

西多摩医師会報

創刊 昭和47年7月

第412号 平成19年4月



『ハナニラ』 田村啓彦

目 次

	頁		頁
1) 第5回会館建設準備委員会開催	広報部 … 2	8) 連載企画	
2) 脳卒中医療連携検討会より報告		感謝	石井好明 … 24
「'06年11月～12月実施アンケート」	小机敏昭 … 3	私と花粉症との長い付き合い	赤津 徹 … 25
3) 脳卒中関連講演より		9) 市民健康講座開催	学術部 … 26
「パネルディスカッション 脳血管障害」	学術部 … 10	10) 伝言板	広報部 … 32
4) 第5回西多摩医師会臨床報告会	学術部 … 16	11) 広報部インフォメーション	広報部 … 33
5) 専門医に学ぶ	馬場由佳理 … 20	12) 理事会報告	広報部 … 34
6) 新入会員紹介	広報部 … 22	13) 会員通知・医師会の動き	事務局 … 37
7) 感染症だより	西多摩保健所 … 23	14) 表紙のことば	田村啓彦 … 38
		15) あとがき	古川朋靖 … 39
		16) お知らせ	事務局 … 39

第5回会館建設準備委員会開催

3月6日(火) 西多摩医師会館において

さる3月6日に第5回会館建設準備委員会が開かれた。横田委員長より昨年の過去4回にわたる委員会の討議の経緯と建設予定用地の購入が未収に帰した経過が報告された。議題は今後の委員会の方針及び課題について以下の4点である。

1. 準備委員会は第3回の時点即ち候補地を現在地以外に求める時点に戻る。
2. 候補地は公募とし小作周辺に限定しない。
3. 公募期限は3年間(平成22年2月末)とし、候補地が未定の時はその時点で再度候補地を求めるか現在地に建設するかを協議する。
4. 他医師会の新会館を参考にするため視察する。

候補地の選定は振り出しに戻ったが、過去の諮問委員会の答申よりも、今回はさらに候補地の選定範囲を広げ、小作、羽村近辺ではなく西多摩全域を対象にという意見が出された。公募期間は今後約3年とし期間中に随時に委員会を開催して内容を検討することとし、適する場合には理事会、総会の賛意を得るとの手続きを経ることで大筋で一致した。適切な候補地出現の時期は予測がつきにくい面もあるが、期間を設けることで、その間に新会館建設に向けて医師会員の意見、意識が新たに湧出、反映されるのにはよい機会と思われた。以上の4件の議題は了承され以下の文面にて具体性を銘記し3月13日に開かれた理事会に諮り承認された。

(文責：広報部 鹿兒島武志)

新医師会館建設候補地の募集について

会館建設準備委員会は19年3月6日の第5回委員会において、新医師会館建設候補地を広く医師会員全員に向けて公募とすることを決定致しました。就きましては、会員の皆様には下記の条件に合致する候補地に関してお心当たりの情報をお持ちの方は、是非とも委員会もしくは事務局までご連絡御願ひ申し上げます。

記

候補地の条件及び募集期限

価 格	約1億円から1億3千万円程度
面 積	約200坪以上
住 所	特に限定せず西多摩全域を対象
期 限	平成22年2月末

平成19年3月13日

社団法人西多摩医師会 会館建設準備委員会

委 員 長 横田 卓史

副委員長 中野 和広

委 員 西村 邦康 松原 貞一 宮川 栄次

内山 大 小林 杏一 湯川 文朗

川辺 隆道 小机 敏昭 田坂 哲哉

新井 敏彦 田原 邦朗

「福祉関係施設・事業所から医師会への 要望・問題点・意見」

(06年11月～12月実施アンケートより)

西多摩地域脳卒中医療連携検討会

座長 小机敏昭

西多摩医師会では、平成17年度から東京都の委託事業である西多摩地域脳卒中医療連携事業を行っている事をご承知のことと思います。平成18年度には皆様にご協力いただき医療連携リストが完成、いよいよ活用の段階になりました。活用するに際し医療連携だけでは地域の連携は確立しないことが検討会で議論され、福祉・介護関係の施設・事業所との連携の必要性が強調されました。そこで昨年11月末にアンケート調査を実施、その中で各施設・事業所からは多くの要望・問題点・意見が寄せられました。今回はその内容を掲載させていただきます。急性期病院—早期リハビリ病院—慢性期病院—在宅医療のつながりの中で、福祉・介護施設・事業所の役割が大きくなってきています。内容を吟味していただき、先生方の診療に役立てていただきたいと思えます。お互いに意見を出し合うことがうまく連携する第一歩、医療—福祉の連携がスムーズに行くことを願っております。

なお、文章中（ ）内の老健は介護老人保健施設、訪看は訪問看護ステーション、特養は特別養護老人ホーム、居介支は居宅介護支援事業所です。

① 要望

(1)早期退院に伴う自宅でのケアの推進、自宅でのターミナルの看取り、施設からの在宅復帰を推進する為には本人、家族が安心できるフットワークのよい往診、訪看が必須と考えますので地域ごとに3～4の診療所で在宅療養支援診療所を機能させ地域の訪看と連携して対応できる体制を行政が

リーダーシップをとって無駄なく計画的に配置できればと考えます。(老健)

(2)診療の待ち時間が長くなるときは、あとのくらいかかるのか……あと何人目くらいなのか説明して欲しい。みんな(特に高齢者)どこか悪くて病院に行くわけで、長く待たされるとそれだけでストレスとなり、余計病状が悪くなるように思います。(老健)

(3)特に大きな病院の医師が主治医の場合、外来等で時間も忙しいかと思ひ、連絡するのに躊躇することがあります。緊急の場合にはすぐに連絡を取っていますが、特に緊急性のない場合等、どのようなルートで連絡すればよいか、分かるとありがたいと思ひます。(訪看)

(4)退院してから、連絡が入ることが多いと思ひます。特に入院時から係わっているケース等は、退院前に連絡があるとスムーズに退院後のサービス再開に繋がると思ひます。(訪看)

(5)連絡・連携をとる手段としての窓口を一本化していただきたい。(訪看)

(6)病院から在宅に戻るに当たり、準備の段階から余裕を持って関わりたい。又、在宅を知らない臨床看護師の研修制度を医師会でもバックアップし広めて欲しい。現在、東京訪問看護ステーション協議会と東京都看護協会が年1回実施しているが、研修参加数は10人に満たない現状。(訪看)

(4)

(7)訪問看護への指示を出すに当たり、悪化してからではなく、予防的な関わりから指示を出してほしい。(訪看)

(8)訪問看護はあらゆることに対応します。家族が介護に困難さを感じてバタバタしている時にも交通整理を行い、落ち着いて生活できるようにもっていきます。退院される時には是非、訪問看護ステーションに声を掛けていただいて、ケアの中心とならせてもらいたいと思います。きっとお力になります。(訪看)

(9)看取り介護、重度化対応について福祉施設での対応が求められているが、医療サイドの強固な対応に負けてしまい、委ねざるを得ない状況かと思われる。福祉の現場をもっと信頼し協力をお願いしたいところです。(特養)

(10)緊急を要する場合、まず受け入れて診察いただけたらと思います。その上で、高度医療対応などの話に進んでいただけたらと思うのですが。(特養)

(11)連携というと、利用者(患者)様の事が主になると思います。この中で各業種間での現状は、情報の管理及び伝え方が揃っていないと感じます。具体的に言いますと、西多摩地域だけでも統一したテンプレートを使用し、その中で各業種ごとに記入する項目に違いを設ければよいのではないかと思います。(特養)

(12)ネットワークをもてるように協議会の場等の開催をしていただけるとありがたいです。(特養)

(13)ケース記録や看護記録等の記録用紙の統一及び電子化。(特養)

(14)老人ホーム入所者は医療が不用となったという人はいません。多病を持ち通院、あるいは園医の定期受診で健康維持し福祉施設

での生活をしています。病院の介護ベット利用者に近い状態像かと思います。老人ホームを見学していただき相互理解を深めたいと思います。定時の情報交換も年に1~2回やりたいです。(特養)

(15)現在、青梅市ケアマネージャー連絡会では、主治医の先生方との連携を進めており、16の病院医院の先生方とのアポイントの表を作成し、会員の方々に配布しております。その甲斐もあり、少しずつ連携が強化されております。これは、東京都が推奨しておりますケアマネタイム(主治医とのアポイントメントのとり方)というものです。是非、西多摩医師会でも推奨していただければ幸いです。(居介支)

(16)ケアマネージャーとして、医療との連携に困難さを感じています。介護保険では、一定の時期と必要に応じて「担当者会議」を開きますが、よほどの時でなければ医師の同席は求められず、出席できない時は「サービ担当に対する照会」という質問に答えて頂く書類への記入をお願いするのですが、これへの対応が病院によって様々です。

- ・その場で記入してくださる~2週間かかる
- ・無料~4,200円
- ・委任状がある、いらない等

青梅総合病院では4,200円かかるのですが、文書課では「西多摩医師会でこれへの対応が統一されれば、それに従うが、今は当病院の方針でやります。」と言われました。対応の方法を決めていただけると有難いです。(居介支)

(17)利用者の病院への入退院が多くなるこの頃ですが、ケアマネ等の話によると、「退院後の状態変化など情報の交換をこれから行う方が、利用者にとっても指示者にとっても安心で、スムーズな対応ができるのではないのでしょうか」と話していました。大きな病院になるにしたがい、病院同士の連携システムはあると思いますが、在宅事業者

との関わりが薄いのではないのでしょうか。今後このような勉強会をますます広めていただきたいと思います。(居介支)

(18)主治医から医療情報の提供を受けるにあたり、文書料が発生する等、居宅にはそれにあてる予算がない訳で、もっと簡素化の方向に向けられないものでしょうか。(居介支)

(19)医療との連携は必須と思いますが、Drが多忙でなかなかコミュニケーションが取りづらいのが現状かと思われま。医師会によっては“ケアマネタイム”等、設けているところもあるようなので、各地域で対応していただけると有難いです。(居介支)

(20)医療と介護の連携について

介護保険の趣旨と指導(自治体から)にもとづき、カンファレンスを開催しなければなりません、その時、医師の出席を求めても応じていただけない場合が多く、留意点等の問い合わせにも返事をいただけない場合が多くあります。多忙であり、出席等でも大変かとは思いますが、出来れば文書でもご返事いただければと思います。(居介支)

(21)認定に必要な主治医意見書ですが、もう少し詳しく書いてくださっても良いのではないのでしょうか？(美しい文字で)医療情報を確保したい時、まず意見書を保険者より取り寄せます。在宅利用者の家族又は本人ではきちんとした事がわからないからです。しかし、意見書に書かれている事が、お粗末なことが多いです。又感染症の有無のチェック項目に不明にチェックするDrが時々いらっしゃいます。お忙しいと存じますが、よろしく願います。(居介支)

(22)住民検診でスクリーニングであがってきた特定高齢者に、介護予防の理解をしていただけたらといったところです。検診、生活機能評価、基本チェックリストと説明してお

りますが、今すぐ必要と違うところで介護予防ケアマネジメントまでは理解していただけません。(居介支)

(23)ケアプランを作成する時に、サービス担当者会議を開いています。主治医の先生にも参加していただきたい。(居介支)

(24)リハビリスタッフの需要があるにもかかわらず、応募しても人が集まらないのも現状です。優秀なリハビリスタッフが、施設に来てくださることを望みます。(居介支)

(25)情報提供について

介護サービス利用に関する申込書や情報提供書等への記入・情報提供については、ケアマネの業務範囲に当たるため、利用者負担はありません。医療機関によって違いはありますが、例えば訪問入浴介護や通所介護の「入浴可否連絡票」等の記入に際しては、診断書扱いになり文書料が発生します。利用者によっては、サービスの利用を取りやめてしまうケースもございます。介護サービス提供事業者によっては他の方法で情報提供されれば構わないと柔軟な対応をして頂き、サービス利用につながる場合もありますが、情報を口頭ではなく文書で受けると料金が発生し利用者に負担がかかるのは制度上、止むを得ない事なのではないでしょうか？(居介支)

(26)情報交換について

メールでの情報交換ができれば、よりスムーズで送信時間帯の制約も少ないかと思えます。個人情報保護法施行以来、FAXでのやり取りはできれば避けたい。メールもFAX同様の誤送が危惧されますが、情報交換の手間等から見て取り入れやすいのではないかと思っています。(居介支)

(27)主治医が患者の在宅生活でのどのような点の情報を希望されているのか、お聞かせいただければ協力させていただきたいと存じます。(居介支)

(6)

(28)青梅総合病院ではケアマネタイムが設けられて連携が取りやすくなりましたが、他市では未実施です。他市でも同様にケアマネタイムを導入してもらえれば良いと思います。(居介支)

(29)今後在宅において医療の必要性が高い方が多くなるとは思いますが、訪問医療のさらなる充実を希望します。(居介支)

(30)介護に疲れた家族の精神的なフォローができる職種の方々と話がしやすい環境を作り上げていきたい。(居介支)

(31)脳卒中以外の病歴があった場合、在宅においてどれくらい生活リハビリを行い、可動域を増やしていったらよいか分からない時がある。気分が悪くなる、と訴えがあったりすると無理させられず、一方で体力は落ちていく場面も見られ、特に退院後は主治医と連携を取り、生活状況を報告し、それをもとに医療面から見たアドバイスや情報を知ることが出来ると良い。(居介支)

(32)介護計画を変更し、サービスを追加したくても、本人は動くことが「面倒くさい」と言って拒否し、徐々に運動機能が低下していくことがある。このような時、医師の方々から本人に対してアドバイスしていただき、本人の体を医療面でサポートするためにリハビリ等を行うように説明していただけると本人の考え方が変わったりしますので、是非ケアマネジャーとの話し合いや、サービス担当者会議の結果を元に、今後在宅で暮らしていく上でのアドバイスを増やして頂きたいと思っています。(居介支)

(33)退院時のカンファレンスには家族だけでなく、ケアマネジャーにも声を掛けて頂きたい。家族から「先日、カンファレンスがあって、〇〇日から家に戻ってくるようになった」と言われてしまうことも多いので、出来ることなら直接連絡を頂きたい。(居介支)

(34)医師会あるいは医師と各提供事業者との意思疎通・問題共有を図るため定期的な集まりをもち、問題解決を図っていければと思います。(居介支)

② 問題点

(1)退院する前の主治医と退院後の主治医が違う場合、その医療連携自体が上手くいっていないことがあります。在宅の現場では、どちらに主導権があり指示をもらえば良いのか混乱し、家族も不安なことになってしまいます。是非、第1主治医つづいて第2主治医とはっきり明確にしてから、在宅へ帰して頂ければと思います。(訪看)

(2)在宅をすすめる上で医師とのコンタクトがスムーズにいかず、苦勞する事が多い。(ex:指示書を書いてもらう等)(訪看)

(3)脳卒中の発作が疑われ、入院をお願いしたい時、公立病院の受け入れがすんなりいかず困ってしまうことが多い。(特養)

(4)老人ホームとして協力病院を幾つか持っているが、休日・夜間帯等、窓口となるMCWが不在ということで、殆ど入院受け入れをしてもらえない。(特養)

(5)利用者が入院が必要となった場合の受け入れ病院が非常に少ない。(特養)

(6)特別養護老人ホームは、医療施設ではない事、常勤医師はいない事、原則(法的には)医療行為は出来ない事、等、いまだに理解していない医師、病院関係者がいる事がトラブルになっている。(特養)

(7)公立の救急医療センターが開設されたにもかかわらず、救急の患者(特に特養入所の高齢者)の受け入れに躊躇(拒否とは言いません)がみられるのは疑問です。(特養)

(8)入退院手続き、病状説明等、家族以外(施

設職員等)には、出来ないとする医療関係者が多く、(個人情報保護法の影響)連携の弊害となっている。(特養)

(9)医療依存度が高い入所申込者が増加してきているが、特養ホームの体制上、入所を受け入れるのが難しい現状がある。それは、看護師が夜間常駐していないため、吸引も介護職員では限界があり、インシュリンの注射もご自身で打つ事が出来ない方はそれだけで、入所の対象からはずさずを得ない。この現状を理解していただけない医療機関もあり、入退院で苦慮する場面が多い。(特養)

(10)複数の診療科を受診されている方で、本人やご家族が病気や状態を理解されて、かかりつけ医に話が出来ていると良いのですが、そうでない時、かかりつけ医に他科の受診を説明が出来ていない時があります。病気に対する指導の仕方がそれぞれ違い、又同じ薬も出ている事もあり、トータル的にみて頂ける Dr がいらっしゃるといいと思います。(居介支)

(11)通院しての長期リハビリが病院にとってメリットがなくなり、中止となっているケースが多くあります。しかし、現状は中止になった途端、ADL が落ち、患者の意欲も落ち、寝たきりになりつつあるのが現状です。(居介支)

(12)大病院の医師との連携が取りづらい。(居介支)

③ 意見

(1)老健に入所されておられる利用者様は、平均年齢 82 歳以上、90 歳以上の方も、2 割を占め、基礎疾患も多重に複合しているため、発熱や摂食障害ひとつで体調を崩され、病院への入院を必要とするケースが多いのが現状です。今後、療養型が撤廃する方向でもあり、老健が担う、医療的役割は、益々

重要となってきます。しかし、運営上の制約等から、現状では厳しい面も多く、どうしても病院との連携が必須です。老健で可能な内服治療や点滴など、医療保険の枠の増大等、制度的にも検討改善の必要があると思われまます。(老健)

(2)書類が多いため時間をとられる。本来ならケア会議またはカンファレンスなどを使いたいのだが。(訪看)

(3)ケアがたくさんある場合、90 分で終了せず、120 分かかかる場合があり、120 分枠があると良いと思うが。(訪看)

(4)最近、患者様の在宅医療に障害をもたらすケアマネージャーに係わる事となり、今後、その患者様の在宅医療を支援することが困難な状況になっております。この度、Dr より「ある疾患において、特化したより専門的な知識を持つ、そちらのステーションに、患者様の訪問をお願いしたい」との依頼を頂きました。その患者様は介護保険の認定を受けていたため、担当のケアマネージャーに連絡したところ、「特化というのは国や都からの認定じゃないですよ。現在、他の訪問看護ステーションからの訪問リハビリが入っていますから。」との返事で、主治医の意向・患者様の状態に応じた専門知識の導入を受け入れてもらえませんが、ケアマネージャーから、「介護保険に移行後は、訪問リハビリに入っていた訪問看護ステーションが訪問するから」との連絡を受けましたが、その訪問看護ステーションは、その疾患についての専門知識はないようで、現在までその治療にかかわったこともないようです。主治医も、その訪問看護ステーションのスタッフにお会いになったようですが、「現時点で、患者を任せるとはできない。」とおっしゃっています。再度、ケアマネージャーには主治医の意向と状況をお伝えしましたが、答えは同じでした。所定のステーションにこだわり、患者の状態に即さないサービスを導入

(8)

することはケアマネジャーの業務から逸脱しているのではないのでしょうか。11月1日に許可を受けた青梅市内の事業所ですが、このようなケアマネジャーがいては、患者様の治療を阻害してしまうばかりか、西多摩医師会が目標としている本当の地域医療連携の構築は困難と思われます。(訪看)

(5)特養の現状として、まず重度化傾向があげ

られる。イコール、複数の疾患をもった方の入所は増加傾向にあるといえる。今回の介護保険制度の改革にみる加算制度においても、特養の重度化に対し対価が払われる制度であり、ますますニーズの高まりと責任が追及される事となった。要するに今後医療との連携は必須であり、夜間看護体制をもたない、又週2回の非常勤医師による診療実態に対し、いかにバックアップしてくれる医療関係の存在が、サービスの質の確保に大きく関わっているか……非常に強く感じている日々です。簡単に“連携”といっても、それぞれの立場の違いもあり、又現状医療裁判等（今後は福祉も同様）増加している中でリスクマネジメントは組織として常識となり、一つの壁になっている事も事実である。協力病院の機能では対応できない症例に対し、緊急の病院の確保が一番困難となっている。電話での問い合わせに拒否される事も多く、時間がかかる他、遠方であったりする場合も多い。是非、医療機関のご理解を望むところだが、スムーズな受け入れに対し、福祉機関がどう対応すればよいのか等、示してもらえばと思っているのですが……そうした相互理解から連携の一步が可能となるのでは……(特養)

(6)介護老人福祉施設においても看取りを行

い、利用者やご家族の要望に応えたいと考えますが、医師が常駐していないとすぐ対応してもらえない事。また、看護師の人数も夜間体制出来ない等の問題があります。病院も以前よりは介護老人福祉施設を理解して下さいますが、まだ不十分だと思いま

す。医師、看護師不足を感じます。各施設単位ではなく、いくつかの施設で1つの診療所を持ち、そこから急変時や死亡した時、派遣してくれるなどの方法も考えたら……と思います。施設内における医療と介護は、連携を密にしていなければ利用者が安心して生活出来ませんので、連携は出来ていると思いますが、病院-老健施設-介護老人福祉施設の連携は出来ていないと思います。(特養)

(7)体調を崩して入院すると、経口摂取ができ

なくなり、経管栄養となるケースが急増加している。その結果、状態がある程度安定し、退院を勧告されるが、次々に経管栄養を施されても施設としては受け入れられる限度があり、受け入れ可能な所を探していただき退所してもらうようになってしまう。その都度家族に手続き等で煩わせる事になり、最後まで施設で世話になりたかったという家族の意向にも反する事になっている。施設としてジレンマがある。(特養)

(8)往診ができる病院がもっと必要に感じてい

ます。内科・外科・整形外科・皮膚科・眼科・耳鼻科・歯科等。(居介支)

(9)保健・医療・福祉の連携について

難病や通報義務のある利用者を担当した場合はその疾患を通じ、保健・医療・福祉の連携が、今現在取れています。が、該当疾患に雇っている利用者がいない（医療ニーズが高くない）場合は、どうしても関わりが希薄になります。ま、その時の状況に応じてスムーズに連携が取ればいいのか、と感じております。(居介支)

(10)主治医とケアマネの連携について

主治医とケアマネの連携については、医療機関毎の窓口を把握したり、ご家族に受診時、聞いて来て頂いたりする事で、療養上の注意点等の指示等の情報は頂いております。ただ今まで、主治医の先生から利用者

の情報を提供していただく一方だったので、これからはケアマネ側からも利用者の細かな変化をお伝えしていく事も肝要だと感じております。(居介支)

(11)居宅のケアプラン作成において、まず主治医との連携を取りながらサービス事業者と家族を交えた担当者会議が必須項目に入っており、それが出来ていない場合は30%減算対象となります。また、退院時の事前の在宅へ向けての主治医との連携もうたわれております。しかし、現実問題サービス事業者間の連携は取れてはいても、主治医との連携は個人差があり、各利用者間で差が開いております。一番苦慮している点は、入院中から病棟にアプローチをかけていても、急に「本日退院、明日退院」と利用者からの伝言で確認しているのが現状です。「退院して、今自宅にいる」という事もあり、その都度サービス事業者への説明や担当者会議に走り回ったりで、後手々になってしまいます。介護保険制度改正が3年毎にあり、その都度内容を周知されていないのが原因かと考えます。(居介支)

(12)ケアマネージャーが問い合わせをしても「個人情報だから、本人が来て、目の前で患者の情報を話しても良い、と確認が取れないと何も話せません」と拒否されてしまうことがありました。個人情報保護法の捉え方が違っており、ケアマネージャーからのアプローチがしづらい事があります。(居介支)

(13)現状では、医療・介護の情報共有は十分とは言えず、今回「脳卒中」の患者様に対しての事ではありますが、非常に期待しています。連携の中で、在宅生活が可能になればご家族の安心感もどれほどのことか推察されます。困難なことも多々あると思いますが、実現に向けて微力ながらお手伝いできる事があれば、お声を掛けてください。(居介支)

(14)西多摩地域脳卒中医療連携は、是非必要と思います。在宅生活を支えていくために、よろしく願いいたします。(居介支)

(15)あきる野の場合、これまで年1回ベースで医師会とケアマネージャーの懇談会を実施し、相互理解を進めていますが、正直なところ医師の方々にもまだ温度差があり、決して同じ目線で物事を聞けるという事はないのかと思います。双方がよきパートナーとして気軽に相談しあえる関係になるといいと思います。(居介支)

(16)介護保険法の改正により、現在、院内でのヘルパー等による介助は原則的に認められておらず、基本的には病院の役割となっています。しかし、現状では、看護師等が全面的に介助をしてくれる訳でもなく、受診、検査、支払い等はヘルパーがやっているという形態がほとんどです。院内の介助については、とくに家族がいない方等どうしても手を貸さないといけない方も多いため、現行の法通りに院内で対応するか、ヘルパーでも可とするか、医師側からも厚労省にお話して欲しいものです。(居介支)

(17)それぞれがそれぞれの立場を尊重しあう事が大事に思います。医師の中でも、大きな病院と小さな病院とでは対応が違いますが、ケアマネージャーもデイケアセンターもヘルパーもそれぞれ現場のプロとして少なからず自覚を持っていると思います。よって、医師の皆さんもこの利用者さん(患者さん)が在宅へ戻ったらどういう生活なのかということを考えて、連携を図れたらと思います。(居介支)

(18)医療-介護の連携がスムーズに行われ、確かな情報提供により利用者の方が、より良いサービスを受けていただきたいと思います。また同一病院での医師同士、科-科の連携により患者様の検査・受診などの負担を軽減でき、効率よく安心して受診できるのではないのでしょうか。(居介支)

(19)医療情報が得られないまま、早急に宅居プランを作成しなければならない時があり、とまどってしまう場合がある。(居介支)

(22)ターミナルで終末期、在宅での継続が困難になった際の受け入れ先が確保しにくい。(居介支)

(20)担当学会議の開催時期の難しさを感じています。(居介支)

(23)他院の(あきる野)先生方とのつながりが取れていない。(居介支)

(2)医療的管理の必要が利用者に対しての家族のレスパイト先がないのが困る。(居介支)

脳卒中関連講演より

パネルディスカッション『脳血管障害』

日時：平成19年3月28日(水) 午後7時30分～9時30分

会場：公立阿伎留医療センター 地下1階講堂

はじめに

西多摩医師会学術部長 野本正嗣

「脳血管障害」は日常診療において、しばしば遭遇する疾患であり、尚且つ、早期診断・早期治療が、患者様の生命予後、その後のQOLに大いに影響を及ぼし、そして、慢性期治療・管理から再発予防に至るまで一貫したスムーズな医療連携が必要とされる疾病であります。

また、現在、西多摩医師会では東京都からの委託により、西多摩地域脳卒中医療連携検討会による脳卒中の地域完結型医療連携システムの構築に取り組んでおります。

そこで、今回のパネルディスカッションはテーマに「脳血管障害」を取り上げて見ました。第一部では3人のスペシャリストにテーマに沿ったご講演をお願い致しました。

〔1〕 脳血管障害の診断 — 症候から最新の検査まで — を
公立福生病院 脳神経外科 小山英樹先生に

〔2〕 脳梗塞の急性期治療 — rt-PA 治療を中心に — を
公立阿伎留医療センター
脳神経外科 伊藤宣行先生に

〔3〕 脳血管障害の慢性期治療と管理 — 地域医療連携も含めて — を
青梅市立総合病院
神経内科 高橋真冬先生に

ご講演頂きます。

第二部ではフロアーも含め、質疑・ディスカッションを予定しております。

明日からの診療に即役立つ実践的内容と考えておりますので、多数の会員の先生方のご出席をお願い申し上げます。

① パネルディスカッション

(1) 脳血管障害の診断 ー症候から検査までー

公立福生病院 脳神経外科 小山 英 樹

今回は、脳血管障害のなかでもとりわけ脳梗塞に焦点を当てて、日常診療の中で注意が必要と私が感じている点について、実際の症例を提示しながら説明する。

平成 18 年に公立福生病院脳神経外科に入院した脳血管障害の患者は、脳梗塞 43 例、脳出血 16 例、くも膜下出血 5 例であった。脳梗塞の占める割合は 67%と多かった。脳梗塞は一般にラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症の 3 型に分けられる。ラクナ梗塞とは基底核などの脳深部や脳幹部を灌流する穿通枝と呼ばれるバイパスを有さない細い動脈の閉塞が原因で発生するもので、通常梗塞巣の長径が 15mm 未満の小梗塞である。アテローム血栓性脳梗塞は、動脈硬化によって動脈壁に沈着したアテロームのため動脈内腔が狭小化し、十分な脳血流を保てなくなったり、アテロームが動脈壁から剥がれ落ちて末梢に詰まったことにより発生する。心原性脳塞栓症は、心臓に由来する塞栓子が脳動脈を閉塞して生じるものである。このように脳梗塞を 3 型に分類すると当科の症例はラクナ梗塞 19 例 (44%)、アテローム血栓性 16 例 (37%)、心原性脳塞栓症 7 例 (16%) (動脈解離 1 例) であった。これらのうち、ラクナ梗塞の中に含めたが、BAD (branch atheromatous disease) という病態が存在する。これはアテローム性病変により穿通枝入口部～近位部が閉塞し症状が進行する病態である。最初は症状が軽症でその後症状が進行する可能性があるため注意が必要である。また動脈解離による脳梗塞もまれならず存在し、症状が変動するので要注意である。動脈解離は椎骨脳底動脈系が多いといわれているが、内頸動脈系にもみられる。

MRI の FLAIR 像などでびまん性白質病変 (leukoaraiosis) がめだつ症例にしばしば遭遇する。これについて患者さんにどのように説明するかどのような対応をするか悩む場合もある。これを“脳梗塞”や“隠れ脳梗塞”と説明する医師も多い。この大脳白質病変は脳卒中発症の危険因子であると報告されている。さらにこの大脳白質病変と関係の深い因子は高血圧であるとされる。私としては、大脳白質病変は脳梗塞そのものではないと考え、患者さんには“脳梗塞”という言葉を使わずに説明し、血圧の管理を行いつつ経過をみることにしている。

発症から数日経過した脳梗塞は、症候的あるいは画像的に脳腫瘍との鑑別が難しいケースがある。これらの症例では経時的に画像検査を行い診断を確定することになると考える。

そのほか脳血管障害の診断をする上で注意すべきことは、脳血管障害の患者は意識障害を伴うことがあり本人の訴え・所見をとりにくいことに加え、最近では高齢者が多くさらに一人住まいで現病歴がはっきりしない場合があることである。また既往歴から他臓器の疾患だけを考えてしまう場合もある。脳疾患の可能性を疑ってみることを忘れないようにしたい。

(2) 脳梗塞急性期における rt-PA (アルテプラゼ) 静注療法

公立阿伎留医療センター 脳神経外科 伊藤 宣行

米国 NINDS (National Institute of Neurological Disorder and Stroke) 主導による臨床試験の成績に基づいて、1996 年、遺伝子組み換え組織型プラスミノゲン・アクチベーター (recombinant tissue-type plasminogen activator, rt-PA) であるアルテプラゼ (alteplase) の静脈内投与が、急性期脳梗塞の治療法として米国食品医薬局に認可された。本邦では、諸外国に大きく遅れをとったが、2005 年 (平成 17 年) 10 月に認可され、その有効性に期待が集まっている。

アルテプラゼ静注療法を施行するに当たって、1) 対象は発症 3 時間以内の全ての臨床カテゴリー (アテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞、心原性脳塞栓症) の脳梗塞であること、2) 使用薬剤はアルテプラゼに限られること (他の t-PA 製剤は未認可)、3) 使用用量は欧米諸国と異なり 0.6mg/kg (34.8 万国単位/kg) であること、4) 方法は静脈内投与であること (動脈内注入の有効性は結論が得られてない)、5) 使用基準を厳守しない場合、症候性頭蓋内出血の危険性が著しく増大することなど十分に留意する必要がある。

本邦では、認可より 2007 年 (平成 19 年) 1 月までに約 4400 例 (全脳梗塞患者の 5 % 前後と思われる) に使用され、問題となる症候性頭蓋内出血は 163 例 (約 4 %) の患者に、それにより転帰が死亡と判断された症例は 39 例 (約 1 %) である。当院では、認可より現在まで 9 例に投与し、5 例が転帰良好 (modified Rankin scale : mRS スコア 0-1) であった。投与を制限する因子は時間的制約であった。

日本脳卒中学会では、投与にあたり、施設基準、適応除外例、投与後の管理指針を銘記したガイドラインを作成したが、制約も多く、すべての施設、地域に浸透するには至っていないのが現状である。

今回、本療法について概説し、今後の脳梗塞急性期治療の問題点、展望に関して考察を加える。

(3) 脳血管障害の慢性期治療と管理 —地域連携を含めて—

青梅市立総合病院 神経内科 高橋 真冬

1. メタボリック・シンドロームとしての疾病管理

急性期病院で脳血管障害と診断され、脳浮腫の治療・リハビリテーション・再発防止策が検討され、それぞれの方針が決まってくると、在宅療養が可能か否かの判断が行われます。在宅療養が開始されると、診断に基づいて療養環境を整えなくてはなりません。このとき注意すべきことは、脳血管障害がどうして生じたか? であると考えられます。昨今メタボリック・シンドロームということが言われるようになりましたが、こうした生活習慣病といわれる日常生活を送る上で問題がなかったか、日常生活上の破綻として脳血管障害が生じていないかを検討する必要があると思われます。

2. 脳血管障害の再発防止

脳血管障害を再発防止するための最終手段は薬物療法といえます。すなわち脳梗塞の場合は抗血小板薬や抗凝固薬の内服の継続であります。しかしその背景にあるいわゆる脳血管障害の危険因子のコントロールが重要となり、それぞれ、糖尿病・高脂血症・高血圧症といった三大成人病の治療を怠ると再発しやすくなります（下表参照）。さらにその原因となる生活習慣を改善しないとなりません。すなわち喫煙・過度のストレス・脱水などがあります。これらを調整しないと連鎖反応として最終的に再発することとなります。

危険因子の管理と再発予防

脳卒中一般の危険因子の管理	危険因子	再発予防
(1) 高血圧	◎	◎
(2) 糖尿病	○	
(3) 高脂血症	○	
(4) 心房細動	◎	◎
(5) 喫煙	○	
(6) 飲酒	△	
脳卒中ハイリスク群の管理		
(1) 無症候性脳梗塞	○	
(2) 無症候性頸動脈狭窄	○	

特に再発の危険性をたかめるものとしては高血圧症があります。その他のものについても危険因子と考えられていますが、根拠が不明瞭のものもあります。

脳梗塞の場合は血液を凝固しにくくするための内服薬は、主に抗血小板薬（主に脳血栓症）と抗凝固薬（主に脳塞栓症）があります。特に抗凝固薬は作用としても強いこと、すなわち出血しやすくなること、食事などによる影響がでることなどもありPT-INR、TTなどを指標として管理し難い部分があります。一方脳出血では、こうした治療は行われません。一般的には危険因子の管理に重点が置かれます。出血性梗塞の場合は一般には心原性脳梗塞によることが多いために、発症して1ヶ月を超える頃から抗凝固薬が使用され始めることが多いようです。

3. 後遺障害の管理

脳血管障害は疾病の性質上後遺障害を残すことがあります。たとえば片麻痺であったり、発語障害であったりします。また認知症やパーキンソン症候群・その他梗塞の部位・頻度などにより千差万別であります。何れも脳の機能が低下することとなり、身体の各部署の機能が低下します。この時最も大切なことは“悪くしない”ことです。これは再発の防止だけでなく、身体を大切に使用することでもあります。言い換えれば健康管理（医学的には全身管理）であります。例えば、快食・快眠・快便といったように美味しく食べることができるか、心地よく床に就くことができるか、便秘をしていないかということでもあります。これらは健康の指標ともいえるもので、他にも体を冷やさないようにする（頭寒足熱）、暴飲暴食をしない（腹八分目）などなど昔から養生術としていわれていることでもあります。後遺障害はこのように悪くしないことで徐々に改善して行くことが多いです。疾病にこだわって精神的に追い詰められると気持ちが焦って能力を十分に引き出せなくなります。

また患者様が外来に来られると“ついつい“といわれるかたがいらっしやいますが、生活の中での療養をどのように行っていくか、医者との判断が問われてくることとなります。

4. チーム医療

脳血管障害を発症され、障害が残存すると在宅療養に工夫が必要となります。同居者の負担も出てきます。その為介護保険をはじめとする種々の福祉関連の支援が行われてきます。このとき訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーション・ヘルパーの派遣や通所型のサービスがケアマネジャーにより計画されます。徐々にいろいろなサービスを利用する機会が増えてきました。いまままで医師が調整をすることが多かったのですが、一方で医師による証明のための業務が広がってきました。医師が行う診察や診断をする行為が減らされてきています。その証明書がどのように使用されているかさえわからないまま書類を請求されることとなります。医師の忙しさは書類の数の増加にともなっているようにも思えます。これを気にして、すべて療養計画が出来上がって、ご家族・ご本人の同意をえて、医師に書類を持ち込むこともあります。診断日の変更まで要求されることがあります。診断書があれば実行できるという意識は改善したいものです。

医師がその技術を十分に患者様に提供することを検討してみると、やはり各サービス提供者同士で情報が共有されていないことが多いと思われます。情報の共有は会議だけでなく、全体の方針を決める上での鍵となる問題の解決を関係各部署が協力し合うことであります。この全体の方針を決める上での鍵となる問題に気がつかないまま療養サービスを組み立てていくと、生活が破綻していることを相互に確認していかないことが事故につながりかねません。いくつかの要素があります。主たる介護者が発病した。孫のお守りを頼まれた。など、いろいろな状況が生じて療養環境が不安定となってきます。全てを利用者の希望で行うことでどうにもならなくなる場合もあります。長期的には在宅療養が困難であろうと推定されるのに、本人が外に出たくないということでヘルパーを入れる。徐々にその量が増えて限界に達すると、突然“在宅療養はできません”ということになります。本人も具合が悪くなり在宅療養ができなくなったことで“捨てられた”気分さえなります。これは避けたいことです。

5. 状態が変化した

脳血管障害はいままで述べてきたように、障害が残るその為、生活機能が発症前と比べて低下することが多く見られます。その為に誤嚥をしやすかったり、移動能力が低下したり、コミュニケーションが取りづらくなってストレスがたまりやすかったりしてきます。そのため各種介護支援等を行っても生活上の不都合が出現してきます。さらに血管の障害で発症していることにより、他の臓器に還流する血管の障害が起こらないということはありません。全身病でありメタボリック・ドミノの終末像ともいえます。さらに便秘で食欲が落ちているがインスリンは定用量を使用したり、便秘で水分がとれずに脱水となっても降圧薬をきちんと服用したり、風呂場で失神したりなどなど、いろいろなことが起こってきます。このときに何が生じたかをとっさに判断することは困難です。例えば脳梗塞という診断を神経学的な所見をとったり CT スキャンなどの機器を使用しないで判断することは容易なことではありません。昨今医療連携として Brain Attack キャンペーンが欧米を中心として盛んに行われています。“医者を呼ぶよりも救急車を呼べ”というものであります。発症 3 時間以内に rt-PA を静脈注射すると血栓が溶けて麻痺が改善し、後遺障害を残すことなく治癒するのであります。その為にも地域での連携の必要性が強調されています。

しかしその治療の為には莫大な医療資源を投入しなくてはならず、普及が困難な点もあります。

脳梗塞を疑ってばかりで連携を組むことは中核病院にとってはやりやすいことかもしれませんが、患者様ご家族様にとってはむしろ状態の変化により生活が維持できないこと、何が生じたかわからず対応に困ることが主訴となります。当初脳血管障害を疑い救急病院を受診され、そこで画像診断などを行って脳梗塞を疑ってご入院された症例の約20%は他の疾患であります。(無論CT検査では急性期には異常がありません)。これは世界的には平均の数字で10～30%が脳梗塞でないという報告があります。また退院時脳梗塞と診断した方のうちの5%は他の疾患を疑われてご入院されています。

このことから、脳血管障害ばかりにこだわらずにあくまでも在宅療養の際には身体状態の変化により療養上に支障が生じたことに注目して、支援をしていくことを考えることが大切だと思います。病名を精緻につけようとするのは医師の質をみるうえで重要なことではありますが、診断機器ばかり補充しても他の合併症を見過ごしては意味がありません。中核病院ではこうした療養が維持できないことを支援する立場にたつて連携をしていかないと真の意味で良い生活を支援することにはならないと考えられます。

6. 地域で生活をする

わたしたちの生活はその地域それぞれの考え方に基いて営まれます。後遺障害をもっても変わりありません。地域はそれも含めて飲み込んできました。そして社会に参加してそれぞれの役割を果たすことが求められます。後遺障害があることで精神的にもハンディキャップをもたれる方が多く、私どももこうした方々が心地よく社会に参加していただくこと、種々のいままで培われたノウハウをご教授いただけるように地域ぐるみで協力しあえる優しさが必要でその体制作りがさらに加速されることが期待されます。

7. 参考文献

- 1) 伊藤 裕：降圧剤の多彩な作用を考えた治療への新しいアプローチ：メタボリックドミノを考えて、日本内科学会雑誌 vol.93：711-718 2004
- 2) 篠原幸人ら：脳卒中治療ガイドライン 協和企画 2004 東京
- 3) 占川久敬：チームマネジメント (日経文庫1006) 日本経済新聞社 2004 東京
- 4) TQM委員会 編：TQM21世紀の総合「質」管理 1998 東京
- 5) 患者状態適応型パスシステム研究会 編 患者状態適応型パス事例集 日本規格協会 2005 東京
- 6) 波平恵美子：医療人類学入門(朝日選書191) 朝日新聞社 1994 東京
- 7) 上田 泰：個人と集団の意志決定 文真堂 1997 東京
- 8) 鷹野和美 編：チーム医療論 医歯薬出版 2002 東京
- 9) 貝原益軒：養生訓 (ワイド版岩波文庫32) 岩波書店 1998 東京
- 10) Who Needs Doctors? U.S.News & World Report p44-76 (Jan.31) Vol.138, 2005 Washington D.C.
- 11) 上原鳴夫ら：医療の質マネジメントシステム 日本規格協会 2003 東京

第5回 西多摩医師会臨床報告会開催

3月8日(木)午後7時30分より青梅市立総合病院講堂に於て、第5回臨床報告会が開催されました。

第1席は「介護研修で改善できたこと ～安全な介護への取り組み～ ペースト食の介助について」という演題で青梅今井病院の青柳早苗先生が発表されました。脳梗塞後遺症などで嚥下障害のある患者様の摂取されるペースト食を、武者廣隆院長以下スタッフ全員でお互い摂取し合い、その体験を基にアンケートを取ってレポートをまとめられました。ペースト食は決して美味しいものではないという意見が多い中、患者様が少しでも食事を美味しく、楽しく味わい満足してもらえるよう味つけや摂取時の介助方法などの工夫の必要性を報告されました。



第2席は「PCAPS を用いた地域医療連携 第二報」について大久野病院院長の進藤 晃先生が発表されました。西多摩全域を1つの「緩やかに連携した大きな病院」と考え、地域に存在する医療機関・施設を連携するために、各施設の情報を一覧できる施設情報シート(タリフ)を作成。急性期病院で検討された退院調整パスと受け入れ先である慢性期病院で検討した入院調整パスをつなぐ物として連携情報シート(プロフィールシート)を作成し、施設間の連携を図る。これらを用いて、地域医療連携を進めていくことが可能であると報告されました。

第3席は「開院10年目の現状報告」という演題で高村内科クリニック院長の高村 宏先生が発表されました。糖尿病学会専門医3名、糖尿病療養指導士9名が勤務する糖尿病中心の医療機関として、栄養指導・運動指導・看護指導に様々な工夫がなされ、1000名を越える通院患者様が充実した糖尿病診療を受けている状況が報告されました。患者様の平均HbA1cが6.97%というデータのすばらしさもさることながら、平成17年末から導入したクリニカルパスにより療養指導の標準化・効率化が図られ、ドロップアウトする患者様が1/3に減少したという興味ある結果が示されました。

第4席は「Hematochezia(血便)」という演題で井上医院院長の井上勇之助先生が発表されました。血便患者様が来院された時の鑑別診断、診療の進め方について講義の後、大変きれいな大腸内視鏡スライドで種々の疾患・症例が呈示されました。

第5席は「医療機関における障害児者のバリアフリー」という演題で西多摩療育支援センター上代継診療所院長の岡田祐輔先生が発表されました。障害児本人やその保護者、付き添いの介護者、施設職員などに医療機関を受診した際に困ったこと、良かったこと、改善を希望することなどを自由記載していただくアンケート調査を実施し、その結果が報告されました。非常に参考になる意見が多々あり、詳細をいずれ医師会報に投稿していただけたらよろしいのではと思われました。

各演題発表の後には活発な質疑応答が行なわれ、盛会でありました。来年も多くの先生方のご発表を期待しております。どうぞ宜しくお願い申し上げます。

(文責：野本正嗣)

第5回 西多摩医師会臨床報告会

日 時 平成19年3月8日(木) PM7:30分～

場 所 青梅市立総合病院 3F 講堂

〈プログラム〉

(敬称略)

総合司会・座長 学術部長 野本 正嗣

(7:40～7:55)

1. 介護研修で改善できたこと ～安全な介護への取り組み～
ペースト食の介助について

(医社) 葵会 青梅今井病院

青柳早苗、三世川みち子、浜中摂子、永井香代子
介護士・看護師一同、武者廣隆

(8:00～8:15)

2. PCAPS を用いた地域医療連携 第二報 (医財) 利定会 大久野病院 進藤 晃

(8:20～8:35)

3. 開院10年目の現状報告 (医社) 高村内科クリニック 高村 宏

《休憩》10分間

(8:45～9:00)

4. Hematochezia (血便) (医社) 上長渕医会 井上医院 井上 勇之助

(9:05～9:20)

5. 医療機関における障害児者のバリアフリー
(社福) 鶴風会 西多摩療育支援センター 上代継診療所
岡田祐輔、伊藤みゆき、西村祐子

9:30 終了

■ 介護研修で改善できたこと ～安全な介護への取り組み～ ペースト食の介助について

(医社) 葵会 青梅今井病院

青柳早苗、三世川みち子、浜中摂子、永井香代子
介護士・看護師一同、武者廣隆

介護の現場において、食事介助は切り離せないものである。

食事とは生命を維持することの中でもっとも重要な部分であり、欲求の中でもっとも強いものである。そして、最大の喜びである。が、疾患により健康時の食事と同じものが食べられず、制限のある食事を摂取している患者様が多くなってきている。

今回は脳梗塞後遺症などで嚥下に問題のある患者様を対象に食事の形態に視点をあてた。ペー



スト食についてである。当病院では約16%の人がペースト食を摂取している。その形態は、視覚から把握できているが、食感までは判っていなかった。

そこで今回患者様の食事と同じものを摂取することにより、介護側がにおい・味・食感・嚥下するときの感じを理解することができた。アンケートの結果は、決して美味しいものではないというコメントが多かった。だが、味の工夫をすることにより食事の時間が美味しさ・楽しさを感じ満足感を得ることができるようにするためにどのような介護を提供していくことが大切か体験を通して学んだことを報告する。

■ PCAPS を用いた地域医療連携 第二報

(医財) 利定会 大久野病院 進藤 晃

PCAPS (患者状態適応型パス 以下 PCAPS) を用いて昨年も発表させていただきました。今年は、もう一步進めて実用の可能性が高いモデルを考えることが出来ましたのでご報告申し上げます。

PCAPS は、患者状態を変化させるベストプラクティス最良の実施方法を示すパスです。医療はとても複雑ですが、注意した方が良い事や、エビデンスがある事を示していけると考えられて現在日本中でこのパスが検討されています。その中で我々は、西多摩医師会と青梅市立総合病院を中心として地域医療に展開したいと考えて2年間検討いたしました。

連携には3方式有ると考えます。どの方式であっても、連携には目標が必要です。そこで、「緩やかに連携した大きな病院」を目標と考えております。

青梅市立総合病院において検討された退院調整パスと、当院で検討した入院調整パスを結びつける事ができれば施設間として連携していると考えられます。これをつなぐ物として、連携情報シート (プロフィールシート) を作成いたしました。

さらに、患者様やご家族がどこの病院へ行けばよいのか、どんな施設を利用すればよいのかがわかりません。そこで、地域に存在する施設の種類の連携する図 (地域医療連携概念図) から概念をつかんで頂き、その施設の情報を一覧できる施設情報シート (タリフ) を西多摩医師会で作成いたしました。

以下 PCAPS という考え方を利用して地域医療連携を進めることが可能と思われました。



■ 開院 10 年目の現状報告

(医社) 高村内科クリニック 高村 宏

当院は、平成9年5月に開院し今年10年目を迎える。現在、糖尿病学会専門医3名、糖尿病療養指導士9名が勤務し、糖尿病中心の診療を行なっている。昨年末で通院糖尿病患者数は1017名(1型40名)、その内インスリン治療群は389名、平均HbA1cは11月では6.97%であった。栄養指導は年間1200件



を超え、食事会、調理実習も定例で行なっている。また運動指導の面ではトレーナー2名が週3回待合室を利用し運動教室を開催するなど、栄養と運動の教育には力を入れている。看護指導の面では平成17年末からクリニカルパスを導入し療養指導の標準化、効率化を図り、コントロール改善、通院中断予防に効果を示している。昨年度初診糖尿病患者183名にこのパスを利用し看護指導を行なった実績に関しては、今年度の糖尿病学会総会で発表する計画である。またITによる情報管理、患者教育も積極的に行なっている。待合室では教育用ソフトを大画面でプレゼンテーションし、合併症や低血糖の説明などに活用している。また糖尿病に特化したデータベースを使った前向き研究にも参加している。今年2月には、ファイリングシステムを導入、5月には改装し診療体制の充実を図っていく計画である。

■ Hematochezia (血便)

(医社) 上長瀬医会 井上医院 井上 勇之助

血便をきたす疾患は多く、大腸内視鏡で割合簡単に診断することができます。

しかし、その際行った病理検査や便培で診断された病変はその後の病状の変化や発生部位で診断が変わることもあります。

初診から確定診断、治癒に至る病態の変化を画像で迫ってみました。

また、最近経験した血便の興味ある症例を御報告いたします。



■ 医療機関における障害児者のバリアフリー

(社福) 鶴風会 西多摩療育支援センター 上代継診療所

岡田祐輔 (医師)、伊藤みゆき (看護師)

西村祐子 (コーディネーター)

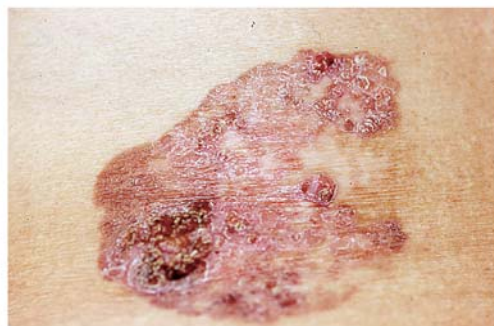
障害児者が医療機関を受診する際には、さまざまな困難を伴うことがあるが、障害児者本人や介護者の特有の困難さについて、健常者は気づきにくい。今回私たちは、この地域の障害児者に、障害種別や重症度にかかわらず、安心して受診していただくための手がかりとして、アンケート調査を行った。アンケートには当診療所を受診された障害児者とその保護者、付き添いの介護者や施設職員に加え、都立あきる野学園養護学校に通う児童生徒の保護者や障害児者の親の会の方々にもご協力をいただき、医療機関を受診した際に困ったこと、良かったこと、今後改善を希望することなどを、自由記載で回答していただいた。結果を当診療所の改善に生かすとともに、地域の医療関係者で共有することについては、事前に了解を得た。発表では障害種別を1) 知的障害および自閉症等の発達障害、2) 重症心身障害を含む身体障害にわけ、結果を報告する。



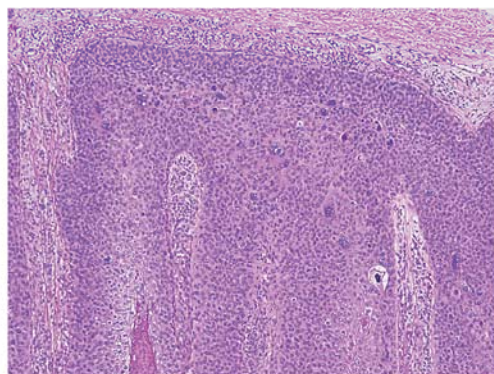
専門医に学ぶ 第28回

問題

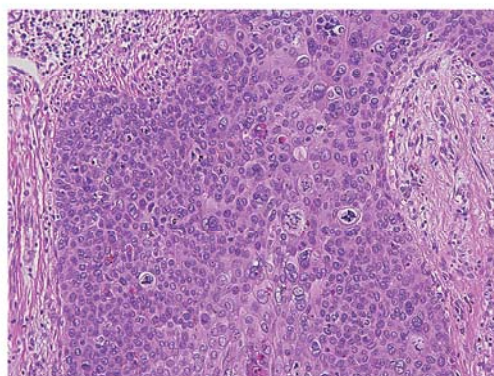
- 【症 例】** 69 歳 女性
(初診：平成 19 年 2 月 15 日)
- 【職 業】** 麺汁製造業の会社役員
- 【主 訴】** 6 箇所 に 点 在 する 多 発 性 の 角 化 性 皮 膚 局 面
- 【家 族 歴】** 特 記 事 項 な し
- 【既 往 歴】** 化 膿 性 脊 髓 炎
- 【出 身 地】** 大 阪 府 河 内 郡 (生 後 3 歳 まで 在 住)
- 【生 育 地】** 静 岡 県 富 士 市 吉 原 (3 歳 ~ 20 歳)
横 浜 市 (20 歳 ~ 45 歳) 羽 村 市 (45 歳 ~ 現 在) (砒 素 と 関 連 の ある 明 ら かな 情 報 は な い)
- 【現 病 歴】** 約 5 年 程 前 か ら 左 の 腰 部 に 角 化 性 病 変 出 現 徐 々 に 拡 大 し 角 化 傾 向 が 強 くな っ て き た。そ の 後 左 上 腕 部、左 鼠 径 部、左 大 腿 部、右 足 背 部、左 背 部 に も 同 様 の 角 化 性 病 変 が 徐 々 に 出 現 し て き た。
- 【現 症】** 皮 膚 表 面 に 大 小 合 計 6 箇 所 の 角 化 性 局 面 を 認 め る。① 左 側 腰 部 95x80mm (Fig. 1) ② 左 上 腕 部 40x30mm ③ 左 鼠 径 部 40x30mm ④ 左 大 腿 部 30x25mm ⑤ 右 足 背 部 40x35mm ⑥ 左 背 部 20x15mm
- 【血 液 検 査 所 見】** 悪 性 腫 瘍 マー カ ー S C C 抗 原 (-) C E A (-) C A 1 9 - 9 (-)
- 【砒 素 の 濃 度 測 定 値】** 血 中、尿 中、毛 髪、爪 に 含 ま れ る 砒 素 含 有 量 の 測 定 は 自 費 高 額 検 査 の 為 未 実 施
- 【培 養 結 果】** 細 菌 培 養 (-) 真 菌 培 養 (-)



〈Fig. 1〉



〈Fig. 2A〉



〈Fig. 2B〉

【臨床写真】病変①～⑥のうちの①の臨床写真を表示

【病理組織所見】大型、異型性を認めるケラチノサイトが肥厚、延長した表皮全層に無秩序に増殖し異常核分裂像や多核細胞、個細胞角化が頻繁に認められる。

表皮全層を置換しながら増生する異型扁平上皮が幅2cmに亘って観察される。Dyskeratoticな細

胞が目立ち、中層以上にまで核分裂像が認められる。異型上皮はdown growthを示すが間質浸潤像は明らかではない。断端陰性である。(Fig. 2)

問題1. 診断は何でしょう？

問題2. 治療法は？



解答と解説

青梅市立総合病院 皮膚科部長 馬場 由佳理

【問題1】多発性ボーエン病

【解説】有棘細胞癌の表皮内癌 (SCC in situ) の1型。扁平隆起性の紅褐色局面状皮膚疹として見られ部分的に角化、りんせつ、痂皮、メラニン沈着を伴うことが多い。

ボーエン病が真皮間質内へ浸入し、浸潤癌に進展するリスクは低く、数%とされている。ただし、浸潤癌になるとかなり高率にリンパ行性転移を生じるので注意が必要である。中年以降の体幹、四肢などに好発するが、その他の部位にも見られる。通常は単発で、発癌因子は不明なことが多い。多発する場合には慢性砒素中毒の存在を疑う。

進行した場合は有棘細胞癌の治療に準じる。浸潤癌に移行した場合高率にリンパ行性に転移を生じる事が多い。

外科治療：病変部から5mm離し、深さは脂肪組織のレベルにて拡大切除を行う。必要に応じて植皮術皮弁形成術を施行。

その他の治療：凍結療法（液体窒素など）、電気焼灼、レーザー療法等にて病変部を破壊する。腫瘍残存の可能性があるので再発に十分注意が必要である。放射線治療法。

外用療法：5% 5-FU軟膏の外用一日1～2回、糜爛が生じるまで数週間以上継続外用する。

【問題2】治療法

第一選択治療は外科的切除。部位的に切除が困難な場合や多発例では他の治療法が選択される。浸潤癌に

新入会員紹介



青梅市 あさひ整形外科クリニック 三浦洋靖会員

平成18年12月4日青梅線小作駅東口にあさひ整形外科クリニックを開院させていただきました。

新規開院にあたり仁成会高木病院理事長高木直先生のお心遣い、西多摩医師会諸先生方のご協力により無事開院出来今日に至りました。

開院準備にあたり当院職員全員が初めて新規開院に携わり、電子カルテ、他の医療機器の取り扱い、診療手順等研修期間を設け準備としました。

現在、医事課、看護課、リハビリテーション課、放射線課、4課の構成を整えつつ地域医療密着型の医療機関として稼動を始めています。

開院当初は、職員も緊張の毎日でしたが、新年会も終え次第に慣れ患者さんと良きコミュニケーションを取れているかと思えます。

これからも医師会諸先生方からのご指導、ご鞭撻を賜りたく何卒宜しくお願い申し上げます。



あきる野市 森田ウイメンズクリニック 森田和雄会員

今回、みなさまのお仲間に加えさせていただきます森田ウイメンズクリニックの森田和雄と申します。昨年11月あきる野市牛沼に産婦人科医院を開院いたしました。宜しく願いいたします。

私は、地元東京の奥座敷松原村に生まれました。団塊の世代の仲間です。地元で高校まで過ごし、新潟で大学生活を送りました。昭和48年大学を卒業後そのまま新潟大学の産婦人科に入局しました。湿っぽい冬の生活にも慣れ、仲間もたくさんでき新潟の生活もそれなりに良かったのですが、8年間医局で生活し、昭和56年9月より5年間相模原協同病院に産婦人科部長として勤務させていただきました。その後公立阿伎留病院（現公立阿伎留医療センター）の菅井院長から熱心にお勧めを受け、公立阿伎留医療センターに入職しました。18年間公立阿伎留医療センターに勤務させていただきました。この間医療関係者をはじめ多くの方々にお世話になり、ま

た多大のご迷惑をおかけしました。特に公立阿伎留医療センター院長岡田先生には一方ならずお世話になり、また開業についてもこころよく御承知していただきました。心より感謝申し上げます。

今回開業にあたってこれから私のできることは何かを真剣に考え、地域の皆様にご恩返しのできる方法はこれしかないとの思いで決断させていただきました。年齢のこと、産婦人科の現状（医療訴訟が多く、産科専門の先生方が減少する中）を考えると無謀な、危険な賭けと友人たちからも色々のご忠告を受けました。

家族は家内と2男1女です。家内と長女が助産師ですので手伝ってくれていますが、何から何までわからず無我夢中の4ヶ月でした。

スタッフ25名でスタートし、助産師も7名になりました。健康に気をつけてできる限り細く長くできればと思っています。

あらためて宜しくお願いいたします。

感染症だより

<全数報告>

第7週（2月12日～18日）から第10週（3月5日～11日）の間に全数報告疾患はありませんでした。

<定点からの報告>

	7週	8週	9週	10週	2007年 累計
	2.12～18	2.19～25	2.26～3.4	3.5～11	
RSウイルス感染症	0	0	0	0	10
インフルエンザ	85	135	167	286	762
咽頭結膜熱	0	1	0	1	6
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	3	0	3	3	34
感染性胃腸炎	32	35	34	27	272
水痘	9	12	13	10	102
手足口病	1	0	0	7	11
伝染性紅斑	4	4	4	0	44
突発性発しん	3	1	6	3	29
百日咳	0	0	0	0	0
風しん	0	0	0	0	1
ヘルパンギーナ	0	0	0	0	0
麻しん(成人以外)	0	0	0	0	0
流行性耳下腺炎	0	0	0	2	10
不明発疹症	0	0	0	0	0
MCLS	0	0	0	0	0
合計	137	188	227	339	1,281

※基幹定点報告対象疾病<細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎（オウム病を除く）、成人麻疹>：報告はありませんでした。

<コメント>

全国的には水痘、手足口病、伝染性紅斑、マイコプラズマ肺炎が増加しています。

都内で全国レベルと同等か上回るのは手足口病です。インフルエンザも増加しており、都では流行注意報を発令しています。第10週ではインフルエンザ定点当たり22.73人であり、昨年の同時期3.94人に比べて著増しています。

管内ではインフルエンザ、水痘、手足口病が増加しています。感染性胃腸炎は昨年12月上旬（第48週180件）に比べるとかなり減少しました。

<お知らせ>

本年度は立ち上がりは遅かったものの、インフルエンザが増加してきました。外出後のうがい、手洗いなどの感染予防対策のご指導をお願いいたします。

水痘（みずぼうそう）は感染力が強く、冬から春にかけて増加しやすい疾患です。ワクチンは任意接種であり、生後12ヶ月以降の水痘既往歴のない者が接種可能です。

感染性胃腸炎は減少しつつありますが、極めて感染力が強いため対応に手を抜くと再燃します。患者さんを診察された際には引き続きご指導をお願いいたします。

（文責：西多摩保健所保健対策課）

連載企画



感謝

石井好明

先日、編集委員長から、3月で健康センターをやめるなら、何かひとつ書くようにと言われ、人間ドック医になるまで辿った道を、ひと通り思い出してみました。

1. 幼少時代——1928年（フレミングがペニシリンを発見した年）、外房の漁村の母の実家で生まれ（無線通信機メーカーの技師だった父は山ひとつ奥の農村の出でした）、京橋区で育ち、小学校に上ってから中野区に住んだので、幼少時の思い出は、漁村・農村・下町・山の手には散らばっています。

2. 学校時代——小学生時代に支那事変が始まり、中学1年の時、太平洋戦争に発展したので、戦時教育を受けましたが、それほど苦になりませんでした。当時は中学から学校を選んだのですが、受持ちの先生のすすめられるままに、杉並区の畑の中に新設された府立中学に進みました。（後年、都内有数の進学校に進化したのでビックリしました。）小説読みは大好きでしたが、物書きになりたいと思うほどではなく、普通の会社員にも興味がなく、数学・物理・化学は嫌いで、生物は好きな方なので、高校は理乙に入りました。高校1年の時敗戦となり、以後の食糧難は食いしん坊の自分にとっては特に辛く、脚気にもなりました。大学は農学部か医学部に行くしかなかったのですが、将来研究者になるほどの余裕はなさそうと判断して医学部に進み、1953年に医師免許を戴きました。

3. 医局選び——インターンでいろいろな科を廻りましたが、特に魅力を感じず科もなく、内科は覚えることが多くて面倒そうだし、外科は自分の診断を自分で確かめることができそうだし、元来、頭より身体の方に自信があったので、外科に進むことにしました。

大学の外科の医局は3つありましたが、当時一番人気のあったところは希望者が殺到したので諦め、話を聞きに行った時、医局長がアルバイトするような者はくるなと言ったと

ころも遠慮し、アルバイトが必要なら紹介すると言ってくれた医局に入りました。予想通り居心地よく先輩に指導されて、外科医になりました。

4. 病院勤め——結婚もして稼がねばならなくなり、1958年に医局から紹介されて茅ヶ崎市立病院に就職しました。病院は東海道の道端にあり、交通事故が多く、夜昼を問わず呼び出され、大学病院では余り経験しなかった頭部外傷や骨折の独学をせざるを得ませんでした。

それから2年後、青梅市立総合病院の先輩から、当時の花形だった肺結核の手術もやれるぞ、とお誘いを受け、青梅の病院を見に行きました。やはり畑の中に白く新しい中病院があり、中庭に立派な竹藪があったことも気に入って、1960年に青梅に移りました。院内の医師住宅に住みこんだので、間もなく時間外の呼び出しが多くなり、肝臓を悪くしてやせたりしましたが（後年、C型肝炎と判明）、幸い大学からの応援が充実して、大学医局時代に劣らぬ外科医生活が過ごせるようになりました。（お目当てだった肺結核外科は、化学療法の発達によって間もなく消えてしまい、腹部外科が中心でした。）

5. 健康センター勤務——1985年、青梅市に健康センターが作られ、人間ドックをやって欲しいと言われました。大学医局時代、臨床生化学が大発展して、その方面を勉強させられたので臨床検査には関心があり、病院兼任でお受けしました。1994年定年退職後は、嘱託として人間ドックに専念して現在に至りました。

6. 医師会とのお付き合い——茅ヶ崎病院を出る時、教授から「外に出たら地元の医師会と仲よくするように」と言われ、紹介患者の御返辞書きを励行してきましたが、医師会全体の動きには無関心でした。

青梅に誘って下さった先輩が副院長になら

れた時、医師会係りを引き継ぐように言われたのが、医師会との直接のお付き合いの始まりでした。1984年、公立三病院の代表として編集委員になりました。以来、どこからも交替せよとのお話がなく、それ以来12代の委員会はすべて居心地がよく、代々の委員長から次もどうぞと言われるままに、23年が経ってしまいました。

7. 感謝——小学校卒業以来次々と迎えた分岐点で、不得手な方面を避け、自分の好む方向に進むことができた好運と、どこへ行っても居心地よい環境で迎えて下さった皆様に心から感謝します。

2007年3月



私と花粉症との長い付き合い

青梅市 青梅順心眼科クリニック 赤津 徹

2月～5月の晴れた風の強い日は憂鬱な一日になります。私は東京の中野区の出身ですが、高校生の時に発症した杉花粉症は、当時今ほどポピュラーではなく自分の回りにはあまり同じような症状で苦しんでいる人がいなく、不思議・おもしろがられ、「何で自分だけこんな辛い目にあわなくてはならないのだろう」と悩みました。

毎年杉花粉の飛散時期になると起床直後からくしゃみ・鼻水・鼻づまり、目の痒みといった典型的な症状と咳、頭痛まで出現することもありました。この苦しみから逃れるためには転地療法しかないと考え杉花粉の飛散しない沖縄に行くことを決め国立大学の琉球大学医学部で医学を学びました。沖縄にいる間は本当に天国のようで、全く花粉症の症状は出ませんでした。テレビで花粉症のニュースを見ても沖縄での生活が長くなるに連れてまるで自分には関係ない他人事のように思えてきて自分が花粉症だということをすっかり忘れてしまいました。大学を卒業して医局を順天堂に選り春に東京に戻って再び花粉症の症状の洗礼を受けた時「そうだ自分は花粉症だったんだ」と辛い事実を思い出しました。ただ医者になってからは自分で抗アレルギー剤を処方することができたので辛い重い症状は何とか回避できたのですが、当時の抗ヒスタミン剤は非常に眠くなり、眼科の特徴である薄暗い部屋での外来診察の時やスライドを用いるため部屋を暗くする学会予行会の時痛烈な眠気との戦いで「どっちが楽なんだろう」

と真剣に考えさせられました。ただ、手術室だけは花粉がほとんどシャットアウトでき、手術室に入れる日は抗ヒスタミン剤を内服せずにいられたのでとても快適でした。そこで他科研修ローテートは手術室に一日中いられる麻酔科を希望し焼津市立総合病院麻酔科に派遣していただきました。麻酔科での研修は非常にハードで、朝から夜中までほとんど一日中手術室で過ごすこととなりましたが、おかげで抗ヒスタミン剤を内服しなくても花粉症の辛い症状にほとんど悩まされることはありませんでした。花粉症の症状の辛さと抗ヒスタミン剤の眠気から開放され仕事は心身ともにハードでしたが快適に過ごすことができました。もちろん麻酔科医として全身管理の基本と救急医療を学ばせて頂き患者さんに接する自信と医師としてのベースができたように思っています。また、花粉症の治療として減感作療法、星状神経節ブロック等を学ばせていただくこともできました。一石二鳥とはこういうことを言うのだと思いました。ほんとうに感謝し有り難く感じています。そして大学のある東京に戻り花粉症と戦いながら眼科医として経験をつまらせていただく日々が続いたのですが、当時はまだ医局の関連病院だった北海道室蘭市にある市立室蘭総合病院の席が空いたので早速希望を出したところ派遣してもらえることになりました。それからの北海道での6年間は杉花粉症をすっかり忘れることができ診療に没頭することができました。「ひょっとして自分は花粉症が治った

かも」と医者とは思えない望みを持ってしまいました。ところが北海道から青梅に4月に来てその望みはもろくも一瞬に崩れ去りました。今までにないほどの花粉症の症状に悩まされてしまいました。特に、一昨年花粉症時期は患者さんが診察室に入るたび、患者さんの服についた花粉に敏感な我がレセプターは反応し、くしゃみの連発で、患者さんからは「へー、先生でも花粉症になるんだね」と不思議がられ辛いし恥ずかしいで困りました。

ただ、クリニックとしては、花粉症の時期は患者さんが多く、有り難いと思うこともあります。今では、クリニックのいたるところに何台もの空気清浄機を備え患者さんが持ってくる花粉を診察室に入る前に取り除き予防に努めています。また、最近では眠気の少ない抗アレルギー剤も登場したおかげで症状をコントロールできるようになりました。これからは花粉の多い青梅でも花粉症とはうまく付き合っていけそうな感じがしている今日この頃です。

市民健康講座開催

平成19年2月24日(土)午後2時より、羽村市コミュニティセンターに於て、市民健康講座「心の健康を見直そう」が開催されました。今回の市民健康講座は「心の問題」をテーマに「小児の心の問題について」と「成人の心の問題について」という2本立てで、それぞれの分野でご活躍の専門家にご講演をいただきました。講演終了後、演者の先生お2人に中野和広理事も交え、会場参加者からの質問に答えるコーナーも企画いたしました。

会の初めに真鍋 勉会長より医師会活動としての市民健康講座の意義と今回テーマとした「心の問題」の大切さについて挨拶があり、続いて講演に移りました。

「小児の心の問題」につきましましては、公立福生病院小児科の五月女友美子先生が『しなやかに育つ、輝いて育つ』という演題でご講演されました。まず初めに新生児期・乳児期・幼児期前期・幼児期後期・学童期・思春期・青年期という各年代ごとに心理的発達がどのようになされていくか、各年代においてどのような接し方が大切であるかというお話があり、続いて家庭に求められる母性的機能と父性的機能の2つの役割について話されました。(ちなみに父性的機能は母性的機能の上にはか機能しないのだそうです) 親の愛情と監督の4つのパターン(過保護型、押しつけ型、オープン型、無関心型)について、それぞれどのような子に育つか話があり、最後に

「子どもたちに必要なのは、ささやかなものにも満足し、たとえ失敗して、期待通りにいなくても、粘り強く生き抜いて力である」と締めくくられました。

「成人の心の問題」につきましましては、青梅市立総合病院精神科の山口 一先生が『こころの病気 うつ病を中心として』という演題でご講演されました。初めに「こころの病気」の症状について、記憶力低下・意識のくもり・幻覚・妄想・不安障害・気分障害などをわかりやすく、丁寧に説明されました。その後「うつ病」の話に移り、うつ病発症のメカニズムをホワイトボードを使って解説され、うつ病の様々な症状について具体例を出して細かく説明され、休養・薬物療法・認知療法といった治療について、また周囲の人の対応の仕方、うつにならないための予防法まで、時間をかけて、ゆっくりと一般の方によく理解できるようにわかり易いことばで話されました。会場では熱心にメモを取っている人が多く見受けられました。

小休憩の後の質問コーナーでは、中野理事の司会で五月女・山口両先生に会場から寄せられた質問に対し、お答えいただきました。30分という時間枠では答えきれない程多くの質問が寄せられ、一部は後日書面にての回答と自宅に郵送するという形をとらせていただく程盛況でありました。

出席された方々には大変有意義な一時であったと思われました。(文責:野本正嗣)

『しなやかに育つ 輝いて育つ』

公立福生病院 小児科 五月女 友美子

各年代の心理発達

新生児期 (0～1ヶ月)

快と不快は未分化である 原始反射

母親が子どもの世話に没頭する → 基本的信頼感 万能感



乳児期 (0～1歳)

快と不快が分化する 万能感が薄れていく

子どもの表情や啼泣、しぐさなど表される児の情緒を母親が適切に読み取る
→ 愛着形成

Harlow, H. F. のアカゲザルの研究

ソーシャル・レファレンシングを育てる

幼児期前期 (1～3歳)

対象恒常性 (母が不在時にも自分を愛する母の存在を確信するとともに、自分を叱る母もやさしい母と同じ人であることを受け入れる)



幼児期後期 (3～6歳)

第一反抗期 生活の刺激が多様化する



学童期 (7～11歳)

対象恒常性が確立されると、親から離れて同年代の集団といる時間が増えていく
対象恒常性が確立されないと、心身症や不登校などが起こりやすい

友達からものを学び、友達にものを教えることの大切さ

→ 社会的に成熟していく

思春期 (12～15歳)

第二反抗期 第二次性徴 独立と依存との葛藤状態



思春期の挫折 → 乳児期に不足した部分のやり直しをする

青年期 (16～20歳)

自我同一性の確立の時期

家庭に求められる二つの役割

♥母性的機能……ありのままの自分をさらけ出せる、

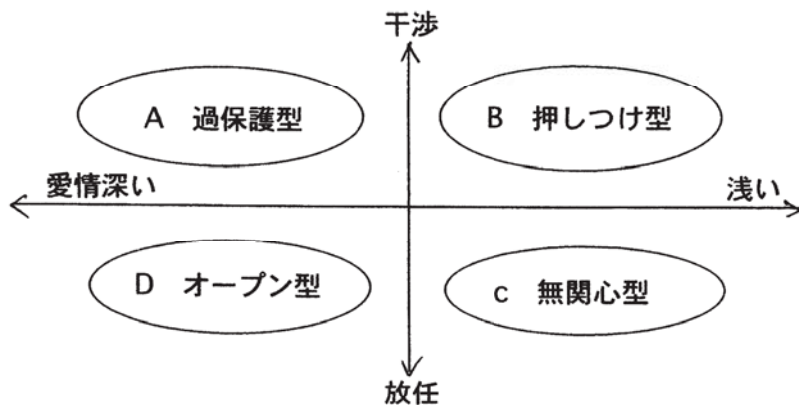
受容される、許容される

♣父性的機能……人は何のために生きるのか、価値観、理想について考える

目的のための努力、ルール違反への罰などを教える

父性的機能は母性的機能の上には機能しない

親の愛情と監督：4つのパターン



～どのような子に育つか～

- A 礼儀正しいが、依頼心の強い子になる
- B 引っ込み思案になったり神経質になる
- C 何にでも反発する攻撃的な子になる
- D 社会が育ち、独立心の富む子になる

子どもの自信度は、D→A→C→Bの順に高い

「思い出」を語り、語られて共有することで、子どもは自分の連続性の感覚が育まれる。主体性は、過去と現在の連続性の上に成り立つものである。

子どもたちに必要なのは、ささやかなものにも満足し、たとえ失敗しても期待通りにいかなくても、粘り強く生き抜いていく力である。

「子は親の鏡」

- けなされて育つと、子どもは、人をけなすようになる
- とげとげした家庭で育つと、子どもは、乱暴になる
- 不安な気持ちで育てると、子どもも不安になる
- 「かわいそうな子だ」と言っていると、子どもは、みじめな気持ちになる
- 子どもを馬鹿にすると、引っ込みじあんな子になる
- 親が他人を羨んでばかりいると、子どもも人を羨むようになる
- 叱りつけてばかりいると、子どもは「自分は悪い子なんだ」と思うてしまう
- 励ましてあげれば、子どもは、自信を持つようになる
- 広い心で接すれば、キレる子にはならない
- 誉めてあげれば、子どもは、明るい子に育つ
- 愛してあげれば、子どもは、人を愛することを学ぶ

認めてあげれば、子どもは、自分が好きになる
 見つめてあげれば、子どもは、頑張り屋になる
 分かち合うことを教えれば、子どもは、思いやりを学ぶ
 親が正直であれば、子どもは、正直であることの大切さを知る
 子どもに公平であれば、子どもは、正義感のある子に育つ
 やさしく、思いやりを持って育てれば、子どもは、やさしい子に育つ
 守ってあげれば、子どもは、強い子に育つ
 和気あいあいとした家庭で育てば、
 子どもは、この世の中はいいところだと思えるようになる

『子どもが育つ魔法の言葉』 ドロシー・ロー・ノルト著

◆追補

ソーシャル・レファレンシングについて

ロバート・エムデイ（乳幼児精神科医）によれば、「例えばハイハイやよちよち歩きの赤ちゃんは好奇心と不安の入り混じった気持ちであちこちを歩き回りますが困難なことに会うと立ち止まってどうしたら良いのか必ず振り返ってみます。その時に母親や先生の姿を求めています。褒めてもらったり、安心させてもらったりすることにより好奇心が満たされたりや不安感が解消したりしますが、このようなことの積み重ねにより、アドバイスを得た子供は子供の社会的な規範に従ってゆく感情が湧いてくるのです。」と述べています。

自我同一性の確立

精神分析家エリクソンによれば自我同一性とは2つの要素から成立しています。

1. 自己の単一性、連続性、不変性、独自性の感覚。「自分が他の何者でもなく、自分自身として存在するのは過去、未来を問わず不変である。」という感覚。
2. そのような自分に対する「感覚」が一定の対象、グループの中でしっかりと存在し、その中で役割や価値観を共有することにより獲得された自分に対する自己の尊厳や自己存在を肯定する立場。

自己同一性が確立されていないと「自分が何者なのか分からない」「今の自分は本当の自己ではない」「自分は統一されていないバラバラの状態」などの精神状態（同一性拡散）になるとしています。

ドロシー・ロー・ノルト

アメリカの教育家。40年以上にわたり家族関係についての授業や講演を行い家庭教育、子育てコンサルタントの第一人者。本文掲載の「子どもが育つ魔法の言葉」は37カ国以上で翻訳され日本では大ベストセラーとなり、来日時には親子や夫婦の問題をわかりやすく語った講演が評判となりました。また2005年には皇太子殿下が朗読された詩の作者として脚光を集めました。

(用語解説など演者の許可を得て掲載しました。 広報部)

『こころの病気 うつ病を中心として』

青梅市立総合病院 精神科 山口 一

1 こころの病気の症状

- 1) 普段ある能力がなくなってしまうもの
記憶力の低下
意識のくもり
- 2) 普段はない症状が出てくるもの
幻覚
妄想
- 3) 誰でもあるものが強まるもの
不安 ……不安静害
気分の低下、気分の波……気分障害
- 4) その他
睡眠の障害
食欲の障害
適応の障害
アルコールや薬物摂取の障害
性格の障害
発達の障害

原因としては 1) と 2) は脳の働きの障害が考えられます

3) は本人の性格や環境、脳の働きの障害の両方が考えられます

2 気分障害の分類

- 1) うつ病（単極型）
うつ病状態が2週間以上ずっと続く
人口の約5パーセントがかかるたいへん多い病気
誰でもかかる可能性がある
女性は男性の2倍かかりやすい
注) うつ病はいろいろな病気でみられます
- 2) 躁うつ病（双極型）
うつと躁の気分の波がはげしくなる
- 3) 持続性気分障害
軽いうつ状態が長く続く

3 うつ病の主な症状

- 1) ゆうつな気分、気分の沈み……朝に重く夕方に軽くなる場合が多い
- 2) これまで楽しかったことに興味・関心がわかない
- 3) その他の精神症状
行動が遅くなる、できなくなる
不安やあせり、いらいら
考えが浮かばない、集中できない、判断力や決断力が鈍る

悪い方向に考えてしまう
 自分に自信がなくなる、自分を責める
 死にたくなる

4) 身体症状……仮面うつ病に注意

眠れない、または眠りすぎる
 食欲がない
 体がだるい、疲れやすい
 自律神経失調症状……動悸、息苦しさ、便秘や下痢、口の渇き、頭痛、肩こり、
 発汗、頻尿、耳鳴り など

4 うつ病発症のメカニズム

- 1) 本人の性格や環境が関連している場合
- 2) セロトニンやノルアドレナリンなどの脳内の神経伝達物質の働きが低下している場合
- 3) 脳の病気や身体の病気が関連している場合

5 うつ病の治療

- 1) 休養が第一 気分転換や気の持ちようでは治らない
- 2) 薬物療法（抗うつ薬） 脳内の神経伝達の働きを良くする作用がある
最近副作用が少ない薬が出ている
あせらず気長に治療する（効果は徐々に現れてくる）
治ったと思って薬を早くやめると再発する
- 3) 認知療法 マイナス思考をプラス思考に変えることでうつになることを防ぐ

6 周囲の人の心構え

周囲の方のうつ病への理解が、うつ病患者さんの大きな支えとなります

- 1) 怠け、わがままではなく病気と考える
- 2) 必ずよくなるのであせらない
- 3) 励ましは逆効果。暖かく見守る
- 4) とにかくゆっくり休ませる
- 5) 自殺に注意する
- 6) 考えや決断を求めることはやめる
- 7) 重要な決定は先延ばしにする
- 8) 日常生活の負担を少なくしてあげる
- 9) 薬を飲んだか確認する

7 うつにならないためには

- 1) ゆっくり休養をとる
- 2) 規則正しい生活や運動
- 3) 頑張りすぎない、何でも自分だけで抱え込まない
- 4) 柔軟な考え方を身につける
- 5) 生活の変化（肉親の死、転勤、転居、子供の別居、出産など）に注意する
- 6) 身体を健康に保つ
- 7) うつの症状が疑われたら医師に相談を

伝言板

① 西多摩医師会 学術講演会

日 時：平成19年4月12日（木）19:30～21:00

場 所：青梅市立総合病院 新棟3階 セミナー室

演 題：「消化器症状に対する Kampo strategy」

演 者：日本大学医学部附属板橋病院 東洋医学科 科長 矢久保 修嗣 先生

② 第16回 西多摩心臓病研究会のご案内 (症例募集のお知らせ)

第16回 西多摩心臓病研究会 当番世話人
青梅市立総合病院 大友建一郎
横田クリニック 横田 卓史

日 時：平成19年4月25日（水）19:30～

場 所：青梅市立総合病院 南棟3階 講堂

①商品説明 パリエット錠について エーザイ株式会社

②特別講演

「心不全ー日常診療から最新治療までー」

松田医院（東京女子医科大学循環器科 講師 松田 直樹先生）

③症例検討 2例～3例を予定

*当研究会は日本医師会生涯教育講座に認定されています。

*当日は軽食をご用意しております。また、会終了後、立食による情報交換会をご用意させていただきます。

*当日は研究会参加費として500円を徴収いたします。

—— 症例募集要項 ——

テーマ：「心不全」

今回は、日頃の診療の中で心不全の診断・治療で苦慮された症例を募集いたします。尚、その他、相談したい症例、興味ある症例等につきましてもご遠慮なくご応募ください。

締め切り：平成19年4月6日（金）

連絡先・問い合わせ先：

エーザイ株式会社 多摩コミュニケーションオフィス
(担当者) 竹田篤志

FAX: 042-367-9300 TEL: 042-367-9310

e-Mail: a-takeda@hhc.eisai.co.jp

応募方法：提示症例があることを上記連絡先、もしくはエーザイ担当者にご連絡ください。詳細は後日こちらからお伺いしご案内いたします。



広報部 Information



今回は特にベスト 10（ベスト 10 では書籍が重複してしまうため）には拘わらず目についた本をあげてみました。

1. **遺品整理屋は見た！** : 吉田太一（キーパーズ代表取締役） 扶桑社
日本初の「遺品整理のプロ」が独特の語り口でつづった一冊
我々一般医家があまり目にしない異常死、孤独死のその後の始末を考えさせられる。充実した今を生きるためにも一読の価値あり。
2. **ホスピタルクラウン** : 大棟耕介 サンクチュアリ出版
クラウンKとよばれる著者が、病院で闘病中の小児患者たちに笑いを届ける道化師として活躍する愛と涙の感動ストーリー。
3. **60歳を人生のピークにもっていく法** : そのまんま東 KKロングセラーズ
今や時の人となった東国原英夫宮崎県知事がまだ知事になる前に記した著書
山あり谷ありの人生で、目標や計画性をもって much better の今を生き人生の peak をみすえている。著者のヴィジョン通りに進めているかは？ 家族などの犠牲もあるのでは無いかと少し皮肉っぽくも感じた。
4. **日本人のしきたり** : 飯倉晴武（編著） 青春出版社
日本人はもともと農耕を主たる生業としていて四季のうつりかわり、人生の節目節目にさまざまな年中行事や伝統行事を行ってきた。それらの歴史的由来を探り、日本人の豊かな人生観を再発見するきっかけになる一冊。
もしかしたら美しい日本、教育問題のみなおしのヒントが見つかるかも知れないと思った。
5. **身につけよう！江戸しぐさ** : 越川禮子 KKロングセラーズ
しぐさは思草。「思」は思案、思慮、思想の思。「草」は行為、行動、実行の「行ない」を意味する。すなわち人のところがそのまま形となって表に出ていることとのこと。そして江戸しぐさとは、気持ちよく平和に暮らすための心得であり歴史や建物などのハードではなく思草というソフトが重要になると感じた書。
6. **新装版爆笑問題の日本原論** : 爆笑問題 宝島社
仕事の合間に少し気分転換で、日本をやぶにらみしてみてもは!? 以下は、本書のごあいさつ末文より
「この本は、私たち爆笑問題が、世の中という漫才師に勝てるかどうかの挑戦です。世の中が作った“事実”という漫才と、爆笑問題が作った事実と違う漫才。その二つの漫才がおさめられています。どちらの漫才師が寄り優秀かは、どうぞ、これをよんで、ご自分の目でお確かめ下さい」
7. **今さら聞けない2つの違い** : 言葉の違い研究会 彩図社
世の中にある何となく違うのはわかっているが、どんな違いなのかいまひとつはっきりしない違いを対にして簡単に解説。
『会席料理と懐石料理?』『おごなりとなおごり?』 みなさん違いはわかりますか?
8. **雑学図鑑 知って驚く!! 街中のギモン 110** 日刊ゲンダイ・編 : 講談社
巷で見かける「気にしだしたら眠れなく、奇妙な謎」を110本選りすぐっている。
『飛行機はなぜ左側から乗り降りするのか?』みなさん知ってますか?
9. **雑学図鑑 街中のギモン ダイナマイト** 日刊ゲンダイ・編 : 講談社
前出の知って驚く!! 街中のギモン 110 と同様の書
『パスポートや免許証はカツラでもOK?』 ご存じですか?
10. **ラジオは脳にきく** : 板倉徹 東洋経済
生活の中心からテレビをはずしラジオや読書、あるいは音楽鑑賞でもいい、イメージを広げるための時間を持つ生活習慣を持つことが急務である。脳神経外科医である著者がその方法として情報が少ないラジオが良いと解く。
今は手軽に良いラジオが入手可能です。認知症予防の一つの手段としていかがですか?

(文責: 近藤之暢)

理事会報告

★ Information

2月定例理事会

平成19年2月27日(火)

西多摩医師会館

[出席者：真鍋・小机・横田・新井・鹿児島・鈴木・田坂・蓼沼・中野・西成田・野本・渡辺(肇)・足立・松原]

【1】報告事項

1. 都医地区医師会長協議会報告
2. 地区医師会医療安全対策担当理事連絡会報告
3. 各部報告(各担当理事)

学術部：第5回西多摩医師会臨床報告会(3/8)演題について

- 「介護研修で改善できたこと～安全な介護への取組」(医社)青梅今井病院
- 「PCAPSを用いた地域連携第2報」(医財)大久野病院
- 「開院10年目の現状報告」(医社)高村内科クリニック
- 「Hematochezia(血便)」(医社)井上医院

経理部：2/22 経理部会

4. 地区会よりの報告(各地区理事)

青 梅：2/20 市長との懇談会、医師会4名出席。

2/21 青梅市立総合病院運営委員会。

福 生：なし

羽 村：2/21 認知症についての講演会。

あきる野：2/19 あきる野在宅医療事業者との懇談会。

瑞 穂：なし

日の出：なし

5. その他

なし。

【2】報告承認事項

1. 入会会員について —— 承認 ——

B会員：公立阿伎留医療センター 1名

2. 平成19年度瑞穂町学校医・眼科医の推薦について —— 承認 ——

学校医	瑞穂第一小学校	小林 康光	瑞穂第二小学校	丸野 仁久
	瑞穂第三小学校	栗原 教光	瑞穂第四小学校	高水 松夫
	瑞穂第五小学校	高水 松夫		
	瑞穂中学校	新井 敏彦	瑞穂第二中学校	波田野洋夫

眼科医 瑞穂町立小・中学校7校 鈴木 寿和

3. 平成 19 年度日の出町立小・中学校医の推薦及び耳鼻咽喉科・眼科検診の承諾について

— 承認 —

学校医	大久野小学校	進藤 晃	平井小学校	湯川 文朗
	本宿小学校	篠原 秀隆	大久野中学校	蓼沼 翼
	平井中学校	神尾 重則		

耳鼻咽喉科及び眼科検診依頼医師

依頼希望医師

(1) 耳鼻咽喉科……清水耳鼻咽喉科クリニック 清水佐和道

あきる野市五日市 1039-1

(2) 眼 科……野口眼科医院 野口晴美

あきる野市五日市 71

4. 平成 19 年度瑞穂町公立保育園園医の推薦について — 承認 —

石畑保育園 高水 松夫

【3】協議事項

1. 平成 19 年度各部事業計画（案）の承認について（継続）
2. 平成 19 年度収支予算書（案）・平成 18 年度収支補正予算書（案）の承認について（中野理事）
3. 平成 18 年度第 2 回定時総会案内及び講演会の演題について
公立福生病院講師予定。
4. 病原性鳥インフルエンザ対応マニュアルについて（青梅市立総合病院）（継続）
SARS に対して同様な対応をしてゆく。
5. 「平日・休日一次救急診療所（2 市 1 町）」を公立福生病院内に移設する要望書の提出について（横田副会長）
6. 「乳癌市民フォーラム」の企画構想について（継続）（野本理事）
費用負担なし、開催形式（共催または後援）。講演者は 3 公立病院の専門医に依頼予定。
7. 後援名義使用依頼について
秋川肝臓病友の会より、4 月 8 日開催予定。
8. その他
○平成 18 年度介護予防事業の基本チェックリストについて（各自治体よりの報告数字のまま）

3 月定例理事会

平成 19 年 3 月 13 日（火）

西多摩医師会館

〔出席者：真鍋・小机・横田・新井・鹿児島・鈴木・田坂・蓼沼・中野・西成田・野本・渡辺（肇）・松原・足立〕

【1】報告事項

1. 各部報告（各担当理事）

総務部：会館建設準備委員会開催報告（3 / 6）詳細は別掲。

- 公立福生病院に要望書提出（3／2）
 西多摩地域脳卒中医療連携検討会（3／20）
 学術部：市民健康講座報告（2／24）80名参加。
 西多摩臨床報告会報告（3／8）
 学術委員会の開催（4／5）
 保健部：生保指定医療機関指導立会い（青梅成木台病院 3／12）
 （中野理事）
 公衆衛生ウイルス肝炎受療促進の保健所検診実施に伴う説明会（3／9）
 （新井理事）
 介護保険：かかりつけ医認知症対応力向上研修会（3／15 於：講堂、3／20 於：3F
 セミナー室）

2. 地区会よりの報告（各地区理事）

- 青 梅：3／26 地区総会予定（19年度予算案ほか）
 福 生：複合診療ビル（耳鼻科、整形外科開設予定）
 羽 村：3／13 定時総会。
 あきる野：なし
 瑞 穂：2／28 H19についての打ち合わせ。乳幼児健診の期日についてなど。
 日の出：なし

3. その他

なし。

【2】報告承認事項

1. 入会会員について ― 承認 ―

A会員：加藤 出 小作クリニック

B会員：青梅市立総合病院 1名

2. 平成19・20年度東京都産業界の推薦について（敬称略） ― 承認 ―

吉野 住雄 片平 潤一 宮下 吉弘 森本 晉 丹生 徹
 三浦 洋靖 宮川 栄次 湯川 文朗 川辺 隆道

3. 平成19年度日の出町保育園嘱託医の推薦について（敬称略） ― 承認 ―

進藤 晃 大正保育園 湯川 文朗 大久野保育園
 進藤 幸雄 さくらぎ保育園 神尾 重則 宝光保育園

4. 平成19年度羽村市立保育園園医の推薦について（敬称略） ― 承認 ―

東保育園 塩沢 三朗 西保育園 関谷進一郎
 しらうめ保育園 柳田 和広 さくら保育園 山川 淳二

【3】協議事項

1. 新医師会館建設候補地の募集について（本文参照）（横田委員長）
2. 平成18年度収支補正予算案の承認について（継続）

3. その他

- 平成18年度第2回定時総会の講演会について
演題「変わりゆく乳癌診療」 講師：公立福生病院 五月女恵一先生
- 平成19年度第1回定時総会までの日程について
経理部会、会計監査会、総会。

会員通知

- 会報
- 日本医師会会員に対するMMJ無償配布について
- 宿日直表（青梅・福生・阿伎留）
- 第2回緊急ワークショップ開催について
- 会館建設準備委員会開催案内
- 公立阿伎留医療センター医局講演会（3/26）
- 西多摩医師会第5回臨床報告会のお知らせ（3/8）
- 学術講演会（4/12）
- 公立阿伎留医療センター医局講演会（3/5）
- 平成19年度認定スポーツ医新規申請について
- 平成18年度西多摩医師会第2回定時総会開催について（3/30）
- 東京都医師会学校医会平成19年度学校保健研修会開催について
- パネルディスカッション『脳血管障害』のお知らせ（3/28）
- ＜緊急情報＞タミフルの件

医 師 会 の 動 き

医療機関数	211	病院	29
		医院・診療所	182
会員数	483	A会員	203
		B会員	280

会議

- 3月6日 会館建設準備委員会
- 13日 定例理事会
- 14日 産業保健センター青梅基準監督署長との打合せ
- 16日 在宅難病訪問診療（青梅）
- 20日 西多摩地域脳卒中医療連携検討会
- 22日 在宅難病訪問診療（羽村）
- 23日 会報編集委員会
- 27日 定例理事会
- 30日 平成18年度西多摩医師第2回定時総会

講演会・その他

- 3月8日 保険指導整備委員会
- 8日 西多摩医師会第5回臨床報告会
 1. 介護研修で改善できたこと
～安全な介護への取組み～
ペースト食の介助について
青梅今井病院 青柳 早苗先生

2. PCAPSを用いた地域医療連携第二報
大久野病院 進藤 晃 先生
3. 開院10年目の現状報告
高村内科クリニック
高村 宏先生
4. Hematochezia（血便）
井上医院 井上勇之助 先生
5. 医療機関における障害児者のバリアフリー
上代継診療所 岡田 祐輔先生
- 14日 法律相談
- 15日 かかりつけ医認知症対応力向上研修会
 - 1) 「基礎知識」
 - 2) 「連携」
認知症サポート医
東京都医師会理事
玉木 一弘先生
あきる野市
福祉部高齢者支援課長
鈴木 章夫 様
- 20日 かかりつけ医認知症対応力向上研修会

あ と が き



この冬は、会う人会う人「暖かいですね」と言うのが、決まり文句になってしまっていた。西多摩地区にも満足な雪は降らなかった。生活をする上ではなんて快適な冬だったのだろうかと思う。テレビや雑誌で声高に「地球温暖化」元年になるのではないかと騒がれているが、これもすべて後にならないければ答えは出ないのだろう。しかし、身近な問題として、これまで雪解け水を利用していた田植えが心配だと聞く。私の住む羽村には、一ヶ所しか

水田が無く、あまり稲作が盛んではない。日曜日に、自宅裏の畑で、農家の方と色々話をした。当然稲作は心配だという。では、畑作は問題なく、逆に暖かいから調子が上向くのかということ、そうでもないらしい。冬場に寒くなって、例年だと死滅する畑の小虫が、皆越冬してしまっているらしい。夏場の葉物野菜に対する被害が心配されるのだという。こんなことを聞くと、「冬は冬らしく、夏は夏らしく」日本の四季がいかかわれわれの生活に恵みを与えてくれていたことか、痛感をする。

永仁醫院 古川朋靖

お知らせ

事務局より お知らせ

平成19年5月(4月診療分)の

保険請求書類提出

5月8日(火)

— 正午迄です —

法 律 相 談

西多摩医師会顧問弁護士 鈴木禧八先生による法律相談を毎月第2水曜日午後2時より実施しておりますのでお気軽にご相談ください。

- ◎相談日 4月は11日(水)
5月は9日(水)の予定です。
- ◎場 所 西多摩医師会館和室
- ◎内 容 医療・土地・金銭貸借・親族・相続問題等民事・刑事に関するどのようなものでも結構です。
- ◎相談料 無料(但し相談を超える場合は別途)
- ◎申込方法 事前に医師会事務局迄お申込み願います。
- (注)先生の都合で相談日を変更することもあります。

社団法人 西多摩医師会

平成19年4月1日発行

会長 真鍋 勉 〒198-0044 東京都青梅市西分町3-103 TEL 0428(23)2171・FAX 0428(24)1615

会報編集委員会 鹿児島武志

宮下吉弘 野村中夫 近藤之暢 渡辺良友 江本 浩

道又正達 古川朋靖 鈴木寿和 馬場眞澄 石井好明

印刷所 マスタ印刷 TEL 0428(22)3047・FAX 0428(22)9993

レセコンから今、多機能電子カルテ時代へ。



「Medical Station」は診療・検査から会計まで、医療現場をまるごとサポート。医療スタッフの煩雑な作業を軽減するだけでなく、インフォームドコンセントや待ち時間の短縮など質の高いサービスを実現。

検査結果は暗号化したインターネット・メールで、依頼日の翌朝にはシステムに自動的に取り込まれます。検査センターならではの充実した検査機能のほかに、レセコン機能による診療費計算の自動化、さらには経営分析にも手軽に活用でき、医療の現場をトータルにサポートします。



画期的な新技術により「非改ざん証明」を初めて実現しました

(株)NTTデータとの提携により、厚生省の医療情報電子化3基準のうち最も実現が難しかった「真正性の確保」を日本で初めて技術的に可能にしました。過去のカルテ情報に不正な改変のないことをNTTデータのSecureSeal™センタ(電子文書証明センタ)が厳密に第三者的に証明します。

ハイパフォーマンス電子カルテシステム

Medical Station

お問い合わせ・資料請求先
株式会社ビー・エム・エル
医療情報システム部
〒151-0051 渋谷区千駄ヶ谷5-21-3
TEL: 03-3350-0392
e-mail: ms-sales@bml.co.jp
http://www.bml.co.jp/

開発元
株式会社メリッツ
戦略システム開発部
〒350-1101 川越市約場1361-1
TEL: 049-233-7074



価値創造合併 多摩に「たましん」 新生誕生。

〈たましん〉〈たいへい〉〈はちしん〉は平成18年1月10日合併し、「多摩信用金庫」としてスタートしました。これからも、「お客さまの幸せづくり」を使命に地域とともに歩んでまいります。

(新社章コンセプト) たましんのダイナミックに広がりゆく姿を頭文字「T」に象徴しています。力強く上昇するカーブは、未来への確実な成長と発展・信頼性を表現しており、地域をつまこむやさしさと、柔軟かつ躍動的な印象を併せ持ったデザインです。たましんの親近感と熱意を象徴するレッド、多摩の自然を象徴するブルーとグリーンを使用します。

多摩信用金庫
http://www.tamashin.jp