

■巻頭言

医学教育の展望

……大阪医科大学医学部医学教育センター専門教授・副教育センター長 寺崎 文生 1

■特集：座談会「大学病院における認知症患者への対応を考える」…………… 2

＜司会・まとめ＞ 大阪医科大学脳神経外科学教室特任教授 梶本 宜永

＜出席者＞ 大阪医科大学神経精神医学教室助教 岡本 洋平

大阪医科大学内科学Ⅰ助教 石田 志門

大阪医科大学救急医学診療准教授 西本 泰久

大阪医科大学附属病院看護部35病棟看護師長 愛場佐緒理

大阪医科大学附属病院広域医療連携センター患者支援室主幹 小野 美鈴

高槻市高槻北地域包括支援センター・高槻市認知症地域支援推進員 野角 理絵

■最近の動き

総合診療専門医について

……大阪医科大学地域総合医療科学寄附講座特別任命教員教授 鈴木 富雄 18

■かなり役立つ生涯学習

医療安全シリーズ ②

「非難の文化を考える」～パーソンアプローチからシステムズアプローチへ～

……大阪医科大学附属病院医療安全対策室室長 村尾 仁 21

■会員の受賞・功績のお知らせ…………… 23

■会員の広場

本学附属病院がんセンター先端医療開発部門（消化器外科）の展望

……大阪医科大学がんセンター特務教授 奥田 準二 24

腫瘍選択的粒子線治療 BNCT とは？

……大阪医科大学がんセンター特務教授 宮武 伸一 26

■海外留学レポート

WHO 国際がん研究所……………大阪医科大学脳神経外科学教室 野々口直助 28

■ホームページの広場 25

クラスタ……………大阪医科大学放射線医学教室 上杉 康夫 31

■会長からのお知らせ…………… 34

■北摂四医師会医学会分科会記録（第5回北摂四医師会三島感染症研究会、第17回北摂四
医師会神経精神医学研究会）…………… 35

■大阪医科大学医師会会則…………… 37

■大阪医科大学医師会会員名簿…………… 39

■大阪府医師会紹介…………… 44

■インフォメーション（第18回大阪医科大学産婦人科オープンクリニカルカンファレンス、
第70回日本脳神経外科学会近畿支部・第2回日本脳神経血管内治療学会近畿地方会合同学
術集会、第40回大阪医大眼科セミナー、東洋医学とペインクリニック研究会）…………… 48

■編集後記……………編集委員長 梶本 宜永

（題字：竹中 洋 学長）

巻頭言

医学教育の展望

大阪医科大学医学部医学教育センター
専門教授・副教育センター長

寺崎 文生



従来、「医学教育」とは、これから医師になろうとする人たちに専門的な知識を伝達していくことが主体であるとされてきました。しかし、現代においては、情報通信技術の目覚ましい発達により、知識は誰でも情報として入手できるため、専門的知識を伝達することは医学教育の一部を占めるに過ぎません。現在は、これから医師を目指す人たちに、医学領域の概要と到達目標（アウトカム・コンピテンシー）を示して動機を高めれば、自分たちで学習を深めていくことが可能な時代になっています。医師は生涯学習を続けていく使命があることを思えば、臨床現場で遭遇する諸問題を自ら考え解決できる能力を養う観点からも、後者の教育方法がより望ましいと考えられます。

そのためには、適切な学習および評価方法を導入しカリキュラムを作成することが、医学教育の重要な課題となります。また、前述した情報通信技術の発達や、専門細分化する医学・医療、その一方で総合診療医の必要性、多様な医療関係職種が存在、人口の少子高齢化など様々な社会的背景やニーズに対応して医学教育も転換していくことが求められています。

大阪医科大学の教育理念は「高い知性と豊かな感性を兼ね備え、変化する社会に積極的に対応し得る能力と、生涯を通じて最新の医学医療知識を摂取し最高の医療技術を保持しようとする意欲を有し、最善の医療を目指す、創造性に富む人材を育成すること」です。大阪医科大学医学部医学教育センターでは、この教育理念に基づいて、「良医」を輩出すること、そのための教育環境を整備することを使命と考えて「医学教育」に取り組んでまいります。

医師会会員の先生方には今後ともご支援、ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

「大学病院における認知症患者への対応を考える」

日 時：平成26年10月7日（火） 18：00～

場 所：大阪医科大学

司会・まとめ：

大阪医科大学脳神経外科学 特別任命教授

梶本 宜永

出席者：

大阪医科大学神経精神医学 助教

岡本 洋平

大阪医科大学内科学Ⅰ 助教

石田 志門

大阪医科大学救急医学 診療准教授

西本 泰久

大阪医科大学附属病院看護部35病棟 看護師長

愛場 佐緒理

大阪医科大学附属病院広域医療連携センター患者支援室 主幹 小野 美鈴

高槻市高槻北地域包括支援センター、高槻市認知症地域支援推進員

野角 理絵

（敬称略）



はじめに

梶本 現在日本は、高齢化率が23%に達した超高齢社会です。また、認知症とその予備軍の割合が、65歳以上で1／4に、85歳以上では約半数に達するという調査結果も昨年出ました。入院患者さんも、どんどん高齢化しています。脳外科でも80歳以上の手術例がすごく増えてきていますし、入院中に認知症や、せん妄などの精神疾患を発生することも多くなっています。また、最初から認知症を合併している患者さんを診療する機会も増えています。

このような現状に対して、認知症を専門としない医師がどのように対応すべきかについては、あまり整理されていません。さらに、転院・退院調整の際にも認知症が障害になります。その際のサポート体制がどのようなになっているのかということも周知されていません。今回の座談会は、認知症やせん妄などに対して、大学病院内あるいは地域社会にどのようなサポートの仕組みができ上がっているのかを整理する良い機会だと思います。

1. 院内発症の認知症やせん妄に どのように対応すべきか

1. リエゾン診療について (サイドメモ1)

梶本 大阪医科大学では、各病棟にリエゾンドクターが配置されて、院内発症の認知症やせん妄に対応していただいております。そのあたりを、岡本先生からご説明いただきます。

岡本 大阪医科大学の精神科では、ICU



梶本宜永先生

以外の全病棟にリエゾン担当医を配置しています。主科から依頼があれば、主治医と一緒に診させていただくという形式をとっています。他の大学病院では、リエゾンチームというチームがあって、そのチームが主として介入しているところとか、そもそも民間の総合病院ではそのようなシステム自体がないところも多いです。

梶本 リエゾン診療の仕組みは、どれくらい前からあるのですか？

岡本 もう、それはもう10年ぐらい経ちます。

梶本 そうですか。他の大学病院と比べても整備されている方ですか？

岡本 そうですね。ご存じの通り、総合病院における精神科というのは縮小傾向で、かつベッド数の縮小に伴い、医師もスタッフも少ない病院も結構多いと思われます。そういう意味で、全病棟に配置しているというのは珍しいかとは思いますが。

梶本 各グループでは、何人ぐらいの先生が担当されていますか。

岡本 教授と准教授を除いた全員が担当し

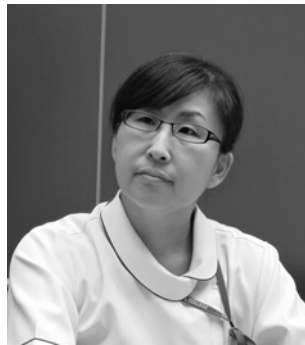
サイドメモ1：精神科リエゾンとは

「リエゾン」とはフランス語で「連携」や「連絡」意味する言葉です。

「精神科リエゾン」は、身体疾患に伴う様々な心理的問題をチーム医療の中で扱おうとするもので、リエゾン精神医学・リエゾン精神看護の理念に基づいて提供される包括的な医療サービスを意味します。様々な診療科と密接な連携をとりながらチーム医療に貢献する臨床形態が特徴です。一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつ不安などの精神症状や心理的問題を有する患者を広く対象とします。



岡本洋平先生



愛場佐緒理看護師長

ており、1つの病棟で、2人の担当医がいます。1名が主となる医師で、その医師が不在の日に2人目の医師が担当するという形で配置しています。

梶本 担当医がおられることは、すごく助かりますね。病棟看護師も頼りになるのではないですか。

愛場 連絡して「今日是对応できません」と言われたことがないんです。もう24時間です。

小野 夜間帯などで担当の先生がいない時は、ちゃんと外来責任の先生がきっちりやってくれはるから。そこは、看護師さんたち本当に助かってますよね。

愛場 いや、このシステムができて、本当に気持ち的に楽になりました。だからといって、その前が全然対応してもらってなかったということはないんですけど。でも、もう常にこう、必ず対応してもらえるという安心感というのは。このシステム以降、全然違います。

岡本 このシステムは、精神科内でも共有しやすいです。このシステムがあることによって。誰か知らない間に依頼を受けていると、なかなか共有できないじゃないですか。そういう意味でも、科内で患者さんの状態を共有しやすくなっているというのはありますね。

梶本 精神症状が出た際には、医師よりも病棟のナースの方が、リエゾンドクターに

依頼しようかって、判断することも多いのですか。

愛場 そうですね。

岡本 一応、他科依頼は先生に書いていただかないといけないのです。看護師からというのもありますけど、基本的にはやはり主治医の先生からの他科依頼が必要です。

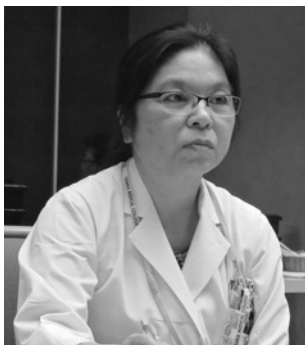
梶本 なるほど。ドクターは、こういうシステムをあまり理解しなくてもいいとも言えますか。

小野 やはり理解しておいてもらわないといけません。電話で状況を伝えることはできても、コンサルテーションは、書面で、こういう治療をして、この判断しているけど、こんなことが起こってしまっているから診てくれへんかって、書いてもらわなアカンのですよ。そこは、お医者さんがしっかり理解しといてもらわんといけません。

梶本 そういう意味では、この座談会は意義があるということですかね。(笑)

小野 絶対あります。意義あります。いや、本当そうですよ。だって、本当に研修医やレジデントの先生って、初めてそういうことにおつかった時に「どうすんの？」って言われても、分かんないこと多いじゃないですか。岡本先生、ホームページとかで「うちは、こんなリエゾン診療やってます」とか、そういうのはあるんですか。

岡本 ホームページなどでは、特に告知してないです。人事異動時で担当が代わった



小野美鈴主幹



西本泰久先生

りした際は、合同会議で告知はしています。その合同会議の資料をそのまま各病棟がプリントアウトしていただければ、担当が分かるという形にはしています。

梶本 研修医の初期研修の際に、このリエゾン診療のシステムは、オリエンテーションに入っているのですか？

岡本 ないです。

梶本 じゃあ、ベッドサイドで上の先生がその都度教えていくということですね。

2. リエゾン診療へのコンサルトの現状

梶本 西本先生、救急の現場では、リエゾンドクターに依頼されることはあるんですか。

西本 多くはないですが、あります。やはり救急外来の段階で「ああ、この人ちょっと認知がひどい」という場合は他科依頼を出して、お願いすることあります。

昼夜逆転することから始まったり、徘徊するとか、大声を上げるとか、そういう形で見つけられることも多く…。救急の場合には、入院して、それから怪しいとなって、家族に付いてもらおうというようなことをお願いすることもあるんです。けれども家族が付けない患者さんの方が多くて困ります。

梶本 神経内科はどうですか。

石田 入院患者のせん妄は、認知症状よりは意識障害なのです。リエゾンのない昔は、とりあえず鎮静するので、翌日も昼過ぎま

でグーグー寝てしまい、昼夜逆転して悪循環になるんですね。せん妄を起こしそうな患者は、入院する段階で経験的に分かるんですけど、予防的に投薬するわけにはいかないし、悩ましいところです。また、認知症のある人はやっぱり、環境が変わることによって認知症が進行することは、よく経験します。そのような例でもリエゾン診療をお願いすることが多くなりました。

3. リエゾン加算について

梶本 ところでリエゾンチームは、これをするので診療報酬での加算がおりるのですか？

岡本 最近はリエゾンチームというのは精神科リエゾンチーム加算として加算が取れるようにはなりました。加算基準を満たしたリエゾンチームで加算は取れますが、その加算は精神科医が多くない総合病院（たとえば1人医長）などでは意味があります。しかし、当院みたいに元々精神科医が多数いて機能している病院ではさほど意味をなさないです。

しかし精神科医が1人もいない民間病院も多数ありますので、今後リエゾンという概念が浸透していくと主治医や病棟の負担も減るのではないかと考えています。



石田志門先生

4. リエゾンドクターから他科医師へのお願い

梶本 あとコンサルティングされる立場から、こういうことを分かってコンサルトしてほしいということはありますか。

岡本 特に研修医やレジデントなどの若い先生は、システムは全部存じ上げないですけど、睡眠薬を約束処方している場合もあると思われます。高齢者とかであれば、睡眠薬がせん妄のリスクとなりうるので少し考えていただきたいですね。また上級医

に必要なのかを聞いて処方していただきたいですね。(サイドメモ2)

梶本 睡眠薬などは転倒リスクなどいろいろな副作用があり、注意が必要なのは有名ですね。

岡本 せん妄は意識障害です。意識障害の原因には、電解質異常などの様々なリスク要因があります。患者や、身体的なリスクがあり意識障害になりやすいような状態の人に、ベンゾジアゼピン系の睡眠薬が投与されると、せん妄を惹起しやすいです。そういうリスクがある人には慎重に投与することが必要です。また、昼夜逆転傾向にあるとせん妄を助長しやすく誘因になりやすいので、病棟のケアの面からはいつも病室が薄暗いのは良くないです。昼夜のリズムをつけるような働きかけがあると、予防になります。例えば、午前中に明るい環境に患者を置く、光療法などは睡眠のリズムをつけるという意味では、効果があると思います。しかし、せん妄の予防になるかっていうのは、また、ちょっと別問題です。

サイドメモ2：せん妄について

せん妄とは：せん妄は、注意、認知および意識レベルにおける、急性、一過性、通常は可逆的な、動揺性のある障害である。診断は臨床的にを行い、原因の特定に臨床検査と画像診断を行う。治療は、原因の是正と支持療法である。せん妄は何歳でも起こりうるが高齢者で比較的多い。入院する高齢患者の10%以上がせん妄を有しており、15～50%は入院期間中にせん妄を経験する。(メルクマニュアルより)

せん妄のデメリット：せん妄発症により多くの問題が発生する。1) 転倒転落、ルート抜去などの事故、自殺の発生、2) 治療予後の悪化、3) 医療スタッフの疲弊、4) 入院の長期化、5) 医療コストの増大。

せん妄ハイリスクとは：せん妄のリスク素因(準備因子)として以下のものがある。1) 高齢者(70歳以上)、2) 認知機能障害、3) 重篤な身体疾患、4) 頭部疾患の既往(脳卒中など)、5) せん妄の既往、6) アルコール多飲、7) 侵襲度の高い手術前。これらの因子を複数もつとせん妄ハイリスクとなるので、適切な看護ケアや言動の些細な変化に気をつけることで予防や早期対応を行うべきである。

せん妄の促進因子：せん妄を誘発する以下の促進因子がある。入院中には、これら促進因子をなくしていくことがせん妄の予防に重要である。1) 身体的要因(疼痛、便秘、尿閉、脱水、拘束、ドレーン、視力や聴力低下)、2) 精神的要因(不安や抑うつ)、3) 環境変化(入院、ICU入室、明るさ、騒音)、4) 睡眠障害。

睡眠薬によるせん妄：せん妄ハイリスクに対して、安易に睡眠薬を処方すると薬剤性せん妄を起こす危険性が高い。安易に睡眠剤を投与せず、セロトニン量を増やす抗うつ剤であるレスリン25mg内服などの内服を考慮する。トピックとしては、メラトニンのアナログであるロゼレム投与による予防効果が最近報告されている。

西本 救急では、環境の変化が問題になります。特に今まで普通に生活していた人が、救急で搬送されて、そのまま入院となった時には、環境が劇的に変わるのでせん妄が起こりやすい。

2. せん妄の対策

梶本 せん妄のお話が出ましたので、せん妄の予防や対策について話を伺っていきます。例えば、院内発症で大きな問題となる転倒・転落は、入院時にリスク評価をして予防に努めています。せん妄に対しても、予めせん妄のリスク評価をして予防に努めるという考え方はないんですか？

岡本 少し話題がそれますが、緩和ケアチームでもよくせん妄の診療・ケアをしています。がん患者さんは、かなりの確率でせん妄を来しやすいので、がんセンターなどは、何かせん妄のリスクスケールを使われているところがあります。一般的な術後せん妄とか、それ以外の、薬剤のせん妄なども含めて、すべてのせん妄にスケールを使用しているところはさほど多くないと思われます。

梶本 リスク評価自体も複雑になって実際の運用が難しいところがあるかもしれませんね。

岡本 そうですね。本当は事前のリスク評価が大切ですが、要因は複雑に絡み合うので、ちょっと難しいかもしれません。そのリスク評価を誰がやるのか？ どのような形式でやるのか？ という運用面の難しさもあるかなと思います。



梶本 あと、せん妄治療や予防のガイドラインはあるのですか？

岡本 精神科の学会の1つに、総合病院精神医学会というところがあるんですけども、そこはせん妄のガイドライン的な本は出しています。実際、せん妄で使用する薬剤は、基本的には適用外の薬剤が多く、対症療法です。なかなか、エビデンスも少ないです。ただ、私が緩和ケアチームの一員なので、また緩和ケアの話題になりますが、緩和ケアチームのマニュアルは当院の緩和ケアチームで作成し病棟に1部ずつ配布しています。痛みなどの様々な薬の使い方を載せているのですが、せん妄や不安などの精神症状に対しての薬の使い方（サイドメモ3）も載せています。各病棟でどれだけ見ていただいているか分かりませんが、がん患者さんと一般患者さんのせん妄では少し異なるところもありますが、使う薬は、ものすごく変わるわけではないので参考にはなると思います。

梶本 あんまり一般のドクターが使い慣れてない向精神病薬を素人判断的に使うより

サイドメモ3：せん妄に対する処方例（大阪医大 緩和ケアマニュアルより）

向精神病薬を少量から夕食もしくは眠前に開始する。

例えばハロペリドール（セレネース錠）0.5mg～2mg

リスベリドン（リスパダール液）0.5ml～2ml

- ・過鎮静時は減量、十分な効果が得られない時には増量する。
- ・用量の変化だけでなく用法の変更のみで効果が得られる時がある。
- ・上記薬剤にはせん妄に対して全く保険適応はない。
- ・ベンゾジアゼピン系の薬剤は、せん妄を増悪する可能性があるため単独では使用しない。
- ・初期対応で改善しない時は、精神科にコンサルテーションをする。

は、リエゾン診療にコンサルトした方が、安心・安全というようなことも言えますか。

岡本 そうですね。リスパダールとかを使い慣れている先生などは、リスパダール等を使っても、それで無理な場合に依頼があったりとかします。しかし、使い慣れてない先生は、特に若い先生とかは、最初からリエゾンに相談して欲しいですね。

梶本 ありがとうございます。リエゾン診療のシステムは、医師や看護師を含めて非常にうまく運用されているみたいで安心しました。今後の問題点としては、若い先生を含めた医師への周知をもう少し徹底したいところですね。

3. 知っておくべき認知症の知識

(サイドメモ4)

梶本 次に、認知症では、アルツハイマー病や血管性認知症以外にピック病とかレビー小体とかいろんな認知症が話題になってきてます。そのあたり、専門外の医師でも最低限知っておくべきことをご紹介いただけますか。

1. アルツハイマー型認知症

岡本 アルツハイマー型認知症ですけど、長谷川簡易認証スケール（HDS-R）で、20点以下が認知症状態の疑いとなります。

岡本 このスクリーニングで認知症状態という点数でも、もちろんそうじゃない場合もありますし、逆に点数が高くて、認知症の場合もあります。特に注意してみるのには遅延再生の項目のところですね。だから他項目が大丈夫でも、その項目で失点していると、やはりアルツハイマーなどが疑われるんで。もし、可能ならHDS-Rぐらいはやっておいていただくと有り難いですし情報も共有しやすいです。

梶本 遅延再生では、「朝ご飯何食べた？」と患者さんに聞くんですね。こういうのも、だいたいある程度の目安になりますね。

岡本 そうですね。なかなかHDS-Rの場合は質問されている患者さんでも抵抗がある方もおられますね。入院中の人にベッドサイドでやっても、怒り出す人もいます。「バカにしてるのか」とかね。

そういう場合は、日常の会話の中で、日付とかも含めて「今年、何年でしたっけ？」とか「今、暑いね」とか言ったのに、全く関連性のない回答をされることがあると疑っていただくとか、また質問に対して取り繕うことも特徴的なので、そういうのも目安になると思います。

2. 前頭側頭型認知症

岡本 前頭側頭型認知症では、ものの忘れよりも急に性格が変わることで気づかれることが多いです。今まで穏やかだった人が、急に攻撃的になったり。あとは脱抑制による問題行動ですね。例を挙げると今まで紳士だったおじいさんが、いきなり万引きするとか、アダルトビデオを借りまくるとか。性格が変化してしまい何かおかしいというので受診されて、結局は前頭側頭型認知症であったという場合もあります。今までと違うことが起こってくると、何らかの認知症の可能性があるので、ご紹介いただいたりしたらいいかなと思います。

梶本 石田先生、神経内科が関わる認知症として、レビー小体病と血管性認知症について一般医でも必要な知識を教えてください。

3. レビー小体病

石田 レビー小体病は、アルツハイマー型認知症について多い認知症で、認知症全体の2割を占めています。レビー小体という封入体がですね、脳の神経細胞に蓄積されます。パーキンソン病にも似た症状があらわれますが、パーキンソン病は黒質といいまして、中脳に局限したレビー小体の蓄積によって発症します。一方、レビー小体型

認知症では、そのレビー小体が大脳皮質も含めた広範囲に蓄積されますので、重い認知症状を起こします。まあ、ざっくり言いますと、認知症とパーキンソン病が合体した病気なんです。

レビー小体病にはいろいろ特徴があります。まず第一に、特徴的なのは幻覚です。それも非常にストーリー性がある。誰かが鉄砲を持って動いて、撃とうとしてるとか。パーキンソン病の幻覚は、単なる物が人に見えるとか、電線のコードがヘビに見えるとか、そういう単純なものです。

2番目の特徴は、認知症状が変動します。調子のいい時と悪い時が、すごくはっきりしている。それと、精神症状があるために抗精神薬を投与しますと、すごく過敏に反応して、もうグーグー、グーグー1日寝てしまったりとかします。

ところでパーキンソン病は、あまり認知症というイメージがないんですけども、元々ドーパミンがいろんな学習に関わる神経伝達物質ですので、それが使えなくなると、やっぱりものの判断や記憶に障害が出ます。

4. 血管性認知症

石田 血管性認知症は脳梗塞などの後遺症で、脳血管に異常が起きた結果として認知症になるものです。昔は、まだ診断がはっきりしてなかった頃は、アルツハイマー病がだいたい3割ぐらいで、その次多かったのがこの血管性認知症でした。その後、ア

ルツハイマー病でも多少脳血管障害があってもいいというふうになってまして、アルツハイマーの頻度はグンと増えてきました。レビー小体病の診断基準がはっきりして2番目に多い認知症になり、結果、血管性認知症の頻度は、本当少なくなってるのが現状です。

梶本 レビー小体病も、アリセプトが最近承認されましたね。

石田 用量依存的に、意識機能障害が改善するデータがいろいろ出ています。僕は、昔からアリセプトを使っています。たくさん量のアリセプトをレビー小体型認知症に投与すると、反対にパーキンソン病の症状が悪くなるんじゃないかという懸念もあるんですけど、実際、実験データを見ると、改善しているという…。

4. 認知症の予防：生活習慣、糖尿病、高血圧

梶本 私も、健康科学クリニックで脳ドックを担当していますが、「ボケるのが怖い」とか言う患者さんが、よく来られます。長生きをするとだれでも認知症になる時代です。そこで岡本先生、認知症の予防になることは何かありますか。

岡本 まずは、高脂血症と認知症の関連が指摘されています。また、アルツハイマー型認知症も生活習慣病であるというような意見が多いのです。当たり前のことですが、規則正しい生活をして、高血圧や糖尿病、高脂血症などの生活習慣病の予防と

サイドメモ4：認知症の典型的な訴え

アルツハイマー病：「もの忘れがひどいです」「日付が思い出せません」「食事をしたかどうかを忘れて何回も尋ねます」「予約や約束を忘れます」

レビー小体型認知症：「もの忘れがひどいです」「眠っている時に暴れます」「小人や動物の幻覚が見えます」「ぼ～としている日とましな日があります」

前頭側頭型認知症：「性格が変わりました」「イライラして怒りっぽくなりました」「不適切な言動が多いです」「ものの名前がでできません」「言葉が出てこなくなりました」

血管性認知症：「先月から急に（言葉、記憶などが）悪くなりました」「できることとできないことの差が激しいです」「思考のスピードが遅いです」

（出典：河合 真著、『極論で語る神経内科』）

なるような生活をしていただくことが、ひいては認知症の予防にもつながるとよくいわれています。

石田 中でも糖尿病、糖尿病性認知症が最近クローズアップされています。実際に、糖尿病の人で、アルツハイマー病という患者さんもよくお見受けします。

アルツハイマー病は、3型糖尿病とか異名がついています。(サイドメモ5)

梶本 認知症予防のためには、検診の時のHbA1cはしっかりと見とちゃんとあかんということです。ところで、血管性認知症に関しては、予防方法はよりクリアカットです。一般的に、脳梗塞の原因の半分は高血圧であるといわれています。特に、脳卒中発症後の1～2年ぐらいは、再発リスクが高い。重要なのはやはり血圧管理です。以前は、抗血小板剤さえ処方していれば、それで十分に予防になるというイメージがありました。しかし、脳梗塞予防効果は、アスピリンで10%程度しかありません。プロピドグレルでも、だいたい20%程度です。抗血小板剤の予防効果というのは、非常に限定的だったということになります。ですから血圧管理は非常に重要ですが、どこまで厳格な治療が必要かはまだ議論があります。60代・70代前半であれば130未満の降圧管理がいいんですね。血管リスクの十分な管理が重要です。認知症の発症に、血管リスクが密接に絡んでいますので、その予防には血管リスク管理が求められています。

愛場 急性期脳卒中患者さんが、保存的加療を受けられる方で、退院されていく場合、再発予防のためには、血圧管理を含めた退院時の生活指導が看護師の大切な役割だと

考えています。

5. 地域連携のしくみ（病病連携、病診連携、認知症ケアパス）

梶本 脳卒中は地域連携パスが上手く機能しているように、認知症に関する医療と介護との地域連携の仕組みはあるのですか。

岡本 そうですね。光愛病院、オレンジホスピタル、新阿武山病院などで、認知症の周辺症状の増悪した人の入院を受けていただいています。

梶本 それは病病連携ですね。

岡本 そうですね。

西本 ただ、その認知症というのが、病院との連携になるのか、介護との連携なのかということの話です。その場合介護とのパスということになってしまうわけで。医療ではなくて介護という点で、パスは非常に作りにくいんじゃないかなと思うんですよ。他の、例えば脳卒中であつたら脳卒中のパスというのは、病病連携の方でいけるんやけど。病院と介護施設の間の連携ということになるので。連携が、おそろくなかなか難しいんじゃないかなと思うんです。

岡本 おっしゃる通りだと思います。周辺症状の中でも幻覚とか妄想などが活発な方は、精神科の病院での治療適応ですし、薬剤による治療介入で症状が軽減する人も少なくありません。一方で、大きな声を出したりするけれど、そんなに症状はひどくなく、少しまとまりのない行動が目立つような人が先ほど出ましたけれど、行動制限になってしまったり、精神科の病院に入院となっているケースもあるかと思われます。そうなると余計に精神症状が悪化するケー

サイドメモ5：3型糖尿病

米ペンシルバニア大学医学部精神医学・神経学のスティーブン・アーノルド教授は、アルツハイマー病は「3型糖尿病」であると提唱しました。アーノルド教授らは、アルツハイマー病患者の脳の海馬を調べたところ、神経細胞の脳内のインスリンの効きが悪く（インシュリン抵抗性）、神経細胞でグルコースを利用効率が低下していました。その結果、アミロイドβが蓄積し、脳の神経細胞が変性死に至ると考えられます。

スもあると思います。これは、やはり、病院と介護の連携、病院と病院の連携の違いが、なかなか難しいところかなと感じています。

梶本 そのへんは、野角さんが主に担当されている領域なんですね。

野角 そうですね。認知症については認知症ケアパスというものがオレンジプランに示されています。(サイドメモ6、7)

梶本 ケアパス、なるほど。

野角 認知症は、患者さんを中心に診ていきながら、治療、投薬と経過観察と、合わせてケアを同時に進めていかないといけないので、医療と介護が、どう役割分担して連携するかをパスとしてまとめるとなると難しくて。

ケアパスを作成するというのは全国的な動きなのですが、実際に作って動いているというところは、まだまだ少ないですね。高槻市も、高槻市医師会の方で、認知症ケアパスの検討はされているのですが、まずは医療と介護の情報を共有できるような仕



野角理絵支援推進員

組みやツールを作るところからやっています。本来、国の目指している認知症ケアパスというのは、高槻市にどれだけ医療や介護の社会資源があって、何があと足りないのかを調査する、そのうえでどうすれば作っていけるのかを検討します。医療、介護、そして行政などの代表が核となって作っていかなければならないものです。

梶本 岡本先生が先ほど言われた認知症の病院間でのパスというのは、重症の認知症患者のパスですか。

サイドメモ6：オレンジプランとは

オレンジプランとは、厚生労働省が公表した「認知症施策推進5ヵ年計画」の通称で、2013年度から2017年度までの5ヵ年計画です。認知症サポーター（認知症の人とその家族を支援するための養成講座を受講した人）が手首に着けるオレンジ色のリングに由来します。骨子は以下のものからなります。1）認知症ケアパスの作成・普及を図る、2）認知症の早期の診断（身近型の認知症疾患医療センターなど）と対応（認知症初期集中支援チーム）を可能にする、3）地域（在宅）での医療、介護、生活や家族を支える仕組みを整備する。

これらの政策により、認知症における地域包括ケアを実現させることにつながります。医療経済学的には、認知症患者が激増する中で入院や入所を要する患者を減らし、医療保険や介護保険などの社会保障費用の破綻を防ぐことになります。

サイドメモ7：認知症ケアパスとは

認知症のケアパスとは地域における認知症連携パスのことです。今後の認知症ケア全体の流れを左右する重要な仕組みとなります。地域行政が中心となり、まずは地域資源のマップを作成し、認知症のステージごとに時間軸に合わせて、連携関係を構築していきます。高槻市においては、現在その作成が進められています。

その作成に際しては、認知症の地域包括ケアを実現するためには以下のことが必要です。1）地域での資源を整理し、時間軸での利用できるサービスを明確化する、2）医療と介護の連携を図る、3）医療面ではBPSD（認知症の行動・心理状態）を中心とする薬物ガイドラインの作成する、4）都道府県単位で病院勤務の医療従事者むけの研修を行う、5）精神病院における認知症の入院期間を短縮する、6）認知症初期集中支援チームの導入と構築を図る、7）認知症医療支援診療所の導入と認定を行う。



岡本 認知症の診断のためのパスであり役割分担ですね。やはり精神科単科の病院というのは検査機器が揃ってないので、認知症のより詳しい検査による精査を当院でしてほしいという希望が多いです。診断したあとは地域のかかりつけ医に通院される方もおられますし、そういうパスというか、流れですね。

小野 先生のところで3日間でしたっけ？認知症の確定診断をつけるための検査入院がありますでしょう。

岡本 検査入院していただくのには、転倒リスクが少ないなどの条件があります。検査入院で診断に至るのは軽度の人や初期の人が多いです。

梶本 岡本先生にご紹介いただいた医療連携は、認知症の早期診断、早期治療につながるものなんですね。ところで、手元に四日市市の病診連携パスがあるのですが、これを見ますと患者さんの認知症の診断名は重要ではなくて、むしろケアの方が中心ですね。

小野 やっぱり高血圧・糖尿病が書いてあるんですね。

梶本 ええ、そうそう。血糖や脂質などの血管リスク自体の管理も重要です。

岡本 あとは、かかりつけ医の先生との連携と逆紹介でしょうね。まず内科、整形外科の開業医の先生は割と紹介していただくんで、診断をさせていただいて、別に精神症状（周辺症状）が問題なければ、かかり

つけ医の先生のところで診ていただくというような連携が、もう少しスムーズにいくといいかなと思います。あとは、精神科の先生も、クリニックの先生も、何かあんまり認知症お好きじゃない先生もいらっしゃるのでは。

一同（笑）

岡本 おそらく、連携がうまくできていないため抱え込まれていることなども要因に挙げられると思います。だから、逆に連携することによって解消していけばいいかなと思っています。一方で最近新しく、認知症専門のクリニックができたりしているので、そういうクリニックの先生と連携できるとまた違った流れもできるかなと感じています。

梶本 一般医でも比較的容易に使える薬は、アリセプトくらいですかね。ある程度、その薬の投薬に慣れてきたら、認知症が専門でない先生でも、ある程度の治療薬の投薬はできるということですか。

岡本 そうです。今は、薬が増えて4種類ですが、この中核症状じゃなくて、周辺症状が悪化してきた際には当院や精神科に紹介していただくと、それはそれでまた薬物調整をさせていただきます。紹介元の先生にお願いしたいのは、身体的な管理ですね。認知症を生活習慣病として捉えていただいて、身体的な管理をしていただく方が、むしろ重要かと思うので。診断と、精神症状の管理を精神科するような形がいいかなと思いますね。

6. 家族の介護負担と地域包括支援センター

梶本 ところで、認知症の患者の周辺症状として、すごく攻撃的になったりすると家族の方は結構困りますものね。

岡本 そうですね。

梶本 記憶力が多少落ちても日常生活はそんなに変わりませんけれども、凶暴になっ

たり、暴言を吐いたりするようになると皆さん困られますもんね。

岡本 そうですね。家族や介護者の負担もかなり大きいと思います。やっぱり家族に対する暴言、暴行は一番ご家族も傷つくでしょうね。その負担が、むしろもの忘れの負担よりかなり大きいと思います。

梶本 そのへんは、地域包括支援センターからの方から見て、ちょっとこれはヤバいかなと。例えば、家族の介護負担が限界になった時、いわゆる在宅限界点に達した際に、介入やアドバイスとかされますか。

野角 私は、地域で生活されている認知症の方と、そのご家族の支援をする役割を担っています。やはり先ほどお話が出ていたように、ずっと一緒にいて尊敬していたお父さんが認知症の進行により変わっていかれる姿を受け入れがたい家族の心情はあると思います。それが発端で子が親を虐待してしまうというような事例にもなることになるので。そうなってきたら、緊急介入ということで、まずは分離から入るようなケースもあります。

梶本 なるほど。分離を。

野角 そうですね。まずは認知症のご本人とご家族を引き離して別々に支援するようなケースもあります。そこまでにいくまでに私たちのような支援者が介入できたら、必要な支援展開をしていって分離までのことにならないようにします。その時には、認知症の人の支援に対してはやはり医療の力をお借りすることも少なくありません。

岡本 医療と介護の連携シートもありますね。

野角 はい、あります。

岡本 ご家族には診断して最初に説明をする時に、ご本人だけでは、理解に乏しいことも多いため原則的には必ず同席していただきます。その時にご家族がどう対応したらいいのかとかいうことも説明します。例を挙げると、感情的に接しないとか、受け

流すとか、そういうやり方のほうがいいですよということを、具体例を挙げて説明します。

受診以前にすでに感情的に接していて、精神症状が悪くなっている人もおられるので、そういう方にはそのような接し方が悪化するということを説明し、ご家族が接し方を変えただけで改善することも少なくありません。

梶本 そうですね。理詰めで説得しても認知症の人は、それが自分にとっての現実ですから。いくら理詰めにしても、絶対に受け入れませんものね。

岡本 そうですね。妄想というのは思い込みが訂正不能という定義です。

梶本 不能なものだから。

岡本 理詰めで言っても無理です。

梶本 そのへんは介護面、あるいはドクターの方から、そういう家族に対する教育や啓蒙をなされているってことですな。

7. 救急医療の現場では認知症が大問題

梶本 救急の現場での、認知症に関わる問題点を教えてください。

西本 救急の立場で言うと、認知症で救急搬送されることはないんです。だから逆に、救急搬送されてくる患者さんが、認知症をもっているということが一番多いわけで…。

例えばケガをした、転倒した、下血した、吐血したなどの症状で来られたら、本人が認知症であって、例えちょっとした骨折であっても帰せない。

もう1つの問題は、介護してる人、介護されてる人、どちらもが認知症であったりすることです。この老老介護の問題のため、普通だったら「ああ、こんなんだったら、もう帰れますよ」という患者さんを帰すに帰せない。帰すとそのまま孤独死の可能性があつたりします。あるいは、その、介護疲れでいろいろ問題が起きるだろうというようなこともあります。結局、高齢である

がゆえに起こってくる認知症以外の病気やケガで搬入されたが、その患者が認知症でしたというようなことのため、よく小野さんに「こう、こういう患者で、どこか送って取ってもらえるような施設はないか」「病院でなくていいです」っていうのがたくさんあるんです。それは一番困るのは、介護してる側の人がケガをした時。されてる側は、分からない。だから、もしその人が入院してしまったら、介護されてる側も共倒れになってしまうという、そのようなのが一番問題かな。だから、1人の入院ではなくて、1人になってしまう可能性もあります。社会的な状況で、入院の適応であっても各科に依頼すると「当科では入院の適応はありません」「〇〇科では入院の適応はありません」。ところが、1つひとつでは入院適応はないけれども、全身状態など総合すると入院適応、あるいは、社会的な入院適応の人をどうするかということをこれから考えていかないといけないと思います。特に特定機能病院として「いや、この人は入院するような病気でも何でもないじゃない」と言われても、「じゃあ、どこへ帰すんですか？」というような問題が、今一番われわれも気になっているところです。救急搬送の中では、認知症ですということは分かりません。診療してみて、認知症だったということがあるんです。

愛場 そうですね。

西本 今、救急搬送で80歳以上というのが増えてきて、4人に1人が80歳以上であるという時代になっています。そしたら、救急搬送の中かなりの認知症の人が紛れ込んでいる。しかも、多くの人が1人暮らしなんです。この人、帰すに帰せない。中には、3日も4日も家で倒れていて、あわや孤独死というような人が運ばれてくることも多々あります。それもやっぱり、社会的な問題としても捉えてもらう必要があるだろうし。認知症をもった人の転院先で

あったりとか、治療に関してのところをしっかりと考えていただきたいと思います。認知症単独で救急搬送というのは、僕らはほとんど経験しないですね。

愛場 ですね。

梶本 地域社会としての何らかのバックアップ体制はありますか。

小野 いや、もう何とかしなきゃっていうんでやってるんですね。だから、何かしらどっかに、きっかけっていうか。この人の情報取るとこないかっていうので、すごく、もう、すぐ電話するんですよ。いろんな地域包括支援センター（サイドメモ8）とかに。そしたらこの間もあったケースは、別に認知症ではないんだけど、やっぱりその、障害の奥さんをずっと見てたから、「この人をどうにかせんことに、俺は入院できへんのや」っていうのは結構ありますよね。だから、その時にも、いつも「ある程度の年になったら、誰かね構ってね」という感じですね。（笑）

8. 認知症と独居の問題

西本 地域社会の関わりとして救急の現場で困るのは、大腿骨頸部骨折だったり、腰椎の圧迫骨折であったりというような、整形外科的なもの。それから、高齢になってきて、悪性腫瘍とかですね。それから、ちょっとしたケガですね。交通事故というよりは、道で歩いていて倒れたとか、転んだというものです。ちょっとケガしてるだけだから帰そうかなと思ったら、いや、1人暮らしや認知症のために帰せないというようなことが本当によくあります。独居であって、家族と連絡がつかないとか。ついたとしても非常に遠くとか。そういうので、いつも困って…。何とかならんかなというのは感じます。

小野 独居ってね。本当に今度も地域包括支援センターに助けられました。自分とこの範囲の利用してる人ばかりじゃなくて、



それ以外の人も意外に情報もってくれてるんですよね。そこは少なくとも「この人こうだから」というのが分かれば、誰かが関わってるんじゃないかっていうところまで、結構調べてくれるんです。

西本 結局、そういうところが包括して、患者さんを見ていただかないといけないと思います。単独の病気で来る人というのは少なくなってきた、認知症を含め様々な合併症をもった方が増えています。高齢化すればするほど、いろんな病気をおもちで、いろんな病院にかかってたりということが多く…。ところがよく調べてみたら介護申請をしてなかったりとかという例もありま

す。

小野 そうそう、それ。介護申請してなかったりするんですよ。

西本 この間、実際に介護申請をしていなくて困ったことがあるんです。いやあ僕、「介護保険持っていない、えっ？」って言って、逆に本当にびっくりしました。

小野 みんな指導お願いという感じで、介護保険課へFAX 入れたりね。

愛場 そうですね。ありますね。「えっ、どうしてたの、今まで？」っていう…。

野角 特に認知症の方は、受診につながってない方も、地域にはかなりいらっしゃるんですね。

石田 うん、そうですね。

小野 何もないからね。

梶本 でも、介護保険を使用すれば、服薬管理とかしてくれますもんね。自己判断で今まで飲んでいた薬を、勝手に止めてしまう人が結構あるんです。「どうして止めたの？」って聞いたら、「もう、いらなと思いました」。

石田 大事なお薬もお渡ししても飲んでない。

サイドメモ8：地域包括ケアと地域包括支援センター

地域包括ケアとは：高齢化が進展し、認知症高齢者や1人暮らし高齢者が増加する中、介護を必要とする高齢者ができる限り住み慣れた地域での生活を継続できるように、支援を充実することが必要です。厚労省は、これに必要な支援体制を2025年までに整備することを目指しており、このシステムを「地域包括ケア」と呼びます。

具体的には、高齢者のニーズに応じて、介護・予防・医療サービス、見守り等の生活支援サービス、住まいを適切に組み合わせて提供し、24時間365日を通じた対応が可能な「地域包括ケアシステム」を構築していくことが重要です。特に、医療との関わりでは、「医療との連携強化：24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化」が謳われています。

地域包括支援センターとは：地域包括支援センターは、2005年に介護保険法で定められた、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関です。各区市町村に設置されますが、外部への委託も行われています。センターには、保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士が置かれ、専門性を生かして相互連携しながら業務にあたります。

地域包括ケアと地域包括支援センターとの関係：地域包括ケアシステムは「自助・互助・共助・公助」それぞれの関係者の参加によって形成されるため、全国一律のものではなく、地域ごとの地域特性や住民特性等の実情に応じたシステムとなります。地域包括支援センターには、高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごせるよう、自助・互助・共助・公助の適切なコーディネート、および資源やサービス等の開発により、包括的・継続的な支援を行い、地域包括ケアを実現していくことが求められています。



前列左より、野角支援推進員、小野主幹、愛場看護師長、岡本先生
後列左より、梶本先生、西本先生、石田先生

小野 それも1人で来るんですよ。1人で来るから、その人の家での生活とか、この病院以外のとこで見えてない部分の方が大半じゃないですか。それが分からなくて。結局お薬飲めてない、家の中もごみ屋敷になってるっていうことも、全く病院の先生たちが分かんないんですよ。

梶本 ただ、子どもとかが頻繁に訪れれば分かるんですけどね。

小野 1人暮らしの人が、そういう状況になって来られているので。お風呂とか入ってないなと思ったら、やっぱりつなげなきゃという感じにもなると思いますよ。

愛場 それありますね。お風呂に入っていないとか、そうでないかって結構来た瞬間分かりますよ。臭いがね。拒否するお風呂に入れようかとなりますよ。

西本 みんなが、周りの人が見守っていただけたらいいんだけども。この頃なかなかそういう人が少ないので。

9. 地域社会の関わり：認知症サポーター

愛場 これを補うのが、サポーターの方ですね、だから高槻市のサポーターが、何か

こう目標を作りましたみたいなことをちょっと聞いたんですけど。

野角 「オレンジリング」は認知症サポーターの証です。認知症サポーターを養成することは全国的な取り組みで、高槻市としても平成26年度中に1万人養成することを目指していたのですが、それは平成25年度中に達成できています。「認知症サポーター」というのは、つまり認知症の理解をしている人のことで、養成講座を受講すれば、認知症サポーターになることができます。

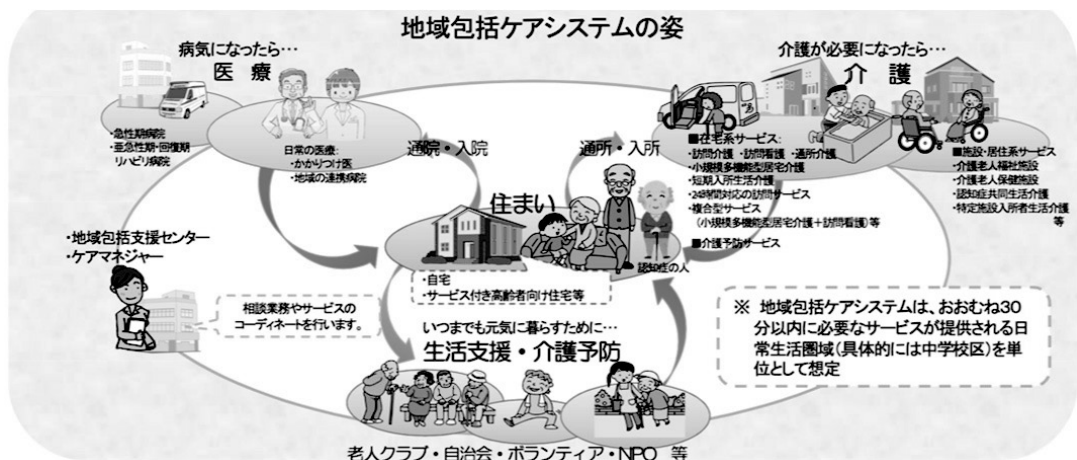
梶本 どういう方が認知症サポーターになれるのですか。

野角 これまでは、高齢の方が認知症になりたくないという動機で受講するケースが多かったです。

梶本 自分になりたくない…。

野角 これまではそういう方が多かったんですけど。この前は10ヵ月のお子さんを連れられた若い方が参加をしてくださったりして、ちょっとずつ広い世代に広がってきてるかなと感じます。

梶本 なるほどね。地域社会が1つにまとめないと、こういうのは解決できないですね。



野角 先ほどのお話にも出ていた、ギリギリで発見されるっていうのを防ぐためには、日ごろから「認知症かな？」っていうふうに気づける目を、たくさんの方にもっていただけたら。

梶本 町内会とか、そういうのでもね。

野角 そうですね。早めに医療につながって、お薬も開始して、体制が整えられたらいいなと思うんですけど。

最後に

梶本 議論は尽きませんが、そろそろ時間

となりました。今日のテーマである認知症や高齢化は、医療だけではなく、介護、地域社会あるいは国の形を決める非常に幅広くかつ奥深い問題です。また、ご自身やその家族にとっても深刻な問題でもあります。この座談会では、いろいろな問題点が浮かび上がってまいりましたし、一朝一夕では解決できないことも分かりました。しかし、日常診療のヒントになることも多々あるのではないのでしょうか。ぜひとも、日常診療にお役立っていただければと思います。

総合診療専門医について

大阪医科大学地域総合医療科学寄附講座特別任命教員教授 鈴木 富雄
大阪医科大学附属病院総合診療科科長

はじめに

昨年の9月に大阪医科大学地域総合医療科学（兵庫県）寄附講座の特別任命教員教授として赴任いたしました鈴木富雄と申します。今回は2017年度から開始になる新しい専門医制度に盛り込まれた総合診療専門医に関してのお話をさせていただきます。

新専門医制度策定の経緯

わが国の専門医は各専門学会が独自に認定しており、質のバラツキが大きく透明性が低いことが以前から問題とされてきました。また現在100を超える多様な専門医が乱立し、国民にとってもわれわれ医療者にとっても非常に分かりにくい制度になっていました。そこで厚生労働省による「専門医の在り方に関する検討会」での議論の後、2013年4月に新たな専門医制度発足に関しての方針が公表されました。その要点は、専門医の認定は各学会ではなく中立的な第三者機関で行うこと、専門医制度の枠組みは基本領域とサブスペシャリティ領域の2段階制とすること、すべての医師がいずれかの基本領域専門医を取得することを基本とすること、基本領域専門医の19番目の専門医として新たに総合診療専門医を位置づけること、第三者機関で認定した専門医のみを広告可能とすることの5点に集約されます。また、ここでいう専門医とは、神の手やスーパードクターを意味するものではなく、当該領域の標準的な医療を提供できる医師とされました。

以上の流れを受けて、第三者機関である「日本専門医機構」設立に向けた組織委員会が2013年8月に設置され、その中で「総合診療専門医に関する委員会（委員長：吉村博邦）」が発足しました。委員会の基本方針として、総合診療医の質の向上を図り、以て国民の健康・福祉に貢献すること、地域で活躍する総合診療医が誇りをもって診療に従事できる専門医資格とすること、わが国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とすること、以上の3点を踏まえ、2013年9月から2014年3月にかけて計6回の委員会が開催され、以下の事項が合意されました。

総合診療専門医の医師像

まず、総合診療専門医の定義に関しては、①日常遭遇する疾患や障害に対して適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供する医師であること、②疾病の予防、介護、看とり、地域の保健・福祉活動など、人々の命と健康に関わる幅広い健康問題について適切な対応ができる医師であること、この2点が定められました。そして、総合診療専門医の特徴に関しては、領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴とされ、総合診療専門医に期待される役割は、主に、地域を支える診療所や病院において、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わる他職種等と連携して、地域の医療、介護、保健等の様々な分野にお

けるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等を含む）を包括的かつ柔軟に提供できることとされました。さらに、総合診療専門医がもつべき医学的な知識と技術として、①健康増進と疾病予防、②幼小児・思春期のケア、③高齢者のケア、④終末期のケア、⑤女性の健康問題、⑥男性の健康問題、⑦リハビリテーション、⑧メンタルヘルス、⑨救急医療（初期救急への対応）、⑩臓器別の問題（初期対応と必要に応じた継続医療）（心血管、呼吸器、消化器、代謝内分泌、神経、腎・泌尿器、リウマチ、筋・骨格、皮膚、耳鼻咽喉、眼、生殖系）が挙げられました。以上の合意事項を踏まえて考えますと、現在日本プライマリ・ケア連合学会で定めている家庭医療専門医の像とほぼ等しい医師像がみえてきます。

また、議論の中で強調されたこととして、総合診療専門医に関する留意事項があります。ひとつには「総合診療専門医」は、地域を診る視点が重要視されていること、次に、今後人口の約40%を占めるまでに増加する高齢者への対応が必要不可欠であること、さらに、大学病院など大病院の総合診療部門については、総合診療専門医育成のプログラム責任者としての教育的な役割とともに、総合診療に関する研究の推進が期待されていること等です。

総合診療医の育成に関して

研修期間は3年間のプログラムを基本とし、A）基本領域別研修（内科6ヵ月、小児科3ヵ月、救急3ヵ月必修）、B）関連領域別研修（6ヵ月）、C）総合診療専門研修（18ヵ月）の3研修を受ける必要があるとされました。

まずA）の基本領域別研修ですが、この必修研修は各診療領域の専門医制度と相

乗りで行うものとし、各々の専門医制度の認定施設で、各専門医制度の指導医あるいは専門医等の指導の下で研修を行うことが必要です。また救急については、初期研修を含む5年間のうちに三次救急センターや地域の基幹病院での研修経験を積むことが望ましいとされました。

次にB）の関連領域別研修についてですが、総合診療に関係の深い、外科、産婦人科、精神科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科等の研修を行うこととされました。

そしてC）総合診療専門研修ですが、診療所、中小病院、一定規模以上の総合病院等で定められた項目の研修をローテイトしながら履修することが必要で、少なくとも6ヵ月間は診療所および中小病院での研修を必須とし、少なくとも6ヵ月間は一定規模の病院等における、臓器に特化しない一般内科あるいは総合診療科等で、病棟、外来、救急診療等をバランス良く研修することが必須とされました。また、これらの総合診療に関する専門研修は、総合診療専門医制度の定める指導医あるいは専門医の下で行うとされました。

今後の検討課題

他領域の専門医からの移行プログラムの策定、現在現場で既に活躍している総合医が目指すプログラムの策定、総合診療医から他領域の専門医資格の取得ができるキャリアパスの構築、指導医基準や研修評価法、事務局や実務委員会（プログラム、施設、試験、更新）の設定、財政基盤の構築、総合診療専門医制度規則の策定、関係者への周知や広報等の事項が今後の継続課題とされました。

これからの動き

以上の合意内容が、2014年5月7日に新

たな第三者機関として発足した「日本専門医機構」に申し送られました。現在、日本専門医機構の下に設置された「総合診療専門医に関する委員会（委員長：有賀徹）」において、引き続きモデルプログラムの検討等が進んでいます。新たな専門医制度は、2017年度から開始となり、2015年度に初期研修を開始する新卒の医師が該当するので、2014年中に制度の骨格が正式に策定される予定です。この新たな制度による専門医は、2020年以降に誕生することになります。

最後に

先進国の中で総合的に診ることのできる医師のキャリアを構築する専門医制度が存

在しないのは日本だけであるとよく言われていました。新たな専門医制度を創ったからといって、すぐに日本の医療が大きく変わるわけではありません。しかしながら、ジェネラリストを目指す若い方々のキャリアを構築するうえでの大きな指標ができたという意味で、総合診療専門医制度の確立は、大変価値のあることだと考えています。総合診療専門医制度を発展させていくためには、医療者のみならず国民1人ひとりの意識の改革も必要です。既成の概念や利得に縛られずに、総合診療専門医制度を世界に誇れるような実りあるものに育てていきたいと考えています。

「非難の文化を考える」

～パーソンアプローチからシステムズアプローチへ～

大阪医科大学附属病院 医療安全対策室室長 村尾 仁

シリーズ第1回目は「医療事故後の情報開示と謝罪」と題し、無用なコンフリクトを防止するため、医療事故発生直後の患者と家族にとるべき基本姿勢を紹介した。

2回目の今回は、同じく医療事故に根強く残る課題である「事故当事者への非難」の問題をとりあげる。“失敗から学び、再発防止に向けシステムを改善する”という医療安全のサイクルからみれば、失敗を隠さず自主的に報告できる雰囲気こそ大切な文化なのである。

1 非難の文化とパーソンアプローチ

いかなる分野においても、物事が上手くいかなかった時、その原因を明らかにするアプローチが必要である。医療の分野では、当事者個人の責任に帰結する方法（パーソンアプローチ）が採られてきた。関わった個人やグループにすべての責任を委ね、当事者への非難や懲罰をもって対策とするやり方だ。これが「非難の文化（Blame Culture）」と呼ばれるものだ。非難の文化は医療安全文化の醸成を阻害するものである。

パーソンアプローチは、再発防止につながらない。確かに当事者は、二度と同じ失敗をしないようにと、今まで以上に注意するようになるでしょう。しかし、人の注意力に依存した対策に過ぎないため、やがて注意力が薄れ、必ず同じインシデントが発生する。また、当事者でない他の人たちの注意力はもっと早期に低下するに違いない。

結局パーソンアプローチでは、人の注意力に依存した対策であるため、再発防止対策としての安定性と継続性を担保できない。

2 なぜ非難するのか

人はなぜ誰かを非難せずにいられないのでしょうか。その答えに関連するのは「懲罰を行うことによって、エラーは容認できずエラーを犯した者は罰せられるのだ」という強いメッセージを他者にも送れるという考えかたである。もっと赤裸々に言えば、責任を負うべき人がそこにいる時、その人を非難することで感情的に大いに満足するという人間の性（さが）も関係している。また特に医師の場合には、訓練を受けた専門職として組織や社会の中で地位を得ているのだから、応分の責任を個人が負うべきだという見方が病院の内外にある。このような理由から、組織やシステムよりも、直接関わった個人を非難し責任を負わせる傾向が今も根強く残っているのである。

3 報告する文化 vs. 非難する文化

「非難の文化」が医療安全文化の醸成を阻害する最大の理由は、報告する文化（Reporting Culture）を妨害するからである。安全文化を支える重要な柱に「報告する文化」がある。安全を常に心がけ「上手くいかなかったことさえも自発的に報告する」という行動は、高い安全意識によるものである。「非難の文化」は職員の崇高な安全意識を

萎えさせるに十分なのだ。やがて多くのインシデントが報告されなくなり、病院の安全文化は根底から崩壊するだろう。

4 「非難の文化」を蔓延させないためのシステムズアプローチ

エラーが発生した場合に、「なんでこんなことをした!」「誰々が責任を取れ!」などと、非難を中心としたパーソンアプローチに終始する限り、再発防止を目的とする医療安全文化の定着は期待できない。再発を防止し安全文化を守るには、「どうしてエラーが発生したのだろうか?」「どこかシステムにエラーを誘発する原因がないだろうか?」といった具合に、個人ではなくシステムに根本的原因を求め、システム

を改善する姿勢（システムズアプローチ）を現場に浸透させることが必要なのである。それは、油断をすると押し寄せる「非難の文化」との戦いでもある。

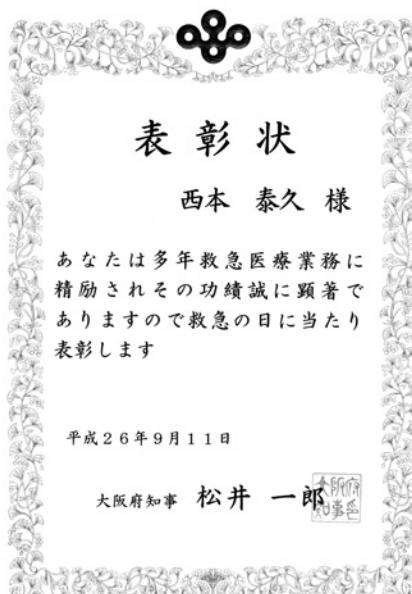
しかし、パーソンアプローチからシステムズアプローチへの移行は自然にできるものではない。現場リーダーの医療安全への高い意識とリーダーシップが必要なことはもちろんだが、何よりも病院長を中心とする組織管理者の明確なメッセージとリーダーシップが不可欠なのである。

参考文献

- ・ WHO 患者安全カリキュラムガイド多職種版 2011

西本 泰久 先生（救急医学 診療准教授）
救急功労者大阪府知事表彰を受賞

本会員の西本泰久先生が、平成26年9月11日救急功労者大阪府知事表彰を受賞されました。



本学附属病院がんセンター 先端医療開発部門（消化器外科）の展望

大阪医科大学がんセンター特務教授 奥田準二

私は、大阪医科大学卒業後に本学一般・消化器外科に入局して30年になりますが、その節目の年にあたる平成26年4月1日付けで大阪医科大学附属病院がんセンター特務教授を拝命しました。

この20年、大腸疾患（主に大腸がん）に対する低侵襲手術としての腹腔鏡下大腸切除を専門にしてきました。心身に優しい腹腔鏡下手術を求めて来られる患者さんが急増したことにより、大阪医科大学附属病院の大腸がん手術数は、ここ数年来、西日本で1位、全国でもトップ3に入っています。平成25年度は大腸がん手術505件のうち、483件（96%）を腹腔鏡下に施行し、これまでの腹腔鏡下大腸がん手術総数は4,000件を超えて国内トップとなりました。

近年、腹腔鏡下大腸がん手術を施行する病院も急増してきていますが、そこで問題となるのが手術の質です。私どもは、腹腔鏡下大腸手術の草創期からこれに真摯に取

り組み、米国オハイオ州のクリーブランドクリニック留学や仏国ストラスブルにある欧州屈指の内視鏡外科手術センター（IR-CAD/EITS）との連携などを通して、世界レベルで安全で質の高い腹腔鏡下大腸手術の開発と導入に携わってきました。国内でも腹腔鏡下手術を安全に普及させるための1つとして平成16年から日本内視鏡外科学会によって内視鏡外科技術認定制度が開始されましたが、これまでに当院では私を含めて24人を輩出し、これも国内トップの評価です。したがって、手術数のみならず手術の質も極めて高いと厚く信頼されており、その実績も国内外でトップの評価を受けています。具体的には、直腸がんに対する腹腔鏡下手術で問題となる術後縫合不全率は1.8%（通常は5～10%）と低く、多くの患者さんが求められる肛門温存率は93%（通常は80～90%）と高く、開腹大腸がん手術と比べて術後の再発も少なく、良





好な成績が得られています。また、高度進行がんには抗がん剤や放射線治療を併用して根治性、肛門温存率の向上を目指すとともに、合併切除臓器の縮小などにより、さらに質を高める努力をしています。

国外医療施設との連携ネットワークの構築も平成26年12月には英国ロンドンで開催された国際学会に講師として招かれて最先端の腹腔鏡下直腸がん手術の特別講演、腹腔鏡下側方郭清手技のビデオ供覧を行うとともに、エキスパートによる症例検討会にも加わってホットなディスカッションを楽しむことができました。学会後に学会長のご自宅で開催された懇親会では、他のエキスパートとの交流を深めることができ（写

真）、欧州のトップ施設とのネットワークの充実を強く予感できました。

今後は、先端医療開発部門（消化器外科）での先端手技・機器の開発と当院消化器外科での大腸がん外科診療の継続によって、さらに安全で質が高く効果的な低侵襲大腸がん手術の実践と教育、先端的手技・機器などの開発導入と臨床研究、国内外や他領域の多施設とのネットワークの充実などを主な職務とし、さらに多くの大腸がん患者さんの治療の質の向上に寄与するとともに、最先端治療を世界に発信・展開して本学・当院の発展に心身を捧げる所存です。今後ともご指導・ご鞭撻の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

腫瘍選択的粒子線治療 BNCT とは？

大阪医科大学がんセンター特務教授 宮武伸一

平成26年4月1日付けで、脳神経外科学教室よりがんセンターに移動し、先端医療開発部門の特務教授を拝命しました。脳神経外科学教室時代より現在に至るまで悪性脳腫瘍の治療に従事し、多くの患者の治療を経験させていただいてまいりました。その中で、腫瘍選択的粒子線治療であるホウ素中性子捕捉療法（BNCT）に出会い、脳神経外科学教室の同僚と京都大学原子炉実験所の共同研究者に恵まれ、全国より170例を超える症例を紹介いただき、原子炉中性子源を用いたBNCTを脳腫瘍に適用してまいりました。徐々にその治療効果が認知され、本学でも口腔外科、耳鼻咽喉科、一般消化器外科からも患者のご紹介をいただくようになり、BNCTを全悪性腫瘍に

適応すべくがんセンターでの職務を拝命するに至った次第です。

図1にBNCTの原理を示します。腫瘍選択的にホウ素化合物を投与し、毒性の少ない中性子を照射することにより、高エネルギーの α 線とLi粒子が細胞1個分の飛程で放出されます。これが腫瘍細胞を選択的にかつ強力に破壊します。その治療効果を図2に示します。浸潤性に発育する悪性グリオーマが見事に消失していきます。平成26年6月には国際BNCT学会よりHatanaka Awardをいただき、世界におけるBNCTの基礎、臨床研究をリードする立場となりました。一方で、現在はこのBNCTを院内で行えるように院内設置型小型加速器による治験を行い、世界に先駆

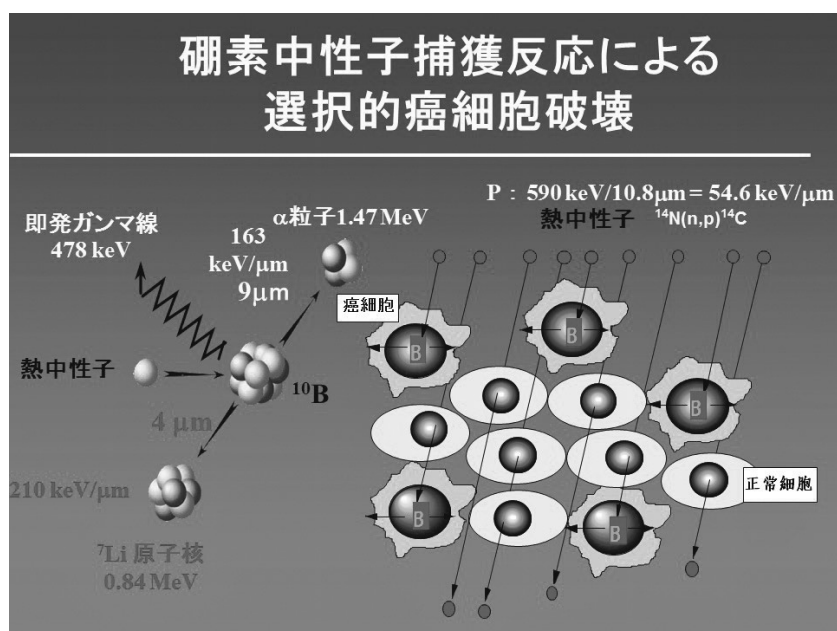


図1

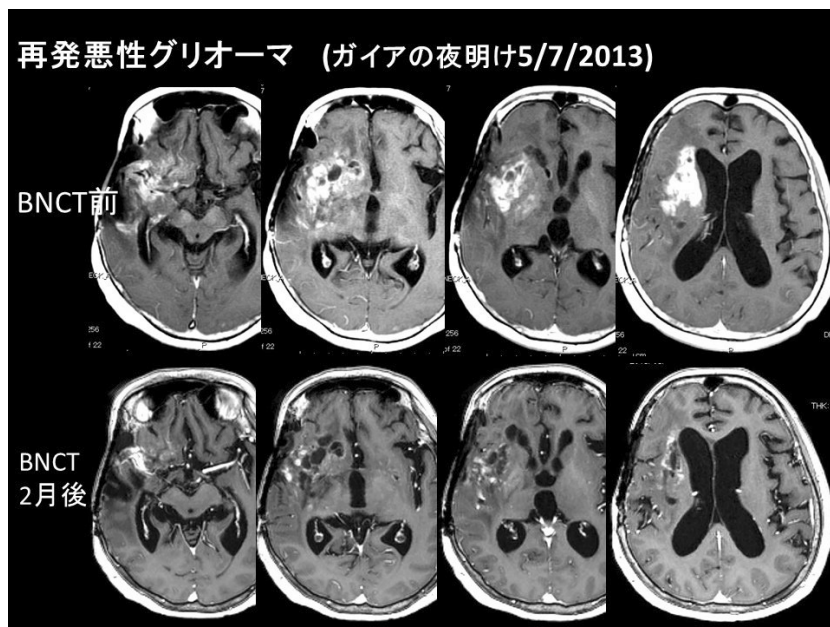


図 2

けた治療研究を行っています。

今ひとつの柱となる仕事は、許容線量を超える放射線治療が脳に付与された場合に生じる脳放射線壊死の治療として、抗血管新生薬であるベバシズマブによる治療を全国の基幹病院16施設をまとめて共同研究を行い、先進医療Bを通じて、その有効性

を明らかにすることができました。今後は脳放射線壊死のガイドラインを作成し、全国の悩める患者を救済すべく、公知申請から薬事承認を目指した活動を続けてまいります。旧にも増したご指導、ご支援よろしくお願い申し上げます。



大阪医科大学脳神経外科学教室 野々口直助（平成10年卒）

2011年7月から2年間、フランスの「国際がん研究所（Centre International de Recherche sur le Cancer：以下CIRC）」で客員研究員として海外研修をさせていただきました。この度、留学レポートを寄稿させていただきました機会を頂戴しましたので、CIRCでの研究生活を振り返って同研究所とリヨンの街についてご紹介させていただきます。

CIRCは世界保健機構（WHO：本部はスイス・ジュネーブ）の研究機関であり、発がんのメカニズム・疫学・予防等の研究を推進する目的で1965年にフランスのリヨンに設立されました。国連附属機関のため公用語は英語と仏語で、敷地内は治外法権です。そのため職員のフランスへの納税義務はなく、運転免許を申請すれば外交官と同じ色のナンバープレートがもらえます（小生は車には乗りませんでしたが）。研究所は日本を含む18カ国のCIRC加盟国が供

出する予算によって運営され、CIRC内で最も大きな会議場である“Princess TAKAMATSU hall”はわが国の資金で建てられたものです。このホールはBlue book（WHOがん取り扱い規約）編纂のための国際会議や、海外の賓客が訪問された際のreceptionなどに利用され、小生の滞在中にはタイのチュラポーン王女（タイ王立医学研究所所長）がお越しになりました。

小生が所属した「分子病理学部門」は前述の「Blue bookの作成」と「脳腫瘍の研究」を担うsectionで、留学中の2年間には乳がんと骨軟部腫瘍のBlue book改訂作業が行われました。世界中から集まった病理学者が改訂内容を議論するコンセンサス・ミーティングに編集助手として参加させていただき、「WHOがん取り扱い規約」ができて上がるまでの過程を間近で見ることができましたが、この経験は腫瘍を研究するならば脳腫瘍だけでなく他臓器のがん一般に関する最新の知識を幅広く勉強することの重要性を再認識させてくれました。

一方研究面では、草野球をやっていた小生（＝臨床の合間に研究をしていただけのアマチュア研究者）が「大リーグ」（＝プロの研究者）のキャンプに参加したため、最初の1年間は目が回るような毎日でした。あんなに必死で働いたのは研修医の時以来だと思います。主に次世代シーケンサーを用いて悪性脳腫瘍内の融合遺伝子やウイルス転写産物の探索するプロジェクトを担当したのですが、Wet side（ベンチでの実験）はまだ良かったものの、Dry side（データ解析）が大変でした。Excel fileに変換すると30万行を軽く超えるbig dataを扱うには



研究所写真



リヨン市内の世界文化遺産（テロー広場と市庁舎：左、フルヴィエール大聖堂：右）

Linux (CUI) を使いこなす必要があり、リヨン大学の Bioinformatician に教を乞いながら、慣れないコマンドラインを用いてのデータ解析のために約2ヵ月間朝から晩まで研究室のパソコンに張り付いていたお蔭で飛蚊症が出ました。「アナログ人間」だった小生にとって当時は吐きそうな経験でしたが、今となっては良い思い出です。

CIRC では毎月1回、すべての section の研究者が集まって各研究者のプロジェクトについてざくばらんに議論する “Scientifique Café” という催しがあるのですが、その時の経験から他の専門分野の先生たちと積極的に discussion することの有用性を痛感しました。そのため大学に復職してからも他科の先生の所へお邪魔し、当科の研究にご興味をもってください先生を探して研究のネットワークを広げていきたいと考えておりますので、その折りにはどうかご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

さて仕事の話はこれくらいにしまして、リヨンの街についてご紹介いたします。ローヌ・アルプス地方の県庁所在地であるリヨンは首都パリと南仏港町マルセイユのちょうど中間に位置します (TGV でそれぞれ2時間)。日本でも有名な『星の王子さま』の作者であるサン＝テグジュペリがリヨン生まれである関係で、リヨン空港の公式名称は「サンテグジュペリ国際空港 (LYS)」です。この街の歴史は紀元前43年

にユリウス・カエサルがローマ帝国の植民市として城塞を築いたのが始まりで、カエサルが記した『ガリア戦記』の中にもリヨンは Lugdunum の名で登場します。この欧州有数の古都がフランス革命時には反革命派の拠点となり、第二次大戦中にはナチス・ドイツ軍に対するレジスタンス運動の拠点となったことは、この街に住む人々の気風を表すエピソードであり、特に年配の人々は「英語を喋りたがらない」「ドイツ車を買いたがらない」といった古都気質がフランスの他の都市と比べて強いと言われます。やや閉鎖的なところがあるこの街ですが有名な観光地でもあり、市内西部のソーヌ側沿いに残るローマ遺跡を含む旧市街全体がユネスコの「世界文化遺産」に登録されています。その旧市街の東側には「新市街」と呼ばれる街並が広がりますが、「新市街」と言ってもリヨンがフランス王政に組み込まれた15世紀以降の街並であることを意味し、京都市内に代々住んでいる人が「先の戦 (いくさ)」と言えば太平洋戦争ではなく応仁の乱のことを指す、という笑い話と似ています。

リヨンはローマ帝国時代から物資の集散地であり、欧州為替取引の中心地として発展した経緯から今もフランスの銀行の多くが本店を置く「金融の街」ですが、「食の街」としても有名です。17世紀にフランス王室がイタリアのメディチ家と婚姻したこ



部門長：Dr.Hiroko Ohgaki（前列左から3人目）、筆者（後列左から2人目）

とで、当時のヨーロッパにおいて最も洗練されていたイタリア宮廷食文化がこの地へもたらされて以降、リオンはフランス食文化発展の牽引役を担ってきました。日本のTVでもリオンを特集した番組では必ずポール・ボキューズを頂点とする有名レストランが紹介されますし、リオンっ子達もミシュランの星をもつレストランが国内で一番多いのがリオンであることに誇りをもっています（☆付きレストランの数はパリよりも多い）。

仕事よりも家族とのバカンスを優先するラテン系の研究者（仏・伊・西）、自分のキャリア・アップに余念がない中国・米国

の研究者、母国の医学レベルを上げるために将来自分が貢献する「夢」を語るアフリカ諸国出身の研究者など、WHOはまさに異なる価値観の人種が世界中から集まる坩堝であったために、自分の人生観を見つめ直す良い機会ともなりました。

最後になりましたが、異国の地で初心に戻って仕事に取り組む機会をお与えくださいました脳神経外科教授（現 大学附属病院院長）黒岩敏彦先生、人手不足の医局から長期にわたり留学することをお許しくださった教室の皆様方に、この場をお借りいたしまして心より感謝申し上げます。ありがとうございました。

クラスタ

大阪医科大学放射線医学教室／本誌編集委員 上杉康夫

1. ディスクセクタ (英: Disk sector)

ディスクセクタとは、伝統的に、ディスクドライブ (磁気ディスクや光ディスク) のトラックの一部を指す。単にセクタとも呼ばれています¹⁾。各セクタには一定量のデータが格納されます。磁気ディスクの場合、1セクタは512バイト (Byte)、光ディスクの場合、1セクタは2,048バイトが典型的です。

2. クラスタ (英: cluster)

ディスクドライブにおけるクラスタは、ファイルシステムのファイルやディレクトリに割り当てられるディスク上の単位です。ディスク上のデータ構造管理のオーバーヘッドを低減するため、ファイルシステムはセクタ単位での割り当てを行わず、いくつかのセクタをまとめたクラスタ単位で割り当てます。クラスタを簡単に言うと、ファイルやディレクトリに割り当てる最小の容量の単位です。複数のセクタをまとめてクラスタと定義します。以下の例では8個の連続するセクタを1つのクラスタとして定義しています。一般的にセクタは512バイトと小さく取り扱いにくいいため、ある程度まとめて大きな単位で扱えるようになっています。例えば、セクタが512バイトの場合、512バイトのクラスタはアクセス可能な連続した8個のセクタに対応して4キロバイト (KB) ($8 \times 512 \text{ バイト} = 4,096 \text{ バイト} = 4 \times 1,024 \text{ バイト} = 4 \text{ KB}$) のクラスタ

クラスタ							
セクタ	セクタ	セクタ	セクタ	セクタ	セクタ	セクタ	セクタ

図1 クラスタとセクタ (文献2から引用)

を構成しています (図1)²⁾。

そしてどんなに小さいファイルでも、少なくとも1クラスタサイズの大きさをもっています。このクラスタの大きさ (セクタの合計数) を「クラスタサイズ」とか「アロケーションユニットサイズ」と言います。どちらの言い方でも間違いではありません³⁾⁴⁾。

3. ファイルのディスク上のサイズ

クラスタサイズ (アロケーションユニットサイズ) は、Windows XP や Windows Vista、Windows 7 など、従来よく使われているバージョンでは、4 KB (4,096バイト) が標準となっています。図2は“1バイト”のファイルのプロパティを Windows エクスプローラから表示したケースです。サイズは1バイトですが、実際の“ディスク上のサイズ”は4.00KB (4,096バイト) と表示されます。これはどんなに小さいファイルでもクラスタサイズだけ消費するためです (図2)。

4. 最適なクラスタサイズ

クラスタはファイルに割り当て可能なディスクスペースの最小論理単位です。したがってクラスタが大きき設定されているファイルシステムで小さなファイルを格納す



図2 1バイトのファイルのプロパティ
(文献2から引用)

ると、ディスクスペースを無駄にすることになります。例えば4KBに設定されたクラスタで10KBのファイルを保存すると、3つの区画に分かれて保存されます。これは4KB+4KB+2KBで、3つのクラスタ(合計12KB)を使って保存されることになります。このとき3つめのクラスタは、4KBある容量に対して2KBしかデータが保存されていません。こうしたクラスタ容量にムダが生じることをクラスタギャップといい、このような無駄なディスクスペースをスラックスペースと呼びます。クラスタギャップが増えるほど、ハードディスクの使用できる容量は少なくなります。クラスタギャップを最小限に抑えるには、アロケーションユニットサイズ(クラスタサイズ)をできるだけ小さくすることです。ただしクラスタサイズを小さくすると、今度は大きなファイルを保存するときに細かく分かれ過ぎてしまい、読み書きスピードが遅くなり、ファイルの断片化が生じやすくなります。

新しいハードディスクなどをフォーマットするとき、アロケーションユニットサイズを指定する項目があります(図3)。最



図3 フォーマットするとき、アロケーションユニットサイズを指定する項目
(文献3から引用)

適なアロケーションユニットサイズは複数ある値から、どれを選べばいいのか迷うことがあります。パソコンが扱うファイルは、数百バイトほどしかないテキストファイルから、数百MB(メガバイト)もある動画ファイルまで、その容量は千差万別です。どんな容量のファイルにも適したアロケーションユニットサイズというのは、ありません。また最近のハードディスクは読み取り順序を最適化し、転送スピードも高速化しているので、アロケーションユニットサイズに大きく頭を悩ませるほどの必要もないとされています。アロケーションユニットサイズは、Windows XPやWindows Vista、Windows 7など、従来よく使われているバージョンでは、4KB(4,096バイト)が標準となっています。動画ファイルといった容量の大きなファイルばかりを保存するのであれば、アロケーションユニットサイズを大きめの値にしてもよいとされていますが、それ以外の場合は標準のアロケーションユニットサイズで十分とされています³⁾。

ホームページ担当：上杉 康夫
大阪医科大学医師会 ホームページ：
<http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/>
メールアドレス：omcda@art.osaka-med.ac.jp

〈引用ホームページ〉

- 1) ディスクセクター-Wikipedia
<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%83%87%E3%82%A3%E3%82%B9%E3%82%AF%E3%82%BB%E3%82%AF%E3%82%BF>
- 2) クラスタ、セクタの違いと “ディスク上のサ

イズ”

<http://tooljp.com/windows/doc/cluster-sector-difference/cluster-sector-difference.html>

- 3) アロケーションユニットサイズとは？ 知っ得！ パソコン塾
<http://sittoku.net/2013/05/241210.html>
- 4) クラスタ（記憶媒体）—Wikipedia
[http://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%82%AF%E3%83%A9%E3%82%B9%E3%82%BF_\(%E8%A8%98%E6%86%B6%E5%AA%92%E4%BD%93\)](http://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%82%AF%E3%83%A9%E3%82%B9%E3%82%BF_(%E8%A8%98%E6%86%B6%E5%AA%92%E4%BD%93))

大阪医科大学医師会 会長からのお知らせ

■ 平成27年度学会等助成 採択学会一覧 ■

次の5件に各10万円、合計50万円を助成することといたしました。

会長／会頭（敬称略）	学会名・開催日程・開催場所	助成金額
感覚器機能形態医学講座 皮膚科学教室 教授 森脇 真一	第4回光皮膚科学研究会 日程：平成27年5月16日（土） 場所：新大阪ワシントンホテルプラザ	10万円
感覚器機能形態医学講座 耳鼻咽喉科学教室 教授 河田 了	第28回日本口腔・咽頭科学会総会・学術講演会 日程：平成27年9月10日（木）～9月11日（金） 場所：ホテル阪神	10万円
生体管理再建医学講座 形成外科学教室 教授 上田 晃一	第33回日本頭蓋顎顔面外科学会学術集会 日程：平成27年11月12日（木）～11月13日（金） 場所：宝塚ホテル	10万円
泌尿生殖・発達医学講座 小児科学教室 講師 芦田 明	第37回日本小児腎不全学会 日程：平成27年11月26日（木）～11月27日（金） 場所：ゆのくに天祥	10万円
内科学講座 内科学Ⅲ教室 教授 石坂 信和	第120回日本循環器学会 近畿地方会 日程：平成27年11月28日（土） 場所：ナレッジキャピタル コングレコンベンションセンター	10万円

平成28年度の公募は、平成27年10月1日～平成27年10月31日に実施します。

応募用紙を当医師会ホームページからダウンロードしてください。

詳細は、9月1日にホームページに掲載いたします。

大阪医科大学医師会

■ 北摂四医師会医学会分科会記録 ■

【第5回北摂四医師会三島感染症研究会】

*日 時：平成26年6月21日（土） 午後4時～

*場 所：たかつき京都ホテル 2F 「煌の間」

開会の辞

当番世話人：切東 美子

一般講演

座長：摂津ひかり病院 切東 美子

<学術講演>

「ゾシンにおける最近の話題」

大正富山医薬品（株） 学術研修センター

<講演>

1. 「当院における麻疹抗体価の測定と解析」

北摂総合病院 感染防止対策室・看護部 馬場 恵美

2. 「当院における ICT ラウンドの現状と課題」

大阪府三島救命救急センター 医療技術部 薬局 薬局長 西本香王里

3. 「北摂四医師会感染対策ネットワークにおける耐性菌サーベイランス」

大阪医科大学附属病院 中央検査部 柴田有理子

オープニングリマークス

「当地域の MDRP アウトブレイクをどうコントロールしたか」

大阪医科大学 内科学総合診療科 教授 感染対策室 室長 浮村 聡

特別講演

座長：大阪医科大学 内科学総合診療科 教授 感染対策室 室長 浮村 聡

「感染制御と耐性菌抑制とを推進するためには」

神戸大学大学院医学研究科 特命教授 医学部附属病院 感染制御部長 荒川 創一

.....

【第17回北摂四医師会神経精神医学研究会】

＊日 時：平成26年10月9日（木）午後6時30分～

＊場 所：大阪医科大学 講義実習棟内 学1 講堂

一般演題

座長：大阪精神医学研究所 新阿武山病院 院長 岡村 武彦

1. 「クエチアピンが奏功した統合失調症の1例」

大阪精神医学研究所 新阿武山病院 田村 優実

2. 「慢性統合失調症者への MCT 導入の試み」

恒昭会 藍野花園病院 大阪 一樹

3. 「精神科における漢方治療経験」

大阪医科大学 神経精神医学教室 助教 川茂 聖哉

Mini Lecture

座長：大阪医科大学 神経精神医学教室 教授 米田 博

1. 「精神科臨床における現象学の意義」

愛仁会 高槻病院 精神神経科 部長 杉林 稔

2. 「生涯をハンセン病の人たちに捧げた精神科医神谷美恵子先生—その理解的態度—」

清風会 茨木病院 理事長 高橋 幸彦

大阪医科大学医師会 会則

(名 称)

第1条 本会は大阪医科大学医師会と称し、事務所を大阪医科大学に置く。

(構 成)

第2条 本会は大阪医科大学に在籍し、大阪府医師会に加入する医師を以て組織する。

(目 的)

第3条 本会は、医学教育、医学研究ならびに診療にたずさわる医師たるものの本分の自覚を促し、医学および医療の発展に寄与するとともに、本学の勤務環境の改善、地域医療、公衆衛生および学会活動に努力し、会員相互の親睦をはかることを目的とする。

(事 業)

第4条 本会の目的を達成するために次の事業を行う。

1. 大阪医科大学における診療および教育・研究の推進
2. 関係諸団体との提携
3. 医学会の開催、会報、報告書等の刊行
4. その他目的達成のために必要な事業

第5条 本会に次の役員を置く。

1. 会 長 1名
2. 副会長 3名
3. 理 事（大阪府医師会代議員） 若干名
4. 評議員（内 大阪府医師会予備代議員 若干名） 若干名
5. 監 事 1名
6. 会 計 1名
7. 書 記 （1名）
8. 編集委員 （若干名）

第6条 役員の職務は次のごとくである。

1. 会長は本会を代表し、会務を統轄する。
2. 副会長は会長を補佐し、会長に事故あるときはその職務を代行する。
3. 理事は会務を処理する。
4. 評議員は会務を審議する。
5. 監事は会計を監査する。
6. 会計は財務および経理を処理する。
7. 書記は会議の記録を作成する。
8. 編集委員は大阪医科大学医師会報の編集発行を行う。

第7条 役員の任期は次のごとくである。

1. 任期を2年とし重任を妨げない。欠員が生じた場合は後任者が決定するまで他の役員が兼務する。
2. 補欠による欠員の任期は、前任者の残留期間とする。

(役員の選出)

第8条 役員の選出は次のごとく行う。

1. 会長は理事会において理事より選出し、副会長は会長がこれを指名する。
2. 理事（大阪府医師会代議員）および監事は評議員会において互選により選出する。
3. 大阪府医師会予備代議員は理事会において原則として評議員の中から指名する。
4. 評議員は原則として各教室において互選により1名を選出する。但し、会員数が30名を超える教室では2名を選出する。会員数が5名以下の教室では、その選出方法を附則に定める。

(会 議)

第9条 会議は次のとおりとする。

1. 理事会
2. 評議員会
3. 総会

4. 編集委員会

第10条 理事会は第5条に定める理事全員により構成し、会長または過半数以上の理事の要請により開催する。理事会は過半数の出席により成立し、出席者の過半数の賛成を以って決定する。

第11条 評議員会は第5条に定める評議員全員により構成し、会長または過半数以上の評議員の要請により開催する。評議員会は過半数の出席（委任状を含む）により成立し、出席者の過半数の賛成を以って決定する。

第12条 総会は本学医師会全員により構成し、毎年1回会長の召集により開催する。臨時総会は会長が必要と認めた場合、また会員の過半数の要求があった場合に会長がこれを召集しなければならない。会員の過半数以上の出席（委任状を含む）により成立し、出席者の過半数以上の賛成を以って決定する。

第13条 次の事項は総会の承認を経なければならない。

1. 会則の変更
2. 予算および収支決算

第14条 次の事項は総会に報告しなければならない。

1. 事業報告
2. その他総会に報告を必要とする事項

第15条 本会は顧問および名誉会長を置くことができる。

顧問および名誉会長は会長が推薦し、理事会の承認を得るものとする。

(会 計)

第16条 本会の経費は日本医師会および大阪府医師会の交付金、および寄付金をもってこれに充てる。

第17条 本会の会計年度は、4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。

(会 費)

第18条 会費は、別に定める会費を本会に納入しなければならない。

- 2 会費は、会員が指定する預金口座から預金口座振替（自動引落）により行う。

附 則

この会則は、昭和57年4月1日より施行する。

附 則

この改正は、平成14年4月1日より施行する。

附 則

1. 大阪医科大学医師会会報編集委員（若干名）等の各種委員会委員は、評議員より選出する。
2. 会員が5名以下の教室における評議員の選出について
 - 1) 基礎系教室では会員の互選により2名選出する。
 - 2) 臨床系教室および関連部門（センター、診療部門等）では互選により1名を選出する。
3. 正当な事由なく3年間会費を滞納した会員については、評議員会の議を経て、総会で会員資格の喪失を議決することができる。
4. 会費徴収方法として預金口座振替を正当な理由なく拒否する会員については、評議員会の議を経て、総会で会員資格の喪失を議決することができる。

附 則

この改正は、平成18年5月15日より施行する。

附 則

この改正は、平成21年5月18日より施行する。

附 則

この改正は、平成25年4月11日より施行する。

会員区分と会費

郡市区等医師会、大阪府医師会、日本医師会

それぞれが独立した法人格を持っており、その役割を担っています

会員区分と会費は？

	大阪府医師会	日本医師会
研修医の先生 (医師法に基づく研修医)	年額 18,000 円 (医師法に基づく研修医 および医育機関(在阪5大学)に おいて研修または研究中の会員)	医賠償保険に加入する場合 年額 39,000 円
		医賠償保険に加入しない場合 年額 6,000 円
一般勤務医の先生	年額 36,000 円	医賠償保険に加入する場合 年額 82,000 円
		医賠償保険に加入しない場合 年額 28,000 円

※郡市区等医師会費は、それぞれの医師会ごとで異なります

入会の手続きは？

郡市区等医師会入会手続き時に、大阪府医師会・日本医師会の入会手続きも一括で行えます

※ホームページ【勤務医の先生へー勤務医部会へのお誘い】をご覧ください

http://www.osaka.med.or.jp/kinmui/images/kin_info.pdf



澤 芳 樹

大阪府医師会 副会長(勤務医部会長)
大阪大学大学院医学系研究科
心臓血管外科学 教授



下 村 嘉 一

大阪府医師会 理事(勤務医担当)
近畿大学医学部 眼科 教授

いざというとき強い味方

日本医師会 医師賠償責任保険

それは先生を守ってくれる大切な保険

医療行為により患者の身体に障害を与え、法律上の賠償責任を負担する場合の賠償金・訴訟費用等を填補する医師必須の保険といえます

医師賠償責任保険（医賠責保険）の種類

	大阪府医師会 「勤務医 医賠責保険」 (勤務医保険・研修医保険) ※1	日本医師会 「医賠責保険」	日本医師会 「医賠責特約保険」
被保険者	大阪府医師会 勤務医会員・研修医会員	日本医師会 勤務医会員で 医賠責保険加入の者	左記の日本医師会 勤務医会員のうち希望者
賠償責任	医療行為に基づく事故 (医師個人)	医療行為に基づく事故 (医師個人)	開設・管理者責任 までカバー
保険金額	1 事故 100 万円まで (年間 300 万円まで) 自己負担なし	1 億円まで (年間 1 億円まで) 自己負担 100 万円	2 億円まで(左記、日本医師会 「医賠責保険」と合算) 自己負担 100 万円
保険期間	毎年 4 月 1 日～、1 年間 (自動更新)	毎年 7 月 1 日～、1 年間 (自動更新)	毎年 7 月 1 日～、1 年間 (自動更新)
取扱窓口	大阪府医師協同組合	大阪府医師会 経理課	大阪府医師会 経理課

※1 勤務医保険・研修医保険とは、それぞれ勤務医師・研修医を加入対象とした医師賠償責任保険の呼称です
(～平成 25 年度「勤務医保険」、平成 26 年度～「勤務医保険・研修医保険」:「研修医保険」を新設しました)

※2 大阪府医師会が独自に開発した「勤務医師賠償責任保険」に加入されることにより、日本医師会医賠責保険の自己負担部分(100 万円まで)が補えます

上記のほかに「医療機関 医賠責保険」があり、医療機関ごとに加入形態・保険金額が異なります
それぞれの医療機関でご確認ください

大阪府医師会 傷害補償事業 (全会員対象)

特別な会費は一切不要

全会員の先生方を対象に、一般診療中だけでなく、公的医療活動中、医師会活動従事中の事故に対し、給付金・見舞金が支給されます。

死	亡	5,000 万円 ※3	
重度後遺障害		最高 5,000 万円 ※4	所定の重度の後遺障害に該当した場合
感染症		100 万円	所定の感染症に罹患し、90 日を超える入院をした場合
		100 万円	上記感染症に罹患し、180 日以内に死亡した場合
入院		15,000 円 / 日 ※5	事故日から 180 日以内の入院に対し(総支払日数 180 日)

※3 傷害(ケガ)による死亡のみ補償 ※4 傷害(ケガ)による重度後遺障害のみ補償 ※5 障害(ケガ)による入院のみ補償

※※※ ご注意 ※※※ 地震・噴火・津波による事故は対象外となります

平成26年度版

大阪府医師会員の先生方へ

大阪府医師信用組合“いしん”は、大阪府医師会員のための金融機関です。
ご融資を通じてドクターの暮らしをサポートいたします。



多くの先生方にご利用いただいている 大好評商品 です！

オートローン 無担保型

保証料・手数料 不要

※500万円以下のお申し込みは保証人も原則不要です。

●自動車購入資金に。

限度額

期間7年以内

1,000万円 年1.800%

固定金利

いしんは研修医の先生を応援いたします。

研修医応援ローン 無担保型

保証人・保証料・手数料 不要

- 自動車購入資金
- 電化製品、家具の購入資金
- 旅行資金
- 結婚資金

等にご利用いただけます。

限度額

500万円

期間5年以内

年1.800%

固定金利

教育ローン 不動産担保型

保証料 不要

●お子様の入学金・授業料のお支払いに。

限度額

期間20年以内

5,000万円 年1.775%

年2回変動金利

※無担保型のお取扱いもございます。

住宅ローン 不動産担保型

保証料 不要

●ご自宅の購入資金に。

限度額

期間35年以内

2億円 年0.975%

年2回変動金利

※当初5年間、10年間固定金利のお取扱いもございます。

表示金利は平成27年3月にお借入れいただく場合の適用金利です。お申込時ではなく、実際にお借入れいただく日の金利が適用されます。



大阪府医師会保健医療センター1F
大阪府医師信用組合

詳しくは、本店融資課まで。

06-6762-7381

医業から暮らしまでを トータルサポート

● おもなサービス

医 業

MEDICAL SUPPLY

Good's

低価格と
豊富な品揃え
翌日配送送料 無料

※5,000円(税別)以上で、
正午までのご注文

**医 療 用 品
通販カタログ**

**ME
GUIDE**

最新医療機器情報が満載！

MEガイド

各メーカーの最新医療機器
をラインナップ

- 電子カルテ
- レセコン
- 各種検査機器



く ら し

ナレッジワーカー
**KNOWLEDGE
WORKER**



医学書から文庫本まで
あらゆる書籍が10%OFF しかも送料 無料

**書籍インターネット
ショッピングサイト**

百貨店・書店・レストラン等、
多くの加盟店で割引特典が
受けられる



JAPAN DOCTOR'S CARD



大阪府医師協同組合

<http://www.omca.or.jp> E-Mail osaka@omca.or.jp

[本部] 大阪府中央区上本町西3-1-5 〒542-8580
TEL06-6768-2071 (代) FAX06-6768-2012

[南部出張所] 堺市堺区甲斐町東3-2-26 堺市医師会館1F 〒590-0953
TEL 072-223-6081 FAX 072-223-5094

第18回大阪医科大学産婦人科
オープンクリニカルカンファレンス

開催日：平成27年5月30日（土）
場所：グランフロント大阪タワー B
当番教室：産婦人科
問合せ先：内線2685

第70回日本脳神経外科学会近畿支部
第2回日本脳神経血管内治療学会近畿地方会
合同学術集会

開催日：平成27年9月5日（土）
場所：千里ライフサイエンスセンター
当番教室：脳神経外科
問合せ先：内線2363

第40回大阪医大眼科セミナー

開催日：平成27年9月26日（土）
場所：臨床第一講堂（仮）
当番教室：眼科
問合せ先：内線2354

東洋医学とペインクリニック研究会

開催日：平成27年（未定）
場所：大阪医科大学
当番教室：麻酔科学教室
問合せ先：内線2368

編集後記

今回の座談会のテーマは、「大学病院における認知症患者への対応を考える」という幅広いテーマとなりました。前半の認知症やせん妄の予防や治療に関しては、主として医学的な問題でしたのでまとめるのは容易でした。

しかし、後半の地域社会を巻き込んだ、介護や在宅医療、認知症の早期診断・治療のしくみとなりますと、座談会だけではまとめるのが難しく、サイドメモを多用することで対応させていただきました。

歴史的にも、医療保険の次に介護保険が整備され、その次には在宅を中心とした地域包括的な医療と介護のしくみができようとしています。これは、超高齢社会の到来と社会保障費の抑制という、大きな時代のうねりの中では必然ともいえます。

今回の座談会は、日常診療に忙殺されている身として、大局的に医療を見直す良い機会となりました。皆様も、今回の座談会を通じて、これからの日本の社会、医療、介護、社会保障がどのように形を変えていくのかについて一考していただければ幸いです。

編集委員長 梶 本 宜 永

編集委員 梶本 宜永 / 村尾 仁 / 上杉 康夫 / 萩森 伸一 / 西本 泰久
林 道廣 / 寺崎 文生 / 瀧井 道明 / 石田 志門

大阪医科大学医師会会報 第43号

発行日 平成27年3月15日

発行 大阪医科大学医師会

発行責任者 医師会長 米田 博

編集 大阪医科大学医師会会報編集委員会

〒569-8686 高槻市大学町2-7

大阪医科大学共同利用会館

大阪医科大学医師会事務室

(村上真理子・池田則子・神門せつ子)

TEL 072-683-1221 (内2951) 684-7190 (直通)

FAX 072-684-7189

e-mail omcda@art.osaka-med.ac.jp

URL <http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/>

制作 (有)知人社

