会員のひろば

医師活動をもっと介護分野（認知症対応）に拡げよう

旭川市医師会
吉野神経内科耳鼻咽喉科アレルギー科医院
吉野　成一

高齢化社会を迎えた日本では、認知症は急増し大きな医療問題・介護問題になっています。

厚労省の推計では、認知症患者数は210万（65歳以上では7.2%）となっています。さらに2035年には現在の２倍近くになると見込まれています。

介護保険がスタートして、認知症は専門医の画像診断で確定できる疾患になっていますが、介護保険で介護を受ける高齢者は「もの忘れ症状」「身体状況」「日常生活障害」etc、いろいろのデータから介護審査委員会で「介護度」「介護メニュー」を決めて介護保険「入所」「通所」「在宅」などで「健康で」「快適な」生活環境で生活するよう対応しています。

「介護」で今、大きく問題視されているのが「認知症」です。これは審査委員会でも一般の医師がまず意見書を提示させていろいろの角度から分析して対応、日本医師会雑誌第140巻第１号「リハビリテーション医療の現状と課題」掲載、畑野栄治先生の記事の中の「主治医意見書を積極的に書く」参照で介護リハビリをすすめています。全国津々浦々、小さな村でも高齢者は皆、介護保険制度を利用できるとなりましたから、その対象人員は大変なものですから、一般医師・主治医もそのレベルで積極的に参加すべきではないでしょうか。

当然、高齢者の多くは、専門医診断を受ける前に、まず一般医に認知症を診断されるのが現実となっています。医学的に現在、認知症は一部を除いて「治らない疾患」ですが、早期から対応さえ誤らなければ54%程度は認知症まで進まないことが明確になっています。一般医師・主治医の第一ステップがやはり必要なわけで、私は介護保険制度がスタートしてから、いろいろの研修会に出席してもの忘れ外来を開設していますが、受診する高齢者の90%は早期認知機能障害（MCI）状態です。かなりな「もの忘れ障害」の高齢者がほとんどですので、介護リハビリ体制は必要不可欠だと思いますから、早期対応にチャレンジしています。

初期診断として次のような診断を行います。

●認知症の初期診断

〔A〕Ⅰ）NM－スケール　家事・身辺整理、関心・意欲・交流、会話、記銘・記憶、見当識

Ⅱ）N－ADL　歩行・起座、生活圏、着脱衣・入浴、摂食、排泄、握力

Ⅲ）五感検査　聴力、視力、平衡、味覚、触覚

Ⅳ）躯幹その他

Ⅴ）尿、血液、糖尿、脂肪

〔B〕画像診断（適当な時期に）

〔C〕その他

早期認知機能障害（もの忘れ対応として）

〔A〕メニュー

①食生活の改善（水分不足解消、魚類摂取etc）
②運動機能低下を防ぐいろいろのメニュー etc
③趣味を取り入れる（歌を歌う、ゴルフ、卓球）
④住居の改善（明るくする、言葉をかける）
⑤日記、記録をつける
⑥家事手伝い
⑦便秘、高血圧、不眠などチェック
⑧着衣に気配り
⑨メンタルテスト、トライetc
⑩アニマルによるセラピー
⑪ガーデンによるセラピー
⑫その他

〔B〕

評価会議関係

医師、本人、家族、介護スタッフ、看護師、ケアマネetcによる３ヵ月に１度程度開催しています。

〔C〕

①楽しく長続きできるもの
②適当な疲れ（過度はダメ）
③意味のあること
④継続が第一

〔D〕

認知症のクスリ

①アリセプト
②バッチ剤
③ガランタミン
④メマンチン

〔E〕

６月13日旭川医師会「介護保険部」総会において採り上げていただくようすすめていますが、北海道医師会でも主治医研修会の議題等になっていけたらと望んでいます。

医療支援に行って

札幌市医師会
札幌厚生病院
小澤　　広

北海道からの要請で、北海道厚生連として、宮城県七ヶ浜町に３月29日から４月４日まで、医療支援に行ってきました。ちょうど､「会員のひろば」の原稿依頼が届きましたので、体験を書かせていただこうと思います。

３月11日に悲惨な大震災があり、自分も何かできることはないかと思っていたときに、医療支援を当院でもするという話があり、参加することにしました。医療チームは、医師２名、看護師４名、事務２名、運転手３名の計11名で、車３台で、札幌から29日の朝７時に出発、函館から青森までフェリーに乗り、午後10時過ぎ、七ヶ浜町に到着しました。

七ヶ浜町は、仙台の東にあり、塩釜港のすぐ近くにある町です。人口は２万人、町は高台の部分と浜の部分に大きく分かれ、浜の近辺は、テレビで見た通り、津波の大きな被害を受けていました。到着した時点では､６つの避難所に1,100人ほどの方が避難していました。

私たちは、砂川市立病院を引き継ぎ、避難所の診療を担当しました。最終的には３つの避難所を担当しましたが、中学校の剣道場、小学校の体育館は、環境はかなりひどく、体育館の床にマットと毛布を敷き､そこでは100人以上が生活していました。プライバシーはなく、夜も静かには眠れない。床は埃が舞っています。さらに､上下水道が復旧していなく、風呂も自由に入れず、トイレは和式の簡易トイレが屋外にある。これがずっと続いていました。元気な人でも厳しい生活環境であり、高齢の方や病気がある人にとっては、過酷な環境でした。

避難所では、慢性的に便秘、風邪、高血圧、アレルギー、不眠の人達が多く、外科的な治療というよりは、慢性的な内科診療を体育館の診療スペースで行っていました。時間を見つけて、できるだけ多くの避難所にいる方に声をかけ､病気の予防にも努め、また、不眠不休の役場や消防団の方々に対しても、できるだけ診療、予防を行ってきました。微力ですが、被災された方々のお役には立てたと思っています。私達は、旭川厚生病院、帯広厚生病院へと引き継ぎ、医療支援を続けていく予定です。

今回、現場を直接見て、実際に被災された方々には､メディアでは伝えきれない問題が山積みであり、今後も継続的な支援が必要だと実感しました。一日も早く、避難されている方々が、落ち着いて日常の生活を取り戻せるようになることを心からお祈り致します。

がん診療においては ビジョンとミッションを掲げた チーム医療が重要である

札幌医科大学医師会
古川　孝広

近年、本邦ではがん患者が増加の一途をたどり、がん診療に対するより効率的な医療が将来の日本医療の鍵を握っているともいえる。これまで、私はチーム医療に関しては特に問題なく実践していたと考えていたが、MD Anderson Cancer Centerの主催するチームオンコロジーワークショップに参加して、チーム医療を行うにはまだまだ不十分であったと実感した。ワークショップを通じて学んだ点で、重要な３つの柱を提示したい。

まずチーム医療を行う上ではリーダーシップとコミュニケーション能力が必要であるが、これはどの職種スタッフであっても発揮できる職場環境が望ましい。これにより議論の活性化、ひいては患者に対するメリットにつながる。議論・意見のない職場環境では医療の改善は難しいという考えで、より多くのカンファレンスを開くことは重要である。その場は患者情報の共有、スタッフの教育機会として活用することが望ましい。

ディスカッションにおいては相手の言いたいことを理解しようとするアクティブリスニングと、相手の権利を侵害することなく、要求や意見を誠実に、率直に、対等に表現するアサーティブネスが必要である。これはスタッフ間のみならず、患者と医療者間でも有用である。

次にEBMが挙げられる。医療者は科学的に裏づけのあるデータを吟味して、医療を実践する必要がある。いわゆるガイドラインでは、標準治療については十分に議論がされているが、医療者おのおのが文献の検索を使いこなし、臨床試験の重要性を認識する必要がある。

最後にチーム医療を実践することは患者・家族を幸福にするだけではなく、私達もまた恩恵を受けることができる。それは満足感という形で現れるが、単なる自己満足で終わらせないためにも、治療に対するビジョンとミッションの設定が重要である。われわれの目標ともなるビジョンは患者を中心としたものであり、ミッションとはビジョンを達成するために、私達が迷うことなく進むための道標である。

私はMD Anderson Cancer Centerの主催するチームオンコロジーワークショップに二度参加した経験を生かしつつ､上述のスキルを身につけ､患者中心の質の高いチーム医療を目指したいと､日々実践中である。

北大ボクシング部

札幌市医師会
東札幌メンタルクリニック
原田　研一

2010年４月に東札幌メンタルクリニックを開設してから１年が経過しました。１年やってみてやりがいを感じるとともに、想像していた以上に忙しいなと感じています。そんな中、もう１つ大きな仕事というか責務が加わりました。諸般の事情により、この春から北大ボクシング部の監督に就任することになったのです。

北大ボクシング部は創部から30年ほど経っています。ここ10年ほどは、私の１学年上の先輩が監督として活躍していました。その先輩は北大ボクシング部初の全国大会出場を果たした実績を持ち、最近では北海道アマチュアボクシング連盟の理事になるなど、北大ボクシング部にとって不可欠の人物でした。私のクリニック開設についても非常に喜んでくれたとともに、ボクシングという競技の性質上、選手の健康管理、特に脳の健康管理についての相談をされたりもしていました。

その先輩が昨年の晩秋、皮肉にも脳幹出血で倒れ、今年３月ついに力尽き、帰らぬ人となりました。そして後任として、私が北大ボクシング部の監督を引き継ぐことになりました。これは私にとって光栄なことでもありますが、なかなか荷が重いことです。とはいえ、引き受けたからには、時間の都合がつく限り、診療終了後に北大体育館に駆けつけてなるべく練習に顔を出して、学生の顔、名前、階級、競技レベルの把握に努めている今日このごろです。

４月22日～24日、札幌市北区体育館で私が監督に就任してから初めての大会（全道選手権）が行われました。北大ボクシング部からは３人の選手が出場し、結果は伴いませんでしたが各自今後の課題が浮き彫りになり、選手にとっては有意義な経験であったのではないかと思っています。次は７月に全道学生選手権が行われます。私も微力ながら学生諸君をサポートしていければと考えています。

2011年４月23日　全道選手権

今後の北大ボクシング部の活躍を祈念するとともに、先輩のご冥福をお祈りいたします。

感謝の気持ちを表して

札幌市医師会
札幌道都病院
岩田　徳和

私は平成17年から茶道の稽古に通っています。普段、雑多の生活を送っていることから、いかに静かな時間を過ごそうかとの考えから始めました。患者さんの病態の変化に対応する毎日に疲れ果てたときにお茶の味は格別であり、また稽古から学ぶこともたくさんあります。

茶道の稽古は、まず真行草のお辞儀から始まります。お辞儀は稽古の原点であり、まず姿勢を正しく、背中を伸ばして姿勢作りから始めます。客になり、お点前を頂くということは、亭主がその客のために、道具を取り合わせ、お菓子を選び、心を込めて点てられた真心の一服に対して、いかに感謝の心で応えるかということと思います。

「ありがとうございます」の心を表す一つの方法が、お辞儀です。膝に手を乗せたまま頭だけ動かすのではなく、きちんと真のお辞儀をし、「頂戴いたします」とはっきり言葉に出して感謝の気持ちを表します。「簡単なお辞儀ほど心を込めて」と、簡単そうに見える草のお辞儀こそ心を込めないと気持ちが伝わりません。また、最後に必ず相手の顔をしっかりと見ることも大切です。少し足がしびれてきたなと思ったときには、立礼のお辞儀の稽古です。硬くならずに、楽しみながら稽古するうちに、最初はお辞儀の形だけを気にしていたのが、少しずつ一碗に込められた亭主の思いに気がついて自然と心がこもってきます。

まずは、お辞儀から稽古を始め、正しく黒文字を扱い、お菓子を頂き、一碗を頂けば、お茶がこんなにも美味しいものだったかと気が付きます。お茶がおいしく頂ける幸せに感謝し、その心が素直にお辞儀に表せるようになれば、誰か大切な人、親しい人にお点前をして一碗を差し上げたいと思うようになります。このような気持ちが普段の生活や診察上にも生かせれば、他の医療スタッフに少しでも感謝の気持ちを表すことができるようになるのでは、と思います。今後も茶道からたくさんのことを学びとっていきたいと思います。

謎多き８代将軍徳川吉宗

小樽市医師会
三ツ山病院

本間　　勉

１．出自…1684年（貞享元年、314年前）紀州徳川２代藩主光貞（家康10男頼宣の子）の４男で幼名源六。生母“お由利”は光貞家臣巨勢六左右衛門利満の娘とされるが、京都商家の娘とか西国巡礼者の娘などと諸説あるが、いずれにしても上流家系の娘ではなかったらしい。

２．自由に育ち元服するや５代将軍綱吉より越前国（福井県）丹生３万石の所領を与えられたが、一度も現地に行っていない。180㎝ の巨体に成長した22才のとき、父と兄２人（長男・三男）が４ヵ月の間に次々と他界（次男は早逝している）して、４男の吉宗が急遽紀州徳川家55万石の５代藩主となった。「強運の星の下に生まれた男」といわれ、財政再建を果たして名藩主として有名になった。

３．７代将軍家継が４才で就任して８才で急死するや、吉宗が34才で８代将軍となり「享保の改革」で幕府財政の立て直しを立派に果たして“中興の名君”と呼ばれた。吉宗将軍就任前に上位将軍継承権を持つ徳川家関係者の死は10指に及ぶ。

４．吉宗は丹生３万石時代から隠密集団を育成組織して共に訓練し、体力と運動神経を増強しており、ついに将軍になるやこの集団を将軍直属の“御庭番”として城内に登用した。そして“間諜”のみならず網紀厳正をはかったのである。

５．天英院（６代将軍家宣の正室）と月光院（７代将軍家継の正室）の対立。

①江戸城内ではわずか７年間に将軍が３人も代わって、百数十年以上続いた秀忠直系の血脈が途絶え、徳川御三家から選出するという異常事態に陥った。

②５代将軍綱吉の後継者…綱吉の実子“徳松”死去。綱吉長女鶴姫の夫“綱教”（吉宗の長兄）も鶴姫も死去し、綱吉の兄の子“綱豊”（綱重甲府藩主の子）が“家宣”として６代将軍になるが３年で病死（家宣の正室は“天英院”）。1713年（正徳３年）家宣の側室の“月光院”の子鍋松が“家継”（家宣の４男）となり、４才で７代将軍になり８才で急死する。次の候補尾張徳川吉通も家宣没の翌年25才で急死。その長男五郎太も幼くして急逝。尾張家養子“継友”と水戸綱條は紀州家より家康血統が１世代遠いので、次第に将軍候補は吉宗に傾いていった（謎の急死多発）。

③絵島生島事件で月光院派勢力が後退して天英院の勢力が増大するや、彼女は最速７代将軍家宣公のご遺志で次期将軍は吉宗を推奨することになり、辞退するべからずと吉宗を説き伏せたという。

④吉宗が将軍になるや尾張徳川家勢力を削減して、将軍は推挙してくれた天英院を見捨てて月光院に近づいた。大奥で火花を散らしていた両者を手玉に取っている。実に権謀術数の吉宗だった。

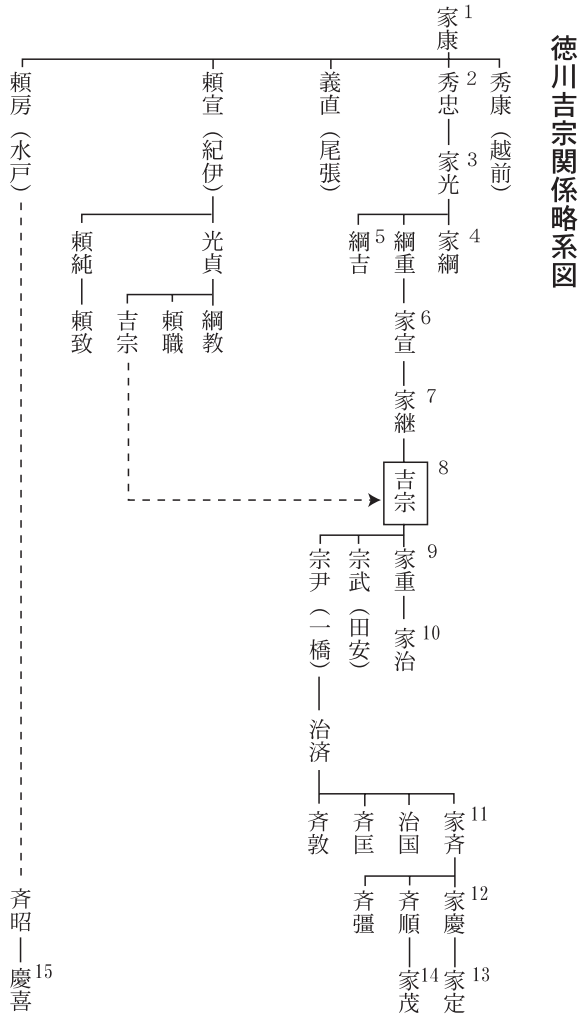
６.「あばれん坊将軍吉宗」

テレビでこのようなテーマで長い間放映されているが、彼は決して「あばれん坊」ではなく、180㎝の偉丈夫であるが、性質は温和そのもので、大声を出したり怒り散らしたりすることは全くなかったという。しかも財政再建のため質素倹約を励行し、体力増強に専念していた。

徳川御三家第２位、紀州徳川２代藩主４男の吉宗が、３人の兄死亡により藩主に昇格したばかりでなく、上位将軍候補数人の死亡と強力な推選者により８代将軍に踊り出て、“享保の改革”で江戸幕府中興の名君になるとは奇跡に近い強運である。

ただただ不思議なことは、吉宗が丹生３万石時代から育成し組織化した隠密集団の存在が、藩主および将軍候補者が次から次へと急死するたびにキナ臭いうわさが流布するが、この集団の活躍のためか一度も問題や事件になっていないことである。

７．参考文献…歴史ミステリー11号. 歴史研究（徳川一族の謎）他



若手外科医への願い
～腎不全外科の視線から その２

札幌市医師会
札幌北クリニック
大平　整爾

Ⅴ．手術手技の向上：外科系医師の技術評価のあり方

2009年福岡で開催された第100回外科学会学術集会で、この課題が論議された。内視鏡学会では、一定の会員歴を資格として未編集のビデオを提出させて２名の審査員が評価し、合格率は46.6%だという（518/1,111）。肝胆膵学会では高難易度手術に対しては、ビデオ評価・症例数・術後成績が加味されて評価されている。消化器外科学会では、専門医の資格認定を５年以上の経験・術者として450例以上の症例経験・高難易度手術では術者または助手の経験50例以上などから行っている。呼吸器外科学会では卒後７年目以降で学会主催の講習会受講を専門医資格の条件としている。心臓血管外科医専門医の資格取得には、手術適応の判断能力・術前検査の知識・患者への説明技術・手術件数・提出手術記録について難易度・術後成績などが評価されている。

透析専門医は2009年８月27日現在4,297名存在するが、資格認定・学会参加回数・発表・論著・筆記試験で評価されている。知識の判定に比べて実技の評価には困難と手間暇が伴い、画一的な方式を採用しがたい。透析用血管アクセスの専門医をどのように育て、どのように評価するかは透析関連学会の重要な課題の一つであろう。血液透析用血管アクセスの予後関連因子として、１）患者の年齢、２）性別、３）基礎疾患（ＶＡの作製に供する脈管の状態）などがあげられるが、“operating surgeon seems to be the major determinant for the continuous patency of ciminobresia fistulae.”[6]という事実に謙虚でありたい。

当分の間は個々の術者が、１）目的の手術を行い得る技量を備えているか、２）手術適応があるか、３）術前に行わんとしている手術の効果と危険度を的確に患者側に説明できるかなどを自問することが求められる。己の技量を超えた手術はそれを有する術者に依頼し、“on the job-training”として学び取る姿勢が肝要である。外科的手技が名人芸にとどまらず、その伝承が効率よく科学的になされることを期待したい。

Ⅵ．外科的処置と医療訴訟

近年における医療訴訟の増加は、１）医療者側と患者側との信頼関係の低下や欠如、２）患者側の医療への過大な期待、３）患者の人権主張、４）マスコミの時として過激で不適切な報道、５）法曹人口の増加などにあると推測される。

2008年の既済医療訴訟986件を分析した結果を医師数を加味して分析すると、外科系：内科系の頻度は2.45：1.00となるという[7]。つまり、外科系医師の方が訴訟を被る頻度が高い。外科系医療における訴訟の争点では、１）手術適応、２）手術手技（熟達度）、３）術後管理、４）術前の説明の仕方などが上位を占めており、銘記しておきたい。すべての医療行為には危険が伴うものであるが、殊に外科系手術においては合併症（副作用）が必発するのであり、外科系医師はこの事実を絶えず心にとどめておくことが肝要である。自己保身に走りすぎない配慮をしながら、この点を患者側に十二分に理解してもらう努力を惜しまないことである。医師が患者および家族と緊密な会話を交わし続けることに、基本の基本がある。

Ⅶ．腎不全外科領域の課題

手術一般に関しても、１）重症心肺疾患の既往歴、２）大動脈を含めた進行した血管系疾患、３）70歳以上で２つ以上のvital organsに機能低下の存在、特に心肺機能低下、４）進行癌、５）腎機能低下、６）重症感染症、７）大量出血、８）緊急手術、９）低栄養状態などを呈する病態などの状況下では、手術のリスクが高くなる[8]。これらを踏まえて対象が腎不全患者である場合について、以下に腎不全外科領域の課題を列記する。

１）腎不全患者・透析患者の心身の特性を十分に把握し、腎不全の病態を熟知した外科系医師と内科系医師とが協働して手術に当たる、２）個々の疾患における外科系手術の適応を厳密に検討する、３）施行される手術に対する当該患者の耐術性を特に心血管系機能の面から評価する、評価する方式を確立する、４）手術種別に適合した麻酔法を選択する、５）当該患者の出血傾向・組織の虚血や脆弱性・易感染性などを考慮して最適な術式を選択し、それに合致した手術手技を施行する、６）周術期の薬剤使用法・輸液・栄養管理法などを熟知する、７）心肺機能・創傷治癒・感染対策・メンタルケアなどに関する具体的な術後管理法を身に付ける、８）術後の血液浄化法をあらかじめ検討しておく、９）上記すべてにかかわる事項へ患者側への十分な説明を心掛ける、10）エビデンスレベルの高い臨床研究を推進する。これらが十分に考慮されて一定以上の成果を挙げるためには、集学的な体制の確立が強く望まれる。

“Safe Surgery Saves Lives.”と題して2008年にＷＨＯが「手術安全チェックリスト」[9]を公刊している。これはきわめて基本的な注意事項を時系列的にチェックすることにより、安全な手術を心掛けようとするものであり、虚心坦懐に一覧することをお勧めしたい。今後の腎不全外科を左右する大きな一因は、この領域に関心を抱く若手外科医を獲得し養成することである。外科系に進路をとる若い医師の減少が懸念されてきており、この人々にこの分野の重要性と魅力を示すことは、現在腎不全外科の現場にいる

外科医の責務であろう[10]。

おわりに

腎不全患者・透析患者に対する手術は、この群の患者が依然として手術に高い危険度を有するものとして、行われなければならない。一例一例の手術を慎重に行い、それぞれの周術期の状況を子細に記録してその結果を多数例の分析に供し、最大公約項を抽出していくことが肝要である。

腎不全患者への外科手術は、高齢者を対象とするすべての外科領域に共通する課題を多く有するものであろう。国民約400人に１人、65歳以上人口では約180人に１人が維持透析患者である。あなたの前に手術を要する透析患者が現れる確率は、相当に高いものとお考えいただきたい。

引用文献

１）大平整爾：腎不全における外科領域のかかわり方．腎不全外科2009（腎と透析　vol 66別冊）7-12、2009

２）Ohtake T, Kobayashi S, Moriyama H, et al : High prevalence of occult coronary artery stenosis in patients with chronic kidney disease at the initiation of renal replacement therapy : an angiographic examination. J Am Soc Nephrol 16 : 1141-1148, 2005

３）Kogan A, Medalion B, Kornowski R, et al : Cardiac surgery in patients on chronic Hemodialysis ; short and long-term survival. Thorac Cardiovasc Surg 56 : 123-127, 2008

４）Yeo KK, Yeun JY, Amsterdam E : Severity of chronic kidney disease as a risk factor for operative mortality in nonemergent patients in the California coronary artery bypass graft surgery outcomes reporting program. Am J Cardiol 101 : 1269-1274, 2008

５）ACC/AHA : 2007 Guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery. Circulation 116 : e418-e499, 2007

６）Prischl FC, Kirchgatterer A, Brandstatter E, et al : Parameters of prognostic relevance to the patency of vascular access in hemodialysis patients. J Am Soc Nephrol 6 : 1613-1618, 1995

７）桑原博道：外科的処置と医療訴訟．日外会誌 113 : 139-142, 2010

８）Boyd O, Jackson N : How is risk defined in high-risk surgical patient management？Critical Care 9 : 390-396, 2005

９）www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en

10）日本外科学会：特別企画「外科の魅力を伝える卒前・卒後教育とは」、日外会誌 111（臨時増刊号-3）2-17, 2010

参考文献

１）大平整爾（編著）：維持透析患者の周術期管理、診断と治療社、東京、2007

２）太田和夫（監修）、阿岸鉄三・東間 紘・寺岡 慧（編著）：腎不全の外科；病態とマネジメント．南江堂、東京、2000

北海道医師会サポートセンターのご利用について

◇情報広報部◇

北海道医師会サポートセンターでは、本会提供のメールアドレスに関するご相談だけでなく、パソコン操作やインターネット利用に関する質問対応も承っております。日頃のパソコン利用におけるちょっとした疑問点やトラブル対応の第一相談窓口として、お気軽にご利用ください。

お問い合わせ例

パソコンをMacに変えたら使い方がよくわからない・・ご利用方法をご案内
プロジェクターでパソコンの映像を映したい・・・・・ご利用方法をご案内
光電話ってどうしたら使えるの・・・・・・・・・・・光電話についてご案内、取次ぎも可能
エクセルの使い方がよくわからない・・・・・・・・・一般的な使い方であればご案内可能
サポートに来てほしい・・・・・・・・・・・・・・・駆けつけ業者を手配します（有料となります）

お問い合わせ先：北海道医師会サポートセンター（平日　10:00 ～ 12:00、13:00 ～ 17:00）
○TEL：　011-738-3401　　○E-mail：　support@hokkaido.med.or.jp