

地域医療連携室報



平成12年度から継続して開催しております「病院と在宅看護・介護の連携」の研修会は、今年で6回目となりました。地域の医療・福祉・保健や教育等の現場で活動

する方々が一同に集まり、医療や生活に支援が必要とする患者様・ご家族が「自分らしく、生き生きとした療養生活を送れる」ことを目指し、目的を共有し専門職として議論する研修

看護部 看護連携推進委員会 岡本 かおり

平成18年度 「病院と在宅 看護・介護の連携」 合同研修会開催

会の意義と期待が、年々大きくなっていることを確認しました。
今年度は、メインテーマを「顔の見える連携からこころの通う連携へ」サブテーマを「連携から協働へ」とし平成19年1月13日（土）に開催を致しました。今回は参加者の事前調査での要望なども参考に「受講型研修から参加型研修」とし、全体会・情報交換会（ポスターセッション・昼食会）・

平成18年度「病院と在宅看護・介護の連携」合同研修会

テーマ：顔の見える連携からこころの通う連携へ～連携から協働へ～

- 日時 平成19年1月13日(土) 10:00～16:00
- 場所 松山赤十字病院 教育講堂 他 (各会場)
- 進行 開会挨拶 松山赤十字病院 院長 洲上 忠彦
看護部長 二宮 由美子

第一部	全体会	10:15～12:00
	テーマ	地域住民の生活と共にある医療・福祉の連携を目指して
	座長	松山赤十字病院 看護副部長 光 峰 常 美
	演者	松山赤十字病院 地域医療連携室 看護係長 加治木 千恵美 松山リハビリテーション病院 事務次長 重 松 健 三 たんぽぽクリニック 院長 永 井 康 徳 済生会松山訪問看護ステーション 所長 石 田 けい子 居宅介護支援事業所『鷹の子病院・たかのこ館』 所長 矢 川 ひとみ
	情報交換会	12:00 ～ 13:30
	昼食会	
	ポスターセッション	院外施設 11題 / 松山赤十字病院 15題
第二部	分科会	13:30 ～ 16:00
	分科会1	『療養通所介護の展開と課題』 <第3会議室> 東松山訪問看護ステーション 所長 安 藤 真知子
	分科会2	『病気・治療と在宅生活』 <教育講堂> 松山赤十字病院 看護師長 辻 好 美
	分科会3	『認知症の内的世界を理解しよう』 <栄養指導室> グループホーム アショカ 所長 相 原 あや子
	分科会4	『患者・利用者の経済的負担を考える』 <第1会議室> ペテル在宅療養支援センター 地域看護専門看護師 吉 田 美由紀 松山ペテル病院 社会福祉士 正 岡 美奈子
	分科会5	『生活や病状に合った介護ができているか』 <リウマチ科外来> 訪問介護事業所 ていれぎ荘 主任 山 崎 優 子
閉会挨拶 各分科会		

分科会の三部構成からなる一日研修とし、研修時間や方法についても新たな試みをいたしました。
全体会に院外108名・院内116名、分科会には院外94名・院内99名という過去最高の参加者数を得ました。また参加職種も、医師・保健師・看護師（病院勤務・訪問看護・個人）・MSW・ケアマネージャー・訪問介護員・リハビリ関係・学校関係・事務職・介護士・老健相談員・老健SW・居宅介護事業所勤務者などにわたり、多職種が顔を寄せる機会となりました。とりわけ今年度は、当院地域医療連携室運営委員の診療部長はじめ、多くの医師のご参加をいただき、分科会の司会や意見発表など各会議室でご協力いただき、また共に研修する機会

となりました。今までは少々遠慮があった先生方に対しても、熱心で率直な意見を述べる様子は、他施設の参加者にとっても好感があり、身近に感じた、頼もしく思えたなどの声が多数寄せられました。
全体会では、安全・安心で質の高い地域完結型の医療・福祉を患者様に提供するために、それぞれの専門職が、現状とビジョンを述べ共に議論する機会が持





また午後の分科会は、現場で働く方が、日頃の悩みを気軽に打ち明け、豊富な経験談を共に分かち合う全員参加型の有意義な時間となりました。各30〜40人ずつの少人数制のブース設置は、参加意識を高めるのに効果的で、活発な討議が繰り広げられました。「内容が充実しており、あっという間に2時間30分が経過した」などの好評の意見を多数いただきました。

ポスターセッションにおきま

しては、院外9施設、院内18部署が展示した地域で働く多職種が日頃の活動の成果を報告し、同じ診療圏で働く者の活躍に刺激を受け、双方の交流を深める情報交換の場になりました。知っているようで知らなかった他部門や他部署の素晴らしい取り組みがよくわかり「どの部署の人も、みんな頑張っ

ポスターセッション

(院外参加 9 施設)

1. (株)ライフネット
訪問看護ステーションほうじょう
2. 訪問看護ステーションたんぼぼ
3. 医療法人社団 樹人会 北条病院
4. 伊予病院
5. 済生会訪問看護ステーション
6. ケアサポート松山
7. 松山リハビリテーション
8. 南高井MSW
9. ベテル3番町

(院内参加 18 部署)

安全管理／感染管理／災害訓練／看護倫理
クリニカルパス／BSC(看護部、24病棟)
ACLS／救急看護(1、2、3)／WOC看護
褥創委員会／腎センター／泌尿器科(37病棟)
成育医療センター(小児部門)／成育医療セン
ター(周産期部門)／成育医療センター(合同)

な食事でしたが、参加者が職員食堂に一齐に集合し、ささやかな食卓で、なごやかな会話を楽しましました。普段お互い顔を寄せる機会の少ない他施設の方々と一緒に狭いテーブルを囲んだ

で、こんな素晴らしいことに取り組んでいるのか」という思いが共有できました。展示を、この場だけで終わらすのは勿体ないという多数の好評の声をいただき、職員や患者様・ご家族にも見ていただく事となり、1階の広報コーナーに2週間程、展示することとなりました。ポスター発表者にとっても多くの方々に閲覧していただけることや、頂いたご意見は、今後の活動展開の示唆になるものでした。

昼食会では、参加者が職員食堂に一齐に集合し、ささやかな食卓で、なごやかな会話を楽しましました。普段お互い顔を寄せる機会の少ない他施設の方々と一緒に狭いテーブルを囲んだことも、気心を通わす社交の場になったようです。

会の全般を通し『顔の見える連携から心の通う連携へ』連携から協働へ』のタイトルにふさわしく、多施設・多職種が顔を寄せ、施設間の垣根なく交流が持てる絶好の機会となったと感じております。

これからの「連携の中心は患者様である」ことを念頭において、地域における医療・福祉従事者の輪が基盤となったしっかりした連携システムの構築にむけて、地域の皆様とともに前進していきたいと考えます。また院内におきましては、今回の研修で明らかになった多くの課題に対して、病院として、病棟・外来の現場で、連携室として、そして個人として解決にむけて邁進していかなければと再認識しております。

研修会の開催に際しまして、内外の多くの方々のご支援とご協力を頂いたことに感謝しお礼を申し上げますと共に、今後ともより一層のご指導をよろしくお願い申し上げます。

参加者からの感想（抜粋）

全体会

- ・いろいろな立場の方の話が聞け、今後の関わり方を見直すことが出来そう。
- ・他職種の方々の活動や思いがすぐく伝わった。今後とも知識を深めながら訪問看護をした
- い。
- ・各分野からの発表だったので、他職種の取り組み方が理解でき、参考になった。
- ・各施設の問題点や改善面が明確になった。
- ・病院から在宅までのそれぞれの違った目線からの意見が参考になった。

ポスターセッション

- ・絵や図、写真でわかりやすかった。
- ・認定看護師など資格を取られた方の活躍がよくわかった。
- ・地域連携への意気込みが強く感じられた。
- ・他施設の概要が流れとして把握できる。
- ・治療・指導などの基準の違いがわかり、活用しようと思う。

分科会

- ・とても良かった。
- ・連携についての知識を深められた。色々と取り組んでいる事がよくわかった。
- ・大病院での医療の現場の声を聞けて、とても良かった。
- ・事例をとりあげ、具体的であった。
- ・活発な意見交換ができていた。
- ・色々な情報を聞くことができ、
- 自分の考え方以外 の意見が聞けた。
- ・病棟で関わっている方、関係職種の前向きな話が聞けた。

全体を通して・一日研修に対して

- ・全体会で地域連携の全体を把握し、分科会で興味ある内容が理解できた。
- ・最初長いかとも思ったが、午後の分科会が充実していた。

- ・長いけど実りある研修だった。
- ・内容の深いものがあった。

- ・多職種の意見が聞けて本当に勉強になったし、参加して良かった。知らない事がたくさんあることにも気付けた。もっと色々な職種の方と連携をとる必要があると思った。
- ・急性期病院の熱心に取り組む姿勢がよくわかった。

- ・他施設の方と少人数ながらも情報交換ができ、有意義だった。

協力者アンケートより

- ・療養生活支援担当者の早期育成の必要を感じた。
- ・それぞれの部署についての活動への取り組み意欲・方法など学ぶことが出来た。それぞれの立場で出来る最大限の活動をする事、おのおのコミュニケーションをとることが大切だと学んだ。
- ・はじめての参加であったが、このような活動を開く機会を持たれたことが良かった。
- ・今回の研修に参加してよかった。とても勉強になった。
- ・顔を見て、交流が深まった。テーマ、メッセージもよかった。
- ・分科会では他施設での現状を知ることができ、勉強になった。
- ・在宅医療の現状がよくわかった。
- ・他病院や施設、コメディカルの意見をきくことができて、今後の地域連携における新たな問題点をみいだすことができた。
- ・急性期か、その実態をよく知り、相互に協力する必要があること反省した。
- ・経済的不安、在宅に対する不安、介護に対する不安など、少しでも理解して、安心した在宅が出来るよう、努力をしていきたいと思っ
- た。
- ・会を開催するにあたり、準備・打ち合わせ等、大変さがよく分かった。

第一分科会

「療養通所介護」の展開と課題

森田 美恵子



第一分科会は、東松山訪問看護ステーションの安藤真知子所長を演者に迎えて標記テーマで行われました。療養通所介護事業は、私たちにもまだ聞きなれない在宅サービスですが、平成18年度新に制度化された通所サービスで、在院日数の短縮や療養病床の再編など在宅への移行が進められる中、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅療養者の受け皿となり、「生活を支える看護」と「訪問看護の多機能化」を目指して活動しています。在宅療養が困難な要因には、医療ニーズの高い要介護者は、通常の通所介護やショートス

在宅の中重度者であって、常時看護師の観察が必要な状態の者で、介護保険が適用されます。定員は5人以内、緊急の対応医療機関を定めることなどの運営基準が設けられています。発表では、事業が開設された経緯や、療養通所介護を利用することによって、介護者のバインアウトを防止し、利用者が在宅に在ると同じように個別で質の高い看護が行われている様子が、安藤所長から熱心に語られました。主治医と連携をとりながら、なじみの看護師が利用者の家まで送迎し、家で使用している物品をそのまま利用し、ケアも個別

の看護計画が立てられています。その間自宅に閉じこもりがちなる利用者にとっても気分転換や生きがいにもつながり、介護者は介護から開放されています。フロアからは経済的なことや病院との連携についてなどの質問がありました。が、当病院から紹介した利用者についても紹介があり、在宅でも利用者に応じた質の高い看護が展開

されていることを知りました。この事業は、対象者が限定されていることや、採算性が取れないことなどの課題は多くありますが、介護保険の枠組みを超えて、小児や障害者などの利用者もサービスが提供されるように、施設間の連携も図りながら、制度が充実していくよう期待したいと思っています。

第二分科会

「病気・治療と在宅生活」

中矢 年子

第二分科会では「病気・治療と在宅生活」のテーマで行いました。当院で急性期の治療が終了し、患者様とご家族が納得し

て退院や転院が出来ることを目標に援助を行っています。しかし全ての患者様が納得できているとはいえません。そこで、

事例1

「せん妄状態のターミナル患者の転院が困難だった事例」

事例2

「自宅退院への不安が強く急遽転院になった事例」

事例3

「家族による間欠導尿が必要な患者の再入院から転院に至った事例」

事例4

「膀胱癌の治療からターミナルへのスムーズな移行について」

この、4題の事例をもとにそれぞれの事例で検討したい



ことに焦点を絞ってディスカッションしました。

内科 藤崎先生の司会により参加してくださった看護師はもちろ

支援相談員などそれぞれの立場で当病院への率直な意見やアドバイスなどを頂きました。今後の連携に生かしていける有意義な分科会になりました。

第三分科会

「認知症者の内的世界を理解しよう」

山内 万裕美

第三分科会では、全体を4部構成にしました。

まず、相原あや子さん（グループホームアショカ所長）に40分程度の講義を行っていただきま

した。引き続き、認知症患者であるクリステイーン・ボーデンさんが出演するビデオ「認知症の人が語る心の世界」を通して、実際に、認知症の患者さんの思いを知ることにより、内面に入っていく糸口をつかむことが出来たように思います。その後、参加者のみなさんで意見交換を行い、日頃の悩みや思いをそれぞれが語る良い機会となりました。最後には、演習「Bさんの朝」を行いました。演習を通して、より深く患者さんの内面を考える事が出来ました。

この研修を機に、認知症患者さんの内面の理解を深め、質の高いケアや看護につなげることが出来るようになったと思います。



第四分科会

「患者・利用者の経済的負担を考える」

吉見 千恵



第四分科会では、院外16名、院内30名の参加があり、患者の経済的負担に焦点を当てた事例に対し、活発な意見交換が行われました。

経済的問題には、具体的な情報提供や調整と、きちんとしたアセスメントを行って対処する必要があることを確認できました。経済的不安、在宅・介護に対する不安などを理解し、多角的なアセスメントが必要であること

も再確認できました。

参加者からは「コスト意識、経済感覚がなかった」「患者の退院後を考えた経済感覚を持つことが必要」「知識を持った職種の協力・連携が必要」「他病院や他職種で抱えている現状や問題を知ることが出来た」などの意見・感想が聞かれました。

吉田さん、正岡さん、小谷先生の参加を得、分科会ならではの活発な意見交換を通じて『顔の見える連携からこころの通う連携へ』連携から協働へ」今後の連携のあり方について考えを共感し確認しあえる良い機会になったと思います。

第五分科会

「生活や病状にあった介護ができているか」

大西 文恵

第五分科会では医療依存度の高い患者が在宅で生活を送られているケースについて、在宅で日常生活を支える介護行為と、医療行為は密接にかかわり切り離しては考えることが困難なことから、介護の現場では「どこまでが医療行為なのか」という認識の曖昧さや、利用者や家族の要望にも十分にこたえることができないという葛藤を話しあいました。

換を行いました。痰の吸引をはじめとするヘルパーの医療行為についても、教育体制やリスクマネジメントを考える大きな課題をかかえています。患者様を知って頂き、退院後すぐの生活を支え生活や病状にあった介護をする為にも話し合い・情報交換は必要です。退院前カンファレンス等へ介護スタッフの参加やベッドサイドでの顔の見える連携できるように各方面から協力していきたいと思っています。



平成18年12月13日 講演概要 医療事故の損害賠償責任 (講演テーマ：医療事故の法律問題と事故への対応)

東京大学大学院医学系研究科
医療安全管理学講座 助教授

前田 正一



医療機関には法律上の責任が発生する可能性があります。この責任とは、具体的には、民事責任、刑事責任、行政上の責任の3つの責任です。

次のような交通事故の事例を見てみます。ある男が、飲酒運転をしていて、歩道を歩いていた女性を撥ねて重傷を負わせました。この場合、女性は、男に対して、治療費の支払いや、仕事を休んだことによって減少した収入の支払い等を求めることが出来ます。また、それと同時に、事故によって被った精神損害に対する慰謝料の支払いも求めることができます。つまり、男は、女性の求めに応じ、金銭の支払いという手段を用いて、女性を損害のなかった状態に回復させる責任を負うのです。このような、損害賠償責任に代表される責任が民事責任です。

また、この場合、男は、検察官により起訴され、刑事裁判を通じて、交通刑務所に入らなければならないかもしれません。このような性格の責任が刑事責任です。さらに、この場合、男は、運転免許も取り消されます。このような性格の責任が行政上の責任です。

いま見てきましたように、交通事故の加害者には、民事責任、刑事責任、行政上の責任の3つの責任が問題にされる可能性があります。これは、医療事故の加害者にも共通します。

例えば、平成11年、東京都立広尾病院で、看護師が誤って消毒薬を注射し患者が死亡するという事件が発生しました。この事件では、遺族が医療側に対して総額1億4500万円の損害賠償を求めて裁判を起こしました。つまり、被害者の加害者に対する民事

はじめに

近年、医療事故事件は頻繁に報道され、医療事故訴訟も増加の一途をたどっています。このように医療事故が発生した場合、事故に関係した医療従事者ないしは、医

ち、特に、医療事故の民事責任について解説するものです。

1. 医療事故の法律問題

いったん医療事故が発生すれば、事故に関係した医療従事者や

責任の追及です。

また、東京地方検察庁は、加害者の二人の看護師を、それぞれ禁固1年、禁固8ヶ月で起訴しました。これを受けて、東京地方裁判所は、それぞれに対し、禁固1年・執行猶予3年、禁固8ヶ月・執行猶予3年の判決を下しました。つまり、国家による刑事責任の追及です。

さらに、厚生労働省は、看護師に対し業務停止の処分を行いました。つまり、行政上の責任追及です。

このように、いったん医療事故が発生すれば、事故に関係した医療従事者などには、3つの法的責任が問題にされる可能性があります。このうち、問題にされる頻度が最も高いのが、民事責任、つまり損害を賠償する責任です。

（1）民事責任（損害賠償責任）

—民法415条・709条—

六法全書の中に民法という法律が載っています。医療事故の損害賠償責任の根拠となるのが、この415条と709条です。つまり、患者側が、医療側に損害賠償請求をする場合、民法415条を根拠として責任追及する方法と民法709条を根拠として責任追及する方法の2つの方法があります。

①民法415条

この民法415条は、患者側が、「医療機関」を相手に損害賠償請求する場合の根拠条文です。

②民法709条

次は、民法709条です。民法709条は、患者側が、「医療機関」ではなく、「事故を発生させた医療従事者」を相手に損害賠償請求する場合の根拠条文です。繰り返しになりますが、患者側が、

民法709条を根拠として損害賠償請求をする場合は、その相手方は、医師や看護師といった医療従事者本人となります。

この場合でも、医療機関に対して「使用者責任」を追及することはできますが、少なくとも、医療従事者個人を相手に損害賠償請求がなされた場合、個別の医療従事者が損害を賠償しなければなりません。

それでは、「保険に入っていれば問題はないだろう」と考えられた医療従事者もいるかもしれません。賠償責任保険の約款を見てください。保険による支払額は、上限があります。つまり、いくら保険に加入していても、上限を超えた額は自分で支払わなければなりません。適切な事故対応の必要性を説くために、あえて次のような表現をしますが—このため、医療従事者の方々は、個人の負担を考えますと、自分を相手に裁判が起こされることがないようにしなければなりません。この個人に訴えが起こされるかどうかは、事故後に適切な対応ができたかどうかに関係するものと思われれます。

*求償権

では、個別の医療従事者ではなく、医療機関を相手に裁判が起こされた場合には、個別の医療従事者は、金銭の支払いをする必要はないのでしょうか。

ただ、場合によっては、医療従事者個人が支払い額を負担しなければならぬこともあります。ミスが重大な場合は、医療機関も、「なぜ医療機関が賠償金を支払わなければならないのか」と、考えるだろうと思います。そこで、医療機関は、いったん患者に賠償金の支払いをした上で、その支払額

（の一部）を個別の医療従事者に請求することができる場合もあるのです。

（2）損害賠償請求訴訟が提起される可能性のある期間

それでは、患者側は、事故後いつまで医療側に対し損害賠償請求訴訟を提起することができるのでしょうか。

たとえ事故後1年や2年、裁判が起こされていなくても、5年や6年も経過した時、突如、裁判所からカルテの保全にくることもあります。つまり、患者が、裁判を起こすことができる期間が定められています。その期間は、民法415条を根拠に責任追及する場合は10年、民法709条を根拠に責任追及する場合は、「損害及び加害者を知ったときから3年、不法行為時より20年」です。最大、事故から20年後まで、損害賠償訴訟が提起される可能性があります。実際、事故から長期間が経過して、訴えが起こされた事例もあります。

*カルテ・看護記録等の保存

ところで、カルテを保存しなければならぬのは、保存義務中の5年は当然ですが、医療訴訟との関係でいえば5年を経過してもなお保存しておくことは重要な意味があります。看護記録等の諸記録も同じです。訴訟になった際、診療行為を再現できるのは、そうした記録だけだといっても過言ではありません。つまり、適正な紛争解決のためにも、カルテを適切に書いておくことが重要です。しかし、カルテの書き方指導は、わが国では、これまで本格的には行われてきませんでした。こうした状況の中で、少なくとも、各医療機

関は、院内で、カルテの書き方について統一基準を設けておくことも重要だと思われます。

（3）過失の判断

それでは、次に、過失の判断についてです。医療従事者や医療機関に損害賠償責任が発生するのは、行った医療行為に過失（ミス）があり、それによって患者に損害が発生しているときです。では、この「ミス」か、否かは、どのような基準で判断されるのでしょうか。

最高裁判所の平成7年6月9日判決は、未熟児網膜症における医師の眼底検査や治療についての注意義務が問題にされた事件におい

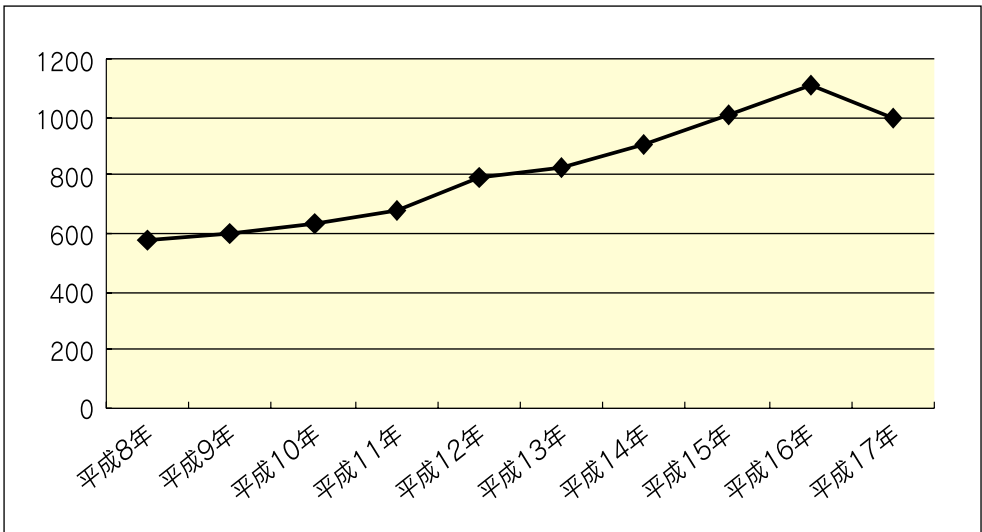
て、「注意義務の基準となるべきものは、診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準である」と述べました。そして、「：

当該医療機関の性格、所在地域の医療環境の特性等の諸般の事情を考慮すべきであり、右の事情を捨象して、すべての医療機関について診療契約に基づき要求される医療水準を一律に解するのは相当でない」と述べました。つまり、「ミス」か、否かの判断は、診療当時の臨床医学の実践における医療水準をもとに行うが、この基準は、すべての医療機関に共通するものではなく、医療機関の特性等によって異なると言うのです。

例えば、地域の中核病院は、他の医療機関よりも

いっそう高度な注意義務が課されます。

もし医療事故が発生した場合に、「他の医療機関では同じようなことがなされているのではないか」といっても、その抗弁は通用しません。このため、所属スタッフが中核病院のスタッフとして求められている臨床力を備えていない場合、各部門の責任者は、そのスタッフを十分に教育し、求められている臨床力を習得するまでは単独では患者の診療に当たらせてはなりません。中核病院ではなくても、この人事管理は、あらゆる医療機関においても求められます。スタッフ



が、その医療機関に求められている基準に達していない場合には、やはり単独では患者の診療に当たらせてはならないのです。

以上、簡単に、医療事故が発生した場合に問題になる民事責任について解説しました。しかし、この民事責任は、行った医療行為に技術上の過失（ミス）がある場合にのみ発生するものではありません。行った医療行為に技術上の過失（ミス）がなくても、医療側に損害賠償責任が発生する可能性があります。というのは、インフォームド・コンセントの法律上の原則があるからです。このインフォームド・コンセントについても、他稿により、その詳細を理解するよう努めてください。

まとめにかえて

以上、講演会における講演の概要として、医療事故の損害賠償責任について、その重要な部分の解説を行いました。これらを参考に、特に記録についてなど、各現場で、取り組みを開始してください。

最後に、参考まで、医療技術上の過失（ミス）やインフォームド・コンセント上の過失を問題として提起された裁判の状況を示しておきます。

参加者報告

今回の講演会に院外より40名（登録医の先生方）、院内より150名の方にご参加いただきました。

地域医療連携室

日赤イブニングセミナー

第10回
1月25日

日常診療と嚥下障害

松山赤十字病院 耳鼻咽喉科医師
西窪 加緒里



嚥下障害は、実に様々な原因で起こります。脳血管障害や種々の神経・筋疾患、外傷や手術による中枢および末梢神経障害、頭頸部癌術後、呼吸器疾患、身体・精神機能の低下、薬剤の副作用、さらに加齢に伴う嚥下機能低下など多くの要因が、時には複雑に絡み合い発症すると考えられます。患者様が訴える症状も、飲み込みにくい、嚥下時痛、食事時のむせ、繰り返し返す肺炎などから、食欲の低下、嗜好の変化、痰の増加などまで、様々です。このように、日常診療においても嚥下障害を疑う症例を診ることは少なくありません。

まず嚥下障害患者様を診た場合は、まず嚥下障害の原因は何かを調べ、そしてどのような嚥下障害のタイプかを判断して、治療方針を検討します。

まず、一般日常診療における問診、身体診察のポイントや、嚥下障害簡易検査をご紹介します。問診は嚥下障害の原因や病態の把握に非常に重要です。嚥下障害を来

鏡を鼻腔より咽頭まで挿入し、咽頭の器質的病変の有無、反回神経麻痺など機能的病変の観察、下咽頭の唾液貯溜や気管内流入の程度の観察を行います。また、着色水や、ゼリーなどの固形物を嚥下させて、嚥下反射惹起遅延の程度や誤嚥の有無を観察することも可能です。モニターに映しながら検査を行い、録画もできるため、患者様自身や家族、言語聴覚士、看護師にも供覧でき、リハビリにも非常に有用です。嚥下造影検査は、少量の造影剤を嚥下させて、口腔・咽頭・食道を造影剤がどのように通過するかを観察します。頸椎椎体骨棘形成や、食道入口部のZenker憩室などの器質的疾患の有無を把握するだけではなく、嚥下障害が口腔期・咽頭期・食道期のどのタイミングでどのように起こるか、など嚥下障害の病態を診断することができます。これらの検査は次の治療法の検討に非常に重要となります。

嚥下障害の治療は、保存的治療、外科的治療があります。最初に原因除去を行い、これまで行っていた嚥下障害の病態にあわせて治療法を選択します。まずは薬物療法やリハビリを中心とする保存的治療を開始します。リハビリは、口腔ケアや、舌・口唇などの筋力増強・可動域拡大・嚥下反射惹起を促す訓練など、食べ物を使わないで行う間接訓練と、実際に食べ物をういて練習する直接訓練とがあります。体位の工夫や食べやすい食形態の工夫も指導します。外科的治療には、嚥下機能改善手術と、誤嚥防止手術とがあります。嚥下機能改善手術は喉頭挙上術、輪状咽頭筋切断術などで、喉頭機能（発声・呼吸）は温存したままです。嚥下しやすい環境を作る方法

第11回
2月22日

けいれん

ー小児神経疾患の主症状ー

松山赤十字病院 小児科部長

眞庭 聡



はじめにー

小児神経疾患の概要、特徴

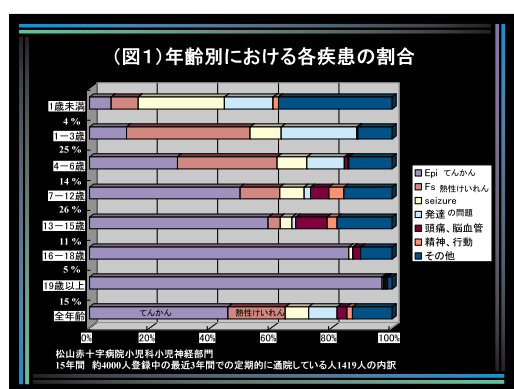
松山赤十字病院小児科における神経疾患患者の年齢別及び疾患構成は図1のとおりです。平成16年度のまとめですが、16歳以上の方が20%います。そのほとんどが、小児期発症のてんかん及び脳性ま

言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、介護職員の方、栄養士など多職種の医療スタッフが連携し、その原因除去を行い、患者様にとって、一番いい栄養摂取方法を選択することが嚥下障害治療の基本となります。

「口から食べる」という行為は人が人らしく生きるための、極めて基本的な行為です。高齢化社会の到来による嚥下障害患者の増加や、介護保険制度による在宅医療の拡がりも相まって、社会的にも医療的にも嚥下障害が注目されてきています。これからは、様々な分野の医療関係者の方々と連携をとり、嚥下障害治療に取り組んでまいりたいと思います。

小児救急医療の現場でのけいれん性疾患の現状および対応

松山市救急医療センターの総受診患者数は年間約一万三千人で、その約1%が救急車での搬送です。さらに、その内59%がけいれん性疾患でありました。（表1）小児救急医療においては、けいれん性疾患は救急搬送されることが多く、重篤な疾患があることもあり（髄膜炎やインフルエンザ脳炎脳症など）慎重、適切な対応が必要になります。医学生（研修医）、看護学生においては、一次救急処置（BLS）を習うことは必須ですが、けいれん時に対するプライマリーケアの認識は低く、一般の方々と同様に間違った知識を持っている方が多いようです。それはけいれん時に舌を噛むなどと心配して、タオルなど口に物を挿入しようとすることです。つい先ごろ放映されていた医療関係のTVドラマの中でもそのような対応を医者がしているのをみかけまし



た。実際のけいれん時にそれを実行する方は少ないのですが、医療関係者（の卵）が保護者に適切な指導ができるようにしていくことも大切であります。（表2）

けいれん性疾患として 主なてんかんの治療

てんかん、てんかん症候群は図2のように小児期ではそれぞれのてんかんの発症年齢に特徴があります。乳児期に発症する点頭てんかんや学童期に発症する欠神てんかんなどさまざまで、そのてんかんタイプ（および発作型）により

薬物選択がなされます。また、同じてんかんでも発作の回数や治療に対する反応はさまざまで、一人ひとりのオーダーメイド的な治療を必要とします。てんかんを含む

けいれん性疾患の治療の原則は、単剤少量から開始することで、定期的な副作用のチェック及び副作用出現時の対応などが大切になります。また、薬物の血中濃度に正常値はなく、治療濃度域が目安になります。また、治療濃度域が目安になってこの治療濃度域内に入っていないければならないことはなく、治療濃度域以下の治療でも十分けいれんコントロールが可能な場合が小

児では、多くみられます。（表3）

けいれん性疾患の オーバートリートメント

小児では熱性けいれんをはじめとして、てんかんの中でも寛解、治療に至りやすい良性のものが多くが特徴的です。これらに対して、無用な薬物投与や多剤大量投与及び長期投与などのオーバートリートメントは避けるべきであります。（表4）また、てんかん治療で大切なのは、医師―患者―家族間における十分な説明にもとづく信頼関係であります。（表5）

（表1）松山市急患医療センター（萱町、保健所となり）
小児救急p.m.21-a.m.8（11時間）、日曜はa.m.0-a.m.8

	平成17年	平成16年
総受診者数	12,599	13,097
救急搬入総数	126	128
熱性けいれん	60	63
けいれん	9	12
てんかん	3	1
ひきつけ	1	0
意識消失（障害）	1	0
計（けいれん性疾患・発作型）	74(59%)	76(59%)

（表2）熱性けいれん（Febrile seizures:Fs）の指導ガイドライン
プライマリーケア（1）

- 発作の際の家庭での応急処置
 - あわてない。おちつくこと。
 - 衣服をゆるくし、特に首のまわりをゆるくする。
 - 頭部を傾斜よりやや低くし、仰臥位にして顔を横に向け、頭部をそりあげにする。吐物、分泌物が口の周り、鼻孔にたまっていたら、ガーゼでふきとる。
 - 舌をいじっている時でも、口の中に物を入れない。
 - 体温を測定し、発作の長さ（持続時間）と性状（左右差、眼球偏位など）を観察記録する。
 - 口からくすり、飲み物を与えない。
 - もとにもどるまで必ずそばにいる。
- 緊急に医師受診が必要な場合（以下のi～vのいずれかの場合）
 - 発作が10分以上続くとき。
 - 短い間隔で繰り返し発作が起り、この間意識障害が続く時。
 - 身体の一部の発作。または全身性であるが、部分座位性のある発作。
 - 初回発作。特に1歳未満の場合。
 - 発熱と発作に加え、他の神経症状を伴う時（遷延性意識障害、麻痺など）。

（表3）薬物治療の注意点

- 少量から
単剤が望ましい
- 定期的検査
血液検査（検血、生化学）、
検尿、薬の血中濃度
- 副作用の症状
薬の減量、中止、他剤への変更

薬物の血中濃度の意義

バルプロ酸（デパケン） 治療濃度域 50～100 $\mu\text{g}/\text{dl}$

（表4）けいれん性疾患（てんかん）の
オーバートリートメント

- 治療が必要なものに対する薬物投与（例外あり）
良性てんかん、潜在性てんかん（脳波異常のみの症例）
けいれん様の非てんかん性疾患への治療
- けいれんタイプおよびてんかん症候群に対する
不適切な薬剤選択
- 抗てんかん剤の多剤、大量使用
（治療の原則、単剤少量から）
- 長期間の治療

（表5）てんかん治療で大切なこと

医療側

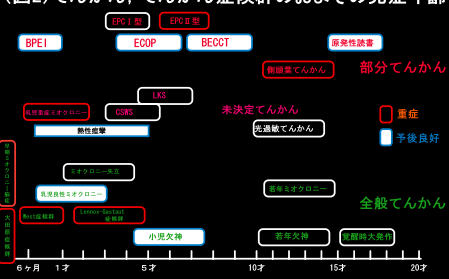
- 確実な診断
- より有益な治療法の選択
（必要のない薬は<長期>内服させない）
- 治療の安全な実行及び管理

患者側

- てんかんの病状や治療の理解と納得
- 治療の従順な実行
- 治そうと思う熱意

医師―患者―家族間の信頼（十分な説明）

（図2）てんかん、てんかん症候群のおよその発症年齢



2005年度末の我が国の透析人口は25万7千人で、未だ毎年約1万人の増加率が続いています。3万6千人の導入患者の40%（1万4千人）を糖尿病性腎症が占め、1998年に慢性糸球体腎炎に変わって導入原疾患の第1位となつてから毎年増加し続けています。わが国の総医療費34兆の約3%を占める透析療法の領域に於いて、糖尿病性腎症からの透析患者数の増加が今や最重要課題となつてきています。

慢性糸球体腎炎の約半分しかありません。糖尿病性腎症の病期分類では、第2期の微量アルブミン尿の時期に厳格な血糖管理をする事により回復する事が知られ、第3期の顕性蛋白尿の時期となると可逆性が期待できず、久しくポイントオブノーリターンと言われて来ましたが、最近、集学的な治療により第3期Aの顕性蛋白尿の時期からでも回復がある事が報告されており、今後チャレンジすべき領域であると思われます。

糖尿病性腎症の患者さんが我々腎臓内科医へ紹介されるのは第4期になつてから、それも透析前まじかの時期の事がほとんどです。保存期慢性腎不全では慢性腎不全の進行阻止のため、RA系阻害薬を主体とした降圧療法、低蛋白食を主体とする食事療法、尿毒素の吸着剤であるクレメジン、腎性貧血に対するエリスロポエチン（rHuEPO）などを駆使して、慢性腎不全の進行阻止を図ります。最近では開業医の先生方との共診で高血圧、糖尿病の管理が良好のため、糸球体疾患のなかでも最も進行の速いタイプである糖尿病性腎症に於いても、進行遅延又は停止している症例もみられてきています。しかし、最も効果的な戦略は第0期の対策、即ち糖尿病発症の阻止と言う予防医療です。

最近、メタボリックシンドロームの概念が普及し、政府もその対策に力を入れてきています。内臓肥満症では脂肪細胞が肥大化し

第12回
3月22日

糖尿病性腎症の予防と治療

松山赤十字病院 腎臓内科部長

原田 篤実



て、TNF α 、PAI-1等の悪玉サイトカインの分泌が亢進、善玉サイトカインであるレプチン、アディポネクチンは減少します。悪玉サイトカインがインスリン抵抗性を引き起こして高血圧、脂質異常、耐糖能異常の引き金となります。これらの病態は1個1個が軽くとも、2つ以上重なることで最終的に血管の動脈硬化の重大な危険因子となり、心血管系イベントを引き起こすと言う説です。

高血圧の人は正常人の2-3倍の高い頻度で糖尿病になり、糖尿病の人も2-3倍の頻度で高血圧を発症すると言われています。いわゆる遺伝体質に生活習慣が影響してメタボリックドミノが完成することになり、根っこは1つであると言う事です。ある都市の公務員集団での調査では、40代以降の男性で急にメタボリックシンドロームの頻度が増えており、予防のターゲットが40代、50代の男性である事が分かります。

インスリン抵抗性にアンジオテンシンII（Ang II）が関与する事が明らかにされ、RA系阻害剤に糖尿病の新規発症と新血管系合併症の抑制効果が期待されています。糖尿病性腎症の適応を取ったAng II受容体拮抗剤（ARB）もできています。

糖尿病や高血圧の臨床では二分の一の法則があると言われています。即ち患者さんの二分の一しか病院へいかず、其の内の二分の一しかきちんと管理されていないと言うものです。この事にメスを入れずして、糖尿病性腎症の予防と治療は効果が期待できません。内科開業医の先生方との連携のみならず、保健所、行政、マスコミを巻き込んだシステム作りが急務と思われます。

外来診療担当医表

ホームページ上で随時更新しております。
http://www.matsuyama.jrc.or.jp/

H19.4.1現在

診療科目	室	月	火	水	木	金
内科	総合内科	1	定永敦司	横田英介	藤 崎	横 田
	総合内科	2	詫間隆博	徳山貴人/詫間	定 永	詫 間
	糖 尿 病	3	岡田貴典		岡 田	和 泉
	糖 尿 病	5	和泉賢一	近藤しおり	近 藤	近 藤
	高 血 圧	6		村上一雄	村 上	
	血 液	6	牟田 毅			村 上
	血 液	7	藤崎智明	上田陽子	上 田	藤 崎
○糖尿病教室 毎週水・金曜日 10:00～12:00 (近藤・岡田・和泉)						
肝胆膵センター	午 前	上甲康二 田中良憲 大野芳敏	上 甲 小林雄一 渡辺崇夫	田 中 竹下英次	田 中 小 林	上 甲 竹 下 大 野
	午 後	田 中	上 甲 小 林 渡 辺	検 査	検 査	上 甲 竹 下 大 野
胃腸センター (消化器科)	外来部門	新 患 予 約	小林広幸 砂原賢士	藏原晃一 青見賢明	吉野修郎 石 橋	小 林 藏 原
		専門外来	炎症性腸疾患		炎症性腸疾患	炎症性腸疾患
	午後	新 患 予 約	石橋英樹 堺 勇二	砂 原	担当医	青 見
					小 林	吉 野
	検査	午前	内視鏡 検 査	藏原/堺 吉野/石橋 川崎啓祐	小林/藏原 砂原/青見	吉野/堺 石橋/川崎 青見
		透視検査	青 見	石 橋	川 崎	砂 原
	部門	午後	内視鏡 検 査	小林/吉野 川崎/砂原 青見	藏原/吉野 石橋/川崎 青見	小林/藏原 石橋/砂原 青見
※内視鏡検査：午前は上部消化管およびS状結腸内視鏡検査、午後は全大腸内視鏡検査および特殊検査・治療。 ※院長外来：別枠で今まで同様（火・金の午前）診療いたします。						
循環器センター	新 患 予 約	午	高橋 優	久保俊彦	堺 浩二	今 村
	院内新患 予 約	前	今村義浩	芦原俊昭	芦 原	高 橋
	心 外	午後	堀本拡伸	船越公太	久 保	堺
		午前	梅末正芳 (初再診)		松井完治 (初再診)	
呼吸器センター	呼吸器科		山本昭彦	牧野英記 (再診のみ)	山 本	牧 野
	呼吸外科			隠土 薫		横山英樹
	検査手術		手 術	気	手 術	横 山
☆呼吸器科：紹介状をお持ちの患者様のみ診察いたします。(月・水・木)						
腎センター		1	原田篤実	原 田	原 田	満 生
		2	満生浩司	江里口雅裕		上村太郎
脳神経センター	脳 外		前田仁史 佐藤 斉	前 田	曾我部貴士 大下純平	佐 藤
	神 内		山下順章 志田憲彦	山 下 志 田	山 下 志 田	山 下 志 田
小 児 科	午前	1	小谷信行	雀部 誠	小 谷	近藤陽一
		2	上田晃三	須賀久美子	西崎真理	片岡京子
	神経循環器		眞庭 聡 馬場健児	眞 庭	中野広輔 馬 場	眞 庭
産婦人科	午後		液	児	ア	分
	午前	1	横山幹文	田 中	妹尾大作	高木香津子
		3	田中泰雅		坂 口	横 山
		7	坂口健一郎	北出尚子	北 出	高 木
午後			横 山	不手術	坂 口	不手術
			坂 口	不	高 木	不
※婦人科新患は月・水・金の15:00迄受付・初再診とも予約制						

診療科目		室	月	火	水	木	金
外 科	午 前	1	白石 猛	和田寛也	高橋郁雄	西崎 隆 (肝・胆・膵)	高 橋
		2	郡谷篤史	寺師貴啓	白 石	伊地知英樹	宮崎充啓
		3	山岡輝年血			山 岡血	
		7	井上博道乳	井 上 乳	井 上 乳		井 上乳
	午 後	2	財前善雄小		村守克己小	財 前小	村 守小
				ストーマ外来	外来手術		
整形外科		1	中城二郎	山本 進手	山 本	中 城股	野 田
		2	安本正徳	中 城股	菊川和彦	野 田脊	菊 川肩
		3	高沢皓文	野田慎之脊	高 沢	安 本膝	竹内実知子
リハビリテーション科		1		田口浩之	田 口		田 口
リウマチ センター	午 前	1	仲田三平	仲 田	仲 田	水 木	重 栖
		2	水木伸一	山田一人	重栖 孝	山 田	山 田
	午 後 (予約)	1	手 術	仲 田	手 術	水 木	重 栖
		2		山 田		山 田	山 田
泌尿器科		1	藤井元廣	藤 井	藤 井	藤 井	矢 野
		2	田丁貴俊	田 丁	荒 木	田 丁	荒 木
		5	荒木映雄	矢野 明	宮本克利	矢 野	
	午 後			予約検査		予約検査	第1・3ストーマ外来
耳鼻咽喉科	午 前	1	有友 宏	篠森裕介	手 術	篠 森	担当医(新患のみ)
		2	西窪加緒里	西 窪		有 友	手 術
		3	上田哲平	上 田		上 田	
	午 後			検 査 (透視)	手 術	検 査 (透視)	手 術
※水曜日の診療はありません。緊急の方はご連絡ください。							
眼 科	午 前	1	児玉俊夫	西谷元宏	石川明邦	児 玉	石 川
		2	島村一郎	鄭 暁東	島 村	金 子	西 谷
		3	金子明生		鄭		鄭
	午 後	1	児 玉		石 川		石 川
		2	島 村	手 術	島 村	手 術	西 谷
		3	金 子		鄭		鄭
皮 膚 科			南 満芳	南	南	南	南
形成外科	午 前		庄野佳孝	庄 野	手 術	庄 野	庄 野
	午 後		手 術	手 術	褥創回診	手 術	手 術
麻 酔 科		1	安部俊吾		津野信輔		安 部
心療内科・ 精 神 科			竹尾重紀	竹 尾	竹 尾 (再診のみ)		竹 尾
放射線科	新 患 予 約		村田繁利 落合浩一郎	村 田 落 合	村 田 落 合	村 田 落 合	村 田 落 合
歯 科 口腔外科	口腔外科	1	寺門永頭	寺 門	寺 門	寺 門	寺 門
		2	兵頭正秀	兵 頭	兵 頭	兵 頭	兵 頭
		3	中川雅博	中 川	中 川	中 川	中 川
		※	初診担当は歯科口腔外科まで問い合わせください。 午前：月～金 11時まで初診受付				
※新患担当医は、 1ヶ月毎に交替します。							

茶色文字は前回から変更があった所です。

血血管外科 小小児外科 乳乳腺外科 手手の外科 股股関節外科 脊脊椎外科 膝膝の外科 肩肩・膝の外科 気気管支ファイバー 再予約再診 液血 液腎腎臓 アアレルギー 児乳児健診 喘喘息外来 代謝外来 分内分泌 夜夜尿外来 未未熟児健診 発発達外来 不不妊外来 更更年期外来 移腎移植

お知らせ

松山赤十字病院登録医制度について

平成19年4月1日現在、当院の登録施設は350、登録医は481名です。
今後も随時、受付けておりますので当院地域医療連携室までお問い合わせください。TEL(089)926-9516

FAXによる受診予約について

地域医療連携室では、従来より地域のかかりつけ医の先生方からFAXによる紹介患者様の受診予約を承っております。これによって紹介初診患者様を、来院日にはお待たせすることなく、受診される診療科へご案内することが可能になり、患者様にも好評です。

是非、FAXによる受診予約をご利用頂きますようお願い申し上げます。

FAX(089)926-9547(24時間受付)

TEL(089)926-9527(平日8:30～17:10)

紹介状の有る患者様に係る診療受付時間(土曜・日曜・祝祭日・創立記念日(5/1)を除く)

○紹介状を持参で午後3時まで受付可能な診療科(毎日)

内 科	脳 神 経 外 科	循 環 器 科	放 射 線 科
外 科	小 児 科	心 臓 血 管 外 科	
消 化 器 科	腎 臓 内 科	歯 科 口 腔 外 科	

○紹介状を持参で午後3時まで受付可能な診療科(曜日限定)

整 形 外 科	火 ・ 木	泌 尿 器 科	火 ・ 木
小 児 外 科	月 ・ 水 ・ 木	リウマチ科	火 ・ 木 ・ 金
耳 鼻 咽 喉 科	月 ・ 火 ・ 木	呼 吸 器 外 科	火 ・ 木 ・ 金
皮 膚 科	月 ・ 火 ・ 木 ・ 金	産 婦 人 科	月 ・ 水 ・ 金
眼 科	月 ・ 水 ・ 金		

※眼科については連携室経由の患者のみ

○午前11時までの診療科

心療内科(精神科)	形 成 外 科	呼 吸 器 科 (月・水・木)
神 経 内 科	麻 酔 科	リハビリテーション科

注：いずれの診療科も緊急を要し地域医療連携室を通した患者様に限ります。

緊急を要しない患者様の受付は従来通り午前11時までです。

※各診療日の担当医師につきましては、学会等により代診、休診とさせていただきますのでご了承ください。