

2018

高岡市医師会報

9

TAKAOKA MEDICAL ASSOCIATION BULLETIN

2018. 9 No.507



CONTENTS

・理事会第8回	2
・委員会報告	3
・産業保健だより	3
・公的病院だより（済生会高岡病院）	4
・市民公開シンポジウム	5
・高岡市医師会認知症講演会	12
・検査センターだより	20
・地域保健だより・病診連携室	21
・寄稿「三陸海岸大縦断と7大絶景めぐり」に参加して	22
・高岡市急患医療センターだより	24
・訪問看護ステーションだより	25
・新任職員紹介	26
・市医のあゆみ	27
・予定表・編集後記	28

(理)(事)(会)(報)(告)**第 8 回 (平成30年7月25日)****協 議**

- 1) 平成 30 年度富山県総合防災訓練について
概要に基づき、当会は氷見会場へ J M A T 1 隊・警察医 1 名、射水会場へ医師 1 名を派遣することを確認。
- 2) 「ねんりんピック富山 2018」の開催に係る医療救護協力について
概要に基づき、11 / 4 (日) は役員を中心に協力体制を構成し、11 / 5 (月) は各公的病院に協力体制をお願いすることを確認。
- 3) 富山市医師会との情報交換会の開催及び提出議題について
11 月 15 日 (木) ホテルニューオータニ高岡で開催することと、当会からの議題として「ACP の取り組みについて」を提出することを了承。
- 4) 平成 30 年度中部医師会連合共同利用施設連絡協議会シンポジウム事例発表者の推薦について
担当理事に一任することを了承。
- 5) 二塚の土地 (駐車場) の現状変更について
当会が高岡市に無償貸与している二塚の土地 (駐車場) を済生会高岡病院が子育て支援や在宅療養支援等を行うために一部を現状から変更したいという要望について内諾することを了承。詳細および正式文書は次回理事会までに提出される予定。
- 6) 市政に対する要望について
各担当理事から提出された案を、一部訂正し高岡市へ提出することを了承。

報 告

- 1) 委員会報告
 - ・ 7 / 23 救急医療・急患医療センター委員会
- 2) 諸会議報告
 - ・ 7 / 22 市民公開シンポジウム
 - ・ 7 / 25 高岡市DV対策関係機関連絡会

表紙のことば

宇野内科医院 宇野 義 知

「アレクサンドル・ネフスキー寺院」

5000人を収容する、ブルガリア最大で最も美しいといわれる寺院。高さ60mの金色のドームを始め、12のドームからなるネオ・ビザンツ様式の建物。この寺院は、ブルガリア独立のきっかけとなった露土戦争で戦死したロシア人兵士約20万人を慰霊する目的で建立され、40年の歳月を経て完成した。

内部の装飾もすばらしく、壁面や柱に描かれた聖人の絵画、天井画、大理石の彫像など見事なものだ。メノウ、大理石をふんだんに使った精巧なモザイク。大理石はブラジル、エジプト、イタリアなどから運ばれてきたもの。又ドームの頂上から釣り下げられた巨大なシャンデリアの豪華さも圧巻だ。3つある祭壇は、中央がロシア、向かって右がブルガリア、左が他のスラヴ諸国に捧げられたものとのことだ。

地下室はブルガリア国内から集められたイコンを展示する博物館になっている。

委 員 会 報 告

●がん検診委員会 平成30年7月24日

担当理事 寺田光宏
副担当 民野彰
副担当 堀 彰

	胃がん検診		大腸がん 検 診	前立腺がん 検 診		肺がん検診
	X線	内視鏡				
受 診 者	74名	522名	1616名	11名	受 診 者	1916名
異 常 な し	62名	455名	1480名	11名	精 検 不 要	1845名
要 観 察	6名	0名			再 検 査	0名
二 次 要 精 査	5名	9名	136名	0名	要 精 検	71名
二次精密検査受診者	2名	9名	42名	2名	精密検査受診者	54名
が ん 症 例	0名	3名	1名	2名	が ん 症 例	1名

6月のがん症例は胃がん3名(内視鏡)、大腸がん1名、前立腺がん2名、肺がん1名でした。

産業保健だより

担当理事 杉森 成実

高岡地域産業保健センターでは、平成30年9月は下記のとおり活動を行います。
高岡市医師会で行う健康相談は予約制です。働く人への周知方ご協力をお願いいたします。

1 健康相談

実 施 日	時 間	場 所	担当相談医
9月7日 金	13:00 ~ 14:00	高岡市医師会	宮島 久仁
9月20日 木	13:00 ~ 14:00	高岡市医師会	北野 隆利

2 個別訪問産業保健指導（職場巡視）

実 施 日	時 間	事業内容	担当相談医
9月6日 木	13:00 ~	金属製品製造業	白川 尚哉
9月12日 水	13:00 ~	運送業	寺崎 禎一
9月13日 木	13:00 ~	食品製造業	成瀬 隆倫
9月27日 木	13:00 ~	コンビニエンスストア本部	林 治朗



公的病院だより (済生会高岡病院)

眼科 医長 中村 友子

●私とぶどう膜炎

高岡市医師会の先生方、はじめまして。平成30年4月より済生会高岡病院眼科に着任しました、中村です。私の専門は「ぶどう膜炎」という疾患です。ぶどう膜炎は眼科の中でもマイナーな疾患で、専門にしている眼科医もかなり少ないですが、重篤な視力障害を残すことがあり、専門家による確かな治療が必要です。私が所属しております富山大学眼科の林教授の“早い時期に専門分野を持って深く勉強する、そうすると他の分野の知識もついてくる、専門をもって診療している人と、そうではない人は10年後が違う”という考えのもと、入局3年目の時にぶどう膜炎を専門にすることを決め、専門外来を立ち上げました。また、一流の先生から学びなさい、ということで、国内はもちろん世界的にも著名な先生がおられる、杏林大学アイセンターに月1～2回勉強に行きました。ぶどう膜炎は特殊な検査や治療が多いのですが、富山にいても、都会の病院と同等のぶどう膜炎診療を患者さんに提供できるよう、日々努力しています。

●ぶどう膜炎の原因

ぶどう膜炎は、ぶどう膜（虹彩、毛様体、脈絡膜）に炎症が起こっている病態の総称で、その原因は多数あります。日本人に多いのは、サルコイドーシス、フォークト小柳原田病、ベーチェット病ですが、ベーチェット病は近年減少傾向です。全身疾患と関連したぶどう膜炎で眼科以外の先生

に知っておいていただきたいのが、糖尿病によるぶどう膜炎（糖尿病性虹彩毛様体炎）です。糖尿病の眼疾患は網膜症のイメージが強いのですが、未治療、治療中断後の高血糖状態の時に稀にぶどう膜炎を発症します。ぶどう膜炎の症状で多いのは、充血、光が眩しく見える（羞明）、何か飛んで見える（飛蚊症）で、充血は目やにを伴わないのが特徴です。

●富山に多い?ぶどう膜炎の原因

ぶどう膜炎外来を立ち上げてから、ぶどう膜炎の原因を集計していますが、全国よりも富山で頻度が若干高いと思われるのが「眼トキソプラズマ症」です。後天発症の原因は生肉の摂取や動物の糞などからの感染です。眼トキソプラズマ症の患者さんの生活歴で、馬刺しを食べたのが原因ではないか、と考えられる方が最近2名おられました。ですので、医学生の授業のときには、馬刺しを含め生肉は控えた方が良いでしょう、とお話しています。また、富山県内はブラジルなど中南米出身の方が多く、そのような方で先天性トキソプラズマ症の再燃が見られる場合もあります。

ぶどう膜炎のことをたくさん書きましたが、白内障、緑内障など眼科一般の診療も勿論しっかり行なっております。地域の医療に貢献できますよう、頑張っていきたいと思っております。何卒宜しくお願い申し上げます。

市民公開シンポジウム

在宅医療支援担当理事 林 智彦

第4回市民公開シンポジウム「終活を考えよう！～大切な人に何を伝えたいですか？～」が高岡市医師会在宅医療支援センター主催で、7月22日(日)午後1:30～3:00にイオンモール高岡イオンホールにて開催されました。

今回の内容は、第一部として寸劇「人生いきいきノートを書いてみよう!」、第二部としてレクチャー「『もしもの時』にどこでどんな治療・ケアを受けたいかご家族と話してみませんか?」、第三部としてシンポジウム「終活を考えよう!」でした。

「終活」とは、自分にいずれ訪れる死というものをどう迎えるかを考え活動することです。「死」と向き合うという重いテーマでしたが、参加者362人と立ち見ができるほど盛況な会となりました。

最初に藤田医師会長が開会の挨拶を行い、高橋正樹高岡市長から来賓の挨拶を頂きました。司会は在宅医療支援担当理事の林で始まりました。



第一部寸劇「人生いきいきノートを書いてみよう!」

昨年は「最期は家で迎えたい!」というテーマで、肺癌末期の85歳のおじいさんが主人公でした。余命僅かな状態で「死ぬなら、家の畳の上で死にたい。自分の家が一番や。」という希望を持っていました。その思いを家族が受け止めて自宅で見守られながら最期を迎えました。あれから3



年が経過し、夫を看取った妻は83歳になりました。

ある日、高岡市が作成した終活支援ノート「人生いきいきノート」の勉強会の開催案内が回覧板で回ってきました。それを見た長男夫婦は、おばあさんを連れて一緒に参加することにしました。

勉強会当日。会場には既に多くの参加者が来ており、3人は一番前の席に座りました。開催時刻となり勉強会が始まりました。講師の看護師さんは会場の参加者に、「もしもの時に大切な人に伝えておきたいことはありませんか?」と問いかけました。元気な時から自身の人生を振り返り、自分に関する情報や要望を分かりやすくまとめて残しておくことで、自分の意思を



表せなくなった時に残された家族が助かることがあることを学びます。自分の意思をまとめるために「人生いきいきノート」を活用するように教わりました。そのノートの中には、「もしもの時は」というページがあり、告知をどうするか? 延命治療や終末医療についてどうするか?などを記載する欄があります。しかし、すべてを書く必要がないことや書きたいところから書けばよいこと、途中で意思が変われば何度も書き直すことができること、最後にどこに保管して置くかを伝えること等の説明を受けました。

勉強会を終えて自宅へ戻ってきました。おばあさんは毎日少しずつ「人生いきいきノート」を書いていきました。





それから2か月が経過したある日のことでした。おばあさんは話があると長男夫婦を呼びました。おばあさんが「人生いきいきノート」に書いた内容を話そうとしたその時、隣の市に住んでいる長女夫婦が飛び込んできました。長女はおばあさんが遺言を発表すると聞いて慌ててやって来たようでした。「人生いきいきノート」を遺言と勘違いしたようでした。長男の嫁から「人生いきいきノート」は大切な思い出や家族に伝えたいことなどを書いておく、未来へ繋げるためのノートであると説明を受けました。

おばあさんは、ノートに書いた内容を話し始めます。自分の財産のこと、生命保険のこと、そして自分もおじいさんと同じように家で最期を迎えたいと思っていることなどを話しました。そして、もし治らないような病気になった場合には延命治療はしないこと、急変した場合には慌てて救急車を呼ばずにまずは主治医に連絡して欲しいことなどを家族みんなで確認しました。一通り話したところで、おばあさんは心残りが一つあると打ち明けます。

それは・・・おじいさんと結婚式を挙げていないので今までウエディングドレスを着たことがないようでした。そこで、天国へ行く時には是非ともウエディングドレスを着て逝きたいと言うのです。さらに結婚式のような葬式にして欲しいというのです。既にウエディングドレスは購入済みのような様子でした。それには一同、びっくり仰天。

おばあさんは買っておいたウエディングドレスを着て家族にお披露目した後、「人生いきいきノート」とウエディングドレスを金庫に保管して欲しいと伝えました。

以上が寸劇のあらすじになります。



第二部レクチャー『『もしもの時』にどこでどんな治療・ケアを受けたいかご家族と話してみませんか?』

富山県高岡厚生センター所長 守田万寿夫先生から、最近話題になっている「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」について分かりやすく説明して頂きました。

アドバンス・ケア・プランニングとは、重篤な病気や状態になった時に備えて、どこでどのように過ごしたいか、どのような治療・ケアを受けたいか、また受けたくないかを話し合うことです。特に終末期には、心肺蘇生、人工呼吸器、経管栄養・胃瘻、中心静脈栄養といった延命治療をどうするかということが問題になります。また、高齢者になると急激に認知症の有病率が上昇するため、認知機能の悪化により受けたい医療・ケアについて明確な意思表示ができなくなる可能性があるため、元気なうちに考えておく必要があります。

大切なことは、入院した時や入所した時、介護申請した時、病名の告知の時などの人生の節目の都度、「もしもの時にどうして欲しいか」を本人、家族、支援者で繰り返し話し合っ、その内容を記録に残していくことが重要です。この高岡でかかりつけ医、病院主治医、その他医療・介護に関わる多職種で患者、家族の意思決定を支援する体制を作っていきたいと話されました。

第三部シンポジウム「終活を考えよう!」

シンポジストとして在宅医、訪問看護師(がん性疼痛看護認定看護師)、ケアマネジャーの各職種の代表者、高岡厚生センター所長、高岡市高齢介護課担当者が登壇し、高岡市医師会長の藤田一先生の司会で行われました。

今回は「終活」というテーマですが、「終活」の範囲が葬儀やお墓、遺言書、財産のこと等幅広いため、シンポジウムでは癌末期などの治る見込みがない状態になった患者の意思を確認してどのように治療やケアを選択していくかについて議論することにしました。

① 患者の意思確認の現状はどうか？

以前は癌や治る見込みが低い状態では患者本人に対して詳細な説明はせずに家族に話して家族と相談して治療方針を決めていたことが多く見られました。しかし、最近ではどのような病気でも告知することが基本とはなっています。場合によっては、予後についても話し、終末期をどのように過ごすかについて本人の意思を確認する場合があります。



② 在宅で患者の意思を確認できた症例はありましたか？

在宅医療が開始となった当初は病状に対する不安や家族に迷惑がかかるという意識から在宅での看取りを希望していなかった患者が、医療用麻薬等で症状コントロールが可能となり苦痛なく過ごせたことで心境が変化して在宅看取りに繋がった症例がありました。

病院では患者であっても家庭では妻や母といった役割があるため、自宅に戻ることで自分がしたいことが具体的になる場合もあるようでした。

一方で、体調が悪くなると不安が強くなり入院される場合や一旦入院すると在宅へ戻るタイミングを逃してしまい病院で最期を迎えた症例がありました。

③ 終末期には自分の意思を伝えられない場合が多いのではないのでしょうか？

確かにその時になってみないと分からないということもありますが、自身の意思を家族に伝えていない場合には家族は悩まれるのではないかと思います。自分が病気になった時のことや最期について考えることは縁起でもないし敬遠しがちですが、自分がどのような医療やケアを受けたいかを考えて意思表示をする機会を是非作っていただきたいとの意見がありました。

④ 早い段階からもしもの時のことを考え、話し合う機会を作るにはどうしたらよいのでしょうか？

実際になかなか考えたり話し合うきっかけがないのが現状です。また話し合ったとしても話し合った内容や自分の意思を記録として残していないことが多いです。そのようなきっかけ作り、気軽に書き込み記録として残せるノートとして寸劇の中でも紹介された終活支援ノート「人生いきいきノート」を7月に高岡市が作成しました。ノートの内容は、自分の基本情報や健康状態、もしもの時にどうするか、エンディングについて、財産について、大切な人に対するメッセージなどを書く部分があります。何度も書き直し可能ですし、書かないという意思も尊重されます。このようなノートを使って自分の意思を残すことが重要で、残された家族は大変助かります。

現在では65歳を過ぎ高齢者と呼ばれてから亡くなるまで20～30年あるのですから、その期間をどう生きるかを考えるべきです。しかし、多くの方は、患者の家族として終末期を迎えた経験がなく、今まで人が死ぬことへの準備教育も受けたことがないのが現状です。また、医療者ですら平穏な死に対する教育は受けてきていません。

そのため、我々医療者は何が患者にとって最適な医療、ケアなのかについて、患者や家族、患者に関わる多職種で共に考えながら意思決定を支援していく必要があるという結論となりました。



最後に成瀬副会長に閉会のご挨拶を頂き、閉会となりました。

第4回市民公開シンポジウムアンケート集計

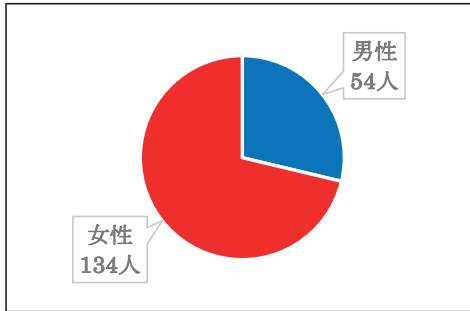
平成 30 年 7 月 22 日 (日)

参加者数 362 名 回答者数 237 名 回収率 65.5 %

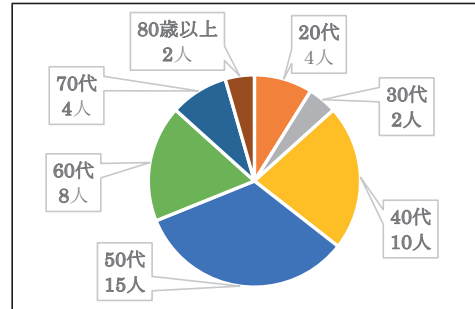
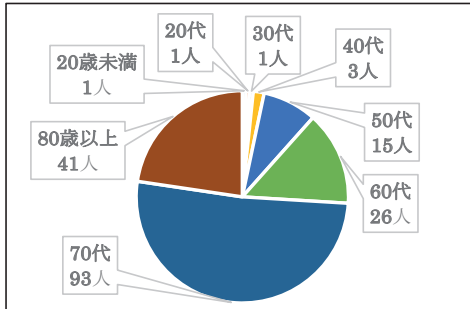
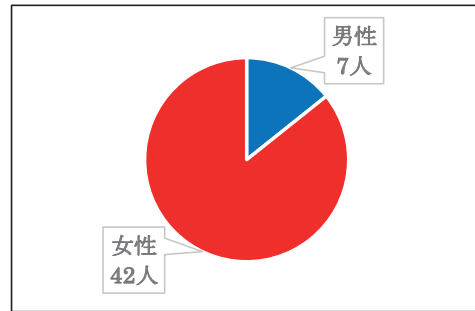
(内 医療介護関係者以外 188 名、医療介護関係者 49 名)

Q あなたの性別と年齢をお教えてください

医療介護関係者以外

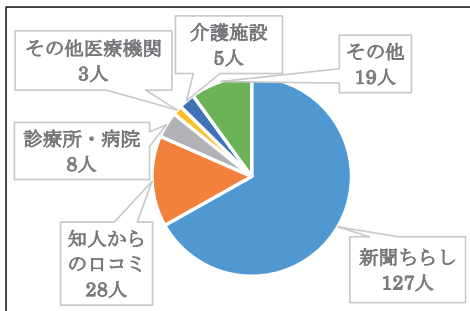


医療介護関係者

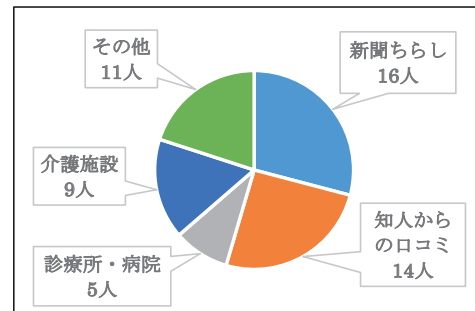


Q 今回のシンポジウム開催をどこで知りましたか

医療介護関係者以外

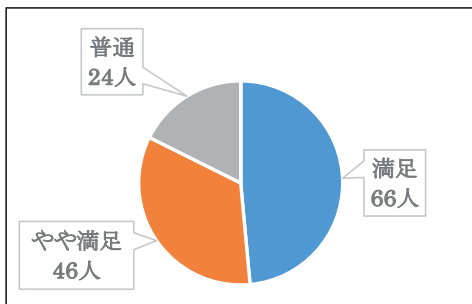


医療介護関係者

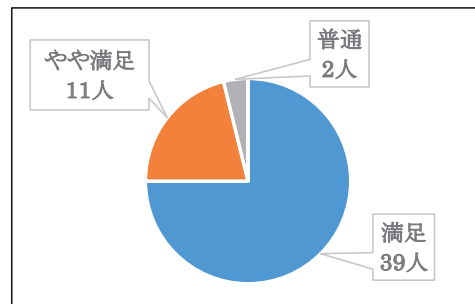


Q 参加していかがでしたか？ 5段階評価でお答えください

医療介護関係者以外



医療介護関係者



Q よろしければ良かった点、気になった点や悪かった点をお教えてください

医療介護関係者以外

- 後悔しない、家族にさせない為に人生いきいきノートの記入をすすめたいと思いました。本日はありがとうございました。
- 今まで話を聞く機会もなかったので、とてもためになりました。少しずつ話す事も始めたいと思いました。
- いつかはまとめておきたいと思っていた内容が書きやすいようにノートにしてありがたいと思った。
- 自分の最期の事を考えることが身近に感じました。
- 以前からノートを書けばいいと思っていたが、今日書くきっかけになった。
- 初めての参加ですが、人生を見直していきたいと思います。
- 終活の話はタブーとされていました、本日の話を聞いて元気な間に話しておくことの大切さを学ばせてもらいました。
- 説明がわかりやすかった。マイクの声も大きかった。
- シンポジウムで具体的な事例での話に興味があった。寸劇はとてもよかった。
- 非常に分かりやすく、的確で整理しやすかった。

- 演劇がくだけすぎて品が無かった様に思います。言葉が耳触りです。
- まず寸劇があり、その後詳しいレクチャーがあって分かりやすかった。
- 寸劇が分かりやすかったけど、長く感じた。
- レクチャーについてもっと年配に分かりやすく説明された方が良かったと思う。スクリーンが分かりづらかった。
- レクチャーがやや長かった。もう少し簡単でもいいと思った。
- 照明が明るくてスライドの小さい字が読みとれなかった。
- 町内のいきいきサロンで報告したい。
- 立っている時間が長すぎて苦痛でした。座席をもっと増やしてほしいです。
- 自分の地区で話をしてほしいと思いました。(立野地区) 人数はどれほど集めればいいですか。
- 形式的になっており、一般人には理解し難い点が多かった。もう少し具体例によって説明する事が必要では。
- 何か一つだけ詳しく話し合っただけよかった。

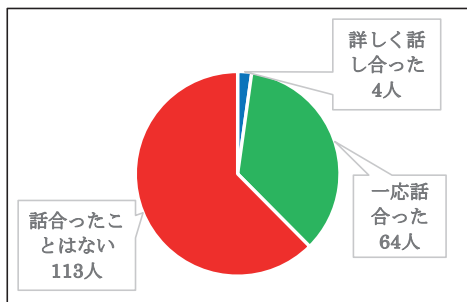
医療介護関係者

- ノートの使い方や意味は分かりやすかった。
- なじみある富山弁、音などを使用してとても盛り上がり楽しそうでした。長くも短くもなく分かりやすかった。
- 楽しく学ぶことが出来た。レクチャーを寸劇に盛り込んだら内容も入ってきやすかった。
- 市民の多くの参加者がいらっしまったので、関心の深さを知りました。

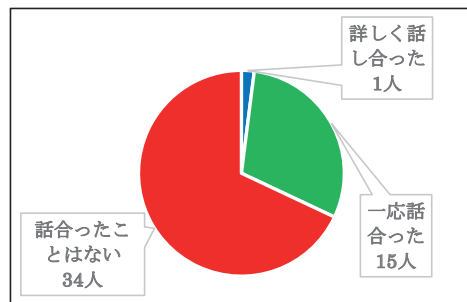
- 寸劇、笑いの中にもいきいきノートのポイントが説明されていてとても分かりやすかった。そのあとのレクチャーでさらに分かりやすくてよかった。
- 人生いきいきノートの使い方、内容を見て勉強になった。知人にも教えてあげたい。
- 元気なうちに考えることの大切さを再確認できた。

Q 今までにご自身の最期に受けたい療養・医療についてご家族等と話し合ったことがありますか？

医療介護関係者以外

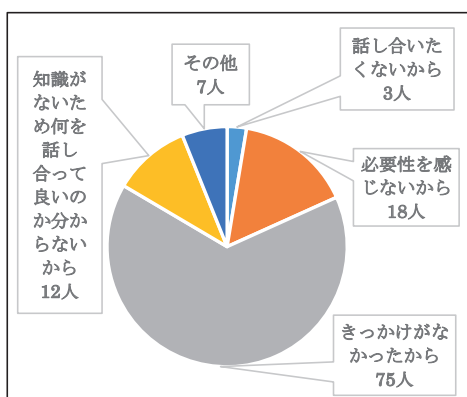


医療介護関係者

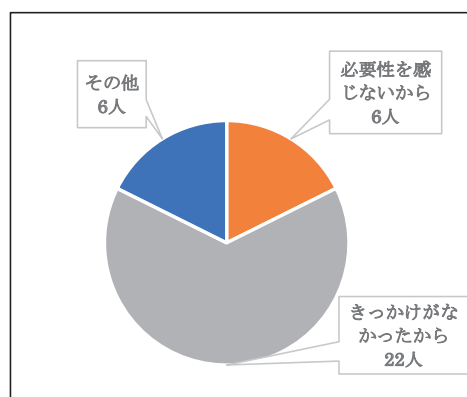


Q 「話し合ったことはない」と答えられた方にお伺いします。その理由を教えてください。

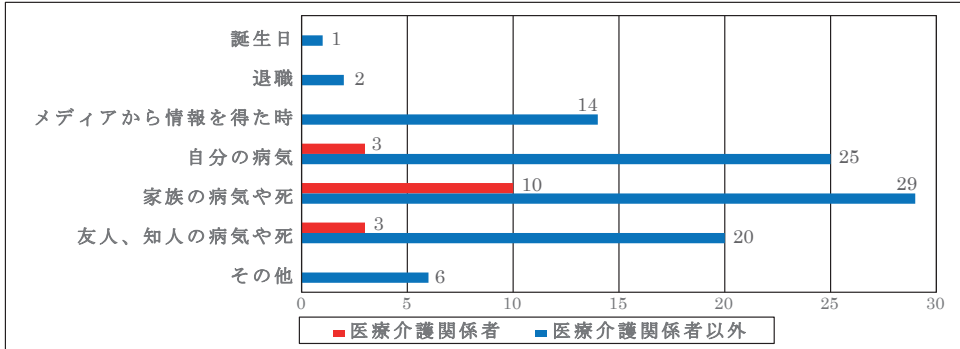
医療介護関係者以外



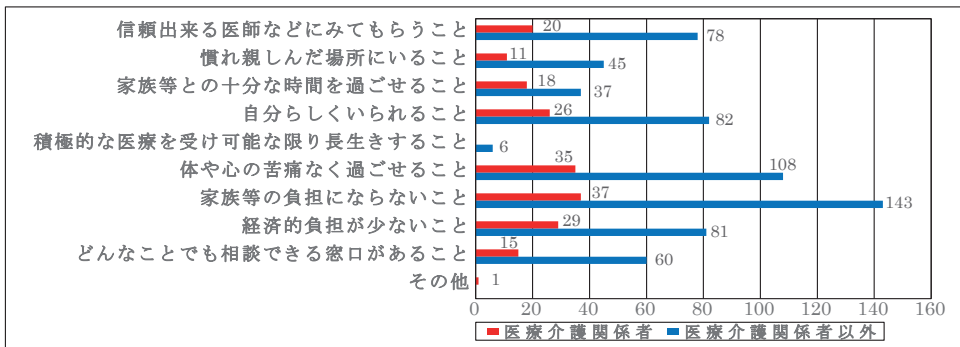
医療介護関係者



Q 「詳しく話し合った」、「一応話し合った」と答えられた方にお伺いします。話し合うきっかけは何でしたか？（複数回答）

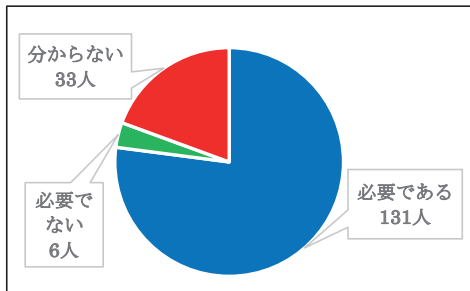


Q どこで最期を迎えたいかを考える際に重要だと思うことは何ですか？（複数回答）

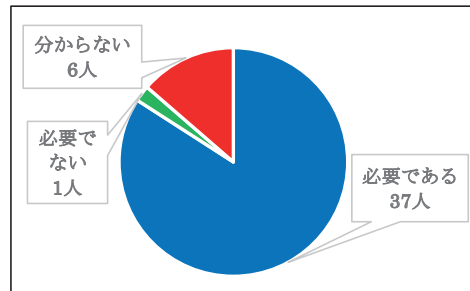


Q 自分が意思決定をできなくなった時に備えて、どのような医療・療養を受けたいか、あるいは受けたくないか等を書面に残すことは必要だと思いますか？

医療介護関係者以外

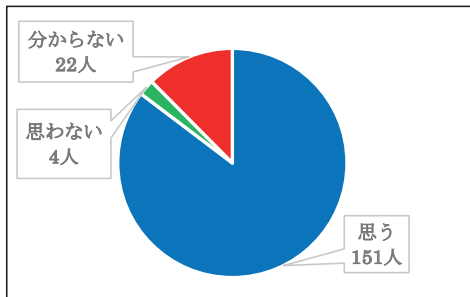


医療介護関係者

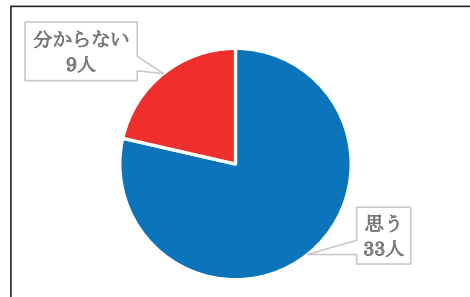


Q 高岡市が作成した「人生いきいきノート」を書いてみようと思いますか？

医療介護関係者以外



医療介護関係者



Q 第5回のシンポジウムで取り上げてもらいたいことがありましたらお書きください。

医療介護関係者以外

- 認知症対策
- 痴呆と介護について
- 介護施設で入所する手段など、安心できる方策などのテーマ
- 薬の効用、飲み方
- 安楽死を認めてくださる事をお願いします。
- 高齢者アパートのような場所でも、最期を迎えられるような場所と先生（医師）がいらっしゃる環境があれば…

医療介護関係者

- 認知症、訪問看護
- 成年後見制度、身寄りのない場合しておかなくてはいけない事等
- 高齢者一人暮らしの注意事項、暮らし方
- 服薬管理、かかりつけ薬局について

Q その他、終活や在宅医療についてご意見がありましたら、ご自由にお書きください。

医療介護関係者以外

- 家族に伝えるべきこと、伝えておきたい事を書き残しておくことは大切である。父が急に亡くなった時、何がどこにあり、どう対処したらいいのかわからなかった。
- 自分の意志を周りに伝える事の重要性もっとアピールしていただきたい。
- 各自治体も高齢化してきていますので、自治会の福祉委員を通じて終活を考える機会を持てればいいなと思いました。
- 一人暮らしの安定、安心出来る終活の過ごし方の目安などがあればいい。
- 今後増加してゆく在宅医療に対応できるのか。
- 在宅医療を受けるにあたって、費用のあらまし等が知れたらいいと思います。
- 誰でも在宅医療を望みますが、病人の希望にはなかなか添えないと思います。最終的には入院しかないのではないですか。
- 家で最期を迎えたいと思います。いろいろの方面に協力してもらって実行したいと思います。
- 可能であれば医療機関で最期を迎えたいと思う。安心していられるのは病院であると思う。
- 救急車を簡単に呼ばないように、かかりつけ医に連絡することと家族に言っている。
- 在宅医療は必ず家族の世話になると思うので、望みません。
- 医療関係の充実を望みます。
- 医療に頼らなくて自然に最期を迎えたい。

医療介護関係者

- 終活は60才くらいから始めるとよいと思う。それにより在宅医療も一緒に考えるきっかけになると思います。
- 一般の方々にはドラマのように人が亡くなると思っておられるが、現実にはそうではない事を知って頂きたい。
- 在宅医療におけるデメリットについてもきちんと伝えてほしい。
- 人生いきいきノートを是非活用していきたい。
- 毎年シンポジウムお疲れ様です。とても充実した内容で、準備に携わられた方大変素晴らしいです。お疲れ様でした。

高岡市医師会認知症講演会

(2018年認知症・地域ケア相談医研修会)

介護保険・訪問看護担当理事 吉田 耕司郎

日時 : 6月25日(月) 午後7時30分-9時
 場所 : 高岡市医師会 ホール会議室
 講師 : 高嶋修太郎先生 (JCHO 高岡ふしき病院 院長)
 演題 : 「認知症診療におけるパラドックス」

講師紹介 1979年 慶應義塾大学医学部内科学教室
 1993年 富山医科薬科大学医学部第二内科
 2006年 富山大学附属病院神経内科 診療教授
 2017年4月 JCHO 高岡ふしき病院 院長
 日本神経学会専門医 慶應義塾大学医学部 客員教授

1



2

パラドックス 1) 新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、
 できる限り住み慣れた地域のよい環境で
 自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

認知症の人の気持ちが尊重され、
 できる限り住み慣れた地域のよい環境で
和やかに暮らし続けることができる社会の
 実現を目指す。

3

パラドックス 2) 認知症患者は、認知機能低下が進行し、
 日常生活に支障が生じる。
 厄介者として対応されがちになる。

- * 認知症の人は、発症する前は社会に貢献した人である。
- * 認知症の人の子孫にとってはルーツである。

認知症の診療やケアにおいて、
 認知症の人の人格を尊重する気持ちが必要である。

4

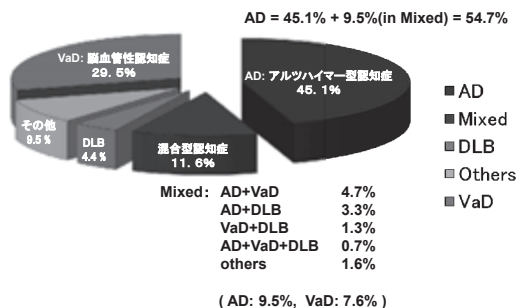
認知症の主な原因疾患

(1) 神経変性疾患	
①アルツハイマー型認知症	
②非アルツハイマー型認知症:	レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、神経原線維変化型老年認知症、嗜銀顆粒性認知症、運動ニューロン疾患に伴う認知症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、ハンチントン病など
(2) 脳血管障害(血管性認知症)	
脳出血、脳梗塞など	
(3) その他の原因疾患	
①内分泌・代謝性中毒性疾患: 甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、ビタミンB ₁₂ 欠乏、ビタミンB ₆ 欠乏、ペラグラ、脳リビドーシス、ミトコンドリア脳筋症、肝性脳症、肺性脳症、透析脳症、低酸素症、低血糖症、アルコール脳症、薬物中毒など	
②感染性疾患: クロイツフェルト・ヤコブ病、亜急性硬化性全脳炎、進行性多巣性白質脳症、各種脳炎・髄膜炎、脳腫瘍、脳寄生虫、進行麻痺など	
③腫瘍性疾患: 脳腫瘍(原発性、続発性)、髄膜癌腫など	
④外傷性疾患: 慢性硬膜下血腫、頭部外傷後遺症など	
⑤その他: 正常圧水頭症、多発性硬化症、神経ペーシェット、サルコイドーシス、シェーングレン症候群など	

5

日本における認知症の病型: 久山町研究

Matsui Y, et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009;80:366-370



7

前頭側頭葉変性症の特徴

- 病初期から、人格が破壊され、反社会的行動が目立つ。
- 同じ行動を繰り返し、食欲が旺盛になり、異常行動を示したり、集中力や自発性がなくなる。また、言語障害が前景になることもある。
- 比較的認知機能は保たれる。
- 介護への抵抗が目立ち、自動車を運転して事故を起こす、ゴミ屋敷などは、このタイプの認知症に多い。

9

レビー小体型認知症の特徴

確実なレビー小体型病を伴う認知症では、2つの中核的特徴と1つの示唆的特徴を持つ。

- (1) 中核的な診断的特徴:
 - (a) 認知の動揺性とともに著しく変動する注意および覚醒度
 - (b) よく形作られ詳細な、繰り返し出現する幻視
 - (c) 認知機能低下の進展に続いて起こる自然発生的なパーキンソンズム (動作緩慢、筋強剛、振戦、平衡機能障害)
- (2) 示唆的な診断的特徴:
 - (a) レム睡眠行動障害(RBD)の基準を満たす。
 - (b) 神経遮断薬に対する重篤な過敏性

* MIBG心筋シンチグラフィやDATスキャンが補助診断になる。

6

アルツハイマー型認知症の診断のポイント

- 記憶障害が主体で、さまざまな認知機能障害のために日常生活に支障をきたす。特徴として、体裁が整っていて、つじつまを合わせる。
- 神経細胞の変性の進行に伴い、緩徐に進行する。
- 局所神経症候がみられない。つまり、麻痺などの身体症状が無い。
- 画像所見で海馬を含む内側側頭部の萎縮を認める。
- 認知症をきたす他の原因が除外できる。

8

血管性認知症の診断基準

NINDS-AIREN Work Group (1993)

- **Probable VaD**: 以下のすべての項目を満たす
 - 1) 認知症がある: (感情失禁、まだら認知症が特徴)
 - 2) 脳血管障害がある: (構音障害、歩行障害などを合併)
病歴、神経学診察、画像検査で証明される
 - 3) 認知症と脳血管障害の間に関連がある
 - (a) 認知症の発現が脳血管障害後の3ヵ月以内に起こる
 - (b) 認知機能が急激に低下、あるいは動揺性ないし段階状に悪化する

10

認知症診療の実際

“もの忘れ外来”

11

もの忘れ外来の概要

- 1) **対象:** 認知症が疑われる**患者と家族**
- 2) **実施者:** 医師(脳神経内科医・精神科医などの認知症専門医), 看護師(認知症看護認定看護師), ケアマネージャー, 保健師, 社会福祉士, 地域連携室職員など, 関係する多職種
- 3) **設備:** 外来診察室, 採血検査, **画像検査**(CT, MRIなど)
- 4) **診察手順:** 問診(**患者背景シートの作成**), 診察(**身体診察, 神経診察**), 検査(**血液検査, 脳画像検査**), 診断(**認知症の病型診断, 合併症の評価, 治療可能な認知症の鑑別**)
- 5) **治療方針:** **投薬, 家族への説明, ケア方針**, など

13

パラドックス 3 通常の外来診療では、患者は1人で受診し、診察を行う。

認知症患者では、正確な問診はできない。
また、治療方針やケア方針は介護者に説明する。
したがって、認知症の診療においては、
診察時に介護者の付き添いが必要である。

15

治療可能な認知症を鑑別する

疾患	鑑別のための検査
薬物中毒	薬剤の確認
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン測定(TSH, FT3, FT4)
ビタミンB ₁₂ 欠乏	ビタミンB ₁₂ 測定(HbとMCVで判断)
低血糖	血糖(特に夜間), HbA1C
脳梗塞	CT, MRI, MRA, 脳血流SPECT
正常圧水頭症	CT or MRI, Tapテスト, 脳血流SPECT
慢性硬膜下血腫	CT or MRI

12

認知症診断の流れ

1. 認知機能低下が疑われ、**家族の付き添いで受診。**
2. 認知機能の評価, 神経症状の確認, ADLおよびIADLの評価, **患者背景シートを作成**
3. “せん妄”や“うつ病”の除外。
注:認知症患者にも“せん妄”や“うつ病”が起こる。
4. **治療可能な認知症の鑑別と合併症の評価**
投薬内容, 内科的疾患, 外科的疾患の評価
5. 認知症の病型診断
アルツハイマー型認知症, 前頭側頭葉変性症, 血管性認知症, レビー小体型認知症, など

14

患者背景シート

担当: **認知症看護認定看護師**

評価項目:

現病歴, **BPSDの有無**,
HDS-R・MMSE, 体重, 血圧,
視覚, **聴覚**, 会話, 摂食, 排泄, 歩行
住居, 同居家族, **保護者(ケアの主体)**,
介護認定, サービスの利用状況,
一週間の生活リズム, など

16

認知機能低下を誘発しやすい薬剤

- 向精神薬: 抗精神病薬
催眠薬・鎮静薬
抗うつ薬
- その他の薬剤: 抗パーキンソン病薬:抗コリン薬
抗てんかん薬
循環器病薬(降圧薬, 抗不整脈薬, 利尿薬, など)
鎮痛薬(オピオイド, NSAIDs)
副腎皮質ステロイド
抗菌薬, 抗ウイルス薬
抗腫瘍薬
泌尿器病薬(過活動膀胱治療薬):抗コリン薬
消化器病薬(H₂受容体拮抗薬, 抗コリン薬)
抗喘息薬
抗アレルギー薬(抗ヒスタミン薬)

17

採血と画像検査

採血項目

血算: Hb, MCV → 貧血があれば, ビタミンを含む精査

生化: CRP → 炎症疾患の精査

HBA_{1c}, BS → 糖尿病, 低血糖の有無を評価

FT4, TSH → 甲状腺機能低下症の鑑別

その他 → その他の合併症の診断

画像検査

頭部CT・MRI → 認知症の病型診断
慢性硬膜下血腫, 正常圧水頭症の鑑別

19

パラドックス 4) 認知症には, アルツハイマー型認知症, 前頭側頭葉変性症, レビー小体型認知症, 血管性認知症 などがあり, 病型毎に特徴がある.

変性疾患の認知症を根治する薬は存在しないので, 認知症の病型診断より, 治療可能な認知症を鑑別することが肝要である.

21

パラドックス 5) BPSDは, 必ずしも認知症が悪化して発現する訳ではない.

BPSDはBPSDが原因で発現する.

Biological: 体調不良や身体合併症

Psychological: 不安や喪失感などの精神的要因

Social: 環境や不適切なケアなど社会的要因

Drug: ドネベジルや抗コリン薬など薬剤誘発性

患者のBPSDは, 不適切なケアが原因のことが多い.

18

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値)

患者の特徴・健康状態 [※]	カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII
	① 認知機能正常 かつ ② ADL自立	① 軽度認知障害~軽度認知症 または ② 手段的ADL低下, 基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害	
重症低血糖が危険される薬剤(インスリン製剤, SU薬, グリニド薬など)の使用	なし あり	7.0%未満 65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	7.0%未満 75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 8.0%未満 (下限7.0%) 8.5%未満 (下限7.5%)

* 特に, インスリン製剤, SU薬, グリニド薬などの使用時には, 低血糖にならないために, HbA1cの下限が提示されている.

20

BPSDとは

定義「認知症患者に, しばしば出現する知覚や思考内容, 気分あるいは行動の障害」



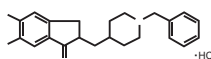
BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) : 認知症の行動心理学的症候

22

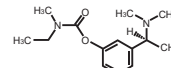
日本で販売されている抗認知症薬

JAAD

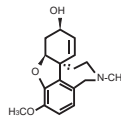
認知機能を軽度改善するが, 病気を治す薬ではない.



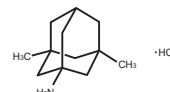
● Donepezil



● Rivastigmine
貼付薬



● Galantamine
1日2回服用



● Memantine

● : アセチルコリンエステラーゼ阻害薬
● : NMDA受容体拮抗薬

23

周辺症状に対する薬物療法の処方例

- 幻覚・妄想**
 グラマリール錠(25mg) 1~6錠 1~2回(1回の場合夕食後ないし眠前)
 セロクエル錠(25mg) 1~8錠 1~2回(1回の場合夕食後ないし眠前)
 リスパダール錠(1mg) 1~4錠 1~2回(1回の場合夕食後ないし眠前)
 セレネース錠(0.75mg) 1~4錠 1~2回(1回の場合夕食後ないし眠前)
- 夜間せん妄(不穏・興奮)**
 グラマリール錠(25mg) 1~6錠 夕食後ないし眠前1回
 セロクエル錠(25mg) 1~8錠 1~2回(1回の場合夕食後ないし眠前)
 リスパダール錠(1mg) 1~4錠 夕食後ないし眠前1回
 テトラミド(10mg) 1~3錠 夕食後ないし眠前1回
- 興奮の強いときはセレネース5mgを点滴
 例:1~3アンプルを50mlから10mlの生食液とともに5分から30分で
- 不眠**
 アモバン錠(10mg) 1~2錠 眠前1回
 レンドルミン錠(0.25mg) 1~2錠 眠前1回
- 頑固な不眠**
 サイレース1mg 眠前1回
 ロヒブノール1mg 眠前1回

25

問題症例への対応

問題症例

- * 遺産相続など、**金銭面**の問題が存在する場合
- * 独居患者で、**患者の保護者が存在しない**場合
- * **ゴミ屋敷化**している場合、など

担当者

- * 脳神経内科専門医、認知症看護認定看護師、
患者の家族、ケアマネージャー、保健師、社会福祉士、
民生委員、地域連携室職員など、
患者に関係する多職種で対応を相談する。

目標

- * **患者が和やかに暮らせる1週間の生活リズムの構築**

27

BPSDはBPSDで治療

B(Behavioral) and P(Psychological) S(Symptoms) of
 D(Dementia) に対する治療方針は

まず、治療の必要性を判断する。

次に、

B (Biological): 身体的な合併症がないか検索し、是正する。

P (Psychological): 不安やうつ状態などの心理的背景に
 対応する。

S (Social): 生活環境など社会的側面を把握し、調整する。

D (Drug): 最終的に投薬治療を考慮する。

24

周辺症状に対する薬物療法の留意点

精神機能を抑制する薬であり、できるだけ少量を使用。

副作用: パーキンソン症状
 傾眠傾向
 認知機能低下
 嚥下障害の増悪 → 誤嚥性肺炎に要注意

- * 興奮が目立つ際は、ドネペジル、ガラン
タミンなどの抗認知症薬は中止する。
- * 食欲不振には、リバスチグミンが有効な
場合がある。

26

パラドックス 6) 認知症患者は、気を引くために
 嘘を付いたり、訴えを誇張したりする。
 反対に症状を訴えない場合もあり、
 合併症の診断は困難なことが多い。

合併症が認知症症状の増悪因子になるので、
 合併症を正確に診断して治療することが肝要である。

合併症の存在を判断するには、**活動性、食欲、
 体重の変化**、あるいは、**炎症所見**などが有用である。

28

パラドックス 7) BPSDに対して最初を選択されるべき
 治療法は投薬治療ではない。

BPSDはBPSDで治療する。

BPSDには、**和やかな環境と適切なケア**が大切である。

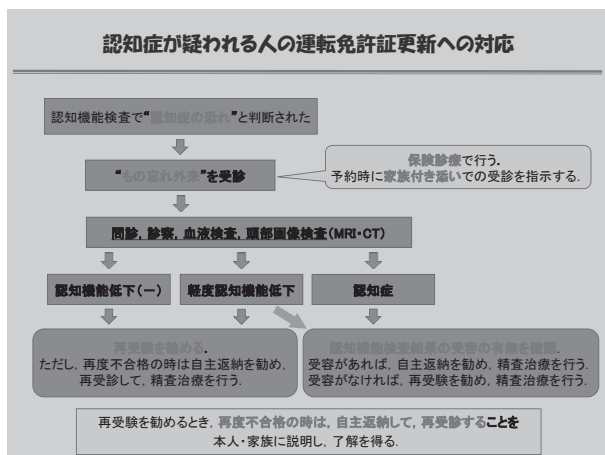
認知症患者が**和やかに暮らせる**

一週間の生活リズムを構築することが肝要である。

29

認知症と運転

31



33

地域包括ケアシステムとは

“住み慣れた「地域」で、要介護者の生活をできる限り継続して支えるために、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続かつ包括的に提供される仕組み”である。

つまり、“住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されること”である。

30

運転免許更新時の診断書への対応

対象

- * 運転免許更新時に認知機能低下を指摘された症例

ポイント

- * 運転免許試験場で焦った可能性もあるので、落ち着いた状態で認知症の有無を評価する。
- * 受診時には必ず親族同伴を指示する。
- * 認知症と診断した場合は、運転免許証自主返納を勧める。
- * 同時に認知症の治療及びケア方針を検討する。
- * 現時点で認知症と診断できない場合でも、「認知症ではないが認知機能の低下がみられ今後認知症となるおそれがある」(MCI)に該当するので、患者家族にその旨を伝え了解を得る。
- * 運転できなくなると生活範囲が制限され、認知症が悪化する危険性、あるいは自殺企図の危険性もある。

32

地域包括ケアシステム と 新オレンジプラン

34

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

新オレンジプランの7つの柱

- 1) 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- 2) 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- 3) 若年性認知症施策の強化
- 4) 認知症の人の介護者への支援
- 5) 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- 6) 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- 7) 認知症の人やその家族の視点の重視

35

認知症患者をもつ家族の精神状態

- ステップ1 ショック期・・・戸惑い・否定
「まさか」と現実を受け入れがたく、打ち明けるのをためらう
- ステップ2 反応期・・・混乱・怒り・拒絶
どうしていいかわからず混乱し精神的にも疲労困憊、絶望感に陥りやすいもつとも辛い時期、ゆっくり
- ステップ3 修復期・・・あきらめ、割り切り
イライラしても仕方がないと割り切るようになるが、状態が増悪すると再び混乱期へ逆戻り、十分な支援体制を
- ステップ4 受容期・・・受容
認知症の理解が深まり、あるがままを受け入れるようになる

37

もの忘れ外来の役割と使命

役割

- * **発症早期に対応**
(認知症初期集中支援チームとの連携)
- * **患者背景の確認**
- * **認知症の診断・治療可能な認知症の鑑別**
- * **治療方針の決定・BPSDへの対応**
- * **合併症の評価と治療**
- * **ケア方針の決定**: 主治医意見書の作成。
サ高住、デイサービス、デイケア、グループホーム、
老健施設などの施設利用を勧める
- * **家族への説明**(患者の病態と対応方針)

使命

- * 認知症患者が和やかに暮らせる生活を調整。

39

認知症の人に対する対応の基本

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② “分からない人”とせず、自己決定を尊重
- ③ 生活歴を知り、生活の継続性を保つケア環境
- ④ 心身に加え社会的な状態など全体的に捉えたケア
- ⑤ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
- ⑥ 退院・社会復帰を視野に入れたケア
- ⑦ 最期の時までを視野においたケア

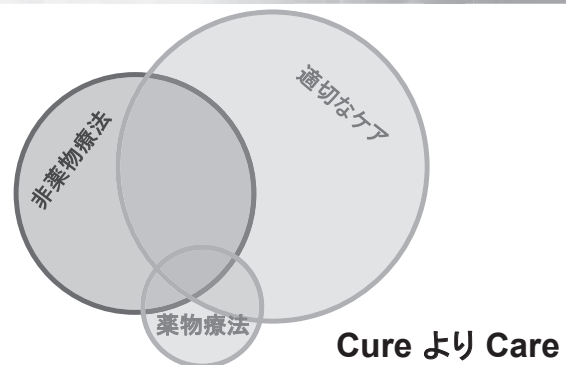
36

家族への支援

- 専門医やケアマネジャー・ケアスタッフなどと協力し、認知症の人と家族を支えることを伝える
- 介護保険サービスなどの社会資源の活用を勧める
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の会など、介護仲間を紹介する
- 身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、訪問診療や住診を行う、など介護者の負担の少ない方法を選択する

38

認知症診療のあるべき姿



40

認知症診療のコツ

1. 家族や介護者に認知症患者の生活状況を確認する。
2. 認知機能低下、BPSDに加えて、うつ症状や合併症を考慮して、総合的に治療する。
3. 投薬の効果と副作用を確認して、投薬内容を修正する。
4. CureよりCareが大切であり、ケアマネジャーと連携して、福祉サービスを有効に利用する。
5. 認知症患者に和やかな生活の場を提供し、1週間の生活のリズムを構築する。

JCHO 高岡ふしき病院もの忘れ外来の患者背景シートを提供していただいたので掲載します。

もの忘れ外来の紹介：「認知症に関する診断と治療ばかりでなく、ケアや福祉の紹介など、認知症患者さんを総合的に診療する目的で、もの忘れ外来を開設しています。 脳神経内科専門医、および、認知症看護認定看護師が外来を担当し、地域医療連携室や訪問看護ステーションとも連携して、認知症診療を包括的に実施します。」

患者背景シート (JCHO高岡ふしき病院)

氏名： □□ ○○子
 生年月日： 西暦 年 月 日生 (86 歳) 性別： 男 (女)
 診察日： 2018 年 7 月 25 日
 紹介元： □□内科クリニック

主訴	もの忘れ	
患者状況	血圧： 140 / 80 mmHg 体重： 50 kg 最近の体重： 無 (有) (3 kg) HDS-R： 15 点 MMSE： 22 点 以前の職業：主婦 視覚障害： 有 (無) 難聴： 有 (無) コミュニケーション： 可 (難) 摂食： 自立 (介助) 排泄： 自立 (介助) 歩行： 自立 (介助) 車いす 趣味・1日の過ごし方： 朝の散歩以外は寝ていることが多い。 1週間の生活リズム： 良 (難) ・ 不可	
臨床経過 エピソード BPSD	最近家族に、もの忘れを指摘される。 家族： 補聴器をなくして作り直した。通帳・印鑑のしまった場所を忘れて作り直した。 おこりぼっく、なんでも嫁のせいにする。	
認知症以外での投薬・既往歴	当院： 整形外科、泌尿器科 □□内科クリニック： 紹介状 持参 頻服で抗コリン薬服用	
住居	自宅 サ高住 グループホーム 老健 特養 その他 ()	
日中	1人 (家族と () 嫁) 入所中 ()	
ケアの主体	配偶者 娘 (息子) (孫) 兄弟姉妹 その他 () 要支援 1・2 家族構成： 要介護 1・2・3・4・5	
介護認定	ケアマネージャー： △□さん 施設名： ○○ケアセンター	
利用施設	事業所名 利用日 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ホームヘルパー	
コメント	図形模写ができない。家族の介護疲れがみられます。言葉がでにくい。 本人がいらないところで、相談がしたい。	

患者背景シート (JCHO高岡ふしき病院)

氏名： □□ ○○子
 生年月日： 西暦 年 月 日生 (86 歳) 性別： 男 (女)
 診察日： 2018 年 7 月 25 日
 紹介元： □□内科クリニック

主訴	もの忘れ	
患者状況	血圧： / mmHg 体重： kg 最近の体重： 無 (有) (kg) HDS-R： 点 MMSE： 点 以前の職業： 視覚障害： 有 (無) 難聴： 有 (無) コミュニケーション： 可 (難) 摂食： 自立 (介助) 排泄： 自立 (介助) 歩行： 自立 (介助) 車いす 趣味・1日の過ごし方： 1週間の生活リズム： 良 (難) ・ 不可	
臨床経過 エピソード BPSD	最近家族に、もの忘れを指摘される。 家族： 補聴器をなくして作り直した。通帳・印鑑のしまった場所を忘れて作り直した。 おこりぼっく、なんでも嫁のせいにする。	
認知症以外での投薬・既往歴	当院： 整形外科、泌尿器科 □□内科クリニック： 紹介状 持参 頻服で抗コリン薬服用	
住居	自宅 サ高住 グループホーム 老健 特養 その他 ()	
日中	1人 (家族と () 嫁) 入所中 ()	
ケアの主体	配偶者 娘 (息子) (孫) 兄弟姉妹 その他 () 要支援 1・2 家族構成： 要介護 1・2・3・4・5	
介護認定	ケアマネージャー： △□さん 施設名： ○○ケアセンター	
利用施設	事業所名 利用日 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ホームヘルパー	
コメント	図形模写ができない。家族の介護疲れがみられます。言葉がでにくい。 本人がいらないところで、相談がしたい。	

検査センターだより

担当理事 白崎 文朗

今年は10月に特定健康診査が受診できます

今年で11年目を迎えた特定健康診査ですが、じつは平成27年度から4年連続受診者数が減少しています。

どうしてみんな健診受けないんだろう。自分が病気でないか知りたくないの？それともまだ日があると思っていたら、とんでもなく暑くなって外出するのが嫌になったのでしょうか。もしかして忘れていた？

ところが！暑くて嫌になった人、忘れてしまっていた人など健診を受けそびれてしまった人に朗報です。今年は**10月**に特定健康診査受診の機会が特別に与えられることになりました。

Q 1 受診期間はいつですか

平成30年10月1日～10月31日です。

Q 2 受診対象はどのような人たちですか

高岡市の国民健康保険加入者で今年度の特定健康診査を受けてらっしゃらない方が対象です。後期高齢者の方は、今回**対象外**となっていますのでご注意ください。

Q 3 受診希望者がきたらどうすればよいですか

受診券を確認します。高岡市が発行する受診勧奨のはがき、または、6、7月の特定健康診査受診券を確認してください。

Q 4 どの依頼書を使用すればよいですか

健診依頼書Ⅲを使用します。6月7月の特定健康診査の受診券にはQRコードがついていますが、QRコードの使用期間は平成30年7月31日となっているので使用できません。

健診依頼書Ⅲを使用するので、保険者番号、健診代行機関番号、受診者の住所を記入してください。**受診券使用期限は平成30年10月31日**です。

Q 5 採取した血液や依頼書はどうすればいいですか

毎日、高岡市医師会臨床検査センターが集配にお伺いしている医療機関に関しては、通常の集配時に提出してください。そうでない医療機関は、お手数ですが、電話連絡をお願いいたします。

10月は、この特定健康診査以外にも、「**35～39歳が対象となる『高岡市国保 生活習慣病予防健康診査』**」や「**今年75歳になられた昭和18年5月1日～昭和18年7月31日生まれの方が対象の後期高齢者の健診**」も実施期間となっていますので、どの健診の受診者なのか受診券の確認をお願いいたします。

この10月に追加で実施される特定健康診査については、**9月の定例会**で高岡市保険年金課から説明があります。
(文責 荒井 栄)

地域保健だより

担当理事 酒井 成

◇9月の地域保健・医療事業への協力について

・母子保健事業

内 容	実施日	出 向 医 師 名			
		小 児 科		整形外科	
3 か月児健診	9月6日(木)	粕井 正春	吉田 礼子	高岡市民病院	
	9月13日(木)	佐久間友子	清水 道郎	澤田 利匡	
	9月20日(木)	仲岡佐智子	深島 丘也	厚生連高岡病院	
1歳6か月児健診	9月4日(火)	辻 春江	西村 暢子		
	9月11日(火)	市村 昇悦	和田 直樹		
	9月18日(火)	今村 博明	宮崎あゆみ		
3歳児健診	9月5日(水)	上勢敬一郎	斉藤悠紀子		
	9月12日(水)	辻 隆男	新澤 隆		
	9月19日(水)	荻野千鶴子	徳田 成実		
乳幼児保健相談	9月7日(金)	行枝 貴子			

病診連携室

◇オープン病床の利用率について

	4月	5月	6月	7月
高岡市民病院	10.7%	9.7%	7.3%	7.1%
厚生連高岡病院	39.7%	61.0%	62.7%	66.1%
済生会高岡病院	35.0%	17.7%	13.3%	10.8%
JCHO高岡ふしき病院	45.8%	54.8%	26.3%	49.0%

◇れんけいネット利用状況について

高岡市民病院	4月	5月	6月	7月
カルテ参照登録患者数	19名	14名	13名	12名
予約患者数	20名	22名	12名	21名

厚生連高岡病院	4月	5月	6月	7月
カルテ参照登録患者数	37名	53名	44名	35名
予約患者数	46名	53名	74名	75名

済生会高岡病院	4月	5月	6月	7月
カルテ参照登録患者数	11名	10名	11名	7名
予約患者数	7名	9名	7名	6名

寄稿

「三陸海岸大縦断と7大絶景めぐり」に参加して

宇野内科医院 宇野義知

数十年前より東北東海岸～北関東のいわゆるリアス式海岸ですばらしい海岸美を数日かけてゆっくりと堪能してみたいと思っていた。

三陸鉄道(北リアス線、南リアス線)大船渡線、常磐線と乗り継いで、又途中下車をしてホテルでの宿泊、地元の名物料理で一献。そして茨城県と福島県の県境に近い所にある「五浦」で岡倉天心ゆかりの六角堂と天心記念五浦美術館を是非見学したいとの思いが強かった。

しかし、H23年3月11日は大地震と巨大津波による災害が広範囲に及び五浦の六角堂は流され、三陸海岸の各地の防潮堤は破壊され市町村の被害は実に広範囲に及び、市民生活が正常化するのにどれ位の年月を要するのか。

よみうり旅行の2泊3日という短い日数での三陸海岸縦断。開通した北リアス線の一部の乗車体験、田老の津波防災対策を学習、北山崎の断崖を船で見学するなど、盛り沢山の内容に心躍らせて参加した次第。

1日目こそ北陸と変わらない暑さ(34℃)だったが、2日目は小雨曇り空で外気温が17℃迄下がるといふ有難さ。3日目も曇り時々晴れで23～24℃と快適な旅に恵まれた。

宮古市田老での防災についての学習はすばらしいものだった。田老観光ホテル(現在、1～2階は被害時のまま残し、3～6階を手入れ、改修して見学者に提供している)の社長さんが6階で撮影していたDVDを20分位鑑賞。5階迄津波がきていたのに、必死で撮影を続け、いつ死ぬかとの思いとの葛藤の中でよくここまで出来たものと涙が出そうだった。

その後防潮堤の復元作業現場の見学があった。完成には未だ数年(5～6年?)を要するだろう。

この田老地区の計画的な防災設備の中で最も素晴らしいのは後方にある小高い丘への避難路が40数本設置され、地区のどこからでも逃げる事が出来るようになっていることだ。又、小型のソーラーパネルが至る所に設置され、夜間でも避難路が確保できるなど、実に細やかな配慮がされていた。

1日目

参加者は北陸3県で40名(福井10名、石川4名、富山26名)

北陸新幹線→大宮で乗り換え東北新幹線で仙台へ。仙台よりバスにて三陸海岸方面へ。

○南三陸さんさん商店街



南三陸さんさん商店街

大震災から復興し、賑わい再生の拠点となっている商店街での買い物とのことだったが、仮設商店のためか、特に目立った商店も見当たらないようだ。

唯、端の方にチリ政府より贈られてきたイースター島のモアイ像1体が設置されていた。



モアイ像

※1 サンマリン気仙沼ホテル観洋で宿泊。地下1800mより湧出する深層天然温泉(気仙沼温泉)の泉質は高張性の純食塩泉で、その塩分濃度は高く、体が浮いてしまうくらいの高濃度とのことだ。食事でも中々素晴らしく、美味だった。

2日目

○奇跡の一本松のモニュメントを車窓見学

近くまで車で行くことができず、歩くと往復40分位かかるとのこと。



奇跡の一本松

○穴通磯

海水の浸食によって3つの巨大な穴があいた岩。



穴通磯の巨穴の岩

○浄土ヶ浜

奇岩が連なり、これが極楽浄土の光景か。



浄土ヶ浜

○巨釜…三陸復興国立公園の名勝の一つ

駐車場より坂道を約 200m 位下る。木造階段が設けられていたが、思ったよりつらい思いをしなかった。



巨釜の風景

○宮古市田老地区の防災を学ぶ

万里の長城と呼ばれた防潮堤を語り部のガイドさんの案内で見学。すばらしい内容の話だった。



田老の津波遺構



建設中の防波堤



○三陸鉄道北リアス線に乗車

人気ローカル線で普代駅より陸中野田駅までの 20 分位の短時間乗車だったが途中の海岸美を見学することができた。



北リアス線列車

バスで田野畑村に戻り、宿泊はホテル羅賀荘。津波で流されたがいち早く再建したホテルで、目の前に広がる海の眺望と北三陸の海鮮料理がすばらしい。鮑踊り焼きは美味かった。

3日目

北山崎断崖クルーズ

高さ 200m にも及ぶ断崖が約 8 km にわたり連なり「海のアλπス」とも称される景勝地。



断崖の光景

○龍泉洞 (岩泉町)

日本三大鍾乳洞の一つとのことで期待をしていたのだが、大地震の影響で坑道が損壊したので、照明が十分でなく、薄暗く狭い通路をくぐり抜けていくのだが、秋芳洞のような鍾乳石を見ることもなく、一寸がっかり。地底湖の色はすばらしい水(青)色で、水深 98m の第 3 地底湖まで見学する。



龍泉洞の入り口

洞内は現在も調査が続けられていて、総延長 5000m 以上と考えられている。その中 700m が公開されているとのことだ。コウモリは 5 種類が生息していて国の天然記念物に指定されている。

バスで一ノ関駅に。ここより東北新幹線→大宮→北陸新幹線で新高岡駅着 21:04。数十年前よりの念願の三陸海岸の見学ができたことがうれしかった。

バスで一ノ関駅に。ここより東北新幹線→大宮→北陸新幹線で新高岡駅着 21:04。

数十年前よりの念願の三陸海岸の見学ができたことがうれしかった。

高岡市急患医療センターだより 担当理事 泉 祥子

7月の患者数の状況について

7月は高気圧に覆われている日が多かったため、月平均気温は7月として統計開始以来高いほうから第1位となり、熱中症等により患者が増加するのではないかと予想しておりましたが、患者数は1,973人と前年度比66人減となりました。

累計患者数は、7,726人(前年度比660人の減)で、減少率は1.5ポイント向上し、7.9%減(前月9.4%減)となりました。また、6月までは3診療科とも前年度より減でしたが、7月では内科が14人増加となりました。

時間帯別受診患者数では、午前と午後を合計した休日の昼間の患者数は、前年度比20人増でしたが、夜間は86人減となり、累計では、休日の昼間は前年度比5人減で、夜間は655人減となっています。

(文責 宮崎 晃一)

時間帯別受診患者数

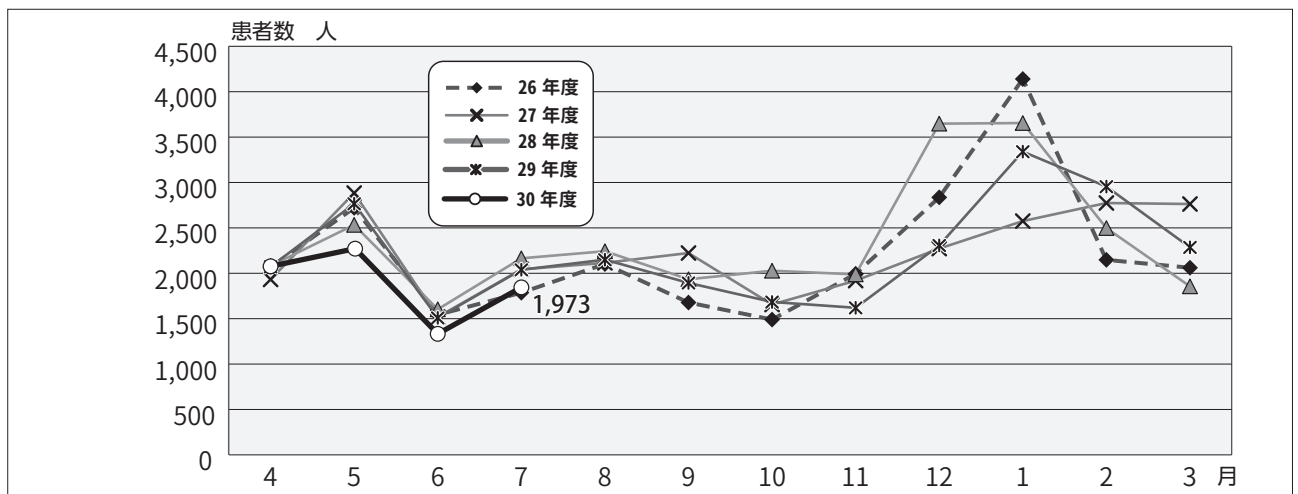
平成30年7月(単位:人)

月別	時間帯別	内科			小児科			外科			合計			転送患者数			
		初診	再診	計	初診	再診	計	初診	再診	計	初診	再診	計	二次病院			他院
														診療科	本人	救急車	
30年度 7月	午前	124	1	125	139	2	141	78	8	86	341	11	352	内	40	2	10
	午後	133	2	135	140	10	150	85	4	89	358	16	374	小	10	0	1
	夜間	423	16	439	458	26	484	318	6	324	1,199	48	1,247	外	12	0	12
	合計	680	19	699	737	38	775	481	18	499	1,898	75	1,973	合計	62	2	23
30年度 4~7月	午前	535	14	549	575	25	600	287	32	319	1,397	71	1,468	内	154	9	28
	午後	532	22	554	596	43	639	363	21	384	1,491	86	1,577	小	59	3	1
	夜間	1,642	46	1,688	1,710	102	1,812	1,156	25	1,181	4,508	173	4,681	外	56	1	30
	合計	2,709	82	2,791	2,881	170	3,051	1,806	78	1,884	7,396	330	7,726	合計	269	13	59
29年度 4~7月	午前	527	16	543	629	38	667	302	24	326	1,458	78	1,536	内	143	13	10
	午後	485	12	497	626	38	664	336	17	353	1,447	67	1,514	小	67	4	3
	夜間	1,700	37	1,737	2,126	142	2,268	1,301	30	1,331	5,127	209	5,336	外	64	3	46
	合計	2,712	65	2,777	3,381	218	3,599	1,939	71	2,010	8,032	354	8,386	合計	274	20	59

月別受診患者数の推移

(単位:人)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計	年間前年度比
26年度	2,067	2,721	1,543	1,786	2,102	1,678	1,490	1,994	2,836	4,140	2,148	2,061	26,566	0.5%
27年度	1,932	2,884	1,518	2,043	2,115	2,223	1,656	1,919	2,272	2,575	2,774	2,763	26,674	7.5%
28年度	2,082	2,533	1,603	2,165	2,243	1,934	2,028	1,988	3,648	3,655	2,498	1,856	28,233	△0.2%
29年度	2,072	2,766	1,509	2,039	2,150	1,894	1,684	1,620	2,307	3,340	2,955	2,286	26,622	0.2%
30年度	2,077	2,267	1,409	1,973									7,726	—
内 訳	内科	745	885	462	699								2,791	
	小児科	856	893	527	775								3,051	
	外科	476	489	420	499								1,884	



訪問看護ステーションだより 担当理事 吉田耕司郎

訪問看護ステーションです。

Sさんは、90歳代の女性 要介護5で、長男さん夫婦と暮らしておられます。

認知症のため、以前は勝手に外出してしまうこともあったようですが、2～3週間前から、食事が減り、ほぼ寝たきりになったようです。ケアマネから「本人は病院へ行きたくないと言う。家族が在宅看取りを希望している。主治医から訪問看護を入れて欲しいと話があった」と紹介がありました。「在宅看取り」「寝たきり」「食べない」のキーワードがあったので、急いでケアマネと同行し、事前訪問に行きました。

Sさんは、思っていたより、しっかりした表情。バイタルサインも今のところ問題ありません。いかにも根性がありそうな雰囲気。以前から、「嫌なものはイヤ、気に入らないとすぐ怒るタイプ」だそうです。

Sさんに会ったあと、別室の居間で、息子さん夫婦とケアマネで今後の話を話しました。

息子さんは、「最近、近所の人が自宅で亡くなった。結局、検死になって大変だったらしい。在宅介護を国は推進しているが、こんな可愛そうなことがあっていいのか。市民はどうすればいいのか。このところ、母は食事もあり摂れない。トイレには何とか行くが、そろそろ動けなくなる。いつどうなるかわからない。もしものとき、今の主治医の先生に来てもらって死亡診断書をお願いしたい。今まで通院していたが、もうその体力がないと思う・・・」と、頷く暇もなく想いが溢れてきます。「出来るだけ自然に、見守ってあげたい。無理に点滴をしても、嫌がって自分で抜いてしまうだろう。辛いのはやめて欲しい。」とのこと。普段であれば、何度か訪問し、関係を築いて、本人や家族に確認する内容なのですが、いきなり、核心に触れる話しでした。

「先生も、よく解っておられると思いますが、今日のSさんの様子と、ご家族の想いを先生に伝えてきますね。」と言って玄関を出ました。

主治医の先生は、その後早々に訪問診療をして下さいました。

その後、ケアマネや福祉用具担当者と相談し、エアマットを入れ、さあ、今度は、お嫁さんと一緒に口腔ケアやシャンプーでもしましょうかと話していたのですが・・・

訪問予定の前日の朝、息子さんから、「呼吸状態がおかしい、ゼロゼロいつている」と連絡がありました。急遽駆けつけたときには、既に、呼吸が止まっていました。「少し前に、ジュースをあげたら美味しいと言って機嫌よく飲んだんです。気付いたら、呼吸が辛そうで、びっくりしました。」とお嫁さん。主治医の先生へ報告すると、すぐに駆けつけて下さるようでした。先生を待つ間、息子さんは、「自分の目の前で最後の呼吸をしたような気がします。」と穏やかな表情でした。お嫁さんは、「今まで入れ歯を外していたけど、入れてあげたほうが、きれいな顔になるわねえ。」と落ち着いています。「きっとそんなに辛くなかったのね、柔らかな表情だね。」とお嫁さんと一緒に話しました。

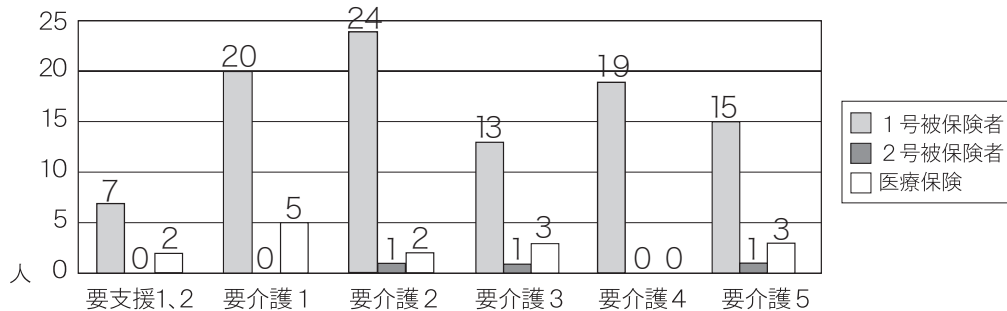
すぐに主治医の先生が来られ、死亡確認され、ご家族へ温かい言葉をかけて下さいました。

それから1週間余り経ち、お悔やみ訪問をしました。遺影に手を合わせ、息子さん夫婦の話を聞きます。「自宅で見送られてよかったです。寝付いた期間もそんなに長くないし、きれいな身体で逝けました。」とお嫁さん。息子さんも「母が亡くなる2～3日前、玉ねぎスープが飲みたいって言ったんです。実は、昔、よく母が作ってくれたスープなんです。自分は殆ど台所に立ったことがないけど、何とか思い出して、作ってみたら、それが、美味しいって言って、たくさん飲んでくれた。結局2回も作ったんです。」「父のときは、入院先で夜中に亡くなって、立ち会えなかった。今回は、何だか自分が救われた感じ。」と話

して下さいました。玉ねぎスープはどんな味だったのでしょうか。きっと甘くてやさしい、懐かしい味だったのでしょうか。

短期間のかかわりでしたが、濃厚な出会いでした。ありがとうございました。（文責 野田美加）

●7月の実績（平成30年7月1日～31日）



	介護保険対象者		医療保険対象者
	65歳以上	40～64歳	
男性	41名	1名	10名
女性	57名	2名	14名
合計	98名	3名	24名

訪問回数

介護 561回

医療 185回

合計 746回

合計 125名
重複 1名

新任職員紹介

臨床検査センター検査事務係 鎧塚 あき



本年度より臨床検査センターで働かさせていただいております。鎧塚あきと申します。

前職はIT関連でシステム構築及び運用に携わっておりました。医師会においても、医師会に関する様々なIT化について支援、推進を進めていけたらと考えております。このような職歴ですので、情報化支援からPCのトラブルまで、先生方に色々使っていただけたらと思っております。何卒よろしくお願いたします。

趣味は旅行で、町散策、寺社めぐり、現地B級グルメを食するのが休日の楽しみです。また秘境駅めぐりやロックフィルダムめぐり、酷道、険道ドライブも好きです。

どうぞよろしくお願いたします。

臨床検査センター検査係 久保 昌美



7月から臨床検査センターで働かせていただいております、久保昌美です。今までも同じ検体検査をやってきましたので、これまでに得た経験や知識を活かしていけると思いました。でもまだまだ慣れないことばかりで、ご迷惑をかけることばかりですが、周りのみなさんにご指導していただきながら、支えていただき日々感謝しながら業務を行っております。家では細かいことをするのが好きで、子供と一緒に工作を作るのが趣味のようになっています。

最近夏祭りのくじ引き用にひもくじの台を作ったりしました。自己満足かもしれませんが、子供たちに好評で喜んでもらえたと思っております。

これからも日々成長していけるように努力してまいりたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いたします。



いししん 医療事業応援 ファンド



概要は次のとおりです。ご希望の先生はお気軽にお電話でお申し込みください。
直ちに必要書類をお送りいたします。

利用限度額	100万円以上2億円以下 <small>(但し、借入限度額は開業医3億5,000万円、勤務医2億円)</small>
金利・期間	当初5年間 0.50% 固定 6年目以降変動金利(基準金利連動) ご融資期間 25年以内(1年据置可)
お使いいただける方	開業医及び新規開業予定の勤務医 医療法人、社会福祉法人、介護保険法に規定する事業を営む法人
お使いみち	地域医療・福祉に係る設備資金、新規開業資金(運転資金を含む)
担保	最大3,000万円まで無担保扱いが可能です。3,000万円を超える場合は不動産等の担保が必要となります。
保証人	個人の場合 原則不要です
	法人の場合 原則代表者1名が必要です
必要書類	個人の場合 確定申告書の写し2期分 ご購入予定の設備の契約書または見積書 開業計画書等
	法人の場合 法人の決算書の写し一式2期分 ご購入予定の設備の契約書または見積書

* 市医のあゆみ *

7月17日 済生会高岡病院病診連携システム運営委員会 胃がん内視鏡検診読影会	29日 内科医会総会
18日 高岡市民病院・医師会合同症例カンファレンス 肺がん検診読影会	30日 産業医研修会
19日 公的病院との連絡協議会	31日 胃がん内視鏡検診読影会 介護保険主治医研修会三市打合せ会
20日 定例会	8月1日 肺がん検診読影会
22日 在宅医療市民公開シンポジウム	3日 急患医療センター管理運営小委員会
23日 救急医療・急患医療センター委員会	6日 摂食嚥下研修会ワーキング
24日 フィルムカンファレンス がん検診委員会 胃がん内視鏡検診読影会	7日 胃がん内視鏡検診読影会
25日 肺がん検診読影会 理事会	8日 肺がん検診読影会 ドクターネットかたかご会
26日 勤務医委員会	10日 診療報酬明細書受付締切
	13日 乳幼児学校保健(心臓検診)委員会
	14日 胃がん内視鏡検診読影会

9月の

予 定 表

日	予定事項	時刻	場所
2日(日)	富山県総合防災訓練	8:30	氷見運動公園他
3日(月)	急患医療センター管理運営小委員会	19:30	急患医療センター
4日(火)	ドクターネットかたかご会 胃がん内視鏡検診読影会	19:30	当会
		19:30	当会
5日(水)	肺がん検診読影会	19:30	当会
6日(木)	緩和ケアグループワークワーキング	19:30	当会
7日(金)	介護保険主治医研修会	19:20	ふれあい福祉センター
8日(土)	救急医療市民フォーラム	14:00	ふれあい福祉センター
9日(日)	高岡医師グリーン会	7:58	高岡カントリークラブ
10日(月)	診療報酬明細書受付締切 済生会高岡病院症例検討会	10:00	当会
		19:00	済生会高岡病院
11日(火)	JCHO高岡ふしき病院症例カンファレンス 胃がん内視鏡検診読影会	19:00	JCHO高岡ふしき病院
		19:30	当会
12日(水)	肺がん検診読影会 摂食嚥下研修会ワーキング	19:30	当会
		19:30	当会
14日(金)	理事会	19:30	当会
16日(日)	役員旅行		
17日(月)			
18日(火)	胃がん内視鏡検診読影会	19:30	当会
19日(水)	訪問看護ステーション事例検討会 肺がん検診読影会	13:30	地場産業センター
		19:30	当会
20日(木)	医療従事者研修懇親会	19:00	ホテルニューオータニ高岡
21日(金)	定例会	19:30	当会
25日(火)	フィルムカンファレンス がん検診委員会 胃がん内視鏡検診読影会	19:00	当会
		19:30	当会
		19:30	当会
26日(水)	肺がん検診読影会 理事会	19:30	当会
		19:30	当会
27日(木)	高岡市民病院・医師会合同症例カンファレンス	19:00	高岡市民病院
28日(金)	在宅医療連携委員会	19:30	当会

編集
後記

4年に1度のサッカーワールドカップ、今回ロシア大会を制したのはフランスでした。大本命とされていたドイツはまさかの予選リーグ敗退、ブラジルもベスト8止まりでした。グリーズマン（アトレティコマドリ）、ポグバ（マンチェスターU）、エムバペ（パリ SG）といったアタッカー陣がマスコミに取り上げられがちですが、個人的にはカンテ（チェルシー）の守備が素晴らしく、影の MVP かなと感じています。

T. U.

発行所
高岡市医師会
〒931-0002 高岡市下関町四番五十六号
電話 (0766) 2517060

発行人
高岡市医師会会長
藤田

一

印刷所
有限会社
米島印刷

高岡市医師会

ホームページアドレス <http://www.takaoka-med.org/> Eメールアドレス g-taka@toyama.med.or.jp