

第 107 回成医会葛飾支部例会

日 時：平成 24 年 6 月 16 日

会 場：東京慈恵会医科大学葛飾医療センター

5 階 講堂

【特別講演】

不眠症の診断と治療

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター精神神経科

山寺 亘

睡眠障害の潜在患者数は、本邦成人の 20% に達する。その初期対応はプライマリケアが担っており、適切な診断と治療への導入が極めて重要である。睡眠障害の原因は、生物学的・心理学的・社会的な観点から多岐にわたる。留意すべきは、原因によらず患者の主訴には、夜間の睡眠困難（不眠）と日中の覚醒困難（過眠）のいずれもあるということである。現代社会では、人口の超高齢化とともに、「24 時間フル稼働」という表現に象徴される睡眠習慣の劣悪化がメタボリックシンドロームを増加させ、これらと合併する不眠の問題が深刻視されている。プライマリケアにおける不眠症への対策は、専門医への紹介が必要な患者を鑑別したあとに、睡眠衛生指導を施行しながら薬物療法を併用することにある。

不眠症に対する対応の実際は、

1. 不眠という症候から不眠症を診断するには、不眠に基づく日中の身体的・心理的・社会的機能障害を確認する必要がある。
2. 不眠症状に潜在する精神疾患—とくにうつ病性障害—を見逃してはならず、精神疾患が疑われる場合には、精神科的治療が最優先される。
3. 原発性不眠症の治療は、睡眠衛生指導を施行しながら適切な薬物療法を併用することであり、治療の初期対応はプライマリケアが担うべきである。などに要約される。

当日はこれらについて概説する予定である。

【メディカルカンファレンス：地域密着医療をめざして】

1. 小児科の果たすべき役割

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター小児科

齋藤 義弘

葛飾区の小児人口（15 歳未満）は、約 5.3 万人。区内で小児科を標榜する医療機関は 82 あるが、小児が入院できる施設は、東部地域病院と東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）だけとなっている。当院の小児科（当科）は、現在定員は 9 名で、その内小児科専門医は 5 名のみ。午前是一般外来、午後は各種専門外来を開設し、外来の 1 日平均患者数は 75 名。紹介患者数は月平均 116 名と院内でもっとも紹介患者数の多い科である。小児科病床数は、新病院になり 32 床から 24 床に減少したが、病床利用率は約 7 割。平均在院日数は 6.1 日である。平成 23 年の年間退院数は、749 人であった。その内訳は、肺炎、喘息、けいれん、胃腸炎など急性疾患が大部分を占めていた。また平成 23 年度当院救急室患者数 14,498 人中小児科は、3,959 人（27.3%）で、救急室から病棟に入院した患者は 210 名（5.3%）のみであった。葛飾区では医師会の先生方が交代で平日夜間こどもクリニック（午後 7 時 30 分～9 時 45 分）や休日応急診療所を開設し、入院が必要な患者を二次救急指定病院である当院か東部地域病院へ送る体制が整えられているが、当院に紹介状なしで直接受診する一次救急患者が多いのが実情である。

理想的な病診連携とは、小児科診療を行っている開業の先生に地域の一次医療、一次救急を担っていただき、当科では、入院を基本とした二次医療、二次救急、専門医療を特化して行うことである。長年築き上げられてきた青戸病院小児科の病診連携をさらに進化、発展させることが重要と考えている。より良い臨床医、病診連携をきちんと

取れる医師を育て、専門医療を提供できるよう今後も努力して行きたい。また開業の先生方との病診連携の場として、昭和63年から青戸小児科医会という症例検討会が開催され、現在217回を数えているが、相互のレベルアップのために内容を充実させ今後も継続して行きたい。最後に、小児科勤務医の過重負担の問題を改善するため、診療報酬改定によって病院小児科の収益は上がっているはずが、現場の小児科医には還元されていない。断らない救急実現のために、当科としては定員増加を要望したい。

2. 切れ目のない脳卒中医療体制の構築をめざして

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター脳神経外科

○赤崎 安晴・荒井 隆雄
土橋 久士・渡邊 充祥
佐々木雄一

脳卒中とは、脳血管障害の通称であり、代表的な疾患としてくも膜下出血、脳内出血、脳梗塞などが挙げられる。これは、日本人の死亡原因の第3位、要介護になる原因の第1位を占める疾病であることから、近年では脳卒中に対する急性期治療のあり方が社会的にも注目を浴びている。脳卒中は、発症後の迅速・適切な早期治療が救命および後遺障害の軽減に不可欠であり、地域密着医療を掲げる東京慈恵会医科大学葛飾医療センター(当院)においてその急性期治療に果たす役割は大きい。当院は、東京都脳卒中医療連携推進事業のもと脳卒中急性期医療機関Aに指定され、2011年8月1日より脳卒中救急A端末の運用を開始している。これにともない、脳卒中患者の受け入れ数は増加傾向にあるが、脳卒中急性期医療機関として、また地域中核病院として、さらなる脳卒中急性期患者受け入れの責務を負っていることは言うまでもない。このような責務を果たすため、切れ目のない地域密着型脳卒中医療連携の構築を目標に掲げながら、近隣医療機関との研究会・勉強会などを主催したり参加したりしている。また院内では、葛飾ニューロジョイントカンファレンスと題して、脳神経外科、神経内科、放射線科、精神神経科との合同カンファレンスを定期的に開催し、院内での連携も強めてきている。しかし現在、

当院における脳卒中A端末の運用は平日の日勤帯のみに限定されており、今後は運用時間帯の拡大に向けた体制作りが急務であると考え。今回の発表では、現状の脳卒中A端末の運用に関して問題点などを報告し、我々が目指している切れ目のない脳卒中急性期医療の体制作りに向けて、理解と協力を訴えていきたい。

3. 地域と共に築き上げてきたターミナルケア：これまでの実績から

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター看護部

○秋葉 博子・山岸 清美
高橋恵美子

病院完結型から地域完結型への移行が必要とされている医療情勢の中で、退院調整の質の向上が求められている。患者家族にとってよりよい療養環境を提供するには地域連携の強化が必須であった。そこで平成19年より地域の訪問看護ステーションの方々とともに関係性や学びを深めることを目的にしたオープン講座の開催がスタートした。初めてのオープン講座で訪問看護ステーションの看護師から病院で指導されたことが在宅では使えないことがあり、患者家族を困惑させていると聞き、いかに私たちが在宅での生活のイメージ化が図れていなかったと痛感したことを覚えている。患者の情報を共有しともに支援を行う必要も初めて感じる事ができた。毎年定期的なオープン講座を通しお互いのスキルアップに努めてきた。

企画の中で自宅での緩和ケアをわたクリニックの渡邊淳子先生から講演をしていただく機会があり、家でその人らしく生活する素晴らしさを事例を交えながらお話して頂いた。「帰りたい時がかえり時。どんな厳しい状況でも」という言葉に勇気づけられた。在宅移行に向けて連携する訪問看護ステーションとの退院時合同カンファレンスが欠かせないものだという事も実感した。患者家族が安心して過ごせるよう情報共有意見交換をしながら、より良い療養を提供できるように協力体制を整えている。

年間140件余りのターミナルの患者が地域と密な連携のもとに、在宅移行ができ、8割の方が自

宅で最期を迎えることができています。

今後は看取りにおける症例のプロセスを分析することで、より質の高いターミナルケアにつながる要素が見いだせると良いと考えている。

今後の課題はターミナルケアが必要な患者が入院して、在宅医に移行していけるようにより連携を密にして患者の療養環境を整え、チームとしてさらなる成長、発展をしていかなければならない。そのためには、私たちが外来通院している患者の身体と心の叫びを聞き逃すことのないようにしていく事が重要なことである。何事も先手、先手で調整、マネジメントしていく事が患者の生命力の消耗を最小に生活の質（QOL）の向上につながっていくと考えている。

4. 地域密着医療：医療と福祉をつなぐソーシャルワーカーの役割

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター入退院・医療連携センター
(ソーシャルワーカー部門)

◎柴野 紀子・橘田祐希枝
原田 千絵・林 さやか

診療報酬改定にも見受けられるように、国の在宅医療推進の方針は明らかである。東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）のような急性期病院からの患者の転帰先について考えると、医療依存度の比較的低い患者の転帰先は自宅か介護施設に限られ、介護施設についても疾患や薬の内容によっては対応できない場合も多い。急性期を過ぎた患者が安心して地域に戻り、その後も必要な医療を継続して受けられるための体制作りが「地域密着医療」のキーポイントの一つではないかと考える。

その体制作りを考える上で、この葛飾の地域性に合わせたアプローチは必須である。この地域の患者層としては、独居・高齢者世帯・家族問題を抱える家族・生活困窮者が多く、いわゆる“ソーシャルリスク”を抱える患者が非常に多い。その一方で、血縁者以外の援助者の力（隣人・知人など＝インフォーマルな資源）が得られるなど下町人情味にあふれたこの地域ならではの特徴がある。また、地域医療（往診医・訪問看護など）が質・量ともに充実していることや、地域関係機関

側も処遇困難ケースへの経験が豊富であり、対応の幅が広いという大きな強みを持っている地域でもある。

ソーシャルワーカーは、社会福祉士の資格を持つ、医療の中の唯一の福祉専門職である。福祉の視点に立って、患者の人権を守り、患者が安心して医療が受けられるよう援助する役割を担っている。患者の抱える“ソーシャルリスク”が、必要な医療を継続するための支障となっている場合に、その解決策を、患者を中心として、院内外関係者を巻き込んで一緒に検討していくことがソーシャルワーク援助の要である。

“ソーシャルリスク”を抱える患者の「地域密着医療」を目指すためには、地域の「医療」だけでなく、その患者を取り巻く様々な関係者や、時にはインフォーマルな資源をも含めた医療と福祉の連携体制を作りあげていくことが非常に大切であると考えている。

当院において「地域密着医療」を推進するための中核として存在するのが、「入退院・医療連携センター」の機能である。同センターのチームの一員として、福祉の専門職＝ソーシャルワーカーの役割を發揮し、この地域のより良い医療の推進の一助となれるよう努力していきたい。