

九州医師会連合会第279回常任委員会(報告)



会長 宮城 信雄

みだし常任委員会が4月15日(土)午後4時より由布院市の湯宿「梅園」で開催された。本年度九州医師会連合会は大分県医師会が担当となり、嶋津会長の進行により議事が進められたので概要について報告する。

始めに嶋津会長より開会の辞があり、小職より前九州医師会連合会担当県として前年度稲富会長の下、九州医師会連合会の諸行事を大過なく務めさせていただいたことに対しお礼を述べ、引き続き開催県医師会長として、嶋津会長より「会議も記念写真も含めて全て羽織浴衣姿で打ち解けた形でやりたい。また、場所的にご不便をおかけした部分もあると思うがよろしくお願ひしたい」との挨拶があり、早速協議・報告に移った。

協 議

1) 九州医師会連合会長・同副会長の互選について(大分)

会長は本年度担当県の嶋津義久大分県医師会長、副会長には次年度担当県の井石哲哉会長が選出された。任期は平成18年4月1日より平成19年3月31日まで。

2) 九州医師会連合会監事の選定について(大分)

九州医師会連合会の監事は、担当県の隣接県から選出することが慣例になっていることから、本年度福岡県と宮崎県から推薦していただき、定例委員総会で承認を得ることになった。任期は平成18年4月1日より平成19年3月31日まで。

3) 第280回常任委員会並びに第91回定例委員総会の開催について(大分)

みだし常任委員会並びに定例委員総会の開催日程、議事内容について説明があり、次のとおり開催することに決定した。

・九州医師会連合会第280回常任委員会

日時 平成18年6月3日(土)

15:30~16:30

場所 大分全日空ホテルオアシスタワー

次第 別紙(省略)

・九州医師会連合会第91回定例委員総会

日時 平成18年6月3日(土)

16:40~18:00

場所 大分全日空ホテルオアシスタワー

次第 別紙(省略)

・懇親会 平成18年6月3日(土)

18:50~

その他

1) 福島県立大野病院の医療事故に係わる産婦人科医師の逮捕・勾留事件について(佐賀)

提案要旨:九州各県医師会での対応並びに九医連として声明或いは要望を関係方面へ出す必要性について。

本件に対する沖縄県の対応として、理事会で幾度となく協議を重ね「声明文」を代議員会で決議し、内閣総理大臣はじめ関係機関に働きかけを行い、又、産婦人科医会でも「抗議文」を採択し関係機関に働きかけたことを説明した。その他各県の状況として長崎県でも「声明文」を作成して県知事、県議等への働きかけを行っている。又、宮崎県では警察署長等を含めた関

係者の会議（年2回開催）の中で同問題を取り上げ意見を述べているとのことであり、その他の県においても国会議員へ働き掛けを行う等、何らかの形で対応行っているとのことであった。

提案事項について協議した結果、現在、日医でも今後の対応について検討が進められており、中央での取り組みは日本医師会にお願いすることとし、県レベルではそれぞれ各県で対応を行い、九州医師会連合会はしばらく様子を見ることになった。

報 告

1) 平成18年度九州医師会連合会行事予定について（大分）

嶋津会長より別紙行事予定表について説明があった。留意事項として、第1回各種協議会を9月30日（土）に予定しているが、日医が10月の臨時代議員会を仮に10月1日（第一週の日曜日）に開催した場合は、移動のため各種協議会終了後懇親会が開催できなくなることから竹嶋副会長へ配慮してもらいたい旨要望があり、竹嶋副会長が日医で調整することになった。

（4月18日、日医通知により第115回日医臨時代議員会は10月7日（土）午前9時30分開会することに決定）

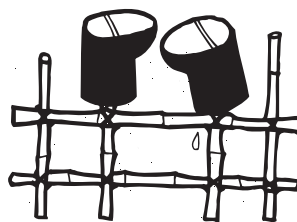
2) その他

- ・九州ブロック選出の日医退任役員（任期満了）に対して、6月3日の定例委員総会において記念品を贈呈することについて確認があり、了承された。
- ・竹嶋会長より先の日医役員選挙について、九医連の大変なご支援により今村定臣先生ともども日医執行部入りをさせていただいたことについてお礼があった。尚、福岡県医師会会長職は4月30日を以って退任し、4月24日に会長選挙を行い5月1日より新会長が就任するとの説明があった。
- ・九医連として「唐澤日医会長との懇談会」を開催すべく準備を進めていたが、日程調整が難しいことから唐澤会長、岩砂副会長は参加できないが宝住、竹嶋副会長、石川議長、有山副議長、羽生田常任理事が出席するので、当初の予定どおり5月20日に開催したいとの提案があり、下記のとおり開催することに決定した。

「新日医執行部との懇談会」

5月20日（土）17：00～

福岡日航ホテル



平成17年度第5回福祉保健部・県医師会連絡会議

会長 宮城 信雄



会場風景

去る3月29日（水）午後1時より、沖縄県庁においてみだし会議が開催されたので、下記のとおり報告いたします。

<議題1> 沖縄県行政改革懇話会に於ける財団法人沖縄県保健医療福祉事業団に関する件

【當山副会長説明】

財団法人沖縄県保健医療福祉事業団は、沖縄県行政改革懇話会において

- ①廃止を含めてあり方を検討すべきという論と
- ②廃止を含めるべきではないとの両論併記をもって、平成18年1月16日稲嶺知事へ答申がなされている。

然し、その後沖縄県総務部行政改革推進課から発表されたのは、①に於ける廃止を含めたあ

り方を検討すべきのみの結論となっている。

沖縄県医師会は医療関係団体の代表として発言し、主張した②の併記論が安易に片づけられるのは、良しとしない所である。

この件に関し、総務部と福祉保健部、健康増進課は如何様に話し合ったのか、お話しをお伺いしたい。

<補足説明>

沖縄県保健医療福祉事業団については、行革の俎上に上った当初と現在とは状況が違う。現在は赤字から黒字に転じている。また、私共としては、県民の健康増進を図るべく当財団のもつ資金、資産を有効活用したいと考えている。ついでには、今後当財団のあり方に関し、県（福祉保健部・総務部）と医師会との話し合いの場を設け、医師会の考え方等も聞いていただきたい。

【県の回答】 福祉保健部



福祉保健部 喜友名朝春部長

財団法人沖繩県保健医療福祉事業団については、沖繩県行政改革懇話会より平成18年1月16日付で、知事に答申がなされたところである。

答申内容は、①廃止を含めあり方を検討すべき、②廃止を含めるべきではないとの両論併記であった。

議題としてご提案されているとおり、その後の行政改革推進本部会議等での発表は、①の廃止を含めあり方を検討すべきのみの結論となっている。

このことについて、福祉保健部においては、行政改革懇話会の答申を尊重すべきであり、その内容でもって当財団のあり方について検討を行う必要があるとの考えであったが、結果は前述のとおりであった。

当財団においては、平成18年～19年度にかけて、策定された「当財団将来構想」に沿った中長期的な事業の実行計画を検討し、これを踏まえ、平成20年度から検討結果の具体化に着手するものとしている。

当部としても、今後、当財団の将来構想を踏まえた「あり方」の検討を行う検討会等を設置し、当財団を支援していきたい。

以上の件に関しては、総務部も譲歩した形となっている。

【質疑】

○ 県医師会

総務部が譲歩したとの説明であったが、行政改革懇話会では相当抵抗があったと聞いているがどうということか。

○ 福祉保健部

当初19年度の廃止の方針を打ち出していたが、それが2年間の猶予期間を設け20年度から具体的に着手するとの文言になっている。従って18年度からはそれを踏まえしっかりとした実行計画を立てて行かないと厳しいと思う。

○ 県医師会

将来検討について、総務部は、財団が作成した将来構想計画は正式な報告とは受けていないと言っているが。

○ 福祉保健部

当該計画は、福祉保健部で報告を受け、総務部にも報告をしているが、理事長である知事に答申していないことから、総務部はそのような主張をしていると思う。

○ 県医師会

私（當山）は、4年間当財団の運営委員会に拘わったが、一度も知事にお会いして報告等をしたことはない。又、行革懇話会では主管部局長の意向が反映されるのではないかとの話しもあるが、私の印象としてはそういうことはない。

○ 福祉保健部

当財団の問題については、早急に取り組まなければならないと考えており、県民の健康作りはどうあるべきか、どう取り組むべきか等を、当財団の設立の趣旨も踏まえて医師会とも相談したいので、今後ともよろしく願いたい。

○ 県医師会

私（當山）は、過去2年間財団の将来構想委員会に参加し、将来構想を取り纏め、健康増進センターの民間への移譲問題についても最初から最後まで拘わってきた。そして、又、あと2年将来構想を検討するということであるが、我々がやった2年間を無駄にしないようにして欲しい。

○ 福祉保健部

現在、三位一体改革により補助金が削減され、県民の健康作りに関する施策にもしわ寄せがあることから、そのような事についても医師会と相談したい。

○ 県医師会

県医師会は大きい意味合いで「健康福祉立県構想」を提案している。沖縄県の財源を確保するためにも医療・福祉を視野に入れた対応が重要である。

＜議題2＞離島・へき地医師確保対策検討委員会及び地域医療対策協議会の委員の推薦依頼について（医務・国保課）

【要旨】

県では、平成18年度に県内の医師や医療機関を対象とした離島医療に関する意識調査や医学生・研修医を対象とした離島医療体験セミナーを実施するとともに、地域勤務への動機付けとなる条件や新たな医師確保対策について検討・調査する「離島・へき地医師確保対策検討調査事業」を実施することとしている。近いうちに立ち上げたいので、検討委員会及び同委員会専門部会の委員（各1名）の推薦を医師会からお願いしたい。

また、地域医療提供体制の諸問題への対応策を検討するため、医師会や琉球大学医学部等の関係機関で構成する地域医療対策協議会の設置の準備を進めているところであり、当該協議会へも委員1名の推薦をお願いしたい。

【質疑】

○ 県医師会

地域医療対策協議会について委員構成（第3条）は検討の余地があるのか。

○ 県医師会

医師会の人数を増やせるのか。

○ 福祉保健部

設置要綱については、琉球大学と何度か調整を行ってきた。3月31日にも調整をすることになっている。また、医師会の人数については、調整可能である。

＜議題3＞保健医療協議会の見直しについて（医務・国保課）

【医務国保課説明】

沖縄県保健医療協議会設置規定は、沖縄県総務部長通知により平成18年4月1日から廃止となる。それにより、沖縄県保健医療協議会等運営要綱を4月1日から施行し、協議会を会合として運営していくこととしている。

今後は、知事が委員を委嘱するのではなく、福祉保健部長が依頼する形となる。県医師会からは、従来同様に協議会委員を1名推薦して頂きたい。なお、地区保健医療協議会も同様の扱いとなる。

【質疑】

○ 県医師会

これまで地区保健医療協議会では、実質的な協議がなされていないので、時間・場を作っていただきたい。

○ 福祉保健部

前回の見直しの際には、地区間で温度差があった。地区の代表が協議会に入れるようにする。

産業医は足りているか ～沖縄県産業医研修連絡協議会より～

常任理事 安里 哲好

最初に、沖縄県では労災保険適用事業所は平成13年10月の時点で、民営事業所は41,625ヶ所、労働者50名以下の事業所は40,621ヶ所(97.6%)、50名以上の事業所は1,004ヶ所(2.4%)、その他公営事業所は2,537ヶ所である。前者の労働者総数は245,636人(67%)、後者の労働者総数は114,447名(33%)で、別枠の公営事業者における労働者は70,364人である。労働者50名以上の産業医の選任状況は70%前後にあり、約8万人の労働者が健康管理下にあると推測される。すると、残りの28万人近くの労働者・県民の健康管理はどのような状況か、地域医療で十分に補完されているのだろうか危惧している。また、公務員諸氏7万余人の健康維持・管理状況は県民の指針になっているか(肥満の状況、喫煙率等)と思うところである。

さて、今回テーマの一つである沖縄県産業医研修連絡協議会の設立の趣旨と活動状況について述べたい。設立の趣旨は産業医研修事業の円滑かつ効果的な実施を図り、もって産業医活動の活性化に資するため、当県では平成元年に開設されている。メンバーは沖縄労働局より2名、那覇労働基準監督署より1名、沖縄労働基準監督署より1名、各地区の産業医委員1名、琉大病院1名、県医師会2名そして、沖縄県労働基準協会5名と労働福祉事業団より1名(総計20名)となっている。年に2回、8月と12月

に会を持っている。ちなみに、平成17年度の第2回の協議事項は、①平成17年度産業医研修会の開催状況について、②平成18年度産業医研修会実施計画(案)についてで、年に1回ほど地域産業保健センターより活動状況の報告があり、また懇親会の意味合いも一部含んでいる。離島での研修をとという要望もあり、その後より、宮古地区や八重山地区での研修会も多くなっており、平成17年度は沖縄産業支援センター等が3回行い6単位習得できる状況まできている。県下の研修は基礎研修22回(60単位)、生涯・更新研修は19回(48単位)で、50単位(必須単位も含めて)の取得は県内で1年と数ヶ月で可能であり更新に必要な20単位は一年以内で可能な状況にある。労働者50人以上事業所の産業医選任についてもっと指導するよう労働基準局に要望しており、その結果段階的に選任率が改善している。50人前後の事業所は数多くあり、年度ごとに選任の対象外になったり、届出をしなかったりすること。予算は20万円程度で、産業医学振興財団から医師会に入りそれを利用している。平成18年度は「労働者の肥満の改善」と「禁煙」をテーマに取り上げようと考えている。

次に、産業医選任の状況について述べたい。県理事会で産業医は足りているかという問題提起があり、早速地区医師会、労働基準局の協力を得てアンケートを取ったので報告する。

I. 沖縄県の産業医の人数 (平成18年3月末現在)

- 1) 産業医の人数(平成18年3月末現在): 338名

日医への申請数	483名
死亡	21名
有効期限切れ	124名
総計	338名
- 2) 沖縄県の産業医活動をしている人数: 225名
日医への申請書(新規および更新)より人数を確認(日医へ確認)。
- 3) 経年的新規産業医の申請状況(平成18年3月末現在)
日本医師会認定産業医制度は平成2年より開始、沖縄県では年に3回申請を受け付けており、産業医委員会で審査のうえ、県理事会で承認し日本医師会へ認定申請をしている。表1に示すように、近年は毎年30人前後の方が申請している。

表1. 日本医師会認定産業医制度における認定産業医の推移について

年 度	日医認定産業医(本会申請分)
17年度	34名
16年度	22名
15年度	36名
14年度	24名
13年度	18名
12年度	30名
11年度	19名
10年度	50名
9年度	41名
8年度	10名
7年度	16名
6年度	5名
5年度	5名
4年度	41名
3年度	29名
2年度	103名
合 計	483名

*日本医師会認定産業医制度は平成2年より開始。

II. 沖縄県の産業医選任率の状況

1) 沖縄県の産業医選任率

平成14年度	要選任事業場数	917事業場
	選任事業場	539事業場
	選任率	58.5%
平成15年度	要選任事業場数	916事業場
	選任事業場数	608事業場
	選任率	66.4%
平成16年度	要選任事業場数	932事業場
	選任事業場	687事業場
	選任率	73.3%
平成17年度	要選任事業場数	982事業場
	選任事業場	739事業場
	選任率	75.3%

平成17年度は75.3% (沖縄労働局より資料提供) で、選任されていない事業所の指導状況とその結果について問い合わせたら、各未選任事業所への指導を実施した結果が産業医選任率の向上に現れていると述べていた。

産業医が選任されない理由等についての意見として、①未選任事業場の多い業種は商業、その他の事業、保健衛生業の順番、②産業医の偏在(地域によって産業医数が少ない)、③産業医が受け持つ事業所の偏り(1名の産業医が複数件の選任あり)、④産業医を委託しても名前だけで職場巡視、衛生(安全衛生)委員会の出席等職務が行われてない。その他、平成18年4月1日から実施される改正労働安全衛生法で産業医が直接過重労働となった労働者に面接指導を行う必要があるため、より一層産業医の重要性が増すと述べていた。

2) 事業所規模別産業医選任状況について

平成17年度の事業所規模別産業医選任率を表2に示す。201名以上事業所の選任率は91.5%~100%と高く、50~200名以内事業所の選任率は72.3%であった。

表2. 事業所規模別産業医選任率について
(平成18年3月末現在)

事業所規模	県内 事業場数	産業医選任 事業場数	産業医 選任率
1001名以上	5	5	100%
201~1000名	142	130	91.5%
50~200名	835	604	72.3%
合計	982	739	75.3%

(沖縄労働局の資料より)

Ⅲ. 各地区医師会産業医委員および沖縄産業保健推進センターへのアンケート結果

1) 事業所・会社(従業員50名以上)より、年に何人ぐらい産業医選任の依頼を受けていますか。

- 北部医師会：5~6名
- 中部医師会：5~10名
- 浦添医師会：1名
- 那覇医師会：4名
- 南部医師会：1名
- 宮古医師会：2名
- 八重山医師会：1~2名

沖縄産業保健推進センター

：4~5件の問い合わせがあるが、当該事業場の住所を有する地域産業保健センターを紹介している。

2) 貴医師会に何人の産業医がいて、何人が産業医活動をしていますか。

- 北部医師会：22名登録 11名活動
(個人契約は把握していない)
- 中部医師会：65名登録 50名活動
- 浦添医師会：35名登録 22名活動
(個人契約は把握していない)
- 那覇医師会：75名登録 28名活動
(地域センターの活動)
- 南部医師会：47名登録
(活動中の会員の数は把握していない)
- 宮古医師会：5名登録 3名活動
- 八重山医師会：6名登録 5名活動
- 推進センター：労働局による選任率は72.5%

3) 産業医は不足していますか。

- 北部医師会：はい
- 中部医師会：いいえ
- 浦添医師会：いいえ
- 那覇医師会：いいえ
- 南部医師会：いいえ
- 宮古医師会：はい
- 八重山医師会：はい
- 推進センター：全体的には不足してないと思う。地域的に過不足はあると思われる。

4) その他、ご意見・ご要望

- 中部医師会：精神科・心療内科の産業医不足。
- 那覇医師会：メンタル専門の医師の選任依頼が多くなっている。
- 八重山医師会：50人以上事業所で2~3割の選任率。産業医配置が望まれる。
- 推進センター：最近産業医の認定を受けた先生が、事業場から受けて産業医となっているかどうか気になる。

アンケート結果は産業医選任の現況と今後の課題がすぐさま浮き彫りになっており、新聞紙上で言われている医師の地域偏在にも相通ずる所があるが、まだ、産業医選任を要する労働者50人以上事業所の選任率も充分でないし(243事業所が産業医不在)、産業医の育成はもっと必要と思われる。全体の67%を占める50人以下の事業所への関わりは今以上により効果的な連携の方法の模索が必要とされ、今後の大きな課題の一つと思われる。また、職場におけるメンタルヘルス・ケアの要望が多いことが示された。最近産業医の認定を受けた医師が産業医活動をしているかについては次回の機会にアンケートを取って分析したい。

最後に、会員から時々質問される事項についてQ&Aで答えたい。Aの方は日医の現在の見解として理解していただきたい。

Q1：校医義務における産業医活動について

A1：沖縄県教育庁職員安全衛生法管理規定第10条及び沖縄県立学校職員安全衛生管理規定第12条に基づいて校医3年以上の経験があれば、学校で職員の健康管理をする産業医活動はまったく問題ない。しかし、日医認定産業医認定の取得をしていただきたい。校医兼産業医の両方の任務をされるなら、手当ては2倍というのではなく、標準的産業医手当てプラス α ぐらいが望ましい。

Q2：所謂3年以上経験有資格産業医の認定研修会参加義務について

A2：研修会に参加し、日医認定産業医認定を取得し、研鑽していただきたい。

Q3：時間切れで（5年以上経過）更新できなかった時、既に取得した単位は新しく申請するときの50単位の一部に使用できるか。

A3：使用できる。

Q4：メンタルヘルス（精神障害）による平均休養日数、職場復帰率、もとの職場ポストへの復帰率、社会的能力復帰率（年収に相当すると思われる）の具体的数字はあるのか。

A4：身体的疾病であれば、胃潰瘍で1ヶ月、胃がん手術3ヶ月など具体的数字で提示できるが、メンタルヘルスは、統合失調症、気分障害、神経障害など多様な疾患があるにもかかわらず、個々の疾患で、その者がどの程度の重症で、休業期間、職場復帰の可能性、労働能力の回復見込みなどを説明できない背景がある。

以上、産業医選任の状況や産業医研修連絡協議会の活動について報告した。

沖縄労働局、県行政（福祉保健部）、保健医療福祉事業団、沖縄産業保健推進センター、地域産業保健センターと医師会そして産業医との連携で労働者の健康状況の改善・向上について具体的に何かできないか、おそらく、それは医療そのものではなく、50人未満事業所における労働者も含め、自らの健康管理に関するピア・レビュー（わかっているけど止められないのでは無く、わかっているお互いをどうするか）をどの様に支援して行くかであろう。最後に、産業医が職場における肥満状況や喫煙率を把握し改善目標を提示し、職場全体で改善していく意識を高めるため、毎回職場を訪れるたびに「肥満の改善」と「禁煙」についての二言を発して欲しいし、また毎年5～10%の改善を目標に掲げていただきたいと切に希望する。

原稿募集！

「いきいきグループ紹介」のコーナー
(1,000字程度)

各研究会、スポーツ同好会や模合等の活動紹介などを掲載致しますので、どうぞお気軽にご紹介下さい。

第3回「指導医のための教育ワークショップ」を終えて ～研修医の良いところを多く引き出す「メンター」としての第一歩を～

常任理事 安里 哲好



参加者集合写真

第3回沖縄県医師会臨床研修・臨床実習「指導医のための教育ワークショップ」が平成18年3月18・19日（一泊二日）の日程で残波岬ロイヤルホテルにて開催された。

研修医制度が平成16年度に始まり、徐々にその内容はステップアップし、卒前・卒後教育が欧米に比べかなりの遅れがあるとは言え、更に、直ぐに（数十年はかからないと思います）充実して行くことを期待しています。卒前教育の充実（チュートリアル授業、OSCE、クリニカルクラクシップ）、卒後の基礎・必須科に加え選択科の研修と広い範囲での研修と多くの事例を経験して行きます。この制度で、今求められているのは指導医の育成とその充実かと思っています。沖縄のある病院の研修医3名が指導医と共にハワイ大学の付属病院で短期研修を受けた時、開業している60歳前後の医師が早朝より（午前6時半ごろより）、医学生と沖縄の研修

医3名とで回診し、厳しくも懇切丁寧に指導されたとの事でした。ちなみにその学生はここ何週間、診療所での研修や回診の準備等のため睡眠時間がかなり少ない状況とのことでした。私がここで述べたいのは技術的なことはさることながら、教える側の持続する熱意や使命感のようなありようです。

この度、26名（診療所3名、協力型研修病院・研修協力施設7名、管理型研修病院15名、大学病院1名）の方々が参加して、朝の9時半から夜の9時まで、次の日は朝の8時から午後の4時半までの二日間の強行スケジュールにもかかわらず、最後までタフで充実した時間を積極的にグループワークが行われた。教育技法の習得に加え、テーマが「診療所におけるプライマリ・ケア卒後研修」だったので多少危惧するところがありましたが十分に実りある2日間であったと思います。

ミニレクチャー①は、琉球大学附属病院の稲福徹也先生が「琉球大学医学部におけるプライマリ・ケア卒前教育」と題して、卒前研修が大きく変わってきており、Problem - Based Learningになり、学習時間におけるプライマリ・ケアの枠が多くなって、CBT (Computer Based Testing) と OSCE (Objective Structure Clinical Examination) が取り入れられて今後全国統一の基準試験 (国家試験?) に移っていく可能性があると話されていた。

ミニレクチャー②は、東京医科大学病院総合診療科教授大滝純司先生が「研修医指導に役立つ教育技法」について、なぜ指導医が教えるのが良いのか (指導する現場にいる、模範となり憧れの対象となる立場にいる、必要な専門知識を指導医が持っている、高い学習効果が得られる) と述べ、指導に便利なツールとして一分間指導法、学習者に評価・計画を述べさせる、根拠を確認する、原則を教える、正しかった点をほめる、間違いを正す、更に学ぶことを見つけると語っていた。



講演Ⅰは東京大学医学教育国際協力センター助教授 武田裕子先生が「メンターとしての指導医の役割」について話された。メンター (mentor) とは親身になって指導してくれる協力者のことで、そのメンター像は、①その人らしく活躍できるように指導する②能力や態度を強化する (*問題を明確に解決する能力、*自分の内側を見つめる力、*集中して取り込む姿勢、*仕事への責任感、*頑張る時と休む時の切り替え、*自分自身を信じる力)。そして、

仕事に関して手本になるだけでなく、個人的な面でも見習いたいと思う存在となる。



講演Ⅱは大滝先生が「プライマリ・ケアの場で研修する意義～診断推論の学習に関して～」について、教育する際、相手のレベルと考え方を把握することによって色々なパターンで指導していくことが大切だと話されていた。研修医の知識の構造に欠如型、分散型、推敲型と要約型があると述べ、診断の思考過程の類型 (パターン認識、多分岐法、徹底的検討法、仮説一演繹法) について語り、最後に一ヶ月間に健康上の問題を経験する人の割合1,000名のうち医師を受診する人307名 (開業医受診232名)、一般病院への入院7名、大学病院を受診する人6名、大学病院に入院する人0.3名であることを示し、研修は講義より病棟のベットサイド・ティーチングそして外来へと移りつつあり、加えて大学病院におけるプライマリ・ケアへの工夫を始めていると述べていた。

講義や講演もさることながら、おそらくワークショップで強く感じ体験したことは大きく三つあると思われる。一つは教育技法たるものを学んだことが無いので、新しきにつけ古きにつけ、みんな新しく新鮮で驚きの連続で徐々にステップアップする。次にワークショップそのもので、参加された中の偉い先生や先輩・後輩のわけ隔てなく参加型でグループの誰かが司会、書記 (要約係)、発表者、感想文提出者そしてグループ内での追加発言、また他の発表に対しての質問等があり皆が皆忙しく、オープンでありピア・レビューである。前日の疲れを感じて



グループ発表風景



ロールプレイ風景

いようとも、当日睡眠不足であろうともグループ活動だから共同責任でいわゆる高校野球のようだが、ちょっと違うのは皆が目立つ存在すなわち主人公（投手兼4番打者）ということで、そして時間と共にグループからチームに変わって行く。ちなみに、グループワークでの各グループの一般目標はAグループ「医師と患者の良好な関係をつくるために面接・接遇の技術、態度、知識を取得する」、Bグループ「離島診療所における特殊性を理解し、病院への適切な搬送を行う」、Cグループ「研修医は高齢者の急変に対応するために、高齢者の病態を理解・配慮した上で重症度に適切に対処できる」、Dグループ「研修医はよりよい病歴のとり方を身につける為に患者様にやさしく接し、必要な知識をもち、技術を取得する」であった。

もう一点はロールプレイを用いての医療面接とその指導法で、会議室を四つに分けるが、あまりの熱心さに部屋の温度がヒートアップする感があり、耳をそばだてて一言も聞き漏らさないようにしている。研修医4名と擬似患者4名の協力をいただき、研修医が患者さんを医療面接し指導医がそれを指導する。その指導の仕方をグループで討議しまとめて発表する。趣旨は指導医の指導法そのものの検討・改善であるにもかかわらず、最初は皆が研修医の評価・指導に熱心になり、それから逸脱したりするが、二回目からはスムーズに見事に患者さんへの接し方、研修医も指導医もきちっと患者さんへ自己

紹介し、バックアップされている安心感を与え、指導医が余計にしゃべらず、研修医から色々引き出し良い点を多くほめ、気づいた点の焦点を絞って指導する、指導医と研修医が話し合ったことを要約して患者に伝える等素晴らしい展開になって行き指導医としての自信が培われてくる。

模擬患者をされた方のスピーチの中で、研修医や指導医がこのように勉強していることをうれしく思う。言葉の一つ一つを聞いている事を知り言葉の重みを感じた。知っている某医師がこの勉強に来てくれたらナァーと思うと述べていた。

本ワークショップでは、既に86名の指導医の育成を終えたので、厚労省や日本医師会の修了証が付与される研修会はしばらく休憩とし、特に今回は管理型病院からの参加が多く、その領域は琉大病院と県立病院グループの共同での主催を地域医療臨床研修委員会で提案していきたいと思えます。今年度はステップアップ講習会等（指導医の研修を終えた医師を対象に）を企画する必要があるのではないかと考えています。

86名の指導医の皆さん、日々の診療で多忙とは存じますが、今後とも研修医・若い医師達の良いところを多く引き出し、その人らしく活躍できるよう、そして良き医師として成長するようご尽力の程よろしくお願ひいたします。

また、遠方にもかかわらずタスクフォースをお引き受けいただいた東京医科大学病院の大滝純司先生、東京大学医学教育国際協力センター



グループワーク作業風景



アイスブレイキング風景

の武田裕子先生、さらに、ファミリークリニックきたなかぐすくの涌波満先生、仲本内科の仲本昌一先生、県立中部病院の安谷正先生、本村和久先生、琉球大学医学部地域医療部の稲福徹也先生、田名内科クリニックの田名毅先生のご

尽力によるものであり、衷心よりお礼申し上げます。

当日のワークショップに参加された先生方の中から、3名の先生方に感想をご寄稿いただきましたので、次ページより掲載いたします。



タスクフォースの先生方

前列左より、武田裕子先生、小生（安里哲好）、大滝純司先生、涌波満先生。

後列左より、田名毅先生、本村和久先生、仲本昌一先生、安谷正先生、稲福徹也先生。



**沖縄県医師会主催の
第3回「指導医のための
教育ワークショップ」に
参加して**

同仁病院
渡久地 史明

今回、「指導医のための教育ワークショップ」に2日間の日程で参加させていただきました。正直、スケジュールを見てどうなることかと思いました（始まってからはさらに・・・）。

1. 琉球大学医学部における卒前プライマリ・ケア教育

プライマリ・ケアの専門性・卒後教育の現状
卒前教育はまず空っぽの知識を埋めるのに忙しく、このような試みはカリキュラムを作る側でも大変なのだろうと思います。しかし、問題解決型の教育は早期から必要で、素材だけでは不十分であると感じます。また、何の問題を解決するための医療であるかを知らずに臨床の場に出ることにも問題は大きく、等身大の人間である患者を診る訓練として、プライマリ・ケア研修は重要なものとなると感じます。

2. プライマリ・ケアの場で研修する意義

Knowledge organizationの話がおもしろかったです。よくある「なんでこんなことがわからないのか！」という話。自身が構造の変革を体験してきたにもかかわらず、相手が同じ思考をもてないことを全く忘れてるんですね。構造の違いを把握し、こっちに引き上げてやる意識を持つことの重要性を感じさせます。

研修施設で一次診療を行う意義にも共感します。医師を育てる目的を明確化すれば必然だと思います。学生時代、国試の勉強中にECFMG過去問などを見て、大幅にプライマリ・ケア寄りの内容に感動したのを思い出しました。

3. メンターとしての指導医の役割

聞き始めた時は、「そんな大先生みたいなこと私にはできません」と思ったのですが(笑)、話を聞きながら自身の研修医時代を思い返し、ごく普通のことであることを理解できました。指導医も人間であり、ややもすれば自分の感情で動きがちです。いかに相手の能力をフルに引き出すために身を砕くことができるか、患者に対するのと同様な問題解決型の対応が要求されるのであり、逆に言えばごく普通にやるべきことをやればいい(難しくない!)ことを知りました。普通のことではありますが、見失わないためにメンターの概念を知ることが有意義であると思っています。

4. ワークショップ関連

まずワークショップの説明。アイスブレイキングに使った枕投げ手法、なかなか良かったです。目を見て相手の名前を呼びあうことがこれだけ効果のあることとは思いませんでした。飲み会だけじゃないんですね(笑)。

ワークショップはとにかく忙しい。目標の概念(GIO、SBOs)、その分類など、概念を使いこなすだけで精一杯です。できればこの部分だけでも予習しておいた方が良かったかと思いました。

この研修会の主旨とは異なるかもしれませんが、立てた目標と現実がかみ合わない例とその解決法についての例示も欲しかったです。こんなにきれいにいくのか?という疑問を多くの参加者が持っていたようです。

久しぶりに思う存分議論してみて、改めていろんな思考の人がいるものだと思います。

この体験も意見の異なる人との共同作業に役立つものと思います。



**沖縄県医師会主催の
第3回「指導医のための
教育ワークショップ」に
参加して**

かじまやクリニック
山里 将進

3月18日、19日の1泊2日コースで沖縄残波岬ロイヤルホテルにて「指導医のための教育ワークショップ」が開催され、私は今回初めて参加させていただき色々勉強することが出来ました。

私のクリニックでは平成17年度から琉球大学医学部の卒前実習を受け入れています。昨年は10人の医学生が在宅医療の見学実習に参加しています。琉球大学医学部地域医療部の稲福徹也先生のお誘いがあり、又、卒前実習のレベルを向上させ更に近い将来、地域保健医療研修機関として研修医の受け入れを展望していましたので、教育ワークショップに興味を湧き参加しました。卒後医師研修には殆ど関わって来なかった為、今回のワークショップを契機に教育理論や教育技能のスキルアップを図りたく参加を決めました。

10名のワークショップスタッフの助けにより2日間にわたるハードな日程をどうにかこなして修了証を戴きほっとしています。27人の参加者は県立病院の勤務医が殆どでクリニックからの参加は2人だけでクリニックでの研修受け入れがまだ遅れていることを実感しました。

ワークショップ初日は大変緊張しましたがア

イスブレーキング法を用いて緊張を上手に解していただき大変助かりました。「メンター」、「KJ法」等耳慣れない言葉に戸惑いながらもどうにかワークショップに参加できました。KJ法を用いてのグループ作業はクリニックでの卒前教育、卒後医師研修を考える上で大変参考になりました。コメディカルの見解も取り入れて実習や研修の内容を向上させる為に応用したいと思います。

私のクリニックでは卒前実習のカリキュラムはまだ作られていませんので、今回のワークショップの経験を生かして今年度は医学生のニーズを反映させてカリキュラムの作成を実現したいと考えています。

2日目のワークショップで印象に残っているのはロールプレイを用いた医療面接とその指導法です。医療面接については系統的な教育を受けた事も無くこれまで自己流でやって来ましたが研修医の指導の役割を演ずる中で医療面接の重要性を再認識させられました。

グループの他の医師の評価を受けてあらためて自身の医療面接のレベルの低さを痛感しました。今回のワークショップでクリニックで積極的に医師研修に励んでおられる先生と交流出来た事も良かったと思います。クリニック研修のネットワークをつくる展望が少し開けた様な気がします。

2日間のハードな日程でしたがディレクターの安里哲好先生、瀧下修一先生、チーフタスクフォースの大滝純司先生、武田裕子先生、はじめタスクフォースの皆様の支えで大変有意義な経験をさせていただき感謝申し上げます。



**沖縄県医師会主催の
第3回「指導医のための
教育ワークショップ」に
参加して**

県立南部医療センター・
こども医療センター
麻酔科部長 新崎 康彦

新病院への引越し準備と慣れない電子カルテへの挑戦の合間、県医師会主催の「指導医のための教育ワークショップ」なるものに参加した。私たちの病院が臨床研修病院として充実していくために、各科からの参加がなかば義務付けられていた事と、私個人としては麻酔科指導医として学会から認定されているが指導者として適切な教育と経験を経てきたかを確認したいと思った。

「ワークショップ」形式の研修も初めてだったし、アイスブレイキングという導入の仕方も麻酔導入とは似ても似つかず面白かった。これから参加してみようと思う人のために私の印象を書いてみようと思う。

一日を終わって感じたことは、やたら横文字の単語が多いことや「方略」などと業界まがいのことばに翻弄された。それにしても感心したのは、タスクフォースやコンサルタントの先生方、スタッフのみなさんのワークショップに対する情熱と熱心さだった。われわれグループメンバーも負けず劣らず一日中、一所懸命駆け回り回っていた気がする。ワークショップとはグループ全員が討論を行い、一定の時間内に成果をだすために目の前の事柄にわき目も降らず集

中せざるを得ない。

KJ法なる新しい島を作りながら小さな集団で思考をまとめる方法も経験した。JFKは知っていたが、このKJさんもお金をかけず島をつくるなんぞ只者ではない。グループの一人がKJ法に精通していて、私たちも楽しませてもらった。自分のためになるような講義も数多くあった。「指導に役立つ教育技法」では実際に起こりそうな場面を想定してのやりとりが身につまされるようだった。一分間指導法などは現在麻酔科に研修医で来ている一人に應用している。私たちが医学部教育で専門的に学ぶ機会がなかったのが、教育目標の立て方や教育評価のきめ細かいやり方だと思う。

知らずしらずのうちにやってきたことも、系統だって学ぶと新しい知識として活用することができる。深く学ぶ必要を痛感した。ロールプレイなどを取り入れて楽しく学習することも重要なのだろう。ボランティアの人たちの真剣さを見ればこちらも生半可にはやってはいられない。二日間の研修の成果は参加してよかったということだった。

研修医を指導する立場に有るものとして、ここで研修したことはすぐ実践することができると感じられた。現在、教育方略や他のテキストを参照しながら、初期研修医や後期研修医のためのカリキュラムを考えている。実際に現場で繰り返し繰り返し應用しながら研鑽すること、学習者に対して忍耐強く、愛情をもって接し、できるだけ長所を見つける努力をし、怒らずにほめてあげることの必要性を感じた。この経験を今後に生かしたいと思う。

「命ぐすい耳ぐすい」/沖縄タイムス 「うちなー健康歳時記」/琉球新報 原稿募集のご案内

広報委員会

広報委員会では、県民の健康増進に資するため、沖縄タイムス及び琉球新報の紙面を借りて医療に関する情報を提供しております。

つきましては、会員の皆さまからの原稿を下記のとおり募集いたします。

なお、執筆内容が専門的な傾向にならないよう、文章全体のトーンとしては、一般の読者が親しみやすいように”医療随筆”風の柔らかい感じを希望します。

記

○掲載日

「命ぐすい耳ぐすい」

：沖縄タイムス毎週水曜日朝刊

「うちなー健康歳時記」

：琉球新報毎週火曜日夕刊

○掲載要領：

①字数

「命ぐすい耳ぐすい」：1000字

「うちなー健康歳時記」：1200字

・注釈をつける場合は、その字数も含める。

・執筆者の顔写真をご提供下さい。

原稿と併せて掲載致します。

②原稿のタイトル並びにサブタイトル

を10文字程度でお付け下さい。

③図やイラスト、グラフの添付は可能。

・図やイラスト、グラフは簡単な原稿をいただければ、新聞社のデザイン係の方で紙面用に仕上げます。

④本企画は、県民の健康増進に資するため、医療知識の適切な提供とその啓発普及を主旨としております。企画主旨にそぐわない内容・表現について、または修飾語、助詞、見出しについては、新聞社・編集側にて若干の手直しを行う場合がありますので、ご了承下さい。

⑤新聞掲載に際して著作権は本会に帰属されます。ご投稿は同意されたこととみなしますのでご了承下さい。

⑥新聞掲載の採否については広報委員会にご一任下さい。

⑦文中に固有名詞の使用はお控え下さい。

⑧他誌に掲載済みの原稿は掲載いたしかねますので、ご了承下さい。

○原稿の送付先

〒901-2104

浦添市当山2丁目30番1号

沖縄県医師会広報委員会宛

「ゆらぐ健康長寿おきなわ」

～認知症（痴呆）について～

～第11回沖縄県医師会県民公開講座～

ふれあい広報委員 玉井 修



会場風景

平成18年2月25日（土曜日）午後1：30より、ロワジュールホテルオキナワの天妃の間において県民公開講座～認知症（痴呆）について～が開催されました。高齢化社会を背景に認知症は社会の関心が高く、更に最近では若年性認知症をテーマにした映画もいくつか封切られた関係か、会場は早くから約1,000の方が詰めかけ、関心の高さがうかがえました。

認知症という言葉そのものが十分に認知されていない現状を鑑み、ポスター等にはあえて痴呆という言葉をも漫画のふきだしの様子に書き込んで、ご高齢の方にもわかりやすいポスターにしようと苦心いたしました。が何だか報われた気が

致しました。

また、パネラーとしては認知症治療に第一線でご活躍の先生方に加え、リハビリ作業療法士の立場からの発言、更に認知症家族会からの発言もあり、より患者や患者を支える家族にとって興味のある内容になったと自負しております。特に家族会からの発言には強い説得力があり、かなり厳しい状況にありながらも介護は愛情を持ってとお話になる喜瀬様には頭が下がる思いが致しました。フロアからの質問も多く、フロアからの熱気が伝わって参りました。認知症に関しては今後も機会があれば継続して取り上げ、理解を広げていく必要があると思いました。



講師の先生方

講演の抄録

座長のコメント



曙クリニック院長 玉井 修

那覇市出身
 日本外科学会認定医
 日本消化器外科学会認定医
 日本医師会認定産業医
 医学博士
 那覇市医師会広報担当理事
 沖縄県医師会ふれあい広報委員

認知症、痴呆症、呆け、もの忘れ…。

外来では多くの患者さんが自分は認知症(痴呆症)ではないかと心配して受診されます。高齢化社会を迎えて日本、特に沖縄では認知症(痴呆症)の問題は今後深刻さを増すでしょう。

人ごとではなく、自分のこと。遠い未来の事ではなく、近い将来のこと。どこか他人様の出来事ではなく、自分の家族に起こりうること。その様に考えてほしいと思って今回の県民公開講座は認知症(痴呆症)を取り上げました。

老いは誰にも避けられないものです。認知症(痴呆症)になりたくない、言っただけではありません。自分が認知症(痴呆症)にならなくても家族の誰かが認知症になるかもしれません。目を背けて見ないふりをするよりも、認知症(痴呆症)を正しく理解して対応すべきだと思います。何もかも忘れていく認知症の方たちも、心はしっかりと生きています。愛すべき人であることは何も変わらないのです。

ロナルド・レーガン元アメリカ大統領が晩年アルツハイマー型痴呆症であった事は有名です。アルツハイマー型痴呆症で次第に消えていく自分をしっかり認識しながら、レーガン氏はナンシー夫人へ「50年ではまだまだ足りない、もっともっと長く君の幸せな夫で居させて欲しい」と感謝の言葉をかけています。次第に消えていく自分への不安の中で、勇気と愛情に満ちたすばらしい言葉ですね。

認知症について —ボケても心は生きている—



城間クリニック院長 城間 清剛

1988年 琉球大学医学部医学科卒業
 1990年 医療法人タピック宮里病院就職
 2000年 医療法人タピック宮里病院院長
 2004年 城間クリニック開設
 精神保健指定医
 日本老年精神医学会専門医
 日本プライマリケア学会認定医
 日本医師会認定産業医

認知症という病気を知っていますか？。これまで痴呆とよばれていたものが、平成16年に、厚生労働省により「認知症」という名称に改められました。

認知症の方は全国で259万人に達し、65歳以上の10人に1人の割合で認知症の方がいるという報告があります。長寿県の沖縄でも例外ではありません。

認知症とは、脳の病気により記憶力や判断力などの認知機能が低下して介護が必要になる状態を言います(図1)。単に記憶が低下するだけでは認知症とは言いません。記憶の低下、つまりもの忘れには、健康なもの忘れと病気のもの忘れがあります。昨日の夕食のメニューを覚えていなくても食べたことを覚えていれば大丈夫ですが、認知症になると食べたことさえ忘れてしまいます。日付や場所、人物といったことも次第に分からなくなり、安全と危険、清潔と不潔など生活のさまざまな場面で判断がつかなくなり本人も周りも困ることが起きてしまいます。

図1 認知症かどうかのポイント	
1.記憶の低下	<ul style="list-style-type: none"> ・忘れっぽくなる ・置き忘れ ・ついさっきのことを忘れる
2.認知障害 失語、失行、失認 実行機能障害	<ul style="list-style-type: none"> ・場所の見当がつかない ・手順をふむ作業が困難 ・計算ができない ・判断ミス
3.生活の支障	<ul style="list-style-type: none"> ・今までの暮らしが困難 ・周りの人とトラブル

図1

認知症にはアルツハイマー型認知症と脳血管性認知症がありこの2つで認知症の8割を占めます。最近ではアルツハイマー型認知症の割合が徐々に増えています。

認知症は治らないものと思っている方が多いですが、一部には治る認知症もあり、きちんと検査することが大切です。治らない場合でも、認知症に伴うさまざまな症状については薬や介護のやり方でかなり良くなります。認知症をできるだけ早く見つけて治療を開始し、見通しを立てて介護していくことができると、本人や家族は、気持ちにゆとりが出てきます。認知症を疑ったら、早めに受診して相談することが大切です。

認知症は3つの時期に分けることができます。第1期は、もの忘れが表れはじめる時期、第2期は行動や判断に障害が生じてさまざまな症状

が表れる時期、第3期は病気が進んで日常生活全般に介護が必要になる時期です(図2)。

認知症になると病気の進行とともにいままでできていたことがどんどんできなくなり介護を必要とする部分が増えてきます。言葉の障害も強くなり会話も難しくなってきます。しかし、どんなに病状が進んでも、その方の感情面は保たれていると言われていています。呆け老人を抱える家族の会では「ボケても心は生きている」と言い、その人の心を大切にすることや介護の重要性を訴えています。

認知症は治療や予防が可能な病気の一つです。仮に認知症になったとしても、安心して過ごせるような地域環境づくりが大切です。健やかで穏やかな老いの時期が過ごせるよう、認知症について正しく理解していただきたいと思えます。

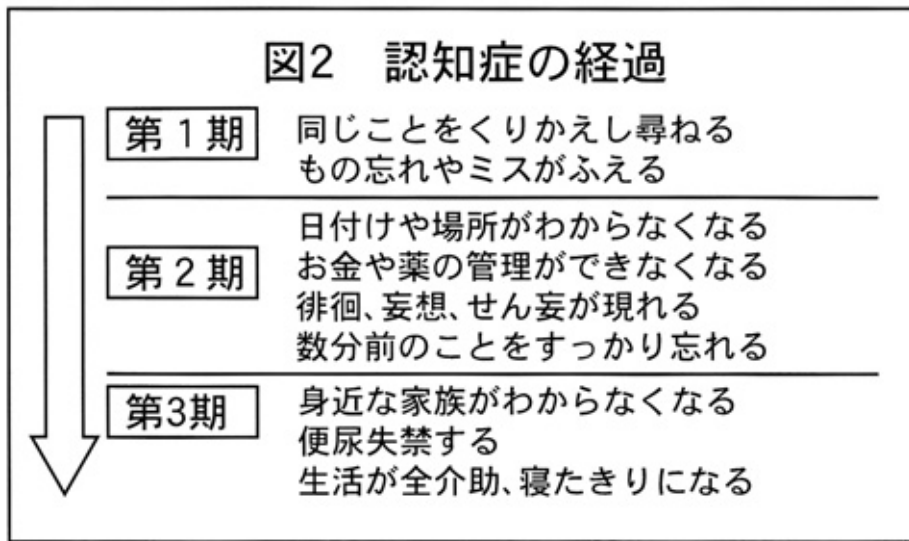


図2

認知症の予防

- ・生活習慣病の予防が認知症の予防につながる事
- ・類似した症状を呈する疾患の区別が大切である事



琉球大学循環系総合内科学
(第三内科・神経内科学)
渡嘉敷 崇

1992年 琉球大学医学部医学科卒業
1992年 琉球大学第三内科入局
1999年 医学博士
1999年 鹿児島大学第三内科(国内留学)
2001年 琉球大学第三内科助手 現在に至る
神経内科学会専門医
日本内科学会認定医
日本内科学会臨床研修指導医

認知症の予防について様々な研究が行われています。現段階では決定的な予防法として確立しているものは残念ながらありません。予防に役立つものを組み合わせ生活に取り入れていくことが重要です。また、最近の報告では生活習慣病を有する場合、脳血管性認知症のみならずアルツハイマー型認知症の発症が増加することがわかってきました。以上のような観点から認知症の予防には次の点に注意して、生活に取り入れてみましょう。

1. 生活習慣病を積極的に予防・治療することが認知症の予防につながる。
2. 有酸素運動をしよう。
*有酸素運動とは:ウォーキングや水泳,体操,サイクリングのように体に酸素を取り込みながら行う運動です。

◎ウォーキングの目標

1日5,000歩から8,000歩

1日30分の早歩きを週5日程度

最初はがんばりすぎず、低い目標から始める。

3. 頭を使う生活をしよう。

特に次の3つの点を生活のなかで意識してみよう。

体験を記憶して思い出す(エピソード記憶)

日記をつける。

レシートを見ないで買い物の内容を思い出してみる。

2つ以上のことを同時に行うとき適切に注意を配る(注意分割)。

料理をする時に一度の何品かを同時に作ってみる。

人と話す時、相手の表情や気持ちに注意を向けながら話す。

段取りを考えて実行する(計画力)。

効率の良い買い物の順番を考える。

囲碁や将棋、麻雀などの趣味を持つ。

旅行や園芸作業などの計画を立てる。

その他に

音楽や芸術に興味をもつ。

声に出して本や新聞を読む、簡単な計算を繰り返す。

4. 脳によい食事をしよう。

野菜・果物ではビタミンC、ビタミンEやベータカロチンを多く含むもの、魚ではDHAやEPAなどの不飽和脂肪酸を多く含むものがよいとされています。野菜・果物:カボチャ、春、にんじん、アセロラ、イチゴ、レモンなど 魚:イワシ、サバ、サンマ、マグロなど

5. 適度な休息をとろう。

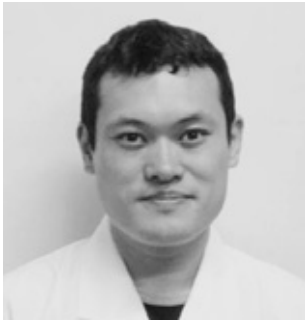
昼、夜のメリハリをつけた生活を心がけましょう。

適度に仮眠・昼寝をする(30分以内)。

6. もの忘れかなと思ったら、かかりつけ医に相談しよう。

早期発見・早期治療 治る認知症を見逃さない。

認知症の治療と介護



医療法人天仁会天久台病院勤務 葉室 篤

- 1996年 昭和大学医学部卒業
- 1996年 昭和大学精神医学教室人局
- 1999年 浴風余病院勤務
- 2001年 昭和大学横浜市北部病院勤務
- 2003年 埼玉社会保険病院勤務
- 2005年 天久台病院勤務現在に至る
日本老年精神医学会専門医・指導医

ほとんどの認知症は、治りません。いきなり
 厳しい話になりましたが、まだあきらめる必要
 はありません。認知症には、どういう症状が出
 て、どういう治療があるのか？じゃ介護するに
 はどう接すればいいのか？これらを知るだけで
 認知症の進行の早さがなだらかになる可能性は
 あります。まず症状は、中核症状（これは、治
 療がとても困難です。）というのがあります。
 具体的に言うと「物忘れ」・「日にちや今いる

場所がわからない」・「気にせずにやれていた
 こと（例えば、お風呂やトイレに入ること）が
 出来ない」などです。もうひとつ周辺症状とい
 うのがあります。これは、周りの方の対応や少
 量のお薬で軽くすることが可能な症状です。
 「物を盗まれた」や「見えない物が見えるとい
 う」・「迷子になる」・「前よりも怒りっぽく
 なった」などです。ここで一つ注意してほしい
 のは、今書いたのが一つでもあるからといって
 そく認知症ではありません。認知症と診断す
 るには、色々お話をうかがい、検査をしてそれら
 をひっくるめて診断することなのでそこは、間
 違わないでください。

次に治療ですがひとつはお薬です。これはか
 かりつけのお医者さんとか専門の先生がみてい
 きます。もう一つは、お薬を使わない方法で
 す。例えば、デイケアを使って日常の生活リズ
 ムを整えること、ヘルパーさんに来てもらって
 生活を助けてもらうこと、いちいち説明してい
 たのをやめて、本人の話を受け止めてみるこ
 と、「ここは、家じゃない」と言われたから手
 を引いて散歩してみる、こんなことでも落ち着
 くこともあります。認知症の治療や介護に正解
 はありません。でも「経験的にうまくいったこ
 と」を知っておくことは、患者さんや介護され
 る方にとってとても大事なことです。

介護現場からのアドバイス

・認知症を支える様々なサービスとは



医療法人天仁会天久台病院
リハビリ部作業療法
室長 増尾 辰也

1997年 沖縄リハビリテーション福祉学院
作業療法学科卒業
1997年 オリブ山病院リハビリ部勤務
2002年 天久台病院リハビリ部勤務
現在至る

在宅で認知症者の介護をされている方の日々の苦勞は、並大抵なものではないと思います。病院や施設では医師、看護師、介護福祉士、精神保健福祉士、作業療法士…と様々な専門家が治療・ケアを行っていますが、在宅においてはその殆どを介護者1人で行わなければならない場合が多いからです。在宅介護では、まずできるかぎり介護保険で利用できるサービスや、その他社会資源を上手に利用して介護者自身の負担を軽減しながら無理のない範囲で行うことが

大切になります。

在宅生活の良いところは本人が「住み慣れた環境で」「本人のペースで」「本人らしく」過ごせることにあると思います。より本人にあった対応ができるということです。病院や施設では限界があります。認知症になり、新しいことを覚えることができなくなる、忘れていくという中で、本人が安心して、落ち着いて過ごせる環境で日常生活の中から適当な作業（生活行為）を見つけ出し行ってもらうことで症状を安定させ、その人らしく生き生きとした生活につながることを望めます。

今回は「介護現場からのアドバイス」ということで話しをさせてもらいますが、その視点は決して難しいものではありません。本人の生活してきた環境でこれまで何年、何十年として行ってきた「生活行為（身辺処理、買い物、洗濯物たたみ、茶碗洗い、庭掃除…）」の「できること」を少しでも見つけ、それを役割として行ってもらうのです。それだけで症状が落ち着き、安定することがあります。

しかし認知症者の方にとって「良い」と言われている介護方法でも、実際それを全て在宅で行うことになると介護者にとっては身体的な、あるいは精神的な負担となり上手く行かない事も多々あります。今回ここで話しする介護の方法が全てではありません。今日話しながら1つでも2つでも参考になるようなもの、「私にもできる」というものが見つければ幸いと思います。

認知症について介護する立場から



喜瀬 久子

昭和7年2月 東京の深川で出生
 昭和9年 南洋群島に移住終戦後、帰沖
 昭和45年 夫と共に約20年豆腐屋を営む現在、なごみの会世話人、伊佐川老人会副会長を努める

私は現在、沖縄県呆け老人を抱える家族の会(なごみの会)の世話人をしております。私の夫は、平成5年に糖尿病の合併症で脳内出血を起こし、約1ヶ月入院しました。言語障害、歩行障害はありませんでしたが、脳障害だけが残りました。

先生に遠出をしないように言われていましたが、夫は退院した翌日から車の運転を始めました。私が止めるのも聞かず運転を続け、一緒に車に乗っている時に事故を起こしそうなこともありました。私は怖くなって、夫と車に乗らなくなりました。人身事故が心配で、警察に車のキーを取り上げてもらえないか相談に行きましたが、だめでした。しかし、しばらくして自分から運転を止めてくれました。

その後しばらくして、被害妄想が始まりました。私に対する嫉妬でした。男を連れ込んでいると思い込み、ものすごい形相で鎌を振り回すこともありました。夫が興奮している間は、私は外に逃げ出し、夜そっと家に入って別の部屋で寝ていました。主治医に相談して薬を出してもらい、嫉妬妄想は次第になくなりました。

しかしそれも束の間で、今度は徘徊が始まりました。ちょっと目をはなすと、すぐいなくなりました。近くを捜して見つからなければ、タクシーに乗って捜しました。何度もタクシーで捜すことがあったので、その内タクシー会社の人が夫を外で見かけると、私に連絡してくれるようになりました。徘徊と一緒に、失禁もするようになりました。

この人は病気なんだと頭の中ではわかっていても、つい怒りたくなります。それをこらえて、認知症と付き合いました。老人ホームに預けたら、逃げ出さないように部屋に閉じ込められたり、薬の副作用でぐったりしてしまったこともあり、悲しい思いもしました。しかし、いろいろな人の支えもありました。

デイケアやショートステイを利用して、私自身の時間が持てるようになりました。また、家族会に参加することで、他の家族の話を聞いて、なぐさめられたり、勉強したりすることができました。

それでもやはり、家での介護の中心となるのは家族だと思います。その介護の大変さも愛情さえあれば乗り越えられるのではないかと思います。

患者会・家族会一家族会の必要性と入会案内



沖縄県呆け老人を抱える家族会
代表 安富祖 朝正

呆け老人をかかえる家族会は、全国組織で47都道府県で41県が結成し、活動を展開している。県支部になるには、会員が100名以上の基準を満たさなければならない、沖縄県は基準を満たさないため家族会準備会という位置づけになっている。

結成して3年が経過致しましたが、少しずつ社会的に認知され、高齢者に関するシンポジウムや市町村のヘルパー研修、医療機関の職員研修等に講師として招かれるようになってきた。

具体的な活動は「認知症があっても安心して暮らせる社会の推進」と「家族の集い」「認知症についての学習会」「認知症の方々が利用できる制度の学習や施設の見学」「認知症の啓発活動」「他の家族会との交流」等が中心である。

認知症の初期は同居している家族でも解りにくく、かなり進行してから気付くのが一般的である、その間症状に起因したトラブルが頻繁に起きるが「人が変わった」「性格が変わった」と片づけてしまい、そのトラブルがその症状によって引き起こされているとは知らず大喧嘩になること度々である。

認知症を知らないがゆえの結果であり、家族

自身が認知症について理解することが最も大切である。

ご承知のように認知症の方は多少個人差はありますが、不眠、徘徊、幻覚、時には興奮し暴力行為が出現します。症状が激しくなると介護者も精神的、肉体的にまいってしまいます。

例えば、不眠が続くと介護者も寝れない日が続く、徘徊があると後ろからついて行き徘徊を止めようとするとうるさく興奮し暴力をふるったり時には、異物ももて遊んだり壁にぬりつぶしたり、時には刃物をふりまわしたり、本人の大切な物が見えなくなると介護者をドロボーよばわりし、時には食事をさせない等と言いつらしたりと、こういう状態が続くととても一人では介護できる状況ではないが、多くの家族では一人で介護しているのが現実です。

この事を離れている兄弟姉妹に話しても理解してもらえない場合があり、介護者は孤立し、この時に介護者は「長くて暗い出口の見えないトンネルは出口はあるのだろうか」「いったいこの状況は何時まで続くのだろうか」「自分の人生はこれからどうなるのだろうか」等々と不安に苛まれ先が見えなくなる場合があります。

こういう時こそ家族には「いやしの場」「語り合える場」が必要なのです。一人で悩まず同じ悩みを持つ家族と活動し、認知症について学び、介護についての情報交換をし、家族会を「いやしの場」にして頂きたいと思えます。

連絡先 (社) 呆け老人を抱える家族の会

沖縄県支部「なごみの会」

北部福祉保健所 電話0980-52-2734 (野底)

宮里病院 電話0980-53-7771 (沼子)

老人性認知症疾患センター

電話0980-53-7772 (沼子)

「ゆるぐ健康長寿おきなわ」

～認知症（痴呆）について～

～第11回沖縄県医師会県民公開講座座談会～

日時 平成18年2月25日（土）
場所 ロワジールホテルオキナワ（北殿の間）

参加者：稲富洋明会長、玉井修座長、
城間清剛氏（城間クリニック）
渡嘉敷崇氏（琉大第3内科）
葉室 篤氏（天久台病院精神科）
増尾辰也氏（天久台病院作業療法士）

○城間氏



○玉井座長

みなさん、本日はお疲れさまでした。

県民公開講座を終えてのご感想などをお伺いしたいと思います。

○稲富会長

今までやってきた中で聴衆が一番多かったのではないですか。前回の”うつ”についてやった県民公開講座よりも今回の方が多かったみたいですね。その前がアルコールについてもやったのですが、回数を重ねる毎にテーマも興味を引くような内容になってきて県民に大分浸透してきたと感じます。

また、患者会の方が参加されたのも初めてですね。その方の体験談も非常に良かったと思います。ただ、体験談を聞くと一人で悩んでおられるようで、どうにかそれをサポート出来る方法がないものか感じました。それと1週間で薬の副作用のために止めたとの話がありました。それも病院ともしっかり関わってもらって上手くいってたのではないかと思います。

○玉井座長

いくつかの課題を患者会側からご提示いただいたような気がします。

城間先生、今の件についていかがですか。

喜瀬さんが介護を始めたのが平成5年で結局介護保険もまだ出来ておらず、今のように認知症が知られていない状況で、薬も今のように副作用の少ない向精神薬が出ていない時でしたので、非常に苦勞されたと思います。最近は介護保険もありますし、良い薬も出てますし、一部の方は家族会の情報を知ってらっしゃるのですが、殆どの方が知らずに悩んでいる。介護保険の中でも認知症の重い方が少し介護保険の枠から外れてて介護施設でも上手く対応出来ない方が結構いらっしゃいます。その辺のPRを今日のお機会に行えて良かったし、継続的に行えたらと思います。

○玉井座長

増尾さん。閉じこもりの方の話が出ましたが、そのような方達のためにも色々なサービスが必要ですね。

○増尾氏



特にデイケアで感じるのは、おばーちゃん達は割と集団への適応も上手に出来て、いろんな活動をしている方が多いのですが、男性の方は刺激をしないと無意味に過ごしているような方が多々おります。実際に簡単な作業を見つけようとしても難しいのが現実であります、やはりそれを一人でやるのではなく、色んな人との関わりの中で見つけて上げられたらと思います。

○玉井座長

男性が閉じこもると厄介ということですね。

葉室先生。先ほど薬物療法の話がありました、その辺どうでしょうか。

○葉室氏



患者さんにしても、患者さんの家族にしても診察の場で聞きにくいというか、こんなこと言ったら怒られるのじゃないかと思っているのではないかという気がしました。診察の場では逆にこちらから薬の効きすぎだとか日常どのように暮らしているのかというのを意識的に聞かないと中々聞き出せないという印象を受けました。

○玉井座長

葉室先生自身も今後の診療に対するインスピレーションのようなものを感じたのですね。

我々の方から「最近ボーッとしてない？」など聞くべきかもしれないですね。

○葉室氏

日中にしても、昼夜の差がないですかとか、午前中しっかり起きてますかとか、そういう質問を意図的にしないとなかなか聞き出せないのかなと思います。

○玉井座長

診療する側の工夫も必要でしょうね。

渡嘉敷先生。運転免許の話が出て、大変シビアだなと思いましたが、社会的な問題でもあるし、かなり危機的な事も起こるので本来ならしっかりとした対応が必要だと思うのですが、それについていかがですか。

○渡嘉敷氏



女性の患者さんで、原付バイクに乗ることが生活の一環である方がいるのですが、僕は法律家ではないので詳しくはわかりませんが、認知症と診断がおりて交通事故あるいは死亡事故を起こしてしまったときには、医者も責任を問われることがあるようで、やはり、病院にどうやって来たのか等を聞いたりする中で本人の運転について気にかけていたほうが良いと思います。ご家族の中には先ほどのお話もあったように、本人が車の運転が趣味なので、一緒に乗ったら良いのではないかとの考えを持っている方も案外いらっしゃる感じです。運転を止めて頂くことはなかなか難しいのですが。

○玉井座長

道路交通法が変わって行ってその辺がもう少し厳しくなるのかもしれませんがね。

○渡嘉敷氏

以前はこういう病気の人は免許を持ってないことになってみたいですが、今は、個別に審査するようになってきているようです。ただ、認知症の場合には、本人の後見人等がいる、いないに関わらず、取り消しの対象に出来るようです。

○玉井座長

タイムスの銘苺さん。今日の県民公開講座の印象はいかがでしょうか。

○銘苺氏

特に印象に残ったのが、渡嘉敷先生の生活習慣病が認知症に繋がるというお話で、驚きでした。認知症はお年寄りになってからの話との思いが誰にでもあったかと思いますが、むしろ、生活習慣病の観点からみると40代50代から注意しないといけないと感じましたし、同時に沖縄の長寿がいろんな観点から危機的状況にあることを考えると、認知症も大いに関係することを再認識して予防を徹底しなければならないと改めて思いました。

○玉井座長

長寿でも健やかな長寿でなければならない前提がありますので、そのためにも認知症という問題は大きな問題ですね。

これまでこの講座を11回開催していますが、非常に浸透していることを肌で感じています。タイムスさんでの反応はいかがですか。

○銘苺氏

この県民公開講座の呼びかけも兼ねて、認知デイケアサービスの記事を社会面に載せたのですが、その日に約200人の応募があったとのことでした。定着すると同時に関心も更に高まっているようです。

○玉井座長

そうですね。積極的に関わってきてますね。僕も県民公開講座を何回かさせていただいたのですが、徐々にフロアからの反応が良くなっていく感じがします。

以前はこちらから投げかけるだけで一方的でした。最近は笑い声やうなずきも多くみられ、フロアの方達が積極的に動いている感じがします。ご高齢者が多いのが一般的だと思いますが、今日は若い方も多かったですね。若い世代にも県民公開講座が浸透している感じがします。

○渡嘉敷氏

実際に家族を見ている若い介護者も多く来ていると思います。

○玉井座長

今日の質問にも、お父さんがお風呂に入ってくれないとか、自分の母が受診してくれないなどの質問がありました。やはり認知症を実際に患っておられる方、その周囲にいる方について関心が高かった感があります。

○城間氏

私はよく介護者向けの各団体の講習会で講演をするのですが、確かに6~7年前までは、ご年配の方が多数でした。最近は介護士向けの講習会ではありますが、就職が約束されているわけでも無いし、就職するしないは別にして、認知症や介護を勉強したいという20代、30代の方が増えています。若い方もそういう意識は高まっているのではと思います。

○玉井座長

葉室先生、沖縄の特殊性のようなものはありますでしょうか。

○葉室氏

やはり感じるのは、東京ほど核家族化していないことですね。沖縄でももちろん増えていますが、サポートする方は東京に比べればまだまだいらっしやと思います。

そのサポートする方の情報を提供できればもっと良い方向にいくと思います。

○玉井座長

沖縄県では認知症に関わる様々なサービスは十分浸透してますか。

○葉室氏

自分の病院では、かなり進行してから来られる患者さんが多いです。

病棟を見ても、中程度から重度の方が大半で

す。早期で来られる方は中々ありません。

トコトン診て疲れてから来られる方が多いです。

○玉井座長

トコトン介護して、ギリギリの状態でやっとどこかで診てもらいなさいよという感じでしょう。

○城間氏

それは私も病院に勤務していた時はよく感じました。開業してからは、早期の方がたまにいらっしゃいますが、逆にその早期の方のためのリハビリ施設がないです。

早期の方が中程度の認知症のデイケアに先ず合わないし、かといって最近脳のリハビリとか各種療法がありますが、早期である程度意欲のある方に提供できるリハビリやサービスや仕組みも確立されていないし、非常に歯がゆい気がします。

○玉井座長

早期の認知症にはどのようなサービスが一番必要ですか。

○城間氏

積極的に脳のリハビリを行い、経過を追いつつ定期的な検査をしていくことです。

それで改善するケースもあるでしょうし、維持出来るケースもあります。しかし、どこかで進行して来た場合には、ご本人ご家族にきちんと説明して介護に比重を傾けていく仕組みが大切です。

○銘苺氏

早期予防という観点からすると介護保険と多に関係してくるのですか。

私自身の体験なのですが、76歳になる母がいて3年前から認知症の症状が出てきてその対応に迷っているところなのですが、やはり介護保険がないとデイサービスに行けないし、デイケアも行けない。介護保険を受けようとしたのですが要支援までいかない状態でした。介護保険以前の予防という観点からできないかなという思いがあるのですが。

○城間氏

全くそのとおりで、介護保険以前だったら、

社協などがやっている生きがいデイサービス等があるんですが、会員数が少ないですし、ほとんどボランティアが運営していますし、あまり医療的なサポートが無いので、元気なお年寄りに集まっていたら老人会的にやっている。内容的にもデイサービス、デイケアよりも内容が濃くないですから、早期の認知症の方の予防的なプログラムではないです。

○銘苺氏

母の場合、認知症はそれほどひどくなかったのですが、身体機能がだいぶ落ちてしまって、せめてリハビリでも思っているのですが、それも中々施設が無いとのことでした。ですが、転んでケガをしてしまったことがきっかけで整形外科に行って結果的に介護保険が適用になったことがありました。しかし、先日再審査が行われて要介護度1から要支援になってしまいました。

○城間氏

制度的に後手後手になってしまってます。

○玉井座長

何かトラブルでも起こさない限り対応がなされない。本当は予防給付のようなものがあり得るべきですよ。

○葉室氏

国の考え方としても全体的にももちろん治療も必要ですが、予防にシフトしてきてます。

これからは予防を含めてしっかりやっていかないといけないです。

○城間氏

今回、予防給付ということで高齢者の筋力トレーニングなり、運動なり、機能なり、栄養等の部分が入っていますが、認知という部分ではないので、軽症の予防を防げないか、悪化を防げないかと思われる方が漏れてしまって行き場がないですね。

○玉井氏

介護保険は4月から制度が変わってますが、段々とうこういう現状に合っていくのでしょうか。希望はもてるのでしょうか。

○稲富会長

中々難しいですね。医療も予防医療を認めてくれるといいのですが、しかし現状は病気にならないと保険がきかないですね。本当は病気になる前に保険を使えるようにして、病気になったとしても軽くすむようにしたほうがお金が掛からなくて済むと思うんですが。

○玉井座長

本来なら予防給付の部分をもう少し手厚くしても良いのかもしれないです。

○稲富会長

健康診断でもやり過ぎと言われてたりします。

○玉井座長

このあたり、どうも後手後手になってるのかもしれないです。

○城間氏

引きこもり予防、寝たきり予防など色々ありますが、後手後手というよりも今やっていることで手一杯というところもあります。

○玉井座長

渡嘉敷先生、先ほどの銘苺さんのお話ではないですが、僕も外来で高血圧の薬や高脂血症の薬を出しているときに、「これは認知症の予防にもなるんですよ」と言うと、途端に患者さんはやる気を出して協力的になってくれます。ものは言い様なんですけど、このような形での取っ掛かりもあるのかなと思うのですが。

○渡嘉敷氏

僕らでもそうですけど、実際にある薬で高血圧の治療をやっていると、アルツハイマーの発症が低くなるのがわかってきています。しかしなぜ血圧が高いとアルツハイマーの発症が増えるのか等解明されていないことも多いです。高血圧の薬がなんらかの関与をしていることは間違いないので、生活習慣の中に認知症の将来の発症を予防することを伝えていっていいのではないかと思います。

基本的にアルツハイマー病も単一の原因だけではなくて複数の因子が絡んで発症するという考えなので、やはり生活習慣病という観点から見たときにも予防的な意味があるのではないかと

と思います。

○玉井座長

質問でも、高血圧や高脂血症がなぜ悪いのかというような質問がありました。

○渡嘉敷氏

それも決め手は欠いていて良くわかっていないところがあります。たとえば糖についても糖尿があるとなぜアルツハイマーの発症が増えるのか解明されていません。

○玉井座長

沖縄では、痴呆が高度に進行した状態で受診される方が多いということですが、増尾さん、そのような方に笑顔で接するという事は結構難しいのではないですか。

○増尾氏

正直スタッフでさえカッとなることも多々あるのですが、当院の場合はスタッフが何名かいるので人を変えることができます。だから、簡単に教科書的なことは家でひとりで診ている方には言えないですね。家族教室で話をしても色々試したが結果が得られないことにお互い言葉を詰まらせる場面が多いですね。

○玉井座長

正に現場のプロでさえカッとなるのは多々あるでしょうね。そういう現場も踏まえて家族だけで孤立しないということも大事でしょうね。

○増尾氏

先ほど家族がいっぱいいっぱいになって相談に来るといった話がありましたが、デイケアを利用していた方で、施設では問題ないと思われていた方が実は、家ではギリギリの状態でも家族も疲れ果て、受診したときに入院となってしまったケースがありました。それに気づいてあげられなかったことがショックでした。それからは、私は送迎のときに顔をあわせる機会があるので、そのときに「良く眠れますか」とか、「最近どうですか」など声かけをおこなって家族の表情をみながら、先生に受診の際に伝えられるよう注意しております。やはり、ゆとりのある家族は冗談が飛んできますね。

○渡嘉敷氏

僕は基本的に外来へ来たときの断片でしか患者さんを診ることができないのですが、大体家族の対応が良いと思われる場合は、患者さんの状態も安定していることが多いのですが、そういった家族の対応によって症状が変わってくるというようなことはありますか。

○城間氏

喜瀬さんもおっしゃっていましたが、最初にご主人のケアをするについ、きついことを言ったり、怒ってしまったそうです。そうするとご主人も興奮して場合には手を出してきたそうです。そのときに自分が変わらないといけないと思って、ご主人が失禁したり何か失敗したときにも丁寧に対応することで本人も変わっていったそうです。だから自分が変わらないとダメですとよく家族会で話をされています。

やはり家族が少しずつ対応を変えていくことで患者の症状は大きく変わると思います。

一方で逆説的に薬で改善できるところはこちらで改善してあげ、夜寝るとか怒りっぽい部分を減らすことにより、家族への負担を軽減させると共に心のケアに繋がります。

○玉井氏

興味深いお話です。問題行動だけの治療ではなく、それを支える家族に対してのケアもしっかりと行うことが大切ですね。

○城間氏

一方で、ショートステイやデイサービスを利用するのに介護を頑張っているご家族もいらっしゃるんですが、それを見てると、そのような時期があるのかなという気がしております。再三説明しても利用に踏み切らないご家族もいらっしゃる。ご本人の病気を受け入れて自分達だけで頑張っていて、ある時期になると色々なサービスを利用するようになるケースが多々あります。

○玉井座長

家族自身が認知症というものを受容していく時期というものがあるのでしょう。

それが受容できて初めて色々なことに心開い

てサービスを受け入れられるようになるのかもしれない。

○城間氏

そのプロセスも見ながら、アドバイスをしたり話を聞いたりしています。一方的にサービスを利用するように言うと余計に家族にプレッシャーを与えることになります。

○玉井座長

家族会のスローガンに「こころは生きている」という言葉がありますが、こういう言葉は聴衆に訴えるものがあつたでしょうか。

○稲富会長

「こころは生きている」という言葉はみなさん一番よく感じたのではないのでしょうか。

予防のポイントは運動、食事、睡眠、それと頭を使うこととなっていますが、頭を使うということは知識を得るだけではダメで、それを出していかないとけません。10年ぐらい前の話ですが、ボケについて講演会があつたときにボケない職業は何かという話になって、それがオーケストラの指揮者である言っておりました。というのは、指揮者は色々な曲をインプットして、それを自分のイメージどおりに演奏させるために指揮によってアウトプットしているからだそうです。さらにハードな運動にもなるので、有名な指揮者はほとんど長生きしているそうです。色々な趣味をもつてるとボケることも少ないかと思つます。

○玉井座長

常に頭も心も体も使い続けることが大切ということですね。

そうすると認知症について、ある程度効果があるのかもしれない。

渡嘉敷先生、このへんは講演会をやつていてもよく聞かれるのではないですか。

○渡嘉敷氏

そうですね。どうやったら予防できるのか、どうやったら名前を覚えられるのかというようなことを聞かれます。

そのときに話すのは、たとえば名刺の裏に日付を書いたり、ネクタイの色を書くなどして、

印象付けることがよいのではないかとの話をしています。

○玉井座長

切実だと思います。自分はボケたくない、家族に負担をかけたくないという方は外来で診ても非常に多い。認知症に対する恐怖感があります。

こういう会を何度かやっていって認知症に対する知識と理解を深めていけば、予防、早期発見に繋がるし、家族に対する様々なサービスにも今後繋がっていくと思います。

どうしても1回や2回では中々無理なので、たとえばタイムス紙で認知症に関する記事を連載していただくと面白いと思います。

認知症に関わる様々な社会情勢も変わっているし、読者のニーズも変わってくるかもしれません。その面も公開講座だけではなく、色々なメディアを通じて発信していきたいと考えてお

ります。

稲富会長、我々はこれからどういう情報を発信していけばよいでしょうか。

○稲富会長

今日のように、皆さんが関心のあるテーマでやっていく方がよいのではないのでしょうか。

○玉井座長

地道に続けてやっていくことが大事かもしれませんね。

本日は、多くのご質問をいただきましたが、本当に反応も大きいですので、沖縄県民はおとなしいと言われておりますが、今日拝見してるとかなり皆さんポジティブにそしてアクティブに反応しはじめているということは肌で感じてとても心強く思っております。今日は有意義な県民公開講座であったと思います。

本当にありがとうございました。

お 知 ら せ

第12回沖縄県医師会県民公開講座

「ゆらぐ健康長寿おきなわ」

脳卒中 ～大事な人が倒れたら～

日 時：平成18年7月22日（土）13：30～15：30

場 所：ロワジールホテルオキナワ（天妃の間）

司 会：玉井 修（曙クリニック・沖縄県医師会ふれあい広報委員）

講 演

座 長 県立南部医療センター・こども医療センター副院長 下地 武義

「脳卒中とは」

県立南部医療センター・こども医療センター副院長 下地 武義

「脳梗塞の治療」

琉球大学医学部高気圧治療部助手 伊佐勝憲

「脳出血の現状」

浦添総合病院副院長 銘 莉 晋

「クモ膜下出血の治療」

沖縄赤十字病院脳外科部長 笠井直人