



## 神経内科医療スタートにあたって

副院長(神経内科) 鶴田 和 仁



本年4月から神経内科医として赴任しました鶴田です。以前も当院で神経内科がありしばらく途絶えていた後の再スタートになります。それにあたり若干の抱負と希望を述べさせていただきます。

「医療崩壊」という言葉を頻繁に耳にするようになったのはこの2年くらいのことです。これは都会や地方を問わず語られています。宮崎県も例外ではありませんし、むしろこの点では先を行っているかも知れません。世の中がどうひっくり返ろうと医療に対するニーズが無くなることは考えられませんからどこかで医療崩壊を食い止める方策がとられるはず。それを誰が主導するかによって将来の姿が大きく変わってくるでしょう。お上が主導するのか現場の医療者が主導するのか大きな分かれ道だと思います。少ない医療資源を活用するために医療者の適正配置が行われるとすれば、現場の医療者にとって就業場所の自由選択ができなくなる事態も予想されます。現に研修医については適正配置の計画が具体化されつつあり、地域によって研修医受入数の制限が設けられようとしております。研修医の少ない地域は助かるかも知れませんが、当の研修医にとって希望する病院での研修が受けられなくなる可能性もありますし、その他の医師についても同じ流れでの再編が行われる可能性もあります。最終的な手段としてはやむを得ないかも知れませんが現場で働く身としてはつらいものがあります。

本年3月に約1ヶ月ヘルシンキ大学で脳磁図に関する研修を受けて参りましたが、福祉先進国での医療供給がどのように行われているかについても知る機会がありました。ヘルシンキおよび周辺地区では約100万人の住民に対してHUSという組織が地域医療の供給と役割分担を担っておりました。HUSは地域住民から選挙で選ばれた評議会で病院の配置や機能について大枠を決めます。当然予算配分や医療者の定員などもそこで決められます。病院側からのメンバーも加わっていますが主役は地域住民ということになります。従って医療レベルの維持に住民が責任を負うことにもなりますし、医師と患者の関係も非常にうまくいっているように感じられました。しかし医療者の満足度は必ずしも高くはないように感じました。色々な理由があると思いますが、一つは現場の裁量権や働く場所の選択範囲が制限されていることも原因ではないかと推察いたしました。医療の質の担保と効率化を優先すれば当然の姿かも知

れませんが、これが日本の進むべき姿かどうか即断はできませんし、何よりも重要なのは現場からの発想を大切にすることではないかと思えます。

話を宮崎の現状に戻しますが、小生が関わっています「神経内科」については特に医師不足が深刻になっています。先般から県立延岡病院の神経内科が閉鎖されるという記事を目にされた方も多いと思います。これが何を意味しているかといいますと、宮崎県北部での神経内科医療の崩壊がおこっているのです。先日延岡地区の某病院から痙攣重積の患者さんが当院へ搬送されてきました。従来であれば延岡地区で十分対応できたケースではないかと思えます。予想されたこととはいえ、県北地区で従来では考えられなかった医療サービスの低下が進行しております。しかしこれは県北地区だけの問題ではなく、やがては中央部でも同様の事態が起こる危険をはらんでいます。宮崎県全体をみましても、宮崎市と都城地区を除くと実質的には病院から神経内科医がなくなっております。しかも次世代を担う若手が育っていないのです。若い神経内科医が残らない理由は、宮崎には神経疾患について勉強するのに適した施設が大学以外に無いことも理由として考えられます。

今後高齢化社会を迎えるに当たり神経内科の必要性はますます高まってくると思われれます。潤和リハビリテーション振興財団という名前が示しているように当院では神経疾患に対するとり組みが大きな柱になると思われれます。従来から脳神経外科は地域の中で重要な役割を果たしてきました。それに神経内科を加えることにより、より高いレベルの神経疾患に対する医療サービスを提供できるのではないかと考えます。ひいては神経疾患への関心を持ってくれる若い医師がそこから育つことも可能でしょう。医療資源の有効活用にとってセンター化は有力な解決法だと思います。これらが良い循環になるようですと当院のますますの機能充実に資する事ができるでしょうし、地域医療にとっても歓迎されることではないかと思えます。近い将来「脳・神経疾患センター」を立ち上げ名実ともに地域に必要とされる神経センターとなるよう微力を傾けたいと希望しております。その為には皆様方のお力添えが是非必要ですのでよろしくお願い申し上げます。



## 【初めに】

人間にのみ存在する能力、すなわち後肢のみで2本足歩行、直立姿勢保持、上肢ことに手の母指対立動作によって物を作り、作った物を使い、そうやって文明を発展させてきました。つまり人類が今日の文化を創造できたのは手のおかげであると言っても過言ではありません。手は極めて緻密な運動器官であると同時に繊細な知覚器官であるが故に、そのちょっとした障害も日常生活には大きな支障をきたすのです。

手の外科が、外科領域の一専門分野として認められたのは、第二次世界大戦後の1947年頃のアメリカです。それより約10年遅れて日本では、1957年に日本手の外科学会が開設され、この時代は工業の発達と共に農業においても手の外傷患者が増加してきたので、機能障害の少ない状態に回復させるための技術を習得する事が、手の外科医として大事な任務と責任でした。最近の傾向として、手の外傷は減少し、代わって絞扼性神経障害、スポーツ障害が目立つようになってきました。肘、手指といった上肢の疾患には多様な病態が存在します。その多くは疼痛、運動障害、痺れを伴うため患者様のADL(日常生活動作)、QOL(生活の質)に与える影響は大きいと思います。そのため早期の適切な診断、治療は、病態の悪化やADLの低下を防ぐうえで極めて重要です。

また最近の進歩としてマイクロサージャリー（微小血管外科）の導入による手指再接着、再建術、関節鏡視下手術の導入、人工関節の開発発展があげられます。

## 【手の機能(運動)】

手の機能(運動)は大きく分けて3つあります。その機能とはReach(到達)、Grasp(把持)、Release(放すこと)です。この3つの機能を組み合わせて、より複雑な運動を脳の指令に従って自由自在に行なうと同時に、その感覚は極めて鋭敏で、物の形、その性状までを触知する一種の目の役割りをする事が出来ます。また肩関節、上腕部、前腕部は、手がより良く機能を発揮するための脳と手の連絡部分です。

## 【手の対象疾患】

- \* 生まれつき手足に異常がある先天異常：合指症、多指症等
- \* 神経、血管の損傷：顕微鏡を使つての血管吻合、神経縫合、四指の再接着、組織移植等で、これらがマイクロサージャリー（微小血管外科）の対象です。
- \* 関節の近くで神経が圧迫を受けて神経障害がおこる絞扼性神経障害：手根管症候群、肘部管症候群、円回内筋症候群等
- \* 外傷、スポーツ障害等で生じる骨折、脱臼と靭帯損傷：突き指、コレーズ骨折、上腕骨顆上骨折、捻挫等
- \* 切創、骨折、関節炎で指が動かなくなる腱損傷：屈筋腱断裂、伸筋腱断裂、骨折後の腱皮下断裂、関節リウマチでの指運動障害
- \* 骨腫瘍：骨嚢腫、内軟骨腫、外骨腫、転移がん等
- \* 軟部腫瘍：ガングリオン、脂肪腫、巨細胞腫、神経腫等
- \* 関節、骨での炎症：化膿性関節炎、関節リウマチ、骨髄炎等

次に最近外来でよくみられる手の疾患について述べてみます。

### (1) 手根管症候群

中年の女性、手指を良く使う人、長期血液透析されてる方が母指、示指、中指、環指の手掌部の痺れを伴う。手関節の手掌部での正中神経の絞扼性神経障害です。

### (2) 橈骨遠位端骨折

手を着いて倒れたときにおこる手首での骨折です。骨粗鬆症を持った高齢者に特に頻発します。

### (3) ガングリオン

手に発生する腫瘍、ないし類似腫瘍のうちで最も頻度が高い。皮膚より半球状に盛り上がった緊満した硬い腫瘤で、基部で固定されてるが皮膚との癒着は無い、疼痛はあっても軽い。腫瘤の大部分は無色透明のゼリー様物質が貯留しています。

## 【手の疾患の検査と治療方法】

正しい診断と障害の程度を知るためにはレントゲン、CTなどの放射線検査、MRI(磁気共鳴映像装置)検査、電気生理学的検査が必要です。治療方法は、保存的治療と手術的治療があり、保存的治療とは徒手整復や徒手矯正、ギブスなどの固定法、温熱療法、薬物療法です。手術的治療とは手術によって可能な限り、正常な状態に近づける事です。治療の効果を最大限にあげ、機能障害を最小限にするためには、後療法として理学療法士、作業療法士、義肢装具士等のリハビリ部門スタッフの協力が重要になります。

## 【終わりに】

手の外科として最初の目標は、手の疾患の的確な診断と治療です。そして最終目標は、手を機能障害の少ない状態に戻し、患者様の社会復帰、家庭復帰の手助けをする事です。そのためには、手の外科専門医、リハビリ部門、看護部門、患者様、その御家族様との良好な人間関係が大切な要素となりますので、五者間のコミュニケーションを計り、患者様回復の一助となるよう努力していきたいと思ひます。



# 今年も25名の新卒の看護師が入りました。 よろしくお願いします。

今年も記念病院に31名の看護師が入職しました。そのうち新卒の看護師は25名です。医療の高度化、複雑化及び入院期間の短縮化を背景として、看護師はより高い看護実践能力が求められています。医療・看護の安全性を確保するためには、新人看護師に対する就業後の研修は不可欠です。いま、医療現場や行政は新人看護職員の卒後研修制度化への取り組みを始めています。そこで、当院の新人看護師の教育内容の一部をご紹介します。看護師は、患者さんをはじめご家族、そして多くの医療スタッフから学び、育てられます。新人看護師は名札に桜マークを付けています。どうぞよろしくお願いいたします。

## 新人教育プログラム



2月

12月

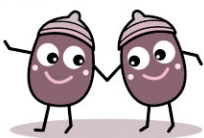


事故分析と  
危険予知トレーニング



11月

看護ケアにおける  
医療安全・感染管理



3月

12ヶ月  
フォローアップ研修

1月

入職前研修（電子カルテ操作  
・基礎看護技術演習）  
入職時オリエンテーション  
接遇研修  
医療安全・感染管理・看護記録  
リハビリテーション研修



早く1人前の看護師になれるよう、がんばります！

10月

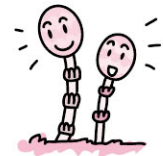
6ヶ月  
フォローアップ研修



酸素療法と呼吸ケア

8月

9月



5月

1ヶ月フォローアップ研修  
摂食嚥下障害看護



6月

輸血と麻薬の取り扱い



7月

3ヶ月フォローアップ研修



救命救急処置技術

# みなさんこんにちは!

新しく来られた先生の紹介をいたします。

## 鶴田 和仁 (つるた かずひと)

【担当科】神経内科  
【出身大学】熊本大学  
【趣味・特技】1年に1.2度のスキー・時々剣道  
【自己PR】60歳であらたな事にチャレンジする事になりました。  
「体力はそこそこ、気は若く」という所です。



## 高妻 雅和 (こうづま まさかず)

【担当科】整形外科  
【出身大学】長崎大学  
【趣味・特技】硬式テニス・映画鑑賞  
【自己PR】手の外科、頑張ります。



## 松田 祥一 (まつだ よういち)

【担当科】外科・リハビリ科  
【出身大学】宮崎医科大学  
【趣味・特技】テニス  
【自己PR】地域医療に貢献できるよう頑張ります。  
宜しくお願いします。



## 加茂 健太 (かも けんた)

【担当科】整形外科  
【出身大学】愛媛大学  
【趣味・特技】野球  
【自己PR】よろしくお願いします。



## 記念病院 理念

「人間愛」

### 記念病院 基本方針

1. 患者様の人権と意思を尊重し、患者様の立場に立った医療を提供します。
2. 地域の中核的病院として、専門的且つ高度な医療を実践します。
3. チーム医療を推進し、より良い医療を目指します。
4. 豊かな人間性を兼ね備えた医療人を育成します。
5. 職員が意欲を持って働ける職場環境を作ります。

### おとがき

旅の楽しみには人それぞれ様々なものがあると思いますが、私の場合は「スタンプを集める」ことがその一つです。駅に設置された駅スタンプを中心に観光名所などに置かれたものを集めています。

本格的に集め始める前は、偶然持ち合わせたメモ紙やパンフレットの指定された箇所に押していたのですが、「後からいつでも見返すことができるようにしよう」と思い立ち、無地のノートに押し始めると、これがなかなか楽しく、自分だけの旅の思い出として悦に入っています。

さて、駅スタンプにはいくつかの種類があるのですが、私が好きなものは国鉄時代の昭和55年に登場した「わたしの旅」シリーズです。ご存知の方も多いかもありませんが、このスタンプには色と形に意味があります。黒・赤・紫の3色と丸・四角・五角・六角の4種を組み合わせて12種類の分類をし、それぞれに駅や周辺観光地の特徴を当てはめてあるのです。例えば「黒・丸」は自然や景色が特色の駅、「赤・四角」は新しい建築や文化施設が特色の駅、「紫・五角」は味覚が特色の駅、「紫・六角」は産業が特色の駅のようになります。また「シンボルフレーズ」が入っているのも嬉しいところ。「一生に一度はお参り・善光寺のある駅」(信越本線長野野駅)、「琵琶湖に面する北陸への分岐駅」(東海道本線米原駅)、「日本最古の温泉のある駅」(予讃線松山駅)：旅情満点です。JR発足後は支社単位でスタンプの新製が行われているようですが、右記のものに比べると味気のないものになっているように感じます。

ところで、これまで集めたスタンプの中で私の一番のお気に入りには、JR北海道函館本線余市駅で手に入れた「宇宙飛行士誕生のまち」の文字をあしらった毛利衛さんの顔イラスト入りスタンプです。駅スタンプではないところはご愛嬌。