

神奈川県精神科病院協会 会報

第72号(2007年)



まゆごもり・黒岩秀夫

(社) 神奈川県精神科病院協会



巻 頭 言

(社)神奈川県精神科病院協会
会長 竹内 知夫

昨年は精神科医療にとって一大転換期であったと言っても過言ではありませんでした。診療報酬の改定を始めとして、障害者自立支援法の施行、精神保健福祉法の一部改定と色々なことがありました。特に精神科領域にとって痛手だったのは、夜勤者が有資格者2人となったことと、看護基準の引き上げでした。全国至る所で看護師不足に悩まされ、精神科病院にとっては生き残るためにはベット数を減らさなければやっていけない状況となりました。それだけでなく神奈川県は精神科のベット数が全国一少ない所なのに、更に減らさねばならないという事態となり、精神科救急にも影響が出たと思います。会員病院でもいろいろと知恵を出し、この難局を何とか切り抜けていただいたようで、潰れる病院は一病院も出ませんでした。会員病院の努力に感謝申し上げます。

一方自立支援法の施行に伴う混乱もたいしたことなく進み、一応順調に進んでいるように見えますが、小規模作業所やグループホームを併設されている会員病院ではかなり厳しいものがあると聞いております。精神障害者の方々にも以前より経済的負担は増えたようで何とか改善していただかないと先が思いやられます。世の中が急激に変化していると同様、国の政策の動きも急激すぎり市町村がそれに追いついて行けない現状があります。これからは会員病院も地元市町村との連携がこれまで以上に大切となります。積極的に地元市町村での委員会に参加して発言して行ってください。

医師の問題でも産婦人科医と小児科医の不足ばかりがマスコミでは取り上げられておりますが、精神科医も例外ではありません。幸い県内の大学の精神科教室への入局者はかなりおりますので、影響は少ないかとは思いますが、やはりある大学などは地域医療に力を入れるということで、遠方の関連病院から医師を引き上げたということも聞きます。新医師臨床研修制度内での精神科研修

の時に、関係する精神科病院でも精神科への興味を持たせるような研修内容を提供することも必要だと思います。会員病院の多くはこの研修病院として参加しているわけですから、その辺も考えて頑張って頂きたいと思います。今後も医療全体が厳しい状況におかれ淘汰されて行くと思われませんが、会員病院がお互い助け合いながら一つの病院も潰れることなく頑張って行きましょう。

目 次

1. 巻頭言 竹 内 知 夫
2. 横浜市における「退院支援活動」の更なる展開について
..... 津 田 昌 利 1
3. 神精協への思い 川 口 陽太郎 5
4. 平成18年度 神奈川県精神科病院協会事務長部会研修会報告
..... 矢 吹 浩 志 7
5. 平成18年度 精神科看護技術研修会
◎慢性期患者の理解と対応 工 藤 テル子 13
◎急性期病院の看護 志 田 京 子・難 波 妙 子 16
◎アルコール依存症の理解と対応 宮 川 朋 大 21
6. 平成18年度 薬剤課職員研修会 上 島 国 利 24
7. 平成18年度 栄養課職員研修会 小 池 剛 32
8. 平成18年度 事業報告 事 務 局 36
9. 後 記 黒 岩 隆 61

横浜市における 「退院支援活動」の更なる展開について

紫雲会横浜病院 院長 津田 昌利

平成16年9月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が発表され、今後の障害保健福祉施策について、改革のグランドデザインが示され、7万床の病床削減が話題になっている。

平成18年度は、障害者自立支援法の制定と運用の元年になった。社会的入院者の退院促進が問題となり、自立支援法体制の中で居住支援サービスが促進されているのか、地域生活支援事業運営に不透明な部分が多い。

平成18年8月1日から横浜市退院促進支援モデル事業を発足した。市の説明によると「これまで、精神科病院からの退院支援については、個々の病院や区役所などが、日常の相談業務の中で取り組みを進めてまいりましたが、多くの退院可能な方が地域生活に移行していくためには計画的な支援を行なう仕組みが必要です」ということであった。

具体的には、9月にこの退院促進支援モデル事業が神奈川区生活支援センターに委託され、支援センターに自立支援員が2名配置され、自立支援協議会（市・区の担当職員や病院のケースワーカーなどで構成）が発足し、その会議が選んだ対象者（退院を目指す患者）について支援を行なうことになった。

神奈川区生活支援センターに委託された対象病院は、芹香病院、ワシン坂病院、紫雲会横浜病院、鶴見西井病院である。これら4病院の中から10名の患者を選び出し、うち4名を年内に退院することを目標とすることで始まった。これまで個別の退院相談であったものが、横浜市が主体になって組織的に患者の退院の環境を考えていくという画期的事業だと思う。社会復帰を目指す患者が、さまざまな社会資源を活用するにあたって、1病院のケースワーカーだけでは限界があり、情報収集し、退院までこぎつけていくことはきわめて困難なこと

です。今年度は、横浜市全体で退院目標が4名になっているが、病院で生活することを目標にしてきた患者からすると、不安なく受けとめるまでには十分な時間とは言えないからです。地道な取り組みが、今後も続かねばなりません。

平成18年11月22日は、横浜市総合医療保健センターが主催する「退院支援プログラム研修会」が当院の施設内で行なわれた。入院患者を対象に退院後の生活を支えてくれる生活訓練施設や地域作業所などが紹介され、退院後の生活体験が語られ、地域生活へ向けられ、安心して退院できる施設の充実が求められている。生活訓練施設（宿泊型）援護寮では2～3年間の生活だが、横浜市でも、設置されている区が少ない。援護寮でのショートステイで自信を得られる患者が多くなっている。

退院促進について、神奈川区の広報担当から1時間の院長インタビューの要請があり、問題点と退院支援をめぐる受け入れ対策に言及し、横浜市版の“よこはまの神奈川版”18年11月号に掲載された。

神奈川区の紫雲会横浜病院は、2年後に100周年を迎えることになり、病院建物の老朽化に伴い、今年4月から病院建直しを実施するにあたり、対応措置として病棟内の一部取り壊し移動が行なわれていた。

新病院の定床は250床ですので、一昨年以來、入院患者数、300床から退院可能な患者の移動を行なっており、265床を前後している。神奈川区生活支援センターのご協力をいただいている。

約300人が入院し、看護有資格者は60人、患者5人に看護師1人の「5対1」体制をとる。政府は入院が20～30年に及ぶ精神科に着目し、4月から「4対1」体制が無理な病院の入院基本料を約14%カット。横浜病院の場合、4対1達成には看護師15人増が必要だが、看護師の奪い合いが続く首都圏では不可能に近いという。5対1体制の入院基本料は4月以降、患者1人当たり約1400円減の日額9000円弱になった。このため横浜病院は毎日40万円近い減収となり、年間では1億5000万円、総収入の約12%にあたる。江波戸事務長は「一日も早く4対1にしないと倒産する。同業の精神科病院にも廃院がかなりでるでしょう」と、残された選択肢は、患者60人を退院させ、看護師の増員なしに「4対1」

を達成させる手段しかない。それでも、精神科の場合、生活困窮者が多く、受け皿がない中ですぐに退院を迫るのは不可能であった。

平成18年10月1日に障害者自立支援法が本格的に施行された。地域移行型ホームに加えて、精神病床を転換して設置する「退院支援施設」構想が急遽提案された。平成19年4月まで延期になり、長期在院患者を抱えて経営上行き詰まった精神病院が「退院支援施設」への病床転換に当面活路を見いだして、病院敷地内にできていく可能性があるという説があり、当院は病院建て替え企画に新病棟完成まで、「退院支援施設」の利用の構想があったのだが間に合わない事態になったのである。従って病院前に退院患者が共同生活をするのできる施設を早めに整備する意向である。

神奈川区の退院患者の問題例2例についてふれたい。

【第1例】

71才 男性 統合失調症で、長期入院患者で、閉鎖病棟にて陽性症状は遠隔化し、無為自閉的生活を続けていたが、社会復帰を嫌がり、一生病院での生活を希望し、開放病棟への転棟も嫌がっていたが、説得に応じ、開放病棟に転棟したところ、元気になり対人関係もよく安定していたのである。退院に同意して、退院後はアパートを借りて单身生活に移行したのである。月2回の訪問看護を続け、本人の希望により、訪問回数を減らし、遂に中止を希望され、中止したところ、数か月後に自殺された。

患者の社会生活を考えてみるに、社会での生活体験から社会に嫌気がさし、自殺を考えたこともあり、入院によって生活の安定の場所を見いだしていたのであろうか。

精神医学は本質的に、心的現象として「理解を越えた」ものを対象とし、そうした判断を重ね、治療を行なっているが、不合理な精神の営みに対する考察にまで至らないのである。薬物療法による症状の消失を目標とし、個別性を無視した「平均的な精神療法」になりがちである。

【第2例】

54才 男性 うつ病 外資系の会社に勤務、経理部係長をしていた。一人っ

子で母親と二人暮らしである。19年前うつ病を発症し、紫雲会横浜病院の外来初診で、3ヵ月後退職し、一時アルバイトした。16年前から生活保護を受けている。一時不安発作がなくなるまでと希望され、3日間の入院歴あり、10年前から人混みの中での恐怖感、頭痛、胃腸が悪いなど、軽度のうつ状態が続き、アルバイトをしては辞め、繰り返していた。自宅にはホームヘルパー週2回の支援が続いている。母は、19年前からうつ病で紫雲会横浜病院に通院服薬中で、3年前脳梗塞となり、3ヵ月前、嚥下障害で救急入院し、当院へ転入院され、歩行障害も改善し、歩行可能となり、食物の嚥下もよく、失語症で会話は困難であるが、機嫌もよく、自宅への退院を希望していた。

息子である患者は、母が嚥下障害を再び起きてはと不安が強く、退院に反対するので、老人施設入所をすすめてみたが、母の帰宅願望と意外な回復力に施設入所を希望せず、退院の運びとなったが、自宅へ外泊を勧めてもホームヘルパーが居ないと自信がないと不安がっていたので、家庭生活に自信がなければいつでも母が再入院する条件で退院し、1週間外泊のつもりで様子を見ることで、ホームヘルパーも同時に再開の手続きをとり退院した。退院当日の受診では、「飼猫がくも膜下出血(?)で死亡したが、よくないことはわかっていた」が、獣医に受診しなかったことについて、罪業感を訴えていた。7日後にホームヘルパーから患者が包丁を手にして眺めていると、区役所の方に連絡があった。その夕方時間外に紫雲会横浜病院に連絡あり、その夜、母の首を締め、患者も自傷行為があった。患者が電話で近所の友人に伝え警察に保護された。

母の退院が家族の一人息子に過剰な負担となり、息子の再発のきっかけをもたらしたことは誠に遺憾なことであると反省している。

母は77才で、病状が軽快し帰宅可能な状態で、患者が母との生活で病状が悪化するおそれがある場合の対策には、迅速性と精密性のバランスを考慮した対応が必要である。更に地域格差、ケアマネジメントの困難さについて、多面的な検討をしていくべきことであろう。退院促進というよりも退院支援対策としての多面的活動が求められるが、患者の管理化への道につながるものがないよう願っている。

神精協への想い

丹沢病院 院長 川口陽太郎

私が精神医療の道に入ったのは昭和49年のことでありました。

大学の医局は内科で過ごしたため、精神医学や精神科診療の実際は当時の院長の本郷勇先生について勉強いたしました。その後昭和54年に院長の任に就きました。

しかし、精神病院のあり方や経営のノウハウ及び精神病院協会がどのような機能を果たしているのか等を理解するにはまだしばらくの時間を要しました。その折に愛光病院の院長竹内知夫先生から勉強会の立ち上げの呼びかけをいただき、6～7人程でいろいろと、勉強したことが私の精神医学・病院経営の基礎となりました。その後当時の栗田会長・鈴木副会長の計らいで神精協の理事会に参画し活動するにいたりました。当時は協会と県との間で精神科救急医療体制をいかに確立していくかを熱心に検討しておりました。

昭和63年には日本精神科病院協会精神医学会を神精協主催で横浜県民ホールで行いました。その年は精神衛生法から精神保健法にと大幅な法改正が行われ、患者様の人権の尊重・処遇の改善・通信面会の自由・社会復帰の促進、指定医制度及び入院形態の変更が強く打ち出され、精神医療の改革を求められた年でもあります。学会においても精神保健法をテーマとしてシンポジウムを大々的に行いました。その時新しい法律の理解の浅い私にシンポジウムの司会という指名をいただき、その重責を何とか果たしたのも今振り返ると、若さゆえの無謀と苦笑しております。また日精協の代議員にも任命され、日精協の改正精神保健法のプロジェクトチーム・医療政策委員会・代議員会副議長等の大役もなんとかやり遂げることができました。それは私にとってとても大変ではありましたが、貴重な経験になりました。当時の神精協会長栗田先生に感謝申し上げます。

しかし、それからの神精協の流れはいろいろ語りきれないこともあり、理事の任を辞したこともありました。6年間のブランクの後再び神精協の理事の仲間入りをいたしました。月日の隔たりには埋めがたいものがあったのも事実でありました。その間にご推薦いただき、藍綬褒章も受章させていただきましたが、精神医療の現場事情もあり、自院の業務に多忙をきたしたため前期を限りに理事の任を辞させていただきました。今の医療は大学の医師の引き上げによる人手不足・納得のいかない警察介入等により勤務医の労働環境が急速に悪化し開業にはしるケースが多くなってきております。また精神病院においては7万床の削減・障害者自立支援法・退院促進・看護師の定数問題等が山積されており年々厳しさをましております。一病院の院長として今後共、会員病院のため神精協が明確な目標・方向性をもって安定したよりよい医療を提供できるように活動していただきますことを希望しております。神精協のますますのご発展をお祈りいたします。

平成18年度 神奈川県精神科病院協会事務長会研修会報告

相州病院 事務長 矢吹 浩志

日 時：平成18年11月17日

場 所：於箱根高原ホテル

演 者：さわ病院 澤温先生

演 題：今後の精神科医療経営について

—さわ病院の運営経過と医療制度改革をみて—

参加者 事務長 19名

看護部長 15名 他

豊富な見識、及び、さわ病院での医療・経営の実践に基づき、示唆に富んだ内容であった。

最初に、

「ただ経済誘導に踊らされるか」

「医療に専念するか」

「しかし病床はどれほど必要か」

「施設化も覚悟か」

「福祉にどれだけ手を出すか」

という全体のテーマを出されたうえで、その裏づけを説明されていかれた。

厚生労働省が治療入院を病院の機能とし、生活＋医療の機能を退院支援施設＋クリニック他、生活支援施設として分ける方針であるのは、関係者の共通認識と言えよう。

病院は生活援助と治療援助複合体から、治療援助のみへの移行が求められて

いるわけであるが、歴史を背負った病院にとっては、急な舵取りは沈没に繋がりがねない危険性があり、上記は多くの病院の共通テーマとなっているものと思われる。

澤先生としても「思案中」とのことと話されていたが、澤病院の現状を説明される中で、方向付けは暗示されているように感じられた。

それは「さわ病院の目指すもの」ということで、精神科救急を含む実践を通してのお話であった。

スローガンは、

「迅速性、責任性、継続性」

「均質な医療」

「医療と福祉との連携」

「入り口の整備と出口の整備」

「救急医療とリハビリテーション」

「どこまで、いつまで福祉に手を出すかは結論を出していない」

ということで救急医療をメインとした話であるが、救急入院科病棟を2つ114床というのは、神奈川の精神科救急システムでは考えられないことである。

日精協の鮫島会長も話されていたが、「民間病院も公的な役割を担うことによって、社会の評価を受ける必要がある」ということで、救急医療を単に行政と大学・公的病院にまかせるのではなく、民間も積極的に精神科救急の担い手としてのシステムを検討するべきとのことであり、まさに「さわ病院」は実践しているということである。

さらに、さわ病院は単に救急をとということではなく、すでに診療所2ヶ所、グループホーム11他、福祉ホームB、生活支援センター、通所授産施設、福祉工場等々の運営の歴史があり、社会復帰、参加を含めた地域医療の一つの機能としての救急・急性期入院医療を病院機能にというコンセプトであり、地域の特性を含めて、必ずしも全ての病院が真似できるものではないが、方向性が明確である印象を受けた。

「救急の基本」は、

「いつでも」 = 「迅速性」

「どこでも」「誰でも」 = 「均質性」

「医の立場」の基本は「良質な医療」を提供

「良質な医療」

「迅速性」

「責任性」

「継続性」

「均質な医療」

とのことであり、「精神科救急の位置づけ」は、

「精神科救急は地域医療の一要素」

「病をもちながらも住み慣れたところでの生活を少しでもよく、長く維持できること」

「社会復帰のバックアップ」

「救急医療は医療の原点」

「救急の根底にある理念は「いつでも」「どこでも」「だれでも」」

「精神科救急は救急といっても命に別状ないという人もいるが、不安でおびえていたり、急性の精神病状態で本人や家族や周辺の人が悩んでいたりしているのは出血している状態と同じと考えるべき」

とのことである。また「なぜ精神科救急か？」ということでは、

地域精神保健や社会復帰との関係が大きい

充分良くなってから退院→入院の絶対的が必要がなければ退院して外来で見よう

「早期発見、早期治療、早期退院」

入院させて治療→入院治療に代わるメニューでインテンシブに治療しよう

社会復帰メニュー整備と連動

(デイケア、訪問看護)

とのことであり、「障害ある人が地域で生活するための6要素」として、

- ① 栄養管理（食事）
- ② 経済管理（金銭の管理）
- ③ 生活リズム管理（睡眠と日中の過ごし方—もともとテレビを見たりごろごろしている人はそれもよしとして）
- ④ 保清（掃除、洗濯、入浴）
- ⑤ 治療管理（服薬）
- ⑥ 対人関係（自閉なら自閉なりにその人なりの対人距離を認めたとして）

の6項目をあげている。

そして、精神医療の今後へのキーワード入院医療から地域医療へ—

外来化・地域化

外来医療の整備（入り口の整備と出口の整備）

入り口の整備

救急医療

いつでもどこでも誰でも

ええとこどりやつまみ食いでない医療

出口の整備

リハビリテーションと社会復帰

ということで方向付けをされ、「今後の精神科医療の方向性（私見）」として。

入院数は地域資源の整備に従って減る（病床を減らすか入院を確保するか）

地域の理解が進むか

本当に金がつくか

特に社会復帰部門は赤字あるいは赤字すれすれ

入院は短期

入院料も高い

包括になればなるほど質の確保が重要

外来比率が大きくなる（クリニックはライバル）

外来数の伸びとベッド数の減少のバランスを

クリニックの「いいとこ取りのつまみ食い」をどうする

医師の確保が困難（病院だけ40人に1人—デイケアでさえ）

救急は患者数の確保に必須

患者が集まるように

デイケアや訪問看護でキャッチメントの中の患者数を確保

アメニティ、プライバシー、セキュリティを確保

救急で確保

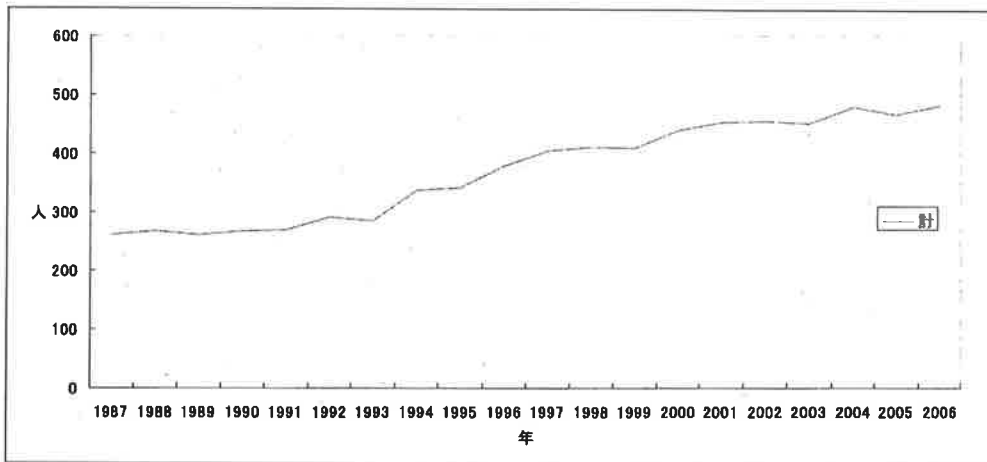
病院の質の確保（病院機能評価、ISO）

救急も短期治療もやりがいがあるがバーンアウトに注意

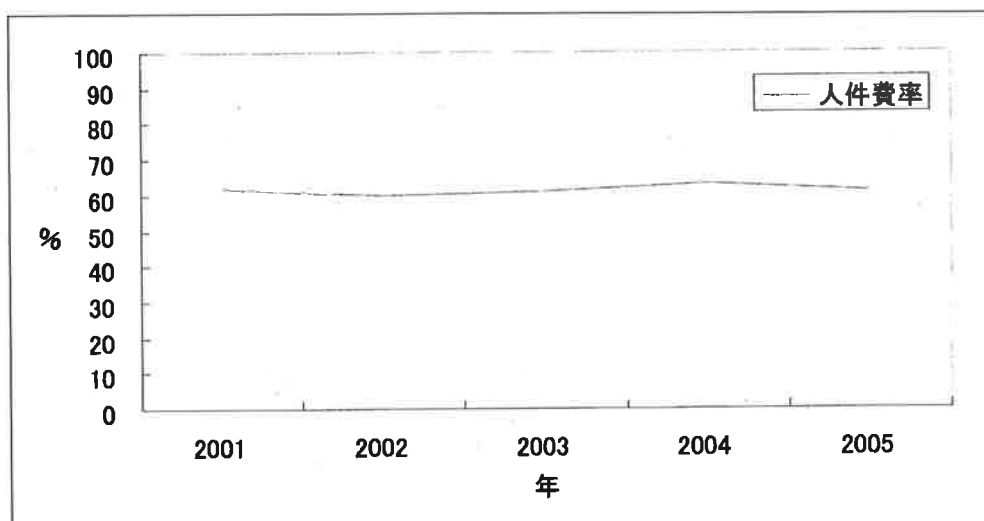
と纏められている。

経営としては、下記内容のとおり、職員数が増加しても、人件費率を60%前後に維持するという、労務管理を含む、組織運営・管理の努力が推察されるどころである。

職員数



人件費率



最後に。

7年前に見学に行かせていただいた「さわ病院」を、データで再度見学させていただいたような詳細な内容であり、また、短い言葉「スローガン」的にまとめていただき、分かりやすいという印象を受けました。

この他にも、示唆に富む内容が沢山ありましたが、紙面の都合上省略させていただきます。

私が精神医療に係わりはじめた30年前に言われていた、「地域精神医療」ということが、やっと、今、全国的に具現化されつつあるようなお話でした。

当時、成増厚生病院の副院長だった丸山弘毅先生と「救急は病院が当然やるべきこと」、「精神科は、なぜやれないのか？やろうとしないのか？」と論じ合ったことを思い出させていただいたことに感謝し、澤先生へのお礼のことばとさせていただきます。

平成18年度 精神科看護技術研修会

◎慢性期患者の理解と対応

ワシン坂病院 副看護部長 工藤テル子

I はじめに 一患者中心の看護を目指して一

自己紹介 患者さんから学んだこと

やさしさ・あたたかさ・いたわり・思いやり・人間性の成長

II 精神科看護とは

心を病む人たちが再び社会の中で生活できるよう人間関係の回復に向けて援助する過程である。

- ・患者—看護者関係
- ・家族関係
- ・地域との関係—学校・職場・友人・作業所等

III 医療と看護の流れ

病院内医療

→病院の開放化

→地域医療

院内作業

向精神薬の役割

院外作業

インシュリン療法

SST

ECT

デイ・ケア

生活教室

訪問看護

地域作業所

IV 精神科看護の基本

- 1 自分を知る 生育歴—厳しく育てられれば相手にも厳しくなる
性 格—優しく・穏やか・明るい・強い
傾 向—切れやすい・あわて者・人の話を聞かない
感情のコントロール
- 2 相手を知る 情報を多く持つことは必要だが大事なことは自分の目、
耳、手と感性を働かせる（資料参照）
- 3 患 者—看護者関係を築く
- 4 鍵の持つ意味と与える影響を考える

V 患者の理解

- 1 慢性期における患者への対応
入院期間3ヶ月以上
人間関係の確立 → 自立への援助 → 社会復帰への援助
 - 1) 人間関係の確立（SST 的関わり）
 - ① 患者さんと話をしているか
 - ② 患者さんの良いところを見ているか
 - ③ 患者さんを認め褒めているか
 - 2) 自立への援助
 - ① 何が出来て何が出来ないかを見極め計画に上げる
 - ② 入院時から社会復帰を目標にする
 - ③ 患者と共に考える
 - 3) 社会復帰への援助
入院時から退院に向けて援助を開始する
 - ① カンファレンスを開き問題点を明らかにする
 - ② カンファレンスは退院に関わる関係者間で行う
できれば本人を交えて行うことが望ましい
 - ③ 出来るだけ退院予定日は早めに設定し退院に向けて準備ができ

るようにする

例 ・作業所見学

- ・訪問看護—退院前訪問と関係者とのカンファレンス
- ・デイケア見学とオリエンテーション
- ・アパート探し

2 家族への関わり

1) 来院時は温かく迎えねぎらいの言葉を忘れない

- ① 入院時から退院に向けオリエンテーションを行う
- ② キーパーソンをはっきりさせ家族への連絡は密に行う
- ③ 受け持ち看護者を紹介し常に連絡を取りやすくしておく
- ④ 面会時は声をかけ情報交換を行う

3 病的状態の看護 別紙参照

患者の傍に行き声をかけ表情・動作を観察する

患者の声に耳を傾ける

4 日常の看護

看護体制について

受け持ち看護者の役割

カンファレンス

カードックスと看護記録の連動

VI 看護者に求められるもの

1 自己点検

- ① 精神科への偏見はないか
- ② 前向きに取り組んでいるか
- ③ 楽しく仕事が出来ているか（チームワーク）
- ④ 分からないことを曖昧にしていないか

2 自己研鑽

自分の課題を持とう

◎急性期病院の看護

相州病院 看護部長 志田 京子

看護師 難波 妙子

1. 精神医療を取り巻く環境の変化

精神保健医療福祉の改革ビジョン—精神保健福祉対策本部（平成16年）

① 国民意識の変革の達成目標

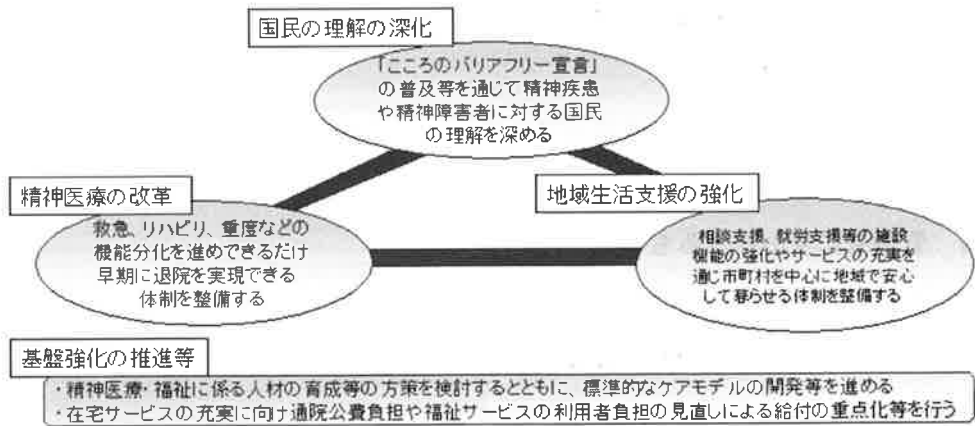
精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする。

② 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

各都道府県の平均残存率（一年未満群）を24%以下とする

各都道府県の退院率（一年以上群）を29%以上とする

※この目標の達成により、10年間で約7万床相当の病床数の減少を促進



資料参考：精神保健福祉対策本部

2. 日本の精神医療の今後

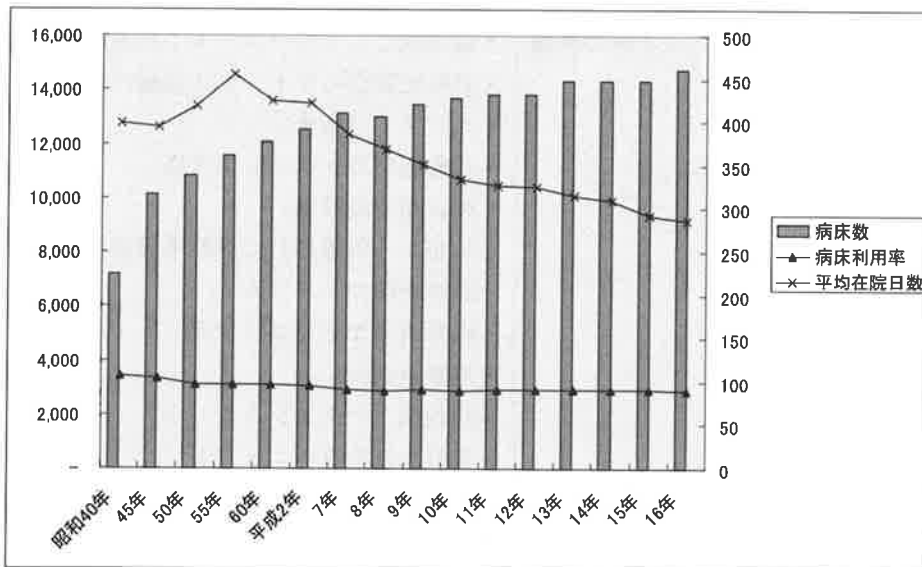
- 現在入院・入所している精神疾患患者の中の22万人（うち入院患者は7万人）を施設入所16万人、地域移行6万人に推計し、移行を図っていく方針。
- 従来の入院依存／収容型の精神医療→短期入院早期退院～地域／在宅支援の精神医療にシフト
- 入院病床の多さに依存していた大規模精神病院も→地域支援型にシフト

3. 精神科病床運営に関する今後の課題

- 病院（医療）と施設（生活援助・支援）の機能の明確化
- 医療が必要な入院患者に対しては適正な医療を効率的な方法で実施
- 退院後の生活支援が行えるようなサポート体制の構築の推進（外来クリニック・通所デイケア・訪問看護ステーションなど）

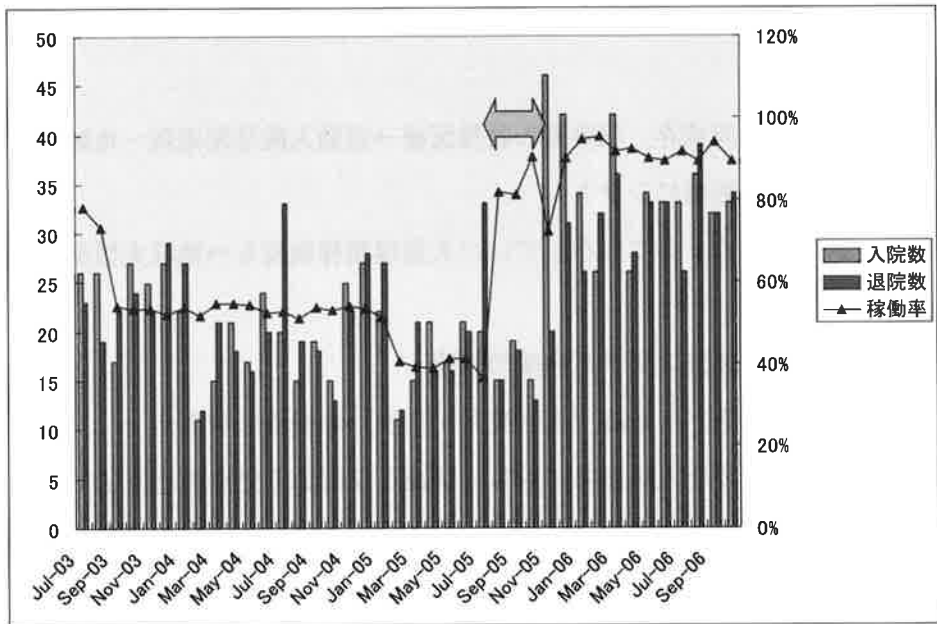
4. 神奈川県精神医療の現状

精神科病床年次推移



5. 相州病院における急性期医療の現状

入退院数と病床稼働率



病床新装にあたり、看護サイドで行った準備

<p>記録用紙とマニュアルの準備</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 温度表からフローシート：拘束隔離一般用 • 経時記録からフォーカス記録へ • メンタル評価表 • 行動制限カンファレンス表 • 拘束用看護計画 • 拘束から隔離移行の標準看護計画 • 血栓予防マニュアル • 隔離看護ケアマニュアル • 隔離室用指示表 • 回復期アセスメントシート • 措置入院患者マニュアル • 私物点検に関する説明と同意手順 • 転入手順マニュアル • 家族説明用マニュアル（隔離・拘束） • 個室備品取り扱いマニュアル
----------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • 病衣マニュアル • 物品預かりに関するマニュアル • OT・外出・面会表とマニュアル • 入浴方法と予約表 • 喫煙に関するマニュアル
病棟規則のとりきめ、業務整理	<ul style="list-style-type: none"> • 入院時オリエンテーション一式 • 病棟週課と日課 • 看護補助者業務整理 • 2フロア間の協力体制と取り決め、人員配置
備品準備	

6. 急性期看護の実際

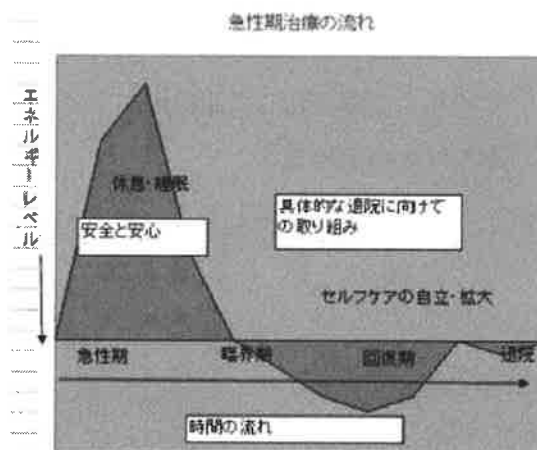
1. 治療を支える看護

- (ア) 副作用の観察
- (イ) 身体拘束による障害の予防
- (ウ) 全身のケア
- (エ) 治療内容の把握

2. 社会復帰に向けた看護

- (ア) セルフケアの自立と拡大
- (イ) 活動範囲の拡大に向けた援助
- (ウ) 家族調整
- (エ) 必要な社会資源の活用を検討

3. 急性期治療の流れ



4. 各時期の看護

(ア) 急性期

- ① 鎮静状態の観察と対応
- ② 水分出納
- ③ 副作用の観察と対応：錐体街路症状、抗コリン作用、肺炎、肺塞栓
- ④ 排便コントロール
- ⑤ 抑制部位の観察
- ⑥ 拘縮・褥瘡予防

(イ) 臨界期

- ① 活動範囲拡大が与える患者への刺激の反応の観察と適切な対応
- ② 基本的セルフケア自立に向けた援助
- ③ 患者の抱いている現実感の把握と評価

(ウ) 回復期

- ① 基本的セルフケアの自立と拡大
- ② 生活リズムの立て直し
- ③ 退院準備に向けての援助
- ④ 家族への援助

7. 急性期看護の今後の課題

1. 看護援助を含めた病院—外来—生活の場を通じたシームレスな視点でのサービスが顕在化した諸段階および、各疾患の特殊性を踏まえたクリティカルパスの実用化
2. マンパワーの確保と充実、育成

◎アルコール依存症の理解と対応

久里浜アルコール症センター

精神科医長 宮川 朋大

アルコール問題・疫学

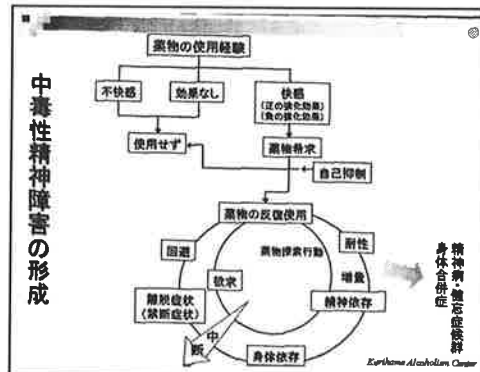
米国

- 生涯のうちに女性の10%と男性の20%がアルコール乱用の基準を満たす状態になったことがあり、女性の3~5%と男性の10%はアルコール依存症アルコール依存症の基準を満たす状態になったことがある。
- 自動車事故死亡者の約半数は酒酔い運転。
- アルコール使用とアルコール関連障害は、全ての殺人犯約50%、すべての自殺者の25%に関連している。

日本

- 2004年の調査ではKASTで2点以上の重篤問題飲酒群は427万人、ICD-10でアルコール依存症候群の基準を満たす者は82万人と推定された。
- アルコール依存症者の自殺率はうつ病とほぼ同じである。
- ある3次救急病院の搬送患者の10%が「酩酊者」。

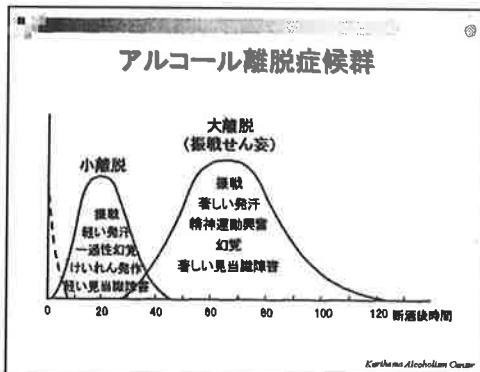
Kurume Alcoholism Center



精神依存

- 依存性薬物の作用点は物質別に異なるが、次々に神経ネットワークの機能変化を連鎖反応的に引き起こし、異常神経ネットワークが形成・強化され精神依存を形成していく。この際、脳内報酬系であるA10ドーパミン神経系が中心的な役割を果たしている(側坐核→腹側淡蒼球など: 渴望感)。
- 薬物(アルコールを含む)がないと物足りない、なくてはならない存在になり、ないと買いに行ったり、家の中を探し回る(探索行動)。
- やめたいと思ってもやめられなくなる。

Kurume Alcoholism Center



飲酒状態の自己診断法 「CAGEテスト」

1. あなたは今までに、飲酒を減らさなければいけないと思ったことがありますか (Cut down)
2. あなたは今までに、飲酒を批判されて腹が立ちたり苛立ったことがありますか (Annoyed by criticism)
3. あなたは今までに、飲酒に倦らめたい気持ちや罪意識を持ったことがありますか (Guilty feeling)
4. あなたは今までに、朝酒や迎え酒を飲んだことがありますか (Eye-opener)

■ 2項目以上当てはまればアルコール依存症が疑われる。

Kurume Alcoholism Center

アルコール使用の健康への影響

- 他の病気を誘発: 肝臓障害、膵臓障害(糖尿病)、脳萎縮、食道癌、摂食障害、うつ病など
- 直接的病気: 依存症、急性中毒、中毒性精神病
- 青少年の人格発達への影響
- 特に女性の性機能への影響
- 妊婦や授乳中母親の飲酒の胎児、乳児への影響

Kurume Alcoholism Center

飲酒とがん

飲酒の影響が強い癌

- 口腔、咽頭、喉頭、食道の各癌
- 大腸癌
- 乳癌

Karlsruhe Alcoholism Center

アルコールとうつ

- アルコール依存症者はうつと診断されたことがある者が多く、コルチゾール分泌異常や日周リズム障害が共通し、両疾患には遺伝的にも相関関係があるとされる。
- 入院した直後のアルコール依存症者はBeckスケールでは65%がうつ病であったが、3か月後には33%に低下した。断酒により改善するうつは多いとみられる。
- つまり、大量飲酒はうつ病をきたす。これを自覚せず、うつを紛らすつもりで飲酒が、実はうつの原因である者も多いとみられる。

Karlsruhe Alcoholism Center

アルコール依存症者が家族に及ぼす影響

アルコール依存症者は自らの問題を認めようとしな(否認)、飲酒によって雰囲気は一変するなど不安定な家庭環境となり、一貫性がない。依存症者は父親(母親)としての役割を果たせなくなり、役割の混乱や、子への教育機能も低下する。暴力も少なくない。

共依存

家族が陥る状態。依存症者本人に、飲まないようにろるさくてもかえって刺激したり、世話焼きし過ぎたりして、犠牲者としてのヒロインを演じるかのような生活をあえてする。相手に必要とされることで自分の存在価値を見出すために、依存症の相手が必要であるという、自己喪失の状態とも言える。

enabler イネイブラー(支え手)

飲酒問題の後始末、戻拭いをしたり、無視、あきらめなどによって、本人が問題に直面しにくくなる存在。イネイブラーをやめさせることが依存症治療の第一歩とも言える。

Karlsruhe Alcoholism Center

治療

- アルコール依存症者は、飲酒をコントロールできない。そのため断酒、適正飲酒に戻ることは不可能である。断酒して生きていくしかないが、飲酒欲求は消えていない。
- 否認が強いことが多い。それを克服し、病気であること強い自覚と断酒の意思が回復のために必要である。
- 早期に治療に導入するためには、家族への働きかけを含めた介入が有効であることがある。
- 身体状態が不良であったり、飲酒欲求が強い、断酒の失敗がある者は、入院治療が必要であろう。入院治療では教育や薬物療法、認知行動療法などを含んだ治療プログラムが実施される。
- アルコール離脱期は離脱症状軽減ないし防止のため文叉耐性のあるベンゾジアゼピン系薬剤を投与する。ビタミンB補給、合併症治療なども重要である。
- 断酒の維持のためには、外来通院、抗酒剤、患者同士のミーティング(断酒会、AA)、家族ミーティングなども有効である。

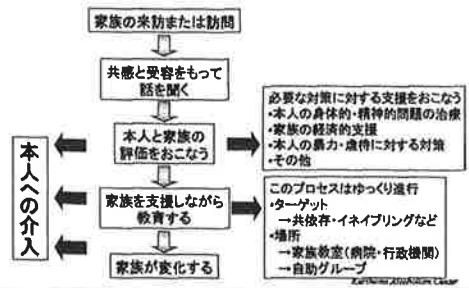
Karlsruhe Alcoholism Center

アルコール依存症の心理

- 否認: 事実を認めない。アルコール問題を指摘されても否認して自己中心的な論理を述べて現状を維持しようとする。
- 器質障害による認知障害: 長期大量飲酒による器質的障害で、記憶障害などが様々なレベルで存在し、判断力低下などをきたしている。
- 渴望感: 薬理作用の結果としての精神依存による強い摂取欲求がある。心理的要因も関与している。
- 飲酒への期待: 飲酒により自慢が増し、「飲んでいてとうまいく」というように結果の期待を高め、不安を低減するため、アルコールの役割が強大になっている。

Karlsruhe Alcoholism Center

アルコール依存症者への介入 家族相談の流れ



Karlsruhe Alcoholism Center

家族のなすべき対応

1. 依存症者が飲むことにかかわるのをやめる。
2. 依存症者が酔うことにかかわるのをやめる。
3. 依存症者の酔いの後始末をやめる。
4. 依存症者の暴力から逃げる。
5. 家族各々全員が他のメンバーと協議し、意見を調整する。
6. 情緒や感情を率直に表現して相手に伝える。家族内、あるいはそれ以外とも。
7. 家族の中で依存症者に直言する機会をもつ。
8. 家族自身の心身の安定のために、相談機関につながる。
9. 家族各々が自分自身のための自助グループに参加する。

Karlsruhe Alcoholism Center

アルコール依存症者への介入 本人への介入

コンサルテーション: 一対一の面接または診察形式で対象者を説得し、治療に導く方法。
インターベンション: 対象者の問題に直接関わったことのある複数の人が一堂に会し、本人に問題を直視させる方法。

介入方法の基本的態度

1. 問題の直視化といっても決して「突き上げる」のではなく、ただ事実を正確に伝える。
2. 「共感」、「いたわり」をもって話をすすめる。
3. 本人の能力や長所を認める。
4. 過去におこなってきたような不毛な議論は避ける。
5. 「意思なし人間」ではなく、自分で断酒を選べる能力のあることを認める。

Karlsruhe Alcoholism Center

治療法の適応

- 絶対的な入院適応
 - 致死的あるいは精神運動興奮の激しい離脱
 - 重症の肝障害などの内科疾患
 - 幻覚妄想やうつから自傷他害が予想される場合
- 相対的な入院適応
 - 救急ではないが、入院の方が安全な身体・精神合併症
 - 治療から入院治療以外では解決しない
 - 地理的に通院などが難しい
 - 重症の認知症など生活が困難
- 入来環境
 - 飲酒しやすい環境におり、生活改善が必要
 - 認知症などで生活が困難
- 通所リハビリテーション施設
 - 対人関係において感情や行動の制御が困難
 - 生活技術の喪失、再発をくりかえしている
- 外来環境

Karlsruhe Alcoholism Center

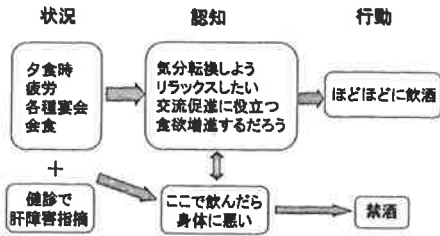
入院治療

- 入院の目的は、アルコール離脱症状の治療と酒からの隔離環境下での集中的心理・精神療法(教育、集団精神療法など)である。
- 入院初期は離脱治療が主体で、離脱症状を軽減する薬物療法や、補液、身体合併症の治療をおこなう。2~4週間。
- 入院中期・後期は患者が今後の人生で断酒生活を送るための心理・精神療法をおこなう。各治療施設でプログラムを工夫している。勉強会などの教育は多くの施設で実施され、ほかにミーティング、認知行動療法などがおこなわれている。4~8週間。

Karlsruhe Alcoholism Center

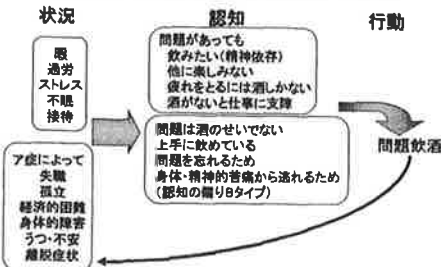
適正飲酒者の認知モデル

Albert Ellisのモデル(ABCモデル)をもとに



Karlsruhe Alcoholism Center

アルコール依存症者の認知モデル



Karlsruhe Alcoholism Center

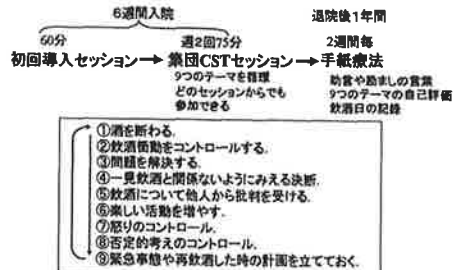
久米派式認知行動療法ステージミーティング 8つのステージ(中年男性ARP)

- ステージ1: アルコール依存症の認知行動療法について理解しましょう。
- ステージ2: 今回入院の原因となった自分の飲酒問題を整理してみましょう。(飲酒問題の整理)
- ステージ3: 飲酒に関連した問題があったにもかかわらず、なぜ、お酒を飲み続けたのかを考えてみましょう。(酒に対する認知の同定)
- ステージ4: あなたのお酒に対する考え方が、適切かどうか検討してみましょう。(認知の検討)
- ステージ5: 断酒を継続するために、「断酒の心構え」を作りましょう。(認知の修正)
- ステージ6: さまざまな場面で再飲酒を防ぐ方法を考えましょう。
- ステージ7: 断酒継続のために、具体的に実現可能な方法を考えましょう。
- ステージ8: ステージ1~7をまとめて退院論文を発表しましょう。

Karlsruhe Alcoholism Center

再飲酒予防トレーニング(CST)の概要

対象: 複数回入院のアルコール依存症患者



Karlsruhe Alcoholism Center

予後

- 397名の退院患者の断酒率は、6か月44%、2年20%。
- 断酒率: 2.5か月後50%、1年後25%、2年後20%。
- 各統計から、断酒率は概ね20~40%となっている。
- 生存率は、1年で4.2%づつ低下。12年後の生存率は50%。
- 調査し得るアルコール依存症者の平均死亡年齢は50代である。
- 節酒しているとする人も、死亡年齢は問題飲酒者と同じである。
- 肝硬変を併発した上で飲酒すると5年生存率は30%である。
- 糖尿病を併発した上で飲酒すると5年生存率は25%である。

Karlsruhe Alcoholism Center

医療者のなすべきこと

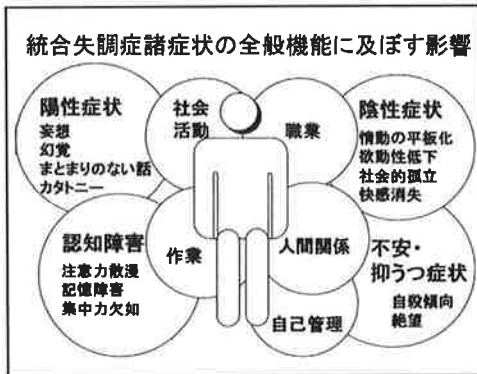
- 病歴、所見からアルコール依存症と判明したら、離脱治療をはじめとした医学的対応をする。
- 依存症について、検査の結果などを交えて患者に医学的に説明し、自覚を促す。
- 治療は不可能で、回復を目指す病気であることを伝える。
- 回復のためには断酒しかないことを伝える。
- 専門病院の情報を伝える。
- 可能であれば家族にも情報を伝え、サポートしたり、イネイプリングをやめてもらう。

Karlsruhe Alcoholism Center

平成18年度 薬剤課職員研修会 「新規抗精神病薬と副作用」

講師：国際医療福祉大学 医療福祉学部

教授 上島 国利先生



陽性症状とは

精神疾患によって生じた感覚(五感)、思考、感情、行動の変化

- ◆ 幻覚 (声が聞こえたり、異常なものが見えるといった感覚の変化)
- ◆ 妄想 (他のだれも信じていないことを信じること)
- ◆ 思考障害 (物事を明晰に考えることができない、すぐに混乱する、集中することができない、といった思考に関する変化)
- ◆ パラノイア (周囲の人が自分を悪く思っているのではないかと考えて、おびえること)

陰性症状とは

陰性症状とは、気力ややる気が欠落している状態。元気だった頃はよくしていたことをする気がなくなる。他人に説明しにくいこうした症状の一部として、次のものがある。

- ◆ 他人と付き合うのが困難なことがよくある。
- ◆ たいていは、一人の方が好きである。
- ◆ どんな仕事も計画したり始めたりするのがおっくうである。
- ◆ 一日中寝たいと思うことがしばしばある。
- ◆ 体を洗ったり、髪をとかしたり服を着たりするのがいやである。
- ◆ 他人と話したいと思うことがめったにない。
- ◆ 楽しみが殆どない。
- ◆ 顔や声に表情・感情がないと人から言われた。
- ◆ 何もしたくない。

統合失調症の陽性症状と陰性症状

- ①陽性症状は疾病のより早期、陰性症状はより後期
- ②抗精神病薬の効果は、
陰性症状<陽性症状
- ③陽性症状は陰性症状に比べて変動し易い。
陰性症状は持続的、統合失調症の基本的な症状。

(Johnston EC 1989)

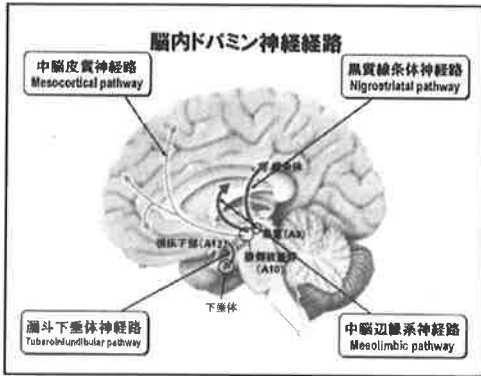
二次性陰性症状

- 1)抗精神病薬の副作用
 - a. Neuroleptic-Induced Deficit Syndrome (NIDS)
大量投与
 - b. EPS アキネジア、仮面様顔貌
 - c. 過剰鎮静
 - d. 抗コリン作用による認知障害
抗パーキンソン薬
- 2)精神病後抑うつ
- 3)生活環境 ホスピタリズム
- 4)陽性症状による二次的陰性症状

統合失調症の陽性症状と陰性症状

- ①陽性症状は疾病のより早期、陰性症状はより後期
- ②抗精神病薬の効果は、
陰性症状<陽性症状
- ③陽性症状は陰性症状に比べて変動し易い。
陰性症状は持続的、統合失調症の基本的な症状。

(Johnston EC 1989)

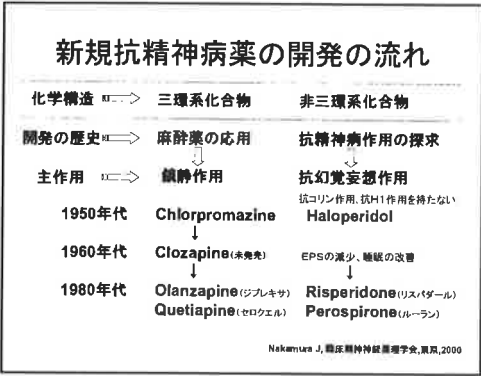


抗精神病薬の効果

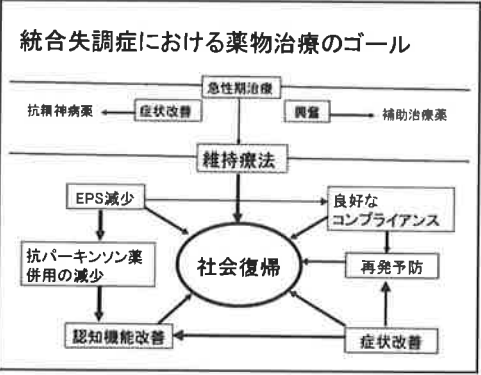
原因療法とは言えないまでも、神経生理機能の攪乱を矯正しつつ、次第に精神病的過程を減弱させていく

「病因治療」
(therapeutique pathogenique)

(Delay & Deniker)



- ### 精神科領域における向精神病薬療法の特徴
- ①薬効と副作用の判定が治療者の主観により左右され明確でない。
 - ②脳以外の身体機能にあらわれる症状は殆ど全て副作用。
 - ③投薬が通常極めて長期にわたる。
 - ④患者の症状、個体差、病気の時期などにより用量の幅が極めて大きい。
 - ⑤病識が欠如している患者では、患者の意志に反して投薬が行われる。
 - ⑥薬効や副作用に関する患者報告が客観性を欠く。
 - ⑦非薬理学的要因で薬効、副作用とも左右される。



非定型抗精神病薬の特徴

前臨床	臨床
①5-HT2A拮抗作用>D2拮抗作用 その他D4拮抗、5-HT1A作動 NA・5-HT再取り込み阻害 ドーパミン自己受容体作動	①効果: 定型≦非定型 ②陽性症状<陰性症状 ③EPS: 少ないか、なし
②特異的脳部位(辺縁系・前頭部)作用選択性	④認知機能改善 ⑤QOL改善
③カタレプシー惹起作用が弱い	⑥抗不安・抗うつ効果

副作用の評価

○薬の効果
○薬の適応(対象とする病気の重さ)
○薬の副作用(その重さ・可逆性・頻度)

臨床的有用性
Clinical usefulness

薬物の副作用を臨床的に論じる際

○有効性との関係
○対象とする疾患および患者との関連
○使用法との関連
○併用薬との関連



抗精神病薬の各種受容体に対する親和性 各種受容体の効果/副作用

抗精神病作用
錐体外路系副作用
高プロラクチン血症

EP5への保護
睡眠の改善?
陽性薬状改善?

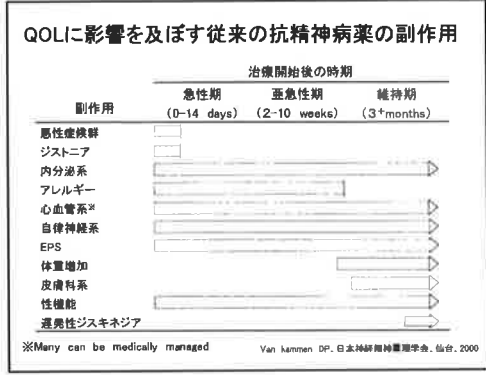
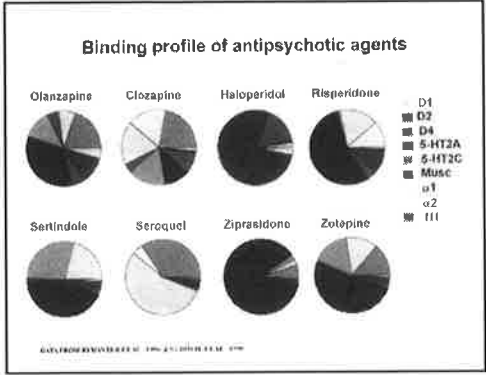
直立位低血圧
眩暈等

精神
体重増加

口渇、便秘、
発汗、尿閉、
視力への保護

	D1	D2	5HT _{1A}	5HT _{2A}	α ₁	α ₂	H1	M1
Haloperidol	+++	++++	-	+	++	-	-	-
Risperidone	++	+++	+	++++	+++	+++	++	-
Perospirone				+				
Clorpromazine (?)	++	-	++	++++	+	-	++++	++++
Clozapine	++	++	+	+++	+++	+++	++++	++++
Olanzapine	+++	++	-	++++	+++	++	++++	++++
Quetiapine	+	++	-	+++	+++	+++	+++	+++

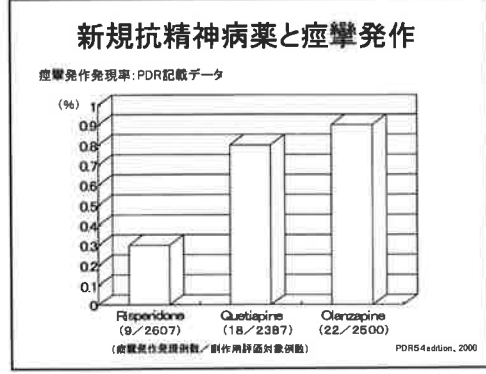
Pickar D, Lancet, 354:557-562, 1999/ Terai M, et al., Jpn J Pharmacol:1993



A 急性投与

A-1 可逆性

- ① 行動毒性 精神機能や行動の変化
 - 1) 傾眠、無欲状態
 - 2) 抑うつ状態 incisiveな薬物
 - 3) 急性外因好典型 抗コリン作用
 - 4) けいれん発作 zotepine
 - 5) 退薬症状 自律神経症状・TD



A 急性投与

A-1 可逆性

②錐体外路症状

	症状	時期	経過	推定原因
acute dyskinesia	急性・発作性の運動亢進や筋緊張	急性発作性数時間	一過性	ドーパミンとノルアドレナリンのアンバランス
akathisia	運動不安 知覚異常	数日後	弛緩	
drug-induced parkinsonism	振動～暴動、筋硬直、前屈姿勢、歩行障害	一週～1カ月	2～3ヶ月で消失	錐体外路におけるドーパミン作用の阻止
tardive dyskinesia	間断ない不随意運動	一年以上	持続進行性	錐体外路ドーパミン受容体感受性亢進



錐体外路症状：遅発性ジスキネジア

抗精神病の長期投与後に発現する無目的で不規則不随意運動

症状	口唇、舌、顎など口周辺部にみられることが最も多く顔面表情筋、四肢にも発現することがある。
症状の発現時期・経過	投与後数ヶ月から数年後に発現。薬剤中止後も多くのケースで異常運動は持続し、非可逆性の転帰も
疫学	平均罹患率13% (8~28%)
治療	一貫して有効性の確立している治療法はない ・原因薬剤の除去(抗パーキンソン薬無効) ・抗精神病薬の変更
推定原因	線条体ドーパミン受容体阻害剤によるドーパミン受容体の感受性亢進



抗精神病薬の副作用—遅発性その副作用— 藤田俊也 八木順子

錐体外路症状：アカシジア

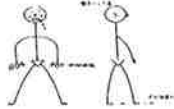
頻度	報告により種々であるが、フェノチアジン系20%・ブチロフェノン系30~40%・リスペリドン40%
症状の発現時期	・急性アカシジア 多くは薬剤の投与あるいは変更後2~10日発現 ・遅発性アカシジア 抗精神病薬を数ヶ月以上の長期投与後に発現し、減量や中断後も持続あるいは増悪し、増量や再投与で改善することがある。 抗コリン薬は無効。下肢の不随意運動を高頻度も含併
症状の経過	・運動亢進症状 足踏み、指先振動、頻々な体位交換、過剰歩行、着座・静止不能 ・感覚症状 下肢の異常感覚(ムズムズ、ジリジリ、蠕動感など) ・精神症状 不眠、焦燥感、思考促進、活動欲求

抗精神病薬の副作用—急性状とその対策— 青島安彦 上田誠

錐体外路症状：パーキンソン症状

頻度	しばしば(15~45%)
症状の発現時期	1週間~1か月
症状の経過	生体は耐性を形成、2~3ヶ月で消滅
治療	抗パーキンソン薬の原則は原因薬剤の中止 薬剤性の場合は2~4週後には改善が始まり、 数ヶ月後にはほとんど消失
推定原因	線条核におけるドーパミン作用の阻止

精神科治療学6(1)655,1991



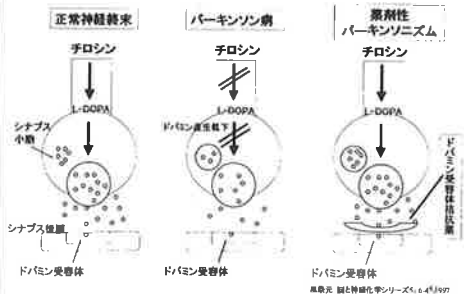
パーキンソニズムとは、パーキンソン病に発現する特徴的
的徴の少なくとも2つを備えた病態で、薬剤によって生
じたものを薬剤性パーキンソニズムという

パーキンソン病の特徴的臨床症状

自覚症状	・安静時のふるえ(四肢または顔に目立つ) ・動作がのろく拙劣 ・歩行がのろく拙劣
神経所見	・毎秒4~6回の安静時振戦 ・無動・暴動(ex.仮面様顔貌、低く単調な話し方) ・歯車現象を伴う筋強剛 ・姿勢・歩行障害(ex.前傾姿勢、小刻み歩行、突進現象)

厚生省研究費報告—神経変性疾患基礎研究1995年度研究報告書— 22,27,1996,4,7,藤田

中枢ドーパミン受容体阻害剤による パーキンソニズムの発現機構



鳥居元 脳と神経化学シリーズ6, p.49,1997

悪性症候群

高熱、筋強剛、意識障害を主とし、発汗や頻脈などの自律神経症状を呈する重篤な副作用

<p>●症状の発現時期</p> <p>投与後数時間から数日で発症する例(突発型)や長期投与後に発症する例(遅発型)もある。</p> <p>●前駆症状</p> <p>眩暈、無動、顔紅、顔汗、流涎、発熱など</p> <p>●症状</p> <p>高熱(40℃以上)、意識障害、自律神経症状、呼吸障害、血圧低下など</p>	<p>●治療</p> <p>①抗精神病薬の即時中止 ②全身管理、脱水、栄養障害、電解質の異常などに 対して適切な補液により異常を是正 ③気道確保、酸素吸入 ④全身冷却 ⑤拮抗剤投与による感染予防、 ⑥DIC、腎不全、循環虚脱などの治療 → ICU ⑦プロモクリプテン 7.5~15mg/日(初期量) 80mg/日まで増量可能 ダントロレン 投与例:75~150mg/日経口(嚥) 量産例:1~3mg/kg/日(静注)</p> <p>精神科治療学6(1)655,1991</p>
---	--

B 慢性投与

B-1 可逆性

- ① 心循環系への副作用
ECG・ST-T変化、QT間隔の延長
- ② 肝障害 慢性肝実質障害
- ③ 内分泌・代謝・性機能への副作用
 - 1) 体重増加・肥満
 - 2) 乳汁分泌 プロラクチン濃度↑
 - 3) 女性化乳房
 - 4) 無月経
 - 5) 糖代謝
 - 6) SIADH

QTc延長

Steady state plus metabolic inhibitor	
Risperidone (16mg)	3.2 ± 16.9msec
Olanzapine (20mg)	5.3 ± 12.8msec
Haloperidol (15mg)	8.9 ± 15.0msec
Quetiapine (750mg)	19.7 ± 13.5msec
Ziprasidone (300mg)	20.4 ± 17.0msec
Thioridazine (300mg)	20.8 ± 17.3msec

From FDA Presentation, July 2000

高プロラクチン血症の臨床上的問題

- 月経機能障害
 - ・無排卵
 - ・無月経
 - ・月経異常
- 性機能障害
 - ・性欲減退
 - ・勃起障害
 - ・オルガズム障害
- 乳房
 - ・乳房肥大
 - ・乳汁分泌
- 骨機能
 - ・テストステロンやエストロゲン不足による骨密度の減少
- 心血管系
 - ・低エストロゲンによる心臓への悪影響
- 行動面での障害
 - ・抑うつ
 - ・敵意

Dickson & Glazer: Schizophrenia Research, 35:585-586, 1999

米国糖尿病学会の糖尿病診断の基準値

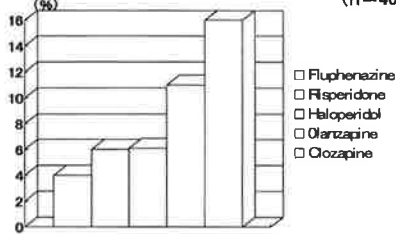
血漿ブドウ糖濃度		判定
mg/dL	mmol/L	
110	6.1	空腹時血糖正常範囲の上限
126	7.0	糖尿病と考えられる空腹時血糖値*
140	7.8	毛細管(指先)随時血糖値がこの値となった場合、要再検査
160	8.9	随時血糖値でこの値となった場合、要再検査
200	11.1	糖尿病と考えられる随時血糖値**

* 次の診断時にも同様の結果になった場合 ** 2度同じ測定結果および症状を伴った場合

American Diabetes Association, Diabetes Care, 2000; 23(suppl1): S1-S118.

抗精神病薬による糖尿病罹患率

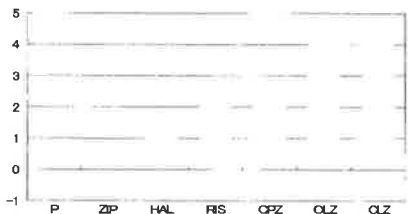
抗精神病薬治療患者におけるType II糖尿病の罹患率 (n=400)



Zoker ML, et al, Clin Psychiatry News, February, 1999

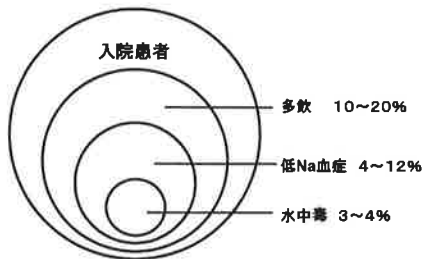
Weight Gain with Antipsychotic Drugs

Mata-analysis at 10 Weeks



P=placebo; ZIP=ziprasidone; HAL=haloperidol; RIS=risperidone; CPZ=chlorpromazine; OLZ=olanzapine; CLZ=clozapine. Source: Allison et al. GMP, 1998

精神科病院における多飲、低Na血症、水中毒の発生率



(松田 1989)

水中毒の症状

軽度 (120~125mEq/Lの低Na血症)
・頭痛、悪心、嘔吐、発汗、注意力の低下

重度 (120mEq/L以下の低Na血症)
・けいれん、尿失禁、せん妄、協同運動障害、横紋筋融解症、昏睡、死亡

(急速に低Na血症に陥った症例ほど重篤である)

水中毒の原因

- ・多飲
- ・SIADH (Syndrome of Inappropriate Secretion of Antidiuretic Hormone)
- ・腎機能異常
- ・副腎機能異常
- ・不適切な輸液

多飲・水中毒の対処方法

①水分制限

飲水量・尿量のチェック コップやボトルを預かる
隔離室の使用 体重測定(体重の日内変動)

体重の日内変動と血清ナトリウムの低下の関連 (Viewegら)
Normalized diurnal weight gain (NDWG) = 100 × (4PM weight - 7AM weight) / 7AM weight

②薬物による治療

【多飲の治療薬】・・・オピオイド拮抗薬、propranolol、ACE拮抗薬
【低ナトリウム血症の薬物治療】・・・抗ADH作用
リチウム、フェニトイン、デメクロサイクリン
【多飲や低ナトリウム血症の治療薬】・・・クロザピン

③現在行われている抗精神病薬治療の再検討

多剤併用療法の見直し
抗コリン剤の減量・中止

新規抗精神病薬の副作用頻度 (Jibson と Tandone 1998—節省略)

副作用	アピラザール	カザピン	オランザピン	クエチアピン	リスパレルン
体重増加	±	+++	+++	+	+
脂質異常	±	+++	+++	++	+
血糖値	±	+++	+++	+	+
QTc異常	±	++	+	+	+
起立性低血圧	±	+++	±	++	+++
プロラクチン上昇	±	±	±	±	+++
錐体外路症状	±to+	±	±to+	±	±to+
遅発性ジスキネジア	±(?)	±	±(?)	±(?)	±to+
嘔気	±	+++	+	++	±

* 副作用発現性：+ 明らかでない、± しばしば、+ とき、++ しばしば、+++ しばしば、++++ しばしば認められる

第二世代抗精神病薬の副作用 プロファイルの比較

EPS (急性)	リスパレルン>オランザピン>クエチアピン>アピラザール>カザピン>クエチアピン
体重増加	カザピン>オランザピン>リスパレルン>クエチアピン>アピラザール>クエチアピン
QTc延長	アピラザール>カザピン>リスパレルン>クエチアピン>オランザピン>アピラザール
錐体	カザピン>クエチアピン>オランザピン>リスパレルン>アピラザール>クエチアピン
プロラクチン上昇	リスパレルンのみ可能性大
低血圧	カザピン>クエチアピン>リスパレルン>オランザピン>アピラザール
抗コリン作用	カザピン>オランザピン>クエチアピン>リスパレルン>アピラザール

Current Psychiatry & Therapeutics Report, Vol.1, No.1, 2003,より抜粋

副作用を回避するための薬物療法の選択(1)

	最も引き起こしにくい薬物	最も引き起こしやすい薬物
鎮静	リスパレルン Ziprasidone, 高力価の従来型抗精神病薬	低力価の従来型抗精神病薬 Clozapine
体重増加	Ziprasidone, リスパレルン	Clozapine オランザピン
錐体外路系の副作用	Clozapine オランザピン Ziprasidone リスパレルン	中力価および高力価の従来型抗精神病薬
認知に関する副作用	非定型抗精神病薬	低力価の従来型抗精神病薬
抗コリン作動性の副作用	リスパレルン Ziprasidone クエチアピン 高力価の従来型抗精神病薬	低力価の従来型抗精神病薬 Clozapine

副作用を回避するための薬物療法の選択(2)

	最も引き起こしにくい薬物	最も引き起こしやすい薬物
性/生殖機能に関する副作用	クエチアピン, オランザピン Ziprasidone, Clozapine	従来型抗精神病薬
心血管系の副作用	リスパレルン, オランザピン 高力価の従来型抗精神病薬, クエチアピン	低力価の従来型抗精神病薬
遅発性ジスキネジア	Clozapine クエチアピン オランザピン Ziprasidone	従来型抗精神病薬
悪性症候群の再発	オランザピン Clozapine クエチアピン Ziprasidone リスパレルン	従来型抗精神病薬

(Treatment of Schizophrenia 1998: The Expert Consensus Guideline Series)

各病期における治療(その1)

	現状・問題点・近年における進歩
急性期	1) PETでの受容体占拠の確認 → 少量で十分 2) 大量、標準量の二重盲検による比較 → 差なし 3) 経口剤、注射剤 → 差なし 初回投与量は標準量の上限で十分 [わが国の現状] 多剤併用、初期に大量や注射剤を用いる傾向 → 副作用に注意(急性ジストニア、悪性症候群)

各病期における治療(その2)

	現状・問題点・近年における進歩
寛解期	1) 再発防止に維持投与が有力 2) 維持療法 → 再発の遅延化、軽症化、短期化 3) 少量維持を心がける → 副作用の防止(遅発性ジスキネジア など) 4) デポ剤の使用、complianceを高める → 再発防止

各病期における治療(その3)

	現状・問題点・近年における進歩
慢性期	難治例に対する対策 1) 合理的薬物選択および用法・用量 [薬理的特長を指標に 血中濃度を指標に用量 (haloperidol)] 2) 陰性症状 (感情平板化・意欲発動生減退・社会的ひきこもり・思考の貧困など) → 新しい薬剤の出現、多剤併用、増量、環境療法の併用など [わが国の現状] ① 抗精神病薬の同一処方、漫然投与 → 見直し、減量 ② 不必要な抗パーキンソン薬の投与 → 6ヶ月以上症例 減量・中止 ③ 不必要な睡眠薬投与 → 減量・中止 心理・社会環境要因への配慮、すなわち環境調整、支持的療法、社会的リハビリは各病期に共通である

◎ 《薬剤課職員研修会質疑応答》

質問) 定型抗精神病薬から非定型抗精神病薬への切り替え方法、例えばクロロプロマジン400-500mgで状態がほぼ安定している患者の場合についてお教えください。

回答) 従来の抗精神病薬で安定しているのであればその薬剤を継続すべきでしょう。もし何らかの理由で非定型薬への切り替えが必要となった場合には、1) 定型薬を漸減しながら非定型薬を漸増する、2) 定型薬を一気に中止し非定型薬に切り替える、の2通りの方法があるが、1) が一般的で、2) はあまりお勧めできません。

質問) 抗精神病薬の等価換算の指標についてお教えください。

回答) 薬理的性質がそれぞれ異なり一つの指標のみで等価量が決めにくい。そのため過去の治験での対照薬との比較や文献、医師の臨床経験によっている。

質問) 非定型抗精神病薬の使用方法について診療報酬の審査に関連してお尋ねいたします。神奈川県国保では非定型抗精神病薬を2剤併用すると置き換え時でも1剤が査定となる現状があります。われわれからすると神奈川県国保だけが非常に不条理な審査になっていると言わざるを得ないのですが、非定型抗精神病薬の併用について先生のお考えをお教えください。

回答) 非定型抗精神病薬の使用は単剤が原則と考えている。ただし、海外では主剤の他に眠剤としてセロクエル50-200mgを用いることがあるとも聞いている。

質問) 単剤治療が原則であることは十分理解していますが、現実的な問題として臨床の現場では、原則だけでは治療がうまくいかない場合があります。患者100例のうち50例に2剤を投与することはおかしいと思いますが、一部の患者では非定型薬が2剤必要となる場合があります。このことに関して先生の御見解をお教えください。

回答) 現実的な問題として非定型薬が2剤必要になるケースがあることは承知し

ている。しかしその場合も本当に2剤必要なのか、吟味が必要である。それぞれ有効量に達しない少量の多剤併用や治療初期からの無節操な併用はつしむべきである。

平成18年度 栄養課職員研修会 「食中毒について」

講師：神奈川県保健福祉部

生活衛生課 小池 剛先生

食中毒とは

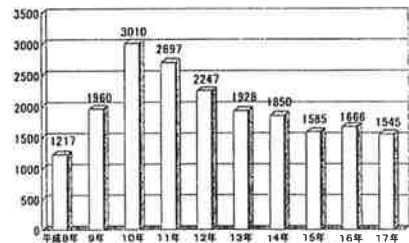
- ◆ 食中毒とは有害・有毒な物質が付着、混入若しくは含まれている飲食物に起因する健康被害をいう
 - ◆ 飲食物を介して経口的に摂取される
 - ◆ 感染症法に指定された微生物であっても、飲食に起因するものは食中毒

食中毒の病因物質別の分類

病 因 物 質	微生物	細菌(サルモネラ、カンピロバクター、O157など) ウイルス(ノロウイルス、ロウウイルスなど) 原虫類(クリプトスポリジウムなど)
	化学物質	ヒスタミン、カドミウム、鉛、 有機水銀など
	自然毒	植物性(きのこ、バイケイソウなど) 動物性(フグ、貝毒など)
	寄生虫	アニサキス、肺吸虫など

- ◆ 消化器系症状が主な症状
 - ◆ 腹痛、下痢、嘔吐など
- ◆ 消化器系症状以外の症状もある
 - ◆ しびれ、頭痛、筋肉痛、発熱など
- ◆ 死亡することもある
- ◆ 食中毒菌やウイルスが食品に付いたり、食品の中で増えも味やおいしは変わらない
 - ◆ 食品を腐敗させる細菌と食中毒菌は違う
- ◆ 普通は、ヒトからヒトへの感染はない。が...

全国の食中毒発生件数



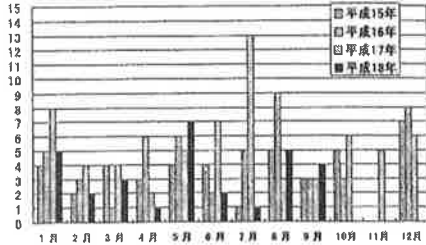
平成18年 県内発生状況

1月～9月

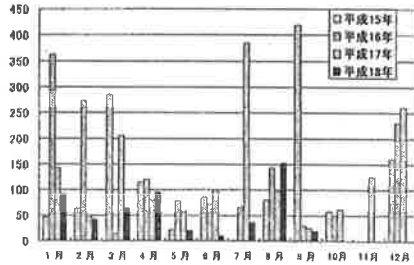
神奈川県内の食中毒発生状況

	18年(9月末)		17年	
	件数	患者数	件数	患者数
県域	8	233	22	593
横浜市	15	204	33	526
川崎市	4	48	6	152
横須賀市	1	3	1	7
相模原市	1	4	4	315
藤沢市	1	42		
計	30	534	66	1593

神奈川県内の食中毒事件発生件数(月別)



神奈川県内の食中毒患者数



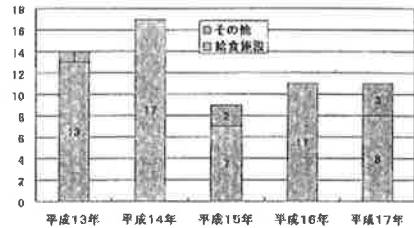
原因食品別食中毒発生件数(神奈川県)

食品分類	平成18年(9月末)		平成17年	
	発生件数	患者数	発生件数	患者数
魚介類及びその加工品			5	45
肉類及びその加工品			4	16
穀類及びその加工品	1	4	1	27
野菜及びその加工品	2	3	2	84
菓子類	1	7	1	148
複合調理食品	5	208	4	111
原因食品が複数の分類			1	6
その他	19	265	45	1141
不明(調査中)	(2)	(47)	3	15
合計	30	534	66	1593

原因施設別発生状況(神奈川県) 平成18年(0月末)

原因施設	件数	患者数
旅館	1	37
飲食店(仕出し屋)	2	96
飲食店(給食)	1	36
上記以外の飲食店	19	235
報告(給食)	1	96
家庭	4	24
不明	1	3
調査中	1	7
合計	30	534

病院で発生した食中毒事件(全国)
13年~17年



病院で発生した食中毒事件の病原因物質割合
(平成15~17年 全国 31件)



ノロウイルス食中毒の特徴

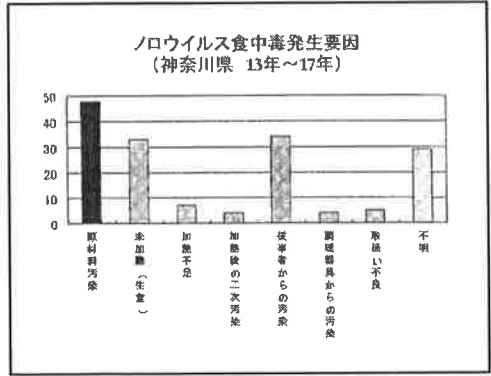
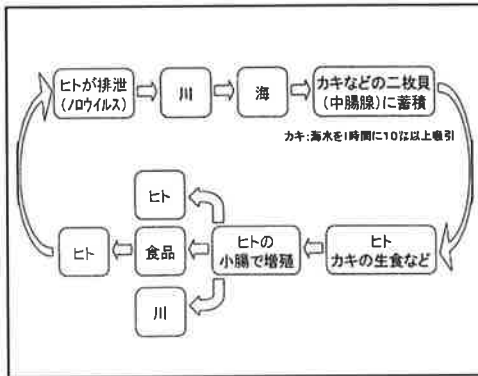
- 音は SRSV (小型球形ウイルス)
- 潜伏期間 24~48時間
- 主な症状: 下痢、嘔吐、吐き気、腹痛
- 1~2日程度で治り、後遺症もない
- 感染しても発症しないことがある



提供 神奈川県衛生研究所

ノロウイルスの特徴

- 乳幼児から成人の散発性下痢、集団発生型胃腸炎の原因ウイルス
- ノロウイルスは自分で増えることはできない
★ 食品や環境中では増えない
- ヒトの小腸で増える
- 感染力が非常に強い ⇒ 二次汚染
 - ▶ 10~100個程度で感染・発症
 - 患者の便: 1gに1億個以上のウイルス
 - 患者の吐物: 1gに100万個以上のウイルス
- 冷蔵庫で数ヶ月、室温で2週間不活化しない
- 酸に強く、容易に胃を通過する
- 85℃、1分以上の加熱が必要



- ### ノロウイルス対策
- ・手洗い
 - ・石鹸、ブラシ → すすぎ (汚れを落とすことによりウイルスが手指から剥がれやすくなる)
 - ・調理器具の殺菌
 - ・洗剤 → すすぎ → 次亜塩素酸Na液 (200ppm)
 - ・85℃以上、1分以上 (エタノール、逆性石鹸: 効果ない)
 - ・患者便や吐物の処理
 - ・使い捨てマスク・手袋を使って、飛び散らないようにペーパータオル、新聞紙などで静かに拭き取る → 次亜塩素酸Na液 (1,000ppm) に5-10分浸漬 → 次亜塩素酸Na液 (200ppm) で濡すように拭く
 - ・使ったマスク・手袋・ペーパータオルなどはビニール袋に密閉して廃棄 (次亜塩素酸Na液 (1,000ppm) 入れる)
 - ・乾燥させない → 直ぐに処理 (乾燥 → 空中にウイルス浮遊 → ヒトの口)

- ### ～ 調理従事者の注意事項 ～
- ・抗体の持続短い → 再感染
 - ・症状が消えても1週間～1ヶ月ウイルス排泄続く
 - ・患者便・吐物がヒトを介して汚染 → 感染
- ↓
- ・危ない食品は食べない
 - ・自己健康管理、家族健康管理
 - ・家族介護
 - ・下痢をしたら → 直接食品を取り扱う作業をしない
 - ・ドアノブ、水道取手など手指の触れる場所の洗浄消毒
 - ・従事者専用の便所の設置、自動ドアの設置など

- ### ウエルシュ菌とは
- ウエルシュ菌は人や動物の腸管内、土壌、下水などの自然界に広く常在している
 - 芽胞を形成する
 - 100℃60分の加熱にも抵抗
 - 発症菌量 10⁷/ヒト (10⁵～10⁸)
 - 酸素のあるところでは生育できない
 - 春から初夏にかけて多発
-

- ### 冷却方法(FDAの推奨する方法)
- ウエルシュ菌の熱抵抗性
- ウエルシュ菌の増殖型細胞は60℃で不活化
 - 芽胞は82.2℃でヒートショックを受け活性化
 - 54.4℃以下になると発芽して増殖
- 6時間以内の5℃冷却
- 60℃から21℃までの冷却に2時間以内
 - 21℃から5℃までの冷却に4時間以内

- ### カンピロバクターによる食中毒
- 分布
 - 鶏、牛、豚などの腸内に住んでいる
 - 鶏肉の汚染率が高い(30～50%)
 - 季節
 - 5～6月に発生のピーク
 - わずかな菌数で感染
 - 400～500個/ヒト
 - ☆二次汚染が起こりやすい
 - 熱や乾燥に弱い
 - 酸素が十分にある環境では生育できない
 - 低温や凍結状態では長期間生存
-

- ### カンピロバクター食中毒の特徴
- 潜伏時間
 - 2日～7日間(平均2～3日)
 - 主な症状
 - 腹痛、下痢、発熱、倦怠感、頭痛、筋肉痛、吐き気
 - 予後
 - 多くの患者は1週間程度で治癒

予防対策Ⅰ つけない

- 原材料の取り扱い・保管
 - 新鮮な食品の購入
 - 肉や魚などが他の食品を汚染しないような保管
- 手指の洗浄
- 使用した器具類などの洗浄
- 清潔な作業環境
- 清潔な器具を使い清潔な食器に盛り付ける
- 従事者の健康管理

予防対策Ⅱ 増やさない

- 原材料の取り扱い・保管
 - 冷凍、冷蔵の保管温度(冷凍庫は-15℃、冷蔵庫は10℃以下に維持)
- 調理済みの食品はできるだけ早く提供する
 - 温かくして食べる料理は温かいうちに、冷やして食べる料理は冷たいうちに

予防対策Ⅲ 殺す

- 調理器具類の消毒
 - 包丁、まな板等の器具類は洗剤と流水で食物の残滓をよく洗い落とし、消毒する。
- 加熱調理をする食品は内部まで熱が通るように十分に加熱する
 - 食品の中心部が75℃以上で1分以上の加熱が目安
 - 熱の伝わりにくいものは、ときどきかき混ぜたりする

食中毒予防3原則と各型との関係

対策	増殖型	感染型	毒素型
つけない	○	○	○
増やさない	○	×	○
殺す	○	○	△

○効果がある △一部効果が期待できる ×効果を期待できない

平成18年度 事業報告 理事会に関する事項

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
<p>第1回 平成18年 4月25日(火)</p>	<p>理事定数 11名 出席理事数 11名 議事録署名人 山口哲顕理事 黒岩 隆理事</p> <p>1 協議事項</p> <p>(1)平成17年度事業報告について</p> <p>(2)平成17年度収支予算の決算報告について</p> <p>(3)第15回神奈川県精神保健文化賞受賞候補者について</p> <p>(4)平成18年度第1回定期総会について</p> <p>(5)優良職員表彰について</p>	<p>(2)と併せて事務局長が概要を説明し、質疑に入る。</p> <p>(会長) 当期収支差額が470万円以上のプラスとなったことと、繰越剰余金の取崩しについてはどうか。</p> <p>・予算計上のときに事業内容に見合った計上をするよう事務局に言ったが、取崩し額は必要とのことであったが、来年度は実際の事業に見合った予算額にするべきだ。</p> <p>(会長) 事務長会、看護部長会については各運営委員会担当理事から、活動を活発にしようようアドバイスしてもらい、執行は各会にまかせて報告を受けることです承される。</p> <p>(議長) 基金財産運用会計の予算が今年度で切れるが、候補者について推薦を求める。</p> <p>・協議の結果、全会一致で清水信先生が了承される。</p> <p>・議長が役割分担等を確認し、案どおりで了承される。</p> <p>・受賞者は原案通り了承され、受賞者代表が決定された。</p> <p>・議長が招待者に、神奈川県医療社会事業協会長を追加することを提案し了承された。</p>

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	<p>(6)名誉会員の推薦について</p> <p>2 報告事項 (1)日精協報告</p> <p>(2)会員病院の届出事項変更について</p>	<p>・議長から名誉会員の推薦について提案があった。</p> <p>・協議の結果、定款5条に基づく名誉会員として、武田病院開設者 武田 専氏、相模台病院前院長 石井 毅氏の2名を名誉会員として推薦する議案を次回総会に提案することが了承された。</p> <p>(畑理事)</p> <p>・今回の診療報酬改定は複雑でわかりづらい。谷野副会長、長瀬常務、河崎常務が中心であったが正確な情報として十分に伝わっていない状況。</p> <p>・正看比率40%未満のダメージが大きい。6：1が増収という情報があるが、3：1、4：1が減収となるバランスから不合理。</p> <p>・臨床心理士、医療心理士について、議員立法は見送られたが、位置づけはいまだにすっきりしていない。</p> <p>・認定医制度について 健康保険、医療安全等管理者としても必要な内容の研修が予定されている。認定医は指導者となり、認定医を養成する。また管理者の肩代わりの役割を期待される。</p> <p>・医療法人制度改正について 非営利性の徹底から、出資のある社団法人を出資額限度とする方法で、解散時残余財産の帰属先が国または地方公共団体として盛り込まれる。但し、現行方式も残される。</p> <p>・特定医療法人、特別医療法人は社会医療法人にまとめられる。</p> <p>・事務局長が6病院8件の届出を報告。</p>

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
<p>第2回 平成18年 6月13日(火)</p>	<p>(3)その他 ①医師会への要望について ②横浜家庭裁判所長からの成年後見制度鑑定医名簿提供依頼について</p> <p>(4)NPO法人神奈川県介護支援専門員協会理事推薦について</p> <p>理事定数 11名 出席理事数 11名 議事録署名人 石井理事 佐伯理事</p> <p>1 協議事項 (1)国保診療報酬査定減に関する緊急アンケートについて (2)各種委員等の推薦について</p>	<p>・協議の結果、畑理事と事務局長で要望書を提出することで了承された。 ・協議の結果、会員病院に名簿提出を依頼することで了承された。また、鑑定料の取り扱いは各病院に任せる方向で、名簿作成後に協議することとなった。</p> <p>・協議の結果、推薦を辞退することとなった。</p> <p>・2剤併用のカットの仕方が審査委員によって異なる。2剤投与の有効性を主張すべき。 ・医学的な判断ではなく査定する側の一方的論理が優先されていることが問題。 ・会長から、査定金額の多い病院を中心に、できるだけ多く個別面談を申し込んでもらいたい旨発言があった。</p> <p>・資料推薦状況をそれぞれ確認した。 ・神奈川県からの実地審査指定医の補充として、山口理事が岸本先生（港北病院）の意向を確認することとなった。 ・会長から、各種委員の任期満了等で後任の推薦が必要な場合は、必ず協会から推薦するよう要請があった。</p>

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	<p>(3)合同講演会の開催について</p> <p>(4)栄聖仁会病院について</p> <p>(5)情報管理委員会(仮称)について</p> <p>(6)精神科救急医療体制ブロック会議について</p> <p>(7)その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・資料の精神神経科診療所協会との合同講演会について、会長から日本医師会生涯教育認定研修の指定が受けられたので、会長から参加の呼びかけがあった。 ・前回申請時の指摘事項は、精神科医師配置が1人であること、隔離室の設備がないことであったが、今回はクリアされている。 ・長谷川副会長から、隔離室構造設備は既に使用許可済みであるとの報告があり、写真を画像で確認した。 ・法人(厚労省所管)の沿革を提出してもらうこととした。 ・正式な入会申込書提出を受け、改めて審議することになった。 ・情報管理委員会設置について、了承が得られた。 ・会員専用ページの性格を明確にし、有効に使っていく。 ・会長から、しばらくの間開催してないが会員病院の診療体制も替わっているので、9月22日に開催される県・2市の連絡会議にあわせ、開催したいとの発言があった。 ・早急に、各ブロック代表の主任、副主任担当理事と事務局で日程調整を行うこととする。 ・各種団体からの依頼事項 ・神奈川県精神保健福祉士協会長からの懇親会は畑理事、日精看神奈川県支部長からの「こころの日」記念式典は、西井副会長が出席することとなった。

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
<p>第3回 平成18年 7月11日(火)</p>	<p>2 報告事項</p> <p>(1)成年後見制度に係わる鑑定医について</p> <p>(2)日精協報告について</p> <p>(3)会員病院の届出事項変更について</p> <p>理事定数 11名 出席理事数 11名 議事録署名人 畑 理事 熊田理事</p> <p>1 協議事項</p> <p>(1)国保連合会個別面談とその後の方針について</p>	<p>・報告事項1の名簿に黒岩理事を追加する。</p> <p>・個々の鑑定依頼は必ず病院長あてに行うことを明記して、横浜家裁に回答することとした。</p> <p>・支部長（会長）より関東ブロック支部長会議の状況について発言があった。</p> <p>〔群馬、埼玉、千葉県でそれぞれ支部長の交代があった。各支部長の情報交換 埼玉県病床整備状況、自立支援法への対応、病床利用率の低下、看護夜勤体制への対応など。〕</p> <p>・医療観察法施行状況、医療法人制度改革、地域移行型ホーム・退院支援施設のあらまし等について支部長から報告があった。</p> <p>報告事項3に基づき事務局長より、報告をした。</p> <p>・畑理事から、個別面談に関し情報提供があった。</p> <p>・5月に個別面談申請し、7月末に面談日が決まった。査定減の大きかった他の病院からできるだけ面談を申請するようお願いしたい。</p> <p>・バルビタール併用については眠剤として使用する場合には禁忌ではないという池上医師の論文が資料で配布された。</p> <p>・2剤併用について急性期患者、慢性重症患者には効果が大きいので、必要性は十分に主張できる。臨床効果についての関連文献が2つある。</p>

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	<p>(2)精神科救急医療体制ブロック会議について</p> <p>(3)神奈川県精神保健福祉審議会委員について</p> <p>(4)栄聖仁会病院について</p> <p>(5)協会入会手続きについて</p> <p>(6)保健衛生表彰（知事表彰）受賞候補者について</p> <p>(7)代表者・院長会議について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外国の統合失調症治療では単剤が一般的だが、欧米諸国に比べ、慢性患者死亡率の著しく低い日本とは一概に比較できない。 ・第1・2ブロックの開催日を変更するほかは原案通り承認された。 ・会員の出席が不可能ならP S W等の職員の出席を。 ・事前アンケートは各ブロック共通項目と独自項目とに整理。 ・医師委員は他に医師会、精神神経科診療所協会である。当協会には3名の推薦依頼があった。協議の結果、会長、両副会長の3名を推薦する。 ・当協会会員の推薦書が提出され次第、入会手続きを行うこととした。 ・（会長）前々からの課題となっていた。日精協の規定に準じて運用してきたが理事会としての判断の基準を整理したい。 ・会員交替に際し、重要事項に変更が有るか否かがポイントになる。 ・協議の結果、今後原案を基準として、個別審査をして行くこととした。 ・協議の結果、表彰歴、年齢等を考慮して、資料記載順で上位2人を推薦することとした。 ・（会長）18年度精神保健福祉事業功労者厚生労働大臣表彰については、締切りの関係で佐伯理事を推薦済。 ・（会長）開催日・場所について、10月10日(火)横浜エクセルホテル東急を提案し、了承が得られた。 ・共催についてはファイザー（株）を予定。

年月日	理事定数、出席理事数及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	<p>2 報告事項 (1)日精協報告について</p> <p>(2)事務長会、看護部長会について</p> <p>(3)会員病院の届出事項変更について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・畑理事から6月理事会の状況について報告があった。 ・精神病棟の施設転換が最大の課題であるが、地域格差も大きく不透明。 ・病床数、看護単位等重要な問題だが、整理された説明はなかった。 ・自立支援法に基づく社会復帰施設の再編は非常に分かりづらかった。 ・障害程度判定区分も3障害共通ではなく、精神障害者専用のスケールが必要と感じた。(介護より保護という捉え方が必要である。) ・6月21日 事務長会の概要について荒井理事から、報告があった。 ・総会と改築後の武田病院見学、電子カルテ導入後の状況についての研修であった。 ・事務局からは今年度の協会予算について、効果的な執行ができるよう事業計画・予算執行計画の早期策定を運営委員会に要請した。 ・6月30日 看護部長会の概要について山口理事から、報告があった。 ・総会の後、看護師需給見通し計画について、県地域保健福祉課 矢島技幹から講演があった。 ・計画では、平成18年の不足状況が、22年ではほとんど解消することになっているが、確保対策は新規養成には限界があるので、離職防止、未就業者対策等が中心となっている。 ・精神科看護に特化したデータ、説明はなかった。 ・資料に基づき4病院9件の届出を事務局長が報告した。

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
第4回 平成18年 9月12日(火)	<p>理事定数 11名 出席理事数 11名 議事録署名人 荒井理事 大野理事</p> <p>1 協議事項</p> <p>(1)代表者・院長会議について</p> <p>(2)精神科救急医療体制ブロック会議について</p> <p>(3)国保連合会個別面談とその後の方針について</p> <p>(4)新規入会申し込みについて</p>	<p>・会長から次のとおり説明があり、了承された。 演題「医療制度改革の動向とこれからの医療経営への提案」、講師デンドライトジャパン(株)佐藤 章氏。「最近のうつ病治療について」は、帝京大学溝口病院精神神経科の張 賢徳先生を予定。</p> <p>・第1・2ブロック及び第4ブロックの開催状況について、それぞれ各ブロック代表委員の荒井理事、大野理事から資料に基づき説明があった。</p> <p>・関連発言</p> <p>*1・2ブロックの空床確保率の改善策は難しい。指定医、保護室の不足が最大の課題。</p> <p>*ソフト救急日曜・祭日の単価改善は、以前から行政との間に意識のずれがある。</p> <p>・畑理事から、資料に基づき個別面談の概要、反対論拠等の説明があった。</p> <p>*単剤化は簡単にはできない理由を説明した。(増悪例など)</p> <p>*医師会への要望書の撤回を強く求められたが、拒否をした。</p> <p>*その後も査定減は継続している。</p> <p>・協議の結果、当面機会を捉え医師会関係者に状況を伺うこととした。</p> <p>・国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院から賛助会員新規入会申込書が提出されたが、定款第5条に基づく賛助会員は国公立の病院に</p>

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	<p>(5)神奈川メンタルヘルス 対策推進連絡会議につい て</p> <p>(6)協会ホームページ運用 について</p> <p>2 報告事項 (1)日精協報告について</p>	<p>限定されていることから、現状では賛助会員と しての入会資格がない。協議の結果、次期総会 に定款変更議案を提出し、その後再度入会手続 きを行うこととなった。 なお、その際定款変更議案には名称変更等も含 める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 神奈川労働局から同会議構成員に当協会から 1名の選出を依頼され、協議の結果 畑理事が 構成員となることとした。 ・ 事務局長から、資料に基づきリニューアル案 の説明があり、原案通り了承された。 ・ 畑理事から8月24日開催された日精協「精神 科病院理事長等研修会の概要について、資料に 基づき報告があった。 * 「第5次医療法改正の方向」 * 「日精協認定指導医講習会」 * 「障害者自立支援法について」 * 「病院経営に係る税金と節税の対策」 * 「日精協活動及び精神科医療全般に関するQ & A」 ・ 支部長（会長）から支部長会議（9／7）等 に係る報告があった。 * 人員基準、夜勤体制に関する経過措置が9月 で切れることに関し、当該措置延長の行方は中 医協で予断を許さない状況となっている。見直 しの可能性に言及する委員もいるが6ヶ月の経 過措置（猶予）の再延長はおかしいとの意見も 強い。 * 議員懇談会への働きかけ効果についても不透 明。 * 関連で中医協委員をメンバーに含む「医療制 度改革を中心に明日の精神科医療を考える会」

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	<p>(2)障害者自立支援法等説明会について</p> <p>(3)事務長会・看護部長会から</p> <p>(4)看護技術研修会、薬剤課研修会日程について</p> <p>(5)会員病院の届出事項変更について</p> <p>(6)神奈川県医療審議会について</p>	<p>の設立準備状況について情報提供があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 山口理事から、8月22日開催された日精協説明会について報告があった。 * 障害者自立支援法に基づく新事業体形（病床転換モデル）の説明は極めてわかりづらかった。 * 精神保健福祉法改正関連は、病院（指定医）の負担が増える。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 事務長会担当佐伯理事から、施設見学会（9月21日(木)ハートフル川崎病院）、宿泊研修会（11月17日～18日 箱根）の予定が報告された。 ・ 看護部長会担当大野理事から、施設見学会（9月28日(木)生田病院）、宿泊研修会（事務長会と合同）の予定が報告された。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護技術研修会日程等（12／1、4、5、13）について、大野理事から報告があった。 ・ 薬剤課研修会日程等（2／14）について、黒岩理事から報告があった。 <p>2月14日(水)県民サポートセンター講師は上島国利先生（国際医療福祉大学教授）。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2件の届出について、事務局長が報告した。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 会長から8月16日開催の神奈川県医療審議会の概要について報告があった。 * 新委員構成、各部会委員について * 病床整備（事前協議）について * 不足病床数は5 保健医療圏 981床

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
<p>第5回 平成18年 11月14日(火)</p>	<p>理事定数 11名 出席理事 11名 議事録署名人 山口理事 佐伯理事</p> <p>1 協議事項</p> <p>(1)精神科救急医療体制について</p> <p>(2)公益法人制度改革について</p> <p>(3)定款変更について</p> <p>(4)新年度予算編成方針について</p>	<p>・事務局長が、ブロック会議開催状況のまとめ及びその後の空床確保状況について説明。</p> <p>・議長から、参考添付の「精神科救急医療講演会」(県精神保健福祉センター主催1/12)について、参加の呼びかけがあった。</p> <p>・神奈川県主催行革推進本部等担当者による公益法人制度改革に関する説明会資料に基づき、事務局長が説明。</p> <p>・公益社団法人の理事構成、公益認定、内部留保等の詳細が明らかになっていないが、2年後の法施行に向けて、引続き情報収集に努めるよう議長から指示があった。</p> <p>・定款変更に関する神奈川県の事前協議の状況について、資料に基づき事務局長が説明。</p> <p>・今後1月理事会、2月総会において正式議決後神奈川県に変更認可申請を行う。</p> <p>・次の事項について事務局で検討のうえ予算案を作成するよう役員から発言があった。</p> <p>①剰余金取崩し額の計上の必要性・是非</p> <p>②事業内容、実績等執行状況を十分考慮</p> <p>③許可病床数削減の影響</p> <p>④優良職員、永年勤続職員表彰の内容(特別会費徴収の是非、記念品等)</p> <p>・19年度会計処理について次の3点が了承された。</p> <p>①災害時対策積立金は、過去に災害発生に伴う執行がなく、18年度の積立を持って当初の積立</p>

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	<p>(5)政治連盟担当役員について</p> <p>(6)事務局就業規則について</p> <p>2 報告事項 (1)日精協報告について</p>	<p>目標3,000,000円に達するので、19年度において一般会計から別管理とする。</p> <p>②基金財産運用会計については、18年度をもって廃止する。</p> <p>③会員病院からの会費納入に際し、事務長会費、看護部長会費、日精協関東地区会費を一括して振込み依頼し、事務局で各会計に振り分ける。</p> <p>・本来は、当理事会の協議事項ではないが、便宜上協議することとする旨議長から発言があった。</p> <p>・政治連盟規約に従って、竹内委員長以下9名の新連盟役員が選出された。</p> <p>・平成元年作成の就業規則について、職員の所定労働時間、就業時間、休日に関する関係条文について、原案一部修正のうえ了承された。</p> <p>土曜日の終業時刻 12時45分とする。</p> <p>職員の休日 2週間毎の土曜日または隔週の土曜日(事務局で確認のうえ適切な表現とする)</p> <p>・畑理事から次の3点について報告があった。</p> <p>①診療報酬改定の影響による経営問題に関する日精協個別相談の件数は10数件(茨城県が多い)とのことだが、実態はもっと多いのではないか。</p> <p>・夜勤72時間制限規定の計算方法の指導は経営管理委員会が行っている。</p> <p>②医療政策委員会で自立支援法に関するアンケート実施の提案があったが、患者自己負担増をめぐる関係団体の動向、マスコミ論調を考慮し、実施には異論があった。</p> <p>③今週(16日、17日)開催の日精協精神医学会(三重県)において、日精協指導医認定講習会が開催される。積極的な受講要請があった。</p>

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
<p>第6回 平成19年 1月9日(火)</p>	<p>(2)会員病院の届出事項変更について</p> <p>(3)各種研修会の実施について</p> <p>(4)医療制度改革（療養病床の再編成）について</p> <p>(5)その他</p> <p>理事定数 11名 出席理事数 11名 議事録署名人 畑 理事 石井理事</p> <p>1 協議事項 (1)第35期定期総会提出議案について</p>	<p>・資料に基づき2件の変更届けについて事務局長が報告した。</p> <p>・各研修担当理事から報告があった。</p> <p>①栄養課職員研修（大野理事） 院内で食中毒発生時の患者給食について、出席者から各病院の対応についての質問があった。これに関し、次の発言があった。 各病院がそれぞれ個別に業者との契約、備蓄等で対応している。（病院相互の連携は現実的には困難）</p> <p>②事務長会・看護部長会合同研修会（佐伯理事）</p> <p>③精神科看護技術研修（大野理事）</p> <p>・神奈川県保健福祉部が行う「療養病床アンケート調査」の実施にあたり作成した資料の概要について、事務局長が説明した。</p> <p>・精神保健福祉士協会全国大会（H20年度神奈川大会）について</p> <p>①平成19年度事業計画書（案）について配布資料に基づき事務局長が説明した。 ・議長から、定款変更に関連し、「精神病院」を「精神科病院」に表現を改めるよう発言。その他原案通り了承された。</p> <p>②平成19年度会計予算計画書（案）について配布資料に基づき事務局長が説明。 （次の質疑があった。） ・災害時対策費の300万円の使途。</p>

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	<p>(2)各種委員の推薦について</p> <p>(3)学会等の後援依頼について</p> <p>(4)その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・資産運用を県債にする理由。 ・優良職員表彰特別会費の徴収について 協議の結果、優良職員表彰特別会費は廃止し、出席会員及び付添い者から10,000円の特別会費を徴収することとする。 ・記念品は廃止し、表彰状のみとする。 ・日精協永年勤続病院職員表彰も同様とする。 ・来年度調査研究事業として、「法34条に基づく移送、訪問看護」に関する全国実態調査（アンケート）は、神精協として実施することについては、保留扱いとされた。 <p>③定款変更（案）について配布資料に基づき事務局長が説明し、原案通り了承された。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・横浜市精神医療審査会第3合議体委員の推薦について協議の結果、畑理事、熊田理事、黒岩理事が選出された。 ・横浜市こころの健康相談センター自立支援医療・精神障害者保健福祉手帳判定会議委員の推薦について協議の結果、西井副会長、畑理事、荒井理事、佐伯理事が継続することになった。 <ul style="list-style-type: none"> ・第26回日本社会精神医学会の賛助金を20万円とすることです承された。 ・世界精神医学会多文化間精神医学セッションについて寄付金5万円です承された。 <ul style="list-style-type: none"> ・議長から、精神科救急医療体制について県2市からの要望があったとの発言があった。 ・今年度横浜市東部中核病院、みなと赤十字病院がスタートする中で、協力病院空床確保率（特に1,2ブロック）を上げてほしいとの事であるが、次回理事会までに要望書、データが出されるのでその際協議することとする。

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
<p>第7回 平成19年 2月13日(火)</p>	<p>2 報告事項 (1)日精協報告について</p> <p>(2)各種研修会の実施について</p> <p>(3)第5回東京・神奈川ブロック大会（ソフトバレーボール）について</p> <p>(4)会員病院の届出事項変更について</p> <p>理事定数 11名 出席理事数 10名 議事録署名人 大野理事 黒岩理事</p> <p>1 協議事項 (1)第35定期総会の開催について</p>	<p>畑理事から報告があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者自立支援法関連厚労省要望について日精協から2人参加。 ・ 診療報酬早期改定の要望は鮫嶋会長が対応している。 ・ 精神科看護技術研修について大野理事から報告があった。 ・ 4日間、修了者54名 講師陣に臨床心理、看護職も加わった。来年度は11月に実施したい。 ・ 9月の神奈川地区大会で24チームから6チームが代表となり、1/12大和スポーツセンターで開催される旨、大野理事から報告があった。 ・ 資料に基づき1件の変更届けについて事務局長が報告した <p>①定期総会議案書案の修正箇所を中心に事務局長が説明し、原案どおり了承された。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 収入の部 優良職員特別会費の組替え、看護技術研修受講料新設 ・ 支出の部 優良職員表彰経費、通信費、事務長会費、看護部長会費 ・ 定款変更の追加等 <p>②定期総会、日精協神奈川県支部総会、神精協政治連盟総会の役割分担が確認された。</p>

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	<p>(2)精神科救急医療体制について</p> <p>(3)各種委員の推薦について</p> <p>(4)新規入会申し込みについて</p> <p>(5)ホームページの運用について</p>	<p>・県・2市から協力病院空床確保の改善に関する要望書が提出されたことについて、協議された。その結果、4月以降各病院の診療体制が整う6月中に1,2ブロック会議を自主開催(県・2市を含まない)し改善案を検討することとした。</p> <p>(協議の概要)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護室、隔離室の整備増床は建物構造、資金手当、スタッフ確保等困難な要素が多い。 ・個室の設備構造を強化し、隔離室の代替とする余地はある。 ・非定型抗精神病薬の使い方(2剤投与)で保護室の確保状況は変わる。 ・看護基準の問題が大きい。 ・会員病院に制度の理解が足りないこともある。行政からの依頼ではなく協会自身の事業でもある。 <p>神奈川権利擁護相談センターの相談処理委員会委員である清水信委員の3月末退任に伴う後任委員推薦について協議した結果、神奈川県精神神経科診療所協会からの推薦が可能か神奈川権利擁護相談センターに打診することとした。</p> <p>医療法人社団栄聖仁会病院から提出された入会申込書に基づき審査した結果、4月に入会することが了承された。その際2点を病院側に申し入れる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①会員病院からの転院受入れ ②精神科救急の指定医派遣 <p>会員専用ページの編集方針、整備状況について事務局長が説明した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次回理事会開催時に情報管理委員会担当理事がリニューアル画面をチェックし、年度内に

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
	<p>(6)その他</p> <p>2 報告事項 (1)日精協報告について</p>	<p>アップすることが了承された。</p> <p>①神奈川県精神神経科診療所協会から合同講演会及び患者相談会の企画案が出されたことについて協議した。</p> <p>さらに詳しい企画案（実施案）が出されてから再度協議することとした。</p> <p>西井副会長が窓口となる。併せて精神保健福祉協会の役割について打診してもらうこととした。</p> <p>②協会監事を外部（第三者）から委嘱を行うことについて会長から問題提起されたが、県の監査時に必要性を確認することとした。</p> <p>③神奈川県医療審議会における保健医療計画改訂状況について会長から情報提供があった。</p> <p>①畑理事から報告があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護配置等に関する日病協の危機感が欠如し意見が合わないため、日精協としては四病協と一緒に行動する方針。 ・入院基本料7：1の新設に係る要望書を1月末に厚労大臣に提出した。 ・病床の施設転換は反対意見が強い。 <p>②竹内支部長から支部長会議の報告があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支部長会議でも病床の施設転換は反対意見が強い。これに関する日精協の動きは不透明。また事務局が弱体化している。 ・日精協政治連盟は参院選で武見氏の推薦を決定したが、日本医師会の方は一枚岩ではない。

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要
第8回 平成19年 3月13日(火)	<p>理事定数 11名 出席理事数 9名 議事録署名人 長谷川副会長 山口理事</p> <p>1 協議事項 (1)平成19年度主要行事予 定及び事業計画について</p> <p>(2)定款施行細則の改定に ついて</p> <p>(3)第36期定期総会につい て</p> <p>(4)その他</p> <p>2 報告事項 (1)日精協報告について</p> <p>(2)会員病院の届出事項変 更について</p>	<p>・理事会、総会、会議、研修等について日程を 確認した。</p> <p>①精神神経科診療所協会合同研修会は6/21ベ イシェラトンホテルで予定。</p> <p>②理事長、院長、事務長合同研修会（病院経営 関係）を7/17で予定。</p> <p>③代表者・院長会議を10/2で予定。</p> <p>・定款変更に伴う会員（賛助会員）に関する細 則の改定を了承した。</p> <p>・表彰式来賓名簿を確認した。</p> <p>・会長から「精神科専門医制度に関し、横浜市 大 平安先生から学会関東地区部会長として面 接委員（任期2年）の選出依頼があった。」と の発言があり、会員先生に当たることとした。 （学会員、臨床経験15年以上）</p> <p>・畑理事から3月1日理事会の状況報告があっ た。</p> <p>看護体制（7：1問題）に関する中医協の厚生 労働大臣あて建議とは別に、日精協は4病協と して診療報酬早期改定の要望書を提出した。</p> <p>・1病院1件の変更届出。</p>

年月日	理事定数、出席理事数 及び協議・報告事項	協議・報告事項の概要						
	(3)ホームページの運用について	<p>・事務局長から、会員専用ページについて概要説明。今月中のオープン予定、会員宛新規パスワードを送付する</p> <p>(参考)</p> <p>理事会開催前に、神奈川県保健福祉部障害福祉課森課長代理ほか1名から、19年度当初予算、事業に関する説明があった。</p> <p>・障害者福祉計画の策定に関し、入所、入院患者の地域移行の数値を把握するためアンケートを実施する。詳細は検討中。</p> <p>・横浜市内の病院で19年6月から身体合併症の精神科救急患者受入れを行う。(措置患者最優先)</p> <table data-bbox="787 861 1157 977"> <tr> <td>みなと赤十字病院</td> <td>10床</td> </tr> <tr> <td>済生会横浜市東部病院</td> <td>2床</td> </tr> <tr> <td>横浜市大センター病院</td> <td>2床</td> </tr> </table>	みなと赤十字病院	10床	済生会横浜市東部病院	2床	横浜市大センター病院	2床
みなと赤十字病院	10床							
済生会横浜市東部病院	2床							
横浜市大センター病院	2床							

総会に関する事項

年月日 会場	会員定数、出席会員数 及び議案等	議事の概要
第34期 定期総会 平成18年 5月30日(火) パンパシ フィックホ テル横浜	会員定数（正会員）54名 出席会員数 51名 出席者 27名 委任状提出者 24名	<p>・定刻14時30分 熊田隆夫理事の司会により開催を告げる。</p> <p>西井華子副会長が開会の辞を宣言する。</p> <p>引続き竹内知夫会長が開会挨拶を行った。 (挨拶要旨)</p> <p>4月からの障害者自立支援法及び診療報酬改定に係わる夜勤体制への対応などで、会員病院の皆さんもご苦勞されていることと思う。また、国保連合会審査についても緊急のアンケートをお願いしたところであるが、これらのことについて協会としてもまとまって対応していきたい。</p> <p>・続いて、司会者は定款22条に基づく議長の選任について、司会者に一任を諮ったところ出席者全員の拍手で承認された。</p> <p>・司会者から、横浜相原病院 吉田勝明院長を指名し承諾が得られた。 吉田勝明院長が議長席に就く。</p> <p>・議長から本日の出席者について、出席者27名、委任状による表決者24名の計51名で、定足数を越えており総会は成立する旨を宣した。</p> <p>・続いて、定款28条に基づき議事録署名人2名の選出を議場に諮った。</p> <p>議場より議長一任の声があり、議長が次の2名を指名し、議場に諮ったところ出席者全員の拍手で承認され、また2名から承諾が得られた。</p> <p>福井記念病院 高屋淳彦院長 曾我病院 長谷川剛院長</p>

年月日 会場	会員定数、出席会員数 及び議案等	議 事 の 概 要
	<p>第1号議案 平成17年度 事業報告承認の件</p> <p>第2号議案 平成17年度 会計予算決算書(案)承 認の件</p> <p>第3号議案 平成17年度 貸借対照表(案)承認の 件</p> <p>第4号議案 平成17年度 剰余金処分計算書(案) 承認の件</p> <p>第5号議案 平成17年度 財産目録承認の件</p> <p>第6号議案 平成17年度 基金財産運用予算決算書 (案)承認の件</p> <p>第7号議案 平成17年度 会計監査報告の件</p> <p>第8号議案 名誉会員推 薦の件</p>	<p>・議長は、これより議事に入ることを告げ、8号議案までを議案として提案することを宣した。</p> <p>・議長は、第1号議案から第6号議案まではそれぞれ関連があるので、一括して提案するとともに事務局に議案の内容説明を求めた。</p> <p>・石井事務局長は、議長の指示に基づき第1号議案 平成17年度事業報告承認の件から第6号議案 平成17年度基金財産運用予算決算書(案)承認の件までを第34期定期総会議案書に基づき各議案の概要を説明した。</p> <p>・続いて議長は、第7号議案 平成17年度会計監査報告の件について大野史郎監事に報告を求めた。</p> <p>大野監事は4月25日会計監査を行った結果、適正に処理されていることを報告した。</p> <p>・議長は第1号議案から第7号議案までの質疑を行うことを告げ、議場からの発言を求めたが特に発言はなく、議長は第1号議案から第7号議案までの議案を一括で承認を求めたところ、出席者全員の拍手で承認された。</p> <p>・続いて議長は第8号議案を提案し、事務局に説明を求めた。</p> <p>石井事務局長が、議案書に基づき提案理由を説明した。</p>

年月日 会 場	会員定数、出席会員数 及 び 議 案 等	議 事 の 概 要
第35期 定期総会 平成19年 2月20日(火) 横浜エクセ ルホテル東 急3F グ ランドホー ル	会員定数（正会員）54名 出席会員数 40名 出席者 22名 委任状提出者 18名	<p>議長は、議場からの発言を求めたが特に発言はなく、議案の承認を求めたところ、出席者全員の拍手で承認された。</p> <p>・議長は予定の議案は全て承認されたことを告げた。</p> <p>続いて、執行部にその他発言があるか促したが、竹内会長は無い旨告げた。</p> <p>議長は議案審議の終了を告げ、降壇した。</p> <p>長谷川行洋副会長は定期総会の終了を宣言し、15時5分閉会した。</p> <p>・定刻14時30分 熊田隆夫理事の司会により開催を告げる。</p> <p>西井華子副会長が開会の辞を宣言する。</p> <p>引続き竹内知夫会長が開会の挨拶を行った。 (挨拶要旨)</p> <p>昨年の診療報酬改定、看護基準の改定、自立支援法施行等により会員病院の苦勞も多いと思うが、協会としてまとまって助け合いながら、神奈川県精神医療を推進して行きたい。</p> <p>・続いて、司会者は定款22条に基づく議長の選任について、司会者に一任を諮ったところ出席者全員の拍手で承認された。</p> <p>司会者は、横浜相原病院 吉田勝明院長を指名し承諾が得られた。</p> <p>吉田勝明院長が議長席に就く。</p> <p>・議長は、本日の正会員出席者について、出席者22名、委任状による表決者18名の計40名で定足数を越えており総会は成立する旨を宣した。</p>

年月日 会 場	会員定数、出席会員数 及 び 議 案 等	議 事 の 概 要
	<p>第1号議案 平成19年度 事業計画書（案）の件</p> <p>第2号議案 平成19年度 会計予算計画書の件</p>	<p>・続いて、定款28条に基づき議事録署名人2名の選出を議場に諮った。</p> <p>議場より議長一任の声があり、議長が次の2名を指名し、議場に諮ったところ出席者全員の拍手で承認され、また2名から承諾が得られた。</p> <p>福井記念病院 高屋淳彦院長 丹沢病院 川口陽太郎院長</p> <p>・議長は、これより議事に入ることを告げ、第1号から3号議案までを議案として提案することを宣した。</p> <p>・議長は、第1号議案、第2号議案はそれぞれ関連があるので、一括して提案するとともに事務局に議案の内容説明を求めた。</p> <p>・石井事務局長は、議長の指示に基づき第1号議案 平成19年度事業計画書（案）の件及び第2号議案 平成19年度会計予算計画書の件を第35期定期総会議案書に基づき各議案の概要を説明した。</p> <p>・議長は第1号議案及び第2号議案の質疑を行うことを告げ、議場からの発言を求めた。</p> <p>議場から次の発言があった。</p> <p>・福利厚生費 優良職員表彰経費に関し、被表彰者への記念品は廃止せず残したほうが良いのではないか。</p> <p>これに関し、熊田理事から次の発言があった。</p> <p>・実質的には病院負担とはいえ被表彰者から特別会費を徴収することについて、違和感があるので、この際これを徴収しないこととし、関連で記念品を廃止することとしたもの。</p> <p>熊田理事の経過説明により、発言者は了承した。</p> <p>・議長は、第1号議案及び第2号議案について一括で承認を求めたところ、出席者全員の拍手で承認された。</p>

年月日 会場	会員定数、出席会員数 及び議案等	議事の概要
	第3号議案 定款変更の 件	<ul style="list-style-type: none"> ・続いて議長は第3号議案を提案し、事務局に説明を求めた。 石井事務局長は、議案書に基づき提案理由を説明した。 ・議長は、「内容の変更を伴わない字句の修正等に関し、神奈川県知事からの修正指導に応じられるよう会長に一任願いたい」ことを含め、議案の承認を求めたところ、議場からの発言はなく、出席者全員の拍手で承認された。 ・議長は予定の議案は全て承認されたことを告げ、議案審議の終了を宣し降壇した。 ・長谷川行洋副会長は定期総会の終了を宣言し、15時22分閉会した。

後記

朝、私の病院のポストに、白い封筒が入っていた。達筆で、「誓約書」と上書きされているのを見て、不穏な気分になったが、そこは理事長、大抵のことには馴れているので、眉ひとつ動かさず、封を切った。「私にNASA（アメリカ航空宇宙局）から、さまざまなシステムで、メッセージどおりに入力がありました。（いつも宇宙の論文を送っているの）数十億円が支払われた場合、先生様に1億円をあげます。先生様、〇〇より。」きちんと書かれた文を見て、急に世界中で花が開いたような気持ちになった。診療や人とお金の遣り繰り算段に、いつも追われている気分が晴れ、“おはよう”“ごくろうさま”とやたら職員に声をかけた。「1億円」が大きかったのか？それだけではない。長年、入院担当をしている患者さんに信頼された思いがしたからだ。1億円で病棟を床暖房にして……などと妄想していたら、まてよ！あれは感謝の発露だけだろうか？と思い至り愕然とした。実は、療養病床消滅の波が、当院にも打ち寄せつつあることを察知しての、誓約書だったのでは。

「武士の一分」が人気を得ている。「病院の一分」があってもよい。冷え冷えとした医療制度改革の潮流の中で、私達が、どうしても守らなければいけないもの。それは患者さんが、公平でよりよい医療を受ける権利である。低医療費政策は、病院も患者さんも見殺しにして、この国を貧しくしてゆく。

今号では、前理事の津田先生と川口先生に玉稿を賜わることができた。当協会への、ますますの御指導をお願いしたい。又、当協会の18年度の各研修会に御協力いただいた皆様の貴重な講演録を載せることができた。中でも、薬剤師研修会では、今、神精協会員病院の大きな悩みのひとつである非定型抗精神病薬の併用査定問題についての質疑応答の掲載を、上島先生に許諾いただき、心より御礼申し上げたい。たかが会報、されど会報となれば幸甚である。

（編集担当 黒岩 隆）

神奈川県精神科病院協会会報 第72号

平成19年5月15日発行

発行所 (社)神奈川県精神科病院協会
会長 竹内 知夫
横浜市神奈川区台町8-14
ベイシティ滝川3F307号
☎045 (316) 0349

編集責任者 佐伯 彰、大野 史郎
山口 哲顕、黒岩 隆

印刷所 (株)ポートサイド印刷
横浜市金沢区鳥浜町16-2
☎045 (776) 2671