

巻 頭 言	武川 吉和	2
横浜市立大学精神医学教室現況		
精神医学教室	都甲 崇	5
附属病院神経科	河西 千秋	7
附属市民総合医療センター精神医療センター	高橋 雄一	10
会員開設報告		
なぎクリニック	遠藤 青磁	13
総会講演		
臨床脳波学のトピックス	原 實	15
がん医療と精神医学		
一埼玉医科大学国際医療センターでの試みー ...	大西 秀樹	18
寄 稿		
ある町医者をつぶやき	鈴木 達也	25
研修医が来た	山口 哲顕	27
近況	中野 博之	29
開業後	高馬 和彦	31
最近思うこと	埴原 秋児	33
加齢の社会学	安斎 三郎	34
医師の会新入会員自己紹介		
老川 美緒・加納 亮治・川崎いくみ・斎藤 知之・ 原口由布子・廣内 千晶・星加 哲夫・吉松 尚彦・渡邊 宏行		44
OB会新入会員自己紹介・紹介		
内田 修二・安田 秀・桂城 俊夫・品田 正幸		49
新入会員紹介（山田 芳輝・渋谷 克彦）		55
慶 弔 事		56
総会と役員会報告及び会計報告		57
編集後記	木村 逸雄	62
協賛製薬会社御案内		64
協賛病院・クリニック御案内		78
横浜市立大学精神医学教室医師の会・OB会会員名簿		84
横浜市立大学精神医学教室OB会（別称碧光会）会則		89
横浜市立大学精神医学教室現OB会施行細則		93
横浜市立大学精神医学教室合同会会則		95
横浜市立大学精神医学教室OB現役合同会慶弔規定		97
投稿規程		98

巻 頭 言

武 川 吉 和

オンコール当番でない土曜日自宅の窓から降り続く小糠雨を眺めながら、総合病院精神科の行く末をふと考えた。この雨が止めば、空はきっと晴れるだろうが、総合病院精神科は果たして…。

近頃産科や小児科、或いは地方の総合病院の医師不足が深刻化していることは皆さんも御存知の通りです。救急車が受け入れ先の病院をなかなか見つけられなかったり、総合病院で櫛の歯を抜く様に診療科が非常勤化したり…。“医療崩壊”という言葉が大げさとは言えない現象が私達の身近でもちらほら起こっています。

ここ横浜の西の端から私達の業界を見渡してみると、先ず眼につくのは精神科診療所が順調に増えていることです。もう一つは、精神科病院や総合病院精神科の指導医層が手薄になってきていることです。精神科の場合、入局者数は増えているのですが、それでも指導医級の医師が転出した穴を埋められずにいます。要因をざっと挙げると、①開業する医師の増加及び開業年齢の若年化、②医局のノルマを拒否し、医局を脱退して就職する若手医師の増加、③女性医師の増加、④男女にかかわらず非常勤での勤務を希望する医師の増加、⑤その他、といったところでしょうか？

総合病院精神科に絞って見てみると、横浜市、川崎市を除いた神奈川県域には、北里大学東病院、湘南病院、厚木佐藤病院を除いて精神科病棟を有する一般病院が在りません。更に馬入川より西の地域では、この10年程の間に常勤の精神科医がいるのは、東海大学附属病院、厚木市立病院、小田原市立病院（復活！）だけになってしまいました。政策誘導がなされた横浜市と川崎市では総合病院の精神科病床が増えるという画期的な状況が産まれましたが、その他の県域では日本のあちこちで起こっているのと同じ事態が進みつつあります。

医局講座制は長年諸悪の根源の様に言われてきましたが、いざ民主化してみると（医局員の個々の希望を優先する人事配置への移行という意味で）、或いは壊れてみると、功罪相半ばしていたと痛感させられます。それに替わる人材の適正配

置の仕組みが用意できないでいると反省せざるを得ません。最早これは一医局だけで解決できるような問題ではありませんが…。

ここであえて皆さんに問うてみたいのですが、総合病院に精神科は本当に必要不可欠なのでしょうか？ 当科もそうですが、開放型の精神科病棟は今結構ベッドが空いています。かつて入院患者の大半を占めていた抑鬱患者の休養入院の需要が低くなってきていることが大きいと思われます。それでも何だか毎日忙しく働いている感じられます。所詮“精神科医としては”という感覚ですから、他の診療科の医師と比べれば、幹部にはその位当たり前に見えているかも知れませんが…。精神科病院と比べると、外来を初診する患者さんは多いですし、認知症の早期診断から、多量服薬患者のケースワーク、アルコール離脱譫妄の管理、児童虐待と関連したアトピー性皮膚炎の掻爬行為まで様々な併診依頼が出てきます。病棟へ戻れば、跳び下りて怪我し、骨折のリハビリをしている統合失調症の青年が、独語しながら車椅子で通り過ぎた個室では、拒食症の少女が拘束されながら IVH を受けているといった状況です。又近年急増した身体合併症患者の場合、当該診療科や転院元との協力関係にかなり気を遣わされます。本音を言えば、今の患者層でかつての様なベッドの埋まり方だったら、酒を飲む度に「忙死了！」（忙しくて死にそう）と叫んでいるかも知れません（裸にはなりません）。ともあれ総合病院精神科に対する保険点数配分上の冷遇は当分是正されそうもありませんから、臨床的には多様な需要があるにしても、低い病床利用率と構造的な赤字体質が改善されない限り、国公立病院の独立行政法人化という流れの中では、病院経営上“お荷物”に過ぎません。更なる経営努力と、それが実らなければ、精神科病棟は閉鎖・縮小・混合化するという合理化への圧力、そして多彩な業務、長い残業時間、身分上の拘束の多さ、安い給料などからくる医局での不人気という両面から、今総合病院精神科は危機に瀕しています。これは医療の市場経済化への移行に伴う危機とも言えます。『先生の心配し過ぎよ』と慰めてくれる方もいるかも知れませんが、ヒアリングの時院長先生が呟いた通り、トップが替わったら、国立病院機構相模原病院の様に精神科病棟がなくなる可能性は少なくないでしょう。かといって今の設備と人員で横浜市から要請されている精神科救急医療システムの輪番に入ることは困難です。既に実績があるはずの身体合併症医療への参加は、当院から申し出ても横浜市では求めている様ですし…。

精神科診療所の増加、精神科病院の機能分化、入院患者の高齢化、輪番制による精神科救急医療体制の整備等が進みつつある中で、改めて総合病院精神科が“分担しなければならない”役割を明確にし、産科や小児科と同様に、二次医療圏ごとに“計画的に集約化”すると共に、その病院での精神科医療には“採算的に自立できる”だけの保険点数や補助金を配分するといった政策がそろそろ必要になったように私には思えるのですが…。

果たして巻頭言に適した話題か迷いましたが、総合病院の精神科医には提言する機会が減多にないことから、長々と述べさせていただきました。何かの寄合でお会いした際には皆さんの御意見を是非お聞かせ下さい。

(国立病院機構 横浜医療センター)

横浜市立大学精神医学教室現況

精神医学教室

都 甲 崇

精神医学教室、特に医師の会（医会）の現況についてご報告いたします。

今年度は9名の方に入会していただきました。この5年間の入会者数は平均約9名で、今年度は例年並みの入会者数となりました。昨今の各地域での医師不足は大学病院にも及んでいると聞きますが、こうした状況の中でこれだけの方に入会していただけたことを大変嬉しく思っております。これまで研修医や学生の教育にご協力いただいた多くの病院の先生方にこの場をお借りして改めて御礼申し上げます。また関連して、附属病院には多くの学生さんや初期研修医が、研修や入局（入会）を希望して見学に来ています。みなさまには病院を見学していただくとともに、当教室での研修計画や医師の会の制度についても説明させていただいていますが、人事を含む運営が民主的な医師の会で行われていることや卒後約10年目までの研修プログラムがしっかりと確立されていることが大変好評です。医師の会発足以来続いている伝統が、この流動的な時代に高く評価されていることを大変嬉しく感じております。

昨年度ですが、9月の集談会の時間に関連病院の先生方にお越しいただき各病院の取り組みや特色をご紹介いただく機会をつくりました。病院の先生方には、大変お忙しい中ご協力いただき感謝しております。多くの関連病院の先生方には説明会後の懇親会にもご参加いただき、普段お聞きすることのできない貴重なお話も聞かせていただきました。医会員に大変好評で、今年度も同様に開催させていただくこととしました。何卒ご協力のほどよろしくお願いいたします。

今年度は、昨年12月の後期総会で承認された人事で、神奈川病院にシニアレジデント1名を含む医会員2名が新たに常勤医として勤務させていただくこととなっております。最終的には、入会予定だったシニアレジデント1名の入会が年明けに取りやめになり、シニアレジデントの勤務はなくなりましたが、来年度以降希望者がいた場合には常勤医として勤務させていただくことになると思います。

ここでは、このように新たな病院にローテート先として勤務させていただくことになった経緯について説明させていただきます。現在、医会では、新たなローテート先の病院を決める際に次の二つの点から検討を行っています。第一は、若手医師に指導していただける常勤の医会員もしくはOBの先生がいるかどうかです。医会のローテートでは、卒後約10年目までのローテートプログラムを作成しておりますが、特にこのローテートの前半では指導的立場の先生方にご指導いただきながら精神科医としての研鑽を積むこととなっており、自分たちで責任をもって後進の指導を行うという意味から、現役医会員やOBの先生方のいる病院をローテート先としています。第二は、毎年的人事アンケートで希望者が多いかどうかです。明確な規定があるわけではありませんが、このところはおおよそ過去3年程度の希望者数を考慮して毎年的人数を決定しています。神奈川病院の場合には、数年前にローテートを終えた医会員が常勤医として勤務するようになったことと、この2〜3年の希望者が多かったことから、今回新たに常勤医が勤務させていただくこととなりました。なお、上記は単科の精神科病院についてであり、総合病院の場合には、地域における重要性や病院側の意向等を十分に勘案して決めています。医会としましては、今後も多くの関連病院から派遣を希望されるようお互いの研鑽と後進の指導を続け、また多くの方に入会していただけるよう初期研修医や学生への働きかけを続けたいと思っております。

さて、皆様ご承知のように、昨年度横浜市大の学位審査に関する金銭授受や一部医局での不透明な医師派遣の問題が報じられました。その後大学が各医局の運営や会計管理に関する調査を始め、大学から依頼がありましたので、運営委員会での承認の上、医会の規約を大学側に提出いたしました。精神科の医会は、規約の作成も含めて民主的に運営されており、会計は独立した口座で管理し、決算は毎年の総会で報告し承認を得ておりますので、全体としては模範的な運営を行っていると高く評価されました。しかしながら一方で、大学側から次のような依頼がありました―「下記の項目を補筆いただき、規約の改正手続きを取っていただきますようお願い申し上げます。『本会の運営に際し、横浜市大から調整の要請があった場合には医局運営検討委員を通じて協議するものとする』」。医会は大学と対立する存在ではありませんが、その自主的な運営は医会の要諦であり、規約に対する大学側からの一方的な修正依頼を無条件に受け入れることはできません。

大学側には、規約の改正には総会での過半数の承認が必要であることを説明し、提案が総会で民主的に否決された場合の対応を相談したところ、最終的にはその場合に改正を強要するものではないとの回答をいただきました。横浜市大では、すでに多くの医局は医会と同様の民主的な運営を行っていますが、外部からは旧来の閉鎖的・封建的な組織とみられることが多く、大学としてもその位置づけに苦慮しているようです。医会については、運営や会計を含めて外部から非難されるような問題は何もありませんが、このような状況を踏まえて、今後その運営に一層の透明性を保ち説明責任を果たしていくことが必要と感じております。

最後に個人的な雑感になりますが、運営委員長も今年度で3年目となりました。私としましては、医会員に選ばれた身として、個々の医会員の希望を最大限汲み取るような運営を行いたいと考えながらその任に当たっております。このような運営については比較的多くの医会員から支持を得られていると思いますが、個々の希望を最優先した意思決定を進めれば、結果的にポピュリズム的な決定が行われることが多くなり、こうした類のご批判を耳にすることもあります。一方で、運営委員長や運営委員会が強い指導力を発揮すれば、個々の利害を超えて全体を俯瞰した意思決定を行うことができ、関連病院やOBの先生のご意向にも沿いやすくなりますが、個々の医会員の不満が全体として大きくなります。このように大きな組織を、関係する全ての皆様にご満足いただけるよう運営していくには私では力不足ですが、意思決定のプロセスをできるだけ丁寧に説明させていただくとともに、さまざまなご意見に謙虚に耳を傾けながら今後の運営に生かしていきたいと思っております。今後とも変わらぬご指導ご鞭撻を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

附属病院神経科

河 西 千 秋

市大福浦の医学部および附属病院の体制と実績、今後の展望などについて述べたいと思います。

平成21年度も、平安良雄教授（大学院医学研究科精神医学部門専任教授、精神

科診療部長）のもと、引き続き病棟医長は河西千秋（准教授・診療部長補佐）、外来医長は塩崎一昌准教授、医局長は都甲崇准教授という役割分担で診療・教育・医局等の運営にあたっています。

診療において、特筆すべきことの第1番目は、診療科名が、「神経科」から「精神科」に代わったことです。これは、平成21年3月に医道審議会部会から厚生労働省に提出された意見書（案）に沿って行われた見直しです。さっそく患者さんからは、「神経科の方が良かった」という感想も聞かれています。これまで多くの患者さんに、神経科？神経内科？精神内科？精神科？心療内科？神経精神科？と混乱を与え続けてきたことを考えれば、良い面も多々あるでしょう。当科は、以前は神経内科領域をも包含する診療科でしたし、私自身は、「自分たちは、中枢神経の最高次機能を診ている」という自負をもってきましたが、今後は、精神科の旗の下、ユーザー・病院・地域のさまざまな領域の方たちが利用しやすく、頼りがいのある場所であるように引き続き努めていきたいと思えます。

さて、年度21年度の病棟体制は、古野拓助教と勝瀬大海助教が引き続き指導医（病棟グループ長）として、また加藤大慈助教と鎌田鮎子指導診療医がリエゾン・緩和医療担当医・指導医として後期研修医6名（浅野さわこ先生、井出恵子先生、千葉悠平先生、中島智美先生、吉松尚彦先生、渡邊宏行先生）とローテーションで精神科の研修にやってくる初期研修医達を率いて診療に当たっています。脳波室には引き続き久保田真司先生が勤務しています。

平成20年度の診療実績ですが、外来部門は外来初診患者数1,164名（うち他科病棟患者の初診276名）という実績でした。外来は、常勤医師に加え、23名の非常勤医師に再来診察をしていただいています。なお、初診は予約制ですが、5月現在で一般初診に6人/日まで対応しております（緊急時にはその限りではありません）、また院内の病棟併診（初診）に毎日3人まで対応しております。専門外来は、毎週火曜日の午後には老人クリニックがありますが、多くの需要に対応するために水曜・金曜の午後にも初診を受け付けております。外来部門のトピックは、平成20年10月から休職者のための復職ダイケアが開始されたことです。この新規事業のために、新たに精神科専任の精神保健福祉士・佐藤さんが着任し、塩崎准教授のリーダーシップのもと、臨床心理士の先生方を中心にプログラムが実施されています。現在のところ、週3回・午前で2ヶ月のプログラムを提供してお

りますが（4月からは2ヶ月毎に全部で6単位）、需要に応じて午後にも同様のプログラムを実施することを検討中です。

病棟ですが、平成20年度の入院患者数は281人で、その46%が、地域の一般病院、精神科病院、クリニックからご紹介される患者さんが占めています。ベッドの回転がとても速いことから、病院内・外の入院の要請にはほとんどの場合、すぐに応じることができます。最近、OB・OG以外の先生方からの入院依頼もたいへん増えています。私どもの病棟の役割は、特に、初期診断・初期治療、病態の精査、治療法の再検討にあるのではないかと考えていますが、地域に展開されているプライマリ・ケア医（もちろん精神科クリニックを含みます）の皆様の後方病棟として、病棟を利用いただければと思っています。

ところで、最近、病院全体で、改修計画が話し合われており、これに合わせて、将来計画の中に福浦の病棟の見直しが含まれています。まだ決定事項ではありませんが、おそらく、2〜3年以内には、福浦の病棟は閉鎖化され、政策医療としての合併症（身体合併症を有する精神障害患者）の入院治療を担うことになるものと思われます。

大学の教育面については、医学部定員の段階的増加ののち、平成21年度からは本学医学部は定員が90名となりました。メガ・シティである横浜に公立大学医学部が一つで、しかも60人の定員というのはあまりにも定員が少なかったわけで、より多くの医師が横浜・神奈川に輩出されていくことはたいへん好ましいことです。ただ、以前にこの誌面で述べたように、医学部教育の大きな変化と教員の負担増という状況下でありながら、60名から90名という1.5倍の定員増に対して、臨床系の教員の定員がまったく増員されないことが問題となっています。OB・OGの先生からもぜひ横浜市に対して物申していただきたいところです。

さて、福浦医局はもとより、教室全体として、地域精神保健や国・県・市の行政等への貢献を常に考えています。県精神保健福祉センターや市こころの健康相談センター、各保健所業務にも積極的に参加しています。この時世で特に大きな課題としてとらえられている地域自殺対策にも積極的に関与し、平安教授が神奈川県・横浜市・川崎市の3県市の自殺対策協議会の座長を、筆者が大和市、横浜市南区、藤沢市の自殺対策連絡協議会で座長や委員を務めています。また、近隣企業や本学、産業メンタルヘルス専門家らによる産業メンタルヘルス連絡会もさ

らに参加者が増えつつあります。この領域では、他に横浜市職員・教員の休職者の判定や面接、書類審査のほぼ全例に准教授3人と勝瀬助教が関与しています。医療観察法の審判員業務も平安教授・著者・塩崎准教授で続けています。

学会活動につきましては、関連学会がこの5年で山のように増え、平安教授以下准教授も要職をいただき、さまざまな企画やワーキングに参加しています。その中でも最も大きな仕事のひとつが、日本精神神経学会専門医制度発足前から続いている地区部会事務局の業務ですが、これは、平成21年度夏の、移行期間最終専門医試験まで引き続き本学が担うことになっています。

研究に関しては、精神医学教室のHPをご参照いただければと思いますが、画像研究グループ、神経病理研究グループ、臨床精神薬理・分子生物グループ、パブリック・メンタルヘルスグループ(旧自殺予防研究グループ)が活発に活動し、多くの研究成果を産み出しています。平成21年度4月から、大学院を卒業した大塚達以先生、須田顕先生が、それぞれハーバード大学、カロリンスカ研究所に留学しています。

神奈川県精神医学会の運営を、引き続き福浦で行っていますが、今年度の前期の例会・総会は磯子公会堂で開催されます。これに合わせて横浜市こころの健康相談センターとの共催で、横浜市民向けの地域自殺対策事業講演会も開催されます(講師: 芹香病院・岩間久行院長)。また、夜は、日本精神神経学会認定専門医講習会も開催される予定です。

最後になりますが、福浦が多くの教室関係者のご支援によって成り立っているということについて、ここにあらためまして、深く感謝申し上げます。

附属市民総合医療センター精神医療センター

高 橋 雄 一

昨年附属市民総合医療センター(市大センター病院)では、病院機能評価(Ver.5)の受審があり、例年以上に慌ただしく一年が過ぎました。またそれを機に診療科の標榜名を、精神医療センターの成人部門の「神経科」を「精神科」に、また児童部門の「小児精神神経科」を「児童精神科」に改称いたしました。

また今年の4月に教員8人のうち4人、後期研修医5人全員の計9人が入れ替わりました。医局長（兼病棟医長）は、病院機能評価を一手に引き受けていた杉山直也准教授が沼津中央病院に勤務となり、後任として救命救急センターで活躍していた山田朋樹が返り咲きました。その他の現スタッフを紹介させていただくと、市大センター病院7年目になる小田原俊成部長、3年目の高橋雄一、野本宗孝、2年目の小林明子に加え、新たに教員（助教）として天貝徹、鈴木東洋、佐藤玲子、後期研修医として原口由布子、川崎いくみ、加納亮治、星加哲夫、山田高裕の計13人体制です。皆熱き心の持ち主で、日に日に良好なチームワークが取れてきていると感じています。

さて本稿では当センター児童精神科の現状について述べさせていただきたいと思います。先輩の先生方はよくご存じのことと思いますが、歴史的には本学精神医学教室元教授の猪瀬正先生が昭和43年に「小児精神神経科」として設立し、長い間外来診療科として運営されておりました。平成12年市大センター病院の開院を機に精神医療センターの専門外来としての位置づけとなり、同時に精神医療センター病棟50床のうち8床で児童の入院治療を開始いたしました。外来診察室は独立しているものの、入院については精神医療センターとして児童も成人も同じ病棟で診療しており、医師もカンファレンスや当直も一緒に行っております。スタッフもそうですが特に研修医にとって児童から高齢者まで診ることのできる病棟は興味深いようです。一般に精神科病棟において児童の入院治療は難しいと考えられ、多くの大学病院でも敬遠されがちですが、現状では特に支障はなく、あまり違和感ありません。当センターでこのような治療環境ができているのは、前部長の山田芳輝先生のご尽力の賜と感謝しております。

当科受診患者さんの傾向ですが、外来については「小児精神神経科」開設当時の昭和40年代以降しばらくは知的障害や自閉症などの発達障害の方の受診が中心でした。しかし近年特に横浜市では主に幼児期の発達障害に対応する地域療育センターが整備されており、当科外来に訪れる児童のうち発達障害の比率は2割弱と低くなっております。ただし近年アスペルガー障害や多動性障害などいわゆる「軽度発達障害」が注目されていることもあり、学齢期になってから事例化して病院で対応することは多くなっている印象です。次いで適応障害、身体表現性障害、摂食障害などが多いのですが、受験やいじめ、家庭の問題、インターネット

ト時代の独特な対人関係など、最近の社会的背景が病状経過に大きく影響している印象があります。その他には統合失調症や小児期特有の情緒的な問題や習癖の問題を有する方など多様な疾患の方が受診されています。

入院については急性期型の閉鎖病棟を有する総合病院精神科という特徴から、身体管理が必要な摂食障害や、粗暴行為や自傷行為などの行動化が主徴の統合失調症や神経症性障害、発達障害、行為障害の方が多くいらっしゃいます。年齢層としては小学校高学年以上が多く、幼児や小学校低学年の入院治療は児童思春期専門病棟を有する医療機関で対応していると思われます。入院する児童は不登校や対人関係の問題を抱えていることが多く、病院に併設されている院内学級（横浜市立浦舟特別支援学校）の対応が学習援助に加え、社会適応の向上に寄与しています。また家族の支持基盤が弱く、家族関係調整に時間を要することがしばしばで、教育機関や福祉機関との連携が治療上必要なこともあります。

以上当院児童精神科での診療の概要を説明させていただきましたが、現在児童精神科の常勤医師は3人で、児童精神科に直接かかわるコメディカルスタッフも少なく、受診された方のニーズに十分に対応しきれていないのが実情です。また前述のように社会的な背景が複雑に変化し、自傷や自殺企図を主訴とする小中学生も珍しくなくなっていることなど、「時代の変化について行く」必要性も痛感しています。近年子どもの心の問題が注目されていますが、まだまだ発展途上の分野と考えます。諸先生方のお知恵を拝借しつつ、精神医療に貢献していきたいと考えておりますので、今後ともご指導、ご鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。

会員開設報告

なぎクリニック

遠 藤 青 磁

昭和 61 年卒の遠藤です。遠藤先生は先輩にたくさんおられますが、一番下っ端の遠藤です。本名は「せいじ」ですが、(青磁でも“あおしげ”でもありません)故梶原晃先生命名の「あおじ」の方が通りがよかったです。自分でもお電話の際に「あおじですけど」が口癖になってしまいました。

このたび、JR 横須賀線東戸塚駅西口で精神科・心療内科の診療所を開設いたしました。

入局以来、鷹岡病院と大学(脳波室)をいったりきたりで、あまり皆様のお役にも立てず、周辺部をうろうろしながらすごしてまいりました。少ない経験のなかでも医療を取り巻く環境、大学と関連病院の関係などが大きく変化しているのが感じられ、自らの力のなさを日々痛感させられ、身の丈に応じた仕事がしたいとの気持ちから診療所を開くことにしました。

そう決めたとたんに、きちんとした職場があること、決まった給料がいただけるありがたさが身にしみました。鷹岡病院では精神科救急にも携わり、開業しても今より大変なことはないだろうとたかをくくっていましたが、自分で診療所を開くことは今までに全く経験のなかったことに毎日直面せざるを得ず、味わったことのない苦労を味わっています。

開業に当たっては市川先生、宮内先生、山田芳輝先生をはじめ諸先輩方に非常にお世話になりました。山田先生から税理士さんを紹介していただき、その税理士さんからインテリアデザイナーさんと内装業者さんを紹介され(お二人ともとても楽しい方でした)、娘の友人のお父様が広告代理店におつとめだったことから、全般的なコーディネートをお願いし、そこからロゴのデザインをしていただいた某大学の美術の先生(この春学年担任になられ、なによりご結婚なさったばかりのお忙しい中手伝っていただきました)、クリニックに飾る写真をお撮りになった写真家の方にも面識を得ることができました。電子カルテ・レセプトコンピュー

タの導入にあたっては宮内先生からご紹介いただいた方に非常に助けていただきました。準備の最中は切羽詰まっていましたが、一段落した今となってはとても新鮮な出会いの連続だったように思います。

診療所は始めましたが、大学でもセンター病院の脳波クリニックは続けていくことになりました。いつまでも末席を汚していることはおはずかしい限りですが、若手のパワーに後押しされ、もう少しはやってみようかということになりました。脳波クリニックでは中堅の先生に加え、今期もフレッシュな先生方に参加していただき、心強く思っています。

新参者の開業医として、まじめに診療に取り組んでいきたいと思いますので今後ともよろしく願いいたします。

横浜市戸塚区川上町 88-1 東横ビル東戸塚 3F-D 電話 045-827-3672

URL : <http://www.nagicl.com>

(昭和 61 年卒)

臨床脳波学のトピックス

原 實

今日、お話する機会を与えて下さった、平安教授、同門会の役員に感謝致します。私が専門とするてんかんと臨床脳波から、先生方に興味を持って頂けると思われる、いくつかのトピックを取り上げてみたいと思います。

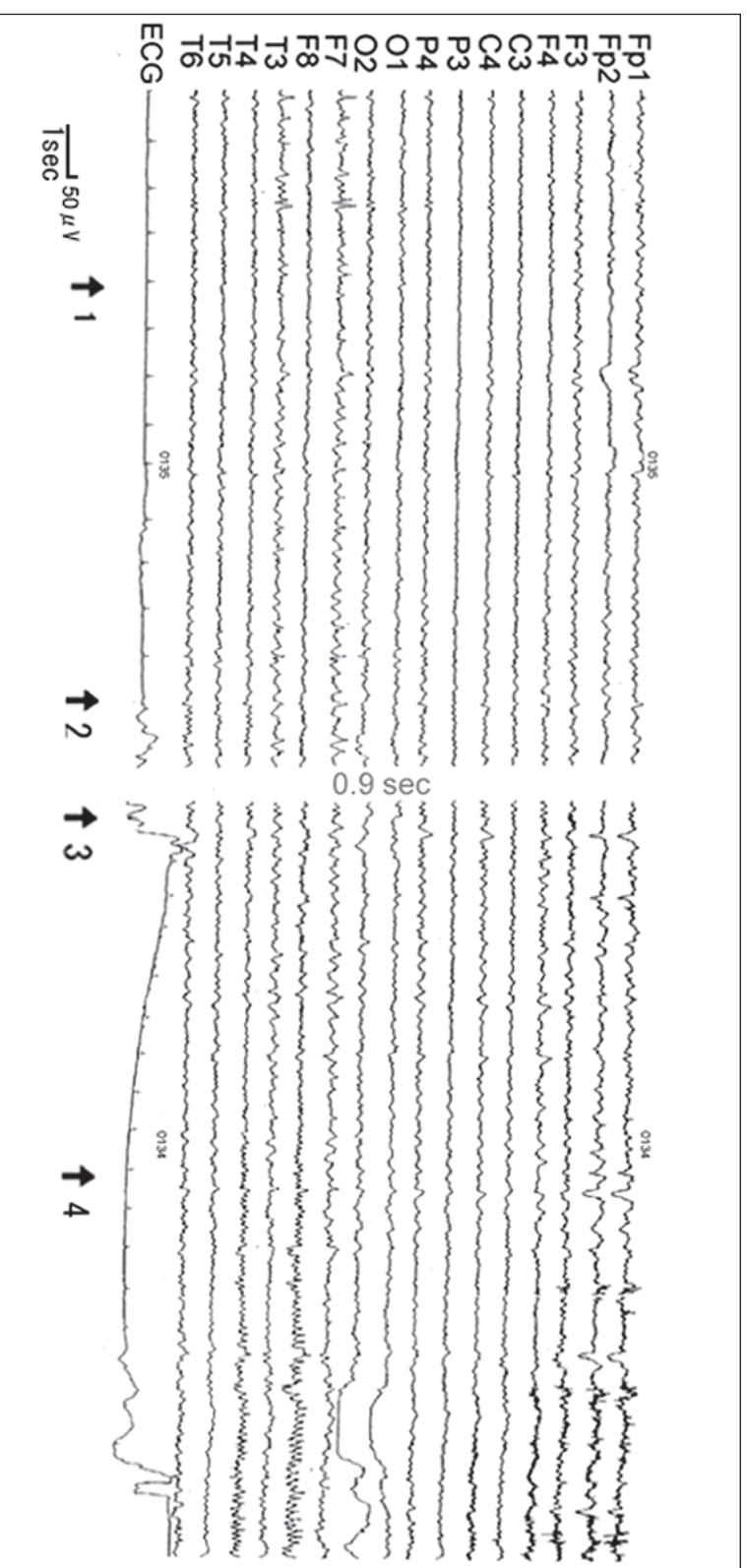
第一に、トランジスターの発明は、脳波でも大きな貢献がありました。差動増幅回路とデジタル脳波計です。差動増幅回路は交流障害に強く、シールドルーム不要で、どこでも脳波検査ができるようになったのです。

デジタル脳波計は、棘波が一つしか記録されなくても、リモンタージュによって二つの双極誘導を組み合わせる十字法観察して、棘波焦点の部位を決定できるようになりました。てんかんの診断と薬剤の選択上、棘波が存在する脳葉の決定は大変重要で、てんかん医学に大きく貢献したと言えます。

第二に、てんかん治療では、微細な所見が重要であることをのべたいと思います。発作起始域が明らかな局在関連性てんかん（LRE、焦点てんかん）では、発作は単純部分発作（SPS）で始まり、発作発射が拡張すると意識減損する複雑部分発作（CPS）となり、さらに拡張すれば全身痙攣発作（GM）になります。発作が始まった時の症状は、発作起始域（起始域）そのものか、あるいは起始域に近い症状発現域（発現域）の症状で、起始域の診断で、これに勝る症状はありません。発作がどこから始まろうと、最後は全身痙攣発作になるので、GM は起始域決定に役立ちません。理論的には LRE の発作の始まりは SPS ですが、困ったことに、SPS の症状は GM より軽微で、あっという間に GM に発展してしまい、SPS や CPS を観察する時間がない発作が多いのです。一例をあげると、けいれん発作が全身に一齐に始まるので、本態性（真性）てんかんと診断していました方がおられました。5 年目に GM がゆっくり進行して、発作の始まりは焦点性けいれん発作であると判明してカルバマゼピンに変更、完全抑制を得た方がおられました。

Fig.1 Scalp EEG recording of Complex Partial Seizure.

- ↑1 onset of tachycardia and arrhythmia.
- ↑2 unresponsive, eyes opened.
- ↑3 blinking, and fumbling.
- ↑4 rhythmic spiked wave at F8T4 (10-20 electrode system, MP, average reference electrode)



脳波判読でも目立たない所見が貴重な判読の手がかりを与えてくれることがあります。これは（Fig.1）てんかん研究に掲載された症例の脳波で、この症例では独立性起始域が二つか、三つかが大きな問題でありました。深部脳波で左海馬と左眼窩前頭部に起始域が存在しましたが、これに加えて、頭皮脳波の発作時発作発射として、F8T4 に応答消失、開眼、瞬目、まさぐり自動症、顔顰めの発作症状を伴う律動性棘波が記録され、右側頭葉に起始域が存在することを示唆されました。しかし、詳細に観察すると、律動性棘波出現の 6 秒前から、ECG の RR 間隔が短縮し不整となり、F7T3 で頻発していた鋭波が律動性徐波に代っていたので、この発作時発作発射の起始域は左海馬にあると判断されました。てんかん治療で、発作発射焦点の存部位の決定は、発作抑制の成否、ひいては患者の人生を左右する重要事であることは、言うまでもありません。

（平成 20 年 6 月 14 日 O B 現役合同総会 O B 会員講演要旨、原クリニック）

がん医療と精神医学

ー 埼玉医科大学国際医療センターでの試み ー

大 西 秀 樹

1. はじめに

昭和 61 年に大学を卒業し、昭和 63 年に精神科医としての第一歩を踏み出し、大学の先輩方に教えていただきながら少しずつ精神科の学びを深めております。

平成 13 年からがん専門病院で勤務しており、多くのがん患者さん、ご家族、ご遺族のメンタルケアを担当してきました。

今回は、これまでがん専門病院で経験したことをご紹介したいと思います。

2. がんと心の関係

がんという病気はその治療法の進歩にもかかわらず、年間 30 万人以上が命を落とし、わが国における死因の第一位となっています。がんに罹患することは「死」を連想し、人生における大問題であり、身体のみならず精神にも多大なる影響を及ぼすので、何らかの対応が必要となります。がんという病気が心に及ぼす影響を調べ、それらに対して適切に対処する医学領域が精神腫瘍学（サイコオンコロジー）です。

サイコオンコロジーの発展は、がんの診断を伝えるようになった 1960 年代にアメリカを中心として広まり、わが国でも、がんの告知が進んだ 80 年代より広まり、現在に至っています。

1) 「悪い知らせ」後に生じる反応

がんの告知、再発など、「悪い知らせ」が伝えられたときにみられる反応は、次の 3 段階に分けられます（表 1）。

第一期は「衝撃の時期」です。頭の中が真っ白になり、何も考えられない、信じられないといった気持ちになります。この時期は約 1 週間程度続きます。

第二期は「不安・抑うつ」の時期であり、病気や今後の生活に対する不安、抑うつ、そして不眠などを呈します。

第三期は「適応の時期」であり、今の現状を受け入れ、現実的な対応が可能になってきます。

しかしながら、全ての人がこのような経過をたどるわけではなく、後に述べるように適応障害、うつ病などを呈する人もいます。

表1 「悪い知らせ」後にみられる心理的な反応

第一期	衝撃の時期
	ショック
	否認 ” そんなはずがない”
	絶望 ” もうだめかもしれない”
第二期	苦悩の時期
	不安
	抑うつ気分
第三期	適応期
	現実への適応
	生活再開

2) がん患者にみられる精神疾患とその有病率 (表 2)

がんの罹患と精神疾患の関係について、Derogatis ら [4] は種々の Stage のがん患者を対象とした研究で 47%の患者が精神医学的な診断基準を満たし、そのうち、68%が適応障害、13%がうつ病、8%がせん妄であることを報告しました。終末期がん患者を対象とした調査 [1] でもせん妄、適応障害、うつ病の多いことが知られています。

がん患者の呈する精神医学的な病態としては、適応障害、うつ病、せん妄が三大疾患です。

治療中のがん患者さんでは、不安・抑うつを中心とした精神症状を呈することが多いのですが、最近までの調査研究では、文化の差を問わず、全病期を通じて、20～40%の患者にみられます。

表2 種々のがんにおけるうつ病有病率

治療中	6%
肺がん切除後	4.7～8%
切除不能肺がん	5%
再発乳がん	7%
終末期	12%

3) なぜ、精神的医学的な介入が必要なのか？

精神症状は以下に示すように、日常生活のみならず、がん治療に対しても負の影響を及ぼします。以下に精神症状ががん治療に与える負の影響について述べます（表 3）。

①精神疾患そのものの呈する苦痛

不安および抑うつは、だた、不安感、抑うつ感といった気分症状のみでなく、苦痛を伴う症状です。

②QOL の低下

がん患者の QOL は、抑うつを呈する場合、精神的苦悩を有する場合、がんに対する適応の悪い場合に低下します。さらに、抑うつを呈する患者の QOL は、対象群と比較して、社会、感情、認知、および身体領域などの広い範囲にわたり低下します。

③適切な意思決定障害

治療方針決定も影響を受けます。乳がん術後化学療法を受ける割合を対象群と抑うつを呈した群とに分けて比較すると、対象群では 92% が術後化学療法を受けたのに対して、抑うつ群ではその半数でした ($P<0.001$) [3]。

④自殺

がん患者の自殺率は一般に比して、約 2 倍であり、身体的な痛み、絶望感、予後の悪さ、抑うつが危険因子となっています。フィンランドにおけるがん患者の自殺に関する調査では、その 80% が抑うつを呈していました。

⑤家族の精神的苦痛

家族も精神的に苦悩し、その程度は患者と同様であることが知られています。

表3 精神症状が及ぼす負の影響

精神症状そのものの苦痛
生活の質（QOL）の低下
適切な意思決定障害
自殺
家族の精神的苦痛

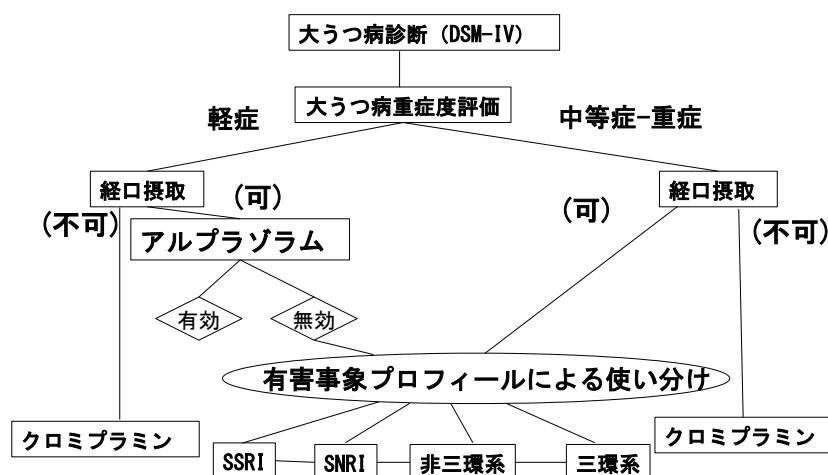
3. がん患者における精神腫瘍学的な治療介入

1) 精神科治療の有効性とその問題点

このように、精神症状は、患者、家族に苦痛をもたらし、さらには、がん治療に対して負の影響を及ぼします。しかしながら、これら症状は、適切な精神療法、および薬物療法の組み合わせで改善することも知られています[2]。したがって、精神医学的な介入は患者の苦痛を軽減し、QOL を高め、がん治療における適切な意思決定を遂行し、介護する家族の負担を軽減するためにも必要となります。

2) 治療における留意点

がん患者では、担がん状態、高齢、手術、放射線、化学療法などのためにさまざまな身体症状を有していることが多くみられます。また、がん医療は集学的治療であるため、さまざまな薬物投与を受けていることが多くあります。したがって、薬物療法を行なう際には副作用、相互作用に注意する必要があります。がん患者におけるうつ病の薬物療法は、その有用性が示されており、進行がん患者に対する治療アルゴリズムも作成されています [7] (図 1)。



Okamura M, et al, Psychooncology 2008

図1 進行がん患者のうつ病に対する薬物治療アルゴリズム-国立がんセンター

がん医療において、抗精神病薬は様々な場面で使用されているのですが、多くの場合、制吐剤、せん妄治療薬として使用されており、医療側も抗精神病薬である事を十分に理解せず、薬剤の本来の作用、副作用にも精通していないため、鎮静・パーキンソン症状・アカシジアなどが見落とされる可能性が多いので注意す

ることが必要です〔5〕。

3) 治療におけるもう一つの問題ーコミュニケーション〔10〕

がん医療においては、告知、転移、再発、終末期など、患者の人生を根本から変えてしまうような「悪い知らせ」を伝える機会が多くあります。このような場合、患者との良好なコミュニケーションを保つことが大切ですが、良好なコミュニケーションはがん診断時の患者の心理的ストレス、検査結果が悪いときのストレスとも関連しており、患者がよりよい状況で治療を受けるために、医療者が有する必要な“技術”でもあります。コミュニケーション能力はスキルのトレーニングで改善することが知られており、このスキルを習得するため様々なツールが開発されています。

4. がん患者家族に対する精神腫瘍学的治療の必要性

1) 家族の負担

がんという病気は、本人のみならず、周囲の人々にも影響を及ぼし、その負担は病気の面のみならず、社会・経済面など、日常生活の様々な領域に及びます。家族の精神状態に影響を与える因子として、患者の身体状況、痛み、吐き気、せん妄状態などがあります。

2) 家族の精神医学的有病率、受診率ー「第二の患者」

家族の精神医学的な有病率は、およそ 10～50%です。また、家族のストレスの程度は患者と同等、またはそれ以上であることから、患者家族は「第二の患者」であり、治療とケアの対象であると言われています〔6〕。

3) 家族に対する精神医学的介入

近年のがん患者家族に対するメタ分析では、患者家族のストレスには早期介入が有効であるとの報告があり、その必要性を支持している。しかしながら、家族は自身の苦悩を訴えないことも多く、家族の苦悩は過小評価される可能性もあるので注意が必要です。

埼玉医科大学では、家族の苦痛に対応するため、「家族外来」を設けました。患者さんを看病する苦悩、人生計画を変更せざるを得ない苦労などが語られます。うつ病に罹患していることもあり、改めてがん患者さんを看病するご家族の苦悩を思います。

5. 遺族に対する精神腫瘍学的治療の必要性

1) 遺族の負担

死別はストレスフルなライフイベントであり、中でも配偶者の死は人生最大のストレスと言われています。したがって、死別ストレスは、遺族に身体的・精神的な影響を及ぼします。

2) 死別が及ぼす影響

①身体への影響

身体面の影響としては、死別早期に遺族の死亡率は上昇するという調査結果が多く出ています。さらに、遺族は身体疾患の罹患、既に罹患している病気の悪化が指摘されていますが、医師への受診機会は増えません。

②精神への影響

精神面への影響としては、死別後のうつ病有病率調査で1ヶ月24%、7ヶ月23%、13ヶ月16%と高い有病率が出ています。死別後1年以内の自殺率も上昇します。

③遺族に対する精神医学的介入

上記のように死別は身体面、精神面に影響を及ぼすことから、遺族のQOLを高めるために何らかの介入が必要ですが、このような時に行なわれる介入は、Postvention（後治療）呼ばれています〔9〕。

埼玉医科大学では、遺族のQOLを少しでも高めるため「遺族外来」を開設し、遺族の様々な悩み、苦しみに対応し、必要なときには薬物療法も行なっています。当初は個人精神療法が中心でしたが、「遺族同士で話をしたい」という要望に応え、集団精神療法も始めました〔8〕。遺族に対する精神医学的な介入はまだ手探りの段階ですが、ご遺族の反応もよいものがありますので、地道に続けてゆきたいと考えています。

6. おわりに

精神科医になり、あっという間の20年間でした。この期間に様々なことを経験させてもらいました。そのことが、現在、がん医療の現場で精神科医として働くことの基本になっています。こうして働くことができるのも、諸先輩方の公私にわたるご援助の賜物と思っております。この場を借りて厚く御礼申し上げます。今後はOB会の一員としてその名に恥じぬよう、努力を重ねてまいりたいと思っ

ております。

これからも変わらぬご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

(参考文献)

1. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorders in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22: 1957-1965, 2004.
2. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Ann Intern Med.* 132: 209-218, 2000.
3. Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, et al. Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet.* 356:1326-1327, 2000.
4. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249: 751-757, 1983
5. Kawanishi C, Onishi H, Kato D, Kishida I, Furuno T, Wada M, Hirayasu Y, Unexpectedly high prevalence of akathisia in cancer patients *Palliative & Supportive Care* 5: 351-354, 2007
6. Lederberg MS: The family of the cancer patient. Holland JC (ed) . *Psycho-Oncology*, Oxford University Press, New York, pp981-993, 1998
7. Okamura M, Akizuki N, Nakano T, Shimizu K, Ito T, Akechi T, Uchitomi Y. Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. *Psychooncology.* 17:154-160, 2008
8. 大西秀樹、西田知未、和田芽衣、和田信、石田真弓　がん患者の遺族外来について　心と社会　39: 52-60, 2008
9. シュナイドマン E.S. : 「死にゆく時 (DEATH of MAN)」誠信書房、東京、1980
10. 内富庸介、藤森麻衣子　がん医療におけるコミュニケーション・スキルー悪い知らせをどう伝えるか　医学書院、東京、2007

(平成 20 年 9 月 13 日 O B 会総会特別講演要旨、埼玉医科大学教授)

寄稿

ある町医者をつぶやき

鈴木 達也

私は、昭和 58 年富山医科薬科大学（現富山大学）医学部を卒業し、横浜市立大学医学部病院にて研修を行い、昭和 60 年に医師の会に入会させていただきました。平成 4 年より JR 横須賀線保土ヶ谷駅・西口駅前が開業しております。開業してからも何故か医師の会を離れがたく、平成 18 年まで準会員として医師の会に在籍しておりました。

神経科研修医時代は、典型的な初発の患者さんを受け持たせていただき、学生時代に全く興味も沸かず、理解もかなわなかった精神医学の面白さ・奥の深さに触れた気がして、自身の非才も省みず、精神医学教室に入れていただいた経緯があったからかも知れません。

学位をいただいた年に開業し、町医者生活 18 年目に入りましたが、この所、時代の変化に翻弄される思いが日々強くなっています。

私が開業を計画した当時はまだまだ精神科クリニックへの理解は得られておらず、テナント探しでも『精神科』という理由で数件のテナントに断られ、悔しく悲しい思いをしました。今では開業サポート・コンサルタント会社が物件にスタッフまで準備し、周囲の診療圏の状況・軋轢も全く無視するかの如く、ドクターに紹介してくるとも聞いており、隔世の感があります。

医師紹介会社に、スポットでクリニックの外来枠を 2 年程受け持ちたいと軽いノリで希望してくる、アルバイト感覚の精神科医も多いと伺ったことさえあります。

以前は開業している諸先輩方のスタイルも、脳波計を装備し精神療法をしっかり行いつつ薬物療法を実施することが主流であったと思います。少し大袈裟に言えば、患者さんの人生を背負っていく気概を持って診療にあたる先輩方が多かったと理解しています。

それが近年、デイケア、ショートケア、カウンセリング、認知行動療法、リラ

クセーション・ダイエットプログラム、SST、夜間・日曜日診療、年中無休、臨床治験、自費診療、予約料徴収、電子カルテ採用、集客的ホームページ作成等、包括的・戦略的方針は言うに及ばず、専門スタッフ人件費、広告宣伝費、減価償却費、テナント料等も含めて、統合的かつ大規模に効率良く経営を考える時代になりつつある様で、今までの一人診療所の在り方を根底から考えさせられる段階に突入してしまった感があります。

診療報酬、特に通院・在宅精神療法の点数が減額されていくなか、患者さんの生育歴・生活背景・出来事まで含めてじっくりと時間をかけて話を聞いていくことが益々不可能になってきている状況に、危機感を覚えるのは少数派なのでしょう。更には将来的に、新患獲得競争、収益分岐点到達等に対し身を削る思いが待ち受けているように思われてなりません。

以上は、医療機関側からの変化ですが、患者さんに関しても、変わったものだと痛感させられます。

まず、『規則正しい生活』が伝わらない方が増えました。

「睡眠導入剤や抗不安剤、抗うつ剤を服用するのだから、遅くとも午前0時までは入床するように、また朝食も摂るように努めましょう」と伝えても、「何故ですか？」と問われます。「元来寝る時刻は遅く、夜中にパソコンやゲームをやり、朝食は摂る習慣が無い」のだそうです。アルコール摂取に関しても同じような回答で、「控えないといけないのですか？」と真顔で聞いてきます。

治療のための節制・我慢はあまりしたくないようです。

『現代型』『非定型』『他責型』『回避型』『ディスティミア型』などと称されるうつ病の方々の一部に、休養の診断書を手にとるとこれ幸いとばかりに、直ちに旅行に行きたがる一群の方が混在するのは、最近、実感として理解できるようになりました。自分が休むことで周囲の方の仕事の負担が増えることや、その方々のお気持ちには全く思いが至らないようです。

こういう時思わず、新渡戸稲造著『武士道』、藤原正彦著『国家の品格』ひいては吉田満著『戦艦大和ノ最期』までが脳裏に浮かんで来てしまうので、しみじみ私自身が『メランコリー型』予備軍なんだろうと苦笑してしまいます。

また、思わず診察には禁句であろう「あなた本当に直す気ありますか？」と聞き返したい衝動に駆られますが、ロコミに怯える町医者としては、接客業と思

い直して我慢、我慢です。

従いまして、年を重ねるごとに、摂食障害、リストカット・大量服薬を繰り返すパーソナリティ障害、精神作用物質使用による精神および行動の障害等、価値観・人生観が私とは違う確率が高いであろう方々に関して、診察が不得手となっていくようで精神科医としては少々不安です。

以上、文才に欠け、筆不精の私ですが、想いつくまま、どのようなことでも結構との編集委員の先生の温かいお言葉に甘え、駄文を並べさせていただきました。

最後に、いつも入院依頼を快く受けてくださり、かつ患者さんをご紹介いただき、横浜市大関連の各病院の先生方にこの場をお借りしてお礼申し上げたく存じます。

今度ともご指導・ご鞭撻を賜わりますよう何卒宜しくお願い申し上げます。

(すずきクリニック)

研修医が来た

山 口 哲 顕

先日、木村逸雄先生より同窓会誌に想いつくまま、何でもいいから寄稿するようにとの御下命を受けた。同窓会誌に執筆するほどの年齢ではないと思っていたが、よくよく考えてみると今年で精神科医になって27年、精神医学教室に所属してちょうど4半世紀、本人が思っていた以上に年輪を重ねていたようである。何を書こうかといろいろと思い悩んだ結果、ちょうど本年3月より当院にも研修医が来ることになったので、そのことについて書いてみることにした。

当院は平成19年に同じ横浜市保土ヶ谷区内の聖隷横浜病院の協力病院として研修指定病院に指定された。御存知の先生も多いと思うが、聖隷横浜病院は関連病院として聖隷三方原病院を始めとして精神科を併設している病院があるため、当初は聖隷横浜病院よりそれ程は研修医は来ないだろうとの見込みで気楽に引き受けた。ところが、蓋を開けてみると、同病院の研修医年間6名全員の研修を当院で行うことに相成り、上述の通り本年3月より研修医が来ることになった。そこで、まず研修医受け入れのため、20年11月15、16日に日本精神科病院協会で行われた

臨床研修指導医講習会に参加した。講習会は2日間、夜遅くまで一步も外には出られず、また既に研修医を受けている病院の先生からは、「精神科以外の科を希望の研修医のやる気がなくて困る。やる気のない研修医には来てほしくない。今の研修医制度はナンセンスだ。」といったマイナスの話しか聞こえて来なかった。しかし、2日間缶詰となった結果、同じグループだった7名の先生方とは非常に仲良くなることが出来る等、プラスとなることもあった。

年が明けた1月より医局の先生方と相談の上、研修医の研修姿勢に関わらず当院なりの研修システムで対応しよう、との考えから研修プログラムを作成し、研修医受け入れの準備を整えた。そして、本年3月より研修医が毎月1人ずつ当院に来るようになり、5月までに他科志望の研修医を3名受け入れた。

さて、研修医を受け入れた結果の現在までの感想であるが、今までの3名とも熱心で、指導医講習会で聞いたような「やる気のない」研修医がいないのである。本人達も当院での1ヶ月間の研修が楽しかったようで、一人の先生からは研修終了後以下のような礼状まで戴いた。

拝啓 若葉の候を迎え、なお一層ご活躍のことと拝察いたしております。

この度はご多忙中にもかかわらず1ヶ月間の研修を受け入れていただき、あらためてお礼を申し上げます。

1ヶ月の短い期間でしたが、クルズスを組んでいただいた医局長先生をはじめスタッフの皆様方のご協力のおかげでたいへん満足のいく研修になりました。

当初は患者さんへの対応に苦労しましたが、少しずつ患者さんが心を開いていく姿を見るのがなんともいえず嬉しいものでした。今までで患者さんを最も近くに感じましたが、その一方で客観的に観察する重要性も学びました。

また、机上の勉強では決して学ぶことができないECTや24条通報事例の実態、自動症など貴重な経験ができ、さらには養護施設や老人ホームの見学を通して地域医療連携の現場を学べたことから、充実した研修だったと感じています。

最後に、院長先生をはじめ、先生方の仕事スタイルがそれぞれ魅力的でした。今後の医師人生を設計する上で参考にさせていただきます！

港北病院での貴重な体験を大いに活かし、日々精進してまいりたいと存じます。ひきつづきよろしくご指導くださいますよう、お願い申し上げます。ありがとうございました。

末筆ではございますが、皆様の一層のご活躍と患者さんの1日も早いご回復を心よりお祈り申し上げます。

敬具

当院に来る研修医がこのような研修医ばかりとは限らず、今後「やる気のない」研修医も来るかもしれないが、このように精神科に興味を持ってくれた研修医の中から1人でも我々の仲間になってくれればと思いながら、研修医に対応している今日この頃である。

尚、当該研修医には精神科（特に横浜市大精神科）へ進んでみてはとすすめたが、開業医の長男であるため、研修終了後は父親の母校の医局に入局予定とのことである。

残念！！

（港北病院）

近 況

中 野 博 之

4 年ほど前、担当している患者のお一人に教えられて、「べてるの家」を知りました。北海道の浦河町という人口 14,000 人余りの町に浦河赤十字病院を退院した当事者や、今もそこに通う当事者たちを中心にさまざまな活動がくりひろげられています。べてるの家のビデオをいくつか見たり、関連する本を読んだりしていくうちに胸の高鳴りを覚えました。

私は長年お世話になった沼津中央病院で、多くの患者＝当事者の方と知り合いました。べてるの家を知った私は、この沼津の地にもべてるの家のような取り組みができないものかと考えました。協力者を得て月に 1 回ですが「ぼれぼれ」という名前の集まりが開かれるようになりました。ここには当事者（かかっている

医療機関はばらばらです）、その家族、精神保健福祉に携わる有志、そしてこういった人たちの集まりである「ぼれぼれ」に興味を持った一般人が参加して今日に至っています。ぼれぼれとは、スワヒリ語で「ぼちぼち」とか、「ゆっくりと」という意味なのだそうです。ぼちぼち、ゆっくりと歩いていって 100 年後に何かできたらいいなとか、24 世紀に何か形になるだろうと当事者の一人に言われて「まあそれでいいか」と思い、私もそのメンバーの一人として参加しています。参加者は、15 人から 20 人あまりで、もと PSW の女性が経営されている「ひねもす」という名のカフェでやっています。

そんな私に転機が訪れたのは 2007 年の初めでした。同僚の川崎先生が開業されるという話になり、「私も開業したいな」と先生に話したところ、「それなら伊東でやりませんか」とおっしゃってくださったのです。それから沼津中央病院の砂田院長先生をはじめ、診療部長の田中先生、伊東中央クリニックの所長を川崎先生から引き継がれた志澤先生と、多くの先生方のお力添えをいただいて、2007 年 11 月に「伊東つくしクリニック」を開院しました。

翌 2008 年の 5 月に伊東中央クリニックは熱海に移転し、あたみ中央クリニックと名称も変わりました。そのため熱海まで通院することの困難な方たちの受け皿として、私のクリニックを使っていたいたのです。本当に有り難いことでした。

そして 3 度目の転機が訪れたのは 2008 年 10 月でした、ぼれぼれで中心的な役割を担っていた 2 人の当事者がクリニックのピアスタッフになると言ってきたのです。2 人とも沼津に住んでいましたから、伊東まで来てくれるとは夢にも思ってもいませんでした。そして 2009 年 4 月から 1 人は常勤として、もう 1 人は週 1 日の非常勤として働いてもらっています。2 人とも沼津中央病院で 10 数年間担当させていただいた当事者です。ちなみにピア（peer）とは、対等の人、仲間といった意味です。

現在クリニックの統合失調症圏内の方の診察に入ってもらい、自分の病気の経験を生かしてアドバイスをしてもらったり、別室で診察の前や後に相談に乗ってもらったりしています。また初診の方の診察にもできるだけ入ってもらい、統合失調症以外の方への関わりも学んでもらっています。

ピアスタッフと共にする診察は、予想外の効果をもたらしてくれました。診察の場では私の左にピアスタッフが座り、患者と向き合います。私は患者の方に注

意を集中していますし、カルテに患者の話を書き取るわけですが、私の意識は精神科医としての自分の意識の流れを意識し、患者の意識の流れを意識しようと努めますが、それにとどまらずピアスタッフの意識の流れを自然に意識しているのです。視点は精神科医の視点、患者本人の視点、ピアスタッフの視点と移り、揺れていきます。家族や看護師が同席するときもありますから、そんなときはさらに意識は揺らぎ、視点は移ろいでいくように思われるのです。そうになると何か発想や想像の自由度が増してくるように感じられるのです。単なる私の勘違いかもしれませんが、診察が行き詰まることが減ったように感じています。想像力の貧困な私にとっては、とてもありがたいことです。それに私が過去の経験を生かして発言してくれるようにピアスタッフに促すと、私にはとうてい発想できないような意見を聞かせてくれることもしばしばなのです。

2009年5月、たまたまクリニックの隣の部屋が空き、借りることができました。現在そこに当事者のたまり場を作ろうとしています。6月末にはオープンできそうです。家にひきこもっている当事者や不登校のお子さんたちにも利用してもらえたらと考えています。さまざまな病気を抱えて孤立している当事者の方々に集まってもらってミーティングを開き、一人ひとりの問題を皆で一緒に考える場になればいいなと思っています。できればべてるの家にならって「当事者研究」にも取り組みたいと考えています。

そんな今日この頃ですが、今後とも何卒よろしくお願いします。

(伊東つくしクリニック)

開業後

高 馬 和 彦

平成13年（西暦で言えば2001年）10月13日に上大岡に開業してあっという間に8年がたちます。開業した後は蛸壺生活に入ってしまった、医師の会やOB会にもすっかりご無沙汰しています。心苦しい限りです。

開業した年は第一次小泉内閣が発足した年で、厚生労働大臣は坂口力氏。自民党幹事長は山崎拓氏。介護保険が開始された翌年でした。世間は小泉総理の「自

民党をぶっ壊す」「構造改革」の熱にうなされていました。アメリカ同時多発テロ事件（俗に言う 9・11）があったのもこの年です。好戦的なブッシュ大統領と小泉総理のもとなにか（いま思うと珍妙な）活気がありました。

開業コンサルタントは診療報酬は毎年 5 パーセントずつ上がる計算で経営計画を立てていましたが、まだ元気だった亡父が疑問を挟んでいたのを思い出します（上がるどころか毎年下がっていくことになるとは当時思ってもみませんでした）。

イニシャル・コストやランニング・コスト、キャッシュ・フローに損益分岐点、減価償却、仕訳といった言葉の意味を知ったのも開業してからです（経営というのはやってみないとわからないものです）。

当時はまだ「医療崩壊」や「立ち去り型サボタージュ」なんて言葉はありませんでした。「医師不足」どころか医師も淘汰される時代に入ったと言われ何か特徴を持たないと生き残れないと言われました。大仁病院が廃院になったのもあのころでした。いま振り返ってみると医療崩壊は始まっていたのだと思います。横浜市大の関係でも小田原市民病院や足柄上病院、栄共済病院の精神科は産科廃止の嵐の陰でそっとなくなりました。となりの栄区は横浜市で唯一の産科ゼロ区です。

コンサルタントは、上大岡の患者のキャパシティはうちで最後と言っていたが、翌年にはヒルサイドクリニック、翌翌年にはあまがいメンタルクリニックがあいついで開業しました。上大岡には現在 6 軒の同業者が開業しています。時代の波のせいかどちらも忙しそうです。

開業するときに、一年先輩の堀口先生（うちのクリニックはもともと「堀口クリニック」だったところを居抜きで借りたものです）がどうしたいんだというので高齢者を中心にみていこうと思っているんだと話したところ、彼は若い人をみたいので棲み分けようという話になりました。その直後上大岡メンタルクリニックの手島先生から高齢者をやりたいそうじゃないの、だったら港南福祉保健センターの認知症（この言葉も開業してからできた言葉です）高齢者の精神保健相談を引き受けてほしいという電話があり、今も続けています。おかげで港南区内の包括支援センターはすべて訪問し、いろいろな家でいろいろな認知症の方に会いました。開業して一年くらいは港南区内や他区で一般の人や高齢者・介護職向け

の講演会もやっていましたが、そのうち疲れてきてしまって今ではすべて断っています。

そんなこんなで港南区や近隣地区ではなんとなく認知症や高齢者担当の精神科開業医のようなかんじになってしまいました。ケアマネ、包括支援センターの相談員、福祉保健センターサービス課の高齢者支援担当のケースワーカーや保健師との連携というのは生来苦手なのですが、蛸壺からちょっと顔を出しては引っ込むということを繰り返してなんとかやっています。

厄年で開業しそろそろ五十の声が聞こえます。髪の毛はすっかり薄くなり慢性鼻炎のために抗アレルギー薬とマスクが手放せなくなっていました。医療の世界はこの8年で大激変していますが、蛸壺の中にいると月日の経つのは早くすべてがついこのあいだのような気がします。

(こうまクリニック)

最近思うこと

埴原秋児

OB会の諸先輩方には大変お世話になりながら、ご無沙汰をしており心苦しく思っております。精神科医としての研修で、神奈川リハビリテーション病院、芹香病院、横浜市総合保健医療センターなどで多くの諸先生に暖かくご指導頂いたことは今でも感謝しております。それに引き替え、自分は神経科教室には何一つ還元することなく過ごしたことを今更ながら感じています。

OBである信州大学精神医学教室の天野直二教授にお誘いいただき、松本に暮らし始めて7年過ぎようとしています。松本に赴任してからは病棟患者の受け持ちや当直はなく、診療は外勤も含めたわずか週に2回の外来だけですが何とか精神科臨床は続けています。2～3年で転勤を繰り返していた私にとって7年間は最長記録で、続けなくては分からない患者さんの回復や変化もあることに最近になり気づいています。若い患者さんもいるにはいるのですが、自分の外来は高齢の患者さんが多く、認知症はもちろんですが、うつや不安、心気、奇妙な妄想など高齢者の精神症状は多彩で驚くこともしばしばです。右半球の脳梗塞後に「妻が

浮気をしている」という嫉妬妄想を発展させる 80 歳代の男性。「口の中に無数の虫がいる」という視床出血後遺症の女性。大腸切除後に「腸がぐあんとうねり続ける」という 90 歳の女性。「膣が痒くてじっとしてられない」という 70 歳代の女性。右中大脳動脈梗塞後に激越が延々と続く人。静止時振戦があり、認知機能障害のない 80 歳代発症の late paraphrenia 様の人などなど。いずれも secondary organic delusion/hallucination と密かに思っているのですが、アプローチや治療に関しては試行錯誤です。外来ではもっぱらお年寄りの歩行をみたり、体重を量ったり、あるいはデイサービスの行事の話を聞いてお仕舞いですが、「それもまた良し」と自分に言い聞かせています。うつや自殺・メンタルヘルスの増進などの課題や社会からの要請もあり、「精神科医は社会的であれ」と思うものの、自身の興味や関心は相も変わらず進展のないままです。

普段の生活では、会話をすることなく健康な学生を相手に授業をして糧を得ていますが、若さや健康さに触れるたびにこえてくる自身の居心地の悪さを覚える今日この頃です。「晴耕雨読」や「雨ニモマケズ」と言った言葉が魅力をもって脳裏に浮かんで消えをしています。個人的な思いを徒然に述べさせて頂きまして誠に恐縮です。諸先輩方の御活躍と御健勝、横浜市立大学神経科医局の益々の御発展を心よりお祈り申し上げます。

(信州大学医学部保健学科)

加齢の社会学

安 斎 三 郎

はじめに

NHK の国会放送の一場面である。社民党の女性議員が麻生総理をはじめ各閣僚に「将来、介護を誰に受けるか」と質問して回答を迫っていた。麻生総理は「今はまだ元気なので考えたことはありませんが、たぶん家族だろうと思う」と答え、他の閣僚は「たぶん妻だと思う」という答えと「介護を受けるようになったら施設に入る」という答えがほぼ半数であった。女性議員の質問は、介護報酬が低い

ため施設の経営が苦しく、低賃金のため介護職員が集まりにくいという現状を説明して、予算をもっと介護の分野に回せというものであった。

私は女性議員が「国民は老齢になると、だれもが介護を受けるようになる」ということをあたかもあたりまえのように主張していて、閣僚もこのことに肯定的な発言をしている場面を見ていて、いささかショックを受けたのである。はたしてそうであろうか。私も 75 歳を過ぎて「後期高齢者」の仲間入りをしているが、まだ介護という言葉が頭に浮かんだことはない。「そのうち介護を受けるようになるよ」と言われれば否定することは困難であるが、そもそもこの種の設問を否定することも、肯定することも困難である。不確実性が多すぎるからである。しかしすべての高齢者が介護を受けるようになることを考えると、その状況は恐ろしいばかりである。ゲーテがいみじくも述べたような「すべての人々が人類愛に目覚めたとき、多くの人々は障害者や生活困難者の面倒を見て過ごすようになる」状況である。

私の父親は 94 歳まで生きたが、それまで身边はすべて自分で行き、歩行もしっかりしていて痴呆もなく、介護を受けることもなかった。ある日突然倒れ、私が駆け付けた時はすでに死亡していた。私の母は幼児期に当時はやりのリュウマチに罹患して大動脈弁閉鎖不全症と大動脈瘤を合併していた。父の死亡の翌年、急に腹痛を訴えて救急車で病院へ運んだが、病院に着いた時には既に大動脈瘤が破裂して死亡していた。母も死亡するまでは家事を普通に行い介護を受けるような状況ではなかった。外見、健康に生活していた老人が突然死亡したのである。

私の子供の頃、学生の頃は老人の自殺が圧倒的に多かった。脳梗塞で寝たきりになった人が夜中にはいずって外に出て溝にはまって死んでいたとか、古井戸に飛び込んで死んだという話を聞いたものである。これらの話は悲惨な我が国の老人の医療や生活を表すものとして語られているが、どうであろうか。自分の死を自分で決めるという意味もあったのではないかと思うのである。

私は昨年（平成 20 年）の秋に禅宗の総本山である永平寺に行ってきたが、管主（一番偉いお坊さん）が、「死をどう考えるか」という質問に「死などは考えておらん、人間は死ぬまで生きるんや」と答えたのには、ひどく感銘を受けたのである。このお坊さんにとっては死とは自然現象のようなものなのであろう。一生懸命生きているうちに生が死に入れ替わるということかもしれない。昨年の O B

会の総会の時に大西先生に「死は受け入れられるものでしょうか」とお聞きしたら、先生は「受け入れられないでしょうね」と答えられましたが、大西先生の場合は、まだ生きられる命を癌によって奪われることを受け入れられないといわれているので、老人の死とは必ずしも同一視することはできないのではないかと考えるのである。

開業 40 年にもなると、私自身はもちろん患者さんやご家族の方々も高齢化してきている。亡くなられた方、施設に入所されている方、病院に入院されている方、介護を受けている方等も多い。一方、元気で働いている方もいる。70 歳で起業して会社を立ち上げた人、80 歳、90 歳になっても医師や助産婦として活躍している人がいる。しかし 60 歳で老人ホームに入所している人もいる。まだ元気で自分で生活できると思われるのに介護を受けている人もいる。このように私の狭いクリニックの窓からも老人達の多彩な生活が見えるのである。そしてこれらの方々と接していると、長寿化に伴って現れてきた老人のこのような多彩な生き方を、介護や福祉という画一的な側面だけから把握していて良いのであろうか、という疑問が湧いてくるのである。

書店の店頭には老人に関する本がたくさん並んでいる。いちいち書名はあげないが、老いの意味を問う本、老いはこうしてつくられる（実際の書名）、老年を健康で生きる本、認知症にならない本、死に関する本、などなど全部に目を通すことはできないが、私が読んだ本から得られた印象は日ごろ接している老人の持っている問題と、どこかぴたりしないのである。

今年の現役OB合同役員会に出席したとき、同窓会誌の発行が議題になっていたが、帰りにたまたま編集を担当される木村先生から「何か書いていただけませんか」と声をかけられたのである。「少し長くてもいいですか」とおたずねすると、「いいです」とお答えいただいたので、この私の日ごろの疑問をOBの先生方や現役の若い先生方に読んでいただき、ご意見を伺いたいと思ったのである。

表題の解説

こんなわけで私の雑文を読んでいただくことになったのであるが、どのようなパラダイムで私の考えを表現したらよいかと考えたすえ表題の「加齢の社会学」とすることにしたのである。私が問題としたいのは「加齢」とは何かである。加

齢は英語で AGEING という。Oxford の辞書をひくと、process of getting old とある。Longman をひくと、becoming old, and usually less useful, attractive, suitable とある。要するに加齢という言葉はいつの間にか古くなって役に立たなくなり、魅力的でなくなった、という意味で使われるようになっていたのである。私も老人になったせいかこの言葉の使い方にどうしても納得できないのである。本来加齢とは年を取るという意味である。年は時間である。時間はこの世界で人間がコントロールできない最大のものである。しかも我々の生命活動全てを支配している。我々はこの世に誕生した瞬間から休むことなく時間に支配されて加齢を重ねているのである。この意味で私は加齢と老化（Senility : suffering from physical or mental weakness because of old age , Oxford）とは異なった概念であると思うのである。我々は加齢を止めることはできないが、老化は少しずつ遅らせることができるようになっている。雑誌や論文などで Antiageing という言葉を「若返り」を意味して使われているが、これも明らかに誤りである。我々は時間を止めることはできないからである。このような理由で、私は高齢者の多彩な生活を表す言葉として「加齢」を選んだのである。

次に私は高齢者の多彩な生活を表す言葉として「社会学」を選んだ。それは私の体験からである。このごろ私はしばしば電車の中で席を譲られることがある。私は立っているほうがいいから、とお断りするのであるが、そのつど自分も席を譲られる老人に見えるのかといささかショックを受けるのである。妻に言わせると「そんな時はお礼を言って座るものよ、相手の方に失礼ですよ」と言われるのである。しかし私は老人がこのように一般の人からいたわりや保護を受けることは良いこととは思っていない。人間の加齢による運動能力は 20 歳をピークとして 1 : 6 のカーブで失われていくという。70 歳になると 20 歳の体力の 40% が失われるという（体育の科学：丸山直紀、1997）。しかしこの失われ方は全身一様ではない。歩く能力は 20% ぎり失われえないという。これは歩くことが人間の基本的運動であり絶えず運動しているからである。要するに絶えずトレーニングをすることにより身体的老化を防ぐことができるのである。このことはまた最近の神経リハビリの成果が示しているのである。要するに老人は座るより立っているほうがよいのである。

しかし、このように老人をいたわりの必要な弱者として扱うことが一般的になってくると、社会の中にどのような変化が起こってくるであろうか。そしてこの行為がごくあたりまえのこととして行われるようになったときである。多くの人が無意識的に行う行為により、その社会にどのような変化が表れてくるかというテーマは社会学者が最も関心を持つのではないであろうか。

老人はどのように社会で扱われているか

私の手元に一冊の社会学の本がある。タルコット・パーソンズの社会体系論（現代社会学体系：青古書店、1985）である。私が障害論を考えた時、参考にした本である。しかしこの本のどこを見ても老人に関する社会学的記述はない。私の狭い知識の範囲であるが、老齡期の問題を社会学的に記述した著書はほとんどない。知る限りでは岩波講座、現代社会学 13:成熟と老いの社会学、井上俊だけである。学術誌としては、社会老年学（東京都老人総合研究所発行）、老年社会科学（老年社会科学会編集、発行）ぐらいである。

福田義也によれば、老年社会学の展望と批判（岩波講座、現代社会学 13、1997）と日本社会学会の機関誌の社会学評論に 1986 年から 10 年間に掲載された論文で老年などを主題としたものはわずか 3 編に過ぎなかったという。このような関心の乏しさは老人が明らかに二級市民、あるいは三級市民として位置づけられていて、研究対象として関心をもたれていないことを意味するという。また、論文の主題も介護、定年退職、主観的幸福感、モラル、生活の質、痴呆、老人ホームなどが多く、老人の積極的社会参加や社会行動をテーマとしたものはないという。

一方、関沢英彦は、新老年文化論（岩波講座：13）において、現代の高齢者は若々しく活動的であるという。1996 年に富士山に登った高齢者はなんと 93 歳であった。経済的に余裕のある高齢者は 1996 年には 45%になった。有権者に占める老人の比率は、全人口における比率より高い。しかも選挙における棄権が少ない。したがって政治的力を持つようになっている。このように経済力も政治力も持つようになった老人は、マスコミに注目される度合いも多くなり、また老人を対象にした商品市場も拡大して、社会に対する影響力を強めているという。

このように、現在の老人は社会から退き、二級市民として社会的役割は低下しているが、反面、政治的経済的影響力を増大させているという二つの側面を持つ

ている。ひとつは老人が今までの生活から得られた富と経験と知恵により社会の中で積極的に生きている姿であり、他の面は、老人が望まずして他者から与えられた評価、老人は弱々しく保護や介護を必要とするという評価である。そしてこれは無意識的に多くの人たちの心理の中に潜んでいるのである。

老人患者を通してみる社会

ある老人の家族が、「先生、私の母も 90 歳になり同じことを何回も聞いて物忘れも目立つので、認知症が始まったのではないか」と言ってきた。私は「お母さんは自分が物忘れが出てきたことも自覚しているし、忘れたことも後から思い出せるので認知症ではないよ」と説明したが、家族は納得せず某大学病院に受診して検査を受けて「認知症」と診断された。「先生、やっぱり認知症でした」と言い、大変だと言って介護保険の申請をしたり、何もわからなくなる前に後見人の申請をしなければと言い出したのである。どんな検査をしたかを聞くと、問診とレントゲン検査だという。いったい、質問紙法による点数と CT 上の海馬の多少の萎縮だけから、臨床象を無視して認知症の診断ができるものなのであろうか。私はここで認知症の症候論を述べるつもりはないが、加齢による記憶障害と認知症は全く違ったものであることを分かってほしいと思う。

この老人は夫の死後、長野県で一人暮らしをしていた。自分で畑をたがやし半自給の生活をしていた。「寂しくなかったか」と聞くと「知り合いが近所にいるから寂しくなかったよ」という。「どんなものを食べていたのか」聞くと「野沢菜の根を干して煮て食べるとおいしいよ」という。この人は自分で畑をして自分で作ったものを食べ、自然の中で生活を楽しんでいたのである。「なぜこちらに来たのか」と聞くと「私は田舎の暮らしの方がいいんだが、一人で住んでいると子供たちが心配するから」という。「こちらの暮らしはどうですか」と聞くと「何もすることがなくてつまらないよ」という。そして私のところに元気がない眠れないうつ状態を訴えて来院したのである。そして家族は認知症の診断を求め、さらに後見人の申請である。ここまで来ると息子さんに何か別の意図があるのではないかと疑りたくもなる。

老人に必要なことは老人の生活を奪わないことである。老人が一人で暮らしていると周囲の人がやたらと心配する。火の始末が心配だ、孤独死だ、という。私

が開業した当時、私の患者の独居老人が食事の支度を自分でして、並べ食べられる状態のテーブルの前で死んでいたことがあった。当時は誰も騒がなかった。あんなふうに死にたいという声があったほどである。現在このようなことが起されば、やれ家族の責任だ、行政の責任だ、孤独死だと大騒ぎになるかもしれない。私は孤独死を認容するわけではないが、老人の生活を奪う方がもっと悪いと思っている。大体都会は金もうけと刺激と欲望を求めて人々が集まる場所である。そこでは老人は邪魔者である。この邪魔者を収容するために老人ホームと称する収容施設が次々に建てられる。都内では建てる土地がなくなると田舎に委託して建てさせるようになる。

はじめに述べた長野から都会に引きとられた女性は、その後認知症として施設に入れられてしまった。彼女は施設の中で次第に老衰が進み寝たきりになり、最後にホスピスと称して他人に慰められながら死ぬのであろうか。現在の老人ホームの建設ラッシュは 18 世紀の後半のイギリスの病院建設と似ている。この様子はチャップリンの伝記に述べられている (Charles Chaplin : My Autobiography, Penguin Books, 1964、これは日本語訳にもなっている)。1889 年、ロンドンに生まれたチャップリンは産業革命によるロンドンの変化をつぶさに体験していた。仕事を求めて大勢の人がロンドンに集まった。成功したわずかな人たち以外の大勢の人たちは裏町の狭く汚いアパートで貧困の暮らしをしていた。それらの人たちの中から伝染病や疾病が蔓延したのである。これに対して政府はこれらの人々を収容するための病院を次々と建てたのである。現在の我が国には当時のロンドンのような経済的貧困はないが精神的貧困が存在するのではないか。

認知症に関してもう一つ気になることは、最近私の診ているうつ病患者や統合失調症の患者が認知症の診断を受けることがあることである。これは診断する医師の側にも問題があるが、私の住んでいる市でも認知症を早期に発見するといった市民セミナーなどが開かれたり、問診表が新聞紙上に掲載されたりして、「認知症探し」が行われていることも大きい。特に問題行動と記憶障害が疑われると認知症と診断される確率が高い。私の統合失調症の患者は認知症の診断を受けて施設に収容され、そこでも職員に従わず大声を出したり施設から出ようとしたりするため拘束を受けたりしている。また、このような問題行動がある人には向精神薬が投与されることが多いのである。また施設は一度診断が下されるとその診断

に従った処遇が永久になされるのである。このように福祉のシステムはいったんそのルールに乗ると介護と保護の名のもとに死にいたるまで面倒を見ることになる。そしてその間に莫大な経費を浪費するのである。

さらに医療に関しても問題がある。老人の精神疾患の患者はいろいろな身体的症状を訴えることが多い。これらの患者が他科を受診するといろいろな検査をされて大量の投薬を受けることがある。また老人の健診も問題である。健診でわずかな異常があるとすぐに投薬がされるのである。老人に対する医療はもう「治す医療」から「管理する医療」に変えるべきではないか。老人のわずかな検査値の異常を投薬で治そうとしない方が良いのではないかと思うのである。

先日、うつ病で診ている老人が夜強い不安感とめまいを訴えて来院した。話を聞くと内科医に不整脈があると言われ、また血圧も高い、コレステロールも高いと言われて 10 種類の投薬を受けていた。私はこれらの薬をすべて服用しないようにと指示したところ、数日で不安感はとれ動けるようになった。最近では老人に投薬する薬品の使用上の指針があるようであるが、私は老人に対してはできるだけ薬を投与しないことにしている。現在ある病気を治そうなどとせず、やがて来る死までの間介護を受けずに生活機能を維持していく方が良いと考えるからである。

ところで私の父が現在の医療を受けたらどうなるだろうと考えるのである。私の父は 70 歳を過ぎたころから何回か一過性の脳梗塞の発作を起こしていた。動脈の触診でもかなりの動脈硬化が疑われた。しかし私が開業した昭和 45 年ごろは、現在のような画像診断やエコーなどの診断技術はなく、降圧薬やアスピリンを服用するくらいであった。これらも 90 歳を過ぎてからはほとんど服用していなかった。もし現在の医療を受けていたらどうであろうか。さまざまな検査がされて、精密に脳や全身の状態が把握されて投薬がされて、おそらく百歳以上生きることができたであろう。そしてどのようにして死を迎えたであろうか。本人が望む、望まないにかかわらず、長い医療と介護を受けたのち死を迎えたのではないであろうか。私はこの現実を否定するものではないが肯定もできないのである。どこかに本人の意思があってもよいのではないかと思うのである。

医療や福祉を含むすべての社会システムは、いったん出来上がるとそのシステムを維持するような社会的な力が加わってくる。そしてそれは一般の人が無意識

的に行う行動や思考により支えられる。その力はいったん歩みだすと止めることが困難になる。高齢者はこのようなシステムに囲まれている。これを拒否したり逃れることは困難である。

松田道雄は老いの思想（現代社会学 13、1997）において、85 歳までは「老年てなんていいんだろう、一生のうちでこんな幸福感を持った時はなかった」と書いている。しかしそれを過ぎると耳が遠くなる、目が見えにくくなる、歯も総入れ歯になる、立ち上がる時何かにつかまらないうと立てない、歩ける距離が短くなる、人の名を忘れるなどと身体的精神的の衰えに触れている。加齢につれて老化は早かれ遅かれやってくる。これを避けることはできない。そしてそれとともに介護がやってくる。介護は他者の意思である。

私の老後の生き方

老後の生き方に際してよく引用されるのは深沢七郎の檜山節考である。70 歳になると「檜山まいり」と称して山に捨てられる仕来たり、掟があった共同体の話である。主人公のおりんは山に行くかなり前から準備を始め、出かける際の振舞酒や、山で座る蓆などは3年も前に作っておく。また歯のない「綺麗な年寄り」になるために自分の歯を全部抜いてしまう。こうしておりんは食べ物の少ない共同体の中で自分が生きるとは、幼い孫の死を意味することを悟り、死をもって自分の人生を完結したいと願うのである。これは一種の自殺である。エミール・ドユルケームによる集団本位的自殺、自殺論（1897）と言えるものである。しかし、おりんはこういった掟を受け入れる以上の考えで死に臨むのである。それは「綺麗な年寄り」でありたいという願望である。less usefull, attractive, suitable、いわゆる「老醜」を拒否しているのである。そしておりんは自分を背負っている息子を励まして山に登り、自分の選んだ岩陰に蓆を敷いてすくっと立ち、息子の身体を村の方に向けてドンと押しやるのである。このようにおりんは「綺麗な年寄り」として自分の人生を完結しようとするのである。「綺麗な年寄り」でありたいという願いは我々老人の共通の願望である。村落共同体の掟があったから、おりんはその願望を達成できたのかもしれない。しかし、そのような掟のない我々は徐々に顕在化してくる老化や老醜を受け入れざるを得ない。

我々は自分のこのような老化や弱さを受け入れて他者の意思に従うか、これらを受け入れずまた他者の意思も受け入れない頑固な老人として生きるかを迫られるのである。そこでは老人にとっての死は受け入れるものではなく生きることとなる。すでに受け入れがたい老醜を受け入れつつ生きているのである。このようにして老人の生活は老化と戦う毎日となる。生きる気概を失ったとき老人は他者の意思に従わざるを得なくなる。

終わりに

善光寺平の南に冠をかぶったような山が見える。姥捨伝説がある冠着山、別名姥捨山である。山頂には「更級や姥捨山の月ぞこれ」という高浜虚子の句碑がある。北面には千曲川が流れる善光寺平、左手には北アルプスの五竜岳や鹿島槍が迫って見える。山頂には中高年の登山客でいっぱいである。彼らは若々しく華やいている。そこにはおりんの嫌った老醜は見られない。元気で活動的な老人たちである。

長寿社会になり、高齢期を長く生きることになった我々は少しでも元気で介護を受けることなく生きたいと思っている。私もこれらの方々も同じ思いであろう。しかし、老化は必ず少しずつ押し寄せてくる。これからの生は老化との戦いである。この戦いを、保護され介護される弱者としてでなく生きたいと思うのは私一人ではないのではあるまいか。

(安斎医院)

医師の会新入会員自己紹介

老 川 美 緒

後期研修 1 年目の老川美緒です。

横浜のフェリス女学院高校を卒業後、広い大地を求めて札幌医科大学に進学したものの、寒さのあまり故郷に戻ってきたのが 2 年前。福浦、センター病院で初期研修を終え、本年度は沼津中央病院で精神科医としての最初の年を迎えています。

アメリカに留学していた高校生時代に精神科医という職業に出会って魅かれ、以後浮気は（あまり）せずに現在に至りました。気の多い性格なので日々忙しく過ごしていますが、精神科医としては腰を据えてじっくりと邁進したいと思っています。

よろしくお願いいたします。

加 納 亮 治

加納亮治と申します。

H17 年に群馬大学を卒業しましたが、青い海に潜ったり、映画に情熱を燃やしたり・・・と寄り道をしてきました。しかし、その道中も目的地として横浜市大精神科を見失うことはありませんでした。この春、ようやく精神医学教室の門を叩くことができ、新たなスタートに胸が高鳴る日々です。初期研修では、曽我病院、市大附属病院にて研修させていただきました。現在は市大センター病院で勤務しております。魅力的な指導医の先生方、熱意ある同期に出会うことができ、目的地に間違いはなかったと確信しています。精神科医として知識も経験も足りない未熟者ですが、患者様に対する気持ちをまっすぐに持ち続け、精進していきたいと思います。御指導の程よろしくお願いいたします。

川 崎 いくみ

はじめまして、今年度入局させて頂きました川崎いくみと申します。よろしくお願い致します。

出身は新潟県新潟市で、北の広い大地に憧れて北海道大学に入学しました。卒後は北海道大学臨床研修プログラムで、1年目は北見赤十字病院、2年目は北海道大学病院に勤めました。初期研修終了後、すぐに精神科を専攻する予定でしたが、ひょんなことから神経内科を勉強する機会を頂き、3年目は市立函館病院神経内科に1年間だけ勤務させて頂きました。そして、4月より精神科シニアレジデントとして、センター病院にお世話になっております。まだまだわからないことばかりですが、様々な発見があり、日々楽しく仕事をさせて頂いております。今後様々な場面で皆さまにご助力頂くことと思いますが、その際には、ご指導ご鞭撻のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

斎 藤 知 之

横浜市立大学出身の斎藤知之と申します。初期研修も横浜市大を選択致しました。小学校よりずっと横浜市内で生活し、そのまま横浜市大の精神科入局に至り、横浜南共済病院で4月から勤務しております。別段、横浜にこだわりも持っていないつもりですが、なぜか横浜とは縁深いようです。医者になった理由、精神科を選んだ理由を聞かれても何となく興味を持ったという以外に他なく、かといって素直に言っては格好がつかないので、その都度考えながら答えをひねり出しております。毎回違う答えが返ることもあるかもしれませんが、他意あつてのものではございませんので、ご容赦ください。日々、目の前の患者さんに誠意を持って取り組みながら、周囲のスタッフとつつがなく仕事をしていきたいと考えております。もちろん、精神医学の知識を増やすことにも力を注ぎたいと思いますので、今後とも宜しくお願い致します。

原 口 由布子

平成 21 年度新入局の原口由布子と申します。東京都八王子市出身、横浜市立大学卒業し、学生時代に小児精神科を回ったのを機に精神科を志望するようになりました。初期研修は、1 年目を福浦病院、2 年目をセンター病院で行いました。精神科は 6 ヶ月間、脳波を 1 ヶ月間勉強させていただきました。上級医の先生方に恵まれ、楽しく充実した研修を送ることができました。

今年度はセンター病院に所属しております。出来るだけ多くの症例を経験するとともに、一症例一症例を大切にしていきたいと思っています。また、可能であれば、レジデント中に小児精神を研修できればと考えています。

まだ分からないことがほとんどですが、精一杯頑張りますので、ご指導のほど宜しくお願い申し上げます。

廣 内 千 晶

今年度より後期研修医としてお世話になります、廣内千晶と申します。

出身は岩手県九戸郡野田村という小さな村で、中学時代まで過ごしました。その後、下宿生活をしながら岩手県立盛岡第一高校を卒業し、1 年間の浪人を経て福島県立医科大学に入学致しました。卒業後は横浜市大センター病院、市大附属病院で初期研修を行いました。研修中は精神科を 4 ヶ月、小児精神科を 2 ヶ月、脳波室を 2 ヶ月研修させていただきました。そして、今年度より県立精神医療センター芹香病院に勤務しておりますが、大学病院とは全く異なる環境で学ぶことも多く充実しております。

様々な経験を積んで頑張って参ります。どうぞ宜しくお願い致します。

星 加 哲 夫

はじめまして。今年度より入局させていただきます星加哲夫と申します。

北海道大学卒業後、北見赤十字病院で初期研修を終え、その後は北海道大学の

精神科で研修をおこなっておりました。今年で医師 5 年目となり、現在は市大センター病院でシニアレジデントとして勤務しております。

まだ至らない点が多く、日々学ぶことばかりでご迷惑をおかけすることが多いと思いますが、ご指導ご鞭撻のほど、宜しくお願い申し上げます。

吉 松 尚 彦

今年度より入会させていただきましたシニアレジデント 1 年目の吉松尚彦と申します。現在は、福浦の市大付属病院で日常の外来診療や病棟業務に就かせて頂いております。

出身は東京都の多摩地域で、高校卒業後は北里大学薬学部を経て、一度は就職しましたが、医師を志して三重大学医学部に再入学をしました。卒業後は再び東京に戻り、地元の市中病院で 2 年間の初期研修を修了し、今回、御縁があり市大精神科でお世話になることになりました。

精神科に関しては、医学部に入学する以前より関心がありましたが、多大な知識・根気が必要な領域であることに、一旦は他の医学領域への専攻も考えました。しかしながら初心を省みて、精神科医として第一歩を歩ませて頂くことになりました。

日々の診察では、知識、経験の無さに、反省・自己嫌悪に陥ることも多いですが、一人ひとりの患者さんに対して責任を持って接し、自己研鑽していきたいと考えております。

諸先生方には、今後とも御指導・御鞭撻を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

渡 邊 宏 行

はじめまして。シニアレジデント 1 年目の渡邊宏行と申します。2009 年 4 月より、福浦の附属病院でシニアレジデントとして第一歩をスタートいたしました。

出身は東京都で、開成高校を卒業しまして、その後、法学部を卒業後、金融機

関に勤務しておりました。その社会人の時期に、同僚がうつ病や統合失調症を発症しまして退職や休職に至ったことから、職場のメンタルヘルスに関心を持つようになり、精神科医療に自ら関わってみたいと考えました。

勤務先退職後、予備校での浪人生活を経て、信州大学医学部に再入学しまして、長野県松本市にて、北アルプスを眺めながら6年間を過ごしました。卒業後は、神奈川県茅ヶ崎市の民間病院で初期研修2年間を修了しました。このたび、横浜市大精神医学教室に入局させていただき、お世話になっております。

現在、市大附属病院にて、病棟業務や外来診療（新患・再来）を担当しておりますが、日々新しいことを吸収する毎日で、とても充実しています。まだ始まって1か月、ようやく環境に慣れてきた段階ですが、精神科医としての自覚と責任をもって業務に取り組みたいという気持ちでいっぱいです。

人生の回り道をしてきた分、医師としてのスタートは遅くなりましたが、その分、深みをもって患者様と向き合い、信頼される医師になれるよう、努力してまいります。経験は浅く、まだまだ未熟な自分ですが、幸い、優秀な上級医の先生方や諸先輩方が大勢いらっしゃるので、その都度、ご相談しながら、真摯に取り組む所存です。

これからもご指導のほど宜しく願いいたします。

OB会新入会員自己紹介・紹介

内 田 修 二

このたび、神経科医師の会を退会し、OB会に入会させていただくことになりました。

昭和58年に新潟大学を卒業し、横浜市大の研修医として第一内科、第三内科、整形外科ときて、最後に神経科を研修させてもらいました。このときのobenが山本先生、mittenが井関先生でした。井関先生は高校・大学の先輩ですが、横浜で偶然再びお会いし、お世話になった次第です。

当時の医局は、横井教授の退官の直前くらいで、昔の精神医学教室の雰囲気はまだ色濃く残っていた頃でした。個人名は差し障りがありますので控えますが、医局の飲み会で酔って教授の頭をぼかぼか殴る先生がいたり、医局室での飲み会が深夜まで続いたりしていました。

また、研修の後半にはアルバイトがてら関連病院に週一で非常勤務することが当時の決まりでした。研修初期のある日、山本先生が「内田のあんしゅたるとはあいこうだな」と呪文のようなことを言われました。『あんしゅたると』とはいいたいなんだろう、そして『あいこう』とは？

研修が進むにつれて、『あんしゅたると』とはAnstaltのことで精神病院を意味し、『あいこう』とは厚木にある関連する精神病院の一つであることが解って来ました。そして研修が進み、この『あんしゅたると』という言葉を用いるようになった頃には、『あいこう』が愛光病院であることも知るようになりました。

そんなこんなで、愛光の非常勤に出る事が何となく決まりました。愛光病院に実際に出る前、先輩医師に「愛光に出るんだって」と何故かやや意味深な様子で言われました。「愛光病院に何かあるのだろうか？」と不安を胸に、病院見学の折に、竹内院長に面接して頂きました。竹内先生は、他の病院院長以上に真面目そうな方でした。「この病院に何かあるっていうのだろうか？」と疑問に思いながら、愛光病院の医局に足を踏み入れたときに、その謎は解けたのでした。当時の愛光

にはたいへんユニークな先生たちがたくさん居られました。誌面都合上披露できませんが、かなりのOB先生方はご存知かもしれません。

こうして、研修終了が近づくにつれ神経科の雰囲気にも馴染んでしまい、そのまま医師の会に入会させて頂きました。この頃、山本先生が横浜駅で開業予定されとのことで、入会直後、そのまま愛光病院の常勤として勤務させて頂きました。厚木はのんびりしていて、竹内院長の指導のもとにのびのび過ごさせてもらい、私の精神科医の基盤を作っていただきました。その後、大学病院に戻り、再び愛光病院に出ました。当時、愛光病院では退官後の猪瀬第二代教授の特診に陪席をさせていただくという持ち回りの当番がありました。先生の話す難解な独逸語を *beschreiben* するという仕事なので、みんなで逃げ回っていたのを思い出します。

振り返ると、私の精神科医としての診療の場は、その後ずっと愛光病院でした。研修初期に山本先生に言われた「内田のあんしゅたるとはいこうだな」という呪文のほんとうの意味が、最近つくづく解るようになりました。

愛光病院で勤務しながら、大学からのたくさんの若い先生との出会いも経験させて頂きました。私のように『精神科医しか出来ない者』ものから見ると、内科医のような雰囲気の先生方もたくさん来るようになり、精神科医もずいぶん変わって来たなと思っています。皆さん真面目で、優秀な先生が多くなり、だんだんついて行けていない自分を感じるようになりました。若い先生に『げふゅーる』とか『あんしゅたると』とか言っても時々通じないこともあります。

これも研修当時に山本先生に言われたことですが、「精神科医という仕事はProzeßだよ」という意味が現在の自分と照らし合わせるとつくづく理解できるようになってきました。

『昭和』が『平成』になり『精神衛生法』が『精神保健福祉法』となるのを経験し、『精神分裂病』が『統合失調症』になることも経験しました。それなりに歳をとったのかもしれません。最近では、外来の患者さんから、『リスカ』とか『トーシツ』などという新しい略語を教えてもらったりしています。（「病気がトーシツだからそんなにリスカしたりしないよ」などと使うらしいです。）

今回、こんな躁言を言うようになったことは、もう十分OBの診断基準に適合するのではないかと自己診断しました。入会後も、OB先生方のよりいっそうの

ご指導、ご鞭撻を仰ぎながら、「精神科医の Prozeß」を全ういたしたいと考えております。

なにとぞ、これからもよろしくお願い申し上げます。

(愛光病院)

安 田 秀

本年度よりOB会に参加させていただきます、安田と申します。どうかよろしくお願いいたします。会長の斉藤先生、編集委員の木村先生から何か文章を書くようにご指示をいただきまして、ご挨拶を兼ねまして病院の紹介と自己紹介をさせていただきます。

現在私は、静岡県は函南町にあります NTT 東日本伊豆病院に勤務し、はや 16 年目になります。よもやこんなに長く在職するとは思っておりませんでした。最初は、よくある話ですが当時医局長をやっていた三木先生から、「2 年でいいから行ってくれ！」といわれ、それならと赴任して来ましたところ、思いの外この土地が肌にあっていったのか、「代わりに来てくれる Dr. もいないだろうなあ」と思いながら *Passive* に日々を重ねているうちに、今日に至ってしまいました。

昭和 59 年に信州大学を卒業し、専攻の選択が出来なかったことと地元に近いことから横浜市大の研修医に応募しました。採用の面接では故横井晋先生から『君～、成績悪いね～』と言われた記憶が今でも鮮明に残っております。温情か何か、わかりませんがそれでも採用していただき、1 期目に回ったのが神経科でありました。当時は当然旧病棟で、天野先生や山田芳輝先生や遠藤圭子先生や岩淵先生、そしてオーベンの山本裕先生からのご指導をいただき、何とかかろうじて医者のおまねごとを始めることが出来ました。研修終了後には愛光病院に 4 年お世話になり、遠藤先生、内田先生や東海大学の先生からご指導をいただきました。大学に戻るとちょうど福浦移転で、小阪教授の下、ばたばたと働かせていただいたこともよい思い出です。そして、現平塚病院院長の大野先生が当時は伊豆通信病院と言っておりましたこちらの部長職を退任されるに当たって、こちらに参りました。

ご存じの先生も多いかと思いますが、病院の場所を説明させていただきます。

函南というのは「箱根の南側」という、ある意味とてもわかりやすいネーミングの場所です(ちなみに近隣に裾野市がありますが、これは「富士の裾野」です・・・)。地図を見ますと、伊豆半島の付け根がくびれている、ちょうどその中央に位置しています。東側に車で 20 分ほども山をあがれば熱海峠があり、伊豆スカイラインの起点で十国峠の展望台からは駿河湾・相模湾と富士山・天城山と一望に見渡せるととても気持ちのよい場所があります。病院の周辺には神社が点在し、あまつさえ敷地の中にも小さなほこらがあります。南側には「柏谷の百穴」といわれる古墳時代の横穴式墳墓群があり、古くから居住に適した地だったことがわかります。病院そのものは終戦直前に陸軍が農地を接収して結核療養所を建てたことがことの起りで、そのため敷地は広大。樹齢 50 余年といわれる楠の大木が、敷地内の遊歩道（一周すると 1 キロ弱になります）を取り囲んで、今は日々濃くなる緑を光らせています。2 ヶ月前は毎年のようにソメイヨシノが一面の花吹雪を散らせていました。

私は故あって 10 年来、敷地内の社宅に居住しておりますが、緑がこれだけあることで何とか暮らしてこられたな、と感じています。たまに近くの神社をのぞいてみたり、十国峠にあがってみたりしていると、深層にあるかもしれないアニミズム的なものに何かが吹き込まれるような気がしないでもありません。

病院自体は回復期リハ病棟が 2 病棟計 100 床・一般病床（内科その他）が 50 床、そして精神科が全開放で 46 床の計 196 床です。外科系を諸事情で廃止して早 10 年、いわゆる総合病院ではないことから、精神神経学会の専門医制度が発足して以降、中期研修のカリキュラムとの関係があつてついに横浜市大からの医師派遣が正式に終了となり、一時は病棟の存続も危ぶまれましたがまさに「捨てる神あれば云々」といいますか、二人の Dr. が公募に応じて就職していただき、何とか 3 人体制で外来・病棟・デイケアを続けてこられております。

病棟が全開放であることから、統合失調症の急性期や、希死念慮の強い症例への対応が難しく、神経症性障害や中等症以下の鬱病症例が主体であることは、救急をやっていない総合病院精神科と同じかと思います。一方、リハビリテーション科が充実していることから、骨折の術後や脳血管障害を合併した患者のリハビリテーションを兼ねた入院の事例が結構あります。また、デイケアや外来作業療法でも統合失調症の患者さんの割合が低く、かなり様々なプロフィールを持った

方々に利用してもらっています。病院の性質から、本来の合併症治療や精神科救急など、理想的な総合病院精神科に求められる機能は果たせていません。それでもそもそも静岡県の東部地区は医療資源が不足しているところで、それなりの責務は果たしているかな、と思っています。周辺にある沼津中央病院や、順天堂大学付属静岡病院、国際医療福祉大学付属熱海病院に助けいただきながら、何とか仕事を続けております。

医師不足は静岡県も深刻です。そもそも以前から対人口比で静岡県の医師数は下の方から数えた方が早いくらいだったようですが、今も地域の機関病院での診療科の廃止や新患制限のニュースが飛び交っています。うちの病院もご多分に漏れず人材不足ここに極まれり、で、なんと2年前から私が診療センター長という役職を拝命している状況です。「こういったたぐいの仕事が出来ないから精神科を選んだのに」と、一部の先生方からはおしかりを、一部の先生方からは共感をいただけるのではないかと思われる愚痴をこぼしながら、能率悪く残業を重ねている日々です。

私事では10年前から富士市の市民オーケストラに参加し、今はビオラを弾いています。それから「老後の転倒予防」に太極拳の教室に通っています。両方ともなかなか時間のやりくりは難しく、不快感が残りますが、仕事で息切れしがちなところを何とかつないでいる、という感じでしょうか。

愚痴を含めた私事で紙面を埋めてしまいましたが、お許しください。大学を離れてみると、改めて自ら律して人間関係を持っていけないとなあ、と感じているところです。どうか諸先輩の先生方、今後もし指導いただけますよう、なにとぞよろしくお願い申し上げます。

(NTT 東日本伊豆病院)

桂 城 俊 夫

横浜市立大学精神医学教室OB会に、このたび入会させていただいた桂城俊夫と申します。平成2年に香川医科大学（現在香川大学医学部）卒業後、同年横浜市立大学附属病院の研修医となりました。平成4年以降は神奈川県立精神医療セ

ンター芹香病院と神奈川県総合リハビリテーションセンター神奈川リハビリテーション病院を経て、平成 10 年に横浜市立大学医学部附属病院と横浜市立大学附属市民総合医療センターに勤務しました。平成 15 年 4 月には JR 関内駅南口から 3 分くらいのところにて、関内仲通りクリニックを開業いたしました。もちろんメンタル的な疾患が主ですが、リハビリテーション病院の時に神経内科的なことをしていたため少しですが神経内科の患者さんもおられます。なお、現在も非常勤にて横浜市総合保健医療センターや横浜ほうゆう病院にもいかせていただいております。

関内仲通りクリニックは関内の仲通り沿いにあるのですが、その“仲通り”はプロ野球横浜ベイスターズの優勝を記念して名の付いた“ベイスターズ通り”の通称名の方が今では知られているようです。現在も優勝時のメンバーの手形が通りにあり、大魔神と言われていた佐々木投手の手形にもいつでも触れられます。

私の生まれは博多で小学校は広島、そして中学以降は神奈川県に縁のある生活をしております。なお、医学部入学直前までの数年間茨城県にて会社員をしていたり、香川医科大学時代には四国にて少し若い同級生と混じって今となっては楽しい思い出ばかりの学生生活を過ごしたりしていました。

横浜市立大学精神医学教室には、研修医時代にお世話になった先生方に縁を感じて、研修医修了時に入局させて頂きました。現在もそのようですが、横浜市立大学の精神科（旧神経科）は器質性疾患も含めバランスよく学ばせていただけ、この教室でよかったと今でも本当に感謝しております。

現在開業医をしておりますが、以前の勤務医時代に学んだことを基礎に、今の自分にできることが出来ればと考えております。このところも勤務医の時に一緒であった先生や横浜市立大学精神医学教室OB会の先生方などと患者さんを相互に紹介させていただいておりますが、やはり相手の先生を知っていることは心強いことです。これからもどうぞよろしくお願い申し上げます。

（関内仲通りクリニック）

品 田 正 幸

この度、神経科医師の会を退会し、OB会に入会させていただくことになりました。

昭和 62 年に秋田大学を卒業し、平成 3 年に秋田大学大学院（公衆衛生学）を卒業し、10 年間住んだ秋田を離れ、平成 3 年 6 月に横浜市大の医師の会に仮入会いたしました。当時は旧浦舟病院から福浦への引越しの直前で、小阪教授が着任された時期に重なります。研修医の先生方と引越しをしたことを懐かしく思います。大学では半年間の短期間でありましたが、浦舟から福浦と勤務し、安田先生、三木先生はじめ諸先生方にご指導いただきました。特にオーベンの安田先生には直接種々のお世話になりありがとうございました。

その後、正会員にならせていただき、横浜南共済病院に 2 年半勤務いたしました。杉本部長先生、正岡先生の下で働かせていただきました。総合病院の開放病棟という多忙で慣れない環境で経験の浅い私をご指導頂き何とか勤めさせていただきました。ありがとうございました。

ついで、現在までお世話になっております愛光病院に勤務させていただき、竹内院長先生、内田副院長先生、顧問の牧野先生はじめ諸先生方にご指導いただきました。特に牧野先生には先生の現役最後の期間を指導医的立場で直接にご指導いただき、今思いますととても有難く感謝しております。途中、正会員から準会員に移行していましたが、このところは厚木から出ることも少なくなり、お世話になりました諸先生方にもお目にかかることも少なくなっておりますが、これからも宜しくご指導、ご鞭撻の程、お願い申し上げます。

(愛光病院)

新入会員紹介

山田 芳輝 (横浜市立大学 昭和 56 年卒 あかりクリニック)

渋谷 克彦 (富山医科薬科大学 昭和 62 年卒 横浜ほうゆう病院)

慶弔事

慶 事

診療所・クリニック開設

なぎクリニック

遠藤 青磁 院長 横浜市戸塚区

青葉台みなみクリニック

南 健一 院長 横浜市青葉区

センター長・院長就任

加瀬 昭彦 平成 21 年 4 月

積愛会横浜舞岡病院院長

酒井 晴忠 平成 21 年 4 月

紫雲会横浜病院院長

総会と役員会報告及び会計報告

1 OB会役員会

平成 20 年 8 月 9 日（土）18:30～21:00 横浜ルミネ 7F 「いらか」

出席者：斉藤・村上・浜・高木・遠藤・竹内直樹・木村・佐藤

1) 第 15 回OB会総会議事と役割分担

開催日時 平成 20 年 9 月 13 日（土）17:30～21:00 横浜国際ホテル

受付 浜・佐藤

a) 総会開催 17:30～17:50 総合司会（高木）議長選出（木村）

会長挨拶（斉藤）

19 年度事業報告と 20 年度事業計画（斉藤）

19 年度会計報告と 20 年度予算（高木）

会誌発行と編集委員選任

b) 特別講演 18:00～19:15

座長 斉藤 惇先生

講演 大西秀樹先生

懇親会司会（奥平）乾杯（市川）閉会（浜）

2) 審議事項

斉藤惇会長留任（2 期目）の方向でOB会総会に諮る

同窓会誌第 4 号の発刊について、OB会総会で説明および報告

平成 19 年度決算と 20 年度予算について

21 年度OB会総会の特別講演候補の検討

その他

2 OB会総会

平成 20 年 9 月 13 日（土）横浜国際ホテル

1) 総会 17:30～17:50

平成 19 年度事業報告と平成 20 年度事業計画（斉藤）

平成 19 年度決算報告と平成 20 年度予算（高木）

平成 19 年度監査報告（遠藤）

会長選任 齊藤惇先生留任（2期目）

同窓会誌第4号の発刊について（木村）

第4号から、村上から木村へ編集委員の交代および印刷会社の変更

紹介新入会員（高木）：山田芳輝、三木和平、大西秀樹、井上健、

阿瀬川孝治、山澤浩

その他

2）平成19年度会計報告

収 入		支 出	
繰越金	2,747,696	総会・宴会費	300,733
年会費	1,088,160	OB・現役合同会費	360,000
総会会費	270,000	FAX 連絡網費	40,000
同窓会誌広告掲載費	440,000	講師謝礼	180,000
雑収入	0	交通費・会議費	135,329
利 息	4,014	事務・通信・人件費	128,414
合 計	4,549,870	同窓会誌刊行費	253,549
		合 計	1,398,025
		残 金	3,151,845
		横井基金	509,534

3）平成20年度予算案

収 入		支 出	
繰越金	3,151,845	総会・宴会費	300,000
年会費	840,000	OB・現役合同会費	360,000
総会費	200,000	FAX 連絡網費	40,000
同窓会誌広告掲載費	380,000	講師謝礼	140,000
合 計	4,571,845	交通費・会議費	200,000
		事務・通信・人件費	150,000
		同窓会誌刊行費	170,000
		予備費	3,211,845
		合 計	4,571,845

4) 特別講演 18:00～19:15 座長 斉藤惇先生

大西秀樹先生

「がん医療と精神医学 ～埼玉医科大学国際医療センターでの試み～」

5) 懇親会 19:15～21:00

3 OB現役合同会役員会と同窓会誌編集委員会

平成 21 年 3 月 14 日 (土) 18:30～21:00 横浜駅ルミネ「大志満」

出席者：斉藤・木村・安斎・高木・浜・遠藤・村上・奥平・竹内 (直)・

都甲・山田 (朋)・塩崎・藤田・佐倉

1) 平成 21 年第 16 回OB現役合同会総会開催打合せと役割分担

総会開催 平成 21 年 6 月 13 日 (土) 17:30～21:00 キャメロットジャパン

役割分担予定

平成 21 年合同会総会次第 総合司会者 (高木) 開会挨拶 (斉藤)

議長選出 (木村)

平成 20 年度事業報告と平成 20 年度会計報告 (都甲)

平成 21 年度事業計画と平成 21 年度予算案 (都甲)

新入会員紹介 OB会 (斉藤)、医会 (都甲)

講演等

教室現状報告 平安教授

横井賞受賞者講演 座長 (都甲)

OB会員講演 野間和子先生 座長 (高木)

閉会の挨拶 (都甲)

2) 審議事項

- ・OB会からの FAX 連絡網費は次年度から廃止する (総会で報告する)
- ・クリニック開業会員への応援体制について (話題として)

3) その他

- ・OB会総会特別講演は群馬県立精神医療センター所長 武井満先生

4) 同窓会誌編集委員会

- ・編集委員の構成

木村 (委員長) 村上 高木 医会運営委員長

・同窓会誌第 5 号

平成 21 年 9 月発刊 編集・発刊スケジュールの検討

寄稿は 58 年卒以降の先生に依頼する

協賛依頼 製薬会社は高木、病院・クリニックは木村が担当する

4 OB 現役合同会総会

平成 21 年 6 月 13 日（土） キヤメロット・ジャパン

1) 総会 17:30～19:00

平成 20 年度事業報告と会計報告（都甲）

平成 21 年度事業予定と予算案（都甲）

【平成 20 年度決算】

収 入		支 出	
平成 19 年度繰越金	2,283,670	給 与	360,000
OB 会	360,000	慶弔費	224,069
医師の会	360,000	通信費	38,710
利 息	2,927	合 計	622,779
合 計	3,006,597		
		支出内訳	
		○給 与	30,000/月 × 12 = 360,000
		○慶弔費	68,701
		葬儀(弔電 2 件、生花 2 件)	
		開院祝 (3 件)	155,368
		小 計	224,069
平成 21 年度へ繰越金	2,383,818		

【平成 21 年度予算案】

収 入		支 出	
繰越金	2,383,818	給 与	360,000
ＯＢ会	360,000	慶弔費	300,000
医師の会	360,000	通信費	60,000
合 計	3,103,818	予備費	2,383,818
		合 計	3,103,818

2) 新人会員紹介

医師の会：老川美緒、加納亮治、川崎いくみ、斎藤知之、原口由布子、
廣内千晶、星加哲夫、吉松尚彦、渡邊宏行

ＯＢ会：山田芳輝（あかりクリニック 昭和 56 年卒）
内田修二（愛光病院 昭和 58 年卒）
安田 秀（NTT 東日本伊豆病院 昭和 59 年卒）
渋谷克彦（横浜ほうゆう病院 昭和 62 年卒）
桂城俊夫（関内仲通りクリニック 平成 2 年卒）
品田正幸（愛光病院 平成 3 年卒）

3) 精神医学教室報告：平安教授挨拶

平成20年度横井賞受賞者表彰と講演

浅見 剛先生（平成13年卒） 留学から帰国後講演予定
「パニック障害における前部帯状回容積の減少」

4) ＯＢ会員講演

野間和子先生（昭和43年卒 野間メンタルヘルスクリニック）
「私たちが生きにくくしているもの 人生脚本」

編集後記

本年も、「同窓会誌第 5 号」に多くの原稿をいただくことができました。ご無沙汰申し上げている先輩や、今や名前も顔も定かでない後輩の先生方から原稿が届き、確かなつながりを感じ、とても嬉しく、また懐かしい思いがいたしました。心から御礼申し上げます。

本誌第 5 号の発刊に際し、ご協賛・ご支援をいただきました製薬会社及び病院・クリニックに深く感謝申し上げます。

お陰様で、今回も、編集委員である医師の会運営委員長都甲崇先生、OB 会役員村上弘司先生、高木啓先生をはじめ諸先生の協力と印刷会社の手際のよい対応を得て編集作業を進めることができました。

巻頭言は、現役とOBが交代で担当していますが、本号では医師の会の国立病院機構横浜医療センター武川吉和先生に執筆していただきました。“総合病院精神科の行く末”を提言されておりました。

精神医学教室現況からは、内患外憂があっても教室全体の充実発展ぶりと、教室の存在感が伝わって参りました。

総会講演では、現役OB合同総会とOB会総会でご講演していただいた原實先生と大西秀樹先生に「臨床脳波学のトピックス」、「がん医療と精神医学」について勉強になる原稿をいただきました。

寄稿は、卒業年次シリーズで、本号は昭和 58 年以降に卒業されたOB会の先生にお願いしました。大先輩の安斉三郎先生には、「加齢の社会学」という約 9,000 字に及ぶ重いテーマの原稿をお寄せいただきました。寄稿していただいた先生方に深く感謝申し上げ、今後のご発展を期待いたします。

クリニックを開業された先生方、医師の会とOB会に入会されました先生方からも多くの原稿をいただき御礼申し上げます。今後のご活躍と「OB 現役合同会」にも積極的なご協力を大いに期待いたしたいと思っております。

前OB会長村上弘司先生は、「現役とOBが、同窓として相互に理解し連携を深め発展して行く媒体」としたいという願いをこめて、本誌「横浜市立大学精神医学教室同窓会誌」を創刊されました。

本誌「第 5 号」の発刊にあたり、現役・OBが共感・共有できる同窓会誌が継続されて行くことを願っています。

(木村 逸雄)

医師の会役員

運営委員長：都甲 崇

運 営 委 員：塩崎一昌、山田朋樹、長谷川花、内門大丈、加藤大慈、
藤田純一、上原久美、佐倉義久、山口隆之、天貝 徹、近藤大三

OB会役員

会 長：斉藤 惇

副 会 長：木村逸雄、浜 由紀

庶務・渉外：浜 由紀、竹内知夫（渉外）、竹内直樹（渉外庶務）、
奥平謙一（庶務）

会計・広報・会誌：木村逸雄、山田和夫（広報会誌）、村上弘司（広報会誌）、
高木 啓（会計・広報会誌）、細岡英俊（会計・広報会誌）

監 事：安斎三郎、遠藤美穂子

◆ いつでも掲載原稿を歓迎します ◆

随想、小論、臨床ノート、雑感、体験・印象記、
各種報告・紹介など。連載投稿も可能です。
投稿規定はありますが不都合がございましたらご相談下さい。

〒246-0013 神奈川県横浜市瀬谷区相沢 6-9-16
横浜市立大学精神医学教室OB会 木村逸雄

発行者：斉藤 惇（精神医学教室OB会会長）

編集者：精神医学教室同窓会誌編集委員

〒236-0004 横浜市金沢区福浦 3-9（精神医学教室内）

TEL.045-787-2667/FAX.045-783-2540

印 刷：有限会社スタジオアーク

〒220-0062 横浜市西区東久保町 13-30

TEL.045-263-0066/FAX.045-263-0070

協賛製薬会社ご案内

吉富薬品株式会社

ファイザー株式会社

シェリング・プラウ株式会社

明治製菓株式会社

アステラス製薬株式会社

エーザイ株式会社

大塚製薬株式会社

大日本住友製薬株式会社

日本イーライリリー株式会社

協和発酵キリン株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社

ヤンセンファーマ株式会社

旭化成ファーマ株式会社

塩野義製薬株式会社

(版下到着順)

協賛印刷会社

有限会社スタジオアーク

協賛クリニック・病院ご案内

復康会 沼津中央病院

弘徳会 愛光病院

遠藤クリニック

村井みほクリニック

正永会 港北病院

復康会 鷹岡病院

（お申し込み順）

横浜市立大学精神医学教室OB会（別称碧光会）

会 則

第1章 総 則

（名称と事務局）

第1条 本会は、横浜市立大学精神医学教室OB会（別称碧光会）と称する。

第2条 本会は、事務局を会長の下に置く。

（目的と事業）

第3条 本会は、会員相互の親睦及び扶助、学術的及び文化的活動を行うこと、横浜市立大学精神医学教室の発展の後援を目的とする。

第4条 本会は、前条の目的を達成するために必要な事業を行う。

第2章 会 員

（資 格）

第5条 本会の会員は、横浜市立大学神経科学教室（横浜医学専門学校、横浜医科大学を含む）及び横浜市立大学精神医学教室に在籍したことがあり、本会の主旨に賛同する者とする。

2. 本会の主旨に賛同し、本会員3名の推薦ある者

3. 会員の内、満75歳を超えた者は特別会員とする。処遇については別に定めることとする。

（入 会）

第6条 前条の規定に該当するものを、役員会が承認し総会に報告するものとする。

（退 会）

第7条 会員は、その旨を会長に申し出て退会することができる。

2. 会員は、次の場合には退会したものと見なす。

（1）会員が死亡したとき

（2）本会を除名されたとき

(除 名)

第 8 条 本会の目的又は主旨に反する行為があつた会員は、総会の議決を経て除名することができる。

(会 費)

第 9 条 会員は、別に定める所定の会費及び負担金を納入しなければならない。

2. 既納の会費及び負担金は、その理由の如何を問わずこれを返還しない。
3. 特別会員の会費及び負担金は免除する。

第 3 章 役 員

第 10 条 本会に、次の役員を置く。

会 長	1 名
副会長	2 名
幹 事	8 名
監 事	2 名

2. 役員数は細則第 2 条第 1 項の規定に従って人数は調整する。

第 11 条 役員は、会員の中から互選する。

2. 欠員が生じた場合、必要に応じて補欠を選出する。

第 12 条 会長は、本会を代表し会務を総括する。

2. 副会長は会長を補佐し、会長に事故あるときはその職務を代行する。
3. 幹事は、会長の定めるところにより職務を執行する。
4. 監事は、民法第 59 条（法人監事の職務規定：財産・業務の監査、業務の不整あるときは総会の招集と報告）に準じて職務を執行する。

第 13 条 会長の任期は、一期 2 年とする。但し、再選はこれを妨げないが二期を限度とする。また他の役員の任期は含まれない。

2. 補欠の選出により就任した役員の任期は、前任者の残任期間とする。
3. 役員は、辞任又は任期が満了した場合、後任者が就任するまでその職務を行うものとする。

(名誉会員及び名誉会長)

第 14 条 本会に、名誉会員及び名誉会長を置くことができる。

2. 名誉会員及び名誉会長は、総会の承認を得て委嘱される。

3. 名誉会員は、役員会の諮問に応じ会議に出席して意見を述べることができる。但し、議決権はない。
4. 名誉会員及び名誉会長の称号は、その終生にわたり保持し得るものとする。
5. 名誉会員は歴代教授、名誉会長は長年会長の座にあり本会の発展に功績のあった会員。

第4章 会 議

第15条 会議は、総会、臨時総会及び役員会の3種とする。

(総 会)

第16条 総会は、毎年1回（毎年9月第1又は第2土曜日）会長が招集する。また、臨時総会は会長が必要と認めた場合に招集する。

2. 総会又は臨時総会の議長は、出席会員の中から互選する。
3. 総会の3分の1又は役員会の議決により臨時総会の招集の請求があった場合は、会長は臨時総会を招集しなければならない。
4. 役員会は役員を以て組織し、総会の議決を要するものの外、本会運営にあたり必要な事項を決議する。

第17条 総会又は臨時総会は、この会則に定めるものの外、次の事項を承認した議決する。

- (1) 収支決算
- (2) 会則又は細則の改訂
- (3) 事業計画及びその報告
- (4) その他、本会の運営に関する事項

第18条 総会又は臨時総会は、会員の3分の1以上の出席（委任状を含む）により成立する。

2. 総会又は臨時総会の議決は、出席会員の多数決による。また可否同数のときは、議長がこれを定める。

第5章 資産及び会計

第19条 本会の資産は、次の各号によって構成される。

- (1) 現在、資産目録に記載されている資産
- (2) 会費
- (3) 助成金及び寄付金
- (4) 資産から生じる利子等
- (5) その他の収入

第 20 条 本会の資産は、役員会の議決を以て会長がこれを管理する。

第 21 条 本会の会計年度は、毎年 9 月 1 日に始まり、翌年 8 月 31 日に終わる。

第 6 章 会則の改訂

第 22 条 この会則の改訂は、総会において出席会員の過半数の同意を得なければ
ならない。

第 7 章 細 則

第 23 条 本会運営にあたり、必要と思われる細則を作ることができる。

付 則

(施行期日)

第 1 条 本会則は、平成 6 年 9 月 10 日から施行する。

2. 本会則は、一部改正し平成 14 年 9 月 7 日から施行する。

横浜市立大学精神医学教室OB会施行細則

(事業)

第1条 本会の資産は、次の事業を行うものとする。

1. 会員相互の親睦及び扶助
2. 研究、教育又は研修に関すること
3. 横浜市立大学精神医学教室医師の会との交流
4. 横浜市立大学精神医学教室の発展及び援助に関すること

(役員を選出、任期及び役員会の運営)

第2条 役員を選出は入局（入会）年次3～4年を1グループとし、その中から1～2名を選出する。

2. 役員の任期は1期2年とし、再選はこれを妨げないが原則として2期を限度とする。
3. 役員会は定期役員会の外に、会長の要請又は役員の3分の1以上の要請があった場合、これを開催しなければならない。

第3条 本会と横浜市立大学精神医学教室医師の会は、合同して下記の事業を行うものとする。

- イ) 慶弔（別に細則を設けるものとする）
 - ロ) 合同研修、研究、情報交換、親睦、交流、その他
 - ハ) その他の事業
- ニ) 合同の会の名称、会則、その他は合同総会の決議を経て施行される
- ホ) 運営に際し、両会からそれぞれ選出された委員によって組織された合同委員会が必要事項を討議する

(会費の免除)

第4条 名誉会員は会費納入を不要とする。

2. 特別会員は会費納入を不要とする。

(教室への援助)

第5条 本会は、当会に対する横浜市立大学精神医学教室医師の会の各種の事務的な負担を弁済する外、横浜市立大学精神医学教室発展のための援助を行うものとする。

(会 費)

第 6 条 会費は、目的及び事業を達成するために必要と認める会費を支払うものとする。

2. 会費は次のごとくし郵便振込み又は銀行引き落としを以て支払うものとする。

月額 1,000 円(年額 12,000 円)会費納入は原則として年額一括とする。

(施行期日)

第 1 条 本会則は、平成 6 年 9 月 10 日から施行する。

2. 本会則は、一部改正し平成 14 年 9 月 7 日から施行する。

横浜市立大学精神医学教室合同会会則

第1章 総 則

（名称と事務局）

第1条 本会を横浜市立大学精神医学教室合同会と称する。

第2条 本会は事務局を横浜市立大学精神医学教室内に置く。

（目的と事業）

横浜市立大学精神医学教室OB会および横浜市立大学精神医学教室医師の会は、各会独自の事業を遂行する他両会共通の事項について本会として合同し下記の事業を行うものとする。

第3条 本会は会員相互の交流、親睦および扶助、情報交換、慶弔、学術的および文化的活動を行うことを目的とする。

第4条 本会は前条の目的を達成するために必要な事業を行う。

第2章 会 員

第5条 本会の会員は横浜市立大学精神医学教室OB会会員および横浜市立大学精神医学教室医師の会会員によって構成される。

第3章 役員および役員会

第6条 本会は役員会を設置するものとする。役員会は、横浜市立大学精神医学教室OB会役員および横浜市立大学精神医学教室医師の会役員によって構成される。

第7条 役員会は総会の議決を要するものの他、本会運営に関する事項を決議するものとする。

第8条 本会会長は横浜市立大学精神医学教室OB会会長がこれを兼務し、副会長は横浜市立大学精神医学教室医師の会運営委員長がこれを兼務するものとする。

第4章 会 議

第9条 定例総会は年1回開催される。

第 10 条 臨時総会は下記の場合開催される。

イ) 会長または副会長が必要と認めた場合

ロ) 会員の 3 分の 1 以上、または役員会の議決により臨時総会開催の要請がある場合

第 11 条 総会および臨時総会は会員の 3 分の 1 以上の出席（委任状を含む）を以って成立する。

第 12 条 総会および臨時総会の議決には出席会員の過半数の同意を要するものとし、可否同数の場合は議長がこれを決するものとする。

第 5 章 運営費用

第 13 条 本会運営に関する費用は、横浜市立大学精神医学教室OB会および横浜市立大学精神医学教室医師の会が負担するものとする。

第 6 章 細 則

第 14 条 本会はその運営に関する細則を設けることが出来る。

第 7 章 付 則

第 15 条 本会則は平成 6 年 12 月 10 日より発効する。

横浜市立大学精神医学教室 OB 現役合同会慶弔規定

1. 費用：横浜市立大学精神医学教室OB現役合同会から支出する。
2. 名称：横浜市立大学精神医学教室とする。
3. 慶：(1) 医療機関の開業：時計を寄贈する。
金文字で「祝 横浜市立大学精神医学教室」と記銘する。
(2) 教授就任：パーティー
費用：当日会費でまかなうことを原則とするが不足分は合同会費で補填する。
(3) 叙 勲：パーティー又は合同会総会での祝賀を行う。
費用：パーティーの場合は上記(2)に準ずる。お祝い品は合同会から支出する。
(4) 教授・院長・施設長就任者へ医療機関開業に準じて記念品を寄贈する。ただし、繰り返して寄贈はしない。
(5) その他：OB現役合同会役員会で随時協議する。
4. 弔：(1) 本人：生花一對、香典（その時期の相当額）、弔電
(2) 配偶者：生花一基、弔電
(3) 本人の両親：生花一基、弔電
(4) 子供：通知があれば生花一基、弔電
(5) 関連病院関係者：医師の会で即決でき事後承諾で可能とする。
(6) その他：随時協議し決定する。
5. 連絡方法とその他
 - ・慶弔の連絡は、医師の会運営委員長とOB会会長に先ず連絡する。
 - ・弔で緊急の場合は、上記規定に従ってこれを行い事後承諾とする。
6. 付則 (1) 本規定は平成8年3月9日に開催された横浜市立大学精神医学教室OB現役合同会役員会において協議し承認された。
(2) 当日出席者は次の通りである。
OB会役員：小堀 博、遠藤美穂子、金子善彦、斉藤 惇、
森口祥子、荒井政明
医師の会役員：宮内利郎、山田芳輝、後藤健一
(3) 本会則は、一部改正し平成18年6月10日から施行する。
(4) 本会則は、一部改正し平成19年6月9日から施行する。

投 稿 規 定

1. 投稿資格

- 1) 横浜市立大学精神医学教室医師の会及び横浜市立大学精神医学教室OB会（碧光会）会員
- 2) 編集委員会より執筆依頼を受けた方

2. 投稿の種類

随想、小論、臨床ノート、雑感、体験・印象記、各種報告・紹介など特に規定しない。連載投稿も可能。

3. 執筆規定

- 1) 原稿：400×2 字以上 400×20 字程度以内。それ以上の長さの場合、次号にわたる連載を考慮する。
- 2) 図表：最小限とし、本文原稿とは別紙に作成する。同じ 3.5 インチフロッピーディスクまたは CD-R に入力する。
- 3) 引用文献：必要最小限とする。本文が長いときは省略することもある。
- 4) 原稿送付形式：A4 横書きにプリントした原稿 1 部とテキストファイルまたはワード方式で入力した 3.5 インチフロッピーディスクまたは CD-R を添付する。自筆の原稿、ワープロ原稿も受け付ける。
- 5) 仕上がり：B5 版、活字の大きさ 11 ポイント、1 行 35 文字、1 ページ 30 行。
体裁：執筆者の希望があれば相談に応じる。小見出しなどをつけて、出来るだけ見易く、読み易くする。

4. その他

- 1) 送付先

〒246-0013 神奈川県横浜市瀬谷区相沢 6-9-16

横浜市立大学精神医学教室OB会 木村逸雄

- 2) 原稿締め切り：毎年 5 月 31 日必着。
- 3) 校正：原則として編集委員会で行う。
- 4) 掲載済原稿の返却：希望する旨の連絡がなければ原則として返却しない。

*投稿規定はありますが、どのような形式でも受け付けます。