西多摩医師会報

創刊　昭和47年7月　　第389号　平成17年5月

『ヒトリシズカ』 石井好明

目　次

頁

1）新公立阿伎留病院構想　岡田清己…2
2）地域医療部よりのお知らせ　新井敏彦…4
3）第３回西多摩医師会臨床報告会開催　細谷純一郎…8
4）専門医に学ぶ　五月女恵一…9
5）感染症だより　西多摩保健所…11
6）同好会短信　ゴルフ部だより　田村啓彦…12
7）地区だより　羽村地区　込田茂夫…13
8）文芸随筆諸事百般　短歌「青い鳥」　鹿野純　一…13
9）西多摩消化器疾患カンファレンス　会則・運営細則　森本　晉…14
10）各部だより　学術部インフォメーション　学術部…15
11）伝言板　広報部…22
12）理事会報告　広報部…23
13）会員通知・医師会の動き・お知らせ　事務局…24
14）表紙のことば　石井好明…27
15）あとがき　野本正嗣…27

http://www.nishitama.tokyo.med.or.jp/

新公立阿伎留病院構想

公立阿伎留病院 院長 岡 田 清 己

公立阿伎留病院の歴史を繙いてみると、大正14年4月に西秋留村外四ヶ町村を背景に伝染病予防治療のために設立された。初代院長は府立駒込病院より大塚道夫氏が赴任した。これは現今の病院より西に位置しており、当時の写真をみるとその面影を偲ぶことができる。さらに、昭和47年5月に現在地に移転し、近代的な病院として活躍してきた。現在の病院は一般病床225床、常勤医師32名の規模である。

しかし、最近の疾病構造の変化、医学および医療技術の進歩、医療機器の目覚ましい発展、患者自身の医療に対する意識変革などにより、医療制度が見直され、病院そのものも近代医療に即した実質的、精神的、構造的な病院が要求されるようになった。すなわち、現病院では（1）物理的空間が狭隘化してきたこと、(2) 質的構造が陳腐化し、近代的医療に則すことが困難となってきたこと、(3) 従って、新時代に見合った医療療養環境が当然のこと、として挙げられてきた。すでに当院では5つの基本方針に則って病院の運営を行ってきているが、それに従えば(1) 患者主導型の優しい療養環境を創ること、(2) 病院で働く医療従事者が安全に、効率的に働ける医療環境を確保すること、(3) 地域医療に貢献できる施設を造ることである。

新病院は現病院の南側に設計され（図譜を参照)、すでに地下の基礎工事は終了し外郭の建設が進行している。その規模としては、一般病棟は310床に増加する。診療科目としては21科の規模となる。従来の診療科に加え、救急科をつくり、医師は2名で、病棟に救急としてERを6床つくる。緩和ケアを1病棟で16床設置する。がんの末期における人生最後のときを安堵出来る医療環境を提供したい。そのための専門医を常置すると共に、当院にはすでにがん専門医が2名おり、腫瘍科も設置したいと考えている。

購入予定の大型機器はMRI 1.5テスラを2機の予定で、全身撮像ができ、MRSが測定できることが条件となる。CTはどの程度がよいか未決定であるが、今はMDCTが一般的であろう。ガンマカメラは心筋シンチ、全身シンチのとれるSPECTを考えている。結石破砕装置としてのESWL, がん治療器としてリニアックも用意する。

新病院の配置として、地下1階、地上6階である。地下には血液透析室、リハビリテーション、放射線治療室をおく。血液透析器は16台プラス隔離透析器1台からなる。放射線治療室には位置合わせ用のCTとリニアックが設置される。1階は外来患者受付となる事務部門、救急部門、外来診療室の3総合ブース、放射線部門などから成る。とくに救急室は夜間受付がしやすいようにして、待合室、診察室、観察室、重症観察室などが備わっている。直ぐ前が放射線部門であり、必要ならCTも直ちに撮影できる。2階は外来2総合ブースがあり、その奥に手術部門がある、手術室は5部屋あり、その一つは無菌室となっている。2階にはその他検査部門があり、医局を含む管理部門が北側に並ぶ。医局は比較的広く、休憩室、電算室、会議室、勉強室それに当直室からなる。3階から上はすべて入院病棟となり、東館（E棟）と西館（W棟）に別れ、それぞれの看護単位は原則約50床である。3Eは緩和ケア病棟であり、すべて個室で16床からなる。南側病室は屋上庭園に通じ、車いすで直接外に出ることができる。3Wは産婦人科である。4Eは一般外科病棟

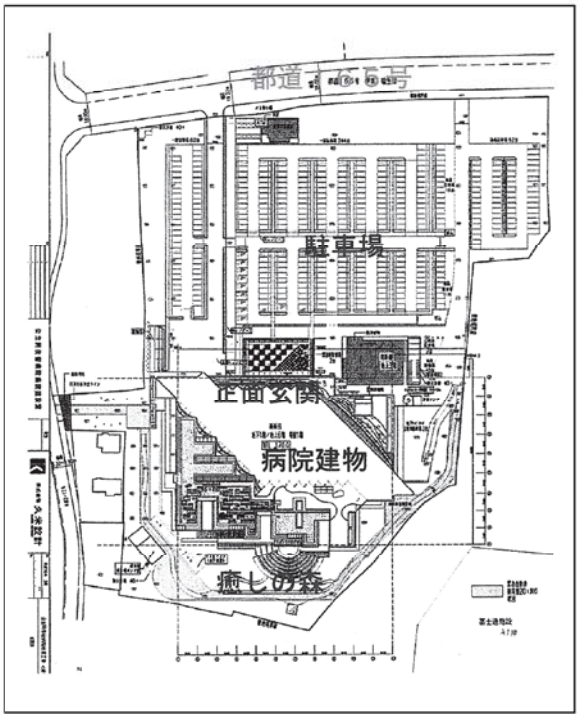
であり、ここに ER 6床が組み入れられている。夜間でもエレベータを降りて直接 ER に入れるようになっている。4Wは整形外科である。5階は脳外科、泌尿器科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科および一部の内科、とくに腎臓内科が加わる。6階は内科病棟となる。以上のような病棟配置であるが、これに限定せず、入院必要患者には入院ベットが確保される。

構造上での特長として、第一は天井が高いことである。一般には、床から天井までは 2.5 メートルぐらいというが、新病院では 2.8 メートルであり、各病室に快適な空間が広がる。病室は個室か4床部屋であり、第二は4床部屋でもそれぞれのベットに空調がつき、個別空調といえる。入院患者にとって大いなる利点である。第三は窓ガラスが二重構造となっており、温度調節が容易である点である。しばしば南側の病室は冬でも冷房が必要なほど部屋が蒸すことがある。そのような不快な条件を避けることが出来る点で優れていると言える。第四は西多摩にある病院に相応しい、木の香りのする病院づくりを考えていた。一部の場所で木目調を出すようにした。第五はサーカデアンシステムの採用である。ヒトは光により体調をコントロールされており、午前中は太陽光に近いひかり、午後はやや低め、消灯前は低色低照度、深夜は必要最小限の照度が理想となっている。病室の光をそのような原則に従い照度を自動的に時間に合わせ変えるので、病床においても生活のリズムを掴むことが出来る。緩和ケア病床にこれを採用することとなっている。

医療上での特長は数ある中で、いくつかをのべたい。まずは高度医療機器の最大限の利用である。MRI、CT、シンチグラフィーなどの最新の機器は診断技術の向上、高年齢者や小児の患者にも配慮され、必要最低限の放射線被曝で画像診断ができる。また、低コスト医療費を目指し、だれでもが必要に応じて検査を容易に受けられる体制を提供していく。

最後に、院内の医療情報システムについてである。近年、いろいろな機関で情報を開示し、いつでも誰でも自由に情報を正確に、早く入手できるような社会に変革してきた。医療においても同様であり、ある制約のなかで医療情報を伝えることができるシステムを整備することが条件となってきた。このことから、新病院は医療情報の電子化を完備することとした。すなわち、院内は紙の伝達ではなく、電子媒体による情報伝達での一本化を図っていく。当然のこととして、カルテはペーパーレスのため電子カルテとなり、臨床経過のデータ管理、看護師記録情報も電子カルテに記載される。画像等はフィルムを使わず、デジタルによる電子信号で電子カルテに入る。コメディカル、事務、医事会計すべて電子媒体で一本化される。以上のようなシステムの導入により、正しい、見やすい、保存性に富んだ医療情報を準備する予定である。

まとめとして、公立阿伎留病院の新病院は平成 18 年春に完成し、夏に引っ越し後、開院の予定である。患者主導型病院を目指した、秋川領域を中心とした西多摩地区における中心的医療センターとなることを期待している。



【新病院建設図譜】

地域医療部よりのお知らせ

平成17年度から結核予防法、予防接種ガイドラインの改正がありました。今回はその中で重要と考えられるポイントをいくつかお知らせいたします。なお、詳しい内容に関しては厚生労働省のホームページや予防接種ガイドラインの小冊子を参照して下さい。

疾病罹患後の予防接種間隔につきましては、西多摩医師会統一基準を作成する予定です。今回その基準案をお示しいたします。この案についてご意見・ご質問がありましたら地域医療部までご連絡下さい。

また、新年度が始まり、保育園、幼稚園、学校などでの伝染性紅斑、手足口病の対応に混乱が見られますので、日本小児感染症学会よりの見解（平成５年３月）を掲載します。

結核予防法改正の関連事項

１）コッホ現象の重要性について（結核感染者の発見の手がかりとして）

結核予防法の改正に伴い、BCG 直接接種法となり、既に西多摩保健所保健対策課から西多摩医師会報（３月号 11 ページ）にその詳細が掲載されましたが、今回、コッホ現象の重要性について、再度、説明いたします。

コッホ現象は、前もって結核菌に感染させておいた動物に、再び結核菌を接種すると、未感染の動物に結核菌を接種した場合と全く異なる反応をする。このような違いがみられることを最初に報告したのは結核菌を発見した Koch であり、免疫、アレルギーの基礎となる重要な現象なので「コッホ現象」と呼ばれています。

コッホ現象の特徴は

(a) 反応は早く、強く見られる。乳児では接種後 10 日以内、通常、接種後第２日に発赤がはっきりし、第３日には発赤、硬結がピークとなる。

(b) しかし、所属リンパ節に病変を作らず、その後の接種局所の変化は、反応が強ければ局所に膿瘍、潰瘍を生じ接種後 20 日くらいまで認められることがあるが、一般的に経過は早く、速やかに治癒する。

(c) この現象は、生菌接種の場合だけでなく死菌接種でも同様に認められる。

このように結核感染者やツ反陽性者に BCG を接種するとコッホ現象がはっきり認められるので「コッホ現象をツ反の代わりに使うことが出来ないか」ということも検討されている。タイやモーリタニアで行われた研究では「BCG 接種３日後の局所反応は、結核感染の診断のためにツ反応の代わりとして使用できる」と結論している。しかし、わが国の BCG 接種は経皮接種であり、皮内接種の結果をそのまま受け入れることは出来ないが、少なくともコッホ現象で結核感染の疑い例を拾い上げることは可能である。

２）コッホ現象が疑われた場合の対応

コッホ現象が認められた児が受診した場合､保護者の同意を得て市町村長に報告して下さい。また、第２日、第３日に弱い発赤があるだけでコッホ現象といえるか迷う例は保健所に相談して下さい。

予防接種ガイドラインの一部改正のポイント

1）麻しんワクチンの緊急接種

麻しん患者接触後72時間以内に麻しんワクチンを接種すれば予防できる可能性が示唆された。しかし、麻しんワクチンは緊急接種の承認を受けてなく、あくまでも医師の判断により接種可能である。

2）予防接種の時期

旧ガイドラインでは副反応を起こさないために疾患の多い季節や年齢を避けて接種することになっていたが、改正により通年接種が可能となった。

3）局所反応が出た後の追加接種について

「次回からの接種はなるべく皮下深く接種する」と追加された。

4）アナフィラキシーショックが起こった場合の治療

フローチャート及び具体的薬品名を用い詳細な説明がされている。

（日本小児科連絡協議会予防接種専門委員会作成のフローチャート参照）

5）各種基礎疾患を有する児への接種

ハイリスク者として積極的に予防接種を受けるようにする。

6）対象年齢、標準的な接種期間（定期の予防接種実施要領により市町村に対する技術的助言として定められているもの）および接種間隔の表記がより具体的になった。例えば、日本脳炎の1期初回の標準的な接種期間が、従来の「3歳」から「3歳に達した時から4歳に達するまでの期間」とより具体的になった。また接種間隔に関しては、以前は1週間以上、4週間以上という表記のみで、一部の市町村ではその解釈に混乱がみられ、例えば一週間後とした場合、通常は7日後の同じ曜日と考えられるが、それを1週間後の同じ曜日の翌日を一週間後と解釈するなどの混乱がみられたため、今回は接種した日から次の接種を行う日までの間隔を、1週間以上では6日間以上、4週間以上では27日以上置くとされ、同じ曜日に接種が可能なことが附記された。

7）ガンマグロブリン投与後の予防接種は、以前はすべての定期予防接種（ポリオは除く）の予診票に「6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか」となっていましたが、今回の改定では生ワクチンの予診票（麻しん、風しん、おたふく風邪、水痘、BCG）にのみガンマグロブリン投与の有無を問う項目が残り、「接種前3ヶ月以内に輸血又はガンマグロブリンの投与を受けた者は3ヶ月以上過ぎるまで予防接種を延期すること。また、ガンマグロブリンの大量療法（川崎病、ITP などでガンマグロブリンを200mg/kg以上）を受けた者は、6ヶ月以上（麻しん感染の危険性が低い場合は11ヶ月以上）過ぎるまで接種を延期すること」の注釈がつきました。

不活化ワクチン（BCG、三種混合、二種混合、日本脳炎などの定期予防接種およびインフルエンザ、A型B型肝炎、肺炎球菌ワクチンなどの任意予防接種）ではガンマグロブリン投与の有無の問いが削除された。

8）麻しんワクチンは卵アレルギー児でも安全に接種可能となった

1994年以降、生ワクチン接種後のアナフィラキシー反応が急増したが、安定剤として添加されていたゼラチンの除去により、ほとんど報告されなくなり、卵アレルギー児でも安全に接種でき、原則的に皮内テストは不要となった。

ただ、卵摂取後のアナフィラキシーの既往のある児で接種医が接種後のアナフィラキシー反応を懸念している場合、事前に接種ワクチンによる皮膚テストを行う以外に、現状では即時型副反応を予測できる有用な方法は見当たらない。

現行のインフルエンザワクチンは、微量であるが卵蛋白が含まれており、このため、重度の卵白アレルギー児（RAST スコア５～６、卵摂取後のアナフィラキシーなど）では事前に接種ワクチンによる皮膚テストを行うことが推奨されている。

９）疾病罹患後の間隔についても具体的表記となった

以前に西多摩医師会報に掲載した（平成 16 年９月　第 381 号　学校伝染病及び予防接種における西多摩医師会統一基準（案）について）内容を一部改定しました。（表参照）

疾病罹患後の予防接種間隔（案）

麻しん、風しん、水痘及びおたふく風邪等に罹患した場合には、全身状態の改善を待って接種する。標準的には、児の免疫状態の回復を考え麻しんに関しては治癒後４週間程度、その他（風しん、水痘及びおたふく風邪等）の疾病については治癒後２～４週間程度の間隔をあけて接種する。その他のウイルス性疾患（突発性発疹、手足口病、伝染性紅斑など）に関しては、治癒後１～２週間の間隔をあけて接種する。しかし、いずれの場合も一般状態を主治医が判断し、対象疾病に対する予防接種のその時点での重要性を考慮し決定する。

また、これらの疾患の患者と接触し、潜伏期間内にあることが明らかな場合には、患児の状況を考慮して接種を決める。

◇感染症と予防接種

疾　患　名	接種可能時期	治癒判定基準
麻　　疹	治癒後４週間	解熱後
風　　疹	治癒後２～４週間	発疹の消失
水　　痘	同　上	痂皮化
流行性耳下腺炎（おたふく）	同　上	耳下腺腫脹の消失
インフルエンザ	同　上	解熱後
溶連菌感染症	治癒後１ヶ月	解熱後（診断後）
感染性胃腸炎、上気道炎など いわゆる風邪症候群	治癒後１～２週間 （便正常化後１週間）	
突発性発疹	治癒後１～２週間	解熱、発疹出現
手足口病	同　上	
ヘルパンギーナ	同　上	解熱後
咽頭結膜熱	同　上	主要症状消失時
伝染性紅斑	同　上	
伝染性膿痂疹	治癒判定時より可	

ウイルス感染後にワクチンを接種する場合

1）感染症を引き起こしたウイルスによって、ワクチンに含まれる生ウイルスあるいは生菌の増殖が干渉されないように、感染症から完全に回復してから接種する。

2）感染症に伴う合併症の発生の可能性のある時期と、ワクチンによる副反応の起こる時期をはずす必要がある。

3）突発性発疹、ヘルパンギーナ、手足口病などは、時に神経学的合併症（無菌性髄膜炎など）を合併するが、発病は1週間以内であり、免疫能の低下も軽微であり、発病してから1～2週間後に接種することが望ましい。

4）麻しん、風しん、水痘、流行性耳下腺炎などに感染の機会があり、潜伏期間内であることが明らかな時は延期する。

5）ウイルス性の胃腸炎では無熱性のけいれんを生ずることがある。

「伝染性紅斑」「手足口病」の登校（園）停止に関する見解（抜粋）

日本小児感染症学会運営委員会

1）伝染性紅斑

ヒトパルボウイルス B19 による感染症である。通常感染後 17 ～ 18 日後に発疹が出現する。ウイルスは感染後5～10日に血清および気道分泌液中に陽性になるが、発疹出現の時ではウイルスの排泄はほとんどない。時に合併症（関節痛、脳症、溶血性貧血、妊婦が罹患した場合には死産、流産、胎児水腫など）が認められるが、既に発疹出現前に他への感染は拡大しており、発疹出現後の出席停止が本症の学校（園）での蔓延防止に意味があるとは思えない。したがって「発疹期にある患児を他への感染を理由にして登校（園）を停止させる必要はない」と考える。ただし、本症には前記の合併症がみられることがあり、個々の症例の最終判断は主治医が決めることになる。

2）手足口病

エンテロウイルスによる感染である。特記すべきは中枢神経系合併症で、髄膜炎が主であるが、まれに弛緩性麻痺を起こす。本症の場合は、発症後のウイルス排泄期間が長く（咽頭で1～2週間、便中に3～5週間）、実質的に登校停止で感染を予防することは困難である。また全体的にみて不顕性感染も多く症状も軽微なため特別な扱いは不要である。

したがって「本症の発疹期にある患児でも、他への感染のみを理由にして登校（園）を停止する積極的意味はない」と考える。ただし、本症には合併症が見られることがあり、個々の症例の最終判断は主治医が決めることになる。

以上の考えに基づいて、伝染性紅斑、手足口病患児への対応は、地域の学校医（医師会）で見解を統一しておくことが望ましい。

（文責：地域医療部　新井敏彦）

第３回西多摩医師会臨床報告会開催

平成 17 年３月 23 日（水）青梅市立総合病院南棟３階講堂において、第３回西多摩医師会臨床報告会が、５演題、40 名の出席者を迎え盛大に行われました。

第一演題は「当院の糖尿病患者診療実績と診療体制」と題して、高村内科クリニック　高村　宏先生による発表で、平成９年の開業以来の糖尿病患者さんへの治療・栄養指導・療養指導等、先生のご苦労が感じられる発表でした。

第二演題は「福生地区医師会におけるネットワークの整備の取り組み　その３」と題し、熊川病院　田坂　哲哉先生他４名による、福生地区医師会全施設が参加したインターネット通信環境の運用を開始後１年を過ぎての、会員の利用状況の発表でした。イントラネットの充実と西多摩医師会全般への普及が待たれる発表でした。

第三演題は「腹部腫瘤と画像診断」と題し、井上医院　井上　勇之助先生による発表で、病気の早期発見を、電子機器を用い得られた画像でどの様に診断するのか、先生の症例の豊富さに驚きをおぼえました。

第四演題は「腹部エコーの実際」と題し、大河原森本医院　森本　晉先生による発表で消化器専門医としてどの様に腹部エコーを行うか、その注意点、これまでに経験した興味ある症例の発表でした。

第五演題は「身体拘束ゼロをめざして（身体拘束廃止への取り組み）」と題して、青梅今井病院　大津　君子先生他 10 名の発表で、身体拘束を廃止することにより患者さんがどの様に回復して行くかを実際の今井病院での取り組み・今後の課題について発表され、職員の大変さがうかがわれた発表でした。

今回の報告会でご協力いただいた事務局・学術部委員・医師会会員の皆様に感謝致します。第４回西多摩医師会臨床報告会は 18 年３月に行う予定です。次回もよろしくお願い致します。

（文責：細谷　純一郎）

高村先生

田坂先生

井上先生

森本先生

大津先生

専門医に学ぶ 第5回

問 題

【症　例】 57 歳　女性

【主　訴】 なし

【家族歴】 母方姉妹 5 人中 3 人乳癌

【既往歴】 特になし

【現病歴】 H16 年、マンモグラフィー検診にて右乳房に微小石灰化病変指摘され、当院外科初診。

【現　症】 両側乳房共に触診にて硬結や腫瘤は触知せず。乳頭分泌なし。

問題　このマンモグラフィー（図 1, 2）から得られる診断は？

1．乳癌
2．乳腺症
3．乳管内乳頭腫

図 1　右 MMG (MLO)

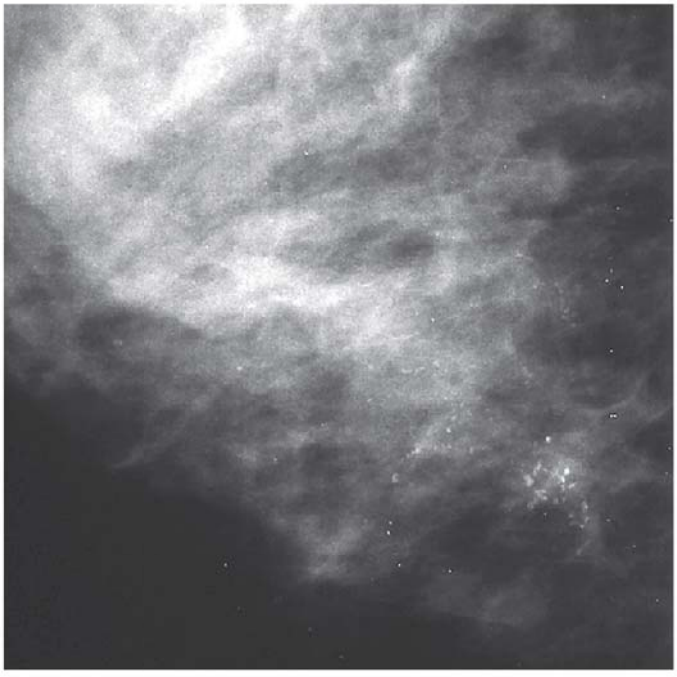


図 2　同拡大

解答と解説

公立福生病院　外科　五月女　恵　一

（解答）　1．乳癌

（解説）　いわゆる非触知乳癌です。乳癌検診にマンモグラフィーが導入され、微小石灰化病変のみの要精査例が増えました。マンモグラフィーの読影は石灰化や腫瘤、その他の所見に対して行われ、乳癌の可能性が高い順にカテゴリー5, 4, 3, 2, 1に分類されます。この症例では腫瘤は認めず、石灰化の性状は微細線状で区域性分布を示し、カテゴリー5です。初回Echoでは異常を指摘し得ず、MRIを見てから再度気合いを入れて見ると、僅かに小さな不整低echo像が見い出され、細胞診class Vでした。MRI像（図3, 4）では乳頭から末梢に扇状に斑状の高信号が描出されています。乳房温存手術は適応とならず胸筋温存乳房切除術がなされました。病理（図6）は非浸潤性乳管癌で、全て乳管内成分でした。範囲はルーペ像（図5）に示す通り、乳頭内から乳腺組織の最も末梢側に至る広範な拡がりを示しており、MRI像が良く一致していました。このようにMRIは浸潤性乳癌は言うに及ばず、非浸潤性乳癌の描出も極めて優れており、自験例で非浸潤癌20例中17例が描出され、拡がり診断、術式決定に極めて有用です。

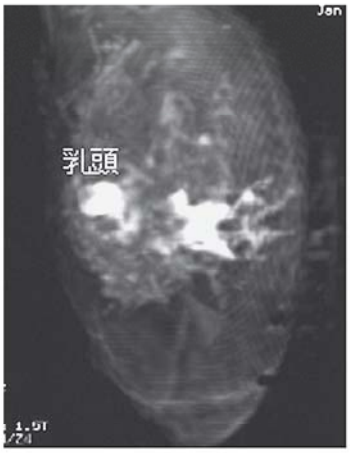


図3（左）　MRI（MIP画像）
図4（右）　MRI（SPGR画像）

乳頭から末梢に扇状に斑状高信号

図5　ルーペ像
乳頭内から乳腺組織の末梢に至るまで、
癌の広範な乳管内進展を示す（矢印）

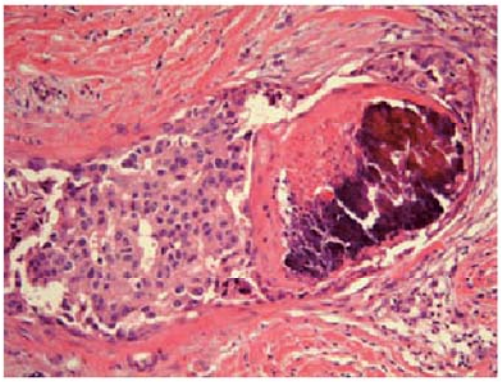


図6　HE像
乳管内進展と石灰化をみる

感染症だより

＜全数報告＞

第12週（3.21～27）から第15週（4.11～17）のあいだには、五類のアメーバ赤痢の報告が1件ありました。2005年になって西多摩保健所に報告があった全数報告対象の感染症は、四類感染症のつつが虫病1件と五類感染症のアメーバ赤痢1件で、総数は2件です。

＜定点からの報告＞

	12週	13週	14週	15週	2005年累計
	3.21～27	3.28～4.3	4.4～10	4.11～17	
RSウイルス感染症	0	0	0	0	0
インフルエンザ	33	27	20	15	3,035
咽頭結膜熱	0	0	1	6	19
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	4	5	8	2	87
感染性胃腸炎	30	26	18	51	542
水痘	6	8	5	6	71
手足口病	0	0	0	0	3
伝染性紅斑	0	0	1	0	19
突発性発しん	1	0	1	2	26
百日咳	0	0	0	0	0
風しん	0	0	0	0	1
ヘルパンギーナ	0	0	0	0	1
麻しん(成人以外)	0	0	0	0	1
流行性耳下腺炎	7	14	22	9	164
不明発疹症	0	0	0	0	0
MCLS	0	0	0	0	0
合計	81	80	76	91	3,969

＜コメント＞

・インフルエンザの流行は第12週から定点あたり4.7名となり終息しつつある。
・第15週にあきる野市の定点から咽頭結膜熱の報告が6件あった。
・福生市の小学校で5年生を中心に感染性胃腸炎の集団発生があった。感染症・食中毒の両面から対策を進めたが、給食による食中毒ではなかった。発症者の便からノロウイルス（GIタイプ）が検出された。第15週の報告数の上昇にはこの影響が見られる。

＜インフルエンザの流行は終息に向かっています＞

東京都での2004-05シーズンのインフルエンザの流行は終息に向かっています。東京都インフルエンザ情報も、20号をもって終了しました。 http://idsc.tokyo-eiken.go.jp/inf/index-j.html

＜アンゴラでマールブルグ病が流行＞

本年3月よりアフリカのアンゴラで一類感染症のマールブルグ病が流行しています。WHOによると、4月19日現在で266名の患者が報告され239名が死亡しているとのことです。検疫所では、アンゴラに渡航するなど関係のある人に注意を呼びかけています。 http://www.forth.go.jp/

（文責：西多摩保健所保健対策課感染症対策係）

同好会短信

ゴルフ部だより

田村皮フ科　田 村 啓 彦

去る3月21日、恒例の医師会コンペが名門　武蔵カントリー倶楽部豊岡コースに於て新ペリア方式のストロークプレーにて開催されました。

当日は、晴れてはいたものの多量のスギ花粉を含む強い風が吹き荒れ、更にフェアウェーは左右から松林がせり出して視界を圧迫し、砲台型のグリーン回りには最近では珍しい細かい砂がたっぷりと入った深くあごの高いガードバンカーがいくつも配され、グリーンは硬く早く、余程スピンでもかけない限りどこまでも転がるといった具合でした。特にこの蟻地獄のようなバンカーでバンカーショットを十二分に堪能された会員が多かったようです。

結果は別表の如く、そつなく大量のハンディキャップを獲得された岩尾会員が見事２度目の優勝を飾りました。ベストグロスは10ヶ月振りのプレーとは思えない正確なショットで他を圧倒した江本会員で、ハーフのベストグロスはこのコンディションで何とインコースで40を叩き出した諸角会員でした。

次回のコンペは６月５日（日）、立川国際カントリー倶楽部奥多摩コースにて開催致します。奮って御参加下さい。

順位	氏　名	OUT	IN	GROSS	HDCP	NET	
優　勝	岩尾　芳郎	43	48	91	19.2	71.8	ドラコン賞
準優勝	横田　卓史	48	46	94	21.6	72.4	ドラコン賞
3位	江本　　浩	41	41	82	8.4	73.6	ベストグロス賞、ニアピン賞
4位	酒井　　淳	41	48	89	12.0	77.0	
5位	瀧川　牧人	44	51	95	18.0	77.0	ニアピン賞
6位	諸角　強英	48	40	88	10.8	77.2	
7位	河内　泰彦	50	50	100	22.8	77.2	
8位	田村　啓彦	46	45	91	13.2	77.8	
9位	宮川　栄次	43	51	94	15.6	78.4	大波賞
10位	松原　貞一	53	50	103	22.8	80.2	
11位	田辺　秀郎	53	50	103	22.8	80.2	
12位	青山　　彰	46	44	90	9.6	80.4	
13位	笹本　良信	55	47	102	21.6	80.4	
14位	野村　中夫	57	63	120	27.6	92.4	ドラコン賞×２
15位	山田　　学	66	64	130	36.0	94.0	ブービー賞
16位	山本　　修	63	66	129	32.4	96.6	

地区だより

羽村地区 平成17年度 羽村市医師会定時総会ならびに懇親会

込田耳鼻咽喉科医院 込 田 茂 夫

中国各地の反日騒動直後の4月19日、例年通り割烹「かつら」にて総会ならびに懇親会が18名の出席者をえて開催された。松田議長の開会宣言の後、横田会長の昨年度の事業達成状況報告、今年度の抱負、連絡事項として西多摩病院院長の末永先生退会の報告などがなされた。通常ここで会計報告ならびに監査報告がなされる予定であったが、会計担当の先生が間に合わなかったため、総会を中断し堤先生の音頭のもとに乾杯となり、しばしの後に会計報告・質疑応答・承認がなされるというハプニングが起きた。

歓談に移ると例の如く、あちこちで学術、芸術のまじめな話から、酒、ゴルフ、下ネタの話とにぎやかになった。なかでも羽村市内の各診療所受付にお札とスタンプをおき、一番札所にはお稲荷さんを設け、患者さんには札所めぐりをやってもらおうという「羽村二十二番札所計画」の嘘とも本音ともつかない話には笑ってしまった。(井上ひさしだったら小説になるにちがいない。)

松原先生の壱の〆、真鍋先生の弐の〆で閉会となったが、皆心温まる思いで桜の散った夜道を家路に向かったことと思う。会員はライバルかも知れないが、暖かい家族でもある。羽村市医師会はそんな会である。

文芸随筆諸事百般

「青い鳥」

福生市 鹿野純一

早春の一番先にこぶしの木
　真白い花は街を清める

青い鳥わが家に来るを
　待ちており

予言の漢詩
　我が師はくれし

年とりて悠々自適を夢見おり
　老人ホームの務めの励み

老人は誰でも悩み抱えおり
　生きる望みは心の持ち方

青春の楽しかりし思い出は
　桜の下で大きい夢見

あの声は永久に忘れず休日に
　重症の人われを呼ぶ声

孔子いわく過ちただせば正しいと
　われにも幾度か思い出のあり

西多摩消化器疾患カンファレンス　会則

第１条（名称）

本会は、西多摩消化器疾患カンファレンスと称する。

第２条（目的）

本会は、西多摩地区における病診連携の促進と消化器疾患の診療技術の向上を目指し、症例報告や講演を中心とした活発なディスカッションを通じて、診断、治療に対する理解を深めることを目的とする。

第３条（事業）

１．本会は第２条の目的を達成するため、集会を開催する。

２．本会の運営は、世話人会により行う。

第４条（事務局）

事務局は青梅市立総合病院（青梅市東青梅4-16-5）に置く。

第５条（会員）

本会の会員は、西多摩医師会に所属する医師及び西多摩医師会に所属する医療機関に従事する者とする。

第６条（役員）

１．本会の円滑な運営を図るため、次の役員を置く。

代表世話人　２名、 世話人　10名、 事務局（会計）１名、 会計監事　１名

２．当番幹事を世話人より選出する。

３．代表世話人、世話人は、本会を代表して集会を開催する。

４．事務局は、本会の運営を担当する。

５．会計は、世話人会が決めた幹事により監査を行い、世話人会で承認する。

第７条（研究会の開催）

１．当集会は、原則として年４回開催する。

２．開催期間については、原則として２年間とし、継続・運営方法について２年毎に世話人会にて検討する。

３．参加費は、500円とする。

第８条（世話人会）

１．本会の議決機関として世話人会を置く。

２．世話人会は、毎回、会開催日に開催する。

３．世話人の任期を２年間とする。また、再任は妨げないこととする。

第９条（会計・会費）

本会の経費は、参加費の収入をもってあげる。

（平成17年３月７日　制定）

■西多摩消化器疾患カンファレンス　運営細則

１．世話人

青梅市立総合病院	杉崎先生（外科）	
青梅市立総合病院	野口先生（内科）	＊代表世話人
青梅市立総合病院	細井先生（内科）	＊事務局（会計）
公立阿伎留病院	柴田先生（外科）	

公立福生病院	宮崎先生（外科）	
高木病院	岡本先生（外科）	
井上医院	井上先生（青梅市）	
細谷内科医院	細谷先生（医師会　学術）	＊会計監事
大河原森本医院	森本先生（青梅市）	＊代表世話人
横田クリニック	横田先生（羽村市）	
近藤医院	近藤医院（あきる野市）	
渡辺医院	渡辺先生（福生市）	

2．開催場所

青梅市立総合病院とする。

3．開催日程

原則として年４回の開催とする。

4．世話人会の日程

原則として年４回、会の開催日に開催する。

5．内容

①症例検討及び講演とする。

②商品説明10分、症例検討60分、講演20分とする。

③司会・進行は、代表世話人又は当番幹事が担当する。

④会終了後、会の内容を医師会報に掲載する。原稿は代表世話人又は当番幹事が担当する。

⑤立食形式の懇親会を開催する。

（文責：森本　晉）

各部だより

学術部 Information

≪5月≫

西多摩医師会学術講演会のご案内

日　時：平成17年5月18日（水）19:30～

場　所：青梅市立総合病院　南棟3F 講堂

演　題：『経口血糖降下薬の使い方』

順天堂大学東京高齢者医療センター 糖尿病・内分泌内科 教授　小沼 富男 先生

《公立阿伎留病院講演会》

平成 17 年 2 月 28 日（月）

演題：「血液検査の異常と血液疾患」

講師：公立阿伎留病院 内科　入 山 規 良　先生

日常診療の中で血液血球数の異常、殊に貧血は遭遇することが多い。しかしその鑑別は多岐に亘り、様々な疾患の臨床像を把握しておかなければならない。ここでは症例を挙げて判断の根拠を示す。

症例 1 は理学所見にてさじ状爪及び舌乳頭萎縮を認め、血液検査で小球性貧血を示し、末梢血塗抹標本でも central pallor の 増大した菲薄化した赤血球を認める。正常像と並べてみると左がこの患者の血球であることが分かる。血清鉄、フェリチンの低下及び UIBC 高値を示し、典型的な鉄欠乏性貧血のパターンである。（この中では UIBC 高値ということが最も鉄欠乏性貧血に特異的である。）出血源精査のために上部消化管内視鏡を施行し出血性胃潰瘍を認めた。ここで注意するべき点は、この消化性潰瘍は比較的急性の経過であり、これのみで前述の理学的所見を呈するとは考えづらい。さじ状爪や舌乳頭萎縮は、鉄欠乏性貧血の所見ではなく、鉄欠乏状態が長期に渡っていることを示すものである。事実、この患者は子宮筋腫による月経過多であった。

また、出血源の精査は必要であるが、その治療とともに鉄の補充は赤血球数・網状赤血球数・MCV・UIBC・フェリチンの正常化を目安にするため内服加療であれば半年ほどは鉄剤の投与が必要となる。しかし、栄養状態が良好でありながら出血源の認められない鉄欠乏も臨床上みられる。その場合は鉄の吸収不良と考えざるを得ない。

症例 2 は大球性貧血であるが汎血球減少を示している。血液像では好中球の核の過分葉や巨大血小板がみられる。血中ビタミン B12 が低値であり抗内因子抗体が陽性より悪性貧血と診断される。骨髄では巨赤芽球を認める。ビタミン B12 の欠乏により DNA 合成障害を起こし無効造血となることが本態であり、従って汎血球減少を示す。しかし汎血球減少を示す疾患は血液疾患のみではない。（図に示す。）ちなみにこの患者は悪性貧血に慢性甲状腺炎を合併した症例である。

症例 3 も汎血球減少であるが、総蛋白の増加・血液像での連銭形成・高ガンマグロブリン血症を認める。しかしこれは骨髄腫にみられる M 蛋白ではない。各免疫グロブリンは Polyclonal Pattern であり、骨髄腫における Monoclonal な増加及び他のガンマグロブリンの抑制はみられない。このパターンは、一見して慢性炎症性疾患（膠原病・肝疾患・感染症など）を想定する。この患者は自己免疫性肝炎の肝硬変 stage で、肝性脳症を起こしていた。

では、腫瘍性疾患ではどの様な蛋白分画であるか。MGUS (Monoclonal Gammmopathy of Undetermined Significance) を例に挙げてみるとこれが M 蛋白のパターンであると分かる。10% が骨髄腫に移行するためフォローは必要であるが、多発性骨髄腫との境界は増加しているガンマグロブリンの量・骨髄の形質細胞の量と形態異常・骨髄腫に随伴する異常（骨病変・高カルシウム血症・貧血・尿中 BJP）の有無によって

判断する。しかし、骨髄腫 BJP 型は M 蛋白を呈さず尿中 BJP が陽性であることが特徴であり、蛋白分画のパターンのみでは診断が困難である。

症例４はこれまでの例と鑑別を参照されれば診断は容易である。自己免疫性溶血性貧血である。

このように、貧血は様々な疾患の一表現として認められる場合が多い。患者の臨床像を把握した上で鑑別が必要であり、背景には重大な疾患が隠れていることも多い。無症状であれば様子を見てしまうことが多い徴候だけに注意が必要だといえる。

諺にあるように、「医者にとって重要な診断は二つしかない。それは、この患者は異常ではないか、それとも異常であるか。」である。

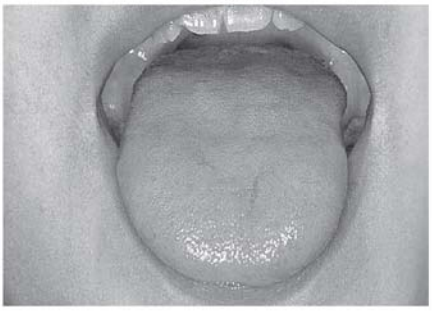
■症例１

【血液検査】

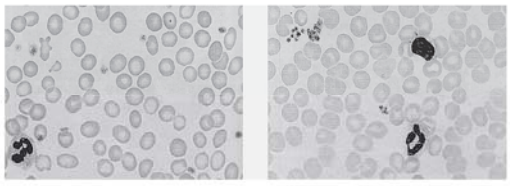
WBC	4200/μl
	(血液像は異常を認めず)
RBC	300×10^4/μl
Hb	6.5 g/dl
Hct	18 %
MCV	60.0 fl
MCH	21.7 pg
MCHC	36.1 %
網状赤血球	5.4 %
Plt	26×10^4/μl
血清鉄	7 μg/dl (48~154)
フェリチン	8 ng/ml (10~80)
UIBC	420 μg/dl (108~325)

爪の変形（さじ状爪）

舌乳頭萎縮



末梢血塗抹標本



症例１

【小球性貧血】

- 鉄欠乏性貧血のみとは限らない
- 原因検索のために血清鉄・フェリチン・UIBCの組み合わせが有用である。
- 鉄欠乏性貧血の場合は出血性疾患を念頭にいれる。
- 貧血が高度であっても、無症状の場合緊急に輸血を行う必要は無い。

■症例２

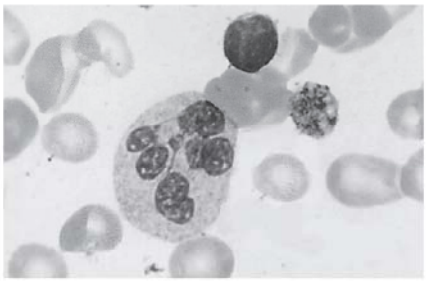
【血液検査】

WBC	2600/μl
RBC	160 × 10^4/μl
Hb	4.1 g/dl
Hct	20 %
MCV	125.0 fl
MCH	25.6 pg
MCHC	20.5 %
網状赤血球	1.8 %
Plt	9.8 × 10^4/μl
T-Bil	1.5 mg/dl
GOT	96 IU/L
GPT	38 IU/L
LDH	2047 IU/L
ALP	153 IU/L

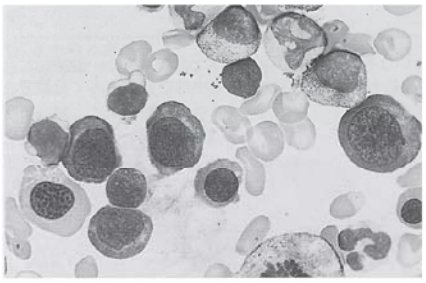
【血液検査】

VitB12	33 pg/ml (232~815)
葉酸	8 ng/ml (2~10)
抗内因子抗体	陽性
TSH	30 IU/ml (0.5~5)
FreeT3	1.5 pg/ml (2.8~6.0)
FreeT4	0.8 μg/dl (4.5~12.3)
抗サイログロブリン抗体	陽性
抗ミクロゾーム抗体	陽性

症例２　末梢血塗抹標本



症例２　骨髄塗抹標本



【大球性貧血】

・原因はVitB12欠乏・葉酸欠乏・甲状腺機能低下症・肝疾患などがある
・VitB12欠乏によるものは状況からの鑑別が必要。（悪性貧血・胃摘出後・吸収不良症候群・blind loop症候群・広節裂頭条虫）
・悪性貧血を疑った場合はビタミン剤の投与前に抗内因子抗体を測定する。
・悪性貧血と診断された場合、自己免疫疾患の合併の有無を検索する。
・VitB12欠乏症の治療は葉酸・鉄剤を併用する。

【汎血球減少症の原因】

①血液疾患
　a) 骨髄造血能の低下
　　・再生不良性貧血
　　・骨髄内に存在する悪性疾患
　　・薬剤
　b) 無効造血・血球貪食
　　・骨髄異形成症候群
　　・VitB12欠乏性貧血
　　・葉酸欠乏性貧血
　　・血球貪食症候群
　c) 幹細胞の異常
　　・発作性夜間血色素尿症
②膠原病
　　・全身性エリテマトーデス
③脾機能亢進症
　　・肝硬変症
　　・代謝異常
　　・その他

■症例３

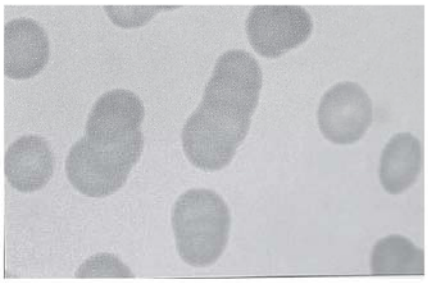
【血液検査】

WBC	2300/μl	HBs-Ag	(-)
RBC	220×10⁴/μl	HCV-Ab	(-)
Hb	6.2 g/dl	T-Bil	2.3 mg/dl
Hct	21 %	D-Bil	1.1 mg/dl
MCV	95.4 f	GOT	86 IU/L
MCH	28.1 pg	GPT	48 IU/L
MCHC	29.5 %	LDH	438 IU/L
網状赤血球	2.2 %	ALP	542 IU/L
Plt	4.8×10⁴/μl	γ-GTP	133 IU/l
		TP	12.2 g/dl
BUN	23.0 mg/dl	Alb	2.6 g/dl
Cr	0.8 mg/dl	Na	135 mg/dl
		K	4.2 mg/dl
		Cl	100 mg/dl

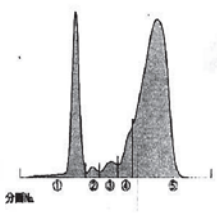
【血液検査】

IgG	5200 mg/dl (870~1700)
IgA	2200 mg/dl (110~410)
IgM	270 mg/dl (46~240)
IgD	10 mg/dl (3~13)
IgE	125 U/ml (25~150)
PT	38%
Hepa-T	42%
Ca	8.8 mg/dl
NH3	368 μg/dl (30~86)
ICG	50.5 %
抗核抗体	1024倍
抗平滑筋抗体	陰性
抗ミトコンドリア抗体	陰性

症例３　末梢血塗抹標本

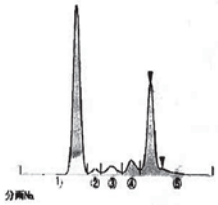


症例３　**血清蛋白分画**

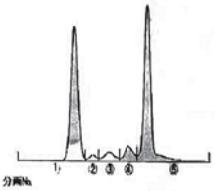


総蛋白		**12.2 g/dl**
Alb	21.9%	2.6 g/dl
α-1	1.6%	0.2 g/dl
α-2	3.4%	0.4 g/dl
β	7.1%	0.9 g/dl
γ	66.0%	8.1 g/dl

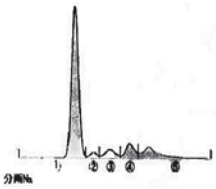
血清蛋白分画（MGUS）



血清蛋白分画（多発性骨髄腫 IgG 型）



血清蛋白分画（多発性骨髄腫 BJP 型）



【γ-globulin 増加のマネジメント】

- 単クローン性か、多クローン性かが重要。そのために各免疫グロブリンを測定する。
- 同時に、血清蛋白分画のパターンを確認する。
- 多クローン性なら肝疾患・膠原病・慢性炎症性疾患が存在する。
- 単クローン性であれば他の免疫グロブリンが抑制されていないか判断する。抑制されているようであれば骨髄腫等の可能性が高い。
- MGUS と診断した場合もフォローが必要である。（約 10% が骨髄腫に移行する。）

【γ-globulin 減少のマネジメント】

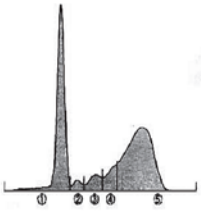
- 骨髄腫であってもγ-globulin減少をきたすものは多い。（約20%）IgD,IgE測定、尿中BJP定性を行う。
- 他の造血器悪性疾患でγ-globulin減少をきたすものも存在する。
- 非悪性疾患の低γ-globulin血症は合併疾患の検索を必要とする。（胸腺腫・重症筋無力症・赤芽球癆）
- 感染症に罹患した際は重症化し易いためγ-globulin製剤投与が有効である。

■症例4

【血液検査】

WBC	4800/μl
	(血液像は異常を認めず)
RBC	160×10^4/μl
Hb	4.5 g/dl
Hct	17 %
MCV	105.8 fl
MCH	28.1 pg
MCHC	26.5 %
網状赤血球	17.8 %
Plt	1.8×10^4/μl
T-Bil	3.5 mg/dl
GOT	85 IU/L
GPT	38 IU/L
LDH	1298 IU/L
ALP	193 IU/L

症例4　**血清蛋白分画**



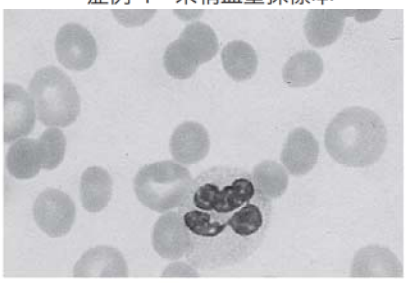
総蛋白　9.8 g/dl

Alb	42.2%	4.0 g/dl
α-1	1.6%	0.2 g/dl
α-2	3.4%	0.4 g/dl
β	7.8%	0.9 g/dl
γ	45.0%	4.3 g/dl

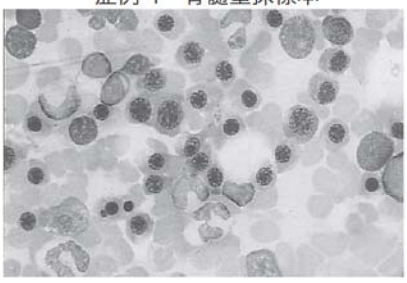
【血液検査】

IgG	2980 mg/dl (870~1700)
IgA	1015 mg/dl (110~410)
IgM	180 mg/dl (46~240)
IgD	8 mg/dl (3~13)
IgE	248 U/ml (25~150)
PAIgG	陽性
ハプトグロビン	10以下
抗核抗体	1024倍
直接クームス	陽性
間接クームス	陽性
抗ds-DNA抗体	陰性
抗ss-DNA抗体	陰性
抗Sm抗体	陰性
補体	正常範囲

症例4　末梢血塗抹標本



症例4　骨髄塗抹標本



【正球性貧血】

- 原因は骨髄での造血障害か、溶血・出血性疾患かのいずれかである。
- 網状赤血球が高値なら出血か溶血であり低値なら造血障害の可能性が高い。
- 貧血が認められるのに網状赤血球正常は異常である。
- 腎性貧血を除き、造血障害の主たる原因は血液疾患である。
- 血液疾患を疑った場合は骨髄穿刺及び生検が必要となる。

【最後に】

- 貧血は日常臨床でしばしば見かける症候であるが、原因は多岐にわたる。
- しかし、理学所見、血液検査及び塗抹標本の結果をパターン解析することで大部分の疾患を鑑別可能である。
- 潜在的な疾患が背景にあることが少なくない。
- 医師の判断が患者の予後を左右することが多い。

《第 12 回 西多摩心臓病研究会報告》

梅郷診療所　江　本　　浩

平成 17 年 4 月 20 日（水）、公立阿伎留病院講堂に於いて第 12 回西多摩心臓病研究会が行われた。まず特別講演では埼玉医大心臓血管外科助教授の加藤雅明先生が「大動脈瘤・大動脈解離に対するカテーテル治療」というテーマで約 1 時間熱演された。先生は大阪府立病院時代の 93 年より大動脈解離に対するステントグラフト治療を本邦で初めて開始され、現在まで多くの症例を経験されている。画期的な本治療の有効性と問題点について解りやすくお話頂いた。続いて症例検討会が行われ、青梅総合病院から 1 題、公立阿伎留病院から 3 題の症例提示があり、活発な意見交換がなされた。

特別講演

講演題名：大動脈瘤・大動脈解離に対するカテーテル治療
講師：埼玉医科大学心臓血管外科助教授　加藤雅明先生

講演要約

近年、外科手術治療に代わる低侵襲治療が医療すべての分野で普及しつつある。大動脈疾患においてもステントの出現以来、この低侵襲治療が定着しつつある。今回の発表では現在本邦において行われている大動脈疾患（大動脈瘤ならびに大動脈解離）に対するステントグラフト治療について概説する。

ステントグラフトを用いた大動脈疾患治療は 1991 年アルゼンチンの Dr. Parodi らがシリーズで腹部大動脈瘤患者を対象に開始した。1992 年 12 月より Stanford group が胸部大動脈瘤を対象にこの治療を開始し、1993 年 1 月からは演者らが大動脈解離にステントグラフト治療をシリーズで開始している。現在もこのステントグラフト治療は腹部大動脈瘤、胸部大動脈瘤ならびに大動脈解離の分野で徐々にその普及を見ている。

腹部大動脈瘤のステントグラフト治療に関しては 2004 年になり前向きな randomized study の結果が報告され、急性期の成績に関してはステントグラフト治療が手術治療に比し良好とされている（ステントグラフト治療に伴う死亡率 1.6% vs 手術治療に伴う死亡率 4.6%）。胸部大動脈瘤に関してはその手術成績が腹部大動脈瘤に比しさらに不良であることゆえ、さらに明らかにステントグラフト治療の優位性が証明されつつある。また大動脈解離においては、従来手術の適応でなかったスタンフォード B 型大動脈解離に対するステントグラフト治療が標準化しつつある。

症例検討（1）

発表者：青梅市立総合病院循環器科　大野正和先生
演題名：ストレス後に胸痛発作が初発した高齢女性の一例

85 歳の女性。口論の後に胸痛発作が出現し受診した。トロップ T 陽性、心エコーにて前壁から心尖部の壁運動低下あり、ACS の疑いで入院した。初診時の ECG は明確な ST-T 変化を認めず、第三病日に胸部誘導の陰性 T 波が出現した。CAG では有意な狭窄病変を認めず、LVG ではタコツボ様の壁運動異常を呈した。たこつぼ心筋障害と診断し保

存的に Follow したところ慢性期には壁運動異常は回復した。その後も特に投薬治療は行わず経過観察している。ECG 所見が典型的ではなく初期診断が困難な例と考えられた。

症例検討（2）

発表者：公立阿伎留病院循環器科　宮澤拓也先生

演題名：当院で経験した急性大動脈疾患の３症例

１例目は 79 歳女性、意識消失発作を主訴に受診。ER 受診時、ショック状態で直ちに昇圧剤投与を開始したが間もなく心肺停止した。左血胸を認め、CT 所見より胸部大動脈瘤の胸腔内破裂と考えられた。２例目は 75 歳女性で腹部腫瘤と血痰を主訴に受診し入院。第二病日に突然気分不快を訴えショックとなる。CT より急性大動脈解離（A 型）による心タンポナーデと診断した。腹部大動脈瘤を合併していたが両者の連続性は認めなかった。蘇生術を施行したが無効であった。３例目は 80 歳女性、左腰背部痛を主訴に他院より紹介受診した。CT にて巨大腹部大動脈瘤の左後腹膜への破裂所見を認めた。緊急手術の適応であったが希望されず第三病日に死亡された。

それぞれの症例について画像診断と治療法（カテーテル治療、手術治療）を中心に discussion が行なわれ、加藤先生からも貴重な comment を頂いた。

伝言板

① 西多摩医師会平成17年度　第１回定時総会

日　時：平成17年５月31日（火）19：30～
場　所：フォレストイン昭和館

② 第１回西多摩消化器疾患カンファレンス

日　時：平成17年６月24日（金）19：30～
場　所：青梅市立総合病院　南棟３階講堂
症例を募集しております。
連絡先：青梅市立総合病院 消化器科　野口先生　FAX 0428-24-5126

③ 写真部写真展開催のお知らせ

第35回西多摩医師会写真部写真展が6月14日（火）～ 21日（火）まで羽村市コミュニティーセンター２階ロビーにて開催されます。写真に興味のある会員は写真部の松原部長までご一報下さい。

理事会報告 ★ Information

4月定例理事会　平成17年４月12日（火）　西多摩医師会館

〔出席者：真鍋・小机・横田・新井・伊藤・神尾・瀬戸岡・田坂・中野・野本・原・細谷・松原・足立〕

【１】報告事項

１．各部報告（各担当理事）

総務部：第２回定時総会報告（3/30）　３議案とも承認。

保険部：生活保護法指定医療機関立会報告（東京海道病院）（3/24）　田坂先生立会。

学術部：第３回西多摩医師会臨床報告会開催（3/23）（本号８ページ参照）
学術講演会（第12回西多摩心臓病研究会）4/20　公立阿伎留病院（本号21ページ参照）

２．地区会よりの報告（各地区理事）

青　梅：３月25日、総会。
４月５日、小山公認会計士、健康課課長と同行し、税務署へ。
基本健診、その他の事業については課税なし。休日診療所委託金については５％の消費税を支払う。

福　生：５月12日、小山公認会計士と市担当者と同行し、税務署へ行く予定。

羽　村：４月19日、定時総会予定。

あきる野：４月18日、例会。

瑞　穂：個人情報保護法について市と協議。基本健診の控は５年間保存し、６年目に70円/kgの負担で町で引きとり機密書類処理業者に委託して廃棄。

日の出：なし。

３．その他

４月８日総務会

①税務署への対応（本会と地区会では税務上別会計として対応し、各地区会と行政との契約の際の契約書のひな形を作成する）

②会館建設委員会　委員長に小林杏一先生を指名　―― 承認 ――

【２】報告承認事項

１．入会会員について　―― 承認 ――

A会員：川島雅之（東福生むさしの台クリニック、福生）

B会員：鈴木内科　１名、馬場内科クリニック　１名

（参考）退会　目白第二病院　１名、高沢病院　１名

2．東京都医師会学校医会評議員の選出について（敬称略） —— 承認 ——

瀬戸岡　俊一郎

任期　平成 17 年 4 月 1 日～平成 19 年 3 月 31 日

【3】協議事項

1．平成16年度事業報告（案）について

原案を修正し、次回理事会で決定。

2．平成17年度第 1 回定時総会開催について

5 月 31 日（火）フォレストイン昭和館を予定。

講演、青梅市立総合病院院長　原先生に決定。

3．地域医療部からのお知らせについて（本号4ページ参照）

結核予防法改正の関連事項。

予防接種ガイドラインの一部改正のポイント。

4．公認会計士との契約などについて

税務調査立会い報酬の件及び顧問契約などの検討。

5．その他

○雇用契約（職員）の確認について

野口由美子さんと正職員契約

○（個人情報）院内掲示の周知確認について（FAX 受信予約情報など）

○什器備品の廃棄処分について

パソコン 1 台を廃棄し、パソコン 1 台を新規購入。

会員通知

○会報
○宿日直表（青梅・福生・阿伎留）
○医療連携アンケート
○総会報告
○生涯教育制度終了にあたっての提出のお願い
○産業研修会（4/24　日本産業衛生学会）
○　　〃　　（6/26　中央区医師会）
○告示東京都医師会選挙
○東京都ウイルス肝炎精密検診（パンフ）
○日常診療においてＨＩＶ抗体検査が必要な時
○第12回西多摩心臓病研究会のご案内（4/20）
○民間救急のご利用は東京民間救急コールセンターへ
○都内医療機関における信頼をうるための医療について
○公立阿伎留病院院内講演会（4/25）

お知らせ

事務局より　お　知　ら　せ

平成17年6月（5月診療分）の

保険請求書類提出

6月8日（水）

―― 正午迄です ――

法　律　相　談

西多摩医師会顧問弁護士　鈴木禧八先生による法律相談を毎月第2水曜日午後2時より実施しておりますのでお気軽にご相談ください。

◎相 談 日　　**5月は11日（水）**
　　6月は 8 日（水）の予定です。
◎場　　所　　西多摩医師会館和室
◎内　　容　　医療・土地・金銭貸借・親族・相続問題等民事・刑事に関するどのようなものでも結構です。
◎相 談 料　　無料（但し相談を超える場合は別途）
◎申込方法　　事前に医師会事務局迄お申込み願います。
（注）先生の都合で相談日を変更することもあります。

訃　報

渡辺　良一 様（86歳）

福生市熊川452

渡辺医院　渡辺良友院長のご尊父様が去る3月23日ご逝去されました。
謹んでお悔やみ申し上げます。

表紙のことば

「ヒトリシズカ」

12年前の初夏、奥多摩の鋸尾根を逆縦走して鋸山に登りました。トッキョキョカキョク・ホーホケキョ・ツツピー・ツツピーと小鳥がにぎやかでした。ひと汗かいて山頂で中食。小さな道しるべに従って尾根道を外れ、天地山への踏み跡に入りました。間もなく大きな岩につき当り、右に折れたらどんどん下って崖の上に出てしまいました。どこで道を間違えたんだろうと、探しながら登り返したら、岩の山側にかすかな踏み跡がありました。森の中の天地山頂上を過ぎてまた岩につき当り、迷いかけましたが、やはり踏み跡は岩の山側に続いていました。小鳥は朝しか鳴かないのでしょうか。さくりさくりと枯れ葉を踏みわける音しか聞こえない山下りでした。足もとに「ヒトリシズカ」が咲いていました。うす暗いので、フラッシュで撮りました。それから間もなく海沢の部落に出たのでしたが、この写真は文字通りひとりしずかだった天地山の思い出になりました。

石井好明

あとがき

西多摩医師会は一昨年創立90周年を迎えましたが、医師会報の歴史はそれよりも浅く、創刊は昭和47年ですから今年で33年目ということになります。医師会館の書棚には全号がきちんとファイルされており、パラパラとめくっていると、単に紙の重さだけでなく、歴史の重さを実感することができます。創刊号には故武見太郎日本医師会長の御祝の文章が掲載されていたり、代を重ねるごとに、故人になられた諸先輩の先生方、今なお現役でご活躍の先生方の若かりし時代の情熱溢れる文章が目にとまり、遂々読み耽ってしまいます。皆様（特に最近会員になられた先生方）是非一度目を通してみて下さい。さてその会報も来年4月号は記念すべき第400号となります。第400号の内容はどうしようかと今から悩んでいる所です。歴代の編集委員長に一言づつコメントを書いて頂こうか（と今からプレッシャーをかけておりますが)、節目として特別寄稿でも依頼しようか、それともさらりと流そうか、諸先生方、よいアイデアがございましたらアドバイスを宜しくお願いいたします。

野本正嗣

社団法人　西多摩医師会　平成17年5月1日発行

会長　真鍋　勉　〒198-0044 東京都青梅市西分町3-103　TEL 0428(23)2171・FAX 0428(24)1615

会報編集委員会　野本　正嗣
瀬戸岡俊一郎　石井　好明　桂川　敬太　込田　茂夫　坂井　成彦
鈴木　道彦　馬場　眞澄　葉山　隆　細谷純一郎

印刷所　マスダ印刷　TEL 0428 (22) 3047・FAX 0428 (22) 9993

レセコンから今、多機能電子カルテ時代へ。

BML

「Medical Station」は診療・検査から会計まで、医療現場をまるごとサポート。医療スタッフの煩雑な作業を軽減するだけでなく、インフォームドコンセントや待ち時間の短縮など質の高いサービスを実現。
検査結果は暗号化したインターネット・メールで、依頼日の翌朝にはシステムに自動的に取り込まれます。検査センターならではの充実した検査機能のほかに、レセコン機能による診療費計算の自動化、さらには経営分析にも手軽に活用でき、医療の現場をトータルにサポートします。

画期的な新技術により「非改ざん証明」を初めて実現しました

㈱ＮＴＴデータとの提携により、厚生省の医療情報電子化3基準のうち最も実現が難しかった「真正性の確保」を日本で初めて技術的に可能にしました。過去のカルテ情報に不正な改変のないことをＮＴＴデータのSecureSeal™センタ（電子文書証明センタ）が厳密に第三者的に証明します。

ハイパフォーマンス電子カルテシステム

MedicalStation

お問い合わせ・資料請求先
株式会社ビー・エム・エル
医療情報システム部
〒151-0051 渋谷区千駄ヶ谷5-21-3
TEL. 03-3350-0392
e-mail. ms-sales@bml.co.jp
http://www.bml.co.jp/

開発元
株式会社メリッツ
戦略システム開発部
〒350-1101 川越市的場1361-1
TEL. 049-233-7074

●効能・効果、用法・用量、禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご覧下さい。

HMG-CoA還元酵素阻害剤
高脂血症治療剤

メバロチン®

錠5・錠10／細粒0.5%・細粒1%

指定医薬品 ●一般名/プラバスタチンナトリウム 薬価基準収載

製造販売元（資料請求先）
三共株式会社
SANKYO 〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1

04.9