

# 西多摩医師会報

創刊 昭和47年7月

第402号 平成18年6月



『四頭の駿馬』 鹿児島 武志

## 目 次

	頁		頁
1) 西多摩地域脳卒中医療連携に関するアンケート調査結果報告		6) 青梅市立総合病院 PET/CT に関するお知らせ	
西多摩地域脳卒中医療連携検討会 … 2		原 義人 … 21	
2) 第4回西多摩医師会臨床報告会によせて		7) 各部日より	
学術部 … 11		学術部インフォメーション	学術部 … 24
3) 感染症だより	西多摩保健所 … 16	8) 理事会報告	広報部 … 28
4) 専門医に学ぶ	柴田昌彦 … 17	9) 会員通知・医師会の動き	事務局 … 34
5) 伝言板	広報部 … 20	10) 表紙のことば	鹿児島武志 … 36
		11) あとがき	鹿児島武志 … 36
		12) お知らせ	事務局 … 37

# 西多摩地域脳卒中医療連携に関する アンケート調査結果報告

## 西多摩地域脳卒中医療連携検討会

座長	小机 敏昭 (西多摩医師会副会長)
委員	野本 正嗣 (西多摩医師会理事)
	麻沼 恵 (西多摩歯科医師会副会長)
	針生 暎郎 (西多摩薬剤師会長)
	原 義人 (青梅市立総合病院長)
	小山 英樹 (公立福生病院脳外科部長)
	西成田 進 (公立阿伎留病院副院長)
	石田 信彦 (医療法人社団 和風会理事長 [多摩リハビリテーション病院])
	進藤 晃 (医療法人財団 利定会理事長 [大久野病院])
	高橋 眞冬 (青梅市立総合病院神経内科部長)
	櫻井 秀樹 (医療法人社団 秀仁会理事長 [介護老人保健施設 さくら])
	白鳥 孔一 (青梅市健康福祉部長)
	私市 豊 (あきる野市福祉部長)
	早川 和男 (西多摩保健所長)

### ◎アンケート調査実施月：平成 17 年 11 月

調査対象医療施設：198 施設

(内訳)	病院	29	
	老人保健施設	6	
	診療所	163 (有床 24、無床 139)	

回答率 150 / 198 (75.8%)

病院	24 / 29 (82.8%)	
老人保健施設	5 / 6 (83.3%)	
診療所	121 / 163 (74.2%)	
	有床診療所 12 / 24 (50.0%)	
	無床診療所 109 / 139 (78.4%)	

#### 内容

- 1 急性期対応病院 5 施設 (超急性期対応 4、回復期まで対応 2)
- 2 回復期リハビリ対応・慢性期対応・療養型・介護療養型 6 施設
- 3-1~2 療養型・介護療養型医療施設 9 施設
- 4 老人保健施設 5 施設
- 5-1~2 有床診療所 12 施設
- 6-1~6 無床診療所 (訪問診療可) 36 施設
- 7-1~7 無床診療所 (外来対応可) 43 施設
- 8-1~5 無床診療所 (全て不可) 30 施設
- 9 その他の病院 (精神科) 4 施設

## アンケート内容

### 設問 1. 対応可能な発症からの時期

超急性期対応（発症後 3 時間以内）	可	不可
急性期対応（発症後 1 ～ 2 週間程度）	可	不可
回復期リハビリ対応	可	不可
慢性期（維持期）対応	可	不可

### 設問 2. 対応可能な患者のレベル

意識状態	昏睡	昏迷	清明
全身状態	不安定	安定	
運動機能障害	完全麻痺	不全麻痺	なし

### 設問 3. 救急体制

24 時間対応	休日含め毎日可	特定の日のみ可（ ）	不可
夜間対応	休日含め毎日可	特定の日のみ可（ ）	不可
日勤対応	休日含め毎日可	特定の日のみ可（ ）	不可

### 設問 4. 施設内容

脳卒中専門病棟	あり	なし
I C U	あり	なし
理学療法室	あり	なし
作業療法室	あり	なし

### 設問 5. 入院可能日数

_____ 週まで可
_____ か月まで可
1 年以上可

設問 6. 検査体制（緊急検査として1時間以内に実施可能な場合「可」として下さい）

C T 検査	可	不可
M R I 検査	可	不可
脳血管造影検査	可	不可
胸部 X 線検査	可	不可
血液検査	可	不可

上記検査を緊急時 1 時間以内に実施

通常診療時間内対応	可	不可
夜間・休日対応	可	不可

設問 7. 専門医

神経内科医	いる（ ）名－毎日・週（ ）日	いない
脳神経外科医	いる（ ）名－毎日・週（ ）日	いない
循環器内科医	いる（ ）名－毎日・週（ ）日	いない
呼吸器内科医	いる（ ）名－毎日・週（ ）日	いない
理学療法専門医	いる（ ）名－毎日・週（ ）日	いない

設問 8. 治療

クリティカルパスに基づいた診療	実施	未実施
脳外科手術	可	不可
脳血管カテーテル治療	可	不可
t - P A 治療	可	不可

設問 9. 入院中（入所中）の医療処置

経鼻経管栄養	可	不可
胃ろう経管栄養	可	不可
気管切開	可	不可
人工呼吸器	可	不可
I V H	可	不可
膀胱留置カテーテル	可	不可
M R S A 保菌者	可	不可
認知症	可	不可

## 設問10. 人員体制

専門スタッフによるチーム医療	実施	未実施
理学療法士	いる（名）	いない
作業療法士	いる（名）	いない
言語療法士	いる（名）	いない
M S W	いる（名）	いない
在宅支援担当者（ケースワーカー、ケアマネージャー）	いる（名）	いない

## 設問11. リハビリ体制

早期リハビリテーション	可	不可
リハビリテーション病棟	あり	なし
回復期リハビリテーション	可	不可
専門リハビリテーション医療機能	あり	なし
各種リハビリ器具	あり	なし
外来リハビリテーション医療	可	不可

## 設問12. 医療連携窓口の設置

医療連携室	あり	なし
医療相談室	あり	なし
専門の担当者	いる	いない

## 設問13. 標準的な1か月の入院（入所）費用（自己負担分）

個室	約	万円
相部屋	約	万円

## 設問14. 転院先医療機関・施設

リハビリが必要な患者の紹介先	決まっている	決まっていない
療養が必要な患者の紹介先	決まっている	決まっていない
決まっていない場合の対応法		
在宅療養が必要な患者の紹介先	決まっている	決まっていない
決まっていない場合の対応法		

## 設問 1 5. 施設入所者・在宅療養者が急性発症した場合

連携病院	決まっている	決まっていない
決まっていない場合の対応法		

## 設問 1 6. 歯科医療機関との連携

歯科医療機関	決まっている	決まっていない
決まっていない場合の対応法		

## 設問 1 7. 在宅医療

訪問診療	可	不可
訪問看護	可	不可
訪問リハビリテーション	可	不可
通所（通院）リハビリテーション	可	不可
急性期病院との連携	あり	なし
慢性期病院との連携	あり	なし
介護施設との連携	あり	なし

## 設問 1 8. 在宅での管理

在宅酸素療法	可	不可
経鼻経管栄養	可	不可
胃ろう経管栄養	可	不可
気管切開	可	不可
人工呼吸器	可	不可
I V H	可	不可
膀胱留置カテーテル交換	可	不可
M R S A 保菌者	可	不可
認知症	可	不可

〈西多摩地域脳卒中医療連携に関するアンケート結果〉(1) 2005年11月調査

1. 急性期対応病院

施設名(所在地)	対応可能な発症からの期間				対応可能な患者のレベル	
	超急性期	急性期	回復期	慢性期	意識状態	運動機能
1. A 病院	可	可	不可	不可	昏睡	完全麻痺
2. B 病院	可	可	可	不可	昏睡	完全麻痺
3. C 病院	可	可	不可	不可	昏睡	完全麻痺
4. D 病院(兼病)	不可	可	可	不可	清明	不全麻痺
5. E 病院(福生)	可	可	不可	不可	昏睡	完全麻痺

	救急体制				施設内容		入院可能回数
	24時間対応	夜間対応	日勤対応	専門医棟	ICU	理学療法室 作業療法室	
1.	毎日可	毎日可	毎日可	なし	あり	あり	2~3週
2.	毎日可	毎日可	毎日可	なし	なし	あり	3週
3.	毎日可	毎日可	毎日可	なし	なし	あり	2か月
4.	毎日可	特定日	毎日可	なし	なし	なし	1か月
5.	毎日可	毎日可	毎日可	あり	あり	なし	3か月
6.							

	検査体制				専門医						
	CT検査	MRI検査	脳血管造影検査	胸部X線検査	左記検査1時間以内 通常	夜間休日	神経内科医	脳外科医	呼吸器内科医	理学療法士	
1.	可	可	可	可	可	可	3名	4名	8名	5名	1名
2.	可	可	可	可	可	可	*2名	4名	2名	*1名	いない
3.	可	可	可	可	可	可	*2名	2名	1名	*1名	*2名
4.	可	可	不可	可	可	可	*1名	*1名	*1名	*1名	*1名
5.	可	可	可	可	可	可	いない	2名	1名	いない	いない
6.											

	治療				入院中の医療設備						
	クリティカルパス診療	脳外科手術	カテーテル治療	t-PA治療	経鼻経管栄養	胃ろう栄養	気管切開	人工呼吸器	防犯置カテ	MRSA	認知症
1.	実施	可	可	可	可	可	可	可	可	可	可
2.	実施	可	可	可	可	可	可	可	可	可	不可
3.	実施	不可	不可	不可	可	可	可	可	可	可	可
4.	実施	可	可	不可	不可	可	可	可	可	可	可
5.	実施	可	可	可	可	可	可	可	可	可	不可
6.											

チーム医療	人員体制				リハビリ体制					
	理学療法士	作業療法士	言語療法士	MSW	在宅支援担当者	早期リハビリ	回復期リハビリ	専門リハビリ	各種リハビリ器具	外来リハビリ
1.	5名	2名	1名	1名	いない	可	なし	なし	あり	あり
2.	5名	1名	いない	1名	いない	可	なし	なし	あり	可
3.	実施	5名	2名	1名	いない	可	なし	なし	あり	可
4.	実施	8名	いない	1名	1名	可	なし	なし	あり	可
5.	実施	1名	いない	1名	いない	可	なし	なし	なし	可
6.										

	連携窓口の設置		標準的な費用(万円/月)(自己負担分)		転院先医療機関・施設		急性発症時、連携機関		歯科医療機関との連携	
	医療連携室	医師相談室	個室	相部屋	リハが必要時	リハが不要時	在宅療養が必要時	在宅療養不要時	院内対応	院内対応
1.	あり	あり	いる		同時	同時	同時	同時	院内対応	同時
2.	あり	あり	いる		同時	同時	同時	同時	院内対応	院内対応
3.	あり	あり	いる		同時	同時	同時	同時	院内対応	なし
4.	あり	なし	いる	35~45	同時	同時	あり	あり		
5.	なし	あり	いる		あり	あり	同時	同時		
6.										

	在宅医療				病床数				
	訪問診療	訪問看護	訪問リハビリ	通所リハビリ	急性期病院との連携	慢性期病院との連携	介護施設との連携	急性期病院との連携	MRSA 保護者
1.	不可	不可	不可	不可	なし	なし	なし	なし	不可
2.	不可	不可	不可	不可	なし	なし	なし	なし	不可
3.	不可	不可	不可	不可	あり	あり	あり	あり	可
4.	不可	不可	不可	不可	あり	あり	あり	あり	不可
5.	不可	不可	不可	不可	なし	なし	あり	あり	不可
6.									

	在宅での管理								
	在宅酸素療法	経鼻経管栄養	胃ろう経管栄養	気管切開	人工呼吸器	IVH	防犯置カテ	MRSA 保護者	認知症
1.	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可
2.	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可
3.	可	可	可	可	可	可	可	可	可
4.	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可
5.	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可
6.									

\*印は、特定の日のみ

(西多摩地域脳卒中医療連携に関するアンケート結果) (3) 2005年11月調査

3-1. 療養型医療機関 (医療保険)・指定介護療養型医療施設

施設名(所在地)	対応可能な発症からの時期				対応可能な患者のレベル			
	超急性期	急性期	回復期	慢性期	意識状態	全身状態	運動機能	
1. F 病院(青梅)	可	可	可	可	昏睡	不安定	完全麻痺	
2. G 病院(青梅)	不可	不可	可	可	昏睡	不安定	完全麻痺	
3. H 病院(青梅)	不可	不可	可	可	昏睡	不安定	完全麻痺	
4. I 病院(羽村)	不可	不可	不可	可	昏睡	不安定	完全麻痺	
5. J 病院(あきる野)	不可	不可	可	可	安定	安定	完全麻痺	
6. K 病院(鶴巻)	不可	不可	不可	可	清明	安定	完全麻痺	

	救急体制		施設内容				入院可能日数
	24時間対応	夜間対応	専門科	ICU	理学療法室	作業療法室	
1.	不可	不可	なし	なし	あり	あり	1年以上
2.	不可	不可	なし	なし	あり	あり	1年以上
3.	不可	不可	なし	なし	あり	あり	1年以上
4.	不可	不可	なし	なし	あり	なし	1年以上
5.	不可	不可	なし	なし	あり	あり	6か月
6.	不可	不可	なし	なし	あり	なし	1年以上

療養型、指定介護療養型  
療養型、指定介護療養型  
療養型、指定介護療養型  
療養型、指定介護療養型  
療養型、指定介護療養型  
療養型、指定介護療養型

	検査体制										専門医				
	CT検査	MRI検査	脳血管造影	脳血管造影検査	血液検査	左配検査(時間以内)	神経内科医	脳外科医	循環器内科医	呼吸器内科医	理学療法士	循環器内科医	呼吸器内科医	呼吸器内科医	理学療法士
1.	可	不可	不可	可	可	可	1名	いない	いない	いない	1名	いない	いない	いない	1名
2.	可	不可	不可	可	可	可	いない	いない	いない	いない	1名	いない	いない	いない	1名
3.	可	不可	不可	可	可	可	いない	いない	いない	いない	1名	いない	いない	いない	1名
4.	不可	不可	不可	可	可	可	いない	いない	いない	いない	1名	いない	いない	いない	1名
5.	可	不可	可	可	可	可	いる	いない	いない	いる	1名	いる	いない	いる	1名
6.	*可	不可	不可	*可	不可	不可	いない	1名	いない	いない	*1名	いない	いない	いない	1名

	治療										入院中の医療処置					
	リウマチカルパス診療	脳外科手術	カテーテル治療	t-PA治療	経鼻経管栄養	経鼻経管栄養	胃ろう栄養	気管切開	人工呼吸器	IVH	防跌置カチ	MRSA	認知症			
1.	未実施	不可	不可	不可	可	可	可	可	可	可	可	可	可			
2.	未実施	不可	不可	不可	可	可	可	可	可	可	可	可	可			
3.	未実施	不可	不可	不可	可	可	可	可	可	可	可	可	可			
4.	未実施	不可	不可	不可	可	可	可	可	可	不可	可	可	可			
5.	未実施	不可	不可	不可	可	可	可	可	可	不可	可	可	可			
6.	未実施	不可	不可	不可	可	可	可	可	可	可	可	可	可			

	人員体制										リハビリ体制					
	チーム医療	理学療法士	作業療法士	言語療法士	MSW	在宅支援担当者	早期リハビリ	リハビリ訓練	回復期リハビリ	回復期リハビリ	各専門リハビリ器具	外来リハビリ	医師	看護師	理学療法士	
1.	5名	13名	2名	5名	5名	1名	6名	可	なし	可	あり	あり	あり	あり	あり	
2.	6名	5名	5名	1名	1名	1名	1名	可	なし	可	なし	なし	なし	なし	可	
3.	未実施	4名	3名	2名	1名	1名	6名	可	なし	不可	なし	なし	なし	なし	不可	
4.	1名	いない	いない	2名	6名	6名	6名	可	なし	不可	なし	なし	なし	なし	不可	
5.	8名	7名	4名	4名	4名	6名	6名	可	なし	不可	なし	なし	なし	なし	可	
6.	未実施	2名	いない	いない	3名	3名	3名	不可	なし	可	なし	なし	なし	なし	可	

	通称窓口の設置		標準的な費用(万円/月)(自己負担分)		転院先医療機関・施設		急性発症時、運搬病院		療養型医療機関との連携	
	医療連携室	医師相談室	留室	相部屋	リハビリが必要時	必要時	在宅療養	必要時	防跌置カチ	MRSA 保善者
1.	なし	あり	60	22	院内	なし	なし	あり	あり	あり
2.	なし	あり	56	20	随時	随時	なし	あり	あり	あり
3.	あり	あり	55	18	随時	随時	随時	なし	なし	あり
4.	あり	あり			なし	なし	なし	なし	なし	あり
5.	あり	あり	17	17	あり	あり	あり	あり	あり	あり
6.	なし	なし	20	17	随時	随時	随時	なし	なし	あり

	在宅医療				介護施設との連携				病床数
	訪問診療	訪問看護	訪問リハビリ	場所	急性期病院との連携	慢性期病院との連携	介護施設との連携	病床数	
1.	不可	不可	不可	あり	なし	なし	なし	198	
2.	可	可	可	あり	あり	あり	あり	199	
3.	不可	不可	不可	なし	なし	なし	なし	126	
4.	不可	不可	不可	あり	あり	あり	なし	120	
5.	可	可	可	あり	あり	あり	あり	100	
6.	可	可	可	可	なし	なし	なし	120	

	在宅での管理									
	在宅療養療法	経鼻経管栄養	胃ろう経管栄養	気管切開	人工呼吸器	IVH	防跌置カチ	MRSA 保善者	認知症	
1.	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	
2.	可	可	可	可	可	可	可	可	可	
3.	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	
4.	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	
5.	可	可	可	可	可	可	可	可	可	
6.	可	不可	可	可	不可	不可	不可	可	不可	

\*印は、特定の日のみ



〈西多摩地域脳卒中医療連携に関するアンケート結果〉(9) 2005年11月調査  
6-2. 無床診療所(訪問診療可)

施設名(所在地)	対応可能な発症からの時期						対応可能な患者のレベル	
	超急性期	急性期	回復期	慢性期	遷延状態	全身状態	運動機能	
1. L 医院(青梅)	不可	可	可	可	可	安定	不全麻痺	
2. M 医院(青梅)	不可	不可	不可	可	可	安定	不全麻痺	
3. N 医院(青梅)	不可	不可	不可	可	可	安定	不全麻痺	
4. O 医院(青梅)	不可	不可	不可	可	可	安定	不全麻痺	
5. P 診療所(青梅)	不可	不可	不可	可	可	安定	完全麻痺	
6. Q 診療所(青梅)	不可	不可	不可	可	可	安定	不全麻痺	

施設内容	救急体制		施設内容				入院可能日数	
	24時間対応	夜間対応	日勤対応	専門科	ICU	理学療法室		作業療法室
1.	不可	不可	*可	なし	なし	なし	なし	
2.	不可	不可	不可	なし	なし	なし	なし	内科・小児科・泌尿器科
3.	不可	不可	不可	なし	なし	なし	なし	循環器内科
4.	不可	不可	不可	なし	なし	なし	なし	内科
5.	不可	不可	不可	なし	なし	なし	なし	内科・外科・小児・産科
6.	不可	不可	*可	なし	なし	なし	なし	内科

CT検査	検査体制				専門医							
	MRI検査	脳血管造影	胸部X線検査	血液検査	左記検査(時間以内)	通常	夜間休日	神経内科医	脳外科医	循環器内科医	呼吸器内科医	理学療法士
1. 不可	不可	不可	可	可	不可	不可	不可	いない	いない	いない	いない	いない
2. 不可	不可	不可	可	可	不可	不可	不可	いない	いない	いる	いない	いない
3. 不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	いない	いない	いない	いない	いない
4. 不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	いない	いない	いない	いない	いない
5. 不可	不可	不可	可	可	可	可	可	いない	いない	いない	いない	いない
6. 不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	いない	いない	いない	いない	いない

クリティカルパス診療	治療										入院中の医療処置			
	リウマチ	脳外科手術	カテーテル治療	t-PA治療	経鼻経管栄養	胃ろう栄養	気管切開	人工呼吸器	NH	膀胱留置カテーテル	MRSA	認知症		
1. 未実施	不可	不可	不可	不可										
2. 未実施	不可	不可	不可	不可										
3. 未実施	不可	不可	不可	不可										
4. 未実施	不可	不可	不可	不可										
5. 未実施	不可	不可	不可	不可										
6. 未実施	不可	不可	不可	不可										

チーム医療	人員体制				リハビリ体制					
	理学療法士	作業療法士	言語療法士	MSW	在宅支援担当者	早期リハビリ	回復期リハビリ	専門リハビリ医	各種リハビリ器具	外来リハビリ医
1. 未実施	いない	いない	いない	いない	いない	不可	不可	なし	なし	不可
2. 未実施	いない	いない	いない	いない	いない	不可	不可	なし	なし	不可
3. 未実施	いない	いない	いない	いない	いない	不可	不可	なし	なし	不可
4. 未実施	いない	いない	いない	いない	いない	不可	不可	なし	なし	不可
5. 未実施	いない	いない	いない	いない	いない	不可	不可	なし	なし	不可
6. 未実施	いない	いない	いない	いない	いない	不可	不可	なし	なし	不可

医療連携室	連携窓口の設置		経済的な費用(万円/月)(自己負担分)		転院先医療機関・施設		急性発症時、連携病院		慢性医療機関との連携	
	医療連携室	医師相談室	個室	相部屋	リハビリが必要時	在宅療養必要時	必要時	あり <th>なし <th>あり </th></th>	なし <th>あり </th>	あり
1. なし	なし	いない			なし	なし	なし	あり	なし	なし
2. なし	なし	いない			あり	あり	なし	あり	なし	あり
3. なし	なし	いない			なし	なし	なし	なし	なし	なし
4. なし	なし	いない			なし	なし	なし	なし	なし	なし
5. なし	なし	いない			なし	なし	なし	あり	なし	なし
6. なし	なし	いない			なし	なし	なし	なし	なし	あり

訪問診療	在宅医療				慢性期病院との連携				病状数
	訪問看護	訪問リハビリ	通所リハビリ	通所急性期病院との連携	慢性期病院との連携	介護施設との連携			
1. 可	不可	不可	不可	あり	あり	なし	なし		
2. 可	不可	不可	不可	あり	あり	あり	あり		
3. 可	不可	不可	不可	あり	あり	あり	あり		
4. 可	不可	不可	不可	なし	なし	なし	なし		
5. 可	可	不可	不可	あり	あり	あり	あり		
6. 可	不可	不可	不可	あり	あり	あり	あり		

在宅療養療法	在宅での管理						在宅での管理					
	在宅療養療法	経鼻経管栄養	胃ろう経管栄養	気管切開	人工呼吸器	IVH	膀胱留置カテーテル	MRSA	保菌者	認知症		
1. 不可	可	可	可	不可	不可	不可	可	不可	可	可		
2. 可	可	可	可	可	可	不可	不可	不可	不可	可		
3. 可	可	可	可	不可	不可	不可	可	不可	不可	不可		
4. 不可	不可	不可	不可	不可	不可	不可	可	不可	不可	不可		
5. 可	可	可	可	可	不可	不可	可	可	可	可		
6. 可	不可	不可	可	不可	不可	不可	可	可	可	可		

\*印は、特定の日のみ

# 今回の調査報告のまとめ

〈西多摩地域脳卒中医療連携に関する医療提供体制の趣約〉

超急性期対応	6病院	青梅市立・公立福生・公立阿伎留・目白第二・桜井・慶友
急性期対応	10病院	〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃
	2有床診	草花・双葉会
回復期対応	9病院	公立阿伎留・高木・大久野・奥多摩・青梅三慶・慶友・多摩リハビリ・あきる台・熊川
	4老健施設	梅の園・菜の花・さくら・オキドキ
	2有床診	草花・双葉会
慢性期対応	14病院	大久野・奥多摩・青梅三慶・日の出ヶ丘・桜井・慶友・多摩リハビリ・羽村三慶・青梅今井・あきる台・高沢・坂本第二・熊川・武蔵野台
	4老健施設	梅の園・菜の花・さくら・オキドキ
	2有床診	草花・双葉会

24時間対応	5病院	青梅市立・公立福生・公立阿伎留・目白第二・奥多摩
夜間対応	5病院	〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃
日動対応	7病院	〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃
	1有床診	双葉会

慢性期入院中医療処置		
気管切開	8病院	大久野・奥多摩・桜井・慶友・高沢・高沢・坂本第二・熊川・武蔵野台
人工呼吸器	3病院	奥多摩・桜井・慶友
IVH	10病院	大久野・奥多摩・日の出ヶ丘・鈴木慈光・桜井・慶友・多摩リハビリ・羽村三慶・高沢・武蔵野台
	1有床診	草花
回復期リハビリ	5病院	大久野・奥多摩・多摩リハビリ・高沢・熊川
	5老健施設	梅の園・菜の花・さくら・オキドキ・けんちん瑞穂
	2有床診	草花・双葉会

## 訪問診療

青梅地区	3病院	青梅三慶・多摩リハビリ・坂本第二
	19無床診	成木・大堀・片平・梅郷・青梅・中島・藤野・田中・野本・土田・東青梅・二俣尾・小曾木・沢井・丹生・新町・大門・今井・酒井
福生地区	1有床診	西村
	3無床診	桂川・ひかり・青山
羽村地区	4無床診	山口・松原・羽村相互・横田
あきる野地区	2病院	桜井・あきる台
	1有床診	草花
	7無床診	瀬戸岡・朱膳寺・米山・樋口・葉山・小机・栗原内科整形
瑞穂地区	1病院	高沢
	3無床診	みずほ・栗原・新井
日の出地区	2病院	大久野・日の出ヶ丘
奥多摩地区	1有床診	双葉会
松原地区	1有床診	松原

## 第4回西多摩医師会臨床報告会によせて

第4回西多摩医師会臨床報告会が平成18年3月22日(水)19時30分より、青梅市立総合病院3F講堂において、65名の出席者をえて開催された。今回は演題が8題もあり、22時30分まで、活発な質疑応答が行なわれた。

文責：細谷（学術部）



司会 細谷先生



真鍋会長

### 西多摩医師会 学術部

## 第4回西多摩医師会臨床報告会

日時：平成18年3月22日(水) PM7:30～  
会場：青梅市立総合病院 3F 講堂

### ◆外来糖尿病診療での初期教育パス導入の試み

(医社)高村内科クリニック

西村有美、根石孝子、尾崎和子、島添久美子、  
江口晴美、中村恵美、緑川直実、葛間淳子、高村 宏

糖尿病診療でのクリニカルパスは、糖尿病の初期教育パスや栄養指導パス、治療パスの形で使用され効果を上げているが、多くは入院患者が対象で、外来でのクリニカルパスの報告は少ない。当院では、継続的・体系的な指導を目的とした初期教育パスを作成し導入したので報告する。

この外来初期教育パスは、指導項目を12項目に分け一枚のシートにまとめ、指導者が、指導した項目に指導日を記入することとした。指導は7名の看護師と1名の臨床検査技師が担当し、診察の待ち時間などを利用して個別に行なった。一回の指導時間は、患者の都合や理解力、指導に対する反応に応じて10～30分程度であった。

実際に平成17年11月より、初診患者を対象にパスを導入した結果、指導経過が明確になり、継続的な関わりやスタッフ間での情報の共有化が可能となった。さらに患者にとってもこのパスが有効かどうか評価・検討し、より患者に合わせた指導が行えるような活用法を考慮している。



西村看護師

### ◆診療所における自動問診システムの応用

(医社)百瀬医院 院長 百瀬真一郎

- 自動問診システムとは、タッチパネルを備えたパソコンを利用し、画面に質問と複数の回答を同時に表示し、医師、看護婦にかわってコンピュータが病状問診を行うものである。電子カルテと接続して運用した場合、問診結果は診療用端末機の画面に表示



百瀬先生

され、電子カルテを導入していない場合には、プリンターから問診表として診察され、カルテとともに医師に報告される。クレドシステムが13年かかって開発し、他に同様の開発は出現していない。

- 自動問診では、最初に、性別、年齢、身長、体重、他院での受診、女性の場合は妊娠の有無を患者基本データとして質問し、次いで、患部・主訴質問、主訴関連質問、アレルギーの有無などの共通質問を行う。全診療科に対応するが、うつ病・更年期障害や、病・医院経営の将来性の先行指数といわれる患者満足度のアンケート調査も付加している。本システムでは、問診を診療科ごとでなく患部ごとに行う。これは、例えば「頭痛」を訴えた患者さんが、手足のしびれや、言語障害の有無を同時に訴えられる。また「乳房」の問診が、内科、外科、産婦人科で共用できるようにと考案された。一般のクリニックでは、必ずしも必要でない患部の質問があるが、この場合には、カスタマイズにて不表示処理とする。
- 当院は、電子カルテを導入していないので、問診結果は、プリントでカルテとともに受け付ける。利用上でのメリットは、下記のような事項である。
  - ① 診療待ち時間に、患者さんが病状を報告されることになるので診療前に病状がほぼ把握でき、患者さんとポイントを絞って話し合いができる。
  - ② 自動問診の過程で患者さんが病状を整理されるので対話が絞り易い。
  - ③ 手書き問診表より詳しい診断データが得られる。
  - ④ 患者基本データ質問や既往歴質問など、必ずしも医師が質問しなくてもよい問診を患者さんごとに繰り返さなくて済む。
  - ⑤ 質問事項が標準化されるので聞き漏れがない。
  - ⑥ 問診にスタッフがあまり係わらなくてよい。
  - ⑦ 医療論争において、カルテ上の患者さん自身の訴えを提示できる。
  - ⑧ 代診医の診断と医療を検証できる。
- 当院が導入するに至った端緒は、1997年7月、田中穂積先生が長年主催されてきた立川市での在日外国人無料健康相談会にボランティアとして参加した時、クレドシステムの創業者と出会い、自動問診のアイデアと奉仕の精神に共感を覚えたことである。その後も交流が続き、2002年に同社が開発した多国語自動問診機を導入したが、同時に一般外来用（日本語のみ）の自動問診システム開発への協力を求められたことから今日まで助言し、応用するようになった。

## ◆ 当院で経験したツツガムシ病の1例

公立阿伎留病院

戸部有希子、大西鉄夫、隈部威道、鬼田敬洋、  
井口森智、青木正紀、西成田進、岡田清己

古典的ツツガムシ病は日本海側の河川領域に夏季に発生する風土病として知られていたが、1980年以降本症は全国に拡散し、臨床病像の差異、媒介ツツガムシの差などから新型ツツガムシ病として知られつつある。今回、私たちは当院として第二例目で古典的ツツガムシ病と思われる一例を経験した。その臨床経過と疫学を中心に報告する。

症例は60歳男性。ニューキノロン・第三世代セフェム無効で2週間持続する39°C以上の高熱により当院入院となった。発熱後に全身性の皮疹が出現し、入院時診察にて右肘窩外側の刺し口



戸部先生

(有痛性紅斑)を認めた。血液データ上、軽度の肝機能異常、CRP 高値を認め、白血球増多はないが、好酸球消失と異型リンパ球が出現していた。ツツガムシ抗体価が高値をしめたことから臨床的に強くツツガムシ病を疑い、テトラサイクリン系抗生剤にて治療開始したところ、速やかに全身症状及び血液データが改善した。その免疫学的異常並びに感染ツツガムシの遺伝子学的側面もあわせて報告する。

## ◆早期癌と生検

(医社)上長渕会 井上医院 院長 井上勇之助

内視鏡機器の進歩は診断治療に大きな変化をもたらしました。

電子スコープの出現により鮮明な画像となり、拡大像は実態顕微鏡となって病巣の良悪性にまで踏み込んできました。又あらゆる早期癌の標準術式が内視鏡的手術に変わろうとしています。

消化管早期癌に対するEMR やESD はどこでも行えるごく一般的治療法となりましたが、それに伴う不完全切除、出血、穿孔の合併症が大きな問題になっております。

内視鏡的治療は一般的手術に比して制約があります。

術前に悪性度、深達度、肉眼型、占居部位等を正確に診断されなければなりません。内視鏡、レントゲン、エコー、CT等の画像診断と生検による病理診断が不可欠であります。画像診断は画像の質や読影者により差がありますが生検による病理診断は絶対と考えがちであります。しかし病変の占居部位や通過障害、出血等で観察に支障ができ、必要な生検が得られない場合があり、又病理医の false positive、false negative 等も加わります。これからは病理を見る目を養い正確な生検を心掛けたいと思います。そこで早期癌と生検について私見を述べさせていただきます。



井上先生

## ◆患者状態適応型パス(PCAPS)を用いた、地域医療連携の一考察

(医財)利定会 大久野病院 院長 進藤 進

PCAPS = 患者状態適応型パスは日本中で従来作成されているクリティカルパスとは考え方を全く異にするパスである。従来のパスは、術後何日目で何をすると決めているのに対して、PCAPS は患者状態にあわせ、例えば手術後出血量がどのくらいに減ったらドレーンを抜く等ということと、この医療処置や治療および手術に付随して起きる、事故を含む様々な状態を事前に想定して決めたパスである。これによってほぼ、全例の症例がこのパスの上を動くことができるように設計されている。一方従来型のパスはパスの上をバリエーションの為にほとんど、通過していない。全症例が通るパスである PCAPS の考え方をを用いることによって地域医療連携が可能かどうかを検討したい。



進藤先生

地域医療連携は、現在様々な地域でクリティカルパスを用いて取り組まれている。しかし、現状は急性期病院から慢性期病院や施設および在宅へのクリティカルパスであったり、急患をいかに救急病院へ入院させるかのための連携である。地域医療連携は本来両者を併せ持つべきで、その機構が確立されていない。その為に、医療介護福祉連携が十分に行えず救急病院へ入院できない、救急病院から施設へ移れない、在宅へ帰ることができないなどの様々な問題が起きていると思われる。

救急病院から慢性期病院や施設、さらに在宅へはどのような患者状態が望ましいのか、その逆に、在宅から施設や慢性期病院、救急病院への救急とはどのような状態なのかというルールを最小限に決めることによって問題の一部だけでも解決できると思われれます。PCAPS の考え方でこのような患者状態の変化を言葉で表すことができるのではと考えております。今後の皆様からのご意見を伺いながらこのような医療連携が確立できたらと考えております。

### ◆体のあちこちの関節を痛がる患者さんへの関節運動学的アプローチ（AKA・博田法）の実践

（医社）麗仁会 ささもと整形外科形成外科  
クリニック 笹本 良信

整形外科外来はもとより他科においても、腰と首が痛いとか背中と手首が痛いとかあるいは腰の痛みが軽くなったら今度は首が痛くなったなど複数の部位に痛みを訴える患者さんが少なくない。このような患者さんに接したとき、その原因がはっきりしないため治療においても単に温熱療法と消炎鎮痛剤で経過をみること位しかないのが一般的であろう。またこのような



笹本先生

えが頻繁にあるとノイローゼではないかなどといわれることもあるようである。しかし患者さんにしてみれば痛みが続く事はつらいことであり、切実な思いで来院しているわけである。

当院においては1年前より AKA（博田法）を外来診療で実践し関節痛に対する鎮痛効果に満足するものを得ているので第1報として報告する。

AKA（博田法）は1979年リハ専門医の博田節夫が提唱した考え方で、関節運動学的アプローチの略である。これによると仙腸関節の関節異常あるいは関節炎が起こると他の部位の関節にも関節異常がおこり関連痛となることが多く、関連痛を起こしやすい関節もほぼ決まっている。したがって仙腸関節の関節異常や他の関連する関節異常を関節包内で徒手的に戻してやると痛みが軽減する。

外来診療で多いのはいわゆるぎっくり腰であるが、このような急性腰痛はもとより老人の慢性腰痛や変形性膝関節症の痛みなどにも効果があり、寝違えによる後頸部の痛みなどには劇的な効果がある。このほか多種多様な関節痛に効果がみられる。AKAはカイロプラクティックと違いきわめて理論的で、再現性に優れているがそのテクニックは難易度が高いので簡単にはマスターできない。演者も現在まだ修行中であるが、外来診療で多少ともその効果を実感しているので具体例を挙げ報告したい。

## ◆自閉症・知的障害の人たちの医療機関でのバリアフリー

西多摩療育支援センター 上代継診療所 岡田 祐輔

自閉症や知的障害の人は、てんかんの管理、行動に対する薬物療法、肥満、成人病など、健康上の理由で、医療を必要とすることが多い。しかし、その障害特性のために受診そのものが困難なことがある。近年、医療機関においても、さまざまな障害をもつ方に対するバリアフリーの取り組みがすすんできたが、自閉症や知的障害の方への障害特性に基づいた配慮は、いまだ十分とは言えない。今回、これらの方の受診に際しての問題点を考えるとともに、具体的な対応の工夫について、上代継診療所での実践例を報告する。また他の地域での取り組みを紹介する。



岡田先生

## ◆経管栄養から経口摂取への取り組み

(医社) 葵会 青梅今井病院 介護病棟

長谷川敦子、三世川みち子、浜中摂子、  
看護師・介護士一同、武者廣隆

介護・医療の場において嚥下・摂食障害のある患者様に対しては経管による栄養補給が一般的である。栄養補給の方法としては効率的でもあり優れているのは事実であるが、患者様にとっては肉体的・精神的に苦痛であるばかりでなく、在宅復帰を困難にする要因のひとつになっているのも事実である。また経管栄養の患者様は寝たきりにされやすく身体的にも精神的にも機能低下し人間性を失っていく。以上の考えに立って当院介護病棟では経口摂取への取り組みを積極的に行ってきた。

その取り組み経過と現在の状況を報告したい。

### 目 的

精神活動の活性化・ADLの拡大  
身体拘束の軽減・在宅復帰

### 取り組みの実際

- ① 対象者—本人に意欲があり家族の同意が得られた者
- ② 期 間—平成16年1月以降17年12月まで
- ③ 取り組みの手順—意欲の引き出し・訓練・安全管理など
- ④ 結 果
- ⑤ 考 察・まとめ



長谷川看護師

## 感染症だより

### <全数報告>

2006年第16週(4月17日～4月23日)～第19週(5月8日～5月14日)の間に全数報告の感染症はありませんでした。

### <定点からの報告>

	16週 4.17～23	17週 4.24～30	18週 5.1～7	19週 5.8～14	2006年 累計
RSウイルス感染症	0	0	0	0	2
インフルエンザ	0	1	0	1	1,571
咽頭結膜熱	3	3	1	3	34
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	5	3	4	3	106
感染性胃腸炎	18	13	19	32	498
水痘	8	8	5	15	161
手足口病	0	1	1	0	6
伝染性紅斑	2	4	0	1	21
突発性発しん	2	2	3	4	43
百日咳	1	0	0	0	1
風しん	0	0	0	0	0
ヘルパンギーナ	1	0	0	1	2
麻しん(成人以外)	0	0	0	0	1
流行性耳下腺炎	4	5	4	3	103
不明発疹症	0	0	0	0	0
MCLS	0	0	0	0	0
合計	44	40	37	63	2,549

※基幹定点報告対象疾病<細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎(オウム病を除く)、成人麻疹>は報告があったときに掲載します。

### <コメント>

咽頭結膜熱は全国的に1月中旬以降では大流行した2004年の同時期を大きく上回る状態が続いています。管内では第15週までの24件が34件と増加の傾向が見られ、プールシーズンに向けて注意が必要です。今年度に入り第16週に百日咳、第16週と第19週にヘルパンギーナが各1件初めて報告されました。A群溶血性連鎖球菌咽頭炎は管内では散発状態ですが、全国的には都道府県で日本海側に集中し、1996年以降過去10年間と比較して最も多い状態が続いています。これから夏に向かって報告の多い状態が続くものと予想され、発生動向に注意が必要です。

### <麻疹に関連したお願い>

1歳早期におけるワクチン接種のキャンペーンが功を奏した結果感受性が減少し、年間累積報告数は2001年の33812人をピークにその後年々減少しています。しかし2005年は545人となっていた麻疹が、本年4月から5月にかけてほぼ同時期に茨城県および千葉県で集団発生しました。1歳以上40歳未満の年齢層には数%の麻疹感受性がみられ、麻疹患者の減少によって麻疹ウイルスに暴露される機会が大きく減少した一方、麻疹ワクチンの接種が十分ではなく、感受性が蓄積していることが考えられています。

茨城県および千葉県での発生は、関東一円に拡大する可能性も危惧されています。麻疹ワクチン未接種で未罹患の方へのワクチン接種勧奨を引き続きよろしくお願い致します。

(文責：西多摩保健所保健対策課)



# 専門医に学ぶ 第18回

## 問題

【症例】71歳 男性

【主訴】便通異常

【家族歴】特記すべき事なし

【既往歴】高血圧症で8年前より近医で治療

【現病歴】平成17年8月頃より便秘あり食欲不振を伴うようになったため10月17日当院内科を紹介受診した。注腸検査では図1、2に示すようなS状結腸～直腸Rs部より前方にバリウムの腸管外流出を認めたため11月9日入院となった。図3、4は骨盤CT検査の画像である。

【検査所見】(入院時)

(血液検査) 白血球数 12070/ $\mu$ l 赤血球数 434万/ $\mu$ l ヘモグロビン 12.1g/dl 血小板 58.4万/ $\mu$ l

(生化学検査) TP 7.3g/dl albumin 3.5g/dl AST 17u/l ALT 23u/l LDH 302u/l ALP 276u/l Ch-E 115u/l  $\gamma$ -GTP 39u/l BUN 11.7mg/dl Crea 0.8mg/dl CRP 2.9mg/dl

(尿検査) 蛋白 2+ 潜血 2+ 白血球反応 3+

(腫瘍マーカー) CEA 35.3ng/ml CA19-9 1.0以下 PSA 2.29ng/ml

【問題1】本症例の疾患は？

【問題2】治療法は？



図1



図2

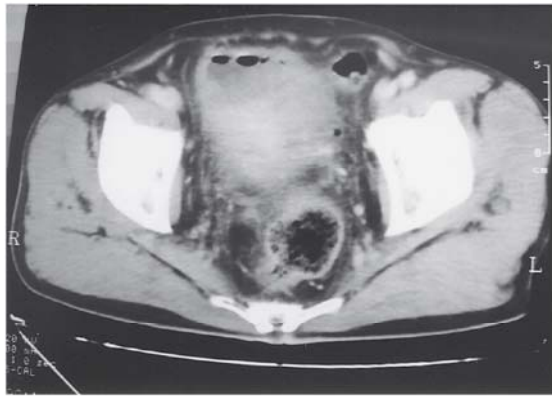


図3



図4

### 解答と解説

公立阿伎留病院 外科科長、緩和ケア病棟開設準備室長 柴田昌彦



#### 【問題1】直腸癌膀胱浸潤

本症例は排便異常で紹介受診した患者ですが、注腸造影で明らかに腸管外にバリウムの流出が認められます。前方に向かい骨盤内に流出しています。注腸検査の後バリウムが混ざった白い尿が尿道より排出しました。図3、4のCT検査をみますと、骨盤内に直腸より膀胱にかけて腫瘍が存在します。膀胱内には空気存在を認めて消化管との交通を示唆します。この後に大腸ファイバーで直腸癌の存在および生検で group V, adenocarcinoma の組織診断を得ました。骨盤MRI 検査では図5に提示しましたが直腸 Rs (一部S状結腸) より前方に腫瘍があ



図5

り膀胱に進展している像が認められます。また同時に CT 検査と同じように膀胱内に気泡を認めます。

## 【問題 2】

本症例は12月15日に手術を行いました。腫瘍は直腸 Rs 部から S 状結腸より前方に骨盤内を占め膀胱に浸潤しており直腸前方切除術、膀胱合併切除（膀胱全摘術、両側尿管皮膚瘻）を行いました。病理検査の結果は肉眼写真を図 6、7 に示します。図 6 では直腸癌の 3 型の腫瘍がみられ、図 7 は膀胱内面を示します。（瘻孔にゾンデが挿入してあります）。高分化型腺癌で膀胱に広範に直接浸潤しており (si)、2 群のリンパ節転移が陽性で stage III b でした。術後 5-FU とアイソボリンによる化学療法を施行しました。退院後も同様に化学療法を継続して施行しさらに通院中です。

御存じのように直腸癌は排便異常、特に便秘や排便時出血で発見される事が多いのですが、御存じのようにこの際注意すべき事は検査の際に腸閉塞が疑われる時には下剤は禁忌です。従って腹部単純レントゲンで大腸イレウスを疑う拡張大腸ガス像があれば注腸レントゲン造影や大腸内視鏡の準備のために下剤が使えず、この場合は入院して禁食で検査をすすめます。また直腸癌の場合、高度の膀胱炎症状（時には尿から便がでます）や血尿がある場合は膀胱浸潤を考えて検査をすすめるべきです。手術では主病変のほかに癌の進展がなければ全身状態が許せば本症例のように合併切除を行うべきと考えます。多くの場合膀胱の部分切除で対応できる場合も多いですがその範囲の大きさや膀胱三角部への浸潤がある場合は膀胱全摘術を行い、尿路変更術を余儀無くされます。大腸ストーマを造設する場合はダブルストーマとなります。この場合術後の QOL が障害されますので遠隔転移の存在、年齢、社会的な背景を考慮して姑息

的な手術を選択する事も少なくありません。術後は化学療法が必要となる事が多いと言えます。すなわち治療対象病変がある場合は FOLFOX (5-FU, leukovorin, oxaliplatin) や FOLFIRI (5-FU, leukovorin, irinotecan) あるいはこの交代療法が有効であると証明されました。それ以外は再発予防を目的とした治療を考えます。本症のような再発の高危険群である stage III b に対する明らかな evidence はいまだに十分ではありません。当院では IFL (5-FU, leukovorin) 療法を 1 st line chemotherapy としています。



図 6

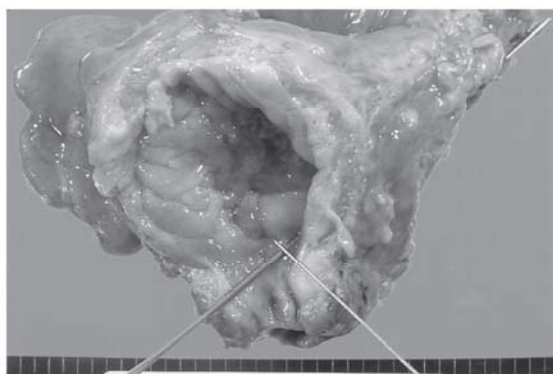


図 7

# 伝言板

## ① 平成18年西多摩三師会総会・時局講演会・懇親会のご案内

- 日 時：平成18年6月10日(土)  
会 場：フォレストイン昭和館
- 総会：午後5時
  - 時局講演会：午後5時30分  
「医療改革のゆくえと今後の取り組みについて」  
講師 井上信治 衆議院議員
  - 懇親会：午後7時

## ② 西多摩医師会写真部写真展開催のお知らせ

第37回西多摩医師会写真部写真展が6月20日(火)～26日(月)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る予定です。写真に興味のある会員は、写真部松原部長までご一報下さい。

## ③ 西多摩医師会 納涼会のご案内

- 日 時：平成18年7月14日(金) 午後7時30分より  
会 場：フォレストイン昭和館  
会 費：A会員 10,000円  
B会員 1,000円
- \*多くの会員の皆様の出席をお待ちしております。

## ④ 羽村市三師会学術講演会のご案内

- 日 時：平成18年7月18日(火) 午後7時30分  
会 場：羽村市生涯学習センター ゆとろぎ  
〒205-0003 東京都羽村市緑ヶ丘1-11-5  
TEL：042-570-0707
- 講 師：独立行政法人国立病院機構 災害医療センター  
院長 辺見 弘先生
- 演 題：「災害時における地域医療について」



# 青梅市立総合病院 PET／CTに関するお知らせ



青梅市立総合病院  
院長 原 義 人

青梅市立総合病院では平成18年3月にPET・RIセンターができあがり、7月からPET／CT検査ができるようになります。それに先立ち、西多摩医師会の先生方に無料でPET／CTを体験していただきたく体験検診を企画させていただきました。奮ってご参加をお願い申し上げます。また、PET検診や保険診療での検査依頼の流れ、保険適応疾患などをここにお知らせ致します。

## I. 西多摩医師会会員の先生方への無料のPET - CT体験検診のご案内

### 1 体験検診日と人数

6月12日(月)～6月16日(金)の5日間 各5名まで

6月19日(月)～6月23日(金)の5日間 各5名まで

### 2 体験検診の開始時間

①9時から、②9時30分から、③10時から、④12時から、  
⑤12時30分からとなります。検査所要時間は約2.5時間です。  
開始時間の20分前にはPET・RIセンター受付にお越しくください。

### 3 体験検診の対象

西多摩医師会会員の先生を対象とさせていただきます。

### 4 体験検診の申込受付

5月17日の講演会での申込受付は終了致しました。

5月18日以降の申込受付は次のとおりです。

- (1) 申込受付窓口 地域連携室(内線5327)
- (2) 受付時間等 平日の8時30分～17時00分  
(12時から13時を除く)
- (3) 受付締切日 6月9日(金)

### 5 その他

体験検診の結果は、概ね1週間以内に送付させていただきます。

## II. 一般のPET/CT検診のご案内

### 検診コース・検診費用

- ◎ PET・CT検診・・・75,000円（税込み）
- ◎ PET・CTがん検診・・・120,000円（税込み）
- オプション検査（がん検診コースのみ）
- マンモグラフィー・・・5,000円（税込み）

### 検診項目

	PET・CT検診	PET・CTがん検診
基本検査（身長・体重・血圧）	●	●
PET・CT検査	●	●
尿検査		●
便検査		●
血液検査（一般・生化）		●
腫瘍マーカー		●
腹部超音波		●

### 検診開始日

7月3日（月）より

### 実施日・定員

月曜日から金曜日までの平日に実施・各日1名を定員とします

### 申込み方法

事前予約制です。電話または医事課受付窓口でお申込みください。

6月12日（月）より予約受付を開始いたします。

希望日の前々週の金曜日（休日の場合はその前の平日）が締切日となります。

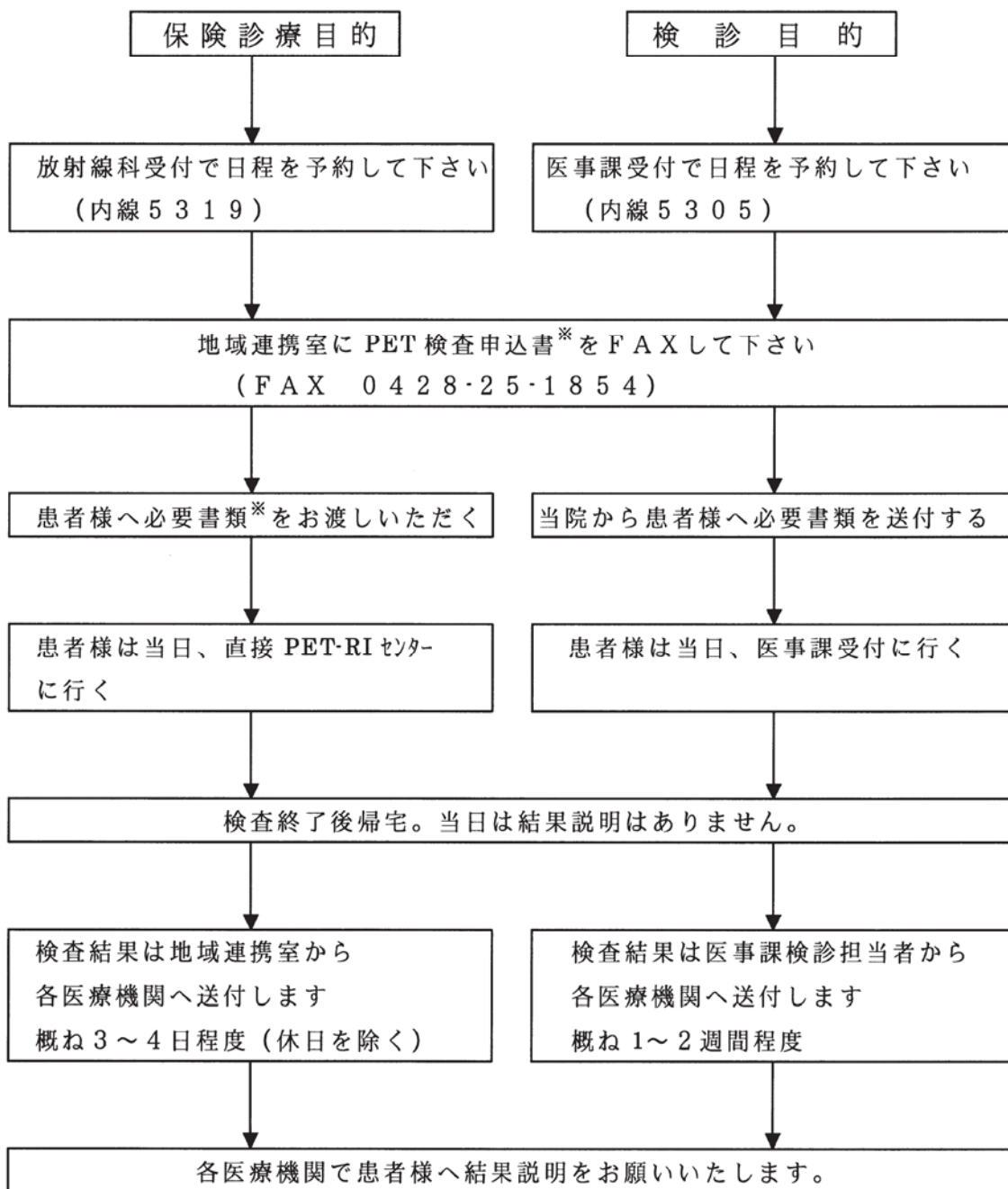
### 検診予約・お問い合わせ先

青梅市立総合病院 医事課

0428-22-3191（代） 内線5303・5305

## III. PET/CTの保険適応病名

てんかん、虚血性心疾患、肺癌、乳癌、大腸癌、頭頸部癌、脳腫瘍、膀胱癌、悪性リンパ腫、転移性肝癌、原発不明癌、悪性黒色腫、食道癌、子宮癌、卵巣癌の15種類

IV. PET/CTに関する医療機関様からのお申し込み方法とながれ

表中の※につきましては、現在作成中です。できあがりしだい各医療機関様へお送りさせていただきます。

## 各部だより


**学術部**  
**Information**

**《 6月 》**
**西多摩医師会学術講演会のご案内**

- 1 日 時：平成18年6月15日（木）19:30～  
 場 所：幸楽園本館  
 演 題：『尿失禁』  
 講 師：青梅市立総合病院泌尿器科 部長 友石 純三 先生
- 2 日 時：平成18年6月28日（水）19:30～  
 場 所：青梅市立総合病院 3F 講堂  
 演 題：『糖尿病性腎症の治療戦略（仮題）』  
 講 師：青梅市立総合病院内分泌代謝科 副部長 名和 知久礼 先生  
 青梅市立総合病院腎臓内科 部長 栗山 廉二郎 先生

**平成17年度生涯教育申告書提出者数**

地 区	日医会員		西多摩医師会員	
羽村地区	27/28	96%	29/31	94%
福生地区	44/47	94%	75/79	95%
瑞穂地区	14/15	93%	16/17	94%
青梅地区	101/104	97%	208/211	99%
奥多摩地区	5/5	100%	6/6	100%
あきる野地区	48/50	96%	86/88	98%
桧原地区	2/2	100%	2/2	100%
日の出地区	14/14	100%	15/15	100%
合 計	255/265	96%	437/449	97%

平成17年度も多くの会員より申告書を提出していただきました。

ご協力ありがとうございました。

(学術部)



## 《PET/CT導入に伴う講演会》

平成18年5月17日

青梅市立総合病院講堂

演 題：「PET/CTの概要と有用性について」の抄録

講 師：青梅市立総合病院 放射線科医長 田 浦 新 一

PET (Positron Emission Tomography) は陽電子放出核種(ポジトロン核種)を用いた画像診断装置である。ポジトロン核種はガリウムシンチグラフィ、骨シンチグラフィなどに代表される従来の核医学検査に利用される核種に比較して、物理的、生化学的な特性が異なり、より高画質で生体の代謝をよりよく反映した画像を得ることができる。PETでは種々の核種が利用可能であるが実際に行われている検査の大部分ではブドウ糖のアナログである<sup>18</sup>F-fulurodeoxyglucose (以下FDG) を利用している。がん細胞では正常細胞に比較してブドウ糖代謝が亢進しているのは20世紀前半より知られていたことであったが、FDG 合成法の発達と PET カメラの発達によりこの現象を腫瘍の質的診断や病期診断に利用することが可能となった。それまでは CT、MRI などもっぱら形態的評価に頼りがちであった悪性腫瘍の画像診断に、PET により代謝的な情報が導入されたことで病期診断、予後予測、治療効果判定、再発診断などについてより正確な診断が可能となったとする数多くのエビデンスがある。幾つか例を挙げれば Alexander らは FDG-PET を施行した初発進行大腸癌の46症例の内、8例(17%)で手術中止または放射線照射野変更の重大な治療方針の転換があり、また別の8例では治療方針変更を伴わない staging の変更があったと報告している [1]。この傾向は再発病変ではさらに顕著であり Staib らは61%の症例で治療方針の変更があったとしている [2]。また FDG の集積程度が予後と相関すること [3-4]、化学療法後の FDG 集積の低下の有無により早期の治療効果判定が可能であること [5] も、肺癌他、種々のがんで報告されている。

反面 PET は CT に比較すると解剖学的な情報に乏しいことが短所の一つであったが、これに対して2000年に同一寝台上で PET と CT を撮像しこれらの融合画像を出力するシステム (以下 PET/CT) が開発され、旧来の PET を利用した際の一般的な診断 (以下、従来法)、すなわち異なる機器にて撮像された PET 画像と CT 画像を対比しながらの診断、に比較してさらなる診断能の向上がみとめられている。例えば Pelosi らは従来の方法と PET/CT を用いた診断を比較し、検出された病変の数には差はなかったものの病変の位置が不明確であったものの割合が前者では15.3%であったのに対し、後者では3.4%と著明に低下したとしている [6]。また Lardinois らは非小細胞肺癌(NSCLC) 40例を対象とし、35症例(88%)において明確かつ正確な病期診断が可能であったが、

これは従来法の26症例(65%)に比較して有意に優れていたとしている[7]。言い換えれば PET/CT の施行により staging が変更になる症例が少なからずあることになるが、その頻度は非小細胞肺癌の場合、報告によって多少のばらつきがあるが27～62%であり、治療方針の変更も27～52%で見られている。本邦では初の PET/CT 装置の認可が2004年になされたが、全 PET カメラの台数に対して占める割合は2005年に新規導入された機器の内8割以上、2005年末において稼働している機器の内でもすでに約4割となっていて、PET 検査の新たなスタンダードになることが確実である。なお青梅市立総合病院(以下、当院)に導入されるのは、Siemens 社製の Biograph6であり優れた特性を持つ新しいクリスタル(検出器)を用いた PET と6列のマルチスライス CT を組み合わせたものである。

PET の普及を妨げる要因としては PET カメラ自体の購入費、ランニングコストや人件費などが多大であることがあげられ保険診療のみで独立して採算性を保つのは極めて困難と思われる。核種合成用のサイクロトロンを設置、運転に伴う費用も莫大であるが、これに関しては2005年より従来の核医学検査用核種と同様に商業ベースでの配達が始まり、普及を後押ししている。

さて PET についてはマスコミによる報道などで「ミリ単位のがんの発見が可能な夢の検査法」といったイメージが広がっていた時期があった。確かに小さくても明瞭に描出される悪性病変もある一方で、大きくても検出不可能なものも見られる。報告によっても異なるが種々のがんの原因巣、転移巣をまとめて集計すると10%程度の偽陰性例が見られる。先述の通り FDG-PET はブドウ糖代謝の多寡を画像化したものであり、何ミリ以上になれば検出可能といった指標を一律に決めることはできない。しかし実際に小さい病変ほど検出が困難になることも事実であり、例えば乳がん原発巣描出の sensitivity は10mm以上の病変では91%であるのに対して、10mm未満の病変では57%に低下すると言われている[8]。大きさ以外の要素としてがん細胞の分化度が高いものほど集積に乏しいことが知られている。Cheran らは生検など病理学的な評価で肺癌と診断されたにもかかわらずこれに先行して行われた FDG-PET で明らかな集積がみとめられなかった20例を組織学的に分類し、腺癌が7例(35%)、肺胞上皮癌が7例(35%)、カルチノイドが3例(15%)、扁平上皮癌が2例(10%)、その他2例(10%)であったとしている[8]。特に臨床的に重要と思われるのはこれらの内19例(95%)が stage Ib 以下であり、18例(90%)に対し根治的切除がなされ、再発をみとめないこと(ただし5年以上の生存が確認されたものは3例と少ない)である。したがって FDG-PET によるがんの検出には限界があるのも確かであるが、同時に FDG の集積をみとめないがんは、組織学的に高分化、進行度が低い、かつ予後が良いという傾向が見られる点も、FDG-PET 検査の有用性評価されるべきポイントである。なお、臓器別にも FDG の取り込みに乏しい、あるいは生理的集積との重なりにより評価が難しいがんも知られており、胃

癌、前立腺癌、泌尿器系癌などが代表的である。これらの偽陰性例に対して偽陽性例、すなわち FDG の集積する良性病変もやはり 10% 程度は見られ、代表的なものとして腸管、リンパ組織、筋肉などの生理的集積、結核腫やサルコイドーシスなどがあり、注意が必要である。

FDG-PET が保険適応となったのは 2002 年 4 月であり、2006 年 3 月までがんで肺癌、大腸癌、乳癌、転移性肝癌、原発不明癌などを含めた 10 疾患が対象となっていた。これらに加えてこの 4 月より食道癌、子宮癌、卵巣癌にも適応が拡大となっている。この他、がん以外にはてんかん、虚血性心疾患が適応となっている。

FDG-PET はがん早期発見の切り札としても期待され実際に数多くの検査ががんのスクリーニングを目的として施行されてきている。しかしながら先述したようにがん診療における有用性に関しては数多くの報告がなされている一方で、検診目的での有用性については異論もある。苦痛のない検査でありながら、がん発見率が 1% 程度と従来型のがん検診に比較して高いことなど有望なデータもあるが、受診者の延命や QOL 改善といった実質的なメリットが証明されるか、その場合、検査料に見合った経済的な効果が証明されるかといった検証がされることが望ましいが、厳密な検証には大きな困難が伴うものと思われる。

最後に FDG-PET は特にながの診療において、これまでの画像診断法では得られない有益な情報をもたらし、治療方針の決定に大きな影響がある。当院でも最新型の PET/CT がこの 7 月より稼働の予定であり、西多摩医師会の先生方と協力して本地域のがん診療水準のさらなる向上に貢献できれば幸いである。

#### 参考文献

- [1] Alexander et al. Dis Colon Rectum, 2004;47:451-458
- [2] Staib et al. Am J Surgery, 2000;180:1-5
- [3] Higashi et al. J Nucl Med 2002;43:39-45
- [4] Eschmann et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2006;33:263-269
- [5] Wolfgang et al. J Clin Onc 2003;21:2651-2657
- [6] Pelosi et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2004;31:932-939
- [7] Lardinois et al. New Engl J Med 2003;348:2500-7
- [8] Avril et al. J Clin Oncol 2000 15;18:3495-3502

**理事会報告**

★ Information

4月定例理事会

平成18年4月25日(火)

西多摩医師会館

〔出席者：真鍋・小机・横田・新井・鹿児島・小林・鈴木・田坂・蓼沼・中野・野本・渡辺(肇)・  
渡辺(良)・松原・足立〕

**【1】報告事項****1. 都医地区医師会長協議会報告（4月21日）****(1) 都医からの伝達事項**

- ① 東京都における乳がん検診及び子宮がん検診の事業評価の結果について
- ② 東京都看護職員就業等実態調査への協力依頼及び所属看護職員への調査票配布の協力依頼について

**(2) 協議事項**

なし。

**(3) 地区医師会からの報告****1. 中央ブロック（当番：日本橋医師会）**

- ① 老人健康診査時に新しく導入される基本チェックリスト、運動機能評価について  
(小石川医師会)

**2. 城東ブロック（当番：江東区医師会）**

- ① 江戸川区医師会医療検査センター 35周年記念誌（あゆみ）について  
(江戸川区医師会)

**3. 城西ブロック（当番：世田谷区医師会）**

- ① 新宿駅周辺クリニックマップについて  
(新宿区医師会)  
携帯電話からもアクセスできる。

**4. 城南ブロック（当番：荏原医師会）****5. 城北ブロック（当番：板橋区医師会）**

- ① 医師賠償責任保険について  
(北区医師会)
- ② 板橋区医師会医学会誌について  
(板橋区医師会)

**6. 多摩ブロック（当番：西東京市医師会）**

- ① 武蔵野徳洲会病院（仮称）の開設備連絡協議会発足と設置要綱について  
(西東京市医師会)
- ② 入院時基本料等地域加算について

**7. 大学ブロック（当番：慶應医師会）****(4) その他**

1. 「東京の精神保健福祉」(No.48) について
2. 17年度ぜん息患者防止事業（東京都医師会よりの再委託事業）受託費精算報告について

## 3. 各部報告（各担当理事）

産業医：日医認定産業医研修会（予定）（青梅市立総合病院）

7月22日（土）12時55分～18時

## 4. 地区会よりの報告（各地区理事）

青 梅：4／5 青梅市三師会総会。4／22 多摩泌尿器会市民講座

福 生：決算報告会。

羽 村：4／18 定時総会（事業会計報告）。

あきる野：4／17 総会。（ ” ）。

瑞 穂：基本健診アルブミン 155円別枠で請求可。

日の出：地区長 湯川文朗会員 副地区長 蓼沼 翼会員

## 【2】報告承認事項

## 1. 入会会員について —— 承認 ——

B会員：青梅市立総合病院 13名

（参考）退会 青梅市立総合病院 10名 渡邊栄二（尾形産婦人科クリニック）

## 2. 西多摩健康危機管理対策協議会委員就任の推薦について —— 承認 ——

横田 卓史会員

西成田 進会員

任期：平成18年4月1日～平成20年3月31日

## 3. 平成18年度多摩医学会役員の推薦について —— 継続 ——

## 【3】協議事項

## 1. 平成18・19年度本会各部分掌表・医道審議会一覧表（案）について —— 承認 ——

## 2. 平成17年度事業報告（案）の承認について —— 承認 ——

前回配布済の事業報告案の（空欄部分に下記文言を挿入する）

学術部 その他主催 第1回西多摩消化器疾患カンファレンス

総務部 3月総会 出席会員数 266名（委任状提出者 230名、議場出席者 36名）

## 3. 平成18年度第1回総会議題（案）について

1) 第4号議案（案）生命保険事務手数料の特定寄附に関して承認を求める件 —— 承認 ——

2) 第5号議案（案）会館建設準備委員会設置に関して承認を求める件

継続審議とする。

3) 総会前 講演「地域中核病院における緩和ケア」 —— 承認 ——

公立阿伎留病院緩和ケア病棟準備室科長 西田茂史先生

## 4. 「メンタルヘルス社内講演会」の講師派遣依頼について —— 承認 ——

5月18日あるいは5月30日PM14時から管理者向け

日立ライティング株式会社青梅事業所（青梅市新町6-16-2）

中野和広会員

## 5. 役員への報酬支給について

継続審議とする。

## 6. 平成18・19年度保険整備指導委員会委員担当一覧表について — 承認 —

## 7. その他

- 平成18年度春季都総体 空手道大会について(大会ドクター派遣依頼について) — 承認 —  
森整形外科医院 森 和胤院長を派遣する。
- 公立福生病院開放型病院運営委員会医院の推薦について(敬称略) — 承認 —  
真鍋勉(会長) 横田卓史(羽村) 中野和広(青梅) 田坂哲哉(福生)  
新井敏彦(瑞穂) 小机敏昭(あきる野)
- 国民保護法施行による各自治体から国民保護協議会などの設置があり、その委員の推薦依頼ある場合は協議し理事会報告とする。 — 承認 —

## 5月定例理事会

平成18年5月9日(火)

西多摩医師会館

[出席者：真鍋・小机・横田・新井・鹿児島・小林・鈴木・田坂・蓼沼・中野・野本・渡辺(良)・松原・足立]

## 【1】報告事項

## 1. 各部報告(各担当理事)

経理部：4/26 経理部会、4/28 会計監査会  
 学術部：5/17 青梅市立総合病院「PET-CT導入に伴う講演会」  
 広報部：5/17 新委員第1回編集委員会

## 2. 地区会よりの報告(各地区理事)

青 梅：5/30 総会。5/19 役員会、懇親会。  
 福 生：5/29 地区会、決算、総会。  
 羽 村：特になし。  
 あきる野：5/15 例会。  
 瑞 穂：5/17 医師会臨時総会。  
 日の出：特になし。

## 3. その他

- 行事日程予定 多摩地区医師会懇話会開催について  
平成18年11月11日(土) 京王プラザホテル エミネンスホール5F PM18時30分～
- 平成18年西多摩三師会総会・時局講演会・懇親会 (伝言板参照)  
日時：平成18年6月10日  
総 会：午後5時  
時局講演会：午後5時30分  
「医療制度改革のゆくえと今後の取り組みについて」  
講師：井上信治 衆議院議員  
懇親会：午後7時  
会場：フォレストイン昭和館

**【2】報告承認事項**

## 1. 入会会員について — 承認 —

B会員：青梅市立総合病院1名 坂本第二病院1名

(参考) 退会会員：青梅市立総合病院4名

## 2. 平成18年度多摩医学会役員の推薦について(継続)(敬称略) — 承認 —

真鍋 勉(真鍋クリニック) 原 義人(青梅市立総合病院)

塩澤三朗(塩澤医院) 森本 晋(大河原・森本医院)

西成田進(公立阿伎留病院) 松山 健(公立福生病院)

任期：平成18年4月1日～平成19年3月31日

**【3】協議事項**

## 1. 平成17年度収支計算(案)の承認について — 承認 —

## 2. 平成18年度第1回定時総会開催通知などについて — 継続審議 —

第4号議案及び第5号議案説明について

第1号議案 平成17年度収支計算につき承認を求める件

第2号議案 平成17年度預かり金につき承認を求める件

第3号議案 平成17年度西多摩医師会互助会収支計算につき承認を求める件

第4号議案 平成6年度より互助会会計に繰入られた生命保険事務手数料を本会計に寄附するにつき承認を求める件

第5号議案 会館準備委員会設置につき承認を求める件

第5号議案は第1、2号議案に続き本会総会で審議する。第3号、第4号議案は互助会総会の審議事項とする。

定時総会 5/26(金)午後8時 フォレストイン昭和館 2Fシルバンホール。

総会開始前に講演あり。

「地域中核病院における緩和ケアについて」西田茂史先生。

## 3. 平成18年度西多摩地域脳卒中医療連携事業業務委託契約(案)について(第2年度)

— 承認 —

## 4. 医師会行事日程について

納涼の夕べ 7/14(金)に予定。

新旧役員懇親会 6/14に予定。

## 5. 役員の報酬支給について(継続)

会費収入の1割以内での支給を検討したが、支給時期などは今後の検討とする。

(定款第17条の変更が必要、会員総数の4分の3以上の議決、主務官庁の認可後)

— 継続審議 —

**5月定例理事会**

平成18年5月23日(火)

西多摩医師会館

〔出席者：真鍋・小机・横田・新井・鹿児島・小林・鈴木・田坂・蓼沼・中野・西成田・野本・渡辺(良)・松原・足立〕

**【1】報告事項****1. 都医地区医師会長協議会報告（5月19日）****(1) 都医からの伝達事項**

- ① 日本医師会認定健康スポーツ医の派遣依頼について
- ② 妊婦の喫煙・受動喫煙防止のためのリーフレット配布について
- ③ 厚生労働省通知「『食育推進基本計画』に基づく健康づくりのための食育の推進について」について
- ④ 「平成16年度国民健康・栄養調査結果の概要」の送付について
- ⑤ 平成17年度在宅難病患者訪問診療事業実施状況報告（第4四半期分）について
- ⑥ 日本医師会認定産業医制度における研修会の開催予定について
- ⑦ 東京都内の介護老人保健施設の設置状況について
- ⑧ 共済部会平成18年度新規部会員加入促進の実施について
- ⑨ 第8回日本医師会主催「指導医のための教育ワークショップ」の開催案内について

**(2) 協議事項**

なし。

**(3) 地区医師会からの報告**

なし。

**2. 各部報告（各担当理事）**

総務部：総務会報告5月22日開催。

18年度作成の会員名簿用各地区連絡網の提出（5／30まで）。

各地区長に配布。

学術部：学術講演会 6／5（月）、6／15（木）（案内別掲）

6／28（水）（案内別掲）

平成17年度生涯教育申告状況（提出者数）（各部だよりコーナー参照）。

公衆衛生：「予防接種法施行例の一部を改正する政令」の一部を改正する政令案について。

**3. 地区会よりの報告（各地区理事）**

青 梅：○18年度基本健康診査、生活習慣改善指導事業、個別予防接種業務委託事業、各種母子保健業務委託事業等契約。



○青梅市国民保護協議会委員の推薦。

○5/19 懇親会、5/30 総会。

福生：5/29 総会。

羽村：7/18 羽村市学術講演会予定、7/23 障害者認定審査会。

あきる野：6月下旬 市民健康相談。

瑞穂：5/17 例会。

日の出：なし。

#### 4. その他

東京都医師会医道審議会への同道出席など報告（会長より）

5月9日 PM14時20分より

玉木会員出席。

## 【2】報告承認事項

### 1. 入会会員について —— 承認 ——

B会員：青梅市立総合病院 3名 公立阿伎留病院 4名 青梅成木台病院 1名  
公立福生病院 1名

（参考）退会会員：青梅慶友病院 2名 公立阿伎留病院 4名 公立福生病院 1名

## 【3】協議事項

### 1. （総会の設置する委員会）定款施行規則第28条による。

会館建設準備委員会の設置（選任、人数、任期など）について —— 承認 ——

選任は各地区長、会長経験者、諮問委員会委員長経験者（計13名）。任期、会館完成時まで、とする。本会の議事内容は継続報告し、承認は総会決定とする。

### 2. 西多摩医師会労働保険事務組合の委託契約（S55年4月1日付け委託契約・報酬等に関する覚書）について（新規予定者 鬼木社会保険事務所）

現委託先 坂元社会保険労務士事務所（坂元善治先生死去による）に勤務の鬼木社会保険労務士に変更。 —— 承認 ——

### 3. 平成18年度第1回定時総会式次第などの確認について —— 承認 ——

○議場出席者、委任状提出状況の確認。

○議事進行手順の確認。

### 4. その他 —— 承認 ——

○ 移動理事会日程について

18年7月25日（火）予定、場所 青梅地区。

○ 医師会館屋根補修工事について（18年5月中旬済）

# お知らせ

## 事務局より お知らせ

平成18年7月(6月診療分)の

保険請求書類提出

**7月8日(土)**

— 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 6月は14日(水)  
7月は12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。

社団法人 西多摩医師会

平成18年6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 鹿兒島武志

宮下吉弘 野村中夫 近藤之暢 渡辺良友 江本 浩 細谷純一郎  
道又正達 古川朋靖 鈴木寿和 馬場眞澄 石井好明

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。



「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

(株)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

# Medical Station

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 川越市市場1361-1  
TEL: 049-233-7074

“健康”のために、  
できること!...



alfresa

アルフレッサ株式会社

本社 〒101-8512 東京都千代田区神田錦町一丁目21番1 TEL.03(3292)3331(代表)