

西多摩医師会報

創刊 昭和47年7月

第426号 平成20年6月



平成 20. 21 年度 西多摩医師会新執行部発足

目 次

	頁		頁
1) 地域脳卒中医療連携検討会	小机敏昭 … 2	8) 第1回学術委員会報告	野本正嗣 … 30
2) 西多摩医師会臨床報告会	学術部 … 14	9) 伝言板	広報部 … 31
3) 専門医に学ぶ	勝田倫江 … 20	10) 理事会報告	広報部 … 32
4) 学術部インフォメーション	学術部 … 22	11) 会員通知・医師会の動き	事務局 … 35
5) 感染症だより	西多摩保健所 … 25	12) あとがき	鹿児島武志 … 38
6) 西多摩心臓病研究会報告	江本 浩 … 27	13) お知らせ	事務局 … 39
7) 特定健診について	野本正嗣 … 28		

西多摩地域脳卒中医療連携検討会

「医療連携リストと患者情報シートの使用状況に関するアンケート調査」結果報告

検討会座長 小机敏昭

西多摩医師会は、平成17年度から19年度までの3年間、東京都委託事業として「疾病別医療連携-西多摩地域脳卒中医療連携」事業を推進してきました。そして、昨年5月、「西多摩地域脳卒中医療連携リスト」を、9月に「患者情報シート-医療連携用・地域連携用」を作成、配布いたしました。本年2月、本事業の区切りとして使用状況調査を実施、まだ使用機関が短いため満足いく結果は得られているとは言えませんが、今後さらに普及啓発の努力をし、地域医療連携体制の構築をめざしていく必要があることがわかりましたので、報告いたします。報告内容は(1)質問事項(2種)、(2)アンケート調査結果、(3)考案、(4)結語により構成されています。広報部(注)

(1) 質問事項 - **医療機関用**と**福祉・介護関係者用**の2種類の調査用紙を作成。

西多摩地域脳卒中医療連携アンケート調査用紙 **医療機関用(1)**

A 西多摩地域脳卒中医療連携について、以下の質問にお答え下さい。

「西多摩地域脳卒中医療連携リスト」(黄色い表紙の刷誌、H19年5月配布)について

Q1. 医療連携の際に利用したことがありますか? (1ある、2ない)

Q2. Q1で「ある」とお答えになった方にお聞きます。それは、次のどの場合に利用しましたか?

(1 病-病連携の際、2 病-診連携の際、3 診-診連携の際、

4 その他 ())

Q3. 医療と福祉・介護の連携の際に利用したことがありますか? (1ある、2ない)

Q4. I 「医療機関連携リスト」の内容を調べたことがありますか? (1ある、2ない)

Q5. II 「訪問歯科診療・車椅子対応可能な歯科医療機関リスト」の内容を調べたことがありますか? (1ある、2ない)

Q6. III 「訪問服薬指導・配達可能な調剤薬局リスト」の内容を調べたことがありますか?

(1ある、2ない)

Q7. IV 「福祉関係施設・事業所連携リスト」の内容を調べたことがありますか?

a 介護老人保健施設について (1ある、2ない)

b 訪問看護ステーションについて (1ある、2ない)

c 介護老人福祉施設について (1ある、2ない)

d 居宅介護支援事業所について (1ある、2ない)

Q8. 「医療連携リスト」の活用は、連携上役に立つと思いますか?

(1はい、2いいえ(その理由:))

西多摩地域脳卒中医療連携アンケート調査用紙 (福祉・介護関係者用 (1))

A 西多摩地域脳卒中医療連携について、以下の質問にお答え下さい。

○ 「西多摩地域脳卒中医療連携リスト」(黄色い表紙の刷誌、H19年5月配布)について

- Q 1. I 「医療機関連携リスト」の内容を調べたことがありますか? (1 ある、2 ない)
- Q 2. II 「訪問歯科診療・車椅子対応可能な歯科医療機関リスト」の内容を調べたことがありますか? (1 ある、2 ない)
- Q 3. III 「訪問服薬指導・配達可能な調剤薬局リスト」の内容を調べたことがありますか? (1 ある、2 ない)
- Q 4. IV 「福祉関係施設・事業所連携リスト」の内容を調べたことがありますか?
- a 介護老人保健施設について (1 ある、2 ない)
- b 訪問看護ステーションについて (1 ある、2 ない)
- c 介護老人福祉施設について (1 ある、2 ない)
- d 居宅介護支援事業所について (1 ある、2 ない)
- Q 5. 「医療連携リスト」の活用は、連携上役立つと思いますか?
(1 はい、2 いいえ (その理由:))

○ 「西多摩地域脳卒中医療連携患者情報シート」について

- Q 6. 「患者情報シート (1) 医療連携用」の情報提供を受けたことがありますか?
(1 ある、2 ない)
- Q 7. Q 6で「ある」とお答えの方にお聞きします。その内容は、患者状態がわかりやすかったですか?
(1 はい、2 いいえ (その理由:))
- Q 8. 「患者情報シート (2) 地域連携用」の情報提供を受けたことがありますか?
(1 ある、2 ない)
- Q 9. Q 8で「ある」とお答えの方にお聞きします。その内容は、患者状態がわかりやすかったですか?
(1 はい、2 いいえ (その理由:))
- Q 10. 医療機関からの患者情報として情報提供書が提供されたことはありますか?
(1 ある、2 ない)
- Q 11. 「患者情報シート」の活用は、連携上、役に立つと思いますか? (1 はい、2 いいえ)

B 一般事項。以下の質問にお答え下さい。

- Q 12. 日常業務において、1か月に何人位の脳卒中後遺症の方にサービス提供をしていますか?
(約_____名)
- Q 13. 以下のうち知っている項目には○を、知らない項目には×を () 内に記入して下さい。
- 1 () 医療費適正化計画 2 () 地域ケア体制整備構想
- 3 () 疾病別医療連携 4 () 地域連携パス

- ☐ 最後に、医療連携、医療－福祉・介護の連携につきお気づきの点がありましたら、以下に記入してください。

(2) アンケート調査結果

調査時期：「連携リスト」配布 9 ヶ月後、「患者情報シート」配布 5 ヶ月後 平成 20 年 2 月実施

回答率

1. 医療機関

急性期対応病院	2/5	(40.0%)
早期リハビリ病院	4/9	(44.4%)
慢性期病院	4/6	(66.7%)
有床診療所	3/4	(75.0%)
有床診療所（産婦人科・眼科）	4/7	(57.1%)
無床診療所（訪問診療可）	23/43	(53.5%)
無床診療所（外来対応可）	17/30	(56.7%)
無床診療所（全て不可）	16/27	(59.3%)
その他の病院	2/4	(50.0%)
計	75/135	(55.6%)

2. 福祉・介護関係

介護老人保健施設	4/9	(44.4%)
訪問看護ステーション	10/14	(71.4%)
介護老人福祉施設	22/46	(47.8%)
居宅介護支援事業所	27/66	(40.9%)
計	63/135	(46.7%)

まず「回答率」ですが、医療機関は、連携リストに掲載してある 135 医療機関にアンケート用紙を送付、回答いただけたのが 75 医療機関、回答率 55.6%、内訳を見ますと、急性期病院の 2/5 は残念でしたが、他は半数を超えている状況、無床診療所が予想より多い結果でした。福祉・介護関係は、やはりリストに掲載してある 135 施設・事業所に発送し、63 施設・事業所が回答、46.7% の回答率でした。訪問看護ステーションの回答率が 71.4% と高かったという結果でした。

次に集計結果ですが、まず医療機関用をご覧ください。Q1 連携リストを利用したことが「ある」のが 10 医療機関、内訳は表の通りで、Q2 で病－診連携の際の利用が 6、病－病連携の際の利用が 2、その他 2 でした。1 医療機関が何件のケースに利用しているかは聞いていませんが、このような状況です。Q3 医療と福祉・介護の連携では、9 医療機関が利用、内訳は表の通りです。Q4 リストの内容を調べた事があるか、という形で質問すると、33 医療機関が調べており 44%、意外に良く見ている事がわかりました。Q5 では歯科について 10 医療機関が調べており、

Q6 調剤薬局について調べているのが7医療機関、連携リストに掲載して良かったと思います。Q7 福祉・介護関係について調べたことがあるのは、老健について22、ステーションについて21、特養ホームについて19、事業所について15で、20から29.3%の利用が見られ、リストが役に立っている事が分かるように思われます。Q8 リストは連携上役に立つと答えたのが63(84%)、次に「患者情報シート」についてですが、Q9 医療連携用の使用が5医療機関、配布して約5ヶ月でこの使用状況でした。1医療機関がいくつのケースに使用したかは聞いておりません。Q10 地域連携用の使用は4医療機関、Q11 医療連携用と地域連携用の同時使用が4医療機関、Q10と同じ結果でした。Q12 医療機関への情報提供書として使用したのが5医療機関、福祉・介護関係への情報提供書として使用したのが3医療機関、Q14 患者情報シートの提供を受けたことがあるのは、7医療機関、内訳は表の通りで、患者情報シートが少しずつ普及し始めている状況がわかりました。Q15 医療機関用シートの内容についてですが、「わかりやすかった」が6、「わかりにくい」が1でした。Q16 地域連携用シートでは、「わかりやすかった」5、「未回答」2でした。Q17 患者情報シートが連携上役立つ、と答えた医療機関が52(69.3%)ですが、「未回答」が23あり、役立たないと考えている医療機関は0でした。

Q1 医療連携の際に利用				
	1ある	2ない	3未回答	計
1. 急性期対応病院	2	0	0	2
2. 早期リハビリ病院	4	0	0	4
3. 慢性期病院	1	3	0	4
4. 有床診療所	0	3	0	3
4. 有床診療所(産婦人科・眼科)	0	4	0	4
5. 無床診療所(訪問診療可)	2	20	1	23
6. 無床診療所(外来対応可)	0	17	0	17
7. 無床診療所(全て不可)	1	15	0	16
8. その他の病院	0	2	0	2
計	10	64	1	75

Q4 「医療機関連携リスト」の内容を調べたことが				
	1ある	2ない	3未回答	計
1. 急性期対応病院	2	0	0	2
2. 早期リハビリ病院	4	0	0	4
3. 慢性期病院	2	2	0	4
4. 有床診療所	2	1	0	3
4. 有床診療所(産婦人科・眼科)	1	3	0	4
5. 無床診療所(訪問診療可)	15	7	1	23
6. 無床診療所(外来対応可)	3	13	1	17
7. 無床診療所(全て不可)	3	13	0	16
8. その他の病院	1	0	1	2
計	33	39	3	75

Q9 「患者情報シート(1)医療連携用」の使用				
	1ある	2ない	3未回答	計
1. 急性期対応病院	2	0	0	2
2. 早期リハビリ病院	1	3	0	4
3. 慢性期病院	0	4	0	4
4. 有床診療所	0	3	0	3
4. 有床診療所(産婦人科・眼科)	0	4	0	4
5. 無床診療所(訪問診療可)	2	21	0	23
6. 無床診療所(外来対応可)	0	17	0	17
7. 無床診療所(全て不可)	0	16	0	16
8. その他の病院	0	2	0	2
計	5	70	0	75

Q10 「患者情報シート(2)地域連携」の使用				
	1ある	2ない	3未回答	計
1. 急性期対応病院	2	0	0	2
2. 早期リハビリ病院	1	3	0	4
3. 慢性期病院	0	4	0	4
4. 有床診療所	0	3	0	3
4. 有床診療所(産婦人科・眼科)	0	4	0	4
5. 無床診療所(訪問診療可)	1	22	0	23
6. 無床診療所(外来対応可)	0	17	0	17
7. 無床診療所(全て不可)	0	16	0	16
8. その他の病院	0	2	0	2
計	4	71	0	75

Q14 「患者情報シート」の提供、受けたことが				
	1ある	2ない	3未回答	計
1. 急性期対応病院	1	1	0	2
2. 早期リハビリ病院	3	0	1	4
3. 慢性期病院	1	2	1	4
4. 有床診療所	0	3	0	3
4. 有床診療所(産婦人科・眼科)	0	3	1	4
5. 無床診療所(訪問診療可)	2	20	1	23
6. 無床診療所(外来対応可)	0	16	1	17
7. 無床診療所(全て不可)	0	16	0	16
8. その他の病院	0	2	0	2
計	7	63	5	75

Q18 脳卒中急性期症例は1年間に何例みることがあるか							
	1 0例	2 1~2例	3 3~5例	4 5~9例	5 10例以上	6未回答	計
1. 急性期対応病院	0	0	0	0	2	0	2
2. 早期リハビリ病院	0	1	0	2	1	0	4
3. 慢性期病院	2	0	0	1	1	0	4
4. 有床診療所	0	1	2	0	0	0	3
4. 有床診療所(産婦人科・眼科)	4	0	0	0	0	0	4
5. 無床診療所(訪問診療可)	3	16	4	0	0	0	23
6. 無床診療所(外来対応可)	7	3	3	1	1	2	17
7. 無床診療所(全て不可)	14	1	1	0	0	0	16
8. その他の病院	1	0	1	0	0	0	2
計	31	22	11	4	5	2	75

Q18 脳卒中急性期症例は1年間にみる例数は、0例が31医療機関(41.3%)、1~2例22、3~5例11、5~9例4、10例以上5、未回答2で、みている医療機関は56%に及んでいることがわかりました。無床診療所で年間1~5例みているということから、急性期医療連携の重要性が浮き彫りになったと思われます。Q19・20は院内クリティカルパスについての質問

ですが、有効に活用されているようです。Q21 各項目の認知度の質問ですが、「新医療計画」27 (36%)、「4 疾病 5 事業における医療連携体制」23 (30.7%)、「疾病別医療連携」36 (48%)、「地域連携診療計画管理料」19 (25.3%)、「地域連携パス」39 (52%)、「医療費適正化計画」24 (32%)、「健康増進計画」39 (52%)、「地域ケア体制整備構想」17 (22.7%)、という事で、50% を超えるのは「地域連携パス」と「健康増進計画」の2つでした。「疾病別医療連携」は48% でした。「4 疾病 5 事業」については、まだ認知度が低いようです。Q22 新医療計画において脳卒中医療連携体制が導入された場合、「参加する」の回答が17、「不明」26、「いいえ」29 でしたが、まだ具体化されていないのでこのようになったと考えられます。最後に「ご意見」をうかがいました。以下の通りです。

C 医療機関よりの意見や感想

- 3年間ご指導賜りありがとうございました。当院での患者情報シートと診療情報を提供書として正式に使用が出来るようになり、又他の疾患での連携にも転用できるように検討させていただきます。(電子カルテ導入の際にも使用が可能なように設定させていただくべく努力してまいります。(急性期対応病院))
- 症例検討会を開いていただけませんか。地域連携パスは医師会を中心にしていただけると助かります。(早期リハビリ病院)
- いつもお世話になっております。今後ともよろしくお願い申し上げます。(早期リハビリ病院)
- 患者受け入れの際に患者情報シートが情報を得る上で時間が短縮され業務の効率化に役立っています。なかなか自宅に戻ることが出来る人は少ないですが、今後も全ての局面においてリストやシートを用いて連携を円滑に行えるように工夫していきたいと考えます。(早期リハビリ病院)
- 急性期病院よりの受け入れとして、家族たちの気持ちは、預かってくれる所ならどこでも良い(介護3施設の違いすら知らず)と思っている。まだまだ急性期の病院とその先の受け入れ施設との連携は不十分と思われる。(慢性期病院)
- 青梅市立総合病院以外ではどこの病院が脳卒中に対応されているのか理解していない。もう少し具体的な実際にあつた情報が必要ではないでしょうか。(有床診療所)
- すでに寝たきりで、他疾患重複している様な特養利用者の脳硬塞の場合どこまで転搬送をお願いするべきか迷うことが多いです。(有床診療所)
- 眼科医として、どこまで参加、協力できるか検討中です。(有床診療所(産婦人科・眼科))
- 「リスト・シート」については、「そういえばあつたな!」という感じで通常では実際に当てはまる患者がいてもそれを思い出すに至らなかった。老人ホームに行った時、1件だけ他の地域の同様なシートを見ましたが、非常に患者・家族等を把握するのに役に立ちました。(無床診療所(訪問診療可))
- 患者情報シートがパソコンで入力 → 印刷できるといいのですが。(無床診療所(訪問診療可))
- 連携が迅速になることは良い事ですが、各疾患ごとに患者情報シートが異なる事であれば煩雑になりすぎます。現在の脳卒中でも書くことがためられる程の複雑さがあります。使用することによほどのメリットがあることが理解されないなら、多分使用することは少ないと思われます。(無床診療所(訪問診療可))
- 病院を退院して在宅に戻る時には必ず患者情報シートを使用してくれないと普及しないと考

- る。連携リストは非常に便利である。(無床診療所(訪問診療可))
- 急性期の患者さんが受診された時には、診察、バイタル確認後、直ちにTELにて病院と連絡を取り、受け入れ可能なら紹介状を持たせ救急又は自家用車で搬送してもらっている。(無床診療所(外来対応可))
 - 脳卒中関係も非常に大事ですが、最近では当院では心臓関係(狭心症、心筋梗塞)でお願いすることが圧倒的に多いと思われます。(無床診療所(外来対応可))
 - 西多摩地域における保健・医療・福祉の連携の強化が円滑に進む事を希望します。(その他の病院)
 - 当院は単科の精神科病院で高齢化と認知症老人病棟があるため、合併症治療対応が日常的に必要なになっている。その合併症対応については青梅市立総合病院、高木病院をはじめ、他の開業医クリニック等に変えてお世話になっており相互の連携は良好と思われる。(その他の病院)

続きまして、福祉・介護関係者の集計結果にうつります。Q1 リストの内容を調べたことが「ある」35(55.6%)、内訳は表の通りで、医療機関が44%でしたので、よく見ている状況がわかりました。Q2・3訪問歯科診療につき調べたことがあるのが24(38.1%)、調剤薬局について調べたことがあるのが14(22.2%)で、居宅介護支援事業所で活用されているようです。Q4福祉関係施設・事業所リストの内容を調べたことがあるのは、「老健について」38(60.3%)、「訪問ステーションについて」26(41.3%)、「特養ホームについて」32(50.8%)、「事業所について」27(42.9%)で、内訳は表の通りです。Q5リストの活用が連携上役に立つ、と回答したのが53(84.1%)、医療機関の84%と一致しています。Q6患者情報シート、医療連携用の情報提供書を受けたことがあるのは、老健1施設、Q7その内容は分かりやすかった、の回答でした。Q8地域連携用情報提供を受けたことがあるのは1事業所で、Q9その内容はわかりやすかった、と回答しております。Q10医療機関から患者情報として情報提供書が提供されたのは35(55.6%)、今後、患者情報シートを活用していただけることを期待する所です。Q11患者情報シートが連携上役に立つ、と回答したのは46(73%)、医療機関は69.3%でしたので、それより多い回答率でした。Q12日常業務で1ヶ月に何名位の脳卒中後遺症の方をみているかを聞きますと、施設では20名以上、事業所で10名程、ということで、脳卒中後遺症の方が地域で多い事がわかりました。Q13知っている項目、「医療費適正化計画」24(38.1%)、「地域ケア体制整備構想」24(38.1%)、「疾病別医療連携」12(19%)、「地域連携パス」21(33.3%)、医療機関より認知度が高かったのは「地域ケア体制整備構想」だけでした。最後に☐の意見ですが、なかなか参考になります。

Q1 「医療機関連携リスト」の内容を調べたことが				
	1ある	2ない	3未回答	計
1. 介護老人保健施設	3	1	0	4
2. 訪問看護ステーション	7	3	0	10
3. 介護老人福祉施設	8	14	0	22
4. 居宅介護支援事業所	17	10	0	27
計	35	28	0	63

Q4 「福祉関係施設・事業所連携リスト」の内容を調べたことが												
	a (老健)			b (訪問ステーション)			c (特養ホーム)			d (事業所)		
	1ある	2ない	3未回答	1ある	2ない	3未回答	1ある	2ない	3未回答	1ある	2ない	3未回答
1. 介護老人保健施設	3	1	0	1	3	0	3	1	0	2	2	0
2. 訪問看護ステーション	6	4	0	6	4	0	4	6	0	6	4	0
3. 介護老人福祉施設	10	12	0	4	18	0	9	13	0	8	14	0
4. 居宅介護支援事業所	19	8	0	15	11	1	16	10	1	11	15	1
計	38	25	0	26	36	1	32	30	1	27	35	1

Q12 日常業務において、1ヶ月に何人位の脳卒中後遺症の方にサービスを提供していますか？							
	0~10名	11~20名	21~30名	31~40名	41名以上	未回答	計
1. 介護老人保健施設	0	0	1	0	1	2	4
2. 訪問看護ステーション	3	1	0	0	1	0	10
3. 介護老人福祉施設	2	2	4	5	5	4	22
4. 居宅介護支援事業所	19	5	1	0	0	2	27
計	29	8	6	5	7	8	63

C 福祉・介護関係者よりの意見や感想

- 精神科の領域では行っています。(訪問看護ステーション)
- 「Q 10」の情報提供書について。当ステーションでは、「情報提供書」を「看護サマリー」として捉えた。「1 ある」の該当としているが、当ステーションから情報の提供を依頼して、はじめて情報の提供が行われる状況である。(訪問看護ステーション)
- 医療依存症の高い利用者様のレスパイト、緊急一時入院の施設が少ないと思います。(訪問看護ステーション)
- 地域ベッドのような形で、各病院に2～7床設置して頂けるといいと思います。(訪問看護ステーション)
- 医師から患者さんを在宅へ帰そうという言葉が余り聞くことが出来ません。脳梗塞後遺症が残って帰るのは無理かと考える前に訪問看護ステーションに相談して欲しいと思います。在宅でも、病院にいる時のようにリハビリも看護ケアも提供でき、むしろ帰ってきてからADLを向上させるという事が出来るケースも多いです。自宅へ帰る事を考えて是非病棟に、看護STを呼んでください。(訪問看護ステーション)
- ケアを展開していくにあたり、主治医の意見等を求められることが多いが、総合病院等の医師は大変忙しく書類等に追われている様なので、こちらも先生にお願いするのが悪いような気がしますし、先生も迷惑そうなことが多いので、もう少し医師の負担を減らす事も大切なのではと思います。(訪問看護ステーション)
- 患者情報シートに関しましては、大変有効なシートだと考えております。西多摩訪問看護ステーションブロック会でも今後活用できるよう、声を掛けていきたいと会議の中でも話しております。(訪問看護ステーション)
- 緊急時の夜間体制における協力医療機関が確立されていないように思える。(介護老人福祉施設)
- 特養入所利用者の急変時対応として救急外来受け入れが困難である。救急ベッドに限りがあり、病院側の受け入れ体制として限界があるのは良く認識しているが、当施設住所地である青梅市は特養施設が24ヶ所あり、救急対応、急性期症状の入院受け入れ病院、入院ベッド数が不足

している現実がある。特養施設での終末期看取り介護の取り組み、医療ニーズの高い利用者の受け入れも（IVH、糖尿病インシュリン、気管切開等）、施設の看護師配置状況からも難しい現実がある。（介護老人福祉施設）

- 医療機関が厳しい環境にある事は報道等でも承知していますが、地域の中にあつて地域の人々のために医療という崇高な行為を是非ともこの地域の中で遂行していただくようお願いしたいとおもいます。この地域はあきる野ですので、地元の開業医様から阿伎留医療センター又は慢性期の病院 → 在宅、施設と循環できたらと思います。（介護老人福祉施設）
- 緊急で高度な医療を必要、不必要と判断軸を迫られる時は、立派なハードがせつかくある阿伎留医療センターを利用できるような体制を是非お願いします。（介護老人福祉施設）
- 高齢化社会に突入しているこの時代で、金銭的にゆとりのある方はよろしいですが、低所得の方たちが慢性期を迎えた場合、1ヶ月20万円前後の入院費はとて払えない方たち（特に長期になった場合）を私達はどのように支えていけばよいのでしょうか？在宅では訪問診療、施設では看取りが出来れば医療費の抑制にも繋がることかとも思います…………。（介護老人福祉施設）
- 地域ケア体制が整備されることを願っています。（介護老人福祉施設）
- 公立病院の介護老人福祉施設に対する緊急外来の受け入れに対し疑問を感じます、現実問題として、緊急外来に病変の利用者の受け入れを依頼しても救外看護師が医師に確認せずに受け入れを断るケースが何回かありました。このような現状ですと、病院自体が施設利用者の受け入れを病院上層部より拒否する体制をしいているのではないかと疑ってしまいます。医療-福祉・介護の連携を考えて頂けるのであればもう少し施設の実情（常勤医師の有無等）をご理解いただき、緊急外来の受け入れを行ってもらいたいと請願します。（介護老人福祉施設）
- 私どもの施設は都県境にあるため、行政区の違いによるところの不便さを感じることがあります。例えば、埼玉県の病院にかかると、埼玉県内の他の病院に転院する機会（ex: 埼玉医大や防医大等）が増え利便性を欠くことが多いです。「地域」という概念はあくまでも行政区や医療圏的な発想でとらえていただきたくないと思っております。（介護老人福祉施設）
- 高齢者の場合、脳卒中発症のリスクが高いが急変時に受け入れてくれる医療機関を探すのに苦労する。近隣の公立病院でなかなか受け入れてもらえないので、当院では高木病院の連携室にお願いし受け入れてもらい大変助かっています。（介護老人福祉施設）
- 内容に知らない部分が多いので周知していただければ利用度が増すと思われる。（介護老人福祉施設）
- 福祉・介護の現場では、各々の医療機関の役割や特性を十分に理解していく必要があると思う。又、医療機関のDrも福祉・介護の現場ごとの違いをもっと理解する努力をしていただきたいと思う。さらに、個人情報保護法との関係から現場スタッフになかなか患者の情報が行き渡らない現状をもう少し前向きに改善していただけたらと願っている。（介護老人福祉施設）
- 医療と福祉・介護の連携はとて大事で、私達介護の現場でお医者さんが常時いたらどんなに心強いだらうと思う事があります。又、常勤じゃなくてもすぐ相談し指示を出してもらえたらと思う事があります。ご利用者さんの主治医と連絡したくても診療中で忙しいのでは等、色々考え、連絡しないままに終わってしまう事もあります。もう少し気軽に連携が取れたら素晴らしいと思いますが…………。（居宅介護支援事業所）
- 介護保険では新しくサービスが始まる時や更新時に「サービス担当者会議」の開催が義務付けられていますが、これへの出席を主治医に求めることは難しいので、文書で意見を頂くことがあります。これへの対応が病院によって色々で、文書作成にかかる日数はともかく、金額が0

円～4200円の差があります。利用者に請求すべきお金ではないので困っています。青梅総合病院の事務と話した時、「西摩医師会からの指示があればそれに従いますが、そうでなければ当院の方針で。」との事でした。患者情報シートをこのような時に使わせて頂く事ができるでしょうか？使うことが出来たらありがたいのですが。(居宅介護支援事業所)

- 在宅医療（訪問診療）について情報を得ることが、もう少し容易になると良いと感じています。(居宅介護支援事業所)
- 居宅介護支援を行うに当たり、医療系サービス利用を位置づける際には主治医との連携が必要になっています。主治医のご意見を伺うには患者さんの受診時に付き添い、注意事項など確認させてもらっています。ほとんどの主治医の先生方には的確な回答を頂き、助かっています。今後もご協力お願いいたします。(居宅介護支援事業所)
- ケアマネージャーやサービス事業者（居宅）は、常々医師との連携を密にしたいと思っています。患者情報シート等、居宅事業者を集めて周知していただくような機会を望みます。地域連携パスについて、大いに期待しています。在宅のケアプランを組む際に、居宅ケアマネージャーは主治医と連絡を取り合った実績があることを行政から求められています。ケアマネとしては、介護保険認定調査の際の主治医意見書により、「特記」部分など活用して主治医から指示が受けられることが、お互いのために望ましいのではないかと考えます。医師側もご同意頂けるようでしたら、行政への働きがけにご協力頂けないでしょうか。(居宅介護支援事業所)
- 連携を密にしていくべきと思います。(居宅介護支援事業所)
- 昨年11月からこの地域の勤務となり、アンケートに関しては十分な回答が出来ません。医療との連携については、居宅のケアマネージャーについては以前から強く望まれている事だと思います。医療機関によっては強い拒否反応を見せられるところもあります。福祉・介護側も医療に関する情報・知識等を身につけていく必要もあるかとは思いますが、医療と福祉・介護の連携についてはその利用者（患者）の情報を連携するという前に、両者の根本的な連携が必要ではないかと思えます。(居宅介護支援事業所)
- 医療機関（Dr）によって、ご理解のある方とない方との対応がまちまち。サービス担当者会議へのDrの出席はほぼ出来ない。第5表で対応している。今まで出席したケースは2名。この方は、パーキンソン、胃瘻、在宅酸素、気管切開、尿路カテーテルをしている方とターミナルの方で医療系のサービスを多く利用される方で、退院時に病院で行える方でした。第5表で対応したり、別の意見書を求めたり、市町村によって違うので迷ってしまうことがある。認定調査時の主治医意見書もあるので、統一したり、まとめたり出来たら良いと思います。益々、在宅での医療の強い方が増えていくと思います。(ターミナルとか) その方たちを対応できる資源（24h、訪介、訪看）があまりにも少なかった。行き場の無い方がたくさん出てきてしまうと思います。(居宅介護支援事業所)
- 入院できる病院の救急医療体制、受け入れ、医師の確保の事について地域住民は困っているという声をよく耳にします。(居宅介護支援事業所)
- 介護保険のケアマネ研修等では上記内容の連携は必須とされ行われているが、医師はその様な研修をされているのでしょうか？(居宅介護支援事業所)
- 阿佐留医療センターは西摩地域の特に松原村から一番近い先進医療の場と思うが、施設入所中の高齢者は受け入れてもらえない現状がある。急性期の病院だから、満床だから、と断られる。松原村の高齢者の方も税金を納め、その一部は分担金となっているのに見てもらえないのは理不尽に思う。いつでも安心できる頼れる医療センターであって欲しい、とお願いしたい。(居宅介護支援事業所)

(3) 考案

本検討会で出た様々な意見をまとめてみます。

「特養とか老健で看とりができるような状況になると良いが」「連携の定義がバラバラなので、同じ見解、共通認識を持つようにして行かねばならない」「リスト・患者情報シートは、今後、内容を改訂していく必要がある」「福祉・介護関係者の生の声はよく分るが、急性期病院側にも言い分がある。お互いの溝を埋めていくことが大事」「患者情報シートは老健などの医師にも使ってもらいたい。施設から救急車で来る時、情報シートを施設の医師が書いて持たせてくれば大変助かる」「連携シートを何件かもらっているが、患者さんを受け入れやすい」「患者紹介の際にはこの患者情報シートを使っていくという啓発活動をお願いしたい」「症例検討会を開催してほしい」「特養の患者さんが脳梗塞を起こした場合、脳梗塞は急性期だが、患者背景は寝たきり状態、これを急性期として入院させた場合、在宅で看取るか、ホームで看取るか以外は全て急性期に入ってきてしまう。これを解決していかないと何の解決もみられないだろう」「要介護状態の看取りをどこでやるのか、ということを決めない限り、全ての看取りは急性期病院、という事になる。急性期病院は満床状態、どうにもならない」「40万の人口の1つの地域で、1つの連携パスでやっていこうという事は画期的なことである」「歯科では今まで連携ということ余り考えずに在宅歯科治療をやってきたが、今後、連携上で在宅診療をやる必要があることを認識した」「リストの活用など、このアンケートで「ない」「いいえ」と回答した施設について啓発していく必要があると思う」「連携リストのインターネット掲載ができると便利」「症例検討会-実現できない諸問題を共通認識として捉えあえる場が必要であろう」

(4) 結語

今回の西多摩地域脳卒中医療連携リストと患者情報シートの使用状況についてのアンケート調査の結果、使われ始めていることがわかりました。しかし、まだまだ満足いく状況ではなく、これからは活用を増やしていく方法、普及させていく方法を考える必要があります。

平成19年4月に施行された第5次医療法改正では、医療計画制度の下で、4疾病(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病)5事業(救急医療・災害時医療・へき地医療・周産期医療・小児救急を含む小児医療)ごとに、医療連携体制を構築することになり、本年4月より新しい医療計画が作成され、スタートしました。医療連携の構築は、これからの日本の医療提供システム上、大変重要なこととなります。

西多摩医師会は、西多摩地域の状況から、テーマに「脳卒中」を選び、平成17年度に「西多摩地域脳卒中医療連携検討会」を立ち上げ、3年間に渡り様々な議論を重ねてきました。その中で作成した「西多摩地域脳卒中医療連携リスト」は、西多摩地域で対応できる医療・福祉・介護サービスの提供体制をわかりやすく、選択しやすくまとめた刷誌、「患者情報シート-医療連携用」は、診療情報提供書をさらに詳細にした内容、「地域連携用」は、身体機能および日常生活動作(ADL)と療養環境情報に関する内容になっています。これらを活用することにより、急性期医療-リハビリテーション医療-慢性期医療-在宅医療の流れ、さらに医療と福祉・介護の流れが円滑になり、情報を共有できることとなります。

今後皆様には紹介・逆紹介時等に「連携リスト」「患者情報シート(地域連携パス)」を使っていただき、西多摩地域の市民が安心して地域完結型医療-福祉・介護サービスを利用できるような連携システムが確立できることを期待します。

尚、「医療連携リスト」「患者情報シート(地域連携パス)」が必要な場合、西多摩医師会事務局に連絡していただければお渡しできますので、よろしく願いいたします。

第6回西多摩医師会臨床報告会

日時：平成20年3月18日(火) PM7:30～
会場：青梅市立総合病院 3F 講堂

◆胸部大動脈に病変を有する炎症性大動脈瘤の一例

公立阿伎留医療センター内科

仁科有美子 土屋貴彦 青木正紀

山上賢治 早川純子 金子菜穂 西成田 進

症例

症例：79歳、女性

主訴：貧血、発熱、食思不振

既往歴：高血圧、高脂血症、多発脳梗塞

家族歴：特記事項なし

現病歴：約2か月間にわたる下痢、食思不振を認めため近医を受診した。Hb 9.2の貧血を認めたため、下部消化管内視鏡検査を施行したが異常所見を認めなかった。その後下痢は改善したものの、食思不振が続き、血液検査上も貧血の改善を認めないため、精査目的で当院紹介受診となった。上部消化管内視鏡検査、腹部エコーでは異常所見を認めず、血液・生化学検査にてHb 8.6と貧血、CRP 7.6と炎症反応高値を認めたため、精査目的で入院となった。

入院時現症：体温 36.8°C、血圧 152/76 mmHg、脈拍 76/分・整・左右差なし、眼瞼結膜軽度貧血様、眼球結膜に黄染なし。表在リンパ節触知せず。右頸動脈に血管雑音を認めた。胸腹部異常所見なし。神経学的異常所見なし。

検査所見：Hb 9.5g/dlの正球性貧血とCRP 8.3mg/dlの炎症反応亢進を認めた。血清鉄低値、UIBCは正常範囲、ferritinは高値を示した。自己抗体は陰性、抗好中球細胞質抗体(ANCA)陰性。血清梅毒反応陰性。血液培養では菌は検出されなかった。

骨髓穿刺所見では有核細胞数 $23.3 \times 10^4/\mu\text{l}$ 、M/E比 6.2で、異常細胞を認めなかった。

胸部レントゲン写真所見では特記すべき異常所見を認めず、胸腹部造影CT所見では胸部下行大動脈壁の不整と、大動脈外膜に一部造影効果を認めた(Fig.1)。また、腹部大動脈(径3.6cm)に解離を認めた。Gaシンチでは大動脈の一部に異常集積を認めた(Fig.2)。造影CTにて動脈壁に造影効果を認めた部位と同一部位と考えられた。

入院後経過：血液検査所見より、貧血の原因は慢性炎症によるものと考えられた。しかし症状ならびに各種画像所見からは炎症病巣は認められず、胸部大動脈の一部に血管炎の所見を認めたのみであった。腫瘍マーカーはCA 19-9が軽度高値であったが、腹腔内臓器に腫瘍性病変を認めなかった。胸部大動脈の特徴的な造影CT所見から炎症性大動脈瘤と診断し、ステロイド薬による治療をプレドニゾロン 20mg/dayで開始した。治療開始後すみやかに解熱、炎症反応陰性化が認められ、自覚症状も改善された。以後外来通院治療とし、プレドニゾロンは漸減して現在5mg/dayで維持量としているが、症状の再燃は認めず経過良好である。

考察

本症例における慢性炎症の原因として胸部大動脈の炎症が疑われた。血管炎症候群の中で特に大血管の障害される高安動脈炎と、炎症性動脈瘤との鑑別が問題となった。高安動脈炎の好発年齢は20～50歳代と若年者であり、本症例のような79歳での高齢発症は例外的であると考えら



れた。また梅毒を含む感染症に伴う大動脈炎も否定的であった。本症例では特徴的な造影 CT の所見 (mantle core sign) から炎症性大動脈瘤の診断が考えられた。炎症性大動脈瘤の好発年齢は日本では 67.7 歳と報告されており、発症年齢の点からも本例は典型的な症例であると考えられた。また一般に、高安動脈炎や動脈硬化性大動脈瘤では大動脈壁の造影効果 (mantle core sign) を認めることはないため、本症例の造影 CT 所見は確定診断に意義のあるものと考えられた。

炎症性大動脈瘤の特徴的な病態は、外膜を中心とした瘤壁の著明な炎症性線維性肥厚で、瘤壁と周囲臓器、とくに十二指腸や尿管との癒着が高度に認められるが、本症例では現在癒着による症状は認められていない。外科手術の適応は動脈瘤破裂例、動脈瘤の径が CT 上 5cm を超える例、尿管との癒着が高度で症状が認められる場合であり、本症例ではステロイド薬内服による治療を行ったところ、すみやかな症状の改善を認め、治療に対する反応は良好であった。治療開始後約 1 年の CT 検査では mantle core sign は残存しているが、治療前と比較すると造影効果は弱くなっており、炎症の改善が認められていると考えられる。

炎症性大動脈瘤は、腎動脈以下の腹部大動脈に生じることが多く、本症例のような胸部大動脈での発症は非常に稀である。ただし、本症例は腹部大動脈にも解離性病変を認めており、胸部大動脈から腹部大動脈までの動脈硬化性変化が炎症性大動脈瘤の発症に関与したことは十分に考えられる。

炎症性大動脈瘤は一般に血管外科の分野で取り扱われる疾患であり、自己免疫性の血管炎症候群とは異なった病態と考えられることが多いが、現在では炎症性動脈瘤の発症に自己免疫的な機序が関わっていることが十分に予測されている。今後は免疫学的な面からの更なる研究が必要になると考えられる。

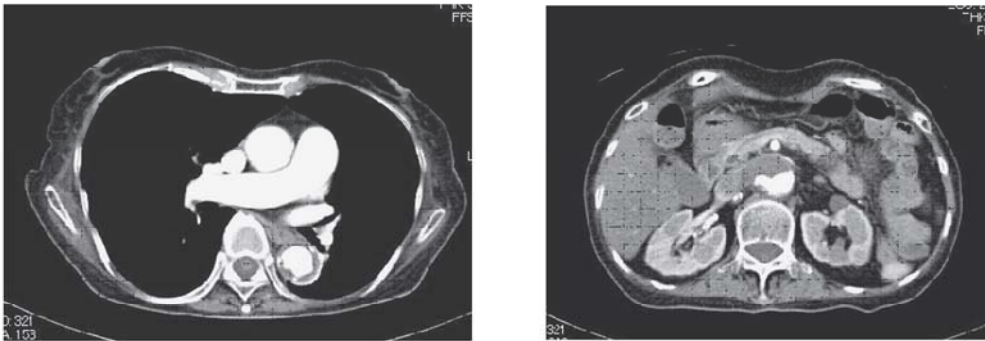


Fig. 1 大動脈外膜に造影効果を認める (mantle core sign) 腹部大動脈に解離を認める。径 3.6 cm。

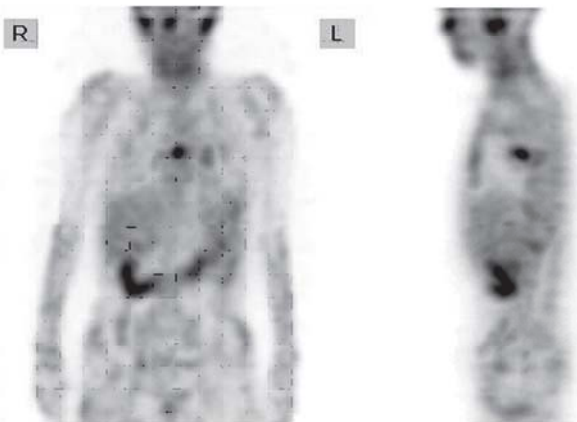


Fig. 2 胸部大動脈に造影効果を認める部位 (Fig. 1) と同一の部位に異常集積を認める。

表皮剥離 — 当院の実態と対策 —

青梅今井病院・介護棟
 安保きみ江 三世川みち子 阿部恵子 永井佳代子
 看護師・介護士一同 武者廣隆



はじめに

高齢者介護の現場では、様々な事故が発生しやすい状況にある。その中で表皮剥離の占める割合が高いのが特徴的である。高齢者の皮膚は、皮下組織の減少に伴い薄く乾燥し破れやすい状態になっている。そのようにリスクの高い患者様に対して表皮剥離の減少に繋がるよう対策を立て実践して来た結果をここに報告する。

期間 平成18年1月から平成19年12月まで

平成18年は実態調査の検討期間で、平成19年は対策を立て取組んだ。

実態調査

- ・平成18年の表皮剥離件数
- ・発生の多い身体部分別
- ・発見件数と受傷件数の割合
- ・発見時の状況
- ・受傷時の状況

検討結果

表皮剥離件数

月別に発生数を集計したところ、皮膚に露出が多い時期に減少していることが判った。つまり、長袖＝保護・予防にはならず、逆に受傷を見逃してしまう。そして皮膚の露出は職員が目が届き易いのが理由であろう。

身体部分別検討

身体部分別にみると、表皮剥離全体の52%が前腕部に発生していることが判明した。

発見件数と受傷件数の割合

ここで言う発見とは、オムツ交換や着替え等の介護時に見つけれられたもので、すでに表皮剥離を起しているもの。受傷とは介護時に発生したものをいうが、受傷時点での発現が15%に対し、後からの発見が85%と圧倒的に多かった。

発見時の状況

どのような状況において、発見されたかをみるとオムツ交換時、移乗時、入浴時などの順であった。

表皮剥離を起しやすい患者様の共通点

- 1・高齢
高齢者の皮膚は皮下組織の減少に伴い薄く乾燥し破れやすくなっている。
 - 2・認知症
危険の認識が出来ない為、回避出来ない、感覚も鈍くなっており、怪我をしたことを伝達出来ない場合が多い。
 - 3・麻痺
麻痺側は感覚が鈍くなっていて、動けなないため危険が認知できても回避出来ない。言語障害があれば怪我をしたことも伝えられない。
- 以上の結果より下記対策を立てた。
- 1・皮膚のケア:保清・保湿
保湿の方法として入浴後皮膚の乾燥防止の為に保湿剤を使用し

2・保護用具の活用:サポーター・ストッキング

体の部分のあわせた物があり使いやすくなっている。保護と共に「この患者様のこの部分が臍臍しやすいぞ！」というシグナル効果もある。写真①

ストッキングも活用した。膝下から指先までカバーし、これを用いると適度の圧がかかることにより皮膚の弾力が増すと共にすべりため摩擦を減らす効果もあった。

3・介助方法の見直し

介助方法の見直しとして、お姫様抱っこを取り入れた。写真②



①



②

4・情報の共有

そしてお姫様抱っこをすべき患者様のベッドサイドに張り紙をした。これが情報の共有に繋がった。

5・スタッフの意識の向上・標語の募集・掲示

スタッフの意識向上を図る目的で標語を募集し、院内の目立つ所にポスターとして掲示した。実際には職員よりの公募で5種類のポスターを作った。

③

④



写真③

平成18年と19年の発生件数比較(グラフ1)

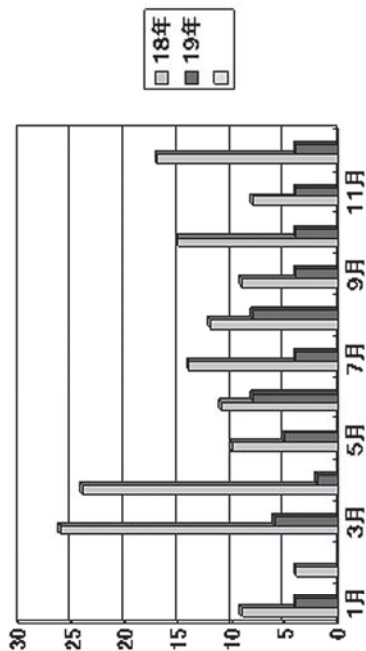
平成18年が緑色で19年が青色である。18年の発生件数の内容を検討し、前述の如き様々な問題点を出して、院内の医療安全推進者委員会と共同し、ディスカッションし対策をたて実施した。その結果、18年と比較して19年は明らかに減少をみた。

考察及び結論

今回表皮剥離の減少に向けて様々な対策をたて、実践してきた結果、発生件数の推移をみた限りでは減少してきていると思われる。発生状況の分析してみると

- 1、同一の患者様が繰り返している。
- 2、90歳以上の症例が多い。
- 3、介護時で発見が多い。

今後さらに、表皮剥離の発生を減少させていくためにはスタッフ一人一人が患者様の特性などの情報の把握を確実にしていくことが必要である。またケア・処置時には職員が精神的にも肉体的にもゆとりある行動が取れることも必要と思われる。それには全職員の協体制制が必ず必要不可欠と考える。これらのことを踏まえて今後に継続していきたいと思う。



◆西多摩地区における末梢動脈疾患について—早期発見、早期治療をめざして

青梅市立総合病院外科 正木 幸善

平成 19 年末、西多摩医師会の先生方に末梢動脈疾患（閉塞性動脈硬化症）に関連したアンケートを取らせていただきました。

この目的は、下肢の安静時痛・潰瘍を有する重症虚血の患者さん、間歇性跛行を呈する患者さん、高血圧・糖尿病・高脂血症・虚血性心疾患・脳血管障害・喫煙・高齢等の末梢動脈疾患の危険因子を複数もつ患者さんの数と、この診断・治療の内容を知ることでした。

210 件のアンケート中 37 件（回答率 18%）の回答をいただきました。

下肢の安静時痛、潰瘍、間歇性跛行の患者さんを診ておられる先生方はそれぞれ 59%、36%、86%であり、軽症の下肢虚血の方が多い結果でした。

末梢動脈疾患の危険因子を複数もつ患者さんを診ておられる割合は 97%と高く、末梢動脈疾患の潜在している可能性を示唆していると思われました。

当院を受診される下肢血行障害の方は、まだまだ重症例の多いのが現状です。早期発見、早期治療のためには西多摩医師会の先生方に、心血管系疾患・脳血管疾患・糖尿病の患者さんは末梢動脈疾患の併存が多いという事実を認識していただいた診療をお願いしたいと考えます。



西多摩医師会の先生方をお願いしたい事

ハイリスク患者集団での末梢動脈疾患の rule out

- 労作性の下肢症状を有するすべての患者
 - 50～69 歳で、心疾患のリスクファクター（特に糖尿病あるいは喫煙）有するすべての患者
 - リスクファクターに関係なく、70 歳以上のすべての患者
 - Framingham リスクスコアが 10～20%であるすべての患者
-
- 可能であれば ABI（足関節上腕血圧比）の測定
 - ドプラー聴診器、血圧脈波がなければ触診だけでおおよその診断は可能
単純化するため拍動は 0（消失）、1（減弱）、2（正常）にグレード分けする

専門医に学ぶ 第42回

問題

【症 例】 60歳 女性

【主 訴】 顔面紅斑、胸部・大腿の掻痒ある紅斑とポイキロデルマ（図1）、手指の腫脹、手指関節背面の紅斑

【既往歴】 半年前より左頸部リンパ節腫脹に対して精査中

【現病歴】 以前より手指の腫脹は認めていた。頸部リンパ節精査のために行った造影CT試行、翌日より体幹の紅斑と倦怠感が出現した。

【現 症】 手指関節背面の紅斑、右肘頭の紅斑、頸部から肩と大腿に掻痒の強いびまん性浮腫性紅斑をみとめ掻破による線状の紅斑を伴っていた。よく聞くと倦怠感があり上肢の挙上が不自由であった。また、頸部のリンパ節腫脹を認めた。

【初診時検査所見】 WBC:5080/ μ l (Neu 64.1, Lym 22.2, Eo 3.5), Hb 12.6g/dl, TP 6.9g/dl, Alb 4.1g/dl, AST 64U/l, ALT 33U/l, LDH 377U/l, CPK 1569U/l, BUN 11.0mg/dl, Cr 0.4mg/dl, CRP 0.4mg/dl, IgG 1098, IgA 217mg/dl。

KL-6 933U/ml

ミオグロビン 190(28～72)ng/ml, アルドラーゼ 12.2IU/l(2.7～5.9)

抗核抗体 640倍, Jo-1Ab 7.0以下, Scl-70Ab 7.0以下, ds-DNA 5以下

CA125 370IU/ml(32未満), CA72-4 6.7(3以下)

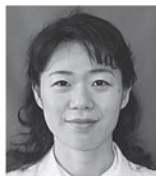
レントゲン上は軽度の間質性肺炎像を認めた。

問題1 考えられる疾患は何か。

問題2 次に行われる検査は何か。

解答と解説

公立阿伎留医療センター 皮膚科 勝田 倫江



問題1の解答 皮膚筋炎

皮膚筋炎は特徴的な皮膚症状と筋症状を呈する自己免疫疾患の1つであり中年女性に好発する。主として近位筋の炎症と表1にあるような皮膚症状が出現することで知られる。実際は皮膚症状と筋症状のどちらか一方のみしか症状のない場合や、遅れて他方の症状が出現するということもある。

皮膚症状は顔面特に眼瞼、眼窩周囲の浮腫性紅斑（；ヘリオトロープ疹）、指趾関節背面の落屑を伴う扁平隆起性紅斑（；ゴットロン徴候）は診断的価値が高い。他に頸部から上背部に掻痒強い掻破痕（；線状紅斑）を伴う強いびまん性浮腫性紅斑が生じる。また多形皮膚萎縮（ポイキ

ロデルマ)と呼ばれる色素沈着および脱失、皮膚萎縮、毛細血管拡張を呈する。爪囲紅斑および毛細血管拡張も認める。

筋症状は体幹、四肢、頸部の対称性筋力低下、筋痛が見られる。これにより歩行困難、嚥下障害、発声障害やうなだれたような症状が出る。

本症例は当科へ受診したときには、特徴的な臨床症状をそろえて持ち診断は比較的容易であった。実際は長年、手指の腫脹やゴットロン徴候は繰り返し認めていたようでありすでに長い経過があったところに、CT 造影検査を引き金に他の皮膚症状が露呈したと考える。

問題2の解答 リンパ節生検、悪性腫瘍の検索

リンパ節生検、各種画像検査から卵巣がんリンパ節転移と診断された。

皮膚筋炎は約30%と高率に内臓悪性腫瘍の合併が知られており、皮膚筋炎の診断とともに悪性腫瘍の検索は欠かしてはならない。悪性腫瘍と皮膚筋炎の発症の時期は、皮膚筋炎が先行することが多く、悪性腫瘍発見は多くの症例で皮膚筋炎発症後1ヶ月以内とされている。

ここで注目したいのは、皮膚筋炎の悪性腫瘍合併例には多彩な皮膚症状の中でも顔面紅斑、ポイキロデルマ、掻痒が高率に見られるという点である。類にもれず自験例もこれらの症状があり、中でも掻痒が強く搔破によると思われる線状紅斑が体幹と大腿に認められ、内臓悪性腫瘍の合併を初診時に確信した。掻痒のある線状紅斑は診断基準にはないもの見落としたくない所見である。

悪性腫瘍の治療により皮膚筋炎の経過に及ぼす影響は種々の報告があり、一般的にはなんらかの治療後に皮膚筋炎の症状が改善したものが多数見られる。一方で、悪性腫瘍加療後に皮膚筋炎が増悪したとの報告も少数ではあるが認められる。

自験例は掻痒と四肢の虚脱感が強かったことから、腫瘍治療に先行して、プレドニン60mg/日より治療開始したところ、皮膚・筋、間質性肺炎像ともにすみやかに改善した。次いで行った化学療法が奏功し、子宮がん、リンパ節転移ともに縮小し、腫瘍マーカーの改善を認めている。しかしながら化学療法施行4回、5回目後に主訴に認めた皮膚症状のみ再燃をしている。そのためステロイドの減量が難しく、今後は免疫抑制剤との併用療法を検討したいと考えている。

悪性腫瘍を合併する皮膚筋炎に対する腫瘍治療をする上で、皮膚筋炎の臨床経過の詳細な検討を当院皮膚科石田正先生が報告しており機会があれば参考にさせていただきたい(臨床皮膚科61巻13号)。



図1 (胸部)

表1 多発性筋炎 / 皮膚筋炎の改訂診断基準 (案)

診断基準項目
1. 皮膚症状
a. ヘリオトロープ疹: 両側または片側の眼瞼部の紫紅色浮腫性紅斑
b. Gottron 徴候: 手指関節背側面の角質増殖や皮膚萎縮を伴う紫紅色紅斑
c. 四肢伸側の紅斑: 肘、膝関節などの背面の軽度隆起性の紫紅色紅斑
2. 上肢または下肢の近位筋の筋力低下
3. 筋肉の自発痛または把握痛
4. 血清中筋原性酵素 (クレアチンキナーゼまたはアルドラーゼ)の上昇
5. 筋電図の筋原性変化
6. 骨破壊を伴わない関節炎または関節痛
7. 全身性炎症所見 (発熱, CRP 上昇, または血沈促進)
8. 抗 Jo-1 抗体陽性
9. 筋生検で筋炎の病理所見: 筋線維の変性および細胞浸潤
診断基準判定
皮膚筋炎: 1. の皮膚症状の a. ~c. の 1 項目以上を満たし、かつ経過中に 2. ~9. の項目中 4 項目以上を満たすもの
多発性筋炎: 2. ~9. の項目中 4 項目以上を満たすもの
鑑別診断を要する疾患
感染による筋炎, 薬剤性ミオパチー, 内分泌異常に基づくミオパチー, 筋ジストロフィー, その他の先天性筋疾患

(Tanimoto K R, 1996より引用)



学術部 Information



《西多摩生涯教育研修会》



日 時：平成 20 年 5 月 9 日（金）

場 所：羽村市ゆとろぎホール

演 題：成長曲線と成長障害

講 師：公立福生病院副院長（小児科）松山 健 先生

【背景】

本邦では長年にわたり学校において学童の体格の正確な測定がなされており、国家的財産とも言える膨大なデータが蓄積されてきた。このデータを基にして年齢と身長および年齢と体重の成長曲線が作成されており、定期的に改訂がなされている。この成長曲線により時代に合致した国民の成長の評価が可能であるばかりでなく、個人のずれ・異常の発見に大きな役割を果たしてきた。なお同様なことを行ってきたのは先進国の一部にすぎず、このデータなくして肥満度の算出などは不可能であった。参考までに実際の成長曲線を示す。男児のものであるが、最新版では身長 $-2.5SD$ および $-3SD$ のラインが追加されている。

【低身長の変義】

正確な医学的定義はないようであるが、通常は $-2SD$ （平均値から標準偏差の2倍以上の開きのある低身長）または3パーセンタイル以下を低身長と見なしている。この表現の差は母集団の分布を数学的に正規分布と考えるか否かという問題にすぎず、母集団が相当多数であることから現実的にはおおむね一致すると考えてよい。従って医療機関で小柄な子どもの諸検査を行うかどうかの目安としてはこの基準が用いられている。ただしこれは標準的な場合で、両親が共に著しく大柄であったり小柄であったりすれば勘案せねばならないし、また身長と体重のバランスがとれているだけでは不十分なことにも注意を要する。

【低身長をきたす疾患】

きわめて多岐にわたる。比較的高頻度な疾患としてはおくて（思春期遅発症）、家族性低身長、下垂体性小人症、ターナー症候群（ターナー女性）、腎機能障害、先天性心疾患（特にチアノーゼ性心奇形）、軟骨異栄養症、栄養障害（虐待も含む）などがある。また残念ながら原因不明のことも決して少なくない。

【診断法】

染色体検査によるもの（ターナー症候群など）、放射線科的検査によるもの（軟骨異栄養症など）、血液生化学的検査によるもの（腎機能障害など）など疾患特異性のある検査が諸々存在する。一般に低身長を主訴として医療機関を受診した場合に診察後行う検査としては、骨年齢、採血（末血、生化学、甲状腺機能、IGF-1 など）、一般検尿、また女兒

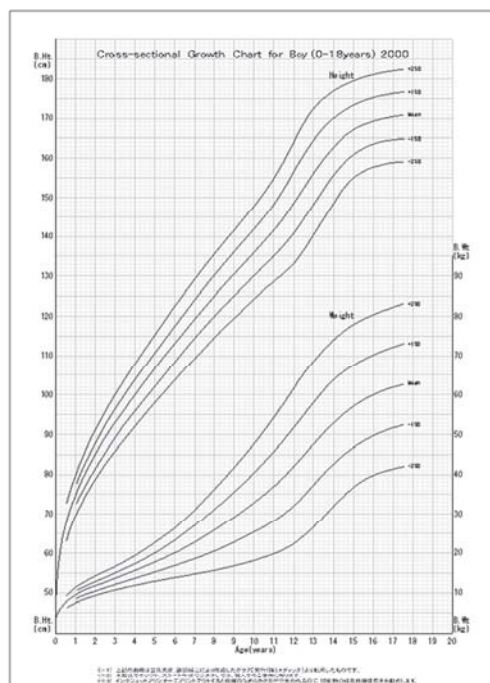
であれば染色体検査である。骨年齢の評価は左手正面のレントゲン写真で通常行う。骨年齢の遅れと IGF-1 の低値が揃った患児には各種負荷試験をおおむね入院により行う。負荷試験は内分泌代謝的に成長ホルモンの分泌を促すものでその患児の成長ホルモン分泌予備能を評価するものである。インスリン負荷、グルカゴンプロプラノロール負荷、TRF 負荷など数種類がよく用いられている。原則的に予備能が低い場合に成長ホルモン治療の許可がおりるが、腎機能障害（慢性腎不全）、ターナー症候群、軟骨異栄養症などいくつかの疾患ではその確定診断のみで使用許可が得られる。

【治療】

基礎疾患に対し特別な治療がある場合にはまずその治療がなされる。例えば腎機能障害で成長の遅れている患児が透析導入や腎移植により体格のキャッチアップが認められたり、先天性心疾患患児が手術後同様になったりということである。成長ホルモン分泌不全を認める患児には現在バイオテクノロジーにより生産される成長ホルモン投与がなされる。20 年ほど前までは成長ホルモンは医療機関で筋肉内注射という方法で投与された。成長ホルモンは総投与量が同じならより分割投与が、さらに皮下投与で成績がよいことが明らかになり、現在は週に 5-7 回、自宅で本人または家族が特別な注射器具を用いて治療を行っている。用いられる注射針の径は 0.2 ミリときわめて細く、以前に比し患児の苦痛は激減したと言ってよい。一方成長ホルモンは高価なため、その使用基準は厳格に管理され短期的効果が少なければ使用中止となり、また現在小児慢性特定疾患として男児で 156.4 センチ、女児で 145.4 センチになった場合には速やかな中止が求められている。このように成長ホルモン治療を開始した患児には年に 1 度比較的详细な経過報告書が求められる。本治療による大きな副作用はまずないが、注射部位の多少の変形などはありうる。白血球発症率を上昇させるという意見も以前あったが、現在は否定的である。

【治療対象者の発見】

医療機関として成長障害患児を積極的に発見に行くということは患児が偶然一般外来を受診した場合を除けば現実的には困難で、通常は周囲からピックアップしてもらうしかない。家族以外で期待されるのは保健師、幼稚園教諭、学級担任、養護教諭、さらには校医ということになると思われる。患児を管理するのに特別な資格や知識を要するものではないが、検査や治療が可能な医療機関への円滑な紹介を望みたい。



《学術講演会要旨》

日 時：平成 20 年 3 月 13 日（木）
場 所：公立阿伎留医療センター 地下 1 階講堂
演 題：疥癬の診断と治療
講 師：九段坂病院皮膚科 大滝倫子先生

疥癬が日本で流行し始めてすでに 40 年近く経過するが、今だに沈静化しないのが実情である。一昨年疥癬の経口治療薬としてイベルメクチン（ストロメクトール[®]）に保険が適用され、一時はこれで万全と思われた。しかし若干発症が減少したようではあるが、高齢者だけでなくあらゆる世代に感染は広がっている。

疥癬はヒゼンダニ（雌成虫体長 0.4 mm）が皮膚に寄生して生じる皮膚感染症であり、性感染症の一つでもある。ヒゼンダニは生涯を人皮膚で過ごし、皮膚からの離脱で短期間に死滅する。

疥癬には普通の疥癬と角化型疥癬（ノルウェイ疥癬、痂皮型疥癬）の二つの病型がある。病原体のヒゼンダニは同じでも症状、寄生数に大きな違いがある。さらに注目すべきは両者の感染の強さの差であり、診断にさいしては両者を区別し感染予防策をたてねばならない。

普通の疥癬の症状は胸腹部、大腿部、腋窩部に散発する紅斑性丘疹、外陰部の小結節に加え、疥癬の特異疹である疥癬トンネルがある。疥癬トンネルは手・指に好発し、角質層内にヒゼンダニの雌が卵を生み付けながら掘りすすんでいる場所で、これをみつけ、このなかよりヒゼンダニを見付ければ疥癬の診断は付く。

角化型疥癬は寄生される側に何等かの免疫力の低下があるときに発症する。いきなり角化型として発症することもあるが、誤診により普通の疥癬がステロイドの投与などで角化型疥癬に移行することも多い。高齢者の痒みを伴う皮疹をみるときは疥癬を念頭に置き、誤ってもステロイドで角化型疥癬にするなどは避けるべきである。

角化型疥癬の症状は病名が示すように、角化、角質増殖が主な症状である。角化型疥癬の疑いを持ったら、角化部の一片をとり白癬菌の検査の要領で検鏡すればよい。

通常疥癬の診断の第一は疥癬の疑いを持って、疥癬トンネルを見付けることである。最近、診断用に使われ始めたダーモスコピーが疥癬の診断にも威力を発揮しはじめている。疥癬トンネルの先端をこれで覗くと、ダニの顎体部と前 2 脚が褐色の平たい三角形として認められ、それに続いてふっくらとした丸い胸腹部が認められる。ダーモスコピーで見ながら針で虫体をつつき出すのも良い方法である。

治療には内服薬イベルメクチン（ストロメクトール[®]）と外用薬（硫黄剤、安息香酸ベンジル、 γ -BHC、ペルメトリン（エリマイトクリーム[®]））などがある。

内服薬イベルメクチンは 1 回の投与で良いとする報告もあるが、卵に効かないので 100% を期するためには 2 回の投薬が必要である。2 回の投薬間隔はダニの生活環境から考えて 1 週間が妥当である。高齢者では 2 回でも治癒率は 75% と低い。また内服外用を問わずステロイドが投与されている場合も効きにくい。2 回の投薬で十分な効果が期待できない場合には外用剤の併用をすすめる。また高齢者では再燃することもあるので、一見

治癒に見えても数ヶ月は追跡しなければならない。投薬時間は空腹時とされるがこれには異論もある。

幼少時、妊婦、授乳婦、肝障害、髄膜炎患者などにはイベルメクチンは投薬してはいけない。それにかわるものとして外用剤を使うことになる。しかし乳幼児、小児、妊婦、授乳婦に使えるものとしては硫黄剤しかない。諸外国ではピレスロイド系殺虫剤のペルメトリン（エリマイトクリーム[®]）が第一選択薬として用いられている。効果が高く毒性は低く使い易い薬剤である。日本で使う場合には医師の個人輸入として使うことになる。

イベルメクチンが疥癬治療薬として保険適用されたとはいえ、今だ疥癬の流行が去ったわけではないので、常に疥癬を見落とさず、誤ってもステロイドで感染力の強い角化型疥癬にしないことが肝心である。またイベルメクチンにはかなり強い毒性があるので、確定診断なしには使わないようにするべきであろう。

感染症だより

<全数報告>

第16週(4/14-20)から第19週(5/5-11)の間に、管内医療機関より以下の報告がありました。

(二類感染症) 結核9件(肺結核3件、その他6件)

(五類感染症) 麻疹11件(検査診断例6件、臨床診断例5件 /10歳未満7件、10歳代4件
/麻しん含有ワクチン接種歴：1回5件、無し5件、不明1件)

<管内の定点からの報告>

	16週	17週	18週	19週
	4.14~20	4.21~27	4.28~5.4	5.5~11
RSウイルス感染症	0	0	0	1
インフルエンザ	1	1	2	0
咽頭結膜熱	0	3	2	2
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	10	5	13	5
感染性胃腸炎	18	31	19	17
水痘	2	7	7	1
手足口病	0	0	0	0
伝染性紅斑	0	0	0	0
突発性発しん	3	4	0	1
百日咳	1	1	0	0
ヘルパンギーナ	1	0	0	0
流行性耳下腺炎	1	3	2	0
不明発疹症	0	0	0	0
MCLS	0	1	0	0
急性出血性結膜炎	0	0	0	0
流行性角結膜炎	0	0	0	1
合計	37	56	45	28

※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)>

① 麻疹の発生に注意が必要です。

都内の麻疹の発生報告は第9週をピークに減少、その後横ばいで第18、19週の報告数はそれぞれ45例、32例（管内では4例、5例）となっています。2007年には4月中旬～5月に本格的な流行時期を迎えましたが、2008年も、若年人口の流入と移動が活発な大都市圏を中心に、流行の継続や新たな流行が発生してくる可能性が高いと思われます。全国的には2008年第1週から第17週までの累積報告数は、高知県を除く46都道府県から6,681例で、神奈川県2,569例、東京都766例の順となっており、南関東地域では患者発生が継続してみられています。各年齢別の報告数では、1歳を除き13～17歳が中心で、この4月より5年間の期限付き措置として始まった、第3期（中学校1年生相当年齢）、第4期（高校3年生相当年齢）の定期予防接種などの対策の効果が期待されます。

② 全国的に百日咳の発生報告が増加しています。

当管内での発生報告は第16、17週にそれぞれ1例ですが、全国的には、過去10年間と比較すると報告数が多い状態が続いています。第16週の定点からの患者報告数は全国で165例で、小児科定点がほぼ3,000カ所となった1999年第14週以降の最高値（2000年第24週：患者報告数130例）を大きく上回りました。都道府県別では、広島県21例、千葉県20例、大阪府13例などの順となっています（東京都は6例）。

③ A群溶連菌感染症は、過去5年間と比較し発生の多い状況が続いています。

A群溶連菌感染症の発生報告は週ごとに多少の増減はありますが、過去5年間と比較すると、いまだ多い状況が続いており、定点あたり報告数は西多摩圏内で1.0、都内で1.70（第19週）となっています。

◎ 鳥インフルエンザ（H5N1）の発生について

4月21日に秋田県十和田湖畔、24日に北海道で回収されたオオハクチョウから鳥インフルエンザウイルス（H5N1亜型・強毒タイプ）が検出されました。鳥インフルエンザ（H5N1）については、感染した病鳥又は死亡鳥に直接接触したり、解体や調理、羽をむしるなど濃厚に接触することにより、まれに感染することがあるとされています。世界的に見て、これまで家きんからヒトに感染した例はありますが、野鳥からヒトに感染した例は報告されておらず、また今までのところ、日本国内では鳥からヒトへの感染は報告されていません。

秋田での発生を受けて、厚生労働省は5月1日に各都道府県や政令市、特別区に以下のような事務連絡を行っています。

野鳥からの感染防止のため、念のために以下のことに注意してください

- ①衰弱又は死亡した野鳥又はその排泄物には直接接触しないこと。もしも触れた場合には、速やかに手洗いやうがいをすること。
- ②特に、子供は興味から野鳥に近づくおそれがありますので、注意してください。

第18回 西多摩心臓病研究会報告

4月14日に第18回西多摩心臓病研究会が青梅市立総合病院講堂において行われた。第一部の特別講演では青梅市立総合病院消化器科部長の野口修先生が「抗血栓療法と消化管出血」という演題でお話しされ、引き続き同病院循環器科部長の清水茂雄先生が循環器科の立場から追加発言として講演された。野口先生の講演ではアスピリン、パナルジンなどの抗血小板薬およびワーファリンを服薬中に発症した消化管出血の複数の症例が提示された。特に循環器疾患をかかえる高齢者においては消化管出血にも充分留意しながらこれらの薬剤を投薬することが必要であること、上部消化管出血の予防に対してはPPIの併用が有効である（出血合併率はアスピリン単独で15%、プラビックス単独で9%、アスピリンとPPI併用で1.6%）ことが示された。さらに青梅市立総合病院で作成された抗血栓薬の中止に際しての独自のガイドラインが提示された。その要旨は以下の通りである。まず抗血小板薬については冠動脈ステント留置例とそれ以外の例に分けて基準を設けている。ステント例のうち薬剤溶出性ステント（DES）では時間経過に関係なくステント内血栓症を生じる可能性があるため抗血小板薬の中止が必要な場合は必ず循環器医師と相談すること。その他のステント（BMS）では原則6週間以降はステント例以外と同様の方法で中止が可能とされている。冠動脈ステント留置例以外については低危険処置の場合は休薬開始日を3日前（①アスピリン単独例）から7日前（②アスピリンとパナルジン併用例）の短期間とし高危険処置の場合は7～10日（①）から10～14日前（②）の長期間とするように処置の出血危険度に応じて区別し設定している。高危険処置とは超音波ガイド下穿刺、消化管ブジー拡張、粘膜切除（EMR, ESD）、ポリペクトミー、静脈瘤治療、などが含まれ、低危険処置とは生検、粘膜凝固、マーキング、クリッピング、消化管および胆道ステント挿入などである。次にワーファリン服薬例については休薬による血栓症発症の危険度が高い①弁膜症合併の心房細動②機械弁③塞栓症の既往を高危険状態と定義し区別して扱う。即ちそれ以外の低危険病態では3～4日前より休薬し出血リスクの高い高危険処置の際にはINR 1.5以下を確認する。一方、高危険病態では同じく3～4日前より休薬するが血栓症予防のためワーファリン中止と同時にヘパリンを開始しAPTT 1.5～2.5倍を処置施行前まで維持する。いずれの病態においても後出血がないことを確認し早急にワーファリンを再開、高危険病態ではヘパリンも再開する。清水先生の追加発言では心房細動で開腹術後に動脈閉塞を合併した症例など実際の症例提示も交えながら様々な病態に対するワーファリンの使い方（INRの目標値）を詳細に解説された。さらに現在ステントの主流である薬剤溶出性ステントについての有効性と問題点についても講演された。第二部の症例検討会では当番幹事の奥村先生の司会で2題の症例検討が行われた。松原内科医院の松原先生からはワーファリンを投薬中の心房細動を有する高齢者でINRに原因不明の変動がありコントロールに苦慮している症例、青梅市立総合病院循環器科の高山先生からは67歳男性で、ACSの診断で右冠動脈にDESを留置され抗血小板薬を投与されていたが度々の通院自己中止によりステント内血栓閉塞を繰り返す症例が提示され、いずれも活発な討論が行われた。

（文責：青梅市 梅郷診療所 江本 浩）

特定健診における選択・追加項目と判定基準について

特定健診担当理事 野 本 正 嗣

特定健診につきましては必須項目のほかに、地区によって多少の違いはありますが、心電図・クレアチニン・尿酸などが追加項目として実施できるようになっております。これらの検査結果の判定は各々の先生方のご判断にお任せするわけでありませんが、西多摩医師会としても、医師会統一の判定基準をお示しし、参考にしていただくのがよろしいかと思ひ、理事会に諮って承認を得ましたので、以下に掲載させていただきます。いろいろとご異論もあろうかと思ひますが、判定の参考にしていただければ幸いです。尚、eGFR につきましては、クレアチニン値、性別、年齢より計算できる機能のついた電卓により求めた値（現在、日本腎臓学会でも改訂版を検討中ですがそれは間に合わないため 2007 年版の計算式に基づく値）を記入する欄を判定用紙に設けていただくよう行政と交渉中です。eGFR を求める機能付電卓をお持ちでない先生がいらっしゃいましたら配布させていただきますので医師会事務局までご連絡下さい。

■特定健診における eGFR (推算糸球体濾過量) と判定基準

①正常範囲：尿異常なしかつ eGFR 90ml/min/1.73 m²以上

②経過観察 (含 要指導)

(ア) 尿異常なしかつ eGFR 90ml/min/1.73 m²以上で CKD (慢性腎臓病) のハイリスク群 (*)

(イ) 尿異常なしかつ eGFR 60 ~ 89ml/min/1.73 m²

(*) CKD のハイリスク群とはリスクファクターとして以下のものを有する者

- ・CKD 家族歴
- ・過去の健診における尿異常、腎機能異常、腎形態異常
- ・高血圧
- ・糖尿病 (耐糖能異常も含む)
- ・脂質異常症
- ・高尿酸血症
- ・肥満及びメタボリックシンドローム
- ・NSAIDs の常用
- ・尿路結石

③要精密 (含 要医療) : eGFR 60ml/min/1.73 m²未満

(参考図書) CKD 診療ガイド (2007) 日本腎臓学会 編集

■特定健診における尿酸値と判定基準

①正常範囲：血清尿酸値 7mg/dl 未満

②経過観察 (含 要指導) : 血清尿酸値 7mg/dl 以上 8mg/dl 未満

③要精密 (含 要医療) : 血清尿酸値 8mg/dl 以上

但し、痛風発作を繰り返す症例や痛風結節を認める症例は血清尿酸値 7mg/dl 以上から薬物治療の適応となる。

(参考図書) 高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第1版 (2002年)

日本痛風・核酸代謝学会治療ガイドライン作成委員会 編集

■特定健診における心電図所見と判定基準

(判定基準) ①正常範囲 ②経過観察 (含 要指導) ③要精密 (含 要医療)

心電図所見 (疑いも含む)	判定所見	心電図所見 (疑いも含む)	判定所見
右軸偏位	②	異常Q波	③
左軸偏位	②	S T 上昇	②
移行帯の右方ずれ ①		S T 低下	③
移行帯の左方ずれ ①		平低T波	②
右房負荷	②	T波電位低下	②
左房負荷	②	T波増高	②
R 高電位	②	陰性T波	③
低電位	②	異常U波	②
右室肥大	③	心筋虚血	③
左室肥大	③	心筋障害	③
右脚ブロック	②	洞徐脈	
左脚ブロック	③	(40～59/分)	②
二束ブロック	③	(40分以下)	③
洞房ブロック	②	洞頻脈	②
第1度房室ブロック	②	洞不整脈	①
第2度房室ブロック		心房細動	③
Mobits 1型	②	心房粗動	③
Mobits 2型	③	心房性期外収縮	②
高度房室ブロック	③	心房性期外収縮	
完全房室ブロック	③	(2連発まで)	②
P R 短縮	②	(3連発以上)	③
WPW症候群	③	上室性頻拍	③
Q T 延長	②	心室頻拍	③
心室内伝導障害 (wide QRS)	③	R 交互脈	③

平成 20 年度 第 1 回学術委員会報告

平成 20 年 5 月 22 日 (木)

(1) 委員長挨拶 小机委員長

(2) 議 題 (開催時期、開催場所、開催頻度、講演内容・形式 etc について検討)

①平成 20 年度学術講演会について (4 月 28 日、5 月 21 日 済)

予定 6 月 12 日 (木) 7:30PM 青梅市立総合病院

〃 6 月 27 日 (金) 7:30PM 〃

〃 7 月 18 日 (金) 7:30PM 〃

②市民健康講座について

平成 18 年度 「心の健康を見直そう」 平成 19 年 2 月

平成 19 年度 「骨の痛み、関節の痛み」 平成 19 年 10 月

平成 20 年度 「目の病気、失明を防ぐために (仮題)」

③パネルディスカッションについて

平成 18 年度 「脳血管障害」 平成 19 年 3 月

平成 19 年度 「症例から学ぶ小児診療実践」 平成 20 年 3 月

平成 20 年度 次回検討

④臨床報告会について

平成 18 年度 5 演題 平成 19 年 3 月

平成 19 年度 3 演題 平成 20 年 3 月

平成 20 年度 3 公立病院から各 1 題ずつ発表していただくことも考慮

⑤西多摩生涯教育研修会について 第 1 回 5 月 9 日 済 「成長曲線と成長障害」

第 2 回 「小児の行動障害 (仮題)」

⑥その他の講演会、勉強会について

公立阿伎留医療センター医局講演会 月 1 回 (第 4 月曜日)

公立福生病院・医師会合同症例検討会 年 2 回

西多摩心臓病研究会 年 2 回

西多摩消化器疾患カンファレンス 年 3 回

各地区主催勉強会

(3) フリートークキング

出席者 (敬称略、順不同) : 小机敏昭 (小机クリニック)、原 義人 (青梅市立総合病院)

西成田 進 (公立阿伎留医療センター)、新井敏彦 (新井クリニック)

鹿児島武志 (かごしま眼科)、桑子行正 (ゆき皮膚科クリニック)

松本 学 (まつもと耳鼻咽喉科)、野本正嗣 (野本医院)

(文責 : 野本正嗣)

伝言板

① 第10回 西多摩消化器疾患カンファレンスのご案内

日 時：平成20年6月11日（水）PM7:30～

場 所：青梅市立総合病院 南棟3階 講堂

演題・演者：

症例1. 「めずらしい食道癌」 so-called “Carcinosarcoma” 等
症例提示：井上勇之助先生（青梅市：井上医院）

症例2. 「術前化学療法が奏功した皮膚瘻を伴う進行S状結腸癌の1手術例」
症例提示：内山 英俊先生（青梅市立総合病院 外科）

症例3. 「上部消化管内視鏡後発症した十二指腸憩室穿孔の1例」
症例提示：八木 健之先生（高木病院 外科）

ミニレクチャー：

演題：「癌の放射線治療について—臨床腫瘍学のススメー」

講師：徳洲会病院グループ放射線診療部門長

東京西徳洲会病院 放射線医学センター長 大川 智彦 先生

② 西多摩医師会 学術講演会

日 時：平成20年6月13日（金）PM7:30～

場 所：西多摩医師会館 講堂

演 題：「試練の時代の自治体病院経営」

講 師：城西大学 経営学部 准教授 伊関 友伸 先生

③ 平成20年 西多摩三師会総会・ 学術講演会・懇親会のお知らせ

日 時：平成20年6月14日（土）

会 場：昭島市 フォレスト・イン昭和館

○総 会：「テアトロソシエ」 PM5:00～

○学術講演会：「テアトロソシエ」 PM5:30～

「地域医療再生の課題」

—財源論、医療安全調査委員会の法制化、地位ケア等の topics から—

講師：玉木一弘先生（東京都医師会理事）

○懇 親 会：「シルバンホール」 PM7:00～

会費：一万円

理事会報告

★ Information

4月定例理事会

平成20年4月22日(火)

西多摩医師会館

[出席者：真鍋・横田・中野・鹿児島・川間・小机・鈴木・田坂・蓼沼・野本・松山・宮下・渡辺・松原・足立]

【1】報告事項

1. 都医地区医師会長協議会報告

2. 各部報告

総務部：4/14 西多摩三師会幹事会

(6/14 5:00 より三師会総会予定)

保険部：4/10 診療報酬点数改正講習会開催報告

(都医理事 小松、都医保険委員会 高木両先生による)

病院部：第6回市民フォーラムアンケート結果について

3. 地区会よりの報告(各地区理事)

青 梅：4/12 青梅三師会総会

特定健診契約(基本部分成約)

説明会の日程(4/18に中間報告文配布、5月に青梅市)

健診等実施月6月中旬～・データ化は代行業者

福 生：特定健診契約(基本部分成約)会員説明会(近日中)

その他契約・健診等実施予定6月～

データ化(福生市医師会で東京ほけんサポートセンタと契約予定)

羽 村：特定健診契約(基本部分成約)会員説明会(4/15)

その他契約ほぼ合意

健診等実施月6月～・データ化は市で代行業者斡旋

あきる野：特定健診契約(基本部分成約)会員説明会(4/21)

その他契約・健診等実施月6月～

瑞 穂：特定健診契約(基本部分成約)会員説明会(4/28)

65才以上の取扱い及び大腸ガンの単価について。

健診等実施月6月～・データ化は代行業者(町で斡旋)

日の出：特定健診契約(基本部分成約)会員説明会

健診等実施月6月～・データ化は代行業者(町で斡旋)

奥多摩：データ化は代行業者(町で斡旋)

国保に関して瑞穂、日の出、奥多摩、青梅は一緒に依頼

檜 原：特定健診契約合意・あきる野の説明会に参加

データ化は代行業者(村で斡旋)

4. その他

【2】報告承認事項

1. 入会会員について ―― 承認 ――
A 会員：渡邊 哲哉 ワタナベ整形外科
B 会員：公立阿伎留医療センター 2 名 公立福生病院 10 名
2. 羽村市特別支援教育就学指導委員会委員の推薦について
三ツ汐会員を推薦予定で承認
3. 平成 20 年度多摩医学会役員推薦について

【3】協議事項

1. 公益法人制度改革の概要、公益法人行政の動向について
顧問公認会計士 小山隆洋先生
2. 平成 19 年度各部事業報告（案）の承認について ―― 承認 ――
（別紙回覧にて）
3. 特定健診における各項目の判定基準について（野本理事） ―― 承認 ――
6 月号に別掲
（尿酸値・心電図所見・eGFR（推算糸球体濾過量））
4. 平成 19 年度西多摩地域産業保健センター事業精算報告の承認について ―― 承認 ――
5. 平成 20 年度第 1 回定時総会次第・通知文について
5/16 に発送予定
6. その他
 - 1) 青梅青色申告会医師会支部総会について（平成 19 年度事業報告・19 年度会計報告・20 年度事業計画案・20 年度予算案） ―― 承認 ――
 - 2) 都医地区医師会健診・保健担当理事連絡会（4/24）について（事務長出席）
 - 3) 東京社会保険診療報酬支払基金より（特定健診に関して）
地区医師会の機関番号

青梅市医師会	1328880602
福生市医師会	1328880610
あきる野市医師会	1328880628
羽村市医師会	1328880636
瑞穂町医師会	1328880644
日の出町医師会	1328880651
奥多摩町医師会	1328880669
檜原村医師会	1328880677

- 4) 6月第1回の定例理事会日程変更
6月11日(水)開催する

5月定例理事会

平成20年5月13日(火)

西多摩医師会館

[出席者：真鍋・横田・中野・鹿児島・川間・小机・鈴木・田坂・蓼沼・野本・松山・宮下・渡辺・松原・足立]

【1】報告事項

1. 各部報告

- 総務部：4/24 健診・保健指導担当理事連絡会報告
 学術部：5/9 西多摩地域生涯研修会報告(ゆとろぎ)
 48名参加 今後は年2回の開催を目指す。
 5/21 学術講演会「慢性腎臓病、糖尿病の治療における最新の話題」
 防衛医科大学校腎臓内科 准教授 熊谷 裕生 先生
 5/22 学術委員会
 保険部：5/26 生保医療機関立会指導(西東京病院)中野副会長
 病院部：6/13 病院部講演会・懇親会(西多摩医師会館)
 「試練の時代の自治体病院経営」
 講師：城西大学経営学部 准教授 伊関友伸(いせき ともとし)先生

2. 地区会よりの報告(各地区理事)

- 青 梅：5/16 青梅市より特定健診等説明会(健康センター)
 特定健診など最終報告会員に配信 5/7
 5/25 健康のつどい
 福 生：6/13 事務対象、6/12 会員対象で特定健診の説明会
 羽 村：5/16 説明会予定
 あきる野：5/23 説明会予定
 瑞 穂：特定健診に関して別紙(前回理事会への質問の件)
 日の出：なし

3. その他

- 6/14(土)西多摩三師会総会・学術講演会・懇親会(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9名：青梅市立総合病院

2. 社保指導整備委員会委員の変更（平成 20. 21 年度） —— 承認 ——
 （新）松本 学会員 （旧）朱膳寺 洋文会員
3. 西多摩健康危機管理対策協議会委員の推薦について —— 承認 ——
 横田・中野両副会長推薦（留任）

【3】協議事項

1. 平成 19 年度収支計算（案）などの承認について —— 承認 ——

2. その他

- 医師会行事日程について

（新旧役員懇親会（6/18(水)、納涼の夕べ（7/14(月)、移動理事会（7/22(火)）

- 西多摩地域産業保健センター運営協議会について

西多摩医師会館にて6/23（月）PM 1 時 30 分より

メンバー 医師会運営協議会委員 7 名、青梅労働基準協会事務局長、課長 2 名、
事務長、監督署長、第二課長

オブザーバー 東京労働局衛生課、東京推進センター課長、西多摩保健所ほか
議題について

- 1) 19 年度事業報告及び 20 年度事業計画について
- 2) 地域産業保健センター事業における面接指導などの相談窓口における運用について
- 3) その他

会員通知

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○会報 ○宿日直表（青梅・福生・阿伎留） ○産業医研修会（7/3. 4. 5 日本医師会） ○国保連合会への「特定健診費用の請求及び受領に関する届出」について ○学術講演会（5/21） ○東京都の B 型・C 型ウイルス肝炎インターフェロン治療医療費助成制度（ポスター） ○東京民間救急コールセンターへ ○東京都健康推進プラン 21 新後期 5 年戦略 ○医療安全支援センター研修・連絡会のご案内 ○平成 20 年度第 1 回東京都医師会糖尿病予防推進医講習会開催概要 | <ul style="list-style-type: none"> ○診療報酬請求書等の記載要領等の改正 ○西多摩保健所ガイド ○第 10 回西多摩消化器疾患カンファレンス 症例募集のお知らせ ○メタボチェックカード ○平成 20 年度西多摩医師会第 1 回定時総会にあたって ○平成 20 年度西多摩医師会定時総会開催について ○病院部講演会開催通知（6/13） ○緊急お知らせ 処方箋の取扱いについての注意 ○公立阿伎留医療センター医局講演会（5/26） |
|---|---|

お知らせ

事務局より お知らせ

平成20年7月(6月診療分)の

保険請求書類提出

7月8日(火)

— 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11日(水)
7月は9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20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 近藤之暢 江本 浩 鈴木寿和 馬場眞澄
菊池 孝 桑子行正 會沢義之 土田大介 田村啓彦

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 川越市駒場1361-1
TEL: 049-233-7074



価値創造合併 多摩に「たましん」 新生誕生。

〈たましん〉〈たいへい〉〈はちしん〉は平成18年1月10日合併し、「多摩信用金庫」としてスタートしました。これからも、「お客さまの幸せづくり」を使命に地域とともに歩んでまいります。

〈新社章コンセプト〉たましんのダイナミックに広がりゆく姿を頭文字「T」に象徴しています。力強く上昇するカーブは、未来への確実な成長と発展・信頼性を表現しており、地域をつまみこむやさしさと、柔軟かつ躍動的な印象を併せ持ったデザインです。たましんの親近感と熱意を象徴するレッド、多摩の自然を象徴するブルーとグリーンを使用します。

多摩信用金庫
http://www.tamashin.jp