

# 西多摩医師会報

創刊 昭和47年7月

第555号 令和7年1月・2月



『冬の山形 銀山温泉』 渡邊 哲哉

## 目 次

	頁		頁
1) 会長から新年のご挨拶	進藤幸雄 … 2	9) 広報だより	馬場一徳 … 24
2) 保健所だより	西多摩保健所 … 4	10) 連載企画	近藤之暢 … 25
3) 専門医に学ぶ	内野慶人 … 8	11) 理事会報告	広報部 … 27
4) 西多摩医師会臨床報告会	学術部 … 16	12) 会員通知・医師会の動き	事務局 … 29
5) 多摩医学会	学術部 … 18	13) お知らせ	事務局 … 36
6) 市民公開講座	学術部 … 20	14) 表紙のことば	渡邊哲哉 … 37
7) 学術講演会予定	学術部 … 21	15) あとがき	中野和広 … 37
8) 忘年クリスマス会	総務部 … 22		

<http://www.nishitama-med.or.jp/>



## 西多摩ワンチームの地域包括ケアシステム

一般社団法人 西多摩医師会

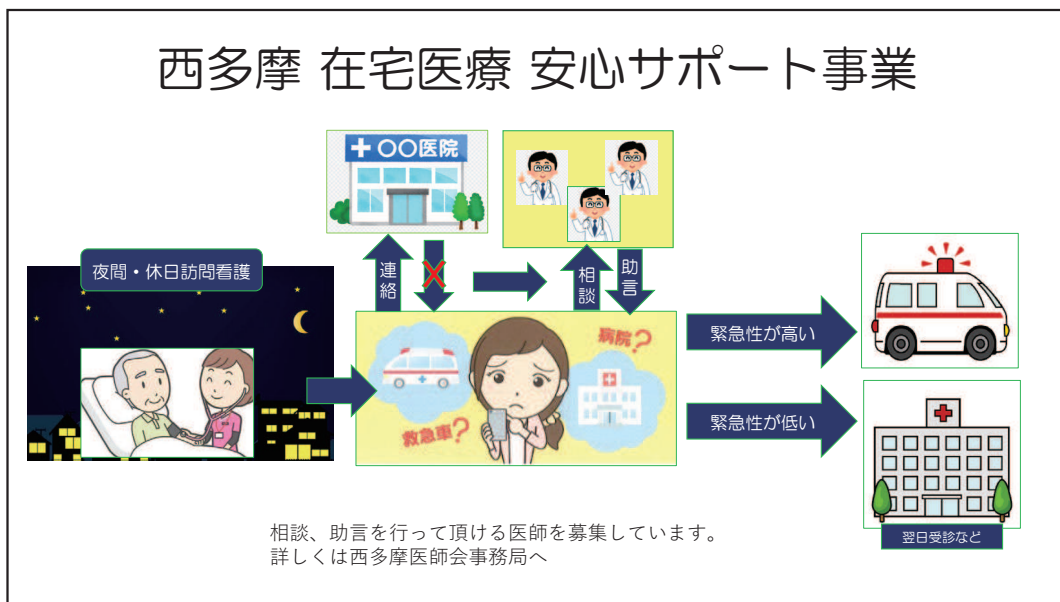
会長 進藤幸雄

新年明けましておめでとうございます。日頃より西多摩医師会会務に多大なご協力を賜り深く感謝申し上げます。

さて、いよいよ2025年問題と言われてきた年が明けました。「団塊の世代」が75歳以上となる2025年を目途に、地域包括ケアシステムが構築されて参りました。多くの国民は、最期まで住み慣れた自宅で過ごしたいという希望を持たれております。しかしながら、社会構造が変化し高齢独居者の増加等により、実際にご自宅で最期を迎えられる方は10人に1人程度です。75歳以降は急速に要介護認定率が増加します。複数の疾患や社会的問題等の複合要因を抱え、ご自宅での生活は困難となりますが、多くの方はギリギリまで自宅で過ごしたいと望みます。不安定な状態で在宅療養生活を送り、十分な相談やサポートを受けられない高齢者の増加により、高齢者救急パンデミックが起きると予想されています。救急車の現場到着所要時間は平成14年当時6.3分でしたが、令和4年には10.3分に、病院収容所要時間は28.8分から47.2分に延伸しています。この状況を少しでも緩和させる方法は、24時間体制の在宅医療の充実であると考えていますが、西多摩地域は医師偏在による医師過少地域であり、在宅医療を行う医療機関も偏在が顕著で、都心部にあるような医師の潤沢な在宅医療機関はありません。在宅高齢者からの緊急連絡は、救急搬送を要する事態ではない場合も多く、訪問看護等で十分に対応可能なことが多くあります。24時間体制で相談することができ、訪問も実施してくれる訪問看護は、在宅独居高齢者の不安を軽減し、不要な救急搬送を減らすことが可能であり、24時間体制の地域包括ケアシステム構築に於いて必要不可欠な存在です。しかしながら、訪問看護師からは、緊急訪問時に主治医に相談ができずに困ることがあると意見を頂いております。夜間や休日に訪問したもの、主治医に連絡がつかず判断に困るケースがしばしば発生しています。相談ができないので、念のため救急受診させているとのことでした。そこで、西多摩医師会では、夜間休日の訪問看護からの相談を受ける事業「在宅安心サポート事業」を開始しました。医師数名から開始し、現在では医師8名の待機医師グループとなり、夜間休日の相談業務を開始しております。内容は訪問看護師からの相談に#7119程度のアドバイスをするに留まっており、実際に診療行為ができる訳ではありませんが、将来的にはオンライン診療等を活用すれば、簡単な診療も可能にできると想定しています。

少子高齢化、人口減少、独居高齢者の増加、医師の偏在、医師の高齢化、医療介護人材不足等様々な問題を抱えた地域で、多くの高齢者が安心して在宅療養生活を送るためには、地域全体があたかも一つのチーム医療として機能することが肝要です。地域医療の二つの要である地域包括ケアシステムと地域医療構想調整会議も2025年を境に新たな段階に入ります。かかりつけ医の機能、役割は、より明確化されることが想定されており、地域医療構想は病床配分の議論から病床機能の議論に移行します。地域全体を視野に入れた包括的な保健医療提供体制の構築が求められています。また、度重なる想定外の激甚災害や新興感染症等に備えた医療提供体制も求められており、連携の強化やネットワークを利用し、地域全体があたかも一つの医療機関であるかのような包括的保健医療提供体制の構築を目指します。西多摩医師会では「ワンチーム西多摩」というキャッチフレーズを用い、西多摩医師会と西多摩圏域全体8市町村との協議の場「西多摩医療提供体制懇話会」を設置し議論を重ねております。

良質な西多摩地域の保健医療提供体制構築のため、今後とも変わらぬご協力の程、何卒宜しくお願い致します。



在宅医療推進強化事業イメージ図

## 保健所だより



## 疥癬、増えています！



ここ数年、都では疥癬の集団発生報告が増加しており、西多摩保健所管内でも同様の傾向が見られます（表）。2024年は11月末時点ですでに8件の報告がありました。高齢者施設での発生が多いのが特徴です。

表：東京都及び西多摩保健所管内の疥癬の集団発生件数

年	東京都		西多摩	
	集団発生 (件)	うち高齢者 入所施設割合	集団発生 (件)	うち高齢者 入所施設割合
2021	10	70%	4	100%
2022	16	69%	3	100%
2023	25	80%	4	75%
2024（～11月末）	29	66%	8	63%

確定診断は疥癬トンネルなどの病巣部からヒゼンダニを検出することですが、皮膚科医の先生方でもその検出率は60%前後で、診断が難しいと言われます。また潜伏期間も1～2か月と長いいため、感染源の特定も困難で、発生から終息までに時間を要する感染症です。

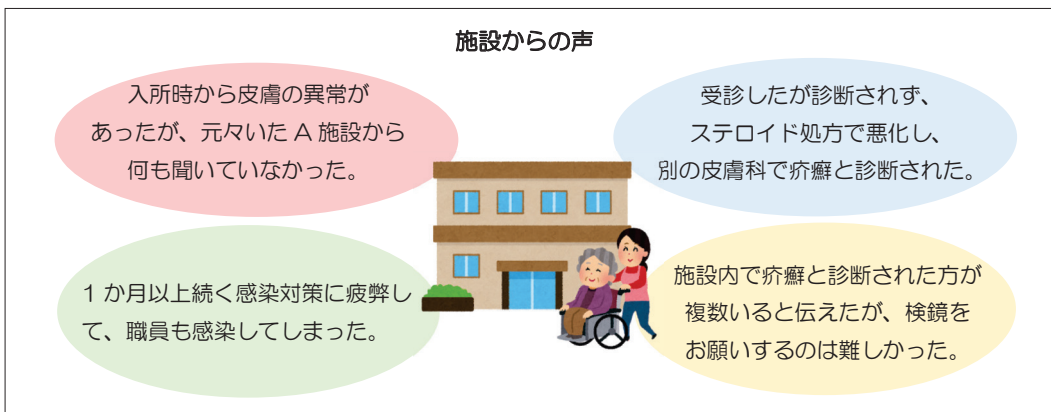
## 疥癬の症状と感染性

通常疥癬と角化型疥癬があります。角化型は感染力が強く、患者から剥がれた落屑（写真）に含まれるヒゼンダニによっても感染が成立し、集団発生の原因となります。症状は、男性の外陰部、腋窩、臀部などに結節、胸部などに紅斑性小丘疹を認めます。臀部の結節はヒゼンダニが見つかる可能性が高く、全身くまなく観察する必要があります。夜間に強い痒みを伴うことが多いですが、高齢者や角化型の場合痒みの訴えが少ないこともあります。

写真：角化型疥癬  
(出典：国立感染症研究所)

## 施設からの声

高齢者施設等から保健所へ疥癬発生の報告があった場合、感染源探索や感染拡大防止を目的に、保健師と環境衛生担当職員が施設を訪問し、発生状況、診断と治療、感染対策等について確認します。施設からは訪問時に、次のような声が寄せられました。



**先生方へお願いがあります**

施設の職員の皆様は、日常的に利用者と接しているため、個々の状況をよく把握しています。「入所時と明らかに異なる発疹で範囲も拡大している」「疥癬と診断された方と同室で痒みを訴えている」等の相談があった場合は、施設内での疥癬の集団発生を念頭に御対応いただけますと、早期診断につながり大変助かります。

**保健所の取組**

近年の発生状況を踏まえ、西多摩保健所では2024年8月に、高齢者施設等の職員を対象に「これって疥癬?! 早期発見と初期対応のポイント」と題して講演会を開催しました。皮膚科医の先生より、「施設内発生の疥癬終息への道」というテーマで、疥癬の特徴、治療、発生時対応についてお話いただいた後、実際に、疥癬の集団発生を経験した特別養護老人ホームの職員から、「疥癬集団発生時の対応と課題」について御報告いただきました。

圏域の高齢者施設（入所・通所）の間で、また、医療機関と高齢者施設間で疥癬の流行に関する情報を共有し、早期発見、早期治療につなげることで、地域全体での感染対策のレベルアップを図るため、引き続き取り組んでまいります。今後ともどうぞよろしく願いいたします。

(参考文献)

- ・石井則久他：疥癬診療ガイドライン（第3）. 日皮会誌2015;125(11):2023-48
- ・石井則久他：疥癬とは：<https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/380-itch-intro.html>  
(2015年2月12日改訂)：国立感染症研究所ハンセン病研究センター

～医療機関の皆様へ～  
**届出事項の変更について、お届けもれはありませんか？**

**御存じですか？**

医療機関について、開設時の開設許可（届出）事項を変更する場合は、変更許可申請（事前）又は変更届出（変更後10日以内）が必要です。

**関東信越厚生局への届出とともに、保健所への届出も必要です。**

万が一、届出もれがありましたら、西多摩保健所管理課保健医療担当まで御相談ください。

提出様式は、西多摩保健所ホームページより「診療所・歯科診療所等の手続き」を御確認ください。



**その他、診療所等の休止、再開についても届出が必要となりますので、御注意ください。**

**【変更許可申請が必要なもの】**

- 法人開設の診療所の医療従事者の定員数の変更
- 法人開設の診療所の構造設備の変更 ※ 計画段階での事前相談をお願いします。
- 入院施設を有する診療所の構造設備の変更 ※ 計画段階での事前相談をお願いします。

**【変更届が必要なもの】**

- 開設者の住所・氏名の変更
- 医療機関の名称の変更
- 開設場所の変更（主として、区画整理等で住居表示が変更した場合。同一敷地内で移転した場合。）
- 診療科目の追加、削除  
※ 新たに標榜しようとする診療科目の診察室の確認を必要とする場合があります。
- 従事者の変更 ※ 新たな採用は、免許証の写しを添付ください。免許証原本との照合をお願いします。
- 個人開設の診療所の構造設備の変更 ※ 計画段階での事前相談をお願いします。
- 管理者の住所・氏名の変更
- 診療に従事する医師、歯科医師の氏名、担当診療科目及び診療日時の変更
- 業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時の変更
- 薬剤師の氏名の変更



令和7年4月1日から、医療機関の台帳情報を順次公表することとなりました。

・東京都のオープンデータカタログサイトで検索 →



・東京都保健医療局ホームページで検索 →



より正確な情報を反映するため、御理解・御協力をお願いします。

【問合せ先】西多摩保健所管理課保健医療担当 0428-22-6141(代)

## 保健師活動コラム Vol.4

～「患者の声相談窓口」から見た上手な医療のかかり方～

今回は医療安全支援センターを担当する保健師より、「患者の声相談窓口」から見える西多摩の住民の姿と、医療安全に関する住民向け普及啓発の取組について御紹介いたします。

西多摩保健所の「患者の声相談窓口」には、地域の住民・患者から年間300件前後の相談が寄せられ、職員・相談員が丁寧にお話を伺いながら、ご相談者のお困り事が解決できるよう御提案や御説明をしています。内容は「〇〇科のクリニックを教えてください」などの医療機関案内に関することから、健康や病気に関すること、医療者とのコミュニケーションに関することなど様々です。



当窓口寄せられた相談を分析すると、住民・患者が医療に関する疑問や気持ちを医療者に上手く伝えられていない傾向が伺えます。特にご高齢の方からよく聞かれるのが、「いざ診察室に入ると遠慮して聞けない」「先生にはそんなこと言えない」という言葉です。併せて、



「治療のことは先生にお任せしている」「よく分からないが、なんとなくいつもの薬を貰っている」など自身が受ける医療に対して受け身の姿勢が感じられるエピソードも多々…またその結果、「もっと話しておけばよかった」「思っていた治療結果と違った」等、受診後の後悔や苦情に繋がっている様子も見受けられました。

このような分析結果を踏まえ、「もっと西多摩の住民が主体的に医療に参加できるようになってほしい！」という思いから、「上手な医療のかかり方～医療機関とのより良い関係づくり講座～」と題して、医療にかかる上での患者さん側の心構えやコミュニケーションのポイント等について、保健師が各市町村へ出張して講習会を実施しています。平成28年度から地域の健康づくり活動のキーパーソンである健康づくり推進員を対象に行ってきましたが、今年度からは市町村が実施している一般住民向け健康づくり事業とも連携し、幅広い住民の方にご参加いただいています。講習会では保健師からの講義の他、グループワークを通して日頃の医療のかかり方の工夫やちょっとした疑問を共有するとともに、その地域ならではの医療資源の課題や思いを聞かせていただくこともあり、私自身も様々な気づきや学びを得る時間になっています。

また、今年度は普及啓発の新たな試みとして、青梅市と福生市の健康まつりに保健所としてブースを出展し、「新 医者にかかる10箇条」（認定NPO法人ささえあい医療人権センター COML 提唱）を中心にパネル展示と資料配布を行いました。

こうした取組を通じて、参加者から「受診する時は話したいことをメモにまとめてから行くようにしたい」「先生への質問の仕方を工夫したい」など前向きな感想が聞かれたほか、「私のかかりつけの先生は説明が丁寧なので、安心して受診できます」など医療機関への感謝の声も多く寄せられています。



医療安全支援センターでは、今後も医療機関の皆様と住民・患者さんとの信頼関係の構築を目指して活動を展開していきます。今後とも御理解・御協力の程よろしくお願いたします。

管理課 保健医療担当保健師

# 専門医に学ぶ 第170回

公立阿伎留医療センター 血液内科 内野 慶人

## 【症例】

30代歳女性。特記すべき既往なし。内服薬なし。血液疾患の家族歴なし。

2週間前から倦怠感が持続し、安静にて様子を見ていたが改善なく心配になり近医を受診。血液検査にて汎血球減少を認めたため精査目的に紹介受診。

<b>WBC</b>	<b>1700 /<math>\mu</math>L</b>	<b>LD</b>	<b>329 IU/L</b>
Blast	0 %	BUN	18.1 mg/dL
Neutro	23.5 %	Cr	0.64 mg/dL
eosino	+ %	UA	3.6 mg/dL
mono	6.0 %	Na	143 mEq/L
lymph	70.5 %	K	3.5 mEq/L
<b>RBC</b>	<b>2.16<math>\times</math>10<sup>6</sup> /<math>\mu</math>L</b>	Cl	106 mEq/L
Hb	7.6 g/dL	CRP	0.10 mg/dL
Ht	21.8 %	PT比	1.10
Ret	0.8 %	APTT	32.0 sec
Plt	14.7 $\times$ 10 <sup>4</sup> / $\mu$ L	Fibrinogen	192 mg/dL
T-Bil	0.46 mg/dL	FDP	38.4 $\mu$ g/mL
D-Bil	0.11 mg/dL	D-dimer	17.1 $\mu$ g/mL
AST	87 IU/L		
ALT	89 IU/L		

上記は倦怠感を主訴に来院し、血液検査では異常細胞の出現無く、軽度の血球減少のみであった症例である。骨髄検査を行い、後日の再診を指示して帰宅としたが、その日の夕方に染まった骨髄塗抹標本を見てみたところ、異常前骨髄球を多数認めた。明らかに急性前骨髄球性白血病 (Acute Promyelocytic Leukemia : APL) の所見であり、大慌てで患者に連絡をとり病院に戻ってきてもらい、即日緊急入院とした。若手時代の大変苦い思い出である (幸いにして治療が奏功し、5年無再発生存まで経過フォローを行うことが出来た)。

これ以降、血液内科をローテートする学生、初期研修医、後期研修医、特に血液内科には進まないであろう者には口酸っぱく「凝固異常を伴う汎血球減少を認めたら速やかに血液内科に Consult するように」と伝えるようにしている (白血病に 1st touch するのはほぼ間違いなく血液内科以外の医師)。

諸先生方におかれても汎血球減少、特に FDP や D-dimer の異常高値を伴う症例を万が一認めた場合には APL の可能性も念頭に置いていただけると幸いである。

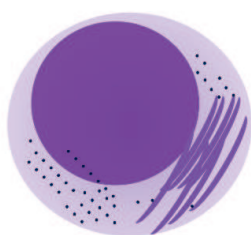
APL は急性骨髄性白血病 (Acute myeloid leukemia : AML) の 1 種であり、最新の WHO 分類第 5 版においては Acute myeloid leukemia with defining genetic abnormalities の中に「Acute promyelocytic leukemia with *PML::RARA* fusion」として分類されている (Leukemia. 2022 Jul;36(7):1703-1719.)。束状のアウエル小体有するファゴット細胞などは医師国家試験などでもしばしば出題されて有名であろう。実際にはファゴット細胞だけではなく、亜鈴状核と呼ばれ



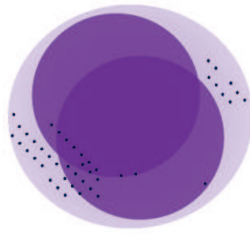
る、核が複数重なったような形態を見せる APL 細胞もあり、「単球様の異形細胞」との読みで紹介されてきた症例もある（左下図 筆者作成）。

その他の所見としてはペルオキシダーゼ染色が強陽性となり、フローサイトメトリー検査等では細胞表面マーカー CD13 陽性、CD33 陽性、HLA-DR 陰性、CD34 陰性が典型的なものである。治療としては全トランスレチノイン酸 (all-trans-retinoic acid : ATRA) やタミバロテン (Am80) などの Retinoid 及び亜ヒ酸 (arsenic trioxide : ATO) による分化誘導療法が、ほとんどのケースにおいて奏功する。一方で *PML::RARA* 以外のキメラ遺伝子に伴う APL、具体的には

*ZBTB16::RARA* や *ATAT5 b ::RARA* などに伴う APL は Retinoid や亜ヒ酸に感受性が乏しく、AML に準じた化学療法が選択されるケースが多いようである。



教科書的 APL 細胞



亜鈴様核を有する APL 細胞

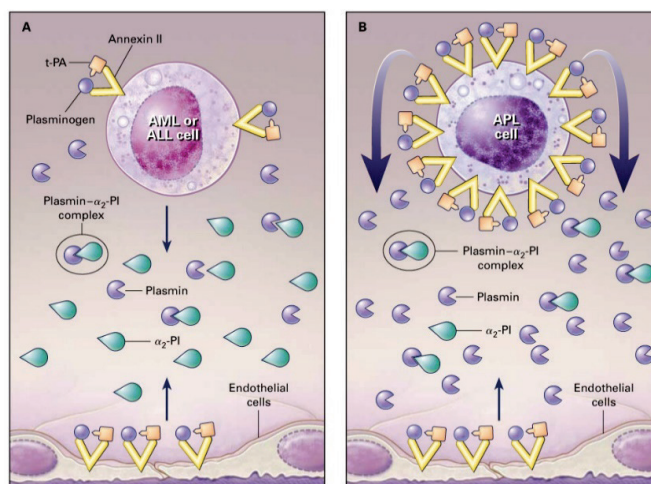
(Blood. 2019 Apr 11;133 (15):1630-1643. より引用)

RARA rearrangements	Translocations	No. of cases reported	ATRA sensitivity	ATO sensitivity	First report Ref.
ZBTB16-RARA	t(11;17)(q23;q21)	>30	Poorly responsive	Poorly responsive	64
NPM-RARA	t(5;17)(q35;q21)	?	Sensitive	ND	65
NuMA-RARA	t(11;17)(q13;q21)	1	Sensitive	ND	66
STAT5b-RARA	der(17)	9	Poorly responsive	Poorly responsive	67
PRKAR1A-RARA	t(17;17)(q21;q24) or del(17)(q21;q24)	1	Sensitive	Sensitive	68
FIP1L1-RARA	t(4;17)(q12;q21)	2	Sensitive in 1 case	ND	69
BCoR-RARA	t(X;17)(p11;q21)	2	Sensitive in 2 cases	Insensitive in 1 case	49
OBFC2A-RARA	t(2;17)(q32;q21)	1	Sensitive, in vitro sensitive in 1 of 2 cases	ND	50
TBLR1-RARA	t(3;17)(q26;q21)	1	Insensitive	ND	51
GTF2I-RARA	t(7;17)(q11;q21)	1	Sensitive	Sensitive	52
IRF2BP2-RARA	t(1;17)(q42;q21)	3	Sensitive	Sensitive	53
FNDC3B-RARA	t(1;17)(q42;q21)	1	Sensitive	Sensitive	54

ND, not determined; Ref., reference citation number.

APL は多くのケースにおいて同種造血幹細胞移植を行うことなく良好な予後を示すが、寛解達成までの間の致命的出血や、かつては ATRA 症候群・レチノイン酸症候群などとも呼ばれていた分化症候群 (differentiation syndrome: DS) による早期死亡の回避は依然として課題である。即ち安全に寛解達成をできるか否かが長期予後に密接にかかわっていると言える。初発症例の治療の要はば寛解導入療法に集中している。APL を疑った時点でまずすべきことは ATRA の手配、頭部 CT の撮影、血小板製剤の手配である。APL は形態的に疑った段階で可及的速やかに ATRA 内服を開始し、適応があれば recombinant human soluble thrombomodulin (rTM) も併用して線溶亢進型 DIC を速やかに抑制し、高リスク症例に対しては Idarubicin (IDR) や Daunorubicin (DNR) や Gemtuzumab Ozogamicin (GO) の早期併用での APL 細胞増加の抑制を

併用し、分化症候群を積極的に疑い対処し、十分量の輸血を行って血小板数・フィブリノゲン値を維持することが必須である。APL細胞の表面にはアネキシン II が高発現しており、アネキシン II によりプラスミノゲンと組織プラスミノゲン活性化因子 (t-PA) が結合することでプラスミンが強力に誘導され、著明な線溶亢進となり出血傾向を来す。ATRA 投与によりアネキシン II の発現が mRNA レベルで抑制される。



(N Engl J Med. 1999 Apr 1;340(13):994-1004.より引用)

また rTM は、APL 細胞表面のアネキシン II の発現を低下させるとともに、プロテイン C を活性化し、凝固反応を抑制する働きがあることから APL に伴う DIC に対しては重篤な出血の合併が無い限りは頻用される。なお、トラネキサム酸による出血予防やヘパリンによる抗 DIC 治療についての有用性は否定されており、rTM などを差し置いて他の抗 DIC 薬や止血剤投与を行う意義は乏しい。*PML::RARA* 融合遺伝子の検出のためには (自施設で検査系を有する施設でもない限りは) 外注での FISH もしくは RT-PCR 法でのキメラ mRNA の検出が必要であり、これらの検査結果判明までは検体提出からそれぞれ 6 日、3 日程度を要する (SRL 社での所要日数)。この間治療を行わずに放置すれば APL の強力な出血傾向により頭蓋内出血などをきたすリスクが高まる。ほとんど無症候性の微小なものであっても APL でいったん頭蓋内出血をきたせば止血を得ることは極めて困難であり、救命も困難となる。診断確定してからではなく、形態的に疑った時点で (禁忌に該当しない限りは) ATRA の投与を即時開始することは必須となる。

分化症候群は、呼吸困難、発熱、体重増加、低血圧、急性腎不全、肺浸潤影、胸水、心嚢水が典型的な症候であり、これらのうち 1 つでも認められた時点で分化症候群を疑い、(他の病態によるものの可能性が否定できていなくとも) 積極的に治療介入を行うべきである。典型症状の他、膝炎や視力低下・網膜剥離・黄斑浮腫などの眼症状、筋痛などの報告も症例報告レベルではあるがみられている。分化誘導療法開始後に白血球が急激に増加してきた場合も分化症候群の発症リスクが高く、IDR や DNR や GO による細胞減少療法を検討する。発症時期について治療開始直後のみとの誤解がしばしばあるが、実際には Day15 以降 2 度目の発症のピークを有する 2 峰性であるため (Blood. 2009; 113 (4) : 775-83.)、治療開始から日数が経ってからも寛解を達成したことを確認するまでは油断は禁物である (またハイリスク症例に IDR などの細胞減少療法を併用した場合、血球の立ち上がりのタイミングで急激に DS を発症することもあるため注意を要する)。DS が疑われた時点で即日デカドロン (10 mg 1 日 2 回 iv) を開始し、重症例においては ATRA・ATO などの使用も速やかに中止し、分化症候群の症候が全て完全に消退するまで中止のままとする必要がある。重症例では急激に多臓器不全を来し、人工呼吸管理・血液透析を要することもある。

先述のように APL では高度の出血傾向を来しており、他の急性白血病よりも高い血小板数フィ

ブリノゲン値の維持が必要となる。具体的には血小板数 5 万/ $\mu$ L、フィブリノゲン値 150mg/dL 以上が目標とされている。FFP 製剤は FFP120 および 240 製剤で Na174mEq/L 前後、480 製剤では 153mEq/L 前後を含有しており頻回・大量の投与で高 Na 血症の可能性もあるが、許容範囲内であればフィブリノゲンの値を維持することを優先するべきであろう。血小板輸血などは手配に時間を要することもあり、夕方などに診断が確定した場合、投与を翌日に延期することが頭をよぎることもあるかもしれないが、少なくとも 3 万/ $\mu$ L を下回った状態であれば血小板輸血は絶対に延期するべきではない。血小板輸血不応などのやむを得ない事情がない限りは、寛解達成まではできる限り 5 万/ $\mu$ L 以上を安定して維持することが必要である。寛解達成までの間に軽微なものでも新規の頭痛や頭部打撲などがあれば、それがたとえ夜間であっても躊躇なく頭部 CT を撮影するべきなのは言うまでもない。

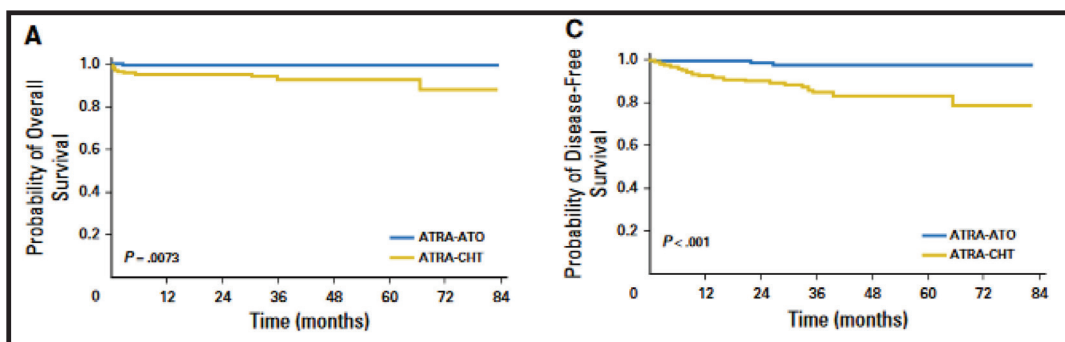
多くの諸外国のガイドライン等において寛解達成後に、ハイリスク症例に対する予防的髄注が推奨（非寛解の状態では出血傾向が強すぎるため安全に髄注が出来ない）されているが、ATRA + ATO 時代における予防的髄注の意義については不明である。また後述するように不十分な回数での ATO 投与は再発のリスクと関連すると考えられるが、一方で 2024 年 12 月に米国開催された ASH Annual Meeting & Exposition では後方視的解析かつ、寛解導入化学療法に限った話であるが、より少ない回数での ATO 治療による寛解導入でも従来の ATO 治療と同等の治療成績を示したとの報告もあり (Blood (2024) 144 (Supplement 1): 4240.)、寛解導入療法での至適な ATO 投与回数、地固め療法含めた至適な総投与回数についてもさらなる探索が望まれる。

#### 【寛解導入療法：ATRA+Chemo or ATRA+ATO】

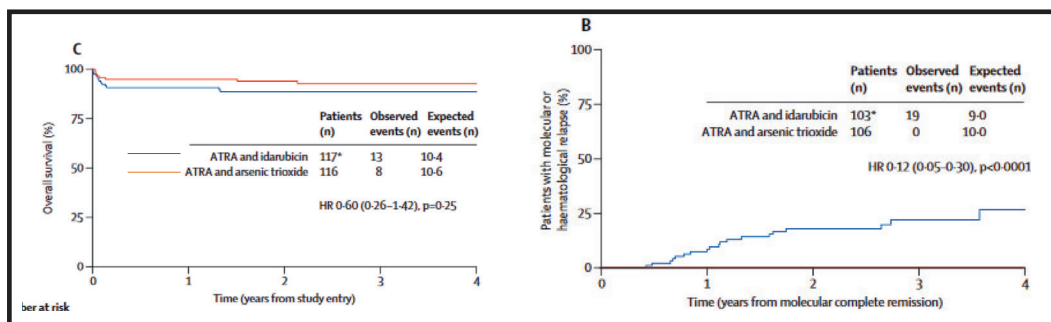
寛解導入療法での ATRA + Chemo と ATRA + ATO の比較試験は多数の臨床試験成績の報告がなされている。以下、代表的なものの中からいくつか成績を挙げる。中等量 Ara-C 追加の意義や維持療法についてなどは本稿では割愛する。

イタリア・ドイツでの APL0406 試験では 18 歳から 71 歳の初発、非ハイリスク APL 患者 266 名を ATRA + IDR 群と ATRA + ATO にランダムに振り分けて解析した。本研究で寛解後療法も寛解導入療法と同様の寛解後療法が選択されている点に注意が必要である (下図 J Clin Oncol. 2017 Feb 20;35(6):605-612. より)。結果は DFS で有意差をもって ATRA+Chemo 群に比し ATRA+ATO 群が良好であった。

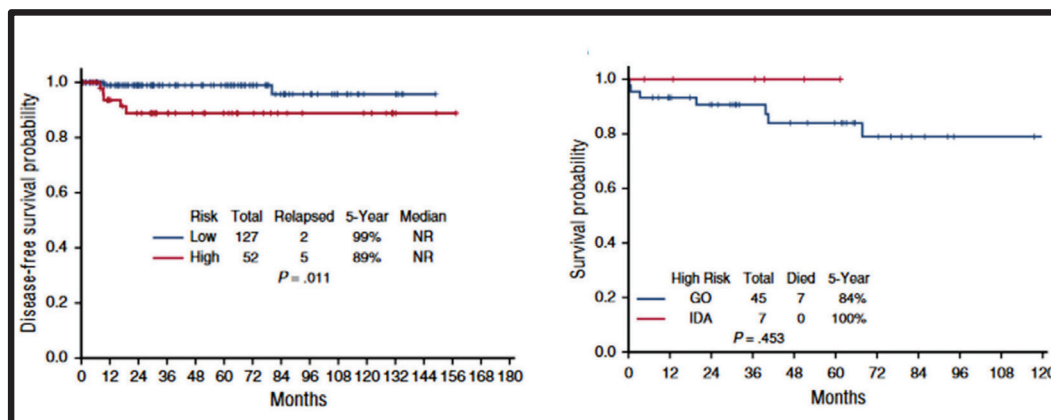
また、本試験では Leukocytosis に対しては Hydroxycarbamide (HU) 内服 (WBC1000 ~ 50000 で 2000 mg/day、 $\geq$  50000 で 4000 mg/day と比較的常識的な用量、ただし本邦での HU の保険適応は最大 2000mg/day まで) で良好にコントロールできたとの点も興味深い。



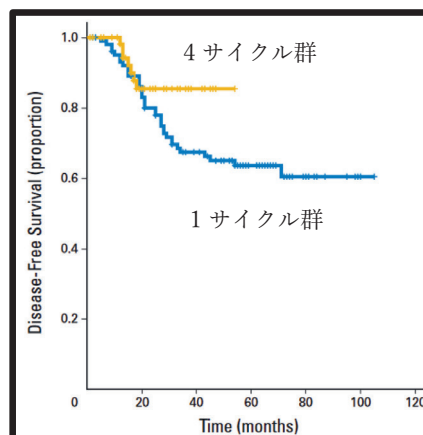
イギリスで行われた AML17 試験（下図 Lancet Oncol. 2015 Oct;16(13):1295-305. より）では 16 歳以上の初発 APL 患者 235 を対象として ATRA + ATO による寛解導入・地固め化学療法群（WBC > 10000/ $\mu$ l の high risk 群は GO 6mg/m<sup>2</sup> を induction で投与）と ATRA + Chemo による寛解導入・地固め化学療法群にランダムに割付け、OS では有意差なかったものの、再発率では有意差をもって ATRA+ATO 群が優れていた。



米国 MD アンダーソンがんセンターで 10 歳以上の初発 APL 患者 187 名をを対象として行われた臨床試験では（下図 Blood. 2017 Mar 9;129(10):1275-1283. より）ATRA + ATO に  $\pm$  GO or IDR 投与でハイリスクの APL でも 5 年 DFR89% と良好な成績を示した（ATO 総投与回数 = Induction+80 回）。また、寛解導入療法における併用薬 GO と IDR では OS に有意差を認めなかった。



イランからの単施設第二相試験（右図 J Clin Oncol. 2011 Jul 10;29(20):2753-7. より）では 11 歳から 71 歳の初発 APL 患者 197 人が対象となった。寛解導入療法として ATO 0.15 mg/kg を寛解達成または 60 日間投与し、地固め療法として当初 24 日間の ATO 投与が 1 サイクルのみ行われ、試験途中から地固め化学療法は 4 サイクルに増量された。試験途中での大幅なレジメン変更についてはさておき、地固め 1 サイクル（寛解後 ATO 投与回数 = 24 回）と 4 サイクル（同 106 回）では DFS が明らかに異なっており、不十分な ATO の投与は再発の増加に関連する可能性がある。



以下、各国の現行ガイドライン等における初発症例に対する APL 治療についてのみ、ごく簡単に触れる。

【米国ガイドラインでの APL 治療】

米国 National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ガイドラインでは以前より、初発時 WBC ≤ 10000/ > で Low/High risk に分類してリスクによって治療を分けている。

2024 年版の NCCN ガイドライン (<https://www.nccn.org/>) では、Low risk の寛解導入療法は ATRA に併用する形で ATO 0.15mg/ kg 連日または 0.3 mg /kg を 5 日（第一週）の後 0.25mg を週 2 回（2 週目以降）と、いずれにせよ ATRA + ATO が category I で推奨されている。このほかの治療としては「ATO が何らかの理由により使用できない場合」という注意書き付きで ATRA + 化学療法（IDR・GO）などが推奨されている。地固め療法でも ATRA + ATO 併用の反復が推奨されている。

APL TREATMENT INDUCTION (LOW RISK) <sup>b,c,d,e,f</sup>		CONSOLIDATION THERAPY <sup>n,o</sup>
<b>Preferred Regimens</b> ATRA <sup>g</sup> 45 mg/m <sup>2</sup> in 2 divided doses daily + arsenic trioxide <sup>h</sup> 0.15 mg/kg IV daily <sup>i</sup> (category 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If blood count recovery by day 28 (platelet &gt;100 x 10<sup>9</sup>/L, absolute neutrophil count (ANC) &gt;1 x 10<sup>9</sup>/L), proceed with consolidation. BM aspirate and biopsy may be considered to document &lt;5% blasts and no abnormal promyelocytes<sup>m,n</sup> but is optional</li> <li>• If full course of induction treatment not given, or counts have not recovered by day 28-35, a BM aspirate and biopsy is recommended to document &lt;5% blasts and no abnormal promyelocytes<sup>m,n</sup> before proceeding with consolidation</li> </ul>	Arsenic trioxide <sup>h</sup> 0.15 mg/kg/d IV 5 d/wk for 4 weeks every 8 weeks for a total of 4 cycles, and ATRA 45 mg/m <sup>2</sup> /d for 2 weeks every 4 weeks for a total of 7 cycles <sup>i</sup> (category 1)
or ATRA <sup>g</sup> 45 mg/m <sup>2</sup> in 2 divided doses daily + arsenic trioxide <sup>h</sup> 0.3 mg/kg IV on days 1-5 of week 1 and 0.25 mg/kg twice weekly during weeks 2-8 <sup>i</sup> (category 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• If blood count recovery by day 28 (platelet &gt;100 x 10<sup>9</sup>/L, ANC &gt;1 x 10<sup>9</sup>/L), proceed with consolidation. BM aspirate and biopsy may be considered to document &lt;5% blasts and no abnormal promyelocytes<sup>m,n</sup> but is optional</li> <li>• If full course of induction treatment not given, or counts have not recovered by day 28-35, a BM aspirate and biopsy is recommended to document &lt;5% blasts and no abnormal promyelocytes<sup>m,n</sup> before proceeding with consolidation</li> </ul>	First 3 consolidation cycles = 56-day cycles: ATRA 45 mg/m <sup>2</sup> /d PO in 2 divided doses daily on days 1-14 and 29-42 (2 weeks on followed by 2 weeks off) + arsenic trioxide <sup>h</sup> 0.3 mg/kg on days 1-5 of week 1 followed by 0.25 mg/kg twice weekly during weeks 2-4 <sup>i</sup> 4th consolidation cycle = 28-day cycle: ATRA 45 mg/m <sup>2</sup> /d PO in 2 divided doses daily on days 1-14 (2 weeks on followed by 2 weeks off) + arsenic trioxide <sup>h</sup> 0.3 mg/kg on days 1-5 of week 1 followed by 0.25 mg/kg twice weekly during weeks 2-4 <sup>i</sup>

一方で High risk（心血管リスクの無い患者）では ATRA + ATO に IDR や GO の追加が推奨されており、地固め療法においては Low risk 同様に ATRA + ATO 併用レジメンの反復が推奨されている。ただし High risk においては予防的な髄注が推奨されている。

APL TREATMENT INDUCTION (HIGH RISK) <sup>b,c,d,e,q,r</sup> (For patients with cardiac issues, see <a href="#">APL-4</a> )		CONSOLIDATION THERAPY <sup>o</sup> See references for details on regimens including maintenance therapy.
<b>Preferred Regimens</b> ATRA <sup>g</sup> 45 mg/m <sup>2</sup> (days 1-36, 2 divided doses daily) + age-adjusted idarubicin 6-12 mg/m <sup>2</sup> on days 2, 4, 6, 8 + arsenic trioxide <sup>h</sup> 0.15 mg/kg (days 9-36 as 2 h IV infusion) <sup>s</sup>	BM aspirate and biopsy at day 28 to document remission <sup>m,n</sup> consider LP before proceeding with consolidation <sup>x</sup>	ATRA 45 mg/m <sup>2</sup> x 28 days + arsenic trioxide <sup>h</sup> 0.15 mg/kg/d x 28 days x 1 cycle, then ATRA 45 mg/m <sup>2</sup> x 7 days every 2 weeks x 3 + arsenic trioxide 0.15 mg/kg/d x 5 days for 5 weeks x 1 cycle <sup>s,y,z</sup>
or ATRA <sup>g</sup> 45 mg/m <sup>2</sup> in 2 divided doses daily and arsenic trioxide <sup>h</sup> 0.15 mg/kg/d IV + a single dose of gemtuzumab ozogamicin 9 mg/m <sup>2</sup> may be given on day 1, or day 2, or day 3, or day 4 <sup>i</sup>	BM aspirate and biopsy at day 28 to document remission <sup>m,n</sup> consider LP before proceeding with consolidation <sup>x</sup>	Arsenic trioxide <sup>h</sup> 0.15 mg/kg daily 5 d/wk for 4 weeks every 8 weeks for a total of 4 cycles + ATRA 45 mg/m <sup>2</sup> for 2 weeks every 4 weeks for a total of 7 cycles. <sup>t,z</sup> If ATRA or arsenic trioxide discontinued due to toxicity, a single dose of gemtuzumab ozogamicin 9 mg/m <sup>2</sup> may be given every 4-5 weeks provided platelets and ANC recover to ≥100 x 10 <sup>9</sup> /L and ≥1 x 10 <sup>9</sup> /L, respectively, until molecular complete response (CR) <sup>l</sup>
or ATRA <sup>g</sup> 45 mg/m <sup>2</sup> in 2 divided doses daily and arsenic trioxide <sup>h</sup> 0.3 mg/kg IV on days 1-5 of week 1 and 0.25 mg/kg twice weekly on weeks 2-8 (category 1) + a single dose of gemtuzumab ozogamicin 6 mg/m <sup>2</sup> may be given on day 1, or day 2, or day 3, or day 4 <sup>i</sup>	BM aspirate and biopsy at day 28 to document remission <sup>m,n</sup> consider LP before proceeding with consolidation <sup>x</sup>	ATRA 45 mg/m <sup>2</sup> for 2 weeks every 4 weeks (or for 2 weeks on 2 weeks off) in consolidation courses 1-4 + arsenic trioxide <sup>h</sup> 0.3 mg/kg on days 1-5 of week 1 in consolidation courses 1-4 and 0.25 mg/kg twice weekly in weeks 2-4 in consolidation courses 1-4 (category 1). <sup>j,z</sup> If ATRA or arsenic trioxide discontinued due to toxicity, a single dose of gemtuzumab ozogamicin 9 mg/m <sup>2</sup> may be given every 4-5 weeks provided platelets and ANC recover to ≥100 x 10 <sup>9</sup> /L and ≥1 x 10 <sup>9</sup> /L, respectively, until molecular CR <sup>l</sup>

支持療法としては血小板 5 万/ $\mu$ L 以上、フィブリノゲン 150 mg/dL 異常、PT・APTT を「正常に近い値」に維持することが推奨されている他、トンネル型 CV カテーテルやポート増設が推奨されない事や Leukapheresis が推奨されないこと、ハイリスク症例においては PSL または Dex による分化症候群予防が推奨されている。

【欧州 ELN expert panel による APL 治療における推奨】

European Leukemia Net (ELN) の expert panel (Blood . 2019 Apr 11;133(15):1630-1643.) ではハイリスク群においては ATRA + ATO + Chemo と ATRA + Chemo が同列に併記されている。

ELN においても APL を疑った段階での ATRA の開始が推奨されており、フィブリノゲン 100 ~ 150 mg/dL 以上、血小板数を 3 万 ~ 5 万/ $\mu$ L 以上 (3 万以上なのか 5 万以上なのかはつきりしてほしいところではあるが)、および PT-INR1.5 未満が推奨されている。また、凝固系の採血は凝固異常消失までは連日のフォローが推奨されている。また中心静脈カテーテル、腰椎穿刺、その他の気管支鏡などの侵襲的処置を寛解導入療法終了までは控えることも明記されている。白血球増加時の細胞減少療法についても使用薬剤・用量についてまで具体的に (ATRA + Chemo では IDR または DNR ± Ara-C だが ATRA + ATO の場合は IDR または GO、治療開始後の増加の場合は HU も選択肢) 記載されている。Leukaphereses については「致命的出血を起こすことがあるため」避けるべきとの記載がある。分化症候群予防のための予防的ステロイドについては NCCN と概ね同様の記載となっている。また ATO 治療中の具体的な K や Mg の目標値などについても言及されている (K  $\geq$  4.0 mEq/L、Mg  $\geq$  1.8 mg/dL)。また予防的髄注に関しては、ハイリスク症例及び中枢神経出血を併した症例に対してのみ推奨している。また、治療終了後の MRD モニタリングとしては、ハイリスク患者では地固め療法終了後最長で 3 年間、3 か月ごとの骨髓検体での MRD モニタリングが推奨されている。

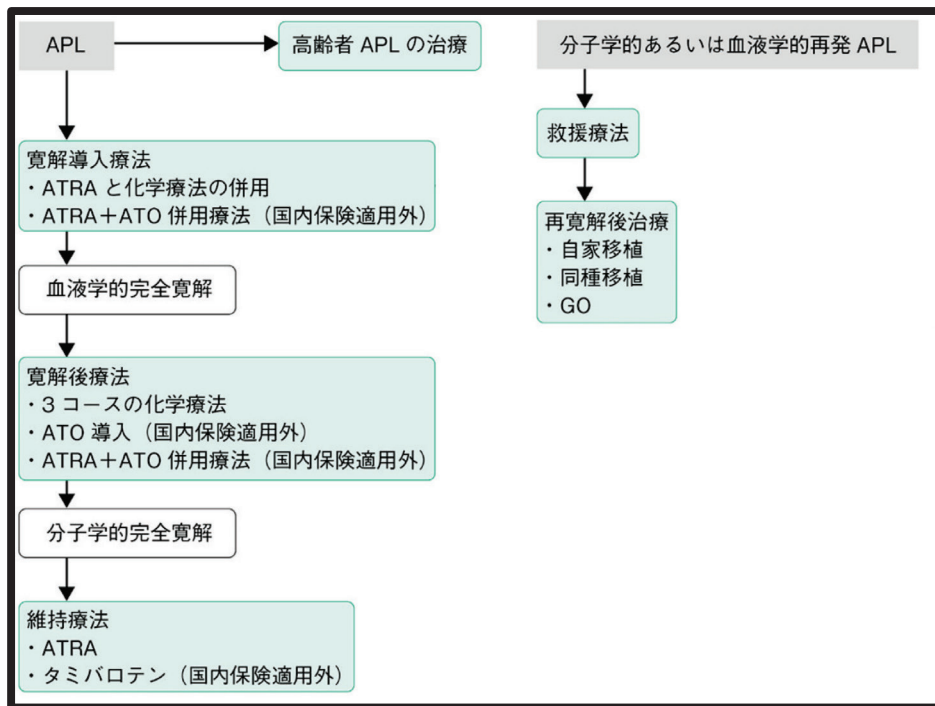
また、他のガイドラインにみられない項目として妊娠症例での推奨事項の詳細な記載があり興味深い (下表 Blood . 2019 Apr 11;133(15):1630-1643. より)。

Pregnant women		
3.4. Management of APL in pregnancy requires the involvement of the patient, hematologist, obstetrician, and neonatologist	III-B	Unchanged
3.5. Retinoids are highly teratogenic and should be avoided in the first trimester unless the patient decides to have a termination of pregnancy	III-B	Unchanged
3.6. ATRA can be used in the second and third trimesters of pregnancy	III-B	Unchanged
3.7. Arsenic derivatives are highly embryotoxic and are contraindicated at any stage of pregnancy	IV-C	Unchanged
3.8. In patients presenting in the first trimester and not wishing to have a termination of pregnancy, induction therapy with daunorubicin alone can be offered	IV-C	Unchanged
3.9. Although chemotherapy appears reasonably safe in the second and third trimester of pregnancy, it is associated with an increased risk of abortions and premature delivery, and induction of labor between cycles of chemotherapy should be considered	III-B	Unchanged
3.10. Stringent fetal monitoring, with particular emphasis on cardiac function, is recommended for patients receiving ATRA with or without chemotherapy during pregnancy	IV-C	Unchanged
3.11. For deliveries before 36 wk of gestation, antenatal corticosteroids before preterm delivery are recommended to reduce the risk of fetal morbidity and mortality associated with respiratory distress syndrome	IIb-B	Unchanged
3.12. After successful delivery, breastfeeding is contraindicated if chemotherapy or ATO is needed	IV-C	Unchanged
3.13. Female patients with APL should be advised against conceiving while exposed to ATRA or ATO for consolidation and maintenance therapy	IV-C	Unchanged

要点としては、Retinoid は妊娠初期は不可で第 2 期～第 3 期は可、ATO は妊娠全経過にわたり不可かつ授乳希望ならば授乳中も不可、妊娠継続を望む場合は DNR 単独での寛解導入が推奨されるとのことである。総じて、ELN expert panel の内容は具体的で、実際に治療を行う際に有用な印象である。

【国内ガイドラインでの推奨治療と国内での保険適応の問題】

最後に本邦の最新のガイドラインである 2023 年版における APL 治療について述べる



(<http://www.jshem.or.jp/>)。

本邦においては ATO に対する保険適応上の制約があり ATRA + ATO 使用での寛解導入化学療法を選択することは困難であり、現状では臨床試験への参加や難治症例などを除いては ATRA + 抗がん剤併用化学療法が標準的寛解導入療法となる。ただし、諸外国からは ATRA + ATO レジメンによる治療が ATRA + 抗がん剤と比較して有意に良好な予後を示した報告が散見されている。日本血液学会のガイドラインにおいても、「保険適応外」との注意書き付きではあるが初発症例に対する寛解導入療法、寛解後療法とも ATO 使用はカテゴリー 1 の推奨となっている。JALSG による初発 APL に対する ATRA + ATO 併用レジメンによる臨床試験の成績が待たれる。

【結語】 APL を疑われた際には、専門医への積極的なご相談・ご紹介を検討いただきたい。

## 第22回西多摩医師会臨床報告会

西多摩医師会 学術部 松田 直樹

令和6年10月24日、会場の公立福生病院とWeb配信でのハイブリッド形式で開催され、3演題の発表がありました。学術部長 松村昌治 先生の司会のもと、活発な討論が行われました。

### 1. がんゲノム診療部とがんゲノム医療連携病院指定見込みについて

市立青梅総合医療センター 産婦人科部長 伊田 勉

○抄録 がんゲノム医療は、個々のがん患者に最適な治療法を提供するために、患者のがん細胞の遺伝子（ゲノム）情報を解析し、それに基づいた治療戦略を立てる医療である。従来のがん治療は、がんの種類や進行度に基づいて決定されていたが、がんゲノム医療では、患者ごとの遺伝的な特徴に応じた個別化医療が可能となる。

がんゲノム医療の提供体制を構築するため、がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院、およびそれらと連携してがんゲノム医療を提供するがんゲノム医療連携病院が厚生労働省により指定されている。当院は2024年10月にがんゲノム医療連携病院の申請を行い、今年度中にがん遺伝子パネル検査などのがんゲノム医療の提供を開始する見込みである。西多摩医療圏におけるがんゲノム医療の拠点を目指して、本発表で地域の先生方に情報提供をさせて頂き、今後の良好な連携体制につなげさせていただきたいと考えている。

○ポイント 今年度末を目前に、がんゲノム医療連携病院として、がん遺伝子パネル検査を実施できる見込みであり、西多摩医療圏のがん患者に恩恵をもたらすことが期待される。

○質疑 Q「この医療を受けるには標準抗がん治療が終了していることが前提？」 A「はい、標準治療の有効性をゲノム医療が上回るわけではない」

Q「対象のがんの種類は？」 A「固形がんのみ。現時点では、血液のがんは除外」

Q「どのような薬が用いられるのか？」 A「標準治療に含まれない他の領域の抗がん薬が適応になる可能性がある」

Q「この治療は治験？」 A「ほとんどが治験」

Q「採取した組織からどうやって検査するのか？」 A「スライド10枚程度の固定組織からFFPという手法で調べる」



### 2. 頬部腫脹により発見された木片異物例

公立福生病院 耳鼻咽喉科 診療部部長 三浦 玲央

○抄録 顔面の外傷性異物は受傷直後や短期間に摘出されるが、長期間無症状に経過した後に発見される例もある。1年以上前に頬部に刺入したと思われる皮下木片異物例を経験した。

症例は2歳男児である。201X年Y月、自覚症状はないが右頬部腫脹を指摘され精査治療目的に当科を紹介され受診した。診察上、右頬部に軽度の発赤、弾性、やや硬～一部軟、圧痛を伴



わない腫瘤を認めた。超音波では右頬部の皮下に棒状の高輝度エコーが認められた。CTでは、右頬部皮下に棒状の高吸収域とその周囲の脂肪織濃度上昇が認められた。明らかな外傷の既往はないが、異物迷入による右頬部の炎症と診断した。全身麻酔下での摘出術をすすめたが、同意が得られなかった。触診上、一部膿瘍形成が疑われたため、穿刺したところ黄白色調の粘度の高い液体成分が流出し、約18mmの木片異物が摘出された。局所の抗菌薬軟膏塗布にて、異物摘出後は経過良好であった。



局所所見、超音波、CTを組み合わせて評価することで、低侵襲で正確な診断、治療にたどりつくことができた。

○ポイント 顔面内の異物の診断では、超音波のみでは不十分であり、CTは必須である。

○質疑 Q「穿刺時に麻酔は？」 A「していない」

Q「当初、刺入部の傷は大きくなかったのか？」 A「なかったようだ」

### 3. 術前CTで内ヘルニアと診断し緊急手術を行った大網裂孔ヘルニアの1例

公立阿伎留医療センター 外科 医員 碓氷もりの  
外科 矢嶋幸浩, 遠藤和伸, 仁科有美子, 碓氷もりの  
診療看護師 太田 優

○抄録 症例は腹部手術歴のない60歳男性、心窩部痛を主訴に当院を受診した。腹部造影CT検査で上腹部に局限した腸管膜の浮腫状変化と拡張小腸を認めた。さらに同部位に引き込まれる横行結腸を認め、内ヘルニアによる絞扼性イレウスと診断し緊急手術を行った。開腹すると大網から網嚢腔内に陥入する小腸を認めた。用手整復をしたところ陥入小腸は約80cmにわたりうっ血し拡張していた。大網裂孔をヘルニア門とする大網裂孔ヘルニアの診断に至った。ヘルニア門は2.5cm大であった。手術はヘルニア門を解放し腸管は温存した。術後経過は良好で9日目に退院となった。開腹歴のない腸閉塞症例では内ヘルニアを鑑別に挙げる必要があり、大網裂孔ヘルニアは内ヘルニアの中でも比較的稀な疾患とされている。自験例は術前に内ヘルニアと診断し術中所見より大網裂孔ヘルニアの診断に至った症例であり、文献的考察を交え報告する。

○ポイント 手術歴のない腸閉塞症例では内ヘルニアを疑う必要がある。大網裂孔ヘルニアの診断にCTが有用で、術前に、腸管や腸管膜の所見、各臓器の位置関係を確認することが重要。

○質疑 Q「腹痛出現から受診までの時間は？」  
A「院内職員だったためすぐに診察できた」

Q「この疾患を疑う徴候は？」 A「鎮痛薬も効かない激痛や腹膜刺激症状」

Q「単純X線の所見は？」 A「基本的に一般のイレウスと同じだが、一部の腸管のみ腫れている場合は要注意」



## 第98回多摩医学会講演会

学術部

第98回多摩医学会講演会が令和6年11月16日(土)にホテルエミシア東京立川において開催されました。一般演題として、西多摩医師会からは以下の3演題が出されました。特集演題としては「がん検診の現状と工夫」というテーマで9演題の発表がありました。

### 1. 急激な経過を辿った原発不明骨髄癌腫症

公立阿伎留医療センター

○ 楡井里奈・内野慶人・八田善弘

【緒言】由来不明の骨髄癌腫症と播種性血管内凝固(DIC)により急激な経過をたどった症例を経験した。

【症例】89歳男性。20XX年X月に当院に肺炎で入院した際のCTで多発リンパ節腫大を指摘された。生検可能部位の病変なく、症状もないため経過観察となっていた。同年X+1月に食思不振を主訴に救急外来を受診し、両側胸水と炎症反応高値を認め緊急入院となった。入院後抗菌薬投与を行うも改善なく、DIC・末梢血中への幼若細胞の出現を認めた。骨髄浸潤を伴う悪性腫瘍と考え、骨髄穿刺・生検を行ったが、結果判明より前に急激なDIC進行により死亡された。死後判明した骨髄病理で、大型で偏在核を示し、軽度集簇傾向のある異型細胞を認め、これらはCK AE1/AE3、CK7、CK20、p40、CDX2、PSA、CD3、CD5、CD20、CD79a、LCA、Melan A、S100 いずれも陰性でCD138に弱陽性を示した。



### 2. 症状・兆候から疑い、早期に治療可能な医療機関へ搬送し、 良好な転帰を得た熱帯熱マラリアの一例

公立福生病院

○ 塚平真央・小濱清隆・豊崎光信

【背景】熱帯熱マラリアは重症化・死亡率が高い。一方で、マラリアの所見は非特異的で輸入例では診断に難渋する。今回、渡航歴、所見から熱帯熱マラリアを疑い、診断・治療可能な医療機関へ搬送し、良好な転帰を得た一例を経験したので報告する。



【症例】20歳代のギニア人女性。日本帰国直後よりの発熱、頭痛、嘔気を主訴に来院した。異常バイタルサインは、意識 GCS 11-12 (E3V3M5-6)、呼吸数 41 回/分、脈拍数 134/分、体温 39.4℃であった。血液検査では貧血、血小板減少、高ビリルビン血症、炎症反応上昇、CT 検査で、肝脾腫を認めた。熱帯熱マラリアを疑い、診断・治療可能な医療機関へ搬送した。熱帯熱マラリアの診断で治療後、軽快退院となった。

【考察】マラリア輸入例では、発熱、脾腫、高ビリルビン血症、血小板減少が診断の可能性を高めるとする報告がある。本症例では、そのすべてを認めた。

### 3. 当院における地域連携の新たな試み〈救急直通電話の設置〉

市立青梅総合医療センター

○肥留川賢一・野口和男

野口 修・大友建一郎

当院は西多摩医療圏の中核病院として救急搬送の受け入れを行っているが、ほとんどが患者個人の救急車要請からの搬入である。開業医を含めた近隣医療機関からの要請は多くない。これは開業医の先生方が救急の患者であっても救急車の要請を躊躇してしまうためではないかと推測した。救急受診に関わる相談や、病状・ケガに対する相談などが気軽に行え、それを最初から直接医師が行えるシステム〈救急直通電話〉を構築すればこれらを解消できるのではないかと考えた。

今までも対応は行っていたが、初めに地域連携室が対応しその内容から各担当科に連絡し対応するといった流れであり、かなりの時間を要していた。この電話を設置することにより最初から医師が対応することが可能となり、開業医の先生方の救急依頼に対する閾値を下げられ、ストレスの軽減が出来たと感じている。救急直通電話設置に関わる経緯、設置後4か月間の内容について報告する。



## 西多摩医師会 市民公開講座 報告

学術部 神應 知道

2024年12月7日、冬晴れの土曜日14時から、日の出イオンモールにて西多摩医師会市民公開講座が松村学術部長の座長のもと開催されました。当日は3名の先生による講演があり、それぞれから得られた学びを共有いたします。



### 第1部：在宅で療養生活を送るには

進藤幸雄先生（西多摩医師会会長）からは、自宅での最期を望む方が約60%いる一方、実際には12.4%に留まる現状が示されました。2025年に団塊世代が後期高齢者となる中、医師不足による在宅診療所の不足やフレイル（虚弱）対策の必要性が指摘されました。訪問看護・介護保険の早期利用、人生会議（ACP）を通じた家族の話し合いが重要であり、地域包括支援センター活用や健康寿命延伸のための生活習慣改善が求められました。



### 第2部：地震や台風などの災害に備える～西多摩の医療を中心に

新井悟先生（東京都医師会 救急・災害担当理事）からは、令和6年能登半島地震で顕在化した高齢化地域特有の医療・避難課題や、今後東京で想定される大規模地震・風水害への備えの重要性が示されました。マンション住民や帰宅困難者対応、トイレ・水・食料不足、医療スタッフの疲弊、慢性疾患やメンタルヘルスケアなど、多面的な課題への対応が求められています。そのため、建物耐震化やインフラ強化、受援体制整備、ホテル・旅館活用、AIによる被害認定迅速化など、総合的な対策による災害医療体制強化が急務であることが指摘されました。



### 第3部：西多摩医療圏における災害医療対策

肥留川賢一先生（市立青梅総合医療センター副院長）からは、大規模災害時には全員が被災者となり、時間外発生が多いため初動対応が困難であることが示されました。公助や共助には限界があるため、自助（個人の備え）の重要性が強調され、西多摩医療圏の医療対策本部体制と地域連携があっても、行政備蓄のみでは不十分である現実が示されました。避難所生活中の「災害関連死」を避けるため、3日間の自力サバイバルを想定した水・食料・日用品の確保が求められました。



#### <3つの講演から学ぶポイント>

1. 在宅医療では、家族と話し合い、早期の訪問看護・介護保険活用やフレイル対策が重要であること。
2. 行政や医療機関、福祉施設、ホテル・旅館などの避難所候補との情報共有・連携強化を図り、定期的な防災訓練や勉強会を開催して、医師会として地域全体の災害医療力を底上げする対策が求められること。
3. 個人レベルでの自助努力（備蓄、水・食料確保、情報入手手段確保）が、限られた公助・共助を補完し、被害軽減に不可欠であること。

これらの学びから、地域医療・行政・個人が三位一体となり、今後の課題に備えていく必要性があらためて示されました。当日の会場では、フロアから多くの積極的な質問が寄せられ、西多摩歯科医師会会長の麻沼先生からは、歯科医師会としてできることを今後医師会と連携して行っていきたいとの前向きなご意見も伺うことができました。

#### ◇学術講演会予定

令和 6. 12. 19

開催日	開始～終了時間	会場	単位数	CC	集会名称・演題	講師（役職・氏名）
1/20 (月)	19:00 ～ 20:00	Web 配信 又は、 西多摩 医師会館	1.0	29	学術講演会 「認知症治療・ケアセミナー in 西多摩」 演題「アルツハイマー病治療の過去と未来」	座長：医療法人社団 幹人会 福生クリニック 院長 玉木 一弘 先生 医療法人社団 創知会 メモリークリニックお茶の水 理事長 ／筑波大学 名誉教授 朝田 隆 先生
2/14 (金)	19:40 ～ 20:45	公立福生病院	1.0	0 53	学術講演会 「公立福生病院～病診連携講演会～」 演題「放射線治療機器の更新のご案内」 演題「胃疾患の最近の知見」	座長：はむら皮ふ・形成外科・内科 クリニック 院長 醍醐佳代 先生 公立福生病院 放射線科部長 林 敬二 先生 公立福生病院 外科部長 木全 大 先生
2/20 (木)	19:30 ～	公立福生病院			西多摩パネルディスカッション 【テーマ：睡眠障害】	公立阿伎留医療センター 循環器内科部長 松永洋一 先生 市立青梅総合医療センター 脳神経内科部長 田尾 修 先生 新町クリニック 院長 神應知道 先生 公立福生病院 精神科 診療部部長 保科光記 先生



## 令和6年度 西多摩医師会互助会『忘年クリスマス会』

総務部長：井上大輔

令和6年12月4日(水)午後7時30分より、昭和の森フォレストイン昭和館で西多摩医師会互助会主催の『忘年クリスマス会』が開催されました。コロナ禍のため令和元年を最後に当会が中止となっていました。去年は「年末懇親会・情報交換会」として規模を縮小する形で開催致しました。今回は『忘年クリスマス会』として久方ぶりの開催です。正会員31名、準会員27名を始め総勢75名のご参加をいただきました。司会進行は福利厚生担当 高橋有美先生に務めていただきました。

まず初めに会長 進藤幸雄先生より開会のご挨拶の後、副会長の進藤晃先生に乾杯のご発声を頂戴し、会が開始されました。三公立病院の先生方にも多数ご出席いただき、医師会の先生方とのお話に大変華が咲いておられ、これから益々の医療連携の充実が見込まれると感じました。



そして、そんな楽しい会を彩ってくれたのが、テノール歌手 高橋淳さん、ピアニスト 武田朋子さんによる素晴らしい演奏でした。高橋淳さんの力強い歌声は心の奥底まで響き渡り、会場の皆様も素敵なお声にただただ聴きほれていらっしやうでした。そして何と、高橋淳さんの奥様でいらっしやう、当医師会理事でもいらっしやう高橋有美先生がソプラノ歌手としてご参加され、ご夫婦による最上のハーモニーが会場全体を包み込みました。まるで場の全てが浄化され、高尚の極地へ連れて行っていただいたような感覚を覚えました。



せっかくお集まりくださった皆様にも楽しんでいただこうと、豪華賞品をご用意した抽選会を行いました。見事当選された先生方はプレゼンターの副会長 古川朋靖先生から満面の笑みを浮かべながら賞品をお受け取りになられており、日頃のお疲れが少しでも癒されればと私共も大変うれしくなりました。市立青梅総合医療センター院長の大友建一郎先生が25年間参加され初めて当選されたと大変喜ばれていたことが印象的でした。



楽しい時間ほど早く過ぎてしまうもの、惜しむ声も多数ある中で会は終焉を迎えます。閉宴のご挨拶を監事 近藤之暢先生からいただき、またの皆様との再会を固くお約束して会は終了となりました。なお、医師会や互助会の各種イベントの会場として長くお世話になったフォレストイン昭和館が令和7年1月をもって営業終了となります。同会場での医師会関係の行事は今回が最後となり、皆様



お名残惜しそうに会場を後にされていたことが大変印象的でした。

最後に、本会の準備、運営、進行に際して大変お世話になりました福利厚生担当 高橋有美先生を始めとした諸先生方、また医師会事務局スタッフの皆様にご心より御礼申し上げます。来年以降もぜひ開催を考えて参りたいと思っておりますので、会員の皆様、何卒よろしくごお願い申し上げます。



## 広報だより

### ばば子どもクリニック 馬場 一徳

この年齢になってよく料理を作るようになったのだが、ある日茄子の炒め物を作った時に、「茄子のアク抜きをするかどうか」という話を妻としていた。煮物などの場合にはアク抜きをしないと少し渋くなるのでアク抜きが必要なのだが、炒め物の際にはアク抜きをしなくてもさほど味が変わらないため、「手間をかけたくないから必要が無ければやらない」という私の意見に対し、妻は「色が黒っぽくなるのが嫌なのでアク抜きはする」ということだった。

そんな話から、男女の視点の違いというものを考えてみた。太古の昔から、男性は狩りをするために遠方のものを見る力に長けているのに対し、女性は料理や身の回りのことをすることが多かったため近くの物に対する注意力に長けていると言われている。おそらく遺伝子レベルで刷り込まれているのだろうが、現代でもその傾向は残っていると思う。料理の話で例えるのであれば、男が料理を作ると「これを作りたいから材料を買ってきて用意する」のに対し、女性の場合は「冷蔵庫の中にあるもので料理を作る」傾向があると思う。

ステレオタイプで考えるのはあまりよくないことは承知の上だが、その視点で今のジェンダーフリーの流れを見ていると、それぞれの性の良さまで消してしまっていることはないだろうかと思う。



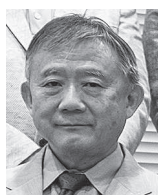
えてしまう。最近発売になったゲームのキャラクター選択が男性・女性でなくルックス A・B になり、見た目もそれほど変わらなくなったのもジェンダーフリーの流れからだろうが、そこまでやる意味があるのか疑問である。ゲームの作者も疑問を呈しているという記事も見た。また、男性（女性）でなければできないこと、男性（女性）がやったほうが効率がいいことも多くあると思う。男性が育児休暇を取ってもやることがわからなくて困ってしまうという記事を以前見たが、その最たる例だろう。

世界的なジェンダーフリーの流れは当然のことではあるのだが、最近の日本の傾向はどうも本質をはき違えている気がしてならない。お互いのできないところや苦手なところを補う、お互いを性のステレオタイプに当てはめることなく尊重するのが目的であり、「男性（女性）も女性（男性）のする〇〇をすべき（してはならない）」というというのは逆のステレオタイプを押しつけているだけではないか。多様性の尊重の中の一つとしてあるものであり、こうあるべきという押しつけはジェンダーフリーの本質ではないと思う。

この考えに基づき、次に茄子の炒め物を作るときには水にさらしてアク抜きをしてから炒めようと思う。

## 連載企画

### 近藤 之暢



10月13・14日 連休を利用して友人達と8人で茨城県に行ってきました。朝8時30分に待ち合わせ場所の常磐道千代田PA（パーキングエリア）にて合流後北関東自動車道友部ICで高速を降り人気の『道の駅かさま』を目指しましたが、IC（インターチェンジ）を降りる所から渋滞になってしまい、諦めました（人気ありすぎです）。

ICから道の駅とは反対方向に遠回りし笠間稲荷神社へ向かい、10時前に到着したためすんなりと神社近くの駐車場に入れました（高齢になってくると目的地から遠い駐車場は疲れます）。時期的には菊人形の展示にはまだ早く準備中でした。ゆっくりと参拝し、御朱印をいただきました。

参道の両側に並ぶ土産物屋など冷やかし半分のにぞき、近くの酒蔵で甘酒などを飲みゆっくりと周辺も散策しました。モンブランなどを中心とした菓子を売りにしている店が多いと感じました。

昼食は『茨城県陶芸美術館』一階 レストラン風の丘で昼食をとる予定でしたが、イベントを行っておりすさまじい渋滞で近づくことも出来ず昼食を断念する羽目になってしまいました（下調べ不足でした）。幸い笠間稲荷近くで甘酒などのつまみ食いをしたため腹の虫が鳴くことはありませんでした。

このため少し早めに笠間市のスイーツ『栗のいえ』に行き昼食なしでデザートだけ頂く事となりました（多数のマスコミで何度も紹介されていたため8月に予約していたので無事絶品スイー

ツにはありつけました)

『栗のいえ』の建物は当地の村長の家をリノベーションしており趣のあるところでした。オーナーパティシエのご主人(笠間市出身だそうです)と海外のホテルで働き 銀座久兵衛で個室専門のサーブをしていた奥様がご夫婦で営業されています。

一番人気はモンブラン(味付け調理済みの栗を削ってクリームの上にかけておりフワツとした今までにない食感と味で絶品でした。マスコミの評価以上です) 通年で提供されているようですので必ずしも栗の時期でなくても注文できるようです。接客も絶妙で感心しました。

宿泊は筑波山ホテル『青木屋』という古くからのホテルです。部屋からは関東平野をほぼ一望でき素晴らしいロケーションの宿でした。当日はあいにく少しガスっていましたが遠くは富士山やスカイツリーなども展望出来ました。個室露天風呂付きの部屋でゆっくりと過ごせ、再度訪れてみたいと思いました。

翌日は筑波山神社にお参りし(徒歩5分ほど)、ケーブルカーで山頂駅に到着、まだ早い時間であり休日でありながらも待ち時間なしで乗れました。山頂駅近くの展望台からは茨城県北部の展望も良く素敵でした。

筑波山といえば『ガマの油売り口上』です。興味本位でしばらく観ていたのですが購入までには至りませんでした。今は『ガマの油』の名称では販売はしていないようです。『陣中湯』あるいは『陣中ガマの油』と言うようです。(もともと『ガマの油』の名称は、製造販売していた会社がこれを登録商標と同じように使用していたため他の会社や薬局は『ガマの油』の名前を使用できないそうです。社長が行方不明でどうにもならないようです)

下山後は筑波山神社周辺の散策後宿に戻り水戸市に移動 『レストラン・イイジマ』で常陸牛に舌鼓を打ちました。

午後は銚田市『フォレストパーク・メロンの森』で〈メロン狩り〉です。メロン1個の〈メロン狩り〉ができ、さらに1/2個の〈試食〉ができます。今までいろいろな『・・・狩り』を体験しましたが、今回は最大の『・・・狩り』でした。今後は『スイカ狩り』などあればさらに大きさ更新となりますが、あまり大きくても食べきれない上に持って帰るのに大変でメロンくらいが限界と思いました。

帰り道『KAITSUKA かすみがうら本店』(蔵出し焼き芋かいつか)にたちよりお土産として干し芋を多数買い込みました。こちらはもともとさつまいもの卸問屋として1967年に創業したそうです。干し芋などサツマイモを材料にした菓子など多く作っておりお土産にはもってこいでした。

今回茨城県の観光地を数か所巡って思ったのですが、人気都道府県ランキングなどで茨城県が46・47位と低迷している理由がよくわかりません。今回以外にも水戸偕楽園・大洗(あんこう料理やアクアワールド)・袋田の滝・霞ヶ浦・水郷潮来・鹿島神宮・牛久大仏・国営ひたち海浜公園など多くの魅力的な地域が多いのになぜ???? 何度も訪れていますが魅力度の高い県と思っており、また訪れたいです。

**理事会報告**

★ Information

**10月定例理事会**

令和6年10月22日(火)

西多摩医師会館

(出席者：進藤(幸)・古川・進藤(晃)・井上・三ツ汐・湯田・野口・神應・松本・高橋・宮城)

**【1】報告事項**

## (1) 都医地区医師会長連絡協議会報告

資料により、10/18に開催された標記協議会の内容・都医からの伝達事項等について

## (2) 各部報告

学術部：10/24「臨床報告会」開催の確認

## (3) 地区会報告(各地区理事)：

福生市 10/9 災害時の福生市医療救護所に係る会議に参加出席

**【2】報告承認事項**

## (1) 入退会会員、会員異動について

資料により、準会員5名の入会申請が紹介・報告され承認された  
また、準会員7名の退会及び会員異動届1件が報告された**【3】協議事項**

## (1) 菅生学園からの校医業務委託依頼について(継続)

医師会として特定の医師の選定・紹介等是对応不能との回答とすることとした

**11月定例理事会**

令和6年11月12日(火)

西多摩医師会館

(出席者：進藤(幸)・古川・進藤(晃)・井上・三ツ汐・湯田・野口・神應・松本・高橋・近藤・宮城)

**【1】報告事項**

## (1) 各部報告

学術部：11/16に開催予定の「多摩医学会」の案内及び出席依頼

## (2) 地区会報告(各地区理事)：

青梅市 10/25 医師会懇親会開催

**【2】報告承認事項**

## (1) 入退会会員、会員異動について

資料により、正会員1名と準会員2名の入会申請が紹介・報告され承認された  
また、正会員1名の退会及び会員異動届3件が報告された

## (2) 令和7年度あきる野市立小・中学校学校医(内科医・精神科医)の推薦について(依頼)

標記依頼については、地区会にて調整が済んでいることから、依頼通り資料にある医師を推薦することが承認された

(3) 「糖尿病性腎症重症化予防事業への取組にかかる要望書」について

資料により、標記に係る行政からの協力要請内容が紹介され、要望への協力が承認された

### 【3】協議事項

(1) 「東京労働局地方労災医員」の推薦方依頼について

資料により依頼内容が説明・紹介され、福生病院吉田院長の内諾があることから吉田英彰先生を推薦することが提案され可決承認された

(2) 令和7年度学校医等各種報酬及び予防接種委託料について（要望）

資料により、標記に係る行政からの要望が紹介・説明され、対応を協議  
学校医等各種報酬については問題ないが、予防接種委託料のうち事務費の金額が83円で三者協の88円と異なるため行政に確認・再交渉することとした

## 11月定例理事会

令和6年11月26日（火）

西多摩医師会館

（出席者：進藤（幸）・古川・進藤（晃）・井上・三ツ汐・湯田・野口・神應・松本・高橋・近藤・宮城）

### 【1】報告事項

(1) 都医地区医師会長連絡協議会報告

資料により、11/15に開催された標記協議会の内容・都医からの伝達事項等について

(2) 各部報告

経理部：資料により令和6年度9月期の収支内容・状況について説明・報告

総務部：（福利厚生担当）：12/4予定の「忘年クリスマス会」への参加依頼

学術部：12/7予定の「市民健康講座」への参加依頼

公衆衛生部：11/13羽村市の担当者と特定健診の八市町村乗り入れに係る情報交換、今後  
も継続していく予定

(3) 地区会報告（各地区理事）：

福生市 11/16 災害時医療救護所設営訓練に参加

羽村市 11/29 羽村市三師会忘年会・12/6 羽村市医師会忘年会を予定

### 【2】報告承認事項

(1) 入退会会員、会員異動について

資料により、準会員1名の入会申請が紹介・報告され承認された

また、準会員1名の退会が報告された

### 【3】協議事項

(1) 令和6年度 摂食嚥下機能支援シンポジウム シンポジストの派遣について（依頼）

資料により標記依頼内容が紹介・説明され、依頼の通り進藤幸雄先生の派遣が可決承認された

**12月定例理事会**

令和6年12月10日(火)

西多摩医師会館

(出席者：進藤(幸)・古川・進藤(晃)・井上・三ツ汐・湯田・野口・神應・松本・高橋・近藤・宮城)

**【1】報告事項****(1) 各部報告**

学術部：12/7 開催した「市民健康講座」の状況等について

総務部(福利互助担当)：12/4 開催した「忘年クリスマス会」の状況等について

**(2) 地区会報告(各地区理事)：**

青梅市 11/28 「青梅骨粗鬆症ネットワーク勉強会」開催

羽村市 12/6 忘年会開催

**【2】報告承認事項****(1) 入退会会員、会員異動について**

資料により、準会員4名の入会申請が紹介・報告され承認された

**(2) 令和7年度羽村市立学校学校医の推薦について(依頼)****(3) 令和7年度青梅市立小・中学校学校医の推薦について(依頼)****(4) 令和7年度日の出町立小・中学校医の推薦について**

令和7年度日の出町立小・中学校眼科検診医の推薦について

上記学校医及び検診医の推薦依頼については、各地区会にて調整が済んでいることが報告され、資料にある医師を推薦することが承認された

**【3】協議事項****(1) 東京都大気汚染障害者認定審査会委員の推薦について(依頼)**

資料により依頼内容及び資料にある今期委員(3名)に継続就任の内諾済みであることが紹介され、今期と同様の先生を推薦することが提案され可決承認された

**会員通知**

- 会報 11-12月号
- 宿日直表(青梅・福生・阿伎留)(西多摩医師会HP会員ページ、会員メニュー内(会員専用)に掲載)
- 学術講演会(10/29、11/13、11/14、11/28、12/16)
- 産業医研修会(板橋区医師会 2/1)
- 令和6年度第3期西多摩医師会諸会費請求書
- 日本医師会会員情報システム「MAMIS」
- 西多摩医師会互助会「忘年クリスマス会」開催案内(12/4)
- 令和7年西多摩医師会『新年賀詞交歓会』開催のご案内(1/18)
- 年末年始休館のお知らせ
- 令和6年度第40回学校保健連絡協議会開催案内(2/6)
- 第57回青梅マラソン大会開催に伴う協力について(依頼)

- 西多摩地域脳卒中医療連携推進事業「症例検討会」開催案内(11/27)
- 「糖尿病性腎症重症化予防のための講演会」開催案内(12/13)
- 「糖尿病合併症を理解するための勉強会(眼科専門医)」開催案内(1/16)
- 医療保険委員会より「西多摩市町村国保主務担当者との懇談会」における各自治体からの情報提供について(「資格確認書」の有効期限、「高齢受給者証」の発行等)
- 〃〃令和6年12月2日以降の西多摩8市町村の「資格確認書」「高齢受給者証」の発行についての最終結論情報提供
- 市立青梅総合医療センターより 外来感染対策向上加算地域連携合同訓練開催について(12/10)
- 〃〃「第29回地域連携がんセミナー」開催案内(11/21)
- 公立阿佐留医療センターより 無停電電源装置改修工事に伴う救急患者受入制限について
- 公立福生病院より 外来感染対策向上加算地域連携合同カンファレンス開催について(11/11)
- 福生市医師会より 令和6年度福生市医師会講演会開催のご案内(12/14)
- 西多摩地域広域行政圏協議会「最期まであなたらしく生きるために」開催案内(1/18)
- 日本精神衛生学会第40回大会のご案内(12/14～12/15)
- 荏原医師会「令和6年度城南地区スポーツ医会講演会」の開催について(2/5)
- 「がん治療連携指導料」の施設基準届出に係る連携保険医療機関の新規追加及び届出内容の変更等について(令和7年1月1日算定)
- 市立青梅総合医療センターだより
- 第98回多摩医学会抄録
- 令和6年度予防接種関連ポスター及びリーフレット(風しん)
- 西多摩保健所ガイド
- 保健所だより
- 後期高齢者医療制度マイナンバーカードと健康保険証の一体化に伴う周知用ポスター及びチラシ
- 令和6年度「エイズ予防月間」ポスター及びリーフレット
- ポスター「(親)医療証をお持ちの方へ」の掲示について(依頼)
- 学校医会報
- 野鳥における高病原性鳥インフルエンザウイルス(H5亜型)の検出について(情報提供)
- マイコプラズマ肺炎に関する注意喚起について
- 第14回首都圏小児結核症例検討会の開催について
- 「令和6年度中皮腫の診断精度向上のための講習会」のご案内
- 「治療と仕事の両立支援カード」の配布版について
- 令和6年度における「医療扶助のオンライン資格確認導入に係る医療機関等助成事業」の実施について
- MR・HPVワクチンの不足状況に係るアンケート調査について
- 医療DX推進体制整備加算の届出について
- 新型コロナウイルス感染症患者等の公費支援等の終了に伴う令和6年度における請求事務の取扱いについて(その2)
- 顔認証付きカードリーダーの画面変更予定について(医療情報等の提供の包括同意・限度額情報の提供確認画面のスキップ)および訪問診療等におけるマイナ資格確認アプリの利用開始について
- 令和6年度麻薬・覚醒剤・大麻乱用防止運動の実施について(依頼)
- 国民生活センター「医師からの事故情報受付窓口」の周知について
- 医薬品副作用被害救済制度等の周知・広報について(協力依頼)
- 「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業第31回報告書」及び「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業2023年年報」の周知について

- 「性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター」のリーフレットの送付について  
(周知協力依頼)
- 新型コロナウイルス感染症対応 日本医師会休業補償制度の休止について
- 令和6年度東京都医療機関物価高騰緊急対策支援金の概要について (通知)
- 「2025年版日医君卓上カレンダー」プレゼントに関する周知へのご協力のお願い
- マイコプラズマ肺炎増加に関する学会からの提言について
- 新型コロナウイルス感染症に係る定期の予防接種の実施にあたっての留意点について
- 令和6年度「オレンジリボン・児童虐待防止推進キャンペーン」の実施について
- 疑義解釈資料の送付について (その13)
- 「日本人の食事摂取基準 (2025年版)」策定検討会報告書の公表・周知について
- 受動喫煙対策に係る普及啓発のポスターの送付について
- 東京都医師会主催「都医-Fes」の開催について
- 東京都アレルギー疾患医療連携研修 (第2回) の開催について
- 麻しん (はしか) の発生について
- 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンの供給に係る対応等について
- 「がん登録等の推進に関する法律」に基づく指定診療所の募集について
- 令和7年度シンポジウム「未来ビジョン“若手医師の挑戦”」の開催について
- 令和6年度「日本医師会生涯教育講座」第Ⅲ期 (12月) の開催について
- 令和6年度第4回難病医療ネットワーク医療従事者向け研修の実施について
- セミナー『自分らしく生き抜くヒント～「人生会議」はじめてみませんか?～』のご案内
- 令和6年度児童虐待対応研修【専門講座第4回】の開催について
- 令和6年度HIV/AIDS医療従事者向け講習会の開催について
- 医療事故情報収集等事業「医療安全情報No.215」の提供について
- 令和6年度第3,4回産業医Web研修会の開催について
- 東京総合医療ネットワーク都内医療機関向け説明会周知ご協力のお願について
- 令和6年度最低賃金額の改定等に関する周知・広報の実施等について (協力依頼)
- フリーランス・事業者間取引適正化等法の遵守徹底について
- 「令和6年度第3回産業医Web研修会」プログラムの変更について
- 日本医師会「オンライン診療に関する事例登録フォーム」への情報提供について (依頼)
- 第23回東京都輸血療法研究会の開催について (通知)
- 令和6年度 東京都地域医療構想調整会議「在宅療養ワーキンググループ」開催における傍聴の御案内について
- 疑義解釈資料の送付について (その14)
- 令和6年度東京都胃内視鏡検診講習会の開催について
- 令和6年度 ぜん息患者最新治療講演会の再周知依頼について
- 令和6年度 東京都アレルギー疾患治療専門研修のご案内について
- 東京都アレルギー疾患医療連携研修 (第3回) の開催について
- インフルエンザに係る注意喚起について
- 麻しんの国内での報告数増加に伴う注意喚起について
- 令和6年度犯罪被害者週間に関する広報啓発事業について (御案内)
- 2024年度 第2回認知症短期集中リハビリテーション研修 (医師対象)【Webによる研修】の開催について (情報提供)
- エムボックスのクレード判別のための検査体制の整備について
- 都内における伝染性紅斑の流行に係る情報提供等について
- コロナ後遺症オンライン研修会の開催について
- 「長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに

- について」の周知用リーフレットの配布について（依頼）
- 医療機関等台帳の公表にかかる周知について（依頼）
  - 令和6年度精神科医療地域連携事業一般診療科向け研修の講義動画について
  - 「日本地域包括ケア学会 第6回大会」の開催について
  - 令和6年度精神科医療地域連携事業一般診療科向け研修（第3回）の開催について
  - 医療事故情報収集等事業「医療安全情報 No.216」の提供について
  - 医療機関における本年12月2日以降の保険資格確認方法について
  - 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に関する疑義解釈資料の送付について（その1）
  - 「令和5年国民健康・栄養調査結果の概要」の公表・周知について  
今回の調査は、毎年実施していた基本項目に加え、健康日本21（第三次）での目標の設定を見据えて、地域社会のつながり等の状況が把握されました。
  - ノロウイルスの感染症・食中毒予防対策について
  - 「5歳児健診ポータル」の周知について
  - 都内におけるレジオネラ症患者の増加に伴

う対応（注意喚起）について

- 令和6年分の所得税の確定申告等に関する周知のお願いについて（周知協力依頼）
- 令和6年度東京都医師会産業医前期研修会の開催について
- 東京都肝疾患診療連携拠点病院が実施する研修の御案内について
- 令和6年度における「医療扶助のオンライン資格確認導入に係る医療機関等助成事業」の実施について
- 令和6年度「医療保険講習会」及び「医療保険事務講習会」の講演動画・資料のホームページ掲載について
- 疑義解釈資料の送付について（その16）
- ジェネリック医薬品差額通知及び啓発リーフレット（第2回）の送付に伴う周知について
- 自衛官診療証におけるオンライン資格確認の運用開始について
- 【最終案内】新型コロナウイルス感染症患者等の公費支援等の終了に伴う令和6年度における請求事務の取扱いについて
- 計量法の順守に関する周知について（協力依頼）
- 令和6年の医師の届出について
- 令和6年度第5回難病医療ネットワーク医療従事者向け研修の実施について

## 医 師 会 の 動 き

	令和6年12月18日現在	
医療機関数	190	病院 27
		医院・診療所 163
会 員 数	501	正会員 207
		準会員 294

### 会 議

11月8日	在宅医療推進強化事業会議
12日	定例理事会
14日	第3回西多摩地域糖尿病医療連携検討会
26日	定例理事会
12月4日	西多摩医師会互助会 忘年クリス

### マス会

9日	在宅医療推進強化事業会議
10日	定例理事会
10日	第3回西多摩地域脳卒中医療連携検討会
20日	広報部会（会報編集）
24日	定例理事会

### 講演会・その他

11月7日	医療保険委員会（整備会）
7日	学術講演会（Web、会場聴講） 『西多摩糖尿病セミナー 2024』 ～人生100年時代の糖尿病診療～



- 【セッション1】【座長】  
進藤医院 院長 進藤 幸雄 先生  
演題：「西多摩エリアにおける糖尿病医療連携の現状と課題」  
演者：柳田医院 院長 柳田 和弘 先生
- 【セッション2】【座長】  
柳田医院 院長 柳田 和弘 先生  
演題：「虚弱（フレイル）を防ぐ：高齢者糖尿病治療におけるDPP-4阻害薬の活用」  
演者：東京ベイ・浦安市川医療センター 腎臓・内分泌・糖尿病内科部長  
血液浄化・透析センター長  
鈴木 利彦 先生
- 8日 学術講演会（Web）  
人生100年時代のQuality of Life  
『腎代謝連関を考える会』  
～患者さんの腎生を守るためにできること～  
《特別講演》  
演題：「DKD、その“二つの顔”とは～実診療でのDKD治療のコツ～」  
演者：東大和病院 副院長・糖尿病センター長 犬飼 浩一 先生
- 【ディスカッション】【座長】  
立川相互病院 糖尿病・代謝内科  
宮城 調司 先生  
「～腎臓内科医・糖尿病内科医が実践している～CKDへの治療介入」  
パネリスト：市立青梅総合医療センター 腎臓内科 医長 河本 亮介 先生  
パネリスト：立川相互病院 糖尿病・代謝内科 副科長 山崎 英樹 先生  
コメンテーター：東大和病院 副院長・糖尿病センター長 犬飼 浩一 先生
- 9日 糖尿病患者さんと糖尿病予備群の方のための「糖尿病1日教室」(於：公立阿伎留医療センター)
- 講義1：「30分でよくわかる糖尿病」樋口クリニック 院長  
樋口正憲 先生  
講義2：「食事療法の基本」公立阿伎留医療センター 管理栄養士  
舞木文子 先生  
講義3：「糖尿病の運動療法」  
高村内科クリニック トレーナー  
寺本由美子 先生
- 13日 学術講演会（医師会館、Web）  
『第54回青梅心電図勉強会』  
《講演》  
演題：「リードレスペースメーカーの知見について」  
演者：市立青梅総合医療センター 循環器内科 医長 埴本 優太 先生
- 14日 法律相談
- 14日 学術講演会（Web）  
『不眠症診療Webセミナー in 多摩』  
《講演》  
演題：「高齢者リスクをふまえた地域医療における不眠症治療」  
演者：市立青梅総合医療センター 精神科 部長 岡崎 光俊 先生
- 【Discussion】～心のバリアフリー～精神衛生向上と地域で考える不眠症治療について
- 16日 市民公開講座「糖尿病のことを知りましょう～患者さんと糖尿病専門医からのメッセージ～」  
司会：西多摩地域糖尿病医療連携検討会 座長 柳田 和弘 先生  
《第1部》  
体験談：「わたしと糖尿病」  
糖尿病患者会「梅の会」 副会長  
須田 一男 氏  
栄養士による食事の話：「食事療法の基本」市立青梅総合医療センター 管理栄養士 根本 透 先生  
《第2部》  
講演：「糖尿病が健康寿命を短くする～糖尿病にかかわる病気の話～」  
演者：市立青梅総合医療センター 内分泌糖尿病内科 副部長

- 大島 淳先生
- 21日 西多摩医師会館「糖尿病教室」「個別栄養相談」  
講義1:「糖尿病と歯・歯周病の関係について」西多摩歯科医師会副会長 大野 博文先生  
講義2:「食物繊維について考えましょう」三瓶直美栄養士(ホームケアクリニック青梅/認定ケア・ステーションひより)  
栄養相談:浜中栄養士(高木病院)  
藤田栄養士(羽村三慶病院)
- 27日 西多摩地域脳卒中医療連携検討会「症例検討会」  
開会:西多摩地域脳卒中医療連携検討会 座長 進藤 晃先生  
《講演》  
(1) 最期までその人らしい人生を支援するACPとは～定期巡回随時対応型訪問介護看護の症例～(福) 東京武尊会 居宅介護支援事業所 羽村の郷 介護支援専門員 林 千代美氏  
(株) ケアサービスひかり ひかり 指定定期巡回 管理者  
牧野 裕美氏  
(2) 精神科訪問看護におけるACP困難事例～経過を振り返り改めてACPを検討する～  
(医) 岩尾会 岩尾会訪問看護ステーション 看護師 氏家 千秋氏  
閉会:西多摩医師会 会長 進藤 幸雄先生
- 12月7日 市民健康講座  
司会:西多摩医師会学術部 部長 松村 昌治先生  
《第1部》東京都相互理解のための対話促進支援事業  
演題:「在宅で療養生活を送るには」  
演者:西多摩医師会 会長 進藤 幸雄先生  
《第2部》テーマ『地震や台風などの災害に備える～西多摩の医療を中心に～』
- ・「能登半島地震への対応と今後の東京都の災害医療の課題」  
東京都医師会 理事 新井 悟先生  
「西多摩医療圏における災害医療対策 自助の重要性」  
市立青梅総合医療センター 副院長 西多摩地域災害医療コーディネーター  
肥留川 賢一先生
- 9日 医療保険委員会(整備会)
- 12日 法律相談
- 13日 「糖尿病性腎症重症化予防のための講演会」(糖尿病専門医・腎臓専門医)(Web)  
《講演》  
司会:西多摩地域糖尿病医療連携検討会 座長 柳田 和弘先生  
演者:大堀医院 副院長 大堀 哲也先生  
演者:公立福生病院 腎臓病総合医療センター長 中林 巖先生
- 6日 学術講演会(Web)  
『エンレスト発売4周年記念講演会』  
《講演①》  
座長:医療法人社団 淳心会  
ゆだクリニック 院長 湯田 淳先生  
演題:「アプリと連動した高血圧治療」  
演者:こみ内科クリニック 古味 良亮先生  
《講演②》  
座長:医療法人社団 仁成会  
高木病院 院長 南 明宏先生  
演題:「実臨床におけるARNIの使用経験からの考察」  
演者:野本医院 院長 野本 英嗣先生
- 19日 西多摩医師会館「糖尿病教室」「個別栄養相談」  
講義1:「糖尿病と足ケア(神経障害)について」公立福生病院 糖尿病看護認定看護師 石川 愛美先生  
講義2:「バランスの良い食事を

するには」小松栄養士 (大聖病院)  
栄養相談:浜中栄養士 (高木病院)

氏名 植松 亜樹  
勤務先 公立福生病院  
出身校 慶応義塾大学 令和4年3月卒

**役員出張**

11月9日 多摩地区医師会懇話会  
15日 地区医師会長連絡協議会  
15日 西多摩地区病院連絡協議会・病院  
会 合同年末懇親会  
16日 多摩医学会講演会  
20日 生活保護法指定医療機関指導立会  
(青梅)  
12月12日 令和6年度西多摩保健所難病対策  
地域協議会  
12日 地区医師会・区市町村在宅療養担  
当者連絡会  
17日 東京都地域医療構想調整会議「在  
宅療養ワーキンググループ」  
18日 東京都医師会年末懇親会  
19日 第10回TMA医療会議  
20日 地区医師会長連絡協議会

氏名 原 佑輔  
勤務先 公立福生病院  
出身校 帝京大学 令和3年3月卒

氏名 沖 陽輔  
勤務先 公立阿伎留医療センター  
出身校 山梨大学 平成4年3月卒

氏名 廣川 佑  
勤務先 (医社)悦伝会 目白第二病院  
出身校 東海大学 平成29年3月卒

氏名 原 真太郎  
勤務先 (医社)仁成会 高木病院  
出身校 帝京大学 平成26年3月卒

氏名 高梨 俊洋  
勤務先 奥多摩町国民健康保険  
奥多摩病院  
出身校 島根大学 平成25年3月卒

氏名 小林 史典  
勤務先 奥多摩町国民健康保険  
奥多摩病院  
出身校 杏林大学 平成28年3月卒

氏名 桑原 直孝  
勤務先 奥多摩町国民健康保険  
奥多摩病院  
出身校 東京慈恵会医科大学  
平成29年3月卒

氏名 小笠原 勇人  
勤務先 (医社)崎陽会 日の出ヶ丘病院  
出身校 東京慈恵会医科大学  
昭和62年3月卒

**【入会会員】(正会員)**

氏名 小畑 幸夫  
勤務先 (医社)珠泉会 いなメディカル  
クリニック  
出身校 島根医科大学 平成3年3月卒

**【退会会員】(正会員)**

氏名 吉野 美裕紀  
勤務先 (医社)珠泉会 いなメディカル  
クリニック

**【入会会員】(準会員)**

氏名 杉田 篤紀  
勤務先 公立福生病院  
出身校 岐阜大学 平成12年3月卒

氏名 木全 大  
勤務先 公立福生病院  
出身校 弘前大学 平成6年3月卒

氏名 松木 覚  
勤務先 公立福生病院  
出身校 日本医科大学 平成29年3月卒

**【退会会員】(準会員)**

氏名 柴田 康博  
勤務先 公立福生病院

(36)

No. 555

氏名 村田 亜香里  
勤務先 公立福生病院

【管理者変更】  
(医社) 珠泉会 いなメディカルクリニック  
(新) 小畑 幸夫  
(旧) 吉野 美裕紀

氏名 小關 優歌  
勤務先 公立福生病院

(医財) 岩尾会 介護老人保健施設  
青梅すえひろ苑

氏名 鶴嶋 史哉  
勤務先 公立福生病院

(新) 大川 岩夫  
(旧) 室 愛子

氏名 丸茂 正展  
勤務先 公立福生病院

【法人化・開設者変更】  
(新)(医社) 藍花会 青梅耳鼻咽喉科 理事長

氏名 笹村 瑛子  
勤務先 (医社) 仁成会 高木病院

坂本 恵  
(旧) 坂本 恵

氏名 白川 圭子  
勤務先 (医社) 仁成会 高木病院

【名称変更】  
(新) (医社) 藍花会 青梅耳鼻咽喉科  
(旧) 青梅耳鼻咽喉科

氏名 河野 裕太  
勤務先 公立阿伎留医療センター

## お知らせ

### 保険請求書類提出締切日

令和7年2月(1月診療分) **2月7日(金)** 正午迄  
令和7年3月(2月診療分) **3月7日(金)** 正午迄  
(締切日以前の提出も可能です)

### 法律相談

西多摩医師会顧問弁護士 堀 克己先生による法律相談を  
毎月 **第2木曜日 午後2時** より実施いたします。  
お気軽にご相談ください。

◎相談日 **2月13日(木)**  
**3月13日(木)**

◎場所 西多摩医師会館  
◎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。

## 表紙のことば

### 『冬の山形 銀山温泉』

大正ロマンに包まれた雪の銀山温泉を描いてみました。

ワタナベ整形外科 渡邊哲哉



## あとがき

西多摩医師会で理事と監事を担当した経験から行事にはなるべく参加するようにしているのですが、半年前の納涼の夕べに参加したところ会報を担当されている理事の三ツ汐先生から編集委員になって欲しいと依頼されました。古希を前にして今更という思いはあったのですが、同じ精神科で患者さんを紹介したりされたりという関係の三ツ汐先生の依頼は断りづらくお受けすることにしました。そうしたら早速あとがき執筆の番が回ってきました。

三ツ汐先生からは何を書いてもいい、1行でもいいと言われたのですが、何を書いてもいいとなるとかえって難しいです。1行で済ますのも実験的で面白いかなと思ったものの、会員の皆さんには面白くもなんでもないだろうと思って、こうしてつらつら書いている次第です。

私が開業したのは Windows95 が登場した年です。このオペレーティング・システムによってコンピュータをインターネットにつながることが簡単になりました。そうは言っても時々電話回線を使って接続するだけで速度もゆっくりしたもので Web の静止画像の表示すら時間がかかっていました。個人的にはその 10 年後に紙カルテを電子カルテに変更したのですが、やってみるかくらいの気持ちで

あって、厚生労働省の意向を意識することもなかったです。当時は医療制度の変化のテンポは今に比べるとゆっくりしていた気がします。

ところが最近はデジタルという言葉とオンラインという言葉が飛び交って新しい仕組みが次々に登場してついていけない気分になってきています。デジタル庁なるものまでできてマイナンバーカードの旗振りをして、さらに健康保険の情報をマイナンバーカードに紐づけることがここまで一気に進むとは想像できませんでした。診療報酬の請求はオンライン請求にほとんど一本化される流れで、しかも送信の時点で毎回デジタル化に関するアンケートに答えないと送信できないという仕組みまであるのは正直うんざりします。

これから電子処方箋の導入が強く要請されるようになるのか、オンライン診療も可能としなければならないのか、気がかりなことはいくつかあります。確かにコンピュータが世界中で繋がるインターネットの便利さを体験してしまうと後戻りはできないという思いはあるものの年を取ってきて変化のスピードについていけなくなっています。せめて強いられる感じでなければという思いは拭いきれません。

中野和広

一般社団法人 西多摩医師会

令和7年1月1日発行

会長 進藤幸雄 〒198-0042 東京都青梅市東青梅1-167-12 TEL 0428 (23) 2171・FAX 0428 (24) 1615

会報編集委員会

三ツ汐 洋 菊池 孝 奥村 充 馬場 一徳 小高 哲郎  
近藤 之暢 古川 朋靖 神應 知道 中野 和広

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

たがいに協力する

協創へ

お客さまを“しあわせ”に  
地域を“豊か”に

# 人に地域に未来に“やさしい” 西武信用金庫

千ヶ瀬支店

青梅市千ヶ瀬町 4-327-2  
☎0428-24-1411

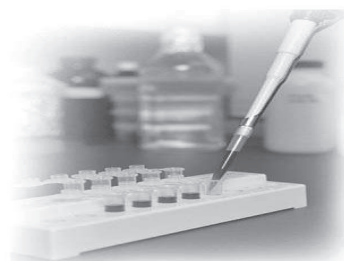
当金庫のホームページはこちら →



## 生命の輝きをみつめ

“いつの時代も、地域医療とともに”

ひとりひとりの健康で豊かな社会生活を掲げ  
地域に根ざした検査所として歩んできました。  
高度な技術と最新の設備で地域医療の  
さまざまなニーズに対応しています。



登録衛生検査所

株式会社 武蔵臨床検査所

〒358-0013 埼玉県入間市上藤沢 309-8

TEL; 04-2964-2621 FAX; 04-2964-6659

URL; <http://www.e-musashi.co.jp>