

# 診ます会

## トピックス

- ・慢性腎臓病地域連携パスについて
- ・済生館と当院の連携 ～菅野邦明 先生～
- ・CPCレポート
- ・退院時カンファレンスを実施して
- ・病薬連携研修会について

## 慢性腎臓病(CKD)地域連携パスについて

腎臓内科長 出川 紀行



CKDは2002年に米国で提唱された新しい疾患概念で、人工透析患者の増加、心血管疾患の重大な危険因子となることから、CKDの早期発見や適切な治療をすることの重要性が理解されつつあります。CKDは、尿検査と糸球体ろ過率(eGFR)の結果で、ステージ分類されています(表1)。

腎専門外来への紹介が増えつつあり、それに効率よく対応するために、CKD連携パスは必須と考えます。今回、私たちは様々な病院で行なわれている連携パスを参考にして、診ます会で利用できる連携パスを作成しました。十分な完成度とは言えませんが、診療所の先生方のご意見も伺い、より良いものを作成したいと思っています。

腎臓病の特徴として、①初期の腎臓病で腎生検し診断、治療になる症例 ②慢性の経過で進行していく腎不全の症例、③末期腎不全で、透析になる症例に大まかに分けられますが、当院でのパスは①、②を対象にしたものです。

(表2) まず、患者さんに腎臓病であることを知っていただき、そして当院への紹介に同意していただきます。当院への紹介基準を腎臓学会の基準で示しました。

(表3) 当院に来院されてから、必要な検査を行ないます。同時にエコーまたはCT検査を予約します。②の慢性経過例では蓄尿検査の容器を渡します。

(表4) 2回目の診察時には1回目の検査結果を説明し、①であれば腎生検検査、または積極的な治療介入を行ないます。②であれば進行抑制のため、血圧コントロールや蛋白制限食、塩分制限食などの食事療法が重要ですので、蓄尿検査から摂取塩分や蛋白量を推定し、管理栄養士による指導を行ないます。1回では理解できないことも多いので、2回の指導は必要です。

(表5) 診療所の先生方への返事としては、①の患者さんでは必要時腎生検を行い、積極的に治療介入致します。②の慢性期腎臓病の患者さんでは、CKDのステージで病院への受診間隔を提示します。概ねCKDステージ3で6ヶ月ごと、CKDステージ4、5で3ヶ月ごとと考えています。また急激な腎機能悪化に備えて、再紹介基準も示します。これらが連携パスの一連の流れです。

次に病診連携外来でのパス用紙(表6)ですが、腎臓学会の診療ガイドに準じ、検査項目を列挙しました。必要に応じて検査いたします。この表で、年余に亘る病診連携の経過が診られるものと思っております。未完成的な面もありますが、改良を加え、いずれは糖尿病における病診連携パスのようにしたいと思っております。ご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。



(表1)

## CKDのステージ分類

ステージ	説明	進行度による分類 GFR mL/min/1.73m <sup>2</sup>
	ハイリスク群	≥ 90(CKDの リスクファクターを 有する状態で)
1	腎障害は存在するが、 GFRは正常または増加	≥ 90
2	腎障害が存在し、 GFR軽度低下	60~89
3	GFR中等度低下	30~59
4	GFR高度低下	15~29
5	腎不全	< 15

透析患者(血液透析、腹膜透析)の場合にはD、移植患者の場合にはTを付ける。

日本腎臓学会: CKD診療ガイド

(表2)

		月 日	
		お送りいただいた日	
達成目標	患者が腎臓病であることを知っている		
	山形市立病院済生館に、連携バスで行くことを理解している		
検査・指導	検査日	年 月 日	
	＜判定基準のいずれかを選んでください＞		
	1	尿蛋白2+以上	
	2	尿蛋白と尿潜血がともに陽性	
	3	eGFRが、50ml/min/1.73m <sup>2</sup> 未満	
	4	尿蛋白が <sup>0.5</sup> g/gクレアチニン値 ※以上	
	＜検査結果があれば記載してください＞		
	尿検査		
	尿蛋白	( - 1+ 2+ 3+ )	
	血尿	( - 1+ 2+ 3+ )	
	尿蛋白濃度 (A)	mg/dL	
	尿中クレアチニン値 (B)	mg/dL	
A÷B=尿蛋白量	g/日 ※		
血液検査			
血清クレアチニン値	mg/dL		
eGFR	ml/分/1.73m <sup>2</sup>		
薬剤	薬剤確認(常用薬)		
説明・同意	事前説明	なし あり	

(表3)

		月 日	
		山形市立病院済生館 初診日	
検査の説明に同意			
血液検査			
BUN	蛋白電気泳動		
Cre	C3		
UA	C4		
Na	ASO		
K	トランスフェリン		
Cl	ANA		
Ca	antiDNA抗体		
P	MPO-ANCA		
TP	PR3-ANCA		
Alb			
IgG	※ IgE		
IgA	※ anti-GBM Ab		
IgM	※ IEP免疫電気泳動		
尿検査			
部分尿			
一般検尿・尿沈渣 * 特殊項目			
Na			
Cre			
蛋白濃度			
IgG			
トランスフェリン			
尿中NAG			
BJ蛋白 *			
蓄尿検査の容器を渡す			
腹部エコーの予約			

(表4)

月 日	
山形市立病院済生館 2回目受診	
検査結果を説明する	
蓄尿	月 日
蛋白定量	
BUN	
Cre	
Na	
K	
Cl	
Ca	
P	
UA	
<b>腹部超音波検査</b>	
	月 日
<b>腹部CT</b>	
	月 日
<b>栄養指導を予約</b>	
	月 日
熱量	カロリー
塩分	g
蛋白	g

(表5)

月 日	
お返事	
検査結果から治療方針が決定されている	
患者が病状説明を理解し、医師の指示に同意する	
診断名	
CKDステージ	1・2・3・4・5
<input type="checkbox"/>	当院にて精査・加療が必要です
<input type="checkbox"/>	腎生検が必要です
<input type="checkbox"/>	ステロイドや免疫抑制剤などの専門治療が必要です
<input type="checkbox"/>	ヶ月後に再検査といたしました
<input type="checkbox"/>	下記の定期的検査をお願いします
	ヶ月後の検査をお願いします
尿蛋白	以上
血清クレアチニン値が	mg/dL以上
eGFR	mL/min/1.73m2未満
になりましたら、再紹介をお願いします	
変更薬剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
今後の方針の同意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

(表6)

CKD（慢性腎臓病）連携パス：医療者用		病院	病院名：山形市立病院済生館
患者氏名	(男・女)	かかりつけ医	医師名：
生年月日	M・T・S・H 年 月 日( 歳)		医師名：
合併症	無・有 ( )		
施設	病院	病院	病院
経過	退院時	診察所	診察所
実施日	カ月後	カ月後	カ月後
診察・測定			
・体重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査			
・尿タンパク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・尿中クレアチニン濃度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・血清クレアチニン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・BUN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・推算GFR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・HbA1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【血清脂質】			
・T-Chol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・TG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・LDL-C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・HDL-C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【血清電解質】			
・Na	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・K	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・Cl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・Ca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【肝機能】			
・ALT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・AST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・γ-GTP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・腎エコー・腎CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・CKDステージ			
服薬状況			
・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指導・説明			
・食事指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※食事制限 無・有 ( )			
・生活指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 済生館と当院の連帯

菅野内科医院 菅野 邦明 先生



昨日(3月13日)、59歳の男性が急性心筋梗塞で来院。済生館の循環器内科へ紹介し、入院しました。その後の済生館における検査と治療について考える時、担当医の労苦に対して厚く御礼申し上げます。

私は緊急を要する心血管疾患の患者、悪性腫瘍の患者、診断がつかず苦慮している患者、そして治療がうまくゆかない患者(特に糖尿病)を済生館の各診療科へ紹介しております。

平成20年には281名の患者を市内の医療機関へ紹介しました。そのうち213名は済生館です。特に、がんの診療については術前検査、手術、術後処置、そして外来フォローを、患者の心のケアを含めて一貫したトータル医療を行っておられます。済生館のスタッフは医療技術の向上に精進され、接遇、精神面でも患者を支えて努力し、実行しておられることは紹介した患者からよくききます。すばらしいことです。

私は22年前に開業する時、①プライマリーケアの実践、②一開業医では対応できない疾患を早く病院へ紹介すること、③在宅医療を行うことを目標としました。特に②においては、当院を受診された患者に良質の医療を提供するために、済生館の医師の力に大きく依存しております。

ところで、現在進められている日本の医療制度改革は「お金をかけないこと」を効率化と言っていると感じます。日本の医療はすでに世界で最も効率的に行われています。多くの中央官庁の役人は自分たちを正当化するために「無駄の排除」という言葉をよく使います。

しかし、医療現場で働く人たちの周囲に無駄をみつけることはないはずで、勤務医と開業医の間に、現状において医療業務の密度の違いは歴然としてあると思います。特に急性期病院にとってしわ寄せとなるような「改革(改悪)」は絶対に進めてはなりません。医療の生産性を金で測ること自体、ナンセンスです。お金をかけた医療を提供することに日本は進むべきです。アメリカはGDPの16%を医療にあてています。

医学がどんなに進歩しても医療の最大の役割は、患者の心を支え、生体の自然治癒能力を鼓舞し、病気から回復させることです。これを達成するため、済生館の先生と私は連携を作りたいと思います。よろしくをお願いします。

小さなお願いがあります。済生館の若い医師は患者を怒らないで下さい。病院の医師の前で、十分に話せなくなる患者がおります。また紹介した患者は通院が可能になったら私のもとに逆紹介してください。他の医院へ紹介された患者から苦情が入ることがありますから。

## CPCレポート ～両肺野の浸潤影の鑑別と急性間質性肺炎～

臨床研修センター 平本 圭一郎  
指導医 呼吸器内科 和田 敏弘  
臨床検査室長(病理医) 松田 幹夫

- 【症例】 71歳、男性 【主訴】 呼吸困難  
【既往歴】 高血圧症、高脂血症、狭心症  
(昭和59年と平成13年にCABGを受けた。その他にPCI数回。)  
気管支喘息(40歳代の頃内服治療)  
【家族歴】 母が急性間質性肺炎で死亡

## 【現病歴】

平成 20 年 4 月 2 日の日中に咽頭痛と痰を主訴に近医を受診した。胸部単純 X 線写真で右上葉の浸潤影と左上葉の僅かな浸潤影を認められ両側の肺炎と診断された。呼吸困難はなく、SpO<sub>2</sub> も 95% (room air) と全身状態は悪くなかったため、外来で 4 月 2 日、3 日と CTRX (ceftriaxone) 1g/day の点滴および LVFX (levofloxacin) 300mg/day の内服で経過をみられていた。その後、4 月 3 日の深夜に前医に「呼吸が苦しくて眠れない」と電話があった。前医の診察はなく、電話の様子から入院治療が必要と判断されるとのことで、救急車で 4 月 4 日の午前 1 時過ぎに当院救急外来に紹介で救急搬送された。

## 【来院時現症】

意識レベル JCS 0, 体温 35.9℃, 血圧 163/85 mmHg, 脈拍 80/min・整, SpO<sub>2</sub> 97~98% (フェイスマスク 3L/min)。胸部: Wheezes (+), coarse crackles (+, R>L), 心雑音なし。下腿浮腫なし。

## 【主な検査結果】

<血算・血液生化学> WBC 10120 / $\mu$ L, RBC 364 x10<sup>4</sup>/ $\mu$ L, Hb 11.4 g/dL, Plt 16.1 x10<sup>4</sup>/ $\mu$ L, ALP 230 IU/L, AST 22 IU/L, ALT 19 IU/L, LDH 310 IU/L,  $\gamma$ -GTP 77 IU/L, BUN 26.7 mg/dL, Cr 1.34 mg/dL, Na 136 mEq/L, K 3.7 mEq/L, Cl 1080 mEq/L, BS 132 mg/dL, CRP 12.8 mg/dL. マイコプラズマ抗体 (-), 尿中肺炎球菌抗原 (-), 尿中レジオネラ抗原 (-),  $\beta$ -D-グルカン 6.5 pg/mL, KL-6 122 IU/mL, PR3-ANCA (-), MPO-ANCA (-), プロカルシトニン (-) <喀痰塗抹> ガフキー号数 0, グラム陽性球菌 3+, グラム陰性桿菌 3+.

<血液ガス分析 (O<sub>2</sub> 3L/min)> pH 7.47, PaCO<sub>2</sub> 25.1 Torr, PaO<sub>2</sub> 78.0 Torr, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 17.7 mEq/L, B.E. -4.7 <心電図> 洞調律, 脈拍 88bpm., 左軸偏位, 完全右脚ブロック <胸部 X 線写真 (立位)> CTR 58%. <胸部 CT> 両肺野に air bronchogram を伴う浸潤影を認め、一部すりガラス状の浸潤影を認める。明らかな胸水は認めず。

## 【入院後経過および考察】

画像所見から細菌性肺炎を疑い酸素投与 (3L/min) と ABPC/SBT 6g/day で治療を開始した。複数回の CABG, PCI の既往もあり furosemide 20mg も併用した。ANCA 関連血管炎, 肺真菌症, 間質性肺炎も鑑別に考えて血清学的検査を行ったが有意の所見は得られなかった。間質性肺炎が否定できなかったことから mPSL 250mg を投与した。初期治療で、喘鳴・ラ音の改善認めた。SpO<sub>2</sub> は 97% (フェイスマスク 3L/min) 以上を維持し状態は落ち着いていた。しかし 4 月 5 日から呼吸状態が徐々に悪化し、喘鳴も著明となり、尿量減少と末梢の冷感も認めた。血液ガス分析 (7L/min) では pH 7.14, PaCO<sub>2</sub> 26.3 Torr, PaO<sub>2</sub> 66.2 Torr, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 8.8 mEq/L, B.E. -18.7 と著明な呼吸状態の悪化が認められた。酸素投与リザーバマスク 10L/min でも SpO<sub>2</sub> 90~91% と呼吸不全が著しく、気管挿管を行った。引き続き CV カテーテル挿入の準備中に心拍数が 20 台/min に低下した。心肺蘇生を行い、一時的に脈拍、血圧の回復を認めたが、再び心拍数の低下あり。平成 20 年 4 月 5 日、午前 11 時 19 分に死亡された。ご家族に経過を説明し、病理解剖の同意を得た。

病理検査 H20/ 4/ 5 主要剖検診断 A08-06, Acute interstitial pneumonia  
主要剖検診断 A08-06,

- 1 急性間質性肺炎 —idiopathic ARDS—  
両側全葉 (lt.580 /rt.900 g)  
うっ血水腫、肺胞壁硝子膜形成をみる。部分的に肺胞内出血もともなう。
- 2 癒着性胸膜炎、両側肺尖部、黄色混濁胸水 (lt.110 / rt.100 ml )
- 3 心筋梗塞 (620 g) , CABG, PCI 術後の状態  
左右心室壁に広範な陳旧性梗塞線維化巣をみる。
- 4 動脈硬化症  
左冠状動脈: 粥腫形成をともない高度。



大動脈：起始部より総腸骨動脈分岐部にわたり潰瘍、石灰化をともない高度。

5 肝うっ血（1030 g） 腎うっ血

6 脾うっ血（100 g）

死後 2:11,

昭和 59 年以来、虚血性心疾患（狭心症）に対し CABG, PCI を数回受けている（他院）。40 才代に喘息の既往あり。高血圧症、高脂血症あり。糖尿病なし。

心は左右心室に広範に古い小梗塞巣がみられたが、死因となるような新鮮な梗塞はみられず。肺は 580/900g と重量を増し、両側全葉（右も 2 葉）にうっ血水腫、肺胞上皮の脱落に加えて部分的に肺胞壁に硝子膜の形成がみられ、また肺胞内出血を見る部もある。空気を含む開いた肺胞の残存は極端に乏しく、呼吸野の減少による呼吸不全が直接死因と考えられた。

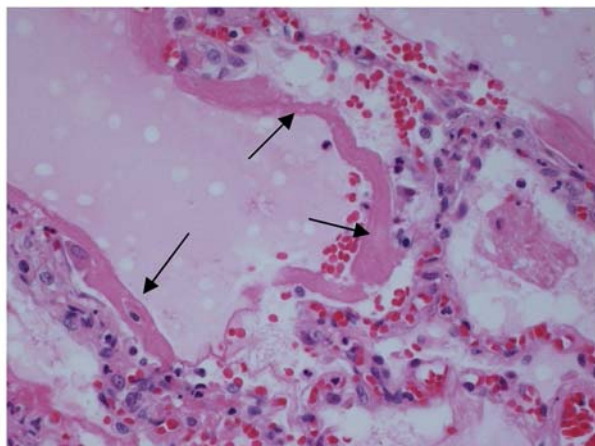


図1 肺 右上葉 (H.E. x400)  
肺胞壁のうっ血、肺胞腔の硝子膜形成(→)と水腫、出血が見られる

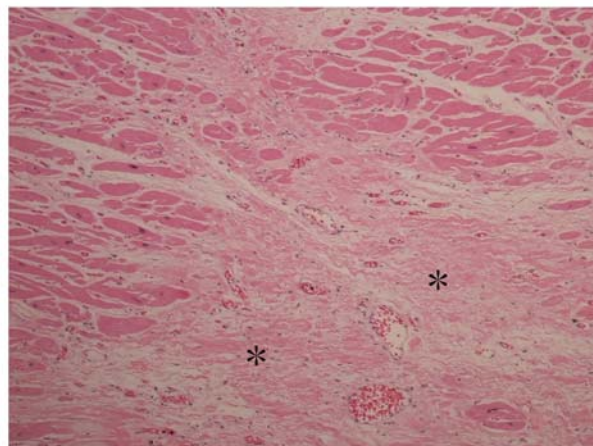
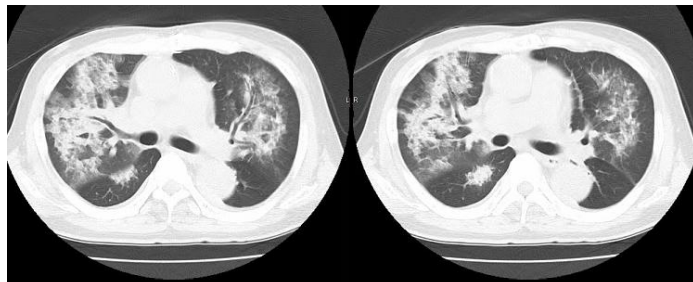
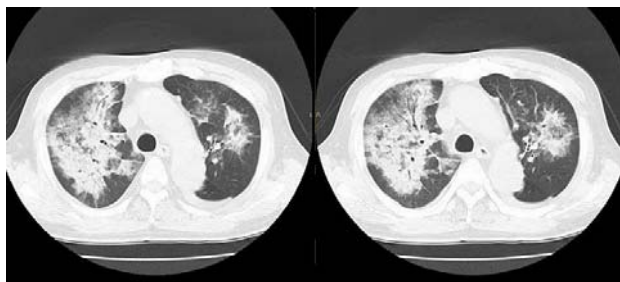


図2 心 左室後壁 (H.E. x200)  
広範な梗塞瘢痕(\*)が見られる

### 胸部CT（来院時）



## 退院時カンファレンスを実施して

地域医療連携担当 主査看護師 高橋 孝子

常日頃診ます会の先生方には大変お世話になっております。地域医療連携室では、医療情報を共有して在宅療養へのスムーズな移行を構築するために、在宅医療を担当する医師（在宅医）を含めた退院時カンファレンスの進め方を検討してきました。

この度、肺ガン末期患者が在宅療養に移行するにあたり、在宅医参加のもとで退院時カンファレンスを開催しましたので報告します。

事前に患者と家族から退院時カンファレンス開催の同意を得てから、参加者に退院時情報を記載した「退院時カンファレンスシート」を送付しました。カンファレンスには、ねもとクリニックの

根本先生、前田クリニックの前田先生、保険薬剤師の岡崎先生、訪問看護ステーションベにばなの徳田さん、居宅介護支援事業所多田木工の海藤さんが参加し、当院からは主治医の有川、病棟師長の石沢、病棟薬剤師の有川、地域医療連携室の高橋が出席しました。

主治医からこれまでの診療経過が話され、入院時本人から「入院をしたくない。家に帰りたい。」という希望があったこと、また余命を考えると状態安定と共に早急な在宅療養生活への移行が必要であることが説明されました。2人暮らしであるご主人からは「どんな時、誰を呼べばいいのかわからない。果たして在宅でできるのか。」という不安な声が上げられました。根本先生からは「本人の意思を確認し退院日が決まったら支援したい」、前田先生からは「帰りたいという気持ちをもっているのであればそれを叶えられるようにする」といった意見がありました。

その後、ご主人と具体的な話合いの結果、定期的な訪問診療は主に根本先生、対症療法などの往診は前田先生が担当してくださることになり、在宅医は2人体制で定期的かつ緊急時24時間の対応と麻薬も含めた処方が可能であること、保険薬剤師は麻薬を含めた薬の在宅での服薬指導ができることなどが確認されました。更に「帰れば必ず在宅で見取りをしなければならないのではない。その時の思いや状態で在宅か病院かは本人・家族が決定すればよい。在宅医と済生館は常に連携している」といった患者・家族にとって在宅療養を決定・継続するための基本的な考え方を確認することができました。

初めての退院時カンファレンスを終えて、診療所の先生方のフットワークの良さ、そして何より診療に対する熱意に感動しました。ターミナル期の患者は時間が限られています。集まってほしい時に時間をおかず来院して下さる在宅医療支援者がいることを有難く思います。退院時カンファレンスはそれぞれの職種、病院スタッフと在宅スタッフが集まる途切れのない医療の場であり、患者・家族にとっても顔の見える安心の場だということを再認識しました。また、患者家族が思いを十分に表出しそれを共有する良い時間にもなりました。今後はこの事例で得られた課題、退院時カンファレンス時間の短縮、院内カンファレンスの充実、連絡調整の効率化について検討して、スムーズな体制をめざして努力していくつもりです。参加いただきました先生方、そして急な依頼でもお受けいただきました在宅支援の皆様へ深く感謝申し上げます。

退院時カンファレンスの後、なかなか在宅に踏み切れなかったご主人が「自宅がいいなら人の世話になって帰るか」とおっしゃり、「帰りたい」と本人から意思の再確認ができました。



## 病薬連携研修会(平成 21 年 2 月 20 日開催)の報告

去る2月20日、済生館4階中会議室において、地域の保険薬局薬剤師と病院薬剤師が専門的知識を共有し、医療提供施設としての機能分担と役割を再確認することで、患者様により質の高い医療サービスが提供できるよう、病薬連携研修会が開催されました。研修会は山形市薬剤師会・済生館地域医療推進委員会・済生館薬局の共催で、保健薬局薬剤師16名、済生館職員14名の方にご参加いただきました。通常は、FAXでの情報交換だけですが、双方の顔が見える中でこのような講演と質疑応答や意見交換が行われたことは大変有意義でした。内容は以下のとおりです。

### <講演>

#### ①荒井浩一済生館薬剤師：「当院における病薬連携の取り組み」

内容：疑義照会・後発薬品変更のカルテ記載及びお薬手帳や退院時薬剤情報提供書の配布について又今後、在宅患者に対する退院時の共同指導に病院としても取り組んで導入する予定である。その際には地域及び病院薬剤師も入って情報を共有して病薬連携を推進していく。

## ②野村隆濟生館副館長兼地域医療連携室室長：「連携モデルとしての糖尿病」

内容：地域（在宅）医療ネットワークと当院におけるITの活用（RenkeiNET@）について・病診連携や他職種との連携の必要性及び糖尿病をモデルとした連携についての必要性と連携システムの整備について

### <質疑応答・意見交換>

質) 退院時指導が出来ない場合についてはどのようにしているのか

答) 退院時処方には、お薬手帳に貼付するシールと薬の説明書を配布している

質) 保険薬局からの情報提供についてはどうすればいいのか

答) 疑義照会なども含めて現在はFAXで情報提供をお願いしたい

質) 病院からの情報提供はどのようにしているのか

答) 入院時に、「診療の控え」（患者ファイル）を渡している

保険薬局でも、患者同意のうえ、ファイルを見せてもらい活用していただきたい

質) 薬剤師を含めた退院時共同指導を具体的に進めていただきたい

答) 地域連携室を窓口として早い時期に病院として取り組んでいくつもりである

質) 患者満足度調査は、行っているのか

答) 病院として、入院・外来共に医師や他職種についてなども実施している

意見・質問者：保険薬局薬剤師

答弁者：済生館 野村副館長・鈴木薬局長・荒井主幹薬剤師

## 診ます会講演会(平成21年2月12日開催)の報告

去る2月12日18時30分より、済生館4階大会議室において、診ます会講演会が開催されました。診療所の先生を含め44名の方にご参加をいただきました。

はじめに、済生館腎臓内科長の出川紀行医師より、済生館で作成した慢性腎臓病の地域連携パスの紹介があり、続いて山形大学医学部循環・呼吸・腎臓内科学分野（第一内科）准教授の今田恒夫先生による、「一般住民における慢性腎臓病と心血管疾患の関連：高畠研究」の特別講演を拝聴いたしました。



### ☆ 平成21年度「診ます会」総会のご案内

日時：平成21年6月4日（木）午後6時30分～

場所：山形グランドホテル

※ 詳細は決まり次第ご案内いたします。多くの先生のご出席をお待ち申し上げております。どうぞよろしく願いいたします。

