

診ます会

トピックス

- ・診ます会総会開催報告
- ・診ます会講演会
- ・済生館の唾石症の治療について
- ・リラグルチド(ビクトーザ[®])が著効した
高度肥満2型糖尿病の一例
- ・新任医師のご紹介
- ・64列CT追加導入
- ・今後の講演会、症例検討会のご案内

▶ 平成24年度“診ます会”総会が開催されました。

去る6月7日に、山形グランドホテル（山形市）にて平成24年度診ます会総会が開催されました。来賓に山形市長 市川昭男様、村山保健所所長 山口一郎先生、山形市医師会会長 徳永正靱先生、上市市医師会会長 佐藤紀嗣先生をお迎えし、また、診ます会会員、地域医療連携推進協議会委員の80名を越す先生方のご出席を賜り、盛会の内に終了いたしました。これもひとえに諸先生方のご厚情の賜物と深く感謝を申し上げます。



平成24年度 事業計画

紹介患者管理

- ・ 確実な紹介患者管理
- ・ 逆紹介の推進
- ・ 紹介患者満足度調査の実施

退院支援

- ・ 退院時カンファランスの推進
- ・ コーディネート機能の充実
- ・ 退院支援リンクナースの活用
- ・ 退院支援患者の予後調査
- ・ 入所施設訪問と情報収集
- ・ 退院時服薬指導とお薬手帳配布の徹底

疾患別連携の推進

- ・ 疾患別連携の拡大と地域連携パスの活用

病院資源利用の促進と広報

- ・ 共同病床・機器の利用促進
- ・ 診ます会広報誌の発行

医療情報共有化の推進

- ・ 診療所医師が紹介患者の済生館電子カルテを閲覧できるシステム（RenkeiNET[®]）の安定運用
- ・ 「済生館診療のひかえ」の活用

在宅医療支援

- ・ 24時間緊急時入院受入れ体制の整備
- ・ 救急室受入れ体制と院内連携の整備
休診時患者登録の推進

地域医療従事者研修の充実

- ・ 診ます会総会 年1回
- ・ 診ます会講演会 年4回
- ・ がん治療症例検討会 年5回
- ・ 紹介患者症例検討会 年5回
- ・ 医療連携研修会
(医療と福祉・介護の連携) 年2回

診ます会講演会

総会に引き続き行われた講演会では、済生館 平川館長からご講演がありました。

◆ 済生館の現状と課題 —地域連携 10年を願みて—

済生館館長 平川 秀紀



診ます会は、平成14年1月25日に準備会を開催して、5月25日に発足し、今年で満10年を迎えます。本日（6月7日）現在で会員数は219施設、240名であり、発足当初の80数名から、200名を超えるまでになってきました。（図1）

紹介患者数も年々増加しており、それに伴って逆紹介・診療情報提供数も増えております。先生方には今まで以上に患者をご紹介していただきたいと考えております。また、CT・MRIの利用も増加傾向にありましたが、本年6月に64列CTを更に導入し2台体制にしましたので、さらに利用数が増えてくれればと考えております。各科別、入院患者についても同様に増加傾向にありますが、減少しているところもありますので、診療科別に対策を考えて、プラスに転じるようにしたいと思っています。

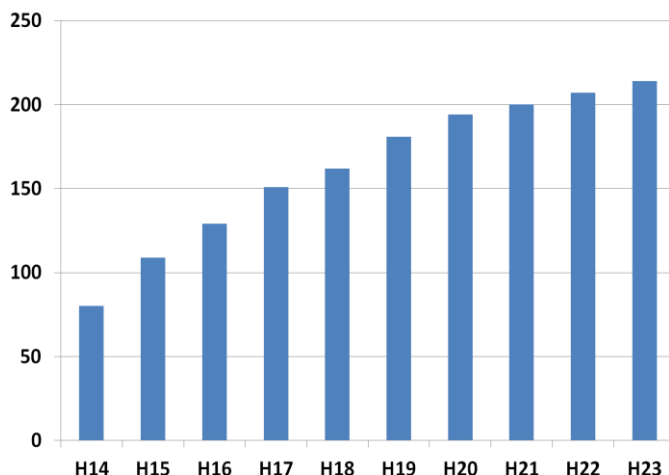


図1 診ます会員施設数

この10年間で入院患者が増加し、逆紹介率も40%台後半で推移していますが、診療科による差が大きいのでこれらを少しずつ是正し、情報提供内容の質的なものを担保していかなければならない、と考えております。先生方のニーズを的確に把握し、実施し役割、機能の分担と信頼関係の醸成、ITのさらなる活用と疾患別連携、連携パスの活用、多職種間連携の構築が必要と思います。

また、新規患者をどのようにして獲得していくかが重要になってくると思います。入院患者の約4割ずつ、あわせて約8割の患者が紹介患者と救急患者となっています。山形市を含む2次医療圏の病院と、救急搬送数のデータによると、山形市消防は済生館に約40%の患者を搬送し、北村山を除く地域からも実に31%の患者が済生館に搬送されており、一定の評価を得ているものと考えております。

済生館として進むべきは、地域医療支援病院としてしっかりと医師会の先生方と協調しながら、地域医療の下支えをしていかなければならないこと、救急を断らないこと、悪性腫瘍疾患患者の獲得を頑張ること、また当然のことではありますが、公立病院ですから、政策医療をさせていただくことだと思っています。

医療の質が上がらなければ、患者さんに満足してもらえないし、職員自身も満足できない。患者さんが満足すると、患者さんが増えるし、収入増にもつながるわけです。コストさえしっかり管理できれば利益が上がるし、利益が上がれば、機器が買え人員を増やすことができるし、モチベーションも上がる。このようなプラスのスパイラルをつくっていきたいと考えております。

また、災害拠点病院としての設備投資を、昨年からさせていただいており、職員派遣や診療材料の支援協定を、3つの災害拠点病院（仙台、秋田、山形）で締結しました。患者搬送受け入れなどについて相互支援を行うシステムです。

3ヵ年計画や中長期戦略を見据えながら戦略的な経営を展開していくということですが、1番大事なものは先生方や市民から信頼され支援される、地域に根ざした病院づくりだと思っています。



◀ 済生館の唾石症の治療について

耳鼻咽喉科 那須 隆



唾石症とはご存じのように、顎下腺や耳下腺などの大唾液腺やその導管内に結石が生じ、続発する唾液のうっ滞によって急性あるいは慢性の唾液腺炎を引き起こす疾患です。唾石の嵌頓により生ずる摂食時の疼痛や炎症に伴う唾液腺の腫脹や圧迫感、違和感が出現します。唾石症の90%以上は顎下腺に発生するといわれ、経験的にも耳下腺にみられるのは非常に希であります。これは大唾液腺ごとに漿液腺や粘液腺の分布に違いがあることが原因とされています。

唾石症の診断には、問診で摂食時の疼痛、唾液腺の腫脹の有無を確認することや、唾石を口腔と体表の双方から触診（双手診）し直接確認することが重要です。そして血液検査で炎症マーカーやアミラーゼの上昇を確認し、単純レントゲンやX線CTで結石を示す石灰化病変を確認することで確定診断となります。

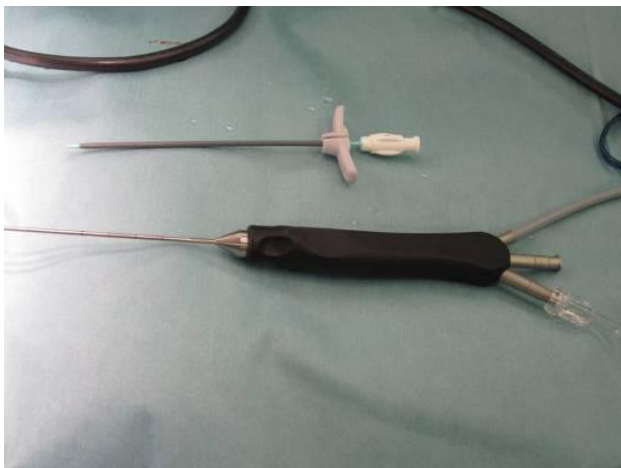
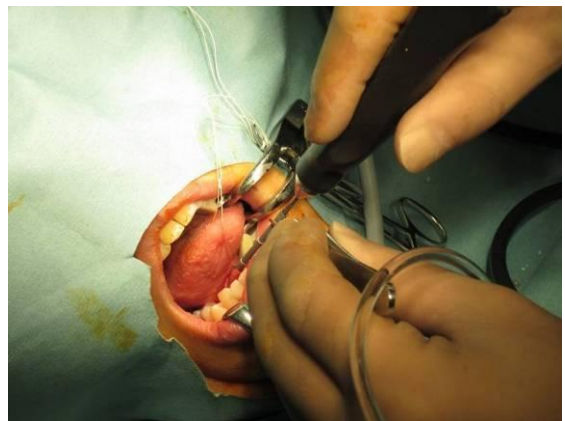
唾石症の治療には、主に急性期に対応する保存的治療と自然排石が困難な症例に対する外科的治療があります。急性期においては唾液腺炎に対して

消炎剤や抗菌薬などの薬剤による治療が一般的であります。唾石が排出されず断続的に唾液腺炎を繰り返す場合には、手術によって唾石を摘出する必要があります。唾石に対する手術は、唾石の存在する位置によりアプローチや手術内容が全く異なります。すなわち導管内に嵌頓している場合には口腔から唾石を摘出する手術となりますが、唾石が唾液腺内あるいは

唾液腺・導管移行部に嵌頓している場合には、頸部外切開とし唾石を唾液腺と共に摘出せざるを得なくなります。

頸部外切開で手術を行う場合、頸部の比較的目立つ領域に手術創ができることや手術操作により唾液腺の近傍を走行する顔面神経に損傷を与え顔面麻痺を引き起こすリスクがあることが問題となります。もちろん注意して手術操作を行うことでこれらのリスクを避けることができますが、これらのリスクが全くない治療を受けたいと思うのが患者様のご希望であると考えます。

近年、様々な外科領域で内視鏡手術の適応が拡大されておりますが、この唾石症治療に



においても内視鏡手術が導入され始めました。本邦においてはまだまだ標準的な治療ということではありませんが、その有用性を示した報告が数多くみられます。手術の具体的な方法は、図に示しました外径 1.6 mmの唾液腺内視鏡を唾液腺の導管開口部から挿入し、0.25 mmの洗浄用チャンネルから注水しながら内視鏡を進めます。鏡視下に唾石を確認した後 0.8 mmの処置チャンネルから把持鉗子やバスケットワイヤー鉗子を挿入し、これらを用いて結石を摘出するというものです。巨大な唾石は鉗子やホロミウムレーザーで破碎しながら摘出します。現在では、唾液腺・導管移行部の唾石であっても内視鏡下に摘出ができるようになりました。これにより頸部外切開を必要としないことから整容性や顔面麻痺に関するリスクを回避することができるようになっております。

当科では、今年度から県下で初めて唾石症に対して内視鏡下摘出術を導入し治療を開始しております。唾石症にお悩みのある患者様がいらっしゃいましたら、御紹介いただけますと幸いと存じます。



◀ リラグルチド(ビクトーザ®)が著効した高度肥満 2 型糖尿病の一例

糖尿病・内分泌内科 丹治 泰裕

臨床研修センター 伊藤 大樹



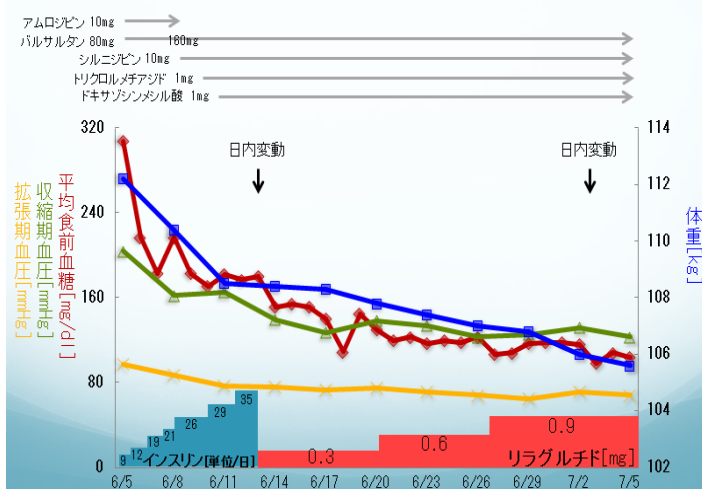
近年、2 型糖尿病のインスリン分泌障害に対する新たな治療戦略として、GLP-1 (glucagon-like polypeptide-1) などのインクレチンと呼ばれる消化管ホルモンが脚光を浴びています。

今回はインクレチン製剤であるリラグルチド (ビクトーザ®) が著効した高度肥満 2 型糖尿病の一例についてご紹介します。

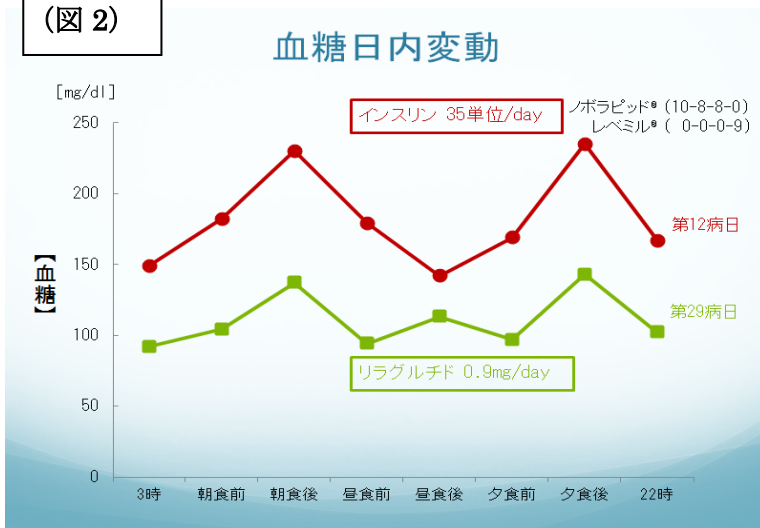
症例は 51 歳の女性。2006 年に近医にて糖尿病を指摘され HbA_{1c} 6% 台にて推移していました。2011 年 11 月より、グリメピリド (アマリール®) 0.5mg、ビルダグリプチン (エクア®) 50mg 内服開始となりましたが、半年間で約 15kg の体重増加を来しました。2012 年 6 月、頭重感とふらつきを主訴に当科外来を受診。BP 213/100mmHg、BS 66mg/dl、HbA_{1c} 8.9% (NGSP) と血圧・血糖コントロール不良、身長 163.5cm、体重 112.2kg、BMI 42.0kg/m² と高度肥満のため当科入院となりました。入院中経過を (図 1) で示します。

(図 1)

臨床経過



(図 2)



入院時より強化インスリン療法を開始し、計 35 単位/日まで増量しましたが、血糖コントロール不十分であったため、第 14 病日にインスリン療法からリラグルチド 0.3mg に変更しました。その後徐々に血糖は改善し、最終的にはリラグルチド 0.9mg で血糖コントロールは非常に安定しております。血糖の日内変動を (図 2) で示します。

日内変動でも、インスリン療法計 35 単位/日と比較して、リラグルチド 0.9mg/日で非常に良好な血糖コン

トロールを得ることができました。体重については、食事療法・運動療法・行動療法を行い、2 ヶ月で約 10kg 減量を認めました。

リラグルチドを含むインクレチン製剤は、膵β細胞に作用して血糖上昇依存的にインスリン分泌を促進します。したがって低血糖を惹起することはほとんどないと考えられています。また、視床下部の食欲中枢に直接的に作用し食欲を抑制し、胃腸の蠕動運動を抑制し食物の消化・吸収を緩やかにし、食後血糖上昇を抑える働きがあります。

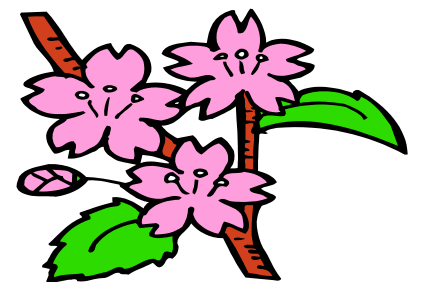
本症例では、入院前にグリメピリドを内服していたことが、肥満を助長した一因と考えられました。また、インスリン療法も肥満を来しやすいと考えられますので、入院経過中にインスリン療法からリラグルチドに変更しました。

退院後は体重のリバウンドに注意する必要がありますが、他の糖尿病治療薬と比較すると良好な体重のコントロールが得られると考えられています。

リラグルチド (ビクトーザ®) が著効した症例について述べさせていただきました。当科では、高度肥満症例に関しても積極的に治療行う予定です。先生方より多くの症例についてご紹介頂ければ幸いです。今後とも済生館糖尿病・内分泌内科を宜しくお願い申し上げます。

済生館に新しい医師が加わりました。

(平成24年 8 月 1 日から)



氏名	所属学会	履歴
毛利 渉	日本脳神経外科学会 (専門医) 日本脳神経外科コンgres 日本脳卒中学会 日本脳卒中の外科学会	H10 年 山形大学卒 H18 年 山形大学医学博士
スムーズな病診連携を心がけたいと存じます。何卒よろしくお願い申し上げます。		

64列CT 追加導入

6月に64列CTを追加導入し2台体制になりました。従来のCTでは難しかった心臓の検査をはじめ、撮影範囲の広い大動脈や下肢動脈なども短時間の検査を可能にしています。また、新規導入の54列CTは、少ない被爆量で検査が可能になっています。



今後の講演会・症例検討会などのご案内

☆ 済生館 症例検討会（第146回 平成24年度 第3回）

糖尿病・内分泌内科，消化器内科，小児科，神経内科

日時：平成24年10月10日（水）午後6時30～午後8時まで

場所：済生館 4階中会議室



☆ 済生館 がん治療症例検討会（第27回 平成24年度 第3回）

呼吸器内科，外科，放射線科

日時：平成24年9月12日（水）午後6時45分～午後8時15分まで

場所：済生館 4階大会議室

- ◇ いずれも「日本医師会生涯教育制度指定講習会（1.5単位）」になります。
- ◇ 検討したい症例がございましたら、ご一報下さい。

