



Topics	診ます会総会が開催	P.1
	高齢者糖尿病の血糖コントロール目標	P.2-3
	済生館 連携医療機関のご案内	P.3
	済生館 脳卒中地域連携パス研修会	P.4
	脳卒中急性期からのニューロリハビリ・ロボットリハビリ	P.4-5
	腸間膜リンパ節に限局した菊池・藤本病の 1 例	P.6-7
	がん診療に携わる医師看護師等に対する緩和ケア研修会	P-7
	診ます会講演会のご案内 他	P-7

6月2日（木）山形グランドホテル

平成 28 年度 “診ます会” 総会が開催されました

去る 6 月 2 日（木） 山形グランドホテルにて、平成 28 年度診ます会総会が開催されました。今年も、90 名を超える診ます会の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申し上げます。

平成 28 年度 診ます会事業内容

役割分担の推進

- ・ 確実な紹介患者管理
- ・ 逆紹介の推進
- ・ 救急紹介の常時受入れ

退院支援の充実

- ・ 連携室退院調整の早期介入
- ・ 医療・福祉連携の推進
- ・ 退院前カンファランスの効率化
- ・ 退院時服薬指導、お薬手帳の普及

疾患別連携の推進

- ・ 地域連携パスの活用
- ・ 慢性腎臓病連携文科会の開催
- ・ 地域糖尿病センターの利用促進

病院機能の共同利用と広報

- ・ 共同病床・医療機器の利用促進
- ・ 診ます会広報誌の発行

医療情報共有化の推進

- ・ 済生館 RenkeiNET@ と
べにばなネットの安定運用

在宅医療・休診時支援

- ・ 24 時間緊急時入院受入れの継続
- ・ 休診時患者登録の推進
- ・ 褥瘡外来の利用推進

地域医療従事者研修の充実

- ・ 診ます会総会
- ・ 診ます会講演会 年 2 回
- ・ 慢性腎臓病分科会
- ・ 脳卒中連携多職種合同研修会
- ・ 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
- ・ 救急医療研修会 年 6 回
- ・ 在宅褥瘡予防ケア講習会



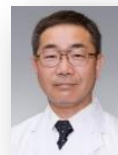
平成 28 年度 新規会員の先生方

おおやま皮膚科	大山 正俊 先生
片桐皮膚科医院	片桐 美之 先生
上山ファミリークリニック	丹治 治子 先生
軽井沢クリニック	妹尾 和克 先生
霞城眼科クリニック	窪寺 俊晴 先生
橋内科循環器科クリニック	橋 英明 先生
つばさ皮膚科	橋本 秀樹 先生
宮崎外科胃腸科クリニック	高橋 則好 先生
山形厚生病院	大原 義朗 先生
やまもと眼科クリニック	山本 崇 先生
渡辺外科胃腸科医院	渡辺 徳夫 先生

「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」

糖尿病・内分泌内科

五十嵐 雅彦



昨今の高齢化社会の到来により、高齢者糖尿病患者数も増加してきています。高齢者糖尿病では、高血糖を是正することが血管合併症の発症や進展を抑制できるのかを示すエビデンスが乏しい反面、低血糖は認知機能やうつ病などの悪化や、筋力低下や転倒、骨折など QOL や生命予後を著しく悪化させることが明らかにされ、可能な限り重症低血糖を回避することが望ましいとされています。高齢者糖尿病患者の治療を難しくしている問題点として、認知機能の低下に伴う内服薬の管理能力の低下や食事療法、特に食事

回数が必ずしも 3 回/日ではないこと、肝や腎機能の低下に伴う薬剤の分解能の低下などが挙げられ、結果的に薬剤効果が増強され低血糖が惹起されやすくなっています。そこで、最近では併発疾患や生活機能の低下、低血糖リスクなどを持つ虚弱な高齢者糖尿病患者に関しては、目標設定を病態に応じて適宜変更することも推奨され、少なくとも厳格な血糖コントロールは必要ないのではとの考え方が徐々に広がってきていました。

最近、わが国で高齢者糖尿病患者を対象とした全国規模の前向き介入研究（J-EDIT）が行なわれました。対象は、65 歳以上で血糖コントロールが不良、脂質や体重が目標レベルに達していない高齢者糖尿病患者（平均年齢 72 歳、1173 例）を強化療法群（HbA1c<6.9%、血圧 130/85 mmHg、T-Cho<200 mg/dl、TG<150 mg/dl、HDL>40 mg/dl、BMI<25 kg/m²）と従来療法群（主治医が年齢や背景を考慮し妥当と考える治療を実施）に分け、血管合併症や死亡率などを 6 年間にわたり比較検討しました。しかし、その結果は当初の期待とは異なり、脳血管や心血管疾患、総死亡には 2 群間で差を認めず、さらに HbA1c と脳卒中の発症率においては U 字カーブがあることがわかりました¹⁾。HbA1c が 8.8%以上では確かに予後は不良でしたが、逆に 7.3%未満でも脳卒中やイベントの発症率が高く、良好な血糖管理を維持するメリットがなかったのです。これは、同時期に英国で行われた糖尿病治療と死亡率に関する検討での HbA1c が 7.5~8.0%が最もリスクが低いという結果²⁾と同じであり、単に人種や生活習慣だけの違いだけではないことがわかりました。

以上のような背景を踏まえ、日本糖尿病学会と日本老年医学会は 2015 年 4 月から合同委員会を立ち上げ「高齢者糖尿病治療ガイドライン」を策定しました。そして、その結果を第 59 回日本糖尿病学会年次学術集会開催期間中の 2016 年 5 月 20 日に公表³⁾しました（図 1）。

図 1. 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c 値）³⁾

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}		カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
		① 認知機能正常 かつ ② ADL 自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的 ADL 低下、 基本的 ADL 自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的 ADL 低下 または ③ 多くの併存疾患や 機能障害
重症低血糖 が危惧され る薬剤（イン スリン製剤、 SU 薬、グリ ニド薬など） の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり ^{注3)}	65 歳以上 75 歳未満 7.5%未満 (下限 6.5%)	75 歳以上 8.0%未満 (下限 7.0%)	8.0%未満 (下限 7.0%)	8.5%未満 (下限 7.5%)

その骨子は、まず高齢者（65 歳以上）糖尿病患者の認知機能と日常生活動作（ADL）のレベル、併存疾患の観点から 3 つのカテゴリーに分類します。すなわち、① 認知機能が正常で ADL が自立している場合（**健常に相当**）にはカテゴリーⅠ、② 軽度の認知障害～認知症、または「基本的 ADL（着衣、自宅内の移動、入浴、トイレの使用）⁴⁾」は自立

しているが「手段的 ADL（買い物、食事の準備、金銭管理、服薬管理など）⁴⁾」が低下している場合（**フレイルに相当**）は**カテゴリーⅡ**、③ 中等度以上の認知症、または基本的 ADL の低下や併存疾患や機能障害がある場合（**要介護に相当**）は**カテゴリーⅢ**と分けます。そして、重症低血糖を惹起しうる薬剤（インスリン、SU 薬、グリニド薬）の有無や年齢により目標の HbA1c のレベルが変わり、リスクが高いほど設定が甘めになり「下限値」も設定されています。従って、**重症低血糖が危惧される薬剤がない場合には、カテゴリーⅠ とカテゴリーⅡ は 7%未満で、カテゴリーⅢ は 8%未満が目標**となり、「下限値」は設定されていません。しかし、薬剤が投与されている場合にはカテゴリーⅠ でも年齢が 75 歳未満と以上では 7.5%（下限値 6.5%）と 8.0%（下限値 7.0%）と目標設定がそれぞれ甘めになり、カテゴリーⅡ とカテゴリーⅢ では年齢は考慮せず 8.0%（下限値 7.0%）と 8.5%（下限値 7.5%）と緩和されます。なお、この下限値は診療上のセーフキーパーという位置付けになります。因みに、米国と欧州においてもそれぞれ高齢者糖尿病の血糖コントロール目標が提唱され、基本的には健常者（ADL 自立）と虚弱者（ADL 低下や併存疾患あり）の 2 つのカテゴリーで設定されておりますが、「薬物を考慮」するというのはわが国独自の試みです。このガイドラインに対しては、きめ細やかに設定され非専門医でもわかりやすいという評価もある反面、熊本宣言の「6、7、8%」に比べると複雑過ぎるという批判もあります。合同委員会では、このガイ

ドラインの使用にあたってはあくまでも**患者の「個別性を重視」し「背景を考慮」しながら、管理目標値は個々の患者により柔軟に対応する**よう提案しています。

臨床医にとって、ガイドラインの良否は内容もさることながらどれだけ浸透し活用されるかが重要です。患者さんへの啓蒙も含め、「診ます会」の先生方にはどうかよろしくお願い申し上げます。

～文 献～

- 1) Araki A, et al: Geriatr Gerontol Int, 12(Suppl 1) : 7-17, 2012.
- 2) Currie CJ, et al: Lancet, 375: 481-489, 2010.
- 3) 日本糖尿病学会：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標について（2016 年 5 月 20 日）
(<http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&storyid=66>)
- 4) 日本老年医学会ホームページ
(<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>)

Dr.訪問

済生館 連携医療機関のご紹介

相馬脳神経クリニック

Profile

そう ま さ お
相馬 正男 先生

S63年 岩手医科大学卒業
山形済生病院
山形大学医学部附属病院を経て
H14年12月 相馬脳神経クリニック開設



診療時間	月	火	水	木	金	土	日・祝
9:00~12:30	○	○	○	○	○	○	/
14:00~18:00	○	○	○	/	○	/	/

スタッフ 相馬先生 看護師 2名 医療事務 2名
検査技師 1名



〒990-0023 山形市松波 1-11-35

TEL **023-634-2111**

このコーナーは、済生館に多数の患者様をご紹介いただいている診療所にお邪魔し、日々の診療の様子から、先生のご趣味まで、幅広くお話を伺います。

—— 開業されたきっかけは？ ——

岩手などでの勤務医時代より、生まれ故郷で地域医療に貢献したいと考えていたので、地元に戻り開業しました。

—— 先生の専門領域は？ ——

脳神経外科が専門ですが、一般内科も診察しています。当院は、頭痛やめまいを主訴に来院される初診の患者様が多くいらっしゃいます。また最近では、認知症の患者様の診察をさせていただく機会が多くなりました。

—— 健康管理でお気をつけていることは ——

健康管理として、散歩や週 2 回スポーツクラブのプールで汗を流しています。

—— 済生館に要望はございますか？ ——

脳神経外科、神経内科へ患者様を、ご紹介することが多いのですが、当日の急な診察依頼も、お断りされたことがあります。今後も現状の体制を維持していただけると助かります。

—— 地域の皆様にメッセージをお願いします ——

頭痛は、軽く考えられがちですが、ひどくなると日常生活に支障をきたす場合や、命にかかわる病気が隠れていることもあります。

頭痛と一言で言っても、その原因は様々で、それによって予防法や対処法が大きく異なるため、一歩間違えればかえって痛みが悪化するなど、逆効果にもなりかねません。

頭痛の症状をうまく表現し、医師に伝えるのは難しいと思いますが、当院へご相談いただければと思います。

—— 貴院の特徴を教えてください ——

MRI 装置を完備しておりますので、脳出血や腫瘍などの重篤な病気が隠れていないか確認ができます。MRI は、即日撮影もお受けできる場合がありますので、御相談ください。



MRI 装置を完備、即日撮影も可能



明るく広い待合室



道路沿いの、黄色の看板が目印です。

文・インタビュー/相田 写真/朝井 平成 28 年 7 月

7月5日（火） 講演会およびグループワーク を開催

「済生館 脳卒中地域連携パス研修会」

去る7月5日（火） 済生館 脳卒中地域連携パス研修会を開催。リハビリを担う回復期病院の医療従事者より48名、維持期を担う診療所の先生から10名のご参加をいただきました。

昨年度に引き続き、済生館リハビリテーション科の齊藤元太先生より講演【下記詳細】。

例年の運用状況の報告会から、今年度は直接業務上の意思疎通を図る機会として、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、ケースワーカー及び事務に分かれてグループワークを行いました。

今年度の診療報酬改定で、地域連携パスに関しては、マイナス改定となりました。病院に対し退院支援体制の強化や、3段階の維持期の各診療所においても、連携保険医療機関との年3回の面会要件が加わっています。また、医療と介護の役割分担を勘案し、要介護被保険者に対するリハビリテーションに対して介護保険への移行を図ることを目的に、要介護の患者毎に目標設定が必要になっています。

グループワークでは、医師・事務部門から「医療機関間の年3回の面会要件」はどう対応すべきか？」「転院の際、要介護被保険者の目標設定の連絡はどうするか？」など、新要件に関する質問がありました。

また、看護部門では、回復期病院のベッドコントロールに必要な「認知」に関する情報など、事前に必要な情報の意見がありました。

急性期・回復期と関わる時期が違っていても患者に対する看護の思いは一つ。心が和む意見交換会でもありました。



「脳卒中急性期からの ニューロリハビリ・ロボットリハビリ」

リハビリテーション科

齊藤 元太



近年脳卒中リハビリテーション（以下リハ）の分野では、ニューロリハやロボットリハが急速に普及しつつあります。ニューロリハとは、「ニューロサイエンスとその関連の研究によって明らかになった脳の理論などの知見を、リハビリテーション医療に応用した概念、評価法、治療法、機器などのこと」を言います。近年の脳イメージング技術の進歩により、短期間の学習でも脳に構造的な変化が現れることが明らかとなり、いわゆる脳の可塑性を誘導して機能回復へつなげることがニューロリハになります。これまで脳卒中リハでは、麻痺側の回復を諦め、非麻痺側での日常生活を確立する ADL 重視の傾向が強かったのですが、CI 療法（Constraint Induced Movement Therapy）の登場により、麻痺肢の機能回復の可能性が示唆されました。そしてニューロサイエンスや運動学習理論に基づき、免荷式トレッドミル訓練やボツリヌス毒素による痙攣治療、

電気刺激や磁気刺激などのニューロ・モジュレーションを用いたリハが実践されつつあります。特に近年のロボット技術の進歩により、リハ・ロボットが次々と登場しています。

当科で行っているニューロリハ・ロボットリハとしては、表1のようなものがあります。

表 1

1. 免荷式トレッドミル訓練
BWSTT : Body Weight Supported Treadmill Training
2. ロボット長下肢装具
Bionic Leg (商品名)
3. 治療的電気刺激装置
TES : Therapeutic Electrical Stimulation
4. 機能的電気刺激装置
FES : Functional Electrical Stimulation NESS L-300 (商品名)
5. 随意運動介助型刺激装置
IVES : Integrated Volitional Electrical Stimulator
6. 咽頭電気刺激装置 Vital Stim (商品名)

図 1



体重免荷式トレッドミル訓練（BWSTT：Body Weight Supported Treadmill Training）は、体を吊り下げて体重の負担を減らし、ベルトコンベア上を歩行するものです（図 1）。動物には脊髄に歩行の CPG：central pattern generator が存在するといわれており、この CPG

を活性化することにより、必ずしも上位中枢からの入力がなくとも歩行を再獲得することが可能と考えられています。ヒトにおける CPG の存在には議論がありますが、BWSTT では CPG を賦活するのではないかとされています。当科でも現在のところ急性期脳卒中患者の歩行訓練に取り入れています。

図 2



現在歩行支援ロボットとして応用されているのが HAL（Hybrid Assistive Limb）やトヨタの GEAR（Gait Exercise Assist Robot）、ホンダの歩行サポートロボット、ALTER-G 社の Bionic Leg などです。当科では Bionic Leg を導入しておりますが（図 2）、これは長下肢装具の膝部分にモーターが備え付けられており、立位・着座時や歩行時の動きをサポートするものです。これも脳卒中急性期において立位訓練や歩行訓練に用いております。

ニューロ・モジュレーターとしては FES：Functional Electrical Stimulation 装置の NESS L-300（図 3）、随意運動介助型刺激装置 IVES：Integrated Volitional Electrical Stimulator（図 4）、咽頭電気刺激装置 Vital Stim（図 5）を導入しています。

図 3



NESS L-300（図 3）は総腓骨神経を電気で刺激して麻痺肢足関節の背屈をサポートするもので、足底部のセンサーが歩行時の圧の変化をとらえ、遊脚相での toe clearance を確保します。当科では歩行訓練時に使用し、BWSTT と組み合わせることもあります。

図 4



IVES（図 4）は麻痺肢の筋肉を動かそうとしたときの微弱な活動を電極で感知し、その活動に応じた電気刺激を麻痺した筋肉に与える装置です。HANS 療法では IVES を 1 日 8 時間、3 週間装着して日常生活で使用することによ

り、上肢機能の改善が見込まれます。当科では急性期にミラーセラピーとして使用しています。

図 5



Vital Stim（図 5）は咽頭期障害のある患者の嚥下関連筋・神経への電気刺激を行うことで筋収縮を高め、嚥下時の筋収縮パターンの再獲得に向けた手助けを行う装置で、嚥下機能の改善が見込まれます。当院では、経管栄養

患者の嚥下リハに用いています。

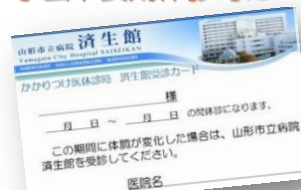
このようにニューロリハ・ロボットリハの普及により、脳卒中リハビリは大きく変わろうとしています。当院脳卒中センターでは脳卒中超急性期において、内科治療に加え外科治療や血管内治療を積極的に行うことにより、大きな効果上げています。次の治療として急性期から積極的にニューロリハ・ロボットリハを導入し、少しでも後遺症が軽減できるように、症例を積み重ねていくことが肝要であると考えています。

休診時患者登録のご案内

済生館では、先生方の主張や長期の休診時において、先生方が担当されておられます患者様が急変したときに診察させていただく体制「休診時患者登録制度」を構築しています。

休診時登録用の診療情報提供書か、お使いいただいている診療情報提供書に【休診期間】をご記載いただき、地域医療連携室まで FAX をお願いします。患者様には、休診時登録カードをお渡しします。

～学会や長期休診時に～



休診時登録用の患者様カードは、財布に診察券と一緒にしまえることができます。裏面には、当院の地域医療連携室と救急室の電話番号が記載されています。是非、ご活用ください。

済生館 症例検討会より

「腸間膜リンパ節に局限した菊池-藤本病の 1 例」

小児科 松内 祥子 阿部 暁子 金沢 千佳子
大通 尚 前田 勝子 清水 行敏



菊池-藤本病は、発熱・リンパ節腫脹・白血球減少を主徴とする、原因不明のリンパ節炎です。リンパ節の一部に組織球の増殖を伴い、好中球などの炎症細胞の浸潤を認めず、壊死を呈する特異な病理像から、組織球性壊死性リンパ節炎とも呼ばれます。20 代女性に好発しますが、小児では 10 代男性に多いと言われています。数か月で自然軽快する予後良好な疾患で、治療は原則的には対処療法ですが、長引く発熱・疼痛にはステロイドが有効です。菊池-藤本病のリンパ節腫脹は、通常頸部リンパ節に認められますが、今回、腸間膜リンパ節に局限した 1 例を経験しましたので、報告します。

症例提示

症例は発熱・腹痛が 4 日間続く 12 歳男児です。身長 144.5 cm、体重 32.4 kg。39.4 ℃の発熱と臍周囲の圧痛がありました。表在リンパ節の腫脹はなく、関節痛や紫斑もありません。血液検査では、WBC 7,170 / μ L と増加はありませんが、CRP 15.7 mg/dL と上昇を認めました。その他の生化学検査は大きな異常なく、病原微生物に関する検査では、マイコプラズマ抗体 (PA 法) が 320 倍である以外に

造影 CT 検査では、回結腸動脈周囲リンパ節や下腸間膜動脈の回腸枝周囲リンパ節が 1-3 cm 大に多数腫脹していました。(図 1)

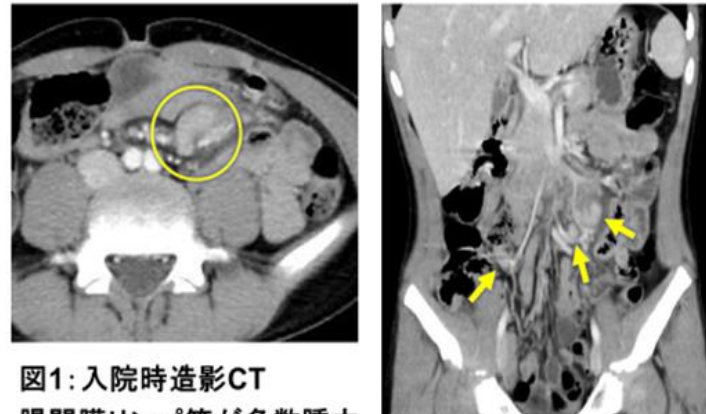


図1:入院時造影CT
腸間膜リンパ節が多数腫大

腹痛・発熱が出現した日を第 1 病日とし、第 4 病日に入院しました。細菌性腸炎疑いでセフトリアキソン (CTRX) による点滴治療を行ったところ、緩やかに解熱しました。しかし腹痛が遷延し、第 9 病日に評価のため腹部 MRI 検査を行いました。入院時の造影 CT 検査と同様に、T1・T2 で共に低信号を示す腸間膜リンパ節の腫脹を認めました。リンパ節の周囲は、炎症の波及と思われる高信号域が広がっていました。同日の血液検査で WBC 2,210 / μ L と白血球減少を認めため、菊池-藤本病を疑い、CTRX を中止し、プレドニン (PSL) 内服治療を開始しました。開始直後から腹痛は著明に改善し、第 14 病日の血液検査で WBC 10,020 / μ L、CRP 0.3 mg/dL と炎症反応の収束を認め、同日退院しました。

(図 2)

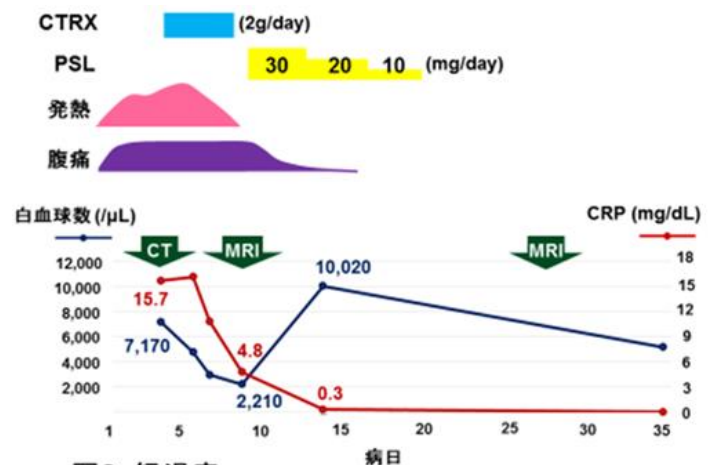


図2:経過表

表1【血液検査】

WBC	7,170 / μ L	TP	6.9 g/dL	T-cho	134 mg/dL
RBC	454万 / μ L	Alb	3.8 g/dL	CRP	15.7 mg/dL
Hb	13.0 g/dL	T.Bil	1.8 mg/dL	PCT	1.2 ng/L
Ht	38.7 %	AST	30 IU/L	IgG	964 mg/dL
Plat	16.8万 / μ L	ALT	16 IU/L	IgA	93 mg/dL
PT-INR	1.26	LDH	293 IU/L	IgM	175 mg/dL
APTT	35.8 秒	BUN	11.1 mg/dL	C3	175 mg/dL
FDP	3.7 μ g/mL	Crea	0.58 mg/dL	C4	48 mg/dL
Dダイマー	0.8 μ g/mL	Na	136 mEq/L	CH50	64 IU/mL
赤沈1h値	72 mm	K	4.3 mEq/L	siL2-R	627 IU/mL
赤沈2h値	92 mm	Cl	100 mEq/L	第XIII因子	38%
フェリチン	182 ng/mL	Ca	8.8 mEq/L	抗核抗体	(-)
NT-proBNP	243 pg/mL	CK	73 IU/L	抗DNA抗体	(-)
		AMY	51 IU/L		

表2

【血液検査】

マイコプラズマ(PA法)	320倍
EBNA	20倍
EB-VCA-IgM	<10倍
EB-VCA-IgG	40倍
CMV-IgM	(-)
CMV-IgG	(-)
HSV-IgM	(-)
HSV-IgG	(-)
パルボB19-IgM	(-)
B.henselae-IgM	(-)
B.henselae-IgG	(-)

【尿検査】

定性・沈渣	異常なし
β 2MG	20,462 μ g/L

【迅速検査】

咽頭アデノウイルス	(-)	便/ロウイルス	(-)
咽頭マイコプラズマ	(-)	便/ロウイルス	(-)
		便アデノウイルス	(-)

【培養検査】

血液培養	(-)
便培養	腸内細菌 1+
	Enterococcus 1+
	CO(-)ブドウ球菌 3+
	Yersinia enterocolitica (-)

【便潜血】

咽頭拭い液ウイルス分離	陰性
-------------	----

【ツベルクリン反応】

0mm $\times$ 0mm	
2mm $\times$ 2mm	

第 27 病日に MRI 再検を行い、腫脹リンパ節は不明瞭化しており、縮小したものと判断しました (図 3)。その後、発熱・腹痛・リンパ節腫脹といった再燃徴候は認めておりませ

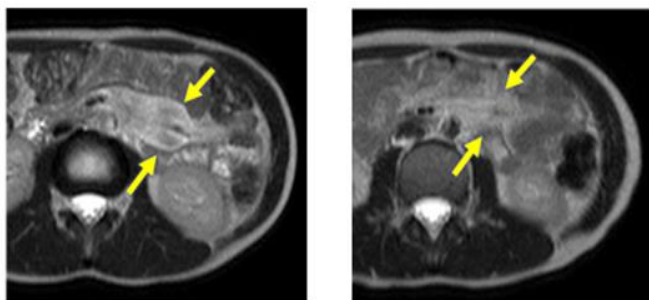


図3: MRI-T2強調画像
第9病日(左)、第27病日(右)。リンパ節が不明瞭化した

考 察

本症例のように、菊池-藤本病のうち腸間膜リンパ節が腫脹するのは、全体の 1.5%で、小児例では 3.0%と報告されています。腸間膜リンパ節が腫脹した菊池-藤本病の本邦に

おける報告は、少なくとも 22 例あり、そのうち 15 歳以下の小児例は 11 例で、男女比は 10 : 1 と男児に多い傾向にありました。さらに、頸部などの表在リンパ節も腫脹したのは、11 例中 2 例でした。腸間膜リンパ節腫脹を触診で同定することは難しく、かつ表在リンパ節も腫脹するとは限らないため、診断は困難になります。腹痛が遷延し、白血球減少や発熱を伴う小児例では、菊池-藤本病も鑑別に挙げる必要があります。ただし、確定診断のためには生検 (手術) が必要ですが、侵襲が大きいために、小児例では臨床的に診断し、短期 PSL 療法を行うこともやむを得ないと言われています。

結 語

腸間膜リンパ節に限局した菊池-藤本病の 1 例を経験しました。腹痛が遷延し、白血球減少や発熱を伴う小児例では、菊池-藤本病も鑑別に挙げる必要があると考えます。

6 月 25 日 (土) ・ 26 日 (日) 済生館主催で開催しました

第 2 回山形県がん診療に携わる医師・看護師等に対する緩和ケア研修会

去る 6 月 25 日 (土)、26 日 (日) に済生館で、「第 2 回山形県がん診療に携わる医師・看護師等に対する緩和ケア研修会」を、がん診療に携わる医師および看護師等を対象に開催しました。診療所の医師 2 名、病院勤務医 24 名、看護師 7 名、薬剤師 2 名の参加がありました。

今回は、県立中央病院 神谷 浩平 先生 岸 真知子 先生 県立河北病院 奥山 慎一郎 先生 栗原 二葉 先生 日本海総合病院 菅原 浩 先生を講師にお招きして、

25 日 (土) 午後 1 時～午後 8 時 30 分

26 日 (日) 午前 9 時～午後 4 時 10 分

と講義、ワークショップとハードな日程でありながらも、充実した研修をこなしました。

基礎的な知識を学んだほか、コミュニケーション技術に関する講義、ワークショップでは、受講者が患者役・医師役をそれぞれ担当しロールプレイを行い、患者の思いに気づいたり、患者の思いを引き出すコミュニケーションスキルや、告知の場面での「悪い知らせ」を伝えるスキルを学びました。

11 月 緩和ケア研修会を開催します

済生館では 11 月にも、下記のとおり緩和ケア研修会を開催します。今回は、医療機関だけではなく介護従事者にもご案内し、医療介護の合同研修会として開催いたします。多くの参加者が見込まれるため、参加をご希望の場合は、地域医療連携室までご一報お願いします。

緩和ケア研修会 (兼) 医療福祉研修会

日時 : 平成 28 年 11 月 4 日 (金) 18:00～19:30

講師 : 大西 秀樹 先生

(埼玉医科大学国際医療センター 精神腫瘍科)

場所 : 山形市立病院済生館 4 階大会議室

演題 : 『家族・遺族ケアにおける問題点とその対応』

※ 参加は事前に申込が必要になります。ご案内は県のがん登録をされている医療機関および介護施設へご案内を郵送いたします。その他で、受講希望される方は地域医療連携室へご連絡をお願いします。



9.15 (木) 診ます会講演会のご案内

演題「脳梗塞治療のパラダイムシフト」～DOACの新たな展開～

右記のとおり、診ます会講演会を開催します。今年度より、より多くの先生方からご参加いただけるよう、山形市内ホテルで開催させていただくこととなりました。ご多忙中のところ大変恐縮ですが、是非ご来場くださいますようお願い申し上げます。

日 時：平成 28 年 9 月 15 日 (木) 18:30～

場 所：山形国際ホテル 5 階 蔵王の間

演 題：「脳梗塞治療のパラダイムシフト」

講 師：木村 知美 先生

日本医科大学大学院医学研究科 神経内科学分野 大学院教授

座 長：近藤 礼 先生

山形市立病院済生館 脳神経外科 科長



詳細は、ご案内状をご確認ください

脳卒中 地域連携パス (区分 B009 注 14 地域連携診療計画加算)
参加医療機関および 届け出検討中の先生方へ

地域連携診療計画加算 (地域連携パス 大腿骨・脳卒中) の施設基準要件では、【連携保険医療機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年 3 回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。】とされております。

この「面会」について、東北厚生局山形事務所に照会したところ、【該当疾患における会合や研修会等での参加で、当該要件 (面会要件) 満たすことができる】との回答をいただいております。

今回の診ます会講演会は、地域連携診療計画加算 (脳卒中) の施設基準要件を満たす研修会となりますので、施設基準届出済みの医療機関及び、今後届け出のお考えの医療機関におかれましては、是非ご参加いただきますようよろしくお願いします。

今後の症例検討会のご案内

診ます会の先生方からのご参加お待ちしております。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、ご一報ください。

済生館 内科系症例検討会

場所 済生館 4 階中会議室

第 166 回 平成 28 年度 第 3 回目

日時：平成 28 年 10 月 12 日 (水) 18:30～

症例提示診療科：

糖尿病・内分泌 消化器内科 腎臓内科 循環器内科

第 167 回 平成 28 年度 第 4 回目

日時：平成 29 年 1 月 11 日 (水) 18:30～

症例提示診療科：

小児科 神経内科 糖尿病・内分泌 腎臓内科

第 168 回 平成 28 年度 第 5 回目

日時：平成 29 年 3 月 8 日 (水) 18:30～

症例提示診療科：

循環器内科 血液内科 神経内科 小児科

済生館 がん治療症例検討会

場所 済生館 4 階大会議室

第 47 回 平成 28 年度 第 3 回目

日時：平成 28 年 9 月 14 日 (水) 18:45～

症例提示診療科：

泌尿器科 血液内科 産婦人科

第 48 回 平成 28 年度 第 4 回目

日時：平成 28 年 11 月 9 日 (水) 18:45～

症例提示診療科：

放射線科 緩和ケア 外科

第 49 回 平成 28 年度 第 5 回目

日時：平成 29 年 2 月 8 日 (水) 18:45～

症例提示診療科：

消化器内科 耳鼻咽喉科 血液内科

編集後記

先日、山形市長寿支援課と済生館地域医療連携室で、医療介護連携にかかる情報交換会を開催。市は、基幹病院を回りながら、医療介護連携に関する情報収集を行っています。市では、医療と介護を結ぶ「ツール」を作成したい意向があります。ただ、モデル病院をどうするか？ 山形市より広い二次医療圏で考えないといけないのでは？ など問題が山積。その「ツール」が見えてくるのは、まだまだ先のようです。

山形市立病院 済生館

〒990-8533

山形市七日町 1-3-26

TEL 023-625-5555 (代表)

URL www.saiseikan.jp

地域医療連携室

TEL 023-634-7116 FAX 023-626-6517

TEL 023-626-6516 (予約当日受付専用)

Email renkeishitu@saiseikan.jp

編集 発行元 / 山形市立病院済生館 地域医療連携室