

光市医師会報

平成18年9月号

No.389



光市医師会

<http://www.yamaguchi.med.or.jp/users/hikarishi/isikaihp/hikari.htm>

9月の医師会長

9月 3日 (日)	ふれあい健康フェスティバル (あいぱーく)
10日 (日)	山口県医協会 あいさつ (松原屋)
12日 (火)	理事会 (事務局)
14日 (木)	第5回症例検討会 (光市立光総合病院 6例)
15日 (金)	地域支援病院審議会 (徳山医師会病院、同病院の年間報告)
16日 (土) ~ 18日 (月)	臨床内科医会 (東京プリンスホテル)
19日 (火)	周南環境保健センター長 面会 (新型インフルエンザ対策について) 肝炎ウイルス研究会 (宇部全日空ホテル)
20日 (水)	産業医出務 (光警察署)
21日 (木)	休日診療所運営委員会 (あいぱーく)
22日 (金)	認知症講演会 (商工会館100名)
26日 (火)	9月度講演会 及 例会 (商工会館)
28日 (木)	山口県医師会会長会議 (県医師会) 介護認定審査会 (あいぱーく 20例)



9月の医師会活動

I. 12(火) 9月・定例理事会	(医師会事務所)
II. 14(木) 第5回症例検討会	(光市立光総合病院)
III. 22(金) 認知症講演会	(商工会館2F)
IV. 26(火) 学術講演会&月例会	(商工会館2F)

I. 定例理事会

日時:平成18年9月12日(火) 午後7時30分～

場所:医師会事務局

議題:

I. 報告事項

1. 光市健康づくり推進協議会(8/20) (河村会長)
2. 郡市医師会地域医療担当理事協議会(8/24) (佃理事)

II. 協議・承認事項

1. 介護保険講演会について(9/22) (丸岩理事)
2. AED講習会について(10/28) (丸岩理事)
3. 永年勤続者表彰について (清水理事)

資料① 2. 平成18年度郡市医師会地域医療担当理事協議会(8/24)

日時:平成18年7月20日(木) 午後3時

場所:山口県医師会6階 会議室

藤原会長挨拶

この6月に医療制度改革関連法案が成立いたしました。これで日本の医療はある意味では決定的な第一歩を踏み出したと言えるのではないかと捉えております。改革は制度がいろんな意味で行き詰まるために行われるのでありまして、しかも財政危機が叫ばれている現在、国民にとりましても医療関係者にとりましても、あるべき姿あるいは望ましい姿からより厳しい政策であるといわざるを得ないのであります。ましてや日本の医療制度は国際的にみましても極めて高い評価を受けておりますが、この改革が余儀なくされているということからいえば結論は見えているといえると思います。しかし、このあたりの選択はこれまでより、より効率的か、あるいは医療費節減につながるかというとその補償は必ずしもないといわざるを得ません。今回の改革は小泉首相をしてこれほどの改革が一回の国会でよく通ったと言わしめるほどの内容でございますけれども、それは皆様方ご承知の通り、高齢者負担増あるいは療養病床の再編、そしてあたらしい広域医療制度の創設だけではないのは無論であります。本丸、その中心となる改革は都道府県単位の保険者の統合再編を行い、これまで国が直轄しておりました政管健保を都道府県単位の地域保険に分割し市町村個々もより効率化を進めることによりまして都道府県単位の保険に統合するという方向でいかと思います。つまり、これまで国によります全国統一的な医療給付ということがなされていたわけでございますけれども、今後は都道府県で医療運営をする。保険料率、あるいは保険給付内容、そういったことを自立的に行わなければならない。また場合によっては診療報酬の単価も国に具申すれば下げることができることといったことも特例として認められているというわけでありまして。まだ、全体像までは言い切っておりませんが、行き着く先はIHN、アメリカの医療の

64%が入っているといわれておりますマネジド・ケア医療の改良型です。そういった方向でいくのではないかと考えております。まだ未成品でございますけれども、その仕組みに地域住民が我慢するという形、医療補助制度も今回の改革に入っておりますけれども、社会医療法人ということが盛り込まれておりますけど、この中に地域住民というのが入ることになっておりますが、さらにIT化によるデータの共有という仕組みが加わればまさしくこれはIHNであろうかと思っております。医療機関はどういう形で医療をするかと申しますとベンチマークといまして評価基準が設定され保険者に管理されるようなことになることも考えられますし、大きな意味では開業することによって自由を勝ち得ていたのですが、病院の勤務医と同じような監視下に置かれることとなります。おそらくこの改革の終着点はここにあるというふうに思っております。

さて本日議題となっております医師不足につきましては地域医療の崩壊につながる喫緊の課題でありまして、全国的にも話題になっておりますが、山口県においてもその例外ではありません。もう一つ議題としてあげられております療養病床の再編は改革の目玉の一つではございますが、これもきわめて深刻な問題であります。今日は県下の各郡市から集まっておりますので、それぞれの地域の状況をお聞きさせていただき、また先生方のご意見を聞きながら、県医師会としての方針に加えさせていただきたいと考えておりますので、どうぞ忌憚のないご意見を頂戴いたしたいと思っております。

司会

佐々木美典

本日の協議題は大きく分けて二つあります。会長からも話がありましたように一つは医師確保についてであります。

今年の春からあったのですが、特に今年から来年の春にかけて県内の各地で医師の需給対策というのが喫緊の課題になっておりまして、市のよっては間に合っているところもありますけれども、来年の4月に勤務医の方が開業されたり、大学の医局への引き上げが行われますと、地域の中核病院の医師の確保が難しくなり地域医療供給体制が崩れていく、救急医療も崩壊していくという事態が迫っております。本日は県、あるいは県医師会からの説明はなるべく短く、郡市医師会の担当理事の皆様から多くの意見や要望をお聞きし、いま、藤原会長は日医の理事会、あるいは都道府県会長会議に出ておりますし、木下副会長も都道府県会長会議に出ております。私も地域医療対策委員になりましたのでそちらの方で皆さんの意見を採り上げていきたいと思っております。県では医療対策協議会の医師確保専門部会に木下副会長がでておりますので、意見を伝えてゆきたいと思っております。

1. 医師確保(不足)対策について 安村芳武:県医務保険課主幹

医師確保対策についての山口県医師会の取り組み

- ・医師及び歯科医師就学資金貸付制度
- ・山大医学部地域ワク
- ・在宅医師等に対する再就業支援
- ・山口県ドクターバンク
- ・医師を理解するセミナー(山大医学部)
- ・女性医学生の県内就業・定着への支援施策に関する調査研究
- ・小児科医・産科医の集約化・重点化に係る検討会

医師不足の本質は勤務医不足でありその偏在です。

山口市 麻酔科が不足している。小児科が来年より撤退する病院がある。

小児科の夜間救急は休日夜間診療所を検討している。

岩国市 医師会病院の麻酔科が引き上げる。脳外科も二人のうち一人引き上げる。借金が数十億ある。

経営が困難となるのが心配。公的医療機関に医師会病院が入っていないのは遺憾である。

柳井市 周東病院の小児科が来年より撤退。8月2日に中国新聞にスクープされた。

夜間小児救急を内科医が補うことは困難。柳井医療圏(柳井・熊毛・大島)で小児を中心とした

夜間小児救急医療対策を検討中である。今後の対策について対策委員会を設けた。

大島郡 小児科は他科が診ることはかかりつけであればあまり問題がないようですが、お盆や正月で遠くから帰省した人を見るときはかなりきついものがある。

熊毛 午後6時から10時まで夜間在宅やっているが、小児救急はちょっと難しい。

会長 患者側から小児専門医を望むことが多い。マスコミを使って住民の意識を変える必要がある。

山大(内藤) 医師の供給について、市町村合併で二つ病院があるところは一つにして頂いた。

今のところ入局は極めて少ない。推薦入学は止めて地域枠にする。学資入学で今年10人取るのに400人も来てくれましたが山口県の人一人もいない。地元で頑張ってくれる人を取った方がいいという意見が大勢となっている。今、年に30人あまりしか残らない。福岡と東京で卒後研修についての説明会を開いている。県外に出ている医師会員の師弟を山大へ受け入れたいが個人情報が入らないので対策できない。会員を通じてそとに出ている師弟が居られれば是非帰ってきて欲しいと伝えて欲しい。

山口市 卒後臨床研修制度は弊害があると思いますが、これは今後も続くのでしょうか？

会長 厚労省はこれが医師不足の直接の原因とは考えていない。日医は中止を要望することはない。

2. 療養病床再編について

佐々木理事

これを一般の方が知ったのがこの2月くらいで、水面下では昨年の秋に厚労省では話を詰めていたようですがいきなり今年になりボンと出してきた。そして、今年の6月医療制度改革法案の中に組み込まれた。このような性急な進め方は現場を混乱に陥れると思う。これに関してその内容を県の方から説明して頂く。

浅野：県医務保険課調整監

8月10日老健局主催の会議で配付された資料に基づいて説明いたします。

徳山 370床の徳山医師会病院を持っておりますが、今回の医療法改正で7月の段階で見積もったところ、約1億8千万円の減収になるということで、その主な内訳は医療型療養病床3棟150床で約1億の減収でした。このまま継続できないので一病棟を障害者施設としての一般病棟に変えました。他の療養病床については1棟について年間400万円くらいの赤字になっている。医療区分1の療養病床が60~70%を占めておりますので療養病床としての存続は出来ないと考えられ、一般病棟に戻して特殊な障害者療養施設にするか回復期リハビリテーション施設にするかしかないと考えている。

3. 第19回全国有床診療所連絡協議会総会について(報告)

48時間条項が撤廃された。ところがベッドカウントに有床診がカウントされるようになった。

入院基本料 看護師5名以下では大幅にダウンされた。

2000年以後、療養病床に転換してきたが、今回また廃止されようとしている。

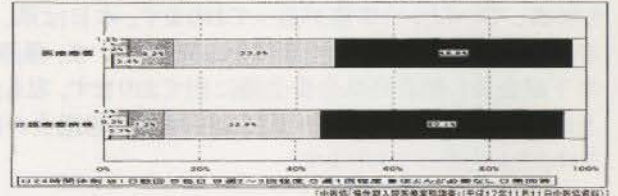
療養病床とは

- ・主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床です。
- ・全国では約38万床あり、医療保険適用(約25万床)、介護保険適用(約13万床)がありますが、提供されるサービスは実質的に同じです。

	医療療養病床	介護療養病床	老人保健施設	特別養老老人ホーム
ベッド数	約25万床	約13万床	約27万床	約36万床
1人当たり床面積	6.4㎡以上	6.4㎡以上	8.0㎡以上	10.65㎡以上
平均的な一人当たり費用額	約49万円 (H15年)	約41万円 (H18.4月以降)	約31万円 (H18.4月以降)	約29万円 (H18.4月以降)
人員配置	医師 3人 看護職員 20人 介護職員 20人	医師 3人 看護職員 17人 介護職員 17人	医師 1人 看護職員 9人 介護職員 25人	医師 必要数 看護職員 3人 介護職員 31人

療養病床は次のような課題を抱えています

- ・現在の利用状況を見ると、必ずしも医療サービスを必要とはしない方も利用しているのが実態です。



- 高齢者の状態に即した適切なサービスの提供
 - 医療保険や介護保険の財源の効率的な活用
 - 医師・看護師など限られた人材の効率的な活用
- の観点から再編成が必要となっています。

医療費の適正化は喫緊の課題です

- 医療費適正化のための方策として、平均在院日数の短縮を計画的に行うこととしており、療養病床の再編成はその第一歩として位置づけられます。
- 限られた医療資源を現に医師・看護師等が不足している急性期を中心とした医療に振り向ける必要があります。

・今後の高齢化の進展や日本経済の負担能力を考慮した医療費の適正化は必要
一方、機械的に医療費を抑制する方法では医療の安心の確保はおぼつかない

・国民の健康と医療のあり方に矛盾せず、かつ、医療費の適正化につながる政策の推進
その政策とは、「生活習慣病の予防」と「入院期間の短縮」

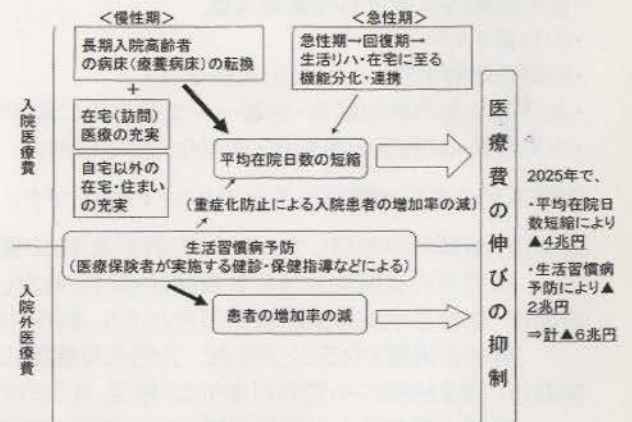
・第1期(平成20~24年度)においては、「入院期間の短縮」の具体的方策が「療養病床の転換」
・第2期以降も長期入院の是正や医療機関間の分化・連携により「入院期間の短縮」を進め、急性期医療への人材及び財源の重点的投入を実現する

(1)平均在院日数(平成19年病院報告)

病床等	その他の病床等	一般病棟等	療養病床等
36.4	28.3	20.7	192.3

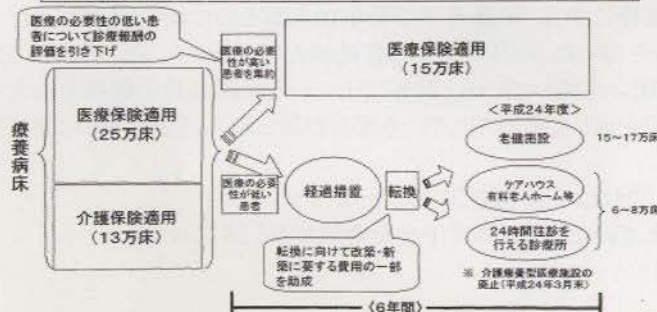
(2)医療提供体制の各国比較(2004年) OECD Health Data 2006

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
平均在院日数	39.3	10.4	13.4	7.2	6.5
人口千名当たり病床数	14.2	8.6	7.5	4.0	3.3



医療サービスの必要性を踏まえ療養病床の再編成を行います

- 再編成は次のような形で進めます。
- ① 療養病床は全部廃止されるのではなく、医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床は存続します。
- ② 介護療養病床の廃止は6年後であり、その間に老健施設等への転換を進めます。
- ③ 療養病床の再編成を踏まえ、地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進めます。



療養病床の再編成には次のような効果が期待されます

- 高齢者の状態にふさわしいサービスを提供します。
- 医療の必要性が高い高齢者には医療療養病床で医療サービスを提供
- 医療の必要性が低い高齢者には老健施設や居住系サービス、在宅などで適切な介護サービスを提供
- 限られた医療保険・介護保険財源を効率的に活用することで、粗く見積もると全体で3000億円程度の給付費の削減が期待されます。

【平成24年の粗い見積り】

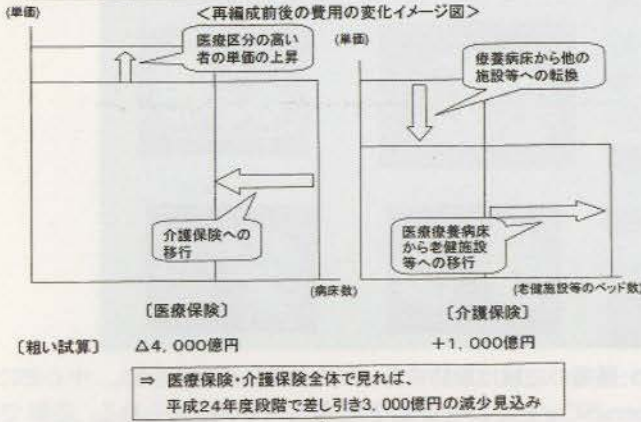
医療給付費	△4,000億円
介護給付費	+1,000億円
差引	△3,000億円

⇒ 高齢者医療に係る都道府県、市町村の公費負担の軽減、保険料の軽減につながる

医師・看護師などの人材の効率的な活用が図られます。

- ・療養病床から急性期病院への人材の再配置を可能とすることにより急性期医療への人材の重点的投入を実現
- ・看護職員配置の引き上げ等により、医療療養病床の医療の質も向上

療養病床再編成により医療療養病床及び介護療養病床の費用が全体として軽減されます



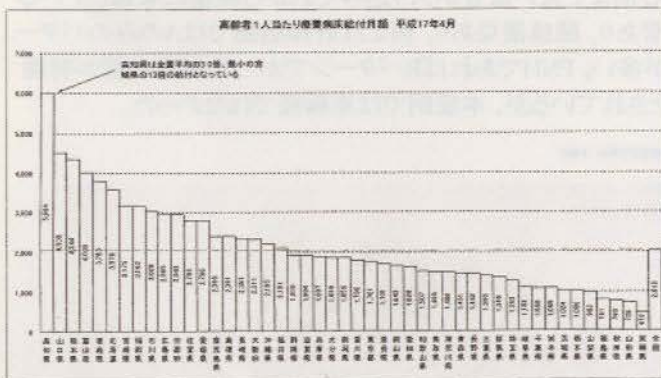
再編成を円滑に進めるためきめ細かく対応します②

・療養病床は地域的偏在が大きいため、地域の特性に応じた対応が必要です。
 ・そこで、将来の高齢化の状況を踏まえつつ、地域の状況に応じた転換を円滑に進めるため、各都道府県において「地域ケア整備構想」を平成19年夏～秋頃を目途に策定し、地域としての23年度末までの毎年度の対応方針を明らかにします。

【地域ケア整備構想のイメージ】

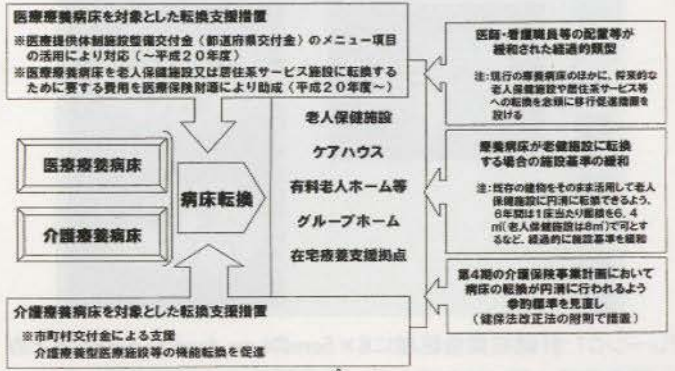
- ① 地域ケア体制の整備の方向
 - 療養病床の再編成を踏まえた、都道府県における地域ケア体制整備の基本的な考え方を提示。
 - ② 地域のサービスニーズ・利用見込みについて
 - 療養病床の再編成とともに、将来的な高齢化の進展や地居世帯等の増加等を踏まえたサービスニーズを施設・在宅の介護サービスに止まらず、住まいや在宅医療も含めて中長期・短期にわたって提示。
 - ③ 療養病床の転換について
 - 療養病床の年次別削減転換計画を提示
- ※都道府県は、上記の「地域ケア整備構想(仮称)」を踏まえ、「介護保険事業支援計画」、「医療計画」及び「医療費適正化計画」を策定します。
 ※策定に当たっては市町村との連携を図ります。

○介護療養型医療施設は、他の介護保険施設と比べ、地域的偏在が大きい。(介護療養型医療施設に係る高齢者一人当たりの給付費が一番高い都道府県は、一番低い都道府県の13倍(特養は1.9倍、老健は2.8倍))



再編成を円滑に進めるためきめ細かく対応します①

・医療機関自身がそのまま患者さんの受け皿として老人保健施設などに転換できるよう、様々な転換支援措置を講じます。



都道府県別にみた65歳以上人口10万対病院・診療所の療養病床の病床数(平成17年12月末)

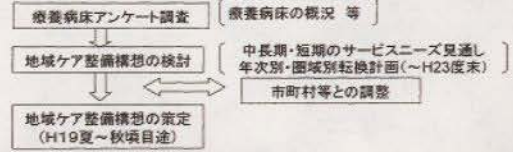
都道府県	65歳以上人口(10万人)	療養病床数	病床数/10万人
北海道	1,210,000	1,100	0.91
青森県	1,000,000	1,000	1.00
岩手県	1,000,000	1,000	1.00
宮城県	1,000,000	1,000	1.00
秋田県	1,000,000	1,000	1.00
山形県	1,000,000	1,000	1.00
福島県	1,000,000	1,000	1.00
茨城県	1,000,000	1,000	1.00
栃木県	1,000,000	1,000	1.00
群馬県	1,000,000	1,000	1.00
埼玉県	1,000,000	1,000	1.00
千葉県	1,000,000	1,000	1.00
東京都	1,000,000	1,000	1.00
神奈川県	1,000,000	1,000	1.00
新潟県	1,000,000	1,000	1.00
富山県	1,000,000	1,000	1.00
石川県	1,000,000	1,000	1.00
福井県	1,000,000	1,000	1.00
山梨県	1,000,000	1,000	1.00
長野県	1,000,000	1,000	1.00
岐阜県	1,000,000	1,000	1.00
静岡県	1,000,000	1,000	1.00
愛知県	1,000,000	1,000	1.00
岐阜県	1,000,000	1,000	1.00
三重県	1,000,000	1,000	1.00
滋賀県	1,000,000	1,000	1.00
京都府	1,000,000	1,000	1.00
大阪府	1,000,000	1,000	1.00
兵庫県	1,000,000	1,000	1.00
奈良県	1,000,000	1,000	1.00
和歌山県	1,000,000	1,000	1.00
徳島県	1,000,000	1,000	1.00
香川県	1,000,000	1,000	1.00
愛媛県	1,000,000	1,000	1.00
高知県	1,000,000	1,000	1.00
福岡県	1,000,000	1,000	1.00
佐賀県	1,000,000	1,000	1.00
長門県	1,000,000	1,000	1.00
熊本県	1,000,000	1,000	1.00
大分県	1,000,000	1,000	1.00
鹿児島県	1,000,000	1,000	1.00
沖縄県	1,000,000	1,000	1.00

再編成を円滑に進めるためきめ細かく対応します③

地域における療養病床の転換については次のような考え方で対応します。
 ①第3期介護保険事業支援計画においては、次のような対応が可能となっています。

・老健施設の空きがない場合でも、老健施設と介護療養病床の必要利用員総数の合計の範囲内に収まるときは転換可能
 * 特定施設、特別養護老人ホームの場合も同様

②第4期介護保険事業支援計画については、都道府県が策定する地域ケア整備構想において対応方針を明らかにします。



介護療養病床が廃止される平成23年度末まで、十分な時間をかけて転換を進め、現場に混乱が生じないようにします。

Ⅱ. 第5回 光医師・光市立病院(光総合・大和総合)会合同症例検討会

日時:平成18年9月14日(木)午後7時より

場所:光市立光総合病院 2階講義室

光市医師会長 河村 康明

光市医師会学術担当理事 竹中 博昭

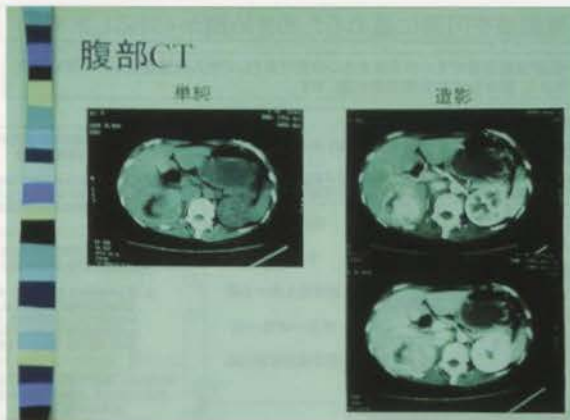
光市立大和総合病院 内科 山下 仰 先生

1 肝angiomyolipomaの一例 (症例:50歳女性)

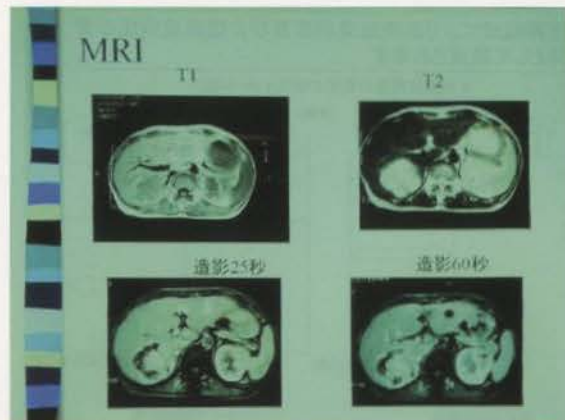
既往歴;特記すべき事項なし

病歴;昨日からの下腹部痛で〇〇病院受診され、このときのCT検査で肝腫瘍、子宮筋腫を診断。加療目的で大和病院婦人科紹介となる。緊急手術で子宮筋腫軸捻転と診断し、子宮摘出術を受けた。子宮は14cm大で、病理組織はLeiomyomaであった。術前から診断されていた肝臓腫瘍の精査目的で内科転科。

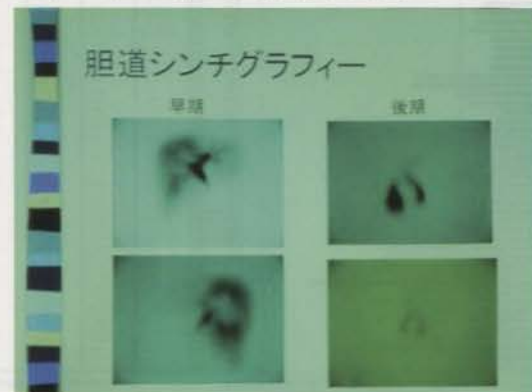
アルコール歴;なし 家族歴:肝疾患なし 薬剤内服;なし ビルの常用なし



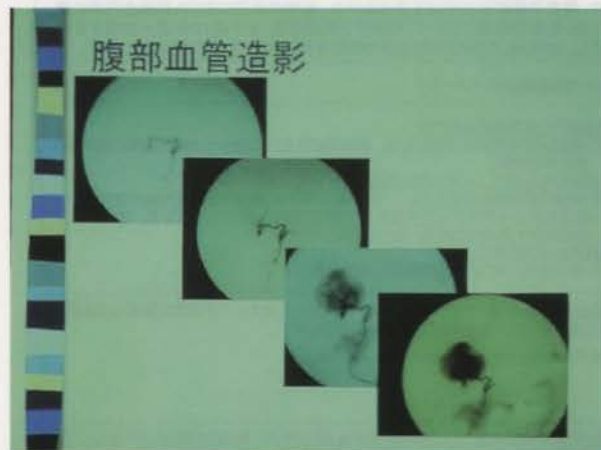
プレーンCT: 肝臓右葉後区域に6×5cmのLow density Areaをみとめる、腫瘍辺縁一部には三日月状の脂肪織濃度の領域を認める。
 造影CT: 辺縁の脂肪織濃度の部位以外は造影早期相で強く造影される。造影後期相では周辺肝と同等かあるいは軽度濃染である。
 以上から周辺に脂肪組織成分を含有する腫瘍と考えられた。



MRI: 腫瘍の辺縁は脂肪成分、T2で充実部高信号を呈し、中心部にcentralScarを疑わせる星空状高信号がみとめられる。造影では中心部に造影効果が認められた。
 ここまでの画像診断を総合して、angiomyolipoma, FNH (focal nodular hyperplasia), Adenomaなどの腫瘍を考えた。

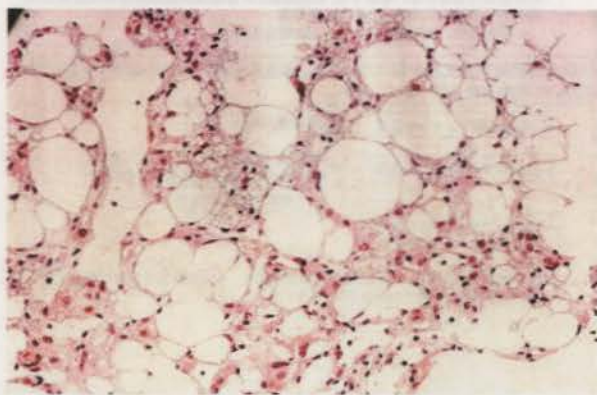


adenoma、PNHにおいてdelayed phaseで集積増加を示すことが多い。本症例では集積はなかった。



A腫瘍を取り囲むように栄養血管があるのと別個で、B一部腫瘍中心部まで太い血管が入り込みそれから腫瘍に栄養している血管あり。腫瘍濃染あり。例えば肝細胞癌ではAのみのパターンが多い。PNHであればBパターンでかつ車軸様血管が特徴的とされているが、本症例では車軸様ではなかった。

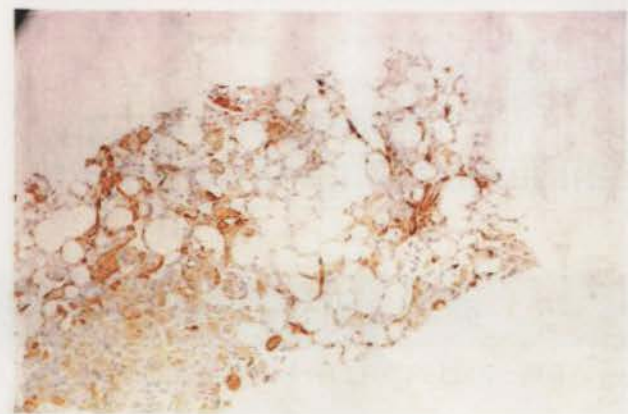
(H&E染色 ×100)



21ゲージ細径針で生検
 HE染色
 好酸性の豊富な細胞質を有し、楕円形核を有する腫瘍細胞の増生。脂肪成分も有している。

診断
 肝アンギオミオリポーマ(血管筋脂肪腫)

(平滑筋アクチン ×50)



SPIOMRI: 腫瘍内への造影剤(Fe)の取込みはほとんどみられず。すなわちクッパー細胞が腫瘍内に存在しない。したがってFNHの可能性は薄いと思われた。
 平滑筋アクチン陽性HMB45陽性
 HMB45;メラノーマ抗原;アンギオミオリポーマで特異的に陽性となる。

2 深い吸気で一気に喀痰を排山後、縦隔気腫、皮下気腫、硬膜外気腫が生じ、この時呼吸性不整脈が増強された気管支喘息の1例

【症例】17歳、男性

【主訴】呼吸困難

【家族歴】特記すべきことなし

【既往歴】特記すべきことなし

【現病歴】2歳時に気管支喘息と診断され時々治療を受けていた。平成14年10月12日頃より感冒様症状と呼吸困難が生じ他院で治療を受けていたが、呼吸困難が増強したため10月19日当院外来受診後入院となった。

【入院時現象】身長170cm、体重59kg、体温36.7℃、血圧116/90mmHgで左右差なし、奇脈なし、脈拍110/分、整。呼吸数35/分、意識は清明、呼吸音は全肺野で減弱し、呼気の延長を伴う乾性ラ音を全肺野で聴取した。

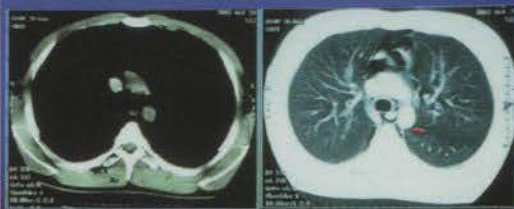
【入院経過】酸素吸入、気管支拡張薬の吸入、エピネフリンの皮下注、ステロイドの点滴、抗生物質の投与により第2病日に呼吸困難および乾性ラ音はほとんど消失した。第3病日に痰を出そうとして深呼吸後に一気に喀痰を出した後に、突然の胸痛と上胸部から頸部に握雪感、心音減弱が生じた。胸部X線で縦隔気腫皮下気腫を認め、胸部CTでは縦隔気腫、皮下気腫にさらに硬膜外気腫を認めた。神経学的異常所見は認めなかったが、心電図で呼吸性不整脈の増強が見られた。気管支喘息の治療をつづけ、縦隔気腫は安静、鎮痛、経過観察のみで第10病日に自然に吸収された。

入院時胸部X線写真 胸痛時胸部X線写真



頸部から腋窩、胸部にかけて皮下に透過性の亢進した層がみられ、また心陰影左縁の外側に沿ってほぼ平行に長い線状陰影を認める。

縦隔気腫時の胸部CT



縦隔内の空気は背側に向かい、大動脈周囲から椎体と壁側胸膜の間を剥離し、椎間孔から硬膜外腔へさらに椎間孔入口部から背側へと進む空気の存在を認める

考案

- 1)呼吸性不整脈は迷走神経心臓枝の活動が呼吸周期によって変動するために引き起こされる。喘息発作や縦隔気腫時は前負荷の減少、後負荷の増大により吸気時に一回心拍出量が減少して著明な場合には奇脈を生じる。吸気時の反射性の脈拍増加により、吸気時の一回心拍出量減少による血圧の低下が緩衝されているかもしれない
- 2)気管支喘息重篤発作時は最大吸気位から最大限の力で一気に努力呼気して喀痰を喀出すると急激な肺容積と肺胞内圧の変化が生じて、縦隔気腫の原因となるため肺胞内圧を上昇させるような操作(吸気後の息こらえ)は慎まなければならないと思われる。

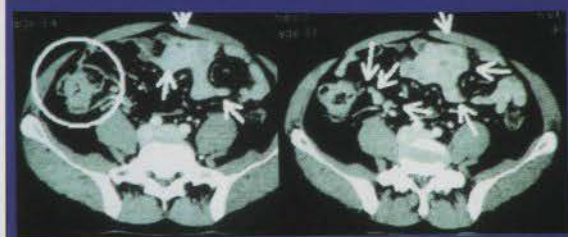
アメーバ赤痢の1例

光市立光総合病院 消化器内科部長 谷川 幸治 先生

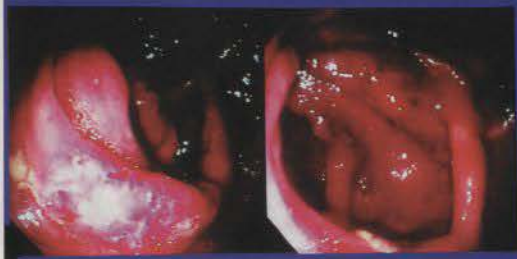
症例

患者：39歳 男性
 現病歴：数年来、粘調便が持続しているが、粘血便は認めることがない。
 H18.6/30頃から、左下腹部痛を認めていた。排尿時痛も伴うため、当院泌尿器科を受診。精査にて泌尿器科的疾患はなく、同科で施行された腹部骨盤CT検査にて回盲部壁肥厚、腹腔内リンパ節腫大を指摘され、当科紹介となった。
 既往歴：15年前に自然気胸、H15肺結核を疑われ当院で精査を行うも肺結核とは確定診断されなかった。
 海外渡航歴：10年前に香港に行っている。
 自宅は井戸水を使用しているが、家族に同様の症状は認めない。

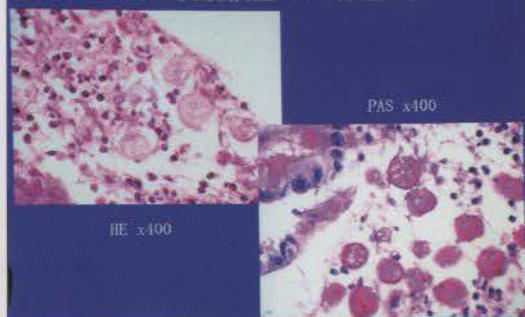
腹部骨盤CT検査



大腸内視鏡検査 (治療前)



大腸内視鏡検査時の病理組織



血液検査データ (H18. 7/20)

WBC 6400 /mm ³	アメーバ赤痢抗体 100倍 (正常値は99倍未満)
Neutro 53.0%	
Eosino 17.0%	
Baso 3.0%	
Mono 2.0%	HCV抗体 陰性
Lympho 24.0%	HBs抗原 陰性
	TPHA定性 陰性
Hb 16.8 g/dl	
PLT 27.9 x10 ⁴ /mm ³	
CRP 0.5 mg/dl	

大腸内視鏡検査 (治療後)



アメーバ赤痢届出基準

診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、以下のいずれかの方法によって病原体診断や血清学的診断がなされたもの。

- ・病原体の検出
例、糞便からの赤痢アメーバ栄養体の検出
病変部位 (組織切片または膿瘍液) からの本原虫の検出など
- ・病原体の遺伝子の検出
例、赤痢アメーバに特異な遺伝子配列の検出 (PCR 法等) など
- ・病原体に対する抗体の検出
例、患者血清からの赤痢アメーバに対する特異抗体の検出など

アメーバ赤痢

- (1) 定義
赤痢アメーバ (*Entamoeba histolytica*) の感染に起因する疾患で、消化器症状を主症状とするが、それ以外の臓器にも病変を形成する。
- (2)
ア 腸管アメーバ症
・下痢、粘血便、しぶり腹、鼓腸、排便時の下腹部痛、不快感などの症状を伴う慢性腸管感染症である。
・典型的にはイチゴゼリー状の粘血便を排泄するが、数日から数週間の間隔で増悪と寛解を繰り返すことが多い。
・潰瘍の好発部位は盲腸から上行結腸にかけてと、S字結腸から直腸にかけての大腸である。まれに肉芽腫性病変が形成されたり、潰瘍部が壊死性に穿孔したりすることもある。
- イ 腸管外アメーバ症
・多くは腸管部よりアメーバが血行性に転移することによるが、肝膿瘍が最も高頻度にみられる。成人男性に多い。
・高熱 (38~40℃)、季肋部痛、吐き気、嘔吐、体重減少、発汗、全身倦怠などを伴う。膿瘍が破裂すると腹膜炎、胸膜炎や心外膜炎にも病変が形成される。
・その他、皮膚、脳や肺に膿瘍が形成されることがある。

4 鏡視下手根管開放術について

光市立光総合病院・副院長・整形外科部長 桑田 憲章 先生

手根管症候群とは

手根管内における正中神経の絞扼性神経障害

- 1) 手根管そのものの容積の減少
- 2) 正中神経に対する容積の相対的減少

↓
手根管内圧の上昇

↓
正中神経の麻痺

手根管とは



手根管症候群の原因

- 特発性手根管症候群： 1) 全体の約70%
2) 中年の女性に多い
40から60才
男女比は1:3
ややき手側に多く
3割は両側性
- 3) 特に原因が明らかでない
靭帯の肥厚? 腱の肥大?

関節リウマチによる滑膜腱鞘炎
骨折後
透析患者のアミロイドーシスの沈着
妊娠中期の妊婦

症状

しびれ

中指を中心とした母指、示指に感じるしびれ
時にビリビリ、ビリビリ感 (痛みのような)
夜間就寝中にひどくなり目が覚める

進行すると

母指球筋の萎縮、対立運動障害

親指と他指のつまみ動作がしにくい

治療

- 1) 保存的治療
手関節の安静 ← 固定
ステロイドの局所注射
ビタミンB12剤の投与
★軽傷例が適応 効果がない場合が多い
- 2) 観血的治療
A: 手根管開放術 (従来法)
B: 鏡視下手根管開放術

しびれの範囲:



手根管開放術（従来法）
一開放手根管開放術一

OCTR

手根管開放術（従来法）
一開放手根管開放術一

OCTR

従来より広く行われている
皮膚に切開を加え直接みて手根靭帯を開放する

利点：
1) 神経を観察でき他の手技（神経剥離、腫瘍摘出など）をあわせて行える
2) 神経血管損傷の危険が少ない

欠点：
1) 術創の痕痕・疼痛
2) pillar pain（手根管部の疼痛・圧痛）を熟すことがある

鏡視下手根管開放術

ECTR

内視鏡を使い1つまたは2つの小さな皮切で手根靭帯を切開する。
皮切は手根管の直上には加えない。

鏡視下手根管開放術

ECTR

従来法（OCTR）との比較：1

利点：1) 手掌部の創がないため手掌部痛が少ない
2) 手術侵襲が少ない
→早期の社会復帰

欠点：1) 神経、血管損傷の危険性がある
2) 特殊な器具が必要

Two portal 法 EXTRA II (Chow 法)

鏡視下手根管開放術

ECTR

従来法（OCTR）との比較：3

手術：局所麻酔 外来手術 : OCTR,ECTRとも同じ

術後	OCTR	ECTR
固定期間	約1週間	0~3日
抜糸	7~10日	7~10日

Two portalと One portalとの比較

Two portal：利点
1) 手技が比較的簡単で成績が安定
2) USE法に比べれば合併症の報告が少ない
欠点 手掌部の創痕痕部痛を訴える症例がある

One portal：利点
1) 手掌部に創痕痕がないため早期に把持動作が可能
2) 手関節背屈障害患者にも施行可能
欠点 神経、血管損傷の報告がやや多い

鏡視下手根管開放術の適応

術後早期に日常生活を開始したい
例えば
1) 術後早期に手を使いたい
2) 早期に道具（包丁、はさみなど）を使いたい
3) 固定を早くはずしたいなど

One Portal or TWO Portal?

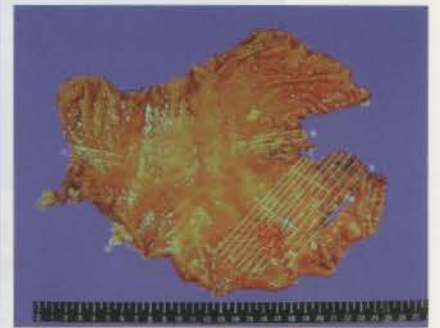
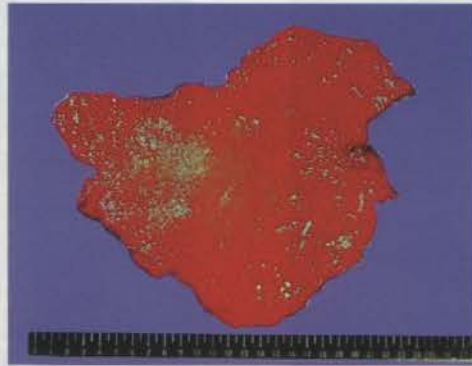
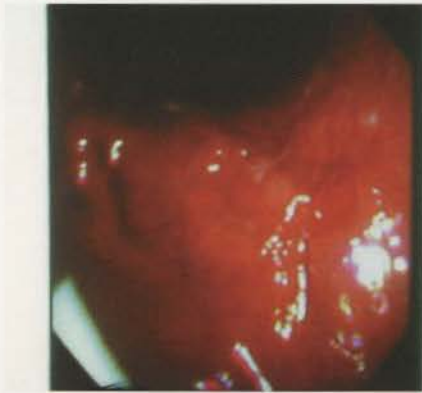
手掌部の傷がないので One Portalの方が早期日常生活復帰に有利

5 当院で発見された早期胃癌の3例

平岡医院 平岡 博 先生

一例目幽門部後壁のM癌

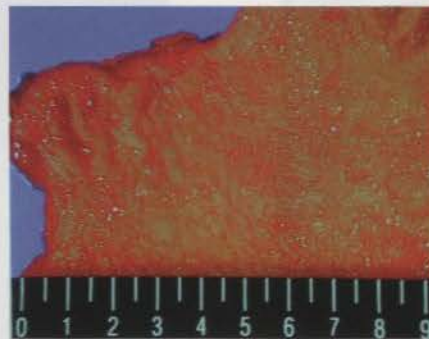




2例目 胃体中部大弯側



3例目 幽門輪大弯側



6 ①肝転移を伴う肺カルチノイドの1例

②骨転移を伴う前立腺癌の1例

兼清外科 兼清 照久 先生

(ケース1)53歳 男性

平成13年 血痰、胸部レントゲンにて異常陰影があり、光市立病院にて手術を受けた。

その後、肝臓に腫瘍を認められたが、診断はなかなかつかなかった。

肺カルチノイド、肝転移の診断にて徳山中央病院で治療を受ける。今も受けている。

平成18年3月 十二指腸潰瘍にて、10日間入院した。

平成18年5月 下痢が続き、痩せて、全身倦怠がでた。

平成18年7月 当院へ入院した。

徳中にてサンドスタチンLAR 月1回 筋注、リンデロン 2mg 内服、

当院では、輸液+リンデロン、ブスコデ水

(ケース2)76歳 男性

平成16年8月 右肘骨折にて手術(光市立病院)。前立腺肥大あった。

平成17年9月 すごく痩せた。下肢に浮腫を認めた。悪性腫瘍を疑って、胃透視検査などしたが、軽度の貧血以外異常なかった。四肢のしびれや疼痛があった。

平成18年1月 バイクにて転倒した。左股関節の疼痛が続いた。

平成18年6月 腰痛、下肢痛、PSA 333.5と上昇を認めた。脊柱管狭窄症、前立腺癌、骨転移の診断にて光市立病院へ入院した。ポンパン、オキシコンチンにて治療中。

平成18年8月 当院へ入院して療養中。

連絡事項

受 付		発 送 番 号	通 達 文 書 名
月	日		
9	2	山口県医師会	学校保険法施行規則の一部改正等について
		山医発380	郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当事協議会・関係者合同会議の開催について
		山医発384	平成18年度広域における高齢者のインフルエンザ予防接種期間及び平成19年度広域予防接種における個別接種の標準料金について
	8	山医発389	平成18年度「40歳からの健康週間」の実施について
		山医発390	平成18年「老人の日・老人週間」の実施について
		山医発391	医療機関に対する HIV-2 感染症例の周知について
11		山医発394	山口県医師会女性医師参画推進部会の設立並びに世話人のご推薦について
		山医発387	新規第1号会員研修会の開催について
		山医発397	郡市医師会長会議の開催について
	12	山医発396	日本医師会代議員の補欠選挙について
山医発399		山口県医師会産業医研修会の開催について	
山医発400		産業医研修会（基礎・前期）の開催について	
		山医発401	平成18年度健康スポーツ医学実地研修会の開催について
		山医発402	山口県医学会誌第41号の原稿募集について
		山医発403	平成18年度学校保健連合会表彰について
15		事務連絡	山口県救急医療情報システムの運用状況月報（平成18年8月）について
		山医発407	平成18年度食生活改善普及運動に対する協力依頼について
		山口県医師会	平成18年度言語聴覚士研修会の開催について
19		山医発412	定期の予防接種における日本脳炎ワクチン接種の取扱について
		山医発413	第4回山口マンガグラフィ読影講習会の開催について
21		山口県医師会	障害者自立支援法「医師意見書」作成機能追加について
		山口県医師会	使用薬剤の薬価の一部改正について
			健康保険法等の一部改正に伴う健康保険法施行令、同施行規則等の一部改正について 出産育児一時金及び家族出産育児一時金の受取代理について
25		山医発417	山口県勤務医師名簿の送付について
		山医発415	「山口県医師無料紹介（ドクターバンク）事業」の受託について
		山医発337	山口県医師会史第三巻編纂について
		山医発420	平成18年度郡市医師会産業保健担当事行議会の開催について
		医務保険1448	「公益法人の設立許可及び指導監督基準」等の一部改正について
26		山医発428	第154回定例代議員会の開催について
		山医発424	萩地区 ORCA 体験・研修会の開催について
		山医発423	平成18年度日本医師会認定産業医制度基礎研修会の開催について
29		山医発431	平成17年度日本医師会生涯教育修了証の送付について
		山医発434	次世代育成支援対策交付金の国庫補助申請に係る事前協議の実施について
		山医発433	政策方針決定過程への女性の参画の拡大について
		山医発432	医療連携体制推進事業の実施について
		山口県医師会	海上保安庁への個人情報の提供について
		山口県医師会	高額レセプトとされる診療報酬請求書の合計点数に係る告示の一部改正について
		山口県医師会	第99回山口県医師会生涯研修セミナーの出席者名簿・参加証送付について
		徳山医師会	周南三医師会役員会開催のご案内
		日医発639	本会作成の冊子「診療に関する個人情報の取扱指針 付。診療に関する相談事業運営指針」の送付について



9月休日当番医報告

	内科系	外科系
9/ 3(日)	15	8
10(日)	12	8
17(日)	24	15
18(月)	14	17
23(土)	19	15
24(日)	14	12
計	98	75

あ と が き

第5回光医師会・光市立病院(光総合・大和総合)の合同症例検討会が開かれました。なかなか活発です。他科の先生も役に立つことはあると思いますので、是非ご出席下さい。努力はしますが、この紙面上に全ては掲載できませんので。また学術講演が2回ありました。今月号に掲載できませんでしたので、次回載せます。光の海はきれいですね、夕日が映えます。

発行所 光医師会
 TEL(0833) 72-2234
 発行日 平成18年 9月30日
 発行者 河村康明
 編集者 広報担当
 印刷所 光市光井一丁目15番20号
 中村印刷株式会社