

- ▶ 地域医療支援病院を目指して／院長 万代 恭嗣
- ▶ C型慢性肝炎治療の変遷 -すべての患者さんが治る時代へ-／肝臓内科部長 三浦 英明
- ▶ 整形外科の現状と今後／整形外科部長 田代 俊之
- ▶ 着任のご挨拶／小児科部長 早川 潤
- ▶ 着任のご挨拶／耳鼻科部長 岡田 和也
- ▶ 着任のご挨拶 病理専門医として思うこと／病理診断科部長 阿部 佳子
- ▶ 着任のご挨拶 虚血性心疾患と心不全治療の最新の話のご紹介／循環器内科副部長 吉川 俊治
- ▶ 設立2年目を迎えた「地域診療・救急部門」について／
医療総合支援部長(地域連携室長)、地域診療・救急部長 笠井 昭吾

地域医療支援病院を目指して

院長 万代 恭嗣



常日頃より、当院の医療連携につきましては、種々ご支援を賜りまして有り難うございます。本稿を借り、改めて御礼申し上げます。

さて、当院が属する独立行政法人地域医療機能推進機構における最も重要な使命は、地域医療および地域包括ケアの要として、超高齢社会における地域住民の多様なニーズに応え、地域住民の生活を

支えること、とこれまでもご案内してまいりました。具体的には、

- (1) 地域の病院、診療所との患者の紹介、逆紹介を推進
- (2) 地域医療連携室・患者相談窓口の強化
- (3) 地域連携クリティカルパスの取組の推進
- (4) 地域の病院とCTやMRIなどの高額医療機器の共同利用を推進
- (5) 地域に開かれた開放型病床の運営
- (6) 地域の医療従事者及び地域住民に対して研修を定期的に開催

などが掲げられ、JCHOグループの全ての病院が取り組んでおり、いずれの項目も地域の医療機関の先生方との強固で緊密な結びつきを目指した内容となっています。表題の地域医療支援病院となるための条件には、集中治療室の設備、救急医療の提供などが加わりますが、詳細は省略いたします。ただ、その理念からは、上記の6項目を満たすことが重要と考えております。

これらのうち、地域医療連携機能と患者相談機能については総合医療相談室およびここが担当する窓口を以前より設置しており、地域の先生方にとってもそのスタッフはお馴染みかと考えます。また、医療連携つつじの企画立案、作成から発送までも担当しており、地域と患者

の双方に開かれた窓口となるよう努力してくれています。また6番目の地域の医療従事者に対する研修は、病院全体としては医療連携講演会を開催しておりますが、各診療科における各種のカンファレンスにおいて、より専門的で、患者を中心とした診療に踏み込んでの検討などが実施されており、むしろこちらの方がこの機能に合致していると認識しております。さらにCTやMRIなどの共同利用につきましても、従来より地域の先生方の便に供するよう体制を構築して参りました。

現在、地域医療支援病院となるための条件で達成すべき項目は(1)の紹介、逆紹介の推進です。具体的な数字として、①紹介率80%以上、②紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上、③紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上のいずれかを満たすこととされております。直近の数字では、紹介率53%、逆紹介率34%となっており、3つのうちのいずれかの基準を満たすには、病院全体としても、個々の診療科においても、一層の努力が必要と考えております。

平成29年8月現在で、東京都には34の地域医療支援病院が指定されており、当院の属する区西部医療圏では、大久保病院、河北病院、荻窪病院が指定されています。当院もその一角を占めるべく、いわゆる二人主治医制の推進、各地区の医師会へ出向いての診療科の紹介を兼ねた講演会など、医療連携活動などを強化しつつ、今後の少子高齢社会を見据えた「治す」医療から、「癒す」「支える」医療における協調も皆さまで共に考えながら、地域医療、地域包括ケアシステムを推進して行く所存であります。

今後とも、ご指導ご鞭撻のうえ、当院をお引き立ていただこう、よろしくお願い申し上げます。

C 型慢性肝炎治療の変遷 –すべての患者さんが治る時代へ–



はじめに

ここ数年でC型慢性肝炎を取り巻く分野では大きなパラダイムシフトが起こり、その治療法・治療成績が劇的に変化してきました。本稿ではC型慢性肝炎の治療はどのような背景からこれまで変わってきたのか、その変遷を御紹介したいと思います。

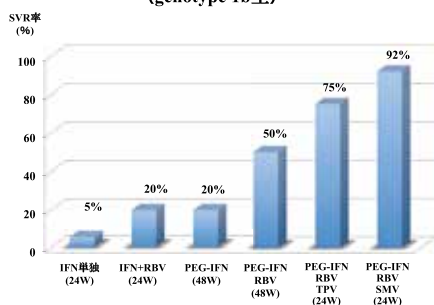
インターフェロン (IFN) の時代

1989年、それまで輸血後肝炎あるいは非A非B型肝炎といわれていた慢性肝炎の原因ウイルスが同定され、9.6kbの一本鎖RNAウイルスであることが判明しました。このウイルスはC型肝炎ウイルス (hepatitis C virus: HCV) と命名されますが、当時200万人以上の日本人がHCVに感染していることが判明しました。さらに肝細胞癌 (hepatocellular carcinoma: HCC) の年間死亡者数は35,000人を数えていたのですが、なんとその75%がHCV感染によるものであることも判明したのです。

慢性肝炎から肝硬変へと肝臓の線維化の進行に伴いHCCの出現率が増加することが知られています。どうか早い段階でC型肝炎を治療する必要があるということで1992年、HCVの発見からわずか3年で注射剤であるインターフェロン (interferon: IFN) が保険適用になります。当時の治療法は入院してIFN皮下注を2週間連日投与後、外来にて週3回、22週間継続するというものでした。入院・通院の手間がかかる上、発熱や全身倦怠感などの強い副作用もありましたが、それまで対症療法しかなかったC型肝炎に対する治療が可能となったということで、この分野では日本全国IFN治療一色となりました。ところがふたをあげてみるとIFN治療は期待していたほど効果があがらなかったのです。

治療によって体内からウイルスが完全に排除されたことをウイルス学的著効 sustained virological response (SVR) といいます。わが国のHCVには1b、2a、2b型と主に3種類のウイルス型 (genotype) があり、それぞれ患者さんの70%、20%、10%を占めていましたが、特に70%と最も多いgenotype 1b型ではわずか5%のSVR率しか得られないことが判明してきたのです (図1)。そのSVR率があまりにも低いことから、genotype 1b型の患者さんにとっては“どうせ効かないのだから、IFN治療しても無駄”と見放されたような雰囲気さえだっていました。一方 genotype 2a/2b型は

図1 IFNベース治療のSVR率 (genotype 1b型)



というIFN単独治療でも約50%のSVR率が得られていたため、genotype 1b型に罹患している患者さんのSVR率をいかに向上させるかが、その後の臨床研究の課題となります。

2001年に

るとIFNに経口薬リバビリン (ribavirin: RBV) を併用するとSVR率が改善することが明らかとなり、2003年にはIFNに高分子化合物を付加することによって高い血中濃度を維持することを可能にしたペグ化IFN (PEG-IFN) が登場し、それまで週3回の注射が週1回で済むようになり、治療が簡便になるとともにSVR率は20%まで改善しました (図1)。さらに2004年には両者のいいところを併せてPEG-IFN + RBVの2剤併用/48週治療が保険適用となり、これがその後しばらく標準治療となります。本治療により難治といわれたgenotype 1b型でも50%までSVR率が改善されましたが (図1)、それでもまだ二人に一人しか治らない時代がしばらく続きます。一方 genotype 2a/2b に対しては2005年にPEG-IFN + RBVの2剤併用/24週治療が保険適用となりましたが、同治療の導入によりSVR率は85%まで飛躍的に向上しました。

2005年、日本人の研究者によって培養細胞のなかでHCV粒子の複製を可能にするという画期的な研究成果が公表されました。この技術によってウイルスゲノムの複製機構の解明や新規薬剤のスクリーニング、薬剤耐性株の解析などが飛躍的に進歩し、HCVのどの部分を標的にしたらより効率的な治療効果があがるかが解析可能となったのです。このような研究成果を背景としてHCVに直接作用して抗ウイルス効果を発揮するという、それまでにない新しい機序の経口治療薬である直接作用型抗ウイルス製剤 (direct acting antivirals: DAA) が登場してきます。

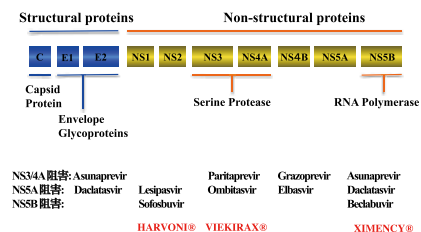
DAAで最初に保険適用となったのが、テラプレビル (Telaprevir: TPV) です。TPVはHCVの複製の過程で最初に形成される複合蛋白をプロセシングするNS3/4Aプロテアーゼというタンパクを選択的に阻害することによって、抗ウイルス活性を発揮することからプロテアーゼ阻害剤と呼ばれています (図2)。DAAはウイルス自体を直接的かつ選択的に標的とする点では優れていますが、DAAを単独で使用するとウイルス側の遺伝子が容易に耐性変異を起こし、効果が減弱してしまうという欠点があります。ですから最初のDAAであるTPVは2011年にPEG-IFN + RBV + TPVの3剤併用/24週治療という形で導入されました。その結果、SVR率は75%まで向上します (図1)。2剤併用治療に比較してSVR率として25%もの上乗せ効果がありましたが、TPVには皮膚障害という重篤な副作用があり、なかなか使いつらい薬剤でもありました。そこで2013年になると副作用の少ない第二世代のプロテアーゼ阻害剤であるシメプレビル (Simeprevir: SMV) という薬剤が登場してきます。PEG-IFN + RBV + SMVの3剤併用/24週治療では重篤な副作用の発現も少ない上に、SVR率が90%以上まで飛躍的に改善されました (図1)。ここにおいて1992年から導入され、SVR率を向上させるべく工夫を重ねられてきたIFNベースの治療はほぼ完成されたとも評されました。

直接作用型抗ウイルス製剤 (DAA) の時代へ

HCVの複製を阻害するための標的部位としては、先に述べたNS3/4Aプロテアーゼの他にもNS5Aタンパク、NS5Bポリメラーゼが候補になることがわかってきました (図2)。NS5Aはウイルス粒子の安定化に必須なタンパクです。NS5BタンパクはHCVゲノムを複製するためのRNAポリメラーゼです。培養細

胞のなかで HCV 粒子の複製が可能になったことが契機となって NS3/4A、NS5A、NS5B を標的とする薬剤が次々と開発されて

図2 HCV由来のタンパクとDAA



きます。DAA の名称にはある決まりがあります。NS3/4A 阻害剤の末尾は protease の pr に関連して～previr、NS5A 阻害剤の末尾は 5A の a を使って～asvir、NS5B 阻

害剤の末尾は 5B の b を使って～buvir となっています。数多くの DAA が登場してきますが、末尾をみるとどの部位に作用する阻害剤であるかがわかります (図2)。

さて IFN ベースの治療は長期にわたる注射薬中心の治療であり、全身倦怠感やうつ状態、貧血などの副作用があり、患者さんにとってはかなりきつい治療でもありました。また導入から 20 年以上の歳月が過ぎ、日本の C 型肝炎患者さんはみな高齢化し、誰もが IFN ベースの治療を受けられるわけでもありませんでした。そこで数々の DAA が開発されてきた結果、異なる作用機序の DAA を組み合わせ、経口薬のみで抗ウイルス効果を期待しようという IFN フリーの治療法がいよいよ登場してきます。

genotype1b 型に対しては 2014 年 NS3/4A 阻害剤のアスナプレビル(スンペブラ®)+ NS5A 阻害剤のダクラタスビル(ダクルインザ®) /24 週治療が導入されました。経口薬だけでも約 85% の SVR 率が得られました (図3)。さらに 2015 年になると NS5A 阻害剤のレジバスビルと NS5B 阻害剤であるソホスブビルの配合錠 (ハーボニー®) /12 週治療、NS3/4A 阻害剤のパリタプレビルと NS5A 阻害剤オムビタスビルとリトナビルの配合錠 (ヴィキラックス®) /12 週治療が導入されます。治療期間が 12 週間と半減したのに関わらず、SVR 率は 95%を超える治療効果が得られ、経口薬だけで IFN ベースの 3 剤併用療法を凌ぐ治療効果がえられるようになりました (図3)。さらに 2016 年には NS3/4A 阻害剤のグラゾプレビル (グラジナ®) + NS5A 阻害剤のエルバスビル (エレルザ®)、2017 年にはアスナプレビル+ダクラタスビルに新しい NS5B 阻害剤であるベクラブビルを加えた NS3/4A、NS5A、NS5B のすべての標的を阻害する配合錠 (ジメンシー®) が保険適用となっており、いずれも高い SVR 率が得られています (図3)。また genotype2a/2b 型に対しても 2015 年ソパルディ® + RBV/12 週治療、2016 年にはヴィキラックス® + RBV/16 週治療が保険適用となり、その成績も良好です (図4)。

上述のように IFN フリーの治療は IFN ベースの治療に比べ副作用が少なく、短期間でしかも非常に高い著効率が得られ

図3 IFNフリー治療の臨床試験成績 (genotype 1b)

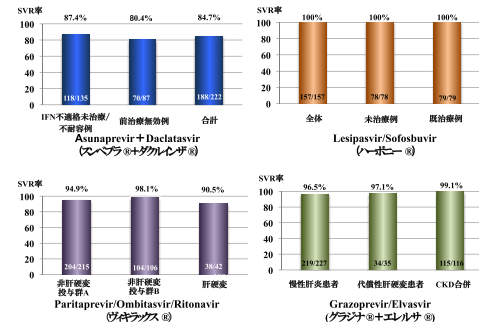
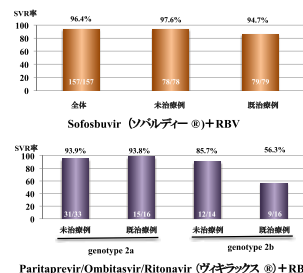


図4 IFNフリー治療の臨床試験成績 (genotype 2a/2b)



る夢のような治療法であることがわかってきました。それまでは年齢的に治療をあきらめていた高齢者や副作用で IFN 治療ができなかった患者さんでも誰もが治療導入可能となり、しかもほぼ全員が治癒する時代へと様相が一変してきたのです。

さて DAA によるウイルス療法は夢のような治療ですが、治療にあたっては IFN とは異なる注意点がいくつかあります (図5)。

図5 各DAAの特徴

- Asunaprevir + Daclatasvir (スンペブラ®+ダクルインザ®)
投与期間: 24 週
NS5A 領域の遺伝子 (L31/Y93) 変異の測定が必要
CKD 例 (透析例) にも投与可
- Paritaprevir/Ombitasvir/Ritonavir (ヴィキラックス®)
投与期間: 12 週
NS5A 領域の遺伝子 (L31/Y93) 変異の測定が必要
併用禁忌薬が多い (Ca 拮抗薬、高脂血症治療薬など)
CKD 例 (透析例) にも投与可
- Lesipasvir/Sofosbuvir (ハーボニー®)
投与期間: 12 週
遺伝子変異の測定は必要なし
eGFR < 30 mL/min は禁忌、透析例は不可
- Grazoprevir/Elbasvir (グラジナ®+エレルザ®)
投与期間: 12 週
遺伝子変異の測定は必要なし
CKD 例 (透析例) にも投与可
- Asunaprevir + Daclatasvir + Beclabuvir (ジメンシー®)
投与期間: 12 週
遺伝子変異の測定は必要なし
CKD 例 (透析例) にも投与可
毎週採血検査が必要

ちゃんとその患者さんの HCV に効くかどうかという点です。HCV にははじめから薬剤耐性を獲得しているものもあり、予めウイルス側に薬剤耐性変異がないかどうか評価する必要がある場合があります。二つめは併存疾患についてです。C 型肝炎患者さんは高齢化しており、様々な合併症

をもっています。特に腎機能が低下している患者さんには投与できないケースがあります。三つめは併存薬剤についてです。抗てんかん薬や抗結核薬などの特殊な併用禁忌薬から使用頻度の高い Ca 拮抗薬やスタチン系の高脂血症薬などの一般的な薬剤との併用にも注意を要する場合があります。

また SVR 達成後についても強調しておかなければならない点があります。それは DAA によって HCV がいなくなっても決して安心してはいけないということです。HCV が排除されれば HCC の発癌率は減少しますが、必ずしもゼロにはなりません。特に高齢者や肝臓の線維化が進行しているケースでは、SVR 後もそれまで通り HCC のスクリーニングを行うことが必要です。また以前より HCV が複製する過程で LDL コレステロールを消費することがわかっていました。したがって DAA により HCV が排除された結果、LDL が上昇してくる患者さんがいることも念頭に置く必要があります。

おわりに

当科でもすでに 140 人以上の患者さんに IFN フリーの治療を導入してきましたが、何十年もウイルスに苦しめられてきた患者さんがつぎつぎと HCV から解放されています。当科では個々の患者さんの病勢を評価し、他の薬剤との併用や腎機能の評価、また必要に応じて HCV の遺伝子変異を評価することによって、患者さんに最適な治療法を選択するように心掛け、SVR となったあとも定期的な通院の必要性を強調しつつフォローしております。

整形外科の現状と今後



はじめに

地域の先生方には、日ごろからご紹介頂いており大変お世話になっております。

本年4月より整形外科部長を拝命いたしました。本来であれば、直接ご挨拶に伺うべきですが、まずこの紙面にてご挨拶をさせていただきます。

きたいと思います。

また、同時に飯島先生はリハビリテーション科部長になりました。患者様の高齢化も進み、今後さらにリハビリテーションが重要となって来ることは明らかであり、当院としても患者様によりきめの細かいリハビリテーションをご提供できるようにと、リハビリテーション部門の強化をしております。尚、飯島先生は整形外科外来、手術も今まで通り続けておりますので、良性、悪性を問わず腫瘍の患者様も引き続きご紹介頂ければと思います。

当院では脊椎脊髄疾患は専門の脊椎脊髄外科が対応していますので、それ以外の整形外科疾患は、今までどおり整形外科で対応しますのでよろしくお願いいたします。

自己紹介

私は2014年4月 社会保険中央総合病院からJCHOへの移管と同時に当院に採用となり、その後3年間勤務しております。すでに多くの先生方には大変お世話になっておりますが、あらためて自己紹介をさせていただきます。

出身は杉並区で都立西高、H2年に山梨医大(現山梨大学)を卒業後、東京大学整形外科に入局し、以後いくつかの関連病院で研修をしてきました。大学での助手を務め東京通信病院、JR東京総合病院にて膝、スポーツを専門分野として診療にあたってきました。

学生時代は中学から大学までバレーボール部に所属し、一貫してセッターをしていました。同年代でバレーボールをされていた先生がいっしょにいましたら、お声をかけて頂ければと思います。今は新宿区内の小学校でママさんバレーの監督をしています。ママさんバレーは9人制で体に染みついた6人制との違いに戸惑っています。また休日は皇居を走っています。毎年新宿ハーフマラソンを走っており、目標は前年の自分に勝つことです。

最近の整形外科

社会保険中央総合病院整形外科は飯島先生の腫瘍と俣田先生の脊椎脊髄疾患が柱で関節疾患の治療はあまり得意ではありませんでした。しかし、この3年間で膝疾患の患者様も増やすことができ、科としても順調に入院患者数、手術患者数を増やすことができました(図1)(図2)。これも前任のJR東京総合病院以来ご紹介頂いております先生方、新宿区を中心として新たにご紹介頂いております先生方のお陰と感謝しております。

さらに整形外科では一般外傷にも力を入れております。

2016年4月より医師3名体制から増員し4名体制になりました。この結果、救急患者様や急なご紹介患者様に対しても迅速に対応することが可能となり、また手術治療が必要な患者様に対しても、手術室と協力しできるだけ早期に治療ができるようになってきています。当科では常に救急用のベッドを確保していますので、入院が必要な急なご紹介にも対応できる体制としております。

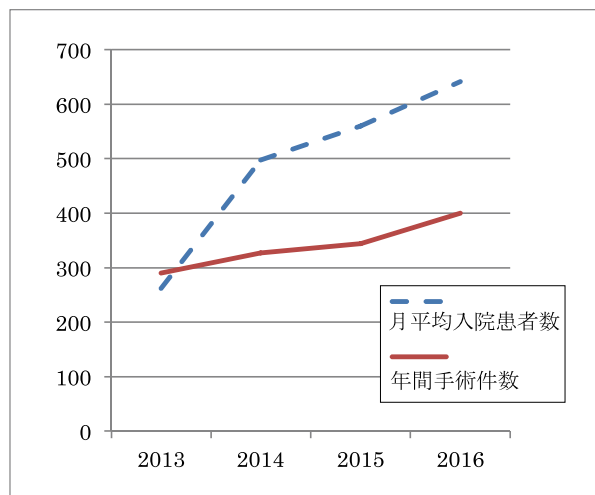


図1. 整形外科 入院、手術患者数の推移

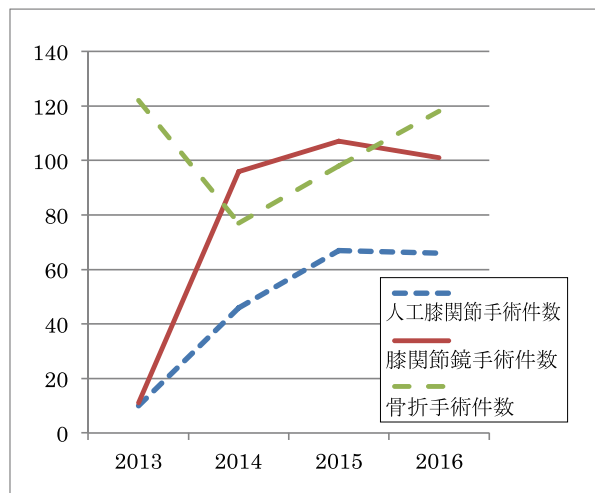


図2. 手術件数の推移

変形性膝関節症の治療

日本老年学会によりますと、現在の高齢者は10-20年前に比べて5-10歳は若返っていると想定されています。確かに自分達が子供のころは70歳というとお爺さんという感じでした。しかし、今は70代といえどもまだまだ現役という感じです。ただ残念ながら筋力や関節はこの

ギャップを乗り越えられていないようです。体は元気なだけで、膝は痛いという人がどんどん増えています。ロコモティブシンドロームで啓蒙している通り、変形性膝関節症は社会的にも重要な疾患の一つになっています。当科ではこの疾患を専門に扱っていますが、基本的には保存治療を重視しています。しかし、必要な患者様には人工膝関節置換術などの手術も行っています（2016年度、67件）。また、比較的若年の方や活動性の高い方には自分の骨で治療できる高位脛骨骨切り術も積極的に行っています。特に高齢でもランニングを続けたいとか、バレーボールや卓球など活動性の高いスポーツを続けたいという方は高位脛骨骨切り術の適応と考えています。

さらに、当科では地域住民や患者様（当院で治療していない方でも）対象に月に一回「中高齢者のひざ痛教室」という健康教室を行っています。毎月20~30名の方々に参加して頂いています。約1時間膝のしくみや病気について、予防法、治療法（保存治療、手術治療）についてお話をしています。また保存治療の中でも大腿四頭筋訓練の方法などはモデルが実演いたしております（図3）。この教室は無料で予約も必要ありませんので、当院で治療していない方でもお気軽にご案内頂ければと思います。

なおこの教室は毎月第3火曜日 午後3時より2階研修センター（売店の奥）で開催しております。



図3. 中高齢者のひざ痛教室

スポーツ整形外科

スポーツ外来では膝靱帯損傷、半月損傷などに対し診断、治療、リハビリテーションを行っています。スポーツ選手が復帰するには、十分な筋力の回復が必要です。当院には筋力を定量的に測定するバイオデックスがあり、定期的に筋力測定をすることにより、スポーツ選手にも有効なリハビリテーションを行っています。膝関節では靱帯損傷、半月損傷後に変形性膝関節症に進行していく場合も多く、若年者のスポーツ外傷を治療する場合でも、30年後の膝の状態を考え、できるだけ適切な治療ができるように心がけています。

また私は10年以上前から実業団の長距離陸上チームのドクターをしています。この経験より大学、高校の陸上部



図4. バイオデックスによる筋力測定

選手やアマチュアの陸上愛好家などが多く来院されます。特に長距離選手の障害では疲労骨折や筋、腱炎などが多く、治療としては走ることを中止し、適切なストレッチや筋力訓練を指導することが必要になる場合が多いのですが（図5）、本人やコーチはなんとか走りながら治したいと考えます。このようなときはしっかり病態を説明し、理解させ納得させることが重要です。ランニング障害でお困りの患者さまがいましたらご紹介ください。



図5. ストレッチの指導

今後の整形外科

当院整形外科を患者さまのため地域のために、さらに充実させて行きたいと考えております。専門領域に関しましても従来の腫瘍、膝、スポーツに加え、さらに幅広い領域の専門治療ができるように、専門医を現在招聘しているところであります。また地域において発生した整形外科疾患に関しましては、地域の先生方と協力して、より迅速にきめ細かく対応できる体制を作って行きたいと考えています。

さらに、患者さま地域の方々のためには、先生方からご意見、ご指導を頂くことも大切と考えております。何卒、今後ともよろしくお願いいたします。

着任のご挨拶



はじめに

前任の右田部長を引き継ぎまして4月に日本医科大学小児科から着任いたしました。出身は埼玉県さいたま市（浦和）で筑波大附属高校から日本医科大学を平成9年卒業し、母校の小児科医局に入局いたしました。小児科全般なんでも手がけますが、とくに小児血液・がん・免疫不全症を専門にしています。日本医科大学北総病院はドラマ“コードブルー”の撮影にも使用されていますが、武蔵小杉、多摩永山にも付属病院をもち、いずれの病院でも診療したことがあります。また他にさいたま赤十字病院や勝榮堂病院にも勤務したことがあります。

大学では小児血液・がんを中心に診療してきましたが、当院では小児科全般と新生児を担当いたします。

小児がんのことについて

ここですこし自分の専門としてきた小児血液・がん領域の話をさせていただきます。白血病・悪性リンパ腫・神経芽細胞腫など15歳以下の小児に発生する悪性腫瘍を小児がんと呼称します。全国で年間約2000～2500人、都内では年間約200人の子供が新たに小児がんと診断されます。以前はほぼ救命できなかった小児がん患者の80%近くが治る時代になりました。とくに白血病は病型によっては90%近い治癒を期待できるものもあります。この治療成績向上に最も寄与したのは全国的規模の臨床研究であります。自分が入局した20年前は白血病研究グループが全国各地にいくつかあり、お互いにまずはスタンダードな白血病の治療成績を競い合っていました。その後2000年になり白血病と悪性リンパ腫の研究グループが一つにまとまり、日本小児白血病リンパ腫研究グループ（JPLSG）が発足しました。全国で一つのグループにまとまって臨床研究を推進することにより、とくに乳児白血病、骨髄性白血病、悪性リンパ腫、組織球症、再発白血病の治療研究など希少であり悪性度の高い疾患に対する研究が加速し、欧米に比べても全く遜色の無い治療成績に到達しました。さらに2014年から造血器腫瘍以外の固形腫瘍（脳腫瘍・神経芽腫・肝芽腫・腎腫瘍など）の臨床研究グループも加わり日本小児がん研究グループ（Japan Children's Cancer Group, JCCG）が発足しました。現在はまさに“オールジャパン”で小児がん治療体制を整備しています。小児科・小児外科・脳神経外科・放射線科・小児がん特化した病理医など小児がんのそれぞれの領域のスペシャリストが集結し、よりよい最新の医療を提供できるよう臨床研究を組み立てています。また施設を限定することで均てん化し、症例を集約して中央化した診断による科学的診断方法の確立や最先端で最良の治療法を実践しています。

全国で15病院の小児がん拠点病院が指定されました。東京都には国立成育医療研究センターと東京都立小児総合医療センターの2つの小児がん拠点病院があります。実際の診療の場としては日本医大付属病院を含め11の東京

都小児がん診療病院が指定されており、東京都では計13病院で連携を密に取り合いながら小児がん患者の治療を担当しています。

〈課題〉

体制の整備とともにあらたなる課題も浮き彫りになってきました。第一にいままで幼児に比し予後不良と言われた15歳～30歳前後の思春期・若年成人（Adolescent and Young Adult, AYA）の患者さんの問題です。AYA世代に発生するがんは、15歳未満の小児に発生する場合に比較して、一般的に予後不良とされます。しかし小児科・内科の狭間のAYA世代のがん診療は専門家がおらず、がんの現状すら正確に把握されていません。治療面では苦戦することが多く造血幹細胞移植が必須と考えられてきましたが、青年期のALLでは病型によっては化学療法が主体の小児プロトコルで、移植を実施せずとも良好な成績を出すことがわかってきました。今後、AYA世代に特化した治療法の確立が急務と考えます。また治療法以外にもAYA世代の治療では小児期や中年層とは違った独特な問題を生じます。例えば、病気の治療が生殖機能に及ぼす影響や晩期合併症、通勤や通学・進学に及ぼす影響、思春期という多感な時期に病気に罹患することによるさまざまな精神的ストレス、将来への不安、結婚、出産などです。一部の先進的な施設ではAYA世代に特化した病棟を開設し、専門の心理士などの配置を始めていますが、全国的にはまだまだ整備が遅れているのが現状です。

次に、治療終了後の“長期フォローアップ”の問題です。治療成績の向上にともない長期生存者が増加してくると様々な合併症が発生することがわかってきました。病気自体や化学療法・放射線などの治療の影響により、治療が終わったあとにも慢性的な問題を持つ患者さんが少なくなく、治療後20年30年たってから化学療法の影響によると思われる脳腫瘍などの2次がんの危険性も報告されています。小児がん治療後の長期的な影響のことを「晩期合併症」（表1）といいます。主な晩期合併症には、成長発達

表1. 小児がん晩期合併症

身体への影響	症 状
成長発達の異常 (内分泌(ないぶんびつ)異常を含む)	身長発育障害、無月経、不妊、肥満、やせ、糖尿病
中枢神経系の異常	白質脳症、てんかん、学習障害
その他の臓器異常	心機能異常、呼吸機能異常、肝機能障害、肝炎、免疫機能低下
続発腫瘍（二次がん）	白血病、脳腫瘍、甲状腺がん、その他のがん

の異常（内分泌（ないぶんびつ）異常を含む）【身長発育障害、無月経、不妊、肥満、やせ、糖尿病】、中枢神経系の異常【白質脳症、てんかん、学習障害】、その他の臓器異常【心機能異常、呼吸機能異常、肝機能障害、肝炎、免疫機能低下】、続発腫瘍（二次がん）【白血病、脳腫瘍、甲状腺がん、その他のがん】などがあります。子どもの患者さんは成長発達の途上なので、幼少期にはわからなくても、成長過程で影響がみえて治療終了後何十年も経過してから症状があらわれることもあります。このような治療終了後の患者を医学的な面からも心理的な面から長期にフォローすることは大切であり、体制づくりを進めているところで

第3に新薬導入に際して臨床治験がなかなか進まない状況があります。小児がんは成人がんとは異なり症例数が少なく、また小児であることで新規薬剤の臨床治験が簡単にはすすまないで、成人にスムーズに適応になった分子標的薬や化学療法薬がなかなか小児のプロトコールに使用できない状況です。

ほかにもまだまだ課題が山積していますが、小児血液・がん専門医制度も発足し、臨床研究グループがJCCGに統一されることでオールジャパン体制でがんの子どもを守る体制が急速に整ってきています。

東京山手メディカルセンター小児科について

少子化にともない比較的規模の大きい病院でも小児病棟を閉鎖したり、外来診療を取りやめたりする病院多く、細分化・専門家がすすむ小児科医療において常勤2-3人の病院小児科がどのような役割をしていくべきなのか議論が絶えません。新宿区は東京医科大学・東京女子医科大学・国際医療センター・慶應大学病院など小児科激戦区なのですが、この地域で当科のような病院小児科が地域にどのような貢献ができるか日々考えて診療しております。

臓器別に細分化がすすんだ内科とはちがい、小児科医は専門があるものの常に“こどものなんでも屋さん”であることを要求されます。以前にくらべてどの病院でも外来患者数自体は減少傾向にあると思いますが、その診療内容は

感染症に限らず多岐にわたり、とくに最近は家庭環境が複雑であったり、受験勉強が激化することで、発達障害や不登校などの児童精神科的問題の患者、不定愁訴的な受診が増加傾向にあります。また、当院はその地域柄、日本人に限らず実にさまざまな国の方がお見えになり、国籍や文化風習もちがう子供たちへの乳児検診やワクチンの実施などに戸惑うこともあります。

当科の常勤医師は峯医師と2人（4月まで在籍した松本医師は大学に復帰し現在は非常勤で火曜日の午前中に診療しています）と最少人数ですが、日本医科大学から専門性のある医師を非常勤で派遣してもらっています。

診療は月曜日から金曜日です。午前是一般外来を行っており、予約の必要はありません。アレルギーの相談や発熱、咳、鼻汁、腹痛、下痢、嘔吐、発疹などなんでも受け付けています。至急の血液検査、レントゲン検査や溶連菌、インフルエンザウイルス、アデノウイルスなどの各種迅速検査がスムーズに行えます。診療科に悩まれるケースも当院ではまずは小児科でトリアージさせていただき、後にしかるべき診療科を紹介させていただいています。しかし入院が必要と思われる重症児や特殊疾患への対応は限られるので、そのときは患者さんにベストな医療機関を紹介させていただいています。

午後は予約制の外来で、健診と予防接種を行っております。1カ月健診、6-7カ月健診及び9-10カ月健診や発達の相談などを行っています。また4種混合（DPT-IPV）、ヒブ、肺炎球菌、MR（麻疹・風疹）、水痘、ムンプス、日本脳炎、2種混合ワクチン、BCG、インフルエンザ、ロタウイルス、B型肝炎の予防接種を行っております。近年、新しいワクチンが開発され、その普及によりワクチンで予防できる疾患が増えてまいりました。このため一昔前と比較すると感染症の患児は減少傾向にあるようです。その反面煩雑になった予防接種スケジュールをきちんとご家族に提示することもなかなか手間のかかる作業です。

判断に困るケースがありましたら紹介頂ければ幸いです。規模は小さい小児科ですがその分丁寧に診察させていただきますので、なにかありましたらご紹介くださればと思います。今後ともよろしく願っています。



平田百萌子（初期研修）、峯牧子、筆者、右田真（前小児科部長）

着任のご挨拶



2017年7月より耳鼻咽喉科に参りました岡田 和也（おかだ かずなり）と申します。今後とも宜しくお願い致します・・・といいましても、連携の先生方の中には、何処かで聞いたような、とひょっとしたら記憶の片隅に残していただけている方も、いらっしゃるのではと期待をしております。

といいますのも、私は2004年10月～2006年3月、そして2010年4月から2012年4月までの2回、当院で勤務しておりました。甲子園に喩えますと5年ぶり3度目の出場、ということになりますでしょうか。今振り返りますと、1度目の際は耳鼻咽喉科専門医を取得する前後の血気盛んな年頃でありましたが、当時の部長先生の方針もありいろいろとチャレンジさせていただき、医師としての基礎を固めることができた時期でありました。2度目は大学院終了後、ネズミ相手から人間相手の実臨床に復帰したばかりで、勘を取り戻すのに苦労しつつも周囲の皆様に助けられ、大きく成長できたと思っておりましたら、未曾有の大震災に遭遇するなど、私自身の人生においても大変に印象深い重要な日々を過ごしました。当時より、先生方には多くの患者さんをご紹介頂いておりましたが、今回着任しまして、いただくご紹介状のお名前を拝見するにつけ、大変懐かしく、古巣に戻ってきた感慨を深くしております。

さて、その間は何をしていたのかといいますと、御茶ノ水の三栄病院を経て、東京都立広尾病院、さらには同じ広尾の日本赤十字社医療センターで勤務しておりました。広尾といえば東京でも屈指の国際化の進んだ地域であり、当院の位置する大久保もインターナショナルの代名詞的な街ですが、やはり雰囲気は随分異なっております。落ち着いた広尾の通りも素敵でしたが、なんとも言えない熱気に溢れた新宿、大久保はまだまだ発展していくパワーがありそうで、これから楽しみです。当院では外国の方でも日本語が話せる方がほとんどで今のところ安心しておりますが、広尾では英語のみの方も多く、それなりに鍛えられました。流暢とまでは参りませんが、英語での診療も対応いたしますので、必要があればご紹介いただければと存じます。

生まれは四国の高知で、高校まで地元に住んでおりました。土佐の男を表す「いごっそう」という言葉があります。「頑固者」という意味でして、あまりいい意味では使われないことが多いのですが、私自身は「信念を曲げない」というポジティブな方に捉えております。大学進学の際に東京に出てまいりまして、学生の頃は主に趣味の音楽に没頭しておりました。管弦楽部に所属し、ご存じの方は少ないかと思いますがファゴットという木管楽器を演奏していました。幸い長く続けることができ、未だに週末は仲間と演奏を楽しんでおります。

小児副鼻腔炎で子供の頃によく耳鼻科に通っていたこと、音楽に興味があったこと、また子供の相手をするのが好きだったこと（自分が子供っぽいかとも言われますが）などもあり、恩師加我孝孝教授の主宰される母校東京大学の耳鼻咽喉科に卒後直ぐの2000年入局しました。その後、途中大学院での研究生生活はさみつつも、ほぼ一貫して市

中病院での臨床に携わってまいりました。数えてみたところ、延べにして10の病院（うち3つは当院ですが）を渡り歩いたことになり、自分でも驚いております。それぞれの病院ごとに特徴があり、また長所も短所もさまざま見てきました。当院が地域の皆様、また連携の先生方にいつでも必要とされる存在であり続けるために、今までの経験を多少なりとも還元できればいいな、と思っております。

耳鼻咽喉科では現在、3名の常勤医に加え、手術日等に複数の非常勤医の応援をお願いして診療にあたっております。外来診療は月～金の毎日午前中に行っています。紹介状をお持ちの患者さんは12時まで受付しておりますので、遠方の方でも余裕を持って受診いただけます。また時間を過ぎましても、急ぎの診療が必要とご判断されましたら、当院連携室を通じてご連絡いただければ、出来る限り対応いたします。（手術中等、対応困難な場合はご容赦いただければ幸いです）

領域別に申しますと、まず耳科疾患につきまして。急激に難聴の生じる突発性難聴は比較的頻度の高い疾患です。現在エビデンスのある治療法は、入院による短期間のステロイド大量投与ですが、若く仕事を抱えていて入院の困難な方、また糖尿病などステロイドの使用がためらわれる方も多くいます。欧米では外来での局所麻酔下に、鼓膜の奥の中耳腔に注入する鼓室内ステロイド投与が注目されており、全身の副作用を低減した上で入院加療と同程度の効果を示すとの報告もあり、自験例でも比較的良好な成績が得られております。通常の治療と同様、遅くとも発症1ヶ月以内でなければ効果は見込みづらいですので、お早めにご紹介いただければと存じます。

また、高齢化に伴い難聴でお困りの方も増加しております。難聴が進むと社会からも孤立することになり、QOLの低下へとつながります。また、耳から入る情報の減少は脳への刺激の減少に他ならず、認知機能の低下にもつながってしまいます。診療の際、聞こえが悪くて苦労されている患者さんがおられましたら、一度ご相談下さい。聴力の状況によっては困難な場合もありますが、補聴器の専門家にも依頼し、コミュニケーション能力の改善を図っていきます。

めまい診療は前任の牛尾先生が得意としていましたが、引き続き行ってまいります。電気眼振図（ENG）検査や重心動揺計、また症例によって前庭筋反射（VEMP）検査などにより、診断を行います。診断と治療とがなかなか結びつきにくいのがめまい疾患ですが、漢方治療なども導入しできるだけ症状を軽減できるように努めていきます。

鼻副鼻腔炎は薬物治療の進歩により治療しやすくなっていますが、依然として多く見られる疾患です。特に近年では喘息に合併する好酸球性副鼻腔炎が注目されており、副鼻腔炎のコントロールが喘息の悪化を防ぐために重要です。当科でも以前より副鼻腔炎の治療、特に内視鏡下手術に重点的に取り組んでおります。一般的な内視鏡やマイクロデブリッターに加え、術中ナビゲーションシステムを導入し再発例や難治例などにも対応しています。私事ですが、昨年副鼻腔手術の世界的権威であるオーストラリア・アデレード大学の Wormald 教授が主催する手術講習会に参加してまいりました。（図1、2）鼻副鼻腔だけでなく周囲の眼窩内や翼口蓋窩などの病変に対して安全性を保ちつつ



図1：アデレード大学での講習風景。内視鏡下手術中の血管損傷に対する対処法を、ヤギを用いて実習しています。

アプローチする方法も学ぶことができました。鼻内パッキング材の工夫により、術後の疼痛や鼻閉を最低限とするよう努めております。働き盛りの方に対しても、出来る限り短期の入院で対応しますので、お悩みの方がおられましたら早めにご相談下さい。



図2：アデレード大学での講習終了後、当地に留学中の北海道大学耳鼻咽喉科のマサ先生とともに（筆者：右）。

アレルギー性鼻炎に対しても、日帰りでのレーザー治療はもちろん、重症例に効果の高いとされる後鼻神経切断術も施行しております。内視鏡下に、下鼻甲介に分布する副

交感神経の枝である後鼻神経を確認し、選択的に切断します。（図3）術後に鼻腔や眼の乾燥症状が出ることがありますが、症状はかなり緩和されます。

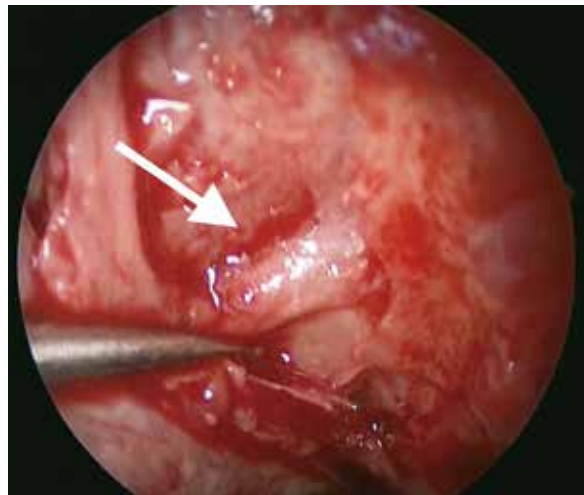


図3：後鼻神経切断術。内視鏡下に蝶口蓋動脈（白矢印）とそれに伴奏する後鼻神経を同定し切断する。

咽喉頭疾患は多様なものが含まれますが、扁桃摘出術は成人小児問わず施行しております。扁桃炎の反復や、特に小児の無呼吸に対しては効果の確立している手術ですのでご相談下さい。

胃食道のみならず、咽喉頭領域でも狭帯域光観察 (NBI) 内視鏡により早期がんの診断が可能となっており、当科でもNBI電子ファイバースコープを導入しており、実際の画像をお示ししながらの診察が可能です。咽喉頭の違和感、また嚥声などの疑わしい症状がありましたらご相談下さい。

頭頸部の腫瘍性病変は良悪性種々のものがあり、まずは画像や細胞診などの検査により診断を確定する必要があります。放射線科や臨床検査とも連携し、CT/MRIや超音波検査をできるかぎり迅速に行えるよう体制を整えております。良性腫瘍については、頻度の多い耳下腺・顎下腺・甲状腺腫瘍も含め、当院で手術加療を行っております。その一方で、悪性腫瘍の場合、頭頸部は嚥下、発声、呼吸など機能に直結する領域であり、治療に際してもできる限り機能を温存しつつ病変を除去する必要があります。そのため当科のみでは十分な治療が困難であり、大学病院をはじめとした専門施設に治療を依頼しております。

着任しましてようやく1ヶ月半、ようやく勝手を思い出し日々の診療を振り返る余裕も出てまいりました。耳鼻咽喉科の扱う領域は広大で、今後の高齢化の進展によりますます重要性は増してくるものと考えております。国内外問わず、可能な限り新しい治療や診断法を取り入れ、よりよい医療を提供できるように医局員一同、励んでまいります。連携の先生方には引き続き、お力添えのほどよろしくお願い申し上げます。



4月に病理診断科に着任致しました阿部と申します。私の病理医研鑽のスタートは、NTT 東日本関東病院でした。その後、順天堂大学、東北大学、埼玉医科大学と大学病院で仕事をして参りました。この度、母校である浜松医科大学医学部の先輩にあたる飯原久仁子先生にお声をかけて頂いて、

こちらに勤務する機会を頂きました。

以前に勤務しておりました大学病院で、研修医向けに「病理」についてランチョンセミナーを行うよう仰せつかったことがあり、「病理のABC」というタイトルで、Aはautopsy（病理解剖）、Bはbiopsy（組織診断）、Cはcytology（細胞診）であるという話を致しました。そして、今、新しい職場に参りまして、Dとしてdiscussion（話し合い）を加えたいと思います。

病理標本は、ご存じのとおり、顕微鏡の中に展開される2次元のイメージを提供するものです。“病気”は“人体”という3次元の中に広がるものですから、診断医としての経験により、病理組織像を3次元に膨らませて診断していきます。ところが、実際の病態は、“経過”という時間軸が更に加わって、4次元に展開されるものです。これを補うすべは、臨床医との十分な話し合いです。次は、「病理のABCD」というお話しになりそうです。

“臨床医との話し合いの大切さ”という点に関して、高齢化が進み、複数の病気をもつ患者さまが増えていく中、病理診断科は、全科にわたって関わることから、患者さまの部分、部分の関わりを全体像にするお手伝い、診療科間の橋渡しとなれるよう努力したいと思います。

近年、癌治療薬の進歩は目覚ましいものがあり、これに伴い、“病理診断”に求められることは、治療選択を決定する要素を含むようになりました。免疫組織化学染色、FISH、遺伝子解析、PCR検査など、新たに加えるべき検査は膨らむ一方です。うかうかしていると、すぐに新しい治療法の情報に乗り遅れてしまいます。このように、新しいことのキャッチアップも大切ですが、これらの病理で行われるこれらの診断は、「形態学的に腫瘍があることが確認されること」「陽性となるべき腫瘍組織を確認して評価

すること」を前提としており、これまで積み上げられてきた“病理診断”の礎の上に行われなければなりません。

「診断スキル」を高めるといふソフトの面に加え、さまざまな診断内容の要望に応えるためには、「診断テク」といふハードの面を整備する必要があります。この点に関し、当科では、免疫組織化学染色に加え、PCR検査、in situ hybridization検査を行うこと可能です。一緒に、仕事をしている臨床検査技師の仲間は新しい技術の取り入れに積極的で、頼もしい限りです。

病理医はよく、「sub-speciality “は何ですか」と聞かれます。これは、病理専門医として疾患を全般的に診断できることを前提として、得意分野は何ですかという質問です。私は、順天堂大学で脾腫瘍をテーマに研究し、学位を取得しました経緯と、東北大学、埼玉医科大学で肺腫瘍を多く診断しました経緯から、これらの分野を“sub-speciality”の質問の答えにしておりますが、病理専門医の心掛けとして、得意、不得意はできるだけ口にしないようにしております。新たな勤務地に参りましたのを機に、この心掛けを肝に銘じて、診断業務にむかいたいと思います。

とは、申しまして、医学の進歩とともに、病気は細分化し、より精緻な病理診断が求められる時代です。当科には、高い専門性を持つ非常勤勤務の病理医がおりますので、的確で細やかな病理診断が可能になっています。これは、前任の飯原医師、北村成大医師の貴重なネットワークの賜であり、大切にしたいと思います。

最近、若い医師に、病理医をめざす方が少しずつ増えていますが、病理医の数は圧倒的に足りていません。病理は全科を見る科であり、病理医を育てるには、時間がかかります。自分が病理の仕事をはじめてからの数年間、私を指導して下さいました先生方は本当に大変だったと思います。今、こうして病理医をやっているのは諸先生方のおかげであり、本当に心から感謝しております。そろそろ、私にも指導をもすべき順番がまわってきたようです。当院は毎年新たな研修医がやってくる病院でもあり、今後は、若い病理医の育成にも努めたいと思います。

末筆となりますが、常に初心忘れず、毎日フレッシュな気持ちで動いもうと思います。どうぞ、よろしくお願い申し上げます。



着任のご挨拶

虚血性心疾患と心不全治療の最新の話題のご紹介

循環器内科副部長 吉川 俊治



平素より医療連携につきご高配をいただき深く感謝申し上げます。2017年4月より心臓病センター循環器内科に着任した吉川俊治と申します。

当院には社会保険病院時代に2006年から3年勤務し、2009年からお茶ノ水の東京医科歯科大学医学部附属病院で循環器臨床に従事しました。

専門は虚血性心疾患と重症心不全で循環器学会専門医と日本心臓血管インターベンション学会専門医を取得しております。

先生方には原稿執筆時の時点ですでに多数の循環器救急疾患をご紹介いただきありがとうございます。早期治療と心臓リハビリを積極的に行い「すべての患者さんを独歩で元気に退院させること」を目標に診療をしております。昨年赴任した鈴木篤先生がアブレーション治療を城西地区に広く普及されており当院でも虚血性心疾患、不整脈、心不全をバランスよく診療する体制が整いました。

ご紹介いただいた患者さんは必ず地域の先生方に逆紹介するようスタッフには指示をしております。今後も質の高い診療を行い地域のお役に立てるよう誠意をもって取り組んで参ります。

虚血性心疾患の内科治療について

・薬剤溶出性ステント

2004年より薬剤溶出性冠動脈ステントが導入され再狭窄が劇的に減少しましたが、一方では遅発性血栓症やLate catch up（遠隔期に再狭窄を生じる現象）など慢性期合併症の問題を残しました。2010年からは第二世代ステントが使用開始となり、我々は大学関連病院で治療成績に関する多施設共同観察研究を行い海外雑誌に発表しましたCatheterization and Cardiovascular Interventions 90:78-86 (2017)。4年間で再狭窄6.8%、ステント血栓症は1.0%に留まっており特に2年以降の血栓症発生は殆ど無いという興味深い結果が得られました（図1）。この追跡調査からリアルワールドでのステントの安全性を確認することができました。最新の知見に基づいた冠動脈治療を行っておりますので、是非、お気軽にご相談ください。

・冠動脈画像診断

冠動脈CT（図2）心臓MRIなど非侵襲的画像診断は日常的な検査となり速やかに撮像可能な体制を整えています。

心臓カテーテ

ル検査では光干渉断層法（OCT）の導入を開始しました。OCTは赤外線を使用した冠動脈画像撮像法で高解像度（10～15μm）の画像取得が可能です。冠動脈脂質プラーク表面の線維性皮膚の厚みを生体内で測定できる唯一のデバイス

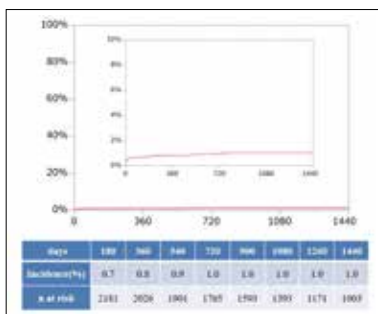


図1 第二世代ステント血栓症の発生頻度



図2 冠動脈CT

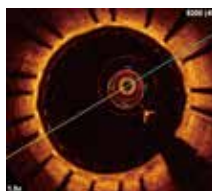


図3 光干渉断層法によるステント内画像

であり不安定プラークの検出に優れています。またステント留置後の状態（図3）を詳細に評価可能でステント血栓症の機序解明などにも有用な情報を得ることができます。

当施設ではOCT画像と血管撮影画像の同期装置を導入しております。このシステムを使用することでOCTによる短軸画像と血管撮影における長軸方向の情報を視覚的に統合して安全なステント治療が可能です（図4）。

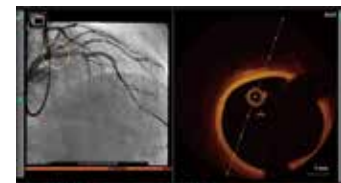


図4 光干渉断層法と血管撮影同期

・エキシマレーザー、ロータブレード

大学病院では血栓性病変に対するエキシマレーザー（図5）、高度石灰化病変に対するロータブレードなどの特殊なカテーテル治療の技術を習得しました。これらを当施設で行うためには施設認定が必要でカテーテル治療症例を増やすことが求められています。先生方のご支援をいただけましたら幸いです。

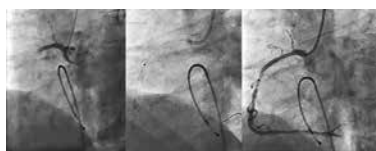


図5 エキシマレーザーによる心筋梗塞治療

重症心不全の治療について

β遮断薬やレニンアルドステロン系拮抗薬など心不全薬物治療は長足の進歩を遂げており多くの患者さんがその恩恵に服しています。しかし標準治療に反応しない症例の予後は依然として不良です。私は大学病院で心臓移植や補助人工心臓を必要とする重症心不全の患者さんの治療にもグループとして取り組んでおりました。

図6は大学で担当した拡張型心筋症の症例の心エコー画像です。左室駆出率10%で人工心臓を装着して3年間の待機期間の後、心臓移植を受け現在も元気に社会復帰しております。

心臓移植適応は厳密でクリアできる患者さんは残念ながら決して多くはありません。前病院勤務の経験から重症心不全に対して標準治療から移植治療まで適切な方針を判断することが可能です。そのような患者様でお困りでしたら是非ご紹介をお願いします。



図6 拡張型心筋症の心エコー画像

設立2年目を迎えた「地域診療・救急部門」について

医療総合支援部長（地域連携室長）、地域診療・救急部長 笠井 昭吾



地域の先生方には日頃大変お世話になっています。地域連携室長、地域診療・救急部長の笠井昭吾と申します。2016年4月より「地域診療・救急部門」＝地域に根差した救急医療を提供する部門を設立し、2016年10月より救急専門医の野口啓医師を迎え、本格稼働し始め1年が経ちました。以前に

もご紹介させていただきましたが、当部門は、

- 地域医療への貢献、病診連携の推進
- 日中の救急診療体制の充実（内科領域中心）
- 地域医療に貢献する医師の育成、総合医マインドを持つ医師の育成

これら3つを設立の目的とし、後期研修医の岩田裕子医師と3人体制で、内科始め各診療科の協力を得ながら、日々診療に当たっています。1年を振り返って、これまでの診療実績と、今後の取り組みをご紹介させていただきます。

【診療実績】

当部門は日中9時～17時の内科救急搬送患者さんの診療、日中11時～17時の内科紹介患者さんの初期対応を行っています（11時までの紹介患者さんは内科外来にて各専門領域医師が対応しています）。地域の先生方が外来（あるいは在宅往診）で診察し、翌日の通常外来紹介まで待つのが心配な患者さんを紹介いただいています。肺炎など急性の感染症、消化管出血による貧血、急性腹症、在宅療養中の患者さんの在宅緊急一時入院依頼などが多く、各専門領域と連携を取りつつ初期対応を行っています。2017年の診療実績は以下の表の通りです。

2017年	救急搬送数	紹介患者数	緊急入院患者数
1月	41	19	42
2月	48	27	38
3月	34	28	29
4月	56	33	43
5月	44	31	35
6月	41	32	47
7月	68	27	55

対応患者数は現状それほど多くはありませんが、緊急入院患者数が多いのが特徴です。

新宿区は高齢者の独居率が23区内で一番高く、在宅療養支援診療所の先生方を中心に、在宅医療がとても充実していると感じます。当院は各診療部門の高い専門性を自負していますが、必ずしも専門性ばかりでなく、総合医・家庭医マインドを持ち、地域の後方支援の役割も重要と考えています。困ったときに気軽に相談いただける部門を目指し、今後も診療に取り組んでいきますので、何卒よろしくお願い申し上げます。なお私（笠井）は呼吸器内科が一番の専門で、野口医師は救急に加え腎臓内科も専門としています。これらの領域に関してはより自信をもってお引き受けできますので、翌日の内科通常外来まで待てない患者さんは、平日11時以降でも「地域診療・救急部門」にご紹介下さい。11時以降の場合は、まず地域連携室にご連絡いただけますと、来院から診療までより迅速に対応可能となります。連絡先は以下の通りです。今後ともよろしくお願い申し上げます。

当日検査 受付開始のご案内

お電話いただいたその日にCT（単純）と骨密度検査を行うことが可能です。

当日検査を申し込まれる場合、下記の注意事項をご確認いただき、ご案内をお願いします。

【当日検査の流れ】

- ① 総合医療相談室にお電話ください。
- ② 検査内容、注意事項などをFAXしますので、注意事項をご参照の上、紹介患者様へご説明ください。
- ③ 検査開始は13時30分以降となります。
- ④ 緊急検査等によっては、待ち時間や順番をやむを得ず変更する場合がございますのでご了承ください。



X線骨密度測定装置 PRODIGY 高精細CT装置 Aquilion™

- ※ 検査結果を早急に必要な場合はご相談ください。
- ※ 検査に関してのご不明・ご不安な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

総合医療相談室 直通電話 03-3364-0366
総合医療相談室 直通FAX 03-3365-5951



やまて 東京山手 メディカルセンター

〒169-0073 新宿区百人町3-22-1

総合医療相談室 ☎ 03-3364-0366
FAX 03-3365-5951

<http://yamate.jcho.go.jp/>



この冊子は環境にやさしい有害廃液の出ないクリーン印刷で作成しています