

「黄斑疾患」

眼の病気といえば、白内障（白濁）と緑内障（青濁）が有名ですが、眼の最も深いところに位置する網膜の中心部に視力をつかさどる黄斑という領域があります。この病気が「黄斑疾患」。白内障や緑内障と比べはるかに難しい手術が必要となります。東京厚生年金病院の眼科にはこの黄斑疾患など眼の深いところの手術の専門家である田邊樹郎先生がいます。黄斑疾患を田邊先生にしっかりとがぶり寄っていただきます。



左上から、田邊樹郎、藤野雄次郎、杉崎顕史、寺尾亮、南川裕香

視力の中心「黄斑」

眼はよくカメラに例えられます。外界からの光刺激

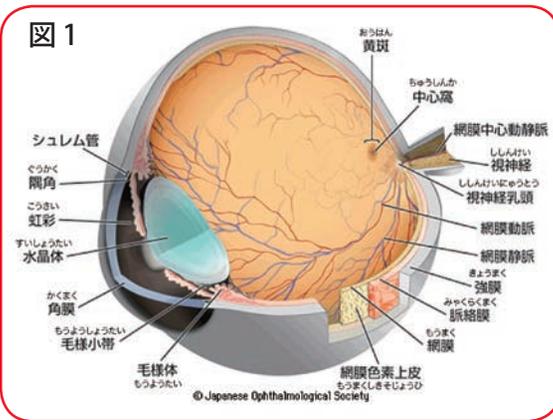


図1

日本眼科学会ホームページ (http://www.nichigan.or.jp/index.jsp) より転載

黄斑部に異常を来した場合、視力低下や見え方の異常（歪み、中心暗点、コントラスト低下

黄斑疾患について

黄斑部は網膜中心約1.5mm×2mm程度の非常に小さい領域ですが最も感度の高い部分で、黄斑の機能によって視力は大きく左右されます。黄斑の疾患がある場合、視機能は著しく低下し最も見たい世界の中心が見えなくなり

外来診療においては細隙灯顕微鏡検査、眼底検査によって黄斑部の診察を行います。黄斑疾患が疑われた場合、黄斑部網膜の断面像を撮影できる機器）や蛍光眼底造影検査

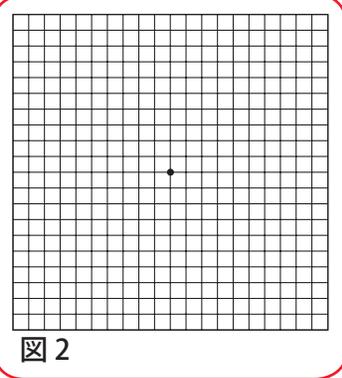
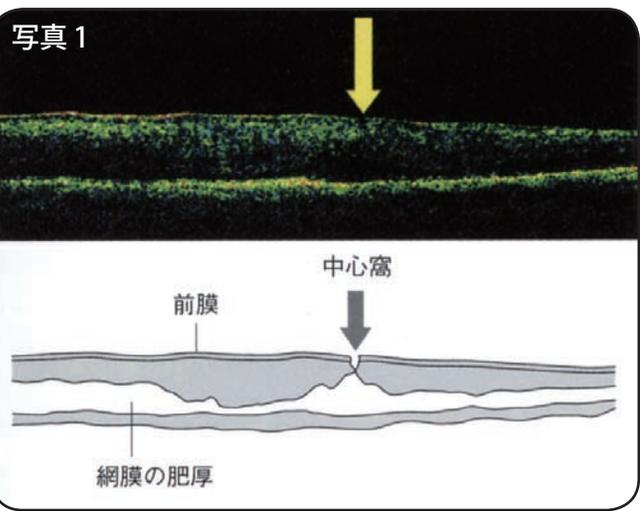


図2

①黄斑前膜（写真1）
名の如く、黄斑の前に膜がはる病態で、網膜上膜、網膜前膜とも呼ばれます。眼球の網膜の前に膜が張って黄斑がそれに遮られて見えにくくなってしまう病気です。黄斑前膜は眼内の炎症、手術後、その他の疾患が原因になる続発性、自然発生的に起こる特発性の2種類があります。9割方が特発性のもので、50歳、60歳代に多く見られます。膜による黄斑の変形が少

②黄斑円孔（写真2）
黄斑部の網膜に穴（孔）があいてしまう病気です。穴自体は直径1ミリメートルに満たないとしても小さなものです。最も視力が鋭敏な部分にできるため、視機能に大きな影響が現れます。加齢によって変化した硝子体が網膜を牽引することが原因として重要であると考えられています。黄斑部に前方への牽引力が加わり、黄斑部網膜に亀裂が入って黄斑円孔ができるというメカニズムです。黄斑円孔は60代をピークに、その前後の年齢層の方に多発します。特に近視の方や女性に多い傾向があります。完全な円孔が形成されてしまうと、視力は0.1前後になってしまいます。円孔は自然に治ることはありませんので、早期の場合でも積極的に手術治療が必要です。



「黄斑疾患の病理理解と治療（眼科プラクティス：2）. 文光堂. 2004. 105ページ」より転載

治療法は黄斑前

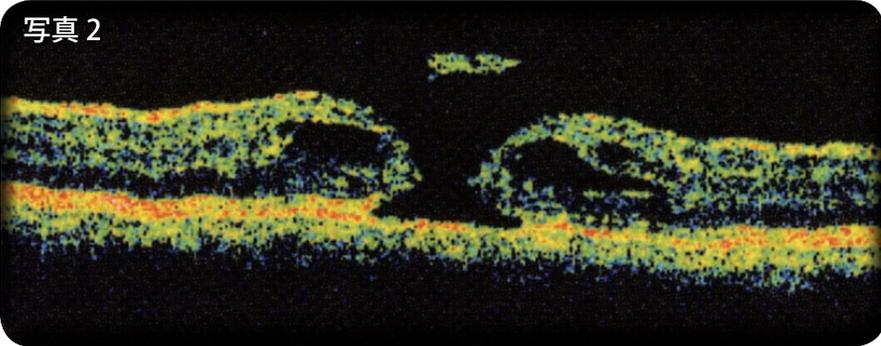


写真2

「眼科診療ガイド. 文光堂. 2004. 394ページ」より転載

膜と同様に硝子体手術です。網膜最内層の内境界膜を剥離して網膜に可動性を与え、最後に眼球内部にガスを注入して手術を終了します。術後は円孔周囲の網膜がガスで抑えつけられている間、円孔が小さくなっていきます。すると、円孔中心に残っているわずかな隙間にグリア細胞という、周囲の細胞をつなぎ合わせる働きをする細胞が現れ、円孔を完全に塞いでくれます。ただし、ガスは気体ですから、常に眼球の上に移動してしまいます。そのため術後しばらくは、ガスが円孔部分からずれないように、うつ伏せの姿勢を保つ必要があります。これを守らないと、再手術が必要になる確率が高くなりますので、術後の体位制限が非常に重要です。

③加齢黄斑変性症

欧米では中途失明の原因の第1位の疾患で、最近日本でも急増しています。詳しい病態機序は不明ですが加齢性変化により黄斑部の視細胞に変性（萎縮型）と「滲出型」の2タイプに分類されます。

「萎縮型」加齢黄斑変性では視細胞が加齢により変性し老廃物（ドルーゼン）が溜まり、その結果網膜が萎縮します。50歳以上の0.1%が発症するといわれています。発症はゆっくりで急激に視力低下することはありませんが、現在治療法のない疾患です。

「滲出型」加齢黄斑変性では蓄積したドルーゼンを吸収しようとして、網膜下の脈絡膜から血管が伸びてきます。この脈絡膜新生血管は非常に脆く、血液の成分を漏出させたり、血管が破れて出血を起す。黄斑部に障害を与えます。血液成分が漏出すると網膜が腫れ（網膜浮腫）、網膜下に液体が溜まります（網膜下液）。そのために網膜が正しく働かなくなり視力が低下します。血管が破れると出血となり網膜を障害します。50歳以上の1.2%が発症するといわれています。萎縮型とは対称的に進行は急激で、治療せずにいると、失明に繋がることもあります。

根本的治療法が未だない「滲出型加齢黄斑変性症」

残念ながら現在、滲出型加齢黄斑変性に対する根本的治療はありません。一旦発生し

た新生血管は完全には消失させることはできません。さらなる悪化を防ぐ対症療法が一般的です。

治療法としては薬物療法と光線力学療法があります。どちらの治療法も新生血管の活性を抑え、出血や血管漏出を抑える事が目的です。

薬物療法は血管内皮増殖因子（VEGF）阻害剤を眼内に注入し新生血管を退縮させる治療で、ラニブズマブ（商品名ルゼニクス）と最近新たに認可を得たアフリベルセプト（商品名アイリーア）が使われています。光線力学療法は、光に感受性のある物質（ベルテポルフィン、商品名ビズタイン）を静脈注射し病巣に集まったところでレーザー治療を行います。治療のためには専用のレーザー装置が必要であり、光線力学療法の認定医が行う必要があります。どちらの治療も一度で新生血管の活動性が治まることはあまりありません。複数回の治療や、両方の治療を行う併用療法を行う傾向にあります。

加齢黄斑変性症については「予防」が重要です。喫煙は発症のリスクと言われています。またビタミンC、ビタミンE、βカロチン、亜鉛などを含んだサプリメントを飲むと発症が少なくなることが分かっています。加齢黄斑変性になっていない人にも勧められますが、一方の眼に加齢黄斑変性が発症した人にはサプリメントの内服が強く勧められます。更には、近年日本に

発症が急増したのは食生活の欧米化のためと言われています。緑黄色野菜はサプリメントと同様に加齢黄斑変性の発症を抑えると考えられています。肉中心の食事より、魚中心の食事の方がよいようです。

早期発見・早期治療が肝要な黄斑

以上、頻度の高い黄斑部疾患について解説させて頂きました。いずれの疾患も早期発見が視機能維持に重要です。何らかの症状が出現した場合は迷わず即眼科を受診して頂き、早期治療を心がけて頂ければと思います。

当科での診療実績

当院での2011年の主な診療内容は左表の通りです。特に黄斑疾患を含む網膜硝子体手術に関しては、年間330例と他の施設と比べても手術件数が非常に多くなっています。多数の施設から患者さまを御紹介いただいております。診療内容を高く評価されています。

（眼科 田邊樹郎）

診療内容	件数
白内障手術	841
網膜硝子体手術	330
網膜復位術	29
抗VEGF抗体治療	338

診療情報管理士



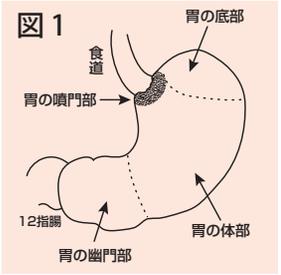
ねんきん病院を支える仕事人のリレーコラム
皆さん、診療情報管理士（HIM: Health Information Manager）という職種をご存知ですか？おそらく多くの方はご存じではないでしょう。診療情報管理士の有資格者は2万5千人を超え、各医療機関のいろいろな部署で活躍しているのです。日本診療情報管理士のホームページには、私達の仕事について、次のように記載されています。



『診療情報管理士とは、診療記録および診療情報を適切に管理し、そこに含まれる情報を活用することにより、医療の安全管理、質の向上および病院の経営管理に寄与する専門的な職業です。診療記録に含まれる情報は診療の継続、医療従事者の研究および教育・病院経営、公衆衛生上大変重要です。その価値を最大限発揮できるように公的な記録として管理します。』

現在、当院の中央病歴室には、診療情報管理士が5名と勉強中の者が2名在籍しております。主な業務内容としては、電子カルテ以前の診療記録やレントゲン・電子カルテ稼働開始後に発生した同意書をはじめとする書類の保管・管理、診療記録の監査、情報の登録と提供、各種統計の作成になります。

そのほか私たちが行っている業務の一つで「コーディング」というものがあります。入院された患者



者さまが退院されるとその情報は中央病歴室にも届きます。私たちは退院された患者さまの診療記録を読み取り、医師が診断した病名に対して、WHO（世界保健機関）が作成した「疾病、障害および死因統計分類提要（第10版）」（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision）通称ICD-10を使用して、コードを付与し診療情報管理システムに入力します。ICD-10では主に22の章から成り立っており、例えば、新生物（がん等）は第II章で、COO～D49に分類されます。

胃がんを例に説明しますと、「胃の悪性新生物」でC16にたどり着きます。そして胃のどの部分にがんが出来たのかで、詳細なコードを決定します。例えば、胃の噴門部であればC16.0、胃底部であればC16.1、胃体部であればC16.2になります（図1）。正確にコーディングを行うことにより、正確な疾病統計を作成する



図2

また、当院は東京都がん診療認定病院の指定を受けているため、「院内がん登録」も行っております。こちらは、国際疾病分類腫瘍学第3版（International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition）通称ICD-O-3や、UICC TNM悪性腫瘍の分類第7版（UICC Classification of Malignant Tumours SEVENTH EDITION）を使用して、がんの診断日、発生部位、がんの種類、ステージ、初回の治療内容などの登録と分析を行っており、東京都にもデータを提出することで、東京都のがん対策の立案の基となるデータの収集に寄与しております。

これらの作業を行うには、医学の知識が必要になります。そのため、平日の夜間や休日には院内外の勉強会にも積極的に参加したり、医師から指導を受けるなど、日々努力を重ねております。

また、昨年1年間の退院データの処理件数は9,780件で、2011年症例の院内がん登録件数は709件でした（図2）。その他の「がん登録の集計結果」は、病院ホームページにも掲載されており、ご覧いただけます。

（中央病歴室 増田奈巳）

病院モニター

患者・医療者パートナーシップ委員会

◎病院モニター募集>>

募集人数：5～10名
 応募資格：20歳以上で当院職員以外の方
 地域の方の自薦・他薦により候補者を募ります。
 任期：1年
 問い合わせ先：地域連携・総合相談センター
 担当者 石田
 電話：03-3269-8115



電子カルテと自動支払機の導入で、会計がスピーディに



当院では、平成22年から病院モニター制度を導入しています。当院が高度な医療を提供し、地域に根差した病院となるように、また、より安全で心温まる医療を提供するために、病院モニターの方達に医療及び看護の質とサービス全般の評価をしていただくものです。当院をご利用になる地域の皆様の第三者的な立場でのご意見を取り入れていきたいと思っています。

モニター活動内容は、院内を訪問してい

ただき、当院で用意したご意見用紙にご記入をお願いするとともにモニター会議にご出席していただき、改善点・意見等を病院担当者に進言していただくというものです。病院食も試食していただき、ご意見を伺っています。

これまでにポスター等でモニターを募集し、毎年5～7名程度の方たちが参加してくださいました。

私は、これまでのすべてのモニター会議に参加させていただきましたが、毎回たくさんのご意見をいただき、職員では気づくことができないご指摘等を受けたりします。特に職員の対応については、具体的なエピソードを聞くことができるので、接遇について反省させられたり、お褒めをいただいて嬉しくもなったりします。これらの

ご意見を職員に知らせたり、改善に向けて具体的に検討するのが、「患者・医療者パートナーシップ委員会」の役割ですが、毎月様々な職種の委員が集まり、それぞれが活発な意見を出し合っています。特に、設備・システムの改善には、それによる別の弊害はないか、安全面の検証が大切ですし、費用についても必ず検討します。

これまでに病院モニターの方からいただいた主なご意見を掲載いたします。ご指摘されたことは「ごもっとも」と思っても、一足飛びに改善できないのが苦しいところですが、皆で知恵を出し合っています。

これからもモニター制度を続け、モニター活動そのものも創意工夫していきたいと思っています。病院モニターに奮ってご応募ください。（看護師長 田村浩子）

これまでにいただいた主なご意見と対応

ご意見	対応
折りたたみ傘用のビニール袋があるといい。	折り畳み傘用ビニール袋を設置できないか検討中です。
自動支払機の操作が分からず戸惑う人を良く見かけるので、案内係をつけてほしい。	これまでも案内係はいましたが、迅速な対応ができるように、医事課スタッフに伝えました。
「診療が終わった方の会計伝票受付」に割り込みが多い。再診受付機のように順番誘導の⇒を表示してはどうか。	外来会計案内表示の改善をできないか検討中です。
診察終了後会計受付に並ぶ時、月1回の健康保険証確認があることとすぐに出せるような案内表示があると良い。	
「健康相談」はとてもよい。是非継続してください。	
外来診察の3番目くらいまでの順番表示をしてもらえないなら、ポケベルを持たせてほしい。	診察順番待ち案内方法を検討中です。
医師、看護師、他の方々（コンビニの方も含む）も親切な対応で良いと思う（中には説明が足りないと思う看護師もいたが）。	
待ち時間延長で待っている患者の前で、看護師同士が笑いながら休憩に行く話をしているのはよくない。	職員の接遇マナーについていただいた意見を具体的に部署に伝えました。
モニター会議の回数や内容も、描いていたモニター活動とは異なった。この方法では 院内投書箱への「ご意見用紙」の意見の集約と大差ないと思われる。次年度は改善すべきと感じました。	モニター活動内容を検討中です。

がん患者サロン「いきいきがぐらざが」のご案内

「もっと院内に患者同士でがんについて話し合う場所があればいいのに」そんな声に後押しされて、がん患者サロンを平成24年11月から始めています。

がん患者サロンは、がん患者さま・そのご家族の方を対象に、毎回テーマを決めてミニ講座で話題提供をし、参加者同士自己紹介をしながら日頃感じている悩みを話したり、お互いに工夫していることを伝えあったりする会です。定員は最大20名ですが、少人数でテーブルを囲みお茶を飲みながら和気あいあいとお話していただく雰囲気作りを大切にしています。

ミニ講座は、第1回目は外科の東先生が「抗がん剤のはなし」をテーマに話題提供して下さり、第2回目は呼吸器内科の清水先生が「医師ががん患者になったとき」と題し、ご自身の経験をもとにお話してくださいました。今後がん患者さまの体験談、緩和ケアについてなど様々なテーマを企画していきたいと考えています。

参加した方々の声として、きっかけは「同じ体験をしている方と話をしてみたかった。」という理由がほとんどでした。「病院の中に気軽にがんについて話のできる場所があることがとてもよかった。」「自分の治療について考える機会になった。」「病状はシビアなのに皆さんすごくパワーがあつてエネルギーをもらった。」などの感想を頂いています。

同じ体験をしている方々と話し合い、悩みを共有しあつたり病気について言葉にすることで想いを整理したりして、サロン後明るく笑顔で帰られる姿が印象的です。また私たち病院職員側も、患者さま方がどのような事で悩み、病院に対してど

のようなご要望を持っていらつしやるかを改めて学ばせていただく貴重な機会となっております。

年に数回と開催できる機会は決して多くはありませんが、少しでも不安を軽くして毎日を過ごすお手伝いをさせて頂けたらと思っています。

「同じ体験をしている方の話を聞いてみたい。」「がんについてみんなで話をしてみたい。」「という方はぜひご参加ください。サロン詳細はホームページやポスターなどで紹介しています。また、こんなテーマでサロンを開催してほしいなどのご要望もお受けしています。

お問い合わせは地域連携・総合相談センターがん相談窓口（本館1階、がん相談専用直通電話03-3269-8137）へご連絡下さい。

（地域連携・総合相談センター）
 ソーシャルワーカー 太田英恵

次回は
 6月18日(火)に
 開催予定



【第1回目の開会の様子】

健康管理センターのご案内 ②

平成24年10月に
人間ドック健診施設として認定されました



健康管理センターで行なっている健診項目について、今回は骨密度検査をご紹介します。

骨密度が低いと骨の強度が低下し、骨折しやすくなるといわれています。この骨密度を測定し、骨折の予防や治療の必要性を調べる検査が骨密度検査です。

皆さまは、転んで足の付け根の骨折(大腿骨近位部骨折)をして手術をしたとか、背骨の圧迫骨折で身長が低くなったというのを聞かれたことがありませんか。骨は二十歳くらいをピークにして成長が止まり、やがて骨密度が低下しはじめ、もろくなつていきます。これを骨粗しょう症といえます。

じつはこの名前が医学会で認知されてからまだ二十年しかたっていません。というのは骨の密度は、特に女性の閉経後に急速に低下し、さらにその後も加齢とともに低下し続けます。そのためとくに先進諸国では、高齢化とともに骨粗しょう症が急増しているのです。日本ではこの

二十年で約三倍になったとされています。またこれらの骨折が原因で寝たきりになり、その結果認知症が進むことがあるため社会問題にもなっています。

大腿骨近位部骨折は、日本は欧米より少ないのですが、近年増加傾向にあります。一方脊椎の骨折は欧米より多く、七十歳代前半の25%、八十歳以上の方の43%に生じたといわれています。

骨粗しょう症自体は自覚症状はありません。残念ながら骨折を起こしてはじめてわかるのです。ですから骨粗しょう症を早期に見出し対処することが必要です。



デキサ法

現在、最も信頼できる検査方法が骨密度検査です。当センターで行なっているのはデキサ法で、大腿骨近位部と腰椎の二か所で骨密度を測定し、同部の単純撮影と併せて診断しています。X線検査だけでは約十五分です。骨密度検査には他に、超音波法やMD法があります。これらは足首や手の骨の測定で、簡便なため集団検診で用いられますが、重要な部分の骨折を予測するという点では、デキサ法の方が優れているといえるでしょう。

測定結果は、骨密度が最大とされる二十〜三十歳の骨密度を100%として表した%YAM値で示します。これが80%以上を正常、70%以上で80%未満を骨量減少、70%未満を骨粗しょう症としています。

先にふれましたように、骨粗しょう症による骨折にはいくつかの危険因子があることが知られています。女性、高齢、骨密度の低下、過去の骨折などですが、その他にも喫煙、

飲酒、骨折の家族歴、やせすぎ、ステロイドの使用などです。

骨粗しょう症の予防は、第一には成長期に骨量を十分増加させることです。第二には、骨粗しょう症を早期に見出すことです。そして「骨粗しょう症」と診断された場合には、整形外科専門医とご相談ください。「骨量減少」と診断された場合には、適切な量のカルシウムを摂り、適度の運動をしましょう。

なお食物からしっかりとカルシウムを摂ることは必要ですが、サプリメントを摂りすぎるとかえって有害なことがありますので、かかりつけ医とご相談ください。

骨粗しょう症になる前に、そして健やかな高齢期を迎えるためにも骨密度検査をご利用下さい。当検査はオプション検査のため、人間ドックや健康診断のコースに追加してお申し込みください。

(健康管理センター センター長 蔵本 美與子)



蔵本センター長を囲んでスタッフ一同

東京厚生年金病院 理念

私たちは、患者さまの立場に立った親切で心温まる医療を提供し、地域住民が幸せで健康な生活を送れることに寄与します。

基本方針

1. 地域医療機能を推進します。
地域住民にとって確実に実施されることを求められる、公共性の高い医療を提供します。

2. 救急診療を充実します。
地域の医療機関との連携を強化します。

3. 医療法に定められた4疾病5事業およびリハビリテーションを重点的に強化します。

2. 患者の権利を尊重し、安全で心温まる医療を提供します。

① インフォームドコンセント(説明と同意)に基づく診療を確実に実行します。

② 医療安全には、特段の注意を払います。

③ セカンドオピニオンおよび情報開示には積極的に応じます。

④ 個人情報保護に努めます。

⑤ 相談機能を高め、患者さまの悩みに親切に対応し、心温まるケアを提供します。

3. 住民の健康維持増進に寄与します。
地域住民の意見を取り入れ、住民のための健康診断、健康教室などを開催し、住民の健康維持増進の活動に取り組みます。

平成12年10月23日制定
平成17年3月14日改定
平成22年2月22日改定

平成24年度診療実績

一日平均外来患者数	1,140.1人
一日平均入院来患者数	445.6人
平均在院日数	12.4日
年間手術件数	4,557件
23年度救急車搬送受け入れ患者数	4,201人

