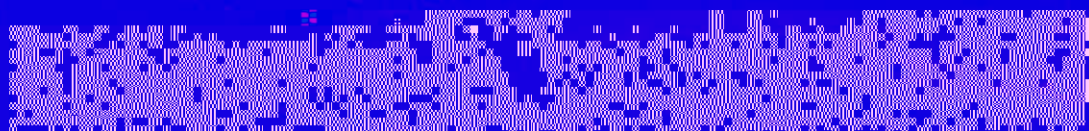


光市医師会報

No.450

(令和3年 春号)



04 0000 0



<http://www.sagami-medical.co.jp>

目 次

光市医師会報 No.450 (令和3年 春号)

1. 表紙	
2. 巻頭言	1
3. 学術講演会	
第5回学術講演会	2
4. 学術講演会	
第6回学術講演会	11
5. 理事会報告	27
6. 月例会報告	40
7. 会員の異動	40
8. 休日診療所	40
9. これからの行事予定	41
10. 緑友会	41
11. 編集後記	42

年頭のご挨拶



光市医師会長 廣田 修

● 新年明けましておめでとうございます。2020年5月に医師会長に就任し、8ヶ月が経ちました。光市医師会会員の皆様には、診療のお忙しい中医師会活動にご協力いただき、誠にありがとうございました。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が国内発生して1年が経過し、感染の広がり是我々の予想を遥かに越え、日常生活や社会全体に大きな影響、変化が及ぶ事態となりました。日々の診療においても、院内感染対策やオンライン診療の導入など、様々な工夫、苦勞をされた事でしょう。

● 今後、順次ワクチン接種が開始される予定で、状況の打開に大きな期待が寄せられています。実施に当たっては会員の皆様のご協力が不可欠です。日常を取り戻せるよう、光市医師会全員一丸となって取り組み、この荒海を乗り越えましょう。よろしく願い申し上げます。

令和2年度 第5回 光市医師会学術講演会

2020年11月24日(火)

18:50~20:00

光商工会館2階 大会議室

製品紹介 18:50~19:00

帝人ヘルスケア株式会社

特別講演 19:00~20:00

「ねむりから健康を考える～睡眠時無呼吸症候群を疑ってみませんか?～」

座長 光市立光総合病院 循環器内科

部長 中村 安真先生



演者 広島赤十字・原爆病院 循環器内科

部長 岡田 武規先生



睡眠不足、睡眠時無呼吸症候群、睡眠リズム異常、不眠症は肥満、高血圧、高脂血症、糖尿病などの生活習慣病発症に関与し心血管疾患を介し生命予後を悪化する。

睡眠呼吸障害(SDB)には閉塞性睡眠時無呼吸(OSA)と中枢性睡眠時無呼吸(CSA)があり、睡眠時無呼吸症候群の殆どは閉塞性睡眠時無呼吸(OSA)である

OSAは呼吸努力がある(胸部、腹部の動

きは停止せず無呼吸が起こる、睡眠時の上気道の閉塞が原因)CSAは無呼吸時に呼吸努力がない(胸部、腹部の動きも停止、中枢性CO₂化学受容体の感受性変化、循環遅延などが原因)

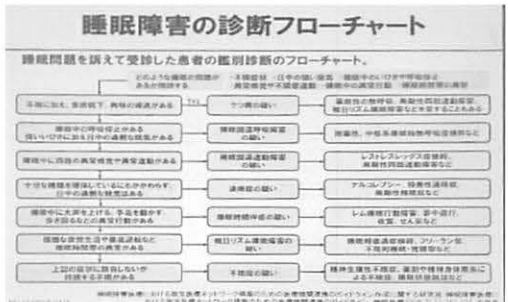
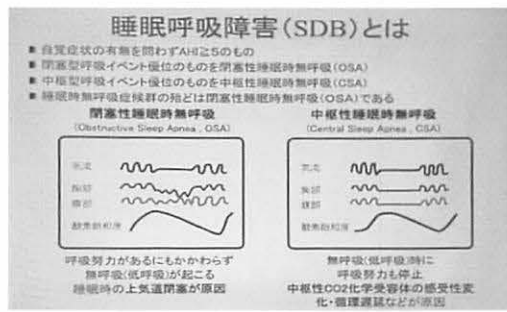
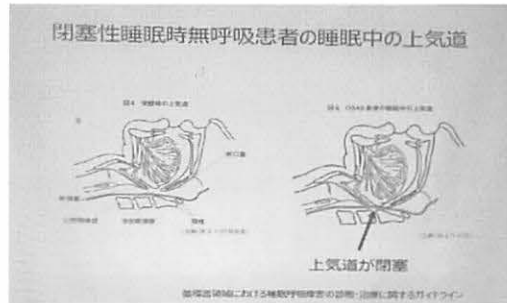
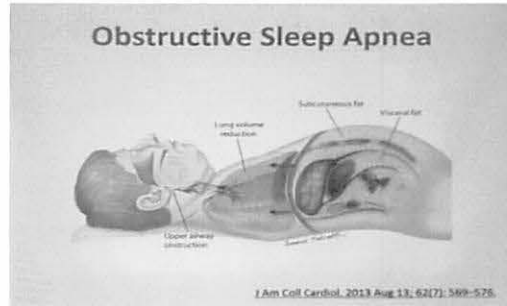
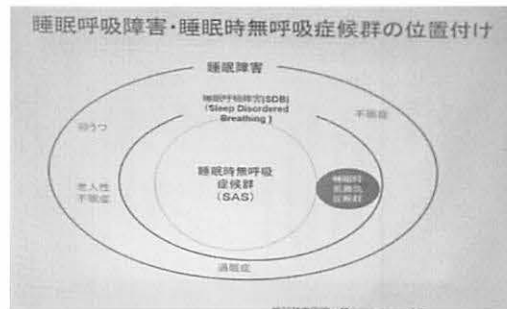
OSAの臨床所見は激しいびき、性格変化、抑うつ、高血圧、肺高血圧症、突然死等が認められ、心房細動等、不整脈とも関連する。睡眠時無呼吸症候群の性差としては男性は若い時からまんべんなく認められるのに対し女性は50歳以上から急激に増加するこれは女性ホルモンの低下が関連すると考えられている。SASの交通事故への影響はSAS患者は健常人の7倍の事故発生率となっており、重症度が増すにつれて発生率が高くなっている。又、夜間頻尿の発生率、治療抵抗性高血圧、早朝高血圧症、夜間高血圧症とMets(メタボリック症候群因子)数、尿酸値とSASの関連も指摘されている。

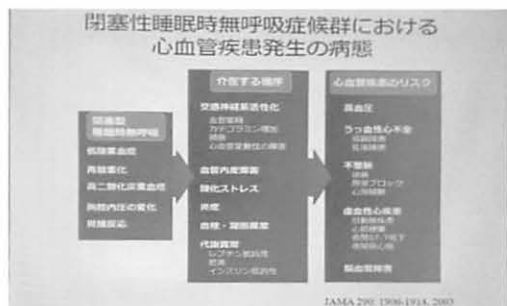
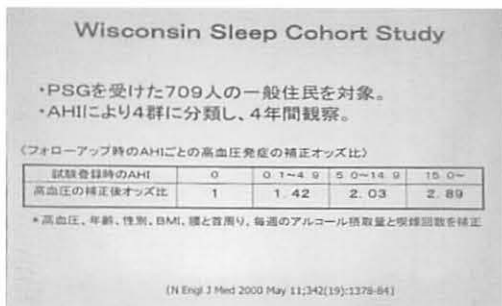
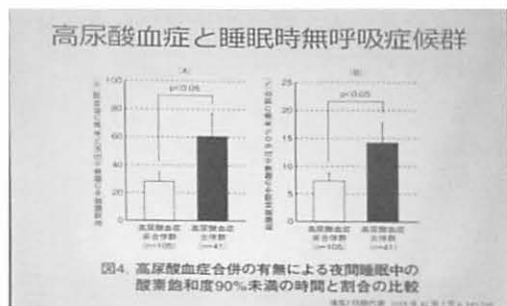
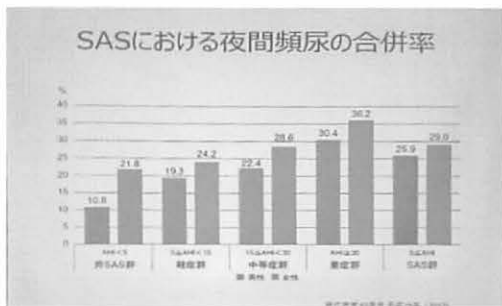
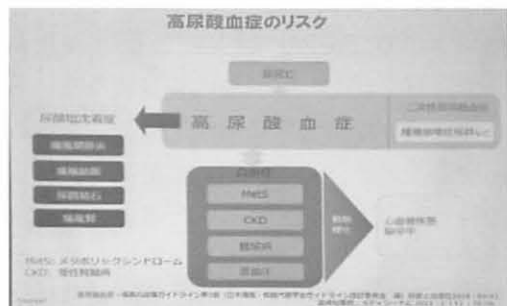
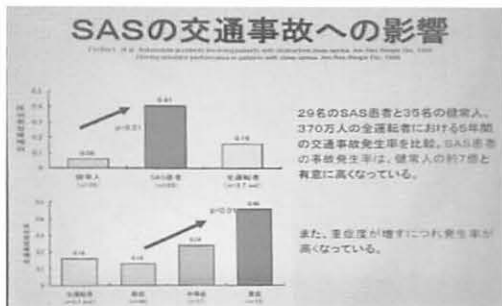
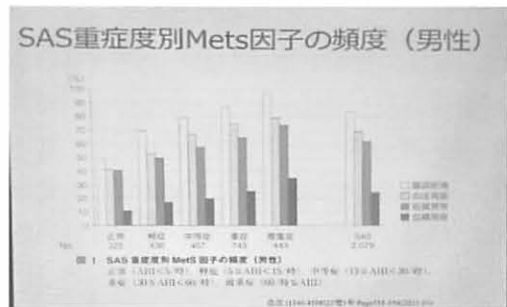
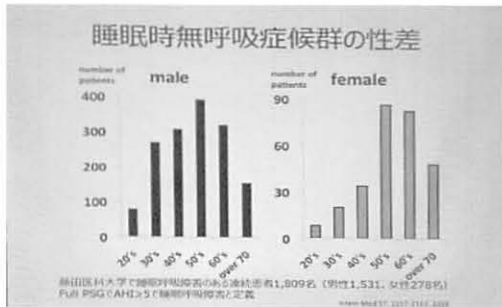
SASにおける心血管疾患発生の病態としては、SASにより低酸素血症、再酸素化、高二酸化炭素血症を呈し、胸腔内圧の上昇、覚醒反応が起こり、交感神経活性化、血管内皮障害酸化ストレス、血液凝固異常等が介在因子となり、心血管障害が発生すると考えられている。各心血管疾患におけるSASの合併頻度は全高血圧患者の30%、薬剤耐性高血圧の80%、心不全の70%、心房細動の50%、急性冠症候群の57%となっている。

SASと脳の関連に関しては、SASの重症度と無症候性ラクナ梗塞の数の関連が指摘されている。SASの診断に関してはまずは疑うことから始まり、症状としては、眠気、集中力の低下、強いびき、早朝の頭痛、頻回夜間覚醒、頻尿等があり、身体所見としては、肥満、小顎症、扁桃肥大を認め、

血圧特性としては、治療抵抗性高血圧、早朝高血圧、夜間高血圧がある。スクリーニング検査としてはメモリー機能付きパルスオキシメーターを用いてODI (SpO2 低下回数/時間) を算出する。保険診療を考慮したOSASの治療としては、まずは簡易モニターにてAHI ≥ 40 でCPAP導入 AHI < 40 でPSG検査

AHI ≥ 20 でCPAP導入 $20 > \text{AHI} \geq 5$ で自覚症状あれば口腔内装置装着 自覚症状なければ経過観察となる。もちろん肥満改善のための生活習慣是正は併行して行う。CPAP導入により血圧、心機能が改善し、高齢者の循環器疾患の再入院率が低下するという報告がある。CPAPが受け入れられない方、軽症のOSASの方には口腔内装置の装着という選択肢もある。





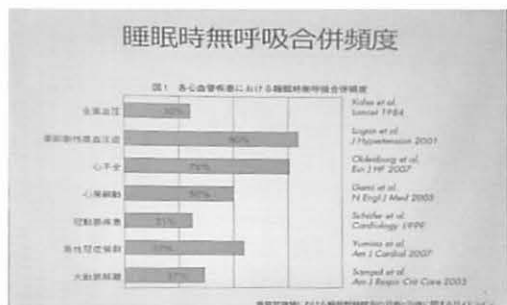
閉塞性睡眠時無呼吸症候群の高血圧

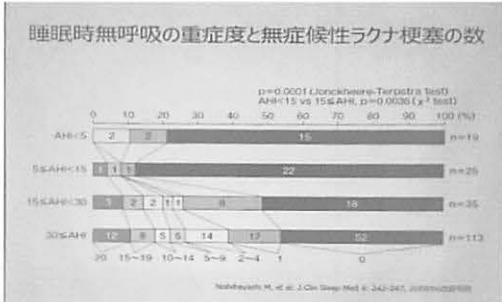
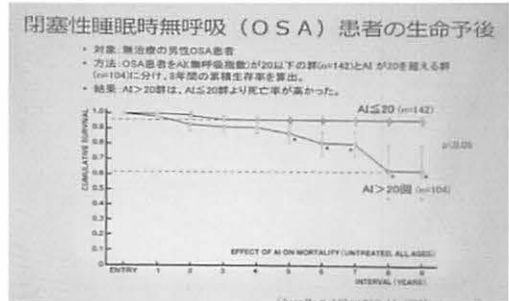
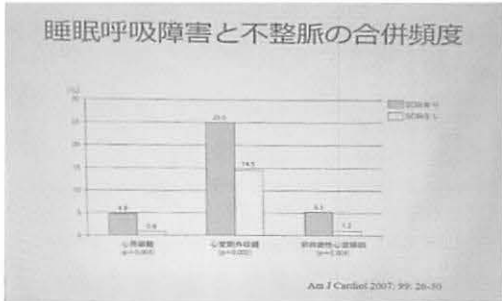
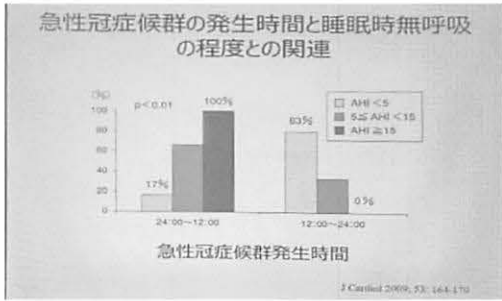
- 治療抵抗性高血圧
- 夜間高血圧・早朝高血圧など

早朝はいいけど、朝の血圧が高いなあ...

血圧の薬、たくさん飲んでいるけど、あまり効いてないような気がするなあ...

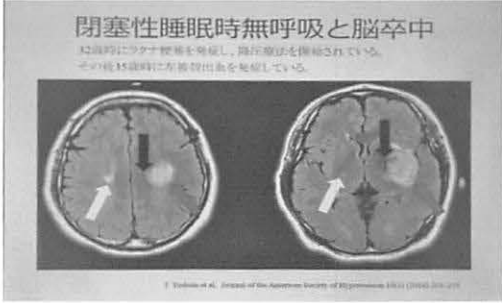
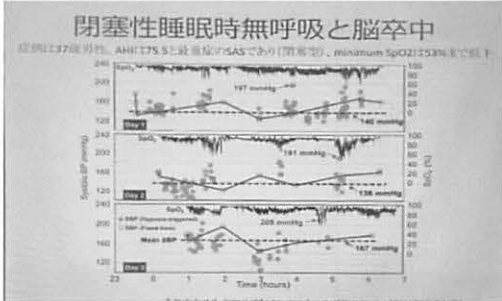
高血圧症候群における睡眠呼吸障害の診断・治療に関するガイドライン





本日の内容

✓ SASの診断



閉塞性睡眠時無呼吸症候群を疑う所見

症状	眠気、集中力の低下、抑うつ状態、早朝の不定熟訴（頭痛、倦怠感）、強いいびき、無呼吸（家族からの指摘も多い）、朝目の夜間覚醒・夜間起床、夜間呼吸困難（窒息感）
身体所見	肥満、小顎症、扁桃肥大、軟口蓋低位
血圧特性	治療抵抗性高血圧性、早朝高血圧、夜間高血圧
検査所見	左室肥大（特に診察室血圧と家庭血圧が正常例）、心不全、夜間覚醒の心電図イベント（心房細動、心室不整脈を含む）、メタボリックシンドローム、慢性腎臓病、透析

高血圧治療ガイドライン2019（第2版）

閉塞性睡眠時無呼吸症候群の関与が疑われた心室性期外収縮の一例

【症例】79歳、女性、身長152.4cm、体重69.1kg

【主訴】熟眠障害

【現病歴】高血圧、脂質異常症で他院で加療中。健康診断で心室性期外収縮が多発しており、精査目的に当院紹介受診。

虚血性心疾患の疑いあるも、冠動脈造影で有意狭窄認めず。

不眠症でプロチゾラム0.25mg内服中。プロチゾラム内服後も熟眠障害、中途覚醒あり（夜間の排尿回数2回）。

簡易型睡眠検査でAH140.2回/時、最低動脈血酸素飽和度61%であったため、CPAPを導入した。

問診

自覚症状、日中の眠気程度、生活習慣、基礎疾患の有無などに關し、問診（ベッドハートナー調査が望ましい）を行う。
日中の眠気の定量評価には、Epworthの眠気テスト（ESST）等が用いられる。

Epworthの眠気テスト（ESST）

以下の状況にたいして、どのくらいと答えるか（0から3まで答える）。

0 全くと答える可能性はほとんどない
1 3と答える可能性は若干ある
2 3と答える可能性は多い

状況	点数
1. すべて寝かずに読んでいるとき	0, 1, 2, 3
2. すべて寝かずに食事をしているとき	0, 1, 2, 3
3. 乗車、歩行時、歩行中など自然に起きているとき	0, 1, 2, 3
4. 乗車として移動中（飛行機）に起きているとき	0, 1, 2, 3
5. 車中（運転中）に起きているとき	0, 1, 2, 3
6. すべて寝かずに起きているとき	0, 1, 2, 3
7. 乗車中（運転中）に起きているとき	0, 1, 2, 3
8. すべて寝かずに起きているとき	0, 1, 2, 3

※ 乗車中（運転中）に起きているとき

スクリーニング検査

-メモリー機能付パルスオキシメーターの活用-

- 自宅などで睡眠中のSpO₂を記録
- 睡眠中の低酸素回数および低下の程度からODIを算出
- ODI（SpO₂低下回数/時間）はAHIと高い相関を示し、スクリーニングとして有効といわれている。

【ODI: Oxygen Desaturation Index 酸素飽和度低下指数】

定義：1時間あたりのSpO₂の低下回数

※ 1分またはそれ以上の低下を1回とカウント



心電図



循環器疾患患者での睡眠呼吸障害



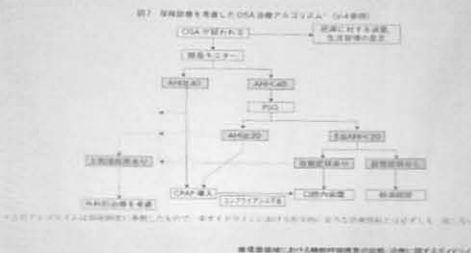
発症に閉塞性睡眠時無呼吸症候群の強い関与が疑われた急性心筋梗塞の一例

【症例】57歳、男性

【主訴】前胸部痛

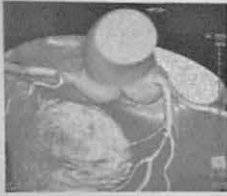
【現病歴】飲酒中に胸痛あり、当院救急外来を受診した。受診時には症状改善し、心電図異常も認めなかった。後日、心エコー検査、トレッドミル運動負荷検査を行ったが、異常所見を認めなかった。冠動脈CT検査では、左前下行枝にソフトプラークによる50%程度の狭窄を認めた。早朝家庭血圧の変動があり、時に高血圧を認めたため、塩酸ベニジピンを処方した。4ヵ月後の早朝6時30分頃、ゴミ捨てに出たところ、突然激しい前胸部痛が出現し、経過をみるも症状の改善ないため、当院の外来を受診した。

保険診療を考慮した閉塞性無呼吸症候群の治療

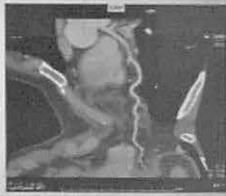


冠動脈CT検査

VR像



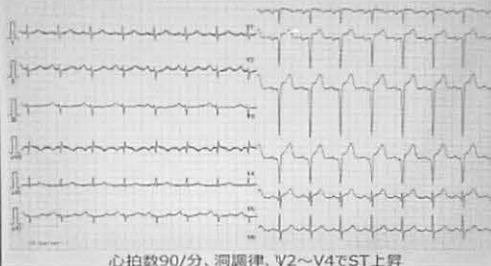
CPR像



血液検査所見

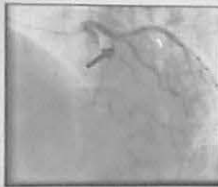
末梢血液検査		HDL-C	50mg/dL	凝固・線溶系検査	
WBC	14000/μL	LDL-C	107mg/dL	PT	12.8sec
RBC	597 × 10 ³ /μL	CPK	1047U/L	PT活性	95.5%
Hb	18.3g/dL	CK-MB	153U/L	APTT	32.4sec
Ht	52.5%	HbA1c	7.31ng/mL	D-dimer	0.1μg/mL
Plt	39.9 × 10 ³ /μL	BUN	12.2mg/dL	PT-INR	1.02
		Cre	0.61mg/dL		
		UA	5.6mg/dL	尿検査 (随時尿)	
生化学検査		Na	135mEq/L	比重	1.019
TP	7.5g/dL	K	3.4mEq/L	pH	7.0
Alb	4.7g/dL	Cl	102mEq/L	蛋白	(±)
AST	94IU/L	Ca	9.6mg/dL	糖	(-)
ALT	27IU/L	P	2.6mg/dL	ケトン	(-)
LDH	321U/L	Glc	122mg/dL	潜血	(-)
ALP	202U/L	HbA1c(NGSP)	5.7%		
T-Bil	1.2mg/dL	CRP	0.51mg/dL		
T-Chol	166mg/dL	BNP	31.7pg/mL		
TG	46mg/dL				

心電図

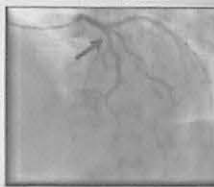


経皮的冠動脈インターベンション

治療前



治療後



Epworth Sleepiness Scale (ESS)

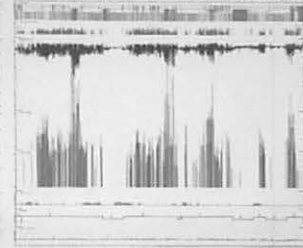
10点

簡易睡眠検査

無呼吸低呼吸指数(AHI) : 36.0 回/時
 無呼吸指数 (AI) : 13.7 回/時
 低呼吸指数 (HI) : 22.2回/時
 最小動脈血酸素飽和度 75 %

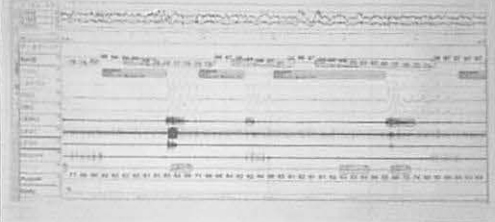
終夜睡眠ポリソムノグラフィ (PSG)

AHI: 44.7回/時、最長の無呼吸時間: 80秒、最低酸素飽和度: 72%



終夜睡眠ポリソムノグラフィ (PSG)

気流は停止、胸腹部運動が残存している。



本日の内容

✓SASの治療

OSASの治療

まずはじめに生活習慣の見直しをしましょう

肥満は大敵。減量しましょう



お酒は無呼吸を悪化させます



睡眠薬も、誘って無呼吸の促進剤

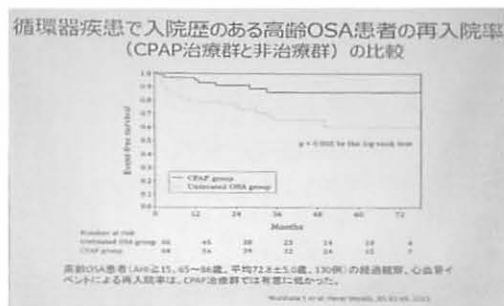
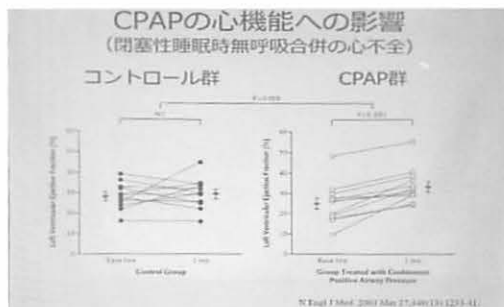
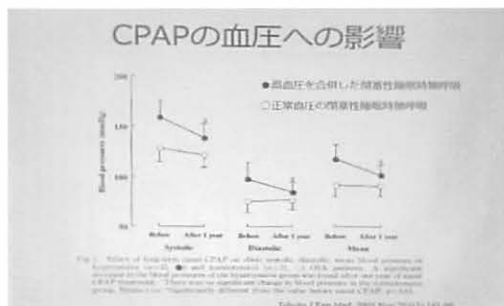
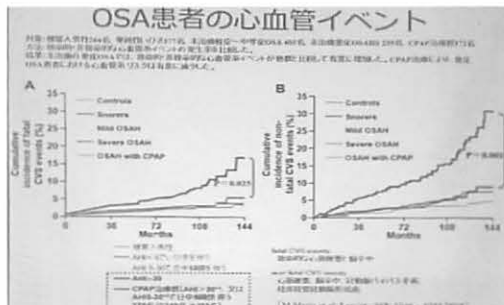
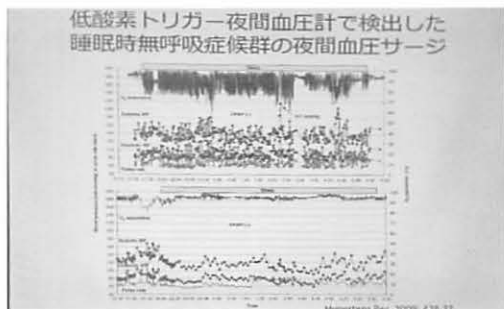
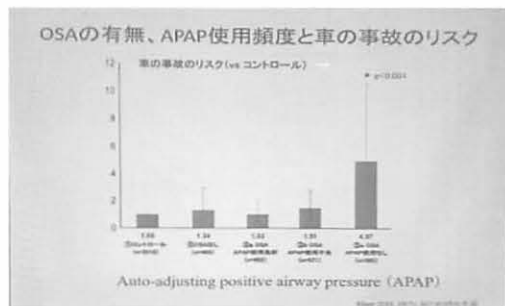
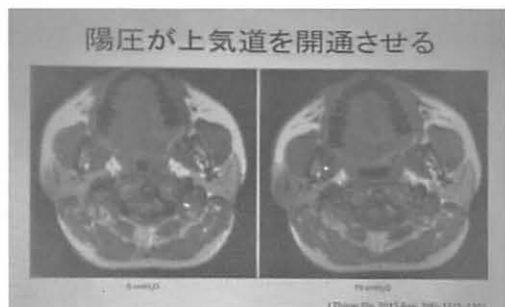
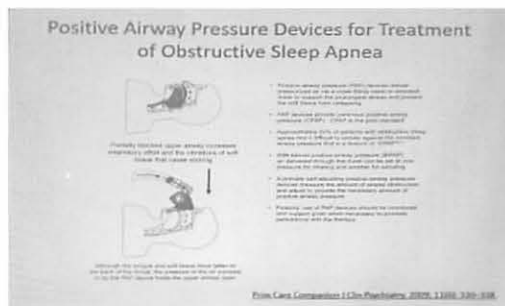
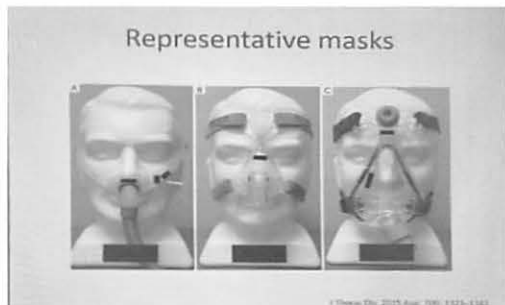
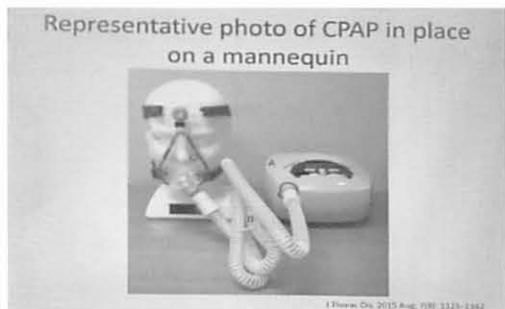


たばこも、無呼吸の促進剤

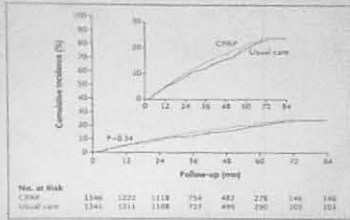


閉塞型睡眠時無呼吸 (OSA) の治療



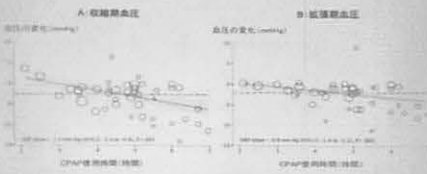


CPAPの心血管イベントへの影響は？



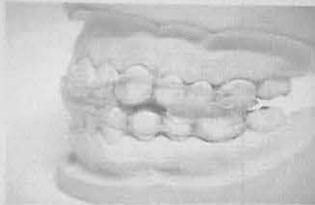
N Engl J Med. 2016 Sep 8;375(10):919-32

CPAP使用時間と血圧への影響



日本臨床高血圧学会誌 18(2), 96-100, 2010

口腔内装置(マウスピース)



本日の内容

✓SASの診療連携について

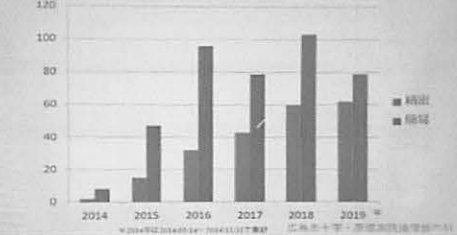
検査～治療の流れ

保険診療を考慮して@広島赤十字・原爆病院



終夜睡眠ポリグラフィーの検査数

(広島赤十字・原爆病院 循環器内科)



© 2014-2019 広島赤十字・原爆病院循環器内科

終夜睡眠ポリソムノグラフィ (PSG)



© 広島赤十字・原爆病院循環器内科

PSGの解析 (院内)



© 広島赤十字・原爆病院循環器内科

検査～治療の流れ

保険診療を考慮して@広島赤十字・原爆病院



当院のPSGの流れ

- 外来予約科
 - 月、水曜日のどちらかで入院予約
 - 入院の説明
- 入院科目
 - 午後7時にPSGを装着(生理検査室技師)
 - 翌朝、退院
- 外来再診科
 - 約3～4週間後に結果説明
 - AHI ≥ 20回/時でCPAP導入を検討(常人)

© 広島赤十字・原爆病院循環器内科

御開業の先生方との連携
 ～確定診断・CPAPの導入へ～

近隣の一般市民への啓蒙
 ～早期の受診へ～

**SAS Round Table Discussion
 In Hiroshima**
 2018年3月8日(木) 19:00～20:30
 広島赤十字・原爆病院 東棟9階共用カンファレンス室
 広島市中区千田町1-9-6

- 19時00分～19時15分
 「睡眠時無呼吸症候群について」
 帝人在宅医療株式会社
- 19時15分～19時45分
 「確定診断について」
 岡田 武雄 先生
 広島赤十字・原爆病院 脳神経内科部長
- 19時45分～20時30分
 「フリーディスカッション」

※当日、お弁当をご用意しております
 共催：広島赤十字・原爆病院 帝人在宅医療株式会社
 お問い合わせ 帝人在宅医療株式会社 TEL: 082-228-6071

市民公開講座
すいみんと心臓の病気
 「睡眠時無呼吸症候群(SAS)は、高血圧、不整脈、心臓病などの原因となることが知られています。また、SASは認知症やうつ病の原因ともなるとも考えられています。SASを早期に発見し、適切な治療を受けることで、これらの病気から身を守ることが可能です。本講座では、SASの診断方法や治療法について詳しくお話しします。」

日時 平成30年11月17日(土)
 14:00～15:00
 場 所 広島赤十字原爆病院17階第5号室
 広島赤十字原爆病院
 東棟9階 会議室

参加費 無料(予約不要) 定員 100名

講師 佐野 洋子 先生 広島赤十字原爆病院 循環器科部長
 岡田 武雄 先生 広島赤十字原爆病院 脳神経内科部長

「いい聞いてますか?」→「睡眠不足は万病のもと」
 「寝ている間に起きる70代の男性」
 「貴女との心臓は大丈夫?」

**SAS Round Table Discussion
 In Hiroshima**
 2019年5月24日(金) 19:00～20:30
 帝人在宅医療(株)広島支店 第一会議室
 広島市中区鞆町1-3-4広島マツビル9F

- 19時00分～19時15分
 「睡眠時無呼吸症候群について」
 帝人在宅医療株式会社
- 19時15分～19時45分
 「睡眠時無呼吸症候群の診断～診断の流れ」
 岡田 武雄 先生
 広島赤十字原爆病院 脳神経内科部長
- 19時45分～20時15分
 「睡眠時無呼吸症候群の治療」
 岡田 武雄 先生
 広島赤十字原爆病院 脳神経内科部長
- 20時15分～20時30分
 「質疑応答」

※当日、お弁当をご用意しております
 主催：帝人在宅医療株式会社
 お問い合わせ 帝人在宅医療株式会社 TEL: 082-228-6071

睡眠時無呼吸症候群を疑ってみませんか?
 睡眠時無呼吸症候群

高血圧
 不整脈
 心血管事故
 生命予後の悪化

ご提案
 外来患者様の中で以下の症状のある方

USP78 呼吸器の異常 呼吸停止 EPOC 寝た 起床時頭痛 寝た 寝た 寝た

睡眠時無呼吸の簡易検査を実施

AI≧40 CPAP導入

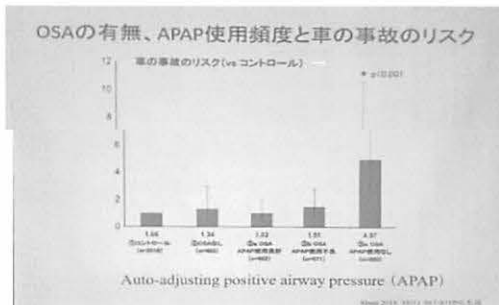
20≦AI≦40 PSG保有施設への検査依頼

SASの診療連携
 ～SAS患者の予後改善のために～
 CPAPの管理、危険因子の管理など

かかりつけ医
 SAS患者
 帝人
 広島日赤病院

PSG、心機能、不整脈の評価など

アドヒアランスの向上、PSGが可能な施設への案内など



Take Home Message

早朝高血圧、治療抵抗性高血圧、心房細動などの不整脈、急性冠症候群の既往などあれば、一度、睡眠時無呼吸症候群(SAS)を疑ってみませんか?

令和2年度 第6回 光市医師会学術講演会

2021年2月16日(火)

19:00~20:00

光商工会館2階 大会議室

特別講演 19:00~20:00

「高齢者の過活動膀胱治療」

座長 光市立光総合病院 泌尿器科

部長 井本 勝彦先生

演者 山口労災病院 泌尿器科

部長 白瀧 敬先生

2020年と平成元年の入院患者を比べるとかなり高齢化進んでいる印象を受けた。2020年の当院入院患者は65歳以上が75%、75歳以上が54%、90歳以上が11%となっている。90年代と比べて患者に対する年齢の扱いが変わってきている。WHOや国連の高齢者の定義とは65歳以上となっているが、これに医学的や生物学的明確な根拠はない。日本においては高齢者の定義が現状に合わなくなってきた。日本老年学会では65~74歳を准高齢者、75~89歳を高齢者、90歳以上を超高齢者と定義している。日本の総人口は2008年にピークを迎えそれ以降減少している。高齢者の人口は増え続けており2042年にピークを迎えるという予測である。つまりこれから超高齢社会は続くこととなる。超高齢社会の問題としては2025年問題、2040年問題がある。以上において高齢者の医療を考え直すことが必要である。症例1:96歳女性、発熱により救急外来を受診。腎盂腎炎のため泌尿器科に

入院。合併症、既往歴(脳梗塞、胆嚢摘除、左上腕骨折、左大腿骨頸部骨折)、併存疾患(高血圧症、骨粗鬆症、低K血症、不安神経症、認知症、身体表現性障害、弁膜症)が多くある。処方薬として内服18種類、点眼3種類、軟膏2種類、湿布、トローチがあった。このように高齢者が多剤を併用している事例は多い。明確な定義はないが、Polypharmacy(多剤)とは単に服用する薬剤が多いことではなく、薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態のことを指す。Multimorbidity(多病)とは複数の健康状態をもつ人や2つ以上の伝染しない病気や癌などの慢性疾患が共存している状態を指す。Polypharmacyは日本では6剤以上で、海外では5剤以上としている。Polypharmacyは近年、オーバークラスに注意するだけでなくアンダーユースにも注意する双方向の選択の意味も込められている。高齢者は年齢とともに疾患数、処方薬剤数どちらも増えていく。統計では1疾患あたり平均1.3剤の処方されている。これは高齢者において年齢で変わらない。つまり加齢で疾患が増えるとともに薬剤数も増えることになり、多病がゆえに多剤の状態になる(MultimorbidityがゆえにPolypharmacy)ということになる。Polypharmacyを考えることはMultimorbidityを考えることに繋がる。Multimorbidityな高齢者の治療でオーバークラスに注意しながらアンダーユースにも注意するのは困難である。本来この役割は老年科の医師が中心となるべきである。しかし実際老年科は全国的に少ないため、かかりつけ医やプライマリーケア医が中心に行うしかない。そのためには様々な医学的基本的知識が必要である。近年、医学的な

情報は加速的にかなり増えている。このよ
うな状態においてガイドラインが信頼に値

我慢が難しいことがありましたか。(尿意
切迫感)これが主症状である。4:急に尿

経伝達物質であるアセチルコリンが膀胱の M3、M2 受容体に作用し膀胱を収縮させるのを抑える。β 3 作動薬は β 3 受容体を刺激し交感神経の作用を増加することで膀胱を弛緩させ膀胱容量を増大させる。

抗コリン薬

抗コリン薬でオキシブチニン経皮吸収製剤、プロピペリン、トルテロジン、フェソテロジン、ソリフェナシン、イミダフェナシンが推奨グレード A である。β 3 アドレナリン受容体作動薬はミラベグロン、ビベグロンが推奨グレード A である。過活動膀胱に使用される薬は 1993 年～2005 年まではパップフォー（抗コリン薬）、2006 年～2011 年までベシケア（抗コリン薬）、2011 年にベタニス（β 3 刺激薬）発売である。ムスカリン受容体で膀胱に多く分布するのは M3 受容体で、M2 受容体もいくらか存在する。抗コリン薬でソリフェナシン、イミダフェナシンは M3 選択性が高い。ムスカリン受容体は膀胱だけでなく色々なところに分布している。抗コリン薬の問題点としては膀胱だけに効く薬がないという点である。M3 が多く分布するのは膀胱のほか、虹彩毛様体、唾液腺、大腸がある。そのため抗コリン薬により緑内障、口内乾燥、便秘などの副作用が出て来ることがあ

併用し、必要時緩下剤併用。高齢者の医薬品適性使用の指針では抗コリン作用を有する薬剤は、口渴、便秘の他に中枢神経系への有害事象として認知機能低下やせん妄などを引き起こすことがあるので注意が必要である。投与量、使用方法に関する注意としては抗コリン作用は単独の薬剤の作用ではなく服用薬剤の総コリン負荷が重要である。海外のデータでは抗コリン作用を有する薬剤を使用している高齢者は半数近く存在し、総抗コリン指数が上がるのではないかと懸念がある。これに対して ACB スケール（Anticholinergic Cognitive Burden Scale）がある。ACB スケールとは認知機能への影響が懸念される 99 種の抗コリン薬をスコアリング（1～3）した指標である。1：in vitro でのムスカリン受容体拮抗作用あり。2：臨床的に抗コリン作用あり。3：認知機能障害に関連する可能性あり。ACB スコアの平均値が 1 ポイント増加することで認知障害のリスクが 16% 増加、入院のリスクが 11% 増加する。抗コリン薬は全てスコア 3 に位置する。日本における ACB スケールによる抗コリン薬の使用実態の調査がある。調査では OAB 患者は 12.8% 存在し、その平均 ACB スコアは 3.2 である（非 OAB 患者の平均スコア 1.6）。OAB 患者

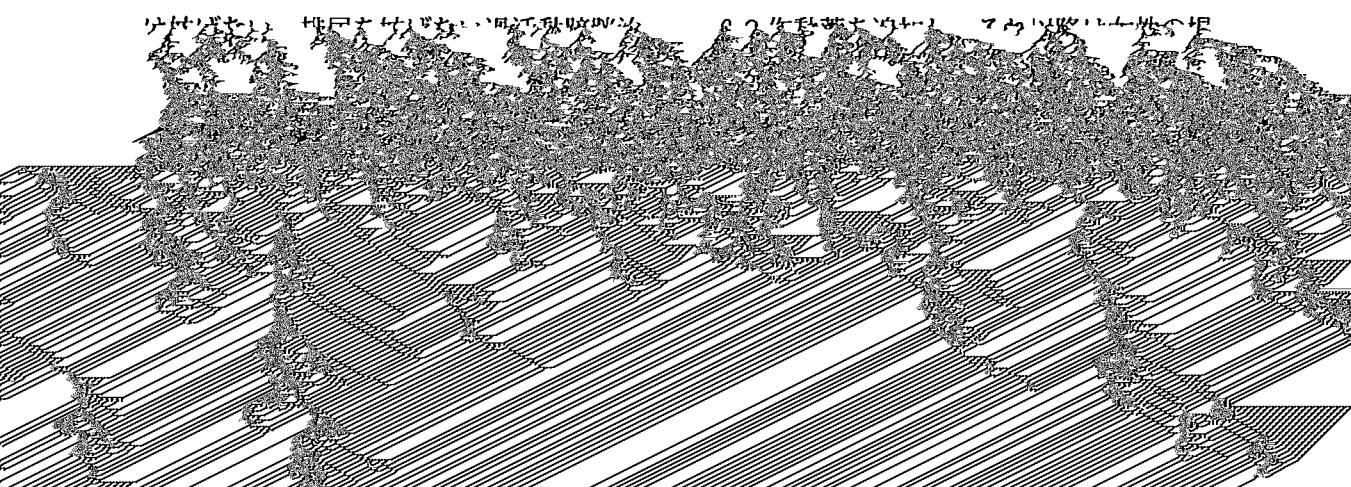
リン作用が問題にならないことが多い。問題となるのはかくれ緑内障である。かくれ緑内障を検討したスタディに多治見スタディがある。このスタディによると緑内障の有病率は5%、40歳以上の日本人成人における未診断の閉塞隅角緑内障は0.6%である。原発閉塞隅角緑内障は年齢が上昇するにつれ有病率も上昇し、かくれ緑内障に注意していかなければならない。光市に当てはめて考えると25人がかくれ緑内障かつ過活動膀胱と予測される。第18回日本女性骨盤底医学会の北九州の眼科の先生による提言で、緑内障を指摘されている人はすでに治療済み、または治療中にて抗コリン薬の処方が可能なが多いが潜在性の緑内障患者が問題で、抗コリン薬を処方する時は眼科の紹介をしてほしいというものがあった。ここまでやるかは疑問の余地がある。

その他の抗コリン薬の副作用としては便秘、口内乾燥、霧視、尿閉がある。

β3作動薬

膀胱での交感神経の受容体はβ3受容体である。β受容体には1～3のサブタイプがある。β3は最近発見され、膀胱平滑筋に多く分布する。膀胱のβ受容体は97%がβ3受容体である。β3作動薬は蓄尿器の交感神経の膀胱弛緩を増強させることで過活動膀胱治療となる。つまりβ3作動薬は膀胱の収縮を抑制しない、必要な膀胱収縮

薬の併用は勧められる。ただし、これはミラベクロンと抗コリン薬の併用であり、ベグロンと抗コリン薬併用の十分な検証はなされていない。抗コリン薬は認知機能障害が報告されているため注意深い投与観察が必要、β3はまだエビデンスの集積が必要である。以前までの女性の過活動膀胱の治療は抗コリン薬から始まり、別の抗コリン薬に変更 (anticholinergic cycling)、β3刺激薬へ変更、専門医へ紹介という流れだった。少し前になるとβ3刺激薬から始まり、抗コリン薬に変更、別の抗コリン薬に変更 (anticholinergic cycling)、β3刺激薬と抗コリン薬の併用、専門医へ紹介という流れになっていった。現在では別の抗コリン薬に変更 (anticholinergic cycling) は意味がないということになっている。現在の流れとしてはβ3刺激薬から始まり、別のβ3作動薬に変更、抗コリン薬に変更またはβ3作動薬と抗コリン薬の併用、専門医へ紹介である。ただ抗コリン薬が全体的にだめなわけではなく異常な膀胱収縮を抑えるという点からも薬理作用は強い。膀胱上皮に作用し膀胱の知覚も抑えることができる。これらの点から抗コリン薬はまだまだ有用である。男性の過活動膀胱には前立腺肥大症があるという特徴がある。男性の場合まずはα1遮断薬を使用する。効果のない場合PDE5阻害薬、5α還元酵素阻害剤を追加する。それでも効果のない場合



くなるにつれて)に多くなる。年代による差があり、若い年代は季節差があまりない。寒い時期に受診した高齢患者に対してはあまり強作用のある薬を使用しなくてもよいかもしれない。高齢者の自立神経を整える方法では昼寝がよいだろう。睡眠の日内リズムで昼に少し山があり、ここで足を上げた30分以内の昼寝が有用である。

排尿障害地域連携パス

がん患者の増加と山口県の若い年代の医師数の減少により外来診療が難しくなっている。対策としてプライマリーケアの医師との間でパス表を作成し排尿障害を診てもらうことを昨年より実施している。患者のかかりつけ医に診てもらいたいという希望が7割近くいる。排尿自立支援加算で点数が取れるようになってきた。この中でも排尿困難(残尿量100ml以上)、尿閉、尿失禁、重度の頻尿がピックアップされている。これらを参考にしたパス表のチェック項目が困窮する症状がないか、肉眼的血尿がないか、残尿が100mlより少ないか(不明の場合未記入)である。1つでもチェックがつけばパス表とともに専門医のいる病院に患者を送る。

高齢者の過活動膀胱治療

山口労災病院泌尿器科
白瀧 敬

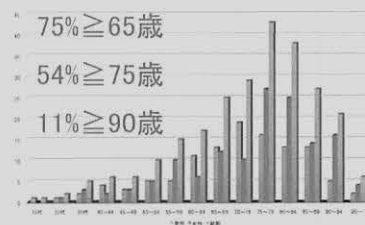


本日の内容

1. 超高齢社会とpolypharmacy
2. 過活動膀胱治療の基礎と臨床
3. 地域連携パス



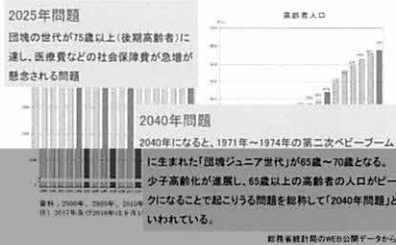
2020年11月9日の入院患者の年齢分布



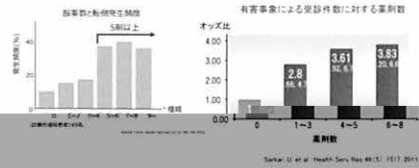
高齢者とは

- ・ 満65歳以上の人 (WHOや国連の定義)
- 日本老年学会の高齢者の定義
- ・ 65~74 歳 准高齢者 准高齢期 (pre-old)
- ・ 75~89 歳 高齢者 高齢期 (old)
- ・ 90 歳~ 超高齢者 超高齢期 (oldest-old, super-old)

総人口及び高齢者の人口推移



何剤からpolypharmacy?



泌尿器科入院症例

症例:96歳、女性

主訴:発熱

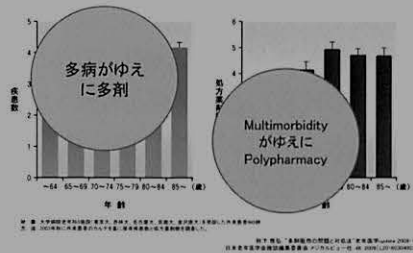
既往歴:脳梗塞、胆嚢摘除(胆石)、左上腕骨骨折、左大腿骨頸部骨折

併存疾患:高血圧症、骨粗鬆症、低K血症、不安神経症、認知症、身体表現性障害、弁膜症(MR 1度、AR 1度、TR 1度)

家族歴:特記事項なし

現病歴:1か月前からショートステイ入所。脳梗塞後、低K血症、不安神経症などで近医診療所治療あり。肺炎で抗生点滴治療で改善も、治療終了後すぐに38℃台の発熱再燃し、CRP 8.5g/dlで当院内科紹介され、CT検査で、肺炎認めず、糖尿があり尿路感染症にて当科紹介となった。

外来患者の保有疾患数と処方薬剤数の加齢変化



処方薬

処方薬	ソール ド ロール ソルビド ド チネシウム チン
内服18種類、点眼3種類、軟膏2種類、湿布、トローチ	アセトアミノフェン リセドロン酸ナトリウム 1.7g 100mg
ソビクロン リバスチグミン プロムフェナク点眼 ティアバランスポイント モラスパップ ヒルドイド軟膏 SPTローチ	既往歴:脳梗塞、胆嚢摘除(胆石)、左上腕骨骨折、左大腿骨頸部骨折 併存疾患:高血圧症、骨粗鬆症、低K血症、不安神経症、認知症、身体表現性障害、弁膜症

情報倍加時間

- 1950年代 ⇒ 50年
- 1980年代 ⇒ 7年
- 2010年代 ⇒ 3.5年
- 2020年 ⇒ 73日

Polypharmacy: 多剤

- 害をなすものを特にポリファーマシーと呼ぶ
- 薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態

Multimorbidity: 多病

- 複数の健康状態を持つ人のことをいう
- 2つ以上の伝染しない病気が癌などの慢性疾患が共存している状態
- 現在のところ明確な定義はない

下部尿路症状関連のガイドライン



下部尿路症状関連のガイドライン



14



過活動膀胱(Overactive Bladder; OAB)とは

尿意切迫感を必須とした症状候群
通常は頻尿と夜間頻尿を伴う
切迫性尿失禁は必須ではない



日本泌尿器科学会 尿意切迫感・頻尿・夜間頻尿診療ガイドライン(改訂第2版) 編 2) 過活動膀胱の診断
本邦過活動膀胱患者の人口推定(40歳以上の人口推定)の推定値(2,346,129名) (2015)

光市の過活動膀胱の推定患者数

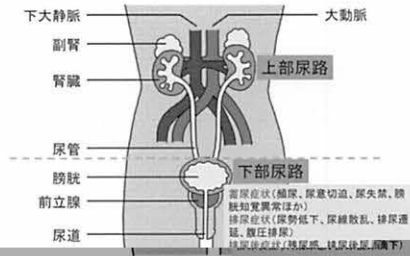
- 平成27年の光市の40歳以上の人口:33,809人
- × 12.4%
- 予想される過活動膀胱患者数:4,192人

ガイドラインに基づいた診察、治療

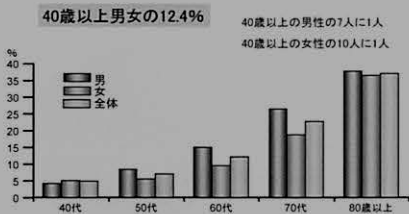
過活動膀胱診療ガイドライン 2015年 女性下部尿路症状診療ガイドライン 2019年



下部尿路とは(対して上部尿路とは?)



過活動膀胱の有病率



本邦2人 日本泌尿器科学会誌 14(2) 5, 2003

女性下部尿路症状:初期診療のアルゴリズム



1) 日本泌尿器科学会 過活動膀胱診療ガイドライン 第2版 2015
2) 日本泌尿器科学会 女性下部尿路症状診療ガイドライン 2019
日本泌尿器科学会 女性下部尿路症状診療ガイドライン 第2版 2019より転載

初診時の基本評価: 女性

基本評価一般(必ず行うべき評価) 基本評価2(症例を選択して行う)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 症状と病歴の聴取 <ul style="list-style-type: none"> 現病歴(症状、困窮度、生活歴) 既往歴(子宮・骨盤内手術) 合併症(脳血管障害、神経疾患など) 身体所見 <ul style="list-style-type: none"> 下腹部の膨隆、尿閉の疑い 生殖器の異常、骨盤臓器脱の疑い 尿検査 <ul style="list-style-type: none"> 血尿、尿路悪性腫瘍・尿路結石の疑い 膿尿、尿路感染症の疑い | <ul style="list-style-type: none"> 症状・QOLの質問票による評価 排尿記録 残尿測定 <ul style="list-style-type: none"> 基準: 100mL未満* 尿細胞診 尿培養 血清クレアチニン測定 超音波検査 |
|---|---|

過活動膀胱症状質問票(Overactive Bladder Symptom Score: OABSS)

診断: 原意切迫感が週に1回以上、かつ合計点数が9点以上

質問	症状	点数	頻度
1	朝起きた時から寝るまでに、何回尿をしましたか。	0	7回以下
		1	8~14回
		2	15回以上
2	夜寝てから寝起すくらい尿をすく必要がありますか。	0	必要ありません
		1	1回以上必要です
		2	2回以上必要です
3	急に尿がこぼれそうになりますか。	0	ほとんどありません
		1	週に1回以上少ない頻度で1回くらい
		2	週に1回以上多い頻度で1回以上
4	急に尿がたたくくらい強迫感で尿をもらしたことがありますか。	0	ありません
		1	週に1回以上
		2	週に1回以上多い頻度で1回以上
合計点数		5	1日に5回以上

合計点
5点以下 ⇒ 軽症
6点~11点 ⇒ 中等症
12点以上 ⇒ 重症

日本泌尿器科学会 過活動膀胱診療ガイドライン作成委員会編 過活動膀胱診療ガイドライン(第2版) リファレンス資料, 2015

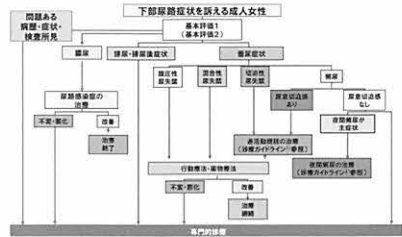
D216-2 残尿測定検査

1.1 超音波検査によるもの

- 59点
 - (2)「1」の超音波検査によるものと「2」の導尿によるものを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。
- 2. 2 導尿によるもの
 - 45点
 - 通知
 - (2)「1」の超音波検査によるものと「2」の導尿によるものを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

注 残尿測定検査は、患者1人につき月2回に限り算定する。
通知
(1) 残尿測定検査は、前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する。
(2) 「1」の超音波検査によるものと「2」の導尿によるものを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

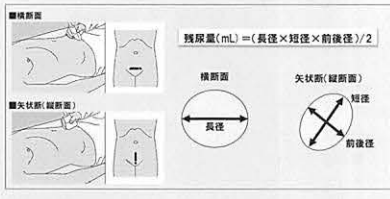
女性下部尿路症状: 初期診療のアルゴリズム



1) 日本泌尿器科学会 過活動膀胱診療ガイドライン(第2版) 第2編, 2015
2) 日本泌尿器科学会 女性下部尿路症状診療ガイドライン, 2019
日本泌尿器科学会 女性下部尿路症状診療ガイドライン(第2版) 第2編, 2019(2) 転載

残尿量の測定方法(経腹的膀胱超音波検査)

排尿直後に経腹的膀胱超音波検査を行うことにより膀胱の大きさを測定し、残尿量を算出することができます。



日本泌尿器科学会 過活動膀胱診療ガイドライン, 2015(2) 転載

専門医へ紹介すべき病歴・症状・検査所見: 女性

- 尿閉
- 再発性尿路感染症
- 肉眼的血尿
- 骨盤部の手術や放射線治療
- 神経疾患
- 下腹部膨隆
- 生殖器(卵巣、子宮、腔、外陰部)の異常
- 腔外に突出する骨盤臓器脱
- 膀胱・尿道腔壁が破壊される場合
- 発熱を伴う膿尿(急性腎盂腎炎など)
- 尿細胞診陽性
- 腎機能障害
- 多い残尿量(100mL以上を目安)
- 膀胱結石
- 超音波検査異常
- 下部尿路症状が重症な場合(夜間頻尿が主症状)
- 膀胱痛・尿道痛(尿が膀胱に貯まった時に強くなる痛みなど)

問題ある病歴・症状・検査所見がある場合は専門医への紹介を考慮する

日本泌尿器科学会 女性下部尿路症状診療ガイドライン(第2版) 2019

超音波膀胱内尿量モニタ

リアムα-200

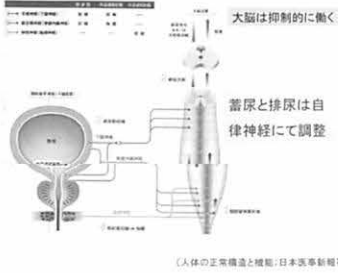
プラダースキャン



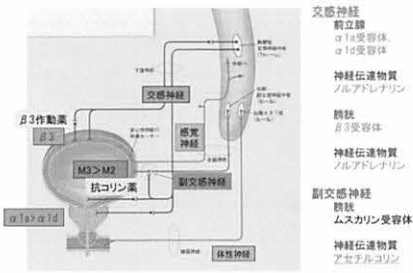
排尿の基礎



膀胱・尿道の神経支配と排尿メカニズム



下部尿路の受容体と神経伝達物質



過活動膀胱(頻尿・尿失禁)の治療薬

一般名	用法・用量	推奨グレード
抗コリン薬		
オキシブチニン	1回2~3mgを1日3回経口服用	B
オキシブチニン緩徐放出錠	錠付剤1枚(オキシブチニン27.5mg、含有1日経口1枚を下腹部、腰部または大腿部のいずれかに貼付)	A
プロピベリン	20mgを1日1回経口服用, 20mgを1日2回まで増量可	A
トルテロジン	4mgを1日1回経口服用	A
フェンテロジン	4mgを1日1回経口服用, 1日8mgまで増量可	A
ソリフェナシン	5mgを1日1回経口服用, 1日10mgまで増量可	A
イミダフェナシン	0.1mgを1日2回経口服用, 1日0.4mgまで増量可	A
プロバンテリン	15mgを1日3回~4回経口服用	C1
β_3 アドレナリン受容体作用薬		
ミラベグロン	50mgを1日1回経口服用	A
ビベグロン	50mgを1日1回経口服用	A
その他の薬剤		
フラボキサート	1回200mgを1日3回経口服用	C1
牛車腎気丸*	1日7.5g、2~3回分煎投与	C1
エストロゲン		C1

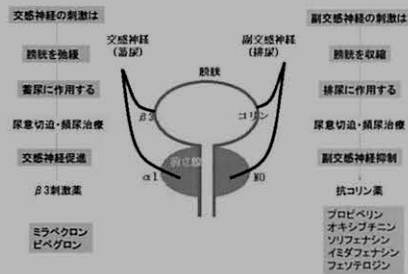
日本経路治療学会 女性下部尿路疾患診療ガイドライン(第2版), 2019

過活動膀胱治療薬(膀胱の自律神経の受容体に作用する薬)



過活動膀胱	前立腺肥大症	泌尿器薬	
1990年以前	プラダロン ボラキス	セルニルトン プロスタール ハーセルリン	CCDP M-VAC
1990年~1994年 1993年	ハップフォー(抗コリン薬)	ハルナール	INF
1995年~1999年		フリリス	
2000年~2004年			
2005年~2009年	ベシケア(抗コリン薬)2006年 デトルシトル ウルトス	ユリーフ アナルブ	ドセタキセル ネクサハール スーセント
2010年~2014年	ステープラ ベタニス(β_3 作用薬)2011年 トビエニス ネオキシテープ	ザルティア	インライタ ヴォリエント アフィニール イクスタンジ ゼイティガ ジェブタナ
2015年~2019年	ベオーバ ミニリメルト	オブジーボ アーリーダ キートルダ	ラジウム

下部尿路神経支配と下部尿路症状治療薬



ムスカリン受容体サブタイプと治療薬

サブタイプ	分布	機能
M1	脳(皮質、海馬)、膵、交感神経節	記憶、学習など
M2	心臓、後脳、平滑筋	陰性変時作用、平滑筋収縮
M3	平滑筋、腺、脳	膀胱収縮、唾液腺分泌など
M4	脳(前脳、線条体)	
M5	脳(黒質)、眼	

薬剤名	ムスカリン受容体サブタイプ選択性
抗ムスカリン作用のみ	
フェンテロジン	M1~M5
ソリフェナシン	M3 > M1 > M2
イミダフェナシン	M3 ≧ M1 > M2
抗ムスカリン作用+カルシウム拮抗作用	
オキシブチニン	M3 > M1 > M2
プロピベリン	M1~M5

ムスカリン受容体サブタイプの分布と抗コリン薬の作用

ムスカリン受容体は瞳孔筋、消化器など、膀胱以外にも全身に分布 [OAB治療における抗コリン薬の作用]



「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」について 別表1. 抗コリン系薬の取り扱い①

抗コリン作用を有する薬剤は、口渇、便秘の他に中枢神経系への有害事象として認知機能低下やせん妄などを引き起こすことがあるので注意が必要である。

認知機能障害の発現に関しては、ベースラインの認知機能、電解質異常や合併症、さらには併用薬の影響など複数の要因が関係するが、特に抗コリン作用は単独の薬剤の作用ではなく併用薬剤の総コリン負荷が重要とされ、有害事象のリスクを示す指標として Anticholinergic risk scale (ARS) などが用いられることがある。抗コリン系薬剤の多くは急な中止により離脱症状が発現するリスクがあることにも留意する。

高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)について(厚生労働省29第1号・厚生労働省30第1号(平成29年5月29日))



「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」について 別表1 抗コリン系薬の取り扱い②

抗コリン作用を有する薬物のリストとして表にまとめた。列挙されている薬剤が発行されている場合は中止/減量を考慮することが望ましい。

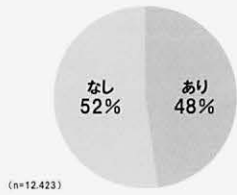
抗コリン薬	【併用禁忌薬(併用禁忌薬: ①④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺)
抗コリン薬	【併用禁忌薬】抗コリン薬(①④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺)
抗コリン薬	【併用禁忌薬】抗コリン薬(①④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺)
抗コリン薬	【併用禁忌薬】抗コリン薬(①④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺)
抗コリン薬	【併用禁忌薬】抗コリン薬(①④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺)
抗コリン薬	【併用禁忌薬】抗コリン薬(①④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺)
抗コリン薬	【併用禁忌薬】抗コリン薬(①④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺)
抗コリン薬	【併用禁忌薬】抗コリン薬(①④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺)
抗コリン薬	【併用禁忌薬】抗コリン薬(①④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺)
抗コリン薬	【併用禁忌薬】抗コリン薬(①④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺)
抗コリン薬	【併用禁忌薬】抗コリン薬(①④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺)
抗コリン薬	【併用禁忌薬】抗コリン薬(①④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺)

高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)について(厚生労働省30第1号・厚生労働省31第1号(平成30年5月29日))

高齢者薬物治療指針



抗コリン作用を有する薬剤を使用している高齢者(海外データ)



高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015 特に慎重な投与を要する薬物リスト

薬剤(クラスまたは一般名)	代表的な一般名(すべて該当の場合は無記載)	主な副作用・理由	推奨される使用法	エビデンスの質と推奨度
オキシブチン(経口)	オキシブチン	尿閉、認知機能低下、せん妄のリスクあり。口渇、便秘の頻度が高い	可能な限り使用しない、代替薬として他のムスカリン受容体拮抗薬	エビデンスの質: 高 推奨度: 強
ムスカリン受容体拮抗薬	ソリフェナシン、トルテロジン、フェソピロジウム、イミダフェナシン、プロピベリン、オキシブチン経皮吸収剤	口内乾燥、便秘、排便症状の悪化、尿閉	低用量から使用。前立腺肥大症の場合はα1受容体遮断薬との併用。必要時、緩下剤を併用する	エビデンスの質: 高 推奨度: 強

ACBスケール

ACBスケール: Anticholinergic Cognitive Burden Scale
・認知機能への影響が懸念される99種の抗コリン薬をスコアリング(1~3)した指標¹⁾

ACB score	薬剤の抗コリン作用	ACBスコアの平均値が1ポイント増加することに
1	血清抗コリン活性、 <i>in vitro</i> でのムスカリン受容体拮抗作用あり	↑ 認知障害のリスクは16%増加
2	臨床的に抗コリン作用あり	↑ 入院のリスクは11%増加
3	認知機能障害に関連する可能性あり	

抗コリン薬はACBスケールでスコア3に分類されています。

■ ACBスケール (Anticholinergic Cognitive Burden Scale)

スコア1					
一般名(英名)	一般名(和名)	一般名(英名)	一般名(和名)	一般名(英名)	一般名(和名)
Alimemazine	アリメマジン	Diazin	ジボキシリン	Meperolol	メペロロール
Alprazolam	アルプラゾラム	Diprydamole	ジピリダモール	Morphine	モルヒネ
Alprazolam	アリプラゾラム	Disopyramide	ジソピラミド	Nalidixic	ナリジキシン
Asenazine	アセンアジン	Fentanyl	ファンタニール	Paliperidone	パルピペリドン
Atenolol	アチノロール	Fursemide	フロセミド	Quindine	キンジン
Captopril	カプトプリル	Fluvoxamine	フルボキサミン	Ranitidine	ラニチジン
Ceftriaxone	セフトリアキソン	Haloperidol	ハロペリドール	Risperidone	リスピリドン
Cimetidine	シメチジン	Hydralazine	ヒドララジン	Theophylline	テオフィリン
Cinoxacin	クシノキサシム	Hydrocortisone	ヒドロコルチゾン	Trazodone	トラゾドン
Cocaine	コカイン	Isosorbide	イソソルビド	Triamterene	トリアムテレン
Colchicine	コルヒチン	Levosulizine	レボセザリジン	Venlafaxine	ベンラファキシン
Desloratadine	デスロラタジン	Loxeramide	ロキサド	Warfarin	ワルファリン
Diazepam	ジアゼパム	Lorazepam	ロラゼパム		

スコア1: 23項目のうち10項目以上を有する薬剤。なお、国内承認の薬剤について(2016年12月現在)。

Appl. Behav. Anal. Anticholinergic Cognitive Burden Scale 2012, vol.45, pp.1-4



抗コリン薬はACBスケールでスコア3に分類されています。

■ ACBスケール (Anticholinergic Cognitive Burden Scale)

スコア3					
一般名(英名)	一般名(和名)	一般名(英名)	一般名(和名)	一般名(英名)	一般名(和名)
Amantadine	アマンタジン	Amprizone	アムプリゾン	Methocarbamol	メチカルバモール
Carbamazepine	カルバマゼピン	Anastazine	アナスタジン	Nortriptyline	ノルトリプティン
Cyproheptadine	シプロヘプタジン	Atropine	アトロピン	Olacopazine	オラコザピン
Pimozide	ピモジド	Chlorpheniramine	クロルフェニラミン	Oxybutynin	オキシブチニン
		Chlorpromazine	クロルプロマジン	Paroxetine	パロキセチン
		Clemastine	クレマスタジン	Perphenazine	ペルフェナジン
		Chloreramine	クロレラミン	Phenethazine	フェンエタジン
		Chizapine	チザピジン	Propantelline	プロパンチリン
		Dicyclonine	ジサイクロニン	Propriverine	プロピベリン
		Dimenhydrinate	ジメンヒドリンアト	Quetiapine	クエチアピン
		Diphenhydramine	ジフェンヒドラミン	Scopolamine	スコポラミン
		Essitalopram	エシタロプラム	Selfheacin	セルフヘチン
		Fluvoxate	フルボキサト	Tidonepin	チドネピン
		Hydroxyzine	ヒドロキシジン	Tribaxaphendyl	トリバキソフェニル
		Imipramine	イミプラミン	Trimepramine	トリメプラミン

スコア3: 23項目のうち17項目以上を有する薬剤。なお、国内承認の薬剤について(2016年12月現在)。

Appl. Behav. Anal. Anticholinergic Cognitive Burden Scale 2012, vol.45, pp.1-4

抗コリン薬と緑内障

治療中の緑内障患者では抗コリン薬作用は問題にならない事が多い

かくれ緑内障

調査概要

目的: 65歳以上の日本人における抗コリン薬の使用実態を、通活動膀胱(OAB)患者あるいは非OAB患者で評価した。

対象: 個別レセプトデータベース「Medi-Trend」(国内約900の薬局における外来患者390万人の外来処方箋データベース)を用いて、2016年1月1日現在で65歳以上(生年月日が1950年12月31日以前)、かつ2016年9月23日~2016年12月31日に1回以上の処方記録がある患者1,216,126名

評価指標: Anticholinergic Cognitive Burden (ACB)スケール

調査方法: 患者別に指標日(2016年1月1日~12月31日)をランダムに決定し、指標日より前99日間に処方開始かつ指標日に処方中の条件を満たした抗コリン薬(ACBスケール掲載)の処方割合とACBスコアを算出した。また、指標日より1年間にOAB治療薬(βアドレナリン受容体作動薬、α2アンタゴニスト、抗ムスカリン薬、フェリゾロジン、ミダフェキシン、キキシチオニン、プロロベリン、ソラフェキシン、トルテロジン)の処方歴がある患者をOAB患者と定義した。

1: ミダフェキシンは米国で販売されておらずACBスケールでスコアリングされていないため、本調査ではOAB治療薬である他の抗ムスカリン薬と同様のスコアとして扱った。

※ 統計学上の有意差を調べるためのp値を示している。

Yoshida M, et al. Jap J Urol 2019; 89: 402-2019. 日本泌尿器科学会学術大会で発表された。

患者別にみたACBスコア

ACB対象患者のうちOAB患者は12.8%で、その平均ACBスコアは3.2であった。

ACB対象患者*	合計	非OAB患者	OAB患者
例数(%)	125,426 (100%)	109,353 (87.2%)	16,073 (12.8%)
ACBスコア: Mean±S.D.	1.8 ± 1.3	1.6 ± 1.1	3.2 ± 1.3

* ACBスコア=23の抗コリン薬処方履歴を有する患者。

※ 統計学上の有意差を調べるためのp値を示している。

Yoshida M, et al. Jap J Urol 2019; 89: 402-2019. 日本泌尿器科学会学術大会で発表された。

かくれ緑内障

- ・ 岐阜県多治見市で行われた有名な緑内障の疫学調査で、多治見スタディがある
- ・ 多治見スタディでの緑内障の有病率20人に1人(5%)
- ・ 緑内障と診断された約90%の人が自覚症状が全くなかった
- ・ 40歳以上の日本人成人における未診断の閉塞隅角緑内障は0.6%

多治見スタディ (緑内障疫学調査)

- ・ 実施機関: 日本緑内障学会・岐阜県多治見市
- ・ 実施期間: 平成12年9月~平成13年10月
- ・ 対象者: 岐阜県多治見市に在住する40歳以上の住民54,165人から「疫学調査対象者」として完全無選択抽出された10,000人を対象とした。
- ・ 方法: 一次検診において緑内障の疑い、あるいは眼疾患の疑い、判定不能例を選別し、二次検査によって診断を確定(詳細は文献を参照)
- ・ 結果(詳細は文献を参照): 疫学対象者4,000人のうち、期間内死亡・転出者が130人あったため対象者数は3,870人中となり、このうちの受診者は3,021人(受診率78.1%)だった。

病型別有病率

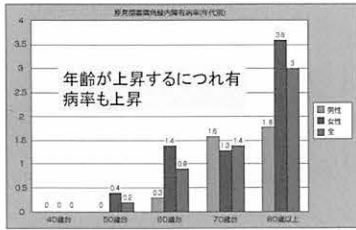
	男性	女性	計
原発開放隅角緑内障(広義)	4.1(3.0-5.2)	3.7(2.8-4.6)	3.9(3.2-4.6)
原発閉塞隅角緑内障	0.3(0.0-0.7)	0.9(0.5-1.3)	0.6(0.4-0.9)
続発緑内障	0.6(0.2-1.0)	0.4(0.1-0.7)	0.5(0.2-0.7)
早発型発達緑内障	0.0(0.0-0.0)	0.0(0.0-0.0)	0.0(0.0-0.0)
計	5.0(3.9-6.2)	5.0(4.0-6.0)	5.0(4.2-5.8)

日本緑内障学会多治見疫学調査報告書, 2012, 日本緑内障学会

その他の副作用

便秘
口内乾燥
霧視
尿閉

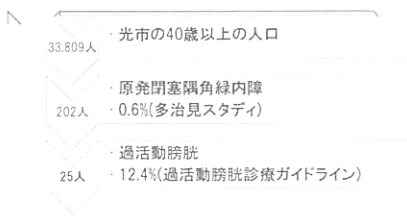
原発閉塞隅角緑内障の年代別有病率



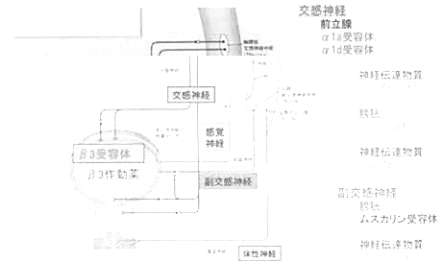
日本緑内障学会多治見疫学調査報告書2012, 日本緑内障学会

β3作動薬

山口県光市の潜在的な原発閉塞隅角緑内障で過活動膀胱を合併している人数



下部尿路の受容体と神経伝達物質



交感神経系β受容体

- β1受容体, β2受容体, β3受容体の3つのサブタイプがある。

ヒト膀胱におけるβ受容体の分布量		
β1	β2	β3
		97%

β3受容体

- 脂肪細胞⇒脂肪分解
- 肝臓, 膵臓, 平滑筋, 消化管平滑筋, 血管平滑筋⇒弛緩機能調節に関与

第18回日本女性骨盤底医学会での提言

緑内障を指摘されている人はすでに治療済み、または治療中にて抗コリン薬の処方可能な事が多い

潜在的な緑内障患者が問題

抗コリン薬を処方する時は、眼科紹介を

OABIに対する
ミラベグロンと抗コリン薬の作用機序の違い



女性の過活動膀胱治療 (以前)



Q12:女性過活動膀胱に対して、抗コリン薬、β₃作動薬の種類による有効性、安全性の違いはあるか？

- 抗コリン薬とβ₃アドレナリン受容体作動薬(β₃作動薬)の有効性はほぼ同等である。β₃作動薬は、抗コリン作用に基づく副作用が少なく、安全性の面では抗コリン薬よりも優れている。
- 抗コリン薬間の種類、用量、剤型により、効果や副作用に差がみられるとの報告はあるが、優劣について評価した報告はない。

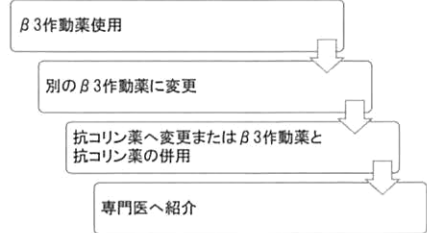
女性の過活動膀胱治療 (少し前)



Q13:女性過活動膀胱に対して、抗コリン薬とβ₃作動薬の併用療法は推奨されるか？

- 抗コリン薬であるソリフェナシンとβ₃作動薬であるミラベグロンの併用投与の有効性・安全性は、海外で行われた試験によって確認されたことから、ソリフェナシンとミラベグロンとの併用投与については単独投与で効果が不十分な場合に推奨される。(推奨グレードA)
- 他の抗コリン薬とミラベグロンとの併用投与についての安全性と有効性についての結果も報告された。(推奨グレードB)
- ミラベグロンと抗コリン薬との併用療法については十分な検証はなされていない。(推奨グレードC1)

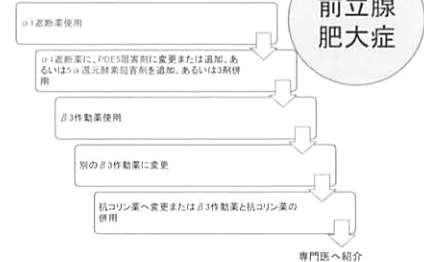
女性の過活動膀胱治療 (最近)



Q14:過活動膀胱治療は認知機能に影響を与えるか？

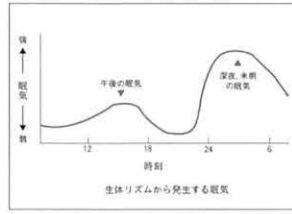
- 抗コリン薬の有効性と安全性は確認されているが(レベル1)、中枢性副作用に関するエビデンスレベルの高い報告は少ない。頻度は低いが、薬剤によると考えられる認知機能低下症例が報告されていることから、注意深い投与、観察が必要である。
- β₃作動薬の認知機能に対する影響については少数例での報告があり、明らかな副作用を認めていないが、結論を得るためのエビデンスの集積が必要である。

男性の過活動膀胱治療

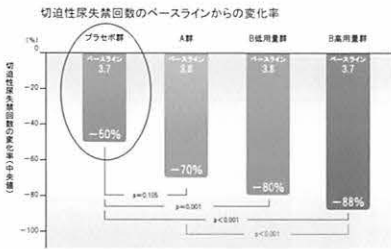




睡眠の日内リズム

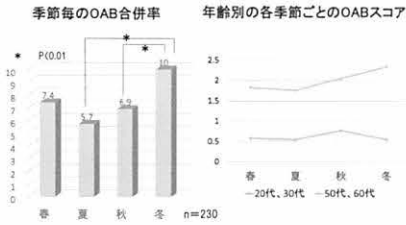


切迫性尿失禁に対する薬物の治療効果



1. 外来診療の見直し
患者さんの増加、医師不足他
2. 患者さんの、かかりつけ医での治療希望
3. 医療の標準化
どこにいても、標準的な医療を受けられる

OABの季節差

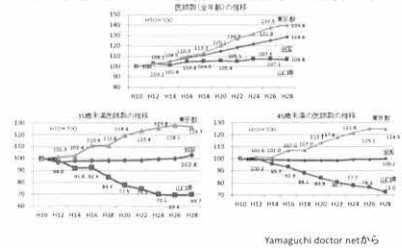


	通尿薬機軸	新立薬肥大症	泌尿器病
1990年以前	ブラダロン ボラキス	セルニルトン プロスタール バイセリン	CDDP M-VAC
1990年～1994年	ハップフォー	ハルナール	INF
1995年～1999年		フリバス	
2000年～2004年			
2005年～2009年	ベシキア デトルシトール ウルリス	ユリーフ アボルブ	ドセタキセル ネクスサール スーテント
2010年～2014年	ステープラ ベタニス トビエース ネオキシテープ	ザルティア	インライタ ヴオトリエント フィニール イクスタンジ サイティガ ジェブタテ
2015年～2019年	ペオーバ ミニリンメルト		オプジーボ アーリーダ キートルーダ ラジウム
2020年～			ハベンチオ ヤーボイ カボメテックス ニューベクオ

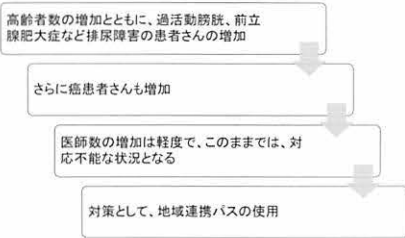
自律神経を整える方法

1. 昼寝(午後1時～3時の間に30分以内)
2. ウォーキング(息切れが無い程度)
3. 足浴(熱すぎない)
4. 瞑想
5. 音楽鑑賞
6. 緑茶
7. 首にマフラーを巻く(全身の血行が良くなる)
8. 首にネギを巻く
9. マッサージ
10. 人に優しくする
11. 筋トレ
12. 入浴
13. 体操
14. 乾布摩擦
15. ストレッチ
16. タッチケア
17. コーヒー
18. にんにく
19. 温冷浴
20. お笑い

全年齢及び35歳未満、45歳未満



今後の想定される医療環境

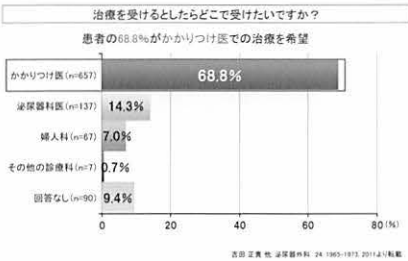


排尿自立支援加算

排尿に関するケアにかかる専門的知識を有した多職種からなるチームを設置し、下部尿路機能の回復のための包括的ケアを実施すること
排尿自立支援加算、1回200点を週1回、12週算定可



どこで治療を受けたいか



排尿自立指導に関する診療の計画書

氏名 〇〇 性別 〇〇 年齢 〇〇 病種 〇〇 記入者 〇〇 計画作成日 〇〇-〇〇-〇〇
主疾患 〇〇 尿量測定 〇〇 尿道機能評価 〇〇
現在の管理状況 1. 絶対的適応(尿量測定・高所管理) 2. 相対的適応
※現在の管理状況が2. 相対的適応であった場合のみ、以下のアセスメントを行う。

①下部尿路機能障害の症状を有する患者の抽出

<尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害が予想される場合>

尿閉/排尿困難(残尿量100ml以上)	ある	ない	ある(1)が1つ以上ある場合、排尿ケアチームに相談する
尿失禁	ある	ない	

<尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害がある場合>

尿閉	ある	ない	「ある」が1つ以上ある場合、排尿日誌と残尿量測定後に、排尿ケアチームに相談する
排尿困難(残尿量100ml以上)	ある	ない	②下部尿路機能評価のための情報収集 排尿日誌記録日 残尿量 ml
尿失禁	ある	ない	
重症の頻尿	ある	ない	

排尿自立指導(排尿機能障害)に関する問診票(患者様用)

項目	はい	いいえ	不明
年齢			
性別			
病歴			
症状			
検査			
その他			

チェック項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
尿閉/排尿困難/尿失禁等の症状がある												
内臓的血尿がある												
残尿量が100mlより少ない(検尿時確認)												
排尿障害のサイン												
【排尿症状】 尿閉 排尿困難 尿失禁 尿線途絶 残尿感 など												
【記入方法】 ※問題がなければ〇を、異常があれば×を記入してください。 ※1項目でも×があれば、泌尿器科専門医に受診をお願いします。												

専門医へ紹介すべき病歴・症状・検査所見(女性)

- 尿閉
- 再発性尿路感染症
- 肉眼的血尿
- 骨盤部の手術や放射線治療
- 神経疾患
- 下腹部膨腫
- 生殖器(卵巣、子宮、膣、外陰部)の異常
- 膣外に突出する骨盤臓器脱
- 膀胱・尿道腫瘍が示唆される場合
- 発熱を伴う膿尿(急性腎盂腎炎など)
- 尿管腔狭窄性
- 腎機能障害
- 多い残尿量: (100mL以上を目安)
- 膀胱結石
- 超音波検査異常
- 下部尿路症状が重症な場合(夜間頻尿が主症状)
- 膀胱痛、尿道痛(尿が膀胱に貯まった時に強くなる痛み)

問題ある病歴・症状・検査所見がある場合は専門医への紹介を考慮する

日本泌尿器科学会 女性下部尿路機能障害診療ガイドライン 第2版 2019

山陽小野田市の泌尿器科専門施設

山陽小野田 排尿連携バス

山口労災病院
TEL:0836-83-2881(夜間対応)

山陽小野田市民病院
TEL:0836-83-2355(夜間対応)

わたなべ泌尿器科
TEL:0836-81-4777(土曜午前対応)

厚狭セントヒル泌尿器科
TEL:0836-71-2111(土曜午前対応)

排尿連携バスに関するお問い合わせ先

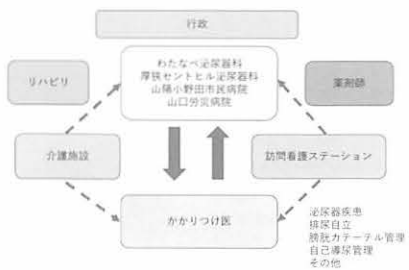
山口労災病院
TEL:0836-83-2881
FAX:0836-84-5111

山陽小野田市民病院 泌尿器科
わたなべ泌尿器科
厚狭セントヒル泌尿器科 作成

お名前: _____ 男/女

生年月日: ____年 ____月 ____日/年齢 ____ 歳

地域連携バスの運用



地域医療連携ネットワーク



理事会報告

令和2年 11月光市医師会定例理事会

日時 令和2年11月10日(火) 午後7時00分より午後7時45分

場所 光医師会事務局

出席 広田修会長、 井上祐介副会長 谷川幸治理事 前田一彦理事
田村健二理事 吉村将之理事 山手智夫理事 守友康則理事
北川博之理事 藤田敏明監事

欠席 竹中博昭監事

議題

I 報告事項

1 第1回郡市医師会長会議(10/15)

① 中央情勢報告

1) 第1回都道府県医師会長会議(9/15)

新型コロナウイルス感染症の検査体制

新型コロナウイルス感染症対応による医療提供体制への影響

2) 中国四国医師会連合総会(10/3)

PCR等検査体制のさらなる拡大、充実

新型コロナウイルス感染症流行下での医業経営と国の支援

医業収入は4~6月前年比▲13.3%(耳鼻科▲34.5%小児科▲26.0%)

持続化給付金該当は耳鼻咽喉科41.5%、小児科10.5%

オンライン診療

日本医師会の見解は「医療機関のアクセスが制限されている場合に対面診療を適切に補完するもの」

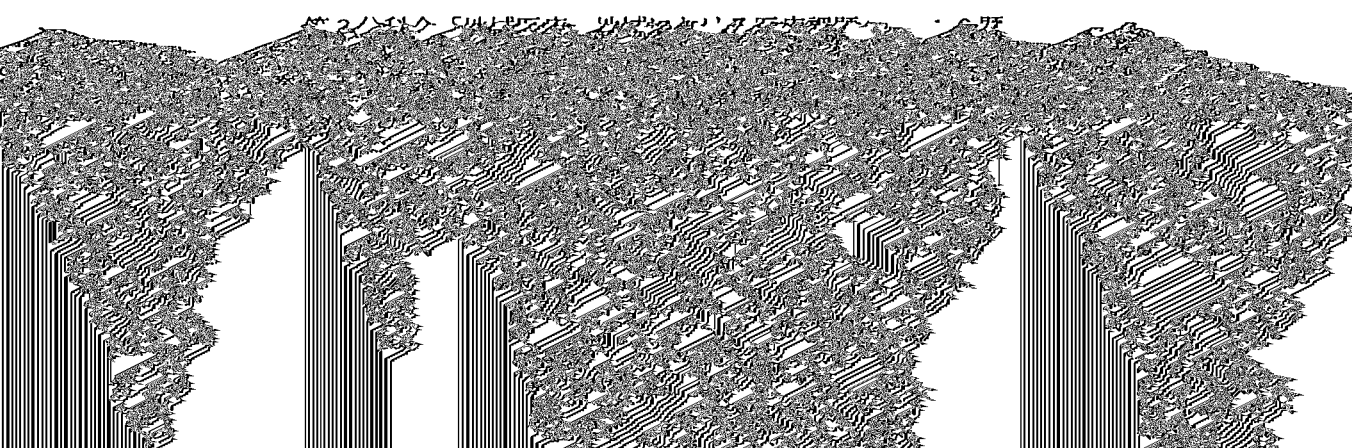
現状の検証を要請する

② 中国四国医師会連合各種分科会報告

第1分科会「医療保険、医業経営」 16題

第2分化会「介護保険、地域包括ケアシステム」 14題

第3分科会「地域医療、地域連携」 16題



育てるための基金事業を展開

医療継承の支援（新規）

県内医師平均53歳（全国1位）60~80歳の医師959人（41%↑ / 10年）
高齢化をふまえて、若手医師の確保のみならず、医療継承も検討を
医業継承バンクなどの設置とマッチング支援

その他の要望

学校における産業医の選任（新規）

精神疾患による休業が増加 教職員の健康管理体制の充実が急務

広島、岡山は全県立校の産業医を配置

警察活動に協力する医師の体制整備（新規）

出務手当の増額、新型コロナが疑われる場合の危険手当、感染時の補償

HPV ワクチン接種の勧奨と助成の拡大（新規）

定期接種対象者に積極的な情報提供

積極的勧奨の差し控えにより定期接種を受ける機会を逃した人に対する

新たな公費助成の導入

費用のため（約5万円）ワクチン接種を控えない様に、任意接種者への補助

新型コロナウイルス感染症の影響で

経営状況が悪化している医療機関への支援（新規）

山口県独自の財政措置

風評被害に対する対策の実施

医師会立看護職員養成所への支援、拡充（新規、継続）

統廃合や業務の共同化を実施するなど、運営の効率化を行う

養成所への支援の強化

④ 郡市医師会からの要望、意見

下関市医師会

防府医師会

2 令和2年度第2回山口県医師連盟執行委員会（10/15）（広田会長）

第26回参議院比例代表選挙候補者の推薦について

自見はなこ参議院議員を組織内候補者として推薦

山口県医師会を通じて推薦状を送付

3 郡市医師会勤務医理事との懇談会（10/20）（北川理事）

① 日当直、救急体制：医師の高齢化に伴い、どの程度逼迫した状態であるのか

② COVID-19による変化

③ 地域医療提供体制における機能分化、診療連携（病病 / 病診）

④ 郡市医師会勤務医部会の設置（勤務医会員の情報交換）について

⑤ その他

4 周南地区におけるインフルエンザ体制確認協議について（10/28）（広田会長）

① 「診療、検査医療機関一覧表」の共有と適切な受診案内の徹底

1) 一覧表の共有に関して

10月23日時点での指定申請に基づく一覧表を、県医師会、郡市医師会市町、保健所で共有

要請があれば、他医療圏分も共有可能

一覧表の内容に変更があれば、医師会事務局へ連絡

2) 適切な受診案内について

かかりつけ医や市町受診相談口に発熱患者等から相談があった際には

特定の医療機関に集中しない様、案内先の分散を意識する

検査実施の有無等、詳細は該当の「診療、検査医療機関」に直接問い合わせる様指示する

患者さんに以下の4点を徹底

必ず事前に電話予約すること

案内先の「診療、検査医療機関」の指示に従うこと

受診時は必ずマスクを着用すること

一覧表記載の個別の伝達事項についても遵守すること

② 現状の「診療、検査医療機関」に係る課題と対応

1) 現在の体制

山口県内の「診療、検査医療機関」指定申請数は419（10/27付）

周南地区では23医療機関+光市休日診療所

周南地区の体制

	機能別		対象患者別		時間外対応	
	診察+検査	診察のみ	外部患者可	自院のみ	休日	夜間
周南(81)	45	36	29	52	0	0
光市(23)	15	8	8	15		

光市の時間外は、光市休日診療所で対応 → 診療のみ、外部患者可

2) 今後の課題

④ 診療、検査医療機関の更なる確保

③ その他（情報提供：今後の入院医療提供体制について）

休日診療所に濃厚接触者を疑う患者さんが来た場合は「帰国者接触者外来を受診する必要があるので、保健所に連絡する

病床423床 宿泊療養施設834室 計1257床、室を確保

重症～中等症は重点医療機関へ

軽症～無症状は入院協力医療機関、宿泊療養施設へ

クラスター対策チームを設置

施設等の継続的な運営のための職員派遣制度開始

クラスターが発生した施設からの要望に基づき、県が調整して職員を派遣

高齢者、障害者、基礎疾患が併存している

② 光市防災司令拠点整備基本計画について

防災司令拠点施設を整備可能な用地を、現市役所内の敷地に2箇所想定

その他

消防統計

救急出動件数は、令和元年は過去5年間で初めて前年より減少したが、県平均より高止まりの状態
#7119（救急医療電話相談）の利用状況はまだまだ少なく、利用を勧めて欲しい。

7 郡市医師会労災、自賠責保険担当理事協議会

(11/5) (守友理事)

① 労災保険情報センター

立て替え払いと支援契約のご案内

労災診療費算定実務講座

RIC 出版物のご案内

② 労働者災害補償保険法の改正について

～複数の会社等で働かれている方への保険給付が変わります～

労災レセプト電算システムについて

石綿関連疾患について

特別加入制度について

③ 令和元年度要望書

④ 自賠責医療委員会の報告について

⑤ 郡市医師会からの意見及び要望について

以上を報告した

II 協議、承認事項

① 「診療、検査医療機関」の名簿の配布について

② 光市歯科医師会からのガウンの配布について

③ 地域包括ケア推進事業交付金の活用について

④ 見舞金について

以上を協議承認した

令和2年12月光市医師会定例理事会

日時 令和2年12月8日(火) 午後7時00分より午後7時35分

場所 光医師会事務局

出席 広田修会長 井上祐介副会長 谷川幸治理事 前田一彦理事
田村健二理事 吉村将之理事 山手智夫理事 守友康則理事
北川博之理事 藤田敏明監事 竹中博昭監事

議題

I 報告事項

1 光市地域包括支援センター運営協議会(11/22) (広田会長)

(1) 令和元年度 光市地域包括支援センター事業報告

ア 介護保険予防ケアマネジメント事業

介護予防ケアマネジメントとは

「介護が必要な状態となることをできる限り防ぐ」ための支援

「要支援・介護状態になってもその悪化をできるかぎり防ぐ」ための支援

対象者は要支援1,2の方、特定高齢者、一般高齢者

介護予防、日常生活支援総合事業の利点

事業対象者となれば訪問型、通所型サービスの利用が可能となり、

介護認定の手続きを必要とせず早期に介護予防に向けた支援が受けられる

しかし令和元年度の新規事業対象者は17人で、ほとんどが介護認定を希望

イ 一般介護予防啓発事業

(i) 介護予防啓発事業

認知症予防講演会 1回 321名

出前講座 24回 590名

内容

健康増進課：健康プラスアップ作戦 誤飲予防 転倒予防 認知症予防

介護保険係：私たちの介護保険

地域包括支援係：介護予防が健康寿命を延ばす

もの忘れチェックしてみませんか

認知症になっても安心 知っておきたい法制度

知って防ごう！高齢者虐待

高齢者の味方地域包括センターです

(ii) 地域介護予防活動事業

いきいき百歳体操の普及事業

育成支援 9団体 181人 継続支援 17団体 254人

パソコン研修 10団体 100人 認知症予防講座 10団体 100人

ウ 総合相談事業

相談者数 3381 名

相談件数 5140 件（介護サービス：1295 認知・医療 1124 生活・
家庭 994 権利擁護 455 その他 1363 重複あり）

相談者数は増加傾向で、介護サービス、認知症に関する相談が多い

エ 権利擁護事業

虐待予防講演会 R 元年 11 月 22 日（金）107 名参加

高齢者・障害者虐待の防止～一人ひとりができること～

東洋大学 高山直樹教授

高齢者虐待 R. 元年度通報 31 件 虐待と認定 5 件

制度利用 地域権利擁護事業 3 件 成年後見制度利用相談 86 件

成年後見制度 2 件

オ 包括的・継続的ケアマネジメント事業

(i) 地域ケア会議

地域ケア全体会議：虐待予防講演会 医療と介護の他職種連携研修会

地域ケア個別会議：従来型；6 回 自立支援型；2 3 回

地域ケア連絡会議：1 2 回

地域ケア検討会議：コロナ対策のため中止

(ii) 介護支援専門員活動支援事業

研修会を 5 回開催

カ 認知症対策事業

認知症ケアバス概要版を作成

市 HP で「認知症簡易チェックサイト」を開設 アクセス件数 3034 件

認知症サポーター養成講座：1 4 回 4 8 8 人

認知症サポーターレベルアップ研修 2 日間 延 5 3 人

ひかり見守りネット 認知症高齢者の情報を事前登録、行方不明時
などに早期発見を図る 8 1 名が登録

声掛け訓練：3 回 4 1 0 人

認知症カフェ運営補助 7 箇所

(2) その他

地域包括支援センター運營業務が相談件数の増加、相談内容が複雑化および
多様化したため、機能強化を図るため、令和 3 年度から光市直営の基幹センター
に加え、民間委託により東部圏域委託センター 西武圏域委託センターを設置

2 周南地域メディカルコントロール協議会（11/12）（前田理事）

議題

(1) 令和元年度の救急搬送の現況等について

- (2) 令和元年度山口県救急業務高度化推進協議会・幹事会合同会議結果について
- (3) 令和2年度周南地域MC協議会作業部会について
→作業部会の構成メンバー名簿の承認
- (4) 救急搬送における新型コロナウイルス感染症疑い患者の判定基準および登録

救急・災害・在宅医療では全ての指標が達成又は改善
女性のがんや生活習慣病に関する指標、小児に関する指標では後退

※数値目標の追加、見直しを行い、1月に協議会を開催し、3月県議会で報告

4 郡市学校保健担当理事協議会（11/19）（山手理事）

- 学校における新型コロナウイルス感染症対策について
学校健診時における学校側の留意点
 - ① 健康診断当日の健康状態の確認
 - ② マスクの着用、必要に応じてグローブ、メガネ（ゴーグル）の着用
 - ③ 児童生徒等一人ごとにとできるだけ手指消毒の実施
 - ④ 問診・指針を活用して、必要者のみに接触する

学校では、コロナ関連の「いじめ」が多発している

感染防止も大変であるが、学校でのいじめ・差別の監視も必要

感染者が出ても、県では学校名は公表しない

感染者がいることを保護者が知っていても学校医が知らないケースがあった（宇部）

- 母子手帳でのワクチンの記録、学校健診の記録、会社健診の記録、高齢者の記録等はすべて電子化されてマイナンバーカードで管理されていく方向にある
(河村医師会長)

- 「学校医の手引き」は新型コロナウイルス感染症を入れて改変されるため、年度内の発刊が遅れる可能性がある。了承された。
- 学校医活動記録手帳について
強制はありませんが、できるだけ活用してください。
- 令和2年12月6日に山口総合保健会館で行われる「学校医研修会」は新型コロナウイルス関係の講演が中心となるため、できるだけ出席を

5 郡市介護保険担当理事協議会（11/26）（守友理事）

協議事項

- ① 介護医療院の開設許可の状況について
県内23施設 定員数1685人で全国7位 順調に転換が進んでいる
- ② 介護人材の需給状況について
今後も介護人材の不足が予想される
介護保険事業所を対象とする介護ロボット購入費補助事業を実施
- ③ 介護保険制度の施行状況について
- ④ 介護保険事業所の指定状況について
- ⑤ 介護給付費診査支払状況について
- ⑥ 療養病床転換意向調査の結果について

介護療養病床は令和5年度末に廃止予定

介護療養病床転換時期は令和6年4月1日に最も多くなる見込み

⑦ 山口県訪問看護ステーション協議会の活動状況について

以上を報告した

II 協議・承認事項

- 1 令和3年度休日診療所当直(案) (前田理事)
- 2 会員の異動について
藤原皮膚科医院 藤原邦彦先生 A会員→C会員
- 3 1月理事会について
書面開催 又は中止
- 4 職員冬季賞与について (井上副会長)

以上を協議承認した

令和3年2月光市医師会定例理事会

日時 令和3年2月9日(火)午後7時00分より午後9時00分

場所 光医師会事務局

出席 広田修会長 井上祐介副会長 谷川幸治理事 前田一彦理事
田村健二理事 吉村将之理事 山手智夫理事 守友康則理事
北川博之理事 藤田敏明監事 竹中博昭監事

議題

I 光市関係各課から来年度事業の説明

II 報告事項

- 1 第1回山口県医師国保問題検討委員会(12/10) (井上副会長)
 - (1) 保険料改定の影響について
 - (2) 令和2年度上半期事業実施状況及び収支状況について
 - (3) 今後の課題と方向性について
保険料増額により財政状況は一時的によくなっている
令和元年度は
歳入 減 (加入者減による保険料、国庫補助金)
歳出 増 (後期高齢者支援金、介護納付金)
減 (保険給付費、償還金及び還付加算金)

令和元年度単年度収支 残高が¥195347000 で80541000 減
令和2年度は
保険料改定により保険料は全体で25.6% 増えた
単年度収支見込は¥195347000 で¥34856000 の増
しかし、今後も加入者が減っていく流れは止められない
令和2年度被保険者数は31人減 乙種組合員資格喪失者は69人増
保険料改定で協会健保への移行が増えている。
甲種組合員の後期高齢者への移行は令和2年度0.5% から10年度3.7%
だが12-16年度で21.6% に達する。今後も保険料収入が減っていくことが
予想され、一時的な財政好転の影響は短期に留まる予想。加えて
超高額薬剤の保険収載などによる療養給付費増
定率国保補助(13%)が継続されるか否か
後期高齢者支援金等の支出増
日医等の主導による全国統一の可能性
なども勘案する必要あり

将来的に

- ① 現行通り 困難
 - ② 被保険者構成を変更して単独存続(乙種組合員、乙種組合員の家族を除外)
相互扶助の観点から困難
 - ③ 合併、統合 都道府間の差が大きく困難
 - ④ 解散? 個人事業所は市町国保へ、法人事業所は協会けんぽへ(厚生年金)
- 2 令和2年度 第2回光市健康づくり市民協議会(12/24) (広田会長)
平成28年度3月に策定された、光市健康づくり推進計画(平成28年度~令和7年度)
の中間年に当たる令和2年度の中間報告

- 3 第2回新型コロナウイルスワクチン接種体制確保に係る関係者会議(1/13) (広田会長)

(1) ワクチン接種体制の構築

超低温冷蔵庫配置計画 光市には4台を設置予定

2月中旬 光総合病院(基本型接種施設)

4月中 あいばーく光(連携型接種施設)

5月中 光中央病院(連携型接種施設)

6月中 大和総合病院(連携型接種施設)

倉庫から冷凍で基本型施設→冷蔵で連携型、サテライト施設へ移送

「連携型」接種施設は冷凍庫の設置後、順次「基本型」に移行して

接種体制の拡大に従事する方向で検討

ワクチンの移送は地域担当の卸で行う

(2) ワクチン管理は「ワクチン接種円滑システム V-SYS」を用いる

(3) 「医療従事者」接種対象者数（光市）

医師会 356 人 歯科医師会 125 人 病院協会 973 人

薬剤師会 179 人 訪問看護ステーション 24 人 市町 120 人

歯科その他 1 人

光市健康増進課と医師会で協議

冷凍庫設置後の2月下旬～年度内を目標

(4) 高齢者の接種体制

3月中に抽出、クーポン券送付し接種

光市

高齢人口17896人（市内人口 50405人）

光市がコールセンターを設置し、予約を一元管理する

基本型、連携型接種施設とあいぱーく光での集団接種および

サテライト型接種施設（1/28時点で8施設）での接種

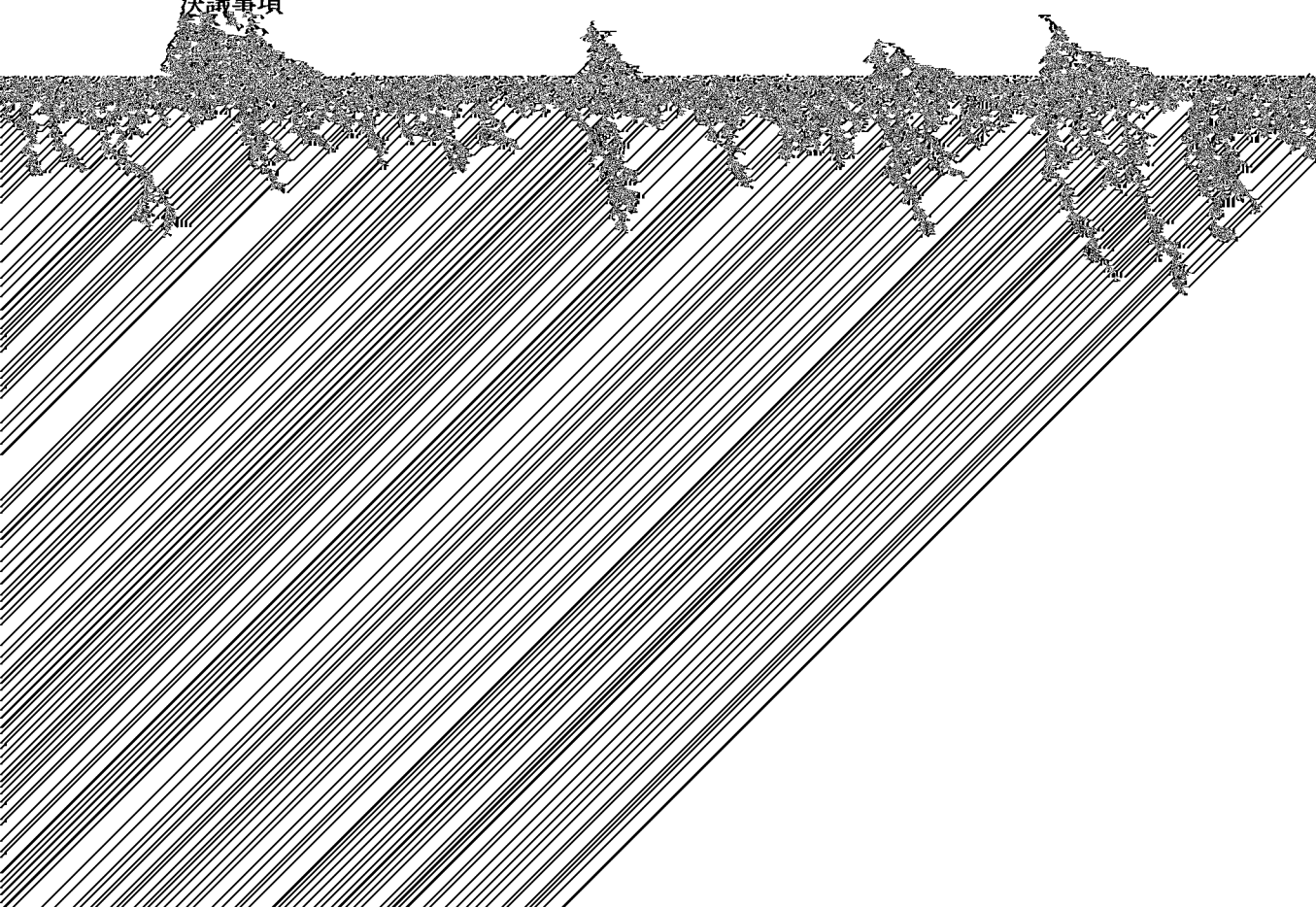
4 光市社会福祉協議会 第4回理事会（1/14）

報告事項

光市地域包括センター運營業務委託（東部地域）を光市社協が受託

光井、室積、大和 三地区を担当

決議事項



令和2年12月29日～令和3年1月3日 80人

6 令和2年度第1回周南地区救急医療対策協議会（書面開催）（広田会長）

（1）令和元年度の輪番制病院の受診者状況について

休日 全997件中 光総合病院 76件（当番日数 9日）

救急車来院 33人 その他43人

診療科目別 内科25件 外科17件 整形26件

脳外科1件 その他7件

夜間 6146件 光市からは627人（10.2%）

（2）令和元年度周南地区小児救急

休日 228人 光市からの受診 19人（8.3%）

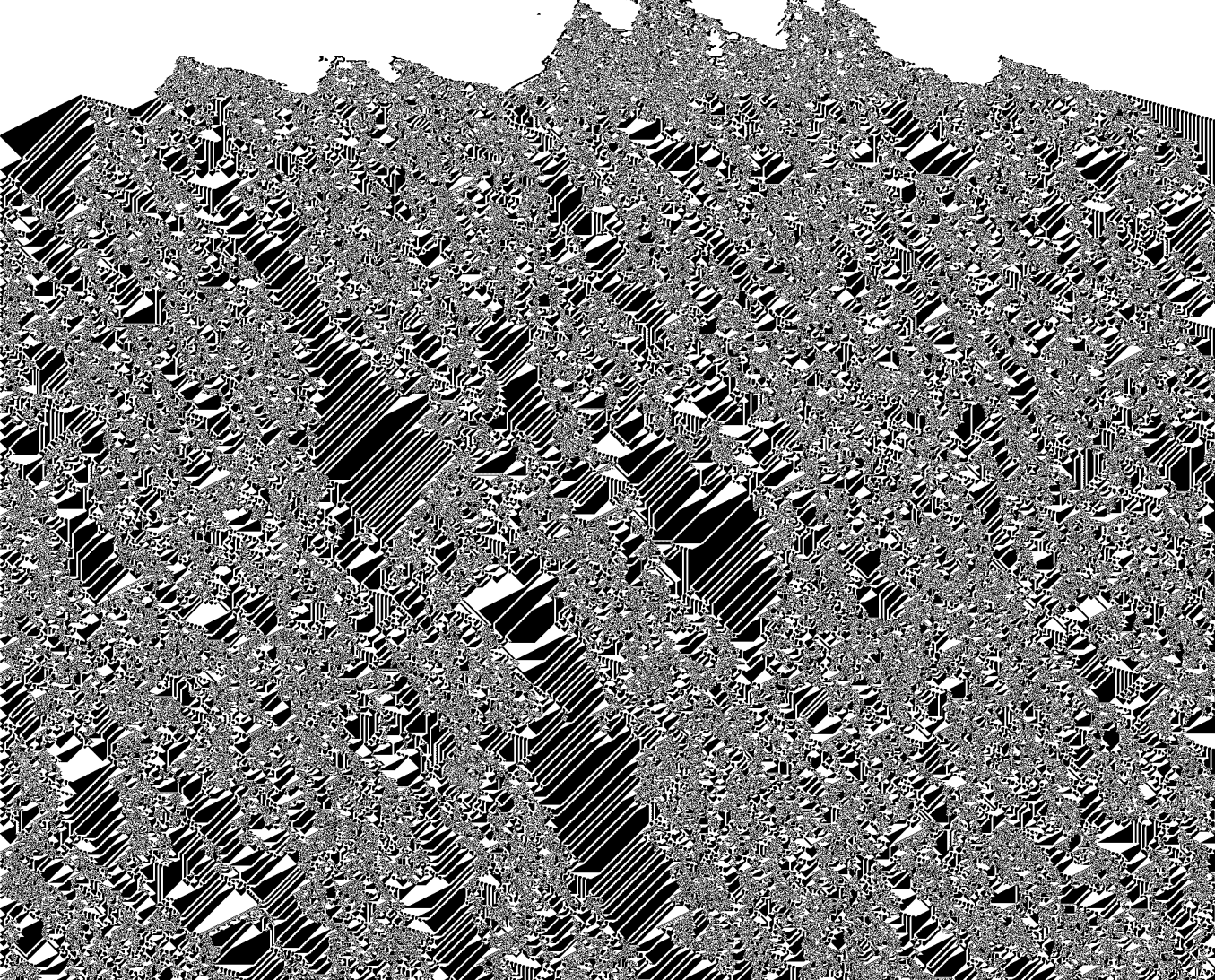
夜間 1319人 光市からの受診 182人（13.8%）

（3）令和元年度時間外救急搬送の現況

光地区消防 1642件 光総合病院 563件（34.2%）

大和総合病院 12件（13.8%）

光中央病院 165件（100%）



月例会報告

令和2年11月24日(火)

1. 地域包括ケア推進事業のアンケート結果について (広田会長)

令和3年2月16日(火)

1. 新型コロナウイルスワクチン接種に関して (広田会長)

異動会員

11月21日付

藤原皮膚科医院

A会員→C会員 藤原 邦彦 先生

11月休日診療所当番医報告

11月		内科系	外科系	
	1(日)	3	8	11
3(火)	6	6	12	
8(日)	10	3	13	
15(日)	4	1	5	
22(日)	5	4	9	
23(月)	7	10	17	
29(日)	5	6	11	
計	40	38	78	

12月休日診療所当番医報告

12月		内科系	外科系	
	6(日)	5	5	10
13(日)	2	4	6	
20(日)	5	7	12	
27(日)	2	2	4	
31(木)	11	8	19	
計	25	26	51	

1月休日診療所当番医報告

1月		内科系	外科系	
	1(金)	3	3	6
2(土)	7	10	17	
3(日)	5	4	9	
10(日)	8	5	13	
11(月)	8	1	9	
17(日)	3	3	6	
24(日)	7	8	15	
31(日)	4	2	6	
計	45	36	81	

2月休日診療所当番医報告

2月		内科系	外科系	
	7(日)	3	3	6
11(木)	5	1	6	
14(日)	11	7	18	
21(日)	8	3	11	
23(火)	19	1	20	
28(日)	6	1	7	
計	52	16	68	

☆ これからの行事予定 ☆

3月	9日(火) 23日(火)	理事会 月例会
4月	13日(火) 27日(火)	理事会 月例会
5月	11日(火) 20日(木) 25日(火)	理事会 定時総会 月例会
6月	8日(火) 22日(火)	理事会 月例会

緑友会ゴルフコンペ成績

令和2年12月13日
周南カントリークラブ

順位	名前	OUT	IN	GR	HDCP	NET
優勝	佃 浩一郎	42	52	94	17	77
準優勝	兼清 照久	44	48	92	14	78
3	赤崎 信正	52	48	100	19	81
4	丸岩 昌文	57	58	115	30	85
5	南 典文	51	54	105	19	86
6	前田 昇一	49	52	101	14	87
7	森本 博士	49	42	91	4	87
8	守田 忠正	50	50	100	10	90
9	國近 豊	54	53	107	16	91
10	宮本 寿太郎	56	55	111	15	96

NP ②南 ⑥佃 ⑬赤崎
DC ⑧⑩佃
ドラ短 兼清 南

● 編集後記 ●

ようやくコロナワクチンの接種が始まります。
ワクチンの副作用心配され、接種ためらう人が一定数いるようです。
まずは、医療従事者が積極的に接種することで、接種率が上昇しコロナ禍が収束に向かうことを願います。

Y . M

発行所 光市医師会
TEL (0833) 72-2234
発行日 令和3年3月31日
発行者 廣田 修
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