光市医師会報

No.456 (令和5年 新春号)



マンホール 光市 戎町

光市医師会 https://bit.ly/3P3IZm1

大 光市医師会報 No. 456(令和5年 新春号)

1. 表紙	
2. 第7回講演会	· 1
3. 第8回講演会	. 5
4. つながる輪ひかり研修会	· 11
5. 自殺対策講習会	· 23
6. AED講習会 ····································	· 24
7. 理事会報告	· 25
8. 新規開業挨拶	· 36
9. 休日診療所	· 38
10. 月例会報告	. 38
11. これからの行事予定	· 38
12. 緑友会コンペ	· 39
13 おとがき	. 40

令和4年度 第7回 光市医師会学術講演会

令和 4 年 10 月 25 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

「DAPA-HF、DAPA-CKD後、SGLT2阻害薬 Dapagliflozinによる糖尿病、心不全・CKD 診療

~Dapagliflozinが心不全・CKD、心・腎関 連に及ぼす影響~」

座長 光市立光総合病院 内分泌内科 部長 松田 万幸 先生



演者 陣内病院 循環器内科 部長 杉山 正悟 先生



糖尿病治療にSGLT2阻害薬が登場して 数年経ちます。今回はDapagliflozin(以下 Dap)を中心にお話ししたいと思います。

SGLT 2 は腎尿細管上皮に発現しており、グルコース(Glu)の再吸収に関与し

ています。ここをブロックすることで尿 への糖排泄が増加し、インスリン非依存 性に血糖値を下げることができ、負のカ ロリーバランスにより体重が減少します ので、肥満を伴う糖尿病患者さんには好 都合です。

米国でFDAが要求した安全性試験におい て、SGLT2阻害薬は心血管イベントに対 する安全性が分かっただけではなく、ど うも心不全や腎疾患等、他の疾患にも効 果がありそうなことが分かってきました (図1)。2017年から2018年にかけ、 20カ国でDapを用いた前向き試験DAPA-HF試験(https://www.ebm-library.jp/ circ/trial/doc/c2018036.html) が行われ ました。この試験では、糖尿病の有無に 関係なく左室駆出率が低下した慢性心不 全患者を登録してDapを投与し、心血管イ ベントが改善するのか、安全性も含めて 検討されました。心不全に対しては、利 尿薬やACE阻害薬、ARB等を用い、HFrEF ガイドラインに沿った基本治療を十分実 施した上で試験が行われています。結果 として、治療早期からDapは心不全イベ ントを26%減らし、NNTも21と高い効果 を示し、さらに総死亡も減らすことから (図2)、心不全に対する基本治療薬と なりうる可能性が期待される結果となり ました。

心血管死		Andrew 1	-	-	-	(2)	***	Miggs-18
Parameter and arbus		Participally	_	Segment	Pane	-		
ENTH-RECOUNCEM		1333/20150	49	99.0	304	310		848/045-876
CHRISTINGS.	MANAGE SATERINA	DESIGNATION .	\$16.	154	274	33.8		6704-69
Section (1997)	30/4 mile	lineals.	107	194	177	35-4	-	25/27/45F
							-	
Patricip with reality (Anti-III) Program	de mis factors	value.	200	Pr.	11	100	100000000000000000000000000000000000000	etrodon
PECAN INCID	sadonali.	MUNICIPALITY.	12	7.	**	200	-	454042446
Fred effects model		the part of	iii.					98404935
						* 11	temporaries temporaries	150
替ィベント	Nome	-	-	Laure par	-	Norgie (N)		18 (5) 4 (3)
	Septembrile.	America trab		fame	Fands			
Personal with Miles	mirror system	-		-	_			
		ZSZSMOAN ZODOSKAN	10	64	64.5	31.0		954 (0 40 40 5)
DATE AND DUTED OF			TA .	44	10%	25.5	_	2004465
CANNELPagier	2504469							
CANNEL Propular CANNEL Propular CHILARY-FRANCE France France SE	SAMAN POPERSON	E40/4534	175		**			545,0-47-64
CARONI Propun OFFILARY FAM SE Front of Botto annual	NO. STATE OF THE PARTY OF THE P		103		**		-	
CANNEL Program OFFILARY-FRANCE	NO. STATE OF THE PARTY OF THE P		-			ee:	-	

図 1

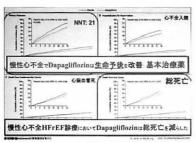


図2

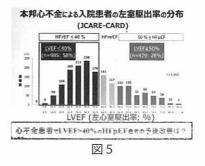
また、患者さんの自覚症状を減らす事 も示され、患者さんに大きな利益をもた らすと考えられます。糖尿病の有無にか かわらず予後を改善し、非糖尿病心不全 患者さんからの新規糖尿病発症も32% 抑制することが出来ました。この試験で は、4.744人中に日本人は343人登録され ており、サブグループ解析が行われてい ます。日本人のHFrEF患者さんは高齢で非 肥満で、血圧が良くコントロールされ低 い傾向にあります。その中で日本人患者 さんでもプラセボに対して心不全を37% 抑制することが出来たことで、Dapは慢 性心不全に対して保険が適用されること になりました。収縮不全心不全に対して は、今までACE阻害薬及びARB、MRA、 βブロッカーの3つが基本薬として用い られていましたが、今回、Dapが大きな柱 の一つになったのです(図3)。この4 剤は、総死亡を減らす効果、及び実績が 示された薬剤です。2021年の日本循環器 学会、日本心不全学会の慢性心不全合同 ガイドライン (https://bit.ly/3VI1sHj) で も基本治療薬として示されています(図 4)。

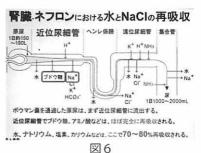


型は、対策などで記載 CASE 200 Acc 12 To Ac

日本人では、左室収縮力がそれほど低下していない心不全患者さん(HFpEF)は多く認められます(図5)。これに対して、DELIVER試験が計画され、先日結果が発表されています(https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2022/3494_02)。

SGLT2はGluを再吸収すると共にナトリウム(Na)も再吸収するトランスポーターです。Naは70~80%が近位尿細管で再吸収されます(図6)。近位尿細管は様々な物質の再吸収に関与する、たいへん重要なセグメントで、心不全の病態では近位尿細管におけるNaの再吸収が亢進増大していることが分かっています(図7)。





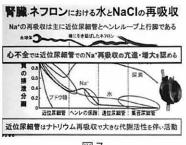
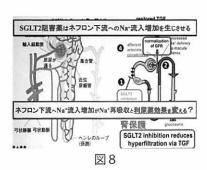
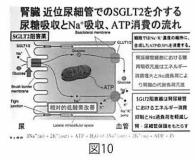


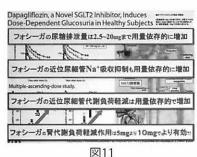
図 7

SGLT2阻害薬は近位尿細管においてGlu と共にNaの再吸収を阻害することで、ネ フロン下流へのNa流入増加が生じます。 その結果、尿細管・糸球体フィードバッ ク (TubuloGlomerular Feedback: TGF) の正常化が起こり、過濾過が解除されて 腎保護作用を来します(図8)。2型糖 尿病患者さんでは腎でのSGLT 2 発現が亢 進した結果Gluの取り込み量が増加し、さ らに腎からのGlu排泄閾値が上昇するた め、「高血糖でも尿糖なし」の状態にな り腎負荷をますます悪化させてしまいま す(図9)。また、尿細管細胞はNa/K濃 度を維持するために、通常合成したATP の30%を消費しますが、SGLT2発現の亢 進により過剰に細胞内に流入したGluとNa を処理するためにエネルギー消費の増大 と腎代謝負荷の亢進が起こります。ここ にSGLT 2 阴害薬を作用させることでGluと Naの流入を減らし、代謝過負荷を軽減す ることで腎・尿細管保護をもたらします (図10)。Dapの尿糖排泄量、近位尿細 管でのNa吸収抑制、代謝負荷軽減は容量 依存的に増加し、5 mgより10mgで、よ り有効と考えられます(図11)。



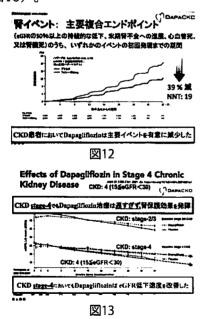






Dapを用いてCKDに対しての効果を検討したのが、DAPA-CKD試験(糖尿病トライアルデータベース:https://www.ebm-library.jp/diabetes/trial/detail/51799.html)で、糖尿病に限定しない腎機能低下患者さん4,300人余りが登録されました。結果は主要複合エンドポイントを抑

制し(図12)、全死亡も31%減らすこと ができ、糖尿病の有無にかかわらずイベ ントを抑制しました。また早期からアル ブミン尿を減少させ、試験開始一年くら いからeGFRの低下を抑制するなどの結果 も得られました。糖尿病性腎症、慢性糸 球体腎炎などの様々な病態でイベント抑 制効果があったことで、Dapは慢性腎臓病 に対して保険適応を取ることが出来まし た。さらにCKD stage 4 の患者群でもeGFR 低下速度を改善することから、透析導入 を遅らせることを期待してDapを開始する 選択肢があると考えます。DAPA-CKD試 験から得られた知見を元にした、Dapのま とめです(図14)。また、CKD患者さん へのDap治療に関する私の考えを示します (図15)。



DAPA-CKDか6のSGLT2阻害藥: Dapagliflozin

- 脊機原総管細胞に原管腔側から作用し、軸、Ma*再吸収を配管する
- 10 mg家で用量依存的に育での尿道接着を増加させる
 →10 mg家で育に対する作用増加 (5G17日音楽長大量祭4の意義)
- 腎臓の代謝負荷経験をもたらし腎機能への作用を発揮している可能性
- CKD患者に対して、業民病の有無に囚係無く管理性への作用を発信
- CKD数者で替イベントと起死亡を抑制する効果(以本治療器の可能性)
- ・ 質硬化症やMA腎症、G:4のCKDを含むはCKDに対して有効な可能性
- ・ OKDに対する作用 ACE-/ARS 圧象な野津 Danastifforin 代別なご野菜
- ・ 心・腎違謀の病節に介入し臨床予後改善が期待出来る初めての資料

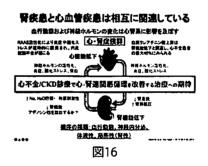
CKDでフォシーガ投与を検討し治療を考慮 CKDに対する新たな治療の展開:私見

- · 施尿病性腎症(albumin尿, 蛋白尿陽性)
- ・建度療患者で年間eGFR低下が3ml/min/1,73mlより大きい
- ・非糖尿病でeGFR<50であり蛋白尿、血尿のある患者
- ・非糖尿病で心不全合併 (BNP>80)のCKD (eGFR<60)患者
- ・非路尿病で肥満合併のCKD患者(糖尿病発症リスクが高い)
- 非禁尿病CKD(eGFR<60)患者で65歳未満
- ・非糖尿病CKD(eGFR<60)患者で年間eGFR低下が3以上
- ・食業度GCKD/eGFBcKD/長者で現在のeGFBc45 (単合理集)。

・非糖尿病CKD(eGFR<60)患者で腎機能低下を心配する患者

図15

心臓、腎臓の血行動態、神経ホルモン の変化は様々な病態を引き起こします が、ここに介入する薬剤は今までありま せんでした。心臓から腎臓、腎臓から心 臓という悪循環に対して(図16)、Dap はこの悪循環を断つことで糖尿病患者さ んに限定せず、腎臓・代謝・心臓の新た な連関を作ることで腎機能、心不全病態 に有効に作用することが分かってきまし た。Dapの臨床応用と可能性について、最 後にまとめました(図17)。



DAPA-HF, DAPA-CKD後のSGLT2望春夢: Dapagiiflozin(フォシーガ)の臨床応用と可能性

- SGLT2協容量: Dapagiffozinia、着収貨治療において安全に企整 コントロール改善と体重減少をもたらし、糖尿病治療に有用である 発症早期2型循环病患者での<u>実際</u>への期待 (Car
- SGLT2配容蓋、Dapaqitfoziniz建尿病で心不全免位予防の可能性と 健康病に限らず収集不全心不会患者の心不会悪化抑制、予禁改善
- ・ SGLT2回音楽 Dapaciiflozinu CKDに初めて伝統表応された治療薬
- SGLT2回答差 Depoglificatinは、代謝活動が変んな管理・保知管に 作用する薬剤であり代謝食品経過により買への作用を見得
- SGLT2回答案 Depagliflozinは、心・腎透镜の医性理を新ち 容器、
- 心不全改善と生命予後改善の可能性を示した(フォシーガ10mg年均性) * SGLT2回音集:Depaglifloziniによる新たな診療展開への期待

令和4年度 第8回 光市医師会学術講演会

令和 4 年 11 月 22 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

「高齢者心房細動~血圧管理・抗凝固療法・そしてアブレーション~」

座長 光市立光総合病院 循環器·呼吸器内科 部長 中村 安真 先生



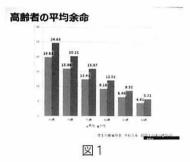
演者 関西労災病院 心臓血圧センター 循環器内科副部長 不整脈科治療 部門長

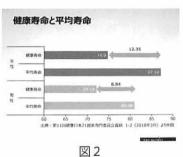
増田 正晴 先生



日本人の平均寿命は、縄文時代は18歳くらいで、江戸時代になっても30歳前後でしたが、現代は80歳台となり世界と比べても長寿の民族になっています。高齢者の平均余命は図1の様で、70歳で20年、80歳でも10年以上あり、病気のある無しを含めて長い老後の人生を考えていかなくてはならない状況になっていま

す。そのなかで健康寿命と生物学的な寿命の間に約10年の開きがあり(図2)、この10年をいかに"元気に生きるか"が重要な課題になっていると思います。





この、"元気に生きる"ことの大きな妨 げになっているのが、心房細動(Af)で す。心房がけいれん様の興奮を起こす ことによって心室の興奮が不規則にな り、動悸などの不快な症状を起こしてし まう状態です。本当に恐ろしいのはこ の自覚症状だけではなくて、その合併 症です。Afがあると、死亡が1.5~3.5倍 に増え、脳卒中の2~3割はAfが原因と 言われています(図3)。心機能低下や 心不全の原因にもなりますし、認知症を 50%増やすなど、健康寿命に様々な影 響をおよぼします。京都府で行われた 「Fushimi AFレジストリー」は、日本の Af診療の縮図を見ていると考えられます (https://www.ebm-library.jp/att/trial/ detail/62238.html)。中央値は70~79 歳、併存症が多いことが分かります(図

4)。実際高齢者は軽い心不全を持って いることが多く、かぜがきっかけで心不 全症状が顕在化することは良くあります し、むくみなどで利尿剤を必要とする患 者さんは少なくありません。また、心房 細動にフレイルを伴う患者さんが多いこ と、及びフレイルを伴う患者さんは予後 が悪い事も分かっています(図5)。 本日のテーマは「Afから高齢者を守る」 という事です。Afの症状を緩和する事で 「今日を守る」、そして心機能を保護 し、脳梗塞等を予防し生命予後を改善す る事で、「未来を守る」ことについて、 抗凝固薬、血圧管理、そしてカテーテル アブレーションの順にお話しします。



図3

高齢心房細動患者の併存症

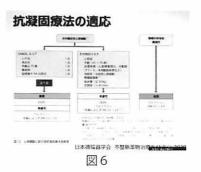
		FU	FUSHIMI AF Registr		
	~75歳	75~84歳	85歳~		
心不全	19%	30%	43%		
高血圧	60%	64%	60%		
糖尿病	24%	24%	19%		
冠動脈疾患	11%	19%	17%		
末梢動脈疾患	3%	6%	4%		
CKD	24%	39%	58%		
脳卒中既往	15%	20%	29%		
大出血既往	2%	3%	5%		

义 4

フレイル患者の予後 Kim SW, et al. Arch Gerontology and Geristrics 2017; 70: 1-7

図 5

まずは抗凝固薬です。これは日本循環 器学会のガイドラインです(図6)。 CHADS2スコアに基づきDOAC等の投与が 推奨されています。DOACの登場が、抗 凝固療法を大きく変えました。2010年頃 はワルファリンが主役でしたがDOACの 登場と共にどんどん置き換えられ、2021 年には52%がDOACとなり、ワルファリ ンは18%となっています。ただ、抗凝固 療法で心配なのは出血です。例えばエド キサバンを用いたスタディでは、全ての 出血イベントは8.29%に認められ、十分 な注意が必要と考えられます。一方で、 出血も怖いですが血栓塞栓症も多いとい う事実も知っておかねばなりません(図 7)。ワルファリンよりDOACの方が安全 というのは共通認識になっているとは思 いますが、やはりできるだけ安全なDOAC を選ぶことが大切だと思います。大規模 スタディを踏まえ、ガイドラインには図 8のように記載されています。



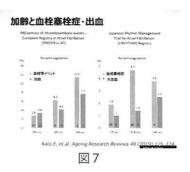
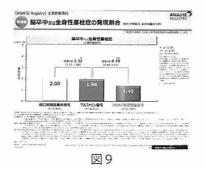




図8

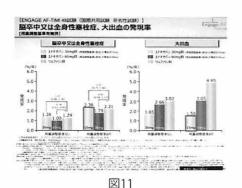
75歳以上の高齢者、超高齢者非弁膜 症性Af患者さんで検討したスタディが、 ANAFIE Registryです (https://www.ncvc. go.jp/pr/release/pr 32234/)。平均年齡 は81.5歳、病型は発作性が42%、持続性 が16.5%、永続性、長期持続性が41.4%で した。このスタディではDOACがワルファ リンに比べ脳卒中や全身性塞栓症の発症 を減らし(図9)、大出血や頭蓋内出血 など安全性に関しても、ワルファリンよ りも安全性が高いことが示されました。 このスタディの中で、「脳卒中または全 身性塞栓症のリスク因子」についての解 析も行われました(図10)。よりご高 齢の方、持続性のAf、収縮期血圧が高い 方、糖尿病、脳血管疾患の既往がある方 などがリスクが高い一方、カテーテルア ブレーションを受けた方はリスクが低い ことが分かります。問題なのは不適切な 減量です。基準に沿わない減量投与は訴 訟リスクにもなりますので、添付文書等 に準拠した適切な処方が重要です。

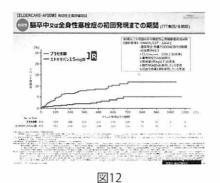


出血ハイリスクのために通常用法用 量DOACを処方をできない患者さんのた めに、エドキサバン15mgが登場しまし た。ENGAGE AF-TIMI 48はワルファリ ンとエドキサバンの効果を見る試験で す (https://www.daiichisankyo.co.jp/ media/press_release/detail/index_6031. html)。プライマリーエンドポイントで ある脳卒中または全身性塞栓症では、エ ドキサバン15mg群は30mg群やワーファ リン群と遜色ない結果だと思います。一 方、大出血の発現は圧倒的に少ない結果 となりました(図11)。虚血性脳卒中、 脳梗塞に関しては15mg群は他群より多い 傾向が認められ、通常の容量が使える患 者さんに安易に少量を用いると脳梗塞を 起こしてしまうことになりかねないこと に注意が必要と思います。

次に80歳以上の出血リスクが高い高 齢心房細動患者さんを対象に国内で行わ れた、ELDERCARE-AF 試験を紹介します (https://www.ebm-library.jp/circ/trial/ doc/c2018050.html)。

図12にある様な基準で選択された患者 さんで試験されましたが、プラセボに比 ベエドキサバン15mg投与群では脳卒中 または全身性塞栓症の発現までの期間に 図の様な差が出ました。内訳は図13で、 15mgでも虚血性脳卒中を70%減らすな どの結果が認められています。ただ、 90歳を越える、あるいはクレアチニン クリアランスが30を切る様な患者さん では15mgといえども大出血のリスクが 増えますので、十分な注意が必要です。 エドキサバンの投与量をまとめています (図14)。基本は60mgで、減量基準に 該当する患者さんは30mを投与します。 一方、図の右側の基準を満たす患者さん は、15mgを投与する選択肢が出来まし た。エドキサバンは日本医師会が作成し た JMAT携行医薬品リストに採用されるな ど効果が確立された薬剤であり、1日一回 の服用で OD錠があるなど服用の容易さ、 大規模診療試験で高齢者でも大出血発生 率が低い、剤型が多彩で出血リスクに応 じた用量調整が可能な点が大きな魅力で あると考えています。





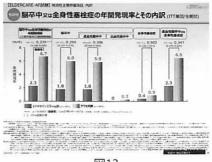


図13

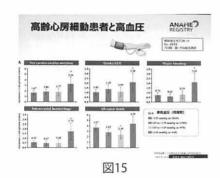


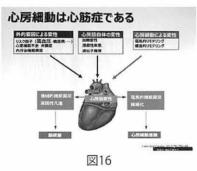
図14

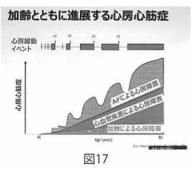
次に血圧管理のお話です。Af患者さんでは6割前後に高血圧を認めます。高血圧学会が作成した高血圧治療ガイドライン2019では、適切な抗凝固療法とともに、130mmHg 未満を目指す様、記載されています(https://www.jpnsh.jp/data/jsh2019/JSH2019_noprint.pdf)。

Af症例において血圧管理がいかに重要か、についてですが、先程示したANAFIEレジストリーにおいて血圧の管理状況別の臨床イベントを見ますと、いずれも145mmHg以上で管理が悪いとイベントが上昇することが分かります(図15)。J-Rhythmレジストリーなど他のスタディー(https://new.jhrs.or.jp/caseregistry/closed/j-rhythm_registry1/)でも血圧が高いとイベントが増えることが示されています。Afはそもそも心筋症である、という考え方があります(図16)。心房心筋症ともいわれます。心房が線維化などの組織変性を起こした結

果、電気的な異常としてAfを起こしている、また変性のため機械的に心臓が動かなくなったり内皮機能の低下により凝固性が亢進して脳梗塞を起こします。この組織変性を起こす大きな要因として、高血圧が考えられています。加齢と共に心房心筋症は進展しますが、そこに高血圧等が絡むとさらに増悪し、そこに介入しないと間欠的な症状が持続する状態になってしまいます(図17)。







Af症例においては、脳卒中リスクを下 げること、および心房リモデリングの進 展を抑制し、Afや心不全を予防するため に、血圧管理はたいへん重要です。降圧 剤は様々ありますが(図18)、心筋症を 抑制すること、Af、心不全を抑制するこ とであれば、レニンーアンギオテンシン (AT)ーアルドステロン系(RAS系)に 作用する薬剤を使うことになると思いま す。第一選択としてはACE阻害剤(ACEI)、 ARBなどが挙げられます。近年ではミネ ラルコルチコイド受容体(MR)拮抗薬 (MRB)、も注目されています。MRが活 性化されますと、様々な臓器障害を来し ます(図19)。RAS系カスケードにおい てどのようにMR受容体が作用しているか についての復習です(図20)。







図20

ATIがATIIになりAT1受容体に作用し アルドステロンが産生されてMR受容体 を活性化して様々な臓器障害を起こす流 れを、ACEIやARBはブロックします。し かし一部の患者さんではアルドステロン ブレイクスルーといった現象が起こり、 投与量を多くしてもアルドステロンが上 昇するといった病態が認められます。ま た、食塩の過剰摂取など、そもそもアル ドステロンに依存せずMR受容体を活性化 させる流れもありますので、MR受容体そ のものをしっかりブロックすることが重 要です。カルシウム拮抗剤やACEI、ARB にMRBのエサキセレノンを併用したスタ ディでは、収縮機血圧を15~25mmHg低 下させ、懸念された血清カリウムの上昇 もほとんど無く、エサキセレノンは安全 に使用できる薬剤と考えられました。心 臓を保護する第一選択はACEIやARB、さ らにカルシウム拮抗薬で、治療抵抗性の 高血圧症にはMRBの併用が良いと思いま す。

最後にアブレーションのお話をします。薬物治療において、加齢と共に薬物代謝は吸収、排泄などいずれも低下し、副作用は増加します。アブレーション治療の適応は、利益と不利益の天秤です。高齢になるほど組織の脆弱性、生理的な身体機能低下、併存疾患によりアブレーションの合併症が増えることには注意が必要です(図21)。高齢者でも薬物療法よりアブレーションの方がQOLが高い報告があり、症状が強い患者さんではアブレーションを行う価値は高いと思います。

本日のまとめです(図22)。



図21

高齢者心房細動治療 まとめ

今日の症状を抑制する治療と未来の健康を守る治療を患者さん の健康状態・社会的状況などを総合判断して選択する。

DOACは多くの高齢者で投与可能である。 出血高リスクのために通常用法・用量のDOACが服用できなくなったときに、エドキサバン15mgを選択する。

心房細動患者では収縮期血圧130mmHgを目標に降圧治療 を行う。治療抵抗性高血圧であれば、エサキセレノンなどのMR拮 抗薬を検討する。

高齢者へのアプレーションでは、予後改善よりも症状緩和が目的と なることが多い。工夫をすれば十分に安全にアプレーションが可能 である。

第16回 「つながる輪ひかり」講演会

令和 4 年 11 月 24 日 (木)

19:00~20:30

光市総合福祉センター

(あいぱーく光) いきいきホール

参加人数:85名

(医師; 6名、薬剤師; 22名、 看護師; 33名、介護関係; 21名、

行政;3名)

演題

「緩和ケアの歴史 ~その大海原を漂った一年~」

講師 光市立光総合病院 緩和ケア内科 部長 折田 雅彦 先生



緩和ケア病棟を立ち上げてからの1年 少々、毎日目の前のことに追われて走っ てきたという感じです。ここで一度立ち 止まり、ここまでどのように辿ってきた のか、これからどこに向かおうとしてい るのか、そもそも今僕たちはどこにいる のか、それを示してくれる羅針盤を手に 入れるために、緩和ケアの歴史を紐解い てみることにしました。私が光市に来た のが平成17年、2005年のことですからも う17年になります。緩和ケア病棟で仕事 をする機会まで得られ、今日は光への恩 返しと思って話させて頂きますので、最 後までお付き合いください。 皆さんは「ホスピス」という言葉と、「緩和ケア」という言葉の意味、違い、 使い分けを説明できますか? もしくは 使い分けていますか?



「ホスピス」と「緩和ケア」

例えば、 日本ホスピス線和ケア協会、 Asia Pacific Hospice Palliative Care Network。 International Association for Hospice & Palliative Care.

図 1

例えば「日本ホスピス緩和ケア協会」と表記されたり、「Asia Pacific Hospice Palliative Care Network」、はたまた「International Association for Hospice & Palliative Care」という表現もあります。いずれも組織を呼称する正式な名称です(図1)。

実はこの3つには微妙な違いがあり、歴 史的背景と国内外の違いがあります。後 ほど説明いたしましょう。



1

中世のヨーロッパ(11世紀ごろ) 十字甲塩粧の鶏の温札者や 傷料者の暗治所、避難場所となった梅道院や小さな教会を ホスピスセ時人だ。 ラテン語のbastitiumを高級とし人をもてなすことや、歓待。 あるいなもでなす場所を意味する。

ラテン語のhestellumを語源とし入をもてなすことや、軟件 あるいせもではす。根外を設すする。 1879年 アイルランド、ケブリンにカリリックの構造をによる 最密部体により「電時ホロズス(Jour Lady's Hospice)」が 世界で最初に「近に遊く人のため」に設立された。

現代ホスピス

近代ホスピス

数等の時により、別日のインと、AUGI Lany * nospice)」か 世界で最初に「死に遊く人のため」に設立された。 現代ホスピスの展覧。 同居体が1905年にロンドンに貧困層を対象とした敷ショセフ・ ホスピスを開設。ここでCicely Saundersが学ぶ。

図 2

緩和ケアの歴史

現代ホスピス

現代ホスピス運動の提唱者であるCicely Saundersが1967年 ロンドンにセント・クリストファー・ホスピスを設立、現代ホスピスの 歴史がここに始まる。

セント・クリストファー・ホスピスで基礎が作られた<u>ホスピスの</u> 概念は世界中に拡がっていく。



その過程で、同ホスピスで学んだBallour Mountがカナダの モンドリオールのロイヤルピクリア有談に、既度施設によりさ ホスピスともいえる機和ケア有様の副語がで care unitを開設 した。この時外ountが初かで「ホスピスケア」という音楽に 代えて「<u>越和ケア</u>」という言葉を使った。

「全人的苦痛」という概念を提明

ホスピスは大きく初期ホスピスと現代 ホスピスに分けられ、その間をつなぐ移 行期として近代ホスピスがあります(図 2)。初期ホスピスは542年、日本でい えば飛鳥時代の前の古墳時代の頃です。 貧しい人たちのための施療院として、フ ランスのオテル・デュがよく知られてい ます。有名なのか、言葉として残ってい たからかはわかりませんが、文字のない 民族に歴史はないと言われますので、残 したもの勝ちなのかもしれません。つづ りは英語のhotelと同じで、宿泊する機能 も持っていたはずです。このように宗教 的背景から、弱き者に物心両面から施し 労わることから初期ホスピスは始まり、 ヨーロッパの中で拡がっていきました。 当時の西欧キリスト教の勢力範囲内での 広がりと言うことになります。

時は下り中世のヨーロッパ、11世紀終 わり、十字軍の遠征が始まり、13世紀 の1272年まで続きます。日本でいえば 平安時代の終わりから鎌倉時代にあたり ます。十字軍とは西欧キリスト教徒と異 教徒、おもにイスラム教との宗教戦争で す。現在でも別の形で相変わらず続いて いるとみて良いでしょう。そもそも「十 字軍」という呼称は十字軍が始まってお よそ1世紀後と言われており、それまで は「旅」とか「巡礼」という言葉が充て られていました。教科書で緩和ケアの歴 史の章を読むと誤解しそうになるのです が、そこに書かれた「巡礼者」とはまさ に軍人のことで、現在の聖地巡礼のよう に信仰のために聖地に向けて旅をしてい る信者とは異なります。ホスピスの語源 はラテン語のhospitiumで、人をもてなす ことやあるいはもてなす場所を意味して います。この「場所」というのは大切な キーワードになりますので覚えておいて ください。

時はさらに下り1879年、明治12年、 なんだか歴史ものの講談の様になって来 ましたが、アイルランドのダブリンにカ ソリック修道女からなる慈善団体により 「聖母ホスピス (Our Lady's Hospice) が設立されました。それは世界で最初の 「死に逝く人のため」のホスピスであ り、現代ホスピスの原型となりました。 同じ団体が1905年、明治38年、日露戦争 の真っただ中、ロンドンに貧困層を対象 とした「セント・ジョセフ・ホスピス」 を開設。ここで学んだのが、有名なシシ リー・ソンダースです。やっとここでシ シリーさんが登場しましたが、緩和ケア の歴史においてとても重要な方なので、 少し詳しくお話させてください。シシ リー・ソンダースは1967年、昭和42年に ロンドンに「セント・クリストファー・ ホスピス」を設立。ここで確立された現 代ホスピスの概念は世界中に拡がってゆ くことになり、このホスピスが現代ホス ピスの始まりと言われる所以です(図 3)。

このホスピスで学んだBalfour Mount、私と同じように腫瘍外科医ですが、彼は「シシリーの息子たち」と呼ばれる弟子の一人です。彼は出身の北米にも同様の施設を作りたいと考え、1975年にカナダ・モントリオールのロイヤルビクトリア病院に、医療施設におけるホスピスともいえる緩和ケア病棟(palliative care unit)を開設しました。それまでのホスピスは医療行為というよりも慈善事業の意味合いが強かったのだと思います。この時Mountは「ホスピスケア」の代わりに「緩和ケア」という言葉を初めて使いま

した。その理由として、モントリオールはフランス語圏であり、「ホスピス」という言葉に初期ホスピスのイメージが重なり、あまり良い印象をもたれない状況であったようです。もう一つの理由は、病院内の一病棟として作ったためだと言われています。いわゆる緩和ケア病棟ですよね。と言うことになると、現代ホスピスの祖がシシリー・ソンダースなら、緩和ケア病棟の祖はバルフォア・マウントと言って良いのかもしれません。

もう一つ、緩和ケアでは苦痛というの は身体的なものだけではなく、精神的苦 痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛 もあり、それらはお互いに影響してお り、全体として苦しみを形成していると いう「全人的苦痛」は広く受け入れられ た考え方ですが、この概念を提唱したの もシシリー・ソンダースです。彼女は 2005年にセント・クリストファー・ホス ピスで永眠されました。図3の書籍の表 紙ですが、本当にこんな顔をしていたの でしょうか? 宇宙人みたいですね。この 表紙の人は実は男性で、大きく深い川の 渡し守をしていたのですが、ある日小さ な男の子が川を渡らせて欲しいとやって 来ました。彼がその子を背負い川を渡り 始めると、一歩進むたびにその子は重た くなっていきました。やっとの思いで川 を渡り終え、その子を降ろして「世界を 背負っているのではないかと思うくらい 重かった」と言うと、その子は「世界の 王、この世の創造主である私を乗せたの だから、重いのは当然だ。私は全世界の 人の罪を背負っているのだから」と答え ました。この時からこの男性はクリスト ファー、キリストを背負うものと呼ばれ るようになったということです。このエ

ピソードをモチーフにした絵画にはクリストファーの背中に、小さな地球を持った小さな男の子の姿をしたキリストがいつも描かれています。このエピソードのためセント・クリストファーは「旅ったで護聖人」として知られるようになったそうです。そしてシシリーの建てたの名がになりました。シシリーの建てたったとは何て名前だったかな? と思ったいる、キリストを背負った旅人の守遇してください。

シシリー・ソンダースはオックス フォードで政治学、哲学、経済学を学ん だ後、セント・トーマス病院のナイチン ゲール看護学校に入学し看護師資格を 取得します。しかし背中の痛みのため 業務を続けることができず、オックス フォードに復学し社会科学分野の学位を 取得し、医療ソーシャルワーカーになり ました。医療ソーシャルワーカーとして の仕事をしながら、死にゆく人のための 施設で看護師としてボランティアを続け ます。末期がん患者の疼痛コントロール と緩和ケアに強い関心を抱くようになっ た彼女は、なんとセント・トーマス医学 校に入学し医師免許を取得、末期がん患 者の痛みについての研究を始めるととも に、セント・ジョセフ・ホスピスで実践 を積んでいきました。そして先ほどお話 ししました1967年に、念願のセント・ クリストファー・ホスピスを創設しまし た。その施設は疼痛コントロール、緩和 ケアの実践だけではなく、研究、教育、 在宅ケアの機能も兼ね備えたホスピスの 先駆けとなりました。緩和ケアに特化し た医学部附属病院を立ち上げたみたいな ものですね。

それでは最初のテーマであるホスピス と緩和ケアに戻りましょう。

ホスピスと緩和ケア

[ホスピスの概念とせ] 人間の形の器器(dring process)に必要とされる様々なケアを統合した 設盤全体であり、同時に地域社会におけるケアの提供場所も認定する。 人が人生を教える時期的e end-of-life(に関する宗教的ではない令人的で 科学的な選条・すなわち人間等のデアカーチに表、ど思としいくない。

ホスピスには概念(こういったものですよ~)はあるが、定義がない。

【疑和ケア(pallintive cere)の定義】 1990年にWIDが Cancer Pain Relief and Pallintive Care*の中で 国際的に緩和ケアに関する定義を公表する。 その後2002年にWID(は接触ケアを修た上定義したおした。

図 4

緩和ケアとは(WHO)

[1999年版の定義] 総和ケアとは、始報を目指した始報が有等でなくなった患者に対する 報案が立を人類ケケアである。総かやその他の症状のコントロール、精神的 社会的、そしてスピリキュアルな問題の解決が、その地震変差報である。 総和ケアの目指は、患者とその電源にとってできりる報り最高のQUIA 実践するととである。



【2023年版の定義】 総和ケアとは、生命を含かす水池による開版に直新する患者とその実施に 対して、我心の小脳上が属かやその他の身体が、も間が、社会的な問題。 さらにスピリチェアルでは問題に関して含ちんとした評価を行い、それが呼ばと ならないないと呼ばれた対象したかすることで、QUICを書きるケアローチである。

図 5

セント・クリストファー・ホスピスで確立された現代的ホスピスの概念は「人間の死の過程(dying process)に必要とされる様々なケアを統合した活動全体であり、同時に地域社会におけるケアの提供場所も意味する。人が人生を終える時期(the end-of-life)に関する、宗教的ではない全人的で科学的な思考、すなわち人間科学的アプローチに基づく思想ともいえる」

またここで「提供場所も意味する」という「場所」が出てきました。「ホスピス」にはケアを提供する場所、建物という意味も持ちますが、「緩和ケア」にはそのような意味を含んでいないところが小さな違いかもしれません(図4)。

このように現代ホスピスを、近代まで のホスピスのように、宗教を背景とした 慈善事業的なものではなく、医師であり 学者でもあるシシリーさんは、end-of-life における人間科学的アプローチととらえた訳です。このホスピスに関する概念を世界に向け発信し、世界中に拡散していきました。しかし「ホスピス」の世界共通の定義はありません。

一方で「緩和ケア」は1990年にWHOが"Cancer Pain Relief and Palliative Care"の中で国際的に緩和ケアに関する定義を公表しました(図5)。この1990年は緩和ケアにとってはエポックメイキングな年なので、ぜひ覚えておいてください。まずWHOが全世界に向けて、緩和ケアは人類にとってとても大切なもので、苦しみの緩和は治癒が不可能となったがん患者の持つ権利であると宣言しました。皆さんもよくご存じだと思いますが、1990年版では

「緩和ケアとは、治癒を目指した治療が 有効でなくなった患者に対する積極的な 全人的ケアである。痛みやその他の症状 のコントロール、精神的、社会的、そし てスピリチュアルな問題の解決が、その 最重要課題である。緩和ケアの目標は、 患者とその家族にとってできうる限り最 高のQOLを実現することである」 と定義されています。

緩和ケア(Palliative Care)の定義

定義(WHO 2002年)

「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している 患者とその家族に対して、疾患の早期上り痛み、身体的問題 心理・社会的問題、スピリチェアルな関盟に関してきちんとし 計解金ぞれ、それが婉書とならないように干防したり対処し たりすることで、QOLを改善するためのアプローチである。」



⇒つまり、がんと診断された時から。 抗癌治療と並行して、早期から取り組 まれることが望ましいと考えられように なった。

ホスピスと緩和ケア

- 現在の緩和ケアは、ホスピスを歴史的製造として発展した。
- 教科書的では同かにはホスピスと緩和ケアは同義。 「おスピスとは、長の遇難におけるケアのプログラムであり、緩和ケアと同義である。 そして、地域に対けるケアの『場所』であり、人生の終わりに関する科学的な考え方の一つでもある」
- 英国では1950年頃までホスピスは病院などの仮療施設としてではなく。 国民保健サービスの神外の介護福祉施設の1つとして分類されていた。
- 美国をはじめ欧州や米国でのホスピスは、これまで主として寄付を財政基盤として 運営されることが多かった。一方、日本、カナダ、オーストラリアなどでは災敗保険や 公的医療に組み入れられて普及が進入だ。
- つまりホスピスの流れを扱む値では差害事業的な位置づけて、取り入れた側の 医療政策によっては初期から医療としての位置づけとなった。

図 7

2002年版を見てみましょう(図6)。

「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面する患者とその家族に対して、疾患の早期より痛みやその他の身体的、心理的、社会的な問題、さらにスピリチュアルな問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、OOLを改善するアプローチである」

ぱっと見るとどこがどう変わったのか 分かりにくいですが、一番のポイントは 「早期より」という文言です。つまりこ の図のように、がんと診断された時か ら、抗がん治療と並行して、早期から取 り組まれることが望ましいと考えられよ うになったのが、1990年版から2002年 版への変化です。

ここまでの話をまとめますと、現在の 緩和ケアは、ホスピスを歴史的源流とし て発展してきたことに間違いはありませ ん(図7)。緩和ケアの用語を整理する ために立ち上げられたPallipediaでも、以 下のようにホスピスと緩和ケアは同義で あるとしています。

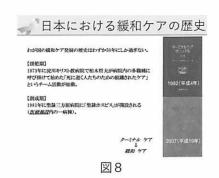
「ホスピスとは、死の過程におけるケアのプログラムであり、緩和ケアと同義である。そして、地域におけるケアの『場所』であり、人生の終わりに関する科学的な考え方の一つでもある」

と、セント・クリストファーの概念とほ ぼ同様のことが記されています。

英国では1990年頃までホスピスは病院 などの医療施設としてではなく、国民保 健サービスの枠外の介護福祉施設の1つ として分類されていました。英国をはじ め欧州や米国でのホスピスは、これまで 主として寄付を財政基盤として運営され てきました。一方、日本、カナダ、オー ストラリアなどでの緩和ケアは、医療保 険や公的医療に組み入れられて普及が進 みました。つまりホスピスの流れを汲む 国では慈善事業、社会福祉的な位置づけ であったものが、取り入れた国の医療政 策によっては初期から医療の中に組み込 まれることになりました。現在の日本で は、独立型施設をホスピスと呼び、行為 としてはホスピスケアというよりも緩和 ケアの方が一般的であるような印象を持 ちます。

続いて日本における緩和ケアの歴史も 見ていきましょう。

わが国における緩和ケアの歴史はわず か50年に過ぎないと言われています。揺 籃期、創成期、成長期、発展期の4期に分 けるとわかりやすいと思います。



◆ 日本における緩和ケアの歴史

(MEADAD)

1999年、第100年である。 計画 総値 4回 予止がいいたい。 日本によっな対応に関わてアルトンを指定が成かられた。 日本には指定性限の重要機能に関わて下京は人民が計算社におけられた。 提出とて関連に対象とも経過基礎ができたことを関係に、おが切り組むとて 1999年に対象と対象とは、 1999年に対象と対象となっては、 1999年に対象と対象となっては、 1999年に対象と対象となっては、 1999年に対象と対象となっては、

(RHH)

2017年、が人が放送を沈、が人対党建議を計算。 沙療情報のみならず、近く回答の他の自己担任して取り施定れると外になる。 団かファを促出する場所は認かアフタ地がプロなく。 世かアアチームにより をできる一般があったが出

図9

まずは揺籃期ですが、1973年に淀川 キリスト教病院で柏木哲夫先生が病院内 の多職種に呼び掛けて始めた「死に逝く 人たちのための組織されたケア」という チーム活動を始めました。今でいう緩 和ケアチームのようなものでしょうか。 1984年にはホスピスを開設しています。 その中で生まれた「ターミナルケアマ ニュアル」は、コンパクトでよくまとめ られており、多くのDr.が手にしました。 ホスピスケアを広めようという心意気か らか、医学書としては破格の1200円とい う廉価でした。今回見直してみてびっく りしました。時代を反映するようにター ミナルケアマニュアルも緩和ケアマニュ アルと改題されました。値段も2700円と 倍以上になっていました(図8)。

続く創成期ですが、1981年に聖隷三方ヶ原病院に「聖隷ホスピス」が開設されました。もっぱら緩和ケアを提供する入院施設が誕生しました。両病院ともキリスト教という宗教的背景を持ってスリスト教という宗教的背景を持ってスの流れが色濃くあったことは疑う余地はありません。このターミナルケアマニュスト教病院の全人医療とは、からだと、この表別の全人医療とは、からだと、この人)に、キリストの愛を持って仕える医療です」と書いてあります。

1990年を境に日本の緩和ケアは宗教的 背景を持たない、一般的な医療として普 及していきます。1990年と言えばWHO により世界に向け緩和ケアの重要性を宣 言した年ですが、同年日本では健康保険 の診療報酬に「緩和ケア病棟入院料」が 新たに設けられました。政策的にずっと 以前からその必要性が認識され、準備さ れていたことになります。緩和ケアが健 康保険の適応になったのは、国際的に見 ても早い方だと思います。財政的基盤が 確保されたため、一部の有志による緩和 ケアというステージから広く医療として 拡大し、多くの緩和ケア病棟が設立され ました。その6年後には日本緩和医療学会 (https://www.jspm.ne.jp) が設立されて います。2007年の「がん対策基本法」の 中でも緩和ケアは、国のがん医療政策の 重点課題として取り上げられています。 緩和ケアを提供する場が緩和ケア病棟だ けではなく、緩和ケアチームにより一般 病棟へと広がっていきます(図9)。

世界での緩和ケアの歴史、国内での歴史と見てきたところで、「あなたの歴史は?」と突っ込まれそうですね。私は31年前に消化器外科医としてキャリアを開始しました。専門は肝胆膵外科で、中でも財臓がんに対する手術が大切なテーマでした。国内の主な死因の構成割合を見てみると、がんが一位です(図10)。以前は30%を超えていましたが、最近は「老衰」が激増しており、その分がん死の割合は少し減っています。確かに年次れると、を対しており、その分がん死の割合は少し減っています。確かに年次の割合は少し減っています。を対しばかりません。

図10左下はがんの男女別臓器別5年生存

率のグラフです。甲状腺がん、乳がん、 前立腺がんなどのように90%を超えるよ うな悪性度の低いがんもありますが、私 が専門としていた膵臓がんは他と比べる とひときわ予後不良で7%前後です。膵臓 がんは罹患率は高くないのですが死亡率 が高いため、死亡数でみると男女ともに 上位です。医師を志したころの当初の目 標であったメスでがんを治していくと言 うより、切除ができても助からないと言 う現実に直面します。外科医ではありな がら、常に死を迎えるプロセスの途上の 患者さんと共にあったことになります。 外科医としての無力感、苦しんで亡くな る患者に何もできない無力感、二つの無 力感に苛むようになります。





図11

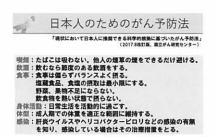
そんな言葉にならないモヤモヤとした 思いを説明してくれたのが、山崎章夫先 生の名著「病院で死ぬということ」の序 文の中の一節です(図11)。

「これら末期ガン患者のほとんどが、

一般病院の中で死亡しているのである。 しかし、一般病院の医療システムは、これら多くの死にゆく患者のためではなく、治癒改善して社会復帰できる患者のために整えられている。そのために多くの末期ガン患者たちは、多忙な一般病院の医療システムの中で、しばしば取り残されることになる。どれだけ多くの患者たちがみじめな思いの中で死んでいったのだろうか。どれだけ多くの家族が傷ついてきたのだろうか」

山崎先生も同じく元外科医です。なん とこの本の出版も1990年です。山崎先生 もなんかモヤモヤしていた1983年、南 極に向かう船のもてあます時間の中で、 あまり深く考えずに買い込んだ多くの書 籍の中の一冊、エリザベス・キューブ ラー・ロスの「死ぬ瞬間」を手に取った 時、「体じゅうの血が逆流するのではな いか、と思うような深い感動を受けた」 と語っています。「病院で死ぬというこ と」は緩和ケアの視点を持った外科医 の日常の中での忘れえぬ患者、経験がつ づられています。私が医者になったのは 1991年ですからそれ以前の話にはなりま すが、その当時の医療が置かれていた時 代背景はよく理解できます。とても読み やすく、一度は読んでいただきたい一冊 です。2週間前の研究会でもお目にかかっ たのですが、残念ながら現在は大腸がん の末期だそうです。

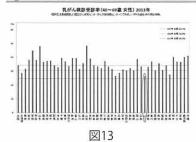
日本人の生涯がん罹患率は男性で2人に1人、女性で3人に1人と言われ、決して他人事ではありません。癌の予防に関する3枚の図です。がんの予防には発症を防ぐ一次予防と、早期発見早期介入を目指す二次予防があり、その中心はがん検診となります。



WHO:「禁煙・健康的な食生活と適度な運動により、 悪性腱瘍による死亡のうち40%は予防可能」

図12

県別 乳がん検診受診率



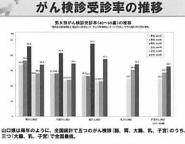


図14

図12はがんセンターがまとめた日本人のための科学的根拠に基づいた一次予防法です。喫煙、飲酒、食事、身体活動、体型、感染に配慮することで、がんの発症を遠ざけることができるそうです。WHOも「禁煙・健康的な食生活と適度な運動により、悪性腫瘍による死亡のうち40%は予防可能」と試算していますので確かなのでしょう。耳が痛い話です。図13は47都道府県別の乳がん検診受診率のグラフです。どれが山口県だかわかりますか?右から13番目、一番低いところが答えです。がん対策基本法が策定された2007年以降、どのがん腫、男女を問わず

受診率は向上していますが、山口県は最下位クラスの常連です(図14)。十分ご注意ください。

光市立光総合病院は、令和元年5月1日、令和が始まった日に海岸沿いの松林の中から山の手に新築移転、開院しました。緩和ケア病棟を新たに作ることになっており、建設構想の段階から設備が設計されてました。しかし正式な緩和ケア病棟を名乗るには専従医が必要です。私も東奔西走し探し回ったのですが、今の時代都合よく緩和ケア医が暇そうにブラブラしているわけがありません。苦肉の策として、私が外科と兼任しながら専任し、各科の協力も得て対象となる患者さんにもっぱら緩和ケアを提供する7:1看護の急性期病棟、「緩和ケア対応病棟」という名称で、開棟しました。

緩和ケア医を招聘できず正式な緩和ケ ア病棟が開院に間に合わなかったことか ら地元紙に「光総合病院、緩和ケア病棟 はいったん白紙にしなどと書かれ、なん だかな~という気持ちも無くはなかった のですが、実は病院と私の間では秘策が 進行していました。このことは数人の間 で秘匿にされていましたので、今日はう ちの病院からも来てくれていますが、誰 も知らなかったと思います。「いったん 白紙に」と書かれ、ナースからは「先生 悔しいですよね~」と言われ「そうだ ね」と生返事をしていましたが、外科医 をやりながら「緩和ケア対応病棟」を回 していくことは、私にとってもスタッフ にとっても良い準備期間となりました。

実はこの年、平成31年1月に、弟が50 歳で食道がんで亡くなりました。県内の 病院で手術を受け、早期再発、亡くなる 二日前に気管ステントを留置するほどの 呼吸困難に見舞われました。同じ医局 の1学年上の先輩が主治医でしたので、

「気道分泌物を減らすためにハイスコを使ってくれ」とお願いしたら、「ハイスコって何?」ということでした。翌日には「院内採用されていなかったので臨時で取り寄せたよ」と言ってくれたのですが。この病院は地域の急性期の基幹病院なのですが緩和ケアは盛んではなく、苦しい思いをさせてしまいました。市内には緩和ケア病棟を持つ病院もあり、以前から転院の勧めもあったようなのですが、主治医を慕っていた弟が断っていたようです。ほとんど山崎章夫先生の世界ですね。

緩和ケアにそれなりに取り組んできた つもりであった自分も、弟の苦痛を和ら げることができず、痛恨の極みでした。 やっぱり「なんだかな~」って思います よね。緩和ケアの神様が「それなら自分 でやったら?」と言っているように聞こ えました。そこで意を決して3月に大学の 教授室を訪れ、緩和ケアに専従したい旨 を告げました。怒られるかな、と思った のですが、教授は「わかった。ただし今 はすぐに代わりを送れないので2年待て」 と言われました。教授も私の弟のことを 以前からご存知でしたことも後押しして くれたのかもしれません。新病院の開院 には間に合いませんでしたが、2年後には 正式な緩和ケア病棟を立ち上げられる見 通しが立っていたのです。2年間待った のち、令和3年4月1日を持って、私は外 科医を辞めました。

当院の緩和ケアの歴史を簡単に振り返ってみると、緩和ケア病棟の開棟、緩和ケア内科の開設も唐突なものではな

く、それなりの準備と十分な時間をかけています(図15)。

当院における緩和ケアの歴史

> 緩和ケアチーム以前

泌尿器科 山本惠男先生

> 緩和ケアチーム

級和ケアチーム 2007年(平成19年)10.31発足

> 緩和ケア対応病棟

2019年(合和元年)5.7開棟 R2.12月~R3.3月まではコロナ病様 R3.6月~ 載和ケア病様人聡料2算定

> 緩和ケア病棟

2021年(合和3年)8.1正式開棟

図15

私が赴任する前は、泌尿器科の山本 憲 男 先生(現徳山医師会病院 院長)が組織 としてでは無く、個人的に携っておられ ました。私が光に赴任して2年後の2007 年(平成19年)10月に正式に緩和ケア チームが発足しました。2019年(令和 元年)5月に新病院において緩和ケア対 応病棟を開棟しましたが、2020年以降 COVID-19病棟になってしまい、辛い時 期が続きました。2021年6月には緩和ケ ア病棟入院料2が算定できる様になり、 同年8月1日、緩和ケア病棟が正式に開 棟し、同時に緩和ケア内科も開設しまし た。

入院するには、院内であれば緩和ケア 内科への紹介、院外の患者さんであれば 地域医療連携室(医療相談室)が窓口に なっています。案内パンフレットを配布 しますので、参考にされて下さい。(緩 和ケア病棟のご案内:http://hikari-hosp. jp/patient/kanwabyoto.html) 病棟設備等をご紹介します。



図16



図17



図18



図19

ベランダには車椅子やベッドのまま出 て行くことが出来、虹ヶ浜や海を見るこ とができます。ラウンジは他病棟よりか なり広く作られており、様々な催しが行 われます。コロナ禍なので残念がらキッ チンは使用できていません(図16)。床 は全てカーペット張りとして、靴音が響 かない様にしています。他の病棟には無 い一般浴室があり、また緩和ケア病棟に 入院される方はADLが落ちている患者さ んが多いので、機械浴は便利です。他院 から転院して来られた患者さんの中には 長い入院生活で入浴ができなかった方も おられますので、入浴はたいへん喜ばれ ます(図17)。毎月スタッフがいろんな 催しを企画してくれて、参加された患者 さんには好評です(図18)。各種のオ ブジェもスタッフの手作りで、毎月毎月 本当によくやってくれると思います(図 19)。左下は私が嵌っているフローティ ングフラワーです。病棟や患者さんの病 室など、いろんなところに置いてありま す。

ビリーブメントケア・グリーフケアに 関する活動も行っています。家族に対す る支援が主で、生前であれば病状や病名 告知に対する悩みへのケア、高齢者や子 供さんへの病名告知をどうするか、例え ば高齢者であれば施設入所中に配偶者 が亡くなったことを知らないなど、よ くあります。子供にもきちんと告知し ないと、「おじいちゃんが突然亡くなっ たよ」の様な事態が起こります。その他 にも様々な配慮、援助が必要です(図 20)。DNARについても話し合いは必要 でしょうし、やはり大切なのは、死の受 容への援助です。

死後に行われるのがエンゼルケアで

す。ただ患者さんをきれいな姿で送り出 すだけでは無く、家族と一緒にケアをす ることで、グリーフに寄与することがで きます。先ほどまで泣いていたご家族が エンゼルケアをしながら生前の様子をぽ つりぽつり話したりすることで、徐々に 死を受け入れていくといった事がありま す。亡くなって3ヶ月目にご遺族にお葉 書を出しますと、その後のいろいろな様 子が分かります。当院には看護外来があ り、ご家族を看護外来でフォローするこ とがあります。愛する人を亡くしたこと に対する悲嘆は正常な心理反応ですが、 病的になると、うつ病を発症したり、適 応障害を起こしたりします。専門の看護 師が対応することができます。今後の課 題は、コロナ禍での面会や、遺族会を どう運営するか、などがあります(図 21) 。



図21

(今後の課題)

遺族会

コロナ場での而会

ちなみに当院の看護外来(http://hikari-hosp.jp/activities/kangogairai.html) では感染防止対策、がん看護(化

学療法)、摂食・嚥下障害、リンパ浮腫、緩和ケア、認知症の6分野において、認定を持った看護師が対応しています。それぞれが深い知識と経験、技術を持っています。ただ、残念ながら対象になるのは当院に通院治療している患者さんとそのご家族だけで、実にもったいないと思うのですが、市内医療機関からも相談できる様な窓口になれば良いなあと考えています。

緩和ケア病棟の概要

許可病床数:20床 帽室数:12室、4人室:2室(男女各1室) 医師:専従 1名 看護師:専従 15名 看護師:専従 1名 業所部:兼任 1名 ソーシャルワーカー:兼任 1名 平均在院日数229.5日

図22



図23



緩和ケア病棟の概要です(図22)。個 室12室、男女別の4人部屋2室の20床で す。専従の医師1名、看護師15名、看護 助手1名で、兼任の薬剤師、ソーシャル ワーカーが各1名います。平均在院日数 は29.5日です。開院した2021年8月1日 から2022年7月31日の1年間の入院経路 です(図23)。延べ入院患者数は94名 で、入退院を繰り返す患者さんもいらっ しゃいますので実患者数は65名です。院 内からが4割、院外からが6割でした。 徳山中央病院からの紹介患者さんはほと んどが光市内の患者さんですが、周東、 岩国の患者さんはほぼほぼ市外在住の方 です。原発臓器は消化器が多く、やは り膵臓がんが多いことが分かります(図 24)

最後に山口県緩和ケア研究会のお話をいたします。2022年4月から私が代表世話人をしており、年2回開催で、県内全ての病院と訪問看護ステーションに案内を出しています(図25)。第55回が10月にあったばかりで、次回は2023年5月21日(日)にACPをテーマに開催します。今話題の内容なので、良いお話が聞けると思います。山口県内には緩和ケア病棟を持つ施設が県西部に2施設、県央部に2施設、県東部には当院を含め3施設あります(図26)。



図25

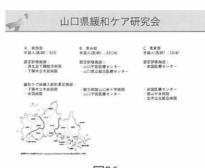


図26

本日のお話は以上です。何か一つでも 皆さんに持って帰っていただければいい な、と思います。まだまだこれからの私 たちではありますが、真摯に向き合って 行く所存ですので、今後ともよろしくお 願いいたします。



光市自殺対策協議会 講演会

令和 4 年 11 月 10 日 (木) 15:00 ~ 16:30 光市総合福祉センター (あいぱーく光) いきいきホール

令和2年3月に策定した「光市自殺対 策計画」にも示されているとおり、自殺 に追い込まれるという危機は「誰にでも 起こり得る危機」でありながら、危機に 陥った人の心情や背景については未だ十 分に理解されていないという実情があり ます。

自殺に追い込まれた人の心情や背景の 理解を深めるために、身近な家族を自殺 によって失われた方を講師としてお招き し、亡くなられた方の思いに寄り添うこ とで、基本理念「つながる『わ』いのち 支える ひかりの絆」の実現に向けた意識 の啓発を図る講演会が実施されました

講演1

「生きるを考える ~いじめ問題に向き 合う。自死家族の思い~」

講師 一般財団法人 ここから未来 (https://cocomirai.org) 篠原 真紀 氏



講師紹介:当時中学3年生だった息子さんを自死でなくされた経験や、「困って

いる人を助ける。人の役に立ち優しくする。」という息子さんの思いを継ぎ、母親としての願い、想い、経験を伝え、一緒に考える講演をされています。

講演2

「グリーフサポートやまぐちの活動について」

講師 グリーフサポートやまぐち (https://griefyamaguchi.amebaownd.com) 代表 京井和子氏



講師紹介:病気、事故、事件、自死などにより、大切な人だけではなく、大切なものを失った喪失体験からくるグリーフ(様々な感情)を抱える人たちが地域の中で孤立せず集える「安心・安全な人と場づくり」のためにご活動されています。

*講演会は光市公式 YouTube で近日公開 予定



光市医師会 AED 講習会 令和4年11月24日(木)

令和4年11月24日(木)光市医師会の 救急医療対策事業として、山口大学教育 学部付属光中学校2年生78名を対象に、医 師1名、看護師5名、救急救命士3名でAED 講習会を開催しました。









理事会報告

令和 4 年度10月光市医師会定例理事会

日時 令和4年10月11日(火)午後7時00分より午後8時15分

場所 光商工会館2階 青年部・女性会研修室

出席 広田 修会長、井上祐介副会長、谷川幸治理事、田村健司理事、 北川博之理事、山手智夫理事、河内山敬二理事

守友康則監事 藤田敏明監事

欠席 前田一彦理事、吉村将之理事

議題

- Ⅰ 光市との合同協議会
- Ⅱ 報告事項
 - 1. 郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議(9/22)

(井上副会長)

(1) 令和3年度の実施結果および令和4年度の実施状況について 国保特定健診実施率:2年度は実施率29.7%と0.6ポイント減 全国38位となった。

特定健診

3年度は8月末時点で31.6%であり全国39-40位あたり。

(令和2年度より増えた市町が17,減った市町が3)

光市は31.6→32.4%と増加しているが全体8位から11位になった。

実施率;1位 医師国保(54.1%) 2位 和木町(39.3%)

3位 阿武町(39.2%) 4位 山陽小野田市(37.4%)

5位 下松市(35.3%) 6位 周南市(34.9%)

前年実施率最下位の和木町は集団健診を再開して24.0ポイント増

対前年の伸び:1位 和木町(+24.0) 2位 阿武町(+5.4)

3位 萩市(+4.6) 4位 上関町(+3.9)

5位 医師国保(+3.3)

特定保健指導

令和2年度は実施率12.8%(対前年-4.5)で全国46位。

令和2年-平成28年の伸び率は-5.5で44位だった

(参考:1位 徳島県 73.0% 健診実施37.0%・17位

山形県は47.3%・9位)

県内で光市は15.2%、対前年-3.9、8位

社保特定健診実施件数 2年度との比較は言及なし。

令和3年度健診:請求機関3.650、請求数17.976件、

指導:108機関、699件

令和4年7月までの3か月で健診:637機関、1.728件、対前年-8.6

協会けんぽ

特定健診実施率は被保険者 67.3%(0)、被扶養者24.1%(+0.8) と わずかに増えている。

特定保健指導

被保険者 積極的支援14.8%(+0.8)、

動機づけ支援22.6% (+1.6) 、合計18.0% (+1.1)

被扶養者 積極的支援7.3% (-4.2)、動機づけ支援8.7% (-2.7%)

合計8.3% (-2.9%)

後期高齢者医療広域連合

実施率35.43%→31.68%に減っている。

健康保険組合連合会(協会けんぽ、健保組合、共済組合等)

県内7組合、約2万人

特定健診受診率 83.8% 特定健康保険実施率 62.5%

(2) 今後の取り組み

国保

健診費用自己負担無料化、 AIを活用した受診勧奨、がん検診との同時実施など。

宇部市: SMSを使用した受診勧奨 5年度から本格的実施に向けて 4年11月から対象32,000人のうち1,000件程度行う予定。 はがき1枚分の費用で4名に送れる。

> 迷惑メール対策や番号入手に時間がかかること、受信時に費用が 発生することに対し対策が必要。

協会けんぽ

生活習慣病予防健診実施機関の拡大

健診機関不足地域で集団健診を実施

(岩国市、柳井市、萩市、宇部市、防府市等)

昨年度70会場から92会場へ増

事業者健診データ取得

被扶養者を対象に商業施設等で集団健診を実施

保健指導拡大に向け「やまぐち健康経営企業認定制度」健康宣言

企業の拡大、被保険者保健指導の外部委託、被扶養者に対する

集団健診

当日の初回面談を分割実施

後期高齢者広域連合の取り組み

シルバー人材センターと協力して資料を渡し周知を図る。

健康保険組合連合会

被扶養者に対して電話、手紙、パンフレット、メール、広報、被保険者を通じて周知させる。

2. 郡市医師会地域包括ケア担当理事・介護保険担当理事合同会議(9/29)

(井上副会長、河内山理事)

- (1) 令和4年度介護報酬改定による処遇改善について
 - ・令和4年10月以降新たな処遇改善加算を創設して賃上げを行う。
 - ・介護職員だけでなく他の職員にも分配配分でき、配分対象は事業所で設定できる
 - ・一時金でなく毎月の給料に反映させる
 - ・訪問看護、訪問リハ等加算対象外もあり
- (2) 在宅の医療ケア児(者)の現況等について
 - ・在宅医療的ケア児は増加しており乳幼児患者と成人移行患者の二極化している。
 - ・成人患者増加によるトランジション問題、学校現場での重症な医療的ケアの必要性等の問題がある。
 - ・在宅訪問診療可能な診療所の増加、成人の在宅医療との連携、家族サポート及 び救急・災害時のサポート体制の整備が今後必要である。
- (3) 救急現場における心肺蘇生法を望まない傷病者への対応について
 - ・令和3年11月1日から開始された。令和4年1月31日の期間で5消防本部(4地域MC)において6件の事例が発生した。
 - ・ACPが行われている成人で引き継げる場合に限り、かかりつけ医等からの指示を受けて心肺蘇生を中止する
 - ・かかりつけ医到着までの時間設定が各MCによって異なる
 - ・かかりつけ医、その連携医に連絡が取れなかったときは、必要な処置をして病院に搬送する
- (4) 県訪問看護ステーション、県介護支援専門員協議会の活動状況について 県訪問看護ステーション
 - ・昨年、ハイブリッド形式で総会と研修会を行った
 - ・今年8月から県の委託を受けてコロナ自宅療養者の訪問看護を行っているが、 その際に特別訪問看護指示書が必要で、開業医の先生にはお世話になっている 県介護支援専門員協議会
 - ・臨床力向上、組織力強化、予期せぬ事態への対応できる力をつける、を柱に活動してゆく
 - ・日本介護支援専門員協議会との連携強化、ワークサポートケアマネージャー等

職域拡大活動、オンライン、ハイブリッド研修等の実施、また、情報伝達広報 機能としてライン公式ページを開設した

(5) 県医師会地域包括ケア推進事業について 前年通り、1郡市医師会あたり50万円を上限に事業費を全額助成する。 事業完了後に成果物(実績報告書)の提出及び郡市担当理事会議に おいて報告する。

3. 退会会員 (広田会長)

B会員 光中央病院 河野 清 先生(9月13日逝去退会)

以上を報告した

Ⅲ 協議・承認事項

1. 社会福祉施設クラスター発生時の情報共有、連絡について (広田会長) 周南保健所より依頼があり、

「今後の流行に備え、地域で情報共有するシステムを周南圏域で作りたい。 参加したことにより現場に出向いての診療や、投薬など義務が生じることは ない。情報共有が目的である」とのこと。

今週以降、診療・検査医療機関にメール等で連絡がくる予定 参加は任意で、医師会としては特に反対する性質のものではない

2. ふれあい健康フェスティバルの後援、及び出務について (広田会長) 令和4年11月27日(日)開催予定 医師会後援を決議し、「なんでも健康相談」コーナーとして 広田会長が出務

3. 見舞金について (広田会長) 会員の入院事例に対して定款規定の見舞金をお届けした 承認

4. 異動会員 (広田会長)

B → A 会員 梅田病院 北川 博之 先生 A → C 会員 梅田病院 梅田 馨 先生

5. 忘年会について (広田会長) COVID-19の状況で変わるため、会員へアンケートを実施の上、 再度検討とした

以上を協議・承認した

令和 4 年度11月光市医師会定例理事会

日時 令和4年11月8日(火)午後7時00分より午後7時30分

場所 光商工会館2階 青年部・女性会研修室

出席 広田 修会長、井上祐介副会長、谷川幸治理事、田村健司理事、 北川博之理事、山手智夫理事、河内山敬二理事 守友康則監事 藤田敏明監事

欠席 前田一彦理事、吉村将之理事

譲籠

I 報告事項

1. 山口県医師会第一回郡市医師会長会議(10/20)

(広田会長)

議題

- (1) 中央情勢報告
 - ①第1回都道府県医師会長会議(9/20)日医ニュース1465号参照
- (2) 中国四国医師会連合各種分科会報告(9/24) 詳細は山口県医師会報 参照 第1分科会「新興感染症・地域医療構想」
- 議題1 南海トラフ巨大地震を見据えた災害対策について 6題
 - ①会員(医療機関)の安否確認をおこなう手段について
 - ②郡市医師会との情報共有について
 - ③迅速にJMAT派遣を行うことが出来る体制について
 - ④その他(各県で行われている特徴的な災害対策)
 - ⑤災害時における県行政との協定とJMAT派遣について
 - ⑥医療的ケア児者の対応について
- 議題2 今後の新型COVID-19対応における情報共有について 8 題
 - ①県行政との連携における取り組みについて
 - ②郡市医師会との情報共有について
 - ③その他(各県で行われている特徴的な新型コロナ対策) 第2分科会

議題 保険医療機関への指導等のあり方及び対策について 12題

(3) 若手医師入会促進のための医師会費の改定について

現行 山口県医師会 研修医 医師免許取得後10年未満 20,000円

日本医師会 卒後5年間は全額免除

山口県医師会も、令和5年より卒後5年間の会費を免除とする これに呼応して郡市医師会でも卒後5年目まで会費免除をお願いしたい

0円

若手医師が医師会活動にメリットを感じる体制を作ることが大切と指摘

- (4) 令和5年度 県への施策・予算措置に対する要望について
 - ① 山口県の救急医療と医師確保(新規)
 - ② 今後の医療人材の確保 (新規・継続)
 - ③ 県内から子宮がんをなくすためのキャンペーン事業の実施(新規)
 - ④ 医業継承への支援(継続・新規)
- (5) COVID-19対応地方創生臨時交付金の活用に関する要望について 6,000億円の予算のうち、山口県には49億7,270万円交付予定
- (6) 外来機能報告制度について

「地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の 促進の為、医療機関の管理者が外来医療の実施状況等を都道府県知事に 報告する制度」

義務:病院、有床診療所

任意:無床診療所

(7) 郡市医師会からの要望、意見

吉南医師会 医師会員同士の会食を伴う親睦会開催の目安について伺いたい

会員間の親睦等も含め前にすすむことは 大事と考える 感染対策を整えつつ、地域の現状を踏まえて考えて頂きたい

下関市医師会 コロナ禍における山口県及び各市町が実施する医療費助成事業 に係る審査支払業務について伺いたい

1

理事会で説明します

(8) オンライン資格確認導入推進について

光市

医療機関数 35

アカウント登録数31 登録率88.6%カードリーダー申込数30 申し込み率85.7%

カードリーダー未申込数 4

(9) その他

第31回日本医学会総会2023東京について

会期:令和5年4月15日(土)~4月23日(日)

会場:東京国際フォーラムおよび丸の内・有楽町エリア

2022年11月30日まで事前登録受付中

2. 令和 4 年度第2回山口県医師連盟執行委員会(10/20)

(広田会長)

(1) 第26回参議院議員選挙の結果について 自見はなこ議員が医療系議員トップで当選 しかし県内得票数は減少 光市は211票で、会員比は6.81で県内トップ

- (2) 日本医師連盟執行委員会について (7/19) 今回の自見議員の得票は女性の応援が大きかった 医師会だけでなく、介護、福祉、子育て団体との連携が必要
- (3) 第127回周南医学会(10/16)

(広田会長)

会場 玖珂町 こどもの館

- ・全15演題中、2演題の座長を務めた
- ・光市からの演題

光市立光総合病院 谷川 幸治 先生

「当院におけるC型肝炎ウイルス検査陽性患者の拾い上げ活動について」 次回は岩国市医師会が主催予定(期日未定)

以上を報告した

Ⅱ 協議・承認事項

1. 異動会員

(広田会長)

B → A 桑原 嘉一 先生

光市立光総合病院 → 虹ヶ浜整形外科クリニック 開業

2. 忘年会について

(広田会長)

COVID-19患者増加に伴い、本年度は中止とする

3. 感染対策資材の融通について

(井上副会長)

各所より支給された資材の余剰分を、逼迫している医療機関に適宜融通し、 有効に活用してはどうかとの提案あり。

関係各所に確認の上アンケートを実施し、実行する方向で検討することとした

以上を協議・承認した

令和 4 年度12月光市医師会定例理事会

日時 令和4年12月13日(火)午後7時00分より午後7時40分

場所 光商工会館2階 青年部・女性会研修室

出席 広田 修会長、井上祐介副会長、谷川幸治理事、田村健司理事、

北川博之理事、山手智夫理事、河内山敬二理事

守友康則監事 藤田敏明監事

欠席 前田一彦理事、吉村将之理事

議題

I 報告事項

1. 光市防災会議(11/7)

(広田会長)

- (1) 光市地域防災計画の修正について 災害対策基本法の改正に伴う表記、文言、図表内用語の修正
- (2) 令和 4 年度光市防災の取り組み状況
 - ① 令和 4 年度災害発生状況
 - ・台風14号の接近に伴い、9月18日17時に市内全域を対象に警戒レベル3「高齢者等避難」、19日8時30分に島田川沿線の浸水想定域を対象に、警戒レベル4を発令し、避難者は123世帯196人(人的被害なし)。
 - ② 防災司令拠点施設の整備
 - ・工期 令和4年10月~、令和6年3月供用開始予定
 - ③ 髙潮ハザードマップの改訂
 - ・山口県の高潮浸水想定域図の指定に基づき、現行の高潮ハザードマップを改訂 参考:高潮ハザードマップに含まれる医療機関

多田クリニック 吉村医院 前田医院 守友医院 やまて小児科・アレルギー科 光中央病院 光内科消化器科 しみず医院 クリニック高橋眼科虹ヶ浜皮フ科クリニック 虹ヶ浜整形外科クリニック、河内山医院 梅田病院 あきよし心療内科クリニック ふなつ眼科光分院 広田医院 ひかり皮フ科クリニック 光市休日診療所 近藤整形外科 平岡医院 牛島診療所

2. 自殺対策講演会(11/10)

(広田会長)

- (1) 講演「生きるを考える ~いじめ問題に向き合う、自死家族の思い~ 」 講師 一般社団法人 ここから未来 篠原 真紀 さん https://cocomirai.org
- (2) グリーフサポートやまぐちの活動について

講師 グリーフサポートやまぐち 代表 京井和子さん https://griefyamaguchi.amebaownd.com

3. 郡市医師会産業保健担当理事協議会(11/17)

(田村理事)

- (1) 県医師会・郡市医師会協力による産業医研修会
 - ・令和3年度はコロナ対策のため中止
 - ・令和4年度は予定通り実施
- (2) 産業医研修会によるIT利用について
 - ・Web活用については、顔認証による本人確認で日本医師会Web研修システムの みで開催予定
 - ・費用や単位数が少ないなどが問題点
- (3) その他
 - ・ 令和 5 年 4 月開催の日本医学会総会で 6 単位取得可能な研修会を実施予定。 山口県総合保健会館でサテライト会場を4/23(土)、4/24(日)に設置予定
 - ・令和5年10月に基礎講習前期を予定

4. 郡市医師会学校保健担当理事協議会(11/17)

(山手理事)

(1) 山口県ヤングケアラー実態調査の結果と考察

ヤングケアラーに特徴的な学校への出席状況や挙動によって、早くそれに気づいてあげることが大切。学校・養護教諭などと連携して、手を差し伸べることが必要。山口県の相談窓口あり

(2) 不登校について

全国、山口県ともに、不登校児が増えている。小学生では約100人に1人であるが、中学生になると約20人に1人の割合になる。理由は無気力・不安が最も多く、次にいじめ、生活リズムの乱れなどである。

(3) 学校健診について

児童生徒およびその保護者からの脱衣への抵抗感がある。実際、下関では学校 現場から脱衣に関して毎年のようにクレームがあり、健診は体操服の ままで 行っているDrもいる。岡山での学校医による盗撮事件によって、脱衣すること の不安感が増した。

健診の方法は決まっていないので、各学校と校医の判断で、脱衣は必ずしも必要ない。ただし、特に側弯症は、見落とすと学校医の責任を問われた判例があるので注意。

全員を一か所にまとめて機械的に行うことは、今後見直しの余地あり。

健診で新たな疾患の発見につながることは極めて少ないので、発達障害の相談 なども含め、希望者だけの個別健診にしてはどうかという意見あり。

(4) 新型コロナ感染症の学級閉鎖の基準

学級の中で感染が広がっている可能性があれば、患者数に関係なく学級閉鎖に

することが望ましいというのが国の見解。家庭での感染者の合算数はあまり問題ではない。

萩市では生徒数の2割を超えたら学級閉鎖としているが、それは国の見解から すると一般的ではないという県教育委員会の指摘あり。

(5) 学校医の減少

山口県では、どこの市町でもその傾向がある。 就学前健診を集団会場で行ってはどうかという意見あり。

5. 「つながる輪」講演会(11/24)

(広田会長)

講演 「緩和ケアの歴史 ~その大海原を漂った一年~ 」 講師 光市立光総合病院 緩和ケア内科 部長 折田 雅彦 先生 参加人数 85人

6. ふれあい健康フェスティバル(11/27)

(広田会長)

広田会長出務。

光市医師会「健康なんでも相談」コーナーで、10名の相談に対応した。

7. 予防接種健康被害調査会(12/1)

(広田会長)

- ・新型コロナウイルスワクチン接種後の健康被害に対して調査会を開催
- ・光市での同調査会の開催は今回が初めてである
- ・広田会長、谷川理事、山手理事が担当し、およそ6,000ページの資料から検討を行なった
- 8. 郡市医師会労災・自賠責保険担当理事協議会(12/1)

(河内山理事)

- (1) 山口県労働局から説明・質疑応答
 - ・労災診療費・労災薬剤費の請求が、オンライン・電子媒体で出来るようになり、様々なメリットがある。指定医療機関において、労災レセプトオンライン・電子媒体請求の導入の検討をお願いしたい
 - ・業務で新型コロナウイルスに感染した場合、労災保険給付の対象になり、職場 で感染した人は労災保険を申請するよう周知して欲しい
 - ・石綿関連疾患については、本人が疾病の原因が石綿であると気づいていない場合もあり、石綿関連疾患が疑われる場合、労災の手続きを患者さんに進めて頂きたい
- (2) 山口労働局への要望について
 - ・労働基準局に患者から労災の取り下げの申請があった場合、医療機関にも労災 の取り下げを連絡し、患者に医療費の支払いのことについて話しておいてもら いたい。
 - ・14個の要望を提出 詳細は山口県医師会報に掲載予定

- (3) 令和4年度労災・自賠責医療委員会について
 - ・交通事故における再診時療養指導管理料について労災・自賠責医療委員会から 通知6項目
- (4) 郡市医師会からの意見及び要望
 - ・労災、自賠責患者に対する初診時の対応について 労災疑い、自賠責で一括対応処理できない方について、初診時を自費対応とし てよいかどうか?

自費対応でよいとの回答

※詳細は山口県医師会報に掲載予定

9. 令和5年4月からの4種混合ワクチンについて

(広田会長)

- ・現行の「生後3ヶ月からの接種」から、「生後2ヶ月からの接種」に変更となる予定
- 10. 退会会員について

(広田会長)

C会員 梅田 馨 先生 C会員 田村 勝司 先生

以上を報告した

Ⅱ 協議・承認事項

1. 令和5年度光市休日診療所当直表(案)

(前田理事)

各自持ち帰り検討 指摘事項あれば事務局まで

2. 職員冬季賞与について

(井上副会長)

提示通り、承認

3.1月理事会について

(広田会長)

報告事項あれば、書面で回覧 承認・議決事項あれば、理事会MLで協議

以上を協議・承認した

開院のご挨拶

虹ヶ浜整形外科クリニック 桑原 嘉一

この度、この光市虹ヶ浜で令和4年11月19日に「虹ヶ浜整形外科クリニック」を開院 させていただきました桑原 嘉一と申します。

運動器の治療を中心に、諸先生方と連携し、地域の皆さまから信頼されるクリニックを 目指して紳士的な診療を行っていきたいと思っています。

自己紹介をさせていただきます。私は九州福岡生まれでありますが、幼少期より柳井市にて過ごし、柳井高等学校を卒業後、努力は実ったかもしれない? 北九州予備校山口校での修行期間を経て、平成8年に山口大学に入学しました。学生時代はバドミントン部に入部し、女性とのコミュニケーション能力をラーニング。学生生活のほとんどは部活と麻雀、家庭教師にいそしんでおりました。恋愛は2の次としていましたので、女子からの悪名を欲しいままとし各種伝説を樹立。度重なる留年の危機を乗り越えた!と思いきや、5年次にまさかの歯科口腔外科単科留年(6人留年中3人が現整形外科医とは感慨深い)の後、平成15年に山口大学を卒業し、山口大学整形外科教室に入局しました。

その後は、周東総合病院、関門医療センター、萩市民病院、興産中央病院、光市立光総 合病院に勤務し、外傷・人工関節を中心に経験を積み診療を行っておりました。

以前より光市での整形外科としての地域診療のお話をいただいていたことから、今後は 地域医療に貢献しようと気持ちが次第に強くなり、この度「虹ヶ浜整形外科クリニック」 を開院することになりました。

総合病院の勤務医として積んできた経験を活かしつつ、不器用ながらも整形外科クリニックとして地域に密着した整形外科・リハビリテーション診療を目指して地域に貢献したいと思っています。地域医療のことについては極めて若輩者であり、光医師会の先生方に多大なご迷惑をおかけすると存じますが、ご指導ご鞭撻のほど、どうぞ宜しくお願い申し上げます。









10 月休日診療所当番医報告

		内科系	外科系	N. YE
	2 (日)	7	5	12
	9 (日)	16	6	22
10 日	10(月)	34	4	38
10月	16(日)	17	8	25
	23(日)	19	8	27
	30(日)	18	6	24
	計	111	37	148

11 月休日診療所当番医報告

		内科系	外科系	
	3 (木)	7	2	9
	6 (日)	7	5	12
11月	13(日)	8	4	12
	20(日)	15	5	20
	23(水)	12	1	13
	27(日)	10	8	18
	計	59	25	84

12 月休日診療所当番医報告

		内科系	外科系	
	4 (日)	13	1	14
	11(日)	30	5	35
12月	18(日)	34	3	37
	25(日)	26	3	29
	31(土)	56	6	62
	計	159	18	177

月例会報告

令和4年10月25日(火)

1. 忘年会について

令和4年11月22日(火)

- 1. 忘年会について
- 2. 医療用資材について

☆ これからの行事予定 ☆

1月	10日(火)	理事会
	24 目 (火)	月例会
2月	14 目 (火)	理事会
	28 目 (火)	月例会
3月	14日(火)	理事会
	28 目 (火)	月例会

緑友会ゴルフコンペ成績・

令和4年10月16日 周南カントリークラブ

順位	名前	OUT	IN	GR	HDCP	NET
優勝	宮本 寿太郎	40	46	86	12	74
準優勝	兼清 信介	55	44	99	16	83
3	光武 達夫	52	53	105	20	85
4	兼清 照久	44	52	96	11	85
5	守友 康則	54	50	104	19	85
6	守田 忠正	49	49	98	10	88
7	小田 達郎	54	58	112	24	88
8	森本 博士	45	48	93	4	89
9	南 典文	54	54	108	19	89
10	佃 浩一郎	54	51	105	14	91
11	吉川真	57	63	120	26	94
12	赤崎 信正	48	60	108	12	96
13	横山 宏	52	52	104	8	96

NP ⑥赤崎 ⑬守友 ドラ短 守田 小田

> 令和4年12月11日 周南カントリークラブ

順位	名 前	OUT	IN	GR	HDCP	NET
優勝	吉川 真	55	51	106	26	80
準優勝	井上 亮	45	43	88	3	85
3	小田 達郎	57	53	110	24	86
4	國近 豊	51	53	104	16	88
5	宮本 寿太郎	48	49	97	8	89
6	森本 博士	49	47	96	4	92
7	兼清 信介	52	56	108	16	92
8	佃 浩一郎	54	52	106	14	92
9	兼清 照久	47	58	105	11	94
10	南 典文	53	62	115	19	96
11	赤崎 信正	53	53	106	8	98

NP ②南 ③小田 DC ⑧井上 ⑤森本 ドラ短 國近 南

あとがき

マンホールは文字通り、man(人)-hole(穴)。電気用、通信用、上下水道用、防火用など様々な用途で使用され、下水道用だけで国内に1,500万個あるそうです。下の写真は表紙のマンホールの数メートル先にあるもので、マークからは水道局のものでしょうか?

蓋は直径60cm程度、重量は40kg程度の製品が多くほとんどが鋳鉄製で、円形が多いのは、ずれても穴に落下しない様にするためです。耐用年数は車道で15年、歩道で30年程度とされており、トラックの大型化など伴い1995年に25トンの荷重に耐えられる様に基準が設定されていますが、それ以前の20トン対応の蓋が未だ数多くあり、事故に繋がる可能性が指摘されています。

最近では地域性を生かした様々なデザインの蓋が増え、写真を撮るだけで無く、実物を収集する「マンホーラー」なる趣味もあるそうな。マンホールカードも発行され、下水道関連施設などで配布されています(https://www.gk-p.jp/mhcard/)。蓋だけを掲載した書籍があるのは知っていましたが、なんと、Amazonでは実物の蓋を購入できます。

光井地区だけでも多数のカラーデザインマンホールがありました。皆様のお近くにも、 きっとあります。

マンホールの蓋ができるまで:https://www.youtube.com/watch?v=Y3HDH579-aE



発行所 光市医師会

TEL (0833) 72-2234

発行日 令和5年2月10日

発行者 廣田 修 編集者 廣田 修

光市光井一丁目 15 番 20 号中村印刷株式会社 印刷所