

光市医師会報

No.413

(平成23年 秋号)



鶴羽山より象鼻ヶ岬・峨嵋山を望む 平成23年9月22日 台風一過

光市医師会

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

目 次

巻頭言 光市医師会長 松村壽太郎	1
周南医学会のお知らせ	2
特集：公益法人への移行	3
ドクターエッセー 河内山医院 河内山清	5
佃医院 佃 邦夫	7
納涼懇親会	10
光市医師会親睦旅行	11
理事会報告7月 8月 9月	14
月例会報告7月 8月 9月	15
認知症講演会 演題：『新しい抗認知症薬とその特徴』	16
講師：香川大学医学部精神神経医学講座 教授 中村 祐先生	
麻薬・向精神薬に関する講演会 演題：『薬物乱用の現状』	19
中国四国厚生局麻薬取締部調査総務課長 加藤 稔様	
第13回光市医師会・光市立病院合同症例検討会	
1. 泌尿器科腹腔鏡下手術の現況——光市立光総合病院 平儀野 剛	22
2. 食道裂孔ヘルニアの1手術例——光市立光総合病院 原田 幹彦	23
3. 胃前庭部が嵌頓し通過障害を来した食道裂孔ヘルニアの1例 光市立光総合病院 弘中 秀治	24
兼清外科 兼清 照久	25
4. 61歳肺炎の一例——兼清外科 兼清 照久	25
5. 当院における閉塞型睡眠時無呼吸症候群の治療の現状 光市立光総合病院 深川 靖浩	26
光市医師会定期学術講演会	
平成23年度 第5回光市医師会学術講演会	28
『思った以上に進行している腎障害～最適なCKD治療戦略とは～』 京都大学大学院医学研究科 EBM 研究センター 特定准教授 笠原 正登 先生	
第6回光市医師会学術講演会	31
『2型糖尿病治療のUPTODATE2011』 九州大学 先端融合医療 レドックスナビ研究拠点 助教 前田 康孝 先生	
第7回光市医師会学術講演会	34
『アンチドーピングについて』 大島郡医師会長 嶋元 徹 先生	
第8回光市医師会学術講演会	37
『上部消化管内視鏡診断のトピックス』 山口大学大学院医学系研究科 消化器病態内科学講師 西川 潤 先生	
新入会員挨拶	42
入会・退会会員	42
これからの行事予定	43
休日診療所報告	43
緑友会ゴルフコンペ	44
編集後記	45

地域医療連携に向けて



光市医師会長 松村壽太郎

急速に進行している日本の高齢化と財政赤字のなかで、平成18年に医療制度改革法が成立しました。その後、その政策展開の流れの中には、平成20年の高齢者医療制度の創設があり、生活習慣病対策の特定健康診査、特定保健指導制度が始まりました。また、医療提供体制の構築に関する政策も展開され、その中には、療養病床の再編成、地域クリティカルパスの普及・推進、在宅医療の推進などの医療機能の分化・連携をすすめるものとなっています。本年7月には、社会保障・税一体改革成案が閣議報告として示されました。その中には、地域の実情に応じた医療・介護提供体制の効率化、重点化、連携深化が示されていますが、税制改革の行方と同様にまだ不透明で、背景には常に財源問題がからんでいる点には注視して対応していくことが必要と考えます。

一方、県内においては、平成19年から、4疾病（脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、がん）、5事業（救急事業、災害時のおける医療、小児医療、へき地の医療、周産期医療）を対象に、3次、2次医療圏の大病院を中心とした地域医療計画が具体的にすすめられてきました。今後は、身近な地域内でも、市内の中小病院とともに、診療所のかかりつけ医機能や、在宅医療機能が上手に、双方向での連携がス

ムースに行われるように進めていかなければならないと考えています。

現在、医師会では、光総合病院・大和総合病院との合同症例検討会を開催していますが、症例検討とともに、各医師、各医療機関の診療情報交換の会としても、提供をお願いしているところです。また小グループでの医師の連携、研究会をしながら対応をしたりしておりますが、個々の連携を、医療間、医師同士の利用しやすいスムーズな連携体制に拡大していきたいと考えております。

医師会には、これからも、急性期医療から慢性期、在宅医療を含めた地域の医療と保健・介護・福祉の様々な関係者との、包括的な連携を進める役割が求められています。実際には医療現場で中核となって取りまとめていくのは、やはり1次医療を担うかかりつけ医です。さらにかかりつけ医師に対して地域住民からは、身近に存在し、何でも相談でき、初期診療を実施し、必要に応じて専門医へ紹介する、などが望まれています。高齢化が進む中で、高齢社会のさまざまな疾病や分野において、地域の実情に合った包括的医療連携体制の構築が必要とされ、今後も医師会がその役割を果たしていかなければならないと考えます。そのためには、まずもって医師会からの情報提供、発信をし、会員の先生方にも、地域住民への健康・保健活動に、積極的に参加していただきたいと願っております。

第117回 周南医学会

光市医師会会員の皆様全員の参加をお願いいたします。

会期：平成23年11月13日（日）
午前8時55分～午後3時30分
会場：光商工会館 2階 研修室
光市島田4丁目14-15
TEL 0833-72-2234

プログラム：

- 1（午前の部） 9：00～12：30
一般演題発表 23題
 - 2（午後の部） 13：30～15：30
特別講演 2題
- ①窪田 誠 先生
（東京慈恵医科大学整形外科学教室講師）
演題「日常診療でみる足の外科疾患」
- ②内富 庸介 先生
（岡山大学大学院医歯薬学総合研究
精神神経病態学教室 教授）
演題「がん医療における
コミュニケーション
—精神腫瘍学の臨床実践」

講師略歴：

窪田 誠（くぼた まこと）
昭和62年3月
山口大学医学部 卒業
昭和62年5月
東京慈恵会医科大学整形外科学教室
入局
平成元年5月
東京慈恵会医科大学整形外科学教室
助手
国立長野病院 勤務、
東京慈恵会医科大学第三病院、

栃木県身体障害医療福祉センター
等に勤務

平成8年7月
東京慈恵会医科大学病院 勤務
平成12年5月
慈恵医大整形外科学教室 講師
平成12年7月
慈恵医大青戸病院 整形外科診療部長
平成19年7月
東京慈恵会医科大学病院 勤務
足の外科 担当

内富 庸介（うちとみ ようすけ）
昭和52年3月
山口県立徳山高等学校 卒業
昭和59年3月
広島大学医学部 卒業
昭和63年8月
国立呉病院・中国地方がんセンター
精神科 医員
平成3年3-5月
厚生省 HIV 留学制度により
米国スロンケタリンダがんセンター記念
病院精神科 研修
平成6年12月
広島大学医学部神経精神医学教室 講師
平成7年9月
国立がんセンター研究所支所
精神腫瘍学研究部 室長
平成8年4月 同 部長
平成17年12月
国立がんセンター東病院
臨床開発センター精神腫瘍学開発 部長
平成22年4月
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
精神神経病態学教室 教授
現在に至る

特集 公益法人への移行

光市医師会は新公益法人制度への対応として一般社団法人を目指します。そのなかでも原則として税法上、収益事業のみ課税される非営利型一般社団法人への移行の方向性が理事会に於いて検討・確認され、了承されました。その目的のために、公益目的支出計画の対象事業の検討が行われました。経理面の準備として、公認会計士を顧問にお願いして事業別損益予算の作成に取りかかり、それらの整備見直しを検討しています。さらに、法人法に適合する定款の改定に取りかかり、諸規定の整備・見直しも行い、案をホームページに提示しています。これまでの経過と、これからの一般社団法人移行のスケジュールとしておおむね次のようになると考えられます。

これまで行ってきたこと

新公益法人制度への移行準備状況について平成20年12月1日に新法施行、現在「特例民法法人」

平成25年11月30日までに申請、認可を受けなければ、法人は解散とみなされる。

平成22年10月12日（理事会）；

- ・「一般社団法人（非営利型）」への移行を目指すことを、了承。
- ・財務・会計面について、森永敏夫税理士・公認会計士に依頼とする。

平成22年11月から、移行申請に必要な下記3項目を中心に検討。

- ①公益目的支出計画の対象事業の選定と今後の医師会事業の再検討。
- ②新会計基準に沿った会計処理を進める。
- ③一般社団法人の基準に沿った定款内容の検討。

平成22年12月21日（臨時理事会）；

- ・森永公認会計士を招き、「新一般社団法人への移行申請に向けて」協議す。

「新公益法人制度の移行申請準備会」（森永公認会計士と松村、平岡、中尾事務局）

第1回（H23、1、31）

会計事務の今後の具体的な作業について、協議。

第2回（H23、3、3）

岡谷市医師会の移行認可を受けた申請書類を参考に検討

第3回（H23、3、24）

継続事業の確認。発生する経費についての分類確認。消費税・法人税への対応。

第4回（H23、4、15）

税務上共通経費配賦基準の検討

第5回（H23、4、27）

真会計基準による収支決算書・予算書の検討

平成23年3月8日（理事会）；

- ・森永公認会計士から、税に関連した問題点、対応方法などについての説明。

（休日診療所委託事業、がん検診読影事業等について）

- ・森永公認会計士との「公益法人会計等に関する業務契約」を承認。

- ・日医のモデル定款を参考に、定款案を提示。定款細則については、検討中。

（定款等検討委員会；3月17日）

平成23年5月19日（定時総会）；

- ・一般社団法人への移行が承認された
- ・移行準備に対応した事業案、予算案の決議
移行に向けての定款内容の提示がおこなわれた。

平成 23 年 6 月 16 日；

- 県医師会から、郡市医師会用の定款モデル案が示され、その後、数回にわたり、内容の修正。変更の提示がなされた。

平成 23 年 8 月 30 日；

- 「定款等検討委員会」
県医師会の定款モデル案を参考に、新定款の内容を修正変更す。規程等についても、検討協議す。

今後のスケジュール

平成 23 年度中

新定款、定款細則等の作成、確認。

(県学事文書課の指導を受けて)

平成 24 年 1 月

臨時総会 (役員改選・規則等改訂予定)

平成 24 年 5 月

定時総会

(平成 23 年度事業報告・決算、平成 24 年度事業計画・収支予算書)

その後、

定款変更 (案) の承認、決議 (理事会・臨時総会)

一般社団法人移行認可申請書類の作成、確認。

移行認可の申請。

認可取得後、登記申請。

平成 25 年 4 月の移行を予定している。

(県医師会の新法人への移行予定も、平成 25 年 4 月に変更された)





河内山医院 河内山 清

神様

末期高齢者のつぶやき
あとひと月生きる気なのか理髪屋へ
米寿祝い葬儀屋から来た商品券
催促状閻魔宛ではありません
最後までなりたくないあなたどなた
あなただ一れこだまでしょうか
あなたどなた
再婚はしないと約束交わす卒寿
若返り後期高齢になりたいの
閻魔様へ賄賂持参の律儀者
元気貰う老人施設の恋戦争
たばこ700 禿の散髪500円
うらかなし五輪なでしこ見れんだろ

何事も程ほどというあたりがよろしいよう
うで。このたびの台風15号にしたってそ
うです。早魃のときなら一雨二雨来ると涙
が出る程ありがたい天の恵みです。

度を越しますとこの度のような大惨事にな
ります。

私なんか高齢、而も腰痛持ち、泥砂をス
コップで掬ってかきだす作業の映像を見る
だけで体が凍り付くような怖ろしさを感じ
ます。 ああ、神も仏もないものか。あの
人達、人類救済がお役目だった筈なのに。

「お賽銭、お布施返せの会」立ち上げるか
もな。いまは貧乏神しか居ないんだなんて
ことは言いつこなしですよ。それでなくっ
たってちとら、お先真っ暗なんだから。
もう…。

ヤーイ神様出て来い、何処でなにしてた
んだ。気象関係の神様ゴルフ好きだったな。
どこかで一泊二日、二泊三日ゴルフしてや
がったんだ、きっと。宿帳とゴルフ場プレー
記録に載ってんだぞ。ネタは揚がってんだ。
軍法会議でハラキリものだが反省改悔の思
い強く、情状酌量の余地ありてんで退職処
分とする。退職金は無しだ。天下りは許さ
れねえ。罪滅ぼしに地上に降りて来て復興
のお手伝いをするのが条件だ。

捨てる神あれば拾う神あり。真面目に
やれば又復職出来るかも。浪人中は雷
様の家を回ってゴマを摺っておくんだぞ。
雷様部隊が台風の御へそめがけて集中攻撃
すれば、台風なんて空中分解してひとた
まりもないんじゃないのか。今度は命を賭
してもやるんだぞ。なにしろあの暴れん坊
台風を防いで呉れる力があるのはお前さん
だけなんだからな。腐つても鯛。国民を代
表して言はさせていただきます、マジの願
いです。謹上。

それにしても近頃異常気象が多いよな。
まさか民主党と関係ありってことはねー
だろうな。この度だってそうだよ。大臣が視
察に行つて、あ、このせきどめ湖おもらし
寸前だ。咳止めには龍角散がよく効くんだ
がなあーなんて云ってないよねーまさか。
もう勘弁して下さいよ。つくづく。無事
のありがたさ、今更みにしみて、しみじみ
と。

先ほど来、神様に大分悪態をつきました

が、私はじつは隠れ巨人ファンならぬ隠れ神様ファンなのです。

中学校1～2年生頃までは何も考えず家族に可愛がられ仔犬みたいに友達ともぶれついて遊んでいました。3年生頃になりますと知恵の木の実を食べた人類の宿命でしょうか、自と他を分けて考える分別に目覚め悩むようになります。

なんだか正体のわからない不安にウツになり、ひどい落ち込みよう。母がそんなに考え込みなさんなど度々も云って呉れますが、私はどういわけか「何時か必ず何も考えなくてすむようになる時が来る。それまでは考え続けなければいけないのだ」と何処からとなく耳に入ってくる声を感じていました。

学校を終へるまで、そして社会人となり仕事や趣味に忙しくしている間じゅうも、ずーと心の奥底にこの不安につきまとはれ悩まされ続けていました。なにか自然界に解決のヒントがあるような気がして、暇さへあれば山野を彷徨しました。

山の端に落ちる金色こんじきの夕日、白、茜、紫、薄墨、刻々と千変万化する雲の美しさ、雄大さ。新緑の瑞々しさ、森の精気、真紅の紅葉、深山幽谷、碧空、行雲流水、その荘厳さ、神秘にどんなに憧れつづけたことでしょう。それに比して人間の矮小さ、心の醜さ。私の人生の大半はコンプレックスの塊りでした。

自然は神の構図のままに自己を表現するしかないが、神様は人間に自由というかけがえのない宝を与えて下さった。人間の心は美しくなるも醜くなるも、無限になるも野に咲く極小の花になるのも自分で選ぶ、変幻自在な存在であり、文字どおり森羅万

象よりも次元上のクラスの被造物であるのだと気付く迄には長い長い日月を要したのであります。

若い頃は不思議なことに道徳、学問は勿論、その他ひっくるめて真善美というようなものに関して向上心が湧くものです。

大学生のとき、毎朝下宿近くの丘に何か分からぬ何かを求め探して登っていました。或る朝、気力も尽き果て伏しまろんでいましたら目の前に2～3センチ位の小笹が立つていました。俺こそは宇宙真如の権化なのだと言はんばかり自信満々と。

それを見た私はショック、絶望、目から鱗。あ、これはあきまへん、自力ではどうにもなりまへん。宗教に力を求めるより他はないわと覚り、少しずつではありますが仏典、聖書などを拾い読みし始めました。深奥なる心境、聖地への道を教えられますが、イマイチ大安心に到らなかったのは私の未熟以外のなにもものでもありません。

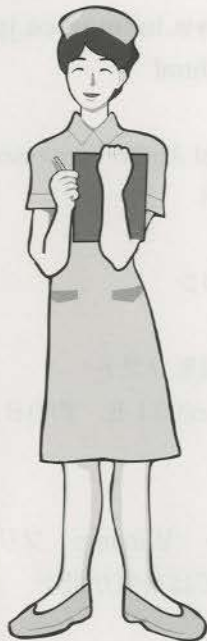
歳とって、病気になったりして世間と没交渉になり、強いて云えば出家の状態に近くなったとでも申しましょうか、その分見るもの聞くことにまどはされること少く、宇宙神、宇宙根源のリズムとの同調を目指して…と言いたいところですが。

この世で生きてゆく、そして立派な仕事をするためには多くのことを学び知識を身につけ、それを役立てる努力が必要です。一方宗教方面で大事なものは身につけたものを次々と捨て去ってしまって、心のバケツを空っぽにしておかねばならないことです。

これを仏教では空と言ひ無といひます。ここで颯爽と般若心経の登場です。無門関。無の関門を通り抜ける必要があるのです。

これにはひと苦勞、ふた苦勞、三、四がなく、五苦勞が要ります。ごくろうさん。キリスト教では「幸いなるかな心の貧しき者、その人は天国を見ん」、自力の大きな荷物を背負った人が天国に入るのは、針の穴を駱駝が通り抜けるよりむづかしい…という意味の言葉があります。天理教は「学者、金持ちあとまわし」。金光教では「ままよという気持ちにならねば救われない」ままよというのは、自力ではもうどうにまならない、すべてを捨てて無になり全托の気持ちになることだと思います。「身を捨ててこそ浮かぶ瀬もあれ」之は武士道の奥義です。

いずれにせよ自己をとことん捨て去る厳しい覚悟の修行の道であることに違いはなさそうです。



佃医院 佃 邦夫

オーディオ三昧

長い間忘れていた。遠いその昔、曜日と時間と自分のいる場所も忘れて、「音の葉」の世界をさまよっていた時期があった。学生の時である。昭和40年代後半から50年代前半の時代。その頃オーディオと言えば秋葉原だった。オーディオコンポの時代。聴きたい音楽に合わせて気に入ったスピーカーを決めて、それにあったアンプを設定する。それに合わせてカートリッジとレコード針を決める。秋葉原にはズラリとオーディオ店が並んでいて、朝一番から最終列車に間に合うまで、店員さんたちを困らせるようなことをしていたのは、自由な時間をもつ学生の特権だったと思う。何とも贅沢な話ではある。

大学を卒業してからは、日常の喧噪にかまけて忘れていた。そのうちシステムコンポはなりをひそめ、ミニ・コンポなるものが電気店に並べられるようになった。音楽から急速に離れていった。音だけで我を忘れさせてくれるような魅力のあるオーディオシステムは自分の周りから消えていった。そして、それを聞く時間的余裕も精神的なゆとりも、長い間失っていた。

あれから30有余年。甦らせてくれたの

はパソコンだった。せいぜい歌謡曲くらいしか聴いていなかったものが、ちょっとしたオーディオシステムに変身したのである。今時、いっばしのオーディオシステムはアンプだけでも50万円ものである。パソコンでこれまで何度か試みたことはあったものの、オーディオカードからプリメインアンプに接続しても、満足な音が出なかった。誠に貧弱でがっかりさせられたものだった。パソコンのオーディオ出力自体に音響というコンセプトがないのだと感じたものだった。ところがあるものを間にとくとパソコンの音出力がオーディオ用に変身することを発見した。それを知らなかったのは自分だけだったのか？

DAC (digital to analog converter) がそれである。パソコン内部ではデジタルで処理される。そのまま音にすると人間にはキンキン・カンカンと不快な音でしかない。それを人間の耳になじむように、アナログ化し音質を変換する機器があるのだ。D/Aコンバーターと呼ばれている。パソコン内部や周辺機器内部ではノイズが多くその処理は難しい。従ってUSBやIEEE 1394から外部で接続し、アナログ変換を別のコンポーネントに担当させる。このことはCDプレーヤーやDVDプレーヤー、テレビやFMチューナーからパソコンへの入力・再生でも同じ事で、直接プリメインアンプに接続するより、D/Aコンバーターを介して入出力した方がまるやかで広がりのある音響が聞かれる。これは私にとってはオーディオの革命だった。パソコンがオーディオに使えるなら、音楽だけではなくテレビやサラウンドにも使える。録画・録音をハードディスクに突っ込んでおけば、音楽やテ

レビ・映画がいつでも聞けるだけじゃなく、いろんな情報をネットから取り寄せたり、いろんな人たちと情報交換したり、ネットを通していろんな音楽の参照が出来る。新しいオーディオライフの始まりである。

さっそく奥にしまい込んでいたLPレコードを取り出してレコードをかけてみた。残念なことに、愛用していたグレースのレコード針は折れ曲がっていて、安物のスベアを使うしかなかった。やはり昔聞いた音じゃなかったが、グレース社はすでにこの世にはなく、中古でも入手不能のようだった。仕方なく安物レコード針で再生、ハードディスクに保存ということになった。システムは以下の通り。

録音

レコードプレーヤー



D/A コンバーター

Luxman DA-200 約14万円

http://www.luxman.co.jp/product/aa_da200.html



USB Digital Audio Processor SE-U55SX

約1.5万円



パソコン



サウンド編集ソフト

DigiOnSound 5 L.E. 約0.8万円

再生

再生ソフト Winamp フリーソフト

iTunes では音質が低下



パソコン



D/A コンバーター
Luxman DA-200



プリメインアンプ
KENWOOD KA-510 約 1.5 万円
この値段でいっばしの音を出すのでびっ
くり!!



スピーカー 約 10 万円
QUAD L-lite チェリー ペア
なぜか外国製の方が断然音がいい。
ウーファー ONKYO SW-10A

そのほか、衛星テレビやケーブルテレビ・FM ラジオなど、何よりも、ネットで聞くことが出来る音楽 (youtube など) が結構いい音で聴かれる。これが本当のマルチメディアだ。本格的なオーディオシステムには音響設備を備えた専用の部屋が必要で、そんな大それたことが出来るはずもなく、

小さな個室でひっそりと聞くのが今どきのオーディオスタイルだろう。この Luxman DA-200 はヘッドホン・アンプを備えていて、ヘッドホンで聴いても結構いい音がするのが気に入った。

そんなことをしていったい何を聞くんだというひともあるだろう。システムをそろえて聞いてみると分かるが、いい音楽をいと感じるにはそれなりの音響が必要だ。いい音楽と感じるには最低限の音響システムが必須アイテムなのだ。いくなればこれは出発点でしかない。ここから何を聞くかを決めることになる。

いい音楽は頭の中に流れ込み、川となつていろんなものを飲み込んでいく。川は喜怒哀楽の感情を包み込み、五感から豊穡の十二感覚の味付けをしてくれる。蒼穹をきらきらとひかる花びらで飾ってくれ、感情や感覚が研ぎ澄まされてくる。そんな世界を知ったとき、新しいものを発見した気がする。この感覚、長い間忘れていた。



納涼懇親会

日時：平成23年7月21日（木）

18：30～

場所：シエロ ディマール



医師会親睦旅行記

広田医院 広田 修

今年の医師会旅行のテーマは、「SL やまぐち号に乗ってりんご狩りに行こう!」でした。

前々日の9日(金)に台風14号が鹿児島
の南に発生したときにはどうなることかと心配
しましたが、皆様の(私の?) 願いが届いた
のか、9月11日当日は晴れ、逆に日焼けを
心配するほどのお天気でした。

朝8時、予定通り光を出発、バスは渋滞
の予想に反して順調に走行し、SL 発車より1
時間も早く到着しました。入線(ホームに列
車が入ること)は10時20分、大人も子ども
も今か今かと向こうから近づいてくる汽車を
待っています。子ども達はもちろん、今回参
加したほとんどの人が、汽車の旅は初めての
はずです(私も乗車するのは初めてでした)。
テレビやYouTube で見るのとは大違いの汽
笛の迫力や黒煙に、皆、目をまん丸くしてい
ました。乗車してしまうと汽車は見えなくなる

ので、発車ぎりぎりまでホームは大・撮影大
会の様相でした。

客車は5両でそれぞれ内装が異なっており、
1号車から順に展望車風、欧風、昭和風、
明治風、大正風と味付けがしてありました。
今回我々の客車は5号車大正風で、津和野
行きは「下り」になるため一番先頭、機関車
寄りの車両でした。

10時47分、定刻に新山口駅を発車。先
頭客車で炭水車(石炭を積載する車両)の
真後ろであったため、さすが蒸気機関車、煙
だけではなく水まで飛んできます。煙の室内
流入を心配しておりましたが、幸いエアコン
付き客車だったため、最悪の事態は避けら
れました。列車の最後尾1号車には吹き抜け
の展望テラスがあって外の空気が吸える様
になっており、常に人で一杯でした。

道中、のどかな風景を楽しむ方、坂道を一
生懸命登る汽車を応援する人、車内を探検
する人、写真を撮りまくる人(私です)、ずっ





理事会報告

平成 23 年 7 月度 光市医師会定例理事会

日 時：平成 23 年 7 月 12 日（火）午後 7 時 30 分より

場 所：光市医師会事務局

議 題：

I. 報告事項

1. 郡市医師会会長会議（6/16）（松村会長）
2. 県医師会情勢報告（河村県医師会理事）

II. 協議・承認事項

1. 第 117 回周南医学会準備について（松村会長・平岡副会長・谷川理事代理）
2. 会員入会の件（松村会長）
3. 新公益法人制度移行対策〈今後のスケジュールについて〉（松村会長）
4. 消費税要望に係るアンケート調査（日医）依頼（松村会長）
5. 事務局員の夏期賞与（平岡副会長）

III. その他

1. 認知症講演会（7/29）の案内（丸岩理事）
2. 麻薬研修会（8/2）の案内（清水理事）
3. 納涼懇親会（7/21）の案内（広田理事）

平成 23 年 8 月度 光市医師会定例理事会

日 時：平成 23 年 8 月 9 日（火）午後 7 時 30 分より

場 所：光市医師会事務局

議 題：

I. 報告事項

1. 光市健康づくり推進協議会（7/14）（松村会長・兼清理事）
2. 郡市小児救急医療担当事協議会（7/14）（広田理事）
3. 山口県医師国保組合会（7/21）（松村会長）
4. 周南地域・職域連携推進協議会（7/21）（兼清理事）
5. 郡市山口国体担当事協議会（8/4）（兼清理事）
6. 光市休日診療所運営会議（7/28）（丸岩理事）
7. 光市高齢者保健福祉計画等策定市民協議会（7/28）（丸岩理事）
8. 県医師会情勢報告（河村県医師会理事）

II. 協議・承認事項

1. 第 117 回周南医学会準備について（松村会長・平岡副会長・谷川理事代理）
2. 会員入会・退会の件（松村会長）
3. 山口国体救護出務について（兼清理事）
4. 「周南地区医師会女性医師部会」の設立総会について（松村会長）

5. 救急の日に救急イベント（光中央消防署）
6. 講演会：9月7日 嶋元 徹 先生「アンチドーピングについて」
7. 光市医師会会計内容について

平成 23 年 9 月度 光市医師会定例理事会

日 時：平成 23 年 9 月 13 日（火）午後 7 時 30 分より

場 所：光市医師会事務局

議 題：

I. 報告事項

1. 山口県医師互助会支部長会（8/11） （平岡副会長）
2. 郡市地域医療担当理事協議会（9/1） （兼清理事）
3. 県医師会情勢報告 （河村県医師会理事）

II. 協議・承認事項

1. 第 117 回周南医学会準備状況 （松村会長・平岡副会長・谷川理事代理）
2. 光市との協議会について（来年度保健事業等） （松村会長）
3. 「うつ病等かかりつけ医研修会」について（12/6） （松村会長）
4. 光市医師会の会計について （平岡副会長・佃理事）
5. 光市医師会規則等の改定について （松村会長）
6. 忘年会の日程について （広田理事）
7. 光総合病院創立 60 周年記念式典について （松村会長）

月例会報告

平成 23 年 7 月 26 日（火）

1. 第 117 回周南医学会の準備状況 （松村会長）

平成 23 年 9 月 27 日（火）

1. 第 117 回周南医学会の準備状況 （松村会長）

認知症講演会

日時：平成23年7月29日（金）

19：00～20：30

場所：光商工会館 2階 大会議室

製品紹介：19：00－

アルツハイマー型認知症治療剤

アリセプト エーザイ株式会社

特別講演：19：10～20：30

司会：山口県医師会理事

河村 康明 先生

演題：『新しい抗認知症薬とその特徴』

講師：香川大学医学部

精神神経医学講座

教授 中村 祐 先生

共催：光市医師会

光市介護支援専門員連絡協議会

エーザイ株式会社

ファイザー株式会社



認知症の最先端医療を担当されている香川大医学部の中村祐教授（精神神経医学講座）先生をお招きし、最近発売された認知症治療薬についてお話いただきました。

「鉄の女」サッチャー元首相が認知症だったことはご存じでしょう（図1）。学者でもありますし、政治のトップを務められた人であっても認知症には無力であることが分かります。誰でもいつでもなってしまうところが怖いところでもあります。

かかりつけ医での診断ポイントは以下の

サッチャー元首相が
認知症
長女が回想録で
告白
2008年8月



「鉄の女」で知られたサッチャー元首相（82）が認知症を患っていることが分かった。長女が2000年から認知症の症状が始まっていたことを明らかにした。

「鋭い取り紙の脳」のようだった元首相の記憶力が8年前から急速に衰え、「同じことを何度も尋ねるようになった」と述べた。

元首相は「一方でウェブサイトのように過去のことを覚えている」。しかし、2003年の夫デニスさん死去について「母の認知症はこのことを忘れるようにさせている」と述べている。

図1

通りです。

1. 物忘れがあること
もの忘れが主訴の場合は9割がAD
2. 日時が不確かなこと
3. なんらか仕事や生活に支障のあること
4. 以前出来ていたことが難しいこと
5. 脳血管障害、脳腫瘍の除外(X線CT検査)
6. 身体疾患の除外

認知症の出現率は65歳で60人に1人ですが、5歳増える毎に2倍に増えます。85歳以上になりますと4人に1人が認知症と診断されます（図2）。香川大学・物忘れ外来での統計では物忘れで受診した患者の85%がアルツハイマー型認知症でした（図3）。レビー小体認知症とその混合型を含めた約90%以上がアセチルコリンが低下する型の認知症となります。その治療としては脳内のアセチルコリンを増加させることが目的となります。すなわちアセ

認知症の出現率

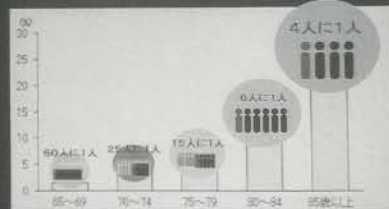


図2

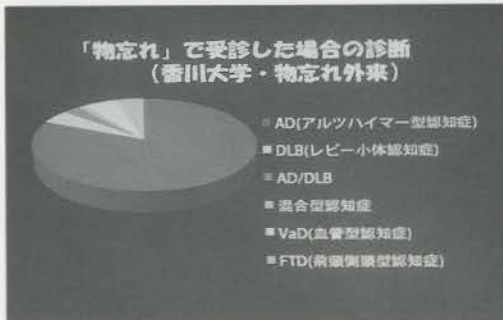


図3

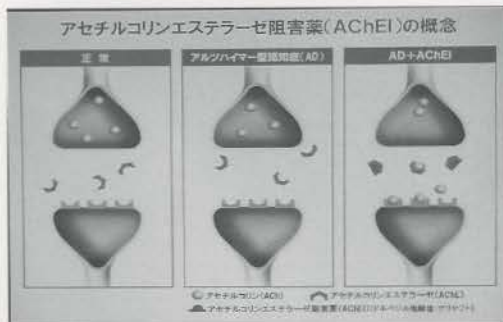


図4

チルコリンエステラーゼ阻害薬 (AChEI) の概念が流れとして出てきます (図4)。世界と日本で販売されている抗認知症薬を示します (図5・6)。投与後数週間で改善される効果を示します (図7)。効果の判定としては1から2週間でよしいと思います。

個々の新薬について説明していきます。レニミール (Galantamine) はもともとマツユキソウから単離されたアルカロイドで AChEI として作用する以外に、ニコチン作用も兼ね備えた薬剤です (図8・9)。ニコチン作用があるために副作用として悪心・嘔吐があり (図10)、それに対する対策 (鎮吐剤) が必要です。

リバスチグミンパッチは患者さんの背部に貼付することにより使用するものです (図11)。薬理作用として経口剤として

は不適當で、貼付剤として皮膚より緩徐に吸収されることにより安定的に効果が発揮できるように開発された薬剤です。貼付剤ですので接触皮膚炎の対策が必要です (図12)。

メマリー (メマンチン) は世界で唯一の NMDA (N-methyl-D-aspartic acid) 受容体拮抗を作用機序とする薬剤です。NMDA とは神経系の主要な興奮性伝達物質であるグルタミン酸の受容体の1つで、メマリー

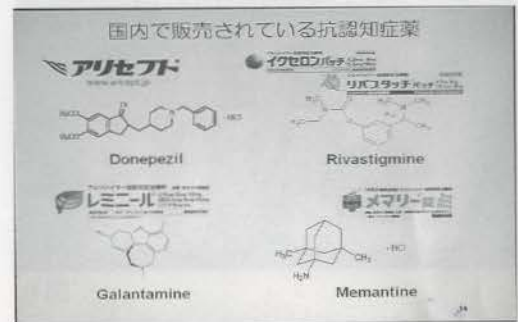


図5



図6

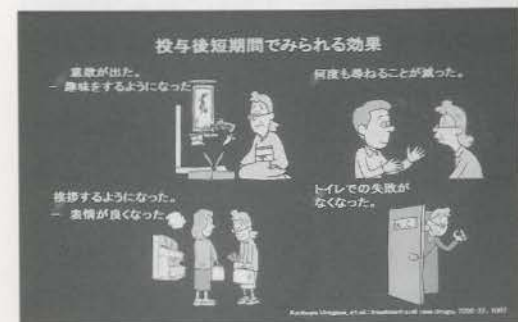
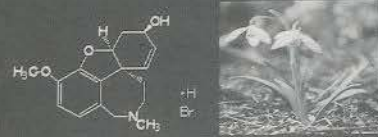


図7

レミニール(Galantamine, R113675)



Galanthus nivalis

snowdrop(和名マツユキソウ)から単離されたアルカロイド
 アセチルコリンエステラーゼ阻害薬としての作用以外に
 ニコチン性アセチルコリン受容体アゴニストとしての作用も
 有するdual ACh modulator

図 8

Revastigmine Patch (ENA713D_ONO2540)

アセチルコリンエステラーゼと
 ブチリルコリンエステラーゼの両者を阻害



図 11

ガラントミンのDual Action

**AChE
阻害作用**



**APL
作用**



図 9

主な副作用(リバステグミンパッチ群で≥3%)

	プラセボ (n=32)	9mg (n=32)	18mg (n=32)
副作用発現例数	146 (45.0)	207 (73.4)	210 (73.2)
悪心発症率	56 (18.2)	106 (37.6)	113 (39.4)
悪心部位不詳	61 (21.2)	92 (32.8)	100 (34.8)
浮動性めまい	32 (12.8)	68 (24.5)	65 (23.7)
悪心部位不詳	7 (2.4)	35 (12.4)	31 (10.8)
悪心	7 (2.4)	2 (0.7)	19 (6.8)
嘔吐	9(1.7)	3(1.1)	17(5.8)
悪心部位不詳	4 (1.4)	14 (5.0)	11 (3.8)
悪心部位不詳	4 (1.4)	12 (4.3)	3 (1.0)

図 12

副作用発現頻度(発現頻度3%以上)＜国内データ＞
 [抜粋]

解析対象例数	JPN-3試験+JPN-5試験		
	プラセボ群 (n=333)	16mg/日群 (n=324)	24mg/日群 (n=320)
副作用発現例数(%)	114(34.2%)	167(51.5%)	170(53.1%)
食欲不振/減速	16(4.8%)	38(11.7%)	42(13.1%)
悪心	11(3.3%)	37(11.4%)	49(15.3%)
嘔吐	11(3.3%)	32(9.9%)	36(11.3%)
下痢	15(4.5%)	21(6.5%)	18(5.8%)
便秘	4(1.2%)	2(0.6%)	4(1.3%)
体重減少	6(1.8%)	12(3.7%)	14(4.4%)
経閉・経痛	9(2.8%)	11(3.4%)	1(0.3%)
頻尿	15(4.5%)	11(3.4%)	13(4.1%)
浮動性めまい	9(2.7%)	12(3.7%)	8(2.5%)

図 10

薬品名	ボマリ	アリセプト	レミニール	リバステグミンパッチ
一般名	ボマンチン塩酸塩	ドネパジル塩酸塩	ガランタミン塩酸塩	リバステグミン
製薬会社	第一三共	エーザイ/ファイザー	ヤンセン/武田	ノバルティス/小野
発売年	2011年6月	1999年11月	2011年3月	2013年7月
作用機序	コリンエステラーゼ阻害薬 (ChEi)			
薬理学的特徴	NMDA受容体拮抗薬 血中半減期が長い 健康人：70 h	血中半減期が長い 健康人：90 h	APL作用 血中半減期：8-10h	ブチリルコリンエステラーゼ阻害作用 血中半減期：3h
副作用	浮動性めまい 頭暈、倦怠	悪心 嘔吐、下痢	吐き気 嘔吐	悪心部位 皮膚症状
強度 (悪化)	中等症・高度	軽度～高度	軽度・中等症	軽度・中等症
剤形	錠剤	錠剤、OD錠、錠剤、ゼリー	錠剤、OD錠、錠剤	貼付剤
用法用量	1日1回、10mg 1日1回12mg、1日2回6mg 高剤：1日1回18mgで4週間以上継続服用10mgに減速	軽～中等症：1日1回12mg、1日2回6mg 高剤：1日1回18mgで4週間以上継続服用10mgに減速	16mgと24mgが選択可能	1日1回発症4.5-18mg、漸増

図 13

はその受容体と結合することにより持続的な低濃度のグルタミン酸刺激に曝された病的細胞を活性化すると考えられています。他のコリンエステラーゼ阻害剤との併用が認められています。副作用としては短期的にはめまい、長期的には便秘が問題となります。高齢者ほどよく効く傾向があります。現在発売されているAD治療薬の比較を表にしましたので参考にしてください(図

13)。
 本日はありがとうございました。

麻薬・向精神薬に関する講演会

日時：平成23年8月2日（火）

19:00～20:30

場所：光商工会館 2階 大ホール

麻薬担当理事 清水 敏昭

演題：『薬物乱用の現状』

演者：中国四国厚生局

麻薬取締部調査総務課長

加藤 稔 様



取り締まる側からみたその取扱いの注意点を、中国四国厚生局麻薬取締部調査総務課長の加藤稔様にお話ししていただきました。

麻薬取締官の業務は以下のようなものです。

1. 薬物事犯の取締り
2. 医療用麻薬等の流通監視、取締り
3. 薬物乱用者対策
4. 予防啓発活動

薬物とは大麻、ヘロイン、覚せい剤、シンナー、MDMA等の他、医薬品なども範疇に入ります。広義にはアルコールやタバコなどもありますが、わたしたちの管轄ではなく医療の分野になるでしょう。それら薬物の不適切な使用を規制するということですが、その「不適切な使用」とはどのようなものであるかと申しますと、すなわち、それらの乱用、依存、中毒となることでしょう。乱用とは本来の使用目的から逸脱した

使用を行うことで、シンナーなど遊びや快楽に用いられることは乱用になります。また、医薬品は医療に用いられるべきものが快楽に使用されたり、違法に販売されたり、使用方法を間違ったりすることも乱用になります。依存とはWHOの定義では「薬物の乱用を繰り返し使用することによって起こされる状況」とされており、多くの麻薬やアルコールやタバコなど、精神依存・身体依存を来します。中毒は依存により惹起された身体的・精神的疾病状態をいいます。

医療用薬物に関しましては1990年（平成2年）8月1日政令第238号にて麻薬及び向精神薬取締法に於きまして「麻薬、麻薬原料植物、向精神薬及び麻薬向精神薬原料を指定する政令」で政令第3条に「向神経薬」として69種類の薬物が記載され、その使用方法が規制されました。指定された薬物は医療機関が購入・使用・廃棄に関して適切に管理することが求められています。麻薬及び向精神薬取締法は麻薬と違って卸や医療機関に帳簿がありませんので在庫から消えても分からないことが多く、香川県では看護師がミタゾラム5400本を盗み出すという事件がありました。向精神薬の納入伝票やカルテなどの管理を適切に

各薬物の年齢別検挙数(構成比)

	20歳未満	20代	30代	40代	50代以上
覚せい剤	2.2	20.5	36.8	26.4	14.1
大麻	6.9	54.0	27.8	8.2	3.1
麻薬	3.8	40.8	31.7	16.2	7.5

図1

インターネットによる密売の特徴

- ① だれでも簡単に入手できる
- ② 密売人を捜す必要がない
- ③ 地域に限られない
- ④ 多剤乱用の増加
- ⑤ 罪の意識が低い
- ⑥ 末端の乱用者が密売人になってしまう
危険性

図2

覚せい剤事犯の傾向

- ① 全薬物事犯検挙者の8割
- ② 検挙者数の減少
- ③ 暴力団構成員の増加
- ④ 再犯比率が高い

図3

行っていただきたいと思います。

一般的なことに移ります。薬物の年齢別検挙について覚せい剤は30歳台、大麻や麻薬は20歳台にピークがあります(図1)。

最近の特徴としては低年齢化と供給源の多様化、密売方法の変化が挙げられます。特にイラン人による密売には特徴があります。それとインターネットによる販売が多くなってきたことも懸念されることです(図2)。

覚せい剤と大麻、MDMAの実態についてお話しします。覚せい剤は検挙される件数が最も多く、再犯率が57.8%とかなり高いことも特徴です。また、暴力団の関与が52.6%見られるということで現在日本で最も重視されている事案です(図3)。

覚せい剤の押収現場



図4

乱用される薬物(大麻草)



図5

最近の推移としては、検挙者は減少気味ですが覚せい剤押収量が增大していることです。海外より大量に持ち込まれる事件が増えてきています(図4)。

大麻は砂漠とツンドラ以外ならどこでも生育でき、簡単に栽培できる薬草です(図5)。近年若年層の検挙が増加しており海外旅行などで気軽に遊び心で持ち帰ることが多いようです。樹脂の塊にして仏像内に埋め込んで密輸入される事例がありました(図6)。

MDMAは錠剤やカプセル、ペーパーLSDなど、いろんな剤形で持ち込まれるので注意が必要です。

コカの葉っぱからコカインが生成されますが(図7)、その検挙者は年々増加傾向



図6



図7

にあります。山口県内でも同じような傾向です（図8）。

最後にイラン人による密売に触れます。最近激増しているのがイラン人による密売です。渋谷や名古屋の街頭で堂々と販売するケースから携帯電話を使ってインター

ネットや宅配を使って販売するケースなど、非常に多様化してきています。イラン人は偽造パスポートを使って入国していることが多く捜査に於いて人定が非常に困難であり、言語からも扱いがとて難しいところがあり、扱いに難渋している状況です。

山口県内の大麻事犯検挙者数

	平成18	平成19	平成20	平成21	平成22
検挙者数	1	2	2	8	6

図8

第13回 光市医師会・ 光市立病院合同症例検討会

日時：平成23年8月23日（火）

19:00～

会場：光市立光総合病院 2階 講義室

演題：泌尿器科腹腔鏡下手術の現況

光市立光総合病院 泌尿器科

平儀野 剛



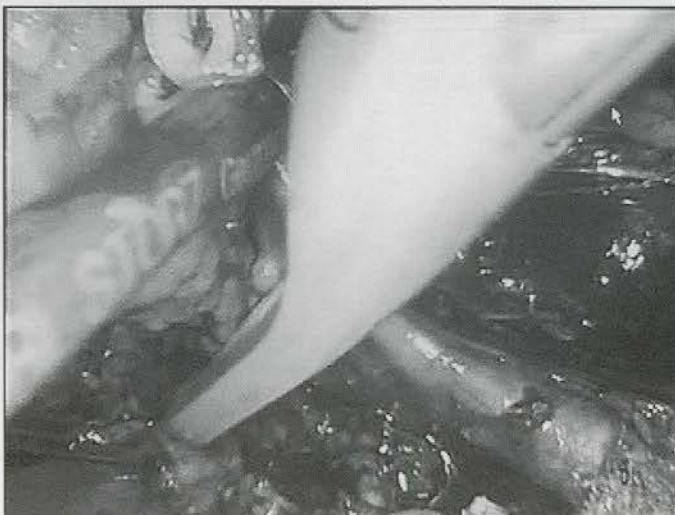
対象：2006年8月より2011年8月までに当院で施行された腹腔鏡下腎摘術22例。男性13例、女性9例で、平均年齢は 68.4 ± 9 歳であった。

結果：腹腔鏡手術時間（気腹時間）は 187.0 ± 63.6 分、出血量は 141.3 ± 86.1 ml。術後飲水開始が平均 1.2 ± 0.4 日、経口開始が 1.5 ± 0.5 日、歩行開始が 2.1 ± 1.3 日であった。



術中合併症は認めず、術後合併症は不穏2例、腸蠕動低下3例、排尿困難1例、創部感染1例を認めた。術前 $Cr0.9 \pm 0.2$ mg/dlに対し、術後 $Cr1.2 \pm 0.4$ mg/dlと腎機能低下は軽度であった。

結語：腹腔鏡手術は安全で、術後回復の遷延の改善に優れていた。



演題：食道裂孔ヘルニアの1手術例

光市立光総合病院 原田 幹彦



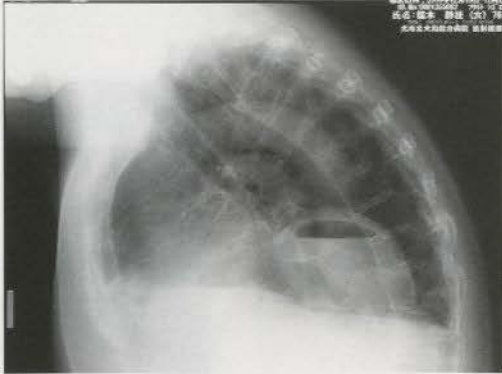
症例：76歳、女性

主訴：嘔吐

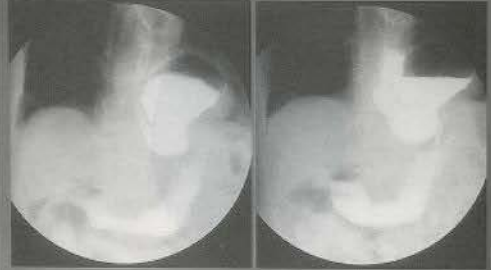
既往歴：アルツハイマー型認知症(平成15年)
直腸・子宮脱(平成16年開腹術)、イレウス(平成16年)、
胆石症(平成18年開腹術)

現病歴：平成20年12月より老健施設入所中。常習便秘で22年12月7日以降排便なし。12月10日嘔吐出現後、経口摂取不良となり、12月12日当院救急外来受診。腹単でイレウス像なく、点滴で経過観察されたが、症状改善されないため12月13日当科紹介受診。

光市立大和総合病院外科



上部消化管造影所見



光市立大和総合病院外科

手術方法



食道の松動、ヘルニア室切除後



食道裂孔の縫縮、横門形成
(手術 Vol.64 No.4より抜粋)

光市立大和総合病院外科

食道裂孔ヘルニアの分類と手術適応

- I型：溝底型(約95%)
- II型：傍食道型(純粋なものまれ)
- III型：混合型(傍食道型の大部分、胃食道逆流を伴う)
- IV型：複合型(縦隔内に他臓器が一緒に入り込む)

手術適応

- ・内科的治療(PPi)で逆流症状や逆流性食道炎がコントロールできないもの
- ・嚥下困難、胸痛、心窩部痛等の有症状例
- ・巨大食道裂孔ヘルニア(胃の1/3以上が胸腔内にはいつているもの)：嵌頓や胃腸捻転の危険あり

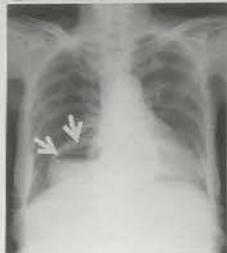
光市立大和総合病院外科

演 題：胃前庭部が嵌頓し通過障害を
きたした食道裂孔ヘルニアの1例
光市光総合病院外科 弘中 秀治



症例は85歳、女性。頻回の嘔吐、脱水症状を主訴に入院となった。上部消化管造影では胃前庭部及び胃幽門部の縦隔内への脱出を認めた。イレウス管などで減圧を試みたが症状改善せず外科転科となった。保存的治療困難な胃が嵌頓した食道裂孔ヘルニアと診断し手術を行った。術中所見では大網が収束するように牽引されており、開大した食道裂孔に連続していた。ヘルニア腔には噴門部および胃前庭部が脱出していた。ヘルニア内容物は容易に腹腔内へ還納できた。ヘルニア輪は直径4cmほどで、ヘルニア腔はgoose egg sizeほどあり後縦隔方向に広がっていた。ヘルニア輪はdirect closureで縫縮した。逆流性食道炎の予防を目的とした噴門形成としてNissen法を付加した。胃の前後壁を長軸方向に縫合し、腹部食道を全周性に被覆した。今回、我々

【胸部単純写真】



右側の縦隔部分に鏡面像を伴う腫瘍影を認めた。

は胃の前庭部が脱出嵌頓し通過障害をきたした稀な食道裂孔ヘルニアに対し手術が有効であった症例を経験したので報告する。

以上により保存的治療困難な胃前庭部が嵌頓した食道裂孔ヘルニアと診断し手術を行った。



【手術所見②】

ヘルニア内容物は容易に腹腔内へ還納できた。ヘルニア輪は直径4cmほどで、ヘルニア腔は鶏卵大ほどあり後縦隔方向に広がっていた。



【手術所見③】

ヘルニア輪腹側2/3に相当する横隔膜は強固な組織であったため、直接閉鎖でヘルニア輪を縫縮した。

食道胃移行部直下で噴門形成を行った。胃の前後壁を長軸方向に縫合し、腹部食道を全周性に被覆した。



【結語】

今回、胃の前庭部が脱出嵌頓し通過障害をきたした稀な食道裂孔ヘルニアに対し、手術が有効であった症例を経験したので報告した。

演 題：61歳肺炎の一例

兼清外科 兼清 照久

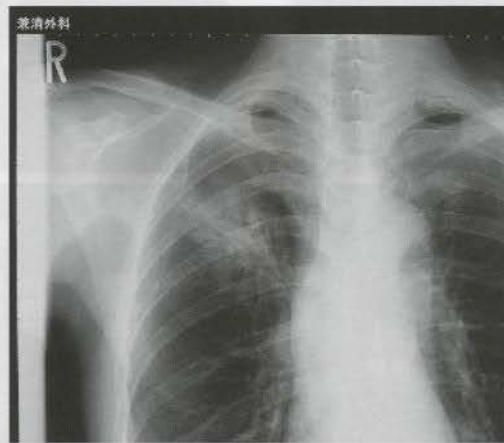


3日前より咳嗽ありと来院された患者さんです。胸部レントゲン写真にて右上肺野に陰影があり一ヶ月近く抗生剤治療を続けたが陰影が小さくならないのが気になります。

光市立大和総合病院

放射線科 倉光 達也 先生

胸部レントゲン写真では右上肺野のS1にコンソリデーションを示す像が見られます。エアブロンコグラムの像が見られますので肺炎像を考えるのが最も妥当だと思います。右の下肺野のS6にも肺炎像が見られます。胸部CTにも同様の所見で、コンソリデーションとエアブロンコグラムは肺炎像の所見と一致します。一ヶ月後の写真でも浸潤影が残っておりますが、大きさが異なっており、改善傾向にあると考えられます。抗生剤投与に反応したという意味では細菌感染で良いと考えます。



演題：当院における閉塞型
睡眠時無呼吸症候群の治療の現状
光市立光総合病院 深川 靖浩



当院では慢性呼吸器疾患の患者様に対し在宅酸素療法・在宅人工呼吸器法などを行っています。また、睡眠時無呼吸症候群に対する診断治療として新たに睡眠ポリグラフィ検査を導入し、鼻マスク持続陽圧換気療法（CPAP）を行っています。
Epworth Sleepiness Scale；ESS（エプワース眠気尺度）

SASの診断

- ①臨床症状の評価
- ②パルスオキシメーターで評価
- ③PSG（夜間睡眠ポリグラフィ）で評価（1泊入院）
- ④SASであれば治療

①臨床症状をESSで評価

Epworth Sleepiness Scale (ESS)
眠気を点数化したもの
ESS ≥ 11 点・・・異常な眠気
 ≥ 16 点・・・重症



- ②パルスオキシメーターを施行し、 $\geq 4\%$ ODIが5以上をSAS疑いとする

SASの治療

- CPAP療法（経鼻的持続陽圧呼吸）
中等症以上には第一選択
- 以下は軽症に有効。又はCPAPとの併用
- 口腔内装置(OA)療法
- 側臥位睡眠療法
- 減量
- 禁酒
- ベンゾジアゼピン系以外の睡眠薬への変更

症例1

- 67歳男性 174cm、67kg、BMI:22.1
- 症状：日中の眠気、いびき
- 基礎疾患：冬のアレルギー性鼻炎
- パルスオキシメーター： $\geq 4\%$ ODI・・・20.34
- PSG：AHI・・・45.4（但し臥位以外のAHI・・・0.7）
- CPAP開始するも不快感強く、受け入れ不良
→最高圧下げる
ロテープ[®]使用し開口抑制。
→AHI増悪することなく受け入れへ
（AHI：14.3→9.5）

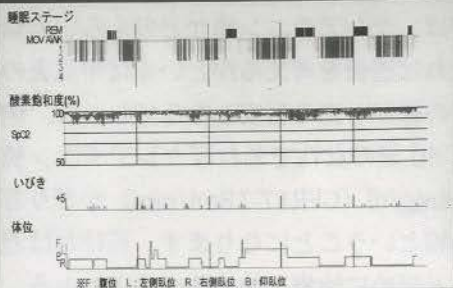
PSGのデータ



症例2

- 42歳男性 172cm、82.6kg、BMI:27.9
- 症状：日中の眠気、いびき、睡眠時呼吸停止
- 基礎疾患：1年前より血圧上昇（SBP:180）
- ESS：7点、パルスオキシメーター・・・ $\geq 4\%$ ODI：7
- PSG・・・AHI：40.8（仰臥位68.2、その他：25.9）
- 治療：側臥位睡眠療法、減量
→ $\geq 4\%$ ODI：0.72と改善
体重：半年で5kg減量

PSGデータ



結語

- 中等症以上のOSASは循環器疾患の発症率の上昇や生命予後の悪化をきたすため、積極的に治療を行うべきである。
- 治療法はCPAPをはじめOA療法、側臥位睡眠療法などがあるが、その導入には患者の睡眠の現状を把握する必要があり、PSG(簡易型ではない)で十分な評価を行ってからが望ましい。
- CPAP療法からの離脱を考慮しつつ診療にあたる

睡眠時無呼吸症候群について

私たちは睡眠中でも呼吸をしています。短時間ではありますが睡眠中に呼吸が止まる人がいます。これを無呼吸発作といい、様々な原因で一晩に10秒をこす無呼吸発作が30回以上おきる場合を、睡眠時呼吸障害(これらを総称して「睡眠時無呼吸症候群」とよんで治療の対象となり、呼吸不全、肺性心及び呼吸障害が血管の収縮を引き起こすことから高血圧などを発症させたり悪化させたりしています。

また、睡眠時無呼吸症候群の方が運転中に眠気を催す頻度が高く、一般人よりも高い割合で居眠り運転、居眠り事故等を経験しています。一度、下記のESSを試してみることをおすすめします。

Epworth Sleepiness Scale : ESS (エプワース眠気尺度)

お名前: _____ 年齢: () 歳 ご記入日 年 月 日

あなたの最近の生活の中で、次のような状況になると、眠くてうとうとしたり、眠ってしまうことがありますか、下の数字でお答えください。(○で囲む)。

質問のような状況になったことがなくても、その状況になればどうなるかを想像してください。

- 0=眠ってしまうことはない。
1=時に眠ってしまう。
2=しばしば眠ってしまう。
3=だいたいいつも眠ってしまう。

1. 座(すわ)って読書中	0	1	2	3
2. テレビを見ているとき	0	1	2	3
3. 人の大勢いる場所(会議や劇場など)で座っているとき	0	1	2	3
4. 他の人の運転する車に、休憩なしで1時間以上乗っているとき	0	1	2	3
5. 午後、横になって休憩をとっているとき	0	1	2	3
6. 座って人と話しているとき	0	1	2	3
7. 飲酒をせずに昼食後、静かに座っているとき	0	1	2	3
8. 自分で車を運転中に、渋滞や信号で数分間、止まっているとき	0	1	2	3

合計点: _____ 点 (□0~10 □11~15 □16~24)

合計点が11点以上の方は、病的過眠領域とされています。

○ 11~15点の方は、早い時期に専門医に診てもらうことを、お勧めします。

◎ 16~24点の方は、速やかに専門医に診てもらうください。

注1 合計点上1.1点以上が、治療を要するレベルであります。1.1点未満であっても慢性的ないびきをかく人、睡眠時に呼吸が止まる人、日中頻繁に眠気を感じる人も睡眠時無呼吸症候群の可能性あります。

注2 検査方法が極めて容易である反面、検査時点で眠気を過小評価し、得点が低くなることが多いことから、客観的に本人の眠気を評価できる家人に協力してもらって検査することが望ましいです。

第5回 光市医師会学術講演会

日時：平成23年7月5日(火)

19:00～

会場：光商工会館 2F 大会議室

製品紹介：19:00～19:15

「ミカムロ錠について」

日本ベーリンガーインゲルハイム(株)

特別講演：19:15～20:30

司会：河村循環器神経内科

院長 河村 康明 先生

演題：『思った以上に進行している
腎障害

～最適なCKD治療戦略とは～』

演者：京都大学大学院医学研究科

EBM研究センター

特定准教授 笠原 正登 先生



透析患者の5年生存率は50～60%です。これは胃がんよりも予後が悪く、腎臓癌と同等、転移性肝がんや肺がんよりわずかに予後がいいだけです。腎不全患者で透析に移行するという事は癌の告知と同等に、おごそかに行われるべき事柄だと考えます(図1)。CKDステージ分類ではGFR60ml/min以上でも軽度の腎障害という表現を使っています(図2)。血清クレアチニンが0.6mg/dlから0.7mg/dlに上昇したときにGFRは計算上13ml/min低下したことになりますが、同じようにGFRが下がった場合でも血清クレアチニン値が

2.0mg/dlの場合は5.0mg/dlまで上昇する計算になります(推算GFR値早見表図3)。では、クレアチニン値がどのくらいの値になれば透析を考えるかといえば早見表の薄青の線が一応の目安となるでしょう。例えば50歳の女性であればクレアチニン値が2.4mg/dl(GFR17-18ml/min)がぎりぎりの線ということになります。若ければ若いほど早めに治療を始めるべきでしょう。

腎臓の糸球体で濾過されて血液の10%が原尿となり1日に約150リットルの原尿が作られます。尿になるのは1日に1.5リットルとすれば約99%は再吸収されるわけですが、全てのグルコースと99%の電解質も水分とともに再吸収され再び身体の血流に乗ります(図4)。ヒトは水分やナトリウムが殆ど補給されない状態でも腎臓システムをフル稼働して再利用するとい

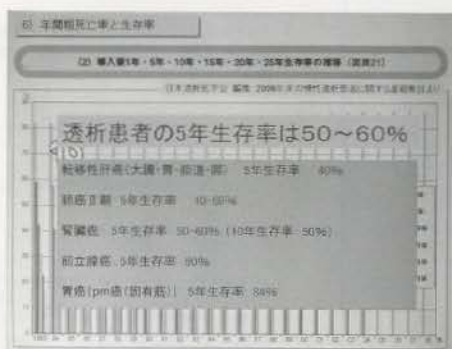


図1

ステージ	定義	GFR (ml/min/1.73m ²)	診療 (action)
リスクあり	≥90(CKDリスクファクターあり)	スクリーニング、CKDリスクを減らす	
1	腎臓病として認めるGFR正常もしくは上昇	≥90	慢性疾患の診断・治療、合併症の予防、薬物の調整、心血管リスクを減らす
2	軽度のGFR低下を認める腎臓病	60~89	進行の評価
3	中等度のGFR低下を認める腎臓病	30~59	合併症の評価・治療
4	重症のGFR低下を認める腎臓病	15~29	腎代替療法(透析・移植)の準備
5	腎不全	<15(または透析中)	腎代替療法(透析・移植)

図2

う儉約遺伝子型に進化してきましたが、陸上での塩分の過剰摂取の時代となり、ナトリウムを儉約する遺伝子をひきずったままのヒトは高血圧という病も背負うことになりました。このことによるレニン・アンギオテンシン系の破綻が長期的には全身の血管の動脈硬化や心臓肥大あるいは腎障害などの有害な臓器や組織の構造変化（リモデリング）をもたらすことが研究の進歩により明らかにされつつあります。それらの合併症を予防するために開発された薬剤がACE阻害薬やアンギオテンシンII受容体遮断薬（ARB）、アルドステロン拮抗薬などで、抗動脈硬化薬、心不全治療薬、腎臓保護薬として臨床応用されています。現代人は生活習慣の中に腎機能低下や血管合併症の原因を内包していて、早期よりそれらに配慮することによりCKDドミノの進行

を防ぐことが重要です（図5）。

健康者に食塩負荷を行うと血圧の上がる人とそうでない人がいます。そのどちらも尿中Na排出量は同じなので、血圧の上がる人は血圧を上げて腎臓からの尿排出を促していると考えられます（図6）。最近利尿薬を用いることによりNa排出を促すのにサイアザイド系利尿剤が再評価されるようになったのは電解質の影響が少ないと考えられるからです（図7）。圧利尿曲線と高血圧の関係を示します（図8）。健康者は非常に狭い平均血圧の中で尿中Na排泄量を調整していますが、食塩感受性高血圧の人は血圧を上げることによってそれを増加させていることが分かります。また、食塩非感受性高血圧の人は平均血圧が高いところにシフトしています。高血圧の治療としてはその2つは違う対応となるでしょ

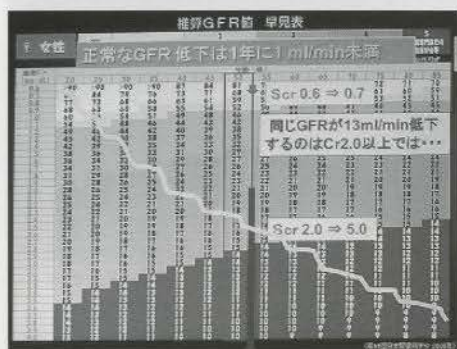


図3

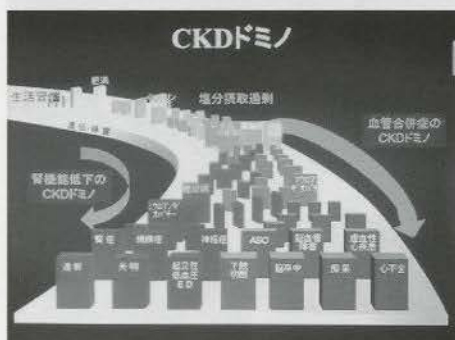


図5

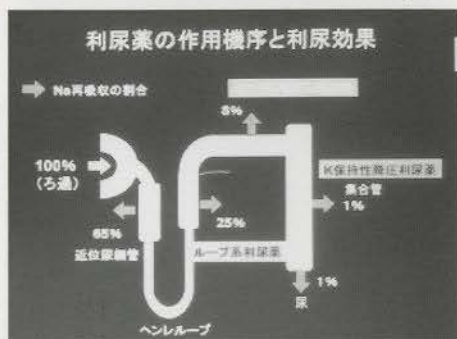


図4

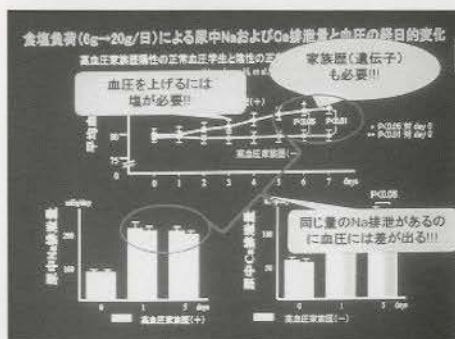


図6

う。CKDにおける高血圧治療の進め方としては、図9に示すように第一選択はRA系抑制剤ですが、第二選択に食塩感受性には利尿薬を、非感受性（心血管疾患）にはCa拮抗薬をとというのが2008年のガイドラインとなっています（図9）。

最後に糖尿病やメタボリック症候群など

が食塩感受性の高血圧と関連することが分かっており、PPAR γ 活性化による治療効果について図に示します（図10）。テルミサルタンはPPAR γ を適度の活性化させ、内臓脂肪蓄積型の高血圧患者に適していると言えます。

ご静聴ありがとうございました。

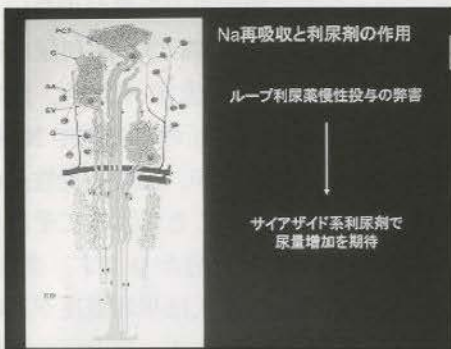


図7



図9

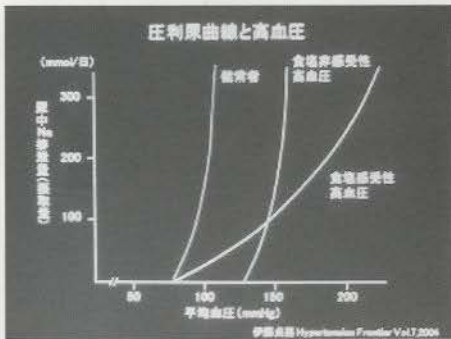


図8

PPAR γ 活性化による臨床的ベネフィット

PPAR γ の適度な活性化による 代謝ベネフィット

- インスリン抵抗性の改善 (高インスリン血症の改善)
- 異所性脂肪の蓄積を抑制 (内臓脂肪蓄積の抑制も含め)
- 代謝的に見て悪影響が少ない皮下脂肪に選定に脂質を再配分

	PPAR γ Full-agonist ヒオグリタゾン	PPAR γ Partial-agonist テルミサルタン
PPAR γ 活性化の強度	生理的レベルを超える	生理的レベルに回復させる
臨床的ベネフィット	・血糖値下作用 ・内臓脂肪量の減少	・高インスリン血症の改善 ・内臓脂肪量の減少・増加抑制
皮下脂肪量への影響	・カロリー制限が遵守できないと皮下脂肪量が増加する	・皮下脂肪量を増加させにくい
投与を検討する患者像	・2型糖尿病患者	・内臓脂肪蓄積型の高血圧患者

図10

第6回 光市医師会学術講演会

日時：平成23年7月26日(火)

19:00～

会場：光商工会館2階大ホール

特別講演：19:15～20:15

座長：光市立光総合病院 内分泌内科

部長 松田 万幸 先生

演題：『2型糖尿病治療の

UPTODATE2011』

九州大学先端融合医療

レドックスナビ研究拠点

助教 前田 康孝 先生

共催：光市医師会

下松医師会

ノバルティスファーマ(株)

サノフィ・アベンティス(株)



レドックスとは還元 (Reduction) と酸化 (Oxidation) の合成語で電子のやりとりのことだそうです。生体レドックスを操る研究をされている先生ということで、今回は糖尿病と生体酸化ストレスとの関連についてお話をいただきました。

日本にインクレチン製剤が普及するようになってはや1年半が経ちました。今や糖尿病治療のパラダイムシフトが起こらんとする勢いですが、今日はその現状についてお話しします。

糖尿病の治療目標は図1のようになっていますが、今回福岡県における2型糖尿病の疫学調査を行った結果ではコント

ロール良好は3分の1程度に留まっています。高血圧が40-50%、高脂血症が50-60%良好の治療が行われているのに比べれば、まだまだ改善の余地があるようです。治療医・患者ともに大きな原因に挙げているのが食事療法の不遵守と運動療法の不遵守です。その次に医師側は患者の知識不足を、患者側は低血糖が怖いことを挙げていました(図2・図3)。これらをどの

糖尿病の治療目標

血糖	空腹時血糖 130mg/dl未満 HbA _{1c} 6.5%未満
血圧	収縮期血圧 130mmHg未満 拡張期血圧 80mmHg未満
血清脂質	総コレステロール 200mg/dl未満 (冠動脈疾患がある場合 180mg/dl未満) LDLコレステロール 120mg/dl未満 (冠動脈疾患がある場合 100mg/dl未満) 中性脂肪 150mg/dl未満(早朝空腹時) HDLコレステロール 40mg/dl以上

日本糖尿病学会治療ガイド(2004)より

図1

結果

血糖コントロール達成の障壁(患者回答) <上位3つ>

	不十分、不良 6.5-7.9	不可 8.0以上
食事療法遵守が難しい	62%	70%
運動療法遵守が難しい	52%	56%
低血糖が怖い	48%	39%

図2

結果

血糖コントロール達成の障壁(医師回答) <上位3つ>

	不十分、不良 6.5-7.9	不可 8.0以上
食事療法の不遵守	84%	89%
運動療法の不遵守	75%	71%
患者の知識不足	45%	51%

※HbA_{1c}6.5%以上の患者(74%)を対象

図3

ように克服していくかがこれからの課題となりそうです。

糖尿病治療のパラダイムシフトとして2点指摘できます。

1. 長期間血管管理の視点からの治療選択
—— β 細胞の保護、肥満を助長しない
2. 血管合併症抑制からの視点に立った治療選択——特に、大血管障害の予防、進展抑制

前者においては多彩な治療計画の選択が出てきて、一般的なコンセンサスとなっていますが、後者においてはそのメカニズムがよく分かっておりません。特に酸化ストレスが糖尿病合併症成因に重要な役割を担っているという人でのエビデンスが確立されておりません。九州大学のわたしたちの講座で使っているNAD(P) Hoxidaseの役割について図に示します(図4)。ピ

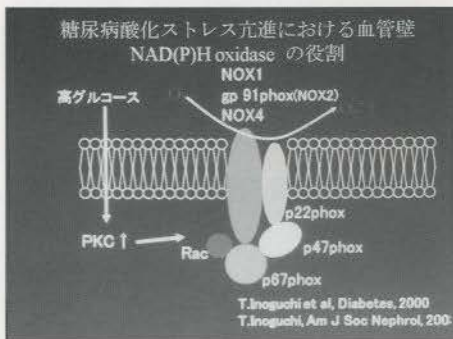


図4

リルビンが高値だと酸化ストレスが低いことが分かっておりますが、ジルベール患者の研究や、総ビリルビン値と糖尿病罹患率の関係を調べた結果ではそれを裏付けるものでした(図5)。大血管障害予防のための血糖管理として食後高血糖の管理と血糖日内変動の管理が重要ですが、インクレチン関連薬はこの点で大いに期待が出来ます。

2例ほどわたしたちの症例を提示します。

症例1 動脈硬化症のハイリスク症例におけるエクア錠の有用性

症例2 透析機腎不全の周術期血糖コントロールにおけるエクア錠の有用性

最後にGLP-1の直接的抗酸化作用について説明します(図6)。

総ビリルビン値と糖尿病罹患率の逆相関

	総ビリルビン値					P for trend
	<0.3	0.4	0.5	0.6	>0.7	
N	2141	2097	2693	2957	1712	
糖尿病罹患率(%)	171 (8.0)	232 (11.1)	170 (7.3)	216 (7.3)	118 (6.9)	<0.001
オッズ比†	1.00	0.98	0.79	0.75	0.66	<0.001
オッズ比‡	1.00	1.00	0.73	0.60	0.73	<0.001
オッズ比§	1.00	1.04	0.75	0.58	0.78	<0.01

† 性別、年齢で調整
‡ 性別、年齢、BMI、空腹血糖、HbA1c、ALT、ASTで調整
§ 年齢、BMI、空腹血糖、HbA1c、ALT、AST、In-CRPで調整

図5

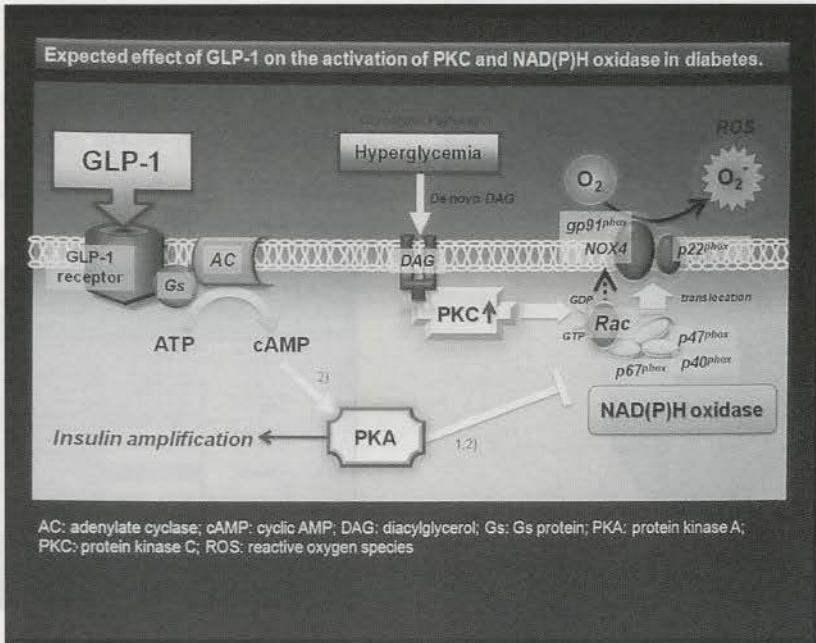


図 6



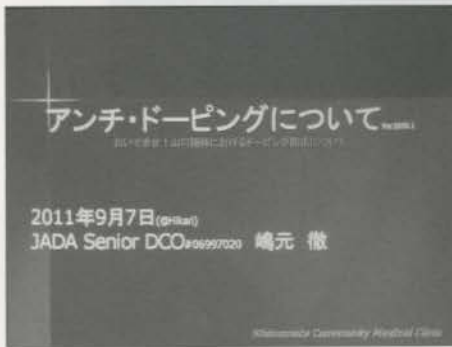
第7回 光市医師会学術講演会

日時：平成23年9月7日(水)

19:30～20:30

場所：光商工会館2階 大会議室

演題：『アンチ・ドーピングについて』
大島郡医師会長
嶋元 徹 先生



今年度は山口国体が当県で開催されることになり、当会員もドーピングに関する基礎知識の習得が必要とのことで、今回は日本アンチドーピング機構（JADA）でご活躍されています大島郡医師会長の嶋元徹先生をお招きし、その実際をご教授いただきました。先生はJADA シニア DCO だけではなく、山口県スポーツ医科学サポート委員会医学専門部委員、山口県医師会スポーツ医部会理事、日本体育協会スポーツドクター、日本医師会健康スポーツ医などをかねておられ、その分野で広く活躍なさっております。

日本アンチ・ドーピング機構（Japan

Anti-Doping Agency: JADA) の位置づけは図1のようになっています。もともとは国際オリンピック委員会 (IOC) の中にあったのですが、現在ではあらゆるスポーツ競技に関わることになり、その組織のあり方も複雑になりました。

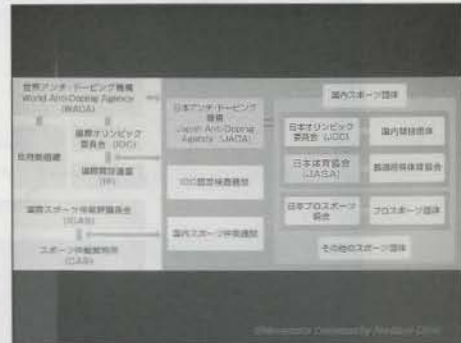


図1

ドーピングの歴史はまだ浅く、ステロイド以外のタンパク同化作用薬物を広く禁止にしたのが1993年でそれより前は国を挙げてドーピングが行われていたというのが実態です(図2)。図3にはドーピング規制前と規制後の投てき種目男子世界記録が併記されていますが、ドーピングの効果が一目瞭然です。現在、競技会で禁止されている物質の概要を図4に示しました。その他に注意すべきことは特定競技で禁止される物質が異なることです。アルコールは危険を伴う競技に限って禁止されています(図5)。β遮断薬は射撃やダーツのように精密を要求されるスポーツには禁止されています(図6)。2011年7月25日付でJADAはインスリンとGLP-1受容体作動薬を禁止物質に登録しました。これに伴い、インスリン治療中の選手はTUE申請が必要になりました。このように変更が積み重ねられておりますので、最新情

報の収集が必要です。治療目的使用の適用措置のことをTUE (Therapeutic Use Exemption) といいます。選手が治療目的のために禁止された薬剤を使用できるように申請するものですが、ほとんどの場合認められないと考えた方がいいです。むしろ、認められている薬剤に変更することをおすすめします。喘息の場合、吸入 β 2作用

薬で使っているものは限られています(図7)。日本でよく使われるメブチン・エアールは認められていません。糖質コルチコイドに関しましては関節内注射や関節周囲注射などは認められています。外用薬としての使用は申請が不要になりました。ただし、直腸内注入は認められていませんので注意が必要です。

ドーピング検査の歴史

- 1968年 グルノーブル・メキシコ
オリンピック初のドーピング検査
興奮剤、麻薬、覚醒剤など
- 1976年 モントリオール
蛋白同化ステロイド検査の開始
- 1986年 「抜き打ち」ドーピング検査の開始
- 1988年 ソウル
スタノール検出法の確立
- 1993年 ステロイド以外の蛋白同化作用薬物を
広く禁止

Shimamoto Community Medical Clinic

図2

投てき種目男子世界記録

■ ハンマー投げ	1986/8/30	86.74(82.02)
■ 円盤投げ	1986/6/6	74.08(68.82)
■ 砲丸投げ	1990/5/20	23.12(21.51)
<small>同年8月7日、スウェーデン・ストックホルムで筋肉増進剤メチルテストステロンの投与で犠牲となり、2ヶ月間の競技参加の停止処分を受けた。</small>		
■ やり投げ	1996/5/25	98.48(90.57)

()内は2008北京の記録

ベルリンの壁崩壊: 1989年

Shimamoto Community Medical Clinic

図3

競技会で禁止される物質と方法

禁止物質	禁止方法
S1. 興奮剤	M1. 酵素運搬能の強化
S1. 蛋白同化薬	M2. 化学的、物理的操作
S2. ペプチドホルモン、成長因子 および関連物質	M3. 遺伝子ドーピング
S3. β 2作用薬	
S4. ホルモン拮抗薬と調節薬	
S5. 利尿薬と他の利尿薬	
S6. 興奮薬	
S7. 麻薬	
S8. カンナビノイド	
S9. 糖質コルチコイド	

Shimamoto Community Medical Clinic

図4

特定競技で禁止される物質

P1. アルコール 競技会に臨んで禁止

航空スポーツ(国際航空連盟: FAI)
アーチェリー(国際アーチェリー連盟: FITA、国際パラリンピック委員会: IPC)
自動車(国際自動車連盟: FIA)
空手(世界空手連盟: WKF)
モーターサイクル(国際モーターサイクル連盟: FIM)
Ninepin and Tenpin Bowling(FIQ)
パワーボート(国際パワーボート連盟: UIM)

Shimamoto Community Medical Clinic

図5

特定競技で禁止される物質

P2. β 2作用薬 競技会に臨んで禁止(PPによって競技会も禁止)

航空スポーツ(国際航空連盟: FAI)
アーチェリー(国際アーチェリー連盟: FITA、国際パラリンピック委員会: IPC)
自動車(国際自動車連盟: FIA)
カヌー(世界カヌー連盟: ICF)
ゴルフ(世界ゴルフ連盟: WGBS)
ホッケー(国際ホッケー連盟: FIH)
ラグビー(国際ラグビー連盟: IRB)
サッカー(国際サッカー連盟: FIFA)
テニス(国際テニス連盟: ITF)
フィギュアスケート(国際スケート連盟: ISU)
アイスホッケー(国際アイスホッケー連盟: IIHF)
バレーボール(国際バレーボール連盟: FIVB)
ボクシング(国際ボクシング連盟: AIBA)
乗馬(国際乗馬連盟: FEI)
射撃(国際射撃連盟: ISSF、IPC、競技種目において)
スキー(国際スキー連盟: FIS、スキー、ジャンプ)
スノーボード(国際スノーボード連盟: FIS、スノーボード)
レスリング(国際レスリング連盟: FILA)

Shimamoto Community Medical Clinic

図6

TUE(治療目的に係わる除外措置)

- 2011年1月からの変更点
- 吸入 β 2作用薬
サルブタモール=サルタノールリンヘラー・アイロミールエアゾール(1600 μ まで)サルメテロール=セレセントはTUE不要だが2010年までは「使用の申告」が必要だったが、2011年からは申告も不要
- 但し、製薬メーカーの指定した使用量のみ、使用可能

Shimamoto Community Medical Clinic

図7

図8は私です。七つ道具を備えて抜き打ち検査に行く姿です。図9は採尿の容器です。左がA検体で検査用、右がB検体で保存用に使われます。A検体は密閉されていて異物が混入されていないことが保障されています（図10）。

最後にひとつ、注意すべきことはサプリメントのことです。多くは内容・成分の明示が少なく外国メーカーのものにはステロイド混入が多いことです。

使用禁止薬物については薬剤師のためのアンチ・ドーピングガイドブックを参考にしてください。日本薬剤師会のHPに最新版が掲載されています。

http://www.nichiyaku.or.jp/action/wp-content/uploads/2011/06/guidebook_web2011.pdf



図8

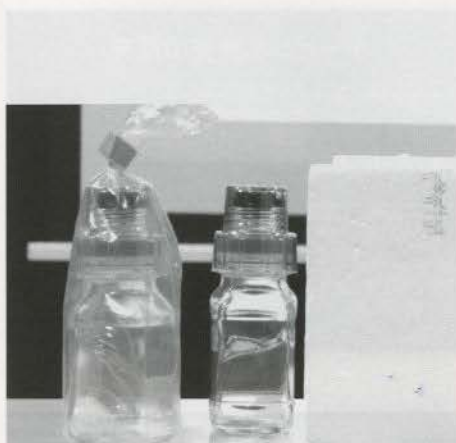


図9



図10

第8回 光市医師会学術講演会

日時：平成23年9月27日(火)

19:30～

場所：光商工会館2階 大会議室

特別講演：19:45～21:00

座長：光市立光総合病院

消化器内科 部長

谷川 幸治 先生

演題：「上部消化管内視鏡診断の
トピックス」

山口大学大学院

医学系研究科消化器

病態内科学講師

西川 潤 先生



先生は光市出身で、現在山口大学で消化器内視鏡を専門とし、主に胃がんの新しい診断や内視鏡的治療を手がけておられ、現在LED内視鏡や内視鏡的胃がん治療の最先端医療を手掛けておられます。本日はその先進的な医療の様子を様々な内視鏡画像を供覧いただき、勉強させていただきました。

講演内容

1. 早期胃癌の内視鏡治療
2. 食道表在癌、早期胃癌を見つける内視鏡検査
3. 画像強調内視鏡について
4. これからの内視鏡検査について

1. 早期胃癌の内視鏡治療

従来より Strip biopsy といって、病変にわっかを掛けて胃粘膜を切り取ることがされていました。内視鏡的粘膜切除術 (Endoscopic Mucosal Resection: ESR) といって比較的狭い範囲のしかも粘膜内に留まる胃癌が対象になります。ESR にはその他に EMR-C 法もあります。そのことが進化して、最近では内視鏡的粘膜下層剥離術 (Endoscopic submucosal dissection: ESD) が行われるようになりました。そのビデオ画像と切除病変を示します (図1, 2)。

ESDの方法では粘膜下層まで深く、かつ、より広範囲に粘膜を剥離できることから、その適応が広がりました。現在わたしたちが行っている ESD の相対適応を示します。

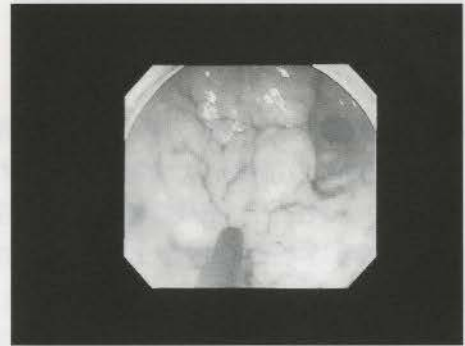


図1

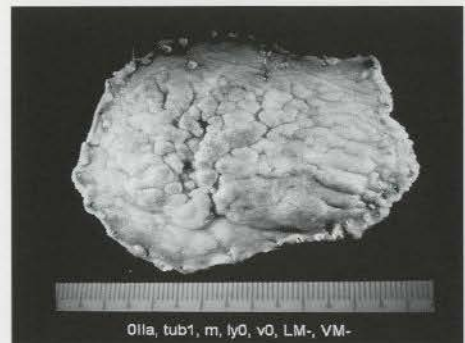


図2

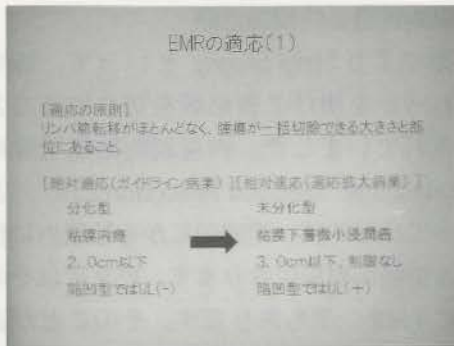


図3

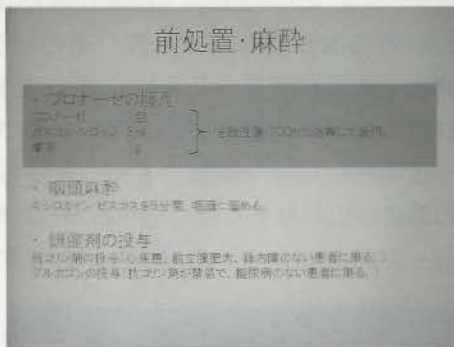


図4

EMRよりも適応がやや拡大されました(図3)。近年胃癌の罹患率が減少したといわれますが、それは人口構成を補正した数字をみているわけで、高齢者人口が増大した現状ではその罹患実数は徐々に増加しています。実際我々の施設で行われる内視鏡的治療件数は年々増加の傾向にあります。

2. 食道表在癌、早期胃癌を見つける内視鏡検査

内視鏡検査で最も重要なことは良い条件で検査をすることであると考えます。そのための前処置として重要なことは消化管粘膜の洗浄です。我々はプロナーゼの服用を使用しています(図4)。これは保険も適用されており、検査前に服用させ、腹臥位などの体位変換をおこなったり、内視鏡挿入後、鉗子孔からの散布することも有効です。特に食道粘膜の病変を見るのに大切なことは、その粘膜の血管網が透視されることであり、鮮明な画像が何よりも重要です。疑わしければルゴール液の散布を行います(図5)。健全な食道粘膜は血管網が透けて見えますが、癌細胞で覆われた粘膜は白く濁って見えます。

早期胃癌についても同じくプロナーゼによる十分な洗浄と十分な送気が大切です。最近のHi-Vision内視鏡は画像がさらに鮮明です(図6)。早期胃癌の境界を見るのにインジゴカルミンの散布が有用です(図7、8)。陥凹型胃癌における組織型別の肉眼所見にはある程度区別が出来ます。未分化癌は分化癌に比べ境界が明瞭で直線的、色調が褐色調で表面は凹凸不整です(図9)。未分化癌はリンパ節転移をしやすい治療方

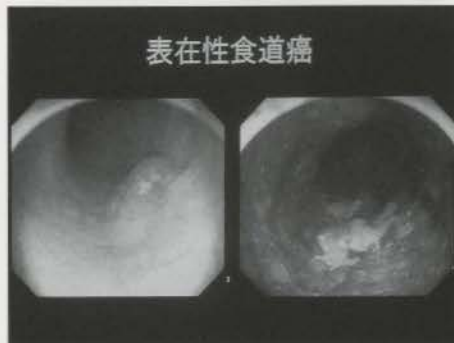


図5

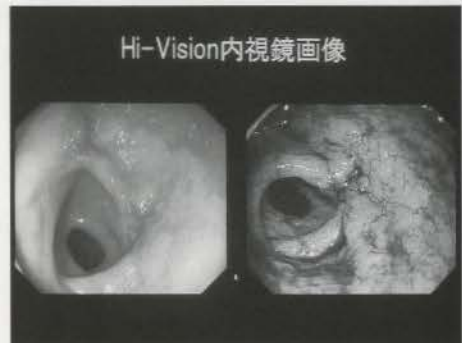


図6

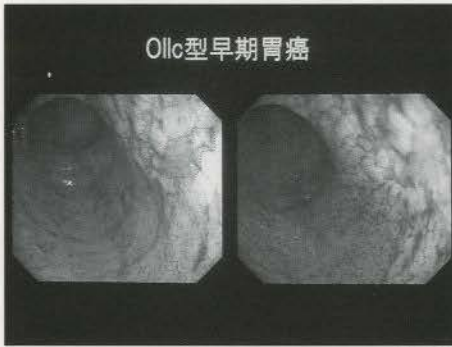


図7

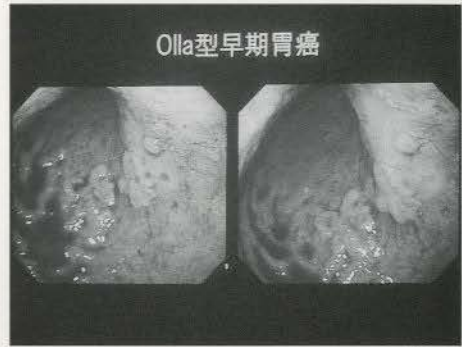


図8

陥凹型癌における組織型別の肉眼所見

	分化型癌	未分化型癌
1. 陥凹の境界	不明瞭	明瞭
2. 陥凹の辺縁	棘状	直線的
3. 陥凹面の色調	淡い発赤	褐色調
4. 陥凹面の構造	高度のアリア構造に類似	凹凸不整、顆粒状、びらん形成
5. 辺縁隆起	しばしば伴う	ほとんどない
6. 集中ひた	陥凹の辺縁であまりならぬ場合	急な隆起や中断状

図9

法を選択するには考慮が必要です。

3. 画像強調内視鏡について

内視鏡で病変に特殊な光を当てることで診断の精度を上げようとするものです。現在いろんな方法が試みられています(図10)。われわれはその中でNarrow band imaging (NBI) といって光源を狭い帯域の光に変換して病変を観察するものを研究しています。それをを用いることにより、肉眼では確認が難しかった咽頭の dysplasia や SCC 等の病変が鮮明に確認されます(図11, 12)。胃癌に於いても有用です。境界が鮮明に区別され、術前検査による境界のマーキング正診率をインジゴカルミンによるものとの比較するとNBIのグループが有意に高いことが示されました(図

13)。

4. これからの内視鏡検査について

現在、胃がん検診として認められているのは胃X線検査のみで、内視鏡検査やペプシノーゲン法、ヘリコバクターピロリ抗体検査は認められていません。それらの検査が死亡率の減少に寄与しているとする十分な証拠が得られないためとされています。上村らは12年間にわたってH.pylori陽性者と陰性者の胃癌発生率を調査し、前者が2.9%に対して後者が0%であったことをNEJMに報告しています。また深瀬らは一回切除した後に生じた二次胃癌について調査して、ピロリ菌を除去したものとしないものを3年間比較調査しました。それによると切除後胃癌が発生する率が3

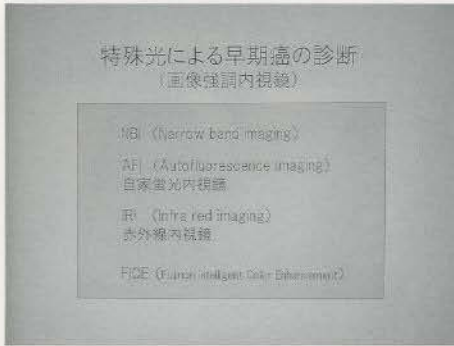


図 10

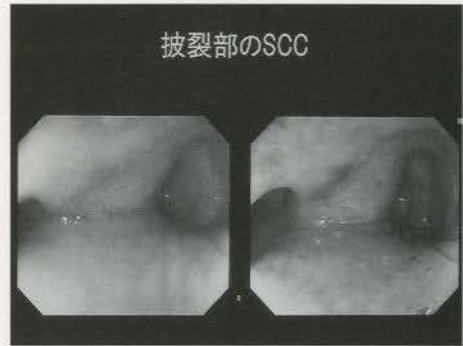


図 11

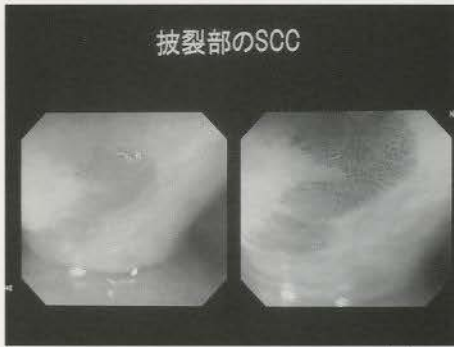


図 12

マーキング正診率

	ME-NBI group	ICG group	P value
Accurate marking	37	35	0.009
Inaccurate marking	1	10	
Accuracy rate (%)	94.9	77.8	

境界診断の正診率は、ICG群よりNBI群が有意に高かった。

図 13

倍違うことを示しました (図 14)。

もう一つの検査にペプシノゲンがあります。ペプシノゲン I は主に胃の胃酸を分泌する領域 (胃底線領域) から分泌され、ペプシノゲン II は胃全体から分泌されます。胃の老化現象ともいえる萎縮性胃炎では、ペプシノゲン I / II 比をその指標とします。高度の進んだ萎縮性胃炎ではピロリ菌が生息する場所がなくなり、その検査は陰性になることが多いようです。従って、胃癌リスクを背負った高度の萎縮性胃炎の場合、ペプシノゲン I / II 比が低下し、ピロリ抗体検査は陰性になる傾向にあります。このようなことから胃検診の効率化のためには、ペプシノゲン検査陽性者には内視鏡検診を、ピロリ抗体のみ陽性者には胃 X 線検査を行うことで効率的な検診が可能に

なると考えます (図 15)。

最後に最近われわれが試作した LED 内視鏡をご紹介します (図 16、17)。光源は内視鏡の先端にあり、LED のため電池でまかなえます。画像情報は電波で飛ばしてパソコンで受信します。非常に軽量で快適な内視鏡検査ができます。画像も鮮明で今後コマーシャルベースでの使用が期待されます。

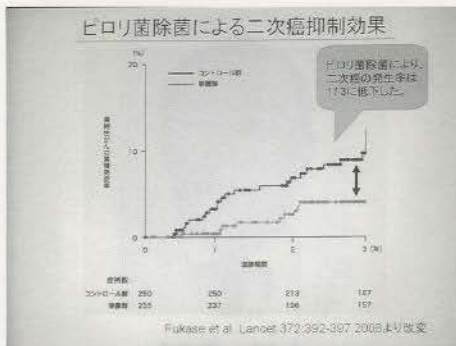


図 14

胃検診の効率化

	A 検診1回 1000人に1人	B 検診2回 400人に1人	C 検診3回 200人に1人	D 検診4回 100人に1人
年次の胃癌発生率	0%	約0.7%	約0.21%	約0.08%
全例に占める各群の割合	約20%	約50%	約30%	約10%
胃検診の年 除外可能群	胃X検査群	内視鏡検査 必須群		

図 15

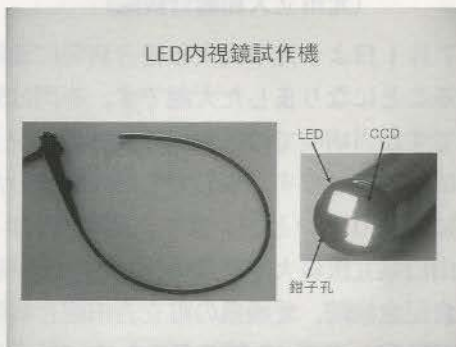


図 16

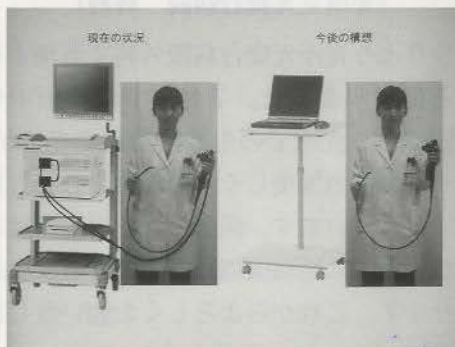


図 17



新入会員紹介



弘中 秀治
(光市立光総合病院 外科)

8月より光市光総合病院外科で勤務することになりました。7月までは徳山中央病院におり光市での生活は初めてですが、虹ヶ浜の景色は美しく光での暮らしを大変気に入っています。医師として自己鍛錬に励むとともに地域医療に貢献できるよう頑張ります。これからよろしくお願ひ致します。

下関西高校、山口大学医学部卒

趣味：読書、ドライブ



大越 輝紀
(光市立大和総合病院)

7月1日より光市立大和総合病院に勤務することになりました大越です。専門は外科ですが当病院では医療療養病棟患者を主体に診ていきます。少しでも地域医療のために頑張りたいと思います。昭和42年3月山口県立医科大学卒業後、山大第一外科、小倉記念病院、愛媛県の町立吉田総合病院など勤務し平成13年5月より山口社会保険事務局（現中四国厚生局山口事務所）に3年間指導医療官として行政の仕事に携わってきました。現在も中四国厚生局の保険指導医をしています。趣味はゴルフです。医師会のゴルフコンペに参加したいと思いますので宜しくお願ひします。

入会・退会・異動会員

7月31日付 退会

B会員

光市立大和総合病院

外科 井上 隆 徳山中央病院へ

光市立光総合病院

外科 原田剛佑 阿知須同仁病院へ

整形外科 木村皇太郎

7月1日付 入会

B会員

光市立大和総合病院

外科 大越輝紀 みどり病院より

8月1日付 入会

B会員

光市立光総合病院

外科 弘中秀治 徳山中央病院より

☆ これからの行事予定 ☆

10月	4日(火)	学術講演会
	15日(土)	光市立光総合病院創立60周年式典
	25日(火)	月例会・学術講演会
	27日(木)	山口大学教育学部附属光中学校 AED 講習会
11月	12日(土)	周南医学会設営準備 15:00～
	13日(日)	周南医学会 於：光商工会館 8:55～
	15日(火)	学術講演会
	17日(木)	学術講演会
	18日(金)	周南三市医師会役員会(下松医師会引受)
12月	6日(火)	光市うつ病かかりつけ医研修会
	15日(木)	忘年会

7月休日診療所当番医報告

7月		内科系	外科系	
	3(日)	24	11	35
10(日)	21	11	32	
17(日)	13	19	32	
18(日)	22	15	37	
24(日)	20	9	29	
31(金)	19	9	28	
計	119	74	193	

8月休日診療所当番医報告

8月		内科系	外科系	
	7(日)	22	7	29
14(日)	26	18	44	
15(月)	14	17	31	
21(日)	11	4	15	
28(日)	14	3	17	
計	87	49	136	

9月休日診療所当番医報告

9月		内科系	外科系	
	4(日)	20	6	26
11(日)	9	6	15	
18(日)	22	9	31	
19(月)	18	10	28	
23(金)	9	17	26	
25(日)	17	8	25	
計	95	56	151	

緑友会ゴルフコンペ成績

平成 23 年 7 月 3 日

順位	名 前	IN	OUT	GR	HDCP	NET
優勝	南 典文	45	57	102	23.0	79.0
準優勝	森本 博士	36	45	81	1.0	80.0
3	国近 豊	45	43	88	8.0	80.0
4	横山 宏	43	45	88	6.0	82.0
5	田中 博幸	47	44	91	9.0	82.0
6	藤村 朴	51	47	98	10.0	88.0
7	守田 忠正	44	50	94	6.0	88.0
8	前田 昇一	45	54	99	10.0	89.0
9	光武 達夫	54	47	101	12.0	89.0
10	諏訪 高志	53	48	101	10.0	91.0

D C ⑥横山 ⑱守田

N P ④国近 ⑧南 ⑪横山 ⑮田中



編集後記

台風一過、風になびくすすきの写真を撮りたくて、島田川に添って車を走らせました。意外と写真に耐えるすすきの密集地はないもので、あっても川の真ん中の島にあたりで、結局ダメでした。今回は鶴羽山に登って室積方面の写真を載せました。夏の終わり、厳しい暑さから解放されて、過ごしやすい日があるかと思えば、激しい嵐が舞う季節です。確か風神雷神図屏風の風神の裏側には激しい風になびくすすきの絵が描いてあった記憶があります。絵師は表に神を裏に人間を想定したのだと思います。今年の夏は大きな台風が二つも日本を通過しました。台風12号は9月3日に四国に上陸し日本海側に抜けていきましたが、紀伊半島は記録的な豪雨に見舞われ、多くの死者・行方不明者が出ました。死者73人、行方不明者19人、全半壊住宅298棟など、紀伊半島南部を中心に甚大な被害をもたらしました。台風15号は日本に近づくに従ってその大きさを増し、カテゴリー4の強い台風となりロウキーと名付けられました。9月21日に紀伊半島の東を北東に進み東海地方から関東・東北・北海道と日本を縦断していきました。結局13人が死亡し3人が行方不明となりました。今回の土砂災害・水害で亡くなられた方々のご冥福をお祈りするとともに、被害に遭われた方々には心よりお見舞い申し上げます。

今季はたいした行事もないと思っておりましたが、まとめてみると結構ありました。7月の納涼懇親会、9月の親睦旅行はみな

さん楽しんでいただいたようです。会長にはいつも原稿を快く引き受けていただきありがとうございます。今回は会長にお願いして公益法人移行への活動をまとめていただきました。会長の強力な指導力・行動力のおかげで、険しい法人への道筋はなんとか行き先が見えてきた気がします。ドクターエッセーは会員に何かとお願いしづらく今回は自分で書きました。河内山先生にはいつも原稿をいただきありがとうございます。会員の皆様、何でもいいので近況をお寄せいただければととてもありがたいです。よろしく願いいたします (K.T)



発行所	光医師会 TEL(0833) 72-2234
発行日	平成23年 10月20日
発行者	松村壽太郎
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