

光市医師会報

No.426

(平成 27 年 新春号)



普賢寺 仁王門

光市医師会

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

目 次

光市医師会報 No.426 (平成27年新春号)

1. 持続可能な在宅医療へ向けて 光市医師会長 平岡 博	1
2. 救急医療に対する厚生労働大臣表彰	2
3. 第13回 AED 講習会	3
4. 光三師会共催 特別講演会	5
5. 周南三市医師会役員会	6
6. かかりつけ医通信	7
7. 学術講演会	
第8回	8
第9回	13
第10回	18
8. 入会会員	21
9. 忘年会	22
10. 理事会報告	24
11. 月例会報告	29
12. 26年度会務分担表	29
13. 10～12月休日診療所当番医	30
14. これからの行事予定	30
15. ゴルフコンペ	31
16. 編集後記	32

持続可能な在宅医療へ向けて



光市医師会長 平岡 博

あけましておめでとうございます。

昨年は、光市医師会創立 70 周年を迎えるに当たり、立派な 70 周年記念誌を発行することができました。玉稿をいただきました先生方、とても大変な編集作業を引き受けて下さった佃先生、事務のお二人に心より感謝申し上げます。

9月9日・救急の日には、「光市医師会の医療救急体制」に対して、厚生労働省より表彰を受けました。昭和 43 年に始まった輪番制の時代を経て、約半世紀にわたる医師会の先生方の休日診療に対する業績が認められたことを全員で喜び合いたいと思います。平成 13 年にあいば一く光に開所した光市休日診療所の開設の苦労話は、70 周年記念誌の中で、前田昇一先生が詳しく述べてくださっています。光市一次救急医療の拠点として、これからも大切に護っていきたいと思います。

さて、2025 年（平成 37 年）団塊の世代が 75 才を迎え、高齢化率はピークを迎えるといわれています。ところが光市では平成 25 年の段階で 65 才以上の高齢者は 31.5% を占め、山口県の 30.2%、全国平均の 25.1% を大きく上回っており、平成 30 年ごろには高齢化のピークを迎える予測です。あと 5 年後に迫っています。

光市は幸い 2 つの公立病院を持ち、私立病院、介護施設も比較的豊富で、医療難民、介護難民といった状況はあまり聞かれませ

ん。しかしながら、若者の都会への流出が止まらない状況で高齢者がさらに増えると、医療、介護スタッフの不足がこれから深刻化していくでしょう。

地域包括ケアシステムとは、在宅医療を核として、訪問看護、訪問介護、ボランティアなどが一体となって地域で高齢者を守り、看取りまで担いたいという理念を示すものです。

この在宅ケアシステムが絵に描いた餅にならないようにするためには「持続可能な在宅医療」すなわち、皆が疲れ切ってしまうような協力体制が求められます。先日休暇で遠方に出かけていたとき、夜中の 2 時ころ患者さんから「寝たきりの母親が亡くなりました」と看取りの連絡が届きました。さて、どうしたものかと考えた挙句「朝までもう少し待ってください。それから知り合いの先生に連絡取りますので。」とお伝えしました。同じ在宅医療で日頃から親交のある M 先生に朝 6 時に連絡を取ったところ、幸いにも快く引き受けていただきました。医療関係者同士、患者さん家族との信頼関係がとても大切だと痛感しました。その他にも、休日や深夜に、新規の対応が必要になったようなケースでは、まだこのシステムが機能しているとはいえません。地域包括ケアシステムという「型」に暖かい血を通わせ、地域の人たちが安心して我が家で過ごせるような、ソフト面の取り組みを私たち医師が主体となって進めていきたいと考えています。

できるだけたくさん先生方に在宅医療の仲間になっていただけると幸いです。本年もどうぞよろしく願い申し上げます。

光市医師会救急医療に対する厚生労働大臣表彰

平成 26 年 9 月 9 日（火）午後 2 時～

厚生労働省 2F

参加者：河村康明

記載： 平岡 博

長年に亘り、光市の休日・夜間救急医療を担ってきた医師会の働きに対して、厚生労働大臣賞が送られることとなった。

休日の輪番制が始まったのが昭和 43 年（1968 年）のことと、50 周年記念誌に記されている。昭和 48 年から休日診療所建設に関する話し合いが頻回に行われた。その後市の財政難などもあり事業は立ち遅れたが、平成 13 年 4 月 1 日ついに光市総合福祉センター（あいぱーく光）に隣接して休日診療所が開設された。休日、日曜日に外科系 1、内科系 1、看護師 2、薬剤師 1、事務 2 の体制で新しい診療が始まった。現在、年間約 2500 名の患者さんが訪れる、光市や近郊市町になくはない存在となった。

昭和 43 年に始まった休日輪番医制から数えると 58 年間、沢山の医師会の先生方、スタッフの方たち、救急隊、近隣の病院、行政とさまざまの方々に支えられて光市の救急医療は成り立ってきた。このことに対する、感謝の表彰であろうかと思われる。皆様と御一緒に喜びを分かち合えれば幸いである。



第13回 AED 講習会

光市医師会の救急医療対策事業として、平成26年12月4日（木）に13:30～15:00の1時間半にわたり、山口大学教育学部附属光中学校2年生100人を対象にAED講習会を行った。

光市立光総合病院の竹中先生の指導のもと、光市消防職員、光市立光総合病院看護師がインストラクターとなり、海井医科器械の援助を受け、10人程度のグループとなり、胸骨圧迫法、AED使用法を学んだ。

途中、AEDに関するショートムービー（YouTubeからのアクセス）が大変印象深く、会場の人々の心をひきつけた。

この講習会は2008年から行われており、今年で6年目となる。多少、時間の制限がされるが、毎年100人以上の受講者を出していることの意義は大きいと思われる。

今後は可能であれば、全市内の中高生に毎年、受講する機会を与えられるよう、竹中先生、救急隊等と相談していきたい。

丸岩昌文



1. 講義やビデオの内容は分かりやすかったですか。
- | | | |
|-----|--------------|-----|
| (ア) | 分かりやすかった | 76人 |
| (イ) | まあまあ分かりやすかった | 25 |
| (ウ) | どちらともいえない | 1 |
| (エ) | 分かりにくかった | 1 |
| (オ) | その他 | 0 |
2. 胸骨圧迫などの実技の練習は十分に行えましたか。
- | | | |
|-----|------------|----|
| (ア) | 十分練習できた | 92 |
| (イ) | 十分練習できなかった | 9 |
| (ウ) | その他 | 1 |
3. インストラクターはあなたが知識や手技を獲得することを助けてくれましたか。
- | | | |
|-----|--------------|----|
| (ア) | とてもよく助けてくれた。 | 85 |
| (イ) | まあまあ助けてくれた。 | 17 |
| (ウ) | どちらともいえない。 | 1 |
| (エ) | 助けてくれなかった。 | 0 |
| (オ) | その他 | 0 |
4. 今後、意識のない人に遭遇したら、心肺蘇生法をすることができますか。
- | | | |
|-----|--------------------------|----|
| (ア) | 十分できる。 | 19 |
| (イ) | たぶんできると思う。 | 50 |
| (ウ) | あまり自信はないが、やらなければいけないと思う。 | 30 |
| (エ) | 自信がない。できないと思う。 | 3 |
| (オ) | その他 | 1 |
5. 今後、AEDを使う事態になったら、安全に使えますか。
- | | | |
|-----|--------------------------|----|
| (ア) | 十分安全に使う自信がある。 | 32 |
| (イ) | たぶん安全に使えますと思う。 | 53 |
| (ウ) | あまり自信はないが、やらなければいけないと思う。 | 16 |
| (エ) | 自信がない。できないと思う。 | 2 |
| (オ) | その他 | 0 |

光三師会共催特別講演会

平成 26 年 11 月 25 日 (火) 19 時 30 分

報告者： 平岡 博



「肺がんの外科治療—最近の知見と外科治療の位置づけ—」と題して山口県宇部医療センター呼吸器外科医長の田中俊樹先生に講演していただいた。当日は、約

40 名の参加者があり、現在の肺がん治療の最前線についてお話いただいた。歯科医師会、薬剤師会からもたくさんみえられた。

まず、VATS (video assisted thoracic surgery) は、癒着の強い例などを除くとほぼ完全に胸腔鏡下に小切開孔で動静脈、気管支の処理など完全に行われている。これは私たちが入局当時、がんの手術は大きな切開で確実におこなうという方針とは大いに異なる。肋骨は取らない、肋間神経も痛まないの、術後の回復はとても早い。出血も 10ml 以下である。

血管の処理などは術前に 3 DCT から立体画像を構築して血管の立体的な位置関係が術場で確認できるようになったことも大きな特徴として挙げられた。

さらに、術前の化学療法、放射線療法を駆使して、非小細胞がん Stage III b の肺がんの 5 年生存率が 80% と驚異的な数字を示された。もちろん化学療法に反応した方が対象となるわけで、バイアスがかかっているが、素晴らしい数字である。

医療は日進月歩であるが、この方面での進歩は著しい。また最新の治療についての勉強会を重ねていきたいと考えている。



周南三市医師会役員会

平成 26 年 11 月 19 日 (水) 19 時より

下松市 和食処はらだ

報告者： 平岡 博

今年は、下松医師会の引き受けで行われた。いつもと変わらない、各自治体との協議事項の報告があった。特にいずれも大きな変化はなかった。

昨年、光市の引き受けの際、山口労災病院の加藤智栄先生に「医療とコスト」についての講演会を行っていただいたのが好評で、今年は、県医師会の専務理事である河村康明先生に、「地域包括ケアについて」と題して講演していただいた。都市と山口県との地域ケアの違いについて、とても分かり易くお話していただいた。東京では 134 万 8 千人の後期高齢者を抱えどうしようと困っている。山口県は 22 万人でもうピークに達しておりどうにかなるさ、鳥取県は 8 万 9 千人で減少に転じており、今更何をといった状況。90% の患者さんは自宅で最期を迎えたいと思っているが、

90% の家族はそれを望まない。地域包括ケアシステムには福祉、介護、医療・看護、保険・予防などの柱があるが、家族の覚悟がその根底に必要であることを強調された。QOL ではなく QOD (quality of death) の時代である。看取り、連携、地域密着が大切。地域包括ケアは在宅医療と、認知症 (オレンジプラン) が両輪。904 億円の基金は IT 関連に流れやすいが、以前参加した地域では、半数以上が消滅した。なぜなら自己負担を考えなかったからと説明された。こちらはまだ、暗中模索状態である。

その後、議題として光市広田理事、下松の篠原会長より、小児の予防接種 (ロタウイルス、HB ウイルス、おたふくかぜ) に対する公的補助の要求を、周南三市医師会で粘り強く継続していくことが確認された。また、私の方から、超高齢者の救急対応について、これからすべてを受け入れてもらえなくなる危惧があるとお話したところ、活発な議論があった。

単なる懇親会ではなく、これから、周南三市が共同で地域医療を支えていくためのざっくばらんな話し合いの場所として、この会は貴重な機会となるでしょう。



かかりつけ医通信 その14

— 糖尿病 —

守友医院 守友康則

2012年の調査で糖尿病が強く疑われる人は950万人、可能性を否定できない人を合計すると2050万人になります。糖尿病とはインスリンの作用不足によって血糖値が高くなる病気で、様々な合併症を起こすとされています。高血糖が長く続くと全身の血管が様々なダメージを受けます。

3大合併症として、網膜症、神経障害、腎症があげられますが、これらは臓器の細い動脈が侵されることにより起こるとされています。網膜症が進行すると最終的には失明に、神経障害が進展し下肢切断の原因になったり、腎症が進行し最終的に透析となったりする怖い合併症です。また脳や心臓の太い動脈が侵されると脳梗塞や心筋梗塞を起こしてしまいます。一度起こしてしまうと命に関わるとされる心筋梗塞は糖尿病の人は正常人の3倍の頻度で起こすとされており、これは一度心筋梗塞を起こされた方が再発する頻度と同等とされています。またこれは、糖尿病予備軍の方でも同様の頻度とされています。

健康診断で糖尿病と指摘された方はもちろん、糖尿の気があると言われた方も、早急にかかりつけ医を受診し適切な対処を受ける必要があります。最近様々な新薬も登場し我々医師も治療の幅が広がり助かっていますが、やはり糖尿病治療の根幹は食事、運動療法です。これ無しにはどんなすばらしい薬でも、思った様な効果が出ないのが現状です。そういった意味では、患者さんが治療の主役であって医師はそのお手伝いをしているに過ぎません。食事療法と言えば、最近糖質制限食が話題になっています。現時点では、短期の減量、血糖コントロールに効果は認めますが、長期の安全性は不明です。カロリー制限のない糖質のみを制限する食事は糖尿病の方には魅力的に思われるかもしれませんが、脂質過剰による動脈硬化症、高蛋白食による腎機能悪化などが懸念されています。

単に食事に含まれる炭水化物の割合だけでなく、蛋白質や脂質の量、質に関しても配慮が必要とされています。特に薬物治療中の糖尿病の方が、主治医に内緒で極端な糖質制限をされると、思わぬ低血糖をまねく恐れもあります。

糖尿病は一生付き合っていく病気ではありますが、早期にきちんと治療すれば恐れることとは無い病気です。テレビの情報番組での流行りの健康食品ダイエット法などに飛びつくのではなく、かかりつけ医の先生と地道な2人3脚の治療をされるのが、一番だと思います。

第 8 回 光市医師会学術講演会

日 時. 平成 26 年 10 月 7 日 (火)

19:15~

場 所. 光商工会館 2 階 大会議室

【情報提供】 19:00~19:15

「胆汁排泄型選択的 DPP-4 阻害薬トラゼンタ錠について」

日本イーライリリー株式会社

【特別講演】 19:15~20:45

座長 いのうえ内科クリニック

院長 井上祐介先生



「経口血糖降下薬 5 本目、6 本目の柱 ~ DPP-4 阻害薬、SGLT 2 阻害薬 ~」
フジイ内科医院 (宇部市) 院長 藤井新也先生



本日は私がどのような考え方で糖尿病の患者さんを診ているかをお話しさせていただきたいと思います。

経口糖尿病薬 (図 1) は、昔からあるビグアナイド、チアゾリジン、 α -GI、および SU 剤がメインのインスリン分泌促進薬それと同系統のグリニド、そしてここ数年、DPP-4 阻害薬、SGLT2 阻害薬が 5 番目、6 番目に出て参りました。2 型糖尿病の治療ガイドラインです (図 2)。それぞれの病態に応じた薬剤を使う事となっております。ただ、この度上市された SGLT2 阻害薬は「病態」という言葉とは少しなじまない所があると考えています。



図 1

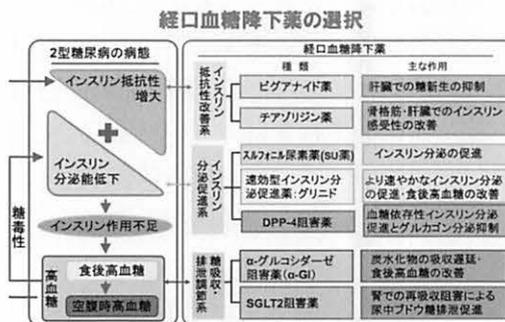


図 2

糖尿病患者は健常状態から境界領域を経て糖尿病領域へと進行します。まずインスリンの分泌が低下した所に抵抗性が増大

し、そこに体重増加が加わる事によって抵抗性がさらに増大、そしてインクレチンの効果不足が加わりますます高血糖となります。高血糖そのものが悪循環の主要因になるため、各種薬剤で高血糖を改善する事で悪循環を断ち切る事ができるのです。

薬の使い分けに際して参考になるのは、米国のガイドラインです。「効果」、「使い易さ」、「低血糖」、「体重」、「副作用」、「薬価」を考えながら薬剤を組み立てています。治療初期にはどの薬剤でも良いと思います。柱は一本で充分です。糖毒性が取れて来ればより軽なお薬に変えていけば良いのです。

1剤でコントロール不良の時は2剤に増やしますが、どの組み合わせが良いと言うエビデンスは無いので、効く相手をいろいろ探せば良いと思います。使い易さがポイントになりますが、併用を考える際に私が最も重視するのは、低血糖です。ここからは低血糖のお話をします。

低血糖を起こして救急搬送された患者さんのデータですが(図3)、その全例がSU剤かインスリンです。こういった薬剤は、私の考える「使いにくい」薬剤です。年齢分布を見ますと(図4)70~80歳代の高年齢層にピークがあり、HbA1cが低い患者さんに主に症状が出ています。しか

しHbA1cが高ければ決して安全な訳ではなく、薬剤の選択には十分な注意が必要です。低血糖は70位を境にして迷走神経や交感神経の症状が出現し、やがて脳神経の症状が出て来ます(図5)。交感神経の亢進は致死性不整脈や突然死の原因にもなります。多彩な症状が出現し(図6)、さら

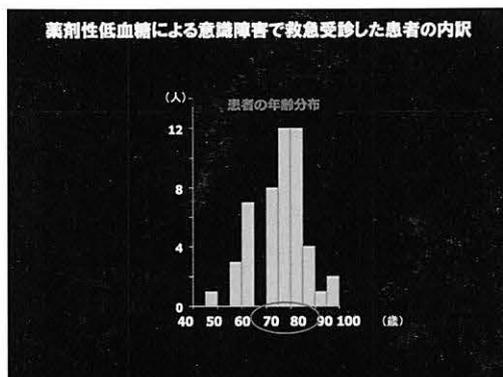


図 4

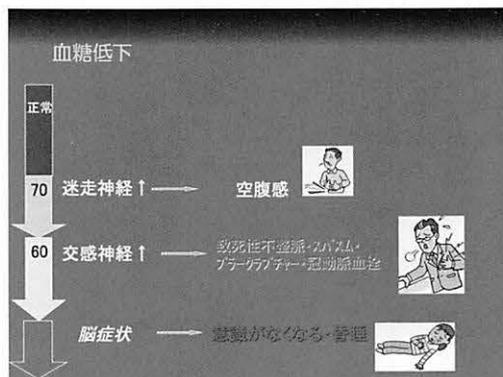


図 5

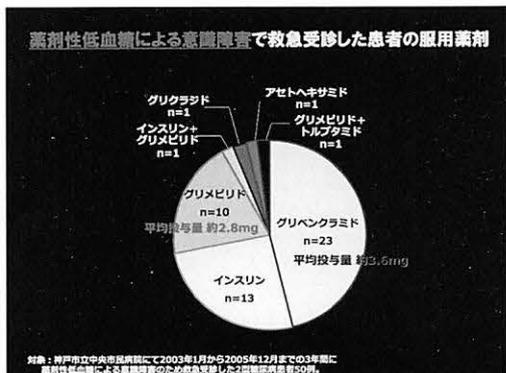


図 3

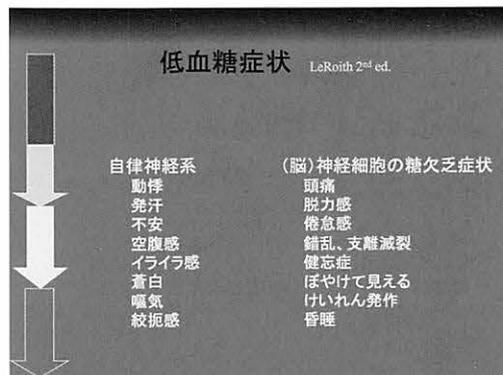


図 6

に高齢者になると認知症と誤認される様な症状が出てくるため要注意です(図7)。

患者の低血糖に対する恐れは治療に大きく影響します。恐れると勝手に薬剤を減量する、食事を増やすなどの回避行動をとる様になります(図8)。すると治療が過剰になっているのに「低血糖は起きていません」と申告する事で医療者側が「うまく行っている」と勘違いしてしまう可能性があります。さらに過剰に回避行動をとると高血糖になり、体重増加につながりその為に治療を強くすると行った、「治療の悪循環」に陥ってしまいます。低血糖を起こした患者さんの半分程度は報告をしていないデータもあり(図9)注意が必要です。

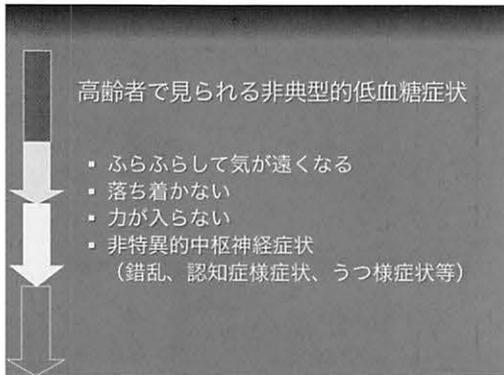
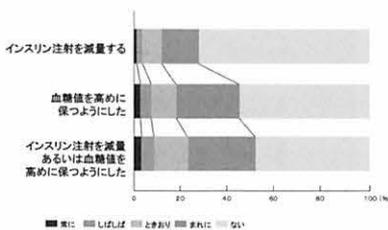


図7

患者の低血糖に対する恐怖心と回避行動



対象: インスリン療法および血糖自己測定を行っている1型糖尿病患者(44例)、2型糖尿病患者(99例)および不眠(1例)の計144例
方法: 低血糖および血糖コントロールに関する質問書を用いた、患者自己記入式調査

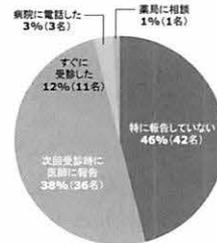
石井 尚 ほか「糖尿病」48(1):19-32, 2005

図8

日本と米国のガイドラインですが(図10、11)、HbA1cが高くても低血糖が起こる事は注意が必要です。

それでは高齢者にはどのようなお薬が使いやすいのでしょうか。(図12)急性合併症や重大イベントの防止が目的ですが、先

低血糖経験後の病院への報告状況



対象: インスリン療法中、経口糖尿病薬服用中の外来糖尿病患者182名
方法: 2004年7月の約1ヵ月間、薬剤受け渡し時にアンケート記入を依頼し、低血糖経験後の病院への報告状況を調査した。

図9

高齢者糖尿病治療のポイント

	適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物治療中でも低血糖等、副作用なしに達成可能な場合の目標	合併症予防のための目標	低血糖 その他の理由で治療強化が困難な際の目標
目標	HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満 8.0未満

図10

米国における高齢者糖尿病の血糖管理目標値

健康状態	健康	中等度健康障害	高度健康障害
HbA1c (NGSP)[%]	<7.5	<8.0	<8.5
特徴	慢性疾患合併(-) 身体機能:正常 認知機能:正常	慢性疾患合併(+) ADL: 低下 認知機能:低下	長期・末期慢性合併症(+) ADL: 低下 認知機能:障害
根拠	より長い余命	中等度の余命	限られた余命

Kirkman MS, et al. Diab Care 35:2650-2664,2012より改変

図11

に述べた様にSU 剤やインスリン製剤は他に比べて低血糖を起こし易いことから臨床では使いこなしにくいお薬である事に注意しておくべきでしょう。2 剤でコントロール不良の際、山口県では 4 剤併用まで、SGLT2 阻害剤が入った際には 3 剤まで併用が認められています。病態が悪い時にはしっかり使いますが、良くなると減量を考慮します。その際、種類を減らす場合と、併用しつつもそれぞれの量を減らす場合が有ります。併用するにあたり、DPP-4 阻害薬は低血糖を起こしにくく、高齢者でも HbA1c が良く下がるので使い易いお薬です。他剤を減らしたいときに有用な薬剤です。

最後に SGLT2 阻害薬のお話です。同剤は血糖低下、体重減少、低血糖が無い、として登場しました。同剤はやせがたより肥満の患者さんにイメージされていたようです(図 1 3)。治験段階のデータでは、治療前の BMI が高い群では体重変化量は大きいですが、HbA1c の変化量はあまり差が無く、体重当たりの変化率 (HbA1c 変化量/kg) は逆に BMI が低い群が高い結果となりました(図 1 4)。また、投与前後の腹部脂肪の変化率は内臓脂肪の方が皮下脂肪より大きく減少しました。日本人は内臓脂肪を貯め易いことがわかっています。過剰なエネルギーが蓄積されると本来皮下脂肪として蓄積しますが、内臓脂肪が蓄積するタイプの方はインスリン抵抗性が増し、肝、筋、膵などに悪影響を及ぼし高血糖を起こすと考えられています(図 1 5)。

私は SGLT2 阻害薬は肥満の患者さんよりも、日本人に多い、BMI 22 前後あるいはそれ以下の糖尿病の患者さんで、わずかな体重減少 (1 ~ 2 kg 程度) で十分に

血糖コントロールを改善する可能性があるのではないかと期待しております。これくらいの体重減少目標では投与量は少なく済み、その結果脱水の程度も軽く、尿糖排泄も少ないため尿路感染も回避出来る可能

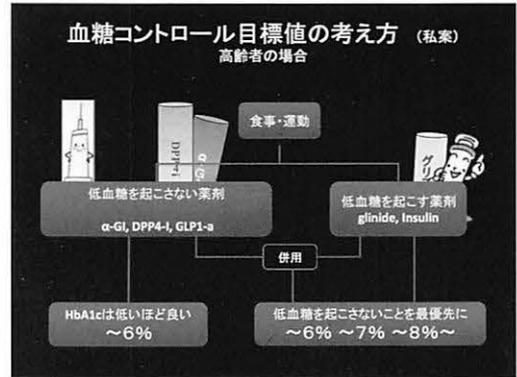


図 12

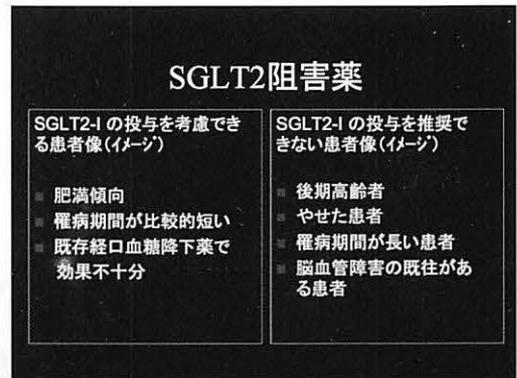


図 13

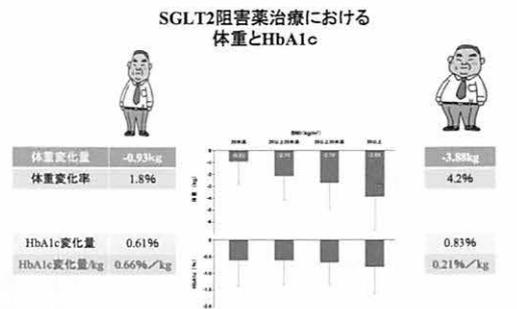


図 14

性があり、安全に使用出来ると考えております。今後の症例の蓄積に期待している所です。以上です。

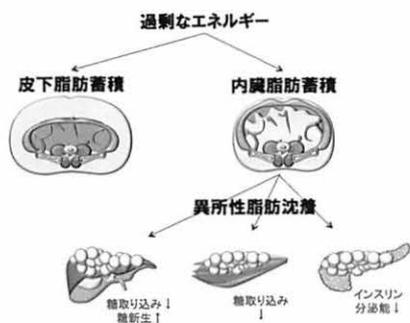


図 15



第9回 光市医師会学術講演会

日 時. 平成26年10月28日(火)
19:00~
場 所. 光商工会館2階 大会議室

- 【情報提供】19:20~19:30
「ダクルインザ、スンペプラ」
ブリストルマイヤーズ株式会社
- 【特別講演】19:30~20:30
座長 光市立光総合病院
消化器内科 部長 谷川幸治先生



「C型肝炎の最新治療」
山口大学医学部附属病院
肝疾患センター 助教 日高 勳先生



C型肝炎(以下、HC)の治療は、インターフェロンを使わない内服治療が開始され、インターフェロン治療も昨年から大きく変わっています。また診断技術などもどんどん新しいものが出て来ています。

図1は肝がんの死亡者数の推移です。ずっと右肩上がりであり年間3万人以上が亡くなっていました。2005年頃から治療の進歩に伴って減少傾向にあります。肝がんの原因の6割以上をHCが占め(図2)、節目健診等のデータから、我が国には150万~230万人の感染者がいると推定されています(図3)。山口県は全国トップテンに入る感染率です(図4)。

感染経路は基本的には血液感染です。C型肝炎ウイルス(以下、HCV)は1989年に発見されましたが、発見以前の血液製剤、あるいは針の使い回しなどが原因に

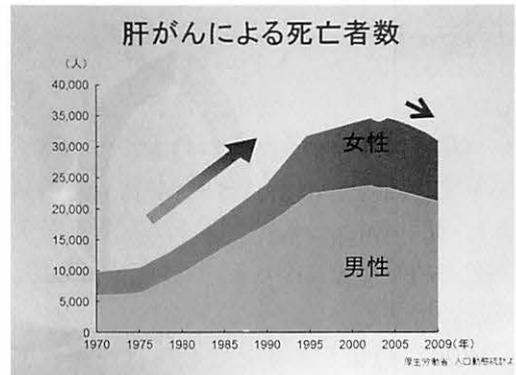


図1



肝がんの約80%は肝炎ウイルスの感染が原因です。

図2

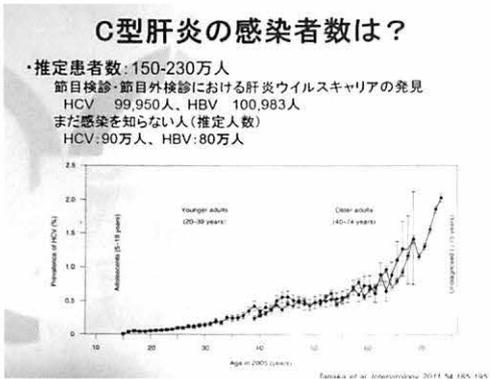


図3



図4

なった可能性もあるかもしれません。母子感染や性行為感染にも注意が必要です(図5)。健診等でたまたま見つかった人が7割を占めるため(図6)、行政と協力して、検診の啓蒙活動を行っています。

HCVに感染しますと30%は一過性感染ののち自然治癒しますが、70%が慢性肝炎となり、30~40年かけて肝硬変に進展します(図7)。肝硬変になるまで全く症状が無いのが怖い所です。肝硬変からの発がん率は年間8%で、慢性肝炎の段階でも2~3%ががん化します(図8)。常習飲酒者では約6倍肝硬変に進行しますので、HCV等の感染者には禁酒、減酒の指導が必要です(図9)。

検査ではAST(GPT)30以上を異常と考え、血小板数を肝繊維化の指標として

治療の適応を考えます(図10)。HCVのジェノタイプではインターフェロン(以下、IF)への抵抗性が高い1bが70%を占め、日本のHCの難治性の所以となっています(図11)。大学ではウイルスや宿主側の遺伝子検査も治療の指標に用いています(図12)。

治療の目的は肝硬変への進展を防ぐ事と、肝がんを防ぐ事です。それにはHCVを排除する原因療法と、炎症を抑える対症療法があります(図13)。HCVが発見されてから3年後の1992年にはIF治療が承認され、近年ではウイルスの増殖を直接抑えるプロテアーゼ阻害薬、NS5A阻害薬が登場してきました(図14)。ジェノタイプ1でウイルス量が多いタイプはIF治療が効きにくいことから、初回治療ではペグIF+リバビリン+シメプレビル併

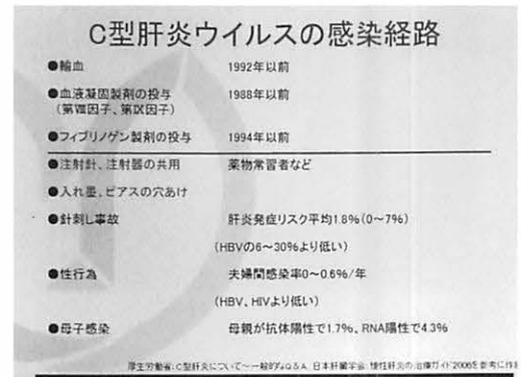


図5

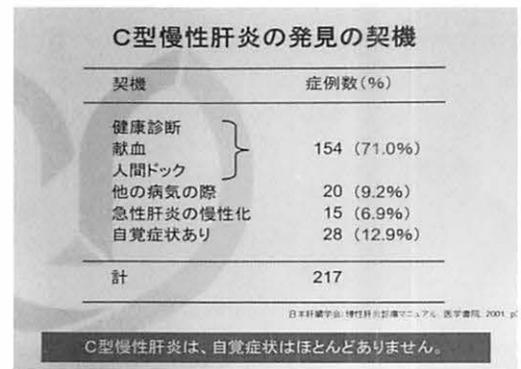


図6

機能検査を2～4週毎に行うなど副作用チェックが必須であり、ウイルス学的著効(sustained virologic response ;SVR)率の上昇を目指すために治療前に薬剤耐性変異の測定が望ましく、かかりつけ医と専門医療機関が連携してより適切な症例の判定が必要と考えます(図24、25)。

治療のまとめのスライドです(図26)。

ウイルスを体内から排除して完全治癒を目指す原因療法と肝機能を改善して肝炎の悪化を防ぐ対症療法があります。

原因療法	対症療法(肝症療法)
C型肝炎ウイルスを体内から排除して完全治癒を目指す	肝機能を改善して肝炎の悪化を防ぐ
● インターフェロン(注射)	● グリチルリチン配合剤(注射など)
● ベグインターフェロン(注射)	● ウルソデオキシコール酸(内服)
● リバビリン(内服)	● 漢血
● プロテアーゼ阻害薬 NS3/4Aプロテアーゼ阻害薬 テラプレビル(内服)、シメプレビル(内服) アスナプレビル(内服)	● 鉄制限食
● NSSA阻害薬 ダクラタシル(内服)	

図13

平成26年度C型肝炎治療ガイドライン 初回治療

	Genotype 1	Genotype 2
高ウイルス量 5.0 Log IU/mL以上 300 fmol/L以上 1 Meq/mL以上	◆ ベグインターフェロン+リバビリン (24週間) + シメプレビル(12週間)併用療法	◆ ベグインターフェロン + リバビリン併用療法(24週間) ◆ インターフェロンβ + リバビリン 併用療法(24週間)
低ウイルス量 5.0 Log IU/mL未満 300 fmol/L未満 1 Meq/mL未満	◆ インターフェロン (24週間) ◆ ベグインターフェロン(24～48週間)	◆ インターフェロン (8～24週間) ◆ ベグインターフェロン (24～48週間)

【Genotype 1】高ウイルス量症例には、テラプレビル+ベグインターフェロン+リバビリン併用療法の使用可能(ただし安全性、有効性、SVRの発現量は従来と同様と見込まれる)。
【Genotype 2】上にもつづいてつづいて副作用の出現が予想される症例、高齢者などの副作用出現のリスクが高い症例に於いては、インターフェロンβ+リバビリン併用療法を考慮する。IFNβの次世代まで待つことも選択肢の一つになる。
【Genotype 2】低ウイルス量のIFNβ併用療法においては、2週以内にHCV RNAが陰性化する症例では、8～16週に短縮することも可能である。

図16

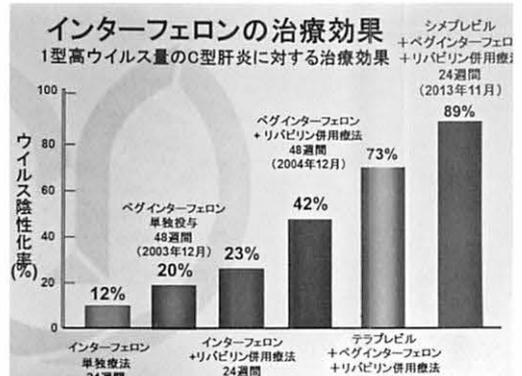


図17

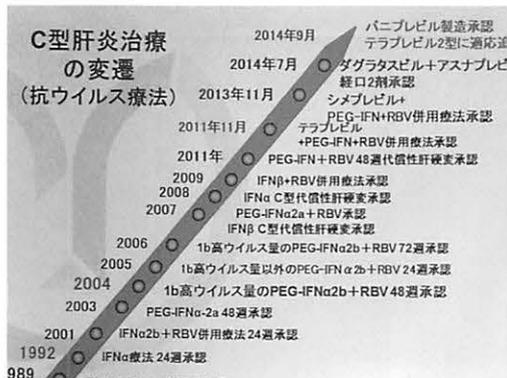


図14

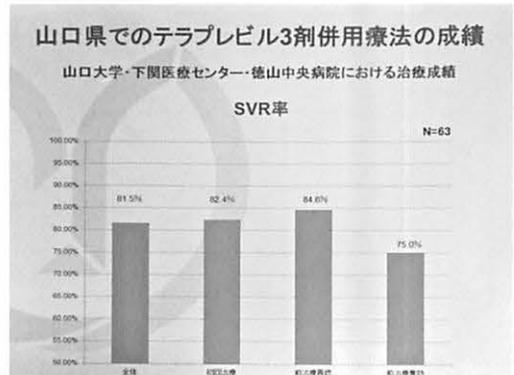


図18

C型肝炎ウイルスの型、量による インターフェロン治療効果

	ジェノタイプ1	ジェノタイプ2
高ウイルス量 1 Meq/mL以上 5.0 Log IU/mL以上 300 fmol/L以上	治療が効きにくい	治療が効きやすい
低ウイルス量 1 Meq/mL未満 5.0 Log IU/mL未満 300 fmol/L未満	治療がよく効く	治療が非常によく効く

図15

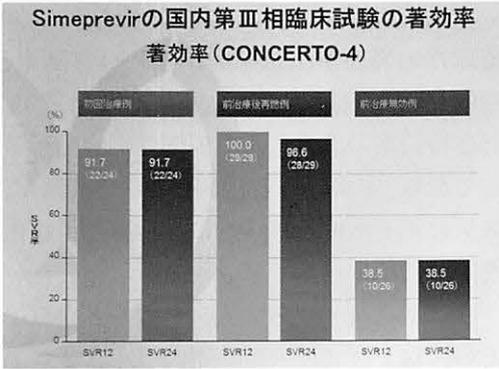


図 19

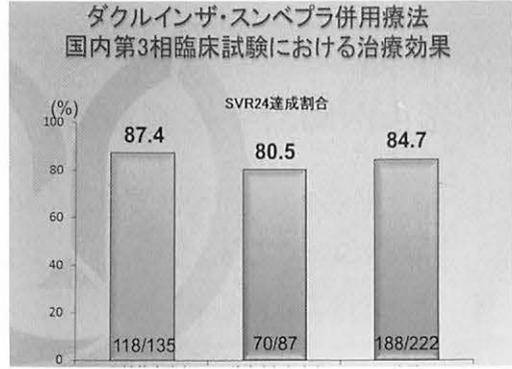


図 23

当科でのシメプレビル3剤併用療法の成績

17症例
 平均年齢: 62.18 (46-77)
 男女比: 8:9
 治療歴: 初回: 再発: 無効 = 7: 7: 3
 F stage: F1: F2: F3: F4 = 7: 3: 3: 2
 IL-28B; Major: Miner or Hetero = 9: 7

治療成績

	1W後	2W後	4W後	12W後	EOT (24W後)
症例数	17	17	17	14	10
陰性化	1	6	14	14	10
陰性化率	5.9%	35.3%	82.4%	100%	100%

※4Wで中止の1例を除く

図 20

DCV+ASV併用療法における診察連携

SVR上昇を目指す、より適切な症例の判定には
 保険適応ではないが
 治療前に耐性変異を測定し、治療方針を選択すべき?
 一山口大学を中心に、県内の複数の専門医療機関で測定

DCV+ASV内服2剤を検討する症例
 ↓
 治療前に耐性変異を測定
 (山口大学医学部附属病院、美祢市立美東病院)
 ↓
 測定結果をふまえて治療を検討
 (専門医療機関、かかりつけ医)

適切な患者の選択と
 山口県におけるSVR率上昇を目指す!

図 24

アスナプレビル+ダグラタシル内服2剤治療

対象: ジェノタイプ1型の慢性肝炎または代償性肝硬変症の
 IFN治療無効例
 IFN不適格或不耐受

用法・容量
 治療期間: 24週間
 ・ダクルインザ錠 (ダクラタシル)
 1日1回 経口 必ずスンペプラと併用
 ・スンペプラカプセル (アスナプレビル)
 1日2回 経口

図 21



図 25

平成26年度C型慢性肝炎治療ガイドライン

平成26年IFN不適格/不耐容例/前治療無効例 Genotype 1 におけるC型慢性肝炎に対する治療ガイドライン

	Genotype 1	
IFN不適格/不耐容例	高ウイルス量 5.0 Log IU/mL 300 fmol/L 1 Meq/mL以上	Daclatasvir + Asunaprevir (24週間)
	低ウイルス量 5.0 Log IU/mL 300 fmol/L 1 Meq/mL未満	
前治療無効例	Null Responder Partial Responder	Daclatasvir + Asunaprevir (24週間) Peg-IFN + Ribavirin (24週間) + Simeprevir (12週間)

※前治療無効例では治療前にNS5A-NS5B領域の亜型ウイルスの有無を測定することが望ましい。
 ※Daclatasvir + Asunaprevir投与期間中、肝機能(ALT/AST)の上昇する症例が存在することから、投与期間中は肝機能のモニタリングを定期的に行うこととし、ALT/ASTが基準値以上の2倍以上の上昇した場合は治療の停止を考慮する。
 ※IFN不耐容例は、10日以上以上の上昇した場合には、投与を中止する。
 ※IFN不耐容例は、1回以上以上IFN投与量が増加した場合は、投与を中止する。
 ※Daclatasvir + Asunaprevir投与中止を考慮する。
 ※Daclatasvir + Asunaprevirは併用剤であるため投与にあたっては、飲み忘れ等がないよう前薬コンプライアンスを十分に確保する。
 ※Genotype 1a型に対するDaclatasvir + Asunaprevirの治療効果は約12%低下。
 ※平成26年度厚生労働省より研究開発費助成を受けた研究開発薬(非注射型)ウイルス抑制剤は、肝臓の炎症を抑制し治療効果を目指す研究開発中(一部)

図 22

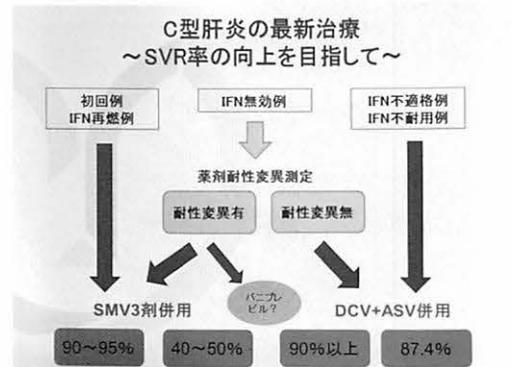


図 26

第10回

光市医師会学術講演会

日時. 平成26年11月4日(火)

19:00~

場所. 光商工会館2階 大会議室

【情報提供】19:00~19:15

「気管支喘息治療剤 シムビコートタービュヘイラー」
アストラゼネカ株式会社

【特別講演】19:15~20:30

座長 光市立光総合病院
循環器内科 部長 中村安真先生



「気管支喘息の診断と治療戦略」

マツダ病院

呼吸器内科 部長 大成洋二郎先生



気管支喘息(以下 BA)は慢性的な好酸球性の炎症が気道粘膜に起こった結果、喘鳴や呼吸困難など様々を来す疾患です。軽症持続型の患者さんでも慢性炎症は持続しており、症状が出ている時だけでは無く、ステロイド治療を継続的に行う事が重症化を防ぐために必要です。

90年代後半から吸入ステロイド(以下 ICS)、および ICS + 長時間作用性β2 刺激薬(以下 LABA)の合剤が登場した結果 BA 死亡者数は減少し、最近では2000人を切る様になりました。山口県は全国平均より少し上回っており、さらに日本は他国と比較してみるとまだまだ死亡率は高い様です(図1、2、3 2は一部広田追記)。

死亡者の年齢別ではやはり高齢者が多く、成人の患者さん以上に吸入手技の指導やアドヒアランス、副作用の有無の確認が

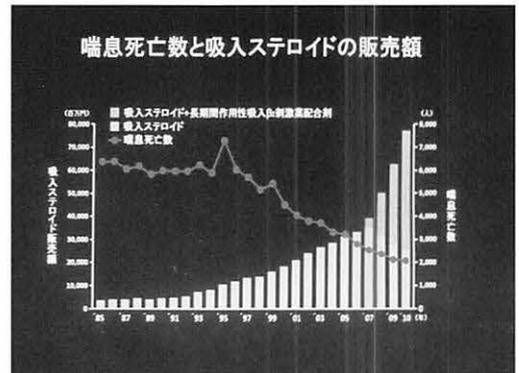


図1

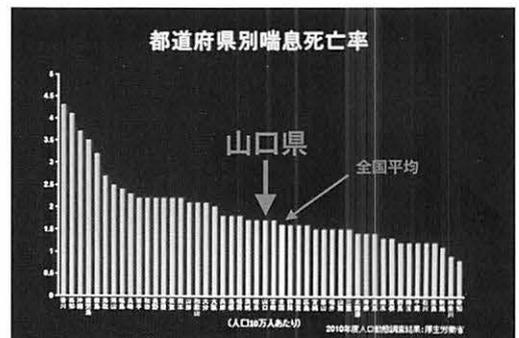


図2



図 3

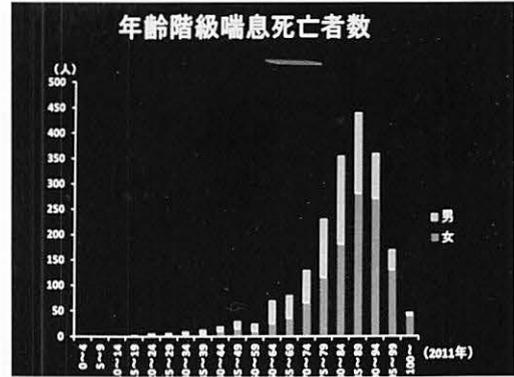


図 4

重要です (図 4、5)。成人全体でも ICS を使用開始して症状が楽になった二か月頃から吸入を中断する様になり、約 1 年後には 10% 台まで低下する、というデータがあり (図 6)、治療開始の最初の段階で継続した治療が必要な事を十分教育することが必要です。

ガイドライン 2012 の成人 BA の診断の目安と (図 7) 近畿大学から出された症状・身体所見からスコア化した BA の診断率です (図 8)。症状の日内変動、繰り返す呼吸器症状、アレルギー疾患の既往歴、喘鳴の聴取、をそれぞれ 1 点、2 点、1 点、2 点としたところ、合計 3 点以上、1 点もしくは 2 点、および 0 点に対する BA 診断率は、90%、68%、31% でした。

治療の目標は、普通の日常生活を送れることを第一とし、肺機能を維持して最終的には喘息死の回避を目的とします (図 9)。治療の根幹は ICS による炎症の治療です。最近では LABA との合剤が治療の主流で、特にホルモテロールは活性が強く、即効性、容量依存性もあります。ステロイドの増量に伴って肺炎のリスクが増えますので、少ない量でコントロール出来れば理想的です (図 10、11)。手技の確認は重要で、適切な介入で症状の改善が期待出来ます (図 12、13)。

高齢者喘息の特徴

- ① 一般に 65 歳以上で喘息に罹患している患者が高齢者喘息とされる。
- ② 基本病態は一般成人と同様の好酸球を主体とした慢性気道炎症の存在。
- ③ COPD、心不全、逆流性食道炎、肺癌、肺結核などの鑑別診断が重要。
- ④ 治療は成人喘息と同様に吸入ステロイド剤が第一選択であり、気管支拡張薬の併用など。

⇒ 吸入手技、アドヒアランスなどに注意が必要

図 5

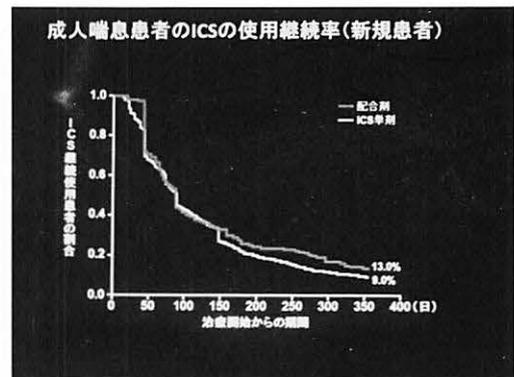


図 6

COPD についてお話しします。慢性的な咳嗽があり、さらに喫煙歴があれば強く疑い、呼吸機能検査で確定診断します (図 14、15)。患者数、さらに死亡者数も増加しており、今後問題となります (図 16)。呼吸困難によって症状は悪循環に陥ります (図 17)。まず禁煙を指導し、長時間作

用性抗コリン薬を開始、さらに COPD 患者には BA を合併する事が多く死亡リスク

も上昇するため、LABA、ICS もしくは ICS + LABA 配合剤を使用します。

成人喘息での診断の目安

① 症状	発作性の呼吸困難、喘鳴、咳(夜間、早朝に出現、やれい)の反復
② 可逆性気流制限	自然に、あるいは治療により寛解する。PEF値の日内変動20%以上、肺動脈血酸素分圧におよび秒量が12%以上増加かつ総容量で200mL以上増加
③ 気道過敏性の亢進	アセチルコリン、ヒスタミン、メチルコリンに対する気道収縮反応の亢進
④ アトピー素因	環境アレルゲンに対するIgE抗体の存在
⑤ 気道炎症の存在	喀痰、末梢血中の好酸球数の増加、ECP高値、クレオチンの証明、呼気中NO濃度上昇
⑥ 鑑別診断疾患の除外	症状が他の心肺疾患によらない

図 7

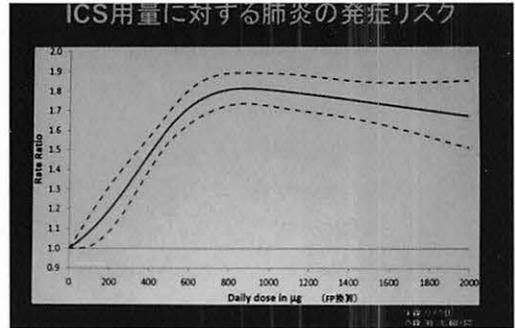


図 11



図 8

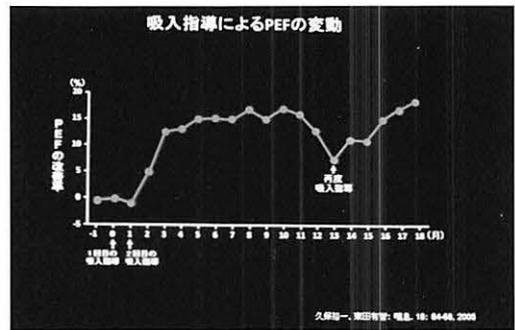


図 12

- ### 喘息治療の目標
1. 健康人と変わらない日常生活が送れること。正常な発育が保たれること。
 2. 正常に近い肺機能を維持すること。
PEFの変動が予測値の20%未満。
PEFが予測値の80%以上。
 3. 夜間や早朝の咳や呼吸困難がなく十分な夜間睡眠が可能なこと。
 4. 喘息発作が起こらないこと。
 5. 喘息死の回避。
 6. 治療による副作用がないこと。
 7. 非可逆的な気道リモデリングへの進展を防ぐこと。
- 喘息予防・管理ガイドライン2012

図 9

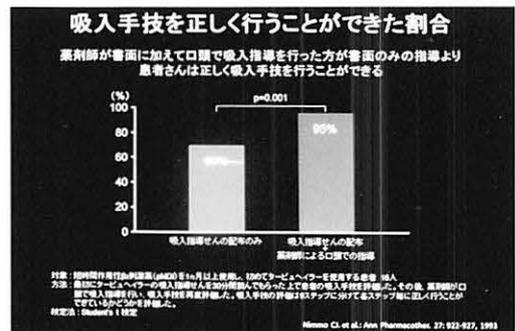


図 13

β₂刺激薬の固有活性値

β ₂ 刺激薬	固有活性(%) (1µM 1Mch)	固有活性(%) (20µM 1Mch)	分類
インプレナリン	100.0	100.0	フルアゴニスト
インダカテロール	100.0	72.3	ストロング
ホルモテロール	100.0	68.9	パーシャルアゴニスト
プロカナテロール	100.0	66.8	
サルブタモール	100.0	48.2	ウィーク
サルメテロール	59.4	32.1	パーシャルアゴニスト
ツロブテロール	34.6	20.6	
プロプラノロール	0	0	アンタゴニスト

久保雄一, 薬師有智: 喘息, 18: 64-66, 2004

図 10

- ### COPDの診断
- 長年にわたる喫煙歴がある場合、慢性に咳、喀痰、労作時呼吸困難などがみられる患者に対しては、COPDを疑う。
 - 気管支拡張薬吸入後のスパイロメトリーで一秒率が70%未満であれば、COPDと診断する。
 - 診断確定には、X線画像検査や呼吸機能検査、心電図により、気流閉塞を来さず疾患を除外する必要がある。気道可逆性の大きいCOPD、可逆性の乏しい難治性喘息、COPDと喘息が併存している例では、気管支喘息との鑑別は困難である。
- (COPD診断と治療のためのガイドライン第4版)

図 14

COPDの診断

- 長期にわたる喫煙歴がある場合、慢性に咳、喀痰、労作時呼吸困難などがみられる患者に対しては、COPDを疑う。

1

気管支拡張薬投与後のスパイロメトリーで $FEV_1/FVC < 70\%$ を満たすこと。

2

他の気流閉塞を来しえる疾患を除外すること。

図 15

日本におけるCOPDによる死亡者数の推移

日本人のCOPDによる死亡者数は増加傾向にあり、2012年には16,371人で気管支喘息による死亡者数1,870人の約9倍であった

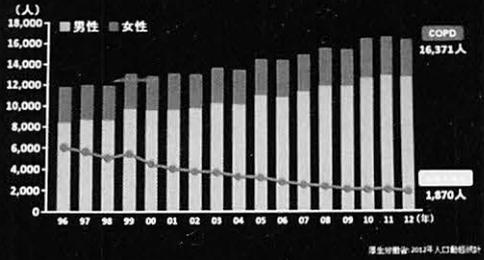


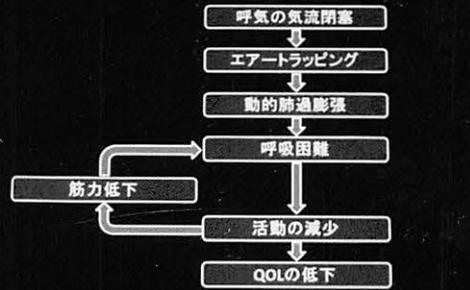
図 17

COPDの患者数

年 間	患者総数		受診患者数		受診率
	患者数	前年比	患者数	前年比	
2008年	698.7	—	22.8	—	3.26
2011年	738.4	105.7	23.0	100.9	3.11
2014年	768.9	104.1	24.4	106.1	3.17
2017年	788.3	102.5	26.2	107.4	3.32
2020年	810.3	102.8	27.6	105.3	3.41

図 16

COPDの症状を悪化させる悪循環



(Cooper CB, Am J Med 2006; 119:21-31より改定)

図 18

新入会員

8月1日付

B会員

市川医院

麻酔科 市川智美

忘年会

平成 26 年度の光市医師会忘年会は、12 月 4 日（木）19 時よりホテル松原屋において行われました。当日は 40 名の先生方にご参加いただき盛会となりました。最初に医師会長の平岡博先生よりご挨拶がありました。この際に、長年の光市医師会の救急医療に対する取り組みに対し今年労働大臣賞をいただいたことが報告され、表彰状が披露されました。次いで梅田馨先生にユーモアあふれる御挨拶と乾杯の御発声をしていただき、しばらく皆様にご歓談いただきました。

会も半ばとなり盛り上がってきたところで、藤原先生、五嶋先生の古希祝いとして医師会より記念品が贈呈されました。藤原先生、五嶋先生、長年ご苦労様です。今後も光市民、光市医師会のため地域医療にご尽力下さいますようお願いいたします。また新入会員として平成 26 年 8 月に入会された市川医院の市川智美先生よりご挨拶をいただきました。その後厚生労働大臣賞の表彰状を囲んで全員で記念撮影を行いました。

会の終わりの一本締めは初参加の最年少者との慣例でしたが、今回は該当者がなかったため比較的若手の吉村先生をお願いいたしました。皆様十分飲まれ、話されて和やかな雰囲気でご忘年会を楽しまれたことと思います。来年もまた是非ご出席いただきますようお願い申し上げます。

報告：竹中博昭





理事会報告

平成26年度10月光市医師会定例理事会

日時 平成26年10月14日(火)午後7時30分より午後9時00分

場所 光市医師会事務局

出席 平岡博会長、丸岩昌文副会長、広田修理事、多田良和理事、藤田敏明理事
北川博之理事 竹中博昭理事 守友康則理事、佃邦夫監事 清水敏昭監事

欠席 谷川幸治理事

議 題

1 報告事項

1. 第2回光三師会在宅医療研究会(9/18) (平岡会長)
いしいケアクリニック 主任介護支援専門員 矢野嘉子先生
2. 郡市介護保険担当事務協議会(9/18) (竹中理事)
 - ① 第五次やまぐち高齢者プランの策定について
 - ② 療養病床転換意向等アンケート調査の結果について
 - ③ 介護保険制度の改定案の主な内容について
 - ④ 新たな財政支援制度(基金)等について
 - ⑤ 地域における医療及び介護を総合的に確保するための仕組み
3. 平成26年度第1回光市高齢者保健福祉計画等策定市民会議(9/25) (平岡会長)
医師会としては、病院あるいはケアマネージャーなどからの要請に応じて
中学区域でグループに分け、なるべく近い範囲で主治医、副主治医を
医師会長、あるいは副会長からお願いする形式をとることを説明した。
4. 第一回光市物忘れ相談会(9/25) (丸岩副会長)
あいぱーく光
医師、認知症家族会、主任ケアマネ、保健師、社会福祉士が連携して相談に応じた
2件の相談
5. 平成26年度第一回光市地域包括支援センター運営協議会(10/2) (平岡会長)
新しい取り組みとして、光市高齢者見守り活動が紹介された。
ポストに新聞や郵便がたまっている、電気がついたままの状態、ガスの利用が極端に
減少、身だしなみが崩れているなど、変化に気がつけば、あいぱーく光または、光市
役所に連絡する。協力業者は、日本郵政、中国電力、新聞公正取引委員会、山口県LP
ガス協会光支部、山口合同ガス徳山支店、生活協同組合コープ山口など。
6. 光市への小児ワクチン接種公的補助の陳情(10/9) (平岡会長、広田理事)

- ① 13価肺炎球菌ワクチン補助的追加接種への公費助成
- ② 乳幼児に対するおたふくかぜ、B型肝炎、ロタウイルスワクチンへの公費助成および水痘ワクチンの経過措置への助成

今後、議運にて協議予定

- 7. 周南地域医療対策協議会（10/9）（丸岩副会長）
「がん診療連携拠点病院等の指定推薦について」

- 8. 県医師会情勢報告 書面にて報告（河村県医師会専務理事）

- 9. 平成27年度に向けた光市と光医師会との協議内容について

- ① 健康増進課

休日診療所診療業務委託料

委託料単価 消費税増額により増額予定

- ② 高齢者支援課

生活機能評価は、国の方針により廃止予定

- ③ 市民課

国民健康保険特定健診における集団検診導入について

受診率向上のため、健康増進課事業の「胃、大腸、肺がん結核検診」に併せて特定健診も実施したい

後期高齢者医療保険健康診査における集団健診導入について

受診率向上のため、健康増進課事業の「胃、大腸、肺がん結核検診」

に併せて特定健診も実施したい

以上を報告した

II 協議・承認事項

- 1. 医療介護情報連携シートについて（平岡会長）

- 2. 講演会について（12/15 遠石会館）

村岡県知事 山口県の今後の県づくりに関して

終了後 懇親会

- 3. 光市との合同協議会の日程について

今年度はなし

- 4. 周南三市医師会役員会について（11/19）

11月19日 19時より 和食処 はらだ 下松市

以上を協議・承認した

平成26年度11月光市医師会定例理事会

日時 平成26年11月11日(火)午後7時30分より午後9時30分

場所 光市医師会事務局

出席 平岡博会長、丸岩昌文副会長、広田修理事、多田良和理事
藤田敏明理事 北川博之理事 竹中博昭理事 谷川幸治理事
守友康則理事 佃邦夫監事 清水敏昭監事

議題

I 報告事項

1. 小児ワクチン接種に関する光市への陳情(10/9) (平岡会長、広田理事)
2. 平成26年度第1回郡市医師会長会議(10/16) (平岡会長)
3. こどもQQ運営会議(10/16) (広田理事)
4. 第120回周南医学会(10/19) (平岡会長)
岩国医療センター医師会病院
光市より、梅田病院、北川先生 光市立総合病院、春木先生の2題の発表
5. 平成26年度第2回地域医療支援病院運営委員会(10/20)(平岡会長)
徳山中央病院
救急患者は断らない方針であるが、看護師の数が不足しており、ベッドがすべて稼働できていない。
徳山医師会病院
今年の10月より、休日当番医での輪番制二次病院へ参加することになった。
6. 郡市産業保健担当理事協議会(10/23) (多田理事)
 - ① 第36回産業保健活動推進全国会議について
 - ② 県医師会主催・郡市医師会協力による産業医研修会について
7. 郡市医療廃棄物担当理事協議会(10/23) (守友理事)
 - ① 感染性廃棄物処理マニュアルについて
 - ② 医療機関における排出事業者責任について
8. 救急医療体制に対する厚生労働大臣表彰報告(10/29) (平岡会長、丸岩副会長)
9. 郡市特定健診、保健指導担当理事、関係者合同会議(10/30)(守友理事)
受診率の向上が問題、光市ではがん検診との同時実施等を検討中
10. 郡市学校保健担当理事協議会、学校医部会合同会議(11/6)(広田理事)
 - ① 中国地区学校保健、学校医大会
 - ② 学校検尿主治医精密検査実施ガイドラインの改訂、配布
 - ③ 学校医活動記録手帳
 - ④ 体育活動時における事故対応テキスト
11. 県医師会情勢報告 (河村県医師会専務理事)
書面にて報告

以上を報告した

II 協議、承認事項

1. 地域包括ケアシステム担当理事の新設について (平岡会長)
丸岩先生就任
 2. 在宅訪問診療に対する医師会の関わりについて (平岡会長)
 3. 附属光中学校 AED 講習会 (12/4) について (丸岩副会長)
 4. 主治医意見書に関する要望書について (丸岩副会長)
市に確認することになった。
 5. 周南三市医師会役員会 (11/19) について
 6. 県知事講演会、懇親会 (12/15) について
 7. 消費税要望に係るアンケート調査結果について
 8. 国民生活センター「医師からの事故情報受付窓口」開設について
- 以上を協議承認した

平成26年度12月光市医師会定例理事会

日時 平成26年12月9日(火) 午後7時30分より午後9時00分

場所 光市医師会事務局

出席 平岡博会長、丸岩昌文副会長、広田修理事、多田良和理事
藤田敏明理事 北川博之理事 竹中博昭理事 谷川幸治理事
守友康則理事 佃邦夫監事 清水敏昭監事

議題

I 報告事項

1. 光三師会懇親会 (11/13) (平岡会長)
医師会15名、歯科医師会9名、薬剤師会12名の参加
2. 山口県産業保健連絡協議会 産業医部会合同会議 (11/13) (多田理事)
 - ① 労働安全衛生法の改正
 - ② 産業保健活動総合支援事業の案内
 - ③ 第25回産業医、産業看護全国協議会の案内
(平成27年9月16～19日)
 - ④ 産業医部会への勧誘
3. 新型インフルエンザ対策協議会 (11/18) (守友理事)
新型インフルエンザ(海外発生時)、エボラ出血熱患者(疑い)が万一、一般医療機関受診した場合は患者を隔離し保健所へ連絡(24時間対応)し、山口県立総合医療センターからの搬送車を待つ。
4. 周南三市医師会総会、河村先生地域包括ケア会議 (11/19) (平岡会長)
河村先生による「地域包括ケアについて」の講演
広田理事、下松、篠原会長より小児の予防注射の公的補助要求について
5. 光市病院事業改革プラン評価委員会 (11/20) (平岡会長)

光市光ヶ丘、ソフトパーク内に光総合病院（新病院）

平成30年開業予定

6. 郡市労災、自賠責保険担当理事協議会（11/20）（竹中理事）
 - ① 労災保険の状況について
 - ② 平成26年山口県医師会労災保険指定医部会について
 - ③ 交通事故医療を取り巻く状況
 - ④ 郡市医師会からの意見及び要望
 - ⑤ 自賠責保険研修会の実施について
7. ふれあい健康フェスティバル（11/23 あいぱーく光）（平岡会長）
健康相談実施 8名の受診
8. 光三師会共催特別講演会（11/25）（平岡会長）
「肺がんの外科治療 最近の知見と外科治療の位置づけ」
山口県宇部医療センター呼吸器科医長 田中俊樹先生
9. 忘年会および厚労大臣賞受賞記念パーティー（12/4）（平岡会長）
33名の参加
10. 県医師会情勢報告（河村県医師会専務理事）
書面にて報告

以上を報告した

II 協議、承認事項

1. 医師会主導の在宅医療グループ制度参加の可否について（平岡会長）
2. 総選挙のため、県知事講演会延期の件（平岡会長）
3. 医療関係団体新年互礼会（1/10 ホテルニュータナカ）（平岡会長）
4. 理事会新年会について（1/13 こやま）（平岡会長）
5. 職員冬季賞与について（広田理事）
6. 会計報告（H.26 4月～11月）（広田理事）
7. 3種混合ワクチンの製造終了について（広田理事）
8. 平成27年度休日診療所当直について（多田理事）
9. 職員通勤手当について（平岡会長）
10. 職員退職金共済契約について（平岡会長）
11. 地域医療連携情報システムに関する事業への取り組み意向調査について
現時点では判断困難（平岡会長）
12. 高額療養費制度における自己負担限度額等の見直しについて（平岡会長）

以上を協議承認した

月例会報告

平成 26 年 10 月 28 日 (火)

1. 三師会懇親会のお知らせ (11 月 13 日午後 7 時)
2. 11 月定例会・講演会のお知らせ (11 月 25 日)
3. 小児予防注射の光市長、光市議会議長への陳情

平成 26 年 11 月 25 日 (火)

1. 医師会主導の在宅訪問診療への参加お願い
2. 忘年会の日程について
(12/4 木 午後 7 時 ホテル松原屋)

平成 26 年度会務分担表

	業務区分	担当理事	担当補佐
1	総務	平岡 博	丸岩昌文
2	庶務・会計	廣田 修	平岡博
3	広報	廣田 修	佃邦夫、高橋秀児、村田雅子
4	生涯教育	谷川幸治	河村康明、丸岩昌文、井上祐介
5	医療情報システム	守友康則	佃邦夫、河内山敬二
6	医療保険	藤田敏明	清水敏昭、兼清照久
7	介護保険	竹中博昭	丸岩昌文、横山宏、市川淳二
8	労災・自賠責保険	竹中博昭	多田良和、田中博幸
9	医事紛争・診療情報	藤田敏明	清水敏昭
10	麻薬	北川博之	丸岩昌文、秋吉宏規
11	地域医療	丸岩昌文	兼清照久、田村健司、松村壽太郎
12	救急医療	多田良和	丸岩昌文、竹中博昭、田村健司
13	小児救急医療	廣田 修	松島寛、山手智夫
14	妊産婦・乳幼児保健	北川博之	廣田修、松島寛、山手智夫
15	学校保健	廣田 修	山手智夫、松島寛、前田一彦
16	成人高齢者保健・特定健診	守友康則	兼清照久、多田良和
17	成人高齢者保健・特定健診	多田良和	竹中博昭、守友康則、吉村将之
18	医業経営 (労務・税制)	守友康則	村田雅子、五嶋武
19	医療廃棄物	守友康則	河内山敬二
20	会員福祉	竹中博昭	藤田敏明、清水敏昭、藤山純一

10月休日診療所当番医報告

10月		内科系	外科系	
	5(日)	9	6	15
12(日)	12	16	28	
13(月)	11	7	18	
19(日)	12	10	22	
26(日)	7	14	21	
計	51	53	104	

11月休日診療所当番医報告

11月		内科系	外科系	
	2(日)	26	8	34
3(月)	6	8	14	
9(日)	14	7	21	
16(日)	12	6	18	
23(日)	19	1	20	
24(月)	19	9	28	
30(日)	9	5	14	
計	105	44	149	

12月休日診療所当番医報告

12月		内科系	外科系	
	7(日)	13	4	17
14(日)	12	5	17	
21(日)	24	6	30	
23(火)	21	2	23	
28(日)	55	4	59	
31(水)	55	53	108	
計	180	74	254	



☆ これからの行事予定 ☆

1月	13日(火)	理事会
	27日(火)	月例会・学術講演会
2月	3日(火)	学術講演会
	10日(火)	理事会
	24日(火)	月例会・学術講演会
	25日(水)	幼稚園・保育園関係者と園・学校医の集い
3月	3日(火)	合同症例検討会
	10日(火)	理事会
	24日(火)	月例会・学術講演会
	26日(木)	光三師会総会

緑友会ゴルフコンペ成績

平成 26 年 10 月 19 日

順位	名 前	IN	OUT	GR	HDCP	NET
優 勝	兼清 照久	45	41	86	5	81
準優勝	井上 祐介	61	47	108	23	85
3	守友 康則	49	49	98	9	89
4	前田 昇一	53	47	100	10	90
5	國近 豊	52	47	99	8	91
6	守田 忠正	46	50	96	4	92
7	諏訪 高志	51	50	96	4	92
8	南 典文	52	57	109	14	95
9	藤村 朴	54	56	110	10	100
10	田中 博幸	52	60	112	7	105



DC ⑥南 ⑰兼清
 NP ④守田 ⑪兼清 ⑮井上
 ドラ短 前田 守田

平成 26 年 12 月 21 日

順位	名 前	IN	OUT	GR	HDCP	NET
優 勝	森本 博士	41	42	83	-2	85
準優勝	光武 達夫	53	49	102	12	90
3	兼清 照久	50	44	94	4	90
4	横山 宏	50	46	96	4	92
5	藤村 朴	56	47	103	10	93
6	赤崎 信正	54	48	102	9	93
7	守友 康則	57	45	102	9	93
8	守田 忠正	48	50	98	4	94
9	諏訪 高志	57	53	110	8	102
10	前田 昇一	59	54	113	10	103
11	國近 豊	52	60	112	8	104
12	平田万三志	57	64	121	8	113

DC ⑥國近
 NP ④守田 ⑪兼清 ⑮守友
 ドラ短 前田

編集後記

平成27年新春号をお届け致します。

巻頭言として、平岡会長から「持続する在宅医療」につき提言を頂きました。光市でも高齢化が進み、我々医療者側も平均年齢が上昇しております。質の高い医療の提供のためには、医師会会員同士の普段からの連携が不可欠でしょう。2015年も様々な機会でのコミュニケーションを深めたいものです。

今回の表紙写真は「普賢寺仁王門」です。物の本によりますと、普賢寺は「開基は兵庫県書写山門教寺の性空上人と伝えられ、寛弘3年(1006年)一条天皇の頃創建されたといわれています。本尊は普賢菩薩で、元天台宗としての普賢寺は、大峰山麓(市延・普賢菩薩古跡武下殿墳)に在ったといわれています。室町時代に峨嵋山麓に移り、その後元禄15年(1702年)に再建されました。毛利氏の御手普請寺として、祈願寺として寺格は高く、赤門(開かずの門)はその名残りであり、鬼瓦には毛利家の家紋があります。赤門は室積に残る最も古い建造物で、1630年代と推定されている」とあります。

また、「仁王門」は、「木造の金剛力士像が安置されている雄大な仁王門は1798年に建立されたもので、1917年に改修されています。金剛力士像は最初普賢堂に安置されていましたが、拝殿が手狭になったため仁王門を建立し安置しました。像は向かって右側が口を開いた阿形の密迹金剛、左側が口を閉じた吽形的那羅延金剛ですが、仁王にしては珍しく温和な表情をしています。楼上には仏教開祖の釈迦牟尼仏を

主尊に、左に光厳童子、右に月蓋長者を脇士にし、その両側に十六羅漢が安置されています。十六羅漢は永く世にあって正法を護持する十六体の阿羅漢で広く信仰されています」とありました。

仁王門の写真は、海側から峨眉山に向かって撮られたものが多い様ですが、今回は山側から海方向の写真です。撮影者は私の友人のジャーナリスト、駅義則氏です。小学生の頃、右側の階段から楼上に登っていた様な記憶がありますが、定かではありません。仁王門の向こうには御手洗湾、その先には瀬戸内海が広がっています。古の参拝者は頭を垂れて参拝した後、胸を張って海原に向かって旅立って行ったことでしょう。

本年もよろしくお願い致します。



発行所 光市医師会
TEL (0833) 72-2234
発行日 平成 27 年 1 月 31 日
発行者 平岡 博
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