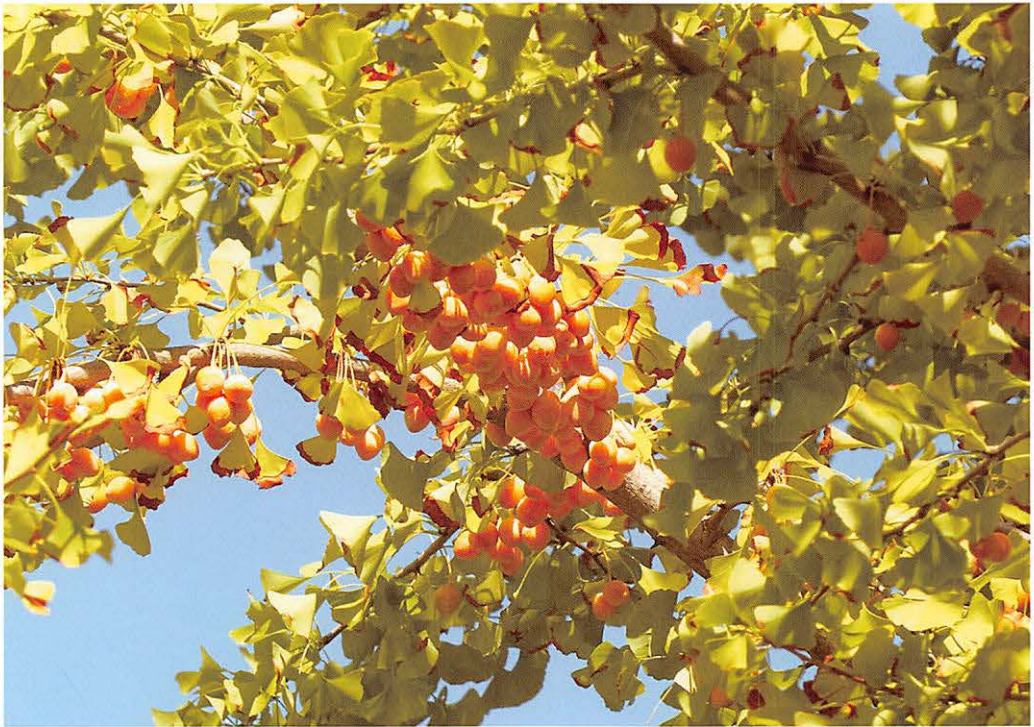


# 光市医師会報

No.429

(平成27年 秋号)



ギンナン豊作

平成27年9月13日

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. 429 (平成 27 年秋号)

1. 巻頭言 .....	1
2 認知症講演会 .....	2
3 合同症例検討会 .....	5
4 AED 講習会 .....	9
5 ウイルス肝炎の感染対策& B 型肝炎再活性化 .....	12
6 学術講演会	
第 4 回 .....	16
第 5 回 .....	20
7 納涼会 .....	24
8 理事会報告 .....	26
9 月例会報告 .....	30
10 27 年度会務分担表 .....	30
11 7～9 月休日診療所当番医 .....	31
12 緑友会 .....	31
13 行事予定 .....	33
14 編集後記 .....	34

## 救急体制について



光市医師会長 平岡 博

9月9日は救急の日。これからの救急体制を深く考える出来事を体験した。

約1週間前に自転車で転倒し、頭部を打撲した90才の男性が当院を受診された。次第に立ち上がれなくなり、傾眠傾向である。左上下肢に不全麻痺がある。ただちに頭部CTを撮影すると右側頭葉外側に出血があり、慢性硬膜下血腫と診断して地域のセンター病院に電話連絡した。ところが今出血の対応中で手が離せず、他院をあたって欲しいとの返事。幸い次に連絡した病院で受け入れ可能であったので、救急隊を呼んだ。ところが、救急者が4台とも出払っているのです、しばらくお待ちくださいと言われた。点滴、酸素吸入、モニターを付けながら、30分近く待ってようやく搬送が可能となった。

これは本当にこの地域でおこっていることなのか、信じがたい経験であった。都会では当たり前となった救急車が足りない、受け入れ先がないという事態が、この周南地区でも起こりつつあるのだ。

先日、光市立光総合病院と光市立大和総合病院と山口県医師会勤務医部会との懇親会が行われた。光市立病院から約10名、山口県医師会から私も含めて約10名の参加で、本音の話し合いが行われた。1. 勤

務医数が減少している。光総合では24名から現在16名。大和総合では22名から10名。2. 医師の高齢化。両病院とも院長副院長除いた全員が当直業務を行っている。平均年齢も50歳近くに達している。3. 救急の現状について。光総合では年間医師1人当たり264件の救急対応しており、徳山中央病院の143人に比して約1.8倍となる。医師は疲弊している。今後光総合で救急医療を持続するためには、当直医の負担を減らす、コンビニ受診は減らす、当院で対応できる患者を受け入れ、それ以外は直接対応可能な病院へ搬送する。といった意見が出された。

医師会としても、光総合の救急医療を持続していくには、翌日まで待てる症例はできる限り日中の時間帯に紹介する。準夜帯の軽症患者は、可能な限り自院で対応する。光中央病院との連携を図る。患者教育に協力するなどの対処法が必要となる。

来年3月20日光市において、「周南地域の救急医療を守るために」と題して山口県医師会主催の市民公開講座が開かれる。この機会を通して、また、かかりつけ医通信などを通して、市民の救急医療に対する理解を深めてもらい、光市、周南地域全体の救急医療を守っていかねばならないと考える。

## 認知症講演会

日時 平成27年7月22日(水)

18:50~20:00

場所 光商工会館2階 大会議室

情報提供(18:50~19:00)

アルツハイマー型・レビー小体型認知症治療薬  
アリセプト エーザイ株式会社

座長:丸岩 昌文 先生  
光中央病院 院長



講師:奥村 歩 先生  
医療法人三步会  
おくむら memory クリニック 理事長



レビー小体病は、約百年の歴史があるアルツハイマー病に比べて疾患の概念や診断基準がまだ普及しておらず、とっつきにくい印象があります。しかしレビー小体病こそ、臨床の先生方にしっかり診て頂きたい疾患だと考えています。的確な診断と投薬で、生活の質を劇的に改善させる可能性があります。

調査により有病率はかなり異なります(図1)。それはひとえに臨床像がつかみにくいからです。アルツハイマー病では物忘れは必発で患者さんによつての差は少なく、10数人経験すれば、だいたい臨床像がつかめて来ます。レビーはちょっと違うので、まず臨床症状について説明します。必須なのが認知機能障害によって生活の質が低下して、社会生活、日常生活に支障を来す事です。そして中核的症狀として幻視、認知機能の変動、パーキンソニズムの3つのうち2つがあれば、ほぼ確実にレビー小体型認知症(以下、DLB)だと言えます(図2)。また、このうち一つしか当てはまらなくてもレム睡眠期の行動異常、あるいは向精神病薬に対する過敏性があれば、臨床的にはDLBと言えるでしょう。

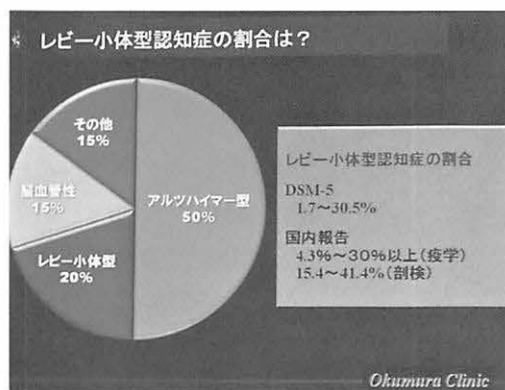


図1

DLBがなぜ診断が困難かと言いますと、まず必須症状としての認知機能障害が変動するため捉えにくい事があり、午前午後

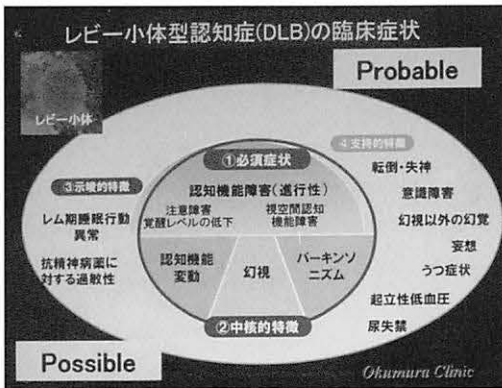


図 2

でテストの数値が異なる事さえあります。従って診察室だけの診断ではなく、日常生活即ちご家庭での立ち居振る舞いやご家族など支援する人達からの情報が大事です。次に、臨床症状が多彩でバリエーションが多い事があります。「リアルな幻視」が有名ですが、「幻視 = DLB」ではありません。「パーキンソニズム」も同様です。「睡眠時の行動異常」は示唆的の症状の1つですが、実際のところ観察しにくいですね。疾患・病理学的概念が最近ようやく出来、また時に基準が変更される事も理解を複雑にしています(図3)。

レビー小体病のイメージを示します(図4)。この病気は全身病であり、そのうち認知症の症状が出て日常生活に支障を来す状態をDLBと呼ぼう、という事になって

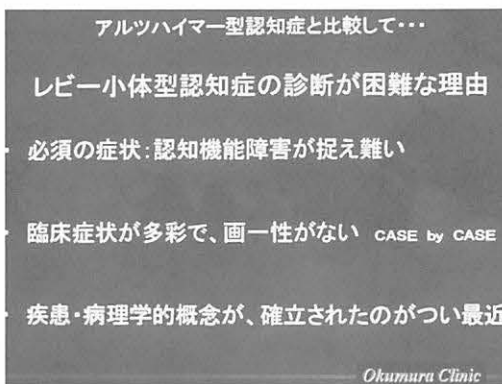


図 3

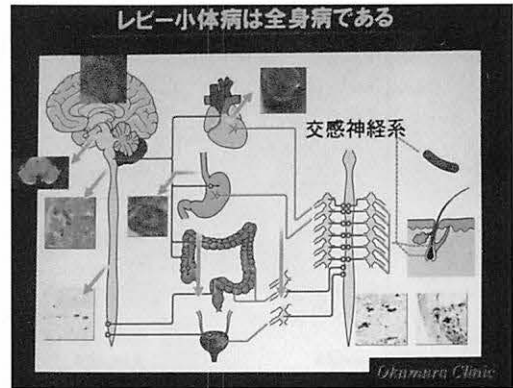


図 4

います。レビー小体が最初に沈着するのは脳幹で、手足の先まで沈着する事が分かっています。全身に広がると、うつ症状やめまい、立ちくらみなどの自律神経症状が出て来ます。どこに分布するかで症状が異なってきます。なかには全ての症状が出る患者さんもいます。早期発見には不定愁訴に注目する必要があります(図5、図6)。

レビー小体病の薬物療法の原則を示します(図7)。

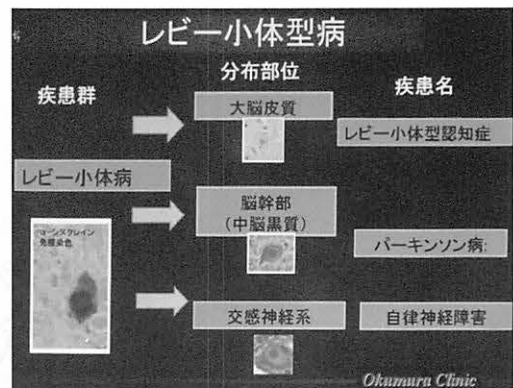


図 5

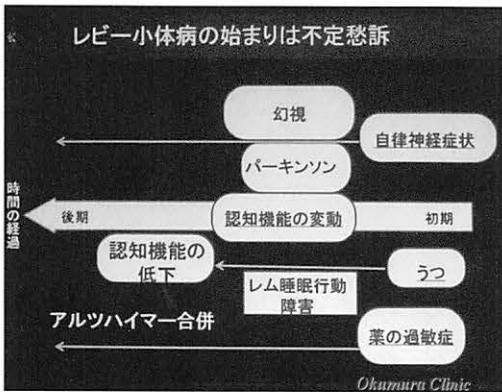


図 6

レビー小体病の方の薬物療法の原則

OK傾向	NG傾向
抗認知症薬 アリセプト	メモリー
抗パ剤 低用量のL-dopa ネオドパストン・メネシットなど 低用量300mg以下	ドパミン受容体刺激作用など カバサル・レキップ アーテン・シンメレルなど
うつ症状 低用量のSSRI/NaSSa セディール 10~20mg	抗不安剤ベンゾジアゼピン系など デパス・ソラナックス ドグマチール
その他 ルネスタ 1mg~3mgなど	ハルシオン・ロヒプノールなど PLなど風邪薬・抗アレルギー剤・H2ブロッカー 過度の降圧

Okumura Clinic

図 7





## 第 20 回

### 光市医師会・光市立病院合同症例検討会

平成27年8月1日(火) 19:00～ 光市立光総合病院

#### (1) 腰部脊柱管狭窄症に対する腰椎棘突起縦割式椎弓切除術

光市立光総合病院 整形外科 山本健志

腰部脊柱管狭窄症は、スポーツ・重労働や加齢的な負荷による脊椎変形により腰痛、下肢痛、馬尾性間欠跛行などの歩行障害を来す疾患で、重症化すると膀胱・直腸障害を来す。治療の基本は薬物療法で、神経根症状に対しては各種鎮痛剤や硬膜外ブロック等を行い、馬尾症状に対してはPGE1製剤を投与する。しかし一部の症例では薬物治療が奏功せず、疼痛コントロールが困難な症例や不全麻痺例、および馬尾性間欠跛行が悪化（連続歩行が100m以下など）した症例では手術を要す。

手術の基本は腰椎椎弓切除術であるが、従来の椎弓切除術では腰椎の安定性に重要な傍脊柱筋群や棘間・棘上靭帯を損傷するため、高齢者の術後の腰背部の筋力低下や腰痛の発生が危惧される。一方、腰椎棘突起縦割式椎弓切除術は椎弓切除を行う椎弓の棘突起を縦割して左右に広げるため、棘間・棘上靭帯の連続性は保たれ、傍脊柱筋群の損傷も最小限に抑えることが可能である。

日本では高齢化社会を迎えて、腰部脊柱管狭窄症で手術を受ける患者の年齢も年々高齢化に推移しており、手術侵襲を軽減する目的で内視鏡下や顕微鏡下での椎弓切除術が開発されてきたが欠点として高価な器材を必要とする。腰椎棘突起縦割式椎弓切除術は、従来の椎弓切除術を行う器材以外に特別必要なものはない上に低侵襲を心がけることが可能な手術方法として大変有用と思われる

#### 腰部脊柱管狭窄症に対する 腰椎棘突起縦割式椎弓切除術

光市立光総合病院 整形外科

山本健志

第20回光市医師会・光市立病院合同症例検討会 2015/9/1

図 1

#### 腰部脊柱管狭窄症 lumbar spinal (canal) stenosis : LS(C)S

##### 概念

スポーツ・重労働や加齢的な負荷による脊椎変形により、腰痛、下肢痛、馬尾性間欠跛行など歩行障害を来す疾患。重症化すると膀胱・直腸障害を来す。

##### 症状での分類

神経根障害型：根性坐骨神経痛（疼痛や下肢のしびれなど）  
馬尾障害型：馬尾性間欠跛行（歩行障害）  
混合型：神経根障害＋馬尾障害

図 2

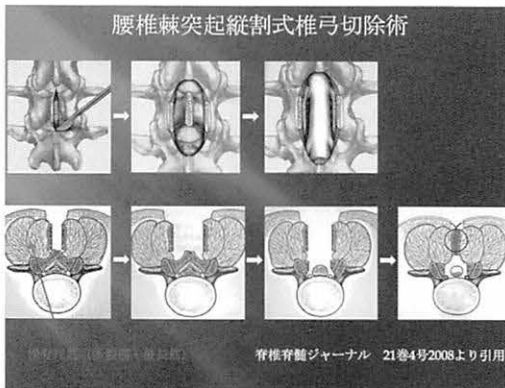


図 3

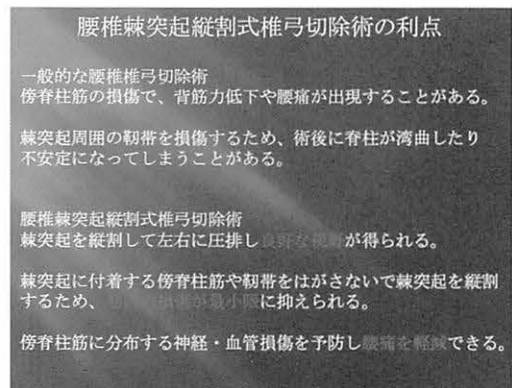


図 4

(2) SGLT2 阻害薬の使用経験

いのうえ内科クリニック 井上祐介

SGLT2 阻害薬が発売されて1年が経過し、当院での使用例が10例を越えたことより今回考察を試みた。現在使われている経口血糖降下剤は作用機序で3系統、7種類の薬剤があり(図5)、SGLT2 阻害薬は糖吸収・排泄調節系に分類される。13例全例にイプラグリフロジン投与し(図6)、途中3例は効果不十分で中止した。

本年下関市で開催された第58回日本糖尿病学会年次学術集会では「SGLT 2 阻害剤は糖尿病治療の主役になりうるか?」と題してディベートが行われた。図7に双方の主張を示す。

山口県内では同薬剤投与時には他に2剤までしか併用が認められていない事もあり、今後は2剤併用までで、若年の症例を中心に投与すれば副作用を回避でき、効果も期待出来ると思われる(図8)。



図 5

SGLT2阻害薬投与と患者一覽

全例イプラグリフロジン30mg

例	性別	年齢	BMI	投与薬	投与開始日	投与終了日	HbA1c (%)	空腹血糖 (mg/dL)	HDL-C (mg/dL)	LDL-C (mg/dL)	総コレステロール (mg/dL)	経過
1	男	32	22.8	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	10.7	101	8.8	3.9	13.6	継続投与
2	男	42	29.2	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	11.1	103	7.1	2.7	13.5	継続投与
3	男	43	22.2	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	11.6	73	7.1	2.1	11.9	継続投与
4	男	46	25.0	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	8.9	87	8.1	4.1	13.1	継続投与
5	男	33	29.8	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	10.6	103	10.1	4.1	14.8	中止
6	男	41	21.1	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	8.7	80	8.1	3.7	12.5	継続投与
7	男	48	28.3	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	7.4	74	7.1	2.1	9.6	継続投与
8	男	37	23.6	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	10.2	87	7.1	2.1	13.4	中止
9	男	48	24.9	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	8.2	80	8.1	3.7	11.9	継続投与
10	男	45	24.3	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	8.3	84	8.6	3.7	12.0	継続投与
11	男	43	27.7	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	8.3	77	7.4	2.7	10.1	継続投与
12	男	38	24.1	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	8.0	77	8.1	3.7	11.8	継続投与
13	男	38	27.8	イプラグリフロジン	2014.10.1	2014.10.1	11.7	117	11.7	4.1	13.8	中止

図 6

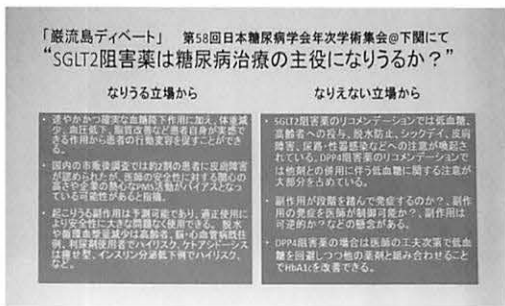


図 7

まとめ

- ・当院で経験したSGLT2阻害薬投与と患者の紹介とチャンピオン・ケース2例の提示をした。
- ・これまで13例に投薬し、3例は効果不十分で中止し現在10例に継続投与中である。
- ・中止例では、体重減少は認められたもののコントロールが悪化した例が存在した。県内ではSGLT2阻害薬投与時には他に2剤までしか併用が認められておらず、3剤併用例では1剤を変更することになるため悪化する症例が出てくるものと考えられる。
- ・副作用による中止例はなかった。
- ・個人的には、2剤併用までで、比較的若年の(肥満)症例を中心に投与することを考えている。

図 8



### (3) スギ花粉症舌下免疫療法について

光市立大和総合病院 耳鼻咽喉科 佐野 先

平成26年10月から保険適応になった、舌下免疫療法を紹介する。

以前からあった皮下注射法との違い、適応は図9、10の通りで、数々の利点があり、効果は同等である。使用に当たっての注意は図11である。初回は外来で200JAU/ml舌下液を使用し、2日目以降は自宅で施行、増量する。2週目からは10倍濃度の2000JAU/mlを使用し増量、3週目からは維持期用の1mlパックを毎日服用する。2年を目処に効果を判定し、最低でも3年間、出来れば5年続ける事が望ましい(図12)。費用は初回は検査などを含めて3割負担で6000円程度、2回目以降は月3~4000円程度である。副作用は各種あり(図13)、本邦では発生していないがアナフィラキシーも危惧される為、アドレナリン等の緊急処置の用意が必要である。

処方には登録が必要である(<http://bit.ly/1Aj4NC8>)。今後はダニの舌下免疫療法も出来る様になる予定。

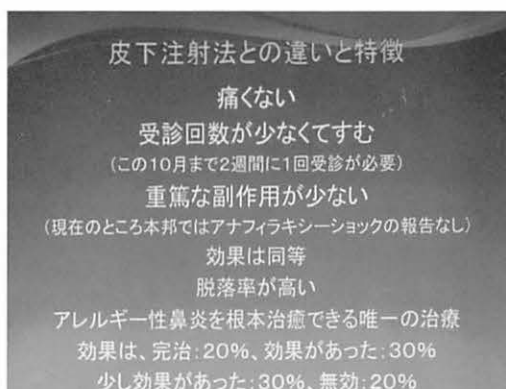


図9

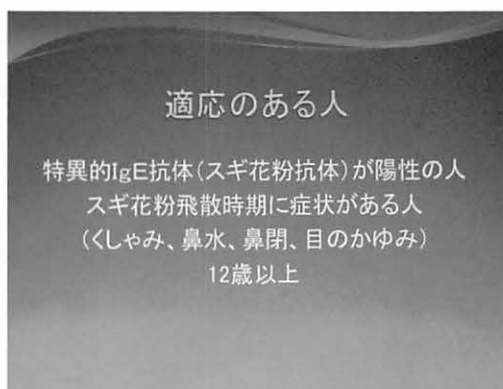


図10

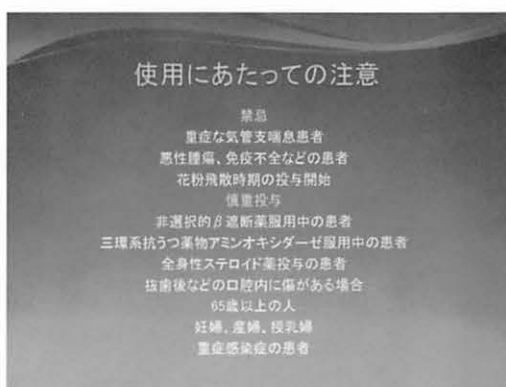


図11

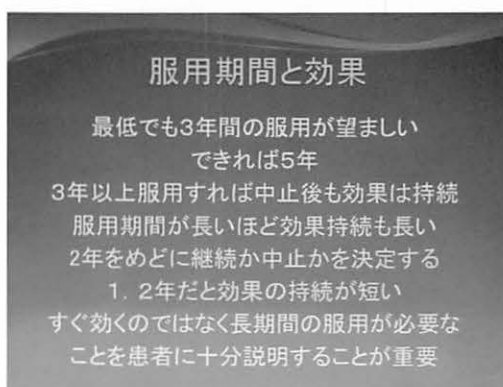


図12

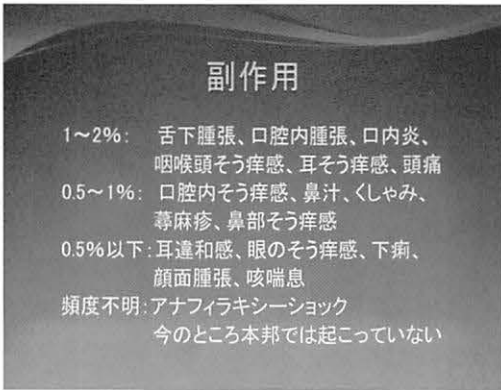


図 13

(4) 診断に苦慮した Groove 膵癌の一例

光市立光総合病院 消化器内科 谷川 幸治

Groove 領域は膵頭部と十二指腸の間の副膵管がある領域(図 1 4)で、ここに炎症や腫瘍ができて主膵管は保たれているため症状が出にくく、鑑別にたいへん苦勞する部位である。

症例は 6 8 歳男性、主訴は全身倦怠感と尿黄染。眼球結膜黄染、皮膚軽度黄疸あり。ビリルビン、肝胆道系酵素の上昇、腫瘍マーカーは軽度の上昇を認めた。画像診断では鑑別は困難で、最終的には細胞診で癌の疑い濃厚と診断し、手術にて癌と確定した。

Groove 膵炎と Groove 膵癌は画像診断上は類似点が多く(図 1 5)、診断に苦慮した症例であった。

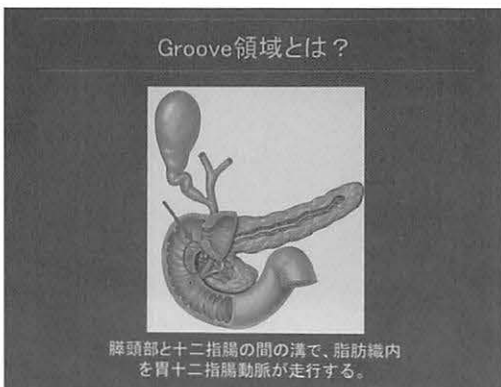


図 14

Groove領域	膵炎	膵癌
疫学	40~50歳代 男性、大酒家	50~70歳代 男性>女性
臨床症状	腹痛、嘔吐、体重減少 黄疸は少ない	腹痛、背部痛、体重減少 黄疸が多い
MDCT	遅延性濃染を示す低吸収腫瘍 [門脈相] 中心部斑状濃染	辺縁濃染
MRI	T1WI 低信号, T2WI 等~軽度高信号	
MRCP, ERCP	膵内胆管の滑らかな狭窄	膵内胆管の不整な途絶
血管造影	正常	Serrated encasement
EUS	境界不明瞭, 低エコー腫瘍 囊胞性変化	境界明瞭, 辺縁不整 内部不均一な低エコー腫瘍
EGD	十二指腸の浮腫状狭窄 炎症性ポリポイド様粘膜	びらん・潰瘍を伴う 浮腫状粘膜
十二指腸生検	Brunner腺過形成, 異所性腺	癌細胞

図 15

## 光市医師会 AED 講習会

平成27年7月16日（木）

光市医師会の救急医療対策事業として、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96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。

この講習会は2008年から行われており、今年で8年目となる。多少、時間の制限がされるが、毎年100人程度を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



## アンケート集計

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	70人
(イ) まあまあ分かりやすかった	15人
(ウ) どちらともいえない	2人
(エ) 分かりにくかった	0人
  
2. 胸骨圧迫などの実技の練習は十分に行えましたか。

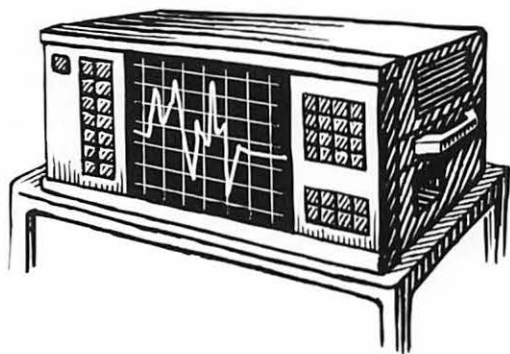
(ア) 十分練習できた	83人
(イ) 十分練習できなかった	2人
(ウ) その他（家で練習してきた・見学していた）	2人
  
3. インストラクターはあなたが知識や手技を獲得することを助けてくれましたか。

(ア) とてもよく助けてくれた。	69人
(イ) まあまあ助けてくれた。	12人
(ウ) どちらともいえない。	3人
(エ) 助けてくれなかった。	1人
(オ) その他（見学していた・以前学んで知っていたので自分でできた）	2人
  
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ると思いますか。

(ア) 十分できる。	13人
(イ) たぶんできると思う。	41人
(ウ) あまり自信はないが、やらなければいけないと思う。	28人
(エ) 自信がない。できないと思う。	2人
(オ) その他（焦っていなければ出来る・時と場合による・見学していた）	3人
  
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。	19人
(イ) たぶん安全に使えますか。	46人
(ウ) あまり自信はないが、やらなければいけないと思う。	18人
(エ) 自信がない。できないと思う。	2人
(オ) その他（焦っていなければ出来る・女性か男性かによる）	2人
  
6. 気付き・感想
  - ・親切に質問に答えた下さってとても嬉しかったし、分かりやすかったです。ありがとうございました。
  - ・インストラクターの方の説明がとても分かりやすかったです。

- ・確実に質問に答えて下さり、ありがとうございました。
- ・とても重要なことだと気付いた。
- ・DVD がとても悲しかった。
- ・看護師の方でも焦ることがあると仰っていたので、自分は素人だからしっかり練習しておかなければと思った。
- ・難しかった。
- ・5cmというのが意外と深いと思った。
- ・実際にショックをしていないから、どのくらい離れたら良いかわからなかった。
- ・シールがはがれやすかった。
- ・余った時間も心肺蘇生法をしたかった。
- ・突然死で6万人という多さに驚いた。



## ウイルス肝炎の感染対策 & B型肝炎再活性化

平成27年7月28日(火)  
光商工会館 2階大会議室  
光市立光総合病院  
消化器内科部長 谷川幸治



ウイルス肝炎患者が医療機関を受診した場合、医療スタッフや他の患者さんへの感染の可能性が生じます。それを防ぐためには、各肝炎ウイルスの特徴を知っておく必要があります(図1)。感染対策には感染経路が重要で、A型、E型のような経口感染をおこすものとB型、C型、D型のように血液感染をおこすものがあります。

A型肝炎は、過去の疾患のような印象がありますが、現在も患者さんが発生しています。A型肝炎抗体の保有率が低下しており、大流行を起こす可能性があります。A型肝炎ウイルスは、発症前後の約2週間に糞便中出现するため、おむつを必要とする患者さんでは対策が必要です(図2)。

E型肝炎は、野生動物の生肉が感染源となることが多いですが、実際には感染源がわからないことが多いです。発症前後の約4-5週間に糞便中出现するため、やはりおむつを必要とする患者さんでは対策が必要です。

また輸血での感染の報告もあるため、針刺し事故にも注意が必要です(図3)。針刺し事故は、決して珍しいことではありません。針刺し事故によって肝炎ウイルスの感染を生じることがあります。感染予防処置が必要となると同時に、労災保険診療の対象となるため、針刺し事故のカルテの記載と採血が必要となります(図4)。

### ウイルス肝炎の病型と病原ウイルス

	A型肝炎	B型肝炎	C型肝炎	D型肝炎	E型肝炎
原因ウイルス	HAV	HBV	HCV	HDV(+HBV)	HEV
主な感染経路	経口	血液	血液	血液	経口
潜伏期間	2~6週	1~6ヶ月位	2週間~6ヶ月位	1~6ヶ月位	2~9週間(平均6週)
キャリアの有無	無	有	有	無	無
肝癌との関係	無	有	有	無	無
劇症化	有(稀)	有	稀	有	有(稀)
ワクチン	有	有	無	有	開発中
診断法	IgM-HAV抗体 HAV-RNA	HBs抗原 IgM-HBc抗体 HBV DNA	HCV抗体 HCVコア抗原 HCV-RNA	HDV抗体 HDV RNA	IgA-HEV抗体 HEV-RNA

図1

### A型肝炎ウイルス感染患者の院内感染事故対策

- 患者の血液、唾液、糞便中からウイルスは検出される。
- 血液、唾液にHAVが出現するのは発症前後の短い期間で、入院患者では感染源としてはあまり問題にならない
- 糞便中には通常、発症前後の約2週間ぐらいHAVが出現する。A型肝炎と診断されるのは発症2週目を過ぎた頃が多いので、入院する時期には患者が感染源となる可能性は低い
- おむつを必要とするような患者では、糞便の入ったおむつは焼却または、次亜塩素酸処理後にビニール袋などに入れて廃棄する

図2

B型の針刺し事故の場合、受傷者が予防接種を行い一度十分なHBs抗体価が得られていれば対策は不要とされています。しかしそうでない場合は、感染力の強いウイ



### E型肝炎ウイルス感染患者の院内感染事故対策

- E型肝炎ウイルス感染患者の院内感染事故対策に対して、詳しく記載されたものはないが、糞便中には通常、発症前後の約4-5週間ぐらいHEVが出現する。従って入院する時期には、まだ患者の便中にはHEVが存在していると考えられる
- おむつを必要とするような患者では、糞便の入ったおむつは焼却または、次亜塩素酸処理後にビニール袋などに入れて廃棄するべきと考える
- 入院時に血中にもHEVが存在する可能性がある。輸血で感染する確率は極めて低いといわれているが、輸血でのHEV感染の報告例があるため、針刺し事故には十分に気を付けるべきである

図 3

### 針刺し事故

- 針刺し事故とは、「血液付着注射針などで皮膚を損傷し、それが確実に皮下に到達した」場合で、受傷部から出血が確認できる状態が相当する
- 一般的処置
  - 直ちに流水による洗浄を行い、血液を絞り出す
  - 細菌感染防止のため、アルコール綿などで、消毒を行う
  - その後、感染対策実施医師に48時間以内に届け出る
- 汚染源血液中のHBV・HCV存在の判定
  - 患者血清が、HBs抗原陽性ならHBV汚染事故、HCV抗体陽性ならHCV汚染事故として扱う
- HBV・HCVの汚染事故にかかわる後援、および発症後の治療は労災保険診療の対象となっている

図 4

ルスなので、速やかな対策が必要となります（図5）。逆にC型の場合感染力は弱いのですが、有効な予防策がないため、感染が成立しないか経過観察を行っていく必要があります（図6）。

従来は、成人でB型に初感染した場合は、一過性に肝炎を発症するもののウイルスは排除されると考えられていました。しかし、最近の研究でそうでないことがわかってきました（図7）。体内に残っていたわずかなB型肝炎ウイルスが、免疫抑制療法や化学療法により再増殖し（図8）、致死率の高い肝炎を生じることが報告されています。そのため、日本肝臓学会から「免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドライン」が公表されています（図9）。

では、どのような薬剤が危険なのかといえますと、図10のように日常診療でよく使用する薬剤も含まれています。これをみ

### HBV感染事故

- 無処置の場合はその30%以上に感染が成立し、特に汚染源がHBs抗原陽性の血液である場合は約80%に感染が成立する
- 受傷者が一度十分なHBs抗体価が得られている場合
  - その後抗体価が低下しても曝露に際して効果的な免疫反応が得られると考えられており、腎不全を含む免疫不全症例以外は対応は必要ない
- 受傷者がHBs抗体陰性の場合
  - 高力価HBsヒト免疫グロブリン(HBIG)をできるだけ早く(遅くとも48時間以内)に筋注して感染予防を行う
  - 汚染源がHBs抗原陽性血液であった場合は、事故直後、1か月後、3か月後の計3回、HBワクチン(10μg(0.5ml))の追加接種を行う
  - 汚染後半年～1年間は、HBs抗原・抗体検査を毎月実施する

図 5

### HCV感染事故

- 感染頻度は約1.2～3%と高くはないものの、γグロブリン、ワクチンといった特異的な予防法、事故後処置法といったものがないのが現状であり、経過観察のみである
- 受傷時
  - 受傷医事後患者の肝炎ウイルス・肝機能検査を行い、肝炎のないことを確認する。以後、月に1～2回ごとに肝機能の測定、時にHCV抗体の測定を半年から1年間まで行う
  - 免疫グロブリンやインターフェロンの短期投与は有効ではない
- 経過観察中に肝障害発現の場合
  - まずC型肝炎かを診断する。汚染事故後のC型急性肝炎は「労災保険」により1ヶ月間のインターフェロンの投与が可能である
  - (インターフェロンは、C型急性肝炎に対して健康保険適応はない。慢性化したら、保険適応範囲で治療を行う)

図 6

### HBV感染既往者におけるHBVの存在

- 成人でHBVに初感染すると急性肝炎が起こるが、通常は1～3カ月の経過で肝炎は鎮静化し、既往感染者(HBs抗原陰性、かつHBc抗体またはHBs抗体陽性)と診断される
- 感染既往例でもHBVはcccDNA (covalently closed circular DNA)として肝細胞核内に安定に存在し、HBV-DNAの複製が長期間持続していることが明らかになっている



完全にウイルスが体内から排除されるわけではない

図 7

### HBV再活性化

HBV感染患者において免疫抑制・化学療法によりHBVが再増殖すること

- キャリアからの再活性化
- 既往感染者(HBs抗原陰性、かつHBc抗体またはHBs抗体陽性)からの再活性化  
→「de novo B型肝炎」

図 8

免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドライン

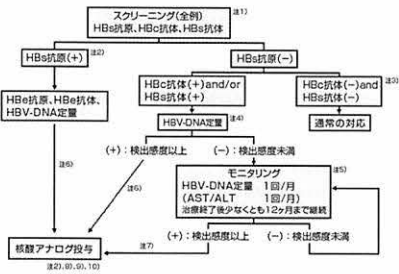


図 9

添付文書上B型肝炎ウイルス再燃の注意喚起のある薬剤

免疫抑制剤

アザニン、イムラン、サーティカン、サンディミュン、ネオオール、グラセプター、プログラフ、セルセプト、プレドニン、サイモグロリン、スバニジン、シムレクト

副腎皮質ホルモン剤

コートン、デカドロン、レナデックス、リメタソン、メサドロン、デキサート、レダコート、ケナコルトA、フロリネフ、プレドニゾロン、プレドネマ注腸、水溶性プレドニン、リンデロン、セレストミン、コートリル、ソル・コーテフ、水溶性ハイドロコートン、ステロネマ注腸、メドロール、ソル・メドロール、フリドール、デボ・メドロール

抗悪性腫瘍剤

アフィニトール、アーゼラ、ティーエスワン、トーリセル、テモダール、フルダラ、トリアキシン、ベルケイド、メトトレキサート、ボテリジオ、リツキサン、ヒュミラ、オレンシア、アラバ、レミケード、エンブレル、シンボニー、シムジア、ゼルヤンツ、アクテムラ、リウマトレックス

図 10

ステロイドとHBV再活性化のリスク(AGA)

	HBs抗原陽性	HBc抗体陽性
中・高用量(プレドニン換算 >10mg/日)を4週間以上	>10%	1~10%
低用量(プレドニン換算 <10mg/日)を4週間以上	1~10%	<1%
いかなる投与量でも 1週間以下	<1%	<1%
関節内ステロイド	<1%	<1%

図 11

HBV再活性化のリスク

- 慢性活動性肝炎>非活動性キャリア>既往感染者
- 再活性化による肝炎は、免疫抑制・化学療法を継続している場合だけでなく、治療を中断または中止した後でも発症する
- 特にステロイドやメトトレキサートは投与中止後に再活性化による重症肝炎をきたすことが報告されている

図 12

ますとステロイドを使用する場合が問題となるのですが、アメリカ消化器病学会では、再活性化のリスクを図 11 のように記しており、少量・短期の使用ではリスクは少ないとしています。

また、B型肝炎マーカーの結果や、使用する薬剤により再活性化のリスクが図 13 のように分けられており、図 14-17 に、臓器移植、リツキシマブを含む化学療法、通常の化学療法、リウマチ性疾患・膠原病に対する免疫抑制療法に対する注意点をまとめています。

B型肝炎再活性化が生じた場合予後不良なため、HBV再活性化のリスクを有する免疫抑制・化学療法を行う全ての患者に、治療前にHBV感染をスクリーニングする必要があり、その結果に応じて対策をとる必要があります(図 18)。「免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドライン」を熟読されることをお勧めします。

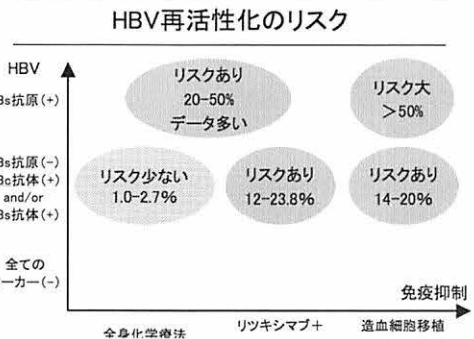


図 13

## 臓器移植

- ・ HBs抗原陽性者に対する腎移植をはじめとする臓器移植では、移植後のHBV再活性化が高頻度(50~94%)にみられる
- ・ 再活性化後のB型慢性肝炎は急速に肝硬変まで進展し、死亡の原因となる
- ・ HBs抗原陽性者およびHBc抗体陽性者では、移植前より核酸アナログの予防投与が推奨される

図 14

## リツキシマブを含む化学療法

- ・ HBV再活性化のリスクが高く、キャリアでは20~50%、既往感染者では12~23%程度とされる
- ・ リツキシマブとステロイド併用療法による再活性化は、劇症化率が高く、劇症化した場合の死亡率も高い
- ・ HBV DNAが定量された時点における速やかな核酸アナログの投与が必要である

図 15

## 通常の化学療法

- ・ 非活動性キャリアからの再活性化の頻度は比較的高いものの、既往感染者からの再活性化は1~3%程度である
- ・ ステロイドやアンソロサイクリン系抗腫瘍薬(アドリアシン、ファルモルピシン、塩酸エビルピシン)を含む化学療法で再活性化が比較的多くみられる
- ・ 固形癌に対する通常の化学療法におけるHBV DNA量のモニタリングは1~3か月ごとを目安とし、治療内容を考慮して間隔および期間を検討する

図 16

## リウマチ性疾患・膠原病に対する免疫抑制療法

- ・ リウマチ性疾患・膠原病に対する免疫抑制療法による既往感染者からの再活性化はいずれも治療開始後6か月以内であった
- ・ 免疫抑制療法開始後および治療内容の変更後少なくとも6か月間は、月1回のHBV DNAのモニタリングが望ましい
- ・ 6か月後以降のモニタリングに関するエビデンスは十分でなく、治療内容を考慮して間隔および期間を検討する

図 17

## Recommendation 1

- ・ HBV再活性化のリスクを有する免疫抑制・化学療法を行う全ての患者に、治療前にHBV感染をスクリーニングする
- ・ HBV感染のスクリーニングは、HBs抗原検査、HBc抗体およびHBs抗体検査、HBV DNA定量検査を感度の高い測定法で系統的に実施する
- ・ HBs抗原陽性例は肝臓専門医にコンサルトすること。全ての症例で核酸アナログ投与にあたっては肝臓専門医にコンサルトするのが望ましい。

図 18



## 第4回

### 光市医師会学術講演会

日時 平成27年8月4日(火)

19:00~20:30

場所 光商工会館2階 大会議室

【情報提供】(19:00~19:15)

経口FXa阻害剤「エリキュース錠」

ファイザー株式会社

【特別講演】(19:15~20:30)

『抗凝固療法 温故知新』

～日常診療における疑問に答える～

座長：中村 安真 先生

光市立光総合病院 循環器内科 部長



演者：金本 将司 先生

山口県立総合医療センター循環器内科部長



本日はわたしが実際の診療で考えたことを中心に日常診療で役に立つ話をしたいと思います。従来の抗凝固薬はワルファリンですが、それにより積み重ねられた知識を使って新しい抗凝固薬、新規経口抗凝固薬 (novel oral anticoagulants: NOAC) の使い方を述べていきたいと思っています。今回の講演内容を示します (図1)。

抗凝固薬を使用するに当たって一番の関心事はその安全性であろうかと思っています。重要なのは栄養状態で、特にわたしは癌について興味を持っています。ワルファリンの歴史は1920年から始まって1962年に日本で血栓症並びに塞栓症の治療および予防で適応取得され53年の歴史があります。その作用機序は凝固因子 (II VII IX X) の産生を低下させ直接阻害することです。ワルファリンの弱点はVII因子と結合する組織因子の少ない脳内での凝固は期待される以上に阻害されるために脳出血が重篤になりやすいことです。これはNOACである程度解決できる問題だと思います。もう一つは食事や併用薬の影響が大きいことです。下痢で12.8倍、心不全増悪で3.0倍、発熱で2.9倍凝固時間が伸びますし、投与量に個人差があるので、INRによる頻回のモニタリングが必要となります。至適な値は2.0~2.6です。高齢の日本人であ

#### 今回の講演内容

- ✓ Warfarinの使い方を知りたい
- ✓ NOACを使う利点は?
- ✓ NOAC使いたいけど、マーカーないけど大丈夫?
- ✓ 抗凝固薬を使うと出血しそうで怖い
- ✓ NOAC使用時はどういう点に注意すべきなの?

図1

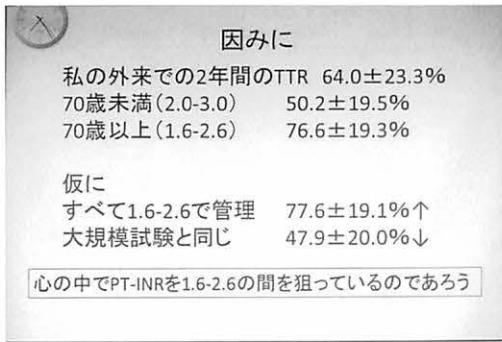


図 2

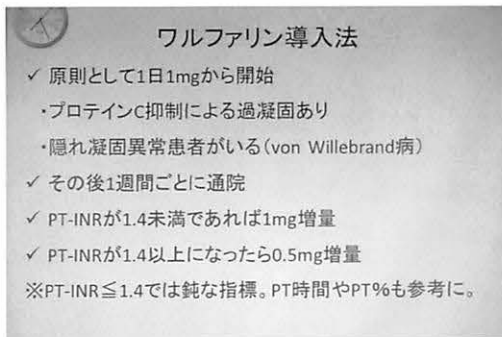


図 3

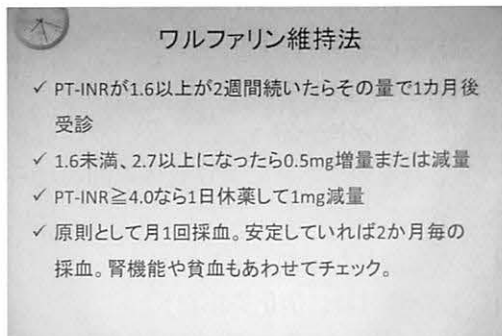


図 4

れば1.6～2.6くらいならよろしいでしょう(図2)。モニタリングでこの間に60%以上入っていればいい方でしょう。ワルファリン導入法を図3に、維持法を図4に示します。

原則として1日1mgから開始してINRが1.4未満であれば1mg増量、1.4以上になったら0.5mg増量、1.6以上になったら維持に、2.7以上になったら0.

5mg減量します。原則として月に一回採血、安定すれば2ヶ月に一回採血します。3回に2回は至適範囲に入るようにコントロールしましょう。INRを延長させる薬剤に注意しましょう。大きく三つありまして、抗菌剤と真菌治療薬、一部のプロトンポンプ薬です。NSAIDsはタンパク結合能が高いので遊離ワルファリンを増やしてワルファリン作用が増強されます。消化管出血に注意です。H. pylori、NSAIDsと消化管出血の組み合わせは最悪で、あるデータによると消化管出血のリスクが10倍近くになることが示されています(図5)。これはPPIや胃粘膜保護剤だけでは予防できません。NSAIDsの使用を連続から頓服に変えるかまたは中止することです。

NOACは次の点で優れてます。

1. 頭蓋内出血が優位に少ない。仮に発症しても重篤化しにくい
2. 手術時の休薬期間が短くて済む、再開時の薬効発現が速やか
3. 薬物相互作用が比較的少ない
4. ビタミンK含む食品摂取の制限がない
5. 凝固マーカーの頻回採血が必要ない

安全域が広く、さじ加減は必要ないが、腎機能、貧血、栄養状態の評価が必要です。特にFrailといわれる栄養状態の悪い人は安全域が狭いです。NOACであっても消化管出血のリスクはある程度あります。そして十分な効果を得るためには適正量を使うことと血管内皮を守る(特に糖尿病)ことが大切です。まずは禁煙、そして血圧・糖尿病・コレステロールの適正化と、アルコールは少ない方がいいです。

抗生剤の影響は主にクラリスロマイシンです。CYP3A4/P糖タンパク阻害剤ですのでワルファリンの作用を増強するこ

とがあります。プラザキサは顕著な影響は受けませんが、併用によりダビガトランの血中濃度が上昇することがあります。エリキユースも血中濃度が上昇する恐れがあります。患者の状態を十分に観察するなど注意してください。

抗凝固療法中に注意すべき点に栄養状態があります。ビタミンKの欠乏は経口摂取が困難な患者さんに起こります。特に胆嚢炎のように胆汁流出障害や吸収不全症候群によるビタミンK吸収能が低下した患者さんでは術後に抗生剤も使用してビタミンKサイクルがブロックされ、その不足が惹起されます。注意が必要です。エゼチミブ(ゼチーア)は小腸におけるビタミンKの吸収を抑えることがありますので注意して下さい。

人間は老います。「人は血管とともに老いる」(William Osler)。フレイルですね(図6)。以下の3つ以上あればその疑いがあります。

1. 体重減少(1年間で2~3kg以上減少)
2. 疲れやすい(最近では以前より疲れやすい等)
3. 筋力・握力の低下(買い物が大変になった等)
4. 歩行速度の低下(横断歩道を渡るのが難しい等)
5. 身体活動レベルの低下(趣味のサークルに興味なし)

わたしは癌を見つけることをやっています。Apixaban(エリキユース)内服加療中の患者137名を調査しましたところ11名、8%に癌が見つかりました(図7)。加齢とともに脂肪が2倍に水分が8%少なくなります(図8)。血清アルブミンは減少して非結合薬物の血清中濃度を上昇させて、薬物の効果を増強することがありま

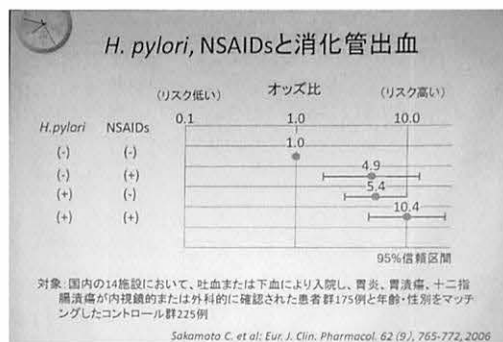


図5

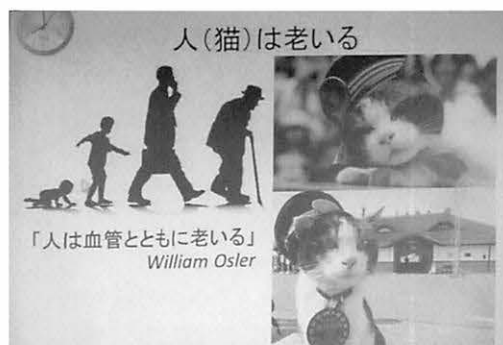


図6

す。高齢者の薬物使用の原則は

1. 肝臓で分解され排泄される
2. 分布容積が小さい
3. 蛋白結合率が低い

薬剤を使うことにより個体差間のばらつきが抑えられます。Apixabanは以下の点で優れた薬剤と思われます。

1. 安全性(特に消化管出血)
2. ある程度の高齢者まで通常量使える(先発完投)
3. 減量規定が分かりやすい
4. 飲み忘れ時の対応が簡単
5. 腎排泄27%



見付かった癌(11/137=8%)

種類	契機
大腸癌	72/M 血便
	65/M 血便
	74/M 緩やかな貧血の進行
乳癌	78/F しこり
	72/F しこり
肺癌	71/M 胸部X線異常
	69/F D-dimer異常
	70/M 胸部X線異常
前立腺癌	74/M 微熱が続く
	80/M 残尿
CML	83/M 白血球増多

図 7

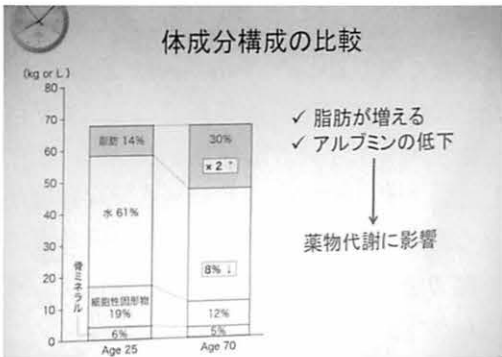


図 8

### 感想

さすがに最前線の専門医だけあって実践的で実に分かりやすい講演でした。素人のわたしでもすぐにでも実践できるように噛み砕いて説明して下さいたのには頭が下がりました。(佃 邦夫 記)



## 第5回 光市医師会学術講演会

日 時. 平成27年8月25日(火)  
19:00~20:30  
場 所. 光商工会館2階 大会議室

【情報提供】(19:00~19:15)  
「プラリア皮下注 60mg シリンジ」  
第一三共株式会社

【特別講演】(19:15~20:15)  
「骨粗鬆症治療の最近の流れ」

座長: 桑田 憲幸 先生  
光市立光総合病院 院長・整形外科部長



演者: 田中 浩 先生  
山口県立総合医療センター  
整形外科 診療部長



骨粗鬆症の現在の定義は、「骨強度の低下によって、骨折しやすくなった状態をいう。骨強度は主として骨密度と骨質により規定される」となっています。

骨密度とは単純には骨量の事で、量が減れば、強度は下がり、さらに骨の質が悪いと骨が弱くなるのは当然です。骨密度7割、骨質3割と推測されています。

骨折しやすいのは脊椎骨、大腿骨頸部、上腕近位部、手首(橈骨遠位端)が4大骨折です。日本人50歳では骨粗鬆症性骨折は少なく無く(図1)、予防、治療が重要です。たとえば大腿骨近位部骨折では1/4が自宅に戻れず、1/5は発症1年以内に死亡しています(図2)。脊椎骨折も発症頻度が高く、上下、前後の骨に負荷をかける事で一度で済まない、頻回の骨折を起こす危険性があります。

日本人(50歳)における  
骨粗鬆症性骨折のライフタイムリスク

	男性	女性
大腿骨近位部骨折	6%	20%
橈骨遠位部骨折	4%	17%
上腕骨近位部骨折	3%	10%
脊椎骨折	—	37%

図1

骨粗鬆症予防・治療の重要性

- ・ **大腿骨近位部骨折**
  - 50%が骨折前の機能まで回復しない
  - 25%が施設に入所
  - 20%が1年以内に死亡
- ・ **脊椎骨折**
  - もっとも頻度の高い脆弱性骨折で、閉経後早期から発生率が高い
  - 2/3は痛みなく進行
  - 2cm以上身長低下が認められた人の約9割が骨粗鬆症
  - 椎体骨折3個以上で死亡率4倍  
(胸腔腔内容積の縮小→内臓諸臓器機能異常など)
- ・ 一度骨折を起こすと、同部位また他部位の骨折を起こす危険性が大きくなる(骨折の連鎖、ドミノ骨折)

図2

2015年に骨粗鬆症のガイドラインが発表されました。まず脆弱性骨折の有無を判定します。脆弱性骨折は「軽微な外力（立った姿勢からの転倒か、それ以下）によって発生した、非外傷性骨折」と定義されています。脆弱性骨折の部位が椎体、もしくは大腿骨近位部であれば、何の検査もせずに診断出来ます。その他の部位であれば、YAMで判定します。脆弱性骨折が無ければ、骨密度を測定して、YAM (Young Adult Mean) で70%以下、または-2.5 SD 以下の場合に骨粗鬆症と診断します(図3)。次は治療開始基準です。骨粗鬆症と診断された方は治療開始です。診断されなくても骨折リスクが高いと考えられた方は投薬を開始します(図4)。WHOが解析した危険因子です(図5)。これらを元に10年以内の骨折のリスクを算出するた

メタアナリシスで確認された骨折危険因子  
— 1日欧米のデータをもとにしたWHOの解析 —

骨折危険因子	相対骨折危険度
低骨密度	2.6倍 (T値-1ごと)
骨折歴 (50歳以上)	1.62
年齢	-
母親の骨折歴 (大腿骨頸部骨折)	2.26
アルコール (1日2単位以上)	1.60
喫煙	1.70
ステロイドの既往	2.25
関節リウマチ	1.73

図5

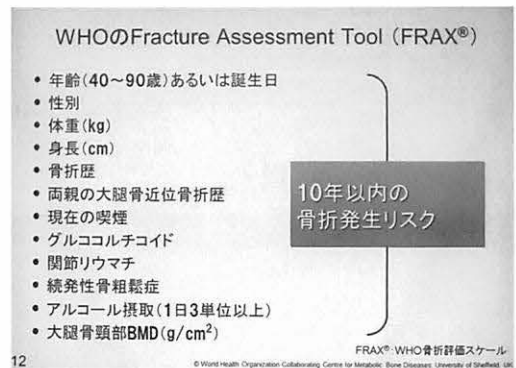


図6

めに作成されたツールがFRAX (Fracture Risk Assessment Tool) です(図6)。オンラインでも入力出来ます (<http://www.shef.ac.uk/FRAX/index.aspx?lang=jp>)。

1990年位からビスフォスフォネート製剤が上市され、本格的な治療が出来る様になりました。ガイドラインでは薬剤の有効性を骨密度上昇効果でA: 上昇効果あり、B: 上昇するとの報告あり、C: 上昇するとの報告なしと評価、骨折発生抑制効果は椎体骨折、非椎体骨折、大腿骨近位部骨折のそれぞれについてA: 抑制する、B: 抑制するとの報告がある、C: 抑制するとの報告は無い、で評価しています(図7)。

ビスフォスフォネートは骨に吸着し、それを取り込んだ破骨細胞が機能を失う事で骨吸収を阻害します。投与10年間フォロー

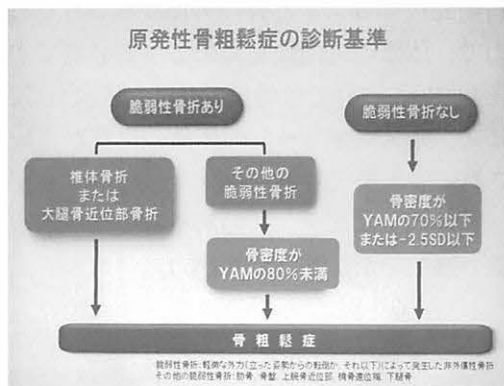


図3

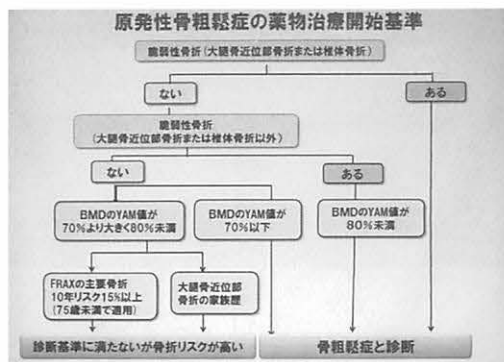


図4

した研究では、腰椎では投与中止しても骨密度は維持されますが（図8）、大腿骨転子部では中止すると骨密度は減少し（図9）、骨折のリスクが上昇すると考えられます。

**骨粗鬆症治療薬の有効性の評価一覧**

分類	薬名	骨密度	骨質	骨折リスク	副作用
ビスフォスフォネート	レソパチドナール/シメタリウム	B	B	B	C
	ゾレロン酸/シメタリウム	C	C	C	C
女性ホルモン	エストロゲン	A	A	A	A
	エストロゲン/プロゲステロン	A	B	B	C
	エストロゲン/テストステロン	B	B	B	C
骨形成促進薬	ロモセプト	A	A	B	C
	テロパラチン	B	B	B	C
ビスビスフォスフォネート	ゾレロン酸	A	A	A	A
	イボロン酸	A	A	A	A
	イボロン酸/シメタリウム	A	A	C	C
その他	ビスビスフォスフォネート	A	A	B	C
	ビスビスフォスフォネート	B	B	C	C
骨形成促進薬	ロモセプト	A	A	A	C
	テロパラチン	A	A	B	C
ビスビスフォスフォネート	ゾレロン酸	B	B	C	C
	イボロン酸	B	B	C	C
その他	ビスビスフォスフォネート	C	C	C	C
	ビスビスフォスフォネート	C	C	C	C

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015改訂

図 7

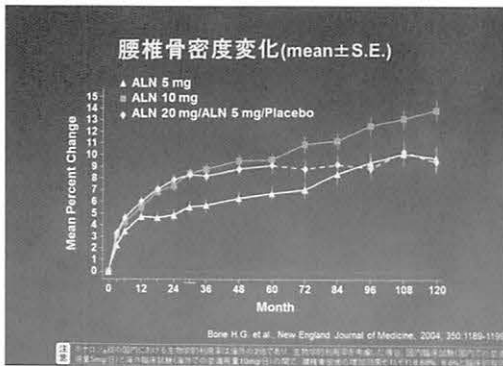


図 8

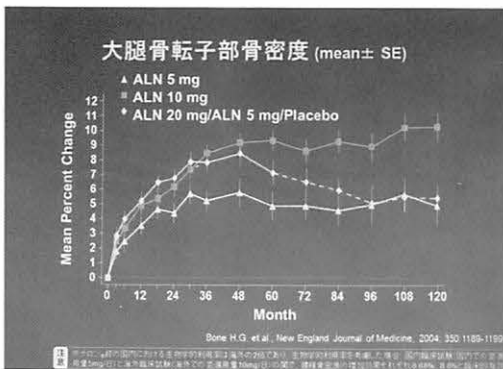


図 9

**BRONJ発生のリスクファクター**

- 局所的ファクター
  - 骨への侵襲的歯科治療（抜歯、歯科インプラント埋入、根尖外科手術、歯周外科など）
  - 口腔衛生状態の不良
  - 歯周病や歯周膿瘍などの炎症患者の既往
  - 好発部位：下顎 > 上顎、下顎隆起、口蓋隆起、顎舌筋筋線の隆起
- 全身的ファクター
  - がん、高齢者、腎透析、ヘモグロビン低値、糖尿病、A肥満、骨パジェット病
- その他のファクター
  - 薬物（ステロイド、シクロフォスファミド、エリスロポエチン、サリドマイド）、喫煙、飲酒

図 10

治療の副作用として、顎骨壊死の問題があります。リスクファクターには図10のようなものがあり、歯科処置に当たってのフローチャートでは全例に休薬が必要ではない事が示されています（図11）。利益とリスクの数を比較すると、利益の方が大きいのでは、と考えています（図12）。ただ、長期間投薬しますと骨の劣化が起こりうるため、休薬の可能性を考える事も必要です（図13）。海外では骨折のリスクによって、ビスビスフォスフォネートの休薬の目安が作成されています（図14）。

各年代でエビデンスのある骨粗鬆症治療薬の選択を示します（図15）。

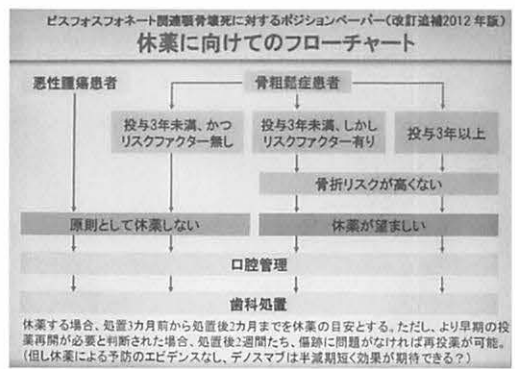


図 11

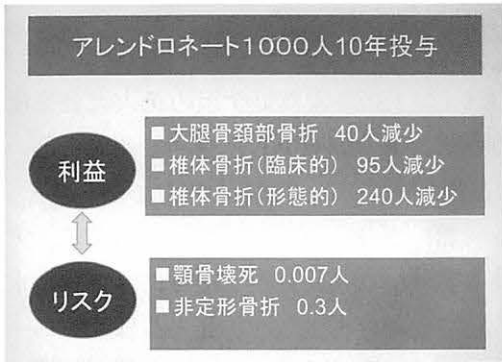


図 12

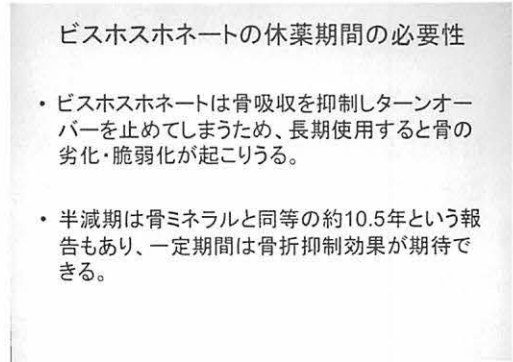


図 13

### 海外におけるビスホスホネートの休薬に関する考え方① 骨折リスクを3つのカテゴリーに分けた休薬に関する推奨とコメント。

患者カテゴリー	推奨	コメント
<b>高リスク</b> 今は大腿骨近位部のTスコア<-2.5以下に止まっている例、既存椎体骨折または既存大腿骨近位部骨折例や高用量のステロイド使用中の例	休薬は不当	過常期間で治療の必要性を再評価
<b>中リスク</b> 今は大腿骨近位部のTスコア<-2.5を超えていて既存椎体骨折および既存大腿骨近位部骨折がない例	アレンドロネート、リセドロネート、ゾレドロン酸の3~5年の使用後、休薬を考慮	これらの患者では休薬を行うかどうかに固執すべきではない。潜在的な有益性とリスクに関する議論を行い、個々の患者でインフォームドコンセントを得て選択を決定すべきである
<b>低リスク</b> 治療開始時に現行の治療基準に合致しない例	休薬	治療基準に合致すれば再投与

McClung M et al. Am J Med 128:13-20, 2013

図 14

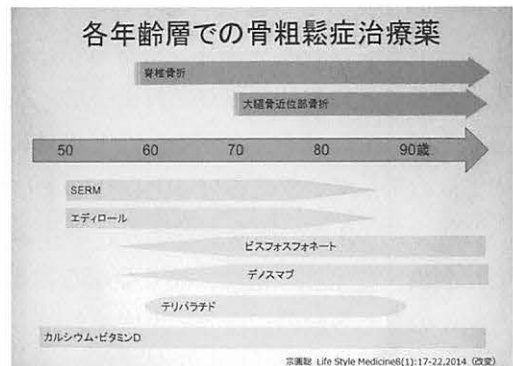


図 15



## 平成 27 年度光市医師会納涼会

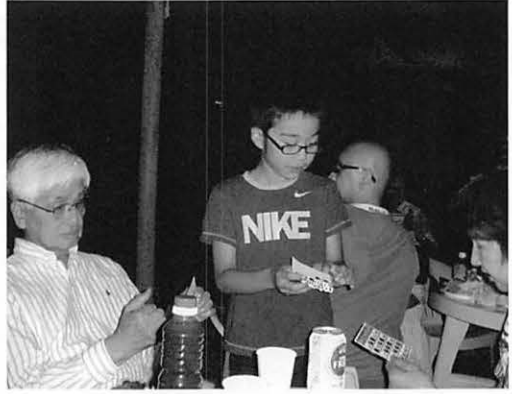
今年も例年通り光市医師会納涼会が7月25日(土)18:30より虹ヶ浜の花火大会当夜に行われました。昨年は下松健康パークのピアガーデンでの開催でしたが、やや遠方ということもあり、今年は花火大会が間近で見物できる丸岩先生のご実家をお借りしました。料理はバーベキューをメインにオードブルセット、おにぎり、ハンバーガー、お菓子、アイスクリームなど一通り用意いたしました。ソフトドリンクは冷却用プールにブロック氷をいれ缶のジュース、お茶などを各自で自由に取りいただきました。ビールはサーバーを2台用いてピアガーデンと同様の生ビールを準備し、その他冷酒、ワイン、焼酎などを用意しました。

恒例のビンゴゲームは少し予算をかけ豪華景品10点をを用意しました。優勝商品のボルネードのタワーサーキュレータは清水先生、準優勝商品のマルチグルメプレートは前田先生がそれぞれお持ち帰りされました。20時からは花火を見ながらご歓談いただき、大変盛り上がりいただきました。少し多めに購入してしまったかと思ったアルコール類もすべて飲み干していただきほっといたしました。

今年は約50人の出席者があり、昨年よりも盛況だったように思います。ご出席いただいた会員、ご家族の皆様、快く会場を提供して下さった丸岩先生にお礼申し上げます。また来年の夏も多数の皆様のご出席をお願いいたします。







# 理事会報告

## 平成27年度7月光市医師会定例理事会

日時 平成27年7月14日(火) 午後7時30分より午後9時05分

場所 光医師会事務局

出席 平岡博会長、丸岩昌文副会長 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 広田修理事 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 郡市保健担当理事協議会(6/11) (藤田理事)
  - ① 平成27年度山口県社会保険医療担当者指導計画について
  - ② 平成26年度山口県社会保険医療担当者指導実施状況について
  - ③ 平成27年度生活保護法に基づく指定医療機関の個別指導計画について
  - ④ 平成28年度診療報酬改定における説明会の開催について
  - ⑤ 会計実施検査指摘事項について
  - ⑥ その他
  - ⑦ 郡市医師会からの意見及び要望
- 2 第98回山口県医学会総会(柳井医師会)(6/14)(平岡会長)
- 3 第176回定例代議員会(6/18) (平岡会長、多田理事)
- 4 郡市小児救急医療担当理事協議会(6/25) (広田理事)
  - ① 26年度小児救急関係事業報告  
小児救急医療啓発事業 → 父母向け講習会 9回  
小児救急医療地域医師研修事業 → 小児科専門医以外への講習会 8回
  - ② 27年度事業 同規模 同予算で施行
  - ③ 26年度小児救急電話相談事業  
山口県小児救急医療電話相談マニュアルを刷新  
26年10月より23時までから、翌朝8時に延長  
19時～23時まで6299件  
23時～8時まで1528件  
0～1歳が半数、4歳以下で約80%  
1件あたり0～5分未満 約60% 5～10分 約35%  
相談 → 直ぐに受診は約1割  
疾病内訳は発熱、嘔吐、下痢、蕁麻疹などの皮膚疾患の順  
事故相談の内訳は、打撲、外傷、誤飲など
- 5 地域医療あり方協議会(7/4) (平岡会長、丸岩副会長)
- 6 県医師会出務報告 (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 社保、国保合同協議会への議題
- 2 地域医療介護確保基金の申請
- 3 納涼懇親会について (竹中理事)  
平成27年7月25日(土) 18時30分～  
場所 丸岩邸 光市虹ヶ浜 1-8-14
- 4 職員夏季賞与について (広田理事)

以上を協議承認した

## 平成27年度8月光市医師会定例理事会

日時 平成27年8月11日(火) 午後7時30分より午後8時35分

場所 光市医師会事務局

出席 平岡博会長 多田良和理事 藤田敏明理事 竹中博昭理事 谷川幸治理事  
広田修理事 守友康則理事 佃邦夫監事 清水敏昭監事

欠席 丸岩昌文副会長 北川博之理事

議題

### I 報告事項

- 1 光市休日診療所運営委員会(7/16) (平岡会長、多田理事)
- 2 光市健康づくり推進協議会(7/16) (平岡会長)
- 3 附属光中学校 AED 講習会(7/16) (丸岩副会長)
- 4 認知症、市民公開講座及び講演会(7/22) (丸岩副会長)
- 5 山口県医師国民保健組合・平成27年度第1回組合会(7/23) (平岡会長)
- 6 第2回介護・福祉・医療つながる輪ひかり(仮称)(7/24) (平岡会長)  
7月24日(金) 19時より 第2回懇親会が行われた。  
役割分担が暫定的に以下のように決められた  
会長 平岡先生(光医師会) 監事 中川先生 (光歯科医師会)  
会計 本山さん(訪問看護師)
- 7 納涼懇親会(7/25) (竹中理事)
- 8 肝炎ウイルス対策講演会(7/28) (谷川理事)
- 9 光市健康づくり推進市民協議会(7/30) (平岡会長)
- 10 地域医療計画委員会及び地域医療構想関係者合同会議(8/1) (平岡会長)

以上を報告した

## II 協議、承認事項

- 1 山口県医師会勤務医部会・市民公開講座・日時について

平成28年3月20日（日）13:00～15:00

救急医療に関する講演3題及びパネラーディスカッション

講演Ⅰ 光市立光総合病院 麻酔科部長 竹中智昭 先生

講演Ⅱ 周南記念病院 外科部長 橋谷田博 先生

講演Ⅲ 徳山中央病院 救命救急センター長 山下進 先生

パネラーディスカッション司会 山口県立総合医療センター院長 前川剛志 先生

- 2 第3回在宅医療講演会内容、日時について

- 3 つながる輪ひかり（仮称）の運営について

以上を協議承認した

## 平成27年度9月光市医師会定例理事会

日時 平成27年9月8日（火）午後7時30分より午後8時45分

場所 光医師会事務局

出席 平岡博会長 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 広田修理事 守友康則理事 佃邦夫監事 清水敏昭監事

欠席 丸岩昌文副会長

議題

### I 報告事項

- 1 周南医療圏地域医療構想策定協議会（第2回）（8/20）（平岡会長）  
山口県は療養病床が高齢者人口あたり全国2番目の多さで、段階的に減らしていく方針。在宅も含め、これからの要介護高齢者の受け皿をどのようにしていくか、これから話し合われる予定。  
次回10月開催
- 2 郡市妊産婦・乳幼児保健担当事業協議会 関係者合同会議（9/3）（北川理事）  
妊産婦健康診査、乳幼児健康診査、委託料は昨年と同額  
市町の広域における高齢者のインフルエンザ予防接種、接種料金  
ワクチンの納入価変更に伴い4860円に値上げの予定  
インフルエンザ予診票の質問事項の変更  
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか  
→薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなった  
ことがありますか。に変更

以上を報告した

## II 協議、承認事項

- 1 台湾における爆発事故による重傷熱傷者に対する医療支援活動への支援金について
- 2 忘年会について  
12/10（木） 19時より 松原屋
- 3 在宅医療研究会（11月19日予定）について  
19時30分より 光商工会館
- 4 9月29日講演会について  
日時 9月29日 19時15分～20時15分 場所 光商工会館  
事業者が対応するマイナンバー事務の流れはどうなるのか？  
フジムラ経営労務管理事務所 社会保険労務士 藤村 徹先生
- 5 検体測定室における一連の採血行為での医行為に該当する部分について  
以上を協議承認した



## 月例会報告

平成 27 年 7 月 28 日 (火)

1. 地域医療あり方検討会—地域医療構想（ビジョン）等を踏まえて— 報告  
(7月4日 山口市)
2. 納涼懇親会について 7月25日(土)

平成 27 年 8 月 25 日 (火)

1. 高齢者インフルエンザワクチン（4 価）について

平成 27 年 9 月 29 日 (火)

1. 医療事故調査委員会について (藤田理事)
2. これからの医師会行事日程について
3. 児童生徒の健康診断マニュアルについて

## 平成 27 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	産業保健	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



### 7月休日診療所当番医報告

7月		内科系	外科系	
	5(日)	11	5	16
	12(日)	13	16	29
	19(日)	25	17	42
	20(月)	24	22	46
	26(日)	17	7	24
	計	90	67	157

### 8月休日診療所当番医報告

8月		内科系	外科系	
	2(日)	14	6	20
	9(日)	10	21	31
	14(金)	27	13	40
	15(土)	16	25	41
	16(日)	28	8	36
	23(日)	10	6	16
	30(日)	8	6	14
計	113	85	198	

### 9月休日診療所当番医報告

9月		内科系	外科系	
	6(日)	21	5	26
	13(日)	15	8	23
	20(日)	21	12	33
	21(月)	36	11	47
	22(火)	28	12	40
	23(水)	15	19	34
	27(日)	7	5	12
	計	143	72	215



## 緑友会ゴルフコンペ成績

平成27年7月5日

順位	名前	OUT	IN	GR	HDCP	NET
優勝	横山 宏	44	47	91	4	87
準優勝	森本 博士	44	42	86	-3	89
3	國近 豊	51	47	98	8	90
4	守田 忠正	46	49	95	4	91
5	前田 昇一	49	52	111	10	91
6	兼清 照久	50	46	96	4	92
7	平田万三志	47	52	99	6	93
8	光武 達夫	52	52	104	10	94
9	南 典文	62	53	115	14	101
10	諏訪 高志	56	54	110	8	102



DC ⑥守田 ⑦森本  
 NP ⑧國近 ⑩⑮光武  
 ドラ短 光武

## 緑友会、遠征ゴルフ

緑友会

幹事 兼清照久

緑友会としては久しぶりですが、平成27年9月5日、6日と、道後カントリー倶楽部に遠征ゴルフに行きました。

9月5日(土)の13時に兼清外科に集合して、2台のレクサスにて出発しました。参加者は、前田先生、光武先生、森本先生(歯科)、守田先生(歯科)、私と、私の同級生の久保田君、兼清君の7人です。山陽自動車道を熊毛インターより福山西まで走り、景色の良いしまなみ海道を通って行きました、途中で来島海峡を見下ろすPAで休憩し、その後、国道を経て、松山全日空ホテルに18時ごろ着きました。

夕食は、路面電車に乗り、予約していた「にきたつ庵」という道後温泉の近くの郷土料理屋に行きました。魚中心の料理と、地ビールや地酒なども美味しく頂きました(コンパニオンはついていません)。その昔、私が幹事の時、奥道後温泉に遠征ゴルフで泊まった時のこと、コンパニオン代に使い過ぎてゴルフ代が足らなくなったことがあり、反省しました。ちなみに、「熟田津(にきたつ)に船乗りせむと 月待てば 潮もかなひぬ 今は漕ぎいでな」(額田王)の港があったとこらしい。

食事後解散し、私と守田先生は道後温泉本館(坊ちゃん湯)に入りに行きました。まるで学生の頃行っていた銭湯の様でした。温泉街でお土産のタルトを買って、ホテルへ帰りました。他の人たちは、飲みに出た人、早く寝た人と色々な様でした。

昔は、温泉旅館に泊まり、コンパニオンと宴会したり、大勢で布団を並べて寝たり、夜に徘徊したりして、それなりに楽しかったのですが、残念ながら年を取り、そんな元気もありません。トイレが近い、肝をかく、早く寝たい、などの理由で個室希望が増えシティホテルに泊まることにしました。ビールを飲んだせいか夜間頻尿があり、夜中には雨がザーザー降りて、明日のゴルフが心配されました。

9月6日(日)の6時30分に朝食をとり、7時30分に出発しました。朝食はバイキングで割と豪華で満足、働いている人も様々な国の人がいました。

道後カントリーは割と近くで、15分くらいで着きました。夜ほどではありませんでしたが、あいにく雨がしとしとと降っていました、光市では雨で運動会が中止になっただけで、ノータッチにしたので、ラフに入ると雨で濡れて打ちにくいし、キャディーさんがいないので、何処に打ってよいかわからず、簡単にOBやロストボールとなり、苦戦しました。御蔭で、散々なゴルフとなりました。

良かったのは、雨でゴルフをする人が少なかったので、前の組が全く見えずに早く終わりました。成績は、以下のようにになりました。今回は、ダブルペリアにて、成績を決めました。守田先生は、体調不良のため、ハーフで止めました。残念。

13時30分に出発し、18時には全員無事に帰りました。

順位	名 前	GR	HDCP	NET
優勝	森本 博士	90	18	72
2位	光武 達夫	109	32.4	76.6
3位	兼清 照久	98	20.4	77.6
4位	兼清 英則	101	22.8	78.2
BB	前田 昇一	99	20.4	78.6
6位	久保田 肇	119	30	89
NR	守田 忠正			



☆ これからの行事予定 ☆

10月	13日 (火)	理事会
	27日 (火)	月例会
11月	10日 (火)	理事会
	19日 (木)	在宅医療研究会
	24日 (火)	月例会
12月	8日 (火)	理事会
	10日 (木)	忘年会

## 編集後記

10月になり、秋の気配を感じる様になりました。当院の待合室からはイチョウ並木が見えます。昭和33年に撮影された白黒の写真にも、まだ細くて背も低い、若いイチョウが全く同じ本数写っていますので、少なくとも57年以上ここに立っていると思われます。一見、どの木も同じ様な見目をして立っていますが、1年のある季節、顔つきが異なります。それは今、秋です。

イチョウは世界各地で化石にもなっているくらい古くからある樹木で、国土交通省の調査によれば、日本には57万本が植えられているそうです。しかし驚く事にイチョウ綱では唯一の存在で、絶滅危惧種の一覧・レッドリストにも絶滅危惧IB類(Endangered, EN)-IA類ほどではないが、近い将来における野生での絶滅の危険性が高いもの、として載っています。街路樹として世界中に多数あると思っていましたので、意外でした。

古代からある樹木の特徴で、雄、雌の木に分かれています。秋に顔つきが変わるのは、雌の木には実、ギンナンが成るからです。秋の味覚として知られるギンナンは中の仁が食用となり、そのまま焼いて食べたり、あるいは茶碗蒸しの具に入ったりして人気の食べ物ですね。調べて初めて、食用ギンナンには様々な品種がある事を知りました。

しかしギンナンにも注意が必要です。ビタミンB6アナログの4'-O-メチルピリドキシン、別名ギンコトキシンが含まれるため、摂取によりビタミンB6と拮抗してけいれんを起こす事があるからです。今までに3例経験しましたが、ジアゼパムを投与してもなかなか頓挫せず、群発するけいれんに苦労した事を覚えています。「熱の無いけいれん」、「嘔吐を繰り返す」ことから何らかの中毒を疑い、問診にて「ギンナンを摂取した」ことから漸くギンナン中毒と診断出来ました。やはり10月のことでした。ギンナン中毒と気づけば、治療はビタミンB6製剤(リン酸ピリドキサル)の静注で、症状は劇的に改善しました。

江戸の昔から、「ギンナンは年の数以上に食わずな」とあります。小児では7個以上、大人では40個以上で発症との文献もありますので、概ね正しい様に思われます。お好きな方も、ほどほどに。

日本中毒情報センター <http://bit.ly/1VykeQK>

北海道医療大学 <http://bit.ly/1Z3bmln> <http://bit.ly/1ezPrOc>



発行所 光市医師会  
TEL (0833) 72-2234  
発行日 平成 27 年 11 月 1 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