

光市医師会報

No.430

(平成 28 年 新春号)



冠天満宮から周防灘を望む

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. 430 (平成 28 年新春号)

1. 巻頭言 光市医師会長 平岡 博	1
2. 第3回在宅医療研究会	3
3. 学術講演会	
第6回	4
第7回	8
4. 周南三市医師会役員会	12
5. 忘年会	13
6. 退会会員	15
7. 理事会報告	16
8. 月例会報告	21
9. 27年度会務分担表	21
10. 1月～3月休日診療所	22
11. これからの行事予定	22
12. ゴルフコンペ	23
13. 編集後記	24

新年のごあいさつ



光市医師会長 平岡 博

あけましておめでとうございます。

光市医師会の皆様には、休日診療所の出務からさまざまな医師会活動において、昨年もたくさんお世話になりましたことを心より御礼申し上げます。

さて団塊の世代が後期高齢者となる2025年も間近に迫ってまいりました。現在のままの体制では、その頃に看取りの場所が確保できない高齢者が40万人出現するという厚生労働省の試算です。年間1兆円増加し続ける社会保障費を何とか減らそうと、「地域医療構想」による療養型ベッドの削減、回復期ベッドへの転換、あるいは老人保健施設への転換を強く進めようとしています。このことは大きな矛盾をはらんでいるとは言えないでしょうか？高齢者は増加し続けるのに、必要と思われるベッドは削っていく方針なのですから。

一方で、「地域包括ケア」は在宅、施設を病院に代わる重症患者の受け皿と位置付けようとしています。多職種が協働したとしても、在宅療養のためには昔ながらの大家族、せめて二世帯同居の家族が必要です。ところが地方でも都会でも、独居高齢者、あるいは老老介護状態の2人暮らしの高齢者世帯が増加しています。同居していても、昼間は共働きで誰もいない日中独居も

多い。誰が、在宅で患者さんを看るのか、という視点が欠けているように思います。

昨年来、私たちは中学校区域で光市を3つに分け、各地域で協力体制を取り合っ、在宅医療の連携を推進する方針を固めました。また、在宅療養を希望するが、かかりつけ医を持たない方に、医師会長が主治医を推薦する方式もスタート。昨年は4件のマッチングが成立いたしました。この方式の良い点は、患者さんの主たる病気が主に外科系か内科系かを分けて、適正な主治医を割り振ることが可能となったことです。受け入れ態勢が整わないと嘆いている間にも、退院して在宅を選ぶことになり困っている患者さん・ご家族が増えてきているので、皆様のご協力は欠かせません。感謝いたします。

救急医療はどうでしょうか。光市は10年前に合併した際に2つの総合病院を抱えることになり、光総合病院を急性期病院、大和総合病院を慢性期病院と位置づけ、急性期病床を大幅に減らしました。医師数の減少、それに伴う地元サービスの低下と多くの痛みを伴う改革でした。10年後ようやく両病院共に黒字体制を確保できるようになりました。自治体病院としては全国にも稀なこの経営改革を成し遂げ、医療構想の先取りをしたともいえます。そこで山口大学には、光市立両病院の先生たちの頑張りに応えて、若い医師の派遣を是非お願いしたい。救急医療の研修、慢性期医療の研修にふさわしい病院となっています。

3月20日には山口県医師会勤務医部会主催の市民公開講座が光市で開催されます。「共に考える光市の救急医療一周南医療圏の中で」と題して行われる予定です。たくさんの市民の方々にご来場いただき、光市の救急医療、周南地域の救急医療につ

いて考える機会になれば幸いです。

先日、104才になられる日野原重明先生が、対談で、「よど号ハイジャック事件以後、私の人生は、困った方たちの力になるためにささげる決心をしました。」とお話されました。今年、年男を迎える私ですが、医師を志した頃の初心に戻って、また精進したいと思います。

光市医師会の先生方には本年も何卒よろしくお願い申し上げます。



第3回在宅医療研究会 「訪問看護師は在宅で何をしているか？」

訪問看護ステーション「つむぎ」管理者 梶原亜希子さん

日 時. 平成 27 年 11 月 19 日 19 時より

場 所. 光商工会議所 2 F 大会議室

報 告. 光市医師会長 平岡 博



光市に 24 時間 365 日の訪問看護ステーションを初めて作られた、「つむぎ」の梶原亜希子さんにお話を伺った。

脳血管疾患、神経難病、糖尿病、認知症、精神疾患、癌の終末期など訪問看護がかかわる疾患は数多い。なかなかこの訪問看護の認識が進んでこなかった理由は 3 つある。1 つは値段の高さ。デイサービス 1 日分が訪問看護では 1 - 2 時間の訪問で終わる。2 つめはわかりにくさ。訪問して何をしてくれるのかが良くわからない。3 つめは 24 時間 365 日が困難であったことである。

訪問看護は、あらゆるサービスに対応している。入浴、排便のコントロール、投薬の管理、インスリン注射の補助、点滴、褥瘡の管理、簡単なリハビリ。なんといっても本人と家族の安心感が違うと思う。認知

症、精神疾患の方の適切な生活指導や、投薬管理が確実に成り、飲み忘れ、多量に薬が余るといった事態は改善される。

今まで、がんの終末期医療に関して、なかなか在宅医療が進まなかった大きな理由はこの 24 時間 365 日体制の訪問看護ステーションが光市内になかったところが大きい。我々は基本的に投薬を行い看護師が薬の管理、排便のコントロール、褥瘡の管理などを担いつつ、日々報告を上げてもらえる。これならば、外来診療をしながら、病院に引けを取らない、住み慣れた自宅での在宅療養が可能になる。

訪問看護は、身体の介護のみならず、精神的なよりどころとしても大いに頼りになると思われる。

この 10 月ごろから「のあ」という 24 時間体制の、理学療法士、訪問看護師が構成する新しい訪問看護ステーションが誕生した。地域包括ケアシステムは足元から立ち上がろうとしている。医師会も多職種協働でこの動きをサポートしていきたいと思う。

最近、ケアマネージャー、病院の地域連携室などから相談を受けることが増えた。医師会も地区別のグループ制で主治医をお願いする機会が増えると思いますのでよろしく願いいたします。

第6回 光市医師会学術講演会

日時. 平成27年10月27日(火)
19:00~
場所. 光商工会館2階 大会議室

【製品紹介】19:00~

中外製薬
持続型赤血球造血刺激因子製剤
「ミルセラ注シリンジ」

【特別講演】19:15~

座長：光市立光総合病院
泌尿器科部長 井本 勝彦先生



演者：周東総合病院
院長 馬場 良和先生
「慢性腎臓病の管理-腎性貧血を中心にして-」



慢性腎臓病（CKD）は2002年に米国で提唱、日本では2007年にガイドライン（GL）が作成され、2012年に改訂されています。世界的には末期腎不全（end-stage KD：ESKD）による透析患者が増加しており、医療経済上、大きな問題となっています。

日本では糖尿病、高血圧などの生活習慣病が背景因子となって起こるCKDが多く、成人人口の約13%がCKD患者です（図1、2）。2004年以降、年間3万5千~3万8千人が新たに透析導入となっており、2004年に248166人だった慢性透析患者数が、2013年には314181人にまで増加しています。

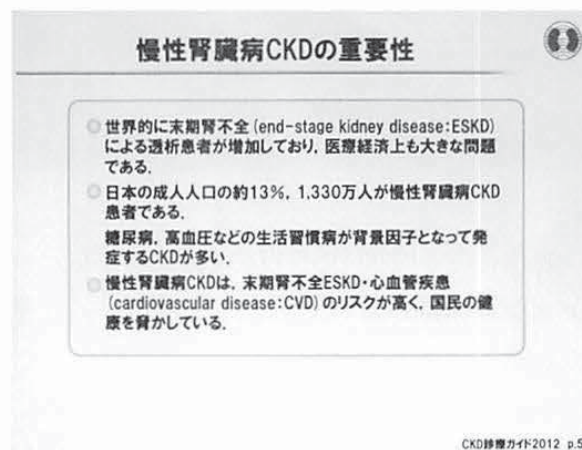


図1

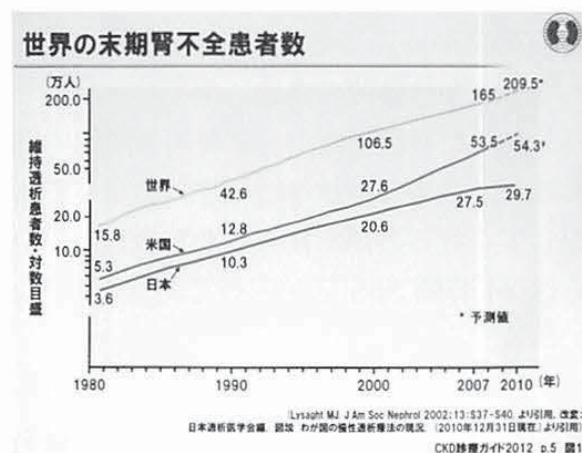


図2

CKDの定義を示します（図3）。試験紙法での尿タンパク陽性は ESKD のリスク

で、尿タンパクが多いほど累積発症率は上昇するので重要です(図4)。血中クレアチニンから日本人のeGFRを算定出来る様になりました(図5)。高齢者への薬物投与は、他のデータが正常でも腎機能の低下を念頭に置いた投与が必要です。重症度(図6)は原疾患が糖尿病か、それ以外か、で

分類され、さらに尿アルブミンや尿タンパクの量及びそれぞれのクレアチニン比、そしてGFRの値でリスク分類がされています。実際にこの分類に一致する様に、心血管死亡、ESKDのオッズ比は上昇します(図7)。実地医家から専門医への紹介基準を示します(図8)。

慢性腎臓病CKDの定義

- 尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らか。特に0.15g/gCr以上の蛋白尿(30mg/gCr以上のアルブミン尿)の存在が重要
- GFR<60mL/分/1.73m²

①、②のいずれか、または両方が3ヵ月以上持続する

CKD診療ガイド2012 p.1 表1

図3

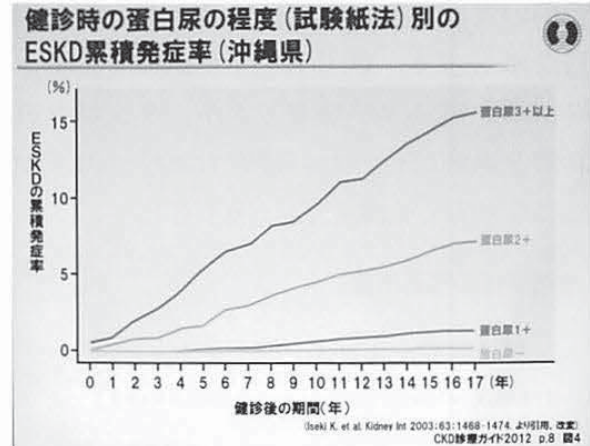


図4

クレアチニン (mg/dl)	男性			女性		
	20歳	50歳	80歳	20歳	50歳	80歳
0.8	104.8	80.6	70.4	77.5	59.6	52.3
1.2	67.3	51.7	45.2	49.7	38.2	33.4
2.0	38.8	29.6	25.8	28.4	21.9	19.1

血中クレアチニン値から日本人のeGFRを算定できるようになった。従来は蓄尿で24時間クレアチンクリアランスを算定していた。高齢者では軽度の異常値でも腎機能はかなり低下している。

図5

慢性腎臓病CKDの重症度分類

原疾患	蛋白尿区分	A1			A2			A3		
		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30~299	300以上						
高血圧 腎炎 多発性骨髄腫 腎臓病 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿						
GFR区分 (mL/分/1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90							
	G2	正常または軽度低下	60~89							
	G3a	軽度~中等度低下	45~59							
	G3b	中等度~高度低下	30~44							
	G4	高度低下	15~29							
G5	末期腎不全 (ESKD)	<15								

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡増大のリスクを随うステージを基準に、黄、オレンジ、赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改定) CKD診療ガイド2012 p.3 表2

図6

CKDにおける心血管死亡と末期腎不全のステージ別オッズ比

eGFR	心血管死亡				末期腎不全			
	ACR <10	ACR 10~29	ACR 30~299	ACR ≥300	ACR <10	ACR 10~29	ACR 30~299	ACR ≥300
≥105	0.9	1.3	2.3	2.1	Ref	Ref	7.8	18
90~104	Ref	1.5	1.7	3.7	Ref	Ref	11	20
75~89	1.0	1.3	1.6	3.7	Ref	Ref	3.8	48
60~74	1.1	1.4	2.0	4.1	Ref	Ref	7.4	67
45~59	1.5	2.2	2.8	4.3	5.2	22	40	147
30~44	2.2	2.7	3.4	5.2	56	74	294	763
15~29	14	7.0	4.8	8.1	433	1,044	1,056	2,286

注: ACR:尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr) (Levey AS. Kidney Int 2011;80:17-28. 引引用。改定) CKD診療ガイド2012 p.4 表3

図7

- ### 専門医紹介基準
- 早期尿蛋白および尿蛋白/クレアチニン比 (g/gCr) がそれぞれ
 - 1+程度: 0.2~0.4g/gCrは、6~12ヵ月程度で紹介。
 - 2+程度: 0.5~0.9g/gCrは、3~6ヵ月程度で紹介。
 - 3+程度: 1.0~1.9g/gCrは、1~3ヵ月程度で紹介。
 ただし、上記を満たさない場合も含めて、下記の2~6が出現・判明すれば、早期に専門医に相談または紹介する。
 - 肉眼的血尿(遠心後肉眼的血尿を含む)
 - 低蛋白血症: 血清アルブミン3.0g/dL未満
 - 低補体血症
 - 高血圧(白衣高血圧は除外する)
 - 腎機能障害の存在
- 注: 尿蛋白の検査では濃縮尿で尿蛋白/クレアチニン比が正常(<0.2g/gCr)でも陽性のことがあり、先天性腎臓病疾患などでは尿蛋白濃度で+/~程度でも異常のことがあるため、尿蛋白/クレアチニン比の検査での上記紹介基準を推奨する。
- CKD診療ガイド2012 p.36 表15

図8

成人CKDの原因の多くは糖尿病性腎症や慢性糸球体腎炎です。尿所見が乏しいのに腎機能が悪化した疾患には、嚢胞腎、腎硬化症、間質性腎炎、痛風腎などがあります。無症候性血尿単独の場合は悪性腫瘍の検索が必要です。

CKDの治療は食事、血圧、血糖、生活習慣の管理が重要です。生活習慣の修正項目を示します(図9)。食事療法は減塩とタンパク質制限が基本ですが、タンパク質制限を過剰に行くと、摂取カロリーの減少につながりかねません(図10)。

生活習慣の修正項目

1. 減塩	3g/日以上6g/日未満
2. 食塩以外の栄養素	野菜・果物の積極的摂取* コレステロールや飽和脂肪酸の摂取を控える 魚(魚油)の積極的摂取
3. 減量	BMI(体重(kg)÷身長(m) ²)が25未満
4. 運動	心血管疾患(CVD)のない高血圧患者が対象で、中等度の強度の有酸素運動を中心に定期的に(毎日30分以上も目標に)行う
5. 節酒	エタノールで男性20~30mL/日以下、女性10~20mL/日以下
6. 禁煙	

生活習慣の適切な修正はより効果的である。
*野菜と果物を多く含む食事は高血圧をきたすリスクがあるので、野菜・果物の積極的摂取は推奨し、その分の多い塩分の過剰な摂取は、特に肥満や糖尿病などのカロリー制限が必要な患者では認められない。

日本高血圧学会編 生活習慣の修正 高血圧診療ガイドライン2009-31-36, JHIM, CKD
CKD診療ガイド2012 p.64 表24

図9

腎疾患の病態と食事療法の基本

病態	食事療法	効果
糸球体濾過率低下	食塩摂取制限(3g/日以上6g/日未満) たんぱく質制限(0.6~0.8g/kg 体重/日)	尿蛋白量減少 腎代替療法導入の促進
尿蛋白排泄量増大	食塩摂取制限(3g/日以上6g/日未満)	尿蛋白減少
高血圧	食塩摂取制限(3g/日以上6g/日未満)	降圧、腎臓病進展の遅延
高尿酸血症	たんぱく質制限(0.6~0.8g/kg 体重/日)	血清尿酸値低下 尿酸結晶沈着の抑制
高カリウム血症	K制限	血清K低下

CKD診療ガイド2012 p.52 表19

図10

降圧薬は腎臓排泄の薬剤が多いので、作用点に応じて注意が必要です(図11)。レニン・アンジオテンシン(RAS)系抑制薬投与中の患者さんで、NSAIDsやシクロスポリン使用時、あるいは心不全、脱水、

水腎症、腎動脈狭窄などを呈する患者さんでは血清クレアチニンが急上昇する事があるので、減量・中止ないし専門医に紹介する方が安全でしょう。糖尿病患者さんは厳格な血糖管理が必要ですが、従来の糖尿病治療薬の多くがCKD患者さんには禁忌になっています(図12)。腎機能が悪化するとインスリンしか無い時代が続きましたが、現在ではDPP4阻害薬やGLP-1アナログの中には使えるものもありますので、それらを用いて良好な血糖管理をお願いしたい所です。脂質はLDLコレステロールで120mg/ml未満を目標とする事で、蛋白尿の減少と腎機能低下抑制が期待出来ます。フィブラート系は腎不全では禁忌であり、さらにスタチン系薬剤との併用は横紋筋融解症のリスクとなります。病状が進行するとカリウムや貧血、及び骨・ミネラルの管理も重要です。高カリウム血症は食事療法が基本で、果物には注意が必要です(図13)が、逆に過剰なカリウム制限は生命の危険に関わります。クレアチニンが上昇すると二次性副甲状腺機能亢進症となり、低Ca血症、高P血症となるのでPTHの測定が必要です。骨粗鬆症患者で漫然とビタミンD製剤を使っていると、思わぬ高Ca血症の危険が出て来ますので、こちらにも注意が必要となります。

腎機能低下時の降圧薬投与量の注意点

- ACE阻害薬
 - エースコール以外は腎代謝のためeGFR50ml/分以下では減量が必要。
- アンジオテンシン2受容体拮抗薬
 - 肝代謝のため投与量は同じだが、少量から慎重に投与。
 - 腎機能の悪化と高カリウム血症に注意。
- 利尿薬
 - フロセミド(ランックス)以外は単独では効果が期待できない。
 - アルダクトンAでは高カリウム血症に注意。
- Ca拮抗薬
 - 肝代謝のため投与量は通常者と同じ。ヘルベッセーのみ慎重投与。
- β遮断薬
 - セロケン、ロブレソール、インデラル、アーチストは通常者と同じ。
- α遮断薬
 - カルテナリン、デタントールは通常者と同じ。

図11

CKDステージG4以降における糖尿病治療薬

経口糖尿病薬	
αグルコシダーゼ阻害薬	禁忌(腎機能不全、たばこ、アルコール)
ソラメグリン阻害薬	禁忌
GLP-1受容体作動薬	禁忌
チニジド	チニジド 禁忌
	エチニジド 禁忌
	レバチニド 禁忌
インスリン薬	
プロテアーゼ阻害薬	禁忌(腎機能不全、血糖値 6.25mmol/L未満)
ヒルグリアフィン	禁忌(腎機能不全、血糖値 5.0mmol/L未満)
リナグリプチン	禁忌
リナグリプチン	禁忌(腎機能不全)
皮下注射糖尿病薬	
GLP-1アナログ	禁忌(腎機能不全、血糖値 5.3-6.0mmol/L)
エクセラチン	禁忌
インスリン薬	禁忌(腎機能不全)

CKD診療ガイド2012 p.74 表28

図 12

Kを多く含む食品

- 野菜類 (特に青菜類、レンコン、かぼちゃ、ブロッコリーなど)
- くだもの (特にバナナ、メロン、キウイフルーツなど)
- 干した食品 (干しいも、ドライフルーツ、切干大根など)
- いも類、海藻類、豆類、インスタントコーヒー、抹茶、濃縮しょうゆ、青汁

CKD診療ガイド2012 p.68 表32

図 13

貧血の鑑別診断に有用な検査項目

- 赤血球数、Hb、Ht、MCV
- 網赤血球数
- 鉄代謝指標 (Fe、UIBC、フェリチン、TSAT)
- 白血球数、白血球分画、血小板数
- 便潜血
- 生化学検査、CRP、蛋白分画
- 血中EPO濃度
- 骨髓検査
- ビタミンB12、葉酸
- ケームテスト、ハプトグロビン
- 血中アルミニウム濃度
- 甲状腺機能
- 副甲状腺機能異常 (intactPTH)

透析会誌 2008;41:673

(悪性腫瘍の鑑別も必要)

図 14

腎性貧血はCKDのステージG3~4で頻度が増加し、G5では80%が貧血となります。正球性正色素性貧血が多く、他のパターンの場合には精査が必要です。貧血の治療により、腎機能を保護する事ができます。検査項目を示します(図14)。ステージG3以下(eGFR 30ml/分以上)の

ときは、エリスロポエチン(Epo)を測定し、他の貧血であれば上昇するはずのEpoが正常値か正常値以下であれば、腎性貧血の可能性が高くなります。

腎性貧血の治療にはEpo製剤を使用します。製剤により適応が異なります(図15)。Epo製剤を使用する際には、必ず鉄剤を補充します(図16)。基本的には経口剤を使用し、血清鉄、フェリチンをコントロールの指標とします。

添付文書上での各薬剤の使用法の比較

- エポジン
透析導入前の腎性貧血
週1回から開始し週2回投与
Hb10g/dl前後
- エスポー6000,9000,12000
腎性貧血
週1回から開始し週2回投与
クレアチニン2mg/dl以上あるいはCr30ml/分未満、Hb10g/dl未満、t0-12g/dl目標。
- ネスブ
腎性貧血(保存期慢性腎臓病)、用法用量は最新ガイドラインによる。
2週に1回投与し、2~4週に1回
- ミルセラ
腎性貧血(保存期慢性腎臓病)、用法用量は最新ガイドラインによる。
4週に1回投与から開始し、2~4週に1回

図 15

鉄剤の使い方

- エリスロポエチン製剤使用時には鉄を補充する。
- 評価には血清鉄、総鉄結合能、フェリチンを使用する。
- TSAT20%以下、血清フェリチン100ng/ml以下の時は鉄剤を使用する。
- 経口鉄剤を1日100~200mg補充する。
- 無効の場合は静注鉄剤を少量から使用する。
- 血清フェリチン250ng/ml以上になると鉄剤は中止する。

*TSAT=血清鉄/総鉄結合能X100

図 16

第7回

光市医師会学術講演会

日時. 平成27年11月24日(火)

19:00~

場所. 光商工会館2階 大会議室

【製品紹介】 19:00~

ファイザー株式会社

経口持続性鎮痛剤「ワントラム錠」

【特別講演】 19:15~

座長: 光市立光総合病院

院長・整形外科部長 桑田 憲幸先生



演者: 国立大学法人 岡山大学病院

整形外科准教授 田中 雅人先生

「日常よく見る腰痛診療のコツと落とし穴」



ご存知の様に、我が国は他に類を見ない速度で高齢化が進んでいます。2014年の統計では人口の4人に1人、3190万人(25.1%)が65歳以上の高齢者で、2050年には3人に1人が高齢者になると言われています。医療機関を受診する自覚症状で最多は腰痛、肩こり、手足の痛みなどの整形外科的疾患です(図1)。ですから、開業医の皆様もある程度腰痛等の診断と治療が出来なくてはならないかも知れません。本日は腰痛のガイドライン(GL)のお話と、私が大学でどのような診断、治療を行っているかをご紹介します。

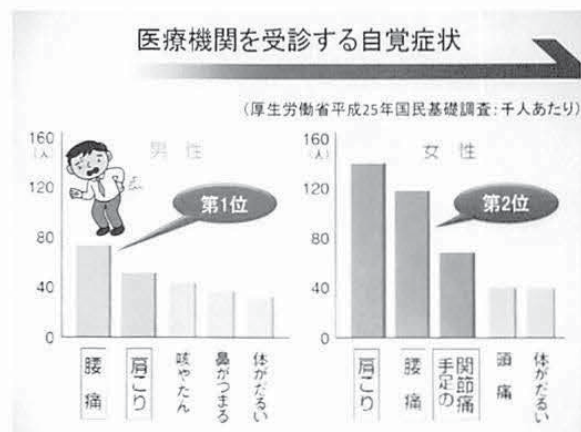


図1

腰痛の定義には確立したものはありません。GLでは「触知可能な最下端の肋骨と臀溝の間の痛み」と記載があり、急性、亜急性、慢性に分かれ、さらに原因の明らかな腰痛と非特異性腰痛に分類されています(図2)。腰痛には痛み感覚そのものと、痛みに伴う不快感、不安、恐怖感と言った情動の側面があります。いろんな検査で異常が無くても気持ちを受け止めた対応をしないと、患者さんは満足してくれません(図3)。グレードAのエビデンスレベルで、腰痛の発症と遷延に心理社会的因子が関連しています。

診断がつく特異的腰痛は15%で、特定できない腰痛は85%にもものぼります。痛

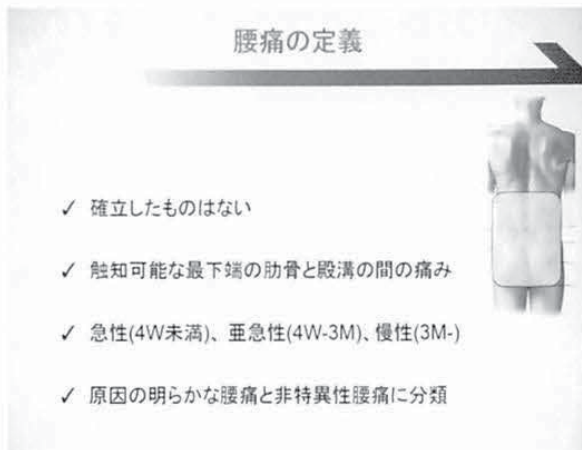


図 2

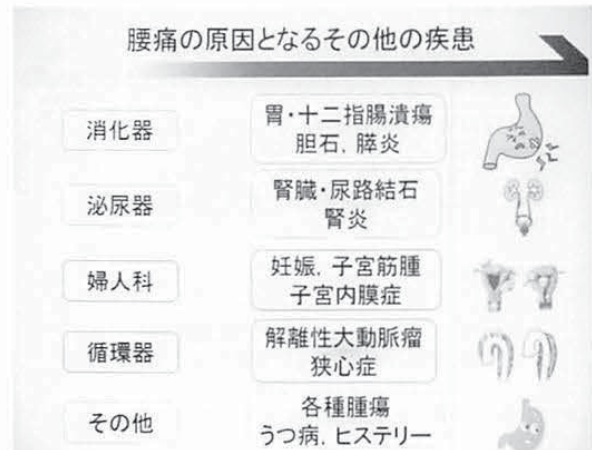


図 4

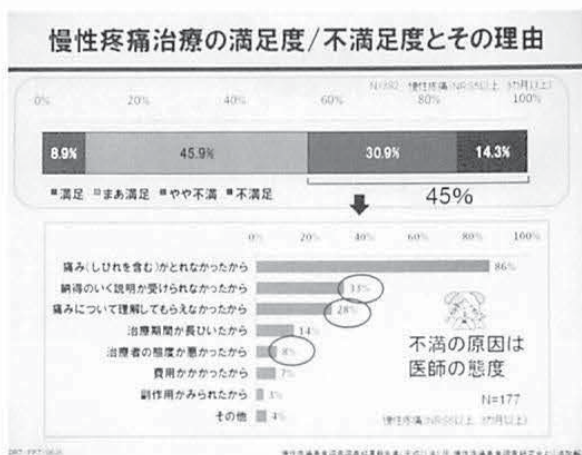


図 3

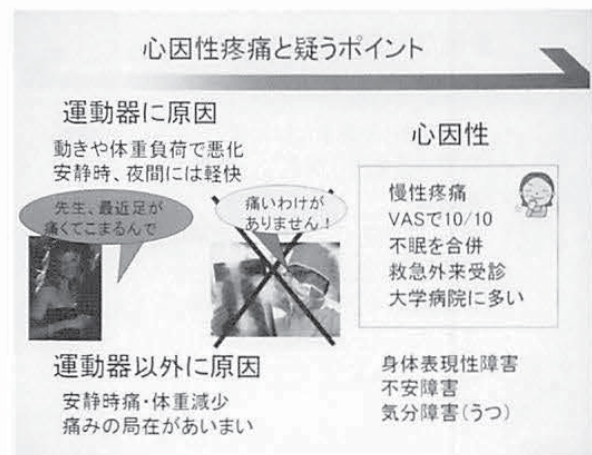


図 5

みが腰椎の動きに関連していれば、画像診断をしなくてもある程度診断は可能です。例えば、後屈で痛みが出れば、腰部脊柱管狭窄症や変形性関節症等、加齢に伴う疾患を考えますし、前屈で痛みが出れば椎間板ヘルニアを考えます。つまり痛みの出現が体動に伴うものであれば、腰椎由来の腰痛を考えることができます。安静時にも痛みがあったり、痛みの場所がはっきりしない時は悪性疾患も含めて内臓の疾患を考えることが必要です(図4)。心因性の疼痛にはいくつか特徴があります。痛みが年余に渡ったり、十分の十の痛みが続く、不眠を合併する、救急外来を頻繁に受診する。等です(図5)。注意深い問診は必須(グレードA)で、転倒などの誘因の有無、安静時痛の有無、発症形式が重要です。下肢の症

状、膀胱直腸障害は脊柱管内の疾患を疑いますし、交通事故や労災関係が関連する場合があります。体重減少は悪性疾患を疑う上では重要です。精神的な痛みのうち、身体表現性障害の診断基準を示します(図6)。うつ病に伴う腰痛は稀ではなく、岡山大学病院を腰痛で初診した患者さんにZungうつ自己評価尺度(SDS)を施行してみると、77%がうつ病と判定される結果となりました。「痛みに対する不安」があると症状の回復はなかなか進まず、カウンセリングが必要となります。重篤な脊椎疾患は図7の様な状況、症状を伴います。非特異的腰痛にはX線検査は必須ではありませんが、危険なサインのある患者さんには腫瘍を鑑別する意味でもMRIがおすすめです。

身体表現性障害(ヒステリー)

疼痛性障害 Pain disorder (DSM-4-TR)
 身体的な原因がないのに激しい痛みを訴える
 ストレスが痛みを引き起こしている 機能的疼痛
 例えば、いじめにあっている子供が激しい腰痛を訴えて
 診察室にくる、学校を休む

診断基準

- 1つあるいはそれ以上の疼痛
- 臨床的に激しい苦痛、社会的機能障害をおこす
- 心理的要因が重要な役割を果たしている
- その症状は捏造された(詐病)ものでない
- 気分障害、不安障害、精神病的障害でない

図 6

重篤な脊椎疾患の合併

- ✓ 発症年齢(20歳または55歳)
- ✓ 時間や活動性に関係ない腰痛
- ✓ 胸部痛
- ✓ がん、ステロイド治療、HIV感染の既往
- ✓ 栄養不良
- ✓ 体重減少
- ✓ 広範囲に及ぶ神経症状
- ✓ 構築性脊椎変形
- ✓ 発熱

グレードA

図 7

慢性腰痛に対する運動療法は、種類による効果には差はありませんがグレードBで推奨されています。GLには徒手療法、マッサージ、鍼療法は効果があるとはいえないとあります。

腰痛治療は急性期、慢性期で分かります(図8)。急性期にはまずアセトアミノフェンかNSAIDsを1~2週間投与した後評価し、続行、効果が乏しい場合は適宜変更します(図9)。私は当初2週間はロキソプロフェン、その後は若年者はセレコキシブの様な選択的薬剤、高齢者はアセトアミノフェンを多く用います。図10は原因別の腰痛の分類です。侵害受容性疼痛は発痛物質を抑制すれば良いので、NSAIDsが効きます。神経障害性疼痛は神経の伝導をブロックするプレバガリンを使用します。オ

ピオイドは脳に直接作用するため全ての痛みにも効果があります。ただし、アセトアミノフェンは高齢者にも投与しやすい薬剤ですが、肝障害には注意が必要で、NSAIDsは高頻度で使用されていますが胃腸障害の危険性があり、さらに長期に使うと腎障害が懸念されますので、注意して投与して下さい。

腰痛の治療

発症から4週未満	3か月以上
急性期	慢性期
グレードA 薬物療法 消炎鎮痛剤	抗不安薬 抗うつ薬 鎮痛補助薬 オピオイド
手術	
グレードA 運動療法	心理行動的アプローチ

図 8

急性腰痛の薬物治療

```

  graph TD
    A[急性腰痛患者] --> B[セレコックス  
ロキソニン]
    A --> C[コナール]
    B --> D[NSAIDsかアセトアミノフェン  
1~2週間使用]
    C --> D
    D --> E[神経障害性疼痛メイン]
    D --> F[投薬継続]
    D --> G[トラマドール  
変更]
    E --> H[プレバガリン  
併用]
    H --> I[リカ]
    G --> J[トラマール  
ワンラム  
トラムセット]
  
```

図 9

疼痛の分類 (原因別)

Aδ、C線維
骨折
関節リウマチ

Nociceptive pain
侵害受容性疼痛
組織が障害され痛みを感じ取る器官が興奮

Neuropathic pain
神経障害性疼痛
脳、脊髄、神経の損傷

Psychogenic pain
心因性疼痛
心理的障害
(どんな医者ほどつけたがる)

脊髄損傷
腰椎椎間板ヘルニア
神経腫瘍

気分障害(うつ)
身体表現性障害(神経症)

図 10

まとめのスライドです (図 11、12)。

腰痛診療ガイドライン 2012

グレードA

腰痛の発症と遷延に心理社会的因子が関与
Red flagsがあると精査
腰痛患者すべてにX線写真は不要
腰痛に薬物療法は有効(第一: NSAIDs, アセトアミノフェン)
(第二: 抗不安薬、オピオイド)
慢性腰痛(3ヶ月以上)に対して運動療法が有効
認知行動療法は有効
職業性腰痛ではなるべく早く復職させると長期化予防可能

図 11

腰痛診療ガイドライン 2012

グレードB

腰痛と職業に関連がある
腰痛にうつ状態が関与している
神経症状あるいはRed flagsがあればMRI評価が推奨される
腰痛に温熱療法、コルセットは有効である
急性腰痛に運動療法は無効、種類による差はない
神経根性痛に対して硬膜外ブロックと神経根ブロックが有効
腰痛に脊椎固定術は有効、リハビリとの差はない
腰痛に徒手療法、鍼治療が有効であるとはいえない

図 12



平成 27 年度

周南三市医師会役員会

日 時. 平成 27 年 12 月 2 日 (水)

19:00~

場 所. 周南市・藤吉

記 録. 平岡 博

今年、徳山医師会の引き受けで行われた。津田・徳山医師会長のごあいさつに始まり、各市と医師会との委託契約の検討、地域包括ケア病棟の意義などについて、意見交換が行われた。その後、篠原・下松医師会長の乾杯で親睦会となった。三医師会から約 20 名余りの理事が、酒を酌みかわしつつ、日頃の診療に関して、また地域医療構想や地域包括ケアに関して大いに、楽しく語り合った。最後は、光市医師会長の一本締めでお開きとなった。

小児救急領域ではすでに、周南医療圏での枠組みとなっている。すぐそこに 2025 年問題があり、成人・高齢者医療において、益々お互いの協力体制が必要となる。このことをひしひしと感じたひと時であった。

徳山医師会の先生方、大変お世話になりました。来年は光市医師会の引き受けで、同時期に開催される予定です。



平成 27 年度 光市医師会忘年会

報告 会員福祉担当理事 竹中 博昭

平成 27 年度の光市医師会忘年会は 12 月 10 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 33 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。次いで藤村先生にご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高橋健次先生、藤村朴先生の傘寿祝い、横山宏先生の古希祝いとして医師会から記念品が贈呈されました。高橋先生、藤村先生、横山先生、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。会の終わりの一本締めは新日鉄光診療所の田崎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す。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。





退会会員

12月31日付

B会員

光市立光総合病院

整形外科 山本 健志

理事会報告

平成27年度10月光市医師会定例理事会

日時 平成27年10月13日（火）午後7時30分より午後10時03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、谷川幸治理事、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 なし

議題

I 光市との合同協議会

平成28年度の光市保健関連事業等について

1 学校教育関係

児童生徒の健康診断項目の変更に基づく平成28年度の健康診断実施について
「座高の検査」及び「寄生虫卵の有無の検査」を必須項目から削除
「四肢の状態」を必須検査項目として追加
色覚検査は眼科医に相談して実施

2 市民課関係

特定健康診断無料券の発行について

平成28年度の新規事業として、一定の要件を満たす方に対し、
（前年度受診されておらず、かかりつけ医を持たない方）
特定健診の無料券を送付する事業を検討中。

3 健康増進課関係

- ① すこやか親子21（第2次）に関わる乳幼児健診問診項目の変更について
平成28年4月から3か月児健診、1歳6か月児健診の問診項目追加のため
受診表1枚目（光市用）がA4版+A5折り返しの様式となる。
古い受診表様式で、追加項目分の問診票を持参されなかった場合は、
医療機関で追加項目分の問診票を発行し、請求時に一緒に提出

- ③ 小児肺炎球菌感染症予防接種補助的追加接種の接種勧奨について

II 報告事項

1. 都市医療事故調査担当理事協議会、
山口県医療事故調査委員連絡協議会合同会議（9/10）（藤田理事）
2. 都市介護保険担当理事協議会（9/17）（竹中理事）
 - ① 地域医療介護総合確保基金について
 - ② 介護保険制度の改正について
 - ③ 介護保険事業所の指定状況について
 - ④ 介護療養病床の状況について
 - ⑤ 介護給付審査支払状況について
3. 平成27年度第2回地域医療計画委員会及び地域医療構想関係者会議（9/24）（平岡会長）
4. 平成27年度第2回地域医療支援病院運営委員会（9/30）（平岡会長）
5. 平成27年度第1回地域包括支援センター運営協議会（10/1）（平岡会長）
6. 都市特定健診、特定保健指導担当理事協議会（10/1）（守友理事）

特定健診受診率 山口県平均 24.4% 光市 29.9%

光市は県内では上位であるが、目標の受診率 60%であるため
今後も受診率向上のための工夫が必要
7. 光市立光総合病院、光市立大和総合病院、勤務医懇談会（10/4）（平岡会長）

以上、報告した

III 協議、承認事項

1. SNS を利用した地域包括ケア 医療介護専用 SNS で実現する
連携ネットワーク（徳山）
今回は保留となる
2. 地域包括ケアインタビューに向けて 医師会の方向性の確認
3. ふれあい健康フェスティバルについて
「健康よろず相談」広田先生出務予定

以上を協議・承認した

平成27年度11月光市医師会定例理事会

日時 平成27年11月10日（火）午後7時30分より午後8時55分

場所 光市医師会事務局

出席 平岡博会長、広田修理事、谷川幸治理事、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、清水敏昭監事

欠席 丸岩昌文副会長、佃邦夫監事

議題

I 報告事項

- 1 ねんりんピックおいでませ！山口2015（10/18） (丸岩副会長)
- 2 郡市産業保健担当理事協議会（10/22） (多田理事)
 - ① 第37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
 - ③ ストレスチェック制度について
- 3 第121回周南医学会（10/25） (平岡会長)
- 4 第1回郡市医師会長会議（10/29） (平岡会長)
- 5 平成27年度光市防災会議（10/29） (多田理事)
- 6 第4回光市健康づくり推進策定市民協議会（11/5） (平岡会長)

以上を報告した

II 協議、承認事項

- 1 平成28年度医師出務報酬等変更について
- 2 周南三医師会役員会について
平成27年12月2日（水）午後7時より
議題 1 平成28年度要望額について
(学校医報酬、健診等出務料、その他)
 - 2 各医師会からの提出議題
 - 3 懇親会
- 3 休日診療所案内について（小児科医師の表示）
希望者には表示することになった。
- 4 平成28年度休日診療所当直について
- 5 日本小児超音波研究会協賛金について
光医師会より5万円寄付 承認
- 6 市民公開講座（平成28年3月20日）準備について
- 7 看護師等が行う診療の補助行為について
- 8 「不登校児童、生徒の保護者とどう接するか？」に関する講演会について
平成28年2月5日（金）19時より 光商工会館

以上を協議・承認した

平成27年度12月光市医師会定例理事会

日時 平成27年12月8日(火)午後7時30分より午後9時05分

場所 光市医師会事務局

出席 平岡博会長、広田修理事、谷川幸治理事、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 丸岩昌文副会長

議題

I 報告事項

- 1 徳山医師会80周年記念式典(11/7) (平岡会長)
- 2 地域医療構想策定協議会第3回会議(11/12) (広田理事)
 - ① 域医療構想に係る意見集約結果について
 - ② その他
医療政策課から地域医療構想策定に係る今後の予定について説明
- 3 在宅医療研究会(11/19) (平岡会長)

「訪問看護師は在宅で何をしているか？」
訪問看護ステーション「つむぎ」看護師 梶原亜希子先生
- 4 郡市医師会学校保健担当理事協議会(11/19) (広田理事)
 - ① 平成27年度中四国学校保健担当理事協議会
 - ② 平成27年度中国地区学校保健、学校医大会
 - ③ 学校医活動記録手帳
 - ④ 健診における日耳会選定疾患名
 - ⑤ 平成27年度都道府県医師会学校保健担当理事協議会
 - ⑥ 平成28年度児童生徒等の健康診断について
 - ⑦ その他
- 5 郡市労災、自賠責保険担当理事協議会(11/19) (竹中理事)
 - ① 山口労働局から説明、質疑応答
 - ② 平成27年度山口県医師会労災保険指定医部会について
 - ③ 平成27年度自賠責医療委員会について
 - ④ 郡市医師会からの要望について
 - ⑤ その他
- 6 周南医療圏域認知症疾患医療連携協議会(11/26) (多田理事)
 - ① 日程説明
 - ② 認知症疾患医療センター活動報告
 - ③ 協議、意見交換
- 7 周南三市医師会役員会(12/12)

Ⅱ 協議、承認事項

- 1 平成28年度休日診療所当直（案）について (多田理事)
- 2 会計報告（27年4月～11月） (広田理事)
- 3 新年理事会について 1/12（火）19時より
- 4 職員冬季賞与について
- 5 光市医師会就業規則改正について
- 6 マイナンバーの対応について
- 7 光市医師会個人情報保護規定、特定個人情報保護規定について
- 8 備品購入について

以上を協議・承認した

月例会報告

平成 27 年 10 月 27 日 (火)

1. 光三師会主催 在宅医療研究会について
11月19日(木) 19時30分
「訪問看護師は何をしているのか？」

平成 27 年 11 月 24 日 (火)

1. 山口県医師会勤務医部会「市民公開講座」について
28年3月20日(日)

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

10月休日診療所当番医報告

10月		内科系	外科系	
	4(日)	12	7	19
11(日)	11	7	18	
12(月)	21	8	29	
18(日)	13	6	19	
25(日)	4	7	11	
計	61	35	96	

11月休日診療所当番医報告

11月		内科系	外科系	
	1(日)	11	3	14
3(火)	13	5	18	
8(日)	18	9	27	
15(日)	12	13	25	
22(日)	21	6	27	
23(月)	30	7	37	
29(日)	11	4	15	
計	116	47	163	

12月休日診療所当番医報告

12月		内科系	外科系	
	6(日)	8	5	13
13(日)	11	6	17	
20(日)	6	4	10	
23(水)	17	5	22	
27(日)	7	6	13	
31(木)	28	24	52	
計	77	50	127	



☆ これからの行事予定 ☆

1月	12日(火)	理事会
	26日(火)	月例会
2月	5日(金)	不登校に関する講演会(19時~光商工会館)
	9日(火)	理事会
	23日(火)	月例会
	24日(水)	幼稚園・保育園関係者と園医の集い (19時~光商工会館)
	25日(木)	4月からの新しい学校健診に関する講演会 (15時~あいばーく光)
3月	1日(火)	合同症例検討会
	8日(火)	理事会
	22日(火)	月例会

緑友会ゴルフコンペ成績

平成 27 年 10 月 18 日
周南カントリークラブ

順位	名 前	OUT	IN	GR	HDCP	NET
優 勝	横山 宏	44	43	87	3	84
準優勝	田中 博幸	46	46	92	7	85
3	森本 博士	41	42	83	-3	86
4	守友 康則	48	47	95	9	86
5	前田 昇一	47	50	97	10	87
6	兼清 照久	49	43	92	4	88
7	平田万三志	53	48	101	6	95
8	南 典文	51	58	109	14	95
9	井上 祐介	61	57	118	23	95
10	諏訪 高志	48	56	104	8	96
11	藤村 朴	57	53	110	10	100

DC ⑥⑦田中

NP ④藤村 ⑧守友 ⑩⑬横山

平成 27 年 12 月 20 日
周南カントリークラブ

順位	名 前	OUT	IN	GR	HDCP	NET
優 勝	森本 博士	44	39	83	-3	86
準優勝	兼清 照久	46	44	90	4	86
3	前田 昇一	47	50	97	10	87
4	横山 宏	44	45	89	2	87
5	南 典文	53	49	102	14	88
6	國近 豊	46	50	96	8	88
7	小田 一博	52	57	109	20	89
8	守田 忠正	46	48	94	4	90
9	守友 康則	52	48	100	9	91
10	平田万三志	48	52	100	6	94
11	諏訪 高志	55	54	109	8	101

DC ⑥國近

NP ④⑩森本 ⑧小田

編集後記

天神様、天満宮は御祭神として菅原道真公をお祭りした御社で、福岡の太宰府、大阪の北野、そして山口の防府天満宮が日本三大天神と呼ばれています。特に防府天満宮は道真公が亡くなった翌年、延喜4年（904年）に創建され、「日本最初の天神様」として知られています。

我が光市の冠（かんむり）天満宮の起源は、私の座右の書、『未来をひらく 光市の歴史文化（2015 光市教育委員会発行）』によりますと、「延喜元年（901年）道真公が太宰府に向け西下中に風波を避けるため戸仲へ上陸、手厚くもてなされた御礼に冠を授けた。後にその冠をご神体として承平5年（935年）に建立された」とされています。防府天満宮にはかないませんが、三大天神の一つ、北野天満宮の社殿が造営されたのが天暦元年（947年）とありますので、約1万2千社あると言われている天神様の中でもかなり由緒ある神社でしょう。

（全国天満宮梅風会 <http://www.domyojitenmangu.com/baifukai>）

冠天満宮には鳥居が4つあり、国道188号線山側すぐの大鳥居は文久3年（1863年）に建造されたもので、以前は国道の南側、海側に建っていましたが、平成12年（2000年）に現在の山側に移設されています。私が小・中学生の頃、何百回、何千回も前を横切ったはずなのに、記録を読むまで全く覚えていませんでした。

今回の表紙写真は、冠天満宮にお参りして降りる最中の、参道の階段の中腹から大鳥居を経て周防灘を望む風景です。年末からお正月にかけて、多くの受験生が合格祈願に訪れたことでしょう。皆、目標を達成して、遙かに見える大きな海に漕ぎ出せます様に。

（広田 修）



発行所 光市医師会
TEL (0833) 72-2234
発行日 平成 28 年 2 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