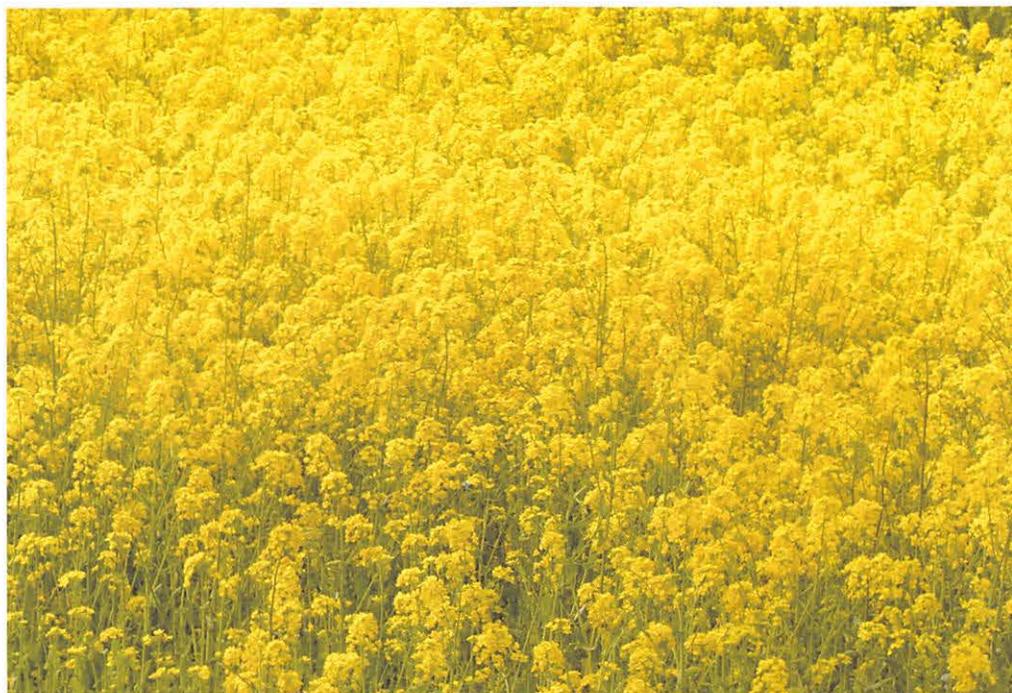


光市医師会報

No.431

(平成28年 春号)



菜の花 島田川河畔

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. 431 (平成 28 年春号)

巻頭言 光市医師会長 平岡 博	1
市民公開講座	3
学術講演会	
第 8 回学術講演会	10
第 9 回学術講演会	14
第 10 回学術講演会	17
合同症例検討会	22
かかりつけ医通信	26
入退会	27
理事会報告	28
月例会	31
休日診療所.....	32
これからの行事予定	32
緑友会	33
あとがき	34

巻 頭 言



光市医師会長 平岡 博

人と人とのつながりの中で

熊本地震で犠牲になられた方々のご冥福を祈るとともに、ご家族に哀悼の意を表します。今回のように、震度5以上の揺れが長期にわたって継続する地震では、避難生活を送られている方々の疲労度は並大抵のものではないでしょう。一日も早く揺れが収まり、心身に平安が訪れるのを願うばかりです。DMAT、JMATとして派遣される皆様の安全とご活躍をお祈りいたします。

震度7の本震から1週間たち、少し明るい話題もみられました。南阿蘇町の避難所では、大学生たちがリーダーシップを発揮して、地元の方たちの救援や、避難所の運営に協力していたというお話。彼らが、いったん自分の故郷に帰る日、住民の方たちは涙を流し感謝されていた。震災という特殊な事情だからこそ、生まれた人と人の絆。人間は一人では生きられないという事実を実感させられました。新幹線が、博多―熊本間でつながった日、被災地を一時離れて、リフレッシュされる方もいらっしゃる。新幹線も人と人をつなぐ大切な道具として再認識させられました。

先日「つながる輪ひかり」の第4回会合が開かれました。医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、CM(ケアマネージャー)、

訪問歯科衛生士、MSW(医療社会福祉士)、行政(地域包括ケア)など多職種約50名が集まり、今回はグループワークをしました。在宅で亡くなられた高齢者の事例を立場の異なる職種6-7名のグループでディスカッションし、発表し合うという内容。愛情を持って懸命に介護されたにも関わらず重症化した褥瘡をみて、なんでここまで?もっと早く関わることはできなかったのだろうか?という訪問看護のKさんの問いかけに、さまざまの意見が出されました。経済的に困窮していたのではないか?褥瘡も終末期となって急速に悪化したのであろう、など。最終的には、ご家族にとっては良い看取りであったのではないかと皆の一致した感想でした。この方の場合、それまでかかりつけ医がいなかったため、医師会長から近隣の対応可能な先生にお願いして最後の看取りまで在宅医療を担っていただくことができました。

多職種の会議の後は、心地よい疲労感と、安心感が漂います。皆、一人で悩んでいた、困っていた、思いの丈を聴いて欲しかったりしているのでしょう。この日もT先生から、独居認知症の方のワーファリンの服薬管理について、良い方法はないかと問いかけがあり、CMから訪問看護、薬剤師、ヘルパー利用を組み合わせる方法が提案されました。年に3-4回のこういう会合を大切にしていきたいものです。地域包括ケアシステムは、実際にこれに携わっている人たち同士が顔を合わせ、知り合いになり、仲間になっていくことによって築いていけるものと確信しています。光市で震災被害が生じたときにも、頼りになるのは、この仲間たちです。SNSの利用などこれからを見据えたいと思います。

4年間、光市医師会長として、未熟者の

私を支えていただきました、医師会員の皆さま、事務局の方々、行政の方々、山口県医師会の皆さま大変お世話になりました。医師会長を任せられ、人と人とのつながりの中で、お互いに助け合わなければ、すべてうまくいかないことに気づかされました。このことは人見知りの私の人生では稀有な出来事であり感謝に堪えません。これからも、光市医師会の一員として、医師会運営に協力してまいりますので、よろしくお願い申し上げます。



平成27年度 山口県医師会勤務医部会主催 市民公開講座
「共に考える光市の救急医療 ～周南医療圏の中で～」

平成28年3月20日(日) 13時～15時
光市民ホール 小ホール

超高齢者社会を迎え、救急医療の需要はますます増加。一方で医師不足問題を抱える光市の救急医療をあなたと共に考えます。

あいさつ 13:00～13:10



山口県医師会 常任理事 加藤 智栄

光市民の皆様、こんにちは。この市民公開講座は山口県医師会と光市医師会の共催で、徳山医師会・下松医師会の御後援の元に、本日開催される運びとなりました。このような市民公開講座は平成19年より始めさせていただいておまして、ついこの前2月27日に長門市で同じような催しをいたしました。医療を提供するのは医療人ですが、医療を受けるのは市民の皆様です。主役は市民の皆様でありまして、さまざまな問題を解決するには市民の皆様の協力無しにはなしえないのであります。2025年問題や、今後亡くなられる方が年間160万人まで増加すること、地方の医師不足など、医療の未来にはさまざまな問題が横たわっております。周南医療圏の中で救急医療をどのように運営・維持していく

かを市民の皆様と一緒に考えて良くしていく場であって欲しいと思います。



光市医師会 会長 平岡 博

今日は連休中日にもかかわらず大勢お集まりいただき大変ありがとうございます。全国的な少子高齢化の波はこの周南圏にも押し寄せております。どうやったら救急医療を守っていけるのか、医療人そして市民の皆様と一緒に考えていきましょう。



光市 市長 市川 熙

光市医師会におかれましては光市包括ケアシステムなどで大変お世話になっております。この場をお借りいたしましてお礼を申し上げたいと思います。私は山口県自治体病院開設者協議会の会長と国民健康保健連合会の理事長の二つの役を

いただいております。いろんな会合に出席して思いますことは医療というものは地域の資源ということでもあります。ですから乱用すれば枯渇しますし、大切に見守り育てる努力が不可欠なわけでもあります。特に今日の題目であります救急医療につきましては市民の皆様によく理解をいただき、ご協力していただかなくては存続が危ういのであります。実は光市の救急車の出動頻度が10年前より11%増加しております。高齢化は2%なのでそれ以上に増えております。どうやったら適正な救急車の利用が叶うか、どうやったら持続可能な救急医療が保たれるか、皆さんと一緒に考えていただきましたら幸いです。どうぞよろしくお願いいたします。

第1部 13:10~14:00

講演1

「岐路に立つ光市立光総合病院救急外来
光市の救急医療を守るには」



光市立光総合病院 副院長・麻酔科部長
竹中 智昭 先生

本日は光市立光総合病院の救急外来がかかえる問題についての話です。少し挑発的な題名かもしれませんが、当院の救急外来はいろいろな問題を抱えながら運営されているのは事実です。今日は、放置しておく大変なことになりそうな問題について皆

様とともに考えてまいりたいと思います。救急外来での診療の考え方は次のとおりです。大切なのは命を助け、後遺症を減らすことです。そのため急を要する患者さん、重症な患者さんを優先し、緊急処置を行い、状態を落ち着かせます。その後、重症度に応じて、検査をしたり、専門医に相談や診察依頼、必要ならば他院搬送を行います。緊急、重症でなければ、簡易的処置、症状緩和処置を行い、根本治療が必要ならば後日、通常の外来で行います。通常の外来診療のように、正確な診断を目指し、根本的な治療を行うというのと考え方が違うのです。

図1は当院の2014年度の救急外来運営状況です。受診の依頼があったもののうち、当院で受け入れることができたのは77%、受け入れできなかったものは23%でした。実数では、受け入れた患者さんは年間4200件余り、そのうち救急車が約1000件あまりでした。H23厚労省医政局の調査では、二次救急指定病院の救急車受け入れ数平均が1052件ですので、当院は二次救急病院として平均的と言えるでしょう。受け入れられなかった件数は約1200件、救急車が400件でした。

救急外来運用状況 2014年度

受け入れ		受け入れできず	
4226件 (77%) 352.2件/1ヶ月		1235件 (23%) 102.9件/1ヶ月	
救急車 1078件 (25.5%) 89.8件/月	救急車以外 3148件 (74.5%) 262.3件/月	救急車 402件 (32.6%) 33.5件/月	救急車以外 833件 (67.4%) 69.4件/月

図1

受診された患者さんのうち、予約患者さん41名を除外して、残りの268人の患者さんのカルテを確認しました(図2)。

適切な受診か否かは、診察した医師の記録内容、処置や処方内容、緊急度重症度を考えて妥当な時間帯に受診しているのか、などを考慮して判断しました。その結果、適切な利用は76%、不適切が24%でした。これは今年の1月だけのデータですが、1年間に換算すると、約1000例が不適切な受診ということになります。

救急外来は適切に利用されているか
(2016.01 n=268)

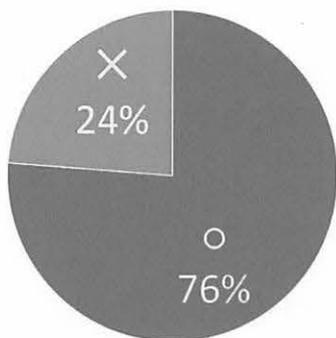


図2

受け入れができなかった患者さんのことも見てみましょう。1年間で約1200件の患者さんの受け入れができていませんでした(図3)。受け入れできなかった理由で多かったのは、「当院に常勤医がないため」「専門外」でした(58%)。最終収容先は徳山中央病院(40%)周南記念病院(24%)光中央病院(22%)でした。

救急外来運用状況 2014年度

受け入れ		受け入れできず	
4226件 (77%) 352.2件/1ヶ月		1235件 (23%) 102.9件/1ヶ月	
救急車 1078件 (25.5%) 89.8件/月	救急車以外 3148件 (74.5%) 262.3件/月	救急車 402件 (32.6%) 33.5件/月	救急車以外 833件 (67.4%) 69.4件/月

図3

今後の救急医療



図4

当院の救急外来は先ほどご紹介しましたように、軽症者が多く受診しています。軽症患者が溢れかえる中で、本来の救急医療の対象となる患者さんは年齢層が高くなり、もともといろんな病気をもちだしたりして、病態は複雑になります。そのため、一人の患者さんの中に専門外の問題を抱えている場合も多く、対応する医師にとってかなりハードワークです。一方、日当直の医師は1名で、看護師も1名という限られた人員で運営しています。日当直を担当する医師の年齢も年々高くなっています。そうした中で、長時間の勤務をしており、この間、ずっと医療の質を落とさないでいられるかどうか、難しいところです。

このように今後の見通しとして、医療資源に対して医療需要が過剰となる可能性が高いと思います。それでも救急外来を運営していくためには、医師をはじめとする医療者が頑張るしかないのでしょうか？

医療資源が限界なら医療需要を減らすことを考えるべきでしょう。不要不急の救急外来受診を減らすために、市民の皆様が普段に気をつけることがいくつかありますので紹介します。まずはかかりつけ医を見つけ、普段から健康状態を把握してもらおう。軽い傷病はかかりつけや通常の外来を利用してもらおう。日頃から健康に気をつけ、ご自分でもできる応急処置などに興味を持って

いただくことが大切だと思います。

私達は、助けることのできる患者さんを助けたい、役に立ちたいと思っています。救急外来を受診して、患者さんが良くなってくださることをいつも考えています。救急医療を通じて市民の皆様への安心安全に少しでも役立てることが出来ればとても嬉しいです。そのために市民の皆様には適切な救急医療の使用を是非考えていただきたいものだと希望します。

講演2

周南記念病院の挑戦

救急要請を断らないために



社会医療法人同仁会周南記念病院

副院長 救急部長 橋谷田博

私は病院側の受け入れについてお話しします。題は「救急要請を断らないために」です。

周南記念病院救急車受け入れ10年の歩み 2015救急車受入総数2541人

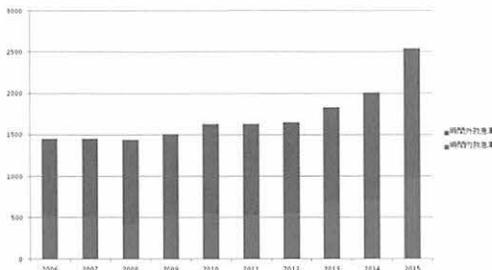


図1

当院は出来るだけ断らないようにしようということで救急車受け入れがここ10年増えています(図1)。2015年の救急要請2952人のうち受け入れ困難だったのが486人、その大半を徳山中央病院にお願いしています。受け入れた患者2541人のうち帰宅できたのは52%、入院になったのが44%でした。当院では勤務時間外の救急患者に対しては図2のような体制となっています。

勤務時間外診療体制

当直医師	1人
当直看護師	2人
臨床検査技師	1人
放射線技師	1人
脳外科ダイレクトコール	
外科ダイレクトコール	
各科オンコール	

図2

まとめ

周南記念病院は周南地域救急医療のために様々な取り組みをして病院一丸となって頑張っています

しかし、2015は救急車受け入れ要請約3000人に対して、約2500人の受入しかできませんでした

病院側の問題、軽症例など病院前の問題と取り組み、断らない救急を目指し周南地域救急医療のため励んでいきます

図3

断らないために、脳外科・外科はダイレクトコール、その他の専門はオンコールとなり待機してもらっております。周南記念病院での治療が困難と判断されれば徳山中央病院などの3次救急病院に転送します。救急医療のスキルアップのために1年に6

回病院全体の勉強会を行い、1月に1回救急部スタッフの勉強会を行っております。そして担当医師がどうしても手が離せない場合そのバックアップ体制を模索しております。今後もますます努力をして出来るだけ患者さんを断らないシステム造りに心がけたいと存じます。

講演3 「救急医療の現状」



独立行政法人地域医療機能推進機構
徳山中央病院 救命救急センター
センター長・救急科 主任部長

山下 進先生

光市、下松市と続きまして、今度は周南地域と三次救急についてお話しいたします。今、山口県が提示しております救命救急センターの配置状況は図1のようになっています。瀬戸内海に面したところは切れ目なく網羅されておりますが、山陰の方は未だ整備されておられません。三次救急に指定されている医療機関は山口大学病院、県立総合医療センター、徳山中央病院、関門医療センター、岩国医療センターの5施設ですが、前2者は三次救急患者のみ対応しております。二次救急とは入院治療を必要とする救急患者を受け入れるものであり、周南地域では光市立光総合病院、徳山医師会病院、徳山中央病院、周南記念病院、新南陽市民病院があります。

救命救急センターの配置状況



図1

一次救急医療である初期救急は比較的軽症な救急患者を受け入れるもので、各地域の医師会との連携により在宅や休日診療で行われています。比較的この周南地域は医療に恵まれた地域だと思います。救急告示病院というものもあります。二次救急と同じに考えていいと思います。救急というのは全国どこに行っても頻度はそんなに変わりません。人口10万人あたり一日に150人か200人救急患者が発生します。そのうち95%くらいは一次です(図2)。

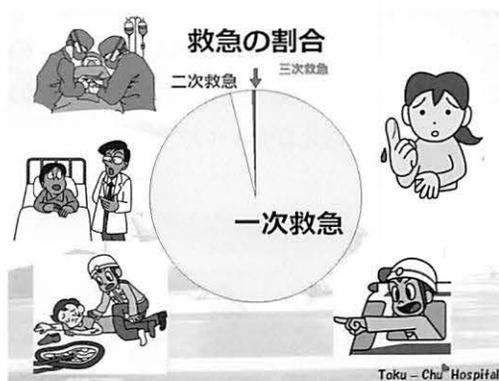


図2

指を切ったとか膝を擦り剥いたとか、軽症のものが一次救急ですが、仕事があるからとかいつもの薬がなくなったからとか、違う先生に診てもらいたいとかいうのも救急

です。いわゆるコンビニ医療が一次救急を圧迫していることを市民のみならずにも理解していただきたいと思えます。この一次救急を一次でくい止めていただき、二次・三次の負担を軽減するのが理想的な形であろうと考えます（図3）。

（「第6次山口県保健医療計画」より）



図3

しかし、次の場合はどうでしょう？深夜に急に頭が割れるように痛い（図4）。一次救急に相談されても大丈夫とはいえないでしょう。二次救急でも専門医がいるところじゃないと対応できません。結局救急車で三次救急に搬送されることに……。その多くは異常なしで、三次救急を圧迫することになります。じゃあどうしたらいいのか？いくら頭が痛くても我慢すべきなのか？ここに答えが無いのです。



図4

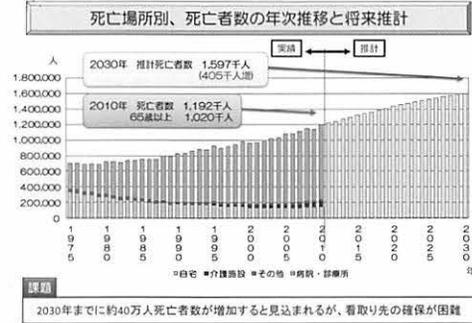


図5

図5は一年間になくなる人の年次推移と将来の推計です。2010年で年間約120万人だったのが2030年には約160万人の推計になります。人口が減っているのに死亡者数は増えるのです。どう考えてもそれを受け入れる医療機関が不足しています。死に瀕した人が救急車を呼んでもそれを受け入れる医療機関がないのです。これをどうにかしようと行政が手がけているのが地域包括ケアシステムだろうと思います（図6）。これから迎える超高齢社会ではちょっとした病気では介護や在宅医療で対処するのが適当でしょう。超高齢者の看取りも病院でなく、介護施設や在宅で行われるのが理想的です。そのために市民の皆様にも是非医療の実態を理解いただきご協力していただかなくてはなりません。どうぞよろしくお願いします。



図6

第2部 14:10~15:00 パネルディスカッション



司会
独立行政法人地域医療機能
推進機構 徳山中央病院
小児科主任部長
内田 正志 先生



閉会のあいさつ
光市医師会 副会長
丸岩 昌文



アナウンサー
前田 恵子



みんなで

第8回 光市医師会学術講演会

日時. 平成28年1月26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
「タケキャブ錠」について
大塚製薬株式会社
特別講演 19:15~20:45
「COPD 治療の進歩と今後の展望」



座長
光市立光総合病院
外科部長 折田 雅彦先生



講師
山口大学 呼吸器・感染症内科
教授 松永 和人先生

慢性閉塞性肺疾患（COPD）は吸入された有害粒子によって肺が障害されて持続

性の気流閉塞が生じる疾患です。WHOはそのサイトに「呼吸器疾患患者は増加しており、先進国においても診療体制は未整備で診断・治療が未整備なため、21世紀の人類にとって呼吸器疾患は最も重要な問題となる」と記載しています（図1）。2020年にはCOPDは死亡順位の第3位になると予想しています。図2は山口県における平成15年から24年までの死亡順位の変化ですが、COPDは約1.5倍にも増加しています。ただ、がんや心疾患に比べ絶対数は少ないので、皆さんピンとこないと思います。スコットランドの175万人のデータベースを分析しますと、重症の心血管疾患や糖尿病では、心不全や脳卒中よりもCOPDとの合併率が高い結果が出ています。日本での2001年

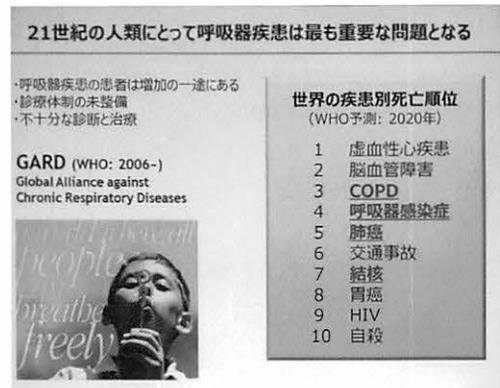


図1

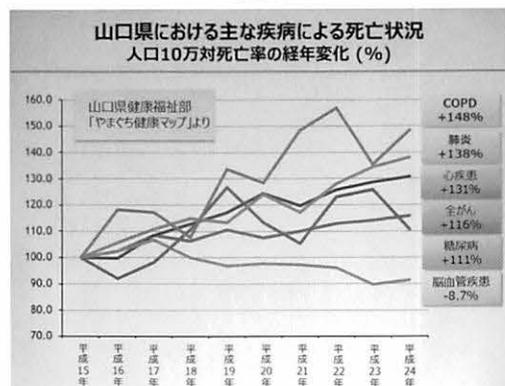


図2

の疫学調査では COPD の有病率は 8.6%、530 万人の患者さんがいると推定されました。これは 50 人の外来患者さんがいると、4~5 人は COPD の可能性ありという数ですが、厚労省の調査によりますと日本で COPD と診断され治療を受けている患者さんは 22 万人で、95% 以上は見落とされている可能性があります。

COPD では気道壁の線維化によって気道が狭窄するため気流は閉塞します。また肺胞構造が破壊・断裂して肺弾性収縮力が低下し空気の吐き出しが困難となり、結果としてエア・トラッピングが起これ肺は過膨脹となります(図3)。横隔膜は呼吸筋の7割を担っていますが、過膨脹のため下方に押し下げられ可動域が狭くなって呼吸障害が悪化します(図4)。

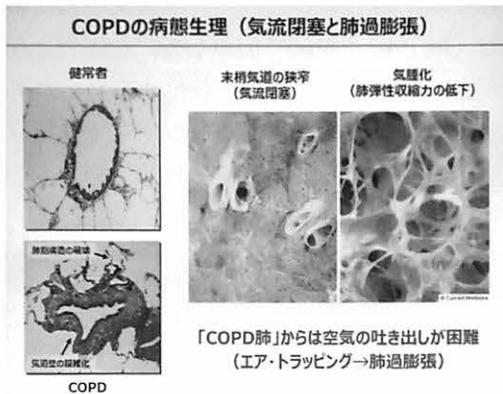


図 3

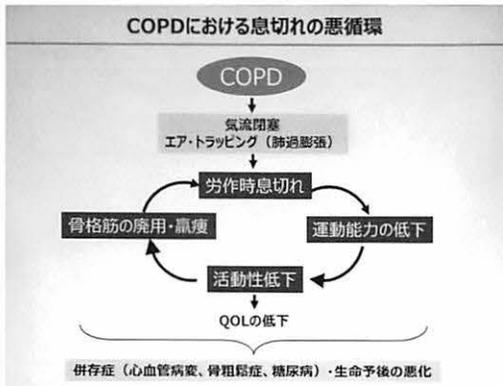


図 4

COPD と死亡との最も重要な危険因子は、日常活動レベル、及び一日の総歩数です(図5)。生命予後を改善するには QOL を改善することが必要なため、早期発見・治療が重要となります。しかし COPD に特異的な症状は無く、進行しないと日常生活の障害は起こらず胸部 X 線でも診断は困難です。その点、スパイロメトリー(スパイロ)は初期から中等症の段階で疾患を捕まえることが出来るのでたいへん有用です(図6)。一般内科を受診した1040名にスパイロを行うと27%に気流制限が見つかり、その原疾患の80%以上が COPD でした。さらに発見時に半分以上は中等症以上でした。喘息と異なり20年以上かけてゆっくり進行するため、患者さん自身も病気を自覚する事が無く、受診の遅れに繋がります。

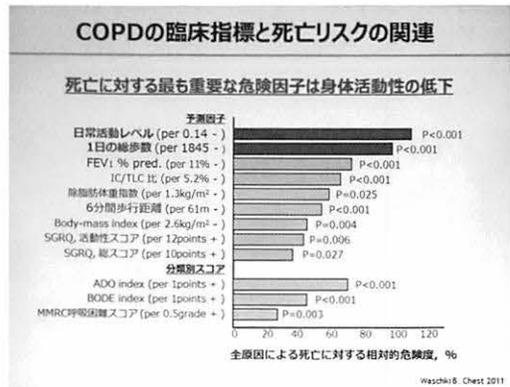


図 5

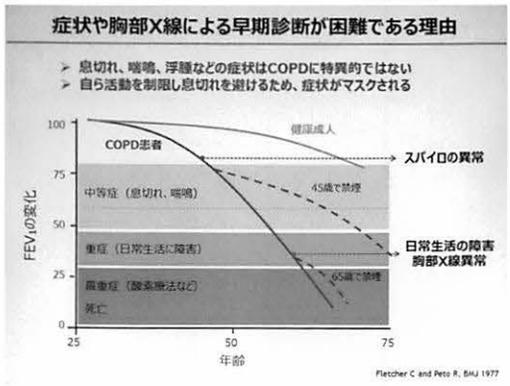


図 6

COPD 治療の基本は禁煙です。喫煙を続けると肺機能は低下します。禁煙すると肺機能は改善しますが、禁煙が遅れると改善効果は徐々に落ち、5年後には喫煙者との差が無くなってきます(図7)。タバコには4000種類以上の化学物質が含まれており、そのうち発がん性物質は60種類以上あります。タバコに関連する疾患には図8の様な疾患があります。太字はWHOが2020年に人類の死亡原因になると予測したベストテンに含まれている疾患です。我が国の喫煙率はこの5年で4.2%低下していますが、山口県は逆に1.2%増加しています。これは主に若年から中年の女性の喫煙者が増えている為です。喫煙は胎児にも影響を与えるため、この観点からも禁煙が必要となります。

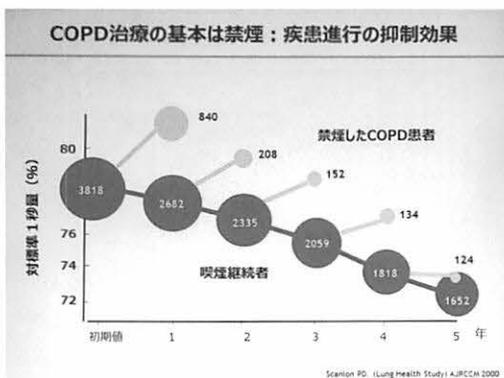


図 7

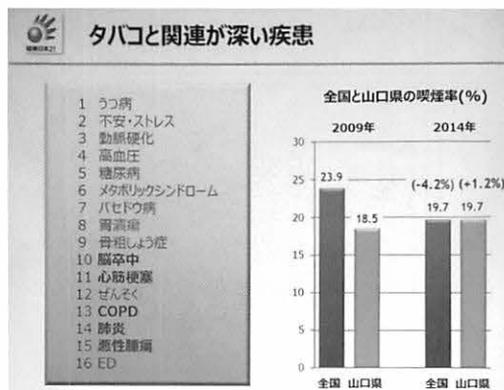


図 8

COPD 治療の基本は気管支拡張薬です。治療薬は長時間作用性抗コリン薬 (LAMA) と長時間作用性 β 2 刺激薬 (LABA) です(図9)。LAMA は受容体をブロックして気管支の収縮を抑制し、LABA は β 2 受容体を刺激して気管支を拡張させます。以前から各々の単剤が使用されて来ましたが、LAMA + LABA 配合剤が登場して日常活動や歩行の制限は有意に改善し、データ上も一秒量は大きく増加し、残気量は減少します。中等症 COPD 患者さんは気流閉塞の進行が早い(図10)、スパイロで早期に診断して治療開始することが必要です。実臨床では mMRC 息切れスコア (<http://bit.ly/1qfLOVf>) が有用です。患者さんに5段階から選択してもらい評価します。mMRC グレード2以上の患者さんは94.2%が中等度以上のCOPDとのデータがありますので(図11)、単剤で治療している患者さんが2以上のときは治療を強化する必要があります。ただし0~1の患者さんでも日常生活に支障を来すようであれば、配合剤の使用が必要となるケースもあるでしょう。

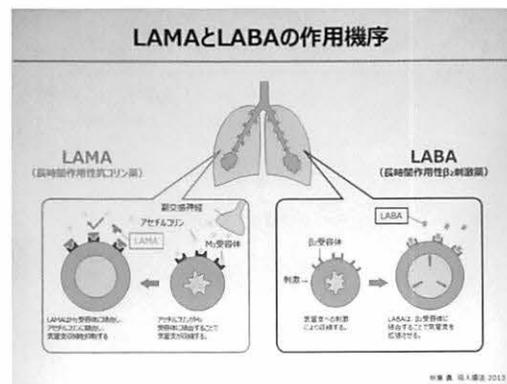


図 9

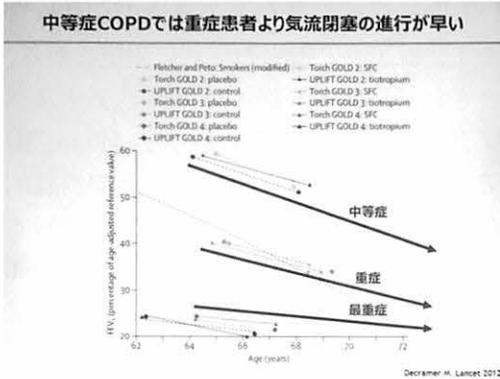


図 10

COPDにおいて喘息合併を疑う診断の目安

下記項目が1つでも認められ、他の合併症が除外される場合は喘息の合併 (ACOS) を疑い、治療方針に反映する

- 喘息症状: 発作性の呼吸困難、喘鳴、咳 (夜間、早朝に出現しやすい) の反復
- 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、 β_2 刺激薬吸入により1秒量が12%以上増加かつ絶対量が200mL以上増加
- 気道過敏性の亢進: アセチルコリン、ヒスタミン、メサコリンに対する気道収縮反応の亢進
- アトピー素因: 環境アレルゲンに対するIgE抗体の存在
- 気道炎症の存在: 喀痰、末梢血中の好酸球数の増加、呼気中NO濃度の上昇
- 鑑別診断疾患の除外: 症状が他の心肺疾患によるない

(COPD 診断と治療のガイドライン 日本呼吸学会 2015)

図 12

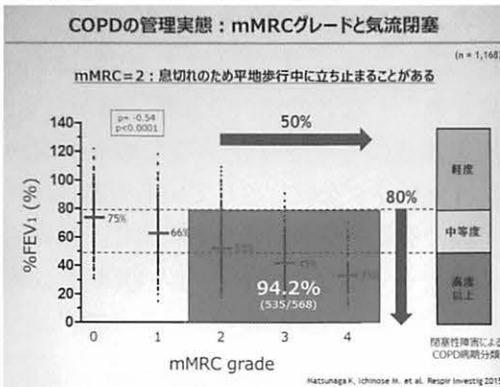


図 11

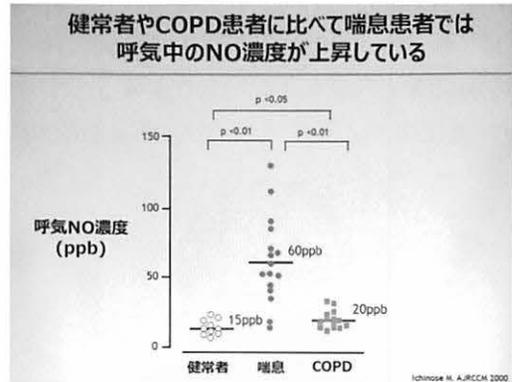


図 13

COPDに喘息合併を疑う患者さんには吸入ステロイドの使用を考慮します (図12)。ただ、一旦COPDと診断してしまうと、医療者は呼吸困難は全てそのためと考えがちで、診断が遅れます。COPDの患者さんは高齢者が多く、身体活動性の低下に伴い骨粗鬆症の合併率は低くありませんので、吸入といえどもステロイドを使用する際には注意が必要でしょう。喘息患者では呼気中NO濃度が上昇していることが分かっていますので (図13)、鑑別の目安になります。今後は各種バイオマーカーに基づいて個別化された治療が進展するでしょう (図14)

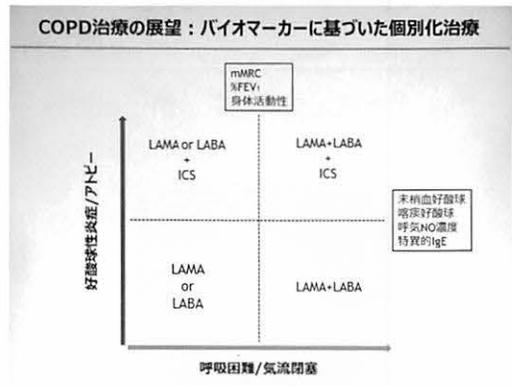


図 14

第9回

光市医師会学術講演会

日時. 平成28年2月23日(火)

19:30~

場所. 光商工会館2階 大会議室

情報提供 19:30~19:45

機能性ディスペプシア治療剤「アコファイド錠 100mg」 アステラス製薬株式会社
ゼリア新薬工業株式会社

特別講演 19:45~20:45

「機能性ディスペプシアの診断と治療」



座長

光市立光総合病院 消化器内科
部長 谷川 幸治先生



演者

山口大学医学部付属病院
光学医療診療部
准教授 岡本 健志先生

ディスペプシアとは心窩部痛や胃もたれなどの心窩部を中心とした腹部症状を言

い、胸焼けや呑酸などの食道の症状は含まず、胃・十二指腸の症状に限定され、とされています。図1は機能性ディスペプシア(以下FD)の診断基準(RomeIII)です。症状、および内視鏡などで器質的な疾患を認めないことが重要です。日本消化器病学会のガイドライン(<http://bit.ly/1Xkk2Bg>)はより臨床的に定義されており、図2は両基準の比較です。日本人での有病率は健診受診者の約15%、病院受診者の約50%を占めます。患者さんは症状で困っているのに医師側は「内視鏡で所見が無い」などの理由で診断に繋がらず、疾患認識にギャップがあるためドクターショッピングを繰り返している患者さんが多数いることが予想されています。積極的に治療することで患者さんのQOLを改善することは、大変意義のあることです。

機能性ディスペプシア - Functional Dyspepsia -

機能性ディスペプシアの診断基準[®] Rome III

- 以下の項目が1つ以上あること
 - つらいと感じる食後のもたれ感
 - 早期飽満感
 - 心窩部痛
 - 心窩部灼熱感
- 症状の原因となりそうな器質的疾患(上部内視鏡検査を含む)が確認されない

※6ヵ月以上前から症状があり、最近3ヵ月は上記の基準を満たしていること

Tack J, et al. Gastroenterology 130, 1466-1479, 2006

図1

FD診療ガイドラインとRome IIIの比較

Rome III基準は臨床研究のために規定されたものであり、実臨床のために作成されたFD診療ガイドラインの定義とは目的が異なります。

	機能性消化器疾患 診療ガイドライン2014 —機能性ディスペプシア (FD)	Rome III 機能性ディスペプシアの診断基準
除外条件	症状の原因となる器質的、全身性、代謝性疾患がない	症状の原因となりそうな器質的疾患(上部内視鏡検査を含む)が確認されない
罹病期間	慢性的	6ヵ月以上前から症状があり、最近3ヵ月間は下記の症状を認める
症状	心窩部痛や胃もたれなどの心窩部を中心とする腹部症状	以下の項目が1つ以上あること a. つらいと感じる食後のもたれ感 b. 早期飽満感 c. 心窩部痛 d. 心窩部灼熱感
目的	実地臨床	臨床研究

図2

正常な胃ではまず、食べ物を見たり嚥下したりすることにより、食物を受け入れる準備として胃底部は弛緩します（受容的弛緩）。食物が胃内に入ってくると、胃内圧を上昇させることなく胃の中の容積を増やすために胃底部は弛緩します（適応性弛緩）。その後蠕動運動が起こって胃酸、消化酵素と食物を攪拌し消化が進んだ食物を十二指腸に送り込みます。FDでは適応性弛緩がうまくいかない、胃からの排出不全などにより図3の様な症状が出現します。また内臓知覚過敏、胃酸の関与なども病因と考えられており（図4）、さらに一部に *H.pylori* 感染との関連も指摘され、感染者の10%くらいがFDを起こすと言われています。FDは多種の病態で発症する症候群であり（図5）、GERDやピロリ菌感染胃炎といった上部消化器疾患との合併頻度

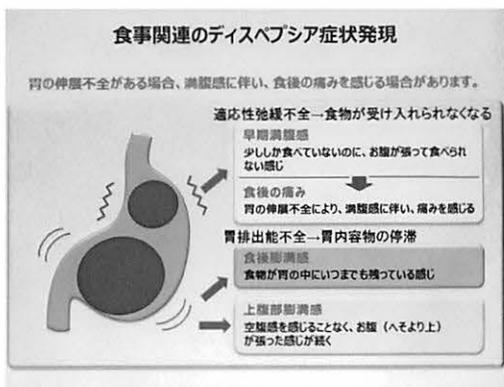


図3

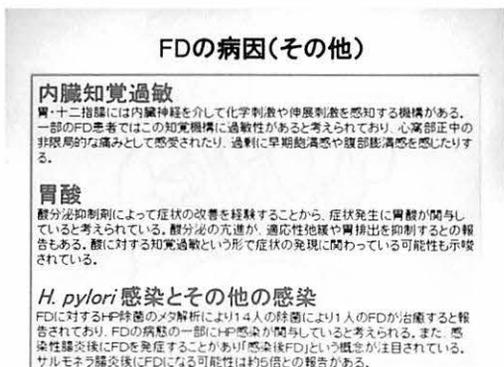


図4

が高く、再発も少なくありません。

内視鏡で見た胃粘膜の所見とディスペプシア症状は基本的に関連しません（図6）。

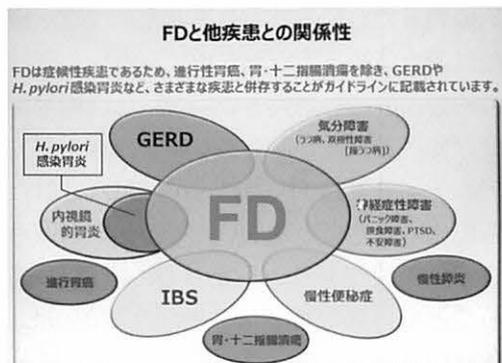


図5

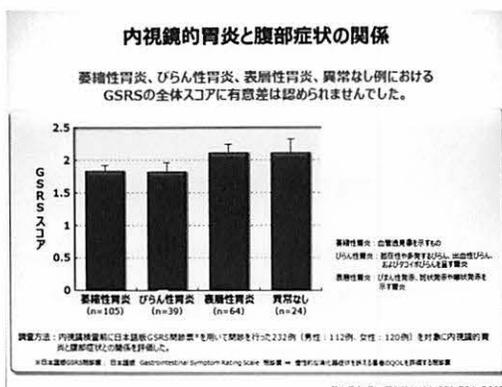


図6

診断と治療のフローチャートを示します。プライマリ・ケア向けには内視鏡ができない場合の対応も記載されています。問診は注意が必要で（図7）、自己記入式の問診票（Fスケール、GSRs問診票、出雲スケールなど）は有用です。警告徴候（図8）は重要で、該当する際は内視鏡検査を施行して器質的疾患を除外する必要があります。内視鏡検査をせずに治療開始した場合、4週間を目処に加療しても改善が無い場合は内視鏡の実施が必要です。ガイドラインには「患者への説明と保証」の記載があり（図9）、ドクターショッピングに陥らないように適切な治療関係を築くことが治療上有益です。薬剤治療としては初期治

療と二次治療があり、初期治療としては消化管運動機能改善薬や酸分泌抑制薬が用いられます。PPIとH2ブロッカーの間には治療効果の有意差はありません。二次治療には漢方薬や抗不安薬が用いられ、心理社会的要因の関与が大きい場合には、向精神薬が使用されることもあります(図10)。アコチアミドはFD患者さんで傷害された胃の適応性弛緩と遅延した胃排出能を改善させる効果があり、平均60.4日服薬することで自覚症状も75%が症状改善し、休薬が可能になります。

我々医師がFDを正しく理解、治療することで患者さんの不安を軽減し、治療効果も高くなると考えます。

問診を行う上での注意点

1. 患者の言葉と医師がイメージする症状とは必ずしも一致しない
2. 患者はその時点で最も気になる症状を訴えるが、患者の症状は一つではないことが多い
3. 症状は日単位、週単位で変化する
4. 質問されないと警告徴候と考えられる嚥下困難や体重減少を訴えない患者も多い
5. 患者は診察室で自分の訴えたい内容を全部話せていない
6. 患者は自分が使用中の薬剤が上腹部症状の原因となる可能性があることを知らない場合がある

FD診療のすべて その理論から実践まで
三輪洋人編 ワン・メディカル社 P32-39より抜粋

図 7

警告徴候；器質的疾患の潜在を考慮するため

警告徴候とは以下の症状をいう。

○原因が特定できない体重減少	○嚥下困難
○再発性の嘔吐	○高齢者
○出血徴候	

該当する所見が認められる場合、
上部消化管内視鏡検査や
上部消化管X線造影検査(バリウム検査)
の実施を考慮する必要がある。

図 8

患者への説明と保証

患者に機能性ディスぺプシアが、上部消化管の機能的変調によって起きている病態であり、生命予後に影響する病態の可能性が低いことを説明する。主治医が患者の愁訴を医学的対応が必要な病態として受け止めたこと、愁訴に対して治療方針が立てられることを説明することで、患者との適切な治療的関係を構築する。内視鏡検査前の状態にあつては、器質的疾患の確実な除外には内視鏡検査が必要であることを説明する

(機能性ディスぺプシア診療ガイドライン2014)

図 9

FDに対する治療法 (初期治療・二次治療)



「日本消化器学会 機能性胃腸疾患ガイドライン2014—機能性ディスぺプシア(FD)—」, vol. 2014, 消化管はり乱後症でも症状に合わせ、「胃痛」には酸分泌抑制薬
「胃もたれ」には消化管運動機能改善薬が選択されている。

ただし、これらの症状はオーバーラップするため、ときには酸分泌抑制薬と消化管運動機能改善薬を併用することも有用である。

また、心理社会的要因の関与が大きい場合には、向精神薬が使用されることもある。

1) Talley NJ, et al.: J Gastroenterol Hepatol 13, 335-353, 1998

図 10



第10回 光市医師会学術講演会

日時. 平成28年3月22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

持続性選択的DPP4阻害剤/経口糖尿病用剤 マリゼブ錠 MSD株式会社

特別講演 19:15~20:30

「糖尿病治療のUp to Date ~
血糖コントロールの意義を考える~」



座長

いのうえ内科クリニック
院長 井上 祐介先生

田辺先生は山口大学第三内科で糖尿病に関する基礎的な研究をされております。本日は専門的な研究ではなくて実地の臨床で役立つ話をして下さるとのことで期待いたします。



演者

山口大学大学院医学系研究科
病態制御内科学

講師 田部 勝也先生

糖尿病の治療は最近多様化してきました、ここ15年大規模臨床試験のエビデンスがいくつか出て参りました。どういうエビデンスが確立されているのか、どういう風に日常の診療に役立てていくのか、そして、公益を考えてどう治療を進めていくのが適切であるかを話したいと思います。

図1は日本の死亡率年次推移です。がんの死亡がダントツに1位ですが、心疾患や脳血管疾患のような動脈硬化性疾患がそれに続いております。2位3位を合わせますとがん死亡率と同じくらいになります。こういった血管疾患の背景には糖尿病や高脂血症、高血圧症などがあります。70歳以上になりますと耐糖能異常の疑いが男女ともに40%弱になります。日本人のコホート調査では糖尿病患者の6割以上に高血圧を合併し、高血圧患者の6割以上に糖尿病を合併しております。

図2は2型糖尿病の自然史を示しております。これを見て分かりますように糖尿病を発症する前の10年から15年の間、その準備段階としてその病態が着実に進んでいることが分かります。すなわち膵β細胞機能は徐々に低下してきますが、それに従ってインクレチン効果とインスリン抵抗性が上昇してきます。徐々に内臓脂肪が蓄積してきてある臨界域に達しますとインスリン分泌に破綻が生じインスリンレベルの低下が始まります。そして糖尿病発症ということになります。それに伴い血管のリスクが増すわけですが、血糖のコントロールをすることによりどのように血管

リスクが軽減するかという研究がここ10年出てまいりました。Steno-2、UKPDS というのは初期の大規模臨床試験です。糖尿病発症間もない患者に厳格に血糖管理をした場合、どのように血管リスクを抑えることが出来るかを研究したものです。ACCORD、ADVANCE、VADTはもう少し進んだ糖尿病患者に厳格な血糖管理をした場合の大規模臨床試験です。Steno-2というのは糖尿病患者における多因子介入治療の効果を13年間見たものです(図3)。多因子というのは血糖だけではなく脂質や血圧を含みます。そのすべてにおいて厳格にコントロールしますと死亡率・心血管イベントのいずれも良好な結果を得ております。UKPDSは血糖のみのコントロールを見たものです。試験終了時には微小血管のみ有意差が見られましたが、その10年後(2007)まで経過を見ますと心筋梗塞だけでなく総死亡まで有意差がはっきりしてきました(図4)。この臨床試験で重要な発見がありました。使用された薬剤がメトホルミンでした。従来乳酸アシドーシスの合併症があるために使用されなくなったのですが、この臨床試験ではっきりとした延命と血管リスク軽減効果が確認されたのは重要な発見でした。

日本における死因別にみた死亡率の年次推移

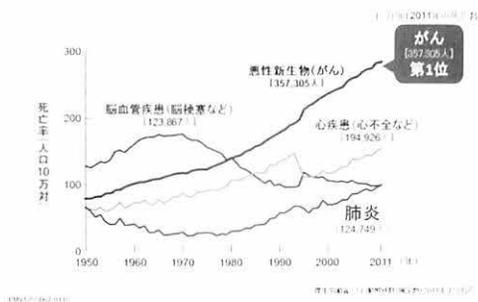


図1

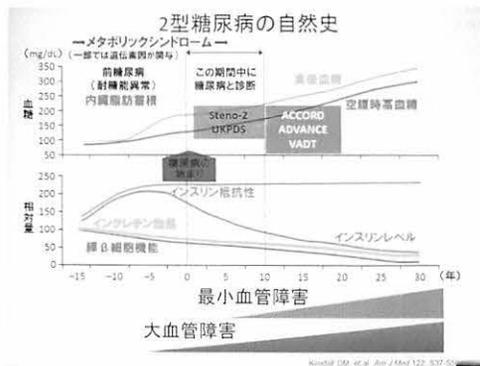


図2

糖尿病患者における多因子介入治療の重要性 (Steno-2)

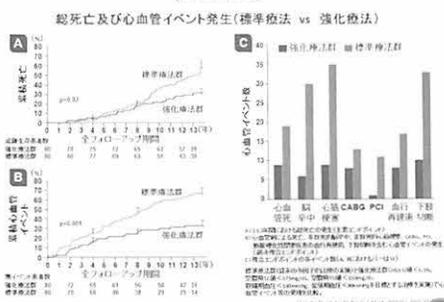


図3

早期積極的治療によるlegacy effect (遺産効果) —UKPDS—

複合エンドポイント	強化療法群におけるリスク低下	
	1997年 (試験終了時)	2007年 (試験終了10年後)
糖尿病関連の全エンドポイント (Any diabetes related endpoint)	RRR: 12% p値: 0.029	9% 0.04
微小血管症 (Microvascular disease)	RRR: 25% p値: 0.0099	24% 0.001
心筋梗塞 (Myocardial infarction)	RRR: 16% p値: 0.052	15% 0.01
総死亡 (Death from any cause)	RRR: 6% p値: 0.44	13% 0.007

RRR=Relative Risk Reduction, P= Log Rank

UKPDS Group: Lancet 352, 837-853, 1998 (UKPDS33)
Holman RR, et al. N Engl J Med 359, 1577-1589, 2008 (UKPDS80)

図4

糖尿病発症から約10年経過した比較的高齢者を対象とした大規模臨床試験3つ(図5)の結果が図6です。その厳格な血糖コントロールのベネフィットは証明できませんでした。その原因と考えられるものが治療中に使われた血糖降下剤による体重増加と低血糖発作であります。結果として全死亡率がACCORDとVADTにおいて有意ではありませんでしたが増加してしまい

ました。

以上のような結果を踏まえましてこれからの糖尿病治療を実臨床においてどのように行えばいいかということです。2型糖尿病の治療は多様化しており図7のようにたくさんの選択肢があります。その中で低血糖発作を起こさずに、しかも体重増加も来さずに、良好な血糖コントロールの出来る手段を選ぶのが理想的な治療となります。

罹病期間が比較的長い患者を対象とした大規模臨床研究では厳格な血糖コントロールのベネフィットは証明されていない

	ACCORD	ADVANCE	VADT
症例数 (人)	10,261	11,340	9,781
男女 (%)	29/71	42/58	97/3
平均年齢 (歳)	62	66	68
糖尿病罹病期間 (年)	10	8	11.6
HbA1c (%)	9.1	9.1	9.1
平均血糖値 (mg/dL)	183	183	183
目標HbA1c (%)	<6.0	2.0~7.4	5
低血糖 (%)	8.4	7.6	6.3
インスリン治療率 (%)	77	56	40
インスリン以外治療率 (%)	87	74	94
心不全の発症率 (%)	95	87	74
アザラジン薬治療率 (%)	91	58	17
体重変化 (kg)	+2.5	+0.4	-2.1
腎臓病発症率 (%)	18.2	6.1	2.7

注: 症例数、年齢、性別、糖尿病罹病期間、平均血糖値、目標HbA1cは各試験間で異なる。HbA1cは標準化された。心不全の発症率は、ACCORDでは心不全による死亡、ADVANCEでは心不全による死亡、VADTでは心不全による死亡と心不全による入院を合わせた。腎臓病発症率は、ACCORDでは腎臓病による死亡、ADVANCEでは腎臓病による死亡、VADTでは腎臓病による死亡と腎臓病による入院を合わせた。体重変化は、ACCORDでは体重増加、ADVANCEでは体重減少、VADTでは体重減少。腎臓病発症率は、ACCORDでは腎臓病による死亡、ADVANCEでは腎臓病による死亡、VADTでは腎臓病による死亡と腎臓病による入院を合わせた。

図5

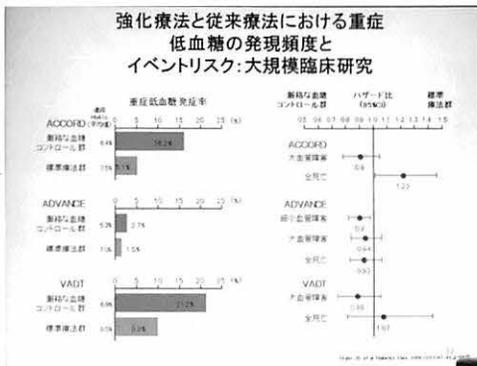


図6

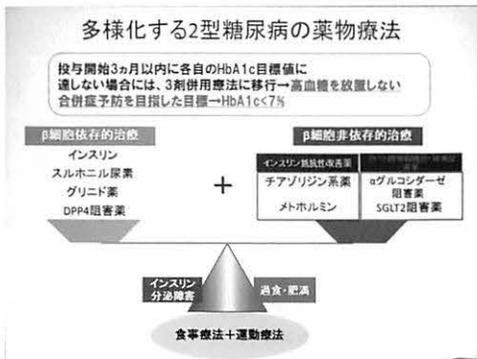


図7

JDDMによる他施設共同研究によればここ10年糖尿病患者の平均BMIは増加傾向にあります(図8)。従来の糖尿病治療はインスリン分泌を促し、血糖を下げることでより糖尿病コントロールを行ってまいりました。それにより体内の糖の取り込みが増加して体重増加を来しやすい傾向にあったといえます。DPP4阻害薬は生理的でインスリン過剰になりにくく体重増加及び低血糖を来しにくいという特徴があります(図9)。ここ5年でいくつかの大規模臨床試験が行われましたが、EXAMINE試験とSAVOR-TIM53試験に心不全のハザード比が上昇したという結果が出ています(図10)。その原因は不明ですが、何らかの内因性基質の生物学的作用が関係しているかもしれません。

糖尿病患者のBMI推移



図8

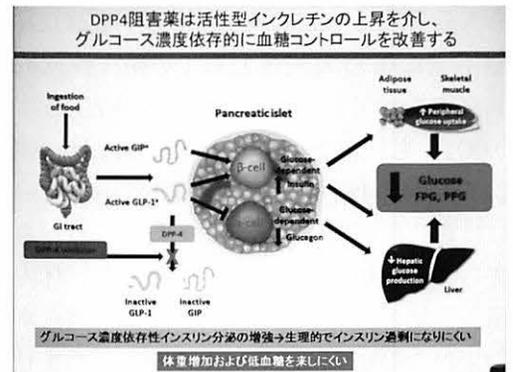


図9

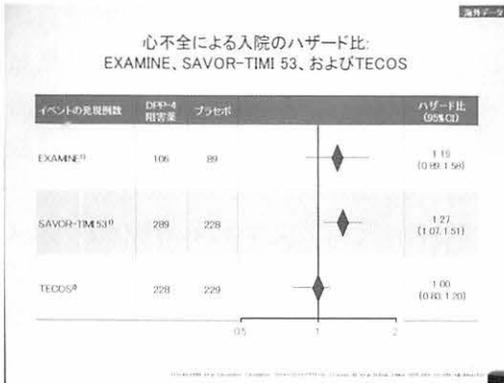


図 10

SGLT2阻害剤の作用機序は腎尿細管においてグルコースの再吸収を抑制するという単純なものです。その他の臓器における代謝作用は複雑でグルコースと共にナトリウムも排泄し、体液ボリュームを減少させてRAS系SNS系に影響を与えるようです(図11)。糖を排泄することにより体重減少だけではなく脂肪細胞に働きかけて体内脂肪減少、インスリン抵抗性も減少します。食事・運動療法とは違う効果があるようです。2010年から約3年間行われたEMPA-REG OUTCOMEの結果は驚くべきものでした。すなわち一次エンドポイントだけではなく二次エンドポイントにおいても全死亡と心血管死亡を有意に低下させたというものです(図12)。全死亡(0.68; 0.57~0.82), CV死(0.62; 0.49~0.77, ともに $p < 0.001$), 心不全による入院(0.65; 0.50~0.85, $p = 0.002$), 心不全による入院またはCV死(致死的大脑卒中を除く)(0.66; 0.55~0.79, $p < 0.001$)も同群で有意に少なかったが, MI(4.8% vs 5.4%)と脳卒中(3.5% vs 3.0%)には有意な両群間差はなかった。これからさらに検証が進められるでしょうが、体内循環容量を減少させ心血管の負担を減らす効果がこの結果に繋がったのかもしれませんが。今後の検証に期待されます。

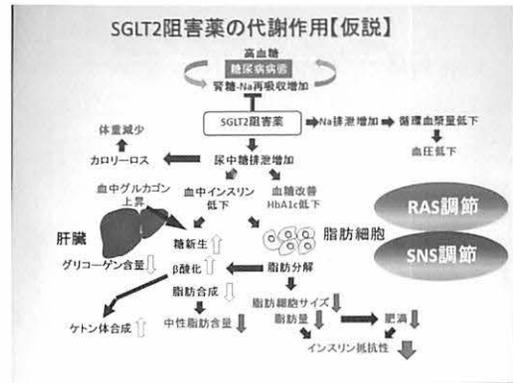


図 11

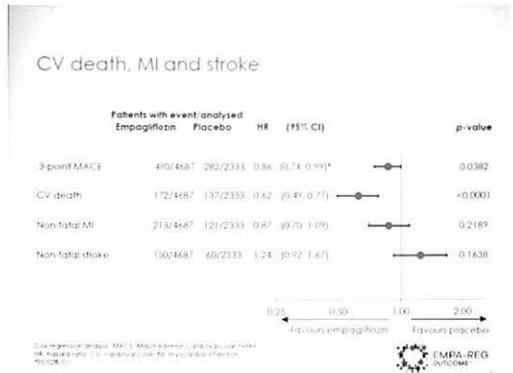


図 12

最後に高齢者の糖尿病治療についてお話しします。高齢者には特別の特徴があります。生理的臓器機能低下に加え、筋肉量が低下して虚弱であるという高齢者の特性があります(図13)。従ってインスリン分泌障害が強く分泌を促進する薬剤が効きにくいということがあります。ピグアナイド薬・SU薬は少量より開始すること、SGLT2阻害薬はまだエビデンスが確立されていません。何よりも低血糖発作を起こさないように治療をすることが肝要です。厳格な治療よりも生活機能の維持とQOLの維持に重点を置いた治療が大切です。糖尿病合併症予防目的なら $HbA1c < 7.0\%$ ですが、心血管リスクのある高齢者は $< 8\%$ 、介護が必要な超高齢者は $< 9\%$ くらいが適当ではないでしょうか？

ご静聴ありがとうございました。

高齢者糖尿病の特徴

> 加齢による変化

生理的臓器機能の低下(腎機能、心機能、認知機能)

運動器疾患

* 老年症候群

筋肉量の低下(サルコペニア)

虚弱(フレイルティ)

薬剤使用の注意点

> 耐糖能障害の病態

インスリン分泌障害が強い

見かけ上の肥満が少ない

* 内臓脂肪の蓄積

* 筋肉量の低下

* DPP4阻害薬
 * ビグアイド薬(小量より開始, eGFR>30)
 * αGI(腹部手術既往者では使用しない)
 * SU薬(最小量より開始)
 * SGLT2阻害薬(70歳以下)
 フレイルティがない
 インスリン分泌不全がない

図 13

高齢者2型糖尿病に対する治療戦略

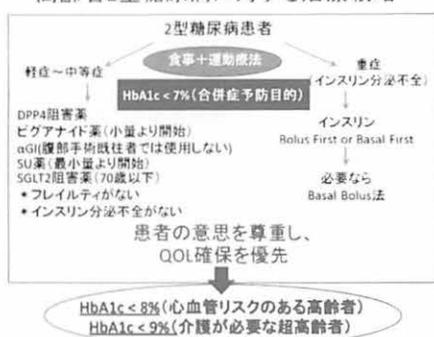


図 14

感想

糖尿病治療における代表的な大規模臨床試験の結果を俯瞰的にしかも分かりやすく解説していただき、さらにその結果を基にした医療(EBM)を示していただいたことはわれわれ実地医家にとりまして大変有用なお話であったと思います。従来のインスリン分泌促進の治療が低血糖発作の原因となって心血管イベントを増加させた。その反省からDPP4阻害薬、SGLT2阻害薬の開発となった歴史的な流れも理解できました。その二つの大規模臨床試験の結果がぼちぼち出てきて、前者が心不全のハザード比を上げるといふ事実、後者が心血管死を有意に減少させるという事実は注目するに値するものだと考えます。貴重な講演をいただき今後の診療に役立てたいと思います(佃 邦夫 記)。



合同症例検討会

日 時. 平成 28 年 3 月 1 日 (火)

19:00~

場 所. 光市立大和総合病院

(1) 90歳以上、全身麻酔手術

症例の検討

光市立大和総合病院

外科 原田 幹彦

高齢者の増加と手術機器の発達や周術期管理の向上に伴い。高齢者の手術は増加傾向にある。90歳以上の超高齢者の全身麻酔（以下、全麻）手術症例について検討した。

2001年4月から2015年3月までの手術件数を示す（図1）。90歳以上は全麻で28例、腰椎・硬膜外麻酔（以下、腰硬麻）は14例であった。疾患の内訳は図2及び図3、死亡原因は図4である。

術前の状態及び臓器予備能は暦年齢を必ずしも反映していなかった。手術リスクのスコア化には賛否両論がある（図5）。全麻と腰硬麻症例の間には生存率の差は見られなかった（図6）

手術件数

	全身麻酔	腰椎・硬膜外麻酔
手術総数	956	592
90歳以上の件数(率)	28(2.9%)	14(2.4%)
性別	男:6(21%) 女:22(79%)	男:7(50%) 女:7(50%)
在院死亡(率)	3(10.7%)	1(7.1%)

2001年4月より2015年3月まで

図 1

全身麻酔症例の内訳

・悪性腫瘍 11例	大腸癌 7例 乳癌 2例 胃癌 1例 リンパ腫 1例
・胆嚢炎 7例	
・ヘルニア 6例	鼠径ヘルニア 5例 大腿ヘルニア 1例
・腹膜炎 2例	
・腸閉塞 1例	
・S状結腸軸捻転 1例	

計 28例

図 2

腰椎、硬膜外麻酔症例の内訳

・ヘルニア 10例	鼠径ヘルニア 6例 大腿ヘルニア 3例 閉鎖孔ヘルニア 1例
・軟部腫瘍 2例	臀部肉腫 1例 大腿部腫瘍 1例
・急性動脈閉塞 1例	
・直腸脱 1例	

計 14例

図 3

死亡原因

全身麻酔症例	腰椎、硬膜外麻酔症例
腰痛 5例 (2例)	老衰 3例
老衰 3例	脳卒中 2例
肺炎 2例	腫瘍 1例
心不全 1例	MNMS 1例 (1例)
脳塞栓 1例	不明 3例
多臓器不全 1例 (1例)	
胆嚢炎 1例	
脱水 1例	
交通事故 1例	
不明 1例	() 在院死亡

図 4

考察

- ・超高齢者の術前状態・臓器予備能は単なる暦年齢を必ずしも反映せず、個別的
- ・手術リスクのスコア化については賛否両論
- 緊急手術のリスク判定に術前全身状態と手術の侵襲度を点数化することが有用
- ×術前普通の生活をしていれば、年齢自体での手術適応の制限はなく、煩雑なスコア化などの必要性はない
- ・結腸癌のリンパ節郭清は安全に行ない得る
- ・術前汎発性腹膜炎症例は予後不良(死亡率60%)
- ・在院死亡率は4%~18%、緊急手術:45%

図 5

まとめ

- ・全身麻酔手術症例は女性が多かった。
- ・全身麻酔症例と腰椎、硬膜外麻酔症例との間に生存率の差はみられなかった。
- ・結腸癌の根治手術症例は術後経過良好であったが、直腸癌を含めた非治療切除症例は予後不良であった。
- ・長期生存症例の中に、術前Performance status grade 4(寝たきり、全介助状態)の症例は含まれていなかった。

図 6

(2) 今年度 過敏性肺臓炎急増

光市立光総合病院

循環器・呼吸器内科 福田 昌和

過敏性肺臓炎は本邦では年間約900名があり、そのうち7割は夏型過敏性肺臓炎と言われている。決して多い疾患ではないが、平成27年1月から28年1月にかけて、10例の過敏性肺臓炎(うち夏型2例)と考えられる症例を経験したため、今回考察を試みた。過敏性肺臓炎は90年に厚生省研究班から診断基準が出されている(図7)。誘発試験は現実的には困難で、臨床像や発症環境から診断される。高温多湿の環境との関連が記載されており、実際西日本に多いが(図8)、福岡、広島の両県で多いのにも関わらず山口県で少ないのは、人口もあるが呼吸器内科医の不足により診断が出来ていない可能性も考えられた。気候変動との関連を記した報告はないが、地球環境の変化により増加する可能性もある。肺炎を鑑別する中で、当疾患を鑑別に上げること、各種検査とともに家庭状況も考慮した詳細な病歴の聴取は重要である。

考察

急性過敏性肺臓炎の診断基準	
1. 臨床像	急性発症し、両肺に浸潤性陰影を認める。肺野陰影は肺動脈陰影を伴う。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。
2. 胸部X線	両肺に浸潤性陰影を認める。肺野陰影は肺動脈陰影を伴う。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。
3. 胸部CT	両肺に浸潤性陰影を認める。肺野陰影は肺動脈陰影を伴う。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。
4. 気管支鏡検査	両肺に浸潤性陰影を認める。肺野陰影は肺動脈陰影を伴う。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。
5. 肺生検	両肺に浸潤性陰影を認める。肺野陰影は肺動脈陰影を伴う。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。肺動脈陰影は肺動脈の増大を示す。

厚生省特定疾患(びまん性肺疾患)調査研究班の診断基準, 1990

図 7

考察



急性過敏性肺臓炎の分布 (Intern Med 707-712, 1993)

- ・山口県の頻度は少ないにもかかわらず、福岡・広島は非常に多い
- ・人口
 - 山口県140万人
 - 広島県280万人
 - 福岡県500万人

図 8

考察

- ・慢性過敏性肺臓炎の疾患概念はもまだに確立しておらずその診断が困難になる場合が多い (日呼吸会誌732-737, 2002)
- ・診断の難しさや呼吸器内科不足のため、実際の患者数は多い可能性もある
- ・気候・環境要因による疾患であり、増加の可能性?
- ・残念ながら気候変動と疾患の関連は報告はない
- ・過敏性肺臓炎を鑑別に上げること、診療時の詳細な病歴、臨床経過、画像所見、検査所見を含めた総合判断の重要性が再認識された。

図 9

(3) 膵頭部癌 切除症例の振り返り

光市立光総合病院 外科 折田 雅彦

悪性新生物による死亡数は年々増加している。臓器別では膵臓癌は第4位(図10)。多臓器の癌と比べて罹患数と死亡数がほぼ同じで、これは図11のような臨床的特徴があるためと考えられる。平成17年4月から平成28年2月までの膵頭十二指腸切除術施行例を示す(図12)。半分の18例が膵頭部癌で、そのうち17例がstage III以上であった。現実にはT1、

T2で見つかることは極めて少なく、黄疸などが出現して初めて診断がつくため予後は決してよくない。生存観察中の5例のうち、5年生存が得られたのはstage IIの一例のみで、stage IIIが4例、stage IVの症例はいなかった。死亡例の中でstage IIIでは特殊型の1例を除いて4例が2年半を越えて生存している(図13)。

「癌の浸潤が膵内胆管(CH)、十二指腸(DU)、膵周囲組織(S,RP)のいずれかに及ぶが、リンパ節転移がない、もしくは転移が13番、17番に限局するもの」を診断できれば、予後は悪くないと思われ、予後因子としてはN(リンパ節転移)よりもT(腫瘍因子)がより重要であった。早期診断のための画像診断の進歩や新規腫瘍マーカーの開発が望まれる。(図14、15)

当科における膵頭部癌切除症例

(H17.4~H28.2)



図12

膵頭部癌切除例のStage別予後

【生存経過観察中】

Stage II (1) : 6y5m
 Stage III (4) : 4y1m, 3y8m, 1y3m, 4m
 Stage IVA (0)
 Stage IVB (0)

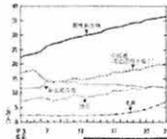
【死亡例】

Stage II (0)
 Stage III (5) : 6m(特殊型), 2y7m, 3y7m, 3y10m, 4y3m
 Stage IVA (7) : 5m, 7m, 8m, 9m, 1y1m, 1y1m, 2y3m (平均11.7m)
 Stage IVB (1) : 4m

図13

悪性腫瘍の臓器別死亡数

※ 主要死因別死亡数



膵臓癌はこんなに多かったですか?

	1位	2位	3位	4位	5位
男	肺	胃	大腸	肝	膵
女	大腸	肺	胃	膵	乳腺
計	肺	胃	大腸	膵	肝

1.Mar.2016

図10

考察

- 通常型の浸潤性膵癌の予後は、Stageと高度に相関していた。
- 現在の診断体系ではStage I, IIを拾い上げることは困難。
- Stage IIIで診断できれば、比較的良好な予後も期待できる。
- Stage IVAはTとNで3つの組み合わせがあるが、予後因子としてはN(リンパ節転移)よりもT(腫瘍因子)がより重要であった。
- Stage IVbは本来手術適応ではないが、T4 N2やanyT N3は術後、結果的にIVbと診断されることもある。

図14

膵臓癌の臨床的特徴

- 有効なスクリーニング法がなく、早期発見が難しい
- 進行が速く、診断時には既に行進癌
- 切除症例は20~30%
 - 切除例の5年生存率は10~15%
 - 切除後再発率は90%
- 悪性度が高く、予後不良
 - Stage Iでも5年生存率は57%
 - 非切除例の1年生存率は約15%、3年が約2%

図11

今後の課題、としての結語

- 切除+化学療法に勝る治療法が無いのが現状
- さらに言えば、早期診断が最も大切
 - 「癌の浸潤が膵内胆管(CH)、十二指腸(DU)、膵周囲組織(S, RP)のいずれかに及ぶが、リンパ節転移が無い、もしくは転移が膵頭部の13番、17番に限局」するStage IIIを見つける。
 - まさにUSAでの切除適応
- 早期診断の体制(検診?)と有効なmodality?
 - US?, 造影CT?, PET?, 新規腫瘍マーカー?

図15

(4) 健診で見つかった若年性

小腸 GIST の一例 光中央病院 丸岩 昌文

患者さんは人間ドック受診の際腹部エコーで腹腔内腫瘍を指摘され、精査目的で受診されました。身体所見、胸写・腹単は特記することはありません。腹部エコー(図16)では臍右下部体壁に4.6X4.0mmの腫瘍を認め、CTでも増強効果を持つ腫瘍が描出されています。空腸 GIST と診断され、他院にて空腸部分切除が施行され、術後1週間で退院となっています。考察とまとめ(図16、17)を示します



図 16

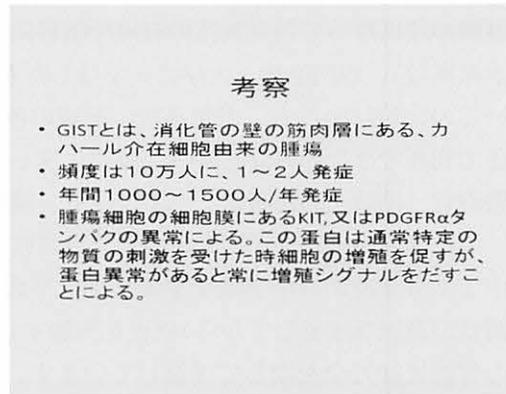


図 18



図 17

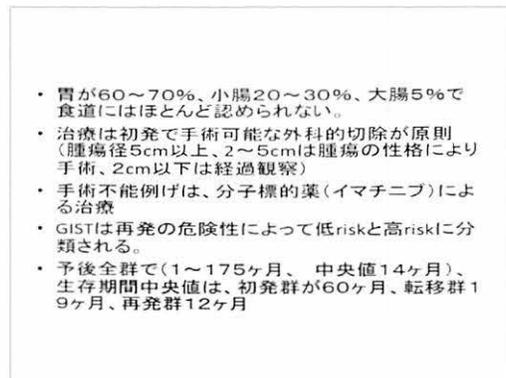


図 19

《児童・生徒の色覚検査》 異常を知らないと将来不都合が・・・

光市学校保健会理事 クリニック高橋眼科 院長 高橋秀児

「先生、この子、異常が出ました。」一昔前には学校で色覚検査が実施されていました。小学校では6年生が検査を任せ、低学年の生徒に異常が出れば担当教諭に伝えるということもあったようです。個人情報保護もプライバシーもなかった時代の話です。

さて、学年全員に行われていた色覚検査は文科省の通達で平成14年3月に必須検査から削除されました。児童・生徒を差別するものとの判断もあったのでしょうか。音感の検査はないのだから色覚異常も検査する必要はないとの考えでしょうか。当時小学4年生に実施していたのであれば、未検査の最年長は現在23-24歳になっています。母親が子供の絵でおやっ？と気付くこともあり、自身の異常に気付かず成人になる方もおられます。

色覚異常には程度差があり、強度の異常でも多くの方では交通信号機は判別できるようになっています。バリアフリーが声高に叫ばれている昨今です。チョークやマーカーの使用色、パワーポイントのグラフでの色使いにも、学校や学会では細かい指導がなされていません。実践状況の程は定かではありませんが・・・。

検査の削除を眼科医会は反対していました。弊害が容易に予測されたからです。進学・就職の段になって色覚異常の有無を眼科にチェックに来られる方、理系の高校（工業高校、水産高校）、専門学校、大学に入学はしたものの、実習に入って色の識別が健常人と違っていているのに気付いた方、電気系統の配線の色の違いに戸惑う方、調理師修行中に魚の鮮度が色で判断できない方など・・・。就職に関しては色覚異常の有無を問われる職種があります。警察官、消防士、自衛官、パイロット、競艇選手などです。

ここからが本題です。光市内の公立高校（高1）では平成27年度から、小・中学校（小4・中1；今年度のみ中学は全学年）では平成28年度から希望者を募って（言い替えれば保護者の意思を確認してから）検査を実施することになりました。検査に当たりプライバシーの保護には万全を期して準備しています。この検査を受ければ色覚正常・異常の検出が可能です。異常と判断された場合は眼科を標榜する医療機関を受診して精密検査を受けることとなります。一度は検査を受けておくべきかと考えます。スマホのアプリにも色覚検査がありますが信頼性には疑問があり、自己判断は危険です。最終診断は眼科医にまかせるべきでしょう。



退会会員

3月31日付

B会員

光市立光総合病院

外科 藤井 雅和

泌尿器科 有川 誠

麻酔科 武光美香子

入会会員

1月1日付

B会員

梅田病院

産婦人科 月岡 美喜



月岡 美喜

みなさん初めまして、というとウソになります。約10年ぶり、お久しぶりです。長く愛媛にいましたが、縁あって梅田病院にやっけてまいりました。

趣味は水泳とスポーツ観戦（特に格闘技系：お相撲、プロレスなど）です。

しばらく泳いでいなかったもので、泳げるか、さらには水着が入るか心配ですが、目

標はマスターズ水泳大会に出場することです。

皆さんのお役に立てるように精進してまいります。よろしくお願ひします。

理事会報告

平成28年2月光市医師会定例理事会

日時 平成28年2月9日(火) 午後7時30分より午後8時45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

議題

I 報告事項

- 1 平成27年度第3回地域医療計画委員会及び地域医療構想関係者会議
(12/24 山口) (平岡会長)
- 2 平成27年度第1回周南救急医療対策協議会 (1/21 周南) (平岡会長)
周南地域救急医療体制輪番制度の定義(案)
夜間、休日の傷病者については、重症度、緊急性の高い事案、専門性
特殊性のある事案は医療機関リストにもとづき選定される。これに
該当しない事案は原則として当番の病院が優先的に対応を行う。
(かかりつけがある場合はそちらを優先することもある)
- 3 AED普及促進協議会、郡市救急医療担当理事合同会議(1/28) (多田理事)
 - ①平成27年度の現状及び取り組みの報告
 - ②AED資器材の貸出状況について
 - ③除細動器及びAEDの設置状況調査(結果報告)
 - ④ドクターヘリの出動実績及び広域連携について
 - ⑤JMATやまぐちの登録状況について
- 4 郡市地域包括ケア担当理事会議(2/4) (藤田理事)
- 5 平成27年度周南地域、職域連携推進協議会(2/4) (守友理事)
 - ①地域保健と職域保健の連携について
 - ②平成27年度の取り組みについて
 - ③各機関における他機関との連携について
 - ④市の健康づくり計画等について
 - ⑤地域職域が連携した次年度の取り組みについて
- 6 平成27年度光市いじめ問題調査委員会(2/4 光市教育委員会) (広田理事)

以上を報告した

II 協議、承認事項

- 1 今後の予定

- 2 平成 28 年度 光市関連事業について
- 3 入会会員 月岡美喜先生（梅田病院）
- 4 平成 27 年度男女共同参画部会総会、特別講演会について

以上を協議・承認した

平成 28 年 3 月光市医師会定例理事会

日時 平成 28 年 3 月 8 日（火）午後 7 時 30 分より午後 9 時 35 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 郡市医師会長会議（2/18） （平岡会長）
 - ① 都道府県医師会長協議会について
 - ② 一般社団法人山口県医師会会費賦課徴収規定の一部改訂について
 - ③ 医療事故調査制度について
 - ④ 地域医療構想について
 - ⑤ 郡市医師会からの意見、要望
- 2 郡市医師会医療廃棄物担当理事協議会（3/3） （守友理事）

医療機関に退蔵する水銀血圧計等の回収事業について
本年度医療機関に退蔵されている水銀血圧計、水銀体温計、詰め替え用水銀の回収事業が行われる予定。
現在使用中の水銀血圧計の破棄を求めるものではないが、今回の事業に参加すると医療機関が個別に破棄されるより廃棄費用が抑えられる。
- 3 4 月からの学校健診について （広田理事）
 - ① 平成 28 年度からの児童生徒の健康診断「栄養状態」に係る成長曲線及び肥満度曲線の活用について
 - ② 平成 28 年度からの児童生徒の健康診断「脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無並びに四肢の状態」の実施について
 - ③ 平成 28 年度からの児童生徒の健康診断に係る「健康診断票」及び「運動器検診保健調査票」の様式について
 - ④ 四肢の状態の二次検診（精密検査）にご協力いただける整形外科医名簿について

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主催市民公開講座
タイムテーブル、役割分担確認
- 2 平成28年度事業計画
- 3 平成28年度予算
- 4 労働保険事務組合事務処理規約改正について
- 5 今後の日程

以上を協議・承認した



月例会報告

平成 28 年 1 月 26 日 (火)

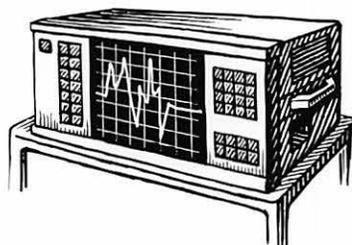
1. 山口県医師会主催『市民公開講座』
「共に考える光市の救急医療一周南医療圏のなかで」
3月20日(日)午後1時から3時
光市民ホール・小ホールにおいて
2. 「不登校の理解と対応～保護者への支援について考える～」
講演会 2月5日(金)午後7時・光商工会館
3. 平成27年度地域ケア全体会議
「光市地域包括ケアシステム構築に向けた医療と介護の多職種連携研修会」
2月4日(木)午後4時全体会議、午後6時茶話会

平成 28 年 2 月 23 日 (火)

1. 山口県医師会勤務医部会市民公開講座 3月20日13時～
役割分担について
2. 光市医師会・光市立病院合同症例検討会について
3月1日19時～
3. 光市医師会役員選挙について 4月5日 19時～

平成 28 年 3 月 22 日 (火)

1. 平成28年度光市保健事業について (光市健康増進課)
2. 山口県医師会勤務医部会市民公開講座のお礼
3. 今後の予定について



1 月休日診療所当番医報告

1 月		内科系	外科系	
	1 (金)	34	9	43
2 (土)	40	12	52	
3 (日)	41	10	51	
10(日)	25	12	37	
11(月)	22	2	24	
17(日)	21	3	24	
24(日)	37	11	48	
31(日)	28	22	50	
計	248	81	329	

2 月休日診療所当番医報告

2 月		内科系	外科系	
	7 (日)	45	5	50
11(木)	64	5	69	
14(日)	48	33	81	
21(日)	51	9	60	
28(日)	40	1	41	
計	248	53	301	

3 月休日診療所当番医報告

3 月		内科系	外科系	
	6 (日)	21	21	42
13(日)	29	4	33	
20(日)	26	10	36	
21(月)	45	4	49	
27(日)	22	2	24	
計	143	41	184	



☆ これからの行事予定 ☆

4 月	5 日 (火)	臨時総会
	12 日 (火)	理事会
	26 日 (火)	月例会
5 月	10 日 (火)	理事会
	24 日 (火)	月例会
	26 日 (木)	定時総会
6 月	14 日 (火)	理事会
	28 日 (火)	月例会

緑友会ゴルフコンペ成績

平成28年3月6日
周南カントリークラブ

順位	名 前	OUT	IN	GR	HDCP	NET
優勝	國近 豊	46	43	89	8	81
準優勝	小田 一博	56	50	106	20	86
3	前田 昇一	47	51	98	10	88
4	守田 忠正	47	46	93	4	89
5	赤崎 信正	51	50	101	9	92
6	南 典文	54	52	106	14	92
7	光武 達夫	48	55	103	10	93
8	横山 宏	43	52	95	2	93
9	森本 博士	45	44	89	-4	93
10	平田万三志	48	52	100	6	94
11	藤村 朴	57	56	113	10	103

DC ⑧⑮守田

NP ②光武 ⑥國近 ⑬小田

ドラ短 前田 横山



編集後記

「春の色は？」と問われると、皆さんはどんな色を思い浮かべますか？ 緑、黄色、それともピンク？ 北海道在住の私の友人は、「まず黒かなあ。雪が溶けて地面が出て、それから春が始まる。」と言っておりました。所変われば・・・ですね。

今回の表紙は島田川河畔の菜の花です。「菜」という字は食用を表すので文字通り食用の花。菜の花は見て美しい、食べても美味しい、代表的な春の花のひとつでしょう。

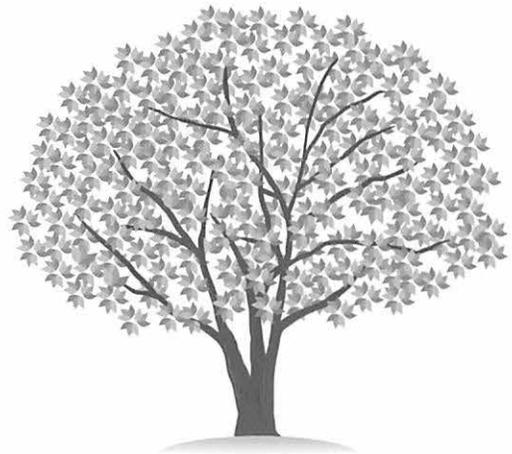
「菜の花」はアブラナ科アブラナ属の花を指します。古くから食用だったらしく、弥生時代の遺跡からも種が出土しています。古事記には天皇の歌の中に菘菜（あおな）として「山県に 蒔ける菘菜も吉備人と 共にし摘めば 楽しくもあるか」と紹介され、万葉集には茎立（くくたち）として「上野（かみつけの） 佐野の茎立折りはやし あれは待たむ糸今年来ずとも」と記載があります。江戸時代の俳人・与謝蕪村は「菜の花や月は東に日は西に」と有名な句を詠んでいます。

春は別れと出会いの季節。私たちはあと何回、菜の花を見ることができるようですね。

足元には色とりどりの大小の花々が咲き誇っています。図鑑を片手にお散歩などいかがでしょう。

（広田 修）

- | | |
|---------|-----------------|
| おすすめの図鑑 | スキマの植物図鑑（中公新書） |
| | スキマの植物の世界（中公新書） |
| | 校庭の雑草図鑑（南方新社） |



発行所 光市医師会
TEL (0833) 72-2234
発行日 平成 28 年 5 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