

光市医師会報

No.433

(平成28年 秋号)



黄色いヒガンバナ？ 光市光井

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.433 (平成28年秋号)

1	巻頭言	1
2	認知症講演会	3
3	合同症例検討会	10
4	学術講演会	
	第4回	16
	第5回	20
	第6回	24
	第7回	27
5	納涼会	32
6	新入会員 挨拶	35
7	理事会報告	36
8	月例会報告	41
9	28年度会務分担表	42
10	7～9月休日診療所当番医	43
11	行事予定	43
12	ゴルフ結果	44
13	編集後記	45

地域医療介護連携情報システムについて



光市医師会長 竹中博昭

地域のかかりつけ医が紹介先の中核病院の電子カルテや検査データなどの患者情報をオンラインで閲覧できる地域医療介護連携情報システムが、県内の8つの保健医療圏のうち4医療圏で2012年から2014年にかけて導入されました。長門：医療ネット長門、下関：騎兵隊ネット、宇部・小野田：さんさんネット、岩国：いつつばしネットが既に運営されています。周南、柳井、萩、山口・防府の各医療圏ではまだ導入されていません。周南医療圏（光市、周南市、下松市）ではシステムを導入するか否かについて三市医師会、基幹病院、周南健康福祉センターで2016年から話し合いが始まったところです。

このシステムはかかりつけ医が紹介先の患者情報（電子カルテ、検査画像データ）を閲覧するだけのものではなく、将来的には連携情報（紹介状、診察・検査予約、地域連携パス）のやり取りや、訪問看護師や介護関係者もシステムを利用できるようにして地域包括ケアの一助となることを目指しているようです。国は平成27年6月に「日本再興戦略」改訂2015を打ち出し平成30年までに全ての二次医療圏が地域の事情に応じて医療情報ネットワークを活用できる基盤を整備する、そのために地域

医療介護総合確保基金を使ってネットワーク構築費用を支援する、としています。これに呼応したが如く、平成28年度の診療報酬改定において保険医療機関間で画像情報や検査結果等を電子的に提供、活用することの評価として、検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料が新設されましたが、施設基準の一つにネットワークが構築されていることということが含まれています。様々な分野で国はIT化を進めており、医療面でもレセプト請求電子化が一気に進められた経緯と同じで、好むと好まざるに関わらず将来的には地域医療介護連携情報システムに組み込まれていくのかもしれない。

ここまでの話では迅速にシステムを構築すべしと思われる会員の方が多いと思われるかもしれませんがいろいろな問題点もあります。まず費用の面です。最初のシステムの導入には1億2千万から1億5千万円の巨額の費用が必要ですが、これは前述したように国から山口県に予算がついていて、県が負担することになっています。しかし、導入後の維持費（年間300万円～1000万円）は参加施設、つまり中核病院や各医師会で負担しなければなりません。システムにアクセスするためのプロバイダーとの契約やパソコンの購入も各施設の自己負担となります。また7-8年経てば大幅なシステムの更新が必要となると思われますが、その費用を誰が負担するかは決まっていません。費用以外の問題点としては個人情報の漏洩を完全に予防できるのか、看護師、介護関係者までネットワークを広げたときに各職種にどこまで情報公開をするのか基準が無いなどが挙げられます。また、このネットワークは各医療圏単位で運営されるため他の医療圏の中核病院にはアクセスできません。

つまり宇部市の大学病院や岩国市の岩国医療センターなどに紹介した患者様の情報をネットワークから得ることはできません。

現在システムが稼働中の医療圏の先生方から情報を得て、直近および将来的なメリット、デメリットをじっくり勘案する必要があります。この件に関し何かご意見があればお気軽に医師会事務局までご連絡いただければと思います。



認知症講演会

日時 2016年7月21日(木)

18:50～20:00

会場 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
治療剤「アリセプト」エーザイ株式会社

講演「レビー小体型認知症～早期診断と包
括的治療～」

座長 光中央病院 院長 丸岩 昌文 先生



講師 大阪大学大学院医学系研究科
精神医学教室 数井 裕光 先生



本日はまず認知症の総論についてお話した後、レビー小体型認知症(Dementia with Lewy Body:DLB)を中心にお話したいと思います。

“認知症”という言葉は、場面とか使う人

によって微妙にその使い方、意味が変わることがあります。例えば「血管性認知症」は疾患の名前です。“認知症”という言葉だけの場合は疾患名ではなく状態を示す言葉です。認知症の定義を示します(図1)。この定義のキーワードの一つ目は、「20歳頃までに獲得した認知機能」です。これは発達障害とは違いますよ、という意味合いです。人と協調しながら社会の中で機能していくところまでを認知機能(社会認知)と考えますと、20歳くらいになって初めてその機能を獲得します。もし20歳までに何らかの障害を抱えて正常な社会認知が得られなかった場合には、認知症とは言えません。二つ目は、「脳の中の神経細胞の破壊」です。破壊があって、初めて認知症という言葉を使います。うつ病や統合失調症でも認知機能の低下は起こりますが、同疾患は神経伝達物質の異常と考えられており、神経細胞の破壊が全ての方に起こっているわけではないので“認知症”ではありません。三つ目は、日常生活が自立して送れないレベルまで低下した状態になった時に、“認知症”という言葉を使います。認知症の状態を、物忘れなどの認識機能障害、最近ではBPSDと呼ばれる精神行動障害、運動、感覚等の障害が起こる神経学的異常の3つの状態から整理して考える様にしています。

認知症を起こす病気にはいろいろありますが、頻度からは4大認知症と言われるアルツハイマー病(Alzheimer's Disease:AD)、血管性認知症(Vascular dementia:VaD)、DLB、前頭側頭葉変性症(FrontoTemporal Lobar Degeneration:FTLD)が大部分で、さらに私は治る認知症として水頭症も重要だと考えていますので、これを合わせて5つの疾患をしっかりと学ぶよう、学生には指導しています。全体の割合からは67%が

AD、あとは図のような割合です。(図2)。これが65歳未満での発症のデータを見ますと順番が入れ替わり、40%がVaD、2番目がAD、3番目にFTLDとなります。重要なことは、若年性の場合“その他”が28%を占めることです。この中にはアルコール性のもの、脳腫瘍によるもの、頭部外傷によるものなどが含まれます。脳の中には役割分担があり、DLBでは頭頂葉、後頭葉、側頭葉が重要です。先ほど認知症は脳の損傷が存在するとお話ししましたが、疾患によって損傷部位が異なり、症状、対処法、治療も異なります(図3)。

認知症とは、

- ・ 20歳頃までに獲得した様々な認知機能が、
 - 脳の中の神経細胞の破壊のために、
 - 日常生活を自立して送れないくらいまで低下した状態のこと。
- ・ おこりうる障害は3つに整理される。
 - 認知機能障害:
 - ・ 物忘れ、言葉が使えない、位置関係を把握することができない、...
 - 精神行動障害
 - ・ 不安、抑うつ、妄想、幻覚、...
 - 神経学的異常:
 - ・ 運動障害、感覚障害、...

図1

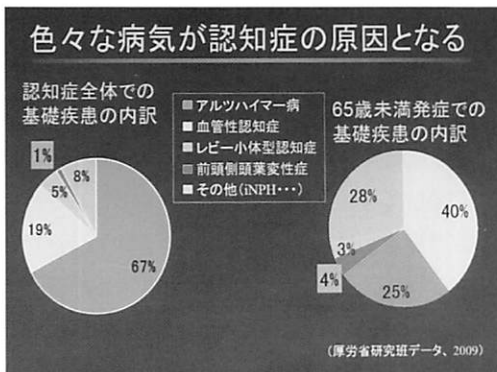


図2

皆さんはいろんな認知症を診療されると思いますが、まずADを初期から進行期に渡って症候、特徴、画像、治療を徹底的に学ぶ事が大事です。その他の疾患はADとどこが異なるかを覚えていただくと理解が

認知症患者さんの症状を理解し、対応を検討するために知っておくべきこと

- ・ 認知症患者さんの様々な症状は、脳の損傷のためにおこっている。
- ・ 認知症を引き起こす疾患には色々なものがあり、疾患によって、脳の損傷部位が異なる。
 - 従って、疾患が異なれば症状が異なる。
 - そして治療法、対応法も異なる。
- ・ 同じ疾患であれば、症状は共通している。
 - 治療法、対応法も類似している。
- ・ 診断(脳の損傷領域)に基づいて治療法、対応法を選択することが重要。

図3

アルツハイマー病

- ・ 物忘れが最初の症状で、徐々に悪化していく。
 - 物の置き忘れ。
 - 同じことを何度も言う。
 - ・ 軽度認知障害:物忘れはあるが、日常生活は自立して行える状態。
- ・ 時間や場所がわからなくなる。
- ・ 言葉の理解が不完全になる。
- ・ 日常的な物品をうまく使えなくなる。
- ・ 道に迷うようになる。
- ・ 神経学的異常所見は末期まで認めない。

図4

しやすいと思います。本日はADとDLBとどこが異なるかをお話しようと考えていますので、まずADのお話をいたします。

ADは物忘れが最初の症状で、軽度認知障害(MCI)と呼ばれる、物忘れはありますが、日常生活は自立して行える状態を間にはさむことが典型的な進行です(図4)。そして年余に渡って日常生活に支障を来してきます。末期まで神経学的異常所見が現れないことは重要です。歩行障害などがあれば、AD以外の疾患を考えるべきです。記憶のセンターである海馬が障害を受ける疾患で最大頻度なのがADです。画像診断では側脳室下角の拡大、屹立した海馬などの所見が特徴です(図5)。ADと老年期うつ病はしばしば鑑別が重要となることがあります。うつ病では物忘れは自覚できるため、深刻さが目立ちます。妄想もADの“もの取ら

れ妄想”に対して“心気的な妄想”が出現し、画像診断は一般に正常、そして抗うつ薬が有効です（図6）。

DLBの患者さんは幻覚が見えたり、見たものの位置関係が悪くなるとか、見たものが分かっていないとか視覚の症状が出てきます。視覚情報は後頭葉に到達し、さらに“どこにある？”という位置情報は上側の頭頂葉へ、“なにである？、どんなものである？”という形態の認識情報は下側の側頭葉へと異なる経路で処理されていきます（図7）。上側の障害を視空間性認知障害、下側の障害を視覚性認知障害と呼び、合わせて高次視知覚機能障害と称します（図8）。視空間性認知障害の患者さんでは図形の模写ができなくなります。初期の診断には3次元の立方体の模写が適しており、進行すると2次元のダブルペンタゴンの模写もできなくなります。

うつ病(性仮性認知症)とアルツハイマー病の鑑別

鑑別ポイント	うつ病(性仮性認知症)	アルツハイマー病
物忘れの自覚	ある	少ない
物忘れに対する深刻さ	ある	少ない
物忘れに対する姿勢	誇張的	取り繕いの
気分の落ち込み	ある	少ない
典型的な妄想	心気妄想 (ボケてしまっただめだ)	物忘れ妄想 (しまっておいた物が盗まれた)
脳画像所見	正常	異常
抗うつ薬治療	有効	無効

監修: 順天堂大学医学部精神医学講座 新井 平伊 先生

図6

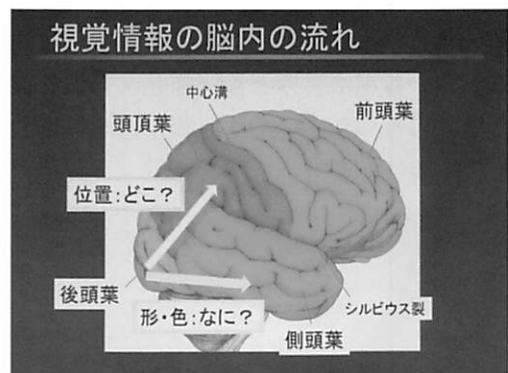


図7

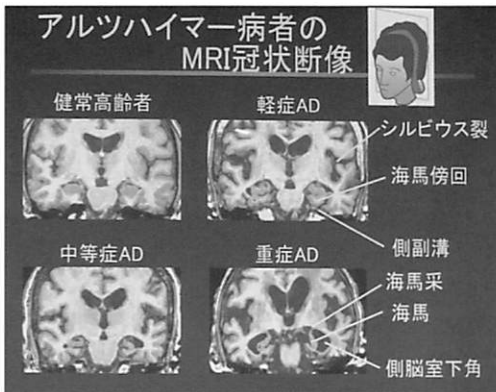


図5

ADと視覚認知のお話をしたところで、本日の本題である、DLBの話題に移ります。DLBには3つの特徴があります。一つ目は認知機能の変動です。これは怒りっぽいなどの感情の変動ではありません。今がいつ、ここはどこ、が分かっていたのに夕方には分からなくなるといった見当識の変動、ご家族などと意思疎通ができたりできなかつ

高次視知覚機能障害

- 視空間性認知障害
 - 見た物の空間的位置が認知できない。
 - 対象の置かれた場所、空間、位置の認知障害。
 - 相対的空間的關係が認知できない。
- 視覚性認知障害
 - 物を見ても何であるかわからない。
 - 対象の認知障害。

図8

たりといった疎通性の変動などがあり、問診の際に重要な項目となります。例えば、「昔のようないつも通りの時と、全く分からなくなるようなことがありますか？」の様な問診をしますと、「そうです！」などと返ってきます。二つ目は幻が見えること、そして三つ目は小刻み歩行や仮面様顔貌などの

パーキンソニズムの出現です。この3徴が揃わない場合には、ADをまず考えます。ご家族には、「DLBを思わせる症状がありますが症状が揃っていないので、今の段階ではADという診断になります」という様な説明をします。その他に図9の様な症状が出現し、頻度では図10の様になります。認知機能の変動、幻視の頻度は高く、またパーキンソニズムでは固縮と寡動が多いのが特徴で、振戦が少ないのがパーキンソン病とは大きく異なるところです。うつ症状は比較的多く、大うつ病というよりは、心気的な訴え、昔風に言うと神経症と言われる様な訴えのうつが多いです。繰り返す転倒も結構出現します。

レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy Bodies : DLB)

- ADと症状、経過とに類似点もあるが、下記の3徴を伴う。
 - 認知機能の変動(せん妄):見当識、疎通性、理解力が変動。
 - 幻視(人、子供が見える、虫が見える・・・)
 - ・ 幻視のみが明らかな時期もありうる。
 - ・ 錯視も高頻度に認める。幻視と区別困難なときあり。
 - パーキンソニズム(小刻み歩行、仮面様顔貌・・・)
- 誤認妄想:自分の家ではない、会社だ。偽物の妻がいるなど。
- 実態意識性:誰かがいる気配がする。
- 夜間せん妄が高頻度に出現。
- 失神、抗精神病薬の副作用が出やすい。
 - 抗精神病薬の投薬は慎重に、少量から
- ADよりも事故が起こりやすい疾患!
- 3徴などの症状がそろわない場合はADと診断される。

図 9

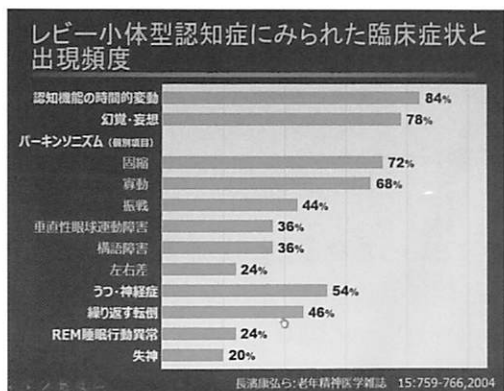


図 10

幻視は圧倒的にヒトに関するものが多いです(図11)。DLBの症状の出現時期を示した重要な図です(図12)。便秘やREM睡眠行動異常などは記憶障害よりかなり前から出現しており、幻視やパーキンソニズムの出現は記憶障害と共に、あるいは少し遅れて出現してくるので、専門家の間では前駆症状の段階でDLBを疑うことが認知されてきています。幻視、妄想はADでは症状が進行するに連れて出現してきますが、DLBでは早期から出現します。DLBとADではいずれも海馬の収縮を来しますが、海馬の体積を比較すると、DLBの方がADより体積が大きく収縮が少ないことが示されており、このためADより記憶障害の程度が軽いことがわかっています(図13)。現在のDLBの診断基準を示します(図14)。中心的症状が必須で、中核的特徴、示唆的特徴から診断します。DLBは抗精神病薬に過敏性があるため少量から投与することが必要ですが、症状を起こさないために慎重に配慮して使うと診断基準としては使えなくなることがあります。

DLB患者の幻視の内容

動物に関するもの	ネズミが壁を這いまわっている 蛇が天井に張りついている ご飯の上に虫がのっている
人に関するもの	知らない人が産敷に座っている おばあさんがこちらを見て立っている 子供たちがベッドの上で遊んでいる 兵隊がソロソロやって来る 〇〇さん(知人、家族、他界した人など)が遊びに来ている 誰かがベッドで寝ている 窓から男の人が入ってくる
環境に関するもの	大きな川が流れている 床が濡れている。水たまりができていく きれいな花が咲いている 物が吸い込まれていく

小瀬正司+羽田野政志:レビー小体型認知症の分類がわかるガイドブック、メディカ出版、p24-25より改変

図 11

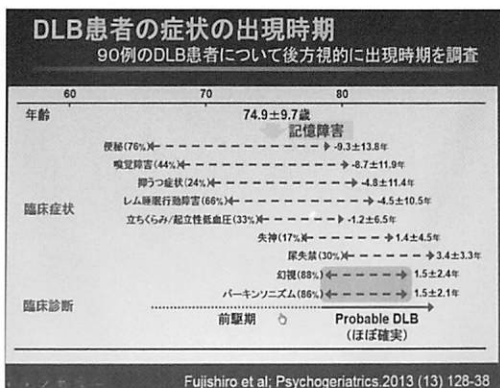


図 12

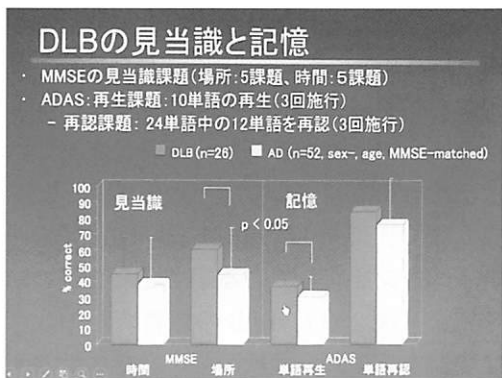


図 13

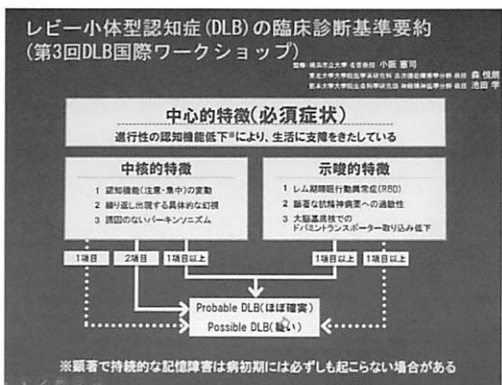


図 14

幻視のことを詳しくお話しします。DLBの幻視は視覚を処理する後頭葉の機能異常と関係していることが分かっています。DLBではSPECT、PETで同部位の機能低下像を呈し、さらにブロードマン18野付近の機能低下を示した研究もあります。少しDLBと切り離したお話ですが、幻視の出現を理解するのにシャルルボネ症候群

という疾患があります(図15、参考記事: <http://ur2.link/yrfB>)。視覚障害を伴った高齢者に幻視が現れる疾患です。この病態の説明として、開放性幻視、という考え方があります。私たちは常に外界から様々な情報、例えば視覚であれば目から情報を得ています。外からの情報がなくなると、脳は自発的に活動するようになります。シャルボネ症候群の患者さんに脳磁図を施行しますと、幻視が見えていた時だけブロードマン37野が過剰に活動していることが分かりました。この部分は、幻視が見える時に過剰に活動することが古くから分かっている場所です。開放性幻視の機序はこう考えられています。視覚認知のルートのスタートはブロードマン17野で、17野、18野、19野、37野と情報が送られるに従って、「これが何であるか？」がより精密に分析されていきます(図16)。シャルボネ症候群は視覚障害のため目から入る情報が無くなった結果、脳が自発的に活動して37野が過剰に活動し、幻視が起こります。ここから、目からの情報はきちんと入っていても、17~19野のどこかが機能しないと37野が過剰に活動して幻視が起こっても良いであろうという考え方が成り立ちます。先ほど述べたように、DLBでは18野の機能低下があることがわかっており、そこで視覚情報が滞ってしまったために37野が過剰に活動し、幻視が出る、という考えも成り立ちます。DLBの患者さんに塩酸ドネペジルを投与しますと幻視が改善することが知られています。SPECTでは塩酸ドネペジル内服後には18野の血流が改善することが示されており、同部位の機能が改善することで低次から高次への視覚情報の伝達が増加した結果、37野の過剰な自発的活動が抑制され幻視が改善し

たとえられました。塩酸ドネペジルは幻視に有効ですが全ての患者さんに効くわけではなく、また病気の進行に伴って効果が落ちることもあります。増量すると良い場合もありますが、10mgまでなので限度があります。そのような時は、図17のようなお話をするようにしています。DLBの記憶障害は軽いので、繰り返し話すと覚えてくれ、安心していただけます。不安感を軽減させると、他のいろいろな精神症状も軽減することはよく経験します。

Charles Bonnet Syndrome (CBS)

- ・失明後に鮮明な幻視を呈した祖父に関するCharles Bonnetの記述(1760)に始まる。
 - 視覚障害を伴う高齢者に起こる繰り返される複合性の幻視。
 - 幻視に対する病識がある。
 - せん妄・精神病・認知症はない。
- ・解放性幻視の機序で説明。
 - 外界からの刺激がなくなると、脳は自発的に活動し、幻視を感じる。

図 15

解放性幻視

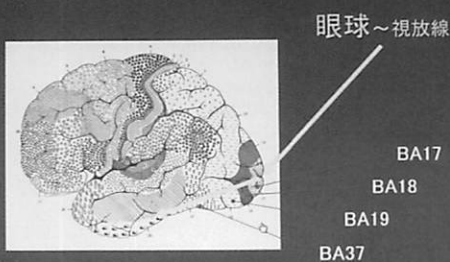


図 16

最後に、患者さん、ご家族に行うムンテラのお話をします。最初に患者さんが不安に思っている症状を確認します。診察室が幻視などの異常な体験を話しても良い場所であることを患者さんが理解できると、不安感は軽減します(図18)。認知機能の

DLB患者さんの幻視に対する治療

- ・アリセプトが有効で投与を考える。
- ・患者さんは幻視を幽霊だと思っている。
 - いつか自分に危害を加えてくるに違いない。
 - 安心を保証。
 - ・後頭葉機能低下、視覚認知障害が関連している幻視であることを検査結果などを示しつつ説明。
 - ・「患者さんには見えていると感じていると思いますが、実際には存在しないのです。だから危害を加えることはないのです」と。
 - ・「聞こえないでしょう。触ろうとすると消えてしまう。」
- ・記憶障害は軽いので診察の度に説明するとこの説明を覚えてくれ、試す→実感して安心。

図 17

低下についてもわかりやすい言葉で伝えます(図19)。また、レビー小体“病”と説明し、レビー小体型“認知症”という言葉を使うのは控える様にしています。これはまだ認知症レベルでは無い患者さんが少なくなく、また“認知症”という言葉に悪いイメージを有している患者さんも多いからです(図20)。DLBの患者さんの症状は変動するため、症状の強いときには説明は簡単にし、調子の良いときにしっかり説明すると良いでしょう。塩酸ドネペジルを投与すると症状が軽減することで医師—患者・家族間の信頼性が増すと考えます(図21)。また、規則正しい生活を確保し、生活をパターン化させることで不安の少ない生活を送って頂くために、デイサービス、デイケアの利用を進めています(図22)。

患者さんへのムンテラ(1)

- ・一連の検査を行った後のムンテラを想定
- ・その後の療養生活を平穩に過ごしてもらうために、このムンテラは非常に大切。
- ・患者さんが不安に思っている症状をあらためて確認。
 - 診察者が、患者さんの症状に興味を持っており、理解したいと思っていることを言葉や態度で伝える。
 - 患者さんが話すことで、不安感を軽減させる。
 - ・異常な体験を話しても良い場を提供する。

図 18

患者さんへのムンテラ(2)

- 次に、患者さんに起こっていることを説明する。
- 認知機能の低下
 - 頭で一度に処理できる情報の量が、以前より減っているようです。
 - 色々な情報を分析したり理解したりするスピードが少し遅くなっているようです。
 - 見た物がどんな形か、何であるか、少しわかりにくくなっている可能性があります。
 - 以前より物を覚えにくくなっているようです。

図 19

患者さんへのムンテラ(3)

- 病名は、レビー小体病と説明。
 - レビー小体型認知症の使用は控えている。
 - ・まだ認知症レベルでない患者さんが多いから。
 - ・認知症という言葉に悪いイメージを有している患者さんがいるから。
- 病気であること、実は頻度が多い疾患であること。
- 薬による継続的な治療が必要なこと。
- 今後、継続的に診療することを伝えることが重要。
- 昼間に人と交流することも重要だと説明。

図 20

DLB患者さんに ムンテラが成立する理由

- 患者さんは自分に生じている異常を理解したいと思っている。
- 記憶障害が比較的軽い場合、説明を覚えてくれる。
- 認知機能は変動するが、比較的クリアな時には疎通性、理解は保たれている。
 - 認知機能低下が強いときの説明は簡単にし、調子の良いときに詳しく行う。
- アリセプトの投与は、認知機能の変動、認知機能障害、精神症状を軽減させ、ムンテラを促進。
 - 症状を改善させられると、医師-患者-家族間の信頼性が増す。

図 21

患者さんに、 デイサービス・デイケアの利用を勧める

- 患者さん本人に必要性を説明する。
 - 規則正しい生活(睡眠・覚醒)リズムの確保。
 - 社会との接点を持ち続ける。
 - ・家族以外の人と接する機会の確保。
- 生活をパターン化することにより、不安の少ない、失敗の確率の低い生活を送っていただく。
- 介護支援・相談を身近なものとしておく。
- すぐに通い始めてくれない患者さんには、診療者の考えは変わることなく、通って欲しいと思いつけていることを伝え続ける。

図 22

ここで私たちが最近始めた試みをご紹介します。“認知症ちえのわnet”というサイトを立ち上げました (<http://orange.ist.osaka-u.ac.jp>) これは認知症患者さんのBPSDに対して行った対応法を入力し、それがうまく行ったか否かまで含めて入力して共有し、その種類、対応法を集計して奏効確率を計算して公開するプロジェクトです(図23、24)。多数投稿していただき、現場の知恵と専門家の知識を合わせて認知症の理解とケアをより深めることを目的としていますので、ぜひご参加ください。

「認知症ちえのわnet」はどんなサイト？

- 介護専門家、医療者、家族介護者、その他の方が、
 - 認知症の方のBPSDに対して行った対応法を、
 - その対応法がうまくいったか否かという情報とともに、このサイトに入力していただく。
- このような情報(ケア体験と呼ぶ)を広く収集する。
- BPSDの種類、対応法ごとに集計し、奏効確率を計算して公開。
 - 奏効確率が高い対応法: Good Practice (GP)
 - 奏効確率が低い、あるいは悪化させる確率が高い対応法: Bad Practice (BP) も公開。

図 23

The screenshot shows a web interface for '認知症ちえのわnet'. It features a table for recording management methods. The table has columns for '起きたこと' (What happened), '対応方法' (Response method), '合計件数' (Total number of cases), and '奏効確率' (Efficacy rate). Below the table, there are buttons for '入力' (Input) and '印刷' (Print). The interface is in Japanese and includes navigation links like 'ケア体験の投稿' and 'ケア体験の一覧'.

図 24

第22回光市医師会・光市立病院 合同症例検討会

日時 平成28年9月2日(火) 19:00~

会場 光市立光総合病院

(1) 診断までに時間を要した

慢性下痢の一例

光市立光総合病院 消化器内科

岩本早耶香

症例は平成26年1月紹介受診の80歳の女性。主訴、現病歴とCT所見を示す(図1)。後日施行した上部消化管内視鏡で逆流性食道炎、出血性および萎縮性胃炎と診断しランソプラゾール 15mg 1錠を開始、症状は消失した。4月になり下痢を主訴に受診、下剤中止後も症状は続いた(図2)。血液検査異常なく、画像診断でも特異的所見は認めなかった。止痢剤、消化剤など、各種内服で改善がみられなかったため経過を見直したところ、今回の下痢はランソプラゾール投与後に始まっていることに気づき、PPIによるCollagenous colitisを想起した。同疾患は種々の原因が考えられているが、本邦では薬剤性では53~83%が同薬剤によるものである(図3)。症状は慢性持続性の水様性下痢で、特異的な検査結果や症状は無く、薬剤性の場合、原因薬剤の中止で症状は改善する(図4)。本症例のまとめを示す(図5、6)

症例

症例:80歳代女性

現病歴:2014年1月に胃部不快感、胸焼けに対しかかりつけ医でH2ブロッカー処方されるも、症状続くため、上部消化管内視鏡検査目的で当院紹介となった。

CT:膵体部に膵管内乳頭状粘液産生腫瘍(IPMN)を認めた。数年前に当院で施行されていたCTと比較。IPMNのサイズや形態は特にかわりなし

→後日、上部消化管内視鏡検査とIPMNの精査目的でMRCPを施行。

図1

初診より3ヶ月後 2014年4月

2日前より下痢があるため受診

✓ 家人に同様の症状なし。腹痛や嘔吐などの症状なし

✓ 下剤を内服されていた。

→ 下剤内服を中止。経過観察とした。

1週間後排便が続くため再診

✓ 2012年に当院で大腸内視鏡検査既往あり、異常なしてあった

✓ 3ヶ月前のCTや上部消化管内視鏡検査も異常なし

図2

Collagenous Colitis 文献より

- 慢性の水溶性下痢と大腸粘膜直下の膠原線維帯の肥厚を特徴とする
- 50歳以降の女性に好発する(男女比 1:7)
- 10万人に数人

• 病因

- ① 遺伝的素因(甲状腺疾患やリウマチとの合併が報告)
- ② 腸管内因子(感染症との合併の報告例があり、胆汁酸の吸収不全?)
- ③ 薬剤(NSAIDsやPPI。特にランソプラゾール内服率は本邦では53-83%)

• 臨床症状 検査所見

- 慢性持続性の水溶性下痢(腹痛、体重減少を伴うこともある)
 - CRP上昇を伴うこともある
- しかし、特異的な検査結果や特異的な症状などはない。

図3

Collagenous Colitis 文献より

• 内視鏡所見

- 正常、発赤、浮腫、毛細血管の増生などの軽微な所見
 - 近年はmucosal tearといわれる縦走潰瘍を呈した症例の報告(本邦では25-46%の陽性率)
 - 粘膜固有層の単球を主体とした炎症細胞浸潤や膠原線維帯が特徴
- 偽陰性が多く複数箇所での生検が望ましい



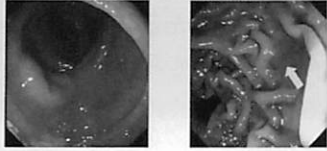
• 治療

原因薬剤があれば原因薬剤の中止のみで軽快することが多い
ステロイドやコレステラミンが有用との報告あり。

図4

本症例では

- 慢性の水溶性下痢を認めるも、感染性腸炎などその他の原因疾患が除外
- 50歳以降の女性(80歳代)
- 病因 ランソプラゾール内服
- 内視鏡所見
 - 正常、発赤、浮腫、毛細血管の増生などの軽微な所見
 - よくすべての写真を見直してみると、縦走傾向のあるひらん？



・治療 ランソプラゾール中止すると、すみやかに下痢は改善した。

図 5

結語

今回われわれはランソプラゾール内服によるCollagenous Colitisが原因となった、慢性に持続する水様下痢症を軽快した。症状発現による受診から診断までに3週間を要した。

確定診断には組織検査結果が必要であるが、組織学的に特異的所見を持たない場合も多く、慢性水様下痢症例ではCollagenous Colitisを念頭に原因となる薬剤を中止してみる事が重要であると考え

Collagenous Colitis
 忘れた頃に遭遇する疾患
 一度思い出すと、しばらく忘れない。

図 6

(2) パラインフルエンザ 3 型の抗体価の上昇を伴い、ステロイドが奏効したリンパ球減少症を認める後期高齢者の肺炎の一例

光市立大和総合病院 内科

松尾 清弘

症例は90歳の女性。感冒症状がある家族と接触後、発熱、咳嗽が出現し外来治療していた(図7)が、症状悪化し第12病日に肺炎像を認めたため入院とした。両側肺野で吸気中期から終期に肺雑音を聴取、WBC 15680/μl、リンパ球3.0%(470/μl)、CRP 22.45mg/dl、インフルエンザ抗原(―)、尿中レジオネラ抗原(―)、X線で右肺野に著明な浸潤影を認めた。各種ウイルス抗体価検査ではパラインフルエンザ3型の上昇を認め、25病日のペア血清では4倍と有

意な上昇を認めた(図8)。当初は非定型肺炎としてクラリスロマイシンのみで経過を見た。CRPは低下したが、臨床症状および胸部X線像が急速に悪化したことより第15病日からステロイドを開始した(図9)。その後症状は順調に軽快し、胸部X線も瘢痕を残すことなく改善した(図10)。75歳以降のリンパ球数の推移を示す(図11)。87歳頃からリンパ球数が1000を割り、リンパ球減少症を呈していたが、易感染性は認めていない。肺炎治癒後にリンパ球減少の免疫学的検査を施行したが、明らかな異常は認めなかった(図12)。

90歳、女性

【主訴】発熱、咳嗽
 【既往歴】特記事項なし
 【家族歴】特記事項なし
 【生活習慣】喫煙歴なし、機会飲酒少量、ペット飼育歴なし
 【現病歴】高血圧症で外来通院中、8月初めに5歳の孫が感冒に罹患後家族内で感冒が発症、その家族に接触4日後38℃の発熱、咳嗽が生じ外来で経過観察していた。症状が悪化し第12病日に胸部エックス線で浸潤影を認め入院。喫煙や循環風呂、温泉への暴露はなし、最近の渡航歴なし

図 7

感染症関連検査

	day 12	day 25
influenza A (H)		
AH1N1 (H)	×10	×20
AH2N2 (H)	×160	×80
influenza B (H)	×20	×10
Parainfluenza 1 (H)	×<10	×<10
Parainfluenza 2 (H)	×10	×10
Parainfluenza 3 (H)	×320	×1280
Adenovirus (CF)	×<4	×<4
RS virus (CF)	×<4	×<4
Mycoplasma pneumoniae (PA)	×<40	×<40
C. psittaci (CF)	×<4	×<4
C. pneumoniae IgA (EIA)	10	10
C. pneumoniae IgG (EIA)	134	119
CMV-IgM (EIA)	0.54	0.56
CMV-IgG (EIA)	19.6	8.4

図 8

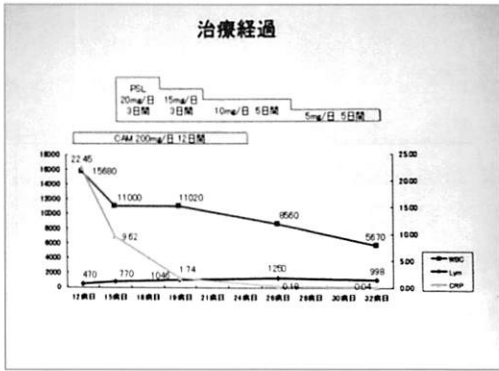


図 9

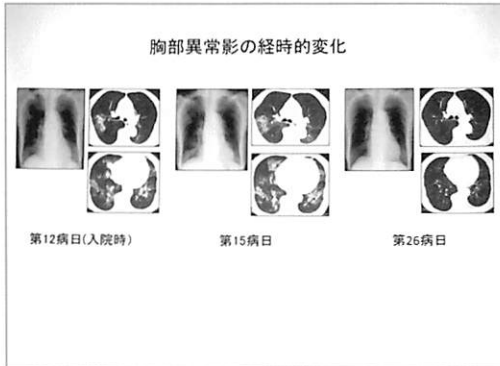


図 10

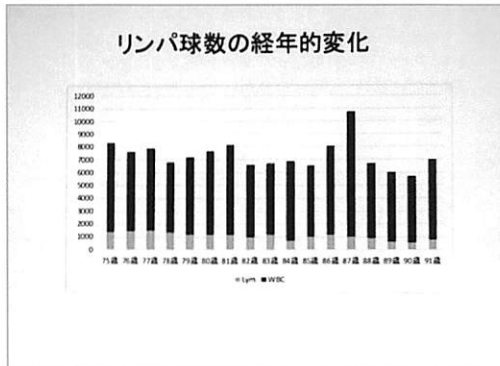


図 11

肺炎治療4か月後の免疫機能検査とリンパ球減少の原因検査

WBC	6130 /μl	IgG	754 mg/dl
Neutrophil	75.1%	IgA	184 mg/dl
Eosinophil	3.3%	IgM	229 mg/dl
Basophil	0.5%	IgE	76.7 IU/ml
Lymphocyte	13.4% (821 /μl)	IgQサブクラス分画	正常
Mancyte	7.7%	IgG1	40.8%
リンパ球分画		IgG2	23.3%
T細胞	90%	IgG3	18.9%
B細胞	5%	IgG4	8.3%
CD4	52.6%	CD19	96.7%
CD8	24.7%	CD20	6.3%
CD4/CD8	2.11	免疫電気泳動検査異常蛋白(-)	
CD40 ligand 発現	正常	HIV Ag/Ab	(-)
PHA ConAによる幼若化反応	正常	HTLV-1	(-)
		Zn	74 μg/dl

図 12

(3) 最近驚いた2症例

平岡医院 平岡 博、平岡いづみ

症例 1

47歳男性、平成28年1月にイヌの散歩中にダッシュして右足を痛めた。整形外科で加療されるも改善なく、整体や鍼も効果なし。半年経過した時点で発赤、浮腫が出現したため当院を受診した。痛みのため踵歩行状態で、右足関節より末梢全体に可動制限を伴う発赤腫脹を認めた。血液検査では有意な異常はなかったが、X線で痛み部位の骨吸収像を認め(図13)、骨シンチでは右足関節中心にびまん性の取り込みを認めた。以上より腫瘍疾患は考えにくく、反射性交感神経ジストロフィー(Reflex Sympathetic Dystrophy: RSD)と診断した。RSDは複合性局所疼痛症候群(Complex Regional Pain Syndrome: CRPS)を参照。

参考 <http://ur0.pw.yyCg> に含まれ(図14)、外傷性的ものと、今回のように明らかな機序が分からないものがある。診断、治療は図15、16を参照。



図 13

CRPS(Complex Regional Pain Syndrome)

定義:骨折や外傷の後に、疼痛が遷延する症候群。

1. カウザルギア 銃創による神経損傷後の遷延する痛み
2. Sudeck委縮 骨折後遷延する痛みと骨委縮
3. RSD reflex sympathetic dystrophy
反射性交感神経性委縮症
神経損傷を伴わないもの

図 14

CRPSの診断

1. 皮ふ、爪、毛囊いずれかの委縮性変化
2. 関節可動域制限
3. 刺激性あるいは不釣り合いな痛み。しびれたような、針で刺したような。(アロディニア 触刺激、熱刺激、ピンプリックテストに異常な反応)
4. 発汗の亢進あるいは低下
5. 浮腫

図 15

CRPSの治療

1. 機能障害に対するリハビリテーション
神経ブロックの併用
2. 精神・神経学的な治療
症状、社会的問題、心理的な問題(CRPS気質)
3. 疼痛治療
薬物治療、神経ブロック、脊髄電気刺激療法
患者さん本人への教育。リハビリテーションの重要性。

図 16

症例 2

75歳女性、一週間前から急に認知機能が低下したことを自覚し単車で受診。来院時、ろれつが回らず会話困難で、長谷川式認知症スケールは4/30、神経症状は認めず、筋力低下も無し。頭部CTで脳室を圧排するほどの脳腫瘍を認めた(図17)。認知症の原因はアルツハイマー病、脳血管性認知症、Lewy小体型認知症が90%を

占めるが、残りの10%の中に脳腫瘍も含まれる(図18)。急速に認知症症状が進行した際には画像診断が有用である。

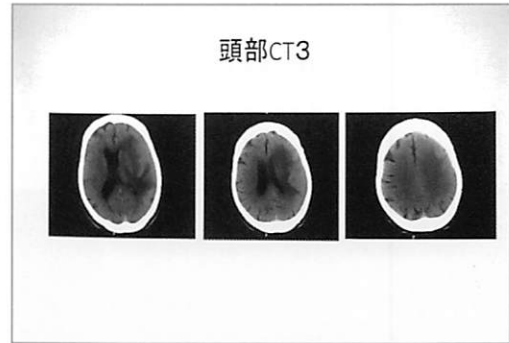


図 17

脳腫瘍

発生率:13~20人/10万人
5年生存率:75%
神経膠芽腫:平均生存1.5年、5年生存率
10%以下

図 18

(4) 最近驚いた2症例

光市立光総合病院 消化器内科

谷川 幸治

症例 1

45歳男性、主訴は右腰背部痛。平成28年7月31日より誘因なく右腰背部痛出現。8月3日、整形外科→泌尿器科を受診し、尿管結石を疑われ座薬処方されるも同日夜激痛となったため救急車搬送され受診。CVA tenderness 以外、診察所見、検査所見異常無く、尿潜血は陰性であった。腹部CTでも水腎症、尿管拡張なし。診断に苦慮していたが、入院後同部位に皮疹が

出現し、ようやく帯状疱疹と診断した。高齢者に多い疾患と思い込んでいたこと、及び腹部や下肢には発症することは少ないと思いついており、鑑別診断に挙げていなかった(図19)。水痘・帯状疱疹の話題として、「医療関係者のためのワクチンガイドライン」の水痘の項目を提示する(図20)。

帯状疱疹についての私の思い込み

高齢者に多い病気と思っていた。
 一統計的にみると20歳代と50歳代にピークがみられる。
 一これらの年代では周囲に水痘患者がいないため、水痘・帯状疱疹ウイルスに対する特異的免疫が低下するためと考えられている。

腹部や下肢にはほとんど発症することはないと思っていた
 一知覚神経のある体の何処でも発症する。
 一特に12対ある胸髄神経節の領域である体幹に多くみられるが、三叉神経領域の第1枝も好発部位といえる

(日本皮膚科学会 皮膚科Q&A)

図 19

医療関係者のためのワクチン接種(水痘編)

- ・ 免疫を獲得した上で勤務・実習を開始することを原則とする
- ・ ワクチンで免疫を獲得する際の接種回数は1歳以上で「2回」を原則とする
- ・ 勤務・実習中は、予防接種・罹患・抗体価の記録を本人と医療機関で年数に関わらず保管する
- ・ 免疫が不十分であるにも関わらず、ワクチン接種を受けることができない医療関係者については、個人のプライバシーと感染発症予防に十分配慮し、当該医療関係者が発症することがないように勤務・実習体制を配慮する
- ・ ここでの医療関係者とは、事務職や医療職、学生を含めて、受診患者と接触する可能性のある常勤、非常勤、派遣、アルバイト、実習生、指導教官など全てを含むものとする

(日本感染症学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン 第2版」)

図 20

症例 2

42歳女性、主訴は下腹部痛、嘔吐。平成28年4月3日、心窩部痛、嘔吐下痢出現し近医受診、急性虫垂炎を疑われ当院外科紹介された。小腸イレウスと診断され(図21)イレウス管挿入、明らかな狭窄無く、症状改善後の大腸内視鏡も異常無く、軽快退院した。5月3日、再び下腹部痛、嘔吐出現し、小腸イレウス再発として入院となった。腹部はやや膨満・軟、臍周囲の軽度の圧痛あり、筋性防御なし。イレウス管

挿入で症状は改善したが、ここまでの検査で明らかな異常が無く、原因検索として小腸精査が必要と考えられたため、岩国医療センターへ紹介した(図22)。5月24日施行の小腸カプセル内視鏡では異常所見無かったが、25日、再々度イレウスを発症したため31日に小腸ダブルバルーン内視鏡を施行、バウヒン弁から口側10cmの部位に狭窄を認めた。約1か月の周期でイレウスが発症していることから、腸管子宮内膜症を疑われ、6月1日腸切除術を施行、確定診断された(図23)。同疾患は月経中に腹痛に下血を伴う疾患と考えていたが、下血を伴う症例は30~40%と報告されており、異所性子宮内膜は固有筋層から漿膜下層に存在することが多く粘膜に及ぶことは少ないとされ、生検でも診断は難しいとのことであった。



図 21

当院来院後の経過

2回ともイレウス管挿入にてイレウスは改善した。腹部手術の既往がなく、イレウスの原因が問題となった。

明らかな腫瘍性病変は指摘できず、回腸末端の炎症性腸疾患、小腸潰瘍による狭窄、婦人科疾患などが考えられた。そのため、小腸内視鏡検査やカプセル内視鏡検査による小腸精査を必要と考えた。

以前から短時間の動悸を認めており、4月の入院時に発作性上室頻拍を指摘され、電気生理学的検査およびカテーテルアブレーション目的で岩国医療センターを紹介されていたため、小腸精査も同院でお願いすることとなった。

図 22

岩国医療センター受診後の経過

まずバテンシーカプセルにて、小腸の通過性を確認後、5月24日小腸カプセル内視鏡を施行も異常所見は認めなかった。

5月25日イレウスを再度認めた。

5月31日小腸ダブルバルーン内視鏡検査を行い、パウヒン弁から口側10cmに狭窄を認め、そこからガストログラフィン造影にて約4cmにわたる狭窄、蛇行、屈曲を認めた。

イレウスが月経に一致して発症するため、腸管子宮内膜症を疑い、6月1日に腸切除術を施行され、腸管子宮内膜症と診断された。

図 23

腸管子宮内膜症についての私の思い込み

生理中のみ到下血と腹痛が生じる際に疑う疾患と思っていた。

一報告例では、下血を伴う症例は、30-40%である。

一)異所性子宮内膜は固有筋層から漿膜下層主体に存在することが多く、病変が粘膜に及ぶことが少ないため、必ずしも出血をきたすとは限らない。そのため生検組織で診断することも難しい。

腸管子宮内膜症は、子宮内膜症全体の12~37%を占めると報告されている部位別では、直腸・S状結腸72%、直腸腹中隔13%、小腸7%、虫垂3%と報告されている

図 24



平成28年度 第4回 光市医師会学術講演会

平成28年7月5日(火)

19:00~

光商工会館2階 大会議室

情報提供 19:00~19:15

過活動膀胱治療剤「トビエース錠」

ファイザー株式会社

特別講演

「高齢者女性における下部尿路機能障害
～患者目線で考える望ましい治療とは～」

19:15~20:30



座長 光市立光総合病院 泌尿器科
部長 井本 勝彦 先生



講師 医療法人 原三信病院 泌尿器科
部長 武井 実根雄 先生

過活動膀胱(以下OAB: Overactive Bladder)は高齢者の泌尿器科疾患で最も多い頻度を占めます。治療薬剤も多種類ありますので、本日はOABを中心にお話を

したいと思います。

2002年の調査ですが、OABの有病率は40歳以上の人口の12.4%、約810万人と推計されており、現在の人口に当てはめると1000万人を超えると考えられます(図1)。OABは加齢とともに増加し、治療薬の83.1%が65歳以上の患者さんに投与されています(図2)。診断はOAB-SS(OAB Symptom Score)が簡便で、OABのスクリーニングに優れています(<http://urx2.nu/y7Xn>)。

OABは膀胱が不随意に収縮して急激な尿意を感じたり失禁したりする病態です。逆に「尿を出しにくい」病態を低活動膀胱と称しますが、こういった患者さんは抗コリン薬を飲んだり、消化管の検査をする為にブチルスコポラミンを内服した時など尿閉になることがあります。高齢者は「膀胱の収縮が弱い」という問題も頭においておかねばなりません。加齢とともに膀胱平滑筋は収縮性も伸展性も低下し、「出しにくい、貯めにくい」状態になります。排尿筋収縮障害を伴うOABをDHIC(Detrusor Hyperactivity with Impaired Contractility)と呼び、70歳以上では30%程度存在します。こういった患者さんにOABと診断してお薬を出すと、今度は力が入りにくいので排尿しにくい、といった状況が起こるので、注意が必要です。DHICに対する有効な治療ははっきりしていません。

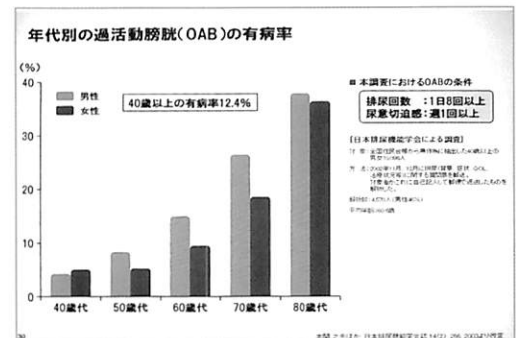


図1

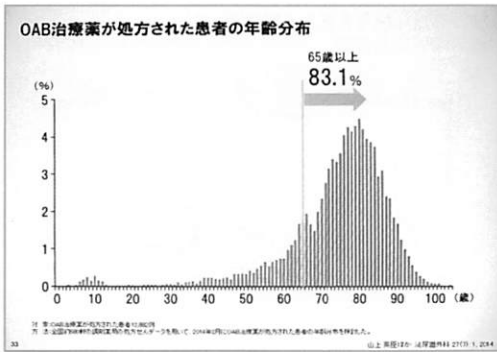


図 2

40歳以上女性の64%が切迫性尿失禁(UUI: Urge Urinary Incontinence)を有します(図3)。65歳以上の女性OAB患者さんになるとn数は少ないですが、12名中11名がUUIを伴います。人数を増やしても臨床の実感としてそれくらいいらっしやと思います(図4)。当院で行った内圧尿流検査(PFS: Pressure Flow Study 参考; <http://urx2.nu/y7Bn>)の結果ですが、年齢とともに膀胱平滑筋の伸びが悪くなって膀胱容量は減少し、収縮効率が低下するため排尿量は減少し残尿量は増加します(図5)。また尿道を閉める力、最大尿道閉鎖圧も同様に低下するため、尿失禁が増加します(図6)。こういう患者さんには抗コリン薬はあまり効きません。

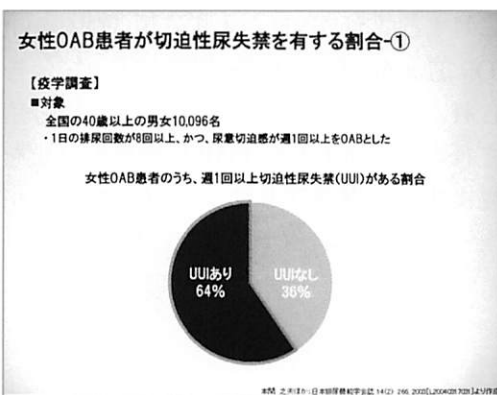


図 3

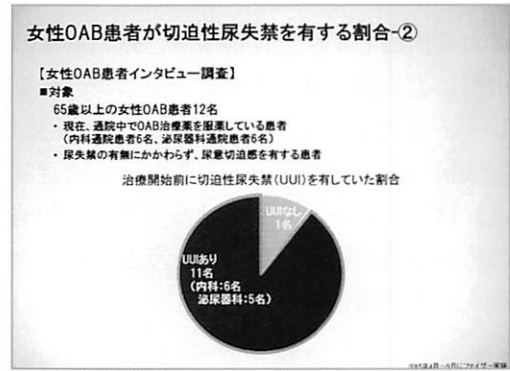


図 4

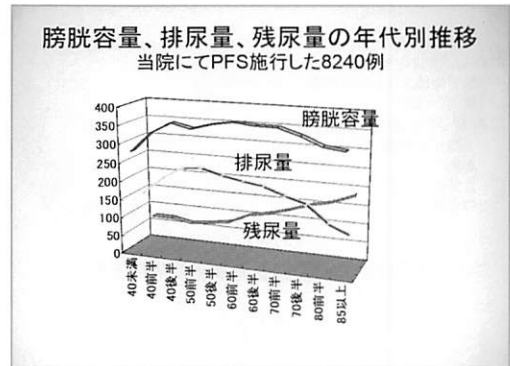


図 5

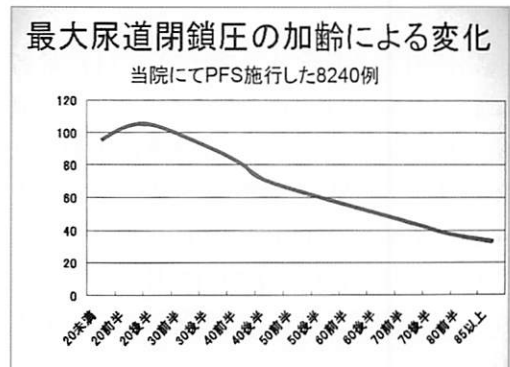


図 6

OABの原因の8割以上は非神経因性で、加齢の他、男性では下部尿路閉塞、女性では骨板底の脆弱化などがあり、特発性も少なくありません(図7)。OABの治療ガイドラインには、「メタボリック症候群や生活習慣の乱れに伴う血管内皮機能障害、自律神経系の亢進、あるいは全身・局所の炎症がその発生に関与している可能性がある」と記載されています。生活習慣の改善

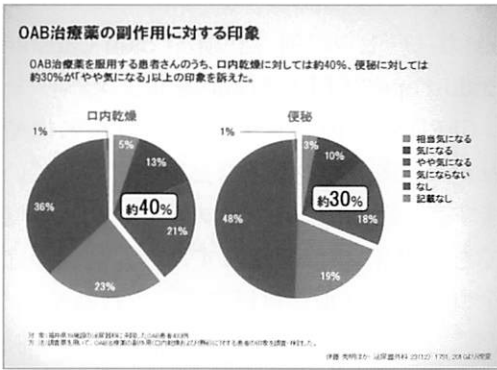


図 10

トビエースはFORTA ClassBに分類された

■OAB治療薬のFORTA分類

Class A (absolutely) 不可欠な薬剤。 高齢者において、適応症で示された有効性/安全性から明確なベネフィットがあると考えられる。	
Class B (beneficial) 高齢者における有効性が証明された、または明らかであるものの、有効性の範囲が限られている、または安全性の懸念がある薬剤。	・フェソテロジン
Class C (careful) 高齢者における有効性/安全性プロファイルが怪しい薬剤。ベネフィットが不足している、または副作用が発現するため、多くの薬剤があるなかでは回避または除外されるべき、他の選択肢を再考/探索する。	・ダリフェナシン ・ミラベグロン ・オキシブチニン徐放化製剤 ・ソリフェナシン ・トルテロジン ・トロスピウム
Class D (don't) 高齢者で回避すべき薬剤。まず除外すべきで、他の選択肢を再考/探索する。	・オキシブチニン即放製剤 ・プロピベリン

Chellie M et al. Appropriateness of oral drugs for long-term treatment of lower urinary tract symptoms in older people: results of a systematic literature review and

図 11

今回のタイトルである、「患者さん目線で治療を考える」から、治療薬に対する私の考え方を話します。縦軸を治療効果、横軸を副作用としますと、ボラキスは副作用はままするのですが効果は高いので、どうしても、という方に使います。ベシケアとデトルシトールは同時期に上市されました。両者とも効果はマイルドで、中でもベシケアは容量調整がしやすく、フレキシブルに使用できます。ステープラ、ウリトスは短時間作用なので副作用をコントロールしやすく、オンデマンド投与に使うこともできます。ベタニスは抗コリン剤ではありませんので口内乾燥などの副作用を気にせず使えると重宝します。トビエースは抗コリン剤ですので副作用はありますが効果は高いので、切り札的に使っています。ネオキシテープは便秘等の副作用が低く抑えられ

ていますが、貼布剤ですので、有効性は高いですが局所のかぶれ等に注意が必要です。使い分けに際して、治療効果と副作用の関係、効果の持続時間、速効性の有無、夜間頻尿の有無などを考えて選択しています(図12、13)。

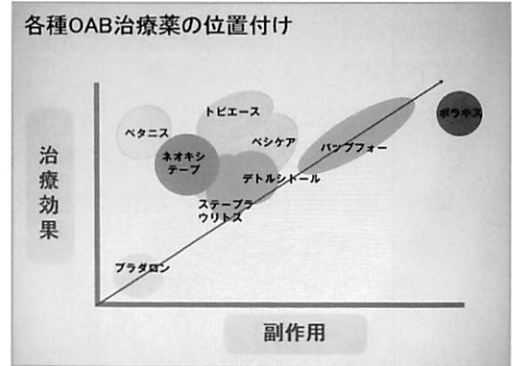


図 12

OAB治療薬の使い分け(私見)

薬剤	利点	欠点	使い方
ボラキス	強い抗コリン作用	作用時間が短い 副作用が強い	腎臓などの重症例
パップフォー	長時間作用 幅広い適応	若干副作用が強い	OAB以外の頻尿、尿失禁にも使える
デトルシトール	便秘が少ない	効果が弱い	軽症OAB 便秘がちな症例
ベシケア	効果が強い 長時間作用	便秘が若干多い	OAB症状のある症例に幅広く使える
ステープラ/ウリトス	即効性がある 夜間多尿にも効果?	短時間作用	オンデマンド投与 夜間頻尿にも
ベタニス	副作用がほとんどない	処方への縛りがある	副作用が気になる例 排尿障害を伴う例
トビエース	効果が強い	口内乾燥はある	他剤無効例
ネオキシテープ	副作用が少ない 特に便秘はほとんどない	貼付部位の発赤	内服ができない例 便秘で困っている例

図 13

最後に、OABと私の専門の間質性膀胱炎との関係をお話します。両者とも頻尿が出現しますが、尿意切迫感、切迫性尿失禁が前面に出るとOABを考えます。間質性膀胱炎は頻尿、強い尿意に加えて膀胱痛が出てきますので、鑑別はつきます。排尿筋の過活動がOAB、膀胱の知覚亢進が間質性膀胱炎です。頻尿のみの軽い時に鑑別するには、排尿をガマンした時、「漏れるのが心配」な人はだいたいOAB、「漏れるのは心配ないが、不快感や痛みが起こる」人は間質性膀胱炎と考えて良いでしょう。

平成28年度 第5回 光市医師会学術講演会

平成28年7月26日(火)
18:50~
光商工会館2階 大会議室

情報提供 18:50~19:00

プロトンポンプ・インヒビター
「ネキシウムカプセル」

アストラゼネカ株式会社

特別講演「地方都市における消化器内科医
~開業医でもできる

カプセル内視鏡とGERD研究~」

19:00~20:00



座長 光市立光総合病院 消化器内科
部長 谷川 幸治 先生



講師 石原消化器内科クリニック
院長 石原 慎一 先生

本日は近年増加している逆流性食道炎 (GERD)、小腸カプセル内視鏡 (Small Bowel Capsule Endoscopy : SBCE)、大

腸カプセル内視鏡 (Colon Capsule Endoscope : CCE) のお話をします。

GERDの原因として食生活の欧米化や *H.pylori* 感染率の低下など様々言われています。一週間に一度以上の症状の出現程度でも QOL に影響を及ぼすため、症状の完全コントロールが目標です。“むねやけ”と言っても人によって表現は様々で (図1)、具体的な表現を交えた注意深い問診が必要です。医師と患者の治療満足度には違いがあり (図2)、プロトンポンプ阻害薬 (PPI) 継続治療患者の3人に2人が週1回以上なんらかの症状がある、との報告があります。「調子はどうですか？」の問いに「まあまあ」、「変わりない」、「飲みだして調子いいです」などの答えは症状の消失に至ってない可能性があり、注意が必要です。

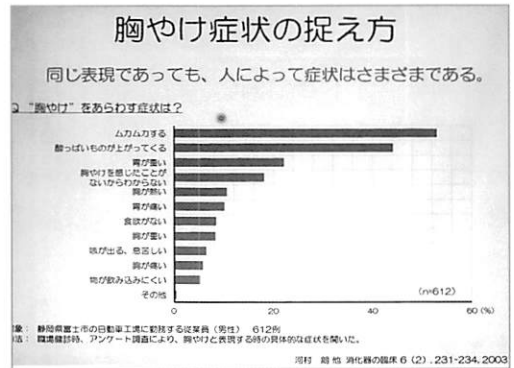


図1

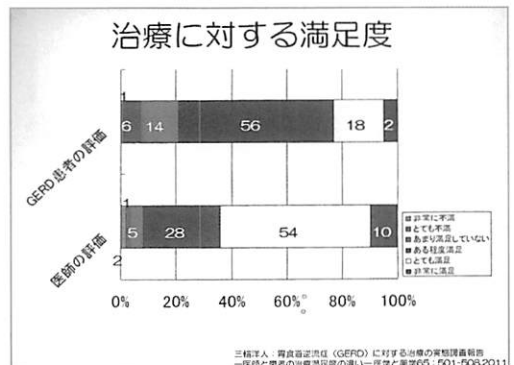


図2

GERD の治療では PPI が第一選択です。しかし PPI 治療でも「症状が完全には取りきれなかった」、「すぐに症状が消失しなかった」「飲み続けているのに症状が再発した」など不満を感じた経験を持つ患者さんは6割近くおられます。

効果不十分な患者さんの調査から得られた結果です(図3)。こういった患者さんには他の PPI への切り替えや、他剤の併用を考慮します(図4)。

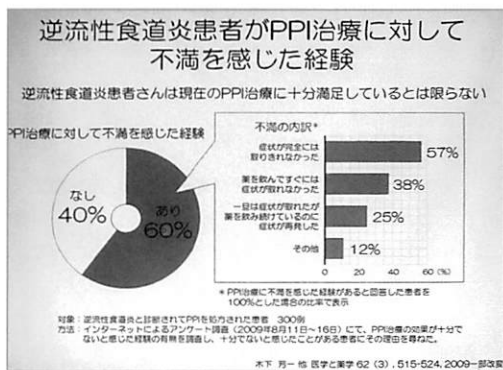


図3

結論

- 他のPPIに切り替える事で症状改善。
- 治療前の食道粘膜障害が軽度、逆流症状を毎日感じている患者ではPPI切り替えては効果が得られない。
- PPIで効果のない患者は
 酸分泌抑制薬以外の治療追加。

石原健一 フロンティア製薬株式会社によるPPI治療効果が不十分な逆流性食道炎患者の経験
 Therapeutic Research 38 : 499-505, 2010

図4

2010年までのPPIには、酸分泌抑制作用発現まで時間がかかり最大効果を得るまでに数日かかる、あるいはCYP2C19に影響を受ける、夜間の酸逆流、などの問題がありました。近年の薬剤では、カプセル化、OD化によって作用発現を早くしたり、光学異性体にしてCYP2C19の影響を低下

せるなどの工夫により前述の問題を改善しています。2015年、ボノプラザン(P-Cab)が発売されました。24時間中pHを4以上に保つ時間率が83%と強い酸分泌抑制作用があり、食事やCYP2C19の影響を受けない、再発率が少ない、などのメリットがあり、高い治療効果が期待されています。ただ、PPIのエメプラゾール(EPZ)とP-Cabを比較した私の検討では、FSSG(Frequency Scale for the Symptoms of GERD)ではEPZがP-Cabより有意に改善する結果が出ました。これはP-Cabが過剰に胃酸を抑制することが胃排出能に影響を与え、GERD症状に悪影響を与えた可能性があるのではないかと考えています。ここからP-Cabの課題としては、長期成績がまだ分からない、胃酸を抑え過ぎると消化管運動機能が落ちる可能性がある、ガストリン値がPPIよりも高くなるなどを知った上で使用するべきと考えます(図5)。

GERD診療ガイドラインには、「常用量のPPIで治癒しない、強い症状を訴える場合には、PPIの倍量あるいは1日2回投与、PPIの変更、モサプリド、六君子湯の追加投与、就寝時にH2ブロッカーを内服、アルギン酸、制酸剤の投与を試みる」などの記載がありますが、いずれも保険診療との兼ね合いがありますので、支払い基金などへご確認いただければと思います。体重を減らす、就寝時に頭側を挙上することも症状改善が報告されているので、指導することは有用です。長期管理の戦略を示します(図6)。

考察

FSSG で EPZ 群が VPZ 群より有意な改善を認めた。理由として、VPZ 投与患者には運動不全症状に Positive に反応する患者と Negative に反応する患者が混在するため、Negative 症例の運動不全症状が GERD 症状に悪影響を与えた可能性がある。

VPZ が運動不全症状に相反する影響を与える可能性として、血清ガストリンが消化管運動に多様な作用を示し、さらには過剰な胃酸抑制が胃排出能に影響を与えている可能性が考察される。

今回、EPZ 非改善例は 2 例のみであったため、解析実施不可。

図 5

パテンシーカプセル

消化管狭窄が疑われる患者様には、カプセル内視鏡を使用する前にパテンシーカプセルを飲んでいただき、約 30 時間後にパテンシーカプセルが肛門から出てくるかで、消化管が開通しているかの判定を行います。

(例：朝 9 時にカプセル内視鏡を内服、翌日午後 3 時に来院)

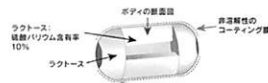


図 7

長期治療戦略

- ・ PPI による維持療法は最も効果が高く費用対効果に優れており、GERD の維持療法には PPI を用いることを推奨。
- ・ 重症のびらん性 GERD では積極的に維持療法を推奨。
- ・ 粘膜障害が軽度のびらん性 GERD の一部にはオンデマンド療法で症状コントロール可能な場合があるので、必要に応じた最小用量用法の使用を提案。
- ・ PPI 初期治療に反応する非びらん性 GERD の長期管理は PPI によるオンデマンド療法を提案。
- ・ GERD の長期管理について、患者の視点から、効果、安全性、費用、剤型、服薬回数なども考慮することを提案。

日本消化器病学会 編 胃食道逆流症 (GERD) 診療ガイドライン 2015, 改訂第 2 版

図 6

開業医が小腸カプセルをする問題点と対応策

- ① カプセルの滞留等の合併症リスク
⇒ 基幹病院との連携が大切
- ② 長時間の読影のため見落とし
⇒ 読影サポート機能の向上
⇒ 読影センターの利用
(料金 7000 円と時間が約 10 日かかる問題)
⇒ 読影支援技師
- ③ 小腸内視鏡より安価に導入は出来るが労力のみで収益には繋がらない
⇒ 勤務医の負担軽減に繋がる

図 8

ここからはカプセル内視鏡のお話をします。まず、小腸カプセル内視鏡 (SBCE) は当初は原因不明の消化管出血のみが検査の適応でした。パテンシーカプセル (図 7) を使用した開通性評価が保険適応となつてから、全小腸疾患に適応が拡大されるようになりました。原因不明の腹痛、下痢などでも小腸疾患の疑い病名があれば保険が適応となります。開業医が SBCE を行う利点は、患者さんが遠方の病院へ行かなくても近医で検査ができること、初期投資が通常の内視鏡より安価である事、読影に関してはコストがかかりますが読影センターを利用できる事などがあります。問題点とその対応を示します (図 8)。

続いて大腸カプセル内視鏡 (CCE) のお話です。2012 年の集計では、日本人は対象者 (40 歳以上：約 7024 万人) の 26.8%、約 1884 万人が大腸がんの検診を受けています。そのうち 5.9%、約 110 万人が要精検となりますが、実際に精検を受ける人はその内の 57.9%、約 64 万人しかいません。受けた人のうち 4.7%、約 3 万人が大腸がん、ポリープなどがん以外の疾患が 61.6% でした (図 9)。もし要精検となった方全員が二次検診を受けていれば、さらに 2 万人強の患者さんが発見されていたと思われます。なぜ大腸内視鏡 (CF) を受けないかに関する調査では、「自覚症状が無い」ことが一番で、他に「検査が辛そう」、女性では「恥ずかしい」などの回答が得られました。CCE のメリットは「怖い、恥ずかしい」などの

精神的負担が無いことの他に、侵襲性が低い、鎮静剤が不要、放射線被曝が無い、などが挙げられます。ただ、ポリペクトミーなどの治療ができない、生検ができないというデメリットがあります。また健康保険上は図のように様々な縛りがあり（図10）、「便潜血陽性」だから直ぐにCCE、といった状況には無いのが現状です。さらに前処置が大変で、患者さんへのアンケートでも「検査自体は楽だったが、洗腸液を飲むのがしんどい」といった意見が聞かれました。さらに「カプセルがいつ排出されるか不安」との意見がありましたので、それに対してCFで積極的に取りに行くことで不安が解消されるのではないかと考え、早く取り出してほしい、あるいは6時間経っても排出されない患者さんに対してCFを併用したりしています。

CCEは通常のCFと比べて感度に差は無いと報告されています（図11）。今後の流れとして、1.5次検診としてCCEが導入されるようになるかもしれません（図12）。

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

176) カプセル型内視鏡

ア 大腸用は以下のいずれかに該当する場合に限り算定できる。

a 大腸内視鏡検査が必要であり、大腸ファイバースコープを実施したが、腹腔内の癒着等により回盲部まで到達できなかった患者に用いた場合

b 大腸内視鏡検査が必要であるが、腹部手術歴があり癒着が想定される場合等、機器的異常により大腸ファイバースコープが実施困難であると判断された患者に用いた場合

イ 大腸用を用いて大腸内視鏡検査を行った場合は、区分番号「D313」大腸ファイバースコープ「3」上行経腸及び盲腸の点数に準じて算定する。

ウ 同一の患者につき、本品を用いる検査と大腸ファイバースコープを併せて2回以上行った場合は、主たるもののみ算定する。ただし、アのaに掲げる患者に対して行った場合は、併せて2回を限度として算定できる。

エ カプセル型内視鏡によるものは、消化器系の内科又は外科の経歴を5年以上有する専勤の医師が1人以上配置されている場合に限り算定する。なお、カプセル型内視鏡の導入に適切に対応できる体制が整っている保険医療機関において実施すること。

オ カプセル型内視鏡を使用した患者については、診療報酬表に当たって、診療報酬明細書に症状記号を添付し、アのaに掲げる患者に対して用いた場合は、大腸ファイバースコープを実施した日付を明記すること。また、アのbに掲げる患者に対して用いた場合は、大腸ファイバースコープが旅行用である理由を明記すること。

(出典：平成25年12月27日保医発1227第3号)

図 10

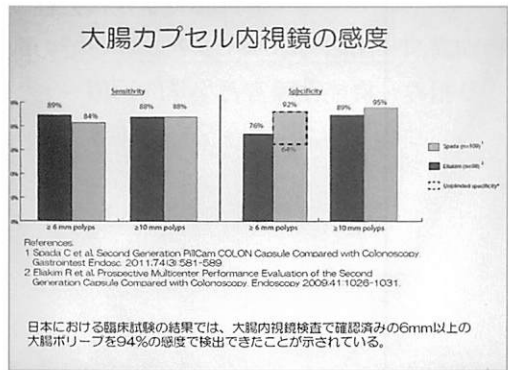


図 11

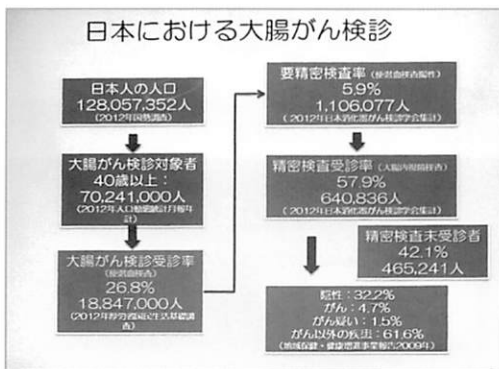


図 9

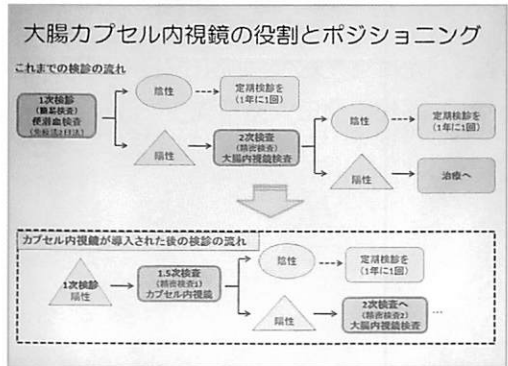


図 12

平成28年度 第6回 光市医師会学術講演会

平成28年8月2日(火)

19:00~

光商工会館2階 大会議室

情報提供 19:00~19:15

セロトニン・ノルアドレナリン再取込み
阻害剤「サインバルタ」

塩野義製薬株式会社

特別講演「山口大学ペインセンターでの取
り組み～機能性障害と集学的治療～」

19:15~20:15



座長 光市立光総合病院 院長・整形外科
部長 桑田 憲幸先生



講師 山口大学大学院医学系研究科

整形外科学 助教 鈴木 秀典先生

本日は痛みについての基礎知識、痛みと
中枢性感作、慢性疼痛患者に対する集学的
アプローチなどのお話をいたします。

国際疼痛学会は、痛みを「痛みとは組織

の実質的あるいは潜在的な障害に結びつく
か、このような障害をあらわす言葉を使っ
て述べられる不快な感覚、情動体験である」
と定義しています。基本的な痛み感覚は、
まず侵害刺激が感覚器を刺激して1次感
覚神経を通り、脊髄後角を介して2次感
覚神経を上行して視床から大脳へ伝わりま
す(図1)。痛みの意義としては、異常を
感じる、防御反応として体を動かさない、
病院へ行くなどの“警告”としての痛みは
ある程度「必要な痛み」であって、これを
治療で徹底的になくしてしまう必要は無い
と考えます。これに対して診断、対処した
り治癒しても遷延して続く痛みやストレス
からくるような痛みは「不必要な痛み」で
すので、積極的な治療の対象となります(図
2)。

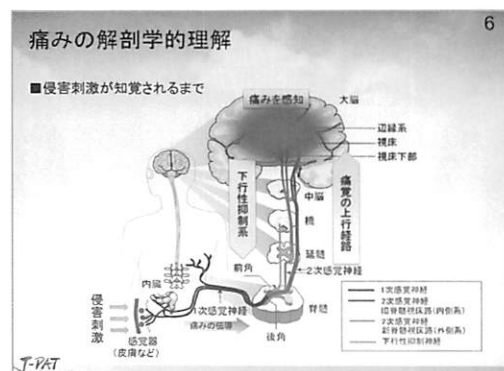


図1

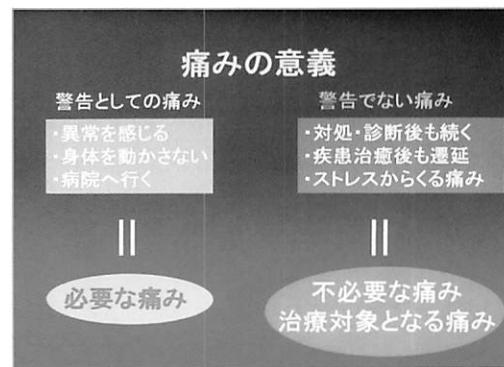


図2

器質的異常による痛みは理解しやすく対

厚生労働省は「慢性の痛み対策研究班」を設立し、慢性疼痛に対する集学的な治療体制を構築する研究を開始しています。山口大学では平成26年9月から麻酔科ペインクリニックを中心に整形外科、精神神経科、神経内科、リハビリテーション科からなるペインセンターを組織しています(図7)。具体的には隔週で新患者や問題症例の合同カンファレンスを行い、個別での症例相談を行ったり、共通ベッドにて入院治療を行っています。看護師、薬剤師、理

療士やソーシャルワーカーなども参加しており、今後は心理療法士も参加するようになっています。痛みの診断と評価には問診票と各種の評価スケール(図8)、身体診察や神経学的所見、画像診断、電気生理学的評価などを組み合わせて行います(図9)。iPadを用いた問診システムも使用しています。小さなことでも見逃さない、のが基本的な我々のスタンスです。関連医療機関と連携し、治療体制の確立を目指していきたいと考えています(図10)。

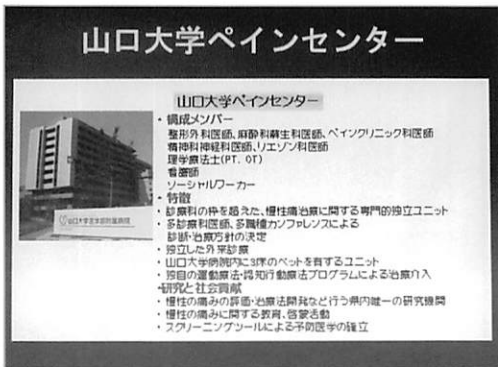


図7

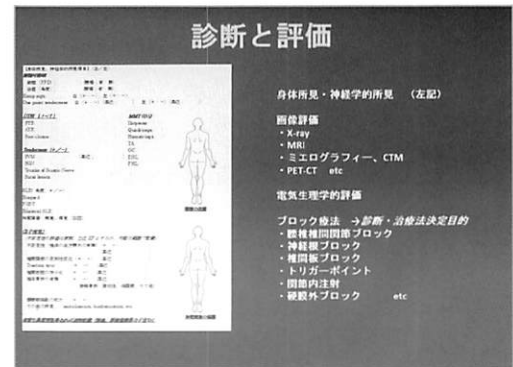


図9

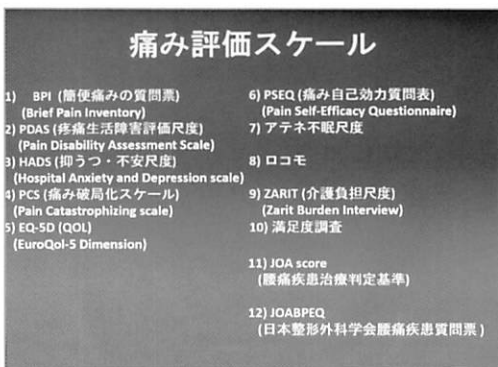


図8

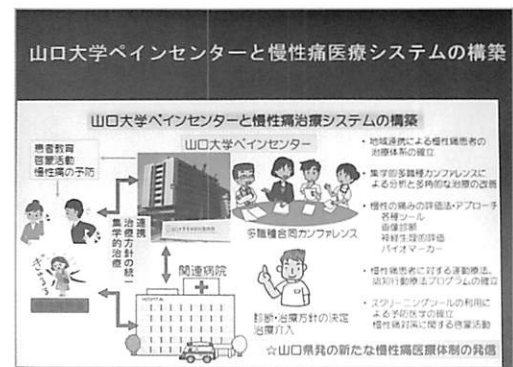


図10

平成28年度 第7回 光市医師会学術講演会

平成28年9月27日(火)

19:00~

光商工会館2階 大会議室

「B型&C型肝炎最新の話題」



講師 光市立光総合病院 消化器内科
部長 谷川 幸治先生

B型肝炎やC型肝炎については、新薬の登場や新しい知見によりガイドラインが毎年のように更新されています。今回は最新のガイドラインでの変更点を中心に、B型肝炎やC型肝炎の現状を説明します。

2015年に日本環境感染学会から「医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版」が公表されました。患者や患者の血液・体液に接する可能性のあるすべての医療関係者に対してB型肝炎ワクチンの接種を行うよう推奨されています。また、ワクチン接種シリーズ後の抗体検査で免疫獲得と確認された場合は、その後の抗体検査や追加のワクチン接種は必要ではないと変更されました(図1)。従ってB型肝炎ウイルス感染事故においても対応が変わってきています。受傷者がHBs抗体陰性の場合CDCのガイドラインに則り、高力価HBs

ヒト免疫グロブリン(HBIG)を感染事故直後と1ヶ月後の2回接種を推奨されています(図2)。

B型肝炎ワクチン

- ・ 医療機関では、患者や患者の血液・体液に接する可能性のある場合は、B型肝炎に対して感受性のあるすべての医療関係者に対してB型肝炎ワクチン接種を実施しなければならない。
- ・ ワクチンは0、1、6か月後の3回接種(1シリーズ)を行う。
- ・ 3回目の接種終了後から1~2か月後にHBs抗体検査を行い、10 mIU/mL以上であれば免疫獲得と判定する。
- ・ 1回のシリーズで免疫獲得とならなかった医療関係者に対してはもう1シリーズのワクチン接種を考慮する。
- ・ ワクチン接種シリーズ後の抗体検査で免疫獲得と確認された場合は、その後の抗体検査や追加のワクチン接種は必要ではない。

日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第2版 2015年9月

図1

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)と1か月後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10 μg(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

日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第2版 2015年9月

図2

従来は、成人でB型肝炎ウイルス(HBV)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3)。体内に残っていたわずかなHBVが、免疫抑制療法や化学療法により再増殖し(図4)、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5)。最近の報告では、60歳以上のHBV感染既往率は20~25%ということが明らかになっています。現在私たちの施設でもガイドラインに則り、B型肝炎

マーカーの測定を行っておりますが同様の結果となっており、添付文書上HBV再燃の注意喚起のある薬剤(図6)を使用する際には厳重な経過観察を行っております。

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3

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4

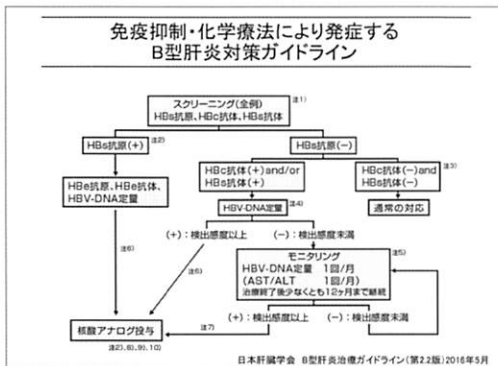


図5

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	アザチオプリン、イムラン、サリチル酸、サンディムン、ネオラル、グラセプター、プログラーフ、セルゼプト、プレドニソン、サイモグロブリン、スパンジン、シムレクト
副腎皮質ホルモン剤	コトリン、チカドロン、レナデックス、リメタゾン、メサドロン、デキササード、レダコート、ケナコルト-A、フロリネフ、フレドニゾロン、プレドニマ注腸、水溶性プレドニソン、リンデロン、セレスタミン、コートリル、ソル・コーテフ、水溶性ハイドロコチゾン、ステロネマ注腸、メドロール、ソル・メドロール、プリドール、デポ・メドロール
抗悪性腫瘍剤	アフィニタール、アーゼラ、チーエスワン、トリーセル、テモダール、フルダラ、トレアキシン、ベルケイド、メトトレキサート、ボテジゾ、リツキサン、ラパリムス、マブキャンパス、ジャカビ、イムブルピカ、フアーリダック
抗リウマチ剤	アフィニタール、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、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
抗ウイルス剤	テラピック、ソリアード、パニヘップ、ダクルインザ、スベペラ、ソバルディ、ハーボニー、ワイキラックス

日本肝臓学会 B型肝炎治療ガイドライン(第2.2版)2016年5月

図6

HBV持続感染者の治療対象については、慢性肝炎ではALT \geq 31 U/lかつHBV DNA量 \geq 4.0 log copies/ml、肝硬変ではHBV DNA陽性となっています(図7)。現在では、治療薬としてペグインターフェロン、エンテカビル・テノホビルが主流で、図8のような特徴をもっています。治療の基本方針としては、慢性肝炎に対する初回治療では、HBe抗原陽性・陰性やHBVゲノタイプにかかわらず、原則としてペグインターフェロン単独治療を第一に考えます。特に、若年者や挙児希望者など、核酸アナログ製剤の長期継続投与を回避したい症例ではペグインターフェロンが第一選択となります。しかし、認容性などによるペグインターフェロン不適応症例、線維化が進展し肝硬変に至っている可能性が高い症例などでは、長期寛解維持を目的として初回からエンテカビル・テノホビルによる治療を行うことが推奨されています(図9)。



HBV持続感染者における治療対象

	ALT	HBV DNA量
慢性肝炎	≥31 U/l	≥2.0 log copies/ml (≥2,000 IU/ml)
肝硬変	—	陽性

慢性肝炎ではHBe抗原陽性・陰性を問わずこの基準を適用する
日本肝臓学会 慢性肝炎治療ガイドライン(第2.2版)2016年5月

図 7

抗ウイルス薬の特徴

	ペグインターフェロン	エンタカビル・ソホブビル
作用機序	抗ウイルス蛋白の阻害 免疫活性作用	直接的ウイルス複製阻害
投与経路	皮下注射	経口投与
治療期間	期間不定(24~48週)	原則として長期継続投与
薬剤耐性	なし	まれ
副作用頻度	高頻度かつ多形	少ない
種別特異性・免疫	なし	可能性は否定できない
妊娠中の投与	原則として不可	危険性は否定できない
非代償性肝硬変への投与	禁忌	可致
治療応答の頻度	20~40%	多量に高率
治療中止後の効果持続	ゼロコラーゲン血症では高率	低率

日本肝臓学会 慢性肝炎治療ガイドライン(第2.2版)2016年5月 より抜粋

図 8

抗ウイルス療法の基本方針

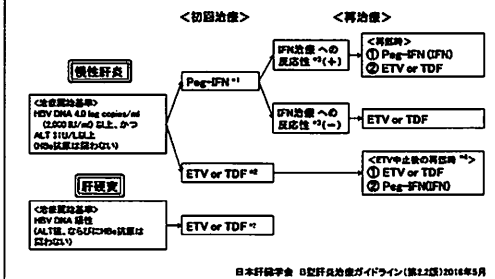


図 9

C型肝炎に対する抗ウイルス療法の治療対象は、ALT 30 U/l 超ないし血小板数 15 万 / μ l 未満の慢性肝炎や代償性肝硬変がよい治療適応となります (図 10)。現在では、直接作用型抗ウイルス薬 (DAA) によるインターフェロンフリー療法が主流となっています。これらの薬は、C型肝炎ウイルス (HCV) の増殖に必要な NS3、

NS5A、NS5B を阻害することにより HCV を消失させます (図 11)。現在は、HCV1 型については、ダクルインザ + スンベプラ、ハーボニー、ヴィキラックスが使用可能です。それぞれ特徴がありますが、ガイドラインでは、ハーボニー、ヴィキラックスが第一選択となっています (図 12)。HCV2 型について、ソバルディ + リバビリンが現在使用できますが、今回ヴィキラックス + レベトールも認可されました (図 13)。インターフェロンフリー療法は非常に高い有効率ではありますが、治療不成功例では多重・多剤耐性変異ウイルスが高頻度に出現します。これに対する有効な治療法がないため、極力多重・多剤耐性変異ウイルスを出現させないことが重要となっています (図 14)。また HCV が排除されても、将来の発癌率が 0 になるわけではありません。インターフェロンフリー治療薬での肝発癌抑制効果のエビデンスはまだないため、HCV 排除後も定期的な肝癌スクリーニングを継続すべきです (図 15)。

C型肝炎に対する抗ウイルス療法の治療対象

	ALT 30 U/l 超	ALT 30 U/l 以内
血小板数 15 万 / μ l 未満	良い治療適応	良い治療適応
血小板数 15 万 / μ l 以上	良い治療適応	肝発癌リスクが低いことを考慮に入れて抗ウイルス療法の適応を決める。ただし、高齢者では発癌リスクは低くないことに留意すべきである。

- 非代償性肝硬変は治療適応とならない。慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A の代償性肝硬変が適応である。
- 肝硬変以外の合併疾患による予後が不良である場合は治療対象としない。

日本肝臓学会 慢性肝炎治療ガイドライン(第3版)2016年5月

図 10

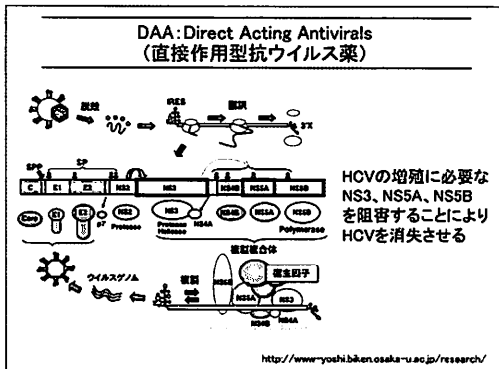


図 11

C型肝炎ウイルス排除後

- インターフェロン治療にてウイルスが排除されても、5年・10年の発癌率は2.3-8.8%、3.1-11.1%と報告されている。
- 発癌のリスクとして、高齢、男性、線維化進展、飲酒、脂肪肝化、インスリン抵抗性などが挙げられる
- インターフェロンフリー治療薬での肝発癌抑制効果のエビデンスはまだない。

C型肝炎ウイルス排除後も定期的な肝発癌スクリーニングを継続すべきである

日本肝臓学会 C型肝炎治療ガイドライン(第3版)2016年5月

図 15

1型C型肝炎インターフェロンフリー治療薬

	治療費	高耐性からみた治療効果なしあり	腎臓への影響	心臓への影響	肝臓、その他への影響
ダクトインザ+ソレブアラ	228万円	92%	43%	腎臓病に因らず使用可	肝臓病、心臓病減少、高血圧抑制あり
ハーボニー	440万円	耐性に関係なく99%	eGFR<30%透析患者は禁忌	アミオダロンにて薬剤性肝炎	重症化抑制効果との期待は乏し
ヴィキラックス	347万円	99%	45%	Ca拮抗薬との併用禁忌	肝臓病で肝臓病あり

日本肝臓学会 C型肝炎治療ガイドライン(第3版)2016年5月 より改変

図 12

助成対象医療

- B型・C型肝炎: インターフェロン治療
- C型肝炎: インターフェロンフリー治療
- B型肝炎: 核酸アナログ製剤(ラミブジン、アデホビル、エンテカビル、テノホビル)

インターフェロンフリー治療については、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証」の交付申請に係る診断書を作成すること

図 16

2型C型肝炎インターフェロンフリー治療薬

- ソバルディ+リバビリン併用療法
 - 奏効率は96%
 - eGFR<30%や透析患者は禁忌
 - リバビリンを併用するので、溶血性貧血を起こしやすい
 - 総治療費370万円程度
- 新たにヴィキラックス+レボテール併用療法が認可された

図 13

インターフェロンフリー治療薬の問題点

インターフェロンフリー治療薬にて治療不成功例では多重・多剤耐性変異ウイルスが高頻度に出現する。この多重・多剤耐性変異ウイルスに対しては、現時点で確立された有効な治療法はないため、極力、多重・多剤耐性ウイルスを出現させないことが重要である

↓

ダクトインザ+ソレブアラやヴィキラックスを使用する場合には、治療前に耐性変異(Y93/L31)を測定し、変異が存在しないことを確認することが推奨される

日本肝臓学会 C型肝炎治療ガイドライン(第3版)2016年5月

図 14

高額となること多いB型・C型肝炎患者治療には医療費助成制度があります(図16)。世帯の市町村民税(所得割)課税年額によりますが、月額自己負担限度額は20,000円または10,000円となっています(図17)。

最後に厚生労働省のホームページ(<http://urx2.nu/yEYs>)には、「日常生活の場でウイルス肝炎の伝播を防止するためのガイドライン」「保育の場において血液を介して感染する病気を防止するためのガイドライン」「高齢者施設における肝炎対策のガイドライン」などの普段の診療に役立つ資料があります(図18)。御一読をお勧めいたします。

平成 28 年度 光市医師会納涼懇親会

今年度の納涼懇親会は 8 月 6 日土曜日に下松市のレストラン・シーホースで行いました。大人 34 名、お子さん 7 名の計 41 名が参加されました。ご夫婦で参加された先生方も多くいらっしゃいました。会場が遠方ではありましたが多くの皆様にシーホースの送迎バスをご利用いただき、ご満足いただけたものと自負しております。

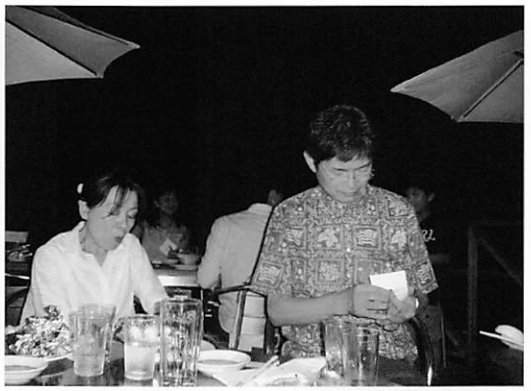
海辺での心地よい夕暮れの中、最初に竹中会長のご挨拶、引き続き松村先生に乾杯の音頭をとっていただき開会しました。趣向を凝らした海の幸・山の幸のバーベキューに舌鼓を打ち自然とアルコールもすすみました。ビアサーバーから自由に注いで飲む形式だったためか、最初のタンクがすぐに空になってしまうほどの人気ぶりでした。

夜のとばりが降り朧月の光が周囲を包むころになると、恋人時代に戻った様に肩を並べて海を眺めるご夫婦の姿が幾組も見られ、うらやましい限りでした。当日は偶然にも周南市の花火大会が行われており、対岸の花火を鑑賞することもできました。

宴もたけなわとなり、恒例のビンゴゲームが行われました。商品は女性目線で選ばせていただきました（ここでは前田家の皆さんが、あたかも今年の広島カープのようにぶっちぎりの成績で商品をさらっていかれました。来年も 2 連覇を目指してください。）。

白石元先生と谷川先生が急患で呼び出され、谷川先生はそのまま戻って来ることができず残念でした。あっという間に楽しい時間が過ぎ、平岡博先生に閉会のご挨拶をいただいたのち皆さん笑顔で会場を後にされました。ご出席いただいた会員の皆様、ご家族の皆様に御礼申し上げます。来年も楽しんでいただけるような会にしたいと思いますので是非ご参加ください。







入会会員

8月1日付

B会員

光中央病院 内科 無漏田 俊子

新入会員 ご挨拶



無漏田 俊子

ふたりの子供も社会人となり、今までの病院勤務と異なる働き方をしてみようと、8月より、光中央病院で、非常勤で働くことになりました。そして、早速、医師会の納涼会に参加させて頂きました。

高校や大学の同窓の先生方とお会いできて、驚くやら、嬉しいやらでした。山口県出身で、結婚、出産と人生の転機に住むところは変わりましたが、10年前に、正しく、老親のもとへ帰ってきました。

無類の猫好きで、困っている猫を見ると放っておけません。獣医さんに、"きりがいいよ"と言われたことも、、、

嫌いなものは、タバコです。これはもう、Hate! の域です。

今、学生時代にかじった、テニスをまた始めてみようかと思っています。念入りなwarming upが要りそうですが。

今後とも宜しくお願い致します。



理事会報告

平成 28 年 7 月光市医師会定例理事会

日時 平成 28 年 7 月 12 日（火）午後 7 時 00 分より午後 8 時 00 分

場所 光市医師会事務局

出席 竹中博昭会長、藤田敏明副会長、広田修理事、谷川幸治理事 多田良和理事
守友康則理事、井上祐介理事、前田一彦理事
平岡博監事、丸岩昌文監事

欠席 北川博之理事

議題

I 報告事項

- 1 第 178 回山口県医師会定例代議員会（6/16）（竹中会長・藤田副会長）

報告事項 平成 27 年度事業報告

①生涯教育

第 98 回山口県医学会総会；柳井医師会引き受け

生涯教育セミナー；年 4 回開催

体験学習；山口大学医師会主催 循環器診察と心エコー検査

山口県医学会誌発行

②医療・介護保険

個別指導；各地で 14 回実施

③地域医療

地域医療構想；地域医療介護総合確保基金の平成 27 年 7 月の第 1 回内示額が
県の申請額より少なかったため各方面に陳情し、予定額を得た。

④地域保健

ムンプス、B 型肝炎の定期予防接種を県や国に要望し、B 型肝炎は平成 28 年
10 月から定期となった。

⑤広報・情報

山口県医師会報の発行、医師会 HP の更新

花粉症情報提供事業（山口県委託事業）

⑥医事法制

H 27 年度は 26 件の事故報告

⑦勤務医・女性医師

⑧医業；水銀血圧計、水銀体温計の回収スキーム作成

議決事項

議決 1 号 平成 27 年度決算

決算額：収入合計；723,307,832

支出合計；417,578,151

次期繰越；305,729,681

議決2号、3号 会長、副会長、理事、監事、裁定委員の選任

河村康明先生が会長に選出

議決4号 山口県医師会会費

議決5号 山口県医師会入会金

議決6号 平成29年度役員等の報酬

議決7号 顧問の委嘱

2 山口県医師会表彰式 (竹中会長)

「医事・衛生に関しての地域社会に対する功労者」表彰 佃 邦夫先生

3 郡市地域包括ケア担当理事会議 (6/23) (藤田副会長)

①地域医療介護総合確保基金(介護分) 予算状況

②地域支援事業の取り組み状況について

光市は7項目を提示

地域の医療・介護資源の把握、課題抽出と対応策の検討、切れ目の無い提供体制の構築推進、関係者間の情報共有支援、相談支援(相談窓口の運営)、研修の実施、地域住民への普及啓発

③認知症施策の取り組み状況について

④県医師会在宅医療推進事業について → 協議事項3へ

⑤在宅医療に関するアンケートについて 光市回答分

- ・ 在宅医療を行える医師はどのくらい()内は全会員数 約20名(86名)
- ・ 郡市医師会単位、または中学校単位での対応が可能か? 可能
- ・ どのようにグループ化するか? 地域別で分けている
- ・ 誰がまとめていくか? 医師会主導で他職種を巻き込む。
かかりつけ医不在の際は、医師会長が依頼
- ・ IT化は必要か? 必要。特に災害時には有効と思われる。
- ・ 今後の取り組み案

「つながる輪ひかり」という他職種の会があり、3ヶ月に1度、顔の見える勉強会(主に事例検討)を開いている。たくさんの仲間を作って行くことが力になると思う。

24時間対応可能な訪問看護ステーションが3カ所あるのが心強い。

以上を報告した。

II 協議、承認事項

1 光市認知症予防講演会 7月21日(木) (竹中会長)

大阪大学精神医学教室 講師 数井 裕光先生

市民向け 15時～光市民ホール 小ホール
関係者向け 19時～光商工会館 2階大会議室

- 2 地域医療介護連携情報システム (広田理事)
下関や宇部で実働している、診療所―病院間、あるいは行政も含む
情報システムを周南地域で実施するか？
7月14日(木)に三市医師会で勉強会予定
- 3 山口県医師会在宅医療推進事業 (藤田副会長)
郡市医師会が在宅医療を推進するために取り組んだ事業を支援。
藤田副会長が対応する。
- 4 職員夏季賞与について (藤田副会長)
提案通り承認。
- 5 8月の理事会の日程 (竹中会長)
8月9日(金)に開催
- 6 入会会員
光中央病院 無漏田 俊子先生
以上を協議・承認した。

平成28年8月光市医師会定例理事会

日時 平成28年8月5日(金)午後7時より午後8時15分

場所 光市医師会事務局

出席 竹中博昭会長、藤田敏明副会長、広田修理事、谷川幸治理事
北川博之理事、守友康則理事、井上祐介理事、前田一彦理事
平岡博監事、丸岩昌文監事

欠席 多田良和理事

議題

I 報告事項

1. 光市休日診療所運営委員会(7/14) (竹中会長、多田理事)
 - ① 受診者数 2,191人
内科系：1,523人(66.6%)、外科系：668人(33.4%)。
 - ② 年齢別
0～6歳：399人(18.2%)、7～15歳：324人(14.8%)、
16～69歳：1,114人(50.8%)、70歳～：354人(16.2%)。
 - ③ 二次搬送：30人
 - ④ 周南地域救急医療利用状況()内は光市の患者数
二次救急

休日：978人（113人）、夜間：4,980人（457人）

小児救急

周南子どもQQ：休日；3,580人（355人）、夜間；3,977人（524人）

小児二次救急：休日；156人（20人）、夜間；1,437人（196人）

⑤ 27年度救急出動状況

出場件数：3,793件、3,551人

光市：2,484件 2,323人、田布施町；516件 516人、

熊毛地域；756件 709人

事故種別：急病；60.7%、交通事故；6.9%、一般負傷；14.2%

それ以外 18.3%

重症度：軽症；1,267人（54.5%）、中等症；915人（39.4%）、

重症；103人（4.4%）、死亡；38人（1.6%）

- ・軽 症；入院を必要としないもの
- ・中等症；入院を必要とするが、重症に至らないもの
- ・重 症；3週間以上の入院加療を要するもの
- ・死 亡；初診時において死亡が確認されたもの

軽症例が多いので、軽症は救急車を使わない様に市民に啓発する。

年齢区分：新生児；9人（0.4%）、乳幼児；60人（2.6%）、

少年；84人（3.6%）、成人；645人（27.8%）、

高齢者；1,525人（65.6%）

2. 光市健康づくり推進協議会（7/14） （竹中会長）

① 平成27年度がん検診

受診率：胃がん；8.0%、肺がん；18.7%、大腸がん；23.1%、

子宮頸がん；23.1%、乳がん；19.8%、前立腺がん；16.9%

② 食育関係 食育相談；67名（のべ84名）

③ 健康づくり推進計画を平成28年3月に策定

④ 乳幼児健診・予防接種：医師会総会資料を参照

⑤ 歯科保健：歯の健康相談、障害者口腔検診、良い歯のコンクール

⑥ 28年度の重点施策

がん検診の受診率向上、光市健康づくり推進計画の推進

3. 周南三市医師会の打ち合わせ会（7/14） （竹中会長、広田理事）

地域医療連携システムネットワーク構想を周南地区ではどう進めるか

患者さんにとってのメリットが不透明→導入地域の理事に講演を依頼

地域医療構想連携会議→各医療圏の病床数に関して検討を進める

4. 県医師会と光市医師会懇話会（7/19） （役員全員）

5. 山口県医師会国保組合通常組合同会（7/21） （竹中会長）

6. 「光市健康づくり推進計画」市民協議会（7/28） （竹中会長）

H. 28～37年度の同計画を策定、実施

7. 郡市医師会地域医療担当理事協議会 (7/28) (平岡監事)

限られた医療資源で高齢化の進行に伴う医療需要の増大に対応する為、
将来にわたり持続可能な効率的で質の高い医療提供体制を構築する為の
地域医療構想を平成37年度(2025年)を目標に策定

以上を報告した。

II 協議・承認事項

1. 9月の理事会日程について (竹中会長)

9月13日(火) 19時～ 河村県医師会会長をお招きする

2. 周南医学会 演題募集 (竹中会長)

3. 8月の学術講演会について (谷川理事)

4. つながる輪ひかり (竹中会長)

訪問歯科診療について 藤本歯科診療所 藤本茂樹先生

9月8日(木) 18時30分～

5. 「救急の日」および「救急医療週間」について (竹中会長)

以上を協議承認した。

平成28年9月光市医師会定例理事会

日時 平成28年9月13日(火) 午後7時00分より午後9時30分

場所 小蜂

出席 竹中博昭会長 藤田敏明副会長 多田良和理事 北川博之理事 谷川幸治理事

広田修理事 守友康則理事 井上祐介理事 前田一彦理事

平岡博監事、丸岩昌文監事

河村康明 山口県医師会会長

佃邦夫元理事 清水敏昭元理事

議題

I 報告事項 なし

II 協議、承認事項

1. 光市休日診療所 医薬品採用申請書 書式について (竹中会長)

光市立病院の書式を元に作成

採用希望者が作成し医師会に提出、理事会で協議して決定

2. B型肝炎ワクチンの予防接種について (竹中会長)

平成28年10月から定期接種として開始

対象者に配布する資料の内容について協議した
接種漏れが無いように強く要望する

9月27日光市より説明あり。

3. 胃がん検診への内視鏡検診の導入について

(竹中会長)

昨年胃がん検診を実施した医療機関にアンケート調査を行う。

以上を協議承認した。

月例会報告

平成28年7月26日(火)

1. 納涼懇親会について

平成28年9月27日(火)

1. 胃がん検診の胃内視鏡検査導入について



平成28年度会務分担表

	業 務 区 分	担当理事	担 当 補 佐
1	総務	竹中博昭	藤田敏明
2	庶務・会計	藤田敏明	竹中博昭
3	広報	廣田 修	佃 邦夫、高橋秀児
4	生涯教育	谷川幸治	平岡 博、井上祐介
5	医療情報システム	廣田 修	佃 邦夫、河内山敬二
6	医療保険	守友康則	多田良和、前田一彦
7	介護保険	守友康則	丸岩昌文、横山 宏、市川淳二
8	労災・自賠責保険	守友康則	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、前田一彦
10	麻薬	北川博之	秋吉宏規、河内山敬二
11	地域医療	藤田敏明	丸岩昌文、田村健司
12	救急医療	多田良和	丸岩昌文、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	松島 寛、山手智夫
16	成人高齢者保健・特定健診	井上祐介	多田良和、吉村将之
17	産業保健	多田良和	守友康則、吉村将之
18	医業経営（労務・税制）	前田一彦	村田雅子、五嶋武
19	医療廃棄物	前田一彦	守友康則、河内山敬二
20	会員福祉	井上祐介	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	
	3(日)	10	7	17
10(日)	26	6	32	
17(日)	16	17	33	
18(月)	14	12	26	
24(日)	28	3	31	
31(日)	28	7	35	
計	122	52	174	

8月休日診療所当番医報告

8月		内科系	外科系	
	7(日)	13	7	20
11(木)	12	12	24	
14(日)	19	19	38	
15(月)	17	10	27	
21(日)	12	7	19	
28(日)	9	7	16	
計	82	62	144	

9月休日診療所当番医報告

9月		内科系	外科系	
	4(日)	10	2	12
11(日)	11	4	15	
18(日)	6	7	13	
19(月)	22	10	32	
22(木)	21	7	28	
25(日)	6	2	8	
計	76	32	108	



☆ これからの行事予定 ☆

10月	4日(火)	学術講演会
	11日(火)	理事会
	23日(日)	周南医学会
	25日(火)	月例会
11月	8日(火)	理事会
	16日(水)	周南三医師会役員会
	22日(火)	月例会
12月	1日(木)	忘年会
	13日(火)	理事会

緑友会ゴルフコンペ成績

平成 28 年 7 月 3 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	45	41	86	-4	90
準優勝	南 典文	51	53	104	14	90
3	守田 忠正	48	47	95	4	91
4	前田 昇一	54	47	101	10	91
5	兼清 照久	49	46	95	4	91
6	横山 宏	44	49	93	1	92
7	國近 豊	51	56	107	6	101

DC ⑧森本 ⑮横山

NP ②國近 ⑥南

ドラ短 前田



編集後記

秋分の日は7日間のお彼岸の中日（ちゅうにち）です。平成28年（2016年）の秋分の日は9月22日でした。

地球が「日本時間で秋分点を通過する日」が秋分の日です。22日だったり23日だったり、1974年は24日だった事もありました。1000年以上先まで計算で決まっている様ですが、正式には国立天文台が作成した表に基づき閣議を通して決定し、前年の2月に発表されます。今後2017年から2044年までは9月23日、閏年に限って22日になります。そういえば、今年はリオ・オリンピック、パラリンピックでしたね。ちなみに24日は21世紀には一度も無く、次は2103年になるそうです。

お彼岸が近づくと一気に花が咲くヒガンバナ（*Lycoris radiata*：ヒガンバナ科ヒガンバナ属）は、曼珠沙華の別名のほか、葉見ず花見ず、ゆうれい花、ちょうちん花、きつね花、火事花、毒花、しびれ花、地獄花、など1000以上の別名があるそうです。家の近くにも毎年咲くので、お彼岸前から観察していました。何もないところから9月16日に緑色の芽が出て、翌日には10cm伸び、18日には30cmまで伸びてつぼみをつけ、20日には咲いていました。花が散った後に葉が出てきて冬を越し、春になると枯れて地表には何も見えなくなります。葉と花が同時に存在しないことから、“葉見ず花見ず”の別名が付いたと言われています。赤いヒガンバナが一般的で、白いものもあります。種々のアルカロイドを含む有毒植物で、そのまま経口摂取すると吐き気や下痢、中枢性の麻痺を起し致死経過をとることもあり、別名の“毒花”などはその辺りからきたのでしょうか。しかし長時間水に晒せば無害化も可能なため、飢饉の際や第二次大戦中には食用にされたこともありました。

今回の表紙写真は実はヒガンバナではなく、ショウキズイセン（*Lycoris traubii*）です。毎年きちんとお彼岸前後に咲くことと花の形から、ずっと“黄色いヒガンバナ”と思っていました。ヒガンバナ科ではありましたが今回調べて初めて本名を知りました。（広田 修）



発行所 光市医師会
TEL (0833) 72-2234
発行日 平成 28 年 10 月 20 日
発行者 竹中 博昭
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