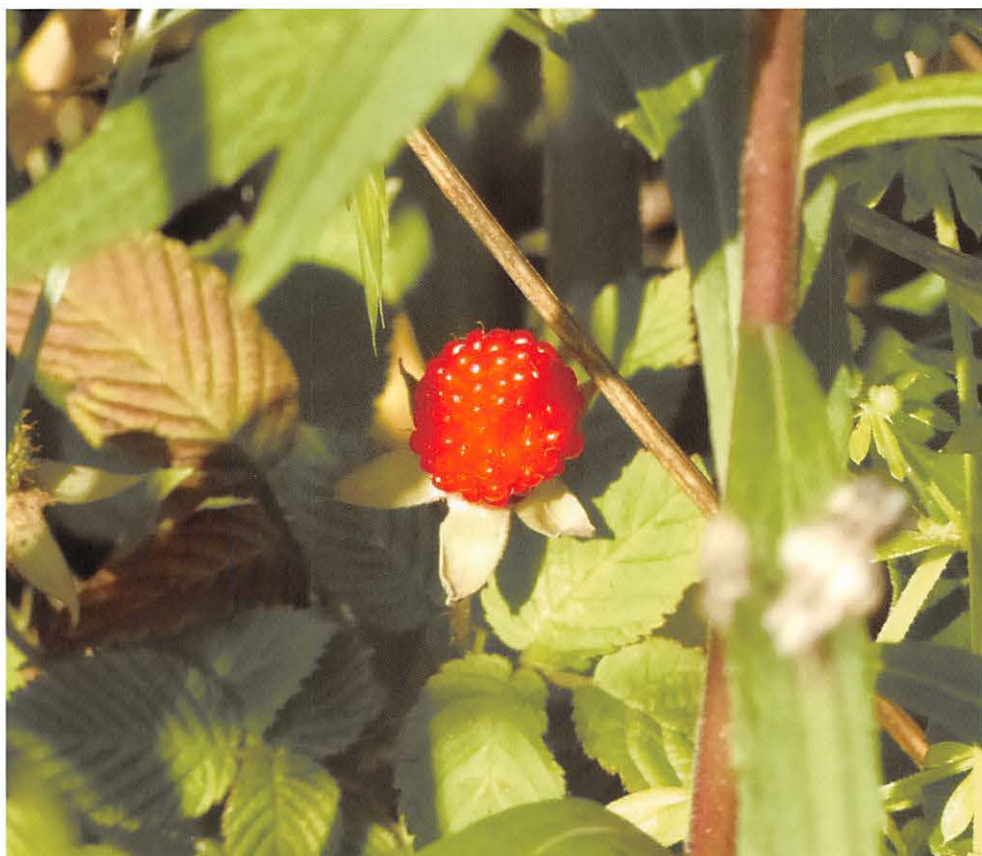


光市医師会報

No.435

(平成29年 春号)



クサイチゴ 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.435 (平成 29 年春号)

1. 表紙	
2. 合同症例検討会	1
3. 第 17 回幼稚園・保育園関係者と園・学校医の集い	7
4. 学術講演会	
第 12 回学術講演会	10
第 13 回学術講演会	14
5. 平成 28 年度地域ケアシステム全体会議	19
6. 入退会	20
7. 理事会報告	21
8. 月例会	26
9. 休日診療所	27
10. これからの行事予定	27
11. 緑友会	28
12. あとがき	29

第23回
光市医師会・光市立病院
合同症例検討会

平成29年3月7日(火)
19:00~
光市立大和総合病院

(1) 関節リウマチ患者に生じたビスフォ
スフォネート関連顎骨壊死
(Bisphosphonate-Related Osteonecrosis
of the Jaw: BRONJ) の一例



光市立大和総合病院
歯科口腔外科 水柿 雄三

ビスフォスフォネート製剤(BP製剤)の普及に伴い、使用患者に発症する顎骨壊死症例が増加している。関節リウマチ患者の下顎に発症したBP関連顎骨壊死を経験したので報告する。症例は84歳女性、主訴は「口内が痛くて食事が取れない」、現病歴(図1)、現症(図2)、術前の処置及び経過を(図3)、術前のオルソパントモグラフィー(図4)を示す。手術は抜歯、腐骨を除去した後抗生物質付きガーゼを挿入して終了。平成27年1月から現在までの当院での薬剤関連性顎骨壊死(Medication Related Osteonecrosis of the Jaw: MRONJ)の一覧を示す(図5)。多くは骨粗鬆症関連で女性が多く、前立腺

癌、多発性骨髄腫もあった。患者さんが「悪い歯は無い」と思っている、オルソパントモグラフィーを撮ると所見がある方は少なくない。骨粗鬆症や悪性腫瘍に関連してBP製剤を使用する際は、使用前後の医科歯科連携は重要と考えられた。

現病歴

2014年〇月に下顎の痛みが生じ食事が困難となる。衰弱により某病院に救急搬送された。リウマチ治療薬の副作用による白血球減少症、血小板減少症、口内炎と診断されG-CSFによる治療を受けた。近医歯科医院に口内炎の往診による治療を依頼するが、下顎の疼痛は約1カ月改善せず、経口での食事が出来ないため当院歯科口腔外科に診療依頼があった。全身状態不良のため往診による診察を行った。

図1

現症

全身所見: 体格小柄 栄養状態不良 衰弱し寝たきり

口腔外所見:
下顎骨周囲に腫脹、発赤を認めた。

口腔内所見:
右下2番から左下5番までの歯牙の歯肉溝より多量の黄白色の排膿を認めた。

CT所見: 下顎骨正中を中心に広範に虫食い像を認め、腐骨を認めた。

臨床診断: ビスフォスフォネート関連下顎骨壊死

図2

処置および経過

某病院医師にセフェム系抗生剤の連日投与を依頼し、病棟看護師にポビドンヨード希釈液による1日3回の口腔内の局所洗浄を指示した。アレンドロン酸ナトリウムの内服を中止とした。急性症状は10日後に鎮静化し、経口による食事摂取が可能となった。クラリスロマイシンの経口投与を継続した。手術目的に当院に転院となり、腐骨の分離が明らかになるまで待機し局所麻酔下に抜歯、腐骨除去術を行った。

図3

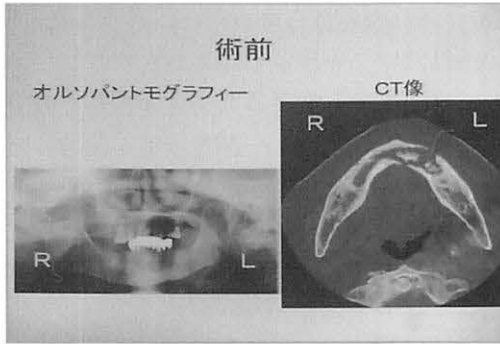


図 4

平成27年1月-現在の光市立大和総合病院歯科口腔外科MRONJ症例

No.	年齢	性別	診断	薬剤名	薬剤	使用期間
1	82	F	左上顎骨髄炎	多剤性骨髄腫	ソレノロン群	27984
2	79	F	右顎骨髄炎	骨髄腫	ソレノロン群	17904
3	79	F	右顎骨髄炎	右副鼻腔炎	人工的関節炎	2年以上
4	86	F	右下3番歯根尖部骨髄炎	骨髄腫	ソレノロン群	17904
5	81	M	両側上顎骨、下顎正中骨髄炎	前立腺癌	チニスマフ	27144
6	77	F	左下6番歯根尖部	骨髄腫	ソレノロン群	27984
7	85	F	左上2、3番歯根尖部	骨髄腫	ソレノロン群	57
8	78	F	7番歯根尖部	骨髄腫	ソレノロン群	17904
9	78	M	右下顎骨髄炎	ゾロファクセニド群 骨髄腫	ソレノロン群	67
10	76	F	左上7番歯根尖部(線維後)	骨髄腫	チニスマフ	不明
11	71	F	右下2番歯根尖部	骨髄腫	ソレノロン群	87144
12	74	F	左上顎骨、左上顎骨炎	骨髄腫	ソレノロン群	不明
13	69	F	左下8番歯根尖部	骨髄腫	ソレノロン群	57
14	75	F	左下顎骨髄炎	骨髄腫	ソレノロン群	37
15	71	M	左上顎骨髄炎	前立腺癌	ソレノロン群	17114

図 5

(2) C型慢性肝障害症例に対するインターフェロンフリー (DAA) 治療の使用経験



光市立光総合病院
消化器内科 谷川 幸治

C型肝炎治療はウイルス排除と発がんの抑制である。抗ウイルス治療によってHCVが排除されたとしても長期予後改善のため嚴重なフォローアップが必要である。

治療終了して24週間経った時点でHCV-RNAが陰性になれば、ウイル

学的著効達成 (Sustained Virological Response : SVR24) と判定する。HCV1b型のSVR24を示す(図6)。インターフェロン治療が開始された1992年ごろはわずか6%だった奏功率が、リバビリン併用の時期を経て現在はウイルスの増殖を直接抑制できる (Direct Acting Antivirals : DAA、図7) ようになり、ほぼ100%消えるようになった。一剤ではすぐに耐性が出現するため、併用治療を考慮する。現在使用できるDAAを示す(図8)が、いずれも治療費が高額で、合併症に注意が必要である。当院では46例にDAAを使用し、ほとんどが50歳以上である。現時点でダクルインザ+スンベプラ使用17例中15例(図9)、ハーボニー3例では全例(図10)、ソバルディ+リバビリンでは強制終了1例を除く7例全例(図11)でSVRを得ている。図12の基準の患者さんにはDAA治療を導入していない。まとめを示す(図13)。ピロリ菌除菌治療と比較してみると、DAA治療は「成功率は高く、治療脱落率は低く、副作用発生率は低い」が、「治療コストがケタ違いに高い」。

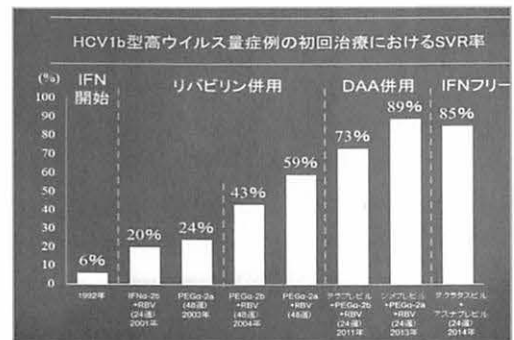


図 6

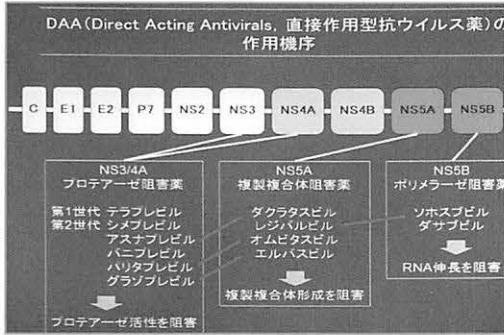


図 7

ソバルディ+リバビリン8例の成績

年齢	性別	進行度	前治療歴	治療効果	副作用
43	男	慢性肝炎	なし	SVR	なし
49	男	慢性肝炎	ペグリブ	SVR	なし
53	女	慢性肝炎	ペグリブ	SVR	倦怠感
69	女	慢性肝炎	なし	SVR	なし
74	女	慢性肝炎	なし	SVR	なし
76	女	慢性肝炎	なし	SVR	貧血
81	男	慢性肝炎	ペガシス少量長期	SVR	貧血
42	女	慢性肝炎	脱落(強制中止)		

ペグリブ: ペグインターフェロン+リバビリン併用療法

図 11

現在使用できるDAA

薬剤名	発売日	薬剤耐性の有無	耐性あり	薬剤費
ダクルインザ+スンベブラ ダクタタスビル+アスナプレビル	2014年9月	92%	43%	263→230万円
ハーボニー ソホスブビル+レディンシビル	2015年9月	100%	100%	670→460万円
ウィキラックス オムビタスビル+レディンシビル	2015年9月	98%	83%	450→390万円
エレルサ+グラゾナ エルバスビル+グラゾナビル	2016年11月	99%	98%	390万円
ソバルディ+リバビリン ソホスブビル+リバビリン	2015年5月	96%		520→355万円 (+20-30万円)
ウィキラックス+リバビリン オムビタスビル+レディンシビル+リバビリン	2016年9月	94%(2aのみ)		520万円 (+25-35万円)

図 8

- DAA治療を導入していない症例
- ・ 高齢患者(多くは60歳以上)
 - ・ HCVキャリア
 - ・ 肝細胞癌合併例
 - ・ 適応外(非代償性肝硬変・血小板減少・貧血など)
 - ・ 合併疾患が重症
 - ・ 合併疾患の治療薬が禁忌
(例: 外傷性てんかんにてテグレトールあり)
 - ・ 患者さんの希望

図 12

ダクルインザ+スンベブラ17例の成績

年齢	性別	進行度	前治療歴	治療効果	副作用	実費
36	男	慢性肝炎	なし	なし	なし	なし
40	男	慢性肝炎	なし	SVR	初期に感冒様症状	なし
59	男	慢性肝炎	なし	SVR	薬剤性肝障害	なし
61	男	慢性肝炎	ペグリブ	SVR	薬剤性肝障害	なし
65	女	慢性肝炎	なし	SVR	なし	なし
68	男	慢性肝炎	なし	SVR	なし	なし
70	女	慢性肝炎	ペグリブ	SVR	薬剤性肝障害	なし
71	男	慢性肝炎	なし	SVR	なし	なし
74	男	慢性肝炎	ペグリブ	SVR	腹痛	なし
76	女	慢性肝炎	なし	SVR	薬剤性肝障害	なし
79	女	慢性肝炎	ペグリブ	SVR	なし	なし
83	女	慢性肝炎	なし	break through	軽度の腹痛	Y93混合型(費用は)
75	女	慢性肝炎	ペグリブ	no responder	なし	なし
61	男	肝硬変	なし	SVR	なし	なし
64	女	肝硬変	なし	SVR	薬剤性肝障害	なし
68	女	肝硬変	なし	SVR	なし	なし

ペグリブ: ペグインターフェロン+リバビリン併用療法

図 9

まとめ

現在多くのC型慢性肝炎疾患に対して、インターフェロンフリー療法(DAA)を行っている。
副作用は軽微で、従来の治療と比較にならないほど高率にC型肝炎ウイルス排除が可能となっている。

成功率: インターフェロンフリー療法 < ビロリ菌除菌療法
治療脱落率: インターフェロンフリー療法 < ビロリ菌除菌療法
副作用発生率: インターフェロンフリー療法 < ビロリ菌除菌療法
コストパフォーマンス:

図 13

ハーボニー3例の成績

年齢	性別	進行度	前治療歴	治療効果	副作用	実費
39	女	慢性肝炎	なし	SVR	なし	なし
67	男	慢性肝炎	なし	SVR	なし	Y93混合型
67	男	肝硬変	なし	SVR	軽度の倦怠感	Y93混合型

図 10

(3) 急性心膜炎の一例



たけなか医院 竹中 博昭

症例は59歳男性、主訴は前胸部痛。平成22年4月〇日起床時から前胸部に疼痛出現、午前中は我慢していたが軽快しないため午後になり受診。体温36.6℃、血圧138/94、脈拍80/分整、心雑音、心膜摩擦音は聴取せず、胸部レ線異常なし。来院時心電図(図14)でV2~V5にST上昇を認めたため、総合病院に紹介した。急性心膜炎と診断され入院加療開始、その後症状軽快し、心電図でも胸部誘導のST上昇の改善を認め(図15)4日間で退院した。

急性心膜炎の原因は多彩である(図16)。血液検査、胸部レ線で特異的なものは無い。心電図は心膜全体の炎症のため幅広い誘導でSTが上昇し、PRの下降を認める。いずれも炎症状態の改善とともに正常化する。診断基準のうち二つ以上が合致すれば診断となる(図17)。心膜炎が増悪して心筋心膜炎、さらに劇症型心筋炎(図18)になると、時には時間単位で進行することがある。初期はかぜ症状でも不整脈や胸の異常を呈する際は注意が必要である。

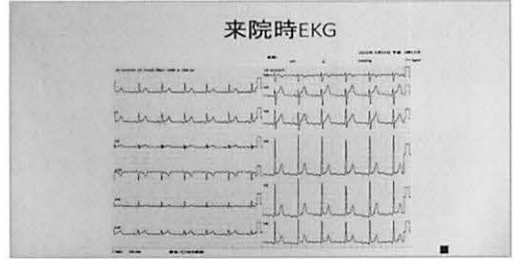


図 14

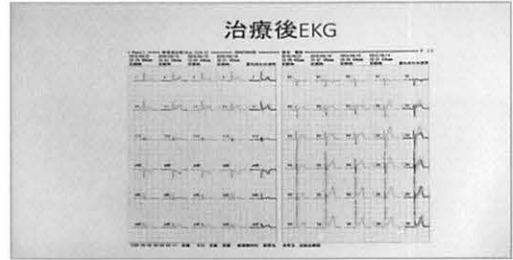


図 15

原因

- ・特発性心膜炎: 原因が不明(20%)、原因は不明。約半数に上気道感染が1〜2週間前に先行する。
- ・感染性心膜炎: 細菌性(肺炎球菌、かつは菌、連鎖球菌など)結核性、ウイルス性(コクサッキーA群、インフルエンザなど)、真菌性、寄生虫性などの感染による。
- ・リウマチ性心膜炎: リウマチ性心炎の部分症状。
- ・膠原病性心膜炎: 腎不全の末期に約60%に起こる。
- ・悪性腫瘍性心膜炎: 原発性または、乳癌、肺癌、気管支癌、白血病などの転移、浸潤が原因。
- ・心筋線維化症候群(Weber症候群): 心臓切開後約2〜6週に、後者は心臓手術後1〜4週に発症する。自己免疫反応と一般に考えられている。
- ・心筋梗塞や冠動脈性大動脈瘤に伴う心膜炎ともに関与は不明で発生する。
- ・膠原病性心膜炎: SLEに合併することが多い。
- ・その他: 外傷、放射線照射に伴う心膜炎、ヒトパルボウイルス(血圧低下やプロコインアンD(抗不整脈薬)などの薬物に伴う過敏反応による心膜炎など。

図 16

心筋心膜炎について

心膜炎の診断基準:	心筋心膜炎の診断基準:
<ul style="list-style-type: none"> ・以下の4つのうち2つ以上を認める場合診断とする。 1. 心膜炎に特徴的な胸痛を認める。 2. 心膜炎の摩擦音を認める。 3. 心膜炎を示唆する心電図変化(典型的には広範なST上昇)。 4. 心膜炎の増加または新病変。 	<ul style="list-style-type: none"> ・以下のうち、1,2,3を満たす場合は「心筋心膜炎の疑い」、1,2,3,4を満たす場合は「心筋心膜炎の臨床診断」とし、主観的に心臓病が認められた場合は「心筋心膜炎の確定診断」と評価する。 1. 心膜炎の診断 <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸不全、動悸、胸痛などの症状や、心電図変化(ST上昇)など、急性または慢性の病変の原形および全体的な心臓病を除外。 ・その他の原因の除外。 2. 心筋線維化症候群(Weber症候群)と診断するには2つ以上の上記、診断後の発症および全体的な心臓病を除外。または心臓病を示唆する病変所見(カドウム造影検査など)。

図 17

劇症型心筋炎

- ・病状変化は日単位から、ときに時間単位で進行する。
- ・初発症状としては通常の急性心筋炎と同様に、発熱を伴うかぜ様症状(63%)や嘔吐・下痢などの消化器症状(23%)を併発する。
- ・主症状としては、ショックを含む心不全症状(69%)と不整脈による動悸や失神(24%)、それに長時間続く胸痛(18%)が多くみられる。
- ・急性期管理方針は、心筋炎による血行動態の破綻を回避し、自然回復の時期まで構築を促す。
- ・循環補助の適応は、致死的不整脈(心静止を含む)と心ポンプ失調による低心拍出状態の2つである。

図 18



光市立大和総合病院
外科 原田 幹彦

静脈血栓症 (Venous ThromboEmbolism : VTE) 治療の基本は抗凝固療法で、本邦のガイドラインでは初期に未分画ヘパリンおよびワルファリンを併用し、PT-INRが目標域に達した後にヘパリンを中止する治療が推奨されている。近年、Xa 因子を直接標的とする新しい経口抗凝固薬 (Direct Oral Anticoagulant : DOAC) が相次いで開発されている。VTE 治療に適応のある DOAC はエドキサバン、リバーロキサバン、アピキサバンの3剤で、モニタリングによる容量調節が不要で、2016年米国胸部疾患学会のガイドラインでは悪性腫瘍患者以外のVTE治療としてDOACが推奨されている。

症例は86歳女性、主訴、現病歴、現症、検査所見を示す(図19、20)。骨盤部CTで大腿静脈に血栓を認め(図21)、VTEと診断した。経口困難なためヘパリン持続静注後、リバーロキサバン内服開始、肺血栓症が無いことを確認しベッド上リハビリを開始した(図22)。治療後1ヶ月時点でのCTでは血栓は消失していた。

下肢深部静脈血栓症 (Deep Vein

Thrombosis : DVT) 治療の目標は血栓症の進展、再発の予防、肺血栓症の予防、早期および晩期後遺症の軽減である。治療を示す(図23)。高齢者(75歳以上)、低体重(50kg未満)、腎機能低下(Ccr 50ml/min未満)は出血の高リスクとなる。考察を示す(図24)。

症例:86歳、女性

(主訴) 左下肢腫脹、疼痛
(既往歴) 虫垂炎、両側白内障
(現病歴) 腰痛を主訴に平成29年1月10日、近位受診。第1腰椎圧迫骨折と診断され、保存的治療が施行されていた。同1月14日、温泉に行った際、気分不良となり転倒された。その後、左下肢腫脹、疼痛出現し、1月18日、当科紹介受診。

図 19

初診時現症および検査所見

・理学所見
身長:148cm、体重:38kg
左下肢腫脹あり
周径は右に比し、膝腹部:+7cm、大腿部:+3.5cm
左下腿握痛あり、Homan's sign陽性、左鼠径部叩打痛あり
・血液検査所見
WBC:9490/ μ l、CRP:7.55mg/dl
PLT:13.1万/ μ l、PT-INR:1.17、Dダイマー:56.1 μ g/dl
Cre:0.58mg/dl、e-GFR:72.3

図 20

初診時骨盤部単純CT②



図 21

治療経過

・抗凝固療法
ヘパリン1万単位/日、持続静注、2日間
リバーロキサバン 15mg 1日2回、3週間
リバーロキサバン 15mg 1日1回、継続中
出血性合併症なし！
・運動療法 造影CTで肺塞栓なきことを確認！
初期治療開始1週後よりベッド上リハビリより開始
現在、歩行訓練を中心とするリハビリ中

図 22

下肢深部静脈血栓症(DVT)の治療

- ・治療目標
- 1) 血栓症の進展や再発の予防 2) 肺血栓塞栓症の予防
- 3) 早期、晩期後遺症の軽減
- ・薬物治療
 - ① 抗凝固療法: ヘパリン、ワーファリン、Xa活性阻害薬
 - ② 血栓溶解療法: ウロキナーゼ
- ・カテーテル治療: 血栓溶解(非永久留置型IVCフィルター使用)
- ・外科的血栓摘除術: カテーテルアクセス不可または治療不成功

図 23

考察

- ・高齢(75歳以上)、低体重(50kg未満)、腎機能低下(Ccr:50ml/min未満)は出血の高リスク
- ・リバーロキサバンはEINSTEIN DVT/PE試験で重大な出血事象がヘパリンとワーファリンの併用に比べて少ない。
- ・総腸骨静脈近位部の血栓量の多いDVTで、本邦のガイドラインではIVCフィルターおよび血栓溶解療法が適応される症例でもリバーロキサバン単剤で血栓退縮が得られる可能性がある。

図 24



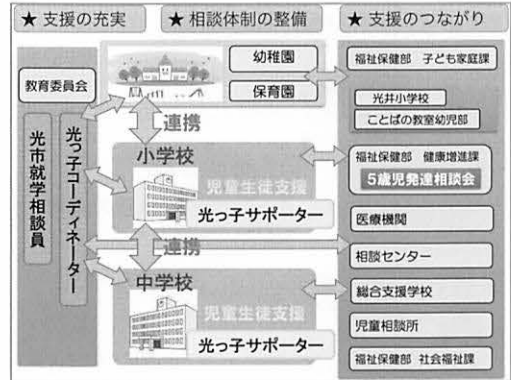
第17回 幼稚園・保育園関係者と園・ 学校医の集い

平成29年2月22日(水)
19:00～
光商工会館2階大会議室

医師5名、園・行政関係者46名が参加し、光市教育委員会学校教育課・指導主事の門岡裕二先生に「5歳児発達相談からの支援の継続」をテーマにご講演を頂きました。

平成28年度の5歳児発達相談会は市内19園が参加し、対象者数は373名、相談票の回収率は100%、そのうち43人(11.6%)が相談の対象となりました(集団相談31人、個別相談12人)。今まで複数回、5歳児発達相談の目的、方法を園関係者にお話ししてきましたので、今回は対象となった子供達、親御さんの「その後」をお話しして頂きました。教育委員会、学校現場での取り組みや実例の紹介があり、相談会を経ることで落ち着いた生活を送ることが可能となったことがよく分かり、たいへん勉強になりました。事後のアンケートも好評で、事業の継続に向け力強い後押しになったと思います。

報告：広田 修



通常学級に在籍している障害のある児童生徒、 発達障害の可能性のある児童生徒(8.1 調査等)

	通常学級に在籍している 障害のある若しくは 発達障害の可能性のある 児童生徒の割合	1クラス35人の クラスなら・・・
H25	6.5%	1クラス2名程度
H26	9.5%	1クラス3名程度
H27	10.2%	1クラス4名程度
H28	10.8%	1クラス4名程度

- ・じっとしてられない子
- ・集中できない子
- ・友達に合わせて反応できない子
- ・コミュニケーションがとれない子
- ・物事を理解することが苦手な子
- ・集団のルールやきまりを守れない子
- ・学習について行けない子
- ・集団活動が難しい子

特別支援教育の必要性

光市の特別支援教育

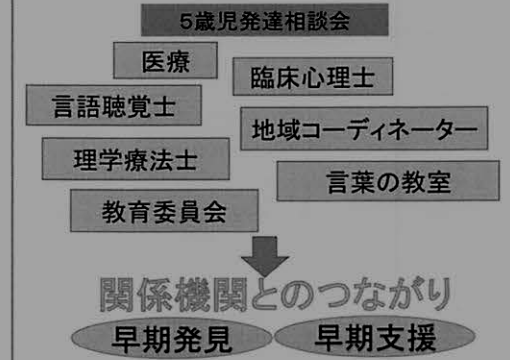
一人ひとりを大切にする特別支援教育を実現するために

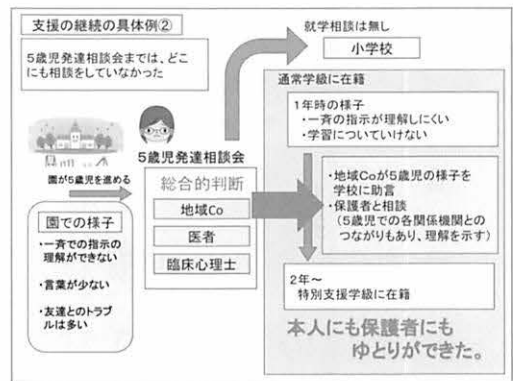
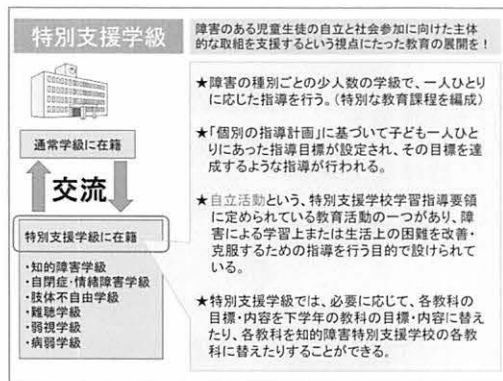
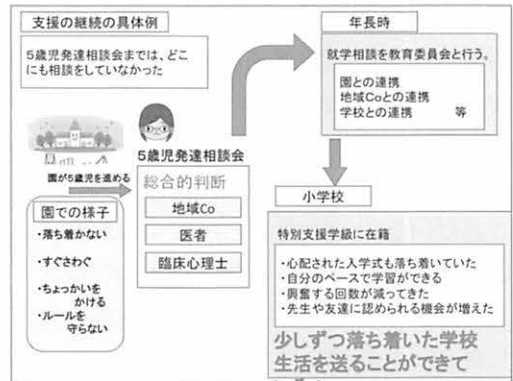
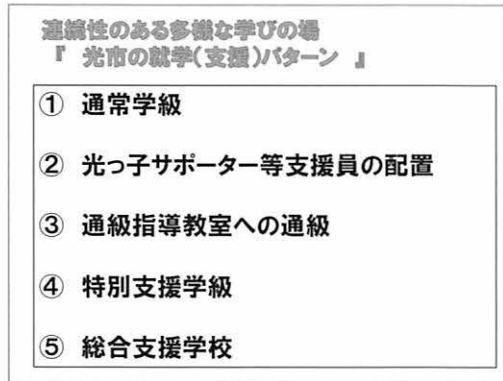
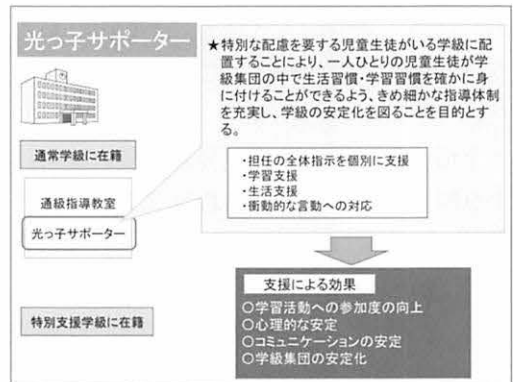
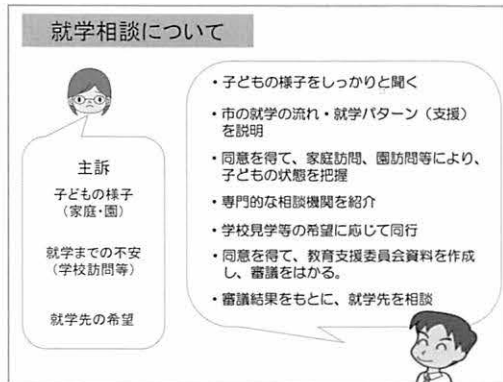
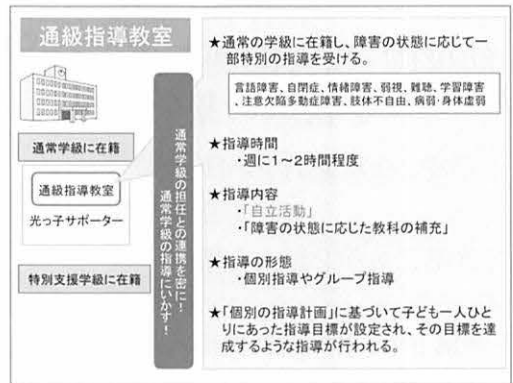
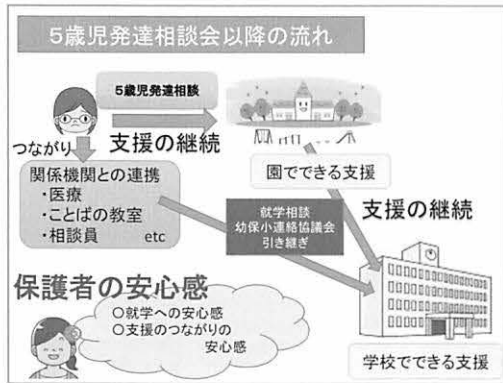
通常学級も含め、学校全体で特別支援教育を実施します

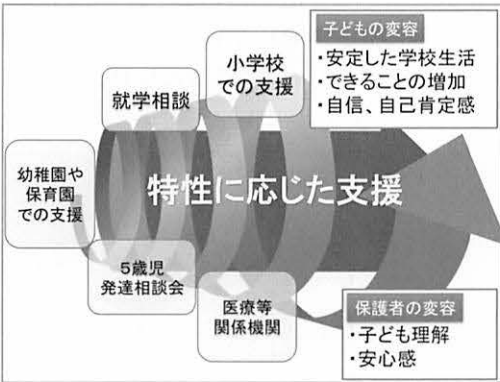
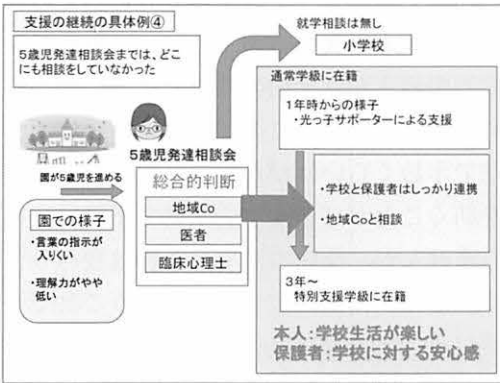
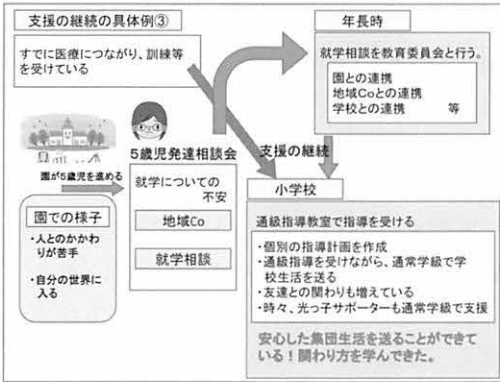
★ 支援の充実

★ 相談体制の整備

★ 支援のつながり







平成28年度 第12回 光市医師会学術講演会

平成29年1月24日(火)

19:00~

光商工会館2階 大会議室

情報提供 19:00~19:10

「ゼロータ錠」 中外製薬株式会社

特別講演 19:10~20:10

「乳癌の最新治療について~分子標的治療薬と副作用マネジメント~」



座長 光市立光総合病院

外科 部長 折田雅彦先生



演者 兵庫医科大学

乳腺・内分泌外科 教授 三好康雄先生

本日は乳がんの最新治療、特に分子標的薬にフォーカスしたお話をしたいと思います。

私の所属は乳腺・内分泌外科ですが、最近の治療は外科的療法の比重が小さくなりつつあり、薬物療法の割合が増えています。

初期治療と再発の治療では治療の目的と使用する薬剤が違います。初期治療は治癒を目指し、再発を抑えることが主体です。再発すると治癒は困難となり、QOLの改善、延命治療が目的となります。

乳がんは乳管上皮にがんが発生、その後乳管の内部から周囲へ浸潤していきます(図1、2)。StageIは予後が良く生存率も高く、StageIVでも決して予後が極端に悪いわけではなく、10年後でも2割くらいの方が生存しています(図3)。術後再発する患者さんは手術の時点ですでに微小転移が生じており、この段階なら術後化学療法で半数くらいはがん細胞は消滅し、再発を防ぐことができます。手術で予後は変わりませんが、薬物療法では予後は変わります。また、術前に化学療法を行うことで予後はかなり変わります。術前に原発部位に病理学的完全奏功(pCR: pathological complete response)が得られた患者さんは微小転移も消失したと考えられ、予後は良好となります(図4)。

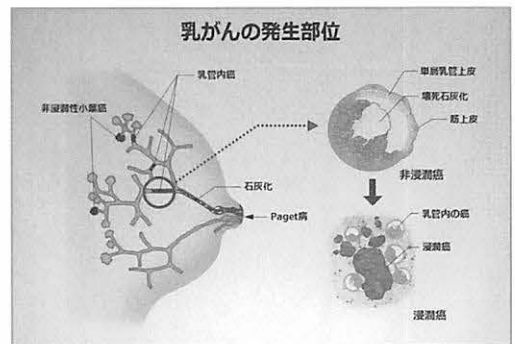


図1

化学療法に際し、免疫組織染色を行い、バイオマーカーとしてエストロゲン受容体(ER)、HER2受容体を評価し、サブタイプ分類を行います(図5)。Luminal typeは増殖はゆっくりで、大人しいタイプ。HER2 typeは増殖能力、悪性度が高く

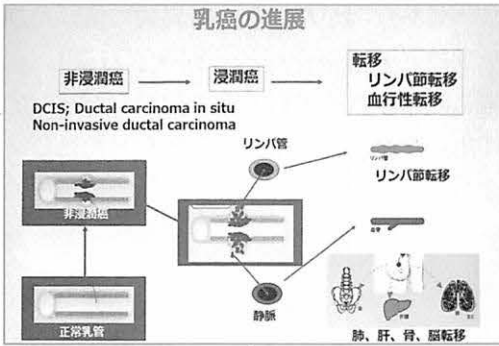


図 2

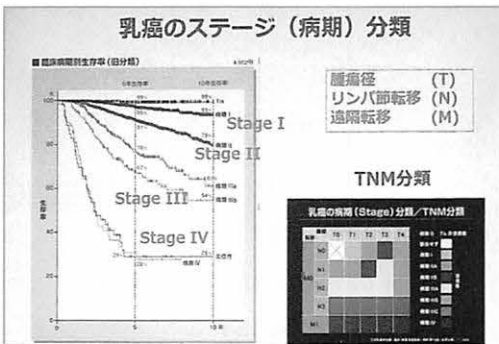


図 3

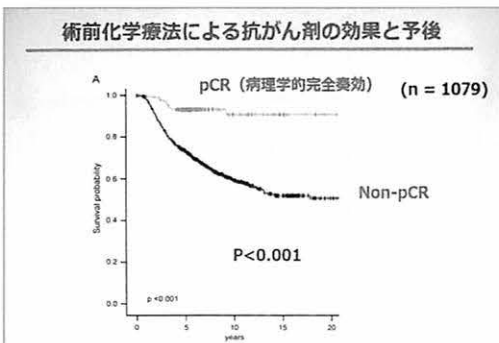


図 4

て再発しやすい。TN(Triple Negative)type は全体的には前2つのタイプの間くらいですが、Basal like type は非常に悪性度が高いです。治療法ではER+ではエストロゲンシグナルをブロックすれば治療に直結しますので、ホルモン療法を行います。HER2+ではHER2シグナルで増殖しますので、抗HER2薬を使用します(図6)。サブタイプの検討は大変重要で、化学療法の効果に大きな違いがあります(図7)。

抗がん剤と分子標的薬はその性格が違い

ます。抗がん剤はじゅうたん爆撃的に作用しますので細胞分裂が盛んな他の細胞に影響を与えますが、分子標的薬はピンポイント攻撃なので他の細胞に作用することは少ないのが特徴です。タイプ別の分子標的薬を示します(図8)。

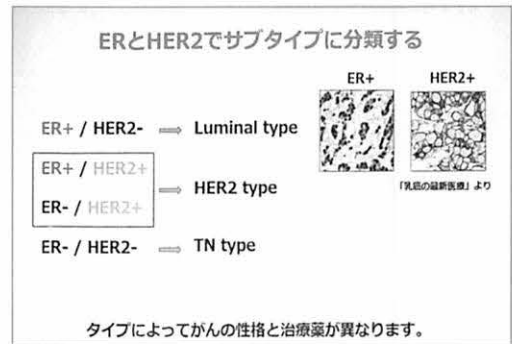


図 5

乳がんのサブタイプと治療薬

	抗がん剤	ホルモン療法	抗HER2薬
ER+ / HER2-	○	○	X
ER+ / HER2+	○	○	○
ER- / HER2+	○	X	○
ER- / HER2-	○	X	X

タイプによってがんの性格と治療薬が異なります。

図 6

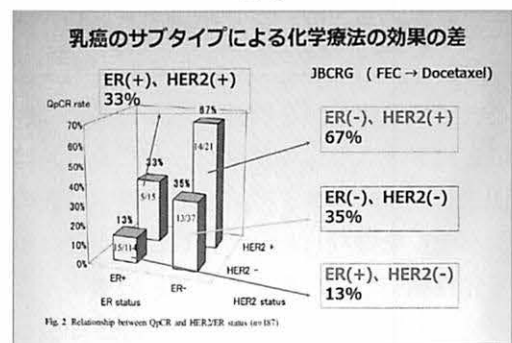


図 7

乳がんの分子標的薬

- 1) HER2陰性 乳がん 血管新生阻害薬 (アバスチン)
- 2) HER2陽性 乳がん
(ハーセプチン、タイケルブ、パージェタ、カドサイラ)
- 3) ER+/HER2- 乳がん
(アフィニトール、CDK4/6阻害薬)
- 4) トリプルネガティブ 乳がん
(免疫チェックポイント阻害薬、PARP阻害薬)

図 8

HER2 陰性乳がんの 1 次療法では、血管新生阻害薬のアバスチンを使用します。がん細胞も栄養が必要なので、血管新生が起きます。その腫瘍血管を退縮させ新しい血管新生を抑制することでがん細胞を兵糧攻めにします。また、異常血管を正常化することで、併用する抗がん剤の有用性を最大化する効果（併用薬剤増強作用）もあります。

HER2 陽性乳がんは予後が悪く、再発率も高かったのですが、抗 HER2 薬の登場で様相が大きく変化しました。HER2 および HER3 は細胞膜の表面に存在します（図 9）。HER2 と HER2、あるいは HER2 と HER3 が引っ付いて 2 量体を形成することで細胞が分裂したり細胞死を抑制したりします。したがってその形成を阻害することで抗腫瘍効果を発揮します。最初に登場したトラスツズマブ（ハーセプチン）は HER2 をブロックする抗体で、細胞分裂のシグナルを抑制したり、これが目印となって免疫細胞ががん細胞を攻撃、破壊すると考えられています。HER2 と HER3 が引っ付く部分を抑えるのがペルツズマブ（パージェタ）で、これをトラスツズマブと併用すると強力な抗腫瘍効果を発揮します。さらにトラスツズマブエムタンシン（カドサイラ）はトラスツズマブに抗がん剤がくっ

つけてあり、がん細胞に特異的に抗がん剤を到達させる事を目的に開発されました。細胞内に取り込まれてから抗がん剤として作用するので、血中ではほとんど影響しません。分子標的薬が出てから、治療選択は

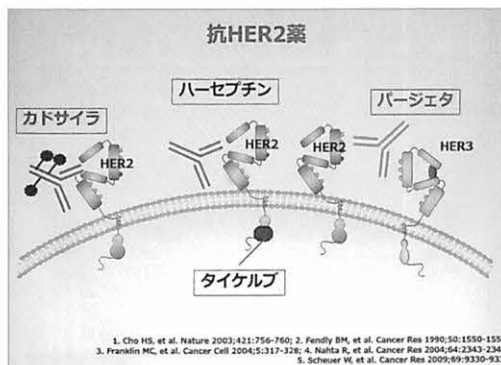


図 9

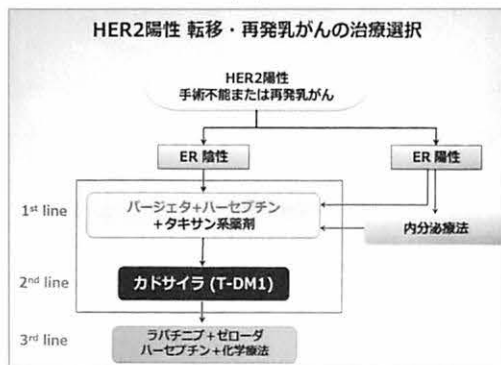


図 10

大きく変化しました（図 10）。

TN タイプの乳がんには免疫チェックポイント阻害薬、経口ポリ ADP- リボースポリメラーゼ（poly ADP-ribose polymerase：PARP）阻害薬が登場しました。以前から乳がんにおいても免疫が働いており、がん細胞の周囲にリンパ球（腫瘍浸潤リンパ球：TIL=Tumor Infiltrating Lymphocyte）が集まっていると予後が良いことは分かっていました。T 細胞ががん細胞を認識して攻撃しようとするのがん細胞は PD1、PDL1 を発現することで T 細胞の活性を抑制して逃げようとしています。そこで PD1、PDL1 を

阻害するとT細胞は活性化して再度攻撃を行います。これが免疫チェックポイント阻害剤のメカニズムです(図11)。単独使用ではなく、化学療法を併用して使用されるようになると思います。次にPARP阻害薬のお話です。乳がん、卵巣がんの中に遺伝性に発症するがんがあります。早期発見が難しいため遺伝子検査を行う場合があります。遺伝子変異が見つければ、予防的に乳房や卵巣の切除が可能となり、日本でも検査ができるようになりました。DNA損傷修復が上手くいかないとがんになる確率が増えます。正常細胞DNAの修復機構は二つあり、1本鎖を修復する際にはPARPが関係し、2本鎖の修復(相同組み換え)にはBRCA1とBRCA2の複合体が関わっています(図12)。がん細胞のBRCA1とBRCA2が変異を起こしていますとDNAの修復は1本鎖の経路しかなくなりますので、PARPを阻害してやると細胞にダメージを与えることができます。正常細胞は2本鎖の経路が使えますのでダメージを受けないのです(図13)。免疫チェックポイント阻害薬、PARP阻害薬とも臨床試験が開始されており、近いうちに実臨床でも使用開始となるでしょう。

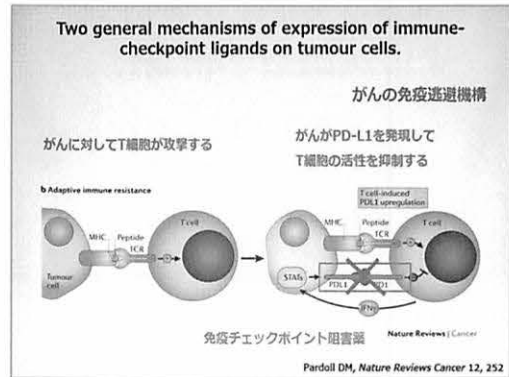


図 11

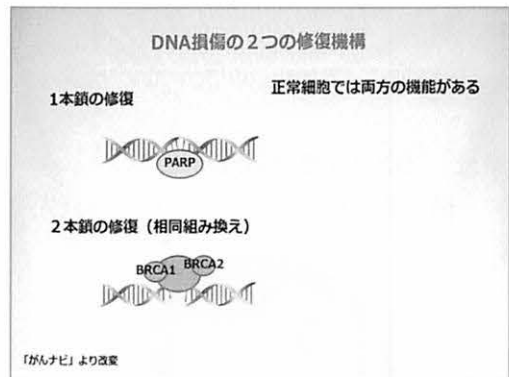


図 12



図 13

平成28年度 第13回 光市医師会学術講演会

平成29年2月28日(火)
19:20~
光商工会館2階 大会議室

情報提供 19:20~19:30
「リクシアナ錠」 第一三共株式会社

特別講演 19:30~20:20
「心房細動 -visiting old, learning new-」

座長 光市立光総合病院
循環器内科 部長 中村 安真先生



演者 岡山ハートクリニック
ハートリズムセンター長 山地 博介先生



当院は2009年3月1日開院した有床診療所で、医師7名で年間PCI400例前後、カテーテルアブレーション600例前後、ペースメーカー植え込み術を80例

程度行っているカテーテルを主としたクリニックです。本日は抗凝固薬とカテーテル治療についてお話しします。

心房細動があると海外のデータでは死亡率が1.46倍高率で、どの病態でも予後が悪くなり(図1)、国内データでも1.7倍死亡率が高率となります(図2)。年代別に分けてみると若い人では心血管死が最多で死亡率が高く(図3)、高齢者では脳塞栓症が多くなります。心房細動の治療は脳塞栓症、心血管死を予防することにあるのです。

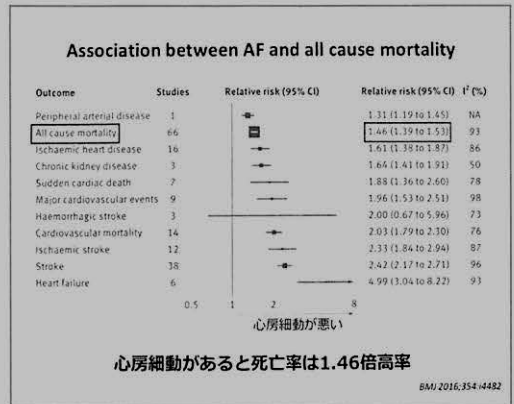


図1

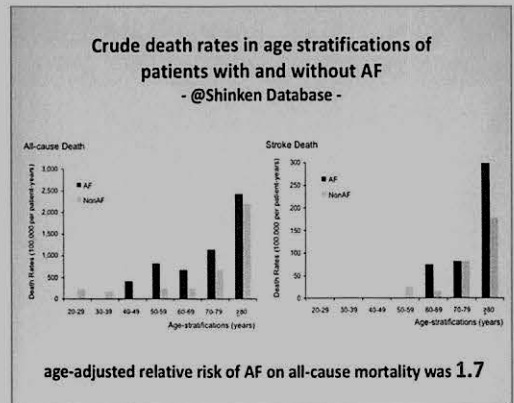


図2

Relative risks of atrial fibrillation on mortality		
50-59		
All-cause death	3.38	[1.13-10.0]
Stroke death	4.86	[1.31-18.0]
Cardiovascular death	4.86	[1.31-18.0]
60-69		
All-cause death	2.69	[1.20-6.02]
Stroke death	5.08	[0.31-81.2]
Cardiovascular death	2.11	[0.74-6.00]
70-79		
All-cause death	1.68	[0.90-3.13]
Stroke death	0.99	[0.11-8.85]
Cardiovascular death	1.55	[0.71-3.34]
≥80		
All-cause death	1.10	[0.63-1.92]
Stroke death	1.68	[0.30-9.19]
Cardiovascular death	1.09	[0.55-2.14]
Total		
All-cause death	2.08	[1.47-2.94]
Stroke death	2.06	[0.64-6.56]
Cardiovascular death	2.00	[1.31-3.05]

Suzuki, Journal of Cardiology (2011) 58, 116-123

図 3

心房細動関連脳卒中の予後は肺炎など様々な合併症を起こすため5年生存率は39%に過ぎず、がんの5年生存率が50%とされていますので決して良くはありません。塞栓が起こるということは心臓内に血栓が形成されるということですが、自験例では抗凝固療法を行っても0.3~4.3%に左心耳血栓を認め(図4)、ワルファリンと新規経口抗凝固薬(Direct Oral Anticoagulant: DOAC / New or Novel Oral Anticoagulant: NOAC)の間には差はありません。当院では2010年まではワルファリンしかありませんでしたが2011年からOACを使用開始し、その中でもアピキサバンが増えており、2016年はワルファリンは30%まで減りました。ワルファリンの日本人での至適容量はPT-INRで1.6~2.6とされており、それ以上に伸ばしても効果は変わらず、逆に出血等の合併症が増加します。ワルファリンの管理ではPT-INRが適正域に収まる日数が全診療期間に占める比率、TTR (Time in Therapeutic Range) という言葉があります(図5)。TTRが悪いと脳卒中累積生存率が低下するため、きちりとしたコントロールが必要です(図6)。

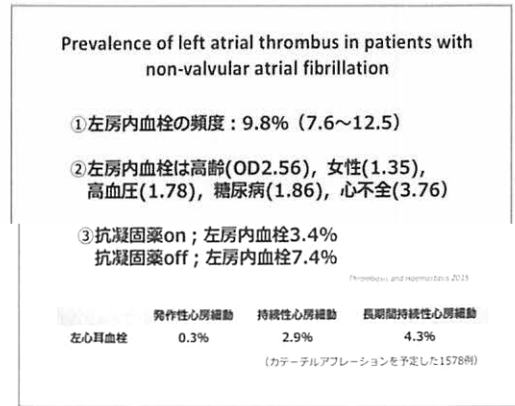


図 4

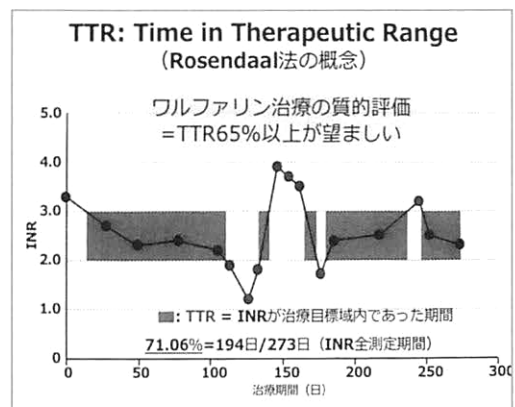


図 5

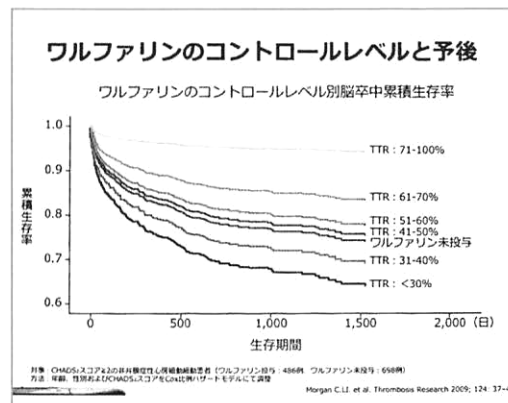


図 6

OACが登場してから様々なスタディが行われた結果、「同等レベルの適応がある場合、OACがワルファリンより望ましい」とガイドラインに記載されるようになってきています(図7)。OAC どうしを直接比較した試験はありませんが、様々なスタディが

ら検討しますと効果は変わらないので、安全性を考慮しますと標準量では図8の様に、低用量では図9の様になると考えています。ここまでのまとめを示します(図10)。ただ、ワルファリンがダメというわけではなく、INRが1.6~2.6で安定している人は変更は不要で、新規導入や高齢者、腎機能低下、転倒リスクの高い人はOACが良いでしょうし、INR変動例、例えば5回中2回でINRが治療域を外れる人などはOACへの切り替えが良いでしょう。

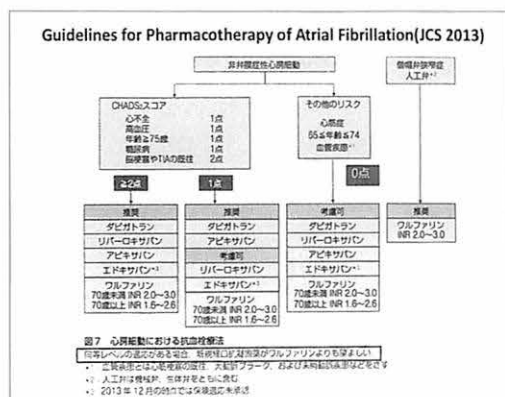


図7



図8

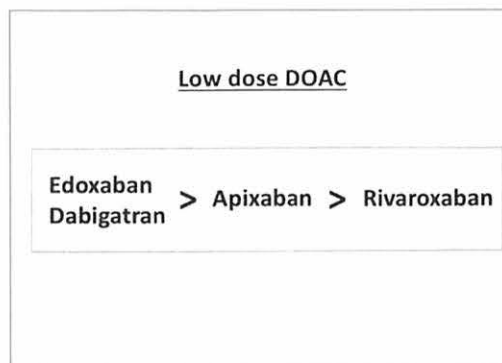


図9



図10

2002年のNEJMの論文で、心房細動に置いてリズムコントロール群とレートコントロール群の間の死亡率には差が無い、との発表がありました。最近の日本での報告では発作性心房細動と慢性心房細動では発作性の方が予後が良いとの結果が出ています(図11)。さらに脳卒中よりも心房細動が慢性化して心不全を起こすことで予後が悪化することが示されたため、洞調律を維持することすなわちリズムコントロールが大事だとわかってきました(図12)。そのためには抗不整脈薬とアブレーションのどちらを選択するか、となってきます。抗不整脈薬は当初は良いのですが徐々に効果が落ち、再発、慢性化して行きますが、アブレーションでは再発しても発作性で止まることが多いのでアブレーションを選択する方が良いと考えています(図13)。

アブレーションを行うことで脳卒中、心不全、心血管死は減少しますので、とても白良治療だと思います(図14)。無症候性心房細動の方が症候性よりも予後が悪いことがわかっていますので、心房細動を見つけたらできるだけ早くアブレーションにもっていく様な流れになってきています。

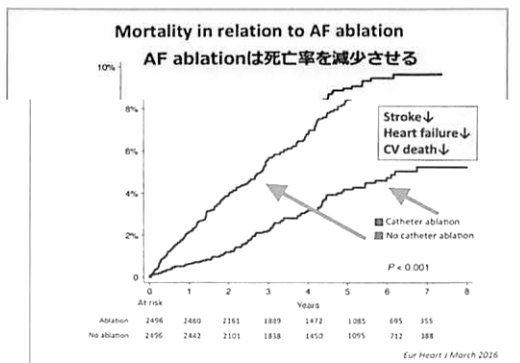


図 14

心房細動はおよそ80%が肺静脈に起源があるとされています(図15)。そのトリガーとなる部分を治療するのが心房細動アブレーションの基本です。およそ7割くらいの方が1回のアブレーションで抑制できますが、肺静脈周囲を焼灼してもどこかに隙間(Gap)があったり肺静脈以外に起源がある場合もありますので、再発を完全には抑制できていません(図16)。そうすると別の部位や方法(Linear, CAFE: Complex Fractionated Atrial Electrogram)のアブレーションが必要となりますが、アブレーションのやり過ぎも問題となります。心房細動が進行しますと線維化が起こり、その電気の出ない部分(LVA: Low voltage area)及び周囲が心房細動の発生、維持に大きな意味を持っていることが分かかってきて、LVAが有る人と無い人ではアブレーションの結果にかなり差が出ます(図17)。アブレーション後、最低3ヶ月間は抗凝固療法を続行します。その後はCHA₂DS₂-VAScスコアが高い人や以前に脳梗塞を起こしたことが有る人などは内服を続ける方が良いでしょう(図18)。また、左房径が45mmを越えて拡大していると血栓が出来る率が高いことがわかっていますので、45mmを切るまでは続けるようにしています。ただ、スコアが高い患者さ

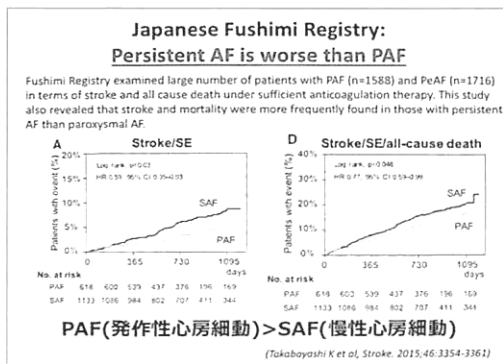


図 11

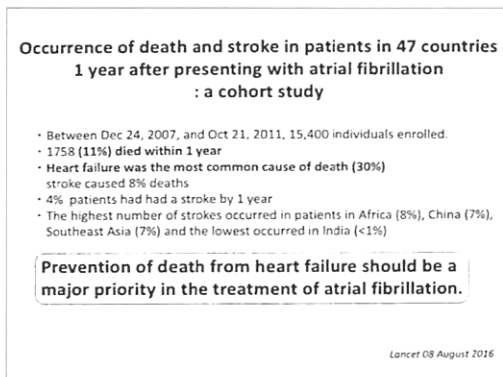


図 12

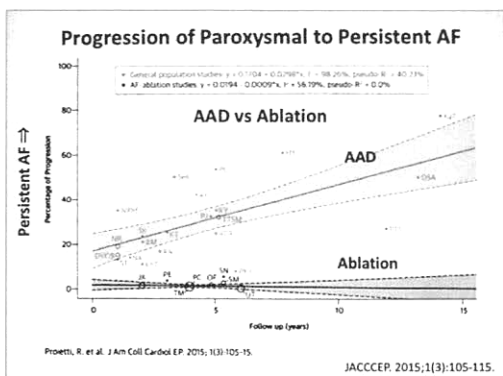


図 13

んでも高血圧や糖尿病の厳密な管理ができている人は内服をやめるようにしています。

心房細動は慢性化すると治りにくいことが分かって頂いたかと思います。早期発見、早期治療予後は良くありますので、現在症状がなくてもまず専門医に相談して頂けたらと思います。

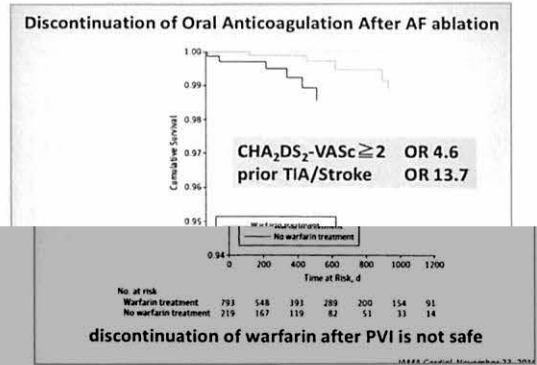


図 18

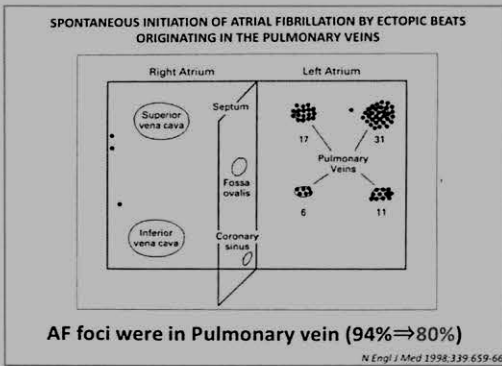


図 15

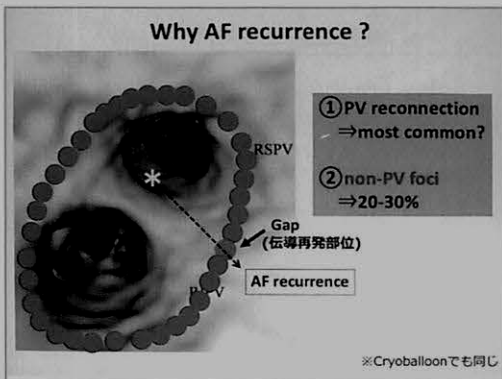


図 16

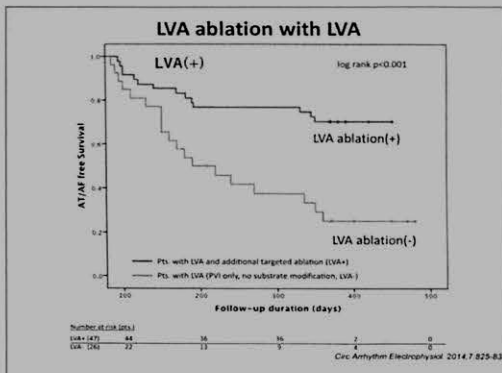


図 17



平成28年度地域ケアシステム全体会議

日時：平成29年2月9日（木）

会場：あいぱーく光 いきいきホール

医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネ、ヘルパー、デイサービス職員、病院医療相談員、地域福祉権利擁護事業専門員、などの多職種100人以上が集まり、上記全体会議が行われた。

今回は、光市立病院相談員 清水氏、地域福祉権利擁護事業相談員 原田氏、ニチイ光ケアセンター ケアマネ 高島氏、デイサービス古き良き1丁目 管理者 林氏、ヒューマンケアライフきらら ヘルパー 小坂氏の4名のパネリストを迎え、「キーパーソン不在の認知症高齢者」の事例に関し、各職種の役割について発表頂き、その後討論が行われた。

次いで同事例に関するグループワークが行われ、各職種より普段なかなか聞くことができない現場の生の声を聞くことができ、とても参考になった。懇親会も開催され、親睦を深める有意義な会であった。

司会・報告 守友康則



退会会員

3月31日付

B会員

光市立光総合病院

内科 福田 昌和

外科 春木 貴史

整形外科 山縣 紀子

光市立大和総合病院

産婦人科 猪口 博臣

光市牛島診療所

内科 佐々田 孝美



平成29年1月光市医師会定例理事会

日時 平成29年1月10日（火）午後7時より午後8時30分

場所 小蜂

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、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

欠席 丸岩昌文監事

議題

I 報告事項

なし

II 協議・承認事項

1. 地域医療連携システムネットワーク構想について (竹中会長)

- ・光総合病院が移転するため方針が未定。光市医師会としての方向性が出しにくい状況である。
- ・導入費用、ランニングコスト、参加・運用法など課題は多いが、基本的に周南三市で協同してシステム構築推進の方向で議論を進める。
- ・年度内に協議会開催予定

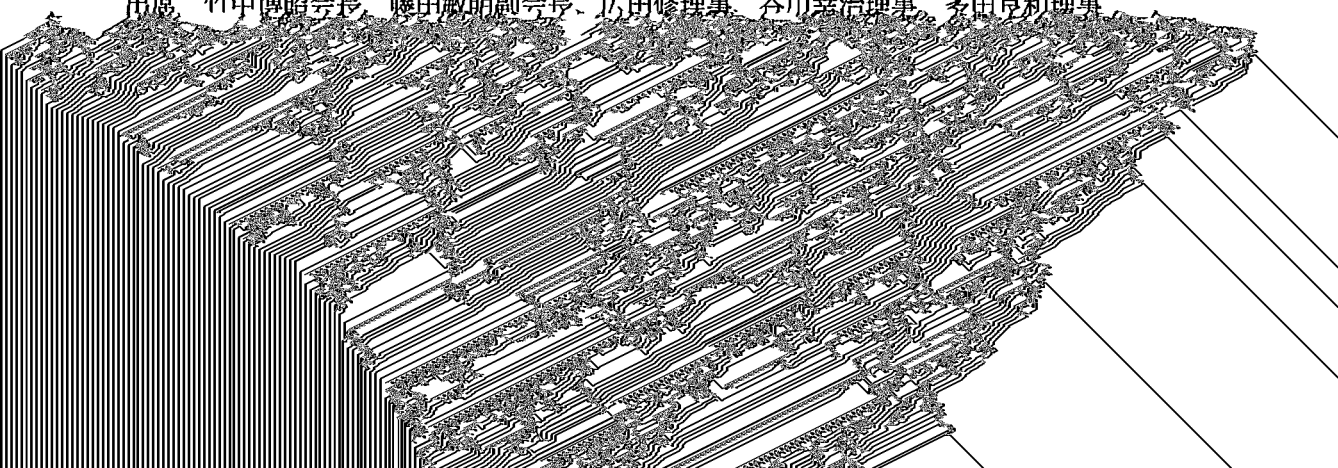
以上を協議承認した。

平成29年2月光市医師会定例理事会

日時 平成29年2月14日（火）午後7時00分より午後8時40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



1. 平成29年度医師出務報酬について
2. 診査委託料、自己負担について
3. 産後ケア事業の実施について
4. 国民健康保険 糖尿病性腎症重症化予防事業の実施について
5. 光市地域包括ケアシステム構築に向けての在宅医療・医療介護連携実態調査への協力について
6. 介護予防・日常生活支援総合事業の実施について
7. 認知症初期集中支援チームの設置について
8. 特定教育・保育施設等における事故検証委員会委員の依頼について
以上を協議した。

〔継続事業〕

1. 3歳児健診
2. 5歳児発達相談事業
3. 睡眠キャンペーンの実施
4. がん検診受診率向上への取り組みについて
5. 未来のパパママ応援事業
6. 地域ケア全体（合同）会議
7. 医療介護連携情報シートについて

〔委員等依頼〕

1. 各種協議会委員の選出について
2. 学校医、園医について

〔確認事項〕

1. 平成29年度保健事業業務調査票および予防接種業務調査票により、各医療機関への保健業務受託調査を依頼
2. がん検診の受診について
重複受診を避けるため、必ず受診券を確認し、受診票へ添付
無料クーポン対象者は保険証を確認
3. 肺がん検診について
 - a) 実施要綱に「質問の結果、最近6ヶ月間に血痰のあったことが判明した者に対しては、肺がんの有症状者である疑いがあることから、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関への受診を勧奨する」とあることから、検診を実施するのではなく、医療としての対応をお願いしたい。
 - b) 喀痰細胞診検査対象者は50歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）が600以上の者（過去における喫煙者を含む）
4. がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針（国）における乳がん検診および胃がん検診の変更点について

新規事業については、平成29年2月28日（火）の光市医師会講演会の後に、光市

より説明の予定。

【理事会議題】

I 報告事項

- 1 平成28年度徳山医師会新年会 (1/6) (竹中会長)
- 2 第12回医療関連団体新年互礼会 (1/7) (竹中会長、藤田副会長)
- 3 第10回周南地域休日・夜間こども急病センター運営協議会 (1/19) (広田理事)
 - ・ 夜間、および休日の患者数の推移
夜間 (19時～22時) 1日平均11人
休日昼間 (9時～17時) 1日平均44人
5月の連休、年末年始の患者数は倍増するが、午前中は2診体制にしているので、大きな混雑、診察の遅延は無い。
 - ・ 二次救急 (徳山中央病院小児科) への紹介
夜間 (19時～22時) 1日平均0.6件
休日昼間 (9時～17時) 1日平均1.5件
 - ・ 受診患者の分布 (光市からの患者の割合)
夜間 (19時～22時) 12%
休日昼間 (9時～17時) 11%
 - ・ 今後の課題
出務医師の高齢化：1名が80歳を越え、リタイヤ
70歳以上が3名、60歳代が9名
- 4 平成28年度郡市医師会救急医療担当理事協議会 (1/19) (多田理事)
 - 山口県の救急車出動件数 67,292件 (+1.3%)
搬送人員 60,743人 (+0.8%増)
現場到着時間 8.7分 (+0.1分)
病院収容時間 37.2分 (+0.8分) ()内は前年比
Dr.ヘリ運用状況 (平成23年1月21日運用開始～平成28年12月31日)
光地区消防本部 出動件数 45件
現場出動 32件、病院間搬送 3件、キャンセル 10件
- 5 平成28年度第1回救急医療対策協議会 (1/26) (竹中会長)
 - ・ 平成27年度 病院群輪番制病院の受診状況
休日：受診者数 978名 (救急車 318名、光市 113名)
夜間：受診者数 4,980名 (救急車 1,468名)、光市 457名)
 - ・ 平成27年度小児救急医療拠点病院の受診状況
休日：受診者数 156名、救急車 15名、光市 20名)
夜間：受診者数 1,437名、救急車 86名、光市 196名)
- 6 平成28年度第2回郡市医師会地域包括ケア担当理事協議会 (2/9) (藤田副会長)

- ・ 県医師会在宅医療推進事業について
 - 在宅医療推進事業につき県医師会より補助
 - 光市医師会からは「つながる輪 ひかり」研修会」事業を申請
 - ・ 「在宅医療・介護連携推進事業」について
 - 現在行われている事業との棲み分け（どこが窓口？ 誰が行う？ など）が問題となっている
- 7 徳山医師会病院創立50周年記念祝賀会（2/10） （竹中会長）
 - 8 日本公衆衛生協会功労者表彰 近藤龍一先生（近藤整形外科） （竹中会長）
 - 9 認知症講演会 今後の開催について （竹中会長）

以上を報告した

II 協議、承認事項

- 1 平成29年度光市関連事業について → 前掲
- 2 「VPD Advocacy Network in 周南」の共催について （広田理事）
 - 平成29年5月11日（木）18:30～ 徳山医師会大講堂
 - 演者：西 順一郎先生（鹿児島大学大学院医歯学研究科 微生物分野教授）
 - 演題：「髄膜炎菌の感染リスクと予防」

以上を協議・承認した。

平成29年3月光市医師会定例理事会

日時 平成29年3月14日（火）午後7時00分より午後8時40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、
守友康則理事、北川博之理事、井上祐介理事、前田一彦理事、
平岡博監事

欠席 多田良和理事、丸岩昌文監事

I 報告事項

- 1 第3回地域協議会（2/15） （竹中会長）
 - ・ 周南医療圏での地域医療介護連携情報システム活用構想の骨子案を作成、提示された
 - ・ 29年3月中に山口県医療政策課へ提出
 - 29年9月に具体案、予算案を提出
 - 30年4月から稼働開始予定

- 2 山口県医師国保通常組合会 (2/16) (竹中会長)
- ・この1年間で被保険者が約200人減少しており、保険料も4,209,000円減少した
 - ・国庫補助金も減少している
 - ・28年度決算 歳入 1,429,596,000円、歳出 1,241,501,000円
- 3 都市医師会長会議 (2/16) (竹中会長)

〈報告事項〉

- ・都道府県医師会長協議会報告
- ・医療事故調査制度について
相談・報告件数：一ヶ月に約140件
医療事故調査の報告件数：H27年10月～H29年1月で全国で517件
診療科：外科96、内科69、産婦人科30、整形外科38、消化器科45、循環器科33、心臓血管外科32、小児科21、脳外科28、その他106
起因した医療：診察6.7%、検査9.8%、治療70.4%、その他13.1%
- ・地域医療構想調整会議
第1回会議は8～10月開催。第2回会議は各医療圏で2～3月予定
次期医療計画は平成28年度末に国の基本方針が出て県が作業開始
- ・日医かかりつけ医機能研修制度
基本研修、応用研修、実地研修を3年間で要件を満たした場合、都道府県より修了証、あるいは認定証を発行

〈協議事項〉

- ・高齢運転者に対する認知機能診断検査の医療費について
- 4 平成28年度光市三師会役員会 (2/27) (竹中会長)
- ・事業報告と決算書の監査を行った
 - ・通常総会を3月23日(木)19時から松原屋で開催
- 5 第17回幼稚園・保育園関係者と園・学校医の集い (2/22) (広田理事)
- ・光市教育委員会 指導主事 門岡裕二先生に
「5歳児からの支援の継続」をテーマに講演を頂いた。
出席者 医師 5名 園・行政関係者 46名
- 6 都市医事紛争・診療情報担当事業協議会 (3/2) (藤田副会長)
- 4月定例会で供覧予定
- 7 周南医療圏地域医療構想調整会議 病床機能検討部会 (3/2) (井上理事)
- ・部会長が下松医師会 山下弘巳先生に決定
 - ・山口県地域医療構想を紹介
入院受療率(入院患者数の比率)の地域差が大きい(平成25年の中央値は213;山口県は489で全国2位)ため、一定の幅の中で縮小させる目標を設定して平成37年(2025年)を推計共通課題として①回復期機能が不足、②慢性期機能が過多、③急性期機能の重複、が挙げられた

あくまで方向性を示すもので強制的に病床を削減するのではない事を強調。

- ・病床機能検討部会の役割について
 - ①地域における医療機関の役割の明確化
 - ②病床機能の転換を予定している医療機関の役割の確認

- 8 第23回合同症例検討会 (3/7) (谷川理事)
- ・大和総合病院で開催 4 演題

以上を報告した。

II 協議、承認事項

- 1 認知症講演会について (竹中会長)
- 2 9年度は医師会としての夜の講演会は行わない
日中の講演会は光市が招致、主催している
- 2 平成29年度予算(案)について (藤田副会長)
- 3 平成29年度事業計画(案)について (各担当理事)
- 4 平成28年度光市医師会定時総会について (竹中会長)
- 平成29年5月25日(木)開催で決定

以上を協議・承認した。

月例会報告

平成29年1月24日(火)

1. 地域医療介護連携システムについて

平成29年2月28日(火)

1. 地域医療介護連携システムについて

平成29年3月28日(火)

1. 平成29年度光市保健事業についての説明会

1月休日診療所当番医報告

1月		内科系	外科系	
	1(日)	46	30	76
2(月)	28	40	68	
3(火)	53	11	64	
8(日)	50	4	54	
9(月)	41	18	59	
15(日)	34	8	42	
22(日)	50	1	51	
29(日)	36	17	53	
計	338	129	467	

2月休日診療所当番医報告

2月		内科系	外科系	
	5(日)	32	40	72
11(土)	60	5	65	
12(日)	34	22	56	
19(日)	29	23	52	
26(日)	29	0	29	
計	184	90	274	

3月休日診療所当番医報告

3月		内科系	外科系	
	5(日)	25	12	37
12(日)	24	10	34	
19(日)	24	7	31	
26(日)	19	7	26	
計	106	46	152	



☆ これからの行事予定 ☆

- | | | |
|----|--------|----------------------------|
| 4月 | 11日(火) | 理事会 |
| | 25日(火) | 月例会 |
| 5月 | 9日(火) | 理事会 |
| | 23日(火) | 月例会・学術講演会 |
| | 25日(木) | 定時総会及び懇親会
於：ホテル松原屋 18時～ |
| 6月 | 13日(火) | 理事会 |
| | 27日(火) | 月例会・学術講演会 |

緑友会ゴルフコンペ成績

平成 29 年 3 月 5 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	49	93	1	92
準優勝	兼清 照久	49	47	96	4	92
3	南 典文	59	48	107	14	93
4	光武 達夫	47	57	104	10	94
5	赤崎 信正	51	53	104	9	95
6	國近 豊	52	53	105	6	99
7	前田 昇一	55	53	108	8	100
8	井上 祐介	64	59	123	23	100
9	森本 博士	44	53	97	-5	102
10	藤村 朴	59	56	115	10	105
				0		0

DC ⑧赤崎 ⑮森本

NP ②森本 ⑥兼清 ⑬横山

ドラ短 兼清



● 編集後記 ●

先日同期会があり、通学路の話題になりました。

私は山口大学教育学部附属光小学校出身で、バス通学でした。いつも「室積公園口」バス停から乗降していたのですが、便に乗り遅れた時は約1 kmを20分くらいかけて、今は無き「室積駅」まで歩いていました。時折（よく？）指定通学路を外れ、裏道を探検していました。

細い道、当時は高かった塀を抜けて歩いていると、春になるとノイチゴがなっている場所があり、摘んで食べていました。結構酸っぱかったような気がします。「ヘビイチゴ」と呼んでいましたが、植物学的に正しかったかどうか、ヘビイチゴなら花は黄色かったはずなのですが、よく覚えていません。ものの本には「ヘビイチゴは毒は無いが、味も無い。食用に値しない」とあります。

数年前から近所にノイチゴが群生する場所があるのに気付きました。こちらは白い花が咲き、実の形から「クサイチゴ」とわかりました。とても甘くてそのまま食用にしたり、ジャムにしたりできます。ただ、勝手に摘んではいけません。自生しているとはいえ他人様（ひとさま）の土地なので、許可を頂いてから摘むことは大事です。

集まった友人の多くがノイチゴのことを覚えていました。私たちが食べていたノイチゴはやはり甘くなかった様でした。思い出はいつもほろ苦く、甘酸っぱいものです。

（広田 修）

発行所 光市医師会
TEL (0833) 72-2234
発行日 平成 29 年 4 月 30 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