

光市医師会報

No.437

(平成 29 年 秋号)



目 次

光市医師会報 No.437 (平成 29 年秋号)

| | |
|--------------|----|
| 1. 表紙 | |
| 2. 学術講演会 | |
| 第3回学術講演会 | 1 |
| 第4回学術講演会 | 8 |
| 第5回学術講演会 | 15 |
| 3. 合同症例検討会 | 18 |
| 4. 納涼懇親会 | 23 |
| 5. 入会会員 | 24 |
| 6. 理事会報告 | 25 |
| 7. 月例会 | 33 |
| 8. 休日診療所 | 34 |
| 9. これからの行事予定 | 34 |
| 10. 緑友会 | 35 |
| 11. あとがき | 36 |

平成 29 年度 第 3 回 光市医師会学術講演会

平成 29 年 7 月 25 日 (火)

18:50~20:00

光商工会館 2 階 大会議室

情報提供 18:50~19:00

「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 19:00~20:00

「糖尿病治療 これからの課題 ~薬物療法
そして運動療法~」

座長 いのうえ内科クリニック

院長 井上祐介先生



演者 二田哲博クリニック姪浜

院長 下野 大先生



本日は糖尿病の薬物療法に加えて、運動療法のお話もしようと考えています。運動療法はたいへん重要なのですが、なかなか継続できません。そこでどういった工夫をすれば良いのか、さらに運動療法がどのよ

うな効果をもたらすのかについてお話ししたいと思います。

最初に糖尿病の現状についてお話しします。世界 3 億 8,200 万人 (2013 年) の糖尿病人口のうち、日本を含む西太平洋地域には 1 億 3,800 万人が集中しています。東アジアに糖尿が多いのはインスリン分泌が少ないためと考えられています。欧米人に耐糖能異常が起こりますと、血糖を下げなくてはならないのでインスリンは一時的に過剰に分泌され、それが追いつかなくなった結果、糖尿病になります。日本人はそもそもインスリン分泌が少ないので、正常耐糖能からインスリン分泌が落ちて耐糖能異常が起きて予備群となり、さらに落ちた結果糖尿病になりますので、欧米人と比べて肥満にならなくても糖尿病になります (図 1)。肥満度は日本人の方が低いにもかかわらず糖尿病の有病率がアメリカと日本で同程度になってしまうのは、日本人が体質的に糖尿病になりやすいためと考えられます。

糖尿病を発症しますと血糖コントロールが必要になります。HbA1c はどれくらいまで下げるのが良いのでしょうか。NIPPON DATA90 の結果では、6.0% を越えますと総死亡、新血管死亡が増えることが分かっていますので (図 2)、可能であれば 6.0% 未満に下げることが望ましいと思います。UKPDS でもできるだけ早期に治療介入すると、試験終了 10 年後でも細小血管症、心筋梗塞、総死亡等のエンドポイントが低下することが示されています。しかし、治療にあたって注意が必要な点があることが、ACCORD 試験や VADT 試験で明らかになりました。両試験では強化療法が従来治療群に比べて全死亡ハザード比が高くなる結果となり、血糖コント

が進んでいますので、低血糖を起こすようではいけません。そこでDPP4阻害薬が最も使われているのが日本の現状です。実際、経口血糖降下薬で治療中の患者さんの70%はDPP4阻害薬を内服している、というデータがあります。どのような患者さんで効果があるのか調査した研究を紹介します。最初に発売されたシタグリプチンを218例に投与した研究では、男女間、体

改善も期待され、メタ解析でも脂質に対して良い影響を与える結果となり(図6)、心血管イベントも減らすことができました(図7)。平成23年からはシタグリプチンはインスリンと併用できるようになりました。併用することでインスリン投与量を減らすことができます。我々の患者さんでも48例中5例はインスリンから離脱することができ、強化療法施行中の患者さんでも

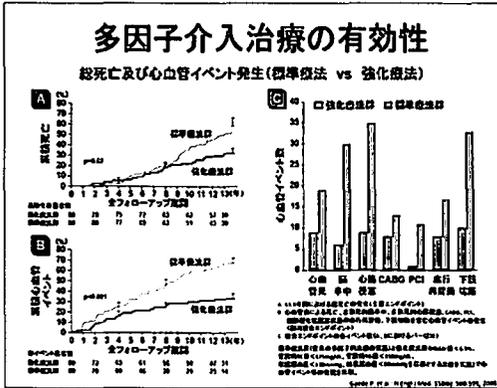


図 7

うな患者さんが服薬順守率が低いかの調査では、新規投薬の患者さん、および年齢の若い患者さんが遵守率が低いことがわかっています(図8)。このような場合、Weekly 製剤を用いることは一つの解決方法かもしれません。高脂血症などで多剤併用している患者さんでも週1回にしていれば遵守率が上がり、効果が期待できると考えられます。オマリグリプチンを用いた我々の検討では、毎日製剤から週1回製剤に変更しても血糖コントロールは悪くならないことが確認され、現在投稿準備中です。

DPP4 阻害薬をきちんと飲んでいるのに HbA1c が悪化した患者さんを経験されたことはありませんでしょうか。私たちはシタグリプチンを12ヶ月継続投与した患者さんで3人に一人は HbA1c が再上昇することを認めました。日本糖尿病協会のデータでも4人に一人が再上昇することがわかっています。たとえ短期間でも食事療法、運動療法が乱れると、どんな良い薬剤を用いてもインクレチンの効果は減弱し、血糖値コントロールは乱れます。再上昇する人を仔細に見てみますと、AST がじわっと上昇する人に多い様なデータが取れたため重回帰分析を行いますと、AST、ALT は BMI とは関係しませんでした、イン

スリン抵抗性の指標である HOMA-R (Homeostasis model assessment ratio: 空腹時インスリン値×空腹時血糖値/405; 基準値 1~1.6) ときれいに相関することがわかりました(図9)。トランスアミナーゼの上昇を認めたらインスリン抵抗性が増している、食事、運動療法がうまくいっていないのかもしれない、と考えたら良いと思います。

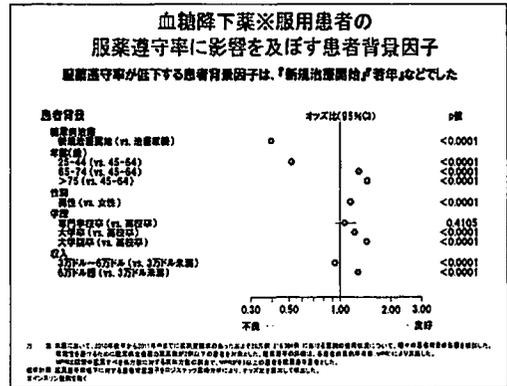


図 8

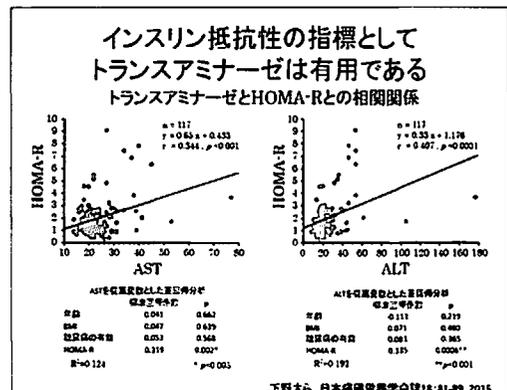


図 9

次は SGLT 2 阻害薬について検討してみましよう。同薬剤は血糖を1日あたりおよそ70グラム、300kcal 近く排泄しますので体重が減少します。これを飲めば食事療法はいらなくなるのではない、という考え方もあります。日本人の糖尿病患者さんの BMI は年々上昇しています(図10)。3%体重が減りますと、空腹時血糖、



図 10

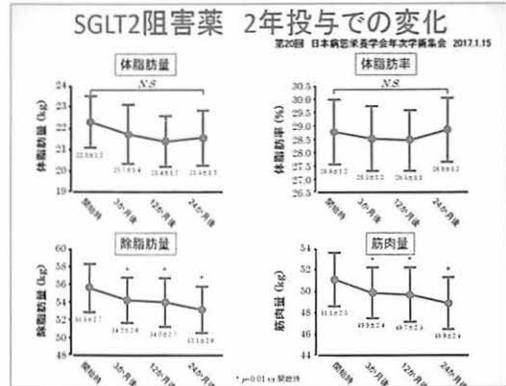


図 12

血糖コントロール改善の予測因子

3か月後のHbA1c変化を従属変数とした重回帰分析

| | 標準回帰係数 | P値 |
|-----------|--------|-------|
| 性別 | -0.249 | 0.036 |
| 年齢 | 0.044 | 0.719 |
| 開始時BMI | 0.128 | 0.278 |
| 開始時HbA1c | -0.384 | 0.002 |
| DPP4阻害薬併用 | 0.060 | 0.629 |

$R^2 = 0.235, p = 0.006$

図 11

SGLT2投与3か月後の体脂肪率の変化

| | 減少群 | 不変・増加群 |
|-----------|------------|------------|
| 例数 | 42例 | 27例 |
| 性別(男/女) | 26/16 | 20/7 |
| 年齢 | 54.0 ± 1.4 | 53.7 ± 2.0 |
| BMI(開始時) | 28.0 ± 0.5 | 30.8 ± 0.8 |
| 体脂肪率(開始時) | 30.9 ± 0.7 | 30.2 ± 1.2 |
| AST(開始時) | 32.5 ± 2.3 | 23.0 ± 1.9 |
| ALT(開始時) | 43.3 ± 3.9 | 29.7 ± 4.1 |

図 13

HbA1c、血圧、中性脂肪など様々なパラメータが改善することがわかっています。またエンパグリフロジンを用いた EMPAREG OUTCOME では主要評価項目(心血管死、非致死性心筋梗塞、非致死性脳卒中)を始め各種イベントが改善することが示され、CANVAS 試験でも複合血管イベントが 1.4% 有意に低下すると発表されました。いい薬剤とは思いますが、少し懸念もあります。ラットの実験では SGLT 2 阻害薬は食事量が増えることがわかっており、食事療法をきちんと実行してこそ効果が出ることを示唆されています。体重減少として脂肪だけが減れば良いのですが、体のどの組織が減少しているのでしょうか。76例の患者さんで SGLT 2 阻害薬を投与し、各種パラメータ、身体組成に与える影

響を検討しました。HbA1c の変化と体重の変化には相関がありませんでした。どんな患者さんが HbA1c が下がるのかを分析したところ、男性、もしくは投与開始時の HbA1c が高い患者さんで下がることがわかりました(図 11)。体組成に与える影響を、インピーダンス法によって 2 年間追跡した検討では、体脂肪だけではなく筋肉量も減る結果となり、結果として体脂肪率に変化はありませんでした(図 12)。体脂肪率が減少した患者さんは BMI が高くなって、AST、ALT が高い方(図 13)、つまり若干小太りで、インスリン抵抗性がある方が SGLT 2 阻害薬が最も効くと考えられました。

さて、筋肉量まで減るといふ SGLT 2 阻害薬の弱点を解決するにはどうしたらよい

でしょうか。それが運動療法だと思います。以前からカロリー制限だけでは体重は減りますが骨と筋肉まで減少することがわかっていました。以前我々が行った研究では、フォーミュラー食と運動療法を組み合わせた治療を行うと筋肉率が上がり、インスリン抵抗性が下がることが示されています(図14)。食事療法をしようがSGLT2阻害薬を用いようが、減量療法を行うときは運動を組み合わせることが大切ですが、実際は糖尿病の専門医療施設で管理している患者さんにおいてさえ、運動療法を行っている患者さんは50%前後に過ぎません。頭の中で運動療法が必要と分かっているにもかかわらず実行できていないのです。ここには二つのハードルがあります。一つは指導体制です。栄養指導は大半の患者さんが受けていますが、運動療法は半分以上が十分に受けていません(図15)。なぜこんなことが起こるのでしょうか。栄養指導には点数がつきますので、栄養士などの専門家がちゃんと指導する体制ができています。ところが運動療法にはごく一部を除いて点数がつきませんので、医師が診療の合間に指導する程度で終わってしまっています。指導の回数が多しほど運動が継続できている

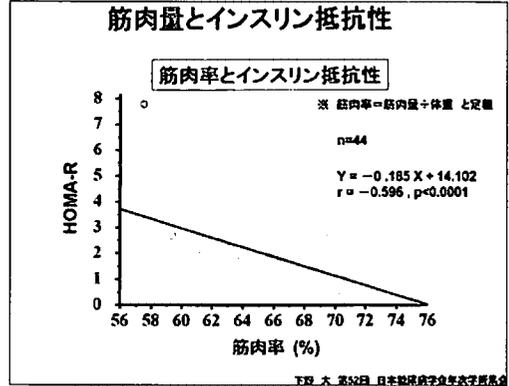
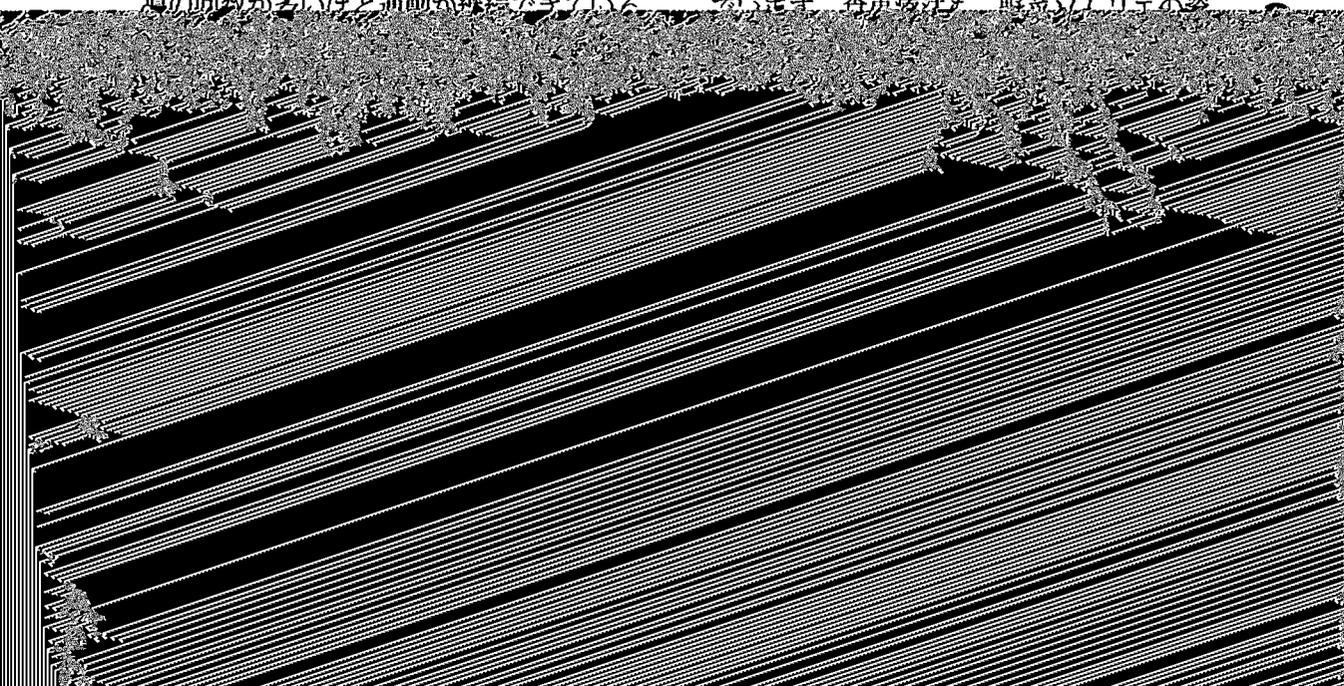


図 14

| 食事療法・運動療法の現状 | | 糖尿病外来の全受診患者数に対する割合 | |
|--------------|------------|--------------------|------|
| | 食事療法 | 運動療法 | |
| | 人数 | 人数 | % |
| 診療科別の現状 | ほぼ毎日 | 462 | 11.4 |
| | しばしば受けている | 340 | 16.8 |
| | 受けることがある | 1,083 | 25.1 |
| | ほとんど受けていない | 1,084 | 26.7 |
| 受けたことがない | 899 | 9.9 | 21.9 |
| 指導体制 | 医師 | 134 | 31.6 |
| | 看護師 | 306 | 11.6 |
| | 栄養士・管理栄養士 | 1,900 | 74.9 |
| | 糖尿病指導員 | 603 | 15.2 |
| | 理学療法士 | 104 | 3.9 |
| | 薬剤師 | 33 | 1.2 |
| その他 | 140 | 5.3 | 3.5 |

図 15

が、運動専任のスタッフを常駐させ8つのコースから自由に選ぶことができます(図16)。レクリエーション要素を多く入れることで、楽しくなるようなプログラムを組んでいます。食事療法が、野菜、フルーツの姿



どん濃厚になり、生活習慣の見直しがおろそかになる傾向がありました。どんなにいい薬物が出て、生活習慣の見直し（食事・運動療法）は常に一定以上のウェイトが必要です。さらに高齢化が進むと、合併症や認知症の有無といった個別化という問題が出てきます。画一的な指導ではなく、患者さん個々に応じた指導が必要になります（図 17）。そこで日本糖尿病協会では療養指導ツールを作成しております（図 18）。患者さん用ツール（<http://u0u0.net/FLyN>）だけでなく医療者向けツール（<http://u0u0.net/FLyR>）も用意されておりますので、ぜひご活用ください。（日本糖尿病協会：<https://www.nittokyo.or.jp>）

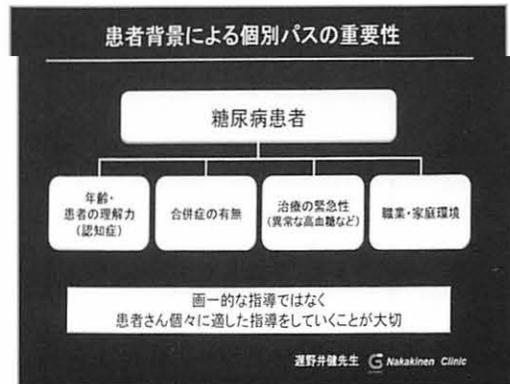


図 18



図 16



図 17

平成 29 年度 第 4 回
光市医師会学術講演会

平成 29 年 8 月 22 日 (火)

19:00~20:30

光商工会館 2 階 大会議室

情報提供 19:00~19:15
経口 FXa 阻害剤「リクシアナ」について
第一三共株式会社

座長 山口県医師会 会長 河村 康明先生



特別講演 1 19:15~19:45
「当院の心房細動アブレーションと抗凝固療法
の現状」

演者 独立行政法人地域医療機能推進機構
徳山中央病院 循環器内科
部長 平塚 淳史先生



私は循環器疾患、中でも不整脈を専門に
診療しており、毎週心房細動アブレーション
を施行しています。本日はトピックも含
めてこの領域のお話をしたいと思います。

心筋は洞結節からの刺激を元に規則正しく動いています。心房細動を起こす患者さんでは、肺静脈から異常興奮が起ること
で心房の中で毎分 4 ~ 500 回の異常な興奮が起り、その一部が不規則に心室に
伝わることで症状が発現します。心房細動が維持される仕組みはまだ解明されて
いない部分があります。心房細動は年齢とともに罹患率が上昇し、さらに高齢化
の進行で患者さんは増加すると見込まれています (図 1)。心房細動は血栓症、特
に脳梗塞の原因となることが一番の問題か
と思います。心内血栓が脳に詰まると、アテローム血栓性脳梗塞と比べて脳は
はるかに大きなダメージを受けるため、心房細動による脳梗塞には注意が必要です。
患者さんのリスクを層別化するためのスコアが CHAD2 スコアです (図 2)。スコア
が高いほど脳梗塞の発現率は高くなりますがワルファリンを用いた抗凝固療法
でリスクを下げることができ、さらに最近では NOAC (Novel Oral AntiCoagulants)、
DOAC (direct oral anticoagulants) と呼ばれる新しい薬剤が発売され、予後によ
ってはワルファリン以上の効果があることが示されています。カテーテルアブ
レーション (CA) が予後に与える影響も報告されています。昨年スウェーデンから報
告された研究 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26984861>) では、CA を受
けた群が虚血性脳卒中、総死亡とも低くなる結果となり、従来期待されていた症
状改善効果だけでなく、予後の改善も期待出来ることが示されました。別の報
告では (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27029350>)、心不全を伴う患
者さんに対する CA では、アミオダロン投与と比べて相対リスクを緊急入院では

14.9%、総死亡率では5.6%低下させることができ、CAが予後を改善する効果が示されています。

ここからは心房細動に対するCAについて

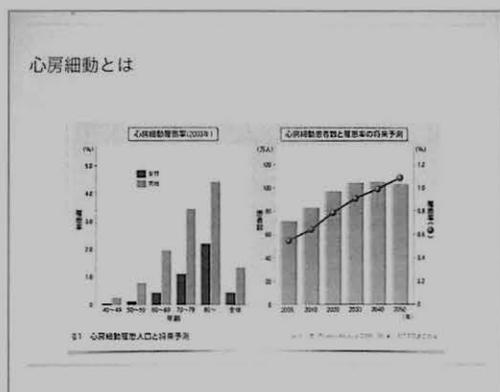


図 1

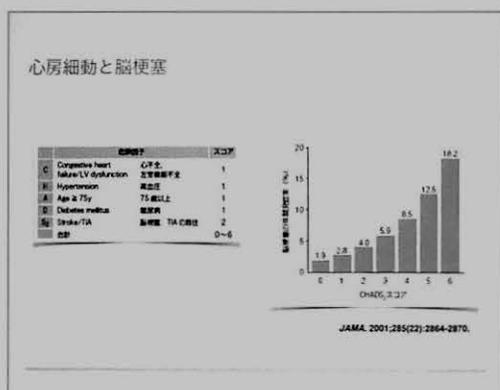


図 2

て改めてご紹介します。発作性心房細動の大部分は肺静脈から発生します。そこでその周囲にブロックラインを作ってしまうと異常興奮が伝導しなくなるという考え方でCAは進歩してきました。下大静脈から入れたカテーテルを右心房から心房中隔穿刺を行って左心房に入れ、電位を見ながら肺静脈周囲にアブレーションを行います(図3)。3Dマッピングシステムが使われるようになり透視時間、手技時間を大幅に減らすことができました。発生率が高い合併症として、心タンポナーデが1.28%、血管障害(血腫や仮性動脈瘤など)が1.09%

と報告されています(循環器病の診断と治療に関するガイドライン)。周術期の抗凝固療法は当院では図4のように行っています。抗凝固剤に関しては、ワルファリンよりDOACの方が出血性合併症が少ないという報告があります(<http://www.nejm.jp/abstract/vol376.p1627>)。

次は心房細動CAの成績です。今年ヨーロッパで報告された成績では、発作性心房細動でCA後1年間再発しなかった患者さんは、トータルで75.1%でした。しかし、抗不整脈薬の内服の有無で分けると内服群は85%でしたが未内服群は62.9%で、実は10年くらい前に報告されたデータとあまり変わりません(図5)。いろんなデバイスの進歩がありましたが、まだまだ満足できる数値ではありません。CA後に心房細動の再発がない場合、抗凝固療法の中止を考慮します。日本循環器学会のガイドラインでは、術前のCHA2DS2-VAScスコアが2点以上の場合は術後も内服を継続、0~1点の場合には再発が無ければ3~6ヶ月後に中止考慮可、とされています。

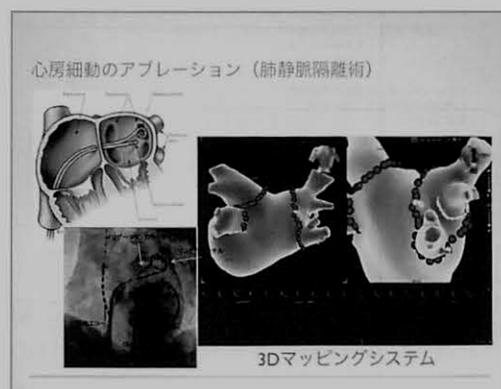


図 3

心房細動アブレーション周術期の抗凝固

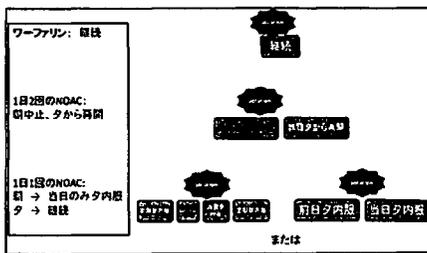


図 4

心房細動アブレーションの成績

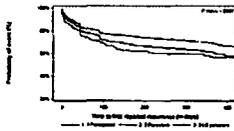
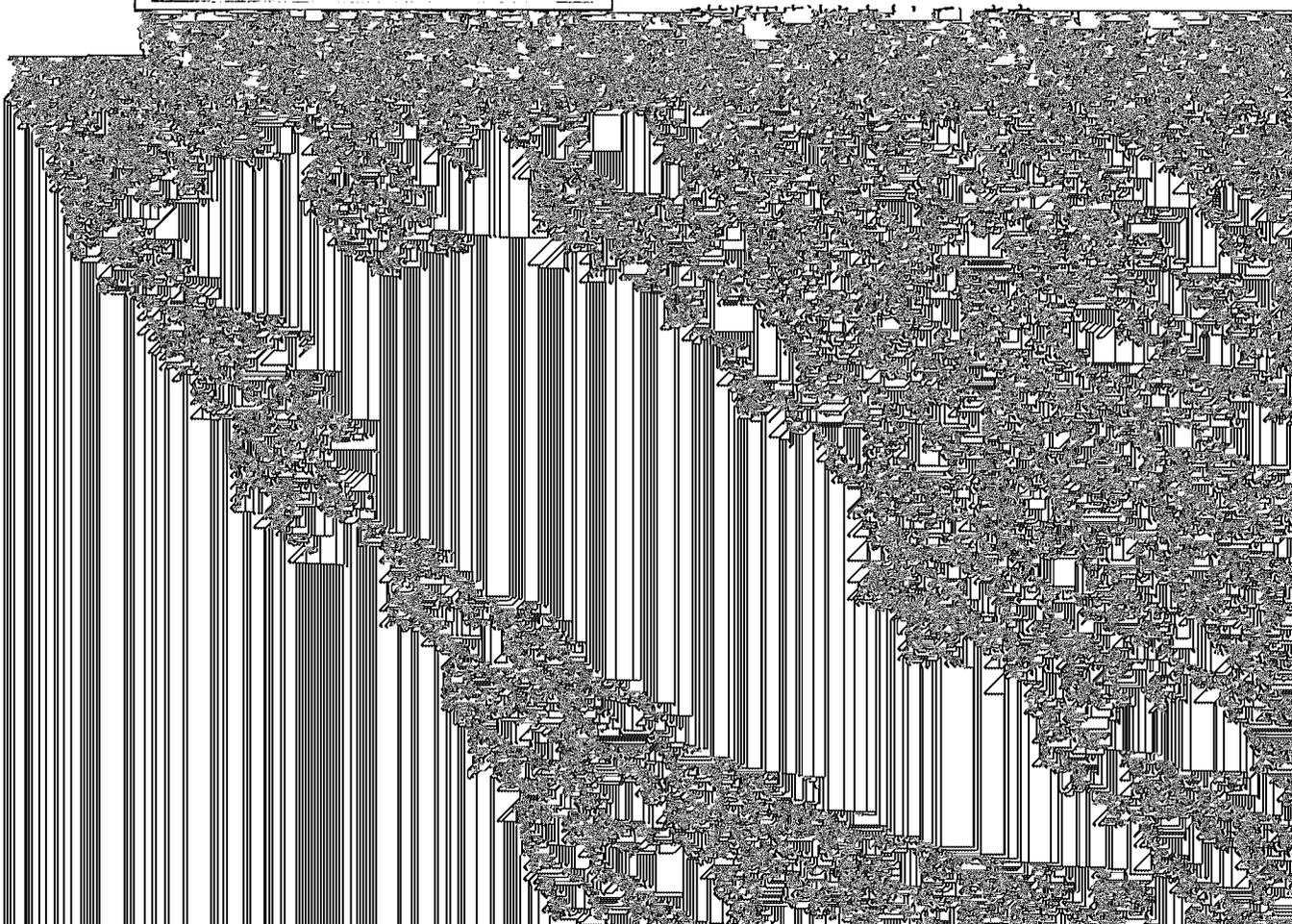


Table 4 Success rates in relationship with the type of initial fibrillation

| Type AFs | No. (n) | No. (%) | No. (%) | Success with AFs | | Success without AFs | | Overall success |
|-------------------------|---------|----------|----------|------------------|------------|---------------------|------------|-----------------|
| | | | | AFs (%) | No AFs (%) | AFs (%) | No AFs (%) | |
| Paroxysmal | 37 | 16 (43%) | 21 (57%) | 25 (68%) | 16 (43%) | 19 (51%) | 23 (62%) | 74 (50%) |
| Persistent | 37 | 20 (54%) | 17 (46%) | 12 (32%) | 17 (46%) | 17 (46%) | 17 (46%) | 74 (50%) |
| Long-lasting persistent | 16 | 11 (69%) | 5 (31%) | 5 (31%) | 11 (69%) | 5 (31%) | 5 (31%) | 74 (50%) |
| Overall | 37 | 16 (43%) | 21 (57%) | 12 (32%) | 17 (46%) | 17 (46%) | 17 (46%) | 74 (50%) |

発作性が85%、持続性が15%でした。デバイスの進歩や3Dマッピングシステムの導入などで、手技時間（穿刺から肺静脈隔離終了まで）は初期は206分かかっていましたが後期には131分で済むようになり、透視時間も51.7分から23.6分と短縮できています。最終のCAから半年以上経過観察できた106人を解析しますと、1回のCAで再発なし64%、2回以上CA施行し再発なしが18%で、複数回CAが必要になるかもしれませんが、8割以上の方が心房細動から解放されています。一方、一回あるいは複数回のCAで再発あり、の例が18%あります。この中には、再発があっても高齢、あるいは術前より症状が改善したため二回目を施行しなかった、などの理由で抗凝固療法を続けた上で経過観察となった症例が含まれています。最終的には再発なしの87人のうち、38人(44%)



特別講演2 19:45~20:30

「PCI後の抗血小板療法と最近の話題」

演者 独立行政法人地域医療機能推進機構

徳山中央病院 循環器内科

主任部長 分山隆敏先生



今年、Grüntzigが1977年に初めて経皮的冠動脈インターベンション (percutaneous coronary intervention:PCI) を行ってから40年に当たります。その間、技術はどんどん進歩し、それに伴って抗血小板療法も進歩してきました。その辺りを歴史とともに考えていきたいと思ひます。

バルーンによる拡張術 (Plain Old Balloon Angioplasty:POBA) が始まったのが1977年、90年代にベアメタルステント (Bare Metal Stent:BMS) が出てきました (図7)。薬物溶出ステント (Drug Eluting Stent:DES) が出てきたのが2003年頃で、第2世代になって成績が安定してきました。生体吸収性ステント (Bioresorbable Vascular Scaffold:BVS) は今のところ治験段階で頓挫している状態で、いつ頃導入できるかわかりません。

1977年にPCIが始まった頃の問題点は、急性冠閉塞と再狭窄でした。急性冠閉塞の主要な原因は冠動脈の解離で、起こすと血栓を来してしまいました (図8)。ステントのない70~80年代はPerfusion balloonを用いて血流を確保してPCIを施行しており、施術時間もずいぶん長かかりました。POBA後の血栓形成の抑制には主にアスピリンが用い

られていました。

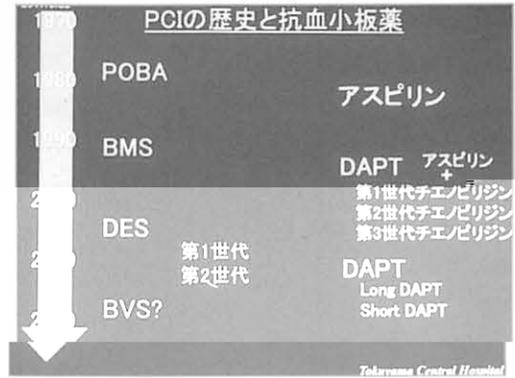


図7

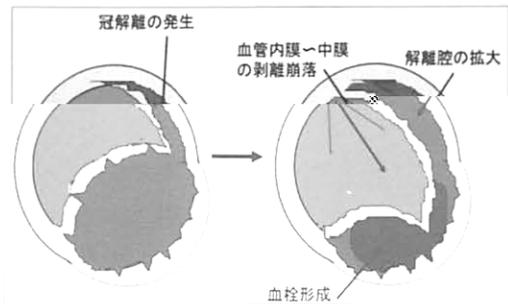


図8

90年代に入りますと、ステントの時代に入ります。ただ、BMSの再狭窄率はPOBAの32~42.1%と比べ22~31.6%と減少しましたが、決して低いとは言えない成績でした。ステントが普及してきますと、今度は亜急性ステント血栓症 (Subacute Stent Thrombosis:SAT) の問題が起こってきました。SATは予後が悪く、死亡例が17~21%にも及んでいました (<http://ur0.biz/G4Ou>)。1995年頃はPCIの後療法にアスピリン+ワルファリンが推奨されていましたが、STARS試験が行われ、抗血栓療法の違いとSATの発現率の検討の結果 (図9)、アスピリン+チクロピジン併用群の成績が良いことから抗血小板薬2剤併用療法 (Dual Anti Platelet Therapy:DAPT) 療法が行われるようになりました。2カ所をブロックして強力な抗血小板作用を得ようという方法です (図10)。この併用で30日以内の虚血イベントを80%

ことは無理ですので、効果が出るのに時間がかかるお薬では成績が少し悪くなります。エフィエント（プラスゲレル）は内服早期から血小板凝集抑制効果を示しますので、血栓症の予防に効果が期待できます（図13）。またチクロピジンもCYP2C19の遺伝子多型により効果が大きく変動するため、当科では2014年よりACS急性期には効果発現が早く遺伝子多型に左右されないプラスゲレル+アスピリン療法をルーチンとし、急性血栓症は起こしておりません。

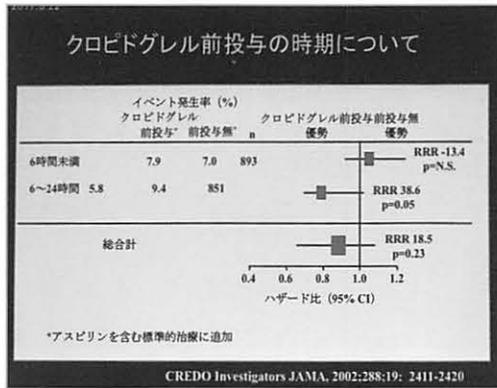


図 1 2

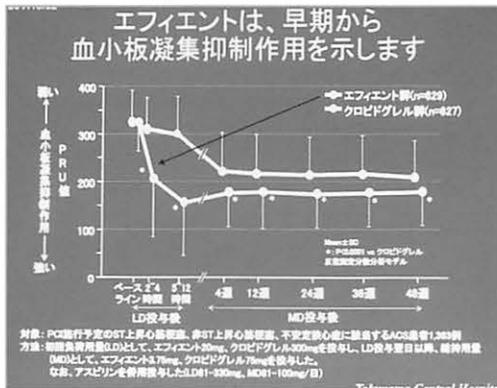


図 1 3

第2世代のステントの性能が良くなり、血栓症の問題が落ち着いてきますと、DAPT期間を短くできないか? という議論になってきました。今のところ、日本循環器学会のガイドライン、AHA/ACC、ESCのガイドラインでもだいたい12ヶ月は使いましょう、と

なっています。アスピリンを続けた上で、クロピドグレルを6ヶ月で止める Short DAPT と24ヶ月続ける Long DAPT を比較した研究では、全死亡・心血管死ではほぼ同等の予後であったのに対し、24ヶ月群では出血性合併症が増えてしまうという結果が報告されました（図14）。DAPT試験でも Long DAPTは虚血性イベントは減らすが出血性合併症を増加させると報告され (<http://urx2.nu/G6nz>)、可能であれば Short DAPT がベターとの方向性が現在の流れです。LongかShortかの層別化をするためのスコアがDAPTスコアです（図15）。2点以上でDAPT継続、2点未満で終了、0点未満では予後不良の可能性あり、のように用いられています。またDAPT後にアスピリンを残すのか、チエノピリジンを残すのか、といった問題もあります。ガイドライン上は禁忌のない場合はアスピリンを永続的に飲むことがエビデンスレベルAで推奨されています (<http://urx2.nu/G6ui>) が、出血の既往、消化性潰瘍の既往、高齢者などはチエノピリジンを残すことを考えても良いと思います。

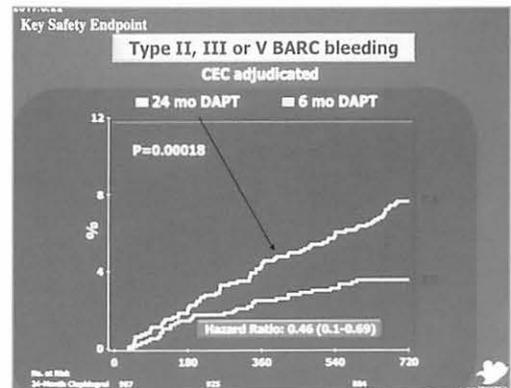


図 1 4

DAPTスコア

| 項目 | 点数 |
|-----------------|-----|
| 年齢 ≥75歳 | -2点 |
| 65-75歳 | -1点 |
| <65歳 | 0点 |
| 喫煙歴 | 1 |
| 糖尿病 | 1 |
| 心筋梗塞でPCIを施行 | 1 |
| 以前のPCI既往、心筋梗塞既往 | 1 |
| バクリタキセル溶出ステント | 1 |
| ステント径<3mm | 1 |
| 心不全もしくはEF<30% | 2 |
| 静脈グラフトへのステント留置 | 2 |

-2~10点で評価。点数が高いほど、心臓イベントリスクや出血リスクが高い。
2点以上 DAPT継続
2点未満 DAPT終了
0点を有し DAPTで予防不能となる可能性がある

図 1 5

最後に、心房細動の患者さんにPCIを行うことについてお話いたします。もともとワルファリンを飲んでいる患者さんにDAPTを加えると3剤併用となります。となりますと当然出血性合併症が増え、さらに死亡などのイベントも増える、という報告がありました。ESCのガイドラインでは、出血性の合併症のハイリスクの方は3剤を一ヶ月投与した後、2剤を一年、その後は単剤にしましょう、という方式を示しています(図16)。本日のまとめです(図17、18)。

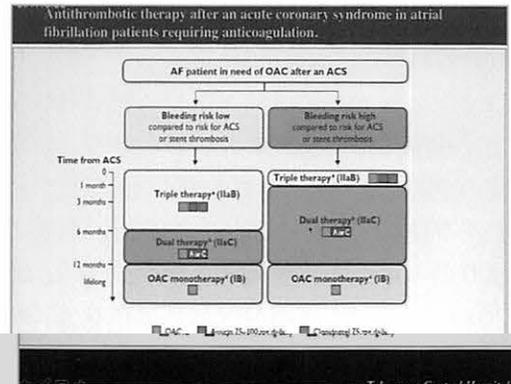


図 1 6

まとめ1

- PCIは進化を続けており、再狭窄に関しては5%前後に減少している。血栓症も減少しているがもしも起こすと致命的になることがある。
- クロピドグレル+アスピリンが血栓症予防のスタンダード薬であったが、クロピドグレルが効きにくい場合がある。
- そのため現在はプラスグレル+アスピリンを使用している。

図 1 7

まとめ2

- ✓ プラスグレルは早期から血小板凝集作用を示し、CYP2C19の遺伝子多型の違いによらず安定した効果を示す。
- ✓ DAPTの期間については、いまだに議論中であるが、おそらく患者背景や病変背景によってDAPT期間を見極める必要があると考えられる。

図 1 8

平成 29 年度 第 5 回 光市医師会学術講演会

平成 29 年 9 月 26 日 (火)

19:00~20:15

光商工会館 2 階 大会議室

情報提供 19:00~19:15

「経口 FXa 阻害剤エリキュース錠について」
ブリストル・マイヤーズスクイブ株式会社
座長 光市立光総合病院 循環器内科 部長
中村 安真先生



特別講演 19:15~20:15

「超高齢化社会における抗凝固療法を考える」

演者 山口大学大学院医学系研究科 器官
病態内科学

診療助教 大野 誠先生



抗凝固療法はワルファリンに始まり、歴
史の長い治療です。また、人口の 4 分の 1
が 65 歳以上という高齢化に伴い、処方す
る患者さんは増加しています。

本日の主題である心房細動は、年齢とパ
ラレルに増加します(図 1)。また、脳梗塞、

TIA を起こした患者さんに占める心房細動
の合併率は、50 代では 1 割程度ですが、
90 代では 4 割を超えています。心房細動
があるだけで死亡リスクは男性 2 倍、女
性 1.5 倍、脳卒中リスクは 5 倍にもなり、
心不全や認知症のリスクも高まることがわ
かっています。僧帽弁狭窄症、肥大型心筋
症、拘束型心筋症などの患者さんでは心房
細動があると致命的な低心拍出となってし
まう場合があります。また、高齢者ほど総
死亡、脳卒中、大出血などのリスクが増加
することが報告されており、年齢はとても
重要なファクターです。大出血イベントは
年齢であまり差がありませんので、高齢者
でも抗凝固療法を施行することで脳卒中の
リスクを下げるすることができます(図 2)。
長く使われていたワルファリンに対して現
代は NOAC (Novel Oral AntiCoagulants)
の時代になっています。アピキサバンとワ
ルファリンを比較した ARISTOTLE 試験の
サブグループ解析では、高齢者ほど NOAC
の方が有効かつイベントが少ないことが報
告されています(図 3)。また、腎機能が
悪い患者さんでも NOAC の有用性が優っ
ていることから、腎機能低下のリスクが高
い高齢者でも脳卒中発症抑制において価値
が高いと考えられます。

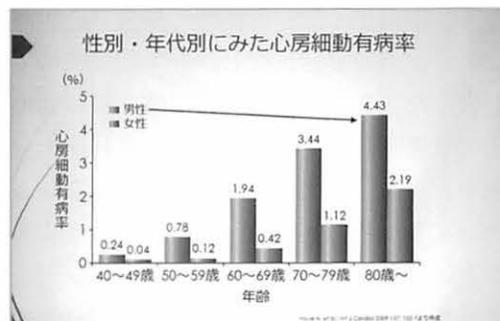


図 1

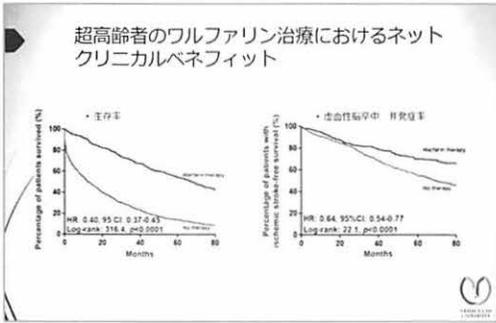


図2

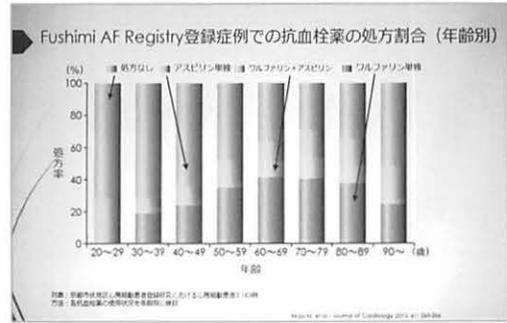


図4

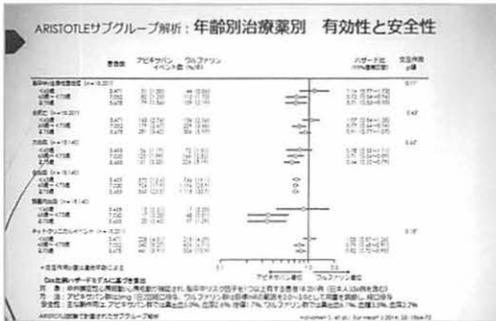


図3

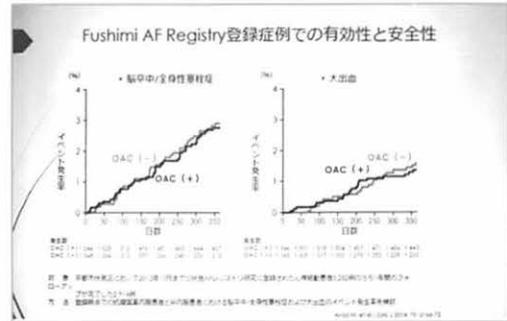


図5

さて、RCTのような管理された群と異なり、実臨床では医師によって心房細動の治療の選択はかなり考え方が異なります。Fushimi AF Registry の報告では、リスクの高い高齢者の半数は抗凝固療法を受けておらず(図4)、受けている群でも3~4割くらいはPT-INRが管理目標値範囲内に入っていないことが示され、薬剤のunderdoseが考えられました。この理由として、出血が心配、転倒時のリスク、アドヒアランスの懸念、などが約半数を占めていました。さらにこの研究では、抗凝固療法の有無によって脳卒中や全身塞栓症の発生率、および大出血の発生率に差がなかった(図5)と報告され、少なめに投与することは抗凝固療法の改善効果をキャンセルすることになりますので、適切な投与量で管理することが重要だと思います。超高齢者における抗凝固療法において、至適な抗凝固療法を行うことだけで本当に予後

が改善するのか、注意深く診る必要があります。心房細動の患者さんの死亡原因の第1位は心臓死が46%、第2位は悪性腫瘍・感染症で29%、私たちが予防しようとしている脳梗塞の患者さんは5%程度で、同じ5%程度で出血で亡くなっています(図6)。脳梗塞をしっかり予防することで死亡が減る、といった簡単な構図ではないことが分かると思います。平均余命から考えますと、80歳まで生きた人は男性では約8年、90歳まで生きてきた人は約4年生きると生命表では示されています(図7)。超高齢者においては、目の前の患者さんがあとどれくらい生きることができるか長期予後を考えながら治療を行うスタンスが必要です。ARISTOTLE試験では脳卒中を低下させることはできてもその倍くらいの率で大出血を起こしていることが報告されています(図8)。ある患者さんでは脳梗塞を減らしていますが、ある患者さんでは脳

出血を増やしている、といったデリケートな治療であることを高齢者においては肝に銘じる必要があると思います。

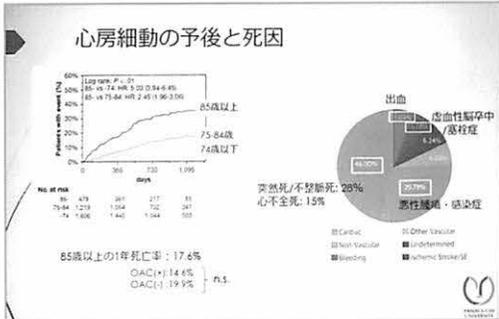


図 6

最後に、高齢者は「フレイル」の状態にあるかどうかを診断する必要があります (https://www.tyojyu.or.jp/net/byouki/frailty/about.html) (図9)。自立歩行ができる患者さんと歩行器を使用している患者さんでは5年生存率が約2倍異なります。フレイルの評価はたいへん重要です。もう一つはアドヒアランスの問題です。抗凝固療法のお薬は自覚症状がないために効果を実感することがありません。少し鼻血が出たりした程度で安易にお薬を自己中断する患者さんを経験した先生は少なくないと思います。アドヒアランスを確保するには、その患者さんがどれくらい治療の重要性を理解しているか、また認知症の程度を評価することが必要となります。独居か同居かでもアドヒアランスは左右されます。そのためには訪問看護を積極的に活用して在宅での状況を把握することはとても有用だと考えます。



図 7



図 8

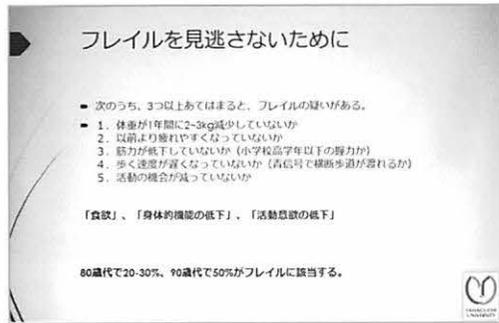


図 9

第 24 回光市医師会・光市立病院 合同症例検討会

日時 平成 29 年 9 月 5 日 (火) 19:00～

会場 光市立光総合病院

(1) IPMN (膵管内乳頭粘液性腫瘍)

フォローの現状

光市立光総合病院

消化器内科 岩本早耶香

IPMN は膵管内に粘液を産生する乳頭状に増殖する膵腫瘍です (図 1)。主膵管型、分枝型、混合型の 3 種類があります。2015 年 1 月から 2017 年 1 月までの 2 年間に経験した 27 例を分析しました。平均年齢は 75.4 歳、男女比は 12:15 で女性がやや多く、主:分:混は 1:25:1 でした。27 例のうち当院でフォロー中は 23 例です。20 例は経過観察中、3 例 (主:1 例、分:2 例) が手術となりました。2012 年に国際診療ガイドラインが作成され、これに基づいて経過観察していますが、腫瘍の場所や年齢、基礎疾患などを考慮して適宜判断しています。経過観察の期間は通常の膵癌の合併が危惧されるため、ガイドラインより若干短めにフォローしています。ガイドラインでは悪性を強く示す所見、及び悪性の疑いを示す所見として図 2 が挙げられ、図 3 が治療アルゴリズムです。

【症例 1】80 代女性。2013 年 10 月に胃もたれを主訴に上部消化管内視鏡検査希望で受診されました。2012 年に他科で撮られた腹部 CT で膵尾部に IPMN を疑う所見を認めたため 2013 年 11 月造影 CT を施行し、先ほどのアルゴリズムより 3～6 ヶ月の経過観察としました。2015 年 1 月の MRI、造影 CT で膵実質と考えていた部分が大きくなり造影効果もあることより悪性と考え手術を施行、結果は腺がんで、分枝型

が悪化する典型例と考えられました。経過観察中膵切除を要した症例は 10.4%、悪性病変は全体の 2.2%との報告があり、ほとんどの方が高齢者で、悪性の頻度は低いことから悪性のリスク因子が少ない患者さんでは経過観察も悪くはありませんが、注意深いフォローが必要と考えます。

【症例 2】68 歳、男性。2013 年 11 月に肝障害精査目的に紹介受診されました。IPMN と診断しフォロー中でしたが、2016 年 6 月貧血が出現したため精査したところ S 状結腸癌が見つかり、根治術を施行しました。

IPMN の 20～30% に同時あるいは異時性に他臓器癌が認められると報告されており、日本では消化器癌が多い様ですが、乳癌や胃癌などを認めることもありますので、市の検診はできるだけ受ける様お勧めしています。患者さんが当科外来を受診するのは半年に 1 回なので、かかりつけの先生方から定期的な画像検査やがん検診を受診するように勧めて頂けると幸いです。

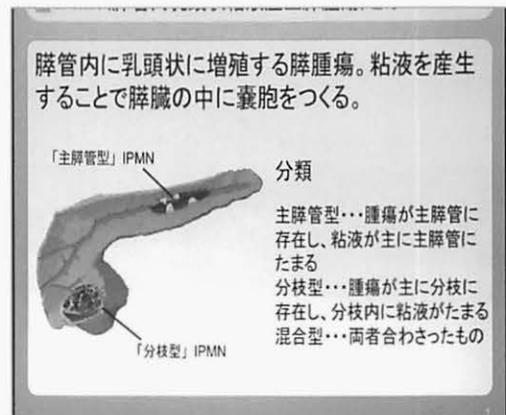


図 1

High-risk stigmata(HRS)(悪性を強く示す所見)

- ① 閉塞性黄疸を伴う膵頭部嚢胞性病変
- ② 造影される嚢胞内の充実性成分
- ③ 主膵管径 10mm

Worrisome features(WF)(悪性の疑いを示す所見)

- ① 膵炎症状
- ② 嚢胞径30mm
- ③ 肥厚し造影される嚢胞壁
- ④ 主膵管径5-9mm
- ⑤ 造影効果のない壁在結節
- ⑥ 尾側に閉塞性膵炎を伴う主膵管狭窄
- ⑦ リンパ節腫大

図 2

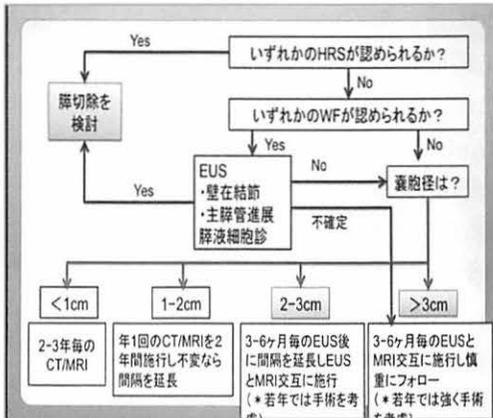


図 3

1. IPMNの悪性化

分枝型IPMNの悪性化の頻度は年率2-3%。悪性化は稀であると言われているが、アルゴリズムにのって経過観察をしていく必要がある。また、年齢や部位を考慮し手術を勧めることもある。

2. IPMNに通常型膵癌を併存するリスク

膵癌合併の平均頻度は4.4%。嚢胞径が小さいものでも半年毎の画像検査をおすすめしている。

検査後に半年後の画像検査の予約を入れておく

3. IPMN他臓器癌合併のリスク

癌検診をかならず受けておくように伝えている。

図 4: 経過観察で診断したため、増悪を予防するために、増悪を予防するために...

では、入院安静による不動と考えました。クリーゼに対する治療を示します(図8)。血中Caの低下に伴い、意識状態も改善しました。

(2) 原発性副甲状腺機能亢進症が疑われた2例

光市立大和総合病院

外科 板垣 達則

まず概念、分類、疫学、病理を示します(図5)。頻度は決して少なくなく、光市の人口からすると、20人前後は存在すると考えられます。過剰に分泌されるPTHが骨と腎臓には直接作用し、腸管には間接的に作用して血中Caを増加、Pは低下させます。症状、検査所見は図6です。治療は外科的摘出が第一選択になります(図7)。それができない時は薬物療法が行われることもあります。高Ca血症が著しい際にはクリーゼを起こすこともあります。

【症例1】81歳、女性。骨粗鬆症にて2003年よりアレンドロンが投与されてきました。血中Ca高値(11.2mg/dl、正常8.4~10.2)のため紹介されました。臨床症状は特に認めず、intactPTHは105pg/dl(正常;10~65)で同疾患と診断しました。画像上、頸部に腫瘍病変は認めませんでした。この方は経過観察としております。

【症例2】87歳、女性。同疾患で外来フォロー中でした。発熱にて施設から搬送、腎盂腎炎として加療し退院を考えていたところ、食欲低下、及び意識レベル低下が出現しました。この時血中Caは15.9、HS-PTH(高感度PTH)は3200↑pg/ml(160~520)と著明に上昇しており、高Ca血

原発性副甲状腺機能亢進症

概念: 副甲状腺そのものが原因で、副甲状腺ホルモン(PTH)産生の増加をきたし、高Ca血症、低P血症、消化器症状、骨病変などを呈する疾患。

分類: 骨病変型、尿路結石型、化学型(不顕性型)

疫学: 2000~3000人に1人(40歳以上の女性に多い)

病理: 副甲状腺の単発腫瘍が多い(腫瘍80%以上、過形成10%前後、腺癌2~3%)

図 5

原発性副甲状腺機能亢進症(症状・検査)

症状:

高Ca血症に伴う全身症状(精神、神経、消化器、腎、など)
腎結石
骨(壊変性骨粗鬆症)

検査:

高Ca血症
低P血症
PTH高値

エコー
Tc-MIBI シンチグラム

図 6

原発性副甲状腺機能亢進症(治療)

治療:

外科的腫瘍摘出
適応(NIHガイドライン): 下記のいずれかを満たすとき
①血中Ca高値(正常上限より1.0mg/dl以上の上昇)
②腎臓機能低下(クレアチニンクリアランス60ml/min未満)
③骨量減少(若年正常骨密度平均値からの-2.5SD未満)
かつまたは 腫瘍性分析の悪性

(3) 糖尿病と癌疾患 —直近2年間のまとめ—

いのうえ内科クリニック 井上 祐介

最近、当院通院中の糖尿病患者さんに癌が見つかることが多いと感じていました。今回、平成27年7月から29年6月までの2年間に新たに癌と診断された患者さんについてまとめてみました。

糖尿病は大腸癌、肝臓癌、膵臓癌、乳癌、子宮内膜癌、膀胱癌などのリスク増加と関連がある一方、前立腺癌はリスク減少に関連していると報告されています(日本:<http://epi.ncc.go.jp/jphc/outcome/288.html>)。高インスリン血症や高血糖、炎症などの関与が示唆されています(図9)。参考:糖尿病と癌に関する合同委員会(日本糖尿病学会・日本癌学会)

http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/jds-jca_report.pdf
http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/jds-jca_report_2.pdf

当初の1年間で11名、次の1年間で13名の患者さんが癌と診断されました。男性:女性は15:9、平均年齢は全体では73.3才8.4歳、男性76.6才7.8歳、女

つでした。

図 10 で示した予想患者数より多くの患者さんが癌に罹患していました。患者さんの自覚症状が無くとも定期検査を行うことは癌発見に有用と思われ、またがん検診を促すことも重要と考えました (図 12)。

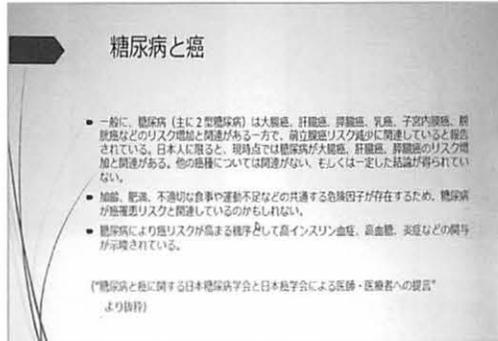


図 9



図 10

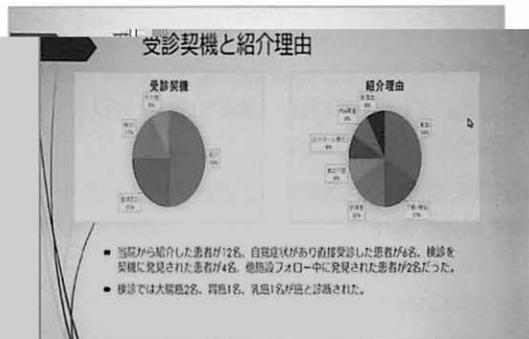


図 11

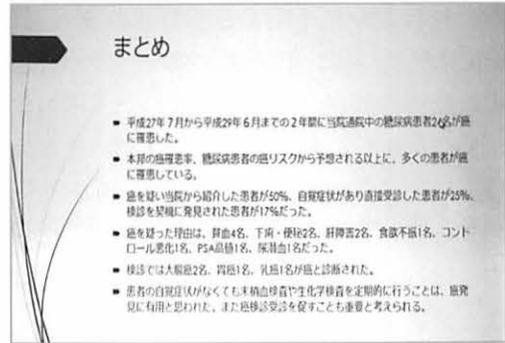


図 12

(4) 切除不能肝転移を有する大腸癌に対し、化学療法施行後に切除可能となった2例

光市立光総合病院 外科 河村 大智

大腸癌において肝転移は最も高頻度に認める転移形式です。無治療であれば 50% 生存期間は 4.5 ~ 12.5 か月と報告され、予後は不良です。今回、切除不能肝転移を有する大腸癌に対し、集学的治療により長期生存が可能となった2例を経験しましたので報告します。

ガイドラインでは、ステージIV大腸癌の治療は図 13 とされています。

【症例 1】53 歳、男性。2014 年 3 月から体重減少、下血があり 6 月に当院消化器

内科を受診、直腸癌、多発肝転移と診断されました。化学療法の結果転移巣の縮小を認めたため (図 14)、2016 年 8 月、原発巣及び転移部位の切除手術を施行しました。術後も化学療法を行っていましたが、2017 年 5 月、肝転移再発を来しました。再発を起こしてはいますが、治療開始から 39 ヶ月という長期にわたって生存できている症例です。

【症例 2】63 歳、男性。2015 年 4 月に心窩部の腫瘤を自覚し、5 月当院消化器内科を受診、S 状結腸癌、肝腫瘍 (原発性ま

たは転移性かは不明)と診断されました。S状結腸切除術、肝腫瘍生検を行い、肝腫瘍は転移性肝癌と診断されました。術後化学療法を施行し転移巣の縮小を認めたため(図15)、2016年3月、肝切除術を施行しました。この患者さんは術後の補助化学療法は行っていませんが、現時点で再発はなく経過を観察しています。

肝転移を有する大腸癌では、肝切除を行えるか否かが鍵となります。腫瘍縮小により切除が期待できる症例に対しては、強力な化学療法を併用し、積極的にコンバージョン手術(化学療法と外科手術を組み合わせた治療)を行うことが推奨されています(図16)。

参照

ESMO ガイドライン: <http://www.esmo.org/Guidelines>
<https://gansupport.in/article/>

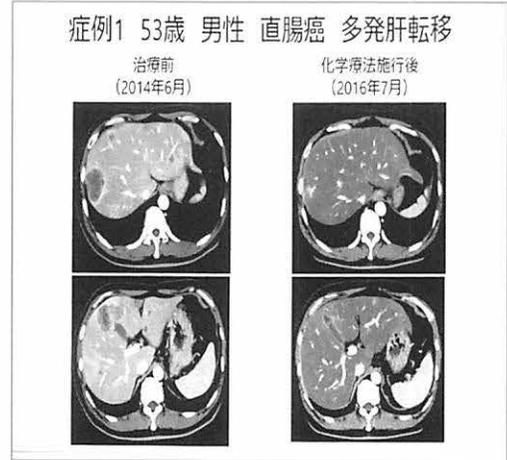
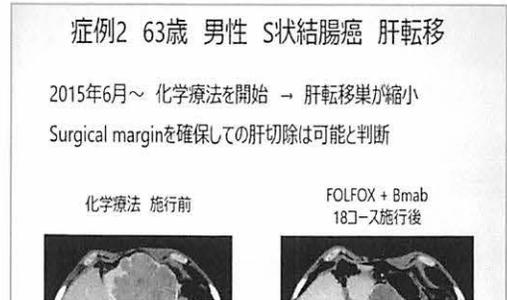


図 14



平成 29 年度 光市医師会納涼懇親会

今年度の納涼懇親会は 8 月 5 日土曜日に昨年と同じ周南市のレストラン・シーホースで行なわれました。

総勢 30 名の会員、会員家族の皆さんが参加されました。夕方から雨が降り始め心配されましたが、会場到着時点ではほぼ雨が上がり、涼しい風が吹く中での会となりました。

竹中会長のご挨拶、引き続き平岡博先生に乾杯の音頭をとっていただき開会しました。雨対策でテントの下にテーブルが設置されており昨年より狭い空間での会になりましたが、より親密感が増したように感じられました。

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。昨年同様に前田家、市川家がハンドパワーを見せつけて複数の賞品をゲットされました。幹事自ら自身の欲しいものを基準に吟味した賞品でしたが、今年も手ぶらで帰ることになりました。他の手ぶら組の皆さん、来年こそ雪辱しましょう！

周南市の花火大会に合わせてスケジュールを組んだので、今年も対岸の花火を鑑賞することができました。遠くから眺める花火も趣が変わっていいものだと思いますが、いかがでしたでしょうか？ あっという間に楽しい時間が過ぎ、ラストオーダーの声に押されて、皆さん最後の 1 杯を手に取り、飲み干したところで散会となりました。

来年は私の担当ではなくなるとは思いますが、また楽しい納涼懇親会になりますように是非ご参加の程お願い致します。(井上 祐介)





入会会員

B会員

7月1日付

光市立光総合病院

泌尿器科

日高 幸浩

理事会報告

平成 29 年 7 月光市医師会定例理事会

日時 平成 29 年 7 月 11 日（火）午後 7 時より午後 7 時 50 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、多田良和理事、
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

欠席 丸岩昌文監事

I 報告事項

1 第 180 回山口県医師会定例代議員会（6/15）（竹中会長）

報告事項、議決事項とも医師会員へは配布済み

2 第 1 回地域協議会（6/21）（竹中会長）

・平成 29 年度事業計画

本年度協議会を 5 回開催し、30 年度実施に向け運営規定等決定

平成 29 年 7 月 27 日（木）システムデモを行う

スターピア下松 3 階会議室 1 17:30～

・4 社の見積もりを開示

初期費用、維持費用、更新費用とも契約内容の多寡によって大きな開きあり。

詳細は医師会事務局に資料

3 郡市医師会救急医療担当事務協議会（6/22）（多田理事）

① 山口県

| | 救急出動件数 | 搬送人員 |
|---------|-------------------|-------------------|
| 平成 27 年 | 67,292 人 | 60,743 人 |
| 平成 28 年 | 68,699 人 (+ 2.1%) | 61,509 人 (+ 1.3%) |

・現場到着時間 8.7 分 (0.1 分延伸)

病院収容時間 37.2 分 (0.9 分延伸)

原因として高齢化の進行による出動件数の増加、救急救命士の処置範囲の拡大により高度な救急処置の実施に多くの時間を取る。建物の高層化により傷病者の

- ・多様な保健医療対策の推進等の3つを柱とする。 詳細資料は医師会事務局へ

③ ドクターヘリ

- ・平成28年 要請件数：331件 出動件数：312件（現場出動；97件、病院間搬送；194件、途中キャンセル；21件）
- ・平成23年1月～平成29年3月までの光地区消防本部では52回出動（現場出動；36件、病院間搬送；4件、途中キャンセル；12件）
- ・JMAT やまぐち
光市 医師5名、看護師3名、事務2名が登録
- ・災害時における通信手段について
現在電話、ファックス等が途絶した際の緊急連絡システムは構築していない

池田 裕暁先生（光市立光総合病院 整形外科）

以上を協議・承認した。

平成29年8月光市医師会定例理事会

日時 平成29年8月8日（火）午後7時より午後8時

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、多田良和理事、
谷川幸治理事 井上祐介理事、前田一彦理事
平岡博監事

欠席 北川博之理事、守友康則理事、丸岩昌文監事

議題

I 報告事項

1. 郡市医師会小児救急医療担当理事協議会（6/29） （松島寛出席、広田報告）

1) 平成28年度小児救急関係事業報告

i) 小児救急医療啓発事業

小児救急に関する一般人に対する研修事業

光市 平成28年8月28日（日）浅江中学校

「エビペン練習用トレーナーを用いたアレルギー対応」

演者 広田医院 広田 修

ii) 小児救急医療地域医師研修事業

小児救急医療に関する小児科医以外の医師への研修事業

周南地区合同（周南小児科医会）

平成29年1月26日徳山医師会特別教室

「ブラッシュアップ！ 小児泌尿器科救急疾患」

演者 兵庫県立こども病院 泌尿器科部長 杉多 良文

2) 平成29年度小児救急医療関係事業について

上記 i)、ii) を本年度も行う。

i) 光市 上島田小学校 平成29年7月27日（木）

光井中学校 平成29年8月10日（木）

ii) 周南小児科医会で実施予定（日程、講師未定）

iii) 小児救急拠点病院運営事業

済生会下関総合病院 山口赤十字病院

徳山中央病院 岩国医療センター

4病院の小児救急24時間体制を確保するための補助

iv) 小児救急医療確保対策事業

小児科医が少ない地域で休日夜間の小児入院救急患者を受け入れる体制づくりの事業

周東総合病院 長門総合病院へ

v) 小児救急医療電話相談事業

19時～23時まで 医師会が県内4カ所で交代で
相談員もしくは医師が対応

23時～8時 業者が対応

平成28年度

相談件数 10,463件（医師会6,814件、業者3,649件）

うち、周南地区：2,044件（19.5%）

時間帯別相談件数

19～20時：2,215件、20～21時：1,821件

21～22時：1,479件、22～23時：1,271件

23～翌8時：3,649件、不明：28件

平成29年8月20日（日）

平成29年度山口県小児救急医療電話相談事業研修会

場所：山口県総合保健会館6階大会議室（山口）

2. 第1回地域医療支援病院審議委員会（7/12）

（竹中会長）

1) 平成28年度徳山中央病院業務報告

紹介率：71.4%、逆紹介率：122.4%

平均在院日数：13.8日、病床利用率：89.6%

救急車搬入総数：4,906人、へり搬入数：15人

地域医療者への研修：32回、1,955人参加

2) 平成28年度徳山医師会病院業務報告

紹介率：93.6%、逆紹介率：84.3%

平均在院日数：19.4日、病床利用率：74.4%

救急車搬入数：250人

地域医療者への研修：44回、3,335人参加

3. 光市休日診療所運営協議会（7/13）

（竹中会長、多田理事）

① 受診者数 2,252人

内科系：1,573人（69.8%）、外科系：679人（30.2%）。

② 年齢別

0～6歳：420人（18.6%）、7～15歳：347人（15.4%）

16～69歳：1,168人（51.9%）、70歳～：317人（14.1%）

③ 二次搬送：30人（1.3%）

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：996人（110人）、夜間：6,160人（592人）

小児救急

周南こどもQQ：休日：3,655人（352人）、夜間：4,278人（510人）

小児二次救急：休日：61人（12人）、夜間：317人（48人）

⑤ 28年度救急出動状況

出場件数：3,926件 3,634人

- 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
口腔がん健診
 - ⑥ 組織との連携：健康をつくる婦人の会 母子保健推進協議会
食生活改善推進協議会
 - ⑦ 救急医療体制 休日診療所は前掲3を参照
牛島診療所；189日開所、延べ738人受診
 - ⑧ 29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
要支援母子の継続的支援体制強化
6. 郡市医師会地域医療担当理事協議会（7/13）（藤田副会長）
地域医療介護総合確保基金
平成30年度以降の第7次山口県保健医療計画について
7. 病床機能検討部会（7/13）（藤田副会長）
回復期機能に関するアンケートを実施
8. 山口県医師会国保組合通常組合理事会（7/21）（竹中会長）
28年度末での被保険者数：4,341人（前年比－180人）
保険給付：49,045件
保健事業（健康診断）：1,267人

以上を報告した。

II 協議・承認事項

- 1. 周南医学会演題募集について（竹中会長）
8月18日（金）まで演題募集中
- 2. 在宅医療・介護連携等実態調査について（竹中会長）
光市より、医療介護連携システムの構築に向け実態調査を行うとの連絡あり、10月実施で承認
- 3. 休日診療所ジェネリック医薬品採用について（竹中会長）
前述の通り承認
- 4. 「日本医師会 赤ひげ大賞」候補者推薦について（竹中会長）
当医師会からは該当者なし
- 5. 平成30年度広域予防接種における個別接種の料金（案）について
平成30年度妊婦・乳幼児健康診査の参考単価（案）について（竹中会長）
原案通り承認
- 6. 入会会員
日高 幸浩先生（光市立光総合病院 泌尿器科）

以上を協議承認した。

平成 29 年 9 月光市医師会定例理事会

日時 平成 29 年 9 月 12 日（火）午後 7 時より午後 8 時 30 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、北川博之理事、守友康則理事、井上祐介理事、
平岡博監事

欠席 前田一彦理事、丸岩昌文監事

I 報告事項

1 光市健康づくり推進市民協議会（8/10）（竹中会長）

(1) 光市健康づくり推進計画を策定

H.28～H.37 年度の 10 年計画

目指す姿：「あなたが主役 みんなが笑顔で元気に暮らせるまち 光」

基本理念：健康寿命の延伸で豊かな人生を

基本目標：Ⅰ ライフステージに応じた健康づくりの推進

Ⅱ 健康に暮らすために必要な機能の向上と維持

Ⅲ 望ましい食習慣の実践と食育の推進

前期 5 年間の優先事項を「光 スマイルライフ プロジェクト」として推進

(2) 光スマイルライフ プロジェクト ～光市応援プロジェクト～について

平成 29 年度の事業

①スマイルチャレンジ事業：市民が主体的に取り組む健康づくりを応援

まもる；セルフチェック応援事業、健康ポイント事業

うごく；なかま de 体力アップ事業

たべる；塩分チェック応援事業、光の恵みいただきます事業

なごむ；こころの健康チェック事業、こころの処方箋事業

②プラスアップ作戦：市民が個人でも実践できる身近な取り組み

健康プラスアップ作戦リーフレットを活用した継発活動

詳細資料は医師会事務局へ

2 郡市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事・関係者合同会議（9/7）（北川理事）

麻疹予防接種実施状況（光市）

平成 28 年度 第 1 期：103.6% 第 2 期：91.9%

妊婦健診スケジュール、基本健診、料金の策定（昨年同様）

定期予防接種県内統一料金の策定（昨年同様）

高齢者インフルエンザ予防接種期間一覧の紹介、問診票の確認

以上を報告した。

II 協議、承認事項

1 がん検診の検診内容の変更に伴う対応について (竹中会長)

(1) 国の指針改正に伴う変更点について

【胃がん検診】対象年齢を「40歳以上」を「50歳以上」へ。

検診間隔を「1年に一回」を「2年に一回」へ

いずれも胃部X線検査は当分の間現行通りでも可

【乳がん検診】指診、触診は廃止（問診、マンモグラフィーを施行）

(2) 協議事項

①胃がん検診の内視鏡検査導入に向けて

平成28年10月の意向調査（胃がん検診実施15医療機関）

内視鏡検査を導入する : 7 + 大和総合病院

導入しない : 3

未定 : 4

光市医師会の読影委員会に協力できる : 10

できない : 4

院内で実施 : 大和総合病院

②内視鏡検査導入にあたっての問題点

- ・読影にどのくらい時間がかかるか不明
- ・画像が劣化することで読影が困難になる可能性が高い
- ・依頼料について
- ・希望者が殺到したら、捌ききれない。当局は検診期間の延長を申し入れているが、当面は今の10月末までとしたい

どのくらいの人数を想定しているかなど、市当局と再度話し合うとした

2 糖尿病性腎症重症化予防事業の文書料について (竹中会長)

承認

3 休日診療所問診票の変更について (竹中会長)

承認

4 講演会講師謝金について (竹中会長)

(1) 平成29年9月28日(木) 18:30～ つながる輪ひかり 研修会

①「摂食嚥下障害の現状と看護・介護スタッフが診るポイント」

医療法人相川医院 院長 相川文仁先生

②「誤嚥性肺炎の予防と訓練法」

医療法人相川医院 言語聴覚士 菅原崇広先生

(2) 平成29年11月28日(火) 19:00～ 光市医師会学術講演会

「緩和ケア病棟の現状と問題点」

岩国医療センター 緩和ケアセンター 医長 白木照夫先生

いずれも相当額で決定

- 5 山口県若手会員医政研修会の参加について
平成 29 年 11 月 11 日（土） 山口市ホテルニュータナカ
竹中会長、井上理事が出席

（竹中会長）

以上を協議・承認した。

月例会報告

平成 29 年 7 月 25 日（火）

1. 周南医学会演題募集について
2. 納涼懇親会について

平成 29 年 8 月 22 日（火）

1. 在宅医療・介護連携実態調査について
2. 休日診療所ジェネリック医薬品採用の予定について

平成 29 年 9 月 26 日（火）

1. 休日診療所問診票変更について
2. 胃がん検診内視鏡検査導入について



7月休日診療所当番医報告

| 7月 | | 内科系 | 外科系 | |
|-------|------|-----|-----|----|
| | 2(日) | 24 | 6 | 30 |
| 9(日) | 13 | 13 | 26 | |
| 16(日) | 13 | 26 | 39 | |
| 17(月) | 8 | 22 | 30 | |
| 23(日) | 16 | 9 | 25 | |
| 30(日) | 15 | 15 | 30 | |
| 計 | 89 | 91 | 180 | |

8月休日診療所当番医報告

| 8月 | | 内科系 | 外科系 | |
|-------|------|-----|-----|----|
| | 6(日) | 11 | 14 | 25 |
| 11(金) | 32 | 7 | 39 | |
| 13(日) | 43 | 12 | 55 | |
| 14(月) | 19 | 16 | 35 | |
| 15(火) | 9 | 13 | 22 | |
| 20(日) | 9 | 17 | 26 | |
| 27(日) | 18 | 6 | 24 | |
| 計 | 141 | 85 | 226 | |

9月休日診療所当番医報告

| 9月 | | 内科系 | 外科系 | |
|-------|------|-----|-----|----|
| | 3(日) | 8 | 4 | 12 |
| 10(日) | 11 | 6 | 17 | |
| 17(日) | 22 | 7 | 29 | |
| 18(月) | 23 | 11 | 34 | |
| 23(土) | 20 | 9 | 29 | |
| 24(日) | 15 | 9 | 24 | |
| 計 | 99 | 46 | 145 | |



☆ これからの行事予定 ☆

| | | |
|-----|--------|-----------|
| 10月 | 10日(火) | 理事会 |
| | 24日(火) | 月例会・学術講演会 |
| 11月 | 14日(火) | 理事会 |
| | 28日(火) | 月例会・学術講演会 |
| 12月 | 5日(木) | 忘年会 |
| | 12日(火) | 理事会 |

緑友会ゴルフコンペ成績

平成 29 年 7 月 2 日
周南カントリークラブ

| 順位 | 名 前 | OUT | IN | GR | HDCP | NET |
|-----|--------|-----|----|-----|------|-----|
| 優勝 | 佃 浩一郎 | 54 | 49 | 103 | 30 | 73 |
| 準優勝 | 宮本 寿太郎 | 50 | 49 | 99 | 14 | 85 |
| 3 | 横山 宏 | 47 | 42 | 89 | 0 | 89 |
| 4 | 國近 豊 | 52 | 47 | 99 | 6 | 93 |
| 5 | 森本 博士 | 43 | 46 | 89 | -5 | 94 |
| 6 | 南 典文 | 58 | 50 | 108 | 14 | 94 |
| 7 | 前田 昇一 | 50 | 53 | 103 | 8 | 95 |
| 8 | 井上 祐介 | 59 | 59 | 118 | 23 | 95 |
| 9 | 守友 康則 | 54 | 50 | 104 | 9 | 95 |
| 10 | 守田 忠正 | 50 | 50 | 100 | 3 | 97 |
| 11 | 平田 万三志 | 50 | 53 | 103 | 6 | 97 |

DC ⑮横山

NP ②横山 ⑥⑬宮本

ドラ短 前田



編集後記

うす紅の 秋桜(コスモス)が 秋の日の
何気ない 日溜りに 揺れている

さだまさしさんの名曲『秋桜』の出だしです。この詩は「五五調」で書かれています。五五調は、フランスの詩人ヴェルレーヌの『秋の歌』を上田敏が訳した

秋の日の ヴィオロンの ためいきの
身にしみて ひたぶるに うら悲し。

が有名ですね。詩のリズムとして五七調(例;君が代)、七五調(例;いろは歌)がありますが、五五調はなんとなくもの悲しさを感じ、秋に似合うように思います。

五七調は古く万葉集の時代(7世紀後半から8世紀後半)からあり、七五調は古今和歌集(10世紀頃)に認められています。俳句は五・七・五、短歌は五・七・五・七・七、都々逸は七・七・七・五、のように、五、七という文字数は日本人のリズムに根付いているのでしよう。

さて、「秋桜」の表記が一般的になったのは、さださん以降だと言われています。もともとは熱帯アメリカ原産で、日本には明治20年(1887年)ごろ入ったと言われています。130年が経過して、すっかり日本の秋の風景の定番となっています。キク科コスモス属、正式な和名はオオハルシャギク(大春車菊)で、白、赤、桃色の花を咲かせます。

秋号の表紙は冠天満宮のコスモスです。オレンジ色なのでキバナコスモスかと思いましたが、花が一重なのでオオハルシャギクの改良種でしょう。詳しい方いらっしゃいましたら、一緒に散策いかがですか?(広田 修)

参考文献:山口・琉球等帰化植物図鑑 監修:南 敦
山口植物学会発行(2017)



発行所 光市医師会
TEL (0833) 72-2234
発行日 平成 29 年 10 月 31 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