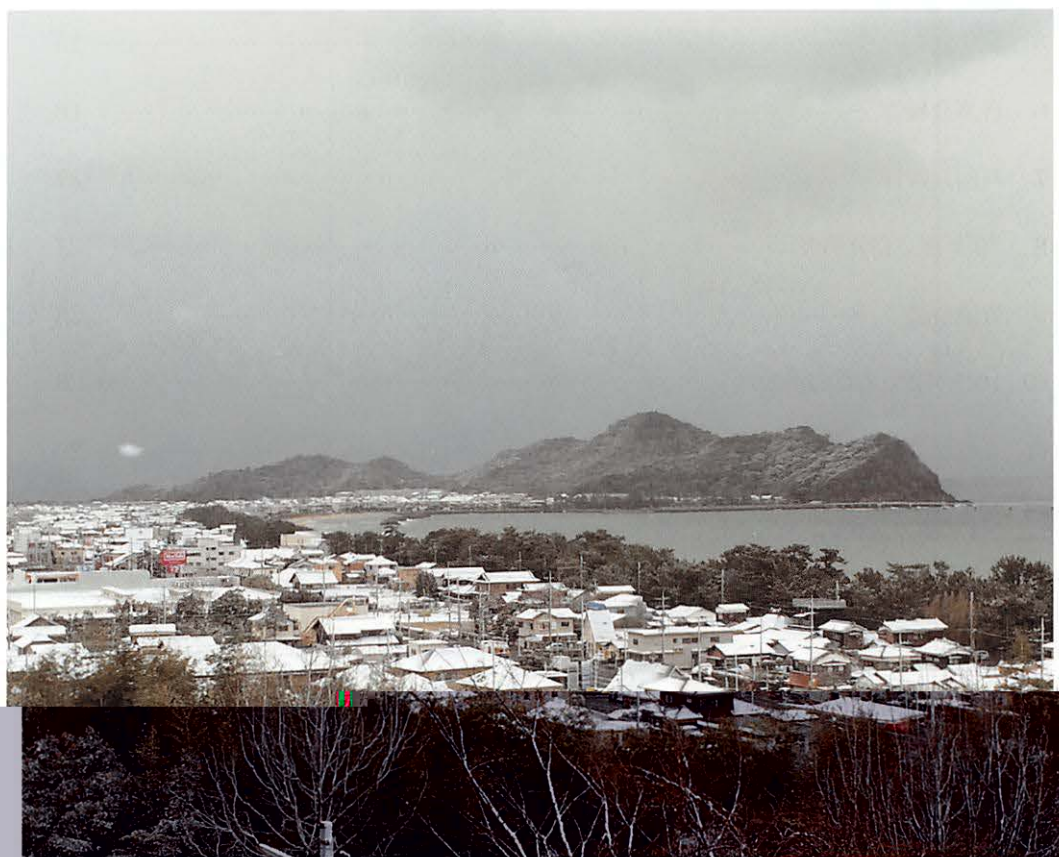


光市医師会報

No.438

(平成30年 新春号)



雪の峨嵋山

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.438 (平成30年新春号)

1. 表紙	
2. 年頭にあたって	1
3. 学術講演会	
第6回学術講演会	3
第7回学術講演会	10
4. AED講習会	14
5. 忘年会	15
6. 理事会報告	18
7. 月例会報告	27
8. 29年度会務分担表	27
9. 異動会員	28
10. 10～12月の休日診療所	28
11. これからの行事予定	29
12. ゴルフコンペ	29
13. 編集後記	30

年頭にあたって



光市医師会長 竹中博昭

光市医師会員の皆様、明けましておめでとうございます。皆様方におかれましては健やかな新年をお過ごしのこととお慶び申し上げます。光市医師会役員は新体制となり2回目の正月を迎えました。この間、皆様のご助力により大過なく運営できていることに心より感謝申し上げます。

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平成30年度中に、すなわち平成31年3月までに稼働開始のスケジュールで進められています。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）を閲覧するだけでなく、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、主治医意見書の作成や閲覧、介護認定の情報閲覧など行政機関とのやり取り、歯科医師、薬剤師、訪問看護師や介護関係者との連携まで目指し、システム利用が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で平成30年度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という方針を示しました。いわば国策で

あり、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。このシステムを構築すべく周南、下松、光の三市医師会、基幹病院、三市行政、介護関連施設の代表者が年に4回の会議を行い準備しているところです。システムの導入には巨額の費用が必要ですが、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、導入後の維持費や5年後のシステム更新費用を誰がどのくらいを負担するのかは現時点では未定です。維持管理に関しては国や県からの補助は無く、利用者負担となる見込みです。各病院、行政機関、各医師会、介護施設、薬局が分担して維持費を負担する案が出されています。光市医師会としても一定額の維持費を負担せざるを得ない状況です。今までもこのシステムの説明会、アンケート調査、会誌に情報を載せましたが今後でもできる限り説明の機会を設けたいと考えています。会員の皆様のご協力、ご理解がなければシステムの維持は困難となります。関心をもってください、いろいろなご意見をいただいた上でシステム構築の準備に関わっていきたくと考えております。

さて、平成30年（2018年）の干支（十干十二支）は、「戊戌」です。これは、「つちのえいぬ」、または「ぼじゅつ」と読みます。十干の「戊（つちのえ）」は、繁栄を意味する一方で十二支の「戌（いぬ・じゅつ）」は、終焉・終わりを意味しているそうです。2つ似たような漢字が並びますが正反対の意味を持ち、良きにつけ悪きにつけ大きな変化が起きる年とされています。前回の「戊戌」は60年前の昭和33年（1958年）でした。

この年の最大の出来事は皇太子様と美智子様の御婚約でした。結婚式は翌年の4

月に行われました。美智子様は初の民間から選ばれた皇太子妃という事で皇室にとっても、国民にとっても非常に大きな変化でした。政界では自民党と社会党の間で「話し合い解散」が行われ総選挙が行われました。安保法制問題で学生運動など自民党への批判もある中、自民党が勝って安倍総理の祖父に当たる岸信介の第二次内閣が成立しました。野球界では長嶋選手がプロ入りし新人王のタイトルを獲得し、打撃の神様と言われた川上哲治選手が引退し大きな世代交代がありました。このように、「戊戌」のキーワードは「変化」と言えます。

今年は 60 年前と同じく何か大きな変化が起きる年になるのでしょうか。2 月に韓国の平昌で冬季オリンピックが開催されます。9 月には山口ゆめ花博も予定されています。楽しいイベントがある一方で、トランプ大統領は昨年 12 月 6 日にエルサレムをイスラエルの首都と認定し大問題となり、北朝鮮は核兵器や ICBM の開発を止めず心配な事柄も生じています。楽しい、嬉しい「変化」のみが起るように願うばかりです。光市医師会員の皆様にとってこの 1 年が充実したものになることを願い、役員一同医師会活動に力を入れていきたいと存じます。本年もどうぞよろしく願い申し上げます。



平成29年度 第6回 光市医師会学術講演会

平成29年4月24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

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 19:00～20:00

「GERD に対するテーラードメイド治療」

座長 光市立光総合病院 消化器内科

部長 谷川幸治 先生



演者 大阪医科大学附属病院 消化器内視鏡センター
準教授 兼 センター長 竹内利寿 先生



胃食道逆流症（以下 GERD: Gastro Esophageal Reflux Disease）は臨床でよく遭遇する疾患ですが、中には治療に難渋する患者さんもいらっしゃいます。本日は臨床で困っているところを中心に話した

いと思います。

GERD は内視鏡で観察してどうだ、ということではなく、「胃内容物の逆流によって不快な症状あるいは合併症を起こした状態を指す」と定義されています（図1）。内視鏡的に病変が存在するのが逆流性食道炎（RE: Reflux Esophagitis）です。内視鏡的に所見がないけれども症状がある状態を非びらん性胃食道逆流症（NERD: Non-Erosive Reflux Disease）と言います。患者さんの訴えが重要ですので、診断の補助として各種問診法が用いられています。Fスケール（FSSG; <http://urx.red/H8PL>）はその一例で（図2）、水色の部分（1.4.6.7.9.10.12）が逆流症状、白い部分（2.3.5.8.11）が酸の逆流による運動不全の症状を示すようになっていきます。カットオフ値が8で、これ以上なら内視鏡をしなくても GERD と診断できます。図3は 2015 年に消化器病学会が示した診療ガイドラインです（<http://urx.red/H8QF>）。ガイドライン上は臨床症状があれば内視鏡未施行でも治療開始は可能ですが、GERD と考えていた患者さんが PPI（Proton pump inhibitor）の治療効果が悪いため内視鏡を行ったところ好酸球性食道炎だったこともありますので、私はできるだけ内視鏡を施行した方が良いと考えております。

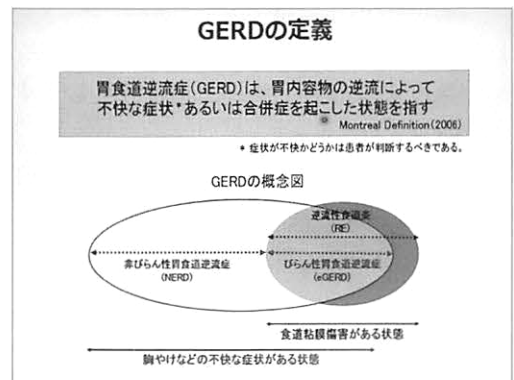


図 1

GERDの問診表：Fスケール (FSSG)

※あなたは以下に示げる症状がありますか？
ありましたら、その程度を記入欄の数字（スケール）に、を付けて
お答え下さい。

質問	0	1	2	3	4
1 胸やけがしますか？	0	1	2	3	4
2 おなかがはるがありますか？	0	1	2	3	4
3 寝る時に胸に胃が重たい感じが ありますか？	0	1	2	3	4
4 思わず手のひらで胸をこすつてしま うことがありますか？	0	1	2	3	4
5 食べると気持ちが悪くなること がありますか？	0	1	2	3	4
6 食後に胸やけがこりますか？	0	1	2	3	4
7 喉のどりの違和感（ヒリヒリ感）が ありますか？	0	1	2	3	4
8 食事の途中で涙が出て しまいますか？	0	1	2	3	4
9 ものを飲み込むと、つかえることが ありますか？	0	1	2	3	4
10 苦い水（苦味）が上がってくるこ とがありますか？	0	1	2	3	4
11 ギョップがよくなりますか？	0	1	2	3	4
12 胸がみえますと 胸やけがしますか？	0	1	2	3	4

合計点数 = 最高点数 =

図 2

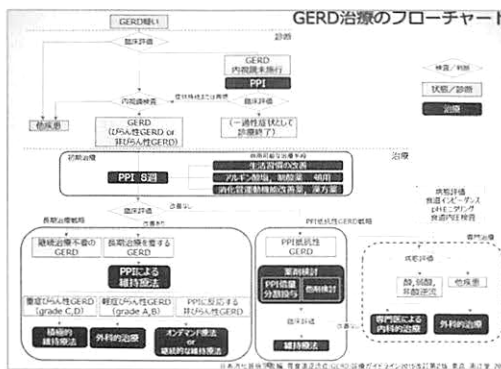


図 3

GERD

- I. 治療目標は粘膜治癒？症状改善？
- II. さらに強い酸分泌抑制やprokinetics/漢方薬の併用は症状改善に効果的？
- III. PPI抵抗性GERDに対する我々の取り組み
- IV. PPI長期投与は安全？

図 4

今から4つのテーマでお話いたします(図4)。

いろんなPPIがありますが、粘膜を修復する力は同じくらいと思われます。エソメプラゾール8週間投与での粘膜障害治癒率はロサンゼルス分類 (<http://urx.blue/HaOT>) グレード A/B89.2%で、より

重症のグレードC/Dでも83.1%です。GERDの治療をややこしくしているのは、症状の重症度と粘膜障害の重症度が必ずしも比例しないことです。重度の胸焼け症状を訴える患者さんでも7割くらいは粘膜症状の程度は軽症です(図5)。したがってGERDの治療では、粘膜治癒効果に加えて症状改善が重要です。

次に、さらに強い酸分泌抑制薬や漢方薬、の併用は症状改善に効果的か？に関する検討です。先ほどのガイドライン(図3)ではPPIの内服に消化管運動機能改善薬、漢方薬の併用が加わり、さらに効果不十分な時にはPPIの倍量・1日2回投与が示されました(図6)。PPI抵抗性GERDは、図7のように定義されています。これは常用量のPPIでびらんが治癒していないGERDを対象に、さらに強力な酸分泌抑制を行うとびらんが治癒する、との論文から示されたものです。臨床で困るのは、びらんが治癒しても症状が改善しないGERDです。FSSG等の評価を元に常用量のオメプラゾール20mg(常用量、CYP2C19に影響されやすい)で改善が乏しい患者さんで、ラベプラゾール20mg(倍量、CYP2C19に影響されにくい)に増量する検討を60名の患者さんで行いました。初期治療で43人が改善し、改善の乏しかった17人にラベプラゾールの倍量投与を行いました。13人の方は効果がありませんでした。効果が乏しかった患者さんではGERDの病期期間が長かったことが示されました。



図 5

CQ4-7 常用量PPIで効果不十分な場合はどうするか?

ステートメント	推奨の強さ (合意率)	エビデンス レベル
常用量のPPIの1日1回投与にもかかわらず食道粘膜傷害が治癒しない、もしくは強い症状を訴える場合にはPPIの倍量・1日2回投与を行うことを推奨する。	1 (92.3%)	A
常用量のPPIで効果が不十分な場合、PPIの種類の変更、モサプリドの追加投与、六君子湯の追加投与、錠剤前のH2RAの追加投与を行うことを提案する。	2 (100%)	C

エビデンスの質	推奨の強さ
A: 質の高いエビデンス(High)	1 (強い推奨) 実施することを推奨する。
B: 中程度の質のエビデンス(Moderate)	2 (弱い推奨) 実施しないことを推奨する。
C: 質の低いエビデンス(Low)	2 (弱い推奨) 実施することを提案する。
D: 非常に低いエビデンス(Very low)	2 (弱い推奨) 実施しないことを提案する。

図 6

もう一つのステートメントには、効果不十分な場合、モサプリド、六君子湯を追加投与と記載されました(図6)。モサプリドはセロトニン5-HT4受容体刺激薬で、刺激することでアセチルコリンの分泌を促して消化管の動きを亢進させます。常用量のPPIとモサプリドを併用した報告では、上乗せ効果は無いが、あっても若干の効果で常用量のPPIと有意差はありませんでした(図8)。また、六君子湯は様々な作用があるとされ皆さんもお使いだと思います(図9)。常用量のPPIに六君子湯あるいはプラセボを併用したスタディでは、患者さん全体では有意差はありませんでしたが、65歳以上の高齢者、及び女性では8週投与の時点で症状改善に差が出る結果となりました(図10)。まとめますと、これらの

薬剤は弱い推奨、「使用を提案する」レベルの薬剤になります。

PPI抵抗性GERD: 標準量のPPIを8週間内服しても

①食道粘膜傷害が治癒しないand/or
 ②胃食道逆流由来と考えられる症状が十分に改善しない

Kinoshita Y, Hongo M, et al. Efficacy of twice-daily rabeprazole for reflux esophagitis patients refractory to standard once-daily administration of PPI: the Japan-based TWICE study. Am J Gastroenterol 2012; 107: 522-530.

→ 常用量PPIで、びらんが治癒していないGERDが対象。もっと強く酸分泌抑制を行うとびらんが治癒する。

図 7

常用量PPI+モサプリドの報告

Hsu Y-C, Yang T-H, Hsu W-L, et al. Mosapride as an adjunct to lansoprazole for symptom relief of reflux oesophagitis. Br J Clin Pharmacol 2010; 70: 171-179

→ 標準量PPIにモサプリドを併用しても、症状改善率に上乗せ効果がなかった。

Miwa H, Inoue K, Ashida K, et al. Randomised clinical trial: efficacy of the addition of a prokinetic, mosapride citrate, to omeprazole in the treatment of patients with non-erosive reflux disease: a double-blind, placebo-controlled study. Aliment Pharmacol Ther 2011; 33: 323-332

→ モサプリドは若干の上乗せ効果が認められるが、標準量PPIと有意差が無かった。

図 8

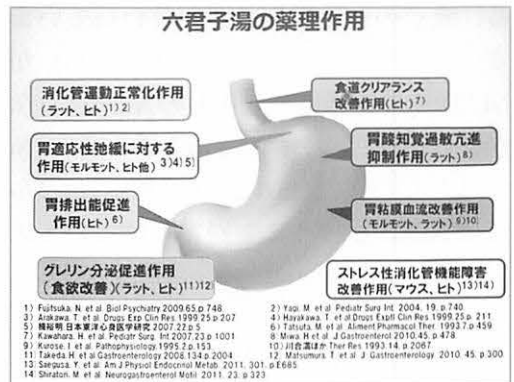


図 9

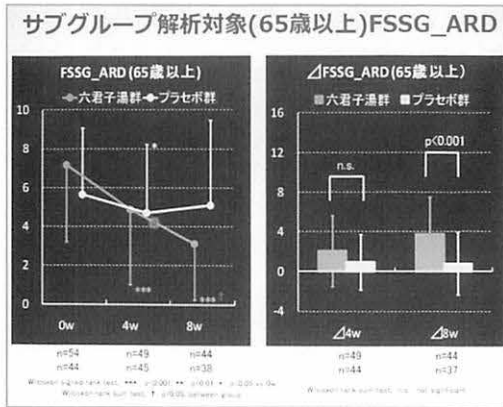


図 10

PPI 抵抗性 GERD に対する我々の取り組みをご紹介します。繰り返しますが、内視鏡上のびらんがあるがなかろうが、症状があれば GERD です。もう一つ、機能性胸焼け (Functional Heartburn : FH) と言って、逆流はないのに胸焼けや呑酸の症状が起こる病態があります (図 11)。NERD はびらんがないのに症状が起こるのはみなさん疑問だと思います。ここは全てが明らかになっているわけではなく、胃酸を下の方に送り込む食道二次蠕動波が弱っている、酸以外、例えば空気や胆汁酸が逆流している、食道の知覚過敏などが言われています。日本人では GERD の中の 6 割くらいが NERD です。グレード A/B の軽いびらんがある患者さんを合わせるとおよそ 90% を越えますので、日本人の GERD のほとんどは NERD と言っても過言ではないと思います。

GERD と診断して PPI を投与した時、グレードの高いびらんがあってもまあまあ症状は改善しますが NERD では 3~5 割しか改善せず、治療に苦慮するところです (図 12)。これに対して考慮されるのが、機能性ディスぺプシア (Functional Dyspepsia : FD) とのオーバーラップを考慮した治療、六君子湯以外の漢方薬、そし

て内視鏡治療です。

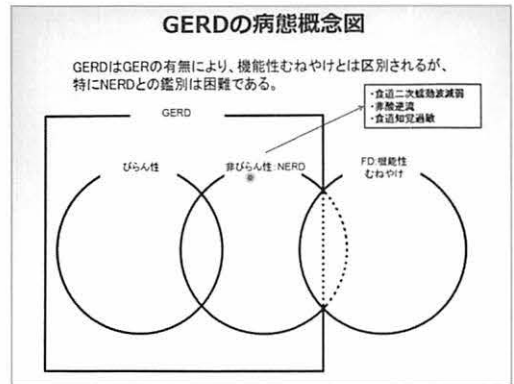


図 11

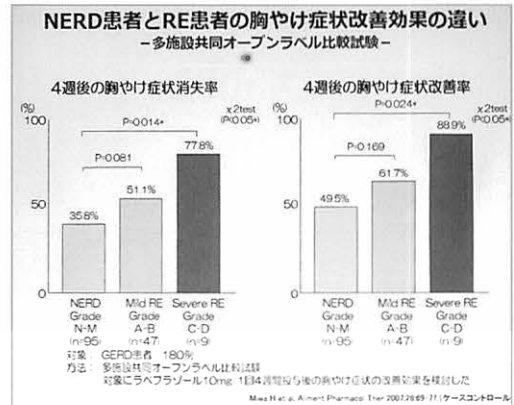


図 12

まず FD とのオーバーラップについてお話しします。器質的疾患が無く、胃から食道への逆流があるのが GERD、無いのが FD ですが、症状からの判別は困難です。FD の治療ガイドライン (<http://ur0.link/HdoH>) はピロリ菌の有無を確かめることに加え、基本的には GERD のガイドラインとあまり変わりません。初期治療は酸分泌抑制薬あるいは運動機能改善薬、二次治療として抗不安薬や漢方薬が挙げられています。FD の概念図を示します (図 13)。運動機能異常と内臓知覚過敏が大きな柱ですが、病態は複雑で今現在も完全には分かっていません。酸分泌異常が関わるのなら PPI が有効そうですが、単独ではなかなか

症状は改善しません。運動の面から見てみますと、食事をしますと胃底部に貯留して蠕動運動により少しずつ食物を十二指腸へ送り出します(図14)。FDの患者さんでは胃底部がうまく弛緩しないため、食物と胃酸がすぐに十二指腸へ送り出されてしまい“十二指腸ブレーキ”と呼ばれる現象が起こり胃の動きが悪くなりFDの病態に関わっていると考えられています。運動機能改善薬の効果のメタアナリシスでは、PPIよりは良い様ですが1人の患者さんを治すのに運動機能改善薬が必要な患者さんは6人必要との結果が得られ、効果は高くありません。FDに使用できる薬剤はアコチアミド(アコファイド)だけです。GERDとFDがオーバーラップした患者さんにラベプラゾール倍量群とラベプラゾール通常量とアコチアミドを併用した群を比較した試験を行ったところ、残念ながら両群に有意差は出ませんでした。ただ胸焼けに関して、患者さんによっては効果がありましたので、治療のオプションとしては考慮しても良いかもしれません。

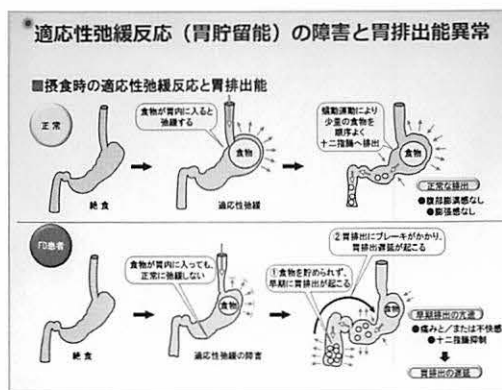


図 14

次に漢方薬です。常用量のPPIに半夏瀉心湯を併用して試験を行いました。この生薬は六君子湯に似ていますが、横連、黄芩という抗炎症作用を持つ成分が入っています(図15)。成績は割と良くて多くの患者さんで症状が改善し(図16)、特に男性、及びBMIが高いがっちりした患者さんで効果が高い結果となりました。現在前向き試験でデータを集めていますので、またご紹介できるとと思います。

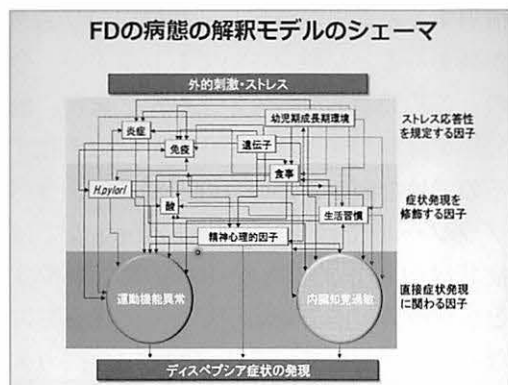


図 13

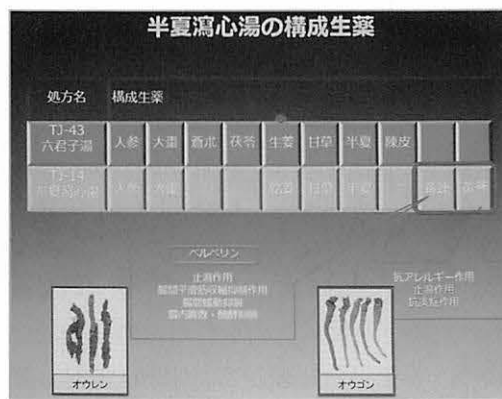


図 15

思うように改善しない場合、ガイドラインでは食道インピーダンス、pHモニタリング、食道内圧検査等の病態評価を行う、つまり本当にGERDなのか検査せよと記載してあります。我々のケースでつかえ感が取れないPPI抵抗性のGERD患者さん

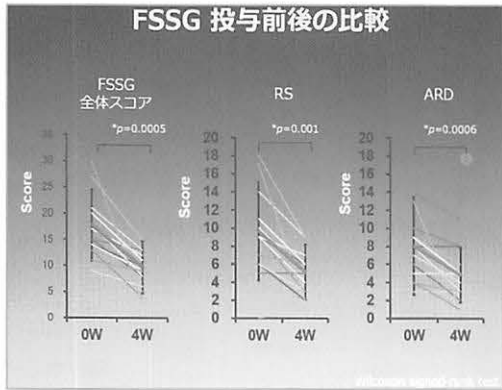


図 16

100人に検査しますと、13%が食道アカラシアでした。ずっと治療してもなかなか症状が取れない患者さんは一度やっておいたほうが良い検査だと思えます。

検査をして逆流があり、それでも症状が取れない患者さんには外科手術を行うこともあります。下部食道を胃底部で巻き付けて物理的に逆流を防ぐ手術としてNissen法がありますが (<http://ur0.link/Hdrk>)、GERDは悪性疾患ではないためなかなか手術に踏み切るのはハードルが高いと思えます。低侵襲な治療として内視鏡治療があり、これはNissen法と同じことを内視鏡的に行う手技で成績も悪くなかったのですが、デバイス(EndoCinch)が発売中止となり出来なくなりました。私は内視鏡的に癌を治療することが専門で、バレット食道癌で粘膜切除術を行った際に逆流症状の改善を見た経験から、GERDに対して粘膜下層剥離術(Endoscopic Submucosal Dissection: ESD)を用いた新たな内視鏡治療(ESD for GERD: ESD-G)を考案しました。当初17例で検討し16例が症状が改善、4例はPPIから離脱、さらに4例は減量が可能となり内視鏡的にもびらんは改善していました。内視鏡治療は緒についたばかりで行っている施設もうちを含めて2

施設しかありませんが、薬物治療以外の引き出しの一つとして研究を続けていきたいと考えています。

最後にPPIの安全性のお話をしようと思います。結局GERD治療の主役はPPIになります。H2ブロッカーは飲み続けると2週間くらいで効果が減弱することがありますが、PPIはずっと飲んでも効果が減弱しないとされています。ただ、ずっと飲んでいるとどうしても副作用が出ることが以前から指摘されています(図17)。従来のPPIより強力に酸分泌抑制を行うことの影響についてはいろいろ言われています。PPIで壁細胞をブロックするとフィードバックによりガストリンが上昇し、その結果ECL細胞の過形成が起こりカルチノイドがでやすくなる、という機序が考えられており(図18)、オメプラゾールではラットの実験でPPIの量を増やすとカルチノイドの発生頻度が上昇するというデータがあります。エソメプラゾールは投与5年目の時点でガストリンはあまり上昇しません。その他、クロピドグレルとPPIを併用すると効果が減弱して塞栓症のリスクが高まることが懸念されておりますが、今のところ問題となっていません。また、酸分泌を抑制しすぎると消化器症状は悪化するのではないか、という問題があり、ラベプラゾールでは10mgから20mgまでは症状は改善しましたが40mgまで増やすと症状改善/消失効果がかえって頭打ちになるデータが出ています(図19)。高ガストリン血症では種々の消化器症状が現れることが知られており(図20)、胃の運動には適度な胃酸、適度なガストリンが必要なのです。PPI治療に対する患者さんの要望の一番は、症状の消失や効果発現の早さより、長期の安全性でした。GERDの治療に

は粘膜治癒効果と症状改善効果が高く、加えて長期使用でも安全性が確立されたPPIを使用すべきと考えます。

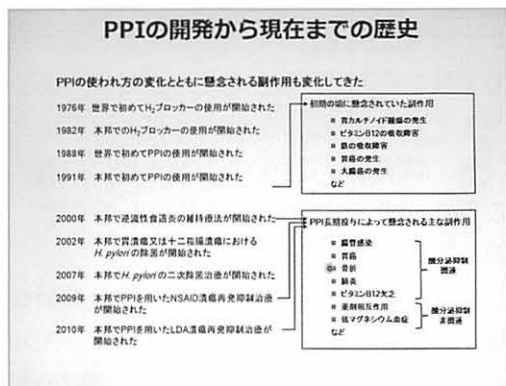


図 17

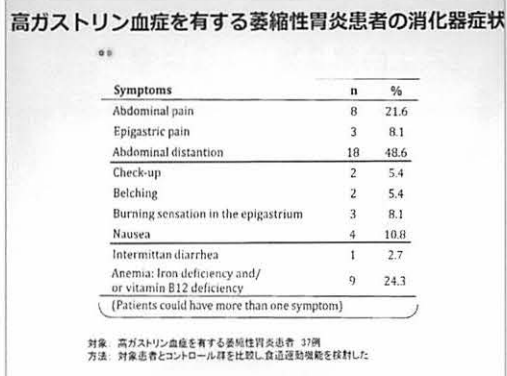


図 20

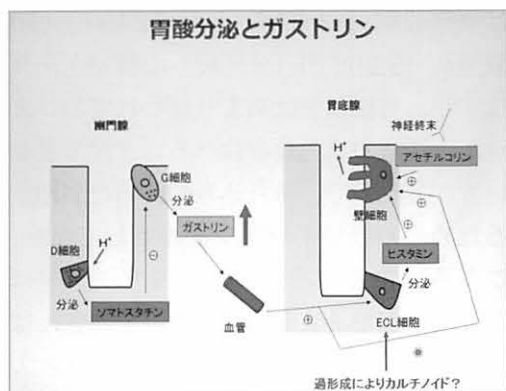


図 18

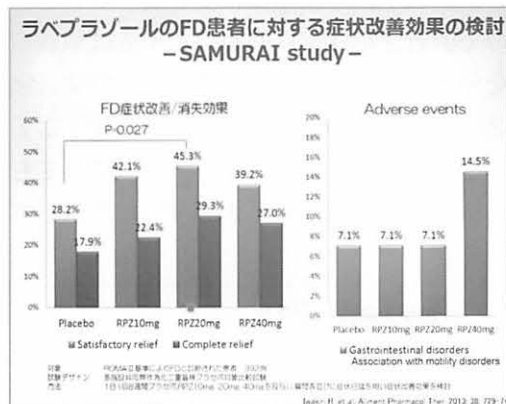


図 19



平成29年度 第7回 光市医師会学術講演会

平成29年11月28日(火)

19:00～20:00

光商工会館2階 大会議室

特別講演 19:00～20:00
「緩和ケア病棟の現状と問題点」

座長 光市医師会 会長 竹中博昭 先生



演者 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター
緩和ケアセンター医長 白木照夫 先生



私は元々循環器内科医でしたが、いろいろなか縁で緩和ケアを担当するようになりました。本日はそのような立場から緩和ケア病棟についてお話ができればと考えています。この度、光市立光総合病院は移転新築にあたり緩和ケア病棟を作られるとお聞きしております。実際の運用面でのご参考になれば幸いです。

当院の緩和ケア病棟は診療協力医として

の精神科医も含め、図のような人員で構成されています(図1)。各病棟からの主治医がそのまま担当医としてケアを担っています。看護師は17名ですが、通常の緩和ケア病棟は病床数=看護師の人数と言われておりますので、かなり足りません。ボランティアの方や、宗教家にも関わっていただき、講演をして頂いたり終末期に宗教のことを知りたいという患者さんの相談にのって頂いています。

病室は全部個室です。ただ、当院の個室は全て同じ作りをしておりますので、ADLが低下した末期の患者さんには、部屋の使い勝手としては厳しい状況です。料金的には無料個室(12部屋)から3,240円(10部屋)、12,960円(2部屋)の個室がありますが、有料個室はあまり使われておりません。通常の病院食を食べることができない方が多いので、持ち込みの材料を調理するための家族用キッチンを設置しており、こちらはよく利用されています。浴室はシャワー室でミスト浴なので、患者さんは「疲れる」との意見があり、ゆったりと入れる浴槽があった方が良いのではないかなと思います。家族室は料金を取っていないので患者さんは無料個室、ご家族は家族室を使うという形態が一番多い状況です(図2)。患者さんが暖かく過ごせるようにアニマルセラピーの団体から犬を派遣してもらったり、病棟で結婚式を挙行したりしています。

緩和ケア病棟 24床

病棟医長 1名
診療協力医
非常勤精神科医含め 5名(兼任)
病棟師長 1名 副師長 1名 看護師 17名
臨床心理士 1名 病棟クラーク 1名
病棟助手 1名
ボランティア 10名
宗教家 2名(仏教、キリスト教)

図1



図 2

院内からの紹介は外来、病棟から緩和ケア病棟にオーダーが来ると、まず病棟紹介を行います（1回1時間、週8枠）。病棟設備の案内や、実際のケアの内容を説明します。その後入棟審査会（週2回）で可否を決定し、各医師、病棟に連絡します。院外からの紹介も基本的には一緒に、地域連携室にご連絡頂いた患者さんに同様な紹介、審査、連絡を行います（図3）。

平成28年度は181名の患者さんが利用されました。院内紹介はおよそ3/4で、この割合は病棟開始以来同等です（図4）。広島地区からの紹介は図の通りで、県境を越えて治療されている方が少なくないことがわかりました。診療科別では呼吸器科、外科、消化器科の順に利用されています。問題なのは病床利用率の低さです（57.8%）。緩和ケアだけで満床とはいかず、現在の様な冬場では、一般病棟の患者さんが退院前に一時的に使用する後方病棟の様な状況になっています。転帰ですが、予後一ヶ月くらいの方が多いため、死亡退院が8割程度ですが、在宅で診ていただけの先生がたが増えたので、1割くらいは在宅に移行しております（図5）。この割合は今後増えていくかもしれません。当院のがん死は平成28年度は267例で、総死亡退院の42.9%を占めています。このうち緩和ケア病棟からの死亡退院

は151例で、がん死の56.1%になりました。

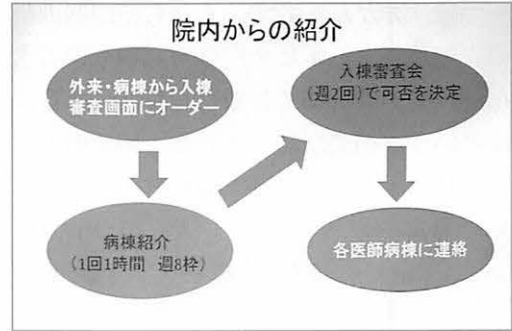


図 3

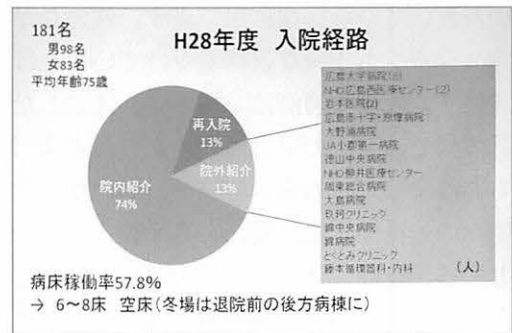


図 4

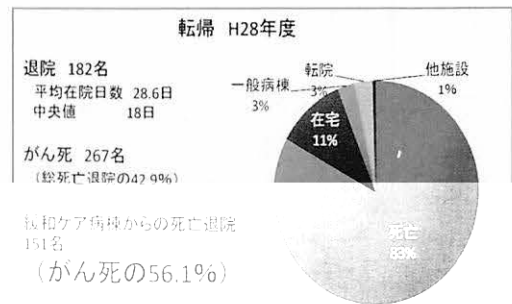


図 5

緩和ケア病棟の抱える問題

- ・非がん患者の緩和ケア
- ・緩和ケア上の拘束
- ・緩和ケアへの不十分な理解、知見
- ・スタッフの不足、経験不足
- ・担当した診療科がない、専門医がいない、在宅部門がないこと
- ・夜間、休日の直入が出来るので、地域のがん患者退院後のケアへ対応ができていない
- ・地域医の退院そのものが滞っている

図 6

今抱えている、あるいは抱え続ける緩和ケア病棟の問題点を挙げました(図6)。一つは「非がん」です。本日も循環器内科の先生から、モルヒネ投与の心不全患者さんを緩和ケア病棟で診てもらえないだろうかというご相談がありました。HIV患者さんとがん患者さん以外は緩和ケア病棟としての算定ができません(参照: <http://bit.ly/2l43CBA>)。また、「緩和ケア」という言葉、意味合い自体が、患者さん、ご家族側だけではなく医療者側にも十分理解していただいていない様に思います。残念ながらスタッフも十分な研修を受けているとは言えず、認定看護師は一名です。独立した診療科では無いので、専門外来も在宅部門もありません。外来から病棟、病棟から在宅への連携が本来必要だと考えます。今のところ、夜間、休日の直接入院ができませんので、地域の終末期患者さんの後方ベッドになれておりません。今後の方向性として地域連携病院の重要な役割として課題になると思います。さらに岩国地区の人口から考えて、24床という病床数が適正であったかは検証が必要です。

WHOの緩和ケアの定義を示します(図7)。先ほど述べました様に、日本では緩和ケア病棟の利用はHIVとがんに限定されています。緩和ケア学会やその他の学会でも、「非がん患者さんで緩和ケアを必要とする人」は少なくない、あるいは逆に多いのではないかとの議論があります。近隣で講演等を行いますと、「非がんの患者さんはどうなるのだろうか?」との質問がよくあります。保険上の緩和ケア病棟に関する考え方には問題があるのではないかと考えています。

抗がん治療が難しくなるに連れて緩和ケアの割合は増え、亡くなられた後には遺族

ケアが必要で、これらが有機的に連携することが必要です。がんの末期になると、亡くなる1か月前くらいからいろいろな症状が一斉に出て(図8)、医療の手を必要としてきます。この中で痛みは他と比べて早く出てきますので、痛み止めを使い化学療法を併用しながら在宅で診ることができでしょう。緩和ケア病棟の保険点数を示します(図9)。入院30日を過ぎますと、点数が下がり、包括なので抗がん剤などの高額な治療を行うと赤字になってしまいます。経営を考えますと症状緩和など積極的な治療がやりにくい板挟み状態になります。

WHO: 緩和ケアの定義 (2002)

緩和ケアとは、

生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し、適切に評価し対応することを通して、苦痛を予防し緩和することにより、患者と家族のQuality of Life(生活の質)を改善する取り組みである
緩和ケア病棟一太郎では、HIVとがんに限定

図7

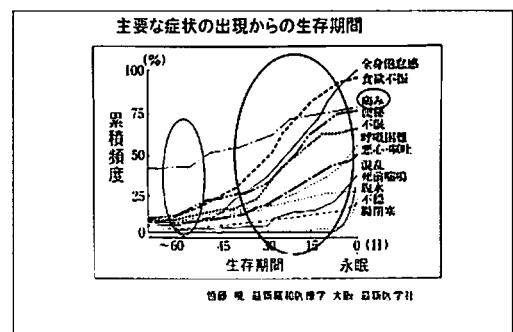


図8

緩和ケアを行うにあたって東北大学の宮下先生が患者さんやご家族に行ったアンケートでは、何が重要かは人によってかなり違うことが示されました(図10)。最後まで治療を続けたいと希望されますが、「緩

和ケア」というと「おしまい」、「もうダメ」の意識は結構根強いものがあり、緩和ケア病棟に行きたくない、入院にあたって本人には「緩和ケア」と言う話は言わないで、などはよくあります。病棟に紹介があったけれども転棟しなかった19名の理由を調べてみますと、転棟前に急変、あるいは面談前に死亡した患者さんが65%ありました。こういった患者さんをもっと早く受け入れられる様にしなければと考えています。また、病棟に紹介が無かった108名を分析しますと(図11)、半分くらいは努力しても受け入れられない患者さんと思えますが、不明や面談に至らなかった患者さんを含めた3割くらいの方は今後の努力で緩和ケア病棟に移っていただくことができるのではないかと考えます。がん患者さんのせん妄は多く意識レベルが低下する薬剤の使用も多いため、一般病棟より転倒骨折のリスクが高いにもかかわらず緩和ケア病棟では身体抑制ができません。リスク管理と身体的自由のバランスの問題は今後も重要です。また、医師不足、特に精神科の先生が足りません。今後緩和ケアを行うにあたっては、病院全体の総合性が高いと麻酔科で神経ブロックを行ったり放射線治療が行えたりといった、麻薬に頼らないケアができる可能性がありますので、診療科の充実が必要だと思います。

・保険診療

緩和ケア病棟は、入院1ヶ月超で収益低下するように設定されている

A310 緩和ケア病棟入院料(1日につき)

1	30日以内の期間	4,926点
	在宅からの緊急入院加算	200点(新)
2	31日以上60日以内の期間	4,400点
3	61日以上	3,300点

包括なので、抗がん剤など的高額治療を行うと赤字になる
「何もしない」ほど収益が出る診療点数設定・・・経営と症状緩和(倫理)の板ばさみ

図9

～ 望ましい死を迎えるために
～

人によって重要さが異なること

- ・自然なかたちで亡くなること
- ・他人に感謝し、心の準備ができること
- ・役割を果たせること
- ・死を意識しないで過ごすこと
- ・納得するまでがんと闘うこと
- ・自尊心を保つこと
- ・残された時間を知り、準備をすること
- ・信仰をもつこと

Miyashita M. Ann Oncol 2007

図10

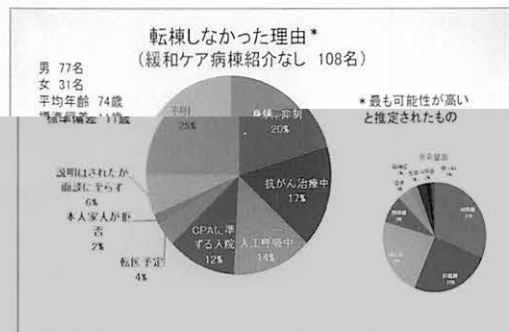


図11



光市医師会 AED 講習会

平成 29 年 11 月 30 日（木）、光市医師会の救急医療対策事業として山口大学教育学部
附属光中学校 2 年生 76 名を対象に AED 講習会を行いました。



平成 29 年度 光市医師会忘年会

本年度の忘年会は 12 月 7 日木曜日ホテル松原屋にて、守友先生の司会のもと始まりました。会長挨拶、乾杯、しばしの歓談の後、今年も藤原朴先生の手品で大いに盛り上がりました。途中、光中央病院整形外科の河野清先生の傘寿のお祝いとして記念品贈呈の発表がありました。現役で診療される先生のお姿に、心が引き締まる思いです。これからもご活躍をお祈りいたします。美味しい料理を楽しみ、大和総合病院外科の原田幹彦先生に一本締めで会を締めさせていただきました。(広田 修)







理事会報告

平成 29 年 10 月 光市医師会定例理事会

日時 平成 29 年 10 月 10 日（火）午後 7 時 0 0 分より午後 8 時 4 5 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、
平岡博監事、丸岩昌文監事

欠席 北川博之理事、前田一彦理事

議題

I 光市との合同協議会

II 報告事項

1 第 2 回地域協議会（9/13）

（竹中会長、広田理事）

(1) アンケート結果（詳細は医師会事務局へ）

病院、診療所、歯科、薬局、介護系施設からの 199 件のアンケート結果

- ・地域医療介護連携システム：知っている 41%、名前は聞いたことがあるが内容は知らない 48%、知らない 11%
- ・関連施設に更に周知する努力を続けていくと徳山医師会より説明

(2) 見積提出

見積提出後も訂正可能なので基本システム情報、情報閲覧機能、コミュニケーション機能すべて入れたものを作成し県に提出する

(3) 今後のスケジュール

H.28 年度の要支援の割合；27.8%

H.26 年度と比べ、要支援 1 は 1.14 倍、要支援 2 は 1.12 倍と増加

2) 特定高齢者把握事業

特定高齢者：生活機能の低下が認められ要支援、要介護状態になる恐れのある
高齢者 23 人に運動器機能向上教室 56 人に生きがいデイサービスを行った。

(井上理事)

(1) 平成 28 年度の実施結果について

・国保連合会

光市 特定健診：対象人数；9,813 人、受診者数；2,776 人（受診率；28.3%）

特定保健指導

積極的支援：対象者数；37 人、利用者数；6 人、修了者数；8 人
（終了率 21.6%）

動機付支援：対象者数；227 人、利用者数；43 人、修了者数；49 人
（終了率 21.6%）

医師国保を除く市町の特健診受診率は全国最低だった 27 年度の 25.4% から 26.0% へ微増した（順位は不明）。

市全体）受診率 26.0%、較差 17.6%（山陽小野田市 36.6% 下関市 19.0%）。

最も伸びたのは山口市で + 3.2%（25.3 ⇒ 28.5%） 光市は 28.3%（- 2.0%）

町全体）受診率 26.8%、較差 18.7%（和木町 37.8% 上関町 19.1%）。

最も伸びたのは平生町で + 4.6%（24.5 ⇒ 29.1%）

・支払基金：請求件数は昨年度と同様

- 光市との協議事項参照
- 2 忘年会の日程について (井上理事)
12月7日(木)19時～ 松原屋
- 3 自賠責保険診療費算定基準(自賠責新基準)および
労災診療アンケートについて (守友理事)
日本医師会提案に賛成と答申

以上を協議・承認した。

平成29年11月 光市医師会定例理事会

日時 平成29年11月14日(火)午後7時00分より午後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 多田良和理事
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 丸岩昌文監事

議題

I 報告事項

- 1 平成29年度都市医師会会長会議(10/12) (竹中会長)
- ① 中央情勢報告
- 3) 日本医師会第140回定例代議員会
詳細は日医ニュース2017.7.20号
- 4) 第2回都道府県医師会会長会議
詳細は日医ニュース2017.10.5号
- ② 中国四国医師会連合各種分科会
第1～第3分科会で報告、討議
- ③ 第7次山口県保健医療計画について
平成30～35年の6年間の第7次計画を29年度中に策定
大きな変更点
- 1) 5疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)のうち、
急性心筋梗塞 → 心筋梗塞等の心血管疾患に変更
- 2) 精神疾患に下記を追加
躁うつ病、依存症(アルコール、薬物、ギャンブル)、発達障害、PTSD
高次脳機能障害、摂食障害、てんかん、精神科救急・身体合併症
自殺対策・災害精神医療・医療観察法における対象者への医療

④ 地域医療構想調整会議について

地域全体の合意形成を行う全体会議と、個別課題の検討を行う検討部会により構成

各医療圏で2～3回の全体会議及び検討部会を予定

⑤ 専門医制度の現状について

県内のプログラム基幹施設は19領域で29プログラムが設置予定。

定員総数は170人となる見込み

⑥ 地域医療連携強化に向けた取り組みについて

5 郡市医師会介護保険担当理事協議会 (10 / 19) (守友理事)

① 山口県の高齢化は全国 4 位

	H.27	H.37	H.47
人口	1,399	1,275	1,139 (千人)
65 歳以上	450	451	414 (千人)

要介護 (支援) 認定者数 : 89,505 人 (H.29.6 月)

要支援 1 ; 13,367 人 (14.9%)、要支援 2 ; 11,324 人 (12.7%)
要介護 1 ; 21,119 人 (23.6%)、要介護 2 ; 14,363 人 (16.0%)、
要介護 3 ; 10,766 人 (12.0%)、要介護 4 ; 10,734 人 (12.0%)、
要介護 5 ; 7,832 人 (8.8%)

今後の方向性、課題

介護医療院の創設

一定以上所得のある利用者の自己負担引き上げ

訪問介護の人員不足が大きな課題

② 在宅医療推進事業

光市は“つながる輪ひかり”研修会で情報交換会、及び勉強会

③ 地域包括ケア推進事業 平成 30 年度に実施予定

6 郡市医師会産業保健担当理事協議会 (10/19) (多田理事)

① 第 39 回産業保健活動推進全国会議報告

ストレスチェックアンケート調査報告

医療機関における産業保健活動の推進について

労働者の健康確保のための産業医・産業保健昨日の強化について

産業保健関係助成金の拡充について

いずれも詳細は医師会事務局へ

② 県医師会・郡市医師会協力による産業医研修会について

資料は医師会事務局へ

7 第 123 回周南医学会 (10/22) (竹中会長)

柳井医師会引き受けで開催 光市からは光市立光総合病院循環器科より 1 題

来年度は徳山医師会引き受け、H.31 年度は光市医師会が引き受け

8 郡市医師会労災自賠責保険担当理事協議会 (11/2) (守友理事)

労災レセプト電算処理システムが可動開始しており、利用してほしい

山口県医師会労災保険指定医部会より山口労働局長へ要望書を提出

自賠責診療費算定基準 (新基準) 及び労災診療に関するアンケート

(詳細は事務局へ)

9 平成 29 年度第 2 回光市高齢者保健福祉計画策定市民協議会 (11/9) (竹中会長)

高齢者保健福祉計画及び第 7 次介護保険事業計画 (H.30 ~ 35) の策定方針

① 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取り組みの推進

地域ケア個別会議を実施し介護計画作成の質の向上、自立支援・重度化防止の

強化を推進する

② 医療・介護の連携の推進

- ・2025年に目指すべき病床数119万床、不足する33.7万床を介護施設、在宅医療に移行。

・2025年当分における追加的整備：訪問診療・居家ケアセンター17,000床

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

議題

I 報告事項

1 郡市学校保健担当理事連絡協議会、学校医部会合同会議（11/16）（広田理事）

(1) 平成 29 年度中国四国医師会連合学校保健担当理事連絡会議 報告

(2) 平成 29 年度中国地区学校保健・学校医大会 報告

1、2 の詳細は山口県医師会会報 H29. 11 号参照

<http://www.yamaguchi.med.or.jp/kaihou/pdf/1887.pdf>

(3) 「学校医活動手帳」の活用状況について

光市は提出率 100%

学校医の活動の意義、法的な仕組みを簡潔に記載してある。

これを元に積極的に学校保健に参加して欲しい

(4) 学校検尿について

尿潜血、尿たんぱくの精密検査に回す基準を 30 年度から

(±) から (1+) へ変更する

尿糖は (±) で変更なし

(5) 平成 29 年度学校医研修会・予防接種医研修会・心臓精検研修会

平成 29 年 12 月 3 日 (日) 13 時～ 山口県医師会館 6F 会議室

1) 学校における食物アレルギー対応

講師：山口県立総合医療センター小児科 長谷川 真成先生

2) 成長曲線の注意点と活用

講師：山口大学小児科 助教 福田 謙先生

3) 予防接種をされるすべての先生方へ

～予防接種ガイドライン 2017 年度版を活用する～

講師：下関市立市民病院小児科 部長 河野 祥二先生

4) 先天性心疾患術後児産生後の学校における定例課題

Aiについて

死亡時はカテーテル、チューブ類は抜かずにそのままの状態撮影する

- 4 2017 ふれあい健康フェスティバル（11/26）（広田理事）
9時半～12時半で7名の健康相談
- 5 平成29年度周南三市医師会役員会（11/29）（竹中会長）
 - 1) 講演「医療と経済」
講師 山口県医師会常任理事 加藤 智栄先生
 - 2) 平成30年度要望額について
（学校医、各種健診等、特定健診等）
 - 3) 各医師会からの提出議案
 - ① 市による予防接種の助成について
 - ② 地域医療、介護連携情報システムの報告について
- 6 郡市地域医療担当理事協議会（11/30）（藤田副会長）

議題
県医療政策課

 - 1) 第7次山口県保健医療計画（素案）について
 - 2) 療養病床転換意向調査（平成29年度第2回）の結果について

県医師会

 - 3) 「5疾病及び在宅医療」の医療機関リストの作成について
- 7 周南医療圏地域医療構想病床機能検討部会（12/7）（藤田副会長）
 - 1) 山口県医師会療養病床及び地域包括ケア病床に関する調査報告書について
 - 2) 公的医療機関等2025プラン及び新公立病院改革プランについて
 - 3) 療養病床転換意向等調査（第2回）の結果について
 - 4) 地域医療構想調整会議の進め方に関する留意事項について
 - 5) 周南圏域回復期機能に関するアンケートの結果について
 - 6) 小田悦郎先生叙勲祝賀会（12/9）（竹中会長）

以上を報告した。

II 協議、承認事項

- 1 光市教育委員会からストレスチェック面接医推薦依頼
産業保健担当理事が担当することにする。
- 2 平成30年度休日診療所当直について
- 3 職員冬季賞与について
承認

以上を協議・承認した。

月例報告会

平成 29 年 10 月 24 日 (火)

1. 地域医療介護連携システムの進捗状況について
2. 忘年会の日程について

平成 29 年 11 月 28 日 (火)

1. 胃内視鏡胃がん検診について

平成 29 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	清水敏昭、藤山純一

異動会員

6月1日付

B → C 会員

光市立光総合病院 → 光市病院局

守田 信義

11月1日付

B → C 会員

光中央病院退職

赤崎 信正

10月休日診療所当番医報告

		内科系	外科系	
10月	1(日)	8	10	18
	8(日)	25	2	27
	9(月)	18	10	28
	15(日)	6	4	10
	22(日)	11	2	13
	29(日)	6	10	16
	計	74	38	112

11月休日診療所当番医報告

		内科系	外科系	
11月	3(金)	30	3	33
	5(日)	13	10	23
	12(日)	7	10	17
	19(日)	12	6	18
	23(木)	14	4	18
	26(日)	14	10	24
	計	90	43	133

12月休日診療所当番医報告

		内科系	外科系	
12月	3(日)	10	7	17
	10(日)	10	6	16
	17(日)	16	12	28
	23(土)	72	6	78
	24(日)	47	9	56
	31(日)	45	28	73
		計	200	68



☆ これからの行事予定 ☆

1月	9日(火)	理事会
	23日(火)	月例会・学術講演会
2月	2日(金)	光三師会講演会
	13日(火)	理事会
	27日(火)	月例会・学術講演会
3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

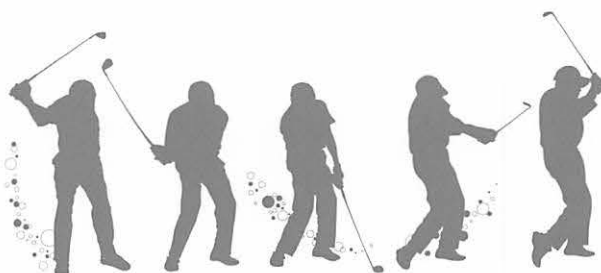
平成29年12月10日
周南カントリークラブ

順位	名前	OUT	IN	GR	HDCP	NET
優勝	森本 博士	41	42	83	-5	88
準優勝	平田 万三志	45	49	94	6	88
3	守友 康則	52	51	103	9	94
4	南 典文	58	52	110	14	96
5	前田 昇一	54	51	105	8	97
6	佃 浩一郎	67	58	125	24	101
7	國近 豊	52	57	109	6	103

DC ⑧守友

NP ②平田 ⑥國近 ⑬森本

ドラ短 前田 南



編集後記

表紙の写真は、室積千坊台から南に見える、峨嵋山の冬の朝です。峨嵋山は室積半島にあり、その先端が象鼻ヶ岬です。

象鼻ヶ岬は「岬」、サザンオールスターズでおなじみ湘南茅ヶ崎は「崎」、千葉県銚子の犬吠崎は「崎」です。

岬と崎、崎と埼の違いは为什么呢？ 基本的には、山や丘などの先端部が平地や海、湖などに突き出した地形が「さき」もしくは「みさき」です。山への「崎」は本来山の険しいことを言う様で、平野の中に突出した山地の先端に使われ、土への「埼」は陸地が海に突出した形状を指すことから海図では「埼」が使われています。東京湾の入り口、初代ゴジラ出現で名高い(?) 神奈川県のお音崎は、海図ではお音埼です。

象鼻ヶ岬、梶取(かんどり) 岬、杵崎などなど、光市にはいくつの岬、崎があるのでしょうか？

(広田 修)



発行所 光市医師会
TEL (0833) 72-2234
発行日 平成 30 年 1 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