

光市医師会報

No.441

(平成30年 秋号)



2018年10月 キンモクセイ

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. 441 (平成 30 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	7
第5回学術講演会	12
3. 合同症例検討会	17
4. 納涼懇親会	23
5. 理事会報告	24
6. 月例会報告	33
7. 退会会員	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30年度 第3回 光市医師会学術講演会

平成30年7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

「経口FXa阻害薬 リクシアナ錠・OD錠」
について 第一三共株式会社

特別講演(19:00~20:00)

「倉敷地区での心不全患者に対する取り組み
～心房細動合併心不全患者における抗凝
固療法も含めて～」

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 倉敷中央病院 循環器内科 医長
川瀬 裕一 先生



当院は1,166床で、心臓病センターの
医師は循環器内科が40名、心臓血管外科
が12名います。心臓カテーテル検査が中

心の病院で、PCIは待機、緊急合わせて年
間1,122件(2015年)です。その中で私
は心不全を扱っていますが、急性心不全は
患者さんが悪くなってから来院されますの
で、地域全体で取り組まなくてははいけませ
ん。本日はそのような地域連携の取り組み
と、心不全を抱える患者さんに対する抗凝
固療法についてお話したいと思います。

当科では以前から地域連携に力を入れ
ており、3つの取り組みを行っています。
1.「岡山西部地区プライマリーケアの会」
を開業医の先生方と毎月開催し、2.「倉敷
地区心不全地域連携の会」は主に病院どう
しの会ですが、最近では診療所の先生も参
加されて開催しています。そしてもう一つ
は、3.「モバイルCCU」です(図1)。こ
れが当科が岡山県南西部の広い地域を診療
圏にしている大きな理由で、電話一本で何
処へでも出動します。時には瀬戸内海を
渡って香川や高知まで、あるいは山陰まで
赴くこともあり、地域の先生方に安心感
を持って頂いている様です。この様な「地域
チーム医療」が我々の大きなテーマです。

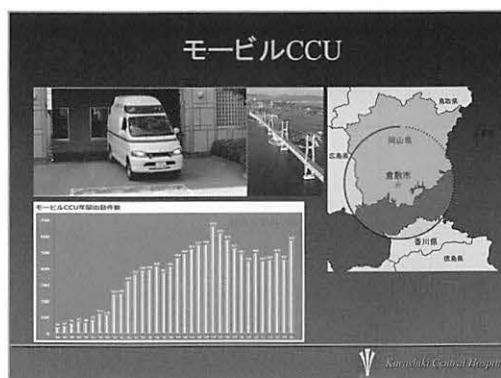


図1

先ほど中村先生から山口県は高齢化が進
んでいるとお聞きしましたが、全国的に見
てもその通りで、2010年を境としてアジ
アでもトップの高齢化率となり、新規の心

不全患者さんも増えています（図2）。日本全体で年間30万人以上の発症があり、心不全パンデミックのような言葉も出てきました。我々の施設でも2016年度に742人だった心不全患者さんが2017年度には850人に増え、今年は岡山で水害があったことでコントロール不良な患者さんが多発しており、さらに増加する可能性があります。当地域だけでなく、日本全体あるいは世界的に見ても心不全患者さんは高齢者が多く、合併症をいっぱい持った患者さんが相手となりますので、いち病院だけで見えていくことはとてもじゃないけどできません。そこで2の会を2010年7月に立ち上げ、病院、診療所の医師、および多職種で構成されるネットワークを作りました（図3）。



図2

この会を通じて、患者さんと医療者の連携向上、医療者同士の連携向上、患者さんの意識向上、そして医療者の意識向上を目的として、「地域の心不全手帳」、「心不全手帳（記録）」を作成しました。地域全体で患者さんを見ていくことを第一にしていますので、必ずそのことを主治医から患者さんに説明して頂いています。高齢者や認知症を有する方及びうつ病などの心理面の要素にも踏まえた内容で構成しています。栄養、薬剤、疾患管理などの心臓リハビリテーションの項目は各専門の職種が作成しており、充実した内容になっています。地域連携の観点から、入院中の経過を記録する欄や患者さんが記録するページもあり、治療コンプライアンスの把握もできます

疾患教育は（図4）のようなプロトコルで指導しており、自己管理がうまくできない方には訪問看護や外来心臓リハビリの導入を検討します。訪問看護は重視しており、患者さんには退院までに訪問看護の存在を伝え、必要な方に導入します。パンフレット（図5）には訪問看護でできること、費用などが記載されており、しっかり知った上で判断して頂いています。

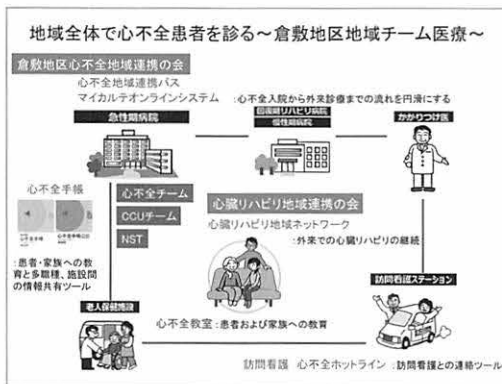


図3

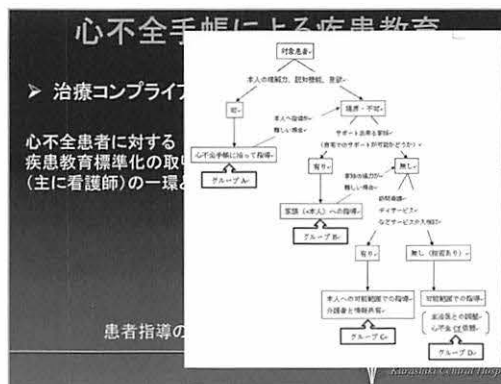


図4

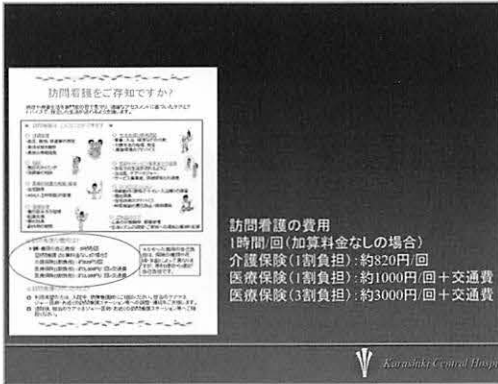


図 5



図 7

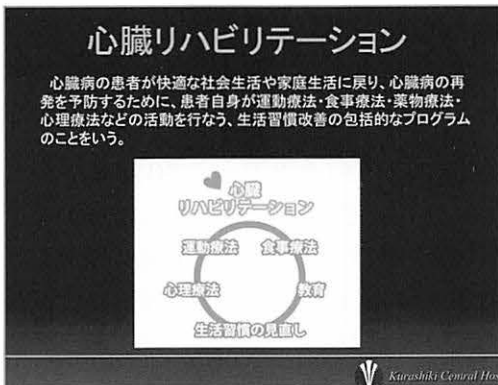


図 6

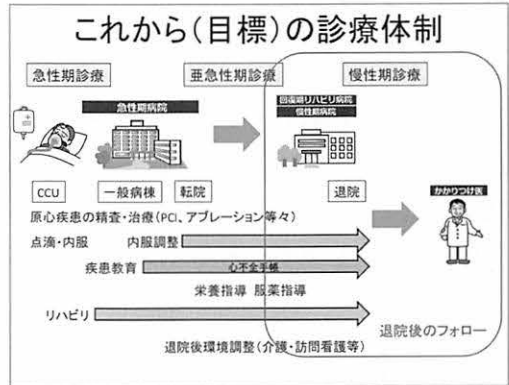


図 8

我々が持つ疾患情報、訪問看護が持つ生活情報を効果的に繋ぐツールとしても心不全手帳が有効です。手帳は患者さんも見ることができますので、手帳で伝えにくい情報は訪問看護ステーションと当院の地域連携室を通じてメールで連携しています。その都度対応することで迅速な受診、対応につながり再入院を減らすことができ、また急性増悪を来す前に再入院させることができます。心臓リハビリテーションも近隣の施設と連携して亜急性期、慢性期(外来)の心不全治療を行うことで地域全体の心不全診療レベルが向上しています(図6)。ここでも心不全手帳が活用されており、それらを繋ぐものとして、2016年9月から心不全で入院した患者さん全例を対象に「心不全地域連携パス」の運用を開始

しました(図7)。入院当初にお渡しし、入院中、その後退院あるいは転院後に地域でどのように心不全を診ていくかについて示すことができる様になりました。さらにインターネットを通じて当院のカルテを地域の医療機関に公開する「マイカルテオンラインシステム」の試験運用を開始し、よりスムーズな連携を目指しています。この様な取り組みを通じて、急性期から亜急性期の治療及び疾患教育からリハビリまで全て当院で診ていた患者さんを、亜急性期から慢性期を回復期・慢性期病院へお願いしてかかりつけ医に戻す体制を目指しています(図8)。

ここからは心不全と心房細動のお話です。心房細動は心不全の原因であり、結果でもあります(図9)ので、当然慢性心不全における心房細動の合併率は高くなります。CHART-2 スタディではステージA、Bの安定した心不全で約22%、ステージC、Dの進行した心不全で約40%と報告されています。急性心不全では重症度および年齢が高いこともあって心房細動・粗動の既往は41%です。心房細動合併心不全のマネジメントとしては抗凝固療法、脈拍コントロール、リズムコントロールの3つがあります(図10)が、今日は抗凝固療法につきお話いたします。心不全では、凝固能亢進、血管内皮障害、血流のうっ滞(Virchowの3徴)が存在し血栓塞栓症の発症率が上昇します。各種スコアでも心不

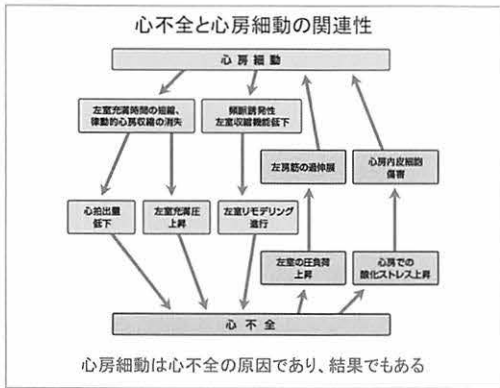


図9

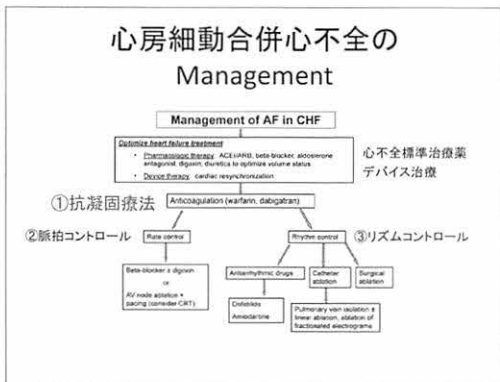


図10

全は1点ありますので心房細動合併心不全は基本的に抗凝固療法の適応になります(図11)。

図11

当院で2015年2月から2018年5月までに急性心不全で入院した1,770例の分析を示します。心房細動・粗動の既往がある患者さんは760例(42.9%)で、既往のない1,010例でも入院中に61例(3.4%)が新規発症していることを合わせると全症例の半数近くを占め、大きな問題となることが分かりました。さらに本来なら心房細動を認めた段階で抗凝固療法の適応なのですが、初回入院の530例中、47%が何も投与されていませんでした。心不全入院を契機に抗凝固療法を開始する機会が多く、そのデータからどのような薬剤を選択すれば良いかなど検討を行うことができます。心不全の主因は弁膜症性27%、高血圧性18%、虚血性18%の順で、高齢者が多いので急性冠症候群は1%以下です。併存症や既往歴では、高血圧が71%、脳梗塞が18%、さらに認知症が26%あり、治療を行う上で問題になります。

まず、どこまでを対象に抗凝固療法を行うか、です。心房細動合併心不全患者さんに治療を行うのは脳梗塞の予防のためで、実際年間で3.7%が脳梗塞を起こしていま

す。しかし各種の出血を起こす可能性も出てまいりますので、このことも気にしなくてはなりません。退院後重篤な出血を起こした症例を示します(図12)。どれもなかなか防ぐことが困難な部位に起こしています。さらにこのような患者さんは予後が良くなり、年間で18%が亡くなります。認知症を併存している患者さんはもっと悪く、1年で47.8%も亡くなっています。これらのことから、現実的にはリスクやADL、予後に注意しながらそれぞれの患者さんで適応を考える、としか言えません。

心房細動/粗動合併心不全患者で退院後重篤な出血を併発した18例

年齢	性別	退院後日数	体重	発作性・慢性	主な心疾患	出血の詳細	腎薬	抗血小板薬	抗凝固薬
76	女性	142	55	慢性	弁膜症性	上肢消化管出血	PPi	DAPT	WF
76	男性	37	51.9	慢性	弁膜症性	腸出血		なし	WF
73	男性	79	53	発作性	高血圧性	胸壁内出血		なし	なし
87	男性	166	43.3	発作性	弁膜症性	硬膜下血腫		なし	WF
87	女性	232	37.6	慢性	虚血性	腸出血		SAPT	WF
82	男性	197	74	慢性	その他	腸出血		なし	WF
82	男性	6	40.7	慢性	虚血性	下部消化管出血		なし	WF
74	女性	289	56.3	発作性	虚血性	下部血腫		SAPT	WF
75	女性	11	54.1	慢性	虚血性	硬膜下血腫		SAPT	WF
68	男性	274	55.9	慢性	虚血性	痔瘻		SAPT	DOAC
73	女性	252	48	発作性	虚血性	下部消化管出血		なし	DOAC
89	男性	238	62.4	慢性	虚血性	下部消化管出血		なし	WF
89	男性	242	61.1	発作性	虚血性	皮下血腫		なし	WF
78	女性	66	48.8	慢性	弁膜症性	下部消化管出血		なし	WF
81	女性	162	32.5	慢性	心筋梗	脳出血		なし	なし
89	女性	79	41.6	発作性	虚血性	脳出血		なし	WF
66	女性	15	55	慢性	虚血性	下部消化管出血		なし	DOAC
85	男性	28	58.3	発作性	虚血性	上部消化管出血	PPi	SAPT	WF

図12

次はどの薬剤で抗凝固療法を行うか、についてです。まず大きな分類として、ワルファリンとDOACの比較です(図13)。ワルファリンの方が良いのは、値段が安いこと、モニタリング法が確立していること、いざという時に中和薬がある、という点です。その他の効果、副作用の点などからはDOACの方が有用で、我々の施設でも新規の患者さんにはDOACを開始しています。今、日本で使えるDOACは4剤あり、服用回数と減量基準に違いがあります(図14)。心不全患者さんはポリファーマシーの問題があり、1日平均で10種類服用している(退院時:5剤以上;96.1%、6剤以上;91.9%、10剤以上;58.3%)方も少なくありません。ポリファーマシーは

心房細動合併心不全に対する抗凝固
②-1 どの薬剤で抗凝固療法を行うか WF vs. DOAC

薬物	ワルファリン	新規経口抗凝固薬
長所	・評価が確立している。 ・減量が安し。 ・1日1回内服で良い。 ・モニタリング法が確立している。 ・中和薬がある。	・効果が90%以上で安定。 ・副作用の出血がWFより少ない。 ・凝固の程度が予測可能。 ・薬物相互作用が少ない。 ・納豆を食べても良い。
短所	・薬物相互作用が多い。 ・減量を食で調整しにくい。 ・凝固に検査が必要。 ・腎機能に副作用あり。 ・効果、副作用でNOACより劣る。	・減量が安し。 ・1日2回内服のものあり。 ・モニタリング法が未確立。 ・腎機能に副作用は不明。 ・中和薬がない。 ・保険適応が限られている。

基本的には DOAC > WF

図13

心房細動合併心不全に対する抗凝固のポイント
②-2 どのDOACで抗凝固療法を行うか

一般名	ダビガトラン	リバロキサパン	アピキサパン	エドキサパン
服用回数	1日2回(220mg) 1日2回(300mg)	1日1回(10mg) 1日1回(15mg)	1日2回(5mg) 1日2回(10mg)	1日1回(30mg) 1日1回(60mg)
減量基準	CLcr 30-50mL/min	CLcr 30~49mL/min	sCr 1.5mg/dL以上	CLcr 30-50mL/min
	P-糖蛋白阻害剤			P-糖蛋白阻害剤
	70歳以上		体重60kg以下	体重60kg以下
	消化管出血の既往		*以上3項目中2項目以上	

図14

高齢心不全におけるポリファーマシーの原因

<ul style="list-style-type: none"> ・疾患数が多い ・各疾患で複数の処方薬 ・不定愁訴が多い ・複数の診療科、医療機関の受診 <p>患者側(疾患側)の問題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の訴えに応じて処方 ・薬の副作用に対して処方 ・同効薬の重複 ・診療科・医療機関間の連携不足 ・処方理由が不明な場合、特に他の医師の処方中止しにくい ・漫然投薬 <p>医療者側の問題</p>
--	---

図15

(図15)のような原因があります。服薬コンプライアンスの低下にもつながりますので、常に使用薬剤の必要性を確認し、可能な限り少なく、飲みやすくすることが必須で、他人任せでなく自分自身で調節する姿勢が必要です。以上の様な観点から、1日1回のDOACが望ましいと考えます。次は

減量基準に関してです。もともと心房細動合併心不全患者さんは1年間に34%が再入院し、その度に腎機能が悪化します。当院から退院した患者さんを診て頂くのはかかりつけの先生で循環器の先生ばかりではありませんので、減量基準が明確に示された薬剤が長期的に使いやすいと思います。

抗凝固療法に限らず全ての治療についてポリファーマシーを考慮することは絶対に必要です。

本日お話しした心不全手帳は、我々の施設のサイトからダウンロードできますので、ぜひ活用ください。

(<https://www.kchnet.or.jp/hdc/cardiovascular/disease/HF.html>)



平成30年度 第4回 光市医師会学術講演会

平成30年8月28日(火)

19:00~20:15

光商工会館2階 大会議室

情報提供 18:50~19:00

「オレキシン受容体拮抗薬 ベルソムラ錠」
について

MSD 株式会社

座長 光市立光総合病院 消化器内科 部長
谷川 幸治先生



特別講演 19:00~20:15

「現代の高齢者不眠症治療について」

演者 医療法人和栄会 原田医院 院長

原田 和佳先生



睡眠薬は犯罪目的で使われる、自殺に用いられる、中毒を起こしやすい、など怖い、と言うイメージがあります。これは偏見です。また、睡眠に関しての誤解も多々

あります(図1)。睡眠薬服用に関する不安、心配は多くの日本人が抱えています(図2)。癖にならず、体にこたえず、認知機能に影響がない睡眠薬があれば、皆さん飛びつくでしょう。本日は不眠を訴える人にどうアプローチすべきかについてお話ししたいと思います。

睡眠に関するよくある誤解

- ・睡眠薬をのむとぼける
- ・いびきをかいてるということはよく眠れている証拠だ
- ・眠れないで死んだ人はいない
- ・酒を飲むとよく眠れる
- ・昼寝をすると夜に眠れなくなる
- ・たとえ眠たなくても布団に入って眠気を待つ方がいい

図1

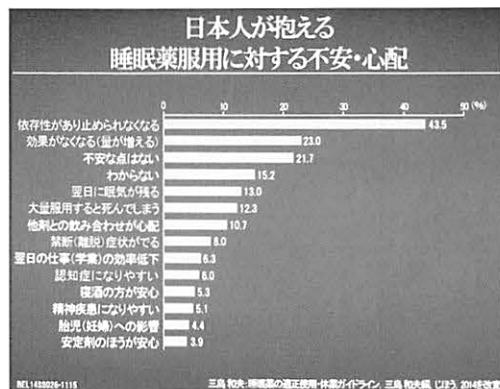


図2

不眠症はコモンディージーズで、一見治療がシンプルです。かつては「何時間寝てますか？」のような問診が多かったのですが、この質問は「アルコール何ミリ飲みましたか？」と同じで、得られる情報は多くありません。睡眠は時間だけが問題ではなく人それぞれで、日中元気に過ごせていれば、その人に必要な睡眠がとれていると考えられます。不眠症の多くは睡眠に対する過度のとらわれ(不眠恐怖)による神経質性不

せん妄の治療薬

<抗精神病薬>

クエチアピン、オランザピンが有用であるが

DMIは禁忌

リスパリドン、ハロペリドールも有用であるが

錐体外路症状に注意

<睡眠薬>

スポレキサント、ラメルテオン

<抗うつ薬>

トラゾドン、ミルタザピン、ミアンセリン

図 7

ここからはスポレキサントのお話です。脳内のオレキシンレベルは覚醒時に高くなり、睡眠時に最も低くなります。オレキシン受容体拮抗薬は脳の興奮を抑えて眠る環境を作る薬剤です（図8）。ですから患者さんには今までのお薬と効き方が違うことをあらかじめ説明しないと、処方した翌日にクレームが来ることがあります。平成26年11月から29年11月までの3年間に、当院でスポレキサントを投与した65歳以上、189例（平均年齢；80.2歳、男性；76例、女性；113例）について解析しました。疾患の内訳は認知症104例、うつ病・うつ状態52例、不安障害29例、その他4例で、投与理由（重複あり）は入眠困難24例、中途覚醒・熟眠困難153例、早朝覚醒30例、その他15例でした。前薬に追加投与66例、切り替えが42例、初回投与81例（単独投与59例）でした。結果は改善143例、不変30例、中止8例、不明8例でした。どの疾患でも改善が認められましたが特に認知症・うつの患者さんでは7割以上が改善し、中途覚醒・熟眠困難、早朝覚醒の患者さんで高い改善率が得られました。投与中止理由は持ち越しが6例、頭痛が2名でした。スポレキサントは認知機能への影響が少なく、筋弛緩作用

も少ないことから高齢者に使いやすいお薬だと思います（図9）。

オレキシン受容体拮抗薬の作用機序

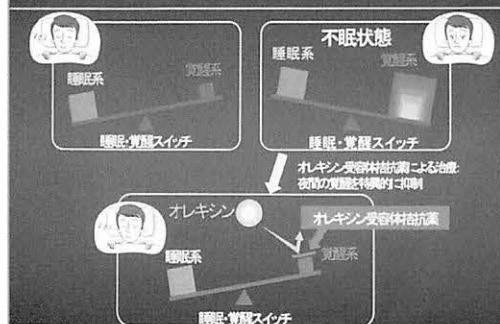


図 8

スポレキサントの強み

- ・投与初夜から効果が得られやすい
- ～新規の患者さんの方が好適か？
- ・認知機能への影響や筋弛緩作用が少ない
- ～高齢者にも使用しやすい
- ・呼吸機能への影響が少ない
- ～COPD症例やOSAS症例への使用が可能
- ・反跳性不眠や退薬兆候がほとんどない
- ～中止しやすく、頓用使用もしやすい？

図 9

最後に私が考えた睡眠に関する7問7答をお話しします。

(1) あらためて不眠症とは？：不眠症状があり、日中の機能障害が認められる場合に治療が必要です。中途覚醒などがあっても本人が苦痛に感じていない場合は不眠症とは言えません(図10)。

(2) 高齢者はどうして日中に眠くなりやすいのか？：加齢に伴い睡眠に変化が生じます。夜間の総睡眠時間の減少、概日リズムの前進(就床、起床時間が早まる)、徐波睡眠・REM睡眠の減少、覚醒閾値の低下、頻回の覚醒を伴う睡眠の分断化、午睡の増加がみられます(高齢者の不眠：日老医誌2012；49：267-275 <https://bit.ly/2pfOPWR>)。このようなパターンの変化で日中に眠たくなります。

(3) 午睡は睡眠障害の危険因子か？：30分以内の昼寝(昼食後～15時まで)を習慣的にとっている人は認知症になり難い、逆に60分以上の昼寝は認知症のリスクが増大する、という報告があります(図11)。「習慣的に短時間の昼寝をとっている人は夜間の睡眠は保たれている」という睡眠学会での発表があります。短時間の、という点が大事です。

(4) 認知症の人で昼夜逆転、夜間の不穏などのBPSDが見られる際に服用可能な薬

剤は？：「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン第2版(<https://bit.ly/2paKTqx>)」には、ベンゾジアゼピン(BZD)系薬剤は避けるべき、と明記され、超短時間作用型の非BZP系薬剤のゾルピデム(5)、ゾピクロン(7.5)、エスゾピクロン(1～2)をいずれも少量からの投与を考慮すると記載されています。非BZD系薬剤でも転倒、骨折発生のリスクが増しますので、筋弛緩作用や認知機能への影響が少ない、スポレキサント(15)、ラメルテオン(4～8)は使用を考慮されても良いでしょう。

(5) 睡眠薬を連用するとボケやすくなるのか？：BZD系薬剤の使用の有無で、認知症の発症リスクは大きく異なります(図12)。しかし、睡眠薬を使用して良好な睡眠をとることで頭をすっきりさせて交通事

不眠症とは？

不眠症状の訴えがあり、かつ不眠のために
日中の機能障害が認められる場合
高齢者で中途覚醒があるが
日常生活に支障がなく、
本人は苦痛に感じていない場合は
不眠症とはいえない
なお、数日から1週程度の短期間の不眠の
多くは自然寛解する

図10

昼寝の習慣とアルツハイマー型認知症発症リスクの関連

アルツハイマー型認知症発症のオッズ比

推奨リスク因子	オッズ比	95%信頼限界
昼寝 30分未満**	0.16	0.08～0.30
昼寝 30～60分*	0.40	0.19～0.86
昼寝 60分超	2.07	0.89～4.80
認知症の家族歴**	2.28	1.32～3.95
APOE ε 4**	2.71	1.80～4.09

**p<0.01 *p<0.05
注：本表はアルツハイマー型認知症の発症リスクを示している。昼寝の習慣は認知症発症リスクに及ぼす影響を示している。ただし、昼寝の習慣が認知症発症リスクに及ぼす影響は、他の要因(家族歴、APOE ε 4)の影響と相互作用している可能性がある。オッズ比は、認知症発症のリスクを示している。オッズ比が1.0より大きい場合は、認知症発症リスクが増大していることを示している。オッズ比が1.0より小さい場合は、認知症発症リスクが減少していることを示している。

図11

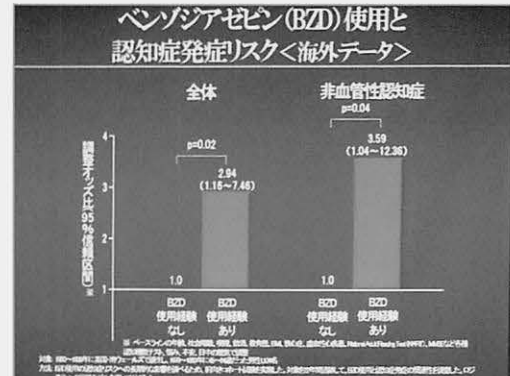


図12

故を起こしにくくなるとか、仕事がかどるとかということも考えられますので、一概に悪者にはしてはいけません。認知症発症の直接原因ではなく、誘引や最後の一押しに関与するとされていますので、十分な問診の上、患者さんのリスク・ベネフィットを考えながら睡眠薬を用いることはやむをえないと思います。

(6) BZP系薬剤はやめなければならないのか? : 日本老年医学会の不眠症治療に対する提言には(図13)の様に記載されています(<https://bit.ly/2OrOBXW> p24-28)。

(7) BZP系薬剤を中止することへの不安が強い症例にどう対応するか? : 時間をかけて何度も説得しましょう。また、薬剤師さんやケアスタッフなど、多職種連携、協力が力になることもあります。ただ、よほどのデメリットがない限り、現状維持も止むを得ないこともあるでしょう。スポレキサントなどを併用し、時期を待つ姿勢も必要と思います。

睡眠薬服用に関して最も多い不安は、「やめられなくなること」でしょう。不眠症状は全て解決しなければならないというものではなく、日中の不調が改善し、睡眠へのこだわりが軽減することが目標です。最初の段階で休めやすい薬物を選択することも必要です。以上を踏まえて、高齢者の不眠症に用いる薬剤を示します(図14)。最初に癖にならず、体にこたえず、認知機能に影響がない睡眠薬があれば、とお話ししました。スポレキサントは比較的近い位置にあるお薬と考えられ、(図15)のような患者さんに活用できるのではないかと考えます。パソコン、液晶テレビ、携帯などから出るブルーライトはメラトニン産生を阻害しますので、生活習慣の改善などの環境調整は重要です。

不眠症治療への提言

(日本老年医学会作成のガイドライン, 2015年)

- ・高齢者の不眠症に対しては非薬物療法から考えるべき
- ・ベンゾジアゼピン系睡眠薬は認知機能低下、転倒・骨折、日中の倦怠感などのリスクがあり、できるだけ使用は控えることが望ましい
- ・非ベンゾジアゼピン系(Z系)睡眠薬も転倒・骨折のリスクがあるため使用には慎重さが求められる
- ・ラメルテオン、スポレキサントは安全である可能性がある

図 13

高齢者の不眠症には

入眠困難に悩む人
 ソルピデム エスゾピクロン ソピクロン
 入眠困難で熟眠障害もみられる人
 スポレキサント
 プロチゾラム ロルメタゼパム リルマザオン
 中途覚醒が多く夢を見やすい人
 スポレキサント ラメルテオン
 早朝覚醒が目立つ高齢者
 スポレキサント ラメルテオン
 睡眠薬は怖いという人
 スポレキサント トラゾドン ミルタザピン 抑肝散

図 14

スポレキサントの有効活用

- ・睡眠薬自体への不安や依存に対しての不安を持つ人
- ・中途覚醒や熟眠困難で悩む人
- ・ベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系の使用経験がない人はとくに有効
- ・高齢者などで認知機能や歩行機能が低下している人

図 15

平成30年度 第5回 光市医師会学術講演会

平成30年9月25日(火)

19:15~20:15

光商工会館2階 大会議室

情報提供 19:00~19:15

「持続性GLP-1受容体作動薬 オゼンピック
皮下注2.5mg」について

ノボ ノルディスクファーマ株式会社

特別講演(19:15~20:15)

「明日から実践! GLP-1を生かした治療戦略
~新たなるステージへの期待も含めて~」

座長 いのうえ内科クリニック

院長 井上 祐介先生



演者 医療法人社団啓卯会 村上記念病院

副院長 山辺 瑞穂先生



本日はGLP-1受容体作動薬(以下、本薬剤)
についてお話しさせていただきます。

本薬剤は脳では食欲低下、心臓では収縮期圧を下げる、肝臓では糖新生抑制、さらに膵保護作用を持つなど全身に作用するお薬で(図1)、初期から進行した糖尿病まで全てのステージの患者さんに有用性があります。HbA1cの高い患者さんでは本薬剤の効果が薄いように思われる先生もいらっしゃると思います。糖毒性が高いとGLP-1受容体は減少しますが、「SGLT2阻害薬など」で糖毒性を解除すると同受容体は増加しインスリン分泌も増加しますので、血糖値が高いから本薬剤を追加する、といった使い方では本薬剤の特性は生かせません。私は全例に膵β細胞機能の評価を行い、インスリン治療が必要かどうか、患者さんに説明しています(図2)。本薬剤は連日使用するものと週1回使用するものがあり、いずれもメリット、デメリットがあります(図3)。



図1

膵β細胞の機能と用いられる臨床指標

■ SUIT(Secretory Units of Islets in Transplantation)

$$\text{SUIT} = \frac{1485 \times \text{空腹時血清C-ペプチド}(ng/mL)}{\text{空腹時血糖}(mg/dl) \times 6.1 \text{ 乗数}} \quad \text{正常値 } 100 \pm 11.7 \text{ (mean} \pm \text{SE)}_{n=}$$

■ CPR Index (CPI)

$$\text{CPR Index} = \frac{\text{空腹時CPR値}(ng/dl)}{\text{空腹時血糖値}(mg/dl)} \times 100$$

【治療の目安】

0.8以下であれば、インスリン治療が必要。1.2以上であれば、OHAによる治療が可能(食事療法・運動療法遵守が前提)

村上記念病院

図2

次は本薬剤と他の糖尿病治療薬との併用療法です(図4)。リラグルチドとデュラグルチドは併用の制限がありませんので、現在はこの2剤を用いています。まず、インスリンと本薬剤の併用です。当院でインスリン治療中の2型糖尿病患者さん39名にリラグルチドを併用した効果の検討を行いました。BOT療法群はDPP4阻害薬をリラグルチドに変更した18例、強化療法群は超速攻型インスリン製剤1日3回をリラグルチドに置き換えた12例、GLP-1製剤切り替え群は他のGLP-1製剤をリラグルチドに切り替えた9例の3群で比較しました。患者背景、結果を示します(図5、6)。これを踏まえて、インスリンに上乗せする際の用量調整の私案を示します(図7)。

	全体 n=39	BOT療法 n=18	強化療法 n=12	GLP-1製剤 n=9
年齢(歳)	64.3	62.3	62.8	70.2
性別(男/女)	24/15	11/7	7/5	6/3
罹病期間(年)	11.5	12.5	7.4	15.0
BMI(kg/m ²)	27.3	26.2	27.9	28.8
インスリン投与量(U/kg)	Basal : 0.16	Basal : 0.15	Basal : 0.15 Bolus : 0.15	Basal : 0.17
HbA1c (%)	7.5	7.3	7.3	7.9
空腹時血糖(mg/dl)	123.5	125.1	121.1	122.8
空腹時CPI	1.15	1.01	1.41	1.09
低血糖(回/月)	0	0	0	0

平均FPG: 来院前日から連続した3日間の朝食前空腹時血糖値(自己血糖測定)
平均低血糖: 来院日から1ヶ月前までの朝食前空腹時血糖値のうち、70mg/dl未満の回数

図5

リラグルチドとインスリンを併用して

- 低血糖の頻度を高めることなく24時間血糖値を正常域まで低下した。
- 前治療内容にかかわらずHbA1cの低下を認めた。
(BOTの基薬はGLP-1切り替えはなし)
- 内因性インスリン分泌にかかわらず、血糖コントロールが改善することが示唆された。
- 持効型インスリンとの組合せでは、インスリンと同じタイミングでリラグルチドを投与できるため患者さんの負担を軽減できる。(経口薬も併用可能な治療)
- 持効型インスリン、経口薬との組合せでインスリンの投与回数を減らせる可能性がある。(インスリン強化療法からの発症)
- 糖毒性を解除してから上乗せするほうが効果がある症例もある。

図6

GLP-1受容体作動薬のメリット・デメリット

<メリット>

- Long actingは1回打つだけで血糖値の高い所を下げてくれて低血糖が少ない(併用薬でインスリン分泌促進系の薬剤は除く)
- 食欲抑制
- 様々な臓器保護
- 認知症への好影響

<デメリット>

- 消化器症状(嘔気、便秘、下痢)
- 高血糖状態では膵β細胞のGLP-1受容体が減少
→ この状態でのGLP-1製剤投与では効果が期待しにくい
→ 一旦、強化インスリン療法で糖毒性を解除してから使用

図3

GLP-1受容体作動薬とOAD・インスリン併用の可否

併用薬	リネシナチド (リキシミア)	エキセナチド (ハイエック)	リラグルチド (ビクトーザ)	エキセナチドER (ビデュリオン)	デュラグルチド (ドルリシテイ)
なし(単独療法)	○	×	○	×	○
SU薬	○	○	○	○	○
BG	○	○	○	○	○
TZD	○	○	○	○	○
α-GI	○	×	○	×	○
グリッド	○	×	○	×	○
DPP-4i SGLT-2i	△ (治療例無し)	×	△ (治療例無し)	×	△ (治療例無し)
インスリン	○	×	○	×	○

図4

インスリンに上乗せする際の用量調整は?(私案)

- BOT療法への上乗せ
基本インスリン量はそのまま。
・ FPGをみて血糖値が低いようであれば持効型インスリンを減量
・ 消化器症状があればビクトーザを減量
- 強化療法からのBolusインスリンからの切替え
各単位数が少量(6単位まで)であれば切替えできる期待大。
それ以上のBolusインスリンからの切替えは、SU薬などのインスリン分泌促進薬と併用して血糖値の上昇に注意。
- Mixインスリンからの切替え
Mixインスリンの合計単位数の持効型インスリンを計算して(30Mixなら合計単位の70%)持効型インスリンに変更し、ビクトーザを上乗せ。

図7

次は本薬剤と SGLT2 阻害薬との併用についてです。当院通院中の 2 型糖尿病患者さんで SGLT2 阻害薬投与中の 98 人を、A 群；SGLT2 阻害薬単独もしくは α GI やメトホルミンとの併用 (19 名)、B 群；DPP4 阻害薬との併用 (21 名)、C 群；GLP-1 作動薬との併用 (14 名)、D 群；SU 薬またはインスリンとの併用 (44 名) の 4 群に分けて検討しました。その結果、SGLT2 阻害薬と本薬剤との併用は体重減少効果、HbA1c 低下作用ともに DPP4 阻害薬との併用より優れ (図 8)、肥満の患者さんに適している可能性が示唆されました。SGLT2 阻害薬はインスリンとは異なり膵 β 細胞を疲弊させずに糖毒性を解除することができ、先に述べたように本薬剤が効きやすい状態になり、インスリンを使用して

いる患者さんでは減量・中止も可能になります。さらにこの 2 剤の併用では同じ体重減少でも筋肉量の減少を抑え、主に脂肪を減少させているという報告があります (図 9)。

最後に次世代の薬剤、セマグルチドのお話です。このお薬はヒト GLP-1 と 94% の相同性があり、分子量が小さいので脳脊髄関門を越えて脳へ移行すると言われていません (図 10)。本薬剤の Weekly 製剤を比較した SUSTAIN 7 (<http://dm-rg.net/news/2018/02/018463.html?pr=dmr001>) では、HbA1c は、ベースライン時の平均値 8.2% から、デュラグルチド 0.75mg 群では 1.1% 低下したのに対し、セマグルチド 0.5mg 群でも 1.5% 低下し、セマグルチド 1.0mg 群では 1.8% 低下し有意差が認められました。また体重は、ベースライン時の平均 95.2kg から、デュラグルチド 0.75mg 群では 2.3kg 減少したのに対し、セマグルチド 0.5mg 群では 4.6kg 減少し、セマグルチド 1.0mg 群では 6.5kg 減少しました。日本人で経口糖尿病治療薬へのセマグルチドの併用を検討した SUSTAIN JP でも HbA1c、体重ともに経口薬を併用した群に対して有意に減少しており、

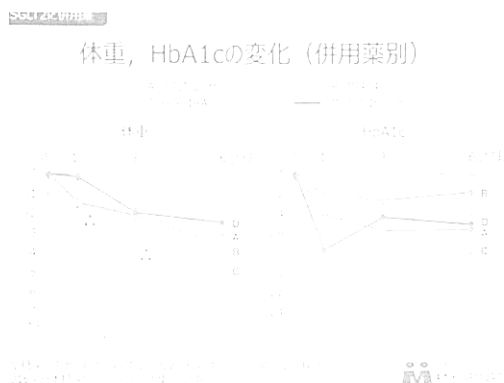


図 8

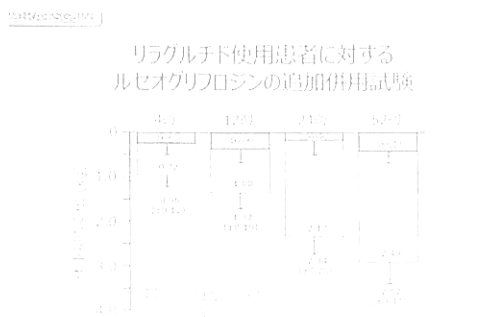


図 9

セマグルチドの構造

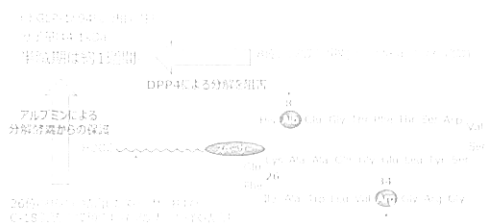


図 10

HbA1c目標達成率は60%を越える高い率となりました(図11)。さらに心血管への影響を評価したSUSTAIN 6 (<http://dm-rg.net/news/2016/09/017849.html>)では、心血管死、非致死性心筋梗塞(心臓発作)または非致死性脳卒中のいずれかが最初に発現するまでの時間を主要複合エンドポイントとして評価した結果、セマグルチドはその発生リスクを、プラセボに対して統計学的に有意に26%低下させました。本薬剤は食欲抑制効果があり、その機序が推定されています(図12)。視床下部弓状核が摂食中枢の中心と考えられており、本薬剤が食欲抑制ニューロンのGLP-1受容体に結合することで満腹感が増大し、さらに食欲亢進ニューロンを抑制することで空腹感を減少させることで食欲を抑制すると考えられています。

ここからはまとめです。今まで述べたように、本薬剤を導入することでインスリンを減量、離脱できることが期待されます(図13)。特にSGLT2阻害薬との併用は相乗的、相補的な効果が期待できます(図14)。リラグルチドが適する患者さんは、基本的にβ細胞機能が残っている患者さんです。他薬剤との併用は(図15)のような患者さんに適しているでしょう。セマグルチドはインスリンとデバイスが同じなので、再教育が不要で、容量の調節ができることが利点です。デュラグルチドは針が付いたままなので、家族が代わりに注射する、高齢者で視力低下がある方などに向いていると思います(図16)。本薬剤はインスリン投与量や経口薬を減らすことが期待でき、治療をシンプル化することができます。またセマグルチドは既存の薬剤より治療効果が高く、食欲抑制効果があるなど一歩進んだ治療が行えると考えます(図17)。

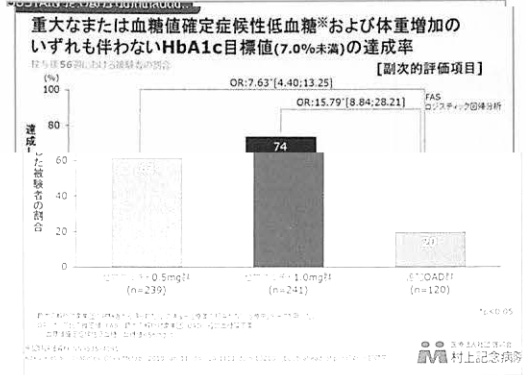


図 11



図 12

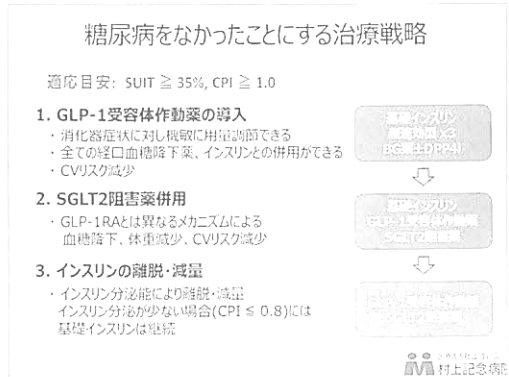


図 13

GLP-1受容体作動薬とSGLT2阻害剤併用において期待される効果

	GLP-1RA	SGLT2	併用		GLP-1RA	SGLT2	併用
MACE	↓↓	↓	↓↓↓	体重	↓↓	↓	↓↓↓
アテローム形成	↓	↓	↓↓	内臓脂肪	↓	↓	↓↓
血圧変動	↑	↑	↑↑	NASH/NAFLD	↓	↓	↓↓
血糖コントロール	↓↓	↓	↓↓↓	炎症	↓	↓	↓↓
インスリン感受性	↑	↑	↑↑	血管内皮機能	↑	↑	↑↑
β細胞機能	↑↑	↑	↑↑↑	ナトリウム排泄	↑	↑	↑↑
血圧	↓	↓	↓↓	糖尿病性腎症	↓	↓	↓↓
腎臓プロファイル	↑	↑	↑↑	糖尿病性網膜症	↓	↓	↓↓

図 14

まとめ

- ・ リラグルチドなどGLP-1受容体作動薬はインスリンとの併用：インスリン投与量、経口剤を減らすことができる。SGLT2阻害薬との併用：インスリンからの離脱も可能な例がある。

治療のシンプル化

- ・ セマグルチドは既存のGLP-1受容体作動薬よりもHbA1c、体重の減少効果が強い。一方で胃腸障害も若干多く発現するのが用量を調節することで対応できる。

少し歩いた石が塚

- ・ セマグルチドは視床下部に作用することで食欲を抑制し、エネルギー摂取量を減少させる可能性がある。

過食の抑制、体重の管理

医療法人社団 村上記念病院

図 17

リラグルチドが適する患者像

β細胞機能が残っている


GLP-1受容体作動薬にたいし、網膜障害が出現し、十分な用量調整が必要で低血糖を起こさない認知症の患者さん⇒今後増える可能性がある

【インスリンとの併用】

- ・ 心血管疾患リスクの既往歴がある
- ・ BOT療法からのステップアップの際、Bolusインスリンをどこに打つのが迷うケース（食事時間が不規則な患者さん）
- ・ 強化療法への追加（インスリンによる体重増加のリセット）
- ・ 強化療法からのステップダウン（追加インスリン投与回数の減少）

【SGLT2阻害薬との併用】

- ・ NASH加療中
- ・ 肥満、過食傾向がある
- ・ 心不全、CKDがある
- ・ ステロイド種疾病




医療法人社団 村上記念病院

図 15

セマグルチドとデュラグルチドの使い分け

<セマグルチド>


- ・ デバイスがインスリンと同じなので教育不要
- ・ 用量の増減ができる
- ・ 大きな効果(HbA1c、体重)が期待できるので患者さんに伝えやすい
- ・ 減薬の可能性
- ・ 過体重、過食傾向
- ・ 心血管イベント抑制



=====

<デュラグルチド>

- ・ 自己注射が難しい、家族が代わりに投与する
- ・ 高齢で針の取り付けのひと手間が難しい(視力低下がある)



医療法人社団 村上記念病院

図 16

第26回光市医師会・光市立病院 合同症例検討会

日時 平成30年9月4日(火) 19:00~

会場 光市立光総合病院 2階講義室

(1) 生検後に粘膜下出血を生じた食道表在癌の一例

光市立光総合病院

消化器内科 谷川 幸治



77歳男性、主訴は胸のつかえ感、吐血です。検診目的の上部消化管内視鏡検査(Esofagogastroduodenoscopy:EGD)で表在がんを疑い生検を施行しました。同日夜に嘔吐、胸のつかえ感を認め、翌日夕食時に吐血を認めたため救急受診されました。EGD施行しますと食道の中部からE-Cジャンクションにかけて連続的に粘膜下に血腫を認めました。退院後、同部位を再検査したところ、67病日では moderate dysplasia、123病日では severe dysplasia と診断し、内視鏡的治療を施行し squamous cell carcinoma と確定診断しました。表在がんの場合、粘膜を剥離する治療を行います。内視鏡的粘膜切除術(EMR;図1)が長らく主流でしたが病変のサイズに制限があるため、ある程度の大きさのがんには内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD;図2)が行われています。有茎性の大腸ポリープにはポリペクトミーを行います(図3)。特発性食道粘膜下血腫の主訴は吐血(60%)、胸背部・心窩部痛(55%)が多く(<https://bit>).

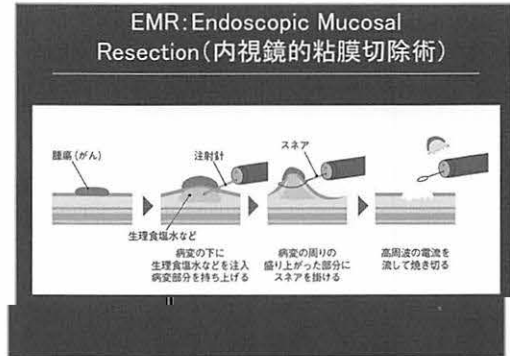


図1



図2

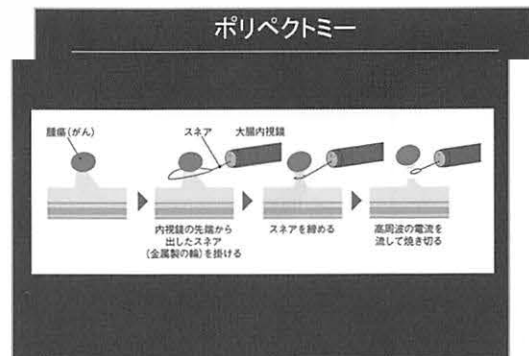


図3

ly/2NDUQeP)、抗血栓療法などの出血性素因のある患者には注意が必要と思われます。EGDによる偶発症の全国調査 (<https://bit.ly/2QXFi3G>) では、740万件中出血122件、裂創88件、穿孔25件、皮下気腫8件と報告されています。抗血栓療法中の内視鏡的粘膜検査には2012年、2017年(DOACを含めた追補)ガイドラインが作成されており (<https://bit.ly/2QR6DV7>、<https://bit.ly/2zrPCtJ>: 図4)、参考にさせていただきたいと思います。

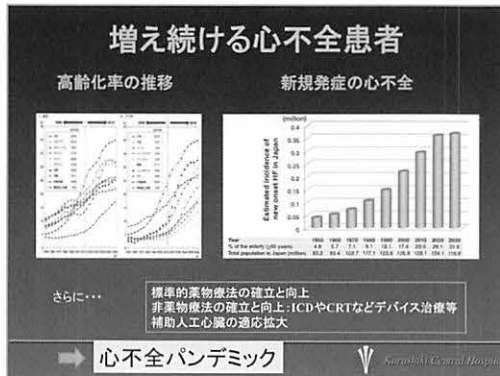


図4

(2) 高齢者に発症した側頸部膿瘍の一例
光市立大和総合病院
歯科口腔外科 野田 健人



92歳女性、主訴は10日前からの左側頸部の腫張と疼痛(図5)です。開口障害も出現し、原因歯と考えた歯牙の根幹処置を行いました。症状は改善しませんでした。WBC9400/ μ l、CRP 5.11mg/dl、血沈 118 / 134mmと炎症反応の上昇を認めました。リウマトイド因子、自己抗体は陰性でした。オルソパントモ、CTでは歯根部の一部に慢性の炎症を疑う透過像があり、MRIでは左側頭部にT1で低信号域、T2で高信号域の所見を認めました(図6)。当初発症年齢、頭痛、血沈の亢進より巨細胞性動脈炎と考え(図7)、プレドニゾロンを開始しましたが、経過中、左眼瞼部より排膿があり側頸部膿瘍と診断、抗生物質および洗浄を開始しました。局所所見、検査値とも改善し、感染源が定かではありませんでしたが今後感染を起こしうる歯牙の抜去を行いました。高齢者では歯性感染症により敗血症や不明熱など医科的疾患を生じることがあり、保存的治療が困難な感染源となる残根等は積極的に抜歯することが推奨されます。

症例

- 患者：92歳 女性
- 初診：2018年〇月〇日
- 主訴：左側側頭部の腫脹と疼痛
- 既往歴：鬱病、高血圧症、高脂血症
腰椎圧迫骨折
- 家族歴：特記事項なし
- 現病歴：2018年〇月〇日、かかりつけ歯科医院より左側側頭部の腫脹の精査のために当院に紹介され受診。10日ほど前から、左側側頭部の腫脹と疼痛を自覚。開口障害も出現。原因歯と考えられる歯牙の根管処置行っても症状改善しなかった。

図 5

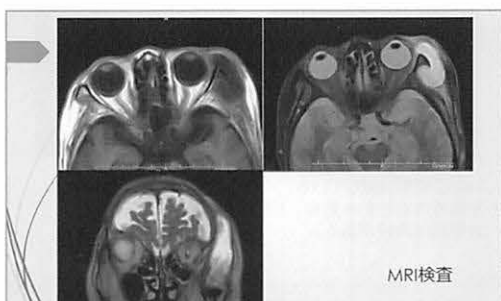


図 6

巨細胞性動脈炎の診断基準
(1990年 アメリカリウマチ学会)

- 発症年齢が50歳以上
- 新たに起こった頭痛
- 側頭動脈の異常
- 赤沈の亢進
- 動脈生検組織の異常

5項目中少なくとも3項目を満たす必要がある。

図 7

当院における Ai (Autopsy imaging) 症例の検討

平岡医院

平岡 博、平岡 いづみ

光市立光総合病院

放射線科 倉光 達也



警察協力医の講習会に参加しておりますと、Aiに関する講演が増えてきました(図8)。

当院でも警察からの要請で数年前から施行しています。第1例は52歳男性、自室でうつ伏せで死亡しているところを発見されました。高血圧の既往がありましたが、受診はなかった。胸部CTで心タンポナーデを認め(図9)、心筋梗塞と考

Aiとは

Autopsy imaging=死亡時画像診断

欧米ではVirtual Autopsy

CTやMRIを用いた死因究明法。

解剖率の低さが問題となり2000年ごろより、本格的な運用がなされた。

図 8

52才、男性 心タンポナーデ



上行大動脈周囲に比較的高濃度液体貯留



心周囲均一に高濃度液体貯留。hyperdense armored heart?

図 9

えられました。第2例は88歳男性、浴槽内で死亡しているところを発見されました。CTで上行大動脈に一致して三日月型の解離腔を認め(図10)、Stanford A型の上行大動脈解離と診断しました。第3例は85歳男性、施設入所中で、布団の中で死亡しているところを発見されました。この方は弓部大動脈瘤破裂(図11)と考えました。

ヒトの死は「ふつうの死」と「異状死」に分けられます(図12)。異状死は警察に届出がされ、犯罪かどうか問題になります。従来の解剖は家族の承諾が必要でしたが、平成25年以降、新法解剖と言われる死因・身元調査法に基づいた承諾を得ることなく行うことのできる解剖が始まっています(<https://kotobank.jp/word/新法解剖-1740332>)。

異状死は(1)外因死、(2)診療行為に関連した、予期しない死亡および疑い、(3)死因が明らかでない死、の3つがあります(図13)。異常死に対する剖検率はスウェーデンでは90%を超えていますが、日本は10%前後で低い現状です。Aiの有用性ですが、外傷性の死亡では外傷性変化との一致率は86%と高いのですが、非外傷死では剖検結果との一致率は30%台と低いのが実情です(図14)。

88才・男性: 上行大動脈解離Stanford A型

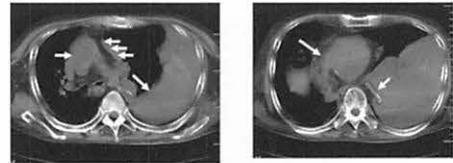


上行大動脈に一致して、三日月型の解離腔を認めた。

弓部大動脈に解離腔はつながっている。

図 10

85才・男性 弓部大動脈瘤破裂の疑い



右側に縦隔移動している。左胸腔内血性胸水貯留。上行大動脈は内腔がある。

下行大動脈は内腔が消失している。心内腔容量も減少

図 11

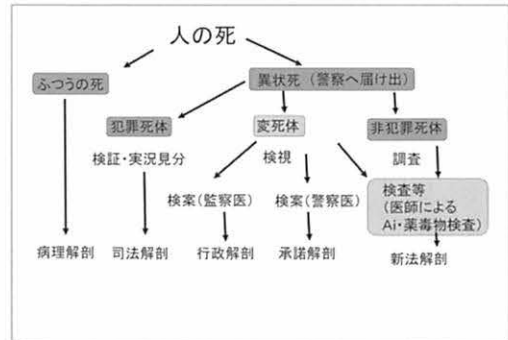


図 12

異状死とは

1. 外因死
 - 1) 不慮の事故 交通事故、転落、溺水、火災、窒息、中毒、異常環境、感電・落雷、その他の災害
 - 2) 自殺
 - 3) 他殺
 - 4) 原因不詳の死
2. 診療行為に関連した、予期しない死亡及び疑い
3. 死因が明らかでない死

図 13

Aiの有用性と注意点

外傷性死：頭部挫傷、心臓破裂、頸椎骨折等、外傷性変化との一致率は86%

非外傷性死：くも膜下出血、脳出血、大動脈解離、大動脈破裂といった出血性病態、ガス、異物などの検出可能。剖検結果との一致率は30%台とまだ低い。

図 14

(3) — 劇的に進歩しつつある肺高血圧診療について —

肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症によると考えられた肺高血圧の一例からの考察

光市立光総合病院

循環器・呼吸器科 中村 安真



肺高血圧症は2000年以前は原因が不明、治療もなく3年以内に多くの患者さんが亡くなっていました。しかし今世紀に入り病態の解析、治療法の開発が進み、近年は3年生存率88%と言う報告があるほど劇的に変わっています。

症例は82歳女性、高血圧、糖尿病の既往があります。8月から咳嗽出現、徐々に呼吸困難を来したため12月当院を受診されました。脈拍80、SpO₂ 88%、安静時に呼吸困難はなく、聴診所見も正常でした。胸部X線、心電図はわずかな右軸偏位のみ、胸部CTもほぼ正常所見でした。心エコーで三尖弁の逆流を認め（推定肺動脈圧70mmHg + α ）、肺高血圧に伴う酸素化の悪化を考え、県立医療センターで精査が行われました。肺拡散能（DLCO）が48%と著明な低下を認め、右心カテーテル検査で肺動脈圧76 / 23 (42) mmHgと著明な上昇および肺動脈楔入圧は13mmHgより左心不全のない肺高血圧症と診断されました。ここで酸素投与による反応試験を行いました。酸素は肺血管拡張作用がありますので、正常な血管であれば拡張し肺動脈圧

は下がります。当患者さんも酸素投与後は軽度でしたが $64 / 20, (36)$ mmHg と低下したため反応あり、と判断しました。以上より肺動脈性高血圧症と診断し、選択的肺血管拡張薬（エンドセリン拮抗薬+可溶性グアニルシクラーゼ刺激薬）を開始したところ、肺うっ血をきたし、逆に病状が悪化してしまいました。この結果、「肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症（以後、本疾患）」と最終診断し、現在利尿剤と在宅酸素療法で症状悪化なく経過観察しています。

本疾患は、肺毛細血管の静脈側ないし肺胞にひっついていて細静脈に狭搾ないし閉塞が起こる病気です。肺血管拡張薬を使用しますと肺動脈に入る血流量が増えますが、肺毛細血管床から先に流れていかないのでためにうっ血が起こることで診断がつきま

す（図 15）。肺高血圧症の臨床分類（図 16）では第 1' 群の位置になります。本疾患の診断基準を示します（図 17）。日本では非常にまれな疾患とされ日本に約 100 人しかいない、病因病態が不明とされていますが、病態や予後も様々と思われ、診断ができていないだけでもっと多いと思います。まず診断をつけるための拾い上げが必要で、肺高血圧症が疑われる症状、病歴、身体所見を見つけることが端緒となりますが、進行しないと症状、検査等で引っかけず肺血管もかなり痛まないと肺動脈圧は上昇してきません（図 18）。肺高血圧症の疾患概念を知った上で、労作時の呼吸困難、SpO2 の低下があれば「かもしれない」と疑うことが重要です。

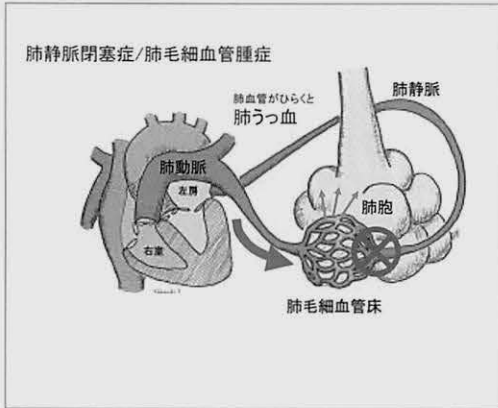


図 15

肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症の診断

- ・右心カテーテルで 肺動脈性肺高血圧症の所見（左心不全がない）
- ・肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症を疑わせるHRCT所見（小葉間隔壁肥厚、粒状索状影、GGO、縦隔リンパ節腫大）かつ間質性肺疾患や膠原病肺を除外できる
- ・選択的肺血管拡張薬による肺うっ血の誘発
- ・肺血流シンチ 正常または不均一な血流低下
- ・肺拡散能が特発性肺動脈性肺高血圧症より悪い

図 17

肺高血圧臨床分類

第 1 群 肺動脈性肺高血圧症
（特発性や膠原病に伴うものなど）

第 1' 群 肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症

第 2 群 左心不全に伴う肺高血圧症

第 3 群 肺疾患に伴う肺高血圧症

第 4 群 慢性血栓塞栓性肺高血圧

第 5 群 その他の肺高血圧症

図 16

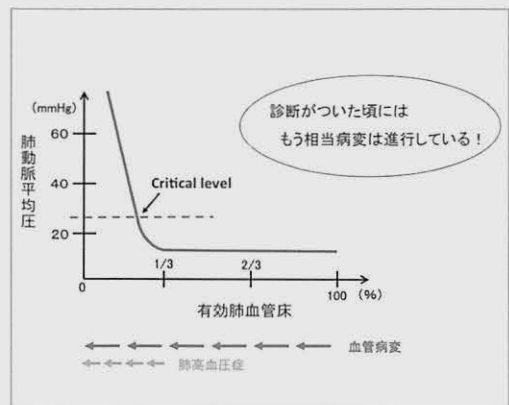
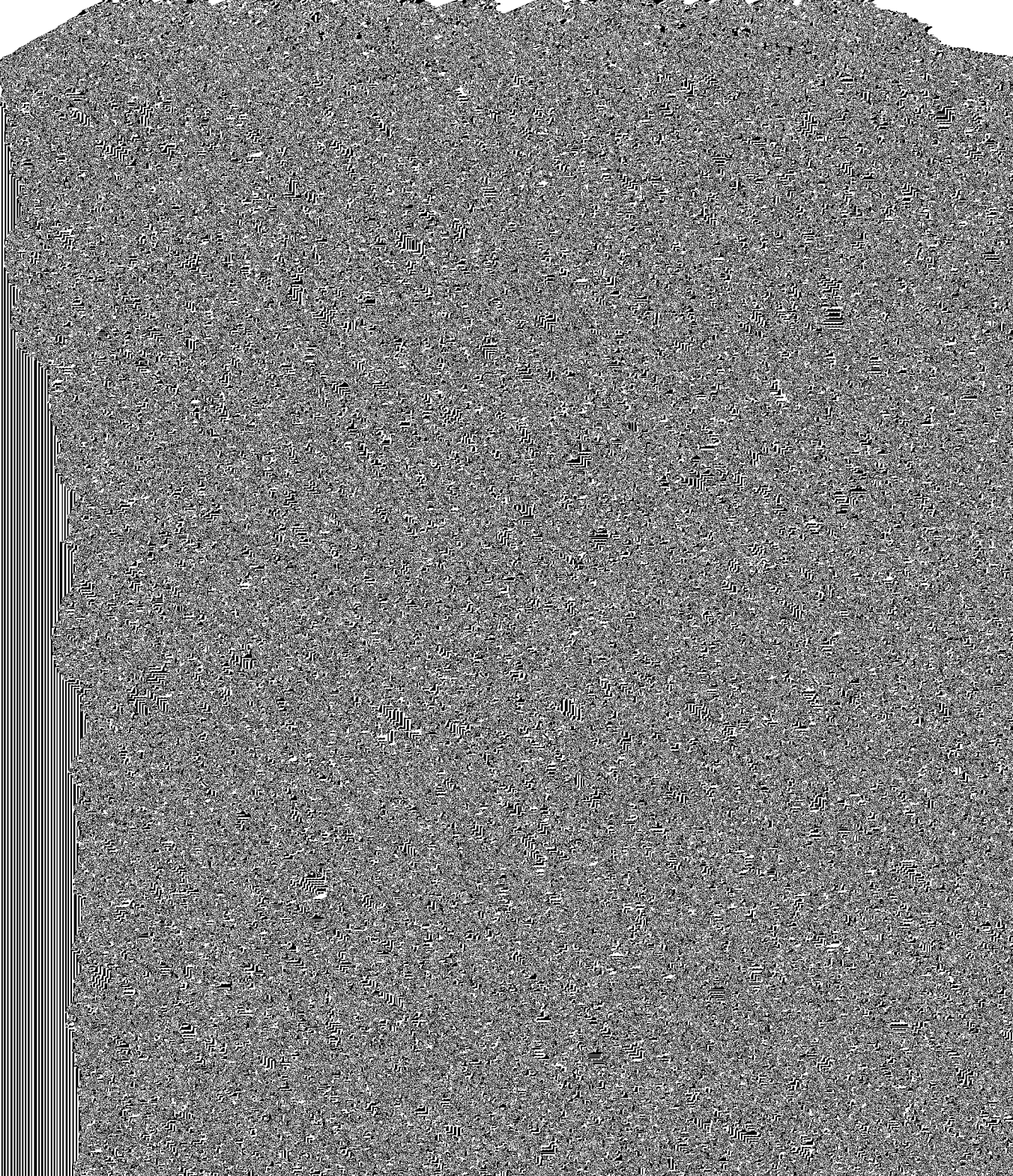


図 18

平成30年度 光市医師会納涼懇親会

平成最後の夏、7月28日土曜日に納涼懇親会を行いました。今年は場所を市内のカフェ・アゴラに移し、会員・家族29名が参加されました。会員の年齢が上がってきており、残



理事会報告

平成 30 年 7 月光市医師会定例理事会

日時 平成 30 年 7 月 11 日（火）午後 7 時より午後 7 時 45 分

場所 光市医師会事務局

出席 竹中博昭会長、広田修副会長、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、田村健司理事、
原田幹彦理事

監事 藤田敏明

欠席 丸岩昌文監事

I 報告事項

- 1 第 182 回山口県医師会定例代議員会（6/14）（竹中会長）

詳細は山口県医師会報 平成 30 年 8 月号に掲載

- 2 第 101 回山口県医学会総会（6/17）（竹中会長）

平成 30 年 6 月 17 日（日）ほしらんどくだまつ 下松医師会引き受け

特別講演 1 「腰の痛みと病気について」

講師：JA 広島総合病院 整形外科 部長 田中信弘先生

特別講演 2 「心臓血管外科の最近の進歩」

講師：山口大学器官病態外科学（第 1 外科）教授 濱野公一先生

市民公開講座 「人が映画を創り、映画が人を作る」

講師：映画監督 佐々部 清さん

<https://ja.wikipedia.org/wiki/佐々部清>

<http://sasabe-2.net>

- 3 郡市医師会小児救急担当理事協議会（6/21）（松島寛出席、広田理事報告）

1) 平成 29 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 29 年 7 月 27 日（木）光市立上島田中学校

「エピ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

光市 平成 29 年 8 月 10 日（木）光市立光井中学校

「食物アレルギー対応研修会」

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 30 年 1 月 25 日徳山医師会特別教室

「離島を含んだ南九州広域医療圏を抱える小児外科の役割とは何か？」

～地域医療と最先端医療を担う人材育成へ向けての取り組み～

演者 鹿児島大学学術研究院 医歯学域医学系小児科学分野 教授

家入 里志 先生

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 学校保健委員会 平成 30 年 6 月 28 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

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 30 年度より業者変更

平成 29 年度

相談件数 10,741 件（医師会 6,954 件、業者 3,787 件）

うち、周南地区：1,420 件（19.2%）

時間帯別相談件数

19～20 時：2,352 件、20～21 時：1,835 件

21～22 時：1,534 件、22～23 時：1,207 件

23～翌 8 時：3,787 件、不明：26 件

4 郡市医師会救急医療担当理事協議会（6/28）

（前田理事）

① 山口県

救急出動件数 搬送人員

平成 28 年 68,699 人 61,509 人

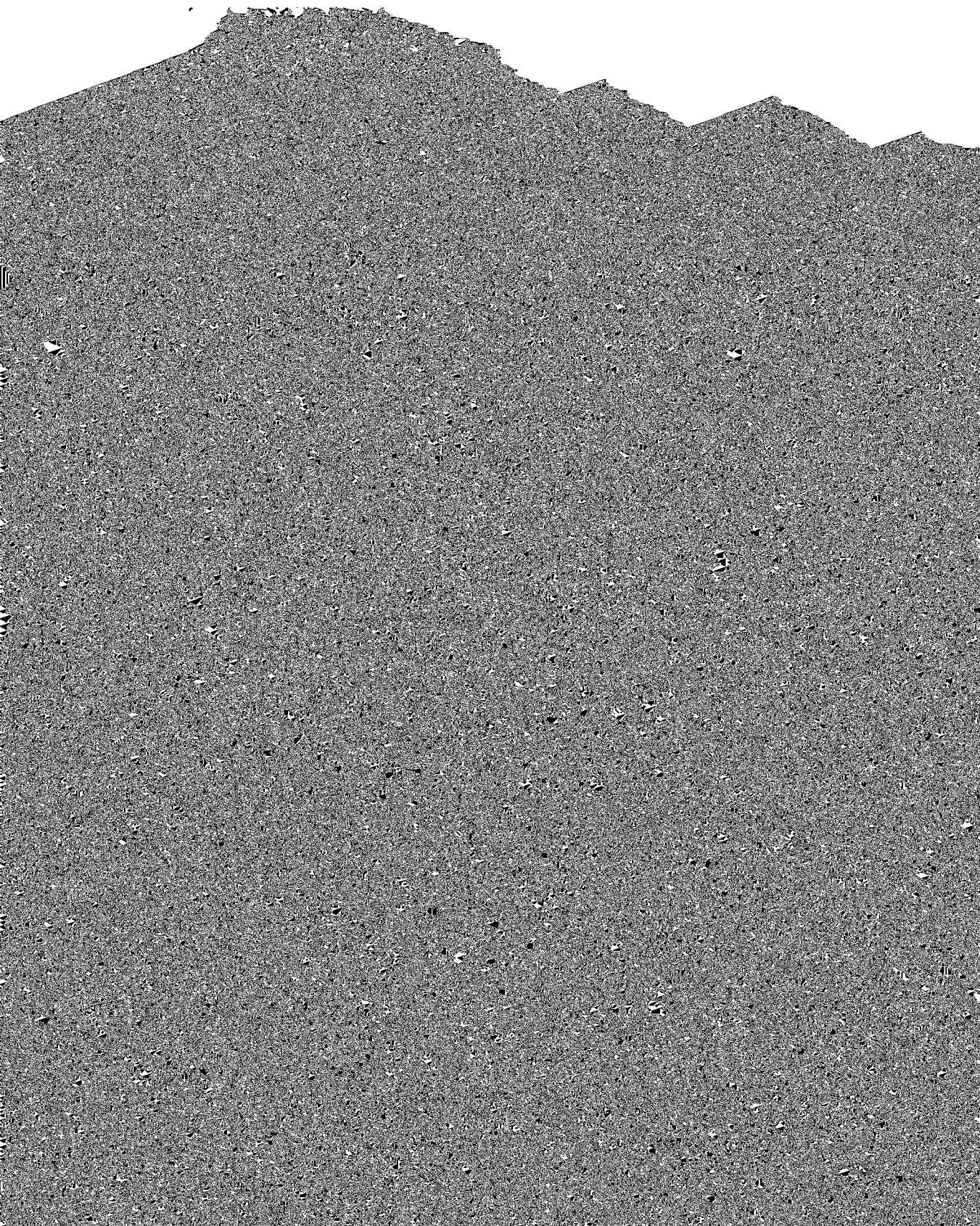
平成 29 年 67,774 人（－ 1.3%） 60,694 人（－ 1.3%）

・現場到着時間 8.9 分（0.2 分延伸）

病院収容時間 38.1 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、照会回数の増加、遠方医療機

関への搬送の増加、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搬入に時間がかかるようになっ



I 報告事項

1. 平成 30 年度第 1 回山口県医師国保通常組合会 (7/19) (竹中会長)
H.29 年末時点で被組合員数 4,274 人 (H.28 年 4,341 人)
保険給付：48,085 件、829,634,034 円
保険事業：健康診断 16 の郡市医師会で実施、1,293 人
決算、繰越金を議決
2. 平成 30 年度第 1 回地域医療支援病院審議委員会 (竹中会長)
 - 1) 平成 29 年度徳山中央病院業務報告
紹介率：72.9%、逆紹介率：128.5%
平均在院日数：12.7 日、病床利用率：89.1%
救急車搬入総数：5,522 人、ヘリ搬入数：16 人
地域医療者への研修：29 回、1,919 人参加
 - 2) 平成 29 年度徳山医師会病院業務報告
紹介率：91.9%、逆紹介率：82.3%
平均在院日数：19.5 日、病床利用率：74.4%
救急車搬入数：299 人
地域医療者への研修：28 回、2,215 人参加
3. 光市健康づくり推進協議会 (7/26) (竹中会長)
 - ① 平成 29 年度がん検診
受診率：胃がん；7.6%、肺がん；17.8%、大腸がん；17.0%、
子宮頸がん；23.0%、乳がん；18.4%、前立腺がん；17.5%
 - ② 食育関係 食育相談；87 名 (のべ 97 名)
 - ③ 母子保健の取り組み
出生数：313 人、妊婦検診：前期；101.0%、後期；102.6%
 - ④ 乳幼児健診
受診率；1 か月児；96.3%、3 か月児；99.1%、7 か月児；98.3%
1 歳 6 か月児；95.9%、3 歳児；95.2%
予防接種：医師会総会資料を参照
HPV ワクチンは対象者 3,465 人、接種者 12 人、接種率 0.3%…
 - 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 4 を参照
牛島診療所；48 日開所、延べ 344 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

(2) 平成 30 年度光市保健衛生事業計画

- ・がん検診受診率向上対策について
- ・要支援母子の継続的支援対策強化
- ・光市健康づくり推進計画の推進

詳細資料は事務局へ

1. 山口県医師会地域包括ケア推進事業について (竹中会長)
 - ・多職種職員を対象に在宅医療に関する講演会を企画
 - ・書籍を選定、購入し、会員全員に配布することにより医師会会員全帯の地域医療に対する理解度を上げる
 - 書籍は9月理事会で決定する
2. 光市休日診療所の医薬品について (竹中会長)
 - 一部をジェネリック製品に切り替え
 - 期限切れ医薬品を削除

以上を協議・承認した。

平成30年9月光市医師会定例理事会

日時 平成30年9月11日(火)午後7時より午後7時45分

場所 光市医師会事務局

出席 竹中博昭会長、広田修副会長、谷川幸治理事、守友康則理事、
北川博之理事、前田一彦理事、田村健司理事、原田幹彦理事、
藤田敏明監事

欠席 井上祐介理事、丸岩昌文監事

I 報告事項

- 1 光市要保護児童対策協議会(8/2) (北川理事、広田副会長)
 - 設置目的：要保護児童の早期発見や適切な保護、または要支援児童もしくは特定妊婦への適切な支援を行うことを目的

協議会の活動

- (1) 要保護児童等に関する適切な支援を図るために必要な情報交換を行う
- (2) 要保護児童等の支援内容の協議を行う
- (3) 地域社会への啓発を行う
- (4) 要保護児童対策の推進

参加組織：教育関係・司法・警察・消防・医療・行政など

平成29年度の光市の状況について

【1】子ども家庭課

- (1) 相談・通告件数
 - i. 種別件数：合計 57件
 - 身体的；3件、性的；0件、心理的；19件、ネグレクト；1件
 - その他；33件、育成；1件
 - ii. 虐待者別件数：合計 23件

実父；17件、継父；1件、実母；5件、継母；0件

iii. 児童年齢別件数：合計 57件

0～3歳未満；17件、3～学齢前；13件、小学生；16件

中学生；3件、その他；8件

iv. 相談・通告者別

幼・保・学校；14件、家族・親戚；2件、児童相談所；17件、

保健センター；14件、その他；10件

v. 実務者会議協議件数 述べ355件

(2) その他の取り組み

・研修 H.30. 1.12「虐待の早期発見のポイントと関係機関の連携」

講師 SSW 岩金俊充氏

・職員研修 神奈川、滋賀

・広報継発活動 広報に児童虐待防止推進月間について掲載

職員にオレンジリボンを配布、着用

【2】児童相談所

相談受付件数：856件（前年比－68件、92.6%）

相談別内訳

障害相談；399件（－9）、養護相談；292件（－104）

非行相談；24件（－1）、育成相談；121件（＋30）、その他20件

虐待通告件数；39件（光市の人数 うち認定件数；28件）

虐待対応件数；全国的には増加しているが、山口県では526件（－25件）で、

4年ぶりに減少。心理的虐待が全体の53%

【3】教育委員会（H.28年度）

暴力行為：小学校8件、中学校2件（対教師：40%、生徒間：60%）

2 光市健康づくり推進計画市民協議会 (8/9)

(竹中会長)

平成 28 年度から開始された、同計画の進捗状況の報告

計画前期 (H.28 ~ 32 年度) に特に優先して取り組む事項を

「光スマイルライフ プロジェクト」として位置付け推進する

(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するための事業

(2) プラスアップ作戦

市民が個人でもできる実践的な取り組み

<https://www.city.hikari.lg.jp/kenkou/sukoyaka.html> を参照

3 病床機能検討部会 (8/9)

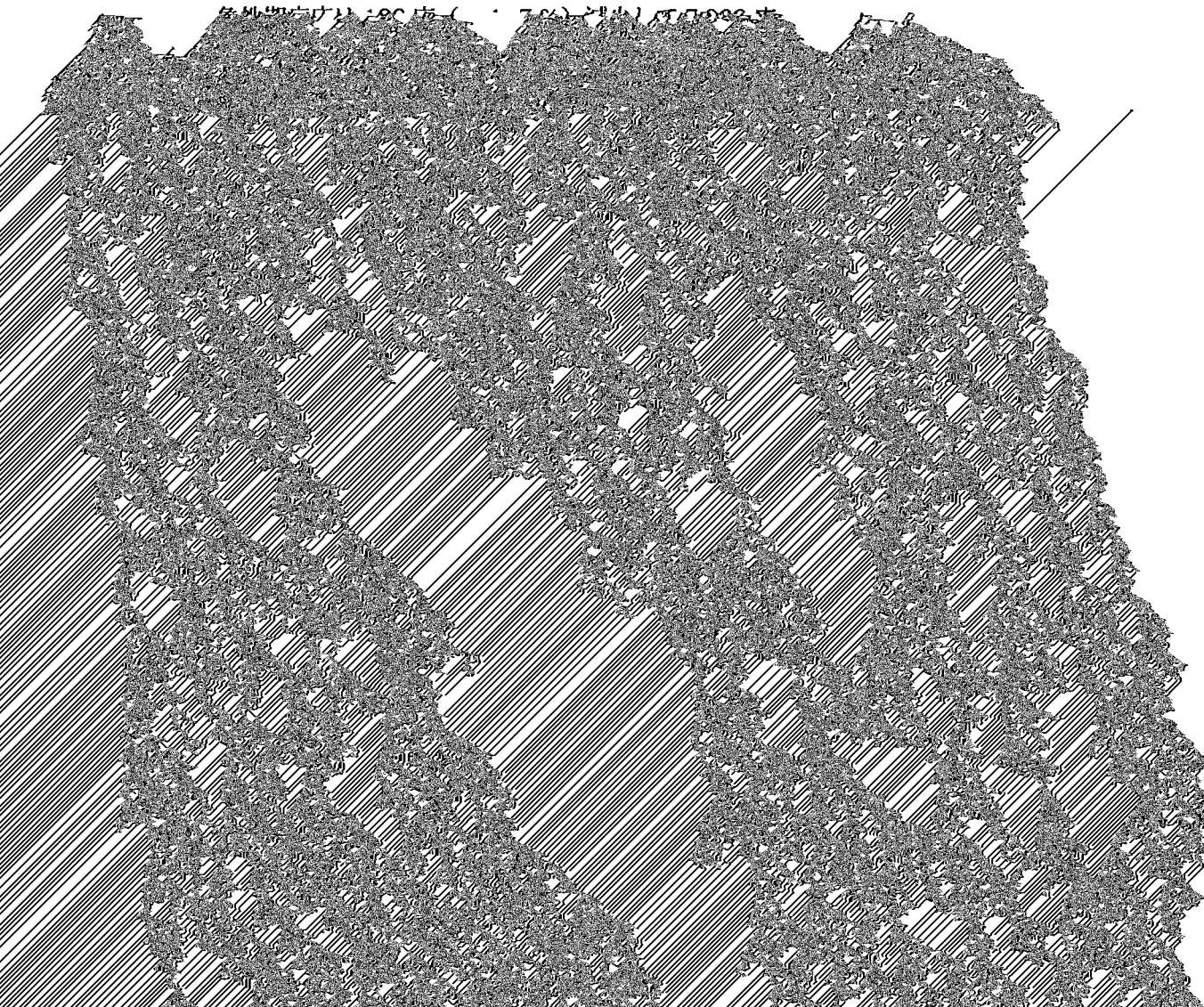
(広田副会長)

公立、及び公的医療機関等の病床数、病院機能の適正化を評価、検討

平成 30 年 5 月現在 () は前年比

・高度急性期病床は 112 床増加 (+ 4.5%) して 2,576 床

・地域医療連携病床 (在宅医療連携病床) は 1,092 床



平成 29 年 93.5% 91.7%

平成 30 年 8 月 下関管内で風疹一例

(注) 平成 31 年度予定数推定。各種健康手帳提出率

月例会報告

平成 30 年 7 月 24 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

7月休日診療所当番医報告

7月		内科系	外科系	
	1(日)	4	5	9
8(日)	10	8	18	
15(日)	15	11	26	
16(月)	18	17	35	
	22(日)	13	18	31
	29(日)	12	9	21
	計	72	68	140

8月休日診療所当番医報告

8月		内科系	外科系	
	5(日)	11	5	16
11(土)	24	17	41	
12(日)	22	19	41	
14(火)	5	14	19	
	15(水)	11	3	14
	19(日)	7	20	27
	26(日)	7	13	20
	計	87	91	178

9月休日診療所当番医報告

9月		内科系	外科系	
	2(日)	11	2	13
9(日)	6	6	12	
16(日)	17	18	35	
17(月)	12	11	23	
23(日)	18	7	25	
24(月)	11	8	19	
30(日)	7	7	14	
	計	82	59	141



☆ これからの行事予定 ☆

10月	9日(火)	理事会
	23日(火)	月例会・学術講演会
	26日(金)	光三師会講演会
11月	13日(火)	理事会
	27日(火)	月例会・学術講演会
12月	6日(木)	忘年会
	11日(火)	理事会

緑友会ゴルフコンペ成績

平成30年7月1日
周南カントリークラブ

順位	名前	OUT	IN	GR	HDCP	NET
優勝	宮本 寿太郎	46	45	91	24	67
準優勝	守田 忠正	45	48	93	13	80
3	南 典文	53	53	106	24	82
4	森本 博士	46	42	88	4	84
5	國近 豊	53	47	100	16	84
6	兼清 照久	50	52	102	14	88
7	前田 昇一	52	55	107	18	89
8	藤村 朴	56	56	112	20	92
9	平田 万三志	67	55	122	16	106

DC ⑧國近 ⑮森本

NP ②前田 ⑬森田

ドラ短 前田 平田



編集後記

10月のある日、恩師のお宅から一匹の子犬がやってきました。庭中にキンモクセイの香りが広がっていたので、「モク」と名付けました。

中学生だった私とモクは毎日一緒に過ごしました。夕方になると冠天神まで往復3kmを走っていました。キンモクセイの香りがするたびに、一つ歳をとっていきました。

私が大学に入り家を離れると、父が代わりに散歩をしてくれました。しかし父は私のように走ることができません。モクは走りたかったのでしょうか…。父が鎖をはめようとした時ずりりと逃げ、一目散に国道に飛び出し、車に跳ねられてしまいました。幸い足の骨折だけで済み、父がギブスで固定して毎日抗生物質を注射して、偽関節となりましたが歩けるようになりました。

秋の気配とともにあちらこちらで香ってくるキンモクセイ。漢字では金木犀、学名は *Osmanthus fragrans* var. *aurantiacus* です。属名の *Osmanthus* は、ギリシャ語の *osme* (におい) と *anthos* (花) に由来し、*fragrans* は芳しい香り、*aurantiacus* は橙色の意味なので、そのままの命名です。原産地は中国で、イチヨウなどと同様に雌雄異株の樹木ですが、江戸時代に日本に入った時、雄株のみが入ったため実をつけることが無いので、挿し木で増やすそうです。甘く強い香りから、観賞用以外にお茶やワイン、お菓子など食用にも使われます。桂花茶の桂花はキンモクセイのことです。

10年ほどを我が家で過ごし、私が研修医の時、モクは天に召されました。お墓は今もキンモクセイの木の側にあります。(広田 修)



発行所 光市医師会
TEL (0833) 72-2234
発行日 平成 30 年 10 月 25 日
発行者 竹中 博昭
編集者 広田 修
印刷所 光市光井一丁目 15 番 20 号
中村印刷株式会社