

光市医師会報

No.443

(平成31年 春号)



光市立光総合病院

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.443 (平成31年 春号)

1. 表紙	
2. 松村壽太郎先生を悼む	1
3. 学術講演会	
第8回学術講演会	3
第9回学術講演会	7
4. 第27回合同症例検討会	16
5. 第18回幼稚園・保育園関係者と園・学校医の集い	22
6. お礼のことば 河内山 清先生	27
7. 理事会報告	29
8. 月例会報告	36
9. 会員の異動	36
10. 10～12月の休日診療所	36
11. これからの行事予定	37
12. 編集後記	37

松村壽太郎先生を悼む



光市医師会長 竹中博昭

平成31年2月12日に松村壽太郎先生がお亡くなりになったという知らせを聞いたときは、「とうとうこの日が来てしまったか。」と思わずにはいられませんでした。わずか4か月前まで診療を続けておられ、体調を崩されてからあまりに早い経過でした。松村先生はご自身の命を削って地域医療に全力で取り組みもれ、壮絶な覚悟を携って日々の診療に当たっておられたのだと思います。

松村先生は医師会においては医師会長、議長、認定委員を歴任され、医師会員のために多くの時間と多大な労力を費やされました。平成20年から4年間光市医師会長を務められ、この時期の一大難事業が、医師会の一般社団法人への移行でした。平成21年11月から準備をスタート、移行に伴う最重要課題の定款の変更が平成24年6月の臨時総会で決議、その後一般社団法人への移行認可書類を作成され、平成25年4月1日から「一般社団法人光市医師会」に移行することが出来ました。公益社団法

人と一般社団法人のどちらを選択するかの決断、膨大な申請資料の準備、医師会員への説明など、松村先生を抜きにしてはできなかったこの業績のおかげで、現在光市医師会は安定した運営を維持することが出来ています。会員一同心から感謝申し上げます。

松村先生は昭和47年に東京医科歯科大学をご卒業され、東京で消化器外科医として活躍されていきました。昭和60年に山口県に帰って来られ、山口大学第一外科に入局されました。私が昭和61年卒で同教室に入局しましたので、初めてお会いしたのは昭和61年の第1外科の同門会の時ではないかと思います。卒業年度や実績からいうと大先輩ですが、医局内の序列は入局順という決まりがあり、懇親会では私と同じテーブルに座っておられました。同郷という事もあり、気さくに話しかけて下さったことを覚えていました。その後は同門会で年に1-2回お会いする程度のお付き合いでしたが、平成15年4月に私が光市に帰って来てからはたいへんお世話になることとなりました。

先生との個人的な思い出としては、昨年5月の宇部市から光市までのドライブが忘れられません。宇部合見空ホテルでの会合の終了後、私の車で道中約80分お話ししました。先生はご自分から現在の病状について淡々とお話しして下さいました。その内容は主治医が患者あるいは患者家族に説明するような感じで、非常に冷静かつ客観的に話され、それまで詳細を知らなかったのが大変驚きました。時々冗談を混ぜながらご自身の予後についても語られ、今は全く問題ないが自分が体調を崩した時に患者さんに迷惑が掛からないようどうしようか考えている、それが一番気になると言われていました。まさかその秋に本当に体調を崩されるとは思えないほどお元気だったので信じられない気持ちでしたが、現実と

なっていました。医師会の運営の事も心配して下さり、私が医師会長として悩んでいること、心配していることなどを丁寧に聞いていただきました。到着して車を降りられた時に、いつもの笑顔で「色々大変だけど過ぎてしまえば大した問題ではなかったと思える、大丈夫！」と励ましていただき、随分気が楽になりました。

天国に行かれても仕事が大好きだった松村先生の事ですから、何かと忙しくされていることと思います。もしお暇な時がありましたら空の上から光市医師会の様子を見守って下さい。御遺志を引き継ぎ、私たち光市医師会員は一致団結して今後の医師会運営が円滑に進むよう努力いたします。私たちは先生の事を決して忘れません。

松村壽太郎先生のご冥福を心からお祈りいたします。



平成30年度 第8回 光市医師会学術講演会

平成31年1月22日(火)

18:50 ~ 20:30

光商工会館2階 大会議室

情報提供 18:50 ~ 19:00

「経口FXa阻害剤 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 ~ 20:30

「心房細動と認知症～超高齢社会における
脳梗塞・認知症予防戦略～」

座長 光中央病院

院長 丸岩昌文 先生



演者 横浜総合病院 臨床研究センター
センター長 長田 乾 先生

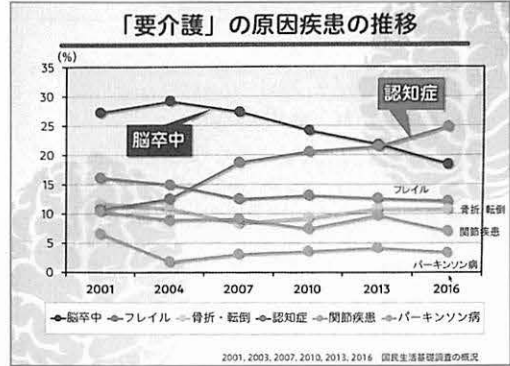


図1

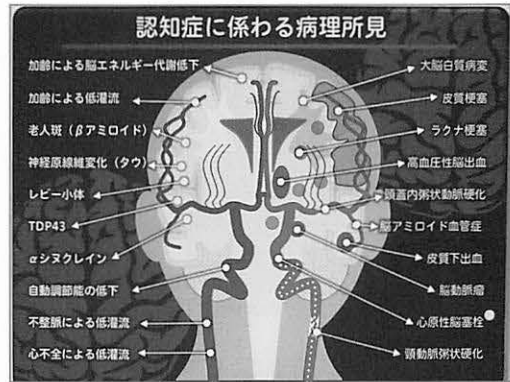


図2

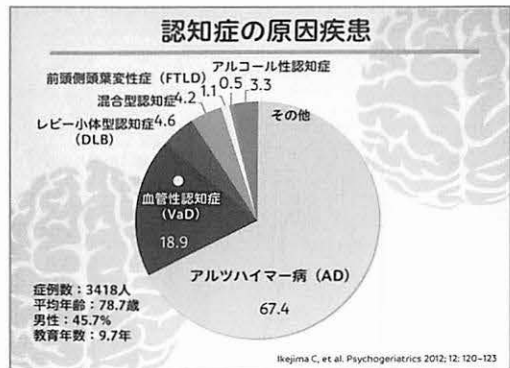


図3

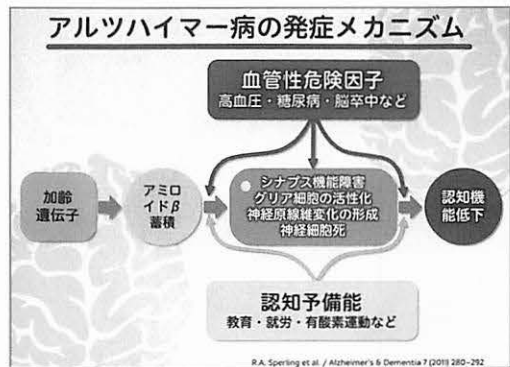


図4

認知症の背景因子

- 生物学的因子
 - 加齢：65歳を過ぎると5歳毎に有病率が2倍増加する
 - 性差：75歳以下は男性、80歳以上は女性に多い
 - 意識障害を伴う頭部外傷の既往
- 環境的因子
 - 教育年数・教育歴
 - 職業的到達度、老年期の就労の有無
 - 家族構成：独居、社会参加、社会ネットワーク
- ライフスタイル
 - 知的好奇心・社交的な生活・外出の回数
 - 運動不足・歩く速度
 - 不活発な生活は認知症の促進因子

図5

心房細動の年齢階層別有病率

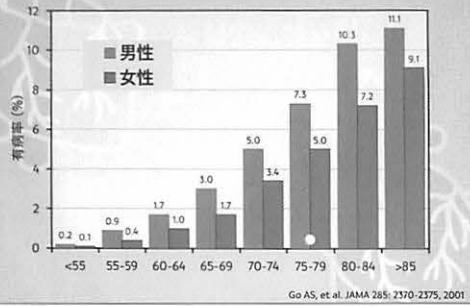


図9

中年期の血圧と老年期の認知症リスク

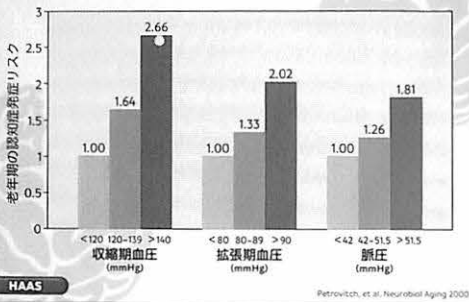


図6

危険因子と3年後の脳卒中発症リスク

1973年から2012年までに脳卒中を発症した112,038人を対象にした疫学研究

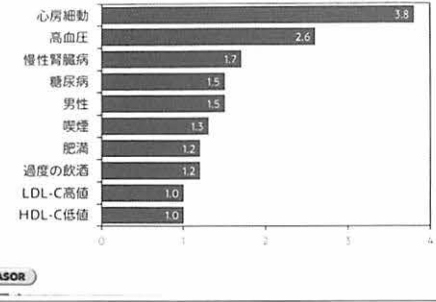


図10

鬱血性心不全による認知機能低下

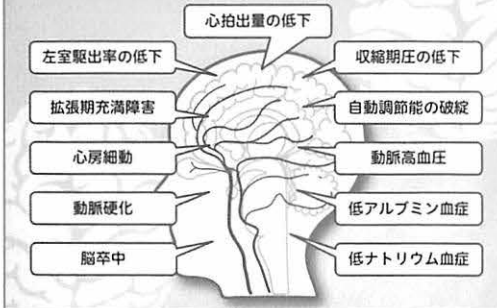


図7

年齢階層別心房細動合併割合

脳梗塞78098例

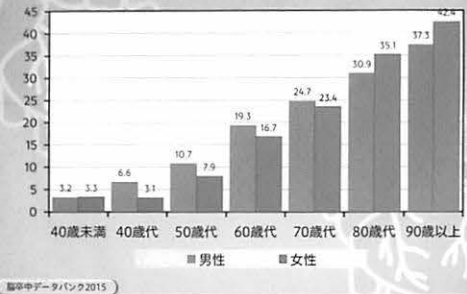


図11

皮質微小梗塞の原因

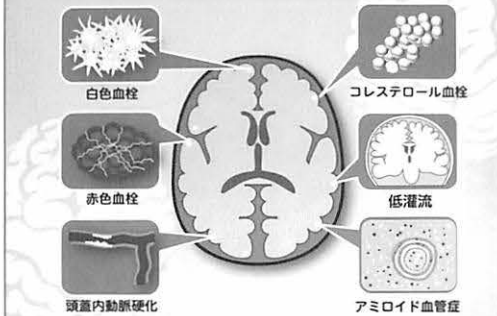


図8

塞栓源となる心疾患

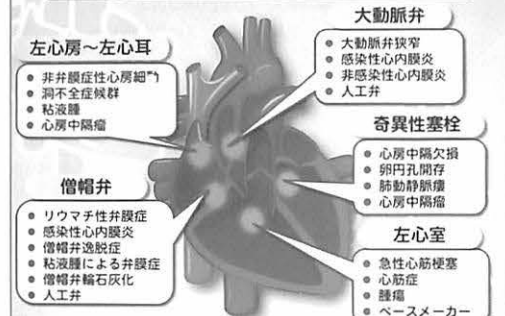


図12

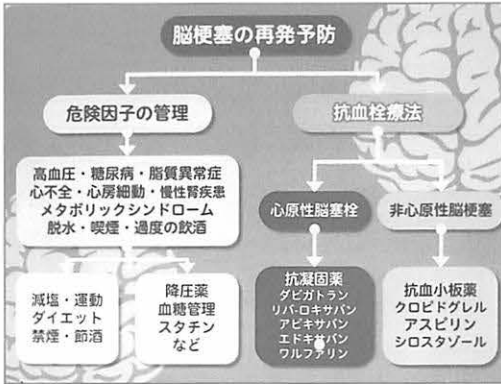


図 13

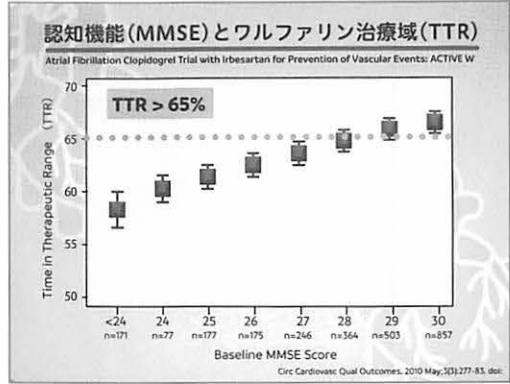


図 17

ワルファリンの心原性脳塞栓予防効果

Study	Secondary prevention	Target INR	RRR (%)	ARR (%/yr)
AFASAK 1 (1989/1990)	6	2.8-4.2	54	2.6
SPAF 1 (1991)	8	2.0-4.5	60	4.7
BAATAF (1990)	3	1.5-2.7	78	2.4
CAFA (1991)	4	2.0-3.0	33	1.2
SPINAF (1992)	8	1.4-2.8	70	3.3
EAFT (1993)	100	2.5-4.0	68	8.4
6 trials	20	-	64 (49-74)	Primary: 2.7 Secondary: 8.4

Hart RG, et al. Ann Intern Med 1997;127:1632-40

図 14

- ### ビタミンK
- ビタミンK
 - γ -グルタミルカルボキシラーゼ酵素 (Gla蛋白質) の補因子
 - ビタミン K1 (phyloquinone) : 葉菜類、海藻、植物油など
 - ビタミン K2 (menaquinone) : 発酵食品、鶏卵など
 - ビタミンK依存性蛋白質 = Gla蛋白質
 - 凝固因子 (II, VII, IX, X) 、 Protein S、 Protein C
 - オステオカルシン、 Matrix Gla-protein (MGP)
 - 細胞膜を構成するスフィンゴ脂質の合成
 - 血液凝固: ビタミンK依存性凝固因子、ワルファリンの効果
 - 骨代謝: ビタミンK2は骨粗鬆症治療薬
 - 動脈硬化: MGP低値で動脈石灰化
 - 冠動脈疾患: VK2摂取量が多いと冠動脈疾患の死亡率が低い
 - 認知機能: AD患者ではVKの摂取量が少ない

図 18

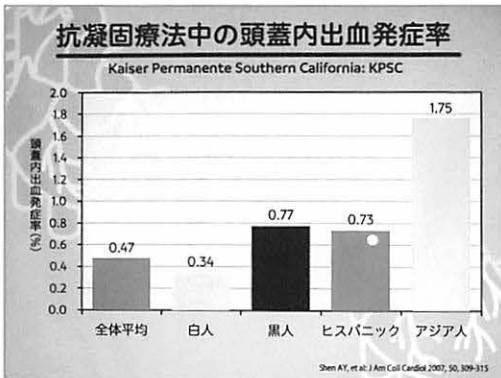


図 15

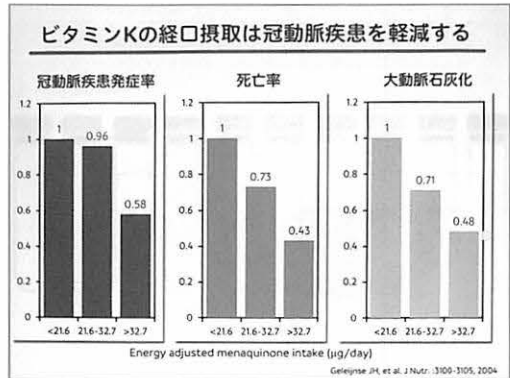


図 19

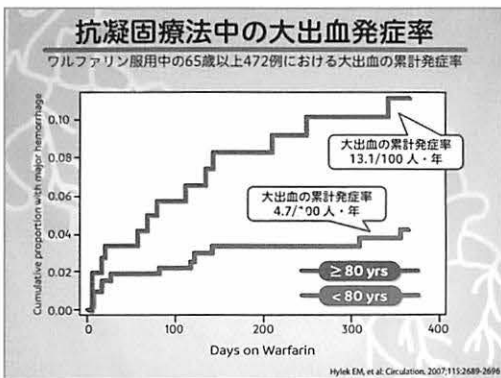


図 16

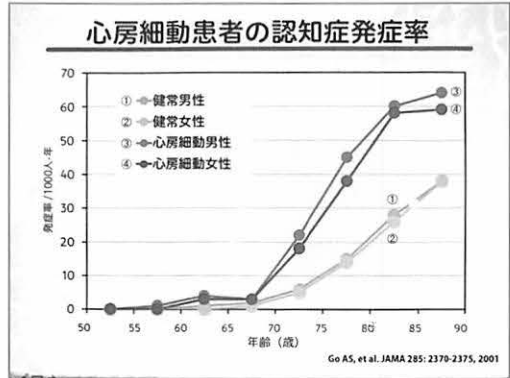


図 20

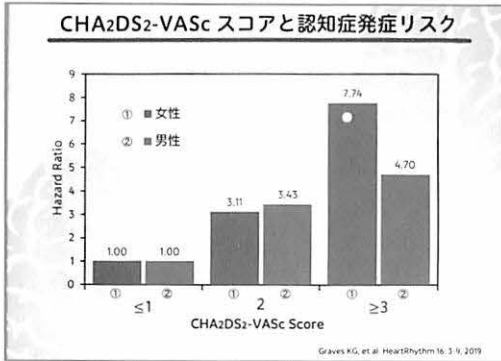


図 21

直接経口抗凝固薬の比較

	Dabigatran ブラザキサ	Rivaroxaban イグザレルト	Apixaban エリキュース	Edoxaban リクシアナ
抗凝薬作用	直接トロンピン阻害	Xa阻害		
適応症	非弁膜症性心房細動 深部静脈血栓症	非弁膜症性心房細動 深部静脈血栓症	非弁膜症性心房細動 深部静脈血栓症	非弁膜症性心房細動 深部静脈血栓症
分子量	724Da	436 Da	460 Da	571 Da
腎排泄	80%	36% (66%)	25%	40%
最高血中濃度到達時間	1-3 hr	2-4 hr	1-4 hr	1-2 hr
血中半減期	12 hr	8-11 hr	8-15 hr	5-11 hr
生体利用率	6.5%	80-100%	50%	50%
代謝	グルクロン結合	CYP3A4 / 2J2	CYP3A4	CYP3A4
投与回数	1日2回	1日に1回	1日2回	1日に1回
P薬蛋白相互作用	あり	あり	あり	あり
剤型	カプセル	錠剤	錠剤	錠剤・口腔内崩壊錠

図 25

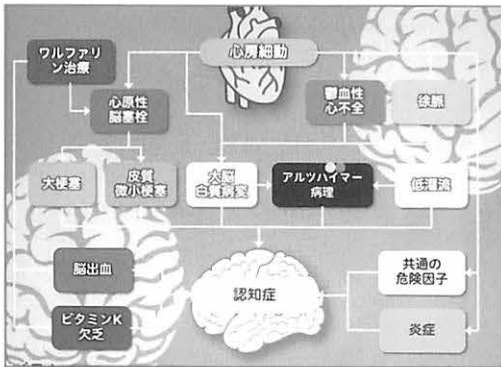


図 22

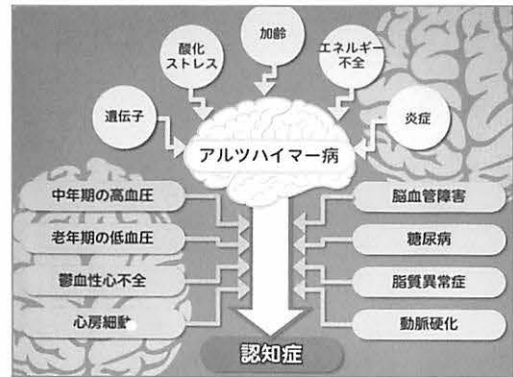


図 26

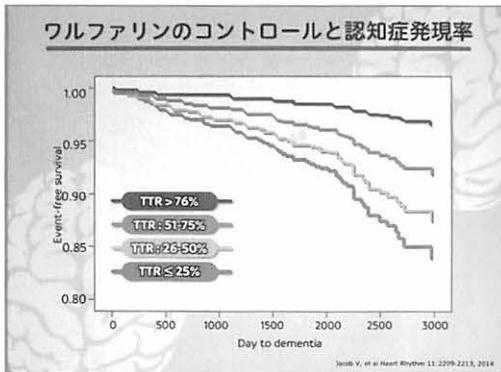


図 23

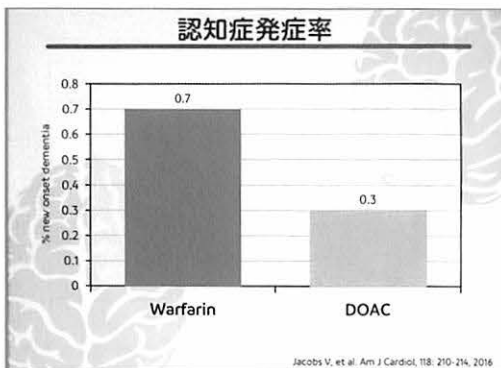


図 24

平成30年度 第9回 光市医師会学術講演会

平成31年2月26日(火)

18:50～

光商工会館2階 大会議室

情報提供 18:50～19:00

「不眠治療薬 ルネスタ」

エーザイ株式会社

特別講演1 (19:00～20:00)

「生活習慣への介入による不安の軽減」

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 下関病院附属地域診療クリニック

院長 末次 正知先生



本日は不安に関するお話をさせていただきますが、精神科的アプローチではなく、メインは睡眠と、食事と運動の話になると思います。

まず「不安障害」について述べたいと思います。通常不安状態と不安障害に明確な境界線はありませんが、不安障害はより重症で長期に続き、仕事や人間関係などに支障を来す状態を指します。まず、「全般性不安障害」を示します(図1)。身体症状は自律神経の症状が多く、心理的には急に怒りやすくなったなど易刺激性が出てきます。高齢者では認知症を疑いますが、若い人でイライラが強くなった際にはこの疾患を疑います。「パニック障害」は直接の誘因がなく発作を来し、比較的短時間で終了するのが特徴です(図2)。「恐怖症」は対象がはっきりしています

全般性不安障害

主要症状: 持続する耐え難く根拠のない不安と心配(失敗・対処困難なことに対する)を認める。
仕事への集中困難・家事をこなせない・元気を維持できない

身体的症状: 動悸・頭痛・胃痛・身震い・筋緊張・めまい・発汗・口渇 etc.

心理的症狀: 過度の心配・易刺激性(些細な刺激にも激しく反応しやすい状態のこと)・落ち着きのなさ・集中困難・空虚感・入眠困難 etc.

(メンタルヘルス・ファーストエイド, 2012年)

図1

パニック障害

不意に(直接の誘因なく)以下のパニック発作を来す。
発作は約20分以内に終了。30分以上持続はまれ。

パニック発作
限定された時間内に「激しい恐怖感」や「不安感」とともに、以下の症状のうち、4つ以上が突然出現し、10分以内にピークに達する状態

身体的症状: 動悸・冷や汗・身体や手足の震え・呼吸促拍・呼吸困難感・胸痛・吐き気・胃部不快感・めまい・しびれ感・寒気・ほてり・ふらつき

心理的症狀: 離人感・狂ってしまうという心配・死ぬのではないかという恐れ

(不安障害の臨床, 2011年)

図2

ので、暴露療法が可能です(図3)。「社会不安障害」は昔風にいえば対人恐怖症のようなもので、例えば人前で発表するとき失敗した結果、同様な状況で過度な緊張、不安を感じる障害です(図4)。これも対象がはっきりしていますので、暴露療法、薬物療法を行います。「外傷後ストレス障害(PTSD)」は極めて強い出来事を経験した後に起こる状態で、(図5)のような治療が行われます。

急性のストレス刺激がかかるとHPA系と言われる経路でコルチゾールが分泌され(<http://mindfulness.jp/utubyou/42-stress.htm>)、ストレスに対して適切に対処することができます。海馬と前頭葉には扁桃体が過活動になるのを抑制する役割がありますが、慢性的にストレスがかかってくると、コルチゾールが出続けることで海馬や前頭葉を刺激し続け

た結果神経細胞の萎縮を起こしてしまい、扁桃体にブレーキがかからなくなってしまいます(図6)。この悪循環の結果、うつ状態や不眠につながりますので、コルチゾールをどう減らすか、の観点で生活習慣が関わってきます。

運動そのものは反応性にコルチゾールを増やしますが、定期的な運動を続けていきますと反応性は減少し、基礎値も下がってくる結果、心理的ストレス負荷を受けた時もコルチゾール値が高くなりにくくなるのがわかっています。また、運動すると脳由来神経栄養因子(BDNF)、インスリン様成長因子(IGF-1)、血管内皮増殖因子(VEGF)などが増加し、海馬や前頭葉の細胞や血管新生を促します。軽度の慢性炎症が続くと、生活習慣病以外にも不安障害、感覚障害(大うつ病、双極性障

恐怖症

特定の動物(蛇、蜘蛛など)、自然環境(嵐、雷など)、高所、暗闇、乗り物(車、飛行機など)、閉所、公衆便所の利用、注射などの特異な状況に限定してみられる不安障害

暴露療法
(フラディング法、段階的なエクスポージャー法)
情動記憶の消去(前頭葉)
* HMDA 変容体抽出法

薬物療法
SSRI、ベンゾジアゼピン系抗不安薬、βブロッカー

(不安障害の臨床, 2011 年)

図 3

外傷後ストレス障害(PTSD)

危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を経験した後、1か月以上もその出来事への強い恐怖、繰り返すフラッシュバック、悪夢などが続き、抑うつ、不安、集中力低下などをまねき、生活に障害を来す疾患

暴露療法

薬物療法
SSRI、NaSSA、ベンゾジアゼピン、βブロッカー
MAOI、カルバマゼピン、バルプロ酸、トピラメート、ラモトリギン
* 汎化-オレキシン受容体拮抗薬

(不安障害の臨床, 2011 年)

図 5

社交不安障害

他人の注視を浴びる社会的状況への顕著で持続的な恐怖

注視を浴びる状況の中で、過剰な不安、興奮で一度失敗した場合(情動記憶の固定化(長期増強))、その後の同じような状況で、過剰な緊張、不安恐怖を感じることを繰り返し、社交不安障害に発展する可能性がある(情動記憶の再固定)

暴露療法

薬物療法

(不安障害の臨床, 2011 年)

図 4

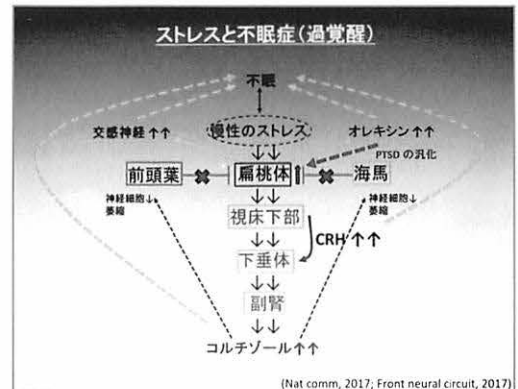


図 6

害など)を起こすと言われています。炎症を来す原因には(図7)のようなものがあります。心理的ストレス、特に幼少期のストレスは大きな影響を与えます。睡眠は短くても、長すぎても悪いようです。食事では ω -3脂肪酸は不安を軽減し、ビタミンD3が不足すると不安が増大(図8)、免疫能が高い人はストレスに対応出来る可能性が高くなると考えられています。

運動することでGABA及び5-HTが増加し、抑うつ気分や不安が軽減されます。運動による不安障害の予防と治療を示します(図9)が、過剰は禁物です。

適正な睡眠は必要ですが、時間が両極端になるといろいろなリスクとなり、心身に影響を及ぼします(図10)。睡眠第一周期のノンREM睡眠が確保されることでストレスは

大きく軽減されます。同時間には成長ホルモンの70~80%が分泌されることで細胞の増殖、代謝促進が起こり、免疫力が向上することで炎症は抑制され、老廃物の70%が除去されると言われています。徐波睡眠の確保には(図11)のようなことが挙げられます。

運動による不安障害(うつ病)の予防と治療

予防
どの程度の運動でも予防効果ある
過剰にならない運動なら、負荷がかかるほど予防効果↑

治療
中等度以上の負荷がないと治療効果は出ない
例 最大酸素摂取量 80%、最大心拍 70% など

運動負荷が一定以上になると、前頭葉の血流増加

過剰な運動は、脳の血流量減少し、海馬や前頭葉皮質の細胞減少・萎縮来す

(The exercise effect on mental health, 2018)

図9

食事とストレス軽減の関係もかなりわかっています。腸内細菌はトリプトファン、5-HT、GABAなどを産生します。神経伝達物質は迷走神経を介して中枢に作用し、感情、気分に影響を及ぼします(図12)。食事は腸内細菌に大きな影響を与えますので、適切な食事習慣が重要です。

不安に悪い影響を与える生活習慣のまとめです(図13)。ファストフードに含まれるトランス脂肪酸は異物として処理されますので、炎症を悪化させます。過剰な抗生物質の投与は腸内細菌叢を乱すと同時に耐性菌の問題にもつながるので、今後大きな意味を持ちます。最後は良い影響を与える生活習慣のまとめです(図14)。

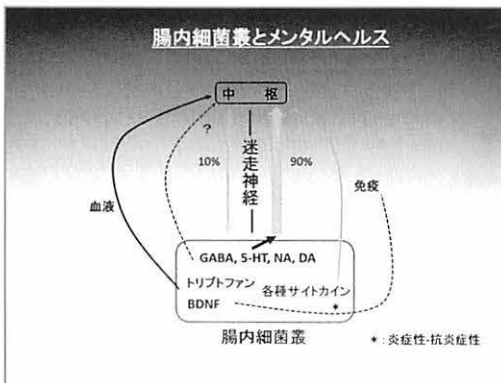


図12

不安(うつ)に悪影響のある生活習慣

- ・睡眠習慣
4時間未満 or 9時間以上の睡眠
1時間以上の昼寝
- ・運動習慣
運動不足 or 過剰運動
- ・食習慣
過度の飲酒
高脂肪食(バターやチーズに含まれる飽和脂肪酸)
ファーストフード(トランス脂肪酸)
* 過剰な抗生物質投与

(Brain, 2016)

図13

不安(うつ)に好影響のある生活習慣

- ・睡眠習慣
SWS(徐波睡眠)の確保
- ・運動習慣
ウォーキング or 軽いジョギング 週に30分×5回/週
ランニング 20分×3回/週
40分の散歩(20分普通のスピード、20分息切れするスピード)
治療 → 最大心拍数の約70%、予防 → 軽いものから予防効果・
負荷量と予防効果はある時点まではバラレル
- ・食習慣
栄養不良にならない程度の低カロリー食
和食(高繊維食・発酵食品)・
果物・ナッツ類・野菜・魚・スパイス・プレーンチョコレート
* 各種ビタミン、ω3脂肪酸、フラボノイド

(Brain, 2016)

図14



特別講演 2 (20:00 ~ 21:00)
「せん妄と転倒に注意した不眠の対処法」

演者 医療法人清和会 吉南病院
副院長 綿貫 俊夫 先生



私は春まで山口大学病院でリエゾンの仕事をしておりまして、年間300例近くある相談の半数近くがせん妄に伴うコンサルトでした。中でも睡眠薬が関与するせん妄は多く、本日はその辺りの経験もお話したいと思います。

疫学調査によると、日本人の5人に一人は不眠症状があり、10人に一人が日中のQOL低下を伴う不眠症があり、20人に一人が過去一ヶ月の間に睡眠薬を服用していた、との報告があります。しかし不眠を主訴に医療機関を受診する患者さんは多くなく、内科などに通院中の患者さんが加齢やストレスなどを契機に不眠を呈し、かかりつけ医が睡眠薬を処方することが圧倒的に多いのが現状です。不眠症状には入眠障害(入眠困難)、中途覚醒・早朝覚醒などの睡眠維持の障害、熟眠障害などがあります。不眠であることに苦しんでいる、もしくは昼間の心身の状態に不調をきたしている状態が不眠症の定義です。不眠を生じる精神疾患、身体疾患を示します(図15、16)。入院患者さんの不眠には様々な原因があり(図17)、眠れるようにしてあげようと医師なら誰でも思いますが、睡眠薬に誘発されるせん妄は多く、注意が必要です。

不眠を生じる精神疾患
<ul style="list-style-type: none"> ➢ うつ病 ➢ 不安障害 ➢ パニック障害 ➢ 適応障害 ➢ 身体表現性障害 ➢ パーソナリティ障害 など
<p>不眠は多岐にわたる精神疾患と高頻度に合併する！ 不眠はうつ病、認知機能低下のリスクファクターでもある！</p> <p style="font-size: small;">1. Raggio C et al. J Affect Disord. (2011); 2. Lim MK et al. Sleep. (2013)</p>

図 15

不眠を生じる身体疾患
<ul style="list-style-type: none"> ➢ 心疾患 ➢ がん ➢ 高血圧 ➢ 神経疾患 ➢ 呼吸器疾患 ➢ 尿路疾患 ➢ 糖尿病 ➢ 慢性疼痛 ➢ 消化器疾患 <p style="font-size: small;">Angelo-Nepe et al. Principles and Practice of Sleep Medicine. (2010); 413-418 3. M et al. Int J Geriatr. (2014)</p>
<p>不眠は多岐にわたる身体疾患とも高頻度に合併する！ 不眠は心疾患のリスクファクターでもある！</p>

図 16

入院患者の不眠
<ul style="list-style-type: none"> ➢ 枕が違うから眠れない ➢ 自宅とは違う環境で寝ることに対するとまどい ➢ 同室者に気を遣う ➢ 検査や手術に対する不安 ➢ 悪い病気だったらどうしようという不安 ➢ 骨折などで自由に動けないことが苦痛 ➢ 疼痛 ➢ 同室者のいびきや騒音 ➢ 看護師さんの見回りが気になる など
<p>眠れるようにしてあげることが重要！</p>

図 17

ここからせん妄のお話に入ります。せん妄をわかりやすく言うと、(図18)になります。中核にあるのは意識障害で、必ず睡眠覚醒リズムの障害を伴います。意識障害は軽く、話したり、歩くことができます。高齢の入院患者さんでしばしば認知症のように見える症状に、せん妄を疑わせる症状が潜んでいます(図19)。

せん妄をわかりやすく言うと
<ul style="list-style-type: none"> 「せん妄」とは、意識障害があって、その影響によって辻褃の合わない言動や落ち着きのない行動が短時間で出現し、動揺することを言う。 中核にあるのは身体状況悪化に伴う意識障害。 体調の悪い高齢者にしばしばみられる合併症の一つ。 睡眠覚醒リズムの障害を伴う。

図 18

高齢の入院患者にしばしばみられる症状
<ul style="list-style-type: none"> ぼんやりしている 話の辻褃が合わない 病院と家を間違える 点滴などの管を抜いてしまう 怒りっぽい 見えない物が見える 夜眠れない 昼寝している 夕方以降に調子が悪くなる
認知症のように見えるこれら症状すべてがせん妄を疑わせる症状

図 19

せん妄は看取り前などの特殊な状況を除けば治療可能な病態です。原因薬剤の中止など直接因子を除去することで、向精神薬を用いなくても症状改善は可能です。ただし、向精神薬をうまく使って睡眠覚醒リズムの障害を改善させることは、回復を早めるのに有効です。逆に、不適切に使用すると回復を妨げることに注意が必要です。(図 20) は岡山大学の井上先生が提唱されたせん妄の発症モデルです。せん妄を炎とすると、準備因子を下地(薪)とし、直接因子が火をつけ(ライター)、促進因子が着火しやすくしたり炎を強めたりする(油)様子が示されています。ただ、薪があって、油が敷いてあっても、火をつけなければいけません。特にお薬で火をつけてしまうことには十分気をつけなければなりません。有病率は高齢者病棟で 20 ~ 30%、ICU では最大 80%、緩和医療の場では 50%弱です。

せん妄は暴れるタイプと大人しくなるタ

イプの二つがあります(図 21)。

暴れるタイプはよく精神科に紹介が来ますが、大人しいタイプはあまり連絡がありませんが、これも放っておいてはいけません。せん妄と認知症はある程度鑑別がつかず(図 22)。せん妄は発症時期が明確です。また日内、日差変動があります。幻視が多いのも特徴です。

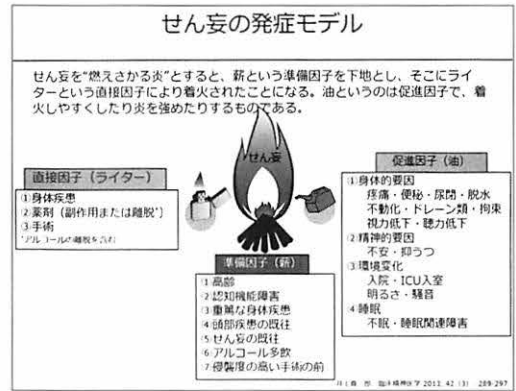


図 20

せん妄の種類
せん妄のサブタイプ¹⁾
過活動型せん妄
24時間以内に下記2項目以上の症状(せん妄発症前より認める症状ではない)が認められた場合
<ul style="list-style-type: none"> 運動活動性の量的増加 活動性の制御喪失 不眠 徘徊
低活動型せん妄
24時間以内に下記2項目以上の症状(せん妄発症前より認める症状ではない)が認められた場合活動量の低下または行動速度の低下は必須
<ul style="list-style-type: none"> 活動量の低下 行動速度の低下 状況認識の低下 会話量の低下 会話速度の低下 無気力 覚醒の低下/引きこもり
混合型
24時間以内に、過活動型ならびに低活動型両方の症状が認められた場合

図 21

せん妄と認知症の鑑別		
	せん妄	認知症
発症	時期が明確で急激	時期が不明確で緩徐(脳血管性認知症では明確な場合あり)
経過	日内変動、日差変動(夜間に増悪する傾向)	慢性進行性(レビー小体型認知症を除き変動が少ない)
持続時間	数時間~数日	年単位
意識	変動(覚醒~昏濁)	正常(DLBでは変動する傾向)
注意	維持・転換性の障害	減弱する(進行例においては障害)
記憶	障害される(即時記憶~近時記憶~遠隔記憶)	障害される(近時記憶~遠隔記憶)
見当識	障害が変動する	障害が固定する
言語	多くの場合一貫せず(嚙嚀~早口)	整合的(進行例においては一貫せず)
思考	散乱~夢幻様	内容の貧困化~迂遠
幻覚	幻視が多い	進行例、DLBを除き幻覚はまれ
脳波所見	徐波化 α抑制の消失	初期には特異的所見なし(クワイフツェルト・ヤコブ病ではあり)

図 22

次に睡眠薬とせん妄のお話です。せん妄治療の基本は、「日中しっかり起きて、夜間しっかり眠れるようにする」ことです。夜寝るために「睡眠薬」を使うことはお勧めしません。せん妄は幻視が見られることが多いため、原則として幻覚を抑える効果がある「抗精神病薬」を使用します。副作用を抑えるために少量から始めることが必要です。抗精神病薬の代表的な副作用は、ふらつきや小刻み歩行による転倒、嚥下障害による誤嚥性肺炎が代表的です。保険適応の問題がありましたが、2011年9月に厚生省からセロケール、リスパダール、セ

率にせん妄が現れます。せん妄は一過性の症状なので、そこを乗り切るために体を抑制することは決して悪いことではありません。

具体的な投与方法(抗精神病薬)

- ・ **クエチアピン** (セロケール)
25mg1錠 (80歳以上なら25mg半錠) から開始。100mg程度を目途に増量。最も効果的で副作用の少ない薬だが、悪尿病には禁忌。
- ・ **リスパリドン** (リスパダール)
0.5mgから開始し、2mg程度を目途に増量。禁忌はないが、半減期が長く、翌日に効果が持ち越すことがある。腎機能が悪いと蓄積し昼夜のリズムが付きにくくなることもある。
液剤は即効性があるため頓服として使用しやすい。
- ・ **ハロペリドール** (セレネース)
主に点滴として使用。5mg1Aを生食100mlに溶いて使用する。筋注も可能だが、翌日まで効果が持ち越すことがあるため、なるべく点滴で使用し、寝った時点で止めて、多く入り過ぎないように心掛ける。

リスクはありますが、添付文書に記載された高齢者用量では、エスゾピクロンが転倒率が最も低かった、との論文があります。

我が国の不眠症治療において、睡眠薬が常用量で長期処方されている現状は問題です。「超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き」

(http://dl.med.or.jp/dl-med/chiiki/tebiki/H2909_shohou_tebiki.pdf) においても、「長時間作用型は使用するべきではない」、「トリアゾラムは健忘のリスクがあり使用するべきではない」と記載されており、Z-drugも「少量の使用にとどめ、漫然と長期使用せず、減量、中止を検討する」との記載があります。2014年10月以降、睡眠薬に関する保険診療空白処方が適正化され、原則2剤までになりました。また、ゾピクロンとエチゾラムが2016年11月から向精神薬に指定され、処方日数の制限が入り、ベゲタミンが販売中止になっています。2017年には添付文書改訂の指示で、全てのベンゾジアゼピン系薬剤に「連用により薬物依存を生じることがある」との記載が義務づけられ、2018年からはさらに厳しくなり「抗不安剤と睡眠薬を合わせて3種類まで」に制限されるようになりました。そして単独処方であっても同一用法・用量で一年以上処方した場合には処方料、処方箋料を減算するように規定されました(図26)。

睡眠薬と認知症のお話をしておきました。睡眠薬の長期処方は良くない、と言ってきましたが、それが許容されるケースもあります(図27)。睡眠薬でよく聞かれることが、「癖になりますか?」、これは事実です。また、「呆けますか?」、これは「呆ける」ではなく「寝ぼける」です。ベンゾジアゼピン系薬剤はせん妄を誘発します。

もともと認知症は発症前から高率に不眠を合併します。また、慢性的な不眠は認知症のリスクを高め、そして認知症患者さんの不眠に対して、有効で安全な薬物療法は確立されていません。睡眠薬と認知症の関係に関する研究は複数ありますが、長く飲むと発症率が上がる、という研究(1)があるかと思えば、高用量使用群の方が低用量群より発症率が低い、となった研究(2)があったりとかします。現在のところ、「睡眠薬によって認知症になるかどうかはよくわかっていない」が正しい答えになると思います。

(1)<https://www.bmj.com/content/349/bmj.g5205>

(2)<https://www.bmj.com/content/353/bmj.i90>

2018年診療報酬改定 (長期処方時の減算および指導時加算)	
ベンゾジアゼピンの単剤処方であっても、平成30年4月以降の処方において、1年以上連続して同一の用法・用量で処方した場合は、処方料・処方箋料を減算する。	
【長期処方時の減算】	減算率(%)
不安の症状または不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を12か月以上連続して同一の用法・用量で処方されている場合	処方料 42点→29点 処方箋料 68点→40点
【指導時加算】	
重症の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者または不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を12か月以上連続して同一の用法・用量で処方されていた患者であって、減量の上、薬剤師(処方料については薬剤師または登録職員)に症状の変化等の確認を指示した場合。	処方料 42点→54点 処方箋料 68点→80点
ベンゾジアゼピン系薬剤のdo処方は1年以内へ	
ただし、不安もしくは睡眠障害に係る適切な研修等(本日の研修会)を終了した医師が行う場合	

図 26

睡眠薬の長期処方が許容されるケース
1. 慢性的な精神疾患やけいれん性疾患を有する患者が、服薬により不眠が改善している
2. 重度の不眠症があり、服薬しないと申告なQOL障害が出現する可能性が高い (不眠に関連する生活習慣病や心血管疾患などの基礎疾患がある)
3. 睡眠薬を中止すると、深刻なQOL障害が出現する可能性が高い
4. 睡眠薬を適切な方法で減薬・休薬したが、不眠症が再燃・再発した既往がある
5. 高齢者で、耐性や副作用がなく、低用量を継続できている
6. 慢性的に重度の不安がある、性格的な傾向がある
(三島和夫: 睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン, 2014より)

図 27

最後に高齢者に対する睡眠薬の使い分けについてお話しします。不眠症に対する初期対応は認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia:CBT-I、<https://medical-tribune.co.jp/news/2018/0622514647/>）です。70%が症状軽減し、治療終了後6ヶ月～1年経過しても効果が維持され、睡眠薬を減量できます。日本のガイドラインでも早期からCBT-Iを活用することが推奨されていますが、速効性がない、質の担保が難しい、治療者が限られているなどの点が指摘されています。睡眠障害に対して「睡眠障害の診断・治療ガイドライン」に12の指針が示されています（図28）。「何時間眠らなければならない」ことはありません。人それぞれです。また、「何時に寝なければならない」ことはありません。眠くってから眠れば良いのです。朝同じ時間に起きることは重要で、寝酒は不眠のもとです。睡眠薬に対して「飲まない方がいいんですけど」などの発言は患者さんに不安を与えます。医師の指示で正しく使えば安全です。ただし、切れ味のよい薬ほど止めにくくなり、せん妄のリスクになりやすいので要注意です。ラメルテオンとスボレキサントはせん妄の予防になり、転倒に影響を及ぼさないことは注目に値します（図29）。これからの病棟指示は、せん妄に留意し、（図30）の様なお薬を用いることが良いと思います。

睡眠障害対処12の指針	
1.	睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分
2.	刺激物は避け、眠る前には自分なりのリラックス法
3.	眠たくなってから床に就く、就床時刻にこだわりすぎない
4.	同じ時刻に毎日起床
5.	光の利用でよい睡眠
6.	規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣
7.	登覆をするなら、15時前の20-30分
8.	眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに
9.	睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のひくつき・むずむず感は要注意
10.	十分眠っても日中の眠気が強いときは専門医に
11.	睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと
12.	睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全

図 28

睡眠薬の特徴と使い分け								
	製品名	依存リスク	せん妄リスク	転倒リスク	効果発現	入眠効果	睡眠維持効果	中途覚醒減少 再入眠容易に
睡眠薬	ゾルピデム	+	促進的	あり	即日	++	短	-
	エソピクロン	-	少ない	非常に少ない	即日	++	短	±
	ラメルテオン	-	予防的	無影響	数週間	±	短	-
非睡眠薬	スボレキサント	-	予防的	無影響	即日	+	長	+
	トラゾドン (抗うつ薬)	-	無影響	筋弛緩作用・ 鎮静作用+	即日	±	中	+
	クエチアピン (抗精神薬)	-	促進的	筋弛緩作用・ 鎮静作用+	即日	+	短	+

図 29

これからの病棟指示	
• 不眠時	<ul style="list-style-type: none"> ベルソムラ(15)1t (せん妄のリスクが少しでもある場合) レスリン(25)1t (せん妄になりそうな気がする場合) セロクエル(25)0.5t (せん妄になった既往がある場合)
• 不穏時	<ul style="list-style-type: none"> リスパダール液(0.5)1包 セレネース(5)1A+生食100ml 点滴 (眠った時点で中止)

図 30

第 27 回光市医師会・光市立病院 合同症例検討会

日時 平成31年3月5日(火)

会場 光市立大和病院 9階大会議室

(1) 当院でのC型肝炎内服治療の経験 (第2報)

光市立光総合病院

消化器内科 谷川 幸治



最新版のC型肝炎の治療目標を示します(図1)。大きな目標はウイルスを排除し、肝発がんならびに肝疾患関連死を抑止することです。インターフェロン(IFN)治療では、HCV RNA 排除成功例でも肝発がんは完全には抑制できません。近年、IFNフリー治療(DAA: Direct acting antivirals)でもHCVが排除された場合、IFN治療と同程度の肝発がん抑制効果が得られるとする報告が増えつつあります。C型肝炎の治療対象を示します(図2)。IFN治療から始まった初回治療の持続的ウイルス陰性化(SVR:

Sustained Viral Response)率は年々上昇しています(図3)。現在使用できるDAAです(図4)。ハーボニー、マヴィレット、エプクルーサが今後残っていくと思います。

C型肝炎の治療対象

- 非代償性肝硬変を除くすべてのC型肝炎症例が抗ウイルス治療の対象となるが、ALT値上昇例(ALT 30 U/L超)、あるいは血小板数低下例(血小板数15万/μL未満)のC型肝炎患者は、抗ウイルス治療の良い適応である。
- 肝硬変以外の合併疾患による予後が不良である場合は治療対象としない。
- ALT 30 U/L以内、かつ血小板数15万/μL以上の症例については、肝発がんリスクが低いことを考慮に入れて抗ウイルス治療の適応を決める。ただし、高齢者ではALT 30 U/L以内かつ血小板数15万/μL以上でも発がんリスクは低くないことに留意すべきである。

C型肝炎治療ガイドライン(第6.2版)

図2

HCV1b型高ウイルス量症例の初回治療におけるSVR率

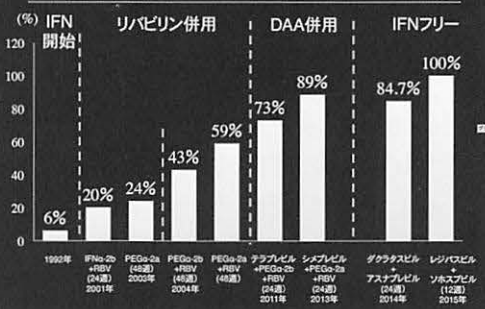


図3

C型肝炎の治療目標

- C型肝炎治療の目標は、HCV持続感染によって惹起される慢性肝疾患の長期予後の改善、すなわち、肝発がんならびに肝疾患関連死を抑止することにある。この目標を達成するため抗ウイルス治療を行い、HCVの排除を目指す。
- IFN治療によるHCV RNA排除成功例においても、肝発がんは完全には抑制されない。
- IFNフリー治療(DAA: direct acting antivirals)によってHCVが排除された場合、IFN治療と同程度の肝発がん抑制効果が得られるとする報告が増えつつある。
- 抗ウイルス治療によってHCVが排除された後でも、長期予後改善のため肝発がんに対するフォローアップを行う必要がある。ことに高齢かつ線維化が進行した高発がんリスク群では肝発がんに対する厳重な注意が必要である。

C型肝炎治療ガイドライン(第6.2版)

図1

現在使用できるDAA

薬剤名	発売日	対象ウイルス
ダクトルインザンヘンペブラ	2014年9月	1型
ソバルディルソビレン	2015年5月	1-6型(適応追加)
ハーボニー (ヴィキラックス)	2015年9月	1-2型(適応追加)
(ヴィキラックス+ソバレン)	2016年9月	1型
エレルサ+グラジナ	2016年11月	1型
ジメンシー	2017年2月	1型
マヴィレット	2017年11月	1-6型
エプクルーサ	2019年2月	1-6型

ヴィキラックスは2016年5月販売中止

図4

それぞれの成績を示します（図5～9）。DAA治療を導入していない症例は（図10）ですが、最近出たエプクルーサはチャイルド-ピュー分類（図11）で12点まででしたら投与可能なので、かなりの数の患者さんが使用可能になると思います。

現時点で52例のC型慢性肝炎患者さんがDAA治療を終了しており、94%の症例でウイルス排除に成功しています。いずれも重大な副作用は少ないので、高齢者でも治療導入が可能となっています。ただ、抗ウイルス療法開始困難な理由がない患者さんに同治療を行わずに肝細胞癌が生じた場

ソバルディ+リバビリン10例(全て2型)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	ペグリバ	SVR	なし
53	女	慢性肝炎	ペグリバ	SVR	倦怠感
67	女	慢性肝炎	なし	SVR	皮膚掻痒感
69	女	慢性肝炎	なし	SVR	なし
74	女	慢性肝炎	なし	SVR	なし
76	男	慢性肝炎	なし	SVR	貧血
78	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)		

図7

エレルサ+グラジナ5例(全て1型)の成績

DAA治療を導入していない症例

- ・ 高齢者(85歳以上)
- ・ HCVキャリア
- ・ 肝細胞癌合併例
- ・ 合併疾患が重篤
- ・ 合併疾患の治療薬が禁忌
(例: 外傷性てんかんでテグレトールあり)
- ・ 患者さんの希望
- ・ 適応外(非代償性肝硬変・血小板減少・貧血など)

図 10

エプクルーサ(ソホスブビル/ペルパタスビル)

Child-Pugh(チャイルド・ピュー)分類

	1点	2点	3点
脳症	ない	軽度(I, II)	時々昏睡(III~)
腹水	ない	少量(1~3L)	中等量(3L~)
血清ビリルビン値(mg/dL)	2.0未満	2.0~3.0	3.0超
血清アルブミン値(g/dL)	3.5超	2.8~3.5	2.8未満
プロトロンビン活性値(%)	70超	40~70	40未満

各ポイントを合計して、その合計点で判定する。

- ・ Grade A(軽度) : 5~6点 代償性
- ・ Grade B(中等度) : 7~9点 代償性から非代償性への過渡期
- ・ Grade C(高度) : 10~15点 非代償性

図 11

(2) 高感度インフルエンザ抗原迅速検査から見た診察の再考

～ H.30 年度インフルエンザから～

吉村医院 吉村 将之



インフルエンザ(以下Flu)の診断には迅速診断キットが汎用されていますが発症初期は偽陰性が少なくありません。当院では発症早期の患者さんに診察に加え増幅検査を実施しています。異なる機種の変種を行い適正な検査時間の検討を行いました。対象と方法(図12)、結果(図13、14、15、16、17)、考察(図18)を示します。

典型的なFlu症状が無い患者さんに対しては、(図19)のような状況の際に迅速検査を施行していきます。顕微鏡下に「インクラに似た」リンパ濾胞を認めることがあり、迅速診断と組み合わせることによって診断率を上げる可能性があります。

<対象と方法>

> 2018年11月1日から2019年1月31日までに当院を受診し、インフルエンザが強く疑われる連続14日(インフルエンザA型陽性患者99例、偽陰性2例を含む、陰性46例)のうち、発症(発熱感/発熱)12時間程度に受診・検査を施行し、かつインフルエンザA型陽性確定患者41人(後日検査で陽性確定2例を含む)を対象とした。検査キット付属の綿棒にて採取した鼻腔ぬぐい液を用い、両キットを同時に判定した。

※本誌、本報が掲げる情報は、あくまで参考情報です。

※本誌、本報に掲載されている情報は、あくまで参考情報です。

※本誌、本報に掲載されている情報は、あくまで参考情報です。

※本誌、本報に掲載されている情報は、あくまで参考情報です。

※本誌、本報に掲載されている情報は、あくまで参考情報です。

※本誌、本報に掲載されている情報は、あくまで参考情報です。

※本誌、本報に掲載されている情報は、あくまで参考情報です。

図 12

結果①

a) 患者背景

登録患者数(人)	41
年齢(歳)	41.1±21
最年長/最年少(歳)	83/8
性別(男性)・人(%)	28(68.3)
発症経過時間(時)	6.0±3.9
来院時体温(°C)	37.8±0.7
咽頭所見の有無	35/41(85.4)
濾胞/濾胞の芽/斑発赤	25/2/8
本年度の予防接種率(%)	17/41(41.5)

b) 全体での検査方法の比較

検査機器名	SPOTCHEM FLORA	IMMUNO AG1	
検査時間	5.2±3.8	9.7±5.6	P<0.006×10 ⁻²
検査陽性(%)	30/41(73.2)	39/41(95.1)	P<0.006
増幅検査回数(%)	4(10)	12(29.3)	P<0.03

図 13

結果②

i) 時間帯別にみた場合の比較

発熱からの時間	0~6時間	7~12時間	
症例数(人)	21/41	20/41	
診断時間A/F(分)	5.9±4.0/11.8±5.2 P<0.002×10 ⁻¹	4.4±3.5/7.4±5.2 P<0.004	NS/ P<0.009
A陽性/F陽性(%)	14/21(76.7)/20/21(95.2) P<0.02	16/20(80.0)/19/20(95.0) NS	NS/N NS
両方陰性(%)	1/21(5)	1/20(5)	NS
A増幅/F増幅(%)	3/21(14.3)/14/21(66.7) P<0.003×10 ⁻²	1/20(5)/5/20(25) NS	NS/ P<0.007
両方増幅検査(%)	3/21(14.3)	1/20(5)	NS
咽頭所見(%)	21/21(100)	20/20(100)	NS
咽頭所見①/②/③/④	12/7/8	13/2/1/1	
予防接種(%)	11/21(52.3)	6/20(30)	NS

※①:FluA濾胞、②:濾胞の芽、③:斑発赤④:同一発赤を重複有り ※A:ARKRAY、②:FUJIFILM

図 14

結果③

ii) 予防接種の有無で分けた場合

	予防接種(+)	予防接種(-)	
診断時間A/F(分)	3.9±3.2/9.2±5.7 P<0.002	6.1±4.1/10±5.6 P<0.008	NS/NS
A/F陽性	15/17(88.2)/16/17(94.1) NS	15/24(62.5)/23/24(95.8) P<0.004	NS/NS
両方陽性	15/24(62.5%)	13/17(76.5%)	NS
両方陰性	1/24(4.2%)	1/17(5.9%)	NS
A/F増幅検査	1/17(6)/7/17(41.2) NS	3/24(12.5)/10/24(41.7) P<0.002	NS/NS
両方とも増幅検査	1/17(5.9%)	3/24(12.5%)	NS
咽頭所見	20/24(83.3%)	15/17(88.2%)	NS
咽頭所見①/②/③/④	17/0/3/4	8/2/5/2	

※①:FluA濾胞、②:濾胞の芽、③:斑発赤④:同一発赤を重複有り

図 15

結果④

iii) 咽頭所見の有無にて分けた場合

咽頭所見	F社増幅検査あり時	F社増幅検査なし時	
診断時間A/F(分)	4.9±3.6/9.0±5.7 P<0.003	5.7±4.2/10.7±5.4 P<0.008	NS/NS
A/F陽性	20/26(76.9)/24/26(92.3) NS	10/15(66.7)/15/15(100) P<0.003	NS/NS
両方陽性	20/26(76.9)	10/15(66.7)	NS
両方陰性	2/26(8)	0/15(0)	NS
A/F増幅検査	2/26(8)/5/26(19.2) NS	2/15(13.3)/7/15(46.7) P<0.016	NS/NS
両方とも増幅検査	2/26(8)	2/15(13.3)	NS
予防接種の有無	10/26(38.5)	7/15(46.7)	NS

図 16

結果

➢ 2種類の増幅方法を採用した検査を比較した。全検体の比較においては、富士ドライケム IMMUNO AG1 (F社) に有意差をもって優位性がある。

➢ ①発症からの時間、②予防接種の有無、③咽頭所見の有無、にわけて各々比較した結果、i) 発症0~6時間程度までの患者、およびii) 予防接種未施行患者、iii) 特異的な咽頭所見を認めない患者に関しては、F社の方に優位性を認めたが、それ以外では、有意な差は認められなかった。

➢ なお、検査時間に関しては、SPOTCHEM FLORA (A社) に有意差を持って短かった。

図 17

考察

・ i) 発症0~6時間程度の患者、およびii) 予防接種未施行患者、iii) 特異的な咽頭所見を認めない患者、はともにインフルエンザ迅速検査で偽陰性がやすい患者群と考えられる。i)~iii)は偽陰性がやすい患者群で、これらに有意差があるためF社機器に優位性があると考えられ、当該機器を用いない通常検査では発症後6時間以上経過してからの検査施行が偽陰性を減らすためには望ましいと考えられる。

➢ なお、検査時間に関する有意差は、A社が最大で10分、F社が最大で15分測定時間が必要(※増幅時のみ)である影響もあるため、こちらも同様。

図 18

非典型例に対する迅速検査は？③

・インフルエンザ流行期の診察にて、

① 症状完成までが、比較的短期間、あるいは発熱の程度が割(微熱程度以下)に倦怠感が強い、微熱が2日以上、あるいは寒気を繰り返す場合

② 咽頭後壁に疑わしい所見(中型リンパ濾胞、濾胞の芽、斑状発赤や発赤など)を認めた場合

かつ、以下のいずれかの条件を満たしている場合

③ 職場・学校などで、1.8m以内で30分以上同席した者が発症し、同席時より10日以内に発症

④ 同居人が発症して10日以内の発症

⑤ ワクチン接種者

⑥ 医療・介護職、教師・保育師などの職種で希望者

図 19

(3) 前医肺がん診断で当院転院緩和治療中
に肺結核、粟粒結核が判明した一例
光市立大和総合病院 藤原 大輔



患者さんは85歳の女性です。現病歴を示します(図20)。平成30年5月より咳嗽出現、6月になり症状増悪、発熱もあり前医受診されました。画像所見から右肺がん、がん性胸膜炎と診断されましたが、高齢のためご家族が緩和治療を希望され7月当院転院となりました。その後症状安定したため11月退院、外来管理となりましたが、年末になり微熱、咳嗽出現悪化し、経口摂取困難となったため、平成31年1月2日、再度入院となりました。

1月4日、胸部CTで両肺野に無数の小粒状陰影、右胸水再貯留、縦隔リンパ節の腫大を認め(図21:左はH.31.1.4、右は初回入院時)、当初はがん性リンパ管症を考えましたが、喀痰塗抹でガフキー1号、抗酸菌PCR陽性が判明し、山口宇部医療センターへ転院となりました。

症例：85歳、女性

【主訴】 咳嗽

【既往歴】 バセドウ病、高血圧、便秘症

【現病歴】 平成30年5月より咳嗽、喀痰貯留、腹満感自覚。同症状が悪化し摂食困難で6月前医救急外来受診。38度発熱ありCTで右胸水、腹水、縦隔リンパ節腫大を認め消化器内科入院。胸腹水穿刺液検査は共にclass IIながら、画像検査結果から右肺癌、癌性胸膜炎、癌性腹膜炎疑いと診断。気管支鏡等追加精査検討されたが、高齢かつ進行病状から家人は、本人未告知で緩和治療のみ希望され7月当院転院。転院時肺癌関連マーカーは、SLX抗原軽度上昇以外全て陰性であった。以後は症状増悪なく安定し11月自宅退院。以後当院内科通院していたが、微熱、咳嗽や倦怠感で再び摂食困難となり平成31年1月2日入院。

図 20



図 21

(4) 18歳男子、激しい頭痛

広田医院 広田 修

夜眠れないほどの激しい頭痛の精査目的で紹介受診した18歳男子です(図22)。当初、一般診察所見異常無く、頭部CT、一般血液検査も異常無しと考えていましたが、顔面の浮腫を契機に高血圧(156/94)が判明、浮腫、高血圧、及び追加検査(図23)で血尿、ASO高値、補体の低下から溶連菌感染後急性糸球体腎炎(PSAGN; 図24)と診断しました。入院当日夜、血圧は200/112となり、Ca拮抗剤内服でコントロールしました。入院時体重80kg、退院時は70.3kgでした。

溶連菌感染症は5~11歳前後に多く(図25)、流行は季節性があります(図26)。迅速診断キットは感度、特異度とも高く、培養は時間がかかりますが検出感度がさらに高く有用です(図27)。治療はペニシリンが第一選択です

(厚生労働省：抗微生物薬適性使用の手引き 第一版；2017.6.1)。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06->

Seisakujouhou-10900000-

Kenkoukyoku/0000166612.pdf

症例：18歳 男子 高校3年生 ラグビー部

主訴：激しい頭痛

現病歴：

8月30日 夜半より激しい頭痛出現し癒れなかった。

9月1日 症状続くため近医受診、精査目的で紹介受診。

現症：体温：36.7℃

神経学的所見：明らかな以上所見なし

胸部部；心音、呼吸音異常なし
 腹鳴 正常

図 22

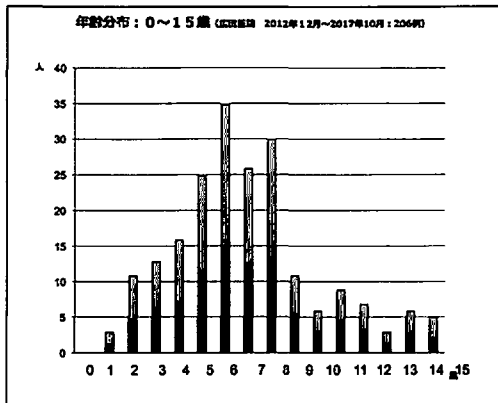


図 25

検尿

尿タンパク	(2+)	β2MG	74mg/l (0.9~2.0)
随時尿タンパク	58mg/dl	NAG	2.8 u/l (0.9~2.4)
尿潜血	(3+)		
尿沈渣	1.5~2.0 /HPF		

免疫血清

ASO	416 (240以下)	IgG	1292
C3	11 (80~140)	IgA	161(110~410)
C4	15.8 (17~45)	IgM	75
CH50	13 (30~45)		

図 23

山口県の溶連菌報告数 (2017年)

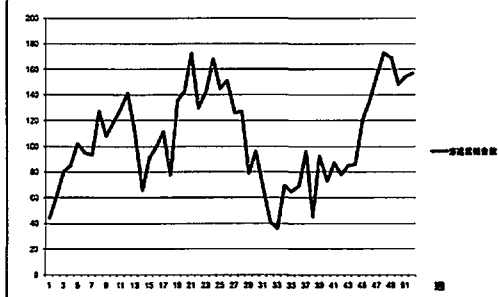


図 26

溶連菌感染後急性糸球体腎炎

- ・ 先行感染後、1～3週間後に発症
- ・ 浮腫・高血圧・血尿が3主徴
- ・ 血尿は必発、タンパク尿も95%
- ・ ASO、ASKの上昇、血清補体価の低下
- ・ 治療は対症療法
- ・ 安静・食事療法

通常、治癒する
 尿所見も1～3ヶ月程度で改善

図 24

A群溶連菌迅速診断キット

感度：90%以上

特異度：95%以上

キットの検出感度は $10^4 \sim 10^5$ (CFU/ml)

培養の検出感度は 10^3 (CFU/ml)

図 27

第18回 幼稚園・保育園関係者と園・学校医の集い

日時 平成31年1月29日(火)

会場 光商工会館 2階大会議室

参加人数 42名

日本の少子化問題を考える



梅田病院 産婦人科
院長 北川 博之

要約

現在、日本では少子化が大きな問題となっていますが、今後も少子化が進んでいくことは既に決まっています。なぜなら、この数十年間日本の合計特殊出生率は、2.08を下回っており、子供を産む母親の数が減り続けることは決まっています。当然生まれてくる子供の数も加速度的に減り続けます。合計特殊出生率が2.08を超える状況が、数十年単位で継続しない限り、子供の数は増えることはないのです。

少子化の原因は、様々ありますが、直接的な大きな要因は、晩婚化と未婚率の上昇にあります。一人の女性が産む子供の数は、初婚年齢に大きく依存しているからです。日本では、諸外国に比べて、今も昔も婚外子がとても少ないので、初婚年齢が特に大きく影響します。

少子化は日本社会全体としてみれば大きな問題ですが、個々人の視点からみれば、子供を産むか産まないかは個人の自由であり、各人の自由な決定に委ねられていることです。しかし、晩婚化は個々人の問題と

して捉えても大きな問題を抱えています。なぜなら、女性の年齢の上昇により妊孕性、流産率などが加速度的に悪化するからです。そのために、子供が欲しいのに妊娠できない不妊症、流産を繰り返す不育症で悩むカップルが増加しているのです。

現在、日本ではおよそ二十人に一人の赤ちゃんが高度生殖医療(体外受精胚移植術)により誕生しています。高度生殖医療の進歩は、不妊症で悩むカップルにとっては、大きな福音ではあります。しかし、一方で、晩婚化のために高度生殖医療に頼るしかないカップルがこれだけ増加していることは、社会としても、個々人としても大きな問題でしょう。

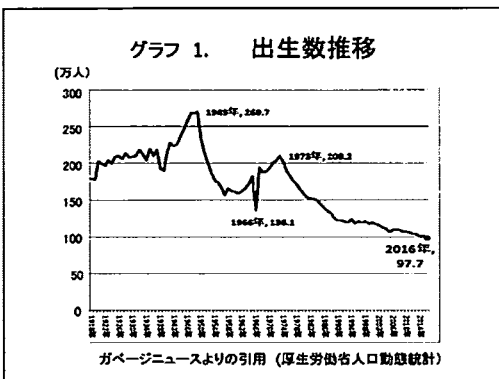
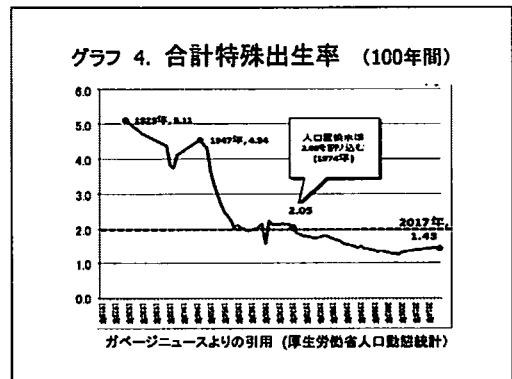
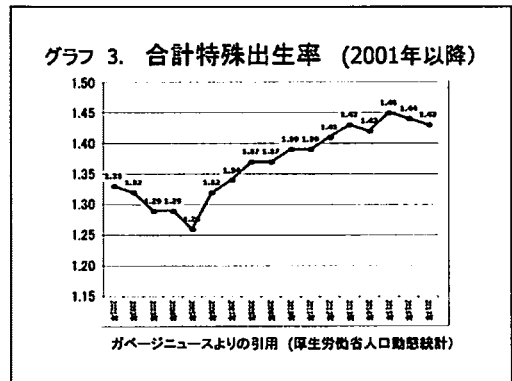
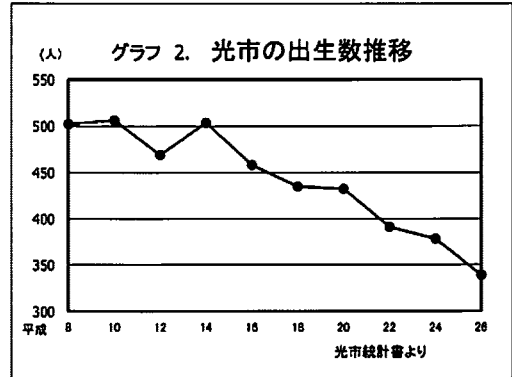
この少子化問題、晩婚化問題を解決する簡単な処方箋はありません。しかし、この現実、問題点を多くの若者に直視してもらうこと、そして政治や文化など日本社会全体のあり方を変えていく必要があるのではないのでしょうか。

日本の少子化が、加速していくことは決定事項！

この50年間、日本では出生数の減少が続いています。(グラフ1) 1973年には、一年で209万人の赤ちゃんが生まれていましたが、減り続けて2016年では97.7万人まで減少しています。光市でもこの20年間で出生数は25%以上も減少しています。(グラフ2)

この10数年は一人の女性が生む子供の平均数(合計特殊出生率)は増加傾向を示しており、あたかも少子化問題に明るい兆しが見えているように感じられてしまいます。(グラフ3) しかし、もう少し長いスパンで見ますと、1974年に2.08を割り込んでから、全体的には減少傾向が続いています。(グラフ4)

一人の男性と一人の女性が、2.08人の子供を産んで、ようやく、人口は維持されます。合計特殊出生率が2.08を割り込んでおおよそ50年続いていますから、今後数十年は、母親の絶対数が減り続けることは決定事項なのです。子供を産む母親の数が減り続けるのですから、少々、合計特殊出生率が上がったところで、子供の数が減り続けることも決まっているわけです。



少子化の大きな原因は、晩婚化

日本では、急激に女性の初婚年齢の上昇、それに伴う初産年齢の上昇が起きています。

(表 1)

	H 29年	H 16年	S 60年	S 30年
平均初婚年齢	29.4	27.8	24.5	23.8
平均初産年齢	30.7	28.9	25.8	25.1
合計特殊出生率	1.43	1.29	1.76	2.4

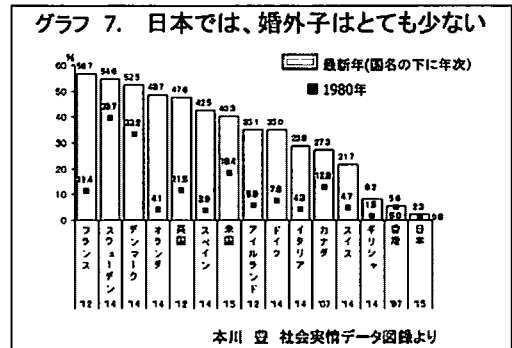
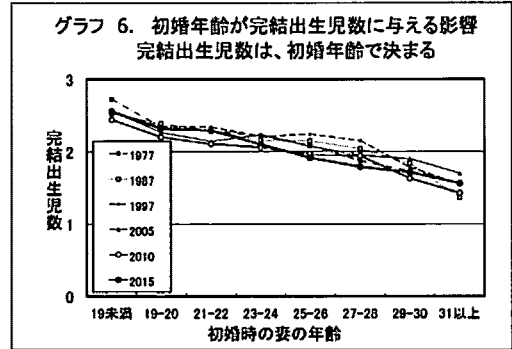
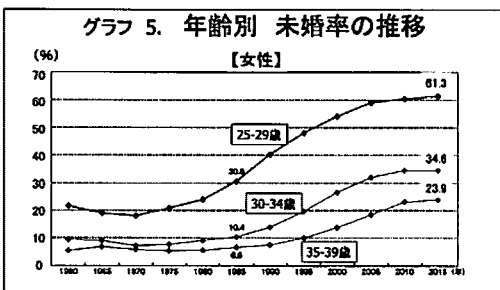
人類史上：二十歳以前の妊娠・出産は当たり前
現代：高校生の妊娠はとんでもないこと？

さらに初婚年齢の上昇にとどまらず、未婚率の上昇も顕著です。妊娠分娩に適した25歳から35歳までの女性の未婚率の上昇は、1985年頃より顕著です。(グラフ5)

完結出生児数は、初婚年齢別にみるとこの30年間大きな変化はなく、一人の女性が生む子供の数は、主に女性の初婚年齢に依存していることがわかります。(グラフ6) (完結出生児数とは、結婚期間が15-19年の女性の子供の数であり、その女性が産む子供の数を表していると言われています。)

現在でも、若くに結婚している女性は、2人以上の赤ちゃんを産んでいるのです。

さらに、日本では今も昔も諸外国に比べて婚外子がとても少ないので、晩婚化はいつそう少子化に大きな影響を及ぼします。(グラフ7)



少子化は社会の大きな問題 晩婚化は女性の大きな問題

少子化の進行は、日本社会全体から見れば、国の基盤を揺るがすようなとても大きな問題であることは確かでしょう。しかし、個々人の女性の立場から見れば、子供を産むか、産まないかは個々の自由であり、個々人が自由に決めるべき事柄です。しかし、少子化の大きな原因である晩婚化は、個々人の女性にとっても大きな問題を投げかけています。

女性の初婚年齢は、年々上昇していますが、結婚希望年齢はほとんど変化が見られません。25-30歳ぐらいで多くの女性が結婚を以前も今も希望しています。(グラフ8)

晩婚化は、医学的にも個々人としての女性に大きな問題を与えています。妊孕性の低下と流産率の上昇、(グラフ9) 染色体

異常児の発生率の上昇です。(表2) 妊娠を希望してもなかなか妊娠できない、妊娠しても流産を繰り返してしまう、ダウン症候群の心配が増してくる、このような問題が35歳ぐらいから急激に増加してくるのわかります。

2015年に行われた第15回出生動向基本調査・結婚と出産に関する全国調査では、夫婦の3組に1組は不妊の心配をしており、5組に1組は実際に不妊を主訴に医療機関を受診しています。また、2人目、3人目の子供は欲しいけれど、つくらない理由として最も多いのは経済的な理由ですが、次に多いのは高齢で産むのは嫌、欲しいけれど妊娠しないという理由です。

表 2. 女性の年齢が、染色体異常に及ぼす影響

Hook EB Obstet and Gynecol 58:282-5,1981より

母の年齢	ダウン症の子が生まれる確率		何らかの染色体異常をもつ子が生まれる確率	
	母の年齢	出生率	母の年齢	出生率
20	1/1667	0.6	1/226	1.8
25	1/1150	0.8	1/176	2.1
30	1/952	1.1	1/384	2.6
31	1/909	1.1	1/384	2.6
32	1/768	1.3	1/213	3.7
33	1/625	1.6	1/286	3.5
34	1/500	2.0	1/238	4.2
35	1/385	2.6	1/152	6.6
36	1/294	3.4	1/156	6.4
37	1/227	4.4	1/127	7.8
38	1/173	5.7	1/102	9.8
39	1/137	7.3	1/83	12.0
40	1/106	9.4	1/66	15.2
41	1/87	11.4	1/53	18.8
42	1/64	15.6	1/42	23.8
43	1/50	20.0	1/33	30.3
44	1/38	26.3	1/26	38.5
45	1/28	35.7	1/21	47.6
46	1/23	43.5	1/16	60.6
47	1/18	55.6	1/13	76.9
48	1/14	71.4	1/10	99.0
49	1/11	90.9	1/8	125.0

20人に1人の赤ちゃんが高度生殖医療で

高度生殖医療(体外受精-胚移植術)は1978年に初めてヒトにおいて成功しました。卵巣から卵子を直接採取し、試験管内で男性の精子と受精させ、受精卵を2-5日間体外で培養し、女性の子宮に戻す方法です。(図1) 高度生殖医療は女性に肉体的な大きな負担を与えます。また、保険も効かないので経済的にも大きな負担をかけてしまいます。

グラフ 8. 年齢別未婚者の希望結婚年齢の推移

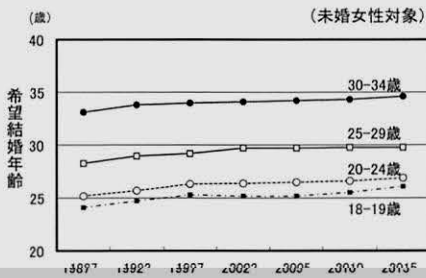
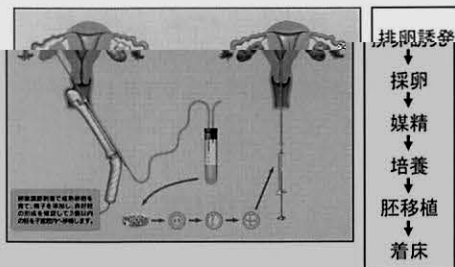
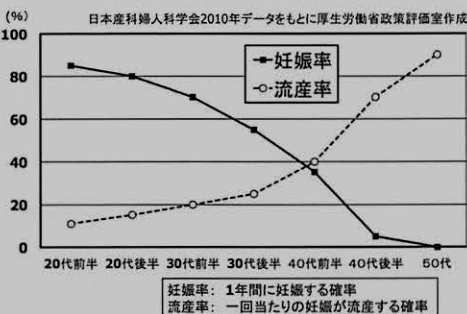


図 1. 体外受精・胚移植術 (IVF-ET)



グラフ 9. 女性の年齢が、妊娠・流産に及ぼす影響



開発当初は、子宮外妊娠などにより両側卵管が使えずに、体外受精胚移植術以外では妊娠が不可能な方を対象に行われる限定的なものでした。その後、適用範囲は広がり、いわゆる原因不明の不妊症、高齢による不妊などにも応用されるようになってきました。現時点で公式に発表されている報

告では、平成26年の1年間に高度生殖医療により生まれた赤ちゃんは、4万7千人あまりです。(表3) この年に日本で生まれた赤ちゃんの総数は、100万人ですから、およそ23人に一人の赤ちゃんが体外受精胚移植術によって生まれました。おそらく、平成30年では、1/20の赤ちゃんがこの技術により生まれているでしょう。また、体外受精胚移植術の成功率はおよそ20%程度ですから、平成26年でも実際に体外受精胚移植術を受けたカップルの数は生まれた赤ちゃんの数の8倍にのびります。(表3) いかにも多くのカップルが不妊に悩み、体外受精胚移植術を受けるかどうかで悩み、上手く妊娠できたかどうかで悩んできたことでしょう。

	平成26年		
	治療 周期総数	出生児数	累積 出生児数
新鮮胚	92,269	5,025	120,565
凍結胚	157,229	36,595	214,194
顕微受精	144,247	5,702	96,867
合計	393,745	47,322	431,626

(平成26年の出生数は1,003,539人)

1/23.3人が体外受精により生まれた子供

表3

最後に

現在進行形で進む日本の少子高齢化は、日本の社会基盤を揺るがす大きな問題です。それにも関わらず、この少子化がしばらくは継続することが決まっているのです。また、少子化の大きな原因である晩婚化、初産年齢の上昇が、個々人の女性やカップルに大きな問題を与えています。この晩婚化や初産年齢の上昇が、真に個々人が望んでいるものであれば仕方ないのかもしれませんが、実際にはそうではないでしょう。こ

の晩婚化問題を解決する処方箋を見出すこと、簡単なことではないでしょう。個々人の価値観やライフステージ、政治や文化のあり方、などなど日本全体のあり方からの変革が必要なのでしょう。

産婦人科医の私個人としては、日々不妊症や不育症で悩む女性を診ていて、晩婚化が有する医学的問題を、多くの女性特に若い女性が気付いていないことが残念でなりません。少なくとも、晩婚化が有する問題をしっかりと認識した上で、自分自身の将来のあり方を考えて欲しいと思います。

私たち医療者は、個々人が取り返すことができない後悔をしないように、若者に対して、保護者に対して、政治に対して、様々な場で、このような情報発信を行っていくことが必要だと思います。そして、それらが日本の少子化問題解決の一助になれば幸いです。

参考資料

- ・厚生労働省人口動態統計
- ・光市統計書
- ・国立社会保障人口問題研究所 出生動向基本調査
- ・日本産婦人科学会 ART データブック



お礼のことば

河内山 清

いつのまにか、何となく、知らない間に私の人生早や第九楽章後半に入ってしまった。めでたい、すばらしい、なんて言って下さる人もおられますが、本人の胸中はどうなのでしょう。か…。「若き日早や夢と過ぎ、我が友みな世を去りて、あの世に楽しく眠り、かすかに我を呼ぶオールドブラックジョー、われも…」85才を過ぎた頃から色々の病気につきまといわれ入退院をくり返しています。

このたび光市医師会からご丁重にお見舞金をいただきました。切にお礼を申し上げます。ありがとうございました。郷愁とでも云うのでしょうか、何となく去りがたく懐かしく、いまだに医師会に籍を置き居候を決めこんでいます。

ご当地（私は光市島田の生まれです）で開業して以来 40 数年間医師会にお世話になりました。夜中なんかに目覚めますと思いの数々は風車のように頭の中をまわっては消えてゆきます。

開業して7～8年も経った頃でしょうか、大竹市の友人（整形）から電話があり、これまで木曜の午後はギブスを巻く日と決めていたが今はギブスは他の日に巻き、木曜の午後は休診にして好きな事をして快適な一週間を過ごしている。お前もやってみないかのおおせ、びっくりしたなあもう。当時は月～土曜日はフルに働き休診は日曜日だけが金科玉条でありました。それをあの男、さっぱりはしていたが真面目・実直がとりえの彼がいつも簡単にくつがえそうとは。これはまさに天下の一大事であったのです。何日かが過ぎていきました。この間に彼の言葉が私の潜在意識にもぐりこんだのでしょうか。2週間ほどして、あれ(!?) これは案外いけるかも。怠け者の私にはピッタリかも。よしやってみようじゃないの。出たとこ賽の目了半勝負、とまではゆきませんが、おっかなビクビク始めてみました。

2ヶ月くらい経って、同好の一人が言いました。「どや、どんな具合や」休診による売り上げ減少のことをたずねられるのは想定内のこと。「まあな、パーセントで言えばひと桁ギリギリってところかな」彼のほっぺたの筋肉がゆるんで行くのが見えました。それを待ってたように同好の侍達は朝からゴルフズボンをはいて診療し、昼めしもそこそこに家を飛び出しお山で棒ふりのお稽古。こうして木曜午後休診は燎原の火のように周南の地の開業医さんにひろがり定着していったのです。私は「元祖木曜午後休診」の名(自称)をほしのままに日を送っていたのであります。…何年経ったでしょうか私の耳に飛び込んで来た情報はT先生とK先生が土曜午後も休診にしたと言うことでした。な、な、なんということ…元祖木曜日休診に何の断りもなく休診をふやすとは。仁義が通らねえ。指の一本もつめてもらわにゃ。こうして私の取った行動とは土曜午後休診の二人の先生に何の断りも

せずに即日即時土曜午後休診に追従決定したのであります。開業医は中々週休三日まではふみ切れません。この働き方、おそらく半永久的なものではないでしょうか。めでたしめでたし。

天国は宇宙服着て宇宙食
手をつなぎ童謡歌へば其処天国
天はしご登るつもりでリハビリす



理事会報告

平成 30 年度 2 月 光市医師会定例理事会

日時 平成 31 年 2 月 12 日 (火) 午後 7 時より午後 8 時 15 分

場所 光市医師会事務局

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

欠席 前田一彦理事、丸岩昌文監事

議題

- I 平成 31 年度光市医療関係事業説明 (光市担当部署)
光市議会議決後、施行 詳細は医師会事務局へ

II 報告事項

1. 周南三市医師会役員会 (12/12) (竹中会長、各理事)
学校健診等、三市の状況を報告、検討
地域医療介護連携システム CoEsse 導入について
2. 第 4 回地域協議会 (12/18)
第 5 回地域協議会 (2/8) (竹中会長、広田副会長)
 - ・ 4 月稼働開始予定だったが、光市立光総合病院新築移転が 5 月にあるため
6 月稼働開始となった
 - ・ 病院の情報提供項目、職種ごとのアクセス権限を提示

- ・公立病院 (光市立光総合病院、光市立大和総合病院、周南市立新南陽市民病院)
 - ・その他の急性期を有する医療機関 (田中病院、黒川病院、梅田病院、みちがみ病院、周南記念病院、光中央病院)
- から、「公的医療機関等 2025 プラン」及び「医療機関 2025 プラン」の今後の方針及び具体的な計画を説明
- (3) 地域医療構想調整会議の協議事項に係る対応について
病床が稼働していない 8 医療機関から、調整会議に出席してもらい、理由、今後の見通しに関する計画を説明する
- (4) 介護医療院への転換に係る支援について
施設基準、人員配置、開設見込みを説明
- (5) 平成 30 年度在宅医療提供体制充実支援事業の取組状況
郡市医師会を主体とした、日常生活圏域単位での在宅医療提供のしくみ作りや在宅医療機関の取り組みを推進する
- ・二次医療圏ごとの協議会の設置
 - ・在宅医療機関と後方支援病院の連携体制の確保
 - ・在宅医療機関相互の連携体制の構築
 - ・不足する地域への在宅医紹介制度の構築
 - ・医師等に対する研修、地域住民に対する普及啓発
4. 第 13 回医療関係団体互例会 (1/5) (竹中会長、広田副会長)
山口県内医療関係者の集い
安倍総理がご臨席
5. 平成 30 年度第 1 回救急医療対策協議会(1/17) (竹中会長)
- (1) 平成 29 年度の受診者状況について
病院群輪番制病院の受診者状況 (休日)
当番日数 71 日 患者数 992 人
- (2) 病院群輪番制病院の受診者状況 (夜間)
当番日数 365 日 患者数 6,309 人
- (3) 小児救急医療拠点病院の受診者状況 (休日)
当番日数 72 日 患者数 61 人
- (4) 小児救急医療拠点病院の受診者状況 (夜間)
当番日数 365 日 患者数 331 人
- (5) 地域での災害医療訓練について (徳山中央病院 山下先生)
災害時には保健所を中心とした二次医療圏単位での医療対応が必要となる。徳山中央病院は災害拠点病院として地域の医療機関、行政、保健所と連携して訓練を行いたい。今年度から開始することとし、3/9(土) 予定したいとのことで協力の依頼があった
6. 医療事故調査担当理事協議会 (2/6) (藤田監事)
医療事故調査制度発足 3 年目での現状報告

山口県では3年間で6件が対象

7. 第18回幼稚園・保育園関係者と園・学校医の集い(1/29) (北川理事)

講師 梅田病院 院長 北川 博之

演題「日本の少子化は、今後どうなるの？」 42人参加

8. 平成30年度第1回周南医療圏地域医療構想調整会議(1/31) (竹中会長)

(1) 平成30年度第2回病床機能検討部会の協議結果

(2) 地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について

・地域医療構想アドバイザーの設置

・都道府県単位の地域医療構想調整会議・広域での調整が必要な事項について協議

(3) 公立病院及びその他の医療機関の具体的対応方針の決定

各病院の2025プランに基づき、2025年に各医療機関が担うべき役割、病床数につき協議

病床数

2025年

光市立光総合 現在210床(急性期163、回復期47) → 左に同じ

光市立大和総合 243床(急性期40、回復期44、慢性期159) → 左に同じ

光中央病院 98床(急性期40、慢性期58) → (急性期20、回復期20、慢性期58)

(4) 協議事項に係る対応

① 病床がすべて稼働していない病棟を有する医療機関：調整会議に出席させ、稼働していない理由、当該病棟の今後の運用見通しの報告を求める

② 新たな増床許可申請を行う医療機関：申請無し

(5) 介護医療院への転換に係る支援について

長期療養のための医療と日常生活の介護を一体的に提供する施設

H30/11/1時点で9施設、562床が開設。介護療養型医療施設からの転換には補助費が交付される。

9. 新光市病院事業改革プラン評価委員会(2/7) (竹中会長)

平成19年12月 総務省：公立病院改革プランを策定するよう要請

平成21年3月光市病院事業改革プランを策定

平成25年度までに両病院の経常収支比率の目標値を達成した

平成27年3月 総務省：新たな公立病院改革プランを策定するよう要請

平成29年3月光市病院事業改革プランを策定、期間はH29年度から

H32年度までの4年間、以下の4つの視点から策定した。

① 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

光市立光総合病院：地域包括ケア病棟の開設、緩和ケア病棟の開設、がん治療の充実

光市立大和総合病院：回復期リハビリテーション病棟の開設、訪問介護、訪問リハの開始、病床再編

② 経営の効率化

光市立光総合病院：民間委託、緩和ケア病棟の開設、経費節減、増患対策、

職員確保

光市立大和総合病院：民間経営手法の導入、業務委託・人件費の適正化、増患対策、職員確保

③ 再編ネットワーク化

平成 22 年に 2 病院の医療機能を分化。

光市立光総合病院：急性期医療、外来医療、透析医療

光市立大和総合病院：慢性期医療、リハビリ、外来医療

④ 経営形態の見直し

地方公営企業法の全部適応を行い 2 病院の機能分化を推進し急速に経営改善の成果が得られた。

10. 第 12 回周南地域休日・夜間こども急病センター運営協議会 (2/7) (広田副会長)

(1) 夜間・休日の患者数

1 日平均 夜間 10 人 休日日中 50 人 前後

ゴールデンウィーク、年末年始は増加 (午前は二診体制)

今年の年末年始はインフルエンザの流行がまだだったので、12 月 30 日～1 月 3 日まで、すべて 100 人を越えなかった。

ちなみに、1 月 13 日 189 人、12 日 160 人、20 日 143 人

10 人以上の待ちが出た際は徳中当直医か待機医が応援に入る

(2) 受診患者の分布

光市からの患者さんの割合 夜間/日中 = 11% / 9%

(3) 患者数の推移

平成 29 年度 夜間：4442 人 日中：4110 人

平成 21 年新型インフルエンザの際は夜間 6699 人、日中 5337 人

(4) 二次救急 (徳中小児科への紹介)

1 日平均 夜間：0.5 件 日中：1.4 件

(5) 今後の問題点

・ 出務医師の高齢化 65 歳で免除の規定を見直す方向で検討

・ 4 月末～5 月の 10 連休の体制

徳中は 5 月 2 日を通常体制で診療するので、こども QQ は夜間のみ午前中は二診で行う

徳山中央病院への直接受診は選定療養費がかかるので、

5 月 2 日の光市休日診療所は広田が担当する

以上を報告した

III 協議、承認事項

1. 第 125 回周南医学会 (光市引き受け) 準備について

(竹中会長)

準備委員会を発足

開催日時：H31 年 10 月 20 日 (日) 会場：光市商工会館 2 階 1

特別講演：山口大学第1外科 濱野 公一教授に依頼済
今後の予定（案）

- 6月 全会員へ開催案内・演題募集を送付
- 8月 全会員へ演題募集（再度）を送付
- 9月 各医師会長に座長のお願いを送付
- 9月 濱野教授に演題タイトル、略歴の問い合わせ
- 10月 前半 医師会長に座長用の抄録を送付
- 10月 前半 全会員にプログラムを送付
- 10月 20日 周南医学会開催
- 10月末 医師会長にお礼の手紙、幹事会議事録を送付
- 10月末 濱野教授にお礼の手紙を送付

2. 会員の異動

田村 勝司先生 A会員 → C会員

3. 事務局備品について

提案通り承認

平成30年度3月 光市医師会定例理事会

日時 平成31年3月12日（火）午後7時より午後8時00分

場所 光市医師会事務局

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

欠席 丸岩昌文監事

議題

I 報告事項

1. 平成30年度地域ケア全体会議（2/15）

（竹中会長）

(1) 都道府県医師会長協議会について

詳細は、日医ニュース No.1378 (2019.2.5) を参照

(2) 風疹対策について

- ・昭和 37 年 (1962 年) 4 月 2 日～昭和 54 年 (1979 年) 4 月 1 日生まれの男性を対象に、H31 年 4 月から風疹抗体検査及び定期予防接種を開始
- ・全国統一の集合契約 (全国知事会と日本医師会)
- ・請求、決済事務代行機関は国保連合会
- ・検査キットにより風疹抗体価の評価が異なるので、各医療機関で要確認

(3) オレンジドクター制度について

- ・やまぐちオレンジドクター：山口県もの忘れ・認知症相談医の呼称
かかりつけ医認知症対応力研修、認知症サポート医養成研修を受けた医師
- ・プレミアムオレンジドクター：日本老年精神医学会、日本認知症学会の専門医、
認知症専門診療 5 年以上の経験をもつ認知症サポート医などを認定
やまぐちオレンジドクターをサポートする役割
- ・山口県公式サイト等で公開し、認知症診療の一助とする

(4) 2019 年 4 月～5 月 10 連休の保険診療について

医師会よりの資料を参照

(5) 外国人医療対策について

- ・オリンピック等、外国人の来日時の医療体制、現場の対応について検討
- ・各種取り組みに関しては、事務局へ

(6) 郡市医師会からの意見、要望

- ・H31 年以降の高齢者肺炎球菌ワクチンの接種について (小野田医師会)
- ・医師会立看護学校の今後について (防府医師会)

4. 平成 30 年度第 2 回山口県医師国保組合通常組合会 (2/21) (竹中会長)

- ・山口県医師国保組合 法令遵守のための実践計画を作成
- ・平成 30 年度事業計画を策定
- ・予算案を策定 高額医療の増加につき、適時検討
詳細は事務局へ

5. 平成 30 年度第 3 回山口県医師連盟執行委員会 (2/21) (竹中会長)

- ・日本医師連盟執行委員会報告
- ・第 25 回参議院選挙について

6. 周南地域職域連携推進協議会 (2/21) (広田副会長)

(1) 周南地域の状況

死因順位 (平成 28 年)

	1 位	2 位	3 位
県内	悪性新生物	心疾患	肺炎
光市	悪性新生物	心疾患	肺炎
	1 位	2 位	3 位

30-39 歲	惡性新生物	自 殺	心 疾 患
40-49 歲	惡性新生物	心疾患	自 殺
50-59 歲	惡性新生物	心疾患	腦血管疾患
60-69 歲	惡性新生物	心疾患	腦血管疾患

(C) 聯成出版

月例報告会

平成 31 年 2 月 26 日 (火)

1. 周南ケアねっとについて

入会・異動会員

異動会員

1 月 1 日付

A 会員→B 会員

兼清外科 兼清照久

A 会員→C 会員

田村医院 田村勝司

退会会員

2 月 12 日付

C 会員 松村壽太郎

1 月休日診療所当番医報告

1 月		内科系	外科系	
	1 (火)	45	15	60
2 (水)	59	27	86	
3 (木)	47	8	55	
6 (日)	55	5	60	
13(日)	79	6	85	
14(月)	56	28	84	
20(日)	38	32	70	
27(日)	54	19	73	
計	433	140	573	

2 月休日診療所当番医報告

2 月		内科系	外科系	
	3 (日)	50	10	60
10(日)	40	16	56	
11(月)	58	12	70	
17(日)	43	2	45	
24(日)	34	4	38	
計	225	44	269	

3 月休日診療所当番医報告

3 月		内科系	外科系	
	3 (日)	34	6	40
10(日)	17	2	19	
17(日)	15	7	22	
21(木)	9	12	21	
24(日)	6	3	9	
31(日)	11	5	16	
計	92	35	127	



☆ これからの行事予定 ☆

4月	9日(火)	理事会
	23日(火)	月例会
5月	14日(火)	理事会
	28日(火)	月例会
	30日(木)	定時総会
6月	2日(火)	第78回山口県臨床外科学会
	11日(火)	理事会
	25日(火)	月例会

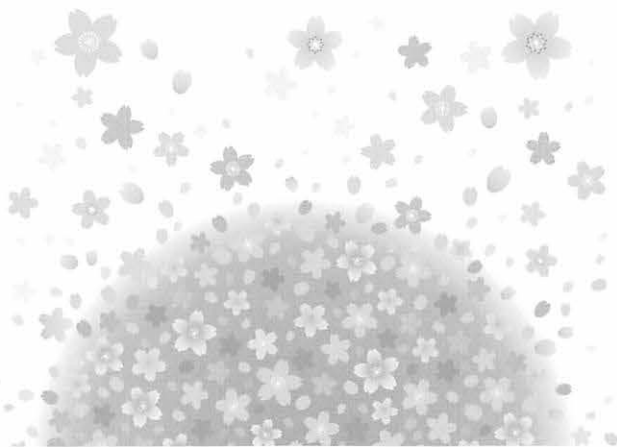
編集後記

基本設計開始から4年余りを経て、光市立光総合病院が竣工しました。平成31年3月24日(日)に完成式典、内覧会が開催されましたので、早速伺いました。

病床数は210床と同じですが、大部屋、個室ともゆったりと設計され外の景色が見えやすくなっていたり、各部屋の入り口に染め紙を加工したシートを貼り付けられていたり随所に工夫が凝らされており、感心いたしました。設計段階での創意工夫がいかんなく発揮された、素晴らしい病院と感じました。

内覧会には予想を上回る2200人強が訪れたそうで、市民の期待と関心が大きいことが示されました。開院は5月1日(水)、外来診療開始は7日(水)です。

(広田 修)



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