

光市医師会報

No.445

(令和元年 秋号)



オシロイバナ

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.445 (令和元年 秋号)

1. 表紙	
2. 学術講演会	
第2回学術講演会	1
第3回学術講演会	8
3. 合同症例検討会	13
4. 岩田小学校 CPR 講習会	18
5. 納涼懇親会	19
6. 理事会報告	21
7. 入退会	33
8. 月例会報告	34
9. 休日診療所	34
10. これからの行事予定	35
11. 緑友会	35
12. 編集後記	36

2019年度 第2回 光市医師会学術講演会

2019年7月23日(火)

19:00~20:10

光商工会館2階 大会議室

情報提供 19:00~19:10

「サムスカ錠」について 大塚製薬株式会社

特別講演 19:10~20:10

「プライマリケアで役立つ心不全診療のポイント」

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 順天堂大学医学部 循環器内科

準教授 末永 裕哉先生



本日は急性心不全治療の世界的な流れ、何に注目されているか、次に腎機能障害合併心不全に対する治療、3つ目は心不全治療でよく突き当たる問題やピットフォールに関するお話をしたいと思います。

心不全で入院される患者さんは、2012年に約21万人であったのが2016年には約26万人に増加しています。同年に心筋梗塞で入院した患者さんは約7万人なので、3倍以上の患者さんが心不全で入院しています。また、2007年から2015年にかけて患者さんはどんどん高齢化して、かつ女性の患者さんの率が上がっています(図1)。今までは左室の動きが落ちている状態を心不全と考えていましたが、エコー上動きが落ちていない心不全もおおよそ1:1で存在し、その予後は同じです。さらに再入院率はこの9年間で、30日以内では4.8%→5.4%、1年以内では23.6%→26.2%と、いろいろなお薬が出てあまり変わらないことがわかります。

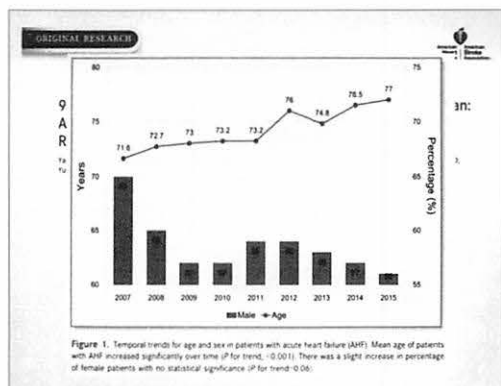


図1

昨年、心不全ガイドラインの改訂版が発表され、『急性・慢性心不全診療ガイドライン (http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.pdf): 以下GL2017』とタイトルも改められました。これは心不全は「急性」、「慢性」が別々に存在しているのではなくて、急性⇔慢性を繰り返す「一つの流れ」であることから付けられました。その中で急性心不全の治療に目を向けますと、最初の10分以内、次の60分以内、その次の60分

以内、の様に時間を区切って何をすべきかが記載されています(図2)。前向き研究としてデザインされた REALITY - AHF (https://www.ebm-library.jp/circ/trial/doc/c2005862.html) では、救急搬送から60分未満にフロセミドが投与された早期治療群481例と60分以上越えて投与された非早期治療群810例を比較しますと、早期治療群は他の交絡因子に独立して有意に院内死亡率が低値であったとの結果を得ました(図3)。このことから、できるだけうっ血時間を短くし、早期に治療することが重要である(GL 2017 P83)と記載されています。ただ、闇雲にフロセミドを静注すれば良いのではなく、きちんと診断をして、うっ血があって体液ボリュームが多

いのであれば時間をおかずに治療をすることが大事であるとのメッセージであると受け取っていただければ良いと思います。

次に、腎機能障害合併心不全に対する治療のお話をします。eGFR60以下を腎不全と定義するならば、心不全入院患者さんの約半分くらいは定義に当てはまります。急性心不全でメイヨークリニックに入院した患者さんのデータでも6割くらいがステージIII以上となっており(図4)、他のいろいろな研究でメタ解析を行ないますと院内死亡率は2.39倍悪いとされています。日本人のデータでも、多変量で補正するとやはり2.36倍悪いとの結果が出ており、さらに年齢やEFなどすべてのサブグループで腎不全は予後を悪くします(図5)。

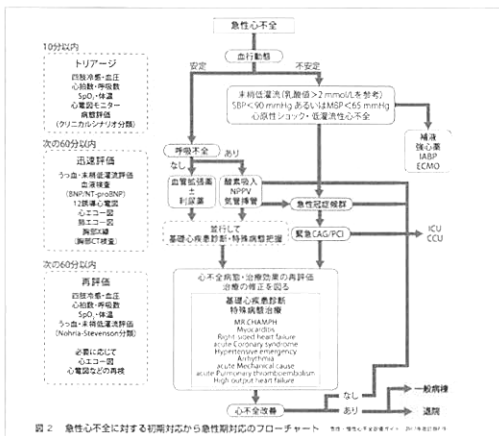


図2

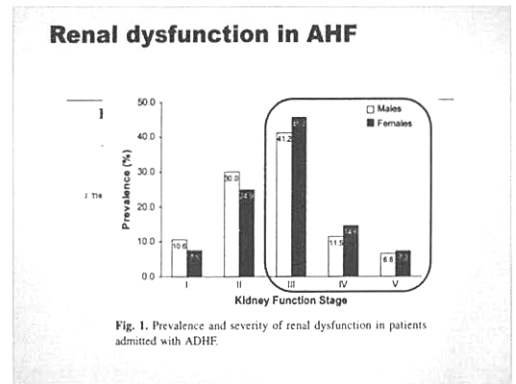


図4

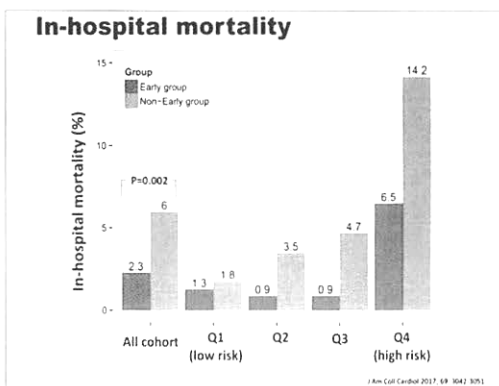


図3

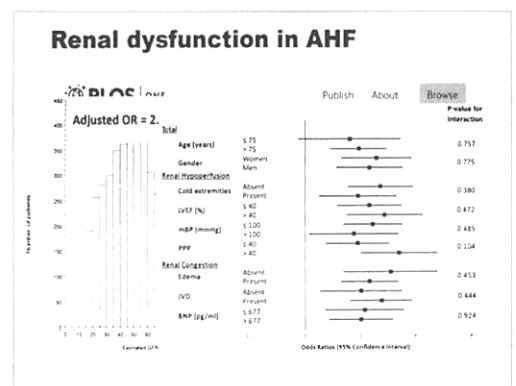


図5

2011年のGLでは、腎機能障害合併心不全に対してカルペリチド（ハンブ）はクラスII b、レベルBで推奨されていました。ただ、この薬剤はほとんど日本でしか使われていません。「カルペリチドは肺毛細管圧を低下して心拍出量を増加させるが心拍数を増加させない」や、「無作為割付比較試験でカルペリチド投与群の方が、死亡あるいは再入院件数が少なかった」などの論文があります。しかし現場での感覚としてそんなに効果があるのか疑問に思っていたところ、3病院で48時間以内にカルペリチドを使用した患者さん1,038人を後ろ向きに検討した研究ではカルペリチドを使用した方が院内死亡が2.13倍多いという結果となりました（図6、<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25999241>）。

DPCを利用した検討でも、「重症例への投与が多く高額のため予後改善、コスト軽減効果は明らかではない」と指摘されており、「急性心不全におけるカルペリチド投与については、適応患者の選択が重要である」とされています（[https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(17\)30779-9/abstract](https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(17)30779-9/abstract)）。以上より現在のGLではカルペリチドは腎不全合併心不全の治療としての記載は無くなっ

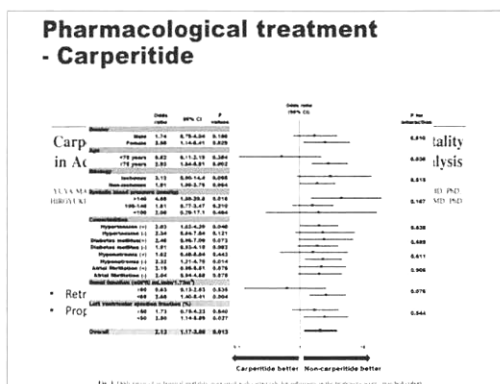


図6

ています（GL2017 P87）が、カルペリチドが全くダメなのではなく、今でも半分くらいの急性心不全患者さんに使っており、ほとんど日本でしか使われていないことからこの薬剤をどのような患者さんに使えば良いのか、我々がきちんとしたデザインの研究を進めるべきと考えています。

では、我々はどのように治療すれば良いのでしょうか？ 利尿薬にはループ利尿薬やサイアザイド系利尿薬など多くが存在します。2010年にトルバプタン（サムスカ）が上市されました。バゾプレシン（V）は心不全の時に多く分泌されるホルモンで、Vは腎臓の集合管においてバゾプレシン2レセプター（V2R）に結合し、アキアポリン2チャンネル（AQP2）に作用して水分を再吸収します。心不全の際は基本的に水分過多なので、Vの分泌亢進によって心不全に悪影響を来します。トルバプタンはV2Rに結合することで再吸収を阻害し、水分を排泄させます（図7）。フロセミドに比べますと、トルバプタンは血管内脱水を起こさないこと、腎血流を落とさないことが幾つかの研究で示され（図8）、我々は腎不全合併心不全に良いのではないかと考えました。後ろ向き研究の結果、トルバプタンを併用した群が24時間、48時

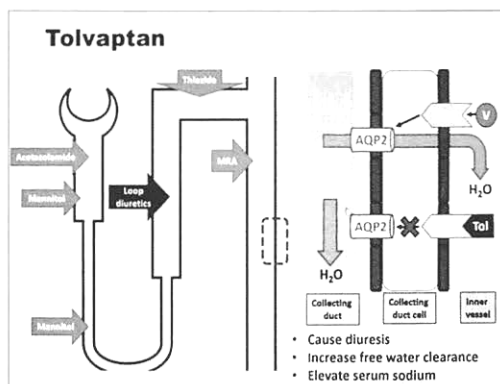


図7

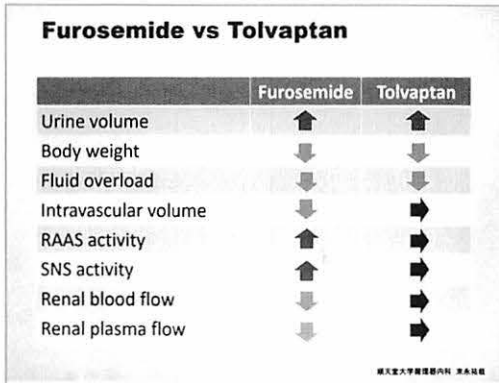


図 8

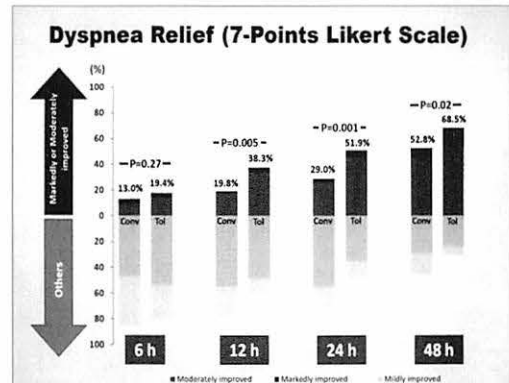


図 10

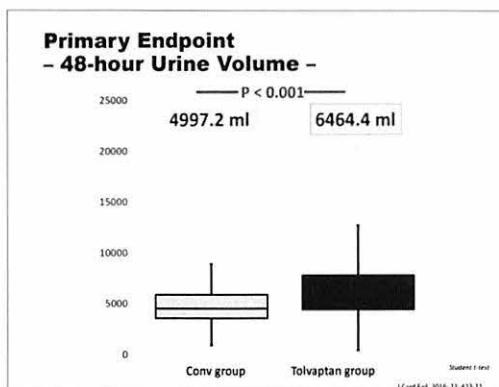


図 9

DO #1 心房細動のスクリーニング

- 心房細動の心電図の読み方=P波が全て！
- P波はII誘導とV1誘導で一番見つけやすい

図 11

間共に有意に尿量が多く、フロセミドが少ない傾向にありました。次に前向きの研究 (AQUAMARINE Study <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048511>) として、19 施設によるランダム化比較試験で、急性心不全で来院した患者さんのうち、eGFR が 15 ~ 60 の腎障害を持つ患者さんを従来の治療にトルバプタン併用群 108 例、非併用群 109 例に分けて比較しました。一次エンドポイントは来院後 48 時間の尿量で比較しました。結果は併用群が有意に尿量が多い結果となりました (図 9)。呼吸苦の改善についても、6 時間の時点では有意差はありませんでしたが、12 時間を越えると併用群が有意に改善していました (図 10)。また、フロセミドの使用量は併用群で有意に少なく、体重も有意に減少

していました。以上より、GL2017 ではトルバプタンはフロセミドをはじめとする他の利尿薬で効果不十分な場合、クラス II a、レベル A で推奨されており (P87)、実際我々もそのように使っています。

最後にプライマリケアにおける心不全治療について 3 つの Do、2 つの Don't についてお話したいと思います。

Do # 1 は「心房細動のスクリーニング」です。心不全の患者さんを見たときに、常に心房細動を頭においてください。実際、1,737 人の新規心房細動患者を前向きに追うと、37% が心不全を合併するようになり、また、1,166 人の新規心不全患者を追うと、57% が心房細動をそのうち合併してきます。聴診で心音が規則正しければ、だいたい洞調律で良いと思いますが、不規

DO #2 心房細動に対する抗凝固療法の検討

DOAC	禁忌	減量基準
ワーファリン	(透析患者) -	
フラゼキサ (ダビガトラン)	Ccr<30	<ul style="list-style-type: none"> ・Cr50未満(考慮) ・P糖蛋白阻害剤(考慮) ・アミロダロン併用
イグザレルト (リバーロキサパン)	Ccr<15	<ul style="list-style-type: none"> ・出血リスク高い(70歳以上、消化管出血の既往)(考慮) ・Cr50未満 ・クラリスロマイシン・エリスロマイシン、フルコナゾール
エリクユース (アピキサパン)	Ccr<15	<ul style="list-style-type: none"> ・①80歳以上②クレアチニン1.5以上③体重60kg以下のうち2項目以上満たす ・イトラコナゾール・ボリコナゾール・リトナビル併用
リクシアナ (エドキサパン)	Ccr<15	<ul style="list-style-type: none"> ・①Cr50未満②P糖蛋白阻害剤③体重60kg以下、のうち1つに該当

- ✓腎機能(Ccr50以下・クレアチニン1.5以上かどうか)
- ✓年齢(80歳以上かどうか)
- ✓体重(60kg以下かどうか)

図 15

けません。P糖蛋白阻害剤としてはベラパミル、アミオダロン、クラリスロマイシンなどがあります。

Do # 3 はジゴキシンのお話です。今でも心不全に用いられるお薬ですが、エビデンスとしては、再入院率を下げる効果はありますが、死亡率を下げることはありません。さらに血中濃度を測定する薬剤で、多くの医療機関では2.0 ng/ml を正常域として含めていますが、1.2 ng/ml 以上の高用量になるとプラセボより予後が悪いことが示されており(図 16)、値を確認する際は注意が必要です。また、ジゴキシ中毒は血中濃度とは必ずしも相関しないので、患者さんの訴える症状から中毒の可能性を常に考えることが大事です(図 17)。

最後に避けたほうが良い方向のお話です。心不全に対して避けるべき薬剤です(図 18)。

Don't # 1 グリタゾン(ピオグリタゾン)は心不全を2.1倍、さらに年齢が1歳上がるごとに10%増加させることがわかっていますので、心不全患者さんへの新規導入は禁忌で、すでに投与されている患者さんでも年齢に注意が必要です。

Don't # 2 NSAIDs は、ほとんどの薬剤で死亡リスク(図 19)、再入院リスクを

上昇させることが示されていますので、できれば使わないことが望ましく、使うなら低用量のナイキサンを使いましょう。

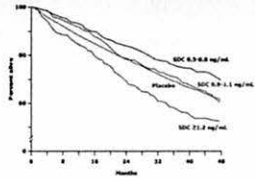
Don't # 3 心不全治療薬の減量のお話です。今年出たTRED-HF研究では([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32484-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32484-X/fulltext)) 減量に伴い各種のマーカーが悪化したことが示され(図 20)、薬剤による副作用でもない限り、心不全が良くなっていたとしても減量しないほうが良いという結論でした。

当初にお話したように心不全の患者さんはすごい人数が存在しますので、すべてを大学などの専門病院で診ることは不可能です。今回の様な機会を通じてプライマリケアの先生方と協力しての診療体制を築くことが重要と考えます。



Do #3 ジゴキシン血中濃度測定

Serum digoxin in HF is correlated with survival



Among 3782 patients with heart failure (HF) receiving digoxin or placebo in the DIG trial, there was a significant association between serum digoxin concentration (SDC) and all-cause mortality. Compared with placebo, survival was significantly better for patients with SDC 0.5 to 0.8 ng/mL, and significantly worse for patients with SDC 2.1-2 ng/mL.

図 16

DON'T #2 NSAIDs

107,092人の入院心不全患者

死リスク

Rofecoxib any dose
≤25 mg/d
>25 mg/d

Celecoxib any dose
≤200 mg/d
>200 mg/d

Diclofenac any dose
≤100 mg/d
>100 mg/d

Roipirofen any dose
≤1200 mg/d
>1200 mg/d

Naproxen any dose
≤500 mg/d
>500 mg/d

Other NSAIDs

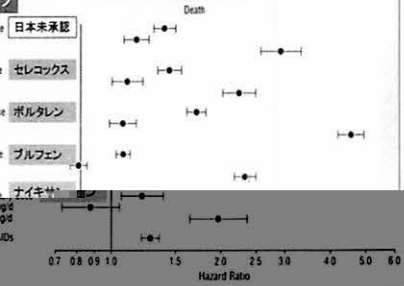


図 19

Do #3 ジゴキシン血中濃度測定

ジゴキシン中毒

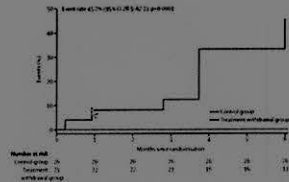
- 房室ブロック
- 消化器症状(嘔気・嘔吐、食思不振、腹痛)
- 神経症状(精神状態の変容、混乱、意欲低下)
- 眼症状(色視症、特に黄視症)

血中ジゴキシン濃度と「必ずしも」相関しない

なので、ジゴキシンを内服している患者さんを診る時は
その可能性を常に考える事が大事。

図 17

TRED-HF



50人のwithdrawalを開始した患者のうち...

- 20人(40%)がprimary endpointを満たし
- 25人(50%)に治療が再導入され
- 34人(68%)がLVEF 3%以上の低下をきたした

図 20

DON'T #1 心不全に対して避けるべき薬剤

- ✓チアゾリジンジオン(グリタゾン)
- ✓NSAIDs
- ✓ACE-I+ARB+ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬(スピロラクトン、エプレレノン)

徳川大学循環器内科 高木 隆雄

図 18



2019年度 第3回 光市医師会学術講演会

2019年8月27日(火)

19:00~20:00

光商工会館2階 大会議室

講演 19:00~20:00

「医療安全について～人は誰でも間違える～」

座長 光市立光総合病院 消化器内科

部長 谷川 幸司先生



演者 光市立光総合病院

看護部 山下 彩希里先生



本日は医療安全の基本的なことをお話して、その後でヒューマンエラーについてお話して行きたいと思います。

「医療安全」は当初は組織(病院)のリスクマネジメントとしてスタートしました。守りたいものは組織もしくは組織の財産で、医療事故や紛争を起こさないための方策とともに、起きた場合の対応策に取り組むことから始まっています。しかしい

ろな事故を経験するうちに、事故が起こってからの対策ではなく、医療の質を上げて事故を未然に防ぐことが最も効果的なリスクマネジメントであるという認識が広がり、守りたいものは組織ではなく患者さんの命や健康であるという点で病院側と患者さん側の利害が一致するようになりました(図1)。

1990年代は医療事故は「あってはならないこと」で、事故は個人個人の不注意によるものであり、叱責したり懲罰を与えて一件落着の状況であったため、事故が一向に減らないだけでなく、重大事故も起きていました。日本で患者取り違え手術事件や、消毒薬の誤注射事件が起こった1999年、アメリカで、「TO ERR IS HUMAN」(邦題:人は誰でも間違える)という書籍が発表されました。これ以降、医療事故は「起こりうること」で個人の力では防ぐことは不可能で、組織全体のあり方を改善しなければ、事故は防止できないという考え方が主流になりました(図2)。

エラー発生時の仕組みとして、「スイスチーズモデル」が有名です(図3)。スイスチーズには独特の穴が空いています(<https://ja.wikipedia.org/wiki/スイスチーズ>)。一般的に、一つエラーが起こっても、それがそのまま事故に直結しない様、多重の防護壁が展開されています。しかしそのその防護壁にはスイスチーズの様に大小様々な穴が空いており、それが何かの条件でたまたま穴の位置が一致した時にエラーが起こる、という考え方です。医療事故が発生した時には、何が起こったか把握することから始めて、何が起こったか、どうすれば良いのか、対策は何か、といった原因志向の考え方でそれぞれの穴を小さくする努力が必要となります。医療安全におけるPDCAサ

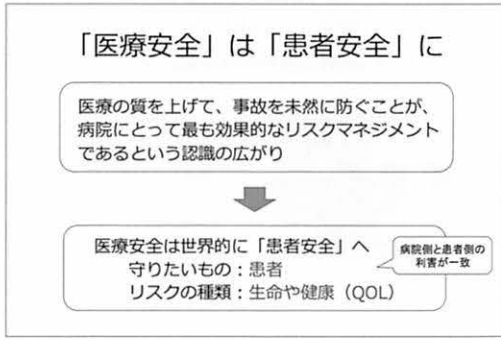


図 1

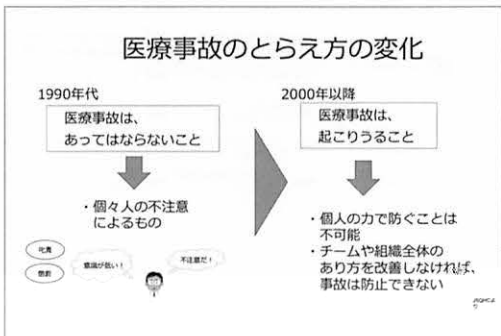


図 2

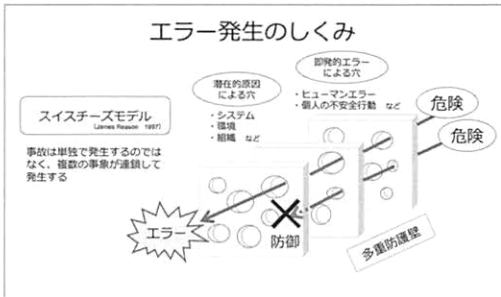


図 3

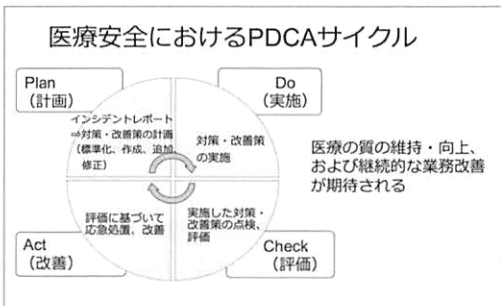


図 4

イクルです (図 4)。このサイクルが有効に回することで、医療の質の維持・向上、及び継続的な業務改善が期待できます。

ここからは「なぜ、人は間違えるのか」というお話をしていきます。

ヒューマンエラーとは、「意図した行動が意図しない結果を生じる人間の行為」とされています (図 5)。自治医科大学の河野先生は、「人間の生まれながらに持つ特性と人間を取り巻く環境により決定された行動のうち、ある期待された範囲から逸脱したもの」と述べています。このうち環境は改善の余地がありますが、人間の特性を改善することは難しいため、この特性を理解するところから始める必要があります。

ヒューマンエラーの発生には、①人間の生理的・身体的特性、②認知・行動特性、③社会心理学的特性が影響を及ぼすと考えられています。

①には (図 6) のようなものがあります。②人間の情報処理の各段階でエラーが発生します (図 7)。

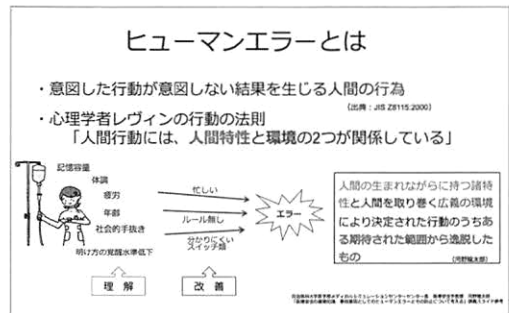


図 5

知覚の段階でのミスは認知ミスです。要因としては、騒音が酷い、薄暗いなどの劣悪な環境、疲労などがあります。人間の視覚の注意力には限界があり、一つのことに集中すると、見えていても見えていない、見ようとするものしか見えていないことがあります。また聴覚では期待聴取 (Wishful

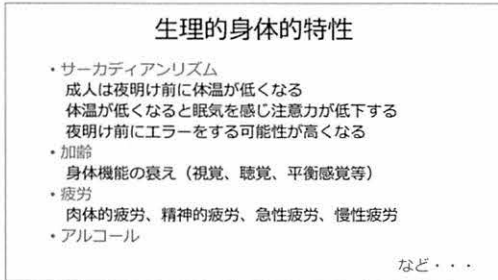


図 6



図 8



図 7

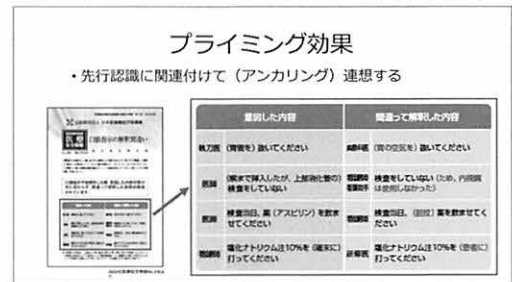


図 9

hearing)、聞きたい言葉を待っていると、聞きたい言葉に聞こえてしまう特性があります。

(<https://www.facebook.com/anzeniseikyoku/posts/515942895109586:0>)

(図 8) のようなことが起こりうるので、患者さんにはお名前をフルネームで名乗っていただきます。

先行する情報に判断が影響する現象をプライミング効果といいます。日本医療評価機構が出している医療安全情報に口頭指示の解釈間違いの事例が載っています (図 9、http://www.med-safe.jp/pdf/report_2018_3_R002.pdf)。人によって見え方、聴こえ方が違うことに留意し、誤解を与えない伝え方をするように注意しましょう。

次は判断ミスのお話です。この要因としては、速い思考、思い込み、他業務の割り込み、忘却、固定観念などがあります (図 7)。

人間の思考には二つのシステムがあります (図 10)。速い思考は脳の省エネモードの様なもので、何回も同じことを経験しますと中間をバイパスして近道を作ってしまう様なものです。速い思考に基く行為が多いと、誤判断や事故につながります。医療現場では速い思考に伴う行為が多いと思われるので、要注意です。

動作ミスは行動の段階のミスで、慣れやクセ、不器用などから起こります (図 7)。今回、会場で急速反復書字 (図 11) をやっていただきました。どんなに注意していても、やり慣れたことでも、人間の特性からエラーは起こってしまいます。その特性を知った上で、エラーが起こりやすい状況を予測しながら業務を行い、気づきを発信しやすく、かつそれを受け入れる環境を作ることが重要です。

③社会心理学的特性には (図 12) のようなものがあります。「権威勾配」は上下関係から起こるエラーで、結果的に被害を被

人間の思考過程の特性

- 人の認知や思考には二つのシステムがある

速い思考 (システム1)

- 自動的に、努力なしに、すぐに働く思考
- ぱっと見、ちょっと膝で頭に浮かんでくる考え
- 置かれた環境、自分の経験、直前の行為などに左右される

遅い思考 (システム2)

- 周囲の状況・知識などから導き出される時間のかかる思考
- 意識して、努力して発動させないと、働かない思考

ダニエル・カーネマン「思考の両システム」

医療現場では速い思考に伴う行為が多い

速い思考に基づく行動が多いと、誤判断や事故につながる

図 10

ダブルチェックの方法

1人ダブルチェック

- 1人連続型：1人が連続して確認する
- 1人時間差型：1人が1回目と2回目の確認作業に時間を空ける
- 1人双方向型：1人が1回目と2回目で確認する方向を逆にする（1回目は処方箋から薬剤、2回目は薬剤から処方箋など）

図 14

急速反復書字 (Rapid Repeated Writing:RRW)

- 「お」を書くための運動記憶が活性化すると、同時に、それとリンクしている他の複数の運動記憶（「あ」「む」「す」「み」など）も活性化する
- 他の文字を書く運動記憶を抑制できないと、「お」以外の文字を書いてしまうことになる

図 11

ダブルチェックの方法

2人ダブルチェック

- 2人連続型：2人が連続して同じ方向で1回ずつ確認する
- 2人連続双方向型：1人が確認した後2人目が逆方向で確認する
- 2人同時双方向型：最初は1人目が処方箋を読み2人目が薬剤、次に2人目が処方箋を読み1人目が処方箋を確認する

図 15

社会心理学的特性

- 権威勾配
 - 人は権威を持った人に弱く、意見したり間違いを指摘したりできない
- 社会的手抜き
 - リングルマン効果（綱引き実験、拍手実験）
- 集団気遣
 - 皆と違う意見の時、自分の意見は封印する傾向、自分達のやるだけが唯一正しいと過信して愚かな意思決定をする
- リスキーシフト
 - 集団では個人の責任が分散されるため、「赤信号、みんなで渡れば怖くない」と集団で突き進む

など・・・

図 12

ダブルチェック

医療従事者A
100回に1回エラー

×

医療従事者B
100回に1回エラー

エラーの頻度 = 1/100 × 1/100
= 1/10,000

10000回に1回エラー → エラーの頻度が低下!!

- 権威勾配
 - ベテランのAさんが言うことだから、間違いはないだろう、先輩のBさん、間違ってるけど言えない・・・
- 社会的手抜き
 - (無意識) 私が全て確認しなくても、他の人が確認するから大丈夫だろう

ダブルチェックしたのに間違えた!

図 13

るのは患者さんです。規律は必要ですが、先輩側から「自分も間違えることがあるから、気付いたら教えて欲しい」と普段から伝えることで指摘しやすい職場の雰囲気をつくる必要があります。

「社会的手抜き」とは、集団で作業をする場合に、個人で作業をした場合に比べて一人一人の能力が低下する状態です。リングルマンやラタネの実験がよく知られています (<https://ja.wikipedia.org/wiki/> 社会的手抜き)。権威勾配や社会的手抜きが関連しますと、本来エラー頻度が低下するはずのダブルチェックの精度が逆に下がってしまいます (図 13)。さらにチェックの人数を3人、4人と増やすと精度はさらに下がりますので、ダブルチェックの方法も工夫が必要です (図 14、15)。二人ダブルチェックを行う際は、二人目の作業を中断させてチェックに従事させるため元の作業に戻る時にエラーを起こしかねませんので、すべての物事でダブルチェックを行う

のではなく、項目を限定して行うのが良いと思います。ダブルチェックの際は、チェックをする人がお互いに独立している、お互いが100%の力でチェックする、チェックする人がチェックできる能力を備えている、が条件として必要です（図16）。誤薬防止のための6Rの中で、表層チェックの部分は処方箋に書いてある内容をそのままチェックすれば良いのですが、論理・文脈チェックの部分は新人さんなどチェックする能力がない相手にチェックさせるとエラーが生じますので、要注意です。

人がいつも行っている行動は自動化されており、考えなくても勝手に進んでしまいます。「思い込み」とは、視覚や聴覚から認知した一部の情報から想像・連想したものを、現実を得た情報として誤認しているエラーです。これを起こさないためには、姓名、薬品名、物品名の一部ではなく全体を指差し呼称すると良いと思います（図17）。指差し呼称はエラーを約6分の1に減らせることがわかっていますので、新人の頃から習慣づけることが重要で、ダブルチェックを行う際にも指差し呼称は効果的です。

「間違える」人間が、不安定な患者さんに行う危険な行為が医療です。ルールを作って守らせようとする事故対策は後ろ向きで、限界があります（図18）。前向きな医療安全対策を推進するためには、人間の特性を知って、気づきを発信しあってお互いに補い合えるチームを作って頂きたいと考えます。

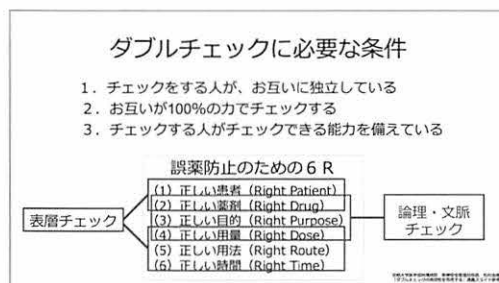


図 16



図 17

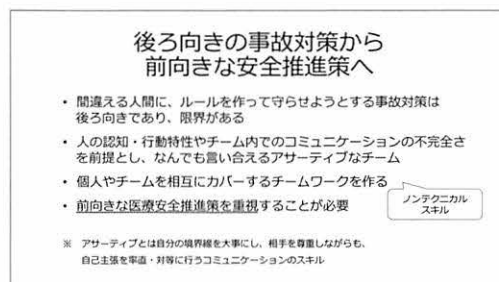


図 18

第28回光市医師会・光市立病院 合同症例検討会

日時 2019年9月3日(火)

会場 光市立光総合病院 1F 講堂

(1) 皮下埋め込み型中心静脈ポート (CVP) の活用

光市立光総合病院

折田 雅彦



CVPは本来化学療法を目的として留置しますが、対象となる患者さんは根治が困難な進行・再発癌であることが少なくありません。2007年に導入移行、2019年6月までの12年間で167例にCVPの留置を行いました。今回、終末期ケアまでを見据えた継ぎ目のない緩和ケアを提供することに資する目的で、最短経過観察期間が2年以上の2016年に留置した20例を対象に、CVP留置後の経過をまとめました。

CVPは鎖骨下静脈を第一選択にして、皮下に埋め込みます(図1)。ヒューバー針を用いて、2000回ほど穿刺が可能です。患者背景です(図2)。化学療法が主目的ですが、腸管の通過障害がある患者さんでは当初から栄養管理目的で施行することもあります。結果を示します(生存例;図3、死亡例;図4、図5)。メリットとしては、(図6)が挙げられます。長期留置が可能で、感染の可能性が格段に低く、確実に中心静脈にアクセスできることで経口摂取が不可能になっても在宅管理が可能です。デメリット

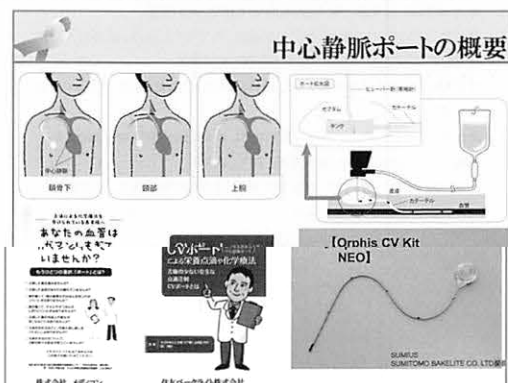


図1

結果①(全症例)

【性別】 男性:14例 女性:6例	【年齢】 48~81歳 平均:67.5歳 中央値:70歳	【原疾患】 食道癌:2例 胃癌:3例 大腸癌:12例 膵臓癌:1例 乳癌:2例
【留置目的】 化学療法:16例 化学療法+TPN:2例 TPN:2例	【予後】 生存:10例 死亡:10例	→:7例 →:13例

図2

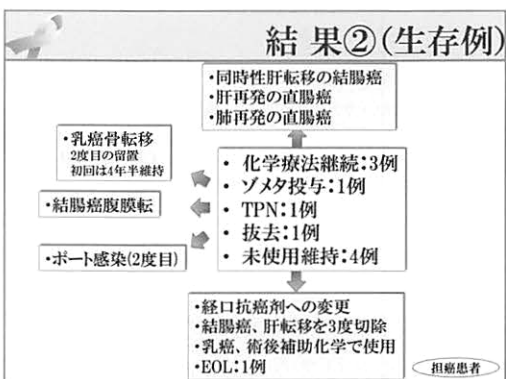


図3

結果 ③(死亡例)	
1.	直腸癌再発で化学療法、他癌で他院で癌死。詳細不明。
2.	胃癌。非手術。EOLで使用。持続鎮静。
3.	結腸癌肺転移。化学療法継続中にCPAで搬入。
4.	直腸癌同時性肝転移。非手術。2年4ヶ月留置。転院後、吐血による急変。
5.	胃癌・直腸癌。非切除で化学療法。EOLで使用。持続鎮静。
6.	食道癌。TPN目的で留置も、後に化学療法、在宅TPNに使用。最後の入院時に皮膚転移による感染で抜去。CVカテ留置し持続鎮静。
7.	胃癌再発。発熱性好中球減少症に伴う感染のため早期に抜去。CVカテ留置し持続鎮静。
8.	食道癌・胃癌重複癌。TPN+化学療法目的。終末期せん妄に対し持続鎮静。
9.	膵臓癌。在宅緩和(往診、訪問看護、TPN、看取り)
10.	胃癌。経口摂取困難。TPN+術前化学療法、その後切除可能に。持続鎮静。

図 4

結果 ③(死亡例)	
【持続鎮静あり】6例	<ul style="list-style-type: none"> ・オピオイド単独:3例 <small>(ポート以外からの投与3例)</small> ・オピオイド+ミダゾラム:3例
【持続鎮静なし】4例	<ul style="list-style-type: none"> ・転院により不明:1例 ・CPA:1例 ・吐血による急変:1例 ・在宅:1例
【在宅緩和】2例	<ul style="list-style-type: none"> ・食道癌、TPN(症例6) ・膵臓癌、TPN、訪問看護、看取り(症例9)

図 5

考察 (メリット)	
【メリット】	<ul style="list-style-type: none"> ・末梢静脈確保に伴う苦痛の回避(患者、スタッフ双方にメリット) ・静脈炎、点滴漏れの回避(特に抗がん剤、急速注入造影剤) ・抗がん剤、造影剤の確実・安全な投与 ・確実な中心静脈へのアクセス ・いつでも、どこでも、誰にでも ・長期留置が可能(年単位) ・長期留置でもCVカテーテルに比べ、感染の可能性が格段に低い ・抜き刺し可能(間歇的投与) ・ルートからの解放という、逆説的なメリット(入浴、外出、移動・・・) ・経口摂取が不可能になっても在宅が可能

図 6

は急性期は気胸や動脈穿刺など、通常のCVカテーテルとリスクは変わらず、長期になりますと感染症や血栓症など合併症の他に、緩和ケア状態に至りますと本来ならば投与カロリーを制限する方が患者さんにとってメリットになることもあるのですが、立て

ないなどの理由でCVPがあるために安易に高カロリー輸液になってしまうことがあり、反省が必要です。CVPは終末期における処置に際して考慮すべき条件の、全てを満たすと考えられます(図7)。がんには3つのBad newsがあるとされています。一つ目はがんと診断された時、二つ目は再発した時、三つ目は積極的治療をやめようとする時です。二つ目までは当初から頭の片隅にあることかもしれませんが、三つ目は患者さんにとって大きなショックを受ける知らせでしょう。CVPはこの二つ目と三つ目を結ぶ支えの一つになる可能性があると考えています。結語を示します(図8)。

考察 (評価と課題)	
・	終末期における侵襲的処置に際して考慮すべき条件として、①低侵襲であること、②効果発現が早いこと、③十分な効果持続時間があること、が挙げられるが、CVport留置はそれらの要件全てを満たすものと思われる。
・	3つのbad newsの2つ目と3つ目を結ぶ難しさ、そこでの患者の支えの一つになる可能性がCVportにはあると思われた。
・	今回検討は行わなかったが、高カロリー輸液が比較的終末期まで漫然と投与されている可能性があった。
・	CVport、CVcatheterの非留置群との比較検討が必要。

図 7

結語	
○	血管確保の必要性が高まった際に、それが困難になることは緩和ケアにおいても一つの障害となる。
○	特に経口摂取が困難な時期が長期に及ぶ可能性がある消化器癌においては、安定的な静脈路の確保は医療者、患者、双方においてメリットがある。
○	例数は少なかったが、患肢が使い難い乳癌患者にもメリットが大きいと思われた。
○	抗癌治療からのシームレスな緩和ケアという前提に立てば、早期のCVportの留置は、緩和ケアにおいて一つの選択肢になり得ると思われた。

図 8

(2) 大腸 CT 検査で発見された大腸癌の症例
光市立光総合病院

岩本早耶香



大腸 CT はマルチスライス CT を利用した大腸の検査法で、大腸内視鏡や注腸造影検査のような画像を作成することができます(図9)。当院では(図10)のような方法で施行しています。60歳男性症例の大腸 CT と内視鏡像を示します(図11)。(図12)のような利点がありますが、(図13)のような欠点もあります。平坦型の腫瘍の検出感度が低いことは問題です。私が考える運用方法を示します(図14)。癒着や痛みで内視鏡が入らない患者さんは、その日のうちに大腸 CT 検査に切り替えることができます。また、高齢者などで、大きな異常がなければいいと言われ、かつカメラはやりたくないと言われる方には良い適応かと思えます。また、検査をしていますと手術適応のある進行癌が見つかる場合があり、そういった場合今までは注腸造影を追加していたのですが、その日の内に大腸 CT を撮れば下剤を飲む回数も減りますし、より詳細な画像を得ることができますので、注腸造影の代わりになると思います。

大腸CTとは

マルチスライス CT を利用した大腸の検査法。大腸内視鏡検査のように内視鏡を入れたり、注腸 X 線検査のように肛門からバリウムを注入して、X 線写真を撮ったかのように調べることができる。

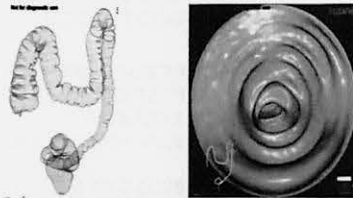


図 9

当院での検査方法

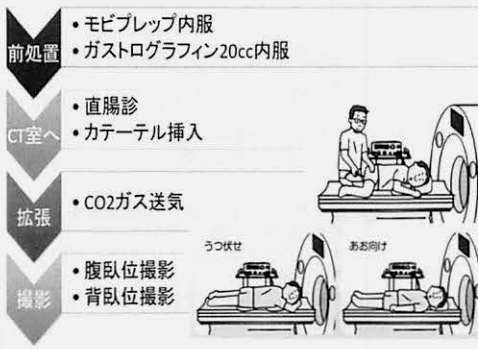


図 10

VEと内視鏡像比較

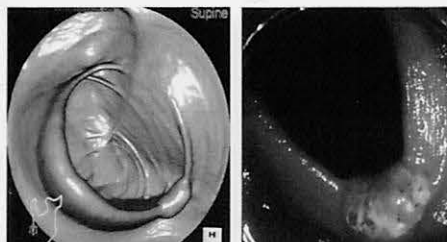


図 11

大腸CTの利点

全処置	<ul style="list-style-type: none"> 抗凝固剤、抗血小板薬を中止する必要がない
検査自体	<ul style="list-style-type: none"> 穿孔などの重篤な合併症が少な 検査時の苦痛が少ない 検査者の修練があまり必要ない
診断	<ul style="list-style-type: none"> ポリープの発見率は内視鏡検査と変わらない (内視鏡検査でも見落とし率5%) 腸管外の病変の評価可能 内視鏡が通過しない場合でも近位腸管観察可能 挿入困難症例に適応できる

図 12

当院での現在の運用例

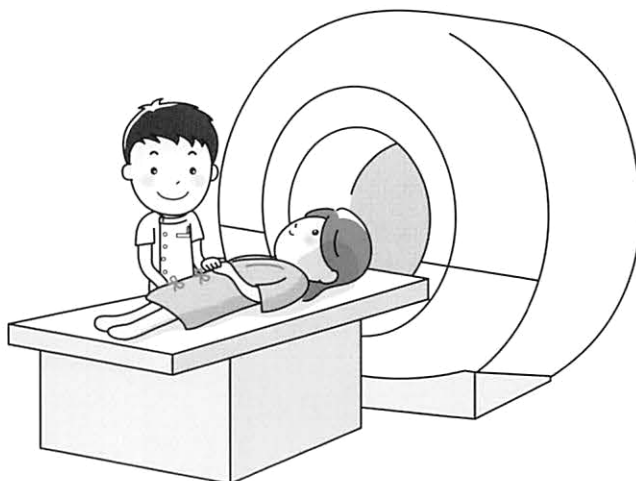
内視鏡挿入困難症例(癒着や痛み)
 高齢者での粗大病変の確認(かつ内視鏡検査抵抗例)
 大腸がん症例での注腸造影の代わり

図 14

大腸CTの欠点

全処置	<ul style="list-style-type: none"> 全処置が必要(当院で内視鏡全処置と同等) ヨードアレルギーのリスク(ヨード造影剤内服)
検査自体	<ul style="list-style-type: none"> 腸管拡張時の腹部膨満感 少ない線量の医療被曝
診断	<ul style="list-style-type: none"> 病変があった場合は後日、内視鏡検査 病理学的確定診断ができない 側方進展型大腸腫瘍など平坦型の腫瘍での精度が低い 前処置や拡張不良だと精度が低下する 読影...

図 13



(3) 抗凝固剤非投与下でCTにより血栓を経時的に観察した中心静脈カテーテルに関連した下大静脈の感染性血栓性静脈炎の一例

光市立光総合病院

松尾 清弘



患者さんは81歳の女性、主訴は発熱精査および全身管理目的の入院です(図15)。入院時、中心静脈刺入部は軽度の発赤を認めていましたが、痂皮化状態でした。入院時検査としては血栓性素因は認めておりません(図16)。胸部X線、胸部CT、心エコー等も明らかな異常所見は認めませんでした。骨盤～腹部CTでは、中心静脈カテーテルが留置された右大腿静脈から腎静脈合流部の下大静脈にかけて、またカテーテル留置とは関係ない総腸骨静脈にかけて内腔の陰影欠損とリング状の造影効果を認め、静脈血栓症と診断しました(図17)。血栓は画像上14病日には退縮し、肺血栓は起こしませんでした。考察を示します(図18)。

81歳、女性

【主訴】精査

【既往歴】46歳:子宮癌で子宮全摘
49歳:右大腿骨頸部骨折(骨接合術)

【家族歴】特記事項なし

【生活習慣】喫煙歴なし、飲酒歴なし

【現病歴】
長期臥床の状態です精神科病院に入院中、下部食道の出血による吐血により右大腿静脈から中心静脈カテーテルが挿入された。発熱でTEICを点滴中に中心静脈カテーテルが閉塞し入れ替えと抗生物質の変更が行われたが全身状態が改善せず精査目的で紹介された。

図 15

Hematology		Biochemistry		Serology	
WBC	8780 / μ l	TP	6.7 g/dl	CRP	11.59 mg/dl
Neu	79.0%	ALB	2.1 g/dl	Blood Gas Analysis (room air)	
Eos	1.0%	T-Bil	0.5 mg/dl	pH	7.453
Bas	1.0%	AST	20 IU/L	PaO ₂	100.6 Torr
Mon	5.0%	ALT	48 IU/L	PaCO ₂	31.6 Torr
Lym	13.0%	LDH	156 IU/L	HCO ₃ ⁻	22.5 mEq/L
RBC	265 × 10 ³ / μ l	γ -GTP	51 IU/L	Lac	1.37 mmol/L
Hb	8.3 g/dl	ALP	483 IU/L	Urinanalysis	
Ht	24.2 %	T-Creat	151 mg/dl	protein	(+/-)
PT	48.0 × 10 ³ / μ l	CPK	47 IU/L	sugar	(2+)
Coagulation		BUN	19 mg/dl	acetone	(-)
PT	66%	CRE	0.49 mg/dl	β -D glucan	
PT-INR	1.30	Na	129 mEq/L	sugar	12.3 pg/mL
APTT	34.9 sec	K	4.4 mEq/L	acetone	1.2 U/mL
Fibrinogen	579 mg/dl	Cl	90 mEq/L	homocystein	6.6 mmol/mL
FDP	27.9 μ g/ml	FBG	410 mg/dl	Blood culture	
D-dimer	6.50 μ g/ml	HbA1c	8.8 %	negative	
AT-III	89%	C-peptide	1.5 ng/ml		
Protein-C	92%				
Protein-S	128 %				

図 16

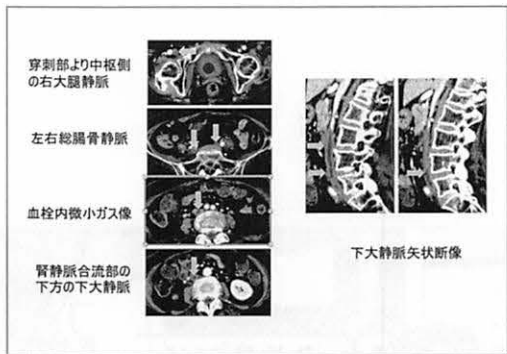


図 17

考案

本症例の下大静脈血栓は、感染のため早期から静脈壁と反応し血栓性閉塞後は末梢側に進展したと推測され、中枢側には進展が見られず、そのため自然経過としての線溶による退縮過程で、肺動脈内に造影CTで確認できるような遊離血栓が生じなかったと考えられた

図 18

岩田小学校C P R 講習会

2019年7月11日(木)
光市立岩田小学校

光市立光総合病院 副院長 竹中智昭

7月11日(木)岩田小学校でCPR講習会を行いました。光市医師会、光市立光総合病院共催事業です。光総合よりインストラクター5名が参加し、小学校6年生20名、その父兄、教職員に胸骨圧迫やAEDを体験していただきました。

小学生たちはDVDを見ながら、リズムに合わせて1分間胸骨圧迫をしました。最初は恥ずかしがっていましたが、先生や父兄の皆様も盛り上げてくださって、楽しくできました。後半は父兄や教職員の皆様にAED練習器を使ってもらいました。実際にAEDの練習をしたことがない方がほとんどで、熱心に取り組んでくださいました。コース後の感想では、「胸骨圧迫は思ったより疲れる。」とか、「AEDの実技ができてよかった。」など聞かれ、実際に体験することの大切さを再認識しました。小学生たちが書いてくれた作文も、困っている人や倒れているいたら助けてあげたいという作文が多くて、本当にこのような活動をやっていてよかったと感じます。

今回は、光市立小中学校で初めてのコースでした。今後、ほかの学校でも開催できるように広めていければと思っています。

参加人数	児童	20人
	保護者	27人
	教員	10人

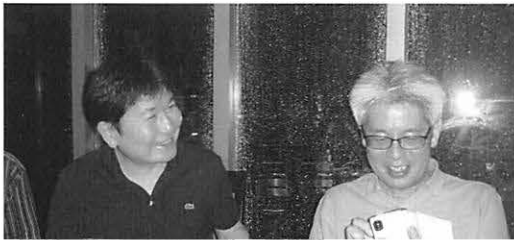
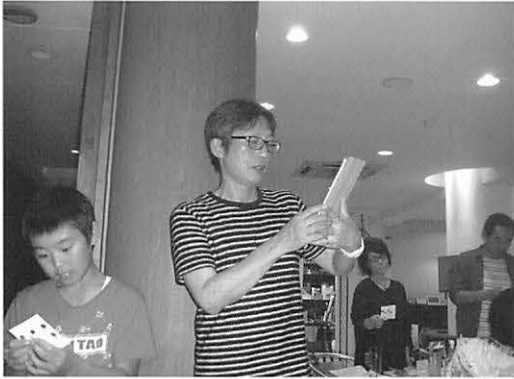
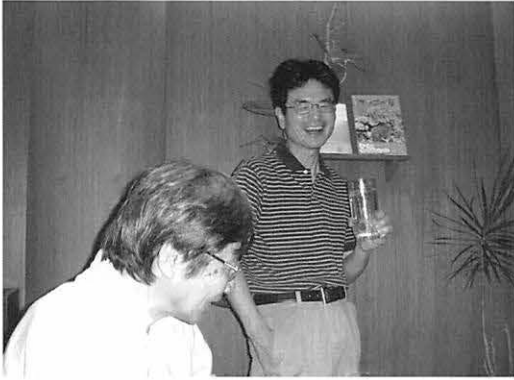


光市医師会 2019年度納涼懇親会

2019年7月20日(土) 18:30～
周南市 レストラン シーホース

恒例の納涼懇親会が周南市のレストランシーホースで行われました。あいにくの雨模様で屋内での開催でしたが、山の様子をバーベキュー料理とともに楽しむことができました。
(坂田 修)





理事会報告

2019年7月光市医師会定例理事会

日時 2019年7月9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、田村健司理事、前田一彦理事
原田幹彦理事、藤田敏明監事

欠席 丸岩昌文監事

I 光市役所 市民課 国民健康保険係より特定健診受診率向上に関する依頼

- ・自己負担を無料とし、広報等で周知を図っているが、受診率は27.4%(全国平均37.2%)と低迷している
- ・そこで以下の3点を関係医療機関にお願いしたい
 - 1 かかりつけ患者さんの受診時に、特定健診受診の有無を確認し、受診を促して頂きたい
 - 2 外来受付時に受診勧奨チラシを配って頂きたい
 - 3 特定健診周知のポスターを掲示して頂きたい

以上を光市医師会として協力する

II 報告事項

1 第184回山口県医師会定例代議員会(6/13) (竹中会長、広田副会長)

(1) 事業報告

① 生涯教育

第101回山口県医学会総会 下松医師会引き受け

生涯教育セミナー 4回開催

体験学習 山口大学主催 2回開催

指導医のための教育ワークショップ

日医生涯教育セミナー

日医かかりつけ医機能研修会 2回開催

山口県医学会誌 発行

② 医療・介護保険

個別指導に郡市、および県医師会の担当理事が立ち会いを行なった

③ 地域医療

i 山口県地域医療構想の実現に向けて調整会議を開催

- ii 救急医療対策について
- iii 地域包括ケアシステムの構築について
- iv 有床診療所について

④ 地域保健

⑤ 広報・情報

山口県医師会報 発行 県医師会サイトの運営
花粉情報を県へ提供

⑥ 医事法制

H30 年度は 18 件の事故報告 解決 5 件、訴訟中 0 件、交渉中など 13 件

⑦ 勤務医・女性医師対策

⑧ 医業について

詳細は事務局へ

(2) 議決事項

- i H30 年度決算報告
- ii 第 1 号会員年会費
- iii 県医師会入会金
- iv 県医師会役員報酬
- v 顧問委嘱

原案通り承認 詳細は事務局へ

(3) 代議員質問 なし

2. 2019 年度山口県医師会表彰

(竹中会長、広田副会長)

長寿会員（喜寿）表彰

- 市川 晃先生（市川医院）
- 大月恭範先生（梅田病院）
- 小田達郎先生（ナイスケアまほろば）
- 河内山 正先生（光寿福祉会）
- 近藤龍一先生（近藤整形外科）
- 守田信義先生（光市病院局）

3. 第 102 回山口県医学会総会（6/16）

(竹中会長)

宇部市医師会引き受け

特別講演 2 題

市民公開講座 「認知症の最新情報～今からできる効果的な予防法～」
鳥取大学医学部保健学科生体制御学 教授 浦上克哉先生

4. 郡市医師会救急医療担当理事協議会（6/27）

(前田理事)

- (1) 救急搬送の現況
 - ・全国的には9年連続増加
 - ・山口県はH29年が微減 中等症が多く、収容時間はH29年度は前年よりわずかに延伸
 - ・高齢化の進行に伴う救急出動件数の増加や、受け入れ要請の輻輳に伴う他の医療機関への照会回数の増加、遠方医療機関への搬送が増加していることが要因として考えられる
 - ・山口県の救急隊は、救急救命士が100%乗務している
- (2) 救急医療電話相談（# 7119）について
 - ・15歳以上の救急電話相談事業 2019年7月1日より稼働
 - ・東京の専門業者で対応
- (3) ドクターヘリ出場状況
- (4) ACLS 普及啓発事業
 - シミュレータレンタル費用の助成事業を開始 1医療機関当たり15万円まで
- (5) 二次救急医療体制について
 - 各地域で医師の高齢化等で体制が維持が困難となっている
- (6) JMAT やまぐちについて
 - 名簿の更新、登録
- (7) AED 設置状況について
 - 例年通り調査を施行する

以上を報告した

III 協議、承認事項

- 1 第125回周南医学会準備について (竹中会長)
 - 進捗状況と今後の予定
 - 6月末に学会告知、演題募集を送付
 - 理事の分担を確認
- 2 職員給与について (井上理事)
 - 原案通り承認
- 3 介護保険主治医意見書作成のための問診票について (守友理事)
 - 原案を作成、承認
 - 介護認定新規申請者に記入してもらう
 - 申請時に
 - ・その場で記入
 - ・持ち帰り、医療機関受診時に提出
 - ・医療機関に用意し、待ち時間に記入
 - 市立病院は作成済みの書式を今まで通り使用する
- 4 問題患者について

事実を共有し、関係機関に早急に連絡し対策を講じることとした

以上を協議・承認した。

2019年8月光市医師会定例理事会

日時 2019年8月6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、谷川幸治理事、守友康則理事
北川博之理事、田村健司理事、前田一彦理事
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 郡市医師会小児救急担当理事協議会 (7/11)

(広田副会長)

(1) 平成30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30年6月28日(木) 光市学校保健会総会

「食物アレルギー ～学校での対応について～」

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

平成31年1月17日 徳山医師会特別教室

「小児医療の質と向上のためのイノベーション」

演者 久留米大学医療センター総合診療科 助教

茂木 恒俊 先生

(2) 令和元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 2019年5月14日(火) 山口県立光ヶ丘高等学校

「食物アレルギーとエピペンの使用法」

演者 広田医院 広田 修

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

平成31年4月より19時～翌日8時まで業者が対応

平成30年度

相談件数 10,781件（医師会7,027件、業者3,754件）

うち、周南地区：2,124件（19.7%）

時間帯別相談件数

19～20時：2,364件、20～21時：1,894件

21～22時：1,562件、22～23時：1,199件

23～翌8時：3,729件、不明：33件

2 山口県医師会保健通常組合会（7/18）

（竹中会長）

承認事項 平成30年度山口県医師会保健組合事業報告

（1）被保険者 H30年度末で4,190人 H29年度より84人減少

（2）保険給付 4,190人 828,534,055円

（3）保健事業 健康診断を18の郡市医師会で実施、実施人数は1,287人

議決事項

平成30年度歳入、歳出を議決

3 2019年度 第1回周南医療圏地域医療構想調整会議 病床機能検討部会（7/18）

（広田副会長）

（1）令和7年（2025年）に向けた対応

10病院（徳山リハビリテーション病院、周南リハビリテーション病院、徳山病院、下松中央病院、鼓ヶ浦こども医療センター、湯野温泉病院、鹿野博愛病院、周南高原病院、周南病院、下松病院）から現状と今後の方針を説明

（2）平成30年度（2018年）病床機能報告結果

平成29年度と比較し、

- ① 急性期機能や慢性期機能からの転換に伴い、回復期病床数が383床増加し、回復期機能は12.6%から14.5%へ1.9%増加
- ② 高度急性期616床が急性期545床、回復期74床に変更
- ③ 介護医療院への移行（84床）や病床廃止（234床）等より県全体の病床数は278床減少

〈周南医療圏〉

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟・廃止予定	合計
必要病床数	223	745	842	737	0	2,547
H29年	463	1,021	589	1,227	24	3,324
H30年	463	981	628	1,188	26	3,286

(3) 令和7年(2025年)との比較

- ① 介護医療院等への移行予定(1,860床)等により、慢性期病床数が2,045床減少し、慢性期機能の割合は40.9%から35.1%へ5.8%減少する見込み
- ② 急性期機能や慢性期機能からの転換に伴い、回復期病床が681床増加し、回復期機能の割合が14.5%から19.5%へ5.0%増加する見込み

(4) 外来医療に係る医療提供機能の確保に関する計画に関して

- ① 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか(初期救急、在宅医療、公衆衛生など)協議する
- ② 外来医師多数地域では新規開業希望者に対し、当該機能を担うよう要請し、協議の場で確認(求めに応じない場合には、調整会議に出席要請、結果をHPで公表)
- ③ 医療機器の効率的な活用のため、共同利用の方針を定める
CT、MRI、PET、マンモグラフィ、放射線治療(ガンマナイフ)など、医療機器の購入・既存機器の共同利用を新たに行う医療機関は共同利用方針に基づき共同利用計画を作成し、協議の場で確認

(5) 医師確保に関する計画の策定に関して

- ① 山口県の現状
医師偏在指標 全国33位 → 医師少数県(下位16県)
人口10万人あたりの246.5人(全国:240.1人)
平均年齢 52.5歳(全国:49.6歳)
周南地区医師数 497人(山口県 3,436人)
- ② 山口県医療を担う医学生の確保
医師修学資金の貸付
県内定着を促進するキャリア形成支援
自治医科大学卒業医師の養成・確保
地域医療に対する理解の促進
- ③ 臨床研修医の確保
研修推進体制の整備
臨床研修病院における研修体制の充実
修学資金貸与者について、県内で臨床研修を行うことで返済免除
- ④ 専門医の研修プログラムの拡大
- ⑤ 勤務環境の整備

勤務医の勤務環境の改善

女性医師のキャリア形成支援

4 地域医療支援病院審議委員会及び地域医療支援病院運営委員会（6/27）（竹中会長）

(1) 平成30年度徳山中央病院業務報告

紹介率：74.1%、逆紹介率：124.2%

平均在院日数：12.7日、病床利用率：91.3%

救急車搬入総数：5,267人、へり搬走数：20人

地域医療者への研修：24回、1,493人参加

(2) 平成30年度徳山医師会病院業務報告

紹介率：91.0%、逆紹介率：82.3%

平均在院日数：18.5日、病床利用率：70.2%

救急車搬入数：308人

地域医療者への研修：26回、2,818人参加

5 光市休日診療所運営協議会（7/25）（竹中会長、広田副会長、前田理事）

(1) 平成30年度休日診療所運営状況についての報告

開所日数：74日、1日平均：30人

患者総数：2,229人

内科系：1,547人（69.4%）、外科系：682人（30.6%）

0～6歳；367人（16.5%）、7～15歳；320人（14.3%）

16～69歳；1,175人（52.7%）、70歳～；367人（16.5%）

二次搬送：36人（1.6%）

(2) 平成30年の救急状況（光地区消防組合）

出動件数：光市：2,679件 2,501人

事故種別：急病；62.8%、交通事故；4.8%、一般負傷；13.3%

それ以外 19.1%

重症度：軽症；1,456人（58.2%）、中等症；919人（36.7%）

重症；87人（3.5%）、死亡；39人（1.6%）

- ・軽 症；入院を必要としないもの
- ・中等症；入院を必要とするが、重症に至らないもの
- ・重 症；3週間以上の入院加療を要するもの
- ・死 亡；初診時において死亡が確認されたもの

年齢区分：新生児；0.5%）、乳幼児；2.7%）、少年；3.4%）、成人；23.4%）

高齢者；70.3%）

同時開催 医師会・薬剤師会・事務局調整会議

(1) インフルエンザ治療薬について

タミフル、リレンザ、ゾフルーザを採用

(2) インフルエンザ繁忙期は薬剤師を2名配置

- (3) 後発医薬品について 詳細は事務局へ
- (4) その他
レセコン入れ替え時に薬剤名シールを出せるように検討
災害時の連絡網を作成（医師会は作成済み）

6 光市健康づくり推進協議会（7/25）

（竹中会長）

- (1) 平成 30 年度がん検診
受診率：胃がん；4.3%、肺がん；8.9%、大腸がん；8.7%、
子宮頸がん；12.8%、乳がん；11.9%、前立腺がん；7.1%
- (2) 母子保健の取り組み
出生数：309 人、妊婦検診：前期；99.0%、後期；95.8%
- (3) 乳幼児健診
受診率：1 か月児；96.8%、3 か月児；100%、7 か月児；99.4%
1 歳 6 か月児；96.2%、3 歳児；98.0%
- (4) 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
- (5) 予防接種
高齢者インフルエンザ 54.8% 高齢者肺炎球菌 54.3%
HPV ワクチンは対象者 3,360 人、接種者 35 人、接種率 1.0%
平成 29 年度は 12 人、0.3%
各医療機関での勧奨が望まれる
- (6) 組織との連携：健康をつくる婦人の会は解散
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 休日診療所前掲 5 を参照
牛島診療所；4 5 日開所、延べ 331 人受診
- (8) 令和元年度光市保健衛生事業計画
光市自殺対策計画の策定
光の恵み de 朝ごはん事業の拡充
セルフチェック応援事業の拡充
その他は医師会事務局へ
- (9) 平成 30 年 7 月豪雨における検病調査・防疫活動
平成 30 年 7 月 9 日～8 月 28 日のうち 18 日間
状況調査：保健師 1 名・事務職 1 名のチーム 4 班
検病調査・防疫活動：保健師 1 名・事務職 3～4 名 5 班
実施件数：消毒：延べ 525 件、訪問：延べ 76 件
平時からの体制づくりが重要 詳細は事務局へ

7 第 3 回周南ケアねっと地域協議会（7/26）

（竹中会長、広田副会長）

進捗状況

周南記念病院、新南陽市民病院、徳山医師会病院はデータ連携最終確認済み
光市立光総合病院、徳山中央病院は8月中に終了予定

9月からの可動開始を予定

参照施設は端末の設定は終了、

ユーザ説明会は7月中に終了

保守体制（相談窓口等）の設営

今後の課題

登録患者さんを増やす

登録同意書の取得 同意書の管理について 詳細は医師会事務局へ

8 退会

小野隆之先生（光中央病院）

以上を報告した

II 協議、承認事項

- 1 第125回周南医学会準備について (竹中会長)
進捗状況と今後の予定
現在3題応募 追加募集、締め切り延長を考慮
理事の分担を確認
- 2 不審受診者の共有に関して (竹中会長)
医師会内で情報を集積、共有
- 3 光市社会福祉協議会入会について (竹中会長)
原案通り承認
- 4 医師確保計画及び外来医療計画について (竹中会長)
山口県医師会からの依頼事案
光市医師会内での医師数、診療科別の現状、将来像を検討して報告

以上を協議・承認した。

2019年9月光市医師会定例理事会

日時 2019年9月10日（火）午後7時より午後7時35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
井上祐介理事、北川博之理事、田村健司理事、前田一彦理事
原田幹彦理事、藤田敏明監事

I 報告事項

- 1 光市健康づくり推進計画市民協議会 (8/8) (竹中会長)
 - (1) 光市健康づくり推進計画について
 - ・健康増進法に基づき光市健康推進計画 (H.18 - H.27 年度)
食育基本法に基づき光市食育推進計画 (H.23 - H.27 年度) を策定していた
 - ・これらを一体化して、『光市健康づくり推進計画』(H28 - H37 年度) を策定
 - ・目指す姿：あなたが主役 みんなが笑顔で元気に過ごせるまち 光
 - ・基本理念：健康寿命の延伸で豊かな人生を
 - ・基本目標
 - i) ライフステージに応じた健康づくりの推進
 - ii) 健康に暮らすために必要な機能の向上と維持
 - iii) 望ましい食習慣の実践と食育の推進
 - ・計画期間の前期 (H. 28 ~ H32 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
 - (2) 光 スマイル ライフ プロジェクト
～光市健康応援プロジェクト～について
 - i) スマイルチャレンジ事業
市民が主体的に取り組む環境づくりを応援するための事業
 - ii) プラスアップ作戦
市民が個人でも実践できる身近な取り組み
詳細資料は事務局へ
- 2 第1回光市自殺対策協議会 (8/8) (広田副会長)
 - (1) 光市自殺対策計画策定について
全国では 2003 年の 34,427 人をピークに
2018 年は 20,840 人
(男性 14,290 人、女性 6,550 人)
このうち 山口県内は 217 人
国の自殺対策基本法 (平成 28 年改正)
山口県自殺総合対策計画 (平成 31 年～) をふまえ
光市自殺対策計画 (令和 2 年度～ 6 年度) を元年度中に策定する
3 回の会議を経て、光市広報 12 月号に掲載予定
 - (2) 光市の自殺の現状について
平成 25 年～ 29 年の 5 年間で 39 人
(男性 29 人、女性 10 人)

25	26	27	28	29	(年)
9	9	7	8	7	(人)

光市の特徴よりまず、

高齢者、生活困窮者、子ども・若者、勤務・経営
を重点的に対策を講じる

3 令和元年度 山口県医師会産業医部会理事会 (8/8) (原田理事)

- ・光市は下松支部（下松市、光市、柳井市、熊毛郡）に所属
支部長は光市立大和病院総合病院 原田幹彦先生
地域産業保健センターに登録している登録産業医は
下松支部は 13 名（下松市 9 名、光市 1 名）だけなので、
産業医の資格を持っている方はできれば登録していただきたい

4 郡市医師会地域包括ケア担当理事協議会 (8/22) (広田副会長)

(1) オレンジドクター制度について

(i) 山口県の高齢化の実態

75 歳以上の後期高齢者人口のピークは令和 12 年の
23 万 3 千人と推計

(ii) 認知症

- ・女性では 80 代後半から 50% を越える、90 代後半では
7～8 割を越える
- ・男性では 80 歳代後半で 40% 程度、90 歳代で 50% 程度
- ・県内の認知症患者数は 8 万人、令和 7 年には 9 万人と推定

(iii) 認知症対策

- ・平成 17 年「認知症サポート医養成研修」開始
29 年以降の修了者は 142 名
- ・平成 18 年「かかりつけ医認知症対応力向上研修」開始
修了者は延べ 800 人超

修了者アンケート等で「活動の場がない」などの意見が多く、
一層の活動活性化をはかり、県民に周知を行う手法として
オレンジドクターおよびプレミアムオレンジドクター制度を
設け、山口県のサイトに掲載し、院内にプレート、ポスターを
掲示する。

2019 年 8 月 10 日時点で

オレンジドクター 225 名

プレミアムオレンジドクター 45 名

(2) 「在宅医療アンケート調査」結果

	医療機関数	在宅医療実施機関	医師数
県内	1 1 1 7	4 1 3	4 9 2 人
光市	3 5	1 5	1 6 人

在宅医療に従事する医師の属性

	年齢	29 未満	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80 以上(歳)
全県 (492)		4	2 3	7 0	1 3 0	1 7 1	7 5	1 9
光市 (16)		0	0	1	5	8	2	0

光市内 診療科 内科系 1 4 人 外科系 1 人

2 0 1 9 年 6 月 1 日～3 0 日 の 訪 問 診 療、往 診、看 取 り 数

	訪問診療	往診回数	看取り数
全県	1 2, 4 9 9	1, 2 4 9	1 2 3
光市	9 8 3	3 2	8

訪問診療実施時間帯

	回答数	診療時間内	時間外でも 必要なら	2 4 時間対応	未回答
全県	4 0 9	1 6 4	1 7 0	5 7	1 8
光市	1 5	4	8	3	0

在宅医療実施中の患者数

	患者数	医療機関数	0 名	1～5 人	6～10 人	11～15 人	16～20 人	21～25 人
全県	9,034	4 0 9	9 0	1 1 5	4 0	2 8	2 6	6
光市	4 9 4	1 5	3	5	2	1	0	0

	26～30 人	31～35 人	36～40 人	41～45 人	46～50 人	51 人以上
全県	1 2	1 0	6	7	5	4 9
光市	0	0	0	0	0	4

急変時の入院先手配

	回答数	比較的容易	なんとか可能	困難	未回答
全県	4 0 9	1 5 6	1 8 4	2 6	4 3
光市	1 5	3	1 0	2	0

在宅医療の患者数を増やすことについて

	回答数	可能	不可能	不明	未回答
全県	409	206	70	108	25
光市	15	4	4	7	0

(3) 在宅医療推進フォーラムについて

2019年10月6日(日)13:00～16:30

山口県総合保健会館 2F 第一 研修室

以上を報告した

II 協議、承認事項

- 1 第125回周南医学会準備について (竹中会長)
進捗状況と今後の予定
プログラム完成、10月初頭に各医師会に送付
理事の分担を確認
- 2 映画協賛について (竹中会長)
『リスタート：ランウェイ～エピソード・ゼロ』
<http://barrierfree-film.org/restart/>
原案通り承認
- 3 問題患者情報提供書について (前田理事)
原案通り承認
- 4 ムンプスワクチン接種費用補助について (広田副会長)
周南三市医師会で行政に働きかけを行う

以上を協議・承認した。

退会会員

8月20日付

B会員 光中央病院 小野 隆之

9月30日付

B会員 光市立光総合病院 加藤 秀豊

☆ これからの行事予定 ☆

10月	8日(火)	理事会
	20日(日)	周南医学会
	29日(火)	月例会
11月	5日(火)	講演会
	12日(火)	理事会
	26日(火)	月例会
12月	5日(木)	忘年会
	10日(火)	理事会

緑友会ゴルフコンペ成績

令和元年7月7日
周南カントリークラブ

順位	名 前	OUT	IN	GR	HDCP	NET
優勝	佃 浩一郎	52	49	101	27	74
準優勝	宮本 寿太郎	41	53	94	19	75
3	前田 昇一	47	49	96	18	78
4	小田 達郎	50	55	105	24	81
5	國近 豊	50	47	97	16	81
6	横山 宏	46	46	92	10	82
7	守田 忠正	50	44	94	10	84
8	森本 博士	47	41	88	4	84
9	光武 達夫	52	53	105	20	85
10	南 典文	56	57	113	24	89

DC ⑧守田 ⑮國近
NP ②横山 ⑬守田 ⑰森本
ドラ短 前田

編集後記

オシロイバナは黒い種子を潰すと白い粉状の胚乳が出てくることからついた名前とされています。舞妓さんがつけるおしろいとは基本的には別物です。

夕方から花が咲くことから別名「夕化粧」と呼ばれることは知っていましたが、英語では「Four o'clock」、中国語では「洗澡花（風呂に入る時間から）」や、「煮飯花（夕飯の時間から）」というそうです。

江戸時代に日本に入り、当時の文献にも子どもがおしろい遊びをしていた記録がありますが、実は毒草で、根や種子を誤食しますと嘔吐や腹痛、下痢などを起こしますので気をつけまじょね。(広田 修)



発行所 光市医師会
TEL (0833) 72-2234
発行日 令和元年 10 月 31 日
発行者 竹中 博昭
編集者 広報担当
印刷所 光市光井一丁目 15 番 20 号
中村印刷株式会社