



Contents

理事会第4・5回	2	第3回呉西地区合同ゴルフコンペ	15
委員会報告	4	「高岡市医師会報」投稿規定	16
産業保険だより	4	地域保健だより・病診連携室	17
公的病院だより（厚生連高岡病院）	5	寄稿「竹やり精神型医療安全」	18
Non-HDL コレステロール値からみた 家族性高コレステロール血症児頻度の考察	6	訪問看護ステーションだより	19
高岡市急患医療センターだより	13	市医のあゆみ	20
会員の動向	14	予定表・編集後記	22

理 事 会 報 告

第 4 回 (令和元年5月22日)

協 議

- 1) 第 166 回定時総会の開催及び提出議案について

6月28日(金)定例会終了後に開催することを了承。
議事日程は以下。

 - (1) 報告
平成30年度事業報告
 - (2) 議案審議

第1号議案	平成30年度高岡市医師会収支決算の件
第2号議案	平成30年度高岡市医師会臨床検査センター収支決算の件
第3号議案	平成30年度高岡市医師会訪問看護ステーション収支決算の件
第4号議案	平成30年度高岡市急患医療センター収支決算の件
第5号議案	平成30年度高岡市医師会特別会計収支決算の件
 - (3) 選挙
本会理事(18名)、監事(2名)、議長(1名)、副議長(1名)、裁定委員(5名)
 - (4) 議案審議

第6号議案	会長、副会長選定の件
第7号議案	顧問委嘱の件
- 2) 公的病院との連絡協議会の開催及び提出議題について

7月16日(火)ホテルニューオータニ高岡にて開催予定。
協議事項は、救急医療、病診連携・在宅医療関係、乳幼児健診出場依頼、がん検診についてとし、内容については各担当理事に次回理事会まで検討してもらうことを確認。
- 3) 児童生徒心臓検診結果解析業務委託契約書について
- 4) 平成31年度高岡市在宅医療・介護連携体制推進事業契約書について
- 5) 平成31年度医療連携体制推進事業委託契約書について
- 6) 高岡市救急医療体制運営業務委託契約書について
- 3) 4) 5) 6) について、契約することを了承。
- 7) 訪問看護利用料の代金回収サービス(口座引落し)利用について
サービスを利用する方向で検討することを確認。
- 8) 平成30年度事業報告について
表示の修正と、内容については各担当理事に次回理事会まで検討してもらうことを確認。
- 9) 平成30年度決算について
案のとおり6月28日の定時総会で報告することを了承。
- 10) 監事会の開催について
6月14日の理事会終了後に開催することを了承。
- 11) 「生活習慣病予防健康診査」について
指定医療機関は8月1日から9月30日までの実施分を一括して、委託業務の請求書、国民健康保険「生活習慣病予防健康診査」受診票を提出することを了承。

報 告

- 1) 委員会報告
 - ・ 5 / 21 介護保険・訪問看護委員会
- 2) 諸会議報告
 - ・ 5 / 15 高岡市DV対策関係機関連絡会
 - ・ 5 / 17 在宅医療連携協議会
- 3) その他
 - ・ 会員の動向

(理)(事)(会)(報)(告)**第 5 回 (令和元年6月14日)****協 議**

- 1) 6月定例会について
6月28日(金)に開催する定例会について、以下のとおりお知らせすることを了承。
ア 会員の動向
イ 保険診療について
ウ その他
- 2) 平成30年度救急医療補助金配分について
例年のとおり配分することを了承。
- 3) 平成31年度がん検診業務に関する委託契約の締結について
- 4) 令和元年度肝炎ウイルス検診業務委託契約の締結について
- 5) 訪問看護利用料金回収サービスの見積もり及び契約の締結について
- 6) 令和元年度小矢部市との大腸がん集団検診委託契約の締結について
3) 4) 5) 6) について、契約することを了承。
- 7) 令和元年度健康増進法に基づく健康診査業務委託契約の締結について
内容の一部について高岡市に確認をとってから契約することを確認。
- 8) 高岡市要保護児童対策地域協議会委員の推薦について
市村昇悦先生を推薦することを了承。
- 9) 厚生連高岡病院地域医療支援研修委員会委員の推薦について
酒井成先生を推薦することを了承。
- 10) 第3期富山県医療福祉企業年金基金・互選代議員の推薦について
室谷芳隆事務局長を推薦することを了承。
- 11) 公的病院との連絡協議会の開催及び提出議題について(日付の決定)
7月16日(火) ホテルニューオータニ高岡にて開催、
協議事項は、救急医療、病診連携・在宅医療関係、乳幼児健診出場依頼、がん検診について、保険診療セミナーについて、とすることを承認。
- 12) 「パールリボンキャラバン in 富山～肺がんみんなで学ぼう～」の共催について
共催することを了承。
- 13) 第28回全国医師会共同利用施設総会の参加について
白崎文朗理事(発表)、藤田一会長、
臨床検査センター渡辺堅治科長が参加することを了承。その他、希望する役員に参加してもらうことを確認。
- 14) 令和元年度全国医師会共同利用施設 施設長検査健診管理者連絡協議会並びに第46回検査健診管理者研修会の参加について
臨床検査センター松澤正見科長が参加することを了承。
- 15) 高岡七夕まっりの協賛について
例年のとおり、20,000円の協賛をすることを了承。
- 16) 在宅医療市民公開シンポジウムについて
7月28日(日)13:30より高岡市ふれあい福祉センターにて開催することを了承。
- 17) 役員旅行について
9月15日(日)・16日(祝)に中尊寺・仙台方面へ行くことを了承。
- 18) 中元贈呈先について
提出された案のとおりに贈呈することを了承。
- 19) 平成30年度事業報告について
提出された案を一部訂正し6月28日の定時総会で報告することを了承。
- 20) 平成30年度決算について
案のとおりに6月28日の定時総会で報告することを了承。

報 告

- 1) 委員会報告
・ 5 / 30 急患医療センター管理運営委員会
- 2) 諸会議報告
・ 6 / 3 県都市医師会協議会
・ 6 / 6 富山県在宅医療支援センター運営会議
・ 6 / 11 社会人プログラミング教育研究実行委員会主催シンポジウム「今そこにあるサイバー危機」
- 3) その他
・ れんけいネットのシステムバージョンアップについて(メール添付ファイル数が5つまで可能に)
・ 会員の動向

委 員 会 報 告

●がん検診委員会 令和元年5月28日

担当理事 寺 田 光 宏
副担当 民 野 彰 宏
副担当 堀 彰 宏

	胃がん検診		大腸がん 検 診		肺がん検診
	X線	内視鏡			
受 診 者	27名	422名	1,001名	受 診 者	1,384名
異 常 な し	18名	348名	889名	精 検 不 要	1,308名
要 観 察	7名	0名		再 検 査	0名
要 精 査	2名	74名	112名	要 精 検	76名
二次精密検査受診者	1名	2名	32名	精密検査受診者	34名
が ん 症 例	0名	4名	1名	が ん 症 例	2名

4月のがん症例は、胃がん4名(内視鏡)、大腸がん1名、肺がん2名でした。

産業保健だより

担当理事 杉森 成実

高岡地域産業保健センターでは、令和元年7月は下記のとおり活動を行います。

高岡市医師会で行う健康相談は予約制です。働く人への周知方ご協力をお願いいたします。

1 健康相談

実 施 日	時 間	場 所	担当相談医
7月5日 金	13:00 ~ 14:00	高岡市医師会	宮島 久仁
7月17日 水	13:00 ~ 14:00	高岡市医師会	寶田 茂

2 個別訪問産業保健指導（職場巡視）

実 施 日	時 間	事業所の事業内容	担当相談医
7月3日 水	13:00 ~	特殊鋼精密鋳造品製造	酒井 成
7月4日 木	13:00 ~	建設業	太田 正之 北野 隆利
7月11日 木	13:00 ~	金属加工・機械板金業	白川 尚哉
7月18日 木	13:00 ~	一般機械器具製造業	成瀬 隆倫
7月24日 水	13:00 ~	銅合金鋳造業	一柳 健次 宮腰 久嗣
7月31日 水	13:00 ~	包装資材・機械 卸売業	堀 彰宏

表紙のことば

なるセクリニック 成瀬 隆 倫

わたしのば〜〜〜ん!!!!

今年も我が家の軒先に、ツバメが巣作り。
センサーライトが動作しないようにセンサー部分に目隠し。
それから、毎日玄関先の〇〇の掃除。
手間がかかるけど、大きくなるとかわいらしい。
でも、旅立ちはそう遠くないみたいだ。さびしくなる。

公的病院だより (厚生連高岡病院)

当科における腎疾患の診療について

腎臓・リウマチ膠原病内科 三宅 泰人

厚生連高岡病院 腎臓・リウマチ膠原病内科の三宅泰人です。本年4月に赴任したばかりではありますが、当科における腎疾患の診療についてご紹介させていただきます。

現在、わが国の慢性透析患者数は2017年度末で約33万人と増加し続けており、人工透析に関連する医療費は1.57兆円と医療経済的にも大きな問題となっています。このため、腎障害を有する慢性腎臓病（CKD）患者に対して早期に介入し、末期腎不全への進展を予防することが重要となっています。また、CKD患者においては心筋梗塞や心不全、脳卒中などの心血管イベントの発症や死亡リスクが高いことが知られており、重症化予防は心血管イベントの発症抑制にも繋がると考えられています。CKDの発症や重症化には高血圧や糖尿病などの生活習慣病が深く関わっていることから、実際にはCKD診療の大部分は主にかかりつけ医の先生方が担われており、一腎臓内科医として日々感謝しております。そこで、かかりつけ医の先生方のお力となれるよう、当科での精査・加療を要すると思われる下記患者様についてご紹介いただければ幸いです。

① eGFR 45ml/分/1.73²未満、②尿蛋白(+)以上

加齢とともに腎機能の低下を認めるものの、65歳以上の患者様においてもeGFR<45未満では総死亡や心血管イベントのリスクが上昇することが

知られています。新規、あるいは進行性に腎機能低下を認める患者様についてはご紹介をご検討ください。また、原疾患が明らかではない尿蛋白を有する患者様についても、腎形態を確認のうえ腎生検を含めた精査を検討させていただきます。なお、尿潜血陽性の場合にも、若年者ではIgA腎症などの腎疾患、中高年以上では尿路悪性腫瘍の除外などが必要なケースもあるため、ご紹介をご検討ください。

実際にはご紹介いただいた後に、多くの患者様は病診連携の形で先生方に継続治療をお願いすることになるかと思えます。しかし、その場合にも当科では患者様には継続治療の動機付けとなるよう病状説明や生活指導などを、先生方へは検査結果や今後の治療方針などの情報提供を行わせていただき、CKD進展予防をともに進めていきたいと考えております。

赴任したばかりでご迷惑をおかけすることも多いと思いますが、ご指導・ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

祝・たかおかキッズ健診 25 周年

高岡市医師会乳幼児学校保健委員会

宮崎 あゆみ

JCHO 高岡ふしき病院 小児科

たかおかキッズ健診(高岡市小児生活習慣病予防健診)は、平成6年度にモデル地区で始まって以来、昨年度で25周年を迎えました。この間、健診を無事継続できたのは、医師会会員、職員の皆様をはじめ、教育委員会、養護教諭他学校関係者の皆様など、実にたくさんの方々のご努力、ご協力の賜と感謝いたします。そして医師会委員として長年関わる中で、せっかくこのように継続されている健診がどのような成果を上げてきているのかを検証したいと考え、これまで、健診における脂質指標としてのnon-HDL コレステロールの有用性や、食後血糖測定による非肥満2型糖尿病発見などを論文にしていまいりました。今回は、全員健診(ユニバーサルスクリーニング)なればこそ発見可能な家族性高コレステロール血症(FH)に関し、その頻度を考察することを通して当健診の有用性をさらにアピールしましたので、会員皆様にご一読いただければ幸いに存じます。

原 著

Non-HDL コレステロール値からみた 家族性高コレステロール血症児頻度の考察

宮崎あゆみ¹⁾ 小栗 絢子²⁾ 市村 昇悦²⁾¹⁾JCHO 高岡ふしき病院小児科²⁾高岡市医師会

Evaluation of Familial Hypercholesterolemia Prevalence in Children Using Non-High-Density Lipoprotein Cholesterol Levels

Ayumi Miyazaki¹⁾, Ayako Oguri²⁾, and Shoetsu Shimura²⁾¹⁾JCHO Takaoka-Fushiki Hospital, Department of Pediatrics, Toyama, Japan²⁾Takaoka City Medical Association, Toyoma, Japan

Background: Atherosclerosis may gradually progress, even during infancy, in patients with familial hypercholesterolemia (FH). We evaluated FH prevalence in schoolchildren using the results of a screening program for preventing lifestyle-related disease.

Methods: In total, 14,609 (7,461 boys and 7,148 girls) 4th grade schoolchildren were examined during the screening program in Takaoka city from 2006 to 2015. The distribution of the serum non-HDL-cholesterol (non-HDL-C) levels and the prevalence of extremely high non-HDL-C values were used to determine childhood FH prevalence.

Results: There was only a weak correlation between the percentage of overweight (POW) and serum non-HDL-C levels ($r=0.30$). Since extremely high non-HDL-C levels (>200 mg/dL) did not correlate with POW, many of these children were suspected of having FH. Non-HDL-C level 200 mg/dL was almost equivalent to 4 standard deviations above the mean, and is the current recommended treatment threshold for children with FH according to Japanese guidelines. Although the prevalence of high non-HDL-C subjects (≥ 130 mg/dL) decreased over the course of the 10-year study, the prevalence of extremely high levels (≥ 200 mg/dL) did not change. The overall prevalence of children with extremely high non-HDL-C levels was 0.38%, which was considered close to the prevalence of treatment recommended FH in children.

Conclusion: Non-HDL-C levels may be useful for identifying children with FH who would benefit from treatment. In Japan, FH prevalence in children is similar to that estimated in adults.

Keywords: familial hypercholesterolemia, non-high-density lipoprotein cholesterol, cardiovascular risk factor, children, universal screening

背景: 幼少期から動脈硬化が進行する家族性高コレステロール血症(FH)に関し、小児生活習慣病予防健診結果から小児の頻度を考察する。

方法: 2006～2015年度の10年間に高岡市健診を受診した小4児14,609名(男7,461名,女7,148名)を対象に、non-HDL コレステロール(non-HDL-C)値の分布から超高値児を抽出し、小児FHの頻度との関連を考察した。

結果: 対象のnon-HDL-Cと肥満度とは弱く相関した($r=0.30$)が、散布図上概ね200 mg/dL以上に

関連の弱い超高値児が散在し、その多くがFHと推察された。Non-HDL-C 200mg/dLはほぼ+4SD値、かつガイドライン上の小児FH治療閾値に相当した。10年間でnon-HDL-C 130mg/dL以上の高値児割合は減少したが、超高値児割合には有意な変化なく、全体での0.38%は小児の要治療FH頻度に近似する値と考えられた。

結論：Non-HDL-C測定は小児要治療FH抽出に有用である可能性が示唆され、その頻度は日本成人FHの推定頻度とも矛盾しない。

背 景

動脈硬化はLDLコレステロール(LDL-C)値と年齢とを掛け合わせた累積LDL-C値増加に比例して進行するとされる。家族性高コレステロール血症(FH)に関しては、ホモ接合体はもとよりヘテロ接合体であっても乳幼児期からLDL-C値が高く、累積LDL-C値の傾きが急峻となることから、より若年で心血管イベントを発症する危険性が高まることになる。そのため、FHをより早期に発見し、早期の治療介入をすることでその危険性を低減することが必要と考えられるようになってきている¹⁾。2017年には日本小児科学会と日本動脈硬化学会合同で「小児家族性高コレステロール血症診療ガイド2017」(以下、診療ガイド)が発表され、小児FHの診断、治療基準が明確となった²⁾。しかし、小児FHはその頻度や早期発見・治療の有用性に関してエビデンスに乏しいのも実状である³⁾。今回我々は、小児生活習慣病予防健診におけるnon-HDLコレステロール(non-HDL-C)値の分布や年次推移等から超高値の児童を抽出し、小児FHの頻度との関連を考察した。

方 法

富山県高岡市では、毎年市全域の小学4年生と中学1年生を対象に小児生活習慣病予防健診を実施している。今回の研究では、2006年度から2015年度の10年間に健診を受診した小4児14,609名(男7,461名、女7,148名)を対象に解析を行った。10年間の市小4全員に対する受診率は94%であった。

当健診では、身長、体重測定による肥満度算出、血圧測定、および給食後採血による総コレステロール(TC)、HDLコレステロール(HDL-C)、血糖の測定を行っている。肥満度は性別・年齢別・身長別標準体重を用いて算出し、各脂質測定は高岡市医師会臨床検査センターにおいて協和メデックスの各測定キットを用いて一律に実施している。脂質値の二次検診抽出指標としては、TC値とHDL-C値の差にあたるnon-HDL-C値を用いており、今回はこの値を、小

児FH頻度を推計する上での指標として用いることとした。本来はFHの病態からLDL-C値を用いることが妥当であるが、コスト面から当健診では測定していないこと、試験的にLDL-C値を測定した2010年度の健診者2,961名において、non-HDL-C値とLDL-C実測値との相関が極めて強い(non-HDL-C=1.076×LDL-C+7.85, r=0.982)と確認されていることから⁴⁾、non-HDL-C値を指標として代用することが可能と判断した。

まず、non-HDL-C値に関し、その分布や肥満度との関係を観察し、FHが高率に含まれると推定される閾値を求めた。次に、研究期間10年を前半(2006~2010年度)と後半(2011~2015年度)とに区分し、non-HDL-C平均値や高non-HDL-C血症児割合の変化を比較するとともに、推定閾値以上の超高non-HDL-C血症児頻度を算出した。当健診における高non-HDL-C血症抽出基準は、2010~2011年度健診全データ解析の結果⁵⁾、90パーセンタイル値にあたる130mg/dL以上としている。

なお、当健診は保護者からの申込により実施されており、申込時には児童生徒データ集計結果の学術的利用があり得ることを文書で説明した上で承諾を得ている。本研究に関しては、当院倫理審査委員会において承認を得た。

統計学的解析にはSPSS ver.23を用い、non-HDL-Cと肥満度との関係解析にはPearsons相関係数検定を、各データの前期、後期比較にはt検定およびカイ二乗検定を行った。

結 果

2006年度から2015年度10年間全体の対象児童のプロフィールをTable 1に示す。体格や血圧の男女差は軽度であったが、TCは女兒が、HDL-Cは男児が大であるため、non-HDL-C平均値および標準偏差(SD)は男児103.6(23.7)mg/dL、女兒107.5(24.0)mg/dLと、女兒が有意に大であった(p<0.001)。また、10年間のnon-HDL-C平均値、高non-HDL-C血症児割合の年次推移をみると、男児女児いずれにお

Table 1 Characteristics of the subjects (4th grade schoolchildren from 2006 to 2015 in Takaoka city)

	all	male	female	<i>P</i>
n	14,609	7,461	7,148	
height(cm)	136.6 (6.1)	136.4 (5.8)	136.9 (6.3)	<0.001
weight(kg)	32.1 (6.7)	32.4 (6.9)	31.9 (6.5)	<0.001
POW(%)	0.5 (14.6)	0.8 (15.1)	0.2 (14.0)	0.008
BMI(kg/m ²)	17.1 (2.7)	17.3 (2.8)	16.9 (2.5)	<0.001
SBP(mmHg)	102.8 (11.5)	102.9 (11.4)	102.8 (11.7)	0.61
DBP(mmHg)	61.8 (8.6)	61.5 (8.7)	62.0 (8.6)	0.003
TC(mg/dL)	170.8 (25.0)	169.8 (24.6)	172.0 (25.4)	<0.001
HDL-C(mg/dL)	65.3 (13.6)	66.1 (13.4)	64.5 (12.5)	<0.001
non-HDL-C(mg/dL)	105.5 (23.9)	103.6 (23.7)	107.5 (24.0)	<0.001

Values were presented as mean (standard deviation).

The difference was determined by unpaired *t*-test between values of male and female and *p*<0.05 was considered significant. BMI; body mass index (weight/height²), DBP; diastolic blood pressure, HDL-C; high-density lipoprotein cholesterol, non-HDL-C; non-high-density lipoprotein cholesterol (TC-HDL-C), POW; percentage overweight, SBP; systolic blood pressure, TC; total cholesterol

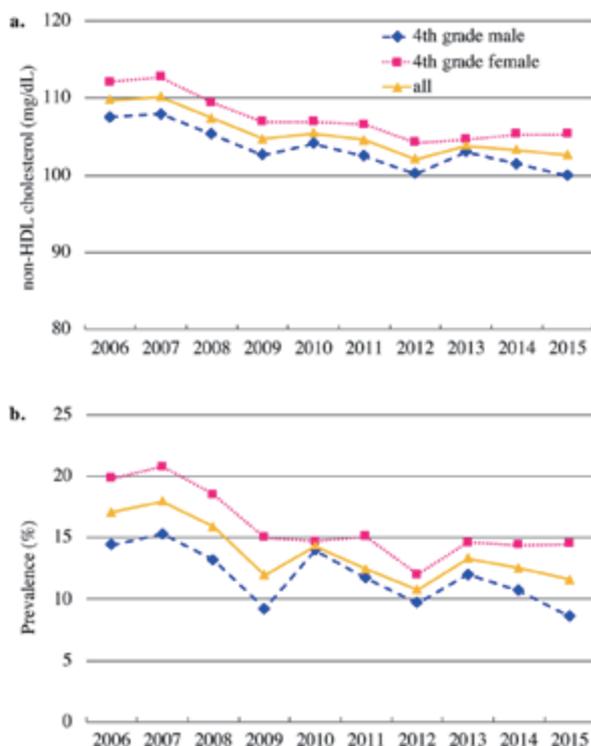


Fig. 1 Annual change of a. mean non-HDL cholesterol levels and b. prevalence of high non-HDL cholesterolemia

いても漸減傾向が認められた (Fig. 1).

今回は小児 FH 頻度の考察という目的のため、男女を区別せず全体としての解析を行った。まず 10 年間全児童の non-HDL-C 値と肥満度との関係を見たところ、弱い相関が認められる一方、概ね non-HDL-C 値が 200 mg/dL 以上の超高値部分に、相関の一群が

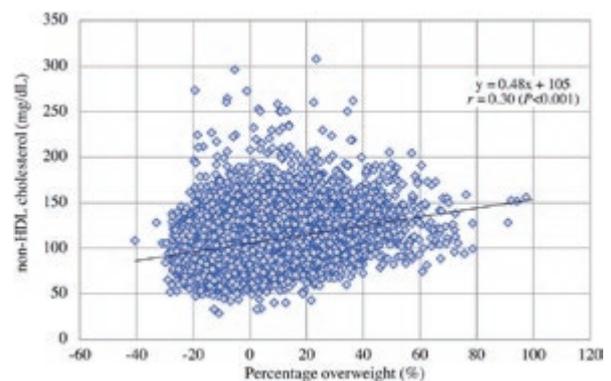


Fig. 2 Relationship between non-HDL cholesterol levels and percentage overweight

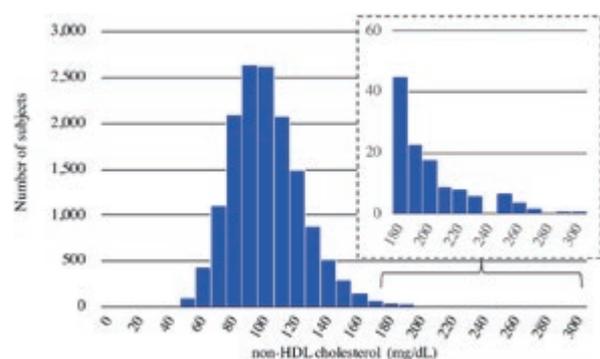


Fig. 3 Distribution of non-high-density lipoprotein cholesterol levels

らはやや外れた児が散在している様子が観察された (Fig. 2). non-HDL-C 値のヒストグラムは正規分布の形状を示したが、右側尾部はスムーズに減衰せず、変節点は明確でないものの、なだらかな丘状分布が

観察された (Fig. 3). 次に non-HDL-C 値における外れ値を検討したところ, 正規分布で外れ値とされる +3SD は, 平均値 (SD) が 105.5 (23.9) mg/dL であることから 177 mg/dL, +4SD が 201 mg/dL と算出された. また, 外れ値検定法のスミルノフ・グラブス検定では 213 mg/dL という値が得られた. さらに, 前述の LDL-C 実測値と non-HDL-C 値との単回帰式から換算すると, 診療ガイド上の診断基準 LDL-C 140 mg/dL は non-HDL-C 158 mg/dL, 治療考慮基準 LDL-C 180 mg/dL は non-HDL-C 202 mg/dL に相当した. 以上を総合的に判断し, 散布図から視覚的に判断した non-HDL-C 値 200 mg/dL が正規分布上ほぼ +4SD で十分外れ値に相当し, 外れ値検定の値にも近いこと, それ以上の児 (超高値児) の多くが診療ガイド上は治療を考慮するレベルの FH (要治療 FH) と推定され, 抽出が必須と考えられることから, 以降

この数値を閾値として用いることとした.

次に, 当健診 10 年間を前半 (2006~2010 年度) と後半 (2011~2015 年度) に区分して比較すると, 肥満度, 血圧, non-HDL-C 値等において後半で有意な低下が認められた (Table 2). 高 non-HDL-C 血症児割合に関しても, 前半 15.1% から後半 12.1% へと有意な減少が認められたが, その内訳を見ると, 130~149 mg/dL の軽度高値群, 150~199 mg/dL の中等度高値群は共に減少が有意であるのに対し, 200 mg/dL 以上の超高値群は, 前半 0.35%, 後半 0.42% と有意な変化なくむしろ微増しており, 10 年間全体の割合は 0.38% と算出された.

当健診では家族歴を含めた簡単なアンケートも実施しているが, 高 non-HDL-C 児に関し, 高コレステロールや心血管イベントの家族歴を正確に確認することは困難であった. よって, これまでに二次検診で当

Table 2 Comparison between values of two periods (2006–2010 vs 2011–2015)

	2006–2015	2006–2010	2011–2015	P
M/F	7,461/7,148	3,951/3,774	3,510/3,374	
height (cm)	136.6 (6.1)	136.7 (6.2)	136.6 (6.0)	0.43
weight (kg)	32.1 (6.7)	32.3 (6.9)	31.9 (6.5)	<0.001
POW (%)	0.5 (14.6)	1.0 (14.9)	-0.1 (14.3)	<0.001
BMI (kg/m ²)	17.1 (2.7)	17.2 (2.7)	17.0 (2.6)	<0.001
SBP (mmHg)	102.8 (11.5)	103.7 (11.7)	101.9 (11.3)	<0.001
DBP (mmHg)	61.8 (8.6)	62.0 (8.6)	61.4 (8.7)	<0.001
TC (mg/dL)	170.8 (25.0)	171.8 (24.9)	169.7 (25.1)	<0.001
HDL-C (mg/dL)	65.3 (13.6)	64.3 (12.6)	66.4 (13.3)	<0.001
non-HDL-C (mg/dL)	105.5 (23.9)	107.5 (23.6)	103.3 (24.0)	<0.001
prevalence				
≥130 mg/dL	13.9%	15.2%	12.1%	<0.001
130–149 mg/dL	9.4%	10.7%	8.3%	<0.001
150–199 mg/dL	4.1%	4.4%	3.4%	<0.001
≥200 mg/dL	0.38%	0.35%	0.42%	0.30

Values were presented as mean (standard deviation). The difference was determined by unpaired *t*-test or Chi-squared test between values of 2 periods and *p*<0.05 was considered significant. BMI; body mass index (weight/height²), DBP; diastolic blood pressure, HDL-C; high-density lipoprotein cholesterol, non-HDL-C; non-high-density lipoprotein cholesterol (TC-HDL-C), POW; percentage overweight, SBP; systolic blood pressure, TC; total cholesterol

Table 3 Profiles of extremely high non-HDL-C subjects (≥200 mg/dL)

NO.	age	gender	POW(%)	non-HDL-C (mg/dL)	LDL-C (mg/dL)	family history of hypercholesterolemia
1	10y	F	-5.7	214	195	mother (FH)/sisteres
2	10y	M	-14.2	218	200	father/sister
3	10y	F	10.7	206	194	sister
4	9y	F	-1.1	212	197	brother
5	10y	M	-14.1	239	224	grandmother/mother
6	9y	F	-9.6	254	244	father
7	9y	F	21.0	213	187	mother/sister

FH; familial hypercholesterolemia, LDL-C; low-density lipoprotein cholesterol, non-HDL-C; non-high-density lipoprotein cholesterol (TC-HDL-C), POW; percentage overweight

院を受診した小4の高コレステロール血症児のうち、non-HDL-C値が200mg/dL以上であった7名につき検討を行うこととした。それらのプロフィールを調査したところ、すべての児童にLDL-C値180mg/dL以上の高コレステロール血症、および問診による高コレステロール血症の家族歴を認めたが、家族がFHと確定診断されていたのは1例のみであった（Table 3）。

考 察

成人の生活習慣病対策において、脂質異常症は重要な心血管危険因子と認識されており、近年はより早期の介入の必要性が唱えられるようになってきている。2016年度の日本循環器学会では金沢宣言「ストップCVD」として、成人の循環器医側から、子どもや若者に対する対策が喫緊の課題との提言がなされた。実際には小児科において1980年代後半からすでに小児生活習慣病予防の形での健診が始められており、地域による偏りはあるものの現在も各地に広がりつつある。1994年に開始された高岡市小児生活習慣病予防健診においても、健診継続により、今回示したように肥満児の減少やコレステロール値の低下など、その成果が着実に現れている。しかしFHに関しては、小児では症状に乏しいことから、小児医療の中での関心が薄いのも事実である。

今回我々は、高岡市健診のデータを用いて小児FH頻度の考察を試みた。まず研究対象期間10年間の小学4年生全体のnon-HDL-C値と肥満度との関係を観察すると、概ね200mg/dL以上に相関の一群から外れた超高値児の散在が観察されたが、その多くがFHの可能性があると考えたことを発端に、まずこの値が閾値として妥当であるか検証を試みた。その結果、200mg/dLは正規分布上+4SDという外れ値にあたること、換算上診療ガイドにおけるLDL-Cの治療閾値180mg/dLにほぼ等しいことなどから⁴⁾、抽出閾値として妥当と判断した。ヒストグラムではこの200mg/dL以降、変節点は不明確ながら低い丘状の分布が存在しており、FHのLDL-C値分布が正常群とは別のピークを有することから⁶⁾、その所見と考えた。さらに当健診では、non-HDL-C 130mg/dL以上の高値児割合自体は継続の効果として漸減してきているにもかかわらず、200mg/dL以上の超高値児割合に有意な変化がなかったが、この事実は、超高値児の多くは遺伝が関与するFHとの推定を裏付けるものといえる。これらから、超高値児の10年間全体での0.38%という割合は、小児の要治療FH頻度に近似すると判断した。

成人FHの頻度に関しては、1989年Mabuchiらが北陸におけるホモFHの発生数と北陸の人口から推定した約1/500（0.2%）が長らく通説となってきたが⁷⁾、近年ではより頻度が大きいとする報告が多くなっている。ドイツでは0.73%⁸⁾、アメリカでは0.40%⁹⁾との報告があるが、両方ともDutch Lipid Clinic Network score（DLCNS）というLDL-C値や既往歴、家族歴などによるスコア制に基づくものである。Mabuchiら自身も2017年には1/199（0.5%）という頻度を改めて報告しているが⁶⁾、これも実際のカウント値ではなく前述同様の推定値である。よって、今回北陸の一都市である当市の小児に0.38%に近い要治療FHが存在する可能性があるという事実は、Mabuchiらの推定を裏付けるものといえる。小児～若年者における頻度に関しては、近年になりオーストラリアからの0.37%¹⁰⁾、ブラジルからの0.49%¹¹⁾という数値の報告が見られるが、文献それぞれにFH抽出の方法論が異なるため単純に比較はできない。このうちブラジルからのKaestnerらの報告は、12～17才の75,000人に関し、LDL-C 160mg/dL以上、もしくはnon-HDL-C 190mg/dL以上例の頻度を算出して0.49%と推計しており、我々の頻度と矛盾しない。我々の方法で抽出した超高値児0.38%の中には肥満児も散見され、非FH例が紛れ込んでいる可能性はある。試みに全対象から30%以上の肥満児を除いて200mg/dL異常児割合を計算すると0.35%となり、若干の低下が見られた。しかし肥満かつFHの児も存在し、より深刻な治療対象となるため除外は適切でないと考える。加えて200mg/dL未満にも治療域には達しないFH例が相当数存在するはずであることから、0.38%は小児FH頻度の最低ラインと考えるべきであろう。

FHの診断に関しては、2017年に出された診療ガイドにおいて、高LDL-C血症、およびFHあるいは早発性冠動脈疾患の家族歴の2項目を満たした場合とされている²⁾。しかし成人では今日FHと診断されないままに治療されている例が多いことから、家族のFH診断を必須とすると、小児では確定診断が困難となる。実際、当院二次検診におけるnon-HDL-C 200mg/dL以上例7例においては、全例に高コレステロールの家族歴は認めたものの、家族がFHと診断されている例は1例のみであった。ただし、同じ健診を受けた兄弟例の存在や児の家族に関する詳細な問診から、逆にFH家系疑いの認識を得られる場合も少なくなかった。文献的には、小児FHの診断方法として、成人FH例からその家系を芋づる式に調査するカ

スクリーニングが効率的と奨励している報告もあるが⁶⁾、近年は悉皆調査、すなわちユニバーサルスクリーニング推奨の方向にある¹⁰⁾。当健診での高 non-HDL-C 血症児抽出はまさにユニバーサルスクリーニングであり、時代の要請に合致したものと考えられる。さらには、小児の早期診断から、前述のようにその家族への逆方向のカスケードスクリーニングも可能と考えられる。ただ現状では、日本においてユニバーサルスクリーニング可能な方法で小児健診が行われている地域は極めて少ない。

FH の予後は、スタチンその他薬剤の登場に伴い著しく改善している。先の Mabuchi らのグループは、ヘテロ FH における狭窄病変出現開始年齢に関し、1989 年の男 17 才、女 25 才から⁶⁾、その後のスタチン治療普及の結果、2015 年には男 23 才、女 34 才まで後退していることを示した¹²⁾。スタチン治療は 2016 年から小児にも正式に適応が拡大されたため、より早期からの治療を行えば、動脈硬化の進行をさらに遅らせることができるかもしれない。しかし小児期の早期発見とスタチンによる早期治療に関しては、有効性や安全性は報告されているものの¹³⁾、将来の心血管イベントの発症を抑えるかどうかのエビデンスは現時点では存在しない³⁾。今後のエビデンス構築が急務であろう。

今回の研究の限界としては、健診からの FH 疑い例の抽出に LDL-C 値ではなく non-HDL-C 値を用いたこと、および non-HDL-C 200 mg/dL 以上の超高血症児割合を小児 FH 頻度の推計に用いたことが挙げられる。前者は non-HDL-C と LDL-C の強い相関から問題は少ないと考えるが、後者に関しては 200 mg/dL が外れ値ではあるものの、診療ガイドの治療閾値に匹敵するという以外の根拠に乏しいのは事実である。しかし、そもそも FH と正常者との明確な閾値は存在せず、少なくとも要治療 FH をほぼ抽出することができる意味で適切な抽出基準と考えられ、non-HDL-C 200 mg/dL という値は今後の小児健診において重要なスクリーニング値となるであろう。

結 論

小児生活習慣病健診における non-HDL-C 値分布から超高血症児を抽出したところ、その頻度は要治療 FH に近似すると推察され、かつ成人 FH の推定頻度をも裏付ける結果となった。本研究で健診における non-HDL-C 測定が要治療 FH の抽出に有用であると示唆されたことから、今後この結果が FH 早期発見の参考

となり、成人期の心血管イベント予防に寄与することを期待したい。

謝 辞

当健診実施に関わる高岡市教育委員会事務局、学校関係者、高岡市医師会事務局および臨床検査センター関係者各位、並びにこの研究への理解と貴重なアドバイスをいただいた藤田一会長、成瀬隆倫副会長はじめ乳幼児学校保健委員会小児生活習慣病委員各位、および前富山大学市田路子学長補佐に深謝いたします。

利益相反

日本小児循環器学会の定める利益相反に関する開示事項はない。

著者の貢献度

宮崎あゆみは論文の構想、デザイン、データの収集・分析および考察を行い、論文を作成した。小栗絢子、市村昇悦はデータの収集・分析および考察を行い、論文作成の際に批判的校閲に関与した。

付 記

本論文の要旨は、第 121 回日本小児科学会学術集会 (2018 年 4 月、福岡)、および第 54 回日本小児循環器学会学術集会 (2018 年 7 月、横浜) にて発表した。

引用文献

- 1) Wiegman A, Gidding SS, Watts GF, et al: European Atherosclerosis Society Consensus Panel: Familial hypercholesterolaemia in children and adolescents: Gaining decades of life by optimizing detection and treatment. *Eur Heart J* 2015; **36**: 2425-2437
- 2) 斯波真理子, 太田孝男, 大竹 明, ほか: 小児家族性高コレステロール血症診療ガイド 2017. *日本小児科学雑誌* 2017; **121**: 1-8
- 3) Lozano P, Henrikson NB, Dunn J, et al: Lipid screening in childhood and adolescence for detection of familial hypercholesterolemia: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016; **316**: 645-655
- 4) 宮崎あゆみ, 小栗絢子, 市田路子: 小児におけるトリグリセリドおよび LDL コレステロール測定の意義. *日小児循環器会誌* 2012; **28**: 274-281
- 5) 宮崎あゆみ, 小栗絢子, 市田路子: 小児生活習慣病予防健診における non-HDL コレステロールの意義. *日小児循環器会誌* 2014; **30**: 66-73
- 6) Mabuchi H: Half a century tales of familial hypercholesterolemia in Japan. *J Atheroscler Thromb* 2017; **24**: 189-207
- 7) Mabuchi H, Koizumi J, Shimizu M, et al: Development of coronary heart disease in familial hypercholesterolemia. *Circulation* 1989; **79**: 225-232

- 8) Benn M, Watts GF, Tybjaerg-Hansen A, et al: Familial hypercholesterolemia in the Danish general population: Prevalence, coronary artery disease, and cholesterol-lowering medication. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; **97**: 3956–3964
- 9) de Ferranti SD, Rodday AM, Mendelson MM, et al: Prevalence of familial hypercholesterolemia in the 1999 to 2012 United States National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES). *Circulation* 2016; **133**: 1067–1072
- 10) Pang J, Martin AC, Mori TA, et al: Prevalence of familial hypercholesterolemia in adolescents: Potential value of universal screening? *J Pediatr* 2016; **170**: 315–316
- 11) Kaestner TL, Bento VF, Pazin DC, et al: Prevalence of high cholesterol levels suggestive of familial hypercholesterolemia in Brazilian adolescents: Data from the study of cardiovascular risk in adolescents. *J Clin Lipidol* 2018; **12**: 403–408
- 12) Tada H, Kawashiri M, Okada H, et al: Assessment of coronary atherosclerosis in patients with familial hypercholesterolemia by coronary computed tomography angiography. *Am J Cardiol* 2015; **115**: 724–729
- 13) Vuorio A, Docherty KF, Humphries SE, et al: Statin treatment of children with familial hypercholesterolemia-trying to balance incomplete evidence of long-term safety and clinical accountability: Are we approaching a consensus? *Atherosclerosis* 2013; **226**: 315–320

出典

- 日本小児循環器学会雑誌 Vol. (35) No. (2) p (112) ~ (118)
- 論文タイトル 『Non-HDL コレステロール値からみた家族性高コレステロール血症児頻度の考察』
- 主な著者 宮崎 あゆみ
- 図表番号 Table 1、Table 2、Table 3、Fig. 2、Fig. 3

高岡市急患医療センターだより 担当理事 泉 祥子

受診患者の状況と患者満足度調査の実施

5月は、ゴールデンウィークの休日期間が6日間あり、患者数は、2,905人で、過去5年間では一番多く、前年同月に比べ638人(+28.1%)の増となりました。そして、4～5月の診療科別累計患者数は、内科1,910人(前年比+280人)、小児科1,947人(同+198人)、外科965人(同+193人)と全ての診療科で増加しています。特に連休期間中は大変混み合いご迷惑をおかけすることもありましたが、患者様からのお礼の手紙などもいただき、スタッフ一同うれしく感謝いたしております。

今年も6月2日から15日までの2週間にわたり「患者満足度調査」を実施し、現在その結果を取りまとめ中ではありますが、今後ともより安心・安全な診療業務の推進に努めていきたいと思っております。
(文責 朴木 剛)

時間帯別受診患者数

令和元年5月(単位:人)

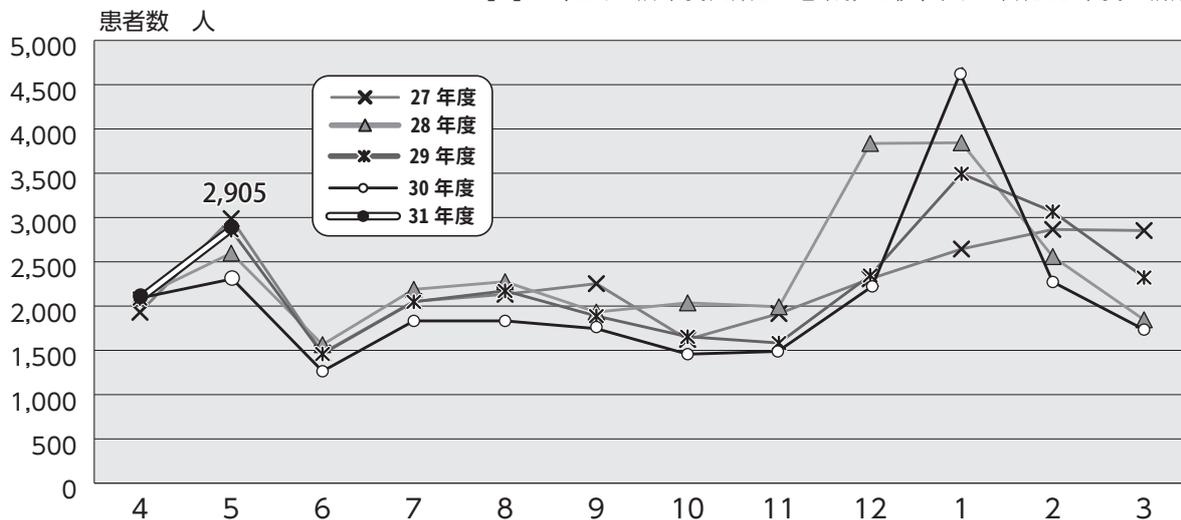
月別	時間帯別	内科			小児科			外科			合計			転送患者数			
		初診	再診	計	初診	再診	計	初診	再診	計	初診	再診	計	二次病院			他院
														診療科	本人	救急車	
31年度 5月	午前	322	28	350	245	24	269	132	29	161	699	81	780	内	54	4	6
	午後	262	22	284	225	26	251	163	21	184	650	69	719	小	15	0	1
	夜間	487	30	517	510	42	552	316	21	337	1,313	93	1,406	外	22	1	18
	合計	1,071	80	1,151	980	92	1,072	611	71	682	2,662	243	2,905	合計	91	5	25
31年度 4～5月	午前	471	37	508	434	42	476	197	42	239	1,102	121	1,223	内	105	5	9
	午後	423	24	447	408	32	440	269	28	297	1,100	84	1,184	小	30	1	2
	夜間	913	42	955	967	64	1,031	594	28	622	2,474	134	2,608	外	40	1	36
	合計	1,807	103	1,910	1,809	138	1,947	1,060	98	1,158	4,676	339	5,015	合計	175	7	47
30年度 4～5月	午前	348	12	360	363	19	382	160	24	184	871	55	926	内	80	4	13
	午後	346	19	365	373	26	399	205	16	221	924	61	985	小	38	3	0
	夜間	880	25	905	904	64	968	551	9	560	2,335	98	2,433	外	34	0	15
	合計	1,574	56	1,630	1,640	109	1,749	916	49	965	4,130	214	4,344	合計	152	7	28

月別受診患者数の推移

(単位:人)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計	年間前年度比
27年度	1,932	2,884	1,518	2,043	2,115	2,223	1,656	1,919	2,272	2,575	2,774	2,763	26,674	0.4%
28年度	2,082	2,533	1,603	2,165	2,243	1,934	2,028	1,988	3,648	3,655	2,498	1,856	28,233	5.8%
29年度	2,072	2,766	1,509	2,039	2,150	1,894	1,684	1,620	2,307	3,340	2,955	2,286	26,622	△5.7%
30年度	2,077	2,267	1,409	1,973	1,977	1,937	1,540	1,597	2,302	4,554	2,295	1,752	25,680	△3.5%
31年度	2,110	2,905											5,015	-
内 訳	内科	759	1,151										1,910	[+280人] [38.1%]
	小児科	875	1,072										1,947	[+198人] [38.8%]
	外科	476	682										1,158	[+193人] [23.1%]

※ [] は、上段:前年度同期との患者数比較、下段:平成31年度の構成比率。



会員の動向

入会

月日	種別	氏名	科目	病・医院または勤務先
4/1	B1	みずかみ あきこ 水上亜希子	小 小児整形	高岡市きずな子ども発達支援センター (国立病院機構富山病院から)
5/1	A	きたざわ つとむ 北澤 勉	内 呼 循 消 糖	田中内科クリニック管理者に(真正会富山病院から)
5/1	B2a	まつい たかお 松井 崇生	循	みなみの杜病院(加賀市医療センターから)
6/1	B2b	いかわ ゆういち 井川 祐一	形	厚生連高岡病院(金沢医科大学から)
6/5	B2a	たばた あや 田端 あや	麻	厚生連高岡病院(金沢大学附属病院から)

退会

月日	種別	氏名	科目	退会の事由
3/31	B1	ゆくえだ たかこ 行枝 貴子	小	高岡市きずな子ども発達支援センター退職
3/31	B2a	かとう きよし 加藤 潔	産婦	高岡市民病院から北陸予防医学協会とやま健診プラザへ
3/31	B2b	しぶや ただき 澁谷 忠希	救	高岡市民病院から富山大学附属病院へ

異動

月日	種別	氏名	科目	異動の事由
4/1	B2b → B2a	しょうだ よしみ 庄田 佳未	麻	県・市会員区分変更
4/1	B2b → B2a	まつした ももこ 松下 桃子	消	市会員区分変更
5/1	A	まつむら たかゆき 松村 孝之	内 呼 循 消	管理者交代 (開設者兼管理者→開設者のみ:田中内科クリニック)
5/1	A	ひらせ ひろあき 平瀬 裕章	循 内	施設名称変更 医療法人三田会 高岡みなみ病院から医療法人高岡みなみハートセンター みなみの杜病院へ
5/1	A	よしだ わたる 吉田 渉	循 内	施設名称変更 医療法人三田会 高岡みなみ病院から医療法人高岡みなみハートセンター みなみの杜病院へ
5/1	B2a	おおた むねのり 太田 宗徳	循 内	施設名称変更 医療法人三田会 高岡みなみ病院から医療法人高岡みなみハートセンター みなみの杜病院へ
5/1	B2a	やまもと りゅうすけ 山本 隆介	循 内	施設名称変更 医療法人三田会 高岡みなみ病院から医療法人高岡みなみハートセンター みなみの杜病院へ
6/1	B2a	にしむら りょうせい 西村 良成	小 内	日本医師会入会

「高岡市医師会報」投稿規定

1. 投稿資格

本誌への投稿は原則として本会会員とします。

2. 投稿原稿の内容

表紙絵（絵画、版画、写真、書など）、研究発表、随筆、紀行文などジャンルは問いません。

3. 執筆要項

表紙絵は200字程度の紹介文を添えてご投稿ください。

研究発表などの掲載は、原則として1回あたり6ページ以内とします。投稿に際しては、論文投稿における記述形式に準じてください。他誌投稿済みの原稿は掲載できませんが、学会・研究会の発表原稿についてはこの限りではありません。

随筆、紀行文の掲載誌面は、1回あたり3ページ以内とし、それを超えるものに関しては、原則2回まで分割掲載を行います。

なお1ページの字数は1000字とし、図表絵写真一点あたりの字数は200字と換算してください。掲載時の図表絵写真の大きさは会報編集委員会にお任せください。

他者の著作権を侵害しないよう十分ご配慮ください。

連載を希望される投稿は、会報編集委員会で審議し決定します。

4. 投稿原稿の審査及び採否

投稿原稿は会報編集委員の査読を経て、会報編集委員会で掲載の可否を決定します。

原稿作成に当たっては、その内容の倫理性に十分配慮してください。本会の品位を傷つけるようなもの、本会会員相互の融和を損ねると判断したものは、著者に訂正を求めるか、または掲載しないことがあります。

記述の誤り、誤字、脱字などについては文意を損なわない範囲内で会報編集委員会で訂正します。

5. 投稿原稿の返却、掲載物の著作権

掲載した原稿は原則返却いたしません。絵画、版画、写真、書に関しては返却します。

掲載不可となった原稿は投稿者に返却します。

また掲載物の著作権は高岡市医師会に属します。

6. 著者校正

著者校正は一回とします。

なお、会報専用の原稿用紙もありますので、ご連絡くださればお送りいたします。

届出先 一般社団法人 高岡市医師会事務局 〒 933-0021 富山県高岡市下関町4番56号
TEL 0766-25-7060 E-mail office@takaoka-med.org

地域保健だより

担当理事 酒井 成

◇ 7月の地域保健・医療事業への協力について

・地域保健事業

内 容	日 程	場 所	出向医師名
健康相談	7月24日(水)	高岡市保健センター	酒井 成

・母子保健事業

内 容	実施日	出 向 医 師 名		
		小 児 科		整形外科
3か月児健診	7月11日(木)	佐久間友子	深島 丘也	中原 慶亮
	7月25日(木)	仲岡佐智子	吉田 礼子	田中 豊也
1歳6か月児健診	7月9日(火)	荻野千鶴子	窪田 博道	/
	7月16日(火)	粕井 正春	徳田 成実	
	7月23日(火)	清水 道郎	山元 純子	
3歳児健診	7月10日(水)	新澤 隆	宮崎あゆみ	
	7月17日(水)	小栗 絢子	辻 春江	
幼児保健相談	7月12日(金)	水上亜希子		

病診連携室

◇オープン病床の利用率について

	2月	3月	4月	5月
高岡市民病院	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
厚生連高岡病院	46.8%	34.2%	21.0%	27.7%
済生会高岡病院	26.2%	24.7%	16.1%	6.5%
JCHO高岡ふしき病院	54.0%	36.7%	70.0%	39.0%

◇れんけいネット利用状況について

高岡市民病院	2月	3月	4月	5月
カルテ参照登録患者数	16名	19名	9名	6名
予 約 患 者 数	30名	45名	38名	33名

厚生連高岡病院	2月	3月	4月	5月
カルテ参照登録患者数	25名	39名	30名	43名
予 約 患 者 数	99名	93名	105名	103名

済生会高岡病院	2月	3月	4月	5月
カルテ参照登録患者数	12名	6名	7名	7名
予 約 患 者 数	13名	20名	24名	24名



竹やり精神型医療安全

厚生連高岡病院 耳鼻咽喉科 西村 俊郎
(医療安全担当副院長)

最近ある国会議員が北方領土の島々を訪問した際に、この島々を取り返すために戦争を考えませんか、と元島民に質問して大ヒンシュクを買いました。我が国は過去の戦争で国の内外に多大な惨禍をもたらした経験の反省から、戦争は永久に放棄することを誓いました。過去の反省を踏まえていないこの国会議員の発言が大きな非難を浴びた理由は容易に理解できます。しかし近隣諸国から日本は過去の戦争とその責任に真剣にむきあっていないと指摘されることがあります。その国民の一人として気になることがあります。それは過去の戦争で大本営発表に象徴される国民をあざむく情報操作と、無茶苦茶な作戦で多数の軍人や民間人が犠牲になってしまったことです。これらのことを日本人は本当に反省して教訓を得たのだろうかと思ってしまうのです。

私は当院の医療安全担当の専任医師になって1年余りが経過しました。年間約2000件のおびただしい数のインシデント、アクシデントを分析して、何とか教訓を得て有意義な改善策を考えることができないか頭を悩ませる日々です。せっかく改善策をたてて周知してもまた同じようなインシデントが発生することがあります。そのようなときはついつい、初歩的なミスだな、注意力不足なんじゃないかな、ヒューマンエラーで仕方がないな、もっとしっかりしてくれないと困るな、などと思ってしまう。そこからでてくる解決策はもっと気をつけよう、確認しようとして張り紙をするような竹やり精神型対策になりがちです。この言葉は前自治医大医療安全学の河野

龍太郎先生がよく用いられる言葉です。

これでは戦力も戦略もなく精神論のみで、現場に粉骨砕身し玉砕せよと強要した旧帝国陸海軍とかわるところはないとハッとしてしまうのです。竹やりを振りかざしても医療安全は達成されることはないでしょう。注意力や精神論に頼るのではなく、人間の特性すなわち心理的、生理的な性質と環境の相互作用に起因した原因を断つような本質的な解決策を提案できないものかと考えています。インシデント、アクシデントの分析方法を学習し実践したつもりでも、なかなか納得できる解決策はでてきません。医療安全とは最後の勝利なき長期のゲリラ戦に例えられます。大変な世界に足を踏み入れてしまったとも思いますが、また大きな課題ゆえのやりがいも感じています。

自分の30年余りのキャリアを振りかえっても、一生懸命行っただけの医療行為で患者さんをかえって苦しめてしまったと感じる場面に遭遇することが少なからずありました。実際に事故が発生すると犠牲者は患者さん、家族だけではなく、医療者も深刻な事態に追い詰められます。そのような思いをする医療者がでないようにスタッフからは煙たい奴だとおもわれても患者安全を第一に考え、患者さんと職員が安全でやりがいのある笑顔のある病院をめざして工夫したいと日々願っております。さてどうなることやら。

訪問看護ステーションだより

担当理事 吉田耕司郎

訪問看護ステーションです。

「熱が上がってきた。36.9度や。どうすりゃいいが？」Tさんからの電話です。

夕方になると毎日のように36.9度でも、泣きそうな声で相談が入ります。

Tさんは、70歳代後半の女性、要介護1で1人暮らしです。総合病院の内科・整形外科・婦人科・精神科・泌尿器科に定期的に通院し、以前は何度も不定愁訴で救急外来に駆け込んでいたようです。

2年前、転倒し大騒ぎになって以後、1人暮らしでもあり、不安も強いだらうと、介護申請をされました。

唯一の親族である一人娘さんが、キーパーソンでしたが、抗がん剤治療中で、体調が優れないようでした。サービス担当者会議の時「母は他人の言う事を聞かなくて困っています。私が入退院を繰り返しているのでも心細い思いをさせています。私はいつまで動けるかわかりません。母には、皆さんの見守りの中で、暮らしていてももらいたいです。」と話しておられました。

Tさんは、ヘルパー（2回/週）、デイサービス（1回/週）、訪問看護（2回/月）を利用することになりました。

思った事がすぐ口に出るタイプで、「あんな年寄りばかり来るところに行きたくない。」「お医者さんじゃないのに来て貰ってありがたい。」など色々なご意見を頂きました。その反面、一度心配な事があると、とことん落ち込み、考え込んでしまいます。

1年前、娘さんは緩和ケア病棟へ入院され、その後間もなく他界されました。その間、Tさんは、バスに乗り毎日見舞いに行き、ずっと足をさすってあげていたそうです。

今では、娘さんの写真をお嬢さんから何枚か譲ってもらい、写真立てに入れ、テレビを観る時も、外出する時も一緒におられます。泣きながら思い出話をされます。

最近では、少し体調に変化があると「自分は頼る人がいない、入院したら誰が保証人になってくれるのか。私は何のために生きているのか。」と叫びます。そうですね。そう感じますよね。ケアマネさんと相談し、娘さんの旦那さんに連絡を取り、今後も支援していただけることを確認できました。

訪問看護は、状態観察と排便コントロール、精神的ケアが目的です。

今日は天候もよく、室温も高いのに、Tさんは厚手のパジャマを着て、電気毛布も使っています。

「ああ、相撲も終わってしまったし、何の楽しみもないわ。する事ないから、1日に何回も体温計で測ってる。え？デイサービス？週1回で充分や。お金ないもん。」といつものTさんの発言。

その時、テレビで家庭菜園の特集をしていました。

「そうそう、あの子、植物を育てるの上手だった。家の庭に沢山きれいな花を咲かせていた。あの子がまあまあ元気な頃、『お母さんにあげる』って鉢とか土とか持ってきた。でも、あの時ひどい喧嘩してたから…無視してた。ええと、種もくれたような…」

Tさんは、あわてて引き出しの中を探します。すると、「ひまわり」「コスモス」と書かれた袋から種が出てきました。Tさんのベランダに、空のプランター2つと、土の袋が置いてあるのは、そういう経緯があったのですね。で…今日の訪問は時間切れ、「1人で頑張ったらダメだよ。」と言い残してその日は帰りました。

2週間後の訪問日、「最近Tさんから、体調不良！！の電話がないなあ」と思いながらピンポンしました。

「こんにちわ」「ああ、こっち見て見て、種まきましたよ。」とTさん。

ベランダを見ると、プランターに土が入っています。「1人でやったの？」

「隣りの人に手伝ってもらった。今までめったに喋らんかった、隣りの家の人に声かけたら、はいはいって来てくれて、土入れて、種まいて、水もやってくれた。気難しい変人だと思ってたけど、案外いい人だったわ。ねえ、まだ芽が出ないかねえ。」なんとまあ。「へえ、すごい行動力。やればできるねえ。でも身体は大丈夫？」「そういえば、最近熱は出ないよ。」と。

「ひまわり」「コスモス」「種まき」をスマホで検索。

「発芽は気温が関係するんだって。あと、水遣りはねえ…」 Tさんと一緒にお勉強です。

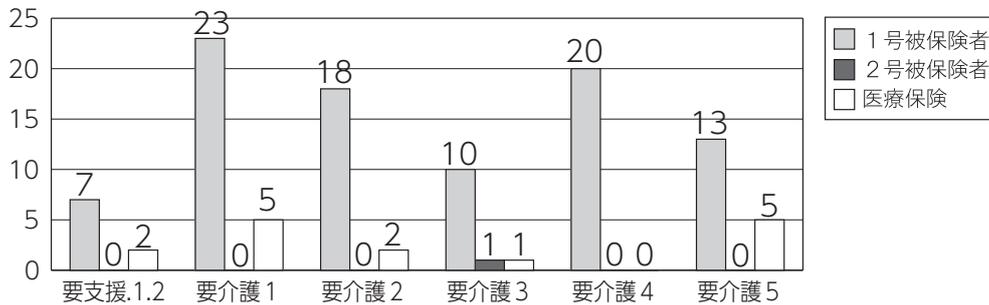
「ふうん、水も、肥やしも、温度も、あげ過ぎたらダメなんか。人間と一緒にやねえ。」と名言。とりあえず、元気にみえる Tさん。

さて、娘さんの遺した種たちは、芽を出してくれるのでしょうか、花は咲いてくれるのでしょうか…いろいろと前途多難の予感。

娘さん力を貸してください。どうか無事に育ちますように。

(文責 野田 美加)

●5月の実績 (令和元年 5月1日～31日)



	介護保険対象者		医療保険対象者
	65歳以上	40～64歳	
男性	41名	0名	10名
女性	54名	1名	15名
合計	95名	1名	25名

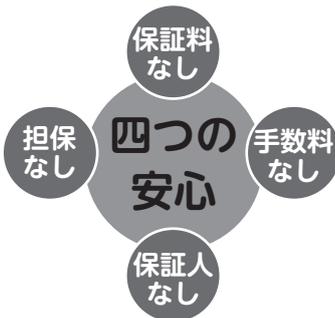
訪問回数
 介護 491回
 医療 182回
 合計 673回

合計 121名
 重複 0名

市医のあゆみ

- 5月17日 定例会・臨時総会
- 20日 厚生連高岡病院・医師会症例検討会
- 21日 胃がん内視鏡検診読影会
介護保険・訪問看護委員会
- 22日 理事会
肺がん検診読影会
- 24日 特定健康診査説明会
- 26日 第3回呉西地区合同ゴルフコンペ
- 28日 フィルムカンファレンス
がん検診委員会
胃がん内視鏡検診読影会
- 29日 肺がん検診読影会
- 30日 急患医療センター管理運営委員会

- 6月4日 ドクターネットかたかご会
胃がん内視鏡検診読影会
- 5日 肺がん検診読影会
- 7日 高岡医療圏医師会役員懇談会
- 10日 診療報酬明細書受付締切
急患医療センター管理運営小委員会
済生会高岡病院症例検討会
- 11日 JCHO高岡ふしき病院症例カンファレンス
胃がん内視鏡検診読影会
- 12日 肺がん検診読影会
- 14日 理事会



いししん

当組合は利用分量配当制度を行っています
(支払われた利息を年度末で計算し還元します)

無担保住宅ローン



無担保だったから、費用が
浮いてワンランク上の家具
が買えてよかったわー！

- マイホーム購入を予定している方
(新築、中古どちらもOK)
- 組合員が利用するセカンドハウスの住宅資金
- 他行住宅ローンの借換資金

ご融資金額	5千万円以内（但し、団体信用生命保険加入条件付き）	
ご融資期間	35年以内 （但し、完済時年齢が80歳となるまでの年数が条件となります）	
ご融資利率	WEB申込金利	
	変動金利	1.15% 1.10%
	当初5年期間固定	1.05% 1.00%
	当初10年期間固定	1.25% 1.20%
	（3大疾病および8大疾病特約付保（50歳以下）は0.2%上乘せ）	
ご返済方法	元金均等・元利均等（ボーナス併用可）	
申込時の必要書類	（資金用途に関する書類） 見積書、契約書 （収入に関する書類） 過去2期分の確定申告書（控）または源泉徴収票 （その他） 他行借入の返済予定表等	
備考	お借入の際は、当組合に加入して頂きます 火災保険に質権を設定させていただきます 8大疾病特約の保障内容につきましては当組合までお問い合わせください お気軽にご照会下さい。お待ちしております	

さわやか医信 みんなのきずな

富山県医師信用組合

<http://www.toyamadcu.co.jp/>〒939-8222 富山県富山市蜷川336番地
TEL 076-429-6272 FAX 076-429-6467

7月の予定表

日	予定事項	時刻	場所
2日(火)	在宅医療談話会 ドクターネットかたかご会 胃がん内視鏡検診読影会	19:30 <small>在宅医療談話会終了後</small> 19:30	当会 当会 当会
3日(水)	肺がん検診読影会	19:30	当会
4日(木)	高岡市民病院医療連携懇話会	19:00	高岡商工ビル2F
5日(金)	訪問看護運営委員会	13:00	当会
8日(月)	急患医療センター管理運営小委員会	19:30	急患医療センター
9日(火)	JCHO高岡ふしき病院症例カンファレンス 胃がん内視鏡検診読影会	19:00 19:30	JCHO高岡ふしき病院 当会
10日(水)	診療報酬明細書受付締切 肺がん検診読影会	10:00 19:30	当会 当会
12日(金)	理事会	19:30	当会
16日(火)	公的病院との連絡協議会 胃がん内視鏡検診読影会	19:00 19:30	ホテルニューオータニ高岡 当会
17日(水)	高岡市民病院・医師会合同症例カンファレンス 肺がん検診読影会 在宅医療連携委員会	19:00 19:30 19:30	高岡市民病院 当会 当会
19日(金)	定例会	19:30	当会
21日(日)	高岡医師グリーン会	7:58	高岡カントリー倶楽部
22日(月)	高岡地域産業保健センター運営協議会 介護保険主治医研修会三市打合せ会	13:30 19:30	当会 当会
23日(火)	フィルムカンファレンス がん検診委員会 胃がん内視鏡検診読影会	19:00 19:30 19:30	当会 当会 当会
24日(水)	肺がん検診読影会 理事会	19:30 19:30	当会 当会
28日(日)	在宅医療市民公開シンポジウム 内科医会総会	13:30 16:30	ふれあい福祉センター ホテルニューオータニ高岡
30日(火)	新旧役員引継ぎ会 胃がん内視鏡検診読影会	19:30 19:30	つたや 当会
31日(水)	肺がん検診読影会	19:30	当会

編集後記

6月8日の新聞一面に「出生率1.42、人口減少が加速」の文字が躍っていました。2018年の合計特殊出生率は1.42となり3年連続の減少、2018年に生まれた赤ちゃんの数(出生数)は91万8397人(前年比2万7668人減)、死亡数は136万2482人(同2万2085人増)だったようです。富山県はどうかというと、出生率は1.52、出生数は6846人(同332人減)、死亡数は1万3066人(同95人減)でした。ある本によりますと、日本における死亡数のピークは2040年の168万人と予想されています。富山県は全国平均より20年以上も早くピークを過ぎたのでしょうか?今後さらに人口が減り続けると、富山県内の医療や介護においても様々な変化を余儀なくされるのではないのでしょうか?

T.U.

発行所
高岡市医師会
電話(〇七六六)二五七〇六〇

発行人
高岡市医師会会長 藤田

一

印刷所
有限会社 米島印刷

高岡市医師会

ホームページアドレス <http://www.takaoka-med.org/> Eメールアドレス office@takaoka-med.org