けせん医報

目次

●巻頭言　「内省する正月」
気仙医師会　会長　滝　田　　有…2
●理事会報告……3
■平成28年度　第４回理事会報告……3
■平成28年度　第５回理事会報告……5
●随　想
「健康診断と三途の川」
岩手県立高田病院　島　貫　政　昭…7
●各科のトピックス
ヘリコバクター・ピロリ(Helicobacteri:H.pylori) について
山浦医院　山　浦　玄　悟…9
●医院紹介
済生会陸前高田診療所　所長　伊　東　紘　一…10
●学術講演会「心房細動～いままでの治療法とこれからの治療について」
講師・岩手医科大学　内科学講座　循環器内科分野
特任講師　大和田　真　玄　先生…13
てんかん診療の「基本」と「ウラ技」
講師・東北大学大学院医学系研究科　てんかん学分野
教授　中　里　信　和　先生…13
●会員の異動 ……15
●事務局日記 ……15
●編集後記・表紙のことば …… 16

KESEN-ISIKAI

第１４０号
2017. 1. 30

気　仙　医　師　会
岩手県大船渡市盛町字内ノ目６－１
TEL：0192-27-7727　FAX：0192-26-2429
http://kesen-med.or.jp/

気仙医師会広報部　発行　平成29年１月30日　製作：村田プリントサービス

巻頭言

内省する正月

気仙医師会　会長
滝　田　　有

新年早々暗い話題は避けたいのだが書かざるを得ない。

昨年（平成28年）は気仙から医師の立ち去りが相次いだ。それぞれ立場は違うが国保診療所の長あり、開業医あり、在宅診療科長あり。医者が足りない当地は、本来の職分以外に学校医、保健医、産業医、介護保険認定など仕事は多岐に及ぶので、医者一人が抜けた穴は恐らくご本人が思っている以上に大きいものとなる。

立ち去りの原因もいろいろで健康上の問題のほか、「一身上の都合」というのもある、現実は他者との関係に起因するのが多いのだろう。

医者は孤独である。仕事の性格上、他人に弱みは見せづらいし、過酷な仕事ゆえにプライドも持っている。よく「医者は風邪をひかない」と世間から思い込まれている。それと同様に「医者はストレスがかかっても、はねのけられる」と思われている節がある。医者はそれほど強靭な心と体を備えているわけではない。診察室に籠っていると独善的になりがちで、相手が雇用主であれ、雇用人であれ（あるいは医師会であれ）、他者との関係も変な形で固定化してしまう。　昨年立ち去った先生方のうち医師会に相談を持ちかけたのは誰一人居なかった。寂しい限りだ。彼らにとっては、ＩＣＴネットワーク加入の勧誘は白々しく聞えたことだろう。

本来、立ち去りに至る前にそういう状況を解決する場として医師会があるはずだ。

大津波後に医師会を引き継ぎ、満５年を迎えようとしている。受けた支援への「恩返し」としての社会貢献は、やってきたつもりだ。しかし一方で内部への眼差しが抜けていたのではないか。正月は一人泣きした。

随　想

健康診断と三途の川

岩手県立高田病院
島　貫　政　昭

健康を維持して、長生きできるように、健康診断が行われているが、受診率・健診の項目の判定基準・検査方法などいろいろ問題があり論議されています。

例えば胃癌検診もバリウム透視でなく、ピロリ菌の感染の有無と胃粘膜の健康度を表すペプシノーゲンによるＡＢＣ健診を行い、その後に内視鏡との手順を踏むと内視鏡医の負担も緩和されるだろうし、精度も上がるものと思われます。そしてその後にフォローも大事である事は論を持ちません。

身体の健康面の公衆衛生的チェックはこの制度であることになりますが、一方では、心理的面での制度はありません。旧来は集落単位での冠婚葬祭、念仏講等の集まる機会に場面毎に考えさせられていたはずですが、最近はそういう集まりに参加する機会が少なくなり自分にはいつまでも死の瞬間が来ないように思いがちであります。しかし生者必滅であるのですから、人生の終焉の迎え方・三途の川の渡り方を考えさせられることが大事だと思うようになりました。そこで安直にインターネットで調べてみました。

善人は金銀七宝で作られた橋を渡り、軽い罪人は山水瀬と呼ばれる浅瀬を渡り、重い罪人は強深瀬と呼ばれる深瀬を渡ると言われています。渡る場所が３か所ある事から、三途の川と言われるのだそうです。仏教では、輪廻転生が重要な要素で「一つの生命が終わっても、その魂はある一定の後に次の様相で生まれ変わり、それが果てしなく続く」というもので、三途の川はそのワンサイクルの通過点の一つに過ぎないことです。

神道では、死は穢れとされて神域に入れませんが、家族の守り神である御霊となるとされています。従って家で亡くなりその家族親族を見守るためにその家に住み続けるのです。つまり我々は、祖先から自分へ、自分から子孫へと永遠に続くとされます。

キリスト教で印象的な言葉は、「一粒の麦もし地に落ちて死なずば、ただ一つにてあらん、死なば多くの実を結ぶべし」です。うろ覚えの解釈では、地面に落ちても芽を出せないで死んでしまっては何もならないが、生きていて芽を出せば、やがて多くの実をなすだろうというものでした。実に正反対に理解したものでした。毛虫が脱皮して蝶になるように、種子が発芽発根して植物体になるように、霊魂は継続したままの偉大な脱皮・変容が死というものととらえているように思います。

いずれの宗教でも、現世の行いが、来世を規定するというもので、現世の社会秩序を守る大切さを説いているものと思います。

老齢になり各種機能が落ちてくれば、次第に認知・行動・摂食等の問題が生じて来ます。そこに至るまでに十分に生を全うして来ていると思えるのであれば、強制栄養は不要でしょう。また認知症になり受けている医療行為を、危害を加えられているとしか理解出来ないのであれば、その様な医療行為は虐待行為と言って良いでしょう。そのような行為での社会資源の消費は、それを支える若い人達への老人からの虐待ともいえるでしょう。

生命は一分一秒たりとも大切であるとは言うものの、二重の虐待を生まない社会を作り、三途の川を渡りたいものです。

各科のトピックス

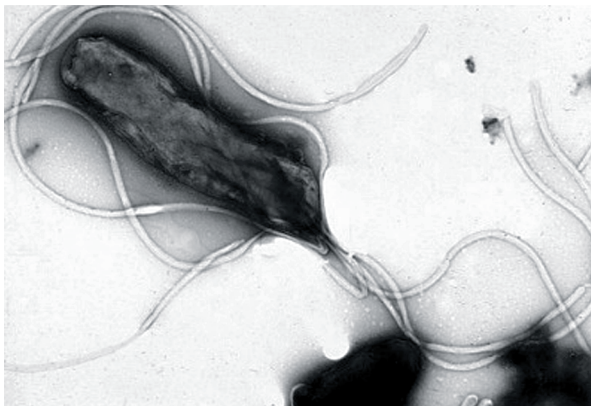
ヘリコバクター・ピロリ（Helicobacter pylori ：H. pylori）について

山浦医院　山　浦　玄　悟

【はじめに】

憂鬱な面持ちの患者さんが外来で検診結果を取り出します。そこには、胃X線検査⇒慢性胃炎（ピロリ菌感染の疑い）の文字が。以前は「慢性胃炎」のみでしたが今年から（ピロリ菌〜）の文言が入っています。そのため今年は上部内視鏡の件数がだいぶ増えました（当院比）。

ピロル菌の電子顕微鏡写真



H. pyloriは、胃粘膜に生息しているらせん形をした細菌です。その発見以来、H. pyloriが様々な疾患に関わっていることが研究で明らかにされつつあります。胃がんとの密接な関係も明らかになりました。1994年にWHOは、H. pyloriを「確実な発がん因子」と認定しました。今回は、H. pyloriについて7年ぶりに改定になったガイドラインをふまえてご紹介します。

【H. pyloriの感染経路】

H. pyloriの感染経路はまだはっきりわかっていませんが、口から感染することは間違いないようです。H. pyloriは、ほとんどが幼児期に感染すると言われています。幼児期は免疫力が弱く、胃内の酸性も弱いので、H. pyloriが生きのびやすい環境です。そのため、H. pyloriに感染している大人から小さい子どもへの食べ物の口移しなどには注意が必要です。また、H. pyloriの感染率は、乳幼児期の衛生環境と関係していると考えられており、上下水道が十分普及していなかった世代の人で高い感染率となっています。

【H. pyloriに関連する疾患】

●H. pylori除菌（薬で退治すること）が強く勧められる疾患

1）H. pylori感染胃炎・・胃粘膜萎縮の改善、胃癌の一次予防効果あり。

2）胃潰瘍・十二指腸潰瘍・・再発抑制効果あり。

3）早期胃癌に対する内視鏡治療後胃・・再発抑制効果あり。定期的な経過観察必要。

4）胃MALTリンパ腫・・胃限局期のMALTリンパ腫の多くは除菌により完解を得る。

5）胃過形成性ポリープ・・ポリープの消失または縮小が期待できる。

6）機能性ディスペプシア・・症状改善に有効なものもある。

7）胃食道逆流症・・PPIの長期処方が必要なH. pylori感染症例には除菌を勧める。

8）特発性血小板減少性紫斑病（ITP）・・H. pylori陽性ITPの約50％で除菌により血小板が増加。

9）鉄欠乏性貧血・・H. pyloriとの関連が示唆される。

※現在、上記のうち保険適応が認められているのは、1）2）3）4）8）。

●H. pyloriとの関連が推測されている疾患

慢性蕁麻疹、Cap polyposis、直腸MALTリンパ腫、胃びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫（Diffuse Large B-Cell Lymphoma：DLBCL）その他、パーキンソン症候群、アルツハイマー病、糖尿病などについて研究が進められている。また、日本ヘリコバクター学会では予防医学の観点から、H. pylori感染者のすべてについて除菌を勧めている。

【H. pyloriの検査法】

内視鏡による生検組織を必要とする検査法

① 迅速ウレアーゼ試験　② 鏡検法　③ 培養法

内視鏡による生検組織を必要としない検査法

① 尿素呼気試験　②抗H. pylori抗体測定　③便中H. pylori抗原測定

【H. pyloriの治療】

□一次除菌法

プロトンポンプ阻害薬（PPI）＋アモキシシリン（AMPC）＋クラリスロマイシン（CAM）を1週間投与する3剤併用療法を行う。

一次除菌治療の保険適用治療薬は、

1．ランソプラゾール（30 mg）　1錠を1日2回
　　または、オメプラゾール（20 mg）　1錠を1日2回
　　または、ラベプラゾール（10 mg）　1錠を1日2回
　　または、エソメプラゾール（20㎎）　1 Capを1日2回
　　または、ボノプラザン（20mg）　1錠を1日2回

2．AMPC（250 mg）　3 Cap（錠）を1日2回

3．CAM（200 mg）　1錠または2錠を1日2回

以上1～3の3剤を朝・夕食後に1週間投与する。

※2015年にボノプラザンが発売された。従来のPPIの除菌率は約80%。ボノプラザンは胃酸分泌を速やかに強力に抑えて抗生物質の効果を上げるため、除菌率は90%を越える。

□二次除菌法

除菌不成功の最大の原因はCAM耐性菌。そこで二次除菌としてCAMをメトロニダゾール（MNZ）に変えた、PPI＋AMPC＋MNZ　が最も推奨される。

二次除菌の保険適用治療薬は、

1．一次治療と同じPPIのいずれか。

2．AMPC（250 mg）　3 Cap（錠）を1日2回

3．MNZ（250 mg）　1錠を1日2回

以上1～3の3剤を朝・夕食後に1週間投与する。

※除菌率は従来のPPIで約90%。ボノプラザン使用で98%。

□三次除菌法（保険適用外）

二次除菌に不成功の場合は、PPI ＋ AMPC ＋ レボフロキサシン（LVFX）などを検討。

□副作用

最も多い副作用は下痢・軟便で約10～30%。以下、味覚異常・舌炎・口内炎が5～15%、皮疹2～5%、その他腹痛、便秘、頭重感、肝機能障害、掻痒感など。整腸剤を併用すると下痢の予防効果あり。また、2～5%に治療中止となるような強い副作用が発生している（下痢、発熱、発疹、喉頭浮腫、出血性腸炎）。

【除菌中の注意事項】

① 服薬アドヒアランス・・１日２回、７日間の服薬をきちんとしてもらうことが大切。

② 喫煙・・喫煙は除菌率を低下させるという報告あり。除菌期間中の禁煙指導が必要。

③ 飲酒・・副作用の観点から除菌期間中は禁酒とする。特にMNZ内服中は飲酒しない。

④ 有害事象の説明・・有害事象とその対応について説明し同意を得る。

⑤ 除菌後のGERD（胃食道逆流症）・・除菌後一時的にGERD症状の出現・増悪を認めることがある。

⑥ 除菌後の生活習慣病・・除菌後、肥満やコレステロール上昇の報告あり。

⑦ 再陽性化・・除菌後０～２％の頻度で再陽性化するとの報告あり。

⑧ 除菌後の経過観察・・除菌成功後も定期的な胃の検査を受けることが推奨される。

【結語】

2013年にH. pylori感染胃炎への除菌治療が保険適応となり、除菌治療を行う症例が大幅に増えています。今回のガイドラインを見ると、胃疾患のみならず色々な疾患との関連が研究されており、今後さらに除菌の必要性が増えていくことが予想されます。私自身もっと積極的に除菌を勧めるべきと考えを新たにしました。会員の皆様の診療の一助になれば幸いです。

医　院　紹　介

社会福祉法人恩賜財団済生会陸前高田診療所
所長　伊　東　紘　一

済生会陸前高田診療所は、平成27年10月１日に竹駒町滝の里１番に仮診療所を開院しました。平成29年２月15日には、気仙町今泉の中井に本設の診療所を開設いたします。仮診療所における１年４カ月間はマイヤの米谷春夫社長のご厚意により、診療所の場所を提供していただきました。

竹駒町滝の里の仮診療所はマイヤの倉庫等を改装して開設しました。

済生会は105年前に明治天皇が発した「済生勅語」により医療の恩恵を受けることが出来ない人々を救済するようにとのお気持ちを受けて設立されたものです。以来、一世紀にわたり医療、福祉、介護の分野で活動を続けてきました。先の大戦の後、昭和26年に公的医療機関の指定、昭和27年には社会福祉法人の認可を受けて、現在は社会福祉法人恩賜財団済生会となっています。歴代の総裁

診療所内の検査システムは血液一般、生化学その他生理学的検査を行います。患者の身近で短時間に結果が出るシステムをＰＯＣtesting&USと言います。

は宮様であり、現在は秋篠宮殿下が総裁を務めております。日本全国にある病院は79、診療所は20、介護老人保健施設は30、救護施設は２、児童福祉施設が22、老人福祉施設が124、障害者福祉施設が８、看護師養成施設が８、訪問看護ステーションが53、地域包括支援センターが22、地域生活定着支援センターが４、その他７の合計379施設を有しています。また、済生会の特別事業として、瀬戸内海の65の島々の巡回診療活動を行う「済生丸」が活動しています。今回の陸前高田気仙町今泉中井に開設する「済生会陸前高田診療所」は済生会の二つ目の特別事業であります。

滝の里の仮診療所では、内科と整形外科で診療を開始しました。内科は伊東紘一が常勤で務めており、大谷寧子医師が非常勤で勤務をしております。整形外科は山形済生病院と関東の済生会病院から金曜日に診療に来ていただいています。さらに、川崎の古矢整形外科医院の院長が第５週の木曜日に診療に来ています。現在、看護師は４名おり、在宅訪問診療も開始しています。

済生会陸前高田診療所の本設が平成29年１月末には完成します。２月には竹駒町の仮診療所から引っ越しをしまして、２月15日から気仙町今泉中井の地において診療を開始します。１年余の仮診療所における診療を通じて、被災者の状況、市民の生活、医療の状況、その他多くの問題点が見えてきました。この経験を活かして今後の済生会としての診療所の活動をしていく所存です。

済生会陸前高田診療所の到達目標は、地域包括ケアシステムのモデル事業を行うことであり、単に医療や介護・福祉を行うことに留まらず、地域住民の生活支援やコミュニティーの創造を行うことにあります。従って、診療所を中心に、気仙町今泉の町を創る事に協力することが目標であります。

スタッフの写真です。

被災者の仮設住宅において健康教室を開いています。医師、看護師、事務職員、コンシェルジュ等が出かけて、済生会についての説明や無低事業、医療、健康体操等について話します。

学 術 講 演 会

「今までの心房細動治療、これからの心房細動治療」

◎日時　平成28年10月５日（水）19：00～20：00　　◎会場　リアスホール「マルチスペース」

岩手医科大学内科学講座循環器内科分野特任講師　**大和田　真　玄**

この度は気仙医師会学術講演会にお招き頂き、誠にありがとうございます。私は弘前大学を卒業し、今春まで弘前大学循環器内科を中心に青森県内で勤務しておりました。生まれも育ちも大船渡市である私ですので、岩手県の医療に貢献できる機会があればと考えておりましたが、このたび縁あって岩手医科大学循環器内科に加えていただくことになりました。早々に、愛する故郷で発表する機会を頂き、とても光栄に感じております。

さて、本日のテーマである心房細動（AF）は"ありふれた不整脈"です。「悪さをしないので経過観察」などと、扱われていた時代もありました。最も有名な心疾患コホート研究の一つであるFramingham studyでは、AF例と非AF例の長期予後に数年間の差があることが示されました。これは脳塞栓症をはじめとした血栓塞栓症の合併が主因と考えられています。現在では、$CHADS_2$スコア、CHA_2DS_2-VAScスコアなどで血栓塞栓症リスク分別化が可能になり、抗凝固薬の適応が系統的に判断できるようになりました。しかし、主に使われていたワルファリンは治療域が狭く、定期採血で厳密なモニタリングが必要です。数年前の日本のコホート研究（Fushimi-AF Registry, J-RHYTHM Registry）で、コントロール不良例でイベント発症率が高いことが明らかになりました。より安全で確実な抗凝固薬が求められるなかで出現したのが、Direct Oral Anticoagulants (DOACs)です。当初から注目されていた食事制限の少なさだけが利点ではありません。十分にコントロールされたワルファリンと同等の塞栓症予防効果を保ちながらも、出血性合併症の出現頻度が少ないことが特徴です。これにより、医師も患者も抗凝固薬によるストレスから解放されたわけです。

しかし、心房細動はこれで解決したわけではありません。抗凝固薬は血栓塞栓症の発症リスクを下げますが、AFを治したわけではないからです。2002年に報告されたAFFIRM studyは、AFに対するリズム・コントロール（洞調律維持を目指す方針）とレート・コントロール（リズムに拘らず心拍数維持に努める方針）を比較した試験です。「どちらの治療方針でもAFの予後に変わりはない」という結果のみが知られがちですが、サブ解析では結果的に洞調律維持された症例での予後改善と、抗不整脈薬の使用が予後悪化に作用することが確認されました。理想のAF治療は、"非薬物治療により洞調律を維持"であることが、お分かりいただけると思います。

非薬物治療による洞調律維持、すなわちカテーテルアブレーションは、1998年にボルドー大学のDr. Haissarguerreによって報告されました。基本手技が拡大肺静脈隔離術（肺静脈前庭部を含む広範囲に左心房との電気的隔離を行う方法）であることは数年前と変わりませんが、テクノロジーの進歩に伴い治療成績が向上しています。

AFは"ありふれた不整脈"ですが放置して良いものではありません。リスクの分別化を行い、DOACを中心とした抗凝固薬治療を行うことが最も重要です。これにカテーテルアブレーションを組み合わせることで、AFの予後はますます改善していくものと思われます。

てんかん診療の「基本」と「ウラ技」

◎日時　平成29年１月12日（木）18：45～　　◎会場　大船渡プラザホテル１Ｆ「鳳凰の間」

東北大学てんかん学分野 教授　**中　里　信　和**

【はじめに】

てんかんは100人に１人の「ありふれた疾患」だが、診断と治療の基本的事項でさえ、誤解されている点が

多い。しかも、一般医か専門医かにかかわらず、誤解は広く浸透している。「大学病院てんかん科」を発足させた2010年から現在に至るまで、この誤解を解くことこそが、第一の責務と私は感じてきた。本日の講演では、まずは、てんかん診療の基本的事項を抑えた上で、どうすれば質の高いてんかん診療を要領良く行えるかの「コツ＝裏技」について考えてみたい。

【最大の誤解】

世界中の一般人の大多数のもつ誤解、世界中の多くの医師のもつ誤解、世界中の神経系医師でさえも時に陥りやすい誤解、それは「てんかん＝けいれん」である。全身けいれんのような大きな発作は、実は非てんかん性疾患でも頻発する。全身けいれんだけでは、てんかんとは診断できず、神経調節失神、代謝異常、アルコールや薬物の離脱症状、心因性非てんかん性発作など、多くの疾患との鑑別が必要である。また、けいれんを呈さないてんかんも少なくない。それどころか、てんかん発作で最も多いのは、意識がぼんやりとして、一点を見つめて体が動かなくなったり、手をモゾモゾさせたり口をクチャクチャさせる自動症を伴う数秒から数分間の発作である。これは複雑部分発作とよばれ、本人はまったく気づかず、居合わせた人でもよほど注意して見ていないと見落とす場合もあるため、治療のターゲットにはされにくい。悲しい報道があいつぐ交通事故なども、多くはこの発作が原因と考えられている。役者が演ずる発作ビデオを作り配布している理由は、この発作の存在はすべて医師だけでなく、全世界の人類が知っておくべきものだと考えるからである。

【診断の大道】

何はともあれ、病歴聴取である。大きなけいれん発作は無視するぐらいでちょうどよい。本人が気づかず、周囲の人が気づくような意識減損発作の有無はもちろん、感覚症状、精神症状など、本人しか気づかない発作の繰り返しがないかどうか、確認しなければならない。脳波と画像はあくまで補助診断であり、脳波も画像も正常なてんかんは数多く、また脳波も画像も異常というだけでは、てんかん治療が必要かどうかの判断は下せないのが普通である。

【神経系専門医か、てんかん専門医か】

通常てんかんは、小児神経科医、神経内科医、精神科医、脳神経外科医など、神経系専門医の守備範囲にある。これまでの診療報酬体制下では、てんかん診療の主力は外来診察、外来検査であった。おそらく６割程度の患者は外来診療で十分であろう。しかし残り４割は、入院検査が必要と言われている。とくに、ビデオと脳波で長時間、患者の発作を待つビデオ脳波モニタリング検査は、決定的証拠を見せてくれることが多く、人生を変える検査である。こうした専門施設への紹介は、何年も発作で悩み続けてから行うのではなく、１年間で２～３剤程度の薬を試しても発作が残っている患者を対象とすべきである。発作が減っているだけではダメであり、少しでも発作があり、運転免許を取得できる見込みのない方であれば、入院検査の対象とすべきである。

【診断における裏技】

てんかんはきわめて多彩な疾患であり、一般医であろうが専門医であろうが、てんかんのすべてを学ぶことは到底困難である。しかし患者にとってみれば、自分のてんかんはひとつである。私は患者に拙著「『てんかん』のことがよくわかる本．講談社」を早い段階で読ませることにしている。次の外来では、患者は隠れた発作症状や悩みを、医師に伝えやすくなるのである。治療中の疑問でさえも、患者が学習していれば、医師に効率よく質問することができる。診断における裏技は、患者に勉強させることにある、と私は実感している。

【治療と生活指導における裏技】

これもやはり疾患学習に限る。従来、てんかん診療は「発作ゼロ」に重きが置かれていたが、新薬の登場で「副作用ゼロ」も夢ではなくなった。加えて私は「悩みゼロ」をめざすよう患者に伝えている。患者はしばしば悩みに気づかないこともある。そこでやはり拙著が役立つ。抑うつや不安、自己への自信の低下、本人・家族・社会からの蔑視など、悩みを聞き出す医師の力も必要だが、患者みずからの疾患学習はこれを大いに助ける。

【おわりに】

疾患学習と診療連携が重要であることを述べてきたが、最後に強調したいのは、てんかんのリハビリテーションのコンセプトである。この世に何ら障害のない人はいない、と言われるが、てんかんを持っていることも個人差のひとつと捉えて、てんかんがあろうがなかろうが、ベストの人生を送れるように前向きに考えることが、リハビリテーションのコンセプトであろう。

会員の退会

佐　伯　惠　子　先生

退会年月日　平成28年11月30日（退職のため）

近　江　三喜男　先生

退会年月日　平成28年12月31日（退職のため）

事務局日記

（10月～12月）

10月６日　山崎内科医院、山崎一郎院長と滝田会長面談（気仙医師会館）
10月７日　水銀廃棄物回収についての通知発送
10月11日　気仙広域連合、村上係長来館（気仙医師会館）
10月13日　全国保健活動推進会議（日本医師会館・佐藤コーディネーター出席）
10月19日　第４回理事会（気仙医師会館）
10月21日　岩手県医師会事務研修会（県医師会館）
10月23日　大船渡市防災訓練「通信情報訓練」事務長対応
10月24日　水銀回収開始～10月31日最終回収日
11月１日　水銀廃棄物回収の総括
11月４日　気仙医師会上野直和監査役来館（大船渡商工会議所専務退任挨拶）
11月７日　健康相談面接（山崎内科医院）
11月15日　「いわて年末年始無災害運動」・大船渡労働監督署（佐藤出席）
11月21日　健康相談面接（山崎内科医院）
11月22日　「津波警報発令」福島沖震度５、石倉クリニック、広田診療所休診
　　大船渡商工会議所新沼専務に気仙地域産業保健センター委員への就任依頼
11月23日　学校医に関するアンケートについて（星学校医部長に資料持参）
12月３日　大津医院・故大津郁夫儀の葬儀（会長外参列）
12月５日　「けせん医報」第140号への原稿依頼
12月14日　気仙医師会忘年会（大船渡プラザホテル）
12月14日　長谷川会計事務所・中村氏来館（年末の挨拶）
12月16日　気仙医師会館清掃（リンピア）
12月19日　大船渡市防災無線受信機設置（大船渡市貸与）
12月21日　第５回理事会（気仙医師会館）
12月26日　気仙医師会費３期分集金（住田、高田）
12月27日　気仙医師会費３期分集金（大船渡市内）
12月28日　第５回理事会報告発送