

けせん医報



目次

●卷頭言 「一病息災」	
気仙医師会 副会長 鵜 浦 章	… 2
●理事会報告	… 3
■第1回理事会報告	… 3
■第2回理事会報告	… 4
●隨 想「父のこと（2）」	
大船渡市国民健康保険越喜来診療所 佐々木 道 夫	… 6
「わが迷い道 まわり道」	
櫻井医院 櫻 井 末 男	… 7
●各科のトピックス	
「大腸ポリープについて」	
鳥羽医院 吉 澤 徹	… 9
●氣仙地区糖尿病治療セミナー	
日時：平成29年3月31日（木）	
講師：福岡大学医学部内分泌・糖尿病内科教授	
野見山 崇先生	… 11
●学術講演会	
日時：平成29年4月13日（木）	
演題：「トリルシティが築く新たな糖尿病治療」	
講師：かねこ内科クリニック 金 子 能 人先生	… 12
●平成29年度氣仙医師会定時総会開催される	… 14
●事務局日記	… 15
●編集後記	… 16
●表紙のことば	… 16



第142号
2017.7.25

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/>

卷頭言



一 病 息 災

気仙医師会 副会長

鵜浦医院 鵜 浦 章

人は健康に気を付けているようでも、自分勝手な解釈で生活習慣の悪い部分に目をつぶりがちである。そんな時病は遠慮なくやって来て、誤りに気付かされる。私もつい最近身をもって体験した。

今年の正月痛風発作に襲われたのである。いつの頃か食事や酒の量が増えてきたのは自覚していたが、「血圧、コレステロール、血糖がすべて優良だから」とか「血管疾患の家系ではない」など自らに言い訳し、改めようとしなかった。しかし、昨年4月に続いての発作なのでさすがに考えさせられた。「痛風程度で済んで良かった。脳卒中、心筋梗塞では大変だった。」と節制に努めるようになったが、痛風発作がなかったらどうであろうか。人間身体を過信しているのが最も危ない。むしろ、一病を抱えて健康を気遣っている方が天寿を全うできるのではないだろうか。

このような観点から日常診療を考えると、患者教育が益々重要と思える。特に、開業医には合併症のない生活習慣病の患者さんが多いので、健康への意識を高めることができれば健康寿命の延長が期待できる。問題は方法である。診療での指導には限度があるので、補助手段が模索される。減塩、バランス食の食体験は一定の効果を上げているが、他に待ち時間を利用しての教育（スタッフやビデオによる）、昼食時間を利用しての教育などが思い付くところである。先日、遅まきながら初めて「糖尿病教室」（講義30分、昼食会30分）を開催したが、活発な質問が出て患者さんの意識の高さを感じられた。確かに負担ではあるが、月1回程度は続けていきたいと思っている。

隨 想

父のこと（2）

大船渡市国民健康保険越喜来診療所

佐々木 道 夫

Amazonからなにやらギフトが届いた。お酒のようである。父の日だからということであろう。差出人は長男の嫁になっている。子供達からは、父の日になにやらプレゼントするという習慣はすっかりなくなっている。その代わり孫たちから敬老の日になにかが届くようになった。昨年も嫁からビールが来た。ありがたくはあるが、私はもうすっかり下戸になり、ほとんど飲んでいないということを嫁は知らないようだ。それでも、「義理酒」ということで、よしと考えることにする。一方、私の父の方である。94才である。少し脚が弱ってきたものの、毎日数千歩歩いており、日々の食材や衣類などの身の回り用品を買いに行く分には十分である。左眼は見えないが右眼は問題なく、読書三昧の毎日である。頭もしっかりしており、教員をやっていたこともあり、読み書きなどの知識は私などは到底かなわない。「文藝春秋」を愛読書している。最近の芥川賞は面白くない、などと感想を言うが、恥ずかしながら、芥川賞に目も通していない私は話し相手にすらならない。毎日岩手日報を隅から隅まで読み、世の中のことには詳しい。

その父の唯一の趣味が時事川柳である。「年をとって川柳作りもダメになってきた」と言いながらも毎日何句も作り、新聞に投稿している。それでも最近の政治情勢は父親にとっては我慢できないものようで、強いインセンティブとなって父の句づくりは活発化している。最近新聞に掲載された句の中からいくつか挙げてみる。

退位法 おごりの人にも 欲しくなり

悪法を 多数で決めて 正義顔

改憲も この手で行くと 味を占め

などとやや過激とも思われる表現となっているが、もう94才であり、何も恐くないし、何と言われようと構わない（実際に嫌がらせの電話やはがきが来たりすることもあったよう

だ) という確信犯的なスタンスである。(脱線するが、この前某全国紙に載っていた『でんでんと みぞゅう並ぶ 最前列』には思わず「ウーン、うまい！」。)

連れ合いを亡くして10年以上一人暮らしをしている自立老人である。とはいえる、90を超えて生活をしていくということはそれだけで、ゆるくないことは確かである様だ。最近しきりと弱気なことをいうようになった。近くの知り合いや兄弟が亡くなると、「次は俺だな」などと言い、私達を心配させる。先日親戚の同じ一人暮らしの老人が死んだ状態で発見された。そのことを父親に話すと、悲しむかと思いきや「なんばいいごど、おらもそそうなりて」とびっくりするようなことをいう。94才になり、それなりに自立して生活しているのに、「長生きはするもんではねーな」というのが口癖である。分かるような気がする。長生きしようと思って生きているわけでないだろう。死なないから生きているだけのことなのかもしれない。超高齢者になって生きていくというのは私の想像を越えてゆるくないことなのかもしれない。時々弱気な言葉を吐いて息子を心配させるかと思えば、「今年は大丈夫だから、心配してわざわざ来なくてもいい」と自信たっぷりに言ったりと、こちらが振り回されている。とはいえる、全く息子にとっては手のかからない理想的な老人なのである。しかし、だがしかし本当にこれでいいのであろうか? 疑問というかある種のおそれが脳内を駆け巡る。いったいいつまで? …。私の方は75才もあやしいという感じなのだが…親父の心配よりも自分の心配が必要と感じるこの頃である。

わが迷い道 まわり道

櫻井 医院

櫻井 末男

新聞の中で「山医者」という耳なれぬ新語を知った。説明では山間僻地の医師とある。北上山系の山麓の中わずかな平地に集落の点在する農林地帯の住田が私の住む町である。田舎医者や金堀り主義の山師医者より少しましだろうと以後自称「山医」を名乗り続けてきた。

自分を惨めに扱って喜ぶ自虐趣味もなく、謙遜も自慢のうちだから山医であることに誇りを持ちたいが、中々容易なことではない。若い頃は都会志向にも傾いたが、父祖伝來の八代も続くわが家には一介の山医に徹すべきしがらみがある。内容の一部をNHKで放映、月刊紙で全国に紹介されたが「いわゆる赤ひげ」組に見られたらしい。

三陸の漁村に生まれ、^{センセイ}教師を目指し師範受験のため盛岡の小学校に移ったが、工業学校に進み、土木科入学が迷い道の入口となった。

その後盛岡工専に入学、卒業と同時に母校の助教授（文部教官）に任官、教壇に立つが、生まれ故郷三陸の村長だった伯父の求めに応じ医学校に進む決心をし、ここから長い廻り道が始まった。医専、予科、学部本科を経て医師免許取得は二十八歳の夏である。医専受験の春には地方新聞が風変わりな助教授がいるとして三面記事に出されている。迂遠なジグザグ人生の中で工学教育医学の恩師、知友から貴重な教訓を受けられて来た。

高校時代の恩師が「実業の日本社」就職試験に不採用となった時、諦めきれず直接社長に面接を申し出て、自分の考えを述べた結果、見事逆転入社の体験を披露した。

その折、黒板に大書した「熱願冷諦」の四文字が今も忘れられない。熱烈に願い求め冷やかに諦めるの意であるが諦めは捨て去ることではなく、分析理解することであり、明らかに見るである。願いが叶わなかった理由について冷静に反省してみるととも説かれていた。人生はこれの繰り返しであると訓えられた。過ぎた事についていつまでも拘泥しクヨクヨせず、決断を速くすることを訓えられ、工専時代のドイツの語教授からも繰り返し“Vergangue vergangue Sein”の板書を見せられている。

「秒進分歩」という造語を造った愚兄（N H K 経営委員長）は局の皆様から「フンボ先生」と呼ばれたこと也有った、凡ゆる分野で進歩の目まぐるしい現代ひとつの学問や専門分野だけに固執してものになることは何ひとつない。常に学際的感覚が要求される時代である。医学部にも、工学や農学出身の非医師教授が登場し始めている。小林秀雄氏は「人間は不思議なことに、二十歳代に思い描いた夢や希望から、職業が変っても生涯解放されない運命にある。」と言っている。山医も医師であると同時に患者に対して良き教師でありたいものである。健康教室の講師依頼で約800回以上も全県下を廻っているが、これも最良のボケ防止と考え92才の今年も喋り続けている。サクラコウジスエマロが来たと言われながら。

Vergangue vergangue Sein !

過去は過去たらしめよ !

(略歴) (大正14年5月8日三陸町生れ)

盛岡工専（現岩手大学工学部）助教授
県立高校（盛岡工業、盛岡一高講師）
医学博士（東北大学より授与）
岩手県医師会常任理事（10年）
岩手県予防医学協会専務理事
気仙医師会長
社会福祉法人鳴瀬会理事長（特養すみた荘）

全国心電図解釈センター連絡協議会副会長
陸前高田R・C会長
住田町教育委員
厚生省シルバーサイエンス研究班員
日本医師会予備代議員
岩手県医療審議会委員
町内保育所、保育園、小中高校医兼産業医等

各科のトピックス

「大腸ポリープについて」

鳥羽医院 吉澤 徹

消化器を専門にしている方には何を今さらといった話題ではありますが、消化器系以外の方にも少し参考になればという事で大腸ポリープについて（大腸がん検診についても少し交えて）できるだけ簡潔に分かり易く説明できればと思い紹介させて頂きます。

【診断経緯について】

地域の集団検診、人間ドックなどで大腸がん検診（いわゆる、検便）で精密検査が必要と言われ大腸内視鏡検査を受けた方の中には、"大腸ポリープ"という診断がつく方がいます。

基本的には大腸ポリープは自覚症状が（ほとんど）なく、何らかの理由で（その内の一つが、大腸がん検診で陽性になった方です）大腸内視鏡検査を受けて初めて見つかるというパターンが多いです。

【大腸ポリープと、大腸がんの関係について】

大腸がんにおいてはAdenoma-Carcinoma sequence説といって、大腸ポリープ（Adenoma）が→がん（Carcinoma）に（段階を経て）かわるという説が科学的に証明されています。

なのでポリープ（＝["全て" ではないが、] 前癌病変）の段階で発見されれば、がん予防としてのポリープ切除（基本的には、内視鏡的切除）により「理論的には」大腸がんが予防できるという考えがあります。

【がんになるポリープ、ならないポリープ】

大腸ポリープにも、いくつかの種類があります。

ざっくりと「ポリープ」というのはイボのような突起物を意味する言葉で、良悪性の病変いずれも含みます（多くは、良性のものを指す事が多いようですが）。

大腸ポリープは大きく「腫瘍」と「それ以外のポリープ」に分けられます。（図1）

腫瘍以外のポリープにも色々な種類/分類がありますが、あまり細かい事は専門の方以外にはかなり複雑になるのでここでは説明を省かせて頂きます。

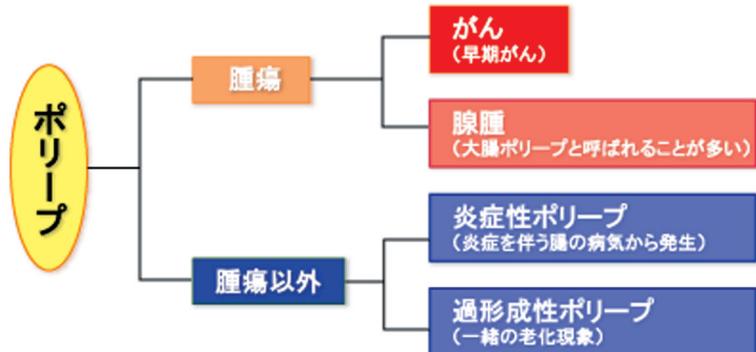
問題となる（内視鏡治療を検討される）ことの多い、腫瘍に分類されるタイプのポリープ（図1右側の、上から2段めの腺腫に分類されるもの）について説明します。

大腸ポリープの80%は腺腫で、特にS状結腸や直腸によくできます。

腫瘍か腫瘍以外のポリープかは、内視鏡で（肉眼的に、ほぼ）判断ができます。

判断が難しい場合には、安全性を期してある程度以上の大きさがあれば切除して組織を確かめるのが原則です。

図1 ポリープの種類



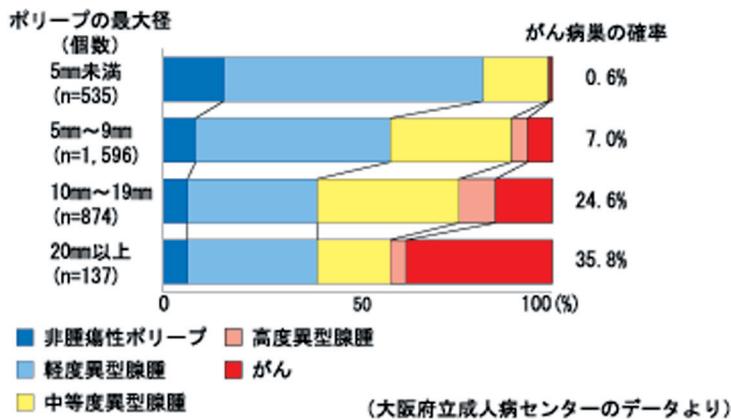
【腺腫が、がんになる可能性】

現在は、がんになるのは腺腫のほんの一部であることがわかってきてています。

ポイントになるのが、腺腫の大きさです。

腺腫の直径が1cmを超えた場合、急激にがんを含む可能性が高くなることが示されています。(図2)

図2 切除された大腸ポリープの組織



【摘出が必要なポリープとは？（これについて本物はもっと細かな判断が必要とされますが、それを書いているとあまりに複雑になり簡潔に説明できなくなってしまうので以下の如くに説明させて頂きます）】

日本では、5mm以上の大きさのポリープが摘出の対象とされています。
5mm未満のポリープは経過観察でよいと考えられています（科学的な根拠は、まだないようです）。

したがって平坦型で陥凹のあるものや、

形がいびつであるなど特殊なタイプのものは5mm未満でも摘出が推奨されます。

【検査後 [内視鏡治療後] のフォローアップは、どうする [どうしている] の?】

パターン①

もし、大腸内視鏡検査を行っても異常がない（たとえポリープがあったとしても、その全てが〔少なくとも、治療を検討する必要のない〕腺腫以外のポリープだとほぼ確実に診断できる場合。and/or 粘膜下腫瘍〔カルチノイドを疑う場合を除き〕/内痔核/大腸憩室症等の通常はフォローが必要のない病変のみを認める）場合。

→年齢やその検査〔治療〕時の観察条件（特に大腸内視鏡検査においては検査の前処置の良し悪しやその患者さんの腸の個性により、検査及び観察のし易さがかなり異なります）にもありますが、きちんと観察できていたのであれば（自信があれば…）2～3年後位の大腸がん検診によるフォローでよいと考えます。

パターン②

内視鏡治療の結果、現時点では切除すべきポリープは消失した。and/or初回の検査時で、フォローするべき微小な（=5mm未満の、腺腫、etc.）ポリープが（まだ）残る場合。

→1（私見ですが、～2年でもよい場合もあるかと…）年後位で、直接内視鏡検査によるフォロー（これまでの経緯〔それまでにも短期間で治療対象となるようなポリープの再発を繰り返していたり、内視鏡検査そのものがとても大変〔開腹手術後等で腸管癒着が強い/大腸がかなり長い、等〕〕によっては、フォローの際に内視鏡治療を準備しておいて検査するという場合もあり得ると思います）。

パターン③

内視鏡治療の結果、パターン①の条件になった場合。

→3年後位で、直接内視鏡検査によるフォロー（その後もパターン①の状態が続くならば、パターン①と同じく大腸がん検診でのフォローへ）。

【結語】

不勉強ながらまとめたつもりではあるのですが、実際には更に患者さんの年齢やADLに応じて細かく対応を変える必要があるので、上記のパターンに当てはまらない場合も多いかと考えます。

実際の症例におきましては、あくまで参考程度にとどめて頂けると幸いです。

気仙地区糖尿病治療セミナー

◎日時：平成29年3月31日（木）

講師：福岡大学医学部内分泌・糖尿病内科准教授 野見山 崇 先生

糖尿病は国民病である。全国では950万人もの糖尿病患者がおり、6人に1人が糖尿病という時代を迎えている。一方で、全国の糖尿病患者のHbA1cは右肩下がりに低下しており、2型糖尿病患者の平均は7%を切っている。しかしながら、余命や健康寿命、QOLは健常人に至っていない。糖尿病治療の目標に関して、血糖値やHbA1cを下げるだけではないことは様々な大規模臨床試験が明らかにしてきた。真の目的は血管合併症を抑制し、その先にある患者さんの寿命とQOLを確保することにある。血糖コントロールとは患者さんの人生設計を立てて、共に前向きに歩んでいくことに他ならないと思い、診療にあたっている。我々の立てる治療ストラテジーが未来の糖尿病診療を良い方向へ変えられるかもしれない、という激動の時代に生きている。

糖尿病患者が著明な酸化ストレス下にあることは有名である。酸化ストレスは細胞レベルで老化を進行させている事がわかっている。糖尿病とは単に血糖値が高い病気ではなく、全身の細胞や組織を蝕み、老化を促進し、動脈硬化疾患や癌、認知症といった病態を引き起こす疾患群である。GLP-1を中心としたインクレチンがインスリン分泌能を改善するのみならず、直接的な臓器保護作用がある事が知られている。動脈硬化モデルマウスにインクレチンを持続投与すると、アテローム病変が抑制される事を我々研究グループは見出してきた。インクレチンは血糖非依存性の血管保護効果を有する可能性がある。また、同様な結果がDPP-4阻害薬リナグリップチンでも確認されている。リナグリップチンに関しては、様々なメカニズムを介して平滑筋細胞増殖を抑制している事が説明できる。

我が国の糖尿病患者の死因として癌が増えている。糖尿病患者の癌リスクは1.2倍であり、特に糖尿病で多い肝癌・膵癌は2倍と言われている。糖尿病患者が来院したら癌が潜んでいるかもしれませんと、スクリーニングをする必要がある。インクレチンには血糖非依存性の抗癌作用があるかもしれない、ということを示唆するデータも我々研究グループは発表している。メトホルミンは癌細胞に直接作用をして抗癌作用を発揮するかもしれないことが、ヒトレベルでも証明されている糖尿病治療薬である。インクレチンとメトホルミンは血糖降下作用の点で相性が良い事は知られているが、癌を進行させずに血糖コントロールが可能な組み合わせである事を、示唆する報告もある。つまりインクレチンは単に血糖を下げるだけではなく、様々な臓器への保護作用、並びに抗癌作用もある夢のある薬剤であると言える。インクレチン関連薬はヒトレベルで良いデータは報告されていないが、リナグリップチンのデータ（心血管イベント抑制に関する後向き解析、脳梗塞リスクを低下させる、等）からもわかるように、今後の試験結果にも期待ていきたい。DPP-4阻害薬は、治療開始時のHbA1cが高く、BMIが小さく、罹病期間が短いほど効きやすい、という結果を報告してきた。インスリン分泌能が低下している日本人向けの抗糖尿病薬といえる。

糖尿病患者の高齢化が進行しており、認知症患者の増加も危惧されている。ポリファーマシーも問題となっており、そもそも血糖コントロール自体も難渋するケースが多い。DPP-4阻害薬は低血糖が少なく安全性が高く、高齢者にも使用しやすいことは想定されるが、リナグリップチンは高齢者に実際に投与したデータを持つDPP-4阻害薬である。また、リナグリップチンは腎機能・肝機能の程度に関わらず、同一用量で投与できる薬剤である。最近の話題では、EMPA-REG OUTCOME試験の結果が衝撃を与えている。我々アジア人においても、心血管死・全死亡を有意に減少させることができることが証明されており、欧米人向けの薬剤という認識だけではなく、安心して効果を期待できる薬剤であることがわかってきていている。インクレチン関連薬やメトホルミンで治療を行いつつ、上手くSGLT-2阻害薬を追加していくべきである。体重減少が期待できるが、食事指導をしっかりと順守すべきである。

21世紀の糖尿病診療ブレイクスルーがあるとすれば、The lower, the betterや質の良いHbA1cコントロールという概念だけではなく、血糖コントロールを超えて副次的な作用のある薬剤を使ていき、未来に起こり得る合併症にかかるコストを下げていく、という概念が必要である。

学術講演会

「トルリシティが築く新たな糖尿病治療」

◎日時 平成29年4月13日（木）

講師：かねこ内科クリニック 院長 金子能人先生

インクレチンとは、小腸下部から食事摂取に応じて分泌される消化管ホルモンであり、GLP-1とGIPがある。GLP-1は膵臓の β 細胞へ作用しインスリン分泌を促し血糖値を低下させる。現在、インクレチン関連薬としてDPP4阻害剤とGLP-1受容体作動薬が用いられているが、生体内のGLP-1は分泌後数分で分解酵素であるDPP4により分解されてしまう。この分解を抑制するのがDPP4阻害剤であり、DPP4による分解を最低限に抑え受容体を直接刺激するのがGLP-1受容体作動薬である。インスリン分泌には惹起経路と增幅経路があるが、GLP-1受容体作動薬により分泌されるのは增幅経路であるため惹起経路を刺激する他の薬剤と比較して低血糖のリスクが少ないという特徴も有している。この様なGLP-1受容体作動薬であるが、由来となる物質と作用時間により分類される。ヒトGLP-1由来のものが、トルリシティ、ビクトーザ、Exsedin-4由来のものがバイエッタ、ビデュリオン、リキスミアである。又、長時間作用型のものが、トルリシティ、ビクトーザ、ビデュリオン、短時間作用型のものがバイエッタ、リキスミアである。週1回投与のトルリシティとビデュリオンは超長時間作用型と分類する場合もある。適応症は殆どが2型糖尿病であるが、バイエッタとビデュリオンは適応症が違うので注意が必要である。長時間作用型は、主に空腹時血糖値を低下させ、

食後血糖値はやや低下させ悪心や嘔吐も少ない。短時間作用型は食後血糖値を強力に抑制するが、消化管運動抑制による悪心や嘔吐が出やすく継続が難しい場合もある。体重低下作用に関しては種々のデータを見るとそこまで大きな違いは無い様である。トルリシティとビクトーザを比較した国内第3相試験のデータではトルリシティは週1回の投与ながらビクトーザと同様にHbA1c値が推移し26週の時点で非劣勢、52週の時点では優位な改善が示された。SMBGでは空腹時は同等であったが、食後2時間値をトルリシティがより下げたことによる差であろう。同様に持効型インスリンとの比較データでは8週目で差が付き26週でも優位にHbA1cを低下させていた。しかし、持効型インスリンとの比較で重要なのは体重と低血糖の発現である。トルリシティは同じような治療だが体重を増やさない。そのために徐々に体重が増えインスリン投与量が増えるが、効果は見られず低血糖のリスクだけが増えててしまうケースは少ないのでないかと思われる。インスリン分泌能が保たれ、体重コントロールに難渋している症例などはBOT療法から変更してもよいのではないか、インスリン単位15単位程度までなら変えてよいのではないかと感じている。分泌能としては空腹時血中CPR>1.0を確認している。GLP-1受容体作動薬は良い点が多いが、著明な高血糖を示す場合には一度インスリンで糖毒性を解除してからGLP-1受容体作動薬を投与したほうが効果を得られる。トルリシティの特性は、週1回投与であり、漸増が不要である。食事に関係なく投与可能なため曜日だけを決めておけばよいなど、取り扱いが非常に簡便である。スタッフの話でも指導時間は従来と比べると全く違うそうである。肝機能、腎機能に関係なく使用でき、適応症が2型糖尿病のため幅広い併用も可能である。又、針が見えないという点は患者にとっては一番のメリットである。低血糖、体重増加を来たさずHbA1cを低下させるためCVアウトカムにも期待が持てる。現時点でのCVアウトカムについてPositiveな結果が得られているのはSGLT2阻害剤とGLP-1受容体作動薬だけである。CVアウトカムの観点からはGLP-1受容体作動薬は早めに使用したほうが良い、日本人であればBMI25以上ならばGLP-1受容体作動薬、25未満であればDPP4阻害剤という使い分けを行っていくのはどうだろうか。

みんなの いわて を 医 協 ご利用ねがいます

医療用品カタログ通販 5,000品目満載 最大89%引き

医用印刷物・医療機器・医療事務機器・衛生材料等々・保険事業・医療廃棄物処理事業(収集から各種報告書作成まで)・福利厚生事業・労働保険事務代行事業

TEL.019-626-3880
購買専用 フリーダイヤル **0120-054-222**
FAX.019-626-3883

URL <http://www.ginga.or.jp/isikyo>
E-mail isikyo@rose.ocn.ne.jp



平成29年度 一般社団法人 気仙医師会定時総会

総会の種類：一般社団法人 気仙医師会定時総会

◎開催年月日：平成29年5月24日（水）午後7時00分

◎開催場所：大船渡プラザホテル

◎会員総数：60名（A会員19名・B会員34名・C会員7名）

◎資格審査報告：本人出席24名・委任状17名 計41（最終確認・本人出席28名）

1、開会

菊池議長より、定刻なったので平成29年度気仙医師会定時総会の開会を通告。

2、資格審査報告

資格審査確認の報告求められ、岩渕総務理事より「資格審査報告」

会員数60名中、本人出席24名・委任状17名、計41名で定款28条の定めにより、本総会が成立したことが報告され、了承された。

3、会長挨拶

本日は、盛岡市で社会保険医療担当者の集団指導（指定更新時）があり出席して来た。

総会の成立に謝意を表し、会員各位の日頃の地域医療貢献を労った。

4、署名委員指名

岩渕総務理事より、

署名委員に飯塚和彦、山崎一郎の両先生を指名し、議場の承認を受けた。

5、議事

①議案第1号 平成28年度気仙医師会事業報告書の認定について

議長は、事務局に説明を求めた。

岩渕総務理事から資料に基づき①から⑦まで科目ごとに事業の経過について報告。

議長は、議場に本案について認定することを求めたところ全会一致で議決された

②議案第2号 平成28年度気仙医師会収支計算書の認定について

岩渕総務理事から、収支についての財産目録、貸借対照表、正味財産増減計算書等により、科目毎に詳しい説明と、公益目的支出計画実施報告についての説明のあと、引続き及川東士監事からこれら一般会計並びに公益目的支出計画の特別会計についての監査報告を受け、議場に諮られた。

議長は、議場に本案について認定を求めたところ挙手多数で議決された。

③議案第3号 平成29年度気仙医師会事業計画（案）の認定について

議長は、事務局に説明を求めた。

岩渕総務理事から事業計画書に基づき説明、

議長は、議場に本案の認定を求めたところ、特に意見はなく挙手多数で議決された。

④議案第4号 平成28年度気仙医師会収支予算（案）の認定について

議長は、事務局に説明を求めた。

岩渕総務理事から、予算書（案）に基づき、収入・支出の各科目の款、項により説明、

議長は、議場に本案の認定を求めたところ、挙手多数で議決された。

6、その他

岩渕総務理事から、県に提出する「公益目的支出計画実施報告書」について説明があつた。

7、閉会

議長より、議場に閉会を通告し、終了した。