

[巻頭言]

会長に就任して

宮崎県内科医会会長

栗林 忠信

県内科医会の創設は昭和37年であり、その後、約半世紀の間に、8名の歴代会長のもと、輝かしい歴史と伝統が築き上げられてまいりました。私が宮崎医科大学第3内科に赴任しました昭和52年当時は竹野融先生が第3代会長をされており、その後、古賀孝先生、中村元先生へと引き継がれておりました。その当時、私自身は殆ど医師会活動に無関心で、疎遠にしておりましたが、平成2年、福田実先生が第6代会長に就任された時から、お声がかかり、内科医会の活動に関わるようになりました。前任の志多武彦会長の元で8年間、副会長をさせて頂きましたが、この度、志多先生が勇退され、その後任として、第9代県内科医会会長の大役を仰せつかりました。身に余る光栄で、その責任の重さをひしひしと感じております。もとより浅学非才の身で、その重責を十分に果たせるのか、甚だ不安ではありますが、お引き受けした以上誠心誠意、会務に傾注し、出来る限りの責務を果たしたいと考えますので、よろしくお願い申し上げます。

役員改選に当って、副会長以下、常任理事、理事、監事などに県内各都市内科医会より秀逸の先生方に就任して頂き、強力、かつ若々しいキャビネットが出来上がり、心強く思っております。必ずや会員の先生方のご期待にそえるものと確信しております。

さて、第25回中間法人日本臨床内科医会総会が来る平成20年4月13日に東京フォーラムで開催されました。平成20年度の事業計画が示され、臨床内科学の発展、国民医療の向上、特に日本人の生活習慣病対策の充実を中心に据え、1. 臨床内科学の位置付けと地位の向上、2. 内科学生涯研修の強化、3. 内科診療報酬体系の合理化と改善、の3項目を柱として、事業内容の充実、発展、財政基盤の強化、及び組織の拡充を図ることが承認されました。平成20年3月31日現在の日臨内会員数は16,818名で、昨年度よりも48名減少しております。また、専門医、認定医の大半が60歳以上の高齢者で占められている現状であります。ちなみに本県の内科医会会員数は330名であります。若い医師の勧誘を進め、会員増を図ることが僅々の課題ではありますが、我々も会員増に向けて魅力有る内科医会を構築したいと考えております。

ところで、平成20年4月の診療報酬改定については、先生方も大きな失望と不満、不安を抱かれたことと思います。日本臨床内科医会は、第一線の地域医療を担う医師集団の立場から、永年に亘って築き上げてきた患者と医師の信頼関係を崩壊させ、ひいては医療現場を無視した地域医療の崩壊をもたらす平成20年度診療報酬改定に対して、4月の総会の理事・代議員会において、1. 後期高齢者診療報酬体系の見直し、2. 外来管理加算の時間要件撤廃、の2項目を決議して、厚生労働省と日本医師会に送付しました。

後期高齢者診療報酬体系については、宮崎県医師会、市郡医師会の働きかけで、多くの先生方が手上げに慎重な態度を示して頂き、本当に感謝申し上げます。当面は今後の国会審議を見守るしかないと存じます。一方の外来の時間要件に関しては、多くの先生方が不満を抱いているにも係らず、まだ具体的な動きは何も示されていません。今後、日臨内を通じて、何としても撤廃にもっていかせるように働きかけていきたいと考えております。

まだ新執行部になって半年足らずであります。先生方の御期待に沿うように頑張りますので、何とぞよろしくご支援、御協力をお願いして、私の就任の御挨拶とさせていただきます。

特 集**がん医療における緩和ケア**

宮崎市郡医師会病院内科（緩和ケア病棟）

黒 岩 ゆかり

はじめに

今年3月、日本医師会監修のもとに『がん性疼痛治療のエッセンス』と『がん緩和ケアガイドブック』が発行され、全国の医師会会員へ配布された。「がん対策基本法」（以下、基本法）（平成19年4月施行）および「がん対策推進基本計画」（以下、推進計画）（同年6月策定）に示されている、「がん患者の療養生活の質の維持向上」のために必要な「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」の推進を目的としたものである。また4月の診療報酬改訂では、「がん性疼痛緩和指導管理料」（100点、月1回算定）が新設された。これは、がん性疼痛に対して麻薬を処方する際に、WHO方式に従って、副作用対策を含めた計画的・継続的な治療と必要な指導を行った場合に算定できるものである。この管理料の新設は、麻薬性鎮痛薬の適切な使用と、それによるがん性疼痛緩和法の普及を後押しするものである。

本稿では、がん医療における緩和ケアについて、がん対策基本法のもとでの展開と、基本的技術について述べる。

1. 緩和ケアの定義

緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患に伴う

問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質（QOL）を向上させるためのアプローチである」（2002年、世界保健機構（WHO）による定義）。患者や家族が直面する問題は多面的であり、これらの問題を全人的苦痛として捉える必要がある。全人的苦痛とは、身体的苦痛（具体的には、疼痛などの身体症状、日常生活動作の支障）、精神的苦痛（不安、いらだち、抑うつなど）、社会的苦痛（経済的な問題、仕事上の問題、家庭内の問題など）、およびスピリチュアルペイン（生きる意味の喪失、死への恐怖など）を指す。これら全人的苦痛に対処する全人的ケアの実践のためには、医師や看護師だけでは不十分であり、薬剤師、栄養士、リハビリ専門職、心理職、介護職、社会福祉職、宗教家なども含む多職種からなるチーム医療が必要となる。

緩和ケアは、本来は、対象をがん患者に限定してはいないが、がんに伴う身体的苦痛や精神的つらさが大きいこと、また、がんに罹患する人が多いことから、現在、がん医療において特に重視されている。がん医療における緩和ケアは、従来は、積極的抗がん治療が

終了した後の「保存的治療」や、予後が短いと判断された時期の「終末期医療」ないし「ホスピスケア」とほぼ同じとされる向きがあったが、新しい考え方では、緩和ケアは、がんと診断された時点から始まり、積極的抗がん治療の時期、そして積極的治療終了後から看取りへ、これらすべての時期を通して提供されるべきものと理解される。

2. がん対策基本法のもとでの緩和ケアの展開

2-1. がん対策のあゆみと今後の展開

がん（悪性新生物）はわが国において、昭和56年から死因の第1位となり、がんによる死亡は年間約33万人（宮崎県では年間約3,000人）で、全死亡の約30%を占める。がん罹患する人も多く、日本人男性の2人に1人、女性の3人に1人が生涯のうちにがん罹るとされる。治療法の開発によって、がんは必ずしも致命的疾患ではなくなり、抗がん治療中の人、がん治癒後で再発の可能性がある人、がんが進行して積極的治療が適さなくなった人など、がんとともに生きる人たちは年々増加している。

わが国のがん対策のあゆみをみると、昭和59年の「対がん10か年総合戦略」に始まり、平成16年からの「第3次対がん10か年総合戦略」、さらに、昨年の基本法施行と基本計画策定へと進んできた。基本法では、「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療法が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること」を基本理念の一つとして掲げ、“患者中心の医療”であることが明言された。また、推進計画では、「がんによる死亡者の減少（75

歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）」と「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を全体目標としており、従来の“がん医療＝がん治療”から、新たに“がん医療＝がん治療＋緩和ケア”へと大きく展開した。

2-2. 緩和ケアの新たな展開

推進計画では、緩和ケアが「治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われること」、「治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、適切に提供される」ことが求められている。それを実現するための方策の一つとして、「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること」が5年以内の目標となっている。また、継続的な緩和ケアを行うためには地域連携が必須であり、かかりつけ医（在宅療養支援診療所など）と、地域の病院の緩和ケア病棟・緩和ケアチーム・緩和ケア外来、および、がん診療連携拠点病院（二次医療圏ごとに1施設が基準）、これらのネットワークづくりが各地で進められている。宮崎県では、がん診療連携拠点病院は5施設で、その内訳は、都道府県がん診療連携拠点病院が宮崎大学医学部附属病院、地域がん診療拠点病院が県立延岡病院、県立宮崎病院、国立病院機構都城病院、県立日南病院となっている。

2-3. 緩和ケア病棟の新たな位置づけ

県内の緩和ケア病棟承認施設は、三州病院緩和ケア病棟（都城市、2000年開設、17床）、宮崎市郡医師会病院緩和ケア病棟（宮崎市、2001年開設、12床）、平田病院緩和ケア病棟（延

岡市、2007年開設、17床)の3施設(計46床)である。

基本法施行後、緩和ケア病棟の役割も変化している。従来の“終末期ケアの場”“看取りの場”から拡大して、「一般病棟や在宅医療との間に垣根を作らない」地域に密着した緩和ケア病棟として、「一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅医療の支援及び終末期のケア等の機能をバランスよく持つことが期待」されている(基本計画)。具体的には、予測される生命予後の長短に関わらず、症状緩和・在宅ケアの準備・介護者の休息などを目的とした一時的な入院も受け入れ、さらには、在宅緩和ケア患者の緊急入院先としての役割も担うことになる。

3. 緩和ケアの基本的な技術

3-1. がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会

基本計画では、「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること」が5年以内の目標となっている。具体的には、各都道府県において、がん診療連携拠点病院、あるいは、地方自治体、医師会、日本緩和医療学会などが主催者となって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」が開催される予定である。がんの診断や治療を行う医師、かかりつけ医、緩和ケア医など、がん診療に携わるすべての医師に研修会への参加が呼びかけられることになる。この研修会は厚生労働省から開催指針が示されており、修了者には、研修会主催者名と厚生労働省健康局長名の入った修了証書が交付される。

緩和ケア研修会のプログラムは開催指針に

より、実質的な研修時間の合計が12時間以上と定められている。内容は下記のとおり多岐にわたっているが、中心となるのは、がん性疼痛治療法とコミュニケーション技術である。

- ア がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん性疼痛治療法を含むがん性疼痛に対する緩和ケア
- イ 呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケア
- ウ 不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケア
- エ がん医療におけるコミュニケーション技術
- オ 全人的な緩和ケアについての要点
- カ 放射線療法や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点
- キ がん患者の療養場所の選択及び地域連携についての要点
- ク 在宅における緩和ケア

3-2 . 身体症状の緩和の基本

がん患者にみられる身体症状は、疼痛だけではなく、倦怠感、食欲不振、便秘、悪心・嘔吐、呼吸困難など、さまざまなものがある。身体症状の緩和では、まず、症状の評価を行う。患者自身の評価が基準であり、患者に、どんなことがつらいかをたずねることから始まる。その症状が日常生活でどのような支障となっているか、また、どのような対応を希望しているかを確認する。次いで、症状の原因を診断して、患者に説明する。その上で、原因に応じた治療が可能であればそれを行い、それが困難であれば対症療法を行う。対症療法には薬物療法と非薬物療法があり、

症状緩和のための薬剤は、(症状が再発してからの頓用ではなく)症状を予防するように使用し、繰り返し評価を行って、その患者に合った薬剤の種類と量を決めていく。症状緩和のためには生活援助も重要であり、症状を増悪させないような日常生活動作の工夫や環境の調整などを行う。

3-3. がん性疼痛治療法の具体的内容

3-3-1. 疼痛の評価

疼痛は自覚症状であり、その評価は、患者自身が痛みをどのように感じているかが基準となる。評価の内容は、疼痛による日常生活への影響、痛みのパターンと強さ、部位と性状、増悪因子と軽快因子、現在行っている治療の効果などである。

3-3-2. 疼痛の原因

がん患者にみられる疼痛の原因としては、①腫瘍自体や腫瘍に伴う炎症(内臓・神経への浸潤・圧迫、骨浸潤など)、②治療行為(術後瘢痕、放射線照射後の皮膚炎、化学療法での口内炎など)、③衰弱や長期臥床(便秘や褥そうの痛み、腰背部の筋筋膜性疼痛など)、④その他に、頭痛、神経痛、関節痛、帯状疱疹などが挙げられる。原因に応じた治療が可能であればそれを行い、それが困難であれば対症療法を行う。

3-3-3. 疼痛の種類

疼痛の種類は大きく3つに分けられ、それぞれ、痛みの性状に特徴があり、効果的な鎮痛剤が異なる。①内臓痛は、腹部内臓の痛みなど、部位が明確でない、鈍い重い痛みであり、オピオイドが効果的である。②体性痛は、

骨転移痛など、部位が限局した、鋭い痛みであり、NSAIDs(非ステロイド系消炎鎮痛剤)が効果的である。③神経障害性疼痛は、神経叢浸潤・脊髄浸潤に伴う痛みなど、じんじん、ひりひり、びりびりするような痛みであり、オピオイドはある程度効果的だが不十分であり、鎮痛補助薬(鎮痛剤としても有効な、抗けいれん薬、抗うつ薬、抗不整脈薬など)を必要とする場合が多い。疼痛の種類を判断して効果的な薬剤を選択し、非オピオイド鎮痛薬やオピオイドと併用する。

3-3-4. WHO方式がん性疼痛治療法

がん性疼痛の薬物療法は、WHOが推奨するがん性疼痛治療法の5原則に準じて行うことが望ましい。5原則は以下のとおりである。

- ① 経口投与を基本とする：簡便な経口投与が基本であるが、患者の状態に応じて(内服できないなど)、適切な投与経路(坐薬、貼付薬、持続皮下注、持続静注など)を選択する。
- ② 時間を決めて定期的に投与する：疼痛時頓用のみではなく、鎮痛剤を定期的に投与して痛みを予防する。オピオイド(麻薬性鎮痛薬)の定期投与は、通常、徐放性製剤を用いて一定間隔で行う(「毎食後」ではなく、12時間毎・24時間毎など)。
- ③ WHOラダーに沿って痛みの強さに応じた薬剤を選択する：第1段階(弱い痛み)では非オピオイド鎮痛薬(NSAIDs、またはアセトアミノフェン)を使用し、第2～3段階(中等度～強い痛み)ではオピオイドを使用する。実際には、非オピオイド鎮痛薬をまず投与し、効果が不十分な場合、オピオイドを追加する(非オ

ピオイド鎮痛薬も継続する)。オピオイドの選択は、予測される生命予後とは関係なく、痛みの強さに応じて行う。非オピオイド鎮痛薬とオピオイドを併用しても痛みが残る場合は、鎮痛補助薬も追加する。

- ④ 患者に見合った個別的な量を投与する：適切な量とは、鎮痛効果が十分あり、かつ副作用ができるだけ少ない量であり、患者の意向もふまえて投与量を調節する。強い痛みに対して用いるオピオイドには、「常用量」や「投与量の限界」は設定されていない。
- ⑤ 患者に見合った細かい配慮をする：
- a. オピオイドについて、患者や家族が抱えている誤解（がん末期に使う薬だ、モルヒネを使うと命が縮む・麻薬中毒になる、など）があれば、それを解くように説明をする。
 - b. 定期投与の他に、疼痛増強時に使用する臨時追加投与（レスキュー）を処方し、これらの使用方法を説明する。レスキューは原則として、定期投与の徐放性製剤と同じ種類の速放性製剤を用いる。オピオイドのレスキューの1回投与量は、内服では定期投与1日量の

6分の1、持続静注・持続皮下注では1時間分の量とする。

- c. 鎮痛剤の副作用（モルヒネによる吐き気・便秘・眠気など）について説明し、適切な予防および対処（制吐剤、便秘薬など）を行う。

おわりに

がん対策基本法のもとでの、がん医療における緩和ケアの新たな展開について述べた。緩和ケアは、がんと診断された時点から始まり、それによって、がん患者のQOLの維持向上が期待される。がん診療に携わるすべての医師に、緩和ケアの知識と技術を習得すること、そして緩和ケアの態度とこころを備えることが求められている。今が、がん医療における緩和ケアの、本格的な始まりである。

なお、緩和ケアの具体的方法の詳細は、日本医師会監修『がん性疼痛治療のエッセンス』『がん緩和ケアガイドブック』をご参照ください。また、緩和ケア研修会については、主催者から随時ご案内があると思います。がん患者さんの診療をされている先生方には、ご出席くださいますようお願い申し上げます。

[会員投稿論文]

パニック障害の診断と治療

平塚医院（心療内科・精神科・循環器科・消化器科・呼吸器科）

平塚 正伸

はじめに

パニック障害は、従来、不安神経症、心臓神経症、自律神経失調症などと診断され、心理面のみが強調され、適切な診断や治療がなされてこなかった病気である。ところが、1980年に米国で発表された米国精神医学会の診断基準（DSM-III）で、パニック障害の診断名が採用されるに及び、その本態の解明や診断・治療が飛躍的に進歩した。日本ではパニック障害のガイドラインは1994年に米国精神医学会がDSM-IVを作成し、1998年に出版し、その翻訳による日本語版は1999年に発行（医学書院/日本神経精神学会監訳）された。わが国唯一のパニック障害のガイドラインで

ある。

診 断

DSM-IVの診断基準（1994）では、まずパニック発作をストレスがなくても「死ぬかもしれない！」苦しい発作である強い恐怖または不快を感じるはっきり他と区別できる期間があると定義している。

本邦唯一のパニック障害研究センター理事長であり、5万人の患者さんを治してこられた貝谷久宣先生（医療法人和楽会 なごやメンタルクリニック理事長）の医療情報を用いて話を進めていく。（図1）の13個の赤い項目のうち4個が突然発現し、10分以内に頂点

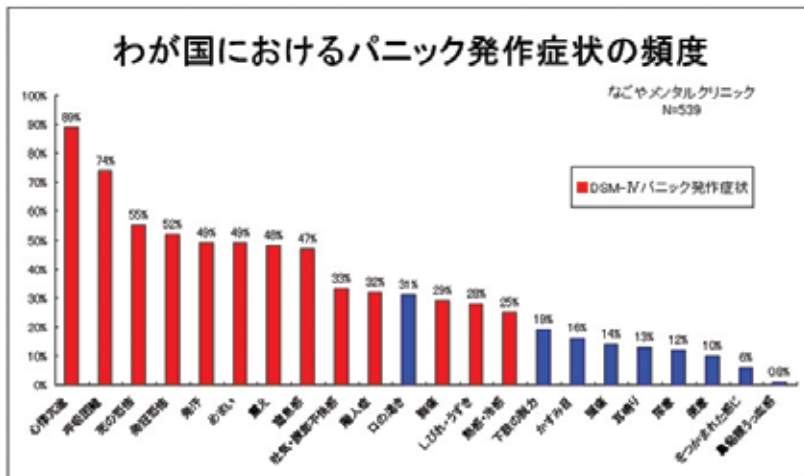


図 1

に達することがあれば、パニック障害と診断してよい。

管理・治療

パニック発作は、突然おそう激烈な発作で早期に診断し、早期に治療すればよくなる病気である。したがって、できるだけ多くの先生方がこの病気を正しく理解し、早めに病気を発見することが大切である。

パニック障害を病気の症状からみた場合、動悸・呼吸困難・吐き気・冷感・手足のしびれ・手足の震え・突然発狂する不安感・気が狂いそうな感覚・死の恐怖などがパニック発作の特徴である。

パニック発作を経験すると、また今度パニック発作を起こすのではないかと不安な状態（予期不安）となり、あの恐ろしいパニック発作がまたおきるのではないかと考え、心筋梗塞や脳梗塞のような怖い病気と考える人もいる。パニック発作自体は大体30～60分くらいでおさまり、救急車を呼んで病院に着く頃には、だいたい症状は改善している。循環器、呼吸器で検査する頃には症状は治まり、血圧、心電図には異常がない。どうも8割以上の患者さんは異常がないということで帰宅させられるが、患者さんには症状があるので、家に帰ってからまたその日の夜に同じような発作を起したり、あるいは翌日に発作を起す。そこで、また発作が起こるのではないかと考えるだけで、怖くなり、よけい不安が高まる。その状態が、さらにパニック発作を起ししやすい状況を作る（図2）。また、予期不安がさらにパニック発作を増強させてしまうことが十分考えられる。今度はパニック発作が来たときに恐ろしいから、誰かに助

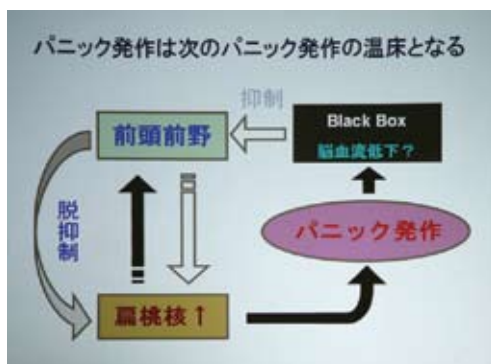


図2

けを求めたい、誰かがそばにいてくれないと外出ができない状況に陥り、あるいは、渋滞や特急電車のような動きのとれない状況、助けを求められない状況を非常に怖がるようになり、多くの患者が学校や会社に行けなくなる。これらを広場恐怖症、外出恐怖症、乗り物恐怖症といい、こうした状態になると社会生活に支障をきたし大きな問題となる。

治療はS S R I：ジェイゾロフト12.5mgから1週間おきに増量し50mgまでとする。ドグマチール50mg（乳汁分泌・錐体外路症状が出れば中止する）。長期作用性ベンゾジアゼピン：メイラックス2mgを併用すると4日以内に症状は消失する。（図3）デパスは短時間作用性なので1日3回血中濃度が変わり、不安がとれなく、不安定で、薬物依存

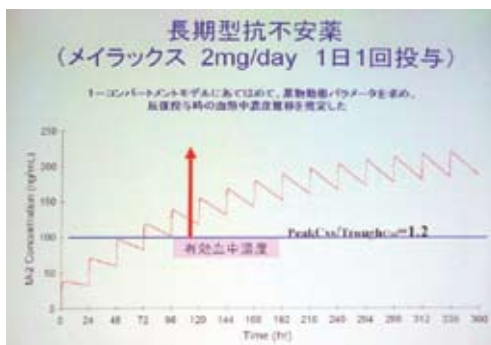


図3

を起こしやすい。(図4)

Kaiya Golden Trio for Panic Disorderが

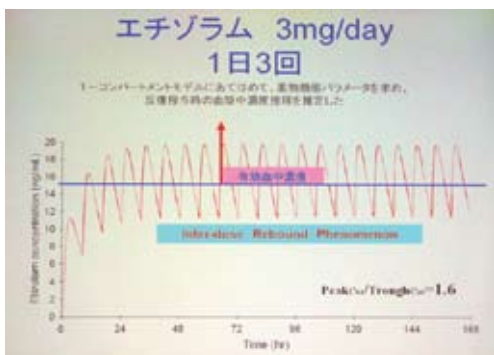


図4

現在, 最も効果がある処方なので紹介したい。

(図5)

その処方のポイントは

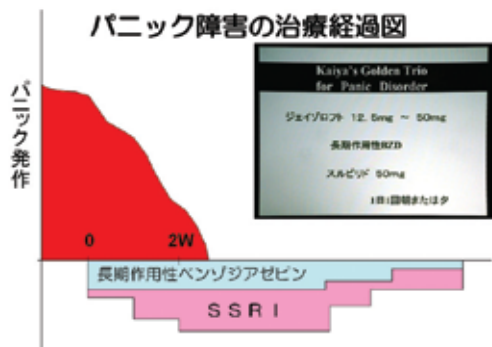


図5

(1) 二つの作用機所序を同時に使い相乗効果を期待する。

例 ドグマチール+S S R I

前頭部D A分泌増加

(2) 一挙両得を狙う：副作用を消してしまう

例1 ジェイゾロフト+BZD (ジッターリング予防)

例2 ジェイゾロフト+ドグマチール (嘔

気予防)

服薬の期間は必ず医師の指示のもとで行う事が大切である。(図6)

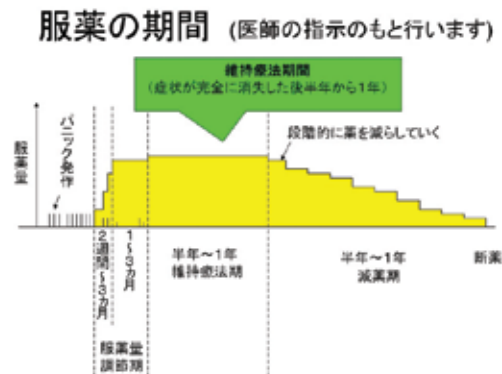


図6

結 語

①パニック障害の患者は、自分は、中枢神経系以外の心臓や肺などの病気であると信じている。また、周囲の人たちも諸検査の結果、異常がなかったのだからと、患者の精神面の弱さなどを問題とする。このような状況で患者は意気消沈して孤立し、家族は怒ったり拒絶的になったりする。家族と患者の双方を教育し、パニック障害は援助と治療を必要とする本当の病気であると強調することが不可欠である。

②パニック障害の治療開始時に、発作自体は命にかかわるものではないと患者に説明する。家族には、パニック発作は患者にとって恐ろしいものであり、パニック障害は治療しなければ患者の健康を害する病気であることを理解してもらうことが必要である。

参考文献

1. 上島国利：今日の診療のためにガイドライン外来診療2001. 277-280, 日経メディ

-
- | | |
|--|---|
| カル開発, 東京, 2001. | 2006.10.1 |
| 2. 貝谷久宣: 第4回日本うつ病学会総会,
札幌, 2007.6.29 | 6. 貝谷久宣: 第47回日本心身医学会総会,
東京, 2006.5.28 |
| 3. 貝谷久宣: ジェイゾロフトTVシンポ
ジュウム, 宮崎, 2007.5.14 | 7. 貝谷久宣: 世界心身医学会議, 神戸,
2005.8.24 |
| 4. 貝谷久宣: パニック障害セミナー, 東
京, 2006.10.1 | 8. 久保木富房: 最終講義「ストレスと心身症」
東京大学医学部本館大講堂, 2005.3.18 |
| 5. 野村忍: パニック障害セミナー, 東京, | |
-

[会員投稿論文]

エコーにて診断できた腎動脈狭窄症の1例

石橋 峰嗣, 黒木 栄美, 小牧 誠, 山ノ内由美,
野元 園恵, 松原 佳奈, 吉松 智佳, 武田恵美子,
川崎沙穂里, 津曲 洋明, 三原 謙郎, 小牧 齋¹⁾

県立宮崎病院臨床検査科超音波センター (宮崎市)

¹⁾ こまき内科 (宮崎市)

はじめに

腎不全の原因に腎動脈狭窄症が1～2割を占めることがわかってきた。私達は、最近、腹部エコー検査（以下、US）にて腎動脈狭窄症を診断できたので報告する。

症 例

症例は53歳の男性。平成20年7月、左腎腫瘍疑いにて当院泌尿器科へ紹介された。約10年前から本態性高血圧症と診断され、数種類の降圧剤を服用していた。泌尿器科からのオーダーにてUS施行、左腎に約4cmの腫瘍があり腎癌と診断した。そのUSの際に、大動脈から分岐する左右の腎動脈を描出し血流速度や波形を評価した結果、右腎動脈に狭窄があると診断した。まず、右腎動脈起始部はカラードプラにてモザイクパターンであり高速の乱流を呈していた（図1）。パルスドプラにて同部位の流速を測ると収縮期最高血流速度（peak systolic velocity：PSV）は391 cm/sec、拡張末期血流速度（end diastolic velocity：EDV）は158 cm/secと著明に上昇していた（図2）。同時に測定した腹部大動脈のPSVは84 cm/secと正常範囲で、右腎

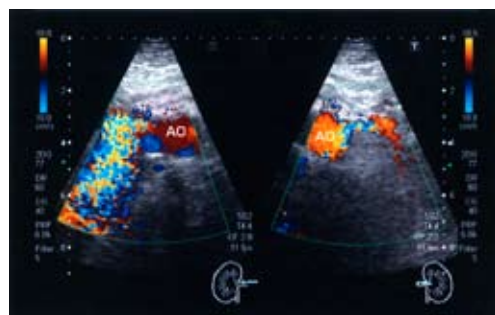


図1 両側腎動脈のカラードプラ像
大動脈（AO）から分岐する右腎動脈（図左）はモザイクパターンを呈し、左腎動脈（図右）は正常である。

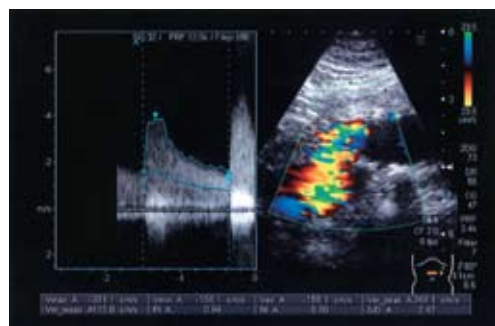


図2 右腎動脈のパルスドプラ像
右腎動脈モザイクパターン（図右）でのPSVは391 cm/sec、EDVは158 cm/secと著明に上昇している（図左）。

動脈と大動脈のPSV比であるrenal / aortic ratio (RAR)は4.7と高値であった。以上のようにPSV180 cm/sec以上、RAR 3.5以上と

いう診断基準を満たしたことから右腎動脈の60%以上の有意狭窄と診断した(表1)。なお、左腎動脈は腹部大動脈から2本分岐し、それぞれのPSVは100 cm/sec以下と正常範囲で(図3)、左腎門部付近には約1.5cmの動脈瘤がみられた。

数日後のCTにて左腎細胞癌が確認された。同時に左腎動脈が2本あり腎門部に動脈瘤があること、そして右腎動脈起始部の90%以上の狭窄が確かめられた(図4)。以上、CTとUS所見とは一致した。

その後、8月末に根治的左腎摘出術がなされた。右腎動脈狭窄症に対しては経皮経管的腎動脈形成術(percutaneous transluminal renal angioplasty: PTR)が9月に施行され、その際に狭窄の原因は粥状硬化であることが確認された。

表1 PSV, RAR と腎動脈狭窄率との関係

エコー基準	狭窄率
PSV > 180 cm/sec, RAR > 3.5	> 60%狭窄
PSV > 180 cm/sec, RAR < 3.5	< 60%狭窄
PSV < 180 cm/sec, RAR < 3.5	正常
血流シグナルなし	閉塞

* (文献1) より)

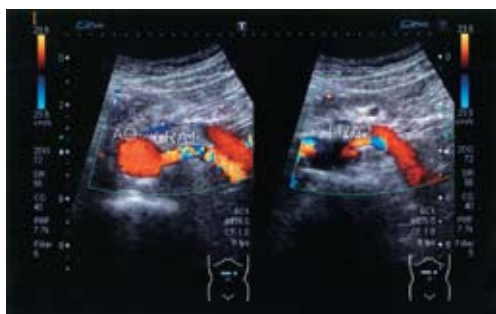


図3 左腎動脈カラードプラ像

大動脈(AO)から分岐する、狭窄のない2本の左腎動脈(LRA1とLRA2)を示す。

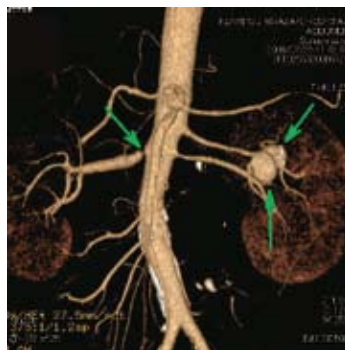


図4 CT像

右腎動脈起始部狭窄, 2本の左腎動脈, 左腎門部動脈瘤がみられる。

考 察

腎動脈狭窄症が存在すると高血圧症を来し、進展すると腎不全に陥る。腎動脈狭窄症の原因としては粥状硬化性、線維筋性異形成、大動脈炎症候群、大動脈解離、腎動静脈奇形などが挙げられ、粥状硬化性が約90%を占める。

従来、腎動脈狭窄の診断をUSで行うことは無理と考えていたが、腎動脈の描出を試みると案外できるものである。当センターでは今年5月から血管エコーを正式業務として導入したが、半数以上で両側腎動脈が描出できることを確認できた。この腎動脈エコーはCTやMRに比較して経済的であり、造影剤を使用しないため腎障害を有する症例にも適用できる。まずカラードプラにて左右の腎動脈を同定、パルスドプラにて腎動脈起始部または近位部の血流速度を測定、PSVとEDVを求める。同時に上腸間膜動脈分岐レベルでの腹部大動脈のPSVを測定、腎動脈と大動脈のPSV比(RAR)を算出する。PSVが180 cm/sec以上、RARが3.5以上なら60%を超える有意腎動脈狭窄の判定が可能とされている(表1)。自験例のPSVは391 cm/sec, RARは4.7であった。

USの長所としてリアルタイムで血行動態を評価できる。今回、偶然であるがUSにて腎動脈狭窄症を診断できた。腸管ガスや肥満が顕著な場合には描出困難となるが、高血圧等の原因検索のスクリーニングとして腎動脈エコーは有用と考えられる。なお、腎動脈エコーに関する詳細は文献^{2,3)}を参考にさせていただきたい。

あ と が き

今回の自験例は、この分野の専門病院では特に珍しいものではないが、当センターでは初めての経験であり報告した。本態性高血圧症としてフォローされている症例の中には、腎動脈狭窄症が原因となっている場合もある

ことを認識した。

本論文の要旨は第86回宮崎県腹部超音波懇話会（平成20年9月、宮崎市）にて報告した。

参 考 文 献

- 1) Strandness Jr DE : Duplex imaging for the detection of renal artery stenosis . Am J Kidney Dis. 1994 ; 24 : 674-678
- 2) 横井良明 : 超音波 : 腎動脈. Vascular Lab 増刊 2005 ; 97-101
- 3) 横井良明 : 頸動脈・末梢動脈疾患をエコー・ドブラ法で診る. 分子心血管病 2004 ; 5 : 391-399

[Postgraduate Education]

症候による漢方治療

XV 便秘（その3）

宮崎市 木下内科医院

木下恒雄

B. 虚実問証向きの方剤

6. 大黃甘草湯

本方の出典は金匱要略で大黃と甘草の2種の生薬のみで構成される。

（1）使用目標：原典には「食し已^{おわ}つて即ち吐する者は大黃甘草湯^{これ}之を主る。」すなわち食べ終わってすぐ吐く場合は大黃甘草湯の適応症である。と記載されていて、便秘に関する記述がない¹⁾。したがって、当初は嘔吐に対して用いられた方剤のようである。しかし、後世になってとくに本邦では類聚方広義に「大便秘閉し急迫する者を治す。」²⁾（大便が秘結して嘔吐や腹痛がある場合に用いる。）また、勿誤藥室方函口訣に「栗園（浅田宗伯）先生曰く、小兒吐乳大便せざるもの宜しく之（大黃甘草湯）を服すべし。」とあって、口訣として「此の方は南薫を求めんと欲せば必ず先づ北牖^{ほくゆう}を開くの意にて、胃中の壅閉^{ようへい}を大便に導きて上逆^{とど}の嘔吐を止むるなり。…以下略。（大黃甘草湯を用いる趣意は、南風を求めようとするならば、必ず北の窓も開けないと南風は入ってきにくいと同様に胃腸が大便で詰まっている場合は大便を肛門の方に導いて排便させないと嘔吐がおさまらない。）〔（ ）内は著者注。〕と記載されている³⁾。著者は便秘とくに常習性便秘治療の目的で度々本方

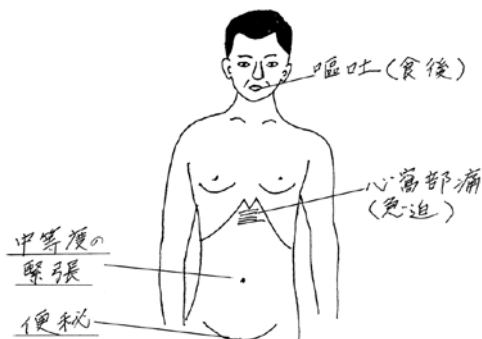
を用いるが、嘔吐を目標に用いたことはまだない。

本方は、便秘とくに常習性便秘に対する基本方剤である。嘔吐を伴う便秘にも用いられるが、必ずしも嘔吐を伴わなくても応用してよい。本方の適応症の病態は虚実・陰陽が錯綜している。概ね虚実問証に用いるが、頓服として用いるならば虚証にも応用可能な場合がある。腹壁は中等度に緊張し、時に心窩部痛を伴うこともある。脈は沈でやや緊、沈遅などを呈するが一定しない。舌は乾湿中間で白苔をみることもある。本方は錠剤の形で市販されているものもある。

（2）処方解説：本方の効能では主薬の大黃のもつ瀉下作用が中心となるが、その成分のセンノサイドやアントラキノン誘導体による効果と思われる。大腸性の瀉下薬で、小腸には作用しないので消化吸収には影響をおよぼさない⁴⁾。臣薬の甘草には鎮痙作用があり、大黃の刺激による大腸性の痙攣性腹痛を緩解するとともに瀉下作用が過度にならないように働く。なお、T社のエキス顆粒剤の能書には成人1日7.5gを2～3回に分割し、食前または食間に経口投与する、と指示されているが、就寝前などに1～2回分を頓服として用いてもよい。

本方の適応症にみられることが多い症状・所見を図1. に示し、重要と思われるものに下線を付した。

図1. 大黃甘草湯



C. 虚証向きの方剤

7. 麻子仁丸

本方の出典は傷寒論と金匱要略で麻子仁・大黃・枳実・杏仁・厚朴・白芍の6種の生薬で構成される。このうちの大黃・枳実・厚朴は前号で述べた小承気湯である⁵⁾。麻子仁はアサ科のアサの種子であるが、大麻として利用されるアサは熱帯の品種(インドアサ)で、本邦の栃木県などで栽培されているアサにはほとんど麻酔性はないとされている⁶⁾。杏仁はバラ科のアンズ(杏)の種子で、白芍はボタン科のシャクヤクの根のコレク皮を除去したものである。

(1) 使用目標：原典には「跌陽の脈、浮にして瀼、浮なれば則ち胃気強く、瀼なれば則ち小便数、浮瀼相搏ち、大便則ち堅く、其の脾、約を為す。麻子仁丸之を主る。」とその使用目標が記載されている⁷⁾。すなわち、足背の前脛骨動脈の搏動が表在性であるが、洪(とく)っていて滑らかではない。浮であるということは腸管の働きが旺盛(この場合はとくに

糞便からの水分の吸収)であることを意味し、瀼であるということは頻尿傾向があることを意味している。そこでこの二つの病態が合同すると、大便が硬くなり、消化管の排泄機能が制約される。その結果、排便が困難となる。このような場合は麻子仁丸の適応症である。の意と思われる。この条文に関しては奥田は「(原文ではなく)後人の補入する所ならむ。」と述べている⁸⁾〔()内は著者注〕が、本方を運用する際の参考にはなるものと考えここに紹介した。

胃と脾に関しては、現代の解剖学におけるそれと一致せず、混乱の発生するもとなり易いが、この条文ではともに大腸を指している。

さて本方の適応症は、発熱や発汗などに伴い体内の水分が一時的に不足し、腸管内水分の過剰吸収が生じたため糞便中の水分も不足し、糞便が腸管内に停滞し、硬い糞塊となった状態であるが、兎糞状の排便がみられる常習性便秘も適応となる。腹壁は概ね軟弱であるが、左下腹部などに便塊を触知することが多い。舌質はやや乾燥し、舌苔はないことが多い。脈は細・沈弱などを呈する。

図2. に本方の適応症にみられることが多い症状・所見を示し、重要と思われるものに下線を付した。

(2) 処方解説：本方は小承気湯に腸管を滋潤して糞便を軟化し排便を促す主薬の麻子仁と、油性成分を含み便を軟化する杏仁と、血虚を補い、平滑筋の痙攣を緩解し補助的に排便に協力する白芍を加えた方剤である。枳実と厚朴は蠕動を強め、大黃は強い瀉下効果を発揮する。小承気湯はむしろ実証の便秘に用いられるが、麻子仁・杏仁・白芍が配剤さ

れることにより本方では作用が緩和され虚証に広く応用される。

次に大塚敬節氏の著書より原文のまま症例を紹介する。「82歳の老婦人。便秘と夜間の多尿を主訴として来院した。心悸亢進や浮腫はない。食欲は、普通で口渴もない。夜間は4回から5回の排尿があり、そのため落ち着いてねむれないという。私はこれに麻子仁丸を用いたが、これがとてもよく効いて、大便是1日1行あてあり、夜間の排尿も1,2回ですむことになった。しかし薬をやめると、また便秘するので、ときどき思い出したように来院して、10日分の薬を1ヵ月もかかっていたのである。⁹⁾」

図2. 麻子仁丸



8. 潤腸湯

本方の出典は万病回春で地黄・当帰・ジュンチョウトウ黄芩・枳実・杏仁・厚朴・ジョウ トウキ大黄・オウゴン桃仁・トウニン麻子仁・甘草の10種の生薬で構成される。地黄はゴマノハグサ科のアカヤジオウやカイケイジオウの肥大根を乾燥したのち酒で蒸して熟成したもの（熟地黄）で、当帰はセリ科のトウキの根、黄芩はシソ科のコガネバナの周皮を除いた根、桃仁はバラ科のモモの成熟種子で

ある。

(1) 使用目標：原典には「大便閉結して、通ぜざるを治す。」と極めて簡潔に記載されているが¹⁰⁾、現代中医学では血虚・陰虚の便秘が適応とされている¹¹⁾。血虚は血液の機能が低下している状態で、陰虚は生理的体液が不足した状態で口渴・咽喉の乾燥感・熱感・手足のほてり・盗汗などとともに兎糞状の大便秘がみられる状態である。舌質は概ね紅で乾燥し、苔はないかあっても少なく、脈は浮弱または細数を呈することが多い。矢数道明氏は「潤腸湯は麻子仁丸の変方で、滋潤の剤である。体液欠乏し、大腸の粘滑性を失ったために起こった、弛緩性または痙攣性の常習性便秘に用いてよく奏効する。他の下剤を用いて通利しないという便秘には一応試みるべきであろう。本方の適応症は、老人などに多く、皮膚乾燥し、腹部は堅く、あるいは腹壁は弛緩して、大腸内に硬い糞塊が累々と触れることがある。便はコロコロした兎糞のようなものが多い。動脈硬化症、慢性腎炎などに合併して起こった老人の常習性便秘で、皮膚乾燥のあるものによい。これらの便秘に対しては、相当長期間連用しても、忌むべき副作用や習慣性は起こらないようである。」と述べている¹²⁾。図3. に本方の適応症にみられることが多い症状・所見を示し、とくに重要と思われるものに下線を付した。

次に矢数道明氏の著書より原文のまま症例を紹介する。「72歳の老婦人。画家である。赤ら顔で肥満している。40年来の常習性便秘で、1ヵ月に1回ぐらいのこともあるという。この数年間血圧が高くなり、210～100もあって、1ヵ月前、左眼底出血を起こして、絶対安静を守っているという。腹は膨満して充実

図3. 潤腸湯



し、脈は弦である。潤腸湯を与えてみると、かつてない快便で、以来腹満感が去り、眼底出血の吸収も極めて順調となり、月余の後には、床を払って画筆を執れるようになった。麻子仁丸もときどき服用したが、この患者は本方1ヵ月余の服用で、それ以来毎日、あるいは1日おきぐらいに自然便が出るようになり、6年後の今日ますます元気である。」13)

おわりに

以上、便秘の漢方治療について代表的な方剤をあげて概略を述べたが、証が適合していれば大黃や芒硝のような瀉下作用のある生薬の配剤されていない方剤でも通便効果がみられることがある。たとえば虚証の女性で愁訴が多く、逍遙性灼熱感や軽度の胸脇苦満がある場合に加味逍遙散を用いると以前からあった便秘も改善される、などである。漢方治療に際しては望・聞・問・切の四診により証の把握につとめ漢方方剤を運用することが重要であることを強調しておきたい。

参考文献

- 1) 日本漢方協会学術部：傷寒雑病論（「傷寒論」「金匱要略」），東洋学術出版社，P. 246，1990.
- 2) 西山英雄：〔和訓〕類聚方広義 重校薬徴，創元社，P. 104，1978.
- 3) 長谷川弥人：勿誤薬室「方函」「口訣」積義，創元社，P. 302，1985.
- 4) 神戸中医学研究会：中医処方解説，医歯薬出版株式会社，P. 310，1982.
- 5) 木下恒雄：症候による漢方治療 XV 便秘（その2），宮崎県内科医会誌，Vol. 73，P. 38～39，2008.
- 6) 米田該典・鈴木洋：漢方のくすりの事典，医歯薬出版株式会社，P. 390，1995.
- 7) 日本漢方協会学術部：傷寒雑病論（「傷寒論」「金匱要略」），東洋学術出版社，P. 88，1990.
- 8) 奥田謙蔵：傷寒論講義，医道の日本社，P. 295，1993.
- 9) 大塚敬節：漢方治療の実際，南山堂，P. 295，1990.
- 10) 松田邦夫：万病回春解説，創元社，P. 511，1989.
- 11) 神戸中医学研究会：中医処方解説，医歯薬出版株式会社，P. 320，1982.
- 12) 矢数道明：漢方処方解説，創元社，P. 248，1977.
- 13) 矢数道明：漢方処方解説，創元社，P. 249，1977.

[Postgraduate Education]

臨床膠原病講座（3）

関節リウマチの治療（1）－治療の変遷と最近の治療戦略－

むらい内科クリニック

村井 幸一

はじめに

関節リウマチ（RA）は、破壊性の多発関節炎を主徴とする全身性疾患で、関節破壊により関節機能が低下し、生活の質（QOL）の低下を招く。これまで、RA治療の目標は関節機能の低下を最小限にとどめ、QOLを維持することであった。しかし、RAの背景にある免疫異常を是正する強力な薬剤が登場し、ここ数年で関節リウマチの治療は一変した。関節破壊の抑制、そして治癒へと導くことが治療の目標になりつつある。本稿では、RA治療の変遷と最近の治療戦略について薬物療法を中心に述べる。

1. RA治療の基本

RA治療は基礎的治療、薬物療法、手術療法の3つの柱からなる。基礎的治療には患者教育とリハビリテーションが含まれる。RAに関する十分な知識を与えると同時に、安静やリハビリ、薬物療法の大切さを理解させる。十分な休養をとるとともに、疼痛の強い関節の安静と、場合によっては装具などを使った保護を心がける。関節機能や筋力維持のための運動も重要である。薬物療法には、非ステロイド性抗炎症薬（nonsteroidal anti-inflammatory

drugs：NSAIDs）、ステロイド薬、疾患修飾性抗リウマチ薬（disease modifying antirheumatic drugs：DMARDs）、そして最近使用されるようになった生物学的製剤の4種類の薬剤が主に使用される。手術療法には、股・膝関節を中心とする関節置換術、滑膜切除術、関節形成術、関節固定術などがある。これらの3つの柱がRA治療の基本であることは今でも変わらない。しかし、1999年にメトトレキサート、2003年に初の生物学的製剤であるインフリキシマブ（商品名レミケード）が保険適応となり、治療の主体は薬物療法へと移りつつある。

2. 従来の薬物療法と

“window of opportunity（治療機会の窓）”

RAの薬物療法は従来、NSAIDsを第一選択とし、効果が十分でない場合、副作用の少ないDMARDsから開始し、段階的に効果の強い薬剤に変更していくピラミッド治療¹⁾が原則だった。しかし、NSAIDsは消化器系の副作用や腎障害が決して少ないこと、また、この方法は必ずしも関節破壊の抑制に有効でないことが明らかとなった。その後、抗リウマチ薬の併用療法

など様々な治療法が提案されたが、いずれも有効性を示す十分なデータは得られなかった。

一方、関節破壊は発病後最初の1年以内に急速に進行し、一度破壊された関節は修復されないこと²⁾、早期に治療を開始するほど反応が良いこと³⁾、が明らかとなった。これらのことは、裏返せば、発病後一定の時期を過ぎてしまう(治療機会を逃す)と、治療反応性が落ち、関節破壊を抑制できないことを意味し、“window of opportunity (治療機会の窓)”という概念で呼ばれるようになった⁴⁾。

従来行われてきたDMARDs療法の限界や“window of opportunity”という概念の提唱、そして生物学的製剤の登場などの要因が重なり、効果の強い薬剤を発症早期から積極的に投与する治療法が模索された。

3. Anchor drugとしてのメトトレキサートと新しい治療戦略

DMARDsの中で近年のRA治療に最も進歩をもたらした薬剤はメトトレキサートである。メトトレキサートは1988年米国で使用開始されると、高い有効率や継続性から第一選択のDMARDsとなった。さらに1998年生物学的製剤が導入されると、メトトレキサートは併用薬として最も重要な薬剤となり、RA治療全体においての“Anchor drug (中心的薬剤)”と位置づけられている。本邦でもメトトレキサートが1999年、生物学的製剤が2003年に保険適応となり、治療戦略が大きく変わった。

2002年、米国リウマチ学会 (American

Collage of Rheumatology : ACR) は、メトトレキサートと生物学的製剤を中心としたRA治療のガイドラインを発表した⁵⁾。この中で、関節リウマチと診断したら3ヶ月以内にメトトレキサートなどのDMARDsを投与することが推奨されている。無効の場合、第一選択がメトトレキサート以外ならメトトレキサートを、メトトレキサートであれば生物学的製剤をはじめとする他の薬剤を投与することになっており、具体的に治療方針を説明している点が評価される。本邦でも2004年に厚生労働省研究班により診療ガイドラインが作成された⁶⁾。

本邦のガイドラインでもACR同様、すべての患者がDMARDsの適応とされ、診断より3ヶ月以内に投与開始することを強く勧めている。表1に本邦のDMARDs使用のガイドライン、表2に各種DMARDsの推奨度を示す。欧米ではメトトレキサートが第一選択となっているが、本邦においては他のDMARDsが無効の場合に投与することとなっている。したがって、一般的には、表の推奨度AのDMARDsのうち、

表1. RA治療におけるDMARDs使用のガイドライン (要約)

1. すべてのRA患者がDMARDsの適応である
2. 診断より3ヶ月以内に使用すべきである
3. NSAIDs, 場合によってはステロイドとの併用で投与する
4. 原則として少量から開始し、2～4週毎に漸増する
5. 3ヶ月で効果判定し、効果がなければ他剤に変更する
6. 副作用発現率が20～50%と高率なので、月に1回は血液、尿検査を実施する。
7. DMARDsの併用療法には明確なエビデンスがない

表2. ガイドラインでのDMARDsの推奨度

1. 推奨A：行うよう強く勧められる いずれかのDMARDs投与 メトトレキサート，サラゾスルファピリジン ブシラミン，レフルノミド メトトレキサート投与時の葉酸併用
2. 推奨B：行うよう勧められる 他の多くのDMARDs（ロベンザリットを除く）
3. 推奨C：行うよう勧めるだけの根拠がない DMARDsの併用療法

注) ガイドライン作成時にはなかったがタクロリムス、
生物学的製剤は推奨Aに該当すると考えられる

サラゾスルファピリジンかブシラミンが第一選択として用いられている。効果判定は3ヶ月以内に行い、効果が不十分な場合、禁忌や慎重投与の条件に注意しメトトレキサートに変更する。メトトレキサート不応の場合には生物学的製剤の投与を考慮する。

4. 生物学的製剤

免疫学の進歩によりRAの病態にTNF- α 、IL-6などの様々なサイトカインが関係していることが明らかにされた。生物学的製剤は化学的に合成されたものではなく、遺伝子組み換え技術を用いて産生される抗体あるいは融合蛋白で、これらのサイトカインを阻害する薬剤である。本邦では2003年にTNF- α に対するキメラ型モノクローナル抗体製剤であるインフリキシマブが、2005年にTNF- α の可溶性受容体分子製剤であるエタネルセプト(商品名エンブレル)が保険適応となった。さらに2008年6月には完全ヒト型抗TNF- α モノクローナル抗体のアダリブマブ(商品名ヒュミラ)、およびキャスルマン病にすでに使用されている抗IL-6受容体抗体であるトシリズマブ

(商品名アクテムラ)が関節リウマチにも保険適応となった。これらのうち、インフリキシマブとエタネルセプトは全例調査が終わり一般施設でも投与可能となったが、アダリブマブとトシリズマブは、一定期間は専門医のいる施設でしか投与できない。

これらの生物学的製剤は、メトトレキサート不応例にも優れた臨床効果を示し、これまでのDMARDsでは成しえなかった関節破壊を完全に阻止しうる可能性が示されている。インフリキシマブはヒトとマウスのキメラ蛋白のため、抗キメラ抗体の抑制とメトトレキサート自体の抗リウマチ効果をねらってメトトレキサートが併用され、実際に併用療法が単独療法より関節破壊抑制効果が強いことが報告されている。エンブレルはメトトレキサートの併用が必須でないが、併用療法がより効果的である。アダリブマブとトシリズマブもメトトレキサートの併用が必須ではない。しかし、完全ヒト型であるアダリブマブは抗イデオタイプ抗体が発現するため、メトトレキサートを併用するほうが効果の現弱が少ないと考えられる。トシリズマブについてはメトトレキサート併用の有用性については今後の検討が待たれる。

生物学的製剤は優れた臨床効果を示す反面、重篤な感染症や悪性腫瘍誘発など注意が必要である。特に、細菌性肺炎、結核、ニューモシスチス肺炎などの発生が報告されている。また、悪性腫瘍に関しては悪性リンパ腫発症リスクが若干高いとの報告もあるが、他の疾患については今のところ生物学的製剤で高率との報告はない。副作用を極力少なくするため、生物学的製剤使用

のガイドラインが提唱されている（表3）。

表3. RAに対するTNF阻害療法施行ガイドライン

【対象患者】

1. 既存のDMARDs通常量を3ヶ月以上継続してもコントロール不良
 - ・ 圧痛関節6個以上
 - ・ 腫脹関節6個以上
 - ・ CRP2.0mg/dl以上あるいはESR28mm/hr以上
 これらの基準を満足しない患者でも次のいずれかを満たす
 - ・ 画像検査で進行性の骨びらん
 - ・ DAS28-ESRが3.2以上
2. 日和見感染症の危険性が低い
 - ・ 末梢白血球数 4000/mm以上
 - ・ 末梢血リンパ球数 1000/mm以上
 - ・ 血中β-D-グルカン陰性

【禁忌】

1. 活動性結核，B型肝炎ウイルス，非結核性抗酸菌などの感染症
 2. 胸部X線写真で陳旧性肺結核（胸膜肥厚，索状影，5mm以上の石灰化）
 3. 結核の既感染者
 4. うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）
 5. 悪性腫瘍，脱髄疾患
- 注）2および3は利益が安全性を上回る場合は抗結核薬を投与し使用

（日本リウマチ学会 リウマチ性疾患治療薬検討委員会
2008年2月改訂）

5. 非ステロイド性抗炎症薬とステロイド薬

NSAIDsの歴史は1897年のアスピリンの合成成功にさかのぼる。登場以来，患者のQOL改善に貢献し，ピラミッド治療が提唱されてからはその基礎的薬剤として，NSAIDsは長くRA治療に中心的な役割を果たしてきた。しかし，NSAIDsにはRAを寛解に導く力はなく，メトトレキサートや生物学的製剤といった強力な薬剤の出現により，その位置づけは大きく変化した。後述するステロイド薬とともにDMARDsや生物学的製剤による治療の補助的な薬剤

と考えられている。主な副作用は胃腸障害と腎障害であるが，近年COX-2選択性の薬剤が開発され胃腸障害については，その軽減が期待される。実際，欧米の報告では胃腸障害は少ないようであるが，心筋梗塞など血栓形成性疾患の誘発の危険性が指摘されている。また，消炎鎮痛効果も従来の薬剤を上回るものではないこともあり，個々の症例で使い分けることが重要である。

1949年Henchらはステロイド薬がRAの症状を劇的に改善させることを発表し，治療薬として急速に普及した。しかし，RAを寛解に導くことが不可能だけでなく，多彩な副作用や離脱困難などが問題となりRA治療に使用禁忌との見解が出された時期もあった。その後，RAの早期に少量投与することで関節破壊を抑制するとの報告がなされ⁷⁾，また，強力なDMARDsや生物学的製剤の出現により離脱が必ずしも困難でなくなったとの意見もあり，その有用性が見直されてきている。しかし少量であっても，その副作用が患者に不利益をもたらす可能性があるのは事実であり，適応を慎重に考慮し，十分な説明をしたうえで必要最小限の量を投与することが重要である。ステロイド薬を，生物学的製剤の副作用のリスク因子とする報告もあり，生物学的製剤と併用する場合，特に注意が必要である。表4にステロイド薬の適応を示すが，相対的適応ではプレドニゾロン換算で10mg以下（できれば5mg以内）にすべきである。効果が得られたら1～2ヶ月ごとに1mg減量する。急速な減量は病態の再燃を来す可能性がある。

表4. ガイドラインでのステロイド薬の適応

1. 相対的適応
1) NSAIDsおよびDMARDsを投与しても活動性が高く、QOLが障害される
2) 社会的・経済的理由で仕事を続ける必要があり、ステロイドなしでは不可能
3) 妊娠や副作用などでNSAIDsおよびDMARDsが使用できない
4) 仕事・趣味・娯楽、家庭的・社会的活動を含め、生きがいとなる生活をおくるために必要な場合
2. 絶対的適応
1) 血管炎や臓器病変伴う重症のRAや悪性関節リウマチ
2) 発熱などの全身症状や多関節の激しい滑膜炎を有する（急速進行型）

6. その他の抗リウマチ薬や治療法

これまで触れなかった抗リウマチ薬として、タクロリムスとレフルノミドがある。タクロリムスは移植の際に使われてきた免疫抑制薬で、2005年4月RAへの適応が拡大された。有効性についてはブシラミンと同等とする見解とメトトレキサートと同等とする見解にわかれている。関節破壊抑制効果については証明されていない。間質性肺炎の誘発が少ないとされ、メトトレキサートが間質性肺炎のため投与できない症例やメトトレキサート不応例に投与される。また、メトトレキサートが併用できないエンブレル投与例に関節破壊抑制効果を期待して投与されているが、まだ有効性は証明されていない。

レフルノミドも免疫抑制薬であり、2003年RAに承認された。効果はメトトレキサートと同等と考えられ、関節破壊抑制効果も証明されている。しかし、日本での発売後、欧米ではみられなかった薬剤性肺障害の報告が相次ぎ、限られた施設でしか投与されていない。

薬剤を使わない治療法として白血球除去療法（LCAP療法）がある。特殊なカラムを使って白血球だけを取り出す方法で、1回1時間程度の治療を週に1回、連続5週実施する。薬剤を使わないため安全に行えるが、効果はそう強くなく、抗リウマチ薬が使えない場合や抗リウマチ薬の効果が十分でない場合の補助的な治療として行われる。

7. 治療の効果判定

RA治療の効果判定には、ACR改善基準とDAS28が主に用いられている。ACR改善基準はACRコアセットと呼ばれる、全身の圧痛関節数（68関節）、腫脹関節数（66関節）、患者による疼痛評価、患者による疾患活動性の全般的評価、医師による疾患活動性の全般的評価、患者による身体機能障害度評価、急性期炎症反応（CRP、赤沈）を治療前後で比較し改善率をみるものである。治験の分野で薬効判定の世界基準として用いられているが、項目が多いため煩雑であり一般臨床ではあまり使われていない。一方、DAS28は上肢を中心とする28関節の腫脹と圧痛、赤沈あるいはCRPのいずれか、患者全般評価の4項目を評価するもので、簡便なため最近よく使われるようになってきている。

終わりに

メトトレキサートや生物学的製剤は、難治性RA患者のQOL改善に大変有用であることがわかった。最近では、これらの薬剤を早期RAに積極的に導入し治癒を目指す試みがなされている。一方で、生物学的製剤は、高リ

スク患者への投与で、日和見感染症が問題となっており、また、悪性腫瘍誘発の可能性も未解決である。さらに、薬剤費が極めて高価であるため医療経済に及ぼす影響も大きい。RAの病態は患者一人一人で異なり、年齢、罹病期間、重症度、合併症などを十分に考慮し、治療法を選択することが必要である。

【参考文献】

- 1) Smyth CL : Therapy of rheumatoid arthritis : a pyramidal plan. Postgrad Med, 51:31-39, 1972.
- 2) Van der Heijde DM, van Leeuwen MA, van Riel PL, et al : Radiographic progression on radiographs of hands and feet during the first 3 years of rheumatoid arthritis measured according to Sharp's method (van der Heijde modification). J Rheumatol, 22:1792-96, 1995.
- 3) Anderson JJ, Wells G, Verhoeven AC, et al : Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis : the importance of disease duration. Arthritis Rheum, 43:22-29, 2000.
- 4) O'Dell JR : Treating rheumatoid arthritis early : A window of opportunity? Arthritis Rheum, 46:283-285, 2002
- 5) American College of Rheumatology Subcommittee on rheumatoid arthritis guidelines : Guideline for the management of rheumatoid arthritis. 2002 update. Arthritis Rheum, 46 : 328-346, 2002.
- 6) 厚生労働省研究班 : 関節リウマチの診療マニュアル (改訂版) -診断のマニュアルとEBMに基づく治療ガイドライン. 日本リウマチ財団, 2004.
- 7) Kirwan JR : The effect of glucocorticoids on joint destruction in rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism Council Low-Dose Glucocorticoid Study Group. N Engl J Med, 333 : 142-146, 1995.

[他科からの提言]

現在の創傷治療について

医療法人同心会古賀総合病院皮膚科・宮崎県皮膚科医会

津 守 伸一郎

読者の先生方は褥瘡や擦過傷・切創などの外傷、軽いやけどなどの創処置はどのようにされていますか。最近では褥瘡だけでなく、胃瘻造設や気管切開管理など、在宅での潰瘍・瘻孔管理の機会が増加していると思われます。このような皮膚欠損・潰瘍に対する局所治療は、基本処置としてまずポビドンヨードなどの消毒剤で消毒を行い、ガーゼ類で覆いテープで留めるという方法が一般的でしょう。創傷処置は医学教育で習うわけでもなく、医学部卒業後、臨床の場にはいり、術後の包交などでいわば慣習的にされていることをそのまま引き継いでやっているというのが現状だと思います。一般家庭でも、ケガをしたらまずは消毒剤を塗ってガーゼやばんそうこうを貼るというのが常識的に行われている方法でしょう。また、きずを水で濡らすと化膿するとか、何となくきずを水をつけるのは怖いなどの理由で入浴やシャワー浴等はおもてのほか。お医者さんの方もきずが治るまで入浴は控えるように指導してきた方が多いと思います。これらの従来の方法でもいざれきずは治ってきました。しかしこの従来の方法では、消毒剤はしみるためイタイと泣いて怖がる子供さんや、きずからガーゼをはがす際にガーゼがくっついて出血しとても痛

がられる患者さんなど、きずの治療は痛くていやなものだと治療を受ける側からは思われているのではないのでしょうか。

1970年以前の日本の一般家庭には希ヨードチンキ(ヨーチン)やマーキュロクロム液(いわゆる赤チン)などの消毒剤が常備されていました。子供の頃、外でいっぱい遊んで擦り傷、切り傷などのけがをすると、学校でも家でも必ずこれらの消毒剤をちょんちょんと付けられた記憶があります。特にヨーチンはしみて痛いため、付けられた後は痛みを我慢してふーふーと口で吹いて乾かしていましたね。その後しみない消毒剤として赤チンが使用されるようになりましたが、赤チンは製造工程で水銀が発生するという理由から日本では1973年頃に製造中止となりました。また赤チンは創面が赤く着色するため、代わりに色がつかずしみない消毒剤としてマキロン[®](塩化ベンゼトニウム液)が1971年から発売され、現在でも使用されています。「ケガをしたら消毒しないといけない」という考え方は、19世紀後半のリスターによる石炭酸消毒法に端を発すると考えられ、当時のように衛生面や栄養状態など生活環境が整っておらず、感染症に対する知識、対策、有効な薬剤の類が不十分な時代では画期的な治療だったといえま

す。その後長い時間を経て、医学知識があまりない一般の方にも「きずには消毒」という概念が常識として浸透してきたのではないかと思います。

このように以前から行われてきた、消毒をしてガーゼを当てるという処置は「開放・乾燥療法」と言われています。開放療法はきずを乾燥させてしまうため創面に痂皮（かさぶた）を形成します。このため創面の細菌は繁殖しにくく管理はしやすいのですが、かさぶた自体が肉芽形成、創の表皮化を妨げてしまうため、理想的な創傷治癒過程からみればきずの治りは遅くなります。また創面は乾くと痛いのです。ところが近年、創を密封し湿潤環境を保つことのできる創傷被覆材（ドレッシング材）が目覚ましい発展を遂げ、きずの治し方がずいぶん変わってきました。感染徴候がない状態では、創を湿潤した環境に置くことにより、きれいに、しかも早く傷が治ることがわかってきたのです。また被覆材で密封させた状態では外部からの感染機会を減らすことができ、患者にあまり痛みを与えずに創管理を行うことができます。この方法は開放療法に対して「湿潤療法（moist wound healing）」と言います。湿潤療法は1960年代初頭に、創傷部を湿らせておくと、その治癒が乾燥させていたときに比べ早くなり、湿潤療法が創傷管理に有用であると報告されたのが始まりとされます。日本では1980年代にストーマケアで使用されていたハイドロコロイド製剤が褥瘡の治療に有用だとして市販されるようになり、創傷被覆材を使用した湿潤、密封療法における創傷治癒のメカニズムや有用性が理論的に解明されてくると、その理論は褥瘡のみならず基本的な創傷治癒にも通じ

ることが示され、きずに対する極めて有効な治療法として一般外傷にも広く使用されるようになりました。その後、創面を適度な湿潤環境に保つためさまざまな創傷被覆材の開発がされています。近年の創傷、褥瘡の局所治療の進歩は、このような湿潤環境下での創傷治療の進歩にほかなりません。

現在推奨されている創傷治療の方法は、ステップ1：まず創面を洗い、異物や細菌を取り除く、ステップ2：創面をよく観察し止血や薬剤など創状態に応じた適切な処置を施す、ステップ3：創状態に応じたドレッシングを行う、と3段階に要約されます。まずステップ1においては以前では常識だった消毒剤の使用は記述されていません。消毒剤使用の是非については統一した見解が得られていないのが現状です。自己の細胞に対する細胞毒性の点から絶対使用すべきでないという先生から、創の感染状態によっては使用するべきだとする先生まで意見が分かれています。皮膚科的にはイソジン[®]などの消毒剤で接触皮膚炎を起こして、最初は軽いきずが深い潰瘍になった症例もあります。きずは消毒をしないと治らないということはないので、健常人に対しては敢えて消毒剤を使用する必要はないと思います。創傷環境を整えるための創洗浄は必要です。洗浄には創感染を惹起させる異物や壊死組織を取り除く目的と、創感染を引き起こすレベルの細菌数を減少させる目的があります。洗浄は生理食塩水、水道水など何を使用しても問題ありません。次にステップ2では、必要に応じて創状態を改善に導く外用剤などの使用を考慮してください。最後のステップ3は適切な創傷被覆材の選択を行うという点で重要です。具体的な被覆材

の種類や選択の基準は成書を参照してください。

褥瘡の治療はどうすればよいか、在宅医療で悩まれている主治医の先生方は多いと思います。どうしても治らず悪化する場合は専門医に診察してもらう事が良いと思いますが、前述したように現在主流とされている創傷治療理論の理解をまずお願いしたいところです。褥瘡のように治りにくい創傷は一般外傷などの急性創傷に対して慢性創傷と分別されていますが、慢性創傷は持続する圧迫や血行障害などの原因により正常の創傷治療機転が停滞している状態ですので、慢性創傷・難治性潰瘍への対処法は、一言で表すと、停滞している創傷治療機転が正常に稼働するように環境を整備して急性創傷の治療過程に導く、ということになります。このためのマネジメントをwound bed preparationと呼んでいますが、最近の褥瘡・創傷治療業界のはやり言葉となっています。従って褥瘡の局所治療は一般創傷の治療と特別な違いがあるわけではなく、基本的な処置法は前述のステップ1, 2, 3となります。違うのは難治化している原因の除去が必要ということです。褥瘡の発症要因は仙骨部や腸骨部など骨突出部に対する長時間の圧迫、剪断応力の持続ですので、まず第一に必要なのは有効な体位交換やエアーマットなど適切な除圧用具などの使用による除圧ということになります。除圧がうまくいかない場合はいかに局所療法を一生懸命施行してもきずは治りません。逆に除圧が適切で全身状態が良い状態であれば、局所療法はほどほどでもきずは治ってきます。また時々ポケットを形成して治療に難渋する症例を経験

します。患者の全身状態によっては治すことができず、褥瘡と共存している患者さんもいます。ポケットを形成する要因は様々ですが、処置の際にガーゼをポケット内に詰め込んではいけません。ガーゼは生体に対しては強い異物反応を引き起こし感染源になりますし、詰め込んだガーゼによる潰瘍壁への圧迫で周辺の組織に虚血状態を引き起こして褥瘡を悪化ないしは難治化させている症例も経験します。そもそもガーゼを創内に詰め込むという処置の理由は、出血の際に止血のための圧迫とwet to dry dressingというデブリードマンの目的以外にはありません。もし思い当たるような症例がありましたら、思い切ってやめてみてください。そして前述の創処置のステップに基づき、洗浄のみとしてみるとよいかもかもしれません。

最近、食品用ラップや穴あきポリエチレンフィルムを利用した「ラップ療法」がインターネットや書籍で紹介され、利用している施設も見受けられます。詳細はそれらのホームページを参照ください。褥瘡関連の学会でもラップ療法で治癒した症例が相次いで報告されるようになりました。治療法の理論や手技を、きちんとした理解の上で行えば確かに有用な方法です。しかし誤った使用で感染を惹起させ逆に悪化させた例があることや、もともと医療用品でないラップ等を治療に用いることに対して専門家の間でも議論が分かれているのが実情です。乾燥療法に比べて感染を引き起こしやすいのはラップ療法も含めて湿潤療法を行う以上、常に気をつけなければいけない合併症です。正しい知識の元で創管理に努めてください。

[随筆]

六月燈

三股町 大悟病院

丸田次郎

暑い七月中旬、氏神様の六月燈祭りが参ります。

今は玄関横の庭木の緑に囲まれて、ちんまりと鎮座の氏神様です。私が幼少の頃、祖母の時は、広々とした庭の片隅に、床下高の柱、大きい屋根、そして回廊があって、堂々の鎮守の館^{ヤカク}でした。早朝に祖父様が手に水差しを持って、お参りされていたことを思ひ出します。ゆったりと静かな朝の姿でした。

私達兄弟は広い庭を右へ左へと走り回り、時には鎮守様の館の床下をくぐり抜けて、元気に遊んだものです。昭和20年、祖父様が逝かれ、長年住み馴れた鎮守様も父母の地、都城市へ引越しとなりました。玄関横の山桃、大樹の側に鎮座となりました。回廊は取りはずしとなり、小さくなりました。でも毎朝のお参りや、年1回の六月燈は、つづけて参りました。

毎年のごと、七月の六月燈祭りには三個の灯籠に風物の繪を描きますが、苦手なので、あれこれ雑誌をめくって描いております。ごめん!!と口づさみながら、昨年^{オモム}の繪そのままに灯すこともあります。すぎて昭和^{オゴソ}中頃、私達の時となり、山桃の木は、ますます、枝葉をのばし高くなり、実を結び、涼しい木陰を広々と作ってくれます。

前庭一面をアスハルトにしたので、申し訳けなく鎮守の館は、1/10大の1LDKとなりました。でも、玄関横の樹木の緑に囲まれて、参道には玉砂利も敷かれて、それなり^{オモム}趣きでの安坐でした。今年7月も神主様を迎えて、神事を厳かに致しました。繪をかいた灯籠を庭の小枝に吊して、夕暮を待ち、灯籠に点灯しました。灯籠の灯が夕風にゆられ、繪がかもし出す風情が、幼い頃を想ひ出さしてくれます。

お店や打ち上げ花火もありません。我が家の静かな氏神様の六月燈祭りです。祖父母の時から両親の時、今私達の時となり息子夫婦も共に先祖に感謝しながらの六月燈祭りです。氏神様も満足の心持ちだろう!!自負しています。息子達も心こめてつづけて欲しいと思います。妻と庭先に椅子を並べて、ゆらぐ灯籠の明かりと高い夕空を眺めながらの夕涼みです。六月燈が終ると暑い夏です。老年の私達に静かな日々が過ぎいくことを願っています。

さて!! 私は、後期高齢者医療人族です。昔、なつかしいゆとりの日々を偲びながらの一筆、認知症にならぬようとの作文でした。如何でした!!

[随 筆]

現在の医療状況 思いつくままに

都城市 志々目医院

志々目 栄一

懐メロの趣味中心の生活で世の中の動向に疎い私も、最近では嫌でも考えさせられる事がある。以前より近い将来高齢化社会を迎えて生活が厳しくなると言われ続けられてきたが、いざ団塊世代の定年、人口減少の開始が実際に始まったら、多くの人が老後の不安を口にしようになり、さらに物価上昇が不安感を助長させている。医療分野も多くの難題があり多様な意見がある中で、医療制度の維持、社会保障費の名目で負担増も止むを得なくなっている。その一つとして後期高齢者医療保険が施行開始となり反発の声は強いが、多少の修正の上で定着する方向にある。私はこれを支持するが医療現場から賛成の声があまり聞こえてこないのは、例の外来管理加算料（5分以上の診療）等の納得できない政策への反感があるからである。

次に薬害C型肝炎、アスベスト被害等の社会保障費や医療費も道路財源を回すだけでは足りず、どう考えてみても消費税を上げるしかないだろう。物価上昇中の時期にタイミングが悪く先延ばしているのは理解できるが、今後の医療財政を確保するためにも医師会も消費税アップ賛成を意思表示すべきである。当然財政支出の無駄をなくす方が先との反対意見も強く、ずさんな税金の使われ方の報道

に呆れることが多い。しかし医師会は単なる利益を確保するための団体とか、医療費の高騰と開業医の収入だけを直結し問題にする暴論を時々聞くと、どの分野の報道も吟味する姿勢が必要である。

次に地方の公立病院の医師確保と夜間の救急医療体制の維持は従来通り半強制的に大学医局より派遣してもらわなければならない。新しい研修医制度が発表された時に嫌な予感がしたが、現状をみると最悪になっている。いくら医師を増員しても難儀な所に情熱だけで簡単に引き受ける人がいるわけがない。ようやく宮崎大学も地元の受験生の特別枠をもうけはじめたが、医師の増員より卒業後10年間は大学に残る確約のできる人を優先的に入学させる制度の確立が先である。以前より大学のトップには地域医療問題は行政の考えることで、国立大学は単なる医師養成機関ではなく研究が主流であるとの方針が一貫してあることは熟知している。しかし卒業生が残らないでは先が進まず、世の中の要請に応じていく姿勢を明確に取る時がきている。一方で基礎の分野に興味を持つ優秀な人は何時でも少数ながら必ず存在し、研究への経済的な支援は優先的に行われるべきである。

年金のあまりのずさんさを現実知って、

行政に不信感を持つ人が多くなったことは確かである。何れの分野に携わっている誰もが自分の領域に予算削減が及ぶと反対するのは仕方がないとして、一部のマスコミが弱者救済を全面に出して正義ぶり、行政や当事者を

批判するだけの態度にも問題ある。医療の現場に従事する我らも世の中の情勢、風潮を敏感に感じ取り、単なる自己主張と誤解されないように全体を勘案して配慮しながら医療行政に注文していくことを求められている。

[随 筆]

日本のヴィジョン

都城市 ベテスダクリニック

釘 宮 博 志

年々暑さが増していることに、体力的にも本能的にも不安を感じている今日この頃、エコが題材のテレビ番組を見ていて腹を立て、さらに熱くなってしまった。

内容は太陽光発電、日本人が開発したシステムであるとは知っていたが、ソーラーカーやコストが高いというぐらいのイメージしかなかったので利点の多さに驚き希望を持った。

まず温室効果ガスを排出しないのでCO2を削減できる、出力のピークが昼間の電力需要ピークと重なっており、ピーク時の電力の削減になる、原子力・火力等の発電で発生する廃棄物等の副産物がない、機械的なメンテナンスがほとんど不要でパネルに使われている素体は半永久的に使えリサイクルも容易等々、欠点は発電量が天候に左右される、夜間発電できず蓄電できない、導入コストが高い等であるが、2020年までにコストは半減すると予想され、成長産業として需要が拡大しているという。知れば知るほど太陽光発電の普及は良いことに思える。

しかし調べてみると世界の認識ははるかに進んでいて、今EUや韓国は急激に普及を勧めており、2020年までにEU域内の全エネルギー消費の20%を風力や太陽光などの再生可能エネルギーにするという目標達成のために「いかなる不合理な障害も取り除く」法的措置が検討されているという。なかでもドイツ

は2005年に総設備量で日本を抜いて世界で1位になり、年間生産量でも日本を抜く勢いだという。それに比べ日本は2005年に新エネルギー財団の助成が終了して以降国内市場は縮小し、2008年に導入量の大幅増加の目標が打ち出されたが、政策の混乱から逆に買い控えを招いているとのこと。

国民は物価高、石油高の影響もあるが、地球温暖化の危機を敏感に感じ取りすでに自分で出来る対策を実践していると感じられる、それに比べて日本政府はどうか、洞爺湖サミットでもほとんど成果をあげられず、日本の温室効果ガスは削減どころか、増加しているというではないか。

番組の最後でドイツの政策担当者の一言、「日本にはビジョンがない。政府が明確なビジョンを示さなければ政策の成功は望めない」この言葉は今の日本の現状を的確に表しているとは思いますが、こんなことをよその国から言われることの口惜しさ、情けなさ、腹立たしさ、今思い出してまた熱くなってしまった。

気象学者でもない田舎者医者でも2030年には、孫がととも住めないこの地球を見ることになる実感していると言ったらあなたは笑えますか。

明日ではなく今日こそが遅すぎる始まりなのです。

The logo consists of four dark grey circles arranged horizontally. Each circle contains a white Japanese character: the first circle has 'ひ', the second has 'と', the third has 'こ', and the fourth has 'と'.

私と内科医会

都城市 北原医院

吉山 賢一

産婦人科医をしており、内科医会にお世話になっています。

特に更年期の方等は、高血圧や高脂血症、軽度の精神疾患等を持っておられます。

患者さんに合わせて、漢方薬やホルモン療法でそれらが軽快することがあります。場合によっては、軽快までの内科的治療の併用や病態の評価、専門医へ紹介するタイミング等で考慮します。これからも、内科医会の勉強会に出席させていただき、日頃の診療に役立てて行きたいと思います。よろしく申し上げます。

ひとこと

三股町 山下医院

山下 博

研修医制度ができ医局からの出張がなくなり医師不足の病院が多い。受入病院も若いドクターに魅力あるものにしなければならぬ。

先日民放で宮大の研修医が「大学の産婦人科は日本でもトップクラスで他大学に行く必要はない」との発言があり意を強くしました。

千葉の孫も宮大卒の研修医1年です。大学の研修医がふえ県内の地域医療に参加される事を心から祈っています。

入会の挨拶

学園台クリニック

長島 克弘

この度、県内科医会に入会させて頂きました。長島克弘と申します。昭和58年防衛医大卒。防衛庁退職後、一昨年まで20年間群馬県内の病院に勤務しました。縁あって平成18年7月から市民の森病院に移り、また19年4月から学園台クリニック院長として勤務しています。前勤務先では内科一般と糖尿病外来の他に、産業医活動、スポーツドクター活動（強化指定選手等のメディカルチェックや国体帯同）、精神保健指定医としての診療等に従事していました。

これからは今までに得た知識・経験・資格を生かし、宮崎県の医療に貢献したいと考えています。何よりもドクター同士の連携が大切です。どうぞ宜しくお願い致します。

入会の挨拶

延岡市 松崎医院

丹生 聖治

初めまして。延岡市昭和町、松寿会松崎医院の丹生聖治と申します。出身は大分県ですが、3年前より延岡で義父と妻と共に診療をしております。大分医科大学臨床薬理学教室、長崎大学第一内科、九州大学心療内科で研修を行い、現在主に内科と心療内科を診察しています。これと言った趣味も無いのですが、しいて言えば料理と飲酒というところでしょうか。宮崎にはまだ知人も少なく、皆様のお仲間に加えていただければと楽しみにしています。

入会の挨拶

たさきクリニック

田崎 清廣

この度、県内科医会に入会させて頂きました。田崎清廣と申します。

平成17年10月より父より診療を引継ぎました。元来、産婦人科を主に診療しておりましたが、内科や小児科の疾患にも遭遇することがあり、日頃より医師会の諸先生方には大変お世話になっております。

先日、宮崎県内科医会から直接に入会のご案内をいただき、内科専門の先生のみならず他科の先生方もご在籍とのことで、早速、会則の送付と入会申し込みをお願いいたしました。

県医師会でも多数の講演会が開催されており、努めて参加し最新の医療に添って個々の患者さんの診療に対処していきたいと思っております。

今後とも宜しく願います。

入会の挨拶

県立宮崎病院内科

上園 繁弘

はじめまして。上園繁弘と申します。

1963年5月に延岡市で産声をあげ宮崎西高、宮崎医大と過ごした生粋の宮崎人です。

趣味は「歌うこと」でフルトン男性合唱団に所属していました。歌は「さだまさし」の「道化師のソネット」の「笑ってよ～君のために♪♪笑ってよ～僕のために♪♪、せめて笑顔が救うのなら、僕は道化師（ピエロ）になれるよ♪♪」のフレーズが大好きです。

宮崎大学循環体液制御学教室の腎臓グループに属し、県病院では腎臓・透析医師として今年の12月で10年目になります。

伝統ある内科医会の一員として、宮崎のために少しでもお役に立ちたいと思います。ご指導をよろしく願います。

入会の挨拶

ゆち内科胃腸科クリニック

湯池 宏明

平成18年12月宮崎市恒久5丁目に開業いたしました。宮崎医科大学を卒業後、第1内科(江藤胤尚教授)に入局、研修の後、宮崎江南病院にて坂本惇夫先生に消化器内科を学びました。大学院を修了、医学博士号を取得後は県立延岡・古賀総合・宮崎社会保険病院にて勤務しました。かかりつけ医として、また消化器内視鏡専門医・指導医として宮崎の医療の発展に、少しでも貢献したいと考えております。宜しくお願い申し上げます。

入会の挨拶

楠元内科胃腸科医院

楠元 直

この度、入会させていただきました、楠元直(すなお)と申します。生まれは鹿児島ですが、幼稚園の年長から宮崎市で過ごしてきました。宮崎医科大学に入学後は、漕艇部でボートを漕ぎ、平成2年に卒業し、同大放射線科(渡辺克司教授)に入局しました。大病院での研修の間に、消化管造影・内視鏡腹部超音波をはじめ各種画像診断を習い、放射線治療・化学療法の病棟を持ちました。その後、延岡市医師会病院、県立宮崎病院、宮崎市郡医師会病院、宮崎東病院、都農町立病院、宮崎高野会診療所等にて、画像診断の他、内科病棟や検診・当直なども担当しました。放射線科専門医ながら、内科の先生方にもご指導いただいた、貴重な10年間でした。

平成12年から父の内科診療所にて共に仕事を開始し、同時に宮崎青年会議所に入会しました。医師会A会員を交代した3年前から宮崎市郡医師会病院の内科当直にも入っています。平成17年は、宮崎木曜会の実行委員長(任期は1年間)を拝命し、自由にやらせていただきました。

趣味としては、2年前から二輪車安全運転の県大会に出ています。

内科認定医ではありませんが、諸先生方のご指導を賜り、地域医療に還元したいと思っております。どうぞよろしく、お願いいたします。

理事からひとこと

医療安全の取り組み

宮崎市 国立病院機構宮崎東病院

比嘉 利信

この度、栗林会長の推薦により、理事を引き受けることになりました。何卒よろしくお願ひ申し上げます。さっそく投稿の機会を頂きましたので、「医療安全の取り組み」について、国立病院機構のシステムを中心にご紹介したいと思います。

病院の組織は言うまでもなく、特別の資格や技術を持った多職種の人で構成されていますが、最近の医療情勢は、ますます専門的な知識や技術が要求されます。医療連携室には社会福祉士（MSW）が配置され、活躍しているところです。昔はまさにMSW張りのベテラン婦長さんがいて、豊富な経験とありったけの人脈を通じて退院後の患者さんの行く先までお世話していたものですが、最近の業務内容は片手間とはいきません。

さて、医療安全の面では臨床工学技士（ME）の存在も欠かせません。県内には65名のMEが登録されていて、おもに透析や心カテなどの現場で活躍しているようです。当院には約50台の人工呼吸器が稼働中ですが、万が一、長時間の停電にもおそわれたなら、マンパワーによるアンビューバッグしかありません。まさに「地震・雷・火事・停電？」で、稲妻が走り雷鳴がとどろくと本当に冷や汗ものです。MEによる人工呼吸器の管理は患者生命の安全維持に直結していて、きわめて重

要な専門職です。

また医療安全対策担当者の役割もクローズアップされてきました。専従の医療安全対策担当者の配置は、診療報酬上の加算対象となっていますが、当院では代々、規定の研修を終えたベテラン看護師長をあてています。外来や病棟を離れ、組織横断的な役割をにない、軽快なフットワークが求められます。自発的に報告されたインシデント事例を収集し、原因分析を行い、防止のための対応・対策を組織の中で考えるのが基本的な仕事です。エラーした個人の問題よりも、複数の複合した連鎖的ミスを許すシステムこそが根本的な原因であるといわれています。したがって、時には積極的な業務全体の見直しや変更を求めなければなりません。事故はある意味で論理的な構造を持っていて、「1つの重大事故の背後には29の小事故があり、さらにその背後に300のヒヤリ・ハットの出来事が起きている」という有名なハインリッヒの法則があります。すなわち、小さいうちに芽をつみ取っていけば、大事に至らないですむことになります。

ところで、国立病院機構九州ブロック事務所（28施設を管轄）においては、定期的に「医療事故調停委員会（調停委）」を開催しており、各事例を検証し、状況により「拡大医療安全管理委員会（拡大委）」開催を主導します。拡大委では当該病院の関係者だけでなく、院外の専門委員や弁護士などが会し、徹底的に厳正な審議を行い、医療過誤の有無や

再発防止策を検討しています。この報告をもとに、調停委では示談や裁判への対応を判断します。一連の九州ブロックの取り組みは、職員の意識改革をうながし、診療内容の質を高め、早期解決を図るものと考えられ、国立病院機構のモデルともなっています。

医療事故は横浜市大病院の患者取り違え事故、都立広尾病院の消毒液注入事故などを契機に大きな社会問題となりました。私たちがガス配管工事に伴う事故を経験しています。目下のところ、厚生労働省は、事故原因の究明と再発防止を目的とした「医療安全調査委員会」の設置に向け、審議を重ねているところです。第3者機関による客観的な真相究明

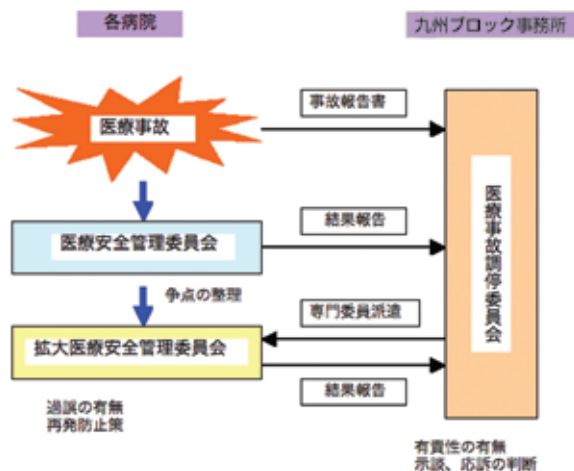
は医療者側にとっても患者側にとっても大いに歓迎すべきことでしょう。医療者が萎縮すること無く、安心して働ける環境をつくるためには、制度上の枠組みも必要ですが、私たち自らも、リスクマネジメントに対して、正面から向き合い、積極的に取り組む姿勢が求められます。

「医療安全の取り組み」は病院機能評価の上でも重要な要素の一つとなっています。私たちは、さまざまな知識や特殊な技術をもった専門職の力を最大限に活用して、組織としての安全力を向上させていきたいと思えます。

ハインリッヒの法則



国立病院機構九州ブロックにおける医療事故の対応



理事からひとこと

あと何年？

近藤クリニック

近藤 裕行

新医師臨床研修制度の開始後に3003の医療機関が医師派遣を受けられなくなり、45%が病棟閉鎖や診療時間短縮に、また17%が診療科の閉鎖に追い込まれたそうです。宮崎市郡医師会病院の内科病棟も7月に閉鎖されてしまい、夜間急病センターの会員の当直も以前と比べて特に深夜当直が増えています。

医師不足の原因として医療技術の進歩や専門分化による医師需要の増加や、男性医師の減少が一因と言われています。たしかに国家試験の合格者の30%以上を女性が占め、男性医師数は1996年迄は6千人以上だったが、2003年以降は5千人前後と千人位減少しているそうです。そして17%を占めるようになった女性医師の55%が常勤医をやめたことがあり、その後常勤医として復職したのは33%のみだったそうです。そのため女性医師が常勤医として復職しやすい環境を整える事が医師不足の解決の一助となるといわれています。

日本医師会のアンケート調査によると、2004年以降に関連医療機関への医師派遣を中止・休止したことがある医局は76.6%で、そのうち新制度の導入が主な原因であるとの回答が77.7%だったそうです。大学を研修先としているのは卒後臨床研修必修化前の2002年の71.4%と比べると、今年4月からの後期研修を開始した医師では55.9%と減少していま

す。そして関東地方の82.3%に対して、50万未満の都市しかない県の大学に戻ったのは36.7%と地域格差が広がっているようです。ということで卒後臨床研修の必修化で、大学病院で研修する医師が減少し、また都市部に集中する傾向があることから地方の大学が医師不足に陥り、その結果医師の引き揚げが起こり、大学医局に医師派遣を依存していた自治体病院を中心に医師不足に陥ったことは間違いなさそうです。だからといって臨床研修制度を止めたら良いかというと、自分が研修医時代に一人で当直をしていた時の不安感を思い出すと、やはり継続した方が良いと思われれます。しかし研修医の偏在はなんとかしなければならぬ問題です。先日宮崎で行われた今年の研修説明会には10人しか参加者がなかったそうですので、将来安泰とはいかないようです。

厚生労働省では来年度から現行のスーパーローテーション制度の見直しや地域枠・奨学金を受けている医学生に関してはマッチング制度の対象外とすることを決定したそうですが、効果が出るまでに後何年かかるのか？宮崎で研修しても、その後他県に行ってしまうのはあまり効果がないので、何か定着してもらう良い方法がないかと思われれます。

ところで、県内の医師数は6年間で117人増加しているそうです。しかし、40歳以下の医師は約20%減少しているとのこと。このように医師の高齢化も進んでいるため宮崎市の夜間急病センターの当直は以前は50歳未

満だったのが60歳未満となっています。そして今ではさらに年齢制限が拡大される事が議論されています。さすがに深夜当直をした翌日の診療はきつい年齢になったが、あと何年で当直免除になるのか？宮崎市郡医師会病院

の内科病棟が再開されるまでにはあと何年待たねばならないのか？

ボブ・ディランの歌のように風にふかれてみればわかるかな？・・・

理事からひとこと

新任理事のひと（り）言

宮崎市 せき診療所内科・呼吸器科
関 良二

数年前に宮崎生協病院で当直をしていた深夜、20代前半の男性が青白い顔をして「疲れているので点滴してほしい。」と受診してきた。こんな夜中に非常識な患者だと思ったが、よく話を聞くと有名な24時間外食チェーン店の雇われ店長だった。正規職員はこの店長一人であとはみんなパート職員。急に辞めたパート職員の穴埋めのために昼も夜も働きこの10日間は1日2-3時間しか寝ていないという。本部にSOSを出したが、支援を派遣するまであと10日頑張れと言われた。立場は管理職なので残業代は出ないという。そんなところで働いていたら体を壊すだけだから、やめなさいと言いたかったが、その言葉は飲み込んだ。最近の裁判でマクドナルドでも同様な業務形態が明るみに出た。ファーストフード店の多くはそうして人件費を切り詰め、低価格を維持しているのであろう。

某内閣が積極的に取り組んだ規制緩和は自由競争によるサービスの向上や価格の低下があたかも消費者には有益であるかのように受け取られ、歓迎された。短期的にはそうであったかもしれない。しかし長期的には会社の利幅が減り、それを補うために非正規職員を増やして人件費を減らし、正規職員はサービス残業が増えて体を壊す。労働者は消費者でもあり、収入が減れば消費は増えない。さらに

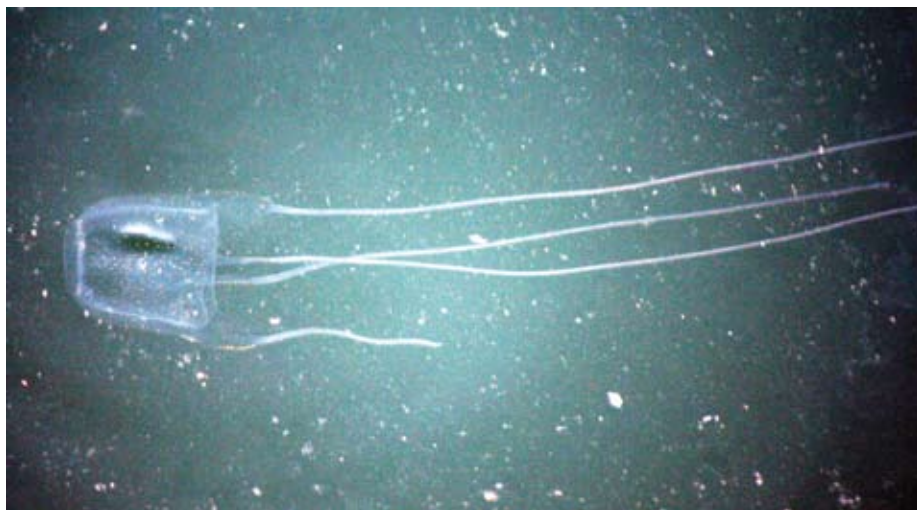
収入が減る。この悪循環の中で体力のない会社は倒産し、労働者は失業してしまう。食の安全が脅かされ、飛行機の整備不良や大きな鉄道事故がおきている。これは低価格競争の代償でもあるのではないか。結局あの規制緩和は誰のためだったのか。消費者のためと言いながら、低価格と引き換えに、消費者（国民）の健康や安全が犠牲にされているように思える。

いま、医療でも同じことが起きようとしている。WHOは日本の医療を世界一と評価した。医療機関へのアクセスが良く（国民皆保険）安い医療費で長寿世界一を達成しているのがその理由だ。しかし日本国内では日本の医療費は高いと宣伝され（実際は自己負担が高いため、医療費は高いと思込まされているのだが）、医師の収入は高すぎるように宣伝され、医療費が削減され続けている。医療崩壊、医師不足が最近ようやく認知されるようになり、国もその対策（小児科、産婦人科、救急医療など）に乗り出したように見えるが、年間2200億円、5年間で1兆1千億円の医療費削減は撤回していない。これではまたどこかが悲鳴を上げる。いまのままでは医師をはじめとする医療労働者が倒れ、最後には国民にしわ寄せが来る。安上がりの医療では国民の健康や医療の安全は守れない。このことを国民にもっと理解してもらい、美しい日本ではなく、人に優しい日本であってほしいと願う。

このたび内科医会の理事を拝命いたしましたし

た。私は高鍋高校から浪人の末鹿児島大学に進み、1986年に卒業しました。奄美大島の離島診療所等を経験し、1996年に宮崎に帰り、宮崎生協病院に11年間勤務したあと今年の6月に宮崎市内の大塚台に開業しました。理事

のお話をいただいたときは開業してまだ1年足らずで、戸惑いも多く、不安な中での就任でしたが、少しでもお役に立てるよう頑張っ
て参りたいと思います。



「アンドククラゲと海水浴」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

海を遊泳中に刺され、全身の痛みや痙攣を伴い時には死に至る熱帯地方の‘イルカンジ症候群’。何百もの刺胞から瞬時に出される毒液は赤血球を破壊し、神経毒の作用をも併せ持つため治療薬を作り出すのは極めて困難。日本にもアンドククラゲという強い毒性を持つ種がいて半透明で小さい。例年なら盆まで見られないが、今既に大量発生中だ。ほとんど酸素を必要とせず汚れきった海でも大量発生可能。

★ 写真はアンドククラゲ。一ツ葉海岸。全長15cm。刺されて死ぬ人は稀だが海水浴では要注意。



「霧島の秋」

都城市 山田医院 山田 孝俊

短歌

牧水祭

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

東郷の牧水祭に出かけ行く九月十七日の朝あしたに

晴れの日にあらぬ白滝頭れぬ

冠岳に雨頻き降りて

次々と牧水の歌碑に注がれて

御神酒おみきの香り立ち迷ふなり

牧水の末期の水は水ならず

「神露しんろ」といふ名の御神酒なりけり

裏山にいつくしき声に

啼く鳥の名を尋ねたし牧水さんに

短歌

若葉萌ゆ

延岡市 藤本内科小児科医院

藤本 孝一

楠の若葉は早も萌え出でて競ふごと散る病葉かな
し

藪椿咲きつぐ城址石段にすみれ一輪風に吹かるる

公園に巢作りせる鴉二羽猫の通ればまつはり騒ぐ

夕靄ふ河口の土手の雑木々に椋鳥数多集まり騒ぐ

われの血を求めてめぐる春の夜の蚊さへなつかし

一人し居れば

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村善教

儂後期妻は前期で泣き別れ

偕老同穴今は昔に

後期なら病は一つ決めるべし

それは無体と翁怒りて

後期では語感悪いと呼び変えて

長寿と呼んでも本音隠せず

忘れるなカップメン3分医師5分

我慢しないと算定不可ぞ

あと四年借金完済楽になる

これも幻想あれば錯覚

[報 告]

平成19年度 日本内科学会九州支部評議員会報告

宮崎県内科医会前理事

上 田 章

日 時：平成20年1月26日（土） 18時～ 19時
場 所：九州大学医学部百年講堂 中ホール1
議 長：飯田三雄（九州大学病態機能内科学）
出席者：評議員32名，事務局2名
委任状：49名

開会

飯田三雄議長より，同日の第280回地方会の参加者が過去最高であったことが報告された。

1. 支部長挨拶

瀧下修一支部長より，卒後臨床研修制度終了生が3年目を迎えたが，内科系へ進む人が多くないということで，内科系医学医療の基盤となる内科学会のactivityを上げる必要があり，九州支部においても，どのように活性化を行うかを視野に入れた評議員会，ワーキンググループ（WG）が必要になるという提言があった。

2. 各種委員会報告

1) 内科認定医審議会地区委員報告

鄭忠和委員より，資料に沿って報告がなされた。

九州の教育病院ならびに教育関連病院は以下の通りである。

（教育病院）大分県立病院：新認定

唐津赤十字病院：保留扱いから降格

中部徳洲会病院：降格

（関連病院）福岡市民病院，新行橋病院，社会保険田川病院，済生会二日市病院，五島中央病院，宮崎東病院，南風病院，国分生協病院，県立北薩病院，県立南薩病院，南九州病院：新認定

大分医師会立アルメイダ病院，沖縄県立北部病院：保留扱いから継続

沖縄赤十字病院：取消

資格認定試験について、同一講座5名による「病歴要約の不正流用」が判明したため処分された。このようなことのないよう周知徹底することが通達された。

内科専門医の名称変更および今後のあり方について報告がなされ、WGの立ち上げが提言された。

2) 学会在り方検討委員会地区委員報告

堀内孝彦幹事より、6月より支部事務局を引き継いだことの挨拶があり、佐田通夫委員の代理で資料に沿って報告がなされた。

3) 生涯教育委員会報告

岡山昭彦委員より、資料に沿って、平成19年度生涯教育講演会の報告があった。平成23年度は九州支部がBセッションを担当する予定であることが通達された。次世代教育システムについて紹介があった。会員には総合(科)医としての生涯教育が重要であること、研修医から内科を目指す人が減っているため、研修医向けの教育プログラムを加えることが報告された。

4) 学術集会運営委員会報告

長澤浩平委員より、資料に沿って、第105回学術集会(2008.4/11-13国際フォーラム)のプログラムが紹介され、大学からの一般演題の発表数が減ってきていることが報告された。

今後の予定については、第106回学術集会(東京)のプログラムについて案内があった。

第107回(神戸)小林教授(鳥根大学)、第108回は医学会総会と同時開催、第109回は九州から会頭を選出するよう提言があった。

3. 支部長報告

瀧下修一支部長より、資料に沿って報告があり、他の支部では臨床研修医に向けたセミナーも開催していて、九州支部でも教育について「activity」を上げる必要があるとの提言があった。また、公益社団法人の移行について、診療行為に関連した調査分析モデル事業についての説明があった。続いて、平成20年度の支部助成金額ならびに収支予算書の報告があった。

4. 平成20年度各種委員会地区委員選出の件

飯田三雄議長より、運営協議会で選出された資料の候補者が挙げられ、承認された。

1) 理事候補者(2名)

(留任) 長澤 浩平(佐賀大学内科)

(新任) 高柳 涼一(九州大学病態制御内科学)

2) 内科認定医制度審議会地区委員(3名)

(留任) 吉松 博信(大分大学第一内科)

(新任) 小川 久雄(熊本大学循環器内科学)

教育病院より1名

(新任) 山口 哲朗(県立延岡病院)

3) 学会在り方検討委員会地区委員候補(1名)

(留任) 佐田 通夫 (久留米大学消化器内科)

4) 生涯教育委員会地区委員候補 (1名)

(留任) 岡山 昭彦 (宮崎大学膠原病・感染症内科)

5) 支部代表 (支部長) (1名)

(新任) 長澤 浩平 (佐賀大学内科)

5. 全国評議員ならびに九州支部評議員の推薦について

飯田三雄議長より、以下の項目について報告があった。

1) 各大学からの全国評議員の推薦について

資料に沿って、推薦基準ならびに現在の評議員人数を報告した。

2) 一般教育病院からの全国評議員の推薦について

資料のように、九州支部よりの推薦は8名で、支部の原則として任期は2年間であること、鹿児島県は現在教育病院に認定されている施設はないことを考慮した上で、運営協議委員会で選出された次の8名を候補者としたが、鄭忠和教授より意見があり保留となった。後日、出席者の書面による承認を得た。

(留任) 権藤 久司 (佐賀県立病院好生館)

(留任) 古河 隆二 (日本赤十字社長崎原爆病院)

(留任) 山口 哲朗 (県立延岡病院)

(新任) 今田 和典 (社会保険小倉記念病院)

(新任) 船越 顕博 (九州がんセンター)

(新任) 加藤 有史 (大分県立病院)

(新任) 本田 喬 (済生会熊本病院)

(新任) 玉城 和光 (沖縄県立中部病院)

3) 支部評議員の変更について

資料に沿って下記のように報告された。

(新任教授) 赤司 浩一 (九州大学病態修復内科学)

鈴宮 淳司 (福岡大学筑紫病院第二内科)

(新規教育病院) 大分県立病院

(教育病院の責任者) 今田 和典 (社会保険小倉記念病院)

築島 直紀 (健和会大手町病院)

江崎 宏典 (国立病院機構長崎医療センター)

早田 宏 (佐世保市立総合病院)

石川 和夫 (仁愛会浦添総合病院)

玉城 和光 (沖縄中部病院)

井村 洋 (麻生セメント(株)飯塚病院)

(臨床内科医会代表者) (長崎) 迫 龍二

6. 内科学会九州地方会の開催時期, 開催地, 会長について

飯田三雄議長より, 運営協議委員会で推薦された下記の候補があげられ, 承認された。

平成20年8月23日(土) 第282回地方会 会長 瀧下 修一(琉球大学第三内科)

平成20年11月16日(日) 第283回地方会・第38回生涯教育講演会

会長 佐々木 裕(熊本大学消化器内科学)

平成21年1月24日(土) 第284回地方会・第39回生涯教育講演会 評議員会

会長 砂川 賢二(九州大学循環器内科)

平成21年5月30日(土) 第285回地方会 会長 辻 貞俊(産業医科大学神経内科)

7. 会計報告・その他

堀内孝彦幹事より, 資料に沿って報告があった。本年度の会計報告について, 助成金が992万円あり, 補助金として地方会・生涯教育講演会の主催校へ220万円, 地方会のみ主催校へ200万円, 事務局の人件費・委託費(HP制作費)・通信費・消耗品費などで約97万円, 合計約959万円支出し, 差額の33万円を来年度へ繰り越した。その他, HPをリニューアルしたことが報告された。

その後, 来年度支部長の長澤浩平教授より挨拶があった。

また, 教育病院の報告書のオンライン入力ならびに規格統一についての要望があったので, 本部へ問い合わせた結果, データファイルを配布しているという報告を受けた。

[報 告]

平成19年度九州各県内科医会会長会議

宮崎県内科医会前常任理事

小 牧 齋

日 時：平成20年 2月16日

場 所：福岡市

参加者：志多会長，栗林副会長，小牧

【報告事項】 担当県長崎からの報告

1. 第42回九内協・第24回九内懇（平成19年11月10日開催）についての報告
2. 日本臨床内科医会医療保険委員会への要望事項について
 - ① 保険点数改定への要望集約の年2回実施
 - ② 特定疾患療養管理料の適応疾患の拡大
 - ③ 療養病棟の医療区分について見直しの検討

以上の3項目について日臨内へ提出した。

【協議事項】

1. 医療保険改定について（福岡県）

今回の改定で日臨内へ提出された要望事項は124件あり，そのうち，絞り込んだ19項目が9月に内保連へ提出されている。この中で「内服薬多剤投与時の薬剤料通減」の撤廃を最重要課題としている。一方，心不全時のBNPの測定については，疑い病名でも認められるようになった。

日医・日臨内からの要望がほとんど採用されない状況において，政治の力を借りてでも正しい情報発信に努めるべき，と思われる。

2. 厚労省医療政策にどう対応すべきか（鹿児島県）

厚労省の医療政策は，医療費適正化政策と称し実は医療水準低下政策であり，また政策自体の変更も日替わりメニューランチのように軽薄かつ強行に施行しようとする姿勢は納得しがたいことばかりである。政府やマスコミはもっと世界的視野の情報を国民に公開し，その情報を知った国民の意向によって国の政策は決められるべきだと思う。そのためには，医療の当事者

がもっと積極的に発言していかなければならないのではないか。それが、医療を行なうものの国民に対する責務ではないだろうか？

日臨内からもっとマスコミに情報発信し、マスコミに日臨内という組織をもっと知ってもらう必要がある。

3. 「九州各県内科審査委員懇話会」の進行について（沖縄県）

九内懇については、協議題がかなり多く、個々の協議題について各県が意見を述べる時間がほとんどないように思える。従って協議題を整理したり、誌上発表を取り入れたりして協議にメリハリをつけてはいかがでしょうか。

4. 「第22回日本臨床内科医学会」ご協力について（長崎県）

平成20年9月14、15日の2日間にわたり、長崎市にて開催予定。数多くの会員の出席を希望しますとともに九州各県から一般演題を一つでも出していただけるようお願いしたい。

[報 告]

第4回(通算25回)中間法人日本臨床内科医会理事会・ 代議員会・総会に出席して

宮崎県内科医会会長

栗 林 忠 信

平成20年4月13日に東京国際フォーラムにて第25回中間法人日本臨床内科医会総会が開催された。総会に先立って理事会、代議員会が開催され、理事会に栗林が、代議員会に栗林と常任理事の中津留が出席した。先ず、後藤由夫会長の御挨拶の後、各部からの報告があった。平成19年度の事業報告、収支決算報告が承認され、次いで、平成20年度の事業計画が示された。臨床内科学の発展、国民医療の向上、特に日本人の生活習慣病対策の充実を中心に据え、

1. 臨床内科学の位置付けと地位の向上
2. 内科学生涯研修の強化
3. 内科診療報酬体系の合理化と改善

の3項目を柱として、事業内容の充実、発展、財政基盤の強化、および組織の拡充を図ることが承認され、

平成20年度収支予算案も承認された。

さらに、緊急動議として、平成20年度診療報酬改定に対して、

1. 後期高齢者診療報酬体系の見直し
2. 外来管理加算の時間要件撤廃

を決議して、厚生労働省と日本医師会に送付した。特に後者に関しては本来、内科医に認められた技術料であり、早急な見直しを迫るべきであるとの意見が大勢であった。

理事会、代議員会の後、引き続いてランチョンセミナーとして国立病院機構京都医療センター臨床研究センター予防医学研究室長 坂根直樹先生の「患者さんを楽しくやる気にさせるコミュニケーション」と題して糖尿病患者の指導の在り方についての楽しい講演が行われた。

午後からは総会で、評議員会での承認事項が全て全会一致で採決・承認され、その後、特別講演2題が行われた。先ず最初に、日本医師会総合政策研究機構 主任研究員 弁護士 水谷 渉先生の「医療事故と刑事裁判について－現状と対策－」が行われ、次いで、東京大学大学院医学系研究科循環器内科教授 永井良三先生から「内科学とトランスレーショナル研究」の講演が行われた。いずれの講演内容も大変有意義なもので、特に最近増え続ける医療訴訟事件に、万が一自分自身が巻き込まれた場合、医療関係者がどのようにして刑事訴追から身を守ることが出来るのか、考えさせられた。

[報告]

平成19年度宮崎県内科医会事業報告

会議名	日時・場所・出席者
【総会】	<p>6月9日(土) 16:00～ 於. 宮崎観光ホテル</p> <p><特別講演会></p> <p>①腎疾患治療における高用量ARBの意義 熊本大学医学部附属病院腎臓内科助教 北村 健一郎 先生</p> <p>②がんの薬物療法について 宮崎大学医学部内科学講座消化器血液学分野教授 下田 和哉 先生 (出席者 87名)</p> <p>3月8日(土) 16:00～ 於. 県医師会館</p> <p><会員発表会></p> <p>①パニック障害の診断と治療 平塚医院 平塚 正伸</p> <p>②微量元素欠乏による貧血と診断した1例 平和台病院内科 谷口尚太郎, 劉 宏仁, 松下 隆司 中村 周治, 中島 知徳 同放射線科 長友 優尚</p> <p>③高病原性鳥インフルエンザ疑い例として対応した1例 県立宮崎病院内科 山中 篤志, 河野 徳明, 姫路 大輔 井上 靖, 菊池 郁夫, 上田 章, 豊田 清一</p> <p>④流行性耳下腺炎疑いにて紹介された劇症型溶連菌感染症の1例 小林市立市民病院内科 新中須 敦, 川添 晋 久米田憲志, 野本 浩一 県立宮崎病院内科 菅原 三和, 中武 大志, 姫路 大輔</p> <p>⑤閉鎖孔ヘルニアの2例 古賀総合病院内科 平岡 史大, 西浦 亮介, 油屋 真仁 鶴田 和仁 同外科 吉川 智, 中島 健</p> <p>⑥総胆管結石再発とHCV初感染発症高齢者例 大西医院 大西 雄二 宮崎市郡医師会病院外科 高屋 剛</p> <p>⑦介護指導とその成果 - 障害者や患者さんとの対人関係の重要性 - 野村病院 野村 敏彰</p> <p><保険診療についての講演> 保険診療上の留意点 宮崎県医師会副会長 栗林 忠信</p> <p><特別講演> 脳梗塞の病態とPleiotherapy 九州大学大学院医学研究院 病態機能内科学准教授 井林 雪郎 先生 (出席者 74名)</p>

会議名	日時・場所・出席者
【理事會】	5月14日(月) 7月23日(月) 9月14日(金) 2月18日(月)
【評議員會】	5月28日(月) 3月3日(月)
【各郡市内科医会長會】	3月1日(土) 於. うめ田
【會計監査】	4月23日(月)
【學術委員會】	5月7日(月) 10月5日(金) 1月11日(金)
【医療保険委員會】	5月2日(水) 7月9日(月) 9月6日(木)
【宮崎県内科医会誌編集委員會】	6月25日(月) 8月23日(木) 11月26日(月) 1月31日(木)
【日本臨床内科医会九州ブロック會議】	11月10日(土) 於. 長崎(担当:長崎県臨床内科医会) 志多会長, 小牧常任理事
【九州各県内科医会連絡協議會】	11月10日(土) 於. 長崎(担当:長崎県臨床内科医会) 志多会長, 木下副会長, 小牧常任理事
【九州各県内科審査委員懇話會】	11月10日(土) 於. 長崎(担当:長崎県臨床内科医会) 栗林副会長, 仮屋副会長, 松岡理事
【九州各県内科医会長會】	2月16日(土) 於. 福岡(担当:長崎県臨床内科医会) 志多会長, 栗林副会長, 小牧常任理事
【日本臨床内科医会總會・ 理事会・代議員會】	4月8日(日) 於. 大阪 仮屋副会長, 小牧常任理事
【日本臨床内科医会理事会・ 代議員會・医学会】	9月15日(土), 16日(日), 17日(月) 於. 愛知 志多会長, 木下副会長, 小牧常任理事, 松岡理事
【日本内科学会九州地方会評議員會】	1月26日(土) 於. 福岡 上田理事

会議名	日時・場所・出席者
<p>【学術講演会】</p> <p>※は日本内科学会認定 内科専門医更新講座</p>	<p>① 6月22日（金） 19：00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 動脈硬化とHDL 講師 自治医科大学附属大宮医療センター 総合医学1教授 河野 幹彦 (出席者 52名)</p> <p>② 7月10日（火） 19：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 過活動膀胱と夜間頻尿 講師 琉球大学医学部医学科器官病態医学科学講座 泌尿器科学分野准教授 菅谷 公男 (出席者 25名)</p> <p>③ 7月20日（金） 19：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 日常臨床で遭遇する睡眠障害とその治療 講師 島根大学医学部精神医学分野教授 堀口 淳 (出席者 37名)</p> <p>④ 8月8日（水） 19：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 本邦におけるコレステロール低下療法の現状と将来展望 講師 京都大学大学院医学研究科循環器内科学講師 久米 典昭 (出席者 60名)</p> <p>⑤ 8月31日（金） 18：30～ 於. JA-AZM 演題 やさしい“うつ病”の診方と治療連携の在り方 講師 東邦大学医学部教授/日本心身医学会理事 坪井 康次 (出席者 14名)</p> <p>⑥ 11月9日（金） 19：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 喘息治療-今後の治療戦略について- 講師 近畿大学医学部呼吸器・アレルギー内科教授 東田 有智 (出席者 24名)</p> <p>⑦ 11月28日（水） 19：00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 マクロライド療法の最近の話題 講師 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科感染免疫学講座 准教授 迎 寛 (出席者 48名)</p>

会議名	日時・場所・出席者
<p>【学術講演会】</p> <p>※は日本内科学会認定 内科専門医更新講座</p>	<p>⑧ 2月16日（土） 16：30～ 於. 宮崎観光ホテル</p> <p>演題 好酸球性中耳炎の臨床－耳科的な立場から－</p> <p>講師 宮崎大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野教授 東野 哲也</p> <p>演題 気管支喘息治療薬の使い分け</p> <p>講師 久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経膠原病内科部門 教授 相澤 久道</p> <p style="text-align: right;">（出席者 77名）</p> <p>⑨ 2月22日（金） 18：50～ 於. ホテルJALシティ宮崎</p> <p>演題 サイトカインシグナルによるヘルパーT細胞の分化制御</p> <p>講師 九州大学生体防御医学研究所免疫制御学分野教授 吉村 昭彦</p> <p style="text-align: right;">（出席者 29名）</p> <p>※⑩ 2月23日（土） 16：00～ 於. 宮日会館</p> <p>演題 透析患者における下肢閉塞性動脈硬化 －早期診断と治療戦略－</p> <p>講師 湘南鎌倉総合病院副院長 小林 修三</p> <p style="text-align: right;">（出席者 34名）</p>

平成19年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書

歳 入 合 計 10,998,405

歳 出 合 計 8,445,427

差 引 残 高 2,552,978 (平成20年度会計へ繰越)

歳 入

(単位：円)

款	項	予算額	収納済額	予算額と収納済額との比較	備 考
1 会 費	1 会 費	6,246,000	6,318,000	72,000	(会員数：平成20年3月31日現在) < A 会員 > @18,000×297名=5,346,000 会員異動に伴う増減=108,000 < B 会員 > @7,200×117名=842,400 会員異動に伴う増減=21,600 免除会員 A 21名 B 30名
2 県医補助金		240,000	240,000	0	
	1 学会補助金	120,000	120,000	0	
	2 保険研究会補助金	120,000	120,000	0	
3 繰越金	1 繰越金	2,648,212	2,961,522	313,310	
4 雑収入	1 雑収入	1,500,000	1,478,883	△ 21,117	内科医会誌広告料 等
	歳 入 合 計	10,634,212	10,998,405	364,193	

歳 出

(単位：円)

款	項	予算額	予備費 流用額	予算現額	支出済額	予算残額	備 考
1	事務費	544,000	17,400	561,000	421,176	140,224	
	1 旅 費	24,000		24,000	24,000	0	会計監査旅費
	2 需 用 費	40,000	17,400	57,400	57,400	0	事務用品代
	3 役 務 費	200,000		200,000	194,635	5,365	切手代、郵送料、電報・電話使用料等
	4 使用料及び賃借料	280,000		280,000	145,141	134,859	会館使用料 職員時間外手当
2	会議費	1,850,000	0	1,850,000	1,318,610	531,390	
	1 総 会 費	150,000		150,000	123,390	26,610	案内ハガキ代、案内FAX代等
	2 評 議 員 会 費	500,000		500,000	436,950	63,050	(2回)
	3 理 事 会 費	1,200,000		1,200,000	758,270	441,730	(4回)
3	事業費	7,496,000	268,400	7,764,400	6,705,641	1,058,759	
	1 学 会 費	200,000		200,000	138,932	61,068	総会雑費等
	2 諸委員会活動費	850,000		850,000	462,960	387,040	医療保険委員会 188,630 (3回) 学術委員会 274,330 (3回)
	3 地区保険研究会助成費	595,000		595,000	595,000	0	補助金 @70,000×8, 西臼杵 35,000
	4 地区医学会助成費	950,000		950,000	950,000	0	補助金 @100,000×7 宮崎 200,000 西臼杵 50,000
	5 会誌発行費並び に編集委員会費	2,400,000		2,400,000	2,124,844	275,156	編集委員会 289,290 (4回) 印刷代 1,680,000 (2回) 執筆料 155,554
	6 名簿刊行費	1,000		1,000	0	1,000	
	7 地区内科医会連絡会	350,000		350,000	321,725	28,275	各郡市内科医会長会 (1回)
	8 九州各県内科医 会連絡協議会	600,000	134,480	734,480	734,480	0	九内協旅費(長崎2名) 321,840 各県負担金 50,000 九内協参加費 @10,000×3名=30,000 会長会旅費(福岡3名) 311,640 会長会参加費 @7,000×3名=21,000
	9 九州各県内科 審査委員懇話会	350,000		350,000	348,060	1,940	旅費(長崎3名) 318,060 参加費 @10,000×3名=30,000
	10 日本臨床内科医 会	670,000	133,920	803,920	803,920	0	総会・理事会・代議員会(大阪) 旅費(2名) 228,200 医学会・理事会・代議員会(名古屋) 旅費(4名) 495,720 当日登録料 @15,000×4=60,000 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	320,000		320,000	85,780	234,220	福岡(1名)
	12 慶 弔 費	200,000	0	200,000	139,940	60,060	花環(10名)
	13 諸 費	10,000	0	10,000	0	10,000	
4	予備費	744,212	△285,800	458,412	0	458,412	
	1 予 備 費	744,212	△285,800	458,412	0	458,412	
	歳 出 合 計	10,634,212	285,800 △285,800	10,634,212	8,445,427	2,188,785	

[報 告]

平成20年度宮崎県内科医会事業計画

- (1) 宮崎県内科医会総会並びに学会開催
- (2) 各郡市内科医会活動の推進と援助（学会補助金支出，保険研究会補助金支出，各郡市内科医会会長会開催）
- (3) 学術委員会（学術講演会，研修会，セミナー等の開催），医療保険委員会（保険研究会の開催，社保・国保審査委員との懇談会）及びその他委員会活動の推進
- (4) 県内科医会誌発行及び県内科医会ホームページへの掲載，FAXニュース発行
- (5) 県・郡市医師会の行う活動への緊密な協力とその推進
- (6) 各種学会，研修会，懇話会等への参加と協力
- (7) 九州各県内科医会連絡協議会，九州各県内科審査委員懇話会への積極的参加
- (8) 日本臨床内科医会への積極的参加
- (9) 日本内科学会九州地方会評議員会への参加と連繋
- (10) その他内科医会発展のために必要と思われる事業

平成20年度宮崎県内科医会歳入歳出予算書

歳 入

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1. 会 費	1 会 費	6,213,600	6,246,000	△32,400	(平成20年4月1日現在の会員数) < A 会員 > @ 18,000 × 298 名 = 5,364,000 < B 会員 > @ 7,200 × 118 名 = 849,600 < 免除会員 > A 21 名, B 30 名
2. 県医補助金		240,000	240,000	0	
	1 学 会 補 助 金	120,000	120,000	0	
	2 保 険 研 究 会 補 助 金	120,000	120,000	0	
3. 繰 越 金	1 繰 越 金	2,552,978	2,648,212	△95,234	
4. 雑 収 入	1 雑 収 入	1,500,000	1,500,000	0	普通預金利息，定期預金利息， 内科医会誌広告料
歳 入 合 計		10,506,578	10,634,212	△127,634	

歳 出

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1.事務費		544,000	544,000	0	
	1 旅 費	24,000	24,000	0	会計監査旅費
	2 需 用 費	60,000	40,000	20,000	事務用品代
	3 役 務 費	200,000	200,000	0	切手代, 送料, 振込手数料
	4 使用料及び賃借料	260,000	280,000	△20,000	会館使用料(冷暖房・光熱水費) 職員時間外手当
2.会議費		1,750,000	1,850,000	△100,000	
	1 総 会 費	150,000	150,000	0	案内ハガキ代, 案内FAX代
	2 評 議 員 会 費	500,000	500,000	0	2回(旅費, その他)
	3 理 事 会 費	1,100,000	1,200,000	△100,000	5回(旅費, その他)
3.事業費		7,665,000	7,496,000	169,000	
	1 学 会 費	200,000	200,000	0	総会時学会, 学術講演会, 研修会
	2 諸委員会活動費	850,000	850,000	0	学術委員会(3回), 医療保険委員会(4回) 県内科国保・社保審査委員合同協議会
	3 地区保険研究会 助成費	595,000	595,000	0	各地区内科医会へ 宮崎 70,000 都城 70,000 延岡 70,000 日向 70,000 児湯 70,000 西都 70,000 南那珂 70,000 西諸 70,000 西臼杵 70,000
	4 地区医学会助成費	950,000	950,000	0	各地区内科医会へ 宮崎 200,000 都城 100,000 延岡 100,000 日向 100,000 児湯 100,000 西都 100,000 南那珂 100,000 西諸 100,000 西臼杵 50,000
	5 会誌発行費並びに 編集委員会費	2,400,000	2,400,000	0	編集委員会(4回), 会誌印刷代, 執筆料, 原稿送料
	6 名 簿 刊 行 費	400,000	1,000	399,000	
	7 地区内科医会連絡会	350,000	350,000	0	各都市内科医会長会(1回)
	8 九州各県内科医会 連絡協議会	550,000	600,000	△50,000	九内協各県負担金 50,000 九内協(熊本3名) 260,000 九州各県内科医会長会(福岡2名) 240,000
	9 九州各県内科審査 委員懇話会	260,000	350,000	△90,000	九内懇(熊本3名)
	10 日本臨床内科医会	580,000	670,000	△90,000	総会(東京2名) 300,000 医学会(長崎2名) 230,000 団体会費・登録料 50,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	320,000	320,000	0	福岡(3名)
	12 慶 弔 費	200,000	200,000	0	
	13 諸 費	10,000	10,000	0	
4.予備費	1 予 備 費	547,578	744,212	△196,634	
歳 出 合 計		10,506,578	10,634,212	△127,634	

宮崎県内科医会役員

(任期 平成20年4月1日～平成22年3月31日)

役職	氏名	〒	住 所 医 療 機 関 名	TEL FAX
会 長	栗 林 忠 信	880-0041	宮崎市池内町数太木1749-1 (医) 同心会 古賀総合病院	0985-39-8888 0985-39-0067
副 会 長	小 牧 齋	880-0841	宮崎市吉村町江田原甲261-4 こまき内科	0985-26-1112 0985-26-0636
〃	仮 屋 純 人	885-1103	都城市上水流町2348 (医) 社団 仮屋医院	0986-36-0521 0986-36-2911
〃	野 田 寛	882-0845	延岡市安賀多町2丁目6-6 野田医院	0982-32-4069 0982-32-4079
常任理事	中津留 邦 展	880-0834	宮崎市新別府町江口950-1 (医) 社団善仁会 宮崎善仁会病院	0985-26-1599 0985-26-1533
理 事	比 嘉 利 信	880-0911	宮崎市大字田吉4374-1 独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院	0985-56-2311 0985-56-2257
〃	近 藤 裕 行	880-0911	宮崎市大字田吉820-1 (医) 裕仁会 近藤クリニック	0985-52-0887 0985-52-7770
〃	原 口 靖 昭	880-0814	宮崎市江平中町7-1 原口胃腸科・内科クリニック	0985-24-1077 0985-24-1078
〃	松 岡 均	880-0041	宮崎市池内町数太木1749-1 (医) 同心会 古賀総合病院	0985-39-8888 0985-39-0356
〃	弘 野 修 一	880-0925	宮崎市大字本郷北方字山崎3582-1 (医) ひろの内科クリニック	0985-52-7311 0985-52-7312
〃	外 山 博 一	880-0841	宮崎市吉村町境目甲1529-1 (医) 千春会 外山内科神経内科医院	0985-28-1388 0985-28-1393
〃	関 良 二	880-2105	宮崎市大塚台西1丁目1-44 せき診療所内科呼吸器科	0985-47-0777 0985-47-9700
〃	日 高 利 彦	880-0122	宮崎市大字塩路2783-37 (医) 社団善仁会 市民の森病院	0985-39-7630 0985-39-7589
〃	上 園 繁 弘	880-8510	宮崎市北高松町5-30 県立宮崎病院	0985-24-4181 0985-28-1881
〃	志々目 栄 一	889-1802	都城市山之口町花木 1999-2 (医) 志々目医院	0986-57-2004 0986-57-4867
〃	野 村 朝 清	882-0837	延岡市古城町4丁目1 野村クリニック	0982-34-5515 0982-34-5532
〃	鮫 島 仁 彦	883-0033	日向市大字塩見小堤14168 (医) 望洋会 鮫島病院	0982-54-6801 0982-53-7313
〃	坂 田 師 通	884-0006	児湯郡高鍋町大字上江8108 坂田病院	0983-22-3426 0983-23-3816
〃	福 岡 周 司	887-0006	日南市春日町1-7 福岡医院	0987-32-1711 0987-32-1731
〃	宮 崎 裕 三	886-0004	小林市大字細野1619 (医) 慈裕会 宮崎医院	0984-22-2841 0984-22-3042
〃	石 川 智 信	880-0033	宮崎市神宮西1丁目49-1 (医) 社団三友会 いしかわ内科	0985-32-2234 0985-32-1795
監 事	近 間 尚	880-0836	宮崎市山崎町965-6 (医) 社団尚成会 近間病院	0985-24-2418 0985-24-2044
〃	阿 南 育 男	880-0021	宮崎市清水3丁目2-50 (医) 社団敬寿会 阿南内科医院	0985-25-2255 0985-22-1140

計 23名

宮崎県内科医会評議員

(任期 平成20年3月1日～平成22年2月28日)

地区別	氏名	〒	住 所 医 療 機 関 名	TEL FAX
宮 崎 (5名)	中 村 周 治	880-0034	宮崎市矢の先町150-1 (医) 社団絃和会 平和台病院	0985-24-2605 0985-22-0787
	山 下 政 紀	880-1101	東諸県郡国富町大字本庄4033 山下医院	0985-75-2104 0985-41-4848
	徳 田 省 吾	880-0951	宮崎市大塚町大塩道下4747 (医) 碧澄会徳田内科とくだ小児科	0985-54-3299 0985-54-8203
	高 山 和 久	880-0301	宮崎市佐土原町上田島8176 (医) 和康会高山循環器科・内科	0985-74-3666 0985-74-3672
都 城 (3名)	三 嶋 孝 雄	885-0081	都城市鷹尾1丁目26-6 (医) 社団敬愛会 三嶋内科	0986-24-7171 0986-24-7766
	大 窪 利 隆	885-0015	都城市千町5215 おおくぼクリニック	0986-26-1500 0986-22-4103
	野 邊 俊 文	885-0072	都城市上町10-4 野辺医院	0986-22-0153 0986-22-0108
延 岡 (2名)	小 島 一 馬	882-0863	延岡市緑ヶ丘2丁目25-10 小島胃腸科内科	0982-21-6000 0982-21-6027
	木 谷 道 隆	882-0824	延岡市中央通り3丁目2-1 木谷医院	0982-21-5905 0982-21-5905
日 向 (1名)	白 石 正 浩	889-0611	東臼杵郡門川町大字門川尾末8600-100 (医) 社団孝誠会 白石病院	0982-63-1365 0982-63-1525
児 湯 (1名)	城 戸 栄 爾	884-0002	児湯郡高鍋町大字北高鍋212 城戸医院	0983-23-0323 0983-23-1002
西 都 (1名)	黒 木 重 晶	881-0015	西都市聖陵町2丁目11 (医) 社団 黒木胃腸科医院	0983-43-1304 0983-43-1945
南那珂 (1名)	中 島 昌 文	888-0012	串間市西浜2丁目7247-76 (医) 昌浩会 中島医院	0987-72-5202 0987-72-1761
西 諸 (1名)	園 田 定 彦	886-0212	西諸県郡野尻町大字東麓1170 (医) 友愛会 野尻中央病院	0984-44-1141 0984-44-0629
西臼杵 (1名)	佐 藤 元 二郎	882-1621	西臼杵郡高千穂町大字岩戸72-1 (医) 佐藤医院	0982-73-2010 0982-74-8102

計 16名

[報 告]

宮崎県内科医会総会並びに学術講演会

日時 平成20年6月14日（土）

場所 宮崎観光ホテル東館2F 日向の間

- I 製品紹介 小野薬品工業株式会社 16:00～16:30
「キネダック錠」
- II 総 会 16:30～16:50
1) 物故会員黙祷
2) 会長挨拶
3) 議事
イ. 平成19年度事業報告について
ロ. 平成19年度歳入歳出決算について
ハ. 平成20年度事業計画（案）について
ニ. 平成20年度歳入歳出予算（案）について
- 〈 休 憩 〉 16:50～17:00
- III 学 会 17:00～19:00
特別講演①
『心房細動に出会ったら』
心臓血管研究所
研究本部長 山下 武志 先生
- 特別講演②
『糖尿病神経障害の診断と治療－神経障害の多彩な症状を見逃さないための注意点－』
東京医科大学内科学第三講座
主任教授 小田原 雅人 先生
- IV 懇 親 会 （西館1階 はな花） 19:00～

(出席者数 102名)

各郡市だより



宮崎市郡内科医会だより

「暑さ寒さも彼岸まで」とは昔からの言い伝えです。地球温暖化と言われつつも、朝夕は秋近しを感じさせる今日この頃です。先生方には緊張の毎日が続いているものとお察し致します。

福島県大熊町県立大野病院で2004年、帝王切開で出産した女性（当時29才）が手術中に死亡した事件で、業務上過失致死の罪に問われた産婦人科医加藤克彦先生の無罪が確定しました。今回の件で警察の捜査のきっかけになったのは「県立大野病院医療事故調査委員会」の捜査報告書でした。事故報告書は再発防止が目的であって法的意味はないとのこと。宮崎からも、私も含めて多くの先生方が無罪を呼びかける署名に参加されました。今議論されている「医療事故調」の行方も目が離せません。

宮崎市郡内科医会は現在会員数167名です。4月以降に亡くなれた会員の先生方は次の通りです。心よりご冥福をお祈り申し上げます。

作正彦先生（5月10日）

楠原敏幸先生（6月28日）

野辺貞典先生（7月16日）

4月以降に実施した講演会は以下の通りです。

○平成20年6月13日（金曜日）

演題①『C型肝炎治療と地域医療ネットワーク』

②『経口血糖降下薬の最新の話題』

－最近のエビデンスを踏まえて－

講師①ひろの内科クリニック

院長 弘野 修一 先生

②東京医科大学 内科学第三講座

主任教授 小田原 雅人 先生

（於：宮崎観光ホテル出席者53名）

○平成20年8月28日（木曜日）

演題①『特定保健指導開始にあたって

～食行動変容をうながすポイント～』

②『腎疾患の早期発見と発症危険因子』

講師①南九州大学 健康栄養学部

管理栄養学科

教授 田上 敬子 先生

②筑波大学大学院

人間総合科学研究科

臨床医学系腎臓内科

教授 山縣 邦弘 先生

（於：宮崎観光ホテル出席者58名）

（文責：中村 周治）

都城市北諸県郡内科医会だより

5月23日内科医会総会が開催され、平成20年4月～平成22年3月までの今後2年間の舵取りを、下記の通り、前回と同じメンバーにまかせて頂くことになった。

会長 仮屋 純人 理事 三嶋 孝雄

副会長 志々目栄一 田中 彰人

監事 出水 善文 野辺 俊文

顧問 田中 毅一 長倉 穂積

現在内科医会会員は97名で念願の100名にあと3名である。是非達成したいと考えている。当地域でも6月から特定健診がはじまったが診療側も利用者側も行政もとまどっており出だしはいまいちである。

1月から6月までに当会が開催した講演会は以下のとおりです。

○平成20年2月15日

『循環器疾患の病態と治療：ホルモンからのアプローチ』

東京慈恵会医科大学 循環器内科
教授 吉村 道博 先生

○平成20年2月22日

『メタボリック時代における慢性腎臓病（CKD）を考慮した降圧治療の実際』

太田綜合病院附属太田西ノ内病院
総合診療科 部長 太田 昌宏 先生

○平成20年3月7日

『高血圧治療Up to Date ～併用療法の意義について～』

宮崎大学医学部内科学講座
循環体液制御学分野
助教 北 俊弘 先生

○平成20年4月4日

『軽症うつ病の診かた』

東邦大学 佐倉医療センター
准教授 黒木 宣夫 先生

○平成20年5月23日

『高血圧治療の理論と実際～食塩とレ・ア系と血圧の関係～』

日本高血圧協会会長
福岡大学名誉教授 荒川 規矩男 先生

○平成20年6月6日

『動脈硬化性疾患予防ガイド2007のポイントと使い方の実際』

トと使い方の実際』

国際医療福祉大学大学院臨床試験研究分野

教授 佐々木 淳 先生

『脂質異常症の予防と治療』

京都大学 理事・副学長 循環器内科学

教授 北 徹 先生

（文責：仮屋 純人）

延岡内科医会だより

平成20年4月1日より役員交替しました。

今後とも宜しくお願い致します。

会 長 宮田 純一（みやた内科医院）

副会長 野田 寛（野田医院）

県内科医会副会長

〃 山本 剛（山本医院）

理 事 佐藤 靖美（佐藤内科医院）

〃 木下 義美（谷村病院）

〃 小島 一馬（小島胃腸科内科医院）

県評議員

〃 木谷 道隆（木谷医院）県評議員

〃 野村 朝清（野村クリニック）

県理事

監 事 中村 権二

（延岡リハビリテーション病院）

〃 赤須 正道（赤須医院）

平成20年1月より7月まで開催致しました学術講演会は以下のとおりです。

月平均2～3回と活発に開催しております。

○平成20年1月11日（金）

①『動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007-HDLコレステロールの位置づけ』

国際医療福祉大学 大学院 臨床試験研究分野
教授 佐々木 淳 先生

- ②『開業医からみた高脂血症の治療』
あげた内科クリニック
院長 上田 正人 先生
○平成20年1月25日（金）
『脳血管障害の診断と治療』
宮崎大学医学部 神経呼吸内分秘代謝学分野
准教授 塩見 一剛 先生
- 平成20年2月1日（金）
『熊大病院の現状と課題および脳神経外科
の進歩』他
熊本大学医学部附属病院 院長
脳神経外科学 教授 倉津 純一 先生他
- 平成20年2月15日（金）
『重症虚血肢に対するチーム医療』－末梢
動脈インターベンションの重要性－他
大分岡病院 心血管センター 循環器科
副院長 立川 洋一 先生他
- 平成20年2月22日（金）
『呼吸器感染症における耐性菌治療の実際』
－レスピラトリーキノロン薬を中心に－
横浜市立大学 病態免疫制御内科学
准教授 綿貫 祐司 先生
- 平成20年2月29日（金）
『新生児外科の現状』
宮崎大学医学部附属病院 周産母子センター
助教 向井 基 先生
- 平成20年3月7日（金）
『最新の大腸癌治療 - - - 現在のベスト
治療とは?』
東海大学医学部 外科学系消化器外科学
教授 貞廣 莊太郎 先生
- 平成20年3月14日（金）
『分子標的治療薬を加えた大腸癌化学療法
の最前線』
九州大学大学院 消化器・総合学科
- 准教授 掛地 吉弘 先生
○平成20年3月21日（金）
『上腹部症状に対する新たな治療戦略：う
つ病を中心に』
佐賀大学医学部 内科学
教授 藤本 一眞 先生
- 平成20年4月11日（金）
『JIKEI HEART Studyから得られたARBの
有用性』
東京慈恵会医科大学附属柏病院
循環器内科 教授 清水 光行 先生
- 平成20年4月25日（金）
『E S D困難例とその対処法』
神戸大学医学部附属病院 光学医療診療部
部長・准教授 豊永 高史 先生
- 平成20年6月13日（金）
『高齢者の排尿障害と向き合うために』
－頻尿・夜間頻尿に関するアンケート結果
から見えてきた問題点－他
宮崎大学医学部 泌尿器科
兼任講師 井上 勝己 先生他
- 平成20年6月20日（金）
『C型肝炎の最新の治療について』他
宮崎大学医学部附属病院
第二内科 助教 蓮池 悟 先生他
- 平成20年7月11日（金）
『かかりつけ医のためのCKD』
国立病院機構 福岡東医療センター
内科部長 片淵 律子 先生
(文責：宮田 純一)

日向市東白杵郡内科医会だより

今年度は体育会を5月に行う学校が数校あ
り、それらの学校の心臓検診(心電図)を早め、

一次の検討会を5月8日、二次検討会を16日に行った。通常の検討会（6月～7月）もあり、検診委員の先生方に感謝している所です。

平成19年末から平成20年7月までに行われました当内科医会主催・共催の学術講演会及び研究会は次のとおりです。なお延岡市と県北心臓血管懇話会・画像診断研究会等にも参加しています。

○平成19年11月16日（金）

「日常診療における降圧療法」
～問題点とその対策について
愛知医科大学循環器内科

准教授 水谷 登 先生

○平成20年2月15日（金）

「耳鼻咽喉科における救急疾患
～急性咽頭蓋炎と扁桃周囲膿瘍～」
宮崎県立延岡病院耳鼻咽喉科

医長 島原 康治 先生

○平成20年2月29日（金）

「急性期循環器疾患と医療連携」
宮崎県立延岡病院心臓血管センター

医長 森山 泰 先生

○平成20年3月14日（金）

「RA系を考えた血管保護戦略」
名古屋大学大学院医学系研究科

循環器内科学 教授 室原 豊明 先生

○平成20年3月27日（木）

「慢性腎臓病対策を含めた学校検尿の診断
と管理」

みやた内科医院 院長 宮田 純一 先生

○平成20年4月4日（金）

「学校心臓検診と心臓突発死予防」
行政法人国立病院機構鹿児島医療センター

小児科部長 吉永 正夫 先生

○平成20年6月24日（火）

「宮崎県における肝炎治療特別推進事業」

「宮崎県のウイルス肝炎医療連携について」
ひろの内科クリニック

院長 弘野 修一 先生

（文責：古賀 正広）

児湯内科医会だより

平成20年上半期の当内科医会主催・共催・後援の学術講演会は以下の通りです。

○平成20年1月21日（月）

第79回児湯カンファランス

1. Vibrio vulnitus感染が考えられた壊死性筋膜炎の1例

国立病院機構宮崎病院

整形外科 安藤 徹 先生

2. クリティカルパスを用いた糖尿病管理における地域連携

国立病院機構宮崎病院

副院長 小堀 祥三 先生

○平成20年2月22日

第17回国立病院機構宮崎病院医療セミナー
国立熊本病院における救急医療体制の構築
国立病院機構熊本医療センター

救命救急部長 高橋 毅 先生

○平成20年3月18日（火）

第80回児湯カンファランス

1. 鼠径ヘルニア

〔腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術（TEPP法）について〕

国立病院機構宮崎病院

外科 川野雄一郎 先生

佐々木 淳 先生

2. 平成19年度気道感染症で入院を要した乳幼児のまとめ

国立病院機構宮崎病院

小児科 加藤 里絵 先生

○平成20年4月28日(月)

第18回国立病院機構宮崎病院医療セミナー
ウイルス感染症とマクロライド
—インフルエンザ感染におけるマクロライ
ド療法からの考察—

熊本大学大学院医学薬学研究部

准教授 佐藤 圭創 先生

○平成20年5月20日(火)

第81回児湯カンファランス

1. 低血糖により重篤な転機を来した3症例

国立病院機構宮崎病院

内科 猪島 俊朗 先生

2. 熱性痙攣とその周辺

国立病院機構宮崎病院

小児科 内山 伸一 先生

(文責：寺本 仁郎)

西都市・西児湯内科医会だより

暑い日が続いております。会員の先生方、
如何お過ごしでしょうか。

医療や生活を取り巻く環境も悪化のまま、
毎日閉塞感とこれから先の不安を感じなが
ら、がんばっております。

さて、当会におきましては、以下の講演会
を開くことができました。

○平成19年11月16日(金)

「肝がんを見据えた慢性肝疾患の治療」

宮崎医療センター病院消化器・肝臓病セン
ター

センター長 堀 剛 先生

○平成20年1月25日(金)

21世紀の生活習慣病COPDをどう診断し治

療するか～医療連携の勧め～

久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・
膠原病内科学部門

教授 相澤 久道 先生

○平成20年5月23日(金)

「口腔癌の治療について」

県立宮崎病院歯科口腔外科

部長 林 升 先生

○平成20年7月25日(金)

「C型肝炎の最新の治療について」

宮崎大学医学部付属病院第二内科

助教 蓮池 悟 先生

(文責：水田 能久)

南那珂内科会だより

当地区でも基幹病院の医師不足が目立ち始
めました。県立日南病院では内科医が1名減
り、中部病院では、4名いた内科医が2名にな
り、内科の患者さんが、開業医の方へ逆紹介
されています。患者さんの方も医師不足の報
道が知れ渡っているせいか、56日処方30日
処方にも変わってもあまり文句も言いません。
この地域は、県立日南病院の木佐貫先生のご
尽力で、脳卒中、大腿骨頸部骨折の病診連携
パスが機能しています。このたび木佐貫先生
と南那珂内科会で南那珂糖尿病連携ネット
ワーク会議を発足させました。軽症の糖尿病
患者さんをターゲットにして、3泊4日程度の
日程で糖尿病全般の啓蒙だけでなく、開業医
の不得手な食事運動療法を基幹病院で指導し
てもらい、連携パスを通して、開業医で実践
するというプランです。これからは、ひとつ
の医療機関で何でもするのではなく、このよ
うな役割分担が肝要であると考えます。

平成20年2月からの内科系講演会は以下の通りです。

○平成20年2月1日

認知症の正しい理解と対応の仕方
元若草病院看護師長

吉村 照代 氏

○平成20年2月15日

高コレステロール血症の治療法とその進歩
東京慈恵会医科大学柏病院総合診療部

部長 多田 紀夫 先生

○平成20年3月12日

JIKEI HEART STUDYから得られたARB
の有用性

東京慈恵会医科大学循環器内科

准教授 池脇 克則 先生

○平成20年3月21日

心房細動のトータルマネージメント
財) 心臓血管研究所

研究本部長 山下 武志 先生

○平成20年4月17日

保険診療における随証治療—エキス製剤の
漢方医学的運用のために

宮崎県医師会東洋医会

会長 井上 博水 先生

○平成20年5月21日

1. 肝炎治療費助成制度について

串間市民病院

院長 黒木 和男 先生

2. C型肝炎の最新の治療について

宮崎大学医学部付属病院第二内科

講師 永田 賢治 先生

○平成20年6月11日

運動器疾患の最近の話題～関節リウマチ、
骨粗鬆症、変形性関節症

宮崎大学整形外科

教授 帖佐 悦男 先生

○平成20年6月17日

最近の脳外科診療について

宮崎県立日南病院脳神経外科

医長 奥 隆充 先生

医長 川添 琢磨 先生

(文責；島田 雅弘)

西諸内科医会だより

今年の夏は暑い。梅雨明け後、本当にうだるような暑さが続いています。頼みの夕立も殆どなく人も植物もどうかなりそうです。やはり温暖化のために、地球が壊れつつあるのでしょうか。近年台風銀座と呼ばれた本県に近づく台風も少なくなり代わりに関東に接近する台風が多くなったような気がします。

当内科医会は本年4月より役員の改選があり新しい執行部で活動をいたしております。毎回西諸医師会との共催になりますが歴代の会長がモットーとされて実行されてきた月1回の講演会ペースを続けたいといけなさと決意いたしております。

平成20年2月以降の西諸内科医会の講演会は以下の通りとなっております。

内科のいろんな分野のご講演をいただきたいのですが、どうしても後援メーカーの関係で循環器関連が中心となるのが悩みです。

○平成20年2月14日

臓器間クロストークと高血圧

東京大学医学部付属病院検査部

講師 下澤 達雄 先生

○平成20年3月18日

CKDにおける治療戦略

熊本大学医学部 腎臓内科

- 20年 4月17日
泌尿器癌の最新治療について
鹿児島大学大学院 泌尿器科
助教 北村健一郎 先生
- 平成20年 5月16日
肝癌治療における栄養療法
鹿児島市立病院 消化器科
教授 中川 昌之 先生
科長 堀 剛 先生
- 平成20年 6月23日
- 日常診療とCOPD
京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
講師 室 繁郎 先生
- 平成20年 7月18日
食道、胃静脈瘤の治療及び日常生活上の注
意点
久留米大学医学部内科学講座 消化器内科
部門
医局長 熊本 正史 先生
(文責：野本 浩一)

原稿募集

次の原稿締切は平成20年12月24日頃の予定です。

下記により原稿を募集致します。

記

- 1 原著, 学会発表抄録, 経験症例等
400字詰原稿用紙12枚以内
(図表を含む)
- 2 随筆, 意見, 所感等タイトルを含めて
400字詰原稿用紙4枚以内
- 3 ひとつこと
タイトルを含めて200字以内
- 4 各郡市内科医会日より
(毎号提出のこと) 400字詰原稿用紙
4枚以内
- 5 短歌, 俳句, 詩
- 6 芸術写真
- 7 質疑応答
採扱は編集委員会へおまかせ下さい。
- 8 保険診療報酬審査会への質問
編集委員会から審査会へ質問しますので, 不明の点, 日常診察で疑問を感じられている事項など, ご質問をおよせください。
- 9 用語は新かなづかいによること。
- 10 本誌に掲載された発表内容について御質問があれば質問趣旨を御送付下さい。著者においてお願いして誌上で回答致します。
カラー写真については, 投稿された先生方の写真をまとめて掲載させていただきます。

編集委員

木佐貫博人	三原 謙郎	宮永 省三
田中 宏幸	牛谷 義秀	青木 敏浩
名越 敏郎	佐々木 隆	山田 孝俊
大森 史彦		

編集後記

北京オリンピックも終わり、いつの間にか金木犀の香りがする季節となりました。

先日、高鍋で焼酎に使うサツマイモを掘る機会がありました。小学生と一緒に秋晴れの下気持ちよい汗をかきました。出来立ての焼酎を飲むのが今から楽しみです。メタボ体型ですが、今年から新コースとなる橋通りを走る青島太平洋マラソンに参加予定です。

巻頭言は宮崎県内科医会会長になられた栗林先生に抱負を述べて頂きました。

特集は、宮崎市郡医師会病院で緩和ケアを行われています黒岩先生に基本的ながん性疼痛治療法を解説して頂きました。先生にはいつも癌患者さんの在宅での疼痛コントロール方法を細かく指導して頂いています。会員投稿は平塚先生よりパニック症候群の診断治療、県立宮崎病院よりエコーにて診断された腎動脈狭窄の症例です。いずれも日常診療レベルの高さに感服させられます。木下先生の漢方治療は日常診療でよく遭遇する便秘についてです。足利先生は御自身が県外まで出かけて行っておられますアブレーションについて解説されています。村井先生にはリウマチについて最新の治療法を説明して頂いています。他科からの提言は古賀総合病院皮膚科の津守先生に創傷・褥瘡治療について過去のやり方から現在の基本的な治療方法についてまで分かりやすく解説して頂いています。

随筆や理事からのひとつことにも述べていただいているように、日本の社会保障特に年金や医療に関しては先が見えない状態でもとても不安です。医療費削減が前提にあるという事はさらに医療従事者の労働条件悪化となり国民の健康をこれまでどおりには守れなくなる気がしてなりません。

最後になりましたが、内科編集委員会は青木敏浩先生・名越敏郎先生・佐々木隆先生の3人が加わり、今まで御尽力して頂きました立元祐保先生・松本紫朗先生・長友安弘先生の3人がお辞めになりました。会員の皆様には宮崎県内科医会誌への投稿をこれからもどうぞ宜しくお願い致します。

(木佐貫 博人)

発行所

宮崎市和知川原1丁目101番地
宮崎県医師会館内
宮崎県内科医会
http://www.miyazaki.med.or.jp/naikaikai/
TEL 0985-22-5118 FAX 0985-27-6550
E-mail:kiire-staff@miyazaki.med.or.jp

発行人 栗林 忠信
編集人 木佐貫 博人
印刷所 愛文社印刷所