

[巻 頭 言]

高齢化社会に備える

宮崎県内科医会副会長

野 村 朝 清

平成22年4月から宮崎県内科医会副会長を仰せつかった延岡市の野村です。副会長の重責は荷が重いですが、微力ながら誠心勤めさせていただきたいと思えます。

まず、今年の3月11日の東日本大震災で言語に尽くせぬ苦勞をされている東日本の皆様方にお見舞い申し上げます。また、これからの長期にわたる復興への努力に持続的な協力をして行かなければならないと感じております。

さて、東日本の津波に劣らず日本の医療体制において未曾有の危機感を感じていることがあります。それは、ひたひたと打ち寄せる高齢化社会の津波です。

昨今、医療費増大の危機がマスコミで報ぜられ、現に前回の診療報酬改定では、内科系は実質ゼロ回答でした。政府は医療費の削減に躍起で、それはじわじわと診療報酬の抑制へと向かう傾向にあります。

しかし、医療は本質的に労働集約的な業種であり、人件費の比率が半端ではありません。安易な診療報酬の削減が、病院の経営を立ちゆかなくさせ医療体制そのものを破壊してしまう危険性について、現場からも注意を喚起していく必要があると思われます。新臨床研修制度による地方の医療体制の壊滅的な打撃にみられるように、医療行政には細心の注意が必要です。

鑑みるに、昨今の医療費の抑制は、それに伴う介護保険の費用増大へつながっただけで、介護や医療に関わる費用全体が少なくなったわけでは決してありません。介護保険という形を取ることによって、見かけ上の医療費の抑制を達成したように見えますが、その介護保険もすでに維持困難なほど支出が増大しています。

高齢化社会は明らかに支援の必要な高齢者人口の増大をもたらすものであり、それにふさわしい大幅な福祉の予算を確保しない限り、日本の介護や医療の体制はその質の悪化どころか、最低限の医療を維持することすらできなくなるかもしれません。

福島原発は1000年前の津波の記録を無視したために、史上最悪の原子力発電所の事故となろうとしています。高齢化社会というすぐ傍に迫る危機に対して、我々医療従事者は自らを守る危機管理をするとともに、社会に対して警鐘を鳴らしていく必要があると思えます。

我々医師は、その教育の過程で医療の知識と経験こそが最優先と考えて勉学に励んできました。しかし、この高齢化社会という未だ経験したことのないような危機にあっては、治療の知識のみならず、社会全体の経済の中での医療制度の位置を意識せざるを得ません。理想的な医療を施したくても医療体制がそれを許さないという事態も考慮に入れなくてはならなくなってきています。医療制度に対して医師が積極的に発言する必要性がこれほど高まってきている時代はない

と思われます。

学問のことであれば内科学会で担当されるでしょうが、それとは別に社会における医療制度を守るための研究が必要と思われます。医学の進歩を国民の福利に反映させるためには、それを実現する医療制度の保守が絶対に必要です。このような社会における医療のあり方を考える上では臨床内科医会は内科学会と比較しても重要な役割を果たしています。次世代の医療を担う若い先生方が是非積極的に臨床内科医会に参加して、高齢化社会における明日の医療の質を守るため活躍していただきたいと念じています。

産科医療の中心は内科医療



宮崎大学医学部生殖発達医学講座
産婦人科学分野教授

鯨 島 浩

宮崎県内科医会の皆様、平成23年1月から宮崎大学産婦人科の教授に就任しました鯨島です。どうぞ宜しくお願い致します。

私は産婦人科医としてのキャリアを主に鹿児島で積んでまいりましたが、平成7年に、当時の池ノ上 克教授の下、宮崎医科大学（現宮崎大学医学部）に赴任しました。着任後、もう既に16年が過ぎています。この間、多くの内科医会会員の皆様にお世話になってまいりました。この紙面を借りて、日頃のご厚情に御礼申し上げます。

宮崎大学産婦人科教室は、初代の森 憲正先生、第2代目の池ノ上 克先生に引き続き、私で3代目になります。これまでの伝統を受け継ぎ、若手医師の育成、診療と地域医療への貢献、臨床的・基礎的研究の促進に、教室内が協力して活動を続けています。

われわれの領域は産科学と婦人科学に大きく分けられます。産科学は、次世代を作り、育てる医療として発展し、現在では母体と胎児と新生児をひとつのユニットとして管理する「周産期医学」という新たな分野となって

進歩しつつあります。婦人科学は、主に婦人科腫瘍学と婦人科内分泌学に分かれ、女性の一生を見守る女性診療科として発展しています。私は主に産科学を専門分野としてこれまで担当してきました。そこで今回は産科と内科の関連について述べたいと思います。

「産科医療の多くは内科医療である」、と考えられています。産科領域の世界的教科書に、Williams産科学、があります。100年以上も改訂を重ねており、最新版は第23巻です。全体で約1,300頁の中で分娩に関連するのは約200頁であり、全体の2割にも及びません。残りの8割は妊娠中の管理に関する記述です。すなわち、内科的管理がその大部分を占めています。実際、10ヶ月の妊娠期間の最後に分娩があり、そこが「誕生」という人生で最も素晴らしい場面としてスポットライトを浴びるので注目されていますが、その誕生に至るまでの長い妊娠期間の管理が極めて重要であることは論を待ちません。

歴史的に見ると、産科学は主に分娩学として始まりました。分娩自体が母体の命に関わる程の重大事象であったこと、分娩するまで児の健康状態が分らなかったこと、また、そのような時代であればいかに児を娩出させるか、が中心となったことも止む無きことであったろうと推測されます。その後、胎児心拍数モニタリング、超音波画像診断装置などの医療機器が発達し、多くの胎児情報が得られるようになってきました。並行して、近代医学の発展とともに妊娠中の母体と胎児の変化が、生理学的、生化学的、内分泌学的、解剖学的に理解されてきました。その結果、新

たな分野として胎児生理学も発達してきました。現在では、「Fetus as a patient」という概念が定着するに至っています。このような経過を辿った典型的な疾患として糖尿病合併妊娠があります。

糖尿病を持つ妊婦の場合、妊娠中の全期間にわたって厳格な血糖管理が必要であることが、現在では広く知られています。厳格な、とは、空腹時90～95mg/dl以下、かつ、食後1時間140mg/dl以下あるいは食後2時間120mg/dl以下、を保つことです。これは糖尿病を持たない一般妊婦の血糖値と同等です。ここまで厳格に管理して、やっと、児の予後が一般妊婦と同等に良好となります。しかし、血糖管理が不良であると、妊娠初期には児に様々な奇形が生じます。妊娠中期では、児の発育過剰や、臓器の機能異常（肺や心臓など）が問題となります。妊娠末期には、胎児の突然死、胎児心拍数モニタリング異常、過剰発育に伴う分娩損傷などがあります。新生児にも、低血糖、黄疸、低カルシウム血症等の代謝障害や、呼吸循環障害などの異常が合併します。

このような異常に加え、現在ではもっと重大な問題が知られるようになってきました。そのひとつが妊娠糖尿病です。本来は妊娠中のインスリン抵抗性に伴い、妊娠中は一過性に糖尿病の所見を示すものの分娩後はもとの正常な状態に戻ると考えられてきました。しかし、妊娠中に出現したインスリン抵抗性は、妊婦自体がもっている糖尿病素因に対するストレステストの結果出現したものであると考えられ、事実、分娩後、時間の経過とともに

2型糖尿病が高頻度に発症することが判ってきました。欧米の報告では、分娩後約20年経過すると、オッズ比で6～7倍、2型糖尿病が高頻度に発症します。中高年で約10%程度の糖尿病発症リスクが、妊娠糖尿病の既往がある女性では、60～70%まで上昇することを意味しています。したがって、妊娠糖尿病を発症した女性に関しては、その後の生活スタイル、体重管理、あるいはインスリン抵抗性改善薬の使用で、2型糖尿病の発症を抑制できるかが大きな研究課題となっています。妊娠糖尿病は、その名称とは裏腹に、妊娠期間に限らず、その後の生涯にわたる疾病へと、その概念が変容しつつあります。

さらに注目すべきは、児の長期予後です。糖尿病母体から出生した発育過剰児では、その背景に児自体のインスリン過剰分泌があることから、若年での肥満、高血圧、糖尿病、さらには女兒であれば妊娠糖尿病の発症と有意に関連することが多くの論文で示されています。一方、2.5kg以下の低出生体重児では、その背景に低栄養に伴うβ細胞の低形成とインスリン分泌低下があり、出生後の栄養のミスマッチに伴って、成人期以降に生活習慣病、糖尿病、肥満、メタボリック症候群などを高頻度に発症します。いわゆるDOHaD, developmental origins of health and disease の概念です。このように妊娠中の発育異常は、発育過剰も発育遅延も、その児の生涯にわたる疾病と重要な関連が判明しています。すなわち妊娠中の栄養管理-胎児管理は、次世代の病気に重要な影響を及ぼす訳であり、産婦人科の範囲を超えて、小児科、内科との連携が重要となっています。

今回、妊娠と糖尿病の関連について概説しました。妊娠中の血糖管理は、母体にとっては妊娠期間に限らず、その一生に影響を及ぼし、また、次世代である児の生涯にも影響を及ぼすことが判っています。妊娠期間中の周産期管理と、その後の長期間にわたる母児の内科的管理が重要であり、内科との協力が欠

かせません。同様の概念が、妊娠中の内分泌疾患、自己免疫性疾患、腎疾患などでも報告されつつあります。「産科は内科である」、という言葉の重要性がますます大きくなり、同時に、内科との協力が極めて重要になっています。宮崎県の内科医会の先生方には、今後とも、宜しく願い申し上げます。

特集

心房細動診療の進歩

独立行政法人国立病院機構・都城病院 院長

小柳 左門

1. はじめに

非弁膜症性（孤立性）心房細動は中年以降年齢とともにその発症率が増加するが、その80%は65歳以上であり、70歳以上では人口の7～8%に発生していると推定されている。ことに高血圧ないし冠動脈硬化性心疾患に伴って心房細動を合併しやすい。心房細動では頻脈をともなった心不全や脳塞栓症などの合併症によってQOLの低下ないし死亡を来すことがあり、その治療と予防とは高齢化社会を迎えた我が国においてきわめて重要である。

2. 心房細動発生の機序

高血圧性肥大心などによって、左心房への負荷が長期にわたって持続すると、心房筋には構造的および電氣的リモデリングが生じると考えられる。すなわち心房筋は伸展し、また圧負荷では肥大をきたし、間質の線維化等の心筋組織変化を来す。その結果、心房内における興奮伝導時間が遅延したり、リエントリが形成されるなどの心房内刺激伝導系の異常が現れる。またイオンチャンネル、なかでもL型Ca電流の減少などによる心筋活動電位の異常が生じる。このような電氣的性質の変化は、心房細動を起こしやすく、また持

続させやすくするとされている¹⁾。

心房細動が生じると、当初は一時的な発作性のものがやがて持続性となり、ついに慢性化するに至って洞調律への回復は難しくなる。持続する心房細動の出現は心不全を引き起こしやすく、心不全の合併は神経体液性因子、ことに交感神経系やレニン・アンジオテンシン系の活性化により、さらに心房リモデリングは進行し、不整脈原性となって悪循環を形成するに至る。

3. 血行動態におよぼす心房細動の影響

心房細動の合併は、心機能低下例における心不全発症や死亡の強力な予測因子である。では心房細動はなぜ心不全を発症させるのであろうか。拡張期における左室への流入血流には、左室拡張に伴う拡張早期のピークと、心房収縮による拡張後期のピークがあり、通常は前者がはるかに優位である。しかし肥大心や高齢者、また心機能低下などの病的心では、左室の伸展能あるいは弛緩機能が低下し、左室への流入血流として心房収縮の役割がより重要となる。このような状態で心房細動を生じれば、左室への流入血流は急速に低下し、左室が十分に充満されないため心拍出量を維持できない。その結果、肺うっ血を生じ心不

全症状が出現する。

一方、心房細動はしばしば頻脈を合併する。頻脈になれば拡張時間が短縮するために、左室への流入血流は不十分なまま途絶えることとなり、十分な心拍出量を保持できず、また左房に更なる負荷がかかって肺うっ血を生じる。血行動態を維持するためには十分な拡張時間を必要とする。心不全は交感神経系を活性化して頻脈を助長し、心房細動を遷延させるので、さらに心不全は進行するという悪循環を形成する。

4. 心房細動による合併症とその診断

1) 心不全

心房細動および頻脈の合併は、左室収縮機能あるいは拡張機能の低下した状態において、心不全をもたらす重要な要因となる。その基礎疾患が重症であればあるほど、一過性の心房細動でも急性心不全をひきおこすことがあり、早急な除細動を必要とする。

心不全の診断や治療経過の判定には、心エコードプラ法をはじめとした生理検査とともにBNPの計測が極めて有用である。しかし心房細動があるのみで心不全が明らかでなくともBNPは高値を呈するので、注意が必要である。

2) 血栓塞栓症

血栓塞栓症は心房細動のもうひとつの重要な合併症であり、左房内血栓形成によって脳塞栓症をきたせばQOLを著しく低下させる。発作性心房細動の回数が多くその持続時間が長いほど、血栓はでき易い。また左室拡張をきたし収縮機能が低下したものほど、その頻度は高い。

血栓が最も形成され易いのは左心耳であり、時には巨大血栓が形成される。直径1cmを超えるような大きな血栓、左房内腔に突出した血栓や可動性のある血栓などは、とくに塞栓症を発症し易い。

血栓の診断には心エコー図、とくに経食道心エコー図が有用で、左心耳内の小血栓が診断できる。パルスドプラによって左心耳内の血流速度が測定できるが、これが20cm/秒以下の遅い血流では血栓が形成されやすい。また左房径が大きいほど血栓は形成され易く、50mmを超えるものはその可能性を念頭に置くべきである。血栓は認められなくとも、左房内にもややエコーが見られる場合は、血栓形成の準備段階と診断して薬物により予防すべきである。

CHADS2 スコアはとくに脳卒中に罹りやすいリスクをスコア化したもので、心不全、高血圧、75歳以上の高齢、糖尿病にそれぞれ1点、脳卒中の既往に2点を配し、6点は最もリスクが高いとする。CHADS2 スコアが0点では年間の脳卒中のリスクが1.9%であるのに対して、3点では5.9%、6点では18.2%と高いことが示され、臨床的予測がある程度可能である²⁾。

5. 心房細動の治療

1) 心不全合併例に対する治療

心房細動は心不全をさらに悪化させる。従って心不全の治療と心房細動そのものに対する治療とは、平行すべきである。とくにアンジオテンシン受容体拮抗薬 (ARB) や ACE阻害薬 (ACEI) は、心不全に対して効果があるだけでなく、心房細動の発生を抑止する可能性がある³⁾。また心不全の多くは頻



図1. 抗不整脈剤投与によってQRS幅の著しい増加を見た一例の心電図.

症例は88歳男性で発作性心房粗細動(心電図A)があり、不整脈予防のために塩酸ピルジカニド(50mgカプセル、1日3回内服)投与開始後3日目に著明なQRS幅増大および1度房室ブロックが出現(心電図B)。直ちに中止して軽快。ジゴキシン0.25mg投与中であり、腎機能障害は認めなかった。従来より完全右脚ブロックあり。心電図はともにV1誘導。

脈をともなっているので、 β (ないし $\alpha\beta$) 遮断薬の適切な使用は極めて有用であり、さらにジギタリスは心拡大を伴う心不全への長期的効果が証明されている。このような心拍数コントロールを主とした治療法の長期予後は、心不全合併例での洞調律維持療法と差がなかったことから、I群抗不整脈薬の投与は積極的には勧められない⁴⁾。

高齢者などに多くみられる拡張不全による心不全は心不全全体のほぼ30%を占め、心房細動の合併によって心不全が顕在化することが多い。したがって近年とくにその重要性が増しているが、その治療法は残念ながらまだ確立されていない。

2) 除細動と洞調律の維持

自然停止のみられない持続性心房細動に対しては、合併症防止のためなるべく早期に洞調律に復帰させるのが原則である。とくに130/分以上の頻脈の症例ではリスクが高く、また自覚症状が強いので、早急な治療を必要とする。

除細動の一般的方法としては、抗不整脈薬による薬物療法と電氣的除細動がある。薬物療法は簡便ではあるが長期持続例では効果は少なく、また投与初期から心機能抑制や催不整脈作用などの副作用が見られることがある。筆者の経験した重篤な副作用例を示す(図1)が、高齢者などでは投与開始後の十分な注意が必要であり入院加療が望ましい。

心機能が正常ないし軽度低下の症例では、

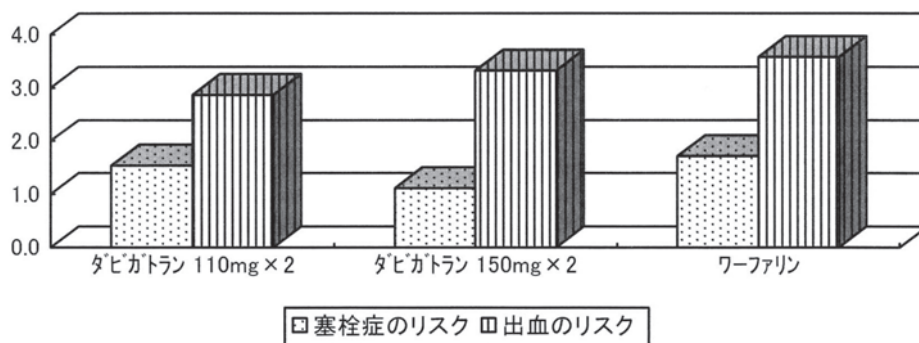


図2. warfarinとdabigatranとの血栓予防効果および出血のリスクの比較 (RE-LY試験).

まずNaチャンネル遮断薬を投与し、無効の場合は電氣的除細動が推奨される⁵⁾。一方、心機能が中等度以下で心房細動が48時間以上持続している症例では、電氣的除細動が適応となる。また心機能低下が著しく、バイタルサインの低下した症例や狭心症の合併例などでは電氣的除細動を直ちに施行すべきである。一般に心房細動の持続が48時間以上の症例では、血栓がすでに形成されている可能性があり、除細動を実施する前に抗凝固療法をすべきである。

洞調律の維持のためには原則としてI群抗不整脈薬を投与するが、pilsicainide, cibenzoline, propafenone, disopyramide, flecainide が第1選択薬として推奨されている。ただし長期投与にともなう心機能低下や催不整脈作用など副作用への注意を怠ってはならない⁵⁾。

3) 心拍数コントロールの意義

心房細動は、一旦除細動できたとしてもその維持が困難で、すぐに心房細動に移行することが多い。除細動治療への煩わしさや抗不整脈薬の副作用もあるので、むしろ頻脈のみ

を抑制するレートコントロールに主眼が置かれるようになった。近年、心房細動一般に対する洞調律維持とレートコントロールとの比較試験が多く行われたが、長期予後に対する効果はほぼ同等であった⁶⁾。実際的には、β遮断薬やベラパミルなどのCa拮抗薬が多く用いられるが、心機能低下例ではジギタリス製剤の単独ないし併用投与、あるいはカルベジロールなどのαβ遮断薬が有効である。β遮断薬には突然死予防効果もある。

4) 左房内血栓形成の予防

従来、血栓形成ないし血栓塞栓症の予防についてはwarfarinによる治療が第1選択薬であった。しかしwarfarinはいくつかの点で使い難い。すなわちその投与量を決めるためにプロトロンビン時間でINR2.0～3.0を目標としてコントロールしなければならず、医師は常に出血と血栓の両方のリスクにこわごわとしながら処方せざるをえない。また患者側の心配も絶えず、vitamin Kを含む納豆などの食事も制限される。

最近我が国でも処方が可能となった直接トロンビン阻害剤dabigatranは、warfarinと同

等ないしそれ以上の血栓塞栓症予防効果があり、かつ出血のリスクは低く、投与量の決定のためのプロトロンビン時間測定が不要である新しい抗血栓薬である。RE-LY試験はdabigatranとwarfarinの優劣を調べる大規模臨床研究が欧米を中心に実施された⁷⁾。約18,000名の非弁膜症性心房細動患者を対象に行われたが、dabigatran高用量(150mg×1日2回投与)では脳塞栓および全身性塞栓症の発症率はワーファリンに比べ優位に低下し、低用量(110mg×1日2回投与)では出血性リスクを低下させ、死亡率においても有意ではないがdabigatranが優れているという結果を得た(図2)。

ただしdabigatranは出血性素因のある症例や高度の腎障害の症例などでは禁忌であり、また高齢者(とくに75歳以上)では出血のリスクが高まるという報告もある。今後我が国での長期治療の成績が望まれる。

一方、心房細動に伴う心血管イベント抑制を目的として、アンジオテンシン受容体拮抗薬の効果をみた大規模研究の結果が公表されたが、明らかな抑制効果は認められていない。

5) カテーテルアブレーションの進歩

心房細動に対するカテーテルアブレーション(電氣的焼灼術)は近年その術式が進展し、臨床成績がめざましく向上している。熊谷らの方法(4本の肺静脈に対するBox隔離術)によれば、成功率は発作性心房細動では約90%、持続性心房細動では約70%と高く再発率は低い⁸⁾。一方、慢性心房細動での成功率は50%未満であり、1年以上経過した心房細動ではすでに器質的変化ないしリモデリングが進行して、効果はそれほど期待できない

と考えられる。

6. 心房細動の予防

高齢、高血圧、心不全、冠動脈疾患、腎機能低下、糖尿病などは心房細動発症のリスクである。これらのリスクを軽減して心房細動を予防するupstream therapy(上流側治療)が各方面で取り組まれている。ARBやACEIは高血圧や心不全の治療に用いられ、それらの研究結果を総合解析するとある程度の心房細動に対する一次予防効果が認められている³⁾。一方、心房細動の再発に対するこれら薬物の2次予防については、有効とする成績はまだ少ない⁹⁾。

参考文献

1. 福本耕太郎, 小川 聡: 心不全に伴う心房細動をどう治療するか。新・心臓病診療プラクティス6. 心不全に挑む・患者を救う。筒井裕之他編, 文光堂, 東京, 2005, 351-355.
2. The task force for the management of atrial fibrillation of the European society of cardiology: Guidelines for the management of atrial fibrillation. Eur Heart J. 2010; 32: 1-61.
3. Shneider MP, Hua TA, Bohm M, et al.: Prevention of atrial fibrillation by renin-angiotensin system inhibition: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2010; 55: 2299-2307.
4. Roy D, Talajic M, Nattel S, and Atrial fibrillation and congestive heart failure investigators: Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and

- heart failure. N Engl J Med. 2008 ; 358 : 2667-2677.
5. JCS joint working group: Guidelines for pharmacotherapy of atrial fibrillation. Circ. J. 2010 ; 74 : 2479-2500.
6. AFFIRM investigators: A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2002 ; 347 : 1825-1833.
7. Connolly SJ, and the RE-LY committee :
Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2009 ; 361 : 1139-1151.
8. 熊谷浩一郎：アブレーション治療。臨床と研究 2010 ; 87 : 73-77.
9. Disetori M, Latini R, Barlera S, et al. : Valsartan for prevention of recurrent atrial fibrillation. N Engl J Med. 2009 ; 360 : 1606-1617.
-

[会員投稿論文]

不整脈診断におけるイベント心電図の有用性

宮崎市 名越内科

名越敏郎

はじめに

不整脈は、無治療でよいものから突然死に至るものまであり、適切な診断をすることが重要である。しかしながら、Holter心電計装着中は動悸の出現がなく、動悸が出現しても医療機関到着までに動悸が停止したために、不整脈が疑われても診断確定ができないことを数多く経験する。イベント心電計は携帯可能な小型心電計で、動悸が出現したときに、体幹に押し当てることで心電図を記録することが可能である。今回、突然の持続する動悸を主訴に来院し、上室性頻拍などの頻脈性不整脈を疑うものの診断ができていない患者に対しイベント心電計を貸し出し、その有用性を検討した。

対 象

当院に突然の持続する動悸を主訴に来院した初診患者のうち、12誘導心電図や心エコーでデルタ波や心筋症、弁膜症、心筋梗塞などの基礎心疾患を認めず、当院や他院のHolter心電図でも動悸の原因になる異常を見つけることができなかった患者を対象にした。また他院で、すでに不整脈診断がついている患者や失神、眼前暗黒感を伴い緊急性があると思

われたもの、症状から洞性頻脈や期外収縮などと明らかに診断できるものは除外した。

方 法

対象患者に携帯型イベント心電計（Parama-Tech社製EP-202）を1ヶ月間貸し出し、動悸が出現したときの心電図を記録した（図1A）。この心電計は動悸が出現した時に電源スイッチを入れ、胸部や腹部に押し当てると30秒間の心電図が記録される。また最大12件の心電図保存が可能である。心電計返却時に心電図の打ち出しを行い、不整脈の有無および診断を行った。症例を呈示する。

症 例

〈患者〉 55歳・女性

〈現病歴〉 20年前より動悸を自覚。動悸は突然始まり、規則正しい。通常は十数分で消失することが多いが、時に数時間続くこともあり、動悸時は動けなくなることもある。近医でHolter心電図を数回装着したが、装着時には動悸はなく診断ができなかった。動悸の頻度は3ヶ月に1回程度であったが、最近はず1回に増えたため精査を希望され来院。

〈既往歴〉 特記事項なし。

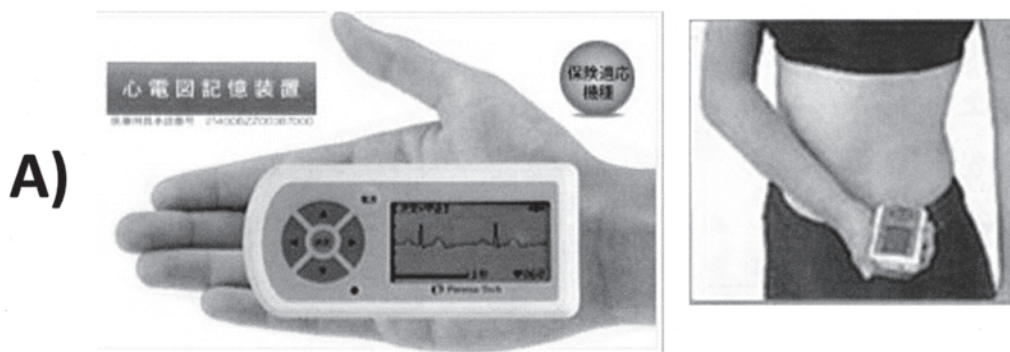


図1 A). 今回使用した携帯型イベント心電計 (Parama-Tech 社製 EP-202)。動悸が出現した時に取り出し、スイッチを入れ、胸部や腹部に押し当てると 30 秒間の心電図が記録される。



図1 B). 新しいタイプのイベント心電計 (Parama-Tech 社製 EV-101)。中央のボタンを押すと前後 30 秒間の心電図が記録される。1 週間の連続着用が可能で、数秒間の動悸に対しても心電図記録が可能である。

〈安静時心電図・心エコー〉 異常なし。
 〈携帯型イベント心電図〉 1ヶ月間のイベント心電計貸し出し中に2回の動悸時の心電図が記録された。図2Aに洞調律、図2Bに動悸時の心電図を示す。動悸時の心電図は心拍数187/分のnarrow QRS tachycardiaであり、P波はQRS波の直後に認め(矢印)、発作性上室性頻拍と診断した。後日カテーテルアブレーション術を行い、その後頻拍は出現していない。

結 果

2006年4月より2011年6月までに、1ヶ月間携帯型イベント心電図を貸し出した16名が

対象となった。内訳は男性6名、女性10名で、平均年齢は41.5歳(16歳～78歳)と比較的若い年代が多かった。またうち10名(62.5%)は今までにHolter心電図検査を行ったことがあるが、診断を確定することができなかった。

結果は16名のうち9名(56.2%)に何らかの不整脈を認めた(図3)。心拍数、R-R間隔およびP-QRS波の位置関係で不整脈診断を行った。不整脈を認めた9名のうち4名(44.4%)はR-R間隔が一定で、QRS波の後ろにP波を認めることより、発作性上室性頻拍(房室間回帰性頻拍または通常型房室結節リエントリー性頻拍)と、1名(11.1%)はR-R間隔が一定せず、f波を認めることより、

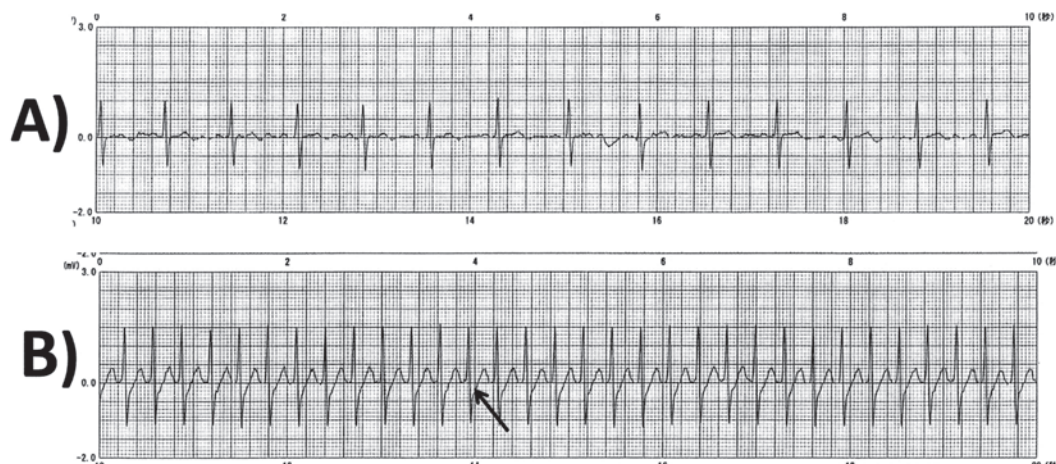


図2 A). 洞調律の心電図。

図2 B). 動悸出現時の心電図。心拍数 187/分の narrow QRS tachycardia であり、P波はQRS波の直後に認め(矢印)、発作性上室性頻拍と診断できる。

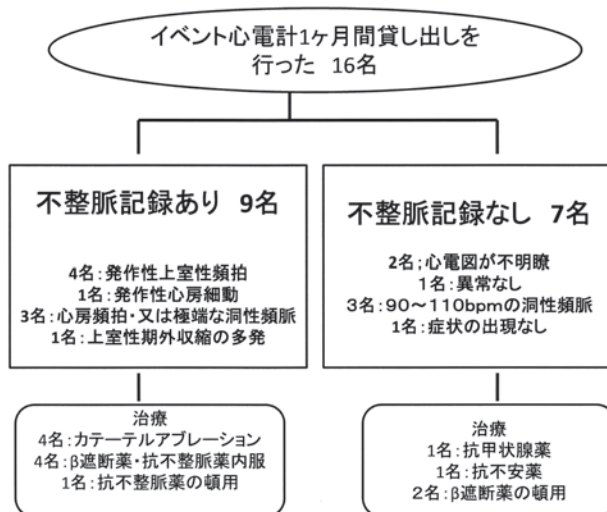


図3. 結果と治療

発作性心房細動と診断した。3名(21.4%)はRR間隔が一定であるものの、QRS波の前にP波が存在するlong RP' tachycardiaを呈したことより、心房頻拍、希有型房室結節リエントリー性頻拍または心拍数140/分以上の極端な洞性頻脈と、残り1名(11.1%)は動

悸時に上室性期外収縮が多発していた。

不整脈を診断できなかった患者のうち、2名は動悸出現時の心電図が明瞭でなく判定できなかった。1名は動悸出現時にも異常を認めず、1名は1ヶ月の貸し出し中に動悸を認めなかった。3名は90-110/分台の心拍数で

あり、洞性頻脈と判断した。

治 療

発作性上室性頻拍を認めた4名のうち、3名はカテーテルアブレーション術で根治し、その後頻拍は認めていない。1名は動悸の頻度が少ないため、動悸時に抗不整脈薬を頓用で服用している。心房頻拍または心拍数140/分以上の極端な洞性頻脈と診断した3名のうち1名は後日電気生理学検査にて心房頻拍と診断が確定され、カテーテルアブレーション術を行った。1名は抗不整脈薬で治療中であり、残り1名は β 遮断薬を使用している。発作性心房細動と診断された1名は抗不整脈薬と抗凝固薬を、動悸の原因が上室性期外収縮の多発を思われた1名も β 遮断薬の投与にて症状は軽減している。

携帯型イベント心電図で不整脈診断ができなかった7名のうち、1名は甲状腺機能亢進症がわかり治療を開始した。1名は抗不安薬の服用、2名は動悸時に β 遮断薬の頓用を行っている。

考 察

最近、頻脈性不整脈に対する非薬物療法の進歩は著しく、特に根治療法であるカテーテルアブレーション術は適応が拡大されつつある。現在は発作性上室性頻拍（房室結節リエントリー性頻拍、房室間回帰性頻拍、心房頻拍）や心房粗動のみならず、心室頻拍、症状の強い心室性期外収縮、心房細動などにも治療が行われるようになった。一方、頻脈を自覚しても心電図に記録できないために、適切な診断や治療を行えない患者が存在する。これまでもHolter心電図装着中や負荷心電図で

は頻脈は出現せず、頻脈を自覚し医療機関を受診しても到着時には停止して診断できないことを数多く経験してきた。今回、このような患者16名に携帯型イベント心電計を長期間貸し出し、9名は初めて不整脈が同定でき、さらに、うち4名はカテーテルアブレーション術にて根治することができた。

携帯型イベント心電計でも診断ができなかった7名のうち4名は洞性頻脈または動悸を自覚したのにも関わらず異常を認めなかった。今回対象になった症例は、いずれも症状からは突然発症の頻拍と判断し、検査前は発作性上室性頻拍や発作性心房細動を疑っていた症例であった。一般に洞性頻脈は突然発症しないにも関わらず、症状の聞き取りで突然発症と誤認識した症例であり、今後問診法に工夫する必要があると認識した。一方で動悸時の心電図が異常ないことを繰り返し示すことができ、患者本人の不安解消に役立つことができた。

イベント型心電計の欠点の一つは洞性頻脈と心房頻拍の鑑別が難しいことである。両方もP波はQRS波の前に位置し、通常、心房頻拍の診断は、12誘導心電図でのP波の形状が洞調律のP波と異なることで行うが、1チャンネルのイベント型心電計ではその判断が難しい。また期外収縮がトリガーとなり頻拍が突然始まるときは心房頻拍の可能性が高くなるが、通常イベント型心電計では頻拍開始時の心電図をとらえることは困難である。もう一つの欠点は、数秒から数分以内で停止する不整脈に対し、今回使用したイベント心電計を取り出し心電図を記録することは難しいことである。

この2つの欠点を補うため、最近新しい

イベント心電計（Parama-Tech社製EV-101）を導入している。図1Bのように心窩部に装着するが、装着中に動悸が出現した時に中央のボタンを押すことにより、ボタンを押す30秒前から30秒後までの心電図記録が可能である。1週間の連続装着ができ、入浴時は脱着することもできる。頻拍出現時の心電図記録や数秒程度の不整脈診断、洞不全症候群などの前兆のある原因不明の失神に対しても診断が有用と思われる。

不整脈の診断には、心腔内に電極カテーテ

ルを入れ不整脈を誘発する心臓電気生理学検査や小型心電計を皮下に植え込む埋め込み型ループ式レコーダー検査も行われるようになった。このような侵襲的な検査を行う前に、イベント心電計を活用することにて、診断が可能となってきた。紛失等の問題は残されるが、イベント心電計は動悸が自覚した時の心電図を提示することができ、患者本人にも納得できる医療を提示できる有用なツールであると思われた。

[Postgraduate Education]

臨床膠原病講座（9） 「Sjögren症候群とMikulicz病」

宮崎市 むらい内科クリニック

村井 幸一

はじめに

シェーグレン症候群（Sjögren's syndrome : SS）は、涙腺や唾液腺など外分泌腺の慢性炎症を主徴とする自己免疫疾患である。40～50歳代の女性に好発し、全国の患者数は未診断例も含めると15～30万人ともいわれている。病型は、原発性と他の膠原病に合併する二次性に分類される。二次性の原因疾患としては、関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、混合性結合組織病などが多い。予後良好な疾患であるが、未だ根本的な治療法が確立されていない。SSの亜型とされてきたMikulicz病はIgG4関連疾患として最近注目されている。

1. 病因と病態

病因として遺伝的な要因、環境要因が考えられているが、詳細は不明である。病態としては、涙腺、唾液腺など外分泌腺の腺房が慢性炎症により破壊され、涙液や唾液などの分泌が低下する。外分泌機能の低下は、涙腺、唾液腺だけにとどまらず、気道粘膜、消化管、汗腺など全身の外分泌腺にみられる。外分泌腺局所にはCD4陽性T細胞を中心とする著しいリンパ球の浸潤がみられる。一方、多様な自己抗体の出現や高 γ グロブリン血症などは

B細胞の活性化を示唆し、TおよびB細胞が病態に関与していると考えられる。

2. 臨床所見

症状は、腺分泌の低下による眼や口腔などの乾燥症状とその他の腺外症状に分けられる。全身症状として、微熱、倦怠感を訴える。頸部を中心とするリンパ節腫脹もみられる。有痛性耳下腺腫脹を繰り返すこともある。

1) 眼乾燥症状：乾燥性角結膜炎に伴う眼の異物感、痛み、羞明、充血、眼脂などがみられる。具体的な訴えとしては、「目がごろごろする」、「日中眩しくてサングラスをかける」、「長時間パソコンを見ていると目が疲れる」、「コンタクトレンズがにごりやすい」などがある。

2) 口腔乾燥症状：唾液分泌減少により、「のどが乾き、よく水を飲む」、「口がねばねばする」、「朝起きると口がからからになっている」、「飲み物がないと食パンなど乾燥したものが食べにくい」などの症状が出現する。他覚的には、口唇や口腔内の乾燥、舌乳頭の萎縮、唾液の殺菌作用が減少することによる齲歯の増加などがみられる。

3) 皮膚症状：比較的特異的な皮疹として環

状紅斑がある。顔面を中心に出現する辺縁が隆起した紅斑で、色素沈着を残さず消退する。高 γ グロブリン血症に伴う血液粘張度の増加による紫斑が主に下腿に出現する。血管炎による蕁麻疹様皮疹もみられる。その他、汗腺の障害による皮膚の乾燥と掻痒、結節性紅斑、レイノー現象、光線過敏症がみられる。薬疹の頻度も高い。

4) 関節症状：約半数に関節痛がみられる。朝のこわばりも高頻度にみられ、関節リウマチとの鑑別が問題となるが、関節リウマチと違い非破壊性で、少数関節型である。

5) 呼吸器病変：気管支腺の萎縮による気道乾燥や気道過敏症に伴う乾性咳嗽が最も高頻度である。気道乾燥の症状として「痰がからむ」と訴えることも多い。間質性肺炎の合併もある。

6) 消化器病変：唾液分泌の低下による嚥下障害を訴えることが多い。胃外分泌腺の萎縮による慢性萎縮性胃炎も高率にみられる。肝酵素の上昇がみられることがあるが、原発性胆汁性肝硬変や自己免疫性肝炎の合併に注意する。慢性膵炎もみられる。

7) 腎・泌尿器病変：腎病変の頻度は約30%程度とされるが、腎機能障害を呈する例は少ない。腎病変としては間質性腎炎が多く、糸球体病変は少ない。間質性腎炎は一般尿検査では正常のことが多いが、尿細管性蛋白の β 2ミクログロブリンの排泄増加がみられる。遠位型尿細管性アシドーシスを呈する例では、多飲、多尿、口渇などの症状を訴え、進行例では低K血症による四肢麻痺がみられる。Ca・Pの代謝異常による腎石灰化や尿路結石も時にみられる。膀胱病変として間質性膀胱炎を合併することがある。

8) 神経病変：神経病変は20～30%にみられる。乾燥症状に先行して出現することがあり注意が必要である。神経病変のほとんどは末梢神経障害であるが、中枢神経障害もみられる。末梢神経障害では、感覚失調性ニューロパチーをはじめとするニューロパチー、多発性単神経炎、三叉神経炎を中心とする脳神経障害、自立神経障害が多い。中枢神経障害としては、多発性硬化症様の病変、無菌性髄膜炎、脊髄障害などが報告されているが、頻度は稀である。

3. 検査所見

1) 唾液分泌量の測定：市販のガムを10分間噛ませ、その間に分泌される唾液量を測定するガムテストと、口腔内に含ませたガーゼを2分間噛ませ、ガーゼの重量増加で唾液の重さを測定するSaxon（サクソン）テストがあるが、Saxonテストの方がより正確である¹⁾。

2) 眼乾燥症の検査：涙液分泌量の検査としては、濾紙を使うSchirmer試験が一般的である。涙液分泌低下による角結膜上皮の障害を判定する検査として、ローズベンガル液を用いるローズベンガル試験、蛍光色素のフルオレセインを用いる蛍光色素試験がある。

3) 血液検査：末梢血では、軽度の白血球減少、時に血小板減少がみられる。生化学検査では、唾液腺障害を反映し、アミラーゼの上昇がみられる。肝胆道系酵素の上昇も10%程度にみられる。血清 γ グロブリンはポリクローナルに増加し、それに伴い、総蛋白やZTTが上昇する。

血清学的検査では、リウマトイド因子、抗核抗体の陽性率は、ともに80%と高率である。SSの代表的な自己抗体として、抗SS-A/Ro抗

体、抗SS-B/La抗体がある。抗SS-A/Ro抗体は原発性SSでは70%が陽性であるが、全身性エリテマトーデスなど他の膠原病でも陽性となる。一方、抗SS-B/La抗体は30%と陽性率は低いが、疾患特異性が高い。抗SS-A/Ro抗体は細胞質内にも存在するため、抗核抗体陰性例でも抗SS-A/Ro抗体陽性例が存在する。全身性強皮症で陽性率の高い抗セントロメア抗体は、SSでも10%程度に陽性となる。

4) 画像検査：唾液腺シンチグラフィ検査では、アイソトープの集積低下、排泄遅延の所見がみられる。唾液腺造影は、口腔内の唾液腺開口部に挿入したカテーテルから造影剤を注入し、腺管の変化をみる検査だが、手技の煩雑さや侵襲性が問題である。MR唾液腺造影は、非侵襲的に従来の唾液腺造影と同様の腺管の変化を描出でき、さらに実質の評価も可能であるため、従来の唾液腺造影にかわって実施されるようになってきている。

5) 組織検査：唾液腺あるいは涙腺の生検による病理組織検査は、SSの確定診断に重要である。唾液腺の検査としては、口唇腺が用いられ、小葉内の導管周囲にリンパ球浸潤がみられる。涙腺の生検はあまり実施されていない。

4. 診断と鑑別診断

診断のきっかけは、眼や口腔の乾燥症状、関節痛、繰り返す耳下腺腫脹、健診での白血球減少や高 γ グロブリン血症、リウマトイド因子陽性などが多い。乾燥症状は自覚のないことも多い。世界的に統一された診断基準はなく、日本では厚生省特定疾患調査研究班の改訂診断基準が用いられている²⁾(表1)。

鑑別疾患としては、乾燥症状については、

表1. シェーグレン症候群の改訂診断基準 (厚生省研究班, 1999年)

1. 生検病理組織検査で次のいずれかの陽性所見を認めること
 - A) 口唇腺組織で4mmあたり1 focus (導管周囲に50個以上のリンパ球浸潤) 以上
 - B) 涙腺組織で4mmあたり1 focus (導管周囲に50個以上のリンパ球浸潤) 以上
2. 口腔検査で次のいずれかの陽性所見を認めること
 - A) 唾液腺造影でStage I (直径1mm未満の小点状陰影) 以上の異常所見
 - B) 唾液分泌量低下 (ガム試験にて10分間で10ml以下またはSaxonテストにて2分間で2g以下) があり、かつ唾液腺シンチグラフィにて機能低下の所見
3. 眼科検査で次のいずれかの陽性所見を認めること
 - A) Schirmer試験で5分間に5mm以下で、かつローズベンガル試験 (van Bijsterveldスコア) で3以上
 - B) Schirmer試験で5分間に5mm以下で、かつ蛍光色素試験で陽性
4. 血清検査で次のいずれかの陽性所見を認めること
 - A) 抗Ro/SS-A抗体陽性
 - B) 抗La/SS-B抗体陽性

〈診断基準〉

上記4項目のうち、いずれか2項目以上を満たせばシェーグレン症候群と診断する

(文献2より引用)

単純な角膜乾燥症、口腔乾燥症の他、抗精神薬などによる薬剤性の乾燥症などがある。唾液腺腫脹を来す疾患として、唾石症、サルコイドーシス、唾液腺腫瘍も鑑別の必要がある。関節痛については、関節リウマチをはじめとするSS以外の膠原病や変形性関節症を鑑別する。白血球減少や高 γ グロブリン血症、リウマトイド因子陽性などの検査異常では、全身性エリテマトーデス、混合性結合組織病などの膠原病があげられる。

5. 合併症

合併症として、慢性甲状腺炎、原発性胆汁性肝硬変、リンパ増殖性疾患が比較的高い頻度でみられる。慢性甲状腺炎はSSの10～30%に合併するとされ、SSを疑う場合、甲

状腺を丁寧に触診するとともに、抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体や抗サイログロブリン抗体を測定する。肝胆道系酵素の上昇が持続する場合、原発性胆汁性肝硬変が合併している場合がある。リンパ増殖性疾患として、悪性リンパ腫（特にB細胞系）を合併しやすい。単クローン性高 γ グロブリン血症（M蛋白血症）も時にみられるが、骨髄腫に進展する例は稀である。

6. 治療

腺症状に対しては、有効な治療は確立されておらず、対症療法が主体となる。特に、最も訴えの多い眼や口腔の乾燥症状に対しては、十分な効果を示す薬剤がなく、治療に難渋することが多い。進行性の間質性肺炎や間質性腎炎など重篤な腺外病変には副腎皮質ステロイド（ステロイド薬）や免疫抑制薬が投与される。

1) 眼乾燥の治療：点眼治療が基本である。人工涙液や角膜創傷治癒効果のあるヒアルロン酸ナトリウム、最近ではムチンを含む涙液分泌促進作用を有するジクアホソルナトリウムの点眼が行われる。頻回に点眼する場合、添加してある防腐剤によりかえって障害が悪化することがあるため、防腐剤無添加の点眼薬を用いる。点眼で改善しない場合は、涙点プラグによる涙点閉鎖術など外科的な治療も行われる。

2) 口腔乾燥の治療：齦歯の増加や歯周病予防のため、口腔内を清潔に保つよう衛生管理する。内服薬では、唾液腺細胞を直接刺激し、唾液分泌を促すセビメリン塩酸塩、ピロカルピン塩酸塩がSSに保険適応となっており、約50%に有効である。副作用として、嘔

気、下痢などの消化器症状や発汗などが高率に出現し、継続できない例も多い。セビメリン塩酸塩を用いた口腔リンス法は副作用が少なく、内服できない例では試してみる価値がある³⁾。去痰薬のプロムヘキシシンやアンプロキソール、漢方製剤の麦門冬湯、人參養榮湯なども内服で投与されるが有効率は低い。人工唾液は用いられることが少なくなっている。

3) 腺外症状の治療：関節痛や発熱は非ステロイド性抗炎症薬を投与するが、効果不十分な場合、ステロイド薬を用いる。一般にはプレドニゾン（PSL）10～20mg/日で開始し、軽快したら速やかに減量する。腎病変のうち、間質性腎炎は一般に予後良好であり、ステロイド薬の適応とならない場合が多いが、急速に進行する例ではPSL30mg/日程度の中等量を投与する。間質性肺炎については、慢性で進行の見られない場合は積極的な治療は行わないが、進行性の場合は30～60mg/日のPSLを投与する。ステロイド薬にて効果不十分な間質性肺炎には、シクロホスファミド、アザチオプリン、シクロスポリン、タクロリムスなどの免疫抑制薬を併用する。腎機能障害やネフローゼ症候群を呈する糸球体腎炎や急速進行性の間質性肺炎、中枢神経病変には、初期より高用量のステロイド薬や免疫抑制薬の投与を検討する。SSは中高年の女性に多いため、ステロイド薬の安易な投与は骨粗鬆症などを誘発するため注意が必要である。

7. 経過と予後

予後は一般に良好であるが、間質性肺炎など重症の腺外症状を伴う例では不良な場合がある。また、二次性SSでは、合併する膠原

病の種類によって予後が異なる。慢性に経過し、乾燥症状は徐々に進行する。経過中に、関節リウマチなどの膠原病や悪性リンパ腫などを合併することがある。関節リウマチの合併の際、SSの関節炎と鑑別が困難な場合があるので、慎重に経過を観察する。SSは若い女性患者も多いため、妊娠・出産を経験することは稀ではない。妊娠や出産によってSSが増悪することや、SS合併妊婦に流早産などの周産期異常の増加はないとされている。しかし、抗SS-A/Ro抗体陽性妊婦では、この自己抗体が胎児に移行し、新生児ループスを起こすことが稀にある。

8. Mikulicz病

Mikulicz病は、両側の涙腺、唾液腺の持続的な腫脹を特徴とするSSと極めて類似した疾患である⁴⁾。1892年にMikuliczにより最初の症例が発表され、1927年に疾患概念が提唱された⁵⁾。Mikulicz病では、涙腺・唾液腺腫脹は無痛性で持続性であり、乾燥症状は無いか軽度である。発熱や関節痛も頻度は少ない。血清学的には、抗核抗体の陽性率は低く、抗SS-A/Ro抗体は原則的に陰性である。ステロイド薬が奏効し、涙腺や唾液腺の腫脹の改善とともに、腺分泌能の回復がみられ、乾燥症状が軽快する。SSと臨床的に異なる点も多いが、長い間、Mikulicz病はSSの亜型とされてきた。最近、血清IgG4の上昇と病変組織へのIgG4陽性形質細胞の浸潤を特徴とするIgG4関連疾患という疾患概念が注目されている。Mikulicz病でもSS同様に高γグロブリン血症を呈することが多いが、そのIgGサブクラスの解析でIgG4が優位なこと、また

導管・腺房周囲の浸潤細胞がIgG4陽性形質細胞であることが最近になって明らかとなった。これらの知見より、Mikulicz病はSSの亜型ではなく、独立したIgG4関連疾患として認識されるようになってきている。

おわりに

SSは膠原病の中で、臓器障害が少なく、生命予後が良好な疾患である。しかし、慢性に経過し、主症状である口腔や眼の乾燥は、QOLを著しく低下させることがある。今のところ、その進行を抑える薬剤はなく、病因の解明と画期的な治療法の開発が待たれる。

【参考文献】

- 1) 中村 誠司：唾液分泌量の測定. シェーグレン症候群の診断と治療マニュアル, 日本シェーグレン症候群研究会, 診断と治療社, 2009, p46-50.
- 2) 藤林 孝司：シェーグレン症候群の改訂診断基準 (1999年). シェーグレン症候群診断の手技・手法マニュアル, 日本シェーグレン研究会, 2000, p3-15.
- 3) 中村 誠司, 他：シェーグレン症候群に伴う口腔乾燥症に対する塩酸セビメリン (サリグレンカプセル) の使用方法 - 特に口腔リンス法について. 医薬ジャーナル, 40 : 1541-1545, 2004.
- 4) 山本 元久, 高橋 裕樹：IgG4関連Mikulicz病とSjögren症候群. 炎症と免疫, 19 : 336-341, 2011.
- 5) Schaffer AJ, Jacobsen AW : Mikulicz' s syndrome : a report of ten cases. Am J Dis Child. 34 : 327-346, 1927.

[Postgraduate Education]

リンパ節腫大の鑑別のポイント

宮崎大学医学部 内科学講座
消化器血液学分野 (第2内科)

松 永 卓 也

(現在：香川大学医学部第一内科 教授)

1. はじめに

日常診療でリンパ節腫大を呈する患者を診る機会は少なくないが、その多くは非腫瘍性疾患である。そのため、血液内科のみならず一般内科の日常診療において、リンパ節腫大の鑑別診断を行うことは重要である。本稿では、リンパ節腫大の鑑別診断と代表的疾患について解説する。

2. リンパ節腫大とは

成人では正常リンパ節の大きさは通常1 cm以下なので、これを超える大きさのリンパ節は腫大リンパ節と考える。ただし、健常成人でも鼠径部に1.5～2 cm程度のリンパ節を触知することがあり、注意が必要である。一方、

健常小児では健常成人に比べてリンパ節を触知することが多く、1 cm程度のリンパ節を頸部、腋窩、鼠径部に認めることがある。

ポイント①

成人では鼠径部以外に認める1 cm以上のリンパ節は腫大リンパ節と考える。

ポイント②

健常小児では健常成人と比較してリンパ節を触知することが多い。

3. リンパ節腫大を呈する病態および代表的疾患

リンパ節腫大は、リンパ節におけるリンパ

表1. リンパ節腫大を示す疾患

感染症	免疫性疾患	悪性腫瘍	その他
ウイルス感染症	自己免疫疾患	転移性癌	亜急性壊死性リンパ節炎
細菌感染症	アレルギー性疾患	悪性リンパ腫	甲状腺機能亢進症
結核	薬剤性	白血病	サルコイドーシス
トキソプラズマ症	その他	その他	Castleman 病
梅毒			脂質代謝異常
その他			その他

表2. 限局性リンパ節腫大の部位と原因疾患*

部位	原因疾患
後頭部	頭皮の感染症
耳介部	頭皮・顔面・耳の感染症, 風疹
顎下部	口腔内の感染症, 舌癌
頸部	上気道・口腔内の感染症, 伝染性単核球症, 頭頸部癌, 甲状腺癌, 肺癌
鎖骨上窩	肺癌, 乳癌, 食道癌, 結核, サルコイドーシス
左鎖骨上窩 (Virchowリンパ節)	消化器癌, 婦人科癌
腋窩	上肢・乳腺の感染症, 乳癌, 上肢の腫瘍
縦隔・肺門	肺癌, 胚細胞腫瘍, 胸腺腫, 結核, サルコイドーシス
鼠径部	下肢の感染症, 性感染症, 直腸癌, 下肢の腫瘍

*, 悪性リンパ腫を除く

球や組織球の増生, あるいはリンパ節外の細胞の浸潤による。リンパ球の増生によるものとしては, 悪性リンパ腫や甲状腺機能亢進症などがある。組織球の増生によるものとしては, 組織球症や脂質代謝異常症などがある。リンパ節外の細胞の浸潤によるものとしては, 転移性癌, 白血病, 好中球浸潤によるリンパ節炎などがある。

リンパ節腫大を示す疾患は, 表1に示すように, 感染症, 免疫性疾患, 悪性腫瘍, その他, の4つに分類される。

ポイント③

リンパ節腫大を示す疾患は, 感染症, 免疫性疾患, 悪性腫瘍, その他の4つに分類される。

4. 診断の進め方

(1) 病歴の聴取

リンパ節腫大を示す疾患は, 感染症, 免疫性疾患, 悪性腫瘍の3つが大多数を占めるので, これらの疾患を念頭においた問診と診察

を行う。疼痛や咳などの局所徴候, 発熱, 盗汗, 体重減少などの全身症状, リンパ節腫大が出現してからの期間, 腫大リンパ節の大きさの経時的変化, 既往歴, 合併症, 家族歴, 海外渡航歴, ペット飼育の有無, 薬剤使用歴, 性行動などを聴取する。

ポイント④

リンパ節腫大の確定診断には, 詳細な病歴の聴取が必要である。

(2) 診察所見

腫大リンパ節と考えているものが, 本当にリンパ節であるか否かを, 解剖学的位置と一致するか, 表面が平滑な実質性の腫瘍か否か, という関点から確認する。次に腫大リンパ節の分布や部位 (限局性あるいは全身性), 大きさ, 性状 (固さ, 自発痛・圧痛の有無, 可動性の有無), 扁桃や肝脾の腫大の有無, 皮膚病変の有無, 耳鼻咽喉領域の異常所見の有無, 炎症所見の有無について確認する。更に, 表2に示すような腫大リンパ節の支配する領域の異常の有無を診察で確認し, 必要に応じ

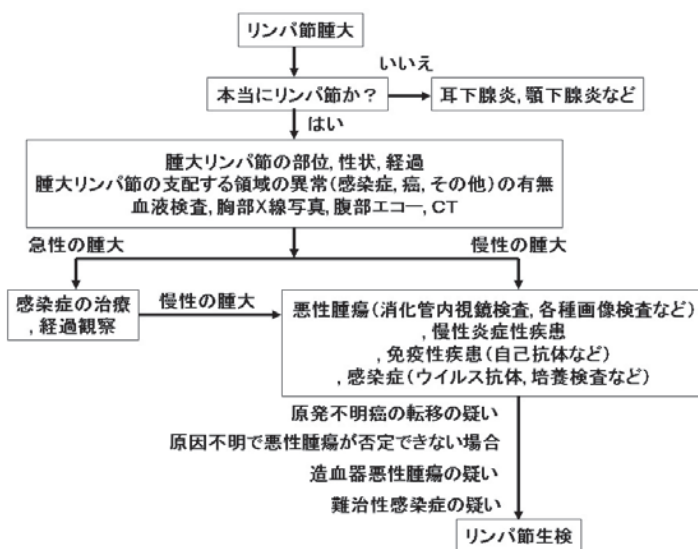


図1. リンパ節腫大の診断のアルゴリズム

て胸部X線写真, 腹部エコー, 胸腹骨盤CTなどで, 深在性リンパ節の有無を評価する。

ポイント⑤
リンパ節腫大の確定診断には, 詳細な診察が必要である。

ポイント⑥
腫大リンパ節の腫大速度や性状から, ある程度悪性あるいは良性の鑑別の目安をつけることができる。

(3) 鑑別診断

腫大リンパ節の腫大速度や性状から, ある程度悪性あるいは良性の鑑別の目安をつけることができる。すなわち, 数日以内に急速に腫大した場合は感染症を示唆するが, 数ヶ月の経過で腫大した場合は悪性腫瘍や慢性炎症性疾患を示唆する (図1)。軟らかく圧痛がある場合は感染症などの炎症, 弾性硬で可動性があり無痛性の場合は悪性リンパ腫, 硬くて周囲と癒着している場合は癌の転移の疑いがある。血算, 生化学, ウイルス抗体価, 自己抗体検査, 消化管内視鏡検査, 各種画像検査などが鑑別診断に役立つ。

(4) リンパ節生検

リンパ節腫大が4週間以上続いている場合, 全身症状が強い場合, 異常検査値を認める場合, などにリンパ節生検が行われることが多い。つまり, 悪性腫瘍や感染症が疑われ治療を遅らせたくない場合で, 血液検査や画像検査などの非観血的検査での診断が困難であれば, リンパ節生検を考慮する (図1)。リンパ節生検が必要だと判断した場合は, 専門医に相談することが望ましい。全身のリンパ節が腫大している場合, 生検部位としては頸部か鎖骨上窩が第1選択となる。鼠径リンパ節は感染症などの非特異的変化の影響を受ける可能性が高く, 腋窩リンパ節はアプローチがやや難しく, 創傷治癒が遅れることがあ

る。適切な診断を行うためには、生検したリンパ節を全てホルマリン固定してはいけない。すなわち、病理診断、フローサイトメトリ、染色体分析、遺伝子診断を施行するにあたり、生検リンパ節は分割して検査に提出するが、病理診断用の検体のみをホルマリン固定し、その他の検体はホルマリン固定せずに検査に提出する必要がある。感染症が疑われる場合に、抗酸菌を含む細菌学的検索をする場合にもホルマリン固定せずに検査を提出する。悪性リンパ腫の可能性が否定できない場合は、病理組織診断にはリンパ節の全体構造を見る必要があるため、針生検は行わない。

ポイント⑦

悪性腫瘍や感染症が疑われ治療を遅らせたくない場合で、血液検査や画像検査などの非観血的検査での診断が困難であれば、リンパ節生検を考慮する。

ポイント⑧

リンパ節生検が必要だと判断した場合は、専門医に相談することが望ましい。

5. リンパ節腫大を示す代表的疾患

(1) 良性疾患

(i) 急性化膿性リンパ節炎

細菌感染症であり、自発痛・圧痛をとまない片側性のリンパ節腫大を来す。頸部の急性化膿性リンパ節炎は歯周炎、咽頭炎、扁桃炎、副鼻腔炎、中耳炎などの一次感染巣の所属リンパ節に続発することが多い。黄色ブドウ球菌やA群溶血性連鎖球菌が起原因菌となることが多く、抗生剤投与の適応となる。

(ii) 伝染性単核球症

EBウイルスの初感染により発熱、咽頭扁桃炎、全身性のリンパ節腫脹を来す。リンパ節腫大のパターンは、両側頸部のリンパ節腫大、特に後頸部リンパ節腫大の頻度が高い。約半数の患者で脾腫がみられる。EBウイルスは唾液などを介した直接の接触で媒介され、口腔咽頭より侵入する。小児期においては、ほとんどが不顕性感染であり無症候に終わるが、思春期以降の初感染では、50～70%で症候性となる。40歳以上では、リンパ節腫大の出現頻度は50%以下となる。血液検査では、AST、ALT、LDHの上昇、異型リンパ球増多を認める。抗VCA-IgM抗体と抗VCA-IgG抗体が陽性、抗EBNA抗体が陰性であればEBウイルスの初感染による伝染性単核球症と診断する。IgM抗体は急速に消失していくため、検出される頻度は高くない。一方、EBNA抗体は急性期を過ぎる頃から出現してくる。抗VCA-IgG抗体とEBNA抗体の陽性所見は、EBウイルスの既感染のよい指標である。治療は対症療法が中心で、必要に応じて安静、解熱鎮痛剤の投与、補液を行う。ペニシリン系抗生物質を投与すると、皮疹が出現する頻度が高いため禁忌である。上記の対症療法で2～4週間以内に腫大リンパ節は軽快することが多い。サイトメガロウイルスやHIVなどのEBウイルス以外のウイルスによっても伝染性単核球症が発症することがある。

(iii) 結核性リンパ節炎

結核の既往の有無に関わらず発症し、数ヶ月～1年におよぶ慢性的なリンパ節腫大を来す。頸部に圧痛を伴わない孤立性のリンパ節腫大を来すことが多いが、頸部以外にリン

パ節腫大を来すこともある。生検したリンパ節検体を用いて抗酸菌培養と抗酸菌PCR検査を行うことが望ましい。肺結核を伴わない患者が多いが、合併の可能性を常に念頭に置くべきである。

(iv) 亜急性壊死性リンパ節炎（菊池病, 菊池・藤本病）

発熱と圧痛を伴う頸部リンパ節腫大を来す原因不明の疾患である。ほとんどの患者は、40歳以下の若年女性である。腫大リンパ節は頸部に限局しており、多くは一側性である。何らかのウイルス感染が原因と考えられており、インターロイキン-6 (IL-6) やTNF- α などの炎症性サイトカインの関与が報告されている。血算は正常であることが多いが、20～30%の患者で白血球減少（リンパ球減少）を来す。LDHの上昇を来すこともある。確定診断は腫大リンパ節の病理学的診断によってなされるため、細胞診あるいは生検が必要である。確立された治療法は無いが、対症療法のみで1～4週間以内にリンパ節腫大は軽快することが多い。難治例には副腎皮質ステロイドが有効なことがある。なお、全身性エリテマトーデス（SLE）と臨床像およびリンパ節の病理組織像に共通点があり関連が疑われているため、常に鑑別が必要であるが、本疾患では抗核抗体、LE細胞およびリウマチ因子は通常陰性である。

(2) 転移性癌

所属リンパ節への転移に引き続いて、より遠方のリンパ節に転移がみられるのが一般的である。癌の転移による腫大リンパ節は、硬くて周囲と癒着して可動性が無いのが特徴である。腫大リンパ節の穿刺針細胞診により、癌の診断は可能である。また、表2に示した

ように、腫大リンパ節の存在部位から原発巣を推測することが可能であるが、治療方針決定のためには画像診断や内視鏡検査などで原発巣を決定する必要がある。

(3) 悪性リンパ腫

リンパ組織（リンパ節、胸腺、脾臓、扁桃、腸管のパイエル板、虫垂など）やその他の組織（脳、鼻腔、甲状腺、乳腺、胃、精巣、皮膚）にもともと存在するリンパ球が悪性化して腫瘤を形成する疾患の総称を悪性リンパ腫という。罹患率は人口10万人あたり年間10人前後で、男性にやや多く、年齢とともに増加し、60歳で人口10万人あたり年間20人、70歳で50人以上となる。病理組織分類により、ホジキンリンパ腫と非ホジキンリンパ腫に大別され、その頻度は、それぞれ8%と92%である。両者とも病理組織学的に亜型に分類され、亜型毎に進行するスピードと広がり異なるため、治療への反応性と症状が違い、その結果治療の開始時期と治療法（使用する抗癌剤、放射線治療の要否など）も異なる。つまり、組織学的亜型の決定が極めて重要である。なお、現在用いられている組織学的分類は2008年にまとめられたWHO分類（第4版）である。

(i) ホジキンリンパ腫

比較的発生頻度の低い悪性腫瘍であり、本邦においては、上記の通り悪性リンパ腫全体の8%程度とされる。欧米では本邦に比べて発生頻度が高い。無痛性リンパ節腫大が頸部に認められることが多く、連続性に進展する。リンパ節以外から発症することは稀である。若年者と高齢者の2峰性で、男性に多い。発熱、盗汗、体重減少は病期が進行した症例で認める。しばしば白血球増加、リンパ球減少、

好酸球増加, 自己免疫性溶血性貧血などを認める。Hodgkin細胞やReed-Sternberg細胞と背景の小リンパ球の存在を特徴とする病理組織像を呈する。近年, Hodgkin細胞とReed-Sternberg細胞において免疫グロブリン遺伝子のものクローナルな再構成が証明されたため, B細胞性リンパ腫であることが明らかとなった。病理組織学的には結節性リンパ球優勢型Hodgkinリンパ腫と古典的Hodgkinリンパ腫に分類され, 後者は更に4つの亜型に分類される。なお, 2008年のWHO分類(第4版)では, 古典的Hodgkinリンパ腫と縦隔原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の境界領域が新たな分類として加えられた。治療には, 多剤併用抗癌剤療法および放射線治療が用いられる。

(ii) 非ホジキンリンパ腫

高齢者の男性に多く, 原発巣はリンパ節とリンパ節外が半数ずつである。病理組織学的亜型により, 臨床像, 検査所見, 治療方針, 予後は様々である。ろ胞性リンパ腫 (FL) に代表される‘低悪性度リンパ腫’では, 全身症状に乏しく, 治療開始までの猶予期間が長いことが多い。一方, びまん性大細胞型リンパ腫 (DLBCL) に代表される‘中・高悪性度リンパ腫’では, 発熱や体重減少などの全身症状を認めることが多い。日常臨床で最も高頻度に遭遇し, 頻度が高いのがDLBCLであり, 節外性粘膜関連リンパ組織型辺縁帯B細胞リンパ腫 (MALT lymphoma), FL, マントル細胞リンパ腫と合わせて悪性リンパ腫全体の過半数を占める。DLBCLは不均一な疾患集団であり, 臨床像もバラエティー

に富んでいるため, 層別化して予後を予測するための因子の探索に関する試みが多数なされている。一方, FLではt(14; 18)(q32; q21)染色体転座とBcl-2の過剰発現, マントル細胞リンパ腫ではt(11; 14)(q13; q32)染色体転座とCyclinD1の過剰発現, MALT lymphoma ではヘリコバクター・ピロリの感染あるいはt(11; 18)(q21; q21)染色体転座が発症機序であることが知られている。血清LDHや可溶性インターロイキン2 (IL-2)受容体が上昇することが多い。治療には, 多剤併用抗癌剤療法および放射線治療が用いられる。

6. おわりに

リンパ節腫大を呈する患者を診た場合は, 詳細な病歴聴取と診察を行った後に血液検査や画像検査などの非観血的検査を行い, それでも診断が困難であれば, リンパ節生検を考慮する。リンパ節生検が必要だと判断した場合は, できるだけ早く専門医に相談することが望ましい。

7. 参考文献

- 1) WHO classification of tumors of haematopoietic and lymphoid tissues, ed by Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al. LARC Press, Lyon, 2008.
- 2) 吉野 正, 中峯寛和, 岡本昌隆, 新津 望, 編. 悪性リンパ腫 臨床と病理 - WHO分類(第4版)に基づいて -. 先端医学社, 2009.

[哀悼と感謝のことば]

木下恒雄先生への哀悼と感謝のことば

宮崎県内科医会誌編集委員長

木佐貫 博 人

先日、先生の突然の御不幸を知った時は、何かの間違ひではないかと思ひました。今回の80号にも引き続き投稿予定でした。息子さんに聞いたところでは、体調を崩されていたにも拘わらず、本号の執筆のために精力を注がれていたと知り感謝の念に耐えません。

先生は漢方治療においては宮崎県におかれましては誰からも一目置かれる方であることは周知の事であります。漢方外来をされ大変お忙しい身でありながら、宮崎県内科医会誌の【Postgraduate Education】に、御専門の漢方治療について第41号（1992年3月発行）より第79号（2010年、3月発行）を含めますと実に執筆年数は丸18年におよびます。

更に【会員発表】においても、第6号（1973年5月発行）から第40号（1991年11月発行）までの18年間、ほぼ毎号にわたり執筆・投稿して頂きました。

すなわち会員発表とPostgraduate Educationを合わせますと、1973年から実に38年間に

及びます。すなわち、宮崎県内科医会誌のほぼ全ての号で先生には執筆して頂いているわけです。編集委員の一人としてお礼申し上げます。

2年前に感謝のお気持ちとして万年筆をお送りした際はご丁寧なお手紙を頂きました。これからもこの万年筆を使用して執筆に励んで行きたいとの御返事でした。

最後まで、意欲も持って医学に取り組みれていた先生の真摯な態度には見習うべきものがあり尊敬の念を持たざるを得ません。先生の医学に対する探求心旺盛なお仕事ぶりからはまだまだやり残した事があるのではないかと想像されますが、長年の多忙なお仕事の疲れを癒される時期が来てしまったと思ひます。木下先生の御冥福を心よりお祈り致します。

簡単ではありますが、先生の長年の執筆に対し編集委員会を代表して哀悼と感謝の気持ちを述べさせていただきます。

[他科からの提言]

地域包括ケア実現のために

(有)メディフェニックスコーポレーション

薬局つばめファーマシー

薬剤師・介護支援専門員・代表取締役

萩 田 均 司

“病院の世紀” から “地域包括ケアの世紀” への変遷

医療の歴史を紐解いていくと、19世紀までは「病院」というと“サナトリウム”のイメージ（現在の凡そ福祉施設に相当）で、食事を与え休息の場でした。当時入院する患者は、貧困の為に食事が十分に摂取できない患者が中心で、富裕層は医師を家に呼び往診してもらうスタイルが一種のステータスとしてなおかつ安全面も兼ねていました。医療が発達し20世紀になると、病院は貧困層より高度な医療を求めて富裕層が治療に最適な場所として入院するようになりました。その結果社会の高齢化と共に自宅での生活や介護が困難な患者の社会的入院が増え、病室は治療を必要とする患者より社会的入院の患者であふれるようになりました。ベッド不足など急性期患者にも影響するようになってきました。こういった経緯から、再び在宅医療が見直され、地域包括ケアの考え方が誕生したわけです。地域包括ケア実現の為に、医療が治療のみの考え方の“Cure（治療）”という概念から、生活を中心とした“Care（介護）”まで概念の守備範囲を広げた、いわゆる“キュアからケアへのパラダイムシフト”が必要となって

きました。この“キュアからケアへのパラダイムシフト”こそが、地域包括ケア実現へと必然的に変化してきた結果で、20世紀の“病院の世紀”は必然的に“地域包括ケアの世紀”へとパラダイムシフトしたわけです。そうなると、医療職のみでは地域包括ケアは行えず、介護職・福祉職との連携が必要になり、多職種連携が重要になってきました。

病院や施設ではなく地域としての在宅ケアが 望まれる

高齢者は、概して事情が許す限り病院や施設ではなく自宅で老後を過ごしたいと思っています。高口光子氏がユーモアを込めて、「小学生のときの『私の夢』という作文に『私は70歳くらいになったら、“要介護3”くらいの認定を受けて、特養に入ることが夢です』と書く人は1人もいない」（「認知症介護びっくり日記」講談社）と述べています。

確かに病院の入院や施設入所をはじめから望む人はいません。家族の状況や家の環境・ADL・認知などで在宅生活が困難になり、やむなく施設入所や入院になるのです。たとえ施設入所や入院になったとしても、やはり根本は在宅ケアであり、条件さえ整えば在宅

ケアを望むのです。その条件の整備が地域包括ケアの実現といえます。

従って、地域包括ケア実現のためには必然的に多職種連携が必要となるわけです。

地域包括ケアには多職種連携が必要

平成21年3月宮崎では、“宮崎キュアケアネットワーク”という多職種連携のネットワークが発足しました。(筆者も世話人の一人です。)この宮崎キュアケアネットワークは、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・栄養士・歯科衛生士・介護支援専門員をはじめとする介護職・病院の地域連携室MSWなど医療・介護・福祉の専門職からなる多職種連携のネットワークです。年1回の多職種交流会(ワークショップ)と年1回の講演会(シンポジウム)の他に、E-mailのメーリングリストによる活動を続けています。メーリングリストでは、各種研修会や講演会の案内が掲載されたり、日常の診療や介護での悩みや相談があると、会員の誰かが発言し、問題解決へと発言がやりとりされたりします。困った時のお助けマン的存在として様々な悩みが解決されています。この宮崎キュアケアネットワークを通じて多職種が顔見知りになると、実際の在宅医療での連携が非常にスムーズに行われます。最近では口腔ケアを通して在宅現場で歯科医師と連携する機会が多くなりました。以下筆者は薬剤師ですので、在宅医療における薬剤師の役割について解説したいと思います。

薬剤師の在宅医療

平成22年3月19日に厚生労働省の「チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会 報告書)」では、薬剤師について以下のように報告されています。

○ 医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しており、チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが、医療安全の確保の観点から非常に有益である。

○ また、近年は後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤の幅広い知識が必要とされているが、病棟において薬剤師が十分に活用されておらず、医師や看護師が注射剤の調製(ミキシング)、副作用のチェックその他薬剤の管理業務を担っている場面も少なくない。

○ さらに、在宅医療を始めとする地域医療においても、薬剤師が十分に活用されておらず、看護師等が居宅患者の薬剤管理を担っている場面も少なくない。

○ 一方で、日本医療薬学会が認定する「がん専門薬剤師」、日本病院薬剤師会が認定する「専門薬剤師」「認定薬剤師」等、高度な知識・技能を有する薬剤師が増加している。

○ こうした状況を踏まえ、現行制度の下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、薬剤師が十分に活用されていない業務を改めて明確化し、薬剤師の活用を促すべきである。

この報告書からも分かる通り薬剤師が在宅医療にチーム医療の一員として活躍すれば地域包括ケアが推進される事が推察されます。日本薬剤師会医療保険委員会介護保険担当(筆者も委員です。)では、(図1)の様なパ



図1 日本薬剤師会 医療保険委員会介護保険担当作成パンフレット

ンフレットを作成し、薬剤師による在宅訪問を啓発しています。

薬剤師業務の役割とパラダイムシフト

このように治療（キュア）が中心だった医療が生活に目を向けた介護（ケア）の概念を考慮した幅広い医療が必要とされる時代になってきました。即ちこれがキュアからケアへのパラダイムシフトと言えます。一見薬剤師の役割は、薬を調剤して只患者の居宅へ届ける事であると誤解されがちです。しかし、薬剤師の在宅での役割は、①医師により処方された医薬品を正しく調剤し、②調剤された薬を患家へ届け、③服薬指導を行い④期待される薬の効果を確認し、⑤または期待されない薬の効果を発見し、⑥それらを処方医へ情

報としてフィードバックし、⑦次の処方へ情報を生かし（医師の処方設計への情報提供）⑧多職種と情報を共有して連携すること、です。患者の在宅に医薬品や医療材料・衛生材料を供給し、供給した医薬品その他が適正に使用され、患者の生体内での効果や副作用を正しくモニタリングし、この情報を在宅医療に携わる医師・看護師その他医療介護の多職種と共有することが薬剤師の在宅医療での役割と言えます。

薬剤師の在宅医療の実際

薬剤師が訪問するとまず初めに行うのが残薬整理です。外来で服薬指導していてコンプライアンス良好であると判断している患者でも、実際に訪問すると患者の居宅ではあちら

こちらから残薬が出てきたり、いつ誰に調剤されたかもわからない薬や変色した薬剤が出てきたりします（図2）。



図2 薬局つばめファーマシーの薬剤師が回収した薬

これを整理して、服薬コンプライアンスを確保することから開始しますが、薬の管理者が本人なのか家族なのか確認することも大切です。また、患者に適した剤型の選択や、一包化やカレンダー方式、経管投与の場合は簡易懸濁法の検討なども行われます。（図3）



図3 個々の患者の能力に適した薬の管理方法
日本薬剤師会 服薬支援マニュアルその2より

訪問時に大切なことはコンプライアンスの確認ですが、そのためには患者やその家族が薬物療法を理解しているかの確認（アドヒア

ランス）もします。そして、患者の暮らし（食事・排泄・睡眠・運動・認知機能など）を確認することにより薬物療法の効果や副作用が見えてきます。この生活の変化を見る思考回路が次のステップの服薬指導や薬物療法の処方設計への情報提供へとつながってきます。（図4）

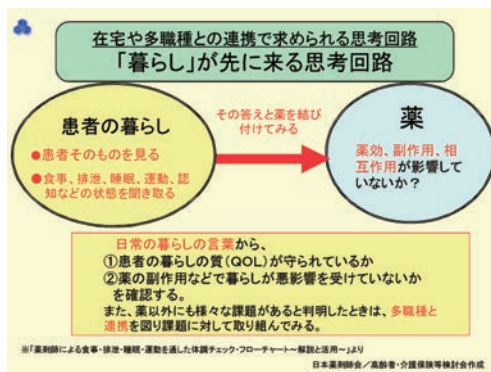


図4 「暮らし」が先に来る思考回路
日本薬剤師会 服薬支援マニュアルその2より

緩和ケアについて

年間死亡者数は100万人を超え、2038年には170万人になると予想されています。その一方1976年以降在宅死よりも病院死が増え年々増加の傾向にあります。平成19年国立長寿医療センター在宅推進会議では4人に1人を在宅で看取る体制を構築すると中間報告で発表し、在宅での緩和ケアが推進されてきました。緩和ケアは早期の段階で治療と並行の導入を目標に麻薬が処方されますが、麻薬の管理・施用・回収・廃棄に関しては麻薬という薬剤の特性上及び法律の規制から薬剤師が積極的に関わる必要性があります。また、鎮痛補助薬やレスキュードーズも必要となってきます。塩酸モルヒネなどの持続皮下注射に関しても薬剤師が関わる必要があり、薬物療

法の評価や薬剤の選択、管理については薬剤師の得意分野です。

これからの展望

地域の薬局は、地域住民の身近な健康・介護の相談窓口です。地域コミュニティの健康介護のヘルスステーションとして地域包括支援センターと協力し、地域住民の健康予防そして、保険調剤や在宅医療の担い手の一員としてもっと在宅医療に貢献すべきと考えます。即ち在宅医療は薬局薬剤師がもっと多く関わることでますます推進が予想され、その結果地域包括ケアが推進されます。今や多職種連携の時代。多職種のチームの一員としてキュアからケアへのパラダイムシフトを考慮したキュアとケアのバランス感覚を持った在宅医療を行う薬剤師が増え、日本の隅々まで隙間なく薬剤師が在宅医療に関わり、地域包

括ケアが推進される時代が訪れることを期待したいと思います。最後に在宅医療に薬剤師を十分にご活用いただきたいと思います。

参考文献

- 社団法人日本薬剤師会 高齢者・介護保険等検討会作成「服薬支援マニュアル」
- 「地域包括ケアの社会理論への課題～健康概念の転換期におけるヘルスケア政策」一橋大学院社会学研究科 洵教授 猪飼周平
- 「病院の世紀の理論」猪飼周平 2010年 有斐閣
- 社団法人日本薬剤師会 HP
- 「チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会 報告書）」厚生労働省2010年
- 「認知症介護びっくり日記」高口光子 2008年 講談社

ひとこと

宮崎市 学園台クリニック

長島 克弘

宮崎に来て5年、学園台クリニックを任され4年経ちました。

田畑に囲まれたのどかな場所で外来診療、特養2ヶ所とリハビリセンターの嘱託医、2ヶ所の産業医をしています。

多数の主治医意見書に加え身障者診断書、成年後見の鑑定など書き仕事に追われています。

特養の超高齢者への治療方針、高次脳機能障害で社会復帰困難なりハビリセンター入所者、地域の単身高齢者の医療と介護、など取り組むべき課題が山積しています。

入会の挨拶



宮崎市 古賀総合病院

富田 健一

この度、宮崎県内科医会に入会させていただきました富田健一と申します。

生まれは西都市で中高は日向学院、H13年福岡大学医学部卒です。卒業後は福大1内科（血液・腫瘍・糖尿病）に入局し、4年目からは糖尿病医として働かせていただきました。

1年半大分日赤にいたこともありますが、ほとんど福岡で過ごしてきました。10年目に当たり、今回栗林先生に紹介していただき、宮崎に帰ってきました。

医師不足が叫ばれる中、少しでも地域医療に貢献できればと思っています。宮崎弁がまだごちないですが、昔の感覚も少しずつ戻ってきています。

趣味は？と聞かれてもこれまでほとんど人に言えるようなものは無かったのですが、病院の近くにゴルフ場や練習場がありダイエットのためにもはじめてみようかなと思っています。患者さんと一緒に無理のない減量とゴルフの上達に御期待ください。まだまだ若輩者ですので御指導、御鞭撻の程宜しく願います。

入会の挨拶

延岡市 伸和会共立病院
赤須 崇

この度、宮崎県内科医会に入会させていただきました赤須 崇でございます。3月11日に関東・東北地方を襲った大地震と未曾有の大津波、その後の原発事故で被災された多くの方々に哀悼の意を表しますとともに、早い復興を心からお祈り致します。

私は延岡市で生まれ、延岡高等学校から久留米大学医学部に入学しました。昭和47年に卒業し、内科で臨床研修（特に神経・膠原病）後、生理学講座で情動、認知のシナプス機構について研究してきました。この間、研究分野でもあるコリンエステラーゼ阻害剤やNMDA型グルタミン酸受容体阻害薬が認知症治療薬に用いられるようになり、驚いています。これからできることは限られていますが、少しでも地域医療に貢献できれば幸いです。どうか宜しくお願い申し上げます。

入会の挨拶

宮崎市 横田内科
横田 直人

この度、県内科医会に入会させて頂く事になりました。宮崎市花ヶ島町で内科、循環器科、腎臓内科を標榜して開業させて頂き13年目になります。宮崎市郡医師会内科医会には開業当時より入会しておりましたが、県内科医会にはうっかり入っておらず、栗林会長の御指摘とご好意でこの度入会の運びとなりました。すでに多くの会員の先生方と交流を持たせて頂いておりますが、これを契機に初心にもどって新鮮な気持ちで引き続き地域医療に望みたいと思います。尚、宮崎大学医学部第一内科からの後輩である福留慶一先生を本年4月より当院の副院長として勤務して頂いております。共々よろしくお願い申し上げます。

理事からひとこと

デジタル社会と診療

宮崎市 国立病院機構宮崎東病院

比嘉 利信

2011年7月24日にテレビのアナログ放送は終わりを告げ、すべてデジタル放送に移行した。液晶やプラズマの薄型テレビの鮮明で美しい画像は既に市民権を得ていて、長いブラウン管を収める箱形テレビは遠くに消えていく運命にある。柱時計の針が示す角度はアナログ表示であり、数値で表示される時計はデジタル時計である。体温計、血圧計、体重計などでも数値表示されるデジタル製品が主流を占めてきた。

アナログの本来の意味は「類似・相似」である。約30年前、私はアミノ酸配列が僅かに異なるアンジオテンシンⅡ（AⅡ）類似のペプチドを用いた研究をおこなっていた。高血圧におけるレニン・アンジオテンシン系依存性の高い病態では、AⅡアナログを注入すると、アナログが先に受容体に結合し本物のAⅡの活性がブロックされるため、顕著な降圧反応がみられた。このアナログテストを用いて大まかな病態分類ができ、悪性高血圧などの患者においてはACE阻害薬が著効を示した。アナログを用いた当時の研究が懐かしい。

ところで、診療における電子化の動きも驚くほど速い。第1段はレセプト電算処理システムである。電子レセプトのオンライン化に

より、医療機関、保険薬局、審査支払機関および保険者すべてに一律で、業務量の軽減や効率化を名目として構築された。性急かつ強引な制度のように思われたが、たちまち県内でも定着し、現在では約90%が電子媒体による請求と聞く。第2段はオーダーリングシステムで、医師の検査や処方などの指示が各部署と医事会計に結ばれる。原則的に伝票の受け渡し、回覧は要らない。結果報告も端末で確認し、印刷できる。第3段は電子カルテである。基本的には紙カルテやX線フィルムは不要となり、診療録が電子データとして保存される。医師がキーボードや画面に釘付けになる嫌いはあるが、目の前のモニター上で検査値の経過をグラフ表示したり、病変の拡大画像、前後の比較像や立体的画像などを提示したりすると患者は納得顔で満足される。視覚的な説明は大変わかりやすく効果的と思われる。

電子カルテやデジタル情報システムは、確実な情報の共有化、効率性、迅速性の点では優れたものである。一方、融通がきかず、決まった法則でしか動けない側面も有する。診療においては指示や実施の行為が時系列で記録され、責任の所在や職務の権限が明確に求められる。また保守や情報保護の点からも課題は多い。

アナログ世代の私にとって、自分のスタイルで自由にペンを走らせた紙カルテへのノスタルジーは捨てきれないが、電子カルテは時代の流れであり、世の中が与えた好機と捉え

たい。しかしながら、いくら電子化されたデジタル社会になっても、機器を上手に扱うのは人間であり、顔の表情や肉声無しに電子情報だけが行き交うものでもない。フェースto

フェースで、相互に声を掛け合い、一層コミュニケーションを図ることが重要だ。

医師にとって、診療の基本は問診に始まり、患者から学ぶ姿勢は普遍である。

理事からひとこと

もう60，まだ60？

宮崎市 近藤クリニック

近藤 裕行

数年前に五十肩で苦しみ、その後も腰痛などに悩まされ、だいぶ身体にガタがきはじめたなど感じていたが、今年3月に還暦を迎えた。まだ支給はされないが年金のお知らせも受け取った。たまにしか会わない人の名前や普段あまり使わない薬をなかなか思い出せなくなったり、思い込みが強く勘違いをしたり、とっさの判断力の衰えも自覚するようになり、もう60だからなと思ってしまう。今春に次男も卒業して就職したので肩の荷が下りてほっとして気が緩んだのか5月に風邪をひいてしまった。咳痰がいつまでも続き、治療力の減退はやっぱり60だなと感じていた。その後も腰痛や倦怠感が強く今年は何年なので少し気になって採血してみたところ、クレアチニンが上昇しておりその後もなかなか低下しない。ついに60になり今年は何年でもあり、腎臓も老化してきたなどがっかりしている。そうなる気も減入ってしまい、何か疲れやすくなり気力はなくなったようで男性更年期のようになっている。

それまでは毎月実家に帰っていたのが体調

がすぐれないので6月に帰れないと電話したら、母親から「あなたも、もう若くはないんだから無理をせずに気をつけてやりなさい。」と心配されてしまった。母は84歳になるが雨でなければ毎朝1時間くらい庭の草むしりをしているそうだ。亡父が庭が好きでいつも手入れしていたので、自分が管理するようになったら荒れてしまったでは申し訳ないと思っているのかいつもきれいに手入れしてある。田舎で庭が少し広いので草を取っても一回りする頃には最初の所にはまた草が生えているようで大変だなと思うが、丁度よい運動になると言って笑っている。またこの歳ながら自転車に乗って図書館や買い物に行ったり墓参りをしたりしている。転倒や交通事故が少し心配だが、交通量の多い時刻は避けて自動車が来たら止まって待っているから大丈夫といっている。そして雨の日には本を読んだり韓流ドラマをみたりしてすごしている。暑い時期には昼間は外に出ずに、冬期は暖かい時刻に外出するようにしており、84歳ながら自己管理はしっかりしているようで、自分より元気かもしれないと思ってしまう。

親より先に死ぬのは一番親不孝だといわれているので、そうならないようにもう60ではなくまだ60という気持ちでやっついこうと思っている。

理事からひとこと

理事からの一言

宮崎市 原口胃腸科・内科クリニック
原口 靖昭

宮崎市内で胃腸科・内科を45歳で開業して10年以上経ちます。医療情勢は大きく変化し、昔が懐かしい限りです。患者の高齢化、複数の診療科による投薬の調整、「ためしてがってん」などのマスコミの影響、保険点数の複雑化、矛盾、医療の専門化、分子生物学の進歩などともなうて医薬品の使用方法の煩雑化、そして高額化、救急医療のコンビニ受診化、危険回避の目的とした医療の萎縮、有床診療所の減少、人件費の高騰、医療用放射線に対する不安の増長などまさに大変な時代になってしまいました。よくなっていることは治療法の進歩、EBMが根付き知識の集約と判断の根拠が明確になってきたこと、情報の開示ぐらいしか頭に浮かんできません。私の加齢のせいも大きいですが、とにかく昔がよかったです。これから景気低迷による予算の削減、高齢化による医療費の増加などに国はどう対応

するのであろうか。適切な政策はやはり優れたリーダーのもとでないと生まれえない。無力感にさいなまれる時代になって、これからが不安で仕方がない。人生もそうであるように医療も夢や希望がなければ、人も知恵もお金も集まらない。これからの内科医はどうすればいいのだろうか。メタボの一次予防、介護、産業医とますます多岐にわたってきた仕事の内容を見直さないと、すべてにおいて中途半端になってしまう。開業している内科医である以上は何でも診れる医師を目指してきたが、ほとんど難しい事だと実感している。こちらで分相応の仕事とゆとりのある時間を作りたい心境になっている。何せ日本は世界に誇れる長寿国だと今年も発表され、医療の方向性は正しいと証明されているのだから、この日本の医療制度を崩さないように、小生も気持ちでは医師の端くれとしてお手伝いしたいとは思っているが、体力もなくなり、皆さんの足を引っ張らないようするのが精々かもしれません。雑ばくな文章になってしまいましたが、ともあれ今後も宜しくお願いします。



「アメリカフヨウ」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

ヨット・ハーバー管理棟の前に、大輪の“アメリカフヨウ”という花が咲いていた。北アメリカ原産でハイビスカスやムクゲなどと同じアオイ科に含まれる。深紅色、純白、ピンクなど色は様々で7～10月に咲くが、夕方に向かって赤みを出し、夜にはしぼんでしまう品種もあるという。我が国で品種改良された“サザン・ベル”の直径は30cmを越すというが、その17～18cmの紅白の花が競い合っていた（宮崎サンマリーナにて）。



「都井岬 岬馬」

都城市 山田医院 山田 孝俊

俳句

雲の峰

宮崎市 猪島医院

猪島 蘇風

みちのくの空みちのくの雲の峰

夏雲に法螺吹き鳴らす羽黒山

鏡池に河骨灯る羽黒山

蟬塚に杖をあづけて汗を拭く

蟬塚に涼しき風の生れけり

船頭の歌声涼し最上川

清風のもてなし見ゆる夏座敷

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村 善教

粘り腰 馬耳東風の 批判かな

獲った権力 離すことなく

見習おう 叩かれ続き 蛙顔

あのしたたかさ 僕にはなくて

東電の行方いずこか 株主が

右往左往し 我は関せず

欠品で処方代えたり 短期出し

想定外が 流行り言葉に

嵌まります 面白過ぎの ツイッター

フォロワーが増えて 絡み愉しむ

短歌

チラーヂンS

宮崎市 長嶺内科クリニック

長 嶺 元 久

チラーヂンSを造れる工場の

稼働止みたり震災の後に

チラーヂンSの在庫を数へつつ

処方日数決めてゆくなり

GOOGLEの地図にわが家をクリックすれば

直ちに標高表示されたり

日向灘ゆ二キロメートル標高は

六メートルの地にわれは住む

はつなつの晴れわたりたる大空の

続いてゐるやみちのくの地に

短歌

東日本大震災

延岡市 藤本内科小児科医院

藤 本 孝 一

わが歌友の退院祝に黙祷す

東日本の大震災に

家々が根刮ぎ流るる大津波

テレビの実況茫然と見る

大津波に二頭の馬が九日も

瓦礫の中に生きてゐたりき

原子炉に放水をする消防士

妻ら励ます携帯電話に

震災に遭ひし母子を診察す

延岡の地に三月中旬

[報 告]

平成22年度日本内科学会九州支部評議員会報告

宮崎県内科医会会長

栗 林 忠 信

平成23年1月29日（土）、午前中に第292回日本内科学会九州地方会、午後から生涯教育講演会が開催され、その後、午後17：00時から九州大学医学部「百年講堂」中ホール1で九州支部評議員会が開催された。その概要を報告する。

1. 各種委員会報告

1) 内科認定医審議会地区委員報告

①資格認定試験に関する報告

第37回総合内科専門医資格認定試験（平成21年9月23日開催）は317名が受験し232名が合格した。合格率は73.2%であった。平成22年度資格認定試験は第26回認定内科医資格認定試験が22年7月18日、東京会場(1,995名)、神戸会場(1,304名)の2箇所、また第38回総合内科専門医資格認定試験が22年9月19日、東京会場（367名）で行われた。

②認定教育施設の審査・認定

新関連病院の審査・認定が行われ14病院が認定された。九州関連では戸畑共立病院、医療法人おもと会大浜第一病院の2施設が新たに認定された。また前回の認定医制度審議会での剖検体数が認定基準（内科剖検体数10体以上）未達成のため、教育関連病院へ降格となった2施設から剖検に関する修正報告があり、それぞれ基準を満たすことが確認され、教育病院へ追加認定された。

③救急委員会報告

第4回救急委員会が平成21年10月6日に開催され、DVD教材の進捗状況、救急マニュアルの作成状況が報告され、講習会運営体制が検討された。また、救急講習会の実施報告がなされた。

④平成23年度以降の認定内科医試験の試験場について

3,000名を越える認定内科医資格認定試験の実施にあたって、昨年までは複数会場で行ってきたが、不測の事態による中止等のリスクが生じる。追試験の準備、実施は事実上困難で、そのために試験会場を一会場に集約することにした。パシフィコ横浜を試験会場に選定し、平成23年度以降の認定内科医試験会場に採用する。

2) 学会在り方検討委員会地区委員報告

公益法人制度改革に伴う新法人への移行について、移行指向先を公益法人から公益性の高い非営利型一般社団へ方向転換する方向で検討を続けていることが報告された。

3) 生涯教育委員会地区委員報告

平成22年度生涯教育講演会はAセッションが金沢大学金子周一教授、Bセッションが札幌医科大学篠村恭久教授で開催され、合計で7,831名の参加があった。平成23年度はAセッション東北支部、Bセッション九州支部で行われ、Bセッションを宮崎大学医学部膠原病・感染症内科岡山昭彦教授の担当のもと23年10月1日福岡で開催されることが報告された。

4) 学術集会運営委員会報告

第108回日本内科学会総会（会頭：東京大学永井良三教授）講演会の日程について説明があり、了承された。第109回総会の中尾一和京都大学教授のもと、平成24年4月13日から15日までの3日間、京都市のみやこめっせで開催される予定である。

2. 平成23年度各種委員会地区委員について

1) 理事候補：砂川賢二（九州大学）、坪内博仁（鹿児島大学）

2) 内科認定医制度審議会地区委員候補：朔啓二郎（福岡大学）、前村浩二（長崎大学）、上田章（県立宮崎病院）

3) 学会在り方検討委員会地区委員候補：吉良潤一（九州大学）

4) 生涯教育委員会地区委員候補：藤田次郎（沖縄大学）

5) 支部長候補：砂川賢二（九州大学）が推薦され、承認された。

3. 全国評議員ならびに九州支部評議員について

大学附属病院を除く一般教育病院からの全国評議員の九州地区の推薦依頼候補者数は昨年度までは8名であったが、平成23年度から9名に増員となり、当県からは県立宮崎病院上田章先生が再任された。九州支部評議員としては栗林と小牧齋副会長が引き続き勤めることになった。

4. 内科学会九州地方会に開催時期、開催地、会長について

第293回：平成23年5月29日(土)、長崎大医学部循環病態制御内科前村浩二教授

第294回：平成23年8月20日(土)、久留米大医学部内分泌代謝内科山田研太郎教授

第295回：平成23年11月13日(日)、佐賀大学医学部血液内科木村晋也教授

第296回：平成24年1月28日(土)、九州大学医学部呼吸器内科中西洋一教授

[報 告]

平成22年度九州各県内科医会会長会議

宮崎県内科医会常任理事

中津留 邦 展

日 時：平成23年2月19日（土）

場 所：福岡市博多都ホテル

担当県：鹿児島県

出席者：栗林会長，中津留

【報告事項】 担当県鹿児島からの報告

平成22年10月16日（土）に開催された日臨内九州ブロック会議，第45回九州各県内科医会連絡協議会，第27回九州各県内科審査委員懇談会について報告された。

日臨内九州ブロック会議では8題の提案事項が提出され，熱心な協議・要望が行われ，日臨内執行部から回答があった。

九内協では「レセプトオンライン化の各県の実施状況」，「地域医療貢献加算の問題」，「地域包括ケアの取り組み」，「介護施設について」，「ワクチンの助成」など13の提案事項について活発な意見が交わされた。

九内懇では各県より提案された全23題について各県の現状報告や意見交換が行われた。

【協議事項】

1. 日本臨床内科医会平成23～24年度の理事推薦について（鹿児島県）

理事の推薦はブロックごとの推薦となっており，九州ブロックでは9名の割り当てになっている。現在の通りに鹿児島県から2名，その他の県から各県1名となった（福岡県はその他副会長として1名，常任理事として2名就任している）。

2. 地域医療貢献加算と再診料引き上げについて（福岡県）

次回診療報酬改定で，地域医療貢献加算を廃止して再診料を元に戻すとの要望があるが，既に30%の施設が地域医療貢献加算を算定している。地域医療貢献加算の各県の対応について協議されたが，再診料に組み入れて発展的に解消することを希望する県が多かった。

3. 九内懇について（沖縄県）

沖縄県より，九内懇は協議題が多く議論が深まらない感があるので，協議題の提出は制限し

ないが認否を問うだけのものに関しては誌上発表の形をとり、協議するものと区別してはどうかという意見が出され、今後検討することとなった。

4. 平成23年度の日臨内九州ブロック会議，九州各県内科医会連絡協議会及び九州各県内科審査委員懇談会の開催日程について（佐賀県）

平成23年度の会議は平成23年10月15日（土），16日（日）の2日間の日程で行うことが佐賀県から提案され了承された。

平成22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12日（土）16：00～ 於. 宮崎観光ホテル <特別講演会> ①外来を中心とした内科感染症診療の実際 宮崎大学医学部内科学講座免疫感染症学分野教授 岡山 昭彦 先生</p> <p>②2型糖尿病の治療は大きく変貌するのか？ -パラダイムシフトへの期待- 順天堂大学大学院スポーツロジセンター長 河盛 隆造 先生 (出席者 107名)</p> <p>3月12日（土）16：00～ 於. 県医師会館 <会員発表会> ①不整脈診断におけるイベント心電図の有用性 名越内科 名越 敏郎</p> <p>②認知症があり食欲状態が不安定な超高齢2型糖尿病に DPP-4阻害薬が奏効した一例 国立病院機構宮崎病院代謝内科 小堀 祥三, 猪島 俊朗</p> <p><保険診療についての講演> 脳梗塞診療における保険上の留意点につき 県内科医会医療保険委員 湊 誠一郎</p> <p><特別講演> 高血圧治療はコンビネーションの時代に -イベント抑制を見据えた次の一手- 宮川内科小児科医院 院長 宮川 政昭 先生 (出席者 48名)</p>

会議名	日時・場所・出席者
【理事會】	5月24日(月) 7月5日(月) 8月2日(月) 2月21日(月)
【評議員會】	5月31日(月) 2月28日(月)
【各郡市内科医会長會】	3月5日(土) 於. うめ田
【會計監査】	5月6日(木)
【學術委員會】	5月7日(金) 10月4日(月) 1月17日(月)
【医療保険委員會】	6月25日(金) 7月30日(月) 11月30日(火)
【宮崎県内科医会誌編集委員會】	6月28日(月) 8月16日(月) 11月1日(月) 1月31日(月)
【日本臨床内科医会九州ブロック會議】	10月16日(土) 於. 鹿児島(担当: 鹿児島県内科医会) 栗林会長, 中津留常任理事
【九州各県内科医会連絡協議會】	10月16日(土) 於. 鹿児島(担当: 鹿児島県内科医会) 栗林会長, 大窪副会長, 中津留常任理事
【九州各県内科審査委員懇話會】	10月16日(土) 於. 鹿児島(担当: 鹿児島県内科医会) 小牧副会長, 野村副会長, 松岡理事
【九州各県内科医会長會】	2月19日(土) 於. 福岡(担当: 鹿児島県内科医会) 栗林会長, 中津留常任理事
【日本臨床内科医会総会・ 理事会・代議員會】	4月10日(土), 4月11日(日) 於. 東京 小牧副会長, 中津留常任理事
【日本臨床内科医会理事会・ 代議員會・医学会】	10月9日(土), 10日(日), 11日(月) 於. 石川 栗林会長, 中津留常任理事, 松岡理事
【日本内科学会九州地方会評議員會】	1月29日(土) 於. 福岡 栗林会長

会議名	日時・場所・出席者
【学術講演会】	① 4月16日（金）18：40～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 小腸疾患の診断と治療－潰瘍性病変を中心に－ 講師 福岡大学筑紫病院消化器教授 松井 敏幸 （出席者 79名）
	② 4月23日（金）19：00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 脳卒中治療における最新のトピックス －ガイドラインを踏まえて－ 講師 国立循環器病センター名誉総長 山口 武典 （出席者 73名）
	③ 6月1日（火）19：00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 COPD治療における貼付型気管支拡張薬の位置付け 講師 和歌山県立医科大学医学部内科学第三講座教授 一ノ瀬 正和 （出席者 36名）
	④ 7月1日（木）19：00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 メトホルミンのAからZ 講師 神戸大学糖尿病・内分泌内科学准教授 小川 渉 （出席者 90名）
	⑤ 8月20日（金）19：30～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 心血管合併症阻止を目指した2型糖尿病のリスク管理 講師 久留米大学医学部糖尿病性血管合併症病態・ 治療学教授 山岸 昌一 （出席者 28名）
	⑥ 9月2日（木）18：45～ 於. ワールドコンベンションセンターサミット 演題 今後の過活動膀胱診療の展望－医療連携を目指して－ 講師 原三信病院泌尿器科部長 武井 実根雄 （出席者 54名）
	⑦ 10月28日（木）19：00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 インフルエンザupdate 講師 原土井病院臨床研究部長 池松 秀之 （出席者 62名）
	⑧ 11月4日（木）19：00～ 於. 県医師会館 演題 新型インフルエンザ対策の総括と今後の対応 講師 国立病院機構東京病院外来診療部長 永井 英明 （出席者 34名）

会議名	日時・場所・出席者
【学術講演会】	<p>⑨11月5日(金) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 アレローム血栓症と抗血小板療法 講師 関西医科大学医学部内科学第一講座教授 野村 昌作 (出席者 54名)</p> <p>⑩11月20日(土) 18:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 当院における吐下血を主訴とする救急患者の現状 講師 宮崎善仁会病院副院長・外科部長 吹井 聖継 演題 NSAIDs/低用量アスピリン潰瘍の対策 講師 藤元早鈴病院消化器内科部長 駒田 直人 (出席者 51名)</p> <p>⑪11月24日(水) 18:40～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 潰瘍性大腸炎の治療戦略 講師 慶應義塾大学医学部消化器内科教授 日比 紀文 (出席者 34名)</p> <p>⑫12月8日(水) 18:45～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 2型糖尿病の経口血糖降下薬治療における最近の話題 －症例から学ぶDPP-4阻害薬－ 講師 久留米大学医学部内分泌代謝内科准教授 田尻 祐司 (出席者 91名)</p> <p>⑬1月27日(木) 19:00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 膠原病の免疫異常と治療 講師 九州大学病態修復内科併任講師 新納 宏昭 (出席者 37名)</p> <p>⑭3月19日(土) 17:00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 生活習慣病の治療的アプローチ －胃食道逆流症とMetabolic Syndromeの比較－ 講師 佐賀大学医学部内科学教授 藤本 一眞 (出席者 41名)</p> <p>⑮3月25日(金) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 AHA2010からの報告 －Young Investigator Awardを受賞して－ 講師 熊本大学医学部附属病院循環器内科診療講師 小島 淳 (出席者 15名)</p>

平成22年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書

歳入合計	10,300,312
歳出合計	7,802,972
差引残高	2,497,340 (平成23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	6,102,000	6,035,400	△66,600	A 会員会費 5,193,000 B 会員会費 842,400 【参考】 A 会員 307名 B 会員 167名 (免除会員 A 会員 22名 B 会員 40名) (会員数：平成23年3月31日現在)
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	2,829,000	2,829,744	744	
4. 雑収入	1 雑収入	1,400,000	1,195,168	△204,832	内科医会誌広告料等
	歳入合計	10,571,000	10,300,312	△270,688	

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		540,000	0	540,000	381,434	158,566	
	1 旅 費	60,000		60,000	58,700	1,300	会計監査旅費
	2 需 用 費	80,000		80,000	20,650	59,350	事務用品代
	3 役 務 費	200,000		200,000	166,738	33,262	切手代,郵送料,電報・電話使用料等
	4 使用料及び賃借料	200,000		200,000	135,346	64,654	会館使用料, 職員時間外手当
2. 会議費		1,500,000	0	1,500,000	1,291,264	208,736	
	1 総 会 費	50,000		50,000	29,064	20,936	案内FAX代等
	2 評 議 員 会 費	500,000		500,000	472,990	27,010	(2回)
	3 理 事 会 費	950,000		950,000	789,210	160,790	(4回)
3. 事業費		7,204,000	0	7,204,000	6,130,274	1,073,726	
	1 学 会 費	200,000		200,000	80,400	119,600	
	2 諸委員会活動費	720,000		720,000	522,390	197,610	医療保険委員会 205,295 (3回) 学術委員会 305,495 (3回) 新型インフルエンザ医療体制検証会議 11,600
	3 地区保険研究会助成費	435,000		435,000	435,000	0	補助金 @50,000×8, 西臼杵 35,000
	4 地区医学会助成費	640,000		640,000	640,000	0	補助金 @70,000×7 宮崎 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	2,131,289	268,711	編集委員会 295,735 (4回) 印刷代 1,680,000 (2回) 執筆料等 155,554
	6 名簿刊行費	400,000		400,000	400,000	0	
	7 地区内科医会連絡会	300,000		300,000	280,925	19,075	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	574,000		574,000	541,020	32,980	九内協旅費 (鹿児島3名) 108,040 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2名) 138,980 会長会参加費 @7,000×2=14,000 九内協開催地負担金積立金 200,000
	9 九州各県内科 審査委員懇話会	170,000		170,000	152,680	17,320	旅費 (鹿児島3名) 122,680 参加費 @10,000×3名=30,000
	10 日本臨床内科医会	975,000		975,000	862,740	112,260	総会・理事会・代議員会 旅費 (東京2名) 231,380 参加費 @10,000×2名=20,000 医学会・理事会・代議員会 旅費 (石川3名) 546,360 当日登録料 @15,000×3=45,000 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	180,000		180,000	68,080	111,920	旅費 (福岡1名)
	12 慶 弔 費	200,000		200,000	15,750	184,250	花環 (1名)
	13 諸 費	10,000		10,000	0	10,000	
4. 予備費	1 予 備 費	1,327,000	0	1,327,000	0	1,327,000	
	歳 出 合 計	10,571,000	0 0	10,571,000	7,802,972	2,768,028	

平成23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携
- (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23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	6,030,000	6,102,000	△72,000	(平成23年1月31日現在の会員数) < A 会員 > @ 18,000 × 285名 = 5,130,000 < B 会員 > @ 7,200 × 125名 = 900,000 < 免除会員 > A 22名, B 40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	2,200,000	2,829,000	△629,000	
4. 雑 収 入	1 雑 収 入	1,300,000	1,400,000	△100,000	普通預金利息，定期預金利息， 内科医会誌広告料
	歳 入 合 計	9,770,000	10,571,000	△801,000	

歳 出

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1.事務費		780,000	540,000	240,000	
	1 旅 費	60,000	60,000	0	会計監査旅費
	2 需 用 費	70,000	80,000	△10,000	事務用品代
	3 役 務 費	190,000	200,000	△10,000	切手代, 送料, 振込手数料
	4 使用料及び賃借料	190,000	200,000	△10,000	会館使用料(冷暖房・光熱水費) 職員時間外手当
	5 事 務 委 託 費	270,000	0	270,000	宮崎県医師会へ 基本料 120,000 会員数加算料 150,000
2.会議費		1,490,000	1,500,000	△10,000	
	1 総 会 費	40,000	50,000	△10,000	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	950,000	950,000	0	5回(旅費, その他)
3.事業費		7,149,000	7,204,000	△55,000	
	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	720,000	720,000	0	学術委員会(3回), 医療保険委員会(4回)
	3 地区保険研究会 助成費	435,000	435,000	0	各地区内科医会へ 宮崎 50,000 都城 50,000 延岡 50,000 日向 50,000 児湯 50,000 西都 50,000 南那珂 50,000 西諸 50,000 西臼杵 35,000
	4 地区医学会助成費	640,000	640,000	0	各地区内科医会へ 宮崎 100,000 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 50,000
	5 会誌発行費並びに 編集委員会費	2,300,000	2,400,000	△100,000	編集委員会(4回) 会誌印刷代, 執筆料
	6 名 簿 刊 行 費	1,000	400,000	△399,000	
	7 地区内科医会連絡会	300,000	300,000	0	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	908,000	574,000	334,000	九内協各県負担金 50,000 九内協(佐賀4名) 320,000 九内協参加費(4名) 40,000 九州各県内科医会長会(福岡4名) 270,000 会長会参加費(4名) 28,000 九内協開催地負担金積立金 200,000
	9 九州各県内科審査 委員懇話会	360,000	170,000	190,000	九内懇(佐賀4名) 320,000 九内懇参加費(4名) 40,000
	10 日本臨床内科医会	985,000	975,000	10,000	総会(東京2名) 250,000 参加費(2名) 20,000 医学会(北海道3名) 650,000 登録料(3名) 45,000 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	140,000	180,000	△40,000	福岡(2名)
	12 慶 弔 費	150,000	200,000	△50,000	
	13 諸 費	10,000	10,000	0	
4.予備費	1 予 備 費	351,000	1,327,000	△976,000	
歳 出 合 計		9,770,000	10,571,000	△801,000	

宮崎県内科医会総会並びに学術講演会

日時 平成23年 6 月11日 (土)

場所 宮崎観光ホテル東館2F 日向の間

- | | | |
|-----|--|-------------|
| I | 製品紹介 中外製薬(株)
活性型ビタミンD ₃ 製剤「エディロール」 | 16:00～16:20 |
| II | 総 会
1) 物故会員黙祷
2) 会長挨拶
3) 議 事
イ. 平成22年度事業報告について
ロ. 平成22年度歳入歳出決算について | 16:20～16:50 |
| | 〈 休 憩 〉 | 16:50～17:00 |
| III | 学 会
特別講演①
〈座長 宮崎県内科医会副会長 野村 朝清 先生〉
『寛解を目指す関節リウマチ治療』
市民の森病院 膠原病・リウマチセンター
所長 日高 利彦 先生

特別講演②
〈座長 宮崎県内科医会長 栗林 忠信 先生〉
『骨粗鬆症治療の新しい概念 -新規薬剤をいかに使うか-』
大阪市立大学大学院医学研究科代謝内分泌病態内科学
教授 稲葉 雅章 先生 | 17:00～19:00 |
| IV | 懇親会 (東館2階 紅の間) | 19:00～ |

(出席者数 56名)

各郡市だより



宮崎市郡内科医会だより

宮崎市郡内科医会のかじ取りを任せられて2年目に入りました。

6月24日総会が開かれ平成22年度収支決算報告及び事業報告など滞りなく承認されました。

当会の事業の一つに県内科医会、市郡医師会等との連繋があります。今年は、3月の東日本大震災におけるJMAT宮崎県医師会チームの派遣に対し派遣費用協力の要請を受けましたが、役員会で協議した結果100万円を寄付させていただきました。また宮崎臨床研修研究会が企画する九州総合内科セミナーへ、県内科医会からの要請もあり、5万円を寄付いたしました。

宮崎市夜間急病センターの当直問題につきましては、新規開業者の減少、会員の平均年齢の上昇、病気療養中の会員の増加、一部会員の非協力性などから運営に支障をきたし始めています。この問題を打開すべく策を要望書として市郡医師会に提出し5月10日付で回答はいただいておりますが、問題を解決するには程遠いものでした。今後も若手医師への負担軽減も視野に入れながら、より良い運営が行われるよう何らかのアクションはおこさ

ないといけないと考えております。

平成23年6月24日までに宮崎市郡内科医会が共催もしくは後援いたしました講演会は以下のようになっております。

○平成23年4月7日(木)

「糖尿病治療【BOT】について」

平和台病院 内科 松下 隆司 先生

○平成23年4月27日(水)

「過活動膀胱の治療～高次脳機能障害患者を中心として～」

潤和会記念病院 泌尿器科

部長 蓮井 良浩 先生

○平成23年6月24日(金)

【総会並びに学術講演会】

①「糖尿病非専門医が感じた低血糖の恐ろしさ」

宮崎大学医学部地域医療学講座

助教 矢野 裕一朗 先生

②「2型糖尿病治療のパラダイムシフト」

潤和会記念病院 糖尿病・代謝内科

部長 水田 雅也 先生

(文責：小牧 齋)

都城市北諸県郡内科医会だより

今年の正月は口蹄疫で県全体が揺れた昨年と違って平穏な年になることを祈りましたが、1月26日新燃岳の大噴火で都城地区は一瞬のうちに灰色の世界になり、過去に経験したことがない不安に陥りました。2日後の28日(金)足元が悪い中で講演会は開催され皆がんばろうと誓い合い、連日どこも火山灰の処理に追われました。徐々に平常心に戻り立ち直ってきた矢先、3月11日東日本の大震災がおこり天地の恐怖を再び感じました。それ

以降は火山灰で愚痴る人はいなくなりましたが、再び大噴火の可能性が高いと報道されており、不安は続いています。講師会は2月と3月は中止になりましたが、いつも40名前後の参加者があり活発な質疑応答がされています。本年前半期の会の内容は以下の通りです。

○平成23年1月28日（金）

「ガイドラインに基づいた花粉症の治療」

大分大学医学部 耳鼻咽喉科

講師 児玉 悟 先生

○平成23年2月4日（金）…中止

○平成23年3月25日（金）…中止

○平成23年4月15日（金）

「古くて新しい経口血糖降下剤 メトホルミンを使いこなすには」

宮崎大学医学部内科学講座

神経呼吸内分泌代謝学分野

助教 上野 浩晶 先生

○平成23年5月26日（木）

「糖尿病における認知症の重要性と新たな治療対策」

宮崎大学医学部内科学講座

神経呼吸内分泌代謝学分野

教授 中里 雅光 先生

○平成23年6月2日（木）

「良質な血糖改善を目指した糖尿病治療戦略～CGMから見た良質な糖尿病治療とは?～」

産業医科大学 第一内科

講師 岡田 洋右 先生

（文責：志々目栄一）

延岡内科医会だより

東日本大震災と福島原発に日本中が脅威を感じ、また学会の自粛などで身近に感じ、薬

が届かない、今までとは一変した世界になっています。また世界の経済も変化してきており、政界もおかしくなり、日本の舵取りも危うくなってきています。どのような世の中になろうと皆保険は維持していかなくてはなりません。

本会関連の講演会等は以下のとおりです。

○平成23年1月21日（金）

「抗ヒスタミン薬の落とし穴に落ちない服薬指導」

東京通信病院 薬剤部

副薬剤部長 大谷 道輝 先生

○平成23年2月18日（金）

「認知症の周辺症状に対する薬物療法の可能性」

宮崎大学医学部臨床神経科講座

精神医学分野 教授 石田 康 先生

○平成23年2月25日（金）

「進行・再発大腸癌に対するXELOX療法」

久留米大学医学部附属医療センター 外科

教授 緒方 裕 先生

○平成23年3月11日（金）

「アルツハイマー型認知症の病態と治療薬の作用」

伸和会 共立病院 理事

久留米大学名誉教授 赤須 崇 先生

○平成23年4月15日（金）

「2型糖尿病治療のパラダイムシフト～低血糖のない糖尿病治療を目指して～」

潤和会記念病院 糖尿病・代謝内科

部長 水田 雅也 先生

○平成23年6月3日（金）

「冠動脈疾患の脂質管理～積極的脂質低下療法について～」

済生会熊本病院

循環器内科部長 兼

医療連携部長 中尾 浩一 先生

○平成23年6月10日（金）

「脳卒中リハビリテーションの新しい取り組み～回復期・維持期リハの戦略と現状のギャップ～」

鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科
運動機能修復学講座リハビリテーション医学
診療講師 松元 秀次 先生

○平成23年6月17日（金）

「2型糖尿病の経口血糖降下薬における最近の話題」

久留米大学医学部 内科学講座
内分泌代謝内科 准教授 田尻 祐司先生

○平成23年7月8日（金）

「降圧配合剤時代の幕開け～ARB+CCB配合剤：レザルタスへの期待～」

熊本大学医学部附属病院 循環器内科
助教 山本 英一郎 先生

「動脈硬化萎縮を目指した薬物療法～血管内超音波研究から～」

熊本大学医学部附属病院 循環器内科
助教 辻田 賢一 先生

○平成23年7月22日（金）

「胆道外科医としての歩み～肝切除から臍頭十二指腸切除まで～」

宮崎大学医学部 外科学講座
腫瘍機能制御外科学分野
教授 千々岩 一男 先生

○平成23年7月29日（金）

「あきらめない認知症治療～最前線の現場から～」

けいめい記念病院
副院長 岡原 一徳 先生
(文責：野田 寛)

日向市東白杵郡内科医会だより

平成23年1月から6月までに当内科医会が主催、共催して実施した学術講演会は次の通りです。

○平成23年1月27日（木）

「呼吸器感染症の治療の実際」
県立延岡病院

内科部長 山口 哲朗 先生

○平成23年3月11日（金）

【第19回 日向地区急性期医療連携検討会】
「宮崎県地域医療で当講座が果たす役割について」

宮崎大学医学部地域医療学講座
教授 長田 直人 先生

○平成23年6月15日（水）

「2型糖尿病治療のパラダイム」
潤和会記念病院 糖尿病・代謝内科
部長 水田 雅也 先生

○平成23年6月22日（金）

「当院におけるエゼチミブの使用経験」
(医) 洋承会 今給黎医院
久保 浩秀 先生

「エゼチミブの脂質代謝改善作用～食後高脂血症を中心に～」

防衛医科大学校 内科学講座 老年内科
教授 池脇 克則 先生

○平成23年6月28日（金）

「保存期慢性腎不全患者における外来治療について～腎臓専門医だけでは、もはや手が足りない～」

宮崎県立宮崎病院
内科医長 上園 繁弘 先生
(文責：古賀 正広)

児湯内科医会だより

東日本震災については言葉もない状況でした。さらに輪をかけたのが福島原発事故でした。自然には人間の知恵ではおよばない力というか恐ろしさを感じさせられました。政府の対応のまずさや能力の無さも露呈されました。原発事故の規模は広島原発の20-25倍の強さだといわれていますが、政府自身からそういった報告は全くありませんでした。我が国の運命を委ねる内閣総理大臣を選ぶ方法として現在のやり方でよいのかという疑問すら思い浮かべる状況です。

話題を変えます。当地に赴任して5年目になります。病院の隣に川南湿原があり、天然記念物である「サギソウ」が有名です。しかし、これまで写真以外でこれを見る機会がありませんでした。職員に尋ねても実物をみた人はいませんでしたので、今年こそはみんなでみつけよう、そしてみつけたら互いに知らせあおうと話していました。8月22日サギソウをみつけたとの報告があり、早速、川南湿原に、出かけはじめてサギソウを実際に目の当たりにすることができました。野生のい草が密集している中にぼつんぼつんと可憐な状態で咲いていました。花自体は純白で、鳥の翼をひろげた親指頭大でした。8月中旬から9月中旬にみられるそうです。機会があればごらんになることを進めます。双眼鏡があればよりよく観察できると思います。

まだまだ暑い日が続いています。ご自愛ください。

当内科医会関連の講演会は以下の通りです。

○平成23年5月17日（火）

【第97回児湯カンファレンス】

「認知症の診断と治療～初期症状から高度まで～」

大悟病院 井上 輝彦 先生

○平成23年7月19日（火）

【第98回児湯カンファレンス】

「古くて新しい経口血糖降下剤メトホルミンを使いこなすには」

宮崎大学医学部内科学講座

神経呼吸内分泌代謝学分野

助教 上野 浩晶 先生

○平成23年8月4日（木）

【児湯内科医会学術講演会】

「認知症の日常診療における新しい薬物療法～NMDA受容体拮抗剤の果たす役割～」

国立長寿医療研究センター

内科総合診療部長 遠藤 英俊 先生

（文責：小堀 祥三）

西都市・西児湯内科医会だより

診療所を営んでいますと、病診連携の必要性、重要性をいつも痛感致します。

患者さんの急変の際には宮崎市内の病院に精査、治療、入院をお願いすることが多く、諸先生方には大変ご迷惑をおかけしております。

西都市・西児湯内科医会では、病診連携・地域医療連携を念頭に、今後も活動を行ってまいりたいと考えております。

今年に入って開催した講演会は以下の通りです。

○平成23年2月23日（水）

「関節リウマチの最新治療～整形外科医の立場から～」

潤和会記念病院 整形外科・リウマチ科
部長 甲斐 陸章 先生

○平成23年5月20日（金）

「形成外科における標準的治療（総論・各論）」

大塚病院 形成外科 大塚 康二郎 先生

○平成23年7月28日（水）

「西都・児湯地区の脳卒中治療の現状」

西都児湯医療センター

脳神経外科部長 濱砂 亮一 先生

ご講演頂きました先生方、ありがとうございます。

（文責・黒木 重晶）

南那珂内科会だより

南那珂内科会では、2年ほど前から県立日南病院及び日南市立中部病院と連携パスを使い、糖尿病治療を行っています。開業医より患者さんを紹介し、3泊4日の教育入院で、食事療法、運動療法を体験していただき、あとは開業医で再び診療し、3ヶ月ごとに病院でチェックするというシステムです。患者さんの良い動機付けにはなると思うのですが、実際なかなか入院されがらず、2年間で11名と多くはありません。最近日本糖尿病協会から「糖尿病連携手帳」が発行されました。非常に良くできており、今後我々も教育入院にとらわれず、一般入院患者さんも加えて、この手帳を使って糖尿病の病診連携を普及させるよう検討しています。先生がたも糖尿病連携パスを始めてみませんか？手帳は日本糖尿病協会（tel:03-3514-1721）に直接問い

合わせていただくか、糖尿病薬を扱っているMRさんに聞いてみてください。タダで欲しいだけくれます。

○平成23年2月17日

「南那珂地区におけるシタグリプチンの長期使用経験」

南那珂内科会 会長 島田 雅弘 先生

「糖尿病と認知症」

宮崎大学医学部神経呼吸内分泌代謝学分野

教授 中里 雅光 先生

○平成23年3月15日

「C型慢性肝炎に対するPeg-IFNリバビリン併用療法の最新の知見」

串間市民病院 院長 黒木 和男 先生

「今後の宮崎の医療について～地域医療の担い手を育成する宮崎大学の取り組みと医学教育の現状～」

宮崎大学医学部

医学教育改革推進センター

教授 林 克裕 先生

○平成23年4月15日

「関節リウマチの診断と最新治療」

善仁会 市民の森病院

膠原病リウマチセンター

所長 日高 利彦 先生

○平成23年6月16日

「平成22年の心肺停止奨励の検討」

串間市民病院 内科 相良 誠二 先生

「当院における上部消化管出血の検討」

串間市民病院 内科 早川 学 先生

（文責：島田 雅弘）

西諸内科医会だより

成23年前期の西諸内科医会の近況を報告い

たします。今年はなんとと言っても霧島連山新燃岳の噴火で始まりました。1月26日、北西風に流された噴煙は間断なく都城方面に流されていました。その後しばらくは、風向きの関係で小林 えびの方面には降灰はありませんでしたが、数千mまで吹き上げられた噴煙は宮崎方面に及ぶこともありました。衛星写真で日向灘沖合いまで噴煙の帯ができていたことが確認されたのには驚愕でした。空撮写真で山頂の火口湖が黒い溶岩で縁まで埋まり、まるで鍋蓋のように火口を塞ぎ、現在も厳然と存在しているようです。先月 NHK のテレビ番組で鹿児島大学の三村准教授に噴火が治まるのはいつごろでしょうかの問いに火口の「蓋」が取れるときでしょうかと答えられていました。これは蓋を吹き飛ばすほどの噴火があればということになり大噴火を意味しているのではないのでしょうか。空恐ろしい気がいたします。

そして3月11日の東日本のマグニチュード9.0のも及ぶ超大地震と大津波、ついで地震、津波対策の不備の結果起こった人為的としか考えられないような東電福島第一原発のメルトダウンとそれに続く放射性物質の垂れ流し、拡散、土壌汚染、海洋汚染、ついに汚染稲わらを飼料に与えられた牛が内部被爆の結果、放射性セシウムがその肉に蓄積しそれが出荷され沖縄を除く全国46都道府県に出回ったことを思うと、暗澹たる気持ちになり憂鬱になってきます。今まで、技術立国と唱えてきた日本に何かしら不信感が生まれてきます。畜産業にとって、昨年、宮崎県を襲った

口蹄疫よりひどい状態ではないかと考えられます。

平成23年上半期の西諸内科医会主催の講演会は以下のとおりでした。しかし県内の演者をお招きした、平成23年4月の講演会が全国的な行事自粛ムードの中で中止となってしまったのは、その後の動きを考えると残念な気がいたします。

○平成23年1月20日

「インフルエンザ感染症の最近の動向～H1N1pdm, H5N1感染症の動向について～」

宮崎大学医学部 生殖発達医学講座

小児科学分野 教授 布井 博幸 先生

○平成23年2月4日

「頰椎変性疾患の治療」

野崎病院 整形外科

副院長 久保 紳一郎 先生

○平成23年3月10日

「糖尿病における統合的治療の重要性～症例をもとに～」

慈愛会 今村病院分院 糖尿病内科

副院長、主任部長 鎌田 哲郎 先生

○平成23年5月20日

「認知症の最新の治療法」

上田脳神経外科 院長 上田 孝 先生

○平成23年6月23日

「認知症の診断と治療～高度認知症の症例を交えて～」

熊本大学医学部付属病院 神経精神科

講師 橋本 衛 先生

(文責：野本 浩一)

原稿募集

次の原稿締切は平成23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 各郡市内科医会だより
(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	名越 敏郎
佐々木 隆	山田 孝俊	

編集後記

編集委員をしていて感じる事を2, 3書いてみましょう。まずは本誌をお読み下さる先生方に, 一委員として感謝の意を述べさせていただきます。

本誌に限らず原稿がなかなか集まらない為に, 委員として苦勞する事が多々あるのは事実です。委員会ではまず次号の構成・内容を考えた末, 投稿を依頼せねばなりません。何でも良いから書いて欲しいとお願いすれば, すぐに快く引き受けて下さる先生方もいらっしゃる, ひとまず安心して投稿を待つばかりとなります。何日も経ないうちに初稿を頂けると大変有り難く感じると同時に, 仕事は半分片付いた様なものです。予め協議したテーマを提供すると'私には書けない'と言われる事もしばしばですが, 逆に'何でも良いというのは一番困る', そう言われる先生もまた多いのです。

テーマが専門分野であっても, 何らかの資料やデータが必要となってきます。制限された文字数内に収め, ある程度出来上がれば読み直します。一般的に言えば, 誰が読むか分からない, 人に見てもらえる文章として成り立つか, などと心配しながら誤字脱字は勿論, 写真並びに解説, そして恐らく最後に文章の流れのチェックに至ります。

頂いた原稿は各委員が読み直し, 仮に訂正の必要性もしくは疑問が生じれば, 著者に再度の読み直しをお願いするものです。委員会開催後も, 快諾は頂いたのに原稿が届かずやや焦る事も無いではありません。届くまでは一抹の不安を抱える日が続くのも確かです。日常はまとまった時間も取れない事も承知していますが, 催促せざるを得ない事もあります。その節はどうか気分を悪くされないで下さい。

書き直しが多ければ多いほど嫌気が増してくるのも事実です。そこで初稿は成るべく短期間で書き上げるのがコツではないかと考えます。自ら書いたのは良いが, 正直うんざりさせられる校正は, 実は非常に大事な作業なのです。慎重に読み直せば必ず不備や不満な箇所が見つかるもので, 数行を別の箇所に移し替える事もしばしばです。読者に読んでもらえる為には出だしが肝心と考える著者も多く, 冒頭から書き換える事もありましょう。タイトルも同様です。苦勞して書いた文に対し委員会からあれこれ言われたくない, そうお考えの会員も中にはいらっしゃるかと思います, 私どもはお手伝いをするのが仕事です。

最後に, どうぞみなさん, 文章として何かを残したくなったらいつでも宮崎県内科医会宛てに原稿をお送り, あるいは打診して下さい。委員会一同, 心より歓迎申し上げます。(田中宏幸)

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-mailsachiko-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