

[巻頭言]

衆知を集める

宮崎県内科医会副会長

野村朝清

参議院選挙も終わり、羽生田たかし候補、武見敬三候補の当選で一安心とはいえ、今後は消費税の値上げに伴う医療機関の消費税問題、TPPの問題、社会保障費の圧縮問題など、医療について多難な環境の変化が予想される。

特に消費税問題については、医療機関で受診者からの消費税の徴収ができないため、取引先の消費税分を丸々医療機関で負担しなくてはならない。したがって、消費税が値上げされれば、その影響は甚大で、東京保険医協会によると (<http://www.hokeni.org/top/medicalnews/2013medicalnews/130415syoughizei.html>)、年間3,500万円の医業収入のあるモデル医療機関で試算した所、消費税が5%から10%に値上げされた場合、院外処方医療機関で利益が1,600万円から、1,490万円に、院内処方の医療機関で利益が1,599万円から1,391万円に減少することが試算されている。消費税による損税のため年間110万円から208万円の利益の減少となる。

消費税問題にしても、TPPにしても、医療の現場に重要な関わりを持つ事柄だが、医学的知識とは関係が薄く、判断に困ることが多い。しかし、診療の継続への重大な影響が危惧されるのは上に述べたとおりだ。ここは、衆知を集めてこのような問題に対する医師としての確とした認識を持ち対応していく努力が個々の内科医会員としても必要であると思われる。

[教授ご紹介]

自己紹介と生理活性ペプチド研究紹介



宮崎大学フロンティア科学実験総合センター
生理活性物質探索病態解析分野

教授 加藤 丈 司

宮崎県内科医会の皆様、平成18年より、宮崎大学フロンティア科学実験総合センター生理活性物質探索病態解析分野を担当いたしております加藤丈司です。この度、宮崎県内科医会誌への投稿機会を頂きましたので、同センターや自己紹介を兼ねて生理活性ペプチド研究の現状や今後の展望についてご紹介申し上げます。

1. フロンティア科学実験総合センター

私の所属部署の沿革についてご紹介いたします。平成15年、宮崎医科大学と宮崎大学の統合により誕生した新生・宮崎大学の理念の1つは、「生命科学に特色を持つ大学の創造」でした。この理念を具現化するためのコア組織の1つとして、統合に先立って宮崎医科大学に設置されたのが「フロンティア科学実験総合センター」です。生理活性ペプチドの研究は、宮崎大学における研究の「看板」の1つとなっておりますが、生理活性物質探索病態解析分野は、同センターの生理活性物質研究部門のなかの1つの分野であり、生理活性ペプチドの探索と病態解析に関する研究を担当しています。

2. 自己紹介と研究経歴

私は、昭和33年、熊本県南小国町の生まれです。南小国町は、熊本県と大分県の県境、九州の真ん中やや北よりに位置しており、黒川温泉等、多くの温泉があります。隣町の小国町は、北里柴三郎博士の出身地でも知られています。中学時代まで南小国で過ごし、熊本県立熊本高等学校を経て、昭和52年に宮崎医科大学医学部に入学しました。大学卒業後、田仲謙次郎教授が主宰されておられた第一内科に入局し、内科研修の後、高血圧ならびに高血圧に関連した心血管疾患の臨床、研究、教育に携わってまいりました。

私の研究者としてのキャリアは、昭和60年、大学院入学とともにスタートしました。折しも、当時の第二生化学の松尾寿之教授らが、ヒト心房より、ナトリウム利尿ペプチド（ANP）を発見され¹⁾、私も、ナトリウム利尿ペプチドの研究で学位を頂きました。学位取得後、平成元年より、米国にて3年間、カーリー博士のもとでナトリウム利尿ペプチドの研究を継続しました。カーリー博士は、ラット心房からANPを単離同定して、アトリオペプチンと命名した研究者です。米国では、新規生理活性ペプチド・グアニリンの単離同定にも取り組みました²⁾。帰国の後、宮崎医

科大学第一内科の江藤胤尚教授（現・健康づくり協会）および北村和雄教授のもとで、アドレノメデュリン³⁾、PAMP等、生理活性ペプチドの研究に従事し、平成18年にフロンティア科学実験総合センターの教授を拝命し現在に至っております。私の主な研究テーマの1つは、血圧や体液量を減少させる「降圧系ペプチド」であり、ナトリウム利尿ペプチド、グアニリン、アドレノメデュリンが含まれます。本稿では、新規生理活性ペプチド探索およびこれら3つのペプチドについて、私どもの研究の紹介も含めて、研究の現状と今後の展望について述べてみます。

3. 新規生理活性ペプチドの探索研究

新規ペプチドが発見されれば、大きな研究展開が期待されますが、一方で、発見できなければ、成果は殆ど残りません。すなわち、リスクですがエキサイティングな研究です。生理活性ペプチドは、細胞膜受容体に結合して、細胞内の情報伝達系を活性化することにより作用を発揮します。なかでも、7回膜貫通Gタンパク質共役型受容体（GPCR）は、生体機能の調節と恒常性の維持において重要な役割を担っています。GPCRのリガンドとして、ペプチドを含め多くの物質が同定されていますが、内在性リガンドが同定されていない受容体は、オーファン受容体と呼ばれ約180種類存在します。主要な医薬品が、GPCRをターゲットとしていることから、オーファン受容体のリガンド探索は、世界中の研究者によって活発に行われています。しかし、近年、オーファン受容体に対する新規生理活性ペプチドの発見は減少傾向にあります。後述のアドレノメデュリン

（AM）の受容体は、GPCRのカルシトニン受容体様受容体に、膜蛋白の受容体活性調節蛋白（RAMP）が作用することにより形成されますが、RAMPは他の受容体のリガンド特異性も変化させます。すなわち、リガンドと受容体の一対一の対応という従来の考え方では、オーファン受容体に対する未知のリガンドの同定は困難である可能性も明らかになりました。宮崎医科大学および宮崎大学における生理活性ペプチド探索研究により蓄積された方法論やノウハウをもとに、新たに得られた知見を加味しつつ、桑迫准教授やIR推進機構井田助教らが、生理活性ペプチドの探索研究に取り組んでおります。

4. ナトリウム利尿ペプチド

私どもは医学部の学生時代、心臓は血液を全身に送り出すポンプであると教わりましたが、その概念は、ナトリウム利尿ペプチド（ANP、BNP）の発見によって、大きく変わりました。図1に示しますように、心臓は体液量増加や血圧上昇に反応してANPとBNPを分泌します。分泌されたANPとBNPが、腎臓、血管、副腎に作用して、体液量を減少させ血圧を下降させます。すなわち、ANP

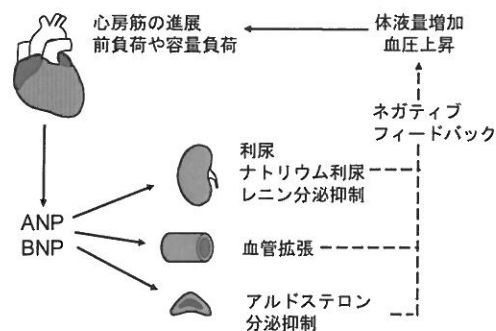


図1. ナトリウム利尿ペプチド（ANP と BNP）による体液量と血圧の調節機構。

とBNPによるネガティブフィードバック機構が存在しており、心臓は自ら前負荷や後負荷を軽減させるべく、内分泌器官として機能しています⁴⁾。現在、ANPとBNPは、それぞれ心不全の治療薬（商品名：ハンプ）や診断薬（疾患マーカー）として不可欠な薬剤となっています。私は、大学院生あるいは米国でポストドクとしてANP研究に取り組みましたが、ナトリウム利尿ペプチドの研究が、このように発展するとは夢にも思いませんでした。

最近のナトリウム利尿ペプチドの話題として、新たな中性エンドペプチダーゼ（NEP）阻害剤LCZ696があります⁵⁾。同剤は、アンジオテンシンII受容体拮抗作用とNEP阻害作用を併せ持つ降圧剤として治験が進行しており、近い将来、新たな降圧薬として上市されると思います。アンジオテンシンII受容体をブロックするのみでなく、ANPを分解する酵素NEPを阻害してANP濃度を上昇させることにより降圧作用を発揮します。NEP阻害剤は、収縮期血圧の低下作用に優れていることが報告されており、高齢者の収縮期高血圧への有効性が期待されます。

5. グアニリン

ナトリウム利尿ペプチドは、AおよびB型の膜型グアニル酸シクラーゼ（GC-A, GC-B）に結合して作用を発揮します。膜型GCには、A型とB型に加えて、C型（GC-C）がありますが、GC-Cの内因性リガンドとして発見されたのがグアニリンです²⁾。グアニリンは下部消化管に豊富に発現しており、管腔側に分泌されていると考えられています。分泌されたグアニリンは、消化管上皮に存在

するGC-Cに結合して、消化管上皮からのClイオンの分泌を増加させます。その結果、消化管内に水と電解質が増加して、「便を軟らかくする」こととなります。

最近、米国Ironwood社のカーリー博士（米国での私の上司）らにより、グアニリンアナログが製剤化されました⁶⁾。臨床治験を経て、便秘型過敏性大腸ならびに特発性慢性便秘の治療薬として、米国と欧州で承認され使用されています。全く新しいタイプの便秘薬であり、一般名はリナクロチドです。現在、日本でも治験が進行中であり、新たな便秘薬として登場する可能性があります。内科医会会員の皆様のなかにも、ADLが低下した高齢の患者さんの排便コントロールに苦勞されておられる方がいらっしゃるのではないかと思います。グアニリンの単離同定に携わった者として、そのような患者さんへのリナクロチドの有用性を大いに期待しています。

6. アドレノメデュリン

アドレノメデュリン（AM）は、宮崎大学医学部第一内科の北村和雄教授らにより、ヒト褐色細胞腫組織から単離同定されました。私は、米国から帰国当初より、第一内科大学院生の先生らとAM研究に取り組みました。それらの研究から、AMが心血管保護作用、抗炎症作用、血管新生作用等の多彩な作用を発揮し、疾患モデル動物を用いた実験により、急性心筋梗塞、炎症性腸疾患（IBD）、閉塞性動脈硬化症（ASO）への治療薬として有用であることが判明しました⁷⁾。現在、IBDやASOの患者さんを対象にした臨床治験が行われており、新たな治療薬としての有用性が示唆されています。

私どもは、AMの治療薬のみでなく診断薬（疾患マーカー）としての有用性も検討してきました。AMは血中に存在しており、主に心血管組織から分泌されていると考えられています。AMの血中濃度は、高血圧、急性心筋梗塞、心不全、腎不全等の幅広い疾患で、疾患重症度に応じて上昇することが判明しました。また、健康診断を受診された清武町住民の皆さまのご協力を頂き、生理活性ペプチドに関するフィールド研究も進めてきました。高血圧や明らかな心血管疾患がない清武町住民の方の血中AM濃度を測定して、3年間追跡調査をしましたところ、AMレベルが高い方からの高血圧発症が高頻度でした（図2）⁸⁾。すなわち、AMは高血圧発症の予測因子であり、比較的早期の心血管障害マーカーとしての有用性を示唆する所見と考え、より具体的かつ詳細な検討を進めております。

おわりに

これまでの研究経過ならびに今後の研究展望について、臨床医学に関連した話題を中心にご紹介申し上げました。宮崎より世界へ向けて新たな情報を発信出来るように、研究室

員一同、生理活性ペプチドの研究に取り組んでおります。宮崎県内科医会の先生方には、これまで同様、ご支援ならびにご鞭撻を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

参考文献

- 1) Kangawa K, Matsuo H. Purification and complete amino acid sequence of α -human atrial natriuretic polypeptide (α -hANP). *Biochem Biophys Res Commun* 1984; 118: 131-9.
- 2) Currie MG, Fok KF, Kato J, et al. Guanylin: an endogenous activator of intestinal guanylate cyclase. *Proc Natl Acad Sci USA* 1992; 89: 947-51.
- 3) Kitamura K, Kangawa K, Kawamoto M, et al. Adrenomedullin: a novel hypotensive peptide isolated from human pheochromocytoma. *Biochem Biophys Res Commun* 1993; 192: 553-60.
- 4) Kato J, Eto T. Natriuretic peptides. In: Martini L, ed. *Encyclopedia of Endocrine Diseases*, San Diego, USA: Academic Press, 2004: 287-290.
- 5) Ruilope LM, Dukat A, Böhm M, et al. Blood-pressure reduction with LCZ696, a novel dual-acting inhibitor of the angiotensin II receptor and neprilysin: a randomised, double-blind, placebo-controlled, active comparator study. *Lancet* 2010; 375: 1255-66.
- 6) Lembo AJ, Schneier HA, Shiff SJ, et al. Two randomized trials of linaclotide for chronic constipation. *N Engl J Med* 2011; 365: 527-36.

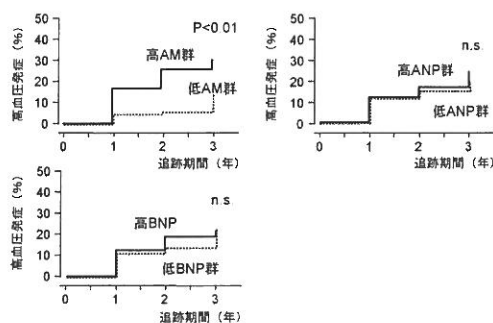


図2. 血中AM、ANP、BNP濃度と高血圧発症（参考文献8）より引用）。

7) Kato J, Tsuruda T, Kita T, et al.
Adrenomedullin: a protective factor
for blood vessels. *Arterioscler Thromb
Vasc Biol* 2005; 25: 2480-7.

8) Kato J, Kitamura K, Eto T. Plasma
adrenomedullin level and development
of hypertension. *J Hum Hypertens*
2006; 20: 566-70.

特集

末梢動脈疾患 (peripheral arterial disease) に対する血管内治療の現在

宮崎市郡医師会病院 心臓病センター 循環器内科

仲間 達也

はじめに

末梢動脈疾患 (peripheral arterial disease: PAD) は、主に四肢主幹動脈に慢性的な動脈硬化性病変を伴い発症する疾患である。以前は閉塞性動脈硬化症 (atherosclerosis obliterans: ASO) と表現されていたが、最近はより広義の意味を込めてPADと表現される。欧米諸国におけるPADの有病率は3～10%であり、70歳以上では15～20%と、年齢に伴い上昇する¹⁾ (Fig. 1)。本邦でも高齢化社会の到来や食生活の欧米化に伴い罹患率は増加傾向にあり、PADの診断と治療が注目されている。今回、このPADに対する治療について、私の専門とする血管内治療 (以前はPercutaneous trans-luminal angioplasty: PTAと呼ぶ事が多かったが、最近では、Endovascular therapy: EVTの呼称

が広く用いられている) を中心に紹介する。

末梢動脈疾患の全身治療と局所治療

PAD患者への治療は、全身治療と局所治療という2本の柱からなる。PADは動脈硬化性疾患であり、全身の動脈硬化の管理は重要である。概ね半数が冠動脈・頭頸部動脈硬化性疾患を合併するPoly-vascular diseaseであり、アテローム性動脈硬化症による心血管イベント (心筋梗塞・脳卒中) の発生頻度が非常に高い。これらの発生は生命予後に大きな影響を与える。PAD患者の5年生存率は75%¹⁾ と低値である (Fig. 2) が、その死亡原因の多くが致死的心血管イベントによる。そのため、局所症状の有無に関わらず、動脈硬化性疾患危険因子の厳格なコントロールに加え、抗血小板薬の投与等でイベント発

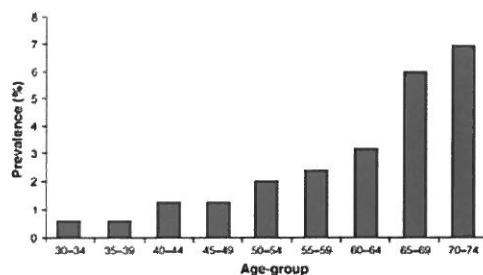


Figure 1. 大規模試験における間欠性跛行 (症候性 PAD) の加重平均有病率 (TASCIIより抜粋)。

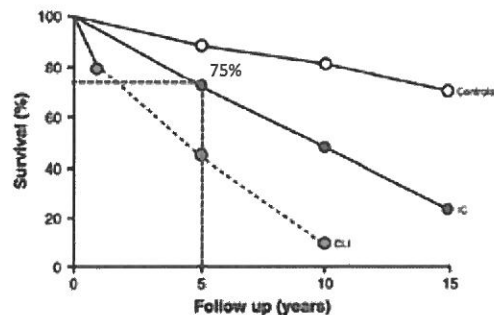


Figure 2. 末梢動脈疾患患者の生存率 (TASCIIより抜粋、一部改訂)。

生の抑制が必要とされている¹⁾。

もう一つの柱は局所病変に対する治療である。PADの中で最も罹患率が高く症候性になり易い病変が下肢である。下肢の虚血症状により、下肢冷感、しびれ、間欠性跛行、安静時疼痛、足趾潰瘍、壊疽まで様々な症状を呈する。間欠性跛行はPADの代表的な症状である。治療は薬物・運動療法が第一選択となり、シロスタゾールの投与等による最大跛行距離改善が報告されている²⁾。薬物・運動療法の効果が不十分な場合に血行再建の適応となる。血行再建の手段として、EVTとバイパス手術があり、病変・患者背景によって治療方法が選択される。ただし、症状の責任病変が大動脈-腸骨動脈領域である場合、薬物・運動療法に先立ち血行再建を第一選択とする方が望ましいという考え方もある¹⁾。この理由として(詳細は後述するが)低侵襲なEVTで良好な長期予後が得られる事などが挙げられる。

安静時疼痛～足趾潰瘍・壊疽を呈する重症下肢虚血(critical limb ischemia: CLI)と呼ばれる状態まで症状が重篤化すると、下肢切断の危機に瀕する事になる。救命のためにとして数多くの大切断(「膝下より上位レベルでの踵を残すことができない切断」と定義される)が本邦でも施行されているが、下肢大切断後の生命予後は不良¹⁾であり、足を切断する事は命を縮める事に他ならない。大切断の先には、10%の周術期死亡に加え、2年後には30%が死亡。30%対側もしくは追加の切断という不幸な結果¹⁾が待つのみである(Fig. 3)。

CLI患者は、保存的加療、内服加療で改善する事はなく、血行再建の絶対的適応とな

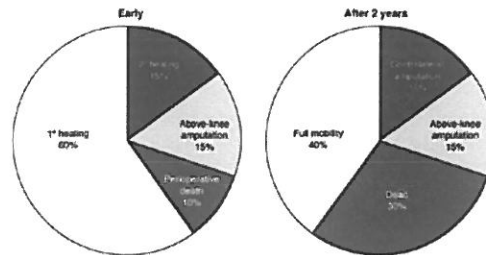


Figure 3. 大切断(膝下切断)施行患者の周術期と2年後の転帰(TASCIIより抜粋)。

る。血行再建の方法には間欠性跛行の際と同様に、バイパス手術とEVTがあるが、この2つの治療方法を直接比較したランダム化試験は殆ど無い。2005年にLancetに発表された英国のBASIL trial⁴⁾によると、治療後2年までの成績では、自家静脈バイパス手術とEVTでは救肢率には差はないとされている。それを踏襲し、バイパスの長期開存性の恩恵を受ける事のできる患者、すなわち2年以上の生命予後が期待でき、かつバイパス手術の為に自家静脈が採取できる患者ではバイパス術を第一選択、2年以上の生命予後が期待できない、もしくはバイパスのための自家静脈が採取出来ない患者ではEVTが第一選択と考える事ができる。ただしこれには複数の問題点がある。まず、扱われている患者背景が日本の現在の救肢医療の対象患者と大きく異なる事である。日本のCLI患者の多くは透析患者であり、病変としても膝下単独病変が4割以上を占めるとされているが、BASIL trialでは透析患者は除外されており、病變の多くは膝上病変で、膝下単独病変は極めて少数である。またEVTの治療方法はバルーンでの拡張のみで、現在膝上血管に多く使用されているナイチノールの自己拡張型ステントが使用されていない。これは現在のCLIに対する血行再建の現状を十分に反映したもので

はない。

血管内治療の適応と現状

現在、PADにおける治療適応決定の主軸は、2007年に発表されたTASC II¹⁾である。TASC IIでは、2000年に発行されたTASC⁵⁻⁷⁾を(以後TASC 2000と表記)改訂したガイドラインである。発表から既に6年が経過し、実臨床上の適応と乖離が生じている印象は否めないが、病変難易度の評価はこのTASC IIに沿って行われる。治療適応については2011年に改訂されたESCガイドライン⁸⁾が存在し、比較的現在の実臨床に近い適応であるという印象があるが、血管外科を含めた多診療科のコンセンサスを得たガイドラインではない。末梢動脈疾患患者へ診療を行う全ての医師の共通の理解を得た、TASC IIIの早期の発表を期待したい。

TASC IIでは、大動脈-腸骨動脈、大腿膝窩動脈の2領域に関しては、病変形態・治療

難易度に応じてA～Dの4つに分類されている¹⁾。A/BがEVT第一選択、C/Dがバイパス手術第一選択と定義される(Fig. 4, 5)。残念ながら膝窩動脈以下の病変に関しては詳細な分類の記載はなく、間欠性跛行患者には通常適応されないと示すに留まる¹⁾。2011年発表のESCガイドラインでは、大動脈-腸骨動脈領域、大腿膝窩動脈領域どちらもTASC Cまでが血管内治療が第一選択、TASC Dに関しては、併存疾患が多い患者へ経験のある術者やチームにより施行されるべきであると示されている⁸⁾。膝下以下の血管に対しては、血行再建の必要があれば血管内治療が第一選択、バルーン拡張で十分な血流が得られなければステント留置も検討⁸⁾、とかなり踏み込んだ内容となっている。以下にそれぞれの病変における要点を述べる。

大動脈-腸骨動脈領域

血管径が大きい事、大腿膝窩動脈領域と異

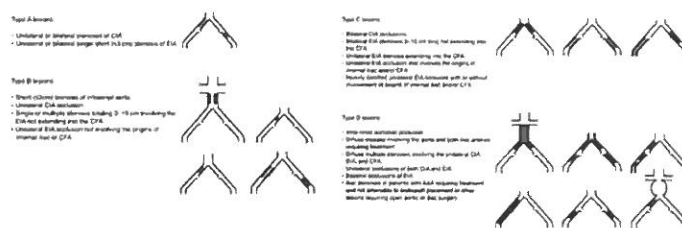


Figure 4. 大動脈-腸骨動脈領域のTASC分類 (TASCIIより抜粋)
CIA:総腸骨動脈、EIA:外腸骨動脈、CFA:総大腿動脈、AAA:腹部大動脈瘤。

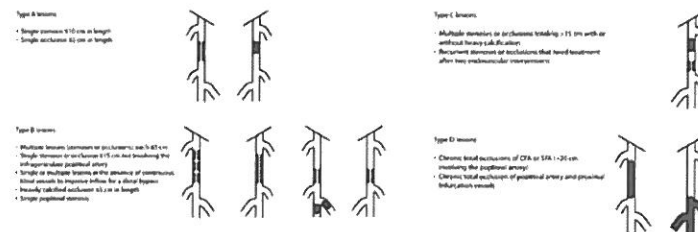


Figure 5. 大腿膝窩動脈領域のTASC分類 (TASCIIより抜粋)
CFA:総大腿動脈、SFA:浅大腿動脈。

なり外力を受け難い事等から、大動脈-腸骨動脈領域のステントを用いたEVTの長期成績は良好で、現状のTASC IIによる治療適応は既に形骸化している。曾我らは、大動脈-腸骨動脈領域におけるステント留置術の5年の一次開存率（狭窄からの回避率）は77.5%、二次開存率（閉塞からの回避率）は98.5%であり（Fig. 6）、これはTASC分類に関わらず有意差を認めない（TASC分類における5年の一次開存率、TASC A, B, C, D: 77.8%, 78.0%, 73.3%, 80.5%, P=0.55）と報告している（Fig. 7）³⁾。即ち、どの様な病変であっても、ワイヤーが通過しステントが留置できれば大動脈-両側大腿動脈バイパス（5年開存率: 跛行患者で91%, CLI患者で87%⁹⁾）に匹敵する長期開存率を得る事が出来るという事である（通常二次開存率で比較）。この様な現状から、よほどの複雑病変を除き、現在の大動脈-腸骨動脈領域の血行再建は、TASC分類に関わらずEVTが施行される場合が多い。今後TASC IIIが発表された際、大動脈-

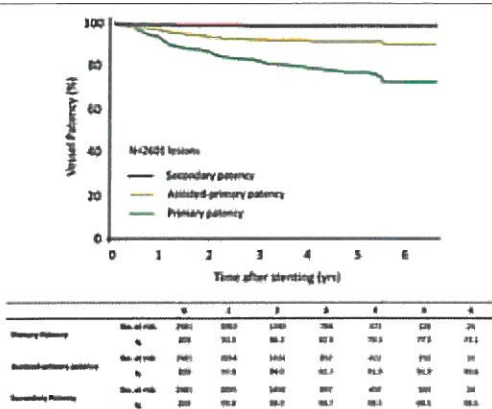


Figure 6. 大動脈-腸骨動脈領域における長期のステント開存率 (Soga Y, Iida O, Kawasaki D, et al, Contemporary outcomes after endovascular treatment for aorto-iliac artery disease. Circ J 2012;76:2697-2704より抜粋) .

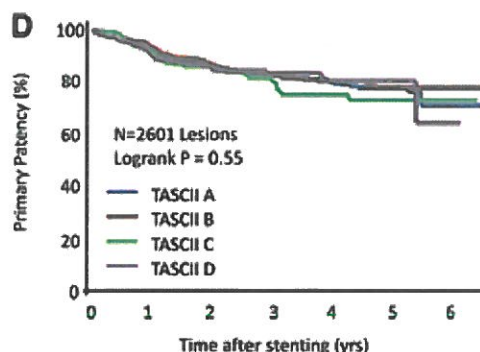


Figure 7. 大動脈-腸骨動脈領域における長期のステント一次開存率 TASC分類毎の比較 (Soga Y, Iida O, Kawasaki D, et al, Contemporary outcomes after endovascular treatment for aorto-iliac artery disease. Circ J 2012;76:2697-2704より抜粋) .

腸骨動脈の血管内治療の適応がどう定義されるか、非常に興味深い。

大腿膝窩動脈領域

大腿膝窩動脈は、歩行運動に伴う下肢の屈曲により多くの外力の影響を受ける。浅大腿動脈は長い血管であり、血管の場所に伴い、ねじれ、圧迫、屈曲、伸展、収縮と様々な外力を受ける。そのため通常のステンレスのステントでは、外力の影響からバルーン拡張単独での成績を超える事が出来ず、TASC 2000では5 cm以下の完全閉塞病変はTASC D病変と定義され、この領域へのEVTは広く行われる事は無かった⁵⁻⁷⁾。しかし、ナイチノールの自己拡張型ステントの登場により時代が大きく変化した。バルーン拡張術に対する優位性を見いだせなかったステンレススチールのステントと違い、ナイチノールの自己拡張型ステントは比較的満足できる長期成績を示す事に成功した¹⁰⁾。それにより、TASC 2000からTASC IIへの改訂で、TASC Dと定義されていた5 cmの慢性完全閉塞病

変がTASC A, 即ちEVTが第一選択の単純病変と定義された¹⁾。浅大腿動脈へのEVT時代の幕開けである。その後, 本邦でも同病変に対して数多くのEVTが行われ, 比較的満足のいく長期成績を示されている。鈴木らの報告によると4年の一次開存率: 66%, 二次開存率: 87%¹¹⁾と, 自家静脈バイパスには劣るものの, 人工血管バイパスには劣らない成績¹⁾である (Fig. 8)。ただし大動脈-腸骨動脈領域と異なり, 病変難易度により開存率は低下する (TASC A/B: 81%, C/D: 51% 4年の一次開存率での比較¹¹⁾) ため (Fig. 9), この領域のEVTの今後の課題は, 複雑病変に対する長期成績をどの様に向上させるかである。興味深いことに, シロスタゾールの内服が再狭窄率・再治療率を著明に減少させる事が多数報告されており (Fig.10), 大腿膝窩動脈領域へのEVT後には必須の薬剤であると言える¹²⁻¹⁵⁾。先述の最大跛行距離改善のみならず, 治療後の再狭窄抑制にも有効という事で, シロスタゾールは現在のPAD診療におけるキードラッグであると言っても過言ではない。動悸など, 副作用も多い薬剤なので投与方法に習熟しておく必要がある。

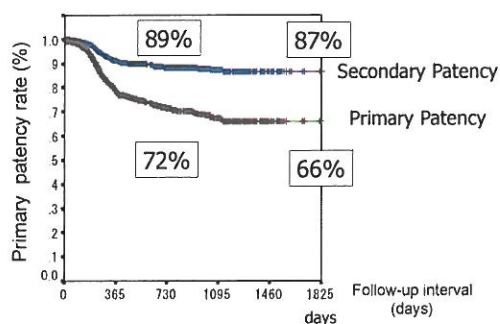


Figure 8. 大腿膝窩動脈領域に留置したSMARTステントの開存率 (一般財団法人厚生会 仙台病院 鈴木健之先生より提供頂き、掲載)。

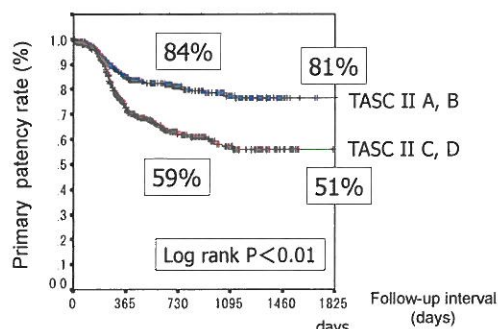


Figure 9. 大腿膝窩動脈領域に留置したSMARTステントのTASC分類における開存率の違い (一般財団法人厚生会 仙台病院 鈴木健之先生より提供頂き、掲載)。

大腿膝窩動脈領域は, デバイスの進歩が著しい領域である。2012年には薬剤用出性ステントである「Zilver PTX」が, 2013年には第二世代ナイチノール自己拡張型ステントである「Misago」が承認された。どちらも良好な長期開存が期待できるデバイスである。現在もグラフトステント, 薬剤溶出性バルーン等数多くのデバイスが治験終了し承認待ちもしくは治験施行中である。新しいデバイスの登場によりさらなる長期予後改善を期待したい。

膝下血管領域

飯田らが報告したJ-BEART registry¹⁶⁾によると, 900症例 (1,068肢) の重症虚血肢のうち全てが膝下血管に病変を持ち, 465肢 (43%) が膝下単独病変であるとされている (Fig.11)。即ち, CLI患者の救肢は, 膝下血管との戦いであると言っても過言ではない。

膝下血管へのEVTはCLI患者に対してのみ施行される。膝下単独病変に対するEVTの3ヶ月での再狭窄・再閉塞率は73% (再狭窄: 40%, 再閉塞: 33%) と, 長期成績は期待できない¹⁷⁾。あくまでもCLIの創傷治癒を目的と

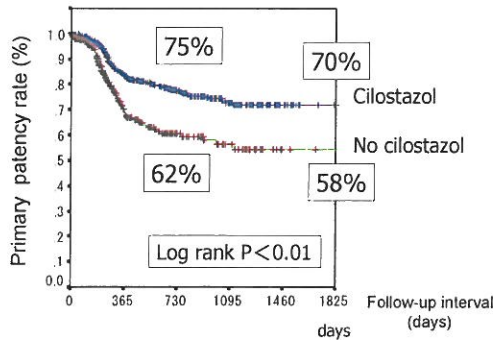


Figure10. シロスタゾールの有無での大腿膝窩動脈領域のステントの開存率の違い（一般財団法人厚生会 仙台病院 鈴木健之先生より提供頂き、掲載）。

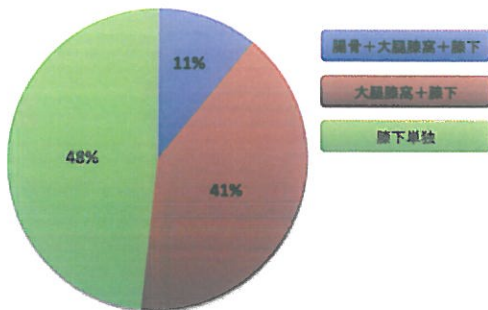


Figure11. 日本の6施設から2004年～2010年に登録された900人（1068肢）の重症下肢虚血患者の責任病変のうちわけ（関西ろうさい病院 飯田医師の好意により転載）。



Figure12. 当院に来院した母趾の壊疽。血管造影にて膝下血管3枝閉塞を認める。



Figure13. 血管内治療にて前後脛骨動脈の血行再建に成功。術後2週間経過し、良好な肉芽形成を認める。

して、創傷治癒までの期間のみ血流を維持させる治療である。しかし、高い再狭窄率・再閉塞率にも関わらず長期開存が期待できるバイパス手術に匹敵する救肢率が得られるのは何故か⁴⁾。これは、血行再建後に創部が治癒、つまり上皮化に至れば、再狭窄・再閉塞が潰瘍や壊疽の再発に直結する訳ではない事が理由として挙げられる。創部の治癒後は、虚血以外の傷を作った原因を除去し再発を予防するフットケアが非常に重要となる。もちろん、創部が治癒に至る前に治療対象血管が再狭窄を起こすと、再血行再建が必要である。その

ため創部の完治までに複数回のEVTが必要になる症例も多い。繰り返すが、血行再建が治療のゴールではなく、創傷治癒と救肢こそが臨床目標である。当院での最近の膝下単独病変の症例を1例提示する（Fig.12,13）。

近年の様に、救肢の為の膝下血管へのEVTが広く行われる様になるまでは、膝下の血行再建に関して「One-straight line」という概念が信じられてきた。膝下の3本の血管（前脛骨動脈、後脛骨動脈、腓骨動脈）のうち、どれか1つの流れが保たれていれば血流としては十分であるという概念である。し

かし、これは、治療後に多くの血流量が確保できる、自家静脈による膝下バイパス手術に基づく概念であり、EVTにおいては、この考え方は必ずしも正しくない。1本の血管の開通のみでは救肢や創傷治癒に至れない症例は多く、また1本の血管が開通しているにも関わらず、難治性潰瘍や壊疽を抱える症例も多い。では、膝下血管へのEVTは何をエンドポイントとすべきなのか。もちろん全ての閉塞・狭窄血管を再還流する事が出来ればそれに超した事は無いが、多くの場合は不可能である。その中で、飯田らが提唱するアンギオサムコンセプト¹⁸⁾に基づく治療を行うという考え方は一つのコンセンサスが得られている。足を血流支配に基づき区域分けをする事がアンギオサムコンセプトの概要である。実際に、アンギオサムに一致した血行再建が行えた「ダイレクト群」と、アンギオサムに一致した血行再建が行えず、その他の血管を拡張させた「インダイレクト群」で救肢率と大切断回避率は有為差があるとの報告があり¹⁹⁾、このアンギオサムに一致した標的血管の確保を目標とするという事は、膝下病変へのEVTの明確なエンドポイントのうち一つである。

本邦でも、欧米で使用可能な膝下血管用の薬剤用出性バルーンやステント等の新デバイスが数年内に使用可能になると思われる。それにより治療に至るまでの再治療回数の減少、長期予後改善、そして治療適応拡大が期待できる。早期の市場への導入を期待したい。

おわりに

以上、駆け足ではあったが、EVTの話題を中心として現在のPADの治療についてまとめた。本県ではPADに関する認知度はま

だ低く、多くの患者が治療の恩恵を享受できていない。特にCLIに対する救肢医療に関しては早急に対策を練る必要がある。1本の重症虚血肢を救うには、多くの診療科の連携による集学的な医療が必要となる。今後多くの医師がこの疾患に関心を持ち円滑に連携を行う事で、不幸な大切断が一例でも減らせれば、そして何よりも切断が間近に迫る様な、大きなトラブルが未然に予防出来れば幸いである。

参考文献

- 1) Norqren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al: Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II) . J Vas Surg 45: S1-S67, 2007.
- 2) Regensteiner JG, Ware JE Jr, McCarthy WJ, et al: Effect of cilostazol on treadmill walking, community-based walking ability, and health-related quality of life in patients with intermittent claudication due to peripheral arterial disease: meta-analysis of six randomized controlled trials.
- 3) Soga Y, Iida O, Kawasaki D, et al: Contemporary outcomes after endovascular therapy for aorto-iliac artery disease. Circ J 2012; 76: 2697-2704
- 4) Adam DJ, Beard JD, Cleveland T et al: Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg (BASIL) : multicentre, randomised controlled trial.

- Lancet 2005; 366: 1925-34
- 5) TASC. Management of peripheral arterial disease (PAD) . Trans-Atlantic Inter-Society Consensus (TASC) . Eur J Vasc Endovasc Surg 2000; 19 (Suppl A) : S1-xxviii. S1-S250
- 6) TASC. Management of peripheral arterial disease (PAD) . Trans-Atlantic Inter-Society Consensus (TASC) . J Vasc Surg 2000; 31 (1 part 2) : S1-S287.
- 7) TASC. Management of peripheral arterial disease (PAD) . Trans-Atlantic Inter-Society Consensus (TASC) . Int Angiol 2000; 19 (Suppl. 1) : I-XXIV. 1-304
- 8) ESC guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery disease. European Heart J. 2011 1; 32: 2851-2906
- 9) De Vries S, Hunink M: Results of aortic bifurcation grafts for aortoiliac occlusive disease: a meta-analysis. J Vasc Surg 1997; 26 (4) : 558-569
- 10) Sabeti S, Schillinger M, Amighi J et al: Primary patency of femopopliteal arteries treated with nitinol versus stainless steel self-expanding stents: propensity score-adjusted analysis. Radiology 2004; 232: 516-521
- 11) Suzuki K, Iida O, Soga Y, et al: Long-term result of the S.M.A.R.T. Control™ Stent for superficial femoral artery lesions, J-SMART Registry. Circ J 2011; 75: 939-944
- 12) Iida O, Nanto S, Uematsu M, et al: Cilostazol reduces target lesion revascularization after percutaneous transluminal angioplasty in the femoropopliteal artery. Circ J 2005; 69: 1256-1259
- 13) Iida O, Nanto S, Uematsu M, et al: Cilostazol reduces restenosis after endovascular therapy in patients with femoropopliteal lesions. J Vasc Surg 2008; 48: 144-149
- 14) Soga Y, Yokoi H, Kawasaki T, et al: Efficacy of Cilostazol after endovascular therapy for femoropopliteal artery disease in patient with intermittent claudication. J Am Coll Cardiol 2009; 53: 48-53
- 15) Iida O, Yokoi H, Soga Y, et al: Cilostazol reduces angiographic restenosis after endovascular therapy for femoropopliteal lesions in the sufficient treatment of peripheral intervention by cilostazol study Circulation 2013; Jun 11; 127 (23) : 2307-15
- 16) Iida O, Soga Y, Hirano K, et al: Midterm outcomes and risk stratification after endovascular therapy for patients with critical limb ischemia due to isolated below-the-knee lesions. Eur J Vasc Endovasc Surg 2012 (43) , 313-321
- 17) Iida O. et al. Angiographic restenosis and its clinical impact after infrapopliteal angioplasty. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2012 Oct; 44 (4) : 425-31
- 18) Iida O, Nanto S, Uematsu M, et al:

-
- Importance of the angiosome concept for endovascular therapy in patients with critical limb ischemia. *Catheter Cardiovasc Interv* 2010; 75: 830-6
- 19) Iida O, Soga Y, Hirano K et al: Long-term results of direct and indirect endovascular revascularization based on the angiosome concept in patients with critical limb ischemia presenting with isolated below-the-knee lesions. *J Vasc Surg* 2012; 55: 363-70
-

[会員投稿論文]

仙骨神経領域の帯状疱疹罹患体験記

宮崎市 産業医

大塚 伸 昭

帯状疱疹はポピュラーな疾患であり、診断は容易である。しかし、私自身が仙骨神経領域の帯状疱疹に昨年末に罹患したが、症状が非特異的な事もあり注意が必要と思われるので、紹介させていただく。

経過は以下の通りである。起床時に強い尿道痛あり。陰茎中央から陰囊付近までの痛みで視診では特に異常を認めなかった。また、その時には臀部痛も全く無かった。

検尿は異常を認めず、前立腺肥大に伴う前立腺炎或いは尿道炎も考えにくかった。診断確定しなかったが、抗生物質服用で症状は改善した。3日後から歩行時の軽度の左臀部痛（自発痛無し）が出現した。発症4日目の就寝時に何気なく左臀部を触ると（この時点でも自発痛無し）左臀部全体に皮疹があるのに気づき、「しまった！帯状疱疹か！」と、慌てて飛び起きて鏡を見るが、自分では中々確認出来ない。家内を起こして、皮疹の様子や水疱が無いかを聞くも余り良くわからないとの事。デジカメで私の臀部を撮影してもらったが、確かに発赤疹はあるが、水疱が良くわからない。臀部は座ったりするので水疱が潰されていたのかもしれない。

結局、診断が完全に遅れて一応抗ウイルス剤を服用したが、後遺症を残す事となった。皮肉な事に？診断確定後から臀部のヒリヒリする強い自発痛が出現した。仙骨神経領域（S2～S4）の帯状疱疹は副交感神経の働きに影響するので排尿、排便困難が発生した。特に当初は尿意があるのに排尿出来ない状況が続いた。幸い導尿などは必要無かったが、難渋する合併症であった。現在は症状は改善しているが、左臀部の帯状疱疹後神経痛、軽度の知覚障害、発汗異常などが残存している。

高齢者の尿道痛発症で検尿異常が認められない場合には仙骨神経領域の帯状疱疹も念頭において診察する必要がある。60才以上になると帯状疱疹発生率が増加する。仙骨神経領域の帯状疱疹は文献によると帯状疱疹全体の5%弱であり頻度は少ない。しかし、発症早期に診断出来ないと私のように後遺症を残してしまう事になる。

今回の帯状疱疹以外にも私は色々な病気を体験してきて、患者さんの気持ちが良く理解出来る事が多い。自然気胸、大葉性肺炎、抗生物質点滴後の重篤な出血性腸炎などの他、尿管結石等々経験した。その他軽い疾患では

肩関節周囲炎（いわゆる五十肩）や良性発作性頭位めまい症等々。医師は無論健康でなければ日々の診療をこなせないが、時に余りに

頑強すぎて病気一つ経験しない医師は患者の立場を理解出来ないのでは無いか？と病弱な（笑）私などは思う事さえある。

[会員投稿論文]

保存的治療にてCL Iによる下肢切断を回避し、 加温による皮膚温の上昇がPADの 診断に有用と考えられた腎不全患者の1例

延岡市 みやた内科医院

宮田 純 一

はじめに

腎不全患者の高齢化や糖尿病患者の増加に伴い末梢動脈疾患（PAD）合併患者が増加し、患者の予後やQOLに大きな影響を与えている。特に血液透析患者はPADを合併すると難治性のため下肢切断のリスクが高い。透析患者に合併した重症下肢阻血（CL I）を保存的に治療し救肢した症例を経験したので報告する。

症 例

患者：68才、男性

主訴：両下肢の安静時痛

既往歴、生活歴：糖尿病歴27年、血液透析歴9年、脳梗塞（2004年）、喫煙歴20本×30年
現病歴：2002年頃より高血圧症、糖尿病にて近医で治療を受けていたがその時腎不全も指摘されていた。2004年2月に脳梗塞を合併し同時に血液透析導入となった。軽度の言語障害と左片麻痺がみられリハビリテーションを受けた。2004年3月から当院にて血液透析を行っていた。僧帽弁閉鎖不全症、狭心症による心不全が増悪し2011年3月に大学病院にて僧帽弁形成術と冠動脈バイパス術を受けた。

術後一時的な血圧低下とPADによる両下肢の壊疽を合併した。患者が下肢切断に同意しないため保存的な両下肢壊疽の治療と維持透析目的にて、2011年6月9日に当院へ転院した。

入院時現症：血圧145/74、体温36.4℃、脈拍100/分、腐敗臭を伴う両下肢壊疽と両下肢の浮腫を認めた。左右の膝窩動脈と左右の足背動脈は触知できなかった。

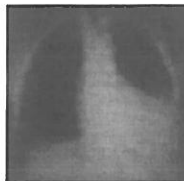
入院時検査所見：BUN、クレアチニン値の上昇、NT-ProBNPとCRP値の高値を認めた（表1）。凝固系検査ではフォンウィルブランド活性の上昇、総ホモシステイン値の増加がみられた（表2）。

入院後経過：当院入院時両下肢に多発する黒色壊死、皮膚潰瘍を認め安静時痛が持続していた。両下肢壊疽に対し抗菌炭酸足浴剤（ASケアタブレット）を用いた足浴を毎日行った。炭酸足浴剤を40℃の温水に溶かし10分間足浴を行った後に生理食塩水1,000mlで創を洗浄した。その後スルファジアジン銀（ゲーベンクリーム®）塗布ガーゼで創を覆い、浸出液が多いためその上から半透過性ポリウレタンフィルム（オプサイトクイックロール）

表1. 入院時検査所見.

末梢血:WBC 6900(Neut66.9 Eos1.0 Baso0.9 Mono7.1 Lym24.1) RBC450万 Hb9.4mg/dl Ht33,2% PLT20.2万
 血液生化学:TP6.7mg/dl Alb3.4mg/dl AST22IU/l
 ALT15IU/l LDH211IU/l ALP305IU/l γ -GTP29IU/l UA6.2mg/dl
 T-Bil0.6mg/dl D-Bil0.3mg/dl コリンエステラーゼ133IU/L
 アミラーゼ47IU/l 血糖124mg/dl BUN40.7mg/dl
 Cre6.85md/dl LDLコレステロール59mg/dl TG126mg/dl
 Na134mEq/l Cl98mEq/l K4.8mEq/l Ca8.8mg/dl P2.1mg/dl
 HbA1c6.1% HBsAg(-) HCV抗体(-)
 NT-ProBNP53519pg/ml β - γ M37.7mg/l CRP11.58mg/dl

表2. 凝固系検査, 胸写, 心電図.

プロテインS活性	89% (60-150)	
凝固活性第Ⅳ因子	141% (60-150)	
凝固活性第Ⅱ因子	68% (75-135)	
プロテインC抗原	80% (70-150)	
プロテインC活性	88% (64-146)	
PT	12.9秒	
APTT	27.8秒(25-45秒)	
フォンウィルブランド活性	181% (60-170)	
総ホモシステイン	18.3mmol/ml(3.7-13.5)	
	CTR 63.5%	

心電図:洞頻脈(110/min),左軸偏位,左房拡大,左室肥大
 II, III, aVF, V4-6 ST-T低下

で覆った。両下肢の血流を改善する目的でサルボグレラー特塩酸塩(アンブラーグ®)300mg, リマプロスト アルファデクス(オパルモン®)15mg, シロスタゾール(プレタール®)20mgを投与した。動脈硬化症に対しロバスタチンカルシウム(クレストール®)2.5mg, 慢性心不全に対しカルベジロール(アーチスト®)2.5mgの投与を行った。また, 整形外科にて定期的にデブリードマンを行った。デブリードマン後は大きな皮膚欠損と深い潰瘍がみられた(図1)。入院時37℃台の発熱が続きCRP11.58mg/dlと上昇がみられ, 感染の合併が考えられたためジベカシン硫酸塩(パニマイシン®)100mgを7日間投与した。

皮膚潰瘍はしだいに改善してきたため2011年11月より外用薬をスルファジアジン銀と,

塩化メチルロザニリン(ピオクタニン®)ブクラデシンナトリウム(アクトシン®)の混合を1日おきに交互に塗布した。2012年6月には創が療痕化してきたためスルファジアジン銀の塗布は中止した。2012年8月にはほぼすべての潰瘍は療痕化した(図1)。

両下肢の壊疽が改善した2012年9月に両下肢血管のCT検査を行ったが, 大腿動脈から膝窩動脈以下の血管にびまん性に石灰化が高度に見られ膝窩動脈以下の血流は確認できなかった。血管のエコー検査でもドップラーにて膝窩動脈の血流は確認できなかった。また, 皮膚灌流圧検査(SPP)では測定時に下肢がけいれんするため安静が保てず検査できなかった。

足浴前後の足背皮膚温の変化の検討: 炭酸足浴剤を用いた足浴の前後で皮膚赤外線体温



図1. 下肢壊疽の経過.

計を用いて皮膚表面温度を測定した。症例は40℃、10分間の足浴で足背の皮膚温が平均5.6℃上昇した。健常者で同様の足浴を行ったが、皮膚温の上昇は平均1.2℃であった(図2)。

考 案

PADは動脈硬化による血管閉塞に起因する下肢動脈循環障害であり、全身の動脈硬化症の部分症である¹⁾。以前は閉塞性血栓性血管炎(TAO)が多かったが1970年以後は減少し、代わって閉塞性動脈硬化症(ASO)が急増し現在ではPAD患者のほとんどをASOが占めている。DOPPS研究²⁾では対象とした血管透析患者の四肢切断率は6%で、特に糖尿病透析患者は非糖尿病透析患者に比べ9倍多く、切断した患者の85%にPADが合併していたと報告がされている。CAPRIE研究³⁾では間欠性跛行を有するPAD患者の41%に冠動脈疾患か脳血管疾患を合併していることが示されており、PADの診断は合併症に対する対策により予後の改善

に寄与すると考えられる。

このようにPADは患者のQOLを低下させ予後不良な疾患であるが透析患者の血管病変は膝関節以下の末梢病変が多く、高度石灰化を伴い、外科バイパス術やカテーテルによる血管内治療が困難なことが少なくない⁴⁾。本症例は入院時すでに両下肢に高度な壊疽がみられ血管病変が末梢にまで及んでいると考えられたため侵襲的治療の適応はなく保存的治療を行った。両下肢の切断が必要と考えられた症例の壊疽が改善した理由として炭酸足浴剤による足浴を毎日行い、必要に応じて十分なデブリードマンを行ったこと。薬物療法としてシロスタゾール、プロスタグランディン、スタチンを投与し、感染の合併に対して抗生剤の投与を行ったことが考えられる。

特に炭酸足浴剤を用いた足浴は皮膚から吸収された炭酸ガスによる血管拡張と、酸化ヘモグロビンの酸素解離促進による組織への酸素供給量の増加が期待され、有効な治療法と考えられた。また、足浴後に皮膚を十分洗浄することにより感染の合併を防ぐ効果もあつ

たと考えられる。炭酸泉の効果については松尾ら⁵⁾が炭酸泉浸漬部の皮膚血流の増加を報告している。また、林ら⁶⁾は炭酸足浴後に足背部の経皮的酸素分圧の上昇を報告している。

本症例では足浴前後で皮膚赤外線体温計を用いて足背の表面皮膚温を測定した。症例では足浴後5.6℃の皮膚温の上昇がみられたのに対し、健常者の上昇は1.2℃と変化が少なかった(図2)。C L I患者では下肢の血流が低下し加温により熱が皮膚に保持されるのに対し、健常者では加温による熱が血流により拡散し皮膚温の上昇が少ないと考えられた。下肢の加温による皮膚温の上昇の程度を測定することにより下肢の血流状態が推定でき、P A Dの診断の一助になると考えられる。T A S C - II⁷⁾ではP A Dの診断にA B I (ankle-brachial index)の測定を指標とし正常値は0.9 ~ 1.4とされている。しかし、透析患者のC L Iは血管の石灰化によりA B Iが1.4以上か下肢血圧の測定が困難なことが多い。このような場合は加温前後の足背表面皮膚温の測定がC L Iの診断の参考になると考えられる。

結 語

切断が必要と診断された両下肢壊疽を救肢した透析患者の1例を報告した。今回の症例は炭酸足浴剤を用いた足浴による下肢の血流改善が治癒に寄与したと考えられた。また、下肢表面皮膚温の低下と足浴による皮膚温の上昇はC L Iの存在を示唆する所見と考えられ、診断に役立つと思われる。重症の下肢壊疽でも毎日の足浴と十分なデブリードマンを行い感染に注意して創処置を行えば保存的治療にて救肢できる可能性が示された。

文 献

- 1) Hiatt, W.R.: Medical treatment of peripheral arterial disease and claudication. N. Engl. J. Med. 2001; 344: 1608
- 2) Combe, C. and Albert, J.M.: The burden of amputation among hemodialysis patients in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). Am. J. Kidney Dis. 2009; 54 : 680-692
- 3) CAPRIE steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel

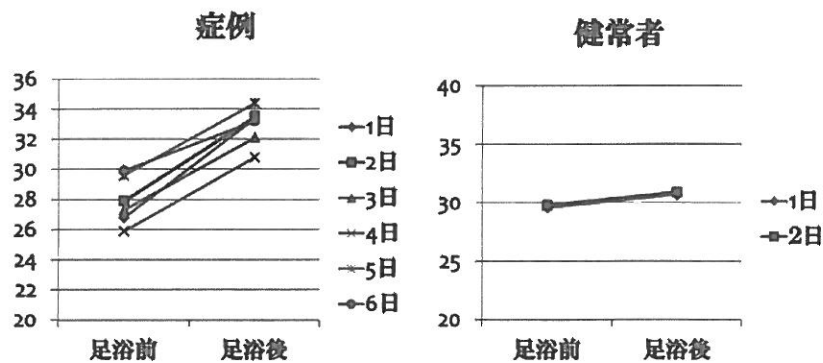


図2. 足浴前後の足背の皮膚温の変化.

- versus aspirin in patients at risk of ischemic events (CAPRIE) . Lancet 1996; 348: 1329-1339
- 4) 小林修三：糖尿病透析患者の下肢虚血への対応—早期発見と治療戦略. 医学の歩み240 (11) : 903-908, 1912
- 5) 松尾汎, 林富貴雄, 武田裕, 他：虚血肢への人工炭酸泉足浴の効果に関する研究. 脈管学2000; 44: 923-928
- 6) 林久恵, 山田純正, 熊田佳孝, 他：虚血肢に対する高濃度人工炭酸泉足浴時の経皮的酸素分圧の変化に関する研究。脈管学 2006; 46: 411-416
- 7) Norgren, L., Hiatt, W.R., Dormandy, J.A., et al.: Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II) . J. Vasc. Surg. 2007; 45: S5- S67
-

[Postgraduate Education]

てんかんと失神の鑑別

宮崎大学第3内科

塩見 一 剛

1. はじめに

一時的に意識を失って救急外来あるいは一般外来を受診する患者は多く、突然の意識消失で救急外来を受診する患者の原因は、神経調節性失神と心因性非てんかん性発作を合わせると40%、てんかん発作20%、心原性失神が7%と報告されている¹⁾。しかし実際に意識を失っている状況を医師は直接みることはほとんどなく、これらを鑑別することが困難な場合もある。診断のためには頻度の高い疾患の特徴や病態を把握しておく必要がある。

2. 用語の整理

てんかんは自動的に放電しやすくなった異常な脳の電気回路を起因として発作が慢性に反復して生じる脳の慢性疾患と定義される。てんかん発作は全身けいれんをきたす発作(全般性強直間代発作など)と、きたさない発作(欠神発作や二次性全般化のない複雑部分発作など)がある。

意識障害を一過性にきたすものは、一過性意識障害(Transient Loss of Consciousness)と総称される。意識障害の持続が短く、かつ意識が自然に回復するものと定義される。通常は秒から分単位の持続時間を一過性とするこ

とが多い。一過性意識障害は、失神と失神以外の発作の2つに分類される。

失神の病態は様々であるが共通する病態生理は脳全体の一過性低灌流である。失神をきたす疾患の分類を表1に示す²⁾。

失神以外の意識発作は、一過性の意識障害の原因が脳全体の血流低下によらないものである。失神以外の発作には、てんかん、脳血管障害、代謝性疾患、精神疾患などがある。脳血管障害には、くも膜下出血や椎骨脳底動脈系の一過性脳虚血発作(Transient ischemic attack:TIA)がある。しかしTIAにて意識消失のみをきたすことは極めて稀で、椎骨脳底動脈系では通常は意識障害以外の症状(めまい、眼球運動障害、麻痺など)を伴うことが多い。代謝性疾患には低血糖や低酸素血症がある。

精神疾患では、心因性非てんかん発作(psychogenic non-epileptic seizure:PNES)が多い。PNESは心理・精神的な要因により様々な症状を呈する発作のことを指す。発作症状は多彩で、反応がなくなったり、けいれん様あるいは不随意運動をきたす。発作の持続時間も種々である。発作中の脳血流は保たれており、脳波も正常である。失神やてんかん発作で説明のできない症状で、精神的な背景因子がはっきりしていれば診断は困難では

表1. 失神の分類.

①起立性低血圧による失神
① 原発性自律神経障害:純型自律神経失調症、多系統萎縮、自律神経障害を伴うParkinson病、 レビー小体型認知症 ② 続発性自律神経障害:糖尿病、アミロイドーシス、尿毒症、脊髄損傷 ③ 薬剤性:アルコール、血管拡張薬、利尿薬、抗うつ薬 ④ 循環血液量減少:出血、下痢、嘔吐等
②神経調節性失神
① 血管迷走神経性失神 (1)感情ストレス(恐怖、疼痛、侵襲的器具の使用、採血等) (2)起立負荷 ② 状況失神 (1)咳嗽、くしゃみ(2)消化器系(嘔下、排便、内臓痛)(3)排尿(排尿後) (4)運動後 (5)食後 (6)その他(笑う、金管楽器吹奏、重量挙げ) ③ 頸動脈洞症候群 ④ 非定型(明瞭な誘因がない/発症が非定型)
③心原性失神
① 不整脈(一次的要因として) (1)徐脈性:洞機能不全(徐脈頻脈症候群を含む)、房室伝導系障害、ペースメーカー機能不全 (2)頻脈性:上室性、心室性(特発性、器質的心疾患やチャネル病に続発) (3)薬剤誘発性の徐脈、頻脈 ② 器質的疾患 (1)心疾患:弁膜症、急性心筋梗塞/虚血、肥大型心筋症、心臓腫瘍(心房粘液腫、腫瘍等)、 心膜疾患(タンポナーデ)、先天的冠動脈異常、人工弁機能不全 (2)その他:肺塞栓症、急性大動脈解離、肺高血圧

ない。PNESはヒステリー発作、疑似発作などと呼ばれ、精神的には、転換性障害、解離性障害に相当する。

3. てんかんと失神の鑑別

1) 医療面接

てんかん発作や失神を医師が診察室で観察できることは通常は稀である。発作の診断においては発作時の状況をいかにうまく聞き出すかが重要になってくる。とくに発作中は意識減損をきたすことが多いため、目撃者からの情報が必要となってくる。大切なことは目撃者に自身のことばでありのままに表現してもらうことである。発作中の様子、持続時間、意識が回復するまでの時間、顔色、呼吸、眼

球の位置などについて尋ねる。目撃者からの情報がないとほとんど得られるものはないため、努力を惜しまず直接目撃者から話を聞くようにする。

2) 前駆症状

発作の起こる前に自覚症状を呈することがあり、これらも鑑別においては大切である。

てんかん発作の場合は前兆として、吐き気・胃部不快感や、恐怖感や不快感、決まった光景が頭に浮かぶことがある。心原性失神の場合は、胸痛や胸部圧迫感を自覚する場合がある。神経調節性失神では、心悸亢進による動悸、眼前暗黒感、悪心、倦怠感あるいは血の気がひいていくなどを感じるが多い。不整脈による失神の場合も動悸を自覚すること

もある。

3) 直前の行動・誘因

運動中の意識消失は心原性失神が疑われる。採血などの医療行為、疼痛、不快なことが誘因となる場合は血管迷走神経性失神を疑う。状況失神では、排尿・排便や激しい咳が誘因となる。頸部の回旋や伸展後に意識を失った場合は頸動脈洞失神が疑われる。他に、食後性の低血圧やアルコール飲酒後も失神の誘因となりうる。

4) 発作時の体位

失神の多くは立位で発症する。臥位での失神は稀であり、てんかん、心原性失神、ヒステリーなどが考えられ、神経調節性失神以外の病態を考える。

5) 発作時の状況

てんかん発作では、顔面は紅潮し口唇はチアノーゼを呈することが多く、眼球は一点を凝視する場合が多い。けいれんは全身性で強直性あるいは間代性で持続時間が長い。発作後の意識障害は遷延化することが多く、通常は5分以上である。意識が回復したようにみえても朦朧状態だったり、失見当識を認めることが多い。また発作後に頭痛や筋痛を訴えることがあり、入眠することもよくみられる。

失神では、発作中の顔色は蒼白である。けいれん様の不随意運動を認めることがあるが、ミオクローヌス様の運動（四肢をびくびくとさせるような運動）で持続は15秒以内と短い。失神では意識は速やかに改善する。倒れてからは意識が戻っていることが多く、呼びかけの声を覚えていることがある。

6) 身体所見と検査所見

来院時には異常がない場合も多い。しかし失神の鑑別においては、起立性低血圧、不整

脈、心雑音や心不全徴候などを検索する必要がある。また大動脈解離では、普段の血圧との差や上肢血圧の左右差をみることがある。呼吸器系では、頻呼吸や酸素飽和度の低下が心疾患や肺塞栓症を示唆する所見である。神経系ではてんかん発作後に麻痺を生じることがあり、これはトッド麻痺（Todd's paralysis）として知られている。

失神の診断に必要な検査としては、心原性が疑われる時には通常の心電図検査に加えて、ホルター心電図、心臓超音波検査や運動負荷試験を行う。

てんかん発作が疑われる場合には、頭部CTやMRIの検査の他、脳波検査を行うことがもっとも有用である。てんかん患者では発作の間欠期での脳波検査でてんかん性放電がみられることがあり、これが脳波の有用性を非常に高めている。てんかんの診断において、1回の脳波検査の感度は約60～70%とされている。脳波のてんかん波の特異度は90%以上である。脳波を3回以上検査し、少なくとも1回に睡眠時の記録が含まれれば、診断の感度は90%以上になるとされる。最後にてんかんと失神の鑑別の要点を表2に示す³⁾。

最後に

意識消失発作は臨床の現場とくに救急の現場ではよく遭遇する症候群である。その中でも頻度の高い失神とてんかんを鑑別することは大変重要なことである。てんかんは慢性疾患であり、診断は専門医にゆだねることができる余裕があることがほとんどである。しかし失神の原因のなかには救急対応を必要とする重症疾患が含まれることがあり、早急な対

表2. 失神発作とてんかん発作の鑑別.

	失神発作	てんかん発作
発作前 誘因(感情、体位など) 発汗 前兆	関連あり あり 眼前暗黒感	関連なし なし 既視感、胃部不快
発作症状(目撃情報) 顔面蒼白 チアノーゼ 意識消失時間 痙攣直前の叫び声 痙攣 自動症 咬舌 流涎	あり 稀 30病以内が多い 稀 数秒～15秒 稀 稀 稀	なし しばしば 5分以上が多い ときに 1～2分間 複雑部分発作ではしばしば ときに(舌側面) しばしば
発作後 曠臆状態・失見当識 筋痛・頭痛 乳酸、CK上昇	稀 稀 稀	しばしば しばしば しばしば(痙攣発作)
検査	心電図 (不整脈疾患では異常)	脳波 70%にてんかん波

応が迫られる場合もある。てんかんと失神を鑑別することは大切であるが、失神の原因についても注意深く診療していく必要があると考えられる。

文 献

1) 日本神経学会監修「てんかん治療ガイドライン」作成委員会(編)てんかん治療ガイドライン 2011, 医学書院, 東京,

2011.
2) 日本循環器学会監修「循環器病の診断と治療に関するガイドライン」2007年度合同研究班報告 失神の診断・治療ガイドライン 2007 Circulation journal:1049-1101.2007.
3) 赤松直樹; 失神とてんかんの鑑別, 昭和医会誌, 第71巻, 第6号, 576-579, 2011

[Postgraduate Education]

心電図レクチャー (第2回)

宮崎江南病院 内科循環器科

松尾 剛志

前回の復習

前回は、心電図の総論的な話と心電図の教え方の話をした。今回からは実際の心電図波形について話をしていく。その前に、前回の復習をしておこう。前回の内容は以下のとおりである。

心電図の習得を困難にしているのは、各個人の“苦手意識”である。その苦手意識を少しでも少なくするように教え方を工夫している。以下に工夫している点のなかで、今回と関係するところを抜粋する。①正常心電図をしっかりと教える。②“読めること”“書けること”“説明できること”が大切である。特に今回は“書けること”を主に行う。③すべてを教えない。

それでは、心電図波形の中のモニター心電図から入っていく。この導入時に非常に大切なのは、正常心電図の理解およびしっかりとした記憶への定着である。そのために、前回に出した宿題から入ることにしよう。ちなみに、前回の宿題は以下のとおりである。

宿題：心拍数60 / 分のV1誘導の正常波形を書きなさい。ただし、P波、QRS波のみで、T波は不要である。

正常モニター心電図

この問題は非常に重要であり、いつもここから私のレクチャーは始まる。この問題に対して、図1のような波形を書いた人がいた。これは基本的に全くわかっていないことが明



図1. 宿題の誤った解答.

白である。この状態で異常心電図を判別し診断しようということ自体、無謀である。この問題に答えるには、いくつかのポイントがある。その前に、決め事を述べておかなければならない。心電図用紙のマス目を言う表現に、“1マス、2マス”というより、今回のこのシリーズでは、“1mm、2mm”ということとする。

1) P波、PQ間隔：

PQ間隔とは、P波の始まりからQRS波の始まりまでをいう。心電図が苦手な人は、ここが曖昧であることが多い。P波の始まりからが大切である。正常は、5mm以内である。PQ間隔の中にP波があるが、P波は2～2.5mmの幅であり、その後基線という直線が必ず存在してQRS波につながっている。

2) V1の正常QRS波形

まず、Q波・R波・S波の心電図上の定義について述べておく。上向きの波はすべてR波である。Q波はR波より前にある下向きの波であり、S波はR波より後にある下向きの波である。QRS波は順次前から表現して、RS波やQR波と表現する。決してRQ波という表現はありえない。QRS波はいつもQもR

もSもすべて揃っているとは限らない。基線から下向きだけのQRS波はQS波と表現する。大きさにより、R波（ラージアール）だったり、r波（スモールアール）と表現する。また、上向きの波が2つある場合は、rR'のように“ダッシュ”をつける。

以上を基にして、正常のV1誘導のQRS波とは、どういう波形だろうか？答えは、rS波（スモールアールラージェス波）である。Q波があれば異常である。また、QRS波の幅は約2.5mmである。実は、V1誘導のQRS波形がrS波であるということを理解しておくことは非常に重要である。と言うのは、V1誘導は、今後、十二誘導心電図の診断の時にカギとなる誘導だからである。そのため、是非しっかりと覚えておいてほしい。

3) 心拍数60／分

心拍数60／分とはQRS波とQRS波の間が1秒である。1秒というのは、QRS波とQRS波の間隔（またはP波とP波の間隔）が25mmである。一般的に、心電図用紙の上には25mmごとにマークが付けられている。つまりそのマークの間が1秒である。そうすると、QRS波とQRS波の間が50mm開くと2秒

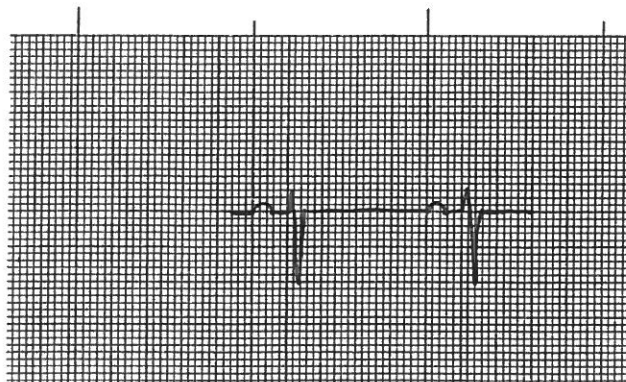


図2. 宿題の正解。
(心拍数60／分のV1誘導の正常波形)

であり、心拍数は30 / 分と簡単に判断できる。

以上のポイントにて書いてみると、正解は図2のようになる。ここまでが基本であり、この基本から外れたものが異常モニター心電図となるのである。

房室ブロック

正常心電図が書けたところで、それを基にして異常心電図を作ってみよう。なお、今後、心電図を書くときのQRS波形はV1誘導で、心拍数は60 / 分で統一する。まず、簡単なのは1度房室ブロックである。1度房室ブロックを言葉で説明するとどうなるか？ポイントは“PQ間隔の延長”である。つまり、

PQ間隔を5 mmより長くすればよいだけである。正解は図3に示す。今後、PQ間隔に気を付けておけば、1度房室ブロックは簡単に診断できることになる。

続いて、2度房室ブロック（Mobitz II型）を書いてみよう。2度房室ブロックを言葉で説明するとどうなるか？ポイントは“P波の後に突然1拍だけQRS波が抜けること”である。正解は図4に示す。これらを簡単にイメージするとすれば、心房（P波）から心室（QRS波）への電線を想像してほしい。心房（P波）から心室（QRS波）へ電気が伝わる時間がPQ時間である。1度房室ブロックはその電線を伝わる電気の流れが悪いのである。2度房室ブロックは時にこの電線が切れ

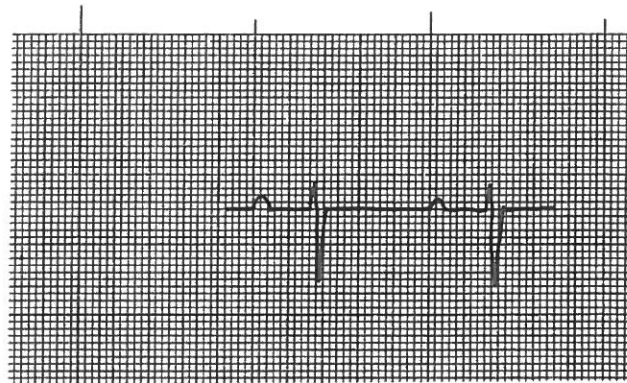


図3. 1度房室ブロック.

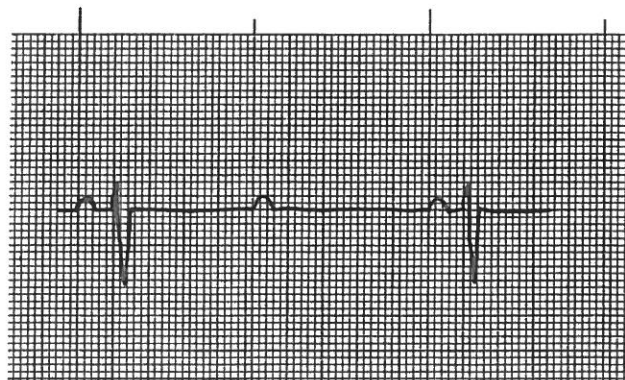


図4. 2度房室ブロック.

ているのである。

それでは、3度（完全）房室ブロックはどのようなイメージであろうか？イメージとしては電線がずっと切れている状態である。つまり、心房は心房で収縮し、心室は心室で収縮し、その間で関連性はないことになる。そこまで説明すると、看護師や学生の何人かは3度（完全）房室ブロックの正解を、いろいろ迷いながらも書いてくれる。この時に思い出してほしいのは、心房細胞の自動能のレートは60～90／分であり、心室細胞の自動能のレートは30～40／分程度と学生時代に習ったことである。そうすると正解は図5のようになる（実際のQRS波は幅広になるのであるが、今回のQRS波はr S波で統一している）。ポイントは4つである。①P間隔は一定、②

QRS間隔は一定、③PQ間隔はバラバラ、④QRS間隔のほうがP間隔より長いということである。これからもわかるように、3度（完全）房室ブロックは原則として徐脈傾向である。

今回のまとめ

今回は、正常モニター心電図および房室ブロックについて説明した。正常モニター心電図を書くときの特徴やポイントは何か？房室ブロックのそれぞれの特徴やポイントは何か？これらについて、心電図の特徴を書いて説明できるようになれば、必ず心電図は読めるはずである。もう一度、復習していただきたい。次回は、心房細動に入っていく。

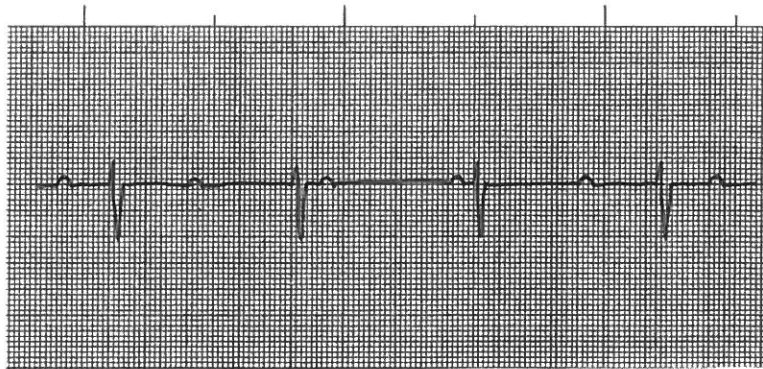


図5. 3度（完全）房室ブロック.

[Postgraduate Education]

保険診療における医療用漢方エキス製剤運用の 注意点

宮崎市 ちぐさ東洋クリニック

川 越 宏 文

医療用漢方エキス製剤が1967年に4品目が健康保険に収載され、現在は148品目のエキス製剤が健康保険で使用可能となっています。内科・婦人科だけでなく多くの診療科の臨床医が漢方エキス製剤の使用経験を持つようになりました。大建中湯は外科の消化管手術後に、抑肝散加陳皮半夏は認知症の周辺症状に大量に用いられているのもその一例です。

このように既に日常診療において1つの役割を担っている漢方エキス製剤ですが、その使われ方をみてみると、「証」に随って用いるという漢方治療の原則である随証治療に基づかない病名投与も少なくないようです。今回のシリーズでは、比較的漢方治療に疎遠であったり、使い始めの方を対象に健康保険の範囲の中での医療用漢方エキス製剤運用の注意点についての私見を述べさせていただきます。そのため、漢方にお詳しい先生方にはかなり不満な内容で、別のご意見があると思います。その際はこの雑誌にそのお立場での執筆をしていただくことを強く勧めます。

I 副作用・側作用問題・・・漢方薬は危ない薬？・・・危ないのは勉強不足の医師！

この雑誌をご覧いただく皆様の中には、「漢方薬には副作用がない」ということを未だに信じられている方はおられないと思いますが、国民の中では未だそう思われている方は少なくない様です。実際、私のクリニックを訪れる方の中にもそう思われている方はおられます。ここではそのような治療上のトラブルを軽減するため、漢方による代表的な有害事象についてご説明します。

1) 間質性肺炎

「漢方には副作用がない」という盲信の元で起こった事件に「小柴胡湯投与後の間質性肺炎死亡例報告」があります。大変センセーショナルな内容でこれをきっかけに漢方治療から距離を置くようになった先生も多いと思われまます。その後も多くの漢方薬で間質性肺炎の報告が上がっています。このことから言えることは、漢方薬治療を行う際には、胸部呼吸音の聴取をきちんと行うことは最低限必要であるということです。

当院では外来の全員の患者に聴診に加え、末梢での血中酸素濃度測定を毎回行っています。また、高齢者の方で必要性がある場合は間質性肺炎のマーカーであるKL-6の測定、胸部レントゲ

ン検査による間質性陰影の増強の有無，肺機能検査による拘束性障害の有無を調べて下さい。

間質性肺炎の予防・投与中の観察ポイント

呼吸音の聴取（できれば毎回）

末梢酸素濃度測定（できれば毎回）

K L - 6（高齢者では適宜，数ヶ月おき）

胸部レントゲン（高齢者では必要に応じて漢方治療開始時）

病歴 膠原病などの病態の併存，間質性肺炎発症リスクの増やす薬剤の有無

2) 低カリウム血症

医療用漢方エキス製剤の処方の多くに甘草が含まれます。そのため，偽アルドステロン症による低カリウム血症発症の危険性があります。私の経験した症例のほとんどは高齢者でした。ここでお気をつけていただきたいのが他院からの処方との併用によるリスクの増加です。高齢者では一度に複数の診療所を受診することも珍しくありません。カリウム濃度を下げる降圧利尿剤や下剤を既に他の治療施設から処方されている場合や薬局等で購入されていることは無いが，詳細な薬歴管理は必要です。

さらに最近気になるのが，他の施設から「芍薬甘草湯」を処方されている場合です。可能性のある診療科目は整形外科，脳神経外科，婦人科です。整形外科・脳神経外科ではこむら返りや肩こり・腰痛に，婦人科では月経困難症に用いられることがあります。この処方は甘草の量が多いので，私は満量処方することは殆どありません。

低カリウムの低下に伴って，血圧上昇，浮腫が出現します。漢方治療中に血圧が上昇してきた場合はこの病態を疑って下さい。そして，さらにカリウムが低下すると下肢の急激な筋力低下が出現します。また，不整脈の出現も十分な危険性が増します。

偽アルドステロン症の予防・投与中の観察ポイント

電解質検査（出来れば投与前・数ヶ月ごと）

下腿浮腫の確認（毎回必ず）

体重測定（毎日測定を推奨）

血圧測定（毎回必ず）

心電図・胸部レントゲン検査（年に数回）

病歴確認 他院で漢方薬が既に処方されていないか

低カリウムを来す薬剤の処方の有無

3) 横紋筋融解症

一部の漢方薬で横紋筋融解症の報告がされています。横紋筋融解症が発症すると尿の肉眼的所見が変化します。ミオグロビン尿と呼ばれるもので赤ワインを薄めたような色となります。数ヶ月ごとに行う血液検査でCPKを測定しています。

横紋筋融解症の予防と観察ポイント

血中CPK値

自覚症状

CPK高値となる生活状態の有無

検尿 (適宜)

4) 動悸・不眠・尿閉等のエフェドリンによる副作用

漢方エキス製剤だけでなく、薬局で販売されている漢方薬の中でも最もポピュラーな葛根湯には、麻黄が含まれます。葛根湯の他、花粉症で頻用される小青龍湯、インフルエンザに用いられる麻黄湯、痛みや腫れなどに用いられる越婢加朮湯、さらにメタボ対策で頻用される防風通聖散にも麻黄は含まれています。麻黄の成分であるエフェドリンには脈拍を早くさせる作用があります。そのため、患者からは動悸という訴えがあります。麻黄を含んだ処方を考える場合は、脈拍に留意することが必要です。また、投与後にそのような症状が出現することがあることをきちんと説明しておく必要があります。なお、麻黄に含まれるエフェドリンによって、尿閉、不眠も起こることがあります。そういう意味では肩こりなどの症状で葛根湯が長期処方されることがありますが、高齢者への長期投与中はかなり慎重な医師の診察が必要です。

エフェドリン含有処方の副作用の予防と観察のポイント

脈拍測定 (麻黄を含んだ処方をしている場合は毎回必ず施行)

心電図 (適宜)

問診 動悸・不眠・頻尿等

投与時間については夕食後や就寝前は避けて下さい。

5) その他の漢方薬投与中の観察点

以前、私が漢方薬投与中に出現した副作用について調べたところ、領域的には消化器に関する問題が少なくありませんでした。その中でさらに多かったのは「食欲不振」という問題です。現在の漢方の用法は「食前・食間」ということになっていますが、食欲が振るわない方が食前に漢方薬を飲むことによってさらに食欲が落ちることがあります。そこでそのような場合は食後投与としています。また、漢方エキス製剤で下痢をする方もおられます。これは多くのメーカーでエキス化の過程において乳糖を賦形剤として用いています。乳糖不耐症の方では下痢をして

しまうのです。その場合は乳糖ではなく、とうもろこしデンプンを賦形剤としたメーカーもあります。もしくは煎じ薬への変更されることをお勧めします。

その他の問題点と話題提供

Ⅱ 投与期間についての質問

漢方は「長く飲まないと効かない」という言葉を耳にします。もちろん、風邪やこむら返りなどに漢方薬を用いる場合は即時的な効果を期待して使用しますので、「長く・・・」ということは全て正しいわけではありません。しかし、虚弱体質、アレルギー体質、冷え症などの婦人科疾患と関連する瘀血体質（血の巡りの悪い体質）では比較的長期に漢方薬を使用することがあります。しかし、その際にも「今、処方している漢方薬で良いのか」という疑問を常に持ちつつ処方して行く必要があります。では、どれくらいの間隔で経過観察すべきでしょうか？

結論から申せば、その方の漢方的診断能力によると思われれます。私自身の試験で申し上げますれば、初診患者では3日～7日程度で第2診を見たいと考えています。しかし、実際には患者サイドの都合やこちらの外来の混み具合でそのような期間では診察が出来ないことも多々あります。実際にはアトピー性皮膚炎等で激しい処方をする場合を除いて、7日～14日程度での再診が多いようです。そのため、より効果的にそして安全に漢方薬を処方していくためには前述したような副作用に関する説明をきちんと行う必要があります。とはいうものの、神経症傾向の強い方ではその説明が気になって内服できなくなることもあります。実際にそのような方に対しては漢方処方を無理にお勧めしない方針です。

Ⅲ 漢方導入のメリット 減薬による医療費抑制効果

現代医療の中に漢方薬を導入するメリットの1つが「漢方薬による減薬効果」です。

ひとつの処方に様々な効能があるということは漢方薬の特徴の1つです。例えば、八味地黄丸料には、腰痛の減弱、頻尿の改善、降圧作用、血糖降下作用、脳血管循環改善、体力増強、白内障の改善、耳鳴りの改善・・・の様々な作用が期待できます。そのため、1人で複数の病態が併存する高齢者には、千手観音のような漢方薬を用いることでそれまで用いていた薬剤の減量が出来ることがあります。漢方の良さを引き出すためには、きちんと病歴を聴取してその病態に同時にマッチする処方を選択する必要があります。

さらに補剤という漢方独特の概念を持った処方では体力増強作用が期待されています。それらの薬剤の代表は補中益気湯、十全大補湯などです。これらの薬剤を投与することで、風邪などの感染症の罹患数が減少して医療費自体を半減させたという報告が幾つか上がってきています。

Ⅳ 資源としての生薬を効率よく用いるためには

既にご承知の方も多いと思いますが、国際疾病分類が数年後改訂されICD11となります。その中で今回の改訂から、東アジア系の医療体系がその中に組み込まれます。私の所属している日本東洋医学会は東洋医学関係の他学会や厚生労働省・外務省等とも協力しつつ、その作業に携わっ

ています。

このように国際的には漢方を含めた古代中国に起源を持つ東アジアの伝統医療は注目されることもあり、そこに大きなビジネスチャンスがあると判断した中国と韓国は国家予算をかけてその国際標準の中での派遣争いをしています。わが国もかなり遅れた状態でしたが少しずつ経済産業省と厚生労働省を巻き込みその対策が始まっています。

ヨーロッパや米国において漢方薬に対する評価が急速に上がりつつある状態で、生薬そのものの供給が難しい自体が発生しています。そのような自体をうけて生薬そのものが投機対象となっています。いわばレアメタルならぬレアプラントという状態です。現在も中国から輸入に頼っていた生薬供給については各メーカーがそれ以外の場所での生産拠点の移動を行っています。さらに農林水産省は地方自治体やJAとの協力で生薬生産を後押しする動きが全国各地で行われています。とくにタバコ農家の代替作物としての生薬栽培は健康産業への脱皮という点でも大変興味ある動きです。

とはいうものの、生薬価格は既に高騰しておりエキスメーカーで医療用から撤退したメーカーも出ています。4週間以上の長期投与はきちんとアドヒアランスの確保された患者さんにのみ行うようにして下さい。

まとめ

漢方薬は決して安全薬剤ではありません。治療効果を最大にして副作用を最小に保つためにはきちんと検査を行う必要があります。

各処方構成生薬を熟知しその予想される副作用にあわせて、検査計画を立てる必要があります。

[他科からの提言]

当院における精神科受診患者の疾患傾向

日向市 松岡内科医院

松岡敬子

はじめに

私は、現在、内科系診療所名のついたクリニックにて、精神科の診療をおこなっています。私の他に内科医が1名勤務しており、内科疾患についての診療はほとんどおこなっていないため、患者さんは、私の外来には心療内科精神科として受診されます。また火曜日の午後は日向市内の精神病院、木曜日は延岡市内の精神病院にて外来診療をおこなっており、松岡内科医院での診療は、月曜日水曜日金曜日は夕方まで、火曜日土曜日は午前診療です。

今回、国際疾病分類（International Classification of Diseases ICD-10）を用い、当院の精神科を平成24年10月の1ヶ月間に受診された精神疾患患者さんを分類、また同じ医者が精神病院単科での外来で診察をおこなった際の受診疾患も分類し、双方を比較してみました。

1. 分類

私ども精神科医の多くは、診断を下すための指針として米国精神医学会（APA）の QuickReference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR を使用し診断的判定の信頼性をなるべく向上させようと努力しています。しかし、今回は内科の先生方にもなじみ

の深い ICD-10（表1）を使い、当院精神科を受診している方の主病名を分類してみました。

昨今、抑うつ状態をうつ病とするのか、あるいはそれまでの経過をみて双極性障害とするのか、これは現代型うつ病（逃避型 未熟型、現代型、ディスチミア親和型、非定型など）なのかと混乱することの多いのが現状です。また、comorbidity といっていくつもの精神疾患をかかえている方も多く、症状にあわせ薬を出していると、いつのまにやら多剤となってしまうこともあり、反省の毎日であります。

では、それぞれの疾患について、最近の精神疾患の特徴を ICD-10 に沿ってご説明したいと思います。

FO

内科外来でも認知症はよくみられる疾患だと思います。精神病院の敷居は高いため、当院にまずはおみえになる方も多いのですが、圧倒的にアルツハイマー型認知症が多い印象です。診断にあたっては、画像検査は当院ではできないため、近くの病院でCTもしくはMRI検査をしていただいております。アルツハイマー型認知症以外にも最近ではレビー小体病も多く見かけますが、幻視での診断では

表1. ICD-10「精神及び行動の障害」の分類.

F0	症状性を含む器質性精神障害
F1	精神作用物質使用による精神および行動の障害
F2	統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
F3	気分[感情]障害
	F30~31 躁病エピソードまたは双極性感情障害(躁うつ病)
	F32~33 うつ病
F34	持続性気分[感情]障害
F4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
	F40 恐怖性不安障害(社交不安障害等)
	F41 他の不安障害(パニック障害 全般性不安障害 混合性不安抑うつ障害等)
	F42 強迫性障害
	F43 重度ストレス反応[重度ストレスへの反応]及び適応障害
	F44 解離性(転換性)障害
	F45 身体表現性障害
	F48 他の神経症性障害(神経衰弱 離人症等)
F5	生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群
	F50 摂食障害
	F51 非器質性睡眠障害
F6	成人のパーソナリティおよび行動の障害
F7	精神遅滞[知的障害]
F8	心理的発達の障害(自閉症スペクトラム アスペルガー症候群等)
F9	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 (行為障害 注意欠陥多動性障害 チック障害等)
G40	てんかん

なくパーキンソンズムについても評価してから診断するように心がけております。入院やデイケアといった医療系サービスは当院では行えないため、病気の進行にあわせ高次の病院にご紹介しております。

またF0は器質性変化からくる精神疾患ですので、認知症だけでなく、頭部外傷等のと幻覚妄想状態等の精神症状を呈した方も含まれております。

F1

アルコール依存症が主になりますが、減酒でなく断酒を絶対条件として治療をすすめるため、入院治療のできない当院に通院を続けることができる方はなかなかいらっしゃらず、AA(Alcoholics Anonymous)や断酒会の活動を積極的に行われている方が通院を継続されています。

F2

非定型抗精神病薬により、薬物療法を継続して下さる方は非常に予後の良い疾患となりました。それとともに在宅生活を送られる方々も増加し、女医ということもあり、結婚、育児をしている統合失調症の患者さんが多くなりました。子供の小さいうちは社会資源を利用し、サポートできますが、学童期に入り、PTAの付き合いや、子供の精神的問題に直面した際に混乱されることが多く、またそれまで消失していた陽性症状(幻聴や妄想)が再燃することもよくみられます。

F3

気分(感情)障害は、選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)、ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ

薬 (NaSSA:Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant) セロトニン・ノルアドレナリン再取込み阻害薬 (SNRI:Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitor) 等の発売により治療が向上した半面、現在の経済情勢等複雑な生活背景の影響もからみ、病気も複雑なものとなっています。

ICD-10においては、まずは躁だけのもの、あるいは躁とうつを繰り返す双極性障害、うつ病、うつ期を繰り返す反復性うつ病性障害、そして、以前抑うつ神経症と言っていたものに近い、慢性的な抑うつ気分が持続する気分変調症があります。DSM-IV-TRにおいては、双極性障害はI型II型に分けられており、特にII型は軽躁状態を見逃し、単極のうつ病と診断してしまうことが多いと言われ、本来必要な気分調整剤でなく、抗うつ剤を使ってしまい、軽快時期を遅らしてしまうといわれていますが、実際軽躁なのか、もともとそういう人なのか断片だけでみただけでは判断し難いため、御家族の来院が必要になります。尚、DSM-IV-TRにおいて、非定型うつ病という診断名があります。これは著明な体重増加または食欲の増加、睡眠過剰、鉛様の麻痺、長時間にわたる対人関係の拒絶に敏感であるという様式で著しい社会的または職業的障害を引き起こしているものです。いずれにせよ、典型的うつ病 (メランコリー型) とは違い、診断や治療が混乱してしまいます。

F 4

昔、神経症ノイローゼといていたカテゴリーです。

F40の恐怖性不安障害は通常危険でない明確な状況あるいは対象によってのみ、あるいは主としてそれによって不安が誘発されるも

のです。その中でも社交不安障害は、人前で恥をかくかもしれないという不安が強く、人前での食事あるいは人前での発言、異性と会う際などに、赤面や手が震えたり、冷や汗をかいたりするものです。これは、いわゆるあがり症として処理され、社会生活上、本来もつ能力を発揮できていない人も多いかもしれません。

F41のパニック障害は、突然、パニック発作 (動悸胸痛窒息感めまい、および、非現実感、そして、死自制心の喪失あるいは発狂への二次的恐怖) が襲うことが特徴的であり、全般性不安障害は少なくとも数週、通常は数カ月連続してほとんど毎日、不安、心配、緊張、自律神経性過活動が続いているものです。混合性不安抑うつ障害は、前述した抑うつ神経症もこれに含まれ、ICD9にては2年以上継続したら、気分変調症とされています。現在は明確な定義もなく、あとの適応障害でおこる抑うつ状態と判断しづらいところです。

F42の強迫性障害は日本人に多く、ばかげていると思っても、とらわれてしまう。強迫観念や強迫思考で特徴づけられる障害です。

F43の中で、患者さんあるいは愛する人の安全あるいは身体的健康に対する重大な脅威 (たとえば自然災害、事故、戦闘、暴行、強姦) を含む圧倒的な心的外傷体験である場合、あるいはそこまでなくとも、患者さんの社会的立場や人間関係の非常に突然かつ驚異的な変化があったあと、一過性に長くとも1カ月以内に出精神症状が出現し消失する場合は急性ストレス反応、それが1カ月以上にわたり続く、再体験、過覚醒、回避で特徴づけられるものを外傷後ストレス障害 (PTSD:Post

traumatic stress disorder) といいます。最近は幼少時からの虐待、夫からのDVが長期間続いておこる複雑性PTSDの方も多くなりました。

同じF43の適応障害は通常社会の中でもおこり、不安、抑うつ、緊張そして怒りというようにいくつかの情緒変化がみられます。ストレス因がなければこの状態は起こらなかつただろうと考えられるものです。

F44の解離性転換性障害は、以前ヒステリーとよんでいましたが、解離性健忘や二重人格等は時折見られます。

F45の身体表現性障害は、以前は心気症とよばれたものをはじめ、身体的な表現をする障害群をひとまとめにして身体表現性障害としています。解離性転換性障害においても身体化された症状がみられ、分類の難しいところです。

上記のFコード疾患は前述しcomorbidityすることが多く、抗不安薬依存とならないようSSRI SNRI NASSA時に少量の抗精神病薬を使うこともあります。

F 5

摂食障害では神経性無食欲症、特に食べ吐き型、神経性大食症がよくみられます。薬物療法の効果はなく、一生続く病気ではないと、本人に希望を与え、身体健康レベルを少しでも維持するため、本人と一緒に戦うしかないように感じます。

睡眠障害は不眠と過眠(ナルコレプシー等)サーカシアリズムの障害、睡眠時遊行症(夢遊病)、睡眠時驚愕症(夜驚症)、悪夢等があげられております。最近ではむずむず脚症候群にて外来を訪れる方も増えています。

F 6

最近サイコパスという言葉がテレビ等で使われるようになりました。私たちが臨床でよくみるのが、若い女の子たちの情動不安定性パーソナリティ障害です。衝動型、境界型とわかれますが、境界型では情動不安定なくつかの特徴が存在し、それに加え、患者さん自身の自己像、目的、および内的な選択(性的なものも含む)がしばしば不明瞭であったり、混乱したりしています。通常絶えず空虚感があり、激しく不安定な対人関係に入りこんでいく傾向のために、感情的な危機が繰り返され、見捨てられることを避けるための過度な努力と連続する自殺の脅しや自走行為を行うことがあるため、救急外来を頻回に受診される方も多くいらっしゃいます。

F 7

軽度精神遅滞はIQ50から69、中度は35から49、重度は20から34、最重度は20未満と評価されます。主に障害年金の手続き等でおみえになりますが、作業所等社会資源利用のため、障害者自立支援法における審査判定の医師意見書の作成でかかられている方、社会に参加した際、二次的に適応障害を起こし不安や抑うつといった症状でお見えになられている方もいます。

F 8

①社会性の障害②コミュニケーションの障害③反復性の行動/限局性の興味といった3つの特徴を持つ広汎性発達障害の方、特に大人のアスペルガー症候群がなかなか職業につけないで、あるいは職場で適応障害をおこされおみえになります。子供さんの場合は専門医をご紹介します。大人の場合、特に就職が困難な際は支援センターを利用します

が、支援センターの利用を納得されない方やその御家族も多く、日々頭を抱えております。

F 9

A D / H Dと言われる多動を伴った注意欠陥障害は、早期の発症、著しい不注意と持続した課題の遂行ができないことを伴った調節不良な多動で、このような行動特徴がさまざまな状況でも、いつまでも持続していることによって特徴づけられます。

2. 当院の受診分類 (表2)

平成24年10月の1カ月間に当院の精神科を受診した精神的症状をお抱えの患者さんを分類しました。片頭痛、また明らかに身体表現性障害というより自律神経失調症レベル、心

身症的要素の強い方は含めませんでした。女医ということあり、女性患者さんが多く、また、敷居が高いため精神病院を受診したくないといった理由で、神経症レベルの方が半数近くを占めています。また、うつ病の多くはプライマリーの先生方が薬物療法で対応していただきますが、神経症は精神療法が主体となってくることも多く、忙しい内科診療のなかでは長い時間がさけないこともあって、当院のようなスタイルの科を受診することが多いのかもしれませんが。

3. 精神病院での受診分類 (表3)

同じ医者が診療するわけですから、受診疾患も同じ傾向となっていはいはずですが、やは

表2. 松岡内科医院精神科平成24年10月受診分類表.

分類	男性 (人)	女性 (人)	計 (人)	割合 (%)
F0	16	33	49	9.7
アルツハイマー型認知症及びその他の認知症	14	31	45	
器質性精神障害	2	2	4	
F1 アルコール依存症	1	0	1	0.2
F2 統合失調症及び妄想性障害 統合失調感情障害	6	30	36	7.2
F3	66	77	143	28.4
躁状態または双極性感情障害	12	21	33	
うつ病	54	53	107	
気分変調症	0	3	3	
F4 神経症性障害	51	184	235	46.7
F40 社交不安障害	5	4	9	
F41 パニック障害	5	22	27	
全般性不安障害	7	25	32	
混合性不安抑うつ障害	7	34	41	
F42 強迫性障害	4	31	35	
F43 急性ストレス反応	0	0	0	
PTSD	1	9	10	
適応障害	12	9	21	
F44 解離性(転換性)障害	0	0	0	
F45 身体表現性障害	10	50	60	
F5	2	6	8	1.6
F50 摂食障害	0	2	2	
F51 睡眠障害	2	4	6	
F6 パーソナリティ障害	0	4	4	0.8
F7 精神遅滞	0	9	9	1.8
F8 自閉症スペクトラム アルベルガー症候群	6	9	15	3.0
F9 注意欠陥多動性障害 その他	0	0	0	0
G40 てんかん	2	1	3	0.6
総計	150	353	503	

表3. 精神科単科病院平成24年10月木曜日受診分類.

分類	男性 (人)	女性 (人)	計 (人)	割合 (%)
F0	1	6	7	5.5
アルツハイマー型認知症及びその他の認知症	1	6	7	
器質性精神障害	0	0	0	
F1 アルコール依存症	0	0	0	0
F2 統合失調症及び妄想性障害 統合失調感情障害	12	23	35	27.3
F3	7	48	55	43.0
躁状態または双極性感情障害	2	12	14	
うつ病	5	34	39	
気分変調症	0	2	2	
F4 神経症性障害	1	21	22	17.2
F40 社交不安障害	0	1	1	
F41 パニック障害	0	3	3	
全般性不安障害	0	3	3	
混合性不安抑うつ障害	0	3	3	
F42 強迫性障害	0	6	6	
F43 急性ストレス反応	0	0	0	
PTSD	0	0	0	
適応障害	0	2	2	
F44 解離性(転換性)障害	0	0	0	
F45 身体表現性障害	1	3	4	
F5	0	0	0	0
F50 摂食障害	0	0	0	
F51 睡眠障害	0	0	0	
F6 パーソナリティ障害	0	1	1	0.8
F7 精神遅滞	0	2	2	1.6
F8 自閉症スペクトラム アルベルガー症候群	1	2	3	2.3
F9 注意欠陥多動性障害 その他	0	0	0	0
G40 てんかん	1	2	3	2.3
総計	23	105	128	

り F 2 F 3 の内因性精神疾患が27%、43%と大きく占めています。精神病院の敷居の高さと、この精神病院では私が平成9年より診療をおこなっていることも関係しているかもしれません。特に統合失調症、躁うつ病の患者さんでは、ずっと主治医を務めていることがほとんどです。

おわりに

昨今、医療の現場は患者さんのニーズにあわせ多様化しております。私の場合は、義父の診療所の手伝いということで今のスタイルになりましたが、街中に精神科の診療所も増えてきており、プライマリーの先生と精神病院の間で、お役に立つことができればと考えております。

入会の挨拶

宮崎市 産業医
大塚 伸昭

昭和53年に鹿児島大学医学部を卒業、同年宮崎医大第1内科に入局しました。循環器(心臓)内科を専門としていましたが、現在は民間企業に勤務しています。臨床復帰を視野に入れて市郡医師会に再入会しましたが、内科医会は初めての入会となります。研修医1年目が県立宮崎病院でしたが、初めての指導医が志多先生でした。副会長をされている小牧先生も当時県立宮崎病院内科で勤務されていたので色々指導していただきました。

当時の第1内科は医局員の数も少なく、循環器グループは中川先生と近藤先生のお二人だけでした。現在はカテーテルによるインターベンションも積極的に行われていますが、当時は冠動脈造影も緊張して行われなければならない時代でした。大腿動脈穿刺によるジャドキンス法が主体でしたが、1975年に米国から帰国された山口洋教授が我が国では初めてソーンズ法を導入された頃であり、北九州の病院で上腕動脈切開によるソーンズ法研修も受けました。色々な技術を研修していたので、もう少し大学病院などで心臓の治療に関わるべきだったと今となっては後悔しています。色々な事情で臨床から離れて、随分と精神的には楽な生活を送ってしまいましたので、人生の最後くらいはもう一度役に立つ仕事をしたいと思っています。色々な講演会に出席する事も多くなり先生方と顔を合わせる事もあると思いますが、よろしくお願ひします。

入会の挨拶

都城市山田町 山路医院
山路 健

昭和62年12月より医師会に入会しております。もともと消化器外科でした。都城の内科医会には入会しておりましたが、今回日本臨床内科医会の専門医更新にあたり県内科医会への入会が条件との事で今回入会させていただくこととなりました。

鬱病(うつ状態)や認知症を多くの内科医が診察されている中で精神科医との繋がりが重要と思います。研修会や講演会などを通じて交流を持てるとありがたいです。

理事からひとこと

息抜き

日南市 福岡医院

福岡 周司

50年近く父が内科診療を行ってきた診療所の場所に5年のブランク後に私が開業したのは平成18年2月でした。早いもので7年半が間もなく経とうとしております。開業当初は新米経営者としての雑多な事務仕事、職員の雇用等それまで経験のないストレスを感じ、それも落ち着き日常診療のパターンにも慣れてくると今度は患者さんや地域との関わり等責任も多くなってきます。

交感神経の緊張によって、コルチゾール、アドレナリン、ノルアドレナリンなどのストレスホルモンが分泌されます。危機に対処するためのアドレナリンやノルアドレナリンの分泌は短時間で、ついで分泌されるコルチゾールは、もともとは糖新生のホルモンですがそれが出続けて過剰になることによって血圧を上げ動脈硬化の原因ともなり、NK細胞の働きを弱めます。無気力、自信喪失、絶望などのとき副交感神経に偏る場合もありますが、疲れや不安を感じているときは、基本的には交感神経緊張状態です。息抜きはそれまでの交感神経緊張状態を副交感神経優位にもっていく作用があります。またイライラしやすいときは、脳の神経伝達物質であるセロトニン、アセチルコリン、ドーパミンなどが不足していることが考えられますが適度な運

動はセロトニン分泌を促してくれます。

現代はストレス社会と言われみなさんも多くのストレスとうまく付き合いながら日々を過ごされていることと思います。元来楽観的に生活してきたつもりですがやはり毎日のストレスを少しでも緩和すべく息抜きは必要と実感するようになってきました。それに合わせて日常生活の中で交感神経、副交感神経の優位性を意識するようになりました。

最近の日常はと言うと、月曜から土曜までの診療・・・どう考えても交感神経優位、お昼休みの15分程度の短時間昼寝・・・少しだけ副交感神経優位、夕食後のカルテ整理、紹介状の作成・・・交感神経優位、その後のシャワー、ネットサーフィン、就寝・・・副交感神経優位といったところでしょうか。その他の日常として早朝のジョギングを20年以上続けていますが最近では10kmコースのため適度とは言えない可能性もあり、事実止めようか行こうか迷うことも度々あります。ただその後の爽快感はやはりエンドルフィン分泌もあり副交感神経優位を実感します。また毎日ではありませんが北郷の山道のオープンドライブ、週末には録りためたWOWOWを観ていると本当に副交感神経の優位性を感じリラックスしています。

50歳も近くなってきましたがこれからも常に小さいながらも目標を持ちつつ、ストレスを感じた時も一呼吸おいて交感神経、副交感神経の優位性を意識しながら、息抜きをうまく取り入れることによって日々の診療も充実するのではないかと考えています。

理事からひとこと

内科医として心がけている事

えびの市 えびの第一クリニック

新添 謙一

- (1) 患者さんに、いつも健康な状態で接する。明るく元気な顔で診察できるように、体力を維持する。
朝、テレビでニュースを見ながら、ストレッチとラジオ体操をする。洗顔して着替えた後、屋外で一時間ウォーキングをする。雨天の際は、屋内でウォーキングする。ラジオや音楽を聴きながらする。一時間で6,500歩から8,000歩ほど歩くこととなります。休日は、10,000歩前後歩き、時々軽くジョギングすることもあります。
仕事では、ほとんど椅子に腰掛けた状態ですが、標準体重を維持できます。
- (2) 風邪をひかないようにする。
風邪の時期にはなるべくマスクを着用して、風邪の患者さんを診察した後は、直ちに手洗いうがいをする。風邪症状があるような時は、早めに寝る。
- (3) 体調が悪くなりそうな時は、アルコールは飲まない。野菜や果物を食べて、肉類は控えて胃腸の負担を減らす。発酵食品を毎日摂取する。納豆とヨーグルトを食べる。肉よりは魚を食べる。
- (4) 嫌な事は、思い出さないようにする。よい事を思い出して悪い事を消去する。「ありがとう」「ついで、ついで」「きっとよくなる」三つの言葉を時々心で念じる。何事にも感謝する。人の良いところを積極的に褒める。嫌な事はなるべく言わないように努める。
- (5) 診察時には、患者さんが入ってくる時からその様子を見ると、体調がある程度分かります。なるべく訴えをよく聞いて、何を希望しているのか確実に把握する。どんな検査を希望しているのか、どんな処置を希望しているのかを判断する。診断書、主治医意見書、紹介書などの書類はその日の内に書く。
来るものは拒まず、去るものは追わずの精神で気持ちよく対処する。

理事からひとこと

看取りの場を考える

宮崎市 いしかわ内科

石川 智信

高齢化は地方の問題よりも、都会の問題になってきている。高々数千人規模の地方における高齢化に比べて、都会では一つの団地だけでも数万人単位の人が、一斉に後期高齢者になっていく。そんな中、国は高齢者を効率よく管理できるように有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅の整備を奨励している。今、訪問診療する先として自宅よりも、このような疑似在宅と言われる入居施設が増えてきている。

私が開業して19年が経過した。末期がん患者さんたちが自宅で療養したいという願いに応えたいと、平成6年11月6日に開業した。その翌年の正月に最初の方を看取ってからこれまでに、500人以上の患者さんを自宅で看取らせていただいた。それぞれの家には、その人達が刻んできた歴史があり、生活の匂いがあった。思い出の品があり、家族の寄り添いがあった。そんな中で、様々な種類の癌と戦っていた彼らが旅立っていった。そして今、多くの御遺族の方達が患者さんとして、私の診療所を訪れている。診察をしながら、故人のことが自然に話題になる。何年たっても遺族の方達の眼からは、涙があふれ出る。ともに闘病を支えた仲間として、御家族も、私も、訪問看護師達も、逝った患者さんの思い出を

共有している。だから私達の前では自然体で涙が流せるという。グリーフケアとはそういうものなのかもしれない。

しかし最近、残念ながらそのような体験をする機会が減ってきている。死亡する人の絶対数は確実に増えており、相変わらず病院で最期を迎える人が多い。しかし病院の病床数は減らされており、在宅死が増えていかにざるを得ないはずだが、当院での在宅での看取り数は、年に25人から30人でこの10年変わっていない。代わりに有料老人ホームで看取るケースが増えてきた。国も、施設での看取りを増やそうと、サービス付き高齢者住宅の一階に、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、訪問介護事業所などを設置するモデル事業を各地で推進している。今後、後期高齢者同士の夫婦が老老介護を行い、ともに認知症の夫婦同士が認認介護を行うケースが増えると予想されている。さらに2025年には、高齢者が一人で暮らす割合が50%近くに達する。そんな中、自宅で最後まで過ごすことは夢物語になってしまうのであろうか。

さて自宅への訪問診療と、施設への訪問診療にはどのような違いがあるだろうか。それまで自宅で診ていた患者さんが施設に入所され、施設への訪問を依頼されるケースが増えてきた。訪問した際にかかる言葉に、よく窮してしまう。家のことを話題にすると、「家に帰りたい」、「でも子供達に迷惑をかけるから仕方ない」などとため息交じりに話される方が多い。しかし「思い切って家でもう一度

頑張ってみますか」とはなかなか言えない。家族もそれなりに葛藤して施設入所を進めたわけで、再び無責任に混ぜ返すわけにはいかない。自然と話題は病気のことになってしまい、入院中の患者さんを回診しているような錯覚に陥ってしまう。また訪問診療の際に、家族が立ち会うことはほとんどなく、施設の職員との話し合いが中心になる。その結果、ご家族の思いを知ることが困難になる一方で、患者さんの診立てを、職員を介して家族に伝えなければならない。私の一言一句を聞き漏らすまいと懸命にメモをとり、私の言葉

を反芻して確認をする施設の職員の姿に、圧迫感を感じるのは私だけであろうか。

どんなに優秀な介護職がいても、家族にとって代われるわけではない。ある人が紡いできた長い人生に思いをはせるよりも、間違いを起こさないようにすることに介護スタッフは神経を注がなければならない。病院で患者を看取る看護職と同じ立場である。結局病院での看取りを施設での看取りに移しても、その本質が変わるわけではないと思う。在宅死を望むことは、これからの時代、最高の贅沢になるのかもしれない。



「世界文化遺産」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

富士山が“世界自然遺産”として選ばれなかった理由は様々である。利用率が高い事もその一つで、7月1日の山開きではいっそう賑わったが、保全活動が尚更重要性を増してきた。

撮影は2013年4月29日



「夜に輝く」

延岡市北浦町 北浦診療所 日高 利昭

北浦の尻浦展望台から、夜桜と北浦の夜景を絡めてみました。

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村 善教

当選し 恐縮しきり お祝の

声もかけられ 葉書も届く

医師会が 何とか集めた 票数に

満足できず やはりそうかと

当たり前 夏は暑くて 冬寒い

騒ぎ過ぎかと ひそかに思う

当直の 努力惜しむな 皆のため

不公平感 知るやそなたは

誰だつて きつい思いは 願い下げ

そこを何とか 使命感から

短歌

五月の節句

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

鯉のぼり五月人形武者のぼり鎧兜を見て回ったり

三箇月、十一箇月をむかへたる男の子二人の五月の節句

薫風を時に受けつつベランダに百五十センチが泳ぎあるなり

九十五歳のわが母の腕のなか三箇月の児が手足うごかす

長じなば弘法大師のごとくあれ直弘君よゆき直弘君よ

*これらの歌は、短歌結社誌「光の花」平成二十五年七月号に掲載されたものである。

短 歌

わが教へ子

延岡市 藤本内科小児科医院

藤 本 孝 一

患者らの病状伝ふる看護師のわが教へ子と気付かずにあき
かつてわが講義を聞きしことあると看護師語る病理学とぞ
若き時病理学わが講義せし看護学校の学生偲ぶ
大学にて病理解剖したる日を思ひ出しをり水俣病など
古びたるノート数冊めぐりをり病理解剖列記したるを

[報 告]

平成24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25年1月12日（土）、午前中に第300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5時から九州大学医学部「百年講堂」中ホール1で地方会会長九州大学大学院医学研究院病態修復内科学赤司浩一教授の議長の下に日本内科学会九州支部評議員会が開催された。

坪内博仁支部長（鹿児島大学第2内科教授）挨拶の後、各種委員会報告がなされた。以下にその概要を報告する。

1. 各種委員会報告

1) 内科認定医審議会報告

①認定教育施設の審査・認定（九州地区関連）

平成23年度の認定更新審査で教育病院では2年連続認定基準（内科剖検体数10体以上）を満たさなかった国家公務員共済組合連合会新別府病院が関連病院扱いとなり、教育関連病院では2年連続認定基準（内科剖検体数1体以上）を満たさなかった田川市立病院が認定を取り消された。一方、認定教育施設の新認定で教育病院として社会医療法人敬愛会中頭病院、教育関連病院として健康保険直方中央病院、筑後市立病院、鹿児島厚生連病院の4施設が認定された。

②資格認定試験に関する報告

第28回認定内科医資格認定試験は平成24年7月1日パシフィコ横浜で実施され、受験者3,382名に対して合格者3,116名で、合格率は92.1%（昨年87.3%）であった。また第40回総合内科専門医資格認定試験は平成24年9月16日東京五反田TOCビルで実施され、510名が受験し408名が合格、合格率は80.0%であった。

③認定医制度将来構想会議「中間とりまとめ（案）」について

昨今の専門医制度をめぐる動向（厚生労働省検討会、日本専門医制評価・認定機構の議論）を踏まえ、本会もこれまで独自の専門医制度（本会の場合は認定医制度）を見直す必要があるとのことで、「将来構想会議ワーキンググループ（世話人・渡辺毅審議会会長）」のもとで審議を重ね、その中間とりまとめ（案）の中で2015年以降の医学部卒業生から、5年の内科研修を前提とした「新・内科専門医（仮）」資格を設置する方向で検討されていることが示

された。

④救急委員会報告

2015年3月までに各大学病院においてJMECC（ジェイメック 内科救急・ICLS講習会）の単独開催を行うとともに、全国の教育病院にも段階的に単独開催の要請を行っていく。

2) 学会在り方検討委員会地区委員報告

学会在り方検討委員会と将来計画検討ワーキンググループの合同会議の報告がなされた。今後検討するテーマとして「学術講演会のあり方」、「男女共同参画」、「本会発行の雑誌のあり方」、「本会独自の研究」の4つのテーマについて現状の報告が行われた。

3) 生涯教育委員会地区委員報告

平成24年度生涯教育講演会はAセッションが谷澤幸生山口大教授、Bセッションは事務局より開催、参加状況等が報告され、25年度に関してはAセッションが林秀晴浜松医科大教授、Bセッションが土井俊夫徳島大学教授の下で開催され、その計画が報告され承認された。26年度はAセッションを近畿支部、Bセッションを関東支部が担当することが承認された。会員に対する生涯教育に関するアンケートの結果が報告され、実施して欲しい生涯学習の企画としては講演会、DVD、オンデマンド配信など講演会形式を基とした企画の希望が全体の5～6割と多く、次いでeラーニングによる生涯学習の企画を希望する人が3～4割と多かった。ハンズオンセミナー形式の企画の希望については全体の1割程度に留まった。

4) 学術集会運営委員会報告

第110回日本内科学会総会が平成25年4月12日から14日までの3日間、東京国際フォーラムで東京慈恵会医科大学細谷龍男会頭の下に開催されるが、その準備状況が報告された。また第111回総会は東北大学伊藤貞嘉会頭のもとで平成26年4月11日から13日の3日間東京国際フォーラムで開催される予定であることが報告された。

2. 平成25年度各種委員会地区委員について

1) 理事候補：吉良潤一（九州大学）、岡山昭彦（宮崎大学）

2) 内科認定医制度審議会地区委員候補：大屋祐輔（琉球大学）、尾辻豊（産業大学）、植木幸孝（白十字会佐世保中央病院）

3) 学会在り方検討委員会地区委員候補：田中良哉（産業大学）

4) 生涯教育委員会地区委員候補：藤田次郎（琉球大学）

5) 支部長候補：吉良潤一（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

平成25年度の全国評議員候補者が各大学内科学教室のチェアマンから推薦され、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として、当県からは県立延岡病院山口哲朗先生が昨年に引き続き推薦され、また本年度から新たに一般病院からの全国評議員枠が設けられ、各県医師会内科医会よりの推薦で九州には10名の割り当てがあり、当県からは宮崎江南病院院長石川

正先生を推薦し、承認された。九州支部評議員としては栗林が引き続き勤めることになった。

4. 内科学会九州地方会の開催時期、開催地、会長について

第301回：平成25年5月26日（土）、長崎大学医学部消化器病態制御学 中尾一彦教授

第302回：平成25年8月24日（土）、大分大学医学部腫瘍内科学 白尾国昭教授

第303回：平成25年11月16日（土）、琉球大学医学部感染症・呼吸器・消化器内科学

藤田次郎教授

第304回：平成26年1月19日（日）、九州大学医学部心療内科学 須藤信行教授

* 第303回、304回地方会では生涯教育講演会（第48回、49回）も同時開催される。

[報告]

平成24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25年3月16日（土）

場 所：福岡市博多都ホテル

担当県：宮崎県

参加者：栗林会長，中津留

[報告事項] 担当県宮崎からの報告

栗林会長より平成24年10月13日（土）に開催された第47回九内協・第29回九内懇について報告された。次いで、平成25～26年度日本臨床内科医会の理事推薦について九州ブロックからの理事数は9名で、鹿児島県2名、福岡・長崎・熊本・大分・沖縄・宮崎は各1名を推薦することで事前に書面にて九州各県内科医会会長に承認頂いたことが報告された。

[協議事項]

1. 平成25年度日本臨床内科医会九州ブロック会議・第48回九内協・第30回九内懇の開催日程および各会議の持ち方について（沖縄県）

平成25年11月9日（土）、那覇市において一日開催で行われることが了承された。

2. 次期（平成26年度）診療報酬改定に対する要望書について（福岡県）

福岡県内科医会から福岡県医師会に提出された要望書（資料1）について協議を行った。当県内科医会からも日臨内からの診療報酬に関するアンケートに対して、1. 入院基本料について①有床診療所に対して管理栄養士の絶対的な配置条件を廃止する。②有床診療所の入院基本料の引き上げを要望する。2. 救急搬送患者受け入れ加算について、有床診療所に対しても同加算を認めるよう要望する。3. 特定疾患療養管理料について、月に一回の算定とし一回の点数を倍増にするよう要望する。との返答を行ったことを報告した。

資料1：次期（平成26年度）診療報酬改定に対する要望書。

専門医会名 福岡県内科医会

	点数項目	具体的内容	参考	
			現行点数	要望点数
(重)1	投薬	1処方7種類以上の内服薬多剤投与の減算は薬価差益もなく多種疾病を持つ高齢患者が増える中、実態にあっていないので廃止すべきである。		
(重)2	医学管理等	特定疾患療養管理料は月2回の算定となっているが、1回450点の算定に改めるべきである。また、特定疾患の範囲を広げるべきである。		
(重)3	初・再診料	時間外対応加算は分かりやすくなったとの意見もあるが、患者から時間外に対応してもらっていないのに請求されたとのクレームもあり、「時間外対応施設加算」へ変更してはとの意見もある。		
4	医学管理等	認知症療養指導料は認知症疾患医療センターで診断された患者にしか算定できない。かかりつけ医で管理指導している多くの認知症患者にも算定できるよう緩和すべきである。		
5	入院料等	入院中患者の他医療機関受診は極一部緩和されたが不十分である。患者のフリーアクセスを阻害する内容であり22年度改定前の状態に戻すべきである。		
6	初・再診料	医師の技術料である初・再診料は「加算」ではなく「本体」として引き上げられるべきであり、それこそが地域医療の崩壊を食い止めるべく地域で尽力する医師への正当な評価である。平成8年度の再診料は74点であった。		
7	入院料等	特に中小病院や地方の病院では看護師の確保が困難となっている。配置要件の見直しや夜勤72時間ルールの緩和が是非とも必要である。		
8	入院料等	今回、栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算が入院基本料に包括されたが、包括化するべきではなかった。		
9	入院料等	前回、今回と「救急・小児・産科・外科」に病院勤務医負担軽減が重点項目となっているがどれだけ負担軽減になっているかの検証が必要である。		
10	リハビリテーション	疾患別リハの点数格差解消を希望する。運動器リハ(I)175点、脳血管リハ(I)245点など。		

[報告]

日本臨床内科医会第30回総会および第49回代議員会

宮崎県内科医会副会長

小 牧 齋

日 時：平成25年4月13日（土）、14日（日）

場 所：東京

出席者：中津留常任理事、小牧

第30回日本臨床内科医会総会は、平成25年4月14日開催された。菅原会頭、猿田日臨内会長の挨拶に続き、来賓として横倉義武日本医師会会長、第110回日本内科学会総会・講演会の細谷龍男会頭、野中博東京都医師会会長よりご挨拶をいただいた。猿田会長は「会長2期目に入るが、やっと日本臨床内科医会の全体像が把握でき、会員が内科医会のために日々努力されていることが分かった。この会を一層充実させ、発展させていくことが自分の使命と考えている」とご挨拶された。

総会議事は神津仁常任理事から代議員会報告、各部会・各委員会報告が行われた後、地域医療功労賞の表彰式、功労会員の表彰が行われた。

今回の総会の講演会テーマは「現状を立ち止まって一度整理しよう」、その旨に従い、初の試みである鼎談が行われた。特別講演Ⅰは、天皇陛下の執刀医として一躍有名となった天野篤順天堂大学大学院教授、特別講演Ⅱでは、特定健診の5年間の評価と今後について永井良三自治医科大学学長が講演された。またランチョンセミナーも現在、日臨内が総力をあげて取り組んでいるスマイルプロジェクト「高齢糖尿病患者に対する低血糖実態調査」、高齢者の糖尿病治療とインクレチン製剤の位置づけに関する講演、そして「腎臓」をテーマとした講演と、充実した内容であった。

第49回代議員会は、総会の前日4月13日に行われた。今年度は役員改選時に当たっているため、会長と監事の選挙が行われた。定数どおりの立候補で、全員一致で承認された。会長、監事の就任挨拶に続き、会務および会計、事業の概況が担当常任理事より報告された。

議決事項は、最初に平成24年度事業報告、平成24年度収支決算、平成25年度事業計画案、平成25年度収支予算案が拍手多数決によって承認された。また会長指名による副会長・常任理事・理事も承認された。

各部会・各委員会からの報告の要旨は以下にまとめます。

[総務部]

調査研究委員会

- 1 「超高齢者の診療実態の現状」に関するアンケート調査
- 2 高齢2型糖尿病疾患に対するシタグリプチン治療における有効性・安全性に関する調査研究
- 3 インフルエンザ研究2012-2013のプロトコルの作成と継続

[庶務部]

庶務委員会

日臨内医学会・総会の予定：第27回医学会は平成25年10月13-14日兵庫県，第31回総会は平成26年4月12-13日神奈川県。

会員増強委員会

平成24年11月時点の会員数は15,826名。当委員会活動は、非会員に日臨内の魅力を伝えることと、都道府県・市郡地区内科医会における会員増強活動の支援が中心になる。

IT委員会

WEB会議システムの導入を11月25日常任理事会終了後から開始した。各都道府県のホームページ作成を日臨内で支援します。

[経理部]

平成24年度日本臨床内科医会収支決算と平成25年度収支予算（案）

[社会医療部]

公益事業委員会

- ・禁煙キャンペーンの展開について
- ・健康推進キャンペーン「元気にくらす〇ヶ条」（禁煙7か条ポスターあり）
- ・健康推進キャンペーンの一環として「減塩推進」（ポスター製作を検討）
- ・日臨内インフルエンザ研究は現状で継続

[地域医療部]

地域医療委員会

「超高齢者の診療実態の現状アンケート調査」（平成24年7月実施）

在宅医療の推進－日臨内会誌『地域医療現場から』コーナーへの投稿

[社会保険部]

医療・介護保険委員会

I. 日臨内活動について

平成24年度診療報酬改定を踏まえて、平成26年度診療報酬改定を目指して、全国47都道府県内科医会に向けてアンケート調査を開始した。アンケートの内容を委員会で検討し纏めたうえ、内保連、日本医師会等に要望を提出する予定である。

II. 内保連について

A) 内科医系診療所委員会

日本臨床内科医会は内科医系診療所委員会の中核を成し、内科系開業医の診療報酬に対する意見を集約し、内保連経由で厚労省保険局医療課に要望書として提出してきた。

B) 在宅医療関連委員会

病院に入院中の患者が退院後スムーズに在宅医療に移行するべく、退院前と退院後の病・診連携が有効に機能するように、疾患別検討を開始した。呼吸器管理、嚥下機能管理、透析患者管理を当面の対象としている。

[社会保険部]

介護保険委員会

投薬：1処方7種以上の内服薬多剤投与の減算は実態にあっていないので廃止すべき

医学管理等：特定疾患療養管理料は月2回の算定となっているが、1回450点の算定に改めるべきである。特定疾患の範囲を広げるべきである。

初・再診料：時間外対応加算は「時間外対応施設加算」へ変更してはとの意見あり。

入院中の患者の他医療機関受診：複合的な疾患を有する高齢患者が増加し地域完結型医療として、医療機関同士の連携が益々必要となる中、連携により入院基本料が減算となる考え方は根本的に見直されるべきである。

栄養管理実施加算及び褥瘡患者管理加算の包括化：管理栄養士の絶対数を考慮すると、小規模入院施設で当該基準を満たすのは困難である。

[研修推進部]

研修推進委員会

平成24年度日臨内専門医・認定医合格者：総数1,462名。認定医新規51名，認定医更新96名。専門医新規10名，専門医更新1,305名。

[学術部]

学術委員会

原発性アルドステロン症の実態調査結果（仮）について

全症例数：2,662名，原発性アルドステロン症に該当する頻度25.7%。

慢性腎臓病（CKD）診療と地域連携に関するアンケート調査の状況

Smile Projectの状況について

10月8日（月）第26回日臨内医学会における日臨内ワークショップにて説明

実施予定症例数合計：11,006例，症例登録数1,117例。

刊行誌など

1. 内科処方実践マニュアル
2. 糖尿病患者用「フットケアDBソックス」（末梢神経障害の患者の足の保護）
3. 患者向け小冊子

[学術部]

会誌編集委員会

- ① 利益相反（COI）について：日臨内では利益相反についての取り扱い規定がないので、日本内科学会および日本医師会の取り扱いを調査した。投稿論文においては、日臨内で作成した自己申告書による利益相反報告書を提出し、論文末に著者のCOI開示を記載する。
- ② 二重投稿の件：投稿規定には「他誌に未発表のもの」とある。

[広報部]

ニュース編集委員会

1. 平成25年度支部ニュース委員会のテーマについて

「医療連携」を継続

- ① 在宅（居宅）復帰に向けた医師，看護師，介護士，病院との連携
- ② さまざまなクリニカルパス
- ③ 救急医療，がん医療，認知症，慢性期医療等
- ④ 地域医療連携と保健師，管理栄養士，保健福祉の現場等

平成24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新しいCKD分類～何が、何故、如何に変わったのか?～ 宮崎大学医学部医学科 血液・血管先端医療学講座 教授 藤元 昭一 先生</p> <p>②動脈硬化性疾患予防ガイドライン(2012):改訂のポイントとCKD 大阪市立大学大学院医学研究科 老年血管病態学 准教授 庄司 哲雄 先生 (出席者 76名)</p> <p>3月23日(土) 16:00～ 於. 県医師会館</p> <p><会員発表会></p> <p>①すべてのリウマチ反応が陰性で関節内エコーが診断に有用と思われた関節リウマチの1例 松山医院 松山 幹太郎</p> <p>②多彩な病変を認めたIgG4関連疾患の1例 宮崎大学膠原病感染症内科 松田 基弘</p> <p>③骨粗鬆症患者におけるリセドロネート治療の長期予後 大橋クリニック 大橋 剛</p> <p>④保存的治療にて両下肢壊疽による下肢切断を回避し、加温による皮膚温の上昇がPADの診断に有用と考えられた腎不全患者の1例 みやた内科医院 宮田 純一</p> <p><保険診療についての講演> 心疾患の抗血栓療法 県内科医会医療保険委員 鶴木 俊秀</p> <p><特別講演> ATISとしてのPAD(末梢動脈疾患) 小倉記念病院 循環器内科 副部長 曾我 芳光 先生 (出席者 41名)</p>

会議名	日時・場所・出席者
【理事會】	5月28日(月) 7月9日(月) 8月23日(木) 2月7日(木)
【評議員會】	6月6日(水) 2月21日(木)
【各郡市内科医会長會】	3月2日(土) 於. うめ田
【會計監査】	5月9日(水)
【學術委員會】	5月14日(月) 10月11日(木) 1月17日(木)
【医療保険委員會】	7月5日(木) 8月22日(水) 12月12日(水)
【宮崎県内科医会誌編集委員會】	6月21日(木) 8月30日(木) 11月5日(月) 1月30日(水)
【日本臨床内科医会九州ブロック會議】	10月13日(土) 於. 宮崎(担当: 宮崎県内科医会) 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13日(土) 於. 宮崎(担当: 宮崎県内科医会) 栗林会長, 野村副会長, 中津留常任理事 他7名
【九州各県内科審査委員懇話會】	10月13日(土) 於. 宮崎(担当: 宮崎県内科医会) 小牧・大窪副会長, 松岡理事 他9名
【九州各県内科医会長會】	3月16日(土) 於. 福岡(担当: 宮崎県内科医会) 栗林会長, 中津留常任理事
【日本臨床内科医会總會・ 理事会・代議員會】	4月14日(土), 15日(日) 於. 東京 栗林会長, 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6日(土), 7日(日), 8日(月) 於. 徳島 栗林会長, 野村副会長, 中津留常任理事
【日本内科学会九州地方会評議員會】	1月12日(土) 於. 福岡 栗林会長

会 議 名	日 時 ・ 場 所 ・ 出 席 者
<p>【学 術 講 演 会】 ※内科医会共催</p>	<p>①4月10日(火) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 良質な血糖コントロールを目指した糖尿病治療戦略 -当科でのビルダグリプチン使用経験、 およびCGMデータの解析から- 講師 産業医科大学医学部第一内科学講師 岡田 洋右 (出席者 62名)</p> <p>②4月17日(火) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 2型糖尿病のインスリン療法は今? 講師 順天堂大学スポーツロジセンター長 河盛 隆造 (出席者 109名)</p> <p>③6月8日(金) 19:00～ 於. ホテルJ.ALシティ宮崎 演題 臨床に役立つ虚血性脳血管障害の画像診断 講師 川崎医科大学脳卒中医学教授 木村 和美 (出席者 53名)</p> <p>④6月8日(金) 19:30～ 於. MRT-micc 演題 長引く咳の診断と治療 講師 名古屋市立大学腫瘍・免疫内科学教授 新実 彰男 (出席者 77名)</p> <p>⑤7月10日(火) 18:30～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 心不全における利尿薬の新たなエビデンスの発信 講師 兵庫医科大学循環器内科学主任教授 増山 理 (出席者 40名)</p> <p>⑥8月30日(木) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 PSA高値のBPH治療のコホートスタディについて 講師 宮崎大学医学部泌尿器科学助教 月野 浩昌 演題 前立腺肥大症に対する薬物療法の実臨床成績： The results of real-life practice 講師 NTT東日本札幌病院泌尿器科部長 伊藤 直樹 (出席者 49名)</p>

会 議 名	日 時 ・ 場 所 ・ 出 席 者
【学 術 講 演 会】	⑦9月7日(金) 19:30～ 於. ホテルスカイタワー 演題 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版の概要と改訂のポイント 講師 京都大学人間健康科学系専攻教授 荒井 秀典 (出席者 45名)
	⑧10月3日(水) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 新時代の高血圧治療－メタボサルタンへの期待－ 講師 愛媛大学病態情報内科学教授 檜垣 實男 (出席者 41名)
	⑨11月13日(火) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 シムビコートの抗炎症効果と喘息治療 講師 国立病院機構福岡病院臨床研究部長 下田 照文 (出席者 53名)
	⑩11月29日(木) 18:40～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 IBD診断・治療の新時代 講師 慶應義塾大学医学部内視鏡センター教授 緒方 晴彦 (出席者 52名)
	⑪1月29日(火) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 血糖応答正常化を目指す2型糖尿病治療 講師 順天堂大学特任教授 河盛 隆造 (出席者 77名)
	⑫2月15日(金) 18:50～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 自己炎症とリウマチ性疾患 講師 長崎大学医歯薬学総合研究科展開医療科学講座教授 川上 純 (出席者 30名)
	⑬3月12日(火) 19:00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 知っておきたい認知症の診療 －早期発見・早期診断と薬物治療の考え方－ 講師 宮崎大学医学部精神医学講師 林 要人 (出席者 49名)

会議名	日時・場所・出席者
【学術講演会】	<p>⑭ 3月19日（火）19：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 NOの新しい展開－硝酸薬とRhoキナーゼ－ 講師 広島大学原爆放射線医科学研究所 ゲノム障害医学研究センター 教授 東 幸仁 （出席者 20名）</p> <p>⑮ 3月19日（火）19：15～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 トラゼンタの使用経験について 講師 古賀総合病院代謝内科部長 井手野 順一 演題 腎機能を考慮した新しい糖尿病治療戦略 －インクレチン関連薬への期待－ 講師 岡山大学病院新医療研究開発センター教授 四方 賢一 （出席者 59名）</p>

平成24年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書

歳入合計	9,953,273
歳出合計	7,933,227
差引残高	2,020,046 (平成25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	5,954,400	5,887,800	△ 66,600	A 会員会費 5,067,000 B 会員会費 820,800
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	2,318,000	2,318,385	385	
4. 雑収入	1 雑収入	1,300,000	1,507,088	207,088	内科医会誌広告料 1,420,000 宛名シール代 15,000 預金利息他 6,088 日臨内認定制度第一次審査会事務経費 交付料 66,000
歳入合計		9,812,400	9,953,273	140,873	

会員数異動状況

	平成 24 年 3 月 31 日現在	平成 25 年 3 月 31 日現在
A 会員	284	284
B 会員	117	110
免除会員 (A 会員)	24	23
〃 (B 会員)	38	35
合計	463 名	452 名

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		730,000	0	730,000	633,301	96,699	
	1 旅 費	60,000		60,000	58,700	1,300	会計監査旅費
	2 需 用 費	50,000		50,000	33,775	16,225	事務用品代
	3 役 務 費	180,000		180,000	147,727	32,273	切手代、郵送料、電報・電話使用料等
	4 使用料及び賃借料	170,000		170,000	123,099	46,901	会館使用料、職員時間外手当
	5 事務委託費	270,000		270,000	270,000	0	宮崎県医師会へ 基本料 120,000 会員数加算料 150,000
2. 会議費		1,390,000	0	1,390,000	1,041,701	348,299	
	1 総 会 費	40,000		40,000	28,296	11,704	案内FAX代等
	2 評 議 員 会 費	500,000		500,000	380,340	119,660	(2回)
	3 理 事 会 費	850,000		850,000	633,065	216,935	(4回)
3. 事業費		6,614,000	101,935	6,715,935	6,258,225	457,710	
	1 学 会 費	200,000		200,000	36,204	163,796	講師との懇談会費 九州医学会内科学会案内FAX代他
	2 諸委員会活動費	600,000		600,000	564,875	35,125	医療保険委員会 221,165 (3回) 学術委員会 343,710 (3回)
	3 地区保険研究会助成費	435,000		435,000	435,000	0	補助金 @50,000×8地区 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地区 宮崎 100,000 西臼杵 50,000
	5 会誌発行費並び に編集委員会費	2,200,000		2,200,000	2,013,626	186,374	編集委員会 266,960 (4回) 印刷代 1,680,000 (2回) 執筆料等 66,666
	6 名簿刊行費	400,000		400,000	390,000	10,000	
	7 地区内科医会連絡会	350,000		350,000	330,205	19,795	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	684,000	88,137	772,137	772,137	0	各県負担金 50,000 九内協参加費 @10,000×13名 = 130,000 会長会旅費 (福岡3名) 187,960 会長会会場費 127,677 九内協開催地負担金積立金 200,000 実行委員会旅費等 76,500
	9 九州各県内科 審査委員懇談会	200,000		200,000	200,000	0	参加費 @10,000×20名 = 200,000
	10 日本臨床内科医会	675,000		675,000	644,300	30,700	総会・理事会・代議員会 旅費 (京都2名) 183,300 参加費 @10,000×2名 = 20,000 医学会・理事会・代議員会 旅費 (徳島3名) 378,000 当日登録料 (@15,000×3) - 20,000 = 43,000 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	70,000		70,000	68,080	1,920	旅費 (福岡1名)
	12 慶 弔 費	150,000	13,798	163,798	163,798	0	生花 (11名)
	13 諸 費	10,000		10,000	0	10,000	
4. 予備費	1 予 備 費	1,078,400	△ 101,935	976,465	0	976,465	
歳 出 合 計		9,812,400	101,935 △ 101,935	9,812,400	7,933,227	1,879,173	

平成25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
- (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（会員増加など）内科医会発展のために必要と思われる事業

平成25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	5,896,800	5,954,400	△57,600	A会員 @18,000×282名=5,076,000 B会員 @ 7,200×114名= 820,800 免除会員 A会員 25名， B会員 39名 (平成25年1月31日現在の会員数に基づく)
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	1,700,000	2,318,000	△ 618,000	
4. 雑 収 入	1 雑 収 入	1,300,000	1,300,000	0	内科医会誌広告料，預金利息等
	歳 入 合 計	9,136,800	9,812,400	△ 675,600	

歳 出

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1.事務費		710,000	730,000	△ 20,000	
	1 旅 費	60,000	60,000	0	会計監査旅費
	2 需 用 費	50,000	50,000	0	事務用品代
	3 役 務 費	180,000	180,000	0	切手代, 送料, 振込手数料
	4 使用料及び賃借料	150,000	170,000	△ 20,000	会館使用料, 職員時間外手当
	5 事務委託費	270,000	270,000	0	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	1,390,000	100,000	
	1 総 会 費	40,000	40,000	0	案内FAX代等
	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	850,000	100,000	5 回 (旅費, その他)
3.事業費		6,675,000	6,614,000	61,000	
	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	600,000	120,000	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	2,200,000	2,200,000	0	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	350,000	350,000	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	564,000	684,000	△ 120,000	九内協各県負担金 50,000 九内協 (沖縄 3 名) 300,000 九内協参加費 (3 名) 30,000 九州各県内科医会長会 (福岡 2 名) 170,000 会長会参加費 (2 名) 14,000
	9 九州各県内科審査 委員懇話会	330,000	200,000	130,000	九内懇 (沖縄 3 名) 300,000 九内懇参加費 (3 名) 30,000
	10 日本臨床内科医会	1,005,000	675,000	330,000	総会 (東京 3 名) 360,000, 参加費 (3 名) 30,000 医学会 (兵庫 3 名) 550,000 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	70,000	70,000	0	福岡 (1 名)
	12 慶 弔 費	150,000	150,000	0	
	13 諸 費	10,000	10,000	0	
4.予備費	1 予 備 費	261,800	1,078,400	△ 816,600	
	歳 出 合 計	9,136,800	9,812,400	△ 675,600	

宮崎県内科医会総会並びに学術講演会

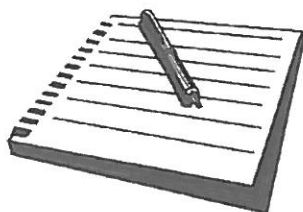
日時 平成25年6月8日（土）

場所 宮崎観光ホテル西館10F 大淀の間

- I 総会 16：00～
- 1) 物故会員黙祷
 - 2) 会長挨拶
 - 3) 議 事
 - イ. 平成24年度事業報告について
 - ロ. 平成24年度歳入歳出決算について
- II 特別報告 16：40～17：00
- 『高齢者糖尿病実態調査smileチェックシート宮崎県内の状況報告』
- 宮崎県内科医会 常任理事 中津留 邦展 先生
- III 学 会 17：00～19：00
- 特別講演①
- 『救急領域における中枢神経疾患』
- 宮崎大学医学部病態解析医学講座救急・災害医学分野
- 教授 落合 秀信 先生
- 特別講演②
- 『生活習慣病・ステロイド過剰と骨粗鬆症』
- 徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部
- 生体情報内科学 教授 松本 俊夫 先生
- IV 懇親会（西館8F 尾鈴の間） 19：00～

（出席者数 68名）

各郡市だより



宮崎市郡内科医会だより

宮崎市夜間急病センターは昭和54年に開設され、今日まで宮崎市の救急医療に大きく貢献している施設です。同センターの内科当直医は市郡医師会会員の内科当直協力医と宮崎大学からの派遣医よりなっています。ここ数年来、当内科医会会員の高齢化などがあり、協力して頂ける先生の減少や当直協力医の負担増が問題となっていました。今後、運営が困難になることも予想され、当内科医会としても、当番制の問題点や改善点などについて、小委員会や役員会での討議を重ねてまいりました。本年1月にようやく当直医の規定づくり、当直の義務化などを盛り込んだ規約案がまとまり、3月11日に宮崎市郡内科医会臨時総会にて規約案を御討議頂き、御賛同を頂きました。規約案につきましては、その後6月29日の宮崎市郡医師会総会にて、宮崎市夜間急病センター規則として決定されました。急病センターへのコンビニ受診や、宮崎市郡医師会病院の内科医の不在などいろいろな問題がありますが、これからの急病センターの運営が少しでも円滑にいくことを願っております。

平成25年6月30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います。

○平成25年5月15日（水）

「内科診療で見かける泌尿器科疾患」

野崎東病院 副院長

小林 隆彦 先生

（於：宮崎観光ホテル 出席者数 51名）

（文責：光川 知宏）

都城市北諸県郡内科医会だより

安倍政権になり停滞していたように感じられた日本社会が再び活気が出ているのは喜ばしく、参議院での圧勝も予想通りです。しかしあまりに多くの課題が滞積しており、その一つに高齢化社会に伴う医療費の膨らみを如何に対処していくのかがあります。来年は消費税の引き上げに伴い診療報酬も上げると報道されていますが、どのような仕掛けがあるのでしょうか。社会福祉、年金等総合的に情勢を見ると悲観的になり、限りある予算の分配は開業医にとってはさらに厳しいものになると覚悟すべきでしょう。

さて都城の医師会病院の移転も稼働し、会員も早く出来上がるのを待ち望んでいます。本年度の上半期の講演会の内容は以下の通りですが、当地区も他に多くの講演会、カンファレンスが企画されるようになったためか例年より出席者がやや減少しています。しかし毎月開催し相変わらず質疑応答活発です。

○平成25年1月29日（火）

「呼吸器感染症におけるマクロライドの役割」

九州保健福祉大学 薬学部

臨床生化学講座

教授 佐藤 圭創 先生

○平成25年2月21日(木)

「正常血糖応答維持をめざす2型糖尿病の薬物療法」

順天堂大学大学院

スポーツロジセンター

センター長 河盛 隆造 先生

○平成25年3月29日(金)

「糖尿病を有するNAFLD患者に対する治療戦略」

横浜市立大学附属病院 消化器内科

助教 米田 正人 先生

○平成25年4月16日(火)

「血圧変動とRAS阻害を考慮した降圧療法の模索」

横浜市立大学附属病院 腎臓・高血圧内科

准教授 田村 功一 先生

○平成25年5月16日(木)

「気分障害(うつ病)と自殺について」

一般社団法人 藤元メディカルシステム

大悟病院 老年期精神疾患センター長

三山 吉夫 先生

○平成25年6月18日(火)

「Gut controls Brain」

宮崎大学医学部

内科学講座神経呼吸内分泌代謝分野

教授 中里 雅光 先生

(文責:志々目栄一)

延岡内科医会だより

騒がしかった蝉時雨も、いつの間にか夜の虫の音に移り変わり、過ごしやすい季節となりました。

秋と言えば食欲の秋。山の幸には北方町の

次郎柿や香り豊かな地取れ松茸、北浦町ではピチピチの伊勢エビが解禁、五ヶ瀬川の鮎の塩焼きも美味しそうです。

文化の面ではいにしへの神秘に思いを馳せる高千穂夜神楽、延岡城山での天下一薪能など、秋の夜長のお楽しみも色々あります。

高速道路も整備が進んでいますので、県北にも遊びにお越しく下さい。

上半期の講演会は以下のとおりです。

○4月5日(金)

『予防接種の現状と課題』～大人にも必要なワクチン、そして接種率の向上・過誤接種防止について～

久留米大学小児科

講師 津村 直幹 先生

○4月12日(金)

『変わりゆく心房細動管理』

～新規抗凝固薬の登場とアブレーションの進歩～

福岡山王病院 ハートリズムセンター長

国際医療福祉大学大学院

教授 熊谷浩一郎 先生

○4月19日(金)

『IBD診療における内視鏡の役割』

－ダブル・バルーン内視鏡を中心に－

自治医科大学 内科学分野

消化器内科部門

講師 砂田圭二郎 先生

○5月24日(金)

『診察した患者の中でうつ病を疑ったら』

みずのメンタルクリニック

院長 水野 智秀 先生

○5月31日(金)

『抹消動脈疾患患者のマネージメントと治療』

宮崎市郡医師会病院 心臓病センター

循環器内科

仲間 達也 先生

東京女子医科大学呼吸器センター

○6月7日(金)

呼吸器内科主任教授 玉置 淳 先生

『印象の残る自験例から』

○9月13日(金)

宮崎大学医学部感覚運動医学講座

『2型糖尿病治療における課題と展望』

皮膚科学分野

宮崎大学医学部内科学講座

教授 瀬戸山 充 先生

神経呼吸内分泌代謝学分野

○7月12日(金)

助教 上野 浩晶 先生

基調講演『糖尿病と生活習慣』

○9月20日(金)

西九州大学健康福祉学部健康栄養学科

一般演題『ニュープロパッチの使用経験』

教授 石松 秀 先生

特別講演『パーキンソン病の診断と治療』

特別講演『C型慢性肝炎 最新の治療』

宮崎大学医学部内科学講座

宮崎大学医学部附属病院肝疾患センター

神経呼吸内分泌代謝学分野

准教授 永田 賢治 先生

准教授 塩見 一剛 先生

○7月19日(金)

(文責：山本 剛)

一般講演『アジルサルタンの使用経験』

高千穂町国民健康保険病院

主任内科医長 押方 慎弥 先生

特別講演『メタボ時代の高血圧治療

～心腎脈連関を踏まえて～』

横田内科

院長 横田 直人 先生

○8月2日(金)

一般講演『がん化学療法を受ける患者の

希望を支える』

『薬剤師の関与する副作用対策

～悪心・嘔吐を中心に～』

県立延岡病院

児玉 典子 先生・岩切 詩子 先生

特別講演『がん患者さんとの

コミュニケーション』

内科学呼吸器内科分野

准教授 高山 浩一 先生

○8月9日(金)

『最新の喘息治療

～SMART療法について～』

日向市東臼杵郡内科医会だより

今年は、県内では季節外れのインフルエンザ流行が続き、県北地区の小中高校でも臨時休校や学級・学年閉鎖などの措置がとられました。都市部では関東・関西を中心に風疹の流行が続いています。昨年の同期に比べ累積患者数は100倍にもなっているようです。このような状況を受けて、県内各自治体では風疹ワクチン接種に対する助成が始められ、当地域でも日向市が7月1日から費用のうち4千円を助成することになりました。より多くの方の接種を望んでいるところですが、ワクチンの供給不足が懸念されます。以下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とおりです。

○平成25年1月17日(木)

「心房細動を予防する高血圧治療を考える」

～心房細動における

非侵襲的治療法の変遷～

東海大学医学部内科学系 循環器内科学
准教授 吉岡 公一郎 先生

○平成25年1月22日（火）

「認知症疾患センターの取り組み」

向洋会協和病院

院長 二宮 嘉正 先生

「認知症早期発見と早期治療の重要性」

九州保健福祉大学

教授 小川 敬之 先生

○平成25年1月30日（水）

「循環器医から見た糖尿病治療戦略」

八日会 藤本早鈴病院

副院長 木原 浩一 先生

○平成25年1月31日（木）

「他科領域で役立つスギ花粉症の
実践的治療」

府内耳鼻咽喉科

院長 植山 茂宏 先生

○平成25年3月27日（水）

「心房細動治療の最前線」

小倉記念病院 循環器内科

部長 合屋 雅彦 先生

○平成25年3月29日（金）

第25回「日向地区急性期医療連携検討会」

「ガイドラインに沿った胸部大動脈瘤の
治療」

宮崎大学附属病院第二外科

教授 中村 都英 先生

○平成25年6月19日（水）

「認知症BPSDの基礎知識及び各職種の
役割分担」

医療法人相生会認知症センター

センター長 東邦大学医学部

客員教授 中野 正剛 先生

○平成25年6月21日（金）

「消化器内視鏡－過去，現在，未来－」

日本消化器内視鏡学会理事長

東京慈恵会医科大学消化器

肝臓内科・内視鏡科

教授 田尻 久雄 先生

○平成25年6月25日（火）

「家庭血圧から高血圧を攻める」

大阪大学大学院医学系研究科

臨床遺伝子治療学 特任准教授

勝谷医院 院長 勝谷 友宏 先生

（文責：古賀 正広）

児湯内科医会だより

児湯内科医会では、長らく会長を務められた独立行政法人国立病院機構宮崎病院、小堀祥三院長（現名誉院長）の退職に伴い4月16日総会を開催し役員改選を行いました。そこで、私が次の会長に選出され就任致しました。今まで日常診療にかまけて内科医会の活動とは無縁の私でしたが、突然として重責を担うこととなりました。長らく役員を務められた先生方のバックアップをお願いして会の発展に尽くしたいと考えております。講演会等を開催し会員の生涯教育に貢献することはもちろんですが、内科医会として住民の健康増進にお役に立てることはないか模索し、何らかの活動として地域に貢献できれば会員諸氏にとっても有益なことではないかとも考えております。

さて、平成24年度後半は2回の講演会を主催、後援しております。

○平成24年8月23日

【児湯内科医会学術講演会】

「アルツハイマー型認知症の薬物療法

－メモリーの特性と使用経験－」

出席者：18名

福岡大学医学部神経内科学

助教 合馬 慎二 先生

○平成24年12月6日

【第30回国立病院機構宮崎病院

医療セミナー（後援）】

「元気な子供が育つ街づくり：医療、行政、教育の連携による感染予防、アレルギー対策、軽度発達障がい児支援」

出席者：77名（内会員7名）

大分大学医学部小児科学講座地域医療

小児科分野担当教授

是松 聖悟 先生

昨年度まで宮崎病院と児湯内科医会とで協力して実施していました児湯カンファレンスは、発展的に解消し、今後は児湯内科医会学術講演会として開催する運びとなりました。児湯内科医会は、内科医のみでなく児湯医師会会員全員が内科医会会員となっています。このため、講演会の主題としては内科のみに偏ることなく、内科医と他科医師との連携がうまく図れ他科医師が興味を持っていただけて日常診療に役立つものであることが重要です。この点も役員の先生方と相談して決定してまいります。

最後に新役員の氏名を掲載致します。

会長：大森 史彦

副会長：黒木 宗俊

理事：野津手晴男、城戸 栄爾

高嶋 章、内田 俊浩、山中 聡

野津手大輔

監事：坂田 師通、栗田 正弘

（文責：大森 史彦）

西都市・西児湯内科医会だより

この原稿を書いております7月下旬、毎日暑い日が続いています。

夏の全国高校野球宮崎県予選は延岡学園が優勝し、7月21日の第23回参議院議員通常選挙においては自民党が圧勝。そして日医副会長の羽生田たかし先生と武見敬三先生も見事当選なされました。

今後の日本の医療が、我々医師にとっても患者さん達にとっても、より良き方向に向かうよう期待しております。まずは毎年分厚くなる一方の医科診療報酬点数表と、レセプトに記載しなくてはならない事項を減らして頂きたいと願う今日此の頃です。

平成22年4月に児玉健二先生から内科医会会長職を引き継いで4年目となりました。うっかりのんびりすっかり油断していたら、今年度に入って講演会を行っていないことにハタと気付きました。慌てて8月・9月・10月に講演会の予定を組んだところで。頼りない会長ですが、皆様今後共宜しくお願い申し上げます。

（文責：黒木 重晶）

南那珂内科会だより

参議院選挙も終わり猛暑が続いています。TPP参加も決定的となり今後の医療体制にも何らかの変化がありそうです。

さて今年1月から7月までの学術講演会は以下のとおりです。

○平成25年1月30日

「慢性心不全患者に対する利尿薬の使用法

～最近のエビデンスと

治療経験に基づいて～」

宮崎大学医学部内科学講座循環体液制御学

助教・病院准教授 石川 哲憲 先生

○平成25年2月21日

「糖尿病治療戦略と病診連携」

県立日南病院内科医長 椎屋 智美 先生

○平成25年3月7日

「日南市初期夜間急病センターの365日運営
に伴う小児診療講演会開催について」

県立日南病院

小児科医長 山村 佳子 先生

○平成25年3月14日

「パーキンソン病と鑑別診断」

宮崎大学医学部

内科学講座神経呼吸内分泌代謝学分野

准教授 塩見 一剛 先生

○平成25年6月13日

「2型糖尿病治療の新しい潮流

～EBMから患者中心の医療へ～」

潤和会記念病院糖尿病代謝内科部長

水田 雅也 先生

○平成25年6月21日

「さがみはら認知症地域連携パス作成の経
緯と成果」

東北大学東病院精神科救急病棟単位責任者

石川 美雪 先生

「うつ状態の理解と援助

～超高齢社会における地域ケア体制～」

北里大学医学部精神科診療講師

大石 智 先生

○平成25年7月30日

「アルツハイマー型認知症の治療戦略」

協和病院院長 二宮 嘉正 先生

(文責：山口 幹生)

西諸内科医会だより

今季は例年より梅雨明けが10日前後早く、7月の初旬より全国各地で30度超す厳しい暑さが続いています。熱中症による死亡例も少なからずマスコミで連日報告されています。地球の温暖化に伴い今世紀末には日本列島の年間の平均気温が約3度も昇るらしいそうです。近い将来に動植物の生活体系に異変をもたらす事が懸念されます。ところで、7月14日に東京で研修先を探す医学生を対象にしました病院説明会「レジナビフェア2013in東京」が開催されました。本県からも基幹型臨床研修病院が7施設程共同参加されています。本県の医師不足解消に向けて連携して受け入れる体制をアピールされたのは、本県出身の医学生には幅広い視野で、研修先の各施設を考慮できる良き機会に成ったのではないのでしょうか。ちなみに、県内で臨床研修を始めた医師数は、2011年度は29名、2012年度は最高の58名に増えて来たとの報告です。

さて、平成25年度の上半期の西諸内科医会の講演会は以下の通りでした。

今後も、当医師会、内科会員の先生方により一層の積極的な御参加を期待しております。

○平成25年1月21日(月)

「新しい認知症治療剤の特徴と使い分けについて～記憶と認知症、そして絆～」

上田脳神経外科 院長 上田 孝 先生

○平成25年2月21日(木)

「ガイドラインに基づく脂質異常症治療～自験例を交えて～」

いしざわ循環器内科

院長 石澤 宗純 先生
「高齢化、重症複雑化に対応した心臓血管外科手術」

宮崎大学医学部 外科学講座
循環呼吸・総合外科学分野

教授 中村 都英 先生

○平成25年3月15日（金）

「太ってなくても肥満？2型糖尿病の病態生理における異所性脂肪の役割とその治療」

順天堂大学大学院 代謝内分泌内科学
スポーツロジセンター

准教授 田村 好史 先生

○平成25年4月24日（水）

「心筋梗塞二次予防のための

戦略的薬物療法」

済生会熊本病院心臓血管センター
循環器内科副部長兼血管造影室長

坂本 知浩 先生

○平成25年5月16日（木）

「アレルギー疾患・呼吸器疾患の漢方治療
～和洋折衷診療が生み出すPotential～」

医療法人宏仁会メディカルシティ 東部病院
総合内科・漢方内科

部長 前田 修司 先生

○平成25年6月27日（木）

「骨粗鬆症とロコモティブシンドローム」

産業医科大学 整形外科学

准教授 酒井 昭典 先生

（文責：宮崎 裕三）

西臼杵郡内科医会だより

西臼杵郡医療圏は3町あわせて約2万2千人（高千穂町は1万3千人）で高齢化率は35%です。内科医会は5名の会員ですが、中

核病院である高千穂町立国民健康保険病院と連携を密にしながら、地域医療に取り組んでいます。

学術講演会は毎月行っており、医師以外、薬剤師の先生方にも参加していただいております。今年1月から7月までの講演会は以下の通りです。

○平成25年1月18日

「糖尿病の最新の話題」

福岡大学筑紫病院 内分泌・糖尿病内科

助教 工藤 忠睦 先生

○平成25年1月29日

「糖尿病治療—最近の変化」

平和台病院 名誉院長 中村 周治 先生

○平成25年2月14日

「健康寿命延伸を目指して 今、危ない

運動器疾患 -ロコモ予防を地域から」

宮崎大学医学部整形外科

教授 帖佐 悦男 先生

○平成25年3月6日

「非弁膜性心房細動に対する新規抗凝固薬の要点」

済生会熊本病院 副院長兼循環器内科部長

中尾 浩一 先生

○平成25年4月23日

「アルツハイマー型認知症における

メマンチンの有用性」

上田脳神経外科 院長 上田 孝 先生

○平成25年5月30日

「外来で血圧を測る必要がありますか？」

三重大学大学院 循環器内科学

客員准教授 大西内科ハートクリニック

院長 大西 勝也 先生

○平成25年6月25日

「日常診療における片頭痛および

関連疾患について」

潤和会記念病院 院長

神経内科 鶴田 和仁 先生

○平成25年7月18日

「心筋梗塞二次予防のための

戦略的薬物療法」

済生会熊本病院 心臓血管センター

循環内科副部長 坂本 知浩 先生

(文責：佐藤元二郎)

原稿募集

次の原稿締切は平成25年12月25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 各都市内科医会だより
(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
採択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。著者を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

宮永 省三 田中 宏幸 木佐貫博人
牛谷 義秀 名越 敏郎 佐々木 隆
福島 義隆

【お詫びと訂正】

会誌第83号(平成25年3月発行)の目次を以下のとおり訂正いたします。不手際を深くお詫び申し上げます。

【写真・絵画】

公園(マニラにて)・遊覧船(シンガポールにて) 折津 達

編集後記

今年は暑い夏が続きました。また台風は30号を数え毎週のように九州に接近し、台風シーズンが終わったと思えば、すぐに寒い冬が到来しました。気候変動を今年は身をもって体感いたしました。ただ暑い夏は気候だけではなく夏の全国高校野球、延岡学園の準優勝で皆さんも熱くなったのではないのでしょうか。

さて今回は宮崎大学フロンティア科学実験総合センターの加藤丈司教授に宮崎大学が世界に誇る「生理活性ペプチド」について解説していただきました。特集はEVTの第一人者であられる宮崎市郡医師会病院の仲間達也先生から末梢動脈疾患に対する血管内治療について現状から適応、最新治療まで解説していただき、特に近年は膝下血管病変までEVTが可能となっている時代であると教えていただきました。また不幸な足切断をさけるため、糖尿病患者や高齢者に多く接する我々内科医もこの疾患を広く認識する必要性を痛感いたしました。会員投稿論文にも末梢動脈疾患に関連した論文を寄稿していただきました。Postgraduate Educationは今回も宮崎大学の塩見一剛先生に神経病学第2回としててんかんと失神の鑑別を、宮崎江南病院の松尾剛志先生に心電図レクチャー第2回を書いていただきました。松尾先生のレクチャーでは宮崎大学で研修医や循環器内科看護師に教えていただいた頃の情熱が思い出されます。また今回から、ちぐさ東洋クリニックの川越宏文先生の漢方の講義が始まります。初回は漢方薬の注意点についてわかりやすく説明していただきました。他科からの提言は松岡内科医院の松岡敬子先生から内科にも受診する可能性のある精神疾患をICD-10分類に分け詳しく解説していただきました。また会員の先生方や理事の先生から毎回ご投稿いただき感謝申し上げます。これからも先生方からのご投稿よろしくお願い申し上げます。

(名越 敏郎)

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: takayama-staff@miyazaki.med.or.jp

発行人 栗林 忠信
編集人 宮永 省三
印刷所 愛文社印刷所