

[巻頭言]

平成30年度診療報酬改定

宮崎県内科医会 副会長

田口利文

平成30年度は診療報酬と介護報酬が同時改定されます。診療報酬改定の改定率は診療報酬本体部分が0.55%増（医科0.63%増）、薬価・材料費が1.74%減で、ネットでは1.19%減となりました。医師の技術料や人件費に充てられる本体部分の600億円の診療報酬の引き上げは、国からすれば負担増ではありますが、末端の臨床医が引き上げを実感できるものであるかどうか…マイナス改定ではなかったのでよかったというのが素直な感想です。

改定に当たっての基本認識が示されています。①人生100年時代を見据えた社会の実現 ②どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築） ③制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進です。我が国が世界最高水準の平均寿命を達成したのは、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果でもあります。医療従事者の献身的な努力も忘れてはなりません。地域包括ケアシステムの構築は医師不足、人口が減少しているものの高齢層の増加で医療のニーズはむしろ増加している地域では順調に進んでいるとは言えません。夜間や救急時の対応は開業医にとって最も頭の痛い問題です。地方都市では安全で質の高い医療を安定して提供するための人材確保も課題の一つです。安倍政権は当初消費税の増税分は社会保障費（医療費を含む）の増加分を補い、残りは借金の返済に充てる予定でした。しかしながら、今回の衆院選挙で借金返済部分を削り、幼児教育を含む教育の無償化を行うことを約束しました。それにより財務省は財政再建の必要性を盾にさらに医療費を含む社会保障費の削減を求めてくるものと考えられます。今後はますます日本臨床内科医会を通しての要望、要請が重要になって来るものと考えます。

改定の基本的視点と具体的方向性：(1)地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進が重点課題として挙げられています。具体的方向性の例として○地域包括ケアシステム構築のための取組の強化○かかりつけ医の機能評価○医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価○外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進○質の高い在宅医療・訪問看護の確保○国民の希望に応じた看取りの推進があります。地域での医療機関間の連携の強化、多職種連携の構築がますます重要となってきています。かかりつけ医は疾患の療養上の指導や服薬管理、健康管理だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が求められています。さらに多職種と連携して24時間関わっていく必要があります。我々が日常診療で考えている‘かかりつけ医’とは少し隔たりがあるようです。終末期医療および看取りについては、宗教、家族・地域性、緩和

ケアなど様々な問題を解決せねばなりません。(2)新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実○緩和ケアを含むがん医療、認知症患者の医療など○情報通信技術（ICT）等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入○リハビリのアウトカムに着目した評価が挙げられています。(3)医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進。(4)効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上。以上のさまざまな視点で今回の改定が行われます。是非、地方の実情を考慮にいたした改定が行われることを期待したいと思います。今後とも宮崎県内科医会の活動にご協力とご理解をお願いいたします。

[教授ご紹介]



ご挨拶

宮崎大学医学部 発達泌尿生殖医学講座
産婦人科学分野

教授 児玉由紀

2017年3月1日付で、宮崎大学医学部発達泌尿生殖医学講座産婦人科学分野教授を拜命いたしました。この場をお借りしまして宮崎県内科医会の皆様に一言ご挨拶申し上げます。

1. 略歴

私は宮崎県児湯郡高鍋町に生まれ育ちました。地元の高鍋高校から宮崎医科大学に進み、第12期生として1991年（平成3年）に卒業しました。卒業後は宮崎医科大学産婦人科に入局し、池ノ上克教授、鮫島浩教授の下で産婦人科の臨床・研究教育を受けてきました。卒業後2年目の1992年に鹿児島市立病院で研修を受けました。この時、産科、婦人科の研修に加えて初めて早産（未熟）児管理などの新生児医療について学びました。「産科（分娩）に携わるからには新生児医療の知識が必要である」との池ノ上教授の信念のもと研修したわけですが、後年その道を歩むことになるとは全く考えてもいませんでした。翌年大学に戻ると、新生児を学んできたということで、新生児医療に携わった経験のある上級医師とともに分娩部の中にあつた（正常）新生児室で児の治療にあたりました。

宮崎県では、1998年に大学病院と県立延

岡病院、県立日南病院に周産期センター（NICU）が整備され、周産期医療体制が確立しました。大学では小児科にあつた未熟児室と産婦人科の分娩室、病床の一部を周産母子センター（分娩室、NICU、GCU）としてオープンしました。そうした中、2000年に県立延岡病院に赴任しました。前任の熊本大学小児科の先生から引き継ぎ、周産期センター長として立ち上がって間もないNICUでの新生児治療に約4年間携わりました。

2004年に大学へ戻り、産婦人科病棟医長、総合周産期母子医療センター講師、准教授を経て、2016年にセンター長となり現在に至ります。

基礎的な研究としては、カリフォルニア大学アーバイン校留学時の臍帯血単核球のinterleukin産生能の研究（1996～97年）、同大学サンフランシスコ校産婦人科留学時のヒツジ胎仔を用いた臍帯圧迫による低酸素実験（1998年）を行いました。

2. 診療

総合周産期母子医療センターでは、ハイリスク妊婦の妊娠・分娩管理、新生児治療を24時間体制で行っています。宮崎県の周産期死亡率を最低レベルに維持できるよう、またハ

イリスク児の予後をより良くできるよう、引き続き一次、二次産科施設、あるいは小児科、行政との連携をとっていききたいと思います。進歩していく新生児医療に対応できるよう、県外の高次NICUとの連携も密にして人材育成に努めたいと考えています。

産婦人科は、周産期のみならず、婦人科腫瘍、思春期、生殖内分泌、遺伝など、女性の健康に関して取り組むべき分野が多岐にわたっています。それぞれの分野におけるエキスパートの人材育成に努め、周産期と同様に各分野の専門家との連携を深めていききたいと考えています。近年増加傾向にある子宮頸癌はじめ、新たにクローズアップされてきた遺伝性乳癌卵巣癌症候群などに対しても、外科、乳腺外科、遺伝カウンセリング部などとの連携をとっていくことで、宮崎県の婦人科腫瘍の予後改善にも取り組んでいききたいと思います。

3. 研 究

これまでの当教室の研究は、動物実験モデルを用いた基礎研究と宮崎県のフィールド研究の2つの柱で行われています。基礎研究では、ラットを用いた新生仔脳障害モデルの動物実験を行い、低酸素虚血や周産期感染のデータを報告しています。臨床研究では、宮崎県のpopulation-based研究として、年2回開催される宮崎周産期症例検討会を通じて、県産婦人科医会、地域の関連病院群と共に多施設共同研究を行い、周産期死亡や周産期脳障害に関するデータを報告してきました。今後も、これまで20年間にわたって実績を積んできた臨床研究フィールドの維持と発展を目指していきます。症例を蓄積していくことで

さらにエビデンスのあるデータを出し続けていきたいと思っています。その中の問題点を動物実験モデルで検証することで、臨床的研究と基礎的研究とをフィードバックさせつつ、母児の予後改善を目指した医療を発展させることも可能となります。

4. 教 育

大学における医学教育としては、医療現場に積極的に医学部学生を入れ、病棟内に必要不可欠な存在として医学部学生が活動できるような体制を整えることが大切と考えています。それには臨床の場ですぐ上の先輩医師や先輩医学生から基本的な診療方法や知識を何度も繰り返し指導を受けるような教育体制が必要です。このような教育体制は、学生だけでなく、研修医の卒後教育でも同じシステムで運用することによって、卒前卒後を通した臨床教育体制の充実に繋がると考えています。

当科での周産期分野、新生児分野に始まった国際交流は、ここ数年、さらに発展しています。留学に際してお世話になった先生のご協力により、一般医療分野のMedical English Courseにおいて、学生、研修医、専攻医の英語での症例プレゼンテーションや医療面接、鑑別診断の教育にも広がってきました。宮崎で行われている医療は、世界に通じる医療でもあるべきです。宮崎大学のスローガン『世界を視野に地域から始めよう』はまさしく医療の分野でも言えることであり、私たちは地域住民の医療を基盤として、世界へ向けて発信していくことが必要です。その意味でも関連する国内外の専門家と提携して先端領域の研究を推進し、国際交流にも積極的

に取り組んでいきたいと思えます。

産婦人科医療を取り巻く社会環境には、医師の時間外労働、少子化や分娩施設の減少など様々な問題があります。相反する問題に一朝一夕には解決しにくいこともあると感じています。しかしながら地域住民への医療提供

を基本に模索しながら、大学病院としての使命を果たすべく取り組んでいく所存です。

宮崎県内科医会の先生方にはこれからも様々な機会でお世話になることと存じます。何卒よろしくご指導、ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

特集**経カテーテル的大動脈弁置換術 (TAVI) の現状**

宮崎市郡医師会病院 心臓病センター 循環器内科

古 堅 真, 渡 邊 望, 木 村 俊 之
栗 山 根 廣, 柴 田 剛 徳**はじめに**

経カテーテル的大動脈弁置換術 (TAVI) は、フランスのRouen大学循環器内科のAlain Cribier教授により考案され2002年に第1例が行われて以降、デバイスの開発及び改良とともに多施設研究において外科的弁置換術 (SAVR) との比較で非劣性を認められ、2013年10月に日本で保険償還された。2017年12月現在、日本国内では認定施設が130施設にまで増え急速に普及してきている。当院では、2016年4月に施設認定を取得し、2017年12月までに35症例 (平均年齢 86.9 ± 3.9 歳, 女性28名/男性7名, 経大腿アプローチ34例/経心尖部アプローチ1名) の治療を行い、30日死亡率0%, 開心・開胸術への移行0%, 術後ペースメーカー植え込み0%, 軽症症候性脳血管障害5.7%と比較的良好な結果が得られている。

海外の治療成績

TAVIの適応は、日本循環器学会ガイドライン (2014年版) では、超高齢の症例、併存疾患の理由からSAVRが困難な症例とされている。その根拠となるのは、アメリカでの大規模臨床試験であるPARTNER試験である。このrandomised controlled trail (RCT) で

は、コホートA¹⁾は手術リスクが高い患者群でTAVIとSAVRを比較し、コホートB²⁾では手術リスクが高く大動脈弁置換術不適応と判断された患者群でTAVIと標準治療 (経皮的大動脈弁拡張術もしくは薬物治療) に割り付けして行われた。術後1年後の結果は、コホートAでは全死亡に有意差は認められず、コホートBでは全死亡、全死亡+再入院がTAVI群で有意に少なかったと報告された。また、5年後の治療成績についても2015年に報告されており、コホートA群ではTAVI群とSAVR群では死亡率は同等となり、コホートB群ではTAVI群で有意に死亡率が低かったと報告された³⁾。

その後、2016年には患者群が中等度リスク (STS score 4~8%) を対象として行われたRCTがPARTNER2 試験⁴⁾ として発表された。PARTNER2 試験では、経大腿アプローチのTAVIは、2年間の観察期間で1次エンドポイントである全死亡および障害を伴う脳卒中の発生においてSAVRと比較して非劣性を示した内容となっており、特に安全性について確認されたRCTになっていた。更には、現在、低リスクの患者群 (STS score 4%未満) を対象としたPARTNER3 試験が始まっている。

これらの結果を受けて、ヨーロッパでは2016年に85歳以上の症例では経大腿アプローチのTAVIを強く勧める、また、75歳以上でも経大腿アプローチのTAVIを勧めるというrecommendation⁵⁾が発表され、現在はヨーロッパでは75歳以上のAS症例はTAVIの適応という認識が広まっている。また、ACC/AHAのガイドラインでは、2014年版ではTAVIはSAVRが高リスクな場合であってもClass IIaとなっていたが、2017年版⁶⁾ではSAVRが高リスクの場合はClass Iに引き上げられた。更には、SAVRが中等度リスクとなる症例については、2014年版にはTAVIについての記載すらなかったが、新たにClass IIaと追記されており、TAVIの適応は徐々に拡大していく傾向にある。

日本での治療成績

2013年6月から2015年8月に行われた市販後調査では600例が登録され、30日死亡率は1.2%と良好な成績を取めた。国内の多施設研究であるOCEAN-TAVI registryでは30日死亡が1.74%と報告されており、アメリカのPARTNER trial コホートAでは3.4%、フランスでは9.7%⁷⁾、イギリスでは7.1%⁸⁾などの結果と比較すると、日本での治療後の短期成績が非常に良好であることが確認された。また、日本での初回SAVRの成績は、院内死亡率が2.4%⁹⁾であることから、SAVRと比較しても遜色ないものとなっている。

日本国内で使用可能なデバイス

ヨーロッパではデバイスの開発が盛んにおこなわれており、CEマークを取得しているTAVI用の生体弁は複数存在しているが、現



図1. バルーン拡張型人工弁
(Edwards社製 Sapien3).



図2. 自己拡張型人工弁
(Medtronic社製 CoreValve・Evolut R).

在、日本国内で使用可能な生体弁は大きく分けると2種類になる。1つはEdwards社製のバルーン拡張型生体弁(図1)、もう1つはMedtronic社製の自己拡張型生体弁(図2)である。どちらのデバイスを使用するかは、大動脈弁複合体の解剖学的な状態や、血管径などで選択していくことになる。

治療方法

TAVIには大きく分けると二通りのアプローチ方法があり、鼠径部から大腿動脈にカテーテルを入れる経大腿アプローチ(図3)

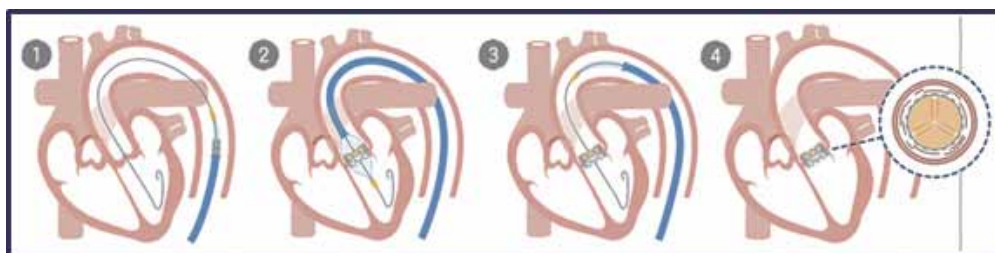


図3. 経大腿アプローチ.

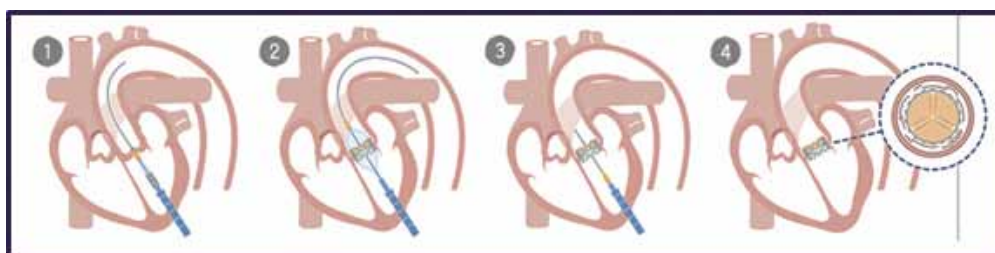


図4. 経心尖部アプローチ.

と、それ以外のアプローチ方法になる。それ以外のアプローチ方法というのは、バルーン拡張型生体弁であれば第5または6肋間を5cm程切開して左室心尖部からカテーテルを入れる経心尖部アプローチ（図4）となり、自己拡張型生体弁であれば、鎖骨下動脈アプローチか直接的動脈アプローチとなる。いずれの方法が望ましいのかは、心エコーやCTなどを基に検討されるため、術前の検査の解析が非常に重要となる。侵襲の程度は、経大腿アプローチが最も低く、鎖骨下動脈アプローチ、直接上行動脈アプローチ、心尖部アプローチとなるに従い侵襲は大きくなるが、心臓を止めることなく弁置換術を行えるというメリットはあると思われる。また、当院では現在は全身麻酔下での治療を基本的な方法としているが、経大腿アプローチの場合は局所麻酔下で行うことがglobal standard となってきており、国内においても局所麻

酔下での経大腿アプローチによるTAVIが普及してきている。

当院での症例

81歳、女性。11年前に心筋梗塞を発症し、冠動脈バイパスを行われていた。労作時の胸痛を自覚するようになり、心エコーにて重症大動脈弁狭窄症を指摘され精査目的に当科紹介となった。弁置換術の適応と判断され、開胸術後であることから経大腿アプローチでのTAVIを行うこととなった。

BSA 1.30, STS score 5.24%, Log. Euro Score 20.1%, CSHA 3

Labo data ; クレアチニン 0.94 mg/dl, eGFR 43.5 mL/min/1.73m², Hb 11.2 g/dl

経胸壁心エコー；左室駆出率 69.0%, 大動脈弁最大通過血流速度 4.82m/s, 平均圧較差 54.0mmHg, 大動脈弁口面積（連続の式）0.52cm², 大動脈弁逆流；軽度

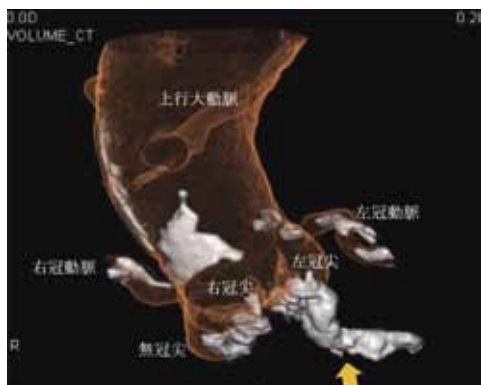


図5. 大動脈弁の術前3D-CT. 左冠尖から左室流出路に連続する石灰化が認められる(↑).



図6. 大動脈弁の弁腹を中心に石灰化が認められ、左冠尖から左室流出路に石灰化(↑)が連続している。

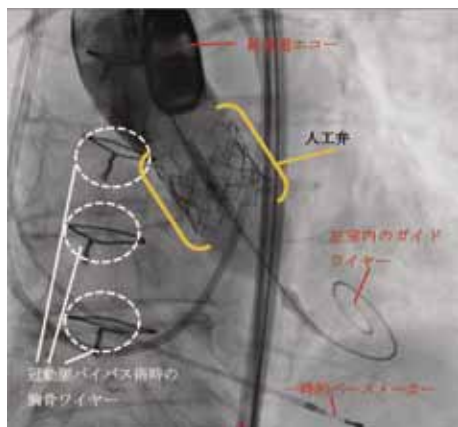


図7. バルーン拡張型人工弁の留置.

術前CT(図5, 6)で大動脈弁から僧帽弁前尖に連続する石灰化が認められ左室流出路破裂のリスクと考えられた。CTの計測結果から、バルーン拡張型人工弁の23mmもしくは20mmが適切と思われた。術中の20mmバルーン

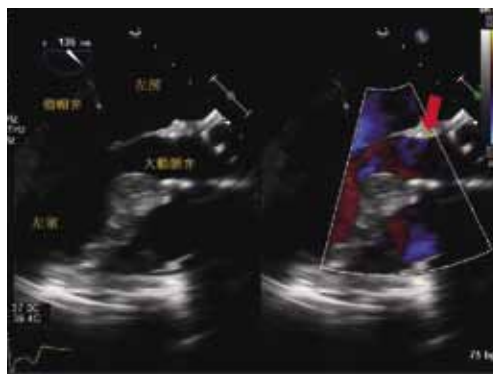


図8. TAVI中(弁留置直後)の経食道心エコー図(大動脈弁の長軸像)。左房側に軽度の弁周囲逆流が認められる(赤矢印)。

で前拡張を行った際の大動脈造影では23mmの人工弁が適切と思われる、23mm弁を留置した(図7)。弁周囲逆流はごく僅かに認めるのみ(図8)となり、合併症なく終了した。術後の経過は良好であり、治療2日後に歩行可能となった。

退院後は胸部症状はなく、3ヶ月後の経胸壁心エコーでは弁周囲逆流は認めず良好な経過を辿っている。

TAVIの今後

TAVIの適応が検討されている対象群の一つが維持透析症例である。日本では透析症例に対するTAVIは承認されていないが、ニーズは大きいものがあると考えられている。現在、透析症例におけるTAVIの安全性および有効性を評価する臨床研究が行われており、治療成績の報告が待たれている。

また、TAVIにはいくつかの問題点が指摘されてきた。一つは、術後の弁周囲逆流である。石灰化の強い弁にステントで出来ている人工弁を留置するため、自己弁の石灰化とステントとの間に少なからず隙間が生じてしま

うため、そこから血液の逆流が生じてしまう。術前よりも逆流量が多くなると容量負荷から心不全を生じてしまうことと、逆流量が少なくても長期予後に影響を与えるという結果が示されている。逆流量を減らすために弁を大きく拡張するとヴァルサルバ洞破裂、大動脈弁輪破裂や上行大動脈解離などの合併症を生じるリスクが高くなるため、ある程度の逆流は許容せざるを得ない状況が出てくる。しかしながら、現在、経大腿アプローチで使用しているエドワーズ社の人工弁は弁周囲逆流を予防する改良がなされており、弁周囲逆流の程度が前世代の人工弁と比較して明らかに減っていることが報告され¹⁰⁾、この問題についてはデバイスの改良により解決したものと考えられるようになってきた。

また、他の問題点は、完全房室ブロックを生じてしまい6%前後¹¹⁾の確率でペースメーカー植え込みが必要になる可能性がある。機序としては、留置した人工弁が心室中隔の刺激伝導系に物理的に影響することで生じると考えられている。ペースメーカーの留置が必要となる因子は報告されており、可能な限り完全房室ブロックを避けるような人工弁の留置位置が検討され、術前の画像診断に基づくスクリーニングが重要となる。更に、現在の最大の課題とされているのが、生体弁の耐久性である。SAVRで使用される人工弁は、生体弁でも10年以上の耐久性が確認されているが、TAVIで使用する生体弁は5年以上のデータが揃っていないため、5年以上の耐久性については結果が出ていない。TAVIの手技自体がヨーロッパでも10数年しか歴史がなく、日本でもまだ4年しか経っていないため、耐久性についてのデータが揃うにはまだ時間

を要すると思われる。この耐久性の問題は、今後の適応拡大にも大きな影響を与える重要な問題である。中等度リスクや低リスク症例においては、生命予後が高リスク群よりも良いため、治療後の生存期間が長いことが容易に想像できる。より長い生存期間に対応し得る耐久性をTAVIで使用する生体弁で確認出来るか否かで、今後のTAVIの適応は大きく変わるだろうと思われる。

TAVIは手技が均一化、簡素化に向かっており、入院期間も短時間で済むようになってきている。問題点もあるが、様々な方法で解決され更に普及していくものと思われる。

ま と め

TAVIの現状や今後の問題点について、当院の経験症例を含めて概説した。TAVIを含め侵襲的治療は術者に焦点を当てる傾向にあるが、今日における弁膜症/構造的疾患の治療では、循環器内科医、心臓外科医、麻酔科医、放射線科、リハビリテーション科など複数の職種により構成されるハートチームが有機的に機能することが必要である。

参 考 文 献

- 1) Smith CR, Leon MB, Mack MJ, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, et al. Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients. *N Engl J Med.* 2011 ; 364(23): 2187-98.
- 2) Leon MB, Smith CR, Mack M, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, et al. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med.*

- 2010 ; 363(17): 1597-607.
- 3) Mack MJ, Leon MB, Smith CR, Miller DC, Moses JW, Tuzcu EM, et al. 5-year outcomes of transcatheter aortic valve replacement or surgical aortic valve replacement for high surgical risk patients with aortic stenosis (PARTNER 1): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 ; 385 (9986): 2477-84.
 - 4) Leon MB, Smith CR, Mack MJ, Makkar RR, Svensson LG, Kodali SK, et al. Transcatheter or Surgical Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. *N Engl J Med*. 2016 ; 374 (17) : 1609-20.
 - 5) Vandvik PO, Otto CM, Siemieniuk RA, Bagur R, Guyatt GH, Lytvyn L, et al. Transcatheter or surgical aortic valve replacement for patients with severe, symptomatic, aortic stenosis at low to intermediate surgical risk : a clinical practice guideline. *BMJ*. 2016 ; 354 : i5085.
 - 6) Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, 3rd, Fleisher LA, et al. 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease : A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2017 ; 135(25): e1159-e95.
 - 7) Gilard M, Eltchaninoff H, Iung B, Donzeau-Gouge P, Chevreul K, Fajadet J, et al. Registry of transcatheter aortic-valve implantation in high-risk patients. *N Engl J Med*. 2012 ; 366(18): 1705-15.
 - 8) Moat NE, Ludman P, de Belder MA, Bridgewater B, Cunningham AD, Young CP, et al. Long-term outcomes after transcatheter aortic valve implantation in high-risk patients with severe aortic stenosis: the U.K. TAVI (United Kingdom Transcatheter Aortic Valve Implantation) Registry. *J Am Coll Cardiol*. 2011 ; 58(20): 2130-8.
 - 9) Committee for Scientific Affairs TJAfTS, Masuda M, Okumura M, Doki Y, Endo S, Hirata Y, et al. Thoracic and cardiovascular surgery in Japan during 2014 : Annual report by The Japanese Association for Thoracic Surgery. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2016 ; 64(11): 665-97.
 - 10) Nakashima M, Watanabe Y, Hioki H, Nara Y, Nagura F, Hosogoe N, et al. Efficacy and safety of transcatheter aortic valve implantation with Edwards SAPIEN 3 and XT in smaller Asian anatomy. *Cardiovasc Interv Ther*. 2017.
 - 11) Inohara T, Hayashida K, Watanabe Y, Yamamoto M, Takagi K, Yashima F, et al. Streamlining the learning process for TAVI : Insight from a comparative analysis of the OCEAN-TAVI and the massy registries. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2016 ; 87(5): 963-70.

[会員投稿論文]

特定健康診断の成績を用いた 高血圧発症リスク因子の検討

宮崎県健康づくり協会

江藤胤尚, 湯田敏行, 鎗水民生, 藤本茂紘
長田幸夫, 浅田敬子, 谷口尚大郎, 伊福浩水
浜田恵亮, 楠元志都生

はじめに

高血圧発症のリスク因子として不適切な食事, 喫煙, 身体の不活動性, 過度の飲酒などの生活習慣に関連する要因や, 肥満, 糖尿病, 血清脂質異常などの代謝性の要因が知られている¹⁾。これらの多くは, 正常高値血圧や軽症高血圧を対象とした介入試験より得られた成績を根拠としている²⁾。一方, 正常血圧のコーホートを設定して, 高血圧発症リスク因子を包括的に観察した本邦での報告は極めて少ない³⁾。そこで, 2008年度より開始された特定健診のデータを用いて正常血圧コーホートを作成し, 5年後の高血圧発症リスク因子について検討を加えてみた。

対象と方法

対象: 2008年度に宮崎県健康づくり協会において特定健診又は職域健診を受診した76,873名の中で正常血圧(血圧が140/90mmHg未満, 降圧薬非服用)を呈し, 法令の定める「健診項目」⁴⁾に欠損値のない28,977名を取り出した。さらに, 脳卒中, 心筋梗塞, 慢性腎不全など, 高血圧発症に影響する病態を有する者を除外すると, 26,999名が残った。この中で

5年後にも受診した10,150名を研究コーホートとした。

方法: 高血圧基準は血圧140/90mmHg以上又は降圧薬の服用者とした⁵⁾。5年後の血圧により正常血圧(正常群)と高血圧発症(高血圧群)を分け, そのプロフィールを検討した。数量的データ(数量項目)についてはt-検定で, カテゴリー・データ(分割項目, 問診項目)については χ^2 検定で群間を比較した。年齢, 血圧, 耐糖能, 喫煙, 飲酒については, 一定の基準でカテゴリー化した(分割項目)。肥満, 腹部肥満, 脂質異常などの陽性所見の判定(分割項目)や問診項目とその判定については, 法令で定められた「健診測定値」⁶⁾や「質問票」(問診項目)⁷⁾を用いた。

高血圧発症のリスク因子に関しては, 5年後の高血圧発症を従属変数とするロジスティクス回帰分析を用いて検討した。まず, 分割項目と問診項目を独立変数とするモデル1を作成した。モデル2では, 数量項目と問診項目を独立変数とするロジスティック回帰分析を行った。独立変数は尤度比検定による変数増加法で選択した。統計解析にはIBM SPSS Statisticsバージョン24を用いた。

成 績

1. 2008年度正常血圧コーホートのプロフィール (表1および2:2008年度)

正常血圧者10,150名のこのコーホートでは、男が5,588名で55%を占めた。年齢の平均は48歳で、40及び50歳代がそれぞれ35及び26%を占め、65歳以上は9%で、特定健診の性格上75歳以上は2名と激減した。肥満と腹部肥満の出現率は19と26%であった。血圧の平均は116/71mmHg, 至適, 正常, 正常高値血圧の頻度はそれぞれ57.8, 24.6, 17.6%であった。糖尿病と脂質異常の合併率は2.4と17%, 喫煙率と飲酒率は5と8%であった。

2. 5年後の高血圧発症の有無別にみたプロフィール

5年後に1,169名(12%)が高血圧を発症した。高血圧発症の有無別に比較した研究開始時の数量項目の成績を表1に示す。正常群と比較すると、高血圧群ではHDL-Cが低値であるが、残りの項目は高値である。分割項目や問診項目については、正常群と高血圧群とを比較して有意差のある項目のみを表2に

示す。高血圧群では60歳以上の頻度, 男の比率, 肥満, 腹部肥満, 正常高値血圧, 糖尿病, 脂質異常, 高LDL-C, 肝機能異常などの出現率や, 血糖薬や脂質薬の服用率が高い。20歳からの体重増加の出現率が高血圧群で有意に高い。同様に, 飲酒率や喫煙率は分量の多い分画において高血圧群で高い。さらに, 運動習慣や歩行・身体活動に関する問診項目についても同様である。

3. 高血圧発症リスク因子に関するロジスティック回帰分析の成績

高血圧発症を従属変数とし, 分割・問診項目を独立変数とするロジスティック回帰分析において, 表3に示す7項目が有意なリスク因子として選択された(モデル1)。つまり, 年齢階級, 肥満, 血圧分類, 糖尿病, 高γGTP, 脂質薬, 喫煙分類である。ROC曲線によって定めたカットオフ値0.2を用いた予測判別の中率は83%で, 感度64%, 特異度85%であった。

モデル1で用いた分割項目の元となる数量項目と, 同一問診項目を独立変数とし, 同様

表1. 2008年度の健診成績と5年後の高血圧発症の有無別比較 (数量的変数)。

健診 (数量) 項目	2008年度	5年後の高血圧発症の有無		t-検定 (P)
	(N=10,150)	無し (正常) (N=8,981)	有り (高血圧) (N=1,169)	
年齢 (歳)	47.9 ± 0.12	47.2 ± 0.12	53.2 ± 0.31	***
BMI (kg/m ²)	22.5 ± 0.03	22.3 ± 0.03	23.7 ± 0.10	***
腹囲 (cm)	81.2 ± 0.08	80.6 ± 0.09	85.0 ± 0.25	***
収縮期血圧 (mmHg)	116.1 ± 0.12	114.5 ± 0.12	128.2 ± 0.23	***
拡張期血圧 (mmHg)	70.7 ± 0.09	69.6 ± 0.09	79.2 ± 0.20	***
中性脂肪 (mg/dl)	98.8 ± 0.69	95.8 ± 0.69	121.7 ± 2.60	***
HDL-C (mg/dl)	67.9 ± 0.17	68.2 ± 0.18	64.9 ± 0.50	***
LDL-C (mg/dl)	123.7 ± 0.31	122.8 ± 0.32	130.3 ± 0.95	***
AST (IU/L)	22.4 ± 0.09	22.2 ± 0.09	23.9 ± 0.25	***
ALT (IU/L)	21.5 ± 0.15	21.1 ± 0.16	24.1 ± 0.43	***
γ-GTP (IU/L)	34.4 ± 0.43	33.1 ± 0.45	44.3 ± 1.55	***
血糖 (mg/dl)	90.6 ± 0.15	89.8 ± 0.14	96.2 ± 0.66	***

数値: 平均値 ± 平均値の標準誤差, *** = P < 0.001

表2. 2008年度の主なカテゴリー変数の有所見率と5年後の高血圧発症の有無別比較.

健診(分割, 問診)項目	2008年度		5年後の高血圧発症の有無		χ^2 検定 (P)
	(N=10,150)	無し(正常) (N=8,981)	有り(高血圧) (N=1,169)		
年齢* ¹ (4分割, 60歳以上)	16.7%	15.2%	28.6%	***	
性(男)	55.1%	54.0%	62.9%	***	
肥満(BMI25以上)	18.8%	17.1%	31.7%	***	
腹部肥満* ² (あり)	25.6%	23.6%	40.8%	***	
血圧分類(正常高値)	17.6%	12.4%	57.6%	***	
耐糖能分類(糖尿病)	2.4%	2.1%	5.4%	***	
脂質異常* ³ (あり)	17.0%	15.6%	28.2%	***	
高LDLC (140mg/dl以上)	28.5%	27.5%	35.8%	***	
高AST (3IU/L以上)	9.6%	9.3%	12.1%	***	
高ALT (3IU/L以上)	14.8%	13.9%	21.6%	***	
高 γ GTP (5IU/L以上)	15.5%	14.2%	25.4%	***	
血糖薬(あり)	1.1%	0.9%	2.6%	***	
脂質薬(あり)	2.9%	2.5%	5.6%	***	
体重変動* ⁴ (あり)	25.6%	23.9%	38.4%	***	
運動習慣* ⁵ (あり)	26.6%	26.1%	30.4%	**	
歩行・身体活動* ⁶ (あり)	46.5%	46.0%	50.7%	**	
飲酒* ⁷ (4分割, 2合/日以上)	8.3%	8.0%	10.4%	**	
喫煙* ⁸ (3分割, 21本/日以上)	4.6%	4.3%	7.0%	**	

*1: 年齢階級 (40歳未満, 40歳代, 50歳代, 60歳以上), *2: 男85cm以上, 女90cm以上, *3: TG150mg/dl以上, 又はHDL-C40mg/dl未満, *4: 20歳から10kg以上の体重増加, *5: 30分以上の運動, 2日/週以上, *6: 1時間/日の歩行・身体活動, *7: 飲酒 (合/日; 0, 1~2, 2以上), *8: 喫煙 (本/日; 0, 1~10, 11~20, 21以上), ***=P<0.001, **=P<0.01

表3. 高血圧発症リスク因子に関するロジスティクス回帰分析の成績 (モデル1).

健診(分割・問診)項目	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	オッズ比 (95% 信頼区間)
年齢階級 40歳代	0.894	0.128	49.162	1	0.000	2.446 (1.905 ~ 3.141)
50歳代	1.097	0.131	69.956	1	0.000	2.994 (2.316 ~ 3.872)
60歳以上	1.458	0.138	111.458	1	0.000	4.299 (3.280 ~ 5.636)
肥満	0.426	0.079	29.024	1	0.000	1.531 (1.311 ~ 1.787)
血圧分類 正常血圧	1.771	0.105	284.840	1	0.000	5.876 (4.784 ~ 7.218)
正常高値血圧	2.969	0.102	854.590	1	0.000	19.468 (15.954 ~ 23.755)
糖尿病	0.458	0.173	7.009	1	0.008	1.581 (1.126 ~ 2.219)
高 γ GTP	0.237	0.086	7.574	1	0.006	1.267 (1.071 ~ 1.500)
脂質薬	0.402	0.166	5.842	1	0.016	1.494 (1.079 ~ 2.069)
喫煙分類 1~10本/日	0.388	0.161	5.849	1	0.016	1.475 (1.076 ~ 2.020)
11~20	0.438	0.097	20.341	1	0.000	1.549 (1.281 ~ 1.873)
21以上	0.538	0.147	13.486	1	0.000	1.713 (1.285 ~ 2.284)
定数	-4.875	0.144	1143.008	1	0.000	0.008

変数増加法 (尤度比), モデル χ^2 検定 P<0.001, Hosmer-Lemeshow検定 P=0.121, 判別的中率 85%

の分析を行い, 以下の7因子が選択された (モデル2)。それぞれのオッズ比 (95%信頼区間) は収縮期血圧 1.09 (1.08~1.10), 拡張期血圧 1.08 (1.07~1.09), 年齢 1.036 (1.029~1.043), 腹囲 1.02 (1.01~1.03), 喫煙; 1~10本/日 1.59 (1.16~2.19), 11~20本/日 1.55

(1.28~1.88), 21本/日以上 1.67 (1.25~2.23), 血糖 1.007 (1.003~1.010), 脂質薬あり 1.51 (1.09~2.11) であった。カットオフ値 0.13を用いた判別の中率は77%, 感度79%, 特異度77%であった。

モデル2の高血圧発症判定式は以下の通り

である（単位略）。：Score = $-23.0 + 0.035 \times \text{年齢} + 0.022 \times \text{腹囲} + 0.088 \times \text{収縮期血圧} + 0.077 \times \text{拡張期血圧} + 0.007 \times \text{空腹時血糖} + 0.413 \times \text{脂質薬あり} + [0.464 \times \text{喫煙} (1 \sim 10 \text{本/日}), \text{又は} 0.439 \times \text{喫煙} (11 \sim 20 \text{本/日}), \text{又は} 0.514 \times \text{喫煙} (21 \text{本/日以上})]$ 。高血圧発症確率 (P) = $1 / [1 + \text{Exp} (-1 \times \text{Score})]$ 。

考 察

正常血圧者10,150名の本コホートは幅広い年齢層を含むが、平均年齢は48歳で、40～50歳代が約6割を占め、比較的若い、やや男性優位の集団である。この集団の特性を評価するため、国民の標準的なサンプル標本とされる国民栄養調査⁸⁾（平成20年度）を参照とし、評価可能な項目を比較してみた。その結果、BMI、肥満、腹部肥満、HDL-C、血糖などにおいて、本コホートの成績が良好であった。その第一の理由は、高血圧者が除外された集団であることであろう。第二に、高血圧発症を予測する上でバイアスとなる病態を除外したことが関係すると考えられる。本研究が比較的健康的な40～50歳代を中心とした集団でなされたことに留意する必要がある。

研究開始時の数量項目の平均値は、高血圧群においてHDL-Cは低値であったが、残りの項目は有意に高値を示した。さらに、数量項目をカテゴリー化した分割項目の陽性所見出現率は、正常群に比し高血圧群で全て高く、数量的データの結果と一致した。同様に、問診項目に関する検討で、正常群に比較し、高血圧群で男が高率であった。さらに、血糖・脂質薬の服用、20歳からの体重増加、飲酒分類や喫煙分類などの項目が有意に高率であった。以上の成績は高血圧発症リスクや寄与因

子として既報の成績とよく一致する⁹⁾。一方、運動や身体活動に関する問診項目では高血圧群が高率で、従来の知見¹⁾に基づく予想に反する成績である。働き盛りの40～50歳代が主体の本集団では、既存の研究と比べて、生活スタイルの活動性が高い状態にあり、これらがストレスに変じて血圧を上昇させたと推測される。

5年後の高血圧発症を従属変数とするロジスティック回帰分析において、分割項目・問診項目を独立変数とするモデル1をまず作成した。変数増加法により血圧分類が最初に選択され、正常血圧、正常高値血圧の順でオッズ比は高くなった。さらに、年齢階級、肥満、喫煙分類、糖尿病、高 γ GTPがこの順序で選択された。飲酒は高 γ GTPとの競合で選択されなかったと考えられるが、性、運動などの項目は有意なリスクではなかった。

数量的データと、それを分割してカテゴリー変数化して統計処理した場合を比較すると、前者の精度が高いとされる。そこで、モデル1で用いた分割項目を元の数量項目に戻し、問診項目はそのままにして、ロジスティック回帰分析を行い、モデル2を作成した。その準備として数量項目間の多重共線性について検討を加えた。最終的に、高い相関を示すBMIと腹囲、収縮期血圧と拡張期血圧、ASTとALTの間に多重共線性はないと判定し、一括して独立変数に組み入れた。

モデル2では、収縮期血圧、拡張期血圧、年齢、喫煙、腹囲、血糖、脂質薬の順に7変数が有意なリスク因子として選択された。BMIではなく、腹囲が選択されたことが注目される。また、収縮期血圧及び拡張期血圧が有意なリスク因子に選択され、これらが共に

高血圧発症予測に対し独立した意義をもつ重要な因子であることが示唆された。これまでに、年齢、肥満、脂質異常、耐糖能異常が血圧上昇の寄与因子であることはよく知られている¹⁰⁾が、本研究ではBMIより腹囲が有意な因子であった。しかし、その理由は不明である。一方、このモデルでも運動、食習慣、飲酒に関する問診項目は有意な因子とならなかった。この点については、より精度の高い情報を収集し、さらに検討する必要である。

2つのモデルにおける有用性の比較は困難であるが、回帰式の評価に関する指標を対比してみた。モデルの χ^2 検定は双方とも $P < 0.001$ であった。しかし、Hosmer-Lemeshow検定、-2対数尤度、Cox-Snell R^2 、Nagelkerke R^2 については、いずれもわずかにモデル2が優れていた。健診現場での使い易さと言った観点からは、モデル1の有用性が高いように思われる。これらのモデルが日常の健診現場で高血圧発症を予測し、その予防・対策を講ずる際に活用されることを期待したい。

5年間にドロップアウトしたケースは本研究には含まれないので、この脱落例で発症した高血圧のリスク因子に関する情報は欠落することになる。この点がロジスティクス回帰を用いた本研究の限界である。より精密な高血圧発症リスク因子を解明するためには、研究開始時に正常血圧であった受診者全員を長期的に追跡し、その転帰、つまり、高血圧発症・ドロップアウト・観察打ち切り、などに関する全員のデータを収集する必要がある。そして、このような転帰データについて、生命時間解析法を応用した研究が望まれる。

おわりに

特定健診で2008年度に正常血圧を呈した10,150名のうち1,169名が5年後に高血圧を発症した。その発症を従属変数とするロジスティック回帰分析において、独立変数にカテゴリー健診項目を用いたモデルと数量項目を用いたモデルを作成した。後者において高血圧発症のリスク因子として収縮期血圧、拡張期血圧、年齢、喫煙、腹囲、血糖、脂質薬が選択された。このモデルの5年後における高血圧発症の予測的中率は77%であった。これらのモデルが健診現場で活用されることを期待したい。

参考文献

- 1) World Health Organization. World Health Day 2013, A global brief on HYPERTENSION, Silent killer, global public health crisis, Section 2 Hypertension : the basic facts, 02 Causes of hypertension. P18-19.
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1)
- 2) Dickinson HO, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure : a systematic review of randomized controlled trials. J Hypertens 2006, 24 : 215-233.
- 3) 村上一雄他, 特定健診の検査結果を用いた正常血圧者の高血圧発症絶対リスク評価. 第40回日本高血圧学会総会プログラム・抄録集. P241. 抄録番号 SP7-7.
- 4) 厚生労働省健康局. 標準的な健診・保健指導に関するプログラム(確定版)平成

- 19年4月. 第2編 健診, 第2章 健診の内容 (1)健診項目 2)具体的な健診項目. P20.
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02b.pdf>)
- 5) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会. 日本高血圧治療ガイドライン2014. P19.
- 6) 厚生労働省健康局. 標準的な健診・保健指導に関するプログラム(確定版)平成19年4月. 第2編 健診, 第2章 健診の内容 別紙5 健診検査項目の健診判定値. P48.
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02b.pdf>)
- 7) 厚生労働省健康局. 標準的な健診・保健指導に関するプログラム(確定版)平成19年4月. 第2編 健診, 第2章 健診の内容 別紙3 標準的な質問票. P45.
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02b.pdf>)
- 8) 厚生労働省. 平成20年度国民栄養調査, 第3部 身体状況調査の結果.
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h20-houkoku-03.pdf>)
- 9) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会. 日本高血圧治療ガイドライン2014, 第4章 生活習慣の修正. P39-44.
- 10) Kaplan NM. Kaplan's Clinical Hypertension, 9th Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2006. P100-103.
-

[Postgraduate Education]

肝硬変・門脈圧亢進症

宮崎大学医学部内科学講座 消化器血液学分野
宮崎大学医学部附属病院 肝臓内科

土持舞衣, 岩切久芳, 下田和哉

今回は肝硬変と門脈圧亢進症・食道・胃静脈瘤の治療について述べる。ウイルス性肝疾患が核酸アナログやインターフェロンフリーのDAA製剤により治癒あるいはコントロール可能となり、さらに肝硬変に対する症状を緩和する薬物が近年相次いで保険適応となってきた¹⁾。

肝硬変の原因には各種肝炎ウイルス、自己免疫性肝疾患、アルコール、非アルコール性の脂肪肝、うっ血肝などがあげられる。

1. 肝硬変の原因療法

肝硬変は以前、不可逆的なものであると考えられていたが、原因次第ではその治療により、肝の線維化が改善していくことが明らか

になってきた。

B型肝炎ウイルス関連肝硬変症例に核酸アナログを使用すると、数年で線維化のグレードが低下することがわかっており²⁾、臨床的にしばしばその様な症例を経験する。またC型肝炎にともなう肝硬変でも、インターフェロン療法により持続ウイルス消失(SVR)を成した例では線維化グレードが低下することが大規模コホート研究にて明らかにされている。自己免疫性肝炎でも多数例ではないものの同様の報告がある。

アルコール性肝硬変に関しては研究も少なく、禁酒後に肝硬変・線維化が改善するという明確なデータはほとんどないが、実臨床では、禁酒により改善する例をしばしば経験する。

このように、原因によっては適切な治療に

原疾患の治療	HBV：核酸アナログ、HCV：DAA、AIH：ステロイド など
低アルブミン血症	分岐鎖アミノ酸製剤
腹水	ループ利尿剤 カリウム保持性利尿剤 トルバプタン アルブミン製剤、穿刺排液、濃縮再静注
肝性脳症	アミノ酸製剤、合成二糖類(ラクチトール)、亜鉛製剤、難吸収性抗生剤(Rifaximin)、カルニチン製剤
こむらがり	芍薬甘草湯、タウリン
門脈血栓症	アンチトロンビンⅢ製剤
搔痒感	ナルナラフィン、抗ヒスタミン剤
血小板減少の改善(処置時の出血予防)	ルストロンボパグ

DAA：direct acting antivirals, AIH 自己免疫性肝炎

表1. 肝硬変の各種治療.

食道静脈瘤	
出血例：EVL	
待機例：EVL, EIS+EVL	
胃静脈瘤	
噴門部	穹窿部
出血例：EVL・止血クリップ	出血例：ヒストアクリル注入
待機例：EVL, EIS+EVL	待機例：B-RTO

表2. 当科における食道・胃静脈瘤の治療法選択.

よりその線維化は組織学的にも改善するため、肝硬変を診た場合にはまずその原因を明確にし特異的な原因療法の可能性を検討する必要がある。

2. 食道・胃静脈瘤 (表2)

食道・胃静脈瘤の治療は待機・予防例と緊急(出血時)例とにわけられる。

(ア) 待機例

食道静脈瘤における予防的治療介入の適応は、内視鏡的分類で形態的にF2(蛇行・結節状)、またRC(red color:発赤) signの陽性例である。治療は内視鏡的治療が第一選択であり、手技として内視鏡的硬化療法(EIS)と内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)がある。一般的にEISはやや技術的に困難で侵襲が大きいものの再発は少なく、EVLはその逆とされているが実際には明確なエビデンスもなく各施設によって手技の選択も多少異なっている。

当科では腎障害がなく予備能が良好な症例ではEthanalamine oleateとヨード造影剤等量を用いたEISを行い、さらにEVLを併用している。腎障害・高度肝機能低下例ではEVL単独で加療している。胃の穹窿部にみられ、大量出血をきたす可能性が高い孤発性静脈瘤に対してはIVR手技としてのバルーン閉塞下逆行性静脈瘤塞栓術(BRTO)を行い、良好な成績を得ている。

内視鏡的治療・薬物療法に抵抗性で、肝予備能や全身状態が良好な例ではHassab手術や摘脾術を行うこともある。

(イ) 出血例

緊急出血時にはバイタルサインを確保しながら可能な限り内視鏡による止血を試みる。

食道静脈瘤出血に対してはEVLを行っている。基本的には止血のみを行ない、予備能・全身状態の回復をみながら、後日上述した待機的治療を追加している。

胃の孤発性静脈瘤例では血流も極めて速いため、組織瞬間接着剤であるヒストアクリルによる内視鏡的止血を試みる。

止血困難例では透視下にSengstaken-Blakemore(S-B)チューブを用いて圧迫止血を試みる。穹窿部の孤発静脈例ではS-Bチューブではサイズが不足するため大容量の胃バルーンを用いる。

3. 腹水 (図1)

長らくループ利尿薬(フロセミドなど)とカリウム保持性利尿薬(スピロラクトン)による薬物療法が行われてきたが、最近バゾプレッシンV2受容体拮抗薬であるtolvaptanが保険収載され、治療薬として加わった。その作用機序は腎臓の集合管でのバゾプレッシンによる水再吸収を阻害し、ナトリウム排泄を伴わず水分のみを排泄することであり、他の2薬剤に比較してより腎への保護作用をもつ利尿剤である。重要な副作用として血清ナトリウムの上昇がみられる。入院での導入が必須であるが、当科ではさほど重篤な有害事象を経験していない。また導入においては既存治療に反応しないコントロール困難な症例におこなっていたが、最近ではその作用機序を考慮し、早い段階での使用も提案されている。

薬物療法で効果不十分の難治性腹水には従来どおりアルブミン製剤の投与ならびに穿

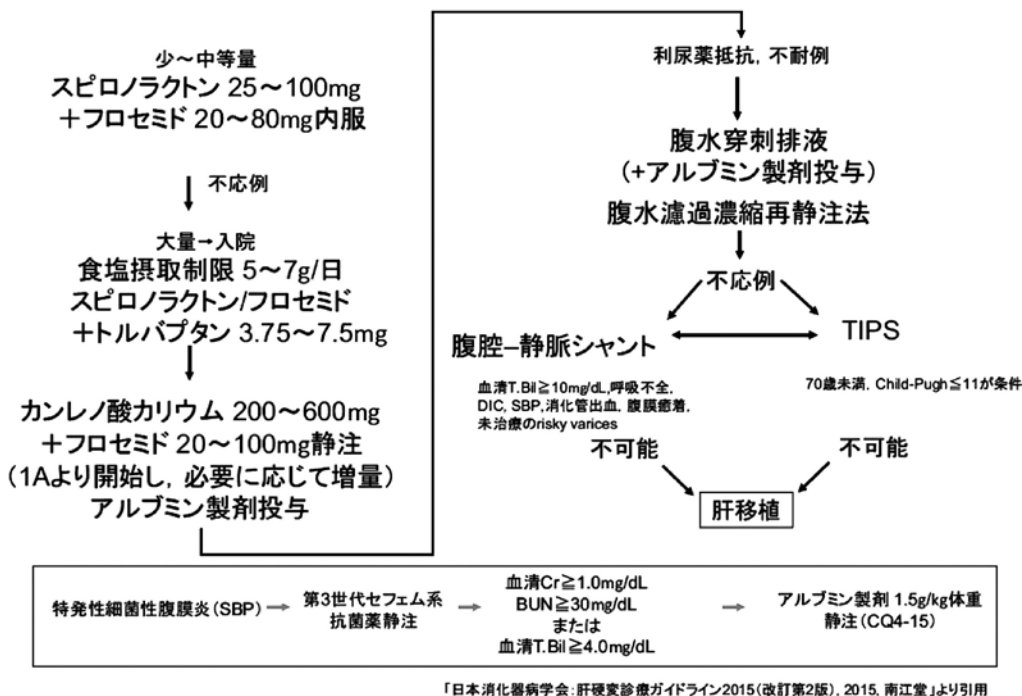


図1. 腹水治療のフローチャート.

刺・排液, また濃縮再静注療法をおこなっている。

4. 肝性脳症

肝性脳症の治療で重要な点はまず増悪因子をコントロールすることである。とくに感染症・脱水・便秘・睡眠導入剤などが主な因子であることが多く, まず排便状況と脱水には細心の注意が必要であり, それらを是正しつつ以下の薬物療法を検討する。

(ア) 分岐枝アミノ酸 (BCAA) 製剤

発作時には分岐鎖アミノ酸 (BCAA) 製剤の経静脈投与を行う。急性期を脱したのちには, 発作・昏睡などの既往がある例ではBCAAを多く含む経腸栄養剤 (アミノレバン

EN[®]・ヘパンED[®]) を処方する。水分の過多ならびに血糖値の上昇には注意を要する。

(イ) 合成二糖類 ラクトール

排便コントロールに合成二糖類であるラクチトール30～60ml/日の内服をもちいる。液体製剤とゼリー製剤があり嗜好により使い分ける。肝性脳症発作時には保険未収載の方法ではあるものの等量 (100ml程度) の微温湯と混合しての注腸が有効であり, 頻用している。

(ウ) 難吸収性抗生物質

アンモニア産生腸内細菌を抑制することで肝性脳症を予防する薬物である。従来はカナマイシンやポリミキシンBなどを長らく用いていたが保険適応がなく使用をためらう

ことも多かった。最近, Rifaximin (リフキシマ®) が保険収載となり使用できるようになった。海外ではメタ解析のレベルで肝性脳症の発症ならびに予後改善効果が証明されており, エビデンスレベルの高い治療法として推奨されている³⁾。基礎的研究においては腸内細菌叢の是正のみではなく, 大腸粘膜の tight junction を強固にすることによりいわゆる Leaky Gut を改善し, 肝の線維化なども改善する可能性があると考えられる。クロストリジウムデフィシルによる偽膜性腸炎が副作用として報告があり, また結核の症例では耐性菌を誘導することがあるとのことで使用を控える。

(エ) 亜鉛製剤

亜鉛は尿素回路に関わるオルニチントランスカルバミラーゼ (OTC) の構成元素である。通常はアルブミンと結合しているが肝硬変ではアルブミンの低下にともないその尿中排泄が増加するため, 尿素回路の機能低下をもたらしたアンモニア上昇に関与する。

本邦での RCT にて肝硬変患者での亜鉛製剤の投与が有意に高アンモニア血症を改善したとの報告もあり, また欧米では Number connection test の成績が向上し, また窒素代謝のパラメータの改善がみられたとの報告もある。以上より, 亜鉛欠乏症を合併する肝性脳症には, その補充を考慮してもよいと考える。製剤としてはノベルジン® が保険適応となった。

5. 肝移植

上記のように各種治療をおこなっても十分

な効果が得られない場合には肝移植を考慮する。本邦での脳死肝移植症例数は2016年で57例, 生体肝移植は毎年およそ400例前後であり, 圧倒的に前者が少ない。生体肝移植では当然臓器提供者 (ドナー) が必要であり, 施設により異なるものの, 2-3 親等の身内に限られている。血液型不適合は以前予後に大きな影響を与えるとされていたが最近では前処置の進歩によりほぼ適合例と同等の成績が得られるようになってきている。また肝細胞癌合併例においてもミラノ基準 (3 cm 3 個以内, 又は 5 cm 1 個以内) 範囲内であれば保険適応である。

現時点では肝移植可能施設は限られており他県での施行となるが, 肝移植後は全身状態が著明に回復し, 術前と比較すると見違えるようになって戻ってこられる。その効果の高さには常々驚かされるとともに肝臓の臓器としての重要性を改めて認識させられる。

参考文献

- 1) 肝硬変 診療ガイドライン 2015 (改訂第二版) 日本消化器病学会 南江堂.
- 2) Chang TT et al Long term entecavir therapy results in the reversal of fibrosis/cirrhosis and continued histological improvement in patients with chronic hepatitis B. *Hepatology* 52 : 886-93, 2010.
- 3) Bass NM et al, Rifaximin treatment in hepatic encephalopathy. *N Engl J Med* 362 : 1071-81, 2010.

[Postgraduate Education]

消化器の診療（5）

炎症性腸疾患の治療～クローン病の治療～

宮崎大学医学部内科学講座 消化器血液学分野
宮崎大学医学部附属病院 消化器内科

山 本 章二郎

はじめに

前回潰瘍性大腸炎（ulcerative colitis : UC）の治療について概説した。今回はクローン病（Crohn's disease : CD）の治療について解説する。CDもUC同様原因不明で再燃寛解を繰り返す慢性の疾患であり、患者数は徐々に増加しており、本邦で4万人以上と言われている。CDでは病変部位や腸管合併症、肛門病変の有無などを考えて治療に当たる。CDは進行性の疾患といわれており、UC治療と比べてCD治療は複雑で専門性は高い。

このため厚生労働省の研究班や日本消化器病学会から出されている診断基準・治療指針¹⁾や炎症性腸疾患（IBD）診療ガイドライン2016²⁾などを熟知することが望ましい。今回はCDの内科的治療の基本と注意点について簡潔に述べる。

1. CD治療を行うにあたって知っておく基本事項

UC同様CDも原因不明であり、根治的治療はない。このため、治療の目的は活動性をコ

表1. CDAIの求め方.

過去1週間の軟便または下痢の回数	× 2
過去1週間の腹痛 0=なし, 1=軽度, 2=中等度, 3=高度	× 5
過去1週間の主観的な一般状態 0=良好, 1=軽度不良, 2=不良, 3=重症, 4=激症	× 7
患者が現在持っている下記項目の数 1) 関節炎/関節痛 2) 虹彩炎/ブドウ膜炎 3) 結節性紅斑/壊死性膿皮症/アフタ性口内炎 4) 裂肛, 痔瘻または肛門周囲腫瘍 5) その他の瘻孔 6) 過去1週間100°F (37.8°C)以上の発熱	× 20
下痢に対してlomil (Lopemine) または opiates の服用 0=なし, 1=あり	× 30
腹部腫瘍 0=なし, 2=疑い, 5=確実にあり	× 10
ヘマトクリット (Ht) 男 (47-Ht) 女 (42-Ht)	× 6
体重: 標準体重: 100× (1 - 体重/標準体重)	× 8
CDAI	合計

表2. IOIBDスコア.

1. 腹痛
2. 1日6回以上の下痢あるいは粘血便
3. 肛門部病変
4. 瘻孔
5. その他の合併症
6. 腹部腫瘍
7. 体重減少
8. 38℃以上の発熱
9. 腹部圧痛
10. 10g/dl以下の血色素

IOIBD = 1項目1点とした合計スコア
寛解：スコアが0または1で、CRP陰性、血沈正常の状態をいう。

ントロールし、患者のQOLをなるべく高い状態で維持することである。

CDの治療を行うにあたり、CDの病変部位、疾患パターン、活動性、腸管合併症や肛門病変の有無を必ず確認する。CDは口腔内から肛門まで消化管全てに病変が起こりうるが、小腸・大腸（特に回盲部）が好発部位であり、「小腸型」、「大腸型」、「小腸大腸型」に分類される。小腸に病変を有する症例では積極的に栄養療法を併用する。疾患パターンとしては、「炎症型」、「狭窄型」、「瘻孔型」に分類される。CDでは経過を追うと瘻孔型が増え、手術例が増える。頻回な手術により短腸症候群を来し、在宅中心静脈栄養を必要となる症例もあり、より注意深く治療にあたる。

クローン病の活動性はCDAI (Crohn's disease activity index) やIOIBD (International Organization for the study of Inflammation)

tory Bowel Disease) スコア、合併症の有無、CRP値などを参考として評価する(表1, 2, 3)。

UCでは多くの症例で再燃時に血便などの症状を認めるため、自覚症状を参考に治療していくが、CDでは症状がなくても活動性が高いという場合は少なくない。つまり症状はなくてもCRP高値という例が存在する。そのような例でCRP高値が続く際には、病変部の状態や治療法を再検討する。

2. CDの活動期の治療

a. 軽症から中等症

薬物療法としては、CDでもUC同様5-ASA (5-aminosalicylic acid) 製剤を用いる。UCでは、ペンタサ[®]、アサコール[®]、リアルダ[®]のいずれのmesalazine製剤も使用可能であるが、CDで保険適応になっているのはペンタサ[®]のみである。大腸型の場合は、大腸内の腸内細菌により分解し効果を発揮するサラゾピリン[®]も有用である。ペンタサ[®]では1.5～3.0g/日、サラゾピリン[®]なら3.0～4.0g/日を用いる。症例によっては新たに適応となったニューステロイドといわれるブデソニド (ゼンタコート[®]) を1日朝1回9mgで用い、開始8週間で継続について検討する。ゼンタコート[®]は病変部で有効性を発現し、吸収後は速やかに不活化されるため、従来のステロイド製剤と比較し、全身性の副作用が軽度で

表3. クローン病の重症度分類.

	CDAI	合併症	炎症 (CRP値)	治療反応
軽症	150-220	なし	わずかな上昇	
中等症	220-450	明らかな腸閉塞などなし	明らかな上昇	軽症治療に反応しない
重症	450<	腸閉塞、膿瘍など	高度上昇	治療反応不良

あるのが特徴であるが、回腸及び上行結腸以外の病変に対する有効性は確立していない。

小腸に病変を有する場合は積極的に経腸栄養療法を行う。その際には成分栄養剤 (elemental diet : ED) であるエレンタール[®]を用いるのが望ましいが、エレンタール[®]の受容性が低い場合はツインライン[®]またはラコール[®]を用いても良い。腸管病変や自覚症状などにより活動性が高く、これらの治療に反応しない場合は、中等症に準じた治療に移行する。

b. 中等症から重症

CDAIが220~450で前記の治療で効果がない場合や、腹部症状、体重減少、貧血などが高度な際にはステロイドの適応となる。なおステロイド投与の際には前回のUCの治療の際に記述したニューモシスティス肺炎や骨粗鬆症、B型肝炎ウイルス感染者 (キャリアや既往感染者) におけるHBVの再活性化などに注意する。ステロイドは中等症ではプレドニゾロン40mg/日程度の経口投与を開始し、重症では40~60mg/日の経口または静注で投与する。ステロイドは寛解導入効果には優れるが、寛解維持効果はなく³⁾、速やかに減量中止する。症例によってはメトロニダゾール (フラジール[®] 1日750mg) やシプロフロキサシン (シプロキサ[®] 1日400~800mg) などの抗菌薬が有効なこともある。メトロニダゾールは末梢神経障害や味覚障害、めまいやふらつきなどの中枢神経障害などの副作用があり、連用すると難治性の末梢神経障害を発症するので長期継続例は注意すべきである。

ステロイドの減量や離脱が困難な症例はUC同様免疫調節薬であるアザチオプリン (イムラン[®]) 50~100mg/日または6-MP (ロイ

ケリン[®]) 30~50mg/日を併用する。免疫調節薬の使用法や注意事項は、前回のUCの治療の際に記述した事項と同様であるため、割愛する。

栄養療法も合わせて行うが、ED (エレンタール[®]) は1日理想体重1kgあたり30kcal以上を目標に投与する。状態が悪い場合は食事の量を減らし、EDなどの量を増量する。場合によっては、自宅で絶食とし、EDのみで栄養することもある。その際には脂肪製剤を週に1, 2回点滴静注する。エレンタール[®]を経口摂取できない場合や下痢が悪化する症例では鼻腔チューブを用いた夜間経鼻栄養なども検討する。

これらの治療に抵抗性を示す大腸病変を有するCDでは顆粒球除去療法も適応であり⁴⁾、アダカラム[®]を用いて5~10回施行する。しかし寛解維持の適応はない。

ステロイドなどで寛解導入が困難な場合は生物学的製剤の投与を行う。頻回に再燃する例も生物学的製剤投与を検討する。CDに使用できる生物学的製剤にはインフリキシマブ (レミケード[®]) やアダリムマブ (ヒュミラ[®]) といった抗TNF- α 抗体製剤とヒト型抗ヒトIL-12/23p40モノクローナル抗体製剤であるウステキヌマブ (ステララー[®]) がある。インフリキシマブは5mg/kg/回で点滴静注し、寛解導入療法として初回投与後2週、6週に投与し、以後寛解維持として8週毎に投与する。アダリムマブは初回160mgの皮下注射を行い、2週後に80mg、その後は2週毎に40mgを投与する。いずれも寛解導入後は定期的に投与し、寛解維持療法として継続する。アダリムマブは初回投与時に自己注射の指導を行い、可能であれば2回目以降は自己注射への

移行を進める。いずれも投与中に効果減弱することがあり、免疫調節薬未投与例では免疫調節薬の併用を検討する。免疫調節薬をすでに投与している場合はインフリキシマブでは10mg/kg/回への増量あるいは5mg/kgの4週間隔投与短縮、アダリムマブでは1回80mgへの増量が可能である。治療強化後にも同様の経過を示す場合は他の抗TNF- α 抗体製剤やウステキヌマブへの変更を考慮し、あわせて外科的治療の適応も検討する。

c. さらに重症

重篤な症例や高度な合併症を有する場合は即座に入院とし、絶食、完全静脈栄養管理とし、外科医と密に連携を取りながら外科的治療の適応を検討する。内科治療としては、感染症の合併がないことを確認の上、プレドニゾロン1日40～60mg/日を経静脈的に投与するが、炎症が非常に強い場合は膿瘍や通過障害などが無いことを確認の上、ステロイドよりも先にインフリキシマブやアダリムマブなどの投与を検討する。

d. 生物学的製剤を投与する際に注意すべきこと

抗TNF- α 抗体製剤治療では結核のリスクが報告されており、投与前には十分な問診、胸部X線検査あるいは胸部CT検査、インターフェロン γ 遊離試験（T-SPOTなど）あるいはツベルクリン反応などの検査を行い、結核の有無を必ず確認する。これらの検査が一つでも陽性なら潜在性結核感染を疑って抗TNF- α 抗体製剤投与3週間前からイソニアジド（基本は300mg/日）を6～9ヶ月間投与する。結核検査陰性例でも抗TNF- α 抗体製剤治療により活動性結核が発症した症例もあり、定期的に結核のチェックを行い、結核

発症に留意する。

またB型肝炎ウイルス感染者、つまりキャリアおよび既往感染者に対して抗TNF- α 抗体製剤治療などの免疫抑制の治療を行う際にはHBVの再活性化によるB型肝炎を発症する可能性を常に考慮する。日本肝臓学会から出されているB型肝炎治療ガイドライン（第3版）の「HBV再活性化」の箇所に詳細に記載されており、治療前に必ず目を通しておく⁵⁾。

生物学的製剤、特にインフリキシマブでは投与時反応、つまり投与中あるいは投与終了後2時間以内に出現するアナフィラキシー様の症状などが出現しやすいため、注意し、出現時には症状に応じて対応する。

3. CDの寛解維持療法

上記治療で寛解導入が得られた症例は、5-ASA製剤やアザチオプリンなどの薬物療法、在宅経腸療法による寛解維持治療を行う。寛解導入療法に用いたステロイドにはUC同様寛解維持効果が無いため、必ず減量し、中止する。寛解導入にインフリキシマブやアダリムマブを用いた症例では寛解維持治療として同薬を継続する。瘻孔型や手術例、肛門病変を有する症例、重篤な上部消化管病変を有する症例などは一般的に活動性が高く、再燃しやすいため、特に注意すべきである。

4. 腸管合併症に対する治療

CDでは病変が消化管深部に及ぶため、狭窄、瘻孔、膿瘍、穿孔、出血などの腸管合併症をきたす症例がある。いずれの合併症もまずは外科的治療の適応を検討し、内科治療を開始する。

図1a.



図1b.



図1. 内視鏡的バルーン拡張術.

図1a: クロウン病の吻合部狭窄に対し、拡張用のTTSバルーンを挿入。

図1b: 狭窄部に際し、内視鏡的バルーン拡張術を施行。

図1c: 拡張後にわずかに出血を認めたが、狭窄部は拡張していた。

図1c.



狭窄は腸管合併症の中で最も多くみられるもので、活動性炎症に伴う浮腫性狭窄と長期経過によって形成された炎症から生じる線維性狭窄がある。前者では活動性が沈静化されることにより狭窄は改善する。つまり適切に内科治療を行えばよい。後者の治療法としては外科的治療と内視鏡的バルーン拡張術 (endoscopic balloon dilatation: EBD) がある (図1)。EBDの適応としては、①狭窄長が5 cm以下で弯曲が高度でない、②狭窄に関連した瘻孔や膿瘍が存在しない、③狭窄部位に深い潰瘍が存在しない、などがある。活動性が強い症例ではまずは炎症を沈静化してから、EBDを行う。最近では胃十二指腸狭窄や小腸内視鏡を用いた小腸狭窄に対するEBDの有効性の報告もあり⁶⁾、腸管狭窄例に対しては部位に限らずEBDの適応を検討する。

瘻孔は外瘻と内瘻がある。腸管皮膚瘻などの外瘻に対しては、抗TNF- α 抗体製剤の有効性も報告されているが、内科的治療に難渋する場合は外科的治療を行う。一方、内瘻は

長期経過すると複雑な瘻孔をきたし、結果的に広範囲な腸管切除につながることもあり、また同部に癌を合併した症例も散見されるため、早期に手術を検討するのが望ましい。

膿瘍は本邦では約10%程度の頻度で見られるといわれており⁷⁾、治療としては、絶食、補液管理下で広域スペクトルの抗菌薬を投与する。可能であれば経皮的ドレナージも行う。内科治療で改善しない症例や再発例は手術の適応である。

CDでは稀に大出血をきたすが、多くの症例では突然出血し、活動性所見を伴わない。絶食、補液による保存的加療で腸管安静を維持し、可能な症例では内視鏡や血管造影による止血を試みる。近年、抗TNF- α 抗体製剤が有効であった症例も報告されているが、保存的治療で止血が得られない場合は外科的治療を検討する。

5. 肛門病変に対する治療

CDでは肛門病変合併の頻度は高く、疼痛や分泌などの症状のため患者のQOLを低下

させる大きな要因の一つである。また癌合併の報告も増えており、難治性や複雑な肛門病変を有するCD患者も多い。このため、CDの肛門病変は経験のある肛門科医や外科医が診察し、外科的治療の適応について判断を仰ぐべきである。CD肛門病変に対する内科的治療としては、免疫調節薬や抗TNF- α 抗体製剤、抗菌薬の有効性がいわれている。免疫調節薬や抗TNF- α 抗体製剤を使用する場合には、感染の有無を確認し、感染を伴う症例では、先にドレナージを行ってから使用すべきである⁸⁾。

おわりに

CDの内科的治療について概説した。CDはUCと比較し、個々により病状が様々であり、患者にあわせた的確な治療を行う必要がある。UC治療と比べてCD治療は複雑で専門性は高く、そのうえ、CDは進行する疾患である。これらの点を肝に銘じて、外科医と密に連携しながら内科的治療に取り組むべきと思われる。

参考文献

- 1) 潰瘍性大腸炎・クローン病 診断基準・治療指針 厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」(鈴木班) 平成28年度分担研究報告書 別冊 (平成29年3月), 2017; 20-23.
- 2) 炎症性腸疾患 (IBD) 診療ガイドライン 2016編集 日本消化器病学会 南江堂
- 3) Steinhart AH, Ewe K, Griffiths AM, et al. Corticosteroids for maintenance of remission in Crohn's disease. Cochrane Database Syst Rev 2003; 4: CD 000301.
- 4) Fukuda Y, Matsui T, Suzuki Y, et al. Adsorptive granulocyte and monocyte apheresis for refractory Crohn's disease: an open multi-center prospective study. J Gastroenterol. 2004; 39: 1158-64.
- 5) B型肝炎治療ガイドライン 日本肝臓学会 2017; 77-86.
- 6) Hirai F, Beppu T, Takatsu N, et al. Long-term outcome of endoscopic balloon dilation for small bowel strictures in patients with Crohn's disease. Dig Endosc 2014; 26: 545-51.
- 7) Yamaguchi A, Matsui T, Sakurai T, et al. The clinical characteristics and outcome of intraabdominal abscess in Crohn's disease. J Gastroenterol 2004; 39: 441-8.
- 8) 東 大二郎, 二見 喜太郎, 石橋 由紀子 ほか. 【痔核・痔瘻・裂肛の治療 われわれの工夫】 Crohn病に伴う痔瘻の治療. 消化器外科 2011; 34: 343-51.

[他科からの提言]

在宅訪問アセスメント

宮崎市口腔保健支援センター

浅井 美樹

はじめに

2025年、団塊の世代が75歳以上になり、超高齢社会を迎えようとしている。要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けるために、医療と介護の連携が重要とされる。歯科においても在宅歯科医療の充実が求められている。

在宅療養者や要介護高齢者等においては、口腔内の状況の悪化により、う蝕や歯周病の発症や重症化もみられる。さらに、オーラルフレイル（口腔機能の低下）により誤嚥性肺炎等のリスクも高まる。表1に、全身疾患の病期別口腔ケアの目的について示した。

このようなことから在宅療養早期から歯科

が介入し、口腔衛生状況や口腔機能の改善をはかることが重要とされる。平成25年4月、宮崎市と宮崎市郡歯科医師会が連携し、宮崎市民の生涯を通じた歯と口の健康を支援していくことを目的に「宮崎市口腔保健支援センター」を設置した。本稿では、その事業の1つ、在宅訪問アセスメント（在宅歯科訪問無料相談）について述べたい。

対象と方法

宮崎市口腔保健支援センターは、宮崎市民を対象に事業を実施している。アセスメント事業（在宅歯科訪問無料相談）は、依頼を受け歯科医師と歯科衛生士が居宅・施設・病院

	急性期	回復期	維持期	終末期 (ターミナル期)
どのような時期か	症状・徴候の発現が急激で生命の危機状態にある時期。全身管理を必要とする。	生命の危機状態から脱し、症状が安定に向かっている時期。機能障害の程度に応じた日常生活、社会生活に適応を促す時期。	症状・徴候は激しくないが、治癒することが困難な状態が長期間にわたって持続する時期。長期間の管理、介護、観察、あるいは治療、介護が必要とされる時期。	病気が治癒する可能性がなく、近い将来（およそ3～6か月）死を迎える看取りの時期。
口腔ケアの際、特に留意すべき点	口腔機能低下防止 口腔内の清潔保持 VAP予防 [*] 口腔乾燥への対応	口腔機能の回復（食べる・話す） 誤嚥性肺炎の予防 口腔ケアの自立支援	口腔機能の維持・向上（食べる・話す） 誤嚥性肺炎の予防 口腔乾燥への対応	口腔乾燥への対応 口腔内の快適保持
	救急医療機関 急性期病院	回復リハビリテーション病院	療養施設 (医療・介護) 介護保険 施設・在宅	

※VAP：人工呼吸関連肺炎

表1. 全身疾患の病期別口腔ケアの目的.

に訪問し、口腔内の状況と全身の状態の評価を行い通院か往診での対応が必要かを判断し、地域の歯科医療機関につなげるものである。

【対象】

2016年4月から2017年3月の1年間に電話での相談や在宅訪問アセスメントの依頼があった105名を対象とした。電話での相談の場合は、年齢が不明の場合があった(図1)。

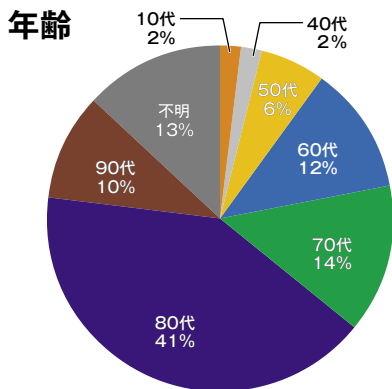


図1. 対象者年齢の内訳.

【記入項目】	
① 氏名・年齢	② 往診先
③ 現病歴	④ 既往歴
⑤ 主治医	⑥ 担当ケアマネジャー
⑦ かかりつけ歯科	⑧ 障害高齢者生活自立度
⑨ 認知症高齢者生活自立度	⑩ 介護認定
⑪ 保険証の種類	⑫ 主訴
⑬ 利用者の状況	⑭ 服薬
⑮ キーパーソン	

【方法】

家族・ケアマネジャー・訪問看護師等から

図2. 訪問歯科診療申込書.

電話を受け訪問の依頼があった場合は、図2の訪問歯科診療申込書を記入してもらう。この作成にあたっては、患者の生活状況や身体の状態が分かるよう項目を整理した。

結果

1 在宅訪問アセスメント訪問先

本事業は、居宅療養管理ではないため、ショートステイやデイサービス利用中であっても、その施設でアセスメントを受けることが可能である(図3)。

2 基礎疾患(図4)

患者の基礎疾患は図4に示すとおりであり、その他の内訳は、誤嚥性肺炎、精神疾患、知的障害、身体障害、糖尿病、高血圧症等であった。

3 アセスメントの相談(依頼)内容(図5)

住環境

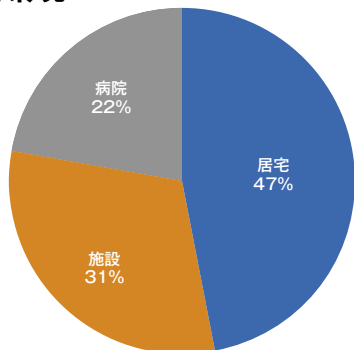


図3. 在宅訪問アセスメント訪問先.

相談内容

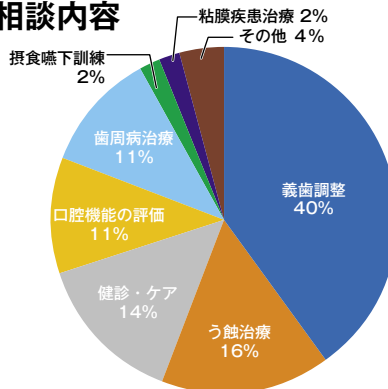


図5. アセスメント相談（依頼）内容.

基礎疾患

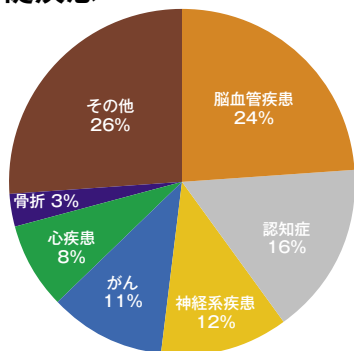


図4. アセスメントの依頼を受けた患者の基礎疾患.

申込者

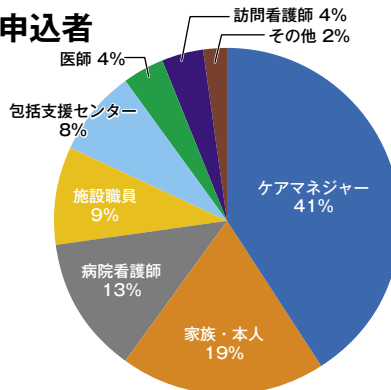


図6. アセスメント申込者.

アセスメント相談（依頼）内容は図5に示すとおりであり、その他の内訳は、電話での相談時に依頼内容が明確でないものであった。

4 アセスメント申込者（図6）

アセスメント申込者は図6に示すとおりで、その他の内訳は、保健所や地域連携室、歯科医師であった。

めており、ケアマネジャーからの申し込みが多いのはそのためである。高齢であるため歯の喪失もあり、依頼内容は義歯調整が多かった。基礎疾患は様々であるが、全身の状態はベット上で過ごし介助を必要とする患者からの依頼であった。健診や口腔ケアの依頼が増えたのは、介助者の口腔に対する関心が高まってきたからだと考えられた。

考 察

居宅住まいの患者からの依頼が約半分を占

問題点・課題

医療と介護の連携から考えると歯科医療の

必要な患者に対しては、退院と同時に介入することが望ましい。しかし、現状は退院後に口腔内の問題や異常に気づいて依頼されることが多い。近年独居高齢者が増加し、口腔に問題があっても見過ごされ重症化することも少なくない。食事がうまく摂れないなど全身に及ぼす影響も考えられる。

ま と め

地域包括ケアシステムの構築により、宮崎市郡歯科医師会でも包括圏域ごとに歯科医院を分け、住み慣れた地域で在宅歯科医療が受けられるように進めている。アセスメントにおいても依頼された患者の住まいに近い歯科医師が訪問する。患者にとってなじみのある

かかりつけ歯科医院には安心感があるだろう。しかしながら、現在退院と同時に歯科が介入することはほとんどできておらず、独居高齢者や家族とのつながりが希薄な高齢者への対応も十分ではない。住み慣れた地域で安心して在宅歯科医療が受けられるよう医師や地域連携室、包括支援センターをはじめとした多職種との連携を強化し、歯科の早期介入につなげたい。

参 考 文 献

公益社団法人日本歯科衛生士会
在宅療養者の口腔ケア実践マニュアル
医歯薬出版株式会社
2016年5月

[随 筆]

◎中動態と内科医

宮崎市 四季クリニック

石 坂 裕 司 郎

最近、『中動態の世界 意志と責任の考古学 (医学書院)』という本を読みました。私たちは物心がついた頃から「能動態」, 「受動態」の二項対立で物事を考えがちですが, その本によれば能動態 (～をする), 受動態 (～させられる) は言語的歴史の中では新しい文法規則のようです。しかし, 元々は「能動態」, 「中動態」 (～するのプロセスの中にある) なる態が存在し, この中動態がギリシャ時代の頃から意思・責任といった概念が生まれる過程で徐々に受動態へ置き換わってしまったと述べられていました。

その中での印象的な話が「“カットアゲ”で脅されてお金を渡す行為ははたして能動的であるか?」という問いです。(する)と(させられる)の境目が不明確な状況は日常生活でも認められます。

例えば, 降圧薬を仕方なく飲む様な患者では, 強制ではありませんが, 自発的でもありません, 自発的ではないものの同意して飲んでいきます。一方, 医師も風邪と判断しても患者の求めに応じてしかたなく抗菌薬を処方することがあります。ある報告では, 患者に説明しても納得しない場合は抗菌薬を処方すると回答した医師は56%いたそうです。この行為は能動的でも受動的でもありません。薬を飲む, 処方するというプロセスの中にあると

いう点において中動的と理解するほうが自然です。

つまり, 外科手術における医師と患者の関係は能動性-受動性関係ですが, 内科におけるそれは中動性-中動性ではないかと稚拙ながら考えます。

能動性は自由, 受動性は強制のような対立構造から, 完全に自由になれないし完全に強制された状態でもない「中動性」が日常の臨床にはまだまだありそうです。昨年の流行語の「忖度」もまさに日本的な中動性ではないでしょうか?

ところで新聞, 雑誌等で現代社会はVUCAの時代と言われることがあります。Volatility (不安定, 変動性) Uncertainty (不確実性) Complexity (複雑性) Ambiguity (曖昧性)の頭文字をとった造語です。一言でいうと「予測不能な状態」を表します。そして, 日常の診療は常にVUCAです。

発熱, 腹痛, 胸痛等急性の疾患は不安定 (Volatility) で診断と治療に不安になり, あるいは境界型パーソナリティ障害のような複雑 (Complexity) な精神疾患の人を診療した後の消耗感, インフルエンザワクチン接種後に「これでインフルエンザにかかりませんよね」と言われたときの曖昧 (Ambiguity) な受け答え, 日々これらの経験はありません

か？

Sir William Oslerの有名な言葉である「Medicine is a science of uncertainty and art of probability（医学は不確実性の科学であり、確率の学問である）」は正鵠を得た指摘です。能動態、受動態の文脈である、押しつける側と押しつけられる側の対立では語ることでできない中動態の世界がVUCAにあるようです。

ビッグデータやAIが進歩してもVUCAを解決することは困難と思われます。つまり「これは絶対に正解だ。」という答えが見つかるわけではありません。そうになると、患者の意思決定はややもすると「中動的」になりますが、その意思決定に医師はどう関与するか？ AI時代の医師と患者の関係を見直すには、この本の中で展開される中動態の哲学がヒントになりそうです。

ひとこと

青島太平洋マラソン

宮崎市 市民の森病院
田中 善久

昨年12月、青島太平洋マラソンに出場した。年々、エントリーが難しくなっているが無事エントリーできた。6回目の参加だった。昨年は5時間9分だったので今年は5時間を切ろうと練習していたが本番では23km位から膝が痛くなり37km位まで歩く羽目になった。残り5kmで少しづつ走ってみたら大丈夫そうだったのでゆっくり走った。結果は5時間34分だった。小雨も降り、寒かったがゴールまでたどり着けて良かった、と思っている。

ひとこと

宮崎市 宮崎東病院
伊井 敏彦

宮崎大学呼吸器内科を紹介します。1990年に第3内科に呼吸器グループが誕生しました。長崎大学第2内科から道津安正先生、迎寛先生（第2内科現教授）をはじめとする優秀なスタッフを迎えて、松元信弘（現在宮崎大学呼吸器内科教授）、松本亮（市民の森病院）、飯干宏俊、床島真紀（西都児湯医療センター）、平塚雄聡（県立日南病院）、柳重久、有村保次らのメンバーが巣立ちました。さらに若手が続き、県内の呼吸器内科医不足は解消されてゆきそうです。

余談ながら、2019年3月、私が会長として日本呼吸器学会九州支部春季学術講演会を開催します。11年ぶりの宮崎開催です。ご支援をよろしくお願い致します。

入会の挨拶

宮崎市 宮崎東病院
伊井 敏彦

昭和35年、宮崎市生まれです。宮崎南高校、金沢大学を卒業後、宮崎大学第3内科に入局しました。初めは内分泌・代謝を勉強しましたが、1990年から呼吸器内科を専門としています。県内の病院（古賀総合病院、延岡市医師会病院、宮崎大学病院、済生会日向病院）を経て、1999年から宮崎東病院に勤務しています。結核関連でご相談される機会もあるかと思えます。今後ともよろしくお願ひ致します。

理事からひとこと

今後の消化管検診について（上部編）

高鍋町 野津手加来内科医院

加来 英典

胃がんは以前から日本人に多いがんであり、罹患率、死亡率ともに1位でした。近年、胃がんは減少傾向ではありますが、それでも多いがんの1つです。胃がんの原因としては塩分、魚のこげの多量摂取、喫煙などいわれてきましたが、先生方もご存知の通り、最近の研究において、胃内に生息するヘリコバクターピロリ菌が主な原因と言われるようになってきました。ピロリ菌に感染することにより、慢性胃炎が生じ、炎症が続くことで、胃粘膜の萎縮、腸上皮化生が起り、胃がんが生じてきます。イメージ的には慢性肝炎 ⇒ 肝硬変 ⇒ 肝臓がんといったような流れをイメージしてもらえばよいと思います。胃に当てはめれば、ピロリ菌感染 ⇒ 慢性胃炎・萎縮性胃炎 ⇒ 腸上皮化生 ⇒ 胃がん となります。ピロリ菌の感染経路は未だ不明な部分もありますが、井戸水、親からの食べ物の口移しなどによる経口感染と推測されています。近年若年者の感染率が低下してきており、60歳以上の人には60%以上の感染率ですが、20代では10%前後の感染率となっています。学会の報告によれば、ピロリ感染者の約10%に胃がんが発生するといわれ、1年に1回の胃の定期検査を勧めている先生が多いと思います。

一方、ピロリ未感染者には胃がんはほとんどできないと報告されています。消化器の学会ではピロリ未感染者に発生する胃底腺胃がんがトピックになっていますが、陰性者の1,000～2,000人に1人できるかどうかの頻度と思われ、かなり稀な疾患と思います。私は今まで2万件近く胃カメラをしてきましたが、恥ずかしながら今までに胃底腺胃がんを一例も発見できていません。ピロリ陰性者の胃がん発生は0%ではありませんが、かなり稀であり、毎年の胃がん検診は必要ないのではないかと思います。具体的な検査間隔としては3～5年に1回でしょうか。こちらはいずれ検診学会からの推奨検査間隔が出ることを期待しています。ピロリ未感染者の胃の検診数を減らすことができれば、近年高騰している医療費の抑制にもつながるのではないかと思います。

また胃がんの予防のため、ピロリの除菌も盛んに行われており、萎縮の少ない若年のうちに除菌した方が、がんの抑制効果が高いと言われています。一方、萎縮が強い人、高齢者には胃がんの抑制効果が少ないため、除菌後も1年に1回の定期検査が望ましいと思います。患者さんによっては除菌したら胃がんができないと勘違いされている人もいますので、定期検査の必要性を患者さんに説明していただければ幸いです。

食道がんに関しては、以前から60才以上の喫煙、飲酒量が多い男性が高リスク群といわれてきましたが、近年、飲酒にて顔が赤く

なる人で飲酒量が多い人は食道がんのリスクが高くなると報告されています。この理由としては飲酒後に顔が赤くなる人（フラッシュャー）はアルコールを分解する酵素がなく、発癌性のあるアセトアルデヒド濃度が上昇しやすいためです。当てはまる先生は食道がんにご注意されてください。なお、早期の食道がんは平坦であるため、透視によるがんの早期発見は困難と思いますので、ハイリスクの人には内視鏡による検診をお勧めします。

以上のように、ピロリ感染の有無によって

胃がんのリスクが大きく違います。ピロリ感染率の低下、除菌治療により、今後の胃がんの発生は減少してくるものと思われ、20～30年後には激減、50年後には稀ながんになっていくものではないかと思います。現時点ではピロリ感染者（除菌成功者も含む）は1年に1回の定期検査、未感染者は3～5年に1回ほどの検査でよいのではないかと考えます。いろいろ意見はあると思いますが、皆様の診療の一助となれば幸いです。

理事からひとこと

じんかんばんじさいおうがうま
人間万事塞翁が馬

日南市 えとう循環器科・内科

江藤 琢磨

昨年の春に子役女優の芦田愛菜さんが有名私立中学に合格したのちテレビ番組に出演し、この故事成語について“にんげん”ではなく“じんかん”と読み、正しい読み方を初めて知った方が多くいらっしゃったと聞いております。実は私もその一人でしたが、テレビで話題になる数週間前に奇しくも正しい読み方を知ることになりました。まさに“青天の霹靂”，ある日突然私に災いが降りかかり、頭に浮かんだのがこの故事成語でした。その時に、この故事の意味を再確認したところ正しい読み方を知りました。「塞翁」というのは、城塞に住んでいる「翁（おきな）＝老人」という意味で、「城塞に住む老人の馬がもたらした運命は、福から禍（わざわい）へ、また禍から福へと人生に変化をもたらした。まったく禍福というのは予測できないものである。」との意味。私の不徳の致すところで、多くの関係者に多大なご迷惑とご心配をおかけしました。ただ不謹慎ではありますが、私にとっては良い意味でも悪い意味でも貴重な経験でした。世間の表裏を少しだけ垣間見ることができ、SNS（ソーシャルネットワークワーキングサービス）の功罪を目の当たりにしました。そんな中、私は毎週日曜日の午前中に時間が許す限り自宅近くをLSD（ロングスローディスタンス）するのが常でした。自宅を出ると最初に平和台病院の東側にある「皇宮神社」（宮崎神宮の摂社で神武天皇が御祭神、神武天皇の御東征進発の地で当時の宮

居の後と言われる皇宮屋（こぐや）まで走り、霊験あらたかな雰囲気の中でお参りしたのちに、平和台公園に向かい「平和の塔」（八紘之基柱 あめつちのもととはしら）を駆け上がり「荒御魂（あらみたま）」像に鼓舞され、公園レストハウスの屋上から眼下に宮崎市を一望し、その後は森林浴をしながら下北方古墳群を駆け抜ける。さらに「涼の宮跡」（その昔、狭野尊（さのみこと、のちの神武天皇）が、この地に住まわれていた頃、南に開けた眺望の良いこの場所で「涼」を取っていたと伝えられている）を回って、「史跡 景清廟（敵対する源頼朝に捕らえられた際に自身の両眼を取って殺意がないことを示し仏門に入った平景清を祭っている）」をお参りし、そこから平和台病院の西側に続くオロン坂（狭野尊がそぞろ歩きされた坂）を下って帰宅するコースを大好きなラジオを聴きながら約一時間半かけてゆっくり走っておりました。悠久の昔から続くこの地を、四季の移り変わりを感じながら、古代の神々やいにしえの人々に守られて自分がいることを実感し、走り終える時には何とも言えない爽快感に包まれリフレッシュされ、新たな一週間を迎える準備をしておりました。今回、県内科医会理事としての最初の挨拶が最後の言葉となってしまいますが、この三月をもちまして四年間担当した理事を終了することになります。色々勉強させて頂き有難うございました。今はただ静かに塞翁の如く、人生が禍から福へと変化していくことを待っております。昨年に続き今年も十一月に「平和の塔」の内部が公開されるようです。ご興味のある方は是非お出かけされては如何でしょうか。

理事からひとこと

ある日の出来事

えびの市 前田医院

前田 和伸

ある日の診察中のこと。車のエンジンをけたましく吹かす音が聞こえてきたかと思っていると、キュルキュルキュルーという急発進の音に続いてドーンという激しい衝突音が診察室に響き渡りました。私を含めスタッフ一同、慌てて駐車場に出てみると、先程診察を終えたばかりの高齢のMさんの運転する軽トラが診療所の外壁に激突していました。車のフロント部分はぐしゃぐしゃに潰れていましたが、幸いMさんにケガは無く、巻き添えになった人もいませんでした。建物も壊れずに済みましたが、もし、誰かが車と外壁の間に挟まれていたらどうなっていたらう、そう考えただけで恐ろしくなりました。

高齢ドライバーが運転操作を誤り、車が建物に突っ込むという事故はたびたび報道され

ますが、まさか自分のところで起こるとは思ってもいませんでした。しかし、数年前には当院の近くの橋の上で、下校中の小学生が認知症高齢者の運転する車にはねられるという傷ましい事故も起きています。高齢化率の高い田舎ではこのような事故は今後増えていくのではないのでしょうか。

とは言え、公共交通機関が十分整っていない地方では、車はなくてはならない生活の足です。高齢ドライバーは危険であるという理由だけで免許を取り上げられるような事になれば、通院はおろか買い物さえもままならない生活を強いられます。近頃は自動ブレーキなど安全機能をうたった新型車のCMを毎日のように目にしますが、すぐに買い替えられる高齢者は実際少ないのではないのでしょうか。高齢者が運転に自信がなくなり免許を返納しても、不自由なく生活できるような支援を一刻も早く整えてほしい、当院での事故を経験し切にそう思うようになりました。



「五ヶ瀬・原田家の枝垂れ桜」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

五ヶ瀬町長宅の敷地内にそびえる樹齢250年の1本桜。五ヶ瀬町指定天然記念物で夜間はライトアップされる。3月下旬から4月上旬が見頃となるが年によって2週間の差がある。浄専寺や三ヶ所神社は歩いて1分の距離で、第9代浄専寺住職が西本願寺から寺院へ持ち帰った樹の子孫。国道503号線沿いで標高は約500m。宮崎市内から高速を使って2時間半で着く。

(平成29年4月16日撮影)



「北浦さくら通り」

延岡市 北浦診療所 日高 利昭

延岡市北浦町旧道には、春になるとサクラが咲き誇ります。街中にもサクラ並木道がありますが、一斉に咲くと、道がピンク色に染まり、春の訪れを知らせてくれます。いつまでもこの自然が続きますように。



「岩 礁」

宮崎市 楠元内科 楠元正輝

日没後長時間露光で撮影しました。燈台の光がもう少し明るく出たらよかったです…。

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村 善教

時間外

刑事告発 院長を

目にする度に 疑問ふつつ

禁煙区

嫌煙族が 期待する

抵抗するは 票数乞食

面接で

寄り添う看護 唱えられ

指導の成果 実現期待

フレイルや

サルコペニアの タイトルを

ありがたがるは 日本人かな

医師二人

なぜか出馬し 三つ巴

しこり残さず 戦後に期待

短歌

不安

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

説明を腫瘍といふ語でなすべしやそれとも癌と告知すべしや

最強の痛みを十とするならば今のあなたはおいつつですか

大手術あすに控へる患者さん「不安は無い」と電話くれたり

長男を副院長に迎へたり副のどるるはいつの日ならむ

憂き夜には烏羽僧正の描きけるうさぎかはづの相撲の絵観る

*これらの歌は、「現代短歌・南の会」発行の「梁」93号に掲載された作品を一部改変したものである。

短歌

医療の周辺 6 認知症を診る

宮崎市 大西医院

大西 雄二

洋館の如きグループホーム認知症の翁媪の往診に行く

公園で徘徊癖のある媪幼児らが遊ぶを終日見てをり

痛ノイローゼ認知症になりたれば日々憂ひなすと明るく語る

芸術を熱く語った患者も認知症となり不眠便秘のみ訴ふ

リハビリ中認知症の媪は若かりし頃の恋を語りをり

[報 告]

日本臨床内科医会第58回代議員会および 第31回日本臨床内科医学会

宮崎県内科医会 副会長

弘 野 修 一

日 時：平成29年10月7日(土)，8日(日)，9日(月)

場 所：大阪

出席者：小牧会長，光川常任理事，弘野

第31回日本臨床内科医学会が平成29年10月8日(日)および9日(月)にホテルニューオータニ大阪で開催された。学会に先立ち7日(土)に同所で理事会及び代議員会が開催された。理事会には小牧会長が出席され，代議員会には小牧会長，光川常任理事，弘野の3名が出席した。

[第58回代議員会]

神津常任理事の開会宣言の後，猿田会長の挨拶があった。まず執行部の変更の報告があり，4人体制であった副会長を業務内容の拡大と複雑化に伴い6人に増員されたこと，また会員の高齢化と減少が大きな問題としてあり，そのために会費収入が減少していること，さらに臨床研究法が制定されたことより，当会の臨床研究において従来の製薬企業のサポートが得られにくくなったために，来年3月をめどに臨床研究のあり方を再検討する旨の話があった。続いて第31回日本臨床内科医学会の福田正博学会長（大阪府内科医会会長）の挨拶があり，部会・委員会報告・議決が行われた。以下にその概要を報告する。

1. 報告事項

[総務部]

総務委員会から平成29年8月24日現在の会員数は，14,814名と，依然として減少傾向にあることが報告された。また今後の総会は平成30年4月15日に京都（垣内 孟会頭），平成31年4月28日に名古屋（安藤忠夫会頭），平成32年に東京で開催され，医学会は平成30年9月16-17日に神奈川（宮川政昭学会長），平成31年に広島，平成32年に福島で開催される予定である。調査研究委員会からはサポート企業の社内規則の厳格化によりサポートが困難になったため「女性のミカタ」プロジェクトは今後日臨内が引き継ぐことになった。また非会員のプロジェクト参加者には日臨内への入会を勧誘し，会員増につなげたいとのことであった。更に平成29年4月14日に臨床

研究法が交付されたが、それに則った倫理審査委員会を平成29年4月に立ち上げ、将来的には認定倫理審査委員会をめざし、会員の臨床研究が円滑に行えるようにしたいと報告された。

【庶務部】

庶務委員会より役員名簿平成29-30年版を作成し送付したこと、また各地で義務化されつつある自転車の事故保険の案内を行う旨報告があった。会員増強委員会からは会員増強の為にベテラン会員の診療寿命の延伸と若手医師の積極的勧誘の2つの方向性が示された。また高齢化社会における啓発活動としていわゆるエンディングノートである小冊子「私のリビングウイル」の普及に力をいれる予定である。IT委員会からは外来において健康チェックなどを行えるヒト型ロボットのPepper君の開発状況、様々な医療情報を得られるCURASAWの強化やWEB会議やEAKS掲示板の活用などが報告された。

【社会医療部】

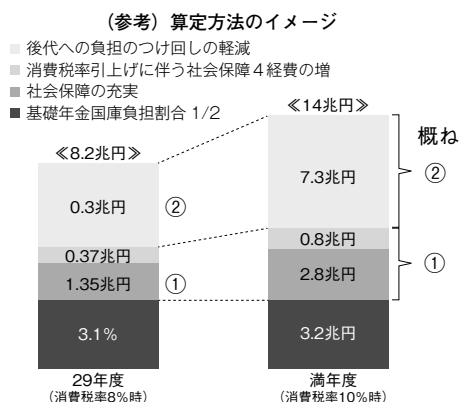
公益事業委員会からは禁煙・受動喫煙防止啓発活動として敷地内禁煙のシールを製作・配布すること、インフルエンザ研究班の積極的活動について報告された。地域医療委員会からは14名の平成28年度地域医療功労者被推薦者の報告があり、当県からは延岡市の佐藤靖美先生が推薦され、14名の被推薦者全員が承認された。今後の活動方針としては地域包括医療システムの構築や地域医療構想においても内科医の役割は大きいので、臨床内科医会としてもその推移を注視していくとのことであった。

【社会保険部】

医療・介護保険委員会から平成30年度診療報酬改定における日臨内の要望事項について報告があり、日臨内からは8項目の要望をしたが最終的には内科系学会社会保険連合（内保連）を通じて①地域包括診療料、加算：常勤2人以上、24時間対応薬局の要件緩和、②在宅療養診療所：24時間往診体制の緩和と看取り要件の緩和、③処方箋料：7剤処方減算の撤廃が要望事項として決定された。また日臨内としては内保連関連委員会・厚労省ヒアリング・日医かかりつけ医機能研修制度ワーキンググループへの参加など積極的な活動を行った旨報告された。医療・介護保険委員会は国の医療・介護保険分野における動きについて概説した。3つの要旨は以下の通りである。

要旨1. 平成29年度社会保障の充実：消費税率

引き上げによる増収分8.2兆円はすべて社会養の充実・安定化に向ける。まずそのうち「基礎年金国庫負担割合2分の1」に3.1兆円を向け、残額を①「社会保障の充実及び消費税率引き上げに伴う社会保障4経費（診療報酬、介護報酬、年金、子育て支援等）の増」と②「後代への負担つけ回しの軽減（高齢化に伴う自然増を含む安定財源が確保できてい



ない既存の社会保障費)」をおおむね1：2で按分し、それぞれ1.72兆円、3.3兆円とした。消費税がさらに10%に引き上げられた場合（2019年10月の予定）の増収分14兆円からは「基礎年金国庫負担割合2分の1」へは3.2兆円、①は3.6兆円と②は7.3兆円となる見込みである。（図 算定方法のイメージ参照）

要旨2. 地域医療介護総合確保基金：平成29年度の医療分、介護分の基金額を都道府県単位で示されたが、各地区の医師会を通じて積極的に活用してほしいとのことであった。（宮崎県は医療分が17.5億円（うち国費11.7億円）、介護分9.4億円（うち国費6.3億円）である）

要旨3. 介護医療院：国は医療機能を内包した施設系サービスとして介護医療院の創設に向けて法整備を行った。2018年3月末で設置期限を迎える介護療養病床については経過措置期間を6年間延長した。その間に介護療養病床を介護医療院に順次転換することになるであろう。介護医療院には総量規制があり各自治体が見込んだ介護保険施設の必要入所定員を超えそうな場合には施設の新設は認めないが、介護療養病床・医療療養病床から介護医療院への転換は規制対象外である。

また保険審査委員会からは同委員会があくまで保険審査の中でも傷病名、治療薬、検査に的を絞った活動を行うということ、これまで行った薬剤と傷病名に関する調査のまとめを会誌に投稿予定であることが報告された。今秋に寄せられた全国の内科医会からの要望や意見では〇〇の増点要求や、〇〇の加算要求など同委員会宛ではないものが多く、それらは医療保険委員会や関係各委員会に届けると報告された。

【研修推進部】

研修推進委員会から平成28年度認定医・専門医申請状況の報告があり、平成27年度認定医申請298名（新規46名、更新252名）、専門医申請33名（新規16名、更新17名）であった。平成29年度の申請書請求期間は平成29年10月11日～11月2日と報告された。

【学術部】

学術委員会からは、Smile Studyは第31回日本臨床内科医学会で発表し、現在論文化が進行中である。SGLT2 阻害剤アンケート調査はすでに日本臨床内科医学会および日本糖尿病学会にて発表し、今後も経時的にアンケートを実施していく。CHD啓発プロジェクトは順調に進行中であり、CKD-journalを定期的に発刊している。C型肝炎アンケート調査を学術的に分析し、座談会などでまとめていくことなどが報告された。

会誌編集委員会からは編集委員会を5月と9月に開催したこと、投稿論文の査読状況や新シリーズに「超高齢化社会における健康長寿のための高齢者診療」が決定されたことが報告された。また、臨床研究法への対応として、人を対象とした臨床研究における倫理審査について検討中とのことであった。

【広報部】

ニュース編集委員会からは4月の総会後に3回日臨内ニュースを発行したこと、今年度より日臨内ニュースに毎号、計報欄を設けることが報告された。ちなみに対象は日臨内の名誉会員、功労

会員，地域医療厚労省表彰者，各種委員会委員長等である。

2. 議決事項

平成28年度収支決算報告がなされ，承認された。

会員の減少に伴う減収のため5年連続の赤字で，終始はマイナス1,675万円であり，研修積立金の余剰金より補填したがその積立金も枯渇している。

3. 討議事項

会費の値上げについて（現行の年5,000円から8,000円に値上げ）

会員の高齢化，新規入会者の減少により会員数が減り，会費収入も減少していること，企業からの広告収入や臨床研究へのサポートが得られにくくなったことにより日臨内の収支は5年連続して赤字となった。数年来会費改定の必要性については検討されてきたところであるが，現在では余剰金も枯渇している現状であり，赤字解消が喫緊の問題である。また他の医学会の年会費と比べて本会の会費は低額であり，本会の活動は他学会にもまして積極的に行われていることが示された。そして事業の縮小による経費削減は魅力の減少でもあり，逆に会員減につながるとの説明であった。

出席した代議員からは，地域の内科医会では経費節減の努力をして，地域の会費値上げを踏みとどまっている状況があり，日臨内の会費が上がることは会員減少に益々歯止めがかからなくなるのではないかと危惧する意見と，もう少し手順を踏んで丁寧な説明が欲しいという意見が出された。

代議員会の前に行われた理事会では承認されたが，代議員会では種々の事情で討議のみが行われ，来年の総会前の代議員会で議決されることとなった。

この件については，宮崎県内科医会でも事業や経費の見直しを進めている中でもあり十分な検討が必要と思われる。

[第31回日本臨床内科医学会]

第31回日本臨床内科医学会は10月8日(日)および9日(月)の2日間，ホテルニューオータニ大阪で福田正博学会長（大阪府内科医会会長）のもと，開催された。メインテーマは「新たなる臨床内科学の夜明け～看取りからiPSまで～」である。シンポジウムが10，特別講演2題，教育講演14題，会員発表（口演30題，ポスター発表36題）に加えて，検査学スキルアップ道場，診断力スキルアップセミナー，リフレッシュセミナー，モーニングセミナー，ランチョンセミナーなど多数の興味深いセッションが用意されていた。また産業医研修会や健康スポーツ医学再研修会もあり単位獲得もできる場であった。

なんといってもメインは特別鼎談「iPS細胞の現状とその未来」であった。iPS細胞の生みの親である京都大学iPS細胞研究所所長・教授でノーベル生理学・医学賞受賞の山中伸弥先生と，世界で初めてiPS細胞を用いた臨床試験を行った理化学研究所多細胞システム形成研究センターのプロジェクトリーダー 高橋政代先生の講演と鼎談は参加人数1,500名を超える大盛況であっ

た。山中先生のユーモアも交えた iPS 細胞の講演には引きつけられるものがあり、先生の人柄と iPS 細胞の未来に感動を覚えた。

日本臨床内科医学会に参加して感じたことは、他の学術的学会にはない実臨床に即した多種多様な内容があり、明日からの診療に役立つ医学会であるということだ。何かエネルギーをもらったような充実した気持ちで帰路についたのを思い出す。これからも県内科医会の多くの先生方のご参加を期待したい。

[報告]

平成29年度日本臨床内科医会九州ブロック会議

宮崎県内科医会常任理事

光川 知 宏

日 時：平成29年10月21日(土)

場 所：ホテル日航福岡

参加者：小牧会長，弘野副会長，光川

平成29年度日本臨床内科医会九州ブロック会議は福岡県内科医会の担当の下に平成29年10月21日(土)午後3時から1時間、ホテル日航福岡で開催された。日臨内執行部からは猿田亨男会長，望月紘一，菅原紘一，江頭芳樹副会長が，九州各県から会長，副会長，役員理事の総計21名が出席した。当県からは小牧会長，弘野副会長と光川が出席した。

冒頭，猿田会長のご挨拶があり，平成29年10月8日，9日に大阪で開催された第31回日臨内医学会(福田正博会長)に，1,800名もの参加があり，盛会裏に開催されたことを報告された。日臨内会員の減少が続いており，会員増のために本年度より副会長と常任理事を増やして会員増を図りたいとされた。また，会員の減少により，本会の会計が逼迫しており，来年度より日臨内の会費を5,000円から8,000円に値上げしたいと述べられ，来年4月の日臨内代議員会および総会で決定したいとのことであった。公益事業として日臨内として独自の事業を行っているが，本年度より倫理審査委員会を立ち上げたと報告された。新専門医制度についても，日臨内として積極的に参加したい意向を述べられた。会長挨拶のあと議事に入った。

I. 日臨内執行部からの現状報告

1) 総務・庶務関係

- 第31回日臨内医学会が10月に大阪で盛会裏に開催された。
- 2017年4月より新しい臨床研究法に則った倫理委員会を発足した。

2) 経理関係

- 平成7年より会計が赤字となっており，来年より会費の値上げを検討している。

3) 研修推進部

- 平成28年度実績 新規62名(認定医46名，専門医16名)，更新269名(認定医252名，専門医17名)合計331名
- 平成29年度予定者 認定医更新145名，専門医更新1,212名

4) 社会保険部

- 平成30年度診療報酬改定の日臨内からの要望事項として8項目を内保連に提案した。特

に強調した項目は以下の3項目である。

①地域包括診療料、加算の要件緩和（常勤2人以上、24時間対応薬局）

②在宅療養支援診療所：24時間往診体制の緩和と看取り要件

③処方箋料：7剤処方減算の撤廃

5) 学術・調査研究

○Smile Studyに関しては第31回日臨内医学会で発表し、現在論文化を進めている。

○SGLT2阻害薬アンケート調査については、本年5月の日本糖尿病学会で発表し、日臨内会誌3月号に掲載した。

○C型肝炎アンケート調査（C型慢性肝炎の現状を把握するため）を実施した。

○SGLT2阻害薬の臨床研究（医師主導型研究）を2018年1月より実施予定である。

○現在「女性の味方」プロジェクトをファイザーが主導しているが、社内規則の厳格化に伴い継続が困難となった。今後は日臨内が事業を引き継ぐことになった。

6) 広報部

○ニュースは、5月10日号、7月10日号、9月10日号と順調に発行されている。

○今年度より、日臨内ニュースに毎号、訃報欄を設けることにした。

II. 日臨内執行部に対する提案事項

1) 会費値上げの必要性について（鹿児島県）

2) 薬剤耐性対策アクションプランに対する日臨内としての対応（宮崎県）

3) 「日医かかりつけ医講習会」への共催開催が出来ないか（沖縄県）

4) 消費税増税への対処をどうするか？（熊本県）

5) 日医の“かかりつけ医制度”の今後のあり方について（福岡県）

以上、5項目が提案され、検討された。

[報告]

第52回九州各県内科医会連絡協議会

宮崎県内科医会 副会長

石内 裕人

日 時：平成29年10月21日(土) 午後4時～6時30分

場 所：ホテル日航福岡

出席者：小牧会長, 光川常任理事, 石内

次 第

司会・進行 福岡県内科医会 理事 長尾 哲彦

1. 開 会
2. 担当県会長挨拶 福岡県内科医会 会長 江頭 若樹
3. 来 賓 挨 拶 日本臨床内科医会 副会長 望月 紘一
4. 報 告 前年度九州各県内科医会連絡協議会担当 熊本県内科医会
5. 協 議

宮崎県内科医会からの出席者：会長 小牧 齋, 常任理事 光川 知宏, 副会長 石内 裕人

福岡県内科医会理事の長尾哲彦先生の司会・進行で開催された。

福岡県内科医会会長, 江頭 芳樹先生の挨拶, 日本臨床内科医会副会長の望月 紘一先生の来賓挨拶より始まり, 前年度内科医会連絡協議会担当の熊本県内科医会会長, 河北 誠先生の報告の後, 各県の協議事項による意見交換会が行われた。以下, 宮崎県の回答の要約を中心に記載する。

提案事項

【1】内科医会の役割は最新の内科医学の吸収とその実践, そしてそれを支える保険診療制度への主張があげられますが, 貴県の学術活動の取り組みについては如何でしょうか?

(鹿児島県)

《回答》

宮崎県では, 総会を3月と6月の2回開催し, 会員発表, 保険診療についての講演および特別講演を開催。この他に県内科医会共催の講演会を昨年度は12回開催, 宮崎県内科医会誌を年2回発行し会員の投稿論文を掲載, 卒後教育としての各分野の専門医レクチャーを掲載している。

【2】6月1日にWEB上で厚生省の「抗微生物薬適正使用の手引き 第1版」が発表され、耐性菌に対しての現状からの指針で大筋は理解できますが、具体的な内容からは最前線の臨床医として、いくつかの問題を感じざるを得ません。この件に関して他の県での動き、内容に対してのご意見は如何でしょうか？ (佐賀県)

《回答》

抗微生物薬適正使用の手引きの内容は妥当だと思われるが、かかりつけ医としては患者1人1人の状況に応じての治療を考えるべきであり、貴県の言われるようにいくつかの問題点があると考えている。また同時に国民教育も重要で、マスコミによるミスリードの影響も多々あり、適切な説明と啓蒙を進めていく自負が必要である。まずはこのガイドラインを会員へ周知して、その結果何が問題であり、どのようにすべきかを確認することは大切である。

【3】道路交通法改正後、今後益々、かかりつけ医が認知症診断書を作成する機会が増えると予想されます。万一の事例が発生した場合、診断書作成医師が民事裁判の責任を取られる可能性もあると言われております。その辺りも踏まえ、各県の取り組み状況についてご意見をお聞かせ頂きたい。(宮崎県)

《回答》

①医学的根拠無しに認知症でないことの診断書を作成しないこと。②臨床所見・検査結果から判断しにくい場合は専門医療機関の診断を勧める事。③臨床検査は簡易的な検査で確定出来ない症例は画像検査結果等を踏まえて診断する。④認知症と診断した場合は必ず患者並びに家族等に自動車運転の中止を促し、免許証を返納するように説明し、その内容を診療録に記録すること。

(鹿児島県の回答)

【4】医業支援体制について。一人開業医が、体調不良、急病、災害時に長期の休院を余儀なくされる場合、大変なるストレスです。このような事態に備えて、開業医のための「医業支援バックアップ」体制を那覇市医師会で構築予定です。会員を守り、更に地域医療を守る意味でも非常に重要であると思われませんが、各地区での取り組みがありましたらご提示下さい。(沖縄県)

《回答》

各県特別な対応はしておらず、今後貴県の取組を注目したいと考えております。

【5】2025年以降の後期高齢者増加に国を挙げての地域包括ケアの大合唱ですが、今後は地域のかかりつけ医が中心的担い手になると予想されます。内科医会として行政や他職種との連携に基づいた具体的な取り組みについて教えて頂きたい。(大分県)

【6】地域包括ケアシステムにおける各県医師会、臨床内科医会の取り組みについて。長崎県では平成29年6月16日地域包括ケアシステム推進協議会を発足させ同システムの早期構築に

向けて医療、保健、福祉団体と会議を行い、地域包括ケアシステム構築に係る協力医師募集を開始しました。各県の状況は如何でしょうか？ (長崎県)

上記【5】【6】は同時回答：宮崎県内科医会では、地域包括ケアに関する講演会を年1回開催。宮崎県医師会在宅医療協議会の一部構成メンバーによる宮崎キョウケアネットワークという別組織が主体となり平成21年より在宅医療多職種交流会を毎年1回開催し、基調講演、グループ討論会、多職種懇親会を行っている。

【7】民間企業による医療の取り組みについて（施設への在宅医療等）。昨今の民間企業による施設サービスへの参入において、医療系を取り込んで、事業拡充していこうとする動きがあります。医療の取り組みとは異なる民間独自の収入構造に医療機関も巻き込まれており、民間の介護系から医療系への浸食による医療への不利益が起き始めている。このような事例は貴県ではありますでしょうか？また、何か対策はありますでしょうか？ (熊本県)

《回答》

宮崎県で問題となっている事例はありませんが、医療機関が民間の一部の営利企業に浸食されないためにも、医師が医療介護を主導し倫理的規範をもって使命感と責任を果たしていくことが重要と考える。

【8】地域包括診療料と地域包括診療加算、時間外対応加算の届け出状況と今後の展望について。「地域包括診療料」「地域包括診療加算」は算定要件のハードルが高く普及していないのが現状である。また、より算定しやすい「時間外対応加算」も半数近くの医療機関（特に無床診療所）が算定していないが、各県の状況をお聞かせ願いたい。(福岡県)

《回答》

宮崎県内には約540の診療所があるが2017年7月3日現在地域包括診療料の届け出医療機関は1機関のみです。地域包括診療加算は届け出は35機関と2年前(26機関)に比べて若干増加傾向。ともに施設基準が厳しく一般の診療所では算定要件のハードルが高く、今後も届出数はそれほど増えないと考えられる。時間外対応加算1(5点)は134機関、時間外対応加算2(3点)は132機関、時間外対応加算3(1点)は1機関でした。

[報 告]

第34回九州各県内科審査委員懇話会報告

宮崎県内科医会医療保険委員会委員長

松 岡 均

平成29年10月21日(土)に福岡県福岡市で第34回九州各県内科審査委員懇話会が平成29年度日本臨床内科医会九州ブロック会議、第52回九州各県内科医会連絡協議会とともに開催されました。九州各県内科審査委員懇話会には宮崎県から内科医会の弘野副会長と私の二名で参加いたしました。参加は熊本、福岡、鹿児島、佐賀、宮崎、沖縄、大分、長崎の8県で、19の提案事項について、現状の報告、討議を行いました。各県の回答と、本県のコメントを併記いたします。国保、社保で対応が違う場合には県名の後に国保、社保を附して記載しています。

当懇話会で支部間差異が無くなるように、各支部の意見交換を行っていますが、同じ内容でも社会環境の変化と共に解釈が異なってくることもあり、当惑することもあります。どうぞご理解いただき、参考としていただけると幸いです。

【1】糖尿病に対する在宅自己注射指導管理料算定について、初診でも認めるか (鹿児島県) 《提案要旨》

糖尿病学会ではインスリン療法の絶対的適応例として、

- 1) 1型糖尿病
- 2) 糖尿病の昏睡(糖尿病ケトアシドーシス昏睡、高浸透圧高血糖症候群)
- 3) 重症感染症の併発、中等度以上の外科手術(全身麻酔施行例など)の際
- 4) 糖尿病合併妊娠(妊娠糖尿病で、食事療法のみでは良好な血糖コントロールを得られない場合も含む)

としていますが、在宅自己注射指導管理料の算定要件に“在宅自己注射の導入前に、入院または2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定する”，とされており、初診時には算定不能となっています。2)では入院適応となり除外されますが、1) 3) 4)では外来診療が選択されることも多々あります。当県支払基金では、絶対的適応例の病名併記があれば、初診での本管理料算定を容認としておりますが、貴県ではいかがでしょうか。

(回答)

初診時には認めない 佐賀、沖縄、大分、長崎、熊本
絶対的適応病名があれば認める 鹿児島、宮崎、福岡

(コメント)

医学的に初診時からインスリン導入することが、在宅注射指導管理料を同時に算定することを

許容することにはなりません。前医からの引き継ぎなど諸条件が患者毎に異なりますので、初診時に算定する場合には詳記が必要と思われます。

【2】ANCA関連の検査について

(鹿児島県)

《提案要旨》

コンピューターに附属している審査情報が紛らわしい内容であったため、当県支払基金では、C-ANCA (PR3-ANCA) とP-ANCA (MPO-ANCA) の適応疾患がごっちゃになり、混乱したことがあります。いずれにしろ、C-ANCAは、Wegener肉芽腫での適応、P-ANCAは急速進行性糸球体腎炎、顕微鏡的多発血管炎およびアレルギー性肉芽腫血管炎での適応と再整理されています。貴県では同様なことは発生していませんか。

(回答)

多発血管炎性肉芽腫症 (以前のWegener肉芽腫)

C-ANCA (PR3-ANCA) のみ認める 鹿児島, 佐賀, 大分, 長崎, 熊本

初診時のみ両者とも認める 宮崎, 沖縄 (再診時には一方のみ), 福岡

急性進行性糸球体腎炎, 顕微鏡的多発血管炎, 好酸球性多発血管炎性肉芽腫 (以前のアレルギー性肉芽腫血管炎)

P-ANCA (MPO-ANCA) のみ認める 鹿児島, 佐賀, 沖縄, 大分, 熊本

両者とも認める 宮崎, 長崎, 福岡

(コメント)

当県では急性進行性糸球体腎炎, 血管炎症候群, 特に多発血管炎性肉芽腫症 (以前のWegener肉芽腫症)・顕微鏡的多発血管炎・(以前のアレルギー性肉芽腫性血管炎)とも診断・分類にPR3-ANCA又はMPO-ANCA療法の測定が必要であり、認めています。

【3】最近、支払基金の中央においては、「審査の取扱いに関する一定の見解」が、順次まとめられ、全国各支部に示されるようになりました。これについて、貴県では、どのように取扱いされていますか。

(鹿児島県)

《提案要旨》

「一定の見解」とは異なる考えで審査されていた場合、どちらを優先するかなど決めておられますか。

(回答)

一定の見解を優先する 宮崎, 大分, 熊本, 福岡

支部の見解を優先する 佐賀, 沖縄, 長崎

(コメント)

当県では「医学的に一定の見解によりがたい例外に該当する事例である」と判断できる場合を除き、一定の見解に従って審査しています。

【4】ベシケアとベタニスの併用の可否について

(佐賀県)

《提案要旨》

佐賀県では査定される過活動膀胱での使用，泌尿器の紹介後逆紹介で2剤同時処方となり，病診連携を尊重して2剤処方すると査定されます。泌尿器専門医に尋ねると作用機序が全く違うから問題なしとのこと。他県ではいかがでしょうか。

(回答)

併用を認める 鹿児島，佐賀，宮崎，大分，長崎，熊本，福岡

ただし初療時には認めない 鹿児島（専門医からの紹介時を除く），佐賀，宮崎，沖縄，福岡

(コメント)

重症例，1剤では無効などの詳記が必要と思われます。泌尿科の先生から2剤併用の必要がある場合には泌尿器科医に相談して欲しいと意見を頂きました。

【5】大腸CTの可決について

(佐賀県)

《提案要旨》

大腸癌の検査目的に先ずは大腸内視鏡を行うべきところを，「内視鏡に対して患者の拒否が強いから」などの理由で大腸内視鏡せずに，いきなり大腸CTを施行している場合があります。特殊な理由がないかぎり，大腸CTは内視鏡に先行して行うべきではないと思いますが，各県のご意見は如何でしょうか。また，どのような場合に大腸CTは認めておられるのでしょうか。

(回答)

理由があれば認めるが，初療時には認めない 全県

(コメント)

全ての県で大腸のルーチン検査としては時期尚早だと判断しています。他の検査で大腸癌が疑わしく，大腸内視鏡検査が困難である理由の詳記が必要です。

【6】「SGLT2阻害薬，DPP4阻害薬及びGLP-1受容体作動薬」と「インスリン製剤」の併用の可否について

(佐賀県)

《提案要旨》

- 1) DPP-4阻害薬の「重要な基本的注意」には，①インスリン製剤との併用についての臨床効果及び安全性は検討されていない。②本剤とGLP-1受動体作動薬はいずれもGLP-1受容体を介した血糖降下作用を有しているため，両剤を併用した際の臨床試験成績はなく，有効性及び安全性は確認されていない。
- 2) SGLT-2阻害薬では，本剤とインスリン製剤（フォシーガ除く），GLP-1受容体作動薬との併用における有効性及び安全性は検討されていない。
- 3) GLP-1受容体作動薬では，本剤とインスリン製剤（ピクトーザとリキスミア除く），GLP-1受容体作動薬との併用における有効性及び安全性は検討されていない。とそれぞれ記載され

ている。

しかし、いずれの薬剤も「使用上の注意」の（慎重投与）として、インスリン製剤を投与中の患者は併用により低血糖のリスクが増加するおそれがあるとの記載があるのみで併用禁忌との記載はない。併用投与時の臨床効果及び安全性は検討されていない薬剤でも慎重投与として認められるのでしょうか？

（回答）

認める	鹿児島，宮崎，沖縄，大分
GLP-1受容体作動薬は認めない	長崎
GLP-1受容体作動薬のうちバイエッタ，ビデユリオンは認めない	熊本，福岡

（コメント）

当県では「SGLT2阻害薬，DPP4阻害薬及びGLP-1受容体作動薬」とインスリン製剤との併用を認めていますが，GLP-1受容体作動薬のうちバイエッタ，ビデユリオンは認めないとしている審査会もあります。ご留意下さい。

【7】 タケルダ処方時の病名について

（宮崎県）

《提案要旨》

アスピリン・ランソプラゾール配合製剤（商品名タケルダ配合錠）は「低用量アスピリンの投与が必要で，胃潰瘍薬又は十二指腸潰瘍の既往歴がある患者」に限定されている。狭心症のみの病名で処方される例がみられます。貴県では胃潰瘍薬又は十二指腸潰瘍の既往歴があることについて「病名を必要とする」あるいは「注記」など，どのように対応されていますか？

（回答）

胃潰瘍薬又は十二指腸潰瘍の病名あるいは注記がなくても認める	沖縄国保
胃潰瘍薬又は十二指腸潰瘍の病名あるいは注記が必要	鹿児島，佐賀，宮崎，沖縄社保，大分 長崎，熊本，福岡

（コメント）

胃潰瘍薬又は十二指腸潰瘍の既往歴があることについて「病名」あるいは「注記」を必要とします。

【8】 ニューロタン（ロサルタン）の適応症について。高血圧症の傷病名がない蛋白尿を伴う2型糖尿病における糖尿病性腎症に対する投与を認めるか。

（宮崎県）

《提案要旨》

ニューロタンの適応症は「①高血圧症」，「②高血圧症及び蛋白尿を伴う2型糖尿病における糖尿病性腎症」となっており，いずれの適応症も25mg～50mg（最大100mg）の用量となっている。宮崎県では「傷病名に高血圧症のない糖尿病性腎症には認められない」としているが，その考えでは，高血圧症だけが適応症である状態と何等変わりがなく，高血圧症がない場合でも

認められるのではないかとの考えがある。各県の審査における対応についてお伺いしたい。

↓以下参照

【効能・効果】

1. 高血圧症
2. 高血圧及び蛋白尿を伴う2型糖尿病における糖尿病性腎症

＜効能・効果に関連する使用上の注意＞

高血圧及び蛋白尿を伴う2型糖尿病における糖尿病性腎症の場合

高血圧及び蛋白尿「尿中アルブミン/クレアチニン比300mg/g以上」を合併しない患者における本剤の有効性及び安全性は確認されていない。

(回答)

高血圧病名が必要 鹿児島、佐賀、宮崎、沖縄、大分、長崎、熊本、福岡

(コメント)

全ての県で高血圧病名を必要としていました。

【9】「GLP-1受容体作動薬とDPP-4阻害薬の併用」について

(沖縄県)

《提案要旨》

最近、GLP-1受容体作動薬とDPP-4阻害薬の併用が社保の運営会議で問題となっています。九州各県のご意見を伺いたい。

(回答)

併用は認めない 鹿児島、佐賀、宮崎、大分、長崎、福岡

当該症例がない 熊本

(コメント)

GLP-1受容体作動薬とDPP-4阻害薬の併用は認められません。

【10】「早期糖尿病性腎症発見における、尿中微量アルブミンの適正な測定 of 普及」について

(沖縄県)

《提案要旨》

県内各市町村の保健支援事業の最重点課題のひとつに「糖尿病性腎症による透析導入予防」が掲げられております。その対策として、かかりつけ医における早期糖尿病性腎症発見、速やかな治療開始の普及が求められております。早期糖尿病性腎症発見には「かかりつけ医での尿中微量アルブミン測定 of 普及」が有用であります。算定要件に制限があるため、十分な普及に至っていないのが現状です。尿中微量アルブミンの適正な測定 of 普及にどのように取り組まれているか、ご意見をお聞かせ下さい。

(回答)

多くの医師会が自治体と協力して普及活動を行っていました。

(コメント)

当県でも自治体と医師会が共同して普及活動を展開しています。ちなみに尿中微量アルブミン測定の実施は当県国保は、早期糖尿病性腎症、早期糖尿病性腎症疑い、糖尿病で尿中微量アルブミン測定を認めています。社保では、糖尿病のみでは認めていませんのでご留意下さい。

【11】同一薬剤の剤形による適応症の相違について

(大分県)

《提案要旨》

ビソプロロール（メインテート錠）やカルベジロール（アーチスト錠）は製剤のミリグラム数により適応症が分かれている。ビソプロロール0.625mgは心不全のみの適応症であり、カルベジロールは1.25mgと2.5mgに心不全の適応がある。このような薬剤は心房細動の脈拍コントロールや降圧薬の併用薬など循環器内科医が好んで使用する。しかし例えば心房細動の脈拍コントロールなどでビソプロロール2.5mgを朝夕半錠処方したり、同様にカルベジロール2.5mgを朝夕半錠処方する例もある。その際、院外処方を行っている調剤薬局が適応症のないビソプロロール0.625mgやカルベジロール1.25mgを複数錠調剤して処方していると思われる例が散見され、適応外処方として査定せざるを得ない。

調剤の管理は院外薬局が行うべきもので医療機関の責によらない小剤形の処方1日量が適切であれば認めても良いのではないかと考えるが各県のご意見を伺いたい。

(回答)

査定している 宮崎、佐賀、沖縄国保、福岡

認めている 鹿児島（高齢者である旨の注記が必要）、沖縄社保（一日用量が適切な場合）、長崎、熊本（一日用量が適切な場合）

(コメント)

支部間差異がありました。調剤薬局で変更される場合もあり、医療機関の処方箋写しが提出されれば認めるとする支部の意見もありました。当県では原則認めていません。

【12】HCV核酸定量の検査間隔について

(大分県)

《提案要旨》

INF、ダクルインザ錠、スンベプラカプセルの投与に対し、投与開始時とその後4週に一回の検査を認めていた。しかし消化器系の委員から、治療期間が6ヶ月と長く、肝障害の副作用が出やすいので、治療早期のウイルス量を知り効果予測と副作用出現の早期発見に役立つために2週間目の検査を認めて欲しいとの要望が出ている。大分県社保ではこれを認める方向だが、国保は現時点では認めていない。各県の対応を伺いたい。

(回答)

2週目は認めない 佐賀社保、宮崎、沖縄、長崎、福岡

2週目を認める 鹿児島（詳記が必要）、佐賀国保（詳記が必要）、熊本

(コメント)

医学的な意味が低いことから当県では認めていません。

【13】膵管・胆管にかかわる内視鏡検査（ERCPなど）後の蛋白分解酵素阻害剤と抗生剤の予防投与について (長崎県)

《提案要旨》

膵管・胆管にかかわる内視鏡検査後に、検査後膵炎などの病名なしでも検査当日に限り、蛋白分解酵素阻害剤（フサン10mgなど）と抗生剤の予防投与を認めています。貴県ではいかがでしょうか。ただし、検査翌日以降の投与には適応病名を必要とし、当日であってもフサン50mgは認めていません。

(回答)

抗生剤投与

認める 鹿児島, 佐賀社保, 宮崎, 福岡

認めない 佐賀国保, 沖縄, 大分, 熊本

フサン10mg

認める 鹿児島, 佐賀社保, 宮崎, 福岡

認めない 佐賀国保, 沖縄, 大分, 熊本

フサン50mg

認める 鹿児島（重症化リスクがあれば）

認めない 佐賀, 宮崎, 沖縄, 大分, 熊本, 福岡

(コメント)

ERCP膵炎病名を必要とする支部がありました。当県では予防的な投与は検査日に限り認めていますが、フサン50mgは認めていません。

【14】診療実日数1日で「大腸菌血清型別」の算定について (長崎県)

《提案要旨》

「大腸菌血清型別」検査は大腸菌が確認された後、病原性の有無を調べる検査ですが、検体提出時に大腸菌が検出された場合に、血清型別検査も実施するようにオーダーすることがあります。

このような場合、診療実日数1日であっても算定を認めていますか。

また、細菌性腸炎のみの診断で、当検査を認めておられますか。

貴県での対応をお教え下さい。

(回答)

診療実日数1日

認めない 鹿児島

認める 佐賀（詳記が必要）、宮崎、沖縄国保（詳記が必要）、沖縄社保、熊本、福岡（詳

記が必要)

細菌性腸炎のみの診断

認めない 鹿児島, 佐賀社保, 熊本

認める 佐賀国保, 宮崎, 沖縄国保 (詳記が必要), 沖縄社保, 福岡 (病名)

(コメント)

現時点では認めておりますが, 病名については, 出血性大腸炎やHUS (溶血性尿毒症症候群), 食中毒など, 下痢原性大腸菌 (現在の病原性大腸菌) が関わる病名が疑い病名としてあることが望ましい。

【15】輸血前後の感染症検査について

(熊本県)

《提案要旨》

輸血前後感染症検査としまして, 輸血前検査としてHIV検査を認めていますか? また輸血後の検査としてHBs抗原HCV抗体HBc抗体定量HIV検査を認めていますか?

また詳記は疾患名, 輸血日, 輸血後感染症疑いで認めていますか?

(回答)

輸血前検査としてのHIV検査

認めない 鹿児島 (HIV疑い病名が必要) 佐賀 (HIV疑い病名が必要), 福岡 (HIV疑い病名が必要)

認める 宮崎, 沖縄, 大分, 長崎

輸血後検査としてのHBs抗原HCV抗体HBc抗体定量HIV検査

認めない 鹿児島 (HIV疑い病名が必要), 佐賀 (HIV疑い病名が必要), 福岡 (輸血後肝炎疑い, HIV疑い病名が必要)

認める 宮崎, 沖縄, 大分, 長崎

(コメント)

輸血前後感染症検査は輸血製剤の不完全性の担保として必要な検査ですので, 感染症を疑って行う意味ではありません。当県では感染症病名は必要としていません。輸血後については原則として輸血施行日の記載をお願いします。

【16】性転換手術後のホルモン剤の使用について

(熊本県)

《提案要旨》

両精巣欠損, 性腺機能低下症でレセプトに性転換手術および戸籍の変更の有無の記載がある場合にホルモン製剤 (テストステロンデポ-筋注等) の投与を認めていますか?

また両卵巣欠損, 性腺機能低下症でレセプトに性転換手術および戸籍の変更の有無の記載がある場合にホルモン製剤の投与を認めていますか?

(回答)

認める 鹿児島, 宮崎, 沖縄社保, 長崎

認めない 佐賀, 沖縄国保

取り決めのがない 大分, 福岡

(コメント)

厚労省は、認める方向のようですが、現時点では九州厚生局は認めない方針だそうです。

【17】 UCG検査の適応について**(熊本県)****《提案要旨》**

心房性不整脈, 心室性不整脈, 心房内血栓の病名に対して, 連月のUCG算定を認めていますか?

(回答)

心房性不整脈

認める 佐賀 (詳記が必要)

認めない 鹿児島, 宮崎, 沖縄, 大分, 長崎, 熊本, 福岡

心室性不整脈

認める 佐賀 (詳記が必要)

認めない 鹿児島, 宮崎, 沖縄, 大分, 長崎, 熊本, 福岡

心房内血栓

認める 鹿児島, 佐賀, 宮崎, 沖縄, 大分, 長崎, 熊本

認めない 福岡

(コメント)

不整脈病名では過剰として、査定。心房内血栓は認めますが、連月測定は理由の注記が望ましいです。

【18】 抗血小板薬の、プラビックス、エフィエント、コンプラビン等を急性冠症候群、狭心症に**使用したときの病名について****(福岡県)****《提案要旨》**

当県の国保では、単に狭心症の病名では査定されます。必ずPCI後、ステント留置術後等の病名が入ってないと駄目です。国保の循環器グループの先生から病院でPCIを行い、その後逆紹介して薬を処方してもらってる開業医の先生方に病名不十分の為、やむなく査定せざるを得ない場合が多いので、県内の先生方に、病名にPCI後等を加えるよう広報してくれと頼まれています。他の県の実情を教えてください。

(回答)

PCI後などの病名, 記載が必要 鹿児島, 佐賀, 宮崎, 沖縄社保, 長崎, 熊本, 福岡

急性冠症候群, 狭心症のみで認める 沖縄国保, 大分

(コメント)

原則として狭心症などの病名だけでは査定対象になります。傷病名あるいは詳記にPCI後であることが必要です。

【19】エパデールの投与量に係る傷病名について

(福岡県)

《提案要旨》

エパデール S 300, S 600, S 900, 及びカプセル300については、イコサペント酸エチルとして、1回900mgを1日3回まで増量できる場合がありますが、投与量に係る及び詳記等について、どのように審査されていますか。

〈効能・効果〉

高脂血症

〈用法・用量〉

イコサペント酸エチルとして、通常、成人1回900mg（3カプセル）を1日2回又は1回600mg（2カプセル）を1日3回、食直後に経口投与する。

ただし、トリグリセリドの異常を呈する場合には、その程度により、1回900mg（3カプセル）、1日3回まで増量できる。

(回答)

1日2,700mgまで認める 佐賀, 宮崎, 大分, 長崎, 熊本

認めない 鹿児島（詳記が必要）, 沖縄（上限1,800mg）

(コメント)

当県では高トリグリセライド血症病名がなくても、1日2,700mgまでは認めています。

各郡市だより



宮崎市郡内科医会だより

①宮崎市郡医師会病院移転について

宮崎西インターチェンジ (IC) 周辺防災支援拠点 (生目の杜運動公園と宮崎西IC間) に移転することになっている。この公益的施設用地に医師会諸施設 (病院・臨床検査センター, 成人病検診センター, 看護専門学校, 医師会事務局) が集約され, さらに歯科医師会施設や薬剤師会施設も併設される。医師会病院は増床 (19床) され, 新たに救急科 (ER) の新設 (宮崎大学救命救急センターより医師派遣予定), 屋上にヘリポート設置, MRI導入も予定されている。2020年8月 (オリンピックの年) に開院予定である。なお, 医師会病院に2017年9月から一般内科のDrが1名常勤している。

急病センターも同施設内で今まで通り運営されるようである。

②市長選挙について

2018年1月28日, 宮崎市長選挙が予定されている。現職の戸敷氏 (65歳), 医師で前市健康管理部長の伊東氏 (48歳), 元県議で医師の清山氏 (36歳) の3名が立候補している。(2017年12月にこの原稿執筆中)

宮崎市郡医師連盟は戸敷氏を推薦しているが, 他のお二人は我々と同じ医師仲間であり会員間では戸惑っている方も多く, 必ずしも意思統一はされていないようである。

この原稿が刊行される頃は既に結果は判明しているでしょうが, だれが当選しているでしょう???

平成29年9月から平成30年3月までに当内科医会が共催, 後援として開催した, もしくは開催予定の講演会は以下でございます。

共催 4回

年月日	内 容
H29.9.15(金)	「悪性腫瘍に対する陽子線治療」 メディポリス 国際陽子線治療センター センター長 荻野 尚 先生
H29.11.16(木)	「日常診療に潜む血液疾患」 宮崎大学医学部 消化器血液学分野 教授 下田 和哉 先生
H29.12.8(金)	「新概念フレイル・オーラルフレイルから考える高齢者マネジメント」 東京大学高齢社会総合研究機構 教授 飯島 勝矢 先生
H30.1.18(木)	「生活習慣病関連骨粗鬆症をふまえた骨粗鬆症診療」 島根大学医学部内科学講座内科学第一 准教授 山内 美香 先生
H30.2.9(金)	「超高齢社会の医療を考える」 I: 心房細動治療は NEXT STAGEへ 埼玉県済生会 川口総合病院 循環器内科部長 山村 悟 先生 II: 新たな視点での認知症治療 ～合併症やBPSDへの 対応を中心に～ 香川大学医学部 精神神経医学講座 教授 中村 祐 先生

後援 1回

年月日	内 容
H29.10.21(土)	宮崎県腹部超音波懇話会 宮崎県腹部超音波懇話会

(文責: 山下 政紀)

都城市北諸県郡内科医会だより

医療費削減の話になると終末期の治療の件も必ず取り上げられ、以前より数々の意見、提案がされています。その中で嚥下性肺炎はもう治療の必要はないとの意見もありますが、現場で働いている医者としては抵抗があります。特老や介護施設に入居している人を看取るつもりでも、急変すると家族の希望や施設側の事情で救急車を要請したり入院させることが多いのが現実です。昔は特老は静かに看取る場所で皆納得していたのに、最近は最善の対処を要望する傾向が一段と強くなり胸の内は複雑です。診療医の苦悩は続きますが、最前線の医療情報を得ることも私達には必要で、学習の場を設けられる事に感謝しています。下半期の講演の内容は以下の通りです。

○平成29年8月25日(金)

「慢性便秘診療ガイドラインによる
今後の展開」

北九州市立医療センター 消化器内科
主任部長 秋穂 裕唯 先生

○平成29年9月7日(木)

「2型糖尿病に対する
新しいcombinatoin therapy」

潤和会記念病院 糖尿病・代謝内科
部長 水田 雅也 先生

○平成29年9月19日(火)

「肥満糖尿病の成因と治療の新たな理解」
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29年11月17日(金)

「健康寿命延伸に向けた不眠症治療」

医療法人 宏仁会

メディカルシティ東部病院
副院長 小林 浩二 先生

○平成29年12月18日(月)

特別講演①「心房細動と酸化ストレスマーカーの関係について」

宮崎大学医学部内科学講座 循環体液制御学分野 助教 井手口武史 先生

特別講演②「高血圧診療と研究における最近の話題」

宮崎大学医学部内科学講座 循環体液制御学分野 教授 北村 和雄 先生

(文責：志々目栄一)

延岡内科医会だより

昨年からは延岡内科医会のウェブサイトを持ち上げましたが、普及しているとはいいがたい状態です。ブラウザで開かないと目に届かないというネットの弱点もあります。また、会員の情報交換の場も考えていましたが、個人情報漏洩の危険もあり断念しました。しかし、常に新しい情報が氾濫し、患者さんもそれにアクセスするという時代の流れの中で、臨床に役立つ簡潔な情報を医師の手で提供するという意義は重要と思われます。延岡内科医会のホームページの試作の期限は今回の私の会長の任期で終了しますが、役員会で承認がいただければ、続けていきたいと思えます。

今期の協賛の学会は次の通りです。

○平成29年9月15日(金)

「DOACの有効性・安全性を再考する」

久留米大学病院 循環器病センター
教授 上野 高史 先生

○平成29年10月6日(金)

「パーキンソン病の病態から見た

治療と医療連携」

福岡大学医学部 神経内科学

教授 坪井 義夫 先生

○平成29年10月13日(金)

「残存リスクを考慮した

脂質異常症の新たな治療戦略」

熊本大学大学院生命科学研究部

代謝内科学分野

講師 松村 剛 先生

○平成29年10月20日(金)

「抗血栓療法による消化管障害とその対策

～PPI・DOACの役割は?～」

国立病院機構

都城医療センター消化器病センター

医長 駒田 直人 先生

「心房細動の最新治療～エドキサバンの

有用性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

○平成29年10月26日(木)

「喘息治療のポイント2017

～最近の話題と実際の臨床～」

熊本大学医学部附属病院 呼吸器内科学

特任助教 中村 和芳 先生

○平成29年11月17日(金)

「心臓リハビリテーションにおける

地域連携の実際」

臼杵市医師会立コスモス病院

事務長 竹村 仁 先生

「夜中トイレに起きるんです…

～夜間頻尿と睡眠時無呼吸に関する

循環器専門医からの提言～」

熊本大学大学院生命科学研究部

心不全先進医療共同研究講座

特任准教授 小島 淳 先生

○平成29年11月22日(水)

「脳卒中リハビリテーションの理論と実際」

鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科

リハビリテーション医学

助教 大濱倫太郎 先生

「側弯症の基礎と臨床－骨粗鬆症を合併し
た成人脊椎変形も含めて－」

久留米大学医学部 整形外科学

講師 井上 英豪 先生

(文責：野村 朝清)

日向市東臼杵郡内科医会だより

当医師会内科医会会長を仰せ付けりまして
間もなく2年になろうとしています。

月日に関守なしと言われますように、あつ
という間の2年間だったように思います。2
月にはまた内科医会役員選挙も控えていま
す。

この度、内科医会未加入の先生方に、加入
のお誘いをさせていただきましたところ、新
たに4人の先生が加入してくださいました。
これで会員は合計27名となりました。役員一
致団結して、内科医会の充実発展に力を入れ
ていきたいと思っています。

平成29年7月から12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29年7月6日(木)

『腎合併症予防に向けた最新の糖尿病治療』

～慢性腎臓病の基礎知識～

宮崎県立延岡病院

腎臓内科 医長 戸井田達典 先生

○平成29年7月21日(金)

『心房細動の最新事情と抗血栓療法』

九州大学病院

循環器内科 講師 向井 靖 先生

○平成29年7月22日(土)

『こどもの心臓病について』

たかぎ小児科・心臓小児科

院長 高木 純一 先生

○平成29年9月6日(水)

『意識消失および脳梗塞の原因を探して』

～Reveal LINQの可能性

宮崎市郡医師会病院

循環器内科 科長 足利 敬一 先生

○平成29年10月25日(水)

『肺高血圧治療の現状』

宮崎大学医学部

内科学講座 循環体液制御学分野

助教 鬼塚 久充 先生

○平成29年10月27日(金)

『糖尿病治療の新しい流れ』

～循環器内科の立場から～

藤元総合病院

院長 木原 浩一 先生

○平成29年11月8日(水)

『誤嚥性肺炎の診断と治療』

～ガイドラインをふまえて～

宮崎県立延岡病院

副院長兼内科部長兼感染管理科部長

山口 哲朗 先生

○平成29年11月9日(木)

『心原性脳塞栓症の診断と治療』

医療法人誠和会 和田病院

脳神経外科 医長 宮田 史朗 先生

『胸痛の鑑別疾患と心房細動』

医療法人社団楠友会

なかむら内科循環器内科

院長 中村 剛之 先生

○平成29年12月14日(木)

『難治性呼吸器疾患の診断と治療』

～特発性肺線維症とCOPDを中心として～

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 松元 信弘 先生

(文責：今給黎 承)

児湯内科医会だより

この原稿を書いている12月中旬には、県内各地でインフルエンザが少しずつ流行り始めて来ました。発熱している患者を目の前になると、インフルエンザの検査をするかどうか迷います。発熱患者全員を検査して陽性なら、「ハイ、抗インフルエンザ薬」というわけにはいきません。慎重に判断して検査が必要な方に検査をします。しかしやっかいなのは、発熱がなく診察から見るとどう見てもインフルエンザではないだろうと考えても、患者の希望で検査をすると陽性に出してしまうこともあります。どういう判断基準で検査するか否かは、なかなか難しいものです。

以下に、最近の講演会を列記します。

○平成29年9月12日(火)

「失神

～気をつけなければならない不整脈～」

産業医科大学医学部 不整脈先端治療学

教授 安部 治彦 先生

○平成29年12月12日(火)

「結核の診断と治療

～専門医療機関と一般医療機関の連携について～

独立行政法人国立病院機構宮崎東病院

呼吸器内科部長 伊井 敏彦 先生

※12月12日の講演会は、主催が高鍋保健所で、
後援が西都市西児湯医師会・西都市西児湯
内科医会・児湯医師会・児湯内科医会です。

(文責：大森 史彦)

西都市西児湯内科医会だより

当内科医会では年に4～5回の学術講演会
を主催、共催して実施しています。小規模医
師会のため医師参加人数は少なく、そのため
多職種の方々への参加呼びかけを行ってお
り、皆が参加しやすい講演会となっています。

各種学術講演会は宮崎市市内での開催がほと
んどであり、当医師会員にとってはTV会議
での参加以外は足が遠のいてしまうのが現状
です。しかし、地元開催の講演会は参加しや
すいため、医学知識を吸収できる貴重な機会
となっています。

本年度実施した講演会は以下の通りです。

○平成29年4月14日(金)

西都市西児湯医師会学術講演会

「骨形成・骨吸収マーカーからシンプルに
考える骨粗鬆症治療薬の使い方」

沖本クリニック

院長 沖本 信和 先生

○平成29年7月13日(木)

内科医会学術講演会

「抗血栓療法による消化管障害とその対策

～PPI・DOACの役割は？～」

都城医療センター 消化器病センター

医長 駒田 直人 先生

「抗血栓薬内服と脳内出血」

宮崎大学医学部 臨床神経科学講座

脳神経外科学分野

講師 大田 元 先生

○平成29年12月16日(土)

西都市西児湯医師会学術講演会

「骨粗しょう症の治療

～あなたはいつから始めますか～」

西都市西児湯医師会

会長 松本 英裕 先生

「始める前の口腔管理」

野間歯科医院

院長 野間 隆文 先生

「骨粗しょう症とくすり

～くすりを知って正しく続けよう～」

西都病院 薬剤師

講師 脇田 和儀 先生

○平成29年12月12日(火)

高鍋保健所講演会

「高鍋保健所管内の結核患者の

状況について」

高鍋保健所疾病対策担当

「結核の診断と治療 ～専門医療機関と

一般医療機関の連携について～」

独立行政法人国立病院機構宮崎東病院

呼吸器内科医部長 伊井 敏彦 先生

○平成30年1月24日(水)

西都市西児湯医師会学術講演会

「病院がなくなっても幸せに暮らせる

夕張市民の秘密」

南日本ヘルスリサーチラボ 代表

鹿児島県参与 (地域創生担当)

講師 森田 洋之 先生

(文責：杉尾 克徳)

南那珂内科会だより

現在、南那珂では日南市が2年間の予算を付け日南市立中部病院で遠隔相談、在宅医療を運営し今年その費用対効果を含め、ある一定の結論が報告されそうです。また、在宅医療で主治医不在時の対応について南那珂医師会独自に登録医の中から代替医を選出し在宅医業を代替する在宅医療運用マニュアルを作成し本年度より運用します。運用しながらシステムの不具合を修正していきます。

地域包括システムにおける有床診療所役割についても厚生労働省保険局より医療、介護の併用モデルへの流用も示唆されており医療主導の介護ケアが中心となる動きも出てきます。いろんな意味で転換の年になりそうです。

○平成29年8月9日(水)

【一般講演】

「日南市CKD連携システムについて」

県立日南病院 内科

医長 松本 充峰 先生

【特別講演】

「CKDにおける最近の話題と治療」

宮崎大学医学部 血液・血管先端医療学講座

教授 藤元 昭一 先生

○平成29年9月13日(水)

「2型糖尿病に対する新しいcombination therapy」

潤和会記念病院 糖尿病・代謝内科

部長 水田 雅也 先生

○平成29年9月29日(金)

「がん川柳を通して、患者の声を聴く」

国立病院機構大分医療センター

地域医療連携室

医療社会事業専門職 岡江 晃児 氏

○平成29年10月6日(金)

「高齢者の運動器慢性疼痛治療

～高齢者特有の問題から考える治療戦略～」

久留米大学医学部 整形外科学教室

講師 山田 圭 先生

○平成29年11月7日(火)

「胆膵疾患に対する超音波内視鏡診断・治療：現状と新展開」

宮崎大学医学部医学科消化器内科学講座

教授 河上 洋 先生

○平成29年11月8日(水)

「糖尿病治療における

アンメットニーズについて」

久留米大学医学部 内分泌代謝内科

准教授 田尻 祐司 先生

○平成30年1月11日(木)

「宮崎県における多発性嚢胞腎に対する

サムスカ導入の実際」

宮崎大学医学部附属病院

血液浄化療法部

准教授 佐藤 祐二 先生

○平成30年2月14日(水)

「仮）運動器慢性疼痛に対する

薬物治療戦略」

宮崎大学医学部附属病院 整形外科

助教 黒木 修司 先生

○平成30年3月12日(月)

「歯科疾患と医科疾患の関連」

県立日南病院 鹿嶋 光司 先生

(文責：河野 秀一)

西諸内科医会だより

ふと気づけば私も56歳。微妙な年齢である。昨年のNHK紅白歌合戦では知らない歌手ばかりで、世代から取り残されていく恐怖に苛まされた。AKB48の皆さんに至っては、全く同じ顔に見えて仕方ない。若者は彼女らの顔を識別し投票するというのだから驚くばかりだ。聞くところによると戦後間もなくの頃、初老期は一般的に40歳だったらしいが、現在は60歳が一般的らしい。益々微妙だ。気を付けないと知らず知らずのうちに私が使っている言葉の意味合いも高齢化してきているかもしれない。話す時にも注意が必要だ。

それはそうとして、これまで当会での講演会に御講演頂いた講師の先生方、そして講演会に足を運んで下さった会員の先生方、関係者の皆様方に心より感謝の意を表したい。

以下が平成29年度下半期の西諸医師会との合同学術講演会の内容である。

○平成29年9月14日(木)

「2型糖尿病に対する新しい Combination Therapy」

潤和会記念病院 糖尿病・代謝内科

部長 水田 雅也 先生

○平成29年10月27日(金)

「糖尿病治療と脂肪肝・肝がん」

久留米大学医学部 内科学講座

消化器内科部門

講師 川口 巧 先生

○平成29年11月30日(木)

「安易な睡眠薬投与がもたらすもの

～依存と転倒の問題～」

埼玉医科大学病院 救急科

教授 上條 吉人 先生

○平成30年2月2日(金)

「合併症を有する関節リウマチの治療戦略」

医療法人健優会

吉玉リウマチ・内科クリニック

院長 吉玉 珠美 先生

○平成30年2月19日(月)

「フレイルと人参養栄湯

－健康長寿に向けて－」

鹿児島大学大学院 心身内科学分野

教授 乾 明夫 先生

(文責：園田 定彦)

西臼杵郡内科医会だより

昨年9月「施設での看取りについて」研修会を開きました。

看護職、介護職を始め多くの多職種の参加を得て、特養、グループホームでの実際の看取り事例について、心のこもった生活支援、看取りに関わる職員の思い、職員と家族の関係、これからの特養の使命など、2人の施設長に語ってもらい、当方からは終末期を含め在宅での看取りのあり方や延命治療の是非、穏やかな最期を迎えるためにどうすればよいかなど助言させていただきました。

さて平成29年後半の講演会は下記の通りです。

○平成29年9月8日(金)

「療養行動を改善する糖尿病薬物治療」

大分県立病院内分泌・代謝内科

部長 瀬口 正志 先生

○平成29年9月13日(水)

「週一回DPP-4阻害薬による

糖尿病の最新治療について」

ひがし成人・循環器内科クリニック

院長 東 隆行 先生

○平成29年10月12日(木)

「より良いコントロールのための

喘息治療のコツ」

産業医科大学医学部 呼吸器内科学

教授 矢寺 和博 先生

○平成29年11月28日(火)

「SGLT2阻害薬の大規模臨床試験から

実臨床での応用を考える」

陣内病院 循環器科部長

杉山 正悟 先生

○平成29年12月14日(木)

「NSAID潰瘍に対する

新たなトータルマネジメント」

大分大学医学部 消化器内科学講座

卒後臨床研修センター

准教授 水上 一弘 先生

(文責：佐藤元二郎)

原稿募集

次の原稿締切は平成30年7月27日(金)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, ご質問をおよせ下さい。
- 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 木佐貫博人 牛谷 義秀
名越 敏郎 佐々木 隆 福島 義隆

編集後記

平成30年になりました。冬期オリンピックでは日本選手活躍がめざましく, 過去最高の13個のメダル獲得数で盛り上がりました。6月にはサッカーワールドカップロシア大会が開催されます。スポーツ観戦が今から楽しみです。

医療・介護におきましては, 診療報酬・介護報酬の同時改定がありました。

巻頭言で田口先生が今回の診療報酬の重要な点は述べておられます。国は在宅包括ケアシステムを勧めており, 今後は医療と介護の連携が益々重要になってくると思います。

又, オンライン診療等ICTを利用した新しい診療報酬が認められています。

教授ご紹介は, 産婦人科の兄玉由紀先生です。

特集は経カテーテル的大動脈置換術(TAVI)のついて宮崎市郡医師会病院循環器内科の古堅先生にお願いしています。新しい治療法でopeと同等の治療効果があるようです。

会員投稿論文は宮崎県健康づくり協会の江藤先生です。特定健診の成績を用いて, 正常血圧の方が5年後に高血圧になる発症リスクを解析されています。興味ある論文です。

Postgraduate Educationは, 肝硬変・門脈亢進症に合併する食道静脈瘤, 腹水, 肝性脳症の治療法について宮崎大学の土持先生に解説して頂いています。新しい薬も使用出来るようになっていくようです。

炎症性腸疾患のクローン病の治療について宮崎大学の山本章二郎先生に解説して貰いました。治療は複雑で専門性が高いとの事です。

他科からの提言は, 在宅訪問アセスメント(在宅歯科訪問無料相談)について宮崎市口腔保健支援センターの浅井先生に解説して頂きました。誤嚥性肺炎予防のためにも大事な事業と思います。

個人的な話になりますが, (ひとつこと)で田中先生が青島太平洋マラソン大会完走の話を載せていますが, 私も青島太平洋マラソンに毎年参加しています。

42.195km(死に行くgo)のゴールまで何とか時間内にたどり着いています。年々, 厳しくなっていますが今年もゴール出来るよう頑張りたいと思います。

会員の皆様におかれましては, 日常診療で経験した事で役立つような症例がありましたら, ぜひ投稿をお願い致します。

「随筆」や「ひとつこと」も常時受け付けていますので, 気軽に送って下さい。(木佐貫博人)

発行所

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

発行人 小牧 斎
編集人 宮永省三
印刷所 愛文社印刷株