

[巻 頭 言]

宮崎県内科医会会長に就任して

宮崎県内科医会 会 長

比 嘉 利 信

この度、宮崎県内科医会会長に就任することになりました。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。私は、1978年宮崎医科大学第1内科に入局し、おもに血圧の血行動態および体液性因子に関わる臨床的研究や心房性利尿ペプチドの基礎的研究などを行い、大学院、米国留学を経て国立病院機構宮崎東病院に赴任しました。院長を12年間務め、今年3月に退任し、引き続き外来診療に携わっています。医師会の関わりとしては、県医療事故調査支援委員会、県治験審査委員会、市郡感染症対策委員会などです。社保の審査にも参加させていただいています。

宮崎県内科医会は1962年8月大田原靖喜会長にて発足し、綾部勲先生、竹野融先生、古賀孝先生、中村元先生、福田實先生、稲倉正孝先生、志多武彦先生、栗林忠信先生、小牧齋先生が代々会長を務めておられます。私は、栗林先生および小牧先生のもので、理事として参画させていただきましたが、会長になって初めて組織の全体像を知ることが多いのも事実です。

新執行部の副会長は弘野修一先生（宮崎市）、重平正文先生（都城市）、石内裕人先生（延岡市）、常任理事は光川知宏先生（宮崎市）です。理事会は12名の理事で構成され、事業計画、運営、収支決算などについて審議を行います。監事は仮屋純人先生（都城市）と遠藤豊先生（宮崎市）の2人にお願ひしました。評議員会は宮崎市郡、都城市北諸県郡、延岡市、日向市東臼杵郡、児湯、西都市西児湯、南那珂、西諸、西臼杵郡の9郡市会から選出された15名で構成され、各郡市会の会員数に応じた委員数となります。分科会として、学術委員会（光川知宏委員長、他委員9名）、医療保険委員会（松岡均委員長、他委員7名）、会誌編集委員会（宮永省三委員長、他委員5名）の3つの委員会があり、それぞれ重要な役割を担っていただいています。

県内科医会の会員数は現在425名です。県医師会会員数の約1/4を占めることになりましたが、4年前の約20名減となっています。会員数に伴う収入減のため、支出を抑制すべく様々な提案をしてまいりました。総会の開催を年2回から1回へ、会誌発行を2回から1回へ、会員名簿の簡素化などを提案し、6月の総会で承認されました。昨今の医療情勢から、予算執行にはさらなる努力と工夫が必要です。

九州各県との連携を図るため、九州ブロック会議が年1回、各県持ち回りで開催されます。九州各県内科医会連絡協議会（九内協）では主として医療行政に関して、「急増する外国人に対する医療対策」、「薬剤耐性AMR対策アクションプラン」や「認知症高齢ドライバーの診断書」などの大事なテーマが討議され、関係諸機関への要望事項として集約されます。また九州各県内科

審査委員懇話会（九内懇）では保険診療に関して、例えば「糖尿病に対する併用薬」、「消化管内視鏡検査における鎮静剤2剤投与」「同一薬剤の剤形による適応症の相違」「輸血後の感染症検査」など多くの議題が提出され、各県間の意見調整や、社保・国保審査の差異是正により標準化が図られています。

さらに全国的な内科系組織として、日本臨床内科医会（日臨内）があります。日臨内は全国47都道府県の内科医会から構成され、県内科医会長は理事の1人として参画しています。日臨内は実地医家を基盤とし、内科診療を通じて国民医療の向上を期することを目的として、1985年に結成されました。現会員数は約15,000名、宮崎県は約300名ですが、会員数の減少傾向が続いていて、今年度から会費値上げが決まりました。日臨内では「インフルエンザ研究」などいくつかの学術調査研究が精力的に行われ、臨床の現場で迅速に正しく活用できるエビデンスが蓄積されています。これらの大規模な研究は、臨床内科学への大きな貢献になることが期待されています。また2年ごとの診療報酬改定では、ブロック会議や日臨内の保険審査員会で抽出されたテーマが、内科系学会社会保険連合（内保連）を通じて中医協にも提出され、適正な医療費の改定にも繋がっています。

ところで、最近のトレンドである医師の働き方改革は様々な波紋を呼んでいます。果たして、医師の使命感や過重労働に依存した従来の医療提供システムから脱却できるのか注目されます。医師卒後2年間の卒後臨床研修も義務付けられました。内科臨床の場で実践を学んでいく若い医師にとっても魅力ある受け皿づくりを整えていく必要があります。県内科医会は、大学や他の専門医会とも連携を深め、臨床医家にとって有意義な研修会や研究会などを推進していきたいと思えます。私たちも日進月歩の医学・医療の研鑽に努めていきましょう。

結びに、宮崎県内科医会の充実、発展のために、会員の先生方のご指導ご支援の程、何卒よろしく願い申し上げます。

[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
小児科学分野

教授 盛 武 浩

平成29年7月1日付けで、宮崎大学医学部発達泌尿生殖医学講座小児科学分野教授を拝命致しました。この場をお借りして宮崎県内科医会の皆様にご挨拶申し上げます。

1. 略歴および診療

私は日向市で生まれ3歳から宮崎市で育ち、平成5年に14期生として宮崎医科大学を卒業しました。学生時代はバスケットボール部に所属し、部活動主体の生活を送りました。当時は小児科医としての進路を決めた宮崎医科大学の多くの先輩が県外の大学に入局されていました。卒業後の進路について非常に悩み、当時の第2病理学講座教授（バスケットボール部顧問）で恩師の河野 正先生にご相談したところ「本学に残って頑張りなさい」とご助言を受け入局を決めました。

平成5年7月に第2代教授として小児がんがご専門の杉本 徹先生が赴任されました。宮崎医科大学附属病院、県立宮崎病院、都農町国民健康保険病院、済生会日向病院にて一般小児科を学んだ後、研修中に担当した急性骨髄性白血病患児が造血幹細胞移植施設に紹介後に亡くなったという体験が大きな契機となり、サブスペシャリティを血液・腫瘍と決め平成8年に移植の勉強目的に1年間、国立

病院九州がんセンターに国内留学しました。平成9年以降現在まで、第3代教授の布井博幸先生のお許しを得て平成16年から米国に留学させて頂いた3年を除き、宮崎大学医学部附属病院に勤務し県内唯一の日本小児血液・がん学会専門医・指導医として、がんの子ども達の診療を中心に行っていました。また平成20年より日本小児がん研究グループ急性骨髄性白血病委員として全国統一プロトコルの作成や解析を行っています。当医局には血液・腫瘍以外に腎臓、神経、循環器、内分泌、代謝、感染、免疫、膠原病のサブスペシャリティが存在します。既存のグループの更なる充実に加えて新規グループの立ち上げにも力を注いでいきたいと思っています。

2. 研究

研究では日常診療で遭遇する既知疾患に当てはまらない未知病態を解明すること、既存治療法では助ける事が困難な疾患への新規治療法開発を目標としています。小児白血病が兄弟に発症した珍しい家系の経験から全国から5家系の検体を収集し家族性小児白血病の網羅的ゲノム解析を行いました。本研究は文部科学研究費新学術領域研究ゲノム医科学推進支援課題に採択され、兄弟に共通する生殖

細胞変異を見出しその機能解析を行っております。固形腫瘍に関しては分子標的治療薬であるTAE226がユーイング肉腫に対して極めて有効であることを見出しました。既存の抗がん剤との併用により相乗効果も確認でき、臨床応用への道を模索していきたいと考えております。また米国で自ら作製した受動輸送体遺伝子 *Mfsd2a* ノックアウトマウスを日本に持ち帰り、現在も脳、血液、代謝の機能解析を続けています。これからは多岐にわたる小児疾患の病態解明に向けて、医局員のリサーチマインドを醸成させながら共に努力したいと思います。

3. 教 育

教育は医学の根幹になる部分ですので最重要課題として取り組んで参りたいと思います。現在、全国医学部でグローバル・スタン

ダードに準拠した医学改革が行われている中、なるだけ学生の負担を軽減できる様に努力しながら、小児科の魅力・醍醐味を味わってもらいたいと思います。宮崎県の小児医療を維持、更に発展させていくためには、新規入局者の確保が必須です。教室の標語として「和と切磋琢磨」を掲げて、和気あいあいとした中にも医局員同士が刺激し合いお互いの個性や能力を更に伸ばしていける教室へと育てていきたいと思います。そして学生や前期研修医の皆さんに小児科医を目指すのであれば、「本学に残って頑張りたい」と入局してもらえるのが最終目標です。

最後になりましたが、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。ご指導ご鞭撻の程、何卒宜しく願い申し上げます。

[教授ご紹介]



ご 挨拶

宮崎大学医学部 看護学科基礎看護学講座

教授 澤 田 浩 武

2017年4月1日付で宮崎大学医学部看護学科基礎看護学講座の教授を拝命しました澤田浩武です。この場をお借りして宮崎県内科医学会の先生方にご挨拶申し上げます。

1. どうして看護学科？

(その1) 私は1989年(平成元年)に宮崎医科大学に入学しました。卒業後、宮崎医科大学小児科に入局し、都城市郡医師会病院、都農町国民健康保険病院で勤務しましたが、多くの期間を大学病院で過ごしました。現在のようにスーパーローテート制ではなく、卒業と同時に入局し、医師1年目からいろいろな仕事を任されました。医療安全、リスクマネジメントの観点から現在では考えられない古き良き時代だったように思います。その頃は、指導医は外来診療に忙しく、先輩医師は自分のことで手一杯で、先生方に相談することが憚られました。結果、頼りになるのは先輩医師ではなく、同期の仲間と熟練した現場の看護師でした。現場の看護師が若手医師の尻をたたき、チームで子どもたちの診療にあたり、私自身、現場の看護師に育ててもらったように思います。当時の看護師はそれに見合うだけの医学的知識や医療機器に関する知識がありました。ところがいつの間にか現場

の看護師は自己学習意欲が減り、医学的知識・スキルが徐々に減少してきているように思います。自分が成長したからそう思うのかとも考えたのですが、若手医師は明らかに私の若い頃より優秀で、求められる医学的知識が増えても順応しています。おそらく看護師は医療安全の観点からダブルチェックやクリニカルパスなど自己責任が希薄な業務が増え、自己判断で患者に介入する機会が減り、仕事に対するモチベーションが下がっているのではないかと思います。私が看護学科の教育職に進みたいと思ったのは、若いうちからしっかりと医学的知識を身につけて欲しいと願い、社会が求めている看護師像が以前と比べると「看護」よりも「医療」従事者であることを教育し、以前のような医師-看護師の関係を築きたいと思ったからでした。

(その2) 小児科の中で私の専門は小児内分泌・代謝でした(今も細々と続けています)。この領域では、小児の様々な内分泌疾患、生化学的栄養学的知識を要する複雑な先天代謝異常症のほかに、成長障害、小児糖尿病なども診療してきました。小児の身長発育は遺伝だけでなく子どもを取り巻く環境が大きく影響すること、私が関わってきた内分泌疾患・代謝性疾患は新生児マススクリーニング対象

疾患として発症前診断早期治療介入が重要であること、さらに予防接種や小児生活習慣病予防健診に関わることで、疾病に罹患してから治療するのではなく、疾病に罹患しないように支援する予防的医療が効果的であり、経済的、労力的にも優れていると感じていました。そこで、環境を整え、健康の保持、増進、回復のために、専門的知識・技術を用いて支援する「看護」に魅力を感じ、また医師よりもマンパワーのある看護師を指導できれば医療現場でなくても社会的に貢献できるかなと思ったからでした。

2. どうなの看護学科？

私の担当は、解剖生理学、生化学、栄養学、病理病態学などの基礎医学です。学生時代の授業態度が決してよくなかった私が、自分の事を棚に上げて厳しく講義しているのは少し心苦しく感じております。大学小児科には、血液・腫瘍グループ、腎臓グループ、神経グループ、感染・免疫グループ、循環器グループ、そして我々の内分泌・代謝グループがあり、ほとんどすべての臓器を網羅しており、大学内の医局カンファレンスで、広く浅く耳学問できたことは、網羅的な基礎医学を教える上で役立ち、臨床経験を活かした講義ができるかなと思っています（自己満足で学生には伝わっていないかもしれませんが）。私が講義で担当するのはほとんど看護学科1年生なので高校を卒業したばかりの真面目な学生ばかりです。医学科生より素直で真面目です。またポテンシャルも十分です。そんな学生たちが、夏休みが明ける頃には髪の毛の色が変わり、化粧が濃くなるのは悲しいばかりです。さらに卒業後の医療現場でプロ意識

が不足していることを感じ、大学教育に問題があると思うのですが、どのようにすればいいのかまだ分かりません。これから教員一同で考えていきたいと思っています。1年生で厳しく教えて2年生に進級させ、少し満足感に浸っていると、2年生を受け持つ教員から「副甲状腺の位置が分かっていない」「腕の神経が分かっていない」「一体、何を教えているの」とお叱りを受けます。私からすると「いえ、ちゃんと教えましたけど…」となるのですが、これは病院で若手医師に「学生時代に一体、何を習ったの?」と言っていた自分と同じで、結局、学生には繰り返し教えて知識を定着させなければならぬと痛感しています。

3. 研究

2000年頃、グレリンが摂食関連ペプチドとして注目され、当時小児科教授（第3代）の布井博幸先生の薦めで、第三内科講師（現、神経呼吸内分泌代謝学講座教授）中里雅光先生の下で大学院生として研究させていただきました。摂食に関わる神経内分泌の研究から始まり、現在は脳内に ω 3系脂肪酸をトランスポートする蛋白（Mfsd2）のKOマウスを用いて脳内 ω 3系脂肪酸の役割を調べていますが、なかなか進んでおりません。また、小児科時代に経験した希少疾患に関する研究がたくさん溜まっています。当大学小児科は盛武先生が新たな教授になられ、異動後も小児科医局との関係が途切れませんでしたので、これから少しずつ、小児科スタッフの力を借りて片付けていきたいと思っています。

看護学科では卒業研究（いわゆる卒論）や看護学研究科修士課程（いわゆる大学院）の研究指導があり、学生に無理やり野菜を食べ

させたり、トレッドミルで走らせたり、顔全体に脳波の電極を張り付けて怒らせたり笑わせたりして楽しんでいます。昨年度は「先行摂取する野菜の量が血糖値に与える影響」「運動時間帯による精神的負担およびエネルギー消費の比較」「作為的表情表出における感情表出と表情筋電位に関する検討」「自走による車いす走行の特性」「運動中の音楽が心身に与える影響」「短時間睡眠が心身に与える影響」を研究してもらいました。今年は、「運動機能障害を抱える患者の術後自立歩行に向けた客観的で簡便なアセスメント指標の確立」をテーマにしていますが、難解で少し後悔しています。これら多岐にわたる学生の研究を発展させて、内科の先生方の患者指導に還元できるようにしていきたいと思っております。是非、先生方のお知恵、医療現場の何気ない疑問、「これ調べてよ」のようなアドバイスを頂きたく存じます。

4. 地域貢献

今後、地域看護学講座など看護学科内他講座や、これまで連携を培ってきた宮崎県や各市町村、教育委員会、保健所とともに、看護の立場から宮崎県の医療充実、さらには疾病予防的、環境整備的な仕事に取り組みたいと考えています。

5. さいごに

大学院が内科であったことや、小児患者の成人施設トランジションで、内科の先生方には大変お世話になっております。現在も、内科と合同で宮崎代謝内分泌研究会を開催し、宮崎内分泌同好会では内科の先生方に御指導をいただいております。これからも、診療だけでなく、研究や地域貢献におきまして一層の御指導御鞭撻の程、よろしくお願い申し上げます。

特集

麻疹とその対策

宮崎大学医学部 内科学講座 免疫感染病態学分野
 附属病院 膠原病感染症内科・検査部・感染制御部

岡山 昭彦, 高城 一郎

はじめに

麻疹（はしか）と言う疾患を知らない医師はいない。しかし以前はコモンディジーズであった麻疹であるが、本邦における患者数は激減しており、本邦固有の麻疹（遺伝子型D5）は2010年を最後に検出されなくなり、2015年にはWHOから排除状態と認定された。このため実際の患者さんを診療した経験のある医師の数は年々少なくなっている。私自身も自分で診療にあたったのは何十年前のことである。また小児の感染症として知られていた麻疹であるが、現在では成人が中心の病気となってきている（半数以上が20歳以上）。海外からの輸入例と関連した感染例

が増加し（表1）、輸入感染症として考えなければいけなくなった。東南アジア、西太平洋地域は世界的にも発生報告数が多いとされており、さらに昨年からは欧州でも流行している国が増えてきているため、これらの地域からの旅行者あるいはこれらの地域への渡航者は注意が必要である。

現在、多くの内科医師にとって、麻疹は教科書やニュースで見る疾患になっている。このようなことから実際に患者さんに出会ったときに適切に診断、対応できるかどうか、私自身もおぼつかなく感じている。本稿では国立感染症研究所より提供されている最近の情報をもとに¹⁾、麻疹の現状と対策を考えてみ

表1. 麻疹ウイルス検出例の発生の状況と渡航歴と渡航先（2017年）

遺伝子型	例数	発生の状況†				渡航歴 無/不明	渡航歴 有	渡航先*												
		散发	家族内発生	地域流行	集団発生			インド	インドネシア	カンボジア*	シンガポール	タイ*	ネパール	パキスタン	ベトナム	マレーシア	ミャンマー	ガボン	イタリア	ニュージーランド
合計	163	77	15	7	65	125	38	3	16	1	1	9	1	1	1	1	1	1	2	1
Not typed	10	4	-	-	6	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
B3	7	4	3	-	-	2	5	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	2	-
D8	144	67	12	7	59	113	31	3	16	1	-	9	1	-	1	-	1	-	-	1
H1	2	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-

†重複あり。 *2つ以上の国へ渡航した例を含む

(病原微生物検出情報：2017年12月25日現在報告数)

国立感染症研究所HP (<https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-measles.html>) より許可を得て転載

IASR

たい。

麻疹ウイルス

Paramyxovirus 科 Morbillivirus 属のRNAウイルスであり、自然宿主はヒトのみであるため、適切なワクチンによる対策を世界的に行うことにより撲滅できる可能性がある。麻疹ウイルスの血清型は単一であり、数十年前に開発されたワクチン株によっても現在の流行株に対して有効な抗体を誘導できる。現在使用されているワクチン株は全て遺伝子型Aに属している。麻疹ウイルスは熱、紫外線、酸、エーテル等で容易に不活化され、空気中や物体表面での生存時間は短いとされている。一方で、麻疹ウイルスは空気感染（飛沫核感染）する感染症としても良く知られており、また飛沫感染、接触感染と様々な経路でも感染する。その感染力は極めて強く、すれ違っただけで感染したと考えられる症例が知られているほどである。

本邦における最近の発生動向

2018年4月に沖縄で始まった流行や2016年の関西空港での事例が記憶に新しいが、2008

年11,013例と多数例の報告があったのを最後に、年々報告数は減少傾向で、2009年は732例、2010年447例、2011年439例、2012年283例、2013年229例、2014年の462例（フィリピン等のアジア諸国からの輸入例の増加）、2015年35例、2016年159例とされている（図1）。患者の年齢層は、2012年以降は（2014年を除き）20歳以上の成人が中心となっている¹⁾。

宮崎県内での発生状況

宮崎県衛生環境研究所より公表されている県内の麻疹患者発生数は、2011年1例、2012年8例、2013年無し、2014年4例で、2015、2016年は無しであったが、2017年は1例であった²⁾。

2011年の1例は修飾麻疹（検査診断例）であった。1歳の女児で症状は発熱、発疹、中耳炎がみられた。

2012年の事例は、タイへ渡航歴のある30代女性が初発患者で、同僚2名、夫に伝播し、また女性が受診した医療機関を同じ時間帯に受診した子供の親1名、別の子供1名、その子供の家族2名が発症し、計8名の発症が確認された。この事例では、夫や同僚以外は同

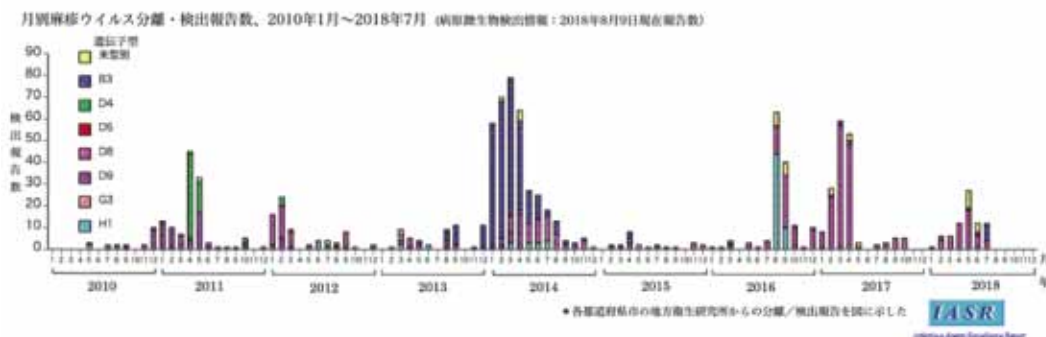


図1. 2010年～18年における本邦での麻疹患者報告数（国立感染症研究所HPより許可を得て転載）。<https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-measles.html>

じ医療機関に立ち寄っただけで感染したと推測され、改めて麻疹の感染力の強さが示唆されている³⁾。

2014年の報告数は4例で、病型は麻疹（検査診断例）が3例、修飾麻疹（検査診断例）1例であり、年齢別では10歳代2例、20歳代2例であった。ワクチン接種歴は1回有りが2例、接種無しが1例、不明が1例であった。

2017年の1例ではタイへの渡航歴が報告されている。

麻疹の症状と経過

感染後、潜伏期10～12日を経て発症する。典型例の病期は前駆期（カタル期）、発疹期、回復期に分けられる。カタル期では38℃前後の発熱、倦怠感、上気道炎症状（咳嗽、鼻漏、咽頭痛）と結膜炎症状（結膜充血、眼脂、羞明）が現れ、次第に増強する。全身の発疹出現前に頬粘膜の白歯対面に、やや隆起し紅暈に囲まれた白色小斑点（コプリック斑）が出現するが、全身の発疹が出現するとコプリック斑は急速に消失する。カタル期の発熱がいったん下降した後、半日くらいのうちに再び高熱と共に特有の発疹が耳後部、頸部、前額部より出現し、翌日には顔面、体幹部（図2）、上腕におよび、2日後には四肢末端にまでおよぶ。典型的な発疹について長崎大学熱帯医学グローバルヘルス研究科フィリピン拠点齊藤信夫先生が小児から成人までの症例の発疹を供覧されているので参考にされたい（<http://www.tm.nagasaki-u.ac.jp/internal/philippine.htm#26>）。発疹期にはカタル症状は一層強くなる。発疹出現後3～4日で解熱、発疹の退色がみられ、カタル症状も次第に軽快する。合併症のないかぎり7～10日後には



図2. 38歳日本人女性に見られた紅斑（A：頸部，B腹部）。

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/measles-m/measles-iasrs/8038-459p02.html>
 (国立国際医療センター病院総合感染症科、井手聡先生より許可を得て転載)。

回復する。前駆期（カタル期）から発疹が色素沈着する第5～6発疹日までウイルスの排泄があり、カタル期が最も感染力が強い。

重大な合併症としてウイルスそのものによる肺炎や脳炎に加え、細菌性肺炎があり、頻度の高いものとしては中耳炎がある。また2歳以下の乳児の感染後の重大な合併症として、亜急性硬化性全脳炎があり、潜伏期間は4～8年といわれる。

修飾麻疹の症状と経過

母体からの移行抗体を有する乳児や、麻疹含有ワクチン接種で十分な免疫が得られなかった時に感染した場合には、修飾麻疹となることがある。潜伏期間も14日以上と長く、

微熱，発熱期間が短い，カタル症状を認めない，限局性の発疹等，軽症で，典型的な麻疹の症状を示さないことがある。感染力も典型的な麻疹と比較すると弱いとされているが，感染源とはなりうるので注意を要する。修飾麻疹を症状のみから診断することは困難であり，麻疹患者発生時の接触者に適切な検査を行うことが診断につながると思われる。

医療機関での麻疹対策

「医療機関での麻疹対応ガイドライン（第7版）」が国立感染症研究所 感染症疫学センターより2018年5月に公表されている⁴⁾。その要旨は平常時の対応と患者（疑い例を含む）発生時の対応にわかれている。

平常時の対応のもっとも重要な点は，医療機関の職員や実習生の麻疹に対する免疫の状態を確認し，免疫が不十分な場合は麻疹含有ワクチンを接種推奨することとされている。免疫が不十分な状態とは，母子手帳など記録で確認できるワクチンの接種が（1歳以上で）2回に満たない場合，または抗体検査を行った場合に感染防御に十分な抗体価を有していない場合を指す。1歳未満のワクチン接種では母親からの移行抗体の存在のため，ワクチンを接種していても十分な免疫が得られていない場合がある。

麻疹患者発生時の対策は，まず疑うことから始まり，疑いをもった場合は保健所と緊密に連携を取ることが必要である。発疹と発熱を有する患者では麻疹流行地域である東南アジア等への渡航歴あるいは身近に渡航歴のある患者がいなかったかを問診で確かめる。

以下の対策は麻疹を疑った段階から開始しなければならない。対象患者を速やかに個室

管理とし，免疫のない麻疹感受性者（スタッフ，患者，面会者など）が患者と接触しない体制を取る。直ちに（夜間休日でも！）保健所に連絡し，保健所が指示し衛生環境研究所で行うウイルスについての行政検査（EDTA血，咽頭ぬぐい液，尿）+保険診療で行う抗体価の測定を行うこととなっている。

麻疹ウイルスに曝露した可能性のある接触者は発症する可能性があるため，接触者リストを作成する。保健所の指導を得て，緊急ワクチン接種などの発症予防策をとるか，勤務や行動制限を行うかどうかを決めることとなる。また感染拡大防止のための情報共有が重要となる。必要な調査票や資料は国立感染症研究所のホームページ（<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ma/measles.html>）からダウンロード可能である。

ワクチン接種

過去の麻疹ワクチンの定期接種時期は種々変遷があり，わかりにくいだが，2007年よりは，（母体由来の抗体がほぼ消失したと考えられる）1歳児（第1期）と小学校入学前一年間の幼児（第2期）を対象として麻疹風疹混合ワクチン（MRワクチン）による2回接種法が導入されている。ワクチン1回接種による免疫獲得率は93～95%以上，2回接種による免疫獲得率は97～99%以上と報告されている。初回接種後の反応としては発熱が約20～30%，発疹は約10%に認められる。いずれも軽症であり，ほとんどの例では自然に消失する。ごく稀に（100～150万接種に1例程度）脳炎・脳症が報告されているが，麻疹に罹患したときの脳炎の発症率に比べると遙かに低い。生ワクチンであるため，女性では妊

娠の可能性がないことを確認し、接種後2か月間は妊娠を避ける必要がある。

今後の課題

麻疹は現在も死亡率の高い怖い疾患である。海外からの訪日旅行者、いわゆるインバウンドは増加を続けており、また2020年にはオリンピックもあるため、持ち込み例の増加が心配される。ワクチンの定期接種率は年々向上しているが、20歳台、30歳台における2回接種率は十分ではない(図3)。さらに冒頭にも述べたように実際の麻疹の診療にあたった経験のある内科医師は減少しているため、診断の遅れも危惧される。数々の事例でも示されているように麻疹患者が受診する医療機関は2次感染の場となりやすい。

このため特に若い医療スタッフにおけるワクチン接種率の向上は喫緊の課題である。しかし一方でワクチンの供給体制は十分でなく、依頼してもなかなか十分な数量が手に入らない問題がある。また費用もかかる。麻疹疑い患者が発生した場合の対応には時間的余裕がないため、その様な場合のマニュアルはクリニック等でも必要であり、「医療機関での麻疹対応ガイドラン(第7版)」を参考に作成しておくことが勧められる。

謝 辞

本稿作成に当たっては医療法人社団こどもの岩三宅小児科医院の三宅和昭先生よりご指導をいただいたことを記して、深謝いたします。

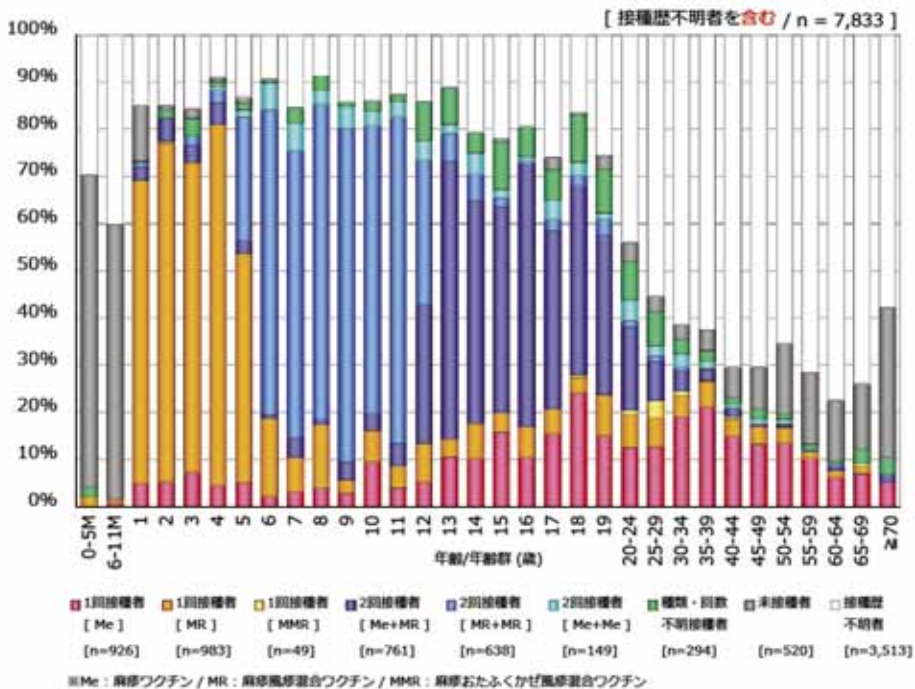


図3. 年齢群別の麻疹予防接種状況(2015年)(国立感染症研究所HPより許可を得て転載).
<http://www.niid.go.jp/niid/ja/y-graphs/6416-measles-yosoku-vaccine2015.html>

参 考 文 献

- 1) 国立感染症研究所 感染症疫学センター, ウイルス第三部. 麻疹とは.
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansen-nohanashi/518-measles.html>
(2018年9月19日参照)
 - 2) 宮崎県衛生環境研究所 発表・調査研究
<http://www.pref.miyazaki.lg.jp/contents/org/fukushi/eikanken/research/index.html> (2018年9月19日参照)
 - 3) 三浦美穂, 伊東愛梨, 矢野浩司, 大浦裕子, 古家隆. 麻疹事例. 病原微生物検出情報. 2013; 34: 33-4.
 - 4) 国立感染症研究所 感染症疫学センター. 医療機関での麻疹対応ガイドライン (第7版)
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ma/measles/221-infectious-diseases/disease-based/ma/measles/555-measles-guidelines.html> (2018年9月19日参照)
-

[Postgraduate Education]

急性心筋梗塞との鑑別が問題となる疾患①

たこつぼ心筋症：Takotsubo Cardiomyopathy

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

安里 哲 矢, 渡 邊 望

はじめに

たこつぼ心筋症は1990年に本邦の佐藤らが初めて報告した病態であり¹⁾、①左室心尖部を中心とする広範な無収縮（バルーン様拡張）および対照的な心基部の過収縮②冠動脈の器質的狭窄及び閉塞なし、③短期間で壁運動が改善するという特徴を持っている。左室収縮末期像がたこつぼに似ていることからこの名称がつけられた。たこつぼ型心筋症、ストレス心筋症、心尖部バルーン症などとも呼ばれる。海外ではStress cardiomyopathy, apical ballooning syndromeなどと呼ばれてきたが、現在では日本語から転じたTakotsubo Cardiomyopathyが一般的となっている。最初の報告から約30年が経過し、様々な報告も増えてきている。

発症機序

たこつぼ心筋症の発症機序に関しては、カテコラミン心筋障害の関与、多枝冠動脈攣縮の関与、微小循環障害などいくつかの仮説がなされているが、はっきりとした原因の解明には致っていない。

臨床像

急激な胸痛で発症することが多く、急性心

筋梗塞として搬送されることが多い。胸痛以外に呼吸困難、失神で発症する症例もある。高齢女性に発症することが多く、報告により多少異なるものの80～90%が女性であるとされる^{2)~4)}。近親者との死別などの感情的ストレスもしくは肉体的ストレスを契機とした胸部症状が典型的な病歴として知られているが、最近の報告では感情的、肉体的ストレスを伴う例は約半数に留まったとされる⁴⁾。

検査所見

1) 心電図

急性期の心電図では前胸部誘導を中心にST上昇をみとめるため、急性前壁心筋梗塞との鑑別に苦慮する。たこつぼ心筋症の心電図の特徴はaVR誘導でST低下を認め、V1誘導でST上昇を認めないことの報告もあるが、正の予測率は67%に留まる。国際的なたこつぼ心筋症のレジストリーからの報告によるとST上昇を43.7%、ST低下を7.7%に認めたとされる²⁾。その他の所見としてQT延長、T波陰転化、異常Q波などの変化が知られている。ST上昇から陰性T波への変化など経時的な心電図変化を伴うことがあるので、心電図のフォローは重要である。図1は当院で認めた心電図変化の1例である⁵⁾。急性期に認

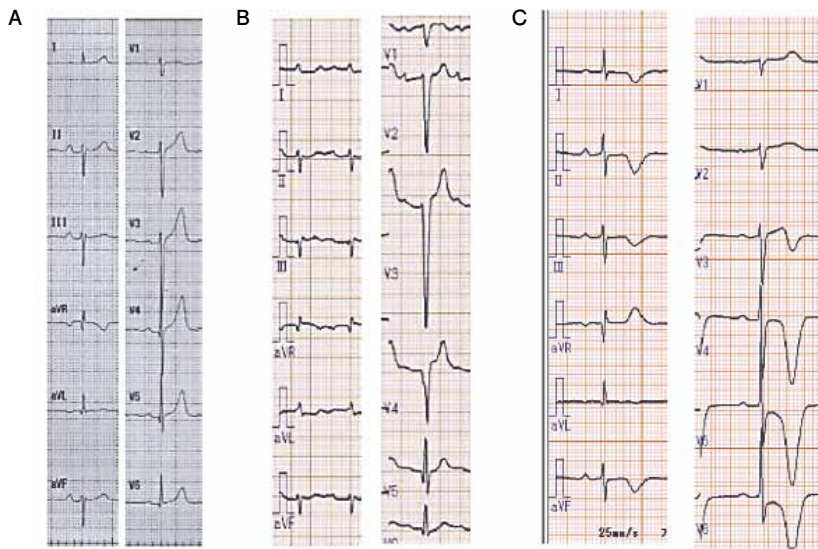


図1. 心電図変化の1例.

A : 発症前の心電図 B : 来院時の心電図 C : 退院前の心電図

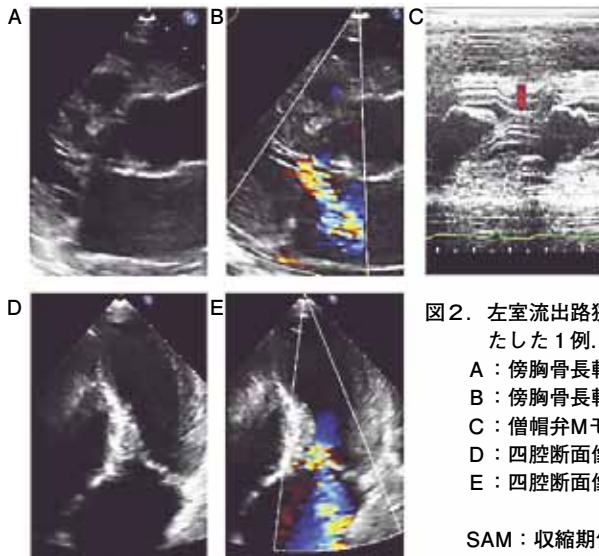


図2. 左室流出路狭窄からSAMをきたし僧帽弁逆流をきたした1例.

- A : 傍胸骨長軸像.
- B : 傍胸骨長軸像 (カラー Doppler).
- C : 僧帽弁MモードSAMを認める.
- D : 四腔断面像.
- E : 四腔断面像 (カラー Doppler).

SAM : 収縮期僧帽弁前方運動.

めたST上昇が慢性期には陰性T波に変化している。心電図変化は時間経過と共に正常化するの一般的である。

2) 心エコー図

典型的には心尖部を中心とした広範囲の無収縮、それとは対照的な心基部の過収縮を呈する。同様の壁運動低下をきたす病態に左冠動脈前下行枝の急性心筋梗塞が挙げられる。

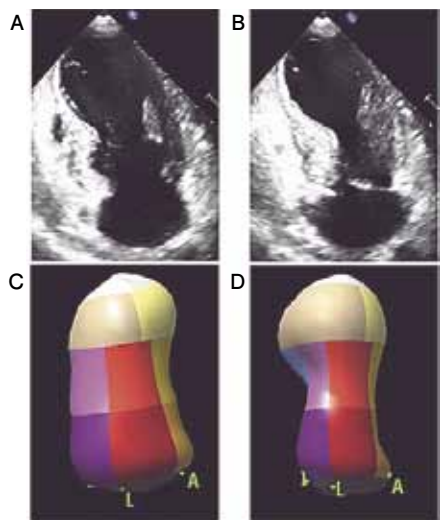


図3. エコーでの心尖部壁運動低下.

- A : 二腔断面像 (拡張期).
- B : 二腔断面像 (収縮期).
- C : 心エコー 3D解析拡張期.
- D : 心エコー 3D解析収縮期.

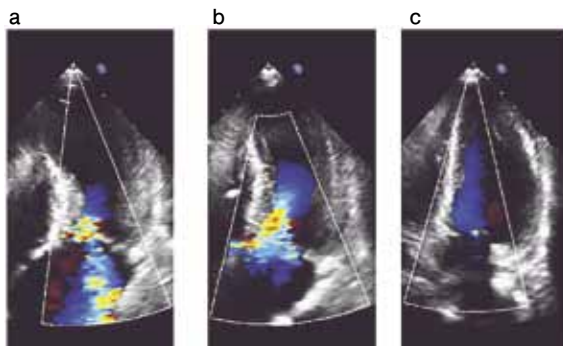


図4. MRの経時的変化 (心尖部四腔断面像).

- a : 来院時.
- b : 第3病日.
- c : 第18病日.

心エコー図検査のみでの鑑別は難しいが、たこつぼ心筋症では前下行枝の急性心筋梗塞と比較して心尖部を回り込み下壁までおよぶような広範囲な壁運動低下を認める。後に述べるように流出路狭窄、収縮期僧帽弁前方運動：SAM (systolic anterior motion of the mitral valve) に伴う僧帽弁逆流を伴うこともある。心尖部の無収縮は数週間～1ヶ月以内に大部分の症例でほぼ正常化するので経時的なエコーフォローが重要である。最近の報告では心尖部の壁運動低下を示す通常型以外にも、心室中部や心室基部など他の部位の壁

運動異常を示す例も報告されている⁴⁾。左室造影でも左室局所壁運動異常が分かるが、経時的にフォローアップが可能な点でも心エコー図は壁運動異常評価の基本となる。当院で経験した、急性期に左室流出路狭窄を認め、その後経時的に壁運動異常および僧帽弁逆流が改善した例を図2-4に示す⁵⁾。

3) 血液検査

たこつぼ心筋症では、心筋逸脱酵素の上昇がみられるが通常軽度にとどまる。トロポニンI、トロポニンTは高頻度で上昇する。

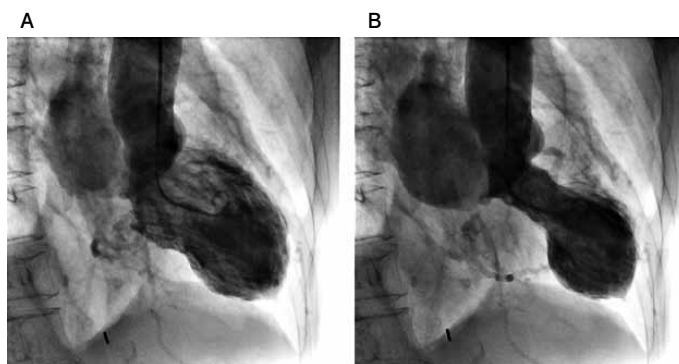


図5. 左室造影で認める壁運動異常とMR。
A：左室造影（拡張期）。 B：左室造影（収縮期）。

CPKなども上昇することがあり、血液検査のみで急性冠症候群とたこつぼ心筋症を鑑別することは困難である。急性冠症候群と比較するとCPK上昇の程度は軽度とされる。

4) 冠動脈造影/左室造影

上記のように非侵襲的検査のみではたこつぼ心筋症と急性心筋梗塞との鑑別は難しく、Mayo Clinicの診断基準にもあるように、確定診断のためには冠動脈の器質的狭窄の有無の確認が必須である。左室造影検査では、典型的な例では心尖部が広範囲で無収縮を呈し心基部が過収縮となる。図5に当院で経験したたこつぼ心筋症の左室造影を示す。

診 断

現在国際的にはMayo Clinicから推奨された診断基準が汎用されている⁶⁾。①一過性の左室局所壁運動異常、②冠動脈に閉塞や造影検査でのプラーク破綻の所見なし、③新規の心電図変化（ST上昇ないし陰性T波）、④最近の頭蓋内病変、褐色細胞腫、心筋炎が否定できる、以上4つの基準を満たすことが必要である。

治 療

軽症例では、安静臥床とモニタリングのみで対処できる。不整脈の出現、心不全、心原性ショックなどに注意して管理を行う必要がある。重症例ではIABPなどのmechanical supportを要することがある。低血圧を示す例では左室流出路狭窄の有無で強心薬などを使用すべきか大きく方針が変わることがあるので、そのような症例では心エコー図所見が治療方針決定の際に重要である。図2に示した高度僧帽弁逆流を伴ったたこつぼ心筋症では、心エコー図所見からSAMによる僧帽弁逆流と診断し、補液と前医で開始されていた強心薬を減量することで図4のように僧帽弁逆流の改善を認めた。

予 後

一般的には予後良好な疾患であるが、ポンプ失調をきたしカテコラミンを要する例や、大動脈バルーンパンピングや経皮的心肺補助装置を要する例もあり、稀ではあるが致死的合併症として左室自由壁破裂の報告もある。最近の報告では、心原性ショックが9.9%、院内死亡率は4.1%で急性冠症候群と同様の

頻度であった⁴⁾。米国の20,000人を超える調査でも死亡率は4%以上であった⁷⁾。最近では決して予後良好な疾患とは言えないとされている⁸⁾。

ま と め

たこつぼ心筋症に関して、最近の報告や当院での経験症例を含めて概説した。病歴、各種検査から疑うことが診断につながる。冠動脈造影検査を施行するまでは急性冠症候群との鑑別が難しいので、早期に専門機関へ紹介する必要がある。

参 考 文 献

- 1) Sato, H, Taiteishi, et al. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In : Clinic al aspect of myocardial injury : From ischemia to heart failure, Kodama, K, Haze, K, Hon, M (Eds), Kagakuhyouronsha, Tokyo 1990. p.56.
- 2) Bybee KA, Kara T, Prasad A, Lerman A, Barsness GW, Wright RS, Rihal CS. Systematic review : transient left ventricular apical ballooning : a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. Ann Intern Med. 2004 ; 141(11) : 858.
- 3) Tsuchihashi K, Ueshima K, Uchida T, Oh-mura N, Kimura K, Owa M, Yoshiyama M, Miyazaki S, Haze K, Ogawa H, Honda T, Hase M, Kai R, Morii I. Angina Pectoris-Myocardial Infarction Investigations in Japan. Transient left ventricular apical ballooning without coronary artery stenosis : a novel heart syndrome mimicking acute myocardial infarction. Angina Pectoris-Myocardial Infarction Investigations in Japan. J Am Coll Cardiol. 2001 ; 38(1) : 11.
- 4) Templin C, Ghadri JR, Diekmann J, et al. Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. N Engl J Med 2015 ; 373 : 929.
- 5) 安里哲矢, 渡邊望, ほか : 急性僧帽弁逆流により急性循環不全を合併したたこつぼ型心筋症の1例. 心臓 Vol. 50 No.5 (2018). 538-44.
- 6) Prasad A. Apical ballooning syndrome : an important differential diagnosis of acute myocardial infarction. Circulation. 2007 ; 115 : e56-9.
- 7) Brinjkiji W, El-Sayed AM, Salka S. In-hospital mortality among patients with takotsubo cardiomyopathy : a study of the National Inpatient Sample 2008 to 2009. Am Heart J. 2012 Aug ; 164(2) : 215-21.
- 8) Okura H. Echocardiographic assessment of takotsubo cardiomyopathy : beyond apical ballooning. J Echocar-diogr. 2016 Mar ; 14(1) : 13-20.

[Postgraduate Education]

急性心筋梗塞との鑑別が問題となる疾患②

心筋炎

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

松浦 広英, 渡邊 望

はじめに

心筋炎は心筋の炎症性疾患であるが、その確定診断は心筋生検によってなされる。心筋生検は侵襲的検査であるため、必ずしも疑い例の全てになされる訳ではなく、正確な発症率、死亡率は不明であるが、循環器疾患全体の中では発症頻度は少ない。心筋炎の特徴は、『その多彩さ』であり、多彩な症状（胸痛、動悸、心不全症状）、無症候性から突然死まで多彩な重症度、経過観察から機械的補助循環、ステロイド治療まで多彩な治療選択肢、それに伴う多彩な予後・自然歴がある。軽微な症状での発症例が重症例に進行する場合や、時間経過とともに劇的に改善する例など経過の多彩さもある。全ての年齢層で、上気道炎、胃腸炎の症状で受診した患者が、劇症型心筋炎となり致命的、不幸な転帰を辿ることもあり、稀ながら内科医であれば誰もが遭遇しうる疾患であることを知っておきたい。心筋炎の中では最多の急性心筋炎を筆頭に、劇症型心筋炎、好酸球性心筋炎、巨細胞性心筋炎、慢性心筋炎について簡潔に述べる。

1. 急性心筋炎

病因・分類

心筋炎の多くは感染性であり、ウイルス性

	病因分類	組織分類	臨床病型分類
感染性	ウイルス 細菌 真菌 リケッチア スピロヘータ 原虫、寄生虫	リンパ球性 好酸球性 巨細胞性 肉芽腫性	急性 劇症型 慢性
非感染性	薬物 化学物質 アレルギー 自己免疫性 膠原病 川崎病 サルコイドーシス 放射線 特発性		

表1. 心筋炎の分類。

が最多である。コクサッキーウイルスを含むエンテロウイルスの頻度が高いとされていたが、生検心筋のウイルスゲノム解析でアデノウイルス、パルボウイルスB19、ヒトヘルペスウイルス6なども報告されている。非感染性では、薬物、放射線、免疫異常などもある。分類としては、病因、組織、臨床病型がある（表1）

心筋炎診断のフローチャートを図1に示す。

症 状

多くの患者は、感冒症状（悪寒、発熱、頭

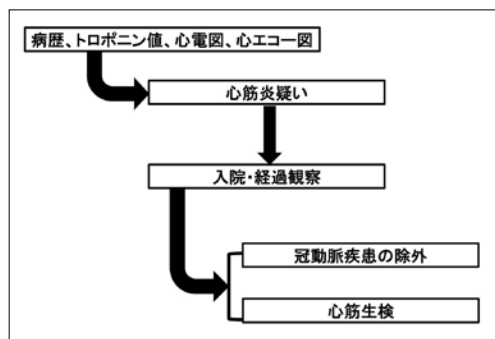


図1. 心筋炎診断のフローチャート.

痛, 筋肉痛, 全身倦怠感) や消化器症状 (食思不振, 悪心, 嘔吐, 下痢) が先行する。その後, 数時間から数日の経過で心症状が出現するが, 心不全症状, 心膜刺激による胸痛, 徐脈・頻脈性不整脈による症状がある。

徴候

感染徴候 (発熱など) に加えて, 心不全の徴候 (Ⅲ音, 肺ラ音, 頸静脈怒張, 下腿浮腫), 不整脈の徴候 (頻脈, 徐脈, 不整), 心タンポナーデを見逃さないことが重要である。

血液生化学検査

CRPの上昇, AST, LDH, CK-MB, 心筋トロポニンなどの一過性の血中増加が認められる。心筋トロポニンは心筋傷害の感度の高いバイオマーカーであり, 心筋炎診断の補助に推奨されているが, 心筋炎特異的ではなく, 他の病態でも上昇するし, トロポニン陰性で心筋炎を完全に除外できる訳ではない。

胸部X線

心不全を呈していれば, 心拡大, 肺うっ血, 胸水などを認めるが, これらを認めない症例もある。

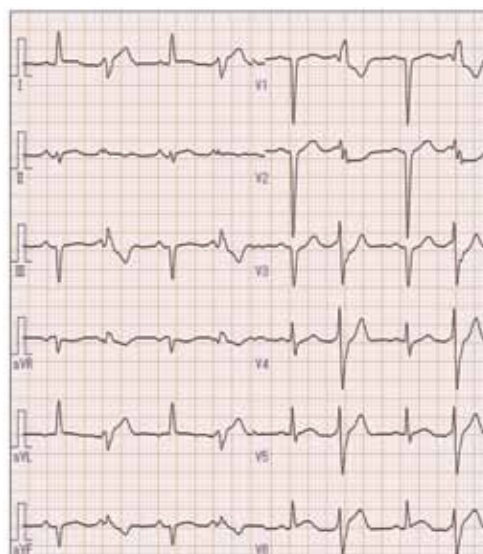


図1. 急性心筋炎の心電図.

入院1週間前より感冒症状が出現し, 胸痛で来院した際の心電図。二段脈と下壁誘導と前胸部誘導でのR波減高を認める。

心電図 (図1)

簡便かつ感度の高い検査で, 初回の所見は軽微でも, 時間経過で異常所見が明瞭になることもあり, 心筋炎疑い例では, 心電図を繰り返すことがポイントである。悪化時も, 改善時も心電図が変化することも心筋炎の特徴である。頻度の高い所見は, ST-T異常と伝導障害 (房室ブロック, 脚ブロックなど) であり, QRS幅が拡大することは病態悪化の所見である。致死的不整脈に備えて, 心電図モニターが必要である。

心エコー図 (図2)

心筋炎診断の入口の検査の一つであり, ベッドサイドで繰り返し可能である。他の疾患の鑑別も可能で, 心嚢液, 一過性の壁肥厚, 壁運動低下が心筋炎に特徴的である。所見は, 全体に生じることばかりでなく, 局所

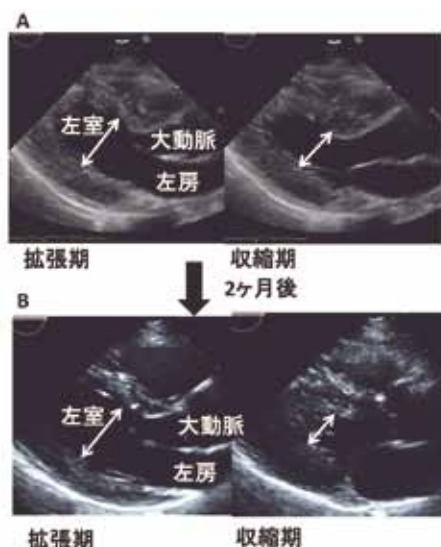


図2. 急性心筋炎の心エコー図.

- A. 入院時の心エコー図. 左室の全周性求心性肥厚とびまん性壁運動低下を認める.
 B. 発症2ヶ月後の心エコー図. 左室の壁肥厚, 壁運動低下は改善している.

的に生じることもあり, 左室のみから, 全ての心房, 心室まで炎症が及ぶこともある。心筋炎の多彩な経過のフォローでも繰り返し行う心エコー図が重要な役割を果たし, 数時間単位で劇的に増悪する劇症型心筋炎への進展

を見逃さないようにする。

心臓MRI

ガドリニウム遅延造影における信号強度の増強などは, 心筋炎診断に有用との報告があり, 急性心筋梗塞では心内膜から病変が拡がるのに比して, 急性心筋炎では, 心外膜側からの拡がりやびまん性の拡がりを示す。心臓MRIは病状が安定している患者で, 心筋生検に先行して考慮されることがあるが, 診断において心筋生検の代わりとはならず, 心臓MRIのために心筋生検を遅らせることがあってはならない。

心臓カテーテル検査 (心筋生検, 図3)

心臓カテーテル検査は, 診断的価値の高い急性期に望まれ, 冠動脈造影で有意狭窄を除外した後に, 心内膜心筋生検を行う。心筋変性, 心筋壊死, 炎症細胞の浸潤, 間質の浮腫で心筋炎の確定診断となる (表2)。サンプリングエラーのため, 所見陰性でも心筋炎の存在は除外できず, 可能ならば3個以上の組織を得ることが推奨される。心筋炎を疑った

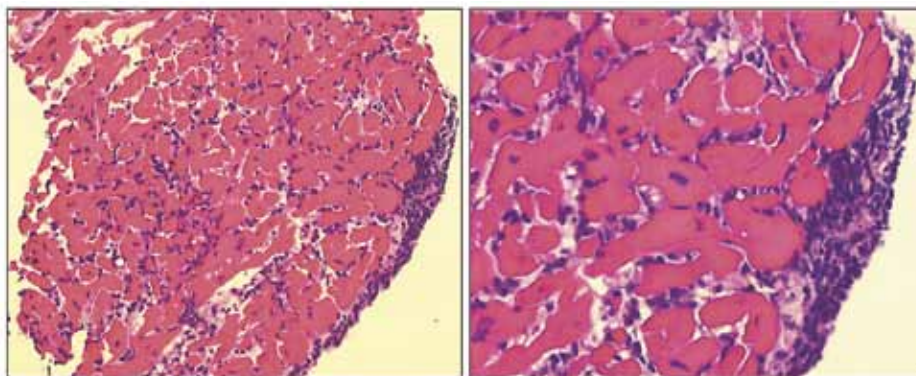


図3. 急性心筋炎の心筋生検組織像.

心筋組織にリンパ球浸潤を認める.

1. 多数の大小単核細胞の浸潤（ときに少数の多核白血球、多核巨細胞の出現）
2. 心筋細胞の断裂、融解、消失
3. 間質の浮腫（ときに線維化）

（付）より確実な診断のための条件

- ▶ウイルス性感染を思わせる症状発現後早期に心筋生検を行う
- ▶生検による経時的観察は病態や治療効果の判定に有用である
- ▶生検標本は3個以上が好ましい。標本を多数の断面で観察する
- ▶電子顕微鏡、免疫組織学的手法はより詳細な情報を提供し得る

表2. 心内膜心筋生検による急性心筋炎の診断基準.

際は、その劇症化は予見できないため、心臓カテーテル検査、心筋生検が可能な施設へ紹介することが望まれる。臨床的に心筋炎が疑われる患者において、最終的に心筋生検まで行うかどうかの判断は、心筋生検がその患者の管理、予後に影響を与えうるかどうか、病態の時間経過、重症度、発症様式の特徴などを勘案して決定する。

ウイルス関連診断

2週間以上の間隔での急性期と寛解期のペア血清で、抗体価が4倍以上変動していれば、ウイルス感染ありと判断する。但し、陽性率は概ね10%程度で、感染臓器の同定は不能である。PCR法で心筋からウイルスゲノムを検出することは原因特定に繋がるが、一般的な検査とはなっていない。

治療

心筋炎の経過は、炎症期が1-2週間あり、その後は回復期に入る。炎症期は、心筋壊死や炎症による心室機能障害が生じ、心ポンプ失調と不整脈が起こる。原因に対する治療（適応があれば、ステロイドや免疫抑制薬）に加

えて、自然治癒までの血行動態管理（心不全と不整脈の管理）が重要で、重症例ほど、人工呼吸器管理、機械的補助循環を要するため、感染症、合併症対策などを含めて集学的に対応する必要がある。無症状、軽微徴候例は、入院での経過観察のみで回復することが多いが、急変時の心肺危機管理の体制は必須である。

心不全管理

ポンプ失調による心不全であり、カテコラミン、血管拡張薬、利尿薬などで対応し、治療抵抗性の際は、大動脈バルーンパンピング（IABP）、経皮的心肺補助装置（PCPS）、心室補助装置（VAD）などの機械的補助循環装置の適応である。

不整脈治療

炎症の改善とともに不整脈が消失することもあるため、完全房室ブロックに対しては一時的体外式ペースティングで対応する。心室頻拍や心室細動には電気的除細動で対応するが、これらが頻発して血行動態が維持できなければ、PCPSのよい適応である。

難治例への追加療法

一般に、急性心筋炎において、抗ウイルス薬、免疫抑制薬、免疫グロブリン製剤の有効性は確立していない。但し、炎症が遷延し血行動態の改善が得られない場合には、ステロイド短期大量療法を考慮することがある。

急性期以降の管理、フォローアップ

ACE阻害薬やアンジオテンシン受容体拮抗薬など慢性心不全・心臓突然死対策に準ず

るが、完全に心機能が回復する例では処方中止も可能である。部分的にしか改善しない症例には継続が必要であり、拡張型心筋症となる症例も存在する。左室機能障害が強い症例ほど、慢性心不全となるため、心室サイズ、左室機能のフォローに心エコーは必須である。

予後・自然歴

急性心筋炎の急性期診療ではポンプ失調と致死的不整脈が予後を左右し、病因や病型によっても予後は異なる。日本の全国調査による劇症型心筋炎の急性期死亡率は42%であり、組織分類では巨細胞性心筋炎は、リンパ球性心筋炎よりも予後が悪いとされる。

2. 劇症型心筋炎

『血行動態破綻を急激に來たし、致死の経過を辿る急性心筋炎』と定義され、日本では『救命のために体外補助循環を要する急性心筋炎』と認知されている。

診断

初発症状は通常の急性心筋炎と同様であるが、主徴候は心原性ショック、循環不全である。血中心筋トロポニンの測定、フォローが必須であり、低下・陰性化例は病態の安定化を示唆し、持続上昇は劇症化を想定する必要がある。循環動態を反映するlactate、代謝性アシドーシス、臓器不全指標の総ビリルビン値、クレアチニン値の変化に注意する。心電図では、QRS幅の増大、心室性不整脈の増加は劇症化を懸念すべきであり、心エコー図では、左室駆出率、壁運動の時間単位の増悪などを見逃さない必要がある。組織診断では劇

症型を鑑別は出来ない。重症例は、スワンガンツカテーテルによる連続的な血行動態把握が必要である。

治療

急性期治療は、血行動態を維持し、自然回復の時期まで橋渡しすることである。機械的補助循環装置であるIABP、PCPS、VADを必要に応じて用いるが、その適応は、低心拍出状態と致死的不整脈である。補助循環装置は、導入適応、その時期、補助流量の設定、合併症予防対策に注意が必要である。補助循環導入後でも難治例では、ステロイド短期大量療法や大量免疫グロブリン療法を考慮することもある。

3. 好酸球性心筋炎

心筋に浸潤した好酸球の顆粒中に含まれる細胞毒性物質により生じ、原因は、アレルギー性、薬剤性、寄生虫感染などがあるが、最多は特発性である。

診断

確定診断は、心筋生検での病変内への有意な好酸球の浸潤の確認である。末梢血中の好酸球数増加は、早期から生じる例も徐々に増加する例もあり、その程度も症例により様々で、疑い例では、急性期に2-3日ごとに好酸球数を測定すべきである。

治療

軽微な例は自然軽快することもあるが、心不全、不整脈を伴う例は、ステロイド治療を必要とする。薬剤性が疑われる際は、遠隔期に薬剤性リンパ球刺激試験(DLST)を考慮

する。まれに、血中好酸球数が再上昇する症例もあり、この場合は原因を検索し、ときにステロイド長期投与が必要となる。

4. 巨細胞性心筋炎

劇症型心筋炎の経過をとることが多く、アレルギー/自己免疫の関与が推定されている。

診 断

心筋生検によって行われ、病変内に多核巨細胞を認め、心臓サルコイドーシスと鑑別する必要がある。

治 療

ステロイドや免疫抑制薬の有効性の報告があるが、一般には予後は不良である。

5. 慢性心筋炎

疾患概念に関して、見解が統一されておらず、ウイルス感染、自己免疫の関与を示唆する報告もあるが、確定されていない。

診 断

急性心筋炎から移行するのは稀で、不顕性に発症し慢性の経過をとる。症状や徴候は非

特異的で、拡張型心筋症類似の病態を呈する。組織診では、単核球の浸潤と間質の線維化、脂肪化を認める。Gaシンチでの集積像は持続する心筋炎を意味する。

治 療

病因が不明であるため、一般的心不全治療などの対症療法が行われる。免疫抑制療法の有効性を報告する研究もあるが、広く確立されているわけではない。

おわりに

心筋炎の診断はまず疑うことから始まる。心筋炎の多くは自然治癒が期待できるが、時に重症化し致命的病態となるため、早期に診断し、心肺危機に迅速に対応できる施設での管理が必要である。その確定診断は心筋生検を要すること、致命的になり得る心筋炎の劇症化は予想困難であることから、疑った際は、心筋生検、機械的補助循環装置が可能な施設へ紹介することが重要である。ステロイド治療によく反応する特殊な心筋炎もあるため、臨床的に必要と判断した際には心筋生検を躊躇すべきではない。

[Postgraduate Education]

甲状腺機能低下症と妊娠

宮崎大学医学部 内科学講座
神経呼吸内分泌代謝学分野¹⁾, 同心会 古賀総合病院 内科²⁾

内田 泰介^{1) 2)} 山口 秀樹¹⁾ 米川 忠人¹⁾
栗林 忠信²⁾ 中里 雅光¹⁾

はじめに

甲状腺疾患は妊娠可能な女性に好発し、甲状腺機能異常は妊婦や胎児に悪影響を与える。2017年に米国甲状腺学会 (ATA) が、『妊娠中・分娩後における甲状腺疾患の診断と治療に関するガイドライン』を改訂した¹⁾。今回、甲状腺機能低下症を有する妊婦や妊娠を希望する不妊症女性への対応について、ATA2017ガイドラインを中心に概説する。

(1) 妊娠中の母体・胎児の甲状腺機能の変化

妊婦の甲状腺機能は、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (hCG) により変化する (図1)²⁾。

胎盤より分泌されるhCGは、甲状腺刺激ホルモン (TSH) と α サブユニットが共通で、TSHの約1/100のTSH受容体刺激活性を有する。hCGの分泌ピークは妊娠10~12週で、母体の甲状腺を刺激し、血中サイロキシン (T4) が軽度増加するため、TSHは軽度低値となる。健常妊婦のTSH値は、ときに0.6 μ U/ml未滿に抑制されるが、hCGの分泌量が低下する妊娠16週以降は正常化する³⁾。一方、胎児甲状腺は、胎生9週までに器官として形成され、10~12週からヨード摂取が始まり、18~20週頃にT4分泌機能を獲得する⁴⁾。母体のTSHは胎盤を通過しないが、母体のT4は一

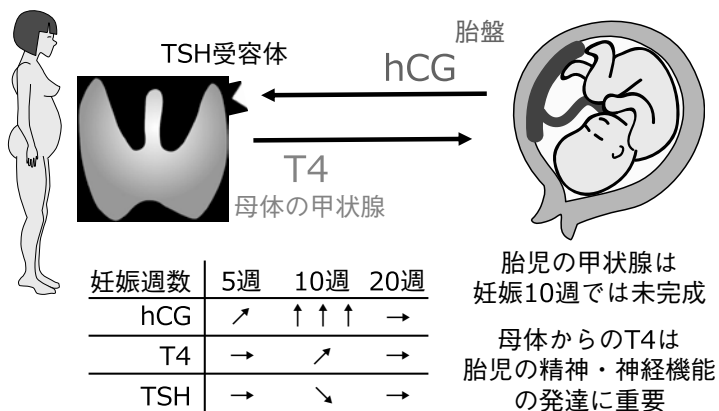


図1. 妊娠中の母体・胎児の甲状腺機能の変化.

部胎盤を通過し胎児に移行する。胎児甲状腺が十分機能する胎生20週までは、胎児甲状腺機能は母体由来のT4に依存しているため、妊娠初期の母体の甲状腺ホルモン低下は、児の精神神経発達遅滞を招く⁵⁾。

(2) 顕性甲状腺機能低下症と妊娠

1) 顕性甲状腺機能低下症の母体への影響

未治療の甲状腺機能低下症では、甲状腺ホルモン分泌低下により増加した甲状腺刺激ホルモン放出ホルモン (TRH) が下垂体からTSHとプロラクチン (PRL) の分泌を刺激する。高PRL血症は、視床下部からのゴナドトロピン放出ホルモン (GnRH) のパルス状分泌を抑制し、下垂体からの黄体形成ホルモン (LH) や卵胞刺激ホルモン (FSH) 分泌低下、ならびに卵巣からのエストラジオール (E2) 分泌低下の結果、無月経や不妊症となる。顕性甲状腺機能低下症の母体では、妊娠合併症 (流産、早産、死産、妊娠高血圧腎症、妊娠高血圧症候群) のリスクが増加し、胎児死亡のリスクが60%高いとされる⁵⁾。

2) 顕性甲状腺機能低下症の胎児への影響

甲状腺ホルモンは胎児中枢神経系の成長や発達に重要であるため、母体の顕性甲状腺機能低下症は、児の知能低下、精神・運動発達障害、出生時体重の減少をもたらす⁶⁾。欧米で報告された顕性甲状腺機能低下症による胎児への悪影響は本邦ではみられず、その要因としてヨウ素摂取量の違いが推定されている⁷⁾。

3) 顕性甲状腺機能低下症でレボチロキシン (LT4) を内服している妊婦への対応

甲状腺ホルモンの必要量は、妊娠4週頃から増加し、16~20週にプラトーに達する。妊娠初期の相対的甲状腺機能低下を予防す

るため、妊娠が判明したら速やかにLT4の投与量を25~30%増量することが推奨されている^{1, 8)}。

(3) 潜在性甲状腺機能低下症と妊娠

顕性甲状腺機能低下症と同様に、潜在性甲状腺機能低下症も妊婦や胎児に悪影響を与える。

1) 潜在性甲状腺機能低下症の定義

潜在性甲状腺機能低下症は、FT4値が基準値内でTSH値が基準値上限を超える値と定義される。TSHの基準値上限値は、ATA-2017ガイドラインでは数字として示されていないが、妊娠時はTSH 2.5 μ U/ml以上、非妊娠時はTSH 4.5 μ U/ml以上とされる。

2) 潜在性甲状腺機能低下症の頻度

本邦からの報告³⁾では、妊娠初期において、抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (抗TPO抗体) 陽性率は6.7%で、潜在性甲状腺機能低下症 (TSH>2.5 μ U/ml) は11.9%の妊婦に認められた。

3) 潜在性甲状腺機能低下症の母体への影響

Negroらは2006年に、甲状腺機能正常の抗TPO抗体陽性妊婦は抗TPO抗体陰性の妊婦に比べ早産が有意に多く (22.4% vs. 8.2%, $p<0.01$)、抗TPO抗体陽性妊婦にLT4による治療介入を行った群は行わなかった群に対し、早産率の減少がみられたと報告した (7% vs. 22.4%, $p<0.05$)⁹⁾。また、TSH 2.5~5.0 μ U/mlの妊婦では、Pregnancy loss (妊娠損失率) が高く、不妊症、妊娠糖尿病、妊娠高血圧、妊娠高血圧腎症、早産と関係する報告¹⁰⁾がある一方で、否定的な報告もみられた¹¹⁾。18のコホート研究を対象としたメタアナリシス¹²⁾では、甲状腺機能正常の妊婦と比較した場合、潜在性甲状腺機能低下症妊

婦の妊娠損失率が増加し（流産が約2倍，新生児死が2.6倍），常位胎盤早期剝離や前期破水のリスクも高いと報告された。妊娠時にTSH $>2.5 \mu\text{U/ml}$ と軽度の潜在性甲状腺機能低下症が流産に関係があることが明らかにされつつある。

4) 潜在性甲状腺機能低下症の胎児への影響

2018年のメタアナリシス¹³⁾では，妊娠中に潜在性甲状腺機能低下症の母親から生まれた児は，甲状腺機能正常の母親の児と比べ，知的障害の頻度が高いことが示された（OR, 2.14; 95% CI, 1.20 to 3.83; $p=0.01$ ）。一方，Oritoらの本邦からの報告³⁾では，甲状腺自己抗体陰性の日本人の妊婦において，ヨード摂取過多により潜在性甲状腺機能低下症を来しても，胎児へ悪影響がなかったと報告されている。ATA2017ガイドラインを含めたこれまでの指針は，日本に比べヨード摂取量が少ない欧米からの疫学データをもとに作成されているため，ヨード充足地域である日本での大規模な疫学調査によるガイドライン作成が必要である。

5) 潜在性甲状腺機能低下症妊婦へのレボチロキシン介入の成績

流産や早産のリスクは，妊娠前の甲状腺機能が正常な抗TPO抗体陽性の妊婦で増加するが，LT4による治療介入により改善した⁹⁾。また，抗TPO抗体陽性でTSH $>2.5 \mu\text{U/ml}$ の妊娠12週未満の妊婦に対し，LT4による治療介入を行った群では，行っていない群と比べて流産や早産などの妊娠転機が改善されたと報告している¹⁰⁾。生殖補助医療（ART）を予定している潜在性甲状腺機能低下症女性へのLT4投与は，受精率や妊娠率を改善させた¹⁴⁾。また，潜在性甲状腺機能

低下症を有する不妊症患者が体外受精（顕微授精）治療を受ける際のLT4治療は，胚の質や妊娠結果を改善したと報告されている¹⁵⁾。ARTを受ける予定でTSH $4 \sim 10 \mu\text{U/ml}$ の患者はTSH $<2.5 \mu\text{U/ml}$ となるようにLT4投与を行うことが推奨され，TSHが基準値以下でも抗TPO抗体陽性ならLT4を考慮するなど，ART患者では積極的に介入することを推奨している¹⁾。ARTを行わずに自然妊娠での挙児希望女性に対しては，潜在性甲状腺機能低下症や甲状腺機能正常で甲状腺自己抗体陽性の場合のいずれであっても，LT4による介入は推奨していない¹⁾。本邦での報告では，潜在性甲状腺機能低下症の不妊症患者に対してLT4介入を行った場合，84.1%に妊娠が成立し，不妊期間の短縮（ $2.8 \pm 1.7 \text{years}$, $0.9 \pm 0.9 \text{years}$, $p<0.001$ ）が得られ，自然妊娠に対するLT4介入の有効性が示された¹⁶⁾。

(4) 甲状腺機能異常を有する妊婦の診断・治療手順

1) TSHおよび抗TPO抗体（抗Tg抗体）を測定すべき対象（表1）

妊娠初期にTSHを測定することが推奨されている対象は，表1のリスク因子を持つ女性とされている¹⁷⁾。なかでも，流産，早産，不妊の既往がある女性では，血中TSHを測定することは有用である¹⁸⁾。リスク因子の1つである『ヨード造影剤の使用』に関し，子宮卵管造影検査で用いられる油性ヨード含有造影剤は，長期間にわたり潜在性甲状腺機能低下症を来すため注意を要する¹⁹⁾。

2) 潜在性甲状腺機能低下症の妊婦への対応（表2，図2）

妊婦の血中TSH $>2.5 \mu\text{U/ml}$ の場合，抗TPO

抗体（または抗Tg抗体）を測定する。ATA2017ガイドラインでは、抗Tg抗体の妊娠への影響はエビデンスが十分でないため、抗TPO抗体の測定を推奨している。しかし、我が国の橋本病患者の甲状腺自己抗体陽性率

表1. 血中TSH測定が推奨される妊婦や妊娠希望女性.

1. 甲状腺機能低下症や甲状腺機能亢進症の既往、または甲状腺機能異常の症候
2. 甲状腺自己抗体が陽性、または甲状腺腫の存在
3. 頭頸部への放射線照射歴、または甲状腺手術歴
4. 年齢が30歳以上
5. 1型糖尿病、または他の自己免疫疾患
6. 流産、早産、不妊の既往
7. 複数回の妊娠歴（2回以上）
8. 自己免疫性甲状腺疾患（バセドウ病など）、または甲状腺機能異常の家族歴
9. 病的肥満（BMI 40kg/m²以上、注：本邦ではBMI 35以上の高度肥満が該当）
10. アミオダロンやリチウムの服薬、または最近のヨード造影剤の投与歴
11. ヨウ素不足地域での居住（注：本邦はヨード充足地域であるため該当しない）

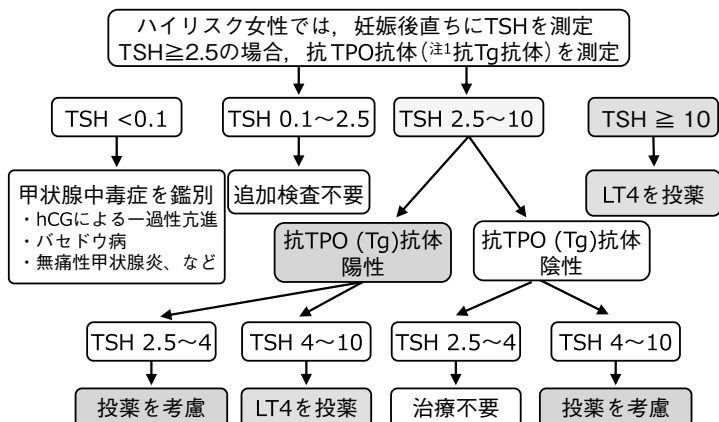
（米国甲状腺学会「妊娠中および分娩後における甲状腺疾患の診断と治療に関するガイドライン2017」, RECOMMENDATION 97を改変。）

表2. 甲状腺機能低下（顕性、潜在性）を有する妊婦の診療手順.

1. 妊婦の血中TSH>2.5の場合
 - ✓ 抗TPO抗体（^{注1}抗Tg抗体）を測定
2. 潜在性甲状腺機能低下の妊婦への対応
 - (a) レボチロキシン(LT4)投薬が推奨されるのは、
 - ✓ 抗TPO抗体陽性で、TSH>4の場合
 - ✓ 抗TPO抗体陰性で、TSH>10の場合
 - (b) レボチロキシン投薬が考慮されるのは、
 - ✓ 抗TPO抗体陽性で、TSH2.5~4の場合
 - ✓ 抗TPO抗体陰性で、TSH4~10の場合
 - (c) レボチロキシン投薬が推奨されないのは、
 - ✓ 抗TPO抗体陰性で、TSH<4の場合
3. 顕性甲状腺機能低下症のLT4服薬女性が、妊娠を希望または妊娠した場合の対応
 - ✓ 妊娠前に血中TSHを正常下限~2.5を指標にLT4を調整
 - ✓ 妊娠テスト陽性後、直ちにLT4服薬量を25~30%増やす
 - ✓ 分娩後、LT4服薬量は妊娠前の量に減らす

（米国甲状腺学会「妊娠中および分娩後における甲状腺疾患の診断と治療に関するガイドライン2017」, RECOMMENDATION 28 & 29 & 35を改変。）

注1. 本邦の橋本病では抗Tg抗体陽性率が高いため測定を考慮する。



米国甲状腺学会「妊娠中および分娩後における甲状腺疾患の診断と治療に関するガイドライン2017」を改変
注1. 本邦の橋本病では抗Tg抗体陽性率が高いため測定を考慮する

図2. 甲状腺機能異常を有する妊婦の診断・治療手順.

は抗Tg抗体97%、抗TPO抗体75%と抗Tg抗体陽性率が高いため²⁰⁾、本邦では抗Tg抗体の測定も必要ではないかと考えられる。

潜在性甲状腺機能低下症の妊婦で、抗TPO抗体陽性の場合にはTSH 4.0 μ U/ml以上、抗TPO抗体陰性の場合にはTSH 10 μ U/ml以上で、LT4投薬が推奨される。抗TPO抗体陽性でTSH 2.5~4 μ U/ml、抗TPO抗体陰性でTSH 4.0~10.0 μ U/mlでは、LT4投与を考慮する。抗TPO抗体陰性でTSH 4.0 μ U/ml未満の場合では、LT4投薬は推奨されない¹⁾。

妊娠中の甲状腺機能モニタリングに関しては、妊娠中期(26週頃)までは少なくとも4週間毎に行い、妊娠30週前後に最低1回行うことを推奨している¹⁾。

3) 顕性甲状腺機能低下症のLT4服薬女性が、妊娠を希望または妊娠した場合の対応

顕性甲状腺機能低下症ですでにLT4を内服している場合、妊娠前はTSH<2.5 μ U/mlを治療目標とし、妊娠が判明したら速やかにLT4の投与量を25~30%増量する。甲状腺術後やRI治療後など、妊娠成立後に母体が甲状腺機能低下となることが予測される場合は、妊娠後LT4を増量するように指導しておく¹⁾。

おわりに

ATA2017ガイドラインの改定により、TSH測定が推奨される女性や、LT4による治療介入が推奨される妊婦が示された。今後は、器官形成期(4週)前からのLT4治療介入がPregnancy loss 予防に有効であるかが注目される点である。本邦においても、「潜在性甲状腺機能異常症の診断と治療の手引き」が作成中であり、ヨード充足地域である本邦のエビデンスを盛り込んだガイドラインが望ま

れる。

潜在性甲状腺機能低下症は、不妊症で悩む患者にとって、治療可能な選択肢の一つであるため、正確な情報、適正な医療を提供することが重要である。

参考文献

- 1) Alexander EK, et al. *Thyroid* 27 : 315-389 (2017).
- 2) Burrow GN, et al. *N Engl J Med* 331 : 1073-1078 (1994).
- 3) Orito Y, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 94 : 1683-1688 (2009).
- 4) Santisteban P. *The thyroid*. 9th ed, Lippincott, Philadelphia, 8-25 (2005).
- 5) Haddow JE, et al. *N Engl J Med* 341 : 549-555 (1999).
- 6) de Escobar GM, et al. *Public Health Nutr* 10 : 1554-1570 (2007).
- 7) Momotani N, et al. *J Clin Endocrinol Metabol* 97 : 1104-1108 (2012).
- 8) Yassa L, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 95 : 3234-3241 (2010).
- 9) Negro R, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 91 : 2587-2591 (2006).
- 10) Negro R, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 95 : 1699-1707 (2010).
- 11) van den Boogaard E et al. *Hum Reprod Update* 17 : 605-619 (2011).
- 12) Maraka S, et al. *Thyroid* 26 : 580-590 (2016).
- 13) Thompson W, et al. *Clin Endocrinol (Oxf)* 88 : 575-584 (2018).
- 14) Abdel Rahman AH, et al. *Endocr Pract* 16 : 792-797 (2010).

-
- 15) Kim CH, et al. Fertil Steril 95 : 1650-1654 (2011).
16) Yoshioka W, et al. Endocr J 62 : 87-92 (2015).
17) Goichot B, et al. Am J Physiol 275 : E243-E248 (1998).
18) Yamamoto J, et al. CMAJ 189 : E940 (2017).
19) So S, et al. Gynecol Endocrinol 33 : 682-685 (2017).
20) 笠木寛治, 他 : ホルモンと臨床 43 : 727-731 (1995).
-

[他科からの提言]

高齢者の不眠症治療と ベンゾジアゼピン受容体作動薬処方の方

宮崎大学医学部精神医学教室

石田 康, 蛭原 功 介

宮崎大学医学部附属病院薬剤部

保田 和 哉

はじめに—高齢者の不眠に対する薬物療法の 基本

一般的には、睡眠衛生指導¹⁾を行ってもなお不眠が持続しており、それに伴い日中の社会生活あるいは家庭生活に支障を来す場合に、睡眠薬の使用が考慮される。睡眠薬を使用する場合は単剤・常用量・短期間が基本であり、単剤・常用量薬剤を使用しても改善に乏しい場合には、精神科等の専門医へ紹介することが望ましい。睡眠薬にはいくつかの種類と特徴があるが、高齢者は腎機能や肝機能の低下に伴う代謝の遅延、中枢神経機能や身体機能の低下により有害事象が生じやすいため、注意する必要がある。

1. 高齢者の睡眠薬使用の現状と課題

本邦において処方されている睡眠薬の大部分はベンゾジアゼピン系あるいはそれに類する非ベンゾジアゼピン系のベンゾジアゼピン受容体作動薬 (BZ系薬) である。BZ系薬の長期使用・高用量使用は転倒・骨折リスクの増加²⁻⁴⁾ や精神依存 (渴望を伴う)・身体依存 (離脱症状を伴う) の形成^{5,6)} などの様々な有害事象と関連することが報告されている。高齢者においては上述の理由により、これらの

有害事象のリスクがさらに高まる。

睡眠薬を使用する際にしばしば懸念される疑問に、「睡眠薬の使用は認知症につながるのか?」というものがある。BZ系薬の使用に関しては、リスクを上昇させるという調査結果もあるが、影響しないとする調査結果もあり、現時点では一定の結論を見ていない。いずれにしても、BZ系薬の使用 (処方) 開始を思い立った場合には、他に代替え手段がないかをよく検討すること、仮に使用開始した場合にも長期間使用しないことが重要であると考ええる。

2. ベンゾジアゼピン受容体作動薬 (BZ系薬) 使用の問題点

近年、本邦ではBZ系薬の使用量が多いこと、更には多剤併用されていることが問題視されてきた⁷⁾。BZ系薬の問題点として、転倒リスクの増大、交通事故リスクの増大、依存性、一過性の認知障害、記憶障害、せん妄のリスクなどがある。依存については常用量依存が報告されており、これが多剤併用、大量使用の原因のひとつとして指摘されている⁸⁾。このような現状をふまえ、BZ系薬の多剤処方や常用量依存に対する対策の実行が

迫られている⁹⁾。

3. 向精神薬の適切な処方に向けた行政の動向

薬物依存の危険等を理由に平成30（2018）年度の診療報酬改定でBZ系薬の処方規制が厳しくなった。まずは、減算対象となる向精神薬の多剤併用の範囲が拡大された（表1）。減算対象の算定項目は、処方料・処方箋料・薬剤料である。

更には、不安の症状または不眠の症状に対し、BZ系薬を12月以上、連続して同一の用法・用量で処方されている場合、処方料・処方箋料が減算されることになった。ただし、以下ア、イのいずれかに該当する医師が行った処方、または当該処方の直近1年以内に精神科医からの助言を得て行っている処方については除くとされている。

ア 不安または不眠に係る適切な研修を修了した医師であること

イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること

上記アの「不安または不眠に係る適切な研修」については、現時点で日本医師会の生涯教育制度における研修（「日医 eラーニング」を含む）において、カリキュラムコード69「不

安」またはカリキュラムコード20「不眠」を満たす研修であって、プライマリケアの提供に必要な内容を含むものを2単位以上取得した場合をいう。「精神科医からの助言」については、精神科のみを担当する医師または精神科と心療内科の両方を担当する医師による助言をいう。

上記改定に関連して、新たに「向精神薬調整連携加算」が算定可能となった。この加算の算定要件としては、直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者または不安の症状または不眠の症状に対し、BZ系薬を12月以上、連続して同一の用法・用量で処方されていた患者であって、減薬の上、薬剤師（処方料については薬剤師または看護職員）に症状の変化等の確認を指示した場合となっている。

4. BZ系薬長期使用後にみられる離脱症状

長期間使用していたBZ系薬を急に中止した場合、不安や不眠の増悪以外にも、強直間代発作その他の重篤な離脱症状が出現することがあり、漸減・隔日投与等で慎重に減薬・中止することが重要である¹⁰⁾。ただし、現実的にはすべての患者のBZ系薬を漸減・中止することは困難であり、漸減・中止することで患

表1. 減算となる多剤併用範囲—平成30年度診療報酬改定前後の比較.

改定前	改定後
3種類以上の抗不安薬	3種類以上の抗不安薬
3種類以上の睡眠薬	3種類以上の睡眠薬
3種類以上の抗うつ薬	3種類以上の抗うつ薬
3種類以上の抗精神病薬	3種類以上の抗精神病薬
	4種類以上の抗不安薬および睡眠薬

表2. 睡眠薬の長期服用のベネフィットが期待される臨床例.

1	慢性的な精神疾患やけいれん性疾患を有する患者が睡眠薬により不眠を改善している時
2	重度不眠症があり、治療を行わないと深刻なQOL障害が出現する可能性が高い時（不眠症で生活習慣病や心血管系疾患など慢性的な基礎疾患があるなど）
3	睡眠薬を中止できるが、中止により深刻なQOL障害が出現する可能性が高い時
4	睡眠薬を適切な方法で減薬・休業したが、不眠症が再燃・再発した既往がある時
5	高齢者で、低用量を（耐性なしに）、副作用なく継続できている時
6	慢性的に重度の不安がある。性格的な偏向がある時（睡眠薬の中止によりアルコールやほかの薬物への依存が生じやすい）

睡眠薬の適正使用・休業ガイドライン. 三島和夫 編, 2014より引用（文献11）

者に不利益をもたらす場合もある。一部の患者に関してはBZ系薬の長期使用を余儀なくされると考える（表2）^{11）}。

5. 新規睡眠薬と高齢者

2010年以降、メラトニン受容体アゴニスト（ラメルテオン）^{12）}やオレキシン受容体拮抗薬（スボレキサント）^{13）}などが睡眠薬として認可されている。これらは既存のベンゾジアゼピン系・非ベンゾジアゼピン系睡眠薬とは異なりGABA受容体に作動しないため、筋弛緩作用等による転倒・骨折を誘発せず、理論的には依存も形成しにくい。ただし、いずれもBZ系薬とは作用機序が異なるため、BZ系薬を長期に服用していた者がラメルテオンやスボレキサントに急激に切り替えた場合、反跳性不眠を生じうる。切り替える際には、抑肝散^{14）}他の不眠症治療を目的とした薬剤への切り替えと同様、既存の睡眠薬（主にベンゾ系薬）をごく少量ずつ減量していくなど、慎重な手続きが必要である。

おわりに

高齢者の不眠症治療にあたっては、加齢に伴う睡眠の生理的変化を理解すると共に、その患者の生活に合わせた睡眠衛生指導を行う必要がある（表3）^{15）}。高齢者に対する睡眠薬の使用は副作用のリスクが高いため最小限にとどめるべきである。そのためにも、不眠症治療の臨床現場において徹底した睡眠衛生指導がなされることが望ましい。

表3. 高齢者の睡眠衛生指導.

1	ベッド上で多くの時間を過ごさない
2	就床・起床時刻を一定に保つ
3	寝付けなければ、一度離床する
4	昼寝は午後の早い時間帯に30分までに制限する
5	定期的に運動する
6	日中、特に午後の遅い時間帯はなるべく戸外で過ごす
7	一日の光暴露量を増やす
8	午後以降はカフェイン、タバコ、アルコールの摂取を控える
9	夕方以降は水分摂取を制限する

小曾根基裕ほか. 日本老年医学会雑誌, 2012より引用（文献15）

参考文献

- 1) 睡眠障害の対応と治療ガイドライン. 内山 真編, じほう, 東京, 2012.
- 2) Wang PS, et al : Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly : effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *Am J Psychiatry* 158 : 892-898, 2001.
- 3) Fonad E, et al : Falls and fall risk among nursing home residents. *J Clin Nurs* 17 : 126-134, 2008.
- 4) van der Hooft CS, et al : Inappropriate benzodiazepine use in older adults and the risk of fracture. *Br J Clin Pharmacol* 66 : 276-282, 2008.
- 5) Griffiths RR, et al : Relative abuse liability of hypnotic drugs : a conceptual framework and algorithm for differentiating among compounds. *J Clin Psychiatry* 66 (Suppl 9) : 31-41, 2005.
- 6) Lader M : Benzodiazepine harm : how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol* 77 : 295-301, 2014.
- 7) 中川敦夫ほか : 診療報酬および診療録データを用いた向精神薬処方に関する実態調査. *臨床精神医学* 42 : 153-158, 2013.
- 8) 高橋結花ほか : ベンゾジアゼピン系薬の適正使用に向けた東京女子医科大学病院での取り組み. *総合病院精神医学* 27 : 27-35, 2015.
- 9) 稲田 健 : ベンゾジアゼピン常用量依存の治療. *精神科治療学* 28 (増刊号) : 232-236, 2013.
- 10) 独立行政法人医薬品医療機器総合機構 : PMDAからの医薬品適正使用のお願い. ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について (オンライン), 2017年3月 <http://www.pmda.go.jp/files/000217046.pdf>.
- 11) 睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン. 三島和夫編, じほう, 東京, 2014.
- 12) Naono-Nagatomo K, et al : A survey of the effects of ramelteon on benzodiazepine-dependence : comparison between a ramelteon add-on group and a continuous benzodiazepine administration group. *Asian J Psychiatr* 36 : 20-24, 2018.
- 13) 直野久雄ほか : スポレキサントの使用経験 - 睡眠薬の単剤化を試みて -. *最新精神医学* 21 : 391-397, 2016.
- 14) 石田 康ほか : 認知症の行動・心理症状に対する薬物療法の注意点 - 抑肝散の可能性 -. *臨床と研究* 94 : 134-137, 2017.
- 15) 小曾根基裕ほか : 高齢者の不眠. *日本老年医学会雑誌* 49 : 267-275, 2012.

[随筆]

◎人間万事塞翁が馬・有為無常：最近思うこと

宮崎市 医療法人 野間内科クリニック
理事長 野間 健之

2016年10月宮崎市中心部に近い北権現町に開業した。周辺人口をそれなりに有するであろうが、近所を見渡せば、幾らでもクリニックを見つけることのできる過当競争地区である。昨今それなりに患者数は増えてきた。

開業を契機に糖尿病の父を自分で診ることにした。自分の親の主治医になられている先生方も多いと思われるが、医師自身は平均寿命を下回りながら、医師の両親の寿命は平均を上回っているように思われる。私の知る先生方の御両親の年齢は、平均寿命を大きく上回っている。私の父は91歳で、病歴50年の糖尿病、徐脈性心房細動にてペースメーカー植え込み術後、狭心症にてステント留置後だった。私は血糖降下薬と循環器内科の先生の指導下でトータル3剤の抗血小板薬・抗凝固薬を処方していた。抗凝固薬は新規抗凝固薬（DOAC）ではなく、ワーファリンを選択した。理由は年齢相応の腎症があったことと、長期糖尿病罹患と超高齢による脆弱な血管に対しての抗凝固治療にマーカーとしてのPT-INRを拠りどころにしたからである。HbA1c、PT-INRともに自分なりに程よくコントロールできていたつもりであった。そんな父が宮崎大学病院を定期受診した際にエス

カレーターで転倒し、頭部を打撲した。外傷、頭蓋骨折、硬膜外血腫を認めなかったもので、硬膜下血腫発症時のように脳内への衝撃は逆に強かったものと考えられる。受傷数時間後に広範な脳出血を起こし、意識がなくなり、20日後に生涯を閉じた。抗凝固薬をワーファリンではなく、DOACにしていたら命を落とす程の大出血は起こらなかったかも知れないが、後悔はない。

最近の本邦のデータでは、一般男性の平均寿命は81.1歳、糖尿病を持つ男性は71.4歳と公表されている。私の父は平均寿命を10歳、母集団を糖尿病にすると20歳、健康寿命で上回ったことになる。父の先祖に長寿者がいたわけでもなく、父に長寿遺伝子があったとも考え難いので、私を医者にしてくれた父への恩恵の一部に報いることができたものと思える。しかし、疾病に対するコントロールがうまくいっていた父の最期が、病院受診時の転倒による頭部外傷であったことはなんともやるせない。人生の最期まで介護とは縁遠く、味覚を楽しみ、車の運転やゴルフをし、訳も分からず突然にこの世を去った男91年の人生は幸せだったろうと、私なりに思っている。

[随 筆]

◎BNPと私

宮崎市 横田内科

院 長 横 田 直 人

私が当時の宮崎医科大学医学部4年生の時に同大学第二生化学教室から心房性ナトリウム利尿ホルモン (atrial natriuretic peptide : ANP) がヒト心房から発見された (1984年)。そして、私が同大学第一内科大学院生の時に、やはり第二生化学教室からBNPが発見された (1988年)。BNPは生理活性ペプチドを検索していたブタ脳から同定されたため brain natriuretic peptide (BNP) と命名された。BNPはANPと構造が類似するものの、心房より心室に多く存在することが判明し、その病態生理学的意義を解明する事が当時大学院生であった私に与えられた命題であった。ラットに DOCA-salt 高血圧モデルを作成し、来る日も来る日も、radio-immunoassayにて血中濃度や組織濃度の測定をした。とにかく世界初の data で重症高血圧や心不全での血中および心室内での著増を報告し、国内外から多くの注目を浴びた。その後、私は ANP

の発見のきっかけになったカナダの de Bold 教授の元に留学してさらなる研究を続けその成果は Journal of the Clinical Investigation (JCI) 誌に掲載され生涯の宝となった (1994年)。

あれから25年が経過した。私の診察室の横にはBNPの迅速測定機器が設置され、毎日稼働している。息切れや呼吸苦がある患者さん、血圧が高くかくれ心不全を合併している患者さん等の的確な心機能評価に大いに役立っている。30年前に夢で行った自分の研究が、現在の自分の目の前の患者さんの診断や治療方針の決定の一助になっている事に、そして大半を臨床医として医師生活を送ってきた自分の人生が大学医局時代の基礎研究によって大変有意義で満足ゆくものになっている事に、最後に何よりもこのようなタイミングを与えられた幸運に感謝したい。

ひとこと

ひやり

宮崎市 むらい内科クリニック
村井 幸一

少し前に夜間急病センターの当直をした時のことです。準夜の先生から背部痛の患者さんの申し送りを受けました。できあがった胸部CT画像をみて問題ないようでしたので帰宅していただきました。直後に、たまたまCTを見られた心臓血管外科の先生から「解離性大動脈瘤ですよ」との指摘を受けました。慌てて、会計中の家族を呼び戻し、入院していただきました。解離性大動脈瘤は初めてで、救急の難しさを痛感しました。

頓と屯

宮崎市 長嶺内科クリニック
長嶺 元久

処方用語である「頓服」を「屯服」と記したのを見かけることがある。どの国語辞典を引いても「頓服」はあるが、「屯服」という項目は無い。語義を調べると、岩波国語辞典第七版では、「頓」は「一時に。一度に。『頓服』」, 「屯」は「多くのものが集まりたむろする。またその場所。『屯営, 屯所, 屯田兵, 駐屯』」と記載されている。「屯服」という誤用が無くなることを切に望む次第である。

入会の挨拶



都城市 介護老人保健施設こんにちわセンター
矢野 成昭

この度宮崎県内科医会に参加させていただいた矢野成昭と申します。

H10年福井医科大学卒業です。西勇一先生と同法人の介護老人保健施設こんにちわセンター勤務をしながら、ナカノ在宅医療クリニックでも非常勤医師として勤務し、将来的には在宅医療を志しております。

週末はバイクでツーリングをしております。在宅医療をされている先生方、バイクに興味がある先生方はぜひお声をかけていただければありがたいと思います。今後とも宜しくお願い致します。

入会の挨拶



延岡市 伸和会 共立病院
赤須 晃治

自己紹介：延岡出身で、昨年4月から兄（院長、肝臓外科）、弟（消化器外科部長）とともに勤務しております。約35年ぶりに故郷にもどり生活していますが、それまでは久留米を中心に心臓外科医として毎日毎日手術に明け暮れておりました。これまでの経験を生かし、新しいステージとして選んだのは地域医療の最前線で仕事ができる総合診療科としてのキャリアです。また、集中治療、多職種での協働、慢性心不全の緩和医療においても経験豊富ですので、地域医療と併せて貢献できればと考えています。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

入会の挨拶

日向市 なでしこ内科
石渡 正子

日向市で7年前よりなでしこ内科をやっております。石渡正子と申します。北海道大学卒業後10年程神奈川におりまして子供ができたのを期に幼少期を過ごした九州に来ました。研修病院の糖尿病センターがおもしろかったのですと糖尿病をメインに仕事をさせていただいています。最近やっと医師になってよかったかなと思うようになりました。趣味は海外放浪でしたが近頃は体力、時間が不足しておりもっぱら読書で違う世界、人生を垣間見て満足しています。

よろしく申し上げます。

入会の挨拶

延岡市 桜小路クリニック
安藤 誠

この度2018年3月に、延岡市桜小路にクリニックを開院いたしました。開業前の県立延岡病院勤務時には、冠動脈ステント治療、ペースメーカー治療などを中心に心臓病治療を行ってまいりました。開業後は、広くあらゆる疾患にも対応できることが求められる状況となり、開業当初は感冒、花粉症治療など一般内科診療に戸惑い、狭心症、心筋梗塞などの心臓病が来ると自信を持って診療できるというような状況でありました。早3ヶ月が経ち、開業の心労で落ちた体重も少しずつ改善し、プライマリ医療にも十分に対応できるようになったと自負しております。

今後も引き続き患者様の立場に立った治療を心掛けていきたいと考えております。宜しく願いいたします。

入会の挨拶

都城市 宮永病院 消化器内科
夏田朱一郎

はじめまして。
宮永病院 消化器内科の夏田 朱一郎と申
します。

平成8年に都城西高等学校を卒業、平成20
年に金沢医科大学を卒業し同年より宮崎大学
医学部附属病院の研修医となりました。

平成22年に同院第2内科・消化器グループ
に入局し大学病院、県立宮崎病院・内科での
勤務を経て、平成30年の4月より宮永病院に
勤務致しております。

大学病院では炎症性腸疾患、内視鏡検査・
治療、化学療法などを主に勉強して参りまし
た。まだまだ若輩者で勉強不足、経験不足な
点多々ございますが、都城の医療に少しで
も貢献できるよう精進しますので御指導の
程、よろしくお願い致します。

入会の挨拶



都城市 宮永病院
西 勇一

地域の先生方からの勧めもありこのたび入
会させていただきました。1972年に都城で生
まれ、1997年に熊本大学を卒業しています。
現在の勤務先では外来の一部門である糖尿病
センターの責任者を任されており、診療して
いる患者さんの9割以上は糖尿病を患ってお
られます。増え続ける患者にどう対応するか
日々苦悩しており、多くの先生方との連携が
必要であると日々痛感しております。今後と
もよろしくお願ひ申し上げます。

入会の挨拶

都城市 ペテスタクリニック
菅 好文

昭和61年より心臓カテーテル検査・治療を開始し、早32年が経とうとしています。

名古屋→熊本→福岡とカテーテル治療一筋で生きてきて、3年前に都城のペテスタクリニックへ就職致しました。

波乱万丈な人生と友人からよく言われておりましたが、まさかこのような状況になるとは…。望まないにしろ今、目の前にあることを一生懸命にやるしかない毎日です。右も左もわからない都城で相談する友人もなく困惑する日々です。医師会の先生方に助けを求め、事がきつとあると思いますので、どうか宜しくお願い致します。

理事からひとこと

心身一如

美郷町 地域包括医療局

金丸 吉昌

病は気からという言葉はよく耳にするが、この頃これが大変気になっている。もしかすると自分では気づかないうちに、診療を通して、いまだ病気でない人（半健康な人）を結果として病気に至らしめていないのだろうか、あるいは、病気を更に重症化していないのだろうか、患者に余計な不安や心配を与えてしまった結果としてそのようになっていないだろうかと思うことがある。

またこの頃の溢れる情報のため患者自身もかえって心配になったり、不安を増したり、混乱していないのだろうかと案じることもある。

健康寿命の延伸、医療費の適正化を掲げ、国、県、市町村、保険者等がこれまで以上に生活習慣病対策に取り組むようになってきている。大変大事なことであり、とてもすばらしいことだと感じている。しかし、患者自身の心のありようについては、この流れの中で、どのような取り組みが仕組まれているのだろうかと大変気になっている。

昔は患者にある程度深刻な説明をして行動変容を期待した時代もあったように記憶するが、果たしてこの事は良かったのだろうか振り返って観ている。

心身一如の人間のありようをしっかりと捉えていくことが日常診療の現場においても大変重要ではないかと改めて感じている。患者の暮らしにも触れることに繋がるからだ。患者の病態に応じて、心身一如の視点からも、よく観て、感じて、そして対応していくことで、患者自身の行動変容が少しずつ望まれる方向に向かい、結果として患者自身の安心と安定につながっていくのではないだろうか。

現代のデジタル社会の中ですますます仮想現実が広がってきている。医学、医療がめざましく発達し、またICTも飛躍的に進歩してきた今日、人々は果たして幸せが増してきたのだろうか。限りなく信号の世界（デジタル社会）が発達した暮らしの中で、もしかしたら、大事な「間」を失ってきているのかもしれないと感じている。「間」の中にたくさんの心や、フットワークを通した大切なコミュニケーションが入っているのではないかと考えている。まさにこの中に心身一如の世界が広がっているのではないだろうか。患者自身が現実の暮らし（アナログ世界）の中でもっと心豊かに安心して暮らしていくことができるためにも、心身一如の捉え方をしっかりと見失わないことが日常診療の現場においても大変大事ではないかと心に強く刻んでいる。

最後になりますが、内科医会の皆様、今後ともどうぞよろしく願いいたします。

理 事 从 ら ひ と こ と

最近の関節リウマチ事情

都城市 松山医院

松山幹太郎

関節リウマチを診療するようになり早25年が過ぎようとしています。関節リウマチのイメージを一般の方にお聞きすると『関節が変形する怖い病気、難病、早死する』といった答えがよく返ってきます。確かに難病には変わりませんが検査や診断、治療が大きく変わってきていることをここではお話ししたいと思います。関節リウマチをみはじめたきっかけは出向先の病院で『膠原病を診療するのであれば関節リウマチも診て下さい。』と有無を言わずカルテが回って来ていました。言い訳にしかありませんがその頃は整形外科の先生が診ることが殆どで大学の膠原病内科には関節リウマチの患者さんは外来、病棟とあまり診療することはありませんでした。関節リウマチの知識があまりなく診療をしており今考えるとその当時私が診ていた患者さんに大変申し訳ないことをした気持ちでいっぱいです。また治療薬も少なくサラゾスルファピリジン、ブシラミン、シオゾール注などにステロイドといった薬剤でとても関節リウマチを制圧できるものではありませんでした。ステロイドを増量すれば一時的にはよくなるもののmoonfaceになる、太る、血糖値が上がる、骨粗鬆症になるといった副作用だけが前面に出現することもしばしばでステロイド

の量は10mg/日まででそれ以上は殆ど意味がないよと教えて下さった先生もいました。そのうち関節が変形し機能障害がおきADLが落ちると言う負の連鎖が起こってきます。治療に行き詰まってきた患者さんの診察は非常につらいものがありました。次の段階の治療に行くにも薬剤がなく、ただただ変形が進み整形外科の先生に人工関節置換術の手術をお願いする段階まで待つしかありませんでした。その間外来では会話は途切れがち、気まぐれ雰囲気でもとても長く辛い時間帯でした。患者さんを手術のため整形外科の先生に渡してしまうと少しホッとしていたのも事実です。そんな事を払拭するような画期的な薬剤が出現しました。1999年にメソトレキセート(リウマトレックス)が2005年にタクロリムス(プロGRAF)が関節リウマチの適応追加、2003年に最初の生物学的製剤のインフリキシマブ(レミケード)が承認されました。この頃を境に関節リウマチの治療が180℃変わったと言っても過言ではないと思います。また2012年には免疫調整薬のイグラチモド(ケアラム)2013年にはJAK阻害剤も承認されさらに治療薬の選択肢の幅が広がりました。検査では2007年抗CCP抗体検査ができるようになり早期の関節リウマチ診断が可能になりました。(この検査は最初の診断のみ算定できますが関節リウマチの効果判定には検査できませんので気をつけて下さい。)そしてあまり馴染みではないかも知れませんが関節内エコーも有効な診断、経過観察のために活躍し

ています。2010年にはアメリカ、ヨーロッパリウマチ学会が新しい関節リウマチの診断基準を設け今まで1関節のみの症状では関節リウマチの診断とはならなかった患者さんも早期に診断できるようになりました。関節リウマチの治療において一番重要なことは疼痛、腫脹をできる限り取り除く事と関節機能を温存すること、そして変形を起こさないことです。メソトレキセートを中心とした治療により比較的早い寛解が得られうまくいかない時は生物学的製剤を使用し殆どの方が変形もしない状態にできるようになっています。一般

的に関節リウマチの好発年齢は30代から50代と言われていますが最近の問題点は75歳を超えた高齢発症が非常に増えてきていることです。臓器障害を持っている事が多く治療に難渋することもしばしばです。私見ではありますが高齢者であっても感染症と臓器機能に注意し積極的に加療しADLを落とさず、家族に介護の負担がかからないようにする事が重要と考えています。最後に関節リウマチが疑われたら抗CCP抗体、リウマチ因子定量、CRP、末梢血を測定し専門医へ紹介して頂くと幸いです。

理事からひとこと

ジュニアアスリートへのプロテイン摂取について

日南市 河野医院

河野 秀一

野球、卓球、サッカー、ソフトボール等で活躍してる学校医をしています。(今回も野球部は甲子園出場を決めました。) その中で、成長期の子供ジュニアアスリートのプロテイン摂取についてお話しします。

国際的には未成年の選手に対してプロテインをとらせるべきではないというのが共通理解になっています。トップアスリートについては別です。(ただし腎機能を持ってる人の場合の高蛋白質の食事となり注意を要します。)

市販のプロテインには牛乳由来のホエイプロテイン、カゼインプロテインと大豆由来のソイプロテインとブレンドした混合タイプがあり、ホエイとソイは吸収が速く、カゼインは吸収がゆっくりとなります。

ジュニアプロテインにはホエイとソイに成長期に不足しがちなカルシウムや鉄を配合されたものが市販されています。第30回健康スポーツ医学講習会でも質問したのですが、回答として平成27年成長期の子供の蛋白摂取量は推奨量を充分にとれておりバランスのとれた食事にエネルギー源となる糖質と蛋白質を含む補食を組み合わせる事となっています。プロテイン製品は過剰摂取した分は脂肪として

蓄積されます。(成人でビルダー系の人が高負荷の筋肉トレーニングをしたうえで筋肉をパンプアップさせようとしても食事内容に留意しないと脂肪肝で肝障害をきたす事例も報告されています。)

インターネットで海外からのプロテイン製品もドーピングにかかる可能性があります。ドーピングについては、漢方薬、市販の感冒剤、滋養栄養ドリンク、日常診療で使用してる薬にも含まれるケースがあり、アスリートの将来を一瞬にして抹消させてしまう事もあり医師サイドも十分な知識が必要となります。

ジュニアアスリートについては、日本陸連が「世界アンチドーピング機構やIAAF(国際陸上競技連盟)では、サプリメントを使用して競技力が高まるという科学的根拠はないため、安易な使用はしないように」と声明を出し特にジュニア選手はサプリメントを使用すべきでない(このサプリメントにはプロテインも含まれています。)とし、国際オリンピック委員会やアメリカスポーツ医学会も一致した見解です。したがって、中高生のプロテイン摂取を推奨するアドバイスは控えています。まず食事の重要性について重きを置きます。しかしながら宣伝媒体におされプロテインをとっているジュニア選手が多いのが実体です。

理 事 从 一 人 一 事

私の元気の源

小林市 医療法人友愛会 野尻中央病院
園田 泰三

2013年7月に3泊4日で北海道、函館を関東のドクター・医療スタッフ等総勢10名で旅行した。私にとっては、北海道への旅行は初めてであり胸高鳴る思いで出かけた。

函館市内のホテルを拠点に、思い思いの目的に分かれ2日間過ごした。何の予定もない私は2人の中年男子と仕方なくレンタカーを借りて、東へ35km離れた大沼公園へ向かった。函館市を離れると大自然!! 遠くには駒ヶ岳、広く一直線の道路、歩道と道路を分ける矢印標識など、何?何?と大雪の降らない九州人の私には目新しいことばかりであった。熊・鹿 危険標識、針葉樹並木、日常見

たことがない風景に心が躍り、開放的な気持ちになり、すっかり北海道ファンになってしまった。そして、よく見かけるのはバイクツーリングで気持ちよく走る後ろに大きな荷物を積んだ道外ナンバー旅行者である。九州でみるような10数台で連走するツーリングではなく、1人が多くても2、3人でのツーリングである。バイクツーリングの人に声をかけると、数ヶ月は野宿できそうな荷物を後ろに積載し、北海道の地図は年季が入りボロボロである。あー、この人も私と同じで北海道のファンだとすぐにわかった。九州では日帰りツーリングが主体で大荷物もなければ地図もない。私は大自然の中をジプシー的なバイク旅行に憧れた。

さあ、ここから私のバイクツーリングの夢は大きく膨らんだ。早速、中型バイク免許を所得するべく教習所に通い始める。約3週間



で二種中型バイク免許をゲット!! まずは近場を友人と日帰り、そして指宿や高千穂へ1泊ツーリングをした。バイク自体には興味がなく開放的な体験とただの憧れだけで免許取得したため、すべてレンタルバイクを利用している。免許取得してから約1年後の2014年7月に念願の北海道ツーリングを3泊4日で敢行した。場所は道東(北見, 屈斜路, 摩周, 羅臼, 知床, 斜里)を2人の中年男子でツーリングした。樹木, 植物, 道路, 空, 川, 土, 動物, 海, 滝, すべてが新鮮で, 土地の匂いも人も食べ物も車での旅行とは全く別物の旅行であり1日200-300kmの疲れも旅館での温泉が癒やしてくれた。2015年3月には中型バイクでは大地を走るには, 何か物足りない。レンタルバイクの種類も少ない。

えい! この際だから大型自動二輪をゲットしよう!! また教習所へ通った。2015年7月883ccのハーレーダビッドソンをレンタルし道央から道北(新千歳, 岩見沢, 留萌, 苫前, 稚内, 幌延, 名寄, 旭川, 富良野, 夕張)への3人のツーリングを敢行し, 2泊3日で1,100kmを走行した。帰宅2週間後に生まれて初めて腰痛に見舞われ, 約1ヶ月間苦しんだ。その後もバイクに乗るたびに腰痛に悩まされたが, 凝りもせず何度もツーリングをした。最近ではその腰痛も克服しつつある。その後も毎年, 県外にツーリングに行っている。2016年8月には秋田, 十和田湖, 盛岡, 大曲, 同年9月には新潟, 佐渡島, 柏崎, 長岡,

2017年9月新千歳, 支笏湖, 小樽, 2017年10月広島, 愛媛, 高知へ行った。

ツーリングに調達するバイクは多種にわたり, ツーリングバイク, オフロードバイク, スポーツバイク, 時には400kg級1,800cc国産大型バイクも操る。とは言っても一度, 立ちごけすると1人では起こせず, 派出所の警察官と一緒に起こしてもらった恥ずかしい経験もある。

毎年, 知らない風景, 土地, 人を感じ, リフレッシュ!! 旅行した先での温泉, うまい酒, 珍味, 特産物, そして見ず知らずの観光者を優しく助けてくれる警察官に出会えるなど, 人の親切さも感じる。ツーリングという非日常が体験できる旅行にやみつきになっている。私の元気の源である。





「硫黄山の噴気（えびの高原）」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

今年の春、突然硫黄山が噴煙を上げた。県道一号線沿いでも激しく噴気を上げ始め、5月以降えびのエコミュージアムセンターからの観察は可能となったが、活動は依然活発である。

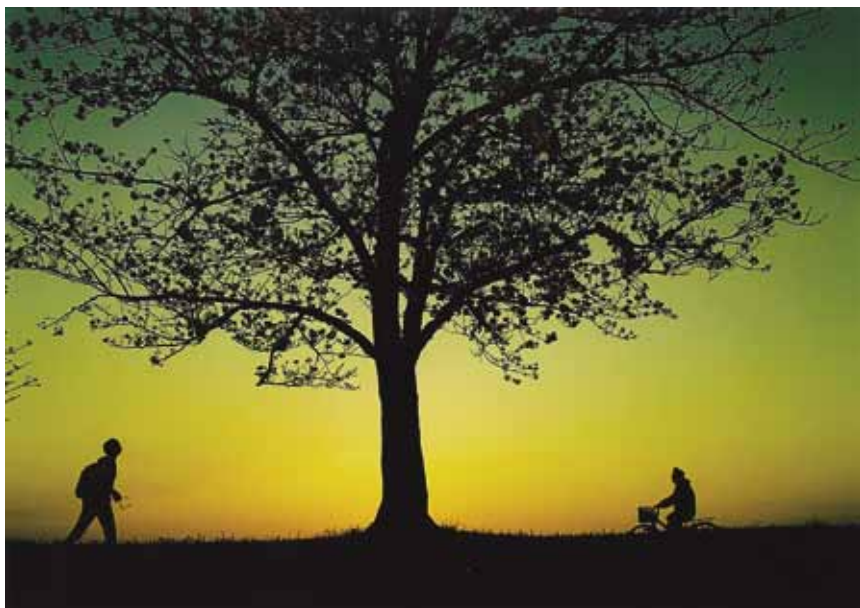
(2018年5月3日撮影)



「星空の下に」

延岡市 北浦診療所 日高 利昭

9月からしばらくは、雲海がよく観られる季節になります。気象条件により夜から雲海が出ることも多く、月明かりがあると、普通より幻想的に観られることがあります。



「秋の夕暮」

宮崎市 楠元内科 楠元 正輝

10月秋の夕焼けは短い。歩く人もつい急ぎ足になる。夜風を冷たく感ずるのもこの頃である。

(大淀川河畔)

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村 善教

新薬に 期待ふくらむ 記事を読む
不治の病が 遠くになれと

脳がつき 今は昔の 標榜か
このままいくぞ 神経内科

改定で 加算減算 論議呼ぶ
電卓上手に 医師もならねば

応召の 義務を外せば 加速する
医師の不足を 解決せねば

医学生 地域医療を 学ぶため
クリニック制度に 微力を捧げ

短歌

吉都線

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

吉都線のすべての駅ゆくなりさまさまな貌の霧島山を

嘗てには急行「えびの」走りける線路をとことこ列車は進む

西郷せごどんと同じき言葉訛りなり車中にきける諸県もろかた弁は

三月の十七日ゆ行き帰り十一便が八便に減りぬ

マンシヨンを手がけるJR九州よ決して忘るな井上勝を

*これらの歌は、短歌結社誌「心の花」平成三十年六月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 7 日々の診療のなかで

宮崎市 大西医院

大 西 雄 二

処方せし薬剤数多残りをり受診の度に説明すれど

入社時の健康診断書若人に長く勤めよと思ひて渡す

当院に通ひ逝きし人の廃屋表札文字かすかに残れり

商店主店を守るためと診察時ビタミン注射を希望せり

発癌の動物飼育のため大学へ帰るを急ぐ子を見送り

[報 告]

日本臨床内科医会第59回代議員会および第35回総会

宮崎県内科医会 副会長

石 内 裕 人

日 時：平成30年 4月14日(土), 15日(日)

場 所：京都ホテルオークラ

出席者：比嘉会長, 光川常任理事, 石内

第35回日本臨床内科医会総会が平成30年 4月15日(日)に京都ホテルオークラで開催された。総会に先立ち14日に同所で理事会および代議員会が開催された。理事会には比嘉会長が出席され、代議員会には比嘉会長, 光川常任理事, 石内の3名が参加した。今回の総会では、日臨内年会費の値上げ変更に関する議決事項が重要なテーマであった。

【第59回代議員会】

神津常任理事の開会宣言から始まり、議長、副議長の選出の後、猿田日臨内会長の挨拶があった。今回、会員減少と財政状態の悪化により、日臨内年会費変更の議決事項が行われた。宮崎県内科医会では再度日臨内内部での経費削減を徹底して頂き、会費値上げには反対の意向で参加した。その後は、各部会、委員会報告及び議決事項が行われた。以下にその概要を報告する。

○議決事項1：日臨内年会費を現行の年5,000円を年8,000円に変更する案。理由としては会員減少(年率1.6%の減少率)が続いており、今後しばらく改善が望めず現行の年5,000円では会を維持出来ない。執行部では経費削減はすでに対策実施済であることや製薬会社の経営状態の悪化もあり製薬会社からの収入減も著しいとの報告があった。その後、質疑応答があり会員からは再度の経費節減の意向や今後の見通し案の再考を問う意見が出されたが、決議投票にて賛成92票、反対5票(宮崎県は反対票)で、議決事項は可決され今年度より年会費は8,000円で決定された。

【総務部】

総務委員会より会員数の報告があり平成30年 1月25日現在14,742名で昨年度より227名減であった。次回の第36回日臨内総会の開催予定は平成31年 4月28日名古屋(安藤忠夫会頭)第33回日臨内医学会は平成31年10月13~14日広島(加藤雅史学会長)の報告があった。会務報告の後に議決があり、平成29年度事業報告、平成30年度事業計画(案)が承認された。事業計画は臨床内科学の発展、国民医療の向上、特に生活習慣病対策の充実を中心に捉え、1. 臨床内科医の位置づけと地位の向上および会員増強 2. 内科学生涯研修の強化 3. 内科診療報酬体系の合理化と改善 の3項目を柱として、事業内容の充実と発展、財政基盤の強化をはかる。

【庶務部】

調査研究委員会より「女性のミカタ」プロジェクトのファイザーからのwebsiteの移行終了の報告と、まだ会員登録者が少ない為（日臨内HPからの再登録122名、以前からの日臨内会員287名）検索機能は参加施設が増えるまで未公開とする旨があった。J-SELECT studyについては2017年12月に倫理審査委員会を通過して、ダイレクトメール、日臨内HP、日臨内ニュース、メルマガ等で案内と参加アンケートを施行し3月2日時点での参加施設は22施設であった。

庶務委員会より「全国中小企業団体中央会の業務災害補償制度について」として会員の福利厚生を目的とした諸事業（東京海上日動との契約）として全国中小企業団体中央会に入会し会員となったので業務災害総合保険（経営ダブルアシスト）に加入可能の報告があった。

会員増強委員会より①日臨内HPに本会員の医療機関検索サイトを作成して都道府県別に検索可能で登録クリニックにもリンク可能として日臨内の情報提供が容易となり会員増強と日臨内会員の満足度向上を目指す。②日臨内会員証の作成を行い、クリニックで掲載可能とし連帯感を計る。③ACP(Advance Care Planning)での「私のリビングウイル」活動を日臨内の事業とする。「私のリビングウイル」の小冊子を作製し日臨内会員に配布し、社会に対してACPの啓発活動を行う。ACPとは末期がん患者や高齢者がいずれ意思決定が困難になる場合に備えて、患者・家族・医師・他職種チームが何度も話し合いを行い、今後の治療内容や受ける場所を決定してゆく手法であり欧米では1990年から普及しているが日本では一部の医療機関にとどまっている。今後、かかりつけ医としての日臨内会員がACPの実践を小冊子を活用しながら積極的に行い、社会に対しての存在価値を高め、マスコミや厚労省にもアピールしていき、本会会員の総合臨床専門医への足掛かりを作って行きたい旨の説明があった。

IT委員会より日臨内会員にアンケート調査をし、その結果を時事通信社が契約している新聞に配信および自社サイトに掲載し配信する報告があった。日臨内HPへのアクセス数は、1日200～300件であり今後、HPをさらに充実させる意向の報告があった。

【経理部】

経理委員会より日臨内年会費を現行の年5,000円を8,000円に変更する旨の報告と平成29年度収支決算報告と平成29年度収支予算（案）が報告され、いずれも承認された。

【社会医療部】

公益事業委員会より、禁煙・受動喫煙防止啓発活動、COPD周知活動、肺炎球菌ワクチン接種啓発活動の報告があった。インフルエンザ研究班からは、従来の調査研究に新たな医師主導研究「インフルエンザウイルス薬剤耐性の動向調査」が進行中であること、医師主導研究「13価肺炎球菌ワクチンとインフルエンザワクチン同時接種における副反応」を昨年日臨内医学会で発表し論文投稿中である旨、7月にインフルエンザ夏季セミナー開催予定、AMR（薬剤耐性）対策として日本感染症学会共同で教育講演の開催予定の報告があった。地域医療委員会からは14名の地域医療功労賞被推薦者の報告があり14名全員が承認された。今回宮崎県からの推薦者はなかった。

【社会保険部】

医療・介護保険委員会より2018年度診療・介護報酬同時改定の詳細が報告された。

- 1.) 平成30年度診療報酬改定の基本方針は①医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価②外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進③質の高い在宅医療・訪問看護の確保④国民の希望に応じた看取りの推進、であり改定率は診療報酬本体0.55%の引き上げ、薬価1.65%、材料費0.09%引き下げ、全体で1.19%のマイナス改定。医科は0.63%のプラス改定であった。
- 2.) 診療報酬改定の要点は①初診患者へのかかりつけ医機能の評価としての機能強化加算(80点) ②在宅時医学総合管理料の細分化で連携の評価と「月2回以上」訪問診療の引き下げ③薬剤適正使用連携加算(30点)：入院・入所先の医療機関と医薬品の適正使用の連携④地域包括診療科・地域包括加算：要件の達成度による施設基準の細分化⑤オンライン診療科(70点)、医学管理料(100点)：初診から6カ月以上経過した患者、3カ月に一度の対面診療が必要。
- 3.) 平成30年度診療報酬改定と日臨内要望項目の検討として①評価された項目：地域包括診療加算、地域包括診療科の算定上の要件緩和、在宅時医学総合管理料の月1回の訪問診療での加算、在宅療養支援診療所の24時間往診体制の緩和、連携の推進②今回評価されなかった項目：特定疾患療養管理料の月2回の再診による算定から月1回再診による算定の評価、アルツハイマー病を特定疾患療養管理加算に追加要望、往診料の在宅患者訪問診療科と同等の評価要望、処方箋料の多剤を専門的な判断を基に十分な管理をした時の評価の説明がなされた。次に介護保険委員会より平成30年度介護報酬改定の概要の説明が行われた。

【研修推進部】

研修推進委員会より「日臨内会誌のセルフアセスメントの在り方について」委員会で議論検討された結果、日臨内会誌の設問を5問(総説3問、解説2問)とし、60%正解で8単位付与、回答および手数料は従来どおりとする報告があった。平成29年認定医・専門医申請状況の報告があり、認定医申請者144名(新規36名、更新108名)、専門医申請1,038名(新規13名、更新1,025名)であった。平成30年度申請書請求期間は平成30年9月3日～9月21日と報告された。

【学術部】

学術委員会よりJ-SELECT study(有効性からみたSGLT2阻害薬ルセオグリフロジンとDPP-4阻害薬に関する前向き、無作為比較研究)に関しての選択基準、研究支援センターからのサポートについての説明報告があった。

【第35回総会】

総会は神津仁常任理事の開会の辞で始まり、垣内孟第35回日臨内総会会頭、猿田享男日臨内会長、横倉義武日本医師会会長、第115回日本内科学会総会会長河野修興先生、京都府医師会会長松井道宣先生の挨拶があった。総会は、代議員会報告、各部会・各委員会報告が行われ、議決事項として平成29年度事業報告、平成29年度収支決算、平成30年度事業計画(案)、平成30年度収支(案)および日臨内年会費変更について、挙手多数により議決された。ついで、地域医療功労者表彰式が行われた。最後に、本年9月16-17日に開催される第32回日臨内医学会会長の宮川政昭先生、第36回日臨内総会会頭の安藤忠夫先生の挨拶があり、閉会となった。

総会終了後、3会場でランチョンセミナーが開催された。テーマI「サルコペニアの予防も見

据えた糖尿病治療」京都府立医科大学大学院医学研究科 内分泌・代謝内科学教授の福井道明先生による講演。テーマⅡ①「C型肝炎治療最前線－実臨床と肝炎撲滅を目指した患者掘り起こしについて－」福井県済生会病院副院長・肝疾患センター長 野ツ俣和夫先生による講演と②「B型肝炎治療におけるかかりつけ医と肝臓専門医の病診連携の重要性」くまもと森都総合病院理事長・院長 藤山重俊先生の講演。テーマⅢ「UUI (切迫性尿失禁)－私のコミュニケーション術－」日本大学医学部泌尿器科学系泌尿器科学分野 主任教授 高橋悟先生の講演が行われた。

午後からは、特別講演Ⅰ「超高齢社会に備える！かかりつけ医と在宅医療－京都での取り組み－」京都府医師会副会長 北川泰邦靖先生が講演された。特別講演Ⅱ「新たな専門医制度の現状と課題」一般社団法人日本専門医機構副理事長 松原謙二先生の講演が行われた。以上、すべて滞りなく終了し、最後は懇親会にて会員同士の交流を深めた。

平成29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10日(土) 16:15～ 於. 宮崎観光ホテル <特別講演会> 特別講演① 〈座長 宮崎県内科医会 会長 小牧 齋〉 『変わる！医学教育の形, 医師の育ち方 -医学生・研修医目線とともに学ぶ生涯学習のススメ-』 宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター センター長 小松 弘幸 先生</p> <p>特別講演② 〈座長 宮崎県内科医会 副会長 田口 利文〉 『心房細動患者に対する抗凝固療法 -知りたいこと, 聞きたいこと-』 香川県立白鳥病院 院長 坂東 重信 先生 (出席者 56名)</p> <p>3月10日(土) 16:00～ 於. 県医師会館 <保険診療についての講演> 保険診療の状況について 県内科医会学術委員会・国保審査委員 黒木 和男</p> <p><特別講演会> 〈座長 宮崎県内科医会 会長 小牧 齋〉 『痛みのメカニズム-慢性痛の病態とそれに合った治療選択肢-』 日本大学医学部麻酔科学系麻酔科学分野 主任教授 鈴木 孝浩 先生 (出席者 41名)</p>
【理事 会】	5月29日(月), 6月30日(金), 8月18日(金), 2月26日(月)
【評 議 員 会】	6月1日(木), 3月1日(木)
【各 郡 市 内 科 医 会 長 会】	3月17日(土)
【会 計 監 査】	4月27日(木)
【学 術 委 員 会】	5月1日(月), 10月27日(金), 1月10日(水)

会議名	日時・場所・出席者
【医療保険委員会】	4月20日(木), 6月26日(月), 8月9日(水)
【宮崎県内科医会誌編集委員会】	6月12日(月), 8月21日(月), 11月13日(月), 1月26日(金)
【日本臨床内科医会九州ブロック会議】	10月21日(土) 於. 福岡(担当:福岡県内科医会) 出席者:小牧会長, 弘野副会長, 光川常任理事
【九州各県内科医会連絡協議会】	10月21日(土) 於. 福岡(担当:福岡県内科医会) 出席者:小牧会長, 石内副会長, 光川常任理事
【九州各県内科審査委員懇話会】	10月21日(土) 於. 福岡(担当:福岡県内科医会) 出席者:弘野副会長, 松岡理事
【九州各県内科医会長会】	1月27日(土) 於. 福岡(担当:福岡県内科医会) 出席者:小牧会長, 光川常任理事
【日本臨床内科医会総会・理事会・代議員会】	4月15日(土), 16日(日) 於. 東京 出席者:小牧会長, 光川常任理事, 松岡理事(公益事業委員会)
【日本臨床内科医会理事会・代議員会・医学会】	10月7日(土)～8日(日) 於. 大阪府 出席者:小牧会長, 弘野副会長, 光川常任理事 松岡理事(公益事業委員会)
【日本内科学会九州地方会評議員会】	1月20日(土) 於. 福岡 出席者:なし
【学術講演会】 (県内科医会共催講演会)	<p>① 4月25日(火) 19:00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 「宮崎脳卒中連携を考える会」 演題 潜在性脳梗塞へのアプローチ LINQ vs ESUS 講師 杏林大学医学部脳卒中医学教授 平野 照之 先生 演題 脳卒中医療連携の必要性 講師 宮崎市郡医師会病院循環器内科長 足利 敬一 先生 宮崎大学医学部第一内科助教 井手口武史 先生 潤和会記念病院脳神経外科医長 川添 琢磨 先生 (出席者 51名)</p> <p>② 7月14日(金) 18:50～ 於. KITEN 「かかりつけ医と精神科医－Medical Collaboration Forum－」 演題 不眠症治療におけるスポレキサントへの期待 講師 県立宮崎病院精神医療センター医長 直野 久雄 先生 演題 内科医から見た不眠症治療</p>

会議名	日時・場所・出席者
	<p>講師 潤和会記念病院名誉院長 鶴田 和仁 先生 演題 かかりつけ医と精神科医の連携強化のために 講師 宮崎大学医学部臨床神経科学講座精神医学分野教授 石田 康 先生 (出席者 35名)</p> <p>③7月27日(木) 19:00～ 於. MRT-micc 「学術講演会－便秘治療を考える－」 演題 便秘治療UPTODATE 講師 大分大学医学部消化器内科学講座教授 村上 和成 先生 (出席者 52名)</p> <p>④8月7日(月) 19:00～ 於. MRT-micc 「宮崎ロコモフォーラム－健康寿命の延伸を目指して－」 演題 ロコモを取り巻く環境 －ロコモ・サルコペニア・フレイルと疼痛－ 講師 宮崎大学医学部整形外科教授 帖佐 悦男 先生 (出席者 39名)</p> <p>⑤8月17日(木) 19:00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 「宮崎県C型肝炎セミナー」 演題 当院における慢性肝疾患治療の現状から今後を考える 講師 宮崎医療センター病院副院長 消化器・肝臓病センター長 宇都 浩文 先生 演題 C型肝炎の撲滅とB型肝炎の安全な治療を求めて 講師 久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門准教授 井出 達也 先生 (出席者 48名)</p> <p>⑥10月5日(木) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 「ストップ！NO卒中プロジェクトエリア会議」 演題 脳卒中の併存疾患と対策 講師 長崎大学病院脳神経内科教授 辻野 彰 先生 (出席者 51名)</p> <p>⑦10月25日(水) 18:50～ 於. MRT-micc 「第18回宮崎IBD講演会」 演題 IBD診療におけるアドヒアランスの重要性／ 今後期待される新薬 講師 杏林大学医学部第三内科学教授 久松 理一 先生 (出席者 44名)</p>

会議名	日時・場所・出席者
	<p>⑧11月29日(水) 19:00～ 於. MRT-micc 「Insomnia Forum in Miyazaki」 －プライマリケア医の不眠症治療を考える－ 演題 夜間頻尿における睡眠障害の位置づけ 講師 村岡泌尿器科内科院長 村岡 敬介 先生 演題 プライマリケア医が出会う精神疾患の“処方箋” －不眠・うつ－ 講師 宮崎大学医学部臨床神経科学講座精神医学分野教授 石田 康 先生 (出席者 36名)</p>
	<p>⑨12月9日(土) 17:00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 「Infection Seminar in 宮崎」 演題 抗菌薬適正使用のための適正な考え方：理論と実践の解離 講師 佐賀大学医学部国際医療学講座・臨床感染症学分野教授 青木 洋介 先生 (出席者 29名)</p>
	<p>⑩12月13日(水) 19:00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 「宮崎県内科医会学術講演会」 演題 肺高血圧症評価のための心エコー 講師 宮崎大学医学部附属病院検査部生理検査室主任技師 鈴木千代子 先生 演題 肺高血圧診療の現状 講師 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 (出席者 31名)</p>
	<p>⑪12月13日(水) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 「Diabetes & Incretin Seminar in 宮崎」 演題 当院における糖尿病治療戦略 講師 平和台病院 藤崎弘志郎 先生 演題 新しいGLP-1受容体作動薬が 2型糖尿病治療に与えるインパクト 講師 愛知医科大学医学部内科学講座糖尿病内科准教授 神谷 英紀 先生 (出席者 62名)</p>
	<p>⑫12月14日(木) 19:00～ 於. MRT-micc 「Advanced Seminar in Miyazaki」 演題 VTE治療新ステージの幕開け</p>

会議名	日時・場所・出席者
	<p>講師 神戸大学医学部附属病院総合内科助教 乙井 一典 先生 (出席者 27名)</p> <p>⑬ 1月23日(火) 19:00～ 於. MRT-micc 「第2回STOP DM Nephropathy」 演題 糖尿病性腎症治療と医療連携 講師 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 演題 地域の特性を活かした糖尿病性腎症重症化予防戦略 講師 名古屋大学医学系研究科循環器・腎臓・糖尿病 (CKD) 先進診療システム学寄附講座准教授 安田 宜成 先生 (出席者 148名)</p> <p>⑭ 1月24日(水) 19:45～ 於. 宮崎観光ホテル 「宮崎JAKセミナー」 演題 関節エコーによるリウマチ診療の最適化 講師 千葉大学附属病院アレルギー膠原病内科講師 池田 啓 先生 (出席者 32名)</p> <p>⑮ 2月22日(木) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 「心房細動診断率向上セミナー」 演題 吹田コホート研究から考察される心房細動の実態 講師 国立循環器病センター予防検診部医長 小久保喜弘 先生 (出席者 25名)</p> <p>⑯ 3月16日(金) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 「美波セミナー in宮崎」 演題 抗糖尿病薬 温故知新 講師 宮崎大学医学部内科学講座神経呼吸内分泌代謝学分野助教 上野 浩晶 先生 演題 見直そう！グリニド薬ができる事はこんなにある！ 講師 東邦大学医学部内科学講座糖尿病・代謝・内分泌学分野教授 弘世 貴久 先生 (出席者 43名)</p> <p>⑰ 3月23日(金) 19:00～ 於. シーガイアコンベンションセンター 演題 脳梗塞予防における適切な抗血栓療法 －頭蓋内出血と消化管出血を回避する治療戦略－ 講師 九州医療センター脳血管・神経内科長 矢坂 正弘 先生</p>

会議名	日時・場所・出席者
	<p>演題 高齢者における脳神経外科手術 講師 関西医科大学脳神経外科教授 浅井 昭雄 先生 (出席者 42名)</p>

平成29年度 宮崎県内科医会歳入歳出決算書

歳入合計	8,964,121
歳出合計	6,814,583
差引残高	2,149,538 (平成30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	5,670,000	5,684,400	14,400	A 会員会費 4,932,000 B 会員会費 752,400 未収金 0
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	1,481,152	2,010,329	529,177	
4. 雑収入	1 雑収入	1,100,000	1,029,392	△ 70,608	内科医会誌広告料 959,352 宛名シール代 5,000 預金利息 40 日臨内認定制度第一次審査会事務経 費交付料 65,000
歳入合計		8,491,152	8,964,121	472,969	

会員数異動状況		
	平成29年3月31日現在	平成30年3月31日現在
A 会員	271	271
B 会員	104	102
免除会員 (A 会員)	20	19
〃 (B 会員)	32	35
合計	427名	427名

【歳出】

(単位：円)

款	項	予算額	支出済額	予算残額	備 考
1. 事務費		699,000	593,313	105,687	
	1 旅 費	49,000	49,000	0	会計監査旅費
	2 需 用 費	50,000	26,440	23,560	事務用品代
	3 役 務 費	200,000	181,895	18,105	切手代、郵送料、電報・電話使用料等
	4 使用料及び賃借料	130,000	65,978	64,022	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		1,428,000	990,992	437,008	
	1 総 会 費	97,000	39,168	57,832	案内FAX代等、会場使用料
	2 評 議 員 会 費	558,000	333,100	224,900	2回
	3 理 事 会 費	773,000	618,724	154,276	4回
3. 事業費		6,086,000	5,230,278	855,722	
	1 学 会 費	100,000	0	100,000	
	2 諸委員会活動費	550,000	408,514	141,486	医療保険委員会 190,930 (3回) 学術委員会 217,152 (3回) 会計監査ペットボトル代 432 (1回)
	3 地区保険研究会助成費	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	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	1,916,668	283,332	編集委員会 227,824 (4回) 印刷代 1,555,200 (2回) 執筆料等 133,644
	6 名簿刊行費	1,000	0	1,000	
	7 地区内科医会連絡会	350,000	301,988	48,012	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	459,000	370,520	88,480	各県負担金 50,000 九内協旅費 (福岡3名) 192,100 〃 参加費 @10,000×3名 = 30,000 会長会旅費 (福岡2名) 84,420 〃 会費 @7,000×2名 = 14,000
	9 九州各県内科 審査委員懇話会	254,000	161,840	92,160	九内懇旅費 (福岡2名) 141,840 〃 参加費 @10,000×2名 = 20,000
	10 日本臨床内科医会	865,000	881,208	△ 16,208	総会・理事会・代議員会 旅費 (東京2名) 245,960 参加費 @10,000×2名 = 20,000 医学会・理事会・代議員会 旅費 (大阪3名) 363,468 事前登録料 @13,000×3名 = 39,000 委員会費 (1名×2回) 192,780 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	72,000	0	72,000	※不参加
	12 慶 弔 費	150,000	108,540	41,460	生花 (7名)
	13 諸 費	10,000	6,000	4,000	新会長、常任理事打ち合わせ旅費
4. 予備費	1 予 備 費	278,152	0	278,152	
歳 出 合 計		8,491,152	6,814,583	1,676,569	

平成30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30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	5,600,000	5,670,000	△ 70,000	A会員 @18,000×270名=4,860,000 B会員 @7,200×103名= 741,600 免除会員 A会員 20名, B会員 35名 (会員数：平成30年2月1日現在)
2. 県医補助金		240,000	240,000	0	
	1 学 会 補 助 金	120,000	120,000	0	
	2 保 険 研 究 会 補 助 金	120,000	120,000	0	
3. 繰越金	1 繰 越 金	2,149,538	1,481,152	668,386	
4. 雑収入	1 雑 収 入	600,000	1,100,000	△ 500,000	内科医会誌広告料，日臨内，預金利息等
歳 入 合 計		8,589,538	8,491,152	98,386	

【歳出】

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増減	備考
1. 事務費		699,000	699,000	0	
	1 旅 費	49,000	49,000	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	200,000	200,000	0	切手代, 郵送料, 電報・電話使用料等
	4 使用料及び賃借料	130,000	130,000	0	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		1,186,400	1,428,000	△ 241,600	
	1 総会費	48,500	97,000	△ 48,500	案内FAX代, 総会会場費 (6月)
	2 評議員会費	558,000	558,000	0	2回 (旅費, その他)
	3 理事会費	579,900	773,000	△ 193,100	3回 (旅費, その他)
3. 事業費		4,920,720	6,086,000	△ 1,165,280	
	1 学会費	100,000	100,000	0	総会時学会, 学術講演会, 研修会
	2 諸委員会活動費	447,300	550,000	△ 102,700	学術委員会 (2回), 医療保険委員会 (2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	1,100,000	2,200,000	△ 1,100,000	編集委員会 (2回) 会誌印刷代, 執筆料
	6 名簿刊行費	50,000	1,000	49,000	役員改選年に刊行
	7 地区内科医会連絡会	350,000	350,000	0	各都市内科医会会長会 (1回)
	8 九州各県内科医会連絡協議会	478,420	459,000	19,420	九内協各県負担金 50,000 九内協 (鹿児島3名) 100,000 九内協参加費 (3名) 30,000 九州各県内科医会会長会 (福岡2名) 84,420 会長会参加費 (2名) 14,000 九内協開催地負担金積立金 200,000
	9 九州各県内科審査委員懇話会	130,000	254,000	△ 124,000	九内懇 (鹿児島3名) 100,000 九内懇参加費 (3名) 30,000
	10 日本臨床内科医会	958,000	865,000	93,000	総会 (京都3名) 288,000, 参加費 (3名) 30,000 医学会 (神奈川3名) 375,000, 登録料 (3名) 45,000 委員会費 (京都, 神奈川1名) 200,000, 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州地方会評議員会	72,000	72,000	0	福岡 (1名) 72,000
	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	1,783,418	278,152	1,505,266	
	歳出合計	8,589,538	8,491,152	98,386	

宮崎県内科医会総会並びに学術講演会

日時 平成30年6月9日(土)

場所 宮崎観光ホテル 西館8階 フォレスト・ブリリアント

I 総 会 [16:15~16:30] フォレストホールB

1. 物故会員黙祷
2. 会長挨拶
3. 議 事

- ①平成29年度事業報告について
- ②平成29年度歳入歳出決算について(監査報告)
- ③平成30年度事業計画(案)について
- ④平成30年度歳入歳出予算(案)について
- ⑤日本臨床内科医会 会費値上げについて

II 製品紹介 [16:35~16:50] ブリリアントホール

エーザイ(株)

「抗てんかん薬フィコンパについて」

III 学術講演会 [16:50~19:00] ブリリアントホール

特別講演① (16:50~17:50)

〈座長 宮崎県内科医会 副会長 石内 裕人〉

『てんかんと認知症』

講師：けいめい記念病院

副院長 岡原 一徳 先生

〈 休 憩 (10分間) 〉

特別講演② (18:00~19:00)

〈座長 宮崎県内科医会 会 長 比嘉 利信〉

『薬剤耐性(AMR)対策を考えた感染症診療』

講師：宮崎大学医学部内科学講座 免疫感染症学分野

教授 岡山 昭彦 先生

IV 懇親会(西館8階 フォレストホール)

19:00~

宮崎県内科医会役員

(任期 平成30年4月1日～平成32年3月31日)

役職	氏名	〒	住 所 医 療 機 関 名	TEL FAX
会 長	比嘉 利信	880-0911	宮崎市大字田吉4374-1 (独)国立病院機構 宮崎東病院	0985-56-2311 0985-56-2257
副 会 長	弘野 修一	880-0925	宮崎市大字本郷北方字山崎3582-1 (医)ひろの内科クリニック	0985-52-7311 0985-52-7312
〃	重平 正文	885-0005	都城市神之山町2030-1 しげひらくクリニック	0986-27-5555 0986-27-5556
〃	石内 裕人	882-0017	延岡市川島町1644-1 (医)社団康晏堂 石内医院	0982-30-1885 0982-30-1886
常任理事	光川 知宏	880-0806	宮崎市広島2丁目8-27 光川内科医院	0985-38-8722 0985-38-6050
理 事	金丸 吉昌	883-1101	東臼杵郡美郷町西郷田代29 美郷町国民健康保険西郷病院	0982-66-3141 0982-66-2491
〃	松岡 均	880-0041	宮崎市池内町数太木1749-1 (医)同心会 古賀総合病院	0985-39-8888 0985-39-0356
〃	外山 博一	880-0841	宮崎市吉村町境目甲1529-1 (医)千春会 外山内科神経内科医院	0985-28-1388 0985-28-1393
〃	石坂裕司郎	880-2234	宮崎市大字金崎字大迫1455-1 四季クリニック	0985-41-3011 0985-41-3012
〃	姫路 大輔	880-8510	宮崎市北高松町5-30 県立宮崎病院	0985-24-4181 0985-38-4118
〃	玉置 昇	880-1303	東諸県郡綾町大字南俣657-4 (医)社団昇陽会 たまきクリニック	0985-77-2512 0985-77-1200
〃	松山幹太郎	885-0012	都城市上川東2丁目2-8 松山医院	0986-24-1046 0986-24-1047
〃	日高 孝紀	882-0125	延岡市北方町川水流卯1412-1 北方医院	0982-47-2333 0982-47-2517
〃	家村 文夫	883-0021	日向市大字財光寺1056-1 家村内科	0982-55-0600 0982-55-0601
〃	加来 英典	884-0006	児湯郡高鍋町大字上江8250 (医)野津手・加来内科医院	0983-22-2104 0983-22-2105
〃	河野 秀一	887-0013	日南市木山1丁目5-13 河野医院	0987-23-4155 0987-23-4157
〃	園田 泰三	886-0212	小林市野尻町東麓1176 (医)友愛会 野尻中央病院	0984-44-1141 0984-44-0629
監 事	仮屋 純人	885-1103	都城市上水流町2348 (医)社団 仮屋医院	0986-36-0521 0986-36-2911
〃	遠藤 豊	880-0824	宮崎市大島町天神前1171 宮崎医療生活協同組合 宮崎生協病院	0985-24-6877 0985-29-4839

計 19名

宮崎県内科医会評議員

(任期 平成30年3月1日～平成30年2月29日)

地区別	氏名	〒	住 所 医 療 機 関 名	TEL FAX
宮 崎 (5名)	森山 光一	880-0052	宮崎市丸山2丁目116-6 江平内科	0985-32-6000 0985-22-2528
	山下 政紀	880-1101	東諸県郡国富町大字本庄4033 山下医院	0985-75-2104 0985-41-4848
	徳田 省吾	880-0951	宮崎市大塚町大塩道下4747 (医)碧澄会 徳田内科とくだ小児科	0985-54-3299 0985-54-8203
	宮永 省三	880-0123	宮崎市大字芳士1074-1 (医)宮永内科クリニック	0985-62-5556 0985-62-5557
	原田 雄一	880-0904	宮崎市中村東2丁目7-10 原田内科クリニック	0985-59-1212 0985-51-6402
都 城 (2名)	三嶋 孝雄	885-0081	都城市鷹尾1丁目26-6 (医)社団敬愛会 三嶋内科	0986-24-7171 0986-24-7766
	野邊 俊文	885-0072	都城市上町10-4 (医)社団浩盛会 野辺医院	0986-22-0153 0986-22-0108
延 岡 (2名)	板野 晃也	882-0801	延岡市野田町1836-1 (医)晃成会 板野内科・胃腸科医院	0982-32-3377 0982-32-3383
	木谷 道隆	882-0822	延岡市南町1丁目2-1 (医)社団 木谷医院	0982-21-5905 0982-29-2358
日 向 (1名)	中村 剛之	883-0068	日向市亀崎西2丁目141 (医)社団楠友会 なかむら内科・循環器内科	0982-52-5488 0982-52-8532
児 湯 (1名)	野津手大輔	884-0006	児湯郡高鍋町大字上江8250 (医)野津手・加来内科医院	0983-22-2104 0983-22-2105
西 都 (1名)	上野 尚美	881-0104	西都市大字鹿野田5579-1 (医)百喜会 上野医院	0983-44-5100 0983-44-5997
南那珂 (1名)	藤浦 芳丈	887-0021	日南市中央通1-6-18 (医)芳潤会 藤浦循環器科内科クリニック	0987-23-3188 0987-22-3558
西 諸 (1名)	吉村 雄樹	886-0004	小林市細野1606-1 よしむら循環器内科クリニック	0984-27-3339 0984-27-3150
西臼杵 (1名)	佐藤元二郎	882-1621	西臼杵郡高千穂町大字岩戸72-1 (医)佐藤医院	0982-73-2010 0982-74-8102

計 15名

各都市だより



宮崎市郡内科医会だより

① 2年後の2020年8月に宮崎市郡医師会病院の移転が予定されています。新たに救急科（ER）が新設されますが、ここに宮崎大学救命救急センターから4名の医師が派遣されるようです。しかし、急病センターは同施設内で今まで通り運営されることになっており、急病センター当番医の負担は（特に内科医）決して軽減されないようです。

但し、会員と医師会病院循環器内科および宮大医学部からの派遣医の協力を得て維持されていましたが、最近県内外のフリーランス医も募集し、数名の医師が協力してくれています。

② 休日内科在宅当番医

宮崎市内の休日内科在宅医実施医療機関は94件あり、3施設ずつの輪番制となっていますが、そのほとんどが同じ月に当たっており、繁忙期ばかり当たる施設と閑散期にばかり当たる施設が固定している現状で不公平感が出ていました。しかしながら、現在のローテーションを同月固定のないように変更するのは事務的に困難です。全会員にアンケートをとり「現状でよい」との

解答が82.3%となり、今回は現状のままということになりました。但し、繁忙期は協力医を募って4施設に増やす案（12月～2月の3ヶ月間）が出ています。

平成30年1月から6月までの当内科医会の講演会は以下の通りです。

共催 3回

年月日	内 容
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)	「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 小村 悟 先生 「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
H30. 5. 15(火)	「糖尿病性腎症の治療はeGFR30 までで決まる ～それまでどう 診るか～」 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

後援 1回

年月日	内 容
H30. 4. 14(土)	宮崎県腹部超音波懇話会 宮崎県腹部超音波懇話会
4. 15(日)	

（文責：山下 政紀）

都城市北諸県郡内科医会だより

本年4月に当医会の役員改選があり、諸事情により私志々目が4期目の会長を仰せつかることになりました。何もしていないので、会員のためにもう少しお世話させて頂くつもりです。会員数は世界、高齢等により90名を

割ることもありました。皆さんの御協力、御好意で未加入の先生たちに声を掛け90名台をどうにか維持しています。B会員の加入に期待していますが、何かメリットがありますかと言われると親睦のためとしか言いようがありません。ただ当会は以前より原則として講演会は誰でも参加できますが、座長は会員であるとしています。さて上半期の講演会の内容は以下の通りですが、どの講師の先生たちも気さくに話して頂き情報交換会もいつも盛り上がります。

○平成30年2月15日(木)

「第3の死因, thromboembolism, を考える」

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
循環器内科学

教授 伊藤 浩 先生

○平成30年4月17日(火)

特別講演①「症例に学ぶ糖尿病治療」

医療法人 魁成会 宮永病院
糖尿病センター

糖尿病センター長 西 勇一 先生
特別講演②「DPP-4阻害薬（アログリプチン）/メトホルミン500mg配合剤1日1回投与の有用性 ～CGMで見る血糖動態と長期臨床成績から～」

日本赤十字社静岡赤十字病院
糖尿病・内分泌代謝内科

部長 村上 雅子 先生

○平成30年5月24日(木)

「脂質低下療法のエビデンス - エゼチミブ・スタチン併用の対象患者は? -」

熊本大学大学院 生命科学研究部
循環器内科学

教授 辻田 賢一 先生

○平成30年6月21日(木)

「糖尿病と脂肪肝・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

(文責：志々目栄一)

延岡内科医会だより

平成30年4月10日に延岡内科医会役員会にて役員改選を議論し、会長職を野村朝清先生から溝口直樹に交代することを仰せ付けられました。野村朝清先生は宮田純一先生と交代されて宮崎県内科医会学術委員に推薦されることとなりました。その他の理事の先生方はそのまま留任となりました。その後、4月20日の延岡内科医会総会にて役員改選が承認され、新体制発足となりました。

今後の目標は少しずつ会員数を増やし新陳代謝のはかれる組織へと向かって理事の先生方と協力し努力していこうと思っています。

平成29年12月から平成30年6月までに当内科医会が共催、後援した講演会は以下の通りです。

○平成30年1月26日(金)

「黄砂・PM2.5のアレルギー性鼻炎に対する影響」

国立病院機構福岡病院 アレルギー科

医長 岸川 禮子 先生

○平成30年2月9日(金)

「認知症疾患医療センターについて」

医療法人建悠会吉田病院

認知症疾患医療センター副センター長

精神保健福祉士 甲斐 義章 様

「多職種連携で認知症予防に挑む」

大分大学医学部神経内科学講座

准教授 木村 成志 先生

○平成30年3月9日(金)

「消化器医が知っておきたい抗血栓療法とその合併症対策 ～小腸・大腸病変を含めて～」

国立病院機構都城医療センター
消化器病センター長

駒田 直人 先生

「日本から発信する心臓手術後心房細動の予防と管理法」

日本大学医学部外科学系心臓血管外科学分野

講師 瀬在 明 先生

○平成30年3月16日(金)

「抗凝固薬選択と中和剤 ～1次予防医と脳卒中医の埋まらない『溝』～」

日本医科大学多摩永山病院 脳神経内科
部長 長尾 毅彦 先生

○平成30年3月30日(金)

「胆膵疾患に対する超音波内視鏡診断・

治療：現状と新展開」

宮崎大学医学部消化器内科学講座

教授 河上 洋 先生

○平成30年4月13日(金)

「効果のメカニズムを念頭に置いた睡眠障害への薬物療法」

久留米大学医学部神経精神医学講座

講師 小鳥居 望 先生

○平成30年4月20日(金)

「延岡市における救急の現状とその対応」

共立病院

院長 赤須郁太郎 先生

「抗血栓治療の現状から考える消化管出血対策 ～カテーテル治療医の立場から～」

東海大学医学部内科学系 循環器内科学

准教授 篠崎 法彦 先生

○平成30年4月27日(金)

「肺高血圧症の診断と治療」

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30年6月1日(金)

「当院における急性冠症候群患者の脂質低下療法」

宮崎県立延岡病院循環器内科

医長 黒木 一公 先生

「積極的脂質低下療法の最新知見 ～冠動脈疾患に対する新たなアプローチ～」

琉球大学大学院医学研究科

循環器・腎臓・神経内科学講座

診療教授 岩淵 成志 先生

○平成30年6月8日(金)

「『糖尿病療養指導報告書』を用いた連携」

延岡市医師会病院 薬局長

佐藤智加子 先生

「糖尿病の包括管理

～血糖・血圧・脂質管理の意義～」

光川内科医院

院長 光川 知宏 先生

(文責：溝口 直樹)

日向市東臼杵郡内科医会だより

今年の冬もインフルエンザが猛威を振るい、初期救急診療所の1月受診者数は、112人でした。年によりピークが異なりますが、この時期の当番は大変です。

さて、当医師会内科医会総会を9月26日(水)に開催することになりました。総会に続き千代田病院 糖尿病専門医 山下英一郎先

生、腎臓病専門医 上園繁弘先生のお二人に講演をお願いしました。

平成30年1月から6月までに当内科医会が主催・共催して実施した学術講演会は下記のとおりです。

○平成30年3月15日(木)

『糖尿病と動脈硬化ハイリスク患者における脂質管理の有用性』

医療法人社団陣内会 陣内病院
循環器内科 部長 杉山 正悟 先生

○平成30年4月27日(金)

『宮崎県における肝炎診療の現状と今後の課題』

宮崎大学医学部附属病院
肝疾患センター
准教授 永田 賢治 先生

○平成30年5月17日(木)

『慢性疼痛と神経障害性疼痛の治療戦略～当院でのプレガバリンの使用経験～』

宮崎大学医学部附属病院 整形外科
助教 比嘉 聖 先生

○平成30年5月29日(火)

『抗血栓薬と消化管出血』

医療法人 誠和会 和田病院
内科 伊藤 康司 先生

『わかりやすい虚血性心疾患について』

宮崎県立延岡病院 循環器内科
部長 山本 展誉 先生

○平成30年6月9日(土)

『日向で医師を育てる ～地域で医師を育てるために今必用なこと～』

宮崎大学地域医療・総合診療医学講座
教授 吉村 学 先生

○平成30年6月15日(金)

『GLP-1受容体作動薬の活用方法と意義に

ついて ～代謝を考慮した循環器治療～』

熊本加齢医学研究所
医療法人社団 寿量会 熊本機能病院
副院長 水野 雄二 先生
(文責：今給黎 承)

児湯内科医会だより

内科の診療所をやっているとありとあらゆる訴えを聞かなくてはなりません。これは皆さんも同様でしょう。開業内科医で診る機会が多いのは、風邪症状、胃腸炎、高血圧、糖尿病、脂質異常症、虚血性心疾患、虚血性脳血管疾患の患者さんです。でもこれらの患者さんがついでに訴えていく事柄は全身にわたります。長く外来をやっていて多く遭遇するのは、めまい、しびれ、疼痛です。この3つの診断をマスターすると外来診療はかなりのエキスパートとなります。しかし多くの一般内科医にとってこれは対応が難しい症状です。耳鼻咽喉科や脳神経外科、神経内科、整形外科など多岐の分野にまたがる領域だからです。学生時代に勉強した知識では対応できません。

こんな時、私が参考にして重宝しているのが以下の3冊です。①ジェネラリストのための内科外来マニュアル第2版(金城光代他編集, 医学書院), ②神経症状の診かた・考え方(福武敏夫著, 医学書院), ③症状から一発診断! 整形外科専門医はこう見立てる(聖路加国際病院整形外科編著, 総合医学社)。①はとても有名な本で読んでいらっしゃる先生も多いと思います。第2版になって特にしびれの細かい鑑別診断の記述が増えてとても便利です。②は頭痛, めまい, しびれの鑑別

診断に詳しい記述があり、その他パーキンソン病や認知症についても解説があります。第7章の「奇妙な症状」と題した1節は示唆に富んだ症例ばかりです。③は患者さんが訴える特徴的な整形外科的の症状から診断をつけるステップを解説し鑑別診断も詳しく記述されています。図や写真も多くわかりやすい解説です。ただ、外来で患者さんが訴える症状に比べ、見出しになっている事項が少なすぎる嫌いがあります。

いつもの如く、児湯内科医会の講演会を列記します。

○平成30年1月16日(火)

「心房細動治療のすべて

～明日からの診療に役立つ話題を中心に～」

久留米大学医学部

内科学講座心臓・血管内科部門

講師 大江 征嗣 先生

○平成30年3月13日(火)

「下痢・便秘治療のup to date」

宮崎大学医学部

内科学講座消化器血液学分野

講師 山本章二郎 先生

○平成30年5月15日(火)

「慢性腎臓病合併糖尿病の治療

～重症化予防のために～」

宮崎大学医学部

血液・血管先端医療学講座 助教

宮崎県立延岡病院 内科

医長 戸井田達典 先生

○平成30年7月17日(火)

「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

(文責：大森 史彦)

西都市西児湯内科医会だより

役員改選の時期でしたが、特に変更はなく、以下の役員で、2年間西都市西児湯内科医会を運営していきます。

会 長：黒木 重晶

副会長：富田 雄二

理 事：水田 能久・上野 尚美

監 事：相澤 潔・杉尾 克徳

会員数が少ないため、新たな会員を増やす努力を行っていきたくと思っています。また、今年は暑く、自然災害も多い為、災害対策を西都市とも協議し、早く行っていきたく思っております。さて学術講演会は以下の通りです。

○平成30年1月24日(水)

「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

○平成30年2月7日(水)

WEB講演

「骨粗鬆症患者における

口腔へのBP製剤の真の効果とは」

松本歯科大学 歯科放射線学講座

教授 田口 明 先生

「骨粗鬆症患者における歯科受診の重要性」

三財病院 整形外科部長

松本 英裕 先生

○平成30年10月19日(金)

「慢性疼痛と神経障害性疼痛」

宮崎大学医学部 整形外科

田中 裕美 様

助教 黒木 修司 先生

講演Ⅱ

(文責：上野 尚美)

「腹膜透析～地域で取り組む腎不全治療～」

宮崎県立日南病院 内科

医長 松本 充峰 先生

南那珂内科会だより

○平成30年7月11日(水)

「2型糖尿病治療の新たな展開」

日南市立中部病院

副院長 中津留邦展 先生

○平成30年7月27日(金)

「実臨床よりDOACを考える」

久留米大学病院

副院長 上野 高史 先生

○平成30年8月30日(木)

「寛解世代の関節リウマチ治療」

社会医療法人 善仁会 市民の森病院

膠原病・リウマチセンター所長

日高 利彦 先生

○平成30年9月12日(水)

「ガイドラインから見た心不全の薬物治療」

鹿児島大学大学院

心臓血管・高血圧内科学

講師 窪菌 琢郎 先生

○平成30年10月15日(月)

「慢性疼痛におけるデュロキセチンの使用
経験(予定)」

宮崎大学附属病院 整形外科

助教 比嘉^{ヒガ} 聖^{キヨシ} 先生

○平成30年10月26日(金)

地域包括ケアから地域共生社会への挑戦
～認知症の人のよりよい人生のために～

(医) 静光園 白川病院 医療連携室長

猿渡 進平 様

○平成30年11月9日(金)

テーマ「消化管疾患の話」

本年5月に当医師会と県福祉保健課間で「南那珂地域うつ病医療連携事業」の委託契約を行いました。当事業はかかりつけ医と精神科医の連携強化により、自殺の要因の一つであるうつ病を早期に発見し適切な医療に結びつける事を目的としています。

8/20に久留米大学医学部精神科教授の内村直尚先生においていただき久留米地区での同モデル事業展開についての研修会を開催します。精神科予約のうえ紹介を行なった場合は診療情報提供料(1)に精神科医療連携加算(200点)を予約した受診日が紹介した受診日が紹介した日より1ヶ月以内であって、予約した受診日を診療録に記載する事が必要となります。

○平成30年4月11日(水)

「2型糖尿病治療の最近の考え方

-SGLT阻害薬の最近の話題を含めて-」

日南市立中部病院

副院長 中津留邦展 先生

○平成30年5月29日(火)

「薬物療法の効果をひきだす糖尿病療養指導」

二田哲博クリニック 姪浜

院長 下野 大 先生

○平成30年6月28日(木)

講演Ⅰ

「平成29年度日南市CKD予防連携システム
～事例からみえた今後の課題～」

日南市康増進課 保健師

順天堂大学 医学部 消化器内科
教授 永原 章仁 先生

○平成30年11月20日(火)

「睡眠障害と認知症(仮)」

けいめい記念病院 脳神経外科
副院長 岡原 一徳 先生

横内視鏡内科医院
副院長 横 信一朗 先生

「早期胃癌の内視鏡診断

元福岡大学筑紫病院 内視鏡部
講師 長浜 孝 先生

○平成30年5月28日(月)

「ガイドライン改訂を踏まえた

最近の静脈血栓塞栓症(VTE)治療」

宮崎市郡医師会病院 心臓病センター
循環器内科 医長 小岩屋 宏 先生

「高齢心房細動患者に対する抗凝固療法を
どう考えるか ~リバーロキサンを実臨床
データから再考する~」

宮崎市郡医師会病院 心臓病センター
循環器内科 科長 足利 敬一 先生

○平成30年10月25日(木)

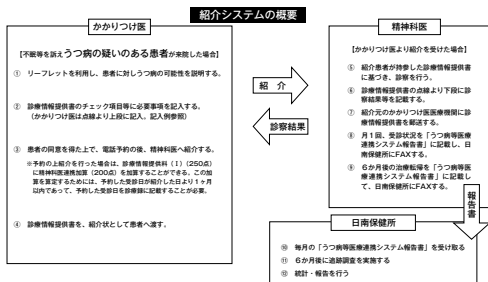
「高齢者心疾患を未然に防ぐ」

鹿児島大学大学院
心臓血管・高血圧内科学

教授 大石 充 先生

(文責:園田 定彦)

南那珂地域 かかりつけ医から精神科医への紹介システムの概要



(文責:河野 秀一)

西諸内科医会だより

今年、3月2日開催の西諸内科医会総会にて役員改選が行われました。引き続き私が内科医会の会長を務めさせていただくこととなり、新たに、副会長には園田泰三先生(野尻中央病院)と吉村雄樹先生(よしむら循環器内科クリニック)のお二人、理事には横信一朗先生(横内視鏡内科医院)に就任いただきました。これからも会員の先生方の御協力を賜り、当会での研修会を通じて、会員のみなならず、西諸地域の先生方のお役に立てるよう運営してまいります。今後ともご支援、ご協力のほど平にお願い申し上げます。

平成30年上半期の西諸医師会との合同講演会は以下の通りです。

○平成30年3月2日(金)

「逆流性食道炎の

症状改善効果についての検討」

西臼杵郡内科医会だより

5月26日(土)、第10回郡民公開講座in西臼杵が日本脳卒中協会宮崎支部の共催で開催されました。あいにくの雨天でしたが脳卒中に興味のある高千穂町民の方々に参加して頂き、脳卒中についての講演を聴講して頂きました。当地区は高血圧、糖尿病が多く生活習慣病が原因となる脳卒中が増えているのが現状で講演の内容だけでなく、会の終了後の脳卒中の健康相談も大変好評でした。

平成30年前半の講演会は下記の通りです。

○平成30年2月2日(金)

「最新・最適な糖尿病診療を目指して」

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 上野 浩晶 先生

○平成30年6月17日(日)

講演① 「知っていますか？ 腎臓病のこと」

宮崎大学医学部

血液・血管先端医療学講座

助教 戸井田 達典 先生

講演② 「いまさら聞けない、糖尿病」

延岡市医師会病院 内科

医長 松尾 崇 先生

(文責：佐藤元二郎)

原稿募集

次の原稿締切は2019年7月26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 各郡市内科医会日より
(毎号提出のこと) 400字詰原稿用紙4枚以内
- 5 短歌, 俳句, 詩
- 6 芸術写真
- 7 質疑応答
採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。著者においてお願いして誌上で回答致します。
カラー写真については, 投稿された先生方の写真をまとめて掲載させていただきます。

編集委員

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年度より宮崎県内医会は大きく変わりました。まず, これまで長らく内科医会長の責務を遂行されて来られた小牧斎先生が勇退され, 後任に国立病院機構宮崎東病院名誉院長の比嘉利信先生が就任されました。今後比嘉先生と共に新しい内科医会を作っていきたいと考えております。次にこれまで宮崎県内科医会誌は年2回発行していましたが, 県内科医会の予算収入減のため年1回の発行となりました。会員の皆様にはご大変不便をおかけしますがご理解をいただければ幸いです。そして今後県内科医会誌は毎年秋に発行していく予定で, 内容もできるだけ充実したものになりたいと内科医会誌編集委員全員で頑張っていきます。第94号の内科医会誌はまず, 巻頭言には新しく会長就任された比嘉利信先生から就任挨拶をいただきました。宮崎大学医学部教授就任ご挨拶には小児科の盛武浩先生, 看護学科教授就任には澤田浩武先生です。特集には麻疹とその対策を宮崎大学の岡山昭彦先生に寄稿していただきました。Postgraduate Educationは「たこつぼ心筋症」「心筋炎」に関して宮崎市郡医師会病院循環器内科の安里哲矢先生と松浦広英先生に詳しく解説いただきました。更に「甲状腺疾患シリーズ」として, 宮崎大学第3内科, 古賀総合病院内科の内田泰介先生に一般によく遭遇する「甲状腺疾患について」解説していただくことになっております。他科からの提言では, 最近話題になっている「ベンゾジアゼピン系の処方あり方」に関して宮崎大学医学部精神医学講座教授の石田康先生に詳しく解説していただきました。随筆には野間健之先生, 横田直人先生, ひとつことに村井幸一先生, 長嶺元久先生に寄稿していただきました。また, 今回は多くの先生方に県内科医会への入会のご挨拶をいただきました。

今後も新しい県内科医会, 内科医会誌を宜しくお願い致します。
(宮永 省三)

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 比嘉利信
編集人 宮永省三
印刷所 愛文社印刷株