

## 【巻頭言】

## 教えることは学ぶこと

宮崎市 国立療養所宮崎東病院

院長 隈本 健 司

多くの先生方と同じように、恩師や先輩達に指導を受けたことが私の貴重な財産になっています。自分の経験から、若い医師達の臨床医としての成長を手助けすることも仕事のひとつと考えて、煙たがられながらも私なりにアドバイスしてきました。思い通りに事が運んでいる訳ではありませんが、そのいくつかを紹介して文責を果たしたいと思います。

当院は医局の規模の程良さの故に、退院サマリー、学会発表、原著論文の全てに私の目を通すことができますが、私が最も重視しているのは退院サマリーです。「退院時診断は究極の退院サマリー」と言い張って、一つ一つの診断名に主治医の思いを込めることを要求しています。診断名も主治医が思いついた順番ではなく、その患者さんの、その入院にとって重要な順番に重み付けするべきであると言い、話し合いの上で時に変更を求めます。また、簡潔に要領よくサマリーをまとめる事を要求するのは、それが学会発表や論文の練習にもなり、あとで照会があった場合に病院としてのいわば公文書にもなり得るからです。

回診でも診断や治療を進める上での基本的な考え方をアドバイスするよう心がけています。例えば、とりあえず「疑い」診断を何個も並べて検査した後に診断を考える習慣は、臨床医としての成長を阻害すると考えて注意します。学会や班研究の発表予定では、エチケットとしての講演時間の厳守と、限られた時間で伝えたいメッセージが伝わりやすいプレゼンテーションの仕方についてアドバイスしています。

自分で理解できていないことを正直に「わからん。」と言うせいか、「院長はこんなことも知らないのか。」ということで議論が盛り上がり、それによって若い医師達から最新の情報を教えられることも少なくありません。「教えることは学ぶこと」と感じる時です。

医療、特に医師に対する注文が今後ますます厳しくなることは避けられません。これからの医療を支えていく若い医師達の成長を可能な範囲で手助けすることは、我々の大事な役割の一つと考えています。恩師や先輩達から受けた指導の何割位を若い人に還元できているか自信はありませんが、簡単にやめる訳にもいかず、うるさがられながらも続けています。

## 特 集 [ ]

宮崎県にある公害病  
- 土呂久地区の慢性ヒ素中毒症について -

延岡市

川崎渉一郎<sup>1)</sup>\* 矢澤 省吾<sup>1)</sup>\*\* 大西 晃生<sup>2)</sup>\*\*\* 大井 長和<sup>3)</sup>

1)宮崎県立延岡病院神経内科〔〒882-0835 宮崎県延岡市新小路2-1-10〕

2)産業医科大学神経内科〔〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1〕

3)宮崎医科大学第三内科〔〒889-1692 宮崎県宮崎郡清武町木原5200〕

\* 現 医療法人高信会辰元病院〔〒880-2224 宮崎県東諸県郡高岡町大字飯田2089-1〕

\*\* 現 宮崎医科大学第三内科〔〒889-1692 宮崎県宮崎郡清武町木原5200〕

\*\*\* 現 見立病院〔〒826-0041 田川市大字弓削田3237〕

## はじめに

水俣病（水俣，新潟の有機水銀中毒），いたいたい病（富山の慢性カドミウム中毒），四日市喘息（三重県）に次いで，第四番目の公害病に指定されている慢性ヒ素中毒症が本県に存在するのをご存知ない方もおられるかも知れません。宮崎県高千穂町土呂久地区には，随分昔からヒ素鉱山があり，そこで発生した慢性ヒ素中毒症が，昭和48年，本邦第四番目の公害病に指定され，平成12年4月現在で165名（内，生存者74名）が認定されている。ヒ素鉱山そのものは，既に40年前に閉山されているのであるが，私どもは，鉱山が操業していた当時に，この土呂久地区に居住していた9例について診察，精査する機会を得た。本症については，熊本大学皮膚科等の御尽力によりその概要が明らかにされ<sup>1)2)3)</sup>，その後もいくつかのレポートが見られる<sup>4)5)</sup>。今回，私どもが精査し得た症例の臨床症状や所見は，これまでに報告されている症状，所見

とは些か異なるものであった。特に，神経学的所見についてはこれまでの報告に詳しい報告がなされていない。そこで本稿では土呂久ヒ素中毒症についての歴史，概要と今回の私どもの精査成績等を報告したい。なお，本症の神経学的所見についての詳細は，著者らの報告書<sup>6)</sup>を参照して頂きたい。

## 土呂久鉱山の歴史

土呂久鉱山の歴史の詳細については，他の資料<sup>7)8)</sup>を参照して頂きたい。それによると，1550年頃，大友宗麟配下により銀山として開発され，1850年頃には江戸幕府の直轄銀山となり，一時は全国でも有数の銀山の一つに成長していた，とのことである。その後，延岡藩の管理になり，明治中期になって亜ヒ酸の製造が始まった，と言われている。当時のこの亜ヒ酸の用途は，主にコメ倉庫のネズミ取りなど殺鼠剤，殺虫剤としてである。大正年間になって亜ヒ酸の製造が本格化しており，

それとともに鉱害が出現したらしく、大正12年には煙害交付金が支給されている。住民の死亡が相次ぎ、牛馬の狂い死、ミツパチや椎茸の壊滅などが記載されている。昭和10年になって鉱業権が中島飛行機（戦前、ゼロ戦を作った会社）に移り、昭和19年になって戦争の激化で鉱山は操業停止になっている。

その後、昭和29年に操業再開され（中島鉱業）、亜鉛、鉛、錫、アンチモン、ダンビュライトなども産出し、土呂久地区では亜ヒ酸のみが製造され、他は大分県の佐賀関に運ばれて精錬されていた。土呂久地区は、祖母山の麓、周囲を800 - 1000mの山々に囲まれた谷間にあり（図1）、鉱山の操業当時はこの谷間一帯は鉱山から出る粉塵とガスが充満し、周囲の山野、田畑は白い粉塵で覆われ、草木は枯れ、虫も全然いかなかった、とのこと

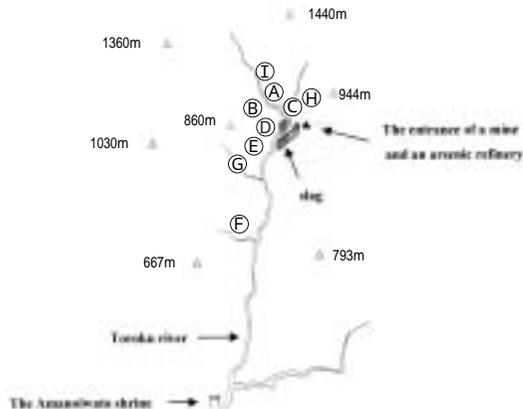


図1 . Location of Toroku valley, houses of patients (A ~ H), and an arsenic mine (文献6より引用)

表1 . ヒ素焼き窯のすぐ近くの民家から採取したゴミ、粉塵のヒ素濃度

(土呂久地区の鉱害にかかわる社会医学的調査成績, 昭和47年, 宮崎県) ( - 文献9 - より引用)

天井の粉塵 (A家)	8.00	ppm
屋根のゴミ (A家) カヤブキ	0.16	
天井の粉塵 (B)	1.35	
天井の粉塵 (C家)	0.23	
対照地区の民家の天井の粉塵	0.00	

である。昭和37年に鉱山は操業を停止し、昭和42年、住友金属鉱山が鉱業権を取得しているが、休山のままである。昭和46年、この地区の小学校の教諭が子供たちの健康被害を報告し、その後に、県の住民検診が始まった。昭和47年、県の報告書<sup>9)10)</sup>が出て、昭和48年、公害病に指定されることとなった。当時の県による環境調査<sup>9)10)</sup>で高濃度のヒ素が確認されている。その一部を表1に示す。

### 症 例

今回は9例について精査する機会を得たのであるが、その内の2例について紹介する。

症例A. 63歳、女。主訴：頭痛、歩行時のふらつき感。生活歴：0～15歳まで土呂久地区に居住（昭和11年～昭和26年）。家族歴：現在の同居家族には土呂久地区出身者はいない。既往歴：50歳時に悪性甲状腺腫の手術と放射線治療を受けた。若い時から慢性気管支炎があり、時に喘息様発作もあって治療継続中。子供の頃には手・足によく皮疹が出来ていたが、今はない。家族歴：父62歳で没、死因不詳。母85歳で没、死因不詳。同胞は7名で、第1子（男）36歳で没、膵臓癌。第2子（女）舌癌、子宮癌の手術（生存）。第3子（女）本例。第4子（男）21歳で没（肝臓癌）。第5子（女）腹部の手術（生存）。第6子（男）腎臓疾患あるも生存。第7子（女）甲状腺癌（生存）。神経学的所見：意識清明。記憶力・記銘力の軽度低下。脳神経領域では、嗅覚脱失、角膜反射の消失、味覚の著しい低下、両側難聴、嘔声。運動系では、四肢全般に軽度の脱力があり、筋力を長く保持出来ない。手・足には頻繁にこむら返りが起こる。こむら返りの痛みは感じない。感覚系は、顔面・頭髮部を含めて、全身の表在・深部覚ともに

低下し、特に手首以遠、下腿の1/3以遠の四肢末梢では全感覚とも脱失に近い状態である。腱反射は近位部で正常、遠位部では減弱。協調動作は四肢に軽度の感覚性運動失調がみられるが独歩可能。その他：いつも頭痛、頭重感、締め付ける感じがある。発汗低下が認められる。

本例での日常生活での特記事項：1)手のヤケド。60のお湯でもぬるく感じる。両手には、小さなヤケドの痕が多数(炊事でのテンプラ揚げ、熱い鍋を平気で手に持つ、熱湯などによる)。本人は熱いのに気付かない。2)入浴温度。本人の測定で48。これでも本人は全然熱くはない。3)舌の荒れ。本人の飲食物は、熱くて他の人は飲めない。本人が丁度良いと言う湯茶の温度は、70もあった。料理の味つけもすごく辛く、家族は塩辛くて食べられない。家族に適した味つけでは本人は全然、味が無い。4)料理の時によく鍋を焦がす。あらゆる物で匂いを感じない。5)歩行時に転びやすい、暗い所や狭い場所はなるべく歩かない。6)この様に感覚が鈍いことは、本人は今まではっきりとは自覚しておらず、病的との認識はなかった。主要検査所見：頭部・頸部MRI検査は異常ない。聴力は右35dB、左43.8dB(4分法)で、感音性難聴。握力は10~15kg、左9~17kg。75g OGTTは正常。甲状腺機能はチロナミン1錠を服用中で良好。肺機能も良好。

症例C。65歳、女性。主訴：四肢のしびれ感。生活歴：0歳から現在まで土呂久地区に居住。うち、18歳から28歳まではヒ素焼き釜のすぐ近くの鉾山社宅に居住していた。既往歴：子供の頃にはいつも皮疹が出来ていた(今はない)。4歳時に呼吸器疾患で気管切開

術を受けている(短期で閉鎖)。41歳からB型肝炎の治療を受けている。家族歴：両親は没、死因は不詳。同胞は6名で、第1子は20歳で死亡(昭和16年)。第2子も20歳で死亡(昭和20年)。第3子は現存(肝疾患、振動病)。第4子は59歳で死亡(肝臓癌)。第5子は本例。第6子は幼少時に死亡(7歳)。神経学的所見：意識清明。精神機能正常。脳神経領域では嗅覚・味覚の著しい低下、角膜反射の鈍麻。運動系では四肢末梢側に僅かな筋力低下が見られるが、本人の自覚的脱力感はない。感覚系では全身の表在・深部覚が共に低下し、四肢末梢側では痛覚脱失の状態にある。感覚障害は頭髪部や顔面、口腔内にも及び、口腔内の温度覚・触覚も著しく鈍い。反射は正常ないし減弱。協調動作は軽度の運動失調。その他に、痛みを感じない四肢の頻回のこむら返り、慢性的な頭痛、頭重感があり、日常の発汗が大変少ない。皮疹や皮膚の色素沈着、ポーエン病はない。軽度の慢性気管支炎があるが治療を要するほどではない。

#### 神経学的主要所見と検査所見のまとめ

神経学的主要所見は、1)感覚優位の多発性神経炎 2)緊張型頭痛 3)無痛性こむら返り 4)嗅覚・味覚の著しい低下である。

多発性神経炎については、運動系の障害は軽く、脱力はあるとしても軽い。感覚障害は四肢末梢側では痛覚・温度覚が脱失している例もあり、感覚障害の分布は頭髪部や顔面にも及び、口腔内の感覚もかなり鈍い。温度覚の障害の程度をみる指標の一つとして飲湯温度と入浴温度を調べたところ、9例とも著しく鈍いことが証明された(表2)。主要検査所見のまとめでは、頭部や頸椎のCT、MRIには

表2. 9例の温度覚 ( ) (文献6より引用)

	洗面器の湯温		入浴温度	飲温温度 (対照 52~57)
	手	顔		
症例 A 家族	60	60	48 (36-39)	70
症例 B 夫	56	59	47 39	65
症例 C 娘	50	52	46 40	75
症例 D	47		43	69
症例 E	55	56	45	67
症例 F 妻	47		44 42	57
症例 G	55		48	65
症例 H	52		50	
症例 I	57		47	63

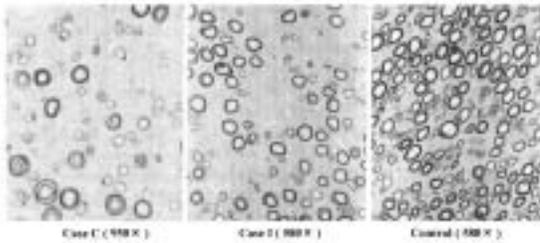


図3A. Transverse sections of Epon-embedded sural nerve stained by toluidine-blue. Myelinated fiber density are moderately decreased in case C and I as compared with normal control. There are no onion-bulb formations and no myelin ovoids. Neither vasculitis nor cellular infiltration is seen. (文献6より引用)

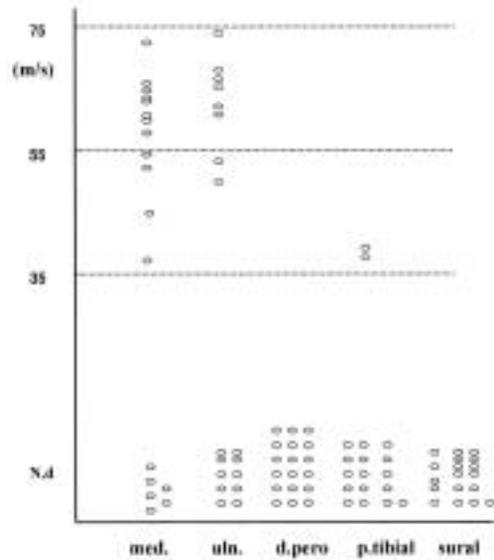


図2. SCV in 9 cases. (med.: median nerve, uln.: ulnar nerve, d. pero: deep peroneal nerve, p. tibial: posterior tibial nerve) SCV of sural nerve were obtained by sensory peak latency (140mm) N.d.: not detected (文献6より引用)

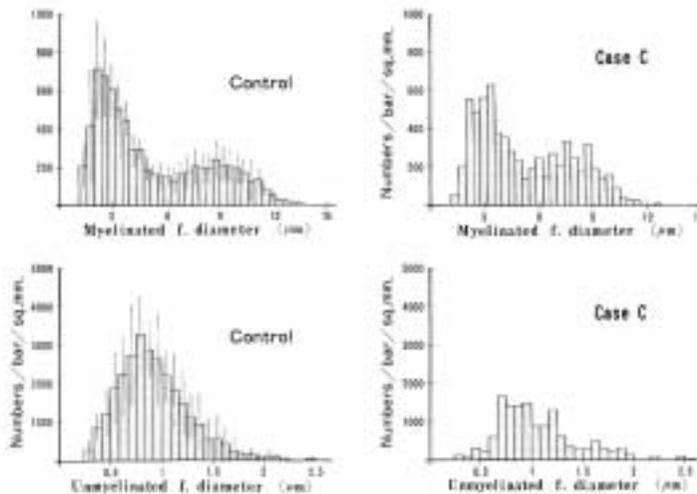


図3B. Histograms of myelinated and unmyelinated fibers of sural nerve (Control and Case C). Minimum reduction in the number of small myelinated fibers and moderate reduction in the number of unmyelinated fibers are seen compared with control. (文献6より引用)

問題はない。神経伝導検査では、運動神経は正常ないし正常下限がほとんどで、下肢の一部で遅延と誘発不能がみられた。感覚神経は上下肢とも誘発不能が多く、上肢で測定できた12肢のうち、2肢で遅延、下肢では殆どの例で誘発不能で、感覚神経伝導速度（SCV）の遅延が認められた（図2）。4例で腓腹神経生検を実施し得た。このうちの1例を（図3）に示す。小径有髄神経線維と無髄神経線維の減少が認められた。

### 考 察

慢性ヒ素中毒症の主症状としては、皮疹・色素沈着・ポーエン病などの皮膚症状、慢性気管支炎などの呼吸器症状、貧血、悪性腫瘍の発生、そして神経症状、特に多発性神経炎が知られている。他方、急性ヒ素中毒症では、嘔気・嘔吐・腹痛・下痢などの消化器症状、頻脈・ショックなどの循環器症状、無尿、溶血、頭痛、けいれん、意識障害などが見られ、原因の殆どは他殺・自殺目的や事故である。近年でも和歌山県でのカレー毒殺事件はご存知の方も多かろう。慢性ヒ素中毒の原因としては、昔の梅毒治療薬としてのサルバルサンによるもの、職業性のもとして殺虫剤製造業、鉱山労働者などにみられた。随分以前ではあるが、本邦では森永ヒ素ミルク中毒事故がある。

土呂久ヒ素中毒症は鉱山公害による慢性ヒ素中毒症であり、中村ら<sup>1)2)3)</sup>によりその全貌が明らかにされ、堀田ら<sup>4)5)</sup>によりさらに詳しく報告されている。しかしながら、いままでの報告は、皮膚症状や悪性腫瘍との関連、公害発生環境や全体像などについての報告が主体であり、神経症状についてはあまり詳し

くは述べられていない。

鉱山廃止後40年を経過した現在、私どもが精査した9例に最も著明な所見は感覚優位の多発性神経炎であった。表在覚・深部覚ともに障害され、その分布は四肢末梢に強いのではあるが全身に及び、頭髪部や顔面、口腔内でも低下していた。このように全身の感覚が鈍いことには、本人たちも今まで気付いておらず、自覚的しびれ感の訴えも無いが、せいぜい四肢末梢に限られていた。過去の種々の検診、調査でもチェックされておらず、過去の土呂久地区での多発性神経炎に関する記述も、その所見は四肢末梢のみの感覚低下である、と誤った所見として捉えられていた。全身の感覚低下については、成人してから新たに加わったしびれ感ではなくて、子供の頃から、あるいは若い時からこのような状態なので、本人たちはこのくらいで「当たり前」であって、「病的」とは感じていなかった様に思われる。今回調査した入浴温度と飲湯温度でも判るように、本人たちが、いかに熱い風呂に入り、いかに熱い湯茶を飲んでいたか、私どもに指摘されて初めて気付いた次第である。従って、神経学的所見、中でも感覚障害の所見の取り方には十分な注意を要する。

急性・亜急性ヒ素中毒による多発性神経炎の報告は多いが、40年もの長期経過後の報告例は今のところ見当たらない。また、今回報告した9例のように全身の感覚が低下した例の報告はほとんど無く、唯一、村山ら<sup>11)</sup>により報告された土呂久地区の一例で顔面に及ぶ広範な感覚障害が確認されている。急性中毒ではあるが、Jenkins<sup>12)</sup>やGoldstein<sup>13)</sup>らの報告例で僅かに顔面の異常覚や顔面神経、三叉神経の障害された例が見られるていどで、ほ

とんどは四肢末梢に限られた多発性神経炎である。

1例(症例I)で視野狭窄が見られたが、これは、中村ら<sup>3)</sup>、堀田ら<sup>4)5)</sup>、村山ら<sup>11)</sup>の例にも見られ、大井田<sup>14)</sup>の例では、亜ヒ酸製造従事者4例のうち3例に視野狭窄が見られており、慢性ヒ素中毒症でも注意深くチェックすれば見つかるかも知れない。今回の例では1例のみであり、まだ詳細には検討していない。

ヒ素中毒による鼻中隔穿孔や嗅覚低下は既に成書にも見られるが、味覚についてはほとんど記載されていない。わずかに堀田ら<sup>4)5)</sup>、村山ら<sup>11)</sup>の例で記載されているのみである。Schiffman<sup>15)</sup>によると、正常人でも60歳頃から味覚が低下し始め、70歳を越えるとその度合いが強くなるとのことである。今回の9例は年齢が比較的高いのであるが、味覚低下はかなり若い時からあるようなので、加齢による変化ではないものと思われる。

その他、緊張型頭痛、四肢の頻回のこむら返りも、味覚低下とともに、今後詳しく検討すべき所見の一つに加えられるべきであろう。堀田ら<sup>6)7)</sup>の例では、約50%にこむら返りが見られる。急性ヒ素中毒では、こむら返りの記載は少なく、Jenkins<sup>12)</sup>の37例中1例のみに筋痛とこむら返りが、また、永松ら<sup>16)</sup>の1例は急性期に頻回のこむら返り、LE Quesne<sup>17)</sup>らの急性中毒4例中の1例に8年後にこむら返りがあったと記載されている。我々の9例にはいずれも頻回のこむら返りが起こるが、痛覚低下のためか、全例とも痛みを訴えないのも特徴的である。その機序については検討していないが、治療については、9例ともダントリウムで軽減している。

腓腹神経生検組織所見は、小径有髄線維と無髄線維の減少が見られ、軽度の軸索変性の所見であり、急性ヒ素中毒による多発性神経炎の場合<sup>18)</sup>と同様であった。原ら<sup>19)</sup>によると、皮膚温度感覚の弁別には小径有髄神経線維の関与が認められる、とのことから考えると、今回の症例での温度覚の著しい低下は、このことも原因の一つに挙げられると思う。

今回報告した9例は、神経学的所見や神経伝導速度、神経生検組織所見などから、末梢神経障害の存在は明らかである。運動系の障害が軽度で感覚優位の多発性神経炎であることに関しては、従来の急性ヒ素中毒による多発性神経炎<sup>13)</sup>と同様であるが、長期慢性暴露例であり、その他の種々の症状を伴っている点が急性ヒ素中毒による多発性神経炎とは異なる。感覚障害が広範なことに関しては、単に末梢神経障害のみか否かについて疑問が残る。皮膚感覚受容器や後根、脊髄後索から大脳皮質までの病変の有無についてが判らないからである。土呂久地区の慢性ヒ素中毒例では、まだ剖検で神経系を検索した例がなく、未解決である。ヒ素鉱山が操業していた頃は、粉塵、ガスが充満し、皮膚、呼吸器症状もひどかったらしいので、congenital sensory neuropathy<sup>20)21)</sup>のようにPacini小体やMeissner小体などの皮膚感覚受容器も障害されている可能性もあろう。

また、所見の取り過ぎではないか、と言う意見もあったが、むしろ今までは、この広範な感覚障害が所見として捉えられていなかった、ことのほうが真実であろう。土呂久地区の慢性ヒ素中毒症は、もともと当初から皮膚科医のグループによって検索されているので、神経学的所見の記載が十分になされている。

ないこともある。1976年の初期の報告の中では中村ら<sup>3)</sup>の報告では、多発性神経炎は僅か25%である。1979年の堀田ら<sup>4)</sup>の報告では、これが31%となり、さらに、2000年の出盛ら<sup>22)</sup>の報告になると、51%に増加している。多発性神経炎の頻度が増加した、あるいは増悪した、のではなくて、ようやく陽性所見として捉えられるようになった、と言うことである。我々の9例の様な広範な感覚障害が、村山ら<sup>11)</sup>の1例のように既に1976年には存在していた、とも言える。神経学的所見をきちんと捉えれば、この土呂久地区の感覚優位の多発性神経炎は軽重の差はあるかもしれないが、多分100%に見られるのではないかと推察する。Hotta<sup>5)</sup>によると、世界各地での慢性ヒ素中毒例では多発性神経炎が見られない地域もあるとのことである。確かに、台湾のBlackfoot disease<sup>23)</sup>やバングラディッシュでの慢性ヒ素中毒<sup>24)</sup>でもpolyneuropathyの言葉の記載が無いが、神経学的所見についてはまだ詳しく調べられていないようで、polyneuropathyが無いとも言い切れない。ただ、土呂久地区では粉塵、ガス、飲料水を通しての多重汚染であるのに比し、台湾、バングラディッシュの場合は井戸水飲料水による単一汚染である、と言う違いもあるのではっきりは分からない。

神経症状以外では、鉱山操業時のころまでは9例全例に皮膚症状があったらしいが、その後、次第に消失し、現在ボーエン病の発症も無く、慢性気管支炎は4例に残存している。また、これらの家族歴に悪性腫瘍の発生も大変多い。

以上、公害環境から離脱して長期間を経過した土呂久地区の慢性ヒ素中毒の症状は、皮

膚症状や呼吸器症状を主体とした最盛期の症状とは異なり、感覚優位の多発性神経炎が主体であること、この感覚障害は頭髪部や顔面、口腔内に及ぶこともあり、所見の取り方に注意を要すること、嗅覚・味覚の低下、緊張型頭痛、四肢のこむら返りも診断の一助になり得ることを報告した。

公害病のような地域に限局した疾患の場合には、その地域で、その目で見れば診断もつき易いであろうが、その患者さんが他の地域に転居していた場合には、診断は大変難しいことになる。いずれにしても、診察所見がいかに正確であるか否か、例えば、本症の場合であれば、四肢の感覚障害が有るのか、無いのか、その程度と範囲がどのくらいなのか、と言う診断能力が重要になることを付け加えたい。

## 参 考 文 献

- 1) 中村家政, 荒尾龍喜, 井上勝平ら: 宮崎県土呂久地区に発生した慢性砒素中毒症について (第1報). 熊医会誌 47:486 - 515, 1973
- 2) 中村家政, 井上勝平, 小野友道ら: 宮崎県土呂久地区に発生した慢性砒素中毒症について (第2報). 熊医会誌 47:516 - 530, 1973
- 3) 中村家政, 井上勝平, 小野友道ら: 慢性砒素中毒症 - 土呂久地区廃止鉱山周辺の症例 - . 西日皮膚 38:554 - 571, 1976
- 4) 堀田宣之, 原田正純, 服部陵子ら: 土呂久鉱毒病 (慢性砒素中毒症) の臨床的研究. 体質医研報 29:99 - 235, 1979
- 5) Hotta N: Clinical aspects of chronic arsenic poisoning due to environmental and occupational pollution in and around a small refining spot. 体質学誌 53:49 - 69, 1989
- 6) 川口 渉一郎, 矢澤省吾, 大西晃生, 大井長和: 鉱山廃止後37年を経過した慢性ヒ素中毒症 (土呂久公害) ー 特にその神経学的所見につい

- て --- . (臨床神経投稿中)
- 7) 田中哲也: 土呂久鉍毒事件. 三省堂新書, 三省堂, 東京, 昭和48年
- 8) 坂本 暁: 土呂久からの報告. 労働の科学 28:57 - 72, 1973
- 9) 土呂久地区の鉍害にかかわる社会医学的調査成績. 宮崎県. 昭和47年
- 10) 土呂久地区の社会医学的調査(中間報告). 宮崎県環境保健部. 昭和47年1月28日
- 11) 村山英一, 堀田宣之, 宮川太平ら: Polyneuropathyを伴ったArsenical Poisoningの一例. 神経内科 4:413 - 418, 1976
- 12) Jenkins RB: Inorganic arsenic and the nervous system. Brain 89:479 - 498, 1966
- 13) Goldstein NP, McCall JT, Dyck PJ: Metal neuropathy. In Peripheral neuropathy, ed by Dyck PJ, Thomas PK, Lambert EH, Saunders, Philadelphia, 1975, pp 1227 - 1240
- 14) 大井田 修: 職業性慢性砒素中毒. 労働科学 34:74 - 80, 1957
- 15) Schiffman SS: Taste and smell loss in normal aging and disease. JAMA 278:1357 - 1362, 1997
- 16) 永松啓爾, 井形昭弘: 顕性および非顕性砒素中毒性ニューロパチー. 臨床神経 15:1 - 4, 1975
- 17) LE Quesne PM, McLeod JG: Peripheral neuropathy following a single exposure to arsenic. Clinical course in four patients with electrophysiological and histological studies. J Neurol Sci 32:437 - 451, 1977
- 18) Dyck PJ, Gutrecht JA, Bastron JA, et al: Histologic and teased-fiber measurements of sural nerve in disorders of lower motor and primary sensory neurons. Mayo Clin Proc 43: 81 - 123, 1968
- 19) 原 賢治, 調 輝男, 舟川 格ら: 皮膚温度感覚弁別閾値と末梢神経線維密度の検討. 臨床神経 34:106 - 113, 1994
- 20) 落合豊子, 野原 正, 鈴木啓之: Congenital sensory neuropathy. 日皮会誌 88:75 - 82, 1978
- 21) Winkelmann RK, Lambert EH, Hayles AB, et al: Congenital absence of pain - report of a case and experimental studies. Arch Derm 85:325 - 339, 1962
- 22) 出盛允啓, 黒川基樹, 緒方克巳ら: 慢性砒素中毒後遺症についての1考察 - 土呂久慢性砒素中毒症長期追跡の経験から -. 日皮会誌 110: 1121 - 1127, 2000
- 23) Tseng WP, Chen WY, Sung JL, et al: A clinical study of blackfoot disease in Taiwan, an endemic peripheral vascular disease. Mem Coll Med Natl Taiwan Univ 7:1 - 18, 1961
- 24) Das D, Chatterjee A, Mandal BK, et al: Arsenic in ground water in six districts of West Bengal, India: the biggest arsenic calamity in the world. Part 2. Arsenic concentration in drinking water, hair, nails, urine, skin-scale and liver tissue (biopsy) of the affected people. Analyst 120:917 - 924, 1995

# 特集 [ ]

## 宮崎地域の結核診療の現状について

伊井 敏彦<sup>\*</sup>, 京樂 由佳<sup>\*</sup>, 平塚 雄聡<sup>\*</sup>  
榎木 誠一<sup>\*\*</sup>, 隈本 健司<sup>\*\*</sup>

宮崎市<sup>\*</sup> 国立療養所宮崎東病院呼吸器科, <sup>\*\*</sup> 同内科

### はじめに

1999年に患者の急増をうけた結核緊急事態宣言が出され, 新興・再興感染症として結核症に関する医師や一般市民の認識に変化がみられつつある。国内的には世代間の大きな罹患率の違いと急速な高齢化, 都市部でのホームレスを中心とした患者の急増という問題がある。国際的にはHIVに合併する結核患者や, 東欧やアジア, アフリカを舞台とした多剤耐性結核患者の激増という危機的状況がある。宮崎市を中心とした地域において結核症がどのような現状にあるかについて, 当院の結核入院患者を対象に検討したので報告する。

### 対象

1999年1月1日から2001年10月31日までに国立療養所宮崎東病院に入院して治療を受けた結核患者236名(平均年齢 $60.8 \pm 20.5$ 歳)を対象として, 2001年11月現在で集計した。このうち男性が160名で, 男女比は2.1対1であった。

### 結果

#### 1. 患者背景

患者の住所地は宮崎市が63%, 宮崎郡が

9%, その他の県内が26%, 県外は2%であった。患者の年齢では40歳未満が16%, 40歳から59歳が23%, 60歳から79歳が46%, 80歳以上が15%であった。

患者の発見動機は, 初回治療患者195名中44名(22.5%)が検診で, 残りは有症状受診であった。再治療患者41名中検診による発見が14名(34.1%)であった。医療機関受診までの期間, いわゆる患者遅延は図1の通りで, 平均27.6日であった。検診発見患者の遅延は平均10.5日で, 概して早期に受診していた。有症状患者でも14日以内の受診が多いが, 60日以上放置した患者も12%あった。

患者が医療機関を受診して結核あるいは結核疑いと診断されるまでの期間, いわゆる医

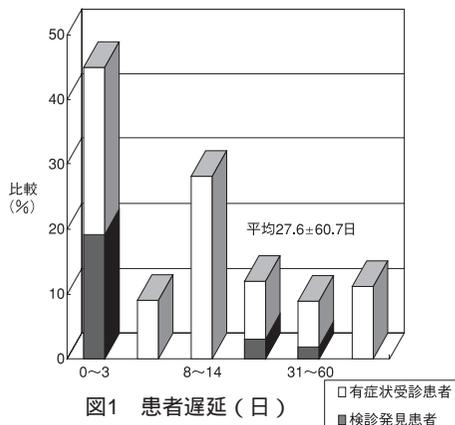


図1 患者遅延(日)

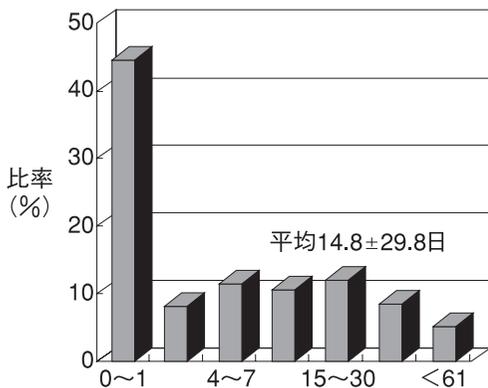


図2 医師遅延 (日)

師遅延を図2に示す。当日あるいは翌日に診断される患者が45%ある一方で、1ヵ月以上診断されない患者も14%にのぼった。

## 2. 患者の病態

結核症患者のうち90%が肺結核を有し、10%は肺結核を認めない肺外結核であった。肺外結核では結核性胸膜炎が38例、リンパ節結核が7例、腹膜炎、腸結核、脊椎結核がそれぞれ4例、粟粒結核が3例であった。

肺結核患者については予防法上命令入所の対象となる喀痰抗酸菌塗抹陽性患者が64%を占めていた。塗抹陽性者の入院時の排菌量を図3に示す。ガフキー2ないし4号の排菌者が多かったが、5号以上の大量排菌者も44%

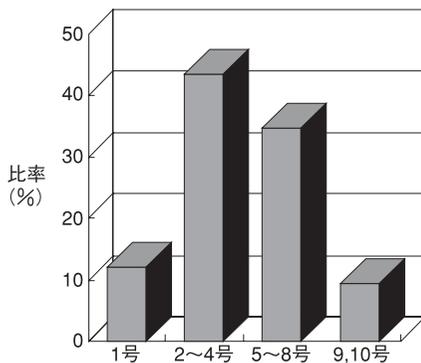


図3 喀痰中排菌量 (ガフキー号数)

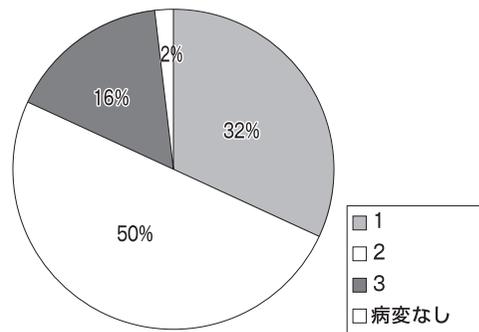


図4 肺結核患者の病変の拡がり

を占めていた。

肺結核患者のX線所見上、空洞を有するものは36%であった。結核病学会分類による病変の拡がりでは、拡がりが一側肺野面積の約3分の1以内とされる1型が32%、拡がりが一側肺野面積を超える3型が16%であった。また喀痰中に結核菌が証明されるものの胸部画像と気管支鏡検査で病変を確認できない症例が2例あった。(図4)

133例(56%)が何らかの合併症を有していた。呼吸器疾患以外の合併症では糖尿病が37例と最も多く、慢性肝炎、肝硬変などの肝疾患が17例、胃癌による胃切除後が16例、脳血管障害が15例であった。呼吸器合併症では肺気腫が15例、非結核性抗酸菌症が7例、結核菌以外の細菌による肺炎が6例、肺癌が5例であった。

## 3. 薬剤感受性

主に喀痰から培養された結核菌について172症例で薬剤感受性が判明した。これらのうち62%は一次抗結核薬(イスコチン、リファンピシン、エブトール、ストレプトマイシン、カナマイシン)のいずれにも耐性を示さなかった。

薬剤ごとの耐性を図5に示す。イスコチン

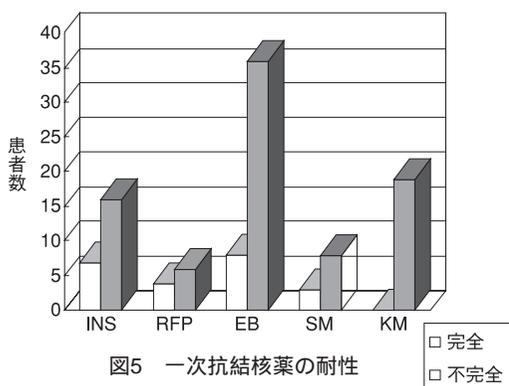


図5 一次抗結核薬の耐性

(以下INH)完全耐性は7例(4.1%),リファンピシン(以下RFP)完全耐性は4例(2.3%)で,全てINHにも完全耐性の多剤耐性結核患者であった。

#### 4. 治療と予後

60%の患者がINH(H),RFP(R),ピラジナミド(以下PZA)にエサンブトール(E)またはストレプトマイシン(S)を加えた4剤HRZE(S)で開始され,32%がHREまたはHRSの3剤で開始されていた。約30%に重篤な副作用が認められた。(図6)

患者の入院期間は平均 $146 \pm 90$ 日で,入院中に死亡した患者が26例(11%)あり,結核死は5例(2%),非結核死は21例(9%)であった。結核死では粟粒結核が2例,多剤耐性結核が2例あり,非結核死では嚥下性肺

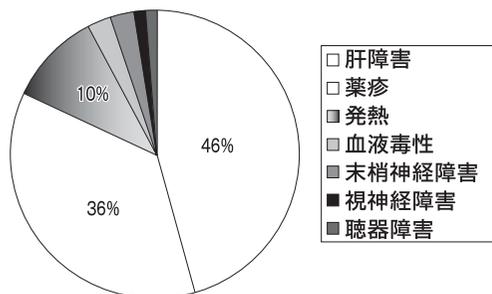


図6 副作用の内訳

炎やMRSA肺炎などの細菌性肺炎が13例,肺癌その他の癌が4例であった。

#### 考 察

当院は宮崎県における結核の拠点施設であり,政策医療のなかで呼吸器疾患の専門医療施設として位置づけられている。著者は99年7月から当院に勤務しているが,それまでは宮崎医科大学で肺癌やびまん性肺疾患,結核以外の呼吸器感染症を中心に診療に従事していた。本格的に結核患者を診療するようになって2年余りが経ち,最近の結核がどのような状況にあるかについて自験例で検討した。

患者背景については,60歳以上の高齢者が61%を占め,肺気腫や糖尿病,胃切除後などの合併症を有する患者が多いことを認識した。我が国の人口の高齢化に伴って全国的にも高齢患者,合併症を有する患者の増加が報告されており,この傾向は今後一層強まると考えられる<sup>1)</sup>。今回の検討では大都市でみられるホームレスや季節労働者における患者の蔓延,明らかな若年患者の増加は認めなかった。またHIV感染者や麻薬常習者もいなかった。

空気感染症として結核症をとらえたとき,いかに早く患者を発見し,隔離・治療するかが最大の問題である。検診を含めて患者側の遅延は平均27日であり,一部の患者を除けば大半は早期に受診していた。一方,診断を下す医師の遅延をみると,当日あるいは翌日に診断できたものが44%,平均は14.8日で,1ヵ月以上も14%と無視できない率であった。結核を知らない若い医師が多くなっているという医師側の要因もあるが,検診発見による排菌のない軽症状例,気管支結核症例,空洞

形成や粒状影といった特徴的X線所見に乏しい老人結核症例、肺気腫や肺癌の合併により結核による病変が目立たない症例など患者側の要因も大きいと考えられた。

排菌量が多く、X線所見も重症であるにも拘わらず長期に入院を続け、院内感染や集団感染につながりかねない症例も散見した。今日の結核症は多彩な病像を呈し、胸部X線だけでは診断困難な症例も少なからず存在するので、結核の疑いがあれば必ず喀痰や胃液の抗酸菌検査をすること、喀痰採取を患者任せにせず、医師や看護婦が介入して良好な条件の喀痰を採取することが重要と考える。

臨床検査における問題としては、非結核性抗酸菌症との鑑別があげられる。当院では新規の非結核性抗酸菌症患者を年間30例以上経験しており、今回の集計で7例に結核症との合併を認めた。全国的には全抗酸菌症に対する非結核性抗酸菌症患者の割合は約20%で、年々増加する傾向が報告されている<sup>2)</sup>。喀痰抗酸菌塗抹所見だけでは結核菌と非結核性抗酸菌の鑑別は困難であり、塗抹陽性であっても非結核性抗酸菌症であることも多いので、診断や病状説明時には注意が必要である<sup>3)</sup>。当院ではこのような現状を踏まえて、喀痰抗酸菌塗抹陽性だけが判明している患者は、遺伝子検査により結核症と診断されるまでは結核病棟内で個室隔離している。

結核菌側の問題としては、薬剤耐性、とくに多剤耐性結核菌の増加があげられる。結核療法研究協議会の1997年の「入院時薬剤耐性頻度に関する研究」によれば、初回治療はINH耐性4.4%、RFP耐性1.4%と報告されている。今回初回治療、再治療を問わずに分析した当院入院患者においてもINH耐性患者

が4%を超えており、薬剤耐性により治療に支障をきたした例が11例(4.6%)あった。このことから菌陽性例では原則としてPZAを含む4剤による治療を第一選択として、新たな薬剤耐性を作らない配慮が必要と考えられる<sup>4)</sup>。

このような薬剤耐性の現状も考慮して、我々は80歳未満の患者についてはPZAを含んだ4剤で化学療法を開始している<sup>5,6)</sup>。副作用は肝機能障害とアレルギー機序による薬疹および発熱が大半であり、末梢神経障害、血液毒性、腎障害、聴器障害、視神経炎など抗結核薬に特有の副作用はほとんど認められなかった。合併症のない肺結核患者では治療期間を6ヵ月としているが、糖尿病などの合併症のある患者では最短でも9ヵ月としている。

予後については、初回治療でHRZEの4剤を使用した6ヵ月短期化学療法の場合、3%程度の再発率とされており<sup>7)</sup>、今回の我々の集計では、治療が完全に施行された患者における再発は1例のみである。ただし粟粒結核で来院時ARDSを呈していたり、多剤耐性結核で病変が広汎に拡がり呼吸不全に至った症例では、残念ながら結核死が計5例あった。また、高齢者で脳血管障害などによる嚥下性肺炎やMRSA肺炎を繰り返す症例については、結核症の治療は成功しながらも肺炎で死亡する患者が多く、基礎疾患と患者の状態によっては予後が悪化すると考えられた。

結核症は特別の病気ではなく、病院を受診する一般の患者さんからいつでも発症する危険性がある。特に、長引く咳のある患者、微熱や倦怠感、体重減少のある患者、糖尿病や胃切除後、担癌患者などでは、原則として胸

部X線と喀痰抗酸菌検査を行い，早期診断・治療につなげると同時に，病院や医療従事者を結核から守ることが強く勧められる。

### おわりに

本論文の要旨は結核対策推進事業に伴う医師研修会（宮崎県中央保健所，2001年11月16日）で発表した。結核の診療上，協力をいただいている医療機関，保健所，その他の行政機関の方々に感謝します。

### 参考文献

- 1) 財団法人結核予防会.結核の統計2001
- 2) 鈴木克洋, 板谷光則:非定型抗酸菌症, 診断基準, 臨床疫学, 病態, 化学療法の領域2001, 17(増刊), 195 - 201, 2001.
- 3) 日本結核病学会抗酸菌検査法検討委員会.新結核菌検査指針.結核予防会, 2000.
- 4) 伊藤邦彦:結核治療入門.結核予防会, 2000.
- 5) 日本結核病学会治療委員会:肺結核標準治療に関する見解.結核70:705 - 707, 1995.
- 6) 厚生省保健医務局エイズ結核感染症課:結核の医療の基準とその解説.結核予防会, 153 - 155, 1996.
- 7) 和田雅子・吉山崇ら:初回治療肺結核症に対する6カ月短期化学療法の成績.結核74:353 - 360, 1999.

## 〔症例検討〕

## 私のしている在宅緩和ケア

宮崎市 いちはら医院 市原美宏

## はじめに

宮崎市郡医師会病院に、緩和ケア病棟がオープンした。準備段階で整備検討委員会はかかりつけ医のバックアップ施設という理念を、運営のソフトのなかでどのように具体化するかという課題を与えられた。これは緩和ケア病棟が最終段階を引き受けるという従来の通念にたいして、緩和ケアの主たる担当者はあくまでそれぞれの医療現場のかかりつけ医（主治医）を中心とするチームであり、緩和ケア病棟のハードもソフトも更にはスタッフもそれを支援するという、いわば宮崎独自のスタイルを意味すると思われた。

オープンシステムをとる医師会病院の一部門として、かかりつけ医の緩和ケアをバックアップするというのはごく当然の方針なのだが、市民にも医療者の多くにも緩和ケア病棟について、人生最後の時を迎えるユートピアというイメージが漠然と先行していることを思えば、基本理念の理解と同意のためにはこれからこそねばり強い努力が必要であろう。

筆者は診療所開設の当初から地域のかかりつけ医をイメージしてきた。無床であることからごく自然に在宅医療やその延長としての末期癌在宅ケアに携わっている。日常診療のなかで出会うケースに自分にできるケアを試みているだけで、それは恐らく全ての医師のスタンスと変わりはないと思われる。しかし

また、試行錯誤しながら在宅ケアを試みてきて、一般病棟での終末期医療との違いを感じることも少なくない。緩和ケア病棟でのケアがどのように行われるかはこれからだが、やはり在宅とは幾分違ったニュアンスになるのではないかと思われる。

以下、筆者のこの数年間の在宅ケアの経験をもとにいくつかの項目に分けて私見を述べさせていただいた。会員諸兄弟のご批判を仰ぎ、この拙文が「かかりつけ医の下での緩和ケア」のための議論の契機になることを願っている。

## 病名、病状、予後の告知について

筆者の経験した対照的な2ケースを提示する

1. 36歳女性 乳癌術後3年 汎発骨転移  
(前医で説明済み) 父と二人暮らし

担当開始時、食事や用便にかるうじて立てる程度であったが、ベッド周辺に配置したさまざまな日用品をまだ使える左手で自在に操る生活をしていた。骨以外に転移はない。若く知的で気性も激しく、難しいケースになると思われたが、転移多発の事実も聞かされており初回訪問時から進展と予後の予測まで一切隠さないことで合意した。

まもなく左上腕部に腫瘤に触れるようになった。転移である。次いで複視、左斜視、左

顔面知覚次いで運動麻痺，味覚異常と，脳神経の障害が1，2週の間隔で相次いで発現した。その都度脳底骨転移の進展による神経圧迫と説明する。数日ばかりでやっと一つを乗り越えたとすぐ次がやってくる。この繰り返して，決して慣れてどうでもよくなることはなく絶望と恐怖は毎回新鮮で強烈である。

病状への恐怖に加えて父親との葛藤，結婚への思いなどもあり半狂乱になることも屡々だったが，医院スタッフの全員が最初から最後まで電話応対や患家訪問に全力投球を続けた。お互いに一步も引かず正面からぶつかり続ける数ヶ月は，他に対処の方法がなかったとはいえ患者にも看護する父親にも並の苦しさではなかったに違いないが，一種爽快感を伴っていたのも事実である。一度は「死に神」といわれたこともある。耐えきれずに暫くN病院に入院もされたが，退院してからは不思議に穏やかになり，一ヵ月後自宅で静かに臨終を迎えられた。

あれでよかったという自信は全くないが，あれしか方法も道もなかった。いずれにしろ医院スタッフにとって，繰り返し立ち返ってみる貴重なケアの原点となっている。

## 2. 64歳男性 両肺散佈性肺癌 原発は不詳（前医で肺纖維症と説明）

妻との睦まじい二人暮らし。それぞれ独立した二人の娘さんが宮崎に在住している。家族全員の強い希望で，病名告知は自然にできるときまでしないことで合意した。この方との数ヶ月は，終始家族ぐるみ医院ぐるみの交友以外ではなかった。

痛みが殆どなかったのも幸いしたが，なによりも夫婦の絆がしっかりしていればこれほど穏やかに楽々と乗り切っていけるものか

と驚嘆する思いであった。在宅での酸素が必要になったとき，たびたびの発熱など，その都度家族の意思を確認した上で病名のみ纖維症としたまま，そのために起こる呼吸障害，炎症症状と説明した。それ以外の時に病状についての話題は一切なく，むしろ誰にとって必要がなかった気がする。

筆者の担当する（末期の）段階で，病状や予後についてどのように説明するかを一律に決めることは到底できない。ただ尋ねられた時に嘘だけはつかないことにしており，家族にも必ず了解を得ている。患者に「病気のことをお話ししましょうかね」とありのままをお話しして，「ホッとしました，ありがとう」といってもらえたことも何度かあるが，お互いに切り出せないまま終わることも多い。結局ケースバイケース，それも病状や気持ちの流れのなかで瞬間的に対応していくしかない。いずれにせよ初発時や一次治療時に病名を告知するのは常識となりつつあり，終末期の説明もこれから変わっていくにちがいない。

## 自然経過の尊重について

ある程度以上に進行した病変は，必然的に生命力全体の衰弱をもたらす。かなり早い段階から食欲は衰え，水分摂取もままならなくなる。しかし一方，体力気力の衰えで動きが少ない分，カロリーや水の消費も少なく，それでも不足する分は体内の脂肪，次いで筋肉を漸次消費していく。文字通り飢餓，脱水の状態である。皮膚はカサカサになり目に見えて体重が減少するのだが，ここでは我慢して干渉を極力控えるのがよい結果に繋がると考えている。癌終末期は消耗戦なのだが，自然経過に任せると驚くほど整然とバランスよく

戦線を収束していくようである。勿論ケースによる差があって一概には言えないが、残された生命エネルギーの全てをゆっくりと燃焼していく過程は穏やかで、炭火がいつのまにか真っ白な灰だけになっているような、静かな臨終を迎えることが多い。

こうした自然経過を患者、家族とともに注意深く演出できるのは、在宅ケアの大きな特長ではないかと思える。低栄養、脱水を維持することができれば、腹水や胸水などが穿刺排液を必要とするほどになることは滅多になく、気道がドライなため肺癌でも咳や痰が驚くほど少なくてすむ。浮腫、褥瘡も深刻な状況に至ることは稀である。

医療の介在は不要と聞こえるかもしれないが、このソフトランディングのためにこそ、細心の緩和ケア担当医が不可欠の存在であるのは、明らかである。自然経過を尊重してヒポクラテス様になっていくのを見守る医師も楽ではないが、家族にとってまた患者自身にとって遥かに辛いのは当然である。干渉を極力控えて自然経過を尊重することで死期を早めることはなく、まして安楽死とは対極にある積極手法だと考えているのだが、それでもこれを理解してもらうことは容易ではない。殆どの心身の症状の緩和とケアは親身な看護婦に任せることができる。しかし残り時間の多くないことやその間の病状の推移とケアの方針について、時にそれとなく時に明瞭に何度もきめ細かく説明し理解を求めていくことは、医師の大切な役割である。

#### その他の関連事項について

### 1. 酸素やIVHなどの在宅医療機器の管理使用

慣れれば在宅でも殆ど困難はない。最近では多すぎるくらいの機器、用品が開発使用されていて、少なくとも不便を感じることは殆どない。むしろ安易に多用することへの自戒が必要と思われる。

麻薬については、安全で使いやすく管理もさして煩雑ではないが、一般の誤解や恐怖感はまだ根強く、開始に当たっては十分に説明し理解を得よう心がけている。

### 2. 必要な時の医師や看護婦の援助の保証

かかりつけ医にとってこのことが過大な心理的負担になっているようにみえる。筆者自身も在宅ケアを始めるまでにここで壁を感じたのだが、実はどこにも壁などなかったことがすぐに判った。この7年間で外来診療に影響したことはほんの数回、夜間や早朝の往診も月に1,2回あるかどうかといった程度で、終始容態が気になるといった負担もまず心配するほどあるわけでもない。ただここでは臨終は家族の看取りに任せるという前提が必要になる。それまでの過程でこの点の合意ができ、直前精々1日程度の呼吸状態の変化を教えておけば、医師の立会いはほぼ必要ない。

その前提があっても、患者自身や家族の不安が強いときや病状の急変などのことがあれば時間に関わらず連絡してもらえれば対応するとの保証は、もちろん不可欠である。実際にはその保証だけで済むことが殆どではあるにしても。

### 3. 病診連携、訪問看護、在宅ケアシステムとの連携

これらの連携体制をしっかりとることでかかりつけ医個人の負担は著しく軽くなる。こうしたバックアップのシステムを時には無遠慮といわれそうなくらい使わせてもらうこと

がなければ、在宅ケアは続けることができなかつた。何かの形でいくらかはお返しができるのであればいいのだが。

緩和ケア病棟への期待と共に、最近はパートナーとして頼りになる優秀な訪問看護スタッフがどんどん育っていることも特記しておきたい。

### おわりに

緩和ケアを担当する医師の責務は軽くはない。治癒あるいは治療の望みも方法もなく、事実上医師よりも看護（ケア）のウェイトが遥かに大きいのであっても、患者は生きている限り生き続けようとするものであり、そう

である以上医師はただ単にそこにいてだけで患者にとっての拠り所になることができるし、またそうでありたいと思う。

患者が直面しているにちがいない形而上ともいべき苦悩には自分自身で自分の答えを探すしかない。その時周りの家族や友人は様々の形で支えになることができ、医療者やカウンセラー、ボランティアなどもそれぞれの技術や知識、経験で相応の役割を担うことができるかもしれない。緩和ケアが必要とされるとき、それが自宅か緩和ケア病棟あるいは一般病床かは、単に結果でしかないと思うがどうであろうか。

## 〔症例検討〕

# 当院における慢性呼吸不全の急性増悪に対する 非侵襲的人工呼吸療法の検討

宮崎市 仁和社会竹内病院

長友 安弘，竹内 茂，中村 一夫，竹内 三郎

**要約：**2000年10月から2001年9月までの1年間で、慢性呼吸不全の急性増悪をきたした5症例を対象に当院で非侵襲的人工呼吸療法(NPPV)を行った。男性2例、女性3例で平均年齢は74.0歳。基礎疾患は肺気腫2例、肺結核後遺症2例、塵肺1例。急性増悪の誘因として転倒3例、感染症2例がみられた。NPPVの設定はTimedモード、鼻ないし顔マスク、吸気圧10~22cmH<sub>2</sub>O、吸気圧4~8cmH<sub>2</sub>O、換気回数16~24回/分、吸気時間圧29~44%とし、吸入酸素流量1~15L/分を併用した。3症例(60%)で胃部不快感、頭痛、不眠が消失し、血液ガス分析において改善がみられた。NPPV無効例では開口によるエアリークと喘息重積が原因として挙げられ、NPPV施行前のアシドーシスが著明であった。慢性呼吸不全の急性増悪に対して、NPPVを至適な症例を選択したうえで積極的に適用していくことが重要であると考えられる。

## はじめに

従来、呼吸不全の急性期には気管内挿管や気管切開をして行う侵襲的人工呼吸が主流であった。しかし文字通りその侵襲性による合併症は多く、気道損傷、胃内容物の誤嚥、循

環動態への悪影響、ventilator-associated pneumoniaなど深刻な問題があった<sup>1)</sup>。また挿管を拒否する患者や家族には、適用をためらわざるを得なかった。近年、慢性閉塞性肺疾患(COPD)の急性増悪に対して、非侵襲的人工呼吸療法(noninvasive positive pressure ventilation: NPPV)が有効であることが報告されるようになり、その適用疾患も拡大される傾向にある<sup>2,3)</sup>。そこで当院で経験した慢性呼吸不全の急性増悪5症例に対してNPPVを導入し、有用性について検討したので報告する。

## 対象と方法

2000年10月から2001年9月までの1年間で、慢性呼吸不全の急性増悪をきたした5症例を対象とした。その内訳は肺気腫2例、肺結核後遺症2例、塵肺1例で男性が2例、女性が3例。年齢は62~85歳(平均74.0歳)である。

NIPネーザル®Aとミラージュマスクを用い

表1 NPPVの設定

症例	モード	インターフェイス	吸気圧 (cmH <sub>2</sub> O)	吸気圧 (cmH <sub>2</sub> O)	換気回数 (回/分)	吸気時間率 (%)	吸入酸素流量 (L/分)
1	Timed	鼻	20	4	22	33	10
2	Timed	鼻	10	4	20	40	1
3	Timed	鼻	10	4	20	40	2.5
4	Timed	鼻	10	8	16	29	2
5	Timed	鼻 顔	22	7	24	44	15

表2 NPPV症例の臨床像

症例	症状	NPPV前後	pH	PO <sub>2</sub> (Torr)	PCO <sub>2</sub> (Torr)	NPPV時の合併症	転 帰
1	呼吸困難 食欲低下	7.30 7.45	18.6 64.2	99.6 66.6	なし	NPPVで改善するも中止2ヵ月後死亡	
2	呼吸困難 不眠・浮腫	7.34 7.41	32.1 103.9	67.5 48.4	前胸部痛, 臃満 鼻閉感	改善後, 在宅で夜間NPPV中	
3	頭 痛 胃部不快感	7.37 7.38	67.5 110.4	89.6 61.3	なし	改善後, 在宅でNPPV中	
4	呼吸困難 不 眠	7.11	27.4	201.8	エアーリーク 臃満, 鼻閉感	呼吸不全で死亡	
5	頭 痛 胃部不快感	7.19 7.13	112.0 65.0	97.4 132.0		呼吸不全で死亡	

ND, not done

てNPPVを施行した(表1)。そしてNPPV前後の症状, 血液ガス分析, 合併症及び予後について検討した(表2)。以下に, 各症例を呈示する。

**症例1** : 85歳, 男性。塵肺のため在宅酸素療法(HOT)とジゴキシンの内服をうけていた。2000年10月10日に転倒し, 右腕と左足を打撲。その後歩行困難となり, 食欲も低下した。携帯用酸素がなくなり, 呼吸困難が増強した状態で2000年10月16日当院に入院。胸部X線写真(図1)では心拡大と肺野のびまん性小粒状影がみられた。NPPV後呼吸困難と食欲低下が消失したため, 酸素経鼻2L/分に変更したがその2ヵ月後に心停止を起こし死亡した。

**症例2** : 79歳, 女性, 肺結核後遺症。以前よ



図1 : 胸部X線写真(症例1)



図2 : 胸部X線写真(症例2)

り不眠あり。2000年10月より呼吸困難出現。2000年12月18日に浮腫が下腿に出現し近医でジゴキシンの投与をうけたが, CRP高値もみられるため2000年12月21日, 当院に紹介入院。胸部X線写真(図2)では右慢性膿胸がみられた。気道感染症の併発と考えLVFXを投与すると共にNPPVを施行。上記症状は軽快した。また睡眠ポリグラフを行ったところ無呼吸低呼吸指数が40.5回/時間と高く睡眠時無呼吸症候群と診断し, 在宅で夜間のみNPPVを施行している。

**症例3** : 62歳, 男性, 肺気腫のためHOTとテオフィリン製剤の内服をうけていた。感冒を契機に2001年3月胃部不快感と頭痛が出現するが, 上部消化管内視鏡検査では異常がなかった。2001年4月15日より呼吸困難が増強したため, 2001年4月20日当院に紹介入院。胸部X線写真では肺野の過膨張はみられるが, 肺炎像はなかった。NPPV後, 上記症状は軽快した。退院後HOTに戻したが, 高CO<sub>2</sub>血症が増悪したため在宅NPPVを施行中である。

**症例4** : 71歳, 女性, 肺気腫。喘息発作や心



図3：胸部X線写真（症例5）

不全を繰り返し、当院に1997年1月より入院。酸素経鼻3L/分、ステロイドや利尿剤の内服に加えて、ネオフィリンの点滴を連日うけていた。呼吸状態の安定期にはNPPVのSpontaneous/ Timedモードが試みられたが、口からのエアリークと不快感のため継続が困難であった。2000年10月20日に転倒して、背中を打撲後から呼吸状態が悪化。気管内挿管は希望していなかったため、2000年11月8日にNPPVを施行したが呼吸不全で死亡した。

**症例5**：73歳，女性。肺結核後遺症のため右肺は荒廃しており(図3)，酸素経鼻1.5L/分をうけていた。2001年7月1日転倒して後頭部，右肘，右大腿部を打撲し，数時間後喘鳴が出現。ステロイド， $\beta_2$ 刺激剤，テオフィリン製剤を投与するも改善がみられず高CO<sub>2</sub>血症のため意識レベルが低下した。家族が気管内挿管を希望されず，NPPVを施行したが呼吸不全で死亡した。

### 考 察

気管内挿管下の侵襲的人工呼吸療法が現在でも人工呼吸管理の中心を担っているのは疑

いがないところであるが，気道損傷，胃内容物の誤嚥，血圧低下などの合併症のため，呼吸管理中は常に危険におびやかされる。また抜管後も気道機能の障害が遷延するおそれを伴う<sup>1)</sup>。近年，呼吸管理において大きな注目を集めつつあるのがNPPVである。NPPVは気管内挿管をせずに，鼻マスクか顔マスクを用いて人工呼吸を行う方法である。NPPVの有利な点は低圧のため挿管と比べ，血圧に影響を与えず，呼吸抑制を気にせずに酸素流量を増やせることである<sup>1)</sup>。また経口摂取や医療スタッフ，家族との意志の疎通が可能となる点で，施行される患者の負担が減少する。さらに通常の人工呼吸器に比しはるかに軽量で機動性があり，準備が簡単である。

現在NPPVの適応がある疾患としては，肺結核後遺症，後側弯症，筋ジストロフィー，睡眠時無呼吸症候群，COPD等が挙げられる<sup>4)</sup>。またその条件として，1) 2型呼吸不全(PCO<sub>2</sub> 60 Torr以上の時考慮する)。2) 意識があり，治療に協力できる。3) 循環動態が安定している。4) 消化管出血やイレウスがない。5) 球麻痺がなく自己排痰が可能(痰量は少ないほどよい)。6) NPPVが無効な時，速やかに挿管下人工呼吸に移行できる等が言われている<sup>4, 5)</sup>。

今回我々は，上記条件にほぼ合致した慢性呼吸不全の急性増悪5症例に対して，NPPVを施行した。但し症例1，4，5はNPPV施行前に意識レベルの低下が見られていた。しかし症例4は本人，症例5は家族が挿管を拒否していたためにNPPV，特にTimedモードを選択することにした。結果は症例1，2，3で症状や血液ガス分析において有効であった(有効率60%)。症状では胃部不快感，頭

痛，不眠がNPPV後消失した。症例2と3は在宅でNPPVを継続することで病態は安定し，再入院を回避している。特に症例2は睡眠時無呼吸症候群を合併しており，夜間のNPPVが覚醒時高CO<sub>2</sub>血症をも改善したと考えられる<sup>6)</sup>。NPPV無効の症例4では開口によるエアリークが，症例5では喘息重積がその原因として挙げられた。またpHは症例4が7.11，症例5が7.19と他3症例に比べてアシドーシスが著明であった。坪井はpHが7.25未満である場合，NPPVの効果は低いと述べており<sup>4)</sup>，今回の結果と合致した。本来であれば気管内挿管をする病態であると考えられ，NPPVの成否はその限界を十分心得たうえで適応を決めることが重要といえる。

また今回NPPV中止を検討するほどの合併症はみられなかったが，気胸，血痰，誤嚥性肺炎の出現には注意が必要である。

NPPV導入時は，侵襲的人工呼吸に比べて医療スタッフがベットサイドで費やす時間が長い傾向にある<sup>7)</sup>。呼吸療法士のいない多くの施設では，その役割は当然医師が負うことになる。当院でもNPPVの条件設定やその後の観察のため1時間前後ベットサイドにへばりつくこととなった。しかし，一旦導入に成功するとその後はより短時間で済むようになり，特別困難なものとは思われなくなった。そのため慢性呼吸不全の急性増悪に対する有効性が一般に60～70%といわれるNPPVの使用が今後増えるものと考えられる<sup>8)</sup>。

慢性呼吸不全患者では一般に感染症が原因で容易に急性増悪をきたすが<sup>9)</sup>，症例1，4，

5では転倒を契機に病態が悪化した。このため高齢者では特に転倒防止にも配慮すべきと考えられる。

### 参考文献

- 1) Mehta ,S. ,Hill , N.S. :Noninvasive Ventilation. Am J Respir Crit Care Med 163:540 - 577 , 2001
- 2) Bott ,J. ,Carroll ,MP. et al:Randomised controlled trial of nasal ventilation in acute ventilatory failure due to chronic obstructive airways disease. Lancet 341:1555 - 1557 , 1993
- 3) American Thoracic Society. International Consensus Conferences in Intensive Care Medicine:Non invasive Positive Pressure Ventilation in Acute Respiratory Failure. Am J Respir Crit Care Med 163:283 - 291 , 2001
- 4) 坪井知正：人工呼吸の適応と管理.呼吸リハビリテーション，医歯薬出版:112 - 120 , 1999
- 5) 鈴川正之：COPDの急性増悪，非侵襲的人工換気，集中治療 10:273 - 281 , 1998
- 6) D Annane ,MA. ,Quera Salva ,MA. et al: Mechanisms underlying effects of nocturnal Ventilation on daytime blood gases in neuromuscular diseases. Eur Respir J 13 : 157 , 1999
- 7) Kramer ,N. ,Meyer ,TJ.et al:Randomized , prospective trial of noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure. Am J Respir Crit Care Med 151 : 1799 - 1806,1995
- 8) 川村将仁，古田島太：急性呼吸不全におけるNIPPVの有効性と限界 .日本胸部臨床 60: 112 - 119, 2001
- 9) 大平徹郎：COPDの急性増悪におけるNPPV. 呼吸 20:446 - 451, 2001

## 〔症例検討〕

## 在宅人工呼吸療法10年間のまとめ

宮崎市 宮崎生協病院

上村裕美子, 関 良二, 日高 明義

## はじめに

1985年に在宅酸素療法が保険適用となったあと、1990年に神経筋疾患、次いで1992年には呼吸器疾患に在宅人工呼吸療法（Home Mechanical Ventilation：以下HMVと略す）が保険適用となり、重症の慢性呼吸器疾患の患者でも在宅療養が可能になった。当院においては10年前に気管切開下陽圧人工呼吸（Tracheal Positive Pressure Ventilation：以下TPPVと略す）によるHMVをはじめて行い<sup>1)</sup>、その後5名に導入した<sup>2)</sup>。1999年からは鼻マスクによる非侵襲的陽圧人工呼吸（Noninvasive Positive Pressure Ventilation：以下NIPPVと略す）にも取り組み4名に導入した。あわせて現在までに10名の患者にHMVの導入を行った。これまでの事例間の特徴的な事象を比較しまとめとしたのでここに報告する。

## 対象者と方法

## ・対象

1991年4月から2001年8月までに導入した10事例

TPPV - 6事例 NIPPV - 4事例

## ・方法

以下の4項目に沿って比較を行う

- (1) 導入の過程 (2) 事例の満足度  
(3) 介護者の問題  
(4) 医療・介護サービスの状況

<事例のプロフィール>は表1, 2を参照。

各事例についてはケース1～10の番号で表記する。

## (1) 導入の過程

疾患別では肺気腫が4例 カリエスによる胸郭変形が2例 他肺結核後遺症 気管支拡張症 びまん性汎細気管支炎とTPPV・

表1 在宅気管切開下人工呼吸療法（TPPV）

2001年9月現在

性	基礎疾病	年齢	導入年月日	在宅期間	転帰	準備期間	機器	患者の満足度	介護者	介護者の問題
1 女	肺結核後遺症	54	1991. 4. 5	2Y1M	死亡	不明	LP6	絵画の個展・本自費出版	夫・50才代	夫は仕事のため、日中は独居
2 男	肺気腫症	64	1993. 9.27	6M	死亡	6M	LP6		妻・60才代	過労で入院(患者も入院)
3 女	胸郭変形カリウス	61	1997. 4.12	3Y3M	死亡	1Y5M	PLV100	念願の墓参(えびの)	無・独居	娘一家が転職し、近くに転居
4 男	ALS	54	1998. 3.11	1Y9M	死亡	4M	PLV100		娘・28才	家事と介護のため職に就けず
5 女	肺気腫症	67	1999.12.18	1Y5M	生存	4M	PLV100	不眠、食思不振の改善	息子・38才	仕事を辞め帰宮、介護に専念
6 男	肺気腫症	61	2000. 7. 4	1M	死亡	3M	PLV100	絵を始めた。	妻・60才	介護のため、仕事を辞めた。

Y：年，M：月，W：週

表2 在宅非侵襲的経鼻人工呼吸療法(NPPV)  
2001年9月現在

	性	年齢	基礎疾病	導入年月日	在宅期間	転帰	準備期間	機器
7	男	44	気管支拡張症	1999.10.16	1Y10M	生存	3W	NIP
8	女	63	DPB	2000.12.13	8M	生存	2W	NIP
9	男	76	肺炎腫症	2001. 4.26	4M	生存	1W	NIP
10	女	59	胸郭変形カリウス	2001. 8.31	0M	生存	1M	REM

Y：年，M：月，W：週

NIPPV 共に呼吸器疾患が多い。ケース4のみ神経疾患である。

導入時の年齢はTPPVで50歳から60歳代。NIPPVでは40代からのケースもある。いずれも在宅酸素療法を経験してからの導入が多い。呼吸器装着当初はどの事例もうつ状態となり今後に不安を持つが、状態が安定するに従い退院を考えるようになる。退院までの準備期間はTPPVで3～6ヵ月であり、ケースの自立度が高いほど期間が短縮できている。ケース3は独居のため各機関との調整に時間を要したため1年半と長期化した。NIPPVの場合は装置が簡単のため準備期間も短くてすみほぼ1ヶ月前後で退院に至る。

在宅期間としてはケース6の1ヵ月～ケース3の3年3ヵ月が最長である。在宅中幾度となく入院をしたケースや、1度も入院せず死の転帰を迎えたケースもある。

TPPVの場合はケース5のみが生存、継続中である。

NIPPVは4ケースとも継続中である。ケース10は今年8月に導入、順調に在宅生活を送っている。

## (2) 事例の満足度

ケース5，6以外は患者自身が積極的に在宅を希望した。ケース1はもともと趣味であった絵を継続でき、描き溜めて個展を行うなど、創作の世界が広がった。ケース3は独居

であり数々の問題もあったが、「このまま病院生活で終わりにたくない」と決意も固くHMVに踏み切った。各方面の協力により自分が望む生活を手に入れることができた。ケース5は家族への負担を考え在宅に消極的であったが、介護者である息子の勧めで実現した。実際は不眠や、食欲不振が改善し入院時より快適な状況にあるといえる。

各ケースとも多くの問題を抱えており、また介護者にかかる負担も大きい。結果として入院生活から開放された自宅での生活が患者にとって喜びをもたらしていることには満足をしているようである。

NIPPVのケースはある程度ADLが自立しているため生活上の変化より、身体的な変化に満足を感じている。各ケースとも、低酸素血症・高炭酸ガス血症で、頭痛や意識障害を呈し入院を経験している。導入しての変化として頭痛や息切れ・倦怠感が軽減されたと感じている。「朝目覚めたときスッキリしている」との実感もある。再入院も減少し家族としても以前に比べるといくらか安心して患者を見守ることができている。

## (3) 介護者の問題

TPPVの場合どの事例も重症の呼吸不全の状態にあり、全体的にADLが低下している。また気管切開により、吸痰が欠かせないため常時介護が必要となる。

ケース4は病状の進行に伴い意思の疎通も難しくなり、24時間細かな対応が必要であった。28歳の娘が父のために仕事をやめて介護者となった。ケース6も食事が自己摂取できるほかは介護が欠かせないため、息子が仕事をやめ介護に専念することにした。ケース2は妻も高齢期に差し掛かり介護疲労で入院を

した。当院のケースは全て介護者が1人であるため介護者の負担は大きい。また患者に関わる主な生活上の行為（吸痰や注入食）が家族や医療者に限定されている事も負担の過重につながっている。

NIPPVの場合は身の回りのことに関しては比較的自立度が高く、介護者にかかる負担も少ない。また機器についても患者が操作や管理を行い易いことが負担を少なくしている。

#### （4）医療・福祉・介護サービス

各ケースとも介護度が高いため介護用品とヘルパーを導入して出来るだけ介護者の負担を軽減するようにした。また医療依存度が高いため、訪問看護を重視した。

TPPVの場合導入直後は毎日訪問看護を行い、問題がないか検討を行った。

ケース3とケース10は独居のため生活に不自由をきたさないようにヘルパーを増やし、緊急時に備えてFAXの設置を行った。

ケースによっては昇降機や電動車椅子の導入、住宅改修を行い、生活の幅を広げる援助が行われた。

ケース1のHMV導入時は呼吸器疾患では人工呼吸器の保険適用がなく自費で購入した。約200万円と高額であった。ケース2から呼吸器疾患での在宅管理料が認められ、いくらか患者の負担が軽減した。

#### 考 察

呼吸器疾患の多い当院ではTPPVはHOTの最終手段として導入される。つらい呼吸苦の時をいく度となく乗り越え、最終的には呼吸器をつけることを選択するのである。その間患者は心身ともに疲労の状態にある。みん

なが積極的に受け入れたわけではないが、身体的には呼吸器装着前と比較をすると息苦しさ半減したと実感している。

HMVに至る過程も決して容易ではないが、家庭や社会への復帰は、生涯呼吸器を共にしていかなければならない患者にとって、自分の存在を確認できる機会であると思う。

医療者でも呼吸器をマイナスイメージで捉えがちであり、呼吸器＝入院生活と考えている。

しかし重症の呼吸不全患者でも呼吸器をつけることで生活の質の向上を図り、生き方の選択肢を広げる事が可能になるのである。

呼吸器は治療機器のみならず、患者の「生き方を支える道具」でもある。

NIPPVはTPPVと比較して導入のための準備期間も短く、患者や介護者の負担が少ないため急速に普及しており、呼吸不全治療の選択肢が広がった。なにより気管切開を行わずに、呼吸不全が改善できる点が望ましい。ケース7は気管内挿管の経験を持ち、人工呼吸器離脱後NIPPVを選択した事例がある。しかし装置は簡単でも装着開始時には、圧迫感や違和感が生じなかな受け入れられないことがある。当院でも事例のケース以外に試みが導入に至らない患者も数例あった。患者が受け入れやすくなるよう、治療の効果を高めるためにも、医療者はマスクフィッティングや機器の取扱いに習熟して患者と共同して取り組んでいく必要がある。

HMVを普及するには機器や指導の充実が欠かせないが、いまだに介護者の問題は重要である。当院では介護者がいないために入院を余儀なくされているケースが3例いる（最長入院期間6年）。特にTPPVにおいては在宅

に移行できるかどうかは患者の自立度と介護力及びサービスの質と量に大きく依存している。介護保険の開始により、在宅医療が充実したように言われているが、現実には厳しい状況である。より多くのサービスを必要とするHBMVの場合、限度額の範囲を超えることがあり、経済的な負担も重要課題である。人としての自己実現の場を得るためには、患者を取り巻く状況に積極的に取り組んでいかなければならない。

### おわりに

医療の質が問われるようになった昨今、患

者の療養・生き方に対する考えも変化している。重い障害を抱えながらも在宅で生活したいという患者も増えている。

患者のQOLを高めるためにも、医療・福祉・介護の推進と各分野間のネットワークを広げていくことが必要である。

### 参考文献

- 1) 山下義人, 櫻田祐一, 山下英俊, 他: 第一線医療機関における在宅人工呼吸療法の現状と課題。日本胸部臨床 55(1):25-33, 1996
- 2) 関良二, 日高明義: 一人暮らしの在宅人工呼吸療法(HBMV)に取り組んで。宮崎県内科医会誌 54:29-32

[ Postgraduate Education ]

## 臨床循環器病講座 ( 11 )

宮崎市 県立宮崎病院内科

中川 進, 福永 隆司, 大坪 涼子,  
渡邊 玲子, 幣 光太郎

## 症例提示

63才, 女性 (平成13年現在)。父は高血圧, 55才で脳卒中で死亡。母は虚血性心臓病, 80歳で死亡。

35才より高血圧の内服治療開始。

54才時, 労作時呼吸困難, 夜間の起座呼吸あり。心拍数120/分。近医に入院しラシックス投与後, 体重が46から40kgに, CTRは64から48%と減少して改善した。ジゴシン, ヘルベッサ-R, ラシックス(20mg), 各1T, 1X朝, アダラートL(10mg)2T, 2X朝夕,

で経過観察されていた。

55才時, 階段昇降時の息切れを自覚し紹介受診した。BP174/84mmHg, 心拍数107/分, 肺基部のラ音(-)。胸写の肺うっ血(-)。CTR56%。TC277mg/dl, TG265mg/dl, HDL-C33mg/dl。身長152cm, 体重43kg。

ECGは図1に示す。心エコーでの中隔/自由壁の左室壁厚は8.4/6.6mm。拡張期/収縮期の左室内径(LVDd/s)49/30mmと, LVDsがやや大きく, 駆出率(EF)42%と左室収縮能も低下している。負荷TI心筋シンチグラ

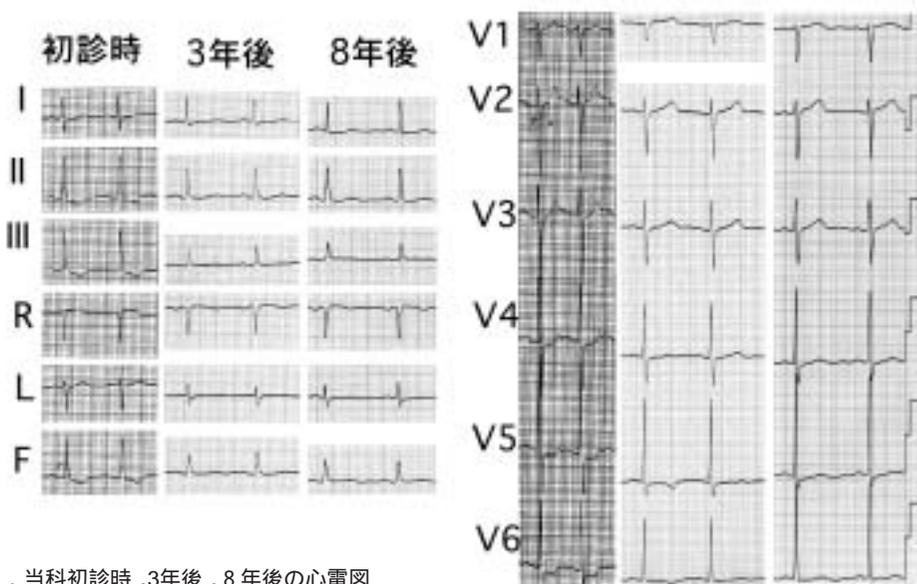


図1. 当科初診時, 3年後, 8年後の心電図

ムでは陰性で、虚血性心疾患は否定的である。頸動脈エコーでは、内膜中膜複合体厚は1.2mmで瀰漫性肥厚、プラーク(-)。

**症例の経過および解説**

- (1) 診断 頻拍があり、脈圧も広い心不全だが、甲状腺機能は正常であった。高血圧性左室肥大(LVH)に伴う心不全で、左室収縮障害と拡張障害が併存している。収縮期単独高血圧(拡張期圧は高くない)で動脈硬化も高度であろう。高脂血症と濃厚な家族歴もある。
- (2) 一般的な心不全の治療 ACE阻害薬(ACE-I)と 遮断剤、利尿薬の併用が基本である。重症心不全にはアルダクトンAの併用もよい。ACE-Iが使えねば Angiotensin-II受容体拮抗薬(以下ARB、万有はAIIAと呼ぶ)を使う。しかしACE-IとARBを併用してもあまり利点はないらしい。
- (3) 本症例 = 高血圧性左心不全の治療 左室拡張能は、頻拍によりさらに低下する(前

回の本講座参照。診断にはBNP測定が有用)。次の治療方針とした。

心不全に対しACE-IまたはARB(以下ACE-I/ARB)+ 遮断剤。

心拍数を減らす。

十分降圧してLVHを退縮させる。

動脈硬化の進行を防ぐ。イベント予防目的でバップアリンも投与する。

理論的根拠から、心筋の繊維化抑制のためアルダクトンAも考慮する(K上昇に注意)。

- (4) 治療経過(図2) 1)ヘルベッサール、セロケン(20),各2T,2X朝夕,で心拍数低下を図り,2)ゼストリル1T,バップアリン81mg,1X朝,3)リポバス1T,1X夕を開始した。1カ月後には血圧162/80,心拍数78/分。

遮断剤は、副作用を警戒して、効果のマイルドなセロケンの2Tから開始し4Tに増量後 効果の強いメインテートへと変更した。

4ヵ月後には、血圧156/85,心拍数68/分。降圧不十分のためナトリックス1Tを追加し

たところ、血圧122/67と著効し、脈圧も縮小した。反省して、治療方針を追加する。

降圧、心不全予防に利尿剤を併用する。

以後8年間、自覚症状はなく活発な日常生活を送っている。ECG(図1)では、初診時にはV5Rは3.2mVで、V5-6のST低下を伴うLVH,左房負荷を認める。治療2ヵ月で、V5-6のST低

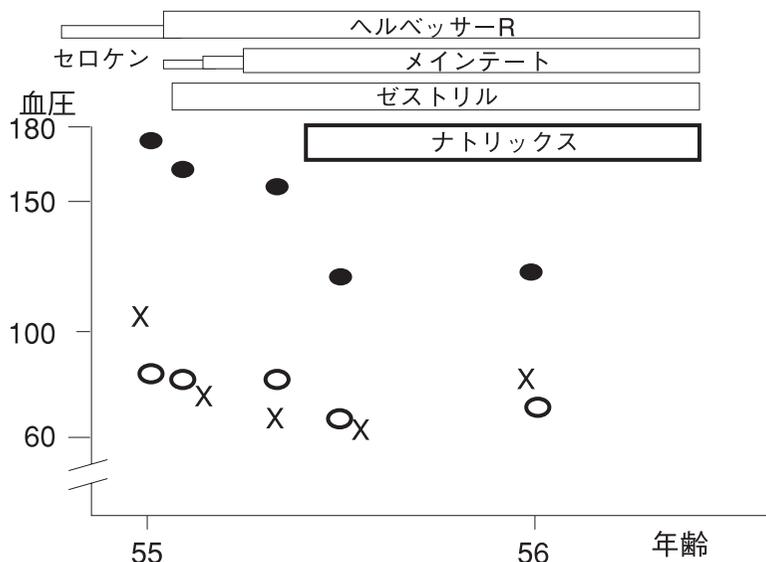


図2. 降圧治療の経過。収縮期圧(●),拡張期圧(○),脈拍数(x)を示す。脈拍数低下には 遮断剤が、降圧にはナトリックスが著効した。

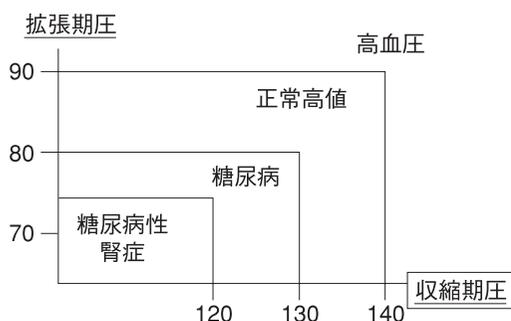


図3．最近の降圧基準

下は消失した。3年後にはV5・6のST・T変化は残るが、8年後の現在、STはほぼ正常化した。LVDd/s 44/25mm，EF75%と左室径は縮小，収縮能は正常化した。壁厚は変化なし。

現在は、プレラン(1mg)，アーチスト，ナトリックス，リピトールの各1T朝一回の処方である。Ca拮抗薬は中止できた。BP120・129/67・80mmHg。体重48kg。アーチストの徐拍効果はメインテートより弱く，心拍数は65から75・80/分となった。

ナトリックスが降圧に有用であり，中止すると血圧は150/87に上昇する。

### 今回のテーマ：降圧治療の実際

高血圧の治療は，よいガイドラインができて，分かりやすくなった。筆者はJNC・VIの指針を基本とし，その後の知見や新しいガイドラインによって微調整している。

本稿では，大規模試験のエビデンスがあり，筆者の使用経験のある薬剤を中心に，薬剤間の効果比較や使い方を具体的に述べる。議論のありそうな部分には参考文献をあげた。

## ( ) 降圧薬の使い方

### (A) 降圧目標

140/90以下にする

DMでは130/80以下。腎障害を予防する

DM+蛋白尿(>1g/日)は120/75以下

血圧は140/90以下にし，130/80以下をめざす。糖尿病(以下DM)の拡張期圧は従来の85から80に改訂する意見が主流である(図3)。

多くの人が病院では血圧が高くなる(平均12/7mmHg)。血圧の評価には，家庭血圧も重視する。140/90に相当する家庭血圧は，高く見積もって135/85とされる。

### (B) 第一選択の降圧薬

#### (1) 第一選択の降圧薬

作用機序から分けて

thiazide系利尿薬，Ca拮抗薬

ACE-I/ARB，遮断剤

長時間作用型の薬剤を使う

合併症(+)ならそれに有効な薬剤を優先  
高齢者； がよい

遮断剤は第二選択

#### (2) 追加薬剤 降圧目標に達せぬ時は

初めの薬剤は常用量にとどめ，

違う作用機序の薬剤を追加。初め なら  
3剤め以内に少量の利尿薬を使う

増量(<常用量の2倍)

同じ作用機序でも，強力な薬剤に変更

(1) 初回の薬剤選択は次の5種類のどれかを選ぶ。ここでは作用機序から二群に分ける。JNC・では利尿薬が 遮断剤が第一に使うべきエビデンスのある薬剤としている。

thiazide系利尿薬，Ca拮抗薬。循環血液量を減らしたり，血管容積を増やす薬剤。降圧効果がよく，脳卒中の予防に優れる。

高齢で，食塩摂取が多い低レニン性高血圧患者では，脳卒中予防に効果的であろう。

ACE-I/ARB， 遮断剤。Renin-Angio-

tensin ( RA )系を抑制する。ACE-I/ARBは心腎保護作用があるが、脂溶性の薬剤を選ぶ(後述)。

頻脈やストレスなど交感神経活性の亢進が推測される中年男性には冠動脈疾患の発症抑制の意味からよい適応であろう。

(2) 長時間作用型の薬剤を使う。血圧の変動を少なくし、24時間安定した降圧を得る。一日一回投与で服用し易い。ただし、中等度の作用時間の薬剤を無理に一日一回投与するのは悪く、2回投与にする。

(3) 合併症があれば、それに有効な薬剤を優先する。ガイドラインを参照されたい。

(4) 高齢者では 群の利尿薬, Ca拮抗薬が第一選択。

(5) 高齢者, 耐糖能異常, 糖尿病 (DM) では 遮断剤は使いにくく, 第二選択。ただし不整脈, 心不全, 虚血性心疾患, 動脈瘤などの適応があれば積極的に使う。

(6) 少量から開始し、一度に5・10mmHgの降圧を目指して、徐々に増量, 追加する(緊急時は除く)。急な降圧はめまい, 倦怠感などを起こしやすい。

特に, 心血管事故既往例や高齢者では, 緩徐に降圧する。頸動脈病変をエコーで評価しておくとうい。

(C) 多剤併用

最近の厳しい降圧目標の達成には, 多剤併用が普通である。1剤あたりの量は常用量にとどめる。副作用の発生は単剤の増量では増加するが, 副作用が異なる薬剤の併用では増加しない。利尿剤の低K傾向をACE-IやARBのK保持作用で解消することもできる。

単剤で降圧目標に達せぬ時は,

(1) 他の薬剤に変更する。または,

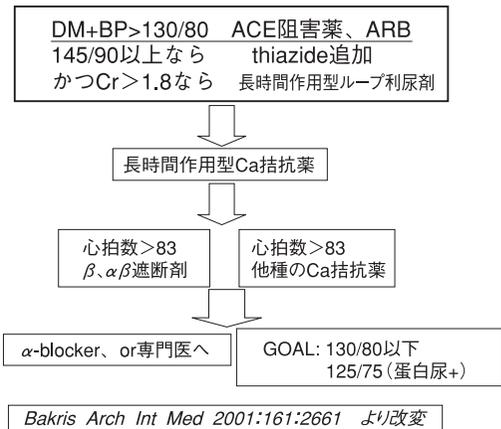


図4 . DMや腎機能障害例の降圧目標達成のための薬剤投与手順

(2) 違う作用機序の薬剤を追加する。ふつう, 群を投与中なら, 群を追加する。

(3) 3剤目以内に利尿薬を使う。単剤での有効性に加え, 他の降圧薬の効果を増強する。

(4) 薬剤を増量する。常用量の2倍以内にとどめる。

(5) 次は, 同じ作用機序でも, より強力な薬剤に変える。アムロジンで不十分なら, アダラートCRに, セロケンで不十分ならメインテートへ, などである。ただし個人差があって, 予定通りとは限らない。

(6) 次章(図4)に, DMに対する多剤併用の手順の一例を示す。

( ) ACE-IとARB

高価だが, 心, 腎, 血管系の保護作用が期待される。降圧作用の弱い製剤もあり, 利尿剤の併用が勧められている。

心不全, 虚血性心疾患, 腎疾患, DM性腎症には第一選択

(1) ACE-Iは, 心不全, 心筋梗塞後の心機能低下例, 腎疾患, DM性腎症に有効性が確認されており, これらには第一選択である。

(2) ARBは、大規模治験の結果が出始めており、ACE-Iとほぼ同等の効果が証明されつつある。副作用の空咳が1・2%とACE-Iの1/10なのが長所である。DM腎症にはRENAAL(ニューロタン)、IDNT(irbesartan)などで有効性が確認され、ARBないしACE-Iが第一選択としてよい。

ニューロタンの降圧効果は、他のARB(バルサルタン、プロプレス)に比べてやや弱い。

(3) DMに対する、腎保護を主目的とする、降圧薬の使用手順を示す(図4)。DMの降圧目標達成には2・4剤の併用が普通であるので、初めにACE-I/ARBを使う。ただしCr>2mg/dlの時は慎重投与。次には利尿剤を(145/90以上なら初めから)加える。DMでは体液貯留が多いので、利尿剤が有効である。DM以外の腎機能障害例の降圧もこれに準ずる。

必要ならCa拮抗薬、遮断剤を追加して、十分な降圧を達成する。Ca拮抗薬はヘルベッサ-R(腎保護作用がある)か、dihydropyridine系のいずれかを用い、降圧不十分なら、残りを追加する。心拍数83以下では遮

断剤の降圧効果は期待できないという。

一つの例として提示したが、全面的に賛同するわけではない。遮断剤使用の心拍数基準は60・70でもいいと思うし、Ca拮抗薬の前に使ってもよいと思うのだが？

この治療には、蛋白尿を効果のマーカーとする。蛋白尿=腎臓毒であり、蛋白尿を減らすほど、腎臓の予後を改善する。

(4) HOPEの結果から(ramiprilなどは)DMや動脈硬化性疾患にも第一選択かもしれない。しかし薬剤の脂溶性により差がある。

( ) ACE-I自体の動脈硬化抑制作用？

(A) HOPEとPROGRESS

HOPE。ramiprilで動脈硬化性心血管疾患減少(22%)。降圧を介さぬACE-I自体の動脈硬化の進行抑制  
PROGRESS  
コバシル単独では心血管疾患減少(-)  
利尿薬=降圧で心血管事故減少(40%)

(1) Ramiprilの動脈硬化進行抑制作用

HOPE研究で、ACE-Iのramiprilは動脈硬化性疾患の発症を減少させた(22%)。この時の僅かの降圧作用では、この結果は説明不能であった。従って、ACE-Iが、降圧作用と関係なく、動脈硬化の進行を抑制する可能性が、初めて示唆された。

(2) Perindrilの“null effect”

PROGRESS研究は脳血管障害既往例(平均64才)に降圧薬を含む十分の内科治療の後、ACE-Iのperindril(コバシル)や利尿薬(ナトリックス)を加えた。

コバシル単独群、“コバシル+利尿薬”群とプラセボ群、にわけて経過観察した。

結果は(図5)コバシル単独では効果なし

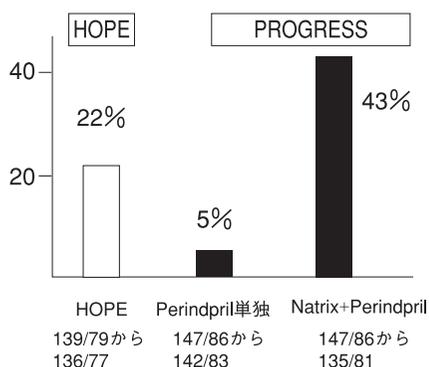


図5. HOPEとPROGRESSの心血管イベント減少効果の比較。血圧低下が僅かでもramipril(HOPE)はイベントを減少させ、薬剤自体の抗動脈硬化作用を示した。perindril(PROGRESS)単独で、イベント減少なし(5%のみ)。利尿剤で降圧した場合のみイベント減少した。

(5%のイベント減少傾向)。“コバシル+利尿薬”群では心血管イベントが著しく減少した(虚血性心疾患40%,脳卒中43%減少)。利尿薬による強力な降圧効果(147/86から135/81)が有効だったらしい。

これで論文の結論が“コバシルを中心とした降圧療法”群全体では26%の改善(ほぼ5%+43%を2で割った数字)とは、強引である。付記の“Editorial comment”では、コバシルの効果は“null”と一刀両断にしている。PROGRESSの結論は二つであろう。

(脳血管障害既往例では)利尿薬による緩徐かつ強力な降圧で心血管イベントが減少する(40%!)。

コバシルはramiprilの動脈硬化抑制効果を再現できなかった。なぜか。a)HOPEは何かの間違いで、ACE-Iは動脈硬化を抑制しないのか?b)十分な降圧下でのみ抑制効果がある?c)期待されたコバシルの高い組織移行性が、期待外れだったのか。

### (B)薬剤の脂溶性と組織移行性

薬剤の組織移行性

脂溶性薬 > 水溶性薬

Statin, 遮断剤の副作用に関係

脂溶性は薬剤の組織移行性を決める重要な因子である。例を挙げる。

Statinの脂溶性の強さはceriva->simva->fluva->rosuva->prava-statinの順である。脂溶性の高いcerivastatinは血管壁や心筋内に入って、よい作用を示すことが期待された。しかし、同時に骨格筋に入りやすく、横紋筋融解症の副作用につながった。

遮断剤の脂溶性はテノミン<セロケン<インデラルの順であり、インデラルは中枢神経系への移行が良好なため、中枢性

の副作用(悪夢など)が多い。逆にテノミンは少ない。最近の遮断剤はこの中間になる。

### (C)脂溶性のACE-Iが有効

ACE-Iは組織移行性が高い=脂溶性の薬剤が良い

1.降圧作用に加えて

2.組織内RA系の抑制が重要

体内で効果を示す活性体の脂溶性が問題

(1)ACE-Iの心・腎,血管(動脈硬化)保護作用も,組織移行性の違いによって,薬剤により効果に差がある(AJC 2001;88(Suppl)1L)

血中のRenin-Angiotensin(RA)系は体全体のRA系の10%以下にすぎない。残りのRA系は,心,腎,血管壁,などの全身の組織内に存在し,局所で作られ,働く。心,腎,血管病変の進行には,この組織内RA系が大きな役割を果たす。

(2)従って,ACE-Iは,血中で細胞表面のACE受容体をブロックしAngiotensin-産生を減らし降圧効果を示す,のみでなく,

薬剤が血管壁=動脈硬化病変の中に入って組織内RA系を抑制することで,動脈硬化の進行を抑制する。心臓や腎臓に対する効果も同様である。

従って,脂溶性=組織移行性の高い薬剤に動脈硬化の抑制効果が期待される。ARBについても同様である。文献的には(JACC2001:37:1)脂溶性の高いACE-Iはramipril, fosinopril(本邦未発売),trandrapril(プレラン,オドリック),quinapril(コナン)などである。ramiprilは,多数の臨床治験で傑出した有効性を示し,ACE-Iのエースである。降圧作用は中等度で,残念ながら日本では開発治験が中断されている。降圧薬というより,抗動脈硬化薬と呼んでもよからう。

コバシルは、吸収される時点では脂溶性が高いが、肝臓で代謝されてperindrilatになってからは水溶性が高くなるという。

著者も動脈硬化疾患にStatinとACE-I/ARBを考慮するが、脂溶性で、大規模治験でよい成績を上げた薬剤を選ぶ。

以上、ACE-IやARBへの“動脈硬化抑制効果”への期待を込めて解説したが、今後の確認が必要である。

#### (D) 降圧が第一目標

降圧目標達成が第一

その上でACE-I/ARBの効果を上乘せ

現在の統一見解は“第一選択のどの降圧薬を使っても、適切に降圧すれば脳卒中や動脈硬化性の心血管イベントが減少する”である。PROGRESSの利尿薬の顕著な効果は、HOPEのイベント減少を上回っている。十分な降圧の上で、ACE-I/ARBの効果の上乘せを期待する。

LVH退縮効果はACE-Iが他の薬剤の2倍とするメタ解析が出されたが、その後、どの降圧薬でも血圧を十分下げれば同じだとする臨床治験が相次いでいる。

PREVENT(アムロジン)やPROGRESSで、130/80以下の正常血圧例でも降圧薬で心血管イベントの発症を抑制した成績もあり、今後は二次予防ではさらに低い降圧目標が設定される可能性がある。

#### ( ) “少量の” thiazide系利尿薬

最近、利尿薬の評判が高い。PROGRESSやALLHAT(doxazocin群)では、対照薬の利尿薬が新薬に勝ってしまった。

諸外国に比べ、日本では利尿薬の使用が極端に少ない。多剤併用が普通になった今、経

済性、降圧効果に優れる利尿薬の使用に習熟する必要がある。塩分摂取の多い日本人では、特に有効であろう。

少量なら副作用は稀。常用量以内とする

ナトリックス1T、または

フルイトラン1/2・8T

ループ利尿薬はCr>1.8・2.0の腎障害例にのみ使用

強い降圧効果=心血管疾患減少効果

PROGRESSで確認

安価

多剤併用の基礎薬

他の降圧薬の作用を増強

他の薬剤で降圧不十分なときに有効

利尿薬はカルデナリンより心不全発生が少ない(ALLHAT)

#### (1) 利尿薬の使い方

thiazide系の薬剤を少量使い、常用量以内にとどめる。フルイトランなら1/2ないし1/8Tでよい。多剤併用では、より少量でよい。ダイクロトライドやハイグロトンもよく治験で使われている。

ナトリックスは、フルイトランの1/2の力価で、使いやすい。代謝系副作用も少なく、多数の臨床治験で有効性が証明されている。

ループ利尿薬は原則使わないが、腎障害例(Cr>1.8・2mg/dl)では、thiazideが無効となるので、使う。長時間作用型のダイアートか、ラシックスやルブラックを一日2回投与する(早朝と午後3時頃か昼食後)。

#### (2) 利尿薬の特徴

1) 降圧効果が強力。特に高齢者やDMでは、腎機能低下による体液貯留からの高血圧もあり、理にかなった薬剤。

2) 安価。患者負担が非常に少ない。

3) 多剤併用では2・3番目以内に使う。他の降圧剤の効果を増強する。ACE-IやARBは利尿薬との併用が普通だし、Ca拮抗薬は体液貯留により降圧効果が減弱することがあり、利尿剤を併用する。

### (3) 利尿薬は脳卒中を減らす

1) 副作用は大量使うと多くなる。利尿薬が日本で人気がない理由は、フルイトラン6Tまでを使っていた昔、低K血症、脱水、脳卒中が頻発し、嫌われたのである。

2) “少量の”利尿薬は脳卒中発生を減らす。PROGRESSは、利尿薬の強力な降圧作用による脳卒中の再発抑制効果を証明した。利尿薬=脱水=脳卒中という危惧は、解消された。利尿薬は他の降圧薬に比べ、最も脳卒中の発生が少ないとする報告もある(Arch Int Med 2001;161:37)。利尿薬が収縮期圧をよく下げ、脈圧を減らすためだという。

(4) ALLHATで、カルデナリンは利尿薬に比べ心不全の発生が有意に多く、他に利点なかった。このため、遮断薬は第1選択からははずす意見が多い。

### (V) Ca拮抗薬

降圧効果が強く、副作用が少ない。ACE-Iは虚血性心臓病、腎障害の予防に、Ca拮抗薬は脳梗塞の減少に、有効といわれる。

短時間作用型の薬剤はダメ

(アダラートカプセルやヘルベッサ)

長時間作用型を使う

アダラートCR(アダラートLなら一日2回)、ヘルベッサ-R、アムロジン

アムロジンは特に半減期が長い

降圧効果はアムロジン=ヘルベッサ-R<アダラートCR

1) dihydropyridine系。アムロジンは半減期が長く、使いやすい。効果の発現が緩やかであり、ピーク達成までに2週間位かかるのも長所である。ただし、緊急ないし強力で降圧すべき症例には不向きである。腎保護作用は乏しい。

アダラートCRは最も強力な降圧効果を有する。急いで強力で下げたいときは本剤を使う。他のCa拮抗薬で降圧不十分なら、本剤に変更する。朝夕投与することもある。

短時間作用型のアダラートカプセルは、血圧の上下が激しくなり、交感神経活性を亢進させて、イベントが増加する。今は使わない。

2) 非dihydropyridine系。ヘルベッサ-Rは腎保護効果があり、NORDILでは、脳卒中減少効果も証明された。異型狭心症合併例には特に有効である。徐拍作用があり、遮断剤の使えぬ頻拍症例には重宝する。

### ( ) 遮断剤

心保護、徐拍作用がある。虚血性心疾患、心不全のある例や、期外収縮、心房細動、洞性頻拍など、頻拍性不整脈のある症例には第一選択である。

DMには第二選択だが、心不全、虚血性心臓病など、適応があれば積極的に使う。

徐拍効果、降圧効果はセロケン<テノミン、メインテート

心不全にはアーチストが実績あり

少量から始め、漸増するのが安全

(1) セロケン(20)や徐放錠のセロケンL(120)は、1選択性で効果がマイルドで、導入時に使いやすい。

テノミンや、より長時間作用型のメインテートは強力な遮断作用を有し、徐脈作用

が強い。半錠から始めてもよい。

アーチストは心不全の治療薬として、最善の成績を出している。立ちくらみのため、導入しにくい症例があるのが難点である。徐拍効果はメインテートより弱い。

原則ISA(-)の薬剤を使うが、徐脈が怖いときはISA(+ )のセレクトールなどを使う。

(2) 遮断剤の副作用が心配な時は、半錠など、少量から開始する。特に、心不全にはアーチスト0.125Tなどから始める。

または、マイルドな薬剤の少量から開始し漸増する。例えば、セロケン(20)2T, 2Xから使い、問題なければ4Tに増量の後、長時間作用型のセロケンL, 0.5・1錠や、効果不十分なら他の薬剤に切り替える。

### おわりに

(1) 高血圧の治療の詳細は公式のガイドラインを参照されたい。本稿では、読者諸兄の理解の容易のために、具体的な薬剤名をあげて解説した。欧米でのエビデンスがあり、筆者の経験のある薬剤に限った。記載の多くは論文の根拠によるが(なるべく最新の文献によった)、一部は筆者の経験による。ご批判を伺って訂正していきたい。

(2) 医学雑誌に載る臨床治験やメタ解析の結果は、医師の処方を左右し、経済的效果が大きい。このため、治験のスポンサー(製薬会社)の意向で結論が曲げられる傾向もある。医学論文の客観性への信頼の危機であり、Lancet, NEJMなどはこれに警戒を強めている。各研究の経済的背景の明記を要求し、また、論文内容の問題点はEditorial commentで辛らつに批判して補っている。

[ Postgraduate Education ]

## 症候による漢方治療 咳嗽がいそう（その ）

宮崎市 木下内科医院

木下 恒 雄

### はじめに

明の孫文胤そんぶんいんの著した「丹台玉案たんたいぎよくあん」の咳嗽門には「声ありて痰なきはこれを咳という。痰ありて声なきはこれを嗽という。声ありて痰あるは名づけて咳嗽という。しかるに、声なしというは、まったく声なきにあらざるなり。痰なしというは全く痰なきにあらざるなり。」と記載されていて<sup>1)</sup>、咳の音があって喀痰が出ないのが咳で、喀痰が出て咳の音がしないのが嗽で、咳の音も喀痰排出もあるものが咳嗽であるが、しかし、咳の音がないといっても全くないという意味ではなく、喀痰がないといっても全くないのではなく、比較的ないという意味である旨が述べられている。

また同書には、「咳は肺にありとなす。嗽は脾にありとなす。……肺と脾とはたがいにあい用となす。しかしてまた互いにあい害すものとなすなり。」とも記載されていて、咳嗽に関しては、その症候ないし病態形成上、肺（呼吸器系）と脾（消化器系）との相関が重視されている。また、「黄帝内経太素こうていだいけいたいそ」（黄帝内経は中国に現存する最も古い医書の一つで、ほぼ戦国時代に著されたものとされていて、太素は唐の揚上善ようじょうぜんが高宋の勅命により註釈を加えたもので現存の黄帝内経としては最古のものといわれている）には、「五臓六腑

皆人をして咳せしむ、ひとり肺のみにあらざるなり。」<sup>2)</sup>と記載されていて、咳は呼吸器系だけが関与した症候ではなく、消化器系も、泌尿・生殖・内分泌系も、循環器系も、体全体が関与して発現する症候であることを述べている。

また、金の劉河間りゅうかかんの素問病機宣保名集そもんびょうきせんぽうめいしゅうには「咳は……肺氣（呼吸機能）傷れて清ならざるなり。嗽は……脾湿動きて痰をなすなり。蓋し、肺氣傷れ脾湿動くにより、咳して嗽をなすなり。」とあって、呼吸機能の障害と消化管の痰飲たんいん（水・電解質の代謝障害や非生理的水分の停滞）が絡み合って咳嗽を生じるものと捉えているようである。

漢方方剤は、これらの漢方医学特有の考え方のもとに創製されたものであるため、その臨床应用到際には漢方医学の考え方に基づいて、すなわち虚・実、寒・熱、陰・陽、表・裏、氣・血・水、五臓六腑などを勘案の上、運用すべきものと思う。

本稿では咳嗽を主症状とする症例を呈示して、少々考察と解説を加えてみることにする。

### 症 例

先ず先哲の治験例に触れてみたいと思う。

症例1、杏蘇散きょうそさん < 北山友松子きたやまゆうしょうしの治験例 >

「河州一農，年五旬を踰ゆ，天寒陰冷に遭う毎に，則ち咳嗽，喘息，胸滿，短氣，甚しき時は則ち鼻塞り，声重く，語音明らかならず。予比の方（杏蘇散）を授け，発する時は則ちこれを服し，已む時は則ちこれを停む，服すこと二冬，其の症，十に七八減ず。後，補中益氣湯（ホチュウイクキカキョウケイ）を服し，其の症作さず。すなわち，「現在の大阪府の東部・河内の国の50歳過ぎの一農夫が，寒い目にあつたに咳嗽が起こって喘鳴を伴った呼吸困難が起こり，胸がいっぱいになったようで呼吸は促迫する。この患者に杏蘇散を与えた。症状がある期間に服用させ，症状が軽快したら休薬するということにした。2年間，主に冬期に用いたところ症状は70～80%軽減した。その後は補中益氣湯に柴胡桂枝乾姜湯を加えて服用させたところ症状が出現しなくなった。」というものである。症状・所見の詳細が記載されていないので，はっきりしない点が多いが，この症例は多分，慢性気管支炎が気管支拡張症ではないかと思われる。友松子は杏蘇散について「脾湿（消化管における非生理的水液の停滞）を燥かし，肺燥（気道の乾燥）を潤すの方」と説明している<sup>3)</sup>。

杏蘇散は「温病条弁」という温病学の代表的な書物にもあるが，本書は1798年の著作で，友松子は1701年に没しているのので，ここで用いられた杏蘇散は宋の揚士瀛の1264年の著作・「直指方」のそれではないかと思う。構成生薬は蘇葉（シソ科のシソの葉）・五味子（マツブサ科のチョウセンゴミシの成熟果実）・大腹皮（ヤシ科のピンロウジュの成熟果皮）・烏梅（バラ科のウメの未成熟果実を燻蒸したもの）・杏仁（バラ科のアンズの種子）・陳皮（ミカン科のウンシュウミカンな

どの成熟果皮）・桔梗（キキョウ科のキキョウの根）・麻黄（マオウ科のシナマオウなどの木質化していない地上茎）・桑白皮（クワ科のカラグワのコルク層を除去した根皮）・阿膠（ウマ科のロバやウシ科のウシなどの除毛した皮を水で煮て製したニカワ塊）・紫菀（キク科のシオンの地下部）・甘草（マメ科のウラルカンゾウなどの根と根茎）の12味である。

この治療法の特徴は間欠的投与であるが，著者はこの方法を用いることは少ない。ただし，症例によっては考慮した方がよいのではないかと思う。

#### 症例2，＜同じく北山友松子の治験例＞

「一兒，喘嗽，胸腹膨張，泄瀉し，食せず。此れ飲食，脾土を傷り，肺金生ずる能わず。六君子湯を用い，一劑にて諸症頓に愈ゆ。」<sup>4)</sup>

この症例は，いわゆる虚弱児であろうか。「咳嗽，呼吸困難があつて，胸腹部が膨満して下痢が激しく，食欲が喪失した小児である。」友松子は，五行説を応用し，脾（土）＜消化器系＞の虚（衰弱）のため五行説という相生関係にある肺（金）の機能が失調して起こった病態と考え，主として消化器系の病変に用いられる六君子湯を投与して，咳嗽や呼吸困難をも軽快せしめている。

五行説については大塚敬節氏は，「五行説が中国医学に取り入れられたのはいつの時代であるかは明らかにされていないが，現存の『黄帝内経』にはその思想が見えており，『千金要方』『外台秘要』等にも五行説に影響されたと思われる思想が各所に見られるが，宋以降の医学では五行説はますます隆盛となり，相生相剋の理論はさらに複雑となった。五行説は科学以前の思想であるから，今日の

科学的医学と相容れないのはやむを得ないが、中国医学を理解するには五行説がどんなものであるかを知っていなければならない。

また五行説が迷信的色彩を多分にもっているにしても、五行説によって説明せられた「事実」を、新しい医学の立場で、いま一度検討してみることが必要である。

五行とは、水、火、木、金、土であって、これを五臓に配当すると、腎は水、心は火、肝は木、肺は金、脾は土となる。しかもこれらの五行は互いに相生相剋する。すなわち、水は木を生じ（腎と肝は母と子の関係にあって、腎が弱くなれば、その影響はたちまち肝に及び、肝が病めば、その影響はたちまち腎に及びという密接な関係にある。以下これに準ずる。）、木は火を生じ、火は土を生じ、土は金を生じ、金は水を生ずと考えられるのが相生であって、木は土に勝ち（肝の機能が強くなりすぎると、脾の機能が抑制せられる。こんな場合に漢方では抑肝扶脾散という処方を用いる。この処方は、肝を抑えて脾をたすける効があつて、精神性食欲欠乏症によく奏効する。以下これに準ずる。）、土は水に勝ち、水は火に勝ち、火は金に勝ち、金は木に勝つとするのが、相剋である。

このように、木、火、土、金、水は互いに消長盛衰をくりかえすものであって、その調和の破れたところに、病が生ずるのだと説く。以下略……」と述べている<sup>5)</sup>。

これらの考え方は、現代医学的思考方とは馴染まないが、臓器相関、というよりもむしろ生体の諸機能の相関という点で考慮してみても如何かと思う。

では、著者の治験例について述べることにする。

### 症例3，

48歳，女性。

主訴：咳，頭痛。

家族歴：特記すべきものなし。

既往歴：昭和56年8月，低色素性貧血症の診断で当院にて治療。

現病歴：昭和56年12月30日より咳，頭痛があり，売薬を服用したり，他医で治療を受けたりがしていたが，症状の改善はみられず，昭和57年1月10日頃より腹痛，軟便，耳鳴もしばしば認められるようになった。さらに夜間も咳，痰，息苦しさなどのため不眠傾向も現れ，夢もたびたびみるようになった。

57年2月1日当院受診。

所見：中肉中背の女性で，咽頭に軽度の発赤を認め，脈はやや弦で，右側に軽度の胸脇苦満を認めたが，腹力は中等度以下であった。体温36.1度。

経過：竹筴温胆湯（エキス顆粒調剤用）を1回2.5g宛，1日2回，朝夕食前内服とし，4日分処方して経過をみた。6日に再診したが，3日後（4日）には咳，頭痛等全ての症状が消失し，息苦しさも感じなくなり，夜も安眠できるようになった。

考察：竹筴温胆湯は「万病回春」に初めて記載された方剤である。本書には，本方の適応症について「傷寒日数過多，其の熱退かず，夢寐寧からず，心驚恍惚，煩躁，痰多く，眠らざるものを治す。」と記載されている<sup>6)</sup>。

その意味は，かぜ症候群などの急性熱性疾患に罹患し，咳や喀痰などの気道の炎症による症状が1週間以上，時には1カ月以上も遷延して消退せず，とくに気道の炎症のために寝苦しくて，また驚きやすくなったり，あるいはボーツとした状態になったりする。気道

の炎症はとくに喀痰の貯溜や気道の浮腫等のため胸中に苦しい感じを覚え、輾転反側することもあり、安眠できないような病態を治す、ということになると思う。

また「勿誤薬室方函口訣」には、「……此方八竹葉石羔（膏）湯ヨリ八稍実シテ胸膈ニ鬱熱アリ咳嗽不眠ノ者二用ユ……」<sup>チクヨウセツコウ トウ</sup>、「漢陰臆乘」には、「……余熱痰ヲ挟ミ、兎角スルト物驚キヲシテ安睡（眠）スルコト能ワズ、或八甚シキトキハ諛語ヲ発スル者、或八咳嗽スル者皆痰火ノ所為ナリ……」<sup>カンインオク ジョウ</sup>、「経験筆記」には、「夢寐寧カラズト云フハ、兎角痰熱ガ胸ニツヨキニヨッテ寝苦シクナリテ……此方ノ症ニ何故煩躁アルト云フニ、熱ガ胸中ニ集リテ痰ヲムスユヘ、自然ト胸熱シテモチクルシクナルヨリ煩モ躁モ有ルコトナリ……」などの記述がみられる。

これらを勘案すると、本方の適応症にみられる不眠などの精神・神経症状は、精神・神経疾患に起因するものではなくて、気道の炎症によるものであることが頷ける。また、「勿誤薬室方函口訣」の「雑病ニテモ婦人胸中鬱熱アリテ咳嗽甚キ者二効アリ」の記載の如く、かぜ症候群に限らず、慢性気管支炎などの慢性疾患においても、上記の如き病態のものには応用可能と思われる。

そこで、本方の使用目標として著書は次の

如きものを提唱した。

1. 概ね、虚証であること。
2. 気道の炎症による症状が少なくとも1週間以上にわたって遷延していること。
3. 気道の炎症に由来すると思われる不眠傾向、易刺激性、夢をよくみる、あるいは恍惚状などの精神・神経症状が存在すること。
4. 中等度以下の胸脇苦満。

上記の4項目をほとんど満たしている場合を本方の適応症と診断してよいのではないかと思う<sup>7)</sup>。(以下、次号の予定)

#### 参考文献

- 1) 孫文胤：丹台玉案，上海科学技術出版社 P.37，1984
- 2) 小曾戸洋：黄帝内経太素（下）東洋医学善本叢書3，東洋医学研究会，P.375，1981
- 3) 矢数道明・大塚恭男：近世漢方治験選集5 北山友松子，名著出版，P.282～283，1985
- 4) 矢数道明・大塚恭男：近世漢方治験選集5，北山友松子，名著出版，P.224，1985
- 5) 大塚敬節：漢方医学，創元社，P.43～44，1983
- 6) 松田邦夫：万病回春解説，創元社。P.185，1989
- 7) 木下恒雄：東洋医学，Vol.12，NO.5 P.59～61，1984

[ Postgraduate Education ]

## 消化管の急性病変 - その3 十二指腸 -

宮崎市 福田胃腸科・内科クリニック  
原 口 靖 昭

十二指腸は後腹膜にある短い臓器ですが、肝胆膵と関連する複雑な部分でもあります。十二指腸の急性病変としては出血、狭窄、穿孔などが挙げられます。この3つはいずれも十二指腸潰瘍が原因のことが多いのですが、憩室やクローン病、静脈瘤、胆膵由来などもまれに認めます。薬剤や飲酒後に見られる急性十二指腸炎も急性発症ですが、胃病変を主とする事が多いのであまり関心を持たれないようです。

### 十二指腸潰瘍の出血

**症例：**54歳女性。以前から十二指腸潰瘍の治療歴があり。1年ほど治療をしていなかった。上腹部痛はなかったが前日から4回黒色便があり、ふらつきや動悸を自覚。CBCで赤血球 $300 \times 10^4 / \mu$ 、Hb 9.5g/dl、Ht 29.5%と貧血を認めた。上部消化管内視鏡検査では前庭部に球部から新鮮血が帯状に流れており(図1)、洗浄後に観察すると球部前壁に比較的浅い潰瘍があり潰瘍の背側側がわずかに隆起した露出血管より出血をしていたので、クリップを2個かけて、止血を確認して、その後は外来で内服治療を行った(図2)。H.pylori 陽性でした。

**解説：**十二指腸潰瘍からの出血は、緊急内視

検査時の出血原因の約2割を占め、胃潰瘍、食道静脈瘤と並んで代表的な原因です。潰瘍が大きなくても出血することがよくあります。潰瘍自体が小さいので、内視鏡的止血がうまくいくことが多いようです。検査時に出血していなくても凝血の付着した露出血管を認める場合にも止血処置をしておく必要があります。簡単なのでクリップを使っていますが、純エタノールの局注などもやられているようです。管腔が狭い臓器なので、クリップが対側の粘膜を傷つけないかが心配になりますが、経験的には特に問題はないようです。クリップは潰瘍が癒痕になる頃には自然脱落しています。十二指腸潰瘍ではH.pylori陽性の場合がほとんどで、除菌することでその後の再出血率も抑制されますので、除菌の指導も必要です。当然ですが、止血がうまくいかない場合は保存的治療に拘泥せず、タイミングを失わずに外科に依頼することも忘れてはいけません。

### 十二指腸潰瘍の穿孔

**症例：**40歳男性。喫煙20~30本/日、サラリーマン。以前から胃潰瘍(?)で断続的に内服していたと。最近右上腹部腹痛があったが、



図 1

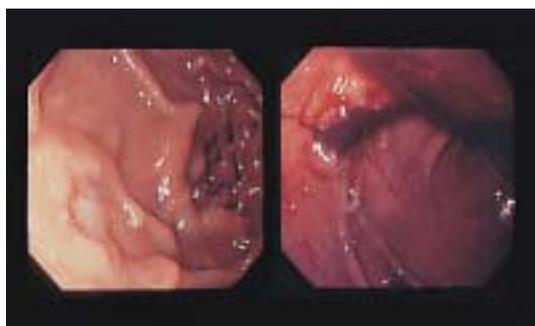


図 4



図 2



図 5



図 3



図 6

朝から急に激しい痛みになり、受診。触診で上腹部に軽いディフェンスがあり、CBCで白血球23500/ $\mu$ と増加していた。腹部超音波検査では胃の周囲臓器の異常がないことを確認し、上部消化管内視鏡検査を行った。前壁に十二指腸潰瘍あり、潰瘍周囲は浮腫状で変形も強く、潰瘍底は観察できなかった(図3)。痛みが強く、身体所見や白血球数などから穿孔など合併症を疑い、内視鏡検査後の腹部単純写真撮影でfree airが認められ、穿孔とわかった。

**解説：**穿孔は十二指腸潰瘍の治療を受けていない場合が多いので、以前から痛みがあるのを我慢していることが多く、自分でも十二指腸潰瘍だと知っているのですが、急に症状が激烈になり、我慢できなくなり飛び込んでくることが多いようです。内視鏡検査では潰瘍があるのはわかりますが、内視鏡を管腔外にまで入れることはないし、潰瘍底の向こうに大綱などの腹腔のものが観察されることもまれなので、穿孔の診断はできません。また、airを送り込むことにもなるので、避けたほうがよいと考えられます。十二指腸潰瘍とわかっていれば、ガストログラフィンなどの吸収性の造影剤でリークを確かめるのが、最もよいと思われます。しかし、初診などでは内視鏡検査が先にされることも仕方がない時も多いものです。十二指腸潰瘍でも腹痛がひどい時やデフェンス、発熱など身体所見を認めれば、CBCや腹単もとる必要性があります。十二指腸潰瘍の穿孔は強酸環境で無菌のことも多く、また肝臓や大綱で被覆穿孔のこともあり、最近では保存的治療や大綱充填術などが多くなっているようです。

### 生検での出血

**症例：**56歳男性。自覚症状なし。以前から健診の目的で年に一度内視鏡検査を受けていた方ですが、前年に十二指腸乳頭部がカルデラ様の奇妙な形をしているのを指摘され、その時の生検組織は正常でした。中央部がくぼみ、その周囲をなだらかな隆起が囲んでおり、開口部は陥凹した部分の最も口側にあった。発赤や汚さがなく全体像からは乳頭部癌や胆道・膵頭部癌の浸潤には思えなかったのですが、思いつく病名がなく、もう一度生検をしておこうと判断し、一個目を陥凹の中央で行った時に拍動性の出血が始まった。内視鏡的に止血したものの結局9日間の入院を余儀なくされてしまいました(図4)。

**解説：**結局、乳頭のバリエーションで、はちまきひだと呼ばれるひだとその下の小帯が周提状の輪郭を形成していただけだったようなのですが、多分条溝と呼ばれる部分を深く生検したのではないかと思っています。十二指腸下行脚の下には結構大きな血管が存在することに注意する必要があることを痛感しました。

### 膵・胆道からの出血

**症例：**67歳男性。長年の飲酒歴があり、すでに複数ののう胞を伴う慢性膵炎と診断されていましたが、慢性の上腹部痛を自覚しながらも、飲酒を繰り返し、突然のタール便があり、2日目に受診。上部消化管内視鏡検査では十二指腸下行脚に赤褐色の血液が粘膜に附着貯留しています。新鮮血ではなく、胆汁と混じったような色でした(図5)。胃には出血がなく、十二指腸という狭い範囲のみをターゲットにして探しても粘膜病変がなく、十二指

腸乳頭部からの出血，さらに病歴から膵のう胞からの出血が疑われたので，血管造影を行い，膵嚢胞内に造影剤のリークを確認しました。また ERCP でのう胞と膵管の交流も確認できました。その後，膵切除が行われました（図6）。

**解説：**膵炎に合併した仮性膵のう胞は自然消失もあるが，数ヵ月以上経過した大きなう胞は合併症が高率で，う胞内出血は膵酵素のう胞内での自己融解，う胞の炎症の動脈への波及，破綻などが挙げられます。出血は膵管への穿破以外に胆管や消化管，腹腔への出血も起こすことがあります。乳頭からの出血では確定診断は更に周囲臓器の検査をしないと無理ですが，紫斑病でも乳頭から出血が確認されたことが

ありました。

他に出血の原因として記憶しておかなければいけないのは十二指腸憩室の出血です。十二指腸の憩室は高頻度に存在しますが，憩室からの出血はまれです。出血の原因は露出血管からの出血が多く，内視鏡的止血がうまくいく例が多くなってきているようです。もうひとつは十二指腸静脈瘤からの出血です。食道静脈瘤と比較すると深部を走行しているので出血しにくいのですが，いったん出血すると致死的な出血になるので，慎重迅速な対応が必要です。肝硬変で食道静脈瘤を認める場合の内視鏡検査は十二指腸下行脚までチェックが必要です。

## [ 他科からの提言 ]

## 薬 疹

都城市 ならはら皮膚科医院  
 檜 原 進一郎

クスリはリスクの名の通り、あらゆる薬剤についてそれを処方する限り副作用と縁を切ることはできない相談です。その中で皮膚科と最も関係の深い薬疹について述べさせていただきます。

### 1. 発生機序と潜伏期間（薬剤投与開始から発症までの期間）

薬疹の基本的となる発症機序は、薬剤アレルギーによるかどうかで、大きくアレルギー性と非アレルギー性に分けられる。アレルギー性の場合、感作成立にはすくなくとも4日以上が必要で、3日以内の潜伏期間はすでに感作が成立している症例と考えられている。

非アレルギー性の薬疹では例えばD-ペニシラミンの弾力線維障害による皮診はほとんどの例で内服開始後1年以上経過して発症するなど、潜伏期間には病型、原因薬剤により大きな差異が認められる。実際、潜伏期間を3日以内、4～13日、14～29日、1～6カ月、7カ月以上に区分すると、その占める割合は1～6カ月が最も多く、以下3日以内、4～13日の順という統計もある。

したがって皮診出現の数カ月前から内服しているという理由では、原因薬剤の否定根拠とはなり得ないと考えねばならない。

### 2. 原因薬剤と病型

病型および発症頻度については表1に示す。原因薬剤としては、抗菌剤が最も多く、次いで中枢神経用薬、抗炎症薬・抗リウマチ薬の順である。薬剤によっては生じやすい病型がわかっているものもあり（図1）、診断に際し、貴重な情報となる。

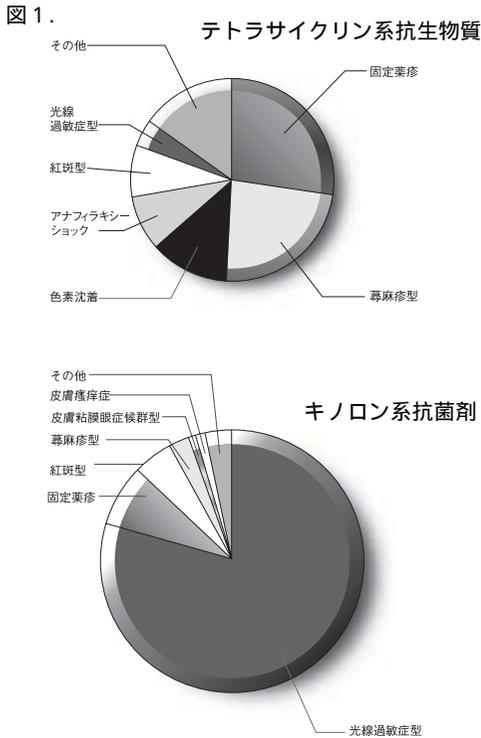
### 3. 診断

薬剤使用歴があり、薬疹以外の疾患と診断しえない時は薬疹も疑う。アレルギー機序による薬疹の検査としては、in vitroでは末梢

表1. 病型別頻度

病型	1980～96年	1980～89年	1990～96年
播種状紅斑丘疹型	635 (17.8)	283 (19.3)	352 (16.8)
光線過敏症型	570 (16.0)	179 (12.2)	391 (18.7)
固定薬疹	341 (9.6)	110 (7.5)	231 (11.0)
多形紅斑型	249 (7.0)	105 (7.1)	144 (6.9)
扁平苔癬型	235 (6.6)	144 (9.8)	91 (4.3)
蕁麻疹型	195 (5.5)	95 (6.5)	100 (4.8)
TEN型	139 (3.9)	63 (4.3)	76 (3.6)
紅皮症型	131 (3.7)	60 (4.1)	71 (3.4)
水疱型	115 (3.2)	51 (3.5)	64 (3.1)
湿疹型	105 (2.9)	58 (3.9)	47 (2.2)
皮膚粘膜眼症候群型	87 (2.4)	30 (2.0)	57 (2.7)
角化水疱色素沈着型	72 (2.0)	50 (3.4)	22 (1.0)
膿疱型	59 (1.7)	13 (0.9)	46 (2.2)
乾癬型	49 (1.4)	17 (1.2)	32 (1.5)
その他	583 (16.3)	211 (14.3)	372 (17.8)
計	3565 (100.0)	1469 (100.0)	2096 (100.0)

症例数(%)



血好酸球の増加，リンパ球刺激試験が参考となる。in vivoでは貼付試験（patch test），皮内試験などがあるが，どれも確実に診断できる方法ではなく，いずれの試験も陰性の場合には再投与試験（図2）を行うこともある。本

試験は原因薬剤を決定する確実な方法であるが，Ⅰ型アレルギーではショック，Ⅱ型アレルギーではTEN（toxic epidermal necrolysis：中毒性表皮壊死剝離症）型など重症の薬剤アレルギーを惹起させる危険を有するため，原因薬剤決定の意義と再投与によるリスクとを比較し，前者が後者を上回るときのみ実施すべきと考えられている。

#### 4. 治療

薬疹が疑われる場合，原因と考えられる薬剤をすべて中止とするか，化学構造のまったく異なる同効薬剤に変更することが望ましい。しかし実際には必要ゆえに使用している薬剤であり，中止するかどうかは皮診の形態，薬剤の使用時期と皮診発現の時間的關係，文献的考察，前記諸検査の結果を総合的に勘案の上決定されることが多い。ただし，TEN型，皮膚粘膜眼症候群型などの重症薬疹の場合は特別の場合を除き，即時すべての薬剤を中止すべきである。原因薬剤の中止により多くの場合皮疹は消褪していく。

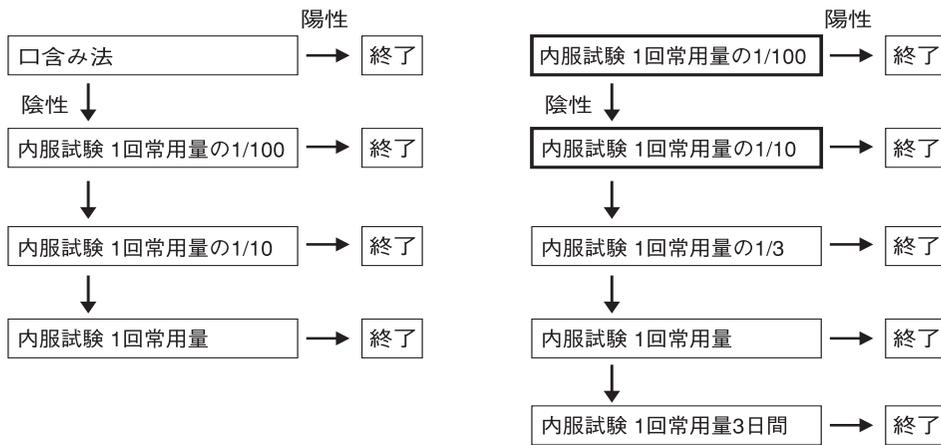


図 2 . Ⅰ型アレルギーの再投与方法

□は重症の薬疹のときに行う。  
通常は□からよい。

Ⅰ型アレルギーの再投与方法

## 5. 重症型薬疹

最重症とされるTEN型薬疹では、投与後2～3日以内の発症が多いが、1～2週後に出現することもある。

広汎な紅斑が急速に出現し、水疱を形成、融合し巨大水疱になったり、破れてびらんとなり広範囲 度熱傷様になることもある。

治療としては原因薬剤の中止が第一であるが、広範囲のびらんが上皮化するまでは補液と細菌の二次感染に対する注意が必要である。副腎皮質ホルモン剤の投与については賛否両論があるが、初期にある程度大量投与するという方法が一般的である。

皮膚粘膜眼症候群型では、全身皮膚の紅斑、水泡、びらんの他、眼の粘膜にもびらんが生じ、失明など重大な眼合併症をきたすことがある。

いずれの病型でも水泡、びらんは必発で、これらの皮診、粘膜疹を認めた時は原因薬の即時中止が何より大切である。

## 6. 最後に

頻用される抗生剤や解熱鎮痛剤にも、極めて稀ではあるが生命にかかわる重症の薬疹を生じる可能性があることを処方時説明したならばどうなるでしょうか。患者さんはこれま

でと同じように薬剤を使用してくれるでしょうか。

インフォームドコンセントが叫ばれる現在、『医師が投薬時に十分な説明をしていれば、TEN型薬疹の発生を回避できた』とする96年の高松高裁の判決は、「きわめて稀な副作用でも説明義務を認めた」という点で、臨床医にとってはきびしいものとなりました。

重症薬疹を絶対におこさないという保障がない以上、できることは、薬剤はその必要性と有用性をしっかり考えた上で処方することと、薬疹を生じた場合、早急に原因薬剤を中止し（解熱剤の処方例では、紅斑や小水疱が生じているにもかかわらず、高熱のため内服を続ける例がしばしばみられます）治療を開始することにつきると思われま

す。皮膚について皮膚科対診をしていただく時、薬疹が否定できない場合は、薬剤処方歴（できれば過去1カ月以内の使用薬とその使用期間）を記していただくようお願いしたいと思います。

## 参考文献

- 1) 皮膚科診断治療大系 特集 薬疹と皮膚、講談社1999

## ひとこと

宮崎市 まえのクリニック

前野正和

この度開業を機に内科医会に入会させて頂きました。開院してまだ3ヵ月余りですが、3ヵ月は非常に長く感じております。宮崎医科大学を昭和62年に卒業致しまして14年が経ち、最近7年間は、大学病院にて循環器グループに所属していたこともありまして、今回のような一般臨床に身を投じることに、やや臆病になっていた感もあります。又、卒業14年目にして内科認定医の受験をしたことに、自分の中では周囲から取り残されかけた年齢(39歳)でもあり、違和感を感じてしまいました。

開業医としての道を究めるまでは長いと思いますが、今後とも宜しく願い申し上げます。

## 入会のご挨拶

宮崎市 ひろの内科クリニック

弘野修一

昨年10月に宮崎市で無床診療所を開院しました。昭和56年、帝京大学医学部を卒業後、鹿児島大学第二内科に勤務し、英国留学の後、宮崎医科大学第二内科坪内教授のもとで肝臓病の勉強をさせていただきました。20年間の大学生活は充実したものでしたが、医師としての後半の人生は、自分の専門性を生かしつつ、患者さんにより身近に感じられる医療の実践をしたいと考えました。

出身は鹿児島の沖永良部島ですが、小学校から高校時代は神戸、大学は東京ですごしました。鹿児島時代には奄美大島、沖縄、霧島、志布志、などに出張しました。ここ宮崎に移り住んではや8年が過ぎました。これからは宮崎を第二の故郷として生きたいと思いません。

開院に際し、イントラネットを構築してIT化をおこない、電子カルテ、医療データ・画像の保存などで活用しています。時がたてば病診連携や患者説明などでそのよさが出てくると期待していますが、いまのところ個人的趣味の範囲を越えていないのかもしれない。

現実に目をやれば、医療法の改正を目前に控え、情勢はますます厳しいものとなります。将来に不安も感じますが、それよりも国民医療費の抑制に走るあまり、国民の健康に影響がでないことを望むばかりです。

会員の皆様の御指導御鞭撻をよろしくお願いいたします。

## 入会のご挨拶

都城市 あきづき医院

秋 月 直 也

平成13年1月4日より開業いたしました。勤務医の頃と違って雑用の多さにエネルギーを削がれる毎日です。あ～！なんと郵便物の多いことでしょう。それだけでもうんざりしてしまいます。開業されている諸先輩方も御苦労されてるんだなーと実感させられています。

私の経歴は変わっていて、宮崎医科大学卒業後は生化学教室、精神科、内科と転々としています。

内科として若輩者ですが宜しくお願いたします。

## 入会のご挨拶

都城市 永田病院

前 田 嘉 子

はじめまして。都城市の永田病院に勤務しております。久留米大学で研修をおえて平成4年より先輩の永田利安先生の病院で精神保健指定医として働いております。

高齢化社会となって精神科においてもプライマリーケア的な医療が求められています。諸先生方のご指導や力添えをよろしくお願いたします。

## 入会のご挨拶

三股町 山下医院

山 下 博

昨年11月、内科医会に入会させていただきました。鹿大の産婦人科教室を出て、日之影町立病院、三股町立病院、三股町開業と産婦人科で過ごしてきました。長男に後を譲り（消化器外科）タイミングよく都城の宮永先生からお声がかかり老健施設こんにちはセンターで働くことになりました。

入所の方々は、痴呆、脳血管障害の方々が主です。内科の勉強の必要を感じています。

内科は一年生ですから皆々様の御指導御鞭撻を何卒よろしくお願申し上げます。

## 入会のご挨拶

都城市 安藤胃腸科外科医院

安 藤 健 一

都城市街から南側に位置する山裾の生まれ故郷に開業して、今年は20周年の節目に当たります。北には霧島連峰、西には噴煙をあげる桜島を望む閑静な山間の地にあつて、要支援・要介護者が多く、高齢化の進む地域でもあります。

時代の趨勢に従って、外科的治療は外来の範囲にとどまり、訪問診療に加えて通所リハビリテーション、訪問看護など、在宅医療・在宅介護の比重が増してきています。プライマリーケアの一端を担っている現実から、臨床内科を研鑽すべく内科医会へ入会させて戴きました。ご指導の程、よろしくお願申し上げます。

## 入会のご挨拶

高崎町 隅病院

隅 清 克

この度、平成13年9月より実家の隅病院で勤務することとなり、宮崎県内科医会に入会させていただきました。

宮崎医科大学第二内科入局2年目より派遣病院で一般内科、消化器内科として臨床を中心に勉強をしてまいりました。県外の大学を卒業後、知らない大学病院での研修を不安に思っておりましたが、同期の先生および指導医の先生に助けられなんとか1年目を乗り越えました。また、2年目より出向した南部病院では未熟な自分を指導してくださった院長先生、内科、外科の先生方には本当に感謝しております。その後は宮崎、都城を中心に勤務してきましたが、特に都城医師会病院および藤元早鈴病院消化器内科での勉強は自分の自信となりました。

現在は鹿児島大学医学部第一内科、宮崎医科大学第二内科、宮崎医科大学放射線科より非常勤医師として派遣していただいている先生方に助言をいただきながら診療をおこなっております。しかし、高崎町での医療は内科以外のことをもとめられることも多くストレスを感じることもありますが、これが田舎の町医者なのだろうと実感しております。消化器疾患については引き続き、藤元早鈴病院消化器内科にて勉強させていただいております。

まだまだ若輩ものではございますが、内科医会の諸先輩方のご指導の下、地域医療に微力ではありますが、貢献できるよう努力していきたいと思っております。どうぞよろしくお願い致します。

## 入会のご挨拶

宮崎市

清水町王丸クリニック

宮 田 隆 光

昭和60年に自治医科大学を卒業後宮崎県内の僻地医療に従事し、義務年限後は母校の内科にて再研修後、今回宮崎に戻って参りました。

平成12年10月に、医療法人十全会みのだ泌尿器科医院及び清水町王丸クリニックに就職し、平成13年10月には清水町王丸クリニックの院長に就任致しました。

両病院は透析病院で、両方合計すると約130名が週三回の透析治療を受けていらっしゃいます。合併症の診断・治療や急変時には内科医会の諸先輩方に診断をお願いすることもあると思いますので、どうぞよろしく願い致します。

## 入会のご挨拶

日南市 東内科クリニック  
東(あずま)和 弘

住所：日南市上平野町三丁目 8 の 8

家族構成：妻（44歳，運動不足で太目，動物好き）

長女（中3，漫画家志望）

長男（中2，テニス部，家族でただ一人細身）

犬1匹（チャウチャウ犬，主人と似て短足）

猫3匹（チンチラ，主人と似ず毛がふさふさ）

略歴：昭和57年宮崎医科大学卒業

同年 宮崎医科大学皮膚科入局

昭和58年鹿児島大学医学部第2内科（腎臓病研究室）入局

平成12年12月東内科クリニック開院

趣味：ゴルフ、サッカー（現在はもっぱらテレビ観戦）

抱負：日南市で血液透析のクリニックを開院しました。桜島の火山灰から逃れ、毎日マグロとカツオの刺身に舌鼓を打っています。より良い透析医療を通じて、地域と関わっていきたくて考えております。

よろしく御願い致します。

## 入会のご挨拶

都城市 敬仁会 瀬ノ口病院  
瀬ノ口 洋 史

藤田保健衛生大学卒業後，2年間の研修終了と同時に宮崎医科大学第2内科の坪内博仁教授のもと肝臓・消化器病を中心に学び，平成12年7月に開業医である父と一緒に診療しております。父が外科を，私が内科を主に診療にあっております。

幼少の頃から「あととり」とことあるごとに言われ続け，医師になることが私の夢であり父の夢でもありました。しかしながら私は父に似ず，学業の方はからっきしダメでしたので，ある時期父は私の医学部進学をあきらめていたようです。そんな私が医師になって十年が経ちました。今は父と一緒に仕事ができる喜びを胸に日々診療にあたる毎日です。

当院をたよってくださる患者様のために少しでも地域に貢献できればと思っております。

理	事	か	ら	ひ	と	こ	と
---	---	---	---	---	---	---	---

## ご 挨拶

宮崎市 平和台病院  
中 村 周 治

宮崎県医師会内科医会の理事を拝命致しました。御挨拶の記事を書くようにとの指示をいただいておりますが果たせず、いつの間にか月日が経ってしまいました。会員の皆様にお詫び申し上げます。

A会員の先生方が立ち上げ育ててきた団体である医師会は、広く一般市民の健康を守るために医学医療の質を向上させることとサービスの充実を図ることに加えて、会員の利益を守るためにあることは言うまでもないことです。勤務医を通してきた私は、各種の学会には大きな関心を持ち続けてまいりました。しかし医師会活動にはさしたる興味を持っておりませんでした。年齢とともに真剣に考えるようになっていた矢先、内科医会理事会へ誘っていただきました。これからの医療について勤務医も開業医と一緒に真剣に考えていこうとの志多会長のご配慮と思います。このような場を与えて下さいました会長の志多先生に感謝申し上げます。未だ有益なアイデアもなく皆様のお役に立てるような意見も提出できず、皆様に教わるばかりの日々です。日頃考えていた医療の問題も、会員の先生方との討議の中で広く大きなマスとして考えたとき、自分では思い至らなかったさまざまな問題点を包含していることをはじめて知ったこともあります。どれほどの貢献ができるかもわかりませんが、せっかく頂いたチャ

ンスを無駄にすることなく医療人の一人として考え、意見を出すことによって責務を果たしたいと考えます。

よろしくお願い申し上げます。

44444444444444444444444444444444

## 理事からのひとこと

西都市 富田医院 富 田 雄 二

内科医会の理事を命じられて気が付けばあっという間に2年が過ぎていました。任期切れ間際ではありますが、「理事からのひとこと」を書かせていただきます。

内科医会は、専門分科医会の中でも大所帯であり、役員および委員の先生方は、学術講演会の開催、医療保険制度改善の提言やレセプト審査の格差是正への努力、九州ブロック・全国の内科医会 臨床内科医会との連携、更には会員広報など、非常に多くの仕事をこなしておられます。私自身はあまりお役に立てないままの2年間であり少々申し訳なく思っております。

今後の内科医会の仕事のひとつとして、医療機関（または医師）の情報公開の舵取り役があると考えます。現在は広告規制などで医療機関情報（つまり、どこの医療機関は何が専門でどのような治療をやっているのか）を得る手段は医師の間でも著しく制限されています。世の中の流れは、患者さんへのこのような情報公開を求める動きが盛んになっています。しかし、もともと医療の基礎知識に乏しい一般の患者さんに、細かな情報を提供することが問題解決になるとは思いません。紹介

を受けたい医療機関が自院の情報を会員の先生方へ伝え、ゲートキーパーとなるかかりつけ医がその情報のもとに、適切と判断する医療機関へ患者さんを紹介するのが妥当です。ここで、どのような項目をどのように医師へ開示し、また更新をしていくのか。内科医会で是非論議していただきたいと考えています。

44444444444444444444444444444444

## 最近の事

延岡市 板野内科・胃腸科医院  
板野 晃也

早いもので開業して8年を過ぎてしまいました。口癖のように、「開業したばかりですので、こんな事も知りませんでした。すみません。」と言っていた言葉も、もう使えないと思っている今日この頃です。

開業当時、転校させるのがかわいそうだと思っていた小学生、幼稚園児だった子供も、生意気盛りの高校生、中学生になってしまいました。最近では、食事に行こうと言っても、ついて来ない事もしばしばあり、十何年かぶりで妻と二人で外食する機会が増えてきました。二人で食事というのも気恥ずかしいものですが、こんな時にいつも思うのですが、とりたてて話す事も無いわけで、周りの目もあり何も話をせず食事をするわけにもいかず、話題を探している自分に「俺はいったい何をしているんだろう」と思う事がしばしばです。

どこかの先生の真似をしているわけではないのですが、アルコールにお金をかけなくなった分、ゴルフクラブにお金を費やしています。クラブを変えてもゴルフが上手くなるわけではないのですが、妻から「クラブではな

く腕なんだからもういい加減にしたら」といわれ、心の中で「解っているけど、お前に言われたくない。」と叫んでいます。

バレンタインデイもまだ来ていないのに、ましてや義理チョコもまだ頂いていないのに、義理チョコはいらないと言っているのに、私からのお返しとしてのレストランでの食事を3月14日に予約している我が従業員と、毎日診療しています。最近こんな事があっても良いのかと思えることが、現在進行形でおこなっています。インフルエンザの予防接種です。当院では、65歳以上の方に何百人かインフルエンザの予防接種を行ったのですが、接種を受けた方で2月8日現在インフルエンザと思われる受診者は皆無です。自分もインフルエンザの患者を診察しているにもかかわらず、発症しているわけではありませんが、こんなに効果があるなら、来年からは念のため自分も予防接種をしておこうと思っています。医療が不況、不況と言われている昨今、内科医にとって冬には少しは風邪の流行ってくれないと思う反面、医師としてどんな疾病でも流行らないほうがよい、健康第一という葛藤みたいなものを感じています。

あまり教育熱心な父親ではありませんが、「余裕を持って勉強しろ。」といつも言っていたのですが、大分前に原稿依頼を受け取っていたにもかかわらず、締め切り前日に原稿を書くために格闘している私を見て、息子より「一夜漬けをして時間が足りず試験ができなかったのは父親譲りだ。」と言われ、父権を失墜した今日でした。思いつくまま、最近思った事を書いてみました。お耳では無く、お目を汚した事をお許してください。

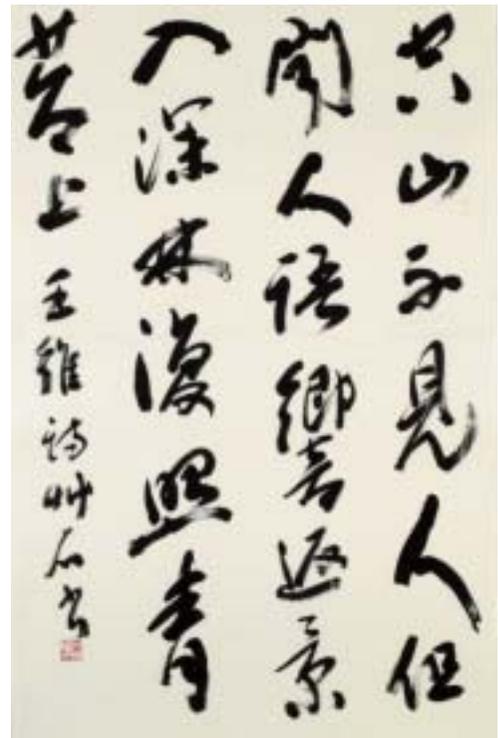
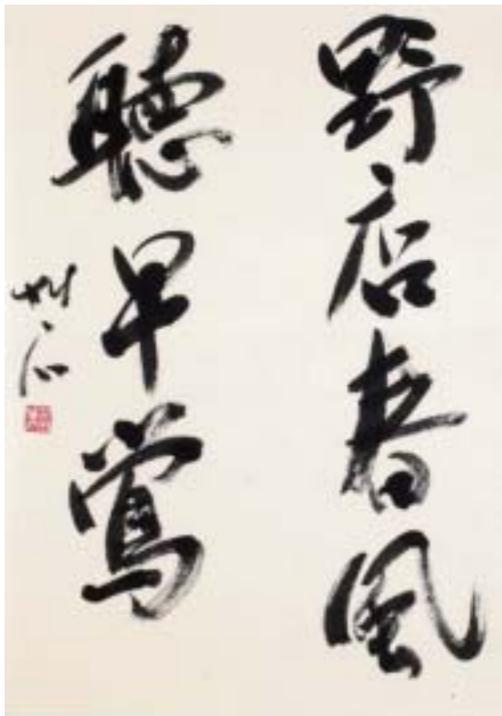


視 線



ペ ッ ト

宮崎市 楠元内科胃腸科医院 楠元正輝



王維詩

空山 人を見ず

但た聞く人語の響を

返景 深林に入り

復また照らす青苔の上

「返景」は夕日のでり返し

徐禎卿句

野店 春風 早鶯を聴く

西都市 水田内科医院

水田 雅久

短歌

新年の朝

延岡市 藤本内科小児科医院  
藤本 孝一

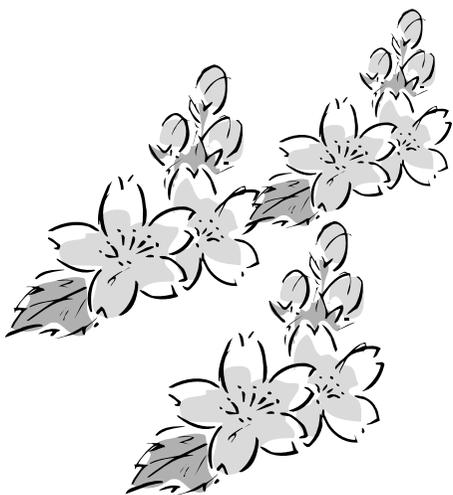
初詣に子らは出で行き城山の鐘を聞きつつ妻  
と明け待つ

事多き二〇〇一年過ぎしたる明け行く空に萎  
えし手摩る

新年の明るき日ざしの朝床に妻と語らふ子ら  
のことども

遠くより来たる幼らわが居間を占拠せしまま  
一週を過ぐ

その兄の入院せしに預かりし嬰子は泣くミル  
ク嫌ひて



## [ 報 告 ]

## 第15回日本臨床内科医学学会に出席して

平成13年10月6, 7, 8の3日間に渡り第15回日臨内医学会が鹿児島市で開催された。理事会, 評議員会は6日に県医師会館であり当医師会からは志多会長, 栗林副会長, 小牧常任理事それに仮屋の4人が参加した。

7, 8日はサンロイヤルホテルで各種講演会があった。理事会, 評議員会はほとんど同じ内容で経理部から平成12年度の決算及び13年度の間接報告が, 学術部からは「高齢者高血圧の治療効果に関する研究」の経過報告と患者向け小冊子の利用の件について, 広報部からはFLU・STUDY2002の実施計画(インフルエンザワクチン, 抗インフルエンザ薬の効果, 安全性及び迅速判定キットの有用性の検討)について, 社会保険部からは次回の診療報酬改定に対し内科系学会社会保険連合(内保連)に6月20日付けで要望書を提出したことなどの報告が簡単にあり, 会長挨拶を含みほとんどの時間を社団法人設立とこれに関係する認定医師の問題に費やした。よってここでもこの問題に関して主に報告する。すなわち前回4月14日の横浜での総会時に緊急議題として提出し賛同を得た後, 日臨内の法人化は着実に進んでいた。その後小泉内閣が発足し行革方針に沿って認定制度全廃の方針が出てきた。これを受け文部科学省はいわゆる英検や漢字検定などの認定制度廃止をきめた。これは従来公益法人に文部科学省OBが天下りするなど関係の不透明さが指摘されていた影響もあると考えられる。そして厚労省も所管の14種類の認定制度を廃止する方針を明らかにした。それまで内科学会との重なりの問題, 日医との関係, 組織率の低さなどいろいろ指摘されてきたが全てクリアしてきた。ここにきて新たに認定医の問題がでてきた。

すなわち社団法人の認可か? 任意団体のまま認定医制度を継続するか? という難問が生じたわけです。9月緊急に役員会が開催され協議を重ねた結果大体以下の結論だったそうです。

- 1) まず法人格をとる。
  - 2) 認定医制度は中止せざるを得ない。
  - 3) しかし研修は事業の中心であるため生活習慣病の対策に重点をおき, 内科医学の充実向上を図る。
  - 4) 従来「認定医制度運営委員会」を「研修推進委員会」と改称し, 研修内容を再検討する。新規に法人の認定医をつくる。基本的には従来認定医は新評価制度に移行する。認定期間は凍結する。
  - 5) 新研修評価法は現行の認定医評価基準を準用しながら新評価制に移行する。
- 等々である。

会場からは執行部の努力は多とするも認定医を無くすることによる会員減を危惧する意見や認定医更新手数料の会計処理についての意見などが出された。

結局議決事項の 1) 平成12年度収支決算報告に関する件 2) 平成13年度収支中間報告に関する件 3) 社団法人設立と認定医制度についての3議案が原案通り可決された。

翌7日は朝9時から一般演題にひき続き別表のとおり教育講演, ランチョンセミナー, 基調講演, 特別講演, 会長講演があった。どの会場もほとんど満席の状態だった。主催者発表によると1,200人以上の出席があったそうである。認定医制度が無くなってからもこれだけの出席者があるかどうか疑問である。10月末にこの報告を書いているが県内科医誌が出る頃は状況が又変わっているかもしれません。(文責: 仮屋純人)

- 一般演題 < 講演発表 > ( 9 : 00 ~ 11 : 00 主会場・第 2 , 3 会場 )  
( 13 : 00 ~ 14 : 30 主会場・第 2 , 3 会場 )

### 教育講演

- 1 . 循環器疾患 ( 11 : 00 ~ 12 : 00 主会場 )  
日常診療に役立つ心不全の診断と治療  
鹿児島大学医学部第 1 内科教授 鄭 忠和  
座長 : 鹿島 友義 ( 国立病院九州循環器病センター院長 )
- 2 . 神経疾患 ( 11 : 00 ~ 12 : 00 第 2 会場 )  
神経内科の新たな展開 鹿児島大学医学部第 3 内科教授 納 光弘  
座長 : 大勝 洋祐 ( 鹿児島県内科医会副会長 )
- 3 . 心身医療疾患 ( 11 : 00 ~ 12 : 00 第 3 会場 )  
内科を受診するうつ状態・うつ病患者の診方と治し方  
鹿児島大学医学部心身医療科教授 野添 新一  
座長 : 山中 隆夫 ( 鹿屋体育大学教授 )

### ランチョンセミナー

- 1 . エビデンスに基づく降圧薬の選び方 ( 12 : 10 ~ 13 : 00 主会場 )  
埼玉医科大学第 2 内科講師 河本 修身  
座長 : 西 征二 ( 西内科循環器科院長 )
- 2 . 軽 ~ 中等症における喘息治療の実際  
- 気道炎症とリモデリングを含めて - ( 12 : 10 ~ 13 : 00 第 2 会場 )  
同愛記念病院アレルギー・呼吸器科部長 佐野 靖之  
座長 : 林 茂文 ( 鹿児島県内科医会常任理事 )
- 3 . 上部消化管出血の内科的治療 ( 12 : 00 ~ 13 : 00 第 3 会場 )  
鹿児島市医師会病院副院長 山口 淳正  
座長 : 澁江 正 ( 鹿児島県消化器集団検診研究会会長 )

### 基調講演 ( 14 : 00 ~ 15 : 30 主会場 )

- 介護保険は根づいたか あいち健康の森健康科学総合センター長 井形 昭弘  
座長 : 沖野秀一郎 ( 鹿児島県内科医会副会長 )

### 特別講演 ( 15 : 30 ~ 17 : 30 主会場 )

- 1 . 内科医の独自性とその保証システム  
九州大学大学院医学研究院環境社会医学専攻医療システム学教授 信友 浩一  
座長 : 山本 愛文 ( 福岡県内科医会会長 )
- 2 . 医療における構造改革の光と影  
参議院議員・東海大学教授 武見 敬三  
座長 : 鮫島耕一郎 ( 鹿児島県医師会会長 )

### 日臨内会長講演 ( 17 : 30 ~ 18 : 00 主会場 )

- 21世紀の臨床内科医への期待 日本臨床内科医会会長 後藤 由夫

## [ 報 告 ]

## 日本臨床内科医会九州ブロック会議

日 時 平成13年10月27日(土)

場 所 福岡市

出席者 2名(志多会長,小牧)

**協議事項**

現在日本臨床内科医会(以下日臨内と略す)の大きな課題である「社団法人設立の件と認定医制度一時中止」について、日臨内会長と副会長から直接出席者へ説明と理解、協力の要請がありました。今回は川上忠副会長からの説明を、紙面の関係上一部割愛しながら掲載させていただきます。

**(要旨)**

日本臨床内科医会の法的な現在の組織形態について

定款によって組織(会員・理事会・評議員会)と責任者(会長以下役員)が確定して運営されている任意団体であって公益法人ではない。この形態は民法上では「権利能力なき社団(人の集まり)」と解せられる。(中略)

対内的に重点を置き、会員のための事業を行うのであれば任意団体のままでも十分である。しかし、本会は新しい時代に即応した対外活動を行い研修を充実させて、第一線の臨床内科医集団として日本人のEBMなどにも取り組み、臨床内科学の発展、充実を意図することにより社会的存在価値を求めるならば、今後一層対外的活動に重点を置いていくべきと考える。そのためには権利能力をもつ法人化は必要なことである。(中略)

**法人化に際してのメリット**

1. 会内的には従来と特に変わりはないが、体外活動では、公益法人として社会的には高い信用度を具備した団体に脱皮出来る。
2. 時代のニーズに副った医療体制を主体的に又、対外的に堂々と展開して行くことが出来る。
3. 第一線の臨床内科医の団体として21世紀において、先頭を切って社会的貢献をしていくのに相応しい法人となる。
4. 社団法人の許可から2年間の事業実績で特定公益増進法人の指定が得られ、以降は本会への寄付全枠が各法人にとって凡そ2倍に増額する。

**認定医制度について**

現状の「権利能力なき(団体)社団」の「認定医」は何処までも、本会内部だけの認定医資格

であって、論理的には対外的資格として通用しない。現に当会の認定医発足当事の考え方は研修を積んだ事実に基づく臨床内科医としての評価とプライドであり、特に全国各地で何ら顕彰されることもなく日夜懸命に地域の医療を支えている医師達を会として何かスポットを当てて差し上げたいといった素朴な発想であり、これを経済的、或は医療経営の上で何らかのメリットを配慮したものでも何らかの期待や、対外的なPR効果を考慮したものではなかったように思う。

以上が川上副会長の「公益法人と任意団体、更に認定医制度について」の解説の要旨です。

(文責：小牧 齋)

## [ 報 告 ]

## 第36回九州各県内科医会連絡協議会

日 時 平成13年10月27日(土)

場 所 福岡市(福岡県担当)

出席者 志多会長, 栗林副会長, 假屋副会長, 大西理事, 小牧

今回は以下に示した8題の協議事項と紙上回答の1題が用意されました。時勢を反映して医療保険制度改革に関する議題が3県より提案されておりました。各協議事項につき代表的なご意見を紹介します。

**協議事項**

- 1) 介護保険に伴う「診・診」「病・診」連携について(熊本県)
- 2) 介護保険制度下の介護サービス情報の把握状況について(長崎県)
- 3) 高齢者終末期医療の高額化の問題について(宮崎県)
- 4) 総合規制改革会議中間の医療に関する基本方針案への対応 特に医療費統制規制拡大, 定額支払方式の問題について(宮崎県)
- 5) 加熱気味とも云える小泉人気からすると, いわゆる『医療抜本改革』が強行される可能性が危惧されるが, われわれ内科開業医として如何に対応すべきか(長崎県)
- 6) 電子カルテの普及状況について(沖縄県)
- 7) 総合規制改革会議が公表した「中間とりまとめ」について(沖縄県)
- 8) 各県内科医会の保健教育活動の取り組みについて(大分県)

**その他**

日本臨床内科医会会員の日医生涯教育制度の取得状況について(佐賀県)

**【1】介護保険に伴う「診・診」「病・診」連携について(熊本県)****<提案要旨>**

1. 高齢者で複数の慢性疾患の治療を受けている患者は比較的多病のことが多い。診療所を受診されている場合には医療費が施設負担になるため治療制限を受ける。
2. 診・診による当直制等に対する見解を御教示下さい。

大 分

| 次回の報酬改定では他科受診については認められるべきである。

在宅医療の必要性とその対応が増加することに対してはこれまでと違った対応が必要となっている。時間外や遠路の対応など, 地域の医師会員相互の連携, 訪問看護ステーションが診療時間外に対応し主治医へ連絡をとるなどで対応する地域もある。

**【2】介護保険制度下の介護サービス情報の把握状況について(長崎県)**

福 岡 | 介護保険は1年6ヵ月が経過する中, 福祉と医療, ケアマネジャーと医師との連携の

困難さが明らかにされている。福祉事業者と医師・ケアマネジャーと医師の連携ケアプラン、主治医意見書の医師把握が使用されていない。

介護保険は医療の統合により利用者にすぐれたメニューを提案することが目的であるが、ケアプラン作成にしても福祉・医療介護ケアマネジャーにより、福祉医療に片寄ったものが作成されるところがある。

### 【3】高齢者終末期医療の高額化の問題について（宮崎県）

#### <提案要旨>

高齢者に対する保険給付は近年国民医療費の3分の1を占めており、これが絶対的にも相対的にも増大を続ければ保険財政を逼迫させることは予想しうることです。なかでも終末期医療に費やされる費用は、高齢者が複数の疾患を抱えること、終末期は医療費がかさむこと、高齢者の絶対数が増加していることを差し引いてもその額は多大なものとなってきていることは事実です。

大 分 | 終末期医療では高齢者は死ぬまで回復することを期待、家族は費用を考慮せず延命を希望、医師は生存し続けることに満足感、医療機関は出来高払いで収入増の現状である。末期医療とは非効率で医療財源の浪費ともなされている。

経口摂取不能、高齢者と若年者、疾病と回復力、自己選択をキーワードに、社会的、経済的、倫理的に妥当性のある全人的医療・介護サービスの提供が末期医療には必要である。

### 【4】総合規制改革会議中間の医療に関する基本方針案への対応

#### - 特に医療費統制規制拡大、定額支払方式の問題について -（宮崎県）

佐 賀 | 財論理優先の改悪です。医療費抑制のみの政策は患者のフリーアクセスの阻害、疾病の重症化につながりかねない。日医のスタンスで内保連、中医協に意見を集約されるか、患者さんにポスターなどを表示し反応するしかない。

大 分 | 医療費の伸びは特に老人医療費にあり、自然増も含めたその総額抑制は新しい枠組みである高齢者医療制度を創設し、そのなかで行われると思われる。生活習慣病を中心に医療の標準化をすすめ、定額制、包括制などが増加していくことになる。

高齢者医療制度改革のなかで臨床内科医として意見を出していくことが必要である。

### 【5】加熱気味とも云える小泉人気からすると、いわゆる『医療抜本改革』が強行される可能性が危惧されるが、我々内科開業医として如何に対応すべきか？（長崎県）

沖 縄 | 21世紀を展望した国民のための真の医療費構造改革は、日医が示した構造改革以外にないと考えている。ところが、政府の総合規制改革会議は医療の本質を無視した財政的視点のみから改革を断行しようとしている。而も医療の基本的理念を見失い、ただ、医療費のコントロールのみがし易い仕組みの構築に躍起になっているとしか思えない。このまま進行すると我国の医療制度の優れた特徴、即ち、国民皆保険体制、現物給付、フリーアクセスを崩壊させるのみか、医療の公平性と平等性をも崩壊に導き、その上、医療の質的低下をきたすことは必死である。このような、国民不在の医療構造改悪に我々内科医会は一致団結して、断固反対せざるを得ないと思えるが如何か。

## 【6】電子カルテの普及状況について

貴内科医会での電子カルテへの取り組み（普及）状況についてご教示ください。（沖縄県）

長 崎 | ご指摘のように今後電子カルテの整備が望ましいと思われるが、本県では未だごく少数の医療機関でしか導入されていない。日医総研のORCAも将来的に電子カルテ機能が付加される予定であるが、安価で操作性が良く機能的なものであることを願っている。

## 【7】総合規制改革会議が公表した「中間とりまとめ」について（沖縄県）

宮 崎 | A 特に以下の3点が重要かと考えられる。

    営利企業の病院経営参入  
    保険者機能強化  
    混合診療解禁

    具体的には平成13年7月の日医の総括に従って論議していけば、意見集約可能ではないか。

    1. 株式会社の医療参入  
        非営利法人との会計構造の相違から派生する医療費の増大  
        実利追求型の資本の論理の横行  
        医療論理の崩壊 国民の健康権の侵害

    2. 医療の標準化  
        医療の画一化 技術革新の阻害

    3. 広告規制の緩和  
        患者の誤った誘導 甚大な健康被害の発生

    4. 公民ミックスによる医療サービス  
        混合診療の容認 現物給付制度の崩壊 患者負担の増大 フリーアクセスの阻害  
        患者の差別化

    5. 保険者と医療機関との直接契約  
        平等性・公平性の崩壊 フリーアクセスの崩壊

## 【8】各県内科医会の保健教育活動の取り組みについて（大分県）

沖 縄 | 今後は、第1次予防重視の活動(健康日本21の地方版)が地域で展開されて行かねばならない事をご指摘の通りである。当県では個々の会員がそれぞれの地域で学校、老人会、婦人会や自治体等の要望に応じて活動している。内科医会の組織としての対応は現段階では行っていないが、今後は取り組んで行かねばならないと認識している。但し、県医師会では「健康セミナー」の開催・健康相談、地方紙への「沖縄健康歳時記」、「命ぐすい・耳ぐすい」の掲載及び出版を行っている。那覇市医師会では、かかりつけ医推進事業として「健康ウォーキング大会」、「市民公開講座」、ラジオ番組「こだわり健康ジョッキー」、有線テレビ番組「医療ホットライン」の提供等を行っている。何れも内科医会の会員が主要なスタッフとして活動している。 (文責：小牧 齋)

## [報告]

## 第18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 大西 雄二

平成13年10月28日(日)に福岡市で開催されました。内容について宮崎県の回答を中心に報告致します。

**提案事項****総鉄結合能(TIBC)や不飽和鉄結合能(UIBC)の測定方法について(沖縄県)**

精密測定(RIA)と一般的測定方法(比色法)とがあるが、傾向的に精密測定のみ算定してくるところがある。両測定方法の使い分け(縛りを設けているか)をしているか。

**回答**

宮崎県では特に精密測定(RIA)と一般的測定方法(比色法)との使い分けや、縛りは設けていません。縛りを設けていない県がほとんどです。フェリチンに限り、定性法を原則とし精密は鉄過剰状態、腫瘍マーカーとしての場合は可という県があります。

**消化性潰瘍患者への禁忌薬剤の投与について(長崎県)**

消化性潰瘍患者に非ステロイド鎮痛解熱剤、感冒薬、抗血小板剤など禁忌とされる薬剤を処方されているケースが見られます。一時審査で認められたものが、保険者から「禁忌」を理由に再審査請求をしてくる場合があります。

**回答**

宮崎県では医師の裁量の範囲と考え、一時審査、再審査ともに認めております。但し、能書きを根拠に追求される危惧を覚えます。主治医の裁量に委ね認めている県がほとんどですが、治療内容から急性期の潰瘍治療が行われている(例えば、PPI製剤の使用)の場合や、診断当月の潰瘍、及び出血性潰瘍では査定がありうるとの県があります。抗血小板剤は出血性潰瘍のみ禁忌です。

**「疑い病名」での投薬について(長崎県)****回答**

宮崎県では短期間の場合は認めます。ただし一時審査で返戻にすることもあります。再審査請求の場合、病名からそれなりの症状や治療の必要性が考えられる場合は、原審どおり認めており

ます。疑い病名での投薬は認められないとの県が多いようです。

#### 通院患者について（長崎県）

急性上気道炎で抗生剤の内服と注射の併用。

電解質液 + ビタミン剤の点滴。

保険者の再診請求が増えている様です。次の様なケースはどう処理されますか。

脱水の病名で行われているが、脱水を来たす原因疾患の記載がないもの。

慢性肝炎等の病名で、傾向的に頻回に続けられているもの。

#### 回答

認めます。ただし上気道炎に注射剤を使用する場合、状態の悪い1～2日間ぐらいで十分と思われれます。傾向投与の場合は問題となることがあります。

原因疾患の記載のない脱水症状に際し、電解質液は認めます。ビタミン剤についてはケースバイケースで認めることもあります。

傾向的で頻回の場合には査定しております。

脱水の病名とは限らないが、原因疾患は幅広くあり、継続的でなければ問題はない。慢性肝炎も緩解、増悪があり注記があれば納得出来るとの県あり。

#### 同一日に超音波断層撮影を検査と生検時に2回行った場合について（宮崎県）

同一日の場合、同一部位、同一方法のため1回しか算定できないという考えと、時間をずらした場合は算定できるという考え方があります。どのようにしておられるのでしょうか。

#### 回答

同一日の同じ超音波断層撮影は1回しか認めないとの回答がほとんどです。2回必要なら注記をして、その理由が妥当なら認められることがあります。

#### 精密持続点滴注射加算の算定について（宮崎県）

精密持続点滴注射加算の算定はカテコールアミンや プロロカイン等となっていますが、算定の基準をどのようにしておられるのでしょうか。

#### 回答

当該薬剤の効能・効果、用法・用量に照らして判断されます。抗不整脈剤、急性循環不全に対する薬剤など時間、体重等で使用量が定められている薬剤については算定できます。他はケースバイケースで医学的判断によります。

#### 慢性疾患で管理中の患者が、短期手術のため入・退院した場合、1ヵ月以内の特定疾患療養指導料・老人慢性疾患生活指導料の算定について（宮崎県）

短期滞在手術例による多科の入院例などが増えています。1ヵ月算定できないのは不合理では

ないでしょうか。

#### 回答

全県その通りとの意見です。短期入院行為の情報を全く知らない場合の算定は可能と考えるとの県があります。

#### 社保、国保での審査基準での統一化について（宮崎県）

審査基準の齟齬のため、同じ治療で一方でよいのが一方では査定されるとの不满があります。どのように基準の統一をはかっておられますか。

#### 回答

方法は様々ですが、審査基準の統一化の為に会合の場を設けているところがほとんどです。県医師会が関与し、委員会を開催したり、共通の基準として県医師会で「保険診療のてびき」を作り活用している県があります。

社保、国保の審査委員を兼ねている委員に扱いについて相談するとか、選任審査委員が審査基準になると思われる資料を審査会等で話題にする。社保、国保の審査委員の懇親会で意見の交換を行う。審査委員講演会で、審査格差の話をするなど。しかし社保、国保の統一基準をはかることは、困難との意見もあります。

#### 慢性肝疾患に対する強力ネオミノファーゲンC（強ミノC）投与中の低カリウム血症の取り扱いについて（佐賀県）

当県では投与前カリウム値が正常であっても強ミノC投与中に偽アルドステロン症による低カリウム血症がみられた場合、カリウム投与に際して低カリウム血症の病名を追加すると禁忌として強ミノCが査定されます。又、強ミノCを中止するとトランスアミナーゼが再上昇しそのため中止し難い症例が多々見られます。強ミノC長期（あるいは大量）投与による低カリウム血症に対する取り扱いについてご教示下さい。

#### 回答

宮崎県の回答です。すべての薬剤で副作用が生じた場合、当刻薬剤を中止することが原則です。強ミノCで低カリウム血症が生じた場合、まず、強ミノCを中止し、低カリウム血症を是正する。強ミノC中止により肝機能が悪化した場合、他の薬剤（例えばウルソなど）でコントロール不可能で、強ミノCを再開せざるを得ず、再開し、再び低カリウム血症が生じた場合は、以上のような理由を注記すれば、カリウムを補充しながら強ミノCを投与しても、査定の対象にはならないと思います。、の段階を省いていきなり強ミノCを使用し、低カリウム血症が生じ、カリウムを補充しながら強ミノCを投与することは査定の対象になります。

#### 降圧剤の多剤併用について（熊本県）

降圧剤で作用機序の異なるも2～3剤併用される例が多いが、特に3剤併用の場合には、コメ

ントを要するとなっていますので、お尋ね致します。

#### 回答

3剤併用の場合にはコメントを要するというはっきりした決まりはありません。しかし、常識的に見て、3剤以上の併用の場合、併用理由の注記を求める返戻をすることはあります。3剤以上の併用についてはコメントが望ましい。

#### 潰瘍におけるボルタレンサポの投与について（佐賀県）

胃潰瘍におけるボルタレンサポの投与が画一的に査定される事例があるが、併発疾患に対する鎮痛解熱の目的でボルタレンサポの投与が必要となる例は多い。審査基準はどのようにされているか。

#### 回答

宮崎県では医師の裁量権の範囲と考えて通しております。併発疾患に適応があれば認めております。他県では活動期で積極的な治療が行われている場合は認められないが、病状が落ち着いた状態では、主治医の裁量権に任していますとの回答があり。

#### 要望事項及び回答

#### 長期投与医薬品の見直しについて（沖縄県）

高血圧症や心不全等で、降圧利尿剤とともに投与するカリウム剤

#### 回答

カリウム剤は現状では長期投与の対象ではありませんが、医学的に常識的な使用として審査委員会が判断すれば認められます。

#### 介護保険の通所リハビリテーションとの併算禁止について（沖縄県，鹿児島県）

介護保険で通所リハビリを受けている患者さんに医療保険の老人保険で（自院・他院を問わず）外来管理加算・老人慢性疾患生活指導料を算定できないとされているのは不合理ではないか。せめて他院での算定は認めるべきと考えるが如何。

#### 回答

療養担当規則では「自院・他院を問わず」とは記載されていないが、日本医師会に問い合わせると他院も含むという判断のようです。他院のことは知らなければ請求するしかないという意見や、介護支援専門員から通所リハビリテーションがケアプランとして届けられる迄は加算可能と思われるとの意見もあります。いずれにしろ改善が望まれます。

#### 老人慢性疾患外来総合診療料について（鹿児島県）

老人慢性疾患外来総合診療料（外総診）届出医療機関において、胃内視鏡検査、超音波検査等を包括するのは不合理であり、別に算定できるようにしてほしい。

**回答**

同意します。九州医師会連合会の次期診療報酬改定に関する要望事項で「外総診の算定中であっても年1回は内視鏡検査,超音波検査(心エコー等)を算定できるように」と要望しています。

**寝たきり老人在宅総合診療料について(鹿児島県)**

寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)を算定している場合は,種々の指導管理料を包括しているため,在宅療養指導管理料は算定できない。医師の技術料や患者家族への療養指導という点の評価がなされていないので改善を要望する。

**回答**

同意します。九州医師会連合会の次期診療報酬改定に関する要望事項で要望しています。

**“専ら内科医”をアピールしている日本臨床内科医会,日本内科学会会員に対する診療報酬特別加算(診察料,指導料,判断料等)の算定を要望する。(鹿児島県)**

他科の標榜医が内科領域に参入して安易に内科を標榜する不合理を是正するのしなければ,「専ら内科医」の独自性が失われ,臨床内科医の医療水準が益々低下するのみである。

**回答**

同意します。一方診療報酬改定で「専ら内科医」としての評価は現状では期待出来ないのではないだろうか。日本臨床内科医は医療,介護を包括した総合的ケアの提供で,プライマリ・ケア医として,かかりつけ医としての機能を強化し,その結果として診療報酬で評価されることの方が現実的であるとの意見があります。

## [ 報 告 ]

## 日本臨床内科医会医療保険部会報告

宮崎県内科医会医療保険委員会委員長 大西 雄二

内科医会からの保険診療の要求が実現するためには、内科系学会社会保険連合（内保連）の平成14年度診療報酬改訂要望書に取り上げられる必要があります。平成14年度診療報酬改訂要望書について御報告します。内保連は62学会より組織され、学会の立場から、よりよい国民医療の確立を目指し、健康保険に係わる検討、協議を行っている団体です。

学会一覧をみますと日本臨床内科医会、日本内科学会のほかは各専門学会の日本血液学会、日本心臓病学会、日本高血圧学会などきわめて多岐にわたっています。約80ページの要望書に数百項目が網羅されており、簡単には実現しないでしょう。

日本臨床内科医会の要望事項は  
新設要望項目では

**基本診療料****初診料，初診時時間加算（最重点項目）**

要望点数：30分以上 初診料の 50/100  
1時間以上 初診料の100/200  
2時間以上 初診料の200/100

要望事項：医学的必要性があつて行った診療に要した時間を評価する。

**特定疾患内科加算（最重点項目）**

要望点数：50点

要望理由：特定疾患の大部分は内科疾患であり、その治療管理には内科独自の治療技術が必要である。「専ら内科医」が算定出来る診療項目として要望する。

**診断穿刺・検体採取料****感染性疾患採血加算**

要望点数：5点

要望理由：ウイルス疾患指導料対象疾患の採血時には厳重な注意が必要である。

**感染性疾患静脈注射加算**

要望点数：5点

要望事項：ウイルス疾患指導料対象疾患の静脈注射時には厳重な注意が必要である。

また要望のありかたとして次のように言っています。外保連の改正要望書には、「要望の根拠欄」があり、根拠が記載されています。項目数も絞ってあります。内保連の同様資料は項目数も多く、根拠欄はありません。加盟団体の要望総てを盛り込むのではなく、調整機関を設置して、理解しやすい資料の作成が望まれます。

各専門学会ではそれぞれの立場から要望事項を出していますが、日本内科学会からは出ておりません。従って総括的事項に関係する項目で内科診療に関係する内容については臨床内科医会からの要望のみとなっております。

# 各 郡 市 だ よ り



## 宮崎市郡内科医会だより

2001年、世界中を震撼とさせた米中枢同時テロとその後のアフガンでの戦いや日本を初めとする世界的不況、失業者の増加等の暗い流れを引き摺りながら2002年が始まりました。私達の医療の世界でも新年度早々に実施される診療費の改定と気を引き締めて対処しなければならない問題も控えております。健康に留意して頑張りましょう。平成13年度に行いました宮崎市郡内科医会の講演会は次の通りです。

平成13年4月20日（金）

「魚の油～心疾患から精神疾患～」

富山医科薬科大学和漢薬研究所教授

浜崎 智仁 先生

平成13年6月1日（金）

「高脂血症治療のあり方」

筑波大学臨床医学系内科代謝内分泌学教授

山田 信博 先生

平成13年7月17日（火）

「EBMから見た喘息の病態と治療」

近畿大学医学部奈良病院教授

中島 重徳 先生

平成13年10月25日（木）

「胃酸分泌からみた逆流性食道炎の病態」

東北大学医学部第3内科教授

大原 秀一 先生

平成13年10月27日（土）

「アルツハイマー病の診断と治療

～最近の知見～」

佐賀医科大学内科教授

黒田 康夫 先生

平成13年12月13日（木）

「GERDの病態と治療」

自治医科大学付属病院消化器内科教授

菅野健太郎 先生

平成14年4月からは選挙により選出されました新会長と役員の方による宮崎市郡内科医会が活動を始めます。私の任期中多数の先生方に御助力を戴きました事を心より御礼を申し上げます。

（文責：田中 隆次）

## 都城市北諸郡内科医会だより

平成13年度は内科医会会員増強につとめまして、10数名の会員増となりました。

また、6月内科医会総会に県内科医会会長の志多先生に都城までおいでいただき、内科医会の現状などについて御講演をお願いしました。その他8月に都城では初めての宮崎県内科医会、学術講演を開催しました。

その他の内科医会講演会は下記のとおりです。

平成13年1月23日（火）

「慢性肝炎のウィルス療法」

宮崎医科大学第二内科教授

坪内 博仁 先生

平成13年3月6日（火）

「気管支喘息治療の最近の動向」

鴨池生協クリニック院長

栃木 隆男 先生

平成13年4月24日（火）

「肥大型心筋症と突然死作用」

鹿児島大学第二内科助手

田中 康博 先生

平成13年5月22日（火）

「虚血性心疾患治療の最前線」

鹿児島共済会南風病院循環器科副部長

山口 浩士 先生

平成13年6月29日（金）

「動脈硬化進展と臨床イベント発生に及ぼす  
ルパスクの影響(PREVENT)について」

平成13年7月26日（木）

「腎障害合併時の降圧療法について」

横田内科院長

横田 直人 先生

平成13年9月6日（木）

「片頭痛の病態と新しい治療薬」

宮崎社会保険病院脳神経外科部長

上田 孝 先生

平成13年10月25日（木）

「肺炎の診断と治療」

宮崎医科大学第三内科助手

阿部 航 先生

平成13年11月9日（金）

「不眠を訴える患者の見分け方と薬物療法」

鹿児島心身医療科教授

野添 新一 先生

平成13年12月11日（火）

「プロトンポンプ阻害剤の適応

～逆流性食道炎維持療法とピロリ菌療法」

佐賀医科大学内科学教授

藤本 眞 先生

今後毎月1回の講演会を開催したいと思っ

ております。

（文責：田中 毅一）

## 延岡内科医会だより

今日は1月11日鏡開きの日。年末年始以来寒い日が続いております。

平成13年8月から12月までに行われました延岡内科医会主催、共催、後援の学術講演会は次の通りです。

平成13年9月7日（金）

「手の外科によるマイクロバスキュラージャリーの現況」

奈良県マイクロサージャリー手の外科研究所  
所長 玉井 進 先生

平成13年9月11日（火）

「頭痛の診断と治療」

- 特に片頭痛について -

古賀総合病院副院長

鶴田 和仁 先生

平成13年9月21日（金）

「喘息の最近の治療」

筑波大学臨床医学系内科学

関沢 清久 先生

平成13年10月12日（金）

「肩こりの予防と治療」

熊本大学医学部整形外科教授

高木 克公 先生

平成13年10月16日（火）

「高齢者糖尿病の管理」

古賀総合病院院長

栗林 忠信 先生

平成13年10月27日（土）

「WHO方式癌疼痛治療の基本戦略」

- モルヒネ使用の実際 -

山形大学医学部麻酔科蘇生科講師

加藤 佳子 先生

平成13年11月2日(金)  
 「最近の予防接種の話題」  
 - アレルギー児への予防接種ほか -  
 国立療養所南福岡病院小児科医長  
 岡田 賢司 先生

平成13年11月8日(木)  
 「全身性疾患としてのサルコイドーシス」  
 大分医科大学 第三内科教授  
 津田 富康 先生

平成13年11月17日(土)  
 「内分泌疾患：症例から学ぶこと」他7題  
 宮崎医科大学第三内科教授  
 松倉 茂 先生

平成13年12月5日(水)  
 「小児感染症と宮崎医大小児科の紹介  
 - 特に小児白血病・小児癌について -」  
 宮崎医科大学小児科教授  
 布井 博幸 先生  
 (文責：日高 隆徳)

### 日向市東臼杵郡内科医会だより

昨年は、かかりつけ医推進事業に内科医会も協力し、特に市民をまじえた「かかりつけ医健康フォーラム」の開催は、大きな成果をあげました。平成14年は、医療改革等厳しい年になりそうで、内科医会としても、会員心を一つにして、苦難を乗り越えていかなければと考えています。

平成13年後半の当内科医会主催・共催の学術講演会、研究会は次の通りです。この他延岡市との宮崎県北心臓血管懇話会、画像診断研究会等に参加しています。

平成13年10月10日(水)  
 呼吸器疾患カンファレンス

「CT室から見た胸部単純X線写真」  
 延岡医師会病院放射線科医長  
 吉田 朗 先生

平成13年10月25日(木)  
 第17回かかりつけ医推進研修  
 「かかりつけ医薬局と医療連携について」  
 日向市・東臼杵郡薬剤師会監事  
 中原 拓男 先生

平成13年11月7日(水)  
 第39回日向循環器研究会  
 「虚血性心疾患の初期診断と治療」  
 県立延岡病院循環器内科医長  
 角田 等 先生

「当病院における冠動脈バイパス術の現況」  
 県立延岡病院心臓血管外科医長  
 桑原 正知 先生

症例検討会  
 県立延岡病院心臓血管外科医長  
 桑原 正知 先生

県立延岡病院循環器内科医長  
 角田 等 先生  
 (文責：古賀 正広)

### 児湯内科医会だより

新年あけましておめでとうございます。  
 2002年は厳しい診療報酬改正になりそうで、いろいろと不安が募ります。

平成13年9月～12月までの当医会の活動状況は以下の通りです。

平成13年9月18日(火)  
 第39回児湯カンファレンス  
 症例検討

「外傷のない縦隔気腫の3例」

国立療養所宮崎病院外科

白間 康博 先生

講演「熱性けいれんについて」

国立療養所宮崎病院小児科

佐藤 圭右 先生

小杉雄二郎 先生

平成13年11月20日(火)

第40回児湯カンファランス

症例検討

「最近、本院で経験した肺結核症例について」

国立療養所宮崎病院内科

知花さつき 先生

鈴村 智子 先生

森 孝志 先生

講演「脳梗塞について」

国立療養所宮崎病院内科

栗崎 玲一 先生

寺本 仁郎 先生

以上が前回報告以後の症例検討会、講演会です。今後は隔月1回の症例検討会と年2～3回の講演会を予定しております。

(文責：高嶋 章)

## 南那珂内科会だより

当内科医会は会員数は34名、内科医23名、他科の医師11名より構成しております。

前回島田理事が述べたように、当医師会の学術講演会は月1回程度行われますが、その8割程度は内科系の講演会です。内科医会が主催する学会は7月からやっておりますが、学術講演会には20～30人程度参加しております。講師には最近は公立病院の若手の医師に

もお願いしております。

7月には全員に「今日の治療指針」を配布しました。

2/8の総会で役員改選が行われます。

7月以降の学会は別紙参照

平成13年7月5日

「胸写とCTの読み方～ここがポイント～」

橋口医院院長

橋口 典 先生

平成13年7月26日

「プライマリケアにおけるストレスマネジメント」

東邦大学医学部心療内科教授

中野 弘 先生

平成13年9月20日

「COPDの最近の話題」

県立日南病院内科

重永 哲 先生

平成13年10月10日

「動脈硬化の進展と高齢者の心不全」

県立宮崎病院内科医長

中川 先生

平成13年10月26日

「しびれの臨床」

鹿児島大学医学部第三内科助教授

有村 公 先生

平成13年11月6日

「喫煙は喘息を悪化させる」

埼玉県立大学保健医療福祉学部助教授

北村 先生

平成13年11月20日

「片頭痛の病態と新しい治療薬」

宮崎社会保険病院脳神経外科部長

上田 先生

(文責：外山 衛)

## 西諸内科医会だより

昨年は、国の内外ともに物騒なニュースが多い中、内親王御誕生が唯一心和らく話題となりました。

西諸内科医会の講演会も人体のミクロの話題から、12月には遠く宇宙の彼方の星の誕生にまで広がり、医師会の会員以外にも一般の方々の参加もあり、大いに盛り上って2001年が過ぎました。

これからも医学のみに限らず、広く各界の話題を取り入れた会員からも喜ばれる講演会を企画していきたいと思っています。

これからの講演会は

1月 「抗ガン剤について」

久留米大学医療センター麻酔科教授

津田 英照 先生

2月 「腎疾患」

宮医大第一内科助教授

藤元 昭一 先生

3月 「医療法改正の話」

を予定しています。昨年を上回る会員の先生方のご出席とご支援をよろしくお願い致します。

(文責：押川 達巳)

## 原稿募集

次の原稿締切は平成14年8月31日頃の予定です。

下記により原稿を募集致します。

### 記

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

小牧 齋	押川 公昭	三原 謙郎
立元 祐保	松本 紫朗	年森 啓隆
原口 靖昭	菊池 郁夫	木佐貫博人
折津 達	大森 史彦	

## 編集後記

内科医会に入会する前に編集委員にと誘われて, 今回で4回目の内科医会誌作製となります。編集会議は3カ月に1回程開かれますが, 編集委員長の小牧先生をはじめ皆気さくな方ばかりで活発な意見を交換し, いつも楽しい時を過ごしています。原稿依頼をお願いした先生方は皆様快く引き受けて下さいますのでいつも感謝しております。今回の内科医会誌も皆様の日頃の診療に役立つ情報がかなり盛り込まれています。毎日の忙しい診療の後にも読んでいただければと思います。近い内に宮崎県内科医会のホームページでも内科医会誌が御覧になれる予定です。

<http://www.miyazaki.med.or.jp/naikaikai/>

私事ですが, 昨年の12月9日に青島太平洋マラソンに出場しました。天候は快晴で太平洋の青さもまばゆいばかりの絶好のマラソン日和でした。何とかゴールには辿り着きましたが, 結果は散々でした。日頃の練習の大切さが重要といつもマラソン大会に出る度に反省しますが, 次回に生かされません。

昨年は21世紀最初の年でしたが, 連続多発テロや景気低迷などの暗い話題が多い中, 12月1日に敬宮愛子様御誕生という嬉しいニュースがありました。2002年にもこのような明るい話題が増えることを望みたいとは思いますが如何でしょうか?

社会時勢に惑わされる事なく, 一步一步自分の出来る事を着実に行っていき目標を持って仕事や趣味に取り組んで行きたいと思えます。

(木佐貫博人)

### 発行所

宮崎市和知川原1丁目101番地  
宮崎県医師会館内  
**宮崎県内科医会**  
発行人 志多武彦  
編集人 小牧 齋  
印刷所 愛文社印刷所