

[巻 頭 言]

医療の崩壊 –せめて看護学校を守ろう–

宮崎県内科医会副会長

野 田 寛

この文章を読んでいただける頃には、政変が決している事と思います。

小泉元総理の「市場原理主義における聖域なき構造改革」は医療に何をもたらしたのか。少なくとも日本の医療においては聖域の消失は仁術である医療を崩壊させてしまったように見える。

新研修医制度、医局制度の解体、医薬分業、レセプトオンライン化、ジェネリック薬品の強制、総合医、たて値制度、5分ルール、公立病院の閉鎖、モンスターペイシエント、医療訴訟問題など一つ一つにもっと議論が交わされるべきであったが、全方向に山積みされた問題が表面化し、緩んでいた地盤が崩れるように、身動きが取れなくなり、出口が見えなくなった。

日本医師会は、一日でも早く方向を定め会員に示していかないと、ますます混迷は深まるばかりのように思われる。そんな中、地方の開業医として切実に感じていることがある。

あるTV番組で札幌市内の歯科医院の現状を取り上げていた。市内に1,400件の歯科医院が乱立し、コンビニよりも多いと言われている。生き残りをかけて、あるシステムを使い0円を謳い文句に営業をしている医院もあるという。延岡では少子高齢化に伴い歯科衛生士を養成する教育機関が3年前からなくなり、10年後には経営が成り立たなくなるところが出てくるかもしれないと聞いたことがある。乱立、スタッフ不足など要因は違うが、個人開業が主体だけに閉院に追い込まれやすいと言われる歯科の状況は今や他所事ではない。

延岡医師会も10年前から准看護師の現役の受験生が定員割している。そのうえ7対1看護により、病医院の需要と看護師の数は全くバランスが取れず、争奪戦とも言える状況である。日向市医師会は医師会病院を持たず看護学校と介護ステーションに力を入れている。一方延岡市医師会は医師会病院と看護学校を持ち、たとえば看護学校の生徒の約5分の一は日向市から来ており、日向市から小児科の急病センターに来る患者さんも多い。その点で日向市とはある種の連携プレーができていると考えている。地方開業医にとっては早急に打開策を求めたい一番重要なのは看護師の養成の問題である。どんな高度医療も手厚い看護も医療地域の実情に合う、患者さんのニーズを見据えた姿勢がなければ絵に描いた餅である。看護師不足であえぐ医療界でありながら、看護大学出の看護師は続々と生まれている。しかし実際問題として個人開業医ではそうした看護師を雇用できる経済的体力は少ない。また知識の高さと現場での叩き上げの実践力のバランスについてはどうか。特に個人の開業医院でその両方を活かしきる現場の体制はできているのかどうか。そのため、雇用したいのに雇用できない、就職したいのに就職できないという状態が出来し、数年後には看護大学出の看護師に就職浪人が増えると予測されている。そのような点についても先日TV番組で、中国の大学卒業後の就職難が取り上げられていた。高度成長に合わせてホワイ

トカラーを作り出すために粗製乱造的に大学を増やし、はじめ100万人であった大学卒業者を10年間で600万人にまで増やしたための就職難である。これは医療の偏在を単に数の問題として片付け、短絡的に医師の数を増やせば良いと動く今の日本の医療界に重なる。また少し違うが、外国からの看護師雇用にも重なっている。高度医療も介護も現場での患者の抱えている実情や感情に寄り添っていなければ役目を果たしているとは言えない。そのために必要な看護師なしでは医療ができない、常に養成をしていくべきであることが根幹であるが、その養成にあたって明確な長期的ビジョンに基づいた教育機関が必要である。その観点からせめて看護学校の質を高め、入学志願者を呼び込み裾野を広げる方策も必要ではないかと思われるこの頃である。

ご挨拶



宮崎大学医学部泌尿器科

賀 本 敏 行

平成21年5月1日付けにて、長田幸夫前教授（現県立日南病院病院長）の後任として宮崎大学泌尿器科に着任させていただきました。この度は、宮崎県内科医会の皆様にご挨拶申し上げる機会をいただきましたこと感謝申し上げます。

私は昭和36年に大阪に生まれ、中学、高校を鹿児島で過ごさせていただきました。昭和62年に京都大学を卒業しました。卒業後は吉田修先生（京大名誉教授、前奈良県立医大学長）の泌尿器科学教室に入局し、滋賀県立成人病センター医員、京都大学医学研究科病態生物医学（旧第一病理学教室）の助手を経て、平成9年に助手として泌尿器科に帰りました。

病理学教室では、当時マウスリンパ腫モデルを用いた発ガンメカニズムを中心に研究されておられました。日合弘教授（当時）のもとでお世話になり、胃をはじめとした生検病理の診断から病理解剖に至るまでを一から教えていただく機会をいただきました。言うまでもなく病理学は日常診療のバックボーンの一つであり、その基礎を学び、一時期教官として学生の講義や指導をさせていただきましたことは、現在でも大変な財産となっております。

また当時研究ではマウスリンパ腫、マウス、ラットの膀胱化学発ガン、腎形成不全などの数々の疾患モデル動物の責任遺伝子のマッピングに携わらせていただき、個体のもつ遺伝的感受性（分子遺伝学）の基本を学ばせていただきました。

泌尿器科に帰りましてからは、すぐに吉田修前教授から「君は前立腺癌をやりたまえ」とのご指示をいただきました。当時はPSA（前立腺特異抗原）や根治的前立腺全摘出術がようやく標準的になり始めた頃で、従来の直腸指診で触知できた部位の生検から、触知不能でPSA高値のみの患者さんを対象とした前立腺の系統的生検が確立されており、まずは「生検担当医」を拝命しました。系統的な生検で発見される癌はTNM分類で「T1c癌」と定義されましたが、日本人における位置づけが不明確であったことから、1995年から吉田先生が「触知不能前立腺がんの治療方針決定について」（厚生省班研究 7-24, 9-20：1995～1998）という厚生省（当時）の研究班を組織されました。私はその後半のお手伝いをさせていただき、本邦における前立腺癌のオピニオンリーダーの先生方の熱いディスカッションを生で聞かせていただく機会を得ました。その後この研究班は、筧善行先生（現香川大学教授）が班長をされました。「Stage T1c 前立腺がんに対する暫时无治療経過観察を初期治療とする縦断的介入研究」（厚生労働省班研究 11-10：1999～2002）に引き継がれ、この研究班では事務局を担当させていただき、現在に至っております。また小川修教授（現京大教授）のご指導のもとでは、前立腺癌を中心とした泌尿器腫瘍の基礎的、臨床的研究から、内視鏡（腹腔鏡）手術、腎

移植などを中心に携わらせていただき、それぞれ、がん治療認定医、泌尿器腹腔鏡・内視鏡外科技術認定、腎移植認定医を取得させていただきました。

もともと泌尿器科と内科の間では横断的な疾患が存在し、血尿でのご紹介、健診などのエコーによる偶然発見腎癌はもとより、排尿障害や前立腺癌のPSAスクリーニングなど、特に一般医家の内科の先生がたとの連携が益々重要になってきたと考えております。中でも、近年の極めて有用な薬剤の登場によって、前立腺肥大症による高齢男性の排尿障害や、主に女性の過活動膀胱や尿失禁に対しましては、その診断から軽症例における治療は内科の先生にお願いせざるをえないと認識しております。すなわち「泌尿器“内科”」の一翼を分担いただきつつ、重症例や難治例をうまく泌尿器専門医にご紹介いただき、しっかり診させていただくシステムが必要と考えております。前立腺癌につきましては、ここ10年の間でPSAの定着による早期癌の増加と、手術あるいは放射線療法による根治療法が確立される一方で、本邦では一昨年（平成19年）にPSA検診をめぐる現場の混乱がございました。当時からアナウンスはされておりましたが、この春にヨーロッパと米国からの大規模な臨床研究の結果が報告され、「PSA検診は死亡率減少効果がある」との結論で収拾しつつあります。そうなりますと、宮崎県における「PSA検診」の確立と同時に、泌尿器科専門医といたしましては「過剰治療の回避」につき、PSA監視療法などに真摯にとりくむ必要があると認識しております。できれば、内科の先生にもご協力いただけるよ

うな形で「地域連携パス」を構築したいと考えておりまして、その節はご協力をよろしくお願いいたします。

さて、平成9年に大学病院に帰りましてから12年余りの間、医療を取り巻く環境は大きく変化してまいりました。大学病院におきましては、「病院機能評価」、「電子カルテ導入」、「国立大学の法人化」や「新卒後臨床研修制度」などがあげられます。幸か不幸か前任地ではそれに伴う大学病院の運営や、専門医教育プログラムの立ち上げなども経験させていただき、診療における最後の砦としての大学病院の責務と役割についても、改めて認識させられてきました。今もお診療報酬や高度医療のあり方、臨床研修制度の今後や、専門医教育の行く末など、まだまだ不透明なところもございりますが、大学病院が診療はもちろんのこと教育の中心として踏ん張らなければ、医療そのものが益々ばらばらになってしまうと危惧しております。一診療科にすぎない泌尿器科で何ができるかはわかりませんが、まずはこれまで長田先生が育ててこられた宮崎の泌尿器科をさらに活性化させたいと考えています。それと同時に診療科の枠をこえた横断的な連携のシステムを構築し、宮崎県における地域医療の充実とともに、高度医療のあり方についても関係各科との密なコミュニケーションの下に考えて行きたいと思っております。いずれにおきまして内科の先生との連携は必須であります、まだまだ若輩者でいろいろとご迷惑もおかけするかと思いますが、お気軽にお声かけいただければ幸いです。

今後とも宮崎大学泌尿器科をよろしくお願い申し上げます。

特集

CKD Up-to-Date ～診療ガイドと診療ガイドライン2009を中心に～

宮崎大学医学部附属病院 血液浄化療法部

藤元 昭一

・はじめに

慢性腎臓病 (Chronic Kidney Disease, CKD) は、「末期腎不全や心血管疾患の大きな危険因子であり、国民の健康を脅かすものである」との多くの証拠が示され、一方、「CKDには治療法がある」ことも明確になってきたことから、わが国でも日本腎臓学会を主体にCKD対策が始められた。2007年には全国CKD啓発キャンペーンが展開され、同時に診療指針として「CKD診療ガイド」が発刊された。そして、本年には早々に改訂版2009が、さらにEBMに立脚する「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2009」も出版された。ここでは、各本出版の目的を簡単に述べ、ガイドラインについては一般内科医の日常診療に関与すると考えられる事項について概略する。

・「CKD診療ガイド」初版

CKD患者が1,000万人以上 (20歳以上の人口の約15%) と推定されるのに対し、日本腎臓学会認定の腎臓専門医の数は3,000人に満たない (宮崎県内では30名未満)。したがって、かかりつけ医や腎臓専門医でない医師と腎臓専門医が密接に連携して医療を展開する必要がある。そこで、ステージ0 (CKD危険因

子をもつ) からステージ3の一部まで (eGFR >50) をかかりつけ医で診断・治療していただくことを基本に、作成委員のコンセンサスのもとに本ガイドは作成され、2007年9月に「CKD診療ガイド」初版として発行された。そして、この「CKD診療ガイド」が多くの先生方の参考となり、結果として、透析患者が減少し、CKDによる血管疾患の抑制が実現されることが期待されている。

表1にCKD診療ガイドのポイントをまとめ、図1にCKDの原因と経過・予後を示す。CKDの主な原疾患は、高血圧・動脈硬化症、糖尿病、慢性糸球体腎炎である。CKDは、蛋白尿の存在、あるいは腎機能の低下で定義されるが (GFR低下で診断される例の方が多い)、この2つの所見は各々に末期腎不全 (CRF) や心血管病 (CVD) の危険因子である。

表1. CKD診療ガイドのポイント

1. CKD の定義

① 腎障害の存在

蛋白尿 (特に重視)、病理、画像検査、検査 (検尿/血液) など

② GFR 60 mL/分/1.73 m² 未満

* 上記の片方または両方が3ヶ月以上持続することにより診断する。

2. 腎専門医への紹介

① 蛋白尿の存在 ~ 0.5 g/g・Cr (または 2+) 以上

② 腎機能障害 ~ eGFR 50 mL/分/1.73 m² 未満 (70歳以上では 40 未満でも良い)

③ 蛋白尿と血尿の存在 ~ いずれも 1+ 以上

* 上記のいずれかを検出した時点タイミングとする。

CKDはCRFとCVDの高危険群

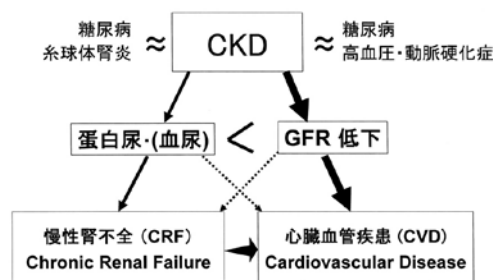


図1. CKDの原因と経過・予後

一般に、高血圧・動脈硬化症ではGFRの低下が主体で、CRFに陥るよりもCVDを起こしやすい。一方、慢性糸球体腎炎は蛋白尿が主体で、CVD発症よりもCRFに陥りやすい。糖尿病ではどちらのタイプもよく遭遇する。

また、腎臓学会を中心に描いている「CKDの診療連携システム案」を図2に示す。健診において検尿異常が発見された場合には、必ずかかりつけ医に紹介し、検査を受ける。かかりつけ医は、腎専門医への紹介ポイント3項目に当てはまるCKDでは、速やかに腎専門医に紹介する。専門医では腎生検を含めた精査で今後の治療方針を決定し、かかりつけ医と連携しながら治療を行う。

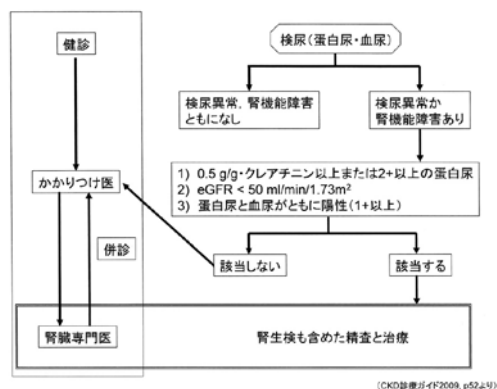


図2. CKDの診療連携システム案

・「CKD診療ガイド2009」改訂版

CKD診断の基本となる蛋白尿と腎機能(GFR)のうち、本ガイド初版ではeGFRは外国で作成された推算式(MDRD簡易式)が記載されていた。そのために2006年～2008年にかけて、「プロジェクト日本人のGFR推算式」が全国80施設で進められ、新たに日本人のためのGFR換算式が作成された。GFRがCKD診療の根幹をなすことにより、初版から1年半後と短い期間で、本年3月31日、改訂版が発刊された。

GFR換算式の変更により、わが国の20歳以上の一般住民におけるCKD患者数は約1,330万人(GFR60未満が1,980万人(10.6%)、蛋白尿陽性のステージ1-2が232万人(2.3%))と改訂されている。その他、①70歳以上ではCKDは多く、eGFR40未満から腎機能低下のリスクが高まるため、腎臓専門医への紹介基準をeGFR40未満としてもよい。②降圧療法で、尿蛋白の目標0.5g/gCrを強調している、が主たる改訂・追加点である。

・「CKD診療ガイドライン」

上記の病診連携を行うためのツールとして「CKD診療ガイド」発行されたが、内容的には、慢性腎臓病診療に関わる全ての医師に対して腎臓専門医からの提言をまとめたものである。一方今回、このかかりつけ医・一般医のための「CKD診療ガイド2009」(改訂版)に合わせて、腎臓専門医のために、EBM(根拠に基づいた医療)に準拠した「CKD診療ガイドライン」も作成され、同時に発刊された。

この本の目次は、CKDの背景、各疾患や症候群、小児・高齢者CKDなど21の項目で

構成されている。各章のはじめにステートメント（推奨）として、エビデンスを基にした診療指針が記されている。そのあと解説として、例えば各疾患や症候群では、具体的な目標や治療選択などが述べられている。最後に、エビデンスを集め評価する作業に使われた文献のアブストラクトテーブルが示されている。ここでは、一般内科医の先生方が比較的遭遇することが多いと考えられる疾患・症候群に関する章を中心に、簡略化して述べる（表2(a),(b)）。

表2(a). CKD診療ガイドライン要点の抜粋(1)

- **CKDと生活習慣**
禁煙はすべき。中等度の飲酒・運動はリスクとはならない。
- **CKDと高血圧・心血管合併症**
降圧目標は130/80 mmHg未満(但し、尿蛋白 1g/日以上では125/75 mmHg 未満)、降圧薬の第一選択薬はRA系阻害薬。降圧目標の達成には、第二選択薬(利尿薬やCa拮抗薬)との併用を考慮。
- **糖尿病性腎症**
定期的に微量アルブミン尿を測定し、早期発見に努める。厳格な血糖コントロール(HbA1c 6.5%未満)と血圧コントロール(RA系阻害薬による上記降圧目標)は、腎症の進行を抑制する。
- **腎硬化症**
顕性蛋白尿を伴う患者ではRA系阻害薬が推奨されるが、伴わない場合の同薬の優位性は証明されていない。

表2(b). CKD診療ガイドライン要点の抜粋(2)

- **CKDと脂質異常**
発症・進行の危険因子であり、LDLコレステロール120 mg/dl 以下を管理目標とする。薬物療法の主体はスタチン。
- **CKDと肥満・メタボリックシンドローム**
蛋白尿および腎機能障害の危険因子である。食事および運動療法による肥満の改善は、蛋白尿を減少させる。
- **高齢者のCKD診療**
食塩感受性が亢進しており、降圧には6g/日未満の食塩制限が推奨されるが、循環血流量減少による腎機能の低下に注意する。120/60 mmHg 未満の過度の降圧は生命予後を悪化させる。
- **薬物投与**
安全性が確立された消炎鎮痛薬はないため、少量短期間の投与とする。抗菌薬使用時は腎機能を評価して投与量の調節を行う。

1. CKDと生活習慣 喫煙はCKDの発症・進行の危険因子であり、CKD患者は禁煙すべきであるが、中等量の飲酒(中瓶2本、あるいは清酒2合位まで)はCKDのリスクとはならない。中等度の運動(5~6 METs程度、ゆっくりしたジョギング位まで)が安定したCKDを悪化させるとい根拠はない。

2. CKDと高血圧・心血管合併症 高血圧はCKDの進行やCVDの発症リスクとなり、降圧療法はそれらを抑制、軽減する。外来血圧とともに、起床時(起床後1時間以内の排尿後、降圧薬服用前)と就寝前の家庭血圧を評価することが望ましい。尿蛋白1g/日未満では130/80mmHg未満、1g/日以上では125/75mmHg未満が降圧目標である。第一選択薬はRA系阻害薬であり、降圧目標達成のための第二選択薬は利尿薬とCa拮抗薬である。CKDと蛋白尿(微量アルブミン尿も含む)はCVDの危険因子であり、積極的に蛋白尿の減少をめざす。

3. 糖尿病性腎症 糖尿病患者では、定期的に検尿とeGFRの測定をし、糖尿病性腎症の早期発見に努める。厳格な血糖コントロール(目標HbA1c6.5%未満)は、第1期(腎症前期)あるいは第2期(早期腎症)の発症および腎症の進行を抑制する。RA系阻害薬を中心とした血圧コントロール(130/80mmHg未満、尿蛋白1g/日以上では125/75mmHg未満)は、腎症の進行を抑制する。第3期(顕性腎症後期、CKDステージ3に相当)には、スルホニル尿素(SU)薬や速効型インスリン分泌薬(グリニド系薬剤)は腎排泄性であるため慎重投与が望ましく、ビグアナイド薬は禁忌である。第5期(腎不全期、CKDステージ4, 5に相当)ではインスリン治療が原則である。高血圧合併症では、腎症病期にかかわらず、食塩摂取量6g/日未満の減塩指導が推奨される。顕性腎症期(CKDステージ3~5に相当)には0.6~0.8g/kg・標準体重/日の蛋白制限を行う(現在のコンセンサス)。腎症前期および早期腎症(CKDステージ1, 2に相当)では中等度の運動(5~6 METs

程度、ゆっくりしたジョギング位まで)を行う(現在のコンセンサス)。脂質異常症を伴う場合は、スタチン系薬による加療が必要であるが、顕性腎症期以降では横紋筋融解症の発症に注意を要する。

4. 腎硬化症 高血圧の長期間の持続のために生じ、蛋白尿などの尿所見は軽微であり、腎機能障害の進行も穏やかである。腎機能障害の進行は適切な降圧療法(降圧目標130/80mmHg未満)により抑制され、その際の尿蛋白減少の程度と進行抑制効果は相関する。顕性尿蛋白を伴う場合はRA系抑制薬が推奨されるが、それを伴わない患者におけるRA系抑制薬の優位性は証明されていない。

5. CKDと脂質異常症 脂質異常症はCKDの新規発症、CKDの進行の危険因子であり、管理目標としてLDLコレステロール \leq 120mg/dlが推奨される。スタチンを用いた脂質管理により、CKD進行抑制が期待される。腎機能障害を示すCKD患者ではスタチン、フィブラート系薬により横紋筋融解症を生ずることがある。フィブラート系薬はCKDステージ3で慎重投与、4、5では原則禁忌である。

6. CKDと肥満・メタボリックシンドローム 肥満、メタボリックシンドロームは、蛋白尿や末期腎不全の危険因子である。また、メタボリックシンドロームの構成因子数が多くなるにつれ、CKDのリスクが高くなる。一方、メタボリックシンドローム患者における食事および運動療法による肥満の改善は、蛋白尿を減少させる。CKDとメタボリックシンドロームを合併した場合の高血圧、脂質異常症、耐糖能異常などの管理は、それぞれの治療方針に準じる。

7. 高齢者のCKD診療 加齢に伴う腎機能低下により、わが国では65歳以上の男性の約30%、女性の約40%はCKD患者となる。高齢者CKD患者では食塩感受性が亢進しており、降圧には6g/日未満の食塩制限が推奨されるが、循環血漿量減少などによる腎機能の低下には注意を要する。高齢者CKD患者においても降圧療法によりCKDの進行およびCVDの発症は抑制される。臓器循環障害に注意し、緩徐な降圧療法に心がける。確立された至適降圧目標値はないが、120/60mmHg未満の過度の降圧は生命予後を悪化させる。

8. CKD患者への薬物投与 造影剤の使用頻度と使用量が増えると、腎機能障害のリスクが増加する。造影剤腎症の予防のため、造影剤使用前後の輸液療法が推奨される。一方、造影剤使用後の血液浄化療法は、造影剤腎症の発症を予防しない。ステージ4、5の患者に対するガドミニウム含有造影剤の投与は、腎性全身性線維症を発症する危険性があるため避ける。CKD患者の腎機能障害の進行に関して、安全性が確立された消炎鎮痛薬はなく、いずれの薬剤もできるだけ少量短期間の投与とする。抗菌薬使用時は腎機能を評価して投与量の調節を行う。

・おわりに

米国でCKDの概念が提唱されて7年、日本でCKD対策協議会が設立されて3年が経過し、医療従事者ばかりでなく一般の方々への啓蒙も進んできている。日本腎臓学会から出されたこの「CKD診療ガイド」と「CKD診療ガイドライン」が有効に活用され、成果目標である透析患者の減少とCKD患者の心血管疾患抑制が実現され得ることを期待した

い。

参 考 文 献

- 1) CKD診療ガイド 第1版 (日本腎臓学会編), 東京医学社, 2007
 - 2) CKD診療ガイド2009 改訂第2版 (日本腎臓学会編), 東京医学社, 2009
 - 3) エビデンスに基づくCKD診療ガイド 第1版 (日本腎臓学会編), 東京医学社, 2009
-

[会員投稿論文]

ショックで受診し緊急手術で救命しえた 超高齢者非閉塞性腸管虚血症 (NOMI) の1例

大西 雄二*¹, 江藤 忠明*²*¹宮崎市 大西医院, *²宮崎市郡医師会病院外科

はじめに

非閉塞性腸管膜虚血症(NOMI; non occlusive mesenteric ischemia)は、器質的な閉塞機転を認めない急性腸間膜動脈閉塞症であり、腸管の虚血により急性腹症として発症することが多い。ショックで受診し緊急手術で救命しえた超高齢者の1例を経験した。

表 1 医師会病院入院時血液検査 (平成20年2月26日)

血液学検査	血液生化学検査	血清学検査
WBC 7600/ μ L	T.P 5.7g /dl	CRP 32.52 mg/dl
RBC 417万/ μ L	GOT 122IU/L	
Hg 13.1g/dl	GPT 44IU/L	
PLT 21.9万/ μ L	BUN 82.2mg/dl	
Dダイマー 33.9	Creat.2.4mg/dl	
	CPK 1,520IU/L	
	B.S 83mg/dl	

症 例

患者：90歳，女性。

主訴：ショック状態。

既往歴：特記事項なし。

家族歴・生活歴：特記すべきことなし。

現病歴：数日来腹痛を訴えていた。平成20年2月26日，当院来院時意識消失，血圧測定不能。昇圧剤投与など処置後，救急車にて宮崎市郡医師会病院に担送入院。

入院時血液検査所見：低蛋白血症，肝機能異常，腎機能異常，CRP高値を認める(表 1)。

腹部CT検査所見：網嚢孔・肝前面・横行結腸前面・腸間膜内にfree airを認める(図1・矢印)。消化管穿孔が疑われる。

入院後経過：緊急手術となる。

手術所見：腹腔内に悪臭を伴う黒緑色の便汁が充満し，腸管は浮腫状でまだら状に黒

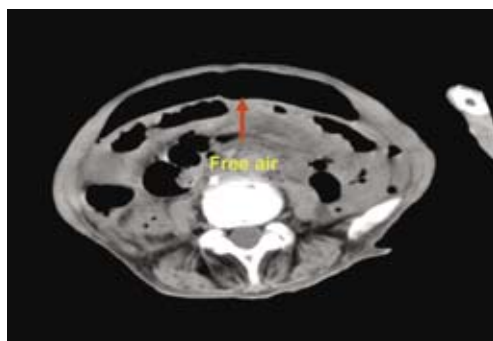


図1 腹部CT

色～暗赤色に変色し，繊維性に癒着していた。腹腔内を検索すると，穿孔部(図2・矢印)は回腸末端から60cmの回腸で，虚血性の変化が非連続性に認められ，腸間膜の変化が乏しいことなどから非閉塞性腸間膜虚血症が疑われた。

摘出標本を示す。穿孔部(図3, 4・矢印)。

病理組織検査所見：Perforation and



図2 手術所見



図3 切除標本



図4 切除標本2

suppurative peritonitis

術後経過：経過良好で6月，転院し，全身状態著変なく平成21年3月現在に到っている。

考 察

NOMIは，1953年に初めて報告された。腸管の虚血・壊死を起こす重篤な疾患であるが，突然の腹痛にて発症し，特異的所見に乏しい。発症早期の診断は難しく，腸管壊死がおこり，腹膜刺激症状の出現ののちに外科手術が行われ，本症と診断されることが多い。急性腸間膜血行障害の10～20%を占める。死亡率は本邦の集計では約60～80%と予後不良である。

腸管壊死領域の腸間膜動脈に閉塞がない，腸管に非連続性の虚血壊死領域を呈する，病理組織学的に腸管に出血や壊死所見を呈することなどが診断の条件に挙げられる。

うっ血性心不全，ジギタリス中毒，血液濃縮がNOMIの3大要因である。社会の高齢化に伴い，NOMIの報告例は増えてきているが，欧米の報告数に比べまだ少ない。診断の困難性，認知の低さからNOMIと診断されず，治療を受けることなく死亡していると考えられる。

90歳以上の超高齢者のNOMIの救命例は1例の報告¹⁾のみであり，本例は稀有の救命例である。自験例は経口摂取ができなかったための，脱水が原因と推測される。

おわりに

脱水と本症の関係を指摘する報告は多く，高齢者の脱水状態の急性腹症では本症を念頭においた診断，治療が必要である。

文 献

- 1) 北山佳弘, 余田洋右, 岡本信洋: 超高齢者非閉塞性腸間膜虚血症 (NOMI) の1救命例. 日本臨床外科学会雑誌 67:2207-2210, 2006
-

[会員投稿論文]

私のうつ病診療

えびの市 平塚医院

平塚 正伸

1. 昨今、気分障害の患者の急増が注目されている。この理由として、さまざまな要因が推測されるが、社会状況や価値観の変化など環境的要因による睡眠障害（我が国では現在4人に1人が何らかの睡眠障害がある）：残業やコンピューターの情報に追われ、また携帯電話によるメールの返信やゲームによる深夜活動によりまた携帯電話のディスプレイの光やキーボードの下に入っている基板から出る見えない敵である電磁波（電波と磁場からなる。）（追加資料②）の磁場が松果体から分泌されるホルモンであるメラトニン（脳の一番の還元物質で活性酸素から脳を守っている物質で、睡眠のリズムをつかさどっている。トリプトファンからセロトニンを経て合成されるインドールアミン誘導体である。）の血中濃度を下げ、睡眠のリズムを狂わしている。現代人は入眠障害・熟眠障害・早朝覚醒で苦しみ、ストレスによる持続なグルココルチゾールの分泌により脳細胞はインスリン抵抗性を受けブドウ糖の供給が行かず細胞死や脳内ホルモン代謝異常を受けて気分障害、不安障害、小児の脳の発達障害、痴呆症であるアルツハイマー病

が増えて来ていると著者（平塚）は考えている。よって睡眠時間の7時間が重要で午後10時に寝て朝5時に起きるのが理想である。（追加資料①）また睡眠学では睡眠時間7時間以下あるいは以上でも高血圧症や糖尿病そしてメタボリック症候群が起こることが証明されている。睡眠学者（Kripke 2004）は7時間の睡眠が寿命が一番長いのを調査して、欲望のままに眠ろうとしないと言っている。よって脳の休養に必要な睡眠時間は7時間で夜間にメラトニンを高め脳細胞を活性酸素から守って保護し、朝になって光により松果体でセロトニンを経て産生されたメラトニンが分泌低下し始めるために目が覚めて生物は活動時間となる。電球が発明されて100年しかたっていないが、外国では間接照明だが特に日本では夜間に蛍光灯が使われ明る過ぎる環境の中で生活し、また明るいパソコンのディスプレイを見ながら仕事をしている人たちが大勢いる。また自宅までパソコンを持ち帰る人、夜ゲームをする子供たちや寝床でメールする若い人たちなど、わが国は諸外国と違い夜の照明が明る過ぎる。それに残業による夜間の照明、コ

ンビニのまぶしい照明によりメラトニンの血中濃度が低下し体内時計の乱れを引き起こし大きく影響していると思う。なかでも成果主義の導入など働く人々を取り巻く環境は厳しさを増し、産業精神医学の領域では気分障害への対応は最大の関心事となっている。また、20歳代、30歳代の若年層には、従来型うつ病とは異なり、抗うつ薬が効かない心性を持った現代型うつ病（非定型うつ病）が出現するようになった。これは気分反応性のある抑うつ気分・過眠・過食・鉛様の麻痺・対人関係での過敏性といった非定型の病像を特徴とするもので、近年臨床場面で遭遇する機会が増えていることで注目を集めているが、三環系抗うつ薬に比べてMAO阻害薬（MAOI: Monoamine oxidase Inhibitor）への反応が良好なうつ病の臨床的特長を明確にすることを目的とした臨床研究から生み出された数十年の歴史がある疾患概念である（菅原裕子、坂元 薫、2009）¹⁾。9年連続してわが国の自殺者は年間3万人を超え、中高年男性の気分障害の罹患患者が多いことが他の世界各国と比較して特徴的と言われ、ますます気分障害への関心を惹起している。最近のわが国の初の大規模疫学調査によれば一般住民の生涯有病率は6.3%であり、わが国のうつ病患者は約300万人と推測されているが、そのうちの約240万人は未治療で受診率は約24%である。気分障害は、今やその臨床や研究に、精神科医、身体科の医師、心理学者、ソーシャルワーカー、基礎医学者など多くの研究領域や職種のかかわる集学

的、学際的領域である。（上島国利ほか編集者一同、2008より改変）¹⁴⁾

2. 生理学：セロトニンはおもに「爽快な気分・満足感」をもたらす神経伝達物質で脳機能全般にとってこれほど重要な神経伝達物質は、ほかにはアセチルコリンしかない。セロトニンが不足すると、必ずと言っていいほど、気分が落ち込む。それがうつ病の原因である（Dharma Singh Khalsa, MD 1998）²⁾。セロトニンの合成はトリプトファンから行われるが、脳内に入る時に必ずブドウ糖必要であり脳内への摂取を促進し、それが明るい外の光、運動、明るい思い、睡眠、刺激的環境が加わり、セロトニンが生成され、松果体でメラトニンになる。メラトニンは脳の還元物質でありビタミンEの2倍、グルタチオンの5倍の還元力があり、脳は酸素の20%を消費するため（酸素の0.2%は活性酸素になる）活性酸素から脳の脂質を守っており。朝の光にあたると分泌が低下し、動物は目が覚めてくる。暗くなってくると分泌が増え眠りに入る。人間は室内の光では25時間の体内時計（追加資料①）で動くが、朝に外の光を浴びることで24時間に保つ重要なホルモンで、抗酸化作用により心臓機能・糖尿病予防や免疫活性化があり、性ホルモンに関係するガンを抑える効果がある（高田昭和、1996）³⁾ある。近年パソコン（特にノートパソコン）・携帯電話・電化製品から出る電磁波（電波と磁場からなるもの）の磁場によりメラトニンの血中濃度が半分減り（電気毛布の場合）体内時計が狂うため、不眠やうつ

病及び不安障害、自律神経失調症によるさまざまな不定愁訴の病気が増えている (Russel J. Reiter Ph.D 1995一部改変)⁴⁾。

3. (図. 1, 2) 東京大学心療内科1997～1998と2004年での疾病推移を示す。これは現代の社会現象そのものを示していると思われる。



図.1

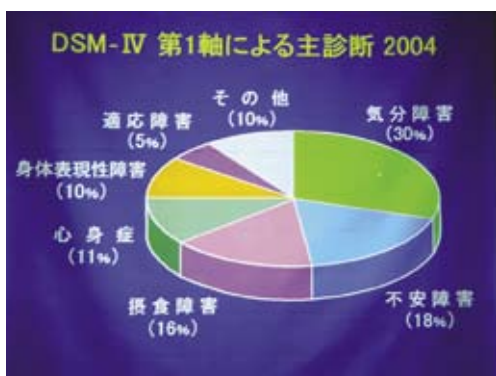


図.2

serotonin dysfunction syndromes	
片頭痛	アルコール・薬物乱用
うつ病	慢性疼痛症候群
不安障害	睡眠障害
強迫性障害	性行動障害
視セロトニン症候群	慢性疲労症候群
衝動制御障害	月経調節障害
攻撃性/自傷行為	痴呆
摂食障害 (過食症、拒食)	人感障害

図.3

(トフラニール, イミドール) が脳内のモノアミンを高める働きを持つ事から、うつ病ではシナプス間隙のモノアミン、とくにノルアドレナリンとセロトニンが不足し、モノアミンによる神経伝達機構が低下しているとするモノアミン仮説である。) によって行われている。アメリカの35歳以下の精神科医はうつ病の治療にはSSRI (選択的セロトニン再取込阻害薬) しか使わないし、日本の精神科医が良く使うTCA (三環系抗うつ薬) の存在すら知らないという (野村総一郎, 2008)⁵⁾。三環抗うつ薬は心毒性があり、すなわちNaチャンネルの異常を起こしQT延長により心停止を起こす、また多量服薬をされると上記の理由で死に至るため精神科専門医以外には私はすすめない。米国ではSSRIは1985年から使われ始め、10万人あたり自殺率13人から1999年には10人まで減ってきた。従来の三環系抗うつ剤は自殺予防効果がなかったことがわかった (張 賢徳, 2006: 図. 4)。日本では欧米から遅れるれること14年、1999年からやっとわが国にも導入された世界の主流の抗うつ剤であるSSRI (ル

4. (図. 3) serotonin dysfunction syndromes を示す。セロトニンの減少は現代社会状況示し、プライマリケア施設での不定愁訴の原因を示していると思う。現代はセロトニンの時代なのである。
5. 世界と日本の現状：現在のうつ病の治療は変わり、モノアミン仮説 (最初の三環系抗うつ薬であるイミプラミン塩酸塩

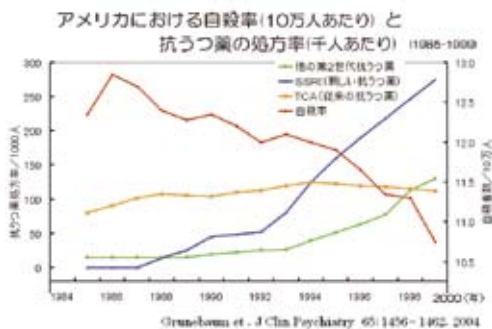


図.4

ボックス・デプロメール)が発売された(野村総一郎, 2008)。2003年の全国の自殺率は10万人あたり25人で、宮崎県は33.4人、えびの市は66.5人であった(平塚正伸, 2006)⁶⁾。自殺がうつ病に多いのは、髄液中のセロトニン代謝産物の5-HIAAが低値であることがわかり、その後診断を問わず、自殺未遂者では低5-HIAAが確認された。よって、理論的にシナプス間隙の神経伝達物質のセロトニン(5-HT)を増やすSSRIが自殺予防に有効である(張賢徳, 2006)。最近ではえびの市を含む西諸地区では国の自殺対策が寄与し10万人当たり60人から40人まで減少した。

6. SSRIは世界的うつ病の治療となっている。今日本で手に入るのは発売順にデプロメール・ルボックス、パキシル、ジェイゾロフトであり、現在の売り上げ高はSSRIの薬以外は100億円、デプロメール・ルボックス100億円、パキシル700億円、ジェイゾロフトは100億円である。世界的には、2005年ではジェイゾロフト3,577,069,000ドル、パキシル1,110,892,000ドルと31%まで落ちているが、米国では

ジェイゾロフトは2005年には後発品がでた。パキシルは2003年から後発品が出ているが、パキシルは副作用の多さで欧米では落ちてきているが、メーカーの営業力によりアジア地域では売れている。(JZOROFT新発売記念公演会, 2006)。

7. (図. 5) パキシルはアメリカでは2002年より急激に売り上げが落ち、ヨーロッパでも2003年より同様に落ちている⁷⁾。アメリカ、ヨーロッパではジェイゾロフトが一番売れている。これは精神科以外の人たちが70%使っていて、精神科医はレメロンを使用しているためで、三環系は前に述べたように心毒性があり裁判で訴えられるためプライマリケア医は使用しない。米国と欧州で売上高から見ると米国のワイスのエフェクサー(SNRI)が伸びている。レメロンはオランダのオルガノン(現在のシェーリングプラウ)が1994年オランダ、1995年ドイツ、1996年米国で発売し、現在世界93カ国で承認され広く臨床使用されている。米国では1996年にNaSSA(レメロン:一般命ミルタザピン)が発売されたが、この薬は米国ではメーカーが宣伝しなかった

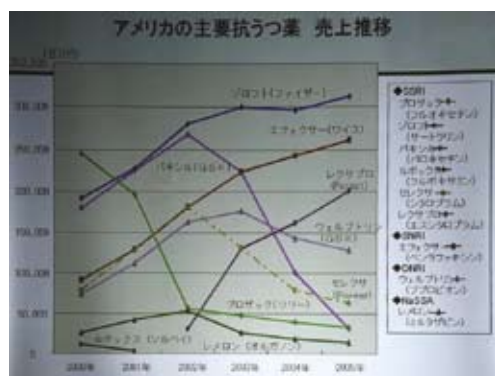


図.5

ためさほど売上高は伸びていない。このレメロン（分子式 $C_{17}H_{19}N_3$ ：分子量265.35）とテトラミド（分子式 $C_{17}H_{20}N_2HCl$ ：分子量300.873）はよく似ていて化学構造式上ベンゼン核のHがCに置き換わっているだけである。いずれにしても化学構造が違えばレセプターとの関係で臨床効果が違って来る。有機化学構造式上の違いはテトラミドは塩酸塩なので水溶性であるため、腎機能の悪い人や老人では血中濃度が上がるために注意が必要である。一方レメロンは脂溶性であるため、肝臓のCYP2D6で主に代謝されるが日本人には14%がこの酵素を欠損している人がいるため、この薬物を分解できないために増量はゆっくり増量し濃度は少ないほうが良い。このレメロン（一般名ミルタザピン）はシェリング・プラウが治験を途中頓挫し、明治製薬が加わり治験を通過し平成21年7月7日に製造販売承認を取得し9月7日に発売されたものである。NaSSAはNoradrenargic and Specific Serotonergic Antidepressant（ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬）である。薬理学的な特徴はシナプス前の α_2 アドレナリン自己受容体及びヘテロ受容体にアンタゴニストとして作用し、脳内でのノルアドレナリン及びセロトニンの遊離を促進させるという新しいカテゴリーに分類される日本初の抗うつ剤である。臨床の特徴は効果発現が早いのが特徴で1週間以内に効いてくる。私はまず社団法人日本心身医学設立50年が東京で平成21年6月5日に開催され、6月7日の第

2日目の第1回日本心身医学5学会集会で、東京大学心療内科名誉教授久保木富房先生の座長のもと東邦大学心身医学名誉教授筒井末春先生のスライド（追加資料④）、ハリソン内科学原著第15版日本語版表385-3 抗うつ薬の表（追加資料③）、欧州の主要抗うつ薬の売上推移（追加資料⑤）、東京で平成21年9月20日に行われた「ミルタザピン」全国研究会：総合司会の北里大学名誉教授CNS薬理研究所村崎光邦先生、基礎を話された東京慈恵医科大学精神医学講座教授中山和彦先生、臨床治研の中心人物である関西医科大学精神神経学教室教授木下利彦先生、特別講演のJ. Craig Nelsonn, M.D., Leonn J. Epstein, Professor of Psychiatry, University of California, San Francisco 演題：Mirtazapine: A Novel Antidepressant, パネルディスカッション：ミルタザピンの基礎・臨床的特徴から見た実地臨床での使い方について等の情報を集めると米国では70%のプライマリケア医がSSRIを使っている。精神科医はミルタザピン単独かSSRIを併用し早い段階で使っている。米国ではミルナシプランはうつ病でのマーケティングされていない。

8. 一方内科学の聖書ハリソン内科学原著17版日本語版の表385-3（追加資料③）抗うつ薬のSSRIのところを見ると、副作用は頭痛、悪心やその他の消化器症状、神経過敏、不眠、性的機能不全、他の薬物の血中濃度に影響を与えるが（ジェイジョロフトは除く）と書いてある。ハリソン内科学の情報（追加資料③）と第1

回日本心身医学5学会合同集会の東邦大学心身医学科名誉教授筒井末春先生の情報（追加資料④）とそれから日本うつ病学会総会第1回から6回までと東京での各種研究会に参加し、私はジェイゾロフトを愛用していた。なぜなら患者は2週間目には明るくなり、気分が良くなったと笑顔で話しかけてくるので第一選択にしていた。私の所には宮崎県内、鹿児島県内、熊本県内から患者が来ているが、うつ病の患者はジェイゾロフトを求めて受診に来ていた。精神科の先生方は切れの良いパキシルを良く使っているが、20mgを超えると血中濃度が急激に上がり、2年間服用させたら、離脱が困難になるので使用が難しい（田嶋 治1007）⁸⁾。ただしパキシルはフルボキサミン（デプロメール・ルボックス）よりも社会不安（社交不安）によく効いて1年以内に治癒する。内科医には副作用がなく、半減期24時間、眠くなく、朝に服用でき、臨床効果が速いジェイゾロフトを私は勧めていた。各SSRIの主な副作用はメルクマニュアル第17版日本語版でジェイゾロフト：軟便、パキシル：突然中止すると禁断症状が出現、デプロメール・ルボックス：テオフィリン、ワーファリンの血中濃度の上昇を引き起こすことと書いてある。またすべてのSSRIでも骨粗鬆がおき骨折が起きるので注意し使用する必要がある。現在私はSSRI（ジェイゾロフト）よりも1週間以内に効くレメロン（NaSSA）に切り替えている。患者は気分がよく、よく眠れ、前の自分に戻ったようだと言っている。

9. (図. 6) 私のうつ病の治療の進め方は、図のように6週間くらいでドグマチールは中止、途中女性は乳汁分泌・生理不順、老人で錐体外路症状があれば途中で中止する、メイラックス (2mg) の後発品を使っていた。抗うつ剤が効くまでの間2週間使用していたが、投与3日には来院してもらい、状態を確認し、老人など筋脱力、1日中眠い時はメイラックスの後発品を1.5mgか1mgに減量した事もある。睡眠剤はうつ病の患者には早朝覚醒、入眠障害、中途覚醒があるために半減期7時間のレンドルミン (0.25mg) の後発品を使用して大脳を鎮静化させ、また自立神経の興奮による中途覚醒や熟眠障害が顕著な人には鎮静作用の強い抗うつ薬のデジレル (25mg) 1錠（老人や朝に眠気がある人には0.5錠）かそれでも効かない患者にはテトラミド (30) 1Tを併用しなければならなかった。一般の入眠障害だけの患者さんには非ベンゾジアゼピン系のマイスリー（半減期2時間）5mgを使用している。マイスリーは睡眠の第4層まで入って行き深く眠れるために世界的に人気がありファーストチョイスに使われている。図.15のようにベン

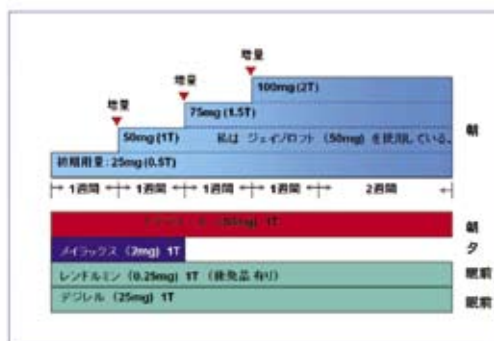


図.6

ゾジアゼピンは脳を鎮静化させるが第2層で止まるため老人は夜中にトイレのために起きるとその結果電灯を点けるために1時から3時までが血中成長ホルモンが最高になるが光によって分泌が低下し、脳を守っているメラトニンの血中濃度が下がり脳細胞の老化が促進する。

10. (図. 7) うつ病の経過を示す。3ヶ月間まではジェイゾロフトの増量と休養をさせながら最高濃度まで持っていった。もし副作用がであれば、ジェイゾロフトを75mgへ減量していた。最低有効濃度は50mgである。性機能障害(射精遅延, オルガスムに達しない), 睡眠障害, 消化器症状(軟便)に難渋し, それを解決する薬が必要であった。一方平成21年10月7日に発売されたレメロン(ミルタピン)は15mgを就寝前に服用させる。1週間を薬の効果を見るが眠りが深く寝すぎたり, 日中眠い場合もあるが一過性であり, 2週目にはなくなる。たいていの場合, 1週間以内(4日目)に効果が出て, 前の自分に戻ったようだ, 調子が良くなったとか患者は言った。効果がとにかく早く, 睡眠薬もいらぬ。それを確

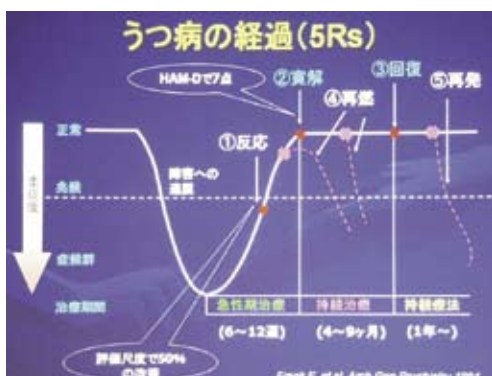


図.7

認すれば次回は30mgを2週間処方し様子を見ている。この原稿を書いている現時点では45mgの人はいないが副作用が傾眠(50%)があるために不眠強い患者に使おうと思っている。2009年9月20日(日)に「ミルタザピン」全国研究会が東京で行われ出席し知識の確認に出かけていった。特別講演のJ. Craig Nerlson, M.D. は高齢者には65歳以上は平均投与量は25.7mg,70歳以上は19.4mg,85歳以上は18.5mgと言っていたが, これは体格の大きい米国人の量である。ジェイゾロフトの時には思うように行かない場合は自宅療養を3ヶ月させると, 正常状態の寛解となるが, 体がきついか言う場合はトレドミンを使いノルアドレナリンを増やしていた。トレドミンは65歳以下では通常60mgであるが臨床的には150mg併用すると社会復帰が楽になる(図. 20, 21)。中年以降の男性は排尿障害をおこすことがあり前立腺肥大の薬(α 1遮断薬)を併用していた。緑内障の患者は眼圧が上がるので慎重に使った。それ以外は妊娠にも影響ないし, 薬剤相好作用もないので使いやすい。理論的にはSSRIは減量せずに, 最高濃度までもっていく。急性期治療3ヶ月過ぎれば寛解するが, 調子が良くても減量せず, あと9ヶ月でうつ病は回復するが, 再発防止に1年間は同量を使用し, 減量していく, 副作用が出た場合は減量し, ジェイゾロフトの最低有効濃度50mgを出していた。

11. (図. 8) はPETによるうつ病の状態を示している:ブドウ糖の取り込んでいる所が少ないのは脳細胞は機能していない

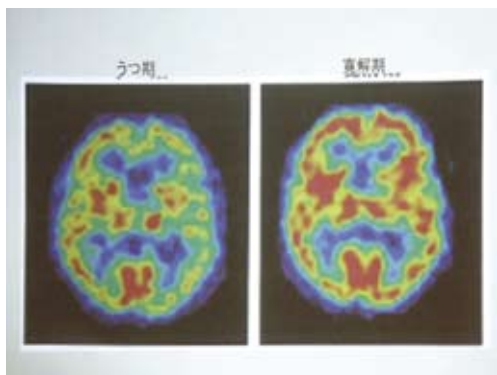


図.8

ことを示している。3ヶ月たつと全体的に取り込んでいることが判る。このことは脳細胞が再生されていることも示している。よってうつ病の患者さんには十分休養してもらいストレスから遠ざけることが、グルココルチコイドによる脳細胞の死滅を守る治療法とである。

12. (図. 9, 10, 11, 12) うつ病の治療は現在抗うつ剤のモノアミン (セロトニン) 仮説でおこなわれているが, 抗うつ薬による脳内 c AMP の増加が確認されている。ストレス (グルココルチコイド) により海馬の神経細胞死が増えるが抗うつ薬により回復させることが出来る。BDNF (Brain derived neurotrophic factor) は神経幹細胞の神経細胞への分化・神経回

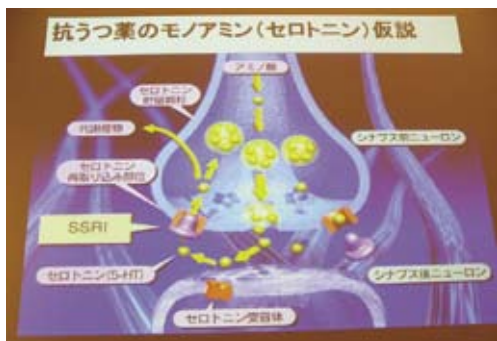


図.9



図.10



図.11

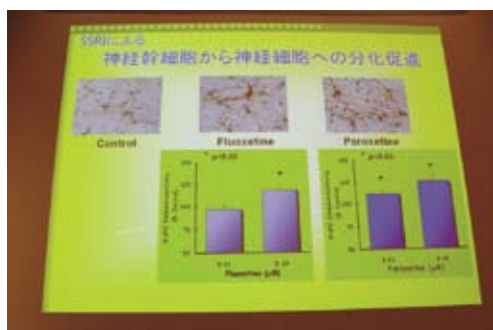


図.12

路網を促進するがSSRIでも神経幹細胞から神経細胞への分化促進が確認されている。また神経幹細胞BDNF産生増加作用もある。

13. (図. 13) SSRIの効果は扁桃体の抑制, 陰性の考え方を抑制する。(陽性にするわけではないが。) 臨床症状の効果としては, ゆったり感, 神経質, こだわりの低下 (まあいいか効果) 等である。
14. (図. 14) 睡眠剤の選び方: ハルシオン

1mgの時は英国では発売停止処を受けたが0.25mgで再発売となったが強力にGABA受容体にくっつくために睡眠の専門家は最後の主段に使用している。米国では1週間処方まで。中止後の翌日に反跳性不眠が起こるために服薬が止められなくなり依存性を作る。ロヒプノール（サイレース・ロヒプノール）は米国に持ち込み禁止:100mg以上所持で懲役3年以下（龍原 徹, 2009）¹⁰⁾。私は ω 2:抗不安・抗けいれん・筋弛緩作用がなく、反跳性不眠がなく、随時・間歇的に服用でき、頓用できるマイスリーを使用しているが、うつ病の患者さんにはレンドルミン（25mg）の後発品と抗うつ

剤であるデジレル（25mg）を0.5錠～1錠使い、それでも効果がなく眠れない患者さんには半減期18時間の抗うつ剤のテトラミド（30mg）を使用していた。特にSSRIを使用すると爽快感が出てきて睡眠の第3,4層が浅くなり眠れない患者さんが出てくる。特に私が愛用していたジェイゾロフトは半減期24時間で朝処方するが持続がSSRIの中では一番長いのでうつ病による不眠が治ったかと思うと眠りが浅くなったという患者さんが出てきて難渋した。よって第3,4層の睡眠を深くする抗うつ剤のデジレル、テトラミドを併用している（追加資料⑥）。SNRIや過去の三環系抗うつ剤には第3,4層の睡眠には影響はない。米国では85%が短時間型睡眠薬（2種類）で大半が ω 1受容体選択型睡眠薬で、Ambien（マイスリー）が55%、Sonata7%である。フランスでは中枢神経薬処方の40%、ドイツでは中枢神経薬中で第2位である（片山宗一, 2005）¹¹⁾。

15. (図. 15) 睡眠への影響：アルコールを飲むと睡眠が第3層で止まるため慢性の飲酒は脳が萎縮する（第4層で脳細胞が

図.13

図.14

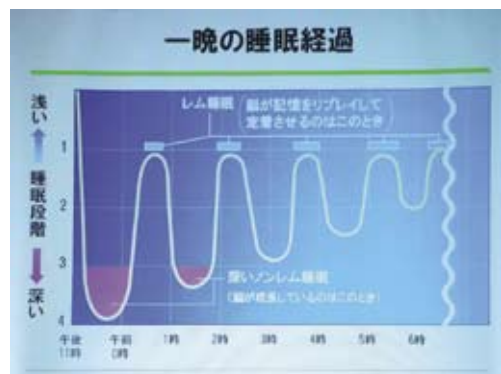


図.15

成長するため)⁸⁾。睡眠時間が短くなり、朝に憂うつになる(低血糖になるためインスリン以外の血糖を上げるホルモンが出て交感神経優位になるために脳血管が収縮し血流が悪くなり、インスリン抵抗性の状態になる。)。よって睡眠剤使用中は禁酒させていた。

16. (図. 16) 本人へのアドバイス：叱咤激励はしないこと。性格のせいにはしないこと。他人が迷惑しているということを考えない事が重要である。

うつ病の治療 本人へのアドバイス

- 1) 「抑うつ状態」と告げ、「いろいろな不調はそのためです」と説明する。
- 2) 5-20%の人がなる、よくある状態
- 3) 医学的に治せる
- 4) 基本は、休養と薬物、環境調整、精神療法
×叱咤激励
×性格のせいにする
×他人が迷惑している、という

図.16

17. (図. 17) 周囲へのアドバイス：怠けてい
るのではないこと。励まさないこと。受
身で待ちの姿勢を保つ事(医師は薬を7
割程度と考え、今直面している困って
いる事に耳を傾けて聞いてあげる事、患
者さんも生活を7割程度にする事、時期が

うつ病の治療 周囲へのアドバイス

- 1) 怠けてい
るのではない
- 2) 励まさない
- 3) 受け身で待ちの姿勢を保つ
- 4) これまでの努力を誉め、今は休ませる
- 5) 無理やりに気晴らしに誘わない
- 6) 家族はゆったり落ち着いて見守る

図.17

来れば治る病気である事を伝えておく事、家族にも安心してもらい、協力するように指導する)ことが重要である。

18. (図. 18) 東京大学心療内科開発のうつ病の診断法を私は愛用している。：プライマリケアの現場におけるうつ病診療の(1)うつ病を拾い上げ、(2)軽症か中等症以上かを見分けられることが出来る。

【1】 専門施設における調査

対象 2001年3月～2002年12月に
東京大学医学部心療内科外
来、東邦大学医学部心療内科
外来、日本大学医学部心療内
科外来、新潟大学医学部精神
神経科外来において抑うつ状
態を呈していた初診患者116
名

【2】 心療内科・精神科プライマリケア
施設における調査

対象 2001年8月～2001年12月に
小川クリニック、千歳こぶし
クリニック、芝山内科医院を
受診した初診患者全員278名

【3】 内科系プライマリケア施設におけ
る調査

対象 2001年10月～2001年12月に

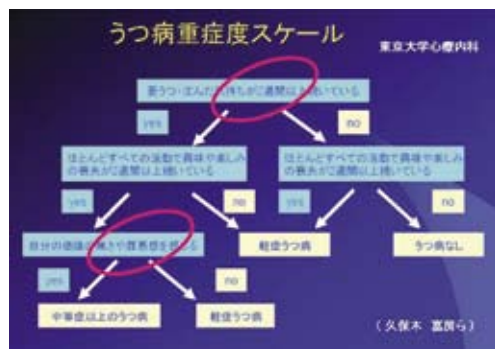


図.18

内科系プライマリケア施設
 (東京都23区内 8 施設, 東京都下 1 施設), 宮崎県 1 施設
 (平塚医院) を受診した患者
 全員1053名

※うつ病重症度スケールにより, うつ病と判断させた患者のうち, 78.9%で重症度が正しく判別されていた。

19. (図. 19) 軽症うつ病 (追加資料⑦, ⑧) の主な症状は不眠, 食欲不振が主症状で佐々木大輔先生が統計をとられたが, 東京大学心療内科でもまったく同じであったことが確認されている。

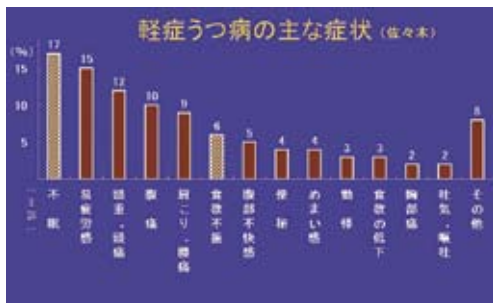


図.19

20. 精神科病院との連携が必要で, 薬物療法は精神療法や環境調整などの他の治療法と併用することで効果が高まるものと思っている。それはそもそも精神疾患が脳の疾患であると同時に, 人間としての生き方に関係した疾患であるためである。薬物療法による脳の機能の調整だけで精神疾患の苦しみが解決するわけではない。例えばうつ病や不安障害の薬物療法には限界があること, 認知行動療法の併用で治療効果が高まることや, 薬物療法だけでは再発率が高いことなどからもわかる。高齢者の場合, 通常の診療

よりもていねいに時間をかけて診てもらえる臨床試験では, それだけで十分治療効果があることが分かっている。これは高齢者に限ったことではない。ていねいに診てもらえれば, しかもそれが自分と相性の良い医師であれば, それだけでかなり治療の成果は上がりやすくなる。そうした安定した治療関係の中で, 精神疾患の一般情報や患者個人が直面している問題について整理して伝え, 薬物療法についても, 効果はもちろんのこと, 副作用についても, 抗精神病薬の肥満の問題や抗うつ薬の賦活症状や退薬症状まで含めてきちんと説明できれば, 患者の精神疾患への取り組みはかなりちがって前向きになってくるはずである (大野 裕, 2008)¹²⁾。仲のいい精神科医を一人作っておくと困った時の受け皿になってもらえるのでぜひ必要である。

21. うつ病の国際的社会的影響は2020年には虚血性疾患の次の第2疾患になる (大野 裕, 2004)¹³⁾。

22.

- ① 私の処方 (図. 6) はレメロンが発売されるまでの苦難の末に考えだした処方であった。現在ではジェイゾロフト (SSRI) よりレメロン (NaSS) を眠前に2錠だけである。
- ② 診断はプライマリケアの現場におけるうつ病診療のために軽症うつ病を拾い上げ, 軽症か中程度以上かを見分けられる東京大学心療内科で開発されたパイロットスタディーのうつ病重症度スケールを紹介した。: 内科系プライマリケア施設における調査では78.9%が

重症度が正しく判別された。(図. 18)

- ③ 軽症うつ病は昔は仮面うつ病といわれていたが軽いというのではなく、脳が少し弱ると身体症状を感じ取りやすくなり、自殺する事もあるので注意が必要である。特に不眠、食欲不振が重要である。佐々木大輔先生が軽症うつ病の主な症状をまとめられたが、東京大学心療内科でも同じであった。(図. 19)

23. 4回日本うつ病学会総会から創立者の上島国利理事長より野村総一郎理事長に変わった。2008年第5回日本うつ病学会総会(福岡)の書籍売店で東京大学心療内科名誉教授久保木富房先生から1冊選んでもらったのが「内科医のためのうつ病診療:第2版:野村総一郎,医学書院\2940」であった。初版から10年がたち、最新の知識が書いてある。私はこの本には抗うつ薬の使い方が判りやすい解説がありうつ病の治療に自信がなく迷われている先生方に紹介している。

最後に第6回日本うつ病学会総会:会長久保木富房東京大学心療内科名誉教授・医療法人秀峰会楽山病院名誉院長 軽症うつ病—多様なうつ病からの社会復帰—2009年7月31日(金)・8月1日(土) 品川プリンスホテル アネックス タワープリンスホールに出席した。懇親会場で久保木先生より現在最新の情報が集めてある本:2009年7月25日 第1版 第1刷発行「うつ」を見抜く! 対処する! プライマリケア医のためのうつ病診療 編集 久保木富房(東京大学心療内科名誉教授)・坪井康次(東邦大学医学部心身医学講座教授)・神庭重信(九州

大学大学院医学研究院神経病態医学分野教授) (株)メジカルビュー社 ¥4,725 (追加資料⑨)を買い楽しく自分のうつ病の知識の整理整頓に愛読している。これを宮崎県内科医会の先生方にお勧めする。また会長講演「軽症うつ病」は会場が2ヶ所に別れ1,500名の参加者が先生の真剣な講演を聴き、先生が講演を終わられた時、初めてハンカチで顔を拭かれ、大きな溜め息をつかれた姿に会場の人たちは圧倒されたことが印象的であった。このことが今も脳裏から忘れられない印象として残っている。いつの日かその時の講演を宮崎県内科医会主催で開かれることを願っている。

24. レメロン(ミルタザピン)の情報

- ① 米国では70%のプライマリケアの医師がSSRI特にゾロフトを使っている。レメロンは主に精神科医が使っている。また精神科医はSSRIとレメロンを併用していることもある。レメロンは米国では宣伝がされていない。SSRIは骨粗しょう症がおき骨折がおきることがある。(J. Craig Nelson, M.D., 2009, 9, 20)
- ② mirtazapine(レメロン)は現在手に入る薬で効果の一番の薬である。(追加資料④):東邦大学心身医学名誉教授筒井末春
- ③ ハリソン内科学(追加資料③)
- ④ 欧米の主要抗うつ薬売上水推移(追加資料⑤)
- ⑤ Tripule actionにより鎮静系の強力な抗うつ作用を示す。即効性があり、抗不安作用、睡眠改善作用を示す。

性機能障害, 悪心・嘔吐を誘発しない。薬物相互作用を起こし難い。最終兵器型抗うつ薬?。モノアミン仮説を超えた抗うつ薬である。(東京慈恵医科大学精神医学講座 教授中山和彦: 2009, 9, 20)

- ⑥ 臨床的, 優れた抗うつ作用とその速効性が目立ち, 睡眠障害への優れた作用や抗不安作用も確認されている。また, 長期にわたって効果が持続して再燃防止を果たすことが知られ, SSRI特有の消化器症状がなく, 性機能障害を改善させる作用さえもあるとされる。海外でうつ病薬物療法の第一選択薬の中に入れられているように, わが国でもうつ病治療上強力な武器になることが期待される。Broad spectrum のレメロン (mirtazapine) をうまく使いことが, うつ病に苦しむ人達への大いなる福音になるものと考えている。(北里大学名誉教授, CNS薬理研究所 所長村崎光邦: 別冊臨床精神薬理 No.8 Aug, 2009 Vol 12: 特集新規抗うつ薬 mirtazapineとは, 星和書店)

- ⑦ 私の体験では, 初診の患者でも2週間のロンラックス (2mg) もいらなないし, ジェイゾロフトは半減期24時間であるために, 爽快感が持続するためにうつ病による不眠は解決するが, 睡眠学から見ると睡眠の第3, 4層が浅くなるために, 第3, 4層の睡眠を深くする抗うつ剤のデジレル (25mg) 1錠やひどい不眠にはテトラミド (30mg) を必要とし,

睡眠薬のレンドルミンの後発品を併用する必要があったが, レメロン(ミルタザピン) を就寝前に使えば, それ自体が睡眠剤のように働き眠気がありベンゾジアゼピン系の睡眠薬もいらなないし, 1剤でコントロール出来て楽である。1週間で効果があり, 気分がいい, 楽になった, 前の自分に戻ったようだ患者より聞いて効果の早いのに驚いた。まれに眠気, 体がだるいとか言う患者には半錠に落とすこともある。1週間過ぎれば眠気などの副作用はほとんどなくなり, 65歳以下では2錠, 65歳以下では1.5錠まで増やして様子を見てい

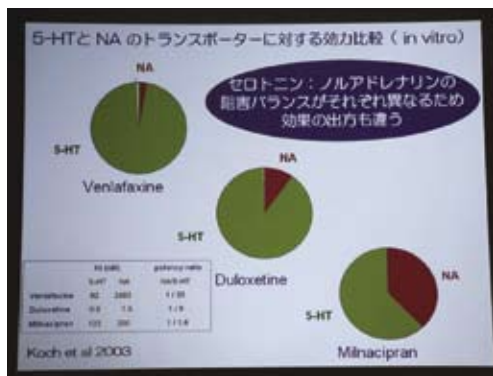


図.20



図.21

るが、今までに取れなかった症状も改善したのを確認した。1剤ですむために治療が簡単になったし、患者もうつ病の苦しみから早く解放されるし、また多量服用でも死亡する事はないので、安心して使っている。不眠と食欲不振などの不定愁訴を訴える患者に就寝前にレメロン（ミルタザピン）を使って診られることをお勧めする。

今までに講演された先生方や懇親会で優しい御指導をくださった先生方のお陰でこの原稿が書けました。この場をかりて感謝申し上げます。有難うございました。ここで私のうつ病診療のまとめを終わります。

資 料

- 図. 1～3 東京大学大学院 内科学専攻 ストレス防御・心身医学 久保木富房(心療内科) 教授 最終講義「ストレスと心身症」2005. 3. 18 15:00～16:30 東京大学医学部本館大講堂
- 図. 4 第6回マイルド・デプレッション (M D) 研究会：特別講演「自殺とうつ」 帝京大学溝ノ口病院精神科科長 助教授 張 賢徳 20006. 1. 28 東京パレスホテル16:00～18:15
- 図. 5 第3回宮崎心身医療研究会・記念講演会2006. 12. 6 JAAZMホール
- 図. 6 当院の処方 (平塚医院)
- 図. 7 九州大学大学院医学研究院 精神病態医学教授 神庭重信 うつ病の診断と治療～プライマリケア領域におけるうつ病の早期発見と早期介入について～2004. 4. 3 東京
- 図. 8 第15回宮崎心身医療研究会「職場のメンタルヘルス対策—心身医学の視点から」産業医科大学産業生態科学研究所 精神保健学教授 (日本心身医学会理事) 永田頌史 2009. 2. 14 延岡
- 図. 9～12 第4回日本うつ病学会総会 脳神経回路網修復・再生の視点から見たうつ病治療の試み 札幌医科大学医学部神経精神医学教授 齋藤利和 2007. 6. 30 札幌
- 図.13 ジェイゾロフト発売記念学術講演会「抗うつ薬を巡る最近の課題とジェイゾロフトの位置づけ」-新たな視点でSSRIのリスクと効果を考える— 杏林大学保健学部精神保健学教授 田島 治 2008. 8. 30 鹿児島
- 図.14 Medical Tribune 不眠セミナー宮崎会場 (県医師会館) 睡眠薬の正しい使い方 独協大学名誉教授 片山宗一 2005. 2. 26
- 図.15 西諸医師会西諸内科医会合同学術講演会兼平成20年度「生きる力」応援・うつ病対策事業医師対象研究会「睡眠障害とうつ病の診断と治療」国際医療福祉大学医療福祉部教授上島国利 2008. 10. 9 西諸医師会館 小林
- 図.16～17 うつ病の診断と治療～プライマリケア領域におけるうつ病の早期発見と早期介入について～九州大学大学院医学研究院精神病態医学教授 神庭重信 2004. 4. 3 東京
- 図.18 東京大学大学院内科学専攻 ストレス防御・心身医学教授 久保木富房

最終講義 2005. 3. 18 東京大学医学
部本館大講堂

図.19 ジェイゾロフト発売2周年記念学術
講演会「プライマリケアにおけるう
つ病診断・治療及び紹介のタイミン
グ 東京大学名誉教授久保木富房
2007. 6. 7 JALシティ宮崎

図.20 ~ 21 第15回宮崎心身医療研究会 旭
化成ファーマ学術2009. 2. 14 延岡

文 献

- 1) 「うつ」を見抜く！対処する！プライマ
リケア医のためのうつ病診療：編集 久
保木富房，坪井康二，神庭重信 P.17
メディカルビュー社 2009
- 2) Dharma Singh Khalsa, M.D., 桜内篤子
(訳) これで脳は若返る TBSブニタ
ニカ1998
- 3) 高田明和 脳からストレスが消える，光
文社，1996
- 4) Russel J. Reiter, Ph.D., 服部淳脾彦 (監
修) 小川敏子 (訳) 講談社1995
- 5) 野村総一郎 内科医のためのうつ病診療
(第2版) 医学書院 2008年5月15日
第2版第1刷
- 6) 平塚正伸 分子精神医学 1 VOL.6
No.1 2006 先端医学社
- 7) JZOROFT新発売記念講演会，2006. 9. 2
15:00 ~ 20:00 東京プリンスホテルパー
クタワーコンベンションホール
- 8) 第3回宮崎心身医療研究会・記念講演会
2006. 12. 6 JA AZMホール
- 9) 田島 治 (杏林大学保健学部精神保健学
教室教授) 第4回日本うつ病学会総会
—地域，家族と取り組むうつ病の予防
—：SSRIの光と影—新規抗うつ薬のリ
スクとベネフィットについて考える—：
2007. 6. 29 札幌 道新ホール：参加者
479名
- 10) 上島国利 (国際医療大学医療福祉部教授)：
西諸医師会・西諸内科医会合同学術講演
会兼平成20年度「生きる力」応援・うつ
病対策事業医師対象研修会2008. 10. 9 西
諸医師会館
- 11) 龍原 徹 ポケット医薬品集 2009. 1月
白分舎
- 12) 片山宗一 (総合南東北病院神経疾患研究
所所長，独協医科大学名誉教授，睡眠の
正しい使い方，Medikal Tribuneセミ
ナー [宮崎会場]プライマリケアのための
新しい睡眠障害診療，2005. 2. 26宮崎県
医師会館
- 13) 大野 裕 認知療法の技法と実践 金剛
出版，2008. 11. 20
- 14) 大野 裕 (慶応義塾大学教授：保健管理
センター 2004年第1回日本うつ病学総
会うつ病—治す力と支える力—：自殺予
防のためのうつ病の早期介入2004. 7. 2
東京東京商工会議所ビル：参加者570名
- 15) 編集：上島国利・樋口輝彦・野村総一郎・
大野 裕・神庭重信・尾崎紀夫 医学
書院 2008年6月1日第1版第1刷

追加資料

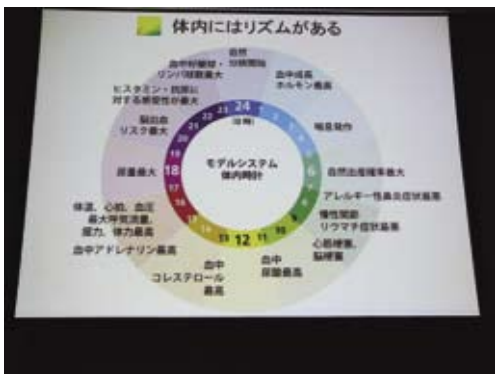
- ① 上田泰己 (独立行政法人理化学研究所発
生・再生科学総合研究センターシステム
バイオロジー研究チーム) 体内時計・
体内カレンダーと気分障害：第6回日本
うつ病学会総会—軽症うつ病—多様なう
つ病からの社会復帰— 2009. 8. 1 東京

- ② 読売新聞 2007. 12. 30
- ③ ハリソン内科学原著17版日本語版2003年12月15日発行第1版第2刷 (株) メディカル・サイエンス・インターナショナル
- ④ 筒井末春 (東邦大学心身医学名誉教授) 第1回日本心身医学5学会 メインテーマ「近未来医療を担う心身医学」2009. 6. 7 東京
- ⑤ 第3回宮崎心身医学研究会・記念講演会 2006. 12. 6 宮崎 JAAZMホール
- ⑥ 内村直尚 (久留米大学医学部精神神経科教授 うつ病と不眠—インターフェロンに伴ううつ病や不眠の対応— 第1回日本心身医学5学会集会 東京
- ⑦ 久保木富房 (東京大学心療内科名誉教授・

医療法人秀峰会楽山病院名誉院長) 第6回日本うつ病学会：軽症うつ病—多様なうつ病からの復帰—：会長講演 2009. 8. 1 東京 品川プリンスホテルアネックスタワープリンスホール

⑧ 久保木富房：同上

⑨ 「うつ」を見抜く！対処する！プライマリケア医のためのうつ病診療：編集 久保木富房 (東京大学名誉教授・秀峰会心療内科病院楽山名誉院長)，坪井康次 (東邦大学医学部心身医学講座教授)，神庭重信 (九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野教授) 第1版第1刷発行 2009年7月25日 (株) メディカルビュー社 \4, 725



①

眠る前メール 不眠のも

28日付の英紙「フリー・テレグラフ」は、エディンバラ睡眠センターのクリス・イジコフスキ博士によるこんな研究結果を報じた。コンピュータなど電子機器からの光が、睡眠を誘うホルモンの「メラトニン」の分泌を妨げ、脳が眠りに向かうための準備が止まってしまったためだという。

英で研究

同時に、ベッドに入る1時間前に仕事の電子メールをチェックすると、エスプレッソ2杯分と同じく程度の不眠効果がある。

ホルモン分泌妨害 「エスプレッソ2杯分」

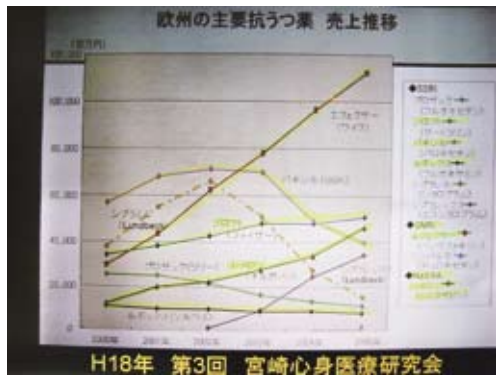
②

薬物名(商品名)	適量の1日量(mg)	副作用
SSRI		
fluoxetine (Prozac)	50 - 80	頭痛、悪心やその他の消化器症状、神経痛、不眠、性的機能低下、熱の発熱
citalopram (Celexa)	30 - 60	熱の発熱、熱の発熱、熱の発熱
sertraline (Lustral)	50 - 200	熱の発熱、熱の発熱、熱の発熱
escitalopram (Lexapro)	10 - 20	熱の発熱、熱の発熱、熱の発熱
SNRI		
venlafaxine (Effexor)	75 - 225	熱の発熱、熱の発熱、熱の発熱
desvenlafaxine (Desven)	50 - 100	熱の発熱、熱の発熱、熱の発熱
MAOI		
phenelzine (Nardil)	150 - 300	熱の発熱、熱の発熱、熱の発熱
tranylcypromine (Pamobarbit)	150 - 300	熱の発熱、熱の発熱、熱の発熱
その他		
agomelatine (Valdoxan)	25 - 50	熱の発熱、熱の発熱、熱の発熱

③

効果	安全性
① mirtazapine	① escitalopram
② escitalopram	② sertraline
③ venlafaxine	③ duloxetine
④ sertraline	④ fluvoxamine
duloxetine	⑤ paroxetine
fluoxetine	⑥ reboxetine
fluvoxamine	⑦ venlafaxine
paroxetine	
reboxetine	

④



⑤

抗うつ薬の睡眠に及ぼす影響

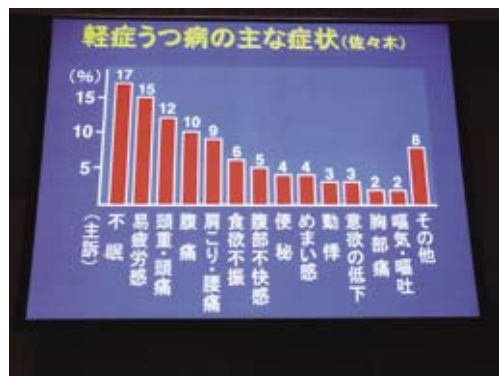
	睡眠時間	睡眠効率	睡眠覚醒	睡眠の安定・覚醒の速さ
三環系抗うつ薬	↓	↓	↑	→
SSRI/NDRI系抗うつ薬	↓ →	↓	↑	↑
SNRI系	↓	↑	→	↓
2代SNRI系	→	↓	↑	→

※アンセピドン/クラシドリンは3代系抗うつ薬を使用するため睡眠の質は高め、リズムを整える

⑥



⑦



⑧



⑨

[会員投稿論文]

平成19年度 延岡市糖尿病患者実態調査

延岡市医師会生活習慣病委員会 委員

野 田 寛

はじめに

延岡市医師会は昭和55年より延岡市内の糖尿病患者実態調査の統計をとっています。

平成4年より私が担当を引き受け5年毎に調査を実施しています。個人情報保護法が施行されるなか、実名を記入するのに会員の協力を得て、今回5年ぶり4回目の発表となりました。

厚労省は平成19年11月に行われた平成19年国民健康・栄養調査を平成20年12月25日に公表しました(表1)。厚生労働省の報告によりますと、「糖尿病が強く疑われる」糖尿病有病者は推計約890万人に上り、「糖尿病の可能性を否定できない」糖尿病予備軍を含めると約2210万人となり、全国の糖尿病有病者数7.1%、糖尿病予備軍10.5%となり、5年前と比較して、有病者は150万人増、予備軍は440万人増となりました。このように歯止めのか

からない糖尿病患者は毎年新患が増えており、しかも、自覚症状がなく、直接死につながらない為、受診率も低く、罹患年数も長くなり、重篤な合併症を引き起こす為、国民病と位置づけ「健康日本21」でも啓蒙活動をしていましたが、思うような結果が出ていません。そのためアプローチを変え平成20年度より特定検診と称してメタボリックシンドロームと糖尿病を関連づけて意識づけをしようとしています。1年目は思うように検診率も上がらず、ペナルティーは必至です。

担当者は「運動不足や食生活の乱れで肥満が増加していることが大きな原因」と分析していますが、果たしてそれだけでしょうか。平成19年度の厚労省の推計値の発表は、今や引き返すことのできない国民病の一つとして驚愕の事実となって、糖尿病患者の今後を暗示しています。

ちなみに我々延岡市医師会は、昭和55年より糖尿病に対して関心を持ち、糖尿病調査委員会を設置し昭和62年まで毎年糖尿病患者の実態調査を実施してきました(表2)。昭和55年には1060人でしたが、昭和59年には1482人と、年間平均100人の増加、また、昭和62年には2001人となり平均120人の増加がみられています。

表1 平成19年度国民健康・栄養調査

	平成9年	平成14年	平成18年	平成19年
糖尿病	690万人	740万人	820万人	890万人
予備軍	680万人	880万人	1050万人	1320万人
計	1370万人	1620万人	1870万人	2210万人

表2 延岡市昭和の糖尿病患者数

	昭和55年度			昭和56年			昭和57年			昭和58年			昭和59年			昭和62年		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
20歳以下	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20～29	4	7	11	3	6	9	6	4	10	7	5	12	5	4	9	9	7	16
30～39	20	11	31	30	9	39	29	15	44	41	13	54	38	20	58	63	32	95
40～49	123	52	175	113	58	171	138	60	198	149	56	205	112	65	177	177	51	228
50～59	207	119	326	208	120	328	254	144	398	275	159	434	291	168	459	365	200	565
60～69	129	149	278	131	171	302	164	192	356	151	186	337	182	204	386	271	278	549
70～79	93	113	206	98	127	225	119	145	264	109	156	265	140	182	322	200	246	446
80歳以上	19	14	33	21	22	43	28	22	50	24	36	60	27	44	71	43	59	102
合計	595	465	1060	604	513	1117	738	582	1320	756	611	1367	795	687	1482	1128	873	2001

方 法

今回の調査期間は平成19年11月1日から11月30日までの1ヶ月間に、延岡市内の医療機関に受診した糖尿病患者について、調査をしてもらいました(表3)。

調査対象医療機関数80件、うち内科46件回答医療機関40件、回答率50.0%でした。いったん中断していました実態調査を多少手直しして、平成4年から、平成9年、平成14年と5年毎に実施しました。それも11月の糖尿病週間に併せており、まさに厚生労働省の実施した期間と一致していました。

表3 調査項目の内容

- ・ 調査期間 平成19年11月1日から30日
- ・ 調査対象医療機関 80件 回答率50%
- ・ 患者氏名(実名)、性別、年齢、外来・入院別
- ・ 罹患年数(発見年月日)、家族歴、
- ・ 病型(1型、2型、その他、妊娠)、不明
- ・ 血糖値(空腹時、朝食後2時間または随時)
- ・ HbA1c(HbA1)
- ・ 治療法(食事、経口剤、インスリン療法)
- ・ 合併症(三大合併症、その他)

奇しくも、延岡市の人口は12万4千から6千人でほとんど移動がなく、しかも日本の人口のほぼ千分の一にあたり、全国との比率を計算するには都合の良い割合となっています。市内の全ての医療機関が協力してくれれば久山町研究よりもはるかに有数のデータがそろうと思いますので、今後ともご協力をお願いします。

調査項目としては患者の重複を避けるために実名を記入した氏名、性別、年齢、外来・入院の別などの情報、また、データとして罹患年数、家族歴、病型分類、空腹時および随時の血糖値、加えて、HbA1c、治療法、また、三大合併症その他の合併症について調査しました。平成17年より始まった個人情報保護法により以前に増して実名の記入については会員からの反発があるものと思いましたが、実名記入の理由としては、事務局がアンケートの結果を整理し統計をとるうえで重複を避けるため必要であることを強調して会員に協力をお願いしてきました。

結 果

今回実施した結果と過去のデータを比較しながら、ここにご報告したいと思います。

性別・年齢別患者数(表4)は、各年度とも男性は40歳から、女性は50歳からの増加が見られます。また昭和時代には、男性50歳代、女性60歳代にピークが見られましたが、平成4年・9年では男女共に60歳代にピークが見られ、平成14年度は少しずれ、平成19年には70歳代に男女共ピークが見られます。まさに糖尿病患者の後期高齢者の誕生です。また、全体に男性52%、女性48%とやや男性が多いようです。

罹患年数の推移(表5)は、各年数共に増加の傾向にあり、長期の治療についての理解や啓蒙活動の広がりや後期高齢者の治療が今後の課題となります。

患者背景(表6)は、4回のデータを比較

すると、患者数、平均年齢、罹患年数ともに増加しています。これは平均年齢の高齢化率と平均罹患年数の増加は合併症の増加率にもつながります。

家族歴では、有りが平均約30%でしたが平成19年度では45%でした。つまり、「糖尿病2世」の始まりです。遺伝が濃ければインスリンの基礎分泌が少なく、またいろいろな原因での運動不足が追加反応を悪くさせ糖尿病発症をきたします。

病型では1型2.0%、2型90.4%、となっていますが、2型が実数において優位です。

調査結果(表7)は、HbA1cについては、全国平均7.2%です。なかなか厳しいものがありますが、地域での積み重ねが全国の平均を下げられるものと思います。統計上新患の絶対総数が増えたため、と考えられます。

治療法では食事・運動療法はベースにしているとして、経口剤71.0%、インスリン療法

表4 性別・年齢別人数

	平成4年	平成9年	平成14年	平成19年
1年未満	40	104	70	214
1～5年	795	1062	1037	1081
6～10年	343	543	698	786
11～15年	129	232	427	457
16～20年	46	129	228	346
20年以上	30	93	220	331
計	1383	2163	2680	3215

表5 罹患年数の推移

	平成4年	平成9年	平成14年	平成19年
1年未満	40	104	70	214
1～5年	795	1062	1037	1081
6～10年	343	543	698	786
11～15年	129	232	427	457
16～20年	46	129	228	346
20年以上	30	93	220	331
計	1383	2163	2680	3215

表6 患者背景

	平成4年	平成9年	平成14年	平成19年
患者数	1544人	2179人	2831人	3215人
平均年齢	62.8歳	64.6歳	65.7歳	68.0歳
罹患年数	6.1年	7.9年	9.1年	10.3年
家族歴 有	27.7%	30.2%	39.5%	45.5%
無	72.3%	69.8%	60.5%	54.5%
病型 1型	6.2%	3.4%	2.8%	2.0%
2型	91.7%	93.8%	93.0%	90.4%
その他	0.5%	1.7%	1.0%	1.6%
不明	1.6%	1.1%	3.2%	6.0%

表7 調査結果

	平成4年	平成9年	平成14年	平成19年
HbA1c	7.48%	7.22%	7.00%	7.23%
空腹時血糖	145.3	140.8	148.4	140.5
随時血糖	187.7	181.1	191.1	184.7
治療 食事	81.1%	84.6%	63.7%	40.6%
経口剤	48.3%	53.5%	54.5%	71.0%
インスリン	8.9%	11.2%	11.4%	15.1%

15.1%，と薬物治療が急増しています。これは近年種々の薬剤が出回り，早期発見早期治療の原則もあり増加したものと思われま

三大合併症について（表8）は，厚生労働省の結果は，神経障害28.1%，網膜症18.0%，腎症15.2%，と発表されています。4回を比較すると，年々増加してきています。

その他の合併症について（表9）は，高血圧は60%の合併率，高脂血症は40%の合併率と高率です。糖尿病・高血圧・高脂血症の遺伝を併せ持つ患者こそが純粋な糖尿病患者であり，傾向としては痩せ型で早期に治療の介入がないと合併症を引き起こします。心臓・脳血管障害，肝疾患ともに全国平均的なデータでしたが，それぞれの合併症率も年々増加しています。また，増加していく後期高齢者の治療にも新たな工夫が必要です。

表8 三大合併症

		平成4年	平成9年	平成14年	平成19年
神経障害 (28.1%)	無				
	有	13.1%	17.2%	17.6%	22.6%
網膜症 (18.0%)	無				
	有	11.7%	11.7%	14.7%	16.8%
	失明	0.3%	0.4%	0.6%	0.2%
腎症 (15.2%)	無				
	有	12.2%	16.6%	13.5%	19.2%
	透析	0.8%	0.5%	3.0%	3.0%

表9 その他の合併症

	平成4年	平成9年	平成14年	平成19年
高血圧症	49.3%	46.5%	45.7%	55.6%
高脂血症	9.3%	24.2%	26.1%	39.4%
心臓疾患	5.4%	13.5%	13.6%	16.3%
胃腸障害	6.4%	14.9%	13.6%	14.0%
脳血管障害	4.0%	2.2%	7.9%	10.4%
肝疾患	6.4%	10.9%	10.1%	11.3%
膵疾患	0.2%	1.2%	1.1%	0.9%
皮膚疾患	0.7%	2.2%	2.0%	3.5%
その他	18.4%	1.5%	2.3%	4.0%

考 察

果たして，歯止めのかからない糖尿病患者の増加は何処に問題があるのか。日本の総人口は平成16年度より減少傾向にあり，さらに車社会による運動不足といっても新車登録台数は1997年以降減少傾向にあり，高齢者は運転免許の返納をしているので，その点に関しては下り坂になりつつあるのではないのでしょうか。また，高脂肪食の割合もここ20年変わらずにいます。それではなぜ増加しているかということ，25%の脂肪摂取による50年間の飽食時代の後期高齢者に加えて，一人暮らし，認知症などが主原因とみられる食生活の問題があります。さらに，ここ15年の間に24時間営業のコンビニエンスストアはインスリンホルモンの分泌パターンに相反するような不規則な夜型生活リズムや乱れた食生活をもたらし，若い2型「糖尿病2世」の誕生をさせたことにより急激な増加をもたらしたと考えられ（事実，遺伝を背景とした20～30歳台の2型の患者も増加しています），入り乱れた複雑な原因は，もはや厚労省の舵取りだけでは困難であることが判明しました。

ま と め

平成17年より個人保護法が施行され，協力が減るのではないかと心配し合併症の項目を簡単にしましたが，50%の回答を得て関心の深さが判りました。国の調査結果と同じで患者が増えているのは，糖尿病患者の発症因子の変化が転換期になっているのではないかと推測します。結果はそのまま持ち上がったかのように患者の高齢化に合わせて増加していました。そのため，高齢者の治療にも工夫が必要であるし，また前述の増加しつつある若

い糖尿病患者の治療にも工夫が必要です。調査年数とともに罹患年数も延びており合併症の実数の増加がみられます。

以上、延岡市医師会生活習慣病委員会を代表して報告させていただきました。

調査にご協力いただいた医療機関、医師会事務のスタッフの皆様に、この場を借りてお礼を申し上げます。またこれが延岡医師会の財産となるように継続していただきたいと切に思います。

参 考 文 献

野田 寛：平成14年度糖尿病患者実態調査報告，宮崎県内科医会誌2005;67:8-12

森本 彩：わが国における糖尿病患者の動向，日医雑誌2009.138(1).19-22

大森安恵：糖尿病家族歴，プラクティス，2009.26(2)200-202

岩本安彦：2型糖尿病治療の現状，プラクティス，2009.26(2)124-127

[会員投稿論文]

二度のペグインターフェロン・リバビリン併用療法 によりウイルス学的著効が得られた 1b高ウイルス量のC型慢性肝炎の一例

宮崎市 ひろの内科クリニック

弘野修一

はじめに

C型慢性肝炎は放置すると肝硬変や肝癌に進行する疾患である¹⁾。C型慢性肝炎に対し、インターフェロン(IFN)単独療法が行われていたが、日本人に多いGenotype 1b, 高ウイルス量のC型慢性肝炎では著効率 (Sustained viral response :SVR)は5%未満と低いものであった。平成16年12月から Genotype 1b, 高ウイルス量のC型慢性肝炎の治療にペグインターフェロン・リバビリン (Peg IFN・RBV)併用48週間投与が行われるようになり、ようやく50%を越えるSVRが得られるようになった^{2,3)}。SVRを得るには治療開始後12週までにHCV RNAが陰性化することが重要であり、治療開始後12週目以降にHCV RNAが陰性化する例、すなわちLate viral responder (LVR)ではSVR率は20%以下と低い^{4,5)}。このような難治例に対しては投与期間を72週に延長することが試みられているが、それでもSVR率は29-38%にすぎない^{4,5)}。今回、二度のインターフェロン単独療法が無効でPeg IFN・RBV 72週投与後に再燃したC型慢性肝炎に対し、再度Peg IFN・RBV併用療法を行ってSVRが得られた1例を経験したので報告する。

【症例】 51歳男性

【既往歴】 特記事項なし。輸血歴、手術歴なし。鍼治療歴なし。

【家族歴】 特記事項なし

【現病歴】 平成3年に人間ドックを契機にC型肝炎と診断され、前医で平成4年7月～平成5年1月までIFN治療(製剤は不明)を受けたが効果なく、転勤のため平成14年4月より当院外来で強力ネオミノファーゲンC静注による治療を受けていた。当院初診時の検査ではHCV genotype 1bでHCV RNAは800KIU/L以上と高ウイルス量であった。肝炎の活動性が強いと平成14年7月～平成15年1月までIFN療法 (IFN- α 2a, 6 MU 週3回)を行ったが効果は不十分であった。平成16年12月より新しく保険適応となったPeg IFN・RBV併用療法を開始した。

【現症】 意識清明。身長166cm, 体重57kg。眼球結膜に黄疸なし, 眼瞼結膜に貧血なし。

胸部に異常所見なし。腹部所見は平坦で肝脾を触れず, 圧痛なし。下肢浮腫なし。手掌紅斑を認める。

【検査所見】 末梢血液検査では血小板数が11.6万/ μ lと減少していた。血液生化学検査ではアルブミン4.7g/dl, 総ビリルビン0.7mg/dlと正常であったが, GOT 54IU/L,

GPT 68IU/Lとトランスアミナーゼの上昇が認められた。AFPは37.9ng/mlと高値であった。HCVコア抗原は8,420 fmol/Lと高ウイルス量で、genotypeは1b型であった (Table 1)。また腹部超音波検査では脾腫を認め、肝辺縁鈍、肝内部エコーが粗く、肝表面はやや凹凸不整であった (Fig. 1)。

【経過】平成16年12月18日よりPeg IFN- α 2b・RBV併用療法を開始した。治療開始後肝機能は速やかに正常化し、HCVコア抗原量は減少するものの、HCV RNAは12週目までに陰性化せず、24週目によく陰性化した。LVRであったため、当初予定していた48週からさらに、24週延長して72週投与を行った。24週以降は、投与期間中常にHCV

RNAは陰性であったが、投与終了後3週目にHCV RNAが陽性となり、1ヶ月後にHCVコア抗原量は5,810 fmol/Lと治療開始前のレベルまで増加した。その後一過性の肝機能の悪化に伴ってHCVコア抗原量が減少し、3ヶ月後には10 fmol/L未満と測定感度以下まで減少した (Fig. 2)。

1回目のPegI FN- α 2b・RBV併用療法後の再燃に伴い、ウイルス量が激減したので再治療の好機と考え、1回目の治療終了後4ヶ月目の平成18年9月9日より再度Peg IFN- α 2b・RBV併用療法を開始した。2回目の治療開始後2週目にはHCV RNAは陰性化した。治療を48週継続し終了したがHCV RNAは治療終了後1年半経過した時点でも陰性を

Table 1 Laboratory Findings

Hematology		Blood Chemistry		Tumor Marker	
WBC	7,750 / μ l	TP	7.5 g/dl	AFP	37.9 ng/dl
RBC	463 万/ μ	Alb	4.7 g/dl		
Hb	14.5 g/dl	T.Bil	0.7 mg/dl	HCV markers	
Ht	42.7 %	ZTT	12.5 U	HCV core 抗原	8,420 fmol/L
Plt	11.2 万/ μ	GOT	54 IU/L	HCV genotype	1b
		GPT	68 IU/L		
		LDH	264 IU/L		
		ALP	246 IU/L		
		γ -GTP	59 IU/L		
		ChE	126 IU/L		
		Cr	0.7 mg/dl		
		UA	5.2 mg/dl		
		T.Chol	147 mg/dl		
		T.G	221 mg/dl		
		FBS	93 mg/dl		



Fig. 1 腹部超音波検査

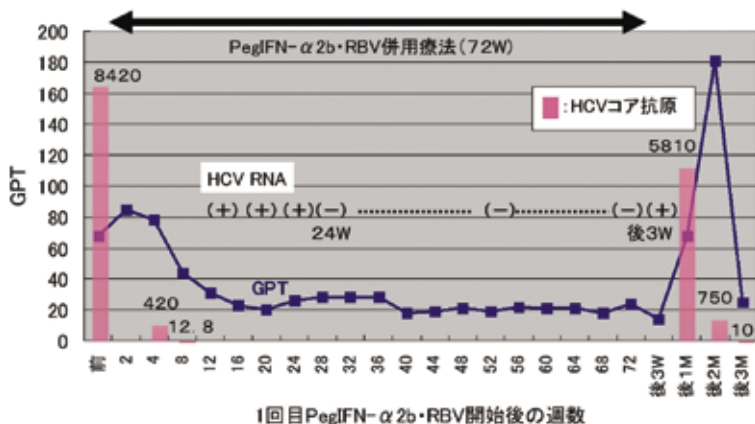


Fig. 2 1回目PegIFN・RBV併用療法の臨床経過

持続している (Fig. 3)。

血小板数は治療前に12万/ μ l前後と少なかったが、二度のPeg IFN・RBV併用療法によってSVRとなった後はすみやかに改善し20万/ μ lまで増加した (Fig. 4)。

考 察

難治例といわれる1b高ウイルス量C型慢性肝炎のSVR率はPeg IFN・RBV併用療法の導入により50%と改善したが、本例のように治療開始後、12週以降にHCV-RNAが陰性化するLVRでは通常48週投与によるSVRは20%以下と低く、72週投与を行っても十

分な治療効果が得られないのが現状である。加藤らはGenotype 1b高ウイルス量のC型慢性肝炎において、初回IFN投与終了後に再燃増悪 (反跳) し、それに引き続いて約3分の1の症例でHCV RNA量が急激に減少することに着目して、その時点で再度IFNを投与する治療法 “Two- Step Interferon Rebound Therapy: TIRT” を行い、SVR率が向上することを示した⁶⁾。TIRTによりこのような難治例がSVRを得る必須条件として、初回IFN投与終了後の反跳現象に引き続きHCV RNA量が1 Meq/ml以下すなわち低ウイルス量となることを挙げている。本症例のように72週

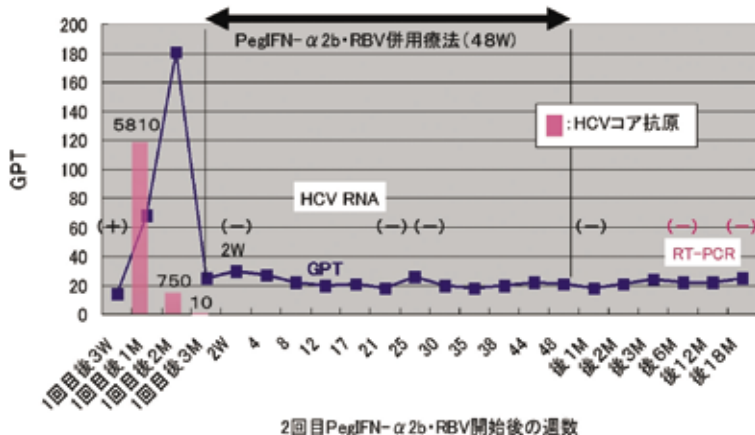


Fig. 3 2回目PegIFN・RBV併用療法の臨床経過

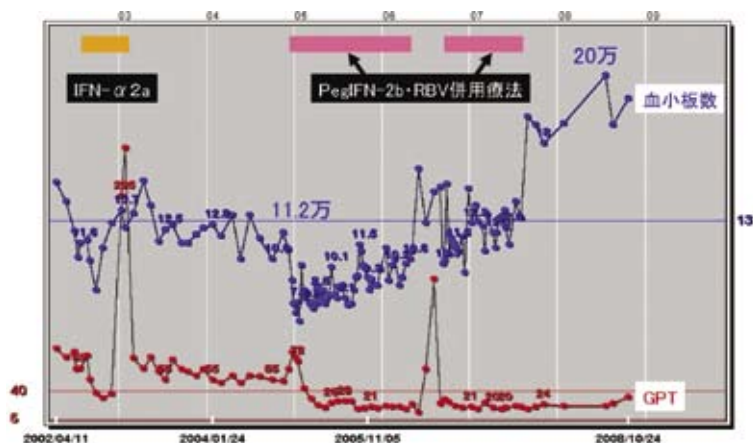


Fig. 4 治療前後のGPT値と血小板数の推移

のPeg IFN・RBV併用療法後に再燃した超難治例においてSVRが得られた理由は、再燃に引き続きHCVコア抗原量が測定感度以下に急速に減少した時点で速やかにPeg IFN・RBV併用療法による再治療を開始できたことが考えられる。奥瀬らも本症例と同様な1b高ウイルス量のC型慢性肝炎に対し、72週のPeg IFN・RBV併用療法後の反跳現象時にIFN単独療法をおこない、SVRが得られた事を報告している⁷⁾。

C型慢性肝炎に対するインターフェロン療法の治療効果を規定する因子は、ウイルス遺伝子型、ウイルスアミノ酸変異の有無、およびウイルス量などであるが、本症例についてはウイルスアミノ酸変異の有無は検討されていない。経過中にウイルス遺伝子型、ウイルスアミノ酸変異の有無は変わらないので今回の一度目のPeg IFN・RBV併用療法後の反跳現象でHCV RNA量が減少したことがSVRをもたらしたと考えられる。HCV RNA量を減らしてPeg IFN・RBV併用療法の治療成績を上げようと言う試みはDouble filtration plasmapheresis (DEPP)でも行われている

が⁸⁾、DEPPは機械的に血中からHCVを除去するため、反跳現象によるウイルス量の減少とは機序が異なる。最近、HMG-CoA還元酵素阻害剤に抗HCV効果が見いだされ、IFNとの併用により相乗的な抗HCV効果が報告された⁹⁾。臨床例においてもその有用性が報告されている¹⁰⁾。今後は種々の治療法によりSVR率の向上が期待されるが、それらの治療後の再燃例であっても反跳現象が見られる場合にはタイミングを逃すことなく再度Peg IFN・RBV併用療法を行うことでSVRが得られる事が期待される。

結 語

二度のインターフェロン単独療法が無効でPeg IFN・RBV 72週投与後に再燃したC型慢性肝炎に対し、48週間のPeg IFN・RBV併用療法を追加してSVRが得られた1例を経験した。反跳現象後のPeg IFN・RBV併用療法による再治療は難治例に有効であることが示唆される。IFN治療終了後も経時的に肝機能やウイルス量を検査することは再燃後の再治療のタイミングをはかる上でも重要であると考

えられた。

参考文献

- 1) Alter HJ, Seeff LB. : Recovery, persistence, and sequelae in hepatitis C virus infection: a perspective on long-term outcome. *Semin Liver Dis.* 2000;20(1):17-35. Review.
- 2) Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, et al : Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet.* 2001;22:358(9286):958-65.
- 3) Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, Smith C, et al : Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med.* 2002;26:347(13):975-82.
- 4) Berg T, von Wagner M, Nasser S, et al : Extended treatment duration for hepatitis C virus type 1: comparing 48 versus 72 weeks of peginterferon-alfa-2a plus ribavirin. *Gastroenterology.* 2006;130(4):1086-97.
- 5) Pearlman BL, Ehleben C, Saifee S. : Treatment extension to 72 weeks of peginterferon and ribavirin in hepatitis c genotype 1-infected slow responders. *Hepatology.* 2007;46(6):1688-94.
- 6) 加藤道夫, 結城暢一, 金子 晃, 他 : 難治性C型慢性肝炎に対するTwo- Step Interferon Rebound Therapyの有用性について. *肝臓* 2000;41:396-402
- 7) 奥瀬千晃, 公文大輔, 小林 稔, 他 : ペグインターフェロン・リバビリン72週併用療法後の再燃に対し, インターフェロン単独療法の追加にて著効を得たC型慢性肝炎の1例. *肝臓* 2008;49:495-500
- 8) Fujiwara K, Kaneko S, Kakumu S, et al. The Virus Reduction Therapy Study Group : Double filtration plasmapheresis and interferon combination therapy for chronic hepatitis C patients with genotype 1 and high viral load. *Hepatol Res.* 2007;37(9):701-10. Epub 2007 Jun 15.
- 9) Ikeda M, Abe K, Yamada M, et al : Different anti-HCV profiles of statins and their potential for combination therapy with interferon. *Hepatology.* 2006;44(1):117-25
- 10) 瀬崎ひとみ, 鈴木文孝, 芥田憲夫, 他 : C型慢性肝炎に対するペグインターフェロンとリバビリン併用療法におけるHMG-CoA還元酵素阻害剤併用によるウイルス学的効果の有用性の検討. *肝臓* 2008 : 49 : 22-24 <短報>

[会員投稿論文]

仮面高血圧を合併した線維筋痛症の一例

綾町 たまきクリニック

玉置 昇, 玉置 瑞枝

はじめに

2009年1月に高血圧治療ガイドライン (JSH2009) が発表された¹⁾。JSH2009では、24時間にわたる血圧管理、家庭血圧の測定が重要とされている。仮面高血圧は早朝高血圧、ストレス下高血圧、夜間高血圧などの病態を含み、心血管障害の重大なリスクファクターである。そのため見逃すことの無いように注意する事が非常に大切である。今回、線維筋痛症と診断した女性にABPM (Ambulatory Blood Pressure Monitoring) を施行したところ、仮面高血圧と判明した一例を経験したので報告する。外来血圧が正常でも、ストレスの強い状態の患者さんでは仮面高血圧も念頭に置き精査加療することが重要と思われた。

症 例：31歳，女性，独身

既往歴：19歳時より原因不明の微熱が続いている。29歳時，過敏性腸症候群

家族歴：母はC型慢性肝炎

主 訴：全身の疼痛，不眠，頭痛，不安感，ゆううつ感，無気力

現病歴：19歳時より全身倦怠，発熱があり日常生活に支障があり仕事も充分には出来ていなかった。2008年7月16日に勤め始めたばかりの鍼灸院でけむりを吸引した後，咳嗽が

激しくなり呼吸器専門医を受診し，ピークフローメーターの減少，百日咳抗体の上昇より気管支喘息及び百日咳と診断され，加療を受け症状は改善傾向であった。同年8月19日上記主訴にて当院を受診した。

理学所見：身長 161.8cm，体重 67.6kg，BMI 25.8と肥満あり，血圧 130/80mmHg，脈拍 67回/分，SpO₂ 99%，握力（右）27kg（左）32.5kg，胸腹部理学所見および神経学的所見に特記事項なし。特記所見として線維筋痛症の圧痛点18カ所中18カ所に圧痛を認めた。

検査所見（表1）：ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate) は11mm/hrと正常。末梢血検査でHb 9.9g/dlと鉄欠乏性貧血を認めた。甲状腺機能は正常。抗核抗体陰性。SRQ-D (Self Rating Questionnaire for Depression) 30点と著明高値であった。NRS (Numerical Rating Scale) は10/10と著明高値であった。

臨床経過：全身の疼痛，全身倦怠感，睡眠障害，ゆううつ感が著明で，PS (Performance Status) は7と著明に低く，全身の圧痛点

表1 検査所見

Urinalysis			
Glu	(-)	ALP	176U/l
Pro	(-)	γ-GTP	11U/l
O.B.	(-)	T-bil	0.2mg/dl
Keton	(-)	Ch-E	310U/l
pH	7.0	Amy	60U/l
SG	1.010	Fpg	80mg/dl
		HDL-c	58mg/dl
		LDL-c	120mg/dl
CBC		TG	139mg/dl
WBC	5,600/ μ l	BUN	12.2mg/dl
Neut	65.7%	Cr	0.71mg/dl
Eosino	1.5%	UA	3.8mg/dl
Baso	0.1%	Na	140mEq/l
Mono	6.0%	K	3.8mEq/l
Lym	26.7%	K	3.8mEq/l
RBC	453 $\times 10^4$ / μ l	Fe	21mg/dl
Hb	10.8g/dl	Ferritin	7ng/ml
Ht	32.3%		
MCV	71.3fl	ESR	10mm (1hr)
MCH	23.8pg	CRP	0.06mg/dl
MCHC	33.4g/dl	TSH	1.45 μ IU/ml
Plt	25.5 $\times 10^4$ / μ l	FT4	1.15ng/dl
		ANA	(-)
Blood chemistry		RAPA	40 \times
TP	7.5g/dl	CH50	40.1U /ml
Alb	58.1%	C3	149mg/dl
α_1 -glb	2.5%	C4	21mg/dl
α_2 -glb	8.1%		
β -glb	11.1%	SRQ-D	30points
γ -glb	20.2%	NRS	S10/10
CK	84U/l		
AST	15U/l		
ALT	12U/l		
LD	189U/l		

も考慮し線維筋痛症と診断した。2008年8月下旬よりmilnacipran (トレドミン[®]) を100mg/day, sulpiride (ドグマチール[®]) を200mg/day, sodium valproate (デパケンR[®]) を400mg/day, brotizolam (レンドルミンD[®]) を0.25mg/day投与したが、症状の改善なく、gabapentin (ガバペン[®]) を追加したところ、症状はNRS10/10から7/10と30%の改善を認めた。外来時診察室血圧は100～130/60～80mmHgと常に正常であった。頭痛時に家庭血圧を測定したところ160/100mmHgと高値であった。そこでABPM (Ambulatory Blood Pressure

Monitoring; 自由行動下血圧測定, A&D TM-2431) を施行したところ24時間平均血圧は132/83mmHg (基準値は130/80mmHg未満)、昼間平均血圧値は141/88mmHg (基準値は135/85mmHg未満)と高値であった。夜間平均血圧は114/72mmHg (基準値は120/75未満)と正常範囲であった。仮面高血圧と診断し、benidipine (コニール[®]) 8mg/day, arotinolol (アルマール[®]) 20mgを朝、夕分2で投与開始した。外来血圧は相変わらず正常血圧であったが、3ヶ月後の2回目ABPMでは夜間はむしろnon-dipperとなった。その後自分の好きな犬を飼育するようになり3回目のABPMは著明に改善し(図1, 表2)、疼痛などの自覚症状も著明に改善した。一方、NRSは7/10→5/10, SRQ-Dは30点→20点と改善した。

考察: 線維筋痛症 (fibromyalgia; 以下FM) は関節リウマチ類似疾患の一つ²⁾であるが、疼痛の程度がきわめて強い事が特徴である。また、薬物療法の効果が少ない事も特徴の一つであり、患者の生活の質を著しく阻害する。さらには慢性疲労症候群の合併頻度が高く、患者の多くは二重三重の苦しみを負う。FMは3ヶ月以上継続する広範囲の疼痛を主訴とし、特徴的な18カ所の圧痛点のうち11カ所以上の部位に圧痛を認める疾患²⁾である。圧痛点の診察は4kgの強さで触診する事になっている(図2)が、実際には極めて軽微な刺激でも患者は痛み、4kgの強さでは触診すらできない事が多い。FMの疼痛以外の症状では倦怠感、睡眠障害、朝のこわばり、しびれ感、頭痛、不安、過敏性腸症候群の出現頻度が高い³⁾とされている。治

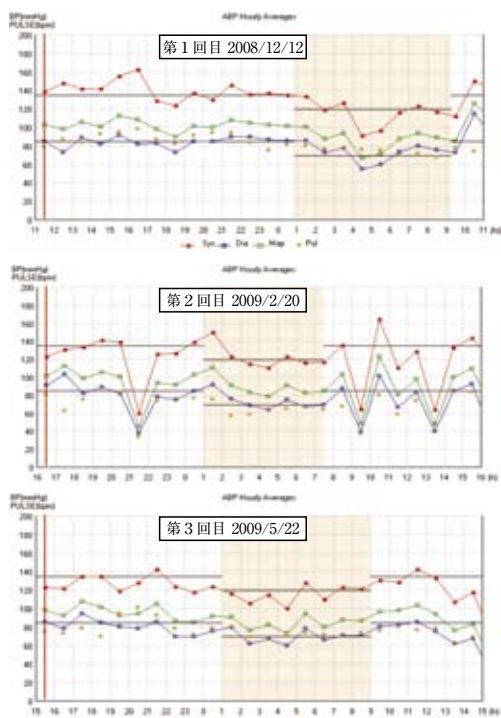


図1 ABPMの経過

表2 ABPMの経過

	第1回目		第2回目		第3回目	
	SBP	DBP	SBP	DBP	SBP	DBP
24時間 ABPM 平均値	131	81	131	80	124	75
昼間血圧平均値	139	86	134	82	129	78
夜間血圧平均値	114	72	123	74	115	70
24時間 ABPM 平均値 = (昼間血圧平均値 × 覚醒時間 + 夜間血圧平均値 × 睡眠時間) / 24時間 SBP(収縮期血圧)、DBP(拡張期血圧)、PP(脈圧)、PUL(脈拍)						

米国リウマチ学会(ACR) の分類基準

- 3ヶ月以上持続する広範囲の疼痛 身体左側及び右側、腰部より上部及び下部、躯幹中心のすべてが存在)の既往。
- 約 4kgの手指による触診で18カ所の圧痛点部の11カ所以上に疼痛を訴える。



- 圧痛点の位置 何れも両側)
- ①後頭部 後頭下筋離付着部)
 - ②下部頸椎 第5～7頸椎前方)
 - ③僧帽筋 上縁中央部)
 - ④棘上筋 肩甲骨棘部上起始部)
 - ⑤第2肋骨 肋軟骨接合部)
 - ⑥肘外側上腕 上腕2cm遠位)
 - ⑦臀部 四半上外側部)
 - ⑧大転子部 転子突起後部)
 - ⑨膝 上内側脂肪堆積部)

図2

療としては、三環系抗うつ剤 (TCA)、選択的セロトニン再吸収阻害剤 (SSRI; selective serotonin reuptake inhibitor)、セロトニ

ン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI; serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor)、抗けいれん・抗てんかん薬 (クロナゼパム、カルバマゼピン、ガバペンチン)、ワクシニア・ウイルス接種家兎炎症皮膚抽出成分(ノイロトロピン®)、漢方方剤 (芍薬甘草湯、疎経活血湯、牛車腎気丸、修治ブシ末、桂枝茯苓丸、加味逍遙散、抑肝散、抑肝散加陳皮半夏) などの薬物療法、心理的支援として認知行動療法、また、有酸素運動療法 (エアロビクス)、鍼灸療法などの体替補完療法も一部有効とされている⁴⁾ が、いずれも治療研究の成果は一様でない。一般に線維筋痛症は生命予後は悪くないが、根治療法がないため、quality of life (QOL) の低下が長期的に見られる場合が多い。本邦では本疾患の8割近くが通院患者であり、このうち回復及び軽快した症例は半分強で、残りは不変もしくは増悪していることや、線維筋痛症のQOL評価はRA、OA患者よりも低くSLEに匹敵するほど低いとの報告もある^{5)・6)}。このように精神的ストレスの強い疾患であるため、仮面高血圧の病像を示しやすい事が想像される。診察室以外での血圧測定法には、ABPM (自由行動下血圧測定) と、家庭血圧測定がある。

自由行動下血圧測定と家庭血圧には診察室血圧と同等か、それ以上の臨床的価値があると評価されることが多い。一方、自由行動下血圧測定と家庭血圧は、それぞれ異なった血圧情報としての価値を有する。カフ・オシロメトリック法による精度の優れた自動血圧計が開発され^{7)・8)・9)}、非観血的に15-30分間隔で24時間自由行動下血圧測定 (Ambulatory Blood Pressure Monitoring;

ABPM) することによって診察室以外の血圧情報が得られ、24時間にわたる血圧プロフィール、24時間、昼間、夜間、早朝などの限られた時間帯における血圧情報が得られるようになった。診察室血圧が正常であっても、診察室外では高血圧である状態が仮面高血圧である¹⁰⁾(図3)。複数回測定した診察室血圧の平均が140/90mmHg未満で、かつ家庭血圧計やABPMで複数回測定した昼間血圧の平均が135/85mmHg以上、もしくは平均24時間血圧が130/80mmHg以上の場合を仮面高血圧とする。仮面高血圧の病態は多様で、早朝高血圧、職場高血圧、夜間高血圧は、仮面高血圧を構成する病態で、診察室外血圧が上昇している時間帯が異なる¹¹⁾。仮面高血圧は、正常血圧を示す一般住民の10-15%、140/90mmHg未満にコントロール良好な高血圧治療中の高血圧患者の約30%にみられる¹²⁾、¹³⁾。仮面高血圧の臓器障害と心血管イベントのリスクは正常血圧や白衣高血圧と比較

して有意に高く、持続性高血圧患者と同程度である。これまでの臨床研究では、仮面高血圧は正常血圧群に比べて代謝異常を伴いやすく、未治療か治療中高血圧患者にかかわらず、左室肥大や頸動脈肥厚などの高血圧性臓器障害が進行している¹⁴⁾、¹⁵⁾。仮面高血圧の治療は、家庭血圧を測定することからはじめる。仮面高血圧の高リスク群は、降圧療法中にあるすべての高血圧患者、正常高値血圧(130-139/85-89mmHg)、喫煙者、アルコール多飲者、精神的ストレス(職場、家庭)が多い者、身体活動度が高い者、心拍数の多い者、起立性血圧変動異常者(起立性高血圧、起立性低血圧)、肥満・メタボリックシンドロームや糖尿病を有する患者、臓器障害(特に左室肥大)や心血管疾患の合併例などである(図3)。本例のように精神的ストレスが多いものも含めて、これらの対象者には診察室血圧にかかわらず、積極的に家庭血圧やABPMを測定することが重要である。仮面高血圧の降圧治療の要点は、24時間にわたり正常血圧レベルに降圧することで、早朝血圧に基づく降圧療法を行い、そのレベルを135/85mmHg未満にコントロールすることである。



図3 白衣高血圧と仮面高血圧の診断

ペインフルデプレッション (Painful Depression) (図4)

ペインフルデプレッションという新しい概念が提唱されている。仮面うつ病(マスクドデプレッション; masked depression)という概念があるが、痛みに焦点をあてたものがペインフルデプレッションである。プライマリケアでは、ペインフルデプレッションの背後にうつやうつ状態があることを考慮し、抗うつ薬の投与を検討する意義がある。慢性



図4 Painful Depression

疼痛患者の背景にうつ状態（痛み）が予想される場合、抗うつ薬を処方するが、これは痛みにも効果があることを説明することが必要と思われる。

結 語

外来血圧が正常の場合でも、家庭血圧やABPMが仮面高血圧の診断に重要であると考えられた。特に疼痛のストレスやうつを伴う線維筋痛症などのPainful Depressionの症例では仮面高血圧の有無につき精査する事が、患者さんの将来の心血管イベントの抑制に重要であると思われた。

参 考 文 献

1) 高血圧治療ガイドライン2009. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会：日本高血圧学会発行
 2) Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al: The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum, 33 (2) :160-172, 1990.
 3) 中村 洋、西岡久寿樹：線維筋痛症. 治療、85：2854-2855, 2003.

4) Harris RE,clauw DJ. How do we know that the pain in fibromyalgia is 'real' ? Curr Pain Headache Rep 2006; 10:403-7.
 5) 松本美富士. 膠原病リウマチ疾患の新展開Ⅳ. 最新のトピックス1. 線維筋痛症. 日内会誌 2005 ; 94 : 2139-45.
 6) 松本美富士. 本邦線維筋痛症の臨床像, 自験例による検討疫学. 臨床リウマチ 2004 ; 16 : 368-74.
 7) Imai Y, Abe K, Sasaki S, et al. Determination of clinical accuracy and nocturnal blood pressure pattern by new portable device for monitoring indirect ambulatory blood pressure. Am J Hypertens 1990; 3: 293-301.
 8) Imai Y, Sasaki S, Minami N, et al. The accuracy and performance of the A & D TM 2421, a new ambulatory blood pressure monitoring device based on the cuff-oscillometric method and the Korotkoff sound technique. Am J Hypertens 1992; 5: 719-26.
 9) Kuwajima I, Nishinaga M, Kanamura A. The accuracy and clinical performance of a new compact ambulatory blood pressure monitoring device, the ES-H531. Am J Hypertens 1998; 11: 1328-33.
 10) Pickering TG, Eguchi K, Kario K. Masked Hypertension: a review. Hypertens Res 2007; 30: 479-88. Pckering TG, Shimbo D, Haas D. Ambulatory blood-pressure monitoring. N Eng J Med 2006; 354: 2368-74.
 11) Kario K. Clinician's manual on

- early morning risk management in hypertension. Science Press, London, pp1-68,2004.
- 12) Pickering TG, Eguchi K, Kario K. Masked Hypertension: a review. *Hypertens Res* 2007; 30: 479-88.
- 13) Obata T, Ohkubo T, Kikuya M, et al; J-HOME Study Group. Prevalence of masked uncontrolled and treated white-coat hypertension defined according to the average of morning and evening home blood pressure value: from the Japan Home versus Office Measurement Evaluation Study. *Blood Press Monit* 2005; 10:311-6.
- 14) Tomiyama M, Horio T, Yoshii M, et al. Masked Hypertension and target organ damage in treated hypertensive patients. *Am J Hypertens* 2006; 19: 880-6.
- 15) Matsui Y, Eguchi K, Ishikawa J, Hoshida S, Shimada K, Kario K. Subclinical arterial damage in untreated masked hypertensive subjects detected by home blood pressure measurement. *Am J Hypertens* 2007; 20: 385-91.
-

[会員投稿論文]

リハビリテーション医療 介護指導とその成果～患者と介護人の関係～

延岡市 野村病院

野村 敏 彰

在宅ケアの一策として、筆者は、十七、八年前より、看護師やヘルパー、介護人に対して障害とそれをもった患者の心理を教え、正しい介護法を身に付ける目的で、院内指導を行ってきた。

介護人として好ましい性格は、常識的で、他人との協調性、積極性に富み矢田部ギルフォード性格検査（Y-G性格テスト）では、社会適応性のうち、標準型であるA型と積極型であるD型である。

【例1】患者は六十六歳、女性、主婦、左半身まひ、左方空間への認識低下、知能はほぼ正常、Y-G性格テストでC型。

介護人は四十一歳、女性、未亡人、高校卒、介護経験三年、Y-G性格テストでB型。

この患者と介護人の組み合わせでは、患者の性格は社会適応型ではあるが、どちらかといえば消極的で内攻するタイプである。

介護人は社会不適応型で、積極的ではあるが攻撃的で、独断しやすく協調性に欠ける性格である。

リハビリテーション治療の過程で、両者の間に協調しようとする努力と、介護人に患者を理解しようとする意欲とが認められた。

心配された介護人の性格が、患者の治そうとする意欲を奪ってしまうことも、著明なト

ラブルもなく、リハビリ初期の治療目標が達成された。

この例では、患者、介護人とも女性で、患者の性格はC型で社会適応型ではあるが、内気で消極的なタイプだったので、介護人の性格（B型）の外向的で独断的ではあるが、強い性格が”頼もしい存在”と感じられたようで、弱い性格の弱者と強い性格の強者という組み合わせが、両者の性格面での欠点を補い合い、釣り合いがとれたように思われる。

【例2】患者は六十九歳、元大工、両側まひ、中等度に近い痴ほうがあり、Y-G性格テストでB型。

介護人は三十五歳、女性、主婦、中学校卒、介護経験なし。Y-G性格テストでA E型。

この組み合わせでは、患者は職人気質で無口ではあるが、自我が強く攻撃的で介護人を悩ませた。

介護人はやや内攻的なタイプで、時に自分の感情を抑制しかねる局面もあったが、第三者である他の介護人（性格Dタイプ）の積極的で適切な協力で、患者もその介護人も破綻することなく、特に著明な痴ほうの進行もなく歩行能力を回復することができた。

この例では、前例と反対の組み合わせで、患者の性格が攻撃的なB型（社会不適応型）

で、介護人が内攻的なA E型（社会不適応型）であった。

この場合は、二人だけであれば、多分介護人交替という局面が予想されたが、両者をD型（積極的適応型）の他の介護人がリードする格好でうまくいったもので、ここでは、第三者であるD型の性格をもった介護人が、相性の悪い患者と担当介護人との間の調整役を果たしたものである。

人間関係には、こういう組み合わせもあるので、患者や介護人という集団は、強制的に管理するより上手に調整すれば、お互いに良

い影響を及ぼし合えるものである。

リハビリテーション医療では、周囲に健常人がいくらいても、障害をもった患者が孤独であっては、十分な治療成績を上げることはできない。

他の患者との比較で、自己の障害からの立ち直りを促されたり、お互いの協力や努力の過程で、励まし合ったりする切磋琢磨が治療の場では有効なのである。

そして、彼らは再び人間関係の渦の中へ帰ってゆく。

[Postgraduate Education]

症候による漢方治療 XVI 下痢（その2）

宮崎市 木下内科医院

木下恒雄

B. 虚実間証向きの方剂

1. 半夏瀉心湯・甘草瀉心湯・生姜瀉心湯

〔1〕半夏瀉心湯

本方の出典は傷寒論と金匱要略で、エキス製剤が健康保険の薬価に収載されている。使用目標等に関しては食欲不振の項でも述べたが¹⁾、心窩部に痞塞感^{しんわ(か)ひこう}があって、腹診するとこの部にやや硬い抵抗（心下痞硬）を触知し、しばしば悪心・嘔吐、上腹部の膨満感、食欲不振、腹鳴、下痢などの症状を伴う。本方の適応症における下痢は水様性のものから軟便程度まで種々あるが、裏急後重はなく、普通は一旦下痢すると後はさっぱりする、というような性質のものである。舌は乾湿中間で、白苔をみることも多く、時に心下振水音を認めることもある。

〔2〕甘草瀉心湯

本方の出典も傷寒論と金匱要略で、成人1日量は半夏5g、黄芩・乾姜・人参・大棗各2.5g、黄連1g、甘草3.5gである。すなわち、半夏瀉心湯に甘草1gを加えた方剂で普通は煎剂として用いられるが、便宜上、半夏瀉心湯のエキス製剤1日量に日本薬局方のカンゾウ末1gを加えて用いてもよい。

（1）使用目標：原典の傷寒論には「傷寒中風、医反^{かえ}つて之^{これ}を下し、其の人下利、日

に数十行、穀化^{こう}せず、腹中雷鳴^{こくか}し、心下痞^{ふくちゅうらいめい}鞅して満し、乾^{かん}嘔^{おう}心煩^{しんぼん}安きを^い得ず、医、心下痞^{また}を見て、病^{やまい}盡^つきずと^い謂^まい、復^{また}之^たを下し、其の痞^{ます}益^す甚^はし、此^{これ}結^あ熱^らに^た非^たず、但^{かた}だ、胃中虚^{かた}し、客^か気^か上^か逆^かするをもつての故^{かた}に^{かた}鞅^{かた}からしむるなり、甘草瀉心湯之を^{かた}主^{かた}る。」と記載されている²⁾。すなわち、急性熱性疾患で表証（悪寒・発熱、頭痛、脈浮などの症候を呈する状態）がある際に医師が誤って承気湯類（大承気湯や調胃承気湯）などで下したために下痢が頻繁に起るようになり、大便秘結で、腹鳴があり、心窩部は痞塞感^{しんわ(か)ひこう}があって硬くなって膨満し、からえずき^{しんわ(か)ひこう}があって胸苦しく安静にしておれない状態になった。そこで医師が診察し心窩部が膨満して硬いので病因となるものが心窩部に充満していると考えて、また瀉下法を行ったところ心窩部の痞塞感・膨満感^{しんわ(か)ひこう}はさらに増強した。これは炎症や腫瘍などの実質的な病変がこの部位に生じているのではなく、下そうとしたために気が上逆してこの部が異常に緊張したりガスがたまったりして硬くなっているのである。このような場合は甘草瀉心湯の適応症である、の意かと思う。本方は半夏瀉心湯の甘草の量を増やしたものであるからその適応症は半夏瀉心湯に似ているが、下痢がある場合はその症状は条文にも

るように激しく、腹痛があることもあり、腹鳴は顕著なことが多い。

(2) 使用上の注意：本方は甘草の含有量が多いため長期使用は避けるべきものと思う。

〔3〕生姜瀉心湯

本方の出典は傷寒論で、半夏瀉心湯の成人1日量の乾姜(2.5g)を減量して1.5gとし、生姜2gを加えたもので煎剤として用いる。

(1) 使用目標：原典の傷寒論には「傷寒、汗出でて解するの^{のち}後、胃中和せず、心下痞硬して、^{かんあいしょくしゅう}乾噫食臭、^{すいき}脇下水気あり、腹中雷鳴下利の者は、生姜瀉心湯之^{つがきど}を主る。」と記載されている³⁾。すなわち、急性熱性疾患の脈浮、悪寒などの太陽病の症候が麻黄湯などで発汗させて去った後、裏証はなお残存していて消化機能が不調和で心窩部は痞塞感があって硬くなっている、食べたものの臭気のあるげっぷが出て、この際、胃内には病的水分が停滞し、腸の蠕動が亢進して腹鳴とともに下痢をする。このような状態は生姜瀉心湯の適応症である、の意と思われる。

本方は、半夏瀉心湯の適応症に類似していて、げっぷが出たり、胸やけがしたりするものに用いられる。下痢は必発の症状ではないが、腹鳴とともに半夏瀉心湯の適応症よりも強い。生姜は乾姜に比べると温熱性は強くないが、消化管内の病的水分の停滞や気滞を除く効能は優れている。

2. ^{イレイトウ}胃苓湯

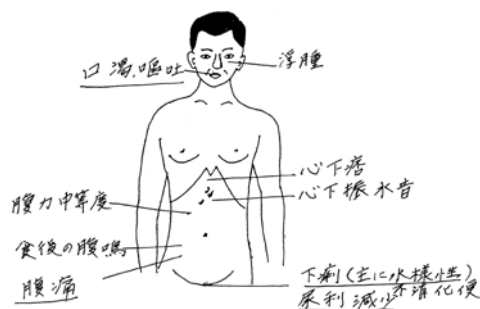
本方の出典は万病回春で厚朴・蒼朮・沢瀉・猪苓・陳皮・白朮・茯苓・桂枝・生姜・大棗・甘草の11種の生薬で構成される。すなわち、平胃散と五苓散の合方と考えられる方剤であ

る。平胃散は和剂局方を出典とする方剤で、虚実問証の人が心窩部の停滞感・痞塞感を訴え、食欲が低下し、心下振水音が認められ、食後に腹鳴が起こって、時に下痢するというような場合に用いられる。また、五苓散は悪心・嘔吐の項でも述べたが⁴⁾、傷寒論と金匱要略を出典とする方剤で、口渴と利尿減少を主目標として運用される方剤である。

(1) 使用目標：原典の万病回春には「脾胃和せず、腹痛、泄瀉、水穀化せず、陰陽分かたざるを治す。」とその使用目標が記載されている⁵⁾。すなわち、消化機能が乱れて、腹痛が起こったり、水様の不消化便をみるが、傷寒論の三陰三陽では太陰の病位にあって、その中では陰陽の顕著な偏りはない病態のものが本方の適応症である、の意と思われる。

本方の適応症にみられることが多い症状・所見を図4. に示し、重要と思われるものに下線を付した。

図4. 胃苓湯



3. ^{サイレイトウ}柴苓湯

本方は小柴胡湯と五苓散の合方で柴胡・沢瀉・半夏・黄芩・蒼朮・大棗・猪苓・人参・茯苓・甘草・桂枝・生姜の12種の生薬で構成される。出典は元代の1345年に危亦林が著した世医得効方と言われている。

(1) 使用目標：著者は本書を持ち合わせていないため原典の条文を紹介することができないが、^{ふつごやくしつほうかんくけつ}浅田宗伯の勿誤薬室方函口訣には「^{しょうふう}傷風、^{しょうしょ}傷暑、^{ぎやく}瘧を治す。即ち小柴胡湯、五苓散、^{もつぱくもん}合方。本麦門、^{じょくわひ}地骨皮有り。今之^{これ}を去る。

此ノ方ハ小柴胡湯ノ症ニシテ、煩渴下利スル者ヲ治ス。暑疫ニハ別シテ効アリ。」と比較的明快にその使用目標が記載されている6)。

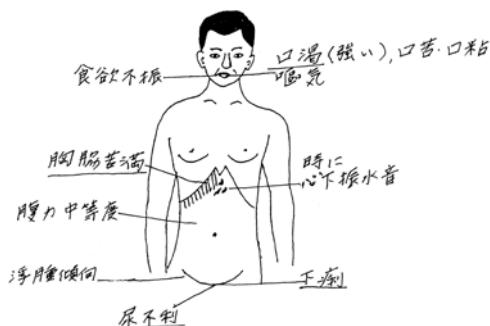
文中の傷風は傷寒論における太陽の中風のことであるが、比較的軽症のかぜ症候群の初期と考えてよい。傷暑は夏期に気温の異常上昇に誘発されて起こる多汗・身熱（全身に持続的な熱感があるが、発汗を伴わない）・心煩（胸部にもやもやした不快感があって苦しい）口渇・疲労感・尿が赤味を帯びて出しぶるなどの症状を呈する状態、また瘧はマラリア様の間歇性の悪寒戦慄・高熱等を呈する状態をさしている。これらに有効であると先ず述べた上で、本方は小柴胡湯と五苓散の合方で、原典には麦門冬と地骨皮が入っていたが、浅田宗伯はこれを除去して用いると述べている。麦門は^{ぱくもんどう}麦門冬（ユリ科のジャノヒゲの塊根）で、地骨皮はナス科のクコの根皮であるが、現在、健康保険の薬価に収載されている本方にもこれらは配剤されていない。また口訣には本方は小柴胡湯の適応症であって、更に口渇が強く、下痢する状態に効があると、また夏期の流行病には特に効果があると述べている。

本方を運用するに際し、とくに重要な症状・所見は小柴胡湯の中等度の胸脇苦満、口苦・口粘、食欲不振、嘔気、五苓散の口渇、嘔吐、尿不利や浮腫傾向などであるが、下痢を伴うことも少なくない。脈状は弦数、弦滑などを

呈し、舌は淡紅で苔は白・白膩などである。本方の適応症にみられることが多い症状・所見を図5. に示し、とくに重要と思われるものに下線を付した。

本方は胃苓湯の適応症に似るが、胃苓湯では胸脇苦満の状はない。

図5. 柴苓湯



C. 虚証向きの方剂

1. ^{シンブトウ}真武湯

出典は傷寒論で茯苓・白芍・白朮（または蒼朮）・生姜・附子の5種の生薬で構成される。

(1) 使用目標：原典の下痢に関する条文では「少陰病、二三日已まず、四五日に至って腹痛し、小便利せず、四肢沈重疼痛し、自下利す。其の人或は^{がい}欬し、或は小便利し、或は利せず、或は嘔する者は、^{これ}真武湯之を^{つぎ}主る。」と記載されている⁷⁾。条文の意味は、急性熱性疾患で少陰病の状態になって二・三日たったが病状が改善せず、四・五日たった頃、腹痛が起こり、尿量が減少し、四肢が重だるくて痛みもあるようになり、下剤を用いないのに下痢するようになった。この際、咳が出ることもあり、尿利が正常のこともあり、下痢しないこともあり、嘔気・嘔吐があることもあるが、これは真武湯の適応症である、と思われる（引用した「傷寒論解説」では、本方

は玄武湯になっているが、現在、薬価に記載されている方剤名にしたがってここでは真武湯とした。

以上は急性熱性疾患における本方の使用目標を述べたものであるが、慢性疾患や所謂雑病に本方を応用する際には、新陳代謝機能の低下した虚証の人が全身倦怠感や身体の沈重感を訴え、四肢の冷感があり、裏急後重を伴わない下痢（主に水様性）、時に腹痛などの症候を目標とする。また、めまいや立ちくらみ、身体動揺感、心悸亢進などを伴うこともある。脈状は沈微・沈弱・沈遅弱、ときに浮弱などを呈し、舌は湿潤し、薄白苔を認めることもある。腹壁は概ね軟弱で心下振水音を認めることが多いが、時には腹直筋が下腹部で緊張していることもある。

本方に関しては本誌の冷え症の項でも図を添えて解説したので参考にしていただければと思っている⁸⁾。

参 考 文 献

- 1) 木下恒雄：症候による漢方治療 XII12 食欲不振（その1）、宮崎県内科医会誌 Vol. 67, P. 34, 2005.
- 2) 日本漢方協会学術部：傷寒雑病論，東洋学術出版社，P. 69, 1990.
- 3) 日本漢方協会学術部：傷寒雑病論，東洋学術出版社，P. 68, 1990.
- 4) 木下恒雄：症候による漢方治療 XIII 悪心・嘔吐，宮崎県内科医会誌 Vol. 70, P. 28, 2006.
- 5) 松田邦夫：万病回春解説，創元社，P. 302, 1989.
- 6) 長谷川弥人：勿誤藥室「方函」「口訣」積義，創元社，P. 549, 1985.
- 7) 大塚敬節：臨床応用 傷寒論解説，創元社，P. 439, 1992.
- 8) 木下恒雄：症候による漢方治療 XI11 冷え症（その2），宮崎県内科医会誌 Vol. 65, P. 30-31, 2004.

[Postgraduate Education]

臨床膠原病講座（5） 「全身性エリテマトーデス」

宮崎市 むらい内科クリニック

村井 幸一

はじめに

全身性エリテマトーデス（systemic lupus erythematosus；SLE）は、多臓器病変を呈し、多彩な自己抗体の出現を特徴とする代表的な膠原病である。患者数は約10万人と推定され、膠原病の中では、シェーグレン症候群とならび、関節リウマチについて多い疾患である。典型例は、理学所見、一般検査、自己抗体のパターンなどから診断は比較的容易であるが、脳血管障害、急性膵炎などでの急性発症例では診断に時間を要することも多い。治療には主に副腎皮質ステロイド薬と免疫抑制薬が用いられるが、多彩な病像を呈するため、きめ細かな調整が必要である。本稿では、SLEの臨床所見と治療を中心に述べる。

1. 疾患概念

SLEは特定疾患医療費助成の対象となっており、申請者数は平成19年度末現在で約55,000人となっている。未申請者も含めると患者数は約10万人と推定される。妊娠可能年齢の女性に多く、男女比は1：9～10である。発病には遺伝的要因が関与し、一卵性双生児では疾患一致率が60%との報告もある。また、発病が妊娠可能年齢の女性に多いことから女性ホルモンの影響も考え

られている。紫外線曝露、感染症、外傷・手術、妊娠・出産といった環境的要因も発症のきっかけとなることが知られており、これらの因子が複雑に絡み合って発病すると考えられる。これらの要因によって免疫寛容が破綻し、T細胞の機能異常やB細胞の活性化が起こり、自己抗体が過剰に産生される。自己抗体は免疫複合体を形成し臓器障害を惹起すると推測されているが詳細は不明である。

2. 臨床症状

臨床症状としては発熱を中心とする全身症状、皮膚症状、関節症状が高頻度にみられる。臓器病変に伴う症状も重要だが、これについては後述する。

- 1) 全身症状：発熱、全身倦怠感、易疲労感などの全身症状がいずれも80%以上の症例にみられる。発熱はしばしば高熱を呈する。体重減少、頸部を中心とするリンパ節腫脹もみられる。
- 2) 皮膚・粘膜症状：鼻梁から両頬部に広がる紅斑（蝶形紅斑）、円板状皮疹、口腔鼻咽頭の無痛性潰瘍、光線過敏症などの症状は疾患特異性が高く重要である。その他、爪周囲や手掌の紅斑、網状青色

皮斑 (Livedo reticularis), 頭髪の脱毛, レイノー現象, 皮膚潰瘍など多彩な皮疹が出現する¹⁾。

- 3) 関節症状: 関節症状は手, 膝, 足, 肘, 肩関節の他, 手指の関節にも高率に出現する。一般に関節痛は強くても腫脹は軽度である。頻度は低いが, 関節の強い腫脹や朝のこわばりをみることがあり, 発病初期には関節リウマチと診断されることもある。一般にX線写真で骨破壊はみられない。

3. 検査所見

検査所見では, 末梢血液異常と自己抗体の出現を中心とする免疫学的検査異常が重要である。末梢血液異常は診断のきっかけとなることも多く, また自己抗体検査は診断に必須である。

- 1) 末梢血液所見: 白血球減少, リンパ球減少, 血小板減少, 溶血性貧血などの血球減少がみられる。白血球減少は活動性と相関し, リンパ球の減少がより高度なことが多い。高度の血小板減少, 溶血性貧血で発症することがあり, それぞれ特発性血小板減少性紫斑病, 自己免疫性溶血性貧血と診断される例がある。まれな貧血として赤芽球癆がある。
- 2) 尿検査: 蛋白, 潜血が陽性となり, 細胞性円柱が認められる。尿沈渣が, 夜空を望遠鏡で眺めたように観察されることがあり, 望遠鏡の沈渣 (telescoped sediments) と呼ばれる。
- 3) 一般血液検査所見: 蛋白尿が持続する例では総蛋白, アルブミンが低下する。蛋白分画では γ グロブリンの増加がみら

れる。ループス抗凝固因子が陽性の例ではAPTTが延長する。炎症反応では, 赤沈値は一般に亢進するが, 活動期でもCRPは低値を示すことが多い。CRP高値の場合, 感染症の検索が必要である。

- 4) 免疫学的検査: SLEを疑った時, まず抗核抗体を調べる。抗核抗体陽性の場合, 疾患特異性の高い抗ds-DNA抗体 (陽性率40 ~ 70%), 抗Sm抗体 (同15 ~ 30%) を測定する。その他, 抗SS-A/Ro抗体 (同30 ~ 50%), 抗UI-RNP抗体 (同30 ~ 50%), 抗リン脂質抗体 (同30%), リウマトイド因子 (同30%) も出現する。免疫複合体が陽性となり補体が低下する。梅毒血清反応生物学的疑陽性(BFP)もみられる。溶血性貧血ではクームス試験が陽性となる。

4. 臓器病変と合併症

SLEにおいて, 自己抗体の出現とならんで重要なのが多臓器障害である。腎臓, 中枢神経, 呼吸器, 心臓, 消化器, 血液と様々な臓器に障害が起こり, 特に腎病変や中枢神経病変は予後を左右する。また, 抗リン脂質抗体症候群などの合併や他の膠原病との重複もみられる。

- 1) 腎泌尿器病変: 腎障害はループス腎炎といわれ, SLEの約半数に出現する。持続性蛋白尿, 顕微鏡的血尿, 多彩な細胞性円柱を特徴とする。ネフローゼ症候群, 腎不全に進行する例が少なくない。腎生検組織像が臨床経過と深く関連し, 治療方針の決定や予後の予測に重要である。ループス腎炎の組織学的分類はWHO分類が長く用いられて

きたが、2003年、International Society of Nephrology(ISN)とRenal Pathology Society(RPS)によりISN/RPS2003分類が発表され²⁾、各病型が明確に再現性をもって分類できるようになったと同時に、より予後と相関するようになった。希な病変として間質性膀胱炎(ループス膀胱炎)がある。

2) 神経病変：SLEでは様々な精神・神経症状が出現し、予後の重要な因子である。これまでSLEでみられる精神症状、中枢神経障害、末梢神経障害を一般的にCNSループス(central nervous system lupus)と呼んでいたが、その定義はあいまいであった。1999年アメリカリウマチ学会はNPSLE(neuropsychiatric systemic lupus erythematosus)として、SLEの精神神経症状を19の病型に分類した³⁾。この分類では、中枢神経病変と末梢神経病変に大別され、中枢神経病変はさらに神経症状と精神症状にわけられている。神経症状には、脳血管障害、無菌性髄膜炎、脱髄性症候群、脊髄障害、頭痛、けいれんなどが含まれる。精神症状には、急性錯乱状態、不安障害、認知障害、気分障害などがある。一方、末梢神経障害には、ギラン・バレー症候群、自律神経障害、重症筋無力症、単神経炎、多発性神経炎、脳神経障害などが含まれる。検査では、髄液中のIL-6やINF α の上昇が報告されている。画像検査では、NPSLEに特異的なものはないが、頭部MRI、脳血流シンチグラフィ(SPECT)が病態の把握に有用である。SPECTでは大脳皮質の血流低下を認めることが多

い。NPSLEの精神症状はステロイド精神病と鑑別が難しい。

- 3) 心肺病変：心肺病変では漿膜炎(胸膜炎、心外膜炎)が多い。心病変では他に心内膜炎、心筋炎がみられる。肺病変では、頻度は低いが慢性あるいは急性間質性肺炎、急性肺泡出血がみられる。急性肺泡出血は、血痰、咯血を伴い、急速に貧血と低酸素血症が進行し、予後が極めて不良である。肺高血圧症もまれにみられる。
- 4) 消化器病変：頻度は高くないが、嘔吐・下痢を主徴とするループス腸炎、腹水貯留を呈するループス腹膜炎、蛋白漏出性胃腸症、急性膵炎がみられる。自己免疫性肝炎と鑑別が難しい固有の肝障害も時にみられる。
- 5) 抗リン脂質抗体症候群：動静脈血栓症、習慣性流産、血小板減少症を特徴とする症候群で、特発性と続発性に分類されるが、SLEは続発性の原因疾患として重要である。抗リン脂質抗体は、IgGまたはIgM抗カルジオリピン抗体、抗 β 2-グリコプロテインI抗体、ループスアンチコアグラントとして検出される。
- 6) オーバーラップ症候群：診断基準を満たす2つ以上の膠原病が同時あるいは経時的に合併する場合をオーバーラップ症候群と呼ぶが、SLEでは全身性硬化症や多発性筋炎を合併することが多い。
- 7) その他の合併症：血球貪食症候群や血栓性血小板減少性紫斑病、大腿骨頭壊死などもみられる。

5. 診断

1) 診断の実際

発熱、皮疹、関節痛などの症状に、血球減少、尿蛋白陽性などの検査異常を認めた場合、抗核抗体を測定する。抗核抗体陽性の場合、アメリカリウマチ学会の分類基準（1997年改訂）（表1）⁴⁾を満たすかどうか検討する。この基準は感度、特異度ともに高く、診断に極めて有用である。表に示した11項目のうち4項目を満たす場合、SLEと考える。低補体血症、免疫複合体陽性なども診断の手助けとなる。最終的には分類基準の満足度、分類基準にはない脱毛などの臨床症状、補体低下や免疫複合体陽性などの検査所見を総合して診断する。

2) 鑑別診断

膠原病では混合性結合組織病（MCTD）、関節リウマチなどが鑑別として重要である。抗U1-RNP抗体が陽性の場合、MCTDと鑑別する必要があるが、MCTDでは抗U1-RNP抗体が単独陽

性で手指の腫脹を伴う。関節症状が強く、朝のこわばりがある場合、関節リウマチと診断されることがある。膠原病以外では、血小板減少による出血傾向が初発症状の場合、特発性血小板減少性紫斑病、高度の貧血では自己免疫性溶血性貧血と診断されることがある。

3) 活動性の評価

SLEと診断した場合、活動性を評価する。活動性の評価法としてさまざまな方法が考案されているが、最近はSLEDAI（SLE disease activity index）⁵⁾が広く用いられている。これは活動性を表す臨床所見をスコア化し、その合計点で個々の患者における疾患全体の活動性を定量化するものである（表2）。抗核抗体価は短期的には活動性の指標とならない。しかし、長期的にみると寛解が持続した症例での抗核抗体価の低下はしばしば観察される。

ループス腎炎はSLE患者の予後を左右する重要な病変であり、腎炎独自の活動

表1. 1997年改訂SLE分類基準（アメリカリウマチ学会）

1. 頬部紅斑
2. ディスコイド疹
3. 光線過敏症
4. 口腔潰瘍
5. 非びらん性関節炎
6. 漿膜炎：a) 胸膜炎、または、b) 心膜炎
7. 腎障害：a) 0.5g/日以上または（3+）以上の持続性蛋白尿、または、b) 細胞性円柱
8. 神経障害：a) けいれん、または、b) 精神障害
9. 血液異常：a) 溶血性貧血、b) 白血球減少症（ $<4,000/\mu\text{l}$ ）、c) リンパ球減少症（ $<1,500/\mu\text{l}$ ）、または、血小板減少症（ $<10\text{万}/\mu\text{l}$ ）
10. 免疫異常：a) 抗ds-DNA抗体陽性、b) 抗Sm抗体陽性、または、c) 抗リン脂質抗体陽性；①IgGまたはIgM抗カルジオリピン抗体の異常値、②ループス抗凝固因子陽性、③梅毒血清反応生物学的疑陽性、のいずれか
11. 抗核抗体陽性

観察期間中、経時的あるいは同時に11項目中4項目以上を満たす場合、SLEと分類する

表2. SLEDAIの各項目とスコア

スコア	項目	スコア	項目
8	痙攣	4	蛋白尿
8	精神症状	4	膿尿
8	器質的脳症候群	2	新たな皮疹
8	視力障害	2	脱毛
8	脳神経障害	2	粘膜潰瘍（口腔、鼻）
8	ループス頭痛	2	胸水貯留
8	脳血管障害	2	心外膜炎
8	血管炎	2	低補体血症
4	関節炎	2	抗DNA抗体上昇
4	筋炎	1	発熱（>38度）
4	尿円柱	1	血小板減少（<10万/ μ l）
4	血尿	1	白血球減少（<3,000/ μ l）

性指標が提唱されている。個々の臨床所見では、一日の尿蛋白量の増加、尿沈渣所見の悪化、血清クレアチニンの上昇、C3値低下、抗ds-DNA抗体価上昇などは腎炎悪化の指標となる。腎組織の糸球体病変と尿細管間質病変を活動性指数activity indexと慢性化指数chronicity indexとしてスコア化し予後の指標とする方法もある。

6. 治療

SLE治療の基本は副腎皮質ステロイド療法である。ステロイドの投与量はSLEの重症度によって異なり、一般に、軽症・中等症・重症に区別して投与される。軽度の皮疹、関節炎、微熱の場合は無治療で経過観察されることもあるが、関節炎や微熱が日常生活に支障を来すようであれば非ステロイド性抗炎症薬が単独で投与されることもある。ステロイドが無効な場合、あるいは減量が困難な場合は、免疫抑制薬を併用する。

1) 副腎皮質ステロイド療法

軽症の場合：重要臓器障害がなく、皮疹、関節炎、微熱の場合はプレドニゾン（PSL）20mg以下で投与する。

中等症の場合：38度以上の発熱、漿膜炎、持続性蛋白尿、出血傾向を伴わない血小板減少、軽症の神経病変の症例には

PSL30～40mg（0.5mg/kg）を投与する。重症の場合：ループス腎炎の重症型、ネフローゼ症候群、重篤な中枢神経病変、多量の胸水や心嚢液貯留を伴う漿膜炎、出血傾向を伴う血小板減少、重症の溶血性貧血などではPSL50～60mg（1mg/kg）を投与する。経口投与で効果が十分でない場合、ステロイドのパルス療法を行う。これはメチルプレドニゾン1,000mgを1時間以上かけて点滴静注する方法で3日間連続投与を1クールとし、効果があればPSL50～60mgの内服に切り替え維持する。

PSLは漸減し、疾患活動性を抑制できる必要最小限（一般に5～15mg）を維持量として1～2年継続する。その後、さらに減量し中止の可能性を検討する。

2) 免疫抑制薬

ステロイドが無効あるいは効果が十分でない場合、副作用のため使用できない場合、あるいは減量が困難な場合には免疫抑制薬が用いられる。用いられる薬剤としては、アザチオプリン、シクロホスファミド、ミゾリピン、シクロスポリン、タクロリムスなどがある⁶⁾。

生命予後を左右する重篤なループス腎炎や中枢神経病変では、シクロホスファミドパルス療法を検討する。これはシクロホスファミド500～1,000mgを点滴静注する方法で、特にループス腎炎では4週ごとに6～12回繰り返す。

免疫抑制薬のうち、ミゾリピンとタクロリムスはループス腎炎、シクロスポリンはネフローゼ症候群に保険適応がある。タクロリムスはステロイドの有効性が低かった膜性ループス腎炎にも有効とされる。最近、ステロイドやこれまで述べた免疫抑制薬が無効な重症のSLEに、新たな免疫抑制薬のミコフェノール酸モフェチルや、生物学的製剤であるモノクローナル抗CD20抗体（リツキシマブ）が有効であると報告されている。

7. 療養生活上の注意点

SLEは様々な要因により急性に増悪する。特に、長時間の日光曝露や感染症罹患後の増悪はしばしば経験されるので、これらの要因を避けるよう指導する。妊娠・出産も悪化の要因になるが、重篤な臓器障害がなく、維持量のステロイドで活動性が長期に抑えられていれば妊娠・出産は可能である。

終わりに

SLEの予後は1970年代の報告では5年生存率が70%台であったが、最近では5年生存率で95%、10年生存率でも90%以上とされている。これは、分類基準の普及による早期診断と早期治療、免疫抑制薬の導入によるところが大きい。一方で、長期のステロイド内服により動脈硬化が進行し、心血管系合併症が増えている。また、免疫抑制薬での免疫能低下に伴う感染症が問題となっている。これらの対策が更なる予後の改善には必要である。

【参考文献】

- 1) 宮川幸子, 他: カラーアトラス 皮膚病変からみる膠原病. 全日本病院出版会, 2006年9月.
- 2) Weening JJ, D' Agati VD, Schwartz MM, et al: The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revisited. *J Am Soc Nephrol*, 15: 241-250, 2004.
- 3) ACR Ad Hoc Committee on Neuropsychiatric Lupus Nomenclature. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum*, 42: 599-608, 1999.
- 4) Hochberg MC: Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, 40: 1725, 1997.
- 5) Bombardier C, Gladman DD, Urowitz MD, et al: Derivation of the SLEDAI. A disease activity index for lupus

patients. The Committee on Prognosis
Studies in SLE. Arthritis Rheum, 35 :
630-640, 1992.

6) 田中 良哉：診断と治療の実際. 全身性
エリテマトーデス. 日内会誌, 96 : 39-44,
2007.

[他科からの提言]

脳梗塞について

宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野

横上 聖貴, 竹島 秀雄

何を今更?と言われるかもしれませんが、最近の脳梗塞のトピックスであるt-PAの使用を含め、脳梗塞の診断、治療についてお話をさせていただきます。

まず、脳梗塞と一言で表わしますが、症状の軽いものから重いものまであり、それは詰まった場所によるところが大きいのです。当たり前ですが、患者さん側には、ここを丁寧に話さないとなかなか分かって頂けません。大きな血管(脳主幹動脈=ウィリスの動脈輪)が詰まると、症状はひどくて命にかかわることが大きく、細い血管(主幹動脈から出る穿通枝)が詰まると、症状は軽く、命にかかわることはありません。ところが、診療する側からすると、症状が重いのかどうか分かりにくいというのが問題だと考えておられる方が多いと思います。ここでは、最も多い症状である半身の麻痺について述べたいと思います。どうも半身を引きずる、半身に力が入らなくなった、よだれが口角から漏れるようになった、箸が使いにくくなったと外来を訪れる患者さんに対し、診察する際に重要なポイントの一つです。麻痺の程度と分布。麻痺の程度とは、MMT(徒手筋力テスト)が有名ですが、初期診療段階では、完全麻痺(全く動かない)、不全麻痺(中等度、軽い)の3段

階が見分けられれば十分だと思います。次はその分布です。顔、手、上肢、下肢、この4つを見ます。それぞれに、麻痺はどの程度あるのか?をチェックします。これで終わりです。麻痺の程度については、皆さん詳細な記述をされますが、意外に分布については不十分なことが多いのは事実です。では、なぜ、分布が重要なのでしょうか?

ここに、一つのモデルケースを示します。皆さん、解剖学的に考えてください。2人の患者がいます。Aさんは、数時間前からよだれが口角から漏れるようになった、箸が使いにくくなったと訴えて来院。診察すると顔と手に強い麻痺がありますが、足は問題はなく、歩けます。Bさんは、数時間前から半身のしびれと脱力を主訴に来院されました。診察すると、顔も手も上肢も、下肢も、一様な不全麻痺があります。更に、歩くことは不可能です。どちらが重症でしょう?一見、麻痺の重篤なBさんが重症そうですが、実は、重症なのはAさんです。図1は、見覚えのある図だと思います。これは、右脳を冠状断で見たところ。ちょうど錐体路が示されています。錐体路は脳表の運動野から始まり、内包を通過して脳幹部から脊髄に降りていきます。(逆の方向から見て、内包から脳表へ扇子を

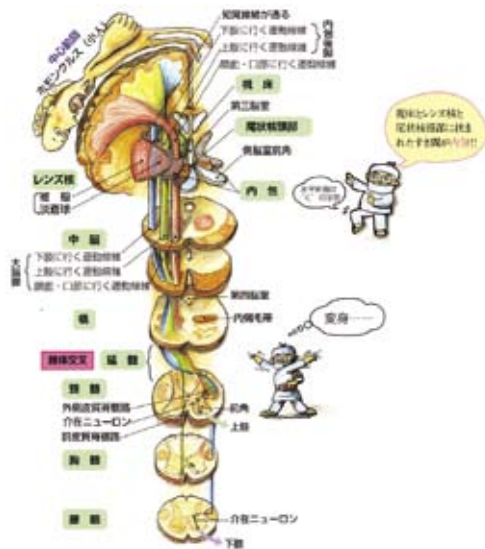


図1

広げたイメージを持っていただけるとわかりやすいと思います。) 同じ大きさの病変が内包で起こった場合と脳表近くで起こった場合では、障害される繊維の数が違うことがお分かり頂けますでしょうか。Aさんは、脳表の広範な障害で、Bさんは、脳深部の内包—放線冠の狭い範囲の障害なのです。当然、重症度は、脳の障害された範囲の広さに比例しますので、重症なのはAさんということになります。なぜ、このようなことが起こるのかと申しますと、その答えは、血管の支配にあります。図2に示しましたように、内包—放線冠は、穿通枝で養われていますが、脳表は、主幹動脈で養われています。内包を養う細い血管(穿通枝)が、詰まるとBさんのように、半身の様な麻痺が出ますが、脳表を養う主幹動脈が詰まると、穿通枝が出た後では、Aさんのような、広範囲な脳梗塞であるにもかかわらず、麻痺の分布は逆に狭くなってしまいます。ですから、麻痺の程度のみならず、分布をよく見るのが重要なのです。ただ、

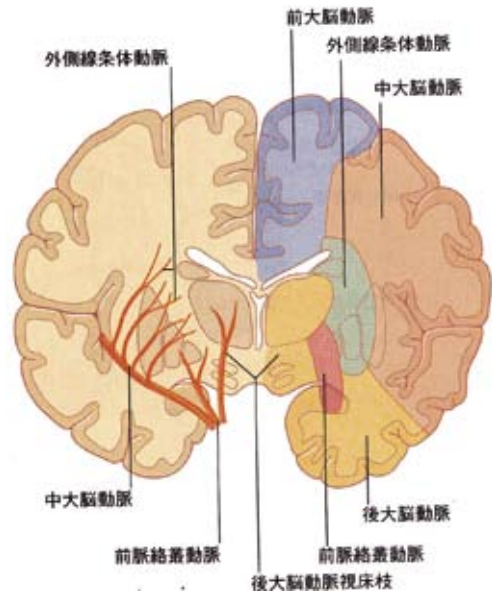


図2

それだけで正確な診断はつきにくいこともあり、次に我々が注目するのは皮質の症状がないかどうかです。まず言葉。失語があるかないか？こちらが言うことを理解していなければ感覚性の失語と判断し、発語がない、もしくは意味にならない“あー”とか“うー”といった言葉しか発せられなければ、運動性の失語と判断します。これは、通常、優位半球側の問題ですので、劣位半球側では言葉で判断はできません。この時は、麻痺側を無視していないか？目がどちらかを凝視していないかに注目します。図3は、脳表の機能分布を示したのですが、脳表の言葉を司る部分と、目を動かす部分が非常に近いことがお分かり頂けますでしょうか。目は口ほどに物を言いとは良く言ったものです。目の表情が感情を表しているのは、言葉を作る脳と連動しているからなのです。劣位半球は、空間を含めた認識を司る部分があるため、麻痺側から声をかけると無視している場合は、この認識がで



図3

きていないと判断できます。

以上をまとめますと、まず、麻痺の程度と分布を見ます。次に言葉を評価。更に、目ないし空間認識を評価します。これだけで、脳のどこがどの程度やられているのかがわかります。

一般に、脳梗塞の診断には CT, MRI と言いますが、これらはバカチョンカメラ（デジカメ全盛の今ではこんな言葉は使いませんね）みたいなもので、これに頼りすぎはいけません。一流のカメラマンが撮影した写真は、なぜか、いろいろ考えさせられますよね。それと同じで、我々は、CT, MRI を撮って、脳梗塞になっていない場所を探しています。なぜか？ CT, MRI で梗塞だとわかった場所は、元に戻れない場所なのです。つまり、急性期では、症状があるのに、まだ助かる場所が残っていないかどうかを探する必要があります。症状から行けば、CT, MRI で所見が出るべき場所に、それがまだ出ていないところがあれば、治療によって治る可能性が高いと

いうことです。一番、患者さんにとって不利なのは、神経所見と、画像所見のギャップを読み取れずに、適切な治療ができないということだと思えます。しかも、脳梗塞の治療は、心筋梗塞と同じく、時間に制約があります。限られた時間の中で、必要最小限の検査で、考えられる効率の最も良い治療を行う必要があります。

最近のトピックである、t-PAは、脳梗塞の患者すべてに使用するか？と言われると、ご存じのとおり、答えは No です。細かな適応基準と施設基準を満たした場合のみ使用ができます。適応基準では、神経症状が細かく規定され、NIHSS (図4) で評価を行って、既往、服薬内容、年齢などが検討されます。神経症状以外の条件をクリアしたとして、NIHSS だけで考えますと、最も良い適応は 10-20 と言われています。これは何を意味しているのでしょうか？症状は軽すぎると、適応にならず、重すぎると効果はないということです。自験例における NIHSS と閉塞部

NIHSS	患者名	評価日時	評価者
1a. 意識水準	<input type="checkbox"/> 0: 完全覚醒 <input type="checkbox"/> 1: 簡単な刺激で覚醒 <input type="checkbox"/> 2: 繰り返し刺激、強い刺激で覚醒 <input type="checkbox"/> 3: 完全に無反応		
1b. 意識障害一質問 (今月の月名及び年齢)	<input type="checkbox"/> 0: 両方正解 <input type="checkbox"/> 1: 片方正解 <input type="checkbox"/> 2: 両方正解		
1c. 意識障害一従命 (「開閉眼」、「手を握る・開く」)	<input type="checkbox"/> 0: 両方正解 <input type="checkbox"/> 1: 片方正解 <input type="checkbox"/> 2: 両方正解		
2. 最良の注視	<input type="checkbox"/> 0: 正常 <input type="checkbox"/> 1: 部分的注視視野 <input type="checkbox"/> 2: 完全注視麻痺		
3. 視野	<input type="checkbox"/> 0: 視野欠損なし <input type="checkbox"/> 1: 部分的半盲 <input type="checkbox"/> 2: 完全半盲 <input type="checkbox"/> 3: 両側性半盲		
4. 顔面麻痺	<input type="checkbox"/> 0: 正常 <input type="checkbox"/> 1: 軽度の麻痺 <input type="checkbox"/> 2: 部分的麻痺 <input type="checkbox"/> 3: 完全麻痺		
5. 上肢の運動 (右) *仰臥位のときは45度右上肢 <input type="checkbox"/> 9: 切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0: 90度*を10秒保持可能 (下垂なし) <input type="checkbox"/> 1: 90度*を保持できるが、10秒以内に下垂 <input type="checkbox"/> 2: 90度*の挙上または保持ができない。 <input type="checkbox"/> 3: 重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4: 全く動きがみられない		
上肢の運動 (左) *仰臥位のときは45度左上肢 <input type="checkbox"/> 9: 切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0: 90度*を10秒間保持可能 (下垂なし) <input type="checkbox"/> 1: 90度*を保持できるが、10秒以内に下垂 <input type="checkbox"/> 2: 90度*の挙上または保持ができない。 <input type="checkbox"/> 3: 重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4: 全く動きがみられない		
6. 下肢の運動 (右) <input type="checkbox"/> 9: 切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0: 30度を5秒間保持できる (下垂なし) <input type="checkbox"/> 1: 30度を保持できるが、5秒以内に下垂 <input type="checkbox"/> 2: 重力に抗して動きがみられる <input type="checkbox"/> 3: 重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4: 全く動きがみられない		
下肢の運動 (左) <input type="checkbox"/> 9: 切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0: 30度を5秒間保持できる (下垂なし) <input type="checkbox"/> 1: 30度を保持できるが、5秒以内に下垂 <input type="checkbox"/> 2: 重力に抗して動きがみられる <input type="checkbox"/> 3: 重力に抗して動かない <input type="checkbox"/> 4: 全く動きがみられない		
7. 運動失調 <input type="checkbox"/> 9: 切断、関節癒合	<input type="checkbox"/> 0: なし <input type="checkbox"/> 1: 1肢 <input type="checkbox"/> 2: 2肢		
8. 感覚	<input type="checkbox"/> 0: 障害なし <input type="checkbox"/> 1: 軽度から中等度 <input type="checkbox"/> 2: 重度から完全		
9. 最良の言語	<input type="checkbox"/> 0: 失語なし <input type="checkbox"/> 1: 軽度から中等度 <input type="checkbox"/> 2: 重度の失語 <input type="checkbox"/> 3: 無言、全失語		
10. 構音障害 <input type="checkbox"/> 9: 挿管または身体的障壁	<input type="checkbox"/> 0: 正常 <input type="checkbox"/> 1: 軽度から中等度 <input type="checkbox"/> 2: 重度		
11. 消去現象と注意障害	<input type="checkbox"/> 0: 異常なし <input type="checkbox"/> 1: 視覚、触覚、聴覚、視空間、または自己身体に対する不注意、あるいは1つの感覚様式で2点同時刺激に対する消去現象 <input type="checkbox"/> 2: 重度の半側不注意あるいは2つ以上の感覚様式に対する半側不注意		

図4

位の関係を見てみましょう。図5のように、NIHSS >20 というのは、脳主幹動脈閉塞例において、内頸動脈終末部 (IC)や中大脳動脈起始部 (M1 proximal), 脳底動脈 (BA)のように、治療が功を奏しなければ、命に関わ

る梗塞を起こす場所が詰まったということを表しています。このような血管径の太いところでの閉塞は、当然、塞栓症で大きな血栓が存在するか、もともと高度の狭窄があったと考えるべきですので、なかなか t-PA では困

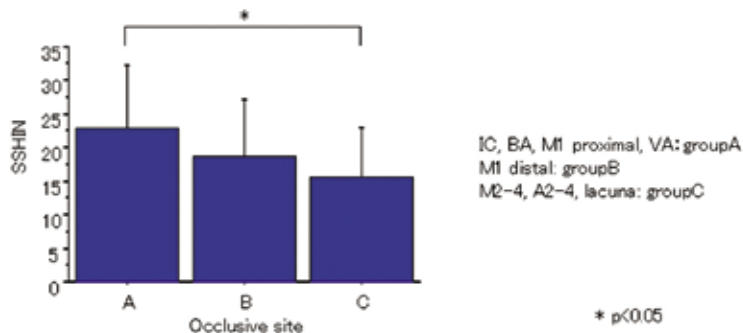


図5

難と言わざるを得ません。t-PA の効果がある場合は、高度狭窄例で、かつ、側副血行路が発達している場合か、狭い範囲の塞栓症で側副血行がある程度ある場合です。薬は血栓に到達しなければ効きませんので、当たり前といえば当たり前です。NIHSS 10-20 というのは、主幹動脈閉塞例でも、前大脳動脈や中大脳動脈の末梢 (M2 以降, A2 以降) 例がほとんどですので、側副血行自体がもともと十分に期待できる場所で、虚血の範囲、程度ともにシビアでなく、かつ薬が到達する可能性が高いということになります。近々、t-PA の適応拡大で、発症からの時間が3時間から4.5時間に拡大されます。これは、ECASS 3 という、randomized study の結果から導かれた結果なのですが、3時間でも、このように効果がある症例に限られているにもかかわらず、どうして、このような結果が得られるのでしょうか？数ある randomized study の中で、4.5 時間まで延長して、優位に良い結果が得られた study はほとんどないのですが、ECASS 3 は、なぜ良い結果が得られたのでしょうか？。その答えは、対象症例にあります。ECASS 3 の対象症例は NIHSS <15 がほとんどなのです (中央値: 9-10)。先ほどの、自験例でも述べましたが、NIHSS 10-15 は、主幹動脈閉塞例の中でも、末梢型ですから、側副血行も良く、治療の効果が期待でき、なおかつ、時間も稼げることです。ですから、一派かけらに、NIHSS が良からうが悪からうが何でも t-PA 4.5時間 OK というわけではないことを銘記しないと、出血例が増え、症状悪化例は増えると考えられます。

“症例を的確に迅速に判断すること”これ

が、t-PA 成功のカギを握っているといっても過言ではないでしょう。では、それに漏れた症例はどうするか？ NIHSS < 5 は、維持液などの輸液負荷、抗血小板療法、フリーラジカルスカベンジャーで十分効果が得られますし、NIHSS>20 については、血栓除去デバイスをはじめとする新たな治療法が模索されています。更に、頭蓋内ステントもいずれ導入されてくるでしょう。患者の神経症状から、必要な検査を迅速に行って、適切な治療を行うという、ガイドラインを遵守しつつ、そのガイドラインの根拠となった evidence をしっかりと読み解く必要があると思います。

本稿では、急性期の治療を主題に述べてきましたが、亜急性期、慢性期でのポイントを最後に簡単にまとめておきたいと思います。

急性期の、薬剤投与が一段落した時点で、血管の評価を行う必要があります。脳梗塞は、血管が詰る病気ですから、CT, MRI で梗塞に陥った脳を見るのみならず、原因となった血管病変、及び、他に今後、大きな症状を起こしうる病変がないか調べる必要があります。その後、2次予防に向けて、evidence のある medication を行うことと、risk factor の管理を行って、その患者さんの検査と治療方針が決定されるべきだと思います。脳卒中は、一度罹患すると、一生付きまとう病気です。しかも、2度目、3度目の発作を繰り返すと、ADL が目に見えて落ちていきますから、初期治療と慢性期の2次予防のための厳重な管理が重要だと考えています。

(参考文献, website)

1. ECASS III: <http://www.ebm-library.jp/>

att/detail/61545.html

Hacke W, et al; ECASS Investigators.
Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5
hours after acute ischemic stroke. N
Engl J Med 2008; 359: 1317-29

2. 脳卒中ガイドライン 2004 :

<http://www.jsts.gr.jp/jss08.html>

このガイドラインは、本年度中に改定さ

れる予定です。

3. 脳卒中の危険因子 :

http://minds.jcqh.or.jp/stc/0005/3/0005_G0000068_0019.html

本稿で使用しました図は、“塗って覚えて
理解する脳の神経, 血管解剖”

窪田惺監修MC メディカ出版から改編した
ものです。

ひ と こ と

「寛解」をめざした関節リウマチの治療について

宮崎市 善仁会 市民の森病院
膠原病・リウマチセンター
日高 利彦

私は専門である膠原病、特に関節リウマチ(RA)を中心に診療をさせて頂いています。ご存じの様に、RAは全身の関節に「痛み・腫れ・変形」などが起こる炎症性疾患で、最終的には機能障害に至る病気です。以前は、関節破壊・変形を抑制することが大変困難で、RAは、どんなに治療をしても、関節の変形をきたす病気だと割り切って治療をされている先生方もいるのではないのでしょうか。しかし、治療の進歩により、寛解を目指せる時代となってきました。つまり、現在のRAの治療目標は以前の症状をとるだけの時代から寛解・治癒を目指す時代へと移ってきています。

寛解とはRAの症状や所見が認められなくなった状態のことで、臨床症状や病気の活動性が完全に落ち着いている状態を意味する臨床的寛解が一般的ですが、この様な状態でも、レントゲン所見で関節破壊の進行が認められることもあります。従って、関節破壊の進行もなくなったことを意味する画像的寛解、そして、日常生活に支障のなくなった機能的寛解、更に薬物治療の必要が全く無くなる程に疾患が抑制されたドラッグフリー寛解と、しっかりした治療を行う事で、より高度の寛解

状態を目指すことが出来ます。

寛解を目指すのに必要なことは、早期診断と早期治療です。RAの早期の時期に活動性を抑制すれば、「来るべき関節破壊の進行を少なくする、あるいは止めることができる」という時機(=window of opportunity)が存在することが、臨床試験により示唆されています。発症早期であっても活動性が残っていると関節破壊は進行します。従って、早期に診断し、関節破壊をきたす前にRAの活動性を抑制することが重要となります。寛解に導くためには、寛解導入率が高く、寛解導入までのスピードが速い、更に寛解の維持が容易で副作用プロフィールに優れている薬剤を使用する必要があります。これらの条件を満たすメソトレキセート(MTX)を中心とした抗リウマチ薬と炎症性サイトカインであるTNFを標的とした生物学的製剤が寛解導入のための原動力となります。

生物学的製剤とは、生物から産生される物質を利用した薬剤で自然界にある抗体などのタンパク質です。RAで悪さをしているものだけ狙い撃ちして、これ以外には、ほとんど影響を及ぼしません。関節滑膜という局所だけでなく、全身を循環している炎症物質をブロックすることで、短期間にだるさや微熱などの全身症状の改善がもたらされ、加えて関節破壊を回避することが可能になります。

では、どのような症例に生物学的製剤を使用するのでしょうか？生物学的製剤は関節破壊が進んでしまったり、腫れや痛みが我慢で

きなくなったりしてから使う薬剤だと思いきみがちです。しかし、平成20年にガイドラインが改正され、効果のある抗リウマチ薬を通常3ヶ月以上使用しても疾患活動性が残っていれば適応となり、必ずしも全身状態を含めた関節リウマチの骨破壊の進行度やリウマチの高疾患活動性とは関係のないことを理解することが重要です。将来の機能障害に影響のある関節が壊れていかないために、我々は極めてタイトなRA活動性のコントロールを行っていますが、MTXを含む従来の抗リウマチ薬のみでは、最終的にその関節破壊をコ

ントロールするのが、どうしても困難な症例が出てきます。そのような場合に生物学的製剤を使用することで、より強力な関節破壊抑制が可能となるわけです。また、まだ関節が壊れていない発症早期から生物学的製剤を使用した方が、高い寛解導入率と強い関節破壊抑制効果により、QOLおよびADLの高い改善、場合によっては治癒が期待できます。今後、RAの苦しきから解放される患者さんを増やすことが出来るように、宮崎県のリウマチ医療のため、先頭に立ってリウマチ診療に臨みたいと思う今日この頃です。

入会の挨拶

児湯郡川南町
国立病院機構宮崎病院 代謝内科
猪 島 俊 朗

この度、宮崎県内科医会に入会させていただきました猪島俊朗と申します。

熊本大学医学部代謝内分泌内科から済生会熊本病院、荒尾市民病院にて勤務の後2008年4月より川南町の国立病院機構宮崎病院代謝内科に赴任いたしました。

多分に漏れず当院も医師不足が極めて厳しい現状でございますが、児湯地域の糖尿病を中心とした生活習慣病診療の一助となれるよう微力ながら邁進したいと存じます。

何卒ご指導ご鞭撻の程、宜しく願い申し上げます。

入会の挨拶

宮崎大学医学部内科学講座
神経呼吸内分泌代謝学分野（第3内科）
塩 見 一 剛

この度、県内科医会に入会させていただきました塩見一剛と申します。1961年に宮崎市で生まれ、1986年に旧宮崎医科大学を卒業し第3内科に入局いたしました。入局後は県立延岡病院、宮崎市郡医師会病院で勤務の後、1990年より旧宮崎医科大学大学院で4年間研究を経験しました。大学院卒業後に大阪の北野病院神経内科、県立延岡病院の神経内科に勤務の後、1998年の4月から大学病院に勤務しております。今回は教室のOBであります中津留先生のお誘いを受けまして入会させていただきました。私は神経内科を専門としております。神経内科の分野は高齢化社会にも伴い非常にニーズが高まっている領域であります。専門医数が少なく日々の診療におきましては先生方にご協力を頂くことが多くなっております。これからも皆様方にお世話になることと思っておりますが、よろしく願い申し上げます。

理事からひとこと

宮崎県における在宅医療について

宮崎市 外山内科神経内科医院
外山 博一

往診とは患者の急変時、要望に応じて自宅を訪問して診察を行うことである。これは、定期受診の患者をかかりつけ主治医の先生が携帯電話対応など形態は色々あろうが普通に行っていることである。これに対して、訪問診療とは診療計画に基づいて自宅を訪問して診察を行うことである。つまり、通院困難な患者が過ごす自宅又は施設などに、医師が訪問診療して医療継続することが在宅医療である。

現在の在宅医療を考える場合、入院医療と比較すると判りやすい。病院は医局に医師が、ナースステーションに看護師、リハビリテーション室にPT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）がいる。病棟には患者、看護助手がいる。これに対して、在宅医療は、診療所に医師が、訪問看護ステーションに看護師、PT・OT・STは訪問看護ステーション又は在宅リハビリテーション事業所に、患者は自宅にいて、ヘルパーが手伝いに来る。在宅医療も基本的には24時間いつでも動くという構造は病院となら変わらない。相違点は、患者が自宅にいたので直接診に行くのに時間がかかる。普通、病院の病棟では時間単位で患者を診ている。在宅では一日単位又は週単位で診ることとなり、そういう意味では在宅の医療安全レベルは、病院

より落ちる。もちろん、高度在宅医療として、在宅人工呼吸器、在宅中心静脈栄養、在宅酸素療法、胃瘻による経管栄養、連続携帯式腹膜透析、麻薬治療等も行われている。

在宅医療は、診療所から定期的に患者のいる自宅へ訪問診療する事が基本である。医師が訪問看護ステーションや在宅リハビリテーション事業所に指示を出し、訪問看護師やPT、OT、STが患者を定期訪問し、医師に報告する。この報告や採血結果等の情報を基に医師は患者の状態を把握し、計画的な医療継続を行う。介護保険領域では、患者がヘルパーに手伝わってもらったり、デイサービスやデイケアサービスに行き、場合によってはショートステイもする。

在宅療養で考えると、医療側は診療所、訪問看護ステーション、訪問歯科、訪問薬剤師、後方支援病院、難病の場合は保健所、癌の患者は緩和ケア病棟等があり、介護側としては、養護老人ホーム、老人保健施設、デイケア、デイサービス、居宅介護支援センター（ホームヘルパー）等がある。このような患者中心の在宅療養を安心円滑に行なうには、医療、介護の連携による包括的な在宅ケアネットワークが重要になる。

次に、国の医療制度改革であるが、保健分野では生活習慣病の予防を、介護分野では介護予防、地域密着型等の居住系サービス基盤の整備などを、医療分野では医療計画としての地域連携パスと在宅医療の推進を進めている。さらに、在宅の方向性を推進するために、

病院から在宅療養への移行期には、在宅医療の担当医、看護師と病院等との連携強化をすすめ、安定期には入院しなくても患者・家族が安心できるような24時間対応可能な体制の確立を、終末期には複数の開業医の連携と、多様な居住の場におけるターミナルケアの推進を行っている。これにより病院以外で最期を迎えることを目標としている。

平成17年11月、厚生労働省主導のもとNPO在宅ケアを支える診療所市民全国ネットワーク、全国在宅医療推進連絡協議会、日本在宅医学会、日本在宅医療研究会、日本プライマリ・ケア学会、日本ホスピス・在宅ケア研究会が統一ミーティングを開き、今後の在宅医療の方向性を話し合った。その結果、診療所の方向性も変わってきて、診療所を①在宅医療を行わない外来のみの診療所、②在宅医療を行なうが定期訪問のみを実施する診療所、③24時間看取りまでをケアする診療所と機能で区分し、厚生労働省が③を在宅療養支援診療所と位置付けした。

在宅療養支援診療所（平成21年8月現在）は宮崎県では、101ヶ所あり、内訳は宮崎市53、都城市13、延岡市9、小林市3、西都市3、日南市3、宮崎郡清武町3、えびの市2、串間市2、東諸県郡国富町2、西臼杵郡高千穂町2、日向市1、児湯郡川南町1、児湯郡木城町1、児湯郡都農町1、児湯郡西米良村1、北諸県郡三股町1、その他である。しかし、宮崎県の在宅医療は厳しい現状にある。在宅療養支援診療所の施設基準は都市部では可能だが、地域（田舎）に行くのと近くに訪問看護ステーションがない、24時間連携病院の確保が困難、複数の開業医の連携が困難等があり、実際、在宅医療をやっているのに在宅

療養支援診療所の施設基準が取れないところも多い。

地域医療の視点から在宅医療を考えると、宮崎県地域医療対策特別委員会（平成19年5月臨時県議会）では、地域間の医療格差については①医師と診療科の偏在、②過疎地域における医療、③救急搬送体制の整備についての問題を指摘している。また、介護サービスの充実の中では地域包括医療の推進について、「地域包括医療とは、単に医療のみならず疾病の予防のための措置及びリハビリテーションまで含んだ保健や福祉と連携した医療のこと。保健・医療・福祉の連携は、情報を共有することにより、それぞれの機関の連携と調整が可能となって、予防活動や介護まで、質の高い医療を提供する。地域医療とは、単にへき地等への往診や訪問看護などの医療提供だけではなく、医療を受ける本人や家族が、家庭や地域で自分に合った医療が受けられることであり、言い換えれば、医療の名を借りた住民への生活支援である。」としている。このように、宮崎県の在宅医療は都市型だけではうまくいかない。地域診療所の先生の意見を聞き、行政も参加した保健・医療・福祉の結びついた地域型在宅医療の構築が必要であると考ええる。

平成21年7月全国在宅療養支援診療所連絡会が発足したが、地域（田舎）では成り立たない話題が中心である。宮崎県の各地域には、ALS等の神経難病患者、癌末期患者、種々の疾患で歩行困難となった老人等、在宅医療を待ち望んでいる患者がたくさんいる。今後の宮崎県の在宅医療を考える上では、地域診療所の先生を入れた在宅医療を話し合う場が設けられることを切望する。

理事からひとこと

10年ひと昔。外来，入院，検診も様変わりしてきました。

宮崎市 県立宮崎病院内科
上園 繁弘

昨年から内科医会の理事を務めさせていただくことになりました。私が県立宮崎病院に勤務して今年でちょうど10年目になりますので、「10年ひと昔」という題名で①外来関連、②入院関連、最後に③最近の検診について思うことを述べてみたいと思います。

① 外来関連では、当時はまだ紙カルテでしたので、患者さんの顔を見ながら話を聞くために、カルテにはボールペンでなぐり書きで自由に記載していました。初診の中には検診異常などの軽い患者さんから、紹介なしの飛び込み急患患者さんまで多様でしたが、「今からすぐ緊急で胃カメラをお願いします」と言えば、ほぼ必ず検査ができる体制でした。

現在は電子カルテの導入により、患者の病名検索やデータの推移、処方の内容などの事務処理は迅速・正確・安全になりましたが、実際の外来風景は「まずコンピュータ入力ミスをせず、保険診断名を正確につけて、患者を診て」の順番になりがちで、患者さんの顔を見ながら話を聞いて、一呼吸おいて電子カルテに向かって集中して、となかなか慣れません。患者数は病診連携のおかげで、飛び込み

患者や検診異常者は減少し、紹介患者が多くなりつつあります。

②入院関連では、10年前との大きな違いは政府の指導もあって入院日数が明らかに短くなりました。その理由のひとつとして、クリティカルパスや電子カルテの活用でパラメディカルも協力しやすく、患者への説明もスムーズとなったことが挙げられます。また昨年から当院でも導入されたDPC（Diagnosis Procedure Combination，包括的診療報酬制度）により、医療点数などの事務処理の関係上、入院時には入院の原因となった病名（正確には入院期間中に最もお金のかかると予測される代表病名）を、まだ治療の経過がわからないうちにカルテに入力することで、合併症の多い複雑な患者さんでも入院治療目標を単純化できるようになりました。単純化＝合理的なのですが、その反面合併症が絡みあう高齢内科疾患の治療にはそぐわないケースも多い気がします。さらに「病院経営困難」、「医師不足」などの医療の本質からは雑音と聞こえるような問題もあり、「患者さん＝診療報酬源」という意識が以前より強くなった気がします。一方患者の高齢化・疾病の複雑化とは裏腹に、診断治療学は進歩し、またメディアからの情報により患者さん側も病気に関する知識が増えてきたことより、今までは「手を出せずにいた」難しい症例でも積極的に治療を行

えるようになり、「はたして積極的な治療が患者さんの幸せになるのか？」などとスタッフ間で治療の是非について議論となることも増えました。

それとは別次元の話になりますが、一般国民と同様に患者さんも二極化してきており、ある患者さんでは退院後の介護は充実し医療資源を十分活用しているのに、別の患者さんではキーパーソンとなる家族が高齢や障害者であったり、頼りとなるはずの家族（子供など）が県外在住のために、「病気の治療」はめどがつかないが、「病気による生活環境の変化」を支えることができなく、退院までの調節の時期が一番の入院期間となることがあります。

- ③最後に最近の検診について思うことです。昨年から「特定健診」と称して否が応でも胴回りをメジャーで測られるようになり、その結果で「動機づけ支援」や「積極的支援」のグループに入るという、いわゆる「不合格患者」が選ばれることになりました。私も先日受けましたが結果は予想通り「不合格」で、具体的には腹囲が85cm以上とBMIと中性脂肪（これは150以下は厳しいのでは？）がだめでした。それで以下のごとく自動的に階層化のステップが行われることとなります。

ステップ1

腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定、
腹囲:男性は85cm以上、女性は90cm以上 →(1)、
腹囲:男性は85cm未満、女性は90cm未満、かつBMIが25以上 →(2)

ステップ2

- 検査結果、質問票より追加リスクをカウント
1. 血糖…空腹時血糖値が $\geq 100\text{mg/dl}$ 以上またはHbA1cが $\geq 5.2\%$ 以上または薬物治療中
 2. 脂質…中性脂肪が $\geq 150\text{mg/dl}$ 以上またはHDLが $\geq 40\text{mg/dl}$ 未満または薬物治療中
 3. 血圧…収縮期の値が $\geq 130\text{mmHg}$ 以上または拡張期値が $\geq 85\text{mmHg}$ 以上または薬物治療中
 4. 喫煙歴あり

ステップ3

- ステップ1, 2から対象者をグループ分け
- (1) の場合: 1～4のうち、2つ以上該当で「積極的支援」、1つは「動機づけ支援」を行う。
 - (2) の場合: 1～4のうち、3つ以上該当で「積極的支援」、1～2つは「動機づけ支援」を行う。

ステップ4

以下の条件を踏まえて保健指導レベルを確定
前期高齢者は、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

血圧降下剤などを服薬中の人は、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

医療機関では、生活習慣病管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料などを活用することが望ましい。

上記のステップの結果、私は「動機づけ支援」となり集団栄養食事指導のため仕事を休んで受けることとなります。内科医師としてはおはずかしい話です。

ところで検診の目標のもととなる名称の歴史については、1957年から使われてきた『成人病』にかわる名称として、1996年に厚生省（現厚生労働省）が導入した『生活習慣病』。その次に登場した『メタボリックシンドローム』という名称は、比較的早期に市民権を得ることができ、2008年4月から生活習慣病の予防を推進するための施策として「特定健診」に盛り込まれました。前述のごとく40歳以上の不合格者は健診後に保健指導をされるべく記載されておりますが、実際は中年男性では2人に1人、女性では5人に1人がいわゆる『メタボちゃん』ですので私だけでなく、多くの医師が指導をうける事になり、時間的にも心情的にも仕事に支障がありそうですね。この『メタボリックシンドローム』の概念の普及により「肥満」は不健康の一因であるといわれ、世の中の太り気味の中年男性（女性は腹囲の基準が甘いために少ない）にとっては大打撃で、『生活習慣病、慢性腎臓病の外来』などを掲げている私自身、「患者に食事指導する前に、先生もやせんといかんね。」などと言われ肩身の狭い思いをしております。しかし『メタボちゃん』の私自身、だれの作戦かはわかりませんが、「このメタボ作戦はうまくいっているなあ」と感心しています。というのも、この名称を特定検診に盛り込んだことと、さらに結果が悪ければ保険指導という「罰則」めいたものがあることで、真面目な日本人の弱い心に「良いグループに入らねば」という潜在意識を芽生えさせることが可能となったわけです。そのためにウォーキング、ジョギングやサイクリングを行う人口が増えているばかりでなく、（ここからが大切ですよ。）40歳～60歳くらいの（ちょうど

特定検診を受けるようになった）、メタボになりたくない、（または少しなりかけている）お金のある元気な年齢層が、1）自らの意思で、2）自らの費用捻出をもって、3）国のお金を使うことなく、4）フィットネスに通うようになる。ということまで可能になりました。

しかし、最近は「腹囲の基準自体がおかしい」とか、ちょっとため（それでもBMI：25以下）が長生きということも言われるようになり、飽きやすい日本人にはそろそろ『メタボブーム』も薄れつつあるかもしれません。でも一部の真面目な人の中には、職場での検診で「不合格」となって仲間から笑い物にならないように、「健康になるためなら、多少体を酷使しても、..。」と行って無理して走って本当に腰を痛めて入院したり,..,（2年前の私のことですが）。

また聞こえは悪いのですが、「検診試験合格オタク」と呼ばれる存在がいるのではないかと心配になります。検診結果が軽度異常で翌年の検診まで経過観察と指示されているのに、次の検診で「すべて合格」を勝ち取るためにあらかじめ医療機関にかかりつけになっている元気な外来患者を見かけます。健康診断の目的が早めに健康状態を知ることで、医療施設にかかりつけになるような悪化した患者さんを少なくすることであるならばこれはもう本末転倒です。実際は尿酸は8.2とか、中性脂肪が188程度で「まずは食事と運動療法」と説明されても、無理に頼んで薬を処方されていると思われてもおかしくないケースを見かけることがあります。「何が悪いんだ！自分の意思で薬を飲んで、結果的に検診も合格するわけだから、必要な治療ではないか！

何より保険適応があるし、早期治療が大切とも言われているし、全く問題なし。」と患者さんからお叱りをうけるかもしれません。現在の世の中は「なにか変な事を言ったら責任問題かも」という世の中ですので、仮にその様な無症候性の真面目な患者さんの治療をしても、「点数はしっかりいただけるし、口論にもならないし、基準さえ守れば医療ミスに

もならないし」なんてことを考えてしまいたくなります。でも今後このパターンで「検診脱落予備軍や私のような検診脱落患者」が外来に増えると「(症状のある患者を診る)医師不足」の時代がきて、そのしわ寄せが専門医、または勤務医に来ないように、と余計な心配をしている今日このごろです。



「長田峡（三股町）」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

鱈塚山に端を発する全長10kmの溪谷。絶壁と陽の届かぬ青緑の流れ。山桜と紅葉、せせらぎとさえぎりなど、四季折々の風情を楽しめる。濃い緑に囲まれた遊歩道では体感温度差が3～4度ある様にした。都城ICから約15kmの場所にあり、近くは6軒の窯元などがある<アリエロード>として脚光を浴びている。



「金鱗湖（湯布院）」

都城市 折津 達

俳句

尾瀬

宮崎市 猪島医院

猪島 蘇風

尾瀬に入る眼細の声を浴びながら

河骨の金杯に雨光り降る

白雨来て竜宮小屋に駈け込めり

尾瀬晴れて鵝草沢蘭水千鳥

雲厚き燧ヶ丘に雷火立つ

尾瀬小屋の雑魚寝の窓切空け易し

尾瀬を出て鳩待峠風涼し

短歌

次郎柿

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

軒下に三年前にかけられし巢につばくらめ今年見かけず

小夜中に屋根打つ雨の勢ひて台風情報のポリウムを上ぐ

宮崎に見えぬ名月東京に飛びてながめぬモノレールから

匂といふ戻り鰹の紅き身を五十八歳のわが喰らふなり

わが生れし家に成りたる次郎柿今年も百個母より届く

短歌

級友逝く

延岡市 藤本内科小児科医院

藤本 孝一

高校の同級生にて医師たりし君は逝きたりわれも
やがては

東大の医学部卒の君は逝く育ちし町の開業医とし
て

医師会の監事や理事を共にせし君の温顔われは忘
れじ

若きとき麻雀ゴルフに興じたる君の笑顔が眼裏に
頭つ

急病の夜間センターに勤めあて明日葬儀なる君偲
びをり

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村 善教

またしても 噂で走る マスク買い
売り切れ御免 バナナも紙も

新型も いろいろあれば 見極めて
動けば無駄も 省けるものを

マスクミを 否定はせぬが
大衆を 踊らす力 配慮願いて

高負担 拒絶はせぬが 忘れるな
欧米しのぐ 豊かな福祉

変革を 誣い文句に してみても
腐臭踏襲 変わらねばこそ

[報告]

平成20年度日本内科学会九州支部評議員会報告

宮崎県内科医会会長

栗林忠信

平成21年1月24日（土）、午前中に第284回日本内科学会九州地方会、午後から生涯教育講演会が開催され、その後、午後17:00時から九州大学医学部「百年講堂」中ホール1で九州支部評議員会が開催された。その概要を報告する。

1. 各種委員会報告

1) 内科認定医審議会地区委員報告

新教育病院の審査・認定が行われ、新たに24施設が教育病院として認定され、九州地区では新別府病院と沖縄協同病院の2施設が認定された。また教育関連病院の審査では大分県済生会日田病院と原三信病院の2施設が新たに認定された。第24回認定内科医資格認定試験は平成20年7月20日に東京、神戸の2会場で行われ、3,367名の受験があり、3,137名が合格（合格率93.2%）、また第36回総合内科専門医資格認定試験は平成20年9月23日に東京で行われ、277名が受験した。

平成20年4月10日開催の評議員会で本会認定教育施設の基準が見直され、

教育病院では、①内科剖検体数が10体（旧：16体）以上あること、②CPCが年5症例（旧：3症例）以上定期的に開催されていること、③内科指導医が5名以上で、全員が総合内科専門医であることが望ましい（旧：そのうち内科専門医（認定内科医を含む）が3名以上いること）、④本会年次講演会、または地方会での発表が年3演題以上あること、また教育関連病院では、①内科剖検体数が1体（旧：3体）以上あること、②内科指導医が3名以上で、全員が総合内科専門医であることが望ましい、③本会年次講演会または地方会での発表が1演題以上あること、が新しく設けられた。

2) 学会在り方検討委員会地区委員報告

平成20年12月1日より新法人制度開始に伴い、新法人への移行申請受付が始まった。内科学会としては公益法人へ向かう方向だったが、学会の意義を考えると選挙による代議員制度の導入は難しいこと、また財政上のメリットよりも問題が生じたときのデメリットの方が大きいため、現状では一般社団法人（公益性の高い）を選択したほうが現実的ではないか。今後の方向性については引き続き問題点等の検討を進めながら様子を見て判断していきたいとの報告があった。

3) 生涯教育委員会報告

平成20年度生涯教育講演会はAセッションが四国支部（愛媛大学三木哲郎教授）、Bセッション

が東海支部（愛知医科大学伊藤隆之教授）で開催され、合計で8,998名の参加があった。平成21年度はAセッション関東支部（防衛医科大学校三浦総一郎教授）、Bセッション近畿支部（和歌山医科大学南條輝志男学長）で、平成22年度はAセッション北陸支部、Bセッション北海道支部の担当で行われ、平成23年度のBセッションを九州支部が担当する予定である。

4) 学術集会運営委員会報告

第106回日本内科学会総会（会頭：東北大学岡芳知教授）の日程が提示され、了承された。第107回総会は島根大学小林祥泰教授のもと、平成22年4月9日から11日までの3日間、東京国際フォーラムで開催される予定である。

2. 平成21年度各種委員会地区委員選出

1) 理事候補：高柳涼一（九州大学）、富田公夫（熊本大学）

2) 内科認定医制度審議会地区委員候補：小川久雄（熊本大学）、中里雅光（宮崎大学）、田中譲二（浜の町病院）

3) 学会在り方検討委員会地区委員候補：藤本一真（佐賀大学）

4) 生涯教育委員会地区委員候補：岡山昭彦（宮崎大学）

5) 支部長候補：高柳涼一（九州大学）

が推薦され、承認された。

3. 全国評議員ならびに九州支部評議員について

大学附属病院を除く一般教育病院からの全国評議員の九州地区の推薦依頼候補者数は8名で、当県からは県立宮崎病院上田章先生が推薦された（任期2年）。九州支部評議員としては栗林と小牧斎副会長が勤めることになった。

4. 内科学会九州地方会に開催時期、開催地、会長について

第285回：平成21年5月30日(土)、産業医大神経内科辻貞俊教授

第286回：平成21年8月22日(土)、鹿大血液膠原病内科有馬直道教授

第287回：平成21年11月1日(日)、福大心臓血管内科学朔啓二郎教授

第288回：平成22年1月30日(土)、九大病態制御内科学高柳涼一教授

[報告]

平成20年度九州各県内科医会会長会議

宮崎県内科医会常任理事

中津留 邦 展

日 時：平成21年2月21日（土）

場 所：福岡市博多都ホテル

担当県：熊本県

出席者：栗林会長，中津留

[報告事項] 担当県熊本からの報告

1. 第43回九内協・第25回九内懇（平成20年10月18日開催）についての報告
2. 日本臨床内科医会医療保険委員会への要望事項について
 - ① リハビリテーションの点数の算定制限の廃止
 - ② 外来管理加算5分間ルールの廃止
 - ③ 医療保険問題への対応について、実現可能な要望事項を全国でとりまとめ、内保連に提出し、改正に持っていくよう積極的に行動する
 - ④ 九内協で協議されたことが、診療報酬や医政に反映するシステムを求めます以上の4項目について日臨内へ提出した。
3. 平成21～22年度日本臨床内科医会理事の推薦について
九州枠が9名。各県の会員数を勘案し、また福岡は別枠で副会長1名と常任理事1名が就任しているため、鹿児島県を2名、その他の県を1名推薦した。

[協議事項]

1. 「総合医」について（沖縄県）
「総合医」立案について、日本医師会と日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、総合診療学会が関与していると聞かすが、日臨内は組織および活動実績からみても立案に関与する資格がある。
2. 一般病棟における特定患者の対象疾患および状態等の改定についての要望（鹿児島県）
90日を越えて入院を続ける特定患者（後期高齢者）の入院料減額の対象疾患から「脳卒中」も条件なしではすすべきである。

3. 平成21年度の九内協・九内懇について（福岡県）

福岡県が担当で、平成21年10月17日（土）に開催予定。九内協の議題は各県2題以内、九内懇の議題は各県で優先順位をつけていただきたい。

[報 告]

日本臨床内科医会第41回代議員会及び第26回総会

宮崎県内科医会副会長

小 牧 齋

代議員会

平成21年4月11日、東京で代議員会、翌日総会が開催されました。栗林会長、小牧、中津留常任理事が出席しました。最初に役員選挙が行われました。その結果後藤由夫会長が再選され、新監事のもと第6期後藤体制がスタートすることとなりました。

次に各会務から現況報告がなされました。その概略を記します。

〔総務部〕平成21年3月31日現在の会員数は16,473名で、わずかに減少傾向にある。会員カードの作成を検討中である。

〔庶務部〕高齢会員の会費減免制度創設の可能性を検討中。日臨内ホームページの活用の促進。メーリングリスト参加募集中。

〔学術部〕大規模臨床試験「動脈硬化性疾患危険因子を有する高齢者に及ぼすアスピリンの一次予防効果に関する研究」「サプリメントの安全性について」など順調に進行中であるがなお症例登録募集中である。

日臨内25周年記念事業として「内科診療実践マニュアル」の発刊（会員価格6,300円）

〔社会保険部〕平成21年度診療報酬改定後、医療機関に対する影響では、明らかに診療所の収入の減算がみられる。外来管理加算の算定要件（5分要件）の見直しをねばり強く要求すべきである。また、レセプトオンライン請求の完全義務化の撤廃にむけた抗議活動も実施している。

〔社会医療部〕「インフルエンザ診療マニュアル2008—09」の発行。FLU・STUDY '08-'09/JPA(I)は集計、分析中。「在宅医療における療養支援診療所機能アンケート調査報告」を日臨内会誌第23巻第4号に掲載。

〔研修推進部〕平成21年度の専門医・認定医の申請受付期間は、平成21年10月1日～同10月30日までとする。

総会

第26回日臨内総会は同年4月12日東京国際フォーラムで開催されました。

総会には日本医師会から唐澤祥人会長の代理として今村聰常任理事、東京都医師会から鈴木聰男会長が来賓として来られ、それぞれ祝辞の中で、地域医療の危機が叫ばれている現在、日本臨

床内科医会が果たす役割は、今後、ますます大きなものとなると激励されました。

総会議事では前日の代議員会で行われた会長・監事の選挙によって後藤由夫会長が再選され、第6期後藤体制がスタートしたこと、監事には西家皞仙（北海道）、高島秀行（京都府）、迫龍二（長崎県）各氏が再選されたこと、また一般社団法人日本臨床内科医会運営規約が一部改定され、名誉会員をおくことができることとなったことが報告されました。

さらにレセプトオンライン請求義務化に対する日本臨床内科医会の見解が発表され、決議文が承認されました。会長推薦による新役員（副会長・常任理事・理事）も紹介されました。

続いて総務報告、会計報告が行われました。また事業報告がなされましたが、その主なものを記します。①学術委員会：JATOS、JPPP試験の報告、患者向け疾患別小冊子が45巻、計1000万部を超えた。生活習慣と健康状態調査を4万例を目標に現在進行中である。②研修推進委員会：専門医、認定医合格者数の公表、および平成20年度で満了した日臨内専門医制度経過措置を常任理事会決定により、未申請者に対して21年3月末日をめどに書面にて最終意志確認を実施し、申請希望者は所定の手続き完了後、専門医資格を取得させる。

最後に地域医療を重視するという観点から、地域医療功労者の表彰が行われることとなりました。

総会終了後、順天堂大学院教授河盛隆造先生により「2型糖尿病をどう捉える、どう治療する」と題してランチョンセミナーがありました。

続いて午後から「日本の医療（保険）制度の現状と今後－医療崩壊を防ぐための臨床内科医の役割とは－」をメインテーマにシンポジウムが開催されました。テーマが3題あり、Ⅰ. 社会保障の中の医療（保険）制度について：慶應義塾大学教授田中滋先生 Ⅱ. 現在の日本の医療制度の問題点：日医安達秀樹先生、日臨内清水恵一郎先生 Ⅲ. 今後の予測と行われるべき対策：日本福祉大学副学長二木立先生など、現状の制度の詳細な分析、問題点、今後の予測など系統だった講演が行われました。最後に総合討論がありましたが、臨床内科医が、臨床内科医と患者の立場に立って日本の医療を真剣に討議する貴重な時間になりました。

[報告]

平成20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14日（土）16：00～ 於. 宮崎観光ホテル</p> <p><特別講演会></p> <p>①心房細動に出会ったら 心臓血管研究所研究本部長 山下 武志 先生</p> <p>②糖尿病神経障害の診断と治療 ～神経障害の多彩な症状を見逃さないための注意点～ 東京医科大学内科学第三講座教授 小田原雅人 先生 (出席者 102名)</p> <p>3月14日（土）16：00～ 於. 県医師会館</p> <p><会員発表会></p> <p>①仮面高血圧を合併した線維筋痛症の一例 たまきクリニック 玉置 昇</p> <p>②メニエール病に併発した洞不全症候群の1例 青柳内科循環器科 青柳淳太郎</p> <p>③クオンティフェロンTB-2Gにて診断しえた縦隔リンパ節結核の1例 宮崎善仁会病院内科 床島 真紀, 山下英一郎, 中津留邦展</p> <p>④当科での肺外結核の経験例 古賀総合病院内科 松岡 均</p> <p>⑤平成19年度 延岡市糖尿病患者実態調査 野田医院 野田 寛</p> <p>⑥ショックで受診し緊急手術で救命しえた超高齢者非閉塞性腸管虚血症 (NOMI ; nonocclusive mesenteric ischemia) の1例 大西医院 大西 雄二 宮崎市郡医師会病院外科 江藤 忠明</p> <p>⑦二度目のペグインターフェロンとリバビリン併用療法により ウイルス学的著効が得られた1b高ウイルス量のC型慢性肝炎の1例 ひろの内科クリニック 弘野 修一</p> <p>⑧好酸球増加から判明した糞線虫症の2例 国立病院機構宮崎病院 猪島 俊朗, 小堀 祥三, 寺本 仁郎</p> <p>⑨介護指導とその成果 野村病院 野村 敏彰</p> <p>⑩私のうつ病診療 平塚医院 平塚 正伸</p> <p><保険診療についての講演> 保険診療上の留意点 県内科医会医療保険委員 田口 利文</p>

会 議 名	日 時 ・ 場 所 ・ 出 席 者
【総 会】	<特別講演> 日本人のMetabolic Cardio-Kidney Diseaseの源流を探る 川崎医科大学内科学（腎）教授 柏原 直樹 先生 (出席者 73名)
【理 事 会】	5月12日（月） 7月28日（月） 9月8日（月） 2月16日（月）
【評 議 員 会】	5月26日（月） 3月2日（月）
【各 郡 市 内 科 医 会 長 会】	3月7日（土）於. うめ田
【会 計 監 査】	4月21日（月）
【学 術 委 員 会】	5月16日（金） 10月28日（火）
【医 療 保 険 委 員 会】	7月18日（金） 9月5日（金） 12月11日（木）
【宮崎県内科医会誌編集委員会】	6月30日（月） 8月21日（木） 11月25日（月） 2月3日（火）
【日本臨床内科医会九州ブロック会議】	10月18日（土）於. 熊本（担当：熊本県内科医会） 栗林会長，中津留常任理事
【九州各県内科医会連絡協議会】	10月18日（土）於. 熊本（担当：熊本県内科医会） 栗林会長，仮屋副会長，中津留常任理事
【九州各県内科審査委員懇話会】	10月18日（土）於. 熊本（担当：熊本県内科医会） 小牧副会長，野田副会長，松岡理事
【九州各県内科医会長会】	2月21日（土）於. 福岡（担当：熊本県内科医会） 栗林会長，中津留常任理事
【日本臨床内科医会総会・ 理事会・代議員会】	4月13日（日）於. 東京 栗林会長，中津留常任理事

会 議 名	日 時 ・ 場 所 ・ 出 席 者
【日本臨床内科医会理事会・ 代議員会・医学会】	9月13日（土），14日（日），15日（月）於. 長崎 栗林会長，野田副会長，中津留常任理事，松岡理事
【日本内科学会九州地方会評議員会】	1月24日（土）於. 福岡 栗林会長
【学 術 講 演 会】	<p>① 6月7日（土）16：00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 宮崎県の自殺率を減らす抗うつ薬（SSRI）の選択 講師 平塚医院院長 平塚 正伸 演題 プライマリケアにおけるうつ病の診断・治療及び 紹介のタイミング 講師 東京大学名誉教授 久保木富房 (出席者 57名)</p> <p>② 7月5日（土）16：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 よくみる排尿障害の診断と治療 講師 東京大学泌尿器外科学教授 本間 之夫 (出席者 109名)</p> <p>③ 7月12日（土）17：30～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 Real Experience in DES Era - 当院における薬物溶出性ステントの使用経験 - 講師 宮崎市郡医師会病院循環器科長 柴田 剛徳 演題 動脈硬化のメカニズムと分子イメージング 講師 ハーバード大学医学部Brigham and Women's Hospital 循環器科 相川 真範 (出席者 44名)</p> <p>④ 7月31日（木）19：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 高IgE症候群の原因遺伝子とTh17細胞分化異常 講師 東京医科歯科大学免疫アレルギー分野准教授 峯岸 克行 演題 気管支喘息の包括的治療戦略-高齢者喘息を中心に- 講師 大阪市立大学呼吸器病態制御内科学教授 平田 一人 (出席者 40名)</p>

会議名	日時・場所・出席者
【学術講演会】	<p>⑤ 9月27日（土）16：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 宮崎県における糖尿病性神経障害の実態調査について 講師 宮崎県内科医会長 栗林 忠信 演題 糖尿病足病変に対する予防的フットケア 講師 済生会中央病院副院長 渥美 義仁 (出席者 78名)</p> <p>⑥ 11月6日（木）19：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 MSSA菌血症により化膿性脊椎炎, 硬膜外腫瘍を併発した1例 講師 宮崎大学医学部附属病院膠原病感染症内科助教 高城 一郎 演題 百日咳を疑って検査治療した遷延性咳嗽患者24例の検討 講師 せき診療所内科・呼吸器科院長 関 良二 (出席者 70名)</p> <p>⑦ 11月18日（火）19：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 高血圧患者の動脈硬化関連パラメータに及ぼすCa拮抗薬の作用 講師 宮崎大学医学部循環体液制御学分野講師 北 俊弘 演題 Ca拮抗薬による心血管保護 講師 名古屋大学循環器内科学教授 室原 豊明 (出席者 37名)</p> <p>⑧ 11月27日（木）18：45～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 粘膜治癒を目指した炎症性腸疾患の治療戦略 講師 兵庫医科大学内科学下部消化管科教授 松本 譽之 (出席者 43名)</p> <p>⑨ 2月14日（土）16：10～ 於. 旭化成向陽倶楽部 演題 職場のメンタルヘルス対策－身心医学の視点から－ 講師 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学教授 永田 頌史 (出席者 37名)</p> <p>⑩ 2月28日（土）15：10～ 於. ホテル中山荘 演題 性科学と身心医学・心身医療 講師 琉球大学名誉教授 石津 宏 (出席者 41名)</p>

平成20年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書

歳入合計	10,575,608
歳出合計	8,121,713
差引残高	2,453,895 (平成21年度会計へ繰越)

歳入

(単位：円)

款	項	予算額	収納済額	予算額と収納済額との比較	備 考
1 会 費	1 会 費	6,213,600	6,255,000	41,400	A 会員会費 5,409,000 B 会員会費 846,000 【参考】 A 会員 303名 B 会員 118名 免除会員 A 会員 22名 B 会員 32名 (会員数：平成21年3月31日現在)
2 県医補助金		240,000	240,000	0	
	1 学会補助金	120,000	120,000	0	
	2 保険研究会補助金	120,000	120,000	0	
3 繰越金	1 繰越金	2,552,000	2,552,978	978	
4 雑収入	1 雑収入	1,500,000	1,527,630	27,630	内科医会誌広告料 等
歳入合計		10,505,600	10,575,608	70,008	

歳 出

(単位：円)

款	項	予算額	予備費 流用額	予算現額	支出済額	予算残額	備 考
1	事務費	544,000	0	544,000	360,184	183,816	
	1 旅 費	24,000		24,000	24,000	0	会計監査旅費
	2 需 用 費	60,000		60,000	58,429	1,571	事務用品代
	3 役 務 費	200,000		200,000	158,789	41,211	切手代、郵送料、電報・電話使用料等
	4 使用料及び賃借料	260,000		260,000	118,966	141,034	会館使用料 職員時間外手当
2	会議費	1,750,000	0	1,750,000	1,262,880	487,120	
	1 総 会 費	150,000		150,000	44,665	105,335	案内FAX代等
	2 評 議 員 会 費	500,000		500,000	415,965	84,035	(2回)
	3 理 事 会 費	1,100,000		1,100,000	802,250	297,750	(4回)
3	事業費	7,665,000	84,320	7,749,320	6,498,649	1,250,671	
	1 学 会 費	200,000		200,000	0	200,000	
	2 諸委員会活動費	850,000		850,000	485,660	364,340	医療保険委員会 275,470 (4回) 学術委員会 210,190 (2回)
	3 地区保険研究会助成費	595,000		595,000	595,000	0	補助金 @70,000×8, 西臼杵 35,000
	4 地区医学会助成費	950,000		950,000	950,000	0	補助金 @100,000×7 宮崎 200,000 西臼杵 50,000
	5 会誌発行費並び に編集委員会費	2,400,000		2,400,000	2,123,459	276,541	編集委員会 275,305 (4回) 印刷代 1,680,000 (2回) 執筆料等 168,154
	6 名簿刊行費	400,000		400,000	400,000	0	
	7 地区内科医会連絡会	350,000		350,000	267,380	82,620	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	550,000		550,000	535,560	14,440	九内協旅費(熊本3名) 227,400 各県負担金 50,000 九内協参加費 @10,000×3名=30,000 会長会旅費(福岡2名) 214,160 会長会参加費 @7,000×2名=14,000
	9 九州各県内科 審査委員懇話会	260,000		260,000	256,000	4,000	旅費(熊本3名) 226,000 参加費 @10,000×3名=30,000
	10 日本臨床内科医 会	580,000	84,320	664,320	664,320	0	総会・理事会・代議員会(東京) 旅費(1名) 141,280 参加費 10,000 医学会・理事会・代議員会(長崎) 旅費(4名) 433,040 当日登録料 @15,000×4=60,000 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	320,000		320,000	107,080	212,920	福岡(1名)
	12 慶 弔 費	200,000	0	200,000	114,190	85,810	花環(8名)
	13 諸 費	10,000	0	10,000	0	10,000	
4	予備費	546,600	△84,320	462,280	0	462,280	
	歳 出 合 計	10,505,600	84,320 △84,320	10,505,600	8,121,713	2,383,887	

[報 告]

平成21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（保険研究会の開催，社保・国保審査委員との懇談会）及びその他委員会活動の推進
- (4) 県内科医会誌発行及び県内科医会ホームページへの掲載，FAXニュース発行
- (5) 県・郡市医師会の行う活動への緊密な協力とその推進
- (6) 各種学会，研修会，懇話会等への参加と協力
- (7) 九州各県内科医会連絡協議会，九州各県内科審査委員懇話会への積極的参加
- (8) 日本臨床内科医会への積極的参加
- (9) 日本内科学会九州地方会評議員会への参加と連繋
- (10) その他内科医会発展のために必要と思われる事業

平成21年度宮崎県内科医会歳入歳出予算書

歳 入

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1. 会 費	1 会 費	6,235,200	6,213,600	21,600	(平成20年1月31日現在の会員数) < A 会員 > @ 18,000 × 300名 = 5,400,000 < B 会員 > @ 7,200 × 116名 = 835,200 < 免除会員 > A 24名, B 35名
2. 県医補助金		240,000	240,000	0	
	1 学 会 補 助 金	120,000	120,000	0	
	2 保 険 研 究 会 補 助 金	120,000	120,000	0	
3. 繰 越 金	1 繰 越 金	2,453,000	2,552,000	△99,000	
4. 雑 収 入	1 雑 収 入	1,500,000	1,500,000	0	普通預金利息，定期預金利息， 内科医会誌広告料
歳 入 合 計		10,428,200	10,505,600	△77,400	

歳 出

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1.事務費		564,000	544,000	20,000	
	1 旅 費	24,000	24,000	0	会計監査旅費
	2 需 用 費	80,000	60,000	20,000	事務用品代
	3 役 務 費	200,000	200,000	0	切手代, 送料, 振込手数料
	4 使用料及び賃借料	260,000	260,000	0	会館使用料(冷暖房・光熱水費) 職員時間外手当
2.会議費		1,600,000	1,750,000	△150,000	
	1 総 会 費	100,000	150,000	△50,000	案内FAX代
	2 評 議 員 会 費	500,000	500,000	0	2回(旅費, その他)
	3 理 事 会 費	1,000,000	1,100,000	△100,000	5回(旅費, その他)
3.事業費		7,260,000	7,665,000	△405,000	
	1 学 会 費	200,000	200,000	0	総会時学会, 学術講演会, 研修会
	2 諸委員会活動費	850,000	850,000	0	学術委員会(3回), 医療保険委員会(4回) 県内科国保・社保審査委員合同協議会
	3 地区保険研究会 助成費	595,000	595,000	0	各地区内科医会へ 宮崎 70,000 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 35,000
	4 地区医学会助成費	950,000	950,000	0	各地区内科医会へ 宮崎 200,000 都城 100,000 延岡 100,000 日向 100,000 児湯 100,000 西都 100,000 南那珂 100,000 西諸 100,000 西臼杵 50,000
	5 会誌発行費並びに 編集委員会費	2,400,000	2,400,000	0	編集委員会(4回), 会誌印刷代, 執筆料, 原稿送料
	6 名 簿 刊 行 費	1,000	400,000	△399,000	
	7 地区内科医会連絡会	350,000	350,000	0	各都市内科医会長会(1回)
	8 九州各県内科医会 連絡協議会	494,000	550,000	△56,000	九内協各県負担金 50,000 九内協(福岡3名) 240,000 九内協参加費(3名) 30,000 九州各県内科医会長会(福岡2名) 160,000 会長会参加費(2名) 14,000
	9 九州各県内科審査 委員懇話会	270,000	260,000	10,000	九内懇(福岡3名) 240,000 九内懇参加費(3名) 30,000
	10 日本臨床内科医会	700,000	580,000	120,000	総会(東京2名) 280,000, 参加費(2名) 20,000 医学会(埼玉2名) 350,000, 登録料(2名) 30,000 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	240,000	320,000	△80,000	福岡(3名)
	12 慶 弔 費	200,000	200,000	0	
	13 諸 費	10,000	10,000	0	
4.予備費	1 予 備 費	1,004,200	546,600	457,600	
歳 出 合 計		10,428,200	10,505,600	△77,400	

[報 告]

宮崎県内科医会総会並びに学術講演会

日時 平成21年6月13日（土）

場所 宮崎観光ホテル西館8F 尾鈴の間

I 製品紹介 武田薬品工業 16:00～16:30
「エカード」

II 総 会 16:30～16:50
1) 物故会員黙祷
2) 会長挨拶
3) 議事
イ. 平成20年度事業報告について
ロ. 平成20年度歳入歳出決算について

〈 休 憩 〉 16:50～17:00

III 学 会 17:00～19:00
特別講演①
『関節リウマチの最新治療－抑える時代から治る時代へ－』
市民の森病院膠原病・リウマチセンター

所長 日高 利彦 先生

特別講演②

『RAA系抑制薬と利尿薬に関する話題』
東京慈恵会医科大学循環器内科

教授 吉村 道博 先生

IV 懇親会（西館10階 大淀の間） 19:00～

(出席者数 58名)

各 郡 市 だ よ り



宮崎市郡内科医会だより

子供達は夏休みですが、先生方には忙しい毎日とお察し致します。衆議院は解散となりました。構造改革という政策の中で医療環境は厳しくなるばかりです。当然のことながら、千葉県医師会をはじめとして、全国各地の医師会は自民党支持を継続しなくなりましたし、我が宮崎県医師会も自主投票となりました。高齢化の進行とあくなき健康長寿への人間の本能的欲求がある限り、医療費が伸びるのは当然のことと思われませんが、今回の選挙での論争の中でこの当然のことが認められつつあるような状況が出てきたのは、これもまた自然の成り行きではないかと思いますが如何でしょうか？宮崎市郡内科医会は172名の会員数で、夜間急病センター診療には各会員が大きく協力貢献しております。日中の通常診療を終えて、休む間もなく夜間診療を続ける過酷な状況にあって、会員の平均年齢がじわじわと上がっている現状に将来の不安を感じます。政治は医療をもっと真剣に考える人々が担って欲しいと切望するのは私だけではないことでしょう。

去る6月26日には会員の辰元 忠先生が亡

くなられました。ご冥福をお祈り申し上げます。人の世の移り変わりは自然の摂理ではありますが、悲しいものでもあります。

選挙と夏と、暑い日々が続きます。ご自愛くださいますよう。

前回の郡市医師会だよりの報告後の講演会は次の通りでした。

○平成21年1月15日（木曜日）

演題「末梢性めまいの診断と治療」

講師 大阪大学大学院 耳鼻咽喉科
めまい外来担当 堀井 新 先生
(於：宮崎観光ホテル 出席者58名)

○平成21年1月29日（木曜日）

演題「虚血性脳血管障害の慢性期治療
～抗血小板療法を中心に～」

講師 埼玉医科大学国際医療センター
脳卒中内科
教授 棚橋 紀夫 先生
(於：宮崎観光ホテル 出席者24名)

○平成21年2月26日（木曜日）

演題「知って得する皮膚科のトリビア」
－アレルギー編－

講師 浅井皮膚科クリニック
理事長 浅井 俊弥 先生
(於：宮崎観光ホテル 出席者27名)

○平成21年3月26日（木曜日）

演題「糖尿病の血糖コントロール」
－最近の治療戦略と地域医療－

講師 富山大学附属病院
院長 小林 正 先生
(於：宮崎観光ホテル 出席者48名)

○平成21年4月15日（水曜日）

演題「CKDの最新集学的治療法
～高尿酸血症を中心に～」

講師 帝京大学医学部 内科

教授 内田 俊也 先生

(於：宮崎観光ホテル 出席者24名)

○平成21年7月24日(金曜日)

演題「B型肝炎の最新の治療と病診連携」

講師 宮崎大学医学部 内科学講座

消化器血液学分野

講師 蓮池 悟 先生

(於：ホテルスカイタワー 出席者21名)

(文責：中村 周治)

都城市北諸県郡内科医会だより

当医会も仮屋会長が先頭に立って会員数を百人台にしようと努力していますが、あと一歩に時間がかかっています。本年上半期の講演会の内容は以下の通りです。

○平成21年1月28日

「高齢者の心疾患をどう診るか」

独立行政法人国立病院機構 都城病院

院長 小柳 左門 先生

○平成21年2月24日

「アレルギー性鼻炎・花粉症の薬物療法

～ガイドライン改定2009を踏まえて～」

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

耳鼻咽喉科・頭頸部外科学

教授 黒野 祐一 先生

○平成21年3月13日

「糖尿病とメタボリックシンドロームにおける脂質管理の重要性」

東京大学医学部附属病院 臨床分子疫学

准教授 後藤田 貴也 先生

○平成21年4月2日

「高血圧治療：今なぜ利尿薬との合剤なのか～食塩摂取量や食塩感受性について

考える～」

名古屋市立大学大学院医学研究科

心臓・腎高血圧内科学

教授 木村 玄次郎 先生

○平成21年5月21日

演題1「IFN治療助成金制度について」

都城保健所健康づくり課福祉課

副主幹 野口 まち子 先生

演題2「C型肝炎に対するウイルス除去療法の効果」

藤元早鈴病院消化器内科

部長 駒田 直人 先生

演題3「C型肝炎・肝臓の最近の話」

宮崎大学医学部内科学消化器血液学講座

講師 永田 賢治 先生

○平成21年6月22日

「生活習慣病と睡眠」

久留米大学医学部 精神神経科

教授 内村 直尚 先生

(文責：志々目栄一)

延岡内科医会だより

今年は比較的雨が少なく猛暑を感じさせません。

延岡市医師会では毎年多くの学術講演会が開かれていますが、熱のこもった有意義な講演が多く臨床にそくした内容で延岡の医療の質の向上に貢献しています。

近年、医師の偏在により救急医療の維持が問題となっています。救急医療を確保するため今年から消化管出血と脳血管障害については延岡市内の医療機関による輪番制で診療を行うことになりました。今後地域の医療をいかに守っていくかが課題となると思います。

平成21年1月より平成21年7月までに行わ

れました講演会は下記の通りです。

○平成21年1月16日（金）

『薬剤性腎障害－日常での対応について－』

慶応義塾大学薬学部 薬物治療学講座教授

東京慈恵医科大学附属病院

腎臓高血圧内科 医長

同 臨床検査医学講座

講師 柴崎 敏昭 先生

○平成21年2月6日（金）

『最新の糖尿病治療』

高千穂町国保病院

医長 和氣 仲庸 先生

○平成21年2月13日（金）

『上腹部症状に対する診療の現状』

大分大学医学部 消化器内科

診療教授 村上 和成 先生

○平成21年2月20日（金）

『総合血管治療科の設立と他科とのコラボレーション』他 一般演題2題

熊本労災病院 第二循環器科

部長 土井 英樹 先生他

○平成21年2月27日（金）

『喘息診療の実践』

長崎大学医学部・歯学部 附属病院

第二内科／治験管理センター

准教授 松瀬 厚人 先生

○平成21年3月13日（金）

『冠動脈疾患の一次予防と二次予防』

熊本大学大学院 医学薬学研究部

循環器病態学

教授 小川 久雄 先生

○平成21年4月10日（金）

①『24時間血圧モニタリングの有用性

～Miyazaki-EL derly FAT

(EL-FAT) 研究の知見をまじえて～』

美郷町国民健康保険南郷診療所 内科

自治医科大学 内科学講座

循環器内科学部門

矢野 裕一朗 先生

②『高血圧治療の新展開－ガイドラインにもとづいた併用療法戦略とその意義－』

熊本大学大学院医学薬学研究部

生体機能薬理学

教授 光山 勝慶 先生

○平成21年4月17日（金）

『高血圧治療の新たなアプローチ』

熊本大学大学院 医学薬学研究部

腎臓内科学

教授 富田 公夫 先生

○平成21年4月24日（金）

『厳格な降圧療法とコンコダンス』

大阪大学 老年・腎臓内科学

教授 楽木 宏実 先生

○平成21年5月8日（金）

『閉塞性動脈硬化症の外科治療』

宮崎県立延岡病院 心臓血管外科

部長 中村 都英 先生

○平成21年6月5日（金）

『内視鏡外科手術の現状と未来』他

症例検討

九州大学病院 先端医工学診療部

准教授 田上 和夫 先生他

○平成21年5月22日（金）

『日本脳炎ワクチンと予防接種

昨今話題』

国立病院機構 三重病院 臨床研究部

国際保健医療研究室長 中野 貴司 先生

○平成21年5月29日（金）

『県北におけるCOPD患者の診断と治療』

～UPLIFT大規模試験の結果から～

宮崎県立延岡病院 内科
 医長 山口 哲朗 先生

助教 蓮池 悟 先生
 (文責：宮田 純一)

○平成21年6月19日(金)

『急性冠症候群における最適な抗血栓療法』
 済生会熊本病院 心臓血管センター

循環器内科医長 田山 信至 先生

○平成21年6月26日(金)

『新生児聴覚スクリーニング事業の実際』
 他 一般演題2題

宮崎大学医学部

耳鼻咽喉・頭頸部外科学講座

助教 牛迫 泰明 先生他

○平成21年7月3日(金)

『麻酔科の現状』

－麻酔からペインクリニックまで－』

宮崎大学医学部 麻酔生体管理学

教授 恒吉 勇男 先生

○平成21年7月10日(金)

『緩和ケアを広げるための病診連携』

県立広島病院 緩和ケア支援センター

センター長 本家 好文 先生

○平成21年7月17日(金)

『糖尿病治療に関する新たな展開』

－管理目標と薬剤の選択－』

大分大学医学部 看護学科

地域・老年看護学

教授 浜口 和之 先生

○平成21年7月24日(金)

『直腸癌の外科治療』

藤田保健衛生大学 消化器外科

教授 前田 耕太郎 先生

○平成21年7月31日(金)

『C型肝炎・肝癌の最近の話題』

宮崎大学医学部 内科学

消化器血液学講座

日向市東臼杵郡内科医会だより

本年4月1日、日向市に平日夜間の軽症患者(中学生以上)を診る日向市初期救急診療所が開設されました。

初期(軽症)救急患者が二次救急病院で夜間に受診する機会を減らし、二次機関の負担を軽減させるのが目的です。

主に日向市東臼杵郡医師会の医師2名による当番制で診察。重度の場合には近くの二次救急病院へ搬送しています。

平成21年1月から6月までに当内科医会が主催、共催して実施した学術講演会は次の通りです。

○平成21年2月27日(金)

日向地区急性期医療連携検討会

『CPA症例における全身CTの有用性の検討』

『県北救急の過去・現在・未来』

県立延岡病院救命救急センター

医長 竹智 義臣 先生

○平成21年3月12日(木)

『脳心腎連関とARB』

熊本大学腎臓内科学

講師 北村 健一郎 先生

○平成21年4月24日(金)

『C型肝炎・肝癌の診断と治療』

宮崎大学医学部内科学講座消化器血液学

分野

講師 永田 賢治 先生

○平成21年5月27日(水)

『宮崎県における急性冠症候群の現状』

宮崎市郡医師会病院循環器内科

医長 柴田 剛徳 先生

○平成21年6月5日(金)

『血管再生療法の現状』

名古屋大学大学院医学系研究科循環器内科

教授 室原 豊明 先生

○平成21年6月26日(金)

『高血圧患者におけるCandsartan

長期投与の大血管及腎循環への効果』

横田内科

院長 横田 直人 先生

『厳格な降圧療法とコンコダンス』

大阪大学老年・腎臓内科学

教授 楽木 宏実 先生

(文責：古賀 正広)

児湯内科医会だより

平成21年上半年の当内科医会関連の講演会等は以下の通りです。

○平成21年1月20日(火)

第85回児湯カンファランス

1. 糞線虫症の2例

国立病院機構宮崎病院

内科 寺本 仁郎

2. 多発関節破壊を来す疾患

国立病院機構宮崎病院

整形外科 黒木修司 先生

○平成21年2月20日(金)

第22回国立病院機構宮崎病院医療セミナー

肺癌の診断と治療

～これ肺癌？それと最近の症例から～

国立病院機構宮崎東病院

外科部長 白間 康博 先生

○平成21年3月10日(火)

児湯内科医会学術講演会

新しくなった高血圧治療

- J S H2009

愛媛大学大学院病態情報内科学教授

檜垣 實男 先生

○平成21年3月17日(火)

第86回児湯カンファランス

特別講演

C K D患者の貧血の治療経験

宮崎県立宮崎病院

内科 上園 繁弘 先生

○平成21年5月18日(火)

第87回児湯カンファランス

1. 肺結核の現状と画像診断

国立病院機構宮崎病院

放射線科 堀見 克礼 先生

2. 重症心身障害児(者)施設；NIC

U後方施設としての役割と現状にお

ける問題点

国立病院機構宮崎病院

小児科 内山伸一 先生, 武口真広 先生

○平成21年7月21日(火)

第88回児湯カンファランス

特別講演

『C型肝炎の最新の治療について』

宮崎医療センター病院

消化器・肝臓センター

副部長 岩満 章浩 先生

(文責：寺本 仁郎)

西都市・西児湯内科医会だより

少子高齢化が加速していく日本, 経済規模の縮小も予想される中, 次世代に少しでも良い社会をと願っているのに, ゴタゴタのみで

活力のない政治が続くうんざりです。

政治家・マスコミには日本の将来を考え、もっと真剣になって欲しい。

さて会員の先生方、如何お過ごしでしょうか。当会におきましては、以下の講演会を開くことができましたので御報告致します。

○平成20年5月23日（金）

「口腔癌の治療について」

県立宮崎病院 歯科口腔外科

部長 林 升 先生

○平成20年7月25日（金）

「C型肝炎の最新の治療について」

宮崎大学医学部附属病院第二内科

助教 楠本 寿典 先生

○平成20年11月21日（金）

「身体症状を伴ううつ病の最近の知見」

宮崎大学医学部精神医学分野講座

助教 船橋 英樹 先生

○平成21年2月27日（金）

「花粉症・アレルギー性鼻炎の診断と治療」

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

准教授 松根 彰志 先生

○平成21年5月29日（金）

「冠動脈硬化症・狭心症の診断

～冠動脈CT検査法を含めて～」

宮崎循環器病院

院長 竹永 誠 先生

（文責：水田 能久）

南那珂内科会だより

日南市初期夜間急病センターの運営が8月1日より始まります。5月のゴールデンウィーク、お盆には初診の小児受診も考えられ、

先日小児科の専門医を招き、小児の診療を学びました。小児科ならではの診たてがあり大変勉強になりました。やはり緊張した夜を迎えそうです。7月より当内科と日南市立中部病院、県立日南病院の間で糖尿病連携パスが始まりました。若い方でも利用できるように3泊4日の入院にしました。まだあまり稼働していませんが、特定健診も始まり、医師の方にも糖尿病に対する理解が深まればと考えています。

平成20年12月からの内科系講演会は以下の通りです。

○平成20年12月16日

下肢の血管疾患について

くわばら医院

院長 桑原 正知 先生

○平成21年2月16日

心臓血管外科手術の最前線

～当院での手術成績を中心に

宮崎県立宮崎病院 心臓血管外科

部長 金城 玉洋 先生

○平成21年3月12日

第一線の医師に必要な肝炎対策の知識

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

教授 坪内 博仁 先生

○平成20年10月6日

当院における膠原病、リウマチの最前線

県立日南病院 内科

医長 田中 弦一 先生

関節リウマチ治療の新たなステージ—内科医の役割—

宮崎大学医学部内科学講座

免疫感染病態学講座

講師 長友 安弘 先生

○平成21年4月16日

ガイドラインを踏まえた
新しい高血圧治療戦略
熊本大学大学院医学薬学研究部
生体機能薬理学

教授 光山 勝慶 先生

○平成21年6月11日

IFN助成制度の変更点
串間市民病院

院長 黒木 和男 先生

C型肝炎, 肝癌の最近の話題
宮崎大学医学部内科学 消化器血液学講座

講師 永田 賢治 先生

○平成21年7月9日

腎臓病：診断と治療の進歩
- かかりつけ医と専門医の連携は大切である -
県立日南病院

副院長 原 誠一郎 先生

(文責：島田 雅弘)

西諸内科医会だより

この稿を書いている7月26日現在、衆議院が解散され、8月30日の選挙にむけて選挙戦が始まっています。医療にとって、この4年間は崩壊に向ってただひたすら突き進んだのみであったような気がします。思えば、私が新人医師のころ、すでに旧厚生省は医師の増加は医療費を押し上げる原因だと医師数抑制を図っていました。その後、医学部の学生数はへらされ、現在の深刻な医師不足の原因の1つであると考えられます。きたるべき選挙では、どこが医療を真剣に考えて、よりよい方向に向けてくれるか、しっかり見極めて、前回の郵政選挙の愚は二度としないようにし

なければならぬと考えています、といっても、この便りが掲載される第76号の時点では、7月26日現在、民主党きわめて優勢ということの答えはどうなっているのでしょうか？政権交代がおり、ある程度の混乱の中にあるのでしょうか心配です。

西諸では、小林市立病院の改築が終わり9月24日より新病院での診療を開始することになっています。現在、検査・入院医療に力を注ぎたいと、オーバー気味の内科外来の縮小を図っています。

平成21年1月からの西諸内科医会の講演会は以下のとおりでした。

○平成21年2月6日

肩腱板断裂の病態と鏡視下手術
熊本大学大学院医学薬学研究科
運動骨格病態学

准教授 井出 淳二 先生

○平成21年2月24日

日本人の高血圧治療トピックス
～高血圧治療ガイドライン2009を中心に～
宮崎県健康づくり協会

宮崎大学名誉教授 江藤 胤尚 先生

○平成21年3月26日

下部尿路機能障害
～BPHと過活動膀胱について～
宮崎大学医学部 外科学分野講座
泌尿器科学分野

兼任講師 井上 勝己 先生

○平成21年4月17日

心血管病の新たな危険因子
～腎臓からの警鐘～

川崎医科大学 医学部

教授 柏原 直樹 先生

○平成21年5月15日

夢の長寿社会
名古屋学芸大学

学長 井形 昭弘 先生

○平成21年 6月10日

最近の大腸疾患について
宮崎大学医学部 内科学講座
消化器血液内科学分野

助教 山本 章二郎 先生

○平成21年 7月23日

循環器疾患における高尿酸血症の意義
～高血圧から心不全まで～
鳥取大学医学部附属病院
卒後臨床研修センター

准教授 荻野 和秀 先生

(文責：野本 浩一)

原稿募集

次の原稿締切は平成21年12月26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

木佐貫博人	三原 謙郎	宮永 省三
田中 宏幸	牛谷 義秀	青木 敏浩
名越 敏郎	佐々木 隆	山田 孝俊
大森 史彦		

編集後記

今年の宮崎は空梅雨で例年の半分以下の降水量であった様です。その反動なのか、からっとした夏空が例年に比べ少なく、早朝時からの力強い蝉の鳴声も連日は聞かれなかった様に思います。一方九州北部、中国地方では梅雨前線停滞の影響で、長雨が続き、水害や土砂災害に見舞われ、梅雨明けが例年より1ヶ月近くも延びて異常気象を感じる夏でした。

さてそんな中で行われた衆議院選挙で大方の予想通り民主党の圧勝に終わりましたが、今度は内容面で、少しでも医療従事者の労働条件を改善し、国民の健康を守るという最低限の条件はクリアできる様にして頂きたいと願うばかりです。

本号巻頭言は副会長の野田先生に看護学校からみた医療崩壊の現状と対策について述べて頂きました。また今回より宮崎大学新任教授の御紹介、御挨拶を加えさせて頂き、泌尿器科学の賀本先生にお願い致しました。宮崎の泌尿器科学の発展の為に先生の益々の御活躍をお祈り申し上げます。その為に我々内科医の連携、バックアップ宜しく願います。特集は宮崎大学血液浄化療法部の藤元先生にCKD診療ガイドラインについて大変解りやすくまとめて頂きました。会員投稿は超高齢者非閉塞性腸管虚血症、うつ病診療、糖尿病患者実態調査、C型慢性肝炎、線維筋痛症、リハビリテーション医療と介護指導の成果に関する、いずれも示唆に富む興味深い論文です。連載中の漢方治療は木下先生に下痢、臨床膠原病講座では村井先生に全身性エリテマトーデスについて事細かに解説を頂きました。他科からの提言は宮崎大学脳神経外科の横上先生に脳梗塞の診断、治療について大変解りやすくまとめて頂きました。特にt-PAの適切な使用法はとて有益です。

最後になりましたが、今年は季節性に加えて新型インフルエンザの大流行が懸念されます。予防接種希望者の増加も予想され、例年になく多忙な時期を迎えそうです。我々医療スタッフは冷静かつ周到な準備にてこの時期を乗り切らなくてはなりません。会員の先生方にはお体にお気を付け頂き、明日への診療の指針となるべく宮崎県内科医会誌への投稿をこれからも引き続き宜しくお願い申し上げます。

(青木 敏浩)

発行所

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

発行人 栗林 忠信
編集人 木佐貫 博人
印刷所 愛文社印刷所