

[巻頭言]

常任理事を務めさせていただいて

宮崎県内科医会常任理事

中津留 邦 展

平成20年4月に県内科医会執行部が志多武彦会長から栗林忠信会長の体制となって2年間経ちました。栗林忠信会長、小牧齋副会長、仮屋純人副会長、野田寛副会長のもと、常任理事を務めさせていただきました。何分不慣れな職務で会員の先生方や県医師会内科医会担当職員の皆様にもご迷惑をお掛けしながら何とか2年務めることができました。ご協力に対しましてこの場を借りまして厚く御礼申し上げます。

この2年間に医療を取り巻く環境はさらに悪化していますが、昨年民主党政権になり、今春の診療報酬もわずかにではありますが、上がるということで少しは希望が持てるのかなと期待したい気持ちです。ただ県内ではいろいろな科の医師不足は相変わらず続いており、内科医不足も然りです。とくに病院の常勤内科医確保はどこも頭を悩ませている問題と思います。既に宮崎県、宮崎大学、県医師会も共同して医師確保に努めており、即効性のある対策はないと思いますが、医学部の学生や研修医にクリニカルクラークシップ、研修などを通じて内科の魅力をどのように伝えることが出来るか、内科医を志望する医師をどう増やせるか内科医会としても積極的に考え、関与していくことも重要と思います。

内科医会は、現在先生方が入会されておられる県内科医会の他、各郡市の内科医会、日本臨床内科医会（日臨内）がありますが、県内科医会の先生方が必ずしも全ての内科医会に入会されておられる訳ではありません。平成21年10月現在、宮崎県内科医会が468名、郡市内科医会が全体で448名、日臨内が315名です。昨年3月の県内科医会誌第75号の巻頭言で日臨内につきまして小牧副会長が書かれておられますが、日臨内は臨床内科医が診療報酬等について中央に対して発言出来る団体であり、インフルエンザ診療マニュアル等の発行などを通じ内科診療に貢献している学術団体でもあります。是非日臨内にも入会をお願いしたいと思います。各郡市内科医会を通じまして、入会のご案内をさせていただきたいと存じますのでご協力のほどお願い申し上げます。

ご挨拶



宮崎大学医学部麻酔生体管理学

恒吉勇男

宮崎大学医学部麻酔生体管理学の教授に就任いたしました。早いもので2年が過ぎました。就任当初はいきなり世に出た感があり、猪突猛進の日々を過ごしておりましたが、最近では自分の置かれている立場を冷静に、かつ客観的に分析する余裕も生まれ、つまるところ己の未熟さに歯痒い思いを抱きつつ精進の日々を送っております。

私は、昭和37年に宮崎市で生まれ、赤江小中学校、宮崎南高校を卒業し、鹿児島大学医学部へ進学しました。もともと生物に関心がありましたが、医学の道を志したのは高校に入ってからのことと記憶しています。当時から医学部の偏差値は極めて高く、当時スパルタ教育で有名であった宮崎南高校でもトップ20番以内が医学部合格の目安と云われていました。厳しい環境ではありましたが、その甲斐あってか南高校の同期からは16名が医師となっています。随分久しぶりに旧友にばったり会ったりもしますが、25年の歳月が瞬く間にタイムスリップして気兼ねなく楽しいひと時が過ごせるのも宮崎へ帰れたお陰であると深く感謝しています。

麻酔科医を志したのは、恩師吉村望鹿児島大学名誉教授のお導きによるものです。実は

外科へ入局届を提出しようと廊下を歩いていると吉村名誉教授に呼び止められ、その場で入局が決定しました。なんと意志の弱いと思われる方も多いとは思いますが、人生を左右する大きな決断は、人生経験を積んだ慧眼の先達に任せることは若い時分には必要なことのように思います。麻酔科学は、学生時代に好きだった生理学を臨床の場でストレートに体験できる醍醐味があること、さらに心肺蘇生といった医師にとって不可欠な手技を早くにマスターすることで医師としての基礎が確立すると考えていました。しかしながら、何よりも吉村名誉教授のお人柄に惹かれたことが決定打となりました。鹿児島大学では、臨床もさることながら研究面でも上村裕一現鹿児島大学麻酔科教授と出会い、血管平滑筋の研究を通して研究のイロハをご教授いただきました。大学院では成果がなかなか論文にならず苦勞しましたが、最終的には麻酔学の名立たるジャーナルに3編も受理されることになり、自分の考えを世界に伝える快感に目覚め、以後研究に費やす労力が苦にならなくなりました。2001年に全米集中治療医学雑誌に掲載された敗血症性ショック患者の治療に関する論文は、今では190編以上の論文に引用され、私の研究歴の金字塔となっています。

宮崎大学麻酔科には、初代本松研一教授、2代目高崎真弓教授により立派に教育された医局員が50名ほどおり、さらに私が赴任してから7名の新入局者があり、総勢57名在籍しています。派遣病院は九つあり19名が勤務しており、28名が大学にいます。宮崎大学付属病院は、最近リニューアルされつつありますが、麻酔科は一足先に手術室が12室、ICUが16床と大幅に拡大されました。それに伴い業

務量も大幅に増加しましたが、皆不平を云うこともなく残業もいとわずに懸命に働いてくれています。この勤勉さは、先代教授が築き上げた財産であると感謝するとともに、これからもこのよき伝統を引き継ぎたいと考えています。

内科の先生方とは、術前検査で紙面を通して疎通する程度であまりお会いする機会もありませんが、患者情報の取得において先生方

のデータがどれほど有益であるか、言葉にできないほど感謝しています。将来は、麻酔科の疼痛管理技術を通じて緩和ケアの分野でお役に立ちたいと考えています。まだまだ人手不足で十分な貢献はできませんが、いつの日か内科の先生方に恩返しができることを夢見しております。

今後とも宮崎大学麻酔科をよろしく願い申し上げます。

特集**2型糖尿病治療におけるインクレチン療法の位置づけ**

宮崎市 潤和リハビリテーション振興財団 潤和会記念病院
糖尿病・代謝内科 部長

水田 雅也

はじめに

我が国では、2型糖尿病に対する治療として、永くスルフォニル尿素薬を中心とした処方なされてきた。近年種々のエビデンスの集積からメトフォルミンやピオグリタゾンのようにインスリン抵抗性を改善する薬剤が我が国でも多く使用されるようになってきている。現在インクレチンが新しいカテゴリーの糖尿病治療薬として注目されるようになってきている。

インクレチンとは

インクレチンとは、ブドウ糖を経口摂取することにより消化管から分泌され、膵β細胞からのインスリン分泌を促進する消化管ホルモンの総称である。現在、下部小腸L細胞から分泌されるGLP-1 (glucagon-like peptide 1) と上部小腸K細胞から分泌されるGIP (glucose-dependent insulintropic polypeptide) の2つが知られている。両者はともに食事摂取により血中濃度が上昇し、血中グルコース濃度依存性に膵β細胞からのインスリン分泌を促進する。GLP-1とGIPに対する特異的な受容体がすでに分子クローニングされており(7回膜貫通型のG蛋白共役受容体)、膵β細胞での発現が確認されている。膵β細胞以外でも発現が観察されるが、

その分布はそれぞれの受容体で異なっており、膵外での生理作用も両者で異なっている。

GLP-1の膵外作用としては、胃排出時間の延長、摂食抑制作用が知られており、いずれも血糖値を低下させるほか、体重を低下させる効果が認められる(図1)。一方、GIPの膵外作用としては、グルコースの脂肪細胞への取り込みの増強(肥満を助長する)、骨へのカルシウム沈着増加が報告されている¹⁾。

GLP-1とGIPはいずれもその分子内N端から2番目にアラニンを有しており、分泌されたこれらのペプチドホルモンは蛋白分解酵素DPP-IV (dipeptidyl peptidase IV) によって容易に分解され失活する。

インクレチンの膵作用の特徴

インクレチンの膵作用にはいくつかの特徴がある。第一に、インクレチンは、特異的な受容体に結合し、細胞内cAMP濃度を上昇させインスリン分泌を増強するが、この作用は、グルコースによるインスリン分泌刺激経路を増強するもので、グルコース刺激がない状態では発揮されない(グルコース刺激による細胞内カルシウム上昇のシグナルは、インクレチン効果が発現されるのに必須である)。すなわち、インクレチンのインスリン分泌促進作用は、高血糖域でのみ観察され、血糖値

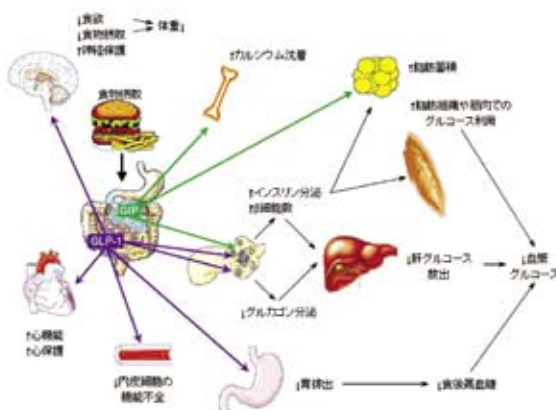


図1 GLP-1 と GIP の分泌と生理作用。GLP-1 と GIP の作用は多岐にわたる。GLP-1 (紫色の矢印) の機能は主に膵島でのインスリン分泌促進とグルカゴン分泌の抑制である。その結果、肝グルコース産生は低下し、筋肉や脂肪組織でのグルコース取り込みが増加することで、血糖値が低下する。胃排出の抑制作用も食後血糖値の低下に寄与する。更に中枢作用により食欲と食物摂取が減少する。また、GLP-1 の心血管系への効果も基礎的研究で観察されている。GIP (緑色の矢印) は主に β 細胞で作用すると考えられているが、脂肪組織での脂肪蓄積亢進や骨へのカルシウム沈着を増加させる作用がある。

が正常～低値域では観察されない（グルコース濃度依存性）。血糖値が低い場合でもさらにインスリン分泌を刺激するSU薬と大きく効果が異なる点である。第二に、インクレチンは、アポトーシスの抑制と細胞増殖作用によって β 細胞数を増加させる可能性がある。2型糖尿病では、 β 細胞数が進行性に減少すると考えられており、インクレチン作用により病態の進行の遅延あるいは病態の回復が得られる可能性がある。第三に、インクレチン (GLP-1) は、膵 α 細胞に作用しグルカゴン分泌を抑制する。通常健常者では食後にグルカゴン分泌が抑制されるが、糖尿病患者ではグルカゴン分泌抑制が観察されず、むしろ分泌が亢進している。グルカゴン分泌亢進は、食後血糖上昇の主要な因子であり、インクレチンは、インスリン分泌促進と同時にこの系を抑制して食後血糖を調節していると考えられる。

インクレチン療法のストラテジー

現在臨床的に利用できる、あるいは近い将来利用できるインクレチン療法には、GLP-1 受容体アゴニスト (または *incretin mimetics*) と DPP-IV 阻害薬 (または *incretin enhancer*) の二つのカテゴリーがある。

1) GLP-1受容体アゴニスト (*incretin mimetics*)

GLP-1の血中半減期は2分程度であり、そのままでは治療薬として用いることができない。エクセナチドは、GLP-1のN端から2番目のアラニンをグリシンに置換することによりDPP-IVの影響を受けにくくしたもので、現在欧米ではすでに臨床使用されている (一日2回皮下注射)。またGLP-1に脂肪酸側鎖を付加することによってDPP-IVによる切断を回避するリラグルチドは、一日1回の投与が可能で、わが国でも承認申請中である。

2型糖尿病ではエクセナチドの投与によりHbA1cが1%以上低下し、2相性インスリンアスパルトとの比較では (52週間)、インスリンと同等の血糖降下作用が認められてい

る(図2)²⁾。2相性インスリンアスパルトと比較して夜間の低血糖の発生頻度が有意に少なく、体重低下作用が顕著であった(エクセナチド群-2.5kg, 2相性インスリン群+2.9kg)。ただしエクセナチド群で悪心が高頻度に観察された(エクセナチド群33%, 2相性インスリン群0.4%)。

いずれの薬剤もペプチド製剤で皮下注射する必要があるが、著者らはヒトGLP-1の経鼻投与を可能にする製剤を開発し、臨床治験(プラセボ比較二重盲検試験)を行った。各食前の一日3回、2週間の投与により実薬群では有意なグリコアルブミン値の低下が観察され

た。この薬剤の血中半減期は9.8分と短い、実薬群では食事に対するインスリンの初期分泌が改善するほか、有意なグルカゴン分泌抑制効果が確認された(図3、未発表データ)。

2) DPP-IV阻害薬

2009年12月にわが国でもシタグリプチンが発売されたが、今後いくつかの製剤が上市予定である。incretin mimeticsと異なりいずれも経口投与可能である。

シタグリプチンとビルダグリプチンはともに、単独使用ならびにピオグリタゾン、メトフォルミン、グリメピドとの併用療法において、2型糖尿病患者のHbA1cを有意に低

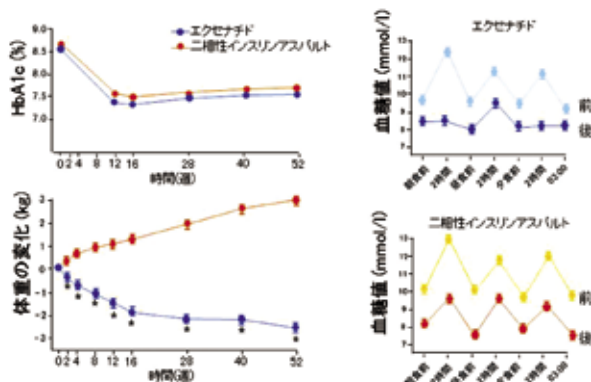


図2 経口糖尿病薬でコントロール不十分な2型糖尿病に対するエクセナチド1日2回投与の効果。2相性インスリンアスパルトとの比較で、HbA1c、体重への効果と、使用前後での血糖日内変動を示す。

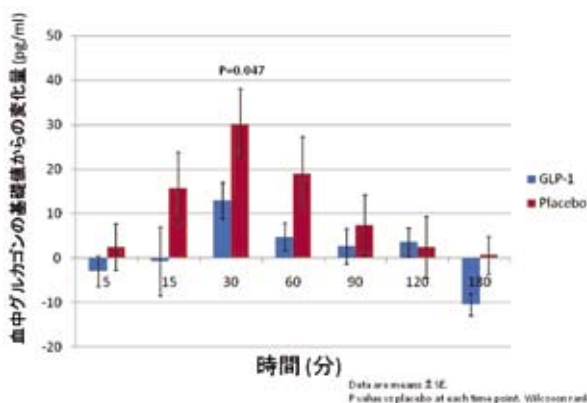


図3 2型糖尿病患者における経鼻GLP-1のグルカゴン分泌抑制効果。朝食直前にGLP-1製剤を鼻腔内投与し、食事前後に血漿グルカゴンを測定した。

下させた（開発データ）（図4）。いずれの治療においても、DPP-IVの併用による低血糖の発現頻度の増加はみられなかった。一方、incretin mimeticsにみられるような体重減少効果は両者とも認めなかった。シタグリプチンの12週投与によるボグリボースを対象とした非劣性検証試験では、ボグリボース投与群でHbA1cが0.3%低下するに留まったのに対し、シタグリプチン群では0.7%低下し、両群間で有意差を認めた。また国内臨床試験の結果、シタグリプチンの血糖降下作用は52週まで継続し、スルフォニル尿素薬にみられる二次無効のような現象はみられなかった。

ビルダグリプチンを用いた臨床試験では、薬剤投与により食後の血糖上昇が抑えられた。このとき血中のGLP-1の濃度は対照群の2倍程度まで増加するが、インスリン分泌反応は両者でほとんど相違なかった。一方グルカゴン分泌はビルダグリプチン投与群で20%程度抑制されていた³⁾。DPP-IV阻害薬による血糖降下作用は、インスリン分泌増強によるのではなく、グルカゴン分泌抑制の効果が主体なのかもしれない。

DPP-IVは、CD26などの活性化T細胞の細胞膜にも存在するため、DPP-IV阻害薬による免疫系への影響が懸念されたが、臨床試験の結果、この点に関する重大な副作用・有害事象は観察されていない⁴⁾。

DPP-IV阻害薬は、ほとんど体内で代謝を受けることなく腎から排泄される。このため腎機能低下を認める症例では減量あるいは使用を控える必要がある。

終わりに

欧米においては、肥満にもとづくインスリン抵抗性が糖尿病の病態に大きく関与しているのに対して、日本人を含むアジア系民族ではインスリン抵抗性は比較的軽度で、インスリン分泌低下が病態の主役をなしている場合が多いと考えられている。インクレチン療法は、特に日本においては、糖尿病の病態の本質的な異常を改善する可能性がある。またインクレチン療法は、動物を用いた基礎研究の結果からは、長期使用により膵β細胞数を増加させる効果も期待され、糖尿病そのものを治療できる可能性がある。インクレチン療法

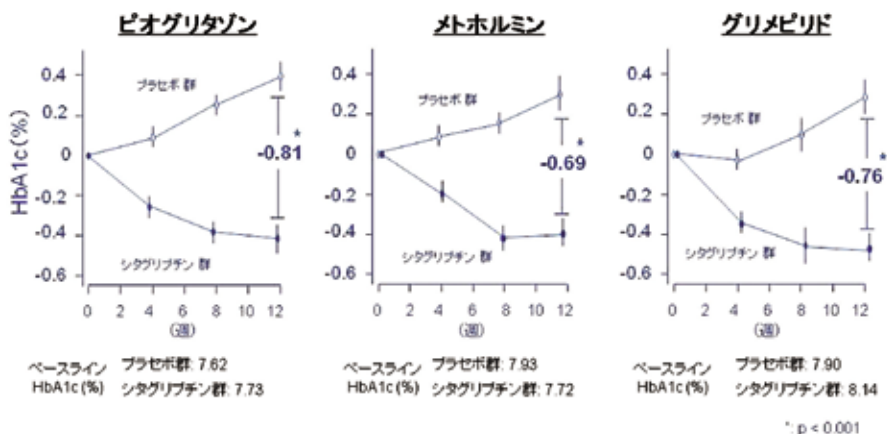


図4 2型糖尿病患者におけるシタグリプチンの、ピオグリタゾン、メトホルミン、グリメピリドとの併用効果。12週間投与時のHbA1cの基礎値からの変化量を併用群別に示す。

は、長期使用の安全性が確認されれば、低血糖を起こしにくい、体重増加をきたしにくい、さらに糖尿病そのものを治療できる薬剤として糖尿病治療薬の歴史にあらたなページを加えるであろう。

参 考 文 献

- 1) Holst JJ, Deacon CF, Vilsboll T, Krarup T, Madsbad S: Glucagon-like peptide-1, glucose homeostasis and diabetes. *Trends Mol Med* (2008) 14: 161-8
- 2) Nauck MA, Duran S, Kim D, Johns D, Northrup J, Festa A, Brodows R, Trautmann M: A comparison of twice daily enenatide and biphasic insulin aspart in patients with type 2 diabetes who were suboptimally controlled with sulfonylurea and metformin: a non-inferiority study. *Diabetologia* (2007) 50:259-67
- 3) Ahren B, Landin-Olsson M, Jansson PA, Svensson M, Holmes D, Schweizer A: Inhibition of dipeptidyl peptidase-4 reduces glycemia, sustains insulin levels, and reduces glucagon levels in type 2 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* (2007) 89: 2078-84
- 4) Drucker DJ, Nauck MA: The incretin system: glucagon-like peptide-1 receptor agonists and dipeptidyl peptidase-4 inhibitors in type 2 diabetes. *Lancet* (2006) 368: 1696-1705

[会員投稿論文]

メニエール病に併発した洞不全症候群の1例

日向市東郷町 青柳内科循環器科

青柳 淳太郎

はじめに

日常診療でみることの多い疾患の一つがメニエール病であり、その症状にフラフラ感がある。フラフラ感を鑑別すべき疾患は多々ある。しかし一度メニエール病の診断をつけてしまうと、多忙な診療業務と相俟ってフラフラ感はこのよるものといふ決め込んでしまう。今回、その思い込みからひやりとした症例を経験したので報告する。

症 例

患者：78歳 女性 身長153.5cm

体重51.5kg

生活歴・家族歴：特記するものなし

既往歴：高血圧 冠攣縮性狭心症

前医にて平成6年に心臓カテーテル検査施行されている。冠動脈に有意狭窄病変なく、エルゴノピン負荷試験陽性であり冠攣縮性狭心症と診断されている。平成19年3月当院紹介され、以降高血圧と冠攣縮性狭心症を主対象として外来治療を開始した。

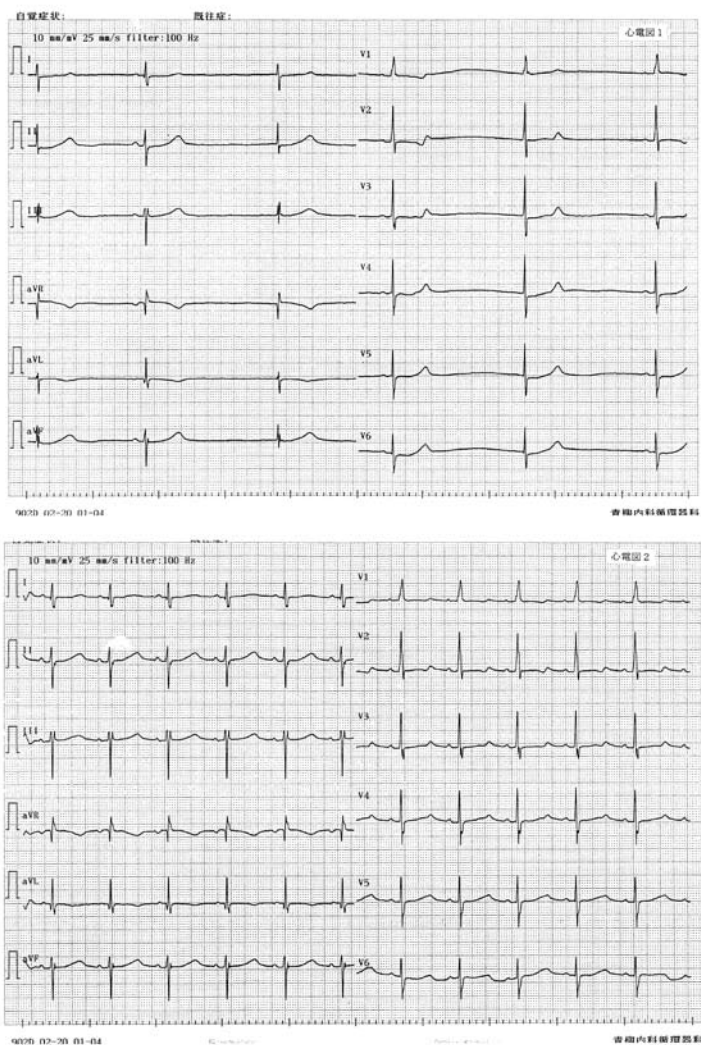
平成20年7月24日、3日前から持続する目まい（回転性目まいとフラフラ感）、嘔気・嘔吐、耳鳴りを訴えて受診される。症状からメニエール病と診断し、対症療法を開始した。

7月25日、嘔気は消失したが目まいが続いて動けないと往診依頼あり。患家にて脈拍60/分・整、血圧152/64、メニエール病の症状持続と考えメイロン静注と補液を実施した。

7月26日、食欲低下を訴え自力歩行にて来院。両側橈骨動脈触診開始と同時に全身硬直と失神が出現した。処置室での血圧は触診法で60mmHg。心電図（心電図1）では補充調律を伴う著明な洞性徐脈を認めた。洞不全症候群によるショックと考え、血管確保の後硫酸アトロピンを1/2A静注しブレドパー5γを開始した。これにて脈拍50/分の洞調律（心電図2）に復し、血圧は100/50へ上昇、県立延岡病院へ救急搬送した。同院での心臓カテーテル検査では冠動脈に有意狭窄病変なく、電気生理学的検査ではA-Hブロックを指摘されている。7月27日ペースメーカー移植術施行され、8月4日退院となった。

考 察

Adams-Stokes発作は心拍出量低下による脳虚血が原因であり、失神（syncope）や前失神状態（presyncope）は代表的症状である。一方、日常診療ではpresyncopeを疑う場面に遭遇することも稀ではない。多彩な疾患が関与するが、メニエール病もその一つである。



(図) 上段：心電図1，下段：心電図2

メニエール病は反復する回転性目まい・耳鳴り・難聴を特徴するが、その間にフラフラ感を訴えることもある。メニエール病が原因と考えていた数日間の症状のなかにAdams-Stokes症状が紛れていた可能性もある。本症例の失神は診察室で出現したため迅速に対応できたが、在宅でしかも独居時に出現していたら生命予後に影響を与えた可能性がある。反省させられた症例であった。

おわりに

メニエール病と考えた数日間の症状の後、診察室で失神発作をきたした洞不全症候群の一例を経験した。実地医家の多忙な日常診療のなかではある症状の一つの疾患をあてはめ、以降それと思い込んで対処しがちである。私自身への反省と警鐘をこめ報告する。

[会員投稿論文]

気管支内視鏡下でのアルゴンプラズマ凝固法が有効であった気管支動脈瘤の1例

宮崎市 善仁会 宮崎善仁会病院内科

床島 眞紀, 山下英一郎, 平田 温

はじめに

アルゴンプラズマ凝固法 (Argon plasma coagulation; 以下APC) は, 耳鼻科や消化器領域において様々な出血に対する止血や腫瘍焼灼などに対して使用されることが多い方法であり, その安全性や有効性については既に確立されている。しかしながら, 呼吸器領域においては腫瘍焼灼や気道狭窄解除などに対してAPCを使用した報告が散見されるものの, その数は少ない¹⁻³⁾。

一方, 気管支動脈瘤は比較的まれな疾患であり, 動脈瘤破裂による咯血の治療としては気管支動脈塞栓術や手術を施行される^{4,5)}。

今回我々は, 咯血を繰り返した気管支動脈瘤に対してAPCを行い有効であった症例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

症 例

【症 例】26歳, 男性。

【主 訴】咯血

【既往歴】花粉症, 蕁麻疹のため時に抗アレルギー剤服用。気管支喘息などの呼吸器疾患なし。

【家族歴】特記事項なし。家族に同様の疾患なし。

【生活歴】会社員。喫煙:20本/日×10年間,

飲酒;ビール約700ml/日。

【現病歴】2004年7月初めて咯血したため近医に入院し胸部CT, 気管支内視鏡検査を施行されたが原因不明であった。自然に咯血は消失したため退院したが同年11月に再び咯血し他医を受診した。咯血は速やかに消失しており胸部X線にて異常陰影を認めなかったことから気管支炎による一過性の咯血, 血痰を疑われ経過観察された。2005年11月下旬に咳嗽とともに血痰が出現し, さらに翌日比較的大量の咯血がみられたため精査加療目的で当院入院となった。耳鼻科受診では特に出血の原因となる病変は認めなかった。

【入院時身体所見】身長170cm, 体重67kg, BMI 23.1, 血圧130/72mmHg, 脈拍90/分, 呼吸数18回/分, SpO₂ 98% (室内気), 体温37.3℃, 呼吸音 清, 心音 純, 腹部異常所見なし, 神経学的異常所見なし。

【入院時検査成績 (Table 1)】末梢血液検査では白血球増多はなく, CRPも陰性であった。咯血を来す疾患群について凝固能やANCA, 膠原病についてもスクリーニングを行ったが陰性であった。SCCが3.33ng/mlと上昇していた。喀痰検査では結核菌や悪性細胞は検出されなかった。咯血を誘発する可能性があるため呼吸機能検査は行わなかつ

た。

Table 1, Laboratory data on admission

<CBC>		Glu		<Coagulation>	
WBC	5300 / μ l	148 mg/dl	PT	12.0 sec	
Nt.	61.5 %	Na	140 mEq/l	PT INR	1.16
Ly.	31.0 %	K	3.9 mEq/l	APTT	35.1 sec
Eo.	2.0 %	Cl	105 mEq/l	<Tumor marker>	
RBC	490 \times 10 ⁴ / μ l	T-cho	194 mg/dl	CEA	0.7 ng/ml
Hb	14.5 g/dl	UA	6.2 mg/dl	SDC	3.33 ng/ml
Hct	43.0 %	<Serology>		proGRP	< 3.1 pg/ml
Pit	22.3 \times 10 ⁴ / μ l	CRP	0.0 mg/dl	<Sputum>	
<Blood chemistry>		HbS-Ag	(-)	Culture	Negative
TP	6.8 g/dl	HCV-Ab	(-)	Culture	Negative
Alb	4.8 g/dl	TPHA	(-)	Gaffky	Negative
AST	23 IU/L	RA test	(-)	Cytology	No malignancy
ALT	33 IU/L	ANA	< \times 40		
LD	273 IU/L	CH50	31.9 U/ml		
ALP	223 IU/L	ACE	9.0 IU/L		
γ -GTP	43 IU/L	PR3-ANCA	< 3.1 U/ml		
CK	163 IU/L	MPO-ANCA	< 3.1 U/ml		
AMY	63 IU/L	KL-6	302 U/ml		
BUN	11.9 mg/dl				
Cr	0.9 mg/dl				

【入院時胸部画像所見 (Figure 1)】胸部 X線写真 (A) では右下肺野にわずかにすりガラス状陰影を認めた。胸部CT (B, C) で右下肺野にすりガラス状陰影がみられたが、いずれも吸引力のものと考えられ明らかな出血源の特定はできなかった。

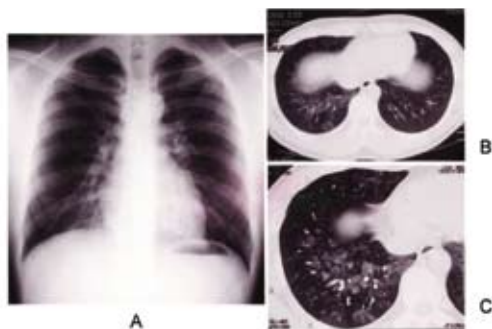


Figure 1 ; Chest X-P (A) obtained on admission, showing ground-glass opacities in the lower area of right lung field.

Chest CT (B, C) scan obtained on admission, showing ground-glass opacities in the right lower lobes.

【入院後経過】喀血が断続的に見られたため入院2日目に気管支内視鏡検査 (以下BF) を行ったところ、右底幹に拍動性に出血している径2mm程度の小さな動脈瘤を認

めた (Figure 2, A)。カメラの接触で容易に出血するもののしばらく出血が持続したあと血管は虚脱して自然に止血した。2mm程度の動脈瘤であり、胸部CTでは他に病変を伴わない単発のものと考えられたためAPCでの動脈瘤焼灼の目的でBFを行った。なお、APC施行前には気管支動脈造影検査や気管支動脈塞栓術 (以下BAE) についての説明を前もって十分に行い、待機していた。改めてBFにて観察すると、右底幹の気管支動脈瘤は退縮しわずかにみられるのみであった (Figure 2, B)。APCはERBE社の高周波ジェネレーター ICC350, 自動調節式アルゴン発生装置 APC300 を使用し、凝固出力をフォースドモードで20W, アルゴン流量1L/分にて行った。焼灼時間は1回1~2秒を断続的に計5回行った。この間数秒であった。発生する煙はわずかで視野は良好に保たれており、出血などの合併症もなく速やかに終了した (Figure 3)。APC後7日目と約3ヶ月目にBFにて観察したところ、粘膜は瘢痕化し内腔の狭窄もなかった (Figure 4)。外来で経過観察しているが再発はない。

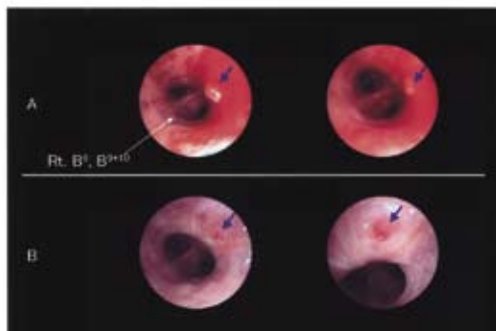


Figure 2 ; Findings of bronchofiberscopy showing small size aneurysm with vascular bleeding in the right lower lobe on admission (A). 2 weeks later after first examination (B).

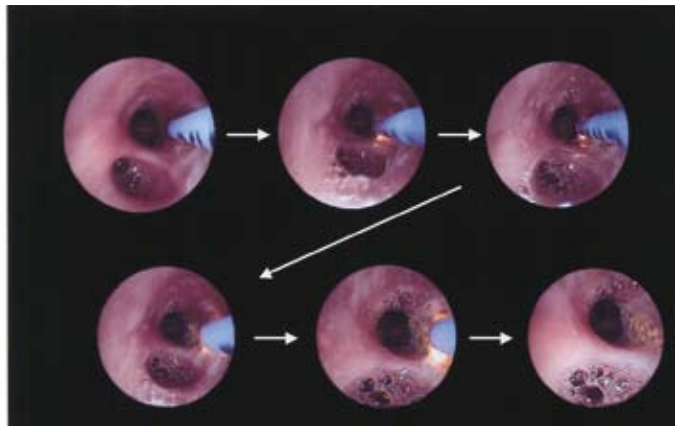


Figure 3 ; Bronchofiberscopic APC was successfully done without complication.



Figure 4 ; Findings of Follow-up bronchofiberscopy after seven days (A) and three months (B) after APC.

考 察

APCは耳鼻科や消化器領域で使用されているデバイスであり、既に様々な場面で高い有効性と安全性が確立されている。さらに新世代の機器の登場で、より安全性が高く応用範囲も広がってきている。しかしながら、呼吸器領域におけるAPCの用途は腫瘍焼灼での報告が中心であり、その数は少ない^{1,3)}。

噴出性、動脈性の出血に対してはAPCの有効性や安全性についてはまだ確立されていないため、動脈性出血に対するAPCの適応については今後も十分な検討が必要である。しかしながら胃潰瘍における動脈性出血であ

るいわゆるDieulafoys' ulcerにおける止血術としても、その安全性と有効性を評価した報告例⁶⁾があるため、ある程度の動脈性出血についても止血は可能であると考えられる。一般に気管支動脈瘤は1～5mmのものが多いが、今回我々の経験した気管支動脈瘤のサイズは直径2mm程度であり、自然に虚脱して止血する程度のものであったためこの程度のサイズであればAPCでも安全に止血は可能と思われた。さらに大きなサイズでの気管支動脈瘤に対するAPCの有効性と安全性については今後の十分な検討が必要である。APCを用いて気管支動脈瘤の止血を試みる場合には術前にBAEについても十分説明し同意を得た上で、バックアップ体制を整えておく必要がある。

APCはBAEに比べて侵襲が少なく、ピンポイントで病変を治癒させることが期待できる。煙もほとんど発生しないため視野も良好で、安全に施行し得た。経過観察のため気管支内視鏡検査を行ったが、焼灼部は目立たず良好な経過であった。

気管支動脈瘤に対して、APCによって良

好な結果を得られた1例を経験したため、文献的考察を含めて報告した。

ま と め

右底幹に発生した気管支動脈瘤に対して気管支内視鏡下にアルゴンプラズマ凝固法にて焼灼術を行った。合併症なく速やかに終了し、サイズの小さな気管支動脈瘤の治療として有効な方法と思われたが、適応については今後の十分な検討が必要である。今後気管支領域においてもAPCは有効に活用できるものと思われる。

参 考 文 献

- 1) Morice RC, Ece T, Ece F, et al. Endobronchial argon plasma coagulation for treatment of hemoptysis and neoplastic airway obstruction. *Chest*. 2001 ; 119 : 781-787.
- 2) 若松俊秀, 安尾将法, 花岡正幸, ほか. アルゴンプラズマ凝固法 (argonplasma coagulation : APC) にて長期寛解を得た気管原発腺様嚢胞癌の1例. *気管支学*. 2003 ; 25 : 438-441.
- 3) 伊東理子, 安尾将法, 中村勝, ほか. 結核治療50年後に発見された結核性気管支狭窄の1例. *日呼吸会誌*. 2007;45(1): 87-90.
- 4) 京樂由佳, 伊井敏彦, 平塚雄聡, ほか. 気管支動脈瘤を認めた咯血の1例. *気管支学*. 2002 ; 24 : 542-545.
- 5) 禹哲漢, 田尻道彦, 植草利公, ほか. 特発性気管支動脈破裂の2例. *気管支学*. 2007 ; 29 : 227-231.
- 6) Iacopini F, Petruzzello L, Marchese M, et al. Hemostasis of Dieulafoy's lesion by argon plasma coagulation. *Gastrointest Endosc*. 2007 : 66 (1) : 20-26.

[会員投稿論文]

好酸球増加から判明した糞線虫症の2例

川南町 国立病院機構宮崎病院 内科

猪島 俊朗, 小堀 祥三, 寺本 仁郎

はじめに

糞線虫症 (Strongyloidiasis) は、熱帯・亜熱帯地方に多く分布する糞線虫 (*Strongyloides stercoralis*) が寄生することにより生じる寄生虫性疾患であり、本邦では奄美や沖縄地方が好発地域である^{1~3)}。本症に罹患しても多くは無症状か、不定の消化器症状を呈する程度であるが、長期にわたって寄生状態が続き、免疫能の低下した患者においては過剰感染し致命的な播種性糞線虫症が引き起こされることもある^{1~3)}。

今回、私共は好酸球増加から判明した無症候性糞線虫症の2症例を経験したので報告する。

症例 1

84歳 女性 (沖縄県出身)

現疾患 #1 高血圧 #2 高コレステロール血症 #3 陳旧性脳梗塞

既往歴 70歳 脳梗塞

現病歴 60歳頃より高血圧などに対し近医にて内服加療されており、平成7年(70歳時)脳梗塞発症後、当院にて継続治療されていた。記録上は平成10年以降、慢性的な好酸球増多を認めていたが(表①)、自覚症状などは無く経過観察となっていた。その後も変化が無

かったため、平成20年12月精査を行なった。

検査所見 血液検査では記録の残っている平成10年以降、白血球分画で好酸球が30%前後と著高状態が続いていたが貧血や血小板減少はなかった(表①)。生化学所見では蛋白分画などは正常であったが、IgE (RIST法) 310 IU/mlと高値であり、HTLV-1抗体が陽性であった(表②)。また寄生虫抗体のスクリーニングを依頼したところ、糞線虫に対す

表① 検査所見

WBC 4650/μl (Neut 27.5% Eos 30.1% Baso 2.2% Mono 4.9% Lym 35.3%) RBC 465万/μl Hb 14.4g/dl
Hct 43.8% MCV 94.2fl Plt 16.9万/μl
AST 20 U/l ALT 15U/l ALP 236U/l γ-GTP 13U/l
BUN 12.2mg/dl Cre 0.6mg/dl T-cho 202mg/dl
TG 82mg/dl TP 6.5g/dl UA 3.8mg/dl BS 88mg/dl

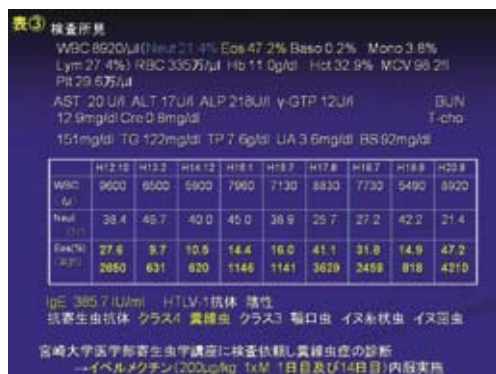
	H12.18	H11.12	H7.8	H8.2	H16.5	H17.12	H18.10	H18.12	H20.12
WBC (μl)	5700	4500	5600	4700	4420	4640	5430	4900	4650
Neut (%)	37.2	32.0	29.8	40.9	32.8	39.6	34.1	43.2	27.5
Eos (%)	17.3	18.1	18.6	16.0	32.8	30.0	32.8	18.8	30.1
(絶対値)	900	815	1058	656	1361	1392	1781	921	1400

表②

- ・蛋白分画 正常
Alb 62.7% α-1 2.8% α-2 7.9% β 8.8% γ 17.7%
- ・IgE (RIST法) 310 IU/ml (<170)
- ・抗核抗体 40倍未満 RAPA 40倍未満
- ・抗寄生虫抗体スクリーニング
クラス3(抗体陽性) 糞線虫
クラス2(抗体弱陽性) イヌ糸状虫・イヌ回虫・アニサキス
クラス1(抗体弱陽性) プタ回虫
鎌状赤痢 陰性
- ・HTLV-1抗体 陽性

↓

糞線虫症と診断し、イベルメクチン(ストロメクトール)内服開始(初回200μg/kg 1xM 2週間後に再度同量内服)とした。



る抗体が最も強陽性を示した。便中の虫体は確認されなかったが以上の結果から糞線虫症と診断し、糞線虫症の特効薬であるイベルメクチン投与を行なった。投与は初回に200 μg/kg 1回内服し、2週間後に同量内服とした。

症例2

81歳 女性 (沖縄県出身)

現疾患 #1 高血圧症 #2 高コレステロール血症 #3 変形性膝関節症 #4 陈旧性脳梗塞

既往歴 78歳 右膝関節置換術 脳梗塞 (右片麻痺)

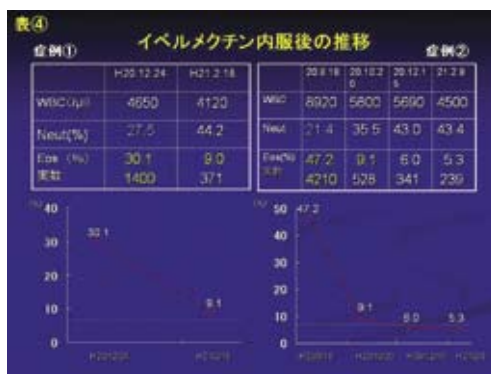
現病歴 平成12年1月、高血圧のため当院初診し、以後外来にて内服加療されていた。

初診時より慢性的な好酸球増多がみられていたが、自覚症状などは無く経過観察されていた。以後も無症状のまま経過していたが、平成20年8月、採血にて好酸球47.2%と著高であったため、精査を行なった。

検査所見 血液検査では白血球分画において好酸球47.2%と著明に高値であった。生化学検査では低蛋白血症などは無かったが、IgE 385.7 IU/mlと上昇していた。本症例ではHTLV-1抗体は陰性であったが、寄生虫疾

患が考えられたため宮崎大学医学部寄生虫学講座に検査を依頼したところ、糞線虫に対する抗体がクラス4と強陽性であり、また便中から虫体が検出されたことから糞線虫症の診断に至った。

経過 2症例とも糞線虫症の確定診断の後、同症に対し著効とされるイベルメクチン内服を行なった。初回に200 μg/kg 1回、14日後に同量を内服し経過を観察した。その後の経過を表④に示す。イベルメクチン内服後、両症例とも速やかに好酸球分画の低下を認め、最終的に正常化に至った。またその後の便検査においても虫体は認められなかった。治療の間、肝機能異常、消化器症状などの副作用発現も無く良好な経過となった。



考察 糞線虫症は、糞線虫 (*Strongyloides stercoralis*) による腸管感染症であり、熱帯・亜熱帯地方に広く分布する^{1~3)}。本邦では沖縄・奄美地方が浸淫地であり他の地域での保虫者のほとんどはこれら浸淫地の出身者である^{1~3)}。またHTLV-1との重複感染がしばしば認められ問題となっている¹⁾。本虫は、感染性幼虫であるフィラリア型幼虫が汚染された土壌から経皮的に感染後、血管やリンパ管

に入り、心臓を経由して肺に達し気管、咽頭を経由して嚥下され最終的に十二指腸、空腸粘膜上皮に達して成虫となる。また腸管内で変態したフィラリア型幼虫が腸壁から感染するという自家感染を引き起こす^{1~4)}。

糞線虫に罹患しても多くは無症状か軽度の消化器症状を呈するのみである。また早期、軽症のうちに診断すれば、治療薬であるイベルメクチンが著効する(駆虫率98%以上)とされている¹⁾。しかし自家感染という特性をもつため、免疫能の低下した患者では過剰感染し虫体が大量の腸内細菌とともに腸管粘膜を通過し血中へ移行すると麻痺性イレウス^{5, 6)}や穿孔性腹膜炎⁷⁾、敗血症、肺炎、化膿性髄膜炎などを合併し播種性糞線虫症という致命的な病態に至る可能性がある^{1~3)}。また好酸球増加についても重症化すると増多所見が陰性化するとされており、さらに診断治療を困難にする。

今回は好酸球増多から判明した無症候性糞線虫症の2症例を経験した。好酸球増加を来たす疾患としては①寄生虫疾患②気管支喘息などのアレルギー疾患③呼吸器疾患④甲状腺などの内分泌疾患⑤好酸球性胃腸炎や潰瘍性大腸炎などの消化器疾患⑥血管炎⑦悪性腫瘍⑧好酸球増多症候群など多彩な疾患が挙げられる。今回の2症例では②~⑧を示唆する症状・所見が無いことやHTLV-1抗体が陽性であったこと、患者が糞線虫症の好発地域である沖縄県出身であったことなども寄生虫疾患の関与を窺わせる参考所見となり、確定診断に至った。

近年、寄生虫疾患は頻度が少なくなっているが、致死的になりかねない過剰感染を予防するためにも、原因不明の好酸球増加を有する患者や感染を示唆する症状を有する患者は寄生虫感染も念頭に、糞便検査や血清学的検査などの検索も併せて行なうべきであると考えられた。

参考文献

- 1) 寄生虫症薬物治療の手引き-2007-改訂第6.0版 厚生労働科学研究費補助金・ヒューマンサイエンス振興財団 政策創薬総合研究事業「熱帯病・寄生虫症に対する稀少疾病治療薬の輸入・保管・治療体制の開発研究」班
- 2) 城間祥行：沖縄に於ける糞線虫症の研究. お茶の水医誌 7：1507-1515, 1959
- 3) 佐々 学：日本の風土病. 法政大学出版局, 東京 1974 p303-312
- 4) 川平 稔：重症糞線虫症の内視鏡的観察. Gastroenterol Endosc 15：43-49, 1973
- 5) 鬼塚伸也ほか：糞線虫による麻痺性イレウスの1例. 日消外会誌 20 (9)：2249-2252, 1987
- 6) 野津史博ほか：多彩な病態を呈し胆汁中より虫体を検出した重症糞線虫症の1例. 日消外会誌 21 (8)：2180-2183, 1988
- 7) 吉永謙亮：穿孔性腹膜炎を起こした糞線虫症の1剖検例. 臨と研 27：631-633, 1950

[Postgraduate Education]

貧 血

宮崎大学医学部 第2内科

久富木 庸 子

1) はじめに

貧血は日常診療でもっともよく遭遇する症候の一つであり、「単位容積の血液中に含まれているHb量の減少」と定義される。その原因は多岐にわたり、また、全身におよぼす影響もその程度により軽微なものから重篤な死に至るものまで様々である。この項では、臨床症状と理学所見、検査と鑑別診断について、専門医に紹介すべきタイミングについて解説する。

2) 問診からさぐる貧血

患者が自分から「貧血である」と訴えて来院する事は少なく、そのような場合は、逆に貧血ではなく立ちくらみや失神発作の事が多い。Hbは各臓器に酸素を運搬しているため、Hbが低下している貧血の患者では酸素欠乏による症状とこれを代償しようとする生体反応に基づく症状がみられる。通常は動悸・息切れ・めまい・耳鳴り・頭痛・易疲労感などを訴えることが多い。

以前の健康診断などの血算の結果があるかどうか、女性なら月経の出血過多があるか、男性なら痔出血などがどうかを確認する。薬剤の服用歴も重要であり、お薬手帳など持参してもらうとよい。また、発熱や腰痛、

関節痛に対して処方された解熱鎮痛剤が原因で粘膜出血を生じ鉄欠乏性貧血（IDA）を合併することは稀でなく、解熱剤や鎮痛剤の服用についても詳しく聞く必要がある。

舌の痛み、嚥下困難は鉄欠乏性貧血で多く、舌にしみるような症状はHunter舌炎として悪性貧血に特有な症状とされている。関節痛やレイノー症状などリウマチ性疾患を示唆する症状にも注意が必要である。また、黒褐色尿は溶血性貧血の兆候であり、嗅覚異常、しびれ感、疼痛、歩行障害、精神症状などの神経症状は悪性貧血で出現する。貧血に伴い微熱がみられることがあるが、通常37℃前半にとどまることが多いことから、それ以上の発熱や出血傾向は、白血球や血小板の異常を示唆するため要注意である。

肝機能障害の有無や黄疸を指摘されたことがあれば、溶血性貧血の存在を示唆する。また、胃切除例ではIDAと悪性貧血を生ずる可能性があるため、いつごろ、どのような手術を受けたかの確認が必要である。

ポイント①

貧血の症状は、動悸、息切れ、めまい、耳鳴り、頭痛、易疲労感である。

ポイント②

慢性に生じた貧血の場合は、Hb<10g/dLにならないと症状は出現しないことが多い。

3) 診察でさぐる貧血

眼瞼結膜や皮膚粘膜の色調を観察し、眼球結膜では黄疸の有無を確認する。皮膚の色調や紫斑、点状出血の有無なども確認する。舌乳頭の萎縮はIDAや悪性貧血にみられ、疼痛を伴う。匙状爪はIDAに特有であるが、最近ではこのような重症例は少なくなっている。クモ状血管腫は肝疾患の存在を示唆し、粘液水腫では脱毛や眉毛外側1/3の脱落などの発毛異常が出現する。

悪性貧血では歩行障害などの運動障害や知覚障害、感情不安定などの局在診断に困難を伴う多彩な症状を呈するのが特徴である(亜急性連合性脊髄変性症)。また、年齢不相応の白髪も特徴的である。

貧血に伴う心雑音は、高心拍出に伴う相対的な大動脈および肺動脈狭窄症により生ずるため、最強点は、第二肋間胸骨左縁あるいは大動脈弁領域第二肋間胸骨右縁であり、Levine III/IV度程度の収縮早期雑音となる。

腰痛はしばしば多発性骨髄腫の初発症状であり、脾腫は、貧血、黄疸とともに溶血性貧血の3主徴の一つである。また、浮腫は心疾患、肝疾患、腎疾患の関与を示唆する。

4) 検査値で考える鑑別診断

WHOの定義では、Hb濃度が男性で13g/dL、女性で12g/dL以下の場合を貧血とよぶ。貧血に白血球数の異常や異常細胞の出現、ま

たは血小板減少を伴う場合は通常骨髄検査が必要な疾患の可能性がある。しかし、肝硬変や膠原病などの基礎疾患が明らかな場合はこれによることもあり注意を要する。次に、網状赤血球増加の有無を確認する。検査報告書には%や‰の単位で記載されている事もあるが、単位体積あたりの実数が重要であり、実数表示でない場合は、赤血球数に乗じて実数を計算する。正常値は1%前後であり、また、赤血球数に網状赤血球の割合を掛けた1mm³あたりの網状赤血球絶対数の正常値は4万~8万/mm³であり、増加を認める場合は溶血性貧血を疑い、血清ビリルビン、LDH、ハプトグロビンなどの溶血所見を確認する。これらの所見が陰性の場合は慢性出血の可能性が高い。

網状赤血球増加が無い場合は平均赤血球容積(MCV)に注目し、これを指標として小球性貧血、正球性貧血、大球性貧血のどのタイプかを判断する。MCVはヘマトクリット/赤血球数の計算により求められ、正常値は80~100である。Ht45%, RBC500万/ μ Lの場合、 $45/500 \times 103 = 90$ と計算する。それぞれのタイプにより、考えられる血液疾患をある程度絞り込むことが可能である。

小球性貧血(MCV<80fl)の場合は、まずIDAを疑い血清鉄、総鉄結合能(TIBC)、血清フェリチン値を確認する。慢性炎症に伴う貧血(anemia of chronic disorder: ACD)と鑑別するため、血清フェリチンの測定は必須である。血清鉄と血清フェリチンの両者が低下し、網状赤血球の増加を認めない場合、IDAと診断される。鉄は体内では閉鎖循環している為、鉄欠乏性貧血をきたしている場合は、出血(消化性潰瘍や子宮筋腫が多い)や鉄の

摂取不足を考える必要があり、基礎疾患の検索が必要である。ACDは、鉄の利用障害であり、血清鉄は低下しているものの、フェリチンが上昇していることが特徴である。関節リウマチや長期の感染症に合併することが多く、鉄欠乏性貧血との鑑別が重要である。

正球性貧血 ($80 < \text{MCV} < 100\text{fl}$) の場合には、様々な血液疾患の可能性を考慮する必要がある。溶血性貧血では前述のように網状赤血球が増加し、間接型優位の高ビリルビン血症、血清LDH上昇などを認めるが、白血球数や血小板数は正常である。クームス試験陽性の場合には自己免疫性溶血性貧血を疑い、陰性の場合には赤血球形態異常の有無を確認する。赤血球の形態異常を認めない場合、発作性夜間血色素尿症や赤血球酵素異常症を疑う。一方、急性白血病、慢性骨髄性白血病、骨髄異形成症候群、再生不良性貧血などの血液疾患の場合には、正球性貧血に加えて、白血球数や血小板数、あるいは白血球分類の異常を認める。骨髄異形成症候群では、大球性貧血を示すことも多い。また、再生不良性貧血や急性白血病では網状赤血球の低下がみられる。その他、急性出血や腎不全に伴う腎性貧血の場合も正球性貧血を示す。

大球性貧血 ($\text{MCV} > 100\text{fl}$) の場合には、代表的疾患は巨赤芽球性貧血でビタミンB12や葉酸の欠乏、およびそれらの利用障害で起こる。MCVは著しく高値を示し ($\text{MCV} > 120\text{fl}$)、白血球数、血小板数の低下を伴うことが多い。また、塗抹標本において過分葉好中球や赤血球の大小不同などが見られる。血清ビタミンB12と葉酸を測定して巨赤芽球性貧血を確認するとともに、基礎疾患の検索を進める。無効造血（骨髄内溶血）により、

溶血所見を示すこともある。ビタミンB12や葉酸の低下を認めない場合は、非巨赤芽球性の貧血、遺伝性もしくは薬剤性のDNA合成障害を考慮する。網赤血球が増加している場合は、溶血性貧血や出血後などの造血回復期、網赤血球の増加がない場合はアルコール依存症、肝障害、骨髄異形成症候群や再生不良性貧血、骨髄不全症、甲状腺機能低下症などが疑われる。

ポイント③

貧血の原因鑑別には、網状赤血球数（％ではなく絶対数）とMCV ($\text{Ht} (\%) / \text{RBC} (\text{万}) \times 103$ (正常値80～100)) が有用である。

ポイント④

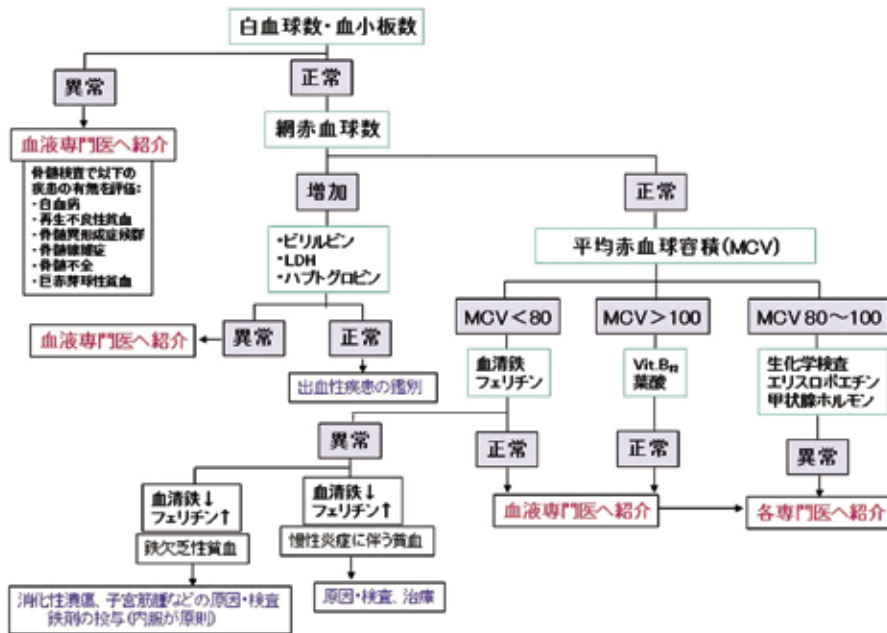
鉄欠乏性貧血では、血清鉄↓、フェリチン↓、慢性炎症に伴う貧血では、血清鉄↓、フェリチン↑であり、いずれもMCVは<80の事が多い。

5) 血液専門医に紹介するタイミング

一般に貧血だけで緊急性がある病態は出血性ショックなどに限られる。白血球や血小板にも異常があり、発熱や出血傾向がみられる場合は、できるだけ早期に血液専門医に紹介する。急性白血病や再生不良性貧血などの重篤な病態が考えられ、直ちに骨髄穿刺や生検などの検査を施行し、その日のうちに診断する必要があるからである。

貧血の診断の要は先に述べたようにMCVと網状赤血球増加の有無であり、専門医に紹介する前に把握しておくが良い。肝臓疾患、膠原病などの基礎疾患があれば、必要に応じておのおの専門医に相談する。また、腎不

検査の流れと専門医への紹介



全患者の貧血については、腎臓専門医への紹介が必要である。

一般診療の対象となるのは、IDA、胃切除後のビタミンB12欠乏性貧血や葉酸欠乏性貧血などの適切な補充療法が有効な貧血である。小球性貧血ではIDAとACDがもっとも多い貧血であり、両者ともに血清鉄低値が認められるが、IDA以外の貧血に鉄剤を投与すべきではなく、鉄剤の投与で貧血が改善しない場合や、血清鉄低値を示さない小球性貧血の場合はサラセミアや鉄芽球性貧血などが考えられるため血液専門医へ紹介するのが望ましい。正球性貧血では、溶血性貧血が疑われる場合には、病型や病因の確定が必要であるため、確定診断および治療方針決定のために専門医へ紹介することが必要であろう。その後病態が安定すれば、溶血性貧血は一般外来で経過観察が可能である。大球性貧血を呈し、

アルコール依存症や甲状腺機能低下症が否定され、ビタミンB12および葉酸が正常であれば、骨髄異形成症候群の可能性があるため、血液専門医への紹介が必要である。

ポイント⑤

貧血以外に、白血球数や血小板数の異常がある場合は、専門医に相談する。時に発熱や出血傾向がある場合は、できるだけ早期に紹介する。

6) 最近の話題

鉄は生体内に存在する金属元素でもっとも多く、赤血球による酸素の運搬、細胞の分裂や増殖、代謝などに必須な元素である。しかし、過剰な鉄は細胞に対して毒性を有する為、鉄代謝は厳密に制御されている。健康人の体内には3000～4000mgの鉄が存在し、そ

のうち約2/3はHbと結合し赤血球内に存在する。残りの大半は組織に貯蔵鉄とし、細胞内フェリチン蛋白質に收容されている。赤血球寿命に伴い脾臓などの網内系細胞で貪食されたHb鉄は、血漿トランスフェリン (Tf) に受け渡されることで再利用されている。最近、網内系における鉄再利用の分子機構が明らかにされた。すなわち、網内系細胞内でヘモグロビンから遊離した鉄は、鉄トランスポーターフェロポーチン-1を介して排出され、Tfに受け渡される。さらに、消化管からの鉄吸収の分子機構が明らかにされた。食事に含まれる鉄は主に3価鉄の形であり、上部小腸粘膜にあるduodenal cytochrome bによって2価に還元される。2価になった鉄はdivalent metal transporter 1 (DMT1) 内のチャンネルを通して腸管細胞内に運ばれ、その後血管内腔側に存在するferroportin1 (FPN1) によって血管内に放出される。その際に2価鉄として放出される鉄をhephaestinとよばれる分子が3価鉄に酸化し、1分子のtransferrin (Tf) に2分子結合し、全身に運搬される。一部の鉄は肝細胞にtransferrin receptor 1 (TfR1) および2 (TfR2) を介して取り込まれるが、多くの鉄は骨髄における赤血球造血に利用されている。鉄が細胞質内に取り込まれると、鉄を失ったTfとTfR1は再び細胞表面に移動し、細胞外に放出され再利用されている。この鉄動態を調節しているのが、抗菌ペプチドとして発見されたヘプシジンHepcidinである。ヘプシジンは網内系および十二指腸粘膜におけるフェロポーチン1蛋白量を低下させることで体内鉄動態を調節している。ヘプシジンは炎症性サイトカインのひとつであるIL-6刺激によって肝実質

細胞から産生される。ACDの病態では炎症によってIL-6を介してヘプシジンが過剰に産生されるため、腸管からの鉄吸収が抑制され、マクロファージの細胞外への鉄排出が阻害され、赤芽球系細胞の鉄利用障害が生じ、貧血が起こると考えられている。

7) おわりに

貧血を疑ったら、血小板を含む血算を行い、貧血の存在を確認し、MCVの値によって鑑別診断を進めるとともに、その原因を明らかにすることが大切である。実地診療で最も頻度の高い鉄欠乏性貧血についても、消化器系の悪性腫瘍の合併などを見逃さないように注意する必要がある。

参考文献

- 1) 澤田賢一：貧血と多血症：診断と治療の進歩：診断のためのアプローチ：初診で貧血をみた場合。日本内科学会雑誌95：1994-1999, 2006
- 2) 溝口秀昭；貧血：診断と治療の進歩。1. 赤血球と貧血についての基本的事項。2. 貧血に関する検査とその読み方。日内会誌79：568-574, 1990
- 3) Glader B : Anemia : General considerations. In Wintrobe's clinical hematology, 11th edition, edited by Greer JP, et al., Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, pp. 947-978, 2004
- 4) Nemeth E, Tuttle MS, Powelson J, et al : Hepcidin regulates cellular iron efflux by binding to ferroportin and inducing its internalization. Science 306 : 2090-2093, 2004

[Postgraduate Education]

臨床膠原病講座（5） 「全身性強皮症」

宮崎市 むらい内科クリニック

村井 幸一

はじめに

全身性強皮症 (systemic sclerosis, SSc) は、全身性硬化症とも呼ばれ、皮膚硬化と血管、肺、消化管など全身諸臓器の線維化を主病変とする膠原病である。これまで、進行性全身性硬化症 (progressive systemic sclerosis, PSS) とも呼ばれていたが、経過が必ずしも進行性ではないため、最近はこの用語は用いられない。診断は典型例では皮膚所見を理解していれば容易なことが多いが、皮膚硬化が限局した型や早期例では注意を要する。現在のところ、臓器の線維化や血管病変を回復させる治療法はないが、病気の進展を抑える治療が徐々にではあるが開発されてきており、腎クリーゼや肺高血圧については予後の改善が得られている。

1. 疾患概念

強皮症 (scleroderma) という病名は、皮膚硬化を来す疾患の総称として広義に用いられる場合と、狭義に全身性強皮症を指す場合がある。広義の強皮症には、狭義の強皮症である全身性強皮症のほかに、限局性強皮症 (localized scleroderma)、ヒトアジュバント病などが含まれる。全身性強皮症はさらに、皮膚硬化が肘関節

より中枢に及ぶdiffuse typeと、及ばないlimited typeに分類される¹⁾。limited typeは和訳が限局性強皮症と紛らわしいのでlimited typeと原語のまま用いられることもある。限局性強皮症は一定の領域に限定して皮膚硬化をきたすもので、斑状強皮症 (morphea)、線状強皮症 (linear scleroderma) などが含まれ、内臓病変を伴わない。

CREST症候群とは、皮下石灰沈着 (Calcinosis)、Raynaud現象、食道蠕動低下 (Esophageal dysmotility)、手指硬化 (Sclerodactyly)、毛細血管拡張 (Telangiectasia) を呈するlimited typeの亜型であるが、概念が必ずしも明確ではない。

患者数は約2万人と推定される。30～50歳代の女性に多く、男女比は1:7～9である。小児例は極めて少ない。全身性強皮症は、他の膠原病とのオーバーラップが多い疾患であり、特に全身性エリテマトーデス、多発性筋炎、関節リウマチなどが重要である。

病因は不明であるが、骨髄移植後や豊胸術後に類似した病態が発生することが知られており、後天的な因子の関与が指摘され

ている。一方、家族発症例は少なく、遺伝的な要因は低いとされる。

2. 臨床症状と臓器病変

臨床症状や臓器障害は主として、皮膚および内臓の線維化によるものと、血管の線維化に伴う血行障害（内膜肥厚による血管狭窄）による。

1) 初発症状

レイノー現象、四肢のむくみ、関節痛が多い。特にレイノー現象は80%以上の症例にみられ、本疾患を疑うきっかけとなることが多い。発熱はみられないか、みられても微熱のことが多い。

2) 皮膚症状²⁾

皮膚症状は本疾患の診断において最も重要な症状である。しかし、初期には軽微な変化にとどまることが多く、一般臨床の場合において早期診断は困難なことが多い。

皮膚硬化：皮膚硬化は、四肢の末端や顔面から始まり、体幹部にひろがっていく。病初期には手指、手背、前腕、足背、下腿、顔面などのむくみとして認められる。やがて皮膚は肥厚し硬くなり、つまみあげが困難となる。硬化した皮膚はしわが減り、光沢を帯びるようになる（図1）。さらに進



図1. 手指から手背にかけての皮膚硬化と指尖の短縮

行すると皮膚は逆に薄くなる。皮膚硬化は手指に限局するものから体幹に及ぶものまで様々である。皮膚硬化が手指に限局する場合に“強指症”と呼ばれる。顔面の皮膚硬化により仮面様の顔貌となり、鼻はとがり、口周囲には放射状のしわが出現する。口唇の硬化により小口症となり開口障害が生じる。

手指の変化：皮膚硬化以外に手指にはさまざまな皮膚病変が出現する。爪の付け根から爪上皮にかけて微小な出血点が出現する。正常では乳突状に隆起している指腹中央が半球状になり隆起が消失した状態を“指腹の萎縮”といい、全身性強皮症に特異的である。手指や足趾の血管狭窄により血行障害が生じ、指尖部の小潰瘍や虫食い状の陥凹性癬痕がみられるようになる。進行すると末節骨先端部の骨吸収により指尖部が短縮する（図1）。より中枢側の血管が狭窄し、深い皮膚潰瘍や複数の指趾壊死が生じることもある。

その他の皮膚症状：硬化した皮膚には色素脱失と色素沈着がみられる。顔面、頸部、手に斑状やくも状血管腫様の毛細血管拡張がみられる。

3) 関節・筋症状

関節痛は病初期を中心にしばしばみられる。皮膚硬化や関節周囲組織の線維化により手指を中心に屈曲拘縮が起こる。しかし、関節リウマチと違い、一般に関節破壊はきたさない。筋痛や筋力低下、筋萎縮、軽度の筋原性酵素上昇が皮膚硬化に関連してみられることがある。

4) 消化管病変

消化管病変は全身性強皮症で最も頻度の

高い内臓病変であり、全体の約90%に出現するという報告もある。口腔では舌小帯が線維化により短縮し、舌尖端を下口唇より外に出せなくなる。食道平滑筋の線維化により食道蠕動運動が低下し、嚥下障害や食物のつかえ感がみられる。食道造影をするると特に下部食道の蠕動の低下と食道の拡張がみられる。食道蠕動低下は逆流性食道炎や胃食道逆流をきたす。逆流性食道炎が重症の場合、食道潰瘍が出現し、食道狭窄に進展する場合がある。

下部消化管も食道同様、蠕動運動が低下し、腹部膨満感、腹痛、下痢や便秘などの便通異常がみられる。小腸では、腸内細菌の過剰増殖による吸収不良症候群をきたすことがある。

5) 肺病変

肺病変は消化管病変について頻度の高い内臓病変である。重要なものは間質性肺疾患と肺高血圧症である。

間質性肺疾患は全身性強皮症に高率に合併するが、検査法により検出頻度が異なるため、正確な合併頻度は不明である。高解像度CTでは80～90%に間質性肺炎がみられるとの報告もある。症状的には、乾性咳嗽と労作時呼吸困難が主であるが、胸部レントゲン写真で明らかな病変を有していても無症状の例もある。間質性肺病変はdiffuse typeおよびlimited type両方にみられるが、進行例はdiffuse typeに多い。一般には亜急性に進行し、約15%が肺線維症に進展するとされる。進行例では蜂窩肺を呈する。皮膚硬化の進行時期に一致して肺病変も進行する傾向がある。急速に進行し致死的になる例は少ない。

肺高血圧症の頻度は全身性強皮症全体の5%以下とされているが、合併例の予後は不良である。

6) 腎病変

全身性強皮症の腎病変として最も重要なものは、強皮症腎クリーゼと呼ばれる高血圧を伴い急激に発症する腎不全である。病態の基本は腎の弓状～小葉間動脈の内腔狭窄とそれに伴う腎皮質の血流低下である。結果として、高レニン血性腎血管性高血圧が発症し、腎不全にいたる。強皮症腎クリーゼは、皮膚硬化の進行している発症4年以内のdiffuse typeに多く、急激な血圧の上昇とともに、頭痛、悪心、嘔吐、視力障害が出現する。時に痙攣を伴う。

典型的な腎クリーゼと違い、高血圧を伴わない腎障害も存在する。微小血管障害性溶血性貧血と血小板減少を伴う血栓性血小板減少性紫斑病(thrombotic thrombocytopenic purpura; TTP)類似の病態を示す腎障害と、MPO-ANCA陽性で顕微鏡的多発血管炎でみられるような半月体形成性糸球体腎炎を呈し急速に進行する腎障害である。MPO-ANCA陽性腎不全は、罹病期間の長いlimited typeに多いとされる。これらの腎障害は、全身性強皮症全体の5%以下と頻度は少ないが予後不良のため注意が必要である。

7) 心病変

心筋の線維化により、心筋障害に起因する心不全、伝導障害などの心病変が起こる。心外膜炎のために心嚢液貯留が起こることがあるが、多くは無症状である。

3. 検査所見

検査所見では、自己抗体の出現以外は特徴的な所見はない。

1) 一般検査所見：赤沈値は亢進することが多く、CRPも時に陽性となる。γグロブリン値が約半数で上昇する。CKなどの筋原性酵素が軽度上昇することがある。

2) 免疫学的検査：抗核抗体は約90%で陽性となる。抗トポイソメラーゼI (抗Scl-70) 抗体が約30%で陽性となり、diffuse typeに特異的である。一方、抗セントロメア抗体はlimited type、特にCREST症候群では高率に陽性となる。抗セントロメア抗体の陽性率は全身性強皮症全体では20～30%とされる。

3) 画像所見：単純レントゲン検査では、手指を中心に皮下石灰化がみられ診断の参考となる(図2)。進行例では手指末節骨先端の吸収像(図3)がみられる。

4. 診断

四肢末端や顔面の皮膚硬化が明らかな典型例の診断は比較的容易である。しかし、皮膚硬化が軽度の早期例や硬化した皮膚が萎縮した晚期例では診断が難しい場合がある。皮膚硬化が明らかでない早期例では、手指だけが浮腫性に腫脹し、混合性結合組



図2. 母指近傍の皮下石灰沈着



図3. 示指の骨吸収像。末節骨先端部がなくなっている。

織病との鑑別が問題となる。体幹や頭部の狭い範囲の皮膚硬化では、限局性強皮症の鑑別が必要である。晩期で皮膚が萎縮した患者では早老を主徴とするWerner症候群が鑑別としてあげられる。皮膚所見より全身性強皮症を疑ったら、抗核抗体や抗トポイソメラーゼI抗体、抗セントロメア抗体を測定する。手の単純レントゲン撮影で皮下石灰化の有無を検討する。

全身性強皮症の診断基準としては、米国リウマチ学会の分類予備基準(1980年)³⁾が広く用いられている。わが国では厚生労働省研究班により特異抗体を加えた診断基準が提唱されている(表1)⁴⁾。全身性強皮症と診断した場合、さらにdiffuse type

表1. 全身性強皮症・診断基準 2003
(厚生労働省強皮症調査研究班)

大基準

手指あるいは足趾を越える皮膚硬化

小基準

- 1) 手指あるいは足趾に局限する皮膚硬化
- 2) 手指尖端の陥凹性癬痕、あるいは指腹の萎縮
- 3) 両側性肺基底部の線維症
- 4) 抗トポイメラーゼI (Scl-70) 抗体、または抗セントロメア抗体陽性

大基準、あるいは小基準1) および2)～4)の1項目以上を満たせば全身性強皮症と診断

かlimited typeかの病型診断を行う。

全身性強皮症は、diffuse typeで全身性エリテマトーデス、多発性筋炎などほかの膠原病とのオーバーラップ例や、limited type（特にCREST症候群）で、シェーグレン症候群、原発性胆汁性肝硬変、慢性甲状腺炎などを合併することが多いため、これらの合併を検討すべきである。

5. 治療と予後

これまで述べた様々な病態に対し、広く有効な薬剤はなく、病態別に治療が行われる⁴⁾。

1) 皮膚硬化

diffuse typeの早期例（皮膚硬化出現6年以内）、浮腫性硬化が主体の場合、あるいは皮膚硬化が急速に進行する場合は副腎皮質ステロイド治療が行われる。一般的にはプレドニゾロン20～30mg/日から開始し、初期量を2～4週続けた後、ゆっくり減量し5mg/日程度を維持量とする。副腎皮質ステロイド治療は腎クリーゼを誘発する可能性が指摘されており注意が必要である。

副腎皮質ステロイドが使用できない例や無効例では、シクロスポリン、シクロホスファミドなどの免疫抑制剤が投与される。長く使用されてきたD-ペニシラミンは、皮膚硬化に対する有効性に明確なエビデンスがないとして最近是用いられなくなっている。

手指の皮膚病変はこれらの治療にかかわらず進行する例も多く、最終的には手指の短縮や拘縮により日常生活に支障を来すことが多い。

2) レイノー現象や皮膚潰瘍

経口のプロスタグランディン（PG）製剤（PGE₁誘導体、PGL₂誘導体）、Ca拮抗薬、ビタミンE製剤、抗血小板薬が投与されるがいずれも効果は限定的である。最近、エンドセリン受容体拮抗薬・ボセンタンが有効と報告されているが保険適応になっていない。手指などの壊死を伴う重症例には注射用PGE₁製剤が投与される。潰瘍局所には、軟膏のPGE₁やβFGF製剤が投与されるが効果は限られる。

3) 肺病変

間質性肺疾患は、全く進行しない例から急速に進行する例まで様々である。治療の対象となるのは進行例だけである。現在、有効性が報告されているのはシクロホスファミドの内服あるいは点滴投与と中等量以下のステロイドだけである。大量のステロイド、アザチオプリンやシクロスポリンなどの免疫抑制剤の有用性は確立されていない。間質性肺病変を有する例では、その20%程度が肺線維症による呼吸不全に移行する。

肺高血圧症は、自覚症状を有する例では1年以内に半数以上が死亡するので速やかに治療を開始する。中等～大量の副腎皮質ステロイドが有効な場合もある。一般には、プロスタサイクリン持続静注薬・エボプロステノール、経口薬としてボセンタン、ホスホジエステラーゼ5阻害薬・シルデナフィルが推奨される。経口PGL₂製剤・ベラプロストナトリウムも有効とされるが効果が劣る。

4) 腎病変

強皮症腎クリーゼの予後は極めて悪かったが、治療にアンジオテンシン変換酵素

(ACE) 阻害薬が使われるようになって著しく改善した⁵⁾。短時間作用型のACE阻害薬・カプトプリルを速やかに投与し、48時間以内に血圧を安定させる。血圧が下がらない場合は、カルシウム拮抗薬やアンジオテンシン受容体拮抗薬 (ARB) を併用する。ACE阻害薬導入前の腎クリーゼの1年生存率は15%であったが、導入後は5年生存率が60%まで改善した。

MPO-ANCA陽性腎不全では副腎皮質ステロイドの大量投与やシクロホスファミドが投与される。TTP様病態を示す腎不全は血漿交換療法を実施する。

5) 消化管病変

逆流性食道炎や胃食道逆流には、胃酸分泌抑制を目的としてプロトンポンプインヒビターが投与される。H2ブロッカーも使用されるが効果が劣る。蠕動障害による腹部膨満などの症状には消化管運動機能亢進薬が投与されるが効果は強くない。腸内細菌の異常増殖による吸収不良症候群には、カナマイシンやキノロンなどの抗菌薬が投与される。食道蠕動低下には有効な治療はない。

6. 好酸球性筋膜炎eosinophilic fasciitis (Shulman症候群)

1974年Shulmanによって提唱された全身性強皮症類似の結合組織疾患で、中年に好発し、やや男性に多い。運動や外傷を契機として主に四肢に有痛性の発赤腫脹が生じる。やがて皮膚および皮下組織は硬化し、関節の運動制限・拘縮が出現する。全身性強皮症と違い、手指の変化やレイノー現象はなく、内臓病変も来さない。筋膜を中

心に線維化と肥厚を認め、同部の好酸球浸潤と末梢血の好酸球増多が特徴である。少量の副腎皮質ステロイドによく反応する。頻度は少ないが、全身性強皮症の鑑別疾患として重要である。

終わりに

全身性強皮症診療のポイントは、1) 早期での的確な診断、2) 皮膚硬化の抑制、3) 生命予後を左右する間質性肺疾患、肺高血圧症、腎クリーゼの適切な治療である。しかし、いずれも体系化されたエビデンスの高いものはない。したがって、これまで有効性の報告された治療の中から、病態や重症度を評価し、適切な治療法を選択する必要がある。全身性強皮症の詳細な予後は不明であるが、10年生存率がlimited typeで90%以上、diffuse typeでは70%程度とされている。さらなる予後の改善には、線維化や血管病変を抑制する根本的な治療法の開発が待たれる。

【参考文献】

- 1) Leroy EC, Black C, Fleischmajer R, et al : Scleroderma (systemic sclerosis) : classification, subsets and pathogenesis. J Rheumatol, 15 : 202-205, 1988.
- 2) 宮川幸子, 他 : カラーアトラス 皮膚病変から診る膠原病. 全日本病院出版会, 2006年9月.
- 3) Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and therapeutic Criteria Committee : Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). Arthritis

- Rheum, 23 : 581-590, 1980.
- 4) 厚生労働省 強皮症における病因解明と
根治的治療法の開発研究班：強皮症にお
ける診断基準・重症度分類・治療指針
2007改訂版. 2007.
- 5) Steen VD, Constantino JP, Shapiro
AP, et al : Outcome of renal crisis
in systemic sclerosis : relation to
availability of angiotensin converting
enzyme(ACE) inhibitors. Ann Intern
Med, 113 : 352-357, 1990.
-

[他科からの提言]

「PSA検診」の混乱

宮崎大学医学部 泌尿器科

賀本敏行

はじめに

前立腺特異抗原 (prostate specific antigen : PSA) は1980年代に発見され、その後前立腺癌の早期発見の切り札として広く用いられ、日本全国の数多くの自治体で「PSA検診」が行われてきました。しかしながら2007年の厚生労働省研究班（あくまで補助金をもらっている任意の集団で厚生労働省そのものではありません）が強引に公表した「前立腺がん検診ガイドラインドラフト」では「死亡率減少効果は証明されておらず検診として勧められない」というものでした。それに対し、日本泌尿器科学会は、「今までの海外の報告からでも検診は有用であると考えられ、少なくとも現在進行中の欧米で行われている大規模研究の結果が公表されるまで続けるべきである」との見解を発表し、その後2008年春からは研究班と泌尿器科学会の2つの異なるガイドラインが発刊されるという、極めて異常な事態を招いています。

本稿では、常々高齢男性の種々の疾患に対して診療をされている、一般医家の主に内科の先生方に、この問題について概略を述べ、PSA測定にご協力いただくために「他科からの提言」とさせていただきます。

大規模臨床研究の結果

さて、2009年3月にNew England Journal of Medicineに米国と欧州で行われていた「PSA検診」の臨床研究の結果が同時に報告されました。一つは米国のProstate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) 研究であり¹⁾、もう一つは欧州8カ国が参加したEuropean Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) 研究²⁾です。共に検診群と非検診群（コントロール群）が無作為に割り付けられたランダム化比較臨床研究でしたが、同時に同じ号に掲載された2つの論文の結果は異なっていました。すなわち、PLCO研究は「死亡率減少効果は認めない」というものでしたが、一方で、ERSPC研究では「PSA検診によって死亡率は20%減少する」という検診に肯定的な結果でした。しかしながら、論文の詳細を検討すると、PLCOの研究の方では、本来はPSA検査をうけてほしくないコントロール群において、50%以上でPSAが測定されており（コンタミネーションと呼ばれます）、コントロール群と検診群において病期分布に差を認めず、前者の限局癌の頻度が極めて高いという、特に本邦の実臨床とは乖離のみられる結果でした。ERSPCの研究でもコントロール群で

30%弱の人がPSA検査をうけてしまいましたが、このコンタミネーションを補正すると死亡率はさらに31%減少するという追加報告もされました。

結論は異なるものの、PSA曝露率（PSAを測定したことのある男性の割合）が70%とも80%とも言われる米国におけるPLCO研究は、PSA曝露率の低い本邦に当てはめることは困難であり、またその遵守率（コンタミネーション）の悪さから、泌尿器科学会としては、ERSPC研究の結果を重く考え、PSA検診の有用性を認めるべきとの結論に至り、昨年末にこれらの研究結果を加味した「前立腺がん検診ガイドライン増補版」³⁾を作成し、すでに発刊しています。

ただ、このERSPC研究においても、「1人の前立腺がん死を救うためには、48人が前立腺癌と診断（治療）されなければならない」とも述べており、今後は特に高齢者に多い前立腺がんですので、過剰診断、過剰治療をいかに回避するかが大きな課題となってきています。

検診におけるキーワード「バイアス」と「過剰診断」

対策型検診というものは、あくまで国民の健康と福祉を考えた場合に、国民によかれと導入される行政の施策です。したがって公費を投入することから、その有効性については十分に議論を尽くす必要があります。ここで重要なことは有用性を「発見率」や「生存率」ではなく「死亡率減少効果」で判断する必要があります。検診すれば発見率が上昇することは容易に想像できますし、早く見つければ、その分“長く”生きる可能性があ

り生存率（期間）が延びることが考えられます（リードタイムバイアス）。一方で任意型検診というのは、個人の自由でうけることができますが、特に過剰診断（見つけなくてもいい癌を見つけてしまう）などの不利益を納得した上で個人が判断するということとなります。

ここで、バイアスについて少し触れておきます。検診におけるバイアスには以下の3つがあると言われていています。即ち、①セレクションバイアス、②レンジスバイアス、③リードタイムバイアスであり、①につきましては「検診を受ける人の方が普段から健康に気をつけている可能性があり、長生きするかもしれない」というものですが、このバイアスの解析は困難です。②は進行の遅いがんは自然史が長いので検診にひっかかりやすいというもので、③は前述したとおりですが、これらを解決するための手段が大規模なランダム化比較試験であり、ERSPC研究によって20%あるいは31%の死亡率減少効果があったという報告は、かなり重いものと考えられます。

しかしそのERSPC研究でも触れられていましたように、検診で発見された人がそのまま無治療で放置していても「がんが死因にならない」場合には、過剰診断ということになり、もし治療介入すれば過剰治療ということになります。検診とは「がん特有の症状のないうちに発見する」ことが目的ですので、多かれ少なかれ「見つける必要がないのに見つけてしまう」可能性がでてきます。特に、高齢者に多い前立腺癌の場合には、合併症を有する可能性も高く、その意味でも「過剰診断のリスクは高いがん」と言えます。ただ、この過剰診断／過剰治療は個人にとってはサイ

コロをふるような確率ではなく、あくまで結果ですので、発見されたがんが命を脅かすものになるかどうかを、PSA測定前に予測することは不可能です。

「前立腺がんは進行が遅い」「前立腺がんでは死なない」というミスリード

前立腺がんの中には進行のゆっくりしたものがあることは事実です。また特に高齢者において、他の疾患で死亡し病理解剖で組織学的にみつかる「潜在（ラテント）がん」が多いことも事実です。1988年に三重大学の病理学のYatani先生が「日本人の剖検における前立腺がん、すなわちラテントがんの頻度は米国のそれとほぼ同じ」という論文が発表されました⁴⁾。1988年当時の前立腺がんによる年間の死者数は約3000人であり、「日米間でラテントがんの頻度が同じであるにも関わらず、前立腺がん患者数や前立腺がん死亡が米国の10分の1であるのは、日本人の前立腺がんは進行が遅いからだ」という解釈もなされました。早くからPSAスクリーニングが導入された米国では、図1aに示すようにPSA検査が積極的に導入され、最近では罹患率も低下傾向で、かつより早期がんが多くなっています。また、それに従って、図1bに示しますように、死亡率はピーク時から36%と確実に減少しています。一方で本邦における前立腺癌死亡者数は年々増え続け、1万人にせまる勢いです(図2)。日米の人口の違いなどを勘案しますと、この20年間の間に本邦における前立腺がんは確実に増加しており、ほんの2倍程度にしかすぎず、その歯止めもかかっていないというのが現状です。

図1 a. 米国における癌罹患率の推移

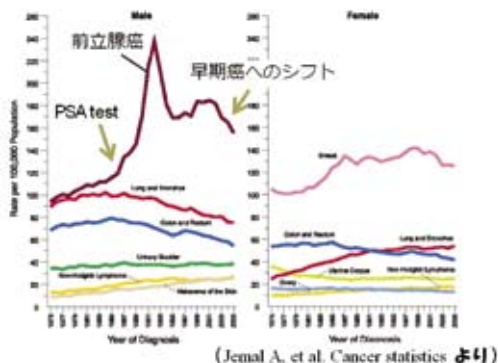


図1 b. 米国における癌死亡率の推移

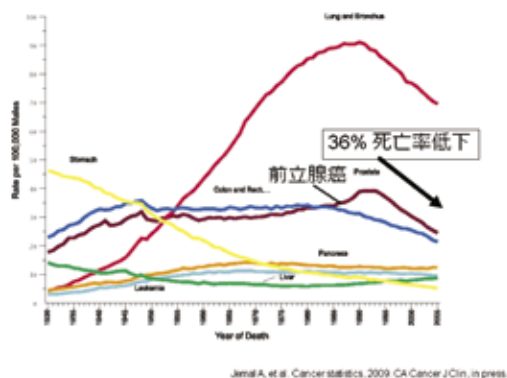
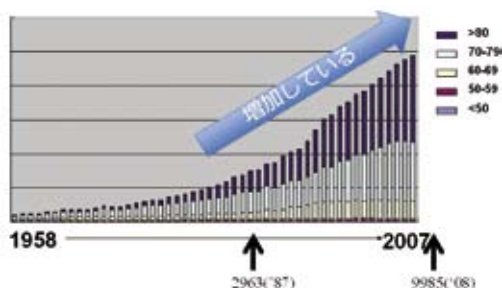


図2. 本邦に於ける前立腺癌死亡者数



グリソンスコアとは

さて、ここで前立腺がん特有の病理組織分類をご紹介します。米国の病理学者のグリソン博士が考案したもので、現在では従来のWHO分類にかわって国際標準となっています。前立腺がんの場合は細胞そのものの異型度も大事ですが、どのような「腺

管」が「どのように増生しているか」という構造的な異型も重要と考えられており、これらを5段階に分類し、その主にみられる所見を前に、副所見を後ろに書いて足し算するという方法が用いられます。通常の前立腺生検所見の場合には6以下が「高分化」7が「中分化」、8以上が「低分化」と考えて治療方針の決定にのぞみます。グリソンスコアが高い低分化な癌は、やはり進行は早く、死因に至る可能性は高いものと考えられます。

限局性前立腺がんにおけるリスク分類という考え方

PSA検査によって前立腺がんが疑われ、経直腸的超音波ガイド下に系統的生検（ランダム生検）で発見されるようになって、がんが前立腺内にとどまる限局性がんの頻度が増加しましたが、その多くが直腸指診で触れないT1cがん（1992年TNM分類）でした。このT1cがんの「病態」は多岐にわたることから、従来の病期分類での治療方針の決定は難しく、前立腺がんならではの、グリソンスコアと診断時のPSAの値を用いたリスク分類が提唱されました（図3）。この中の低リスクで、かつ、がんの体積が小さいと推定されるがんは、先のおとなしい、進行のゆっくり

図3. 限局性前立腺がんに対するPSA、グリソンスコアによるリスク分類

GS \ PSA	<10	10~20	≥20
≤6	低リスク	中リスク	高リスク
7			
≥8			

した」がんであり、グリソンスコアが正しければ、このような患者さんで「がん死」される例は極めてまれとされています。すなわち、高齢者で低リスクの患者さんに徹底的な治療を施すということは先に述べた過剰治療になる可能性があります。

PSA監視療法という考え方

PSAで発見されたがんを即時治療せずにPSAを主たるツールとして嚴重に監視するという方法は、検診の不利益の一つである「過剰診断」を回避する重要な方法です5)。「早期発見、早期治療は臨床医のエゴ」というのは疫学の先生の言ですが、確かに治療不要ながんを見つけることは患者さんの精神的不安も含めて、大変に重要な課題です。従って、見つかったがんの中から「治療不要ながん」を見つけ出すことの困難さはあるものの、探すことをあきらめて、不安をあおり全例治療してしまうことは、まさに「過剰治療」のそしりはまぬがれません。そのためには、①対象症例の選択、②PSA監視方法、③患者さんへのインフォームドコンセントの方法、などを確立し、限局性前立腺がんの治療オプションの一つとして医療者側のみならず、受診者側にも十分に情報提供し、定着させる必要があります。

PSA検診にこだわる必要があるのか？

例えば、少し太り気味の人が、メタボリックシンドロームを心配して「血糖やコレステロール」を測定するように、排尿困難や夜間頻尿などの、排尿症状がある方はもちろんですが、50歳を超えて1度もPSAを測定したことのない人は、「自分のPSAの値を知る」と

いうことで、是非とも一度PSA検査をしていただきたいと思います。また、PSAを測定することがイコール「がんの心配」ということではなく、PSAが高い場合には前立腺肥大症や慢性前立腺炎などの、がん以外の前立腺疾患に罹患している可能性もあり、その点でも有用な血液検査と言えます。50歳以上の男性の多くが排尿状態の変化に気がついており、前立腺肥大症はある可能性は高く、また当然のことですが「前立腺がんの疑い」はありと考えられます。血液検査そのものにはほとんど不利益はないわけですので、他の血液検査のついでにPSA測定をすることで、その曝露率をあげることがまずは第一と考えています。患者さん自身が自分の血圧を知るように、「自分のPSAを知る」ようになると、その後の測定でPSA値の動きという情報も得ることができ、大変に有用です。ただ、逆に低い場合に毎年測定するようなことはせずに、PSAの値によって測定間隔を考え、無駄な血液検査をしないように啓蒙することも肝要と考えています。

最 後 に

先に述べましたように、厚生労働省の研究班と日本泌尿器科学会という、国民からみると“権威”のある集団が、異なったガイドラインが並立するという異常事態は早々に解消してほしいものですが、このような事態になった理由は「見方」の違いです。前者は「国策」としての「対策型検診」についての可否を決定することが主たる目的であり、前立腺がん診療には全く関係ありませんし、責任もありません。逆に後者であるをを泌尿器科医は、日々患者さんと向き合う「実地臨床」の

現場で、種々の責任を負う立場にあります。しかしながら、そのことだけを金科玉条のようにしてしまうと、「臨床医のエゴ」に陥ってしまう危険があります。今回の厚労省班ガイドラインがもたらした“混乱”は我々泌尿器科医にとって衝撃的ではありましたが、自らのあり方を再考する良い機会であったとも言えます。一般医家の先生方には「PSAは前立腺がん早期発見において有用なツールである」ことは再認識いただくとともに、まずは本邦におけるPSA曝露率（一度でもPSAを測定したことがある人の割合）をあげるためにご協力いただくべく、宮崎県内でのシステムの構築を目指したいと考えております。その節はよろしく願い申し上げます。

参 考 文 献

- 1) Schroder FH, et al. : Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. N Engl J Med 360 : 1320-1328, 2009
- 2) Andriole GL, et al. : Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. N Engl J Med 360 : 1310-1319, 2009
- 3) 日本泌尿器科学会編：前立腺がん検診ガイドライン 2010年増補版；金原出版，東京，2009
- 4) Yatani R, et al. : Trends in frequency of latent prostate carcinoma in Japan from 1965-1979 to 1982-1986. J Natl Cancer Inst 80 : 683-687, 1988
- 5) 賀本敏行, et al. : PSA監視療法（アクティブサーベイランス）. 医学のあゆみ, 225 : 1249-1253, 2008

入会の挨拶



都城市 黒松病院
菅野 孝

入会に際して、あいさつ申し上げます。出身地は三重県津市ですが、出身大学は宮崎医科大学（22期生）です。卒業後は母校の大学院（薬理学講座）へ進み、修了後は郷里で三重大学医学部附属病院の助教などを務めました。昨夏、薬理学講座の先輩である蛭原弘明院長に声をかけられ、9月から勤務しています。日本臨床内科医会には、平成17年に入会し、平成21年に認定医を修得しました。また、日本糖尿病協会の療養指導医として、糖尿病などの生活習慣病を主に診療してきました。今後、よろしくお願ひ申し上げます。

入会の挨拶



延岡市 延岡市国民健康保険
北浦診療所
日高 利昭

皆様、はじめまして。この度宮崎県内科医会に入会させて頂きました日高利昭と申します。いくつかの病院で呼吸器を専門として取り組んで参りましたが、元々自治医大出身であること、延岡市長の熱いご依頼もあり、厳しくなりつつある県北の医療のお手伝いをしたいと考え、昨年4月から延岡市国保北浦診療所に勤務しております。地域医療は大変でもあります。いろいろな意味で医師の原点ではないかと感じております。これからも皆様のご指導ご鞭撻をよろしくお願ひ致します。

理事からひとこと

私が今思っていること

都城市山之口町

志々目 栄一

人生はもちろんのこと、すべてのジャンルには必ず大小なり転換期があり、過去を振り返りながら先に進むようになっていっているようである。しかし、過去に経験したことがない事は傷つきながら失敗を恐れずに進むしかない。まさに現在の世の中は政治、経済を含めて混迷しており、医療界も多くの難問が突き付けられている。平成21年暮れは国政の仕分け作業が話題になったが、自分に関係する分野を査定されたり批判されると反論、反発し、関係しないところは仕分け人やマスコミの倫理に納得してしまう傾向にある。さて私も例外なく不満を述べるが、医療関連の分野では開業医は勤務医より楽しんでいるのに収入が約2倍だから診療報酬を削り、その分を勤務医に廻して救急体制を充実させようとする荒っぽい議論がクローズアップされた。実情を知らない一般の人たちを洗脳する報道機関と仕分け人に頭にくる。開業医は事業主でもあるから単純な比較はできないと反論すると、事業税の案件を持ち出す。要するに如何にして財源を確保するしか頭にないと思われるが、

こんな調子で政策を進めたら医療体制は先で崩壊してしまうと懸念する。経済的な問題ももちろんであるが、最善の医療を受ける権利を全面的に主張する人が多くなり、医療サイドは患者、家族の希望通りに対応することが多くなり、紹介され懸命に対応する医師は疲れ果ててしまうのが実情であることを第三者も認識して欲しい。前回もこのコーナーで述べたが、いくら医師の数を増やしても、この構図は変わらないだろう。借金王国になっているのだから我々もある程度の我慢、協力は必要だと理解しているが、個々で事情が異なり譲歩の線引きが難しい。とにかく他の分野も同様と思うが、客観的な目で実情を理解し政権を運営して戴きたい。

現政権が国会議員の定数削減、消費税の引き上げを実行できたら、目先の反応は別として後世で評価されるだろう。この会誌が発行される春にも続いているかどうかかわからないが、心配り上手な鳩山総理はあらゆる難問をどのようにして切り抜けていくのだろうか。最後に天下りした人、JALのOBたちもバッシングを受けているが、社会の構造に乗っていただけで同情したくなる時もある。子供の頃に一生懸命勉強し働いたら、後で楽して暮らせると教えられていたが、もう過去の話のようである。

理事からひとこと

自己紹介

延岡市 野村クリニック

野村 朝清

昨年からは、県内科医会の理事を仰せつかった、延岡市医師会の野村朝清です。

出身は熊本県八代市ですが、熊本大学医学部循環器内科から、県立延岡病院に派遣されてこの地に住んで26年になります。

大学卒業後は熊本大学精神神経科で研修医の指導を受け、大学院は同第2生理学教大学院卒業後は同循環器内科で御世話になりました。

昭和64年に循環器内科から、県立延岡病院内科に派遣されて6年間勤務した後、平成5年に延岡市古城町に診療所を開業いたしました。

パソコンなどを扱ってひきこもっている方なので県内科医会の理事の重積が務まりますか不安な気持ちもありますが、精一杯働きたいと思いますので、よろしく願い申し上げます。

新聞やマスコミにも紹介されていますが、延岡市は新臨床研修制度のあおりを受けて、医療環境が非常に苦しい状態にあります。我々も必死でがんばっていますが、入院の必要な患者さんのベッドがなかなか見つからないなど心苦しい思いで対応しなければならないことも度々です。

医学や医療は政治とは関係ないものだと、ノンポリを決め込んでいましたが、政治のかじ取りによってこんなにも市民の健康が危険にさらされるものと驚いているところです。

この医師不足の事態に、何とかしなければならないという切実な思いで市民運動も立ち上がってきていますが、給与の額などでは解決できない医師不足の構造的な問題について理解を得られていない気がします。

医療制度の構造からくる医療の荒廃に対して一開業医が何ができるのかという不安もありますが、県内科医会の理事の職を与えられたのを機会に自分のできることは何かを考えていきたいと思っています。

理事からひとこと

私の趣味

日向市 鮫島病院

鮫島 仁彦

以前何かの雑誌で、「仕事一本やりの人は、一本足で立っているようなもので、ちょっとしたことで倒れてしまう。趣味を持つとそれがそれぞれに体を支える足となり、それが多ければ多いほど倒れにくくなる。つまり逆境に強くなる。」という趣旨の文章を読んだことがあります。なるほどなあ、思わされます。私の場合、趣味について聞かれた時、ゴルフもパチンコもマージャンも釣りも「しません」と答えると、大抵の人から「無趣味」と極め付けられてしまいますが、実は音楽を聞くことが好きで、これが自分にとっては趣味と呼べるもののひとつでしょう。幼い頃はもっぱら童謡や唱歌、小学校の頃からクラシック音楽に親しみ、中学に上がるとフォークやニューミュージック、高校にあがるころにはロック（主に洋楽）にのめりこみました。高校3年の頃、クロスオーバーと呼ばれる音楽をちょっと齧って、高校卒業のころ本格的に父が愛するジャズを聴くようになりました。父とおなじ趣味を持つということはなにかと得なことがありまして、高校卒業して福岡に住むこととなった私は、日向ではレコード収集もままならない父から、「おれの代わりにジャズのレコードを集めてくれ」と、生活費とは別に毎月レコード代の送金を受け、

大学卒業までには同じ趣味の友人が羨ましがほどのレコードを、自分の腹を痛めることなく集めることができました。レコードを集め始めて約30年経過し、最近は新しいレコード（今はCDですね）を買うこともめっきり少なくなってしまいましたが、それでもたまに買うCDの中に、「お、これはなかなか…」と思わせるものがあると、ジャズの奥深さを改めて感じ、そういうCDに巡り合うことを楽しみに、これからも自分はCD収集を続けて行くのであらうと思います。

実は私、音楽は聴くだけでなく、少しばかりですが楽器演奏も嗜んでおります。こっちの方はもちろんジャズではありませんが、(ジャズの演奏は、ごく一部の天才にのみ可能だと思います)中高生の頃に親しんだ、チューリップというバンド(1972年デビューの福岡出身の5人組で「心の旅」「サボテンの花」などのヒット曲があります。2009年の春、完全活動停止を表明しました)の曲を兄弟3人でギター二本とベースでやっています。始めたころはまさに下手の横好きで、たまに病院内のレクリエーションなどで披露しては自己嫌悪に陥り落ち込んでばかりいましたが、3人での練習は楽しくストレス解消にもなるので、誰もやめると言い出さずに続けているうちに、気がつけば10年以上経過し、最近は人前で演奏した後も、余り落ち込まなくなりました。さらには、数年前にそれまでチューリップ一辺倒だったレパトリーにNSPというバンド(主に1970年代に活動し

た岩手県出身の3人組。「さようなら」「夕暮れ時はさびしそう」などのヒット曲があります。2005年にリーダーの天野滋が大腸癌でなくなり、彼らのハーモニーは二度と聞くことができなくなってしまいました。)の曲を取り入れたところ、それが予想外に好評で、人前で演奏する機会も一寸ずつ増えてまいりました。「長く続けてきてよかった。」と、しみじみ思います。その一方で長く続けるうちに、

気がつけば兄弟3人とも50歳前後となり、長年歌ってきたはずの歌詞を忘れ、「こんなこと、今までなかった… 認知症の前兆?」と、慄然とすることが増えて来てはいますが、それはあまり考えないことにして、体調管理に気を配り、兄弟げんかしないように気をつけて、自分にとってはかけがえのない趣味である兄弟バンドを、これからも続けていきたいと思っています。



「串間の貝殻」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

海岸で拾い集めた貝殻。そこは人が滅多に来ないので踏まれる事もなく、打ち上げられたばかりだと色も褪せていない。家に持ち帰り、そっと箱にしまう。
今でも貝殻は我が心を子供に返らせる。



「水牛車（竹富島）」

都城市 山田医院 山田 孝俊

俳句

恵方道

宮崎市 猪島医院

猪島蘇風

妻一病吾亦一病屠蘇を汲む
 妻乗せて車椅子押す恵方道
 麻痺妻の左手で書く賀状かな
 寒き夜は胎児の形して眠る
 病む妻に習ひて炊ける七日粥
 妻の臥す部屋にも撒ける鬼の豆
 リハビリの妻の額に春の汗

短歌

mov a (ムーバ)

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺元久

気に入りて居るに「ドコモ」の都合にて使へなくなる
 ケータイ「mov a (ムーバ)」
 ややしき処理を頼めば吐く息の熱くなりたりノート
 パソコン
 マウス手にスクロールしつつ読むよりは鉛筆持ちて
 ページをめくる
 開封器厚き請求書当てられてゴジラのごとく叫びて切
 れり
 タイガース好きにあらねど応援すインスリン打てる岩
 田投手を

短 歌

受賞記

延岡市 藤本内科小児科医院

藤 本 孝 一

はからずも厚生労働大臣賞受く衛生の労を称ふる
卒中後やうやく医院続くるに救急医療の表彰を受
く
救急の医療の表彰受けし後知事を囲みて歓談した
り
県知事の救急医療の表彰を祝ひ市長より花束届く
歌友らとわれの受賞を祝ひつつ居酒屋に飲む酒の
嬉しさ

狂 歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山 村 善 教

我思う若者今が罹り時
抗体作り後に備えよ
しませんか抗体チェック接種前
無駄を省ける高齢者かな
内科医で35年仕事して
ワクチン打たず休診もせず
これは勘毎年浴びる咳と痰
自然抗体ブーストかけて
誰決めた集めて打てどロスが出る
机上算段現場混乱

[報告]

第23回日本臨床内科医学学会に出席して

宮崎県内科医会副会長

仮屋 純 人

第23回日本臨床内科医学学会が10月11日（日）12日（月、祝日）の両日埼玉市の大宮ソニックシティで開催された。それに先立つ10月10日理事会・代議員会及び各種委員会が開催され栗林会長と仮屋が出席した。代議員会は議長・会長挨拶のあと計23名の先生方を名誉会員に推挙する旨の発表があった（後に承認された）。

その後各種委員会から会務報告があった。

1) 総務委員会より

- H21, 9月現在の会員数は16356名で昨年より-267名減だった。減少をくいとめる策をいろいろ考えているが、特に若い先生方の勧誘をお願いしたい。
- 4月の理事会において新たに2名の常任理事が認められた。

2) 調査研究委員会より

- 本年4月、新たに発足した委員会である。日臨内としても重要な委員会と考えており今後充実していく。日本呼吸器学会理事長の貫和敏博及び日本呼吸器学会肺生理専門委員会委員長の三嶋理晃両先生の連名で本会に在宅呼吸ケア白書医療担当者アンケート調査の協力依頼があった。協力したいのでよろしく願う。

3) 庶務委員会より

- 各都道府県からの一般演題が少しずつではあるが増えている。喜ばしいことである。
- 会員の異動及び生年月日の調査について・・・65歳以上にも多くの会員がいることがわかった。しかし40～49才までの層の落ち込みが見られるのが問題である。
- 名簿作成について・・・役員名簿を平成22年3月までに作成する。また平成18年度に作成したCD-ROMの会員名簿は平成23年までに更新する。

4) 会員増強委員会より

単独の委員会になって初年度ということもあり、まだ実質的な活動は行っていない。現在委員構成中の段階である。キーワードの1つに勤務医対策があるので勤務医から2名の委員を内定した。会員増強は各県、各地区で押し上げてもらわないとなかなか難しいのでよろしく願う。各ブロック会議に出席し生の声を聞いている。大変有意義なので今後も出席させて頂きたい。

5) IT委員会

現在ホームページのトップページに新型インフルエンザの情報をリンクしているので参照してください。専任の業者に委託したいがコストがかかるので検討中である。メールやFAXでメールマガジンを発行している。

6) 経理委員会

平成20年度会計報告と監査報告ならびに平成21年度収支中間報告があった。

7) 学術委員会

- 平成21年度学術部に新たに3名加わってもらった。計56名からなっている。
- 生活習慣と健康状態調査は現在進行中。9月まで3.5万例である。使えない症例の事も考え4.3万例が目標である。
- J P P Pについてだが、投与していない人に何かあった場合にも有害事象としてあげてほしい。
- 内科診療マニュアルについて実地医家に有用なので是非お知り合いに推薦してほしい。
- 患者向け疾患別小冊子は45巻まででている。一卷につき3円日臨内に入るので利用してほしい。

8) 会誌編集委員会

- 9月に24巻の2号、3号を発行した。
- 24巻1号の読者アンケートは合計356票だった。しかしFAXによる回答は0だったので12月号よりFAX用紙を挟み込みとしてみる。

9) 医療・介護保険委員会

政権交代のため来年度に予定されている診療報酬改定に向けた議論の行方が不透明となっているが各都道府県より得たアンケート結果から要望事項を決定した。7月に厚生省石井課長補佐出席のもと、個別ヒアリングを行った。また内科系診療所は地域医療において初期医療に対し、病院との連携によりその機能を発揮している。本来の機能分担を促進するため、在宅医療の充実を目指し、新型インフルエンザ感染等にも対応可能なように診療所の機能向上を目指して、診療報酬を改善してほしい旨の提案を内保連に提出した。また連立政権樹立に当たった政策合意である「速やかなインフルエンザ対策や社会保障費の自然増を年2200億円抑制するとの経済財政運営の基本方針の廃止。後期高齢者医療制度の廃止。国民皆保険を守る。介護労働者の待遇改善で人材を確保し介護制度を確立する。障害者自立支援法は廃止し、利用者の応能負担を基本とする総合的な制度を目指す」ことなどは我々の目指すところと一緒であるので着実に実行されることを望む。またこれからの高齢者医療制度を継続的に成り立たせるために、いかなる医療提供を目指すのかを国民に対して明らかにし、その実現のために高齢者に幅広く医療を提供している日臨内医師も議論の輪に入るべきと考える。更に本年4月より新介護認定方式による要介護度判定が導入されたが調査結果では、新規申請者の「非該当」と認定される割合が、旧基準に比して倍増

していたことが明らかにされた。危惧された通りの結果となった。本来要介護度の判定は、調査員の調査から得られた一時判定とかかりつけ医の主治医意見書を資料として、合議で二次判定がなされる仕組みである。経過措置がいつまで継続されるか明らかではないが、要介護認定の仕組みそのものを根本的に見直し、必要なサービスが受けられる認定となるように再検討していただくことを強く希望する。

10) 公益事業委員会

公益事業委員会は国民に直接貢献できるような対社会的事業を行っている。

現在取り組んでいるのは禁煙キャンペーンとインフルエンザ研究である。新型インフルエンザの大流行が予想されるので、「インフルエンザ診療マニュアル」改訂第4版を早く発行し、会員に配布する。また厚生省の委託を受けて行った研究では、オセルタミビルの有効性は半減していたが、ザナミビルは有効性が保たれていた。これについて河合先生と池松先生が招待発表を行った。又国内外の雑誌で発表をしている。昨年度に次いで厚労省研究費補助研究が今年度も厚労省から依頼があり、これに取り組むことになった。

11) 地域医療委員会

- これまで合同の委員会として活動してきたが、業務の拡大に伴い今後は別個の委員会として活動する。
- 今後の事業計画としては勤務医の現状と問題点について調査報告を行う。又開業医と勤務医との年会費のあり方を検討するために全国調査を行う。
- 地域医療に貢献した会員の表彰を昨年と同様に行う。本年度からは個人表彰のみを行う。

12) ニュース編集委員会

編集委員会は9名で仕事をしている。日臨内支部ニュース委員選出の件を各県にお願いした。

13) 研修推進委員会

H20年度の専門医数は3125名で認定医数は1428名。経過措置はH20年度で終わっている。本年の認定医・専門医の申請書交付期間及び受付期間ならびに1次、2次審査日と公表日が発表された。

上記報告があった後、質疑があった。そして提案された議決事項が全て可決され閉会となった。翌日からの医学会は会長公演、特別公演以外に2日間にわたり早朝から会員発表88題、教育公演16題、ランチョンセミナー9題、シンポジウム5題以外にアフタヌーンセミナー、禁煙研修会、医療経営セミナー、合同症例検討会、市民公開講座などものすごい量だった。(プログラムは日本臨床内科医会誌第24巻第3号の抄録号に掲載されています。)会長の「今回は何より学会を充実させ、2日間、皆様を学会場に釘付けにし、オールデイロングで学問に励んでもらうことが、大多数の会員の皆様の負託にお答えするベストな道である」という言葉通りの充実したものだだった。

[報 告]

第26回九州各県内科審査委員懇話会報告

宮崎県内科医会医療保険委員会委員長

松 岡 均

平成21年10月17日に福岡市で第26回九州各県内科審査委員懇話会が開催されました。例年のように九州各県から案件が提出され、審査委員間で議論を行いました。今年は23題が提案されました。本県の回答を中心に各県の対応などについて報告いたします。

全体的な印象として当県は医師の裁量権を大きく認めて審査しています。

それでは提案順に解説いたします。

【1】 白血球中サイトメガロウイルスpp65抗原（410点）検査について

《提案要旨》

青本によれば本検査は骨髄移植後、臓器移植後、臍帯血移植後若しくは同種末梢血幹細胞移植後の患者又はHIV感染者に対して行った場合のみ算定できるとあるが、悪性腫瘍の病名で免疫不全が推測されれば認めているか。

現在、社保ではコメントがあれば認めている。

「回答」

下記の連絡があり、各県とも相違はありません。

平成20年3月28日付けの厚生労働省保険局医療課より下記のように連絡されています。

（問）「白血球中サイトメガロウイルスpp65抗原」については、免疫染色法により骨髄移植後、臓器移植後、臍帯血移植後若しくは同種末梢血幹細胞移植後の患者又はHIV感染者に対して行った場合にのみ算定できるとされているが、悪性腫瘍の患者など、高度免疫不全であることが明らかな患者も算定できるのか。

（答）算定できる。ただし、骨髄移植後、臓器移植後、臍帯血移植後若しくは同種末梢血幹細胞移植後の患者又はHIV感染者以外の患者について算定する場合には、高度免疫不全患者であり、当該検査が必要であった理由について、白血球数などの検査結果を用いて診療録に記載すること。また、診療報酬明細書の摘要欄にも同様の記載を行うこと。

【2】 次の肝線維化マーカーを「肝硬変症」の検査として認めているか。

Ⅳ型コラーゲン・7S精密測定

P-Ⅲ-P精密測定

プロリルヒドロキシラーゼ（PH）精密測定

《提案要旨》

各検査とも対象疾患名として「肝硬変症」が記載されているが審査員間でも差異が生じている。各県の取扱いをご教示願いたい。

「回答」

いずれも肝繊維化のマーカーとしてよい指標となるもので、一項目に限り認めている。

【3】 インフルエンザ抗原迅速法による検査回数について。

《提案要旨》

新型インフルエンザ対策指針の改定に伴い、一般診療所でも季節性インフルエンザ同様に診断、治療が行えるようになった。秋以降、季節性インフルエンザと新型インフルエンザの混在の流行が危惧される状況の中で、イ抗原迅速検査のコメントなしで2回は認めるお考えはあるか。

「回答」

一連の感染について、2回までは認めている。

【4】 いわゆる55年通知について

《提案要旨》

「添付文書上の記載がない医薬品の使用でも、学術上、誤りがなければ支払い基金が支払いを認めたという、当時の厚生保険局医療課長通知」については、2002年に武見敬三氏が今も有効であることを国会で確認されているとのことである。この55年通知についてどのように考えていますか、審査にいかされていますか？

「回答」

これまで、当県では「いわゆる55年通知はその前年の「橋本書翰」に基づき、厚生省保険局長から社会保険支払基金理事長宛てに発行されたものであり、十分尊重されるべきものと考えます。」との立場でした。しかし、下記のような判例が紹介され最高裁判決が出ているとの事でしたので、今後は見直す必要がありそうです。

55年通知関連の判例を紹介します。香蘇散エキス細粒（医療用）にはコタロー、ツムラとテイコクがあり、コタローは「神経衰弱、頭痛、感冒」などに適応があり、ツムラは「胃腸虚弱で神経質の人のかぜの初期」のみが適応です。平成13年に一診療所から「抑うつ」と「不眠症」でツムラ香蘇散エキス細粒の処方箋が交付され、診療報酬請求がなされました。保険者から調剤審査の申し出があり、審査会では承認された病名ではないとして減点査定としました。再審査請求でも原審通りとしたところ、これを不服とし55年通知からみても医学的有効適切であり、減点相当分の診療報酬の支払いを求め提訴されました。地裁では、54年厚生大臣書簡は、効能などを設定する際に十分に薬理効果を考えることにより、承認された効能などの内容に薬効薬

理が反映されるものであるとの趣旨に止まるものであり、これを踏まえた55年通知も厚生大臣の承認した薬能などとは無関係に薬理作用のみに基づいて、医薬品の投与・処方を認めたものではないと解され、保険医療機関としては効能などが承認されているコタローを使用すべきであるとして控訴を棄却された。高裁、最高裁まで提訴されたが、いずれも同じ判決でした。審査会ではこの判例をもとに、厚生労働大臣の承認した効能などと無関係に薬理作用などのみに基づいた医薬品の投与は認めていない。

【5】 疑い病名での造血器悪性腫瘍細胞検査（モノクローナル抗体法）について

《提案要旨》

血液悪性腫瘍に対する造血器悪性腫瘍細胞検査（モノクローナル抗体法）は疑い病名では認められないとされています。末梢血、骨髄、リンパ節では各々どのように対処されていますか？

「回答」

青本には「白血病細胞又は悪性リンパ腫細胞の表面抗原又は細胞内抗原の検索を実施して病型分類を行った場合に算定できる」とあることから疑い病名では認めない5県、認める2県でした（提案県を除く）。診断後の病型診断として考えるべき検査と考える県が大半で、疑い病名ではむずかしいようです。

【6】 術後ではない患者に対するエンシュア・リキッド処方について

《提案要旨》

エンシュア・リキッドのような経管栄養補給剤は“一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的摂取が困難な場合の経管栄養補給に使用する”とされていますが、術後ではなく、栄養不良、経口摂取不良の病名で外来処方されている場合がみられます。各県ではどのように対処されておられますか？

「回答」

ケースバイケース。特に傾向的でなければ柔軟に対応して認めている。という意見が6県で、うち3県が注記を求める。術後患者および炎症性腸疾患以外は認めない1県。（提案県を除く）

【7】 インスリン新規製剤発売後1年間における投与期間のしばりについて

《提案要旨》

昨年発売された持効型インスリン（レベミル）の昨年処方分について、本年になって保険者から投与日数制限についての再審査請求がみられた。厚労省は原則通りとのことで内服薬同様の査定が行われた。インスリンは、1本300単位製剤が基本であり、たとえば、1日10単位を使用する場合、1回の処方が140単位までとなる。300単位の液を分割投与することは出来ず、不可能な処方をしてはならない。

本年もインスリン新規製剤（アピドラ）が出ており、同様な問題が起こる可能性がある。各

県の対応をお伺いしたい

「回答」

“処方日数（14日を限度として）に妥当なインスリンの本数は認めています” 4県。

“ご意見のとおり、インスリンは300単位づつ封入されていますので、必要量以上の処方を行わなければなりませんとして縛りはない” 3県という状況でした。ご存じのように新薬は発売から1年間は長期投与は認められません。しかし空打ちの分もあり、内服薬のように14日分とはつきり処方量が決められないため、厳密な本数の審査にはなじまないようです。

- 【8】 当県では院外処方において、薬局で先発品が後発品に代えられた場合に、後発品の適応疾患の不足のため査定されることがある。貴県では如何でしょうか。**

《提案要旨》

先発品の適応疾患承認期限という法的な壁はあるものの、同一成分でも適応疾患が異なるために査定を受けることは、薬理的な審査の考え方からは納得できないものがある。貴県の実況をお聞きしたい。

「回答」

当県では“現時点では審査会において取り決めはなされておらず、各審査委員の判断で審査を行っている。薬理的に判断して、査定は行っていないものと思われる。”ですが、査定する4県でした。【4】で提案された55年通知の解釈と同じ傾向でした。査定対象となる可能性大です。

- 【9】 ニコチン依存症管理料算定下に禁煙治療中、患者の都合で指定日ではなく遅れて来院した際の保険診療上の取り扱いについて**

《提案要旨》

当該管理料は、初回算定日から起算して12週間にわたり2週、4週、8週、12週後の計5回の禁煙治療を行った場合に算定することになっており、指定日に来院出来なかった場合それ以後保険適応外となるようであるが、各県の取り扱いは如何か？

「回答」

外来受診日に、面談および禁煙指導が行なえれば、受診日が指定日より数日前後してもニコチン依存管理指導料の算定は認めている。

- 【10】 DPCにおける請求で、PCI(K546経皮的冠動脈形成術22,000点)が不成功に終わった場合の手術手技料の請求について**

《提案要旨》

DPCレセプトにおいて、PCIを施行し不成功に終わった場合、PCIの手技料をどうするかという問題が生じました。手術に関しては不成功に終わった場合、平成20年4月版医科点数表の解

積P512に「(手術の中絶等の場合の算定方法) 当該中絶までに施行した実態に最も近似する手術項目の所定点数により算定する。」とあります。DPCの場合、手術手技料の変更や診断群分類の変更の可能性もあります。各県はどう考えられますか。

「回答」

左心カテ+冠動脈造影加算に振り替えている。また、使用された薬剤、材料料は認めている。

*11月に中央で検討結果が発表されるとのことです。

【11】 J043-4胃瘻カテーテル交換法において、交換後の確認の画像診断等について

《提案要旨》

平成20年4月版医科点数表の解釈P477に「胃瘻カテーテル交換後の確認を画像診断等を用いて行った場合に限り算定する。」とありますが、画像診断等には内視鏡による確認は含まれると判断されますが、他の確認方法もあると考えられます。各県はいかが対応されていますか。

「回答」

認めている。但し、“社保、国保共に、内視鏡検査及び画像診断のみ認めている。他の確認方法（赤キャベツ法等）は認めていない”が1県ありました。

【12】 脊椎麻酔後頭痛に対する治療について

《提案要旨》

脊椎麻酔後の低髄液圧による頭痛に対して、穿刺した硬膜の穴の外側を患者自身の血液で塞ぐ方法で、効果があるとのこと。しかしこれに対する手技料の算定がありません。

各県はいかが対応されていますか。

「回答」

保険上は認められていない。請求例も少なく対応は決まっていない。当県でも請求事例はありません。

【13】 NSAIDsの投与について

《提案要旨》

NSAIDsの消化性潰瘍患者への投与は禁忌となっていますが、H2ブロッカー投与中の消化性潰瘍患者へのNSAIDsの投与は、貴県では認めていますか。

「回答」

当県では医師の裁量権として認めています。他県でも認められていますが、“当月に消化性潰瘍の病名がある場合は認めていない。しかし翌月からは認めている。”という縛りを設けている県もあります。

【14】 パナルジンの投与について

《提案要旨》

パナルジンの消化性潰瘍患者への投与は禁忌となっていますが、H2ブロッカー投与中の消化性潰瘍患者へのパナルジンの投与は、貴県では認めていますか。

「回答」

潰瘍の急性期でなければ認めている。

【15】 梅毒脂質抗原（定性）、HBs抗原、HCV抗体検査について

《提案要旨》

入院時及び以下の検査における梅毒脂質抗原（定性）、HBs抗原、HCV抗体検査を、貴県では認めていますか。

- ① 入院時
- ② 内視鏡検査
- ③ 心臓カテーテル検査
- ④ 人工腎臓施行時（初回）

「回答」

- ① 認めている
- ② 古い病名の経過観察のための検査時に毎回行うものは査定
- ③ 古い病名の経過観察のための検査時に毎回行うものは査定
- ④ 3～6ヶ月毎には認める

【16】 添付文書上の禁忌病名に対する処方保険審査上の取扱いについて

《提案要旨》

添付文書上の禁忌病名（例：NSAIDsの大部分における「消化性潰瘍」、アクトスにおける「心不全」等）がレセプト上の病名にある場合の当該薬剤に対する取扱いについてお伺いしたい。

本県では、禁忌薬剤処方の可否については、処方医師が責任を持って医学的に対処すべきであって、保険給付上は査定等を行わないとの立場を取っています。

すなわち、当該薬剤の適応病名があれば他に禁忌病名があっても査定は行っておりません。県によっては禁忌病名がレセプトに記載されている場合、当該薬剤を査定するとお聞きしたことがあります。他県の対応は如何でしょうか。

「回答」

診療内容を勘案して一部を除いて医師の裁量権として認めています。

*学会から禁忌条件の変更を要求すべきという意見がありました。

【17】 診療情報提供料（I）算定時における情報提供先の記載について

《提案要旨》

上記については、平成18年3月30日保医発030006号（「診療報酬請求書等の記載要領等について」の改定について）にて「保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合は、「摘要」欄にその情報提供先を記載すること。」とされています。

複数の医療機関に情報提供した際は摘要欄に記入する必要があると思われませんが、1回の請求であれば情報提供先が保険医療機関である場合、医療機関名の記載は必要ないと読み取れます。

しかるに指導等で情報提供先医療機関名の記載を要求されることがあるとの情報がありますが、他県で同様のケースはあるかお伺いしたい。

「回答」

診療情報提供料の算定要件が「他の保険医療機関に対して情報を提供した場合」となっているので、他の保険医療機関に情報を提供したときには、提案県の通り単なる算定のみで提供先医療機関の名称をレセプトに記入する必要はないと思います。実際、遠隔地への転勤等で医療機関名が未定の場合に困ります

【18】 社保審査会の会議（審査運営委員会、審査専門部会、再審査部会など）は、本県では平日の昼間に開かれているが、他県ではどうか？

《提案要旨》

大切な会議で是非参加したいと思うが、1人でクリニックを開設している者には、診療を休んでまでは、なかなか参加できぬことが多い。できれば夜間や土曜日の午後などに開催してほしいと思うが、他県ではどうか？

「回答」

当県では、昨年度までは日曜日を除いた平日(土曜日も含む)の午後5時からの開催であったが、今年度から委員の要望で午後6時からの開催にしており、各会議への委員の出席率は極めて高い状況である。

*各県ともいろいろ工夫されておられました。審査も休日、夜間に出来るようにされておられ、24時間審査可能という県もありました。

【19】 ヘパプラスチンテストとプロトロンビン時間測定の同時施行について

《提案要旨》

複合凝固因子検査でトロンボテストとプロトロンビン時間を同時に施行した場合は、主たるもののみ算定するとされているが、ヘパプラスチンテストとプロトロンビン時間を同時に施行した場合の算定はいかがですか。

「回答」

認めている。

【20】 経過観察中の肝硬変症，B型慢性肝炎またはC型慢性肝炎の患者について，同月にAFPとPIVKAⅡ精密測定併施を認めておられるか伺いたい。

《提案要旨》

昨年4月の改定により単なる経過観察においてAFPとPIVKAⅡ精密測定併施が認められるという記述が，診療報酬請求事務関連の専門書だけでなく，日医ニュースにもあります。しかし，医科点数表の解釈（平成20年4月版）297ページでは，AFPまたはPIVKAⅡ精密測定を月1回に限り認めるとされており，本県では併施の場合，主たるもののみの算定とし他方は査定しております。

ただし，CTや超音波検査の結果，肝細胞癌が強く疑われる場合は，肝細胞癌の疑い傷病名をあげてAFPとPIVKAⅡ精密測定併施を認めております。

他県の取り扱いをお伺いたい。

「回答」

昨年4月の改定が最新の解釈と考え認めているが，回数については原則3ヶ月に1回。肝細胞癌があれば毎月算定可。また，リスクが高い旨のコメントがあれば毎月算定可。

【21】 高血圧症におけるアーチスト（2.5）の投与について

《提案要旨》

高齢者の高血圧症に少量のベータ遮断剤を使用する場合にアーチスト（2.5）を投与されるケースが見られますが適応は慢性心不全であり，査定されています。

貴県ではいかがでしょうか。

「回答」

当県では高齢者の高血圧症においては，心房細動を伴っていることも多く，心拍数調節が必要な場合のアーチストの使用は，有用であると考えられる。しかしながら，COPDなど肺疾患合併の可能性のある高齢者では，β1選択性のないアーチストの使用は少量から開始することが多く，その意味からも2.5mg錠の使用も認めているが，認める3県，認めない4県という状況でした。（提案県は除く）

*会場から今後の学会の判断が待たれるという意見が循環器専門医からの発言有り

【22】 禁忌事項での保険者側の申し立てが最近非常に増加しています。例えば，COPDなどでのスピリーバも緑内障，前立腺肥大症の病名があると禁忌ですとってきます。インデラル等のβ blockerでも喘息があると禁忌で申し立てがあります。緑内障や喘息の治療薬を出していないとか，初診の年月が古い等だと原審とすることが多いのですが貴県ではいかがでしょうか。

《提案要旨》

禁忌事項での保険者側の申し立てが非常に増えています。実地医家にとっては診療がしづら

くなっています。緑内障でも、余り問題ない（眼科医）と言われている人もいますし、前立腺肥大と病名がついていても、別に排尿障害がたいしたことがない人もいます。レセプトの紙一枚ではそこまでは読み取れないと思うのですが。

「回答」

当県では社保、国保ともに原審通りとしていますが、“治療中の傷病名では禁忌として査定している。治療していなければ返戻する”とする県もあります。

【23】慢性心不全患者に対して在宅酸素療法指導管理料を算定する場合の要件について

《提案要旨》

慢性心不全患者に対して在宅酸素療法指導管理料を算定する場合、「慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であること」が算定要件とされていますが、レセプトに心不全重症度の記載がない場合、査定対象あるいは返戻対象としておられますでしょうか。

「回答」

査定対象、返戻対象とはしていない。実際に酸素投与をしている状態にあることが、NYHAⅢ度相当との解釈も成り立つので、重症度を記入していないことを以て査定とはしていません。

[報告]

第44回 九州各県内科医会連絡協議会

宮崎県内科医会副会長

野田 寛

日 時：平成21年10月17日（土）

場 所：福岡市

参加者：栗林会長，中津留理事，野田

◇協議事項

- 【1】レセプトオンライン請求義務化への各県の対応状況をお尋ねしたい（沖縄県）
- 【2】各県のレセプトオンライン請求状況について（長崎県）
- 【3】レセプトオンライン化への対応状況について（熊本県）
- 【4】レセプトオンライン請求義務化について（特に小規模医療機関の対策について）（鹿児島県）
- 【5】ジェネリック医薬品の普及促進について（宮崎県）
- 【6】ジェネリック医薬品に関して（福岡県）
- 【7】特定検診，特定保健指導への対応について（熊本県）
- 【8】「特定保健指導」内容の健診担当医師への開示について
- 【9】在宅医療・介護サービスへの参加を（大分県）
- 【10】介護保険における「認定調査票」の主治医への開示について（佐賀県）
- 【11】医療事故調査委員会設置に反対（宮崎県）
- 【12】入院中の診療情報提供料算定不可に関して（長崎県）
- 【13】ナースプラクティショナー（NP：診療看護師）の医療行為について（大分県）
- 【14】救急車搬入の救急患者を受け入れた場合，入院の有無にかかわらず，救急診療に対する診療報酬を算定できるよう要求してはどうか（鹿児島県）
- 【15】新型インフルエンザについての取り組みについて（福岡県）

以下に各県からの提案事項とその提案要旨及び協議内容についてご紹介します。

- 【1】レセプトオンライン請求義務化への各県の対応状況をお尋ねしたい（沖縄県）
《提案要旨》

レセコンを有している診療所のオンライン請求義務化のタイムリミットは、平成22年4月とされており。当県のレセプト電算処理状況は、平成21年6月30日の時点で、県内全施設801軒中、レセ電算処理済みは355軒、44.3%（内、オンライン請求が14.6%）、手書きレセは42軒、5.2%となっております。

診療所に限定すれば、708軒中、レセ電算処理済みは292軒、41.2%（内オンライン8.1%）で、6割近い施設がまだ電算処理を行っていない。準備の遅れは否めませんが、先行き不透明なところがあり、各施設が対応に戸惑っているのが現状ではないかと思われます。また、県医師会、郡市医師会は現在のところ、代行入力、代行送信等への具体的な取り組みを行っていない。貴県の状況をお伺い致したい。

各県からの回答

鹿児島

8月10日現在、県内全医療機関1,496件中、レセ電算受付分は598件（40.0%）【内、オンライン請求304件（20.3%）光ディスク等電子媒体による請求294件（19.7%）】と、紙ベースでの請求は898件（60.0%）【内、レセコン72件（51.6%）手書きレセは126件（8.4%）】となっております。

診療所に限定すれば、1,224件中、レセ電算受付分359件（29.3%）【内、オンライン請求85件（6.9%）光ディスク等電子媒体による請求274件（22.4%）】と、紙ベースでの請求は865件（70.7%）【内、レセコンは741件（60.5%）手書きレセは124件（10.1%）】となっております。

なお、鹿児島県医師会では、日本医師会の方針に従って、医師会による「代行入力」「代行送信」は、検討していません。

佐賀

平成21年7月31日現在、病院では85／110（77.3%）医療機関がレセ電請求、うち68医療機関（61.8%）がオンライン請求を行っている。診療所では、165／598（27.6%）医療機関がレセ電請求、うち34医療機関（5.7%）がオンライン請求を行っている。なお、オンライン請求中が病院で4医療機関、診療所では41医療機関と、オンライン請求が進んでいる。

本県でも県医師会、郡市医師会においては代行入力、代行送信等の具体的な取り組みは行われていない。

日医からは「オンライン請求そのもの、例外措置等について、衆院選終了後に新政権及び厚労省と改めて折衝を行う」旨の通知があるので、その行方を注視したい。

宮崎

診療所におけるオンライン請求は平成21年7月現在、全国平均で1割程度と低率である。特に九州では他府県に比べ低率の県が多い。オンライン前段階である

電子媒体提出も同じ傾向である。本県のレセプト請求状況は下の表の通りである。

平成21年8月のレセプト請求状況（宮崎県国保連合会より）

	オンライン	電子媒体	紙レセ	手書きレセ	合計
400床以上の病院	8 (100%)	0	0	0	8
400床未満の病院	99 (73.3%)	11 (8.2%)	24 (17.8%)	1 (0.7%)	135
診療所	40 (5.4%)	154 (21%)	500 (68%)	41 (5.6%)	735

オンライン請求義務化のタイムリミット直前にはかなりの混乱が生ずることは明白である。新政権の民主党はレセプトオンライン請求に関して「原則化」とするとしており、また厚労省は平成21年度補正予算にレセプトオンライン化に関わる支援について291億円の予算請求をしている。これらがどうなるのか慎重に見極めつつかつ遅滞なく対応すべきである。

一方、日本医師会としては平成21年5月29日付けでレセプトオンライン義務化への「対応指針」を示しており、平成22年4月からのオンライン請求スケジュールの完全実施は困難であるのでその対応を与党に強く申し入れつつ、会員にはオンライン化に向け積極的に対応することを求めている。

本県においては県医師会として以下の対応をしている。

1. 診療所において

- ・レセコンがレセ電算対応している→電子媒体（FDやCDで提出）までは進め、オンライン化は助成の可能性があるので様子を見る。
- ・すでに電子媒体で提出している→現状のままオンライン化は助成の可能性があるため様子を見る。
- ・すでにオンライン請求している→このまま続ける
- ・上記以外の診療所→当面このまま様子を見る。

2. 400床未満の病院において

- ・レセコンがレセ電算非対応→助成の可能性があるため様子を見る。
- ・レセ電算対応→電子媒体での請求までは速やかに行う。オンライン化は代行送信の手続きをするかももう少し様子を見て良い。
- ・すでにオンライン請求→このまま続ける。

3. 国保連合会による代行送信（一施設あたり1050円／月）を委託契約。

7月現在で8医療機関（うち診療所3，病院5）が利用している。

以上であるが、特に400床未満の病院における対応が急がれる。宮崎県医師会では400床未満の病院に対し、上記スケジュールに対応できるか個別に連絡を取っている。

大 分

大分県の現況としては施設数ベースで7月31日現在病院ではレセ電化率

95.7%，オンライン請求93.3%，診療所ではレセ電化率52.0%，オンライン請求20.3%となっている。

来年のオンライン請求義務化に備え、レセコンを用いて紙媒体で請求を行っている医療機関に対しては、早急に電子媒体による請求に対応されるよう指導している。

オンライン請求については、郡市医師会単位で代行送信を行う取り組みがあり、先進的な医師会から情報提供を得ながら各医師会へ情報伝達しているところである。日レセについては、県内のベンダーが少ないこともあり積極的に斡旋することは行っていない。各医療機関が各々使用しているレセコンメーカーへ対応を相談した上で、個々のケースについては相談に応じる体制を取っている。オンライン請きかけに廃業まで考えておられる医療機関の情報は得ていないが、手書きレセプト請求を行っている医療機関については、これからレセコン導入ーオンライン請求まで行うのは困難と思われるため、レセコン新規導入については慎重に対応するよう伝えている。

なお、オンライン化に対する国庫補助については補正予算について民主党政権による予算組み替えの結果を待たねばならず不透明であり、事実上凍結と考えて対応せざるを得ないと考える。

【2】各県のレセプトオンライン請求状況について

(長崎県)

《提案要旨》

現在レセコン有りの診療所は、平成22年4月1日までにオンライン請求が義務化されているが、長崎県では本年6月診療分で手書き7.2%，紙レセプト56.3%，レセ電算28.5%，オンライン請求8.0%という進捗状況である。平成21年度補正予算には、オンライン請求助成措置として219億円盛り込まれたが未確定事項であり、県内でも対応策として長崎市医師会で電子媒体の代行送信などが検討されているものの、すべての医療機関がオンライン請求に対応するには相当の混乱が予想される。今後、政局によって状況が変化する可能性もあるが、各県の対応など含め現状を御教示戴きたい。

各県からの回答

【1】と同じ

【3】レセプトオンライン化への対応状況について

(熊本県)

《提案要旨》

厚生省は平成23年4月にレセプトオンライン化を完全義務化としていたようですが、オンライン請求が他の請求法を上回ったとの報告もあります。また厚生省の、例外なしの義務化

という言葉から例外なしが外れており、対応が出来ない医療機関への猶予等も勘案されていますが、現時点では最終的には対応せざるを得ないようです。また対応が出来ない医療機関では、代行人力等も考えられているようですが、現実的ではありません。各県はいかに対応される予定でしょうか？

各県からの回答

【1】と同じ

【4】レセプトオンライン請求義務化について（特に小規模医療機関の対策について）（鹿児島県）

《提案要旨》

高齢の開業医が経営する小規模診療所が今からIT化への対応に投資し、操作を覚えるということは年齢的にも経済的にも困難である。そういった会員のために「手書き請求」を残してほしいという意見が多数寄せられている。貴県の現在の状況と今後の対策についてお伺いしたい。

各県からの回答

宮崎

	オンライン	電子媒体	紙レセ	手書きレセ	合計
診療所	40 (5.4%)	154 (21%)	500 (68%)	41 (5.6%)	735

昨年4月のアンケート時点でレセプトオンライン化に対応できないので保険診療を止めるか、閉院を考えている施設が25施設（4.2%）でした。その後の状況は不明です。

手書き請求は残すべきで、今回の政権交代を機に、完全義務化の中止を厚生労働省へ今以上に働きかけるように日本医師会へ要望したいと考えています。

【5】ジェネリック医薬品の普及促進について

（宮崎県）

《提案要旨》

当県では、最近、市町村の国保担当課が国保連合会に依頼し、被保険者がジェネリック医薬品を希望する旨を記載したカードを作成し、国保加入者に配布している事例が見られます。カードの表に“ジェネリック医薬品を希望します”と刷られ、裏にはジェネリック医薬品は効果や安全性が先発品と同等と認められた医薬品であること、安価であることなどが記載されています。市町村が発行するカードですので、それなりの重みがあると考えられ、カードを提出された医療機関側からすると、先発品を処方することの説明も骨が折れる仕事です。貴県での状況はいかがでしょう？

各県からの回答

沖 縄 当県でも市町村国保及び全国健康保険協会より「ジェネリック医薬品希望カード」が配布されており、保険証とともに持参する患者さんが少なくありません。その際に、窓口にてジェネリック医薬品を希望される方もいます。院外処方のところでは個々の商品名の指定ができずトラブルがあるようですが、院内処方では自院で薬品の選択が可能であり、使い慣れたジェネリック医薬品を処方する事ができ大きな問題は無い。国や当局がこれほどまで強引にジェネリック医薬品の普及を図ることには非常な違和感を覚えますが、医療を取り巻く社会環境の変化を考えれば、患者さんの希望があればジェネリック医薬品の選択も必要ではないかと考えます。

【6】ジェネリック医薬品に関して

(福岡県)

《提案要旨》

ジェネリック医薬品に関しては昨年も議題に上がりましたが、厚労省は2010年度の保険制度改訂時にさらなる普及を目指そうとしています。それを先取りしたのか、医療保険団体、特に国保の主体である自治体が強力に勧めようとしています。福岡県でもいくつかの自治体が「ジェネリック啓発カード」なる者を住民に各戸配布し、受診時に医療機関（主に主治医）に提示するように勧めています。各県の事情はいかがでしょうか。医療経済からの事情はある程度理解せざるを得ないのかもしれませんが、患者と医師の関係は本来は会話によって事が進むものですが、重要な医薬品の選択に関わる事項に関して、無機質なカードを提示するように住民に勧めるなどというのは、いかにも書類で事項を処理する役所的な発想で医療の世界に踏み入る行為と考えますがいかがでしょうか。

各県からの回答

【5】と同じ

【7】特定検診、特定保健指導への対応について

(熊本県)

《提案要旨》

昨年4月1日より特定健診、特定保健指導が始まっておりますが、当県におきましては保険により多少の違いはありますが30%前後の受診率に終わっております。各県におきましてはいかがでしょうか？

各県からの回答

佐 賀 佐賀県の目標33%に対し、実際は26.5%と低値でした。このため8月より、佐賀市と内科医部会との協力により、特定検診の「受診率アップ研究事業」が発足しました。佐賀市の診療所を受診した患者さんに、ローラー作戦的に積極的に特

定健診の受診を促していこうというものです。受診券がなくても保険証があれば特定健診が受けられ、健診結果を患者さんに伝える時に「動機づけ支援」も同時に実施するという、事務処理も簡素化された診療所間にも患者さん側にも受け入れやすい取り組みです。注目に値するこの取り組みが、佐賀市から全国に広がっていくことを期待します。

宮 崎 宮崎県においては、平成20年度特定健診を受けた人は、市町村国保にて63,000人弱で、受診率は25.27%とのことです。(国民保険中央会調査)。また協会健保では、被保険者の受診率が38.8%、被扶養者は8.3%となっています。

この値は全国平均(それぞれ35.9%、11.2%)と比べて、決して高くなく、九州・山口各県の中でも、平均～低い方となっています。いずれにしても、国のかかげる目標値である特定健診受診率(65%)からは大きく下回るものです。

【8】「特定保健指導」内容の健診担当医師への開示について

《提案要旨》

平成20年の特定健診の説明会において、嬉野市担当者より「個別健診の判定により、特定保健指導を受けた受診者の指導内容や結果を、担当医に報告します」と回答頂いていました。特定健診担当医は指導内容と結果を知ることにより、特定健診に係るモチベーションをキープでき、指導終了後も、折にふれ、受診者の生活習慣改善の確認や再指導に生かせるのは大きなメリットと思われれます。

しかし、その後の話では、県国保課より「個人を特定した情報の提供はできない」との指導があった故、報告はできませんとのこと。健診業務(診察と判定、結果説明まで)を任せられても、指導の結果は教えることはできない、これでは、特定健診担当医は特定保健指導を勧めることもできません。

「個人情報保護法」の解釈や運用次第では、特定健診の受診者や担当医にとって、有意義な健診となる可能性があります。

各県からの回答

沖 縄 那覇市の担当者の話では、保健指導の内容や結果は必要に応じて、受診者を介し担当医に報告されているとの事です。個人情報保護の話はないようです。全県的に同様とのことです。

【9】在宅医療・介護サービスへの参加を

(大分県)

《提案要旨》

医療制度改革では、地域医療を重視するといいつながら、医師不足の解消として救急、産科

に眼が向いており、診療報酬で病院、勤務医の評価は高い。それに対し診療所、開業医の評価は低く診療報酬はマイナス改定が続いている。

今後の医療提供体制は、急性期だけでなく慢性期から在宅医療が重視される。

臨床内科医が生き残って行く為には、在宅医療への取り組みが必須であり、往診や訪問診療そして休日や夜間などの診療への取組みが求められている。

介護保険制度への関与は「主治医意見書」の記載や、介護認定審査会の委員としてしかないが、今後の方向は医療サービスだけでなく介護サービスも含めた地域連携が行われる。診療所、臨床内科医が中心となって医療と介護を一体的に提供する地域包括ケア体制を構築する必要がある。日臨内も在宅医療、介護サービスの取組み、推進を図るべきであろう。

各県のご意見及び日臨内の見解をお伺いしたい。

各県からの回答

宮 崎 貴県の提案のとおりであり、これからの高齢化社会において在宅医療への取り組みは必須事項になるであろう。それは単に医療費の抑制のためだけではなく、国民にとっても自宅で療養することのメリットが多々あることを考えると、在宅療養を安心して行うことのできる環境の整備が急務である。そのためには医療制度の改正だけでは不十分で、生活する場の支援が欠かせない。介護サービスの多くが自由参入を認められているなかで、医療との連携が乏しかったり、バックアップのない介護現場が増えてきている。医療機関が関与する介護サービスがもっと増えないと、質のばらつきが今後も大きくなると危惧される。そのためにぜひ、医療者自身による介護保険事業への取り組みを増やすべきであると考えている。

沖 縄 賛成です。診療報酬の引き下げによる医業収入減は、今後開業医やこれからの新規開業医にとって経営的にみてかなり厳しくなってきます。ただ今の外来の医業収入でやっていける先生方は、何も難儀して在宅医療までやる必要はないと考えている先生方がほとんどであると思います。しかし自分が今まで見ていた患者が通院できなくなった時やまた地域のニーズがあればどうしてもやらざるを得なくなります。在宅医療はコストがかかりません。訪問診療車1台とマンパワー(医師+看護師)が行くだけで設備投資もいりません。1開業医でたくさんの数は対応できませんが、一般外来機能は維持しながら、できる範囲の在宅医療(往診・訪問診療)を検討してみてもいかがでしょうか? 24時間対応できないではなく、訪問看護と連携して緊急時のファーストコールは看護師、セカンドコールは自院の看護師、サードコールが医師という順序にすれば可能かと思えます。実際在宅医療されている先生方は、それ程頻繁に緊急時在宅へ行っているわけではありません。また一人で診るのは大変という先生方にとって、長崎在宅ネットワークの

ように一人の患者を主治医・副主治医・協力医等多くの先生方が協力して診るというネットワーク作りも必要かと思えます。

【10】介護保険における「認定調査票」の主治医への開示について

(佐賀県)

《提案要旨》

市町村を保険者とした介護保険制度は平成12年4月にスタートし、まだ10年に満たない制度です。この間、我が国の高齢化社会問題を解決する基幹的な制度として定着しましたが、性急な立ち上げのため、介護と医療の情報共有においては不十分との印象です。

介護認定審査会に参加すると、認定調査票には日常生活における患者の状態がよく記載されていることが解ります。この内容を主治医が入手できれば、患者の病状や生活能力の推移をみる上で大変参考になり、また、相談に来られるケアマネや家族に対してよりの確なアドバイスの行えると思えます。例えば、一般内科医は、脳梗塞後遺症や整形外科の疾患による体動制限は診療室での観察だけでは十分に把握できませんし、患者さんが独居高齢者や認知症の場合、日常生活における患者さんの状態は、こちらから出向かないかぎり知る由もありません。

以上、認定調査票の情報入手は、医療と介護の情報共有のポイントとなる可能性があり、大きな場での討論が望ましいと考え、提案しました。

各県からの回答

鹿 児 島

介護保険は、利用者自身の自己決定を中心に据え、医療と介護、福祉分野にわたる他職種協働による横の連携系統を機軸として、利用者に対して生活機能とQOLの支援を踏まえ、暮らしの場で医療や介護生活支援といった包括的な療養の場を提供するものであります。

提案要旨のごとく、医師は、その利用者の医療的な部分での把握は行っているものの、日常生活状態まで熟知することは日々の診療では困難であるのが現状です。主治医意見書を記載する際、認定調査票があれば、より良い記載が可能となり、詳細な利用者の姿を認定審査会へ伝達できると思えますが、この方法だと医師は調査票を重要視してしまい、ケアマネジャーなどの意見を含んだ担当者会議の意味が消失してしまうことを危惧します。

よって、調査票の取り扱いが現状として、医師は、担当者会議などで利用者の状況を把握した上で主治医意見書を記載した方が公正になるのではないかと思います。

宮 崎

貴県のご意見のように、認定調査票の主治医への開示は有用と考える。その内容の濃さに、私たち主治医がもっと真剣に主治医意見書を書かなければならぬ

という気持ちになるであろう。また居宅療養管理指導箋を書く際にも有用な情報となるであろう。何よりも、介護の現場との距離を縮めることに貢献すると考えられる。

様々な介護の現場で、医師の存在の希薄さが顕在化してきており、もっと医師側から積極的に他職との連携を働きかけていくべきだと考える。

長 崎 「認定調査票」開示に関しては、長崎市では原則本人にのみの開示に限っている。死亡の場合は相続人にのみ限られている。

本人が請求する場合、請求書を書けない場合には、ケアマネジャーが代行できる。

【11】医療事故調査委員会設置に反対

(宮崎県)

《提案要旨》

医学は不確実なものであり、医療はその不確実なものの組み合わせである。「善意に基づいた医療行為については、刑事責任は問わない」ことを確立しない限り、原因分析と再発対策は望めない、それを認めない仕組みを作る医療事故調査委員会設置には反対です。日臨内は後期高齢者医療制度の見直し表明はしていますが、医療事故調に対する立場も明確にして欲しい。

各県からの回答

佐 賀 先の衆議院選で大勝した民主党が政権を取りましたので、民主党の医療政策<詳細版>

<http://www.dpj.or.jp/policy/koseirodou/index.html>を参照しました。医療事故の原因究明および再発防止として、「医療の納得・安全法案（略称）」に基づき、院内調査委員会、医療安全支援センターによる調査チームが中立的な立場で調査・報告することになっています。また、「無過失補償制度」を創設し、弱者である患者の救済にあたり、併せて医療従事者への訴訟リスクを減らす、としています。

心情的には、医療従事者としては、「善意に基づいた医療行為については、刑事責任は問わない」ことを前提にしたいのですが、医療を受ける側には受け入れられないと思われます。どんな場合でも、「人は過失することがある」、「医療は不確実であること」を前提に、これからの事例が検討されるべきと思います。

【12】入院中の診療情報提供料算定不可に関して

(長崎県)

《提案要旨》

外来通院中の患者家族から入院後に連絡があつて診療情報書を出すケースがあるが、保険上は現在算定出来ないことになっている。診療情報は、入院前・入院後に拘わらず入院先の医療機関にとっても患者本人にとっても有益なものと考えられ、算定不可ですることは不合理である。各県のご意見を伺いたい。

各県からの回答

宮 崎 貴県の提案どおり

【13】 ナースプラクティショナー（NP：診療看護師）の医療行為について （大分県） 《提案要旨》

本県の看護大学と病院がNPを大学院修士課程で養成し、一定範囲の診療行為（医療行為）ができるようにと特区を使って国に申請した。その行為はあらかじめ医師が指示した検査、問診、視診、触診、聴診などの「包括的健康アセスメント」、高血圧症などの慢性疾患の患者、在宅や老健の褥瘡患者に対する薬剤の処方、在宅での終末期ケアを受けた患者の死亡確認などである。又、生活指導、健康指導を行い一定の範囲での処方など行う「看護的治療マネジメント」を実施する。そして、その提供場所は医師不足の医療機関、医療サービスが十分届かない在宅としている。

NPの養成の試みは、全国的に拡がりを見せており、病院の外科など、医師不足に対応する「病院型」NPと、上記の様な「地域医療型」NPがあるが、これが混同して勧められている。病院型には認定看護師、専門看護師がすでに養成されており、医師の指示のもと活用されることには我々は反対していない。しかし、「地域医療型」NPは医師にしか認められていない行為に踏み込んでおり、我々臨床内科医の診療行為そのものである。

医師不足を機にNPという医師もどきが養成されることは、医療の質の低下と混乱を招くだけである。各県の情報・ご意見、日臨内の見解をお伺いしたい。

各県からの回答

佐 賀 貴県に賛成。

診療行為は、系統的な医学教育と経験を経た医師であるからこそ許されることであり、そのために医師は重大な責任を負わされている。

地域医療型NPが、医師の指示もなく医療行為を行うことで、医療事故が増加する危険性を孕んでいる。更に、その責任の所在を含め更なる医療崩壊を招く危険性もあり、この問題は慎重に考えるべきである。

沖 縄 高齢化社会を向かえ、ますます在宅医療・ケアの需要がましている。ますます「チーム医療」が必要であり、看護師と協働・連携を推し進めなければならない。

しかしながら、提案者のご指摘のように医師不足の名のもとに、安易に臨床内科医と同じ診療行為を認めることであれば、医師もどきが養成され、医療の質は低下し混乱を招くことになりかねない、

沖縄県の看護大学においても特別講演に「カウワイ島における保健看護事情とナースプラクティショナーの活動および遠隔教育について」と超して紹介があり、アンケートの結果も導入に積極的な意見があったとのこと。

【14】救急車搬入の救急患者を受け入れた場合、入院の有無にかかわらず、救急診療に対する診療報酬を算定できるよう要求してはどうか (鹿児島県)

《提案要旨》

大病院の救急患者の受け入れ困難の理由の一つとして、軽症の救急患者も大病院に集中する傾向がある為で、これを防止し、受け入れを容易にする為には、中小の病院や診療所でも、救急車搬入の救急患者を受け入れた場合、入院の有無にかかわらず、救急診療に対する診療報酬が算定可能となれば、救急体制に参入する診療所や病院群が増加し、その結果、病院勤務医の負担も軽減され、大病院の救急患者受け入れ体制も整うと考えるが、いかがでしょうか。

各県からの回答

沖 縄 沖縄県において、救命救急センター等々の大病院や救急告示病院、二次救急医療機関から救急患者受け入れ体制について特に問題なく、トライ回しもなく円滑に救急患者が搬入されている。

入院の有無にかかわらず、救急診療に対する診療報酬が新に算定されれば運営上、救急患者診る医師を増やすことが可能になり、結果、病院勤務医の負担も軽減され、大病院の救急患者の受け入れ体制も更に改善されると考えられる。

熊 本 救急体制に参入する診療所や病院が増えるのはなかなか難しいと思われまし、また診療報酬の算定も判断が難しいと思われまし。診療報酬化をするには検討する必要がまだ多いのではないのでしょうか。

【15】新型インフルエンザについての取り組みについて (福岡県)

《提案要旨》

新型インフルエンザについては国の対応が一定しておらずそれに引きずられるように県、政令都市にてその対応が食い違い医療機関としては対応に苦慮しています。各県における内科医会としての対応はどのようにされましたか？

各県からの回答

沖 縄 沖縄県内科医会は県医師会の分科会であり、新型インフルエンザの対応は、国→県→市町村の順になされるので、会員は具体的には郡市区医師会会員として動いた。県内の市町村間でとくに対応が大きく異なることはなかった。内科医会として特別な対応はしていない。

那覇市医師会の対応

- ① 6/19付けの国の新型インフルエンザ対策運用指針改定に基づき原則として一般医療機関において発熱患者の診療を行うにあたり、院内感染対策の徹底をお願いする文書、また「院内に入る前へ」に電話連絡を促すポスターを作成し会員施設へ配布している。
- ② 県対策委員会からの情報はリアルタイムで会員施設へ通信を行っている。
- ③ 5月1日に発熱外来設置の協力依頼が県対策委員会からあった際は会員施設へ発熱外来への医師派遣協力を募った。その際に医師会で県福祉保健部医務課、中央保健所の担当者から「新型インフルエンザの現状と今後の対応について」緊急勉強会を開催した。
- ④ 今後第2波流行時の場合は再度発熱外来設置も考えられる。発熱外来協力医の手挙げも確認されており、その際の対応に役立てられると思われる
- ⑤ 沖縄県において8月の新型インフルエンザ大流行があり、那覇市立病院の救急外来機能がパンク状態にあり、土、日、祝日の外来応援医師を派遣。

沖縄県医師会の対応

- ① 県知事から県医師会へ、時間外診療等の医療提供体制の確保について、診療可能医療機関の申請が行われ、28医療機関が手上げを行った。

熊 本 確かに国の対応がまだ一定しておりませんので、当県での対応も日々変化しております。熊本県内科医会では特別な対応策はとっていませんが、現時点では集団発生時以外は季節性インフルエンザと同じ対応をしています。また熊本県医師会では、熊本県健康危機管理課と打ち合わせを行い、医師会を通して、医療機関への通知を行っております。

[報 告]

平成21年度日臨内九州ブロック会議

宮崎県内科医会常任理事

中津留 邦展

日 時：平成21年10月17日（土）

場 所：福岡市

参加者：栗林会長，中津留

九州各県内科医会役員23名の参加で会議は行われました。日臨内執行部からは望月，山本両副会長が臨席されました。まず，向野福岡県内科医会会長が参加者への感謝の挨拶をされ，続いて日臨内執行部を代表して望月日臨内副会長から，政権が交代し医療も変革が予想される，日臨内も国民に対して医療の充実のためにアピールすべきで，本ブロック会議が有意義なものになるよう期待しますとの挨拶があり，議事に入りました。

I. 日臨内からの報告事項

1) 会員数について

平成21年9月25日現在16,356名で，1年前と比べ1.6%減。山本日臨内副会長から，若い会員の減少がみられるため，日臨内が行っている臨床研究の成果や公益事業委員会が出しているインフルエンザ診療マニュアルなど日臨内が行っている事業をアピールし，会員増について会員全体で努めましょうとの話があった。

2) 日本臨床内科医学会について

第23回日本臨床内科医学会は，埼玉県さいたま市大宮で1500名の会員の参加を得て盛大に行われた。次の第24回は平成22年10月に石川県金沢市において行われる。第25回は北海道での開催が決定。

3) 次回の日本臨床内科医会総会について

平成22年4月10日(土)・11日(日)に東京で開催。会場は東京商工会議所のホールの予定。

4) 法人税について

一般社団法人になったことに伴い，本会は法人税法上は，非課税法人である非営利型法人の中の公益的活動法人として認定された。平成21年度以後，研修推進関係の会計に余剰金が生じても，収益事業に該当せず，申告から除外される。

5) 学術部, 広報部について

「生活習慣と健康状態調査」については、平成21年9月末で35,000例を越える症例が集計されたが、目標の4万例を達成すべく、協力を呼び掛けている。「内科診療実践マニュアル」、「患者向け疾患別小冊子」について、今後も会員に広く利用を勧めてゆく。ニュース編集委員会では平成21年度より各県に「日臨内支部ニュース委員」の選出をお願いした。平成21年10月11日の学術合同委員会において、今後の活動予定の1つとして、診療に役立つ、患者さん向けの印刷物を疾患別に作成して、会員に配布する企画が提案された。

6) 研修推進委員会関係について

認定医, 専門医について、多くの先生方からの申請が望まれる。

II. 日臨内執行部に対する提案事項

- 1) 『外来管理加算5分要件』の無条件撤廃を求める（沖縄県）
- 2) 九州ブロック会議各県勤務医の入会の動向を調べ、会員増強の一手段として勤務医入会の再検討を提案します。（熊本県）
- 3) #1, 「日常内科疾患の実践的処方集」#2, 「内科診療実践マニュアル」の会員への周知・販売価格について（鹿児島県）
- 4) 日臨内社員の入会条件について（福岡県）

各都市だより



宮崎市郡内科医会だより

多くの国民と共に、各地の医師会の期待を背負って実現した新しい政府による医療政策は、さまざまな議論を巻き起こしながら何処へ行こうとしているのでしょうか？かつての日本医師会の強力さを知っている者の一人としては、あまりにも力を落とした医師会に大きな変革を期待せずにはおれない新年です。先生方にはどんな抱負と期待を抱いておられますでしょうか？宮崎市郡内科医会の会員は総数160名です。若干減員です。そんな中、平成21年には、以下の5名の先生方が亡くなりました。

谷 榮一 先生 (1月14日)

辰元 忠 先生 (6月26日)

平川徳三郎 先生 (8月15日)

寺師 宗和 先生 (9月29日)

面高俊一郎 先生 (10月31日)

まだまだ道半ばにして亡くなられた先生方には無念さを感じずにはおれません。今はただ、安らかな眠りをお祈りするしかありません。合掌。

新型インフルエンザ騒動は未だ収まらず、会員仲間の先生方からは「インフルエンザの診療はともかく、新型インフルエンザワクチ

ンの接種は問い合わせ、キャンセル、実施、などなどの対応にてんやわんや」という声も多いようです。まだまだこの狂想曲は続きそうです。健康を工夫維持しつつ御健闘をお祈り申し上げます。

平成21年10月～12月に実施した講演会は次の通りでした。

○平成21年10月22日 (木)

演題：①『意外と知らない過敏性腸症候群 (IBS)』

②『過敏性腸症候群 (IBS) のすぐ役立つ鑑別法と治療経験』

講師：①宮崎大学医学部内科学講座消化器血液学分野

助教授 山本 章二郎 先生

②竹迫外科内科医院

副理事長 柴田 直哉 先生

○平成21年11月25日 (水)

演題：①『当院 (無床診療所) における肺炎治療の現状』

－外来治療86例と入院治療が必要と判断した34例の比較検討－

②『失敗のない肺炎治療を目指すには何が必要か』

講師：①せき診療所内科・呼吸器科

院長 関 良二 先生

②宮崎大学医学部内科学講座免疫感染病態学分野

講師 長友 安弘 先生

○平成21年12月8日 (火)

演題：『すべてのドクターに使いやすい

新しい糖尿病治療薬をどのような患者にいつ使うか』

講師：宮崎大学医学部内科学講座神経呼吸内分泌代謝学分野

教授 中里 雅光 先生

○平成21年12月11日（金）

演題：①『GLP-1によるグルカゴン分泌抑制とその臨床的意義』

②『2型糖尿病の新しい治療戦略』
－インクレチンの投与意義を中心に－講師：①宮崎大学医学部附属病院第3内科
講師 水田 雅也 先生②東京大学大学院医学系研究科代謝
栄養病態学

教授 門脇 孝 先生

（文責：中村 周治）

都城市北諸県郡内科医会だより

H21年は新型インフルエンザに振り回された格好でしたが、ワクチン効果の評価が気になるところです。当地区会も新しい糖尿病治療薬を中心に取上げた講演会が多く印象に残りました。H21年下半期の講演会の内容は以下の通りです。

○平成21年7月31日（金）

「耐糖能異常を伴う心血管疾患の長期予後
を見据えた治療戦略」社会保険 小倉記念病院 循環器科
診療部長 横井 宏佳 先生

○平成21年9月28日（月）

「B型肝炎の最新の治療と病診連携」

宮崎大学医学部 内科学講座
消化器血液分野 講師 永田 賢治 先生

○平成21年10月20日（火）

「喘息における末梢気道炎症治療の重要性
とその試み」

JA岐阜厚生連 東濃厚生病院

アレルギー呼吸器科部長

大林 浩幸 先生

○平成21年11月6日（金）

「糖尿病診療の新時代－診断・治療の新しい潮流－」

古賀病院 内科 院長 栗林 忠信 先生

○平成21年12月4日（金）

「糖尿病薬物療法の新しい流れとは～早期
介入の意義～」

川崎医科大学内科学

教授 加来 浩平 先生

（文責：志々目栄一）

延岡内科医会だより

2009年はインフルエンザの流行、政権の交代など慌ただしい年でした。2010年は穏やかな年になるように願っています。

しかし、民主党の医療政策については不透明な点も多く内科医会としても地域の医療、十分な診療が行われるような環境作りについて努力していかなければならないと考えています。

近年内科領域では、臓器別の専門化が進み専門以外の診療が行われにくい状況になってきています。特に若い先生のGP（general practitioner）の育成が今後の地域医療の診療を支える1つの手立てになるのではないかと思います。

平成21年下半期に行われました講演会は下記の通りです。

○平成21年8月7日（金）

『脳梗塞の治療と予防－抗血栓療法を中心に－』

熊本市立熊本市民病院 神経内科

部長 橋本 洋一郎 先生

○平成21年8月28日（金）

『すべてのドクターが処方しやすい経口糖
尿病薬の効果的な使い方』

宮崎大学医学部 神経・呼吸・内分泌代謝学
教授 中里 雅光 先生

○平成21年9月4日（金）

『虚血性心筋症に対する左室形成術の方法
と成績

- STITCH Trialの検証も含めて-』他
愛心会 葉山ハートセンター 心臓外科
センター長 磯村 正 先生他

○平成21年9月11日（金）

『胃癌・食道癌に対する内視鏡手術』
九州大学大学院 臨床・腫瘍外科学分野
准教授 永井 英司 先生

○平成21年9月14日（月）

『脳梗塞急性期の内科的治療』
大分大学医学部 総合内科学第三講座
助教 荒川 竜樹 先生

○平成21年9月17日（木）

『風邪症候群と漢方治療』
医療法人社団 康晏堂 石内医院
院長 石内 裕人 先生

○平成21年9月25日（金）

『抗菌薬の適正使用-投与量の常識, 非常
識-』
産業医科大学 泌尿器科学教室
教授 松本 哲朗 先生

○平成21年10月10日（土）

『聴神経腫瘍の治療』他一般演題8題
宮崎大学医学部 臨床神経科学講座
脳神経外科学分野
教授 竹島 秀雄 先生他

○平成21年10月23日（金）

『ARBをベースとした降圧療法の最新スト
ラテジー

: 新規ARBイルベサルタンの位置づけ』
福岡大学医学部 心臓・血管内科
准教授 三浦 伸一郎 先生

○平成21年10月30日（金）

『糖尿病診療の新たな展開-新規糖尿病治
療薬への期待-』
熊本医療センター 内分泌代謝内科
医長 豊永 哲至 先生

○平成21年11月13日（金）

『喘息とCOPDを中心とした外来での診断
と治療』他
熊本大学大学院医学薬学研究部
呼吸器病態学分野
教授 興梠 博次 先生他

○平成21年11月20日（金）

①『股関節痛を来す疾患-鑑別と診断のポ
イント-』
千代田病院 リウマチ科・整形外科
部長 首藤 敏秀 先生

②『破壊性脊椎関節症の治療と限界』
県立宮崎病院 整形外科
部長 阿久根 広宣 先生

○平成21年11月27日（金）

『2型糖尿病の新しい治療戦略』-インク
レチンエンハンサーの投与意義を中心に-
宮崎大学医学部神経呼吸内分泌代謝学分野
教授 中里 雅光 先生
(文責: 宮田 純一)

日向市東白杵郡内科医会だより

平成21年度下半期の当内科医会が主催、共
催して実施した学術講演会は次の通りです。

- 平成21年7月9日(木)
『気管支喘息の診断と治療』
～吸入ステロイド薬の使い方～
県立延岡病院 内科
医長 山口 哲朗 先生
- 平成21年7月17日(金)
『糖尿病性腎症における血圧管理』
高千穂町国保病院 内科
医長 和氣 仲庸 先生
『慢性腎臓病(CKD)患者の外来管理』
県立宮崎病院 内科循環器科
医長 上園 繁弘 先生
- 平成21年7月24日(金)
【日向地区急性期医療連携検討会】
『心臓血管外科領域における救急について』
県立宮崎病院 心臓血管外科
部長 金城 玉洋 先生
- 平成21年7月25日(土)
『心臓病の診断と治療について』
宮崎大学医学部附属病院小児科
講師 高木 純一 先生
- 平成21年7月29日(水)
『今なぜ24時間血圧が重要なのか』
西郷病院 自治医科大学循環器内科学部門
矢野 裕一朗 先生
『DES時代における薬物治療の重要性』
小倉記念病院 循環器科
診療部長 横井 宏佳 先生
- 平成21年11月5日(木)
『ディスパブシア診療における最近の話題』
医療法人平成会 女の都病院
院長 水田 陽平 先生
- 平成21年11月12日(木)
『2型糖尿病の治療戦略』
～大血管症の抑制を目指して～
産業医科大学 第一内科
講師 岡田 洋右 先生
- 平成21年11月13日(金)
【日向地区急性期医療連携検討会】
『大動脈瘤に対するステントグラフト治療』
宮崎大学医学部外科学講座
循環呼吸・総合外科学分野
松山 正和 先生
- 平成21年11月26日(木)
『DPP-4阻害薬の登場により糖尿病はどのように変革するか』
宮崎大学医学部 神経呼吸内分泌代謝内科
教授 中里 雅光 先生
(文責：古賀 正広)

児湯内科医会だより

平成21年後半の国会関連の講演会等は以下のとおりです。

- 平成21年8月27日(木)
第24回国立病院機構宮崎病院医療セミナー
心電図モニターおよび心電図の見方と救急対応
国立病院機構都城病院
院長 小柳 左門 先生
- 平成21年9月21日(火)
第89回児湯カンファレンス
1. 骨髄炎に対し抗生物質含浸ハイドロキシアパタイトを用いた治療経験
国立病院機構宮崎病院整形外科
樋口 誠二 先生, 安藤 徹 先生
2. 糖尿病外来患者の推移
国立病院機構宮崎病院内科
猪島 俊朗 先生, 小堀 祥三 先生
- 平成21年10月15日(木)

児湯内科医学会学術講演会

特別講演

呼吸器疾患の診断および治療のピット
フォール

宮崎大学医学部 内科学講座

神経呼吸内分泌代謝学分野

教授 中里 雅光 先生

○平成21年11月10日（火）

第90回児湯カンファランス

特別講演

「なぜ今、24時間血圧が重要なのか」

-MISSION-Resistryの知見から-

美郷町国民健康保険西郷病院

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

(文責：寺本 仁郎)

西都市・西児湯内科医会だより

十数名の少ない会員で講演会を開催していますので、どうしても出席数が少なくなり、来ていただく講師の先生にはいつも申し訳なく思っています。しかし会員以外の先生、歯科医師、薬剤師の先生方の参加も毎回ありアットホームな講演会です。また、医師以外の観点からの新鮮な質問もあり勉強させられます。

当内科医会の講演会は以下の通りです。

○平成21年8月28日（金）

「関節リウマチ治療から見た骨粗鬆症治療」

善仁会 市民の森病院

膠原病・リウマチセンター

所長 日高 利彦 先生

「プリムローズ西都」

○平成21年11月27日（金）

「パーキンソン病関連のトピック」

潤和会記念病院

副院長 鶴田 和仁 先生

「プリムローズ西都」

○平成22年1月29日（金）

「うつ病治療の基礎と応用定型的なうつ病
から新しいうつ病まで」

大分大学精神神経講座

教授 寺尾 岳 先生

「プリムローズ西都」

(文責：杉尾 克徳)

南那珂内科会だより

日南市初期夜間急病センターが開設されて4ヶ月が経ちました。今はインフルエンザの患者さんが多く、平日で6人程、土曜日で12人程診ています。7割は高校生以下で原則として乳児以外は診ています。月に1回当番が回ってきますが、小児を診るのもやっと慣れてきました。患者さんも増え、県立日南病院の軽症夜間外来受診者数もだんだん減ってきたそうです。目的である病院医師の負担軽減の一翼を担ってきたようです。

平成21年7月からの内科系講演会は以下の通りです。

○平成21年7月16日

糖尿病治療とインスリン抵抗性

東京医科大学内科学第3講座

主任教授 小田原 雅人 先生

○平成21年7月29日

宮崎県に特徴的な神経、呼吸器、内分泌、
代謝疾患について

宮崎大学医学部内科学講座

神経呼吸内分泌代謝学分野

教授 中里 雅光 先生

○平成21年9月10日

インフルエンザの最新情報
北里学園北里生命科学研究所
ウイルス感染制御

教授 中山 哲夫 先生

○平成21年10月16日

慢性期の脳梗塞治療
東海大学医学部内科系神経内科

教授 診療科長 瀧澤 俊也 先生

○平成21年10月23日

大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術
宮崎大学医学部外科学講座循環呼吸,
総合外科学分野 助教 松山 正和 先生

○平成21年11月13日

CTによる冠動脈病変の診断について
宮崎循環器病院 院長 竹永 誠 先生
(文責：島田 雅弘)

西諸内科医会だより

前回の西諸内科医会便りで8月の総選挙の結果がどうなっているのだろうか、書いていましたが民主党の大勝と結果が出ました。その後は鳩山内閣ができたものの優柔不断といわれたり小沢傀儡政権といわれたり二重構造といわれたり政治資金の不透明さが噴出したりと散々な状態がつづいています。平成22年3月は診療報酬の改定がありますが中医協の委員の変更があったりして先行き不透明さが増しております。その中で3,000億の増額という報道がありますが本当なのでしょう？少なくとも2,200億のシーリングは外れそうですが・・・

医療崩壊といわれて久しくなります。西諸

の地域医療が崩壊に瀕しています。従来小林市立病院の内科には鹿大第一内科より3名の内科医が循環器を中心として派遣されてきました。それが昨今の新卒医師の大学病院での研修離れがはなはだひどくなり入局者が激減し、鹿児島市内への派遣も困難となり、ましてや隣県である当地域への派遣はできなくなったというのです。現在懸命に各方面に内科医の派遣をお願いしていますが困難を極めております。このままでは来年1月中旬以降の診療制限は確実に予想されます。

常勤、非常勤を問わず内科医師を募集しております。この場をお借りして、お願いするものであります。

平成21年8月以降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8月18日

C型肝炎に対するウイルス除去療法の効果
社団法人八日会藤元早鈴病院 消化器内科
部長 駒田 直人 先生
C型肝炎・肝癌の最近の話題
宮崎大学医学部内科学講座
消化器血液病学分野

講師 永田 賢治 先生

○平成21年9月17日

救命救急センターを受診する自殺企図例への対応
仙台市立病院精神科

顧問 栗田 圭一 先生

○平成21年9月25日

高血圧治療：今何故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～
名古屋市立大学心臓・腎高血圧内科学

教授 木村 玄次郎 先生

○平成21年10月22日

脂質代謝異常では何故動脈硬化／血栓症と
なるのか？その成因と予防・治療

鹿児島大学大学院 血管代謝病態解析学

教授 丸山 征郎 先生

○平成21年11月27日

最近の呼吸器感染症の傾向とその対策

宮崎大学医学部内科学講座

免疫感染病態学分野

講師 長友 安弘 先生

○平成21年12月10日

糖尿病治療の最前線

～インクレチン療法の位置づけ～

宮崎大学医学部内科学講座

神経呼吸内分泌代謝学分野

講師 水田 雅也 先生

(文責：野本 浩一)

原稿募集

次の原稿締切は平成22年6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

新型インフルエンザの嵐が吹き荒れた冬がやっと過ぎ、春の訪れを実感できる季節となりました。宮崎県内科学会誌第77号をお送りいたします。今回号も読み応えのある内容となっています。

「巻頭言」は常任理事の中津留先生から県内科医会と日本臨床内科医会の県内の入会状況を報告していただきました。「宮崎大学医学部新任教授のご紹介」は、宮崎大学医学部麻酔生体管理学講座教授に就任されました恒吉先生にお願いいたしました。宮崎県出身の先生の益々のご活躍を期待申し上げます。「特集」では潤和会記念病院糖尿病・代謝内科部長に就任されました水田先生に新しい糖尿病治療である、インクレチン療法につきましてご解説いただきました。作用機序や特徴を理解しますと、患者さんにも自信をもって処方できそうです。「会員投稿論文」では3題の症例報告をご紹介いただきました。いずれも日常診療で見逃してはいけない症例や侵襲の少ない最新治療の紹介です。「Postgraduate Education」は、新たに宮崎大学医学部内科学消化器血液学講座からご投稿いただけることとなり、今回は久富木先生より貧血についてご講義いただきました。貧血は日常診療で遭遇する機会の最も多い血液疾患ですが、その診断や検査のポイントや専門医に紹介するタイミング、最新の知見まで非常にわかりやすく解説されています。「Postgraduate Education, 臨床膠原病講座」では、村井先生に全身性強皮症につきましてご解説いただきました。バックナンバーをそろえると膠原病の臨床教科書ができそうな大作です。「他科からの提言」では前回号でもご寄稿いただきました、宮崎大学医学部泌尿器科教授の賀本先生にPSA検診につきましてご解説いただきました。内科でも日常で行うPSA検診、泌尿器科専門医に紹介するタイミング等迷うことが、多々あります。今後も我々内科医にもご発信、宜しく願います。

新型インフルエンザ警報は解除され、新型インフルエンザはやっと収束されつつあります。新型インフルエンザワクチン不足とそれに伴う医療機関への問い合わせから一転、在庫過剰が報道される様になりました。昨年は、予測できない流行性疾患対策の難しさを実感させられる年でした。WHOの報告では、日本における新型インフルエンザの死亡者数が他国と比べ少なく、これも我々医療機関が、各地域で、これまでにすぐに受診できる環境づくりをしてきたことと、黙々と新型インフルエンザ患者の診療を行ってきた結果だと思えます。次の波への備えも進めて行きたいと思えます。

(名越 敏郎)

発行所

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