

[巻 頭 言]

宮崎県内科医会会長2期目を迎えて

宮崎県内科医会会長

栗 林 忠 信

宮崎県内科医会は昭和37年8月15日、大田原靖喜先生を初代会長に結成され、その8年後の昭和45年10月に内科医会誌が創刊されました。創刊号に2代目会長綾部勤先生の会誌発行に向けての熱い思いが述べられていますが、創刊から40年目を迎えて、益々会員に役立つ会誌になるように発展していくことを期待しています。内科医会創立当時の会員数は280名だったそうですが、現在は480名を超える大所帯になりました。この伝統ある内科医会の9代目会長に就任して何も出来ないまま、あっという間に2年間で過ぎてしまいました。この4月から2期目を迎え、新しい体制で船出いたしました。会員の先生方が何を欲しているのか、どうすれば内科医会が活性化するのか、じっくりと腰をすえて考えて行きたいと思っています。その責務の重さをひしひしと感じながらも、精一杯の努力をする覚悟ですので、これまで以上に先生方からのご支援、ご協力をお願いする次第であります。

ところで、4月から日本医師会は民主党寄りの原中会長に体制が変わりましたが、7月の参議院選挙では日本医師連盟の推薦あるいは支援した候補は3名とも落選するという惨めな事態になりました。昨夏の衆議院選挙で大勝し、政権についた民主党も改選議席を大幅に減少させ、惨敗してしまいました。民主党政権になって、これまでの医療費抑制政策が方向転換され、今年度の診療報酬改定で若干でも+改定されたことは大いに評価されましたが、我々内科医にとっては殆ど恩恵がありませんでした。中医協の診療側委員は、5月26日の総会で、2012年度診療報酬改定に向けた検討課題を提案し、この中で、医師・看護師などの医療資源が少ない地域での算定要件の緩和などを検討すべきだとし、地域ごとの医療提供・需要の調査をするように訴えています。国民目線での医療費改定が行われることを希望いたしますが、財源不足は明白であり、消費税増税を含めた議論の中で、今後、診療報酬改定がどの方向に進んでいくのか注視して行かねばなりません。日本臨床内科医会（日臨内）は内保連に4人の委員を送り、診療報酬改定に際し、厚生労働省医療課に対して要望書を提出しています。今回の改訂でも往診料650点を720点に増点できたのは日臨内委員の大きな貢献のためであります。内科医としての要望が主張できるのは、現時点では日臨内しかないと思います。今後、県内科医会も日臨内と一丸となって、内科医としての権利を獲得する運動を強力に進めて行きたいと思います。

ご挨拶



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

宮崎県内科医会の皆様、平成18年10月より熊本大学から第3代目教授として宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野に赴任しました竹島です。赴任から約4年が経過しておりますので、日常の診療におきまして、既に多方面の内科医会会員の皆様方にひとかたならぬお世話になっております。皆様の日頃のご厚情にこの場をお借りして御礼申し上げます。またこの度は、内科医会誌に拙文を掲載頂けるとの機会を頂き誠に光栄に存じております。それでは、今回は自己紹介と脳神経外科領域にまつわる現状に関して、ご紹介させて頂きたいと存じます。

まず、簡単な自己紹介ですが、私は昭和33年熊本県山鹿市の生まれで、昭和58年熊本大学医学部を卒業しました。スポーツマンを自認しており、学生時代は、軟式テニスで結構鳴りました。戦績として、九山の個人戦優勝、団体戦は西医体・全医体を2連覇しました。先日、学生に混じって26年ぶりにテニスをしました。5分限定ですが、学生に結構負けないプレーができ、自信が蘇ってきました。最近では、ゴルフがスポーツの中心ですが、練

習時間が十分取れないためか、伸び悩みの状況です。

次に、脳外科の現状を項目別に述べたいと思います。

1) 当教室の現状に関して

私を含めて現在9名の少数精鋭で日常業務を行っています。教室員には苦勞をかけているとは思いますが、県内各地の基幹病院に配置している人員は維持して、可能な限り地域医療に貢献しているところです。もともと私のsubspecialityが脳腫瘍であること、また一般的に大学病院には治療の困難な脳腫瘍が集まることもあり、昨年の脳腫瘍手術実績は93件と九州内の全病院で5番目にランクされました。赴任時は、手術用の器械がほとんどなく、20年前にタイムスリップした印象でしたが、幸運にも病院の再開発などで、ここ3年間に手術用ナビゲーションシステム、電機生理モニターシステム、神経内視鏡システム、新型手術顕微鏡（蛍光検出装置付き）などが新たに導入されたことで、遅れを取り返すことができ、国内でもよそに負けない最新の治療を行うことができるようになりました。

予想外だったのは大学病院の救急患者が増加しており、頭部外傷や脳血管障害など、一般市中病院で経験することが多い症例が増加しています。研修医たちが大学で脳外科救急症例を診療することができるとは思わなかったと、嬉しい悲鳴(?)を上げています。

2) 脳卒中救急医療の現状について

最後の砦となるべき大学病院に救急患者が殺到しているということは、すなわち市内の救急体制が十分に機能していないことの裏返

しに他なりません。ある意味では警戒水域に入っていると思われれます。

その理由としては、若手医師の減少や医師の高齢化などによりアクティビティが低下していることも事実ですが、全体を統べるシステムが存在しないことも大きな理由です。したがって、地域医療のさらなる崩壊を防ぐためには限られた医療資源の有効活用が必要になります。現在、脳卒中診療に関する医療連携を図る目的で、宮崎東諸県医療圏脳卒中ネットワーク協議会会長として、行政（宮崎県・宮崎市）とも協力して脳卒中地域連携クリティカルパスの立ち上げに取り組んでいます。

また、同時に社団法人日本脳卒中協会宮崎県支部長として、「宮崎県に脳卒中難民を作らない」をスローガンに、TPA講習会など医療関係者に向けた講演会、市民公開講座などの活動を行っております。ご協力宜しくお願い致します。

3) 脳外科全般の問題点

ひところは小児科、産婦人科領域の入局者の減少が声高く報道されてきましたが、実は脳外科医も全国的には絶滅危惧種に指定されてよいほど若手医師が減少しており、最近も右肩下がり傾向は続いています。幸い、宮崎では新入局は確保できていますが、脳外科医の全体的な高齢化により実働人員は減少しており、今後ますます厳しくなることが予想されます。

手術手技に対する個別のインセンティブの付与など、何らかの策を講じなければ、20年

後、本当に脳外科医が絶滅してしまうかもしれません。

4) 今後の教室の目標

医局の最終目標は、良い人材の輩出に他なりません。では、良い人材とは何か？これは単に手術がうまい下手というだけではなく、物事を俯瞰的に見ることができる広い視野をもった医師の養成も必要だ、ということです。そのためには、上質のワインの如く熟成期間が必要です。

臨床面では私がこれまで習得してきたものを伝承すべく、若手に一人1年間、病棟医長になってもらい、マンツーマンで徹底的にたたき込んでいます。まとまった症例を経験することで、めざましい上達が見られます。

この他にも、私の懸案であったリサーチに関しても細々ではありますが、ようやく立ち上げることができました。今後若手の活躍に期待しているところです。

全国や海外の学会にも積極的に発表することで、少しずつですが、教室の柱が年輪を増すように太くなっていることが実感されます。

将来的には、全人的にすぐれた脳外科専門医による診療可能な施設を増やしていかなければなりません。現時点での現実的な対応策としては、内科医の皆様のご協力を仰がなければなりません。ワインが熟成された暁には、十分な恩返しができること確信しておりますので、ご理解ご助力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

特集**小腸内視鏡****－原因不明の消化管出血の定義と診断アルゴリズムを含めて－**

宮崎医療センター病院 消化器・肝臓病センター 消化器科

見玉 真由美

はじめに

これまで小腸はその解剖学的特徴から内視鏡診断・治療が困難であり、「暗黒大陸」とも呼ばれてきた。しかし、2000年に入り、この状況は一変した。X線造影検査が小腸疾患診断の主役であった時代から、カプセル内視鏡、バルーン内視鏡、小腸X線検査等を組み合わせる時代となったのである。

カプセル内視鏡 (Capsule endoscopy ; CE)

カプセル内視鏡は従来の内視鏡検査とは全く異なり、口から飲み込まれた後、消化管内腔をカプセルが蠕動運動に伴って進む間に、生理的な状態の小腸を非侵襲的に観察することができるカプセル型の小型内視鏡である。2000年にイスラエルのギブン・イメージング社が開発し、2001年に欧米で小腸用PillCam SBが認可された。本邦では2007年10月にギブン画像診断システムが保険認可され、次いで2008年10月にオリンパス社のカプセル内視鏡システムが保険適応になった。これまでにカプセル内視鏡による検査は世界70カ国以上、のべ120万件以上も行われている。

小腸用カプセル内視鏡の適応および禁忌

カプセル内視鏡の保険適応の対象は、「内視鏡検査を含む上部および下部消化管検査を行っても原因不明の消化管出血」である。偶発症としては滞留があり、「カプセルが消化管狭窄の口側に少なくとも2週間以上とどまること」¹⁾と定義されている。偶発症の可能性を減らすために以下の禁忌がある。①滞留時に開腹手術の同意が得られない患者、②腸閉塞患者、③ペースメーカー装着者、④妊婦、⑤クローン病と診断された患者。

小腸用カプセル内視鏡の検査法

8時間以上絶食の後、機器を装着しカプセルを飲み込んで検査開始となる。4時間後には軽い食事もとれ、強い磁気にさらされたり激しい運動をしなければ被検者は自由に日常生活が行える。外来検査も可能である。電池寿命は8時間以上あり、1秒間に2枚の画像が撮影され1人の患者当たり60,000枚以上の静止画が撮影される。当院ではギブン・イメージング社のカプセル内視鏡を使用しているが、電池寿命が約12～15時間に延長されたため、リアルタイムビューワーにて画像をリアルタイムに観察し、大腸到達を確認後、機器をはずして検査を終了している。撮影された画像は画像解析用のソフトウェアを用いて医



図1 ギブン・イメージング社PillCam SB2

師が読影を行うが、1症例の読影に約1～2時間を要する。機器やソフトウェアの改良が続けられているが、PillCam SB2(図1)となり画質が大幅に改善された。

バルーン内視鏡 (Double balloon endoscopy ; DBE)

ダブルバルーン内視鏡(図2)とシングルバルーン内視鏡は、両者とも先端にバルーンを装着したオーバーチューブと内視鏡を組み合わせて使用されるため、バルーン内視鏡と総称される。ダブルバルーン内視鏡は2001年自治医科大学のYamamotoらにより考案され、フジノン株式会社との共同開発により、現在のダブルバルーン内視鏡システムが誕生した。国内では2003年11月より市販され小腸の精査、治療に幅広く適応されている。2007年にはオリンパス社からシングルバルーン内視鏡も発売されている。

バルーン内視鏡の適応および禁忌

バルーン内視鏡の適応は広く、原因不明の



図2 フジノン株式会社ダブルバルーン内視鏡

消化管出血をはじめカプセル内視鏡が禁忌のクローン病や狭窄疑いの患者にも適応がある。小腸ではないが、大腸内視鏡挿入困難例にも有効である。禁忌は①全身状態が著しく不良な患者、②腹膜炎を併発している患者、③消化管穿孔が疑われる患者、④破裂の危険が高い食道静脈瘤を有する患者(経口的挿入)、⑤著明な出血傾向を有する患者、である。

当院でのダブルバルーン内視鏡の検査法

検査前日の夕食以降絶食の後、下剤を投与しX線透視室にて検査を行う。経口のおよび経肛門的挿入の2回の検査でほぼ全小腸の観察が可能である。検査と同時に組織採取等の精査や内視鏡治療まで完結する場合もある。当院では前処置および術後合併症の経過観察のため、通常2泊3日の入院で検査を行っている。1回の検査時間は挿入約40～60分、総検査約60～90分である。

バルーン内視鏡の偶発症

バルーン内視鏡は比較的安全な検査であるが、消化管穿孔や粘膜損傷、経口的挿入では膵炎や誤嚥性肺炎が報告されている。強引な

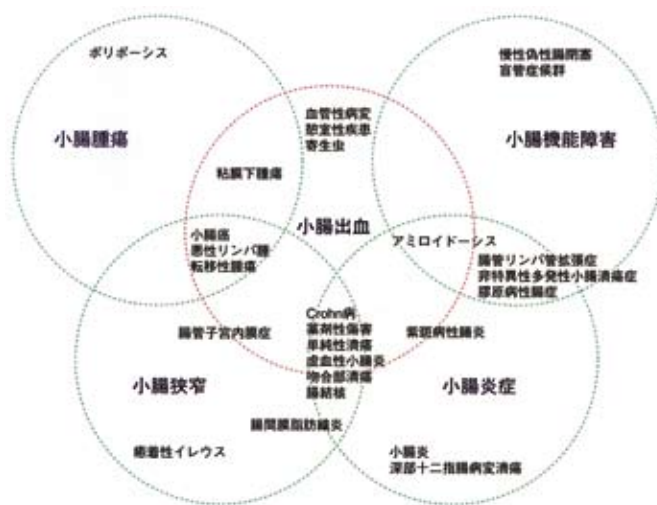


図3 小腸の病態

挿入に固執せず，より短時間で愛護的に検査することや体位の工夫，頻回の口腔内吸引を行うことが偶発症発生の予防につながる。

小腸の病態

小腸に生じる異常は多岐にわたるが，その病態は大きく小腸出血，小腸腫瘍，小腸狭窄，小腸炎症，小腸機能障害の5群にまとめられる(図3)。これらは互いに関わりあっているが，病態の中心にあるのは小腸出血であり小腸内視鏡の良い適応である。

原因不明の消化管出血(OGIB; Obscure gastrointestinal bleeding)の定義

米国消化器病学会(AGA; American Gastroenterological Association)では「上部・下部消化管内視鏡検査，小腸X線検査後に診断がつかない持続性あるいは再発性の消化管出血」²⁾と定義されている。それを基に本邦では，2010年5月の日本消化器内視鏡学会附置研究会「第5回カプセル内視鏡の臨床研究

に関する研究会」において「原因不明の消化管出血」には「顕在性出血」と「潜在性出血」の両方を含むとされた。それにより，潜在性出血もカプセル内視鏡の適応であることが確認された。

顕在性消化管出血(Obscure Overt GI Bleeding)

再発または持続する下血や血便などの可視的出血である。

潜在性消化管出血(Obscure Occult GI Bleeding)

目に見える明らかな出血ではないが消化管からの出血が疑われる臨床症状であり，再発または持続する鉄欠乏性貧血と便潜血検査陽性を指す。

OGIBに対する診断・治療の進め方

AGAが2007年に提唱したOGIBの診断治療に対するアルゴリズム(図4)ではカプセ

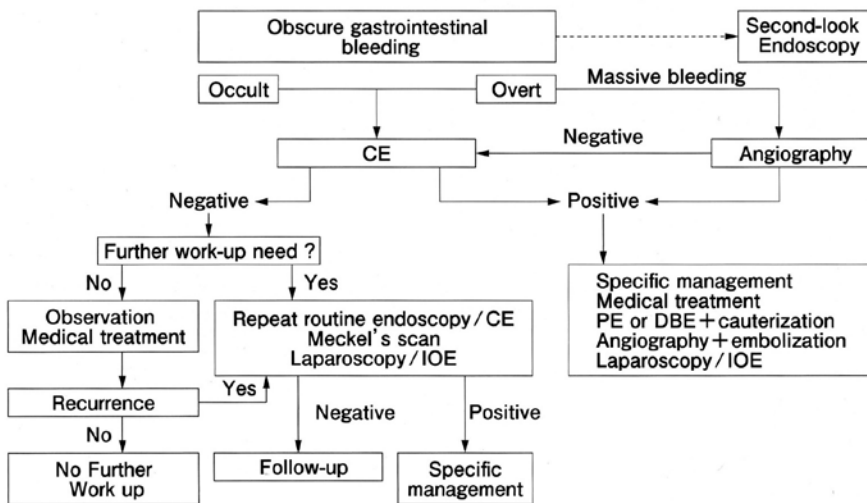


図4 OGIBにおける消化管出血の診断とマネージメントのために推奨されるアルゴリズム [文献3)]

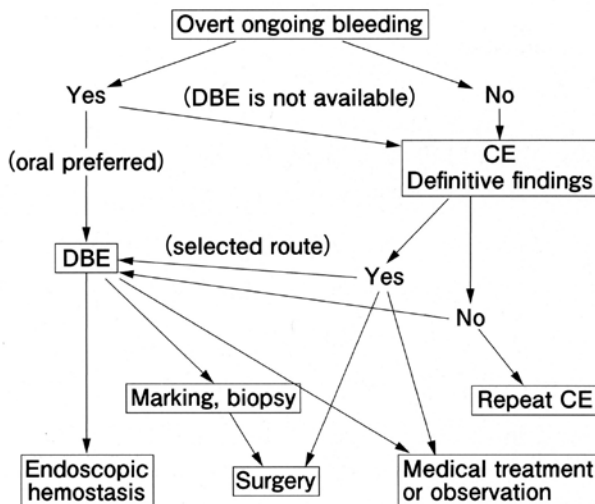


図5 第1回ダブルバルーン内視鏡シンポジウムにおけるOvert ongoing bleedingに対する診断アルゴリズム

ル内視鏡が第1選択となっている^{2,3)}。本邦では第1回ダブルバルーン内視鏡シンポジウムにおいてOvert ongoing bleedingに対する診断アルゴリズムは提唱されている(図5)。しかし、OGIB患者全般の診断アルゴリズムは施設間で若干異なっているのが現状である。当院では、患者背景や出血の重症度、血便の性状などを考慮し、上・下部消化管内

視鏡検査、腹部CT検査などを行ったうえで、カプセル内視鏡を先行している。そして、異常が見つかれば最適と思われる挿入経路からバルーン内視鏡を行い、確定診断や内視鏡治療を行っている。また、顕在性出血の出血源同定率向上のために、時期を逸さず、出血後できるだけ早期に小腸内視鏡を行うよう努めている。

おわりに

カプセル内視鏡とバルーン内視鏡が登場したことにより、臨床現場における小腸疾患の診断・治療体系は飛躍的に進歩した。今後、症例を集積し小腸疾患の病態解明がさらに進んで行くことを期待する。

参考文献

- 1) Cave D, Legnani P, de Franchis R, et al. ICCE consensus for capsule retention. *Endoscopy* 37 : 1065 - 1067, 2005.
 - 2) Raju GS, Gerson L, Das A, et al. American Gastroenterological Association (AGA) Institute medical position statement on obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 133 : 1694 - 1696, 2007.
 - 3) Raju GS, Gerson L, Das A, et al. American Gastroenterological Association (AGA) Institute technical review on obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 133 : 1697 - 1717, 2007.
-

[会員投稿論文]

細菌感染症の補助的診断における プロカルシトニンの有用性について

宮崎大学医学部附属病院 膠原病感染症内科

高城 一郎

はじめに

プロカルシトニン (Procalcitonin, PCT) は、全身性の感染症、特に細菌感染症で上昇し、ウイルス感染や局所の細菌感染症ではほとんど上昇しないため^{1,2)}、細菌感染症の有用な補助的診断マーカーとして期待されている。2007年にベッドサイドでも検査可能なPCT迅速キットブラームスPCT-Qが開発され、保険収載もされている。本稿では、細菌感染症の補助的診断に使用されるPCTについて概説する。

1. 細菌感染のマーカー

細菌感染症の診断には、白血球数（特に好中球）増加、血清蛋白分画での α -グロブリン分画（ $\alpha 1, \alpha 2$ ）増加、CRP上昇、血沈亢進などが用いられる。なかでもCRPは鋭敏な炎症反応マーカーとして汎用されているが、手術後や外傷、リウマチ性疾患、悪性腫瘍などの様々な要因で増加する。しかし、クリニックなどの一般臨床において発熱患者を診る場合、CRP上昇を根拠に細菌感染症と判断され、抗菌薬が投与されることは、まれならずあると思われる。白血球数も細菌感染症ではない炎症性疾患や白血病などで増加し、重症の細菌感染症では逆に減少することもある。

血沈は高度の貧血、 γ グロブリン増加などでは促進、感染症があっても播種性血管内凝固症候群を合併すれば遅延する³⁾。このため、このような一般的炎症マーカー上昇のみをもって細菌感染症と判断し、抗菌薬を投与することは望ましくない。

2. PCTとは

PCTはカルシトニンの前駆物質で、116個のアミノ酸からなる分子量約13kDaの蛋白質である。正常な代謝状態では、PCTは甲状腺のC細胞で産生され、ホルモン活性を有するカルシトニンとなって甲状腺外に分泌され、PCTとしては血中へ遊離されない。しかし、細菌感染では、エンドトキシンなどの細菌由来成分の作用で増加した炎症性サイトカインの刺激により、全身の臓器でPCT産生が増加する。この場合、カルシトニンとならずにそのまま血中に分泌されるため、血中PCTが著明な高値を示すと考えられている⁴⁾。一方、ウイルス感染では、インターフェロン γ の産生が増加することでPCTの産生抑制が起こるため、PCTの血中濃度は上昇しにくいと考えられている⁵⁾。しかし、PCTの産生刺激、産生細胞、体内動態に関する詳細は十分に明らかにされておらずさらなる研究の進

・ブラムス PCT-Q

半定量法(<0.5, ≥0.5, ≥2, ≥10ng/mL)

イムノクロマト法

検体: 血清、血漿

測定時間: 用手法で30分

(簡便で迅速)

保険点数: 320点

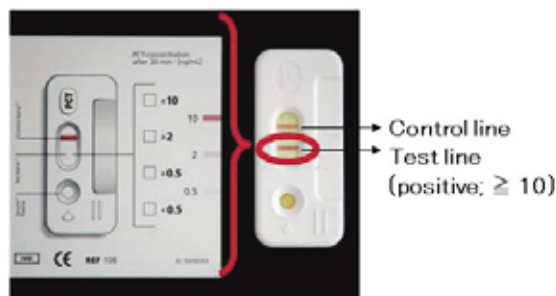


図1 PCTの検査法

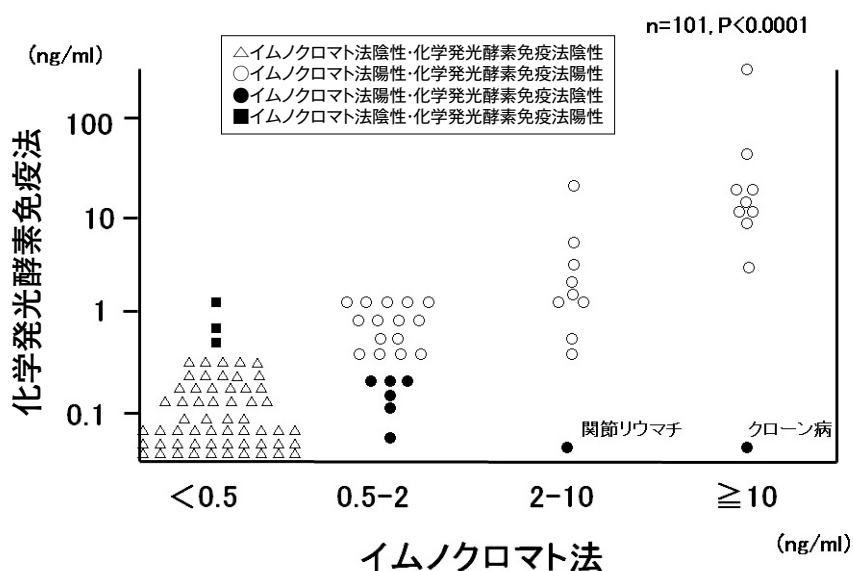


図2 化学発光酵素免疫法とイムノクロマト法の相関

展が望まれる。PCTは感染後2～4時間後に血中濃度上昇がみられ、半減期は22～30時間と考えられている^{6,7)}。CRPの応答時間が感染後約6時間、半減期が4～6時間とされているので、PCTはCRPより早く応答し、長時間高濃度を維持すると考えられる⁸⁾。

検査法には定量法と半定量法があり、それぞれ異なる特徴を有している。化学発光酵素免疫法 (CLEIA) であるスフィアライト・

ブラムスPCT (和光純薬) は、定量的検査であるが、一般医療機関では外注検査であり、結果を得るのに時間がかかる。

2007年6月に保険収載されたイムノクロマト (IC) 法を用いたブラムスPCT-Q (和光純薬) は、約30分の反応時間で、目視、半定量測定であり、操作が簡便なため、ベッドサイドでも利用できる (図1)。希望購入価格は70,000円 (25回用) で、有効期限は約1

年とされている。ブラムSPCT-Qを用いた血中濃度測定結果は、0.5ng/ml未満、0.5 - 2 ng/ml、2 - 10ng/ml、10ng/ml以上の4段階に分かれる。0.5ng/ml未満は正常と判断し、0.5ng/ml以上は敗血症を疑う。2 ng/ml以上は重症敗血症を疑い、10ng/ml以上は重症敗血症と診断する目安となっている⁹⁾。しかし、IC法はCLEIA法に比べ、低い濃度のPCTを検出できないという欠点がある。

CLEIA法とIC法の結果は一般的によく相関すると報告されている⁹⁾。菌血症が疑われ、IC法が施行された101症例において、同一検体でCLEIA法も用いて測定した我々の検討でも、両者は有意な相関を認めた(図2)。しかし、関節リウマチやクローン病患者において、CLEIA法陰性、IC法強陽性と乖離を示す症例がみられた。IC法はリウマトイド因子など血液中の非特異反応物質の影響で偽陽性が生じることが知られており¹⁰⁾、今回の

検討においてもこれらの影響が考えられた。

3. 細菌感染症診断とPCT

Chirouzeらは、菌血症症例のほとんどがCLEIA法による血中PCT濃度0.4ng/ml以上を示したことから、菌血症の診断に有用であると報告している¹¹⁾。菌血症を疑い血液培養およびPCT測定(IC法)を施行した280例を対象とした我々の検討結果を血液培養陽性例における起因菌別に示した(表1)。PCTは、グラム陰性桿菌・嫌気性菌検出例では約9割と高い陽性率を示した。しかし、グラム陽性球菌や陽性桿菌では、6割と低かった。グラム陽性球菌検出例でPCT陰性例の多くはコアグラゼ陰性ブドウ球菌、マイクロコッカス属など臨床的にコンタミネーションが疑われるものであった。しかし、PCT陰性でも黄色ブドウ球菌や腸球菌検出例など真の菌血症と思われる症例もあった。一方、PCT陽性で血液培養陰性の例は、血液培養で検出できない菌血症をとらえている可能性がある。今

	イムノクロマト法				陽性率(%)
	陰性	陽性			
	(ng/ml) <0.5	0.5-2	2-10	≥10	
グラム陽性球菌	13	8	3	6	17/30 (57)
グラム陽性桿菌	1	0	0	0	0/1
グラム陰性桿菌	3	5	8	9	22/25 (88)
嫌気性菌	0	0	0	1	1/1
合計57例	17	13	11	16	40/57 (70)

表1 血液培養陽性例における起因菌別のPCT陽性率

後さらに症例を増やした検討が必要である。

Polzinらは、下気道感染症129例を対象として、PCT（CLEIA法）値を検討しており、PCT値は対照群より有意に高いことを示している。しかし、そのレベルは院内肺炎例で0.27～0.62ng/ml、市中肺炎例で0.13～0.31ng/mlと、多くの症例で0.5ng/ml以下であった¹²⁾。このことは、カットオフ0.5ng/mlであるIC法は肺炎の診断には用いにくく、感度の高いCLEIA法を用いる必要を示唆している。

腎盂腎炎と診断された自験例5例で検討したところ、血液培養が陽性であった2例ではPCT（IC法）が陽性であり、血液培養陰性例ではPCT陰性であった。少数例の結果ではあるが、PCT上昇が菌血症に関連していることを示唆していると思われる。

以上の結果から、PCTは菌血症を伴うものではカットオフ値0.5ng/mlとして、CLEIA法、IC法両者とも有用であると考えられた。さらに、菌血症を伴わない肺炎などの診断については、保険適応外ではあるが、CLEIA法を用いた測定が診断の補助となりうる可能性がある。

特に、救急の現場において経験する敗血症の迅速診断におけるPCTの有用性が報告されている。遠藤らは、健康者、感染を合併してない全身性炎症反応症候群、敗血症群、重症敗血症および敗血症性ショック群において、PCT（IC法）を評価し、敗血症群では33例中31例（93.9%）がPCT陽性と病態をよく反映したと報告している⁹⁾。また、CLEIA法、IC法ともにPCTは臓器不全の指標であるSOFA（sepsis-related organ failure assessment）スコアとよく相関するとされ

ている^{9, 13)}。このため救急の現場では、迅速検査であるIC法は細菌感染症の重症度判定にも有用であると思われる。しかし、敗血症症例でもPCT陰性（IC法）はありうるため、PCT陰性を根拠に敗血症を否定することはできない。

4. PCT測定の注意点

非感染性疾患（川崎病、外傷、熱射病、急性呼吸窮迫症候群など）でもPCTの上昇を示す場合があり、注意が必要である¹⁴⁾。また、細菌感染症であっても、早期には必ずしもPCTが上昇しないことも報告されており、1回の測定で陰性であっても、菌血症が疑われる症例では、経時的な測定が必要である。検査上の注意として、血液検体の室温下での長期間放置によりPCT値が低下する。IC法では溶血や黄疸がある際には判定しづらくなったり、リウマトイド因子などの共存で偽陽性になることがある。また、IC法は目視判定のため、判定者により結果の不一致が起こりうる。

5. まとめ

以上、細菌感染症の補助的診断マーカーとしてのPCTについて述べた。CLEIA法は低濃度の測定が可能で、肺炎などの診断や重症度判定にも有用である。また、治療効果の指標（抗菌薬の開始・中止）となる可能性が海外で報告されている。しかし、現状では多くの施設で外注検査であるため、迅速性に欠ける。一方、IC法は簡便で、迅速に判定できる。低濃度を検出できないという欠点はあるが、特に救急医療の現場において菌血症を伴う重症感染症の診断に有用であると考えられる。

このため、急病センターなどにおいても、特別な装置を必要とせず、操作が簡便で迅速に結果が得られるブラムSPCT-Q (IC法)は菌血症などの重症細菌感染症の補助診断として有用と考えられた。

参考文献

- 1) Nylen ES, O' Neill W, Jordan MH, et al. Serum procalcitonin as an index of inhalation injury in burns. *Horm Metab Res* 1992 ; 24 : 439-443.
- 2) Assicot M, Gendrel D, Carsin H, et al. High serum procalcitonin concentrations in patients with sepsis and infection. *Lancet* 1993 ; 341 : 515-518.
- 3) 斧 康雄. 細菌感染症における炎症反応の推移. *検査と技術* 2009 ; 37 : 130-136.
- 4) Meisner M. Procalcitonin. In *A New, Innovative Infection Parameter. Biochemical and Clinical Aspects*. 3rd ed. New York: Georg Thieme-Verlag ; 2000.
- 5) Linscheid P, Seboek D, Nylen ES, et al. In vitro and in vivo calcitonin I gene expression in parenchymal cells: a novel product of human adipose tissue. *Endocrinology* 2003 ; 144 : 5578-5584.
- 6) Dandona P, Nix D, Wilson MF, et al. Procalcitonin increase after endotoxin injection in normal subjects. *J Clin Endocrinol Metab* 1994 ; 79 : 1605-1608.
- 7) Brunkhorst FM, Heinz U, Forycki ZF. Kinetics of procalcitonin in iatrogenic sepsis. *Intensive Care Med* 1998 ; 24 : 888-889.
- 8) Nylen ES, Alarifi AA. Humoral markers of severity and prognosis of critical illness. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2001 ; 15 : 553-573.
- 9) 遠藤重厚, 佐藤信博, 葛西 健, その他. イムノクロマトグラフィー法によるプロカルチニン値の検討: 敗血症迅速診断法としての意義. *エンドトキシン血症救命治療研究会誌* 2007 ; 11 : 186-195.
- 10) Boscato LM, Stuart MC. Heterophilic antibodies: a problem for all immunoassays. *Clin Chem* 1998 ; 34 : 27-33.
- 11) Chirouze C, Schuhmacher H, Rabaud C, et al. Low serum procalcitonin level accurately predicts the absence of bacteremia in adult patients with acute fever. *Clin Infect Dis* 2002 ; 35 : 156-161.
- 12) Polzin A, Pletz M, Erbes R et al. Procalcitonin as a diagnostic tool in lower respiratory tract infections and tuberculosis. *Eur Respir J* 2003 ; 21 : 939-943.
- 13) Yukioka H, Yoshida G, Kurita S, et al. Plasma Procalcitonin in Sepsis and Organ Failure. *Ann. Acad. Med. Singapore* 2001 ; 30 : 528-531.
- 14) 松本哲哉. 感染マーカー. *感染と消毒* 2008 ; 15 : 11-17.

[Postgraduate Education]

臨床膠原病講座（6） 「多発性筋炎/皮膚筋炎」

宮崎市 むらい内科クリニック

村井 幸一

はじめに

多発性筋炎（polymyositis, PM）および皮膚筋炎（dermatomyositis, DM）は、骨格筋を障害する原因不明の炎症性筋疾患であり、近位筋の筋力低下と血清中の筋原性酵素の上昇を特徴とする。筋症状に加えて、特有の皮膚所見を伴うものを皮膚筋炎とよぶ。炎症性筋疾患は、感染など原因が明らかなもの（続発性）と、原因不明のもの（原発性）に大別され、原発性はさらに特発性と、他の膠原病などにみられる二次性（いわゆる重複症候群ではない）に分類されるが、PM/DMは特発性炎症性筋疾患の主要疾患である。わが国における患者数は約7,000人と推定され、男女比は約1:2で女性に多い。発症には小児（5～14歳）と中高年（45～64歳）の2つのピークがある。本稿では、主に成人のPM/DMについて解説する。

1. 病因と病型

病因は不明であるが、自己抗体の存在、他の自己免疫疾患の合併がみられること、病変部位にT細胞が浸潤していること、副腎皮質ステロイド薬や免疫抑制薬が有効なこと、などより自己免疫が関与していると考えられている。

PM/DMはいくつかの病型に分けられ、それぞれ治療反応性や予後が異なる。Bohanらは、PM/DM関連疾患群を、1) 典型的PM, 2) 典型的DM, 3) 小児例, 4) 悪性腫瘍合併例, 5) 他の膠原病との重複例、に分類した¹⁾。PMとDMは単に皮膚症状の有無だけでなく、病態が異なるとする考えもある。つまり、PMでは病変部位には主にCD8+ T細胞とマクロファージが浸潤し、筋線維の壊死が基本であるのに対し、DMではCD4+ T細胞とB細胞が主体であり、血管周囲に病変がみられる。一方、定型的皮疹のみで筋症状の少ないDMはamyopathic DMとよばれ、治療に反応の悪い間質性肺炎を合併し予後が不良である。amyopathic DMを上記5病型とは別の型とした分類も提唱されている。

2. 臨床症状

臨床症状は、筋症状、皮膚症状、および皮膚症状以外の筋外症状に大別される。

1) 筋症状

四肢近位筋、頸筋、咽頭筋が主に障害され、筋力が低下する。上肢の症状として、腕の挙上、髪をとく、重いものを持ち上げることなどが困難となる。下肢の症状として、階段の昇降、しゃがみ立ち、車の乗り降りが困難と



図1. Gottron徴候。手指関節背面に落屑を伴う暗紫色の皮疹を認める。

(宮崎大学・膠原病感染症内科より提供)

なる。頸筋の障害では、頭を枕からあげられない、寝返りがうてないなどの症状がみられる。重症例では肋間筋や横隔膜などの呼吸筋障害が出現することがある。筋の自発痛や把握痛もみられる。

2) 皮膚症状²⁾

皮膚筋炎でみられる皮膚症状で重要なのはヘリオトロープ疹とGottron徴候である。ヘリオトロープ疹は上眼瞼にみられる青紫ないし赤紫色の浮腫を伴う紅斑である。ヘリオトロープはペルー原産のムラサキ科の低木で、その花の青紫色が本症の皮疹と似ていることに由来する。ただし、青紫色は白色人種の場合であり、黄色人種である日本人では暗紫色となる。手指関節背面の落屑性紅斑はGottron徴候と呼ばれる(図1)。同様の皮疹は手・肘・膝関節伸側にもみられる。軀幹にも紅斑がみられ、後頸部から上背部、肩といったショールのかかる領域に広がる皮疹はショール徴候と呼ばれる。これらの皮膚症状は本疾患に特異的で診断において最も重要な所見である。

その他の皮膚病変として、爪周囲に紅斑、毛細血管拡張、点状出血がみられることがあ

る。レイノー症状、脂肪織炎、皮膚潰瘍、皮下石灰沈着などもみられる。

3) その他の症状

全身症状としては、関節痛が約半数にみられる。全身倦怠感、発熱、体重減少を認めることもある。

間質性肺炎は30～60%に合併するとされ、乾性咳嗽、労作時呼吸困難を認め、聴診にてfine crackleを聴取する。心病変は心筋炎や線維化によるが、症状が出現することは少ない。

PM/DMでは悪性腫瘍の合併が5～10%にみられる。特に50歳以上の男性DM患者に多い。合併する悪性腫瘍の種類については、男性では一般人口と差がないが、女性では一般と比べ、卵巣癌が多いとされる。

3. 検査所見

1) 血液検査所見

クレアチンキナーゼ(CK)、アルドラーゼ、AST(GOT)、LDHなどの筋原性酵素、ミオグロビンが上昇する。CKは治療のよい指標となる。CKが上昇しない例もあるが、このような例でアルドラーゼが上昇していることがある。赤沈の亢進、CRP上昇などの炎症反応も陽性となる。

血清学的には、抗核抗体が40～70%で陽性とされる。疾患特異的抗体として、抗Jo-1抗体が約30%で陽性となる。抗Jo-1抗体陽性例は、PMで間質性肺炎合併例が多い。抗Jo-1抗体の対応抗原は細胞質中に存在し、本来の抗核抗体ではないので、抗核抗体陰性でもPM/DMが疑われる場合には検査する必要がある。

2) 筋電図



図2. 多発性筋炎の大腿部MR所見。病変部位に高信号域を認める。

(宮崎大学・膠原病感染症内科より提供)

筋病変が筋原性であることを確認するため、PM/DMの診断では必須である。筋線維数減少による短い持続時間、低電位、筋線維変性により伝導速度差が生じての多相性が特徴である。

3) 画像所見

胸部単純レントゲン検査、胸部CT検査は、間質性肺炎や呼吸器悪性腫瘍の検索のため必要である。MRI検査は、筋病変の有無の検討、筋生検部位の選定、治療効果の判定に有用である。T2強調画像あるいは脂肪抑制画像で高信号領域として描出される(図2)。

4) 筋生検

診断確定に重要な検査である。筋線維の大小不同、変性壊死、リンパ球を中心とする細胞浸潤がみられる。

4. 診断と鑑別診断

診断は、世界的にBohanとPeterの診断基準^{3,4)}(表1)が使われている。日本では厚生労働省特定疾患調査研究班による診断基準^{5,6)}(表2)も用いられている。

鑑別診断としては、筋痛、筋力低下、CK上昇を来す疾患があげられる。筋痛はリウ

表1. 多発性筋炎・皮膚筋炎の診断基準 (Bohan & Peter, 1975)

1. 四肢近位筋、頸筋の対称性筋力低下
2. 筋生検所見
3. 筋原性酵素上昇 (CK, LDH, Aldolase, AST, ALT)
4. 筋電図にて筋原性変化
5. 定型的皮疹 (Gottron徴候, ヘリオトロープ疹)

[判定]

確実例: 4項目以上 (皮膚筋炎では5を含む)

疑い例: 3項目以上 (皮膚筋炎では5を含む)

可能性のある例: 2項目以上 (皮膚筋炎では5を含む)

表2. 自己免疫疾患調査研究班の診断基準

1. 診断基準項目
 - (1) 皮膚症状:
 - (a) ヘリオトロープ疹, (b) Gottron徴候, (c) 四肢伸側の紅斑
 - (2) 上肢または下肢の近位筋の筋力低下
 - (3) 筋肉の自発痛または把握痛
 - (4) 血清中筋原性酵素 (CKまたはアルドラーゼ) の上昇
 - (5) 筋電図の筋原性変化
 - (6) 骨破壊を伴わない関節炎または関節痛
 - (7) 全身性炎症所見 (発熱, CRP上昇, または血沈促進)
 - (8) 抗Jo-1抗体陽性
 - (9) 筋生検で筋炎の病理所見
2. 診断基準

皮膚筋炎: (1)の皮膚症状の(a)~(c)の1項目以上を満たし, かつ経過中に(2)~(9)の項目中4項目以上を満たすもの

多発性筋炎: (2)~(9)の項目中4項目以上を満たすもの
3. 鑑別診断を要する疾患

感染による筋炎, 薬剤性ミオパチー, 内分泌異常に基づくミオパチー, 筋ジストロフィーその他の先天性筋疾患

マチ性多発筋痛症, 線維筋痛症, 血管炎症候群などでもみられる。脱力は筋力低下と区別が付きにくく, 重症筋無力症, 甲状腺・副甲状腺機能亢進性ミオパチーなど脱力を来す疾患も鑑別疾患としてあげられる。CK上昇を来す疾患は多い。特に甲状腺機能低下症と筋ジストロフィー (特に肢帯型) は鑑別疾患として重要である。ANCA関連血管炎では筋組織の血管を傷害し, CK上昇がみられ

ることがある。全身性強皮症では、炎症が筋膜まで及ぶとCK上昇がみられる。混合性結合組織病はPMの要素を併せ持つ抗RNP抗体が陽性である。CKアイソザイム異常でもCKは上昇する。筋肉注射や激しい運動後にもCKは上昇するので注意が必要である。

PM/DMは、他の膠原病（特に全身性エリテマトーデスや全身性強皮症）との重複があり、診断の際には合併の有無を検討する必要がある。

5. 治療

PM/DMの治療は、前述した各病型や間質性肺炎など合併症の有無で異なる。一般的には第一選択は副腎皮質ステロイド薬（ステロイド薬）であるが、ステロイド抵抗例や無効例では免疫抑制薬が併用される。特殊な治療として、免疫グロブリン大量静注療法がある。

1) 筋炎の治療

間質性肺炎を合併しないPM/DMの筋炎にはステロイド薬が第一選択となる。一般には、プレドニゾロン（PSL）1 mg/kg/日、軽症例では0.5mg/kg/日を用いる。2～4週継続後、筋原性酵素の低下を確認し、1～2週に10%の割合で減量する。PSL 5～10mgを維持量とし長期投与を続ける。通常のステロイド治療に抵抗する例ではメチルプレドニゾロン大量静注療法（ステロイドパルス療法）か後述する免疫抑制薬の併用を考慮し、ステロイド単独治療に固執すべきではない。

ステロイド抵抗例や無効例、あるいは使用できない例では免疫抑制薬が投与される。メトトレキサートやアザチオプリンが使用されることが多いが、メトトレキサートは関節リウマチと同様に低用量パルス療法で、アザチ

オプリンは1～2 mg/kg/日で用いられる。その他の免疫抑制薬としては、シクロホスファミド経口（1～2 mg/kg/日）あるいは大量静注（500～1,000mg/日、月1回）、シクロスポリン、タクロリムスなども使用されるがいずれも明確なエビデンスはない。

ステロイド薬や免疫抑制薬で効果が得られない例には免疫グロブリン大量静注療法（IVIg）が用いられる。大量の免疫グロブリンを点滴投与する方法で、一般には400mg/kgを5日間連続投与する。作用機序は明確でない。副作用は少ないが、治療費用が高価であり、また短期間しか効果が持続しない点が問題である。

PM/DMが治療抵抗性の場合、悪性腫瘍の合併、他の膠原病のオーバーラップ、ステロイドミオパチーの可能性について検討するとともに、診断を再考する。

悪性腫瘍に合併したPM/DMは、腫瘍の治療だけで改善するものがあり、合併する腫瘍の治療を優先する。

2) 間質性肺炎の治療

PM/DMに合併する間質性肺炎は経口ステロイド療法だけではコントロール困難な治療抵抗例が少なくない。ステロイドパルス療法、アザチオプリンやシクロホスファミドの併用が行われてきたが効果は限定的であった。このような治療抵抗例にシクロスポリン⁷⁾やタクロリムスが有効であることが報告されてきている。特にamyopathic DMに合併した間質性肺炎は膠原病の中でも最も予後の悪い病態のひとつであり、診断後直ちにシクロスポリンの投与を開始する。

3) その他の特殊な病態の治療

心病変では心筋炎と刺激伝導障害による不

整脈が多く、心不全や不整脈の治療と同時に大量のステロイド薬を投与する。

DMの皮膚病変として、皮下脂肪織炎や皮膚潰瘍がみられることがある。いずれも血管炎の関与が考えられ、ステロイド薬に対する反応が悪い場合にはメトトレキサートなどの免疫抑制薬を積極的に投与する。

終わりに

PM/DMの5年生存率は60～80%とされている。予後に影響を与える因子としては、悪性腫瘍を除けば間質性肺炎が最も重要で、特にDMに間質性肺炎を合併した場合の2年生存率は55%との報告もある。予後の改善には、間質性肺炎の治療成績の向上が課題である。

【参考文献】

- 1) Bohan A, Peter JB, Bowman RL, Pearson CM : Computer-assisted analysis of 153 patients with polymyositis and dermatomyositis. *Medicine*, 56 : 255-286, 1977.
- 2) 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.
- 3) Bohan A and Peter JB: Polymyositis and Dermatomyositis (first of two parts). *N Engl J Med*, 292 : 344-347, 1975.
- 4) Bohan A and Peter JB: Polymyositis and Dermatomyositis (second of two parts). *N Engl J Med*, 292 : 403-407, 1975.
- 5) 狩野庄吾 : 厚生省特定疾患自己免疫疾患調査研究班 平成4年度研究報告書, p5, 1993.
- 6) Tanimoto K, Nakano K, Kano S, et al : Classification criteria for polymyositis and dermatomyositis. *J Rheumatol*, 22 : 668-674, 1995.
- 7) Nagasaka K, Harigai M, Tateishi M, et al : Efficacy of combination treatment with cyclosporine A and corticosteroids for acute interstitial pneumonitis associated with dermatomyositis. *Mod Rheumatol*, 13 : 231-238, 2003.

[Postgraduate Education]

汎血球減少について

宮崎大学医学部 消化器血液科

片 寄 恵 子

はじめに

汎血球減少は、白血球、赤血球、血小板のすべてが減少している状態であるが、その原因には、骨髄造血幹細胞の異常による骨髄機能不全や造血器悪性腫瘍だけではなく、種々原因による二次的な造血障害や血球の破壊亢進などがある。このため、丁寧な問診、身体診察、簡単な諸検査が原因疾患の鑑別につながる。

この項では、汎血球減少患者を診たときにどのような対処をすべきかを、プライマリーケアを中心として概説する。

1. 血球減少をきたす原因

汎血球減少あるいは2系統以上の血球減少をきたしうる原因を表1に示している。おもに、正常造血細胞の悪性細胞による置き換え、造血細胞の成熟や分化の抑制、造血幹細胞の減少や質的異常（骨髄機能不全）、血球の破壊亢進、トキシンなどによる骨髄組織の障害の結果、血球減少が起こっている。骨髄機能不全は、広義には薬剤投与やビタミンB12欠乏、葉酸欠乏などに基づく二次性造血障害も含まれるが、一般的には再生不良性貧血、骨髄異形成症候群（myelodysplastic syndrome, MDS）、発作性夜間血色素尿

表1 汎血球減少あるいは2系統以上の血球減少をきたしうる要因

再生不良性貧血
骨髄異形成症候群
正常造血細胞が他の細胞におきかえられた状態
急性骨髄性白血病、急性リンパ性白血病
多発性骨髄腫
骨髄線維症
悪性リンパ腫の骨髄浸潤
がんの骨髄転移
脾臓の異常
うっ血脾（肝硬変、Banti症候群）
悪性リンパ腫の脾臓浸潤
脂質蓄積症（Gaucher病など）
感染
粟粒結核
梅毒
ブルセラ症
重症敗血症
ビタミンB12欠乏、葉酸欠乏（巨赤芽球性貧血）
発作性夜間血色素尿症
全身性エリテマトーデス
サルコイドーシス
薬剤
アルコール中毒
神経性食欲不振症
妊娠

症（paroxysmal nocturnal hemoglobinuria, PNH）などの特発性の造血障害を表している。これらの疾患は、互いの境界が必ずしも明瞭ではなく相互に移行することがあり、鑑別が難しい場合がある。また免疫病態による造血障害と、造血幹細胞自体の異常による造血障害が混在している点も共通している。2血球系統だけの減少しかみられないこともしばしばあるため、2血球系統の血球減少があ

表2 2 血球系統以上の血球減少に関与する薬剤および化学物質

量による主要な毒性として骨髄毒性を生じる物質 細胞障害性抗悪性腫瘍薬
抗生物質
chloramphenicol, trimethoprim-sulfamethoxazole, tetracyclin, streptomycin
非ステロイド性抗炎症薬
indomethacin, ibuprofen, aspirin, gold salts
抗けいれん薬
hydantoin, carbamazepine
抗甲状腺薬
methimazole, propylthiuracil
抗糖尿病薬
chlorpropamide, tolbutamide
抗ヒスタミン薬
cimetidine, chlorpheniramine
降圧薬
methyldopa, captopril, quinidin
抗不整脈薬
quinidine, propranolol
抗精神薬
chlorpromazine, prochlorperazine
その他
allopurinol, recombinant interferon estrogen (妊娠時)

る場合にも骨髄不全を疑ってよい。表1の中から、まず造血幹細胞の量的・質的異常による血球減少、いわゆる骨髄機能不全であるか、そうでないかを鑑別することが診断の第一歩である。

2. 2 血球系統以上の血球減少患者をみたら

表1のうち、全身性エリテマトーデスや重症感染症、アルコール依存症、溶血を主体とする発作性夜間血色素尿症、ビタミンB12や葉酸欠乏による場合などは、生活歴や病歴の聴取と身体診察のみでも鑑別につながる。薬剤誘発性の血球減少の頻度は非常に高いので、服薬歴の問診も重要である(表2)。抗悪性腫瘍薬やある種の抗菌・ウイルス薬、免疫抑制剤は骨髄毒性が通例であるが、表2のように多くの患者で耐用できる薬剤も時に骨髄障害を起こす。薬剤による直接的な骨髄幹

細胞や造血微小環境への障害、もしくは免疫機構による骨髄傷害や骨髄外での破壊により血球が減少する。

3. 鑑別のための簡便な検査

上記のように問診や身体診察にて予想しうる以外の疾患は、血液検査や骨髄検査によって鑑別することになる。まず簡単に行えて、かつ鑑別の指標となる検査を示す。

1) 網赤血球算定

網赤血球は輸血や薬剤の影響を受けにくい。半減期も2日間と短いので造血能を示すもっとも良い指標である。これが減少していれば、PNHや他の破壊性の血球減少は除外することができる。再生不良性貧血やMDSなどの骨髄機能不全の場合、急性の経過でおこったものか、ゆっくり進行したものを判断する上でも有用である。貧血が軽度であっても白血球や血小板減少に加えて網状赤血球数が2万/ μ L以下に低下している場合には急性の経過と考えられる。逆に慢性的な骨髄機能不全の場合、貧血が高度であっても自覚症状に乏しく、網状赤血球数も4-5万/ μ L前後に保たれていることが多い。網赤血球は簡便でありながらあまり重用されていないことが多い。重要な骨髄造血の指標であり、血球減少を大きく鑑別する手段として行うべき検査である。

2) 血液塗抹標本検査

血液塗抹標本にて、白血病、悪性リンパ腫細胞などの腫瘍細胞の存在の確認が可能であることは言うまでもなく、血液細胞の形態的異常や、骨髄から末梢血へ移行するには早期である赤芽球や後骨髄球などの幼若細胞の存在を確認する。造血能異常や造血器、あるい

は非造血器腫瘍浸潤などの異常が骨髄に起こっていることを予想しうる、網赤血球算定と同じく容易な検査である。

3) 血清ハプトグロビン

血清ハプトグロビンは、血管内溶血では、遊離ヘモグロビンと結合しこれを血漿から除去する働きがあるためほぼ例外なく低下する。網内系、主として脾臓における赤血球破壊の場合、ハプトグロビン値は正常、あるいはやや低下する程度である。骨髄不全においては、無効造血による髄内溶血の指標としての意義がある。このような場合は、フェリチンが増加していることが多い。

4) 骨髄検査

上記検査などを行い、骨髄が血球減少の原因であることが疑われた時点で骨髄検査を行なう。通常、穿刺、生検ともに比較的簡単な手技で行える検査であるが、血液学専門医によりおこなわれることが望ましい。骨髄細胞密度、細胞形態などを観察し、特殊免疫染色検査、細胞表面抗原や染色体の解析などを併用して血球減少の原因が何であるかをおよそ決定することができる。

4. 狭義の骨髄機能不全をきたす疾患

1) 再生不良性貧血

(1) 病因

再生不良性貧血は、MDSと同じく骨髄多能性幹細胞の障害に基づく疾患である。再生不良性貧血は、骨髄多能性幹細胞は持続的に減少することにより骨髄の細胞密度が低下し(低形成)、末梢血の3系統細胞の減少をきたす。発症の経過から、先天性と後天性に分類される。後天性再生不良性貧血は、一次性(特発性)と薬剤投与や肝炎などに続発する二次

性に分類される。再生不良性貧血の80%以上は原因の同定できない特発性である。二次性の約10%が薬剤性、約5%が肝炎後である。

薬剤は、殺細胞性抗悪性腫瘍薬のように用量依存的な骨髄抑制と異なり、特異体質反応を起こす人は、多様な薬剤に対し投与量に関係なく再生不良性貧血を呈する。薬物投与を受けている何十万人もの患者の一握りにしか発生しないが、薬剤の多くは血球減少を起こす可能性があり、患者に真に必要な薬剤を選択することがその危険性を回避しようといえる。再生不良性貧血と薬剤の因果関係が明らかかなものはクロラムフェニコールであるが、その他の薬剤については、因果関係は確認されていない。

肝炎後の再生不良性貧血は、1～2ヶ月前に生じた肝炎から回復したばかりの若い男性に多く、重篤化しやすい。肝炎と同時に発症することもある。非A、B、Cなどの既知のウイルス以外の、未知のウイルス感染が原因で発症すると考えられている。基本病態は免疫異常による骨髄不全である。

(2) 疫学

人口100万人あたり年間粗罹患率は21人であり性差はない。発症は二峰性であり、最大のピークは10～20歳代、二番目のピークは老年期にある。

(3) 急性型と慢性型

血球減少は、急速にすすむ例とゆっくり進む例がある。急性型は、赤血球の寿命が他2系統の細胞より長いため、好中球減少による発熱や出血傾向で発症し、多くが重症で専門医での緊急治療を要する。

2) 骨髄異形成症候群, MDS

骨髄異形成症候群は、骨髄多能性幹細胞の

異常により、3系統に量的および質的異常をきたした病態である。

(1) 病態生理

骨髓多能性幹細胞の単クローン性異常が本態であると考えられている。骨髓細胞の分化成熟に異常をきたし、正常な血液を末梢に供給できない無効造血の状態にある。がん抑制遺伝子の変異の蓄積、アポトーシスの異常などが知られており、これらの異常が、白血病化や骨髓機能不全に関与していると考えられている。

(2) 疫学

MDSの診断がむずかしい点もあって正確なものはないが、全年齢層での発症率は、おおよそ4-5人/10万人/年と報告されている。本来高齢者発症が多いため、社会が高齢化する過程で患者数が増えていると考えられる。しかしまた、若年層にも増加してきているという報告も散見されている。

(3) 病因

とくに誘因なく発症するde novo MDSと放射線や抗がん剤治療歴のある患者に発症するsecondary MDSに区分される。悪性疾患に対する化学療法、放射線療法治療をうける患者が増え、secondary MDSは近年増加傾向にある。

(4) 症候

特有の症状はない。血球減少に基づく症状が出現するが、最も頻度が高いのは慢性の貧血症状である。

MDS患者は高齢者が多いため、糖尿病や慢性呼吸器疾患などの合併症を持つ場合は少なくない。これらの病態において、血球減少による生体防衛力低下は種々の影響を与えることになる。

(5) 検査

血球減少は、3血球系の種々の組み合わせで生じ、赤血球減少のみ、2系統の減少のみ、3系統の減少例が主な組み合わせであり、各々約30%に生じる。初発時に単独の白血球減少あるいは血小板減少のみの状態から、次第に赤血球減少が加わってくる場合もある。数年の経過で進行する場合もあれば一年ほどの短期間で進行する場合もある。

血球減少は、MDSの診断の入り口となりうる重要な所見であり、単一血球減少から汎血球減少まで、常にMDSを鑑別にいれ、明らかな要因が判明せず進行する場合は、専門医への紹介が必要である。

5. おわりに

汎血球減少をきたす疾患は、造血器系疾患に限らず非常に多岐にわたっている。初期鑑別にあたり、生活歴や病歴の聴取、身体診察も重視し、網赤血球や血清ハプトグロビンなどの比較的簡便な検査を組み合わせ、狭義の骨髓機能不全であるか、そうでないかを大きく鑑別することが診断の第一歩である。

6. 参考文献

- 1) Wintrobe's Clinical Hematology, 10th edition.
- 2) HARRISON'S Principles of Internal Medicine, 13th edition.
- 3) 三輪血液病学, 第3版. 文光堂.
- 4) Marsh JC, et al. Guidelines for the diagnosis and management of acquired aplastic anemia. Br J Haematol 123: 782-801, 2330.
- 5) Hamblin T: Epidemiology of the

myelodysplastic syndrome.in Bennett
JM(ed):`The myelodysplastic-

Syndrome', Marcel Dekker, New York ·
Basel : 15-27, 2002.

[他科からの提言]

子宮頸癌

県立宮崎病院

嶋本 富博

子宮頸癌は50年前には女性において人口10万人につき30人以上の死亡率でした。女性の癌の死亡率では胃癌について2位の高率でしたが、その後漸減し死亡率は現在5位前後まで低下しています。

その要因の一つとしては細胞診の普及による早期発見早期治療が寄与することが多いとされています。

当院でも子宮頸癌新規患者の約2/3は上皮内癌です。上皮内癌であれば死亡率はほぼ0%であり、条件によっては子宮温存、その後の妊娠も可能となります。

30歳以降から子宮頸癌の発症が見られること、および近年の晩婚化の傾向により、子宮頸癌検診を若年者より行うことは子宮頸癌による死亡を回避することだけではなく、妊孕性の温存にもつながります。

しかし子宮頸癌検診の現状は日本においては30%前後と低率です。米国においては90%前後であり日本はOECD諸国の中でも最低の受診率です。

更に近年若年者の性行動の活発化により子宮頸癌の若年化および若年者の罹患率の増加傾向が見られています。このような現状から子宮頸癌検診の対象年齢は現在20歳以上に引き下げられています。しかし20歳代、30歳代の女性の受診率は10%前後と低率であり、経済的支援、広報も含めて対策が急がれます。

子宮頸癌の発癌の要因としては古くから性

行為に伴うウイルス感染症が疑われていました。当初はHSV(herpes simplex virus)が疑われていましたが、HPV(human papilloma virus)が原因ウイルスであることが判明しています。

HPVは米国の女子大生を対象とした研究でも50%近くが感染を経験しているとされています。更に全体の10%が持続感染しこの中から頸癌が発症します。宿主の遺伝子に組み込まれたHPV遺伝子が産生するE6、E7蛋白がそれぞれ癌抑制遺伝子であるRb、P-53を抑制していくことにより発癌を起こすとされます。

またHPVの型は多岐に渡りコンジローマの発症に関連する6、11といったlow oncogenic typeから頸癌と密接に関連する16、18といったhigh oncogenic typeに別れています。

感染が成立してホストの遺伝子に組み込まれることが発がんの必要条件です。多くは一過性感染ですが、HPVウイルスは子宮頸部の粘膜に感染し血中には侵入することはほとんどなく、したがって自然感染では中和抗体を産生しないか、もしくは産生する抗体量は微小です。そのため自然感染で免疫を獲得することはなく終生持続感染、発がんのリスクは継続します。

このようなことよりワクチンの開発が進み昨年末に2価ワクチンが日本でも認

可されました（グラクソスミスクライン社のCervarix）。もうひとつメルク万有のGardasilも申請中です。このワクチンはVLP（virus like particle）というDNAゲノムのない非感染性粒子に抗原性の高いアジュバントをつけたものからなっています。表面蛋白のみからできており感染性はなく接種により表面蛋白に対する中和抗体を誘導する機序です。

CervarixはHPV16/18に対する2価ワクチンで、Gardasilは16/18に6/11も加えた4価ワクチンです。4価ワクチンであるGardasilは子宮頸癌の予防に加えて子宮頸癌より罹患率の高いコンジローマの予防効果も有しています。一方Cervarixは構造上抗体産生能が高いとされています。

ワクチンの接種対象はsexual debut前の女児が最も費用対効果が高いため、本邦の現状（中学3年まではsexual debutは10%以下であるが高校生1年では20%以上と急激に増加している）を考慮して中学生までには接種を完了することが望ましいと考えています。

Sexual debut後でも未感染の可能性、感染していても自然に排除されている可能性、16,18のいずれかには未感染の可能性もあるため15歳以上の女性が第二の接種対象としています。

接種は初回接種後、1ヶ月、6ヶ月で行うことにより十分な中和抗体の発現を得られます。ワクチンの単価が12000円ということで現在の所3回接種で5万円前後を想定しています。

中和抗体の持続期間についてはようやく昨年12月にLancet vol324に6、4年間は十分な抗体産生が維持されることが証明されてい

ます。シュミレーションでは20年以上は効果が持続されると推定されています。

接種終了まで6ヶ月かかりワクチン接種中に妊娠する可能性もあります。現在までの報告では妊娠中にワクチン接種をした場合でも有害事象の発生はみとめていませんが、安全性は確立されておらずワクチン接種中に妊娠が判明した場合は妊娠終了まで接種を延期することが勧奨されています。ただし妊娠中にワクチンを接種した場合でも妊娠中絶の必要はないと考えられます。

また2価ワクチンの場合10歳未満の女児での治験がなく安全性が確認されていないためこの年齢での接種は認可されていません。

現在オーストラリアでは公費で無料接種がすでに始められ欧米でも公費による接種が開始されています。費用対効果、癌予防ワクチンという先進性から本邦でも公費負担による接種が開始されることを期待しています。

まだごく一部の自治体が公費接種が行われているだけですが、署名活動等も始まっており接種時期、公費負担の有無について論議が深まることを期待します。

欧米でのデータではその有効性はHPV16/18に関連する子宮頸部の前癌病変を含めた病変に対する有効率は98-100%であり、4価ワクチンでのデータでも前癌病変に加えてHPV6/11関連のコンジローマを含めてもほぼ100%の予防効果があるとの報告がでています。

仮に12歳女児全員に同ワクチンを接種した場合は一生涯において子宮頸癌の発生を約4000件（73.1%）減少し、死亡者数を約1200名（73.2%）減少させるとの試算もでています。

このように有用性の高いワクチンですが、

このワクチンは型特異性があり、その他の型のHPVに対しては一部予防効果が示されるものがあるものの、型が異なるHPVに対しては十分な効果がないことが判明しています。

実際に日本人における疫学調査でも子宮頸癌においてHPV16/18が関与するものが最も

多いものの60%前後であります。したがって他の型の感染による子宮頸癌は本ワクチンでは完全に予防できません。

ワクチンがあれば検診が不要という訳ではなく、性交渉前はワクチンを、その後は子宮頸癌の細胞診を行うというスタイルに今後なっていくものと願っております。

[随筆]

米国产医療システム—閑話休題—

西都市 兄玉内科クリニック

兄玉健二

日本中が医療の崩壊に悲鳴を上げている。こうした大きな問題に対して云々するつもりはないし、また提言を出来るだけの見識もない。国家的英知により具体的な名案が見つかることを他力本願的に期待しているだけだ。

ただ日常、地域の医療に携わるなかで時々ペンを休めて考えることは些細だが色々である。例えば、若い頃にはあまり耳にしたことのなかった「マニュアル」とか、「インフォームドコンセント」とか、「EBM」などという言葉を耳にすると、多少なりともひっかかりを感じてしまう。そしてこの世界では、これらの言葉も例に漏れず、どうも「アメリカ」がその「発信源」であるようだ。アメリカというある意味では特殊な国家（多民族国家）においては移民がそれぞれの習慣・価値観などを携えてきた集合体であるため、各々のものつ細かなニュアンスなどは通用するはずもなく、かなり大雑把になるのは致し方ないことであろう。つまり、各母国のコンセンサスではなく、概略的な共通認識でしか社会を、あるいは国を運営していけないのが現実であろうと考える。我々（といっても古来几帳面で儒教的精神を持ち合わせていたはずの）日本人が、アメリカに対して持つ、「大雑把」「ルーズ」「直接的」等々のイメージは、こうした背景を持つためでもあろうか。

しかしそのアメリカも、正確さ、厳格さを

必要とする医療の現場などで不都合な事態を引き起こさないため、色々工夫が必要となったと思われる。それが契約であったり、マニュアルであるのであろう。契約社会とかマニュアル社会といわれるゆえんである。彼らは事細かな契約を結び、ファジーな判断をしないように、つまり誤った行為がなされないようにすべてをマニュアル化するのだ。ここに一種の契約であるインフォームドコンセントや検査や治療などを規格化・標準化したクリティカルパスなどの工夫がいろいろなされているわけである。「EBM」もそのひとつといえるが、間違いの少ない、データに基づいた仕組みで、近年身近に喧伝されているシステムである。それは疾患毎に一般化された標準的な診断・治療体系で、間違いの少ない、また偶発的事故や副作用の発現を抑える「良い」方法であるかもしれない。が、何か日本人である自分には、全く違和感がないわけではない。私が医師になりたての頃はアメリカ医学の影響を大いに受け始めた時期だったが、まだ先輩や師匠から医者への「心構え」や実際の検査・診断・治療について「流儀」的なものを伝授されたり、指導されて医療を覚えていく部分が多分にあった。医師は当然「赤ヒゲ」的で、それは一方的に患者から全面的な信頼を得、身を任されているという暗黙の了解があったようにも思う。だから、日曜・休日でも、ある程度拘束されていること

が普通だったような気がする。その代わりと
いっては何だが、全幅の信頼(?)のもと、
日常の検査や治療にあたり、今ほど事前に患
者・家族に説明したり、同意書に署名を貰う
などなかった。一方、「以前患者が同じ病気
でしたから同様の検査をし、同じ治療をして
います」などと言おうものなら、「患者は体
質や病態に個人差があるのだ。そんな定食メ
ニューみたいな型どおりの診療ではダメだ」
と先輩や上司に叱られたものである。つまり、
マニュアルに記された通りの診療は叱責され

たものだ。「インフォームドコンセント」な
ど、あらかじめ医療事故の言い訳を言ってい
るようなものではないか。なににつけ不均一
で共通性に乏しいアメリカ社会の産物が、元
来均一な社会である日本の医療の世界におい
て、さてなじむものかどうか大いに疑問であ
る。従来の日本式医療の形態、つまり患者・
医師の間での暗黙の了解という、あるいは
ファジーな医療システムも案外捨てがたいの
ではないか、などと暇な診察室で思うのであ
る。

[随筆]

今 思っていること

都城市 志々目医院

志々目 栄 一

この記事を書いた日は参議院選挙が終了した直後で、会誌が発行される頃には内容が古くなっていることをお許しいただきたい。最近では政治、時事トーク番組が地上波、BS、CSを含めて連日のように放送され、同じような評論家、政治家が参加し、とくに「TVタックル」「たかじんのそこまで言って委員会」は視聴率が高く、私も毎回のように見ている。以前は細川隆元の「時事放談」、竹村健一のトーク番組ぐらいで、各界の著名人がゲスト形式で参加し少し格調高いように思えたが、最近の番組は年を重ねたこともあり、各人の発言内容に同調したり批判したりして身近に感じられる。耳学問を馬鹿にする人もいるが、多様な意見を聞けるので無難な選択が出来る。もう政治家だけでなく評論家、コメンテーターも能力、思考、性格を第三者から評価されるので、個性をはっきりと出して大いに受けようとする人も増えているので、以前よりトーク番組がおもしろい。一方で政治をワイドショー化し、毎週のようにアンケートをとり支持率が上がった、下がったと騒ぎ立て、事が起きるとトップは責任をとって辞任しろとの声を大に報道するマスコミにうんざりするが、この風潮をきびしく批判する評論家もいることに安心する。私も選挙、アンケートの結果が出たからすぐに人事を変

えることには抵抗ある。数々の意見があるのは当然であるが、情勢を冷静に見守る姿勢も必要との声をもっと報道してほしい。

さて地方区は別として全国区は医師会推薦の3人の候補は共倒れの形で全滅だった。1人推薦の時にもぎりぎりだったのに、医師会執行部のねじれ現象の影響も大いにあるが、医師連盟と言う組織はあるものの各々の従業員どころか会員もまとまっていない。以前は医師会も圧力団体として政界に怖がれて嫌がられたこともあったが、もうその気配はない。これは前記の通り数々の情報を得て、自らも政治家、評論家になったつもりで国全体の考えて行動する会員が多くなったからではないか。もちろん医師会の発言力は弱くなるかもしれないが、自己以外の事も考慮して意見を述べたほうが世間に受けいられるため悪いことばかりではない。とくに医学部の新設後の影響、特老内の点滴の制限指導の問題は、医療関係者だけでなく国民レベルで論議した方が真面目な結果が得られるかもしれない。最後に国民新党、社民党の話聞いていたら視野が狭く伸びないと思うが、民主党や自民党も問題多く、マスコミの批判に耐えられる大連立政権を作り難局を乗り越えて行く選択もあるのではないかと思う。

[随 筆]

健診では血圧が高くなります

宮崎市 財団法人 宮崎県健康づくり協会

江 藤 胤 尚

健診に従事するようになり、3年目を迎えている。日々多くの受診者と接触しているなかで、印象に残ったエピソードを幾つか取り上げてみた。

健診の場でもIDの間違いがまれに起こる。「名前を誤って呼ばれた」、「受診票の姓名の字が違う」、「受診票と受診者が一致しない」といった病院のリスクマネジメントでよく経験するのと同様の事例である。その簡単な対策は、名前を呼ぶのではなく、本人に名乗らせることである。大方は笑って誤りを正してくれるのだが、IDミスで年金をもらい損ねた人だとトラウマを再発させることになる。

ある時の健診で「打診をしてもらったのは久しぶりだ」と感慨深げな老婆に出会った。時間に追われる健診では必要最小限の診察にならざるを得ない。しかし、胸部の聴診は必須の手技である。「打診で心濁音界を把握した後に心音を聴取すべし」と学生に教えてきた。しかし、老婆のこの一言は、医療現場で打診が実施されていないとの危惧を抱かせる。

診断書を求めて受診した若い男性も「打診を初めて受けた」と興味を示し、「これで何がわかるのですか」と問うた。打診の音に耳を澄ませ、「ここで音が変わるでしょう。だから、君の心臓の大きさはこの範囲にあります」とデモすると、いたく感動してくれた。

ただ、介助に付いた看護師がより感動したのには当方が驚かされた。進歩した画像診断という“目からの情報”だけに依存、退行するのではなく、触診、打診、聴診という内科医の伝統文化を守ることにこだわりを持ちたいものだ。

健診時に血圧が高いと、「自宅で測るとこんなに高くありません。健診ではいつも高くなります」と訴える者が結構多い。家庭血圧計は予想以上に普及しているようだ。しかし、血圧計の種類、測定条件、測定値の取り扱い方、家庭血圧の高血圧および正常血圧レベルについて正確な知識を持っている者は皆無である。そこで、学会ガイドラインに基づく「家庭血圧測定法と測定値の判定」について一枚の用紙にまとめたパンフレットを作成した。それを手渡ししながら、家庭血圧の意義について教育を試みている。早朝高血圧、白衣高血圧・逆白衣高血圧の診断に必須な情報についての知識が普及することを願って、微力を尽くしている。

腹囲がメタボ基準を満たす者には「おなかが出て、メタボ状態ですね」と必ず言うことにしている。すると、多くの受診者が「くすり」と笑う。少なくとも怒る人はいない。これと逆なのが、煙草の吸いすぎを指摘した時である。うかつに禁煙の必要性を指摘すると、行動変容ステージの無関心期にある場合、「先生達は何時もそんな余計なお節介をする」と

怒られることがある。

空腹時に採血され、腹囲が測定された受診者は平成20年度に44,750名（男性54%、平均年齢53歳）に達した。この集団で腹部肥満のある者は34%で、高血圧、脂質異常症、糖尿病の発症率はそれぞれ36%、24%、9%であった。一方、メタボの診断基準を満たす者は12%に過ぎなかった。この成績は、メタボ対策よりも高血圧対策を徹底する方が大きい意義のあることを示唆している。しかも、生活習慣の是正は容易でないが、降圧療法の有用性

はすでに確立されている。しかも、高齢化が進むのと平行して脳卒中の発症率は著増する。脳卒中の上流に位置する高血圧対策は、従って、より直接的で、緊急性のある、効率的な政策であるのは、自明のことではなからうか。

日々の健診で遭遇した印象に残る“喜怒哀楽の模様”とそれにまつわる感想とを、思い出すままに綴り、編集氏へのデューティーを果たすことにした次第である。

入会の挨拶

宮崎市 古賀駅前クリニック

甲斐 千晶

今年度、新たに入会させて頂きました甲斐千晶と申します。

出身大学は、愛知県の藤田保健衛生大学です。卒業後は、2年間古賀総合病院で研修させて頂きました。

その後、後期研修医として同病院で内科を研修後、今年の7月より古賀駅前クリニックで外来、健診を担当しております。医師になって5年目で、まだまだ学ぶことも多いと実感しております。ご指導、ご鞭撻の程、宜しくお願ひ致します。

入会の挨拶

宮崎大学医学部第一内科

佐藤 祐二

皆様、今回入会しました佐藤と申します。平成元年の宮崎医科大学卒業で同大学第一内科に入局し現在にいたっております。腎臓疾患、透析療法を中心に診療しております。今後も宮崎のために地道に活動を続けていきたいと考えています。どうぞご指導ご鞭撻のほどよろしくお願ひ申し上げます。

理事からひとこと

入浴死について

高鍋町 坂田病院

坂田 師通

長い期間外来受診をされて来た患者さんが、突然亡くなると、医師として悲しい気持ちになります。まして、入浴中に亡くなったとすると、その前に対策は何かなかったかと悩まれたことのある先生方は、たくさんいらっしゃると思います。

入浴関連事故で亡くなる方は年間1万4千人にのぼるとされ、交通事故死が年間5千人を下回っていることを考えると大変大きな数字であります。

日本温泉気候物理医学会が2008年総会で開催した「温泉入浴とリスク管理・入浴関連事故」という題のパネルディスカッションでは、①入浴死の発症時期は12-2月の冬期間に多く、地方・地域に関係ない。②男女とも65歳以上の高齢者が大多数を占める。③入浴死の場所として、自宅、温泉、公衆浴場などが挙げられるが、自宅での入浴死が最も多い。という結論でした。その後、同学会は、救急医学会との共同調査を行ったところ、死亡時の臨床診断と解剖診断では溺死が最も多かったのに対し、死亡後の画像診断では、くも膜下出血が最も多いという興味深い結果が得られました。この結果から、死因が溺死であっても、何らかの基礎疾患が誘因であり、それが結果的に溺死になった可能性が高いというこ

とが考えられました。今後は、死亡後の画像診断を入浴死の原因究明のために積極的に活用すべきであると言われております。

入浴死が高齢者に多いことから、NCVI (neurocardiovascular instability:自律神経-心血管反応不安定状態) という自律神経系の変化が関与していると考えられています。NCVIには、①頸動脈洞症候群、②起立性低血圧、③血管迷走神経症候群の3つが含まれています。浴室と脱衣場の間に著しい温度差があると、高齢者にとっては強い自律神経の刺激となって、一時的に徐脈や低血圧となり意識障害を起し、溺水や心・脳疾患の発作を起こすものと考えられます。大変興味深いことですが、北海道の旭川は他の地域と比較して入浴死の発生が極めて低いことであります。これは、旭川では他の地域と異なって部屋毎の個別暖房ではなく、家屋全体の暖房がなされていることによるとされています。すなわち、入浴するに際して浴室も脱衣場も同様に暖かく保たれており、急激な温度変化に伴うNCVIのような病態を回避しているものと考えられています。

日本人にとって、入浴は心身の健康維持に重要な役割を果たしていることは言うまでもありません。しかし、一方で多数の方が入浴に関連して亡くなられているのも事実で、入浴死を1人でも減らすように努力するのも私達の使命だと思います。宮城県鳴子警察署の警察医である高橋伸彦先生は、入浴死を予防するための注意事項として以下の10項目を挙

げておられます。①高齢者，循環器疾患を持つ人，或いは長期服薬中の人は入浴時には特別の注意が必要であり，殊に旅行における宿泊の際には細心の注意が必要である。②体調が悪い時には入浴を控える。殊に風邪気味で体温が高めの時には入浴を中止する。また血圧や不整脈をチェックする。③入浴の前後に水分を補給する。④単独での入浴を控え，複数での入浴を心がける。⑤湯温を40℃以下にする。⑥脱衣所の温度を高めに保つ。⑦湯に入る前かけ湯をする。また半身浴に心がけ

る。⑧深夜の入浴を控える。⑨飲酒後は入浴を控える。⑩長湯をしない，或いは短時間の入浴にする。

私自身，時々飲酒をした後に入浴しているので偉そうなことは言えませんが，当院でも入浴死の患者さんを経験しているので，私なりに入浴指導をしています。少なくとも，冬期の高齢者の単独入浴だけは避けるべきだと考えております。この私の拙い文章を読まれて，入浴死に興味を持たれる先生がおられれば幸いです。

理事からひとこと

趣味の変遷

日南市 福岡医院

福岡 周司

価値観は人それぞれであり、個人の中でも環境、経験でどんどん変化するものです。私の趣味も小学生の頃の古銭集めから始まって海外短波放送の受信レポート作成、映画鑑賞など学生時代には部活の傍らお金のかからないもので空いた時間を楽しんでいました。

大学を卒業後は自分の時間が少なくなりましたが同僚や先輩の先生方とゴルフに行くようになりました。始めた当初は筋がいいと言われていましたが、自己流でありその後進歩はみられませんでした。研修医が終わるころ体重増加を理由にジョギングを始め、フルマラソンも3度出場しました。大阪に住んだ2年間は関西巡り、特に京都のお寺を散策したものでした。また大阪みなみジャンジャン横丁の将棋クラブにしばらく通った時期もありました。将棋はそれまで父と気が向いた時に指す程度でしたが天王寺動物園に行った帰りに将棋クラブの前を通りその雰囲気まさに大阪と実感、気に入ったため以後週末に足を運ぶようになりました。少しでも強くなろうと将棋道場にもしばらく通いましたが宮崎に戻ってからは指す機会も減りました。アメリ

カに居た時は5年以上止めていたゴルフを再開し安いプレー代も相まって週末早朝は毎週出掛けて行き午前10時には帰宅、家族と過ごす時間も確保できていました。宮崎に戻ってから2～3年は練習場にも通い自己流改革に挑みましたが日曜日が丸1日潰れてしまうこともありやはりキャディーバッグが倉庫の奥に鎮座するようになりました。

平成18年に現在の医院を開院してからは今までにない雑務が増え、余裕がなかったのか新しいものを始めていませんでした。環境も目まぐるしく変化しており診療が終わった夜ふっと空いた時間にインターネットで顔の見えない様々な人と将棋を指したり映画をダウンロードして観たりと昔やっていたことを今度は方法を変えて楽しんでいます。また、太りやすい体質は変わらず20年来ジョギングは継続しています。

今回自分の趣味について書こうと考えてみたらここで書いた以外にもトレッキング、水泳、写真撮影などいろいろなものに興味を持ち触れてきましたがあまり心底没頭したものはなかったように思います。40代も後半になる今年、まだまだ新米開業医で余裕はありませんが今後の生涯で没頭できるものを見つけ生活を今まで以上に楽しめたらと考えています。

理事からひとこと

リハビリテーションは希望を紡ぐ

宮崎市 いしかわ内科

石川 智信

妻がクモ膜下出血で倒れて早2年が経過した。右半身の機能を失い、失語症を余儀なくされた妻のリハビリの軌跡をたどる時、私自身がいかにリハビリの持つ本当の意味を理解していなかったかを痛感せざるを得ない。

私が在宅医療を志し、その一環としてデイケア（現在は通所リハビリテーション）を始めたのは15年前であった。その当時はまだ理学療法士の絶対数が不足していたため取り組み施設も少なかった。そのため私たちは、1996年に宮崎県老人デイケア連絡協議会を立ち上げ、デイケアのレベルと認知度を上げるための活動を行ってきた。

しかしながらデイケアが、医療保険制度から外れて介護保険サービスに移行し、通所リハビリテーションと名称を変えてからも、実施医療機関はあまり増えていない。一つには医療保険制度の時代でも介護保険制度のもとでも、制度改定のたびに運用規則が複雑になったり、かけた梯子が外されたりと、混乱が続いてきたためであろう。さらに通所介護（従来のデイサービス）は医療機関でなくても自由に開設でき、医師やPT、OTなどの専門職の配置がいらぬため、多くの異業種が参入してその数が加速度的に増えてきていることも要因と考えられる。だがデイケア

が増えない一番の理由は、いまだにデイケアとデイサービスの違いが一般の人々だけでなく、医療者側にも理解してもらえていないということであろう。即ちデイケアはリハビリを中心に、デイサービスは介護を中心に受けるサービスであるという根本的な違いをいまだ理解されていないことが多い。

2006年の診療報酬改定で、外来での医療保険を使ったリハビリテーションに日数制限がかけられ、多くのリハビリ難民が生じたことは記憶に新しい。本来デイケアがその受け皿になるはずであったが、介護保険では医師がその必要性を認めてもケアプランに載らないと利用できないことや、リハビリだけを求めている人も4時間以上滞在しなければならなかったことなどが、リハビリを求める人々にとって非常に利用しにくい制度になってしまった。ただ2009年の介護保険改定で短時間型の通所リハビリが新たに認められたため、やや利便性は向上したように思われる。

このようなリハビリテーションをめぐる一連の制度改定の流れの中でいつも残念に思うのは、私たち医師のリハビリに対する関心が低いことである。回復期病棟にはリハビリ専門医はほとんどおらず、維持期のリハビリの相談役であるかかりつけ医も、ケアマネジャーに任せきりのことが多い。医療保険でのリハビリテーションに日数制限が決められた時、東大の名誉教授で世界的な免疫学者であった多田富雄氏が、「リハビリの中止は死の宣告である」との抗議文を全国紙の論壇に

投稿されたことがある。脳梗塞で倒れた後も不自由な身体で執筆や講演活動ができたのは日々リハビリを続けているからであり、なぜ医療者はもっと患者と共に怒りの声をあげてくれないのだと憤っておられた。私たちが声を上げるのを見届けることができないまま、氏は今年逝去された。

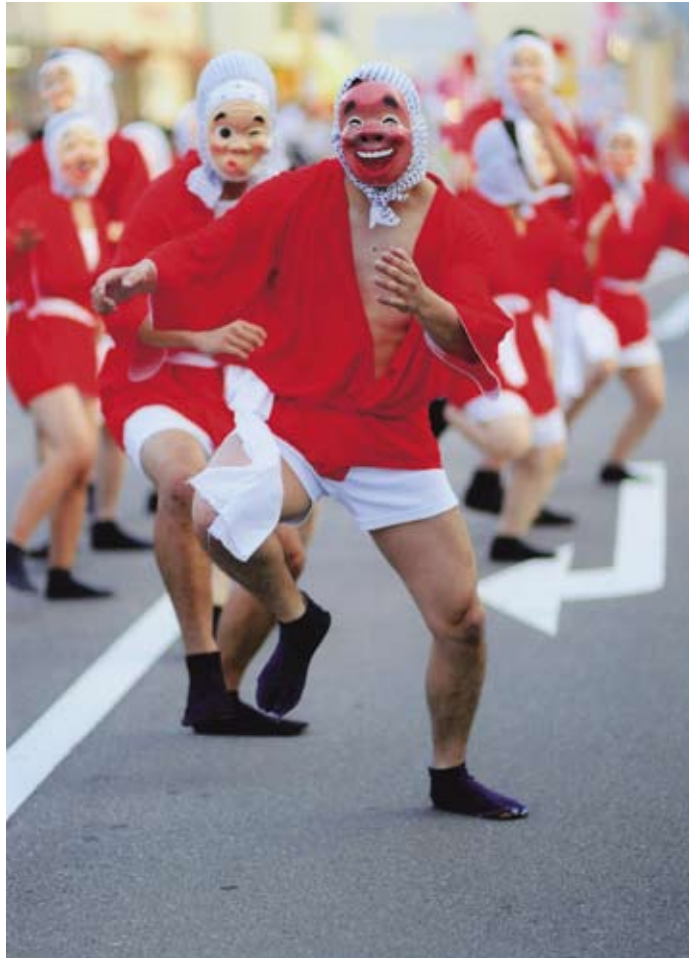
かく言う私も、妻が多田氏と同じ状況になって初めて、彼の心からの叫びが理解できた気がする。毎日妻は、午前中に言葉を取り戻すため、数時間机に向かって言語療法に取り組む。午後は2時間理学療法や作業療法に

取り組んでいる。時折泣きながらも必死になって現場への復帰を目指して頑張っている。その姿を毎日見続ける家族には辛さもあるが、それ以上に少しずつ回復していく状況を実感する喜びの方がはるかに大きい。私たち内科医はそれぞれの専門医としての役割とともに、かかりつけ医としての役割も果たさなければならないことが多い。不幸にして要介護状態に陥った人々やその家族にとって、リハビリは希望を紡ぐ行為でもあるということを一たび考えていただけたらと思う。



「ニュー・ギニア・インパチエンス」 宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

ニュー・ギニア原産種を改良した園芸種の総称。色は豊富だが暖色系が多い。
低温に強いが陽射しには弱い。水はほぼ常に必要で、6月から10月頃まで花が咲く。
鉢植えでも花壇でも良いが、温室では背丈が1mにも達し、冬でも開花するという。



「日向ひょっこ踊り」

都城市 山田医院 山田 孝俊

俳句

松島

宮崎市 猪島医院

猪島 蘇風

松島の小島二百余船涼し

明易き松島湾に海猫ごめの声

穴子船海猫ごめの群つれ戻り来る

みらのくの寺に涼しき大草鞋

涼しさや朱の色残す五大堂

聴きとめて初ひぐらしや光堂

青嵐義経堂を攻めたてて

短歌

冬のゴルフ

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

朝霜の残れる芝にティーを挿し一番ホールに白球を打つ

池越えのショートホールにながむれば三羽の鴨が水面に遊ぶ

打ち下ろしのロングホールよひむがしの太平洋を目指して構ふ

積雪にクローズの無き宮崎の冬のゴルフぞ真盛りなれる

夕つ日に長く伸びたる人影が最終ホールにパットを競ふ

短歌

ハイタツチ

延岡市 藤本内科小児科医院

藤本孝一

ハイタツチしながらわれを迎へたる健診受くる園児ら
いとし

一斉に昼寝を始めし園児らの顔安らかに静かになりつ
卒園も間近かになりて年長の園児ら昼寝を止めて遊べ
り

公園の櫛の枝のひとつと黄色き茸が密生してをり
公園の櫛に来たる小鳥一羽高き音たて枝つつきををり

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村善教

インフルが口蹄疫で吹き飛んで
予防接種する人もなく

今までも地域貢献今さらに
算定はせず高楊枝かな

猫だまし 3点加算するとう
朝三暮四で再診如何に

分断化 ほぼ完成し 今からは
各個撃破の 目論見見えて

哀れかな 特別養護 医療不可
延命すれば仕分けできぬと

[報 告]

平成21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22年1月30日（土）、午前中に第288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

平成20年度の年次報告書による認定教育施設の審査・認定が行われ、教育病院では、2年連続認定基準（内科剖検体数10体以上）を満たさなかった10施設のうち、2施設が保留扱い、8施設は関連病院扱いとなった。関連病院では、2年連続認定基準（内科剖検体数1体以上）を満たさなかった9施設（九州地区では鹿児島県立薩南病院）が認定を取り消された。一方、新たに4施設が教育病院として認定され、また関連病院として九州地区では新小文字病院、福岡水巻病院、宗像医師会病院、福岡県済生会大牟田病院、大分岡病院、財団法人慈愛会今村病院分院、戸畑共立病院、医療法人おもと会大浜第一病院の8施設が認定された。

第25回認定内科医資格認定試験は平成21年7月19日に東京、神戸の2会場で行われ、3,247名の受験があり、2,887名が合格（合格率89.7%）、また第37回総合内科専門医資格認定試験は平成21年9月23日に東京で行われ、317名が受験し、232名が合格した（合格率73.2%）。平成22年度の第26回認定内科医資格認定試験は平成22年7月18日に東京、神戸の2会場で、また第38回総合内科専門医資格認定試験は平成22年9月19日に東京で行われることが報告された。

2) 学会在り方検討委員会地区委員報告

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と、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。その方向で検討をすすめているとの報告があった。また臨床研究に係る利益相反ガイドラインの策定について、その考え方と作業の進展状況、および今後の予定の報告があった。

3) 生涯教育委員会報告

平成21年度生涯教育講演会はAセッションが関東支部（防衛医科大学校三浦総一郎教授）、

Bセッションが近畿支部（和歌山県立医科大学南條輝志男教授）で開催され、合計で8,524名の参加があった。平成22年度はAセッション東北支部、Bセッション北海道支部で、平成23年度のBセッションを九州支部（宮崎大学医学部膠原病・感染症内科岡山昭彦教授）が担当する予定であることが報告された。

4) 学術集会運営委員会報告

第107回日本内科学会総会（会頭：島根大学小林祥泰教授）講演会の日程について説明があり、了承された。今回、新たな企画として、シュミレーターによる聴診、IVH穿刺、乳癌診察などの体験研修、救急蘇生法指導者研修、感染症のピットフォールや内科医のための皮膚病変の診方など実践的な生涯教育プログラムが企画された。第108回総会は永井良三東京大学教授のもと、平成23年4月15日から17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22年度各種委員会地区委員選出

- 1) 理事候補：富田公夫（熊本大学）、砂川賢二（九州大学）
- 2) 内科認定医制度審議会地区委員候補：中里雅光（宮崎大学）、朔啓二郎（福岡大学）、潮平芳樹（豊見城中央病院）
- 3) 学会在り方検討委員会地区委員候補：藤本一眞（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：富田公夫（熊本大学）

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再任された。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の開催時期、開催地、会長について

- 第289回：平成22年5月29日（土）、大分大総合内科学第二 門田 淳一 教授
第290回：平成22年8月28日（土）、佐賀大循環器腎臓内科 野出 孝一 教授
第291回：平成21年11月14日（日）、鹿大リハビリ学 川平 和美 教授
第292回：平成22年1月29日（土）、九大総合診療部 林 純 教授

[報 告]

平成21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22年2月20日（土）

場 所：福岡市 博多都ホテル

担当県：福岡県

出席者：栗林会長，中津留

【報告事項】 担当県福岡からの報告

平成21年10月17日（土）に開催された日臨内九州ブロック会議，第44回九州各県内科医会連絡協議会，第26回九州各県内科審査委員懇談会について報告された。

日臨内九州ブロック会議では，提案事項の「外来管理加算5分要件の無条件撤廃」，「各県勤務医の入会動向調査及び会員増強の一手段として勤務医入会の再検討」，「日常内科疾患の実践的処方集及び内科実践マニュアルの会員への周知，販売価格」，「日臨内社員の入会条件」などについて熱心な討議及び日臨内執行部よりの回答があった。

九内協では，「レセプトオンライン請求義務化の問題」，「ジェネリック医薬品の問題」，「特定健診・特定保健指導の問題」，他全15題についての提案事項について熱い議論が交わされた。

九内懇では，各県より提案された全23題について活発な意見交換が行われた。その中で国保と社保の差があるものもあった。

【協議事項】

1. 「会員増強」について（熊本県）

日臨内の会員は大部分が開業医で会員の高齢化や閉院のため会員数の減少が進んでいるが，九州では福岡県は会員数が多く，鹿児島県はB会員の割合が多い。会員増強のために有効な対策はないだろうかとの提案理由で協議が行われた。福岡県，長崎県は医師会入会と同時に内科を標榜する場合は県内科医会と同時に日臨内に入会としているとのことであった。その他，大学の内科系教授に名誉会員や顧問になっていただいたり，大学勤務医や大学からの派遣医に入会を勧めているなどの報告もあった。また協議の中で福岡県の向野会長から日臨内の会員増強委員会の紹介もあり，平成22年2月現在では日臨内全会員16,330名の内，九州ブロックは4,115

名と他のブロックと比較し最も会員数が多いことも報告された。

2. 平成22年度の九内協・九内懇について（鹿児島県）

平成22年度の九内協・九内懇の開催は鹿児島県が担当することとなり、10月16日（土）に城山観光ホテルで開催されることとなった。

3. 平成23年度日臨内副会長推薦について（福岡県）

平成23年度の日臨内役員改選にあたり、現副会長の山本愛文先生が退任されるため、それに伴い、九州ブロックからの次期日臨内副会長には大分県内科医会会長の島田丞先生を推薦することとなった。

[報 告]

第27回日本臨床内科医会総会および第43回代議員会

宮崎県内科医会副会長

小 牧 齋

日 時：平成22年4月10, 11日

場 所：東京

第43回代議員会

代議員会は日本臨床内科医会総会の前日、4月10日（土）開催されました。中津留常任理事、小牧の二人が出席しました。会の冒頭、挨拶に立った後藤由夫会長は、「医療環境は厳しさが続いているが、主張をする団体として、今後も会員一丸となって頑張ってもらいたい」と述べられました。引き続き、各委員会の報告がありました。以下、その要旨を日臨内ニュース（平成22年4月号）より転載します。

総務委員会

医会別会員数は若干減少にとどまった。これは岡山県において日本臨床内科医会岡山県医会と岡山県内科医会が統合され、102名の増員があったことが大きい。その他、平成21年度事業報告、平成22年度事業計画案が報告され、これは代議員会の最後に賛成多数で承認された。

調査研究委員会

倫理審査委員会の概要報告等。また本会会員の健康実態調査を行う予定であること、本会が2010年に創立25周年を迎えることを記念して、本会の標語（スローガン）を会員から公募することを発表した。

庶務委員会

医学会の一般演題の募集、役員名簿、会員名簿に関して。

会員増強委員会

ブロック会議に出席し、各県における会員増強に関しての問題点、会員増強策を研究した結果の報告、それに基づいて作成した会員増強事業計画を発表した。

IT委員会

ホームページのリニューアルに関して。

経理委員会

平成21年度収支仮決算、平成22年度収支予算が報告され、これに関しては代議委員会の最後に賛成多数で承認された。

公益事業委員会

日本臨床内科医会インフルエンザ研究に関する報告。

地域医療委員会

第27回日本臨床内科医会総会において表彰される地域医療功労者の発表および内科医会に関するアンケート調査報告書に関して。

医療・介護保険委員会

平成22年度診療報酬改定の道程と内容報告。内保連に関しては、今後、強いメッセージを発信していきたいとした。

第27回日本臨床内科医会総会

日本臨床内科医会総会が4月11日（日）、東京で開催されました。会長が挨拶に立ち「患者の生活習慣・健康状態・排尿障害調査」、インフルエンザ研究への成果と今後の協力依頼がありました。続いて来賓挨拶として、日本医師会から今村聡常任理事は「医療費抑制政策が転換されつつあることは評価したいが、期待に反する小幅な改定であり、現在の地域医療の崩壊とも言うべき状況の打開には不十分である。日本臨床内科医会に対して、臨床内科学の発展と医療の向上に努められる一方、医療現場を担う第一線の内科医たる会員からの緻密なデータを数多くの提言をされていることは意義深いものである、と評価され、国民医療の向上に向けてより一層の協同を図っていきたい」と結ばれました。次に東京都医師会鈴木聡男会長は、「医療提供側と受ける側の間の行為に対して、国はきちんとした保証をしなければいけない」と挨拶されました。引き続き、総会議事に進み、代議員会の報告、名誉会員・地域医療功労者の表彰と続いた。午後からはランチョンセミナー、特別講演2題が行われた。

【特別講演Ⅰ】「今回の診療報酬改訂について」

日本医師会診療報酬検討委員会委員長 安達 秀樹 先生

中医協に本来改定率に基づく医療費の配分は委ねられていたが、開業医の収入が高いのを問題視し、このところ財務省の越権行為が続いている。今後の改定を見据えて点数設定は財源論からではなく医学的根拠に基づいて決定されるべきであること、さらに前述の財政制度等審議会の考えを変えさせることが重要である。

また総医療費の拡大が必要であること、高齢化社会によって必然的に発生する医療の提供量の増大と日々進歩していく医療技術への評価、すなわち量の評価と質の評価のバランスをいかにうまくとっていくかという議論を進め、そのことを診療報酬に反映させていかなければならない。

[特別講演Ⅱ] 「日本の臨床研究と今後の展望」

慶應義塾大学名誉教授 猿田 享男 先生

基礎研究はこれまで高い評価を受けてきたが、臨床研究はかなり遅れをとってきた。原因の1つが、臨床医学教室で行われてきた博士論文作成のための研究に偏ったこと、日常臨床の現場では日常業務に追われ、意義ある臨床研究を行う体制が出来上がっていなかったこと、エビデンスに基づく医療の普及が遅れていたことなどが関係していた。

1998年になって厚生労働省では、日本の臨床レベルの向上を目指して医療技術評価推進検討会を設置し診療ガイドラインの策定が取り上げられた。今後大規模臨床試験の実施とともに、最近の臨床研究の動向で注目されているのが、トランスレーショナルリサーチ（橋渡し研究）の普及である。このような最先端医療に関する治験への参加が、各地域の拠点から日常臨床の現場で活躍されている先生方に求められることになっている。

[ランチョンセミナー 日本のワクチンを考える]**テーマⅠ 「日本におけるワクチン行政と今後の展望」**

国立病院機構三重病院名誉院長 神谷 斎 先生

わが国では予防接種の健康被害の問題が大きくクローズアップされ、個別接種体制になった。そのためかワクチン行政では後進国になっている。

21世紀の医療が目指すものは治療から予防であり、ワクチンはその予防医学の中核として大きな役割を演じるようになってきた。しかしながら学校教育として予防接種の啓発はほとんどされていない。またワクチンは国が有効性、安全性審査をして導入しているが、その基準が諸外国と違いがあり、なかなか新しいものが導入されない。

かかりつけ医の役割として患者に折に触れて病気の怖さを教えていく、ワクチンの意義を接種者に正しく理解していただく、予防接種計画を地域の実情に合わせるなど実行することが重要。

テーマⅡ 「ワクチンによる子宮頸がん予防とかかりつけ医の役割」

自治医科大学医学部 産科婦人科学講座教授 鈴木 光明 先生

子宮頸がんは20～30才代の若い女性に急激に増加している癌である。ヒトパピローマウイルス（HPV）の感染が引き金になっており、このウイルスの感染を阻止することが子宮頸がん予防の鍵を握っているといえる。このワクチンを広く多くの女性に接種するためには小児科医、産婦人科医が科の垣根を越えて取り組むことが必要である。

平成21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13日（土）16：00～於、宮崎観光ホテル</p> <p><特別講演会></p> <p>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</p> <p>②RAA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 (出席者58名)</p> <p>3月13日（土）16：00～於、県医師会館</p> <p><会員発表会></p> <p>①下腿浮腫と疼痛を初発症状として発症したBudd-Chiari症候群の一例 県立日南病院内科／循環器科 原 誠一郎, 分山 尚美, 林 英里香, 西山 美保, 田中 充, 三嶋 和也 宮崎大学附属病院放射線科 榮 建文</p> <p>②細菌感染症の補助的診断におけるプロカルシトニンの有用性について 宮崎大学医学部内科学講座免疫感染病態学分野 高城 一郎, 松田 基弘, 橋場 弥生, 宮内 俊一, 梅北 邦彦, 上野 史朗, 甲斐 泰文, 長友 安弘, 岡山 昭彦</p> <p>③急速に呼吸不全が進行し人工呼吸管理を要した 新型インフルエンザ（パンデミックH1N12009）による重症肺炎の1例 県立宮崎病院内科 小田 康晴, 姫路 大輔, 小野 伸之, 山中 篤志, 上園 繁弘, 池田 直子, 児玉 圭子, 上田 章 鶴田病院外科 串間 美昭</p> <p>④21世紀の大きな問題：“Frail elderly（脆弱なご老人）” という概念 美郷町西郷病院内科・自治医科大学循環器内科 矢野裕一朗</p> <p><保険診療についての講演></p> <p>第26回九州各県内科医会審査委員懇話会 報告 県内科医会医療保険委員長 松岡 均</p> <p><特別講演></p> <p>インクレチン薬を糖尿病治療にいかす 秋田大学大学院医学系研究科 内分泌・代謝・老年内科学講座教授 山田祐一郎 先生 (出席者57名)</p>

会 議 名	日 時 ・ 場 所 ・ 出 席 者
【理 事 会】	5月18日（月） 7月16日（木） 9月11日（金） 2月22日（月）
【評 議 員 会】	5月25日（月） 3月1日（月）
【各 郡 市 内 科 医 会 長 会】	3月6日（土）於. 一心鮪光洋
【会 計 監 査】	4月30日（木）
【学 術 委 員 会】	5月12日（火） 10月19日（月） 1月15日（金）
【医 療 保 険 委 員 会】	4月27日（月） 7月3日（金） 9月7日（月）
【宮崎県内科医会誌編集委員会】	6月29日（月） 8月17日（月） 11月19日（月） 2月1日（月）
【日本臨床内科医会九州ブロック会議】	10月17日（土）於. 福岡（担当：福岡県内科医会） 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17日（土）於. 福岡（担当：福岡県内科医会） 栗林会長，野田副会長，中津留常任理事
【九州各県内科審査委員懇話会】	10月17日（土）於. 福岡（担当：福岡県内科医会） 小牧副会長，松岡理事
【九州各県内科医会長会】	2月20日（土）於. 福岡（担当：福岡県内科医会） 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11日（日）於. 東京 栗林会長，小牧副会長，中津留常任理事
【日本臨床内科医会理事会・ 代議員会・医学会】	10月10日（土），11日（日），12日（月）於. 埼玉 栗林会長，飯屋副会長
【日本内科学会九州地方会評議員会】	1月30日（土）於. 福岡 栗林会長

会議名	日時・場所・出席者
<p>【学術講演会】 ※ = 日本内科学会認定内科 専門医更新講座</p>	<p>① 5月22日（金）19：00～ 於. ホテルマリックス 演題 脂肪肝から肝硬変・肝癌へ 講師 埼玉医科大学消化器内科・肝臓内科教授 名越 澄子 （出席者 52名）</p> <p>② 7月14日（火）19：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 高血圧併用療法における少量利尿薬の有用性 講師 宮崎大学医学部循環体液制御学助教 北 俊弘 演題 マルチプルリスクの時代における新しい高血圧治療 講師 愛媛大学病態情報内科学教授 檜垣 實男 （出席者 60名）</p> <p>※③ 7月25日（土）17：00～ 於. 県医師会館 演題 働く世代の動脈硬化性疾患予防と「脂質異常症治療ガイド」の概要 講師 帝京大学医学部内科学 寺本 民生 演題 開業医は高脂血症管理目標を達成しているか？ 講師 田口循環器内科 田口 利文 演題 職場検診の脂質異常症 講師 宮崎善仁会病院 中津留 邦展 （出席者 57名）</p> <p>④ 7月30日（木）19：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 慢性腎臓病（CKD）の診療ガイド－糖尿病－ 講師 宮崎大学医学部神経呼吸内分泌代謝学講師 水田 雅也 演題 糖尿病性腎症の薬物治療のポイント 講師 古賀総合病院長 栗林 忠信 演題 腎機能が保持されている症例（早期腎症） 講師 古賀総合病院内科 井手野 順一 演題 腎機能が障害されている症例（顕性腎症） 講師 平和台病院内科 松下 隆司 （出席者 66名）</p>

会議名	日時・場所・出席者
<p>【学 術 講 演 会】</p> <p>※ = 日本内科学会認定内科 専門医更新講座</p>	<p>※⑤ 8月21日（金）19：00～ 於. 宮崎観光ホテル</p> <p>演題 宮崎県内における24時間血圧管理の取り組み－Miyazaki ambulatory blood pressure monitoring (MISSION) Registryの視点から－</p> <p>講師 美郷町西郷病院内科・自治医科大学循環器内科部門 矢野 裕一郎</p> <p>演題 カルシウム拮抗薬の新たな可能性－アルドステロンの観点から－</p> <p>講師 東京慈恵会医科大学糖尿病・代謝・内分泌内科教授 東條 克能</p> <p>演題 高血圧のパーフェクト24時間血圧管理</p> <p>講師 自治医科大学循環器内科部門主任教授 苅尾 七臣 (出席者 60名)</p> <p>⑥ 9月14日（月）18：30～ 於. 宮崎観光ホテル</p> <p>演題 各科に潜む甲状腺疾患を見逃さないために－甲状腺疾患の診断と治療－</p> <p>講師 古賀総合病院長 栗林 忠信 (出席者 60名)</p> <p>※⑦ 9月15日（火）18：50～ 於. 宮崎観光ホテル</p> <p>演題 高血圧症の診療と研究における最近の話題</p> <p>講師 宮崎大学医学部循環体液制御学教授 北村 和雄</p> <p>演題 神経呼吸器内分泌代謝疾患における臨床医学の進歩</p> <p>講師 宮崎大学医学部神経呼吸内分泌代謝学教授 中里 雅光 (出席者 82名)</p> <p>⑧ 11月5日（木）18：45～ 於. ホテルJALシティ宮崎</p> <p>演題 新しい時代に入った炎症性腸疾患治療を考える</p> <p>講師 東京医科歯科大学消化器内科教授 渡辺 守 (出席者 52名)</p> <p>⑨ 11月12日（木）19：00～ 於. 宮崎観光ホテル</p> <p>演題 クラリスロマイシンを含む化学療法とステロイドを併用した自己免疫性肝炎合併肺MAC症</p> <p>講師 宮崎大学医学部免疫感染病態学 宮内 俊一</p> <p>演題 市中肺炎診療における胸部画像の位置づけ</p> <p>講師 川崎医科大学呼吸器科講師 宮下 修行 (出席者 41名)</p>

会議名	日時・場所・出席者
【学 術 講 演 会】 ※ = 日本内科学会認定内科 専門医更新講座	<p>⑩12月10日（木）19：00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 血液検査から始まる肝炎治療の第一歩－治療を目指す条件 （制度・治療）が整いました－ 講師 宮崎大学医学部消化器血液学助教 蓮池 悟 演題 かかりつけ医の先生が肝炎を治すキードクター－患者啓蒙・ インフォームドコンセント・起きてはいけない医療訴訟－ 講師 宮崎大学医学部消化器血液学講師 永田 賢治 演題 定期的な検査で肝がんの早期発見を！－患者・かかりつけ 医・専門医による3者一体－ 講師 宮崎医療センター病院消化器・肝臓病センター副部長 岩満 章浩 （出席者 82名）</p> <p>⑪1月19日（火）19：20～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 作用機序から考えられるDRIが期待される理由 講師 香川大学医学部薬理学教授 西山 成 演題 高血圧克服の世紀におけるRA系阻害薬の役割－直接的レ ニン阻害薬への期待 講師 愛媛大学病態情報内科学教授 檜垣 實男 （出席者 46名）</p> <p>⑫2月5日（金）19：00～ 於. ホテルベルフォート日向 演題 かかりつけ医の先生が肝炎を治すキードクター 講師 宮崎大学医学部附属病院肝疾患センター准教授 永田 賢治 演題 定期的な検査で肝がんの早期発見を！ 講師 宮崎医療センター病院消化器・肝臓病センター副部長 岩満 章浩 （出席者 29名）</p> <p>⑬2月18日（木）19：00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 膠原病のステロイド療法を考える 講師 神戸大学免疫内科学教授 熊谷 俊一 （出席者 35名）</p> <p>⑭2月25日（木）19：00～ 於. ホテル高千穂 演題 かかりつけ医の先生が肝炎を治すキードクター－患者啓蒙・ インフォームドコンセント・起きてはいけない医療訴訟－ 講師 宮崎大学医学部附属病院肝疾患センター准教授 永田 賢治 演題 定期的な検査で肝がんの早期発見を！－患者・かかりつけ 医・専門医による3者一体－ 講師 宮崎大学医学部附属病院第2内科助教 岩切 久芳 （出席者 27名）</p>

会議名	日時・場所・出席者
【学術講演会】 ※ = 日本内科学会認定内科 専門医更新講座	<p>⑮ 2月27日（土）16：00～ 於. ホテルスカイタワー 演題 糖尿病治療薬の新たな展開－グラクティブ錠を含めて－ 講師 横浜市立大学分子内分泌・糖尿病内科学教授 寺内 康夫 （出席者 77名）</p> <p>⑯ 3月5日（金）19：00～ 於. ホテルメリージュ延岡 演題 かかりつけ医の先生が肝炎を治すキードクター－患者啓蒙・ インフォームドコンセント・起きてはいけない医療訴訟－ 講師 宮崎大学医学部附属病院肝疾患センター准教授 永田 賢治 演題 定期的な検査で肝がんの早期発見を！－患者・かかりつけ 医・専門医による3者一体－ 講師 宮崎大学医学部附属病院肝疾患センター助教 蓮池 悟 （出席者 48名）</p> <p>⑰ 3月8日（月）19：00～ 於. ガーデンベルズ小林 演題 かかりつけ医の先生が肝炎を治すキードクター－患者啓蒙・ インフォームドコンセント・起きてはいけない医療訴訟－ 講師 宮崎大学医学部教育改革推進センター教授 林 克裕 演題 定期的な検査で肝がんの早期発見を！－患者・かかりつけ 医・専門医による3者一体－ 講師 宮崎大学医学部附属病院肝疾患センター准教授 永田 賢治 （出席者 15名）</p> <p>⑱ 3月9日（火）19：30～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 脳梗塞の診断と治療－脳卒中治療G L 2009からみた 治療戦略－ 講師 熊本市民病院神経内科部長 橋本 洋一郎 （出席者 37名）</p> <p>⑲ 3月11日（木）18：50～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 生活リズムを考慮した循環器疾患のみかた 講師 長崎大学循環病態制御内科教授 前村 浩二 （出席者 34名）</p>

会議名	日時・場所・出席者
<p>【学術講演会】</p> <p>※ = 日本内科学会認定内科 専門医更新講座</p>	<p>⑩ 3月16日（火）19：00～ 於. 南那珂医師会館</p> <p>演題 かかりつけ医の先生が肝炎を治すキードクター－患者啓蒙・インフォームドコンセント・起きてはいけない医療訴訟－</p> <p>講師 申間市民病院長 黒木 和男</p> <p>演題 定期的な検査で肝がんの早期発見を！－患者・かかりつけ医・専門医による3者一体－</p> <p>講師 宮崎大学医学部附属病院肝疾患センター准教授 永田 賢治 (出席者 12名)</p> <p>⑪ 3月19日（金）19：00～ 於. ホテル中山荘</p> <p>演題 かかりつけ医の先生が肝炎を治すキードクター－患者啓蒙・インフォームドコンセント・起きてはいけない医療訴訟－</p> <p>講師 藤元早鈴病院消化器内科部長 駒田 直人</p> <p>演題 定期的な検査で肝がんの早期発見を！－患者・かかりつけ医・専門医による3者一体－</p> <p>講師 宮崎大学医学部附属病院肝疾患センター准教授 永田 賢治 (出席者 27名)</p> <p>※⑫ 3月20日（土）15：00～ 於. ホテルスカイタワー</p> <p>演題 全身血管病の低侵襲的診断と治療</p> <p>講師 熊本労災病院総合血管外来科部長 土井 英樹</p> <p>演題 無症候性内頸動脈狭窄の診断をどうするか</p> <p>講師 霧島市医師会立医療センター副院長 中野 真一 (出席者 42名)</p>

平成21年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書

歳入合計	10,223,757
歳出合計	7,394,013
差引残高	2,829,744 (平成22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	6,235,200	6,161,400	△73,800	A 会員会費 5,319,000 B 会員会費 842,400 【参考】 A 会員 293名 B 会員 117名 免除会員 A 会員 22名 B 会員 38名 (会員数：平成22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	2,350,000	2,453,895	103,895	
4. 雑収入	1 雑 収 入	1,500,000	1,368,462	△131,538	内科医会誌広告料 等
	歳入合計	10,325,200	10,223,757	△101,443	

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		564,000	0	564,000	374,792	189,208	
	1 旅 費	24,000		24,000	24,000	0	会計監査旅費
	2 需 用 費	80,000		80,000	50,575	29,425	事務用品代
	3 役 務 費	200,000		200,000	152,283	47,717	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	147,934	112,066	会館使用料 職員時間外手当
2. 会議費		1,600,000	0	1,600,000	1,214,932	385,068	
	1 総 会 費	100,000		100,000	33,552	66,448	案内FAX代等
	2 評 議 員 会 費	500,000		500,000	478,075	21,925	(2回)
	3 理 事 会 費	1,000,000		1,000,000	703,305	296,695	(4回)
3. 事業費		7,260,000	0	7,260,000	5,804,289	1,455,711	
	1 学 会 費	200,000		200,000	0	200,000	
	2 諸委員会活動費	850,000		850,000	526,545	323,455	医療保険委員会 188,495 (3回) 学術委員会 338,050 (3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	2,126,257	273,743	編集委員会 312,925 (4回) 印刷代 1,680,000 (2回) 執筆料等 133,332
	6 名簿刊行費	1,000		1,000	0	1,000	
	7 地区内科医会連絡会	350,000		350,000	261,554	88,446	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		494,000	440,560	53,440	九内協旅費 (福岡3名) 217,580 各県負担金 50,000 九内協参加費 @10,000×2名=20,000 会長会旅費 (福岡2名) 138,980 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	270,000		270,000	162,900	107,100	旅費 (福岡2名) 142,900 参加費 @10,000×2名=20,000
	10 日本臨床内科医会	700,000		700,000	585,980	114,020	総会・理事会・代議員会 旅費 (東京2名) 228,560 参加料 @10,000×2名=20,000 医学会・理事会・代議員会 旅費 (埼玉2名) 289,420 当日登録料 @14,000×2=28,000 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	240,000		240,000	68,080	171,920	旅費 (福岡1名)
	12 慶 弔 費	200,000		200,000	87,413	112,587	花環 (6名)
	13 諸 費	10,000		10,000	0	10,000	
4. 予備費	1 予 備 費	901,200	0	901,200	0	901,200	
歳 出 合 計		10,325,200	0	10,325,200	7,394,013	2,931,187	

平成22年度宮崎県内科医会事業計画

- (1) 宮崎県内科医会総会並びに学会開催
- (2) 各郡市内科医会活動の推進と援助（学会補助金支出，保険研究会補助金支出，各郡市内科医会会長会開催）
- (3) 学術委員会（学術講演会，研修会，セミナー等の開催），医療保険委員会及びその他委員会活動の推進
- (4) 県内科医会誌発行及び県内科医会ホームページへの掲載，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携
- (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22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	6,102,000	6,235,200	△133,200	(平成22年4月1日現在の会員数) < A 会員 > @18,000 × 293名 = 5,274,000 < B 会員 > @ 7,200 × 115名 = 828,000 < 免除会員 > A 22名, B 38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	2,829,000	2,350,000	479,000	
4. 雑 収 入	1 雑 収 入	1,400,000	1,500,000	△100,000	普通預金利息，定期預金利息， 内科医会誌広告料
	歳 入 合 計	10,571,000	10,325,200	245,800	

歳 出

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1.事務費		540,000	564,000	△24,000	
	1 旅 費	60,000	24,000	36,000	会計監査旅費
	2 需 用 費	80,000	80,000	0	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	200,000	260,000	△60,000	会館使用料(冷暖房・光熱水費) 職員時間外手当
2.会議費		1,500,000	1,600,000	△100,000	
	1 総 会 費	50,000	100,000	△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	950,000	1,000,000	△50,000	5回(旅費, その他)
3.事業費		7,204,000	7,260,000	△56,000	
	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	720,000	850,000	△130,000	学術委員会(3回), 医療保険委員会(4回)
	3 地区保険研究会 助成費	435,000	595,000	△160,000	各地区内科医会へ 宮崎 50,000 都城 50,000 延岡 50,000 日向 50,000 児湯 50,000 西都 50,000 南那珂 50,000 西諸 50,000 西臼杵 35,000
	4 地区医学会助成費	640,000	950,000	△310,000	各地区内科医会へ 宮崎 100,000 都城 70,000 延岡 70,000 日向 70,000 児湯 70,000 西都 70,000 南那珂 70,000 西諸 70,000 西臼杵 50,000
	5 会誌発行費並びに 編集委員会費	2,400,000	2,400,000	0	編集委員会(4回), 会誌印刷代, 執筆料他
	6 名 簿 刊 行 費	400,000	1,000	399,000	
	7 地区内科医会連絡会	300,000	350,000	△50,000	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	574,000	494,000	80,000	九内協各県負担金 50,000 九内協(鹿児島3名) 120,000 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 九内協開催地負担金積立金 200,000
	9 九州各県内科審査 委員懇話会	170,000	270,000	△100,000	九内懇(鹿児島3名) 140,000 九内懇参加費(3名) 30,000
	10 日本臨床内科医会	975,000	700,000	275,000	総会(東京2名) 240,000, 参加費(2名) 20,000 医学会(石川3名) 650,000, 登録料(3名) 45,000 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	180,000	240,000	△60,000	福岡(2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	1,327,000	901,200	425,800	
歳 出 合 計		10,571,000	10,325,200	245,800	

宮崎県内科医会役員

(任期 平成22年4月1日～平成24年3月31日)

役職	氏名	〒	住 所 医 療 機 関 名	TEL FAX
会 長	栗 林 忠 信	880-0041	宮崎市池内町数太木1749-1 (医) 同心会 古賀総合病院	0985-39-8888 0985-39-0067
副 会 長	小 牧 齋	880-0841	宮崎市吉村町江田原甲261-4 こまき内科	0985-26-1112 0985-26-0636
〃	大 窪 利 隆	885-0015	都城市千町5215 (医) 千杏会 おおくほクリニック	0986-26-1500 0986-22-4103
〃	野 村 朝 清	882-0837	延岡市古城町4丁目1 野村クリニック	0982-34-5515 0982-34-5532
常任理事	中津留 邦 展	885-0062	都城市大岩田町5822-3 都城市郡医師会病院	0986-39-2322 0986-39-1108
理 事	比 嘉 利 信	880-0911	宮崎市大字田吉4374-1 独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院	0985-56-2311 0985-56-2257
〃	近 藤 裕 行	880-0911	宮崎市大字田吉820-1 (医) 裕仁会 近藤クリニック	0985-52-0887 0985-52-7770
〃	原 口 靖 昭	880-0814	宮崎市江平中町7-1 原口胃腸科・内科クリニック	0985-24-1077 0985-24-1078
〃	松 岡 均	880-0041	宮崎市池内町数太木1749-1 (医) 同心会 古賀総合病院	0985-39-8888 0985-39-0356
〃	弘 野 修 一	880-0925	宮崎市大字本郷北方字山崎3582-1 (医) ひろの内科クリニック	0985-52-7311 0985-52-7312
〃	外 山 博 一	880-0841	宮崎市吉村町境目甲1529-1 (医) 千春会 外山内科神経内科医院	0985-28-1388 0985-28-1393
〃	上 園 繁 弘	880-8510	宮崎市北高松町5-30 県立宮崎病院	0985-24-4181 0985-28-1881
〃	重 平 正 文	885-0005	都城市神之山町2030-1 しげひらクリニック	0986-27-5555 0986-27-5556
〃	溝 口 直 樹	889-0503	延岡市伊形町5216-8 (医) みぞぐち医院 みぞぐち医院	0982-37-8388 0982-37-6388
〃	鮫 島 仁 彦	883-0033	日向市大字塩見小堤14168 (医) 望洋会 鮫島病院	0982-54-6801 0982-53-7313
〃	坂 田 師 通	884-0006	児湯郡高鍋町大字上江8108 坂田病院	0983-22-3426 0983-23-3816
〃	福 岡 周 司	887-0006	日南市春日町1-7 福岡医院	0987-32-1711 0987-32-1731
〃	新 添 謙 一	889-4301	えびの市大字原田2236 (医) 武雄会 えびの第一クリニック	0984-33-0148 0984-33-5816
〃	石 川 智 信	880-0033	宮崎市神宮西1丁目49-1 (医) 社団三友会 いしかわ内科	0985-32-2234 0985-32-1795
監 事	仮 屋 純 人	885-1103	都城市上水流町2348 (医) 社団 仮屋医院	0986-36-0521 0986-36-2911
〃	木 下 義 美	882-0041	延岡市北小路10-2 (医) 康仁会 谷村病院	0982-33-3024 0982-33-3699

計 21名

宮崎県内科医会評議員

(任期 平成22年3月1日～平成24年2月28日)

地区別	氏名	〒	住 所 医 療 機 関 名	TEL FAX
宮崎(5名)	森山光一	880-0052	宮崎市丸山2丁目116-6 江平内科	0985-32-6000 0985-22-2528
	山下政紀	880-1101	東諸県郡国富町大字本庄4033 山下医院	0985-75-2104 0985-41-4848
	徳田省吾	880-0951	宮崎市大塚町大塩道下4747 (医) 碧澄会 徳田内科とくだ小児科	0985-54-3299 0985-54-8203
	田中宏幸	880-0053	宮崎市神宮2丁目2-79 神宮医院	0985-25-1993 0985-25-1996
	光川知宏	880-0806	宮崎市広島2丁目8-27 光川内科医院	0985-38-8722 0985-38-6050
都城(3名)	三嶋孝雄	885-0081	都城市鷹尾1丁目26-6 (医) 社団敬愛会 三嶋内科	0986-24-7171 0986-24-7766
	志々目栄一	889-1802	都城市山之口町花木1999-2 (医) 志々目医院	0986-57-2004 0986-57-4867
	野邊俊文	885-0072	都城市上町10-4 (医) 社団浩盛会 野辺医院	0986-22-0153 0986-22-0108
延岡(2名)	小島一馬	882-0863	延岡市緑ヶ丘2丁目25-10 (医) 社団杏子会 小島胃腸科内科医院	0982-21-6000 0982-21-6027
	木谷道隆	882-0824	延岡市中央通り3丁目2-1 (医) 社団 木谷医院	0982-21-5905 0982-29-2358
日向(1名)	中村剛之	883-0068	日向市亀崎西2丁目141 (医) 社団楠友会 向洋クリニック	0982-52-5488 0982-52-8532
児湯(1名)	城戸栄爾	884-0002	児湯郡高鍋町大字北高鍋212 城戸医院	0983-23-0323 0983-23-1002
西都(1名)	水田能久	881-0012	西都市小野崎1丁目26 水田内科医院	0983-43-1115 0983-43-1165
南那珂(1名)	中島昌文	888-0012	串間市西浜2丁目7247-76 (医) 昌浩会 中島医院	0987-72-5202 0987-72-1761
西諸(1名)	園田定彦	886-0212	小林市野尻町東麓1170 (医) 友愛会 野尻中央病院	0984-44-1141 0984-44-0629
西臼杵(1名)	佐藤元二郎	882-1621	西臼杵郡高千穂町大字岩戸72-1 (医) 佐藤医院	0982-73-2010 0982-74-8102

計 16名

宮崎県内科医会総会並びに学術講演会

日時 平成22年6月12日（土）

場所 宮崎観光ホテル東館2F 日向の間

I 製品紹介 ノバルティスファーマ(株) 16:00～16:30
選択的DPP4阻害薬「エクア錠」

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21年度事業報告について

ロ. 平成21年度歳入歳出決算について

ハ. 平成22年度事業計画（案）について

ニ. 平成22年度歳入歳出予算（案）について

〈 休 憩 〉 16:50～17:00

III 学 会 17:00～19:00

特別講演①

『外来を中心とした内科感染症診療の実際』

宮崎大学医学部内科学講座免疫感染病態学分野

教授 岡山 昭彦 先生

特別講演②

『2型糖尿病の治療は大きく変貌するのか？ -パラダイムシフトへの期待-』

順天堂大学大学院スポーツロジックセンター

センター長 河盛 隆造 先生

IV 懇親会（東館2階 紅の間） 19:00～

(出席者数 107名)

各郡市だより



宮崎市郡内科医会だより

平成22年2月の総会で宮崎市郡内科医会会長に選出され、今年度（平成22年4月～24年3月）の任にあたることになりました。それに伴い役員の方の顔ぶれも新しくなりましたのでこの紙面をお借りし紹介させていただきます。

副会長 山下政紀, 光川知宏
 役員 森山光一, 原口靖昭, 宮永省三,
 遠藤 豊, 長友安弘
 原田雄一, 市来能成
 監事 中村周治, 長嶺元久

以上、今年から2年間私を含め12名のメンバーで会の運営を務めさせていただきますのでよろしく願いいたします。

当会の主な事業は、講演会の企画・開催ですが、現状は製薬会社の企画した講演会に共催もしくは後援として開催させて頂いているのが実情です。臨床内科医として社会的な責任において最新知識の習得、個人におけるスキルアップを目指すためにできる限り講演会などに、専門医の垣根を越えて積極的に参加していただければ幸いです。確かにインターネットの普及により医療の情報も簡単に手に入る時代にはなっていますが、講演会におい

て卓越した講師の先生方から直接お話を伺えるのは貴重です。今後当会では日常診療に役立つ、他科との連携した講演会やメディカルの皆さま方も一緒になった企画を自前でできればと考えています。

また少人数で集まる勉強会などにも大いに内科医会として後援していきたいと思っています。宮崎県内の専門的分野でご活躍の先生方を講師にお呼びし、アットホームな雰囲気の中で、開業医の日常の診療における悩み・相談を、質疑・応答を中心とした討論会形式での講演会作りができれば、と考えています。

内科医会の抱える問題の一つに、会員の増強をはかることがあります。今まで医師会事務局の仕事としてお任せしていたところもありますが、開業時の勧誘が十分行き渡っていなかったこともあり、開業された若い先生方の中には内科医会に加入されていない先生方が意外と多いことに気づいております。そのような先生方への勧誘は内科医会の基盤を強くするためにも必要なことではないかと考え、掘り起こしに努力していきたいと思う次第です。

また内科医会では市郡医師会と連携しての夜間急病センターの当直に協力しているところですが、今のところ会員の奉仕的精神もあり何とか運営されているようです。しかし解決しなければいけない問題も色々あり今後の検討課題だと思っています。

以上、新メンバーによる宮崎市郡内科医会を今後ともよろしく願いいたします。

当内科医会の講演会は以下の通りです。

○平成22年4月8日（木）

『糖尿病の血糖コントロール』

－最近の治療戦略と地域医療－

富山大学大学院 医学薬学研究部 (医学)

特別研究教授 小林 正 先生

○平成22年6月4日 (金)

①『臨床に役立つ超音波検査

～病態を考えた心エコーの撮り方、

進め方～』

鹿児島大学病院 臨床検査部 検査部門

主任 水上 尚子 先生

②『脂肪肝診療 up to date』

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

消化器疾患・生活習慣病学

講師 宇都 浩文 先生

○平成22年6月25日 (金)

①『H C V 排除への挑戦と限界

～症例提示を交えて』

宮崎医療センター病院

消化器・肝臓センター

稲田 由紀子 先生

②『最近のN A S H の症例』

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：小牧 斎)

都城市北諸県郡内科医会だより

6月11日内科医会総会が開かれ今後2年間の会運営を前期と同じく下記メンバーにおまかせ頂くことになりました。

<会 長> 仮屋 純人

<副会長> 志々目 栄一

<理 事> 三嶋 孝雄 田中 彰人

野辺 俊文 長倉 穂積

<監 事> 出水 善文

<顧 問> 田中 毅一

又都城から県内科医会の役員に副会長には大窪利隆先生が、理事には重平正文先生が就任されました。長年理事を務めて頂きました志々目栄一先生は評議員に就任されました。評議員数は人数割りになっており、都城は3名です。他の2名は前期と同じく三嶋孝雄先生と野辺俊文先生です。内科医会講演会は毎月1回開催しています。出席者は35名前後です。畜産王国の都城としては口蹄疫の発生は大変な問題で心配しています。どうやら高崎町の一農場で終息しそうで祈るような気持ちで清浄化を待っています。平成22年上期の講演会の内容は以下の通りです。

○平成22年2月18日

「高血圧治療の新展開

～Fruitful Agingを目指して～」

愛媛大学大学院医学系研究科

分子心血管生物・薬理学

教授 堀内 正嗣 先生

○平成22年3月5日

「アレルギー性鼻炎と治療

～花粉飛散期をむかえて～」

香川大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

講師 唐木 将行 先生

○平成22年4月23日

「糖尿病患者に求められる厳格な血圧管理

～ARBとCa拮抗薬をいかに用いるか～」

埼玉医科大学 内分泌・糖尿病内科

教授 片山 茂裕 先生

○平成22年5月13日

「成人GH分泌不全症の診断と治療

～厚生労働省特定疾患研究事業対象疾患としての重要性～」

宮崎大学医学部

神経呼吸内分泌代謝内科学分野

講師 山口 秀樹 先生

○平成22年6月11日

「高血圧治療における配合錠の使い分けと意義」

慶應大学 内科腎内分泌代謝科診療副部長

講師 林 晃一 先生

(文責：仮屋 純人)

延岡内科医会だより

平成22年4月より、2年間の予定で延岡の会長を拝命いたしました。3月までは県内科医会の副会長をしていました野田です。よろしくお願いいたします。

日本医師会の主催する医師生涯教育の取得内容が変更になりました。3年間で30単位・30カリキュラムコード(略称：CC)を取得する方法となり、自分の専門科の内容だけでは点数が取れなくなり、他科の勉強、つまり専門以外の勉強が必要となりました。延岡市では、延岡市医師会の中に延岡医学会委員会があり、担当理事もいます。延岡医学会には、延岡医師会会員が全て加入しており全科の講演を受けることができます。従って今回の改訂でも会員であれば自由に他科も勉強ができるわけです。場合によっては、となりの日向市に行き勉強する事も可能です。

H22年7月11日の参議院の結果は皆さんもご存知のように、日本医師会の政治力のなさが露呈されました。日本医師会の推薦する議員が1人も当選しないという事態は今だかつてなかったことですが、これが現実です。情けないことですが、今更、医師会が一枚岩になることは到底ありえません。こうなれば、ねじれ国会において、せめて専門の分科会に

熟知した人を送り込む事しかないでしょう。どなたかよろしくお願いします。

就任以来、私が担当した、講演会等は以下の通りです。

○平成22年4月30日(金)

「パーキンソン病とその周辺症状」

潤和会記念病院

副院長 鶴田 和仁 先生

○平成22年5月14日(金)

「生活習慣病と不眠」

久留米大学医学部精神神経科

教授 内村 直尚 先生

○平成22年7月2日(金)

「消化器臨床診療における

漢方薬のエビデンス」

千葉大学医学部付属病院光学医療診療部

尾高 健夫 先生

○平成22年7月9日(金)

「エゼチミブの脂質代謝改善作用」

～食後高脂血症を中心に～

防衛医科大学校内科学講座老年内科

教授 池脇 克則 先生

(文責：野田 寛)

日向市東白杵郡内科医会だより

1月の医師会役員選挙時に併せて内科医会役員選挙が行われ、引き続き会長職を続けさせていただくことになりました。会員の皆様のご要望に応え、できるだけ研修の機会を多くしたいと考えています。平成22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22年1月21日(木)

『日本循環器学会のガイドラインに沿った

心房細動診療の実際】

大分大学医学部臨床検査・診断学講座

准教授 高橋 尚彦 先生

○平成22年1月28日（木）

『糖尿病診療の新時代

- 診断・治療の新しい潮流 -』

古賀総合病院 院長 栗林 忠信 先生

○平成22年3月19日（金）

第16回日向地区急性期医療連携検討会

『脳卒中の基礎知識』

和田病院 脳神経外科

杉本 哲朗 先生

○平成22年5月26日（水）

『新しい喘息ガイドラインのポイント』

熊本大学大学院生命科学研究部

呼吸器病態学 講師 藤井 一彦 先生

○平成22年6月4日（金）

『上部消化管内視鏡検査における当院での工夫 ~自動洗浄機を用いた粘膜除去の工夫~』

癌研有明病院 消化器内科

菅沼 孝紀 先生

『胃がんの撲滅を目指して

- ABCDリスク別胃炎検診』

日本胃がん予知・診断・

治療研究機構理事長

東邦大学名誉教授 三木 一正 先生

○平成22年6月23日（水）

『高血圧の併用療法

~合剤をどのように使うか~』

宮崎大学フロンティア科学実験総合センター

教授 加藤 丈司 先生

○平成22年6月24日（木）

『B型肝炎の患者さんをどう診るか?』

宮崎大学医学部付属病院肝疾患センター

准教授 永田 賢治 先生

(文責：古賀 正広)

児湯内科医会だより

宮崎県内科医会の皆様こんにちは。2010年4月より児湯郡内科医会長を拝命しました国立病院機構宮崎病院の小堀祥三と申します。どうぞよろしく願いたします。

さて、突然宮崎県内科医会誌編集委員会より児湯郡内科医会の近況として「各郡市だより」を書きなさいとのお手紙が参りました。そこでいろいろと考えてみましたが、あまりよいアイデア浮かびませんでした。皆様ご存じの通り宮崎県は100年に一度起こるか起こらないかと云うような口蹄疫による強烈な災害のため牧畜業者を筆頭に多くの人々に多大な被害をもたらす事態となっていることはご存じの通りです。今この原稿を書いている時点でも終息宣言は発せられていない状況です。

私の専門は脂質代謝異常や糖尿病といった生活習慣病が対象です。そこで、外来通院中の糖尿病患者の成績に非常事態宣言前後でどれくらい影響しているかを考えてみました。当然推測できることとは思いますが、結論から先に言いますと明らかによいことは一つもなかったということです。平均HbA1c値は0.4%上昇しました。主な原因は運動不足です。ストレスも幾分かは影響しているかもしれません。中には仕事はできないし仲間との間で毎日今後の打ち合わせを行っているうちについつい食べ過ぎたというようなこともみられました。最大の原因と考えられる運動不足について詳しくみてみると、公共施設の使

用禁止, このため体操教室やミニバレー, ミニテニスといったみんなで集まって運動をすることが全くできなくなったことがあげられます。ほとんどの人が楽しみで行っていたことが突然中止になるわけですからストレスもきつとたまったことでしょう。高齢者ではグランドゴルフがあげられます。公園などが使用禁止になりました。その結果, 多い人では5回/週行っていたグランドゴルフができなくなりました。当然, 運動は減少するはずで。散歩をしていた人も道々に検問所(本当は消毒所)があり, 何となく歩きづらくて以前に比べると散歩をしなくなった, あるいはやっかとして時間が短くなったと答える人も多数みられました。非常事態宣言を素直に受け止めた木城の患者は自分のうちでも少ないながらも牛を飼っているの、川南まで来て口蹄疫を持ち帰って感染を拡げては行けないと思えば外来予約日にも受診せず, 近くの診療所からインスリン注射を出してもらおうようなこともありました。普段の生活でも家からでないように心懸けたにも関わらず, この家の牛は感染しなかったにもかかわらず10km以内の規定にかかりワクチン接種の上, 殺処分されました。様々な理由で運動をしない状況が生まれたわけですが, 糖尿病治療における運動療法の重要性が改めて再認識されました。その他, 日向から来ている患者は自分の牧場の牛には影響はなかったが, 競りが開かれないので日銭が入らず運転資金が不足する事態で, 薬代を支払うのに困るので薬を減らせないと訴えたりしました。残念ながら, 本患者は糖尿病, 高血圧, 高LDL-C血症を合併しておりしかも, すべて中等度以上と考えられるため, それは暴挙であることを説明し説得

しました。本人も自分の病気が十分悪いと分かった上でそのような発言が出てくる。それだけ困った状況があると云うことなのだろうと思いました。行政による一刻も早い救済が必須である。

いずれにしても口蹄疫に関する非常事態宣言が解除され糖尿病患者が心おきなく運動ができる日が到来することを祈るばかりです。

当内科医会の講演会は以下の通りです。

○平成22年7月21日(水)

「高血圧治療の次なる課題

ARBの併用はCa拮抗薬か利尿薬か?

～J-CORE研究から～

宮崎大学医学部地域医療学講座

助教 矢野 裕一朗 先生

「降圧薬としてのARBを活かす工夫」

宮崎大学医学部内科学講座

循環体液制御学分野

講師 北 俊弘 先生

(文責:小堀 祥三)

西都市・西児湯内科医会だより

西都市・西児湯内科医会は, 平成14年4月から児玉健二先生に会長を務めて頂いておりましたが, このたび役員の改正がおこなわれ, 会長 黒木重晶, 副会長 富田雄二, 理事 上野尚美, 水田能久, 監事 相澤 潔, 児玉健二という布陣で行うことになりました。どうか皆様よろしくお願い申し上げます。

昨年度の事業は以下の通りです。

○平成21年5月29日

『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

○平成21年8月28日

『関節リウマチ治療からみた骨粗鬆症治療』

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

○平成21年11月27日

『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

○平成22年1月29日

『うつ病診療の基礎と応用：

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

講師の先生方 ありがとうございます。

(文責：黒木 重晶)

南那珂内科会だより

再び日南市初期夜間急病センターを取り上げます。月曜日から金曜日までの平日を外科系の医師を含めた28人で回しています。7時から10時までの3時間月1回の当番で、インフルエンザの時期で10人ほど、平時で4人ほどを診ています。生後6ヶ月以上が対象で、先日も8ヶ月の腹痛の子供に、診断指針を見ながら、恐々と浣腸をしました。軽症であれば火傷も診ます。慣れてはきましたが、50歳を過ぎて専門外を診るのはやはり大変です。只統計でもはっきりと県立日南病院の夜間外来受診者が減少しており、基幹病院の負担軽減には貢献しています。

さて平成21年7月からの内科系講演会は以下の通りです。

○平成22年1月19日

糖尿病治療の最前線

ーインクレチン療法の位置づけー

潤和会記念病院 糖尿病代謝内科

部長 水田 雅也 先生

○平成22年2月16日

宮崎の救急医療の展望

～特に循環器分野において～

宮崎大学医学部病態解析医学講座

救急災害医学分野

准教授 伊達 晴彦 先生

○平成22年3月16日

講演1. かかりつけ医の先生が肝炎を治す

キードクター～患者啓蒙・イン

フォームドコンセント・起きては

いけない医療訴訟

宮崎大学医学部付属病院肝炎センター

准教授 永田賢治先生

講演2. 定期的な検査で肝がんの早期発見

を～患者・かかりつけ医・専門医

による三者一体

串間市民病院 院長 黒木 和男 先生

○平成22年3月29日

今なぜ、24時間血圧が重要なのか

～Miyazaki Ambulatory Blood

Pressure Monitoring (MISSION)

Registryの知見から～

美郷町西郷病院 内科

自治医科大学循環器内科

矢野 裕一郎 先生

○平成22年4月7日

講演1. 内科クリニックにとっての

エゼチミブ

きたやま内科循環器科

院長 北山 浩気 先生

講演2. 不整脈及び心不全の非薬物的療法

宮崎市郡医師会病院 循環器科

足利 敬一 先生

○平成22年4月22日

講演1. 当院における循環器科診療の現状
と地域連携について

宮崎県立日南病院 循環器科

医長 田中 充 先生

講演2. 冠れん縮性狭心症と微小血管狭心
症

宮崎大学医学部内科学講座

循環体液制御分野

准教授 今村 卓郎 先生

○平成22年6月10日

意外と知らない十二指腸の病気

宮崎大学医学部内科学講座

消化器血液学分野

助教 山本章二郎 先生

○平成22年7月5日

講演1. 南那珂地区におけるシタグリプチ
ンの使用報告

山元クリニック

院長 山元 敏嗣 先生

講演2. 2型糖尿病の診断と治療

— グラクチブ錠の使い方 (提案) —

平和台病院 院長 中村 周治 先生

(文責：島田 雅弘)

西諸内科医会だより

この原稿を書いている7月20日の時点でやっと南九州の梅雨があけました。先月の17日に入梅し、その後は連日の雨でしかも豪雨を伴うといった降り方で、各地に被害をもたらした大変でした。梅雨の合間のない降り方で、家の庭は1ヶ月以上草刈ができず、草ぼうば

うです。海の日連休に晴れ間ができたので草刈り決行できるかと待ち構えていました。結局、夕立みたいな雨が降り、できませんでした。以前 除草剤をまいたところに、イシクラゲという藍藻類の仲間がはびこり、この冷えくさい臭いにまっています。このイシクラゲなるものには私は数年間悩まされていて、除草剤をまき 雑草が枯れきれいになったと喜んでいたら その後に海苔みたいな黒い薄いものが地面に散在しているのに気づきました。雨が降ると吸水し膨らみ緑がかったイシクラゲ様に変化します。除草剤ではまったく菌が立たず、格なる上はとバーナーで焼くと一時的には良いのですが、その次 焼く以前にもまして棲息の範囲が広くなり増加しているのです。何とかしなければと町のDIYに行きいろいろ尋ねましたが不明でした。インターネットで調べたところ、ゴルフ場の管理関係のHPで、この奇妙なるものは藍藻類で「イシクラゲ」と判明し、中国では、この仲間が食用となるものも存在すると書かれていました。これを退治する実験が施行されていて「ゴーレット」なる抗菌剤がベストと記されていまして、またDIYをまわり、この商品を探しましたが、結局無く、ネットで注文し手に入れなくてはいけないようです。

先日、行われた参議院選で 民主党は大敗しました。野党時代が長く、しっかりと地面を踏みしめた政策の実行ができないからでしょうか？衆参のねじれとなり、ますます政治がおかしく、遅れることが心配されます。

平成22年上半年期における西諸内科医会の講演会は以下のとおりでした。

○平成22年1月25日

「当院における不整脈・

心不全に対する治療戦略」

宮崎市郡医師会病院 循環器科

医長 野村 勝政 先生

○平成22年2月5日

「脊椎・脊髄腫瘍に対する
整形外科的アプローチ」

鹿児島大学大学院運動機能修復学講座

整形外科学 准教授 井尻 幸成 先生

○平成22年2月26日

「EBMを正しく理解するための大規模臨
床試験の読み方－ARBエビデンスを中
心に－」

東京大学大学院医学系研究科

臨床疫学システム講座

教授 山崎 力 先生

○平成22年3月26日

「上部消化管癌の最新の診断と治療－
佐久総合病院での研修を終えて－」

宮崎大学医学部第二内科

付属病院卒後臨床研修センター

助教 三池 忠 先生

○平成22年4月16日

「アレルギー性炎症制御を目指した喘息の
最新治療戦略～喘息医療連携の現状もふ
まえて～」

鹿児島大学医学部歯学部付属病院

呼吸器ストレスケアセンター・呼吸器内科

講師 東元 一晃 先生

○平成22年5月27日

「保存期腎不全の貧血治療について」
同心会 古賀総合病院

腎センター長 久永 修一 先生

○平成22年6月17日

「糖尿病治療の新しい流れ」

同心会 古賀総合病院

院長 栗林 忠信 先生

(文責：野本 浩一)

原稿募集

次の原稿締切は平成22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	名越 敏郎
佐々木 隆	山田 孝俊	

編集後記

今年の夏は異常に暑く残暑も厳しくて、熱中症で倒れる人も多く、今後夏バテの影響で体調を崩す人も出て来るのではないかと心配しています。世界中で猛暑や豪雨などによる自然災害が生じており、身近ではサンマの漁獲量が激減しているとの報道を聞き、地球温暖化の現象が身の回りで起きつつある感じがして不気味な気がします。夏といえば高校野球ですが、暑さに負けず白球を一途に追う姿はさすががしさと清涼感をもたらしてくれました。沖縄興南高校の春夏連覇で幕を閉じましたが、宮崎県代表の延岡学園も精一杯頑張りが、口蹄疫で甚大な被害を受けた県民を勇気づけてくれました。個人的な事ですが、10月に「コブクロ」の野外コンサートに行きます。綾照葉樹林と青島太平洋マラソンに参加します。微力ですが、宮崎を盛り上げる力になればと思います。がんばろう宮崎！！

巻頭言は2期目を迎えた栗林会長にお願いしました。特集では児玉眞由美先生にカプセル内視鏡など小腸検査について分かり易く講義して頂きました。教授紹介は脳外科の竹島先生です。大学時代のテニスのライバルです。熊本大学を西医体優勝に導いた立役者です。他科からの提言は子宮頸癌ワクチンの役割と意義について嶋本先生に解説して頂いています。木下先生の漢方は今回はお休みです。次号は投稿して下さる予定です。村井先生の膠原病講座は多発性筋炎、皮膚筋炎です。血液病は汎血球減少について検査の進め方や原因疾患について片寄先生に講義して頂いています。会員投稿論文は高城先生より細菌感染症におけるプロカルシトニンという検査について述べて頂いています。

会員の皆様におかれましては、日常診療で経験した事で役立つような症例がありましたら、ぜひ投稿をお願い致します。「随筆」や「ひとつこと」も常時受け付けていますので、気軽に送って下さい。

(木佐貫 博人)

発行所

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