

[巻 頭 言]

宮崎県内科医会会長3期目を迎えて

宮崎県内科医会会長

栗 林 忠 信

平成20年4月（歴代24期～）に第9代県内科医会会長に就任しては何とか無事に2期を務め、本来ならばこれで後任に引き継いで役職御免と考えていましたが、後1期やることになりました。6月の内科医会総会ならびに学術講演会も無事に終え、ほっと一息といったところですが、本年10月13日に当県内科医会が担当で第47回九州各県内科医会連絡協議会（九内協）と第29回九州各県内科審査委員懇話会（九内懇）を開催せねばならず、一息つく暇もなくその準備に追われています。この九内協、九内懇は、会員の日頃の診療でのこと、医療制度上のこと、介護に関してのこと、保険審査上でのことなどで疑問に思っている問題点を持ち寄って協議し、各県の意見を調整して日本臨床内科医会医療・介護保険委員会へ要望書を提出し、またレセプト審査での地区間差異や社保・国保間の差異の解消に努めるなどの重要な会議であります。担当理事、保険委員会の先生方には大変なご苦勞をお掛けしますが、よろしく願います次第です。

ところで、平成の医療改革では選挙のたびに高齢者負担増の先送りが繰り返されてきました。政府が見送った70～74歳の医療費窓口負担2割への引き上げも、2006年に成立して医療制度改革法に盛り込まれていますが、自公政権が翌年の参院選に敗北したために毎年2,000億円を越す予算を投じて、凍結のまま1割維持が続いています。2009年の衆院選のマニフェストで、最低保障年金制度を柱とする新年金制度や後期高齢者医療制度廃止を掲げて、政権交代を実現させた民主党・政府が昨年6月に示した一体改革案では、社会保障の充実に3兆8,000億円を投入する一方、医療や介護の効率化で1兆2,000億円を工面し、足りない2兆7,000億円を消費税増税で賄うことになっていました。つまり、消費税増税や効率化が実現しなければ、一体改革は瓦解するわけです。政治生命をかけても消費税増税の成立をめざすとした野田首相とあくまでも増税に反対した小沢一郎元代表との対立から民主党は空中分解してしまいました。日本の将来をどの政治家、政党に任せてよいのか判りませんが、少なくとも国民の健康を守るため、日本の医療を崩壊させないためにも、与野党一丸で「平成の改革」に取り組んで欲しいと願うものです。

最後に、日本臨床内科医会（日臨内）のことを少しご報告致します。日臨内ではこの数年会員の減少になかなか歯止めがかからず、4月に京都で開催された理事会・代議員会ではついに一万六千人を割ってしまったことが報告されました。当県内科医会は本年5月末時点で会員数が463名で、このうち315名が日臨内の会員です。この数はここ数年大きな変動はなく、少なくとも減少はしていませんが、今後とも若い先生方、とくに勤務医の勧誘を勧め、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。

ご挨拶



宮崎大学医学部医学科
血液・血管先端医療学講座

藤 元 昭 一

宮崎県内科医会の皆様、平成24年2月1日に新しく医学科に開設されました「血液・血管先端医療学講座」(英語名: Department of Hemovascular Medicine and Artificial Organs)の教授に就任いたしました藤元昭一です。どうぞ宜しくお願い申し上げます。

最初に、簡単に自己紹介をさせていただきます。地元の宮崎県立大宮高校、その後山口大学医学部を卒業後すぐに、宮崎医科大学第1期生が卒業する前の年(昭和54年)に、宮崎医科大学第一内科教室へ入局いたしました。2年間の研修後は、大学と第一内科関連病院を中心に、腎臓内科学・透析医学を専門として臨床と研究、教育を行ってまいりました。

さて、本題であります講座の話に移ります。寄付講座として立ち上がったわけですが、自治体が出資する講座としては、地域医療関連

以外では恐らく全国で初めてのユニークな目的を持った講座です。経緯などは省略しますが(私自身も現在文書で知るのみです)、産学官が連携して、宮崎県と大分県にまたがる東九州地域を血液・血管に関する医療や医療機器産業の拠点にするとの構想(東九州メディカルバレー構想)のもと、本講座が開設されました。表1に示す4つの拠点づくり構想が掲げられており、本講座が立ち上がる直前に、本構想を具現化するためにと、内閣府より九州では唯一の地域活性化総合特区に宮崎・大分両県が指定されました。

しかし、本構想が医療機器産業の集積による地域活性化を目標として、自治体を中心に推し進められてきたこともあり、その中の寄付講座の使命はまだ漠然としたものと言わざるを得ません。また、この構想の1つずつを見ても、期待されていることはわかるものの、医師(特に血液浄化療法や腎臓内科に関わってきた者)としてどのようにお役に立てるのかと考えてしまいます。この講座の立ち上げにご尽力された池之上病院長との話の中で、「ベンチャー講座としてスタート」と捉えても良いのではとの一致点を見出し、新たな展開を模索していきたいと考え、走り始めました。

本講座は、助教1人と事務職員の3人体制です。延岡市を中心とした医療拠点の一つである県立延岡病院での医療に携わることも、

表1. 東九州メディカルバレー構想 ～4つの拠点づくり～

・ 研究開発の拠点	→	産学官連携による共同研究の推進
・ 医療技術人材育成の拠点	→	大学等での医療技術の人材育成
・ 血液・血管に関する医療拠点	→	中核的医療機関の拠点化、医療ネットワーク構築
・ 医療機器産業の拠点	→	地場産業の参入支援

1つの仕事として4月1日より行っています。一方、自治体の方々、企業の方々ともお会いして、医師あるいは医療者として、宮崎県のためにも協力できることはないのかとお話もしています。しかし、「ベンチャー講座」というものの、具体案も持って、時間軸での構想も持って、進めなければいけないと考えています。現在、大学病院や関連病院と一緒に

になって、医療機器と関連する新たな治療法の検討（臨床研究や基礎的研究）もできればと、動き始めようとしています。

まだまだ未知数ですが、医療とは離れることはない講座です。そして、周囲の医療機関との関連も持って、歩んでいく講座と思っています。内科医会の先生方には、今後とも、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

ご挨拶



宮崎大学医学部病態解析医学講座
救急・災害医学分野

落 合 秀 信

宮崎県内科医会の皆様、平成24年3月16日より2代目教授として宮崎大学医学部病態解析医学講座救急・災害医学分野に赴任しました落合です。日常の診療におきましてはすでに多方面の内科医会会員の皆様方に大変お世話になっております。この場をお借りしてお礼申し上げます。また、このたびは、内科医会に拙文を掲載いただけるとの機会をいただき誠に光栄に存じます。私は、昭和38年宮崎市生まれで、昭和63年に宮崎医科大学（現宮崎大学医学部）を卒業いたしました。学生時代は剣道部に所属し日々剣道に明け暮れておりました。当時はあまり強い剣道部ではありませんでしたが、自分が主将を務めていたときに九山医体で団体戦3位となったことが今では良い思い出となっています。しかし卒業後は剣道から離れてしまい、現在はたまに気が向いたときに行うランニングが唯一のスポーツとなっています。以下、当院救命救急センターの現状等について話をさせていただきますと思います。

1) 宮崎大学医学部附属病院救命救急セン

ターの現状について

宮崎大学医学部附属病院救命救急センター（以下 当センター）は、宮崎県の救急医療体制の強化、そして救急医療の教育ならびに研修の推進を目的とし、宮崎県で3番目の救命救急センターとして平成24年4月10日にオープンしました。診療体制は、専任医師14名、専任看護師48名による二交代制で、設備としては、センター外来部門に処置室を2室有し、そのうち1室は手術室レベルの空気清浄度を持ち、緊急手術にも迅速な対応が可能となっています。また、救急センター内に専用のCT並びにX線装置等を有し、診療における動線が極力短くなるようにしています。一方、専用病床は20床を有し、4対1看護体制をとっています。病室には、陰圧病室や電気生理学的検査が行える電波シールドルームも備えています。救命救急センターを受診される患者の内訳は、外因性疾患が6割程度、内因性疾患が4割程度で、外因性疾患では多発外傷や重症外傷が多くの割合を占め、それに続いて重症中毒や広範囲熱傷等の順になっています。内因性疾患としては中枢神経疾患が4割近くを占め、次に消化器疾患、循環器疾患の順になっています。センター入院後の転帰としては、自宅退院が3-4割程度、転院等が4-5割程度で、センター在院日数は7日程度であり、これも後方連携を快く引き受けていただいている諸先生のおかげと大変感謝しております。

2) 宮崎ドクターヘリシステムについて

ドクターヘリシステムは、救命救急センターのオープンに約1週間遅れること、4月18日より運用を開始しました。運用開始から

現在まですでに100件を超える要請をいただき、各方面の先生方や消防などのご協力により順調なスタートを切ることができました。出動の内訳は、現場出動が6割程度で重症患者の転院搬送が4割程度となっています。現場出動では外傷が圧倒的に多く、その一方で転院搬送では重症疾病が多くの割合を占めていました。ドクターヘリシステムの一番の目的は、「緊急処置を必要とする患者さんのもとにいち早く医師並びに看護師を派遣し、早期の医療介入を開始することにより生命予後ならびに機能予後を改善させる」ことで、患者搬送の時間を短くするというよりは、いわゆる“doctor delivery system”と御理解いただけますと幸いです。緊急性を有する重症患者さんの転院搬送の際には積極的にご活用いただけますと幸いです。

3) 宮崎県の救急医療の現状について

宮崎県は、離島こそ少ないのですが県の面積が南北に広く、また山間部も多く、さらに医療機関も偏在しているとの地理的条件があります。また、全国的にもめずらしく救急車を常備していない消防非常備地区も存在します。それに加えて僻地医療に従事する医師も少なく、また救急医療に対する慢性的なマンパワー不足や、救急医療に従事する医師の高齢化の問題もあり、救急医療に関する問題は山積みされていると思われまます。さらには重症外傷や多発外傷などの複数診療科にまたがる治療が必要となる疾患や脳血管障害など、待たなしの検査や処置が必要となる疾患の受け入れ施設が非常に限られるという問題もあるかと思われまます。

4) 今後当救命救急センターが取り組んでいくこと

当センターでは、ドクターヘリの機動性を生かしつつ、また大学病院内の各診療科のご協力を賜りながら、重症外傷や多発外傷の患者さんに対し病院前診療から高度な治療まで幅広く受け入れるtrauma centerの確立を一つの目標としています。また、脳血管障害や急性心筋梗塞などの加療にも力を入れていきたいと思っております。脳血管障害については、近年急性期脳梗塞に対しアルテプラゼ(rt-PA)の投与による急性期脳血栓溶解療法の有用性が認められました。しかしながら全国的に見ても実際にこの治療法の恩恵にあずかれない脳梗塞患者さんはまだまだ多いのが現状です。この問題を解決するべく、テレメディシンなどの普及によるカンファレンスシステムを整備し、地域でのrt-PAの投与が可能となるようなサポート体制の確立や、rt-PA投与後の患者さんの専門施設への搬送など、いわゆる“drip and ship”の体制を今後徐々に構築していきたいと思っております。また、救急医療に対する慢性的なマンパワー不足を打破するためには救急医療に従事する医師の育成が最重要と思われまます。そのため、理屈ではなく、学生並びに研修医が「自然と」救急をやってみたいと思うような研修を行っていきたく思っております。また、一人前の救急医を育てるためには大学病院での研修のみならず、いろいろと異なった救急システムの病院を経験して初めてバランス感覚のとれた救急医療に貢献できる医師になりうと思われまますので、研修医教育に関しましても各施設の先生方と連携をはかりつつ、皆でこれからの宮崎の救急医療に貢献していく医師を育

てていくような体制を構築していきたい
と思っています。

5) 最後に

当救命救急センターは、内科医会の諸先生
方をはじめとして多くの先生方との連携なし

では成り立たないと思っています。これから
も宮崎の救急医療の充実並びに発展におい
て、また医師育成において最大限の努力を
行っていく所存でありますので、今後ともよ
ろしくお願い申し上げます。

特集

平成24年度診療報酬改定について

宮崎県医師会副会長

富田 雄 二

平成24年度診療報酬改定を中心に、内科医（主に診療所内科医）の立場から見た最近の改定内容を考えてみたいと思います。今回の改定は、医科本体+1.55%（+5,500億円）であり、薬価減額分を財源にしているとはいえ2期連続のプラス改定でした。前回平成22年度のプラス改定では財源のほとんどが急性期入院医療に割り当てられた経緯から、今回は診療所や中小病院への配慮がなされることでしたが現実にはほど遠いものであったと皆さん実感されていることと思います。また、近年の中医協の改定議論では、「根拠ある改定」の名の下に、外科系医療行為については外保連試算をもとに手術料が大幅アップし改善が図られた一方で、内科系医療行為への点数配分は見られません。内科系技術への配慮がなされないだけでなく、過去の改定で実質的に大幅な減額が続いています。まず過去に一番影響の大きかったものは長期処方による慢性疾患患者の受診回数の減少です。平成14年の改定で、14日間の投薬期間制限が原則撤廃されました。改定後の同年10～12月に行われた調査によると、慢性疾患の平均投薬期間が15日以上はすでに約80%を占めており、また別の調査では医師が長期投薬を行う理由としては「患者の要望があるから」が

最も多く、患者の要望により長期投薬が急速に広がった状況が示されています。高血圧・高脂血症・糖尿病などを代表とする長期間の外来治療を要する慢性疾患において、安定した時期に2週毎の来院を強いることは合理的でなく、4週毎程度の医師のチェックのもとに治療を行うことは医師、患者双方にとってメリットがあると考えます。問題は、この投薬期間制限撤廃時に診療報酬の仕組みも同時に改定すべきであったのに放置されたことです。特定疾患療養管理料（当時は別名称でした）は、内科の技術料評価として最たる診療報酬点数ですが、2週間毎の再診を前提に月2回算定をする点数が設定されていました。当然ながら、これを月1回にして増点（または月2回との選択制）を行う改定が必要だったでしょうが考慮されませんでした。また、記憶に新しい平成20年度改定で設定された外来管理加算の5分要件という理解しがたいルールです。元来外来管理加算は再診回数の少ない内科系診療科と再診の多い診療科との不均衡是正のために設定されたもの（昭和42年設定時の名称は「内科加算」）であり、この要件設定は内科技術料の減額でした。更に前回、プラス改定の中で実施された診療所再診料の減額へとつながります。7剤以上の投

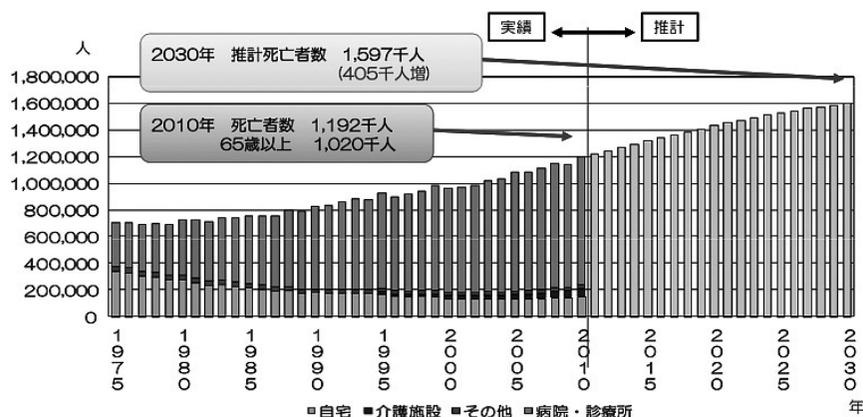


図1. 死亡場所別，死亡者数の年次推移と将来推計。

薬時に処方料が減額されるルールも放置され
たままです。

以下に主な項目毎に改定内容を考えてみた
いと思います。

○初・再診料

前回改定時に根拠なく引き下げられた診療
所再診料を元に戻すことは、日医の最大重点
項目でした。しかしながら、「診療所が高い
医療技術で地域医療を支えており、病診機能
の分化で勤務医負担軽減に貢献していること
は認めるが、財源投入の順位として高くない」
という支払い側および公益委員の判断で据え
置きとなったことは非常に残念でした。

また、数年前から基本診療料についてはコ
スト計算に基づく再評価をすべきとの意見が
出されていましたが、現状では日医はこの立
場には立っていません。考えてみると、初・
再診料は丸め点数です。重傷者や病態が複雑
で時間と手間がかかる患者から、比較的短時
間の診療で終わる患者まで同一点数であり、
トータルとして、医師を含むスタッフの人件
費、施設費等をまかなえる点数となることが

求められています。コスト計算をするとな
ると、医療機関の立地条件で必要経費は大きく
異なりますし、また患者数が多い地域と人口
密度が低く患者数が少ない地域、診療科によ
る再診頻度の違いなどを考えながら単価を再
設定することは困難であることは容易に想像
ができます。かかった手間が初・再診料の評
価を変えようとする、外来管理加算の5分
要件の二の舞にもなりかねません。なかなか
難しい問題です。

○時間外対応加算

前回の地域医療貢献加算から名称変更さ
れ、対応時間帯等により3パターンに分類さ
れました。算定要件が明確化され対応しやす
くなったと思います。1は24時間、2は準夜
帯、3は連携で患者からの問い合わせに電話
等にて応答・指示することで点数算定が可能
です。診察が必要だと判断した場合も、夜間
急病センターなどへの受診を指示するなど、
時間外に自院での診療を求めるものではありません。ただし、例えば夜間急病センターの
当直を担当することで時間外の地域医療に貢
献していても評価されません。数少ない加算

項目であり、開業医がかかりつけ患者に責任を持って対応することは必要ですが、個々の医療機関での時間外対応を求めて診療報酬を付けるという考え方には賛成しかねるところがあります。

○在宅医療

内科系で大きな点数配分がなされているのが在宅医療関連です。国が在宅医療を進める理由は、今後、大都市において高齢者人口が急増しそれに伴って死亡者数が大幅に増えることにあります（図1）。「数十万人分の看取りの場所」を確保しなければならないという切羽詰まった事情があるのです。一方で、患者は自宅での療養を希望しているとの調査結果がありますので、その要望に応える観点から内科医として在宅医療の整備に関わっていくことは必要であろうと考えます。平成18年度の改定時に在宅療養支援診療所（在支診）が創設されました。平成22年10月の調査において全国の在支診数は約12,500施設でしたが、直近半年における時間外往診数が0の施設が42%、看取り数が0の施設が45%と、実際の活動は低い状況にありました。理由として考えられるのは、我が国の診療所は1人医師が多く24時間の対応を続けることには無理があること、褥瘡をはじめとする在宅療養時の併発症への対応や、さまざまな在宅療養に必要な機器の取り扱いに不慣れなこと、介護保険の知識と関連職種との調整が必要になることなどがあり、結果として在宅医療への関わりを躊躇してしまうのではないかと想像します。病状悪化時に受け入れてくれる後方病床の整備が不十分であることも重要な問題点です。

今回の改定で機能強化型の在支診が創設さ

れました。常勤医師が3名以上所属し、時間外往診や看取りの実績を求められています。実際に在宅医療を行うには、このように複数医師が交代で24時間対応する体制が必要だと思います。在宅医療を支える訪問看護についても24時間訪問サービスが開始されました。ただし、これらの施策は人口密度の高い都市部での運用を前提に設計されていますので、宮崎県でできるのか？という点が心配ではあります。本年4月には宮崎県医師会在宅医療協議会が設立されましたので、医師同士および各職種が連携をとりながらこのような施設が増え、今後本県においても在宅医療が更に充実していくことを期待しています。また、機能強化型在支診のようにスタッフを揃えて積極的に在宅医療を行う診療所・病院があることで、一般の診療所医師が安定した時期の定期的な訪問診療を受け持ち、夜間急変時や専門的処置が必要な場合に強化型在支診の医師の支援を受けるという連携体制も可能となると期待されています。もちろん、このような連携のためには医師同士が日頃から緊密な信頼関係を結んでおくことが必要となるでしょう。柏市で行われている在宅医療推進システムでは、医師会が事務局となって、在宅専門医師、個人診療所医師、後方病院、訪問看護の連携体制を作り、診療所医師への研修（講義、患者宅での実習）プログラムを実施することで在宅医療に関与する診療所を増やしています。今後、患者のニーズに応えるとともに、医療機関の経営安定のためにも会員の皆様には在宅医療への参加を考えていただきたいと思います。

○処方せんの一般名処方加算

医療費の中で薬剤費は約8兆円を占めてい

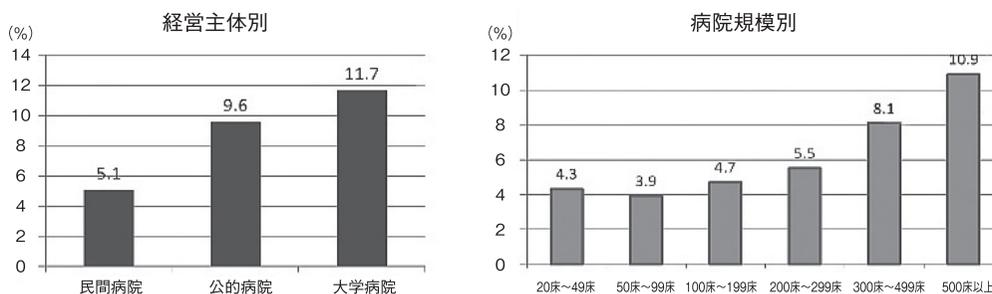


図2. 平成22年度診療報酬改定後の1日当たり医療費の伸び率。
(平成22年4月～23年2月対前年同期比)

ますので、医療費削減の一環として後発医薬品比率を高める誘導策がとられています。国は後発医薬品の有効性、安全性等について先発医薬品と差異がないと主張しますが、処方する医師の側から見れば質の担保・安定供給・情報提供に不備があります。今回の改定においては「後発医薬品メーカーによる品質確保及び向上への取組、情報発信をより一層促すとともに 1. 厚生労働省やPMDA等が中心になり医療関係者や国民向けの後発医薬品についての科学的見解を作成する 2. ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果についてより積極的に情報提供を図る」という条件で、処方せん的一般名処方が導入されました。品質についての保証があれば後発品の使用に異議はありませんので、国は積極的に取り組んでいただきたいものです。また、特許の切れた先発品の薬価を引き下げる方策も必要です。

○外来の機能分化（大規模病院の外来縮小）

紹介率の低い特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院において、紹介なしの初診料を200点、他の病院又は診療所へ文書による紹介を行う旨の申出を行った

にもかかわらず当該病院を再診した場合の外来診療料を52点と引き下げ、保険外併用療養費（選定療養）として患者から負担金を徴収するようにと改定が行われました。病院側と患者側の双方に働きかけて、不必要なフリーアクセスを制限し、医療機関の機能分担を進めようとする小さいけれども新たな試みです。大規模病院への不要な外来受診は更に制限の必要があると思います。一方で、地方の病院外来はその地域の患者にとって診療所と同様の役割を担い、必要不可欠の場合もありますので、今後、制度として外来機能の分化を行う場合は慎重な対応が求められます。

○入院医療について

平成22年の病床割合をみると（図4左）、7対1病床が約33万床と全病床数の37%を占め最多となっています。明らかにいびつな状態であり、現在の入院基本料が看護配置によって定められていることの弊害です。今後も適正化への施策がとられるでしょう。入院基本料については、初・再診料と同様にコスト計算による見直しの意見がありますが、これについても見直しは不透明です。しかしながら、外来に頼らずに入院医療で経営が安定

一般病院等

直近2事業年度の損益差額の構成比率は全般的に向上している

	集計1(介護収益2%未満)	集計2(全体の集計)
医療法人	3.4% → 5.0%	3.4% → 4.8%
国立	2.0% → 5.2%	2.0% → 5.2%
公立	▲13.1% → ▲10.0%	▲13.0% → ▲9.5%
一般病院全体	▲2.5% → ▲0.1%	▲1.6% → ▲0.1%

一般診療所

損益差額の構成比率はプラスであり、全般的に向上している

	全体	入院収益あり	入院収益なし
個人立	25.9% → 26.9%	16.5% → 18.9%	27.4% → 28.3%
医療法人	5.5% → 5.8%	4.2% → 5.1%	5.8% → 6.1%
一般診療所全体	11.6% → 12.1%	6.4% → 7.3%	12.9% → 13.4%

図3. 医療経済実態調査(医療機関等調査).

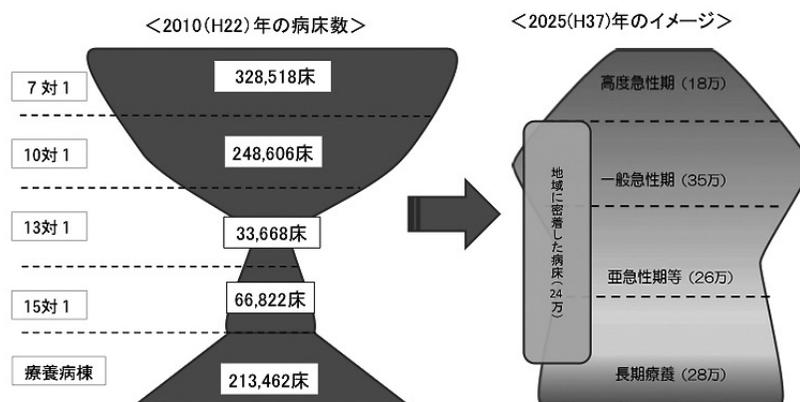


図4. 【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数.

するように適切に入院料を設定することが必要だと考えます。

また、今回の改定で、急性期を過ぎて安定してきた患者や在宅療養等で病状悪化した患者の受け皿となる病床に対する評価が点数化されています。平成13年に全日病を中心に四病協が提案した「地域一般病棟」はまさにこの概念で、その後亜急性期入院医療管理料が新設されましたが、再度現状にあった地域一般病床の設定が検討されているようです。今後も入院医療に関しては機能分化がキー

ワードになります。

○糖尿病透析予防指導管理料

透析治療には1年間約500万円の医療費が必要であり、増加する透析患者数を抑制する目的で、原疾患として最多の糖尿病性腎症への介入が点数化されたものです。糖尿病は医療計画における4疾病5事業の1疾患に位置づけられており、患者のQOL維持の面からも、合併症による医療費増大を抑制する面からも今後も重点的な対策がとられるものと思われます。

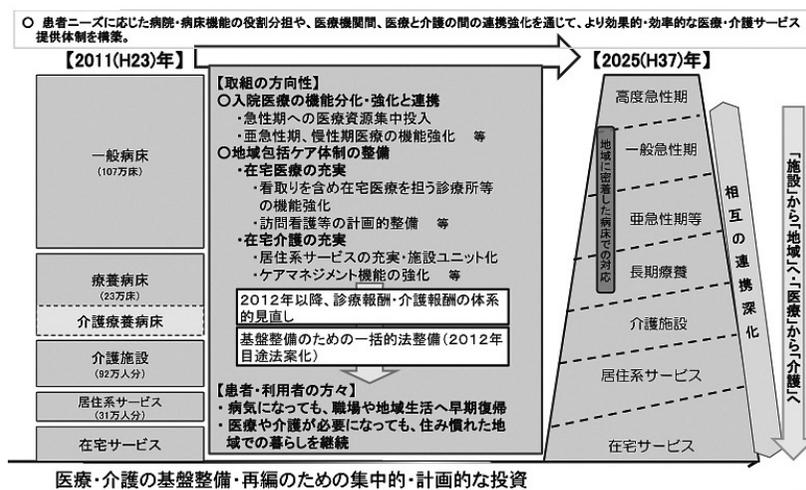


図5. 社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編 (将来像).

診療報酬改定を行うにあたって、厚労省は前回改定の影響を調査しています。図2, 3などから、前回改定で目的とした大規模病院の収支改善が図られたと同時に、診療所や中小病院も収益が改善していると判断しています。この分析が今回改定に影響したと考えられます。今後必要な点数配分を求めるには我々もエビデンスを出すことが求められます。医師会はORCAプロジェクトの一環として「日医標準レセプトソフト」を開発・配布しており、平成24年6月現在、全国で約11,000施設、宮崎県内で188施設が使用中です。同意いただいた施設からは、匿名化したレセプトデータを日医総研で分析する事業を開始していますが、今のところ同意施設数が少なく有効な分析ができていません。是非とも積極的な参加をお願いいたします。

国は社会保障・税一体改革において、団塊

の世代がすべて75歳以上を迎える2025年の医療提供体制の姿を描き(例: 図4, 5), これに向かって診療報酬・介護報酬改定や施策を実施しようとしています。しかしながら、この将来像自体がどのような経緯で作られたのか明かではなく、日医は目指す医療提供体制について財源も含めてオープンな議論を求めているところです。

以上、平成24年度診療報酬改定および経過や背景について考えを述べさせていただきました。まとまりがなく、また視野が狭い誤った考察もあるかと思えます。会員の皆様からのご意見をいただければ幸いです。また、宮崎県内科医会は理事会や委員会、九州ブロックの会議等を通じて、診療報酬に関する検討・発言を続けておられます。今後とも会員の意見集約を諮りながら情報発信を続けていくことが必要だと考えます。

[会員投稿論文]

難治性高血圧患者の食塩摂取量推定値について

延岡市 野村クリニック

野村朝清

はじめに

高血圧の治療薬の進歩に伴い、外来患者の血圧のコントロールは容易になってきた。しかしながら複数の薬剤を投与しても、降圧できない患者も依然としてかなりみられる。このように、降圧剤の十分な投与にもかかわらず降圧の見られない患者については、生活習慣、特に食塩摂取の問題があるのではないかと考えられる。

患者の一日の食塩摂取量の推定は、一日蓄尿中のNa濃度を測定するのが原則だが、外来診療の場合患者の協力を期待できない。日本高血圧学会の『高血圧ガイドライン2009』¹⁾には患者の随時尿の尿中Na濃度と尿中クレアチニン濃度から一日の食塩摂取量を推測する計算式が紹介されている。(図1)

このたび下記の計算式を用いて、降圧薬抵抗性の難治性高血圧の患者について、随時尿による1日食塩推定値を調べてみた。

対象と方法

降圧薬による治療下でも収縮期圧180mmHg以上または拡張期圧100mmHg以上より降圧の見られない症例18名(男7名、女11名)について外来受診時の随時尿の尿中Naおよび尿中クレアチニン濃度を計測した。対象者の年齢は、47歳から86歳だった。18名中4剤投与が2名、2剤投与が6名、1剤投与が10名だった。1日食塩摂取量推定は随時尿中Naおよび尿中クレアチニン濃度から『高血圧ガイドライン2009』の計算式¹⁾により計算した。

日本高血圧学会発行『高血圧治療ガイドライン2009』記載の推定計算式を使った摂取食塩量(g/日)計算

- ・24時間Na排泄量(mEq/日) = $\{21.98 \times (\text{NaS}/\text{CrS}) \times \text{Pr. UCr24}\}^{0.392}$
NaS: 随時尿Na濃度(mEq/L) CrS: 随時尿Cr濃度(mg/L)
Pr. UCr24: 24時間尿Cr排泄量推定値(mg/日) = $-2.04 \times \text{年齢} + 14.89 \times \text{体重(kg)} + 16.14 \times \text{身長(cm)} - 2244.45$
- ・摂取食塩量(g/日) \div 尿中Na排泄量(mEq/日) \times 0.0585
- ・摂取Na量(g/日) \div 尿中Na排泄量(mEq/日) \times 0.023

図1.

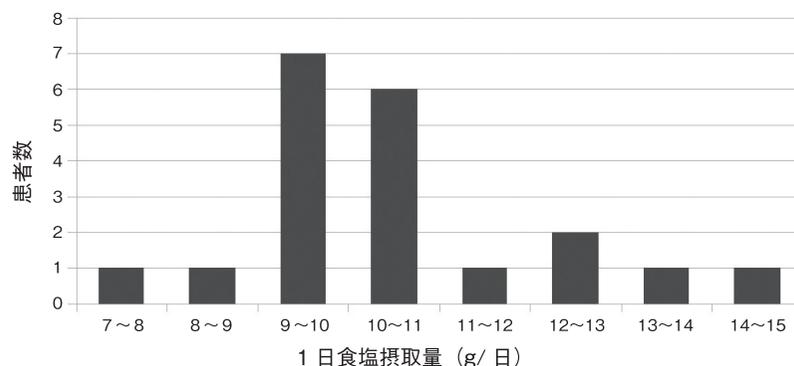


図2. 1日食塩摂取量ヒストグラム

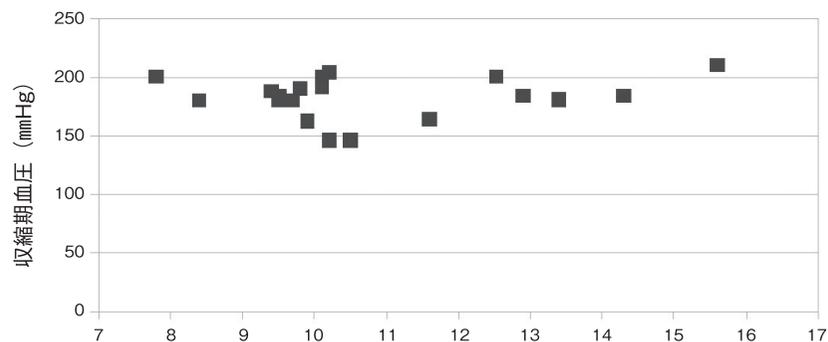


図3. 1日食塩摂取量—収縮期血圧

結 果

患者の一日食塩摂取量の推定値のヒストグラムを図2に示す。

一日食塩摂取の最小値は7.8 g / 日で、最大値は15.6 g / 日だった。また、最頻値は9 - 11 g / 日だった。多くの症例について食塩摂取量は日本人の平均の摂取量に相当するものだった。

収縮期血圧と一日食塩摂取量の散布図では相関係数は0.18で、両者の相関は見られなかった(図3)。また、拡張期血圧と一日食塩摂取量との相関係数は0.12でやはり相関が見られなかった(図4)。

食塩摂取量が1日15.6 gと最大だった症例については、血圧は210/80mmHgであったが、下腿の浮腫が顕著だった。

また、食塩摂取量が13.4 gで、カルブロック8 mg、ディオバン80mg投与下で血圧181/100mmHgだった症例ではディオバン80mg、ナトリックス0.5mgに変更後、血圧が140/80 mmHgになった。

また、18名中6名の症例で血中のノルアドレナリン濃度を測定した。最小値は283pg/mL、最大値は1055pg/mLで、平均値は558.4pg/mL ± 230.9pg/mL 6名中5名が450pg/mL以上だった。

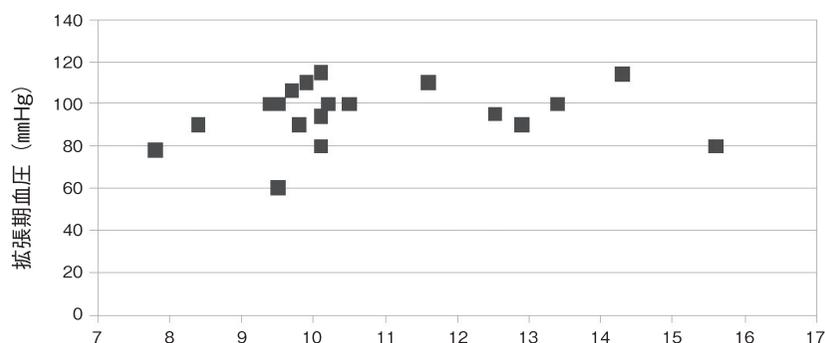


図4. 1日食塩摂取量－拡張期血圧

血中ノルアドレナリン濃度が564pg/mLで、ノルバスク5mg、ディオバン80mg、アルダクトンA 100mg、ナトリックス0.5mg投与下で血圧が194/89mmHgであった症例では、塩分摂取が10g/日であったが、カルブブロック8mg、ディオバン80mg、ナトリックス1mgに変更後、血圧が130/60mmHgに下降した。

考 察

高血圧の成因として塩分摂取過剰が重要であることは以前より指摘されており、減塩の降圧効果は証明されている¹⁾。しかし、減塩の血圧への効果は6g/日まで塩分摂取を落とさなければ現れていない。また、介入試験でも、塩分摂取の目標達成はかなり困難であることが指摘されている。

今回、治療抵抗性の高血圧は極端に多い塩分摂取によるものではないかとの仮説で1日塩分摂取量を推定したが、日本人の平均的な塩分摂取量¹⁾を超えるものではなかった。また塩分摂取量と血圧との相関は見られなかった。

血圧と塩分摂取量の相関がなかった理由

は、年齢その他の症例の条件を揃えておらず、塩分以外の要因の影響を除外できなかったということがあるかもしれない。

また、塩分摂取量は目標の6g/日に達しているものではなく、利尿剤の効果が期待できないわけではない。実際、塩分摂取量が13.4gの症例ではナトリックスを加えることで、血圧が181/100mmHgから140/80mmHgへ低下した。

一方血中ノルアドレナリンを測定した症例6例中5例で高ノルアドレナリン血症を認めた。その中の1名は利尿剤を含む4剤併用で血圧が194/80mmHgであった。塩分摂取量も10g/日であったが、ノルバスクを中枢性交感神経抑制作用のあるカルブブロックに変更したところ、血圧が134/60mmHgと正常化した。

治療抵抗性の高血圧症例の塩分摂取量は、日本人の塩分摂取量の平均を超えるものでなく、塩分摂取量と血圧の直接的な相関は見られなかったが、個々の症例で塩分摂取量の多い症例に利尿剤が著効したものが見られた。また、利尿剤無効例で中枢性交感神経系の抑制作用のある薬剤に変更したところ良い降圧

が得られたものがあった。

今回の報告は外来診療における検査を超えるものではなく症例の条件整備もしていない。しかし、外来における血压管理の補助として随時尿による食塩摂取量の推定が利尿剤投与の判断材料として有用であった。また、難治性高血圧の症例に対し、中枢性交感神経

系の抑制作用のある薬剤の有用性を示唆する所見が得られた。

参 考 文 献

- 1) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン
作成委員会：高血圧治療ガイドライン
2009, 2009 ; p31-33.

[会員投稿論文]

CPAPの調整が困難な睡眠時無呼吸症候群の検討 (特に上気道抵抗の影響について)

宮崎市 潤和会記念病院神経内科

谷山 ゆかり, 早稲田 真, 鶴田 和仁

宮崎市 潤和会記念病院臨床検査科

八木 和広, 松崎 崇史

【背景と目的】

睡眠時無呼吸症候群 (Sleep Apnea Syndrome : SAS) は、睡眠中に10秒以上の呼吸停止や呼吸が止まりかける状態が繰り返される病気である。主に、昼間の眠気、疲労感、窒息感、いびき、不眠、中途覚醒、夜間頻尿、起床時の頭痛などの症状を認め、高血圧や脳心臓血管疾患、糖尿病、逆流性食道炎とも密接に関係している。また、眠気が強い場合は交通事故や仕事上のミスにもつながる病気である。

SASの診断では、終夜睡眠ポリグラフィー検査 (polysomnography : PSG) を行い、1時間当たりの呼吸イベント回数 (AHI) を評価する。この呼吸イベントには、無呼吸 (完全な呼吸の停止) や低呼吸 (呼吸が浅くなり、SpO₂が低下する状態)、呼吸努力関連覚醒反応 (Respiratory effort related arousal : RERA) の3つの呼吸イベントがあるが、そこからAHIを計算し、AHIが5回以上のときに、SASと診断することになる。AHIが20回以上では経鼻的持続陽圧呼吸療法 (Continuous Positive Airway Pressure :

CPAP) が推奨されている。

RERAは、無呼吸や低呼吸の基準は満たさないものの、上気道狭窄に伴う呼吸努力の増大によって覚醒反応が起こる反応であり、昼間の眠気やだるさの要因になるものとして、AHIの要素として含まれている。しかし、臨床において、RERAを認めたSAS患者はCPAP治療をしても改善具合が少ない印象があった。そのため、今回はRERAを認めるSAS患者とRERAを認めないSAS患者を比較して、PSG所見およびCPAP治療の効果に違いがあるのかを検討することを目的とした。

【対象と方法】

対象は、平成22年4月1日から平成23年3月31日に当院を受診し、CPAP治療前後でPSG検査を施行したSAS患者55名とした。内訳は、PSG検査でRERAを認めたSAS患者9名 (男性5名、女性4名) とRERAを認めなかったSAS患者46名 (男性44名、女性2名) であった。

方法は、PSG結果により対象者をRERAの有無でグループ分けして、年齢、BMI、

AHI, 体位による呼吸障害の差の有無を比較し, さらに, CPAP治療後の自覚症状改善の有無でも評価した。

【結果】

年齢では, RERAのあるSAS患者の方 (49.0 ± 8.3) が, RERAのないSAS患者 (59.5 ± 11.8) よりも若くなっていた ($p < 0.05$) が, BMIでは有意な差は認めなかった。CPAP治療前のAHIでは, RERAのないSAS患者の方が有意に重症度が高くなっていた (RERAあり: 31.0 ± 11.8 対 RERAなし: 50.0 ± 18.6, $p < 0.05$) が, CPAP治療後のAHIでは有意な差は認められなかった。体位による呼吸障害の差でも, RERAのあるSAS患者の方がRERAのないSAS患者よりも差が大きくなっていた (80.0% 対 21.1%, $p < 0.05$) (表1)。

CPAP治療後の自覚症状の変化の比較では, RERAのないSAS患者では改善ありと答えた人の割合が有意に多くなっていた ($p <$

0.05) が, RERAのあるSAS患者では, 改善ありと答えた人の割合と改善なしと答えた人の割合で有意な差は認めなかった (表2)。

【考 察】

今回はRERAの有無でSAS患者を分けて, PSG所見およびCPAP治療の効果に違いがあるかどうかを比較検討した。RERAは, SASと共に上気道抵抗症候群の診断にも重要な所見となっている。上気道抵抗症候群はSASの様に, 明らかな無呼吸やSpO2低下が無いにもかかわらず (AHI 5回以下), 脳波上, SASと同様に中途覚醒が頻発し, 睡眠構築が障害されるために, 昼間の眠気やだるさを生じる病態である¹⁾。そのため, 簡易診断装置では判断が難しく, 見逃されている場合が多いことが指摘されており, 上気道抵抗症候群の治療としてAHIが5回以下でもCPAP治療を導入することで眠気が改善する場合があ

表1. RERAの有無によるPSG所見の比較

項目 (平均 ± SD)	RERAあり (n = 9)	RERAなし (n = 46)
年齢	49.0 ± 8.3	59.5 ± 11.8 *
BMI	24.4 ± 3.7	26.5 ± 3.8
CPAP治療前AHI	31.0 ± 11.8	50.0 ± 18.6 *
CPAP治療後AHI	3.6 ± 4.2	4.6 ± 6.6
体位による呼吸障害の差 (%)	80.0	21.2 #

* : $p < 0.05$ Wilcoxon順位和検定, # : $p < 0.05$ Fisher直接確率法

表2. RERAの有無による自覚症状変化の比較

自覚症状 (%)	RERAあり (n = 9)	RERAなし (n = 46)
改善あり	44.5	67.4
曖昧	11.1	19.6
改善なし	33.3	6.5
不明	11.1	6.5

*二項検定: $p < 0.05$

る²⁾。

RERAを認めたSAS患者の方が年齢が低かったことは、上気道抵抗症候群が比較的若年者に多いことと一致していた³⁾。RERAのあるSAS患者の方がCPAP治療前のAHIが低かったことに対しては、体位による呼吸障害の差が大きかったために、AHIが低く抑えられた可能性が考えられた。CPAP治療後のAHIでは有意な差を認めなかったにもかかわらず、RERAの有無により自覚症状に違いを認めたことから、上気道抵抗症候群に準じて、SASにおいてもAHIの低下だけではRERAの影響を判断することは難しい可能性があることが示唆された。そのため、CPAP治療において、眠気等の改善を認めにくい患者の中には、RERAの影響を受ける患者もいる可能性があり、AHIだけでは、RERAの影響を正しく評価できない可能性が考えられた。ただし、今回の研究では、RERAを認めた患者が少なかったことから、今後さらに対象者を増やし、自覚症状の客観的なデータや睡眠構造

の詳細な検討が必要であると考えらる。

なお、眠気を認める病態は、SASや上気道抵抗症候群だけでなく、無呼吸や低呼吸以外の病態として周期性四肢運動障害やむずむず脚症候群等の病態も関連している場合がある。そのため、簡易診断検査後にCPAPを導入した患者で、導入がスムーズにいかない場合や眠気が改善しない場合には、終夜睡眠ポリグラフィー検査を受けてもらうことが必要である。

【参考文献】

- 1) 赤柴恒人:いびき症と上気道抵抗症候群. 日本臨床第58巻8号;134-137, 2000.
- 2) 大谷信夫, 櫻井 滋, 櫻井洋子:睡眠呼吸障害の治療. 呼吸器科7巻4号特集; 2005.
- 3) 近藤哲理, 石井博司, 田崎 巖:睡眠時無呼吸症候群に含まれない睡眠呼吸障害. 睡眠医療1巻3号;123-127, 2007.

[会員投稿論文]

一地域におけるリハビリテーション医の活動

延岡市 医療法人中心会 野村病院

理事長 野村敏彰
院長 野村郁夫

私は、昭和32年から昭和36年まで内科医として、大学研究機関で高齢者の腎機能（腎クリアランス）と関連した高血圧疾患についての研究に従事した。

自然、脳血管疾患の新鮮例を診療する機会が多くあり、図らずも現在プライマリ・ケアと呼ばれる領域が自分の診療領域となるに至った。当時はPT・OT・STなどのコメディカルばかりか、機能回復訓練という概念すら存在しない時代であった。

当時の脳血管疾患発症平均年齢は68歳であり、高齢者の病態を捉えるには様々な要素を絡み合わせた多元的な考えが必須である。したがって私は一開業医の立場から、疾病管理に加えて通常診療や日常生活の中に織り込んだ医学的リハビリテーションを提供することを理想とし、その環境作りに専心した。

まず、毎日行う回診は入院患者から最も望まれる診療行為の一つであるばかりではなく、疾病と障害の管理に不可欠であった。回診診療により医師以外のスタッフや家族にも解り易く、主要な障害と疾病について明確にチェックすることができる。さらに、患者とその家族に対して、その場で予後説明と日常行うべき機能回復訓練やADL訓練の指導が

行える。その結果、患者にとっては反復練習の機会が、家族にとっては患者退院後も継続したサポートを行うノウハウとモチベーションが得られるという大きな効果をもたらした。

また、廃用症候群については、早期から適切で具体的かつ安全な予防処置の指示を与え、家族の了解とサポートを得た上で効率的な医療を実行する必要がある、回診診療は非常に有効であった。

障害者の意欲は治療者の意欲に比例する。特に医師が先頭に立って各部署のスタッフとともに回診を行うことによって、スタッフ同士の円滑なコミュニケーションが得られ、同じ方向に向かって診療する連帯感と意欲を醸成する絶好の機会でもあった。

次に、音楽・映像・絵画などを「連想」の媒体として用いた高次脳機能のリハビリテーションを導入したが、これによって障害者と家族、障害者と社会との関連性を強く再認識させ、ひいては右脳活動を賦活化させる大きな効果が得られた。

患者や障害者を周囲の環境、人、社会などとの関連性を絶ち、孤独にさせてはいけない。患者や障害者は「管理」よりも「調節」する

ことが重要である。それによって、孤独や障害という状況から、患者・障害者のみならず介護者をも立ち直らせることにつながる。

患者や障害者の生活状況は、時・場所・人・雰囲気によって変りやすい。有能なスタッフやボランティアは、障害者のニーズを良く汲み取り、しばしば患者の状態を良い方向へ導いてくれる。障害管理と疾病管理は表裏一体であり、PT・OT・STなど、各リハビリテーション分野だけではなく、看護師や介護者との連携も益々重要である。患者・障害者と日常頻繁に接する看護師や介護者の意見は貴重であり、尊重することが肝要である。その雰囲気の中からリハビリスタッフとしての重要な働きをも担うようになる、意識の高い人材が生まれてくる。

最後に、法規や経済の枠に縛られると、得てして障害者の自立は妨げられる傾向にある。様々な介護保険制度の施行と運用に最も大切なことは、介護の必要度を減らし、被介護者の数を減らすことであり、患者の回復や自立を妨げるものであってはならない。

リハビリテーションは教育の医療とも呼ばれるが、ここで言われる「教育」とは、医療者から患者・障害者へという一方向の単純な

関係性ではない。患者・障害者・家族・社会・医療者・介護者など関連する者がお互いに教育しあうという、「双方向的または多方向的な教育」という概念である。これぞまさに、連携と協働の医療と云えよう。

(本稿は平成23年12月と、平成24年5月に各々日本リハビリテーション医学会総会と同専門医会で発表した。)

今迄私を指導して下さった諸先達の方々に心より感謝申し上げます。

東京大学 上田内科

上田 敏 先生

福岡市 長尾病院

院長 服部 一郎 先生

南房総館山病院 リハビリテーション科

林 弘 先生

静岡県 中伊豆リハビリセンター

センター長 三島 博信 先生

小倉労災病院

リハビリテーション部の方々

東北大学 鳴子温泉病院

リハビリテーション部の方々

(五十音順)

[Postgraduate Education]

臨床膠原病講座 (11)

「血管炎症候群」

宮崎市 むらい内科クリニック

村井 幸一

はじめに

血管炎症候群は、血管壁に炎症を来たす疾患の総称であり、血管炎を主病変とする原発性と他疾患に血管炎を伴う続発性に分類される。続発性の原因としては、他の膠原病、B型肝炎ウイルスなどの感染症、薬剤などがある。正確な患者数は不明であるが、特定疾患医療費受給者数でみると、結節性多発動脈炎と顕微鏡的多発血管炎を合わせて7,600人、大動脈炎症候群が5,438人、Wegener肉芽腫

症が1,671人（いずれも平成23年3月末現在）と、比較的まれな疾患である。障害が多臓器にわたり、多彩な臨床症状を呈するうえ、特異的所見が少ないこともあり、診断に時間を要することも多い。本稿では、血管炎症候群のうち、原発性血管炎について概説する。

1. 分類

血管炎の分類については様々な基準が提唱されてきたが、1994年のChapel Hill分類¹⁾ (表

表1. 血管炎症候群のChapel Hill分類

分類	血管炎	分類のポイント
大血管の血管炎	側頭動脈炎 (巨細胞動脈炎)	大動脈とその主要な分枝の肉芽腫性血管炎。頸動脈の頭蓋外分枝、特に側頭動脈に病変を認める。50歳以上に多い。
	大動脈炎症候群 (高安動脈炎)	大動脈とその主要な分枝の肉芽腫性血管炎。50歳以下に多い。
中血管の血管炎	結節性多発動脈炎	中・小動脈の壊死性炎症。糸球体腎炎や毛細血管、細静脈、細動脈の血管炎を伴わない。
	川崎病	大・中・小動脈の血管炎で粘膜皮膚リンパ節病変を伴う。冠動脈が障害されやすい。大動脈と静脈に病変を認めることも。小児に発症。
小血管の血管炎	Wegener肉芽腫症	気道の肉芽腫性炎症と小・中血管 (毛細血管、細動静脈、小動脈) の壊死性血管炎。
	Churg-Strauss症候群	好酸球浸潤を伴う気道の肉芽腫性炎症。小・中血管の壊死性血管炎。気管支喘息や好酸球増多症を伴う。
	顕微鏡的多発血管炎	小血管 (毛細血管、細動静脈) の壊死性血管炎で免疫複合体の沈着なし。小・中動脈の壊死性血管炎をみることも。壊死性糸球体腎炎の頻度が高い。
	Henoch-Schönlein紫斑病	小血管の血管炎でIgAを主体とする免疫複合体の沈着あり。皮膚、腸管、腎糸球体が障害されやすい。
	本態性クリオグロブリン血症	小血管の血管炎で、血管壁に免疫複合体の沈着を認める。皮膚と腎糸球体が侵されやすい。
	皮膚白血球破碎性血管炎	皮膚に局限した白血球破碎性血管炎。全身性血管炎や糸球体腎炎を伴わない。

文献1)より改変

1) が広く用いられている。この分類は、障害される血管の大きさと病理所見により血管炎を10疾患に分けている。大型血管とは大動脈および大動脈から分岐する四肢・頭頸部に向かう最大の分枝で、疾患としては大動脈炎症候群や側頭動脈炎が含まれる。中型血管は各臓器に向かう主要動脈とその分岐で、結節性多発動脈炎と川崎病が該当する。小型血管には細動脈、毛細血管、細静脈、時に小動脈が含まれ、疾患としてはWegener肉芽腫症、Churg-Strauss症候群、顕微鏡的多発血管炎、Henoch-Schönlein紫斑病、本態性クリオグロブリン血症、皮膚白血球破砕性血管炎の6疾患が含まれる。

2. 病態

血管炎の病態としては、1) 病的自己反応性T細胞による肉芽腫性組織障害、2) 抗好中球細胞質抗体 (anti-neutrophil cytoplasmic antibody ; ANCA) による好中球活性化、3) 免疫複合体沈着によるⅢ型アレルギーを介した組織障害、が主なものである²⁾。これらの病態と血管のサイズには関連があり、大型血管炎では主に1) がみられる。一方、免疫複合体が関与すると考えられているのは、結節性多発動脈炎、Henoch-Schönlein紫斑病、本態性クリオグロブリン血症などの中型～小型血管を侵す疾患である。ANCAは好中球のアズール顆粒中の抗原を認識する自己抗体で、その重要な対応抗原は、プロテインナーゼ3 (PR3) とミエロペルオキシダーゼ (MPO) という酵素である。PR3-ANCAはWegener肉芽腫症、MPO-ANCAはChurg-Strauss症候群、顕微鏡的多発血管炎で認められ、好中球の活性化を介して血管炎を惹起すると考え

られている。この3疾患はANCA関連血管炎に含まれる。

3. 血管炎の症状

原発性血管炎の症状は炎症による全身症状と血管の障害による局所や臓器症状に分けられる。障害される血管の大きさや部位によって多彩な症状を呈することが特徴である (表2)。

- 1) 全身症状：高度の発熱がみられることが多い。発熱が持続することで体重が減少する。全身倦怠感、関節痛、筋痛もみられる。
- 2) 皮膚病変：紫斑、網状皮斑、皮膚潰瘍、壊死、皮下結節などが血管の大きさによって出現する。皮膚症状は比較的頻度が高く、診断のきっかけになることも多い³⁾。

表2. 血管炎を疑わせる臨床所見

1. 全身症状	発熱 (38度以上), 体重減少 (6 kg以上/ 6ヶ月), 全身倦怠感, 関節痛, 筋痛, 高血圧
2. 皮膚病変	網状皮斑, 紫斑, 潰瘍, 壊疽, 皮下結節
3. 眼病変	強膜炎, 結膜炎, 網膜病変, 視力障害, 眼球突出
4. 耳鼻咽喉部病変	鼻出血, 潰瘍, 副鼻腔炎, 鼻中核穿孔, 鞍鼻, 中耳炎, 難聴
5. 頸部病変	頸部痛, 血管雑音, 咬筋跛行
6. 呼吸器病変	気管支喘息, 胸膜炎, 肺胞出血, 間質性肺炎, 肺異常陰影 (結節, 空洞, 浸潤影)
7. 心病変	不整脈, 心筋炎, 心外膜炎, 狭心症, 心筋梗塞
8. 腹部病変	血管雑音, 消化管潰瘍, 消化管出血, 虚血性腸炎, 消化管穿孔, 腹膜炎
9. 腎病変	血尿, 蛋白尿, 腎機能障害, 壊死性糸球体腎炎, 腎梗塞
10. 神経病変	頭痛, めまい, 失神発作, 脳血管障害, 髄膜炎, 横断性脊髄炎, 脳神経麻痺, 多発性単神経炎
11. 四肢	上肢の易疲労感, 上肢血圧の左右差, 橈骨動脈拍動の減弱や消失 (脈なし)

3) 眼病変：強膜炎，網膜血管炎，血管狭窄や閉塞による視力障害がみられる。

4) 上気道病変：上気道の肉芽腫性病変により鼻出血，副鼻腔炎，中耳炎，難聴が出現することがある。

5) 呼吸器病変：咳嗽，喘鳴，労作時呼吸困難，血痰などの症状が出現する。胸膜炎，肺結節影，肺胞出血，間質性肺炎がみられる。

6) 心血管病変：橈骨動脈拍動や血圧の左右差，心臓弁膜症，虚血性心疾患，心外膜炎，心筋炎などがみられる。

7) 消化器病変：腹痛，消化管出血，消化管潰瘍，時に消化管穿孔がみられる。

8) 腎病変：血尿，蛋白尿，尿沈渣異常，クレアチニン上昇，腎梗塞，腎血管性高血圧がみられる。

9) 神経病変：頭痛，痙攣発作，多発性単神経炎，髄膜炎，脳血管障害，横断性脊髄炎などがみられる。大型血管炎では頭部虚血によるめまいや失神発作も起こる。

4. 検査所見

CRPや血沈などの炎症反応が陽性となる。白血球は増加し，分類では好酸球増多がみられる。血小板数も増加する。腎病変を伴う例では，尿潜血陽性，蛋白尿，尿沈渣異常，クレアチニン上昇をみる。抗核抗体やリウマトイド因子陽性もみられる。顕微鏡的多発血管炎，Churg-Strauss症候群，Wegener肉芽腫症ではANCAが陽性となる。

5. 診断

発熱や全身倦怠感，体重減少などの全身症状がみられる患者で，個々には関連がなさそうに見える多彩な臨床所見がある場合に血管

炎症候群を疑う。次項以下で示す各疾患の特徴を理解し，罹患血管のサイズに従って，組織生検や血管造影を行い診断する。血管炎症候群には診断基準が提唱されているものが多く，診断の際に参考にする。発熱を来す感染症や悪性腫瘍，他の膠原病が鑑別疾患として重要である。

6. 各論

血管炎症候群は，いずれの疾患も全身性の炎症と臓器の血行障害による徴候を呈し，臨床像が類似している。一方で，各疾患には診断のきっかけとなる臨床経過や所見もあり，疾患の特徴を理解することが重要である。治療は，副腎皮質ステロイド薬（ステロイド薬）投与が基本であるが，初期投与量や免疫抑制薬の使い方に違いがある。ANCA関連血管炎には治療ガイドラインが提唱されている⁴⁾。免疫抑制薬併用例では感染症に対する十分な注意が必要である。以下，血管炎症候群のうち，成人で頻度の高い疾患について概説する。

1) 大動脈炎症候群aortitis syndrome（高安動脈炎Takayasu arteritis，脈なし病）

若年女性に多い，大動脈とその分岐の肉芽腫性血管炎である。鎖骨下動脈，総頸動脈，腹部大動脈，腕頭動脈に好発する。症状としては，発熱，頸部痛（血管痛）などの他，上肢の虚血による腕の易疲労感，しびれ，頭部の虚血によるめまい，頭痛，視力障害などがある。理学的には，血圧の左右差，橈骨動脈拍動の減弱や消失（脈なし），頸部や腹部の血管雑音，大動脈弁閉鎖不全による心雑音などがみられる。CRP上昇，血沈亢進，高 γ グロブリン血症を認める。血管MRIなどの画像

検査により、血管の狭窄、壁の不整、動脈瘤などを確認する。最近、PET検査が早期診断に有用であると報告されている⁵⁾。治療の第一選択はステロイド薬である。一般的にはプレドニゾン (PSL) 20～30mg/日が用いられるが、病状によってはさらに増量する⁶⁾。

2) 側頭動脈炎temporal arteritis (巨細胞動脈炎giant cell arteritis)

主に頸動脈の頭蓋外分枝を侵す血管炎で、50歳以上に多い。外頸動脈の分枝である浅側頭動脈に好発するのでこの名があるが、内頸動脈の分枝である眼動脈、その他、椎骨動脈などにも起こる。病変部に多核巨細胞を認めるのが特徴である。症状としては、頭痛、視力障害や視野異常などの眼症状、咀嚼時の疲労感などがある。側頭動脈は肥厚し、圧痛を認める。確定診断には側頭動脈生検が必要だが、局所所見に乏しい場合には5～6cmにわたり切除する必要があるとされる。眼症状、中枢神経症状、脳神経症状のある例ではPSL 1mg/kg、ない例ではPSL30～40mg/日が投与される⁷⁾。リウマチ性多発筋痛症の合併が多い。

3) 結節性多発動脈炎polyarteritis nodosa

中～小型血管の壊死性動脈炎で、50～60歳代に多く、男女比はほぼ1：1である。皮膚では、網状皮斑、皮膚潰瘍、皮下結節、指趾末端の壊死などがみられる。筋痛の頻度も高く、筋原性酵素が上昇することもある。約半数に腎障害を認め、腎性高血圧の合併が多い。腹痛は消化管の血流障害を示指する。進行すると消化管潰瘍、壊死、穿孔を起こし、致死的になる。神経病変では多発性単神経炎が多いが、脳血管障害もみられる。特異的な

検査はなく、ANCAは陰性である。診断には血管造影が有用で、特に腹部血管に内腔狭窄、不整、途絶、多発小動脈瘤がみられる。皮膚などの生検は検査部位に潰瘍を来たすことがあり注意が必要である。発病早期の治療が予後を左右する。PSL0.5～1mg/kgを経口投与するが、腎病変や中枢神経病変がある場合は、メチルプレドニゾン (mPSL) パルス療法 (1g/日、3日間) がなされる。ステロイド薬だけでは効果が不十分な場合、シクロホスファミドの点滴静注あるいは経口投与が行われる⁷⁾。

4) 顕微鏡的多発血管炎microscopic polyangiitis

小血管 (細動脈、毛細血管、細静脈) の壊死性血管炎で、50～60歳代に多く、男女比は1：1である。病理所見で肉芽腫性病変がみられないことが特徴である。症状は結節性多発動脈炎と類似するが、特に腎臓と肺に病変が好発する。腎臓は壊死性糸球体腎炎が最も高頻度で、潜血や蛋白などの尿所見が出現した後、急速に腎不全に移行する。肺では肺出血や間質性肺炎が多い。検査ではMPO-ANCAが高率に陽性となる。治療は、ANCA関連血管炎の診療ガイドラインを参考に行う。軽症例ではPSL15～30mg/日が経口投与される。重症例では、PSL40～60mg/日あるいはmPSLパルス療法で治療開始し、4週以内にシクロホスファミドの内服あるいは点滴投与を開始する⁴⁾。

5) Wegener肉芽腫症Wegener's granulomatosis

Wegener肉芽腫症は、全身性の壊死性肉芽腫性血管炎、上気道と肺の壊死性肉芽腫、腎臓の壊死性半月体形成性腎炎を3主徴とす

る血管炎である。中高年に多く、男女差はない。PR3-ANCAが高率に陽性となり診断に有用である。症状は、上気道、肺、腎症状と、総論で述べた血管炎による全身および臓器症状にわけられる。上気道症状には、鼻、眼、耳、口腔・咽頭の各症状がある。鼻症状としては鼻出血、膿性鼻汁、鼻中核穿孔がみられ、進行すると鞍鼻をきたす。眼症状としては視力低下や眼球突出、耳症状としては耳痛、中耳炎、難聴がみられる。口腔や咽頭潰瘍、嗄声もみられる。肺症状としては咳嗽、血痰、呼吸困難が、腎症状では血尿、蛋白尿、腎不全を呈する。一般に、上気道、肺、腎症状の順に起こるが、これらが全てそろった症例を全身型、それ以外を限局型と呼ぶ。初期治療の基本はステロイド薬とシクロホスファミドの併用である⁴⁾。

6) Churg-Strauss症候群

Churg-Strauss症候群はアレルギー性肉芽腫性血管炎allergic granulomatous angiitisとも呼ばれ、気管支喘息、末梢血好酸球増多、小血管の壊死性血管炎を特徴とする稀な疾患である。30～60歳での発症が多い。気管支喘息やアレルギー性鼻炎、著明な末梢血好酸球増多が先行し、血管炎が発症する。症候としては多発性単神経炎が高頻度で、その他、消化管出血、紫斑などがみられる。検査では、著明な末梢血好酸球増多、IgE増加を認め、約50%でMPO-ANCAが陽性である。リウマトイド因子も約半数で陽性となる。胸部単純写真では肺浸潤陰影を認める。診断は、気管支喘息の先行、好酸球増多、血管炎症状の他、MPO-ANCA陽性、肺浸潤影などを参考に行われる。治療としてはPSL40～60mg/日が投与されるが、重症例や効果不十分例ではシ

クロホスファミドやアザチオプリンが併用される⁴⁾。

おわりに

血管炎は特異的な徴候や検査所見が少なく、鑑別にあげなければ診断に至らない疾患である。また、血管そのものが障害されるため、早期に適切な治療が開始されないと、臓器障害が急速に進行し予後が不良である。「炎症の強い、多彩な症状を呈する症例」に遭遇した場合、早めに専門医に相談する必要がある。

【参考文献】

- 1) Jennette JC, Falk RJ, Andrassy K, et al. : Nomenclature of systemic vasculitides. Proposal of an international consensus conference. *Arthritis Rheum*, 37 : 187-192, 1994.
- 2) 尾崎承一 : 診断と治療の実際. 血管炎. 日内会誌, 96 : 2177-2188, 2007.
- 3) 槇野博史, 能勢真人 (監修) : 皮膚症状からみた血管炎診断の手引き. 厚生労働省難治性血管炎に関する調査研究班編. 2011年.
- 4) 尾崎承一, 槇野博史, 松尾清一, 他 : ANCA関連血管炎の診療ガイドライン. 厚生労働省難治性疾患克服研究事業. 2011年.
- 5) 磯部光章 : 高安動脈炎. *リウマチ科*, 45 : 351-359, 2011.
- 6) 橋本博史 (編) : 難治性血管炎の診療マニュアル. 厚生科学研究特定疾患対策研究事業難治性血管炎に関する調査研究班. 2002年.

- 7) 尾崎承一, 他: 血管炎症候群の診療ガイドライン. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2006 ~ 2007年度合同
研究班報告). Circulation Journal, 72 :
1319 ~ 1346 (Suppl IV), 2008.
-

[Postgraduate Education]

発熱性好中球減少症の治療

宮崎大学医学部内科学講座

消化器血液学分野（第2内科）

日高智徳

はじめに

がんによる死亡が日本人の死因の上位を占め、がん化学療法、放射線療法が確立してきたことにより治療による好中球減少に伴う発熱は、しばしば経験する合併症となった。好中球減少への対応はがん治療の重要な支持療法となっている。好中球減少時の発熱では起病因菌が検出されることは多くはないが、感染症として経験的抗菌薬治療を行うことで敗血症による死亡のリスクを低下させることが知られている。1990年に発熱性好中球減少（febrile neutropenia, FN）に対するガイドラインが米国感染症学会（The Infectious Diseases Society of America, IDSA）より提唱され、2010年に改訂された¹⁾。日本国内では1998年に正岡らによりFNガイドライン²⁾が作成され、そのガイドラインに従って患者を治療する実証的研究をもとに厚生労働省は2004年9月に「発熱性好中球減少症」を抗菌薬の適応症として追加した。さらに2012年には日本臨床腫瘍学会より発熱性好中球減少（FN）診療ガイドラインが出版された³⁾。

発熱性好中球減少症の定義

欧米と国内では体温の測定法が異なり、FNの定義も複数存在する。欧米では口腔内

温が使用されるが国内では腋窩温が一般的である。IDSAのFNの定義では発熱は1回の検温で口腔温38.3℃以上または38℃以上が1時間以上持続するときとされ、好中球減少は好中球数が500個/mm³未満であるか、好中球数が48時間以内に500個/mm³未満に減少すると予想される状態としている。日本臨床腫瘍学会のFNの定義では、好中球数が500/ μ L未満、または1000/ μ L未満で48時間以内に500/ μ L未満に減少すると予測される状態で、かつ腋窩温37.5℃以上（口腔温38℃以上）の発熱を生じた場合とされている。発熱性好中球減少症の定義の目的は好中球減少時に発熱をきたした場合に経験的治療を開始すべき患者を選別することである。明らかな感染巣が存在する場合や粘膜障害、消化管閉塞、胆道閉塞、尿路閉塞など感染のリスクが高い患者では個々の背景因子を考慮して経験的治療を行うべきか判断することになる。

好中球減少症患者で検出される起病因菌

好中球減少時の発熱で感染巣や起病因菌を同定できるのは20～30%であり、多くの発熱の原因は不明である。急性骨髄性白血病では血液から分離される細菌で多いのはグラム陽性球菌であり、造血器悪性腫瘍では中心静脈

表1. Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCCスコア)
スコア21点以上は低リスク

因子	スコア
全般的臨床状態	
症状なし、または軽症	5
中等度	3
血圧低下なし	5
慢性閉塞性肺疾患なし	4
固形腫瘍、または真菌感染の既往がない血液悪性腫瘍患者	4
脱水症状なし	3
外来患者	3
60歳未満(16歳未満は除く)	2

カテーテルが留置されて長期間使用されることが関連している。また、予防的な経口抗菌薬を使用することもグラム陽性球菌の検出が増える原因の一つとなっている。血液培養で検出されるグラム陽性球菌のうちコアグラゼ陰性ブドウ球菌では死亡の可能性は低い。黄色ブドウ球菌、肺炎球菌では重症化することがある。しかしながらグラム陽性球菌による死亡率は一般に低いとされ、エンドトキシンショックをとめない、しばしば死亡の原因となるグラム陰性桿菌（緑膿菌、エンテロバクター属、大腸菌など）の敗血症がより重要である。発生頻度は低いがバチルス属、*Corynebacterium jeikeium*、*Stenotrophomonas maltophilia*は抗菌剤への耐性化率が高く敗血症死のリスクが高い。好中球減少期間が7日間を超える場合はカンジダやアスペルギルス感染を考慮する必要がある。

重症度予測の評価

Klusterskyらは発熱性好中球減少症患者が重症化するのにか予測するためのスコアリン

グシステム (The Multinational Association for Supportive Care in Cancer risk index : MASCCスコア) を提唱した⁴⁾。MASCCスコアが高い方が低リスクであり、20点以下を高リスク症例とした(表1)。IDSAガイドラインでは好中球数 $100\text{個}/\text{mm}^3$ 以下の好中球減少が7日間を超えることが予測され、かつ/または低血圧、肺炎、口腔・消化管粘膜障害、カテーテル感染、腹痛、神経学的症状、肝障害や腎機能障害などの重大な併存症を有する患者を高リスク症例としている。

初期アセスメント

身体所見の観察、血算(白血球分類を含む)、生化学検査(腎機能、肝機能)、血液培養検査2セット以上(中心静脈カテーテルが留置されている場合はカテーテルから1セット、末梢静脈より1セット)、感染が疑われる部位からの培養検査、呼吸器感染の徴候・症状が認められれば胸部レントゲン検査が行われる。その他の感染巣の疑いがある患者ではCTなどの画像検査を行う。中心静脈カテーテル感染が疑われる場合は原則としてカテー

テルを抜去する。同時に採血した中心静脈カテーテル採血検体と末梢静脈採血検体とで血液培養が陽性になるまでの時間差がカテーテル採取検体の方が120分以上早く陽性となった場合は中心静脈カテーテル関連血流感染症が示唆される。

経験的抗菌薬治療

FNでは軽症の一部を除いて原則として入院治療を行う。軽症で外来治療や経口抗菌薬治療を行う場合でも重症化の恐れがあれば直ちに入院治療を行う。発熱性好中球減少患者ではコアグラゼ陰性ブドウ球菌，黄色ブドウ球菌，レンサ球菌などのグラム陽性球菌や緑膿菌などのグラム陰性桿菌が検出されることが多いがグラム陰性桿菌では敗血症による死亡率が高い。したがってグラム陰性桿菌に有効な広域βラクタム剤あるいはカルバペネム系抗菌薬を経静脈的に極量で投与する。国内でFNに保険適応を有する抗菌薬はセフェピムとメロペネムである。FNの適応症はないが十分なエビデンスの集積がある抗菌剤はイミペネム・シラスタチン，タゾバクタム・ピペラシリン，セフトジジムである。またエビデンスの集積途上であるが日常診療で使用される抗菌薬にはセフピロム，セフォゾبران，ドリペネム，ビアペネム，パニペネム・ベタミブロンがある。経験的抗菌薬治療を開始して3～4日後に有効性を判定し，抗菌薬治療の変更が必要かを判断する。発熱性好中球減少症に対するβラクタム剤単独とβラクタム剤とアミノグリコシド併用療法の効果は有意差がなく，併用療法では腎障害などの副作用が多くβラクタム剤単剤での治療が推奨される。ただし，緑膿菌による菌血症，敗血

症ショックではβラクタム剤とアミノグリコシドの併用療法が推奨されている。抗菌薬治療は解熱が得られ，好中球数が500/ μ L以上となるまで継続し，臨床的に必要であればさらに長期に継続する。適切な抗菌薬治療がなされ，感染にともなう全ての徴候・症状が消失すれば好中球減少が回復するまでの間は経口フルオロキノロン系薬剤による予防投与に変更することが可能なことがある。

MRSAなどの多剤耐性グラム陽性菌の感染の可能性が高い場合は，抗MRSA薬を投与する。

真菌感染症の治療

広域抗菌薬を4～7日間投与しても解熱傾向がみられず，好中球減少期間が7日を超えると予測される高リスクの患者では侵襲性真菌感染症の検査および経験的治療としての抗真菌剤の投与が必要となる。すでに抗糸状菌活性のある抗真菌剤を予防的に投与中であれば，別の系統の抗真菌剤の静脈投与に変更することを考慮すべきである。抗菌剤治療を行って4～7日以上発熱が持続して直ちに抗真菌剤を投与開始する経験的治療と，何らかの真菌感染を疑う所見が得られてから抗真菌剤投与を開始する先制攻撃的治療とでは死亡率に差はないが，侵襲性真菌感染症の発症率は経験的治療群で有意に低く，好中球減少期間が長いほどその差が明らかであった。したがって発熱性好中球減少症での侵襲性真菌感染症のコントロールは経験的治療が基本となると思われるが，臨床的に安定しており真菌感染を示す臨床所見がなく，胸部および副鼻腔のCTで真菌感染がみられず真菌の血清学的検査が陰性であり，培養検査で真菌が検出

表2. IDSAガイドライン（2008年，2009年）での抗真菌剤の位置づけ

真菌感染症	予防	経験的/先制攻撃的治療	標的治療
アスペルギルス	Posaconazole	L-AMB, CPTG, ITCZ, VRCZ	VRCZ, L-AMB
カンジダ	FLCZ, MCFG, Posaconazole	L-AMB, CPTG, VRCZ, FLCZ, ITCZ	L-AMB, Candin, FLCZ, VRCZ

されていなければ抗真菌剤の使用を保留してもよいとの意見もある。抗真菌剤の副作用と効果を考慮し予防，経験的・先制攻撃的治療，標的治療と使いわけることが望ましい^{5), 6)}，(表2)。

G-CSFの使用法

化学療法にともなう好中球減少をきたしてから，あるいはFNを発症してからのG-CSF投与は生存率には影響を与えないが入院期間や好中球回復までの期間を短縮する効果がみられる。G-CSFの予防投与（抗がん剤投与終了1～3日後）では発熱性好中球減少症の発症率を低下させ，感染症を含む早期死亡が減少することがわかっている。よって，FNの発症が20%以上の高リスクの化学療法を受ける患者では初回化学療法時からG-CSFの予防投与を行う。FNの発症率が10～20%の中等度リスクの化学療法をうける患者では，65歳以上の高齢者，病期分類で進行期，抗菌薬を予防投与されていない，FNの既往のいずれかがある患者についてはG-CSFの予防投与が推奨される。FNの発症リスクが10%未満の低リスク化学療法をうける患者ではFNにより重篤な障害が予測される場合のみG-CSFの

予防投与を考慮する。

ガンマグロブリン製剤の使用法

広域抗菌薬治療で効果を認めない造血器腫瘍の発熱性好中球減少症患者に対するガンマグロブリン製剤投与は有意に早期解熱が得られることが示されたが，生命予後を改善するとのエビデンスは示されていない。ヒト血漿をもとにした生物学的製剤であり高価であることから，一般には投与は推奨されていないが抗菌薬で改善のみられない重症感染症の場合には使用してもよいであろう。

おわりに

発熱性好中球減少症に有用であると考えられるがFNの適応症がある抗菌薬，抗真菌剤はごく一部である。FNの多くでは起因菌および感染巣が見つからないが臨床的に「敗血症」と推定して抗菌薬治療を行わざるを得ない。また，国内外のFNガイドラインで予防的抗菌薬・抗真菌剤投与が推奨される病態でも保険診療で予防的投与が認められているのは同種造血幹細胞移植時のミカファンギンなどのごく一部に限定されている。保険診療の範囲内でFNの治療が安全に行えるかは今後

の課題である。

文 献

- 1) Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer : 2010 update by the Infectious Diseases Society of America. Freifeld AG. Et al., Clin Infect Dis. 2011 ; 52(4) : e56-93.
 - 2) Evidence-based recommendations on anti- microbial use in febrile neutropenia in Japan. Masaoka, T. et al., Int. J. Hematol. 68 (Suppl 1) : S5-6, 1998.
 - 3) 発熱性好中球減少症 (FN) 診療ガイドライン. 2012 : 日本臨床腫瘍学会編集, 南江堂.
 - 4) The Multinational Association for Supportive Care in Cancer risk index : a multinational scoring system for identifying low-risk febrile neutropenic cancer patients. Klastersky J. et al., J Clin Oncol. 2000 ; 18(16) : 3038-51.
 - 5) Treatment of aspergillosis : clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. Walsh TJ. et al., Clin Infect Dis. 2008, 46(3) : 327-360.
 - 6) Clinical practice guidelines for the management of candidiasis : 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. Pappas PG. et al., Clin Infect Dis. 2009 ; 48 : 503-535.
-

[他科からの提言]

骨粗鬆症治療の話題

宮崎大学医学部整形外科

渡 邊 信 二

1. はじめに

骨粗鬆症は高齢化社会を迎えている日本にとって有病率の高い疾患の一つであり、推定1,700万人ともいわれている。宮崎県において、平成22年の統計では65歳以上の老年人口は29万人（25.8%）に達している。また平成27年には32万人（30%）に達すると予想されており骨粗鬆症患者の増加が懸念される。

骨粗鬆症の最も問題となる病態は骨折であり、特に大腿骨近位部骨折と椎体圧迫骨折はADLを低下させ寝たきりになる原因の一つとして重要である。

骨粗鬆症の予防・治療の目的はこれらの骨粗鬆症性骨折を予防することであり、話題の健康寿命とも関係している。骨粗鬆症の診断

から治療に関して概説する。

2. 骨粗鬆症の定義

骨粗鬆症は1991年の骨粗鬆症コンセンサス会議で「低骨量と骨組織の微細構造の異常を特徴とし、骨の脆弱性が増大し、骨折の危険性が増加する疾患」と定義されている。さらに2000年には骨強度の低下を特徴とし骨折リスクが増大する骨格疾患と言い換えられた。骨強度は骨密度と骨質の2つの要因からなり、骨密度は骨強度のほぼ70%に該当し、残りの30%を骨質としている。骨質の内容として微細構造、骨代謝回転、微細損傷の集積、骨組織のミネラル化などが挙げられている（図1）。

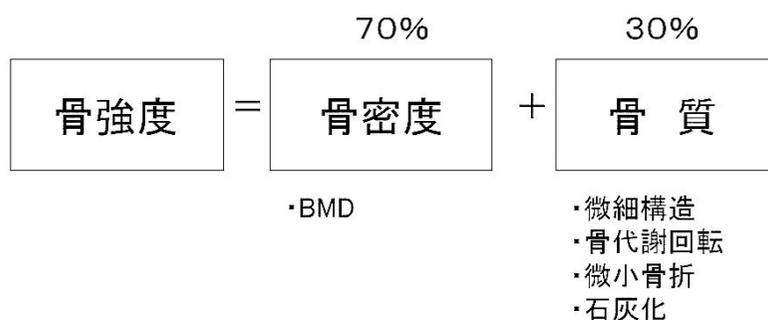


図1. 骨強度に及ぼす骨密度と骨質の関係

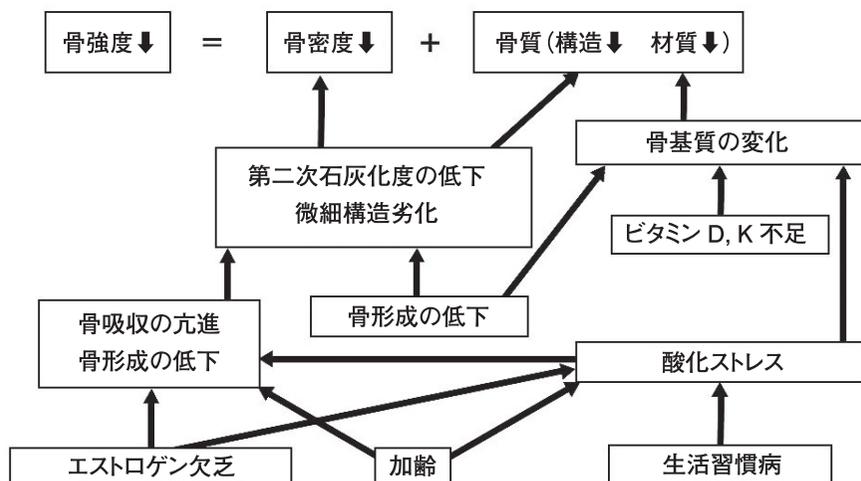


図2. 骨強度の低下要因の多様性

骨粗鬆症は原発性と続発性に分けられる。原発性は閉経後骨粗鬆症, 特発性骨粗鬆症(妊娠後骨粗鬆症など), 男性骨粗鬆症に, 続発性は内分泌性, 栄養性, 薬物性(ステロイド, SSRIなど), 不動性, 先天性, その他(RA, DM, CKDなど)に分類される。男性骨粗鬆症は重症化しやすいと言われており注意が必要である。また最近では重症骨粗鬆症という概念が提唱されているが明確な定義はなされていない。

3. 骨粗鬆症の機序

① 骨密度の低下(骨代謝回転)

骨は常に吸収され作られている。これを骨リモデリングという。この吸収と形成のバランスが壊れた時に骨粗鬆症となる。骨密度の低下は, 骨吸収の亢進が骨形成を上回るためである。閉経後の女性ではエストロゲン低下に伴う骨吸収促進により高回転型の骨代謝となる。また, ステロイド性や男性骨粗鬆症では骨吸収も形成も低下する低回転型を呈する

ことが多い。同時に加齢に伴う骨芽細胞機能およびそれに伴う骨形成の低下も関与している。

② 骨質の劣化

骨質の劣化は, 高回転の骨代謝がもたらす構造劣化や石灰化の低下だけでなく, 骨基質の性状の変化も関与する。骨基質の主な成分であるコラーゲンは40歳代をピークとして減少していくといわれている。また加齢とともに隣り合うコラーゲンの分子間架橋が老化型に変化していくことが知られており脆弱な骨基質を増やしていく。老化架橋の本体は, 酸化や糖化といった加齢や動脈硬化, 血中ホモシステイン高値, 糖尿病, 慢性腎臓病などの生活習慣病によって誘導される終末糖化産物(advanced glycation end products: AGEs)で骨の微小骨折の原因となり骨強度低下を来す(図2)。

これら二つの機序は鉄筋コンクリートの建物に例えるならば, 骨密度の低下は質が悪い水増ししたコンクリートで, 骨質の劣化は鉄

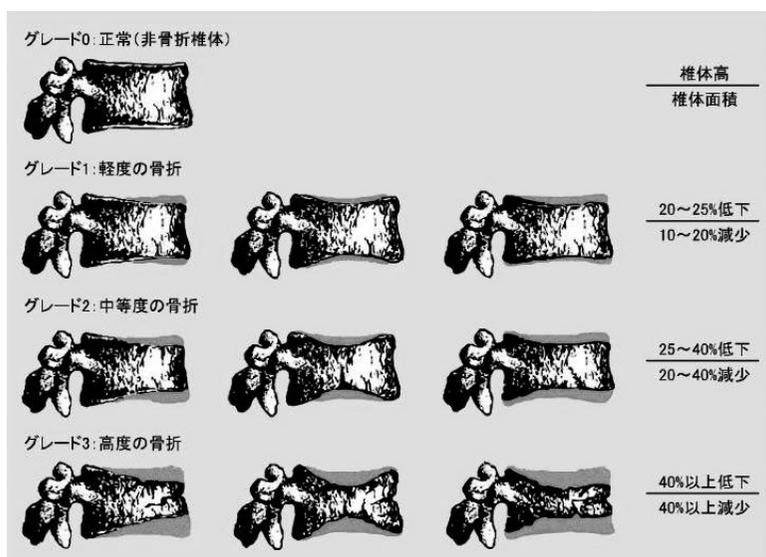


図3. 骨折による椎体変形の程度を、隣接椎体と比較した場合の椎体高（前縁高，中央高または後縁高）または椎体面積の減少率から判定する。

筋が錆びてしまって弱くなった状態であり耐震性能の著しく低下した建物である。

4. 骨粗鬆症の診断

現行の骨粗鬆症の診断基準は2000年の原発性骨粗鬆症診断基準である。

診断基準の概要は以下に示すとおりである。

- i) 脆弱性骨折があれば骨粗鬆症と診断する。
- ii) 脆弱性骨折がない場合でも骨密度(BMD)が%YAM (young adult mean) で70%未満またはXPで骨粗鬆化があれば骨粗鬆症と診断する。
- iii) 骨密度(BMD)が%YAMで70%以上80%未満またはXPで骨粗鬆化の疑いがあれば骨量減少と診断する。

ここでいう脆弱性骨折は、軽微な外力によって発生した非外傷性骨折で大腿骨近位部骨折、脊椎圧迫骨折、橈骨遠位端骨折、上腕

骨近位部骨折をさすが、今後改正されるであろう診断基準では骨粗鬆性骨折と名前を変えて部位も増えると考えられる。

① 骨密度

DEXA (dual energy X-ray absorptiometry)にて腰椎または大腿骨近位部を測定する。可能であれば両者を測定することが望ましい。診断には%YAMの低い方を用いる。日本では腰椎骨密度を用いられることが多いが国際的には大腿骨近位部骨密度が汎用されている。これらの測定が困難な場合は橈骨、第2中手骨を測定する。

② 腰椎単純レントゲン

2方向を撮影する。正面ではアライメント、椎体高をみる。側面では圧迫骨折の有無と椎体の骨陰影の濃さで判断するがこれは専門の整形外科医でも難しいことがある。図3にSQ法による評価法を示す。正常像と考え

表1. 原発性骨粗鬆症診療で健康保険が適用される骨代謝マーカー

		マーカー名	略語	測定法	骨粗鬆症診療で算定される保険点数
骨吸収マーカー	血清	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド	NTX	EIA, CLEIA	160点
	血清・血漿	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド	CTX	EIA, ECLIA	170点
	血清・血漿	酒石酸抵抗性酸性ホスファターゼ	TRACP-5b	EIA	160点
骨形成マーカー	尿	デオキシピリジノリン	DPD	EIA, CLEIA, HPLC*	200点
	尿	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド	NTX	EIA	160点
	尿	I型コラーゲン架橋C-テロペプチド	CTX	EIA	170点
骨マトリックス関連マーカー	血清	骨型アルカリホスファターゼ	BAP	CLEIA, EIA	170点
	血清・血漿	I型プロコラーゲン-N-プロペプチド	P1NP	RIA, ECLIA	170点
骨マトリックス関連マーカー	血清	低カルボキシル化オステオカルシン	ucOC	ECLIA	170点

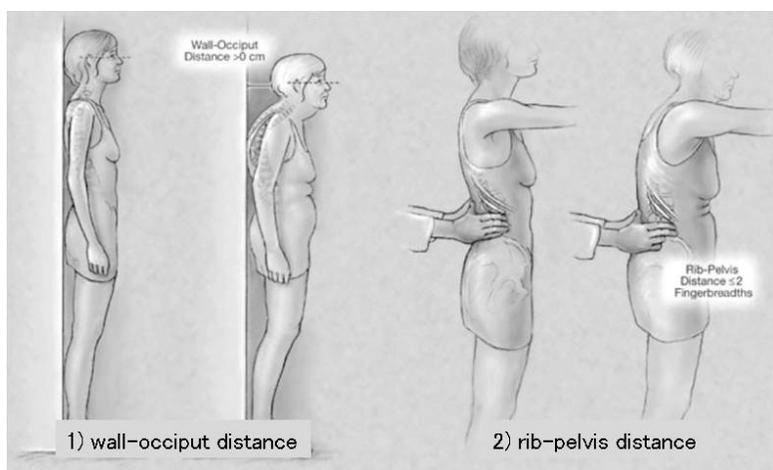


図4.

1) wall-occiput distance

患者を壁際に直立させた時に壁に後頭部が着けられない場合に、胸椎レベルに椎体骨折が存在する可能性が高い。

2) rib-pelvis distance

患者を立位にして後方から肋骨と骨盤の間に手を入れて2横指未満であれば、腰椎椎体骨折が存在する可能性が高い。

られる椎体の形態に基づき椎体高の低下や椎体面積の減少を推定する方法である。

③ 骨代謝マーカー

現在保険適応にて測定可能な骨代謝マーカーを表1に示す。

骨吸収マーカーと骨形成マーカーがあるが両者を測定することが望ましい。吸収マーカーとしては尿中NTXを測定されることが多いがTRACP-5bは食事、日内変動に影響されないため安定した値が得られる。骨形成

マーカーとしてはBAP, PINPが用いられることが多い。

④ 身体所見

身長低下は椎体圧迫骨折を示唆する所見で亀背を呈する。4 cmを超える身長低下は圧迫骨折のサインといわれている。

外来でできる簡単な亀背の診察法としてはwall-occiput distance法と rib-pelvis distance法がある(図4)。

この他、背部の叩打痛も重要な所見で疼痛

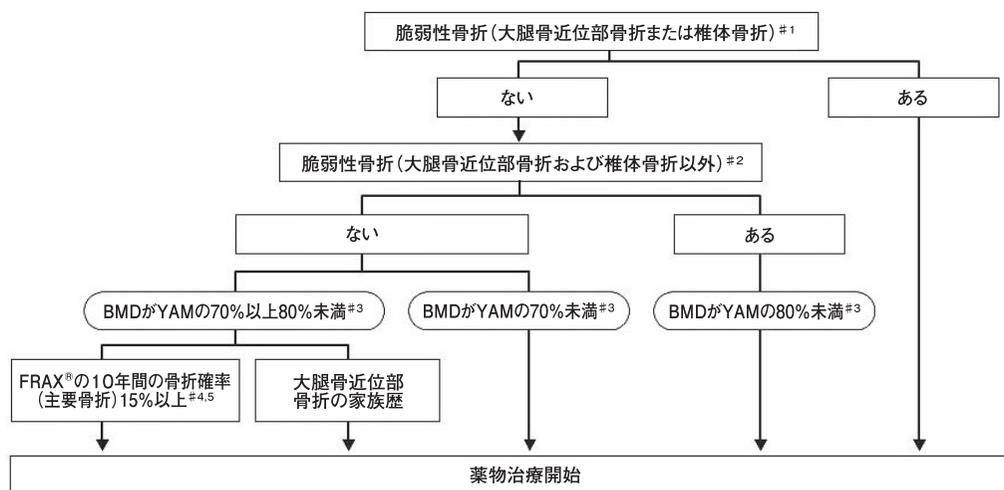


図5. 原発性骨粗鬆症の薬物治療開始基準

- #1：女性では閉経以降，男性では50歳以降に軽微な外力で生じた，大腿骨近位部骨折または椎体骨折をさす。
 #2：女性では閉経以降，男性では50歳以降に軽微な外力で生じた，前腕骨遠位端骨折，上腕骨近位部骨折，骨盤骨折，下腿骨折または肋骨骨折をさす。
 #3：測定部位によってはTスコアの併記が検討されている。
 #4：75歳未満で適用する。また，50歳代を中心とする世代においては，より低いカットオフ値を用いた場合でも，現行の診断基準に基づいて薬物治療が推奨される集団を部分的にしかカバーしないなどの限界も明らかになっている。
 #5：この薬物治療開始基準は原発性骨粗鬆症に関するものであるため，FRAX®の項目のうち糖質コルチコイド，関節リウマチ，続発性骨粗鬆症にあてはまる者には適用されない。すなわち，これらの項目がすべて「なし」である症例に限って適用される。

のない不顕性の圧迫骨折でも陽性となることがある。

⑤ 危険因子の聴取

大腿骨近位部骨折の家族歴，現在の喫煙，アルコール，ステロイド治療歴などを聴取する。

⑥ FRAX(<http://www.shef.ac.uk/FRAX/>)

FRAXはWHOが作成したツールでWeb上で骨密度や危険因子を入力することによって，個人の骨折絶対リスクを評価し，薬物治療を開始するかどうかを決定することを目的として作成された。世界中のすべての医師が使用できるよう作成され，個人の将来10年間の骨折発生確率（大腿骨近位部骨折，主要な

骨粗鬆症性骨折）が算出できる。危険因子としては，年齢，性，大腿骨頭部骨密度（骨密度が測定できない場合はBMI），既存骨折，両親の大腿骨近位部骨折歴，喫煙，飲酒，ステロイド薬使用，関節リウマチ，続発性骨粗鬆症がある。治療開始のカットオフ値は，各国の医療経済や医療の状況を考慮して決めるよう各国に委ねられており，日本では骨量減少（BMDの%YAMが70%以上80%未満）の場合にFRAXの骨折確率15%以上が後述する薬物治療開始基準として加えられた。ただし，75歳以上の女性では90%以上がFRAXの骨折確率15%となるため，この基準は75歳未満を対象とする。

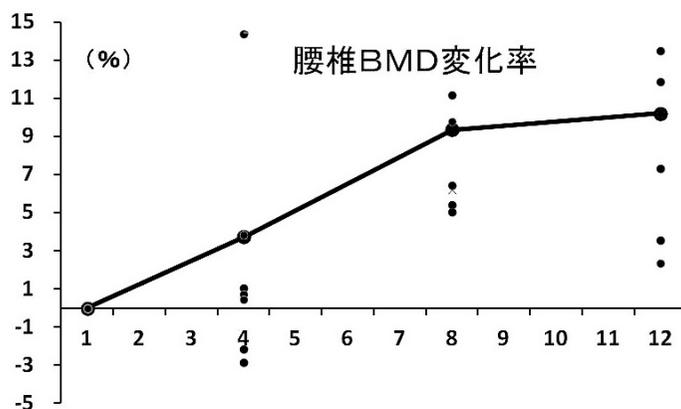


図6. テリパラチドによる腰椎 BMD 増加効果
投与後1年で治療の10.3%の骨密度増加を認める。

骨粗鬆症の診断はDEXAなどの特別な計測機器のない施設でもできなければならない。骨代謝マーカー測定を行うことである程度の推測は可能であり、骨折の家族歴やFRAXを使用することで薬物治療を開始することは許容されるものと思われる。

5. 骨粗鬆症の治療

1) 治療開始基準

骨粗鬆症の薬物治療の目的は骨粗鬆症性骨折を予防すること、QOLを維持・向上させることにある。このことを踏まえ2011年の11月に新しい骨粗鬆症の予防と治療ガイドラインが発表された(図5)。

特徴は骨粗鬆症診断基準では脆弱性骨折は大腿骨近位部骨折、椎体骨折、橈骨遠位端骨折、上腕骨近位部骨折を指していたが、治療開始の基準ではそのうち大腿骨近位部骨折、椎体骨折があった場合には治療を開始とし、椎体、大腿骨近位部以外の脆弱性骨折があった場合はBMDの%YAMが80%未満であれば治療開始としていることである。ここでいう

椎体・大腿骨近位部以外の脆弱性骨折には前腕骨遠位端骨折、上腕骨近位部骨折、骨盤骨折、下腿骨折、肋骨骨折が含まれている。

また、BMDが%YAMで70%以上80%未満の骨量減少群では大腿骨近位部骨折の家族歴またはFRAXで主要骨折確率が15%以上であれば治療開始としていることが注目点である。

2) 治療薬

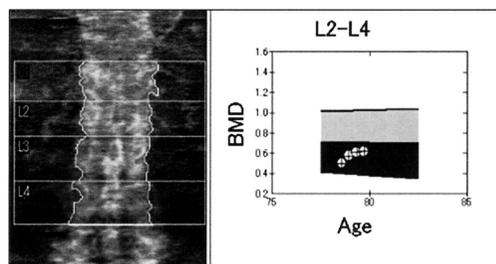
骨粗鬆症の治療において転倒予防や運動指導、食事指導も大切であるが、主体となるものは薬物治療である。

① ビスフォスフォネート

最もよく使われる治療薬で骨量増加効果は強い。内服剤としてアレンドロネート、リセドロネート、ミノドロン酸がよく使われる。予防と治療ガイドラインでも椎体骨折抑制効果および骨量増加効果はA評価である。吸収率が悪いため内服法が特殊であり胃腸障害を来す可能性がある。週一回製剤が主であるがミノドロン酸は月一回製剤であり内服コンプライアンスが高い。最近週一回の注射製剤も

表2. テリパラチド著効症例の腰椎 BMD と骨代謝マーカーの変化

	投与前	4M	8M	12M
腰椎BMD	0.501	0.573	0.608	0.615
%YAM	49	57	60	61
変化率		14.4% ↑	21.5% ↑	23.0% ↑
TRACP-5b (mU/d)	743	913	939	1230
変化率		22.8% ↑	26.4% ↑	65.5% ↑
P1NP(μg/L)	76.3	195	226	274
変化率		156% ↑	196% ↑	259% ↑



出てきている。

顎骨壊死や大腿骨非定型骨折などが問題となっているが骨粗鬆性骨折予防効果を考えると処方すべき薬剤の一つである。

② SERM (選択的エストロゲン受容体モジュレーター)

ビスフォスフォネート同様強い骨量増加効果がある (推奨グレードA)。日本ではラロキシフェンとバゼドキシフェンが使える。ビスフォスフォネートと違い内服法に制約がないためコンプライアンスの点で有利である。

50～60歳代の比較的若い患者に使用されることが多く深部静脈血栓に注意する必要があるが有効な薬剤である。

③ 活性化ビタミンD

活性化ビタミンDはビスフォスフォネート製剤登場までは第一選択の薬であったがその効果は弱く骨量を増加させるという印象はな

い。しかし近年発売されたエルデカルシトールは骨量増加効果が認められている。またアルファカルシドールなどの従来のビタミンDもビスフォスフォネートと併用することで骨量増加効果がさらに強まるとの報告もある。この他、ビタミンDは転倒の予防にも有効で骨質も改善するとの報告もありベースとしての薬剤として再評価されてきている。

④ PTH (副甲状腺ホルモン)

PTHは血中濃度が持続的に上昇すると骨吸収を促進し骨量減少に働く。しかし間欠的に投与されると骨形成に働くという作用を有する。メカニズムは不明であるがその効果は強力であり2年間の投与で腰椎骨密度を13%も上昇させるといわれている。当科での症例でも12カ月の投与で平均10.2%の腰椎骨密度の増加を確認している (図6)。

薬価が高く投与期間も18カ月から24カ月と

限られており、自己注射または週一回の外来での注射が必要である。

また、使用前にはPTH濃度の検査が必要で高PTH血症がある場合は使用禁忌である。栄養性の骨粗鬆症の場合副甲状腺機能亢進の状態になっていることがあり注意を要する。

当科での著効症例を供覧する（表2）。

78歳女性、大腿骨頭壊死以外骨粗鬆症を来す疾患の合併はない。背部痛著明で亀背があり多発の脊椎圧迫骨折を認めた。腰椎BMDも低値で重症骨粗鬆症と診断しテリパラチドの投与を行った。

テリパラチド投与前の腰椎BMDは0.501で%YAM49%，TRACP-5bは743 mU/dLと高値でP1NPも76.3 μ g/Lと高値であった。投与後4カ月では腰椎BMDは0.573で%YAM57%，TRACP-5bは913mU/dL，P1NPも195 μ g/Lと上昇した。投与後12カ月の時点で腰椎BMDは0.615で%YAM61%，TRACP-5bは1230mU/dL位，P1NPも274 μ g/Lとさらに上昇を認めた。単純XPでも新たな骨折はなく背部痛消失しADLも改善している。

⑤ カルシトニン，ビタミンK

症状・病態に応じて使用する。カルシトニンは疼痛抑制効果もあるため背部痛を訴える患者には使いやすい。

3) 年齢や病態に応じた私の処方例を示す。主に使用するのはビタミンD製剤，SERM，ビスフォスフォネート製剤，PTH製剤である。

i) 閉経前・妊娠後骨粗鬆症

基本的にビタミンDとカルシウム剤の投与を行う。生活習慣指導を併せて行う。

授乳している場合は授乳の中止が必須であ

る。

ii) 閉経後すぐ～65歳未満

骨折がない場合はSERMをメインにビタミンDを併用する。

脆弱性骨折が1個ある場合はビスフォスフォネートも考える。

脆弱性骨折が2個以上はビスフォスフォネートとビタミンD，BMDが%YAM60%以下で骨折の危険性が高いと判断すればPTHを使用する。

iii) 65歳以上～75歳未満

骨折がない場合はビスフォスフォネート＋ビタミンDまたはSERM＋ビタミンDを使用する。

脆弱性骨折が1個ある場合はビスフォスフォネートとビタミンDまたはPTHを使用する。

脆弱性骨折が2個以上はPTHを使用する。

iv) 75歳以上

骨折がない場合はビスフォスフォネート＋ビタミンDを使用する

脆弱性骨折が1個でもある場合はPTHを使用する。

v) 男性骨粗鬆症

注意が必要。重症化して来院するケースが多く，BMDが%YAMで60%以下または何らかの骨折がある場合はPTHを使用する。

vi) ステロイド性骨粗鬆症

ビスフォスフォネートを使用する。ビタミンDを併用してもよい。閉経前でも妊娠の可能性が低ければ治療のメリット・デメリットを充分お話しし使用することが望ましい。

経過フォロー中は随時BMDを測定し，薬剤効果減弱が考えられた場合は骨代謝マーカーをチェックし薬剤変更を行う。ビスフォ

スフォネートなどの骨吸収抑制剤を長期に使用すると骨代謝回転が過剰に抑制されてしまうことがあり非特異性の骨折などを来す危険性が上がるため薬剤の中止を考えざるを得ない場合がある。このためにも薬剤効果減弱を疑わせる場合は骨代謝マーカーの検査が必須である。

6. 最後に

骨粗鬆症は高齢化社会において国民病ともいえる疾患である。骨粗鬆症の治療は治療効果が実感しにくく継続率もまだ十分とは言えないが患者さんの健康寿命を延ばし寝たきりにしないためにも積極的に治療されるべきであると思われる。

現在新しい作用機序を持った薬剤が開発されつつあり骨粗鬆症治療の選択肢が増えることを期待している。

[随筆]

時代劇について

小林市 医療法人養気会池井病院 内科

小原 健一

私は幼い頃から、映画の時代劇を見る機会に恵まれ、市川右太衛門、大川橋蔵、中村錦之助、市川雷蔵などの主演作品をむさぼるように観て、その主役になった気になり、チャンバラごっこに夢中になったものである。私が大好きだった時代劇俳優のそのほとんどが今はこの世に存在しないが…。

時代劇は次第に衰退し、最近では「水戸黄門」も終わりを告げてしまった。現在テレビで新たな時代劇を観ることはほとんどなく、ケーブルテレビの時代劇チャンネルで旧作を観るぐらいである。

私はテレビ時代劇で最も好きだったのは「鬼平犯科帳」である。中村吉右衛門の低くてよく通る江戸弁は勿論のこと、脇役も个性的で人情味があり、その内容も奥深く味のあるものだった。また殺陣も素晴らしく、その当時の江戸の風情や食文化も十分伺い知ることができた。テレビシリーズが終わったとき、また味のある作品がなくなって寂しい気持ちになったのを今も記憶している。私はこの時代劇に魅せられて刀剣に興味を持ち、模擬刀ではあるが、現在もときどき刀剣を通信販売で購入している。刀を観ると落ち着くのであ

る。

最近、またゆっくりと「鬼平さん」を観直してみたいと思っていた所、テレビコマーシャルでシリーズ52号までのDVD通信販売を宣伝していたので購入し、現在も定期的に自宅に届くため鑑賞中である。ただし、52号で完結するものと思っていたら、この前、81号までの延長定期購入の勧誘通知が届き、現在思案中である。なぜかという、2週に1回宅配されるのだが、まだ観ていないDVDが山積しており鑑賞する気力が徐々に失せてきているためである。幸いにも両親も「鬼平犯科帳」の大ファンのため、親孝行も兼ねシリーズ全巻を購入しようかなと考えている。いつかゆっくり観れる日が来ることを信じて。

時代劇はシンプルで分かりやすく、勧善懲悪がほとんどなのでストレスがたまってイライラした時にはお勧めである。これからまた、名作といわれる時代劇が誕生してほしいものである。

最後にいつもの拙い一句を。《名刀に 写す心の 蔭りかな》季語なし。

[随 筆]

カナヅチ克服記

小林市 上田内科

上 田 集 宣

ゴルフも野球も全くできない40歳目の運動音痴が、25mを泳げるようになるまでの記録です。あくまでも「克服記」であり「克服法」ではありません。まねをして効果が出なかったとしても責任は負いかねます。

冗談はさておき、まずは泳ぎたいと思った理由から。「やせたい」とか「逆三角形の体型になりたい」とか色気のある理由ではありません。「トライアスロンをやってみたい」という中学時代からの夢をかなえるためでした。

とはいえ、何から手をつけていいのやらさっぱり分かりません。とりあえず初心者教室に3回通って、ふし浮きの姿勢、手のかき、バタ足を学びました。息継ぎは「横を向いてパッと息を吐いて！そしたら自然に吸える」と教えていただきましたが、口を開けたら水が入ってくるし、頭をあげると足が沈んで溺れます。そこで座学に戻ってクロール泳法に関する書籍を読みふけりました。でも肝心の息継ぎについては初心者向けの情報は皆無であり、頼みの綱のインターネットで「カナヅチ」をキーワードに検索してみたところ、「ボビング」という聞きなれない言葉に行き当たりました。

「泳ぎと呼吸法（息継ぎ）をいっぺんにしようとするから難しいのであって、個別に練習すればよい」との文章にふれ、目から鱗が落ちた思いがしました。それから1週間はひ

たすら呼吸法の練習です。息を吸いこんだら水にもぐって鼻からブクブクと息を出し（バブリング）、ある程度息をはいたら水上に顔を出して息を吸う（ボビング）。私はこれを「ぶくぶく、ばあ」と命名しました。息を吸うのは「あ」のタイミングです。「ば」で吐きだしてからでないと水を飲んでしまいます。足をつけての練習ですので溺れる恐怖はありません。運動センスのない私でさえ10分で慣れました。次は泳ぎをイメージします。となりのレーンを泳いでいるスイマーをのぞきみながら同じタイミングで息継ぎの練習。これが苦もなくできるようになったら足の動きを加えます。歩きながら「ぶくぶく、ばあ」をするだけです。ここまで出来ればあと少し。

正面を向かず横向きで息継ぎをしてみます。そして手の動きを加えれば最終段階。25mプールを一往復、二往復としているうちに徐々に自信がついてきます。きつくなったから最初の「ぶくぶく、ばあ」からやりなおし。

来る日も来る日もこれを続けて、7日目のこと。突如「泳げる」との気持ちりがどこからともなくわきおこりました。「頭をあげないように」それだけを意識して25mに挑戦。

壁をけて伸びの姿勢で距離をかせぎ、勢いが弱まってきたところでバタ足を開始。スピードを殺さないよう手をかきはじめ、右手をかくタイミングで体をひねり、右側を浮かして口を水面に出す。

「ばあ」(できた!)

ちょっと水をのみましたが、空気はちゃんと吸えています。二回目、三回目も成功。あとはがむしゃら。気づいたら手には壁の感触。

「やった!」カナヅチを克服した瞬間です。泳げる人にはわからないだろう喜び。わずかひと月で泳げるようになるとは夢にも思いませんでした。息継ぎをクリアできればあとはスイスイ。100m, 500m, 1000m, 1500m, 泳ぐたびに距離が延び、半年後にはノンストップで4000mを泳げるまでに。体重も6kg

減。鏡にうつる上半身はいつのまにか逆三角形になっていて、いいことづくめのスイミングです。

「人前で水着になることが最大の難関」とかいわないでぜひチャレンジを!半年後には理想の体型を手に入れますよ。

追記) 7月に行われた宮崎シーガイアトライアスロンに参加し、1500mスイム・40kmバイク(自転車)・10kmランの計51.5kmを初挑戦ながらも無事完走。25年かけて夢を叶えました。

入会の挨拶

宮崎市 古賀総合病院
今村 卓郎

栗林忠信前院長（現名誉院長）の後を受けて、平成24年4月1日付で医療法人同心会古賀総合病院の院長を拝命し、あわせて宮崎県内科医会に入会させていただくこととなりました。これまで30余年にわたって、宮崎医科大学および宮崎大学医学部第一内科や県立宮崎病院等で、主に循環器内科の診療、教育、研究に携わって参りました。新しい環境と立場で戸惑いを感じつつも、新たな気持ちで地域医療のお役に立てるよう、努めて参りたいと思っています。

古賀総合病院では宮崎大学医学部、鹿児島大学医学部、京都府立医科大学の医局からご支援いただき、内科、外科、産婦人科、精神科、泌尿器科、皮膚科、放射線科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科、リハビリテーション科の診療科を掲げています。平成23年から地域医療連携病院の認定も受け、近隣の病院ならびに診療所の先生方からより多くの患者さんのご紹介をいただくようになりました。必要に応じて入院加療も行い、そしてまた紹介元の先生方にフォローをお願いするといった地域完結型の医療を目指しています。同じく昨年からは内科の中に救急総合診療内科も立ち上がり、若い医師の研修の場となることを期待しています。今後病院機能の明確化を行いながら、地域医療に貢献して参りたいと考えています。先生方のさらなるご指導、ご支援をよろしくお願い申し上げます。

理 事 从 一 人 一 事

在宅医療（1）

介護保険と医療保険の訪問看護師の 医療行為について

宮崎市 外山内科神経内科医院
外 山 博 一

最近、在宅医療にて、特別訪問看護指示書が切れた介護保険の訪問看護師で月に14日を超えて点滴を続行すると、診療所の薬剤料が査定されています。また、抗生剤、ホルモン剤等の筋注・皮下注も訪問看護にさせると薬剤料が査定されています。そこで、なぜこのようなことが起こるのかを解説します。

まず、看護師の業について、保健師助産師看護師法（昭和23年7月30日法律第203号）第五条において『「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう』と規定されています。

療養上の世話とは、患者の症状等の観察、環境整備、食事の世話、清拭及び排泄の介助、生活指導などであり、看護師の主体的な判断と技術をもって行う、看護師の本来的な業務を指します。つまり、療養上の世話は医師の指示は必要としない看護業務です。これが介護保険で看護師を必要としている理由です。介護士さんだけでは判断出来ない部分を看護師の主体的な判断と技術に頼ると言うことです。例外として介護保険の訪問看護師のみ、訪問看護指示書の基に診療の補助もして良い

ことになっています。

診療の補助とは、身体的侵襲の比較的軽微な医療行為の一部について補助するもので、比較的単純なものから、採血、静脈注射、点滴、医療機器の操作、処置など多岐にわたっています。診療の補助は、本来的には医師が行うべき医行為の一部につき「医師の指示に基づく」という条件を付した上で、看護師にも許容した相対的医療行為という位置づけがなされています。これが、在宅の訪問看護に対して訪問看護指示書が必要な理由です。もちろん、医療保険に置いても療養上の世話は当然の業です。

1. 医療保険で保険が査定される行為

厚生労働省は、平成14年9月30日付で「看護師等による静脈注射の実施について」（医政発第0930002号）という通知を発し、従来静脈注射は保助看法5条に規定する看護師の業務範囲外であるとしてきた見解を改め『医師又は歯科医師の指示の下に保健師、助産師、看護師及び准看護師が行う静脈注射は、保健師助産師看護師法第5条に規定する診療の補助行為の範疇として取り扱うものとする』としました。しかし、医師の直接の監視下でないため、『在宅における皮下・筋肉内注射、静脈内注射については、医療保険の訪問看護師が医師の指示を受け単独で施行する場合には、薬剤料、手技料ともに保険請求を認めない。（在宅医療点数の手引き2010年度改訂版P451）』となっています。

2. 介護保険で保険が査定される行為

医療保険の訪問看護での点滴は保険請求可能ですが、『介護保険での訪問看護師が医師の指示を受けて静脈点滴を施行する場合にも、薬剤料、手技料ともに医療保険請求を認めない』となっています。しかし、あくまで、医師の指示の基での訪問看護師の点滴行為は

可能ですから、老衰末期で、家族がどうしても補液を希望し、月2週間を超える分は医療機関の持ち出しで点滴材料代は出すということになります。家族から実費をもらう事は混合診療に抵触する可能性があり、難しそうです。

理 事 从 一 人 一 事

「五感を使って診る，正確な情報を選び取る」

県立宮崎病院，内科医長

上 園 繁 弘

「先生。もっとしっかり私の顔を見て！」先日、外来患者さんから笑顔で言われました。もう5年のお付き合いの患者さんです。発症当時は急性腎不全で入院し、腎生検・ステロイド治療をおこない、現在まで悪化することなく定期的に受診されています。

いつもは「今日も調子いいですよ」と目を見て話すのですが、今回はいつもと違って、電子カルテを正面に、患者さんを、あまりみない状態で話をしてしまったのです。患者さんは、食事療法・服薬治療を守り、血圧・体重を紙に記載して準備を整え、いつも楽しみに定期外来に来られているのでしょう。患者さんが帰ったあとに、目を見て、言葉をやり取りしていなかった自分に反省しました。

昨年の80号の内科医会誌の「理事からひとこと」で国立病院機構宮崎東病院の比嘉利信先生から「デジタル社会と診療」という題名で、デジタル情報社会を認めつつ、その反面患者さんの顔の表情や肉声をもとに「患者さんから学ぶ姿勢」は普遍であるとのことでした。とても共感いたしましたので、私の個人的な意見でのべさせていただきます。

私たちは高度情報化の発展により生活面で様々な恩恵をうけています。医療においてもインターネットから莫大な情報をあらゆる角

度で得ることができます。しかし正しくない情報を信じたり、自分に都合のよい情報しか見えなくなる危険性もあります。

臨床医療では「五感を使って直接患者さんを診ること」というアナログな要素と、「確かな情報を得る技術を養うこと」というデジタルな要素を併せ持つことが要求されます。さらに医療技術の獲得と優しい心を持ち「日々精進！」していくことが大切です。

その「日々精進！」も医師になり20年以上にもなると変化しています。私が医師になったばかりのころは、「若い時の苦労は買ってでもせよ。」の言葉通りに、難しい環境の中でも「苦労は肥やし、苦しいときは成長期」と自分に言い聞かせ、「苦あれば、楽あり」と未来の自分が幸せであることを夢見て、肉体的・精神的苦労を厭わず生活をしていました。しかし知命50年も目前になると「せめて肉体的な苦痛は減らせないものか」と考えます。今までにある程度の知識、技術は身につけました。ちょうどこの“天命を知る年”ということで、「今、自分は何を精進すべきか？」を自問自答してみました。すると二つの目標が浮かんできました。一つ目は「20年以上続けてきた腎臓学という専門技術を伸ばす」ことと、二つ目は「総合内科医として次の若き世代に伝授し、宮崎の医療レベルの発展に役立てる」ということです。しかも「実際に患者さんを数多く診てきた経験でしか伝えることのできないものを伝授する事」だと思えます。その中の一つが、「患者さんの目を見て

五感を働かせて、患者さんのためにできることを探す」ことです。

デジタル情報社会は、電話や手紙から情報伝達媒体をインターネットでの電子メールに変革させてきました。メールでの情報交換は電話とは異なり時間を奪われることなく、自分のいい時間に処理することが可能となりました。しかしその半面、容易に連絡できること＝伝達できる件数が増加することとなり、その処理に時間を割かれるという欠点もあります。最近ではtwitter, facebook, mixiにより、実名または匿名で同時に多数の人たちとの情報やりとりが可能となってきています。しかしこれは全部を見ようとすると多くの時間を費やします。しかも他人が何をしたか？何に興味があるか？などは自分に直面する仕事には関連ないために、趣味としての活用以外には役にたちません。

それでは全く役に立たないかという、ある研究ではtwitter, facebookで自分の意見を発信することは、ストレス解消につながるらしいです。その理由は、もともと人間には「なにかを伝えて自分を認めて欲しい」という本能があり、メールで多数の人から返事が帰ってくるにより気分がよくなりストレスが発散するわけです。かく言う私もこの文章を読んでいただいた人からなにかご意見ご感想があるとうれしい気持ちになると思います。画家も一人で絵を書いて隠し持っている人は少ないだろうし、絵画展に出品したり、他人に売ったりしています。また拡大解釈をするとダイエット中の人、ジョギングをしている人も、新しい洋服を買っている人も同様かもしれません。冒頭に出てきました、私の患者さんも「これだけの努力をしています。

よく見て確かめてください。」という気持ちがあるからこそ、私の評価を聞くために、外来受診を楽しみにされているのだと思います。

情報化時代は急速に進んでおり、10年前まではヒトの遺伝子情報の解読に数十億ドルかかっていましたが、現在は1000ドル程度になっているそうです。将来は無償で個人の遺伝情報が得られる時代がやってくることでしょう。コンピュータが自ら考え、より人間らしく振る舞うようになると言われています。このまま時代に流され「個人で時間を使う方が他人に気を使わなくて楽だ。」と孤独ばかりを楽しむような生き方にならないように、やはり人は人との関わりなくして生きれないことを知るべきだと思います。

朝の連続ドラマ「梅ちゃん先生」を見ると、古き良き時代のことが思い出されます。今年にはオリンピックがありましたが、私が子供の頃のオリンピック放送はすべてリアルタイムで、ミュンヘンでの男子バレー優勝や、モントリオールでのナディアコマネチの体操10点満点に感動しました。家族旅行やお祝いも今の時代のように多くなかったため、その頃の写真をみると鮮明にその頃の感動がよみがえってきます。

今回は、五感を使って診る、正確な情報を選び取ることの大切さについて述べさせていただきました。これからも「顔の見える仲間作り」モットーに御指導をお願いいたします。

— ♪ ♪ ♪ ♪ ♪ —
～医療はアートであり、取引ではない、使命であって商売ではない。その使命を全うする中で、あなたはその心を頭と同じくらい使うことになる～

ウィリアム・オスラー

理事からひとこと

開業医のぼやき（2）

都城市 しげひらクリニック

重平正文

有床診療所の病棟を休止して3年が経過しました。入院を再開できる日がまた来るのではと淡い期待を抱いていたのですが、有床診療所を取り巻く環境はますます厳しくなっています。2012年診療報酬改定では入院基本料の算定要件に管理栄養士配置が義務付けられました。2014年3月末まで義務化延長の経過措置がありますが、それまでに管理栄養士を確保できなければ病床は閉鎖を余儀なくされます。厚生省は有床診療所が地域医療に如何に大切かが理解できていないようです。

最近、独り暮らしの高齢者の熱中症が急増しております。家族が仕事を終えて帰宅したら、様子がおかしいので救急車にて急病センターに搬送されて来ます。かつてはかかりつけの有床診療所が近くにあり、時間外でも気軽に(?)診てくれ、1泊入院も可能で、最近のような急病センターのベッドを老人が点滴で占拠する光景はなかったように思いま

す。

有床診療所はまず医薬分業で薬を奪われ、診療報酬で兵糧攻めにされ、さらに今回の管理栄養士配置義務化で致命傷を受けました。さらに消費税が2014年4月から8%、2015年10月から10%に引き上げられ、今後も医療機関の控除対象外消費税『損税』は膨らむことが予想されます。厚生省は増税分は診療報酬で対応すると明言していますが、おそらく期待できないでしょう。これまでも幾度となく、『朝三暮四』の諺に出てくる猿なみに扱われ、誤魔化されてきた有床診療所の恨み節が聞こえてきそうです。宮崎県医療計画策定委員会資料を読んでみても5疾病5事業は病院の話のようで、有床診療所の出番は在宅医療の中に少しだけありました。

今回もぼやいてばかりで暗い人間と思われそうですが、皆さん共感はしても同情はしないで下さい。実際は猫の目の如く変化する医療行政を冷静に分析(実際はほとんど無視?)し、勝手に自分の医療計画を策定し、患者さんと可愛い(可愛かった)看護師さん達と楽しい外来診療を行っております。



「えびの高原の赤松」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

宮崎市内から上がる途中で見られる“赤松千本原”周辺。途中、轟音だけ聞こえる滝や、赤や黄に染まった木々に思わずアクセルを緩める。近くには市営の露天風呂もあり、バイクで一気に駆け上がってきたタフ・ガイや、登山グループなどの休憩の場となって久しい。



「紋別の港」

都城市 山田医院 山田 孝俊

俳句

海亀

宮崎市 猪島医院

猪島蘇風

産卵の海亀涙溜めてをり

ひとところ砂のうごき亀解る

砂を出し千の子亀が海めどす

海に帰る子亀に子らの手を振れり

産卵を終えたる亀の深吐息

時かけて亀の産卵星飛び

海亀の浜に來し跡去りし跡

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村善教

国民が 学んでいるのは したたかさ

泥鰻が粘り 小沢も粘る

党名が 羊頭狗肉 ならないか

相応しいのは 選挙第一

選挙みて 先送りする 誰かさん

票を数えて 国を憂えず

加点する 一般名で 処方せよ

なんで今さら 書き換えさせる

有診の 未来を語る 協議会

絶滅防ぐ 手立て求めて

短歌

枝垂れ桜

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

今年度内科学会総会は

京都に開かる四月半ばに

学会の会場昼に抜け出でて

平安神宮の神苑に来つ

六百円払ひて入れば神苑は

枝垂れ桜に人人人よ

花好きの妻に曳かれて行きゆきぬ

円山公園祇園白川

あつ此処はつい三日前

七人がひき殺されし祇園の現場

短歌

旧友急逝

延岡市 藤本内科小児科医院

藤本 孝一

青春を同じ町にて過ごしたる

君の急逝茫然と聞く

二人共に海水浴場ボート屋の

アルバイトしたり高校時代

お互ひに励まし合つて

大学に合格したりあの頃楽し

詩集なるピラカンサの道

急逝の君が描きし妻の終焉

わが医院に十三年間診て来る

君の急逝つひぞ思わず

[報 告]

平成23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24年1月28日（土）、午前中に第296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で地方会会長九州大学大学院医学研究院呼吸器内科学中西洋一教授の議長の下に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) 内科認定医審議会報告

①資格認定試験に関する報告

第39回総合内科専門医資格認定試験（平成23年9月18日開催）は459名が受験し329名が合格した。合格率は71.7%であった。また平成23年度資格認定試験は第27回認定内科医資格認定試験が23年7月3日、パシフィコ横浜で行われ、3,317名が受験した。

②認定教育施設の審査・認定

教育病院として新たに3施設が認定されたが、九州地区の新たな認定はなかった。一方、鹿児島大学病院、仁愛会浦添総合病院が2年連続認定基準（内科剖検体数10体以上）を満たさなかったが、大学病院は各地域において教育施設として中核的な存在であることから、鹿児島大学病院は特別措置として本年度も引き続き教育病院として認定されたが、仁愛会浦添総合病院は関連病院扱いとなった。

教育関連病院では新たに27病院が認定された。九州関連では独立行政法人国立病院機構九州がんセンター、独立行政法人国立病院機構沖縄病院、中津市民病院、天心堂へつぎ病院の4施設が新たに認定された。一方、健康保険直方中央病院は認定を取り消された。

③救急委員会報告

本委員会では昨年、JMECC（ジェイメック 内科救急・ICLS講習会）の使用テキストとして「内科救急診マニュアル」を作成したが、このテキストを改定し、23年7月に「内科救急診療指針」と改題して販売を開始した。また映像教材（DVD）についても、映像教材のガイドライン2010に対応するために一部映像の差し替え、ナレーションの録りなおし等の作業を行った。

2) 学会在り方検討委員会地区委員報告

- ①学会在り方検討委員会について
- ②将来計画検討ワーキンググループについて
- ③男女共同参画，女性医師の活動参加について
- ④本会の活動活性化と「内科学」の充実について
- ⑤その他，これまで学会の中で検討されることのなかった診療報酬や医療経済に関すること
等が検討された。

3) 生涯教育委員会地区委員報告

平成23年度生涯教育講演会はAセッションが東北支部加藤教授，Bセッションが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の担当のもと23年10月1日福岡で開催された。

4) 学術集会運営委員会報告

第108回日本内科学会総会（会頭：東京大学永井良三教授）は東日本大震災のために開催が延期され，11月13日にパシフィコ横浜にて第39回内科学の展望と同時開催され，7,878人の参加があり，滞りなく開催された。第109回総会の中尾一和教授のもと，平成24年4月13日から15日までの3日間，京都市で開催され，その講演会の日程について説明があり，了承された。第110回総会は平成25年4月12日から14日までの3日間，東京国際フォーラムで細谷会頭のもとで開催される予定であることが報告された。

2. 平成24年度各種委員会地区委員について

- 1) 理事候補：坪内博仁（鹿児島大学），吉良潤一（九州大学）
- 2) 内科認定医制度審議会地区委員候補：前村浩二（長崎大学），大屋祐輔（琉球大学），東輝一郎（熊本医療センター）
- 3) 学会在り方検討委員会地区委員候補：田中良哉（産業大学）
- 4) 生涯教育委員会地区委員候補：藤田次郎（琉球大学）
- 5) 支部長候補：坪内博仁（鹿児島大学）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

平成24年度の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として，当県からは県立宮崎病院上田 章先生から県立延岡病院山口哲朗先生に交代することが承認された。九州支部評議員としては栗林が引き続き勤めることになった。

4. 内科学会九州地方会に開催時期，開催地，会長について

第297回：平成24年5月12日（土），福岡大医学部消化器内科学 向坂彰太郎教授

第298回：平成23年8月25日（土），産業医科大学第二内科 尾辻 豊教授

第299回：平成23年11月25日（日），宮崎大学医学部膠原病感染症内科 岡山昭彦教授

第300回：平成25年1月12日（土），九州大学医学部病態修復内科学 赤司浩一教授

*第299回，300回地方会では生涯教育講演会（第46回，47回）も同時開催されるが，第46回生涯教育講演会の講師案が岡山教授より下記の如く提示された。

1. 藤元昭一教授（宮崎大学医学部血液・血管先端医療学講座）
急速進行性糸球体腎炎症候群とANCA（抗好中球細胞質抗体）関連血管炎
2. 田村和夫教授（福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学講座）
悪性リンパ腫の診断と治療
3. 井上博雅教授（鹿児島大学大学院呼吸器内科学講座）
COPDの診断と治療の進歩
4. 前村浩二教授（長崎大学大学院循環病態制御内科学講座）
生物リズムと生活習慣病
5. 坪内博仁教授（鹿児島大学大学院消化器疾患・生活習慣病学講座）
ウイルス性肝炎診療のトピックス

[報 告]

平成23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24年2月18日（土）

場 所：福岡市博多都ホテル

担当県：佐賀県

出席者：栗林会長，中津留

【報告事項】 担当県佐賀からの報告

平成23年度日臨内九州ブロック会議・第46回九内協・第28回九内懇（平成23年10月15日開催）
について報告された。

【協議事項】

1. 平成24年度の九内協・九内懇の日程について（担当県宮崎）

平成24年10月13日に宮崎市において開催されることが了承された。

2. その他、医師会の公益法人化に伴う各県内科医会組織への影響の現状について意見交換が行われた。

[報 告]

日本臨床内科医会第45回代議員会および第29回総会

宮崎県内科医会常任理事

中津留 邦 展

日 時：平成24年 4 月14日, 15日

場 所：京都

出席者：栗林会長, 中津留

第45回代議員会

代議員会は4月14日（土）に京都ホテルオークラにて開催され栗林会長と中津留が出席しました。会の冒頭に昨年会長に就任された（昨年は東日本大震災のため代議員会および総会は中止となりました）猿田亨男会長が挨拶され、この一年各地の会員の先生方とお会いし第一線の会員の先生方が頑張ってもらえることがよく分ったと述べられ、会長として学問的にもいろいろ発展させたい、また世界的研究であるインフルエンザ研究についても伸ばしたい、会員減に対しては若い先生を入会させたいなどの抱負を述べられた。引き続き、各部会の報告がなされた。その概略を記します。

【総務部】 総務委員会より会員数が現在15,990名であること、各種委員会の役員の交代の紹介、東日本大震災の義援金募集の結果などの報告がされた。調査研究委員会からは「日臨内インフルエンザ研究」と「原発性アルドステロン症の実態調査」についての倫理審査委員会を開催し承認されたことが報告された。

【庶務部】 会員増強委員会より平成24年3月に会員数が16,000名を割り込んでしまい、会員の維持・増加は喫緊の課題となっているので、今年度は①会員増強ツールを改良し更新する、②入会希望医師への“会費免除体験入会”と“直接勧誘”の具体的かつイージーな手法とルールを考案する、③各都道府県内科医会に会員増強担当者を置いていただく、これら3つを重点目標におき、早期に実施できるよう計画していることが報告された。IT委員会からはメールマガジンについて、携帯電話への配信開始や動画が配信出来るようになったことなどについて報告された。

【経理部】 経理委員会より平成23年度日臨内の収支決算が報告された。

【社会医療部】 公益事業委員会より禁煙関連の情報の充実と、高血圧と塩分についての生活習慣病の啓発ポスターの作成を予定していることと、日臨内インフルエンザ研究班業績が報告された。

【社会保険部】 医療・介護保険委員会より平成24年度診療報酬改定に関して、地域医療対応加算の問題、一般名処方加算については医師の処方権が侵害される懸念があること、介護報酬の地域間格差の問題、地域包括ケアシステム促進に対する懸念などが提起され、「総合医」に関して日臨内こそ総合医機能を実践している集団であることを広く訴える方針であることが報告された。

【研修推進部】 研修推進委員会より平成23年度日臨内専門医・認定医合格者は認定医新規40名、認定医更新364名、専門医新規16名であることが報告され、平成24年度の申請審査日程や要項一部変更が伝えられた。

【学術部】 学術委員会より「原発性アルドステロン症の実態調査」の現況、「JPPP」の進捗状況、「骨粗鬆症アンケート」の結果、「関節リウマチ患者における診療実態調査アンケート」の結果について報告され、その他「内科処方実践マニュアル」を平成25年4月の総会時に配付出来るよう検討していること、「患者向け小冊子」を積極的に利用していただきたいとのお願いが伝えられた。会誌編集委員会からは投稿規定の見直しを行っていることが報告された。

【広報部】 ニュース編集委員会から支部ニュース委員のテーマについて「地域医療の崩壊と再生」から「医療連携」に変更されたことなどが報告された。

第29回総会

総会は4月15日（日）に国立京都国際会館で開催された。会は神津仁日臨内常任理事の開会の辞に続き、余昌英会頭（京都内科医会会長）が挨拶され、昭和50年4月に日臨内の前身である“臨床内科医のつどい”の第1回の集まりが京都国際会館で行われ、昭和60年4月の名古屋で行われた第11回の“つどい”で日本臨床内科医会と改名され第1回日臨内総会が行われた歴史を紹介され、今後ますます日臨内が発展することを祈念すると述べられた。引き続き猿田亨男会長、来賓の中尾一和日本文学会会頭、森洋一京都府医師会会長が挨拶され、総会議事に移った。議長は猿田亨男会長が務められた。総会では代議員報告、各分会・委員会報告が行われ、地域医療功労者の表彰が行われた。今年は9名の会員が表彰されたが、喜ばしいことに当県から近間尚先生が表彰された。当日は先生の御都合がつかず、中津留が代理で賞状と記念の盾を受け取った。

総会終了後、2会場でランチョンセミナーが行われ、国立長寿医療研究センター内科総合診療部長の遠藤英俊先生が「新たな認知症治療の選択肢」というタイトルで、関西電力病院院長の清野裕先生が「インクレチン療法の期待と課題」というタイトルで話をされた。

午後からは特別講演が行われた。特別講演Ⅰは中央社会保険医療協議会の安達秀樹委員による「平成24年度診療報酬改定について」、特別講演Ⅱは後藤由夫日臨内名誉会長による「糖尿病のインスリン療法—私の糖尿病60年—」であった。

平成23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11日（土）16：00～ 於. 宮崎観光ホテル <特別講演会> ①寛解を目指す関節リウマチ治療 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>②骨粗鬆症の新しい概念 -新規薬剤をいかに使うか- 大阪市立大学大学院医学研究科代謝内分泌病態内科学教授 稲葉 雅章 先生 (出席者 56名)</p> <p>3月17日（土）16：00～ 於. 県医師会館 <会員発表会> ①CPAPの調整が困難な睡眠時無呼吸症候群の検討 (特に上気道抵抗の影響について) 潤和会記念病院 谷山 ゆかり, 八木 和広 松崎 崇史, 早稲田 真, 鶴田 和仁</p> <p>②骨粗鬆症患者におけるリセドロネートの抗動脈硬化作用 大橋クリニック 大橋 剛</p> <p>③難治性高血圧患者の食塩摂取推定値について 野村クリニック 野村 朝清</p> <p>④一地域におけるリハビリテーション医の活動 野村病院 野村 敏彰</p> <p><保険診療についての講演> 保険診療と個別指導の状況について 県内科医会医療保険委員 上田 章</p> <p><特別講演> てんかん医療をつぶやく -ツイッターの光と影- 東北大学大学院医学系研究科てんかん学分野教授 中里 信和 先生 (出席者 43名)</p>

会議名	日時・場所・出席者
【理事會】	5月23日(月) 6月22日(水) 8月22日(月) 2月27日(月)
【評議員會】	5月30日(月) 3月5日(月)
【各郡市内科医会長會】	3月10日(土) 於. うめ田
【會計監査】	5月12日(木)
【學術委員會】	5月16日(月) 10月7日(金) 1月16日(月)
【医療保険委員會】	4月25日(月) 6月13日(月) 8月12日(金)
【宮崎県内科医会誌編集委員會】	6月20日(月) 8月17日(水) 11月7日(月) 1月30日(月)
【日本臨床内科医会九州ブロック會議】	10月15日(土) 於. 佐賀(担当: 佐賀県医師会内科医部会) 栗林会長, 中津留常任理事
【九州各県内科医会連絡協議會】	10月15日(土) 於. 佐賀(担当: 佐賀県医師会内科医部会) 栗林会長, 小牧・大窪・野村副会長, 中津留常任理事
【九州各県内科審査委員懇話會】	10月16日(日) 於. 佐賀(担当: 佐賀県医師会内科医部会) 栗林会長, 小牧・大窪・野村副会長, 中津留常任理事, 松岡理事
【九州各県内科医会長會】	2月18日(土) 於. 福岡(担当: 佐賀県医師会内科医部会) 栗林会長, 中津留常任理事
【日本臨床内科医会総会・ 理事会・代議員會】	4月9日(土), 10日(日) 於. 東京 ※中止
【日本臨床内科医会理事会・ 代議員會・医学会】	9月17日(土), 18日(日), 19日(月) 於. 北海道 栗林会長, 中津留常任理事
【日本内科学会九州地方会評議員會】	1月28日(土) 於. 福岡 栗林会長

会議名	日時・場所・出席者
【学術講演会】	<p>① 4月14日（木）18：45～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 当院におけるビルダグリブチンの使用効果 講師 平和台病院名誉院長 中村 周治 演題 DPP-4阻害薬による2型糖尿病の新展開 講師 日本大学医学部糖尿病代謝内科学教授 石原 寿光 （出席者 58名）</p> <p>② 5月26日（木）19：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 心血管事故の予防を考えた高血圧治療戦略 講師 岡山大学循環器内科学教授 伊藤 浩 （出席者 29名）</p> <p>③ 5月28日（土）16：00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 脂質異常症のテーラーメイド治療 - コレステロール吸収と合成の制御を考慮して - 講師 平光ハートクリニック院長・ 藤田保健衛生大学循環器内科客員准教授 平光 伸也 （出席者 43名）</p> <p>④ 6月3日（金）19：00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 動脈硬化の退縮を目指した薬物療法 講師 大阪大学先端科学イノベーションセンター招聘教授 山崎 義光 （出席者 50名）</p> <p>⑤ 6月24日（金）19：30～ 於. MRT-micc 演題 夜間頻尿と内科的疾患 講師 京都大学泌尿器科学講師 吉村 耕治 演題 脂質代謝異常症と動脈硬化 講師 神戸市立医療センター中央市民病院長 北 徹 （出席者 61名）</p> <p>⑥ 9月8日（木）19：30～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 糖尿病のディジーズ マネジメント - よりよい患者・医療者関係の構築を目指して - 講師 福岡大学筑紫病院内分泌・糖尿病内科教授 小林 邦久 （出席者 41名）</p>

会議名	日時・場所・出席者
【学術講演会】	⑦10月5日(水) 18:45～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 経口糖尿病薬のポジショニングと治療アルゴリズム 講師 山口大学病態制御内科学教授 谷澤 幸生 (出席者 69名)
	⑧10月28日(金) 18:40～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 IBDの病態に基づく治療戦略 講師 関西医科大学消化器肝臓内科教授 岡崎 和一 (出席者 40名)
	⑨11月12日(土) 17:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 子宮頸がん検診と予防ワクチン 講師 大阪がん予防検診センター婦人科検診部長 植田 政嗣 (出席者 39名)
	⑩1月26日(木) 18:50～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 分類不能型免疫不全症診療の現状と展望 講師 防衛医科大学校小児科学教授 野々山 恵章 (出席者 31名)
	⑪2月4日(土) 19:00～ 於. シーガイアコンベンションセンター 演題 インスリン療法の段階的な進め方 講師 坂出市立病院糖尿病内科部長 大工原 裕之 (出席者 37名)
	⑫2月16日(木) 19:30～ 於. ホテルスカイタワー 演題 アレルギー性鼻炎と睡眠障害 講師 広島大学病院総合内科・総合診療科准教授 佐伯 俊成 (出席者 21名)
	⑬3月23日(金) 19:15～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 腎生理を考慮したCardiorenal Protection 講師 近畿大学医学部腎臓内科教授 有馬 秀二 (出席者 34名)
	⑭3月27日(火) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 慢性心不全の診断と治療 -病院から在宅医療へ- 講師 佐賀大学医学部循環器内科教授 野出 孝一 (出席者 36名)

平成23年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書

歳入合計 10,040,835

歳出合計 7,722,450

差引残高 2,318,385 (平成24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	6,030,000	6,017,400	△12,600	A 会員会費 5,139,000 B 会員会費 878,400 【参考】 A 会員 284名 B 会員 117名 (免除会員 A 会員 24名 B 会員 38名) (会員数：平成24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	2,200,000	2,497,340	297,340	
4. 雑収入	1 雑収入	1,300,000	1,286,095	△13,905	内科医会誌広告料 1,240,000 宛名シール代 20,000 預金利息 1,095 日臨内認定制度第一次審査会事務経費 交付料 25,000
	歳入合計	9,770,000	10,040,835	270,835	

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		780,000	0	780,000	644,784	135,216	
	1 旅 費	60,000		60,000	58,700	1,300	会計監査旅費
	2 需 用 費	70,000		70,000	21,700	48,300	事務用品代
	3 役 務 費	190,000		190,000	150,340	39,660	切手代, 郵送料, 電報・電話使用料等
	4 使用料及び賃借料	190,000		190,000	144,044	45,956	会館使用料, 職員時間外手当
	5 事務委託費	270,000		270,000	270,000	0	宮崎県医師会へ 基本料 120,000 会員数加算料 150,000
2. 会議費		1,490,000	0	1,490,000	1,175,954	314,046	
	1 総 会 費	40,000		40,000	27,844	12,156	案内FAX代等
	2 評 議 員 会 費	500,000		500,000	403,095	96,905	(2回)
	3 理 事 会 費	950,000		950,000	745,015	204,985	(4回)
3. 事業費		7,149,000	0	7,149,000	5,901,712	1,247,288	
	1 学 会 費	200,000		200,000	143,000	57,000	九州総合内科セミナー助成金 100,000 旅費 43,000
	2 諸委員会活動費	720,000		720,000	474,915	245,085	医療保険委員会 200,715 (3回) 学術委員会 274,200 (3回)
	3 地区保険研究会助成費	435,000		435,000	435,000	0	補助金 @50,000×8地区 西臼杵 35,000
	4 地区医学会助成費	640,000		640,000	640,000	0	補助金 @70,000×7地区 宮崎 100,000 西臼杵 50,000
	5 会誌発行費並び に編集委員会費	2,300,000		2,300,000	2,075,658	224,342	編集委員会 251,215 (4回) 印刷代 1,680,000 (2回) 執筆料等 144,443
	6 名簿刊行費	1,000		1,000	0	1,000	
	7 地区内科医会連絡会	300,000		300,000	289,081	10,919	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	908,000		908,000	819,440	88,560	九内協旅費(佐賀4名) 311,380 各県負担金 50,000 九内協参加費 @10,000×4名=40,000 会長会旅費(福岡3名) 204,060 会長会参加費 @7,000×2=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	360,000		360,000	348,180	11,820	旅費(佐賀4名) 308,180 参加費 @10,000×4名=40,000
	10 日本臨床内科医 会	985,000		985,000	476,060	508,940	医学会・理事会・代議員会 旅費(北海道2名) 426,060 当日登録料 @15,000×2=30,000 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	140,000		140,000	68,080	71,920	旅費(福岡1名)
	12 慶 弔 費	150,000		150,000	132,298	17,702	生花(8名)
	13 諸 費	10,000		10,000	0	10,000	
4. 予備費	1 予 備 費	351,000	0	351,000	0	351,000	
歳 出 合 計		9,770,000	0	9,770,000	7,722,450	2,047,550	

平成24年度宮崎県内科医会事業計画

- (1) 宮崎県内科医会総会並びに学会開催
- (2) 各郡市内科医会活動の推進と援助（学会補助金支出，保険研究会補助金支出，各郡市内科医会会長会開催）
- (3) 学術委員会（学術講演会，研修会，セミナー等の開催），医療保険委員会及びその他委員会活動の推進
- (4) 県内科医会誌発行及び県内科医会ホームページへの掲載
- (5) 県・郡市医師会の行う活動への緊密な協力とその推進
- (6) 各種学会，研修会，懇話会等への参加と協力
- (7) 九州各県内科医会連絡協議会，九州各県内科審査委員懇話会の開催と積極的参加
- (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) 第112回九州医師会医学会内科学会への参加と協力
- (11) その他内科医会発展のために必要と思われる事業

平成24年度宮崎県内科医会歳入歳出予算書

歳 入

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1. 会 費	1 会 費	5,954,400	6,030,000	△75,600	A 会員 @18,000×284名=5,112,000 B 会員 @ 7,200×117名= 842,400 免除会員 A 会員 24名， B 会員 38名 (会員数：平成24年 4 月 1 日現在)
2. 県医補助金		240,000	240,000	0	
	1 学 会 補 助 金	120,000	120,000	0	
	2 保 険 研 究 会 補 助 金	120,000	120,000	0	
3. 繰 越 金	1 繰 越 金	2,318,000	2,200,000	118,000	
4. 雑 収 入	1 雑 収 入	1,300,000	1,300,000	0	内科医会誌広告料，預金利息等
	歳 入 合 計	9,812,400	9,770,000	42,400	

歳 出

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1.事務費		730,000	780,000	△ 50,000	
	1 旅 費	60,000	60,000	0	会計監査旅費
	2 需 用 費	50,000	70,000	△ 20,000	事務用品代
	3 役 務 費	180,000	190,000	△ 10,000	切手代, 郵送料, 電報・電話使用料等
	4 使用料及び賃借料	170,000	190,000	△ 20,000	会館使用料, 職員時間外手当
	5 事 務 委 託 費	270,000	270,000	0	宮崎県医師会へ 基本料 120,000 会員数加算料 150,000
2.会議費		1,390,000	1,490,000	△ 100,000	
	1 総 会 費	40,000	40,000	0	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	850,000	950,000	△ 100,000	5回(旅費, その他)
3.事業費		6,614,000	7,149,000	△ 535,000	
	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	600,000	720,000	△ 120,000	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	435,000	0	各地区内科医会へ 宮崎 50,000 都城 50,000 延岡 50,000 日向 50,000 児湯 50,000 西都 50,000 南那珂 50,000 西諸 50,000 西臼杵 35,000
	4 地区医学会助成費	640,000	640,000	0	各地区内科医会へ 宮崎 100,000 都城 70,000 延岡 70,000 日向 70,000 児湯 70,000 西都 70,000 南那珂 70,000 西諸 70,000 西臼杵 50,000
	5 会誌発行費並びに 編集委員会費	2,200,000	2,300,000	△ 100,000	編集委員会(4回) 会誌印刷代, 執筆料
	6 名 簿 刊 行 費	400,000	1,000	399,000	
	7 地区内科医会連絡会	350,000	300,000	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	684,000	908,000	△ 224,000	九内協各県負担金 50,000 九内協参加費(20名) 200,000 九州各県内科医会長会(福岡3名) 220,000 会長会参加費(2名) 14,000 九内協開催地負担金 200,000
	9 九州各県内科審査 委員懇話会	200,000	360,000	△ 160,000	九内懇参加費(20名) 200,000
	10 日本臨床内科医会	675,000	985,000	△ 310,000	総会(京都2名) 190,000, 参加費(2名) 20,000 医学会(徳島3名) 400,000, 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	70,000	140,000	△ 70,000	福岡(1名)
	12 慶 弔 費	150,000	150,000	0	
	13 諸 費	10,000	10,000	0	
4.予備費	1 予 備 費	1,078,400	351,000	727,400	
	歳 出 合 計	9,812,400	9,770,000	42,400	

宮崎県内科医会総会並びに学術講演会

日時 平成24年 6 月 9 日 (土)

場所 宮崎観光ホテル西館 8 F 尾鈴の間

I 製品紹介 アステラス製薬(株) 16:00 ~ 16:20
「リピトール錠」

II 総 会 16:20 ~ 16:50

1) 物故会員黙祷

2) 会長挨拶

3) 議 事

イ. 平成23年度事業報告について

ロ. 平成23年度歳入歳出決算について

ハ. 平成24年度事業計画 (案) について

ニ. 平成24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

『新しいCKD分類～何が、何故、如何に変わったのか?～』

宮崎大学医学部医学科血液・血管先端医療学講座

教授 藤元 昭一 先生

特別講演②

『動脈硬化性疾患予防ガイドライン (2012) : 改訂のポイントとCKD』

大阪市立大学大学院医学研究科老年血管病態学

准教授 庄司 哲雄 先生

IV 懇親会 (西館10F 大淀の間) 19:00 ~

(出席者数 76名)

各 郡 市 だ よ り



宮崎市郡内科医会だより

宮崎市郡内科医会の会長を任せられ2期目に入りました。改めて役員の名前を掲載させていただきます。

会 長：小牧 斎

副会長：山下政紀、光川知宏

役 員：森山光一、宮永省三、遠藤 豊、
長友安弘、原田雄一、玉置 昇、
市来能成、西園正敏

監 事：中村周治、長嶺元久

以上13名ですが、会の運営に当たり会員の先生方のご協力のほど今後ともよろしくお願ひいたします。

平成23年度の内科医会事業ならびに協議事項は以下のようになっています。

- 1) JMAT県医師会派遣費用への協賛
- 2) 九州内科総合セミナーへ協賛
- 3) 市郡医師会の生涯教育委員会、社保委員会、地域保健委員会等への委員の推薦
- 4) 宮崎県内科医会評議員、理事、監事の推薦
- 5) 慢性腎臓病(CKD)の啓発事業への協力
- 6) 「宮崎市夜間急病センターの当直問題を考える会」の発足および急病センター設備の改善について
- 7) 「総会のあり方」について

8) 針灸、マッサージの保険適用を巡る「同意書」作成に関する意見交換などです。

さて、市郡内科医会のさしあたっての問題は、当会誌前号にも副会長の山下先生がお書きになったのですが、夜間急病センターの当直当番制があります。現在この制度は、宮崎大学医局からの応援を受けながら、会員の医師としての使命感、責任感からなりたっているものです。宮崎の救急医療を考えると今や社会的に後退させるわけにはいかない制度であり、一次救急がしっかりしないと二次、三次救急への悪い影響が出るのは避けられませんが、現在内科医会としましては、小委員会を作り、現在の当番制の問題点、改善点などについて討議を重ねております。当直に協力的な医師への不平等感を払拭すべく、当直医の規定づくり、当直の義務化などを盛り込んだ約定作りを手掛けています。

平成24年6月30日までに宮崎市郡内科医会が共催もしくは後援いたしました講演会は以下のようになっております。

○平成24年4月11日(水)

「骨粗鬆症診断と治療の最前線」～新ガイドラインを踏まえて～

三財病院 副院長 松本 英裕 先生

○平成24年6月16日(土)

「救急腹部エコー検査」

成田赤十字病院 検査部 生理検査課

係長 浅野 幸宏 先生

「当院におけるC型慢性肝炎治療の成績」

宮崎大学医学部内科学講座

消化器血液学分野

講師 蓮池 悟 先生

「救急腹部エコー診断のポイント(消化管を除く)」

国家公務員共済組合連合会

虎の門病院 消化器内科

副院長 竹内 和男 先生

○平成24年6月30日（土）

【総会及び講演会】

「宮崎県におけるネシーナ／リオベルの臨床効果～多数例解析の結果から～」

光川内科医院 院長 光川 知宏 先生

「2型糖尿病の病態と長期予後を見据えた治療戦略」

洪内科クリニック

院長 洪 尚樹 先生

（文責：小牧 齋）

都城市北諸県郡内科医会だより

今年の診療報酬の改定は目新しい箇所は特に感じませんでしたが、有床診療所の管理栄養士配置義務化をH26年までに求めております。その先では薬剤師の配置も要求される日が来ると想像しますが、病院並に点数が確保されるとは到底思えません。岐路の選択をしなければいけない先生も多いと思います。さて4月に当医会の役員改定を行い、会長を仮屋先生より私志々目にバトンタッチしました。責任重大と感じていますが、スムーズに会が運営されるよう努めたいと思いますので、どうぞよろしく願います。新役員のメンバーを紹介します。

会 長－志々目栄一

副会長－野辺俊文先生

理 事－田中彰人先生 長倉穂積先生

田口利文先生 大橋剛先生

瀬ノ口洋史先生

監 事－三嶋孝雄先生

顧問－仮屋純人先生

上半期の講演会は毎月開催し、平均40人前後の参加で質疑応答講演会は活発です。内容は以下の通りです。

○平成24年1月20日（金）

「本格飛散を前にしたスギ・ヒノキ花粉症への対応」

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科

耳鼻咽喉・頭頸部外科学

准教授 岡野 光博 先生

○平成24年2月14日（火）

「DPP-4阻害剤の有用性とシタグリプチンの新たなポジショニング～当科での使用経験及びCGMデータの解析から～」

産業医科大学第一内科学講座

講師 岡田 洋右 先生

○平成24年3月15日（木）

「認知症の医学的理解」

協和病院 院長 二宮 嘉正 先生

○平成24年4月24日（火）

「CKDにおける尿酸管理」

宮崎大学医学部血液・血管先端医学講座

教授 藤元 昭一 先生

○平成24年5月11日（金）

「日本人2型糖尿病の特徴と治療戦略」

滋賀医科大学糖尿病・腎臓・神経内科学

教授 前川 聡 先生

○平成24年6月18日（月）

「高血圧研究と診療の新展開 ～宮崎大学第一内科の研究を中心として～」

宮崎大学医学部内科学講座

循環体液制御学分野

教授 北村 和雄 先生

（文責：志々目栄一）

延岡内科医会だより

この頃は地方の首長さんの元気が良く、中央政界の混乱を尻目に話題性、人気度が注目されています。

延岡市内科医会もあやかりたいものですが、地方都市の医療環境はなかなか厳しい状況が続いています。

医師会の担う社会的役割は多岐にわたり、日常の診療に加え学校保健、各種健診、産業医活動等、とりわけ救急医療は市民の関心も高く重要な課題の一つです。

言うまでもなく救急医療は医療従事者のチームワークが不可欠ですが、近年派遣医師の確保が困難となり会員の負担が増大しています。

加えて地方医師会では会員数の減少や高齢化といった逆風が吹いており、厳しい状況のなか“地元の医療は自分たちの手で”という会員の情熱に支えられているように思えます。

この問題を解決する妙案はなかなか浮かびませんが、若い会員のバイタリティーと行動力、ベテランの先生方の経験と知恵を結集することで乗り切ることが出来るでしょう。

新会長の役割は会員の皆さんの声に耳を傾け、チーム医療がスムーズに行えるような環境作りをすることであると感じています。本会関連の講演会等は以下のとおりです。

○平成24年1月20日（金）

「GERD治療のNextStage～新しい治療の幕開け～」

熊本大学大学院生命科学研究部

消化器内科学 助教 櫻井 宏一 先生

○平成24年1月27日（金）

「肺動脈性肺高血圧症の病態と最新の治療」

宮崎大学医学部内科学講座

循環体液制御学分野

准教授 今村 卓郎 先生

○平成24年2月10日（金）

「花粉シーズン到来～どの薬を使う？

それはなぜ？～」

鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科

耳鼻咽喉科・頭頸部外科学

教授 黒野 祐一 先生

○平成24年2月24日（金）

「循環器疾患に伴う睡眠時無呼吸症候群の合併に対する新たな治療法」

国立循環器病研究センター呼吸器・

感染症制御部 医長 佐田 誠 先生

○平成24年3月2日（金）

「胃癌治療の変遷」

公益財団法人慈愛会今村病院 外科

副院長 帆北 修一 先生

○平成24年3月9日（金）

「高血圧治療を再考する」

自治医科大学循環器内科

宮崎大学医学部地域医療学講座

助教 矢野 裕一朗 先生

「抗菌薬の適正使用に必要な感染症の知識」

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24年3月16日（金）

「上部消化管出血に対する内視鏡的止血術の実際～胃食道静脈瘤を中心に～」

財団法人医療・介護・教育研究財団

柳川病院 院長 於保 和彦 先生

○平成24年3月23日（金）

「局所脳血流から見たアルツハイマー型認知症における各種薬剤の選択～600例の臨床例の解析より～」

上田脳神経外科 院長 上田 孝 先生

○平成24年3月30日（金）

「TreattoTargetの実践～インスリン療法の考え方～」

横浜市立大学大学院医学研究科

分子内分泌・糖尿病内科学

教授 寺内 康夫 先生

○平成24年4月6日（金）

「心原性脳塞栓症の包括的予防・治療戦略～ダビガトランの位置づけと注意点～」

熊本市民病院診療部長・

精神内科部長 橋本 洋一郎 先生

○平成24年4月13日（金）

「心血管イベント発症抑制を見据えた糖尿病治療戦略～リスク・ベネフィットを考慮した薬剤選択とは～」

小倉記念病院

循環器内科部長 横井 宏佳 先生

○平成24年4月20日（金）

「脳梗塞の抗血栓療法：最近のトピックス」

大分大学医学部総合内科学第三講座

准教授 平野 照之 先生

○平成24年5月25日（金）

「脂質フロンティア～高脂血症治療薬エゼミチブの役割～」

奥羽大学薬学部薬理学教授・高田中央病院

内科副部長 斉藤 美恵子 先生

○平成24年6月15日（金）

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版」

TsukasaHealthCareHospital

内科部長 枇榔 貞利 先生

○平成24年6月22日（金）

「認知症薬物療法の最新の話～メモリーの使用経験をふまえて～」

宮崎大学医学部精神医学

講師 林 要人 先生

○平成24年7月6日（金）

「2型糖尿病の治療戦略～糖尿病合併高コレステロール血症患者の治療を考える～」

久留米大学糖尿病性血管合併症病態・

治療学 教授 山岸 昌一 先生

○平成24年7月13日（金）

「呼吸器内科診断治療のトピックス～喘息、COPD、感染症、肺癌、間質性肺炎を中心に～」

熊本大学呼吸器内科学

教授 興梠 博次 先生

（文責：山本 剛）

日向市東白杵郡内科医会だより

平成24年2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24年2月7日（火）

「低用量アスピリン／NSAIDs潰瘍の現状と対策」

藤元早鈴病院

消化器内科部長 駒田 直人 先生

○平成24年2月22日（水）

「オカルトHBV感染の再燃と重複染」

アボットジャパン株式会社 学術情報部

顧問 飯沼 一茂 先生

○平成24年3月2日（金）

【第22回日向地区急性期医療連携検討会】

「宮崎ドクターヘリ始動に向けて」

宮崎大学医学部附属病院

救急部助教 金丸 勝弘 先生

○平成24年4月11日（水）

「心房細動による心原生脳梗塞症」

熊本市市民病院

神経内科部長 橋本 洋一 先生

○平成24年4月26日（木）

「糖尿病に合併する脂質異常症」

宮崎大学医学部内科学講座

助教 上野 浩晶 先生

○平成24年6月7日（木）

「高血圧治療の最初の一步 mega-trialを
読む」

岡山大学大学院医歯学総合研究科

循環器内科教授 伊藤 浩 先生

○平成24年6月27日（水）

「当医院における心房細動への抗凝固療法
～ワルファリンと新規抗凝固剤～」

青柳内科循環器科

院長 青柳 淳太郎 先生

「心原生脳梗塞症発症予防のストラテジ」

天理よろず相談所病院循環器内科

部長 中川 義久 先生

（文責：古賀 正広）

児湯内科医会だより

宮崎県内科医会の先生方、今日はいかががお
過ごしですか。お元気のことと思います。

この2年間を振り返ってみますと口蹄疫と
東日本大震災に翻弄された感がありました。
先生方の中には、何となく心落ち着かないよ
うな、楽しくないような感覚があったのでは
ないかと思えます。私自身もそう感じました。
明日への希望がなければ人は生きていけな
い、あるいは元気が出ないのかなとふと思っ

たりしました。しかし、そんな感傷に浸って
ばかりいては決して心は晴れやかにはならな
いと気づきました。やはり生きていく上で夢
中になれるあるいは遣り甲斐のある何かをみ
つけてそれに向かって進んでいくことがよい
のではないかと考えています。それが何かは
まだみつきりません。

児湯内科医会についてはその活動は例年通
りで特に大きな変化はありません。動脈硬化
関連では「動脈硬化性疾患予防ガイドライン
2012年版」が発表され「2007年版」と比べて
NIPPON DATA80に基づく絶対リスクの考
え方の導入やnon-HDLコレステロールを動
脈硬化危険因子の指標の1つに加えるなど従
来との違いがみられ、理解が浸透するまで
には若干時間がかかるかなといったところで
す。学会自体でも啓蒙セミナーを開催して理
解を広めるべく準備を行っているようです。
当内科医会でも必要なら取り上げたいと思
っています。

数日前から30℃を超える真夏日が続いてい
ます。出来るだけ毎日1万歩以上歩くのを日
課にしていますが、熱中症にならないように
水分や塩分の補給を行いながらがんばりたい
と思います。

先生方も健康に留意されこの暑い夏を乗り
切ってください。ご自愛ください。

当内科医会関連の講演会は以下の通りです。

○平成24年3月6日（火）

【国立病院機構宮崎病院医療セミナー】

「健康と長寿は運動から！～ロコモティブ
シンドロームって知っていますか～ロコ
モ予防を地域から」

宮崎大学医学部整形外科学

教授 帖佐 悦男 先生

○平成24年6月6日（水）

【国立病院機構宮崎病院医療セミナー】

「ここまで進んだ胃・食道がん治療」

宮崎大学医学部内科学講座

消化器血液学分野助教 三池 忠 先生

（文責：小堀 祥三）

西都市・西児湯内科医会だより

今年の夏はロンドン五輪を筆頭にスポーツ行事が目白押しでしたので、盛り上がり過ぎてアルコールの量が増えてしまったり、寝不足になられた先生方も多かったのではないのでしょうか？このようにスポーツを楽しむことができるのは、日本という国が政治は三流であっても今のところ見掛け上は平和で、それなりに安定しているからなのでしょう。

さて、県による二次医療圏の再編に関して、西都児湯医療圏は見直し基準に該当し、再編の検討が行われるようです。西都市西児湯医師会自体も会員数は少なく、様々な問題も抱えており、このままいつまでも存続していけるかどうか心配なところです。

平成24年4月からの学術講演会は以下の通りです。

講師の先生方ありがとうございました。

○平成24年5月18日（金）

「早期癌の診断と治療～スクリーニングからESDまで～」

「上部消化管出血における酸分泌抑制の重要性」

市民の森病院 消化器科

宮田 義史 先生

○平成24年7月12日（木）

「認知症診断と薬物治療について」

国際医療福祉大学

福岡リハビリテーション学部

准教授 馬場 康彦 先生

（文責：黒木 重晶）

南那珂内科会だより

例年になく大雨をもたらし各地に甚大な災害を及ぼした梅雨もやっと明けましたが、今年の夏は電力不足で計画停電の可能性もあるようです。多くの先生方が対処法に苦慮されているようですが、そういう事態にならないように私も節電には十分注意したいと思います。

さて、この度日南市立中部病院に内科の常勤の先生が赴任され救急外来も受け入れてもらえるようになりました。

当内科会でも大変ありがたい事と感謝している次第です。

平成24年の学術講演会は以下の通りです。

○平成24年2月16日

「変わりゆく消化管臨床を再考する～酸関連疾患・NSAIDs～」

藤元早鈴病院

消化器内科部長 駒田 直人 先生

○平成24年6月1日

「Tolvaptanの使用経験」

藤元中央病院循環器科 長友 美達 先生

「循環体液調節ペプチドの最近の話題」

宮崎大学医学部内科学講座

教授 北村 和雄 先生

○平成24年7月3日

「CKDと貧血」

昭和大学医学部腎臓内科学

教授 秋澤 忠男 先生

(文責：山口 幹生)

西諸内科医会だより

南九州、まだ梅雨明け宣言がありません。今季は台風とも重なり、各地で記録的な降雨量により災害をもたらしています。梅雨明け後の猛暑がまた懸念されます。

昨年3月の東日本大震災、福島原発事故が起きてから1年余りの歳月が経過しました。私達、国民にはその記憶はまだ生々しく消える事はありません。災害事故の当初の報告、対策事項が今頃（7月）国会でとりあげられ議論されています。米国は福島原発の事故当初、いち早くメルトダウンの併発による事故対策事項を日本に報告、提供しています。唯一の被爆国であります日本が、その対応に遅れた事には今の国政には情けない気がします。今後、環境エネルギー安全対策に国会並びに原子力安全保安院は十分対応してくれませんか、今の民主党では、支離滅裂、分裂でしょうか？もはや優柔不断な事はできないはずです。

さて当内科医会は去る3月の総会で役員改選があり、4月より新役員で当内科医会の理事を遂行しています。私を始め、副会長に瀬野晋吾先生、園田定彦先生、理事に前田和伸先生、新添謙一先生、田中哲夫先生、監事に堀英晴先生、野本浩一先生、以上8名の役員です。新進気鋭の先生方ですので、県内科医会の会員方々どうぞ宜しく願い申し上げます。

平成24年の上半期の西諸内科医会の講演会は以下のとおりでした。今後もあらゆる分野からの講演会の企画を考えていますので、当

医師会の先生方の積極的な御参加を期待しております。

○平成24年1月12日（木）

「消化器癌の診断と治療の最前線」

鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科

腫瘍制御学 教授 夏越 祥次 先生

○平成24年2月3日（金）

「身障者スポーツとリハビリテーション」

宮崎大学医学部整形外科

准教授 鳥取部 光司 先生

○平成24年2月24日（金）

「心房細動治療におけるβ遮断薬の使い方」

大分大学医学部臨床検査診断学講座

教授 高橋 尚彦 先生

○平成24年3月16日（金）

「2型糖尿病治療のパラダイムシフト～インクレチンが開いた新しい潮流～」

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 先生

○平成24年5月25日（金）

「PPI時代におけるネキシウムへの期待」

藤元早鈴病院

消化器内科部長 駒田 直人 先生

「GERDの診断と治療」

出水総合医療センター 副院長

消化器疾患センター長 崧山 敏男 先生

○平成24年6月21日（木）

「循環器診療最前線～リスクファクターとしての血糖に対する治療も含めて～」

宮崎市郡医師会病院

心臓病センター長 柴田 剛徳 先生

○平成24年7月12日（木）

「慢性腎臓病（CKD）～紹介基準と治療～」

宮崎大学医学部医学科

血液・血管先端医療学講座 教授

宮崎大学医学部附属病院 血液浄化療法部

部長 藤元 昭一 先生

(文責：宮崎 裕三)

原 稿 募 集

次の原稿締切は平成24年12月24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
およせ下さい。
- 9 用語は新かなづかいによること。
- 10 本誌に掲載された発表内容について
御質問があれば質問趣旨を御送付下
さい。著者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

宮永 省三 田中 宏幸 木佐貫博人
牛谷 義秀 名越 敏郎 佐々木 隆
福島 義隆

編 集 後 記

今回から編集委員になりました、福島と申します。
今までは読者の一人でしたが、これからは皆様方に
いろいろな情報をお伝えする側になり、大変緊張し
ています。なるべくお役に立つように努力していき
ますので宜しくお願いします。

今年の夏は節電の夏で、計画転電が行われるのか
と不安な日々でした。幸いにも実行されず安堵の気
分です。ただ、今年の冬や来年の夏に電力が安定す
るのがやや不安です。また多くの皆さんを寝不足
にさせたオリンピック、団体競技の強さや個人技の
冴えでメダルを多く獲得できて思い出となるオリ
ンピックになったと思います。メダルの獲得のみなら
ず参加した選手全員に拍手を送りたい気分です。

さて今回は血液・血管先端医療学講座教授の藤元
昭一先生、病態解析医学講座救急・災害医学分野教
授の落合秀信先生お二人の紹介と講座の紹介につ
いて寄稿していただきました。特集において平成24年
度診療報酬改定について富田雄二先生に厳しい現状
と今後の問題点についてわかりやすく解説してい
ただきました。Postgraduate Educationでは、村井先
生・日高先生にそれぞれ血管炎症候群・発熱性好中
球減少症について詳しく解説していただきました。
他科からの提言では渡邊先生に骨粗鬆症治療につ
いて日々の診療に直結した事を詳しく解説してい
ただきました。会員の皆様の随筆・俳句・短歌・写真
など作品投稿に対して感謝申し上げます。理事から
ひとつことでは在宅・日々の診療を取り巻く法律の
問題や、社会のデジタル化と患者さんの診察で必要
な五感(アナログ)の大切さを提示していただきました。

本誌の編集に初めて携わり、分からない事ばかり
でしたが、編集委員の先生方やスタッフの方々の御
協力を得て作業することができました。この場を借
りて感謝の言葉に変えさせていただきます。会員の
皆様、興味をもたれたことや情報の共有化を考えら
れている先生がいらっしゃいましたら編集委員まで
ご連絡をいただければ幸いです。心よりお待ちしております。
(福島 義隆)

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 宮永 省三
印刷所 愛文社印刷所