

[ 巻 頭 言 ]

## 夜間一次救急に思う

宮崎県内科医会副会長

大 窪 利 隆

平成24年度宮崎県内科医会は第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）の担当でしたので10月13日（土）に開催しました。盛会に終わり栗林会長も安堵されたようです。

さて夜間一次救急の件ですが都城北諸県郡では昭和60年7月より医師会病院開院と同時に夜間救急医療センター（19：00～7：00）を病院と併設で開設しており、運営は公設で宮崎市夜間救急医療センターと同じです。

私は以前医師会病院担当理事をしておりましたが医師会立共同利用施設の連絡協議会が九州では毎年、全国の連絡協議会は隔年で開催されておりました。私の記憶では県庁所在地で無い都市で24時間体制の所はあまり無かったと思います。

当直は宮崎大学第一外科，脳神経外科，第一内科，第二内科，小児科からの医師派遣と医師会会員で特に小児科は福岡大学医学部小児科から医師会病院に派遣して頂いている医師が殆ど準夜，深夜を担当されています。

この地域は二次救急を受けられる県立病院等がありませんので医師会病院のスタッフにどうしても負担がかかります。

都城市，三股町の行政からの支援で平成26年11月には医師会病院，夜間救急医療センター，健康サービスセンターが高速道路インター近くに移転の予定です。三次救急の宮崎への搬送，西諸地区からのアクセスも便利になります。

私たちは今インターネットで世界中の事を知ることが出来，携帯電話，スマートフォン等便利な時代に生きています。自民党が政権に復帰安倍首相のもと経済再生の意気込みですが政治に頼るだけでなく我々医療従事者も‘ごみを回収することを考えるよりごみを出さないことを考える’ような生き方を忘れてはならないと考えます。

## ご挨拶



宮崎大学医学部外科学講座循環呼吸・総合外科学分野

中村 都英

平成24年7月1日に、宮崎大学医学部外科学講座循環呼吸・総合外科学分野の教授に就任いたしました中村都英です。宮崎県内科医会の諸先生方、どうぞよろしく願いいたします。

私は佐賀市の生まれで、昭和56年に宮崎医科大学を2期生として卒業しました。学生時代は柔道部に所属しましたが、在学中の6年間は大学構内に道場がなく、清武町木原のお寺の住職さんの御好意で本堂の畳の上で練習しました。お寺は息子さんからお孫さんへと継承されております。卒業後は直ちに第2外科（現在の循環呼吸・総合外科）に入局いたしました。当時の教授は呼吸器外科の富田正雄先生でした。学生時代にコンパと称して各医局の先生方との交流がありました。第2外科とのコンパの際に“君らが宮崎で頑張らないと、将来、母校はどこですかと問われたときに、母校はなくなりましたと答えなければならぬ時代が来るかもしれない”との言葉を頂き、この先生についていこうと思ったのが入局の動機の一つでした。（確かに宮崎医科大学という名前はなくなりました。）その

後、富田教授は長崎に栄転され、心臓血管外科が専門の古賀保範先生が後を引き継がれました。関連病院での勤務の後に、卒業後7年目に心臓血管外科を専門にするよう古賀教授より指示され、その後は現在に至るまでひたすら心臓血管外科を続けております。古賀教授急逝の後、後任の鬼塚敏男教授と共に医局員の減少に苦勞しながら10年を過ごし、宮崎県立延岡病院心臓血管外科に勤務させていただきました。自分が思い描いた心臓血管外科の診療を行い、地域医療に貢献している実感と心臓血管外科医としての喜びを感じた3年間でした。この場を借りて県北の諸先生方に御礼申し上げます。

現在の我々の活動内容を述べたいと思います。大学に勤務する医局員は私を含めて16名です。この人数で、心臓血管外科と呼吸器外科及び総合外科をカバーしています。心臓血管外科グループは主に成人心臓血管外科を中心に診療を行っていますが、特に大動脈疾患に対するステントグラフト挿入術は県内全域から患者さんが受診されます。また、先天性心疾患や末梢血管疾患に対してもしっかりと対応し、最新の医療を提供しています。冠動脈バイパス術は殆ど人工心肺を用いずに施行し、僧帽弁閉鎖不全に対する形成術もほぼ100%施行可能となってまいりました。呼吸器外科グループは肺疾患や縦隔腫瘍に対して、従来の開胸手術から内視鏡を用いた、傷が殆ど目立たない低侵襲な手術へと移行しております。もちろん安全を十分担保し、患者さまに不利益のないことを大前提として、技術を磨きあげています。総合外科グループは消化器外科を中心に診療しておりますが、近年は甲状腺疾患に対する手術数が飛躍的に増

加いたしました。今後は、甲状腺疾患を内視鏡的に手術する技術を習得し、応用する予定であります。このような特徴のある科でございますので、心疾患や大動脈疾患を有する種々の悪性疾患の患者さんに対する手術依頼が非常に多く、治療の優先順位や術式が多角的に検討されます。悪性疾患の手術前に心臓手術を必要とする例が多いのが現状で、心臓手術後に悪性疾患が進行する可能性もあり、入院のまま悪性疾患の手術も完了させています。また、こういった担瘤患者さんの大動脈瘤に対してはステントグラフト内挿術の有効性がいかに発揮され、治療後すぐにでも悪性疾患の手術が可能となります。今後も国際的標準を宮崎県内の患者さまに提供できるよう、いろんな方法で最新の知識と技術を習得し、常に進歩を続けるよう医局員全員で精進しています。

また、地域医療をしっかりと提供することは宮崎大学の使命であります。その意味からは関連病院の充実も我々の責務だと考えております。一時期、我々の科は県北部のかなりの数の国保病院に医師を派遣し、地域医療を支えておりましたが、現在は医局員の減少と共に専門性が生かされる職場に派遣することが多くなりました。しかしながら専門的な高度医療を県内どこでも受けられるようにする努力も地域医療への貢献と考えます。大学に

おいて優秀な医師を育成し、地域医療の担い手となっていただくことも使命と考えております。宮崎県内基幹病院への専門医医師派遣は更に充実するようにしたいと思っておりますし、医師不足に悩む地域への医師派遣も可能な限り協力したいと思っております。そのためにはマンパワーの増加です。何としてでも、宮崎大学に残り宮崎で働きたいと思う医師を増加させなければなりません。楽しい職場で、本来のあるべき姿として魅力ある外科医医師生活を医局員が過ごしてくれれば、学生を引き付けることができると考えております。

ある高名な人工臓器研究の先達のことばである“unlimited optimism, unlimited friendship, unlimited enthusiasm, unlimited curiosity”をモットーとして、与えられた期間の教授職としての仕事をやりぬこうと思います。外科医の成長には多くの手術症例が必要です。一人の外科医が全て手術すれば本人の技術は向上するでしょうが、技術の伝達はできませんし、地域医療への貢献も不十分となります。後輩医師を育てるためにも、ご紹介いただいた患者さまの治療には全スタッフが全力で当たり、最高の結果を提供できるよう心がけておりますので、宮崎県内科医の諸先生方には、今後とも患者様の御紹介をよろしくお願い申し上げます。

**特 集****動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版を読む**

宮崎市 社会医療法人同心会 古賀総合病院

今 村 卓 郎

**1. はじめに**

2007年以来、5年ぶりに動脈硬化性疾患予防ガイドライン（GL）が改定された。本GLは冠動脈疾患の予防を主目的としたものである。今回の大きな改定のポイントとして、次の5つが挙げられる。1）相対リスクではなく絶対リスクの採用（従来のように健常者に対する相対的リスクで評価するのではなく、今回はNIPPON DATA80の疫学調査研究をもとに個々の患者が持つリスクを絶対評価で表現している）、2）動脈硬化性疾患の包括的管理の提唱（動脈硬化性疾患の危険因子である高血圧、糖尿病、喫煙、慢性腎臓病（CKD）、冠動脈疾患の家族歴、冠動脈疾患や脳梗塞および末梢動脈疾患（PAD）の既往、加齢、性を考慮してフローチャートにまとめた）、3）スクリーニングとしての診断基準の導入（境界域高LDLコレステロール（LDL-C）血症の設定、non HDLコレステロール（HDL-C）の導入そしてFriedewald式によるLDL-C値の算出の妥当性を強調した）、4）高リスク病態の管理方針の明確化（冠動脈疾患の既往、糖尿病、CKDおよび家族性高コレステロール血症（FH）について管理方針を明確にした）そして5）エビデンスレベルと推奨レベルの記載（エビデンスレベルは治療介入エビデンスに基づくもので、疫学調査

研究に基づくエビデンスは採用されていない）。以下GLに沿って、概説をする。

**2. 脂質異常症の診断基準**

脂質異常症の診断基準として、LDL-C $>140$ mg/dLは従来どおりであるが、境界域高LDL-C血症としてLDL-C値120～139mg/dLが新たに設けられた。LDL-C値の求め方としては、早朝空腹時の総コレステロール（TC）、中性脂肪（TG）、HDL-Cを測定して、Friedewaldの式（LDL-C = TC - HDL-C - TG/5）から計算する方法を用いる。ただし、食後採血やTGが400mg/dL以上の場合には、non HDL-C（non HDL-C = TC - HDL-C）を脂質異常症の診断に用いることを勧めている。その際、non HDL-C値はLDL-C値に+30mg/dLした値を用い、170mg/dL以上をスクリーニング基準値としている。一方HDL-Cは性差に関係なく40mg/dL未満を低HDL-C血症とし、TGは150mg/dL以上を高TG血症としている点は、従来どおりである。ただし高TG血症にはレムナトリポ蛋白やsmall dense LDLの増加、HDL-Cの低下やメタボリックシンドロームの合併など他の要因の存在が含まれることも多く、注意を要す。non HDL-Cはレムナトリポ蛋白などの動脈硬化惹起性リポ蛋白をすべて含むことから

LDL-Cよりも動脈硬化性疾患の発症予測能に優れているという考え方もあり、最近注目されている。

### 3. 絶対リスクおよびLDL-C管理目標値の求め方

一次予防患者の動脈硬化性疾患発症のリスクを絶対リスクで層別化するために、年齢、性別、糖尿病、喫煙、収縮期血圧、TCを危険因子として解析したNIPPON DATA80を本GLでは採用している。そして、今後10年間の冠動脈疾患死亡率2.0%以上を高リスク群（カテゴリ III）、0.5～2.0%未満を中リスク群（カテゴリ II）、0.5%未満を低リスク群（カテゴリ I）と規定した。カテゴリは前回のGLでは危険因子の数で定義されていたが、今回は絶対リスクで定義されている。しかしNIPPON DATA80には、低HDL-C血症、早発性冠動脈疾患の家族歴、耐糖能異常が危険因子として組み込まれていないので、本GLでは追加リスクとしてこれらの危険因子の有無を評価するステップが一つ加わっている（図1）。今回のGLでは一次予防の場合

の絶対リスクの評価方法が複雑になり、日常臨床現場での簡便性に欠ける点が懸念される。手順を図1および図2A、図2Bに示すが、一度じっくり読んでいただければ難しくはないようである。また絶対リスクは加齢や危険因子の状況によって変化するので、少なくとも年に一回は再検討を実施すべきである。より簡便に行うためには、GLの冊子の巻末に「リスク評価チャートアプリCD-ROM」が付いているので、これを利用するのも一つの手である。絶対リスクおよび追加リスクから求めた管理区分のカテゴリ I～IIIを「リスク区分別脂質管理目標値」の表（表1）に当てはめて管理目標値が求まる。ただし、これらの値は必ず到達しなければならない数値というわけではなく、メタ解析の結果からは、LDL-Cを20～30%低下させることで冠動脈疾患が約30%減少することも示されている。治療の原則として、一次予防はまず食事療法、禁煙、運動療法などの生活習慣の是正を行った上での薬物療法であるが、二次予防では生活習慣の是正と薬物療法は同時に考慮する。今回のGLでは、動脈硬化性疾患の予防

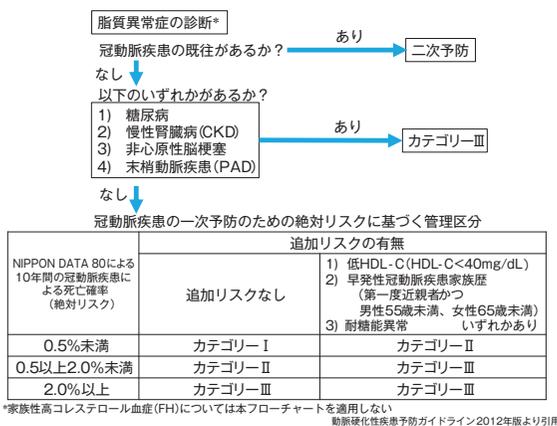


図1. LDLコレステロール管理目標設定のためのフローチャート。

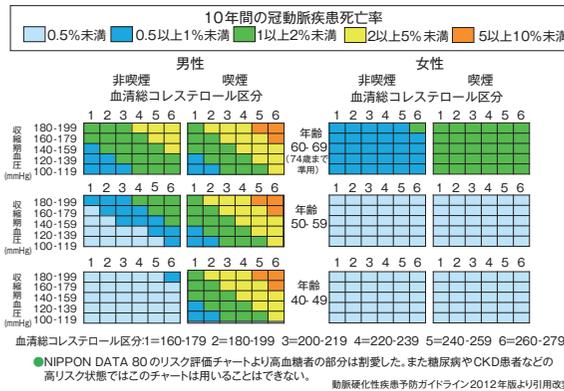


図2A. 冠動脈疾患絶対リスク評価チャート（一次予防）.  
絶対リスクは危険因子の変化や加齢で変化するため少なくとも年に1回は絶対リスクの再評価を行うこと。

ステップ1 図で性別、年齢、現在喫煙の有無、収縮期血圧 (mmHg)、TC (mg/dL) で該当する部分をチェックする。

絶対リスク2%以上 → カテゴリーⅢ  
絶対リスク2%未満 → ステップ2へ

ステップ2 低HDL-C血症 (<40mg/dL)、冠動脈疾患の家族歴、耐糖能異常のいずれかがあるか？

絶対リスク0.5以上2%未満 +あり → カテゴリーⅢ  
絶対リスク0.5以上2%未満 +なし → カテゴリーⅡ  
絶対リスク0.5%未満 +あり → カテゴリーⅡ  
絶対リスク0.5%未満 +なし → カテゴリーⅠ

- 補足事項
- 1) TC160未満は160~179の区分を用いる。
  - 2) TC280以上は260~279の区分を使う。
  - 3) 収縮期血圧100未満は100~119、200以上は180~199を用いる。
  - 4) 75歳以上は本ガイドラインを適用できない。第15章「高齢者」を参照すること。40歳未満は相対リスクチャートを用いる。
  - 5) 血圧の管理は高血圧学会のガイドライン、糖尿病の管理は糖尿病学会のガイドラインにしたがって行う。
  - 6) 喫煙者は絶対リスクのレベルに関わらず禁煙させることが望ましい。

動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版より引用

図2B. 冠動脈疾患絶対リスク評価チャート（一次予防）.  
図2Aで得られた絶対リスクから最終的に当該カテゴリーを導き出す。

表1. リスク区分別脂質管理目標値.

| 治療方針の原則                             | 管理区分     | 脂質管理目標値 (mg/dL) |       |      |           |
|-------------------------------------|----------|-----------------|-------|------|-----------|
|                                     |          | LDL-C           | HDL-C | TG   | non HDL-C |
| 一次予防<br>まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適用を考慮する | カテゴリーⅠ   | <160            | ≥40   | <150 | <190      |
|                                     | カテゴリーⅡ   | <140            |       |      | <170      |
|                                     | カテゴリーⅢ   | <120            |       |      | <150      |
| 二次予防<br>生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する        | 冠動脈疾患の既往 | <100            |       |      | <130      |

- 家族性高コレステロール血症については9章を参照のこと。
  - 高齢者(75歳以上)については15章を参照のこと。
  - 若年で絶対リスクが低い場合は相対リスクチャートを活用し、生活習慣の改善の動機付けを行うと同時に、絶対リスクの推移を注意深く観察する。
  - これらの値はあくまでも到達努力目標値である。
  - LDL-Cは20~30%の低下を基準とすることも考慮する。
  - non HDL-Cの管理目標は、高TG血症の場合にLDL-Cの管理目標を達成した後の二次目標である。TGが400mg/dL以上および食後採血の場合は、non HDL-Cを用いる。
  - いずれのカテゴリーにおいても管理目標達成の基本はあくまでも生活習慣の改善である。
  - カテゴリーⅠにおける薬物療法の適用を考慮するLDL-Cの基準は180mg/dL以上とする。
- 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版より引用

のために脂質異常症のみならず、高血圧、糖尿病、メタボリックシンドローム、高尿酸血症などへの介入に関しても記載がなされている。なお、低用量アスピリンの動脈硬化性疾患の一次予防に対する有用性は、出血性合併症リスクの問題もあり、必ずしも明らかにはなっていない。日本人の2型糖尿病を有するハイリスク患者においてすら、低用量アスピリンの動脈硬化性疾患の一次予防効果は実証されなかったが、65歳以上の高齢者でのみ予防効果が示された（JPAD試験）。本GLは基本的には65歳未満の成人に適用されることを前提に作成されたが、65歳～75歳の前期高齢者にも適用可能であり、その際の絶対リスクの算出には60歳～69歳の区分を準用する。一方、40歳未満の脂質管理の是非については主治医に委ねられているが、管理する場合の絶対リスクは40歳～49歳の区分を準用する。二次予防に関しては、LDL-Cの管理目標を100mg/dLよりさらに低く設定すべきか否かについては我が国のエビデンスが乏しいため前回のGLと同様の値になっている。高TG血症が前面に出てくる脂質異常症の管理ではLDL-Cではなく、non HDL-Cが有用である。

#### 4. 動脈硬化の危険因子

脂質異常症以外の動脈硬化性疾患の危険因子の中で、喫煙者は非喫煙者と比較してHDL-Cが有意に低く用量反応関係が認められ、さらに禁煙によって非喫煙者レベルにまで上昇することが示されている。また冠動脈疾患の家族歴では、特に第I度近親者また早発性（発症年齢が男性で55歳、女性で65歳未満）冠動脈疾患の家族歴が冠動脈疾患発症の強い危険因子と指摘されている。その他の考

慮すべき危険因子として、Lp(a)、レムナントリポ蛋白、small dense LDL、酸化LDL、アポB、脂質やアポ蛋白の比、CRPなどの炎症関連マーカー、ホモシステイン、血液凝固・線溶因子などが挙げられている。

LDL-C管理目標設定のためのフローチャートを辿っていく上で、キーになる危険因子として、冠動脈疾患の既往の有無、糖尿病、CKD、非心原性脳梗塞、PADが挙げられている。冠動脈疾患既往患者の心血管イベント発症率は、一次予防対策患者より高いことは、明らかである。CKDとは、微量アルブミン尿や蛋白尿などの腎障害かつ/あるいは糸球体濾過率の低下で判定される腎機能低下が3ヶ月以上持続する病状をいい、2007年のGLでは危険因子として取り上げられてはいなかったが、今回新たに危険因子として導入された。CKDが心血管疾患の高いリスクであることにはCKDに伴う古典的な危険因子が関係するが、CKDそのものが心血管疾患の原因となるか否かは議論のあるところである。PADが危険因子となることには異論はないが、腹部大動脈瘤、頸動脈硬化、動脈硬化性腎動脈狭窄症なども冠動脈疾患を含めた動脈硬化性疾患との関連性が指摘されているが、我が国における前向き調査が不十分ということで今回は、危険因子の中には盛り込まれてはいない。

#### 5. 治療

##### A) 生活習慣の改善

動脈硬化性疾患予防のための生活習慣の改善として、以下の7項目が挙げられている。  
①禁煙し、受動喫煙を回避する。禁煙の効果は、開始とともに速やかに現れ、禁煙期間が

長くなるほどリスクはさらに低下する。受動喫煙により、冠動脈疾患のみならず糖尿病の発症も増加することが報告されている。②過食を抑え、標準体重を維持する。過食と身体活動不足はメタボリックシンドロームの主な原因であり、TGの増加およびHDL-Cの減少をきたす。③肉の脂身、乳製品、卵黄の摂取を抑え、魚類、大豆製品の摂取を増やす。コレステロールと動物性脂肪（飽和脂肪酸）の過剰摂取は血清TC値を増加させる。飽和脂肪酸の代わりに魚類、特に青魚に含まれるn-3系多価不飽和脂肪酸をとるようにする。④野菜、果物、未精製穀類、海藻の摂取を増やす。炭水化物は、エネルギー比を50～60%とし、玄米や大麦などの未精製穀類、大豆、野菜類、海藻類、果物類、イモ類を摂取することで食物繊維を増やすことが勧められる。食物繊維は、脂肪の吸収を抑える。⑤食塩の摂取を控え、一日6g以下を目標とする。⑥アルコールの過剰摂取を控え、一日25g以下に抑える。⑦有酸素運動を毎日30分以上行う。身体活動の低下は冠動脈疾患や脳血管障害などの動脈硬化性疾患の危険因子である。運動の血清脂質値に対する効果で最も顕著なものはHDL-Cの増加である。なお、本GLには、運動によるLDL-CやTGに対する効果については記載がないが、運動によりTGは減少するが、LDL-Cは変化がないという知見がこれまでは多いようである。

#### B) 薬物療法

薬物治療の前に、治療の基本は食生活の是正や身体活動の増加、適正体重の維持および禁煙などの生活習慣の改善である。一次予防においては、絶対リスクの高い患者に限って薬物療法を行うが、LDL-Cが180mg/dL以上

を持続する場合は家族性高コレステロール血症の可能性も鑑みて薬物療法を考慮する。また、2型糖尿病、CKD、非心原性脳梗塞、PADを合併する場合は、一次予防でも厳格な脂質管理が必要である。二次予防においてはより厳格な脂質管理が必要なことは言うまでもない。以下に各種薬剤の特徴と選択基準を記す。

#### 1) スタチン

スタチンはコレステロール合成の律速酵素であるHMG-CoA還元酵素を拮抗的に阻害し肝臓でのコレステロール合成を抑制することで、LDL受容体の合成を促進し、血中のLDL-Cの減少をもたらす。さらに肝臓でのコレステロール合成低下によるVLDL合成分泌の抑制はTGの低下をもたらす。妊婦には禁忌である。

#### 2) 陰イオン交換樹脂（レジン）

腸管内で胆汁酸を吸着し、胆汁酸の再吸収による腸肝循環を阻害することで、コレステロールから胆汁酸への異化を促進する。しかし肝臓でのHMG-CoA還元酵素の活性化をもたらす、コレステロール合成亢進を伴うことがある。したがって、スタチンとの併用が効果的である。一方、併用薬を吸着する可能性もあり、服薬時間をずらす必要がある。

#### 3) プロブコール

黄色腫に対する退縮効果および強力な抗酸化作用が特徴的であるが、LDL-C以外にHDL-Cも低下させる。しかし、大規模臨床試験が行われていないので、その位置づけは限られている。副作用として、QT延長やtorsade de pointesが報告されている。

#### 4) ニコチン酸誘導体

LDL-C低下作用とHDL-C上昇作用を有し

ているが、副作用として、顔面紅潮や掻痒感、インスリン抵抗性を悪化させる可能性がある。

#### 5) フィブレート系薬剤

高TG血症に最も効果的で、HDL-Cを増加させる効果も強い。主な副作用としては、腎機能障害患者での横紋筋融解症があり、特にスタチンとの併用時に頻度が高まる。

#### 6) イコサペント酸エチル (EPA)

TGを低下させるが、LDL-Cは低下させない。n-3系多価不飽和脂肪酸であるEPAは、冠動脈イベント抑制効果が示されている。抗血小板作用や抗炎症作用による動脈硬化抑制も期待されている。副作用としては出血傾向に注意する必要がある。

#### 7) 小腸コレステロールトランスポーター阻害薬 (エゼチミブ)

小腸における食事および胆汁由来のコレステロール吸収を抑制し、LDL-Cを低下させる。またHDL-Cを増加させ、TGを低下させることも言われている。スタチンとの併用が、理論的に効果的であり、かつ副作用を増強するという報告はない。

#### 8) 併用療法

わが国で有効性が認められている併用療法は、①スタチンとレジン、②スタチンとフィブレート系薬剤（横紋筋融解症に注意）、③スタチンとプロブコール、④スタチンとニコチン酸誘導体、⑤プロブコールとニコチン酸誘導体、⑥スタチン、プロブコールとレジン、⑦スタチンとエゼチミブなどがある。薬物療法開始後のフォローアップとして最初の3ヶ月は毎月、その後は少なくとも3ヶ月毎の血液検査が望ましい。スタチンのうちプラバスタチンとロスバスタチン以外の脂溶性スタチ

ンは肝臓のCYPで代謝されるため、同様にCYPで代謝されるCa拮抗薬や一部のARBとの併用が問題となる可能性があるが、実際には臨床的に問題となった報告はない。またレジンは、脂溶性薬剤の吸収を抑制する可能性があるため、脂溶性薬剤はレジン服用と1～4時間ずらす工夫が必要である。

### 6. メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームは高LDL-C血症とは独立した冠動脈疾患のハイリスク病態であり、その診断基準にはLDL-C値は含まれていない。高LDL-C血症にメタボリックシンドロームを合併すると冠動脈疾患のリスクはより高くなり、運動や食生活などの生活習慣の改善が必要になる。

### 7. 家族性高コレステロール血症 (FH)

FHヘテロ接合体は、高LDL-C血症（未治療でLDL-C値が180mg/dL以上、ただし250mg/dL以上あればそれだけでFHを疑う）、早発性冠動脈疾患、腱（アキレス腱肥厚>9mm）・皮膚黄色腫を3徴としたLDL受容体またはその関連遺伝子の異常で発症する常染色体優性遺伝疾患（500人に1人の割合）である。FHヘテロのLDL-C管理目標値は100mg/dL以下とし、生活習慣の是正、スタチンを中心とした薬物療法そしてLDLアフェレーシスなどで介入を行う。ただし若年女性では、レジン以外の薬物は胎児に対する催奇形性のリスクがあるため注意が必要である。FHホモでは、より強力なLDL-C低下療法を要し、4～6歳頃からのLDLアフェレーシスが必要となる。

## 8. 冠動脈疾患

冠動脈疾患を有する患者では、表1にあるようにLDL-C 100mg/dL未満が管理目標値として掲げられている。そのうち、急性冠症候群、喫煙、糖尿病、CKD、非心原性脳梗塞、PAD、メタボリックシンドローム、主要危険因子の重複を合併する群は、冠動脈イベントの再発リスクが高いので、より厳格なLDL-Cの管理が必要である。しかしこうした冠動脈疾患を有するより高リスクの患者に対して、今回の改訂では、海外のGLのようにLDL-Cの管理目標値70mg/dLといった記載はなく、主治医の判断に委ねられている。また、急性冠症候群を発症した患者では、早期からの厳格なLDL-C低下療法が推奨されている。

## 9. 糖尿病

糖尿病患者におけるスタチンの一次予防効果が認められている。本GLでは耐糖能異常は糖尿病とは区別されている。海外では、糖尿病をcoronary risk equivalentとしてLDL-C値の管理目標値を100mg/dL未満としているが、我国ではそうした根拠が十分ではなく120mg/dL未満を管理目標としている。しかし、細小血管症合併、血糖コントロール不良の持続、喫煙、非心原性脳梗塞、PAD、メタボリックシンドローム、主要冠危険因子の重複を認めるケースでは目標達成は必須であり、これらの特徴を複数合併する場合には100mg/dL未満を管理目標として考慮しても良いと思われる。

## 10. CKD

透析患者を除くCKD症例におけるスタチ

ンの総死亡や心血管死に対する有用性は認められているが、透析患者のみを対象とした試験では、心血管事故抑制効果は認められていない。CKDは糖尿病に匹敵する心血管リスクの病態としてLDL-C管理目標値が設定されている。

## 11. 脳血管障害

脳血管障害の危険因子は年齢、収縮期血圧、喫煙、糖尿病であり、TCなどの脂質の値はリスクとは認められていない。非心原性脳梗塞に限定しても、我が国の疫学研究では、血清コレステロール値とその発症率の間に有意な関係は認められていない。しかし脳梗塞の病型別にリスクを検討した久山町研究ではアテローム血栓性脳梗塞でLDL-Cが発症リスクであることが報告されている。一方、低コレステロールが脳出血のリスクであることは、我が国を含めて多くの報告がある。またHDL-Cが低値であるほど脳梗塞の発症率が上昇することも多く認められている。TGと脳血管障害の関係については、一定の関係が認められないとの報告が多い。一方で、重要なことはスタチンによるコレステロール低下療法によって、脳梗塞の発症率が有意に低下し、脳出血の発症率は増加しないということである。脳卒中の再発予防（脳卒中の二次予防）に関するスタチンの効果をみたSPARCL試験では、脳梗塞の再発は有意に減少したが、脳出血は有意に増加した。また、脳卒中既往者にスタチンとEPAを併用するとスタチン単独よりも脳卒中の再発が減少したJELISのサブ解析もある。以上のように観察研究ではコレステロール値が脳血管障害のリスクとは認められていないにも拘わらず、スタチンに

よって脳血管障害が減少する理由やコレステロール低下療法に伴う脳出血リスク（特に二次予防の場合）に関してはさらなる検討が必要である。脳梗塞予防には、まず血圧、喫煙などのリスク管理を優先し、そのうえで脂質管理を考慮するのが良い。

## 12. 高齢者

加齢とともに動脈硬化疾患は激増する。高齢者における脂質異常症の治療の基本は食事療法、運動療法であるが、高齢者ほど一筋縄ではない。薬物療法に関しても副作用に注意が必要である。このGLでは、前期高齢者（65歳以上75歳未満）では成人と同様に高LDL-C血症が冠動脈疾患の重要な危険因子であり、スタチン治療を冠疾患の一次および二次予防に対して、また脳梗塞の一次予防に対して推奨している。一方、後期高齢者（75歳以上85歳未満）および超高齢者の脂質管理については殆ど研究がないことから本GLは、後期高齢者の高LDL-C血症では、冠動脈疾患の二次予防に対してはスタチン治療を推奨しているが、一次予防に関しては、主治医の判断に委ねている。

## 13. 女性

TCおよびLDL-C値は、40歳代までは男性が高いが、50歳代以降になると閉経の影響で、女性のほうが高くなる。一方、女性の心筋梗塞の発症率や死亡率は男性に比べてかなり低いが、脳梗塞の発症率は心筋梗塞に比べて男女差が少ない特徴がある。女性では喫煙

が動脈硬化疾患の発症リスクとして特徴的である。我が国のMEGA Studyのサブ解析で、55歳以上の女性の冠動脈疾患+脳梗塞、特に脳梗塞の発症が食事療法単独よりプラバスタチン併用により有意に減少したことが報告された。以上のような点を考慮して、閉経前女性の脂質異常症に対しては、生活習慣の改善による非薬物療法が中心で、FHや冠動脈疾患二次予防、および一次予防のハイリスク患者に対しては薬物療法が推奨される。閉経後女性の脂質異常症に対しては、生活習慣の改善を優先し危険因子を考慮したうえで薬物療法も考慮することを勧めている。

## 14. おわりに

以上、動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版から要点をピックアップしてみると、一次予防管理区分のカテゴリー IIIに属する危険因子として、従来の糖尿病、脳梗塞、PADにCKDが新たに加わったこと、およびカテゴリーの定義が危険因子の数からNIPPON DATA80に基づく絶対リスク+追加リスク（低HDL-C血症、早発性冠動脈疾患家族歴、耐糖能異常）の有無に変わったことの2点に尽きるように思われる。先生方の日常臨床における脂質異常症の管理の一助に繋がれば幸いです。

## 15. 謝辞

日本動脈硬化学会の転載許可を得て、本文中の図・表は引用させていただいた。

[会員投稿論文]

## 変化する頸動脈プラーク

都城市 鶴木循環器内科医院

鶴木 俊 秀

### 要 約

高年齢や、高血圧などの危険因子が多数存在するほど、頸動脈プラークが存在する頻度は多くなる。これらの中には多彩な形態をしめすプラークも認められる。

また、これらのプラークは経時的に観察すると、多様に変化していくことがある。

その変化は、プラークの潰瘍形成や、プラーク内出血によるものが大きい。このようなプラークはvulnerable plaqueと表現され、プラークでの血栓形成から脳梗塞を来す危険性がある。また冠動脈疾患など、他の全身の血管と同様の危険性を示唆する病態とも捉えられる。私の経験した症例を呈示する。

### はじめに

経時的に多彩に変化していった頸動脈プラークの3症例を呈示する。

### 症例と経過

#### 【症例1】

78歳、男性。71歳時に脳梗塞発症。その後、脳外科にて抗血小板剤を投与されていた。危険因子として糖尿病、高血圧、高脂血症あり。75歳時に当院受診。頸動脈エコーにて、右内頸動脈に低エコー輝度の狭窄性プラークを認

めた(図1a)。

その後、当院ではスタチン投与を追加。1年半後の頸動脈エコーでは、プラークの潰瘍形成と斑状のエコー輝度の増加を認めた(図1b)。

#### 【症例2】

78歳、男性。75歳時に当院を初診。とくに無症状であったが、左頸部に血管雑音を聴取するため、頸動脈エコーを施行。

左頸動脈球部から左内頸動脈にかけて等輝度エコーであるが、一部に薄い被膜をもつ低エコー域を認めた(図2a)。

治療としてはスタチン、抗血小板剤を投与。2年半後の頸動脈エコー所見では、薄い被膜は断裂し、拍動性に浮遊する小さなflap状の構造物を認めた(図2b)。

またその近位部のプラークは、一部に低エコー域が出現し、拍動性に動く可動性のプラークに変化していた(図2c)。

#### 【症例3】

64歳 男性。61歳時に狭心症疑い、高LDL血症にて当院受診。

運動負荷心電図陰性では陰性であり、症状からは冠攣縮性狭心症を疑った。



図1 a. 右内頸動脈に低エコー輝度の狭窄性プラークを認める。

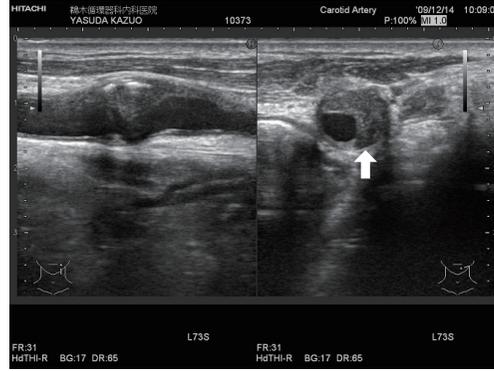


図2 a. 等エコー輝度のプラークの一部に薄い被膜に覆われた低エコー輝度の部分を認める (白矢印)。

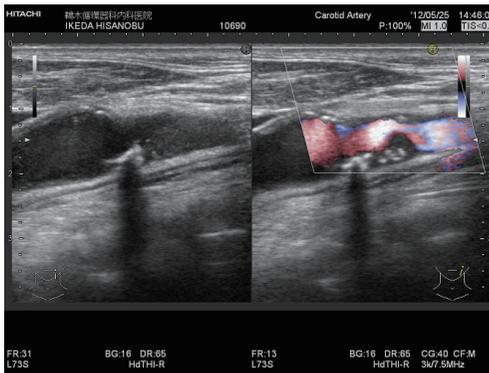


図1 b. 1年半後、プラークは斑状にエコー輝度の増加した部分を認め、潰瘍形成も認める。



図2 b. 2年半後、そのプラークを覆っていた被膜は断裂し、flap状に拍動性に動いていた (白矢印)。

頸動脈エコーにて左内頸動脈に70%狭窄の低エコー輝度の、被膜をほとんど認めないプラークを認めた (図3 a)。

Ca拮抗剤, アスピリン, スタチンにて治療を開始した。

その1年後, さらに2年後, 3年後の頸動脈エコーの変化を示す (図3b, c, d)。

1年後にはプラークのエコー輝度の増加を認めたが (図3 b), その1年後, 再度プラーク内に低エコー域の出現や石灰化と考えられる高エコー輝度の部分の出現し, 不均一なプラークに変化していた (図3 c)。更に1年後にはプラークの破裂も来し, 血流がプラーク



図2 c. その近位部のプラークは拍動性に動いており, 可動性のプラークに変化していた。またプラーク内部に低エコー域 (白矢印) の新たな出現を認めた。

内に流入するのを認めた (図3 d)。



図3a. 左内頸動脈に低エコー輝度のプラークを認め、ほとんど被膜性と考えられるエコー所見を認めない。

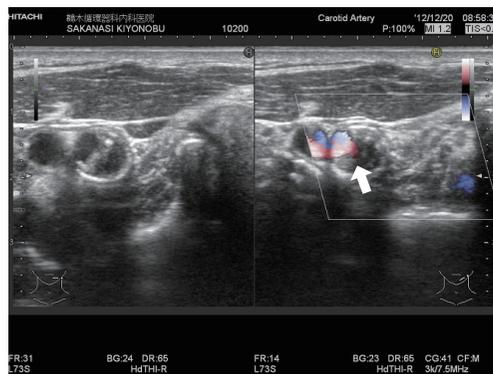


図3c. さらに2年後には内部に高エコー輝度の部分を不均一に認め、プラークの一部に潰瘍形成を示唆する、血流エコーのプラーク内への流入（白矢印）を認めた。

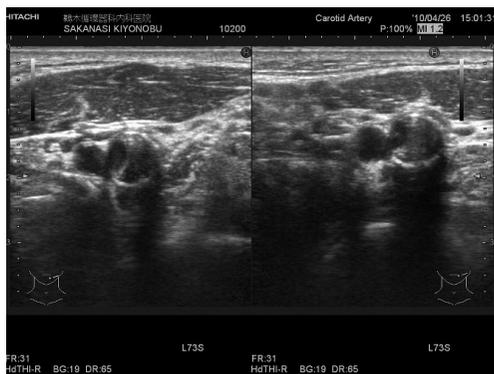


図3b. 1年後、プラークのエコー輝度は増加していた。

### 考 察

頸動脈エコー上、低エコー輝度のプラークは脂肪や血液成分を、等エコー輝度は線維性成分を、高エコー輝度は石灰化成分を示唆するとされる。

頸動脈プラークは多彩な形態を示す。安定した変化の少ないプラークもあれば、なかには潰瘍形成やプラーク内出血などをおこして多彩に変化していくプラーク (vulnerable plaque) がある。

線維性成分が主体のプラークは、等エコー輝度で均一なエコーパターンをしめし、安定

しており、変化も少ないことが多い。

しかし低エコー輝度のプラークはその内容は脂質やプラーク内出血とされ、炎症細胞も多く認められるという<sup>1)</sup>。

とくに低エコー輝度のプラークは脳梗塞を発症し易いことが報告されている<sup>2)</sup>。プラークを覆う線維性被膜が薄い場合、被膜が断裂して血栓形成を来す危険性があり、不安定プラークとも表現される。

これらのプラークはこのように潰瘍形成やプラーク内の出血をきたし、多彩に変化していくことがある。頸動脈プラークと冠動脈病変との相関も多数報告されている<sup>3)</sup>。頸動脈に不安定動脈硬化病変がある場合、全身、特に冠動脈にも不安定病変の存在が示唆される、という概念が提唱されており、systemic multiple plaque instabilityと表現される<sup>4)</sup>。

今回呈示した症例1では、頸動脈はスタチン投与後エコー輝度が増加したが、プラークの一部に潰瘍形成を認めた。スタチン投与後の頸動脈エコー所見の変化の特徴として、そのエコー輝度の増加が挙げられる。そのエ

コー輝度の増加は、脂質成分から線維成分への変化を示唆するとされる<sup>5)</sup>。しかし本例のエコー輝度の増加は斑状であった。症例3でも同様のエコー輝度の増強を認めたが、石灰化を示唆するものかもしれない。

症例2では、2年半の経過で、低エコー域を覆う被膜が小さな断裂を来し、その近位部のプラークは拍動性を呈していた。一般に拍動性のプラークは、被膜断裂からプラークがむき出しになっている状態ともいわれる。この症例の場合は、プラーク内に新たに低エコー域の出現も見られプラーク内の出血も疑われた。

症例3は、低エコー輝度のプラークを覆う被膜がエコー上認められない、不安定プラークと考えられた。このようなプラークは血液と輝度がほとんど変わらないため、カラーフローで観察しないとプラークの存在を見落とすことがある。1年後にはスタチンの効果と考えられる内部エコー輝度の増加を認めたが、その後、再度プラーク内に低エコー域の出現や石灰化と考えられる高エコー輝度の部分が出現し、不均一なプラークに変化していった。更にプラークの破裂も来した。

以上、当院で経験した、変化していく頸動脈プラークの症例を紹介した。これらのプラークは経過中に血栓形成から脳梗塞を来す危険性もあり、スタチンを中心とした積極的な危険因子のコントロールが必要であり、経過によっては頸動脈内膜剥離術なども検討

すべき症例かと考えられる。

#### 【参考文献】

- 1) Suzuki M, Tsutsumi Y, Uchiyama S, et al. Carotid ultrasonographic appearance of the rupture of an unstable atheromatous plaque in a patient with acute ischemic stroke. *Inten Med* 2005;44:1320-21.
- 2) Gronholdt L, Nordestgaard G, Schroder V, et al. Ultrasonic echolucent carotid plaques predict future strokes. *Circulation* 2001;104:68-73.
- 3) O'Leary DH, Polak JF, Kronmal RA, et al. Carotid artery intima and media thickness as a risk factor for myocardial infarction and stroke in Older Adults. *N Engl J Med* 1999;340:14-22.
- 4) Rothwell PM, Villagra R, Gibson R, et al. Evidence of a chronic systemic cause of instability of atherosclerotic plaques. *Lancet* 2000;355:19-24.
- 5) Horibata Y, Sugiyama S, Kojima S, et al. Association between instability of carotid plaque and coronary plaque assessed by echogenicity using integrated backscatter and Virtual Histology. *Jpn J Ultrasonics* 2010;37:437-445.

[会員投稿論文]

## 心房細動に失神や眼前暗黒感を伴った4症例

宮崎市 名越内科

名越敏郎

### はじめに

心房細動は日常診療の場でよく遭遇する不整脈である。心房細動の罹患率は年齢とともに増加し、心不全や脳梗塞などの血栓塞栓症の原因となりうる。また、高齢者は洞結節機能や房室結節伝導能が低下することにより、心房細動を生じても頻拍化せず、自覚症状がないか軽微にとどまることもある。他方、心房細動の徐拍化や心房細動停止時の洞停止が原因となり、失神を来すこともある。その時は恒久的ペースメーカー植え込みの適応となるが、徐脈や洞停止を捉えられず、診断に苦慮することも経験する。最近1年間に心房細動に失神や眼前暗黒感を伴った4症例を経験したので報告する。

### 症例 1

＜患者＞ 78歳・男性

＜現病歴＞ 平成22年9月、当院初診時に心房細動を認めた。心房細動は持続したが自覚症状がなく、Warfarinによる抗凝固療法を継続していた。平成24年7月海外旅行中、航空機からゲートに降りた直後に突然意識がなくなり、転倒し頭部を強打した。けいれんは認めず意識もすぐに回復したが現地の病院に搬送され、頭部CTにて急性硬膜下血

腫を認めた。帰国後血腫の増大を認めたため、Warfarinを中止しHeparin点滴下に穿頭血腫ドレナージ術を行った。同時に行った頭部MRI、MRAでは、新たな梗塞や血管狭窄、閉塞は認めず、失神の原因精査のため当院紹介となった。

＜既往歴＞ 特記事項なし。

＜12誘導心電図＞ 心房細動、心拍数63/分、ST-T変化なし。

＜心エコー＞ 軽度のびまん性左室肥大、左室壁運動良好（左室駆出率61%）、軽度の三尖弁逆流（推定肺動脈圧：27mmHg）のみで他に弁膜症は認めず、右心負荷の所見もなし。

＜下肢静脈エコー＞ 明らかな血栓を疑わせる所見なし。

＜Holter心電図＞ 総心拍数：87100 / 24時間で全経過を通じて心房細動。昼間に3.1秒（図1）、夜間に3.4秒のventricular arrestを認めた。心室性不整脈は認めなかった。

＜経過＞ 失神の原因として、航空機から降りた直後であったためエコノミークラス症候群による肺血栓塞栓症も当初疑われたが、飛行時間は1時間程度と長くなく、抗凝固療法中であり、心エコー、下肢静脈エコーでも右心負荷や深部静脈血栓症を疑わせる所見は認

めなかった。また心エコーでも失神を来す器質的心疾患は認めず、意識消失の持続時間は十数秒と短かった。自覚症状は伴わなかったが、Holter心電図で昼間に3.1秒のventricular arrestを認めた(図1)ことより、徐脈性心房細動に伴う失神を考え、恒久的ペースメーカー植え込み(VVI型)を依頼した。植え込み後は失神の再発はない。

## 症例 2

<患者> 79歳・男性

<現病歴> 昭和57年より高血圧症の診断で、当院で降圧剤を服用していた。平成16年診察時に脈の不整を認め(自覚症状なし)、心電図上心房細動を認めた。翌日の心電図では洞調律に復帰しており、その後も発作性心房細動を診察時に認めたが、心房細動中も自覚症状はなく、Warfarinによる抗凝固療法を行っていた。平成24年8月13日、墓参り中に突然、眼前暗黒感が出現し倒れ込むようになり、墓石にしがみつき、5~6秒で元に戻った。同日当院を受診した。

<既往歴> 気管支喘息。

<12誘導心電図> 洞調律、心拍数56/分、左軸変位、心室内変行伝導あり、ST-T変化なし。

<心エコー> 左房拡大(50mm)、びまん性左室肥大、左室壁運動良好(左室駆出率57%)、軽度の僧帽弁逆流と三尖弁逆流を認める。

<Holter心電図> 全経過を通して洞調律であり、自覚症状もなく、房室ブロックや洞停止も認めなかった。

<体外式ループ型イベント心電図およびその後の経過> 体外式ループ型イベント心電計(Parama-Tech社製EV-101:図2)を装着したところ、装着後6日目で、8月13日と同様の眼前暗黒感が出現した。出現時の心電図にて、心房細動停止時に補充収縮を伴わない4秒間の洞停止を認めた(図3)。恒久的ペースメーカーの適応と考えられ埋め込み術(DDD型)が行われた。その後眼前暗黒感は出現していない。

## 症例 3

<患者> 85歳・女性

<現病歴および経過> 昭和58年より高血圧



図1. 症例1  
Holter心電図で3.1秒のventricular arrestを認める。



図2. 体外式ループ型イベント心電計 (Parama-tech 社製 EV-101)

写真のように心窩部に装着するが、装着中に動悸や失神の前兆が出現した時に中央のボタンを押すと、ボタンを押す30秒前から30秒後までの心電図記録保存が可能である。1週間の連続装着が可能で、入浴時は脱着することができる。Holter心電計としても使用可能。

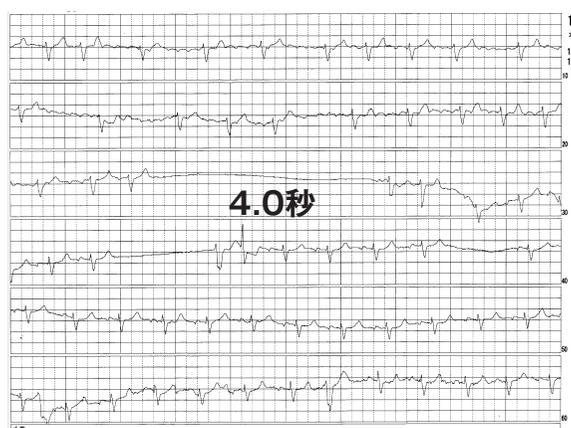


図3. 症例2の体外式ループ型イベント心電計で記録された心電図

眼前暗黒感が出現したためにボタンを押し、4.0秒の心停止が確認された。

で通院中であった。平成18年8月に胸部不快感（胸がもやもやする感じ）を自覚し、心電図で心房細動を認め、平成21年5月よりWarfarinを開始した。心房細動は数ヶ月に1回の割合で、数時間から約半日で停止するが、最近になり胸部不快感の消失に一致して、数秒間の眼前暗黒感が出現するようになった。平成24年11月10日には胸部不快感が持続したため、同日当院受診。心電図では心房細動を

認め、Holter心電図を装着し帰宅した。11月10日18時に心房細動が停止したが、停止時に補充収縮を伴わない6.1秒の洞停止が出現（図4）し、その際に今までと同じような眼前暗黒感が生じた。恒久的ペースメーカー植え込みを依頼し、植え込み後眼前暗黒感は生じていない。

## 症例 4

＜患者＞ 71歳・男性

＜現病歴＞ 高血圧症で治療中であったが、平成12年より発作性心房細動を認めるようになった。平成23年3月より抗凝固薬（Warfarin）と抗不整脈薬（Cibenzoline）が開始されたが、同年9月より出現頻度が頻回となった。Cibenzoline増量を行ったが、心房粗動に変化し、Holter心電図で夜間に最大7.4秒のventricular arrest（図5）を認め、その後心不全症状も来したため電氣的除粗動を行った。Cibenzoline減量後も発作性心房

細動が頻回に出現し、また停止時に眼前暗黒感が出現するようになった。Holter心電図でも心房細動停止時に自覚症状に一致して5.2秒間の洞停止（図6）を認めた。恒久的ペースメーカー植え込みを勧められたが希望せず、カテーテルアブレーションの適応も含め、平成23年11月に当院紹介となる。

＜経過＞ 眼前暗黒感出現は心房細動停止時のみであり、Holter心電図でも洞調律時には洞停止などの異常は認めなかった。また心房粗動は12誘導心電図上粗動波の極性から、三尖弁弁輪部を反時計回転する通常型心房粗動

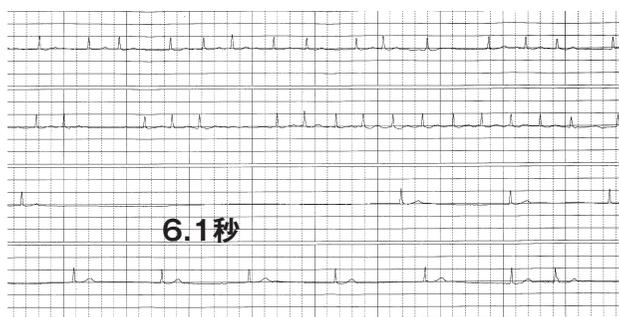


図4. 症例3のHolter心電図  
症状に一致して6.1秒の心停止を認める。

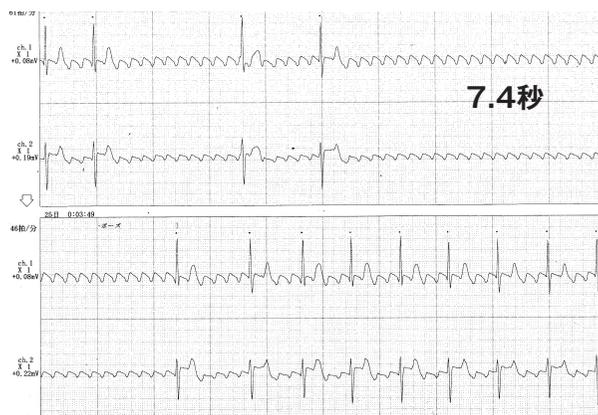


図5. 症例4のHolter心電図  
心房粗動中に7.4秒のventricular arrestが記録されたが、就寝中であつたため自覚症状はなかつた。

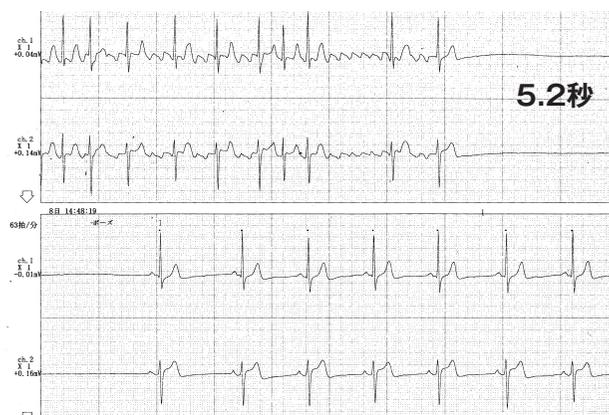


図6. 図5とは別の日に記録されたHolter心電図（症例4）  
心房細動停止時に5.2秒の心停止が記録され、眼前暗黒感を伴った。

と考えられた。そのため発作性心房細動と通常型心房粗動の出現抑制を期待し、カテーテルアブレーションを依頼した。カテーテルアブレーションは平成24年2月20日、心房細動に対し肺動脈隔離術（Box isolation）、通常型心房粗動に対しisthmus ablation（三尖弁弁輪部から下大静脈までの線状焼灼）を行った。CibenzolineとWarfarinは術後3ヶ月で中止したが、術後動悸や眼前暗黒感は完全に消失し、複数回行ったHolter心電図でも心房細動や心房粗動の再発を認めていない。

### 考 察

4症例のまとめを表1に示す。症例1は持続性心房細動であったが、心電図での心拍数は50～70/分と速くなく自覚症状もなかったため、抗凝固療法のみを行っていたが、突然失神し外傷性硬膜下血腫を生じてしまった。また抗凝固療法のため血腫が増大し、穿頭血腫ドレナージ術を要した。徐脈性心房細動は動悸を自覚しない場合も多いが、症例1のように失神し頭部打撲を来すこともある。心

房細動患者で突然の眼前暗黒感が生じた場合は、転倒時頭部打撲のダメージを減らすためにその場にすぐにしゃがみ込むこと、またすぐに医療機関を受診するように指導することも必要と思われた。

症例2～4のように、心房細動停止時抑制されていた洞結節機能が回復するのに時間がかかり、下位からの補充収縮がない場合は、心停止となり失神や眼前暗黒感の原因となる。高位右心房に電極カテーテルを挿入し、高頻拍ペーシングを行い、停止後洞結節からの電気信号再開（洞結節回復時間）が延長することにより診断することも可能であるが（overdrive suppression test）、再現性がない場合も多い。そのために心房細動停止時の心停止を心電図で確認することが大切である。しかし症例2のように、Holter心電図では24時間以内にそのイベントを捉えられないことも多く、最近広く使用されるようになった携帯型イベント心電計は、持続時間の短い心停止や不整脈に対しては機械を取り出し記録開始するまでに時間を要し、記録が困難なこと

表1

| 症例 | 年齢・性別<br>(歳) | 不整脈の種類             | 症状・合併症           | 基礎疾患 | 診断の方法          | 治療                                     |
|----|--------------|--------------------|------------------|------|----------------|--|
| 1  | 78・男性        | 永続性心房細動            | ・失神<br>・外傷性硬膜下血腫 | なし   | Holter心電計      | ・血腫ドレナージ術<br>・恒久的ペースメーカー植え込み<br>・抗凝固療法 |
| 2  | 79・男性        | 発作性心房細動            | 眼前暗黒感            | 高血圧  | 体外式ループ型イベント心電計 | ・恒久的ペースメーカー植え込み<br>・抗凝固療法              |
| 3  | 85・女性        | 発作性心房細動            | 眼前暗黒感<br>胸部不快感   | 高血圧  | Holter心電計      | ・恒久的ペースメーカー植え込み<br>・抗凝固療法              |
| 4  | 71・男性        | 発作性心房細動<br>発作性心房粗動 | 眼前暗黒感<br>動悸      | 高血圧  | Holter心電計      | カテーテルアブレーション                           |

が多い。この2つの欠点を補うため、体外式ループ型イベント心電計が診断に有用なこともある。図2のように心窩部に装着するが、装着中に失神前兆（眼前暗黒感）や動悸が生じた時に中央のボタンを押すことにより、ボタンを押した30秒前から30秒後までの心電図記録保存が可能である。1週間の連続装着ができ、入浴中は脱着することもできる。症例2では装着6日目でイベントが生じ、心停止が確認され恒久的ペースメーカー植え込みを勧めることができた。

失神や眼前暗黒感を伴う徐脈性心房細動や洞停止には通常、恒久的ペースメーカー植え込み術が選択されることが多い。また抗不整脈薬やレートコントロールのために使用されるVerapamilや $\beta$ 遮断薬は、洞停止や極端な徐拍化を来すことがあり恒久的ペースメーカー植え込みを併用することもある。症例4ではペースメーカー植え込みを希望されず、カテーテルアブレーション術により根治された。発作性心房細動に対するカテーテルアブレーションは、左房に流入する肺静脈4本の開口部を線状通電隔離し、肺静脈内から発生する複数の心房性期外収縮が左心房に伝搬す

るのを電氣的に防ぐことを目的に行われる。近年、手技や診断装置、アブレーションカテーテルの発展はめざましく、左房拡大を伴わない発作性心房細動では、45～94%の成功率と59～93%の洞調律維持率が報告されている<sup>1)</sup>。2011年に発表された日本循環器学会のガイドライン<sup>1)</sup>では、著明な左房拡大や高度左室機能低下、重症肺疾患がなく、薬剤抵抗性で自覚症状を有する発作性心房細動で、年間50例以上の心房細動アブレーションを実施している施設で行われる場合は第一選択（Class I）とされている。合併症や再発の危険性はあるが、カテーテルアブレーションは、心房細動停止時のみ心停止をきたす症例では、心房細動発生そのものを抑制することにより心停止も予防できることが期待される。また恒久的ペースメーカー植え込みも回避できる有用な治療法と思われた。

心房細動の有病率は高齢化社会に伴い益々増加していくと考えられ、脳血栓塞栓症予防のために抗凝固療法の重要性が指摘されている。さらに、失神を来す可能性のある心房細動も少なからず存在することも再認識する必要があると思われたため報告した。

(謝辞：資料をご提供いただいた藤元中央病院循環器科，平野秀治先生に感謝申し上げます。)

ドライン (2011年改訂版)，循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2010年度合同研究班報告)。

**【参考文献】**

- 1) 奥村 謙, 他。不整脈の非薬物治療ガイ
-

[Postgraduate Education]

## 臨床膠原病講座 (12) 「関節リウマチ診療 - 最近の話題」

宮崎市 むらい内科クリニック

村井 幸一

### はじめに

本誌第73～75号で関節リウマチについて概説したが、その後、生物学的製剤を中心とした治療は飛躍的に進歩し、関節破壊の完全な抑止が可能となった。最近では、治癒を目指した治療戦略が提唱されているが、その基本は、早期診断、治療目標の設定と目標達成までの治療指針である。具体的には、発症早期の適正な診断のために、米国リウマチ学会 (ACR) と欧州リウマチ学会 (EULAR) は、2010年に新分類基準を発表した。同時にACRとEULARは、関節破壊を抑制し、機能障害を生じさせないための治療目標としての寛解基準を公表した。さらに、寛解という目標達成のための治療の標準化を目的として“Treat to Target (T2T)” と呼ばれる治療指針を提言している。本稿では、新しく発売された治療薬も含めて、関節リウマチ診療の最近の話題について概説する。

### 1. ACR/EULAR分類基準

関節リウマチの診断にはACRが1987年に発表した分類基準が長く用いられてきた。しかし、この分類基準は早期診断には不向きであり、メトトレキサート (MTX) と生物学的製剤を中心とした治療を病初期に導入す

ることが標準となった現在、発症早期に十分な感度で分類できる基準の必要性が高まった。そこで、2010年にACRとEULARは合同で新分類基準を発表した<sup>1)</sup> (表1)。新しい分類基準では、少なくとも1つ以上の関節腫脹が認められ、かつ他の疾患が考えられない場合に、表のスコアリングシステムを用いて診断する。早期からの治療介入を目的としているため感度は高まったものの特異度の低下が指摘されており、鑑別診断をこれまで以上にしっかりと行う必要がある。日本リウマチ学会では、鑑別診断に必要な情報を確実に収集できるようにチェックリストを、また他疾患を慎重に除外するための鑑別診断リストをホームページで公開している (<http://www.ryumachi-jp.com/info/news120115.html>)。

### 2. 診療ガイドラインとT2Tリコメンデーション

日本における関節リウマチの診療ガイドラインとしては2004年に厚生労働省研究班により作成されたものが現在使用されている。これとは別に、新しく診療に導入された薬剤の使用に関するガイドラインが日本リウマチ学会のホームページに記載されている。

ACRとEULARから新分類基準、さらに後

表1. 関節リウマチの新分類基準

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 腫脹又は圧痛関節数（0 - 5点）                   |   |
| 1個の中～大関節 <sup>注1)</sup>             | 0 |
| 2 - 10個の中～大関節                       | 1 |
| 1 - 3個の小関節 <sup>注2)</sup>           | 2 |
| 4 - 10個の小関節                         | 3 |
| 11関節以上（少なくとも1つは小関節）                 | 5 |
| 血清学的検査（0 - 3点）                      |   |
| RFも抗CCP抗体も陰性                        | 0 |
| RFか抗CCP抗体のいずれかが低値の陽性 <sup>注3)</sup> | 2 |
| RFか抗CCP抗体のいずれかが高値の陽性 <sup>注4)</sup> | 3 |
| 滑膜炎の期間（0 - 1点）                      |   |
| 6週間未満                               | 0 |
| 6週間以上                               | 1 |
| 急性期反応（0 - 1点）                       |   |
| CRPもESRも正常値                         | 0 |
| CRPかESRが異常値                         | 1 |

注1：肩，肘，膝，股関節，足首

注2：中手指節間関節（MCP），近位指節間関節（PIP），  
第1指節間関節（IP），第2～5中足趾節間関節  
（MTP），手首

注3：基準値上限より大きく上限の3倍以内の値

注4：基準値の3倍より大きい値

スコア6点以上ならば関節リウマチと分類される

（日本リウマチ学会ホームページより）

述する寛解基準が発表され，関節リウマチ治療のスタートとゴールが設定された。そして，寛解達成の治療指針として“treat to target (T2T) リコメンデーション”が提言された<sup>2)</sup>。T2T リコメンデーションは4つの基本的な考え方と10のステートメントからなる。T2T リコメンデーションは患者版も公表され普及活動がなされている。

### 3. 抗リウマチ薬（非生物学的製剤）

生物学的製剤も含めて，関節リウマチ治療の最も重要な薬剤はMTXである。これまでMTXは，他の抗リウマチ薬が効果不十分な場合に1週間あたり8mgまでの投与しか認められていなかった。しかし，2011年に第一選択薬として週16mgまでの投与が可能となっ

た。これに伴い，日本リウマチ学会がMTX使用ガイドラインを公表している<sup>3)</sup>。

新規の薬剤として，2012年9月にイグラチモド（商品名ケアラム，コルベット）が使用可能となった。イグラチモドは免疫調節剤であり，その効果はサラゾスルファピリジンと同等とされる。MTXとの併用での有効性も示されている。

炎症性サイトカインが細胞表面上のレセプターに結合した後，細胞質ではシグナル伝達経路が活性化される。このシグナル伝達分子を標的とした低分子化合物が関節リウマチの治療薬として注目されている。特に，Janus kinase (JAK) を介した経路はリンパ球の活性化に重要とされ，JAKを阻害するトファシチニブは近々使用可能となる予定である。そ

の効果は生物学的製剤に匹敵するともいわれている。

#### 4. 生物学的製剤

本誌第75号で紹介した抗TNF- $\alpha$ 抗体製剤のインフリキシマブ、アダリムマブ、TNF- $\alpha$ 受容体分子製剤のエタネルセプト、抗IL-6受容体抗体製剤のトシリズマブの4製剤に加えて、2010年にT細胞上のCD28と抗原提示細胞のB7分子の結合を阻害するCTLA4分子とIgGの融合蛋白であるアバタセプト（商品名オレンシア）、2011年に第3の抗TNF- $\alpha$ 抗体である完全ヒト型のゴリムマブ（商品名シンボニー）が一般臨床で使用可能となった。また、近々、ヒト化抗TNF- $\alpha$ 抗体のFab部分を残しFc部分をpolyethylene glycolに置換（PEG化）したセルトリズマブが使用可能となる予定である。アバタセプトは全く新しい作用機序の薬剤であり安全性が高いことが特徴である。ゴリムマブは4週に1回の皮下注射製剤であり投与が簡便である。セルトリズマブは血中半減期が長いことが特徴である。現在一般に使用されている6製剤の概要を表2に示す。

#### 5. B型肝炎ウイルス感染者への免疫抑制療法について

B型肝炎患者へのMTXなどの免疫抑制薬や生物学的製剤の投与は禁忌であるが、B型肝炎ウイルス（HBV）キャリアーに免疫抑制療法を行った場合にもHBVが再活性化し致命的な重症肝炎が発症することが知られている。最近、HBs抗原陰性でHBc抗体ないしHBs抗体陽性例の既往感染例でもHBV-DNA陽性例が存在し、重症肝炎が発症することが報告され（de novo B型肝炎）、日本肝臓学会は免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策を発表した<sup>4)</sup>。2011年には、その改訂版を出している（<http://www.jsh.or.jp/medical/documents/20120329.pdf>）。日本肝臓学会のガイドラインの発表を受け、日本リウマチ学会でも「B型肝炎ウイルス感染リウマチ性疾患患者への免疫抑制療法に関する提言」を発表している（<http://www.ryumachi-jp.com/info/news120905.pdf>）。

#### 6. 活動性評価と寛解基準

関節リウマチの疾患活動性の評価にはDisease Activity Score（DAS）28が広く用いられてきた。DAS28は、圧痛関節数、腫脹関節数、患者総合評価、血沈あるいはCRPからなる総合評価法で、5.1を超えると高疾患活動性、3.2～5.1で中等度疾患活動性、2.6～3.2未満で低疾患活動性、2.6未

表2. 関節リウマチに適応のある生物学的製剤

| 一般名<br>(商品名) | インフリキシマブ<br>(レミケード)                 | アダリムマブ<br>(ヒュミラ)             | ゴリムマブ<br>(シンボニー)             | エタネルセプト<br>(エンブレル)                      | トシリズマブ<br>(アクテムラ)        | アバタセプト<br>(オレンシア) |
|--------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|--------------------------|-------------------|
| 製剤           | 抗ヒトTNF $\alpha$ モノクローナル抗体<br>(キメラ型) | ヒト型抗ヒトTNF $\alpha$ モノクローナル抗体 | ヒト型抗ヒトTNF $\alpha$ モノクローナル抗体 | 完全ヒト型可溶性TNF $\alpha$ /LT $\alpha$ レセプター | ヒト化抗ヒトIL-6レセプターモノクローナル抗体 | T細胞選択的共刺激調節剤      |
| 投与方法         | 点滴静注                                | 皮下注                          | 皮下注                          | 皮下注                                     | 点滴静注                     | 点滴静注              |
| 投与間隔         | 4週または8週                             | 2週                           | 4週                           | 週1～2回                                   | 4週                       | 4週                |
| MTX併用        | 必須                                  | 必須ではない                       | 必須ではない                       | 必須ではない                                  | 必須ではない                   | 必須ではない            |

満で寛解と判定される。DAS28は特殊な計算機やソフトウェアがないと値を求めにくいいため、DAS28以外の評価法として、圧痛関節数、腫脹関節数、患者総合評価、医師総合評価からなるCDAI (Clinical Disease Activity Index)、CDAIにCRPを加えたSDAI (Simplified Disease Activity Index) などがある。最近、DAS28寛解例の中に関節破壊が進行する例があることがわかった。2011年にACRとEULARは、関節破壊や機能障害が生じない臨床の状態を寛解と定義し、CDAI、SDAIやBoolean法をもとにした、より厳しい寛解基準を提案した<sup>5)</sup>。CDAIで2.8以下、SDAIで3.3以下が寛解とされる。また、Boolean寛解は、圧痛関節痛、腫脹関節数、CRP、患者総合評価がいずれも1以下と定義されている。

#### おわりに

生物学的製剤が関節リウマチ治療に登場し10年で治療戦略は大きく変貌した。MTXと生物学的製剤を中心とした治療の有効性、特に活動性の強い症例での関節破壊抑制と身体機能維持効果は短期的には一定の評価は得られたと考えられる。しかし、生物学的製剤をもってしても全例が寛解に到達できるわけではなく、最終的な目標である薬剤を完全に中止しても再燃のない治癒に至る症例はわずかである。また、長期的な安全性についても未解決である。新しい治療薬も続々と登場しているが、関節リウマチ治療の基本は、早期診断と早期の治療開始であり、既存の非生物学的製剤でも早期に導入すれば寛解に至る例も

多い。長期的な視野にたった治療戦略の確立が望まれる。

#### 【参考文献】

- 1) Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. : 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria. An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *Arthritis Rheum* 62 : 2569-2581, 2010.
- 2) Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, et al. : Treating rheumatoid arthritis to target : recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 69 : 631-637, 2010.
- 3) 日本リウマチ学会MTX診療ガイドライン策定委員会編：関節リウマチ治療におけるメトトレキサート (MTX) 診療ガイドライン2011年版. 羊土社, 東京, 2011.
- 4) 坪内博仁, 熊田博光, 清澤研道, ほか : 免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策. 厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班劇症肝炎分科会および「肝硬変を含めたウイルス性肝疾患の治療の標準化に関する研究」班合同報告. *肝臓*50 : 38-42, 2009.
- 5) Felson DT, Smolen JS, Wells G, et al. : American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. *Ann Rheum Dis* 70 : 404-413, 2011.

[Postgraduate Education]

## パーキンソン病と鑑別疾患

宮崎大学第3内科

塩 見 一 剛

### はじめに

パーキンソン病は、有病率は10万人に約150人といわれ、脳神経疾患のなかで脳血管障害、アルツハイマー病について多い疾患である。年間発症率は10万に対して10人から15人、患者数は15万人と推定されている。今後高齢化社会を迎え、ますます増加すると予測されている。特定疾患医療受給者の数は平成23年度パーキンソン病関連疾患として11万6千人以上の件数があり、前年度より約1万人増加している。宮崎県でも1200人以上の患者が認定を受けている。パーキンソン病ではHoehn&Yahr重症度分類のstageⅢ以上が特定疾患の認定可能と規定されているため、実際の患者数はもっと多いと考えられる。パーキンソン病の診断については特徴的な所見がそろっている場合には臨床診断が比較的容易なこともある。しかしパーキンソン病以外の疾患でパーキンソン症状を呈するものがあり、治療効果や予後を考えるうえで病初期に疾患を鑑別することは大切である。この項ではパーキンソン病の特徴と鑑別疾患について解説する。

### 1. 病因と病理

パーキンソン病の発症について、種々の要

因が示唆されているが、現在もなお原因不明な疾患である。しかし病態生理学や病理学的な所見は解明されており、薬剤による治療が可能な唯一の変性疾患である。パーキンソン病は、中脳黒質緻密層のメラニン含有神経細胞の変性により黒質一線条体のドパミンが減少するために発症する。黒質神経細胞は加齢とともに減少するが、パーキンソン病は何らかの誘因により変性が促進される。変性した黒質神経細胞にはレビー小体という特徴的な神経細胞封入体を認める。これはユビキチンと $\alpha$ シヌクレインからなっている。家族性パーキンソン病ではこの $\alpha$ シヌクレインの異常が見つかっており、発症に関連する物質として考えられている。神経細胞の変性は黒質のみならず、青斑核や迷走神経背側核、マイネルト核などにも認められる。青斑核はノルアドレナリン細胞があり、迷走神経背側核は副交感神経に関与する核で、これらの神経細胞の障害がパーキンソン病における運動症状以外の多彩な症状に影響している。

### 2. 臨床症状

パーキンソン病は四大徴候といわれる振戦、固縮（強剛）、無動症、姿勢反射障害を主症状とした運動症状を中高年齢者に好発す

る。経過中に運動症状以外に嗅覚障害、睡眠障害、認知機能障害、精神症状、うつ状態、異常知覚、自律神経障害などが出現する。これらは総称して非運動症状と呼ばれる。

#### 1) 振戦 (tremor)

初発症状として最も多く6割の患者さんが振戦で発症する。筋肉の緊張がない状態の安静時に目立つ「安静時振戦」が特徴で、一側性の手または足から始まることが多い。やがて同側の足または手に広がり、対側の手足にも波及していく。手に認める振戦は母指と第二、三指をすり合わせるような動作から、丸薬まるめ様と表現される。

#### 2) 固縮 (強剛) (rigidity)

筋肉の緊張が亢進している状態を示しているもので、脳梗塞後にみられる錐体路徴候の一種である痙直とは異なる。固縮は錐体外路の障害によるもので屈筋・伸筋ともに緊張が亢進している状態である。関節を他動的に屈曲・伸展すると筋肉に抵抗感を感じ、一様に感じるものを鉛管様 (lead-pipe rigidity)、断続的にガクガクとを感じる場合は歯車様固縮 (cogwheel rigidity) と呼ばれる。振戦を認める一側の手または足に出現し、振戦と同様に同側の足または手へ広がりやがて対側にも波及する。

#### 3) 無動症

パーキンソン病では自発動作の減少、緩慢な動作がみられるようになる。動作の減少を寡動症 (hypokinesia)、動作の緩慢状態を動作緩慢 (bradykinesia)、動作が欠如することを無動症 (akinesia) という。日常生活においてこれまでテキパキと動いていたのに、素早く動くことができなくなり、着衣に時間がかかる、靴がすぐに履けない、またじっと

してあまり外出しただらなくなったなどということで見られる。

#### 4) 姿勢反射障害

パーキンソン病の患者の姿勢は、上半身が前かがみになり、肘関節や膝関節を少し曲げた状態となる。このような前屈前傾姿勢になると、座るときや背伸びをした際などに後方へ容易に転倒するようになる。後方へ姿勢が傾くときに立ち直る反射が障害されてくるためである。また進行すると、側方や前方への転倒傾向もみられるようになる。これらの現象を姿勢反射障害と呼び、出現するとHoehn&Yahr重症度分類のstageⅢとなる。

#### 5) 歩行障害

パーキンソン病の初発症状の10～25%に歩行障害を認める。歩行速度の遅延から始まり、つまずきやすくなり、歩幅が小さくなって小刻み歩行となる。症状がある方の手の振りが小さくなることも多い。進行すると第一歩が出にくくなり、部屋の入り口、曲がり角や方向転換の際に足がでなくなるすくみ足 (frozengait) がみられるようになる。歩いているうちに速度が速くなり止まれなくなる突進歩行もでてくる。

#### 6) その他運動症状

身体症状としては、顔がこわばってまばたきが減ってくるために表情が硬くなった様に見える仮面様顔貌がある。他に書いている字が小さくなる傾向や発声もこもったような声となり早口になりがちで分かりにくくなる。

#### 7) 非運動症状

##### ①嗅覚障害

症状を自覚している患者は多くはないが、嗅覚検査をすると高頻度に異常を認める。

##### ②睡眠障害

しばしば睡眠障害や覚醒障害を認める。Restless Legs症候群（下肢のむずむずする感覚障害で落ち着きなく動かす状態）やREM睡眠期に身体を動かしたり叫んだりする異常行動が知られている。

### ③認知機能障害・うつ状態

当初はこの病気では知能障害はないとされていたが、治療の進歩により天寿を全うできるようになると認知機能の障害を来すことが分かってきた。基本的な障害は遂行機能障害で実行するのに時間がかかる、順序良く考えをまとめて実行できなくなるなどの症状であり、早期から認知症を認める場合にはアルツハイマー病の合併やレビー小体型認知症などを疑う。またうつ状態はかなりの頻度で合併がみられ、中核症状は感情鈍麻（apathy）と快感消失（anhedonia）であり、感情に乏しくなり日常生活において心地良いと思う感情が減ってしまう。

### ④自律神経症状

便秘は病初期からみられる合併症で治療に難渋することも多い。排尿障害は頻尿や切迫尿意が多く、排尿困難や尿閉は稀である。男性に関しては勃起障害がみられる。起立性低血圧は症状としてもみられるが、治療薬の副作用としても出現することがある。他に多汗症を呈する発汗障害がある。

## 3. 鑑別疾患

パーキンソン病の診断基準は旧厚生省特定疾患・神経変性疾患調査研究班が規定したものがあ。これは安静時振戦、無動、固縮、姿勢・歩行障害のうち一つ以上があり、症状の左右差があって、治療薬の効果を認めることが主項目である。また臨床検査上異常がな

いこと、脳画像（CT、MRI）で明らかな異常がないこと、他のパーキンソン症候群が鑑別できることとなっている。

パーキンソン症状を呈する疾患は、脳血管障害性、薬剤性、中毒性、脳炎後、外傷後などがあり、また振戦を主訴とする本態性振戦、歩行障害を来す正常圧水頭症も鑑別疾患に挙がる。脳血管性パーキンソン症候群は歩行障害を主体とし、上肢に振戦や固縮の所見が少なく脳MRIで基底核に多発する梗塞巣を認める。変性疾患としては、レビー小体型認知症、多系統委縮症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症などがある。以下に主な疾患の特徴を述べる。

### 1) 本態性振戦

本体性振戦は、コップを持ったり、字を書くときなどの姿勢を保った状態で強くみられる姿勢時振戦である。どの年齢でも発症するが一般に高齢者に多く、また家族性に優性遺伝をする傾向がわかっている。上肢に出現する頻度が最も多いが、頭部、顔、声、体幹や下肢にもみられる。治療薬はβブロッカーとプリミドンが試みられる。

### 2) 多系統委縮症

多系統委縮症は錐体外路系、小脳系と自律神経系が複合して障害される疾患で、線条体黒質変性症、オリブ・橋・小脳萎縮症、シャイドレーガー症候群がある。これらの疾患はそれぞれ独立した疾患と考えられていたが、進行すると臨床的に三系統の症状が重なり、また病理学的にも共通することから提唱された疾患単位である。この中でパーキンソン症状を主体とするものが線条体黒質変性症である。臨床的な特徴は、初発症状としての振戦は頻度が少なく（12%）、歩行障害や動作緩

慢が多い。また症状の左右差が目立たないとされているが、30～50%に左右差を認めると報告がある。またパーキンソン病に比べて、構音障害や嚥下障害が強く、比較的早期より自律神経障害が目立つようになる。特徴的な画像所見として、脳MRI T2強調画像にて被殻外側に線状の高信号を呈する(図1)。パーキンソン病治療薬は初期の場合には治療効果を示すもの多く、初期の段階での臨床的鑑別は難しいとされる。鑑別には、急速な進行、対称性の欠如、振戦の欠如、薬効の低下、自律神経症状の出現があげられるが、経過をみてゆくことが大切である。

### 3) 進行性核上性麻痺

進行性核上性麻痺は病初期より歩行障害や易転倒性が認められ、固縮は四肢よりも頸部・体幹に強い。前屈姿勢や小刻み歩行とは異なり、頸部の後屈姿勢が特徴で、すくみ足が顕著である。振戦はほとんどみられない。特徴的な症状は、垂直性眼球運動障害(特に下方視の障害)で始まり、進行すると水平方向へ

の眼球運動も障害されることである。脳MRIでは中脳被蓋部の萎縮、四丘体の萎縮、第3脳室の拡大を認め、中脳被蓋部の萎縮は矢状断にてhumming bird signと呼ばれる所見を呈する(図2)。パーキンソン病治療薬は初期に効果を示すこともあるが効果は持続せず、有効な治療法はない。

### 4) 大脳皮質基底核変性症

大脳皮質基底核変性症は、大脳皮質、基底核、黒質などに変性をきたし、失行などの高次脳機能障害とパーキンソン症状を中心とした症状を示す。一側性に、固縮や不随意運動が顕著にあらわれ、自分の思い通りに手が使えないといった症状で発症する。進行すると前頭葉障害による病的把握現象や中心後回の障害としての立体感覚や識別感覚の障害も認め、失語症も認めることがある。脳CTやMRIでは左右差のある大脳皮質の萎縮の所見が認められる。治療については一過性にパーキンソン病薬が効果を示すことはあるが、有効な治療法はない。

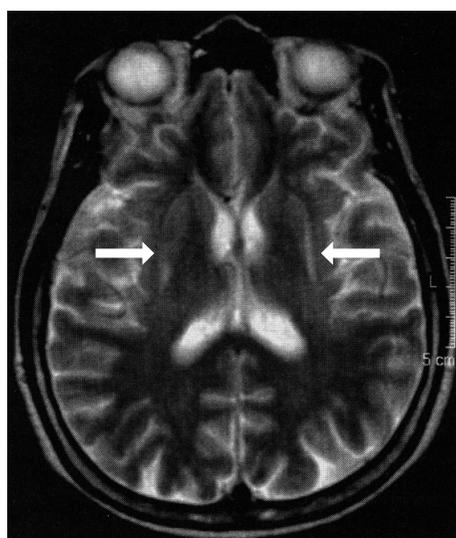


図1. 線条体黒質変性症

### 5) レビー小体型認知症

以前から認知症を伴うパーキンソン病の概念があり、パーキンソン症状に加えて認知症を伴う場合に、このレビー小体型認知症との異同については多くの議論がある。認知症がパーキンソン症状の発症1年以内または先行して発症した場合にはレビー小体型認知症とする1年ルールが提唱されていたが、本質的

に差がないともいわれている。臨床診断基準を表1に示した。臨床的な特徴として認知症のほか、自律神経症状、日中傾眠、発病に先行するREM睡眠行動異常などがあげられる。また系統的妄想、抗精神病薬への過敏性があげられる。

パーキンソン病と他の変性疾患の鑑別に有用な検査として、MIBG心筋シンチがある。

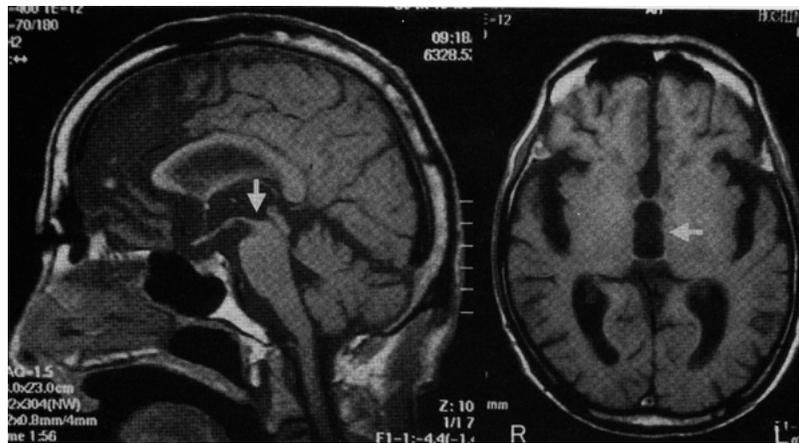


図2. ハチドリ徴候 (hummingbird sign) 第3脳室拡大

表1. レビー小体型認知症の臨床診断ガイドライン (改訂2005)

1. 必須症状：進行性の認知機能障害
2. 中核症状 (probable DLB には二つが、possible DLB にはひとつが必要)
  - a) 注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の動揺
  - b) 現実的で詳細な内容で、繰り返し現れる幻視
  - c) パーキンソニズムの出現
3. 示唆症状 (possible DLBにひとつ以上あればprobable DLB)
  - a) REM睡眠行動障害
  - b) 抗精神病薬に対する感受性の亢進
  - c) 機能画像で基底核のドーパミン取り込みの低下
4. 指示症状
  - a) 繰り返す転倒
  - b) 失神
  - c) 自律神経機能異常
  - d) 幻視以外の幻覚
  - e) 系統的な妄想
  - f) 抑うつ状態
  - g) 形態画像で内側頭葉が比較的保たれている
  - h) 機能画像で後頭葉のびまん性取り込み低下
  - i) MIBG心筋シンチの取り込み低下
  - j) 脳波で初期からの徐波活動

心臓交感神経の変性により集積が低下するもので、パーキンソン病では病初期から低下を示すことが知られ、他の変性疾患では保たれることが多く鑑別に有用である。レビー小体型認知症でもパーキンソン病と同様に低下を示す。

#### 4. おわりに

パーキンソン病は高齢化社会に伴い増加することが予測されており、臨床の現場でも遭遇することが多くなると考えられる。現在も新たな薬剤も開発されており、これからも予後の改善が期待できる疾患である。一方で他の変性疾患の多くははまだ治療法がないものが多く、病態解明に基づく治療法が早く開発

されることを切に願うものである。

#### 【参考文献】

- 1) 水野美邦, 近藤智善: よくわかるパーキンソン病のすべて 第2版, 永井書店, 東京, 2011.
- 2) 日本神経学会監修「パーキンソン病治療ガイドライン」作成委員会(編)パーキンソン病治療ガイドライン2011, 医学書院, 東京, 2011.
- 3) 柳澤信夫: パーキンソン病の診断基準と鑑別診断, 治療76: 56 - 64, 1994.
- 4) Calne DB, Snow BJ, Lee C: Criteria for diagnosing Parkinson's disease. Ann Neurol 32: S125-S127, 1992.

[Postgraduate Education]

## 心電図レクチャー (第1回)

宮崎江南病院 内科循環器科

松尾剛志

### はじめに

元来、私は飽きっぽい性格である。しかし、唯一飽きずにいまだに続けているものがある。それが心電図レクチャーである（医師も飽きずに続けているが…）。思えば、私が研修医の2年目の時に看護師相手にレクチャーを始めて以来、約25年も続けていることになる。その間、いろいろと教え方を変更し、今の方法に落ち着いたのは当院に赴任してからである。

今回、postgraduate educationに心電図の基礎を書いてくれとの依頼があり、喜んでお引き受けした。ただ、少々戸惑っていることがある。それは、今までの教える対象が医学部学生（6年生）と看護師であり、ばりばりと臨床をこなされている内科医師ではないことである。しかし、心電図の基礎をという依頼なので、あえて、医学部学生や看護師に教えているレクチャーを基本に今後掲載していく予定である。私の独断と偏見に満ちているが、心電図教育を行う際の参考になれば幸いである。第1回は心電図波形ではなく、総論的（教育的）な話から始める。

何が、看護師において心電図習得を困難にしているか？

上記に対する臨床研究<sup>1)</sup>を2008年に発表したのご紹介したい。結論から言うと、答えは、“心電図に対する苦手意識”である。対象は、当院看護師240名であり、アンケート形式にて行った。結果は以下のとおりである。

1) 全員が心電図の必要性や重要性は十分に認識している。看護師の98%が心電図を読めるようになりたいと思っている。

2) しかし、心電図は嫌いで苦手である。嫌いという意識よりも苦手意識が強いのが特徴であった。

3) 苦手意識は、学生時代から先入観という形で作られ始め、看護師として就職後もその環境により持続されていた。つまり、学生時代に心電図を教わる前から、先輩や友人から“心電図は難しい”などと刷り込まれている。また、心電図にあまり関与しない病棟に配属されると、そのまま苦手意識が持続する。

4) 心電図試験の成績にて上位1/3群（理解良好群）と下位1/3群（理解不良群）に分けて検討すると、理解不良群は多くの苦手意識項目を持っていた（表1）。その中でも、“緊急を要する検査、早急な判断が必要”“もし読み方を間違ったら大変なことになるという恐怖感”“読み方により例外が存在すること”

表1. 苦手項目を持っている人の割合

| 苦手項目          | 全体 (%) | 理解良好 (%) | 理解不良 (%) |
|---------------|--------|----------|----------|
| ①刺激伝導系解剖      | 11     | 15       | 8        |
| ②心臓解剖         | 24     | 23       | 15       |
| ③電氣的知識        | 14     | 8        | 31       |
| ④ベクトル         | 35     | 23       | 46       |
| ⑤誘導が多い        | 16     | 8        | 38       |
| ⑥波が多い (PQRS)  | 5      | 0        | 8        |
| ⑦PQRSの意味      | 5      | 0        | 8        |
| ⑧教科書の波形と異なる   | 38     | 23       | 38       |
| ⑨個人個人で波形が異なる  | 59     | 46       | 54       |
| ⑩波形 (不整脈) が多い | 35     | 38       | 46       |
| ⑪緊急を要する       | 43     | 15       | 54*      |
| ⑫間違ったらという恐怖感  | 43     | 15       | 62*      |
| ⑬波形そのもの       | 5      | 0        | 8        |
| ⑭心電図全般        | 8      | 8        | 15       |
| ⑮読み方に例外がある    | 57     | 38       | 77*      |
| ⑯病気や治療とつながらない | 19     | 23       | 15       |
| ⑰横文字が多い       | 16     | 15       | 15       |
| ⑱不整脈の言葉が難しい   | 5      | 0        | 15       |

\* : p&lt;0.05 vs.理解良好群

の3項目が理解不良群にて有意に高頻度であった。つまり、学習前の気持ちの問題 (恐怖感など) が強く、はじめから心電図を避けようとする傾向があった。

簡単にまとめると以上のようになるが、要は苦手意識が強い間はなかなか心電図を習得できないということである。一般的に、苦手意識とは自分の能力を制限する一種の学習障害と考えられている。苦手意識が強い間は、何を教えても頭に入っていないし、頭に入ったとしても定着せずすぐに忘れることになる。

### 教え方の工夫

“苦手意識の克服”。これが、心電図を教える側の注意することであり、工夫すべきことである。その点からいうと、教える側の一般的な注意事項を、まず述べておかなければならない。皆さんも感じていると思うが、心電

図を読める人は往々にして、例外的な読み方や今まで経験した興味ある読み方などを喜々として教え始める。これは、初学者にとっては苦痛であり、苦手意識を増幅してしまう。教える時は典型例を教えることであり、例外的な読み方や難しい心電図などは、あえて教えないことが大切である。また、その人の理解レベルにより、教える範囲や順番を自由に変更できるようにすべきである。すべてを教える必要はない。先々、苦手意識が少なくなり、少しでも心電図に興味を持ち始めると、自ら勉強して習得するはずである。苦手意識を少しでも小さくしてあげることが、我々の務めであることを肝に銘ずるべきである。それでは、私が行っている看護師への心電図レクチャー (週1回で6か月コース) における教え方の工夫について以下に紹介する。

1) 以前は10～20人を同時に教えていたが、

知識の定着が悪いため、今では、4～5人をほぼ1：1の関係になるように机を配置して行っている。心電図を読むときの鉛筆の動かし方などを見て、間違い理由を探るようにしている。人数が少ないと、ちょっとした質問もしやすいようである。

2) 心電図を習得するためには、3つのことが大切と考えている。“読めること”と“書けること”と“説明できること”である。種々の心電図波形を心電図用紙に正確に書けるように指導している。また、それを他の人に口頭で正確に説明できるようにも指導している。それらができれば、心電図を読めるし、応用が利く。

3) 講義形式ではなく実践形式である。問題をとにかく解かせる。同じ問題を何回も繰り返す。その人のレベルにより問題の内容を変えている。(人からは公文式と言われることも…)

4) 心電図を読むスピードも要求する。問題を出してすぐ答えを言わせるようにしている。早急な心電図判断が苦手意識を生じさせる原因にもなっているため、スピード感を持って答えられるように何回も訓練することが大切である。

5) とにかく、正常心電図をしっかりと教える。正常から外れるものが異常心電図であるため、理解が早く容易になる。

6) すべてを教えない！

7) 似た心電図や間違いやすい心電図は、それぞれをペアとして覚えさせる。類似点と鑑

別点を何度も繰り返し答えさせる。

8) できたら褒める。成功体験が大切である。自信を持たせることが心電図への恐怖心も少なくし、苦手意識を少なくする。

9) 途中と最後に確認試験を行う。50問を20分で行っている。確認作業は大切である。

10) 6か月過ぎたら、病棟の他の看護師1名に同じ内容を約8か月で教えさせる。教わったことを誰かに教えることは、最高の学習法である。“See one, do one, teach one!”は有名な言葉である。何かを学んでいても、そのままにしておくと、3日後には74%は忘れるが、誰かに教えると90%は残ると言われている。

#### 宿 題

次回より、それぞれの心電図波形のレクチャーに入って行く。まず、モニター心電図波形から始める。先ほども述べたが、正常波形が重要であるため、次回までに次の宿題を考えておいていただきたい。看護師への心電図レクチャーも、まずこれから始めている。

問題：心拍数60/分のV1誘導の正常波形を図1の心電図用紙に書きなさい。ただし、P波、QRS波のみで、T波は不要である。

#### 参考文献

- 1) 松尾剛志, 他: 何が、看護師において心電図習得を困難にしているのか? 医学教育, 39: 79-85. 2008.

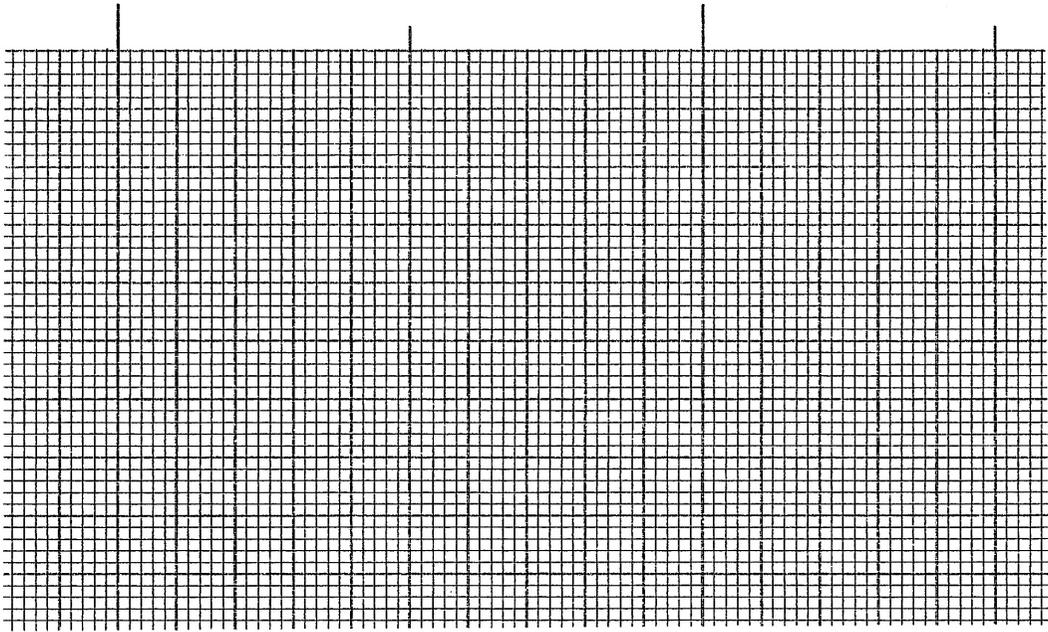


図1. 心電図用紙

[他科からの提言]

## ステロイド外用剤のあれこれ －副作用に関する注意点や、いまだに続く誤解などについて－

宮崎市 黒川皮膚科クリニック

黒川基樹

### はじめに

合成内服ステロイド剤の登場により、種々の炎症性疾患を中心に画期的な治療効果がもたらされてきたことは言うまでもなく、さらにその後が開発されたステロイド外用剤もまたその例外ではない。ステロイド軟膏に代表される外用療法も、すでに本邦でも約50年の歴史がある。ステロイド剤は内服、外用を問わず薬剤やその使用方法がかなり進歩してきたが、適切に使用しなければ「諸刃の剣」であることは異論のないところである。本稿ではステロイド外用剤の有用性よりもむしろ副作用に関する注意点や、医療現場で根強く継続している誤解などについて概説したい。

### 1. ステロイド外用剤の種類、ランクおよび外用方法

ステロイド外用剤の成分は主に、合成ステロイドである主剤と添加物・配合剤を含んだ基剤に大別される。基剤の種類により、軟膏、クリーム、テープ剤およびローションなどが日常診療で使用されている。軟膏は基本的に種々の皮膚病変に外用可能であるが、クリームおよびローションはびらんや潰瘍面では刺激感が強いいため使用を控えるべきであ

る。ちなみに、抗真菌剤の多くはクリームやローションであるが、一部に軟膏が存在するのは、びらんを伴った足白癬などに最適であるためである。基剤の種類が異なると、たとえ主剤が同一であっても効果に差が生じることがあるので注意すべきである。また、主剤の種類によりⅠ群 (strongest)、Ⅱ群 (very strong)、Ⅲ群 (strong)、Ⅳ群 (mild)、およびⅤ群 (weak) の5群に分類される。さらに外用方法は単純塗布、重層法および密封包帯法 (Occlusion Dressing Technique: ODT) がある。外用剤を患部に指先で擦り込む単純塗布が最も行われているが、ODTでは単純塗布に比較して飛躍的に経皮吸収性が高まるため、とくにⅠ群やⅡ群の外用剤で局所ODTする場合、およびⅢ群以下の外用剤でも広範囲にODTを行う場合は副作用発現に注意が必要である。なお、テープ剤もODTと同等の経皮吸収を呈するため、上記の理由により強いランクの同剤は存在しない。ステロイド外用剤を皮膚に塗布したのち経皮吸収されたステロイドは血中に移行するため、強いランクのステロイド外用剤を広範囲にわたり長期間大量使用すると、理論的にも何らかの全身性の副作用が発現することが

否定できない。従って、I群では1日10g以下、II群では同20g以下、III群では同40g以下などの使用制限が望まれる。

## 2. 外用部位によるステロイド剤の吸収率の違い

ヒドロコルチゾン外用剤の部位別の皮膚吸収度を図1に示す<sup>1)</sup>。とくに顔面、前頸部および陰囊でのステロイド剤の使用には極めて慎重であるべきである。しかしながら筆者の経験では、老人ホーム等への往診に際して、既に前述の領域にしばしばステロイド剤が外用されており、処方医にはこの注意点について十分に認識していただきたい。また、ステロイド外用剤はOTC薬として一般薬店でも容易に入手できる状況にあり、ステロイド酒皸の合併などが問題となる。図2に市販ステロイド外用剤の顔面への長期使用による典型的なステロイド酒皸の症例を示す。

## 3. ステロイド剤の希釈に関して

しばしばIV群クラスのステロイド外用剤

を、基剤の一つであるワセリンで希釈したものがとくに顔面に使用されている。おそらく処方医は、ステロイド剤を希釈することにより、吸収性の高い顔面での副作用発現を予防できると判断したのではないかと、筆者は推察している。まさにこれはpitfallである。ステロイド剤希釈後の局所作用の変化についての詳細な検討はなされていないのが現状である。従って、例えば先述のIV群のステロイド外用剤をワセリンで2倍に希釈したからといって、副作用発現が半軽減されることには決してならない。II群のステロイド剤のあるものでは、基剤で16倍に希釈したのちでも、皮膚局所の血管収縮能に低下がみられなかったとのデータさえある<sup>2)</sup>。すなわち、希釈により有効性が減弱しなければ、同様に副作用発現の危険性も低下しないと考えるべきである。

## 4. ステロイド剤と他剤との混合に関して

しばしば臨床の現場で遭遇するのは、小児、成人を問わず、股部や臀部におけるステロイ

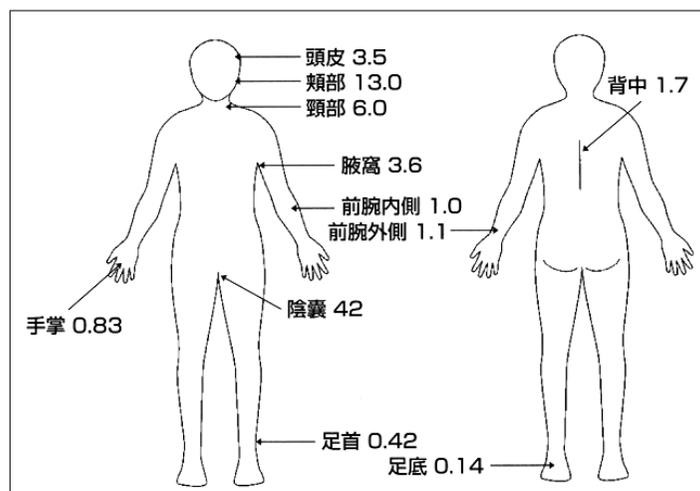


図1. 部位によるステロイド外用剤の吸収度の比較 (文献1 より引用)



図2. ステロイド外用剤の長期使用による典型的なステロイド酒皰(左)とその治療後(右)

ド剤と抗真菌剤との混合剤や、乾燥皮膚面へのステロイド剤と各種保湿剤との混合剤の外用である。前者では、ステロイド剤による真菌感染症の追発予防目的が混合剤使用の主因であるが、外用の前に局所において角質層の剥離検体を直接鏡検し、病変が真菌感染症ではないことを確認しておかなければならない。他院でこの種の混合剤を処方されたのち、むしろ皮疹が悪化したとの理由で当院を受診した症例で、皮膚病変が真菌感染症であったことも稀ならず経験しており、皮疹が湿疹反応であるのか感染性病変であるのか判断に苦慮するときは、皮膚科専門医に相談することをお勧めしたい。後者の保湿剤との混合では、使用されるステロイド剤の基剤は主として軟膏であるのに対して、保湿剤はほとんどがクリームであり、混合に際して基剤の分離をきたすこともあり、基剤の組み合わせには注意を払う必要がある。また、ステロイドは酸性領域で安定であるため、他剤との混合によりアルカリ性に傾くとエステル転移を起こし、ステロイド含量が低下する恐れがある<sup>3)</sup>。さらには、他剤との混合後に主剤の皮膚透過性が亢進したり、また逆に低下することもあり、

臨床効果にも直接影響してくるため、混合剤の使用に関しては留意が必要である。従ってステロイド外用剤と他剤との混合剤の処方に関しては、皮膚科専門医に委ねることを推奨したい。

#### 5. 抗生剤含有ステロイド剤の使用に関して

抗生剤含有ステロイド外用剤には硫酸ゲンタマイシンなどが配合されている。筆者は抗生剤含有ステロイド剤の外用に関して反対の立場にある。臨床の現場では、Ⅲ群のステロイド剤と硫酸ゲンタマイシンの合剤が頻用されているが、例えば黄色ブドウ球菌を例にとっても、メトシリン耐性のMRSAばかりでなくメトシリン感受性のMSSAでさえ、硫酸ゲンタマイシン感受性株は極めて少ないのが現状である。そればかりか、むしろ配合剤が抗原として作用して、接触皮膚炎を招来することさえ希ではない。筆者はいまだかつて、抗生剤を含まない通常のステロイド剤よりも、抗生剤含有ステロイド剤の方がより有用であったという症例を経験したことはない。

#### 6. ステロイド剤外用に伴う色素沈着に関して

ステロイド剤外用への忌避の主要因の一つに、色素沈着がある。筆者はとくにアトピー性皮膚炎患者およびその家族に、このことをしばしば経験してきた。さらに驚くことに、一般の患者ばかりでなく一部の医療従事者でさえ、ステロイド外用剤が色素沈着をもたらすと思込んでいるのである。これは明らかに誤りであると強調したい。ステロイド外用剤が色素沈着を誘発するという報告は、洋の東西を問わず皆無である。アトピー性皮膚炎をはじめとして慢性の皮膚炎患者にみられる色素沈着は、ステロイド外用剤による副作用ではなく、炎症後色素沈着そのものなのである。従って色素沈着を残さないためにも、慢性の皮膚炎病変こそステロイド剤の外用を積極的に行うべきである。

#### おわりに

ステロイド外用剤は、適正使用を熟知した

うえで副作用に対して過剰に警戒することなく外用指導すれば、種々の皮膚疾患に対して優れた治療効果をもたらす。そのためには、やはり十分な臨床経験が必要であり、ステロイド外用剤の処方の際して、どの薬剤を選択すべきか判断に迷うときは、皮膚科専門医に相談することをお勧めしたい。

#### 参考文献

- 1) 幸野 健：ステロイド外用薬のEBM. Monthly Book Derma 153号：1-5. 2009.
- 2) 大谷道輝：ステロイド外用剤の混合使用：新しい視点. Monthly Book Derma 153号：15-20. 2009.
- 3) 大谷道輝, 江藤隆史：ステロイド外用剤—他剤との使い分け—とくに他剤との混合使用について-. Monthly Book Derma 91号：12-16. 2004.

[随筆]

## 古代マヤ暦の予言

延岡市 みやた内科医院

宮田 純一

南米に以前マヤ文明文が栄えていた。青銅器や鉄器は持っていなかったが数学は発達していた。そのマヤの長期暦が2012年の冬至付近で終了するため平成24年は世界の終わりの年として話題になっている。

地球上で絶滅した生物は多く2億5千年前には約2千万年にわたって生物の化石が発見できない時期があり、この時には約96%の海洋生物が死滅したと考えられている。また、6550万年前に巨大な隕石が地球に落下し恐竜が減んだと考えられている。人類もいずれ滅ぶのかも知れないが、マヤ暦は現サイクルが終了しても新しい暦のサイクルに入るだけで2012年で世界が終るのではないようである。

ところで、原点に戻って生命の誕生を考えると最初の生命は海で発生し進化して陸上へ上っていったと考えられている。おそらく原始地球で大気中のメタンやアンモニアが反応しアミノ酸が作られ、それが海中で蛋白質としてプールされ、細胞膜を得て細胞ができたと想像されている。海を起源とする生物は水分が多く人の体重の50～60%は水分が占めている。そして種々の疾患で電解質バランスの異常をきたし重症化する。学生も知っていることではあるが体液の構成は細胞外液の陽イオンのほとんどはNaで、細胞内液はKが大部分を占める。従って血中（細胞外液）のNa濃度の正常値は135～149mEq/L、K

は3.5～4.9mEq/Lに保たれている。なぜこのような値になったのかは生命の起源を考えると答えが得られる。生命が生まれる頃の太古の海はKを多く含んだ海であった。その頃に誕生した細胞は海の中の成分と同じ高いK濃度の細胞内液を獲得した。その後雨により地上の塩が海に流れ海のNa濃度が上昇した。この時期に細胞から進化して細胞外液や循環器を持った生物が生まれたが、その生物は海のNa濃度と同じ血液のNa濃度を獲得したと考えられる。こう考えると太古の海の状態を保ったまま現在の生物は生きながらえていることになる。逆の表現をすると昔の状態（ホメオスタシス）を変えると生物は生きていけないということもできる。

地球への隕石の衝突や巨大な火山の爆発による人類の滅亡が有りうる。今回のマヤの終末説の騒動ではNASAに隕石の衝突の可能性はないか問い合わせをした人もいたようである。しかし、生命の起源を考えると人類が活動することによる種々の化学物質による地球環境の変化が世界終末の要因となりうるような気がする。生物はホメオスタシスを保てないと生きていけないデリケートな存在である。自然災害による人類滅亡はSFの世界の話であるように思えるが、人類自らが招くことによる人類滅亡のシナリオは将来現実味を増してくるかも知れない。

## 入会の挨拶

宮崎市 ちぐち東洋クリニック

川越 宏文

宮崎市千草町で開業しております川越宏文です。もともと内科医であった私は、ふとしたきっかけで宮崎医大第1内科を辞して、平成6年から東京女子医科大学付属東洋医学研究所のスタッフとして、どっぷり首まで漢方生活に漬かってしまうこととなりました。

当初は数年で宮崎に戻る予定でしたが、いつの間にか大学や学会の役職がどんどん増え、ずるずると12年間も大学に所属していました。学位も取得し、指導的立場でしたので周りは当然、そのまま女子医大に残るものと考えていたようです。全国各地の教育施設や診療施設からお誘いを受けていた私は、別の夢を見始めていました。その夢の中で九州、故郷宮崎という地を選択したことはごく自然の流れであったと思いますが・・・。

宮崎に戻り、同心会、慶明会にお世話になりました。現在は福田先生親子の大事にされていた福田医院をお借りして漢方を中心に診療しています。当院の開業時の到達目標は「中規模地方都市で、医療健康文化としての養生思想を現代生活にマッチした形で解りやすく提供するモデルクリニックをデザインすること」です。ハード面の整備に加え、ソフト面も整備中です。なかでも「漢方をきちんと理解していただく」という広報宣伝活動は大事なポイントです。開業前より市民向けの『じゅぴあ』、薬剤師向けの『宮崎県薬剤師会雑誌』を継続執筆中です。加えて、東京からの仕事

の続きで、日本東洋医学のホームページの管理・企画・執筆も継続しています。しかし、県内の医師向け、鍼灸師向け、さらに行政向け、メディア向けの広報宣伝ツールは今から構築してくという段階でした。そんな折、とある会合でお会いした栗林先生から当会誌への執筆依頼があり、前述したミッションを実行するには、まさに「渡りに船」と捉え、入会させていただき運びとなりました。

この与えられた機会を生かし以下の項目を中心に執筆させていただきます。

- 1 漢方薬の様々な副作用問題
- 2 保険診療における漢方治療の留意点
- 3 世界の伝統医療の現状
- 4 生薬価格高騰と農業問題、東アジア伝統医療の世界標準化に関する議論の推移

世界的な統合医療の再評価のため、生薬の供給が困難となりつつあります。

漢方薬の安全で適正な使用についてご理解いただければ幸甚です。

現在の役職等

日本東洋医学会渉外広報担当委員（ホームページ管理）／日本臨床漢方医会理事（政治団体）／宮崎県東洋医会会長

### 入会の挨拶

都城市 メディカルシティ東部病院

小林 浩二

この度、内科医会に入会させていただきました小林です。生まれは串間市で、宮崎西高、宮崎医大出身です。昭和62年宮崎医大第1内科に入局後、平成8年に都城医師会病院に赴任。循環器科創設に携わり、平成21年同院の同僚と一緒に海老原記念病院に就職致しました。平成22年4月よりメディカルシティ東部病院と病院名を改め、スタッフ一同気持ちも新たに再スタートしております。各種の院内センター構想の中の呼吸循環管理部門のチーフとして、動脈硬化を中心とした外来、集中治療領域、高齢者医療連携を中心に診療を行っております。しばしば医療の進歩に驚き、一方では医療の限界を感じる日々を送っております。この伝統ある会で勉強させて頂き、より良い医療を提供していく所存でございます。宜しくお願い致します。

## 理事からひとこと

### 私と第九

延岡市北方町 北方医院

日高 孝紀

私は生まれや勤務先など縁もゆかりもありませんでしたが、自治医科大学を卒業した関係もあってか、現在市町村合併で延岡市に合併した田舎の旧北方町で開業して早12年になります。趣味は多趣味でいろいろあるのですが、その中でも好きな事の一つは「第九」を歌う事です。診療でストレスが溜まるとか田舎にいてストレスが溜まるというわけではありませんが、歌う事で気分爽快になり合唱なので他のパートとのハーモニーがまたたまりません。

もともと音楽は好きで、小学校時代ではジュニアオーケストラなどのように本格的では全くありませんでしたが、音楽の先生が熱心であったため放課後に器楽部でトランペットやユーフォニウムを練習し全校集会や運動会などの入退場時の行進曲を演奏したり、決宮崎市民会館などの演奏会でベートーベン交響曲第六番「田園」やヨハン・シュトラウス2世の「美しく青きドナウ」など演奏したりしました。中学は残念ながらテニス部でしたがコッキーポップなど深夜放送を含め音楽は好きでした。高校からは合唱部に入り、また大学ではフォークソングクラブ（といってもバンド）と大学内の男性合唱と近くの短大との混成合唱をしていました。しかし医師に

なっただけからは鑑賞は別として対外的に自分から行う音楽活動はしていませんでした。

さて延岡市では年末の風物詩となっているのですが、毎年12月中旬の土曜日にベートーベン交響曲第九番 二短調 作品125「合唱つき」が九州交響楽団の演奏で延岡市民が中心となって合唱団を結成し演奏会を行っております。昨年の平成24年12月の演奏会で何と27回目を迎えました。私も私の住んでいる北方町が平成18年に延岡市と合併したのを機に延岡「第九」を歌う会に入会しました（考えてみれば当たり前なのかもしれませんが、会員は延岡市民だけでなく宮崎市など県内の他地域や大分から来られている人も結構いました）。その後1回はお休みしましたが昨年12月で6回目の演奏会を終えました。「毎年やっているのに飽きないの?」と言われる事もありますが、演奏指揮者が毎年変わったりするため表現の仕方が毎年微妙に異なったりとすることや、やはりプロのオーケストラをバックに歌うため充実感もあり飽きることなく毎年歌わせて頂いております。

また一昨年はのべおか「第九を歌う会」の活動をフィクションとノンフィクション合わせた形で「ここに生きる」という映画が作られました。その中で私が田舎医師のモデルとなり役者さんに演じて頂きましたが、一部私自身の出演もあり良い記念となりました。

最後に患者さんをみていていつも感じる事ですが、人間いつどうなるかわからないのも事実ですので診療も含めプライベートも充実

していけるよう頑張れたらなと思っています  
す。皆様の中でもし機会がございましたら、

ぜひ年末の「延岡第九」を聞きに来て頂けると幸いです。

## 理事からひとこと

平成24年を振り返って

日向市 鯨島病院

鯨島 仁彦

原稿依頼をいただきパソコンに向かっている今は12月も下旬、今年も残すところあとわずかとなりました。平成24年は震災からの復興ままならないなか、ロンドンオリンピック、25年ぶりの金環日食、尖閣・竹島問題、山中教授のノーベル賞受賞、民主党の凋落・自民党の与党返り咲きなどさまざまな出来事がありました。皆様にとってどんな一年だったのでしょうか？ 自分自身を振り返ってみますと、楽しかったこと、良かったことも無いではありませんが、自分の人生も折り返し地点を越え、下り坂にさしかかっていることをはっきりと意識させられた一年でもありました。

その一、家が空っぽの巣になったこと。

私が結婚したのは今から26年前。4人の子供に恵まれ騒々しいぐらゐ賑やかな家庭を持つことができましたが、6人いるのが当たり前だった我が家からも、7年ほど前から一人ずつ減り始め、とうとう今年の4月、元の二人に戻ってしまいました。現在これから先の過ごし方について暗中模索中です。

その二、友人を病気で亡くしたこと。

小学校を卒業し、生まれて初めて親元を離れ一緒に寮生活をはじめ、6年間同じ釜の飯を食い、ともに医学部を目指し同じ道に進ん

だ内科医会の会員でもあった丸田祐司君が、9月25日に向うの世界へ旅立って行きました。若い日の、もっとも活力に満ちたころを共に過ごし、その頃の様子が頭に焼き付いているだけに、そんな彼の肉体がもうこの世には存在しないのだということは、いまだになんだか不思議で信じられない気持ちです。でも丸田君の身に起こったことは、自分にいつ起こっても不思議ではないことなのでしょう。

その三、親が病気をしたこと。

父は83歳、母は79歳になりますが、元気が取り柄だった二人が思いがけない大きな病気をしました。母は以前から高コレステロール血症を指摘されていたにもかかわらず服薬コンプライアンスが悪く、長年コントロール不良の状態が続いておりましたが、今年の9月18日、ついに恐れていたことが起こってしまいました。頭痛を訴えるために撮影した頭部CTで左大脳基底核に小さな梗塞が見つかり、その後の精査で左中大脳動脈の完全閉塞と、対側の右内頸動脈起始部の高度狭窄が見つかったのです。最初の診断では右内頸動脈は閉塞寸前とのことで、リスク覚悟で内膜剥離術を行うか、いつ閉塞するか分からない狭窄を抱えたまま様子を見るか、難しい決断を迫られました。幸いその後の検査で狭窄率は60%~70%と判明し、内服治療の徹底のみで手術の必要はないと診断され、現在は麻痺症状もなく以前と何も変わらない生活していますが、画像で見せられたあの恐ろしい動

脈の壁不正・狭窄は、外から見えないだけで今も確かに存在しているのです。スタチンの力でプラークが安定することを祈るばかりです。

さて、続いて父ですが、80の大病に乗ってからも趣味のゴルフに励み、時には日帰りの東京出張もこなすなど皆が驚くほどのタフガイですが、母が入院中の慣れない家事が肉体的にこえたのか？ 長年連れ添った愛妻の病気が精神的にこえたのか？ 原因不明の視力低下が出現、精査治療のためいよいよ明日入院という日に自己の運転する車で事故を起こし、大けがを負ってしまいました。搬送先の先生の適切な御指示でその日のうちにヘリで大学病院に転送していただき、手厚い治療を受け怪我も落ち着き、引き続き視力障害に対する治療もしていただき幸い約一か月程度で退院することができましたが、皆が驚いた車の壊れ具合に比べこの程度の怪我で済んだこと、人を巻き添えにせずに済んだことはまさ

に不幸中の幸いであったと思います。入院生活のため下肢筋力は低下したものの、むしろ事故の前より元気になったくらいの父ですが、搬送される際の救急車の中で見た父の全く生気の感じられない顔は、今も瞼の裏に焼きついて忘れることが出来ません。人生、いつ何が起るかわからないということをあらためて痛感させられる出来事でした。

さて、皆さんがこの文章を目にされるのは正月気分もすっかり抜け切った頃と思いますが、新しい年の滑り出しはいかがでしょうか？ 平成25年も楽しいこと、嬉しいこと、逆に辛いこと、思いがけないこと、予想外のこと、いろんなことがあるだろうと思いますが、とにかく日々を悔いのないように自分の出来ることを一生懸命やっていきたいと思えます。仕事も、趣味も、親孝行も。

それでは、(時期外れかもしれませんが)平成25年が皆様にとって良い一年になりますように。

## 理事からひとこと

### 食つきて兎ら飢うるとき

児湯 坂田病院

坂田 師通

「愛は奇蹟を生む」という言葉は、かなり以前より多くの文学作品の中で語られてきました。しかし、臨床医として患者さん方に接する時、愛が奇蹟を生んだ実感を持つことは殆どないと思います。癌の夫に一日でも安らかに過ごしていただきたいという献身的看護をしている婦人の願い、難病のお子さんについて完全治癒があってほしいという両親の悲痛な叫び、それらに我々医師は応えられず、只々、患者さんと御家族を癒すことも支えることもできず、慰めることしかできない空しさを感じてしまいます。本当に「愛は奇蹟を生まないのでしょうか?」、少し青臭く語ってみたいと思います。

私の住んでいる高鍋の偉人であり「孤児の父」と呼ばれる私の尊敬する石井十次は、預かった孤児が40名ほどになった頃、とうとう麦や米が尽きてしまいました。ご本人は、だいぶ前から断食をされていたそうですが、子供達を伴ってお寺の裏の墓場に行き、そこで熱い祈りをささげられました。祈りが終わった頃、そこにアメリカ・ミッション・ボードから派遣されていた宣教師ジェームズ・ペティーの妻がアメリカの少年会から送ってきたとって31円の寄付金を届けて下さいました。当時は米10キロが50銭くらいだったの

で、かなりの大金だったようです。大変不思議なことに、マザーテレサにも同じような話があります。ある日、金曜日と土曜日の米がなくなったそうです。周囲のシスター達は大変心配そうな顔をしていました。マザーテレサは、このような時必ず祈られます。そうしたところ、金曜日の朝9時に、何千個のパンを積んだトラックが到着いたしました。その日、どういうわけか、政府の意向で学校が休校になり、学校に配られる予定のパンがすべて、マザーテレサ達のところに届けられたのです。石井十次とマザーテレサのこの話は、ある意味において「愛は奇蹟を生む」の具体例だと思うのです。石井十次とマザーテレサの心の共通点を述べさせてもらおうと、マタイ伝の6章25節～26節に基づく信仰と自分達は「神の道具」であるという謙虚な気持だったと思います。このような奇蹟を起こすためには、純粋な心根の美しさが必要であり、お酒と女性にしか興味も趣味もない私のような者にとっては大変無理な注文です。

私はインチキな免疫学ディレクターですが、大学病院と都立病院で働いていた時は、アレルギー膠原病の診療に従事していました。私がアレルギー膠原病の世界に足を踏み入れた頃は、抗リウマチ薬はシオゾールとメタルカプターゼくらいしかなく、なかなか関節リウマチ患者さんの寛解は得られず、また気管支喘息患者さんにおいても steroid dependent intractable asthma の方に対してはお手上げでした。今、関節リウマチは、生

物製剤によって多くの患者さんが寛解状態と  
なられるようになり、一方、気管支喘息もゾ  
レアによって難治性喘息の患者さんに朗報が  
もたらされています。当時から考えると、こ  
れは紛れもない奇蹟です。奇蹟が起こった背  
景には、多くの研究者達の病態解明の努力が  
あったと思いますが、末端で毎日患者さんと  
対峙していた私のような愚医者にも“患者さ  
んを治してあげたいという強い気持”があっ  
たはずです。それは、ある意味での小さな愛  
だったのかもしれませんが。そんな小さな愛の  
積み重ねが、優秀な研究者達の病態解明と連  
結して、患者さん達に生物製剤の恩恵をもた  
らしたとは言えないでしょうか？

私達は、病態解明を行い、そこで働くサイ  
トカイン等のことを知り、それをターゲット  
に治療をすることで、25年以上前では考えら

れなかった“奇蹟”を行いました。私達は、  
神と人とのディスタンスを拡大させているサ  
イトカインや接着分子を知りませんし、愛と  
奇蹟を遠ざけている病態も現在の段階ではわ  
かりません。石井十次やマザーテレサのよう  
な人達は、“神と人”や“愛と奇蹟”の間を  
スムーズにする免疫抑制剤や生物製剤を持っ  
ておられたのかもしれませんが。いずれにし  
ろ愚かな私達は、ヨハネ伝の20章26節～29節  
に沿って「見ないで信ずる者はさいわいであ  
る」として、愛は奇蹟を生むはずだと信じて、  
日々の患者さん達の治療に全身全霊を捧げる  
しかないように思います。

食つきて兎ら飢うるとき屋上に  
座して祈りしその声聞こゆ

(安田尚義)



「青井岳温泉の早春」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

青井岳温泉の風景のひとつを作る桜と緑



「公園（マニラにて）」

都城市 折津 達



「遊覧船（シンガポールにて）」

都城市 折津 達

俳句

眼の手術

宮崎市 猪島医院

猪島蘇風

眼の手術受くる前夜の虎落笛

クリスマスツリーのごとく点滴す

手術せし吾を見舞ひに尉鶯

眼帯をはづして拜む初明り

手術せし眼をよろこばす初雀

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村善教

今年また 期待と不安 交差する

自民大勝 不安がよぎり

自民勝ち 予測通りと マスコミの

喜ぶ姿 見たくもないぞ

医療には ゼ口税率が 妥当だと

決断下す 良識求む

民主去り 今こそ示せ 結集し

医師連盟の 存在意義を

維新かな 八十路にすぎる 平成は

明治の御代は アラサー世代が

短歌

内科医

宮崎市 長嶺内科クリニック

長 嶺 元 久

朝な夕な新聞開き訃報読む

わが診る人の息災なりや

診療のはじめに交はす「こんにちは」

そこに病む人の塩梅を知る

1丁化いかに進めどひとりづつ

五感をすまし病人<sup>やまうと</sup>を診る

メス持たぬ内科医われは葉もて

病切り裂く気概を持たむ

微笑めるバンテイング、ベストと写りゐる

糖尿病犬の神妙な顔

インスリン注射を病める人達に

勧むるわが身に針打ちてみる

「うちませう」「いや打ちません」

病む人とけふも交はせりインスリン問答

インスリン一人一人のさじ加減

万巻の書にあたりて決むる

タイガース好きにあらねど応援す

インスリン打てる岩田投手を

読みこなし得ざれど座右に置きてをり

最新版の「ハリソン内科学」

幾そたび癌を告げたるわが身にも

告げらるる日のいづれあらむか

連休に遠出を控ふ十年余

診たる焔の今際迫りて

「要介護1」の知らせが届きたり

病人逝きてひと月後に

夜半過ぎに急病センターの務め終へ

外に出づれば寒月笑まふ

\*以上の短歌は、長嶺元久著の歌集『カルテ棚』から引用したものである。

短 歌

敬老会にて

延岡市 藤本内科小児科医院

藤 本 孝 一

萎えし身にわれは出でたり敬老会医院開きて三十七年  
敬老会喜寿の数人ありたれど今日出席はわれ一人なり  
会長ほかわれの患者は十余人敬老会にて話ははづむ  
敬老会小学校の子供らはおめでたうとて合唱したり  
しとやかに敬老会にて一人舞ふ女性を見ればわが患者なり

[報告]

## 日本臨床内科医会第59回理事会・第48回代議員会 および第26回日本臨床内科医学会報告

宮崎県内科医会会長

栗林 忠 信

日本臨床内科医会第56回理事会は平成24年10月6日徳島市ホテルクレメンテ徳島で午後5時30分から6時30分まで開催され、引き続き同会場で第48回代議員会が午後6時30分から8時まで開催された。理事会に栗林、代議員会に栗林と中津留常任理事が出席した。その概要を報告する。

会議の冒頭、猿田享男日臨内会長、第26回日本臨床内科医学会学会長関 啓徳島県内科医会会長の挨拶のあと、会務及び会計、事業の概況が報告された。

総務部総務委員会からは平成24年8月31日現在の会員数が15,833名とついに16,000名を割ったことが報告され、会員の高齢化に伴って死亡会員が増え、若手会員の新規加入が少ないことが問題点として挙げられた。今後の医学会の予定は第27回が兵庫県内科医会の主催で平成25年10月13日～14日の2日間神戸国際会議場で開催されることが決定しており、その後第28回は岩手県、第29回は九州ブロック、第30回は東京が担当することが報告された。また総会は第30回が東京都で平成25年4月14日に菅原正広会頭の下で開催され、第31回は東京、第32回が京都で行われることが報告された。総務部調査研究委員会からは平成24年度の活動中間報告と活動計画が報告され、第4回倫理審査委員会で「超高齢者の診療実態の現状」に関するアンケート調査が承認された。

庶務部IT委員会からは日臨内ホームページへのアクセス状況が報告され、また各都道府県内科医会のホームページの有無が報告された。それによると全国46都道府県のうちホームページを有している内科医会は17医会で、今後開設予定の医会への援助を行っていることが報告された。

経理部経理委員会からは平成23年度日本臨床内科医会収支決算監査報告ならびに平成24年度日本臨床内科医会収支中間報告（8月末締）が報告され、理事会、代議員会で承認された。

社会医療部公益事業委員会からは平成24年度前期事業報告として、第10回インフルエンザ夏季セミナー（平成24年7月21日ホテル日航東京で開催）の要旨報告がなされ、「2011-2012年シーズンの迅速診断キットの成績と抗体価の測定結果について」と「2011-2012年シーズンのワクチンおよび抗インフルエンザ薬の有用性」について報告された。地域医療委員会から報告事項として地域医療功労者表彰の件、日臨内会誌「地域医療の現場から」コーナーへの投稿状況、「超高齢者の診療実態の現状」アンケート調査実施の件が報告された。

社会保険部医療・介護保険委員会からは医療を取り巻く最近の動向、平成24年度診療報酬改訂の影響が詳細に報告され、日臨内医療・介護保険委員会の活動状況が報告された。

研修推進部からは平成23年度日臨内専門医・認定医合格者数の報告がなされ、平成24年度認定医・専門医申請日程が提示された。また更新条件の変更点の説明が行われた。

学術部学術委員会からは「原発性アルドステロン症の実態調査」中間報告、内科処方実践マニュアルの進捗状況、患者用小冊子の状況が報告され、また「高齢者における2型糖尿病患者の薬物療法における前向き調査研究」(SMILE STUDY)について協議され、了承された。

最後に消費税に対する要望書(案)が提案された。以下にその全文を示す。

平成24年8月10日、消費税増税法案が成立し、平成26年4月から8%、平成27年10月に10%に消費税が引き上げられることが決定しました。社会保険診療が消費税非課税であることにより生ずる控除対象外消費税問題は、税率5%の現在でも、医療機関の経営を非常に圧迫しています。この状況のまま税率が引き上げられると、医療機関はさらに厳しい環境に晒され、ひいては地域医療崩壊の危機に立たされます。社会保障の充実を目的に導入された消費税によって、地域医療を崩壊させてはなりません。

このため、国民の負担を増大させることなく、社会保険診療を課税の仕組みに入れることを強く要望します。

#### 記

社会保険診療が消費税非課税であることを改め、国民の負担を増加させることなく、課税の仕組みとすることを強く要望します。

以上につき、理事会・評議員会において決議するものである。

平成24年10月6日  
日本臨床内科医会

第26回日本臨床内科医学会は平成24年10月7～8日の2日間、徳島県臨床内科医会会長関啓学会長の下、徳島市ホテルクレメンテ徳島をメイン会場に開催された。特別講演は国立循環器病研究センター研究所所長寒川賢治先生の「未知のペプチドへの挑戦：探索・発見から臨床応用へ」と東京都医学総合研究所所長田中啓二先生の「プロテアソーム(蛋白質分解酵素複合体)の動態と病態生理に関する研究動向」の2つがあり、また大会のメインテーマ「いのちを支える地域医療の再生」に沿ってシンポジウム、パネルディスカッションが生まれ、特に東日本大震災で崩壊した東北沿岸部の地域社会を取り上げた「3.11より地域医療は再生したか」は行政も含めた素晴らしい内容であった。会員発表は67題あり、そのうち6題が推薦演題として口演発表され、残りの61題は全てポスター発表であった。宮崎県内科医会からも3題の発表があったが、発表いただいた野村朝清先生、大橋剛先生、日高利彦先生には改めて深謝申し上げます。

[報告]

## 平成24年度日臨内九州ブロック会議

宮崎県内科医会常任理事

中津留 邦 展

日 時：平成24年10月13日（土）

場 所：宮崎観光ホテル

参加者：栗林会長，中津留

今回のブロック会議は当県の担当のもとに開催されました。九州各県からは各県内科医会役員17名が参加され、日臨内執行部からは猿田会長，望月，嶋田両副会長が臨席されました。開会に先立って、6月29日に急逝された鹿児島県内科医会の瀬戸山史郎先生のご冥福をお祈りして黙祷が捧げられました。次いで猿田会長が挨拶されました。会長は、徳島で開催された第26回日臨内医学会に会員が多数参加されたことのお礼を述べられ、日臨内活動の中で学術研究やインフルエンザ対策などの公益事業を更に進めていくこと、世代交代で会員が減少している若くは若い医師に入ってもらいたいことなどを強調され、さらに9月に厚労省大臣が変わり、同時に厚労省の事務次官以下担当局長全員が交代したことが懸念されるが、今後も日臨内の要望を厚労省に強く訴えていくとお話になりました。議事は栗林会長の司会で行われました。

### I. 日臨内からの報告事項（主なもの）

1) 会員数は平成24年8月31日現在、15833人。

2) 今後の日臨内総会開催

平成25年4月14日 第30回 東京，東京商工会議所

平成26年4月 第31回 東京

平成27年4月 第32回 京都

3) 今後の医学会開催

第27回 平成25年10月13，14日 神戸市，神戸国際会議場

第28回 平成26年10月12，13日 岩手県盛岡市

第29回 平成27年 九州ブロック

第30回 平成28年 東京

4) 学術部関係

内科処方実践マニュアルが発刊された。

原発性アルドステロン症実態調査が期間延長された。

高齢者2型糖尿病の薬物療法についての調査“SMILE STUDY”が開始された。

#### 5) 研修推進部関係

平成24年度中の認定医更新予定者数は97名、専門医更新予定者数は1620名。70歳以上の会員の更新条件が変更された。

その他、公益事業、地域医療、介護保険事業への取り組み、問題点等が報告された。

## II. 日臨内執行部に対する提案事項

- 1) 再び社会保険診療報酬への消費税非課税方式に反対する（沖縄県）
- 2) 消費増税と医療崩壊について（熊本県）
- 3) 医療機関における消費税の透明性の確保、ゼロ税率の適用を求める（宮崎県）
- 4) 時間外対応加算、一般名処方加算を日臨内会員に算定するように広報する必要がある（福岡県）
- 5) 東日本大震災のその後の支援について（鹿児島県）

以上、5項目の提案がされたが、1)～3)では社会保険診療報酬に対する消費税非課税方式の問題点が指摘され、現在の消費税率5%が既に医療機関の大きな負担になっており、このまま消費税率が8～10%に段階的に引き上げられれば地域医療は崩壊してしまうため「ゼロ税率」を強力に主張すべきであると提案された。福岡県からは時間外対応加算と一般名処方加算を積極的に算定するよう広報して欲しいとの要望が出されたが、時間外加算については再診療を元に戻すことが本筋であるとの意見も多かった。また、鹿児島県からは東日本大震災のその後の支援について日臨内で出来ることはないか、執行部に具体的な問題を検討して欲しいとの要望が出された。

最後に、平成27年度第29回日臨内医学会は九州ブロックが担当であるが、満場一致で熊本県に引き受けていただくことになった。

[報告]

## 第47回九州各県内科医会連絡協議会報告

宮崎県内科医会副会長

野村朝清

日時：平成24年10月13日（土）午後4時10分～6時40分

場所：宮崎観光ホテル 東館2階「紅の間」

（宮崎市松山1-1-1 TEL 0985-27-1212）

次第

司会・進行 宮崎県内科医会常任理事 中津留 邦展

1. 開会
2. 担当県会長挨拶 宮崎県内科医会 会長 栗林 忠信
3. 来賓挨拶 日本臨床内科医会 副会長 望月 紘一
4. 報告 前年度九州各県内科医会連絡協議会担当 佐賀県内科医会
5. 協議

宮崎内科医会よりの出席者：栗林 忠信，中津留 邦展，野村 朝清

### 協議内容

#### 【1】「総合医」の専門医制度創設をどう捉えるか （沖縄県）

##### 《提案要旨》

本年5月、厚労省は専門医・総合医の在り方についての論点を整理し、「論点項目素案」の形で、「専門医の在り方に関する検討会」に提示した。この中で、「総合医」「総合診療医」については専門医の1つとして、基本領域に加え、専門医として独立して評価するという観点が盛り込まれている。これを受けて、これまで専門医・総合医の協議に慎重な態度をとっていた日本医師会が素案を前向きに評価、専門医・総合医の議論は制度化に向け大きく前進し始めた。また、日本プライマリ・ケア連合学会も積極的な取り組みを表明している。

私どもは、従来の日臨内の「日臨内会員こそ総合医に一番近い」との立場に基本的には賛同するものであるが、「総合医専門医制度」の議論が本格化する中、この議論に積極的に参画し、専門医制度の創設に関与すべきと考えるが如何でしょうか。各県のご意見を伺いたい。

##### 【回答】

日本プライマリ・ケア連合学会は日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療学会が統合し日本医学会に加盟している。その中で総合医の取り組みを行っている（宮崎県・

大分県)。

また、現在、厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」(座長：高久史磨日本医学会長)の中でも総合医・総合診療医の位置付けが議論されている(宮崎県)。

日本臨床内科医会は医学会に加盟していないなどの問題がある。日臨内の独自の認定医＝総合医というのが理想的であるが、外的な“総合医”の呼称を認めてもらうには現状は楽観的ではないように思える。独自で“総合医”を勝ち取る為のロビー活動に期待するが、日本医師会の“かかりつけ医”＝総合医と言う構想の中で結束した共同歩調をとることが必要と考える(佐賀県)。

各県とも総合診療医の専門医制度に対し危機感があった。総合診療医を大学病院などの総合診療科に勤務する医師と、かかりつけ医としての総合医に分けて議論すべきだという意見があり、かかりつけ医としての開業医に対する専門医制度を利用した規制が導入されるのは避けなければならないという意見が多かった。

## 【2】 地域におけるICT(情報通信技術)を用いた医療情報連携システムの現状について

(大分県)

### 《提案要旨》

今回の国の医療計画においては、特に医療連携と在宅医療に重点が置かれている。限られたリソースの中で、効率的に医療機関の連携や多職種が関わる在宅医療を展開していくためには、ICTの利活用が有効と思われるが各県での取り組みの現状についてお伺いしたい。

【回答】 沖縄では、浦添市医師会で、平成23年度の経済産業省委託事業により地域見守りサービス実証事業を実施した。診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、居宅介護支援事業所に対して、医師・看護師・薬剤師・介護支援専門員間で患者情報を情報共有した。

長崎県では、メーリングリストを利用した「在宅ネット」と診療情報の病院と診療所の連携を行う「あじさいネット」がある

福岡県の筑豊地区の在宅支援診療所のネットワーク、鹿児島県の垂水中央病院の「在宅ICTシステム」、佐賀県の県下全域で診療情報を共有できる佐賀県診療録地域連携システム(愛称：Pica Pica Link ピカピカリンク)、宮崎県の「はにわネット」など各県でも同様の取り組みが行われている。

## 【3】 認知症患者の増加について

(熊本県)

### 《提案要旨》

超高齢社会に我が国が進んでいくことは、止めようがない事実であります。それに伴って、認知症の患者数が増加していくことは間違いありません。熊本県では、熊本方式という熊本大学精神科の池田学先生が考案された、認知症疾患医療センター1カ所と地域拠点型センター7カ所で熊本県の認知症の患者さんを診て行こうというシステムがあります。しかし、現在我が国の認知症の患者さんは300万人以上いらっしゃるということです。すなわち生活習慣病と同じく極くあり

ふれた疾患であるということであり、専門の先生方が難渋されているのではないかと考えます。

かかりつけ医として、認知症に対して各県では何か取り組みをされていますか？

【回答】 各県とも、形は違うが、認知症疾患医療センターの設置、認知サポーター医の養成などの対応をしている。

**【4】 介護保険で訪問リハビリテーションを行う時に、情報提供を行う主治医の他に、訪問リハビリテーションの施設がある別の医療機関の医師が指示書を記載し、3カ月に1度指示書を記載する医師が患家を訪問し、診療を行う必要があるとのことだが、これは2重診療に当たるのではないか。患者の家族から費用が発生するので、何か釈然としないと言われている。（長崎県）**

《提案要旨》

平成24年4月の診療報酬の改正で、介護保険で訪問リハビリテーションを行うためには在宅の主治医から情報提供書を受け、訪問リハビリテーションの施設がある別の医療機関の医師が指示書を記載し、訪問リハビリテーションが行われるが、3カ月に1度指示書を記載する医師が患家を訪問し、診療を行っている。これは2重診療に当たるのではないか。患者から特に何をするわけでもなく、ただ来るにすぎないのに、費用が2重に発生するので困っているとの意見を聞くが、このような事態は各県では、どの様に考えているのかご意見をお願いします。

【回答】 今回の改定以前は、情報提供を行う主治医も、訪問リハビリの指示書を書くりハビリ事業所の医師も、毎月診察をするように定められていた。実際にはほとんどの事業所の医師は診察をしていなかった。しかし北海道などで行われた個別指導で返還を伴う指導がなされてから、急に議論となってしまった。

当局は、リハビリはリスク管理を含めリハビリを指示する医師がきちんと評価をしながら行うべきと考えており、セラピストに丸投げの実態に対する警鐘と考えているようである。今回3カ月に1回と緩和されたものの、逆に厳格な指導がなされると考えられ、訪問リハビリから撤退する病院も出てきている。ただですら訪問リハビリを行う医療機関が少なくて困っているのに、これでは患者さんのリハビリの打ち切りにつながってしまうことが危惧される。（宮崎県）

他県も同様の意見がみられた。

**【5】 地域包括ケアシステムにおける主治医の役割について（鹿児島県）**

《提案要旨》

地域包括ケアシステムはその地域住民の保健・医療・介護・福祉に関するニーズに応じ、その地域の保健・医療・介護・福祉の関係者が連携してサービスを提供するものである。関係する職種も多い為、当県では各関係者間の連携の調整はまだ十分に行われていないのが実情である。まずは医療と介護の分野に於いて、今回の診療報酬改定とも絡め、主治医はどのように関わっているのか、各県の現状をお伺いしたい。

【回答】 各県とも、地域包括ケアシステムとしての介護従事者との連携については、通常診療への負担が大きく、医療機関が積極的に関与しているという状況ではないという回答だった。

【6】 在宅医療の後方支援病床について (佐賀県)

《提案要旨》

近年平均在院日数を減らし、在宅医療を推進することで比較的重症者の在宅患者が増えている。一方、例えば癌の末期などで在宅患者が急変した時に家族の要請で入院先を探そうとしても、急性期病床が飽和状態という理由や入院加療の必要がないという理由で入院を断られる事がある。

各県の在宅医療をバックアップする入院病床の現状をお伺いしたい。

【回答】 現在のところ各県とも在宅医療のバックアップを目的とした病床の確保はなされていない。しかし、かかりつけ医には大切な要件であることが認識された。

宮崎県では、今年の5月12日に県医師会在宅医療協議会設立総会が開催され、7月20日に第1回宮崎県医師会在宅医療協議会理事世話人会が開催されたばかりで、在宅医療に対する県医師会としての本格的な取り組みはようやく緒についたところである。

【7】 救急搬送患者地域連携受入加算対象施設の拡大について (宮崎県)

《提案要旨》

2010年度の診療報酬改定により、救急患者の高次救急医療施設への集中等により高次施設の機能が麻痺することのないように、救急医療後の早期転院を目的とした「救急搬送患者地域連携紹介・受入加算」が設定された。また、2012年度の診療報酬改定時には算定要件が緩和され、療養病棟での受入加算の算定も可能となった。しかしながら受入加算の対象はあくまでも病院であり、有床診療所は対象外となっている。

地方での2次救急以上の救急医療を担っている病院にとって、患者の転院受入が可能な医療機関の選択肢は少なく、救急患者を受入れてもらえる有床診療所は重要な存在となっている。連携医療機関である有床診療所においても受入加算が算定できるようになることを要望する。

【回答】 各県とも同意見。

【8】 有床診療所に管理栄養士の配置が義務化された件 (長崎県)

《提案要旨》

平成24年4月の診療報酬の改正で、有床診療所の入院基本料の算定要件に管理栄養士の配置が義務化されましたが、平成26年3月31日までは経過措置がとられています。

管理栄養士の雇用は有床診療所にあっては、常勤でなく非常勤でも差し支えないとされていますが、長崎県では、管理栄養士を雇用している有床診療所は約10%であり、離島医療圏では管理栄養士の確保が困難と考えられています。

有床診療所は、国内で10,000施設程度まで少なくなっています。今は経過措置がありますが、

平成26年以降、管理栄養士の確保が出来なければ入院基本料の算定が出来ず、有床診療所は病床の閉鎖も余儀なくされる事になります。その様なことになれば、地域医療の崩壊に繋がると懸念されます。

他県ではこの問題に対して、どの様に考えていますでしょうか、また、その対策は如何したらよいとお考えでしょうか。ご意見をお願いいたします。

**【回答】** 現状にそぐわない算定要件であり、日本臨床内科医会、日本医師会へ入院基本料、特定入院料における管理栄養士の配置義務の撤回を、要望すべきと考える（各県）。

### **【9】 看護体制基準について**

(熊本県)

#### **《提案要旨》**

今回の診療報酬改定で、一般病床と療養病床に分けられていたものが、7対1入院基本料の算定等についても厳しくなってきました。また、2025年の改定に向けて、高度急性期病棟、一般急性期病棟、亜急性期病棟、慢性期病棟への誘導が懸念され、当然、入院日数、看護必要度基準等厳しくなっていくことが予想されます。

特に看護師の確保等につきまして各県の取り組み等ありますでしょうか？

**【回答】** 県内の看護学校で看護師を養成しても県外に流出する、県内の看護師不足のため看護師の獲得競争が激化しているなどの問題点が確認された（各県）。

### **【10】 患者個人に送付されるジェネリック情報について**

(福岡県)

#### **《提案要旨》**

社保ばかりでなく、国保の患者さんも市町村からのジェネリック情報の通知書を持って来るようになりました。これが九州各県ではどのような状況なのかをお教えいただきたい。通知書は薬価の非常に低いものから高価なものまですべてリストアップし、ジェネリックに変更することによる個人負担の軽減を訴えます。対象となる被保険者全員にこれを送れば事務費、通信費も馬鹿にならないと思われ、医療費削減効果は不透明です。また、本年度からの一般名処方の導入で、ジェネリックの種類も薬局任せになり、ジェネリックの質が必ずしも均一ではない現在、ジェネリックへの変更を強いられて良質な医療を損なう恐れもあります。

各県においてもこのようなジェネリック通知書が配布されているのか否か、その状況や対応などについてお教え頂きたい。

**【回答】** 社会保険の保険者からジェネリックの使用促進の通知が患者さんに送られたり、国保組合から「ジェネリック医薬品に切り替えた場合のお薬代の自己負担の軽減に関するお知らせ」などが送られ、医療機関への患者さんからの相談がある。今のところ、各県とも医療機関の判断にまかせている状況である。

### **【11】 ジェネリックの安全性について**

(宮崎県)

## 《提案要旨》

当院では、アムロジピンベシル酸塩の後発品で、添加物が原因と考えられるアナフィラキシーショックを経験している。一方、気管支喘息の適応のあるエピナスチン塩酸塩の後発品の中には、アスピリン喘息発作を誘発する安息香酸ナトリウムを含んでいる品目も多数存在している。後発品の安全性はどのように保たれているのか、検証は行われているのか疑問である。

後発品に対しても先発品同様の安全に対するハードルを設けるべきと考えますが、各県の意見はいかがでしょうか？

【回答】 宮崎県以外では、ジェネリック医薬品で事故が起きた例はないとの回答だった。しかし、ジェネリックの品質については注目していく必要があるとの意見が多かった。

## 【12】 突合、縦覧審査への対応

(福岡県)

## 《提案要旨》

4月より突合、縦覧審査が社保支払基金で開始された。5月29日付のメディファックスに査定件数、査定点数共に30%増加したと報じられた。

たとえばC型肝炎では月1回AFPとPIVKA IIは検査して良いことになっているが、縦覧審査で1年12回検査している場合などでは4回しか認められないといった事態が出てきている。

福岡県では具体的事例を内科医報等に掲載して会員の注意を喚起する事を考えているが各県の対策を伺いたい。

【回答】 縦覧審査が行われた例はあるが、現状のところ少数で目立った影響は出てきていない。保険者側の体制がまだ整っていないためと思われる。将来的には問題になってくる可能性がある(各県)。

## 【13】 レセプトの突合・縦覧点検について

(鹿児島県)

## 《提案要旨》

支払基金では、本年3月審査分からレセプトの突合・縦覧点検を実施しておりますが、各県の状況をお伺いしたい。

【回答】 【12】に同じ。

[報告]

## 第29回九州各県内科審査員懇話会報告

宮崎県内科医会医療保険委員会委員長

松岡均

例年、九州各県の保険審査員が集まり、地域による審査差異を解消するために開催する懇話会ですが、今年は宮崎が担当県で日本臨床内科医会九州ブロック会議、第47回九州各県内科医会連絡協議会とともに本県で開催されました。

本会で話し合われた24題の提案事項について全体の回答を中心に当県のコメントを併記いたします。なお、参加は8県です。提案県の意見がはっきりしている場合には8県で、そうでない場合には7県の回答をまとめています。

### 【1】降圧薬配合剤の投与量の取り扱いについて（沖縄県）

現在、種々の配合剤（ARB+降圧利尿剤・ARB+Ca拮抗薬）が発売されております。

それらの投与量の取り扱いについて。

#### 《提案要旨》

例えばエックスフォージ配合錠（バルサルタン80mg+アムロジピン5mg）の場合、通常成人にはバルサルタンとし40～80mgを1日1回経口投与する。なお、年齢、症状に応じて適宜増減するが、1日160mgまで増量できる。またアムロジピンは同様に1日1回10mgまで増量できるとあります。

しかし、それらの配合剤の用法・用量は「1日1回1錠」となっており、適宜増減もありませんが、2錠投与される場合があります。各県の取り扱いをご教示下さい。

尚、当県の社保では各々の降圧剤の上限までの組合せであれば認める扱いです。

#### 《回答》

「用法・用量通り」が6県（大分県、長崎県、熊本県、福岡県、佐賀県、宮崎県）と「添付文書でバルサルタンとアムロジピンの用法・用量を踏まえ、患者毎に本剤の適応を考慮する。と記載されていることから、必要があればバルサルタン160mgとアムロジピン10mgまで、すなわち、エックスフォージ配合錠2錠まで認める」が1県（鹿児島県）。用法・用量通りの県が多数を占めていました。

#### 《コメント》

用法・用量通りと考えて下さい。つまり1日/1回/1錠です。

**【2】 降圧剤の分割投与について（沖縄県）****《提案要旨》**

1日1回用法の降圧剤（ニフェジピン徐放錠，ARBなど）を1日2回ないし3回に分けて投与されている場合は，各県ではどのように対応されていますでしょうか？

当県では1日投与量が最高用量の範囲であれば認めています。突合点検がはじまり，調剤薬局の薬剤師も医療機関に問い合わせるべきか悩むことがあるようです。

**《回答》**

すべての県で「1日投与量が最高用量の範囲であれば分割投与は認める」でした。

**《コメント》**

1日投与量が最高用量の範囲であれば投与方法は医師の裁量権の範囲と考えます。

**【3】 ノルバスク5mg 1日2錠の査定について（長崎県）****《提案要旨》**

ノルバスク5mg 1日2錠の処方について一部の地区で査定されている。ノルバスク10mgがあるのでノルバスク5mg 1日2錠の処方は必要ないとの判断のようである。狭心症であれば，ノルバスク5mg 1日2錠×分2は当然認められるべきと考えるが，高血圧症であっても血圧の動揺が激しい症例や早朝高血圧など，個々の血圧の状況に応じてノルバスク10mg 1錠×分1よりも5mg 2錠×分2の方が確実な降圧が得られる可能性もあるので査定の対象とはならないと考える。各県の状況，対応をお伺いしたい。

**《回答》**

すべての県が「1日投与量が最高用量の範囲であれば認める」

**《コメント》**

【2】の提案事項と同じように1日投与量が最高用量の範囲であれば可と考えます。

**【4】 高血圧に対するレザルタス配合錠2錠の投与について（宮崎県）****《提案要旨》**

レザルタス配合錠の用法及び用量は“通常，成人には1日1回1錠（オルメサルタン メドキシソミル/アゼルニジピンとして10mg/ 8mg〔LD錠〕又は20mg/16mg〔HD錠〕）を朝食後経口投与する。本剤は高血圧治療の第一選択薬として用いない。”で，用法及び用量に関連する使用上の注意として“1.以下のオルメサルタン メドキシソミルとアゼルニジピンの用法及び用量を踏まえ，患者毎に用量を決めること。オルメサルタン メドキシソミル：通常，成人にはオルメサルタン メドキシソミルとして10～20mgを1日1回経口投与する。なお，1日5～10mgから投与を開始し，年齢，症状により適宜増減するが，1日最大投与量は40mgまでとする。アゼルニジピン：通常，成人にはアゼルニジピンとして8～16mgを1日1回朝食後経口投与する。なお，1回8

mgあるいは更に低用量から投与を開始し、症状により適宜増減するが、1日最大16mgまでとする。”となっている。

当県では2錠は査定されるが貴県の対応はいかがでしょうか？

《回答》

【2】の提案事項と異なるのはこの薬剤の場合にはLDとHDの2種類があることです。LDの場合には2錠認める県が3県（沖縄県、大分県、鹿児島県）でした。一方HDの場合にはすべての県で査定されています。

《コメント》

【1】の提案事項と同じように用法・用量通りとお考え下さい。どちらの剤型も1日/1回/1錠です。

#### 【5】 タケプロンOD錠15及びタケプロンカプセル15の取り扱いについて（沖縄県）

《提案要旨》

タケプロンOD錠15mg・タケプロンカプセル15mgのみ、低用量アスピリン・NSAIDs投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制に対する効能・効果が追加承認されております。その際、傷病名、またはコメントを必要としておりますでしょうか、各県の取り扱いをご教示下さい。尚、当県社保では病名がなくても低用量アスピリン及び非ステロイド性抗炎症薬の投与があれば認め、またコメントがなくても認める扱いです。

《回答》

コメント不要としているのは2県（福岡県、沖縄県）のみで、6県（大分県、長崎県、熊本県、鹿児島県、佐賀県、宮崎県）ではコメント、病名記載を必要としています。①発症時期 ②医療機関名の記載がなければ返戻している県もありました。

《コメント》

添付文書には“投与開始に際しては、胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往を確認すること”となっていて病名記載とは書かれていませんが、やはり胃潰瘍・十二指腸潰瘍（癒痕を含む）の病名記載が必要と考えます。

#### 【6】 DPP 4阻害薬の併用薬について（大分県）

《提案要旨》

糖尿病治療薬として処方が増えているDPP 4阻害薬の中で、ビルダグリプチン（エクア）はスルフォニルウレアとの併用が唯一認められている。近年DPP 4阻害薬とビグアナイド（メトホルミン、メトグルコなど）と併用の有用性が指摘されており、同系統の他剤では併用を認められているため本剤もビグアナイドとの併用処方を行う医師も増えつつある。

厳密には適応外であるが、現実には即した形でビルダグリプチンとビグアナイドの併用を認めてよいか各位の意見をうかがいたい。

## 《回答》

併用可1県（沖縄）併用不可6県（長崎県, 熊本県, 福岡県, 鹿児島県, 佐賀県, 宮崎県）でした。

## 《コメント》

DPP 4 阻害剤の併用薬はそれぞれ認められている薬が存在しますので、併用が認められている薬以外は査定となります。

**【7】頸動脈狭窄症に対するクロピドグレル（プラビックス）やシロスタゾール（プレタール）の投与について（大分県）**

## 《提案要旨》

頸動脈狭窄症（内頸動脈狭窄症）に対し、頸動脈ステント留置術（CAS）を行う例が増えつつある。この場合、再狭窄、血栓性閉塞などを予防するためクロピドグレルやシロスタゾールを投与するが、本剤には頸動脈狭窄症の適応がない。

一般的治療になりつつあるCASにおいてこれらの処方をも認めてよいか貴県の御意見をお伺いしたい。

## 《回答》

査定6県（沖縄県, 熊本県, 福岡県, 鹿児島県, 佐賀県, 宮崎県）、問題になっていない1県（長崎県）でした。

## 《コメント》

クロピドグレルやシロスタゾールは認めていません。ただし、抗血小板剤使用不能の場合は、注記をお願いします。

**【8】PCI未実施のプラビックスの適用について（宮崎県）**

## 《提案要旨》

プラビックスは虚血性心疾患において投与された場合、PCIが適用されるという条件がついておりますが、この解釈はどのようにしたらよいのでしょうか？

## 《回答》

PCI後あるいはPCI施行予定の注記がない場合には査定されています。1県（沖縄県）は狭心症、心筋梗塞の病名だけで認めていますが、PCIが全く考慮されないときには返戻しているようです。

## 《コメント》

PCI予定というだけで、長期間（半年～1年以上）投与されている場合には返戻あるいは査定の対象となります。

**【9】ダビガトラン（プラザキサ）の適応について（大分県）**

## 《提案要旨》

心房細動における血栓塞栓症予防に、ワルファリンに替わる薬物としてダビガトランが用いら

れるようになりつつある。しかし、本剤の適応症は「非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症予防」とある。この一文のため、傷病名に弁疾患（大動脈弁や僧帽弁疾患など）があると、適応外ではないかという疑義が生じている。

心房細動の例で、弁疾患の病名があるものの人工弁置換術後ではない場合は本剤の適応を認めてもよいか貴県の御意見を伺いたい。

#### 《回答》

認める3県（熊本県、鹿児島県、宮崎県）、査定4県（沖縄県、長崎県、福岡県、佐賀県）でしたが、非弁膜症性心房細動の解釈に差異があり、その結果認めない県が多いようです。人工弁及びリウマチ性弁膜症および僧帽弁修復術後でなければ認められます。

#### 《コメント》

非弁膜症性心房細動は「リウマチ性僧帽弁疾患、人工弁および僧帽弁修復術の既往を有さない心房細動」と定義されている。したがって、「リウマチ性僧帽弁狭窄症、リウマチ性僧帽弁閉鎖不全、僧帽弁人工弁置換術後、僧帽弁修復術後」以外は認められると思われま

#### 【10】新しい抗凝固薬「プラザキサ」及び「イグザレルト」について（鹿児島県）

新しい抗凝固薬「プラザキサ」及び「イグザレルト」などが使用可能になり、処方例も多くなっている。重篤な出血性合併症の報告も散見され、適応病名や使用量について、安全性および有効性の面から、審査基準の標準化が望ましい。

#### 《提案要旨》

- ①適応病名は、添付文書においては、「非弁膜症性心房細動」であるが、この病名自体が厚労省の傷病名マスターに記載がないことから、本県においては、単に「心房細動」の病名でも適応可としている。貴県においてはいかがでしょうか。
- ②また、通常「非弁膜症性心房細動」とは、リウマチ性僧帽弁狭窄症を除外するための用語と解釈されるため、心房細動に伴う二次的および軽症と思われる僧帽弁閉鎖不全や三尖弁閉鎖不全などの病名記載があっても、リウマチ性僧帽弁狭窄症でなければ適応可としているが、貴県においてはいかがでしょうか。
- ③プラザキサの投与量に関しては、添付文書における使用上の注意として、中等度の腎障害（クレアチンクリアランス30-50ml/分）、P-糖蛋白阻害剤（経口剤）を使用している患者、出血の危険の高い、70歳以上の患者、消化管出血の既往を有する患者では、本剤1回110mg 1日2回の服用が記載され、1回75mg 1日2回といった用量増減についての記載がみられない。腎障害が禁忌範囲でなくとも、出血傾向があったり、部分トロンボプラスチン活性などで危険域が推察されれば、注記記載にて1回75mg 1日2回服用も可と判断していいかと考えるが、貴県においてはいかがでしょうか。

## 《回答》

【9】の提案事項とほぼ同じ内容です。

- ①は認める7県（沖縄県、大分県、長崎県、熊本県、鹿児島県、佐賀県、宮崎県）。認めない1県（福岡県）です。
- ②は認める3県（熊本県、鹿児島県、宮崎県）。認めない5県（沖縄県、大分県、長崎県、福岡県、佐賀県）です。
- ③は認める5県（沖縄県、大分県、長崎県、鹿児島県、宮崎県）。認めない3県（熊本県、福岡県、佐賀県）です。

## 《コメント》

①は認めない1県は非弁膜症性心房細動の病名が平成23年12月から病名マスターに追加されたことから非弁膜症性心房細動病名を必要。ちなみに当県では認めています。

②当県では非弁膜症性心房細動は「リウマチ性僧帽弁疾患、人工弁および僧帽弁修復術の既往を有さない心房細動」に従っていますので、認めています。もちろん非弁膜症性心房細動の病名があれば問題ありません。

③当県では審査例がありませんが、用量内であれば認められると思われれます。

## 【11】心房細動病名でのブラザキサカプセルの投与について（佐賀県）

## 《提案要旨》

ブラザキサカプセルの適応は非弁膜性心房細動患者における虚血性脳卒中および全身性塞栓症の発症抑制となっている心房細動のみの病名での投与はいかがか。

## 《回答》

【9】【10】の提案事項とほぼ同じ内容です。

認める7県（沖縄県、大分県、長崎県、熊本県、鹿児島県、佐賀県、宮崎県）。認めない1県（福岡県）です。

## 《コメント》

認めない1県は非弁膜症性心房細動の病名が平成23年12月から病名マスターに追加されたことから非弁膜症性心房細動病名を必要。ちなみに当県では認めています。

9, 10, 11とほぼ同じ内容でした。各県ともこの処方が増えている影響と思われる。

非弁膜症性心房細動という病名が混乱の元になっているようです。【10】②のコメントを参照下さい。

## 【12】末梢神経障害の病名のみでリリカプセルの算定を認めるか（鹿児島県）

## 《提案要旨》

本県社保では末梢神経障害の部位（例：右下肢末神経）や「末梢神経障害の原因となる疾患（例：椎間板ヘルニア）」等が記載されている場合は、病名に「疼痛」の記載がなくても原則認めると

しております。他県の取り扱いは如何でしょうか。

《回答》

認める4県（大分県、熊本県、鹿児島県、宮崎県）。認めない4県（沖縄県、長崎県、福岡県、佐賀県）です。

《コメント》

当県では疼痛の病名がなくても認めていますが、やはり末梢神経傷害性疼痛の病名が望ましいと思われれます。

【13】ファンギゾンシロップの外用処方について（宮崎県）

《提案要旨》

ファンギゾンシロップの効能又は効果は“消化管におけるカンジダ異常増殖”であり、用法及び用量は“通常小児に対し1回0.5～1mL〔アムホテリシンBとして50～100mg（力価）〕を1日2～4回食後経口投与する”となっているが、外用処方としてプレドニゾロンなどの免疫抑制剤投与時に処方されていることがある。

貴県では外用薬として認めているか？その場合の1日最大量を設定しているかお教えください。

《回答》

当県以外の7県（沖縄県、大分県、長崎県、熊本県、福岡県、鹿児島県、佐賀県）すべてが外用薬としては認めない。

《コメント》

当県からの提案でしたが、外用薬として処方例があるのは、当県だけで他県ではすべて内服として算定されているようです。今後査定対象となり得ます。内服薬として処方お願いします。

【14】免疫不全時におけるアシクロビルの使用期間について（熊本県）

《提案要旨》

骨髄移植時等における、免疫不全状態の際にヘルペスウイルス感染防止として、アシクロビルを200mgを1日5回投与し、移植前7日間と移植後35日間の投与が認められています。しかし、投与を中止すると帯状疱疹が発現することが多く、予防内服を継続している場合が多いようです。この点につきまして、投与期間等どうしていらっしゃいますか。

《回答》

原則的には35日を超える投与は、すべての県が認めていませんが、このうち症状詳細があれば症例毎に判断している3県（沖縄県、大分県、鹿児島県）、移植症例で免疫抑制剤服用中は認めるが1県（宮崎県）でした。

《コメント》

予防投与になりますので、不可とされると思います。投与事例に関しては注記が必要ですし、

注記があっても、漫然と長期間投与されている場合には査定もされることもあります。

### 【15】 2型糖尿病におけるIRI, CPR, 抗GAD抗体測定について（長崎県）

#### 《提案要旨》

比較的安定した状態と思われる2型糖尿病において、IRIやCPRの連月測定や抗GAD抗体の測定がみられます。当県では以下のような基準で審査していますが、各県の状況はいかがでしょうか。

- ①採血1回でIRI, CPRの同時測定は、インスリン異常症の疑いなどのコメントがない限り、どちらか一方のみを認める。
- ②連月の測定は、3～6カ月に1回に査定。
- ③抗GAD抗体は、1型糖尿病の疑いなどのコメントがない限り査定。

#### 《回答》

- ①認めるのは1県（熊本県）のみで、取り決めなし1県（福岡県）。他の6県は認めていません。
- ②連月の測定は、取り決めていない県が6県（沖縄県、大分県、熊本県、福岡県、佐賀県、宮崎県）と大半ですが、連月測定には注記が必要の様です。1県（鹿児島県）は2月連続は認めるが、3月以上の連続測定は不可、2月連続して測定した後は6ヶ月程度の間隔が必要としています。
- ③すべての県で糖尿病疑いでは認めていません。

#### 《コメント》

- ①当県では認めていません。
- ②当県も連月の測定は、3～6カ月に1回に査定しています。
- ③1型糖尿病が確定していることが必要です。

### 【16】 便潜血（便中ヘモグロビン定性）検査と尿細胞診検査の審査について（長崎県）

#### 《提案要旨》

従来、認められていた鉄欠乏性貧血での便潜血（便中ヘモグロビン定性）検査と、血尿での尿細胞診検査が査定されるようになった。各県の状況は如何でしょうか？

#### 《回答》

病名が必要6県（沖縄県、大分県、熊本県、鹿児島県、佐賀県、宮崎県）。取り決めなし1県（福岡県）

#### 《コメント》

当県でも両者とも病名が必要です。

【17】 高血圧・糖尿病・狭心症等の症例において胸写・心電図はどの程度の頻度で認めておられますか。毎月あるいは1カ月に複数回の検査施行例ではコメントを求めておられますか？

## しょうか（福岡県）

## 《提案要旨》

狭心症、高血圧で毎月心電図を記録している症例で、縦列点検で査定されたと考えられる事例が増加しているようで、相談を受けることがあります。

相談を受けた際には毎月の検査が必要であった理由をコメントするように申し上げております。

福岡県では福岡県医師会発行の『保険診療の手引き』（第2版：平成22年10月発行）のQ & A（各科で留意すべき事項：内科）において

Q 1) 高血圧・糖尿病では年1回程度の胸写・心電図はみとめられるか？

A 1) 認められる。ただ年1回程度の検査とのコメントが望ましい。

との記載があり、格段の理由なき場合にはこれらの検査は年1回程度とされているようです。各県の状況は如何でしょうか。

## 《回答》

高血圧 年1-2回の胸写・心電図は全県で認められています。

糖尿病 認める5県 心疾患、心疾患疑いなどの適応病名が必要2県でした。

## 《コメント》

当県では両疾患とも、年1回程度は認めていますが、連月や一月に複数回施行の場合には適応病名あるいはコメントが必要です。

**【18】 脳梗塞後の経過観察におけるMRI撮影、くも膜下出血後の経過観察におけるCT撮影の取り扱いについて（鹿児島県）**

## 《提案要旨》

本県社保では原則としてMRI、CTともに発症あるいは診療開始日から2カ月目までは急性期として認め、3カ月目からは、新たに「再発疑い」等の病名がないと認めないとしております。他県の取り扱いは如何でしょうか。

## 《回答》

具体的に急性期としての期間の制限をしているのは提案県と1県（沖縄県）のみで、他県では具体的には決めていない。

## 《コメント》

発症から一ヶ月以内は制限なし、1年程度経過していれば新たな病名あるいは注記が必要とお考え下さい。期間を決めるのは患者毎に経過が異なるので難しそうです。

**【19】 今改定で、「同月内にAFPL 3%をAFP又はPIVKA-IIと併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する」の部分が削除されています。これらの腫瘍マーカーのうち、2乃至3項目が同月に請求された場合、貴県ではどのような対応とされるのでしょうか（佐賀県）**

## 《提案要旨》

今改定により、AFPL 3% (190点)、AFP (115点) 又はPIVKA-II 半定量又はPIVKA-II 定量 (150点) は、同月内に、いずれか2項目の組み合わせでも、3項目すべてでも算定可能と解釈できます。従来AFPL 3% は、AFP高値の際にHCCか否かを鑑別するために用いられ、AFPが0.3ng/ml以下の場合、AFPL 3% は検出せずとなり併施の意味がありません。

当県社保では、必要性の注記を求めるか又は単に腫瘍マーカー多項目で認めるか検討中であり、貴県の取扱いについてお尋ねします。

## 《回答》

認めない2県 (沖縄県、大分県)、問題になっていない1県 (長崎県)、検討中あるいは厚労省の回答待ち4県 (熊本県、福岡県、鹿児島県、宮崎県)

## 《コメント》

算定ルール上は認められると思われませんが、医学的には過剰と捉えられますので、3項目算定したときには必要理由について返戻される可能性があります。支払基金本部から厚労省に問い合わせ中ですが、平成24年10月の時点では未回答でした。

【20】①消化管内視鏡検査時の狭帯域光強調加算は良性疾患の傷病名でも認めておられますか。

②色素内視鏡検査、狭帯域光強調加算及び内視鏡生検法の併算定を認めておられますか (佐賀県)

## 《提案要旨》

最近、消化管内視鏡検査時の狭帯域光強調加算の請求が増加しています。しかし、狭帯域光強調加算の請求に対する算定要件が示されておらず、取扱いに苦慮しており提案しました。

- ①当県社保では、悪性腫瘍 (疑い) の傷病名がなければ返戻 (審査員によっては査定) の対象としています。
- ②当県社保では、悪性腫瘍 (疑い) 病名であっても傾向的に色素内視鏡検査加算 (粘膜点墨法に準じて60点) と狭帯域光強調加算200点が併算定された場合、注記を求めて返戻又は前者を過剰として査定しています。

## 《回答》

- ①認める2県 (福岡県、鹿児島県;ただし慢性胃炎のみでは認めない)、認めない5県 (沖縄県、大分県、長崎県、熊本県、宮崎県)
- ②認める5県 (沖縄県、大分県、長崎県、福岡県、鹿児島県)、認めない1県 (熊本県)、取り決めなし1県 (宮崎県)

## 《コメント》

- ①上部消化管では癌 (疑い)・胃腺腫 (ポリープ) は認め、下部消化管では大腸癌 (疑い)・大腸ポリープまでは認めています。
- ②提案県以外はすべて認めています。当県では取り決めをしていませんが、査定はしていない

と思います。

## 【21】内シャント狭窄及び閉塞をおこした場合の手術について（熊本県）

### 《提案要旨》

血液透析の際に内シャントを作成しますが、その内シャントが狭窄や閉塞を起こした場合に、経皮的シャント拡張術・血栓除去術（3月に一度の請求、18,080点）が新設されましたが、以前の内シャント血栓除去術（3,130点）では、医療材料の内で、熊本県ではPTAバルーンも認めていません。他県ではいかがでしょうか？

### 《回答》

認める3県（沖縄県、福岡県、鹿児島県）、内シャント血栓除去術算定の場合には材料費として認める2県（大分県、長崎県）、認めない2県（佐賀県、宮崎県）

### 《コメント》

経皮的シャント拡張術・血栓除去術が新設されたため、今後内シャント血栓除去術では算定出来なくなると考えられます。

## 【22】外来リハビリテーション診療料を算定する場合の、他科受診時の基本診療料の算定について（熊本県）

### 《提案要旨》

外来リハビリテーション診療料を算定するに当たり、外来リハビリテーション診療料を算定している間は、初診、再診料を算定することは出来ません。しかし、リハビリテーションを実施している日、いない日の初・再診料をどう扱うか？

また、他科受診時における基本診療料の算定をどうするかについて、他県の状況を教えてください。

### 《回答》

各県とも内科では疑義解釈の通りに対応されていました。

### 《コメント》

疑義解釈 問102～問106

【問102】B001-2-7外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーション又は放射線治療を行う日において、2科目の診療を行った場合、2科目の初診料又は再診料（外来診療料）は算定できるのか。

【答】A000初診料の注3ただし書きに規定する点数又はA001再診料の注2（A002外来診療料の注3）に規定する点数を算定する。

【問103】B001-2-7外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した日から規定されている日数の間で、疾患別リハビリテーション又は放射線治療を行わない日において、他科の診療を行った場合、初診料又は再診料（外来診療料）は算定できるのか。

【答】初診料又は再診料（外来診療料）を算定する。

【問104】B001-2-7外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数の間で、再度医師が診察を行った場合に、再診料又は外来診療料は算定できるのか。

【答】リハビリテーションに係る再診料又は外来診療料は算定できない。

【問105】B001-2-7外来リハビリテーション診療料を算定した日から規定されている日数の間で、リハビリテーションを実施した日に処置等を行った場合、当該診療に係る費用は算定できるか。

【答】初診料、再診料、外来診療料以外の費用については、算定可能である。

【問106】B001-2-7外来リハビリテーション診療料はリハビリテーション実施計画で7日間又は14日間に2日以上リハビリテーションを実施することになっているが、実際は1日しかリハビリテーションを実施できなかった場合、どのように請求すればよいか。

【答】診療録及びレセプトの摘要欄において、リハビリテーション実施予定日、リハビリテーションが実施できなかった理由、その際に受けた患者からの連絡内容等が記載されており、事前に予想できなかったやむを得ない事情で7日間又は14日間に2日以上リハビリテーションが実施できなかったことが明らかな場合は算定可能。

【23】突合点検、突合再審査が行われるようになり、医療連携医療機関同士にて同月に同様の検査や薬剤などがある場合どのように調整されますか？（福岡県）

《提案要旨》

福岡県としては、双方の医療機関で調整していただくとしていますが、一開業医としては、納得がいかないのも現状です。また、保険者再審にて〇〇病院でHbA1cがなされており、同時期に〇〇医院でもHbA1cがなされており、医院側に査定を求めるようなものも有ります。

県の意見と云うより個人的な意見としてどうお考えでしょうか。

《回答》

認める5県（沖縄県、大分県、長崎県、熊本県、宮崎県）、査定2県（お互いに話し合う）（鹿児島県、佐賀県）

《コメント》

診療録を実際に見なければ、査定することは出来ないと思われませんが、悩ましい問題だと思います。

【24】突合、縦覧点検が始まって以来、保険者側は例えばPSA検査で、H22年7月、H23年4月にもPSAの算定がありますがH23年11月前立腺がん疑いでのPSA算定は如何なものでしょうか。ちなみに前回のPSA値の記載はありません。というような保険者側再審が増加しています。貴県ではどう対応されていますか（福岡県）

## 《提案要旨》

多分この例ではH22年7月前立腺がん疑いでPSA検査し正常値の為中止。9カ月後のH23年4月前立腺がん疑いで検査し正常値の為中止。そして7カ月後のH23年11月前立腺がん疑いでPSA検査されたと思われます。縦覧点検が始まる前には、保険者側再審として挙がってこなかったような内容と思われます。

貴県ではどのくらいの期間が空いていれば、前立腺がん疑いでPSAの検査を認めておられますか。ちなみにこの件については、認めています。(保険者側再審にたいし原審通りとしています)

## 《回答》

4カ月以上6県(大分県,長崎県,熊本県,鹿児島県,佐賀県,宮崎県),取り決めなし1県(沖縄県)

## 《コメント》

前回から4カ月以上の間隔があって、開始日がリセットされたものについては認めています。ちなみに、提示された例では7カ月あいていますので、認められます。

## 宮崎県内科医会役員

(任期 平成24年4月1日～平成26年3月31日)

| 役 職  | 氏 名    | 〒        | 住 所<br>医 療 機 関 名                     | TEL<br>FAX                   |
|------|--------|----------|--------------------------------------|------------------------------|
| 会 長  | 栗林 忠信  | 880-0041 | 宮崎市池内町数太木1749-1<br>(医)同心会 古賀総合病院     | 0985-39-8888<br>0985-39-0067 |
| 副会長  | 小牧 斎   | 880-0841 | 宮崎市吉村町江田原甲261-4<br>こまき内科             | 0985-26-1112<br>0985-26-0636 |
| 〃    | 大窪 利隆  | 885-0015 | 都城市千町5215<br>(医)千杏会 おおくぼクリニック        | 0986-26-1500<br>0986-22-4103 |
| 〃    | 野村 朝清  | 882-0837 | 延岡市古城町4丁目1<br>野村クリニック                | 0982-34-5515<br>0982-34-5532 |
| 常任理事 | 中津留 邦展 | 885-0062 | 都城市大岩田町5822-3<br>都城市郡医師会病院           | 0986-39-2322<br>0986-39-1108 |
| 理 事  | 比嘉 利信  | 880-0911 | 宮崎市大字田吉4374-1<br>(独)国立病院機構 宮崎東病院     | 0985-56-2311<br>0985-56-2257 |
| 〃    | 原口 靖昭  | 880-0814 | 宮崎市江平中町7-1<br>原口胃腸科・内科クリニック          | 0985-24-1077<br>0985-24-1078 |
| 〃    | 松岡 均   | 880-0041 | 宮崎市池内町数太木1749-1<br>(医)同心会 古賀総合病院     | 0985-39-8888<br>0985-39-0356 |
| 〃    | 弘野 修一  | 880-0925 | 宮崎市大字本郷北方字山崎3582-1<br>(医)ひろの内科クリニック  | 0985-52-7311<br>0985-52-7312 |
| 〃    | 外山 博一  | 880-0841 | 宮崎市吉村町境目甲1529-1<br>(医)千春会 外山内科神経内科医院 | 0985-28-1388<br>0985-28-1393 |
| 〃    | 上園 繁弘  | 880-8510 | 宮崎市北高松町5-30<br>県立宮崎病院                | 0985-24-4181<br>0985-28-1881 |
| 〃    | 重平 正文  | 885-0005 | 都城市神之山町2030-1<br>しげひらクリニック           | 0986-27-5555<br>0986-27-5556 |
| 〃    | 日高 孝紀  | 882-0125 | 延岡市北方町川水流卯1412-1<br>北方医院             | 0982-47-2333<br>0982-47-2517 |
| 〃    | 鮫島 仁彦  | 883-0033 | 日向市大字塩見小堤14168<br>(医)望洋会 鮫島病院        | 0982-54-6801<br>0982-53-7313 |
| 〃    | 坂田 師通  | 884-0006 | 児湯郡高鍋町大字上江8108<br>坂田病院               | 0983-22-3426<br>0983-23-3816 |
| 〃    | 福岡 周司  | 887-0006 | 日南市春日町1-7<br>(医)福岡医院                 | 0987-32-1711<br>0987-32-1731 |
| 〃    | 新添 謙一  | 889-4301 | えびの市大字原田2236<br>(医)武雄会 えびの第一クリニック    | 0984-33-0148<br>0984-33-5816 |
| 〃    | 石川 智信  | 880-0033 | 宮崎市神宮西1丁目49-1<br>(医)社団三友会 いしかわ内科     | 0985-32-2234<br>0985-32-1795 |
| 監 事  | 仮屋 純人  | 885-1103 | 都城市上水流町2348<br>(医)社団 仮屋医院            | 0986-36-0521<br>0986-36-2911 |
| 〃    | 木下 義美  | 882-0041 | 延岡市北小路10-2<br>(医)康仁会 谷村病院            | 0982-33-3024<br>0982-33-3699 |

計 20名

## 宮崎県内科医会評議員

(任期 平成24年3月1日～平成26年2月28日)

| 地区別      | 氏名     | 〒        | 住 所<br>医 療 機 関 名                    | TEL<br>FAX                   |
|----------|--------|----------|-------------------------------------|------------------------------|
| 宮 崎 (5名) | 森山 光一  | 880-0052 | 宮崎市丸山2丁目116-6<br>江平内科               | 0985-32-6000<br>0985-22-2528 |
|          | 山下 政紀  | 880-1101 | 東諸県郡国富町大字本庄4033<br>山下医院             | 0985-75-2104<br>0985-41-4848 |
|          | 徳田 省吾  | 880-0951 | 宮崎市大塚町大塩道下4747<br>(医)碧澄会 徳田内科とくだ小児科 | 0985-54-3299<br>0985-54-8203 |
|          | 田中 宏幸  | 880-0053 | 宮崎市神宮2丁目2-79<br>神宮医院                | 0985-25-1993<br>0985-25-1996 |
|          | 光川 知宏  | 880-0806 | 宮崎市広島2丁目8-27<br>光川内科医院              | 0985-38-8722<br>0985-38-6050 |
| 都 城 (3名) | 三嶋 孝雄  | 885-0081 | 都城市鷹尾1丁目26-6<br>(医)社団敬愛会 三嶋内科       | 0986-24-7171<br>0986-24-7766 |
|          | 志々目 栄一 | 889-1802 | 都城市山之口町花木1999-2<br>(医)志々目医院         | 0986-57-2004<br>0986-57-4867 |
|          | 野邊 俊文  | 885-0072 | 都城市上町10-4<br>(医)社団浩盛会 野辺医院          | 0986-22-0153<br>0986-22-0108 |
| 延 岡 (2名) | 板野 晃也  | 882-0801 | 延岡市野田町1836-1<br>(医)晃成会 板野内科・胃腸科医院   | 0982-32-3377<br>0982-32-3383 |
|          | 木谷 道隆  | 882-0822 | 延岡市南町1丁目2-1<br>(医)社団 木谷医院           | 0982-21-5905<br>0982-29-2358 |
| 日 向 (1名) | 中村 剛之  | 883-0068 | 日向市亀崎西2丁目141<br>(医)社団楠友会 向洋クリニック    | 0982-52-5488<br>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<br>城戸医院              | 0983-23-0323<br>0983-23-1002 |
| 西 都 (1名) | 水田 能久  | 881-0012 | 西都市小野崎1丁目26<br>水田内科医院               | 0983-43-1115<br>0983-43-1165 |
| 南那珂 (1名) | 中島 昌文  | 888-0012 | 串間市西浜2丁目7247-76<br>(医)昌浩会 中島医院      | 0987-72-5202<br>0987-72-1761 |
| 西 諸 (1名) | 園田 定彦  | 886-0212 | 小林市野尻町東麓1170<br>(医)友愛会 野尻中央病院       | 0984-44-1141<br>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<br>(医)佐藤医院         | 0982-73-2010<br>0982-74-8102 |

計 16名

# 各郡市だより



## 宮崎市郡内科医会だより

厚労省主導の「専門医のあり方に関する検討会」で総合医構想がいよいよ最終段階に入ったようで、その名称を「総合診療医」とすること、専門医として位置付けること、標榜科としては先送りすることなどが概略決まったようです。

総合医を専門医とすることは、臓器別の専門医と違い、患者を人として包括的に診る医療を展開する医師を評価しようとするものと考えます。そこには知識、技術に加え長い臨牀の場でのすぐれた経験を併せ持つ必要性を感じます。反面、総合医が、専門医の対応しない患者さんの受け皿になってしまう、専門医間の単なる橋渡し役となることなども考えられ気になるところです。

今後「総合診療医」の専門医の養成プログラムなど具体的に作成されてくると思われます。専門医取得へのハードルが高すぎると、既存の地域に根差した医師、開業医はもちろんのこと勤務医にとってもその資格を得ることは、日常の臨牀に精出している状況では相当難しいことになると思われます。地域医療には医学的専門性とは別に、他の職種と連携

して、在宅医療や緩和ケアなどを含む多様な医療サービスを求められるものです。このあたりの評価をどのように組み込むのでしょうか？ 参考までに最近のアンケート調査（m3.com）では、総合医を専門医とすることに対し、医師会員の49%は賛成し、29%が反対しているようです。

さて、平成24年7月～12月までに当内科医会が共催もしくは後援として開催しました講演会は以下の1回のみでした。

○平成24年9月11日（火）

『肝硬変患者及び家族に対する看護面談の導入』

宮崎医療センター病院 病棟看護師長

乙守 篤 先生

『緩和ケアにおける地域連携－OPTIM studyを経験して－』

宮崎大学医学部内科学講座 消化器血液学分野 助教 白土 明美 先生

『C型慢性肝炎の新しい治療法』

くまもと森都総合病院 肝臓・消化器内科 医 長 宮瀬 志保 先生

（於：ホテルJALシティ宮崎 出席者数 47名）

（文責：小牧 齋）

## 都城市北諸県郡内科医会だより

平成24年年末は慌ただしく総選挙が行われ、予想通り民主の自滅により自民の大勝となりましたが、3区は無風地区で全然熱気は感じられず、投票率も他の地区よりさらに低い結果となりました。中選挙区制から小選挙区制へ移行した経過はある程度覚えていますが、今後もムードにより振り子現象が顕著におきけることは容易に想像できるため、選挙制

度の是正を早急に検討し実行する必要があると思います。政権交代により防衛や経済の重要な政策がくるくる変わることは大変問題があります。ただ医療福祉の件は今回の選挙を通じて各政党とも歯切れが悪かったことは相当深刻な状況にあると解釈され、消費税率アップの分が診療報酬に加算されるのかが、私たちの一番注目するところです。

さて4月より当医会は新体制に移行しましたが、毎月講演会を開催し質疑応答も活発で会員の協力のもと順調に運営しています。交流会で日常の保健診療と薬の効能の評価を講師の先生にこっそりと聞くのが楽しみです。下半期の講演会の内容は以下の通りです。

○平成24年7月12日（木）

『慢性胃炎とFDに関する最近の話題』

東海大学医学部付属病院  
内科学系総合内科学

教授 高木 敦司 先生

○平成24年8月10日（金）

『認知症治療の新たな戦略～イクセロンパッチの有用性～』

独立行政法人国立病院機構菊池病院

臨床研究部長 木村 武実 先生

○平成24年9月21日（金）

『ロコモティブシンドロームと骨粗鬆症最近の話題』

宮崎大学医学部感覚運動医学講座  
整形外科学分野

教授 帖佐 悦男 先生

○平成24年10月30日（火）

『最近の気管支喘息の治療と管理』

鴨池生協クリニック

院長 栃木 隆男 先生

○平成24年11月15日（木）

『新しいエビデンスから利尿剤治療を見直す』

兵庫医療大学 薬学部 医療薬学科

教授 辻野 健 先生

○平成24年12月13日（木）

『糖尿病合併症としての認知症』

東京都健康長寿医療センター

糖尿病・代謝・内分泌内科

内科総括部長 荒木 厚 先生

（文責：志々目栄一）

## 延岡内科医会だより

延岡市を南北に貫く東九州自動車道、日向・北浦間が開通し、県北の高速道路網も急ピッチで整備が進んでいます。一昔前には陸の孤島と呼ばれ、福岡から最も時間のかかる都市という汚名を返上する日も間もなくでしょう。

長年の夢が叶おうとする一方、地域医療にとってどのような影響があるのか思い巡らしてみますが、具体的な姿はなかなか浮かんできません。人・物の流れが加速され医師の活動範囲が広がるでしょうし、薬品や検体の運搬もスピーディーになります。又、災害時には医療の迅速な対応が可能となり、被害の縮小に寄与するでしょう。

しかし、単なる物流の通過点となってしまえば、かえって医療過疎化を助長することにも成りかねません。経済界だけではなく、医療人もこの時代の変化に積極的に取り組む必要があるように思われます。

下半期の講演会の内容は以下の通りです。

○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～」  
熊本大学大学院生命科学研究部 呼吸器内科学 教授 興梠 博次 先生
- 8月17日（金）  
「膝疾患に対する診断と治療」  
宮崎大学医学部附属病院 第一外科 講師 大内田次郎 先生
- 8月24日（金）  
「RAS阻害薬の新展開～ARB製剤の使い分け～新しいアジルバ錠をどう使用するか？」  
福岡大学筑紫病院 第一外科 教授 浦田 秀則 先生
- 8月31日（金）  
「注意を要する感染症と感染対策」  
宮崎大学医学部附属病院 感染制御部 講師 高木 一郎 先生  
「地域医療における宮崎大学救命救急センターの役割について」  
宮崎大学医学部病態解析医学講座 救急・災害医学分野 救命救急センター 教授 落合 秀信 先生
- 9月7日（金）  
「地域小児医療の意義と将来的展望, 研究」  
大分大学医学部小児科学講座 教授 泉 達郎 先生
- 10月5日（土）  
「納豆が食べられる！～新しい抗凝固法への大転換～」  
熊本市医師会熊本地域医療センター 循環器内科 部長 平井 信孝 先生
- 10月12日（金）  
「運動器のつらい痛みへのアプローチ」  
独立行政法人労働者健康福祉機構 九州労災病院 整形外科 第二脊椎外科部長 今村 寿宏 先生  
「ICS/LABA配合剤による喘息の治療」  
国立病院機構 福岡病院 臨床研究部長 下田 照文 先生
- 10月19日（金）  
「変貌する心血管病の危険因子：久山町研究」  
九州大学大学院 医学研究環境医学 教授 清原 裕 先生
- 10月26日（金）  
「ここまで進んだ炎症性腸疾患の治療」  
宮崎大学医学部内化学講座 消化器血液学分野 助教 山本章二郎 先生
- 11月2日（金）  
「実地診療における酸関連疾患治療～当院における経験を含め～」  
赤穂市民病院 副診療部長 消化器科部長 高尾雄二郎 先生
- 11月9日（金）  
「糖尿病血管症阻止のためのトータルリスクマネージメント」  
久留米大学医学部 糖尿病性血管合併症病態・治療学 教授 山岸 昌一 先生
- 11月16日（金）  
「眼底から診る全身疾患」  
医療法人慶明会 宮崎中央病院 院長 中崎 秀二 先生  
「欧米の治療ガイドラインからひもとく最新糖尿病治療」  
宮崎潤和会病院 糖尿病・代謝内科 部長 水田 雅也 先生
- 12月7日（金）  
「C型肝炎に症例に対するPEG-IFN（投与

法の工夫) について」  
丸山クリニック肝臓内科

岩満 章浩 先生

「B型肝炎の最近の話題」  
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

(文責：山本 剛)

### 日向市東臼杵郡内科医会だより

当内科医会では、医師、看護師、検査技師、薬剤師、消防署救急隊で構成される日向地区急性期医療連携検討会と共催で、年に2～3回研修会を開催しています。日頃から救急医療に携わる職員が、急性期の患者受入に際しどのような医療の提供ができるかを勉強する機会となっています。研修内容は多岐にわたっており、毎回多くの医療関係者の参加があります。

以下7月から11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とおりです。

○平成24年7月20日(金)

【第23回日向地区急性期医療連携検討会】  
「地域医療における宮崎大学救急救命センターの役割について」  
宮崎大学医学部病態解析医学講座  
救急・災害医学分野 救命救急センター  
教授 落合 秀信 先生

○平成24年7月28日(土)

「こどもの心臓病『今後の課題も含めて』」  
宮崎大学医学部付属病院  
病院教授 高木 純一 先生

○平成24年10月11日(木)

「呼吸器感染症におけるマクロライドの役割」  
～インフルエンザ感染症を含めて～

九州保健福祉大学 薬学部

教授 佐藤 圭創 先生

○平成24年10月31日(水)

「糖尿病の足病変について」  
なでしこ内科

院長 石渡 正子 先生

「当院におけるASO治療」

宮崎県立延岡病院 心臓血管外科

新名 克彦 先生

○平成24年11月9日(金)

【第24回日向地区急性期医療連携検討会】

「外傷・急性疾患のCT検査とIVR」

宮崎大学医学部附属病院 放射線科

助教 榮 建文 先生

○平成24年11月16日(金)

「頸動脈エコーで“診る”－動脈硬化の早期診断と脂質管理の重要性－」

大阪大学大学院 医学系研究科

内分泌代謝内科学 代謝血管学

臨床検査診断学

助教 片上 直人 先生

○平成24年11月28日(水)

「慢性腎不全患者に対する利尿薬の使用法」  
－最近のエビデンスと治療経験に基づいて－

宮崎大学医学部 内科学講座

循環体液制御学分野

助教 石川 哲憲 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、今日はみなさんお元気ですか。

児湯内科医会についてはその活動は大きな変動もなく例年どおりの状況でした。年末からノロウイルス感染が横行しており日南の病院や横浜の病院で入院患者さんが亡くなる事例も起きています。私共の病院でも発症しました。幸い職員のすばやい対応や患者家族の理解・協力で最小限度に留め大事には至りませんでした。日頃からの院内感染対策が有効に働いたものと考えています。

さて、今年は巳年です。調べてみると、『巳(み、し)は十二支のひとつ。通常十二支の中で第6番目に数えられる。巳年は、西暦年を12で割って9が余る年が巳の年となる。巳の月は旧暦4月、巳の刻は午前10時を中心とする約2時間、巳の方は南南東よりやや北寄り(南東微南)の方角である。五行は火気、陰陽は陰である。「巳」は『漢書』律曆志によると「巳」(い:「止む」の意味)で、草木の成長が極限に達した状態を表していると考えられる。後に、覚え易くするために動物の蛇が割り当てられた。』とのこと。今年はどうなる年になるのか或いはどんな年にするのか楽しみです。

(文責:小堀 祥三)

### 西都市・西児湯内科医会だより

寒いが続いていますが、宮崎県内科医会の先生方、お元気ですか。西都市・西児湯内科医会は、会員数45名と少ない西都市・西児湯医師会の中の内科医会です。以前も紹介しましたが、学術講演会は、医師以外の方々にも気軽に参加していただいています。存続も心配されるほど厳しい状況ですが、来年以降、大勢の方々に御参加していただけるような、

おもしろい講演会の企画を考えていきたいと思っています。これからもよろしく願いいたします。平成24年11月に日本内科学会九州地方会が宮崎で開催されたこともあり、平成24年下半年に行われた学術講演会は下記の通りです。

○平成24年11月22日(木)

「骨粗鬆症患者の日常生活の質の向上  
(D X A法を用いた診断と治療)」

「骨粗鬆症とビスホスフォネート製剤  
当院におけるマンスリー製剤の使用経験を  
含めて」

三財病院 副院長 松本 英裕 先生  
(文責:上野 尚美)

### 南那珂内科会だより

今年より県立日南病院に地域総合医育成サテライトセンターが設置されました。県南の医療が充実することと期待されています。

さて昨年8月から12月までの学術講演会は以下のとおりです。

○平成24年8月9日

「糖尿病患者のリスクマネジメント」

県立日南病院

内科医長 椎屋 智美 先生

「物忘れ外来における診療の実際」

けいめい記念病院 物忘れ外来

医師 岡原 一徳 先生

看護師 藤野 芳江 先生

臨床心理士 福谷 靖博 先生

○平成24年9月7日

「気管支喘息治療に関する最新の動向」

鹿児島大学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24年9月20日

「外科，整形外科領域におけるPPI投与の  
意義」

藤元早鈴病院

消化器内科部長 駒田 直人 先生

○平成24年11月8日

「膠原病を見逃さないために」

むらい内科クリニック

院長 村井 幸一 先生

○平成24年11月12日

「虚血性心疾患における薬物，非薬物治療  
と地域連携」

県立日南病院 西平 賢平 先生

○平成24年11月16日

「患者家族のクレーム，苦情にどのように  
対応するか」

大分大学

副看護部長 岐部 千鶴 先生

(文責：山口 幹生)

## 西諸内科医会だより

2012年，真夏のロンドン開催オリンピックでの多種目にわたり，日本人選手のメダル獲得，予想以上の活躍があり日本中が久しぶり沸き上がりました。また，秋には山中伸弥教授のiPS細胞の開発研究によるノーベル医学生理学賞の受賞の快報がありました。これからの医学分野に特定難病疾患，再生医療等の治療開発に大きな一筋の光明が指した様な気が致します。また，山中教授の研究に対するひたむきな努力と，周りに対しての気配りとその謙虚さには，何か感銘すら覚えました。心からお慶び申し上げます。

去る，10月13日に宮崎市で九州各県，内科医会連絡協議会及び内科審査委員懇話会が開催されました。私は審査委員懇話会に出席させて頂きました。懇話会の提案事項が24項目ありまして，前もって各県ごと回答が集約されてました。例えば，降圧剤の分割投与について，タケプロンOD15mgの取扱いについて，DPP4阻害薬の併用薬について等，その他多項目が議論されました。それぞれ，当面の日常診療に関連することです。各県代表の先生方の意見，それぞれ一致する事項もありまた微妙に見解の相違もあり，活発に討論されまして大変有意義な懇話会だと思われました。

平成24年下半期の西諸内科医会の学術講演会は以下の通りでした。来季もまた，新しい分野の講演会の企画を予定してますので，会員の先生方の御列席をお願い致します。

○平成24年9月21日（金）

「メタボリックシンドローム克服へのアプローチ」

～PPAR $\gamma$ 活性化能をもった薬物と行動療法のコラボレーション」

大分大学医学部 総合内科学第一講座

講師 加隈 哲也 先生

○平成24年10月18日（木）

「B型肝炎治療の最近の話題」

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 先生

○平成24年11月8日（木）

「重症外傷ならびに脳卒中の救命率向上を目指して」

宮崎大学医学部附属病院

救命救急センター長

教授 落合 秀信 先生

○平成24年12月5日（水）

「呼吸器感染症におけるマクロライドの役割」

九州保健福祉大学薬学部臨床生化学講座

教授 佐藤 圭創 先生

（文責：宮崎 裕三）

## 原稿募集

次の原稿締切は平成25年6月25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

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

4年前に私が担当した編集後記をみると桜の開花が例年より早かったこと, 第二回ワールド・ベースボール・クラシック(WBC)でのV2達成, 政権交代が流行語大賞になった前々回の総選挙前について述べていました。今年は更に桜の開花が早く, お花見をする機会を逸した先生方も多数いらっしゃるものと存じます。また第三回WBCは残念ながらV3とはなりませんでしたが, 台湾戦をはじめエキサイティングな試合が多く, 楽しませてくれました。

さて, 今回は宮崎大学医学部外科学講座循環呼吸・総合外科学分野の中村教授にご自身と教室のご紹介を頂きました。特集では昨年改訂された動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版について古賀総合病院の今村先生に解説して頂き, 難解だったガイドラインがようやく理解できました。会員投稿論文は「変化する頸動脈プラーク」と「心房細動に失神や眼前暗黒感を伴った4症例」の2編で, 今後の診療において知っておくべき重要な報告をして頂きました。Postgraduate Educationは連載中だった村井先生の臨床膠原病講座が今回で終わることになりました。お忙しい診療の合間に長年に渡り難しい膠原病の解説を大変分かりやすく教えて頂き, 誠に有難うございました。この場をお借りして御礼申し上げます。今回からは塩見先生に神経病学, 松尾先生に心電図について教えて頂けることになり, 大変楽しみにしております。他科からの提言では黒川先生にステロイド外用剤について目から鱗が落ちるような情報提供をして頂き, 大変勉強になりました。また毎回会員の先生方や理事の先生方から随筆, 写真, 俳句, 狂歌, 短歌の投稿を頂き, 感謝しております。

昨年末の再政権交代後アベノミクス(これも流行語大賞になるのでしょうか)と言われる経済政策で景況感は改善しているようですが, 医療についてはこれから消費税増税を控え, 却って厳しい状況になりそうな気がします。目の前の患者さんの診療に影響が出ないことを祈るばかりです。

これから気候が不安定な季節に入ります。先生方にはお身体にお気を付け頂き, 今後とも宮崎県内科医会誌への投稿を宜しくお願い申し上げます。

(佐々木 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-mail:takayama-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