［巻　頭　言］

宮崎県内科医会会長に就任して

宮崎県内科医会会長
小　牧　　斎

今年度より会長を務めさせていただくことになりました。前々任の志多武彦先生の会長時は常任理事として８年，前任の栗林忠信先生の会長時は副会長として６年と県内科医会には既に14年以上にわたり関わらせていただいています。今までの経験を生かしながら，宮崎県内科医会のために一意専心の気持ちで務めていこうと思っています。

新体制につきましては，副会長に宮崎市から弘野修一先生，都城市から田口利文先生，延岡市から野村朝清先生にお願いしました。更に常任理事として，前任の中津留邦展先生に留任していただきました。また13名の理事の先生方と２名の監事の先生方につきましては当内科医会ホームページに掲載しています。

現在，県内科医会の会員数はＡ会員302名，Ｂ会員147名となっています。会の目的は，医道の高揚・学術の研鑽・医業経営の改善等にあります。昨年度の事業実績としては，総会が２回，理事会が４回，評議員会が２回，各郡市内科医会長会が１回等開催されています。また各種委員会として学術委員会，医療保険委員会，会誌編集委員会があります。学術委員会は学術の研鑽の目的で，講演会・研究会など企画します。医療保険委員会は医業経営の改善を目的に，医療保険に関する情報の共有化，審査基準の情報開示など行います。会誌編集委員会では広報担当として年２回の会誌発行をしています。会誌内容はホームページに掲載しています。その充実した内容は，編集委員の先生方の努力の賜物と敬意を表します。

一方，九州各県との横の連携を図るために毎年1回九州各県持ち回りで，九州ブロックでの会議が開催されます。おおまかには，医療行政に関する話し合いが九州各県内科医会連絡協議会，医療保険に関する話し合いが九州各県内科審査委員懇話会の場で協議されます。後者では各県の審査実状を述べ合うとともに，審査基準の標準化，社保・国保の審査基準の摺合せの場所として貴重な会合となっています。

全国的な内科系組織として日本臨床内科医会（以後日臨内）があり，本会からも多数の先生方が加入されています。毎年総会および医学会が開催されますが，本会としても積極的に参加し連携を図っています。日臨内は，1985年に臨床内科医学体系の確立を志し，内科診療を通じて国民医療の向上を期することを目的に結成されています。その目的を達成するための事業として，臨床内科学に関する調査研究，保険医療の改善・向上ならびに介護保険制度の検討，学会の開催および生涯研修の実践，会誌の刊行と広報などがあります。特に会誌は実践的な医療指南書として会員には重宝がられています。

ところで，内科系学会社会保険連合（略して内保連）についてご存知でしょうか？内保連は加盟する123の内科系学会から構成され，提示される学術的根拠に基づき，社会保険医療の在り方を提言し，その診療報酬の適正化を促進することを目的としています。日臨内も学会の１つとして所属し４名の委員を送っていますが，保険診療に関する要望事項・問題点などを開業医の立場で直接発言できる唯一の機関として重要な役割を担っています。日臨内が機能を十分に発揮するには，下支えしている各県内科医会のマン・パワーとしての会員数の維持・増強が必要です。まだ未加入の先生方がおられましたら，日臨内の設立目的・事業・重要性をご理解の上加入していただければ幸いです。

現在日臨内が直面している問題点･課題として，1）大きく変わる専門医制度と総合医構想，2）高齢化に伴う会員減少，３）今回の診療報酬改定の問題点，４）医療改革の名のもとに提出された医療・介護総合法案，５）今後導入されようとしている混合診療など，内科医だけでは解決できない大きな問題が山積しています。医療を取り巻く環境は年々厳しくなる一方ですが，本会としても更に協力し合い学術講演会，医療保険活動等を充実させ，組織としてさまざまな課題に，一丸となって取り組みたいと思っています。別々の人生を送ってきた人間が，医師となり，異なる医療を学んで，開業することで一つになったり自由になったりしながら強固な県内科医会という組織を作り上げることができれば本望です。今後も，大学医局等との連携の講演会等は積極的に行いたいと思っていますが，そのような機会にできるだけ多くの会員が専門分野の領域を超えて集まることで内科医会としてのパワーが発揮できればと思います。

以上，任期中は何かとお手数おかけするかと思いますが，今後とも本会の事業推進にご指導ご鞭撻を賜りますよう，どうぞよろしくお願い申し上げます。

［教授ご紹介］

ご　挨　拶

宮崎大学医学部大学院看護学研究科
小児・母性看護学講座周産期分野
教授　金　子　政　時

平成26年１月１日付けで，宮崎大学大学院看護学研究科の教授を拝命しました金子政時です。宮崎県内科医会の諸先生には，この場をお借りしまして謹んでご挨拶申し上げます。

この度，宮崎大学医学部の修士課程の再編成に伴い，宮崎大学では，医師として初めて看護学研究科に配属されました。近年，全国的に看護学系の新設校は年々増加しています。このような状況下での看護系大学での指導者育成と看護学研究科の学術面の更なる発展への貢献を期待されています。

１．略歴

さて，まずは簡単に経歴を紹介させて頂きます。私は，昭和56年に宮崎南高校を卒業後，同年に宮崎医科大学に入学しました。卒業後，昭和62年に宮崎医科大学産婦人科学教室（教授：森憲正先生）に入局しました。その後は，大学病院や県立日南病院で研修して，産婦人科専門医を取得しました。さらに，新生児学を学ぶために愛媛県立中央病院小児科NICUに勤務し，周産期新生児専門医を取得しました。平成10年～ 12年にかけてカナダ・ウエスタンオンタリオ大学ローソン研究所へ留学しました。留学中は，羊胎仔のchronic preparationを作成して，cord occlusionに伴う羊胎仔の脳エネルギー代謝の変化と脳障害について研究しました。帰国後は，池ノ上克教授のご指導の元に学位を取得しました。その後，総合周産期母子医療センターの医師としての臨床実践と臨床ベースの研究を行ってまいりました。

２．教育

平成18年10月から２年間，宮崎大学医学部医学教育改革推進センターの助教授として勤務しています。その間，文部科学省医療人養成GP「産婦人科医と小児科医が連携した医師養成プログラム」を推進しました。平成20年９月には，クリニカルクラークシップディレクター（第177号）を取得しています。

現在では，新生児蘇生法「専門」コースインストラクターとALSOインストラクターの資格を得て，宮崎県内外の産科医，助産師，看護師，医学生，看護学生に対して，新生児蘇生法や産科救急対処法に関する実技指導を行っています。

３．臨床

池ノ上克教授をリーダーとした「宮崎周産期医療ネットワーク」の一員として，宮崎県

の周産期医療の充実のために従事してきました。池ノ上先生をトップとした周産期医療チームの取組みの結果，周産期死亡率や母体死亡率の低さに表されるように，宮崎県は日本でも有数の高い周産期医療レベルを有するようになりました。私が，新生児蘇生を行い生存されている最も小さいお子様の出生体重は378gで，最も早い分娩週数のお子様は妊娠22週です。日々，生命の尊厳と対しながら生育・成育の限界に挑戦してまいりました。

４．研究

①臨床ウイルス学：宮崎医科大学名誉教授南嶋洋一先生のご指導の元，サイトメガロウイルス（CMV）に関する臨床研究を行ってきました。この中で，CMV感染児における胎児心拍数モニタリングと脳障害に関する研究では，感染児は，胎児低酸素状態がないにも関わらず胎児心拍数モニタリング異常を示すことを明らかにしました。この研究論文はYear Bookでも紹介されました。現在では，愛泉会日南病院疾病制御研究所の峰松俊夫先生とCMV IgG avidity indexを用いたCMV妊婦スクリーニングの有効性を明らかにするための臨床研究を行っています。また，CMV感染児の難聴は，社会的にも重要な問題です。私共のスクリーニングの結果，診断された全ての胎内感染児は，耳鼻咽喉科の東野教授が作られた聴覚異常児フォローアップシステムの中で，厳重にフォローして頂いています。また，2004年に徳之島で風疹が流行した際には，現地で実態調査を行い，妊婦が風疹感染した背景を明らかにして，その対策を論じました。その研究のひとつは，楠元和美先生と共に行い，楠元先生はアジア・オセアニア産婦人科学会のYoung Investigator Awardを頂いています。

②双胎妊娠に関する研究：双胎妊娠は，周産期罹病率･死亡率が高いとされ，その管理は，単胎妊娠と違った管理が要求されます。双胎妊娠は，2児を隔てる絨毛膜と羊膜の数によって分類されます。その中で，一絨毛膜二羊膜性双胎は比較的頻度が高く，かつ周産期罹病率・死亡率の高い双胎妊娠です。私どもは，その胎児管理に新たに「MD-twin score」を提唱し，このスコアを使って娩出のタイミングを図ることにより良好な周産期医療成績をあげたことを報告しました。私の後方視的研究の論文は，日本産科婦人科学会学術奨励賞を頂いています。現在では，前方視的研究で明らかにしたMD-twin scoreの限界（周産期医療成績を改善できない双胎群）への対策を検討しているところです。

５．おわりに

厚生労働省は，2025年には，看護師の需要が，現在より54 ～ 64万人増加すると予測しています。医療に携る人の数を増加させ，かつその質を担保することは，容易な事ではないと思います。私は，これまでと同様に，教育・医療・研究を通して少しでも医療に貢献できればと考えています。私の取組んでいる分野は，先生方とは直接的には関係ないかもしれませんが，機会がありましたら，何卒，ご指導とご鞭撻をよろしくお願いします。

特　集

心房細動治療の新時代

宮崎市郡医師会病院　循環器内科
足　利　敬　一

1．はじめに

心房細動は非常にありふれた不整脈であり，その有病率は加齢とともに増加し，Inoueらの日本における疫学研究報告によると心房細動有病者は約70万人以上と推定されます[1)]。欧米において70歳代では一般住民の約６%，80歳代では約10%に心房細動を認めるのに対し，日本では80歳以上でも約3%に認めるにすぎませんが，世界でも有数の超高齢化社会を迎えるにあたり，その有病者はますます増加するものと考えられます。

心房細動の治療方針はまず第一に抗血栓療法，そして心拍数調節（レートコントロール）及び洞調律化・再発予防（リズムコントロール）からなります。最近，抗凝固薬による脳血栓塞栓発症予防治療のガイドラインとリズムコントロール治療としての心房細動に対する高周波カテーテルアブレーションのガイドラインが次々と改訂されましたので，その２点について概説します。

２．心房細動における脳梗塞発症のリスク評価と抗血栓療法

リウマチ性僧帽弁狭窄及び人工弁置換（機械弁及び生体弁）に伴う「弁膜症性」心房細動を除いた「非弁膜症性」心房細動では，脳梗塞のリスク評価を行った上で，適切な抗血栓療法を行うことが必要とされます（図１）[2)]。

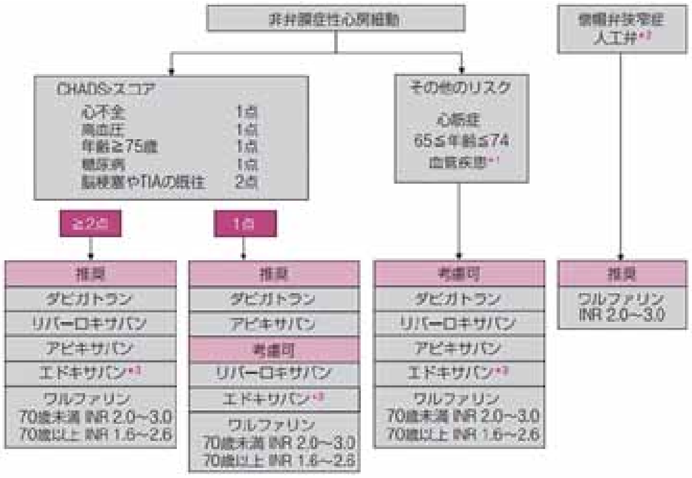
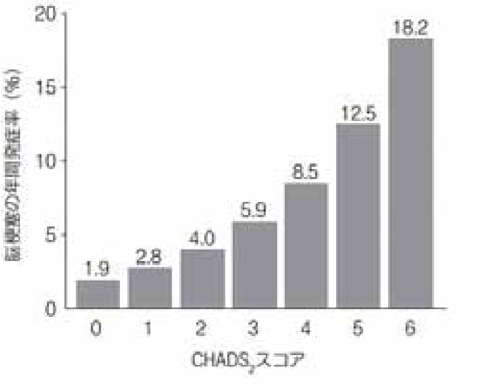


図１．心房細動における抗血栓療法.

表１．CHADS2スコアと脳梗塞発症率.

	危険因子		スコア
C	Congestive heart failure/LV dysfunction	心不全，左室機能不全	1
H	Hypertension	高血圧	1
A	Age ≧ 75y	75歳以上	1
D	Diabetes mellitus	糖尿病	1
S_2	Stroke/TIA	脳梗塞，TIAの既往	2
	合計		0～6

TIA：一過性脳虚血発作，
（Gage BF, et al. 2001[13] より）



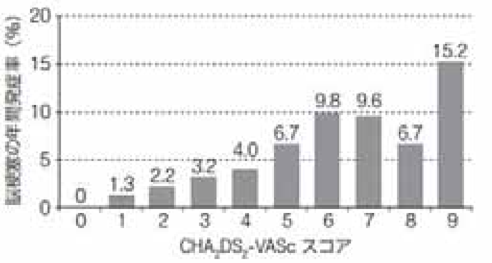
近年新規経口抗凝固薬の登場とともに提唱されたCHADS2スコア（0～6点）（表１）に従って，最新のガイドラインは改訂されています。以前は脳梗塞発症リスクが高いと考えられる心房細動患者に対して，ワルファリンを使用するかどうかだけが問題でしたが，2011年以降，新規経口抗凝固薬（dabigatran：プラザキサ®，rivaroxaban：イグザレルト®，apixaban：エリキュース®）が次々と使用可能となり，循環器非専門医だけでなく，循環器専門医にとってもその適応や使い分けが非常に判りにくいものになってしまいました。また本年度中にはさらに１薬剤（edoxaban：リクシアナ®）の保険適応が承認される予定であり，より一層悩ましくなりそうです。

しかし，新規経口抗凝固薬全体にいえることは，特に日本人に限って考えると，①ワルファリンと同等もしくはそれ以上の脳梗塞予防効果を有する，②ワルファリンに比して明らかに頭蓋内出血合併症のリスクが少ないことであると考えます。抗血栓療法は心房細動による塞栓症を確実に半分以下に減らしますが，反面，出血合併症を増やしてしまいます。頭蓋内出血は重篤な合併症であり，ワルファリンよりも新規抗凝固薬が勧められる大きな理由の一つと考えます。また最近発表された京都府伏見区の住民を対象とした心房細動患者の登録研究:Fishimi AF Registry[3]にて，臨床的転帰としての脳卒中発症率は抗凝固療法あり群及びなし群でそれぞれ2.89%及び3.05%，大出血発現率は1.52%及び1.92%といずれも有意差が認められなかったという非常に注目すべき結果が報告されました。この登録研究では循環器専門施設のみならず，一般開業クリニックも数多く参加しており，現時点での日本の実臨床を反映したものと考えられますが，新規経口抗凝固薬の第Ⅲ相試験と比べて，Fushimi AF Registryでの脳卒中発症率が高く，大出血の発現率が低かった（第Ⅲ相試験では脳卒中1.5%，大出血３%程度）理由として，抗血栓療法自体を受けている患者の割合が全体の約半数にとどまっており（under-use），脳卒中や大出血について抗血栓療法の有無で有意な差が認められなかった理由として，登録症例の大半が新規経口抗凝固薬普及以前に登録されたことから，抗血栓療法の大半がワルファリンであり，実臨床では出血合併症を恐れるあまり低い強度でのコントロールが行われている可能性が示唆されています（under-dose）。つまりワルファリンは安価で汎用性を有し，非常に優れた薬剤であるのですが，医療者側もしっかりした

表２．CHA2DS2-VAScスコアと脳梗塞発症率.

	危険因子		スコア
C	Congestive heart failure/LV dysfunction	心不全，左室機能不全	1
H	Hypertension	高血圧	1
A2	Age ≧ 75y	75 歳以上	2
D	Diabetes mellitus	糖尿病	1
S2	Stroke/TIA/TE	脳梗塞，TIA，血栓塞栓症の既往	2
V	Vascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease, or aortic plaque)	血管疾患（心筋梗塞の既往，末梢動脈疾患，大動脈プラーク）	1
A	Age 65-74y	65 歳以上 74 歳以下	1
Sc	Sex category (i.e. female gender)	性別（女性）	1
	合計		0～9*

*：年齢によって 0，1，2 点が配分されるので合計は最高で 9 点にとどまる．
TIA：一過性脳虚血発作．
(Camm AJ, et al. 2010[14] より)



コントロールを行わない限りその利益が得られない薬剤と考えられます。その点新規経口抗凝固薬は適切な服用が守られれば，その効果を十分に発揮できる薬剤といえます。

日本循環器学会のガイドラインではCHADS2スコアを用いたリスク評価がなされていますが，私個人的には，より該当患者を広く検出可能なCHA2DS2-VAScスコア（表２）を用いてリスク評価を行い，１点以上の場合（女性のみの１点は除く）には積極的に新規経口抗凝固薬を用いた抗血栓療法を勧めています。しかし新規経口抗凝固薬使用の際の注意点としては，いずれの薬剤にしても腎機能チェックが欠かせないため，高齢者や腎機能が低下した患者の場合には慎重に検討することが望まれます。各薬剤とも今後市販後調査が進んでいくことで，より適正な使用が可能になると思われます。

またワルファリンは患者個人に対してPT-INRを用いることで容量調節が可能な非常に優れた薬剤です。今後一部の新規抗凝固薬では適応の拡大が図られる予定ですが，心内血栓形成例に対する使用など，どこまでワルファリンに取って代われるかが今後の課題と考えます。

３．心房細動に対する非薬物療法としてのカテーテルアブレーション

心房細動の薬物療法は抗不整脈薬を用いての洞調律維持を目的としたリズムコントロールと，β-blockerを主体とした薬剤を用いての心拍数コントロールを目的としたレートコントロールに分けられますが，いずれの方法を用いても生命予後としては大きな差がないことが数多くの大規模臨床試験によって報告されています。

心房細動に対する高周波カテーテルアブレーションは洞調律維持を治療目標とすることから，リズムコントロールの一つと考えられますが，Haïssaguerreらが1998年に心房細動のトリガーとなる肺静脈起源の心房期外収縮に対するカテーテルアブレーションを行うことで心房細動が根治できることを報告[4]して以来，心房細動に対するアブレーションは世界中で広く行われており，日本でも現時点で年間約３万症例の心房細動アブレーションが施行されています。

大規模臨床試験で生命予後に対するその有

効性はまだ証明されてはいませんが，有症候性の発作性心房細動に対しては非常に有益と考えられ，今後薬剤を対象とした第一選択肢としての適応も検討が進むと考えられます。またその他，心房細動アブレーションによる心不全改善効果[5)]，腎機能改善効果[6)]，脳卒中発生頻度の低下[7)]等も報告されており，アブレーション成功率の向上とともに今後前向き大規模臨床試験での有効性の報告が待たれます。

心房細動アブレーションの治療戦略は心房細動が発作性であるか，持続性（もしくは永続性）であるかによって異なります。発作性心房細動の多くはその起源が肺静脈であることから，アブレーションによって左房から肺静脈を電気的に隔離する肺静脈隔離術が基本となります。持続性心房細動の場合，肺静脈隔離のみでは複数回の施術をもってしても約半数で再発を認め，左房天蓋部や僧帽弁輪峡部などに対する線状焼灼や左心房心外膜側に存在する自律神経節を標的とするアブレーション，心房細動中に認められるcomplex fractionated atrial electrograms（CFAE）と呼ばれる異常電位に対するアブレーションなどが試みられています。また３次元マッピングシステム（Carto®3，EnSite Velocity™），ナビゲーションシステム（Stereotaxis™，MediGuide™）の進歩及び新しいコンセプト（localized driver/rotor mapping），デバイス（クライオバルーン：冷凍凝固，高周波ホットバルーン，レーザーバルーン）によるアブレーションなど，より安全に確実な治療を行うための技術の進歩が目覚ましく，更なる成功率の向上も期待されます。

以前の日本循環器学会ガイドライン（2008年）では心房細動のアブレーションは，有症候性で薬物治療抵抗性の再発性発作性心房細動にのみClass Ⅱaの適応を示していましたが，最新のガイドライン[5)]ではClass Ⅰが設けられ，手技的に禁忌の場合（左房内血栓が疑われる場合，抗凝固療法が禁忌の場合）を除いて，幅広く多くの症例に対してアブレーションを試みることが可能と考えられるように改訂がなされました（表３）。実際は有症候性の発作性心房細動に対して最も勧められますが，私見ではありますが，無症候性であっても年齢が若く（65歳以下），心不全の既往や脳梗塞の既往を有する場合，持続性であっても積極的にアブレーションによる加療を勧めています。また心房細動は加齢に伴い病態の進行する疾患であることから，アブレー

表３．心房細動カテーテルアブレーションの適応.

クラスⅠ
- 高度の左房拡大や高度の左室機能低下を認めず，かつ重症肺疾患のない薬物治療抵抗性で有症候性の発作性心房細動に，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.

クラスⅡa
- 薬物治療抵抗性で有症候性の発作性および持続性心房細動.
- パイロットや公共交通機関の運転手など，職業上制限となる場合.
- 薬物治療が有効であるが，心房細動アブレーション治療を希望する場合.
- 開胸的外科手術に付随して行われるメイズ手術.

クラスⅡb
- 高度の左房拡大や高度の左室機能低下を認める，薬物治療抵抗性で有症候性の発作性および持続性心房細動.
- 無症状あるいは QOL の著しい低下を伴わない，発作性および持続性心房細動.

クラスⅢ
- 左房内血栓が疑われる場合.
- 抗凝固療法が禁忌の場合.

ションによる治療を検討する場合には可能な限り早期に治療を行うことが，成功率向上，合併症軽減の点からも勧められます。

４．まとめ

心房細動の治療に関して，最新の抗血栓療法と高周波カテーテルアブレーションのガイドラインを中心に，私見を交えて概説しました。いずれの治療法も心房細動患者に対して有益であると考えらえるものですが，実際にはいまだその恩恵に預かっていない患者が多いことも事実と考えます。同時に適応の問題も十分に考慮する必要があり，判断に迷われた場合には，積極的に尚且つ気軽に専門医への紹介を御願い致します。

参考文献

１）Inoue H, et al. Prevalence of atrial fibrillation in the general population of Japan. An analysis based on periodic health examination. Int J Cardiol 2009 ; 137 : 102-7.

２）循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2012年度合同研究班報告）. 心房細動治療（薬物）ガイドライン（2013年改訂版）.

３）Akao M, et al. Current status of clinical background of patients with atrial fibrillation in a community-based survey : The Fushimi AF Registry. J Cardiology 2013 ; 61 : 260-6.

４）Haïssaguerre M, et al. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. N Engl J Med 1998 ; 339 : 659-66.

５） Hsu LF, et al. Catheter ablation for atrial fibrillation in congestive heart failure. N Engl J Med 2004 ; 351 : 2373-83.

６）Takahashi Y, et al. Renal function after catheter ablation of atrial fibrillation. Circulation 2011 ; 124 : 2380-7.

７）Saad EB, et al. Very low risk of thromboembolic events in patients undergoing successful catheter ablation of atrial fibrillation with a CHADS2 score≤3 : a long-term outcome study. Circ Arrhythm Electrophysiol 2011;4:615-621.

［会員投稿論文］

低血糖昏睡急性期のMRI所見と予後

宮崎市　潤和会記念病院　糖尿病・代謝内科
水　田　雅　也

は じ め に

糖尿病治療において低血糖は今なお避けて通れない課題である。一方，magnetic resonance imaging（MRI）の普及に伴い，種々の病態でのMRI所見とその意義について知見が集積されつつある。今回，低血糖昏睡急性期の頭部MRI所見と予後の関係について検討した。

対象と方法

対象は2010年１月１日から2013年12月31日までの期間に当院救急外来に搬送された低血糖昏睡症例で，急性期に頭部MRI検査を施行した10例（男７例，女３例）。10症例の臨床背景を表１に示す。平均年齢74.2歳（61～89歳）。８例は糖尿病患者（内７例はSU薬を使用，内１例はインスリン使用者で，アルコー

表１．低血糖昏睡で当院救急外来搬送された症例（急性期頭部MRI施行例）の臨床背景．

		症例１	症例２	症例３	症例４	症例５	症例６	症例７	症例８	症例９	症例10
年齢（歳）		79	84	74	83	65	74	61	62	71	89
性別		M	F	M	M	M	M	M	M	F	F
診断		２型糖尿病	２型糖尿病	２型糖尿病	２型糖尿病	２型糖尿病 アルコール依存症	２型糖尿病	アルコール依存症	アルコール依存症	２型糖尿病	２型糖尿病
糖尿病推定罹病期間		６年	10年	５年以上	５年以上	30年以上	20年			24年	５年以上
症状		JCSⅢ-300	JCSⅢ-300	JCSⅢ-300	JCSⅠ-1	JCSⅠ-1	JCSⅠ-3	JCSⅢ-300	JCSⅢ-300	JCS-2	JCSⅢ-300
搬入時血糖（㎎/dl）		29	22	11	34	170	27	10	32	76	43
HbA1c（NGSP, %）		6.4	5.1	5.8	5.6	5.6	4.3	5.1	4.6	6.9	5.8
CRE（㎎/dl）		0.7	0.8	1.1	1.4	0.7	2.1	1.2	0.7	1.3	1.7
eGFR（ml/min/1.73㎡）		81.8	51.3	50.8	37.8	86.5	25.1	48.8	87.7	31.7	22.1
β－ブロッカー使用		なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
認知症		あり	N.D.	あり	あり	なし	なし	あり	あり	なし	あり
同居者		妻	なし	妻	妻	妻	なし	妻	妻	夫	施設
低血糖の直接的原因		不明	不明	不明	眼科手術前	アルコール	摂食量低下	アルコール	アルコール	摂食量低下	摂食量低下
不可逆性脳症		なし	あり	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	あり
入院期間（日）		28	>300	>200	3	5	3	7	20	21	11（死亡）
入院前の糖尿病治療薬	SU薬	グリベンクラミド 5mg	グリクラジド 40mg	グリメピリド 3mg	グリメピリド 1mg	なし	グリベンクラミド 0.625mg	なし	なし	リメピリド 1mg	リメピリド 0.5mg
	DPP-4阻害薬	シタグリプチン 25mg	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	α-GI	ボグリボース 0.9mg	なし	ボグリボース 0.9mg	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	メトフォルミン	500mg	なし	なし	500mg	なし	なし	なし	なし	500mg	なし
	ピオグリタゾン	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	インスリン	なし	なし	なし	なし	3/7 7-0-3-0	なし	なし	なし	30R 20-0-18-0	なし

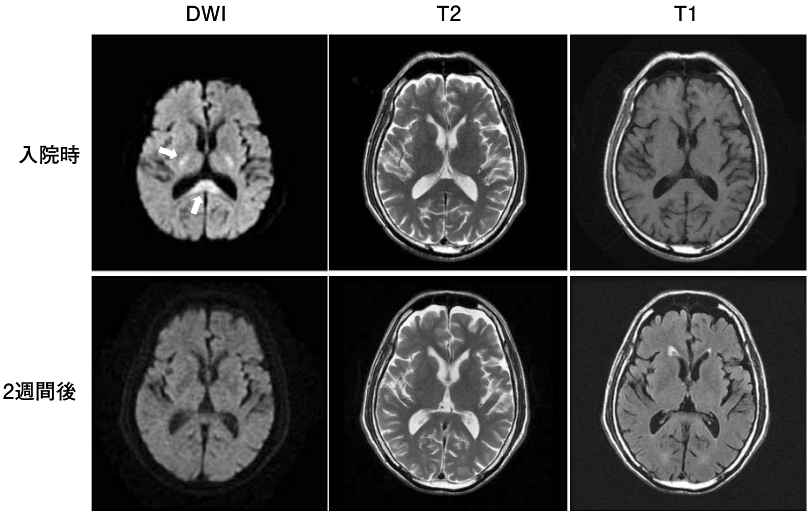


図１．症例１の入院時および入院２週間後の頭部MRI.

ル多飲歴あり)，２例は糖尿病なくアルコール多飲歴のみであった。

結　　果

10例中６例（症例４～９）は急性期MRIで異常を認めず，いずれもブドウ糖投与により昏睡から回復した。10例中４例（いずれも糖尿病患者でSU薬使用）の拡散強調画像で異常を検出した。症例１（図１）：脳梁膨大部・内包後脚～放線冠にHIA。症例２（図２ＡおよびＢ）：脳梁膨大部・白質にHIA。症例３（図３）：内包後脚～放線冠にHIA，　症例10（図４ＡおよびＢ）：白質に広範なHIA（11日後白質病変は消失，あらたに皮質に広範なHIA)。予後は，症例1：昏睡から回復，症例２および症例３：低血糖脳症，症例10：低血糖脳症～入院11日目に呼吸停止・死亡。

以上の自験例の低血糖急性期MRI拡散強調画像所見と予後との関係を表２にまとめた。

考　　察

低血糖による脳障害の重症度は，低血糖の程度（血糖値）と低血糖にさらされた時間に影響されると考えられるが，それ以外に症例によっては付随する呼吸循環障害が影響する可能性もあり，MRI所見が純粋な低血糖性の変化かどうかを見定めることは臨床的に困難な場合もある。

今回の症例10例の中でMRIに異常を呈さなかった６例はいずれもブドウ糖投与により意識障害が回復したのに対し，何らかの異常を呈した４例においては内３名が不可逆性脳症に陥った。したがってMRI所見の出現は低血糖による脳障害の重症度を反映するものと考えられる。

低血糖に際して，比較的良く見られるMRI異常は，拡散強調画像での一過性（可逆性）脳梁膨大部病変である。脳梁膨大部病変の出現は，必ずしも予後不良を意味しない[1－2]。脳梁膨大部病変は，低血糖のみならず，薬剤

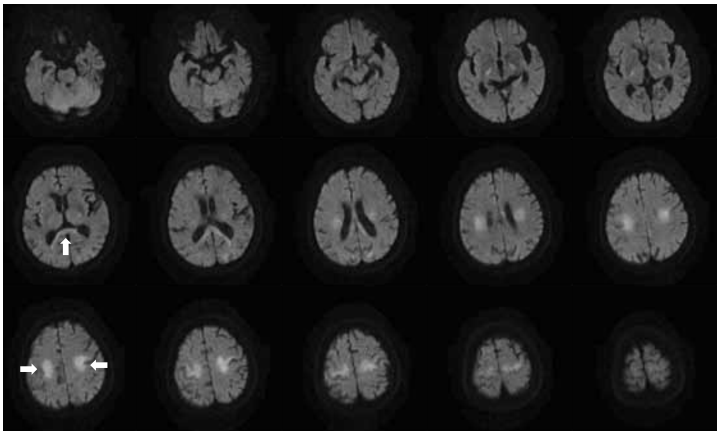


図２．Ａ　症例２の入院時の頭部MRI-DWI（1.5T）．

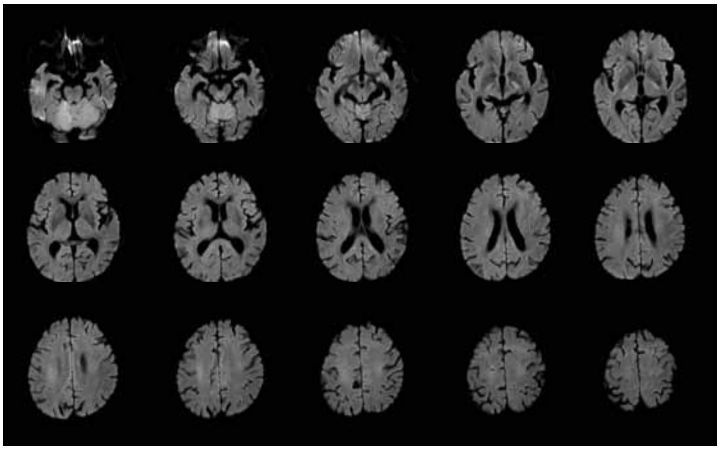


図２．Ｂ　症例２の入院６日目の頭部MRI-DWI（3.0T）．

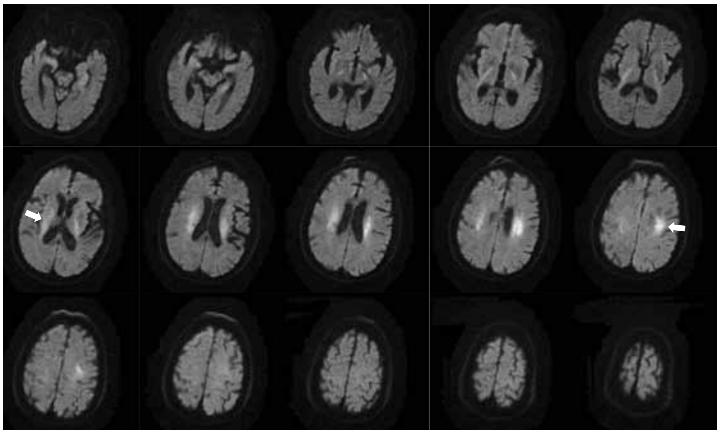


図３．症例３の入院時頭部MRI-DWI（1.5T）．

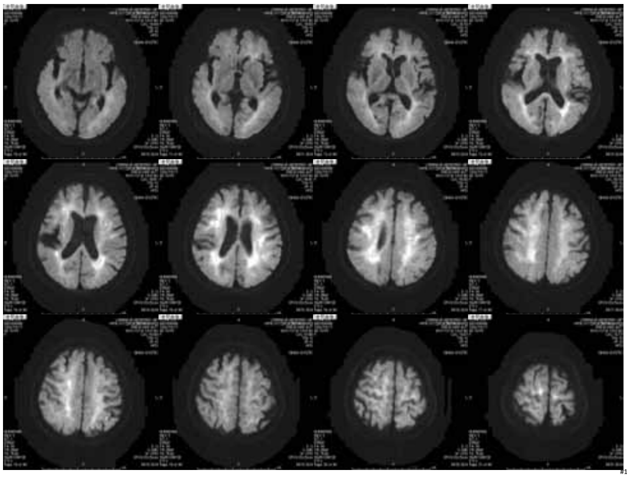


図４．Ａ　症例10の入院時頭部MRI -DWI（1.5T）．

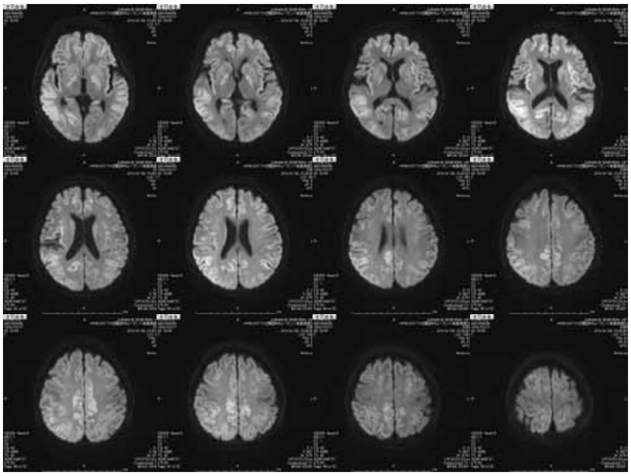


図４．Ｂ　症例10の入院11日目頭部MRI -DWI（3.0T）．

性（フェニトイン，カルバマゼピンなどの抗てんかん薬など），感染性（インフルエンザウイルスなど），アルコール中毒，低栄養などの代謝異常，SLEなどの血管炎，腎不全，電解質異常など様々な病態に付随して出現する[1, 3]。病変が限局的であれば一般的に所見は可逆的で予後も良好とされる。この病変の病理学的変化は，細胞毒性浮腫cytotoxic edemaとされているが，不明な点も多い[1, 3]。

一方，白質病変の出現は，一過性でも予後不良（低血糖脳症）のサインになりうることが，今回自験例からは示唆されたが，回復する症例も報告されており[3－5]，さらなる症例の検討が必要であろう。広範な白質病変～皮質病変の出現は，極めて予後不良であることを示唆しうる[2, 4, 6]。

低血糖昏睡にて入院した８例の糖尿病患者の内7例はSU薬を使用していた（残りの１例

表２．急性期MRI-DWI 所見と予後（自験例まとめ）.

症例	急性期MRI-DWI所見				予後
	脳梁膨大部	内包後脚～放線冠部	白質	皮質	
症例１	●	●			回復
症例２	●		●		不可逆性脳症
症例３		●	●		不可逆性脳症
症例10			●（広範）	●	不可逆性脳症 11日目死亡

はインスリン使用者で，アルコール多飲歴あり）。使用しているSU薬の量は，グリベンクラミド0.625mg，グリクラジド40mg，グリメピリド0.5mgなど，それほど使用するSU薬の量が多くなくても重症の低血糖を起こす可能性があることがわかる。またeGFR＞80ml/min/1.73㎡の症例も２例含まれており，高齢者では腎機能低下を認めなくても低血糖のリスクがあることを理解すべきと思われる。

結　語

低血糖昏睡と診断した場合，速やかにブドウ糖投与することが必要である。処置によって意識が回復する場合，MRI拡散強調画像にて可逆性脳梁膨大部病変を認める場合はありうるものの，必ずしもMRIを施行することは必要ではないと思われる。これに対して，処置によって意識が回復しない場合は，急性期のMRI所見からある程度予後を推定できる可能性があり，今後さらに症例の積み重ねが必要と思われる。

また，高齢２型糖尿病患者へのSU薬投与は，たとえそれが少量であっても低血糖脳症を誘発するリスクがあり，可能な限りSU薬を使用しない治療法を選択すべきと考える。

参考文献

1）Kim JH, et al. Reversible splenic abnormality in hypoglycemic encephalopathy. Neuroradiology（2007）49 : 217-22.

2）Lo L, et al. Diffusion-weighted MR imaging in early diagnosis and prognosis of hypoglycemia. Am J Neuroradiol（2006）27 : 1222-4.

3）Aoki T, et al. Reversible hyperintensity lesion on diffusion-weighted MRI in hypoglycemic coma. Neurology（2004）63 : 392-3.

4）Kang EG, et al. Diffusion MR imaging of hypoglycemic encephalopathy. Am J Neuroradiol（2010）31 : 559-64.

5）Witsch J, et al. Hypoglycemic encephalopathy : a case series literature review on outcome determination. J Neurol（2012）259 : 2172-81.

6）Johkura K, et al. Early diffusion MRI imaging findings and short-term outcome in comatose patients with hypoglycemia. Am J Neuroradiol（2012）33 : 904-9.

［会員投稿論文］

平成24年度　延岡市糖尿病患者実態調査

延岡市医師会生活習慣病委員会　委員
野　田　　寛

はじめに

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

平成４年より５年毎11月に調査を実施して，今回も５年毎の５回目の発表になります。

厚労省は平成９年より５年毎，毎回11月に国民健康・栄養調査のアンケート調査をしています。延岡市医師会と時期が重なり，しかも日本の総人口の1,000分の１の人口であり，統計を処理するのに都合の良い事です。

増える一方の国民病といわれる糖尿病患者について，平成17年より個人情報保護法により実名の記入が遠慮される中，80件の医療機関にアンケートを依頼し，今回は46件（57％）からの回答がありました。ちなみに昨年は50％の回答率でしたので協力して下さる医療機関が増えています。

表１の国の調査結果は平成９年，14年，19年，24年とも，いずれも糖尿病が強く疑われる人が増加していることを示しています。一方，糖尿病の可能性を否定できない人（予備軍）は平成24年度は全国で約1,100万人と推計され，平成９年以降初めて減少しました。平成19年に2,000万人を超えて，高血圧患者についで２番目の国民病と位置づけられ，糖尿病に対する国民の関心が集まり意識づけられた結果，予備軍が減少したと思われます。平成29年度の結果，糖尿病・予備軍とも減少しているかが楽しみです。

表１．国民健康・栄養調査.

	平成9年	平成14年	平成19年	平成24年
糖尿病	690万人	740万人	890万人	950万人
予備軍	680万人	880万人	1320万人	1100万人
計	1370万人	1620万人	2210万人	2050万人

表２では延岡市医師会は昭和55年から，56，57，58，59年と毎年実態調査をしており，毎年約100名の増加，男性は40歳代から，女性は50歳代から増加しています。ピークは男性50歳代，女性は60歳代にあります。80歳以上は徐々に増加していますが，まだ二桁です。また男女比は男55％，女45％の比率でした。

方　　法

今回の調査機関は平成24年11月1日から11月30日までの１か月間に延岡市内の医療機関に受診した糖尿病患者について，調査をしてもらいました。表３のような項目で80件の医療機関にアンケートを依頼し，今回は46件

表２．延岡市昭和の糖尿病患者数.

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

表３．国民健康・栄養調査.

- 調査期間　平成24年11月1日から30日
- 調査対象医療機関　80件46件　回答率57,5%
- 患者氏名（実名）、性別、年齢、外来・入院別
- 罹患年数（発見年月日）、家族歴、
- 病型（1型、2型、その他、妊娠）、不明
- 血糖値（空腹時、朝食後2時間または随時）
- HbA1c（JDSか国際単位）
- 治療法（食事、経口剤、インスリン療法）
- 合併症（三大合併症、その他）

（57％）からの回答がありました。ちなみに昨年は50％の回答率でしたので協力して下さる医療機関が増えています。

今回そのデーターが揃いましたので発表します。

結　　果

表４では昭和時代と比べ，平成４年，９年では男性は40歳から増加し，ピークは60歳代，女性は50歳代から増加し60歳代にピークが見られました。平成14年，19年，24年では男性の60歳代がピークなのは変化していませんが，女性は70歳代がピークとなってきています。国の調査でも「女性は50～59歳と70歳以上で割合が増加していた」と発表しておりこれも一致していました。高齢化に伴い，80歳以上が三桁になり，平成24年度では，女性は500名に迫ろうとしています。また，男女比は昭和時代と同じで55％対45％でした。

表５では結果の総人数としては4,548名と前回よりも，1,333名（41.5％）増加していました。増加の要因としては，自然増加，高齢者の増加，回答医療機関の増加，検診事業の受診率の増加と意識が積極的な人数を増やし，会長の後押しもあり，増加したと考えられます。

１年未満の人数が平成４年，９年，14年と比べ，19年，24年度では２倍の増加になっています。また１年以上の各年数とも増加しています。

表４．性別年齢別実人数.

	平成4年		平成9年		平成14年		平成19年		平成24年	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
20歳未満	1	1	1	1	6	3	2	2	4	4
20～29歳	4	1	2	4	5	9	5	8	9	9
30～39歳	23	11	20	13	31	17	28	22	41	28
40～49歳	**113**	63	**126**	59	**133**	59	**84**	49	**137**	66
50～59歳	236	**125**	222	**149**	349	**229**	349	**230**	395	**266**
60～69歳	**263**	**228**	**458**	**337**	**461**	378	524	401	**816**	563
70～79歳	153	204	260	331	388	**485**	**532**	**487**	767	**655**
80歳以上	46	72	68	128	108	170	146	346	298	490
計	839	705	1157	1022	1481	1350	1670	1545	2467	2081
合計	**1383**		**2163**		**2680**		**3215**		**4548**	

表５．罹患年数の推移.

	平成4年	平成9年	平成14年	平成19年	平成24年
1年未満	40	104	70	214	**251**
1～5年	795	1062	1037	**1081**	**1407**
6～10年	343	543	698	**786**	**1120**
11～15年	129	232	427	**457**	**723**
16～20年	46	129	228	**346**	**487**
20年以上	30	93	220	**331**	**560**
計	1383	2163	2680	3215	**4548**

表６．集計結果－１.

	平成4年	平成9年	平成14年	平成19年	平成24年
患者数	1544人	2179人	2831人	3215人	4548人
平均年齢	62.8歳	64.6歳	65.7歳	68.0歳	69.2歳
罹患年数	6.1年	7.9年	9.1年	10.3年	**11.3年**
家族歴　有	**27. 7%**	30. 2%	39. 5%	33. 4%	**48. 2%**
無	72. 3%	69. 8%	60. 5%	54. 5%	51. 8%
病型　1型	6. 2%	3. 4%	2. 8%	2. 0%	2. 6%
2型	91. 7%	93. 8%	93. 0%	90. 4%	**91. 1%**
その他	0. 5%	1. 7%	1. 0%	1. 6%	0. 8%
不明	1. 6%	1. 1%	3. 2%	6. 0%	5. 5%

表６では平均年齢，罹患年数は毎回上がっています。注目すべきは，家族歴有が平成４年で27.7％が平成24年には48.2％になっています。つまり片親は30％，両親だと50％の遺伝率であるとされていますので，今回両親が糖尿病である「糖尿病２世の誕生」が考えられます。他には１型２～３％，２型90％以上でした。

表７．集計結果－２.

	平成4年	平成9年	平成14年	平成19年	平成24年
HbA1c（JDS）	7.48%	7.22%	7.00%	7.23%	**6. 62%**
（国際単位）					**6. 97%**
空腹時血糖	145.3	140.8	148.4	140.5	**129. 2**
随時血糖	187.7	181.1	191.1	184.7	**167. 1**
治療　食事	81.1%	84.6%	63.7%	40.6%	**35, 5%**
経口剤	48.3%	53.5%	54.5%	71.0%	**53. 8%**
ｲﾝｽﾘﾝ	8.9%	11.2%	11.4%	15.1%	**10. 7%**

表７では，HbA1cの表示が平成24年４月から平成25年３月までは従来の日本の単位（JDS）と国際単位が併記され，平成25年４月からはすべて国際単位が用いられることになりました。

HbA1cは平成４年7.48と24年6.62ではマイナス0.86，前回とはマイナス0.61と良好でした。食前血糖も随時血糖もいずれも下がっていました。治療方法では早期発見早期治療の原則に加え，DPP-4阻害薬の登場により良い結果が出始めたので，今後とも薬物療法が増えるものと思われます。

表８では神経障害，網膜症，腎症の合併率についてはそれぞれの平均値に近づいています。

表８．三大合併症.

		平成4年	平成9年	平成14年	平成19年	平成24年
神経障害	無					
(25.1%)	有	13.1%	17.2%	17.6%	22.6%	22. 3%
網膜症	無					
(16.0%)	有	11.7%	11.7%	14.7%	16.8%	15. 4%
	失明	0.3%	0.4%	0.6%	0.2%	0. 2%
腎症	無					
(15.2%)	有	12.2%	16.6%	13.5%	19.2%	15. 3%
	透析	0.8%	0.5%	3.0%	3.0%	3, 0%

表９．その他の合併症.

	平成4年	平成9年	平成14年	平成19年	平成24年
高血圧症	49.3%	46.5%	45.7%	55.6%	56. 0%
高脂血症	9.3%	24.2%	26.1%	39.4%	39. 0%
心臓疾患	5.4%	13.5%	13.6%	16.3%	15. 0%
胃腸障害	6.4%	14.9%	13.6%	14.0%	23. 8%
脳血管障害	4.0%	2.2%	7.9%	10.4%	10. 2%
肝疾患	6.4%	10.9%	10.1%	11.3%	8. 6%
膵疾患	0.2%	1.2%	1.1%	0.9%	0. 9%
皮膚疾患	0.7%	2.2%	2.0%	3.5%	5. 4%
その他	18.4%	1.5%	2.3%	4.0%	3. 2%

表９では高血圧60％，高脂血症40％の合併率と言われていますので，ほぼその値に近づいていると思います。その他目立ったのは，10％増加した胃腸障害でした。

考　　察

日本の総人口は平成16年度より減少傾向にあり，更に1997年以降新車登録台数の減少傾向にあり，食生活はここ20年変化がないのにもかかわらず糖尿病患者は毎年増加しています。増加する理由は高齢化に伴い，男女とも高齢の患者が増えている，家族歴が48％となり「糖尿病２世の誕生」，コンビニエンスストア（全国展開20年），一人暮らし，肥満（田舎の男性）です。三大合併率は全国平均に近くなっており，高血圧６割，高脂血症４割に合併しています。今回は胃腸障害の合併が10％上昇していました。

ま　と　め

糖尿病患者が増加する中，様々な経口血糖降下薬やインスリンが登場して，テーラーメイド的な治療が可能になりつつあります。今後とも高齢者が増える中，安心安全な治療体制が求められていくであろう，と思います。

以上，延岡市医師会生活習慣病委員会を代表して報告させていただきました。

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

参考文献

１）野田　寛．平成19年度糖尿病患者実態調査報告．宮崎県内科医会誌2009.
２）平成24年度厚労省国民栄養調査結果.
３）野田　寛．平成14年度糖尿病患者実態調査報告．宮崎県内科医会誌2005；67：8-12.
４）森本　彩．わが国における糖尿病患者の動向．日医雑誌2009；138(1)：19-22.
５）大森安恵．糖尿病家族歴．プラクティス2009；26(2)：200-202.
６）岩本安彦．２型糖尿病治療の現状．プラクティス2009；26(2)：124-127.

［会員投稿論文］

喫煙開始後に発症し，急性好酸球性肺炎が疑われた１例 ～当科自験例の検討を含めて～

県立宮崎病院内科
本山由利菜，姫路　大輔，田中　弦一
白濱　知広，上園　繁弘，上田　　章

はじめに

急性好酸球性肺炎（acute eosinophilic pneumonia：AEP）は末梢血好酸球増加の有無にかかわらず，肺に好酸球が浸潤することによっておこる比較的まれな肺炎で，急速に呼吸困難が進行することが多い[1)]。近年，日本からの症例報告により，その原因としての急性喫煙が注目されており，本症の診断にあたっては，喫煙歴の聴取が重要である[2)]。今回喫煙開始後に発症した急性好酸球性肺炎の若年発症例を経験したので，当科自験例を含め報告する。

症　　例

患者：20歳，男性。**主訴**：呼吸困難，発熱。**既往歴**：特記事項なし。**現病歴**：20XX年10月中旬より喫煙を開始。同年12月末より発熱と呼吸困難が出現したため，翌年１月２日朝に近医を受診。胸部単純X線写真で多発浸潤影を認め，肺炎の診断で当院へ救急搬送された。**入院時現症**：意識清明，体温 37.3℃，血圧 116/58 mmHg，脈拍 83/分・整，呼吸数 34/分, SpO2 93-94 % (O2 1L（鼻カニューラ）/分)，表在リンパ節触知せず。呼吸音，正常肺胞音でラ音は聴取せず。腹部異常所見なし。四肢浮腫なし。皮疹なし。**入院時検査所見（表１）**：WBC，CRPの上昇を認め，末梢血中好酸球分画は基準値範囲内であった。血清抗マイコプラズマ抗体，抗クラミジアニューモニエ IgM/IgG抗体，鼻腔拭い液のインフルエンザ抗原（A/B)，尿中レジオネラ抗原，尿中肺炎球菌抗原はいずれも陰性であった。胸部単純X線写真では，両側びまん性のスリガラス状陰影，班状影を認めた。胸部CTでは，右肺優位に広がるびまん性のスリガラス陰影，班状影，浸潤影，さらに小葉間隔壁肥厚を認めた（図１)。**入院後経過**：急性好酸球性肺炎を疑い，入院時より禁煙と，ステロイドパルス療法（methylprednisolone 1 g/日）を３日間施行した。また非定型肺炎の可能性も否定できず，Levofloxiacin 500mg /日を併用した。ステロイドパルス療法後に呼吸器症状は著明に改善し，PSL 50mg/日の経口投与を開始した。以後PSLを漸減し，症状の増悪や再燃なく経過した。PSL 30mg/日に減量し退院とした。退院後は外来でPSLを漸減

表１．入院時検査所見.

検尿	蛋白潜血なし	生化学検査	
血算		T-Bil	1.05 mg/dl
WBC	14,980 /μl	AST	7 IU/L
Neut	90.5 %	ALT	11 IU/L
Lymph	5.3 %	LDH	130 IU/L
Mono	2.8 %	BUN	16.8 mg/dl
Eosin	1.4 %	Cre	1.1 mg/dl
Baso	0.0 %	TP	6.4 g/dl
Hb	15.3 g/dl	Alb	3.8 g/dl
Plt	16.3万 /μl	Glu	105 mg/dl
血液ガス分析		免疫学的検査	
pH	7.441	CRP	11.8 mg/dl
PCO_2	33.7 mmHg	PCT	< 0.5 ng/ml
PO_2	65.4 mmHg	抗ﾏｲｺﾌﾟﾗｽﾞﾏ抗体	< 40
HCO_3^-	22.4 mmol/l	抗ｸﾗﾐｼﾞｱﾆｭｰﾓﾆｴ IgM/IgG 抗体	(-)
BE	-0.8 mmol/l	ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ抗原(A/B)	(-)

図１．A胸部単純X線写真：両肺野，特に右肺中下肺野優位にスリガラス～斑状影を認める.
B胸部HRCT：びまん性のスリガラス～浸潤影に加え小葉間隔壁の肥厚を認める.

し，発症後約３ヶ月でPSLを中止とした。

考　　察

AEPは，急性の咳・発熱・呼吸困難症状で発症し，しばしば呼吸不全を呈する疾患であり，その適切な診断は重要である[1]。胸部CT所見では，陰影分布は辺縁優位で，小葉間隔壁肥厚，境界不明瞭な細気管支中心の小斑状陰影，浸潤陰影が様々な程度に混在する。胸水，肺門・縦隔リンパ節の腫大を伴うこともある。気管支洗浄（BAL）液では著明な好酸球増多（25%以上）を認め診断に有用で

表２．当院における治療経験.

年齢	性	喫煙 発症までの期間	BAL 液	治療 禁煙	 PSL	経過
25	男	受動喫煙 1～2 週間	Eo. 60%	ー	mPSL パルス →PSL 30mg	軽快
22	男	受動喫煙 約 10 日間	Eo. 80%	ー	PSL 80mg	軽快
20	男	10 本/日 約 2 ヶ月	施行せず	○	mPSL パルス →PSL 50mg	軽快

ある。

治療法は，①呼吸不全が重篤でない場合は，経口PSLを30～60mg/日から投与開始，②呼吸不全が重篤な場合はm-PSL 0.5～１g/日を１～３日間投与で開始し，その後経口PSL（20～60mg/日）を肺胞病変の程度に応じて短期間投与する。

その病因は不明であったが，喫煙とAEPの発症との関連を示唆する症例報告が複数なされ[3]，その原因としての急性喫煙が注目されるようになった。

本例を含め，当科では喫煙が発症原因となったと考えられるAEP症例を計３例経験している。いずれも若年男性症例であった。１症例目（本症例）は喫煙開始から２～３週間後，他の２症例は受動喫煙１～２週間後の発症であった（表２）。またBALを施行した２症例ともBAL液中に著明な好酸球の増加を認めた。本例は年末の発症であったためにBALは施行不可能であったが，臨床経過からAEPを疑い早期に治療を開始した。治療については，喫煙再開で再発した症例の報告もあり，まずは禁煙が重要である[4]。２例にステロイドパルスを施行した。全例ともPSL内服での後療法を行い，経過良好であり，PSLによる治療はすべての症例に奏功していると考えられた。

結　　語

若年者において喫煙開始後に発症し，急性好酸球性肺炎が疑われた1例を経験した。禁煙，m-PSLパルス療法とPSL内服にて症状・レントゲン所見とも著明に改善し，現在まで再発なく経過している。急性好酸球性肺炎は急速に呼吸困難が進行することが多く，特に喫煙開始が誘因となる症例が多いため，喫煙歴や暴露歴の聴取が重要である。

参考文献

１）Allen JN, et al. Acute eosinophilic pneumonia as a reversible cause of noninfectious respiratory failure. N Engl J Med 1989 ; 321 : 569-74.

２）Uchitama H, et al. Alterations in smoking habits are associated with acute eosinophilic pneumonia. Chest 2008 ; 133 : 1174-80.

３）Nakajima M , Manabe T, Niki Y, Matsushima T. Cigarette smoke-induced acute eosinophilic pneumonia.

Radiology 1998 ; 207(3) : 829-31.
4）中島正光：喫煙開始後急性呼吸不全を発症し，その後の喫煙で末梢血好酸球増多，咳が誘発された１例．日呼吸会誌 1999 ; 37 : 543-8.

［Postgraduate Education］

「めまい」の診察

宮崎大学医学部　第３内科
塩　見　一　剛

１．はじめに

「めまい」は救急外来でも多く遭遇する症候群で，原因疾患は多岐にわたるため鑑別が容易でない場合も多い。「めまい」の最終診断にどのような疾患が含まれているのか，米国のER（救急センター）の調査報告がある[1)]。この報告では「めまい」の患者はER総患者数の3.3％を占めており，約半数の49.2％で疾患の診断がなされたが，22.1％は症状診断にとどまっている。「めまい」の原因としては，耳性/前庭性が約33％と最も多い。その次に心環系が22％，呼吸器系が11％となっており，その原因は意外に全身疾患が含まれており，神経系は4％を占めるに過ぎない。しかし神経系だけでなく，全体の15％が危険な「めまい」とされ，50歳以上では危険な病態が20％以上となるといわれている。このため「めまい」は警戒すべき疾患であることは間違いない。実際に画像検査が施行される率も高く，入院する症例も多かったと報告されている。

このように「めまい」の診療については注意を要するため，今回診察のポイントと鑑別すべき疾患について述べる。

２．「めまい」の定義

「めまい」は救急外来でありふれた訴えの一つであるが，先に述べたように原因は多岐にわたり，診断をすぐに前庭（小脳）系に結び付けないことである。また来院時には症状が軽快していることもあり，病歴聴取が診断の大きな決め手となる。このため，まず「めまい」と訴えを聞いた際には，「めまい」の中身を吟味することが必要である。

「めまい」という言葉の中には，回転性めまい（vertigo），浮動性めまい（dizziness），失神しそうな感じ（faintness/presyncope），ふらつき／平衡障害（staggering/disequilibrium）が含まれる。ほかに，乗り物酔いにおける嘔気，めまい恐怖症のような心因性のものもめまいと表現される。

日本神経学会の神経学用語集によれば，日本語のめまい，眩暈は字義的な区別はなく，目がくらみ，目がまわり，物の輪郭がぼやけ，不安感，もうろう感を呈することを指す。どちらかといえばdizzinessに相当するが，狭義の意味では，vertigoは回転性めまいを，dizzinessは浮動性めまいを用いるとされる[2)]。

３．「めまい」の症状による鑑別

１）回転性めまい

①単一の急性の回転性めまいの原因としては，血管性（内耳性，中枢性）と前庭神

経炎が多く，外傷性，感染性がある。

②再発性・反復性の回転性めまいで特定の頭位で誘発されるものは，良性発作性頭位めまい症（BPPV）がほとんどであるが，ときに片頭痛性めまいや突発性難聴がある。

③再発性・反復性で自発性のものは片頭痛性めまいが多く，メニエール病，前庭発作症,椎骨脳底動脈循環不全などが続く。

２）浮動性めまい

前庭系の疾患，とくに慢性期のものを示唆することが多い。貧血や低血糖，心循環系などの全身内科的疾患や心因性のこともしばしばある。肩こりや緊張性頭痛が最も多い原因とされ，前庭性めまいの改善期には浮動性に変化することもある。神経疾患では，小脳疾患，パーキンソン症候群，脊髄・末梢神経疾患，多発ラクナ梗塞，軽度の前庭障害などが含まれる。

３）失神しそうな感じ（前失神）

脳循環不全を反映しており，原因として脱水，不整脈，起立性低血圧，血管迷走神経反射および降圧剤などの薬剤の副作用などがある。過換気症候群でも前失神を生じることがある。神経疾患で，極端な起立性低血圧を呈する場合には，多系統委縮症やびまん性レビー小体病を鑑別する必要がある。

４．中枢性・末梢性めまいの鑑別

プライマリケアにおける「めまい」診療において重要なことは，脳の疾患で生じる中枢性めまいをいち早く鑑別することである。

中枢性めまいの特徴は，めまい以外の神経徴候を伴うこと，視覚や深部感覚による補正が効きにくいということである。それに対して，末梢性めまいの場合はめまいおよび蝸牛症状以外の神経症候は伴わず，なんとか平衡機能を維持できるため起立歩行が可能であることが多い。

１）中枢性めまい

中枢性めまいの病巣はほとんどが脳幹あるいは小脳である。

脳幹は解剖学的に平衡機能を保つ神経部位と眼球運動や顔面・四肢の運動・感覚をつかさどる神経部位が近接しているため，めまい以外に眼球運動障害や構音障害，顔面または四肢の運動障害あるいは感覚障害を伴う。このため，めまい以外の神経症候を見出すことで診断が可能である。

小脳障害の場合は脳幹と異なり運動障害や感覚障害は伴わない。上部小脳（SCAおよびAICA領域）が障害された場合には構音障害や上下肢の小脳性運動失調を生じる。下部小脳（PICA領域）は構音障害や四肢には失調は認めないため神経徴候がつかみにくい。ただし，体幹の運動失調が認められることが多いため，起立歩行障害の有無を確認する必要がある。

２）末梢性めまい

末梢性めまいの特徴は明らかな眼振を伴うことであるが，開眼させると視覚で補正されるため目立たなくなることが多い。このため眼振の観察にはFrenzel眼鏡を使用することが望ましい。もし使用できない場合は暗算をさせるなど固視努力を外すようにすると観察しやすくなる。

末梢性めまいの眼振の特徴は，①懸垂頭位での回旋性眼振，②右下，左下頭位での方向交代性水平性眼振，③頭位によらない方向固定性水平性眼振の３つである。

末梢性めまいの多くの原因である良性発作性頭位めまい症（BPPV）の場合には①と②の眼振がみられ，前庭神経炎では③の眼振が見られる。また③の眼振に蝸牛症状を伴う場合はメニエール病や突発性難聴を考える。

５．「めまい」をきたす代表的疾患

１）良性発作性頭位めまい症（BPPV）

回転性めまいを生じる代表的疾患で，回転性めまいの大半を占め，メニエール病という申告もほとんどがこの疾患である。特徴は①40歳以降の中高年，②難聴や耳鳴などの聴覚症状をともなわない，③頭位，体位の変換で長くても１分以内の回転性めまいを生じる，④頭位変換とめまい出現の間に１から数秒の潜時がある，⑤同じ動作をすると症状が減弱する，⑥自発眼振や注視眼振が認めにくいことが多く，⑦Frenzel眼鏡を用いての頭位試験，頭位変換試験で，方向交代性で回旋性の眼振が認められる，⑧多くは２から３週間以内におさまり，⑨半年から数年の後に再発しうる。

２）メニエール病

20分から２～３時間続く回転性のめまい発作が一側性の耳鳴・難聴，耳閉塞感をともなって生じる。初期には難聴は変動・改善を示すが，次第に聴力低下をきたす。

３）前庭神経炎

末梢性前庭性めまいの中でBPPV，メニエール病についで多い疾患でウイルス感染が想定されており，発症の１から２週間前に感冒様症状や腹部症状が先行することがある。急性発症であるが，突発ではなくやや緩徐で，持続性の回転性のめまい，起立時不安定性，強い嘔気・嘔吐がみられる。蝸牛症状はともなわない。発症日に強く，数日で軽快するが完全回復には数週要することが多い。非患耳側への一側性で定方向性の眼振がみられる。Head thrust試験で患耳側に回旋させたときの眼球運動が遅くなり，患耳におけるcaloric試験では無から低反応を示す。

４）片頭痛性めまい

欧米では，再発性自発性めまいで最多の原因といわれ，前庭障害性のめまいではBPPVに次いで多いといわれる。自発性ないし頭位性めまいや乗り物酔い様の不快感があり，頭痛や感覚過敏を伴う。めまいと頭痛の時間的関係は様々である。睡眠不足や月経などの誘因になることがある。片頭痛の家族歴が参考となる。発作間期には異常がなく，発作中には中枢性ないし末梢性の自発眼振や中枢性頭位眼振，軽度の運動失調を伴うことがあるがベッドサイドでは捉えられないことが多い。トリプタン系薬物の効果は乏しく，鑑別には用いることはできない。

BPPVとメニエール病とも片頭痛との関連が議論されており，これらの疾患は片頭痛患者において多くみられ，またこれらのめまい疾患が片頭痛の誘発因子になることも認識されている[3)]。

６．最後に

「めまい」は救急の場で遭遇する機会が多く，診断に苦慮することが多い症候群である。今回その鑑別について述べたが，眼振の診察などが困難な場合には，中枢性が絶対的に否定できない場合には積極的に画像診断を考慮することは必要だと思われる。また「めまい」において，前庭性めまいの次に多い原因は，心循環系や呼吸系などの全身疾患が多く含ま

れることを認識しておく必要がある。

参考文献

1）Newman-Toker DE, et al. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments : cross-sectional analysis from a nationally representative samples. Mayo Clin Proc 2008 ; 83 : 765-775.

2）標準的神経治療：めまい．日本神経治療学会治療指針作成委員会．神経治療 2011 ; 28(2).

3）内藤　泰．めまいと見分ける・治療する．中山書店，2012.

［Postgraduate Education］

心電図レクチャー（第４回）

宮崎市　宮崎江南病院　内科循環器科
松　尾　剛　志

前回の復習

前回は，心房細動，３度（完全）房室ブロックを合併した心房細動，心房粗動，期外収縮，補充収縮について話をした。

心房細動のポイントは，①Ｐ波がない，②QRS間隔が不規則の２点であった。この心房細動に３度（完全）房室ブロックが合併すると，①Ｐ波がない，②QRS間隔が一定で徐脈になることがポイントである。心房粗動の特徴は“のこぎりの歯（鋸歯状波）”である。期外収縮とは，予想される時期より早く収縮するものであり，補充収縮とは予想される時期より遅く収縮するものであった。心房性（上室性）期外収縮（APC）には３種類（普通のAPC，ブロックされたAPC，APCの変行伝導）あることも話した。

第１回のレクチャーにて，心電図を習得するためには，心電図を“読めること”“書けること”“説明できること”の３つが大切と話をした。前回までのレクチャーにて心電図を“書けること”と“説明できること”については，すでにマスターしていると思う。今回は，それらを基に残りの“読めること”に進みたいと考えている。モニター心電図の読み方について話をする。

心電図が読めない理由

心電図の習得を困難にしているのは，各個人の“苦手意識”であることは第１回のレクチャーで話をした。それでは，実際の場面で心電図が読めない理由は何だろう？多くの人を見てきた経験から言わせてもらえれば，心電図を読めない人には，ひとつの共通点がある。そのような人の多くは，QRS波やＴ波の形やリズムばかりが気になって，そちらに目がいってしまい，思考が止まっている。ここで何か忘れていないだろうか？お気づきと思うが，そのような人はＰ波の存在を忘れているのである。Ｐ波は小さな小さな波形だが，これが心電図を読むための大きな大きなポイントになる。Ｐ波を識別できていないから，心電図を読めないと言っても過言ではないと私は考えている。

Ｐ波に注目しよう！

心電図を読むための第一段階は“Ｐ波を探せ！”と常々話をしている。Ｐ波に注目することが大切である。では，“Ｐ波を探しま

しょう”と言って実際にＰ波を探してもらうと，多くの人が同じ間違いをしている。それは何かと言うと，Ｐ波とＴ波を間違えているのである。Ｐ波とＴ波は，しっかりと区別しなければならない。Ｐ波とＴ波を区別する方法のひとつは，幅の広さと大きさを確認することである。幅が広くて大きいのがＴ波であり，Ｐ波は2.5㎜の小さな波形である。それでも迷った場合は，どうすればよいのだろうか？それは，QRS波とどういう関係になっているかを確認することである。つまり，QRS波の前にＰ波が必ずしもあるとは限らないが，QRS波の後ろには必ずＴ波がある。つまり，QRS波の後ろに一定間隔でその迷った波が必ずあれば，それはＴ波と言える。このような鑑別点でＰ波を識別していくことができる。また，当然だが，Ｐ波は上向きばかりではなく，下向きのＰ波もある（Ｐ波は上向きしかないと思い込んでいる人がいたので，念のために）。

そのようにして，Ｐ波を識別できたら，次にＰ波に印をつけてみる。矢印でも丸印でも構わない。慣れてくると，目で追えるようになる。ここでも，多くの人はＰ波をすべて識別できていない。実は，Ｐ波を探すための２つの重要なコツがある。一つ目のコツは，“Ｐ波が規則的に出ていると仮定して探す！”である。短いＰ間隔を見つけたら，それを整数倍に伸ばしてみると，不思議と隠れたＰ波が見つかる。場合によっては，QRS波の中に隠れていたり，Ｔ波の上に乗っていたりする。二つ目のコツは，“Ｔ波の形が変わったところにＰ波あり！”である。同じような形であるべきＴ波の形が変わっていたら，そこにＰ波が隠れている。

もし，Ｐ波が見つからなかったら，その時は，心房細動ではないかなと思えばよい。

Ｐ波とQRS波との関係

すべてのＰ波に印をつけたら，Ｐ波とQRS波との関係を見てみよう。その関係により，今まで勉強してきた心電図のいずれかに当てはまるはずである。

まず，Ｐ波がない場合は，心房細動の可能性が高い。そこで，QRS波を見て，QRS間隔が不規則であれば，即座に心房細動と診断できる。QRS間隔が規則的で徐脈であれば，３度（完全）房室ブロックを合併した心房細動である。

次にＰ波が規則的に出現している場合を考えてみる。Ｐ波とQRS波が１：１対応，つまりＰ波とQRS波の数が同じ場合は，PQ間隔を見てみる。PQ間隔が正常であれば，正常心電図である可能性が高い。もし，PQ間隔が５㎜以上であれば，１度房室ブロックと診断できる。

Ｐ波が規則的に出現しており，かつ，Ｐ波とQRS波の数が違う場合を考えてみる。Ｐ波が規則的に出現しているのに，１拍のみQRS波が抜けていたら，２度房室ブロックである。PQ間隔がバラバラで徐脈であれば，３度（完全）房室ブロックの可能性が高い。

Ｐ波の間隔が１拍だけ早めに出現していたら，APCの可能性が高い。

練習問題

図１の５つの心電図の診断名を考えてほしい。いかがだろうか？まず行うことは，“Ｐ波を探せ！”であった。ＡとＢの心電図では容易にＰ波を見つけることができたと思う

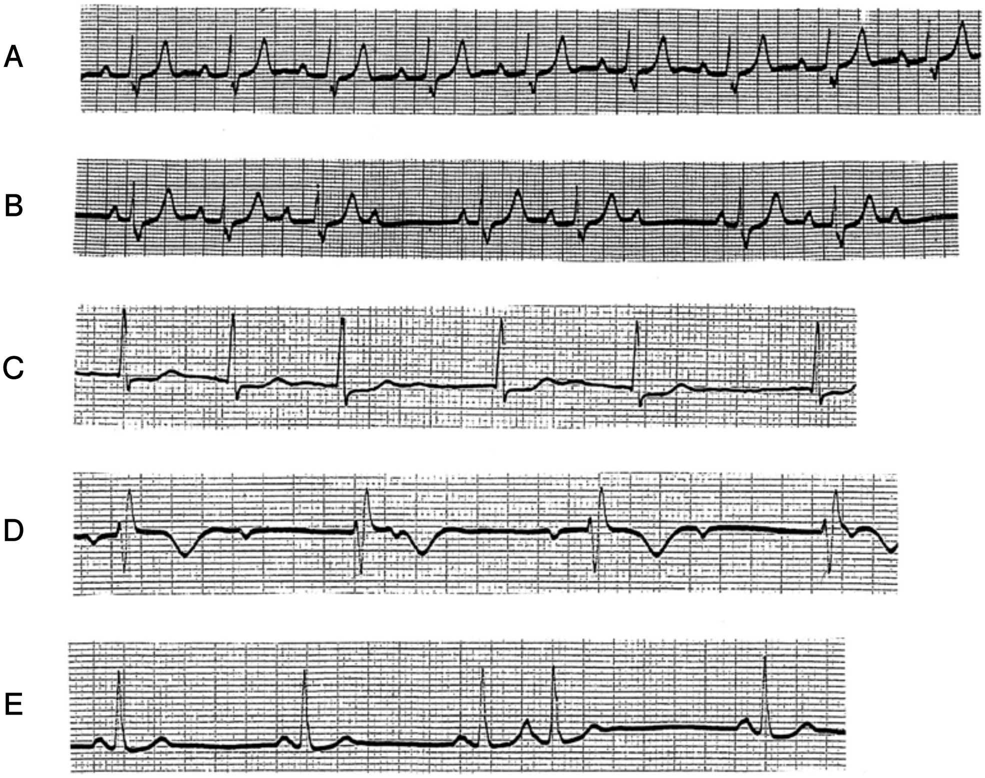


図１．練習問題.

（図２，矢印）。Ｐ波を識別できたら，次にＰ波とQRS波の関係を見ていくと自然と診断名が出てくると思う。ＡはＰ波とQRS波が同数であり，１：１の関係である。PQ間隔が５㎜以上であり，１度房室ブロックと診断できる。ＢはＰ波が規則的に出現しているが，突然にQRS波が抜けている。２度房室ブロックと診断するのは容易である。Ｃの心電図はいかがだろうか？Ｐ波が見つからないと判断できただろうか？よって，Ｐ波がなくてQRS間隔が不規則であるので，Ｃは心房細動である。

さて，Ｄの心電図のなかのＰ波は識別できただろうか？これは，Ｐ波を探すときのコツの一つ目を使うことがポイントである。つまり，図３のD-1のように，最短のＰ間隔を見つけた後に，D-2のように，その間隔を整数倍に伸ばしていくとＰ波が見えてくる。次に，Ｐ波とQRS波の関係を見ていく。Ｄの心電図は，Ｐ間隔が一定，QRS間隔が一定，PQ間隔がバラバラ，QRS間隔のほうがＰ間隔より長いことより，３度（完全）房室ブロックと診断できる。最後のＥの心電図では，すべてのＰ波を探し当てることができただろうか？これはＰ波を探すときのコツの二つ目を使う。Ｔ波の形が変わった太めの矢印のところにＰ波が隠れている。この４拍目の脈は，予想した時期よりも早く出現しているので，APCと診断できる。

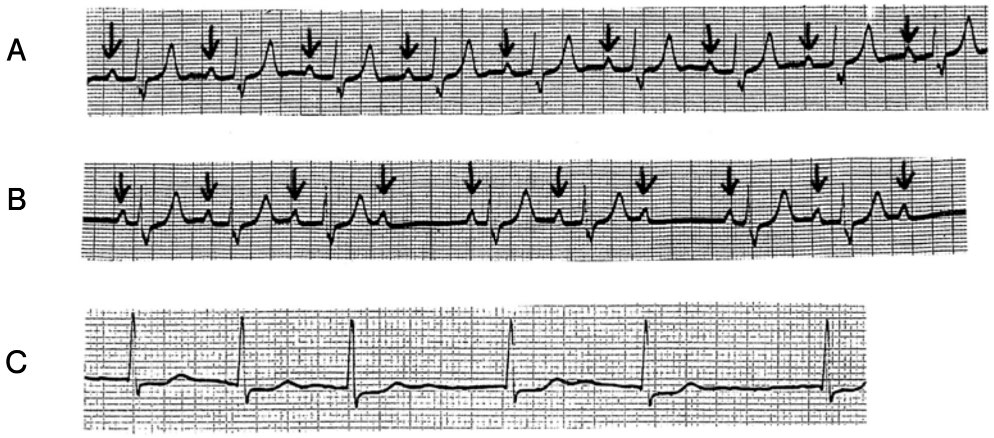


図２．練習問題の解答（１）．

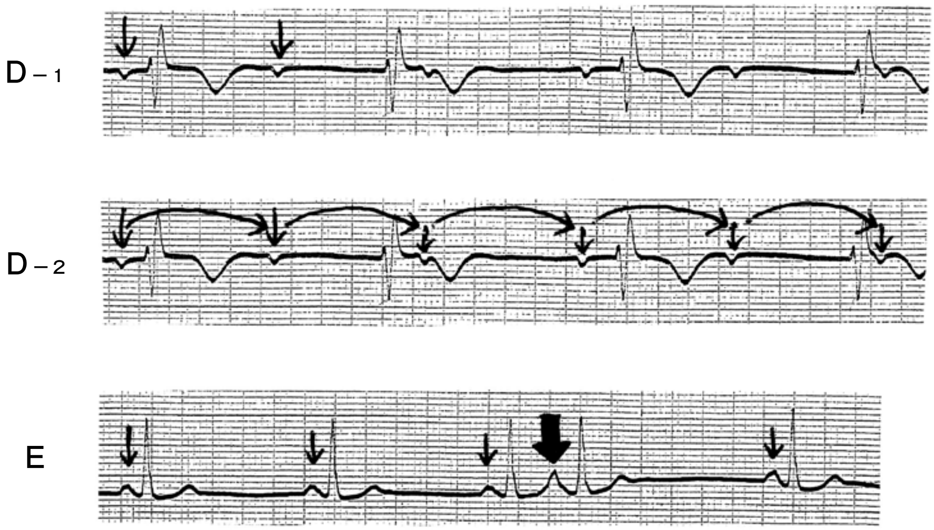


図３．練習問題の解答（２）．

今回のまとめ

今回は，モニター心電図の読み方について話した。“Ｐ波を探せ！”は非常に重要なポイントである。Ｐ波を確実に識別できれば，心電図は読めたのも同然であると考えている。次回は，心電図を覚える方法と，12誘導心電図の読み方を話す予定である。

［Postgraduate Education］

医療関連感染（ＨＡＩ）対策（１）～特に外来での重要性～

宮崎大学医学部附属病院
膠原病・感染症内科　感染制御部
高　城　一　郎

１．はじめに

外来での感染対策は，入院環境と比べてみると非常に困難である。感染の誘因として，狭い診察室や待合スペースに患者が長時間座って待っているなどが挙げられる。外来でのアウトブレイクの報告では，麻疹・結核による空気感染，透析施設におけるC型肝炎ウイルス感染症，眼科クリニックにおけるアデノウイルス結膜炎，点滴にセラチアが混入したことによる敗血症などがある。また，近年の医療技術の進歩による免疫不全者数の増加や新型インフルエンザなど新しい呼吸器感染症の出現により，外来での感染対策の重要性が注目されつつある。このような社会的背景から，従来の病院感染とは別に，病院・長期ケア施設・外来ケア・在宅ケアなどすべての現場を含む医療関連感染（healthcare-associated infection：HAI）という用語が導入された。本稿では，この中でも最も大事である標準予防策について述べる。

２．標準予防策

標準予防策（スタンダードプリコーション）とは，「すべての患者の血液と，汗を除いた体液，排泄物，分泌物，粘膜，創傷のある皮膚を感染性として取り扱うこと」である[1)]。標準予防策は，米国疾病管理予防センター（CDC）により1996年に公開された「隔離予防策ガイドライン」で初めて登場した概念で，疾患別の対策である隔離技術マニュアルや疾患非特異的な対策であるユニバーサルプリコーションなどが基礎となっている。その後，2007年の改定で咳エチケットと注射手技管理と特別な腰椎穿刺処置での対策が追加された。標準予防策の目的は，患者はもちろん，医療従事者も感染から守ることである。すべての患者に標準予防策を適用し，さらに感染経路別予防策（空気予防策，飛沫予防策，接触予防策）を追加することが大事となる（図1）。標準予防策一覧（図２）に従い，以下に述べる。

１）手指衛生

手指衛生は医療関連感染対策の基本であり，「適切なタイミング」で，「適切に行う」ことによって，患者への交差感染と医療従事者の職業感染を防止することができる。血液や体液などに触れてしまった場合は，直ちに石けんと流水による手洗いを行う。器具を操

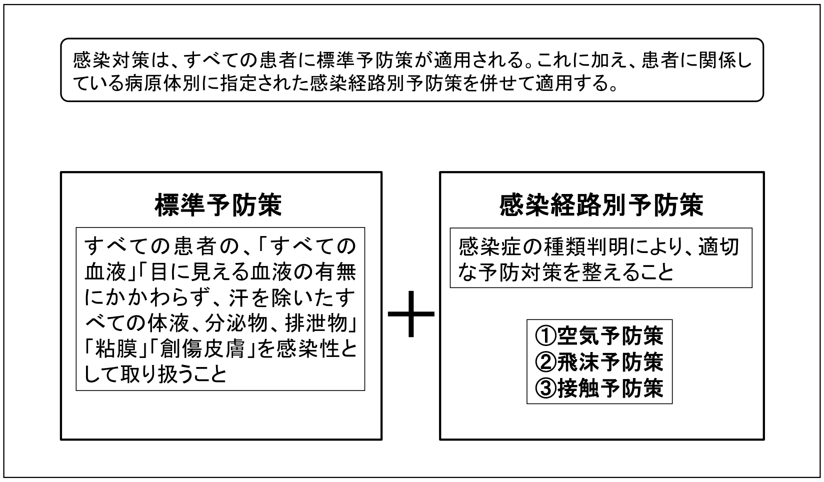


図１．標準予防策の位置づけ.

1．手指衛生
2．個人用防護具(Personal Protective Equipments:PPEs)の着用
3．呼吸器衛生/咳エチケット＊
4．患者ケアに使用した器材・器具・機器の取り扱い
5．周辺環境整備およびリネンの取り扱い
6．安全な注射手技＊
7．腰椎穿刺手技のための感染予防策＊
8．針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露予防策

＊2007年のCDCガイドライン改訂の際に追加された項目

図２．標準予防策一覧.

作する前後，患者さんやその体液などと接触する前後のタイミングで手指衛生を行う。目に見える汚染がある場合は石けんと流水による「手洗い」を行い，目に見える汚染がない場合はアルコール製剤を使用する「手指消毒」を行う。石けんと流水による手指衛生よりもアルコール製剤による手指衛生の方が，除菌効果が高いことが示されており，簡便でもある。ただし，一部のウイルス（ノロウイルスなど）や芽胞（Clostridium difficileなど）に対してアルコール製剤では効果が低いため，石けんと流水による「手洗い」が必要である。手指衛生を行う際には，時計などは外し，指間や手首などの洗い忘れに気を付ける。手袋は目に見えない小さな穴が開いていて，手が汚染する可能性があるので，手袋をしていても処置前後の手指衛生は必要である。手指衛生を徹底することのほか，「手荒れ防止対策」が重要であり，日頃から手荒れが起きる前に保湿剤を塗るなどの予防を心がける。

２）個人用防護具
（Personal Protective Equipments : PPEs）

湿性生体物質に汚染するリスクがある時は，適切なPPEsを選択し，医療従事者を微生物や有害物質の曝露から守り，微生物や有害物質の拡散を防ぐ必要がある。PPEsには，手袋，マスク，ガウンやエプロン，ゴーグルやフェイスシールドなどがある。PPEsは１処置ごとにその都度交換することが重要である。

手袋は，医療従事者の手指を血液や体液など感染性物質による汚染から守り，医療従事者の手指から患者への微生物の伝播を防ぐ。

マスクは，着用者が血液・体液由来の病原体飛沫に曝露するリスクを低減し，着用者の呼気中に含まれ排出される微生物から周囲の人を守る。サージカルマスクは，患者の呼吸器分泌物などによって医療従事者の鼻口腔粘膜が汚染されるリスクがある場合に使用する。サージカルマスクは鼻まで覆うように装着し，単回使用（ディスポーザブル）とする。N95マスクは，結核，麻疹，水痘など空気感染予防策が特に必要な患者をケアする時や，その患者家族が患者と面会するときに使用する。

ガウンやエプロンなどの保護衣は，血液や湿性生体物質による汚染から医療従事者や患者，物品を守る。多剤耐性菌を有する患者に関する処置を行う場合にも使用する。

ゴーグルやフェイスシールドは，湿性生体物質の飛沫が飛散する場合に，それに含まれる病原体による曝露から結膜を守る。ゴーグルは眼部のみを防護し，フェイスシールドはその形状によって眼部だけでなく鼻腔，口腔粘膜を同時に防護し，側頭面への跳ね返りや飛び散りを減少させる。

３）呼吸器衛生/咳エチケット

2003年に重症急性呼吸器症候群（severe acute respiratory syndrome：SARS）が海外で流行した際，患者及びその家族によってSARSコロナウイルスが救急部などで伝播したことを受け，2007年に公開されたCDCガイドラインにおいて，「呼吸器衛生／咳エチケット」が標準予防策に加えられた[1)]。咳エチケットは，患者だけでなく，面会者や医師・看護師，その他の職員，訪問業者などのすべての人が，咳やくしゃみなどの呼吸器症状を有する場合に適用される。具体的対策として，咳やくしゃみが出る時はマスクを着用してもらい，医療機関の入り口や外来待合室など人目のつきやすい場所に啓発のためのポスターを貼付する。マスクやティッシュペーパーで口・鼻を押さえられない場合には，腕で口・鼻を押さえ飛沫の拡散を最小限にすることが望ましい。

１m未満の物理的な接近は飛沫伝搬の危険性を増大させるかもしれないため，一般待合室では可能であれば呼吸器症状のある人から空間的距離を空ける（約１m以上）。

４）患者ケアに使用した器材・器具・機器の取り扱い

血液や体液で汚染した器材は，皮膚や衣服，環境を汚染しないように取扱う。ディスポーザブルの製品は感染性廃棄物として適切に処理する。再使用する器材は，洗浄が不十分な状態で除菌をしても汚染物の中に微生物が残るため，まず「洗浄」で汚染物を物理的に除去した後，「除菌」を行う。また，再利用する器材を対象の特徴と使用用途に応じてE.H.Spauldingの分類[2)]に従って３つに分類し処理方法を選択する（a. クリティカル器材は滅菌する，b. セミクリティカル器材は高水準消毒を行う，c. ノンクリティカル器材は低水準消毒を行う）。

５）周辺環境整備およびリネンの取り扱い

環境整備のポイントとしては，汚染や埃を清掃しやすい環境に整えることが重要である。手指が頻繁に接触するベッド柵やドアノブなどの場所（高頻度接触表面）は，日常的に清掃が必要で，１日１回以上の清拭・清掃を行う。血液などによる汚れがある場合は，清拭消毒を行う。

リネン類は汚染を広げないように扱い，80℃，10分または次亜塩素酸による処理を行う[3)]。

６）安全な注射手技

外来医療施設ではインスリン針の使い回しや輸液の汚染などを原因とする血流感染のアウトブレイクが発生している。使い捨ての注射針やシリンジを再使用したり，単回使用バイアルやアンプルを複数患者に使用してはいけない。複数回使用バイアル（インフルエンザワクチンなど）をどうしても用いなければならない場合，針やシリンジはその都度新しいものを用いる。また，薬剤準備のエリアと血液汚染の可能性のあるエリアは，物理的に遮断した環境を準備する。

７）腰椎穿刺手技のための感染予防策

腰椎穿刺処置後に化膿性髄膜炎が口腔内常在菌で起こり，医師が誰もマスクをしていなかったことが原因であったという報告[4)]を受けて，脊髄内または硬膜外にカテーテルを挿入するか薬剤を注入する（ミエログラフ，脊椎麻酔など）場合は，細菌性髄膜炎を防止するため，サージカルマスクを装着する。

８）針刺し・切創，皮膚・粘膜曝露予防策

医療従事者が血液や体液などに接触する時は手袋を着用する。使用済みの注射針はリキャップせずに，使用後直ちに鋭利器材廃棄容器に捨てる。また，安全装置付き器材を導入する。血液や体液などに曝露される可能性がある職員は，Ｂ型肝炎ワクチンを接種する。

３．おわりに

ＨＡＩは，どの医療機関でも起こりうるものである。ＨＡＩは職員が感染し，患者や家族など周囲の人に感染させてしまう可能性もある。したがって，医療現場で働くすべての関係者が，ＨＡＩ対策を適切に実施することが求められる。特に，手指衛生は最も大切な感染対策で，適切な手指衛生のやり方を理解し，日々の歯磨きと同じように，手指衛生を習慣化する必要がある。

参考文献

１）CDC : Guideline for Isolation Precautions : Preventing Transmission of Infectious Agents in Haelthcare Settings, 2007.

２）Rutala WA. APIC guideline for selection and use of disinfectants. Am J Infect Control 1996 ; 24(4) : 313-42.

３）国公立大学附属病院感染対策協議会編：病院感染対策ガイドライン（第３版）. じほう, 2012.

４）Watanakunakorn C, Stahl C. Streptococcus salivarius meningitis following myelography. Infect Control Hosp Epidemiol 1992 ; 13(8) : 454.

［他科からの提言］

過活動膀胱の診断と治療

宮崎市　野崎東病院泌尿器科
小　林　隆　彦

1．はじめに

膀胱と尿道からなる，下部尿路は蓄尿，尿排出の相反する機能を受け持っています。このうち，蓄尿は日常生活のほとんどを占有するため，頻尿，尿意切迫感や失禁などの蓄尿症状はQOLを多大に悪化させます。特に尿意切迫感は，予想困難で時と場所に無関係に出現するので，仕事，家事，レジャーなど日常生活のあらゆる行動を制限し，社会生活，対人関係，精神面にも悪影響を及ぼします。また，尿意切迫感により排尿行為を突如強いられるため，転倒や打撲，頭部外傷や骨折のリスクを高め，「寝たきり」や「死亡」の誘引にもなりかねません。

過活動膀胱をはじめとする排尿症状をもつ患者さんは男女とも加齢とともに増加します。急速に高齢化が進む我が国では患者数が増加しており，マスコミや製薬会社による啓発活動もあり，診療ニーズは高くなっています。しかし，泌尿器科医の数は十分ではなく（2013年12月31日現在8,000人弱），他科とくに内科の先生方が診療にあたる機会が増えていることは容易に予想されます。

2．過活動膀胱（overactive bladder ; OAB）の疫学

2003年に発表された日本排尿機能学会が行った大規模疫学調査が有名[1]で，40歳以上の日本人の12.4%が過活動膀胱と予測され，総数810万人と推計されています。尿失禁の合併はより重症とされていて，週１回以上の切迫性尿失禁の有無でOAB wetとOAB dryに区別され，OAB wetが420万人でOAB dryが390万人とされます（図１）。

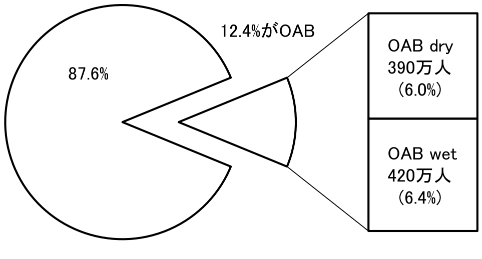


図１．OABの疫学.

3．過活動膀胱の診断

これまで過活動膀胱の診断には尿流測定などの尿流動態検査（尿流測定）が必要で，泌尿器科専門医がみる特殊な疾患とされていました。2002年の国際禁制学会（International Continence Society; ICS）の用語基準で，過活動膀胱は「尿意切迫感を必須とした症状症

表１．除外すべき主たる疾患，状態.

1. 膀胱の異常：膀胱がん、膀胱結石、間質性膀胱炎
2. 膀胱周囲の異常：子宮内膜症など
3. 前立腺・尿道の異常：前立腺がん、尿道結石
4. 尿路性器感染症：細菌性膀胱炎、前立腺炎、尿道炎
5. その他：尿閉、多尿、心因性頻尿

表２．過活動膀胱スクリーニング質問表.

1尿をする回数が多い
2急に尿がしたくなって、我慢が難しいことがある
3我慢できずに尿をもらすことがある

上記の症状が1つ以上ある人はOABの可能性があります

表３．過活動膀胱症状質問表.
（Overactive Bladder Symptom Score ; OABSS）

質問	症状	点数	頻度
1	朝起きた時から寝る時までに、何回くらい尿をしましたか	0	7回以上
		1	8～14回
		2	15回以上
2	夜寝てから朝起きるまでに、何回くらい尿をするために起きましたか	0	0回
		1	1回
		2	2回
		3	3回以上
3	急に尿がしたくなり、我慢が難しいことがありましたか	0	なし
		1	週に1回より少ない
		2	週に1回以上
		3	1日1回くらい
		4	1日2～4回
		5	1日5回以上
4	急に尿がしたくなり、我慢できずに尿をもらすことがありましたか	0	なし
		1	週に1回より少ない
		2	週に1回以上
		3	1日1回くらい
		4	1日2～4回
		5	1日5回以上
	合計点数		点

質問3が2点以上で合計点数が3点以上の場合OABと診断されます
合計スコア5点以下：軽症、6-11点：中等症、12点以上：重症

候群であり，通常は頻尿と夜間頻尿を伴う」と定義され，自覚症状に基づいて診断が可能になりました。診断に際しては，尿路感染症，尿路悪性腫瘍，全身性疾患などが除外される必要がありますが（表１），自覚症状の評価に基づいた診療が一般的になったこと，薬剤の開発が相次ぎ，一次治療としての薬物療法が確立されてきたことなどから，実地診療ではかかりつけ医による診療が拡大してきています。

外来患者さんが排尿障害で尿意切迫感を訴えた場合には，過活動膀胱スクリーニング質問票（表２）を用いて過活動膀胱の可能性を評価します。また，過活動膀胱症状質問票OABSS（表３）で診断と重症度確認を行うこともできます。

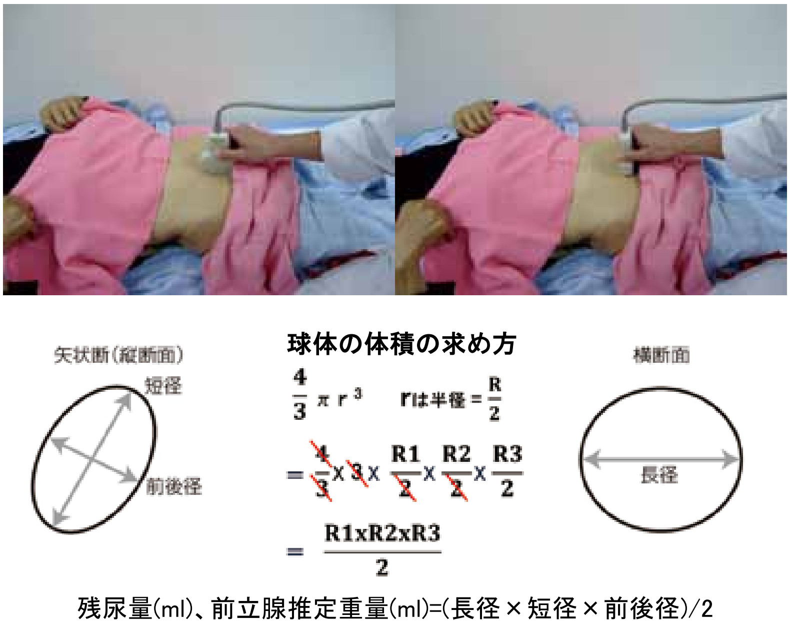


図２．残尿量，前立腺推定重量の測定.

除外診断のスクリーニングで最低限必要な検査は“検尿（尿沈渣）”です。尿中に白血球が検出される膿尿は，尿路感染症である場合が多く，尿路結石などの基礎疾患のない単純性尿路感染症であれば，抗菌薬短期投与で軽快します。解剖学的特性により，女性では外尿道口周囲の白血球が混入するいわゆるcontaminationによる膿尿があるので，採尿時は外陰部を十分に広げて行う，中間尿を採取するなど適切な検体採取も重要です。血尿は尿路の器質的異常を示唆する場合があります。顕微鏡的血尿は重大疾患率は比較的低いとされますが，尿細胞診（膀胱がん，尿管がんを念頭に），腹部単純写真（尿路結石を念頭に）などの検査も必要となります。肉眼的血尿は，尿路結石のみならず，膀胱がんなどの重大疾患が診断されることも多く，尿細胞診は必須で，エコーなどの画像診断や専門医への紹介も必要です。また，可能であれば，超音波検査で残尿の有無を確認することも重要で，残尿量は，排出障害の重要な指標となります。残尿測定はエコープローベを矢状断（縦断面），横断面に下腹部にあてる事で簡単に測定できます。慣れてくると，男性の場合に膀胱の足側にプローブを傾けると，前立腺の推定重量も同様に測定できます。（図２）

４．過活動膀胱の治療

過活動膀胱の治療は，基本的には行動療法と薬物療法が中心となります。行動療法には生活指導，膀胱訓練，理学療法，排泄介助があります（表４）。

このうち膀胱訓練は，尿意を我慢しながら排尿間隔を少しずつ延長し膀胱容量を増加さ

表4．過活動膀胱の治療：行動療法.

生活指導	・過剰な水分摂取やカフェイン摂取の制限、トイレ習慣の改善などの指導
膀胱訓練	・少しずつ排尿間隔を延長することにより膀胱容量を増加させる訓練法 ・OABに対する行動療法の代表的なものであり、有効性についてのエビデンスが示されている(改善率70～80%)
理学療法	・骨盤底筋訓練やバイオフィードバック療法（腟内コーン、腟圧計、筋電図など）がある ・骨盤底筋訓練のメカニズムは明らかではないが、骨盤底筋の意図的収縮により、排尿筋収縮反射が抑制されることが実験的および臨床的に示されている
排泄介助	・高齢者の排尿管理において重要な方法 ・排尿日誌の活用により、時間排尿誘導・パターン排尿誘導を行う ・患者の尿失禁が起こる前にトイレ誘導を行うなど

せる治療法です。15分から60分単位で排尿間隔を延長し，２～３時間の排尿間隔が得られるように訓練するもので，理学療法や薬物療法と同等の有効性があるといわれ，行動療法を代表する治療法です。

また，高齢者に対しては，排尿日誌などから排尿パターンを把握しながら行われる，排泄介助が有用とされています（表４）。

薬物療法は手軽でその有用性が高いため，実臨床治療の中心となります。ただし，第１選択薬は解剖学的性差により男女で異なります。女性尿道は短く，尿排出に適し，蓄尿に不向きなため抗コリン薬やβ3刺激薬が第1選択薬となります。抗コリン薬の有用性は，質の高いエビデンスに裏付けされていますが，その副作用にも注意が必要です。アセチルコリンは全身で活動していて，膀胱選択性の高い抗コリン薬でも，個人差はありますが，副作用が生じます。唾液分泌抑制による口腔内乾燥は摂食障害や口腔衛生の悪化などの原因になります。さらに残尿の出現，増加は排出機能低下を生じ，尿閉の危険があり，抗コリン薬の開始前だけでなく，開始後も残尿測定

表５．抗コリン薬の副作用.

1. 唾液腺分泌抑制：口渇
2. 残尿出現、増加
3. 消化管運動抑制：便秘、麻痺性イレウス
4. 眼圧亢進、調節障害

が必要です。緑内障の患者さんは抗コリン薬が使用できないと思われていますが，実際に禁忌となるのは，閉塞隅角緑内障の患者さんのみで，緑内障患者の６分の１程度です。眼科医への問い合わせで，使用できる患者さんは意外と多くなります（表５）。

男性尿道は長く，蓄尿機能に優れていますが，加齢により前立腺肥大症や前立腺がんの罹患率も上昇するため閉塞をきたしやすく，排出機能が悪化しやすくなります。このため，特に高齢男性では，まず前立腺肥大症を念頭に置き，第１選択薬はα_1遮断薬とされています。前立腺肥大症患者の過活動膀胱合併率は５割前後あり，α_1遮断薬投与により改善する過活動膀胱も５割前後といわれています。このため，男性ではα_1遮断薬投与後

に過活動膀胱症状が残存する場合に抗コリン薬などが併用されます。一般的に抗コリン薬は，少量でも有効例ありその副作用は通常量のものより軽微であるため，半量などの少量から使用し効果をみながら用量を上げていく手法も好まれています。

また，50歳以上の男性（80歳未満）では前立腺がん合併のリスクを考慮し前立腺特異抗原（PSA）測定が推奨されます。男性型脱毛治療薬のフィナステリド，前立腺肥大症治療薬のデュタステリド，クロルノマジン使用例ではPSA値が半減するため内服薬の確認も重要です。

５．まとめ

過活動膀胱とは，尿意切迫感，頻尿，切迫性尿失禁といった症状を呈する病態症候群で，種々の原因で引き起こされます。このため，過活動膀胱と同様な症状を示す疾患を除外診断することが大切になります（表１）。また過活動膀胱の原因疾患の中には，より適切な治療のために，専門医の診察を要する疾患があり，この中には下部尿路閉塞（前立腺肥大症）や神経疾患による過活動膀胱などが含まれます。過活動膀胱診療ガイドラインには一般医家を対象とした診療アルゴリズムが示されています[2)]が，連携のポイントは表のようにまとめられます（表６）。

表６．一般医家と専門医連携のポイント．

1. 初期診断と可能な治療は一般医家の先生方で
2. 難治性膿尿・肉眼的血尿は専門医へ
3. 検尿異常症例では尿細胞診を
4. 残尿量は重要指標になります(測定は意外と簡単)
5. 経時的に上昇するPSAは前立腺がんの可能性あり

６．おわりに

宮崎県医師会医学会誌第38巻第１号（2014年）に内科医会の小牧会長が「過活動膀胱に関する内科医師の調査について－宮崎県内科医会による調査－」を寄稿されています[3)]。これによりますと，ご回答いただいた先生の約80%の先生方が内科医も治療すべき疾患と認識していただいており，約70%の先生方はすでに治療を行っておられ，県内の内科医の先生方の多くは積極的に過活動膀胱の治療に参加していただいています。

本県では宮崎大学泌尿器科賀本敏行教授，宮崎県泌尿器科医会中山健会長，宮崎県内科医会小牧斎会長を中心に「泌尿器科－内科連携の会」が定期的に開催され，過活動膀胱に限らず内科医と泌尿器科医の連携が他県より十分に行われております。よりよい医療を患者さんに提供していくために，今後とも内科医の先生方のご協力をよろしくお願いいたします。

参考文献

１）本間之夫，柿崎秀宏，後藤百万，他．排尿に関する疫学的研究．日本排尿機能学会誌 2003 ; 14 : 266-77.
２）日本排尿機能学会過活動膀胱ガイドライン作成委員会，過活動膀胱診療ガイドライン．東京；ブラックウェルパブリッシング : 2005.
３）小牧斎，中津留邦展，野村朝清，他．過活動膀胱に関する内科医師の意識調査について．宮崎県医師会医学会誌 2014 ; 38 : 34-8.

入会の挨拶

高鍋町　野津手・加来内科医院
野津手大輔

2012.7月から野津手・加来内科医院として開業し，この度入会させて頂きました。宮崎西高から1999年に大分医科大学（現大分大学医学部）を卒業後熊本大学第一内科へ入局し，専門は呼吸器になります。

熊本県内を転々と勤務しておりましたが，幼少は延岡市に住んでいたこともあり，入局４年目と開業前２年間，県立延岡病院にて勤務しておりました。いずれは町医者をしようと思ってましたので，継承という形で実家に帰る予定でした。他大学でしたが，学生時代同じテニス部で顔見知りでもあり，偶然入局同期となった加来（消化器）が義弟となった縁で，一緒に診療することとなりました。

当時熊大第一内科は呼吸器・消化器グループがあり，たまたま別々のグループへ進み，今ではお互いをカバーしながらけんかもせず？診療をしております。かかりつけ医として在宅医療をおこなっておりますが，家庭のサポートなどが難しい場合があり，地域の状況に合わせて，試行錯誤で微力ながら診療しているところです。

地元が宮崎といえども，高校までしか居住してなかったのでaway感がありますが，徐々に講演会等々を通じて県内の先生方とも交流できればと思っております。

これからもどうぞ宜しくお願いいたします。

入会の挨拶

都城市　メディカルシティ東部病院
前田　修司

医師になり最初の２年間の臨床研修を終えた後心身を崩したことを契機に，自分の医師としてのライフプランを大幅に修正しました。30代の大半は単身赴任で市内１，２位を争う患者数を誇る埼玉県内の２つのクリニックで外来診療に打ち込み，不妊漢方治療の名医である寺師睦宗先生に２年間師事する幸運にも恵まれました。系統だった内科研修を受けるわけでもなく，失敗を繰り返しながら実地で内科中心の総合診療を学び，講演会が盛んに催される関東でできるだけ多くの会に出席し，自分を磨く努力はしてきました。このような日々を経て，総合内科的視点で診療しながら漢方医学も駆使する，という自身の診療スタンスが定まりました。苦労もしましたが，本当にやりたかった医療に専念できる今，自分は医師になって本当に良かったと思います。

私を育てて下さった埼玉の患者さんのために月２回上京しフォローを継続しつつ，私を医師になるチャンスを与えて下さった宮崎医科大学と宮崎に恩返しをとの思いで2012年４月より宮崎に戻り，都城で診療に励んでおります。本会入会を機に，更に自分自身を磨くべく，本会の諸先生方からのご指導，ご鞭撻を賜れますと誠に幸甚に存じます。今後とも何卒宜しくお願い申し上げます。

入会の挨拶

都城市　橘病院
原澤　信博

この度，宮崎県内科医会に入会させていただきました原澤です。

簡単に自己紹介致します。昭和57年に都城泉ヶ丘高校を卒業し，山口大学医学部に入学しました。卒業すると，すぐに宮崎に帰り，宮崎医科大学第一内科に入局しました。循環器グループに所属しておりました。

現在は整形外科専門の病院で病棟管理をしています。高血圧，糖尿病，肺炎，尿路感染症，せん妄などの合併症の治療や周術期の管理を中心に仕事をしています。

よろしくお願い申し上げます。

理事からひとこと

低血糖発作と交通事故について

宮崎市　光川内科医院
光川　知宏

低血糖発作が原因と思われる交通事故がこのところ相次いで発生しており，マスコミをにぎわせています。6月30日には，大阪市内で白ワゴン車が暴走し，通行人ら３人に重軽傷を負わせており，また，７月３日は同じ大阪で，追突事故が起こっており，追突された車の運転手が軽傷を負っています。いずれの事故も低血糖発作が事故の原因と考えられており，両方の事故を起こした運転手は自動車運転死傷処罰法違反（危険運転致傷）で逮捕されています。本年６月より自動車運転死傷処罰法が施行されており，６月30日の交通事故が全国で初めてのケースとなっています。この法律では，薬物の影響で正常な運転が困難な状態で自動車を運転し交通事故を起こした場合，「危険運転致死傷罪」として15年以下の懲役が科されることとなっています。

以前より，低血糖発作と交通事故については話題となっていましたが，最近も日本糖尿病学会誌に糖尿病患者における自動車運転中の低血糖発作の実態調査が報告されています。402名を対象としてアンケート調査を実施し，全患者のうち低血糖を経験した患者が52.1％，運転中の低血糖が原因で事故を起こした経験があるが1.7％と高率に運転中の低血糖発作や，交通事故が起こっていました。糖尿病患者の内訳では，低血糖発作は１型糖尿病に37.3％，２型糖尿病患者に4.4％と，１型糖尿病患者に多くみられました。治療薬でみても，運転中の低血糖発作の経験は，インスリン治療群で22.0％，SU薬で6.4％とインスリン，SU薬で高率にみられています。運転時の低血糖に対する対応としては，ブドウ糖（もしくは補食）を準備しているが51.5％と，半数の患者しかブドウ糖は準備しておらず，運転前に自己血糖測定を行っている割合は，インスリンで13.3％，SU薬で2.2％と少数でした。主治医から運転時の低血糖の対処指導を受けたことがあるが16.5％で，８割以上の患者が医師より低血糖に対する対処法の指導を受けていないようです。

主治医からの糖尿病患者への運転中の低血糖予防，低血糖への対処法について，十分な指導を行うことが必要だと思います。インスリンの添付文章や国内外の研究報告からは，インスリン使用時に低血糖に陥る危険性は十分高いことが周知のこととなっています。SU剤についても運転中に低血糖発作を起こして，交通事故を起こす可能性は十分あると思います。医師として患者に低血糖に対して適切な指導をすることが当然の義務となります。もし，糖尿病で通院している患者が低血糖で交通事故を起こした場合に，医師が適切な指導をしていなければ，医師が責任（損害賠償責任）を問われることも考えられます。アメリカ糖尿病学会ではインスリン治療を行っている糖尿病患者が安全に運転するため

に以下のことをアドバイスしています。

①運転前と１時間以上の長時間の運転時には，一定間隔で自己血糖測定を行い，自分の血糖をチェックする。

②運転するときは，血糖自己測定器と，ブドウ糖やそれに代わるものを，常に側に置いておく。

③低血糖のサインを感じたり，血糖自己測定を行い血糖値が70㎎/dl未満と低かった場合は，直ちに運転をやめること。

④低血糖を確かめたときには，吸収の速いブドウ糖製剤や，ブドウ糖を多く含むジュースやスナックなど，血糖値を上げやすい食品をとること。

⑤補食をして，血糖値が目標値に達していることを確認してから，また，認知機能が回復した後に運転をすること。

理事からひとこと

在宅医療の推進

宮崎市　クリニックうしたに
牛谷　義秀

今回宮崎県内科医会長に就任された小牧先生が内科医会誌の編集委員長を務められていた頃に声をかけていただいたのが御縁で，10年にわたり県内科医会誌の編集委員として参加させていただいてきました。専門領域の消化器疾患に関する話題を提供する立場でしたが，消化器がんに限らず，さまざまながん患者の終末期に関わることが多くなり，さらに在宅医療に関わることが多くなってきました。

多種多様の疾患を抱える高齢者が増える昨今，国策ともいえる在宅医療は担当する標榜科の専門性に限らず，多くの先生方が関わらざるを得なくなってきつつあります。図１は，高齢化に伴って外来通院できる患者が減り，一方で開業される診療所が多くなり，外来で１人の医師が診察する患者の数は徐々に減ってくることを示しています。地方の高齢化の伸びは緩やかではあるものの，依然として高

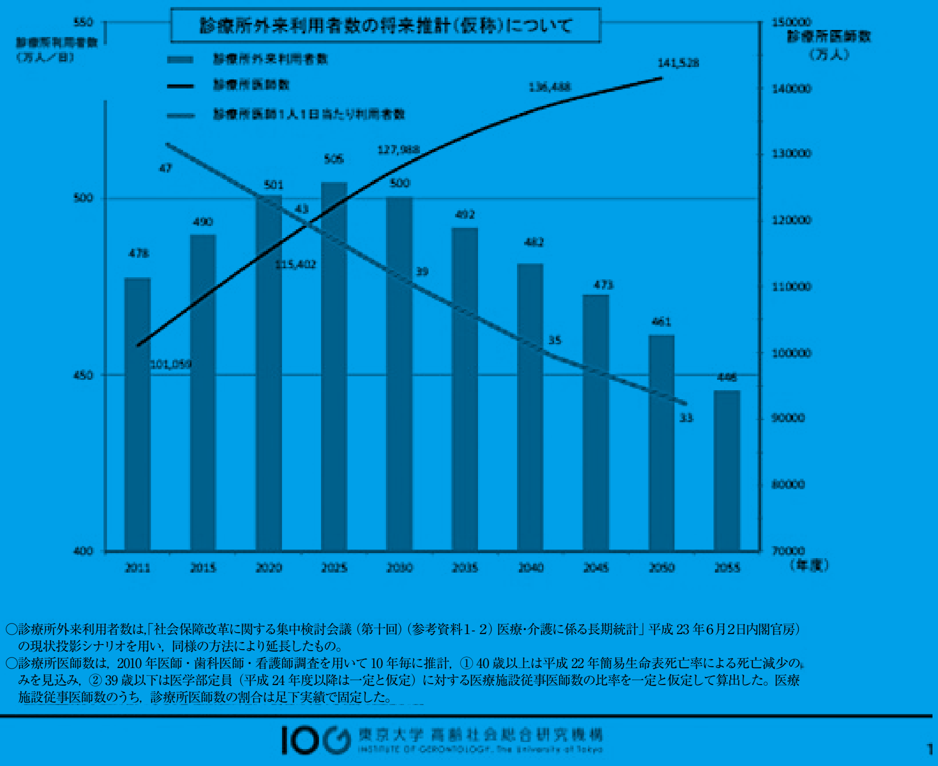


図１.診療所外来利用者数の将来推計.
（東京大学高齢社会総合研究機構 辻哲夫）

齢者の割合が高いまま人口自体は減少していくため，今後在宅医療や介護ニーズへの対応策を講じる必要があります。独居高齢者が増加し，認知症不明者が１万人を超え，認知症自立度Ⅱ以上の高齢者のうち140万人が居宅で過ごしていると報告される昨今，在宅医療のニーズは日増しに高まっています。県医師会では平成24年５月に在宅医療協議会を設置し，県レベルで在宅医療を率先しています。また今年4月には宮崎市郡医師会に12名のコアメンバーから成る在宅医療推進委員会が設立され，多職種協働の礎ができつつあります。在宅医療はその必要性として，①世界に類のない速度での超高齢社会化②長期療養者の増加③通院困難な高齢者の増加④療養病床の削減⑤入院期間の短縮化⑥療養または最期を迎える場所として在宅を選択する人への支援の必要性，などを挙げることができます。社団法人全国有料老人ホーム協会によれば，65歳以上の人口10万人当たりの有料老人ホーム定員数は宮崎県が全国１位であり，近年，特に介護老人保健施設や老人ホームでの死亡率が増加し，また老人ホーム等からの救急搬送が急増しているという指摘があり，その伸びの多くを高齢者の搬送の増加が占めています。こうした施設からの高齢者はさまざまな基礎疾患を有する割合が高く，病態が複雑なために受入医療機関がたいへんな苦労を強いられているのが現状です。

あらかじめ患者本人や家族の意思表示を十分に共有することで，不必要な救急搬送を減少させ，すべての関係者の疲弊を最小限に食い止めることはこれからの多死社会にとってとても重要なことです。質の良い最期を迎えたいと思う人が増えている一方で，終末期の患者さんの意志・意向が必ずしも家族に伝わっていないために自分らしい終末期を迎えられていない現状は憂うべきことであり，それを解決するツールとして宮崎市から“わたしの想いをつなぐノート【わたしノート（略称)】”（図2）が発刊されましたので参考にされると良いと思います。

日本医師会が重要視している“かかりつけ医”機能は在宅医療の現場でますます大切なものとなります。今後，医師は医療の専門家として，また多職種協働・チーム医療の責任者としての役割がますます期待されます。

図２.宮崎市が発刊した“わたしの想いをつなぐノート【わたしノート（略称)】”.

理事からひとこと

臨床研修医指導を通して思うこと

県立宮崎病院
臨床工学科部長兼内科医長
上園　繁弘

2004年から新臨床研修医制度がスタートし10年が過ぎました。この制度もやっと軌道に乗った感がありますが，そうは問屋がおろさないようです。この度厚生労働省から2017年度開始の新専門医制度のスケジュールが示されました。2015年度から研修を始める医師が新制度の対象となり，もう来年からのことです。しかしこんなわかりにくいことを来年の研修医の先生方は容易に理解できるのでしょうか？

題名にもありますように，臨床研修医指導を通して私たち指導医も思うことは数多くあります。かつて大学時代で研修医指導した思い出話や，なぞかけなどをお伝えしたいと思います。

私が臨床研修医指導の大切さに気づいたきっかけは，現在の県病院に赴任する前に勤めていた宮崎大学第一内科での研修医指導の経験からです。当時病棟医長は松尾剛志先生（現在江南病院副院長）で，私は副病棟医長でした。松尾先生のスマートな病棟運営と論理的な研修医指導も然ることながら，当時としては画期的な学習会をされていたことが思い出されます（かなり昔のことですので，正確にはお伝えできないかもしれません）。それは，土曜日の午前中に研修医を集めて，簡単なプレゼンから診断に至るまでのプロセスを学ぶいわゆる，「診断あてクイズ」です。どういうものかといいますと，たとえば「40歳女性，繰り返す発熱で来院。診断は？」といった単純な問題いわゆるお題目を研修医に与えると，研修医からは自由に追加質問があり，それに許される範囲で答えていきます。病歴による推理が終わると，身体所見，検査データ，画像データと，徐々にヒントを増やしていきますが，結局最後までわからないこともあります。病歴だけで診断に至る場合は大金星です。松尾先生も奥の深い症例を準備されるため，参加した指導医もかなり勉強になりました。時にはこんなエピソードがありました。ほぼ皆勤賞で参加されていた中村亮斎先生（私のカラオケ仲間の一人です）が，先の問題を聞いたとたんに，「40歳，発熱？松尾先生が出す問題だから... 大動脈炎症候群でしょう。」などとあてずっぽうでいわれた答えが，なんとぴったり正解で，せっかく松尾先生が準備された後の話のストーリーが台無しになった，というものです。

今考えると毎週土曜の昼に臨床塾をされる松尾先生もそうですが，集まる研修医も楽しそうで，指導医の誠意が伝わる瞬間とはこのようなものだったのだと思います。その研修医が現在は，大学で卒後臨床研修センターの一員となっており，時代が繰り返されていることを喜ばしく思います。

このような楽しい環境で臨床指導の面白さ

を経験している途中でしたが，1999年12月に県立宮崎病院に出向となりました。当時県立宮崎病院の研修医は，現在のようなマッチングではなく，大学から出向したスタッフが所属する医局から１～２年間来ていました。主に宮崎大学や九州大学出身者が多く，出身が内科系なら内科関連を，外科系なら外科関連をローテーションしていました。自治医大出身のドクターは，県職員として毎年約2名が2年間さまざまな科をローテーションしていました。彼らは素晴らしいことに，2年後のへき地医療に対応すべく，自分の意思や，または先輩の指導などにより，はじめから救急医療，検診部門（胃カメラ），整形外科の初期対応など次のステップに繋がるように先を見据えながら自分の行く科を選択していました。

その後2004年から現在の新臨床研修制度が始まり，それまでの研修パターンが大きく変わり，それと同時に研修医を指導する側の対応も徐々に変わってきたと思います。ちょうど私は2004年を挟んで前後合わせて約20年間の研修医指導を経験しておりますが，昔から指導好きな医師は何年たっても自分の時間を削って教えている気がします。研修医へのCVカテーテル挿入手技，サマリー作成，学会スライド作成の指導などはかなりの時間を使います。研修医指導をしない医師がうらやましい時もあります。

話しが長く（ややこしく？）なってきたので，大きく話題を変えます。「笑点」という有名な落語家が出演する娯楽番組がありますが，その中で「なぞかけ」というものがあります。○○とかけて△△と解く，その心は？というものです。先日医師会の広報委員会での暑気払いで集まった時に，広報委員長の上野満先生から面白いネタをいただきましたので，なぞかけに応用したいとおもいます。少し長いのですが，おひとつ御披露いたします。

それでは，「幼児の腹痛の問診」とかけて，「返却期日を過ぎたレンタルビデオの課徴金」ととく，その心は「はらいたくない」です。（前者は“腹痛くない？”で後者は“払いたくない！“です。返却期日を過ぎると１本で400円とられますよね。払いたくないですね。）

閑話休題。2004年以降，新たな臨床研修制度となり，スタッフの属する医局とは全く関係ないところから，マッチングを受けた研修医が内科系，外科系を問わずローテーションするようになりました。出身大学たるや，北は旭川医大から南は琉球大学まで，主に宮崎出身の先生が帰郷しています。また驚くことに宮崎と縁もゆかりもない他県から来た先生や，宮崎を選んだ理由はサーフィンができるからと正直に言う研修医もいました。それに自治医大も交えて，以前よりも多国籍軍となってきましたが，同じ釜の飯を食ううちに，同じ当直を組むうちに，週末飲み会をするうちに連帯感ができてきているようでした。そのうち心あるスタッフの先生方が，研修医への講義をたくらむようになりました。私も，2008年ころから研修医向けの講義を増やし，2012年からは「けんみや！臨床塾」を開塾しました。月に2～3回の割合で，スタッフの中で手を挙げてくれる先生方の協力を得て，臨床施設ではなかなかすることができない，Off-The-Job-Trainingです。まだかつての松尾塾には遠く及びませんが，受容体のある研修医にはいい影響を与えていると思います。

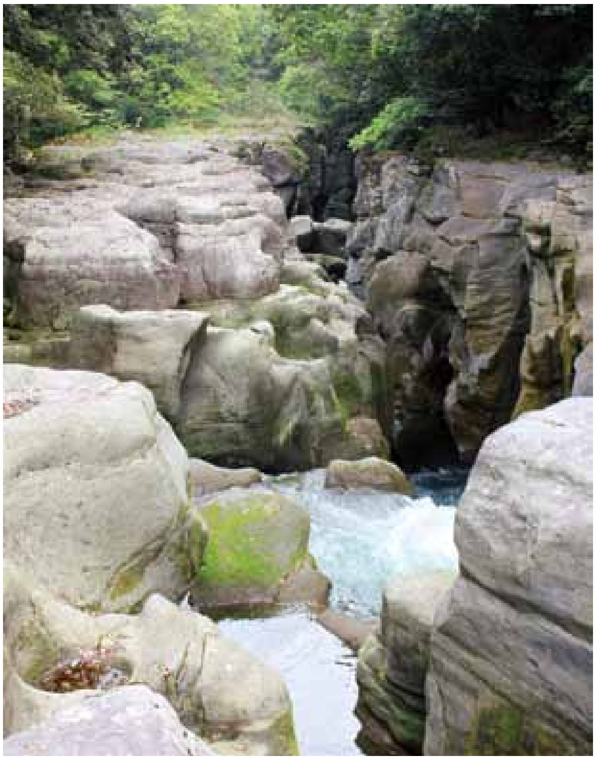
そんな中，私にとって指導医としてのスキ

ルを上げるための経験を幸運にも得ることとなりました。それは腎臓グループの後輩であり良き相談相手である小松弘幸先生（宮大附属病院卒後臨床研修センター副センター長）の誘いで「指導医のための教育ワークショップ」のタスクフォースをしていることです。約20年前に松尾剛志先生から学んだ研修医指導のきっかけから，現在は教育ワークショップのタスクフォースへとつながっていることは，同じ指導好き仲間のもつ見えない力なのかもしれません。持つべきものは友です。今年の11月には船橋市で全国レベルでのプログラム責任者養成講習会参加を，院長先生の推薦状により受講可能となりました。今までお会いした皆さんに大感謝です。

よい指導体制とは一人でできるものではありません。良き協力者，先輩，後輩，そして研修医がいてからこそ成り立つものです。

最後に，なぞかけを一つ，お題は「研修医指導」です。皆さんも秋の夜長をこのお題で考えてみてください。それでは，「研修医が苦手な処置」とかけて「ハブとマングース」と解く，その心は「どちらも点滴（天敵）に手を焼いています」

～～～～おあとがよろしいようで。



三之宮峡の「千畳岩」

宮崎市　神宮医院　田中　宏幸

小林市街地から車で約15分の岩瀬川上流の渓谷で全長５キロのトロッコ道の１キロを遊歩道として整備したのが三之宮峡。ここには11のトンネル,「橋満橋」,「櫓の轟」の他，畳を敷き詰めた様に見える「千畳岩」と呼ばれる川床がある。身近にこの様な場所があったとは驚いた。

平成26年４月撮影

「色とりどり」

北浦町　北浦診療所　日高　利昭

名古屋出張の際撮りました。ここの色合いは夕方空が紺に染まる時がいろんな色が織り交ざってステキです。

狂歌

医療狂歌

宮崎市　山村内科
山　村　善　教

サービスか　医師の仕事は　御用聞き
　モンスターやら　クレイマーやら

不整脈　アドレナリンを　出し過ぎて
　頭を冷やし　頻発抑え

毎日が　日曜日の　患者達
　受診するのは　自分のリズム

観念す　医師の生活　ユアペース
　コンビニ受診　マイペースかな

真夏の夜　承継問題　勉強し
　現実見つめ　ケセラセラとは

短歌

白

宮崎市　長嶺内科クリニック
長　嶺　元　久

白黒の写真、テレビと育ちけり昭和二十六年生まれのわれは

濃みどりの黒板の上に先生はしろ、あか、きいろの白墨用ゐき

塩味のすこし利きたる白菜をさくさくと食ぶ白飯に添へ

白無垢の花嫁のごと臥してをり六十歳の従妹は柩に

白髪の人は禿げぬといふ伝へ信じしわれは疎らになりぬ

＊これらの歌は、「現代短歌新聞」平成二十六年五月五日号に掲載された作品を一部改変したものである。

短歌

嘱託医辞職

延岡市　藤本内科小児科医院
藤　本　孝　一

永年の老人ホームの嘱託医われは辞職す萎えし身淋し

級友の病院当直頼まれて十五年過ぐ月日は早し

卒中後診察続くる喜びをかみしめ今日の当直終る

突然の夜中の雷に目覚めして打たれて死せる友想ひ出す

臨終の患者を診るたび思ふなりわれの最後を診るは誰かと

短歌

検死

宮崎市　大西医院
大　西　雄　二

自死者が三万人を切るといふ我が自死の検死減らざるままに

わが郷は住みやすき地であるだにも男の自死多し折れやすきか

生きるのに疲れはてたと遺書にあり生きるも死ぬも急ぎしひと世

明日の命誰も知らざり孤立死者の検案書今日も書きつつ

家庭での団欒少なくなりたれば増加したるや自死と孤立死

［報　告］

平成25年度日本内科学会九州支部評議員会報告

宮崎県内科医会顧問
栗　林　忠　信

平成26年１月19日（土），午前中に第304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，17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心身医学講座須藤信行教授の議長の下に日本内科学会九州支部評議員会が開催された。

九州大学神経内科学教授吉良潤一九州支部支部長の挨拶，報告の後，各種委員会報告がなされた。以下に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認定教育施設の審査・認定（九州地区関連）

平成24年度の認定更新審査で２年連続認定基準（教育病院では内科剖検体数10体以上，教育関連病院では内科剖検体数１体以上）を満たさなかった施設は九州地区では該当施設はなかった。一方，教育施設の新認定では教育関連病院として天草地域医療センター，大分県厚生連鶴見病院，社会保険直方病院，健康保険人吉総合病院，南部徳洲会病院の５施設が認定された。

②資格認定試験に関する報告

第29回認定内科医資格認定試験は平成25年７月７日パシフィコ横浜で実施され，受験者3,269名に対して合格者2,822名で，合格率は86.3%（昨年92.1%）であった。また第41回総合内科専門医資格認定試験は平成24年９月15日東京五反田TOCビルで実施され，505名の受験者に対して384名が合格，合格率は76.0%であった。

③海外の専門医資格保持者への認定内科医申請審査が行われ，全員に認定内科医を付与することが承認された。

④救急委員会報告

各大学病院において2014年度中までに１回以上，JMECC（ジェイメック：内科救急・ICLS講習会）を開催するとともに，全国の教育病院においても2016年度中までに１回以上の開催を目標とする。

⑤「新・内科専門医制度に向けて」について

2015年卒業生から内科専門医のカリキュラムを５年間で習得するようなプログラムとするための研修カリキュラムが検討されている。卒業生研修マッチングを行う2014年夏までには提示する。

２）学会在り方検討委員会報告

将来計画検討ワーキンググループの報告がなされ,「学術講演会のあり方」,「男女共同参画」,「本会発行の雑誌のあり方」,「本会独自の研究」の４つのテーマについて現状の報告が行われた。

３）生涯教育委員会報告

平成25年度生涯教育講演会はAセッションが林秀晴浜松医科大教授，Bセッションが土井俊夫徳島大学教授の下で開催された。Aセッションは第1回が平成25年５月19日大坂国際会議場で，第２回が平成25年９月29日名古屋国際会議場で開催され，Bセッションは第１回が平成25年７月14日東京国際フォーラムで，第２回が平成25年10月６日高知市文化プラザかるぽーとで開催された。その計画が報告され承認された。26年度はAセッションを近畿支部（会長三森経世京都大学教授），Bセッションを関東支部が担当することが承認された。

４）学術集会運営委員会報告

第111回日本内科学会総会は平成26年４月11日から13日までの３日間，東京国際フォーラムで東北大学伊藤貞嘉会頭の下に開催されるが，その準備状況が報告された。また第112回総会は京都大学三嶋理晃会頭のもとで平成27年４月10日から12日の３日間京都みやこめっせで開催される予定であることが報告された。

２．平成26年度各種委員会地区委員について

１）理事候補：岡山昭彦（宮崎大学），大屋裕輔（琉球大学）

２）内科認定医制度審議会地区委員候補：尾辻　豊（産業大学），高嶋　博（鹿児島大学），加藤有史（大分県立病院）

３）学会在り方検討委員会地区委員候補：満屋裕明（熊本大学）

４）生涯教育委員会地区委員候補：藤田次郎（沖縄大学）

５）支部長候補：岡山昭彦（宮崎大学）

が推薦され，承認された。

３．全国評議員の推薦ならびに九州支部評議員移動にについて

平成26年度の全国評議員候補者が各大学内科学教室のチェアマンから推薦され，一般認定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，当県からは県立延岡病院山口哲朗先生から県立宮崎病院上田章先生に交代すること承認され，また昨年度から新たに一般病院からの全国評議員枠が設けられ，各県医師会内科医会よりの推薦で九州には10名の割り当てがあり，当県からは宮崎江南病院院長石川正先生が引き続き推薦され，承認された。

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305回：平成26年５月31日（土），熊本大学神経内科学　安東由喜雄教授

第306回：平成26年８月23日（土），鹿児島大学心身内科学　乾　明夫教授

第307回：平成26年11月23日（祝），大分大学内分泌代謝・膠原病・腎臓内科学　柴田洋孝教授

第308回：平成26年１月10日（土），九州大学病態機能内科学　北園孝成教授

＊なお今年度は第305～308回地方会で生涯教育講演会（第50～53回）が同時開催される。

［報　告］

平成25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26年２月22日（土）
場　所：福岡市都ホテル
担当県：沖縄県
参加者：栗林会長，中津留

［報告事項］ 担当県からの報告

平成25年度日臨内九州ブロック会議・第48回九内協・第30回九内懇（平成25年11月９日開催）について報告された。

［協議事項］

１．平成26年度の九内協・九内懇の日程等について（大分県）
平成26年10月25日に大分市において開催されることが了承された。

２．九州ブロックでのアンケート調査の実施について佐賀県より提案（佐賀県）
佐賀県内科医会では時間外加算，後発医薬品の一般名処方や在宅医療への取り組み状況等の会員アンケートを実施し，その問題点を分析し課題の共有を図っている。平成26年度は九州ブロックで共通したアンケートを実施したいと提案された。

［そ の　他］

日臨内常任理事の江頭福岡県内科医会会長より，平成26年度の診療報酬改定の概要についての解説があった。

［報　告］

日本臨床内科医会第51回代議員会および第31回総会

宮崎県内科医会常任理事
中津留　邦　展

日　時：平成26年４月12日（土），13日（日）
場　所：東京
出席者：小牧会長，弘野副会長，中津留

第31回日本臨床内科医会総会が平成26年４月13日（日）に東京商工会議所で開催された。総会に先立ち12日（土）に同所で理事会および代議員会が開催された。理事会には小牧会長が出席され，代議員会には小牧会長，弘野副会長，中津留の３名が出席した。

［第51回代議員会］

会議の冒頭に猿田亨男日臨内会長が挨拶され，その後各部会から会務および会計，事業の概要の報告があった。最後に平成25年度事業報告と収支決算，平成26年度事業計画案と収支予算案の承認等の議決が行われた。概要を報告する。

［総務部］

総務委員会から平成26年３月５日現在の会員数が15,705名で昨年より若干減少していることが報告され，次いで平成25年度事業報告，平成26年度事業計画（案）の説明があり，その中で東京都医師会館建て替えに伴う日臨内事務局の移転について移転日を４月26日としたい旨の提案があった。会務報告の後の議決で平成25年度事業報告，平成26年度事業計画（案），事務局移転日について承認された。調査研究委員会からは「インフルエンザワクチンの有用性と安全性に関する全国調査（前向き研究）」，「迅速診断および抗ウイルス薬の有用性に関する全国調査」，「特別研究－ウイルス分離と血清抗体に関する研究」，「高齢２型糖尿病に対するシタグリプチン治療における有効性・安全性に関する調査研究における患者登録期間延長と除外基準変更の件」，「インフルエンザ研究参加者のためのクオカード進呈について（患者謝礼）」，「原発性アルドステロン症の実態調査２（追跡調査）」の６つのテーマの倫理審査実施状況の報告があり，「女性のミカタ」プロジェクトへの後援についての説明があった。

［庶務部］

庶務委員会より役員の交代の報告があり，その中で宮崎県内科医会の代表者が栗林忠信先生か

ら小牧斉先生に変更になり，併せて理事も同様に変更されたこと，宮崎県からの代議員が小牧斉先生から弘野修一先生に変更になったことも報告された。会員増強委員会からは会員数が減少していることの報告があり，26年度は日臨内の紹介DVDの更新，都道府県内科医会への入退会状況と会員増強の取り組みについてのアンケート調査が提案されているので，これらへの都道府県内科医会への協力のお願いがあった。IT委員会からはメールマガジンとホームページの現状の報告，WEB会議を順次導入中との報告があった。

[経理部]

経理委員会より平成25年度収支決算報告と平成26年度収支予算（案）が報告され，会務報告の後の議決で両者とも承認された。

[社会医療部]

公益事業委員会から禁煙，感染症，健康の３つのテーマで事業を展開する予定との報告があった。禁煙については禁煙に関するアンケートの結果を秋の医学会で報告する予定で，感染症については予防接種について内科医が自信をもって接種できるように，秋の医学会で研修会を行う予定とのことであった。健康については禁煙の講習会に参加すると院内に掲示できる「禁煙指導医」と「禁煙宣言」のパネルが贈呈されるとのことであった。その他，主にインフルエンザ研究に伴う平成25年度の事業報告があった。地域医療委員会からは11名の平成25年度地域医療功労者賞被推薦者の報告があり，当県からは日向市の浦上裕先生が推薦され，会務報告の後の議決で11名の被推薦者全員が承認された。同委員会からは今後の活動方針については，在宅医療を推進するにあたり，地域の実情，今後の課題，要望等の実態調査をアンケート調査等で明らかにしたいとのことであった。

[社会保険部]

医療・介護委員会から平成26年度診療報酬改定の概要とその影響についての解説があった。また，平成26年度診療報酬改定に対する要望書（案）の説明があり，会務報告の後の議決で要望書の提出が承認された。

[研修推進部]

研修推進委員会から新役員の紹介があり，平成25年度認定医・専門医申請状況の報告，研修単位の一部変更，平成26年度の申請スケジュールなどの報告があった。

[学術部]

学術委員会から，SMILE STUDYの進捗状況，原発性アルドステロン症の実態調査の追跡調査の概要の報告があり，その他小冊子，「内科処方実践マニュアル」の改定版発刊等について報告があった。会誌編集委員会からは利益相反（COI）の運用等についての報告があった。

[広報部]

ニュース編集委員会から，支部ニュース委員の増員をはかったことの報告があった。当県からは新たに中津留が支部ニュース委員に加わることとなった。また，支部ニュースの新メインテーマを「超高齢化社会においての医療提供体制はどうあるべきか」とすることが報告された。また，

猿田会長の日臨内各種委員会や厚労省等の各種委員会出席など日臨内会員に関係深いものを抜粋し「会長動向（President Log)」としてニュースに掲載することとなったことが報告された。

[第31回総会]

総会は神津仁日臨内常任理事の開会の辞に続き，中桂一第31回日臨内総会会頭，猿田亨男日臨内会長，来賓の方々が挨拶され，総会議事に入った。議長は猿田亨男会長が務めた。総会では代議員会報告，各部会・委員会報告が行われ，次いで地域医療功労者表彰が行われた。今回は11名の会員が表彰されたが，当県から浦上裕先生が表彰された。当日は先生の都合がつかず，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た。ひとつは「糖尿病の臨床研究と実地医家の役割」というタイトルで横浜市立大学の寺内康夫教授が講演され，あとひとつは「慢性腎臓病診療と実地医家の役割」というタイトルで聖マリアンナ医科大学の木村健二郎教授が講演された。

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26年診療報酬改定の核心と課題」，特別講演Ⅱは日本専門医制評価・認定機構の池田康夫理事長による「新専門医制度について―総合診療専門医の新設―」であった。

平成25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】	**６月８日（土）16：00～　於．宮崎観光ホテル** ＜特別報告＞ 「高齢者糖尿病実態調査smileチェックシート　宮崎県内の状況報告」 宮崎県内科医会　常任理事　中津留　邦展 ＜特別講演会＞ ①救急領域における中枢神経疾患 宮崎大学医学部病態解析医学講座 救急・災害医学分野　教授　落合　秀信　先生 ②生活習慣病・ステロイド過剰と骨粗鬆症 徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 生体情報内科学　教授　松本　俊夫　先生 （出席者　68名） **３月15日（土）16：00～　於．県医師会館** ＜会員発表＞ ①喫煙開始後に発症し、急性好酸球性肺炎が疑われた１例 ～当科自験例を含めて～ 県立宮崎病院　本山　由利菜 ②突然の左側腹部痛出現後に急性腎障害（Acute kidney injury, AKI）をきたした70歳代男性～左側腹部痛とAKIの臨床的アプローチ～ 県立宮崎病院　上園　繁弘 ③低血糖昏睡急性期のMRI所見と予後 潤和会記念病院　水田　雅也 ④右眼失明約４時間後の頸動脈エコー像 柏村内科　貴島　俊英 ⑤平成24年度　延岡市糖尿病患者実態調査の結果報告 野田医院　野田　寛 ⑥新興感染症としての重症熱性血小板減少症候群（SFTS） 宮崎大学医学部附属病院　膠原病感染症内科　川口　剛 ＜保険診療についての講演＞ 九州各県内科審査委員懇話会について 県内科医会医療保険委員会　委員長　松岡　均 ＜特別講演＞ 変貌する循環器治療～糖尿病への対応～ 大阪市立大学大学院医学研究科　循環器内科学 准教授　島田　健永　先生 （出席者　66名）

会　議　名	日 時・場 所・出 席 者
【理　　事　　会】	5月29日（水）　7月3日（水）　9月5日（木）　2月21日（金）
【評　議　員　会】	5月30日（木）　3月5日（木）
【各郡市内科医会長会】	2月15日（土）於．うめ田
【会　計　監　査】	5月8日（水）
【学　術　委　員　会】	5月22日（水）　10月10日（木）　1月23日（木）
【医療保険委員会】	4月24日（水）　6月26日（水）　8月16日（金）
【会誌編集委員会】	6月27日（木）　8月22日（木）　11月11日（月）　1月22日（水）
【日本臨床内科医会九州ブロック会議】	11月9日（土）於．沖縄（担当：沖縄県内科医会） 栗林会長，中津留常任理事
【九州各県内科医会連絡協議会】	11月9日（土）於．沖縄（担当：沖縄県内科医会） 栗林会長，野村副会長，中津留常任理事
【九州各県内科審査委員懇話会】	11月9日（土）於．沖縄（担当：沖縄県内科医会） 小牧・大窪副会長，松岡理事
【九州各県内科医会長会】	2月22日（土）於．福岡（担当：沖縄県内科医会） 栗林会長，中津留常任理事
【日本臨床内科医会総会・理事会・代議員会】	4月13日（土），14日（日）於．東京 栗林会長、小牧副会長、中津留常任理事
【日本臨床内科医会理事会・代議員会・医学会】	10月12日（土），13日（日），14日（月）於．兵庫 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会】	1月19日（土）於．福岡 栗林会長

会　議　名	日　時・場　所・出　席　者
【学　術　講　演　会】 （県内科医会共催講演会）	①6月7日（金）19：00～　於．ホテルJALシティ宮崎 演題　皆様と考える脳卒中診療、急性期治療と再発予防を中心に 講師　東京慈恵会医科大学神経内科主任教授　井口　保之 （出席者　18名） ②6月20日（木）19：00～　於．宮崎観光ホテル 演題　過活動膀胱治療の最近の知見について 講師　日本大学医学部泌尿器科学主任教授　髙橋　悟 （出席者　52名） ③6月27日（木）19：30～　於．MRT-micc 演題　抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドラインを読み解く 講師　東京大学医学部附属病院光学医療診療部長　藤城　光弘 （出席者　87名） ④8月22日（木）19：00～　於．宮崎観光ホテル 演題　病理・生理学的に見た血管に優しい降圧療法 講師　鹿児島大学心臓血管・高血圧内科学教授　大石　充 （出席者　37名） ⑤8月23日（金）19：00～　於．ホテルJALシティ宮崎 演題　糖尿病治療における最新の話題 －腎機能低下患者に対する薬物療法－ 講師　大阪市立大学医学研究科代謝内分泌病態内科学講師 森　克仁 演題　CKDにおける脂質異常症－その病態と治療－ 講師　昭和大学医学部糖尿病・代謝・内科学部門教授 平野　勉 （出席者　20名） ⑥9月17日（火）19：00～　於．宮崎観光ホテル 演題　高齢者に対するインフルエンザワクチンと 肺炎球菌ワクチンの重要性 講師　国立病院機構三重病院呼吸器内科　丸山　貴也 （出席者　24名） ⑦10月29日（火）19：00～　於．宮崎観光ホテル 演題　糖尿病治療のあり方－良質な血糖管理を目指して－ 講師　川崎医科大学特任教授　加来　浩平 （出席者　81名）

会　議　名	日　時・場　所・出　席　者
【学　術　講　演　会】	⑧11月19日（火）18：50～　於．ホテルJALシティ宮崎 演題　本邦で開発されたDPP-4阻害薬スイニー錠®の特徴と使用経験 講師　横田内科院長　横田　直人 演題　糖尿病患者の脂質プロフィール －スタチンによる糖尿病発症予防－ 講師　東邦大学医療センター大橋病院糖尿病・代謝内科教授 柴　輝男 （出席者　48名） ⑨11月22日（金）18：40～　於．MRT-micc 演題　炎症性腸疾患の個別化治療を目指して 講師　滋賀医科大学感染応答・免疫調節部門教授　安藤　朗 （出席者　47名） ⑩11月27日（水）18：50～　於．ホテルJALシティ宮崎 演題　MRSA感染症への対応を考える 講師　愛知医科大学医学研究科臨床感染症学主任教授 三鴨　廣繁 （出席者　52名） ⑪12月14日（土）16：00～　於．KITEN 演題　高齢者感染症の予防と治療 講師　宮崎大学医学部免疫感染症病態学分野教授　岡山　昭彦 （出席者　37名） ⑫12月19日（木）19：00～　於．ガーデンテラス宮崎 演題　2型糖尿病治療における週一投与ビデュリオンへの期待 －各種大規模スタディーを踏まえて－ 講師　東京医科大学内科学第三講座主任教授　小田原　雅人 （出席者　46名） ⑬２月４日（火）19：00～　於．ホテルスカイタワー 演題　尿蛋白陽性患者におけるファブリー病 スクリーニングの現状と最近の知見 講師　久留米大学医学部内科学講座准教授　深水　圭 演題　ファブリー病の診断から治療まで 講師　名古屋セントラル病院ライソゾーム病センター長 坪井　一哉 （出席者　44名）

会議名	日時・場所・出席者
【学　術　講　演　会】	⑭２月13日（木）19：00～　於．宮崎観光ホテル 演題　生理学的降圧治療でハイリスク高血圧を克服する 講師　鹿児島大学心臓血管・高血圧内科学教授　大石　　充 （出席者　22名） ⑮２月14日（金）18：50～　於．ホテルJALシティ宮崎 演題　ANCA関連血管炎： 好中球機能制御による新たな治療法の探求 講師　東京大学医学部附属病院腎臓・内分泌内科助教 平橋　淳一 （出席者　26名） ⑯３月27日（木）19：00～　於．ホテルJALシティ宮崎 演題　当院におけるトラゼンタの使用経験 講師　潤和会記念病院糖尿病・代謝内科部長　水田　雅也 演題　CGMから見た良質な血糖コントロールを目指して 講師　産業医科大学医学部第1内科学講座講師　岡田　洋右 （出席者　54名）

平成25年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書

歳　入　合　計	9,398,835
歳　出　合　計	7,076,731
差　引　残　高	2,322,104（平成26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	5,896,800	5,819,400	△ 77,400	A会員会費　5,067,000 B会員会費　752,400
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	1,700,000	2,020,046	320,046	
4.雑　収　入	1雑　収　入	1,300,000	1,319,389	19,389	内科医会誌広告料　1,160,000 宛名シール代 5,000　預金利息 981 第47回（平成24年度）九内協残金 115,408 日臨内認定制度第一次審査会事務経費交付料 38,000
歳　入　合　計		9,136,800	9,398,835	262,035	

会員数異動状況		
	平成 25 年 3 月 31 日現在	平成 26 年 3 月 31 日現在
A 会員	284	281
B 会員	110	105
免除会員（A 会員）	23	19
〃　（B 会員）	35	38
合計	452 名	443 名

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		710,000	0	710,000	600,315	109,685	
	1 旅　費	60,000		60,000	58,700	1,300	会計監査旅費
	2 需　用　費	50,000		50,000	21,910	28,090	事務用品代
	3 役　務　費	180,000		180,000	157,095	22,905	切手代, 郵送料, 電報･電話使用料等
	4 使用料及び賃借料	150,000		150,000	92,610	57,390	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	1,024,571	465,429	
	1 総　会　費	40,000		40,000	31,856	8,144	案内FAX代等
	2 評議員会費	500,000		500,000	363,340	136,660	２回
	3 理事会費	950,000		950,000	629,375	320,625	４回
3. 事業費		6,675,000	0	6,675,000	5,451,845	1,223,155	
	1 学　会　費	200,000		200,000	0	200,000	
	2 諸委員会活動費	720,000		720,000	499,710	220,290	医療保険委員会 191,160（３回） 学術委員会 308,550（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	2,200,000		2,200,000	2,001,652	198,348	編集委員会 232,735（４回） 印刷代 1,512,000（２回） 執筆料等 256,917
	6 名簿刊行費	1,000		1,000	0	1,000	
	7 地区内科医会連絡会	350,000		350,000	265,655	84,345	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	564,000		564,000	488,200	75,800	各県負担金 50,000 九内協旅費（沖縄３名）265,220 〃　参加費 @10,000×2名＝20,000 会長会旅費（福岡２名）138,980 〃　会費@7,000×2名＝14,000
	9 九州各県内科審査委員懇話会	330,000		330,000	288,660	41,340	九内懇旅費（沖縄３名）258,660 〃　参加費@10,000×3名＝30,000
	10 日本臨床内科医会	1,005,000		1,005,000	648,340	356,660	総会・理事会・代議員会 旅費（東京３名）346,080 参加費 @10,000× ２名＝20,000 医学会・理事会・代議員会 旅費（兵庫２名）236,260 事前登録料@13,000×2＝26,000 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州地方会評議員会	70,000		70,000	68,080	1,920	旅費（福岡１名）
	12 慶　弔　費	150,000		150,000	116,548	33,452	生花（８名）
	13 諸　費	10,000		10,000	0	10,000	
4.予備費	1 予　備　費	261,800	0	261,800	0	261,800	
歳出合計		9,136,800	0 0	9,136,800	7,076,731	2,060,069	

平成26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への積極的参加

（８）日本臨床内科医会への積極的参加

（９）日本内科学会九州地方会評議員会への参加と連携

（10）その他（会員増加など）内科医会発展のために必要と思われる事業

平成26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	5,814,000	5,896,800	△82,800	A会員　@18,000×281名＝5,058,000 B会員　@ 7,200×105名＝ 756,000 免除会員　A会員 19名，B会員 38名 （会員数：平成26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	2,322,000	1,700,000	622,000	
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		9,676,000	9,136,800	539,200	

歳　　出　（単位：円）

款	項	予算額	前年度予算額	増　減	備　考
1.事務費		690,000	710,000	△ 20,000	
	1 旅費	60,000	60,000	0	会計監査旅費
	2 需用費	50,000	50,000	0	事務用品代
	3 役務費	180,000	180,000	0	切手代，郵送料，電報・電話使用料等
	4 使用料及び賃借料	130,000	150,000	△ 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代等
	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		6,889,000	6,675,000	214,000	
	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	650,000	720,000	△ 70,000	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	2,200,000	0	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	350,000	0	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	514,000	564,000	△ 50,000	九内協各県負担金 50,000 九内協（大分３名）250,000 九内協参加費（３名）30,000 九州各県内科医会長会（福岡２名）170,000 会長会参加費（２名）14,000
	9 九州各県内科審査委員懇話会	280,000	330,000	△ 50,000	九内懇（大分３名）250,000 九内懇参加費（３名）30,000
	10 日本臨床内科医会	980,000	1,005,000	△ 25,000	総会(東京３名) 360,000，参加費(３名) 30,000 委員会費(東京１名) 120,000，団体会費 20,000 医学会(岩手２名) 420,000，登録料(２名) 30,000
	11 日本内科学会九州地方会評議員会	80,000	70,000	10,000	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	707,000	261,800	445,200	
歳出合計		9,676,000	9,136,800	539,200	

宮崎県内科医会総会並びに学術講演会

日時　平成26年６月７日（土）
場所　宮崎観光ホテル西館８Ｆ　ブリリアント

Ⅰ　総　会　16：00 ～ 16：20

１）物故会員黙祷
２）会長挨拶
３）議　　事
①平成25年度事業報告について
②平成25年度歳入歳出決算について（監査報告）
③平成26年度事業計画（案）について
④平成26年度歳入歳出予算（案）について

Ⅱ　製品紹介　アステラ製薬（株）　16：25 ～ 16：45
『選択的SGLT2阻害剤　スーグラ錠』

〈 休　憩 〉

Ⅲ　学術講演会　17：00 ～ 19：00

特別講演①
『非静脈瘤性消化管出血の臨床』
宮崎大学医学部附属病院第一内科
病院教授　稲津　東彦　先生

特別講演②
『２型糖尿病の治療戦略～選択的SGLT2阻害剤への期待と適正使用～』
那珂記念クリニック　院長　遅野井　健　先生

Ⅳ　懇親会（西館10Ｆ　スカイホール）　19：00 ～

（出席者数　77名）

宮崎県内科医会役員

（任期　平成 26 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日）

役　職	氏　名	〒	住所 医療機関名	TEL FAX
会　長	小牧　斎	880-0841	宮崎市吉村町江田原甲 261-4 こまき内科	0985-26-1112 0985-26-0636
副会長	弘野　修一	880-0925	宮崎市大字本郷北方字山崎 3582-1 (医) ひろの内科クリニック	0985-52-7311 0985-52-7312
〃	田口　利文	885-0011	都城市下川東 4 丁目 12-9-1 (医) 社団田口会 田口循環器科・内科クリニック	0986-24-0600 0986-24-0566
〃	野村　朝清	882-0837	延岡市古城町 4 丁目 1 (医) 社団和敬会　野村クリニック	0982-34-5515 0982-34-5532
常任理事	中津留 邦展	885-0062	都城市大岩田町 5822-3 都城市郡医師会病院	0986-39-2322 0986-39-1108
理　事	比嘉　利信	880-0911	宮崎市大字田吉 4374-1 (独) 国立病院機構　宮崎東病院	0985-56-2311 0985-56-2257
〃	光川　知宏	880-0806	宮崎市広島 2 丁目 8-27 光川内科医院	0985-38-8722 0985-38-6050
〃	松岡　均	880-0041	宮崎市池内町数太木 1749-1 (社医) 同心会　古賀総合病院	0985-39-8888 0985-39-0356
〃	牛谷　義秀	880-0916	宮崎市恒久 5065 (医) 将優会　クリニックうしたに	0985-52-8080 0985-52-8088
〃	外山　博一	880-0841	宮崎市吉村町境目甲 1529-1 (医) 千春会　外山内科神経内科医院	0985-28-1388 0985-28-1393
〃	上園　繁弘	880-8510	宮崎市北高松町 5-30 県立宮崎病院	0985-24-4181 0985-28-1881
〃	重平　正文	885-0005	都城市神之山町 2030-1 しげひらクリニック	0986-27-5555 0986-27-5556
〃	日高　孝紀	882-0125	延岡市北方町川水流卯 1412-1 北方医院	0982-47-2333 0982-47-2517
〃	家村　文夫	883-0021	日向市大字財光寺 1056-1 家村内科	0982-55-0600 0982-55-0601
〃	坂田　師通	884-0006	児湯郡高鍋町大字上江 8108 坂田病院	0983-22-3426 0983-23-3816
〃	江藤　琢磨	889-2536	日南市吾田西 3 丁目 7-43 (医) えとう循環器科・内科	0987-23-1125 0987-23-1195
〃	新添　謙一	889-4301	えびの市大字原田 2236 (医) 武雄会　えびの第一クリニック	0984-33-0148 0984-33-5816
〃	石川　智信	880-0033	宮崎市神宮西 1 丁目 49-1 (医) 社団三友会　いしかわ内科	0985-32-2234 0985-32-1795
監　事	仮屋　純人	885-1103	都城市上水流町 2348 (医) 社団　仮屋医院	0986-36-0521 0986-36-2911
〃	木下　義美	882-0041	延岡市北小路 10-2 (医) 康仁会　谷村病院	0982-33-3024 0982-33-3699

計　20 名

宮崎県内科医会評議員

（任期　平成 26 年 3 月 1 日～平成 28 年 2 月 29 日）

地区別	氏　　名	〒	住　所 医療機関名	TEL FAX
宮　崎（5名）	森山　光一	880-0052	宮崎市丸山 2 丁目 116-6 江平内科	0985-32-6000 0985-22-2528
	山下　政紀	880-1101	東諸県郡国富町大字本庄 4033 山下医院	0985-75-2104 0985-41-4848
	徳田　省吾	880-0951	宮崎市大塚町大塩道下 4747 （医）碧澄会　徳田内科とくだ小児科	0985-54-3299 0985-54-8203
	宮永　省三	880-0123	宮崎市大字芳士 1074-1 （医）宮永内科クリニック	0985-62-5556 0985-62-5557
	田中　宏幸	880-0053	宮崎市神宮 2 丁目 2-79 神宮医院	0985-25-1993 0985-25-1996
都　城（3名）	三嶋　孝雄	885-0081	都城市鷹尾 1 丁目 26-6 （医）社団敬愛会　三嶋内科	0986-24-7171 0986-24-7766
	田中　彰人	885-0094	都城市都原町 8146-1 あきと内科胃腸科	0986-46-5500 0986-46-5511
	野邊　俊文	885-0072	都城市上町 10-4 （医）社団浩盛会　野辺医院	0986-22-0153 0986-22-0108
延　岡（2名）	板野　晃也	882-0801	延岡市野田町 1836-1 （医）晃成会　板野内科・胃腸科医院	0982-32-3377 0982-32-3383
	木谷　道隆	882-0822	延岡市南町 1 丁目 2-1 （医）社団　木谷医院	0982-21-5905 0982-29-2358
日　向（1名）	中村　剛之	883-0068	日向市亀崎西 2 丁目 141 （医）社団楠友会　向洋クリニック	0982-52-5488 0982-52-8532
児　湯（1名）	野津手大輔	884-0006	児湯郡高鍋町大字上江 8250 （医）野津手・加来内科医院	0983-22-2104 0983-22-2105
西　都（1名）	水田　能久	881-0012	西都市小野崎 1 丁目 26 水田内科医院	0983-43-1115 0983-43-1165
南那珂（1名）	中島　昌文	888-0012	串間市西浜 2 丁目 7247-76 （医）昌浩会　中島医院	0987-72-5202 0987-72-1761
西　諸（1名）	園田 定彦	886-0212	小林市野尻町東麓 1170 （医）友愛会　野尻中央病院	0984-44-1141 0984-44-0629
西臼杵（1名）	佐藤元二郎	882-1621	西臼杵郡高千穂町大字岩戸 72-1 （医）佐藤医院	0982-73-2010 0982-74-8102

計　16 名

各郡市だより

宮崎市郡内科医会だより

（夜間急病センターについて）

宮崎市郡内科医会は，一昨年から昨年にかけて前会長小牧斎先生をリーダーとして，急病センターの内科当直医の在り方について（特に当直人数不足について）様々な検討がなされました。そして，当直医は65歳未満の内科Ａ会員全員でその任にあたることとなり（それまでは60歳以上の会員は免除されていた）会員の義務であることを市郡医師会の定款へ文言として記載されました。これで一応問題は一段落ついたように思われました。

64歳である私も当直医として復帰したのですが、以前は３ヶ月毎に回ってきていた当番回数が、現在２ヶ月毎に回ってきています。そこで，改めて現在の当番医の状況を調べてみました。

内科医会会員	155名		夜間急病センター当直医	
60歳未満	74名	→	50名	64名
60～64歳	31名	→	14名	
65歳以上	50名		（会員外20名）	

上記のように60歳未満は74名中24名，60～64歳は31名中17名が当直をしていない実態が明らかになりました。

２年前は内科当直医（会員だけの）が77名いたのが，現在64名に減っています。会員の高齢化も一因でしょうが，２年前と会員数はあまり変わっておらず，年齢も65歳までに繰り上げたにも関わらず、当番医人数が減っているのは、非協力医が増えているためのようです。このままでは，急病センターの内科維持は困難になりそうです。一段落したかに見えた急病センター問題は決して改善されておらず，これからも会員の高齢化が進むと予想され，さらに悪化してきそうです。早急に対策を検討する必要があります。

平成26年４月～６月までの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３回でした。

○４月10日（木）
「高齢者糖尿病の薬物療法
－安全で確実な治療を目指すには－」
光川内科医院　院長
光川　知宏　先生

○６月17日（火）
「腎臓をターゲットとした新規糖尿病治療薬
－SGLT-2阻害剤への期待と課題」
天保山内科　　院長
橋口　恭博　先生

○６月28日（土）
【宮崎県腹部超音波懇話会】
「乳腺疾患のエコーと関連する病理診断」
潤和会記念病院　病理診断部長
林　　透　先生
「甲状腺疾患のエコーから診断，治療まで」
古賀総合病院　内科　　日高　博之　先生

（文責：山下　政紀）

都城市北諸県郡内科医会だより

本年は団塊の世代が皆65歳を越え，10年後に後期高齢者となり，如何に膨張する医療と介護の財政を抑制するかとの報道や議論が盛んにされています。昔よりこの時が来るのはわかっていたのですが，予想以上に全ての面で医療レベルが上りさらに支出が増加しているのは確かと思います。どの分野を抑えるのか大いに気になりますが，個人的にはレセプトチェックの再検討と病床削減の件を注目しています。

さて当地区は４月が役員改正の時期でしたが，皆異動なく総会にて信任していただきました。講演会は毎月開催し，会員の学習と交流の場としていつも盛り上がっています。内容は以下の通りです。

○平成26年１月23日（木）
「骨粗鬆症治療新時代」
医療法人　暁星会　三財病院
副院長　松本　英裕　先生

○平成26年２月21日（金）
「上気道と下気道のクロストーク」
昭和大学医学部　内科学講座
呼吸器・アレルギー内科学部門
教授　相良　博典　先生

○平成26年３月13日（木）
「知っておきたい腸疾患」
宮崎大学医学部
内科学講座　消化器血液学分野
助教　山本章二朗　先生

○平成26年４月11日（金）
「心房細動と抗血栓療法」
東京女子医科大学
循環器内科　医学教育学
特任准教授　村﨑かがり　先生

○平成26年５月13日（火）
「糖尿病治療の変遷
～ SGLT ２阻害剤をどう使いこなすか～」
宮崎大学医学部
内科学講座　神経呼吸内分泌代謝学分野
助教　上野　浩晶　先生

○平成26年６月24日（火）
「発熱性疾患の見かた：膠原病と重症熱性血小板減少症候群（SFTS）」
宮崎大学医学部
内科学講座　免疫感染病態学分野
教授　岡村　昭彦　先生

（文責：志々目栄一）

延岡内科医会だより

内科医の仕事は，日常診療，救急医療，各種健診，学校保健，医療啓蒙活動など多岐にわたっています。

特に救急医療は，市民の関心も高く重要だと思われます。県立延岡病院においては，ヘリポート付の救命救急センターが設置され，数名の医師の増員がありましたが，未だ人員は不足している状態です。県病院の負担を軽減する為もあり，延岡市医師会としても準夜（19:30 ～ 23:00）毎日，深夜（23:00 ～ 7:00）週４回を「延岡市夜間急病センター」で，消化管出血は４病院（平成25年，患者数約90名）で，脳血管障害は７医療機関（同約550名）で，輪番制で行っています。しかし，会員数の減少，高齢化などあり，更なる救急医療の充実は難しい問題です。

さて，４月に当医会の役員の改定を行い，前会長山本剛先生より，私，岸重雄が引き継ぎました。副会長には，野村朝清先生（県内科医会副会長），板野晃也先生（県内科医会評議員），他理事７名，監事２名で，会の運営に当たります。よろしくお願い致します。

上半期の講演会は以下のとおりです。

○４月４日（金）
【延岡医学会】
「当院におけるリバーロキサバンの使用経験」
宮崎市医師会病院循環器内科
医長　足利　敬一　先生
「心原発性脳梗塞予防の最前線
～新規抗凝固薬への期待～」
弘前大学大学院　医学研究所
循環呼吸腎臓内科学講座
教授　奥村　　謙　先生

○４月11日（金）
【延岡内科医会】
「降圧療法最近の話題～配合剤の功罪～」
<パネルディスカッション>
「配合剤に関するディスカッション」
福岡大学筑紫病院　循環器内科
教授　浦田　秀則　先生

○４月25日（金）
【延岡医学会（県北整形外科医会）】
「骨粗鬆症治療新時代」
医療法人暁星会　三財病院
副院長　松本　英裕　先生
「私の肩･肘関節における手術摘要」
宮崎大学医学部　整形外科
助教　石田　康行　先生

○５月９日（金）
【延岡医学会】
「進化し続ける糖尿病薬物治療と今後の展望」
大分大学医学部附属病院
実践看護学講座老年看護学
教授　濱口　和之　先生

○５月23日（金）
【延岡医学会】
「パーキンソン病の診断と最新治療」
医療法人春水会山鹿中央病院
副院長兼神経内科部長　原　　暁生　先生

○５月30日（金）
【延岡医学会】
「痛み治療の最新情報～薬物治療を中心に～」
一般財団法人潤和リハビリテーション振興財団
潤和会記念病院　ペインクリニック科
医長　立山　真吾　先生

○６月６日（金）
【延岡医学会】
「糖尿病治療の進め方
～新規抗糖尿病薬を含めて～」
宮崎大学医学部内科学講座
神経呼吸内分泌代謝学分野
助教　上野　浩晶　先生

○７月４日（金）
【延岡医学会】
「肝疾患領域における
トルバプタンの治療経過及び使用成績」
宮崎医療センター病院
消化器・肝臓病センター
副部長　坂元　秀壮　先生

（文責：岸　　重雄）

日向市東臼杵郡内科医会だより

平成10年４月から16年間の長きにわたり日向市東臼杵郡の会長を努めていただいた古賀正広先生が３月31日をもって職を辞されまし

た。先生には多忙な中，当内科医会研修会開催にご尽力いただきました。会員に成り代わり感謝申し上げます。今回の選挙で新たに会長職に選任されました今給黎です。これからも，会員の先生方のご期待に添えるよう役員一丸となって頑張っていきたいと考えています。よろしくお願いいたします。この４月からの当内科医会の役員を紹介いたします。

会　　長	今給黎　　承
副 会 長	青　柳　淳太郎
会　　計	瀧　井　　優
学術担当	吉　森　建　一
県 理 事	家　村　文　夫
県評議員	中　村　剛　之

平成26年１月から６月までに当内科医会が主催，共催して実施した学術講演会は次の通りです。

○平成26年１月22日（水）
「前立腺肥大症の診断と治療
～かかりつけ医の先生方へ～」
おがわクリニック　院長
竹原　俊幸　先生

○平成26年３月５日（水）
「骨粗鬆症治療新時代
－プラリアを中心に－」
三財病院　副院長　松本　英裕　先生

○平成26年３月14日（金）
「高齢化時代における心房細動の抗血栓療法の実際」
秋田成人病医療センター－循環器科
副センター長　阿部　芳久　先生

○平成26年３月28日（金）
「心拍数から循環器疾患を考える
－β遮断薬の役割－」
東京医科大学第二内科
主任教授　山科　章　先生

○平成26年４月18日（金）
【第28回日向地区急性期医療連携検討会】
「臨床的に問題のある不整脈」
宮崎県立宮崎病院　救命救急科
部長　雨田　立憲　先生

○平成26年５月14日（水）
「当院での循環器診療
－心不全治療の新たな試み－」
宮崎市郡医師会病院副院長兼心臓病
センター長　柴田　剛徳　先生

○平成26年５月28日（水）
「アピキサバンの使用経験」
千代田病院循環器内科
部長　小宮　憲洋　先生
「心房細動への挑戦～新規抗凝固薬の有用性とカテーテルアブレーションの進歩～」
福岡山王病院　ハートリズムセンター長
国際医療福祉大学大学院教授
熊谷浩一郎　先生

（文責：今給黎　承）

児湯内科医会だより

児湯内科医会は平成26年７月15日（火），高鍋町ホテル四季亭にて今年度の総会を開催しました。そこで，平成25年度の事業・会計報告，監査報告を行い，会員によりすべてをご承認いただきました。平成26年度もおよそ２ヵ月に１回開催する学術講演を中心に活動を継続していくこととしました。この日も総

会に引き続き学術講演を行い，多数の参加者を得て盛会のうちに終了いたしました。今後も会員の先生方のご協力，講演会へのご出席，よろしくお願い申し上げます。

総会までに開催，後援した講演会を列挙します。

《主催した講演会》

○平成26年７月15日（火）

【児湯内科医会学術講演】

「見逃してはいけない心電図異常

～致死的不整脈を中心に～」

社会医療法人泉和会　千代田病院

循環器内科　部長　小宮　憲洋　先生

《後援した講演会》

○平成26年３月６日（木）

【第32回国立病院機構宮崎病院

医療セミナー】

「蘇生ガイドライン2010に基づく救急蘇生法の実際と蘇生後の集中治療」

熊本大学医学部附属病院　救急･総合診療部

教授　笠岡　俊志　先生

《後援した講演会》

○平成26年７月22日（火）

【第33回国立病院機構宮崎病院

医療セミナー】

「臨床で問題になるよくある不整脈の治療

～抗不整脈薬と抗凝固薬，心房細動を中心として～　」

国立病院機構宮崎東病院

内科　小田　弥生　先生

（文責：大森　史彦）

西都市西児湯内科医会だより

2025年にむけ，国は医療，介護を切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の構築を進めようとしていますが，その実現には医療，介護に携わる多職種間の連携，病院からスムーズな在宅医療への移行，在宅患者の急変時の病院，有床診療所のはたす役割などが重要となりますが，西都市西児湯医師会では内科医会が中心となり，３月６日「在宅医療推進のためのスキルアップリーダー研修会」の題で市内の約100人の医療福祉介護関係者が集まり勉強会を開催しました。①宮崎県福祉保健部医療薬務課の津田君彦氏による「宮崎県の在宅医療の動向について」②県立日南病院医療管理部長の木佐貫篤医師による「これからの地域医療連携へ求められる多職種連携」の演題で講演してもらったあと出席者がグループに分かれディスカッションを行いました。又６月18日には西都市地域包括支援センターで西都市医師会副会長の松本英裕医師が「在宅医療の過去・現在・未来」の題で講演があり，その後グループに分かれ，それぞれの仕事内容について説明し，情報の交換をしました。今までは「地域包括ケアシステム」をすすめる上で，一番大切な多職種間の連携が必ずしも十分ではありませんでしたが少し垣根が取れたようです。これからも西都市では医師会内科医会が中心となり理想的な地域包括ケアシステムが構築されるよう努力していきたいと思います。

（文責：相澤　　潔）

南那珂内科会だより

４月より宮崎大学医学部地域医療・総合診療医学講座５年生の地域医療臨床実習が始まりました。県立日南病院，串間市民病院さら

に南那珂地区の開業医（御協力頂いた10ヶ所の内科系病院および診療所）での３日間の実習です。

県立日南病院では病棟，串間市民病院では初診外来実習です。開業医には月１名の学生さんが来られますが，いろんな角度から地域医療を肌で感じてもらうために，各先生方からいろいろと御指導いただいています。

先日の実習前期振り返り会では，ほとんどの学生さんたちが“非常に有意義で地域医療に興味を持った。”という感想が多かったとのことでした。まだ始まったばかりですが，これからも協力していきたいとの意見が多かったと思います。

さて平成26年１月から７月までの学術講演会は以下のとおりです。

○平成26年１月29日（水）
「警察医活動の紹介～興味ある事例より～」
大西医院　院長　大西　雄二　先生

○平成26年２月17日（月）
「“動脈硬化”どう抑えるか
～中性脂肪管理の重要性～」
高田中央病院内科
副部長　齋藤美恵子　先生

○平成26年４月17日（木）
「糖尿病治療の新しいアプローチ」
都城市郡医師会病院　内科
副院長　中津留邦展　先生

○平成26年５月30日（金）
「多様化する２型糖尿病治療の現状と
新たな展望」
大阪府済生会野江病院
副院長兼内科部長　安田浩一朗　先生

○平成26年６月20日（金）
「糖尿病治療の変遷
～SGLT2阻害剤をどう使いこなすか～」
宮崎大学医学部内科学講座
神経呼吸内分泌代謝学分野
助教　上野　浩晶　先生

（文責：山口　幹生）

西諸内科医会だより

西諸内科医会は，３月の定期総会にて役員改選がありました。私を始め前役員の先生方にほぼ留任して頂きました。また新たに理事に当医師会より矢野裕士先生，監事に押川辰巳先生がそれぞれ選任されました。今後２年間，当内科医会の理事が運営にあたりますので，今後とも宜しくお願い致します。

さて，西諸地区に来年４月に小林看護医療専門学校が設立されます。その起工式が７月４日にありました。専門学校は正看護師養成課程（３年）と医療秘書養成課程（２年）が設置され，定員はそれぞれ40名，20名です。県内でも特に当地区は看護師不足であり地域医療に深刻な影響を齎しています。これを機に，この問題が解決され，地域医療看護体制に少なからず活性と潤いを齎す事を，当内科医会は期待したいと思います。

平成26年度，上半期の当内科医会の合同講演会は以下の通りでした。

○平成26年３月13日（木）
「慢性疼痛治療における薬物療法」
一般財団法人潤和会
リハビリテーション振興財団
潤和会記念病院　　ペインクリニック科
立山　真吾　先生

○平成26年４月24日（木）
「糖尿病治療の進め方

～新規抗糖尿病薬を含めて～」
宮崎大学医学部　内科学講座
神経呼吸内分泌代謝学分野
助教　上野　浩晶　先生

○平成26年６月26日（木）
「高齢者の漢方療法～器質的疾患のサポートと不定愁訴駆逐の漢方活用術～」
医療法人宏仁会メディカルシティ東部病院
総合内科・漢方内科
部長　前田　修司　先生

（文責：宮崎　裕三）

西臼杵郡内科医会だより

高千穂町では今年７月から医師会を中心に「在宅医療を考える会」を発足し医療資源の乏しい当地区での今後の医療を考える活動を始めました。65歳以上の高齢者が35％を超えた当町では高齢者のみの世帯も多くこれから取り組むべき課題が山積しております。当面は在宅医療に関係する多職種，行政との協働・連携の体制を整えることが必要と思います。９月４日に美郷町地域包括医療局総院長の金丸吉昌先生をお招きし地域包括ケアのご講演をいただく予定で大いに参考になるお話が聞けると期待しております。

さて平成26年度の上半期の講演会は以下の通りです。

○平成26年１月30日（木）
「循環器疾患の予防戦略と治療戦略」
都城市郡医師会病院　循環器科
医長　岩切　弘直　先生

○平成26年２月26日（水）
「慢性心不全患者に対する利尿薬の使用方法」
宮崎大学医学部内科学循環体液制御分野
助教　石川　哲憲　先生

○平成26年４月17日（木）
「理想の糖尿病治療を求めて
～治療薬の選択をどうするか～」
横田内科　院長　横田　直人　先生

○平成26年６月12日（木）
「喘息治療とCOPDのオーバーラップ症候群について」
県立延岡病院　副院長兼呼吸器内科部長
山口　哲朗　先生

○平成26年６月17日（火）
「診療所における糖尿病診療」
野田医院　院長　野田　寛　先生

（文責：佐藤元二郎）

原稿募集

次の原稿締切は平成26年12月26日頃の予定です。

下記により原稿を募集致します。

記

1　原著，学会発表抄録，経験症例等
　400字詰原稿用紙12枚以内
　（図表を含む）

2　随筆，意見，所感等タイトルを含めて
　400字詰原稿用紙４枚以内

3　ひとこと
　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
　採択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。著者に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

夏の風物詩である高校野球が終了しました。今年も熱戦が数多く見られ高校球児の無心に戦う姿に感動を覚えました。９月にはテニスの錦織選手が全米オープンで準優勝という快挙を成し遂げました。プレッシャーも相当な物があったと思いますが、精神的にも落ち着いて冷静に戦える姿に感銘を受けました。

自分も大学時代はテニス部をやっていました。西日本医科学生大会で緊張して、普段の半分の力も出せずに敗退した経験をしました。比較すること自体がおかしいですが、錦織選手のタフさに脱帽です。

今年度より小牧先生が宮崎県内科医会会長に就任され新体制となりました。巻頭言で就任挨拶を述べて頂きました。

教授ご紹介は看護学の金子政時先生にお願いしました。

特集は心房細動治療について足利先生に私見を交えて解説して頂きました。カテーテルアブレーション適応がありそうな患者さんは専門医へ積極的に紹介したいと思います。

会員投稿は延岡市糖尿病患者さんの実態調査を野田先生に報告して頂きました。糖尿病予備群がやや減少傾向というのはうれしい事です。水田先生には糖尿病治療中に起こる低血糖による頭部MRI所見という貴重な症例を報告して頂きました。特に高齢者に対するSU剤使用の時には低血糖に注意が必要と喚起されています。県立宮崎病院の本山先生には若年者の喫煙開始後に起こる急性好酸球性肺炎の報告をして頂きました。若年者の肺炎では、喫煙歴の聴取が重要であると認識しました。

Postgraduate Educationでは、今回より高城先生に感染症についてお願いしています。初回は、医療感染対策について解説して頂いています。手指衛生を習慣とする必要を再認識しました。塩見先生にはめまいの鑑別を説明して頂いています。全体の15％に危険なめまいがあり、小脳や脳幹による中枢性めまいを見落とさないポイントも解説してあります。松尾先生には心電図を読む時に、P波がポイントになることを練習問題を例に分かりやすく解説して貰いました。

他科からの提言は過活動膀胱の診断と治療を分かり易く解説して頂いています。

早速、臨床の現場で活用できるものばかりで臨床医にはありがたい情報です。

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

（木佐貫博人）

発　行　所
宮崎市和知川原１丁目101番地
宮　崎　県　医　師　会　館　内
宮　崎　県　内　科　医　会
http://www.miyazaki.med.or.jp/naikaikai/
TEL 0985-22-5118 FAX 0985-27-6550
E-mail;takayama-staff@miyazaki.med.or.jp
発行人　小　牧　　斎
編集人　宮　永　省　三
印刷所　愛文社印刷所