［巻　頭　言］

医療事故について

宮崎県内科医会副会長
野　村　朝　清

NHKの人気番組に『総合診療医ドクターG』というものがある。症例検討会をエンターテインメントにしたものだ。総合臨床医の講師がドラマ仕立ての症例を提示し，３人の研修医がその症例に対する診断に挑戦する。講師はその診断を見ながら，その根拠や症例との矛盾点などを指摘し，追加の情報も提示しながら最終診断へと導いていく。

10月22日は頭痛，意識障害，腹痛，40℃の高熱で病院を訪れた40代の男性の例だった。この男性は１か月前にタイへの出張をしていた。研修医たちは腸チフスやマラリアなどの病名を挙げたが，いずれも潜伏期が合わない。追加の情報では，一旦症状が治まった後に再び発症し，さらに強い症状が現れている。筋肉痛，結膜充血などの症状が通常の感染症とは異なっている。結論は意外な診断になる。

種を明かすとネズミの糞に汚染されたゴムホースで庭木に水をやった時に感染したレプトスピラ症であったのだが，こういう希少な例は一度経験した者は簡単に診断にたどり着くが経験していない場合迷宮を彷徨うことになる。この症例は抗生物質の点滴を受けた後に意識を失いショック状態になるが，診断がレプトスピラ症であったためにそのような事態は予測されており適切に対処された。実地臨床では経験が死命を決する場合が多いのである。

平成26年の医療法改正を受けて，医療事故調査制度が発足した。医療事故調査が制度として施行されるため，医療訴訟に発展する事例も増加する可能性もあり予防が大切だ。しかしそこには大きな問題がある。医療事故についてはめったに発生しない未経験の医療行為を行ったために起きる事例が多く，発生しうる事態をあらかじめ予測することが難しいからだ。

未経験の医療行為とは全く新しい薬剤や手技ばかりではない。通常の医療行為とみなされる手技のなかにも，それを行う者にとって未経験だったという場合もある。

公益財団法人病院評価機能のホームページ（jcqhc. or. jp）には，医療事故等情報収集事業のページがあり，その中に医療安全情報が掲載されている。過去に複数回の報告があった事例の報告書だが，2015年１月の情報のなかに，「カリウム製剤の急速静注」の事例が2011年１月１日から2014年11月30日の間に５件報告されている。まさかと思うかもしれないが，次のような報告例がある。

医師はシリンジポンプで５mL/ｈで持続投与を意図し，「CV内頚側管１　K．C．L．点滴液15%（40mEq/20mL）＋生理食塩液（20mL）１日３回」と指示したが，投与速度，投与方法の指示はしていなかった。看護師はアンプルに記載してある『点滴専用 薄めて点滴』という表示を見て，指示内容を確認するため手術室に電話した。手術室看護師に「オーダ通りに投与していいか」と

手術中の医師に聞いてもらったところ，医師はシリンジポンプを使用すると思っていたため，「いいです」と返答があった。看護師は指示通りに調製し，モニターを見ながら中心静脈ラインの側管からカリウム製剤の調製液を注入した。残量が６mLのところでSpO2低下のアラームが鳴ったため，注入を中止した。

医師にとってはカリウム製剤はシリンジポンプで投与することが当たり前だったので「いいです」と返事をしたのだが，看護師はシリンジポンプを使用することに気づかず不安に思いながら静注してしまった。カリウムの静注は危険だと知識では知っていたが，過去にシリンジポンプを使ってカリウムを注入した経験がなかったと思われる。病棟ではカリウムの静注はあまり実施されないために経験がなかったのが医療事故につながってしまった。

医療事故の事例は死亡などの重大な転帰となるものがあり，いったん起こってしまうとその解決には多大な苦労がともなうが，上に述べたような事情で予防は難しい。それは，事故の原因が医療従事者の経験に依存するにも拘わらず，経験する機会がなかった場合が多いからだ。千年に一度の大津波で原発事故が起きてしまったが，医療事故の場合も経験のない医療行為を類推で行ったために想定外の結果を引き起こしてしまう。したがって，上記のような実例を日頃から調査し，そういうめったに起きない事例の洗い出しと予防を特に意識して対策していくことが必要だ。また，そういう実例について医療従事者にも承知徹底する必要がある。全員に疑似的な経験を身に着けさせるためである。

医療事故調査が犯人探しになってはいけない理由は医療事故のそういう特殊性による。したがって，医療事故に対する態度としては，当事者の未熟や判断の誤りに原因をもとめるのではなく，医療従事者の経験不足を発生させるシステム的なエラーを排除し，実経験の不足を補う方策を考える必要がある。

しかしながら遺族やマスコミの立場からは医療事故の特殊性を理解することは難しく，また心情的にも納得できないだろう。どうしても責任論になってしまう。これに対処するためには日ごろからこまめな説明とその時点での本人や家族の意向をカルテに明記することが必要であると思われる。

医療事故調査制度によって医療の現場がどのように影響を受けていくかは未知数であるが，十分なリスク管理の必要性が増すことは間違いないだろう。

［教授ご紹介］



ご　挨　拶

宮崎大学医学部感覚運動医学講座
皮膚科学分野
教授　天　野　正　宏

2015年５月１日付で宮崎大学医学部感覚運動医学講座，皮膚科学分野の教授を拝命いたしました天野正宏です。1977年から2000年まで初代井上勝平教授，2000年から2014年まで第二代瀬戸山充教授のあと，私が三代目になります。宮崎県内科医会の諸先生方にはこの場をお借りして謹んでご挨拶申し上げます。

１．略歴

私は鹿児島県志布志の出身です。宮崎医大を昭和61年，第７期生として卒業しました。宮崎医大皮膚科に入局した理由は，初代井上勝平教授がとても教育熱心で臨床講義が面白かったこと，また熱傷や皮膚癌など形成外科的手術に興味があったからです。２年間の研修後，医員，県立宮崎病院皮膚科医師を経て宮崎医大皮膚科助手，1996年から県立延岡病院皮膚科医長として４年間地域医療に携わりました。2000年４月から大学に戻り2009年講師，2011年准教授，現在に至っております。また宮崎医大麻酔科研修（１年），北里大学形成外科研修（１年），米国マイアミ大学皮膚科留学（１年）を経験しています。様々な地域で皮膚科以外の事も経験できたことが，今でも大きな財産になっています。

２．研究

研究では臨床の身近なところに生じた疑問を，研究課題とすることが大切だと考えます。私が鹿児島，宮崎に多い成人Ｔ細胞白血病/リンパ腫（ATLL）を研究する契機となったのは，２代目瀬戸山充教授のすすめがありました。ATLLは発症すると約半数に皮膚浸潤が生じるため，皮膚科医がまず診断する機会が多いこと，また皮膚浸潤をともなうATLLは予後不良因子のひとつであり，皮膚浸潤組織から遺伝子変異を特定することで，将来，抗体療法に結びつく可能性があります。ATLLと皮膚浸潤の関連の研究を続けながら，大学の基礎の先生方と連携し，皮膚科からそして宮崎から研究成果を世界へ発信したいと考えています。

３．教育

私は宮崎医大(現,宮大医学部)出身なので，母校の事をよく分かっているものの一人だと思います。教育面では宮大の卒業生が３割しか残らない現状を踏まえ，より魅力的な母校にしていきたいと考えます。宮大では2010年から地域医療講座が，2012年から救命救急センターが開講いたしました。救急やプライマリーケアを学べる総合診療は学生の人気科目

のひとつです。視診，触診などの診察手技はプライマリーケアの基本であり，皮膚科はこれら診断能力を磨く事のできる科です。また救急外傷特に熱傷は皮膚科が関与するところが大きいです。母校に残る卒業生を増やすと同時に，皮膚科ローテーション研修医を増加させ，再来年度には新専門医制度が導入されますが，宮崎で活躍する皮膚科専門医を育成したいと考えています。

４．診療

大学病院は，宮崎県の“最後の砦”としての性格を持っています。皮膚科も例外ではなく宮崎全県から熱傷，皮膚癌，重症薬疹など重症患者さんが紹介されてきます。可能な限り最先端の医療を駆使し，治療することが大学病院の使命と考えます。1977年の開講以来，宮崎県では初代，井上勝平教授が築かれた一般開業医，県立病院など基幹病院と大学病院との連携がうまく機能しています。これは地域医療を担う上で重要であり，今後もこの病診連携を継続，維持し，更に発展させていきたいと考えています。

５．終わりに

最後になりますが，宮崎県内科医会の諸先生方には，このようなご挨拶の機会を与えていただきましたことをあらためて感謝申し上げます。皮膚科医として地域医療を担いながら，これまでの様に研究，教育，診療を通して少しでも皆様に貢献できればと考えています。先にかかげた目標を達成するためには，内科医会の諸先生方のご協力なくしては成り立ちません。なにとぞご指導，ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。

特　集

医療事故調査制度について

宮崎県医療事故調査支援委員会委員長
国立病院機構宮崎東病院
比　嘉　利　信

【はじめに】

2015年10月１日より，医療介護総合確保推進法による医療法改正に基づき，医療事故調査制度が施行されました。予期せぬ事故に遭遇した場合，医療事故調査･支援センター（センター）に報告し，支援団体の支援を受けて院内調査を開始，事故報告書を作成の上，調査結果を医療機関および遺族に説明する流れです。本制度の目的は，医療事故の再発防止により医療の安全を確保することです。支援団体としては都道府県医師会，大学病院，各分野医学会等が指定を受けています。宮崎県医師会では濱田副会長を中心に準備が進められ，県医療事故調査支援委員会が設置されました。2015年12月までの３ヵ月間で県内の報告事例はまだありませんが，本制度の仕組みや課題について紹介したいと思います。

【医療事故調査制度創設の経緯】

1999年の横浜市大病院の患者取り違え事件，都立広尾病院の消毒液注入事故を契機として，医療に対する国民の信頼が揺らぎ大きな社会問題に発展しました。これ以降，医療事故に係わる民事訴訟や警察届出件数が急増する結果になりました。一方，医療界，患者支援団体，法曹界それぞれの立場から第三者機関による中立的な事故調査制度を求める声が大きくなり，2005年「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」が開始されました。そのような中で2006年の福島県立医大大野病院事件における妊婦の出血死に対する医師の逮捕起訴は大きな衝撃を与えました。

医療事故に対する警察の介入は医療現場に混乱を招く結果となり，厚生労働省は2007年に「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等のあり方に関する検討会」を設置し，2008年に「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」を公表しましたが，第三者機関から警察への通報が可能とされた点が問題となり政権交代期と重なって棚上げとなりました。

2011年「医療の質の向上に資する無過失補償制度に関する検討会」や2012年「医療事故の原因究明と再発防止を主たる目的とした検討会」が設置され，2013年「医療事故に係る調査の仕組み等の在り方について」が公表されました。2014年６月「医療介護総合確保推進法案」の成立により医療事故調査制度を含む医療法が改正され，2015年10月から本制度の運用開始の運びとなりました。

【福岡県医師会方式と
国立病院機構九州ブロックの取り組み】

本制度には福岡県医師会方式もモデルとなりました。そもそも福岡県医師会方式（福岡方式）は国立病院機構九州ブロックにおける「拡大医療安全管理委員会（拡大委）」がベースとなりました。2004年から始められた拡大委では当該病院関係者だけでなく，院外の専門委員や弁護士なども含めた委員が，徹底的に厳正な審議を行い，医療過誤の有無や再発防止策を検討し，示談や裁判への対応を判断します。委員長は院外委員が務め，初期対応は当該施設で行われます。

一方，福岡県医師会は2007年から厚労省のモデル事業に参加，2012年からの福岡方式では初期対応から委員会開催まで県医師会が主導し，全例に報告書が作成されました。拡大委が遺族の疑問や苦情に関する問題点が中心になりがちだったのに対し，福岡方式では病態の究明や診察の妥当性に関する問題点が抽出されました。とくに初期対応の重要性が指摘され，事故調査委員会開催までの日数が大幅に短縮されました。

【医療事故の定義】

医療事故は「医療従事者が医療に起因し，または起因すると疑われる死亡または死産であって，当該医療機関の管理者がその死亡または死産を予期しなかったもの」と定義されています。すなわち，「医療に起因し，かつ管理者が予期しなかったもの」が対象となります。

「医療に起因する」とは診察，検査，治療など一般の診療行為全般の他に，転倒･転落，誤嚥，隔離，身体拘束・抑制など療養に関するものも全て含まれます。当然のことですが，火災，地震等の天災や自殺等は該当しません。

「管理者が予期しなかったもの」とは，以下の３点では該当しません。①事前に説明していた場合，②診療録等へ記録をしていた場合，③当該従事者等が死亡を予期していたことを管理者が事情聴取等から判断した場合です。①と②は，「高齢であるため」とか「死産は一定の確率で起こる」などの一般的説明で無く，あくまでも個別の病状や臨床経過に基づいて言及しなければなりません。定型的な手術同意書のみでも認められません。③は救急時に説明や記録する時間が無い場合が想定されています。

いずれにしても管理者が事故か否かを判断する場合には，センターの助言や相談を求めるケースが多いと予想されます。重要な点は，事故の報告は医療機関が自ら行うこととなっており，遺族がセンターに報告できる仕組みではありません。

【医療事故調査の流れについて】

対象となる医療事故が発生した場合の法令・通知による調査の流れ（図１）を示します。死亡事故発生後，①事故の遺族への説明→②センターへの報告→③事故調査の実施→④調査結果の遺族への説明→⑤調査結果のセンターへの報告の順に行います。

初期対応は基本的に医療機関が行いますが，事故判断など当初からセンター又は県医師会等の支援団体への必要な支援を求めることができます。初動調査から調査報告書作成までの過程は，医療機関が支援団体の協力を得て行うことになります。また医療機関や遺族からセンターへ調査依頼のあった場合は，

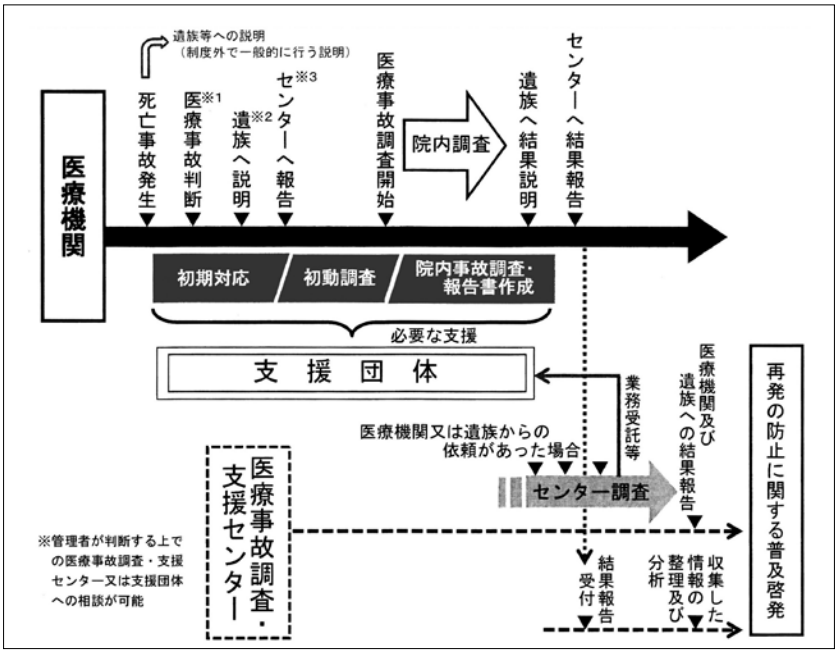


図１．医療事故調査の流れについて．

院内調査の終了前でもセンターが調査を行い，調査結果は医療機関と遺族に報告を行います。センターの役割は，医療機関が行った報告に係る整理・分析を行い，事故再発防止に関する普及啓発を行うことです。

【宮崎県医師会医療事故調査支援体系図】

医療事故調査の流れに基づき，県医師会で作成された体系図（図２）を示します。医療機関は事故発生後，初期対応として判断も含め県医師会へ第一報を入れ，遺族への説明，センターへの報告を行います。初動調査では，宮崎県医師会医療事故調査支援委員会（県支援委員会）から初動支援チーム（１～２名）が派遣され，情報収集，情報整理，論点整理などに係る支援を行います。院内事故調査委員会（院内調査委員会）には，協力専門委員を含む院内事故調査支援チーム（１～４名）が派遣され審議に加わり，情報の分析と報告書を作成します。調査結果は遺族へ説明後，センターへ報告を行います。

なお県支援委員会では，県内の地理的状況や医療機関の分布も踏まえ，県央・県南，県北，県西の３地域に分け初動支援チームを構成しています。また県内科医会の先生方も多数，協力専門委員に登録して頂き，専門分野からの学術的な協力を期待しています。

【事故発生時の遺族への説明，センターへの報告】

遺族に対して予期せぬ事故であった旨を報告し，①医療事故の概況，②本制度の概要，③調査の実施計画，④解剖または死亡時画像診断（Autopsy imaging：Ai）の同意取得，⑤血液等の保存等の説明を行います。とくに解剖またはAiについては，死亡の原因解明

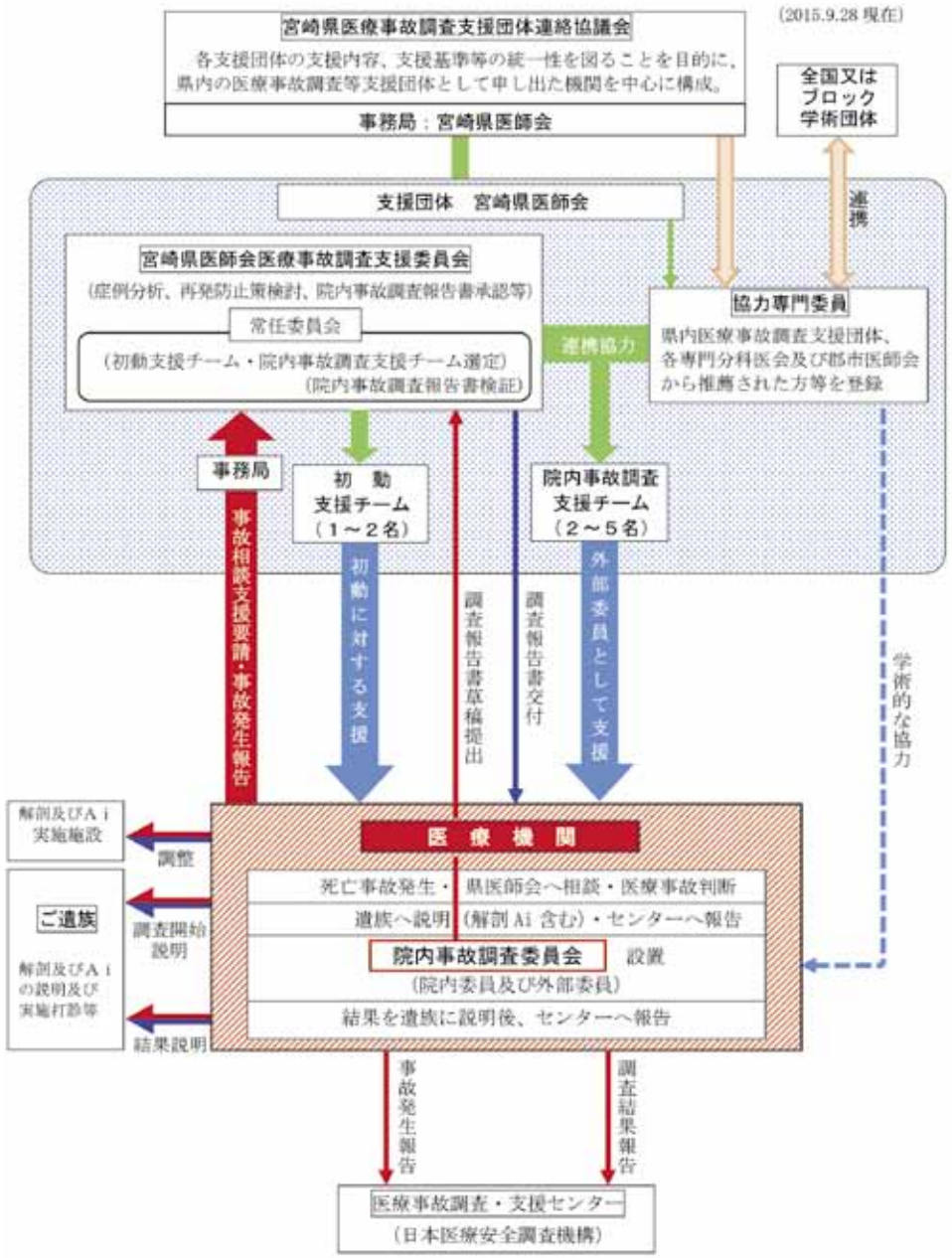


図２．宮崎県医師会医療事故調査支援体系図.

に寄与できる可能性や情報についての有用性を伝え，できるだけ協力を求めるよう努めます。但し，調査の結果，必ずしも原因が完全に特定できるとは限らず，調査の目的が再発防止にあることを明確に伝える必要があります。

またセンターへの報告は書面あるいはWeb上のシステムを用いて行います。報告

事項は，事故発生の日時・場所・状況，医療機関名，管理者，患者情報，事故調査の実施計画と予定などホームページからダウンロードした所定の様式に記載します。

【医療事故調査の具体的な方法】

原因を明らかにするために情報の収集と整理を行います。具体的方法としては，①診療録等の記録の確認，②当該医療従事者等からの聞き取り，③遺族を含む関係者からの聞き取り，④医薬品，医療機器，設備等の確認，⑤解剖またはAiの実施，⑥血液・尿等の検体の分析・保存について必要な範囲で行うことが省令に規定されています。調査結果は３ヵ月を目途に取りまとめを行います。

診療所や助産所等の小規模医療機関においても，院内調査委員会の設置が求められます。しかしながら，事故発生の混乱においてはマンパワー的にも余裕が無いことが予想されます。そこで，県支援委員会等の支援を求めることができます。専従の医療安全係長が配置されているような大病院においても外部委員が調査に加わることで公平性や中立性が保たれます。また診療所で事故が発生し搬送先の大病院で死亡した事例においては，両者が連携して情報を共有し，原則として紹介元の医療機関に院内調査委員会を設置することになります。

【調査結果の遺族への説明，センターへの報告】

調査結果はセンターに報告する内容について，遺族に口答や文書で説明を行うことになっています。当然，口頭では診療録への記載と文書では手渡し資料の保存が必要です。また現場医療関係者等の氏名は匿名化します。

【医療事故調査制度の現況】

2015年10月～12月の本県での報告相談件数は０件です。センターによる全国集計では，事故報告件数は10月 19件，11月 26件，12月 36件，累計81件でした。まず病院・診療所別では病院70件（86％），診療所11件（14％）



図３．診療科別内訳（2015年10月～12月：81件）．



図４．地域別内訳（2015年10月～12月：81件）．



図５．相談内容の内訳（2015年10月～12月：675件）．

でした。診療科別内訳（図３）では，外科14件，内科13件が多く，次いで産婦人科８件でした。地域別内訳（図４）では，関東信越33件（41％），近畿17件（21％），東海北陸10件（12％），九州９件（11％）の順でした。また相談件数は597件（複数計上675件）で相談内容の内訳(図５)は「医療事故報告の判断」,「医療事故報告の手続き」,「院内調査」,「センター調査」がそれぞれ154件(23％),157件(24％),157件（23％），31件（５％）でした。

【医療事故調査制度の見直しと課題】

医療事故調査の実施状況などを勘案し，2016年６月までに見直しを検討することが定められています。内容は①医師法第21条，②センターへの報告の在り方,③医療事故調査,センターの在り方等についての３点です。

とくに医師法第21条は最も関心の高いところです。条文では「医師は,死体又は妊娠４ヵ月以上の死産児を検案して異常があると認めたときは24時間以内に所轄警察署に届けなければならない。」とあり，違反した場合は，業務上過失致死傷罪が適用されます。故意あるいは明らかに犯罪性を認めた場合は別として，罰則規定が医療現場を萎縮させている傾向は否めません。広尾事件判決例や行政解釈例も含めて混乱していることもあり，日本医師会では条文の改正案が検討されているところです。それまで第21条は生きているとご理解ください。

医療機関の管理者が事故ではないと判断しても，遺族側から直接警察へ報告される場合なども想定されます。したがって疑わしい事例は，予めセンターに相談しておくことが無難です。本制度が責任追及の材料として利用されるならば本末転倒です。一方で紛争解決や遺族の補償は重要であり，無過失補償制度の導入なども検討すべきかもしれません。

厚生労働省では「診療行為に係わるすべての死亡事故件数」は年間1,300～2,000件と想定していましたので，報告件数が少ないのではないかという一部報道がありますが，本制度では，「医療起因性があり，かつ管理者が予期しなかったもの」のみを対象としており，一律に議論できません。しかしながら，センターでは得られた多くの情報から事故の共通点を探り，再発防止策を知らせる役割がありますので，報告件数の確保や調査の質の確保を図り，再発防止活動の実績を上げることが今後の課題と云えるでしょう。また調査や支援団体の経費や財源についても議論されてくると思います。

【終わりに】

長期間にわたる紆余曲折の過程を経て，事故原因の究明と再発防止を目的とした本制度がようやくスタートしました。第三者機関の支援による公平で中立的な真相究明は，医療者側にとっても患者側にとっても大いに歓迎すべきことでしょう。医療者が安心して働ける環境をつくるためには，制度上の枠組みも必要ですが，私たち自らもリスクマネジメントに対して，正面から向き合い，積極的に取り組む姿勢が求められます。まさしく医療提供者と患者・国民の信頼関係が構築され，医療安全の文化を皆で育みたいものです。

県医師会，県内科医会はじめ各支援団体のご協力を宜しくお願い申し上げます。

特　集

新内科専門医制度

宮崎大学医学部第３内科
塩　見　一　剛

１．はじめに

2017年４月から新専門医制度がはじまる。内科学会もこの新制度に対して，昨年12月15日に日本専門医機構が承認したモデルプログラムを発表し，各基幹施設が新内科専門医制度のプログラム作成と申請を行っていく作業の真最中である。新内科専門医制度について，今後内科を担当している先生方の理解と協力が大変重要になってくるため，日本専門医機構，新内科専門医制度（subspecialty部門），宮崎大学の研修プログラムについて順をおって述べさせていただく。

２．新専門医制度の発足

日本専門医機構の発足と内科学会の認定制度の歴史についてたどってみる。

専門医制度として最初に発足したのは，1962年日本麻酔指導医制度が最初である。その後1968年に内科学会の認定医・専門医制度が発足した。1980年，20学会の合同会議を開催し認定医制度の在り方を協議し，翌1981年に22学会による学会認定医制協議会が第１回総会を開催した。この協議会は日本医学会加盟学会を会員の条件とし，1986年には総会員数は27学会となった。同年，日本医師会，日本医学会と学会認定医制協議会の三者懇談会が結成された。内科系のsubspecialtyの認定医・専門医制度は，1975年の神経専門医が最初であり，1988年から1989年にはほとんどの内科系subspecialty専門医制度が発足し，1995年に最後のアレルギー専門医が発足した。これらの内科系13学会の専門医制度は研修期間やカリキュラムなどが不統一なもので，学会ごとの認定制であった。2001年に専門認定制協議会へ改称された際に，この協議会において内科関連委員会を組織して協議を重ね，現在の総合内科専門医およびsubspecialty専門医の受験資格を得る二段階制度に対する合意が徐々に形成された。2002年に厚生労働大臣の告示により「専門医の広告開示」が承認された。しかし，開示の条件として，５年以上の研修後取得する専門医以外は広告開示不可能とされたため，認定内科医は３年の研修であったため，広告不可能の資格と位置づけられた。同年には日本専門医認定制機構が設立された。内科学会では2004年までに，内科学会・関連13学会の二階建て制度が完成し，総合研修カリキュラムが作成された。同年には新臨床研修制度も発足している。2005年専門医制度評議委員会により制度整備指針を制定し，翌2006年には日本専門医制審議会を発足し，翌年から17学会（精神科を除く）の専門医制度を認定し，認定証を発行するようになった。その後2008年には社

団法人日本専門医制評価・認定機構として公益法人となった。このように各学会が専門医制度を導入した結果，多種多様な専門医が乱立し，国民にとって分かりにくくなったことや，専門医の認定の統一的基準がないこと，地域医療における様々な課題点が明らかとなり，専門医制度の在り方が議論されるようになった。2011年に発足した厚生労働省の「専門医の在り方検討委員会」で，日本専門医制評価・認定機構は各診療領域における専門医に関する調査研究を委託され，2013年検討結果報告書が発表された。そのなかで委員会から，「中立的な第三者機関による専門医と養成プログラム認定の統一化」，「基本的診療領域subspecialty領域からなる二段階制」，「総合診療医を基本領域に追加」など今後の専門医制度の方向性を最終答申で提示した。これに基づき，新しい機構を作る組織委員会が開催され，日本医師会，日本医学会，全国医学部長院長会議を発足時の社員，18基本領域専門医制度委員会（後に18基本領域学会），四病院団体協議会，日本がん治療認定医機構を設立後社員として，2014年５月に一般社団法人日本専門医機構が発足した。2014年７月には日本専門医機構から専門医制度整備指針第１版が公表され，それに則り，同機構内の評価・認定部門基本領域連携委員会の専門医認定・更新委員会と専門研修プログラム・研修施設評価・認定委員会で基本領域の認定・更新基準と研修プログラム要件の検討が行われている。

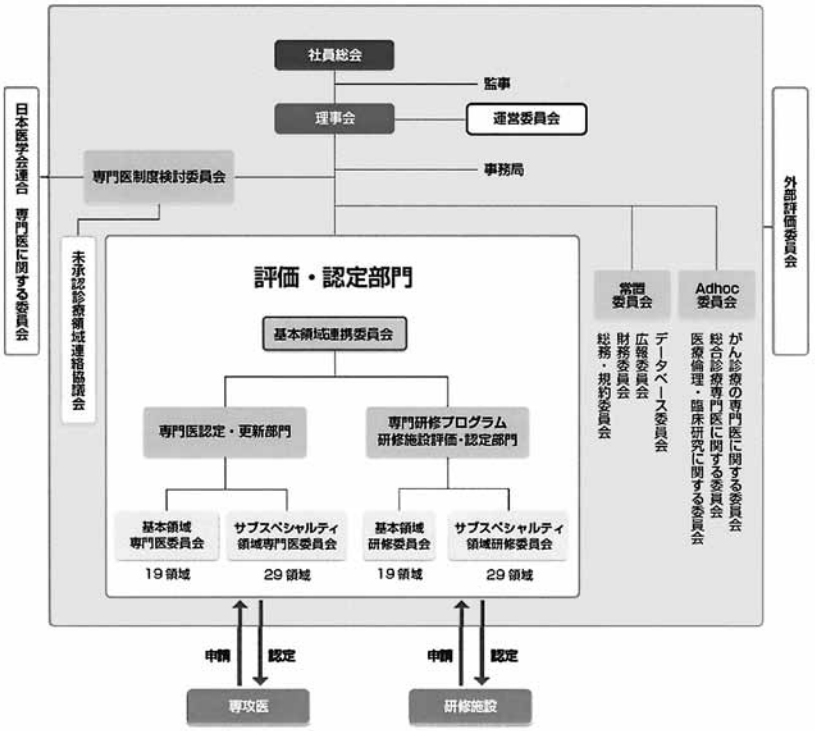
３．新しい専門医の仕組み

新専門医制度における専門医の基本的考え方は，専門医の在り方に関する検討会の報告書では，新たな専門医の仕組みを，国民の視点に立った上で，育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築され，それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち，患者から信頼される標準的な医療を定義できる医師と定義されている。すなわち，国民が十分に納得できる教育を受け，信頼されうる医療技術を身につけた医師であると考えられる。

新専門医制度の基本理念と意義について，研修プログラムを充実させることにより，医師の診療能力が高まることで専門医の質を保証できる。医師が自ら習得した知識・技能・態度について公の認定を受け，それを社会に開示できる。患者が診療を受けるに際し，受診する医師の専門性の判断ができるように国民に広く認知される。医師の役割分担を進めることにより，効率よい医療システムの確立に役立つ。「プロフェッショナル集団としての医師」が誇りと責任を持ち，患者の視点に立ち自律的に運営する制度，とされる。専門医としての質を保証するとともに，国民への開示を可能とし，受診の際に明確な専門性が判断できるようにすることで診療の効率を高めることが可能になるとする内容である。

日本専門医機構の組織図を（表１）に示す。新専門医制度では，専門医を目指す医師を専攻医とし，専門医としての申請・認定を直接専門医機構から受けることになる。具体的には専門医機構へ直接症例数や病歴要約を登録し，評価を受けて認定されるシステムである。また研修施設も直接機構へ登録申請を行い，評価認定と継続の有無についても定期的な評価を受けることになる。具体的な内容については次回の新内科専門医制度で説明する。

表１.



専門医制度改革の骨子として以下の項目が提示されている。専門医の医師像を国民に分かりやすく明確にする。（患者の視点に立ち，信頼される医師の質を保証する。専門医制度は二段階制とする）。学会認定専門医から機構認定専門医へ，すなわち個別学会単位ではなく，診療領域単位の専門医制度とする。2015年春の卒業生から，社会から認められる資格を目指し，診療に従事しようとする医師は，19基本診療領域のいずれかの専門医資格を取得する。共通で標準化され，機構が認定した研修プログラムにより研修施設群の中で所定期間の修練を必須とする。試験だけでなく診療実績が重視され認定・更新される。総合診療専門医を基本領域に位置づける。

この中で，専門研修プログラム制とは，各診療領域の専門研修プログラムのもとで，目標を計画的に達成する為に，専門研修基幹施設が中核となり複数の専門研修連携施設とともに専門研修施設群を形成する。専門研修施設群は，専門研修プログラムを作成し，それに基づいて専攻医の専門医師資格取得までの全過程を人的及び物的に支援する仕組みが専門研修プログラムである，と定義されている。

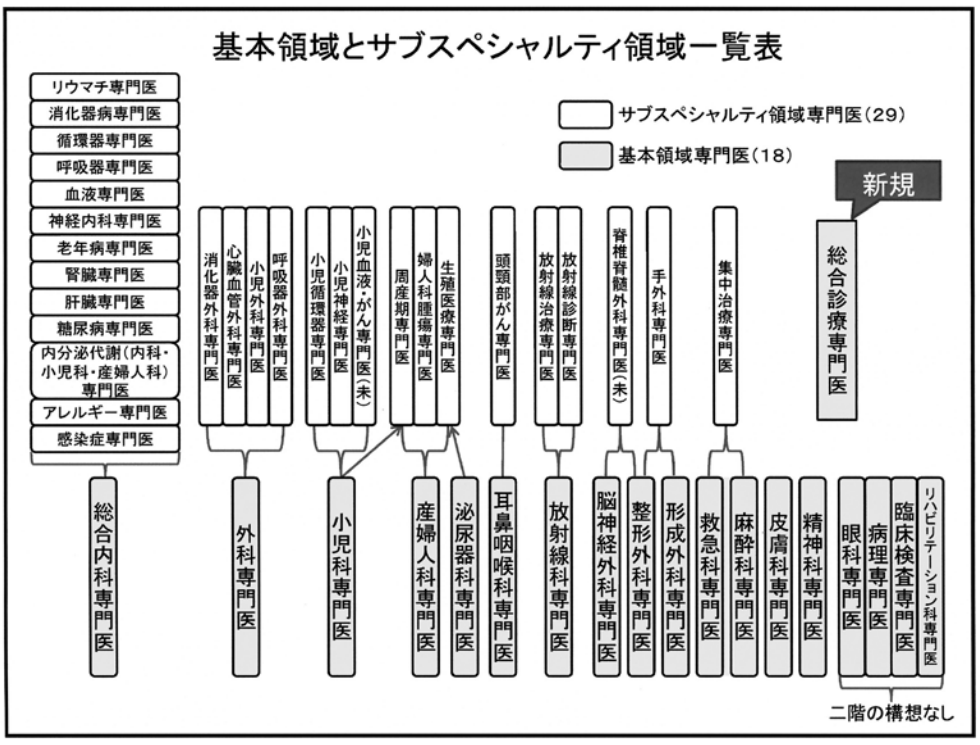
今回の研修プログラム制度に関して特記すべき点として，「地域医療との調和」と「リサーチマインド涵養」が明記されている。専門医の在り方に関する検討会では，新たな専門医制度の実施に際して地域医療にも十分に配慮が必要であると強調されており，今以上に地域偏在が起きないように新専門医制度と地域医療に十分配慮した制度設計との両立が

求められている。このことが反映されている一つが専門研修施設群の構成である。研修内容として地域医療も含まれており，内科領域では地域における研修を１年以上とし，経験症例は診療所での外来診療も登録可能としている。もうひとつのリサーチマインド涵養については，臨床重視の専門医制度の中で求められているため，プログラムに反映することが難しく感じられるものである。理由としては，近年の医学研究者の減少，学位軽視の風潮，科学的な根拠のある医療の獲得などが挙げられている。このため，基本領域専門医制度では，臨床研究への参加，臨床研究・治療法などの発表と評価，講習などへの参加なども求められている。

４．総合診療専門医について

今回の専門医制度であらたに基本領域に加わる総合診療専門医について述べる（表２）。専門医機構の提唱する総合診療専門医の医師像として，日常遭遇する疾患や傷害の治療・予防，保健・福祉など幅広い問題について適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供でき，地域のニーズに対応できる「地域を診る医師」と示されている。補足説明では，従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し，「扱う問題の広さと多様性」が特徴とし，他の領域別専門医や他職種と連携して，地域の医療，介護，保健等の様々な分野においてリーダーシップを発揮しつつ，多様な医療サービス（在宅医療，緩和ケア，高齢者ケア等）を包括的柔軟に提供する。地

表２．



域のおける予防医療・健康増進活動等を行うことにより，地域全体の健康向上に貢献する重要な役割を担う，と示されている。このように総合診療専門医とは，地域医療に重点を置き，診療にとどまらず介護や福祉とともに保健衛生的な役割を担う専門医であると解釈される。

５．最後に

専門医制度整備指針が2014年７月に公表されて以降基本診療領域を担当する各学会との協議が重ねられてきたが，新制度設計にかなりの時間を要している。内科学会は新専門医制度のモデルプログラムの公表を当初2015年８月としていたが，かなりずれこみ12月15日に公表された。申請書式については12月25日に提示された。専門医機構の申請受付開始が当初2016年２月予定となっており，申請書やプログラム作成に関してかなり時間的に厳しい状況であった。専門医制度において，subspescialty領域専門医の認定要件はまだ確定しておらず更新条件についても現在協議中である。今後の日本専門医機構と各学会との協議により早期に問題が解決され提示されることを希望する。各分野の先生方には，今回の制度の御理解と研修プログラムの充実に今後も御協力をお願いしたい。

参 考 資 料

１）日本専門医機構；新たな専門医の仕組みに関する地域説明会資料（平成27年９月20日，佐賀大学
２）日本内科学会雑誌104巻６号
３）日本内科学会雑誌104巻12号

［会員投稿論文］

運動負荷時の経皮的動脈血酸素飽和度測定が診断に有用であった肺塞栓症の２症例

日向市　医療法人洋承会今給黎医院
今給黎　　承

はじめに

急性肺血栓塞栓症は我が国において確実に増加傾向にあるといわれているが[1)]（図１），その重症度の割に特異的な症状がなく，特に軽症例においては診断が遅れてしまう原因となっている。肺塞栓症研究会共同作業部会調査の結果[2)]によれば，急性肺血栓塞栓症と確定診断された309例中，51％は院内発症で，49％は院外発症であり，院内発症例のうち69％は術後症例であった。院内発症例は高次機能病院入院中であることが多く，早期の画像診断や凝固系の検査が可能で，早期診断につながり易い。院外発症例は呼吸困難や息切れを主訴にかかりつけ医を受診する機会が多く，身体所見や心電図・胸部レントゲン等で明らかな異常所見がない場合には，診断が遅れる事が多いと思われる。最近，経皮的動脈血酸素飽和度（以下SpO2）を測定するパルスオキシメーターが急速に普及し，低酸素血症の診断が比較的容易になっている。自覚症状が強く，バイタルサインやSpO2に異常があれば躊躇せずに高次医療機関に紹介できるが，症状が軽度で，バイタルサインやSpO2が維持されている場合には躊躇することが多い。その際，慎重に運動負荷を施行し，SpO2の有意な低下があれば，肺疾患や肺循環の異常を疑い，精査を強く勧めることが可能となり，早期診断を得やすくなると考えている。10年以上前に経験し教訓を得た症例と，最近経験した２例を報告する。

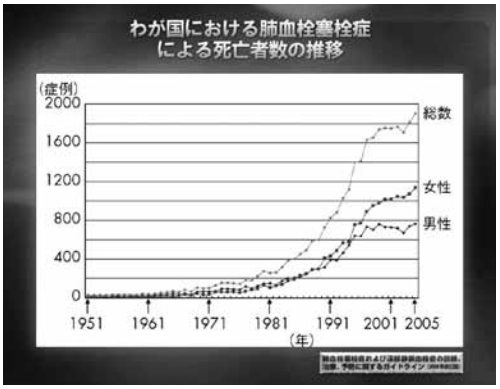


図１．わが国における肺血栓塞栓症による死亡者数の推移.

症例１　63才　女性　主訴：呼吸困難

家族歴：姉　心疾患，兄・姉　気管支喘息

生活歴：喫煙・飲酒なし，既往歴：特になし

現病歴：平成13年６月から，吸気時に呼吸困難あり，軽労作で息切れが出現する為，6/8初診した。

初診時現症及び経過：聴診上左背部に吸気終末に乾性ラ音を認め，SpO2：91％と低く，CX-Pにて肺野に異常なく，気管支喘息と診断した。β2刺激剤吸入にて呼吸困難は改善

し，SpO2：99％と改善した為，テオフィリン製剤を処方し帰宅させた。

6/15 軽労作での呼吸苦を訴え，再診した。再診時現症：血圧：110/60㎜ Hg，脈拍：80/分，SpO2：93％，体温：36.7℃，身長：153㎝，体重：70kg，貧血・黄疸：なし，頸静脈怒張：なし，心音：正常，呼吸音：正常，左下腿静脈瘤あり

再診時12誘導心電図：洞調律，76/分，正常軸，V1 ～３：R波増高不良（図２）

初診時胸部レントゲン：CTR46％，肺野は異常なし（図３）

再診時経胸壁心エコー図：右心系の軽度拡大，左室壁運動は正常

初診時血液検査所見：WBC：8200/μl，RBC：432万/μl，Hb：13.1g/dl，Plt.：24.7万/μl，総蛋白：7.2g/dl（Alb. 57%，α1-glob. 3%，α2-glob. 10%，β-glob. 10%，γ-glob. 20%），AST：24 IU/L，ALT：16 IU/L，LDH：570 IU/L，γGTP：15 IU/L. BUN ：16.8㎎/dl，Cre：0.7㎎/dl，Na：143mEq/L，K：4.0mEq/L，CL ：106mEq/L，総chol：179㎎/dl，CRP：0.8㎎/dl，IgE-RIST：269IU/ml

再診時肺機能検査：%VC：89%，FEV1% G：87%

マスターダブル負荷EKG：24/32で呼吸苦あり中止。SpO2：93→73%　ST-T変化なし。

以上から肺塞栓症を疑い高次医療機関に肺血流シンチを依頼したところ，左S1＋２，S3に還流欠損を認めた。（図４）その後肺血栓塞栓症の診断に至り抗凝固療法開始し，症状改善した。

症例２　63才　女性　主訴：息切れ

家族歴：特になし　生活歴：飲酒・喫煙なし

既往歴：平成11年腰部脊柱管狭窄症手術

平成14年胃GISTで腹腔鏡下胃部分切除

平成21年腹膜播種判明しイマチニブ開始

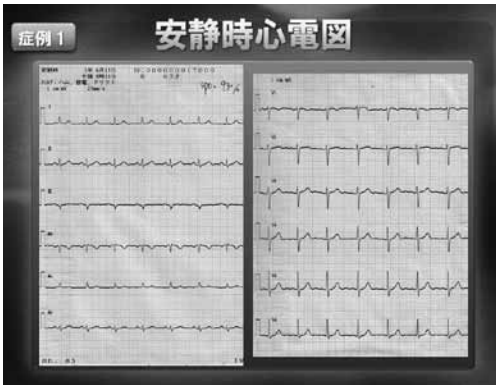


図２．症例１：安静時心電図.



図３．症例１：胸部X-P.

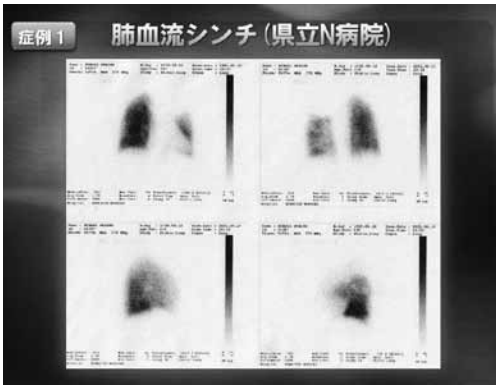


図４．症例１：肺血流シンチ（県立Ｎ病院）.

になり，腹膜腫瘍切除＋肝部分切除受ける。

現病歴：平成26年10月上旬から労作時に息切れあり，入浴で苦しくなり11月５日初診。

来院時現症：血圧：140/90㎜Hg，脈拍：81/分　SpO2：96％，体温：36.3℃，身長：147㎝，体重：62kg，貧血・黄疸：なし，頸静脈怒張：なし，心音：正常，呼吸音：正常，下腿浮腫：なし

来院時12誘導心電図：洞調律75/分，正常軸，V1，２：Ｒ波増高不良（図５）

来院時胸部レントゲン：CTR49％，肺うっ血なし（図６）

経胸壁心エコー図：両心系拡大なし，左室壁運動は正常，Tr：軽度，PFV：1.9m/s，推定右室収縮期圧：25㎜Hg（図７）

肺機能検査：％VC：105％，FEV1％G：77.2％

160m歩行負荷試験：自覚症状なし，脈拍数：75/分→86/分，SpO2：95％→88％→96％，EKG：ST-T変化なし

血液検査所見：WBC 3600/μl，RBC 357万/μl，Hb：11.3g/dl，Plt.：14.6万/μl，総蛋白：6.3g/dl（Alb. 70%，α1-glob. 3%　α2-glob. 7%　β-glob. 8%　γ-glob. 12%）

総Bil.：0.6㎎/dl，AST：17U/L，ALT：10U/L　LDH：259U/L，CPK：166U/L，ALP

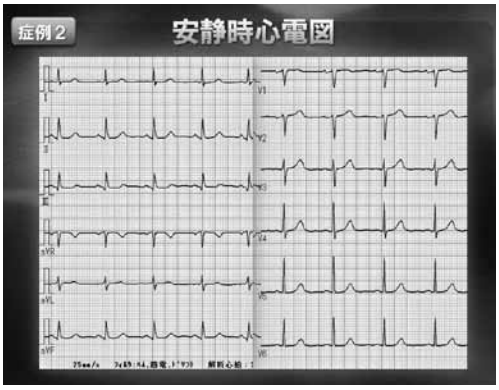


図５．症例２：安静時心電図.



図７．症例２：心エコー図：心尖部四腔断面.



図６．症例２：胸部X-P.



図８．症例２：造影CT（MPR冠状断像①）.

: 171U/L γGTP : 9U/L, BUN : 8.3mg/dl, Cre0.7mg/dl Na : 143mEq/L, K : 3.7mEq/L, CL : 106mEq/L Ca : 9.6mg/dl, 総chol : 179mg/dl, HDL : 69.8/dl, TG 52mg/dl, CRP : 0.1mg/dl, BNP : 10.5pg/ml, PT-INR : 0.87, D-dimer : 2.51 μg/ml

胸腹部及び下肢造影CT：左右肺動脈分枝に陰影欠損あり，下大静脈や下肢静脈には陰影欠損なし。（図８）（図９）

以上から肺血栓塞栓症と診断し，入院の上抗凝固療法開始し，症状改善した。

考　　察

労作時の息切れや呼吸苦を主訴に医療機関を受診する患者は多い。身体所見や胸部レントゲン，心電図，血液検査等で明らかな異常がない場合には労作時の低酸素血症の有無を確認する事が診断において重要となる。その際パルスオキシメーターを利用しているが，高度貧血や末梢循環障害がある場合には慎重な判断が必要とされている。急性肺血栓塞栓症の自覚症状としては，図10に示すように呼吸困難が多いが[3]，軽症例や亜急性の症例では労作時のみの場合もありうる。又，重症冠動脈疾患でも胸痛を訴えず，労作時の呼吸困難を主訴とする場合もあり，その際運動負荷心電図検査が有用となる。冠動脈病変の非侵襲的診断法のガイドライン[4]に示されている運動負荷試験の禁忌（図11）には急性肺塞栓は挙げられているが，バイタルサインが安定し，諸検査にて明らかな右室負荷の所見や深部静脈血栓症を強く疑う所見がない症例についてはパルスオキシメーターを併用した運動負荷心電図検査は比較的安全で有用性は高いと考えている。尚，当院では労作時の呼吸困難を訴える症例に，10年以上この検査法を施行しているが重大な事故は経験していない。



図10．急性肺血栓塞栓症の自覚症状.



図９．症例２：造影CT（MPR冠状断像②）.

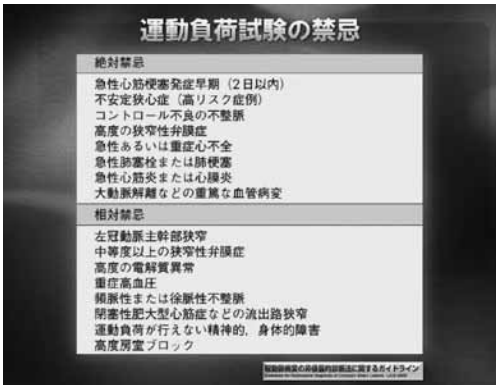


図11．運動負荷試験の禁忌.

結　　語

労作時の呼吸困難症例に対するパルスオキシメーターを併用した運動負荷心電図検査は有用性が高いと思われる。

参考文献

１）３）肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断，治療，予防に関するガイドライン（2009年改訂版）日本循環器学会

２）Nakamura M, Fujioka H, Yamada N, et al. Clinical characteristics of acute pulmonary thromboembolism in Japan : result of a multicenter registry in the Japanese Society of Pulmonary Embolism Research. Clin Cardiol 2001 ; 24 : 132-138

４）冠動脈病変の非侵襲的診断法に関するガイドライン（2008）日本循環器学会

［Postgraduate Education］

心電図レクチャー（第７回，最終回）

宮崎市　JCHO　宮崎江南病院
松　尾　剛　志

『元来，私は飽きっぽい性格である。（平成25年，第83号）』これは，この心電図レクチャーにおいて，初回一行目の文章である。それから約３年間，計６回の心電図レクチャーも，今回で予定通り最終回となる。今まで読んでいただいた先生方には感謝を申し上げたい。毎回，わかりやすいように工夫したつもりではあるが，如何だっただろうか？少しは苦手意識が減っていてくれれば幸いである。

最終回は，今までの復習に充てたい。３年前のことは，そろそろ記憶が薄くなった方もおられるかもしれない。そのため，これまでの復習を行い，まとめにしたいと思う。その前に，練習問題を作成したので，復習がてら，まず診断名をつけてから，次へ進んでほしい。（解答は最後に示す）

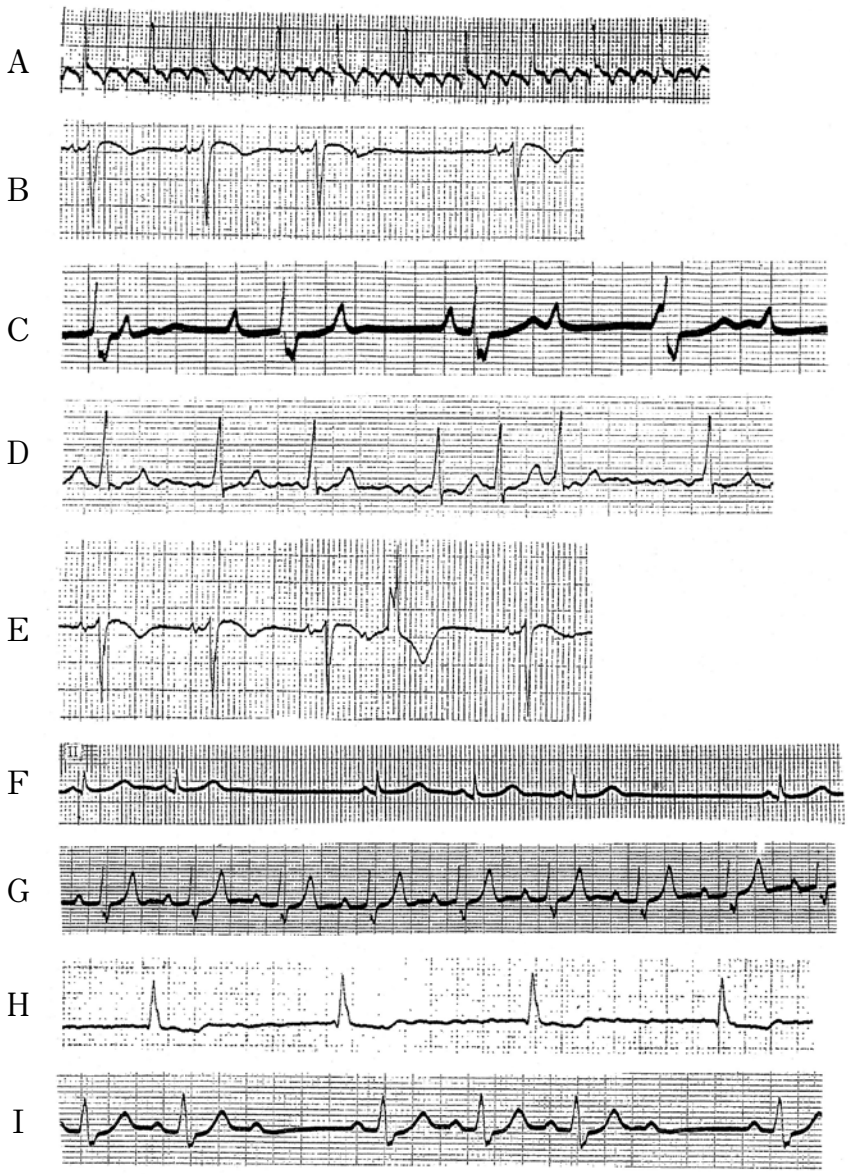
第１回の復習（第83号）

第１回は，何が，心電図の習得を困難にしているかという総論的な話をした。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。また，学習前の気持ちの問題（間違ったらと言う恐怖感など）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。そのため，この心電図への苦手意識を少しでも払拭することが，教える側として大切なことである。その苦手意識を少しでも少なくするような教え方の例を，第１回（第83号）に書かせてもらった。

第２回の復習（第84号）

第２回は，正常モニター心電図および房室ブロックを説明した。この回は，心電図を“読めること”よりも，“書けること”“説明できること”を中心に話をした。正常モニター心電図のポイントは，PQ間隔，Ｐ波の幅，QRS波の幅，Ｑ波・Ｒ波・Ｓ波の定義であった。また，V1誘導の正常QRS波形はrS波であること，心拍数60/分とはQRS間隔が25㎜であることも大事である。

次に，１度房室ブロックはPQ間隔が５㎜より長くなる場合であり，２度房室ブロックは時にＰ波のあとのQRS波が抜けることであった。３度（完全）房室ブロックのポイントは，①Ｐ間隔は一定，②QRS間隔は一定，③PQ間隔はバラバラ，④QRS間隔のほうがＰ間隔より長いという４つであった。このため，３度（完全）房室ブロックは基本的に徐脈であることは知っておくべきである。



練習問題.

第３回の復習（第85号）

第３回は，心房細動，心房粗動，期外収縮，補充収縮を説明した。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４回の復習（第86号）

第４回は，モニター心電図の読み方について説明した。心電図を読めない人の多くは，小さな波であるＰ波を識別できていない。そのため，心電図を読むための第一段階は，“Ｐ波を探せ！”であることを強調した。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。Ｐ波を探すときのコツは２つある。一つ目は“Ｐ波が規則的に出ていると仮定して探す！”であり，二つ目は“Ｔ波の形が変わったところにＰ波あり！”であった。Ｐ波を識別できたら，次にＰ波とQRS波との関係を見ていけば，第２回，第３回で“書いてきた”“説明してきた”心電図診断名が自ずと出てくるはずである。

第５回の復習（第87回）

第５回は，心電図を覚える方法と12誘導心電図の正常パターンについて説明した。心電図を覚える方法として，似た心電図をペアで覚えるなど，関連するものを繋げて覚える方法を紹介した。Ｐ波の位置が鑑別点となる場合，Ｐ波の有無が鑑別点となる場合，QRS波の位置が鑑別点となる場合など，それぞれペアで覚える。また，PQ間隔でまとめて覚えることもひとつの方法である。PQ間隔が長いものは１度房室ブロックであり，逆に短いものはWPW症候群である。PQ間隔が不規則なものは，３度(完全)房室ブロックであった。

12誘導心電図の正常パターンも話をした。①aVR誘導のQRS波形の下向きを確認後，②V1誘導のrS波を確認して，③目線をV1からV6誘導へ流して，Ｒ波の増高，Ｓ波の減高（減深），移行帯の存在を確認するのである。そして，最後にⅡ誘導にてＰ波とQRS波の関係を確認する。aVR誘導のQRS波形が下向きになっていなかったら，２つの場合を考える。つまり，赤と黄色の肢誘導電極の付け間違いと右胸心であり，その鑑別点は胸部誘導であった。

第６回の復習（第88号）

第６回は，12誘導心電図で診断するもののうち，右脚ブロックと急性心筋梗塞を説明した。V1誘導にてQRS波がrR'波，V6誘導で幅広のＳ波を確認することで右脚ブロックと診断できる。二枝ブロックと診断するポイントは，Ⅰ誘導とaVF誘導のQRS波形の向きであった。

急性心筋梗塞では，ST上昇部位の確認が大切であった。前壁はV1～４誘導，側壁はⅠ・aVL・V5・V6誘導，下壁はⅡ・Ⅲ・aVF誘導である。ここで注意すべき点は，鏡面像（ミラーイメージ，reciprocal change）を確認することである。鏡面像を呈さないST上昇の場合は，急性心（外）膜炎（心内膜炎ではない！）を忘れてはいけない。

下壁心筋梗塞の場合は，特別に２つの合併症の有無を確認することが重要である。一つ目は，房室ブロックの有無の確認（PQ間隔の確認）である。二つ目は，右室梗塞の合併の確認（V1誘導のST上昇の確認）である。

心電図を読む時のコツ

最後に，心電図を読む時の，個人的なコツを述べておく。あくまで，これは個人の意見であるので，こういう意見もあるのかという

軽い気持ちで読んでいただきたい。

⑴　すべてを見ない！

モニター心電図の左から右へ事細かく見たり，12誘導心電図のすべての誘導を確認したりすることはしていない。つまり，心電図のすべては見ていない。もっと言うと，少し心電図を離して，俯瞰するイメージで見ている。そうすることにより，診断名に繋がるポイントが自ずと見えてくる。そのポイントとは，①リズムの不整，②リズムの突然の乱れ（QRS波とQRS波の間隔が急に延びたところ，または急に短くなったところ），③幅が広いQRS波の出現の３点である。これらは，心電図に近づきすぎて，しっかりと見落とさないようにしようとすればするほど，気づかないことがある。これらのポイントを見つけられれば，それが心電図診断の突破口となる。たとえば，①であれば心房細動，②であれば房室ブロックや期外収縮，③であれば心室性期外収縮やAPCの変行伝導などが疑われる。学生や看護師には，『パッと見た時に，リズム不整，または間隔が延びたところ，短くなったところ，太目のQRS波がポイントなので，そこを重点的に見なさい！』といつも言っている。

⑵　正常パターンをルーチンにチェック！

正常と思われるモニター心電図や12誘導心電図のパターンが，私の頭の中にある。これまでにも繰り返したと思うが，正常パターンを身に着けておくことは非常に重要であり，心電図を勉強する時の基本中の基本である。

頭の中にある正常パターンと目の前にある心電図を，自分なりのいつも決まった順番で（ルーチンで）チェックしていくのである。正常パターンと異なるところが“心電図所見”と言われるものであり，その所見を基にして“心電図診断”がつけられるのである。⑴のようにパッと見て，明らかな異常を見つけると，目線がそこに固定して，他の異常を見落とすことがある。そのため，⑴の前や後に，自分なりのルーチンを必ず行うことで見落としを防ぐことが可能である。

心電図に対する私の考え方

心電図は一種のパターン認識である。つまり，心電図は極めて簡単で単純な検査と言える。ある程度のことを覚えてしまえば，それにより応用がきく検査であり，決して難しいものではない。込み入った不整脈の診断は，わからないし怖いと言われる方がいるかもしれない。はっきり言って私も実はよくわからない。それらは不整脈専門の医師に任せればよい。それくらいの割り切りも必要と思う。心電図診断は不整脈診断と思われているかもしれないが，それは単なる一部である。それよりも，心電図は非常に多くの情報を我々に示してくれていることを，是非知ってほしい。心電図を見れば，その人の姿や状態が見えてくる魅力的な検査法だと私は考えている。

性別はさすがに分からないが，やせているか太っているかの体格を想像できることがある。若い人の心電図かなと想像することもある。病状を推測することもできる。たとえば，この人は，心臓が滴状心で肺気腫が疑われるとか，動脈血酸素濃度が低くて本人はきつい状態だということが想像できることもある。また，心房・心室の負荷状態を推測することもできる。さらに，電解質異常も血液検査より先に発見できることもある。なによりも，パッと見て，この心臓は状態が良くないとい

うことを心電図から感じることもある。このように，12誘導心電図から，その患者さんの背景が見えるのである。非常に有用でおもしろい検査であり，魅力的であることを忘れないでほしい。飽きっぽい性格の私が，心電図教育にこれほど関わり続けているのは，やはりこのような心電図の魅力があるからに違いないと思っている。

練習問題（図１）の解答

Ａ：心房粗動，Ｂ：ブロックされたAPC，
Ｃ：３度（完全）房室ブロック，
Ｄ：心房細動，Ｅ：APCの変行伝導，
Ｆ：洞房ブロック，Ｇ：１度房室ブロック，
Ｈ：心房細動＋３度（完全）房室ブロック，
Ｉ：２度房室ブロック

［Postgraduate Education］

医療関連感染（ＨＡＩ）対策（４）
～インフルエンザ，ノロウイルス胃腸炎対策～

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

毎年，冬季になるとインフルエンザやノロウイルス胃腸炎が流行し，国民の健康に対して大きな影響を与えている。病院内ではアウトブレイクが発生することもあり，その発生の予防とまん延の防止が重要な課題となっている。本稿では，冬季に注意を要する感染症であるインフルエンザとノロウイルス胃腸炎に対する当院の感染対策を中心に述べる。

２．インフルエンザ対策

インフルエンザは急激な発熱で発病し，咽頭痛や咳などの呼吸器症状と，筋肉痛や倦怠感などの全身症状を呈する，冬期の呼吸器感染症である。潜伏期は通常１～３日であり，ウイルスの排出期間は症状が出現する前から発症後7日間程度である。もっとも感染性の強い期間は発症初期の３日間である。主な感染経路は飛沫感染（ウイルスを口や鼻から吸い込んで感染）であるが，接触感染（環境を介しウイルスが手に付き，鼻や口を触って粘膜から感染）もありうる[1)]。今年度より，Ａ型が２種類，Ｂ型が２種類の計４種類が含まれたワクチン（いわゆる４価ワクチン）が導入され，より多くの種類のインフルエンザウイルスによる重症化を防ぐことが可能になることが期待される。

１）外来でインフルエンザ疑い患者が来院したら

①待合室や受付などで患者の症状がインフルエンザを強く疑わせる場合，あるいは患者自身からインフルエンザの疑いがあると申し出を受けた場合には，対応者はサージカルマスクを着用する。②患者にもサージカルマスクを着用させたうえで一般患者と離れた場所に待機させ，外来師長に報告する。③対応者は外来主治医に一般外来で診察するか，外来感染症トリアージ室で診察するか相談する。④診察を行う場合，医療者はサージカルマスクを着用し，手洗いと速乾性アルコールによる標準予防を遵守する。⑤自宅に返す場合は，患者に外出自粛，手洗い，咳エチケット等について説明する。この際一般待合等での待ち時間が長くならないように配慮する。⑥診察後，入院が必要と判断したら，次項に準ずる対応を行う。

２）入院中にインフルエンザの患者が発症したら

（１）病室管理

①可能であれば個室管理とする。個室が利用できない場合は，同型のインフルエンザ患者

を同室に集める（コホート管理）。カーテン，クリーンパーティション（汚染除去タイプ）を使用してもよい。②やむを得ず一般患者とインフルエンザ患者を同室にする場合は，インフルエンザ患者には可能な範囲でサージカルマスク着用をお願いし，隣のベッドとの距離を出来るだけ離し（最低でも１m），カーテンで遮断する。③人工呼吸器の使用時など気管内挿管患者については，陰圧のICU個室の使用を考慮する。④隔離期間は，発症した後５日を経過し，かつ，解熱した後２日（幼児の場合は３日）を経過するまでとするが，咳などの症状の程度によっては延長を考慮する。隔離を解除しても標準予防策としての手指衛生，咳エチケットを遵守する。

３）インフルエンザ患者発生時の予防投与

（１）入院患者が発症した場合

①インフルエンザと判明した患者の同室者（あるいは濃厚接触者）への対応

ａ．発症者の発熱２日前から隔離時までの同室患者（あるいは濃厚接触者）をリストアップする。ｂ．基礎疾患を有し重症化の危険性があると判断される患者には，抗インフルエンザ薬の投与を考慮する。

②発症した入院患者に濃厚に接触していた職員への対応

ａ.抗インフルエンザ薬の予防投与についは，一律の予防投与は勧めないが，無防備な状態で診療した場合では投与を考慮する。

（２）職員が発症した場合

①部門責任者と相談し，就業制限を行う。

（原則，発症した後５日を経過し，かつ，解熱した後２日を経過するまで）

②発症職員が無防備に濃厚接触した患者への対応

ａ．発症者の発熱２日前から発症時までの間に接触した患者を，リストアップする。ｂ．基礎疾患を有し重症化の危険性があると判断される場合には，抗インフルエンザ薬の予防投与を考慮する。

③発症した職員と無防備に濃厚接触した職員への対応

ａ.抗インフルエンザ薬の予防投与についは，一律の予防投与は勧めないが，無防備な状態で接触した場合では投与を考慮する。

※職員の同居家族がインフルエンザに罹患した場合など

①最終接触後３日間はインフルエンザ症状の出現など体調管理に十分に注意する。②一律の予防投与は勧めないが，予防投与を希望する場合は自費扱いで処方を受けることは可能である。

３．ノロウイルス胃腸炎対策

国立感染症研究所によると，今シーズンの感染性胃腸炎についてノロウイルスによるものではGII. 17が主流になる見通しとされている[2)]。このウイルスは，これまでの流行の主体であったノロウイルスと比較して，迅速診断検査キットによる検出頻度が低いことから，感染予防対策の遅れにつながる恐れがあることなどが指摘されているため十分な留意が必要である。

１）院内感染では下記のような点が重要である。

（１）感染経路：

・汚染されたトイレや器具の共用，嘔吐物の飛び散ったもの等への接触や乾いたものを吸い込むことなどにより医療従事者にもた

やすく感染する。
・感染した医療従事者や付添者なども２次感染源となりうる。
・感染者は症状がおさまっても２日間程度は特に感染力が強いので隔離や就業制限が必要である。

（２）感染源：牡蠣などの貝類の生食・感染者の便・吐物あるいはそれらが付着したもの
（３）流行期：通常冬から春にかけてである。流行時期の下痢患者の介助，おむつの処理，嘔吐物の処理には充分な注意が必要である。
（４）潜伏期間：通常48時間以内である。
（５）症状：嘔吐，下痢，あるいはその両方。腹痛。高熱は少ない。
（６）治療：補液などの保存的治療を行うことで通常数日で回復する。
（７）予防：アルコールに抵抗力の強いウイルスであるため，知らずに患者や嘔吐物に触れた手は必ず流水と石鹸で洗浄する。流行期は食事の前，トイレの前後などに石鹸で手洗いを充分に行うことが特に重要である。

２）感染源隔離

（１）有症者を個室（トイレ付）に入室させる。トイレ付でない場合はポータブルトイレを設置する。個室が確保できない場合は，有症者を同一部屋に入室させる（コホーティング）。
（２）職員の場合は就業制限をする。

３）隔離解除

胃腸炎症状が完全におさまって，48時間が経過した後に，入院患者は個室隔離を解除，職員は就業可とする。

４．おわりに

冬季に注意を要する感染症であるインフルエンザとノロウイルスの感染対策について述べた。「標準予防策の実施に勝る感染対策はない」と言われるように，日頃からの基本的な感染対策が重要である。

参考文献

１）病院感染対策ガイドライン．国立大学附属病院感染対策協議会：改訂第２版.
２）ノロウイルスGII. 17型の流行とその特徴について－三重県．IASR vol. 36p. 91-92 : 2015年５月号.

［Postgraduate Education］

Ｂ型肝炎ウイルスの再活性化について

１）宮崎大学医学部内科学講座　消化器血流学分野，２）同　肝疾患センター
蓮池　悟[1)]，永田賢治[2)]，下田和哉[1),2)]

はじめに

免疫抑制剤や抗がん剤によるHBVの再活性化が重要な問題として取りざたされるようになり久しい。学会や政府からの通達もあり認識は高まっていると思われるが，新たな分子生物学的製剤も次々に上市されまたその対象となる患者も今後さらなる増加が見込まれるため，改めて最近の知見をまじえてHBV再活性化について述べたい。

１．HBV感染者の経過

HBVは3,200塩基からなる不完全二重鎖DNAウイルスである。一旦ウイルスが肝細胞に感染すると，速やかに細胞内で脱殻し，cccDNAというきわめて安定したDNA形態をとる。これを鋳型としてHBV-DNAが複製される。宿主は，感染時の免疫状態によって主に２つのパターンをとるようになる。

Ａ「既往感染」

健康成人のように免疫機能低下がない方でHBV感染が成立すると，急性肝炎を発症するか不顕性感染となったのち，最終的に臨床的には治癒する。このサインとして血液中のHBs抗原が消失し，HBs抗体が陽性となることは古くから知られていた。HBs抗体はHBVの中和抗体であり，これが陽性化している状態を「既往感染」と呼び長らく体内からHBVが排除されたものと考えられていたが，実は肝内には微量ながらHBVが存在していることが分かってきた。多くの場合血中にはHBVは検出されず肝内にとどまっており「強く免疫に監視されている状態」といえる。血中のHBVマーカの表現型としてはHBs抗原(－)，HBs抗体(＋)and/or HBc抗体(＋)となる。この状態にある頻度は全人口の10－20％にも上る。ただ，後述の「再活性化」さえなければHBVが問題になることは現状ではほぼないと考えてよく（キャリアから移行した例を除く），免疫抑制剤や化学療法を行う場合をのぞいては定期通院の必要もない。

Ｂ．キャリア「持続感染者」

免疫抑制状態や幼小児期にHBVに感染すれば数年～数十年にわたり持続的に血中に存在するキャリアとなる。HBVマーカではHBs抗原(＋)，HBs抗体(－)，HBc抗体(＋)，HBV-DNA(＋)である。キャリアでは１割がその後慢性肝炎に移行し，年率約２％程度で肝硬変・肝細胞癌，肝不全へ進展するが，９割は無症候性キャリアとして安定している。全人口の１－２％程度とされている。HBs抗原は終生(＋)であるものの，まれにその消失からHBs抗体への陽転化に至り既往感染に移行することもある。逆に，無症候性キャリア

からの発癌や，誘因のない再燃・重症化，慢性肝炎への移行などもありその経過はHCVと比較してきわめて複雑である。

２．HBVの再活性化

HBV再活性化の明確な定義はないものの，上述の「既往感染者」もしくは「キャリア」（活動性のない無症候性キャリア）といった比較的臨床的に落ち着いている状態において，HBVの急速な増殖にともなう肝炎をきたすもの，といえる。

発症者の基礎のHBVの状態にもとづき，上述の「既往感染者」からの再活性化（これをde novo肝炎という）と「キャリア」からの再活性化に大きく分類される。

HBV再活性化のリスクは，主としてHBVの感染状態と免疫抑制の程度に規定されると考えられる（図１）。ただ，基礎疾患，免疫抑制，化学療法の内容による再活性化の詳細な頻度は十分明らかとはなっていない。

Ａ．「既往感染者」からの再活性化～「de novo肝炎」

“de novo”とは「新たに」，「再び」を意味するラテン語であり，de novo肝炎とは「既往感染者」におけるHBVの再活性化に伴う肝炎をいう。当科で経験した間質性肺炎における de novoＢ型肝炎の一例を提示する（図２）。その特徴は劇症化率や劇症化した場合の死亡率が一般の急性肝炎例と比較して極めて高いことである。

リツキシマブを含むレジメにて治療をおこなった悪性リンパ腫269例を対象とした，本邦での前向き研究では，既往感染者の実に8.2％に再活性化がみられている。

固形がんにおけるde novo肝炎の頻度は後向き研究では１－3％程度とされる。最近の厚生労働省研究班の前向き研究では，36例中１例にHBV-DNA陽転化がみられた。

リウマチ領域では平成23年度の「免疫抑制薬，抗悪性腫瘍薬によるＢ型肝炎ウイルス再

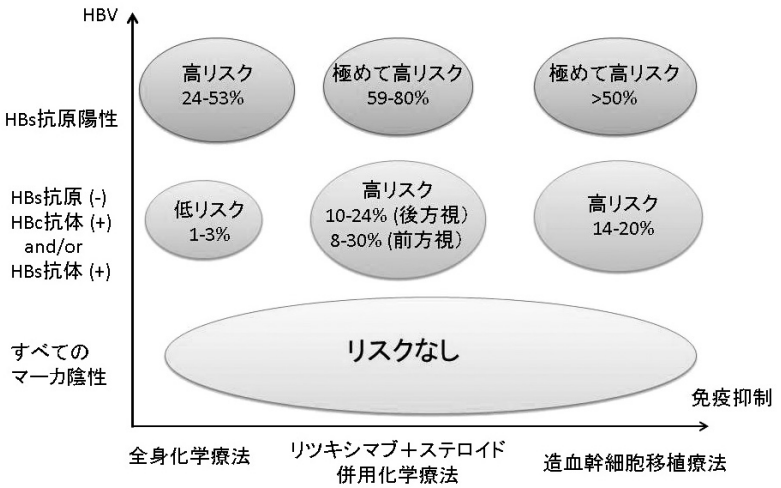


図１．がん化学療法後のHBV再活性化の頻度とリスク．

楠本　茂ら　肝胆膵　71（６）：1141-1148，2015より

活性化の実態解明と対策法の確立」班の報告がある。既往感染116例に対して副腎皮質ステロイド，免疫抑制薬，生物学的製剤を用いたところ９例（7.8％）にHBVの再活性化が認められている。

上記以外の疾患，たとえば炎症性腸疾患での報告もあり，また当科では腎疾患におけるde novo肝炎も経験している。これらの疾患における正確な頻度は現在のところ不明であるが，血液悪性腫瘍などと比較すれば少ないものと推測される。

Ｂ．「キャリア」からの再活性化

HBVキャリアにおける再活性化はde novo肝炎が認知される以前から専門医にはよく知られていた。その頻度は高率（30－40％以上と推測される）であるため（図１），リスクがある場合には原則として核酸アナログの併用投与が必要である。

また，無症候性キャリアのみならず，慢性肝炎や肝硬変例でも再活性化をおこすことがあり、これらではより予後不良である。

３．免疫抑制・化学療法により発症するＢ型肝炎対策ガイドライン

上述のごとく，HBVの再活性化はがん患者の増加や新規免疫抑制剤や分子標的薬の使用により今後さらに重大な問題となりうるため，2009年に「免疫抑制・化学療法により発症するＢ型肝炎対策ガイドライン」が発表された（2011年には一部改訂）。

図３に提示するが，現在日本肝臓学会のホームページの「Ｂ型肝炎治療ガイドライン」（http://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidlines/hepatitis_b）に詳細が掲載されているので，ご確認いただけると幸甚である。概要は，HBs抗原⇒HBs/HBc抗体⇒HBVDNA測定の流れでHBVの状態を確認しつつ，キャリア例では核酸アナログの併用を行うこと，既往感染例ではHBV-DNAを

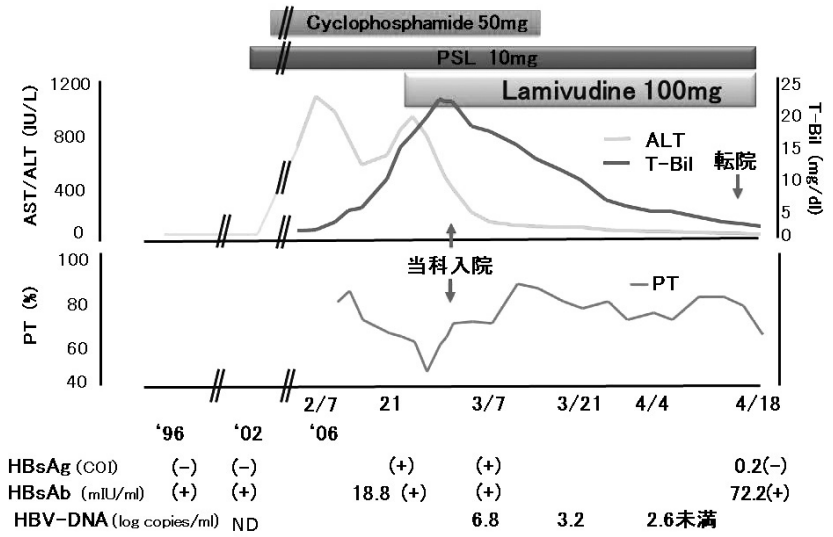


図２．間質性肺炎に合併したde novo肝炎の一自験例　72歳男性.

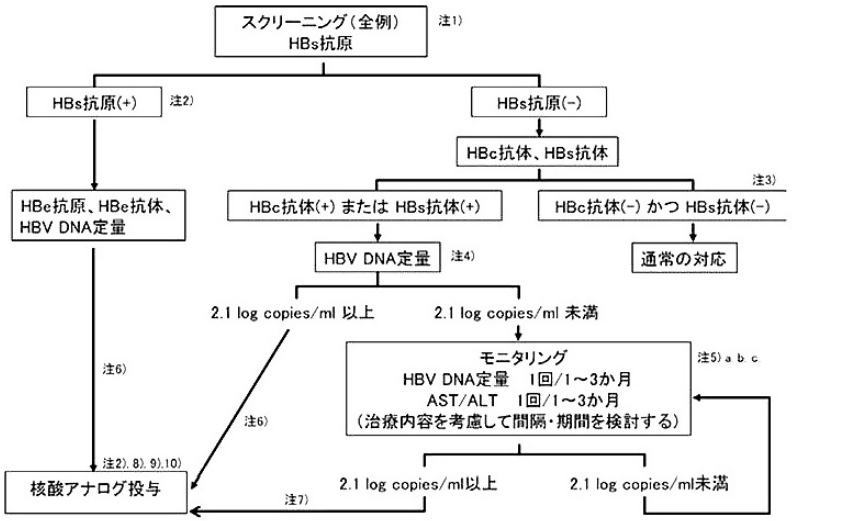
check, followし上昇しているあるいは経過中増加すれば，その後に肝炎を来す可能性が高いため核酸アナログを開始するというものである。

HBVマーカ，特にHBc抗体やHBV-DNAなどは専門医以外にはなじみが薄く，対象となるべき薬物や，その投与量，期間などの適用となる条件についてのエビデンスも少ないため，一般医科の先生方には敷居が高く感じる点もあるかもしれない。

上述の各疾患における再活性化率を検討する前向き試験では，このガイドラインを遵守することにより肝炎の発症・重症化を予防できており，患者を危険にさらさないという点においての有用性は極めて高い。今後は費用対効果などを含めてさらなる検討が必要である。なお，最近アメリカ消化器病学会からもガイドラインが発表された（http://www.gastro.org/guidelines/2014/10/31/hepatitis-b-reactivation）。本邦とは異なりHBV既往感染の率も低く，またジェノタイプの比率も異なるため参考でしかないが，投与されるステロイドの量によってリスクをわけるなど，若干具体的な印象がある。いずれにしても明確なエビデンスがあるわけではないようである。

最　後　に

HBV再活性化を発症してしまうと，肝炎で命を脅かされるのみならず，原疾患の治療においても不利益が生じるため，未然に防ぐことが重要である。病態や疫学的に不明な点も多いが，ガイドラインを遵守することでその予防は十分可能である。



(注釈は省略)

図３．免疫抑制・化学療法により発症するＢ型肝炎対策ガイドライン（抜粋）.

Ｂ型肝炎治療ガイドライン（第２．１版）
日本肝臓学会　肝炎診療ガイドライン作成委員会　編

当院では2013年から肝疾患センターを中心に，全科に協力を頂き再活性化対策を続けている。本ガイドラインに基づいた各マーカ測定遵守率は100％にはいたっていないものの，次第に向上している（図４）。

本稿を参考いただき，先生方の施設でも再度御留意いただければ幸いである。

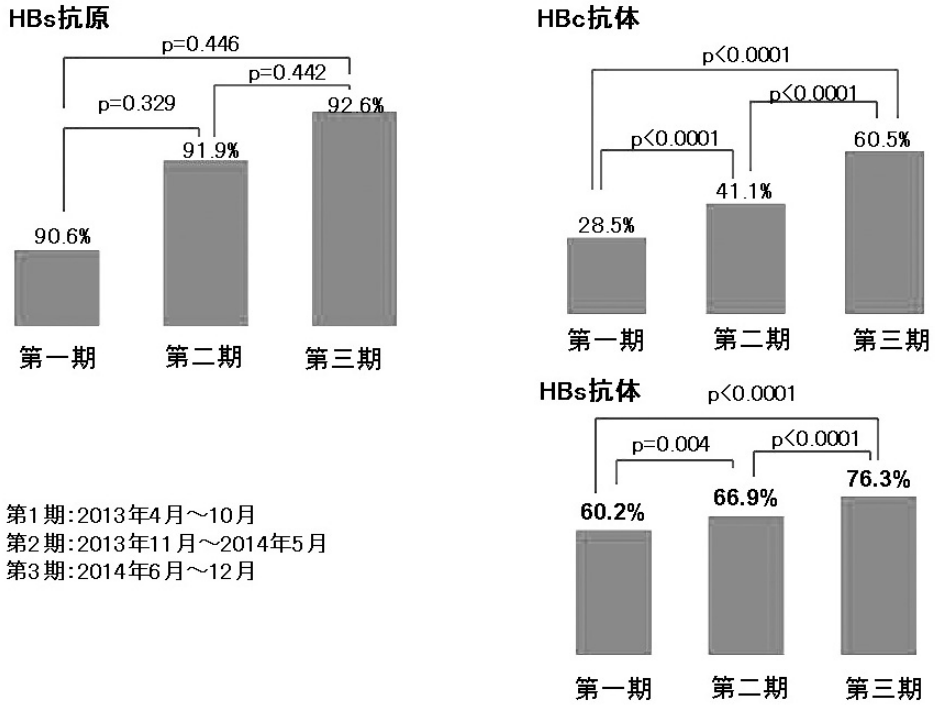


図４．宮崎大学医学部附属病院における免疫抑制・化学療法剤を対象とした症例におけるＢ型肝炎ウイルスマーカの測定率.

［Postgraduate Education］

消化器の診療（１）
潰瘍性大腸炎とクローン病の概念・歴史・疫学

宮崎大学医学部内科学講座
消化器血液学分野
山　本　章二朗

はじめに

狭義の炎症性腸疾患（inflammatory bowel disease：IBD）とよばれる潰瘍性大腸炎（ulcerative colitis：UC）とクローン病（Crohn's disease：CD）は，あわせて20万人程度の罹患数であり，すでに希少疾患の枠は超えている。今後もさらに増加することが考えられ，消化器内科医だけでなく，一般内科医が日常臨床で遭遇する機会が明らかに増えている。いずれも再燃寛解を繰り返す慢性疾患であり，病因はまだ完全に解明されていないが，この15年でIBDを起こす疾患関連遺伝子が200以上同定され，遺伝学的素因，腸内細菌や食餌などの幾つかの環境因子，細胞の修復異常が組み合わさって起きる多因子疾患であることがわかりつつある。しかし現段階では根治させる治療法は確立していないため，再燃時は適切で速やかな寛解導入療法を，寛解期には長期にわたり安全な寛解維持療法を行うことが求められる。IBDの治療は，以前は副腎皮質ステロイドと５－アミノサリチル酸製剤だけであったが，2000年以降大きく進歩した。増加かつ難治化するIBD患者に対し，最適な治療を行うことが望まれており，著増するIBDに対し，もっと身近になって頂きたく，今回はIBDの概念や歴史，疫学について述べる。

１．概念と歴史

UCは，「主として粘膜を侵し，しばしばびらんや潰瘍を形成する大腸の原因不明のびまん性非特異性炎症である」と定義されている。本症は粘膜と粘膜下層に炎症があり，30歳以下の成人に多いが，小児や50歳以上の年齢層にもみられる[1)]。原因は不明であるが，遺伝学的素因，腸内細菌や食餌などの幾つかの環境因子，細胞の修復異常，免疫病理学的機序や心理学的要因の関与が考えられている。通常血性下痢と種々の程度の全身症状を示す。長期にわたり大腸をおかす場合には悪性化の傾向がある。このため，UCの多くでは大腸癌のサーベイランスのため，定期的に大腸内視鏡検査を行う必要がある。

本症は1875年に英国のWilksとMoxonが重症下痢の患者を「原因不明の非特異的大腸炎」と報告したのが最初と考えられている。わが国では1928年に初めて報告され，1973年に厚生省特定疾患・潰瘍性大腸炎調査研究班が発足し，1975年に厚生省特定疾患に認定された[2)]。

CDは1932年にNew YorkのDr. Crohnがそれまで腸結核と診断されていた回腸末端部を侵す亜急性または慢性腸炎を限局性回腸炎と

して報告し，独立した疾患概念が提唱された。その後全消化管および消化管外へ広がることが明らかになり，最初の報告者に由来してクローン病と呼ばれるようになった。本邦では1975年に厚生省の研究班が発足し，1976年に特定疾患に認定された[2)]。

厚生労働省研究班による診断基準・治療指針によると，本症の概念は「本疾患は原因不明であるが，免疫異常などの関与が考えられる肉芽腫性炎症性疾患である。主として若年者に発症し，小腸・大腸を中心に浮腫や潰瘍を認め，腸管狭窄や瘻孔など特徴的な病態が生じる。原著では回腸末端炎と記載されているが，現在では口腔から肛門までの消化管のあらゆる部位におこりうることが判明している。消化管以外にも種々の合併症を伴うため，全身性疾患としての対応が必要である。臨床像は病変の部位や範囲によるが，下痢や腹痛などの消化管症状と発熱や体重減少・栄養障害などの全身症状を認め，貧血，関節炎，虹彩炎，皮膚病変などの合併症に由来する症状も呈する。病状・病変は再発・再燃を繰り返しながら進行し，治療に抵抗して社会生活が損なわれることも少なくない。」とされている[1)]。UCと違い，口腔から肛門までの全消化管のあらゆる部位に病変が生じる可能性があり，特に肛門病変の合併が高率で，肛門症状で発症する症例も散見される。このため，痔瘻や肛門周囲膿瘍などで若年者が受診した場合は，腹部症状がなくてもCDの可能性を考え，精査を行うべきである。またCDはUCと比較し，粘血便は少なく，発熱，体重減少，栄養障害，貧血などの全身症状の頻度が高い。一般的にUCでは患者の症状が悪い時に病気が悪化しているので，症状を中心に診療にあたるが，CDでは自覚症状がなくても病状が悪化していることがある。CDは再燃するたびに腸管に何らかのダメージが残り，この蓄積が狭窄や瘻孔などにつながる。つまりCDは進行性の疾患であるため，より厳重な管理を要する。

２．疫学

IBD患者は1930年頃より米国で，1950年頃より欧州で増加してきたが，最近では欧米では患者数も頭打ちになりつつあると言われている。一方，本邦では1970年以降増加の一途を辿っており，2014年度の医療受給者証所者数はUC：170,781名，CD：40,885名で，このうち2014年度に新規に登録された患者数はUC：10,779名，CD：1,512名であった。有病率（2014年）は10万人あたりUC：133.2人，CD：31.9人で，罹患率や有病率は欧米に比べて低率ではあるが，研究班発足当時の患者数はUCが965名，CDはわずか128名であったことを考えるとその増え方は驚異的である（図１）。IBD患者が増加した原因としては，食事の西洋化，腸内細菌，生活環境などといった環境因子の変化が挙げられる。IBD発症のリスク因子としてはIBDの家族歴，虫垂切除術，喫煙習慣などがある[3)]。IBDの家族歴を有する場合，UCの発症リスクは２～12倍に増加する。虫垂切除術を有する場合，UCの発生リスクは減少するが，CDでは増加する。また過去の喫煙（現在禁煙）によりUCの発生リスクは増加するが，CDでは過去喫煙（現在禁煙），現在喫煙のいずれでも発生リスクは増加するといわれている。

2009年の報告によると日本での男女比はUCが１：0.86，CDは１：0.43といずれも男性

に多いが，よりCDで男性に多い傾向にある。発症年齢のピークはUCでは男性で20～24歳，女性は25～29歳，現在の年齢は男女ともに35～39歳が最多で，ついで55～59歳に多くみられ，中央値は45歳である[4)]。ただ最近では高齢発症例も増えており，高齢者にもUCは発症することを知っておく必要がある。一方，CDは10～20歳代に好発し，現在の年齢は男女ともに35～39歳が最も多いが，中央値は男性36歳，女性38歳とUCよりわずかに低い。高齢発症のCDは稀であり，その理由は定かではないが，病因の違いと関連があるのかもしれない。

2009年の臨床調査個人票のデータをもとに，35～37の都府県を調査した結果，UCは国内における発症に偏りは見られなかったが，CDでは西日本で発症が多かった[4)]。その理由としては気候や風土，医療の質や受診率の関与が考えられている。宮崎県における2014年度の医療受給者証所者数はUC：1,255名，CD：381名であり，受給者数ではUCはパーキンソン病関連疾患についで２番目の数値である。10年前の2004年ではUCが687名，CD：232名であり，本県においてもこの10年で患者数が２倍近くになっている。このように本県でも本邦同様IBDは増えており，このため，日常臨床でIBD患者を診察する機会は間違いなく増加している。

おわりに

IBDに対し，身近になって頂きたく，今回はIBDの概念や歴史，疫学について概説した。今後さらに増加するIBDの診療の際，少しでも役立てば幸いである。

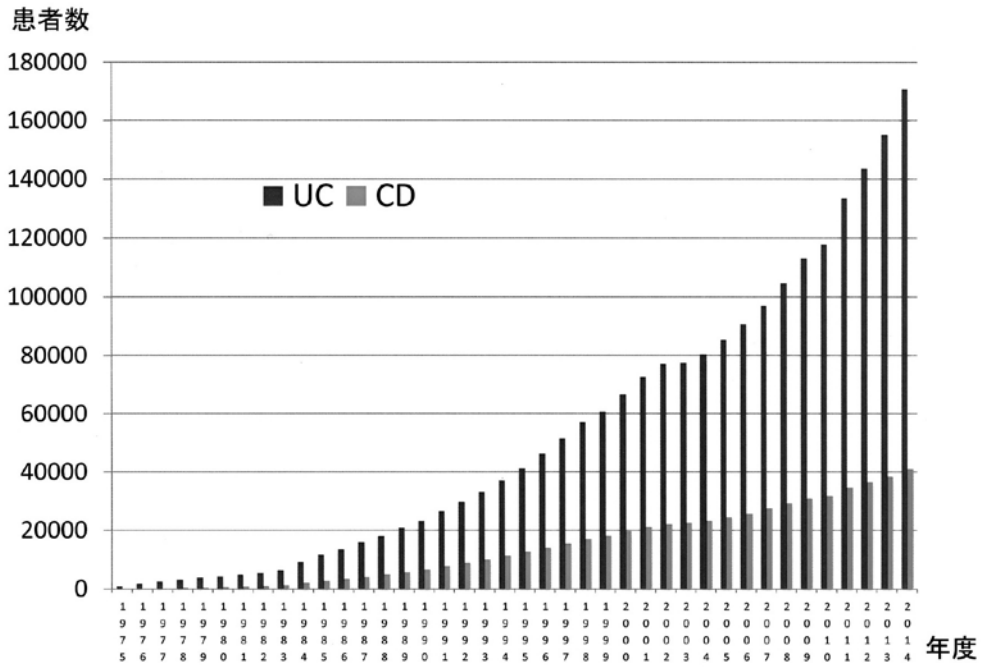


図１．IBDの年度別患者数の推移.

参考文献

1）潰瘍性大腸炎・クローン病診断基準・治療指針　厚生労働科学研究費補助金　難治性疾患等政策研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」(鈴木班）平成26年度分担研究報告書　別冊（平成27年３月)，2015.

2）藤井俊光，渡辺　守．炎症性腸疾患の疾患概念と変換．日本臨牀増刊号　炎症性腸疾患　2012；70：5-9.

3）大藤さとこ．発症に関するリスク因子解明．最新醫學　2015；70：21-30.

4）桑原絵里加，朝倉敬子．炎症性腸疾患の疫学．胃と腸　2013；48：547-553.

［他科からの提言］

胸部下行大動脈瘤とステントグラフト内挿術

宮崎市郡医師会病院　心臓血管外科
松　山　正　和

【はじめに】

胸部大動脈瘤は破裂直前まで無症状であることが多く，また従来の胸部下行大動脈瘤に対する左開胸人工血管置換術の侵襲が大きかった印象から降圧管理のみで対応されていることがあります。但し無治療の５年生存率は10～20%，破裂までの中央値は２～３年と予後不良であり[1]，可能であれば外科的介入が強く望まれます。

ステントグラフト内挿術（TEVAR；Thoracic endovascular aneurysm repair）は大腿動脈から胸部下行大動脈内へステントグラフトを留置し，瘤内への血流を隔離することで破裂を抑止する方法で，鼠蹊部小切開で１～２時間の手術であり，従来困難とされてきた高齢者や全身状態不良の方に対応可能と期待されます。胸部下行大動脈瘤とTEVARの知見についてご報告させて頂きます。



図１．胸部レントゲン　縦隔異常影.

【胸部下行大動脈瘤の診断契機と症状】

１）通常は無症状，CXP縦隔異常影（図１）や胸部CT検査偶発的指摘が多い。
２）時に瘤の圧迫による反回神経麻痺：嗄声，食道狭窄：嚥下障害
３）稀に大動脈瘤が気管支や食道へ破裂穿孔：喀血や吐血（ほぼ致死的）

【胸部下行大動脈瘤の疫学】

１）アメリカの統計で年間10.4/100,000[1]
２）診断時点の平均年齢59～69歳[2]
３）男性が女性の２～４倍[2]
４）併存疾患は，高血圧，虚血性心疾患，COPD，うっ血性心不全[2]

【成因】

１）顕微鏡レベルの動脈変性
　　血行動態的力
　　動脈硬化の影響は不明
２）Cystic medial necrosis
３）慢性大動脈解離，外傷，感染
４）マルファンなど先天的代謝異常[3,4]

【大動脈の拡張速度】

1）　大動脈は瘤以外の領域でも経年的に拡大する

　下行大動脈は年間0.19cm拡張，一旦解離すると年間0.28cmと速度増加[5]

2）大動脈径が大きいものほど拡張速度は大きい[6]

3）拡張の危険因子は年齢，喫煙，サイズ[6]

【合併症（破裂，解離）リスク】

1）　合併症（破裂，解離）の最も大きな危険因子は大動脈径である

　下行> 7 cmでイベント（破裂，解離）発症率は43.0％[7]（図２）

　イベント（破裂，解離）発症の大動脈径中央値は7.2cm[7]

2）　拡張速度が高いものほどイベント（破裂，解離）発症率が高くなる

　拡張速度≦0.05cm / y ：24％

　拡張速度≧0.20cm / y ：45％[7]

3）　その他の危険因子：高血圧，慢性解離，COPD[7]

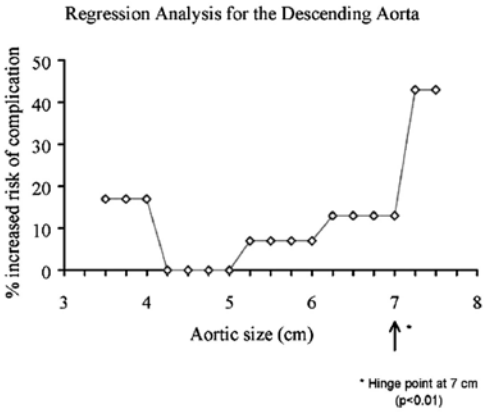


図２．大動脈径とイベント（破裂，解離）発症率.



図３．左開胸人工血管置換術の術野と術創.

【手術１：人工血管置換術】（図３）

　全身麻酔分離肺換気管理のもと左開胸，左肺を圧迫脱転のうえ胸部下行大動脈を確保。瘤の中枢および末梢の下行大動脈を遮断のうえ，瘤を切除し人工血管に置換。大動脈遮断による脊髄や腹部臓器，下肢虚血の影響を抑制するため，大腿静脈脱血，大腿動脈送血による部分体外循環管理を行う。

1）死 亡 率：4.4～8.8％[8, 9]

2）脊髄障害：2.6～4.5％[8, 9]

3）脳 梗 塞：6.8～7.1％[8, 9]

4）予後不良因子は，高齢者，併存疾患（腎障害，COPD，IHD），循環動態不安定[1, 3]

【手術適応】

1）破裂[2, 10～12]

2）症候性[2, 10～12]

　疼痛や圧迫（食道や，気管，左気管支）

3）サイズ[2]

　上行≧5.5cm，下行≧6.5cm

4）拡大速度[2]

　≧ 1 cm / y

5）急性解離[2]

　上行大動脈　緊急手術

下行大動脈　Complication-specific approach

持続性疼痛，虚血，破裂など

6）嚢状瘤[2, 10～12]

無症状の場合，手術適応となるサイズは2011年日本循環器学会ガイドラインでは６㎝以上class Ⅰ，５～６㎝ class Ⅱb[10]。2014年ESC（European Society of Cardiology）[11]では６㎝以上（TEVARで5.5㎝以上）と2010年AHA（American Heart Association）[12]では5.5㎝以上class Ⅱaとなっており複雑です。

また，Marfan's syndromeなどの結合織疾患や，解離，年齢，体格，性別，ADLなどによる手術適応の調整が必要となります[2]。

【手術２：ステントグラフト内挿術】

鼠蹊部小切開し，20Fr前後のシースを大腿動脈から胸部下行大動脈に挿入し，瘤の中枢と末梢をまたぐ形で下行大動脈内にステントグラフトを留置し，瘤内への血流を途絶させる。（図４）

瘤内へ血流残存（＝エンドリーク）（図５）ある場合，瘤破裂抑止不十分となり，再度ステントグラフト内挿術や開胸人工血管置換術などの追加治療が必要となる。

局所麻酔での治療も可能であるが，体動による留置位置異常や急変リスクを制御するため全身麻酔が推奨されている。

1）Dakeらによる1994年最初の報告では30日死亡20％，対麻痺０％，脳梗塞０％[13]

2）最近の報告では

30日死亡　０～5.6％[14, 15]

対麻痺　0～３％[14, 15]

エンドリーク　13～21％[14, 15]

（平均観察38～48ヶ月）

【ステントグラフトの手術適応】

解剖学的に可能であれば，対麻痺リスクが低く早期復帰可能なステントグラフト治療が外科的治療の第一選択となる[2]。

1）手術適応は，人工血管置換術とほぼ同じ。

2）解剖学的適応

A）ランディングゾーン（＝ステントグラフトを保持する大動脈領域）（図５）

瘤と頸部や腹部分枝の距離≧15～20㎜[2]



図４．ステントグラフトのイメージと術創．

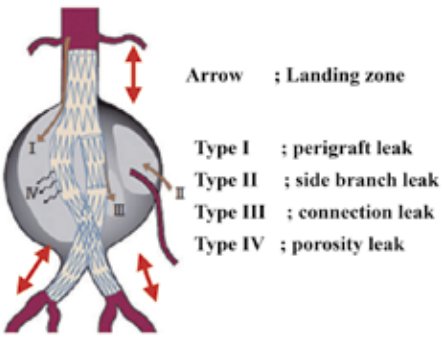


図５．エンドリークとランディングゾーン．

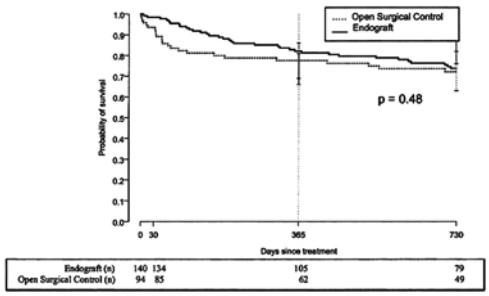


図６．生存曲線：Open repair vs TEVAR.

径≤40㎜

マルファンや急性解離は不適

B）アクセス

腸骨動脈径≥ ７㎜

高度石灰化や屈曲は不適

【人工血管置換とステントグラフト内挿術の比較】

１）長期遠隔期成績，前向きランダマイズトライアルなし

２）　30日死亡　人工血管置換術：11.7％ vs TEVAR：2.1％，p<0.001[5]

脊髄障害，呼吸障害，腎障害，ICU滞在期間などはTEVARが良好[5]

２年観察でTEVER ９％再治療，遠隔期生存率に差なし[5]（図６）

【まとめ】

ステントグラフト治療は10年単位の長期遠隔期成績は不明ですが，通常であれば鼠蹊部の小切開のみで手術時間も１～２時間と短く，手術室で人工呼吸器離脱，翌日から食事と歩行訓練を開始し術後１週間で退院可能で，脊髄障害リスクも低いことから，胸部下行大動脈瘤に対するスタンダード治療となっております。

高齢や全身不良のため手術困難と判断され，破裂まで降圧管理を余儀なくされている患者様がいらっしゃいましたら，画像無しでもご連絡頂けると幸甚です。

参 考 文 献

1．Bavaria JE, Appoo JJ, Makaroun MS, et al. J Thorac Cardiovasc Surg. 2007 ; 133 : 369-377.

2．Michael AC, John SI, Albert TC, et al. Circulation. 2010 ; 121 : 2780-2804. AHA Scientific Statement.

3．Joyce JW, Fairbairn JF 2nd, Kincaid OW, et al. Circulation. 1964 ; 29 : 176 -181.

4．DeBakey ME, McCollum CH, Crawford ES, et al. Surgery. 1982 ; 92 : 1118 -1134.

5．Svensson LG, Kouchoukos NT, Miller DC, et al. Ann Thorac Surg. 2008 ; 85(suppl) : S1-S41. Expert consensus.

6．Coady MA, Elefteriades JA. Informa Healthcare ; 2007.

7．Coady MA, Rizzo JA, Hammond GL, et al. J Thorac Cardiovasc Surg. 1997 ; 113 : 476-491.

8．Coselli JS, LeMaire SA, Conklin LD, et al. Ann Thorac Surg. 2004 ; 77 : 1298 -1303.

9．Patel HJ, Shillingford MS, Mihalik S, et al. Ann Thorac Surg. 2006 ; 82 : 90-95.

10. 高本眞一，石丸　新，上田祐一他，日本循環器学会．2011；１－105．日循ガイドライン．

11. Raimund E, Victor A, Catherine B.

et al. Eur Heart J. 2014 ; e1-e62. ESC guideline.
12. Alice KJ, Sidney CS, Jeffery LA, et al. Circulation. 2010 ; 121 : e266-e369. AHA guideline.
13. Dake MD, Miller DC, Semba CP, et al. N Engl J Med. 1994 ; 331 : 1729–1734.
14. Cambria RP, Brewster DC, Lauterbach SR, et al. J Vasc Surg. 2002 ; 35 : 1129-1136.
15. Czerny M, Cejna M, Hutschala D, et al. Fleck T, J Endovasc Ther. 2004 ; 11 : 26-32.

［随　筆］

2015年を振り返って

小林市　(医)養気会　池井病院
小　原　健　一

2015年は色々なことがありました。６月には娘の結婚式。三十路を超えていたので心配していたのですが，好きな人がいて結婚したいと言われ，トントン拍子で結婚が決まり，私の希望もありハワイで６月に結婚式を挙げました。花嫁の父の気分を少しだけ味わいました。参列者が身内だけで少人数だったため気楽な気持ちで臨め，楽しい思い出になりました。ただし，ハワイでの５日間は疲れました。やはり日本が一番だと思いました。

その次は，初孫が今年の５月に産まれるという幸せな報告を息子から受けて，心が温かくなりました。そしてそれから数カ月後，娘も妊娠したとの電話があり，二重の喜びでした。今年は二人の孫のおじいちゃんになりそうです。

ところが師走に入ってすぐ，幸せな気分が悲しみに一転しました。宮崎市の病院に入院していた親父の容態が急変し，３日の夜中に急逝したのです。98歳という高齢で，見舞いに行ったときに医者の目から見て，そう長くはもたないだろうと思っていましたので．大きなショックは受けませんでした。ただ親父の死に顔を見た時に強い喪失感を受けました。ただし一番きつかったのは葬儀でした。斎場に２泊し約３日間缶詰め状態で疲れました。今でも木魚の音が耳に残り，お香のにおいがしてきそうです。厳しい親父でしたが，歳を重ねるごとに，段々と柔和で優しい顔になっていったのを思い出します。

生きていると色々なことに出会いますが，こんなに一遍に喜びや悲しみを経験したことはありませんでした。そういう意味で二度と忘れることのない年でした。

最後にいつもの拙い一句で終わりといたします。喜びと悲しみを織る師走かな。

入会の挨拶



宮崎市　(医)慶明会　富吉共立病院
大塚　伸昭

平成27年８月より医療法人慶明会富吉共立病院内科医として勤務しています。平成26年８月から１年間大分市の敬和会東部病院健診センターのセンター長として勤務していました。宮崎県内科医会へは再入会という事になります。大分東部病院では最新のMRIやCTによる頭部，胸腹部の画像診断を数多く経験する事が出来，大変勉強になりました。

西都市の大塚病院が実家です。鹿児島大学医学部を昭和53年に卒業後，宮崎大学医学部第１内科に入局し，循環器内科を専門としていました。

臨床をしばらく離れていた時期があり（生命保険会社勤務），医師としては異端な生活をしてしまいましたので，頭と体がしっかりしている限りは生涯を現役医師として頑張りたいと思います。宮崎県内科医会には小牧先生や三原先生などの諸先輩や（県立宮崎病院研修医時代に御世話になりました），同期，後輩の先生方も多く，この宮崎で再度働ける事を大変嬉しく感じています。

入会の挨拶

門川町　(医)ふくろう会　森迫胃腸科内科
森迫　和仁

この度，入会させていただいた森迫和仁と申します。2004年５月に故郷，門川町で胃腸科内科を開業して早10年が経過しているのですがーーー，本会にはなぜか入会しそびれておりました。申し訳ありません。

先日気分転換のため，葉加瀬太郎のコンサートに出かけたところ，非常に感激いたしました。デビュー25年の節目のコンサートであったとのこと，そういえば私も医師生活25年であることに気付きました。まだまだ若輩と今でも信じきっている私ですが，年数だけで言えば既にベテラン・中堅といわれる部類に入っていることに驚きを禁じえません。そういえば，同世代の桑田・清原選手はとうの昔に引退，工藤公康選手に到っては，ソフトバンクホークスの監督となっております。甲子園では，清宮選手が注目を浴びていますが，なんと息子の世代ではありませんか。

本当に，いつの間にやら25年経過しました。気が付けば，キャンディーズの再結成はもうありません。（DVD BOXが発売予定とのことで購入するかもしれません。）チェッカーズも然りです。CMなどで森高千里の姿をみると時が止まっているかのような印象を受けますが，そのような方は限られてきました。

まとまりのない文章となりましたが，今後とも御指導･ご支援をよろしくお願いします。

入会の挨拶



宮崎市　宮崎ホームケアクリニック
長澤　伸二

県内科医会の皆様，昨年末に入会致しました長澤と申します。

すでにお世話になっている先生方もいらっしゃいますが，改めて挨拶申し上げます。

訪問診療を主としたクリニックを開院して，約２年となります。クリニックは江平五差路付近にございます。

はじめは様々な不安を抱いておりましたが，現在は患者様の入院や検査では近隣の病院のお力をお借りして，なるべく在宅にて最後まで生活を続け訪問診療を継続できますよう，努力しております。

現在，１月半ばではありますが，もはや看取りの患者が５名以上となり，大変忙しい毎日で，訪問を終えて帰院するのが７時を回ることもしばしばです。以前のように遠方に出かける機会がめっきり減りましたが，協力病院の先生に診療，夜間待機をお願いして，少しでも学会や旅行にも行けるように，努めております。

宮崎市の人口当たりの医師数は全国平均以上と伺いますが，地域や大病院など偏在化もあることと存じます。深夜当直や深夜訪問など，体力面を考えますと，今後は若い先生方の訪問診療への御参加を願っております。

皆様と力を合わせて，より良い在宅生活を提供し維持できるように努めてまいりますので，今後ともよろしくお願い申し上げます。

理事からひとこと

医療小説へのお誘い

えびの市　えびの第一クリニック
新添　謙一

医師が書いた医療小説が面白いので，診療の合間に読んで楽しんでおります。最近は映画化，テレビドラマ化され原作との違いもあったりして楽しさが倍増しています。映像化されると，失望することもたまにはあります。今までで面白かった著者を紹介してみます。

川田弥一郎氏は，名大の同級生で外科医です。大学では学生運動に熱中していました。1982年「白く長い廊下」で第38回江戸川乱歩賞を受賞して一千万円を獲得したので，驚き，読んでみるとすばらしいの一言でした。その後は古代アテネの医師，江戸の検屍官の作品がありますが，まずまずの出来でした。過日会った時に，古代物作品は，文献代がかさむとぼやいておりました。

帚木逢生氏は，東大文学部仏文科卒その後，九大医学部卒で精神科医です。私が一番好きな作家です。「閉鎖病棟」「安楽病棟」「風花病棟」「臓器農場」「薔薇窓」「国銅」「三たびの海峡」など，どの小説も大変面白いです。特に病棟シリーズは医療の色々な問題を鮮明に描いております。

久下部羊氏は，阪大卒の麻酔科医です。どうしたらこんな優れた医療小説が書けるかなといつも思っています。「廃用身」「破裂」「無痛」「神の手」「まず石を投げよ」「第五番」「悪医」「芥川症」など私が二番目に好きな作家です。心臓が若返る夢の治療法の「破裂」はNHKで放送され登場人物が原作通りで大変満足しました。ぴんぴんころりの理想像が垣間見れます。

海藤尊氏は，千葉大卒で外科医，病理医です。Autopsy imaging 死亡時画像病理診断の重要性と社会制度への導入を訴えて，変死事件，殺人事件の解明への応用を進めています。私も事件性のある死体では，死亡時画像診断をすべきだと思います。「チーム・バチスタの栄光」「アリアドネの弾丸」「螺鈿迷宮」などが面白いです。

ロビン・クック氏は米国人でハーバード大卒です。「コーマ」「スフィンクス」「LEVEL 4」「医療裁判」「ターミナル」「インヴェイジョン」「ブレイン」「フィーバー」「アウトブレイク」「ミューテイション」「ブラインドサイト」全作が読む人を引き付ける文章力があり，次から次へと読みたくなります。

ジョン・マイケル・クライトン氏も米国人で，ハーバード大卒です。「アンドロメダ病原体」「スフィア」「ジェラシックパーク」「ロストワールド」「ER」等があります。

次に著者が医師ではありませんが，医療小説でおもしろかった著者を紹介します。

門田泰明氏は，肉親を次々と癌で失った経験から医療関係に題材をとった小説が多くあります。「大病院が震える日」「白い野望」「癌病棟のメス」「美貌のメス」「愛憎のメス」「狂

瀾のメス」「白い復讐」「白の断層」「白の乱舞」「病巣列島」「ガン新薬戦争」「空白の診断書」いずれも面白く時のたつのを忘れるほどです。

最後に医療小説ではありませんが，最近のテレビドラマで視聴率の高い，池井戸潤氏は，倍返しの半沢直樹の登場する「オレたちバブル入行組」，花崎舞が登場する「不祥事」，弱小企業野球部の「ルーズヴェルト・ゲーム」ロケット部品の「下町ロケット」等があります。なかでも「空飛ぶタイヤ」は一番のお気に入りです。トラックのメーカーのリコール隠しで，トラックの車軸が折れて，タイヤが外れ母と娘が亡くなった実話をもとにした小説です。読んでいるうちに，何度も涙が出て止まりませんでした。

以上思いつくままに書きましたが，ご興味が御座いましたら御一読下さい。

理事からひとこと

医師不足解消の優先順位は？

宮崎市　(医)社団三友会　いしかわ内科
石川　智信

最近は，どんな会合に出ても宮崎県の医師不足が話題になる。産婦人科医の不足で，10年後には里帰り出産ができなくなるという。小児科医の不足で，隣の市まで診療を受けに行かなければならない。脳外科医も減る一方で，夜間や休日の脳出血患者の入院先を探すのが困難になってきている。麻酔科医も足らず，手術の予定が立ちにくいと聞く。画像診断検査の増加に放射線科の読影医の数が追い付かず，各診療科が自分たちで読まなければならないとのことである。消化器内科を標榜する診療所は増えたが，吐血下血に緊急対応ができる消化器内科のある病院が少なく，輪番制である。そして夜間の急病センター当直に，高齢の医師までもが駆り出されている。一方で私が取り組んでいる在宅医療の担い手も増えず，いくら国が音頭を取っても在宅での看取りの数は増えてこない。

医学部の定員が増えて，毎年9,000名前後の新たな医師が送り出されているというのに，皆どこで医者をしているのかと考えてしまう。確かに若い時に大都市での生活や，時代の最先端を走る病院での研修に魅力を感じるのは仕方がない。都市部に医師が偏在することを止めるのはなかなか容易ではない。そこで問題になるのは，今後医師が必ず持たなければならない専門医の診療科目の偏在を止められるかどうかであろう。毎日ではないにしても，24時間体制で夜間休日を犠牲にしなければならない勤務を強いられる診療科は，明らかに敬遠されている。昔はそれが医師の当然の生き方であると肯定的にとらえる人が多かったような気がする。そしてその生きざまを見て市民は医師を尊敬し，特別な職業として認識してくれていたように思う。しかしその価値観を強要するのは，今の時代には明らかに合っていない。これからの若いドクターたちが生き生きとして地域医療の担い手になるためには大きく２つの条件があるような気がする。

まず，仕事と私生活の時間をきっちりと分けることのできる勤務体制の確立が必要であろう。そのためには日本的な主治医制度に対しての，市民の意識を変えてもらうことも重要である。確かに自分の健康や命を預けることのできる主治医を自由に選ぶことのできるわが国の医療制度は素晴らしいと思う。だが主治医として選ばれた側には，ある意味無制限の義務を負わされる可能性がある。真面目に取り組む医師ほど24時間365日，患者のためにすべての時間を割こうとする。患者側からすればこれこそ理想の医師像であり，マスコミでも美談としてもてはやされる。だがこういう医師の家族崩壊には誰も関心を持たない。グループ主治医制度は，女性医師が半分を占める時代には必要不可欠とならざるを得ないと思われる。

もう一つは病院の再編と専門医の集約化が挙げられる。我々診療所側からすれば，複数の疾患を抱えている患者の急変時に確実に対応してくれる総合病院があまりに少なすぎる。40万都市であれば500床レベルの総合病院が，県病院以外にもう２か所あってもいいように思う。そして勤務医からすれば，多くの専門医がいて救急当直を余裕を持ってこなせることができ，なおかつ多くの臨床経験を積むことのできる総合病院は魅力的であろう。現在，宮崎はあまりに専門医が散らばりすぎて，地域の医療体制の構築を阻害している。今こそ宮崎の将来のために，病院の経営者および医学部教室の主宰者達が大同団結すべき時ではないかと考える。

そうすれば宮崎にもっと多くの医師が残ってくれると確信する。医師不足に対する処方箋の優先順位はまさに病院の再編にあるような気がしてならない。

理事からひとこと

バセドウ病のヨード剤（無機ヨード）治療

宮崎市　光川内科医院

光川　知宏

比較的簡単に行える，副作用の少ないバセドウ病の内科治療を御紹介したいと思います。

バセドウ病の経口治療薬は，チアマゾールやプロピルチオウラシルがありますが，両剤ともに，皮疹，無顆粒球症，肝機能障害などの副作用があり，その使用には注意が必要です。特に，チアマゾールは，厚労省よりその投与初期には，無顆粒球症や肝機能障害などの重篤な副作用の早期発見のために２週間ごとの血液検査が求められています。ヨード剤（無機ヨード）は，バセドウ病の治療としては，甲状腺クリーゼで，甲状腺機能正常化が急がれる場合や，バセドウ病の手術に対する前処置として用いられてきました。一方，バセドウ病に対するヨード剤治療は，その効果が一過性で，長期間ヨード剤を服用し続けると血中甲状腺ホルモンは再度上昇してくることが多い（エスケープ現象）とされ，バセドウ病の治療としてはあまり用いられてはきませんでした。しかし，実際にはヨード剤だけでバセドウ病の長期治療が行えたり，寛解に持ち込める症例もあります。最近，バセドウ病に対するヨード剤の単独治療や，チアマゾールとの併用療法などの長期投与の成績が報告されています。それによると，軽症のバセドウ病に対してであれば，ヨード剤単独治療とチアマゾール治療では，１年後の治療成績には差がないとされています。また，副作用により抗甲状腺剤が投与できない例についても，44例中29例がヨード剤単独で甲状腺機能は正常となり，さらに17例が投薬を中止しても２年間以上寛解状態を保っています。副作用についても，ヨード剤単独であればほとんどみられません。このように，軽症のバセドウ病であれば，ヨード剤単独でコントロールできる可能性が高く，症例によっては，寛解まで持ち込める可能性もあります。また，チアマゾールとの併用療法においては，チアマゾールの初期投与量を減らすことが可能になり，より早期に甲状腺機能を正常化することができます。但し，症例によっては，エスケープを起こすこともあり，その時には抗甲状腺剤やアイソトープ治療などへの治療の変更が必要となります。ヨード剤はヨウ化カリウム丸（１錠中にヨードを約38㎎含有）が良く用いられていますが，チアマゾールなどの抗甲状腺剤と違って，副作用も心配なく，投与量の調節もあまり必要としないので，投与しやすい薬剤だと思います。通常はヨウ化カリウム丸を１日１～２錠投与します。甲状腺腫が小さく，甲状腺ホルモンが比較的低値の症例では寛解まで至ることも少なくないと思います。一般内科の先生にも比較的簡単に行える治療法です。興味のある先生は，ぜひ一度お試しください。



「緋寒桜（ひかんざくら）」　宮崎市　神宮医院　田中　宏幸

こどもの国の中にある広場では10本以上の木に犇めく様に咲く。小鳥たちが木立の合間を飛び交う姿や、花に濃淡もあって観る者を飽きさせない。サクラの原種の一つで寒緋桜（かんひざくら）とも呼ばれる。バラ科サクラ属、２月が開花の最盛期。　（平成25年２月11日撮影）



「夜光虫」　延岡市　北浦診療所　日髙　利昭

夜の撮影で、雲海が薄くかかってくると、街の明かりが妖艶に輝いてきます。これは阿蘇の外輪山から撮ったものですが感動の連続でした。

狂歌

医療狂歌

宮崎市　山村内科
山村善教

管理料　算定不可と　査定され
他科に入院　納得しかね

構想で　削減数を　提示され
根拠に疑問　議論百出

高額の　ピカ新薬が　眩しくて
手元震える　服薬の時

医師会の　新しき城　設計を
比較検討　非才を自覚

前期入り　光陰加速　髪は抜け
記憶も抜けて　我は老けゆく

短歌

DNR

宮崎市　長嶺内科クリニック
長嶺元久

センサーに二十四時間目守（まも）られて老人ホームにわが母暮らす

介護者はわれに語れり次次と母の妄想不眠粗相を

惚けたる母を叱らむとするわれに言ひきかせたり「老いだ病だ」

わが母をDNRとなすべしや長男のわれは委ねられをり
(DNR：do not resuscitate)

認知症車椅子ながら生きてゐる九十七歳（きゅうじゅうしち）の母それで良し

＊これらの歌は、「梁」89号に掲載された作品を一部改変したものである。

短歌　嫗われを助くる

延岡市　藤本内科小児科医院
藤本孝一

萎えて身のよろめき歩くわれを見たる嫗が咄嗟に支へくれたり

軒下に雨のしたたる音のして目覚めてしばし聞きをり

台風の風雨に倒れる稲見れば育てし人の努力は空し

両親の顔浮びつつ淋しくも当直室に昼餉とりたり

猫の恋始まりてより幾日ぞ険しき声の今夜も続く

短歌　医療の周辺　２

宮崎市　大西医院
大西雄二

糖尿病者血糖値表見つめつつ今日の食事を考へてをり

痛風を病めし男性はコンビニで棚のビール缶取りては置けり

食の用意に塩分表をそばに置き妻は献立にバツ印付す

診察室出会ひと別れを繰り返す新たなる年に期待を込めて

蜻蛉の如き生ならば我が命医業をもって尽くさんとす

［報　告］

日本臨床内科医会第54回代議員会および第29回日本臨床内科医学会報告

宮崎県内科医会　副会長
野　村　朝　清

第29回日本臨床内科医学会が平成27年10月11日（日），12日（月・祝）の両日，熊本県熊本市のホテル日航熊本で開催された。学会に先立ち11日（土）にホテル日航熊本にて，理事会および代議員会が開催され，理事会に副会長田口，代議員会に田口および野村が出席した。

◆第54回代議員会

会議の冒頭，猿田亨男日臨内会長，第28回日本臨床内科医学会長河北誠熊本県臨床内科医会会長の挨拶のあとに各部会から会務報告があった。

報告事項の概要は次の通りだった。

[総務部]

総務委員会より平成27年９月７日現在の会員数は15,316名の報告があった。また，今後の総会は平成28年が東京，29年東京，30年京都が予定されている。医学会は29年東京，30年京都の予定である。調査研究委員会では「女性のミカタ」プロジェクトの現況と，患者満足度調査が集計中であることが報告された。

[庶務部]

庶務委員会より役員および委員会名簿作成の報告と，H. I. S による国内外の旅行時のサポートプランについて報告があった。サポートプランは８月からサービスを開始している。（日臨内ニュース８月25日号にて案内済）。協議事項として東京日動火災保険部（株）による各種保険およびその他のサービスについての提案についての説明があった。団体保険制度の導入による５％～10％の割引率が適用される，ホテルニューオータニの宿泊プランを通常価格の40％割引で利用できる，自動車購入，住宅建築･購入の優待制度などのサービス提供が可能になるなどの説明があった。

会員増強委員会からは，会員増強のDVDをリニューアルして各県に配布するとの報告があった。

ＩＴ委員会より福島県内科医会など６府県のホームページが完成した。メールマガジン，WEB会議，CURASAW（携帯電話のキュレーションジャーナル http://curasaw.jp）についての

現況報告があった。

[社会医療部]

公益委員会より，禁煙テーマ，感染症テーマ，健康テーマ，インフルエンザ関連についての啓蒙活動の報告があった。また，「日臨内インフルエンザ研究班報告」では2014－15年流行期にウイルスが分離された症例数は389例で，H3N2が369例，Ｂが20例，H1N1pdmは０例であった。このうち迅速診断キットの陽性試験予測率はＡ型で90.9％，Ｂ型で91.3％であり迅速検査の有用性は高かった。H3N2でキット陽性でウイルス陰性が例年より多くMDCK細胞ではウイルスが分離されない症例が多かったと推定された。N3N2の感染者の60％でHI抗体価が40倍以上であり，流行したウイルスの抗原性がワクチン株と異なっていた可能性が示唆された。さらに，肺炎球菌ワクチン接種率が前年度の19.9％から28.2％に向上し公費負担導入効果が考えられた，などの報告があった。

地域医療委員会からは，地域医療功労者表彰について，日臨内会誌「地域医療の現場から」コーナーへの投稿，在宅医療の推進，特に，医療会合総合確保推進法によって，知事を相互責任者とする，在宅医療の地方分権化，保険者統合と地位医療ビジョンの策定などの動きについて報告があった。

[社会保険部]

医療・介護保険委員会より，１．医療・介護保険委員会報告，２．平成28年度診療報酬改定に対する技術評価提案書，３．平成28年度診療報酬改定に対する活動報告，４．最近の医療関連情報についての説明があった。

医療・介護保険委員会報告にはつぎのようなものがあった。

今回の診療報酬改定では，薬価と医療材料費の減額分を診療報酬本体に振り替えなかったためマイナス改定になっている。「診療報酬の議論と消費税対応の議論は峻別して行うべき」との中医協の意見が完全に無視され，財源論で押し切られた。

内保連方針として「ものから技術へ」の命題のもとに内科系技術重視への転換をめざし日臨内提案書へ11項目の提言がされた。

地域包括ケアシステム関連の診療報酬への反映について，副主治医ネットワーク，情報共有ツールの導入が大切である。

病床機能の変更と減床について過度の機能分化による基本的対応能力の低下が危惧された。

「地域包括ケア病棟」についての議論があり，現実の経営と包括点数との矛盾が指摘された。

平成28年度診療報酬改定に対する技術評価提案書には日臨内提出分として次の11項目を提案した。

１．地域包括医療加算算定上の要件緩和，２．地域包括診療料算定上の要件緩和，３．特定疾患療養管理料を月２回から月１回とし１回の算定を上げる，４.アルツハイマー病を特定疾患に追加，５．時間外診療加算の名称変更，６．往診料の増点，７．往診時の看護師帯同の評価，８．在宅時医学管理料の月１回の訪問診療での算定，９．24時間往診体制の緩和，10．処方箋料の逓

減の撤廃，11．多剤を専門的な管理をしたときの逓減撤廃

活動報告では，厚生労働省保険局医療課によるヒアリングに平成27年８月11日参加したことが報告された。

最近の医療関連情報としては，中央社会保険医療協議会で医薬分業に対し厳しい意見が出たこと，2016年度の社会保障費の抑制と診療報酬の下げが焦点になっていることが報告された。

医療･介護委員会の平成27年度介護報酬改定の概要の報告が次の６点について報告された。１．社会保障関連予算のポイント，２．平成27年度介護報酬改定の概要，３．これからの介護予防事業（地域包括ケアシステム，地域包括支援センター，ケアマネージャー，行政）４．地域医療構想（病床機能報告制度，新たな基金による財政支援制度，在宅医療，短期入所療養介護，介護療養型医療施設）５．人材不足について，６．平成27年８月１日からの費用負担の変更。

介護に関しては，特養入所の条件が要介護３以上であること，高額所得者の負担率を２割にする，自己負担額の上限の引き上げ，食費・部屋代の負担軽減の見直しなど介護保険の利用時の自己負担の増額となっている。

[研修推進部]

研修推進委員会より平成26年度の申請実績について，総数141名，認定医新規37名，認定医更新34名，専門医新規10名，専門医更新60名，平成27年度更新予定者168名であることなどが報告された。

[学術部]

学術委員会の活動報告で，原発性アルドステロン症の実態調査，SMILEスタディ中間報告，COPDに関するアンケート調査，CKD啓発のジャーナル紙の刊行，骨粗しょう症学会シンポジウム，家族性高コレステロール血症に関する実態調査，ロコモ･フレイルに関するアンケート調査，JPPP-Oldが報告された。また『内科診療実践マニュアル･改定第２版』の刊行が予定されている。会誌編集委員会からは，トピックとして『目で見るページ』の単行本化が報告された。これは日臨内のホームページからダウンロードできる。また，投稿既定の改定が報告された。

[広報部]

ニュース委員会より，平成27年度第１回ニュース編集委員会が報告された。日臨内の今後の方針として診療報酬を含む医療行政の問題，緊急の問題，日臨内の概要の広報などについて取り上げたいとの報告があった。

◆議決事項

平成26年度の決算，および東京日動火災との契約による福利厚生制度の充実について賛成多数で承認された。

◆第28回日本臨床内科医学会

第28回日本臨床内科医学会は熊本市で「内科臨床　明日への道標」をメインテーマに２日に亘っ

て開催された。特別講演の，蒲島郁夫熊本県知事『人生と夢』，中畑龍俊京都大学ｉＰＳ細胞研究所副所長『ｉＰＳ細胞を用いた今後の医療』，坂田信弘プロゴルファー・さかたジュニアゴルフ塾長，教育講演の橋爪章保健医療経営大学特任教授『医療政策の動向と次期診療報酬改定』松下修三熊本大学エイズ学研究センター教授『AIDS/HIV感染症の今』他，シンポジウム，会員発表があった。当県からは『ワクチンに関する講演会』で日本臨床内科医会公益事業委員会から，古賀総合病院の松岡均先生が講演され，市民の森病院の日高利彦先生が『当院での関節リウマチに対する生物学的製剤使用症例のバイオスイッチの実態と特徴の検討』というタイトルで口演発表された。深謝申し上げます。

［報　告］

平成27年度日本臨床内科医会九州ブロック会議

宮崎県内科医会常任理事
中津留　邦　展

日　時：平成27年11月７日(土)
場　所：ホテルニュー長崎
参加者：小牧会長，中津留

平成27年度日本臨床内科医会九州ブロック会議は長崎県臨床内科医会の担当の下に平成27年11月７日(土)午後３時から１時間，長崎市のホテルニュー長崎で開催された。会の冒頭猿田亨男会長が挨拶の中で，平成27年10月11日，12日に熊本市で開催された第29回日臨内医学会の開催に尽力された熊本県内科医会に感謝の意を述べられ，平成27年春より日臨内の執行部が変わり，九州より副会長に福岡県の江頭芳樹先生が，常任理事に鹿児島県の林芳郎先生が新たに就任されたことを報告された。会長の挨拶のあと議事に入った。

Ⅰ．日臨内執行部からの現状報告

１）総務・庶務・経理委員会

会員数　平成27年10月５日現在　15,275名

平成26年度収支決算が承認された。

会員の福利厚生の向上を目的とした諸事業を東京海上日動との契約で行う。

今後の総会・医学会について

総　会：平成28年４月　東京　第一ホテル東京（新橋）
　　平成29年４月　東京
　　平成30年４月　京都

医学会：平成28年10月　東京（第30回記念）10月９，10日
　　平成29年10月　大阪　10月８，９日
　　平成30年９月　神奈川県

２）調査研究委員会

SMILE STUDYと“女性のミカタ”プロジェクトが進行中。

３）会員増強委員会

日臨内紹介DVDをリニューアルして各県に配布。

４）ＩＴ委員会

ホームページ作成助成制度，メールマガジン，WEB会議について報告。

５）研修推進委員会

平成26年度　認定医，専門医　資格更新実績　141名。

６）学術委員会

“内科診療実践マニュアル”改定第２版　発刊予定。

７）会誌編集委員会

発表論文についての倫理審査，個人情報保護について報告。

８）ニュース編集委員会

支部ニュース委員からの報告テーマを“超高齢化社会においての医療供給体制はどうあるべきか”に決定。

９）医療保険委員会

平成26年度診療報酬改定の総括が報告され，平成28年度診療報酬改定についても日臨内より11項目提案していることも報告された。

Ⅱ．日臨内執行部に対する提案事項

下記の３項目が提案され，討論された。

１）１．今回の診療報酬改定で薬価引き下げ財源が，診療報酬本体の改定財源に使われなかったこと。２．控除対象外消費税の抜本的なあり方の変更（福岡県）

２）会員増対策について（鹿児島県）

３）マイナンバー制とは別の医療等IDの必要性について（沖縄県）

［報　告］

第50回九州各県内科医会連絡協議会

宮崎県内科医会　副会長
野　村　朝　清

日　時：平成27年11月７日(土)
場　所：ホテルニュー長崎

次　　第

１．司会・進行	長崎県臨床内科医会	会　長　木谷　文博
２．担当県会長挨拶	同	会　長　木谷　文博
３．来賓挨拶	日本臨床内科医会	会　長　猿田　亨男
４．報　　告	前年度九州各県内科医会連絡協議会	担　当　井上　雅公
５．協　　議		

宮崎内科医会からの出席者：会長　小牧　　斎，常任理事　中津留邦展，副会長　野村　朝清

長崎県で行われた第50回九州内科医会連絡協議会の報告をいたします。平成27年11月7日㈯午後４時10分より，ホテルニュー長崎で開催されました。司会は長崎県臨床内科医会会長木谷文博先生，日本臨床内科医会からは会長の猿田亨男先生，副会長の望月紘一先生，副会長の江頭芳樹先生が参加されました。

木谷先生の担当県会長挨拶，猿田先生の来賓挨拶，前回担当の大分県内科医会の井上先生の報告に続いて以下の提案事項の協議が行われました。

（１）地域包括診療料と地域包括診療加算について（熊本県）
（２）地域包括ケアシステムにおける内科医会「かかりつけ医」の役割について（沖縄県）
（３）かかりつけ医制度の各県の取り組みについて（鹿児島県）
（４）ジェネリック医薬品に変更時のインシデントについて（宮崎県）
（５）リハビリテーションの算定について（福岡県）
（６）講演会，研修会の実施・運営について（大分県）
（７）医療事故調査制度への各県の取り込みについて（長崎県）

以下各提案に対する各県の回答の要約と宮崎県内科医会の回答を報告します。

協議内容

【１】地域包括診療料と地域包括診療加算について（熊本県）

《提案要旨》

今回の診療報酬の改正で地域包括診療料と地域包括診療加算が新設されたが，24時間対応や診療所は常勤医師が３人以上であること，病院の場合２次救急指定病院であることまたは救急告示病院でかつ在宅療養支援病院であることなど算定基準がきびしすぎるので，もうすこし，実際に即した基準に要件を緩和すべきではないか。

《回答》

各県とも，地域包括診療料は算定要件が厳しすぎて現実には実行不可能である。地域包括診療加算は地域包括診療料よりも条件が厳しくないが，それでも，24時間体制の要件が厳しすぎる。何らかの算定要件の緩和を要求すべきだろうという回答だった。

【２】地域包括ケアシステムにおける内科医会「かかりつけ医」の役割について（沖縄県）

《提案要旨》

高齢者，要介護者に対応するための「地域ケアシステム」には地域のかかりつけ医が重要な役割を果たすと思われるが，一方では2014年新専門医制度指針で地域包括ケアの核として総合診療専門医が創設されている。現に地域のかかりつけ医として活動している我々内科医と総合診療専門医との関係はどうあるべきか。

《回答》

総合診療専門医の地域包括ケアシステムでの位置づけがまだはっきりしていないが，総合診療専門医だけで地域医療すべてをまかなうのは人員的にも無理ではないか。総合診療専門医はむしろ当座は病院に活動の場を置くのではないだろうか。しかし，現在の診療所の内科医も地域包括ケアシステムに対応すべく対策を取る必要があるだろう。

【３】かかりつけ医制度への各県の取り組みについて（鹿児島県）

《提案要旨》

本年６月９日の厚労省の「保険医療2036」提言書では，2020年までに「ゲートオープナー」としての「かかりつけ医」の育成・全地域への配置が挙げられている。鹿児島県は全国で２番目に平成26年から認定かかりつけ医制度を発足させ，本年４月に445名が認定された。各県の取り組みはいかがでしょうか。

《回答》

福岡県では「福岡県医師会認定総合医制度」を平成18年に創設した。その他の県ではまだそのような認定制度はないが，研修会は開催している。宮崎県では南那珂医師会での取り組みがある。

【４】ジェネリック医薬品に変更時のインシデントについて（宮崎県）

《提案要旨》

国の施策ではジェネリック医薬品のシェアを現在の60％から80％に伸ばすことが検討されているが，ジェネリックの質の担保について，実際のインシデントは各県ではどのような状況でしょうか。

《回答》

ジェネリック医薬品の質についての情報は海外では，オレンジブックとして公表されているが日本ではまだ不十分だ。一般に降圧薬，脂質代謝改善薬，喘息治療薬のテープ剤および外用薬などで効果減弱の報告が多い。そのため，2014年の高血圧ガイドラインには一切ジェネリック医薬品は採用されていない。ジェネリック医薬品の副作用では，発疹，アナフィラキシー，消化器症状などがみられるが，それは添加物の違いが原因のように思われる。また，ジェネリック医薬品と先発品との間で適応症が異なるものがあり注意が必要だ。その他先発品と製造法が全く同じオーソライズド・ジェネリック医薬品のようなものもあるので検討が必要だろう。ジェネリック医薬品と先発品とが全く同等だとは言えないが，どう違うのかの情報はこれから蓄積していく必要がある。

【５】リハビリテーションの算定について（福岡県）

《提案要旨》

福岡県では高齢者のリハビリについては平均で２単位程度一律に減算する傾向にあるが他の県ではどうでしょうか。

《回答》

死亡した月に廃用症候群６単位の算定があったりするのは査定された事例があるが，他の県では一律に減算するようなことはない。

【６】講演会，研修会の実施・運営について（大分県）

《提案要旨》

最近講演会，研修会の講演内容が協賛するメーカーの意図に引きずられているような印象があるが各県ではどのように対応されているのでしょうか。

《回答》

各県とも資金の問題でメーカーの協賛に依存せざるを得ない部分はあるが，独立して開催する努力はしている。宮崎県では年２回の総会でメーカー招待の講師と共に会員の発表や，県内の講師の講演を合わせてプログラムに入れるようにしている。

【７】医療事故調査制度への各県の取り組みについて（長崎県）

《提案要旨》

平成26年６月に成立した改正医療法に基づき，予期しない死亡事故が起きたときは管理者が民間の第三者機関に報告することが平成27年10月１日から義務付けられるが，その際医療事故調査支援団体へ人員を要請し初動調査や調査報告書等の体制整備を行うことになるが，各県内会はどのように対応されていますか。

《回答》

内科医会が直接にかかわっているのは，福岡県，宮崎県。沖縄県は理事と常任委員を医師会に派遣。その他の県ではまだ直接的な関与は行っていない。福岡県では平成24年より維持紛争処理委員会とは別に院内事故調査委員会を設置している。この委員会において警察の関与や司法解剖の必要性がみられる事案については，院内事故調査支援組織に委託し，医療事故の究明を行うことにより医事紛争処理がスムーズに進むことを目的としている。平成26年度では民事訴訟２件のみで，刑事告発に至った例はなかった。また，県医師会で医療事故調査制度のガイドラインを作成することにしている。宮崎県では宮崎県医師会の調査支援団体の専門委員への登録を依頼した専門医のうち９割の先生に了承を受けている。また，宮崎県医師会で支援マニュアルを作成し配布している。

医療事故の対応はまずどこに連絡するかということを熟考する必要がある。また，カルテに患者や家族への説明を明記する必要がある。厚労省は第三者機関はあくまでも事故の原因追求と再発防止の考察をすべきで，患者の遺族の感情とは別に考えるべきだとしているが，実際には遺族の感情を考慮することが解決につながることも多い。

医療事故は取り扱いが難しいが，まずカルテの十分な記載とくに患者や家族への説明の記録とその時にどのような同意が行われたかをきちんとしておくことが大切だ。

【８】その他

時間が少し余ったのでフリートークが行われたが，長崎県から地域のドクターがゆるい結束で地域の看取りをやっていたのに，在宅支援診療所の要件が厳しくなって活動できなくなった。大分県から在宅介護をしようとすると家族の負担が限界以上に大きくなる。施設や入院などの受け皿がない状態で，どうやってちゃんと最後を看取ってやることができるのだろうかなどの発言があった。

［報　告］

第32回九州各県内科審査委員懇話会報告

宮崎県内科医会医療保険委員会委員長
松　岡　　均

平成27年11月７日(土)に長崎県長崎市で第32回九州各県内科審査委員懇話会が平成27年度日本臨床内科医会九州ブロック会議，第50回九州各県内科医会連絡協議会とともに開催されました。九州各県内科審査委員懇話会には宮崎県から内科医会副会長の田口副会長，弘野副会長と私の３名で参加いたしました。参加は熊本，福岡，鹿児島，佐賀，宮崎，沖縄，大分，長崎の８県で，21の提案事項について，現状の報告，討議しました。各県の回答と，本県のコメントを併記いたします。国保，社保で対応が違う場合には県名の後に国保，社保を附して記載しています。

審査会による地域差はないことが望ましいのですが，解釈の相違などで地域差が存在します。どうぞご理解いただき，参考としていただけると幸いです。

17番の佐賀県からの提案事項のように他県の事情も分かっていた方が良い場合があります。

【１】がん患者リハビリテーション料の対象疾患について　（熊本県）

《提案要旨》

がん患者のリハビリテーション料を算定するに当たっては届出が必要です。その届出がされていない医療機関で，廃用症候群等のリハビリテーションを必要とする場合に，脳血管疾患等リハビリテーション（廃用症候群に対する）は，がん患者リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションが必要とされる場合にはがん患者リハビリテーションの算定が優先するために算定できないという事務通達があります。しかし在宅復帰等を目指すにしても廃用症候群のリハビリテーションは必要だと考えられますが，他県での取り扱いはいかがでしょうか？

《回答》

認めない：全県

医科点数表の解釈　平成26年４月版のP597～に記載されているように，届出がされている医療機関では，がん患者リハビリテーションで請求する。届出がされていない医療機関では，必然的にがん患者リハビリテーション以外で請求する事になります。

ただし，今回の提案は廃用の原因が「がん」と記載されていたら，認めるかという事でした。文面通りでは施設基準を取得していない医療機関ではリハビリテーション算定出来ないことになります。何らかの対応が必要と思われますが，詳記を付けていただいて，症例毎に検討する事になります。

【２】同一診療日の処方箋料と処方料・調剤料・薬剤料の算定について　（熊本県）

《提案要旨》

同一診療日に，一部の薬剤を処方箋で処方し，他の薬剤を院内で処方することは，原則として認められていません。ただし，緊急やむを得ない場合に限り，同一日の院内処方と院外処方の併用が認められております。ただし，この場合は処方箋料と院内投薬に係る薬剤料のみを算定し，処方料，調剤料及び調剤技術基本料は算定できません。他の県では，調剤料・処方料の算定につきまして，いかがされているでしょうか？

《回答》

詳記があれば薬剤料・調剤料・処方料を認める：鹿児島国保

薬剤料のみ認める：他の総て

処方箋料と院内投薬に係る薬剤料のみの算定となりますので，調剤料，処方料は算定できないとしています。

【３】特定疾患療養管理料の取り扱いについて　（福岡県）

《提案要旨》

特定疾患療養管理料は，入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った管理の費用は，入院基本料に含まれるものとするとありますが，他医療機関に入院した場合も，特定疾患療養管理料の査定が行われています。例えば，高血圧にて当院外来通院中の患者さんが，白内障の手術のため眼科に１日入院した場合，当院の特定疾患療養管理料が査定の対象になっています。貴県ではいかなる対応がなされていますか。

《回答》

査定対象になる：全県

日医の診療報酬検討委員会でも取り上げられている問題ですが，厚労省の解釈は自院，他院問わず退院１ヶ月以内は算定不可としているようです。福岡県国保は事務で調査して査定しているとのことです。知っていれば査定されますが，知らずに算定した時が問題です。

当県では特定疾患療養管理料を算定した医療機関が，当該患者が他の医療機関に入院したことを知っていたか否かで分けています。

具体的には当該請求を行った医療機関に対して確認を行い

他の医療機関に入院していたことを知っていなかった場合

→→→→請求通り認める

他の医療機関に入院していたことを知っていた場合

→→→→Ｄ査定

の扱いとしています。

【４】貴県では，在宅自己注射指導管理料の複数の医療機関からの請求にどのように対応していますか？　**（鹿児島県）**

《提案要旨》

自己注射対象疾患はこれまでも複数ありましたが，糖尿病以外は発症頻度の低い疾患でした。最近は，関節リウマチや骨粗しょう症など頻度の多い疾患への自己注射が適応になり，内科では糖尿病に対する自己注射を行い，整形外科では骨粗しょう症に対する自己注射が行われ，各々の医療機関から在宅自己注射指導管理料が，請求され，保険者によるチェックで再審査請求される事態も予測されます。こうした事態に貴県ではどのように対応されていますか？

《回答》

長崎県は対象疾患が異なれば複数の医療機関からの請求を認めていますが，他の審査会では医療機関同士の合議としています。

このような事例は当県では今のところありませんが，同一疾患では医療機関同士の話し合いをお願いしています。制度の変更が必要と思われます。

【５】重症者等療養環境特別加算について　**（佐賀県）**

《提案要旨》

加算の対象となる者は，次のいずれかに該当する患者であって，特に医療上の必要から個室または２人部屋の病床に入院した者である。

ア　病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者

イ　必ずしも病状は重篤ではないが，手術又は知的障害のため常時監視を要し，適時適切な看護及び介助を必要とする患者とされています。対象となる患者は，全身麻酔の手術後など考えられますが，例えば知的障害のない整形外科の腰痛麻酔の手術後は認めていますか。

《回答》

認めない：熊本，福岡，鹿児島国保，大分

認める：佐賀社保，鹿児島社保，沖縄

返戻し，算定理由を照会する：佐賀国保

取り決めなし：長崎，宮崎

当県では整形外科の腰椎麻酔のような場合であっても，術後に自分で移動等が困難な状況の場合には（イ）の「常時監視を要し，適時適切な看護及び介助を必要とする患者」と判断して認めています。認める，認めないは，ケースバイケース（個別の判断）です。

整形外科疾患で腰椎麻酔の手術であった事を理由として認めないとの判断はしていません。

【６】生物学的製剤が投与されている関節リウマチ患者に対する検査頻度　**（宮崎県）**

《提案要旨》

生物学的製剤投与中の関節リウマチ患者に対して①β-D グルカン②MMP-3③リウマトイド因

子④免疫グロブリン値の検査頻度を決めておられますか？当県では②－④については３ヶ月に１回としていますが，①については決めておりません。貴県ではどのようにされていますか？

《回答》

① 取り決めなし：福岡，沖縄，大分国保
　３ヶ月に１回程度：熊本，佐賀（取り決めはない），大分社保
　真菌感染やニューモシスチス肺炎の合併などがあれば制限なし。ただし漫然と傾向的な検査であれば返戻あるいは査定する：鹿児島，長崎

② ３ヶ月に１回程度：全県

③ 取り決めなし：福岡
　病名確定月のみ：長崎
　３ヶ月に１回程度：熊本，鹿児島，佐賀，沖縄，大分

④ 取り決めなし：福岡，大分，長崎
　３ヶ月に１回程度：熊本，佐賀，沖縄
　（１→３）-β-D-グルカン検査以外は概ね３ヶ月に一度のようです。

当県でも（１→３）-β-D-グルカン検査は該当する病名があれば認めていますが，傾向的に連月検査の場合には返戻あるいは査定する事もあります。

【７】NASHでのAFPとPIVKA-2測定　**（宮崎県）**

《提案要旨》

肝細胞がんの１割程度にNASHが基礎疾患にあるとされていますが，NASH病名のみでのAFP and/or PIVKA-2 測定をみとめていますか？

《回答》

認めない：熊本，福岡，鹿児島，佐賀，沖縄，大分

取り決めなし：長崎

NASH病名のみの場合に腫瘍マーカーの算定要項を満たすかと言う意見が出ました。現状では肝硬変あるいは肝細胞がんの病名が必要です。

【８】成人に対するＡ群β溶連菌迅速試験定性検査について　**（沖縄県）**

《提案要旨》

当県の国保内科においては成人に対するＡ群β溶連菌迅速試験定性検査は原則査定となっている。しかし，小児科，耳鼻科より子供がＡ群β溶連菌感染を起こしており付き添いの親が心配している場合は成人にも検査を施行しています。迅速検査の意義として病態的に溶連菌感染糸球体腎炎を予防することにあり，成人では，まずその可能性がないことより原則査定となっています。貴県では現状をおしえていただけますでしょうか？

《回答》

認めない：熊本，鹿児島，沖縄

認める：佐賀，宮崎，大分

取り決めなし：福岡，長崎

当県では溶連菌による咽頭炎(疑いを含む)等の適切な傷病名があれば認めています。注記に「親が感染を心配して，あるいは糸球体腎炎の予防」という文章は不適応なのでこのような注記では認められません。

【９】認知症精査でのビタミン測定について　（沖縄県）

《提案要旨》

認知症の原因精査では，治療可能な認知症の原因のひとつとしてビタミンＢ1欠乏症，ビタミンＢ12欠乏症，葉酸欠乏症などがあります。しかしながら，これらのビタミン項目の初診時測定が，「… 欠乏症疑い」の病名有無に関わらず，原則査定となっております。貴県での現状をおしえていただけますでしょうか？

《回答》

認めない：熊本，鹿児島，佐賀，大分

認める：宮崎

取り決めなし：福岡，長崎

当県では該当する件数が少ないので認めていますが，やはり，「…欠乏症疑い」や「ウエルニッケ脳症」などの病名が必要になるとお考え下さい。

【10】PCT（プロカルシトニン）やプレセブシンの算定要件について　（大分県）

《提案要旨》

近年，不明熱の鑑別等でPCTやプレセブシンの定量が検査できるようになりました。ただし，いずれの検査も保険点数が320点と高点数です。検査回数の制限や算定要件等がありましたらご教示下さい。

《回答》

回数制限なし：熊本

外来患者では認めない：福岡

疑い病名では１回のみ：鹿児島，佐賀

不明熱では認めない：佐賀

検査回数の取り決めなし：宮崎，大分

確定していれば週１回：沖縄（診断確定時に１回，経過判定では１回程度）

当県では敗血症（疑い）の傷病名がない場合は認めていません。

検査回数に関する取り決めは，特に設けていませんが，特別な理由なしでの同月複数回の実施

はＢ査定としています。プレセブシンの検査は本県ではほとんどみられません。

【11】播種性血管内凝固症候群（DIC）の疑いで多種の検査実施について　（長崎県）

《提案要旨》

当県社保では，DIC診断のための指針などより，血小板，PT，APTT，FDPまでは認めていますがＤダイマーは査定しています。貴県ではいかがでしょうか。

《回答》

D-ダイマーは認めない：福岡，長崎

認める：熊本，鹿児島，佐賀，宮崎，沖縄，大分

当県では，DICの診断に必要な検査のひとつとしてＤダイマーを含む多項目検査を認めている。しかし，DICの治療中の検査としては，必要な２－３項目に限って認めています（宮崎県医師会保険診療の手引き第３版，110頁）。

【12】１型糖尿病等におけるHbA1c，グリコアルブミンまたは1.5AGの２項目同時測定について

（長崎県）

《提案要旨》

上記３項目は，月１回に限り主たるもののみ算定するとなっていますが，例外として妊娠中の患者，１型糖尿病患者，または経口血糖降下剤やインスリン治療開始後６ヶ月以内の患者については，１項目を月１回に限り別に算定できるとなっています。

１型糖尿病患者等で，月１回の受診で２項目同時測定を傾向的に実施している機関がみられます。このような場合，当県社保では１項目しか認めていませんが，貴県での取り扱いはいかがでしょうか。

《回答》

傾向的なら認めない：鹿児島，佐賀，大分国保，沖縄

妊娠中の患者，１型糖尿病患者，または経口血糖降下剤やインスリン治療開始後６ヶ月以内の患者については認める：熊本，長崎，大分社保

取り決めなし：宮崎

当県では当県では取り決めはありません。現状では月１回の受診で２項目は認めています。

【13】非弁膜症性心房細動に対する新規経口抗凝固薬（プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナ）使用時のPTまたはAPTTによるモニターを認めていますか。本県社保では，新規使用時は，１ヶ月以内に１回，その後は３ヶ月空ければ認めることにしています。

（鹿児島県）

《提案要旨》

いずれの薬剤においても，中和剤がないため，添付文書において，「警告」または「基本的注意」

として，「投与中は血液凝固に関する検査値のみならず，出血や貧血等の徴候を十分に観察すること」と記載し，出血性合併症に対する注意を促しています。貴県では，PTやAPTTの検査の頻度などについて取り決めていますか？

《回答》

認めない：熊本

プラザキサのみAPTTを３ヶ月に一回認める：大分国保

取り決めなし：福岡，佐賀，宮崎，沖縄，大分社保

当県では取り決めはされていませんが，薬剤投与開始前，後と，その後は，注記がない限り３ヶ月以上の測定間隔で十分と考えます。

【14】頸動脈エコー時のパルスドプラー加算の適応病名は，どのような規準にされていますか？本県社保では，狭窄や閉塞・血栓の病名では認めるが，疑い病名や「頸動脈硬化症」という病名では認めないとしています。（鹿児島県）

《提案要旨》

ちゃんと検査したのに査定・減点されたと，会員からの不満が多い項目です。しかし疑い病名や「頸動脈硬化症」でも認めるとなると，検査症例の全てで認めることとなり，かつての心エコーでの取り扱いと同様に本体減点でドプラー込の点数とされると思われます。貴県の対応はいかがでしょうか。

《回答》

認めない：熊本，福岡，鹿児島，宮崎，沖縄，大分国保，長崎

認める：佐賀，大分社保

頸動脈狭窄，閉塞，血栓の場合には認められますが，頸動脈硬化症では認められません。

【15】CAPDのカテーテル位置異常に使用されたウロキナーゼ注剤について（熊本県）

《提案要旨》

CAPDを行う際に，カテーテルの注排液がスムーズに行くことは重要です。CAPDのカテーテルの位置異常やフィブリンによる閉塞時に生食水によるフラッシュ等で閉塞が解除できないときに，ウロキナーゼ注をカテーテル内に注入することにより解除する方法がとられることがあります。その際に処置でウロキナーゼ注が上がってくる場合があり，ウロキナーゼ注の使用方が静脈内投与であることも考えると適用外使用であり算定が難しいと考えられます。他の県ではどのように扱われていますか？

《回答》

認めない：鹿児島，佐賀，宮崎，長崎

認める：福岡

取り決めなし：沖縄

当県では原則認めておりません。

【16】心不全における抗不整脈剤の投与禁忌の取り扱いについて　（福岡県）

《提案要旨》

抗不整脈剤の多くは心不全に投与禁忌とされています。福岡県では国保・社保の内科系審査員協議会において，循環器担当の先生方の提案により，心不全患者であっても不整脈突然死の危険があることを鑑み，（心不全禁忌の薬剤であっても）抗不整脈剤の投与を認めております。

貴県においては如何でしょうか。

《回答》

認めない：熊本（慎重に投与されている場合には認める場合もある）

認める：福岡，鹿児島，佐賀，宮崎，沖縄，大分国保，長崎（アミオダロン，メキシチールのみ。それ以外は認めない）

取り決めなし：大分社保

当県では治療上の有用性が危険性を上回ると判断して使用したものと推定できる場合には，心不全に対して禁忌の指定のある抗不整脈薬であっても認めています。

【17】アコファイドとPPIについて　（佐賀県）

《提案要旨》

佐賀県では，胃カメラ必須かつPPI，H_2ブロッカー，胃粘膜保護剤との併用が禁止されているが，他県はいかがか。

佐賀周囲の県では，DAPTの際，胃カメラなしでPPIが投与されていたり，胃食道逆流症の病名ならば内視鏡不要とのこと。福岡や長崎からの病院紹介でのPPI継続投与が困難な状態にある。他県は必ず胃カメラをしてほしい。

《回答》

胃カメラは必要：熊本，福岡，鹿児島，佐賀，宮崎，沖縄，大分，長崎

併用可：熊本，鹿児島，大分

PPI，H2R併用不可：福岡，佐賀，宮崎，沖縄，長崎

粘膜保護剤との併用可：宮崎，沖縄，長崎

当県ではアコファイドは，胃カメラは必須であるが，他施設などでの内視鏡検査施行などの詳記があれば認める。PPIとH2ブロッカーの併用は認められないが，粘膜保護剤の併用は問題ないと考える。

【18】COPDと気管支喘息の吸入薬の使用について　（佐賀県）

《提案要旨》

COPDや気管支喘息の吸入薬としてLAMA，LABA，吸入ステロイドが合剤を含めて多数発売

されていますが，２種類の合剤の吸入薬が処方されているときLABAが重複するときがあります（例えば，アドエアとウルティブロ）。その際は，一方の吸入薬を単剤の吸入薬に変更査定していますか（例えば，ウルティブロをシーブリに）。それとも適宜増減の範囲で認めていますか。

《回答》

認めない：宮崎

認める：熊本，鹿児島，沖縄，大分

取り決めなし：福岡，長崎

このような請求事例が少ないこともあり認めるとの回答が多数でしたが，呼吸器内科の委員からこのような使用法は不適切との発言がありました。

当県ではこのような請求事例はありませんが，ウルティブロの重要な基本的注意には「７．本剤を他の長時間作用性抗コリン剤，長時間作用性β２刺激剤又はこれらを含む配合剤と同時に使用しないこと。（「その他の注意」の項参照）」との記載があり，認められないと考えます。

【19】逆流性食道炎に対するPPI 投与　**（宮崎県）**

《提案要旨》

当県社保では難治性あるいは再発病名なしに初期投与量の継続投与を認める方針に変更予定ですが，国保では従来通りに初期量投与は８週間までで，再投与には難治性あるいは再発病名が必要という対応です。既に東日本では初期投与量の継続投与を認める審査会が多いようですが、貴県の対応はいかがですか？

《回答》

８週以上は病名が必要：熊本，福岡，鹿児島，佐賀社保，沖縄，大分，長崎

病名がなくても認める：佐賀国保

当県では病名なしで初期投与継続投与を認める方向で検討していますが，当県以外では認められていません。病名を付けていただいた方が良いと考えます。

【20】ペグイントロンの少量長期投与に関して　**（沖縄県）**

《提案要旨》

慢性Ｃ型肝炎の治療での発がん抑制の目的でペグインターフェロンの少量長期投与が学会で認められていますが，保険収載とはなっておりません。リバビリンとの併用もなく少量長期投与の場合原則査定となっていますが，当県では審査委員各位において統一されていない傾向があります。貴県での現状はどのようになっているのか教えていただけますでしょうか？

《回答》

認めない：熊本，福岡，鹿児島，佐賀，宮崎，大分，長崎

ペグイントロンはリバビリンとの併用でのみ認められており，単独投与は認められないので査定されます。（ペガシスは単独投与の適応あり）

【21】デトキソール（チオ硫酸Ｎa注射液）の食道散布について　（長崎県）

《提案要旨》

デトキソールはシアン化合物やヒ素剤による中毒が適応症の注射液である。また食道内視鏡時に行われるヨード染色後の胸痛を緩和するために，ヨード中和剤としてデトキソールの食道散布が広く行われている。しかし食道散布目的のデトキソールは，長崎県では社保，国保共に認められていない。病名，用法の適応が異なるためと思われるが，臨床的に広く行われ，しかも代替え療法がない場合には認めるべきではないかと思っている。

貴県の状況は如何でしょうか。

《回答》

認めない：熊本，佐賀，沖縄，長崎

認める：福岡，宮崎，大分

当県ではデトキソール静注液をEF－胃・十二指腸検査時の使用を認めないことを2011年に申し合わせましたが，現在は社保，国保ともヨード散布時に限り認めています。

各郡市だより



宮崎市郡内科医会だより

⑴　夜間急病センターについて

市郡医師会病院循環器内科（月２回，日曜日の準夜，深夜担当）と宮崎大学医学部附属病院救命救急センター（月１回，準夜，深夜担当）の協力で各当番医は当番間隔が開き随分楽になっているようです。

⑵　新内科専門医制度について

2017年から開始予定の新専門医制度に伴い，認定内科医や総合内科専門医という日本内科学会認定制度は廃止されます。学会ではなく，第三者機関である日本専門医機構によって認定されます。しかも，新制度は2015年以降の新たな医師に対して適用されます。我々，内科開業医の多くが取得している現在の認定内科医資格は，日本内科学会の独自資格として引き続き更新することはできるようですが新内科専門医と重みが違い，標榜もできないようです。さらに資格の有無でレセプト点数にも差別化されるのではと危惧されます。

認定内科医（総合内科専門医は別として）が新内科専門医を取得するためには，第三者機関である機構によるプログラムを経た受験を受け，合格する必要があります。一般内科開業医が受けられるようなものではありません。高齢化してきている現在の我々内科開業医にとっては，日本内科学会認定内科医の価値は薄れ，敢えて点数をとって更新する意味がなくなっていきそうです。

平成27年９月～平成27年12月までに当内科医会が共催として開催しました講演会は以下の５回でございました。

○平成27年９月29日（火）

「アレルギー性鼻炎患者の満足度を高める工夫　抗ヒスタミン剤経口腸管免疫療法」

九州大学病院　耳鼻咽喉・頭頸部外科

講師　澤津橋基広　先生

○平成27年10月23日（金）

「SGLT２阻害薬の効果と使用法の提案

～行動変容と療養支援から考える～」

京都府立医科大学大学院医学研究科

内分泌代謝内科学

講師　山﨑　真裕　先生

○平成27年11月16日（月）

「心原性脳塞栓症の治療と予防

～NOACの活用～」

熊本市立熊本市民病院

首席診療部長・神経内科部長

橋本洋一郎　先生

○平成27年11月27日（金）

「実地臨床に活かす喘息予防・管理ガイドライン2015のポイントと吸入指導の実施」

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

呼吸器内科学

講師　東元　一晃　先生

○平成27年12月15日（火）

「保存期腎性貧血に対するESA製剤の有用

性」

独立行政法人　地域医療機能推進機構
宮崎江南病院腎疾患・透析部長
講師　山田　和弘　先生

「糖尿病とともに腎臓をみる」

医療法人社団三杏会　仁医会病院院長
講師　阿部　克成　先生

（文責：山下　政紀）

都城市北諸県郡内科医会だより

都城地区は４月に移転，新装した医師会病院のお蔭で救急診療がさらに充実し，会員の多くが恩恵に預かっています。恵まれた環境で医療ができることに感謝していますが，医療費が限りなく上昇していくため，我々は救急医療と終末医療と分けて紹介の有無を検討し，患者本人や家族の希望を聞くだけでなく，納得させて事を運ぶ努力をさらに要すると思います。いろいろと見解の分かれるところですが，個人的には訪問看護，特定看護士の看取りの早急の確立を希望します。

さて今期は連絡ミスで11月に講演会が開催できませんでしたが，当地区でも多くの講演会が行われ，似た内容やタイトルの講演会も同時期にダブルこともあり，平均すると出席者数の減少は否めません。製薬会社の事情もあり難しいところはありますが，会員には学習の機会が増えて喜ばしいとも思っています。下半期の講演会の内容は以下の通りです。

○平成27年７月21日（火）

「今，２型糖尿病をどう捉えていますか？」

順天堂大学大学院医学研究科
スポートロジーセンター
センター長　河盛　隆造　先生

○平成27年８月28日（金）

「運動器の慢性疼痛の治療戦略」
～高齢者の健康維持・増進をめざして～

久留米大学医学部　整形外科教室
講師　山田　　圭　先生

○平成27年９月25日（金）

「糖尿病治療薬の
新たなグローバルエビデンス」

大分県立病院　内分泌・代謝内科
部長　瀬口　正志　先生

○平成27年10月22日（木）

「Male LUTS/BPH 薬物療法の新たなる展開」

医療法人　真和会
川原腎・泌尿器科クリニック
院長　川原　和也　先生

○平成27年12月14日（月）

「高血圧診療と研究の最近の話題」

宮崎大学医学部　内科学講座
循環体液制御学分野
教授　北村　和雄　先生

（文責：志々目栄一）

延岡内科医会だより

平成27年の新春はインフルエンザの流行で明けた感がありました。

１月２日の休日当番で，暇だと思っていたのですが，終日昼食もそこそこに働きづくめでした。急病センターも含め連日大忙しの状態が続きました。

私は開業20数年になりますが，これほどの流行は初めての経験でした。発症者は宮崎が日本一との事で皆様もさぞかし忙しい思いをされた事と思います。その中でも延岡は宮崎一の発生でした。延岡保健所管内の定点あた

りの報告数120以上（例年の3.3）という事でした。さあ今年はどうだったでしょうか？

さて，延岡ではこの２年で，耳鼻科の２件の新規開業，小児科も２件の新規の併設がありました。内科は新規開業はなく，反対に閉院される報を聞いています。

我々は定年のない稼業です。私はいつ仕事に区切りをつけ残りの人生をどう過ごすか考える年齢にいつの間にかなってしまいました。

皆様はどう考えておられますか？

本会関連の講演会は以下の通りです。

○平成27年８月28日（金）

「当科における肺高血圧治療の現状」

宮崎大学医学部内科学講座

循環体液制御学分野

助教　鬼塚　久充　先生

「肺高血圧症の診断と治療～病診連携の実際～」

鹿児島大学大学院

心臓血管・高血圧内科学

助教　窪田佳代子　先生

○平成27年９月11日（金）

「平成28年度診療報酬改定の最新動向から読み解く，地域包括ケア時代の医療機関の役割」

メディキャスト株式会社

マーケティング事業部

課長代理　山口　　聡　先生

「心房細動患者の冠動脈ステント治療～抗凝固薬と抗血小板薬のどちらを優先するか？～」

済生会熊本病院

副院長　中尾　浩一　先生

○平成27年10月16日（金）

「日常診療で出会う不整脈の対応と治療」

宮崎大学医学部内科学講座

循環体液制御学分野

助教　井手口武史　先生

○平成27年10月23日（金）

「新しい選択肢を手に入れた日本の認知症治療」

香川大学医学部　精神神経医学講座

教授　中村　　祐　先生

○平成27年10月30日（金）

「心臓と末永く上手につきあっていく方向～心臓リハビリテーションのすすめ～」

独立行政法人地域医療機能推進機構

宮崎江南病院

内科医長　渡邊　玲子　先生

○平成27年11月６日（金）

「トルバプタンの可能性を探る」

公立陶生病院　循環器内科

副院長　味岡　正純　先生

○平成27年11月27日（金）

「運動を中断する脳活動について」

潤和会記念病院　神経内科

部長　矢澤　省吾　先生

「骨粗鬆症診療に関する最新の話題」

近畿大学医学部奈良病院

整形外科・リウマチ科

教授　宗圓　　聰　先生

○平成27年11月30日（月）

「異なる２つの脂質低下療法は冠動脈プラーク退縮においていかなる違いをもたらすか!?－スタチン増量VSスタチン/エゼチミブ併用」

熊本大学大学院生命科学研究部

循環器内科学

講師　辻田　賢一　先生

（文責：岸　　重雄）

日向市東臼杵郡内科医会だより

当医師会内の高齢化率は県内でも高いほうです。美郷町，諸塚村，椎葉村は40％を越えています。中でも美郷町は半数近くが65歳以上となっています。平均寿命の延びや，出生数の低下を考慮しますと，今後一段とこの率は上がってくると思われます。３町村の住民の方の健康意識は高く，特定健診受診率が85％前後，一般住民結核検診受診率が50％から76％となっています。

３町村の住民の方でかかりつけ医を日向市･門川町に持っておられる方も多くおられます。今後，高齢化の進展に伴って，３町村の病医院の先生方と連携を図る機会が多くなると思われます。残念ながら３町村の先生方は公立病医院の勤務医ということもあり，内科医会に加入されていません。機会を捉えて加入の声かけをしてみたいと思っているところです。

以下，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27年６月12日（金）

『冠動脈インターベンションと
これからの抗血栓治療』

済生会熊本病院　副院長
兼心臓血管センター循環器内科
上席部長　中尾　浩一　先生

○平成27年６月18日（木）

『骨粗鬆症の診断と治療のABC』

社会医療法人泉和会　千代田病院
整形外科　和氣　　聡　先生

○平成27年６月26日（金）

『SGLT２阻害薬の１年を振り返る』
～新しい治療オプションとして～

大阪府済生会中津病院院長補佐
糖尿病内分泌内科
部長　西村　治男　先生

○平成27年７月７日（火）

『薬剤師からみた糖尿病治療の
Unmet Medical Needs』

有限会社　メディフェニックス代表取締役
全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
副会長　萩田　均司　先生

『糖尿病治療における
新たな治療オプション』

医療法人　健清会　那珂記念クリニック
院長　遅野井　健　先生

○平成27年７月15日（水）

『CKD診療における尿酸管理の意義』

宮崎大学医学部医学科
血液･血管先端医療学講座
教授　藤元　昭一　先生

○平成27年７月23日（木）

『おうちでの様子チェックシートを
利用してみて』

野崎病院　精神科
部長　矢野　　淳　先生

『かかりつけ医による認知症診療』
～由布物忘れネットワークの取り組み～

大分大学医学部附属病院
総合内科・総合診療科
診療教授　吉岩あおい　先生

○平成27年７月25日（土）

【平成27年度心臓検診委員会講演】

『学童における致死性不整脈の
診断と管理について』

たかぎ小児科・心臓小児科
院長　髙木　純一　先生

○平成27年８月28日（金）
【第30回日向地区急性期医療連携検討会】
『県北医療における当院の役割と小児医療』
宮崎県立延岡病院
院長　柳邊　安秀　先生

○平成27年10月14日（水）
【第２回　日向糖尿病カンファレンス】
『体重を増加させない
糖尿病治療を目指して』
～ SGLT２阻害薬への期待～
大分大学医学部内分泌代謝･膠原病・腎臓内科科学講座
講師　加隈　哲也　先生

○平成27年11月17日（火）
『不眠症治療への取り組みについて』
～当院でのせん妄への取り組みと
向精神薬の使用意図～
宮崎県立延岡病院　心療内科･精神科
科長　北　英二郎　先生

○平成27年12月２日（水）
『循環器疾患における
糖尿病治療薬の使い方のポイント』
佐賀大学医学部循環器内科
教授　野出　孝一　先生

（文責：今給黎　承）

児湯内科医会だより

SPRINT試験の結果（N Engl J Med 2015；373：2103-16）には驚かされました。高血圧治療においてどこまで降圧するかは様々な議論があって未だに納得する答えはないようです。この試験では利尿剤を第一選択としており，患者背景で糖尿病を合併している患者，脳卒中の既往がある患者を登録から除外していることもあり，内容をよく吟味して解釈しなければいけないでしょう。Ｊカーブ現象の論争にも影響を与えることとなるでしょうか。

２型糖尿病の治療でも，血糖降下が必ずしも細小血管病変で証明されているほど心血管疾患を抑制することがはっきりとしていません。今までのところエンパグリフロジンによるEMPA-REG OUTCOMEだけがこれを証明しています。

様々な臨床試験が次々と発表され，その結果がガイドラインに反映されていきますが，患者さんを目の前にしてそれらの臨床試験の結果やガイドラインをどう治療に応用していくか，医師の力量が問われる時代です。

児湯内科医会でも，最新の医療情報を提供するため隔月で講演会を開催しています。毎回多くの会員が参加して，講演後の情報交換会では，講師を囲んで，更に突っ込んだ議論がなされています。

以下，実施した講演会の記録です。

○平成27年９月15日（火）
「ＣＫＤ対策と現状について」
古賀総合病院
腎センター長　久永　修一　先生

○平成27年11月17日（火）
「気管支喘息治療の基本を考える
－吸入指導の重要性も含めて－」
県立宮崎病院　呼吸器内科
医長　姫路　大輔　先生

（文責：大森　史彦）

西都市西児湯内科医会だより

西都西児湯医師会には当内科医会以外に医会がありません。ですから内科関連以外の講演会も多く，かかりつけ医にとって役に立つ講演会が組まれます。そのため参加される先生方は他科にわたり，薬剤師，看護師，理学療法士，介護士等も参加しやすく，多職種連携にも一役買っています。

第88号のたよりと重複しますが，平成27年６月から12月までの学術講演会を報告します。

○平成27年６月３日（水）

「認知症とその周辺
～認知症の早期発見に向けて～」

医療法人　慶明会　けいめい記念病院
副院長　岡原　一徳　先生

参加者：医師16名　多職種110名

○平成27年10月５日（月）

「骨粗鬆症勉強会　～顎骨壊死を中心に～」をメインテーマにして，西都児湯歯科医師会との共催で今回３回目です。

演題１

「歯科からの提言」

中崎歯科医院　院長　中崎　　裕　先生

演題２

「第17回日本骨粗鬆症学会を振り返って」

医療法人暁星会三財病院
副院長　松本　英裕　先生

参加者：医師11名　歯科医師19名
多職種45名

○平成27年10月29日（木）

「臨床医のための不眠診療のコツ」

熊本市立熊本市民病院
主席診療部長・神経内科部長
橋本洋一郎　先生

参加者：医師11名　多職種13名

○平成27年11月26日（木）

「一般医が知っておくべき皮膚疾患，送るタイミング　～乾癬の薬物治療も追加して～」

宮崎大学医学部皮膚科学講座
教授　天野　正宏　先生

参加者：医師15名　多職種28名

来年も積極的に多職種連携を深めれるよう，講演会を計画していきたいと思います。

（文責：松本　英裕）

南那珂内科会だより

昨年４月の在宅医療介護連携推進室（Sunオリーブ）に続き９月には在宅医療介護連携情報共有システム（Net4U）が稼動しました。Net4Uとは"the New e-teamwork by4Units"の略で4Unitsは「病院・診療所・看護介護・検査センター」のことです。現在は介護系事業者や薬局へと連携の枠は広がっており，南那珂地区の在宅医療介護連携のさらなる発展が期待されます。また来年度からは河野秀一新会長の下に新体制で臨んでいきます。

さて平成27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27年８月４日

「CKDの診方・考え方」

宮崎大学医学部附属病院血液浄化療法部
准教授　佐藤　祐二　先生

○平成27年９月10日

「心腎関連を断ち切るための新たなる降圧治療戦略　～適切な降圧薬の選択を目指

して～」

日本大学医学部腎臓高血圧内分泌内科

准教授　阿部　雅紀　先生

○平成27年10月７日

「変わる！変える！２型糖尿病」

鹿児島大学病院糖尿病内分泌内科

副科長　出口　尚寿　先生

○平成27年11月16日

「冬場の感染症の診察」

宮崎大学医学部内科学講座

免疫感染病態学分野

教授　岡山　昭彦　先生

（文責：山口　幹生）

西諸内科医会だより

西諸地区は，毎年高齢化が進んでいます。高齢化の人口比率が小林地区で32%，えびの地区で37%，高原地区で35%です。ちなみに全国では26%ですから当地区はかなり高齢化が進み，今後2020年にはその比率がさらに増加することが予想されます。さて先月，「認知症の地域連携」と言う演題で，合同講演会が当地で開催されました。講師に山鹿中央病院の院長，原暁生先生をお招きしご講演して頂きました。山鹿市は，当小林地区と高齢者の人口比率が33%と大変似かよっています。また早くから，高齢者の認知症施策の推進が行われています。施策プランの標題としまして，「認知症の人の意思が尊重され，できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。」を掲げて積極的に遂行されています。とても地域に密接しました素晴らしい講演でした。

尚，来年の３月当内科医会の役員改選がありますが，私（宮崎），今期をもちまして会長の職を辞することに成りました。二期，四年間皆さまのご支援ご鞭撻を頂きまして誠に有難うございました。御礼申しあげます。

下半期の西諸医師会，内科医会の講演会は以下の通りでした。

○平成27年７月23日（木）

「虚血性心疾患の管理について

－病診連携をふまえて－」

一般社団法人　都城市北諸県郡医師会

都城市郡医師会病院

循環器科　医長　岩切　弘直　先生

「脳神経外科の血管内治療と

血圧管理について」

同　病院

脳神経外科　主任医長　大田　　元　先生

○平成27年８月27日（木）

切らない脳神経外科治療

－脳卒中診療ガイドライン改訂と

ガンマナイフ治療の新知見－

藤元メディカルシステム藤元総合病院

脳神経外科　部長　八代　一孝　先生

○平成27年９月24日（木）

「心臓血管外科手術のトピックス」

宮崎県立宮崎病院　心臓血管外科

部長　金城　玉洋　先生

○平成27年10月15日（木）

「SGLT２阻害薬への期待

～２型糖尿病の新たな治療戦略～」

医療法人社団　高邦会　高木病院

内科部長　小野　恭裕　先生

○平成27年11月26日（木）

「山鹿市における認知症地域連携」

～認知症になっても

安心して暮らせるまちをつくる～

山鹿中央病院

副院長兼院長代行　原　　暁生　先生

○平成27年12月17日(木)

「持効型GLP－１受容体作動薬を

実臨床でどう使うか」

光川内科医院

院長　光川　知宏　先生

（文責：宮崎　裕三）

西臼杵郡内科医会だより

高千穂町は特定健診の結果で，県内で最も高血糖の人の割合が多い町となっています。高血圧・高脂血症をあわせたメタボの割合も高く200人に１人が人工透析を受けている状況で，その原因疾患の多くは糖尿病の合併症です。

生活習慣病の医療費は県の平均を上回っており，健診後のサポートとして保健師による脱メタボ保健指導・高血糖改善塾，高千穂町国民健康保険病院の医師が公民館に出向いて糖尿病・高血圧・ロコモなどについて出前講座を行い生活習慣病の予防・改善を目指しています。

さて，平成27年度の７月から12月までの講演は以下の通りです。

○平成27年７月23日(木)

「腸・時空医療」

慶應義塾大学医学部

腎臓内分泌代謝内科

教授　伊藤　　裕　先生

○平成27年８月６日(木)

「新しい選択肢を手に入れた

日本の認知症治療」

香川大学医学部　精神神経医学講座

教授　中村　　祐　先生

○平成27年11月10日(火)

「当院でのせん妄に対する取り組みと

向精神薬の使用意図」

宮崎県立延岡病院　心療内科・精神科

科長　北　英二郎　先生

○平成27年12月２日(水)

「当院における心不全治療の現状」

宮崎県立延岡病院　循環器内科

部長　山本　展誉　先生

（文責：佐藤元二郎）

原稿募集

次の原稿締切は平成28年７月22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，ご質問をおよせ下さい。

9　用語は新かなづかいによること。

10　本誌に掲載された発表内容について御質問があれば質問趣旨を御送付下さい。著者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

暖冬と予想された冬でしたが，１月下旬に想像以上の寒波が押し寄せてさまざまなところで影響が出たと思われます。交通機関も麻痺し混乱しましたが私も巻き込まれました。余計な外出を控えるような指示が出れば素直に従ったほうが良いと，この年になり改めて反省しました。

今回の宮崎県内科医会誌では医療事故調査制度について判りやすく解説していただきました。不慮の事故や突発的な事故との遭遇も絶対無いとはいえません。医療側や患者さん側の双方に意義のあるものになることを期待します。Postgraduate Educationでは７回に亘って心電図の読み方を詳しく解説していただきました。明解な説明で感謝しております。また今回号からＢ型肝炎ウイルスの再活性化についてと潰瘍性大腸炎クローン病についての特集が開始となりました。他科からの提言では胸部下行大動脈瘤とステントグラフト内挿術に関してわかりやすい解説となりました。日常診療ではあまりあたりませんが，担当した時の準備として貴重な勉強をさせていただきました。

雪や桜島の再噴火など自然は予想外のことが多く，また解明されていないことが多いように思われます。私の周りにも不可思議，まだ未解明のことがあります。特に自分の体重です。自分ではあまり食べたり飲酒したりした覚えはありませんがなぜか増加します。診療の現場では食事指導等を行いますが，わが身となると思うようにならない現状です。そのためか腰痛も出現したため，運動を開始して１年半。継続は力と思いながら日々続ける現状です。日々の診療でも想定外のことが時として起こりますが，執筆していただく先生方の解説等でこのことが，一つでも少なくなることになれば幸いです。

会員の皆様におかれましては，様々な投稿をお待ちしておりますので今後とも宜しくお願いします。

（福島　義隆）

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