

[巻 頭 言]

二期目を迎えて

宮崎県内科医会会長

小 牧 齋

県内科医会の会長をお引き受けして2期目を迎えております。副会長には弘野修一(宮崎市郡)、田口利文(都城市)の両先生が留任していただき、延岡市からは石内裕人先生を新しく迎えることができました。常任理事としては光川知宏先生(宮崎市郡)に新しく引き受けていただきました。理事、各種委員会の先生方には若干の移動がありますが、皆様のお力添えをいただきながら新執行部でこの2年間を乗り切ろうと考えています。また、監事には仮屋(都城市)、木下(延岡市)両先生がお引き受けいただいたのですが、第三者の目で厳しい監査をしていただきながら、真摯に会の運営に携わりたいと思っていますので今後ともよろしく願いいたします。

ところで、昨年10月から始まりました医療事故調査制度における外部委員として、参加表明いただきました先生方には大変無理を言いお引受けいただいたわけですが、感謝の意を表すとともに、改めて今後のご協力の継続をお願いしたいと思っています。医療事故は宮崎県内でも実際起こっています。対岸の火事とせず身近な問題として、安心して安全な医療が行えるよう協力していただければ幸いです。

また、懸案となっております会員の増強についてであります。弘野副会長の発案で、未加入の先生方へ加入の案内状と一緒に県内科医会誌、日本臨牀内科医会誌を送付し、県内科医会の事業内容・魅力をお伝えし加入を促しております。今後は、各郡市医師会を窓口にして、内科系の先生方が新規開業される時に加入していただけるよう強く呼びかけていかなければならないと考えています。

一方、医業経営の面で言いますと、今年4月、診療報酬改定がありました。主なテーマは医療機能の分化・強化・連携と地域包括ケアシステムの推進でありました。本音のところでは、国の進める地域医療構想に則り在宅医療の推進による医療費抑制策であり、今後私たちの診療形態にも大きな影響を与えそうです。

日本の医療は大きな変革の時を迎えています。高齢者医療・介護、地方の医療のあり方、来年から予定されていた新専門医制度、その中で総合診療専門医の役割等です。また日本医師会が強力に推し進め始めました「かかりつけ医」制度もあります。高齢者医療への取り組みは待ったなしです。多臓器に疾患を抱える高齢者への医療、地域には地域にしかわからない医療、最も関わる医療者は内科医会の会員であろうと思います。

日本臨牀内科医会の動きにも少し触れておきます。今年4月の日本臨牀内科医会総会で、猿田享男先生の第3期目の執行部が決定しました。「会長として、第1は、創立の精神をしっかりと持ち、最先端の臨床の知識、技術を会員の皆様に届けることである。第2は、臨床の場で全国の

医師が活躍できるよう、現在行っている公益事業のインフルエンザ研究、また全国規模を利用しての臨床研究の成果をしっかりと得てその情報を伝えること、それによって国民の皆様に少しでも役立つ医療を提供していくこと、これが会の務めと思っている」との発言がありました。

話は変わりますが、最近よく人工頭脳についての話題を耳にします。人間の知性の仕組みをあばくことから始め、いわゆるDeep Learningと称するものにより次第に自ら学んで進化しています。革命的技術であり、究極の人工頭脳とは人間が対処する諸問題を解決することにあるとのことです。囲碁の世界においてですが、世界最強の棋士と人工頭脳である「アルファ碁」が勝負して人工頭脳に軍配があがり囲碁ファンを驚かせました。無限ともいえる選択枝から一つの手を打つ、直感の力を覚えさせ、すなわち創造力をつくらすことで独創的な手を打つように進化したのでしょうか。

医療領域への応用としては、疾患の早期発見が可能になるとのことです。例えば大量のCT画像写真を分析させると、1mm以下の病変も見つけるようになるといいます。正常な写真と異常な写真を大量に学ぶことで、正確にしかも早期に診断ができるようになるそうです。しかし人工頭脳には倫理観がないのでそこに感情や判断力を持たすことで人間に寄り添う心、調和を持たせることが今後の課題とのことです。近未来に於いて、医療の現場も人工頭脳にとって代わるという想像を超えた社会になっているかもしれません。

[教授ご紹介]



ご 挨拶

宮崎大学医学部医学科
消化器内科学講座

教授 河 上 洋

2016年4月1日付けで、宮崎大学医学部医学科消化器内科学講座の教授を拝命いたしました。この場をお借りして宮崎県内科医会の諸先生方に謹んでご挨拶申し上げます。

この度、宮崎大学に新設されました消化器内科の教授、診療科長として診療、教育、研究を担当させていただく機会を与えていただきましたことを皆様に深く感謝申し上げます。課せられた重責に身の引き締まる思いがいたします。

1. 略 歴

私は神奈川県出身です。神奈川県私立の桐蔭学園幼稚園から高等学校まで一貫教育で学び、1996年に北里大学医学部医学科を卒業いたしました。大学卒業後は浅香正博教授（現北海道医療大学学長）が主催されておられた北海道大学医学部第三内科（現消化器内科）に入局し、初期研修を開始いたしました。1997～1999年に網走厚生病院で地域医療を学び、1999～2001年に手稲溪仁会病院消化器病センターで真口宏介先生（消化器病センター長）より消化管・肝臓に加え、胆膵疾患の専門研修を受けました。その後、2001～2005年まで遺伝子病制御研究所癌研病理部門において小林正伸助教授（現北海道医療大学教授）

のご指導の下、膵癌に対する血管新生阻害に関わる遺伝子治療による基礎研究を行い、医学博士号を取得しました。

2005年に助手、2007年に助教、2012年に東京医科歯科大学から坂本直哉教授が赴任されてから、2015年に講師、診療准教授を経て現在に至ります。

学位取得後は一貫して、北海道大学病院消化器内科で良・悪性を問わず、すべての胆膵疾患に対して、低侵襲的な内視鏡を用いた診断と治療、特に、近年進歩の著しい高度先進医療である、超音波内視鏡関連手技を積極的に行って参りました。

2. 診 療

宮崎大学では、鮫島 浩病院長をセンター長とする消化器病センター、また、七島篤志外科学講座肝胆膵外科教授を部長とする光学医療診療部で副部長を拝命し、兼任し、新たな組織作りを行っております。内科学講座の既存の消化管や肝疾患を診療されている先生方と外科学講座の肝胆膵外科の先生方と共働し、主に胆膵疾患診療を担当しております。

胆膵領域は他の領域と異なり、診断・治療の特殊性が高く、手術の根治度はもちろん、術後合併症治療を含め、手術成績の多くの部

分に関与します。また、技術革新により診断法や治療法が大きく発展を遂げている分野でもあります。最も外科に近い内科を取り扱うこととなりますが、これまで数多くの難症例の診療を行ってきた経験を後進に伝えつつ、技術の完成に挑み、高い危機管理能力を備えたチームの形成を目指してまいります。

3. 研究

積極的に内視鏡手技を行うだけでなく、エビデンス確立のために臨床研究の発案・遂行を積極的に行い、「事実を科学的に明らかにし、世に広めること」をルーチンワークとして行ってまいりました。

全国に広がる胆膵専門医のネットワークを利用して数多くの全国的な多施設共同無作為化比較試験を行い、その一部は大学院生の研究テーマとして参画を企画し、その論文出版までを完全指導しておりました。

最近では、難治癌の代表である肝門部領域胆管癌に対する術前ドレナージ術を検討し、内視鏡的経鼻胆道ドレナージ術が最適であることを報告させていただきましたが、この報告が基となり、胆道癌診療ガイドラインが一部改訂されております。

4. 教育

北海道大学在籍時は卒前の早期臨床実習を積極的に導入させていただきました。卒後のアカデミック・フィジション養成にも取り組み、大学院生に対しては11名の博士研究を指導し、学位を取得していただきました。各専門医を取得しつつ、学会発表、論文発表も行ってまいりました。

北海道大学在籍中は広域医療圏の代表であ

る北海道各地に加え、関東圏に合計15名の若手胆膵疾患診療専門医を配置してまいりました。

座学中心の教育ではなく、臨床の現場での教育が最も重要と考えており、医学・医療の指導者、地域の専門医を養成し、国際的なリーダーも育成できるよう、努力していきます。

5. おわりに

これまでの経験を活かし、近郊はもちろん、遠方からも患者様をご紹介していただけるよう一生懸命に努力し、県下の皆様から信頼される消化器内科、胆膵疾患専門施設を目指してまいります。

患者様の高齢化、重症化、複雑化に伴い、今後は診療ガイドラインに基づきつつも、患者様一人一人に合わせた診断・治療法の選択が重要になってきます。消化器内科の枠組みにとらわれることなく、関係診療科や研究室の先生方、メディカルスタッフの方々との連携はもちろん、地域病院や診療所の先生方との連携も密にすることで、診断・治療方針を決定し、責任をもって誠心誠意努力し、全力で診療、研究、教育に尽くしてまいります。

エビデンスの創出のためには、多数の症例を診ることも重要ですが、地道な診療活動で得られた質の高い臨床データがあってこそ初めて成し遂げられます。今後も、北海道大学在籍中と同様に、臨床医ならではの発想を基本として、先進医療ならびにトランスレーショナル研究を積極的に行い、診療に直接還元できるようなインパクトの高い成果を目指してまいります。そして、活発な臨床活動の中でも常に研究マインドを持ち続けて診療を続ける大切さを、後進の先生方に伝え、医学・

医療の指導者や専門医の育成を行います。

現在、産声を上げたばかりの消化器内科学講座は非常に小さなチームではありますが、臨床医として患者様に向き合う姿勢を忘れず

に、和を大切に、志を高く持ち続け、常に努力していきます。

長い目で、ご支援ならびにご指導・ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

特 集**新内科専門医制度 2**宮崎大学医学部第3内科
塩 見 一 剛**1. はじめに**

平成29年度（2017年度）4月から新専門医制度が始まる予定であった。しかし新専門医制度に対しての早期導入に否定的な見解が多数よせられ地域医療崩壊が懸念されるという意見もでていた。このような状況のなか、平成28年7月20日に日本専門医機構において、新専門医制度を立ち止まって考える「新たな検討の場（仮称）専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」が開かれた。この協議を踏まえた日本専門医機構の理事会において、平成29年度（2017年度）からの新専門医制度の正式な開始は見送られ、平成30年度（2018年）からの一斉開始を目的にすることになった。

この日本専門医機構の判断を受けて、平成28年7月30日に日本内科学会が平成29年度（2017年）からの新専門医制度の開始を見送ることを正式に発表し、平成29年度（2017年度）は現在の内科認定医制度に基づいた内科系サブスペシャリティ専門医をこれまで通り取得することになった。平成30年（2018年度）開始予定の新専門医制度については、今後も日本内科学会と内科系サブスペシャリティ学会と協議を重ね、日本専門医機構との調整を行っていくことになっている。

このような状況下ではあるが、新制度にお

ける内科専門医制度の現時点での制度内容について述べさせていただく。

2. 専門研修プログラム整備基準**【内科領域】**

日本内科学会が提示した内科領域の専門研修の指針として、専門研修プログラム整備基準【内科領域】⁽¹⁾がモデルプログラムの発表に先立って提示された。この整備基準はモデルプログラムの基となるもので、新専門医研修の骨子となるものである。このほかに、日本内科学会からは、新内科専門医制度に関して、①研修カリキュラム（項目表）、②研修手帳（疾患群項目表）、③技術・技能評価手帳の3種類のチェック項目表をホームページに公開している。

専門研修プログラム整備基準は、大項目9つとそれぞれに付随する小項目53からなる。

この中から抜粋していくつかの項目について解説する。

[1] 理念と使命**①領域専門制度の理念**

内科専門医制度は、国民から信頼される内科領域の専門医を養成するための制度である。

本制度における専門研修の理念は、指導医

の適切な指導の下で、カリキュラムに定めた内科領域全般にわたる研修を通じて、標準的かつ全人的な内科的医療の実践に必要な知識と技能とを修得することである。内科領域全般の診察能力とは、臓器別の内科系サブスペシヤルティ領域の専門医にも共通して求められる基礎的な診療能力である（抜粋）。このように内科専門医としては、サブスペシヤルティ領域の基礎的な知識も網羅する必要があり、またさらに本文中には医師としてプロフェッショナルリズムとリサーチマインドの素養の習得も必要とされている。

②領域専門医の使命

内科専門医は疾病の予防から治療に至る保健・医療活動を通じて市民の健康に積極的に貢献する。内科専門医が関わる場は多岐にわたるが、それぞれの場において、最新の医療を提供し、臓器別専門性に著しく偏ることなく全人的な内科診療を提供すると同時にチーム医療を円滑に運営する使命がある（抜粋）。この文面からは、臓器別専門性に偏らず地域医療に貢献し、各領域が協力したチーム医療を実現することが可能な医師の育成が必要と考えている。

[2] 専門研修の目標

内科専門医の研修において、研修する医師の名称は初期研修医との区別のため、専攻医と称されることになった。以後は研修医ではなく、専攻医と称することにする。

①専門研修後の成果（Outcome）

内科領域の専門医の使命は、1）高い倫理観を持ち、2）最新の標準的医療を実践し、3）安全な医療を心がけ、4）プロフェッショナルリズムに基づく患者中心の医療を展開するこ

とである（抜粋）。

具体的な医師像として下記が列記されている。

1）地域医療における内科領域の診療医（かかりつけ医）、2）内科系救急医療の専門医、3）病院での総合内科（generality）の専門医、4）総合内科的視点を持ったサブスペシヤリスト、と記載されており、いずれもサブスペシヤリストであっても内科全般の知識を有し対応できる医師を目標とすることが考えられている。

②到達目標

専門知識の範囲は、「総合内科」、「消化器」、「循環器」、「内分泌」、「代謝」、「腎臓」、「呼吸器」、「血液」、「神経」、「アレルギー」、「膠原病および類縁疾患」、「感染症」、ならびに「救急」で構成される。研修カリキュラムでは、これらの分野に「解剖と機能」、「病態生理」、「身体診察」、「専門的検査」、「治療法」、「疾患」などの目標を記載している（研修カリキュラムの項目表参照）。⁽²⁾

具体的な目標症例数としては、内科領域を70疾患群に分類し、症例数200症例の経験が必要で、これに加えて病歴要約症例数29例、外科紹介症例2例、剖検症例1例が必要となっている（表1）。これらの症例数は、専門研修の各研修年度毎に到達目標数が決まっており、最終年度3年目には、8割に相当する56疾患群、160症例以上の症例数を経験・終了している必要がある。

この経験症例に関して、初期研修の時に経験した症例をどのくらい取り込めるかが問題であったが、最終的には修了要件160症例のうち1/3に相当する53症例を上限とし、病歴要約への適用も1/3に相当する9症例を上限

表1. 内科専攻研修において求められる「疾患群」, 「症例数」, 「病歴提出数」について。

	内 容	専攻医3年修了時 カリキュラムに示す疾患群	専攻医3年修了時 修了要件	専攻医2年修了時 経験目標	専攻医1年修了時 経験目標	*5病歴要約提出数
分野	総合内科Ⅰ(一般)	1	1*2	1		2
	総合内科Ⅱ(高齢者)	1	1*2	1		
	総合内科Ⅲ(腫瘍)	1	1*2	1		
	消化器	9	5以上*1*2	5以上*1		3*1
	循環器	10	5以上*2	5以上		3
	内分泌	4	2以上*2	2以上		3*4
	代謝	5	3以上*2	3以上		
	腎臓	7	4以上*2	4以上		2
	呼吸器	8	4以上*2	4以上		3
	血液	3	2以上*2	2以上		2
	神経	9	5以上*2	5以上		2
	アレルギー	2	1以上*2	1以上		1
	膠原病	2	1以上*2	1以上		1
	感染症	4	2以上*2	2以上		2
	救急	4	4*2	4		2
	外科紹介症例					2
	部検症例					1
	合計*5	70疾患群	56疾患群 (任意選択含む)	45疾患 (任意選択含む)	20疾患群	29症例 (外来は最大7)*3
	症例数*5	200以上 (外来は最大20)	160以上 (外来は最大16)	120以上	60以上	

※1 消化器分野では「疾患群」の経験と「病歴要約」の提出のそれぞれにおいて、「消化管」, 「肝臓」, 「胆・膵」が含まれること。

※2 修了要件に示した分野の合計は41疾患群だが, 他に異なる15疾患群の経験を加えて, 合計56疾患群以上の経験とする。

※3 外来症例による病歴要約の提出を7例まで認める。(全て異なる疾患群での提出が必要)

※4 「内分泌」と「代謝」からはそれぞれ1症例ずつ以上の病歴要約を提出する。

例)「内分泌」2例+「代謝」1例, 「内分泌」1例+「代謝」2例

※5 初期臨床研修時の症例は, 例外的に各専攻医プログラムの委員会が認める内容に限り, その登録が認められる。

とすることとして, 条件をクリアできれば認められることとなった。

これらの症例は, 内科学会専攻医登録評価システム(仮称)に登録することになる。

この他に, 経験目標として, 診察法や検査技術, 手術, 処置なども含まれている(技術・技能評価手帳参照)。また, 地域医療の経験も必須であり, プログラムにおいても地域医療経験のため基幹施設以外の施設で1年以上の研修が必須事項となっている。

その他, 学術活動として, 初期研修医や学

生への教育活動, 学会や講習会への参加が求められている。

[3] 専門研修の方法と評価

新専門医制度では, 基幹施設が掲げるプログラムがホームページに掲載される予定である。専攻医は各プログラムをみて希望のプログラムに応募し, 面接や試験を受けて希望のプログラムに入ることになる。

専攻医は内科学会専攻医登録評価システム(仮称)に登録し, 研修開始後には症例や

病歴要約等の研修内容を登録し、指導医は履修状況の確認をシステム上で行ってフィードバックの後にシステム上で承認をする。また新制度では、指導医のみならずメディカルスタッフによる360度の評価も行われる。最終的な終了判定については、指導医の評価をもとに内科学会専攻医登録評価システム（仮称）を用いて登録症例などの研修内容を評価し、プログラム管理委員会で合議のうえ統括責任者が最終判定を行う。このように修了判定は各プログラム管理委員会と統括責任者のもとで行われ、症例などの登録はすべて内科学会専攻医登録評価システム（仮称）に登録して運営される予定になっている。このシステムは今回の新制度における病院群形成において、一か所に登録するシステムを構築することで、情報を統括できる利点があるとされている。

[4] 専門研修施設とプログラムの認定基準

新内科専門医制度における専門研修施設の特徴として、基幹施設、連携施設、特別連携施設の3つの施設に分け、地域医療・地域連携に対処できるように、これらの病院群を地域の行政と医師会とともに十分協議して形成していくことが求められている。これまでの内科認定教育施設は単独であったことに対して、病院群を形成してプログラム構築することが必要となっている。

基幹施設の要件は、病床数が原則300床以上で、カリキュラムに示す内科領域13分野のうち7分野以上で専門研修が可能な症例数を診療し、70疾患群のうち35以上の疾患群の研修が可能である施設と定められている。これは不足する症例については、病院群を形成す

ることで、不足する分野や疾患群を補てんすることが可能であるということになる。他に基幹施設の要件として、指導医が3名以上在籍すること、プログラム管理委員会を設置して基幹施設、連携施設に設置される研修委員会との連携を図ること、医療倫理・医療安全・感染対策講習会の定期的な開催、合同カンファレンス、CPCの定期開催、JMECCの受講が可能なこと、などが必要とされる。連携施設では、指導医1名以上、研修委員会の設置は義務付けられているが、医療倫理などの講習会やCPCなどは当該施設で開催ができない場合は基幹施設の講習会に参加するように義務付けている。指導医の体制としては、1名の指導医に対して3名の専攻医を担当することができる。指導医の認定要件としては、これまでの内科認定教育施設の指導医はそのまま継続が可能である。あらたに基幹施設となる場合や連携施設の指導医については、総合内科専門医の資格があるか、サブスペシャリティの学会専門医で一度更新している場合は今回指導医として申請し登録することが可能となった。将来的には、総合内科専門医のみが指導医として登録される予定となっている。各プログラムの募集定員の上限は60名であるが、指導医の総数かCPCの数のいずれかの少ない方が募集定員の上限值となる。

基幹施設が作成するプログラムについては、昨年12月にモデルプログラムが提示され、地域の特徴を生かした多数のプログラムが今年の春には申請された。プログラムの基本的な部分はモデルプログラムに準じていることが多いが、病院群の形成や各学年のローテーションは各プログラムの特徴がみられる。

基本プログラムのコースは大きく2つあ

り、内科基本コースとして各内科の分野をローテーションするものと、サブスペシャリティ重点コースとして、将来目標とするサブスペシャリティに重点をおくコースに分けられていた。さらに基幹施設は1年以上、連携施設や特別連携施設も1年以上のローテーションが必須になっており、基幹施設以外を必ず経験しなければならないという条件もある。

しかしサブスペシャリティ重点コースであっても専門分野の研修は1年以内に限られていた。このため専門分野の研修が内科専門医研修修了後さらに2年間必要となり、専門医試験は最短で卒後7年を終了後にしか受験できないことになっていた。

3. 今後の新内科専門医制度について

平成28年7月30日に日本内科学会よりお知らせとしてホームページに掲載された。平成29年度は現在の日本内科学会認定医制度を継続すると発表された。これにより新制度導入は平成30年以降と確定した。新制度に関するプログラムの申請は一次審査が終了したが、大都市圏に基幹施設が集中したため当初は現在の認定内科受験者数をはるかに超える人数となっていた。今回の一次審査で大都市圏では現在の認定内科医受験者数の1.29倍まで調整したと発表されている。しかし地方では申請プログラム自体の数が少なく専攻医の選択肢が少ないうえに、大都市圏の定員数が認定内科医受験者数よりまだ多いという現実があり、専攻医の大都市圏への集中はいまだに懸

念されている。

またサブスペシャリティとの兼ね合いも議論されていたが、今回の発表で内科とサブスペシャリティの並行研修（開始の時期を特に定めない）を認め、それぞれ所定の研修を修了できた場合、これまでと同様の年数でサブスペシャリティ専門医の受験を可能とする道筋を用意する、と見解がでた。これまでは研修期間のうち1年間しか専門研修を認めないということから大きく変わったもので、現在の認定内科医制度と同期間で専門医試験を受けることが可能になるものである。

今後一年間をかけて新内科専門医制度はいくつかの部分が見直され、それによってプログラムの改訂が必要となることが予測される。

4. 最後に

この原稿の提出期限が7月末にあたり、内科学会からの提案が出る予定であった。今回提案が出た後に改訂を加えたが、今後も新生度の検証が行われ改訂されることが予測される。平成30年度の開始に向けて、新内科医専門医制度がより良く実現可能なものになることを望むところである。

参考資料

- 1) 日本内科学会；専門研修プログラム整備基準【内科領域】
- 2) 日本内科学会；研修カリキュラム（項目表）

[会員投稿論文]

帰国後約2ヵ月後に発症したマラリアの自験例

宮崎市 大西医院

大 西 雄 二

(元)宮崎市郡医師会臨床検査センター

染 矢 ひとみ

はじめに

マラリアは、世界の熱帯・亜熱帯を中心に広く流行している。世界で年間およそ2億2千500万人が罹患し、死亡者数は78万1千人と報告されている¹⁾。わが国の近年における輸入マラリア症例数は、年間約50例余りとなっている。(図1)

感染症法施行の1999年以降、宮崎県でのマラリア発症は、宮崎県衛生環境研究所によると6例となっている。(表1)このうち1例は、宮崎大学医学部感染症内科より症例報告されて²⁾。

届け出の必要な「四類感染症」に分類され、患者を診断したら最寄りの保健所長を経て知

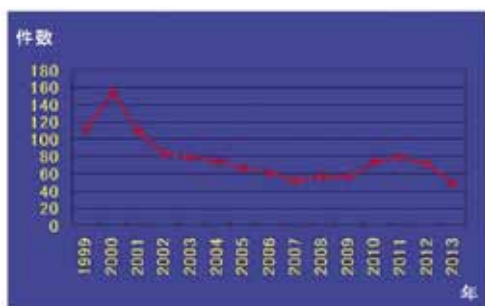


図1. マラリアの年次推移.

表1. 宮崎県のマラリア患者.

年	保健所名	海外渡航歴	性別	年齢	病型
2001	日南	あり			
2004	宮崎	あり	男	30歳代	熱帯熱マラリア
※2010	宮崎	あり	男	20歳代	四日熱マラリア
2010	宮崎	あり	男	20歳代	三日熱マラリア
2011	宮崎	あり	男	30歳代	三日熱マラリア
2015	宮崎	あり	男	20歳代	三日熱マラリア

宮崎県衛生環境研究所

※マラリア迅速キット陰性で診断に苦慮した四日熱マラリアの1例
松田基弘・宮大医学部免疫感染症科:臨床と研究 平27年6月

事に届けなければならない。

宮崎市郡医師会臨床検査センターでは、マラリア疑いの血液像検査の依頼はあるものの、20数年間マラリアの症例を経験することにはなかった。今回、海外より帰国約2ヵ月経過して発症した三日熱マラリアの症例を経験した。

症 例

患 者：25歳 男性

主 訴：発熱

現病歴：海外協力隊員として2012年6月より

2014年12月19日までパプアニューギニアに滞在した。(図2) 帰国後メフロキンを、週



図2. 罹患したパプアニューギニア.

表2. 2月17日血液検査成績.

検査項目	結果	基準値
CRP	5.02	0.30mg/dL以下
WBC	31	35-85×100/ μ L
RBC	484	410-530万/ μ L
HGB	14.8	14.0-18.0g/dL
Hct	42.4	39.0-52.0%
MCV	87.6	83-100fL
MCH	30.7	29.0-35.0pg
MCHC	35.0	31.0-36.0g/dL
PLT	6.2	10.0-34.0万/ μ L

血液像	
好中球	82.5 44.0-73.0%
Stab	18.0
Seg	64.5
リンパ球	8.8 21.0-46.0%
単球	7.3 1.5-9.0%
好酸球	0.8 0.5-7.0%
好塩基球	0.6 0.2-1.7%

に1錠3週間内服した。

2015年12月20日帰国。2016年2月13日悪寒、15日39.2℃の発熱。16日当院受診、インフルエンザ(-)、抗生剤、解熱剤投与にて経過観察。検査成績を示す。(表2)白血球数3,100/ μ L、血小板62,000/ μ Lと著明に減少していた。2月17日宮崎市郡医師会臨床検査センターにマラリア疑いで血液像の検査を依頼した。

経 過

検査センターの塗抹染色標本の鏡検結果より、熱帯熱ではないマラリア原虫を観察した。(図3)(図4)(図5)2月24日国立国際医療研究センターにて三日熱マラリアと確定された。

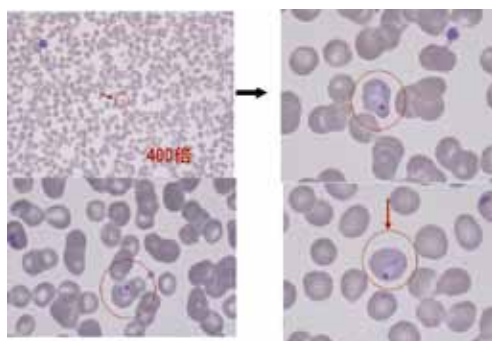


図3. マラリア原虫輪状体. 2月17日MG染色PH7.2 PH7.2の緩衝液(通常PH6.4)。400倍では赤血球にのる血小板との違いに苦慮 1,000倍でマラリアの輪状体を確認。右下→はシェフナー斑点(「三日熱マラリア」にみられる感染した赤血球膜にできる斑点)

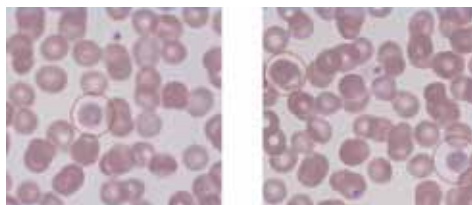


図4. 2月17日血液像. MG染色PH6.4 通常の緩衝液で確認 「三日熱マラリア」の輪状体を監察できる

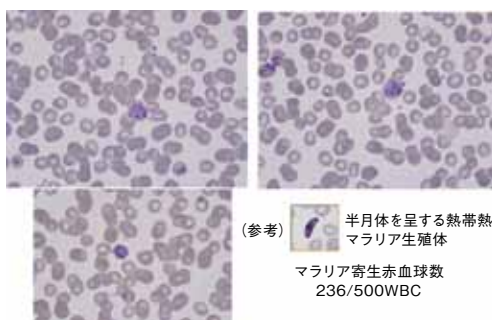


図5. マラリア原虫生殖母体. 2月17日MG染色PH7.2 マラリア原虫の生殖母体。下は分裂像 半月体を呈していないので「熱帯熱マラリア」ではない 赤血球に寄生した原虫の数は白血球500個カウント中236個認められた

治 療

急性期にマラロン投与、解熱後にプリマキン(日本では未承認薬)投与にて治療された。

表3. 2月24日血液検査成績.

検査項目	2/24	2/17	単位
CRP		5.02	mg/dL以下
WBC	43	31	$\times 100/\mu\text{L}$
RBC	443	484	万/ μL
HGB	13.6	14.8	g/dL
Hct	38.2	42.4	%
MCV	86.2	87.6	fL
MCH	30.6	30.7	pg
MCHC	35.6	35.0	g/dL
PLT	30.1	6.2	万/ μL

血液像			
	2/24	2/17	
好中球	34.8	82.5	%
Stab		18.0	%
Seg		64.5	%
リンパ球	51.8	8.8	%
単球	8.4	7.3	%
好酸球	1.5	0.8	%
好塩基球	0.9	0.6	%

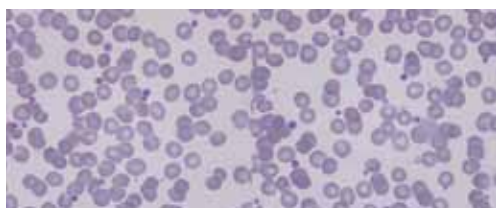


図6. 2月24日血液像. MG染色PH7.2
マラリア原虫寄生の赤血球を認めない

経 過

2月21日より解熱，血小板数回復，CRP低下など炎症反応改善。(表3) 2月24日の血液像ではマラリア原虫は認められなかった。(図6)

考 察

マラリアの国内での感染は，1991年輸血による感染が確認されて以来，輸入感染のみである。

昨年は，東京でデング熱の国内感染が確認されており，デング熱同様マラリアも媒介するハマダラ蚊が国内に生息して，温暖化もあり国内感染もありうる。

三日熱マラリアの潜伏期は通常は12日～17日とされる。予防内服をしている場合は2～3ヵ月と長い場合がある^{3) 4)}。自験例のように海外から帰国して，2ヶ月以上経過して

からの発症がありうる。

血液像での確認検査は必須である。血液像でのマラリア原虫は，事前にマラリアを疑えば，見つけるのは必ずしも困難ではない⁵⁾。県内でも発症記録のある，重症化しやすい熱帯熱マラリアとの迅速な鑑別は重要である。

今回，検査センターのような検体検査を行っている施設に於いても，依頼者の情報をもとに通常の条件下で丁寧に鏡検すれば検出できることが確認できた。

おわりに

マラリアは日本において輸入感染症であり，診断には，海外渡航歴や，臨床症状，末梢血液，血清学検査などが有用である。

マラリアを疑った際には通常の血液像でも原虫の観察は可能であり，注意深い観察で早期診断できる。そのためには問診による患者情報の聴取や臨床医と検査技師間の患者情報提供や連携が大切である。

予防内服は発症を防ぐとされるが，一方低密度感染となり潜伏期を伸ばすと考えられる。

三日熱マラリアのクロロキンに対する耐性原虫がパプアニューギニア及びインドネシアに定着しており，注意が必要である。

謝辞：治療して頂いた宮崎大学付属病院感染症内科 楠元規生先生に深謝致します。

参考文献

- 1) WHO : Impact of malaria control : World malaria report 2010. WHO Press, Geneva. 2010 : 39-62.
- 2) マラリア迅速キット陰性で診断に苦慮した四日熱マラリアの1例. 松田基弘, 他.

- 臨床と研究 2015. 92 : 101~104.
- 3) 予防内服を行ったにもかかわらず発症した三日熱マラリアの1例. 平沢瑠梨, 他. 国立高知病院医学雑誌 2007 ; 14・15 : 13~16.
- 4) 診断に苦慮したマラリアの一症例. 井口昭, 出口征吾. 新潟県立病院医学雑誌 2007 ; 55 : 8~10.
- 5) 末梢塗沫標本にて発育の全段階が観察された三日熱マラリアの一例. 大杉知恵, 他. 甲南病院医学雑誌 2001 ; 21 : 53~56.
-

[Postgraduate Education]

肝臓病の診療（3） 肝細胞癌について

宮崎大学医学部

内科学講座消化器血液学分野

岩 切 久 芳

肝臓の現状と問題点

肝細胞癌は、C型肝炎ウイルス (hepatitis C virus ; HCV) やB型肝炎ウイルス (hepatitis B virus ; HBV) の持続感染の結果として生じることがほとんどです。また、これらに対する治療法の進歩は、肝臓病の診療（1）（2）において説明させて頂きました通りです。これらの結果として、肝細胞癌の罹患数は激減しているかという点、残念ながら答えは否です。国立がん研究センターの集計によると、肝臓の新規罹患患者さん数の推計は1992年に35,000人程度でしたが、次第に増加し、2008年の48,000人超でピークに達しました。その後、本年公表された2012年の推計では44,000人程度と、その低下は軽微です。

近年の傾向としてはHCVやHBV感染を認めない患者さんからの肝臓（非B非C肝臓）発癌の割合が増加しています。非B非C肝臓の中には、肝細胞癌の高危険群であるアルコール性肝炎や非アルコール性脂肪肝疾患、原発性胆汁性肝硬変症や自己免疫性肝炎等を基礎疾患とする方も含まれますが、それ以外に、基礎疾患を認めない正常肝から発癌した方も含まれます。日本肝臓学会の原発性肝臓追跡調査報告¹⁾や国立がん研究センターの集計を元に非B非C肝臓新規罹患患者数

を推計すると、1992年には3,500人/年程度であったものが、2007年には9,000人/年程に達したと考えられ、実数においても明らかに増加しています。

当科においても、この傾向は同様で、新規肝臓患者数は一時期に比べ、軽度の減少に留まり、明らかに非B非C肝臓患者数が増加しております。

当科における非B非C肝臓患者さん増加の一因としてはアルコールが挙げられます。宮崎県は焼酎文化に根ざしたアルコール消費量が多い地域です。平成24年度 都道府県別の成人一人あたりにおける酒類消費量は全国7位と上位に位置しています²⁾。アルコールは、肝臓に対する明らかなるリスク因子であり、アルコール摂取量10g/日以上での飲酒で、アルコール摂取量に比例し発癌リスクが増大すると報告³⁾されています。

また、昨年に報告された非B非C肝臓患者さんの本邦に於ける大規模コホート研究⁴⁾の結果、肥満及び糖尿病が、肝臓発癌に有意な因子であることが判明しました。肥満と糖尿病と言え、脂肪肝疾患の合併を疑う所見でもあります。しかし、これらに当てはまる患者さんの数は膨大であり、それ全体としてみた場合の発癌率は低いとされています⁵⁾。こ

の為、その中でも特にハイリスクな患者群の設定及びスクリーニングの方法が重要となってきますが、これらは現時点では明確に確立されておらず、今後の課題と思われま

肝細胞癌の治療

当院での肝細胞癌治療は大きく4系統に分類されます。肝切除術を始めとする外科的療法、肝動脈化学塞栓療法を始めとする経カテーテル療法、超音波ガイド下の経皮的局所療法、そして化学療法です。

外科的療法や経カテーテル療法に関しては、当科で直接行う治療ではないため、詳細を述べることは省かせて頂きます。しかし、最近の主なトピックを簡単に述べさせていただきます。外科的療法に関しては、近年、当院肝胆膵外科において腹腔鏡下肝切除術の症例数が増加しております。同手術は開腹手術との比較において、生存期間や無再発生存率に有意差は認めず、出血量軽減や術後在院期間短縮、術後合併症率の低下に有用であったと報告されています^{6,7)}。これにより、外科的療法を受けられる患者さんは一層の手術侵襲の軽減が図られるようになっております。

経カテーテル療法に関しては、2014年に合成樹脂製の球状塞栓物質が保険適応となり、これを用いた肝動脈化学塞栓療法（DEB-TACE）が施行可能となりました。この治療効果は、従来のリピオドールやゼラチンスポンジを用いた肝動脈化学塞栓療法（c-TACE）とほぼ不変であるものの、発熱や腹痛といった合併症の頻度が低いと報告⁸⁾されています。同治療の適応となる患者さんは、肝細胞癌が多発している方がほとんどであり、繰り返しの治療が必要となることを考慮すれば、

有用な進歩と考えます。しかしながら、従来のc-TACEでは認めなかった軽度の胆管炎などの合併症が増加した印象があり、これに関して若干の注意が必要と思われま

続いて当科にて施行している内科的治療についてです。当科での肝細胞癌に対する内科的治療は、超音波ガイド下の経皮的局所療法及び化学療法に集約されます。経皮的局所療法は、肝細胞癌診療ガイドライン⁹⁾上では腫瘍径3cmまで、腫瘍数3個まで、脈管侵襲を伴わない症例が適応とされており、主にStage I～IIに相当する比較的早期の肝癌患者さんが対象です。化学療法は主にStage III～IVの進行癌を対象としております。

1) 経皮的局所療法

現在、当科にて行なっている経皮的局所療法はラジオ波焼灼術（RFA）が中心となっております。ラジオ波焼灼術は、穿刺した電極針より、電磁波の一種であるラジオ波を発生させることにより、周辺組織を熱凝固壊死させる治療法です。以前より存在するマイクロ波凝固療法よりも、緩徐に広範囲の組織を熱凝固させることが可能であり、ある程度の大きさの肝内脈管は保護される特徴を有します。

当科では1999年にラジオ波治療機器が初めて医療機器承認を取得した際より、これを導入しています。ラジオ波治療機器は展開針型と単針型の二種類に分類出来ます。

RITA社（現 Angio Dynamics 社）やRTC社（現 RFA system 社）のものは展開針型で、穿刺した外套針の先端から複数の電極針が放射状に展開する構造を有します。これら展開針は、一旦、電極針を展開すれば針先が固定

されます。このため、肝の呼吸性変動により、焼灼範囲が腫瘍から外れてしまう危険が少ない特徴を有します。反面、腫瘍の近傍に脈管が存在した場合、電極針が、それを貫いてしまうことで血行性播種を形成する危険や、脈管そのものを損傷してしまう危険、更に、肝表近傍に腫瘍が存在する場合には、電極針が肝臓から逸脱し、他臓器を損傷する危険等を有します。

Radionics社（現 Covidien 社）のCool Tip 針が単針型の代表で、当科では主に、これを用いて治療を行っています。これは針の内部に冷却水を還流させることにより、針周辺の温度上昇を抑えています。これにより、針近傍の組織のみが炭化する（これが生じるとラジオ波が周辺組織へ広がらなくなる）のを防ぎ、広範囲の焼灼が可能となります。単針型は、穿刺や、超音波下での位置確認が容易である特徴を有します。反面、肺の呼吸性変動にて焼灼範囲が腫瘍から外れてしまう危険があり、これを考慮した上で穿刺部位を決定する必要があります。

単針型には、それ以外にCelon POWER（オリンパス社）や、VIVARF（STARmed 社）が存在します。前者は2013年から使用可能となった機器で、バイポーラ型で複数針による同時焼灼が可能という特徴を有します。後者は2015年から使用可能となり、電極部が可変式で腫瘍径に合わせて焼灼範囲の調整が可能という特徴を有します。これらの当科での使用経験は未だ少数ですが、患者さんの病態に応じて、使い分けを行っています。

また、当科では肝細胞癌が横隔膜直下等に存在し、超音波検査にて描出困難な場合には、人工胸水もしくは人工腹水を作成し、腫

瘍の描出を可能とした上で、焼灼を行っています。更に通常の超音波検査にて描出困難な肝細胞癌に対しては、超音波造影剤であるソナゾイドを用いた造影超音波ガイド下の治療やCTのvolume dataから作成した3D画像を超音波画像とfusionさせるReal-time virtual sonography (RVS) を併用することにより、治療を行っています。

当科におけるラジオ波焼灼術の初期経験上、直径25mm未満の肝細胞癌に関しては局所再発率が3年で11%程度ですが、それを超える直径のものは、これが高くなることが判明しています¹⁰⁾。この為、直径25mm以上のものに関しては肝動脈化学塞栓療法を先行し、その後ラジオ波焼灼術を追加するよう工夫を行っております。

また、ラジオ波焼灼術は、前述の如く、比較的早期の肝癌の患者さんに対し施行される根治を目指した治療となります。同様の目的のために行われる治療法は外科的療法になります。この二つの治療法を比較した場合、術後の無再発生存率は外科的治療が優れており、術後入院期間及び術後合併症率はラジオ波焼灼術が優れているとの報告を複数認めます¹¹⁻¹⁴⁾。当院における検討でも同様の傾向を認めました。しかし、局所のみならず異所再発も繰り返しながら進行することが多い肝細胞癌に関し、どちらが生存期間に寄与するかに関しては現在、明らかな結論が出ていません。この為、東京大学を中心に、これに結論を出すべくSURF trial（肝切除術とラジオ波焼灼術のRCT）が進行しており、その結論が待たれます。

2) 化学療法

当科にて行っている肝細胞癌に対する化学療法は、肝動注化学療法としてlow dose FP、全身化学療法としてはソラフェニブ（ネクサバル[®]）が中心となります。これらは、いずれも肝動脈化学塞栓療法等の経カテーテル療法も含めた局所治療の適応外である進行肝細胞癌症例（stageⅢ～Ⅳ症例）を対象として行なっています。

a) Low dose FP 療法

Low dose FP 療法は、遠隔転移を認めず、肝内に限局した肝細胞癌症例（stageⅢ～ⅣA症例）を対象としています。その方法は肝動脈内にカテーテル先端を、大腿部皮下にリザーバーポートを留置し、そこよりシスプラチン：10mg/day+5FU：250mg/dayを週5日間動注×3週間投与することを1クールとしています。

同治療の当科における治療効果は奏効率：32.6%であり、生存期間中央値は10.6ヶ月、CR症例は6.5%に認めております。これは他施設からの報告¹⁵⁾と、ほぼ同様の結果です。また、門脈内腫瘍塞栓を有する未治療の肝細胞癌症例は、生存期間中央値：2.7ヶ月と報告¹⁶⁾されていますが、当科において同様の症例を対象とし治療を行った場合、生存期間中央値は9.8ヶ月と明らかな延長を認めており、治療効果を得られているものと考えます。

b) ソラフェニブ

ソラフェニブに関しては、当科では主に遠隔転移を有し（stageⅣB）且つ、肝予備能が良好（Child-Pugh grade：A）な患者さんに行っています。ソラフェニブの当科における

治療効果ですが、奏効率は約3%、生存期間中央値は約10ヶ月です。これはソラフェニブの海外第三相試験であるSHARP試験¹⁷⁾の結果とほぼ同様の成績となっております。

同薬はマルチキナーゼ阻害剤であり、その治療効果は主に腫瘍の血管新生を阻害することで腫瘍増大を抑制することによってされています。この為、腫瘍縮小率から治療効果を決定する現状の効果判定基準では、高い奏効率を得ることは難しいものと考えます。また、生存期間に関しては、前述のSHARP試験¹⁷⁾において、プラセボ投薬群よりも明らかな延長を認めております。当科での対象患者さんが、同試験よりも進行した病期（大部分が遠隔転移を有するstageⅣB）の患者さん群であったことを考慮すれば、やはり治療効果は得られているものと考えます。

しかし、同治療を受けようとされる患者さんの大部分は、生存期間の延長は勿論のこと、腫瘍縮小や消失までを期待し、治療を希望されます。このため、後者の期待には添えない可能性の高い治療であることを十分に説明し、患者さんやご家族の理解を得ることが必要不可欠と考えます。

また、副作用には嚴重な注意が必要です。当科においてソラフェニブを使用した患者さんの97%に、手足症候群や低リン血症を始めとする、何らかの副作用を認めています。Grade 3以上の重篤なものも、約半数である48%に認めており、その中には多形滲出性紅斑や消化管出血・穿孔、肝性昏睡なども含まれています。これらの副作用にて治療中断に至ることも多く経験しております。当科での検討上、推奨投与量の800mg/dayで治療を開始すると、副作用にて治療中断に至る可能性

が高く、400mg/dayにて治療を開始すると、有意に治療中断率が低くなりました。また少量でも服薬を長期継続可能であった患者さんが予後の改善につながっている傾向も認めております。同様の報告¹⁸⁾は他施設からも認めております。このため、当科では低用量にて治療を導入し、可能であれば増量する方針としております。

上記の化学療法の結果は、決して満足しうるものではありません。現在、肝細胞癌に対する新薬として期待されているものにレンバチニブが挙げられます。これは2015年3月から一部の進行甲状腺がんに対し、すでに保険適応となっているマルチキナーゼ阻害剤です。肝細胞癌に対する治療効果として、第Ⅱ相試験ではソラフェニブを上回る有効性を認めたと報告¹⁹⁾されております。現在、ソラフェニブを対照薬とする国際共同の第Ⅲ相試験が進められており、その結果が待たれるところです。

終わりに

残念ながら、肝細胞癌治療に関しては、この数年、大きな進展が見当たらないのが現状です。しかし、全国原発性肝癌追跡調査報告によれば、肝細胞癌の3・5年生存率は1978-1987年が20.7%、12.8%、1988-1997年は44.9%、28.9%、1998-2007年には61.8%、44.1%と、その予後は確実に改善してきました。今後、新たなbreakthroughが出現するまで、この傾向を持続させるためには、現状の治療法を最大限に活用していくことが必要と考えます。

参考文献

- 1) 日本肝癌研究会追跡調査委員会：第19回全国原発性肝癌追跡調査報告（2006～2007），2013.
- 2) 国税庁課税部酒税課：平成26年3月 酒のしおり，2014.
- 3) Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, et al : A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. Br J Cancer 85 : 1700-1705, 2001.
- 4) Tateishi R, Okanoue T, Fujiwara N, et al : Clinical characteristics, treatment, and prognosis of non-B, non-C hepatocellular carcinoma : a large retrospective multicenter cohort study. J Gastroenterol 50 : 350-360, 2015.
- 5) Kawamura Y, Arase Y, Ikeda K, et al : Large-scale long-term follow-up study of Japanese patients with non-alcoholic Fatty liver disease for the onset of hepatocellular carcinoma. Am J Gastroenterol 107 : 253-261, 2012.
- 6) Cheung TT, Poon RT, Yuen WK, et al : Longterm survival analysis of pure laparoscopic versus open hepatectomy for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis : a single-center experience. Ann Surg 257 : 506-511, 2013.
- 7) Twaij A, Pucher PH, Sodergren MH, et al : Laparoscopic vs open approach to resection of hepatocellular carcinoma in patients with known cirrhosis : systematic review and meta-analysis. World J Gastroenterol 20 : 8274-8281,

- 2014.
- 8) R Golfieri, E Giampalma, M Renzulli, et al : Randomised controlled trial of doxorubicin-eluting beads vs conventional chemoembolisation for hepatocellular carcinoma. *Br J Cancer* 111 : 255-264, 2014.
- 9) 日本肝臓学会編 : 科学的根拠に基づく肝臓診療ガイドライン2013年版. 金原出版, 2013.
- 10) Takeshi Hori, Kenji Nagata, Satoru Hasuike, et al : Risk factors for the local recurrence of hepatocellular carcinoma after a single session of percutaneous radiofrequency ablation. *J Gastroenterol* 38 : 977-981, 2003.
- 11) Chen MS, Li JQ, Zheng Y, et al : A prospective randomized trial comparing percutaneous local ablative therapy and partial hepatectomy for small hepatocellular carcinoma. *Ann Surg* 243 : 321-328, 2006.
- 12) Huang J, Yan L, Cheng Z, et al : A randomized trial comparing radiofrequency ablation and surgical resection for HCC conforming to the Milan criteria. *Ann Surg* 252 : 903-912, 2010.
- 13) Feng K, Yan J, Li X, et al : A randomized controlled trial of radiofrequency ablation and surgical resection in the treatment of small hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* 57 : 794-802, 2012.
- 14) Hasegawa K, Kokudo N, Makuuchi M, et al : Comparison of resection and ablation for hepatocellular carcinoma : a cohort study based on a Japanese nationwide survey. *J Hepatol* 58 : 724-729, 2013.
- 15) Ando E, Tanaka M, Yamashita F, et al : Hepatic infusion chemotherapy for advanced hepatocellular carcinoma with portal vein thrombosis : analysis of 48 cases. *Cancer* 95 : 588-595, 2002.
- 16) Llovet JM, Bustamante J, Castells A, et al : Natural history of untreated nonsurgical hepatocellular carcinoma : rationale for the design and evaluation of therapeutic trials. *Hepatology* 29 : 62-67, 1999.
- 17) Llovet JM, Ricci S, Mazzaferro V, et al : Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med* 359 : 378-390, 2008.
- 18) Nishikawa H, Osaki Y, Endo M, et al : Comparison of standard-dose and half-dose sorafenib therapy on clinical outcome in patients with unresectable hepatocellular carcinoma in field practice : A propensity score matching analysis. *Int J Oncol* 45 : 2295-2302, 2014.
- 19) Oikonomopoulos G, Aravind P, Sarker D : Lenvatinib : a potential breakthrough in advanced hepatocellular carcinoma? *Future Oncol* 12 : 465-76, 2016.

[Postgraduate Education]

消化器の診療（2）

潰瘍性大腸炎とクローン病の診断 ～問診を中心に～

宮崎大学医学部内科学講座
消化器血液学分野

山本章二郎

はじめに

前回、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）の概念・歴史・疫学について記述し、両疾患が著しく増加していることを報告した。UCは1975年、CDは1976年に厚生労働省の特定疾患に認定されており、同研究班により、適切な診断および治療指針案が作成されている。また日本消化器病学会などよりクローン病や潰瘍性大腸炎に対する診療ガイドラインも作成されており、いずれも日常診療の指針となっている。これらを参考にIBDの診断を行うが、今回はUC・CDの診断とIBD未確定の患者が来院した場合に行うべき問診や身体診察などについて述べる。

1. UC・CDの診断

厚生労働省研究班による診断基準・治療指針¹⁾によると、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。一方、CDは抜粋すると「原因不明の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が生じる。口腔から肛門までの全消化管におこりうるが、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。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、皮膚病変などの症状も呈する。再発・再燃を繰り返しながら進行し、社会生活が損なわれることもある。」と記載されている。日常臨床では班会議の診断基準（表1、表2）を参考にIBDの診断を行う。しかし、診断基準に合致しない例もあり、その場合は経過を追うことが大切である。

2. IBD未確定の患者が来院した場合の問診

IBDを診断するにあたって初診時の問診は非常に大切である。初診時にnon-IBD患者をIBDと誤診してしまうと、患者は一生IBDとして人生を過ごすことになる。またIBDをnon-IBDと考えてしまうと治療が遅れ、時に難治例や重症のIBD患者を作ってしまうかもしれない。このようなことのないように通常の外来診療で初診患者を診察する際には、どのような場合IBDを疑うかを知っておく必要がある。一般的にはIBDは慢性的な下痢、血便、粘血便を理由に受診することが多い。

表1. 潰瘍性大腸炎 (UC) の診断基準 (2010年2月改訂).

つぎの a のほか、b のうちの 1 項目、および c を満たし、下記の疾患が除外できれば、確診となる。

- a) 臨床症状：持続性または反復性の粘血、あるいはその既往がある。
- b) ①内視鏡検査：i) 粘膜はびまん性におかされ、血管透見像は消失し、粗ぞうまたは細顆粒状を呈する。さらに、もろくて易出血性（接触出血）を伴い、粘血膿性の分泌物が附着しているか、ii) 多発性のびらん、潰瘍あるいは偽ポリポージスを認める。
- c) 生検組織学的検査：活動期では粘膜全層にびまん性炎症性細胞浸潤、陰窩膿瘍、高度な杯細胞減少が認められる。いずれも非特異的所見であるので、総合的に判断する。寛解期では腺の配列異常（蛇行・分岐）、萎縮が残存する。上記変化は通常直腸から連続性に口側にみられる。
- b) c) の検査が不十分、あるいは施行できなくとも切除手術または剖検により、肉眼的および組織学的に本症に特徴的な所見を認める場合は、下記の疾患が除外できれば、確診とする。
- 除外すべき疾患は、細菌性赤痢、アメーバ性大腸炎、サルモネラ腸炎、キャンピロバクター腸炎、大腸結核、クラミジア腸炎などの感染性腸炎が主体で、その他にクローン病、放射線照射性大腸炎、薬剤性大腸炎、リンパ濾胞増殖症、虚血性大腸炎、腸型パーचेット病などがある。

〈注1〉

まれに血便に気付いていない場合や、血便に気付いてすぐに来院する（病悩期間が短い）場合もあるので注意を要する。

〈注2〉

所見が軽度で診断が確実でないものは「疑診」として取り扱い、後日再燃時などに明確な所見が得られた時に本症と「確診」する。

〈注3〉

Indeterminate colitis

クローン病と潰瘍性大腸炎の両疾患の臨床的、病理学的特徴を合わせ持つ、鑑別困難例。経過観察により、いずれかの疾患のより特徴的な所見が出現する場合がある。

CDでは腹部症状としてはUCに比較し血便は少なく、腹痛や下痢が多い。時に口内炎や肛門症状などの症状もみられ、発熱、体重減少、栄養障害、貧血、関節痛などの全身症状を伴っていることもある。このような主訴の患者が来院した場合、特にその患者が若年者であったらIBDをより考えて診療にあたる。以下に各症候などについて詳細に述べる。

1) 下痢、血便、腹痛

IBD患者が初めて外来を受診する場合、下痢や血便での受診が多く、特にUCでは血便が最も多い受診理由である。

下痢については、いつから下痢か、便の性状（水様、泥状、軟便）、血液や粘液が混

じっているか、1日の排便回数と夜間の回数、症状出現前の排便回数を必ず聴取する。通常、発症から2週間以内の突然の急性下痢は感染性腸炎が主であり、IBDより感染性腸炎を疑うべきである。しかし下痢出現前後から血便がある場合や発熱、体重減少、食欲低下などの全身症状が強い場合はIBDも鑑別にあげる。IBDの下痢では夜間排便を伴うことが多く、排便回数が多いにもかかわらず夜間排便がない場合はIBDよりも過敏性腸症候群（irritable bowel syndrome : IBS）や甲状腺機能亢進症などを考える。またIBDでは脂肪便の頻度は低い。脂肪便は悪臭を伴うことが多いため、便の臭いも参考とする。

表2. クロウン病 (CD) の診断基準 (2013年1月改訂).

<p>(1) 主要所見</p> <p>A. 縦走潰瘍〈注7〉</p> <p>B. 敷石状</p> <p>C. 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫〈注8〉</p> <p>(2) 副所見</p> <p>a. 消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ〈注9〉</p> <p>b. 特徴的な肛門病変〈注10〉</p> <p>c. 特徴的な胃・十二指腸病変〈注11〉</p> <p>確診例：</p> <p>[1] 主要所見のAまたはBを有するもの。〈注12〉</p> <p>[2] 主要所見のCと副所見のaまたはbを有するもの。</p> <p>[3] 副所見のa, b, cすべてを有するもの。</p> <p>疑診例：</p> <p>[1] 主要所見のCと副所見のcを有するもの。</p> <p>[2] 主要所見AまたはBを有するが潰瘍性大腸炎や腸型ベーチェット病, 単純性潰瘍, 虚血性腸病変と鑑別ができないもの。</p> <p>[3] 主要所見のCのみを有するもの。〈注13〉</p> <p>[4] 副所見のいずれか2つまたは1つのみを有するもの。</p> <p>〈注7〉 小腸の場合は, 腸間膜付着側に好発する。</p> <p>〈注8〉 連続切片作成により診断率が向上する。消化管に精通した病理医の判定が望ましい。</p> <p>〈注9〉 典型的には縦列するが, 縦列しない場合もある。また, 3ヶ月以上恒存することが必要である。また, 腸結核, 腸型ベーチェット病, 単純性潰瘍, NSAIDs潰瘍, 感染性腸炎の除外が必要である。</p> <p>〈注10〉 裂肛, cavitating ulcer, 痔瘻, 肛門周囲膿瘍, 浮腫状皮垂など。Crohn病肛門病変肉眼所見アトラスを参照し, クロウン病に精通した肛門病専門医による診断が望ましい。</p> <p>〈注11〉 竹の節状外観, ノッチ様陥凹など。クロウン病に精通した専門医の診断が望ましい。</p> <p>〈注12〉 縦走潰瘍のみの場合, 虚血性腸病変や潰瘍性大腸炎を除外することが必要である。敷石状外観のみの場合, 虚血性腸病変を除外することが必要である。</p> <p>〈注13〉 腸結核などの肉芽種を有する炎症性疾患を除外することが必要である。</p>
--

血便はCDでは少ないが, UCでは殆どの例でみられる。UCは増加しており, 血便患者が来院したらUCを念頭に置くべきといっても過言ではない。血便については便自体の色, 便周囲に血液が付着しているか, その場合の色は, 血便の程度が経過とともに悪化しているか改善しているか, などを聞く。

腹痛はUC, CDいずれにも好発する。UCの腹痛は炎症に伴う腹痛であり, 下腹部痛に多い。CDによる腹痛は病変部位やその周囲の部位に一致することが多く, 機序として

は, 炎症, 腸管狭窄や腸閉塞, 膿瘍, 癒着などが考えられる。腹痛を伴い便意をもよおすにも関わらず, 排便が困難となる, いわゆるしぶり腹は直腸病変を示唆する症状である。IBD以外ではIBSでもみられる症状であるが, IBSでは就寝中に腹痛が見られないことが多く, しぶり腹を伴う就寝中の腹痛がある症例ではIBDを含めた器質的疾患を考える。

2) 他の消化器症状

CDでは肛門病変を主訴に来院することは少なくない。一般的に肛門症状が強い場合

は内科ではなく肛門科を受診することが殆どであるが、腹部症状で来院した症例で肛門症状があればCDを積極的に考える要因となる。しかし肛門症状があっても伝えない例があり、特に若年者や女性ではその傾向は強いいため、IBD、特にCDを疑う症例では積極的に肛門症状について問診する。裂肛、cavitating ulcer、痔瘻、肛門周囲膿瘍、浮腫状皮膚垂などの肛門病変を認めた場合は、速やかにCDに精通した肛門病専門医に診察や診断を依頼する。

またUC、CDいずれでも口内炎を認めることがあるため、腹部症状とともに口内炎を訴えた場合にはIBDも考えて診察にあたる。

一方、吐き気や嘔吐はCDでは閉塞症状として見られることがあるが、UCの初発症状としては頻度が少ない。血便、発熱、頻回な嘔吐などで来院した例ではUCより感染などの他疾患を考えた方がよい。

3) その他の全身症状

腹部症状とともに発熱を主訴に来院する患者は多いが、いずれも急性の発症であればIBDの可能性は低い。反面、2～3週間以上続く発熱と腹部症状では、IBDを念頭に置き精査すべきである。腹部症状がなくても3週

間以上続く発熱の場合、特に若年者であれば、CDは鑑別疾患の一つである。

IBDでは消化管病変に留まらず全身の様々な部位に腸管外合併症を起こす²⁾。中でも肝胆膵系、関節、腎泌尿器系、皮膚などの頻度が高い(表3)。このような腸管外合併症は消化器症状が先行して出現するIBD症例も散見されるため、腹部症状のみでなく、全身症状に目を向けることも重要である。

4) 生活歴、既往歴、家族歴

最近の飲食物、周囲に同様の症状がないか、海外渡航歴、常用薬(最近開始した薬剤は特に)、ペット飼育歴、放射線照射歴などは必ず問診する。抗菌薬や非ステロイド性消炎鎮痛剤(NSAID: non steroidal anti-inflammatory drug)、抗がん剤、プロトンポンプ阻害剤、向精神薬などは腸管障害を起こす頻度の高い薬剤である。既往歴についても詳細に聴取するのは当然であるが、喫煙はUCの発症を抑制するといわれており、最近では禁煙を契機にUCの再燃を認めた例もあるため、喫煙歴は詳細に調べる。IBDが血縁者に存在する場合にはIBD発症のリスクがあるため、家族歴も忘れてはならない。

表3. IBDの腸管外合併症とその頻度.

腸管外合併症	UC (%)	腸管外合併症	CD (%)
関節炎・関節症	4.9	口腔内アフタ	6.2
膵炎・高アマラーゼ血症	2.9	関節炎・関節症	5.5
口腔内アフタ	1.9	膵炎・高アマラーゼ血症	5.4
胆石症	1.3	胆石症	4.6
		尿路結石	1.7
		結節性紅斑	1.5

文献2より修正して作成

同文献で頻度が1%以上の合併症をUC、CD両疾患ごとに頻度が多い順に列挙した。

3. IBD未確定の患者が来院した場合の身体診察

病状からIBDが疑われた場合、以下の点に注意し、身体所見をとる。

まず全身状態を把握し、Vital signを測定する。その際、高度の発熱、低血圧、頻脈を認めた場合は重症に近い状態と考える。眼の診察では、眼瞼結膜の蒼白や眼球結膜の黄染、口腔内ではアフタ、皮膚では結節性紅斑や壊疽性膿皮症などの有無を確認する。IBDでは呼吸器系の合併は稀である。腹部所見では腸蠕動音の聴取、圧痛や反跳痛、腫瘤の有無と部位、腹部膨満の有無を確認する。CDでは時々病変部が一塊となり、腫瘤として触れることがある。さらに可能なら肛門診察も考慮する。

おわりに

UC、CDの診断基準とIBD未確定の患者が来院した場合の問診や身体診察について解説した。

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) 櫻井俊弘, 松井俊幸, 青柳邦彦, ほか. 炎症性腸疾患の腸管外合併症. 胃と腸 2013; 48: 591-600.

[他科からの提言]

Uncomplicated type B 解離に対する 比較的早期ステントグラフト治療の意義と問題点

宮崎市郡医師会病院 心臓血管外科

松山 正和

【はじめに】

1965年B型大動脈解離に対する治療は手術より内科的治療が良好とのWheat¹らの報告以来、急性期にComplicated(症候性)は手術、Uncomplicated(無症候性)は内科的治療、遠隔期に大動脈拡大や症状再発あれば手術とされてきました。

しかしステントグラフト内挿術(TEVAR; Thoracic endovascular repair)の出現と、遠隔期に開胸手術や破裂に至る症例が多いことから、比較的早期のステントグラフトによるエントリー閉鎖による遠隔期成績改善が期待されています(図1)。

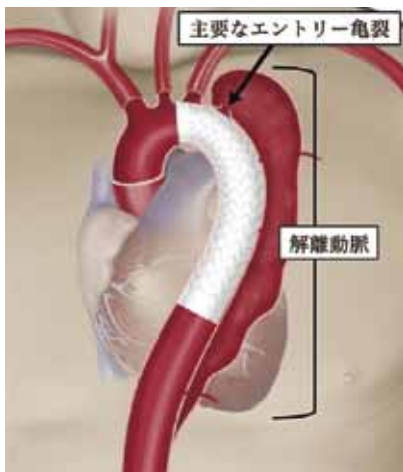


図1. : TEVARによるエントリー閉鎖.

【用語】

A) OMT : Optimal medicated treatment

Negative inotropic therapy : β 遮断薬主体 (SBP \leq 110 ~ 120mmHg, HR \leq 60/min), 除痛

B) 症状による分類²

1) Complicated (症候性) : 臓器障害を伴う虚血, 腎性高血圧, 管理困難高血圧, 大動脈周囲血腫や血胸, 疼痛持続や再発

2) Uncomplicated (無症候性) : Complicated以外

C) 大動脈リモデリング : 真腔拡大, 偽腔血栓化, 偽腔縮小など形態改善

【B型解離の自然史】

Uncomplicated acute BのOMTの初期成績は生存率89%/m, 84%/yと良好であるが、遠隔生存率は60~80%/5y, 40~45%/10yと不良³⁻⁵(図2)。

その主な原因は

1) 解離は慢性進行性疾患で、拡大速度2~7.1mm/y, 20~40%に遠隔期拡大, 解離大動脈径 \geq 60mmで破裂30%/y⁶。

2) 慢性期はFibrotic stiffnessによるフラップ硬化や真腔狭小, 胸腹部大動脈も拡大する症例が多く, 真腔の処置や腹部分枝再建

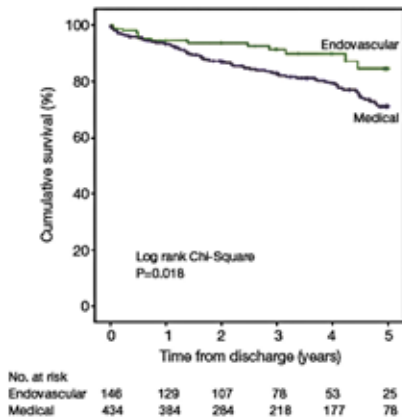


図2. 遠隔期生存率 (TEVAR vs OMT).

OMTは遠隔期生存率低い
Fattori R, et al. Cardiovasc Interv 2013 ; 6 : 876-82.

が必要^{7, 8}。

3) 胸腹部大動脈人工血管置換術はReal worldで死亡率 22.3%, 合併症率 55%, Highvolume centerで30日死亡率 5 - 8%, 対麻痺 6 - 8%, 腎不全透析 15%と成績不良⁸。

4) 慢性期の外科的介入

TEVAR vs Openで在院死亡率 3.2% vs 9.6%, 対麻痺 0.43% vs 4.8%, 脳梗塞 0.82% vs 5.8%, 急性腎不全 2.6% vs 4.8%であり解剖学的可能であればTEVARが推奨される⁹。

【遠隔期死亡の独立危険因子】

遠隔期死亡の独立危険因子は、初期の大動脈径 ≥ 4 cmと偽腔血栓不全⁷。

【遠隔期大動脈拡大や破裂リスクの高い症例】

遠隔期大動脈拡大の独立危険因子^{7, 9-11}

- 偽腔血栓化不全
- 大動脈径 > 4 cm (図3)
- 偽腔径 > 2.2 cm
- 頑固な疼痛

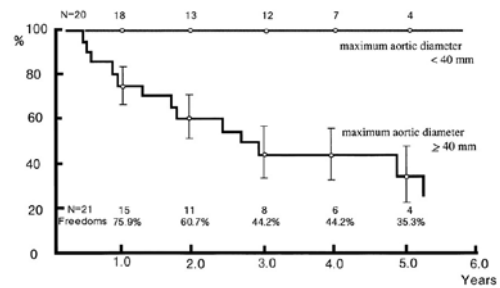


図3. 下行大動脈拡大回避率(発症時 < 40 vs ≥ 40 mm). 発症時40mm以上群が遠隔期大動脈拡大 (≥ 60 mm) 多い

Kato M, et al. Circulation, 1995, November 1

胸部にエントリー存在, $p = 0.001$

エントリーサイズ > 10 mm

Spiral configuration(解離の螺旋状進展)

【B型解離のTEVARとOMT比較】

《急性期》TEVAR vs OMT比較で, Complicated, 62% vs 37%, $p < 0.001$ とTEVAR群にハイリスク多いにも関わらず在院死亡や1年生存率に差なし。5年死亡率は16% vs 29%, $p = 0.0018$ とTEVAR優位¹²。

《亜急性慢性期: INSTEAD XL trial》

Uncomplicated (発症から2 ~ 52週), TEVAR72例とOMT68例の比較

5年大動脈関連死亡率はTEVAR低い, TEVAR 6.9% vs OMT 9.3%, $p = 0.045$

大動脈リモデリングはTEVAR良好 (TEVAR vs OMT)

偽腔完全血栓化 91.3% vs 19.4%, $p < 0.0001$

大動脈最大径 44.5mm vs 56.4mm, $p < 0.0001$

真腔径 32.6mm vs 18.7mm, $p < 0.0001$

偽腔径 10.4mm vs 37.1mm, $p < 0.0001$ とTEVAR良好¹³

遠隔期に胸腹部大動脈手術を待つより, 早

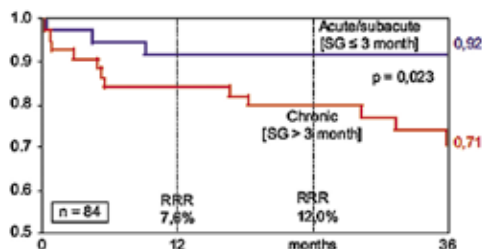


図4. 大動脈イベント回避率(亜急性期 vs 慢性期治療).

発症から3ヶ月以内TEVAR群が大動脈関連イベント(破裂, 再治療)少ない

Akin I, et al. Eur J Vasc Endovasc Surg(2009)37, 289-96.

期TEVARが望まれる症例が存在する。

【TEVAR介入の早期化検討】

慢性期TEVAR適応はOpenと同じく, 大動脈径 $>55\sim60\text{mm}$, 拡大 $>4\sim10\text{mm/y}$, 症候性⁸。

しかし慢性期は真腔狭窄やフラップ可塑性低下によりTEVAR困難でOpenとなる症例が多く成績不良。慢性期のTEVARは早期と比較し遠隔期成績不良であることから, 将来偽腔拡大が予測される症例に対して早期TEVAR介入が期待される(図4)。

【TEVARの至適時期】

《ADSORB trial: 急性($\leq 14\text{d}$) Uncomplicated B型》

TEVAR30例とOMT31例の比較。

30日死亡は両群で差なし。1年成績は死亡, 再治療を含むイベントはOMT2例に対しTEVAR1例と良好($p=0.001$), 大動脈リモデリングに関しても, TEVAR群が偽腔血栓化不全43%(OMT97%, $p<0.001$), 偽腔縮小(OMT拡大, $p<0.001$), 真腔拡大(OMT

変化なし, $p<0.001$), 大動脈径38.8mm(OMT42.1mm, $p=0.06$)とTEVAR良好¹⁴。

《VIRTUR registry: Complicated B型》

急性($\leq 14\text{d}$)50例, 亜急性(15~92d)24例, 慢性($\geq 93\text{d}$)26例で比較。

早期成績では亜急性期群は死亡, 脳脊髄障害皆無であったが, 急性期群は30日死亡8%, 脳梗塞12%, 脊髄虚血2%。3年遠隔期成績は急性期群で逆行性A型解離5%, 慢性期群で大動脈リモデリングや偽腔血栓化不良で, 31%に再治療を要し, 92日以内のフラップ可塑性保持されることが示された¹⁵。

加藤は初期にFragileなフラップが, 慢性期にFibrotic増加し強固となる形態学的変化に注目し, TEVARは発症から4週間以降を推奨¹⁶。但し慢性期はリモデリング不良, 遠隔期成績不良とのジレンマあり。

発症から経日的に合併症率は低下するが治療効果も低下することから, 現時点では解離発症から3~12ヶ月の間の治療が妥当する考えが多い。

【ステントグラフト治療の問題点】

腹部分枝レベルにリエントリーを有する症例は, 胸部のエントリー閉鎖により下行大動脈の偽腔血栓化や縮小が得られても, 遠隔期に胸腹部大動脈の拡大を来す場合がある。

本来ステントグラフトは健常な大動脈から留置されるが, フラップ脆弱な状態ではデバイスによる内膜損傷, 新規エントリー発生の危険性が高い。

【結語】

Uncomplicated B解離の内科的治療は, 遠

隔期破裂や手術移行となる症例が多く存在し、遠隔期大動脈拡大が強く予測される症例に対しては早期ステントグラフト治療が有益となる症例が存在する。

治療時期については、急性期は脳脊髄障害、A型解離進展、内膜損傷などの合併症があり回避が望まれるが、発症から1年以降はフラップ硬化によりリモデリング不良とされており、3～12ヶ月の間での治療が妥当。

現時点の私見としては、高齢や担癌など大動脈以外で予後規定される症例は除外されるが、急性期大動脈径 $\geq 40\sim 45\text{mm}$ 、偽腔開存型に対しては、発症から半年を目処に中枢エントリー閉鎖を目的としたステントグラフト内挿術を検討すべきと考えております。

参考文献

- 1) Wheat MW, et al. J Thorac and Cardiovasc Surg. 1965 ; 40 : 364-73.
- 2) Fattori R, et al. J Am Coll Cardiol 2013 ; 61 : 1661-78. (Interdisciplinary Expert Consensus)
- 3) Hagan PG, et al. JAMA 2000 ; 283 : 897-903. (IRAD)
- 4) Erbel R, et al. Eur Heart J 2001 ; 22 : 1642-81.
- 5) Suzuki T, et al. Am J Cardiol. 2012 ; 109 : 122-7. (IRAD)
- 6) Blount KJ, et al. AJR Am J Roentgenol 2009 ; 192 : W222-9.
- 7) Kato M et al. Circulation. 1995 ; 92(9 Suppl) : II 107-12.
- 8) Oikonomou K, et al. Am Cardiothorac Surg 2014 ; 3(3) : 307-13.
- 9) Thrumurthy SG, et al. Eur J Vasc Endovasc Surg 2011 ; 42 : 632-47. (Systemic review)
- 10) IRAD Investigators. Circulation. 2010 ; 122 : 1283-9.
- 11) Song JM, et al. J Am Coll Cardiol. 2007 ; 50 : 799-804.
- 12) Fattori R, et al. Cardiovasc Interv 2013 ; 6 : 876-82.
- 13) Nienaber CA, et al. Circ Cardiovasc Interv 2013 ; 6 : 407-16. (INSTEAD XL trial)
- 14) Brunkwall J, et al. Eur J Vasc Endovasc Surg 2012 ; 44 : 31-6. (ADSORB trial)
- 15) The VIRTUE registry investigators. Eur J Vasc Endovasc Surg 2014 ; 48(4) : 363-71.
- 16) Kato N, et al. J Vasc Interv Radiol 2001 ; 12 : 835-40.

入会の挨拶

宮崎市 アイレHDクリニック
鬼塚 恭子

この度、県内科医会へ入会させていただきました鬼塚恭子と申します。

宮崎市新名爪に平成26年4月に開院いたしました「アイレHDクリニック」に勤務いたしております。当院は透析、腎臓内科を主体に内科診療を行っている施設です。私自身は循環器内科系で、透析は研修医時代に関わった程度なのですが、当院院長が出身大学（現宮崎大学）の先輩であり、宮崎医科大学第一内科（当時）の先輩でもあるというご縁でお仕事をさせていただいております。

仕事は月曜から金曜の午前中の外来診療です。今までの知識が役に立たなかったり、そもそも知識がなかったりすることも多々ですが、日高恵子院長のお力を頂きなんとか今に至っております。

未熟な限りですが、研鑽を重ねて行きたいと思っております。今後ともどうぞ宜しくお願い致します。

入会の挨拶

高鍋町 (医)野津手・加来内科医院
副院長 加来 英典

この度入会させていただきました加来英典（かく えいすけ）と申します。出身は大分県中津市で、平成12年佐賀医大卒です。大学卒業後は熊本大学第一内科に入局し、消化器内科として荒尾市民病院、服部胃腸科、熊本大学医学部附属病院などで勤務していました。縁があって平成24年に宮崎に来させていただき、野津手大輔院長と共に同年、野津手・加来内科医院を開院しました。開院して約4年になりますが、徐々に消化器の患者さんも増えてきて、外来、検査に追われる日々が続いています。当院には入院施設がないのでESDはできませんが、胃がん、大腸がんを治る段階で発見できるように頑張って検査をしています。今後の消化器がんはピロリ菌感染率の低下に伴い胃がんが減少し、食事の欧米化、生活習慣病の増加に伴い大腸がんがさらに増えてくることが予想されています。大腸がんは現在男性のがん死因の3位、女性の1位となっており、死亡数の多いがんですが、検診により死亡率を大きく低下させることができますと思います。私は宮崎県の大腸がんを減らしたいと思っていますので、先生方もよろしければ患者さん達に大腸がん検診（毎年の便潜血or 2～3年に1回の全大腸内視鏡検査）を勧めただけであれば幸いです。以上とりとめのない内容で大変申し訳ありませんが、宮崎で頑張っていきたいと思っておりますので、今後ともよろしく願いいたします。

理事からひとこと

安全な建物

宮崎市 国立病院機構 宮崎東病院
比嘉 利信

私たちの病院では、この度、一部6階建ての新病棟が完成した。昨年3月に起工し、掘削、杭打ち、鉄筋の組み立ての基礎工事から次第に完成していく建設過程を間近に見ることができた。

おりしも、2015年10月に横浜のマンション傾き事件が発覚した。打ちこまれた杭52本のうち、6本が強固な地盤まで達していない短い杭であった。支持層といわれる岩盤の深さを調査しないで、データが偽装され、短い杭が使用されていたものである。中規模地震で損壊の恐れがあると判断されて、結局、取り壊されるらしい。

実際、杭打ち工事において、岩盤の深さはどのような方法で測定され、杭の長さが決められるのであろうか？ 現場からの資料によると、まず試験掘削（図1）において、特殊な電流計によって、地下1m毎の負荷電流値が計測される。深くなり固い地盤を通ると、負荷電流値の針が大きく振れる。負荷電流値が最大を示したところが、岩盤への到達点を示す。この試掘では、深度22mで350Ampに達した。広い建築面積において、支持層は一律にフラットではないため、数か所試掘される。支持層の深さにより、杭の長さが決められ、支持層に達してからさらに数m深く杭が

打たれる。当然のことながら、支持層の岩盤に杭が打ちこまれて、建物の強度が保たれるのである。杭の長さが決まると、いよいよ本杭の打ちこみが始まる。

現場には、長さ十数mのコンクリート製の杭が、大型トレーラーに積載されて次から次に運び込まれた。2本の杭が接続され、ジャンボクレーンに高く吊り上げられた。長い杭は驚くほど静かで早いドリル式の回転圧入法で次々に打ち込まれていった。騒音この上ない昔ながらのハンマー打ちを想像していたので、近代工法にすっかり感心した。杭の上には小間隔で鉄筋がいくつも立ち、溶接され伸びていく。杭を囲むように型枠が作られ、そこに十分量のコンクリートが注入され、文字通り鉄筋コンクリートの支柱が立ち上る。多数の支柱に支えられて床面が張られ、1階毎に上層階が完成していった。屋上階の高さは約30mである。

わが国は地震が多く、当然のことながら、耐震性の強い安全な建物が必要とされる。耐震性の強い安全な建物とは、物理的に被害を軽減する現代的な工法と、耐震基準など法令ルールの順守が重要とされている。熊本地震では、2度にわたる大地震で多くの建物が崩壊し人命も失われた。東日本大震災では海底地震に連動した津波も目の当たりにした。次は、南海トラフ大地震に伴う津波が危惧され、各地で防災タワーの建設が行われている。

わが病院も海岸に程近い。高くて強固な新病棟は、患者さんにクリーンで快適な医療環境を提供するだけでなく、地域住民には安全

な津波避難施設として大いに期待されている。いつも、人の命と健康を守り、安心感を与える安全な建物でありたい。

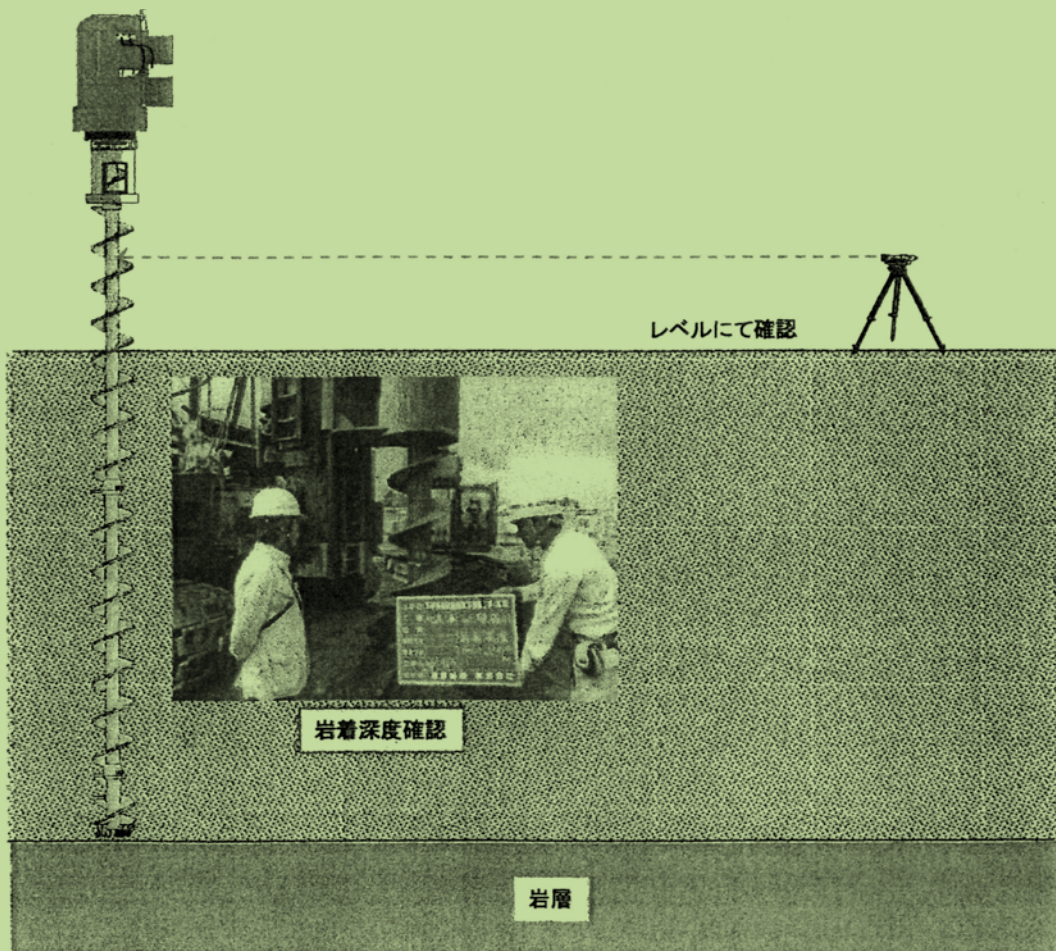


図1. 試験堀削.

オーガースクリューに1 mごとマーキングした深度をレベルにて確認し、地盤抵抗を電流計に記録する。岩着深度の到達すると電流振幅が急激に増大する。

理 事 从 ら ひ と こ と

たばこ と おさけ (2)

宮崎市 古賀総合病院

松岡 均

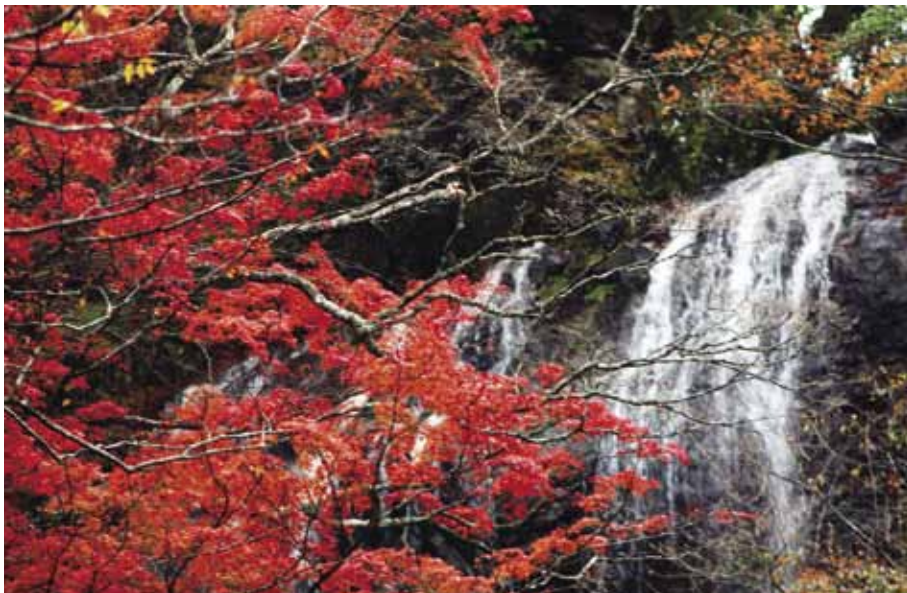
「薄葬の詔」をご存じですか？大化の改新の翌年大化2年(646年)に出された墓制で「民の魚酒を禁ずる」として、我が国で最初の禁酒令です。昔から酒呑みは問題になっていたのです。前回の投稿で飲酒の害を述べましたら、仲間とふぐ料理を食べに行った時に、先生は「ひれ酒じゃなくてひれ茶ね」と危うく好物のひれ酒を飲み損ねそうになったので今回は酒の話題はここまでにします。

最近、無煙タバコや電子タバコが話題になっています。既に楽しまれている先生方もいらっしゃるでしょうが、無煙タバコは火を付けないので煙がなく、喉にもいがらっぽさが少なく吸いやすいと評判が良く品切れになったようです。無煙タバコはスウェーデン製です。何故かというと、ヨーロッパではスウェーデン以外では禁止されているからです。我が国でも日本学術会議が「無煙タバコ製品(スヌースを含む)による健康被害を阻止するための緊急提言www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-t177-1.pdf」を出しましたが、未だに禁止されていません。電子タバコはおしゃれな新しい習慣としてマスコミに取り上げられています。ニコチンは薬事法で規制されているので電子タバコはニコチン不含ですが、煙のように見せるための成分が入っています。どちらにしても健康被害は

避けられないようです。

4月に日臨内の禁煙座談会が催され、勢いで参加してしまいました。次号の日臨内誌に掲載されるのでご興味のある先生方はご一読下さい。この座談会に参加するので事前に勉強しようと思立ち、宮崎県内で禁煙活動を積極的にされている串間市の野田隆先生開催の禁煙ネットワークの勉強会に参加しました。県庁担当者の健康宮崎に関連した禁煙活動の発表も聞きました。未成年に対して喫煙の害をラジオ放送や高校を訪れて啓蒙活動をしたり、完全禁煙認証施設の認定など宮崎県の取り組みを拝聴しました。

禁煙座談会は愛媛県で禁煙活動をされている公益事業委員会委員長の野田茂樹先生(宮崎医大の2期生でした)が座長をされ、日本で最初に受動喫煙防止条例を設定した神奈川県から長谷章先生の他、石川県の洞庭賢一先生、山形県の鈴木明朗先生、京都府の山内知先生そして宮崎県から松岡の参加で各地域の禁煙活動を報告しました。私も野田隆先生や宮崎県庁の受動喫煙防止活動など、当県の状況を報告したのですが、鈴木先生から山形県の10年前の状態だとおしかりを頂きました。公共施設の禁煙率がとても低いそうです。禁煙活動は当県のように個人の先生が主導している場合と、医師会が主導しているところが有りました。宮崎県内科医会としてはこれまで受動喫煙防止に対して積極的な活動をしてきませんでした。今後、前向きに考えても良いのではないのでしょうか。



「五ヶ瀬・白滝の紅葉」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

高千穂の町から218号線を西へ進むと一旦熊本県に入る。馬見原交差点を左折し265号線を南下すると宮崎県に戻り、約20分で白滝の案内が見えてくる。入口から約1.5km山奥へカーブの続く道を上がってゆく。滝の高さは60mで前は崖になっている。昨年11月1日の事で本格的な紅葉はこれからだと聞いた。
(平成27年11月1日撮影)



「kusunamiki」

延岡市 北浦診療所 日高 利昭

県庁前の楠並木通りも、春になると新緑が素晴らしく、心身ともに癒されますね。

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村善教

夢を聴く 幹細胞で 再生し
脳脊髄が 蘇るとの

再生は 幹細胞と ESYと
iPSの いずれがベスト

再生は あり得ぬものと 常識を
DVDが 覆す宵

怖くない 脳梗塞も 脊損も
骨髄液が 助太刀いたす

天才が 医療を変える 夢語る
今日の常識 明日非常識

短歌

リアップ

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺元久

六畳の和室は今や線香のいつも匂へる部屋になりたり
つい二日前まで息をせし母がお骨になりてわが家におはす
在りし日に母のくれたる「リアップ」を髪に数滴ふりかけてみる
ははそばの母を納めぬ奥津城に零下三度に冷え込める日に
われもまたいつか姿を変へた身がこの石室にをさめられむか

*これらの歌は、短歌結社誌「心の花」平成二十八年
五月号に掲載された作品を一部改変したものである。

短歌

妻留守の夜など

延岡市 藤本内科小児科医院

藤本 孝一

卒中後妻留守の夜入浴をせざるを守る急死恐れて

本日の終戦記念日十歳の夏思ひ出づ長崎原爆

長距離を走りし感じ忘れずに青春の頃思ひ出でをり

父母の声聞きにし思ひに目覚めたり病院当直居眠りしをり

萎えし身にテレビ見てある日曜に二階の妻のソプラノ聞こゆ

短歌

医療の周辺 3

宮崎市 大西医院

大西 雄二

お互ひに診療できるのは何時までか認知症診る医師と語りあふ

意識なく永くありしが今はの際妻に話しかけ逝きたまひたり

来ぬ人の安否尋ねれば独り故施設に入りぬの答への多かり

花粉症昔少なければど時移り自然と離れ人は過敏に

深夜聞く救急車の音医療に従事する人に思ひをはせぬ

[報告]

平成27年度日本内科学会九州支部定例評議員会報告

宮崎県内科医会会長

小 牧 齋

日 時：平成28年1月16日(土)

場 所：九州大学医学部「百年講堂」

出席者：小牧

【議 事】

1. 会長挨拶
2. 支部長報告
3. 各種委員会報告
 - 1) 内科認定医制度審議会報告
 - 2) 学会在り方検討委員会報告
 - 3) 生涯教育委員会報告
 - 4) 学術集会運営委員会報告
4. 平成28年度各種委員会地区委員選出の件
 - 1) 理事候補（2名）
 - 2) 支部代表候補（1名）
 - 3) 内科認定医制度審議会地区委員候補（3名）
 - 4) 学会在り方検討委員会地区委員候補（1名）
 - 5) 生涯教育委員会地区委員候補（1名）
5. 全国評議員の推薦ならびに九州支部評議員異動について
6. 初期研修医奨励賞について（事務局）
7. 今後の九州支部地方会の開催時期，開催地，会長について（事務局）…
8. 会計報告・その他（事務局）

議事録を参考に、以下に要点を述べる。

1. 会長挨拶（吉良教授）

1/16開催された第312回日本内科学会九州地方会，第56回生涯教育講演会では，前者で1,042名，後者で644名の参加をいただいた。

2. 支部長報告（門田教授）

学術誌編集会議関係で，雑誌作成のコストダウンができた。Internal Medicineで非会員からの投稿には投稿料を徴収するようにした。

総務委員会では，女性評議員を増員すること，利益相反の基準や申告書に関しては，内科系の関連学会と共通化する。

新内科専門医制度に関しては、研修モデルプログラムは既にホームページ上に公開されている。プログラムの募集定員の上限は60名とされている。初期研修の症例は、最大3割まで認められる。また、最大1年間のsubspecialty研修とのオーバーラップが認められるが、subspecialty研修の登録は、基本領域研修の終了後となる。総合診療専門医から、内科subspecialty専門医を取得することは明確に否定されている。

3. 各種委員会報告

1) 認定医制度審議会報告（門田教授）

2年連続剖検数が不足しているという理由で、教育病院から教育関連病院への降格、あるいは教育関連病院の認定取り消しが発生している。

平成27年度の認定内科医資格認定試験の合格率は82.08%、総合内科専門医（措置的試験も含む）の合格率は63%であった。

JMECCの実施設が増加してきている。

新内科専門医制度のプログラムにおいて、経験症例の目標は主担当医として200症例70疾患群であるが、修了要件は160症例56疾患群となる。また、専攻医2年目以降、初診を含む外来（1回/週）を行い、その診療内容を指導医が指導することも修了要件となる。新内科専門医制度では基幹施設での研修が1年以上となっている。地域（プログラム）の事情などが考慮されるであろう。

2) 学会在り方検討委員会報告（事務局）

新専門医制度への移行に伴い、内科専門医更新基準も変更となる。資格更新には、(1)勤務実態の証明、(2)診療実績の証明、(3)更新単位の取得が必要となる。診療実績の証明には、セルフトレーニング問題の合格をもって行うことになっている。

3) 生涯教育委員会報告（川上教授）

平成27年度生涯教育講演会の実施実績の報告、平成28年度生涯教育講演会の実施予定内容の報告があった。

平成29年度は、Aセッションは信越支部、Bセッションは中国支部が担当となる。

生涯教育講演会オンデマンド配信の視聴料課金額に関しては、単位付与を求める場合には5,000円、視聴のみ（単位付与なし）は2,000円として理事会に諮られる予定である。

4) 学術集会運営委員会報告（門田教授）

第113回講演会の内容の承認が行われた。医学生・研修医向けの企画、男女共同参画事業、新専門医制度関係の企画などが予定されている。第114回講演会に関しても、招請講演5題、シンポジウム3題の内容が決定した。教育講演は18題が予定されている。

4. 平成28年度各種委員会地区委員選出の件（吉良教授）

理事は2年交代となっており、平成28年度は大屋教授から赤司教授に交代となる。なお、支部長は平成27年度に副支部長を務められた門田教授が就任される。

認定医制度審議会地区委員は、高嶋教授、宇都宮先生から坪井教授、権藤先生に交代となる。

北村教授は留任となる。

学会在り方検討委員会地区委員は、満屋教授から野出教授に交代となる。

生涯教育委員会地区委員は、川上教授の留任となる。

5. 全国評議員の推薦ならびに九州支部評議員異動について（吉良教授）

大学よりは、各大学6名までチェアマンの先生方より推薦を受けた認定教育病院からは、9名の推薦者を決定。各県のバランスを考慮したが、大分県は認定教育病院がないため、今回は推薦を見送った。また、一般病院・開業医の先生よりは、各県医師会内科医会より11名の先生方の推薦を受けた。

6. 初期研修医奨励賞について

平成26年11月に開催された第307回九州地方会より開始され、本日（1/16）の地方会を含めて計6回実施された。地方会での発表を元に審査の上5名を表彰した。

7. 今後の九州支部地方会の開催時期、開催地、会長について

平成28年および平成29年の開催日（一部未定）、開催地、担当施設、会長の提案・報告について説明。

8. 会計報告・その他

平成28年度の予算、ならびに平成27年度の決算の報告を行った。平成28年度の本部から九州支部への助成金は1,180万円（平成27年度より+10万円）となる。平成28年度予算は、平成27年度予算とほぼ同様に作成している。年に4回開催される地方会には、各々220万円を計上し、ハンズオンセミナーには50万円、初期研修医奨励賞関係には10万円を計上している。一方、平成27年度の収支は、当初予算から1,773,174円残り（当期収支差額）、前期繰越金（5,323,601円）とあわせて、7,096,775円が平成28年度に繰り越される。

[報 告]

平成27年度九州各県内科医会会長会議報告

宮崎県内科医会会長

小 牧 齋

日 時：平成28年2月27日(土)

場 所：福岡市

出席者：中津留常任理事, 小牧

以下の次第に従い報告及び協議がなされました。

I. 開会挨拶

II. 報 告

平成27年度「日臨内九州ブロック会議」, 「第50回九州各県内科医会連絡協議会」及び「第32回九州各県内科審査委員懇話会」について長崎県より報告並びに各県の協力に対し感謝の言葉がありました。

III. 協 議

1. 平成28年度「第51回九州各県内科医会連絡協議会」及び「第33回九州各県内科審査委員懇話会」の開催日程等について、熊本県より11月を予定しているとの提案がありました。
2. 適正な調剤技術料のあり方

医薬分業については、診療報酬改定により、処方せん料が大幅に引き上げられ、それにより医療機関の処方せん発行気運が高まった昭和49年度が医薬分業元年と言われている。それ以降、薬局調剤医療費は増加し続け、平成26（2014）年度は39兆9,500億円のうち7兆2,000億円（同18.0%）となった。調剤技術料の見直しも必要ではないかと福岡県より提案がありました。各県も同様な意見でした。

[報告]

日本臨床内科医会第55回代議員会および第33回総会

宮崎県内科医会 副会長

弘野 修 一

日 時：平成28年 4月16日(土)、17日(日)

場 所：東京

出席者：小牧会長、光川常任理事、弘野

第33回日本臨床内科医会総会が平成28年 4月17日(日)に第一ホテル東京で開催された。総会に先立ち16日(土)に同所で理事会及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、光川常任理事、弘野の3名が出席した。

[第55回代議員会]

神津常任理事の開会宣言の後、猿田会長の挨拶があった。その中で直前に起きた熊本地震において、被災された人々へのお見舞いと各内科医会への協力依頼が述べられた。さらに会員減への打開策として若い会員の獲得の必要性、診療報酬実質改定率-1.03%の現状、新専門医制度の問題について触れられた。特に新専門医制度については地域医療への影響が懸念され、平成29年4月からの日本専門医機構主導での完全実施は難しいのではないかという報告がなされ、実際その通りとなったのは周知のごとくである。会長挨拶の後、各部会・委員会報告・議決が行われた。以下にその概要を報告する。

[総務部]

総務委員会から今後の総会・医学会の予定について報告があり、第30回日臨内医学会が平成28年10月9-10日に東京(菅原正弘会長)で、第34回日臨内総会を平成29年4月16日に東京(菅原正弘会頭)で、第31回日臨内医学会が平成29年10月8-9日に大阪(福田正博学会長)で開催されることが報告された。会務報告の後に議決があり、平成27年度事業報告、平成28年度事業計画(案)が承認された。調査研究委員会からは「女性のミカタ」プロジェクトの患者満足度調査の結果について報告があり、骨粗鬆症と過活動膀胱の項目が注目された。その中で患者の治療意欲に比べて治療実施状況が低いことが明らかとなり、今後は日本臨床泌尿器科医会や日本整形外科医会と合同して活動を進めるとのことであった。

[庶務部]

庶務委員会より役員および委員会名簿の変更訂正を行い送付する旨、会員の福利厚生を目的とした諸事業(東京海上日動との契約)変更について報告があった。また、会員増強委員会から平成28年3月6日に行われた第1回会員増強委員会の報告があり、新しい取り組みとして、都道府

県内科医会へのアンケート調査を行う事が報告された。また日臨内専門医制度についてもメリットのある専門医制度にすべきなど様々な意見が出たようであった。その他IT委員会からはホームページの充実やスマートフォンアプリ（CURASAW）の状況などが報告された。

【経理部】

経理委員会より平成27年度収支決算報告と平成28年度収支予算（案）が報告され、いずれも承認された。

【社会医療部】

公益事業委員会は「禁煙」、「感染症」、「健康」の3つのテーマを掲げて活動しており、予防接種アンケート論文投稿や医学会で禁煙指導者講習会について報告を受けた。今年も禁煙指導者講習会は10月に東京で開催予定である。日臨内インフルエンザ研究の論文など業績も報告された。またインフルエンザ診療マニュアル2015-16年シーズン（第10版）は101,000部発行され、会員無料配布16,100部、販売部数84,900部であった。地域医療委員会からは14名の平成27年度地域医療功労者被推薦者の報告があり、当県からは都城市の貴島 亨先生が推薦され、14名の被推薦者全員が承認された。

【社会保険部】

医療・介護保険委員会から平成28年度診療報酬改定についての報告があり、今回の改定は、本体は+0.49%、薬価・材料は-1.33%で全体改定率は-0.84%となった。通常ルールを改定率に含めた場合の全体の改定率は-1.03%であった。また改定に対して日臨内が内科系学会社会保険連合（内保連）経由で厚生労働省に提出した提案書11項目のうち中医協で議論され評価された項目は7項目にのぼり、その中には地域包括診療加算や地域包括診療料の算定上の要件緩和、在宅医療における往診料の休日加算新設など、在宅医療関連の項目が評価された。

【研修推進部】

研修推進委員会から平成27年度認定医・専門医申請状況の報告があり、平成27年度認定医申請149名（新規40名、更新109名）、専門医申請18名（新規10名、更新8名）であった。平成28年度の申請書請求期間は平成28年10月11日～11月4日と報告された。

【学術部】

学術委員会からは、内科診療実践マニュアル改訂版発刊の件が報告され、スマイルスタディ調査票の回収を3月末に締め切り、およそ10,000冊を回収し、データ取り扱い委員会が6月4日に開催されるとのことであった。またCOPDに関するアンケート調査を本年2月まで延長し、その結果を論文化するとともに第30回日臨内医学会で発表予定であること等が報告された。

会誌編集委員会からは編集委員会を12月と3月に開催したこと、投稿論文の査読状況などが報告された。また原著、臨床研究、臨床試験における倫理委員会での審査については4月に新しい臨床研究に関する倫理指針が施行されたことに伴い、会誌に投稿される論文にも事前に倫理審査委員会の承認が必要となった。しかしこの倫理指針を厳格に適用すると一般会委員の論文投稿が困難になることも考えられ、今後さらに検討するとのことであった。

[広報部]

ニュース編集委員会より平成27年度は年6回の日臨内ニュースを発行したこと、年3回のニュース編集委員会を開催したこと等が報告された。また28年度からは偶数月25日発行から奇数月10日への変更が委員会および常任委員会で認められすでに実施されていることも報告された。

[第33回総会]

総会は神津仁常任理事の開会の辞で始まり、畑誠第33回日臨内総会会頭(埼玉県内科医会会長)、猿田享男日臨内会長、来賓の方々挨拶され、総会議事に入った。議長は猿田享男会長が務めた。総会では代議員報告、各部会・委員会報告が行われ、議決事項として平成27年度事業報告、平成27年度収支決算、平成28年度事業計画(案)、平成28年度収支予算(案)が挙手多数により議決された。次いで地域医療功労者表彰が行われた。今回は14名の会員が表彰されたが、当県から貴島 亨先生が表彰された。最後に本年10月9-10日に開催される第30回日臨内医学会学会長の菅原正弘東京内科医会会長の挨拶があり、閉会となった。

総会終了後、2会場でランチョンセミナーが行われた。テーマⅠは「地域包括ケアシステムにおける認知症ケアネットワークの役割」で埼玉県精神神経センター・さいたま市認知症疾患医療センター・センター長の丸木雄一先生が講演され、テーマⅡは「超高齢化時代における心不全治療」で自治医科大学附属さいたま医療センター・センター長の百村伸一先生が講演された。

午後からは特別講演が行われた。特別講演Ⅰは埼玉医科大学病院感染症科・感染制御科教授の前崎繁文先生による「新興感染症の危機感。エボラ、MERS、そしてインフルエンザ」、特別講演Ⅱは埼玉医科大学かわごえクリニック院長の片山茂裕先生による「心血管イベント予防のための糖尿病治療」でいずれも興味深い内容であった。すべて滞りなく終了し、最後は懇親会で会員同士の交流を深めた。

平成27年度宮崎県内科医会事業報告

会議名	日時・場所・出席者
【総会】	<p>6月13日（土）16：00～ 於. 宮崎観光ホテル <特別講演会> 特別講演① 〈座長 宮崎県内科医会 副会長 田口 利文〉 『心臓と末永く上手につきあっていく方法 ～心臓リハビリテーションのすすめ～』 宮崎江南病院内科循環器科 渡邊 玲子 先生</p> <p>特別講演② 〈座長 宮崎県内科医会 会長 小牧 齋〉 『2型糖尿病の薬物療法を新しい視点から考える』 東邦大学医学部内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌学分野 教授 弘世 貴久 先生 (出席者 48名)</p> <p>3月12日（土）16：00～ 於. 県医師会館 <会員発表> <座長 光川 知宏 先生> ① 帰国約2ヵ月後に発症したマラリアの自験例 大西医院 大西 雄二 宮崎市郡医師会臨床検査センター 染矢ひとみ</p> <p>② 関節リウマチに対する生物学的製剤を用いた治療中に 発症したウェステルマン肺吸虫症の一例 宮崎大学医学部内科学講座 免疫感染病態学分野 小村 真央, 宮内 俊一, 岩尾 浩昭, 河野 彩子, 松田 基弘, 久保 和義, 梅北 邦彦, 高城 一郎, 長友 安弘, 岡山 昭彦</p> <p>③ C型慢性肝炎に対するインターフェロンフリー治療 - 当院での使用経験 - 串間市民病院 黒木 和男</p> <p><保険診療についての講演> 保険診療の状況について 県内科医会副会長 弘野 修一</p> <p><特別講演> 〈座長 宮崎県内科医会 会長 小牧 齋〉 『心房細動治療のCore』 公益財団法人心臓血管研究所 所長 山下 武志 先生 (出席者 62名)</p>

会議名	日時・場所・出席者
【理事會】	5月28日(木), 7月2日(木), 9月14日(月), 2月19日(金)
【評議員會】	6月5日(金), 3月2日(水)
【各郡市内科医会長會】	3月5日(土) 於. うめ田
【會計監査】	4月23日(木)
【學術委員會】	5月13日(水), 10月14日(水), 1月14日(木)
【医療保険委員會】	6月25日(木), 9月10日(木)
【宮崎県内科医会誌編集委員會】	6月19日(金), 8月20日(木), 11月9日(月), 1月29日(金)
【臨時委員會】	8月28日(金), 9月10日(木)
【日本臨床内科医会九州ブロック會議】	11月7日(土) 於. 長崎 (担当: 長崎県内科医会) 出席者: 小牧会長, 中津留前常任理事
【九州各県内科医会連絡協議會】	11月7日(土) 於. 長崎 (担当: 長崎県医師会) 出席者: 小牧会長, 野村前副会長, 中津留前常任理事
【九州各県内科審査委員懇話會】	11月7日(土) 於. 長崎 (担当: 長崎県医師会) 出席者: 弘野副会長, 田口副会長, 松岡理事
【九州各県内科医会長會】	2月27日(土) 於. 福岡 (担当: 長崎県内科医会) 出席者: 小牧会長, 中津留前常任理事
【日本臨床内科医会総会・理事会・代議員會】	4月11日(土), 12日(日) 於. 京都 出席者: 小牧会長, 弘野副会長, 中津留前常任理事
【日本臨床内科医会理事会・代議員會・医学会】	10月10日(土) ~ 12日(月) 於. 熊本 出席者: 田口副会長, 野村前副会長, 松岡理事 (公益事業委員會)
【日本内科学会九州地方会評議員會】	1月16日(土) 於. 福岡 出席者: 小牧会長
【學術講演會】 (県内科医会共催講演會)	① 4月8日(水) 19:15 ~ 於. 南那珂医師会館 演題 ウイルス肝炎治療助成制度 講師 宮崎県福祉保健部健康増進課 演題 C型肝炎治療の変遷, 経口治療の概要

会議名	日時・場所・出席者
	<p>講師 宮崎大学医学部附属病院肝疾患センター 准教授 永田 賢治 (出席者 34名)</p> <p>② 4月14日(火) 19:00～ 於. ホテルメリージュ延岡 演題 C型肝炎治療の変遷, 2剤併用療法の概要 講師 丸山クリニック 岩満 章浩 演題 インターフェロンフリー療法の実際 講師 共立病院 副院長 赤須郁太郎 (出席者 34名)</p> <p>③ 4月16日(木) 18:45～ 於. ガーデンテラス宮崎 演題 SGLT2阻害薬の影を知ってうまくいかす 講師 北海道大学医学研究科免疫・代謝内科学分野内科II 診療准教授 三好 秀明 (出席者 57名)</p> <p>④ 4月17日(金) 19:00～ 於. 都城ロイヤルホテル 演題 ウイルス肝炎治療助成制度 講師 宮崎県福祉保健部健康増進課 演題 当科におけるC型肝炎治療とインターフェロンフリー療法の現状 講師 宮崎大学医学部附属病院肝疾患センター 蓮池 悟 演題 C型肝炎治療の変遷と治療の実際 講師 藤元総合病院消化器内科 部長 駒田 直人 (出席者 39名)</p> <p>⑤ 5月26日(火) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 SGLT2阻害剤の適正症例の検討 講師 宮崎大学医学部神経呼吸内分泌代謝学分野 助教 上野 浩晶 演題 グルカゴンの視点からみた糖尿病治療薬 講師 群馬大学生体調節研究所代謝シグナル解析分野 教授 北村 忠弘 (出席者 48名)</p> <p>⑥ 6月18日(木) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 膀胱炎は簡単に治る? 慢性前立腺炎は治らない? 講師 北海道医療センター 医長 國島 康晴 (出席者 58名)</p>

会議名	日時・場所・出席者
	<p>⑦ 7月9日(木) 19:15～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 薬剤師からみた糖尿病治療のアンメットニーズとその対策 講師 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 演題 高齢糖尿病患者における新しい治療戦略 講師 九州大学先端融合医療レドックスナビ研究拠点 教授 井口登興志 (出席者 66名)</p>
	<p>⑧ 7月27日(月) 19:00～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 23価肺炎球菌ワクチンの現状と有用性について 講師 国立病院機構長崎川棚医療センター 呼吸器内科統括診療部長 川上 健司 演題 気管支喘息の病型と新規治療戦略 講師 千葉大学大学院医学研究院アレルギー・臨床免疫学 教授 中島 裕史 (出席者 36名)</p>
	<p>⑨ 7月29日(水) 18:50～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 医薬品の中枢移行性 - 高齢者の薬物動態学的特徴 - 講師 滋賀医科大学医学部附属病院薬剤部 教授 寺田 智祐 演題 男性ホルモンと老年医学 講師 東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座 教授 秋下 雅弘 (出席者 98名)</p>
	<p>⑩ 7月31日(金) 19:30～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 脳神経外科の血管内治療と血圧管理について 講師 都城市郡医師会病院脳神経外科 主任医長 大田 元 演題 脳卒中治療の基本から応用まで 講師 久留米大学医学部脳神経外科学講座 主任教授 森岡 基浩 (出席者 43名)</p>
	<p>⑪ 9月3日(木) 18:45～ 於. ガーデンテラス宮崎 演題 日常診療に役立つ潰瘍性大腸炎内科治療のポイント - 最新の治療指針と5-ASA製剤を中心に - 講師 兵庫医科大学炎症性腸疾患学講座 内科部門教授 中村 志郎 (出席者 45名)</p>

会議名	日時・場所・出席者
	<p>⑫ 9月16日(水) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 ストップ肺炎! -超高齢化社会での予防の重要性- 講師 川崎医科大学附属川崎病院内科 准教授 宮下 修行 (出席者 55名)</p> <p>⑬ 10月27日(火) 18:50～ 於. ニューウェルシティ宮崎 演題 特別講演:MRSA感染症の最近の話題と治療 講師 特別講演:東京医科大学微生物学分野 主任教授 松本 哲哉 (出席者 51名)</p> <p>⑭ 11月13日(金) 18:45～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 2型糖尿病に対するロスバスタチンの有用性 講師 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 演題 末梢動脈からみた糖尿病治療の重要性 講師 小倉記念病院循環器内科 部長 曾我 芳光 (出席者 30名)</p> <p>⑮ 2月4日(木) 19:15～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 鼻副鼻腔疾患に対する新しい治療 -アレルギー性鼻炎・花粉症を中心に- 講師 名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科准教授 鈴木 元彦 (出席者 27名)</p> <p>⑯ 2月26日(金) 18:50～ 於. ホテルJALシティ宮崎 演題 関節リウマチの病態とCD4T細胞 講師 近藤リウマチ・整形外科クリニック 副院長 山田 久方 (出席者 12名)</p> <p>⑰ 3月11日(金) 19:00～ 於. シーガイアコンベンションセンター 演題 世界初の核酸型“チェインターミネーター” 100%駆除を目指して 講師 山梨県立病院機構(県立中央・北病院)理事長 東京大学名誉教授 小俣 政男 (出席者 53名)</p>

平成27年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書

歳 入 合 計	9,375,134
歳 出 合 計	7,357,928
差 引 残 高	2,017,206 (平成28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	5,932,800	5,788,800	△ 144,000	A 会員会費 5,076,000 B 会員会費 712,800
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	2,042,000	2,292,096	250,096	
4. 雑 収 入	1 雑 収 入	1,100,000	1,054,238	△ 45,762	内科医会誌広告料 1,020,000 宛名シール代 25,000 預金利息 1,238 日臨内認定制度第一次審査会事務経 費交付料 8,000
歳 入 合 計		9,314,800	9,375,134	60,334	

会員数異動状況		
	平成27年 3月31日現在	平成28年 3月31日現在
A 会員	283	278
B 会員	107	106
免除会員 (A 会員)	19	17
〃 (B 会員)	36	31
合計	445名	432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	688,813	21,187	
	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	43,720	6,280	事務用品代
	3 役 務 費	200,000		200,000	186,619	13,381	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		130,000	129,774	226	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		1,390,000	5,488	1,395,488	1,088,444	307,044	
	1 総 会 費	40,000	5,488	45,488	45,488	0	案内FAX代等
	2 評 議 員 会 費	500,000		500,000	390,332	109,668	2 回
	3 理 事 会 費	850,000		850,000	652,624	197,376	4 回
3. 事業費		6,540,000	33,404	6,573,404	5,580,671	992,733	
	1 学 会 費	200,000		200,000	0	200,000	
	2 諸委員会活動費	580,000	33,404	613,404	613,404	0	医療保険委員会 219,504 (3回) 学術委員会 274,200 (3回) 臨時委員会 119,700 (2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	2,096,903	103,097	編集委員会 229,008 (4回) 印刷代 1,630,846 (2回) 執筆料等 237,049
	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	266,836	83,164	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	624,000		624,000	495,860	128,140	各県負担金 50,000 九内協旅費 (長崎3名) 254,300 〃 参加費 @10,000×3名=30,000 会長会旅費 (福岡2名) 147,560 〃 会費 @7,000×2名=14,000
	9 九州各県内科 審査委員懇話会	360,000		360,000	278,900	81,100	九内懇旅費 (長崎3名) 248,900 〃 参加費@10,000×3名=30,000
	10 日本臨床内科医会	900,000		900,000	544,888	355,112	総会・理事会・代議員会 旅費 (京都2名) 194,800 参加費 @10,000×3名=30,000 医学会・理事会・代議員会 旅費 (熊本3名) 190,168 事前登録料 @13,000×2名=26,000 委員会費 (1名) 83,920 (1回) 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	90,000		90,000	72,800	17,200	旅費 (福岡1名)
	12 慶 弔 費	150,000		150,000	136,080	13,920	生花 (9名)
	13 諸 費	10,000		10,000	0	10,000	
4. 予備費	1 予 備 費	674,800	△ 38,892	635,908	0	635,908	
	歳 出 合 計	9,314,800	38,892 △ 38,892	9,314,800	7,357,928	1,956,872	

平成28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28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	5,713,200	5,932,800	△ 219,600	A会員 @18,000×275名=4,950,000 B会員 @7,200×106名= 763,200 免除会員 A会員 21名, B会員 32名 (会員数：平成28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	2,017,206	2,042,000	△ 24,794	
4. 雑 収 入	1 雑 収 入	1,100,000	1,100,000	0	内科医会誌広告料，預金利息等
	歳 入 合 計	9,070,406	9,314,800	△ 244,394	

歳 出

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1. 事務費		699,000	710,000	△ 11,000	
	1 旅 費	49,000	60,000	△ 11,000	会計監査旅費
	2 需 用 費	50,000	50,000	0	事務用品代
	3 役 務 費	200,000	200,000	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	130,000	0	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		1,427,000	1,390,000	37,000	
	1 総 会 費	77,000	40,000	37,000	案内FAX代、総会会場費
	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	850,000	0	5回(旅費、その他)
3. 事業費		6,604,000	6,540,000	64,000	
	1 学 会 費	100,000	200,000	△ 100,000	総会時学会、学術講演会、研修会
	2 諸委員会活動費	550,000	580,000	△ 30,000	学術委員会(3回)、医療保険委員会(3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	役員改選年に刊行
	7 地区内科医会連絡会	350,000	350,000	0	各都市内科医会長会(1回)
	8 九州各県内科 医会連絡協議会	459,000	624,000	△ 165,000	九内協各県負担金 50,000 九内協(熊本3名) 200,000 九内協参加費(3名) 30,000 九州各県内科医会長会(福岡2名) 165,000 会長会参加費(2名) 14,000
	9 九州各県内科 審査委員懇話会	230,000	360,000	△ 130,000	九内懇(熊本3名) 200,000 九内懇参加費(3名) 30,000
	10 日本臨床内科医会	1,000,000	900,000	100,000	総会(東京3名) 380,000、参加費(3名) 30,000 委員会費(東京1名) 115,000、団体会費 20,000 医学会(東京3名) 410,000、登録料(3名) 45,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	80,000	90,000	△ 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	340,406	674,800	△ 334,394	
	歳 出 合 計	9,070,406	9,314,800	△ 244,394	

宮崎県内科医会総会並びに学術講演会

日時 平成28年 6月11日(土)

場所 宮崎観光ホテル 西館8階 フォレスト・ブリリアント

I 総 会 [16:15～16:30] フォレストホールB

1. 物故会員黙祷
2. 会長挨拶
3. 議 事

- ①平成27年度事業報告について
- ②平成27年度歳入歳出決算について(監査報告)
- ③平成28年度事業計画(案)について
- ④平成28年度歳入歳出予算(案)について

II 製品紹介 [16:35～16:50] ブリリアントホール

ブリistol・マイヤーズ スクイブ(株)

「ダクルインザ・スンベプラ併用療法について」

III 学術講演会 [16:50～19:00] ブリリアントホール

特別講演① (16:50～17:50)

〈座長 宮崎県内科医会 副会長 田口 利文 先生〉

『新・内科専門医制度とは、地域医療への効果は』

講師：宮崎大学医学部内科学講座 神経呼吸内分泌代謝学分野

教授 中里 雅光 先生

〈 休 憩 (10分間) 〉

特別講演② (18:00～19:00)

〈座長 宮崎県内科医会 会 長 小牧 齋 先生〉

『C型肝炎撲滅に向けて ～特に難治症例に対する使い分け～』

講師：九州医療センター 肝臓センター

部長 中牟田 誠 先生

IV 懇親会(西館8階 フォレストホール)

19:00～

宮崎県内科医会役員

(任期 平成28年4月1日～平成30年3月31日)

役職	氏名	〒	住 所 医 療 機 関 名	TEL FAX
会 長	小牧 齋	880-0841	宮崎市吉村町江田原甲261-4 こまき内科	0985-26-1112 0985-26-0636
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
〃	石内 裕人	882-0017	延岡市川島町1644-1 (医)社団康晏堂 石内医院	0982-30-1885 0982-30-1886
常任理事	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
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
〃	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
〃	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
〃	石坂裕司郎	880-2234	宮崎市大字金崎字大迫1455-1 四季クリニック	0985-41-3011 0985-41-3012
〃	姫路 大輔	880-8510	宮崎市北高松町5-30 県立宮崎病院	0985-24-4181 0985-38-4118
〃	玉置 昇	880-1303	東諸県郡綾町大字南俣657-4 (医)社団昇陽会 たまきクリニック	0985-77-2512 0985-77-1200
〃	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
〃	加来 英典	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
〃	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
〃	前田 和伸	889-4221	えびの市大字栗下218-1 (医)伸和会 前田医院	0984-35-1151 0984-35-0911
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	0986-33-3024 0986-33-3699

計 19名

宮崎県内科医会評議員

(任期 平成28年3月1日～平成30年2月28日)

地区別	氏名	〒	住 所 医 療 機 関 名	TEL FAX
宮 崎 (5名)	森山 光一	880-0052	宮崎市丸山2丁目116-6 江平内科	0985-32-6000 0985-22-2528
	山下 政紀	880-1101	東諸県郡国富町大字本庄4033 山下医院	0985-75-2104 0985-41-4848
	徳田 省吾	880-0951	宮崎市大塚町大塩道下4747 (医)碧澄会 徳田内科とくだ小児科	0985-54-3299 0985-54-8203
	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
	原田 雄一	880-0904	宮崎市中村東2丁目7-10 原田内科クリニック	0985-59-1212 0985-51-6402
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 なかむら内科・循環器内科	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 泰三	886-0212	小林市野尻町東麓1176 (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

(1) 夜間急病センターについて

市郡医師会病院循環器内科と宮崎大学医学部附属病院救命救急センターの協力で今のところ順調に経過していますが、今後会員高齢化（60歳以上）が進み、深夜当番の人数不足が懸念されています。

(2) 内科医会学術講演会について

昨年度までは薬品会社からの共催依頼が定期的にあったのですが（昨年度は共催講演会10回）何故か今年度は7月20日現在全くなしです。薬品業界で何らかの申し合わせ、統制がなされているようです。他の地区の内科医会はどうでしょうか。

5月の内科医会総会時の講演会は市郡内科医会主催で行い、講演会後の情報交換会も会費で賄いました。これからは、講演会や情報交換会の薬品会社への開催費用依存はやめて、自前でやっていかなければならなくなったようです。

今後、年に何回か内科医会主催で開催を予定していますが、情報交換会は予算の都合もあり年に1～2回かと考えています。

なお、平成28年8月30日に市郡内科医会主

催講演会を下記のように予定していますが場所は宮崎市郡医師会館で、講演会終了後の情報交換会はありません。

演題：「宮崎市郡医師会病院心臓病センターの現状と展望」

講師：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

今年度4月から7月までの当内科医会講演会は、内科医会主催で下記の1回でした。

平成28年5月31日

「CKDの現状と最近の治療」

宮崎大学医学部医学科

血液・血管先端医療学講座

教授 藤元 昭一 先生

（文責：山下 政紀）

都城市北諸県郡内科医会だより

本年4月に当医会の総会を開き会長以下全員の再任を承諾していただきました。同メンバーで3期目に入りましたが、会員の支障のないように会を運営していきたいと思えます。最近の傾向として少人数を集めて行う講演会やセミナーの企画が多くなり、以前ほど当会へのスポンサー付の講演の申し込みが少なくなりました。おそらく各製薬会社はターゲットを絞って製品をPRしようとの狙いがあると考えますが、今後も従来通りの会員の学習、親睦を兼ねた講演会を定期的に行いたいと思っています。さて本年上半期の講演会の内容は以下の通りです。

○平成28年1月21日(木)

「心腎連関を断ち切るための

新たな降圧治療戦略」

～最適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学分野

准教授 阿部 雅紀 先生

○平成28年2月26日(金)

I. 「タニタの社員食堂健康セミナー
～ 500kcalのまんぷく定食のコツ」

(株)タニタヘルスリンク

管理栄養士 堀田 幸代 先生

II. 「長期予後改善を目指した糖尿病診療
～ SGLT2阻害薬の有効活用を含めて」

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28年3月17日(木)

「便通異常の病態と治療法」

鹿児島大学大学院 医薬学総合研究科

心身内科学分野

教授 乾 明夫 先生

○平成28年4月25日(月)

「CKDの現状と最近の話題～高血圧症・高尿酸血症・貧血の治療を含めて～」

宮崎大学医学部医学科

血液・血管先端医療学

教授 藤元 昭一 先生

○平成28年5月26日(木)

「糖尿病性腎症の成因と治療戦略」

横田内科

院長 横田 直人 先生

○平成28年6月10日(金)

「日常でできる慢性腰痛症の

診察と治療方法」

久留米大学医学部 麻酔学教室

講師 山田 信一 先生

(文責：志々目栄一)

延岡内科医会だより

延岡市内科医会も会員数の伸び悩みに苦慮しています。昨今の医療費削減の圧力や、2年ごとに変わる医療制度についてみても、内科医師間の情報交換と協力が必要とされています。しかし、一方で、延岡市内科医会に日臨内や宮崎県医師会から伝達された情報を会員へ十分に伝えきれていないきらいもあります。

今期は会員増強のためにも延岡市内科医会としての情報発信が必要ではないかと考え、延岡市内科医会のホームページを試験的に立ち上げることにしました。

以下のアドレスか、Google検索で「延岡市内科医会」と検索するとアクセスできます。

nobenaikai.saloon.jp

本会関連の講演会は以下の通りです。

○平成28年1月15日(金)

「腹部救急疾患に対する内視鏡下外科手術」

独立行政法人 国立病院機構

別府医療センター 臨床研究部長

消化器外科部長 川中 博文 先生

○平成28年1月22日(金)

「喘息・ACOS・COPDにおける

新ガイドラインの魅力と治療薬の選択」

熊本大学大学院生命科学研究所

呼吸器内科学分野

教授 興梠 博次 先生

○平成28年2月5日(月)

「肝臓移植手術の手技」

聖マリア病院研究所

所長 藤堂 省 先生

○平成28年2月12日(金)

「病態理解に基づいた喘息治療・
管理の新展開」
京都大学医学部附属病院 呼吸器内科
講師 松本 久子 先生

○平成28年3月11日(金)

「DPP4阻害薬とSGLT2阻害薬がもたらした糖尿病学のパラダイムシフト 各薬剤に違いはあるのか? EMPA-REG OUTCOMEの真の意味とは? DPP4阻害薬1,000例, SGLT2阻害薬500例の臨床経験から検討する」

医療法人社団 明芳会 イムス記念病院
糖尿病・腎不全・透析センター長
齊藤 丈洋 先生

○平成28年3月18日(金)

「当院におけるボノプラザンの臨床
～ボノプラザンを安全に使用する為に～」
平野消化器科 院長 平野 雅弘 先生
「ここまで分かった胃食道逆流症」

川崎医科大学・川崎医療福祉大学
特任教授 春間 賢 先生

○平成28年4月15日(金)

「早期消化管癌の診断と治療」
社会医療法人共愛会 戸畑共立病院
副院長・消化器病センター長
宗 祐人 先生

○平成28年6月10日(金)

「深部静脈血栓症の新たな知見」
～深部静脈血栓症治療と下肢静脈瘤の
最新血管内治療(ラジオ波)～
医療法人敏悠会 くわばら医院
院長 桑原 正知 先生

○平成28年8月5日(金)

「日本人のためのDOAC: プラザキサの有
効用量・安全用量」

済生会熊本病院 心臓血管センター
不整脈先進治療部門 最高技術顧問
奥村 謙 先生
(文責:野村 朝清)

日向市東臼杵郡内科医会だより

隣県の熊本, 大分で, 4月14日, 16日最大震度7, 6強を観測する地震が発生し, 甚大な被害が発生しました。当地域は震源に近いこともあり, 椎葉村・美郷町で震度5強, 日向市でも震度4が観測され, 発生時間帯が共に夜間であったために, みなさん不安な夜を過ごされたと思います。震源地付近の家屋の倒壊の状況や跡形もないように崩落した阿蘇大橋の映像を見て, 改めて自然災害の脅威を感じるとともに, 発生が予知されている南海トラフ巨大地震に対する様々な備えの必要性を感じました。

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12月17日(木)

『合併症予防を目的とした糖尿病の管理』
鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科
糖尿病・内分泌内科学教授

西尾 善彦 先生

○平成28年1月7日(木)

『宮崎の外科医療と大学の現状,
そしてこれからの取り組み』

宮崎大学医学部 外科学講座
肝胆膵外科学教授 七島 篤志 先生

○平成28年2月3日(水)

『検疫所の業務について』

福岡検疫所宮崎空港出張所
検疫業務係長 石井 博文 氏

『冬の感染症対策』

宮崎大学医学部 内科学講座

免疫感染病態学分野

講師 長友 安弘 先生

○平成28年4月22日(金)

『心不全に対する利尿薬の

より良い使い方を考える』

都城市郡医師会病院

循環器科部長 ICU室長

岩切 弘直 先生

○平成28年5月11日(水)

『静脈血栓塞症 (UTE) 治療の新たな治療
戦略～ Non-vitamin K oral anticoagulant
(NOAC)への期待～』

宮崎市郡医師会病院 心臓病センター

循環器内科 医長 小岩井 宏 先生

『インターベンション後の抗血栓療法』

福岡山王病院 循環器センター長

国際医療福祉大学

教授 横井 宏佳 先生

○平成28年6月24日(金)

『リウマチ性骨粗鬆症の治療戦略』

帝京平成大学

健康メディカル学部 教授

JCHO湯河原病院 リウマチ科

客員部長 仲村 一郎 先生

(文責：今給黎 承)

見湯内科医会だより

梅雨が明け蒸し暑い毎日が続きますし、夏らしい強い日差しが戻ってきました。見湯内科医会では、今年度は遅くなりましたが9月に総会を行い、引き続き講演会を開催します。過去1年の報告と、これからいかに活発

に活動していくかを検討することとなっています。会員諸氏の活躍を期待いたします。

これまでの講演会を下記に記載いたします。

○平成28年1月19日(火)

「持効性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

○平成28年3月15日(火)

「認知症の薬物療法のコツ」

医療法人 慶明会

けいめい記念病院 副院長

脳神経外科 岡原 一徳 先生

(文責：大森 史彦)

西都市西児湯内科医会だより

西都市西児湯医師会で行われる研修会の多くは、内科医会共催となっております。これは多職種の方に多く参加して頂き、見聞を深めて頂きたい思いがあります。最近の学術講演会のメインテーマは在宅医療・介護推進事業、また骨粗鬆症に関する内容が多く散りばめられております。

○平成28年3月1日(火)

「理学療法士から視る医療介護サービスの
本質と多職種連携～訪問リハビリを通じて～」

隆徳会 鶴田病院 診療技術部

理学療法士 中田 洋輔 先生

「地域包括ケアシステムにおける在宅医療
への期待～ご当地システムの医療・介護
連携推進～」

暁星会 三財病院

副院長 松本 英裕 先生

参加者：医師8名 多職種145名

○平成28年3月25日(金)

「糖尿病診療における検査値のみかた」

医療法人魁成会 宮永病院

内科医長 西 勇一 先生

参加者：医師11名 多職種7名

○平成28年5月20日(金)

「西都市の骨粗鬆症を減らすために」

暁星会 三財病院

副院長 松本 英裕 先生

参加者：医師5名 多職種42名

○平成28年5月26日(木)

「これからの上部消化管疾患」

宮崎大学医学部 内科学講座

消化器血液学分野

講師 山本章二郎 先生

参加者：医師11名 多職種6名

高齢化社会に伴い内科医会の役割、勉強会は重要な場と考えます。今後も学術講演会を重ね、集学的治療ができるように努力して参ります。

(文責：大塚康二郎)

南那珂内科会だより

前任の山口幹生先生の報告にもありました日南市立中部病院による在宅医療介護連携事業について、日赤の過疎地域の医業引きあげにより遠隔医療事業を2年間の試みとして端末を利用し施行されていますが、地元開業医の先生方の日頃からの地域医療活動との調整が懸念されています。(TV放映した映像を見てかかりつけ医が知らないcaseでした。)

南那珂の人口減少を踏まえ今後、自治体と

の連携についても地域医療を支える為にも傍観せず医師会を中心に進めていくべきだと考えております。

平成28年1月から7月までの学術講演会は以下の通りです。

○平成28年2月3日(水)

「アルツハイマー型認知症治療におけるAChE-Iの使い分け

医療法人鳴子会菜の花診療所理事長

北村 ゆり 先生

○平成28年3月18日(金)

「地域と大学」

宮崎大学 学長 池ノ上 克 先生

○平成28年4月19日(火)

「ピロリ感染と食道胃疾患」

市民の森病院 消化器内科

科長 宮田 義史 先生

○平成28年5月30日(月)

「南那珂地区の脳梗塞予防における

抗凝固剤使用の現状と合併症」

県立日南病院 脳神経外科

医長 杉本 哲朗 先生

○平成28年6月13日(月)

「心房細動治療のすべて～明日からの診療に役立つ話題を中心に～」

久留米大学医学部 内科学講座

心臓・血管内科部門

講師 大江 征嗣 先生

○平成28年7月21日(木)

「プライマリケア医が会おう精神疾患の“処方箋”～不眠・不安・うつ～」

宮崎大学医学部 臨床神経科学講座

精神医学分野 教授 石田 康 先生

(文責：河野 秀一)

西諸内科医会だより

今年、3月西諸内科医会総会にて役員改選が行われました。宮崎裕三先生が会長を御勇退され今年度より私をはじめ新役員が選任されました。副会長に前田和伸先生、石澤宗純先生が選任され、理事は前任の先生方に御留任頂き、新たに選任されました役員は副会長の石澤宗純先生、評議員の園田泰三先生です。これからも会員の先生方の御協力を賜り、当会での研修会を通じて、会員のみならず、西諸地域の先生方のお役に立てるよう運営してまいります。今後ともご支援、ご協力のほど平にお願い申し上げます。

平成28年上半期の西諸医師会との合同講演会は以下の通りです。

○平成28年1月29日(金)

「心房細動治療のチェックポイント～外来でのフォローアップの仕方を中心に～」

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

○平成28年2月12日(金)

「当院における整形外科医による足病変の治療について～フットケア・創傷治療・他診療科との集学的治療連携を目指して～」

鹿児島共済会 南風病院

整形外科 部長 富村奈津子 先生

○平成28年3月24日(木)

「CKD患者の高尿酸血症

～その治療は必要か?～」

宮崎大学医学部医学科

血液・血管先端医療学講座

教授 藤元 昭一 先生

○平成28年5月19日(木)

「血栓対処法－静脈VS動脈－」

鹿児島大学大学院

心臓血管・高血圧内科学

教授 大石 充 先生

○平成28年6月10日(金)

「不眠症治療の実践～宮崎県立延岡病院でのせん妄への取り組みと向精神薬の使用意図～」

医療法人明薫会長嶺南クリニック

副院長 北 英二郎 先生

(文責：園田 定彦)

西臼杵郡内科医会だより

8月8日、西臼杵地区うつ病・自殺予防対策研修会がホテル高千穂でありました。はじめに県福祉保健課より本県の自殺の現状(ワースト3位)、課題について報告があり、次に「久留米市におけるかかりつけ医と精神科医の連携強化の取り組みについて」と題し久留米大学医学部教授の内村直尚氏の講演がありました。

かかりつけ医がうつ症状のチェックを行い精神科医を紹介する制度で双方の連携強化のあり方やうつ病アプローチ研修など顔の見える関係づくりを目指しているとのことでした。

その他、中高年男性のうつ病の早期発見ができるように理容組合を対象にゲートキーパー養成講座を実地し固定客が多いことから様子がおかしいと気づきやすく、声掛けをしたと報告を聞きうつ病の早期発見につながると思心しました。当医師会も診療情報提供書、診療用リーフレットを作成し各医療機関に配

布したところですが。この連携強化事業を実践することによって当地区の自殺者数が一人でも減少することを願います。

さて平成28年度1月から6月までの講演会は以下の通りです。

○平成28年1月12日(火)

「心房細動患者の安全な生活を目指して」

宮崎大学医学部 内科学講座

助教 井手口武史 先生

○平成28年3月17日(木)

「ここまで分かった胃食道逆流症」

川崎医科大学

特任教授 春間 賢 先生

○平成28年4月14日(木)

「認知症の人を支える医療

～ BPSDへの対応の実際～」

大分大学医学部附属病院 総合内科

診療教授 吉岩あおい 先生

○平成28年5月25日(水)

「脂質低下療法による冠動脈プラーク退縮効果について」

県立延岡病院 循環器内科

部長 山本 展誉 先生

○平成28年6月2日(木)

「トリルシティの幅広い活用法

～メタボ、腎症、高齢者を中心に～」

平和台病院 天野 一志 先生

(文責：佐藤元二郎)

原稿募集

次の原稿締切は平成28年12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 ひとつこと
タイトルを含めて200字以内
- 4 各郡市内科医会だより
(毎号提出のこと) 400字詰原稿用紙4枚以内
- 5 短歌, 俳句, 詩
- 6 芸術写真
- 7 質疑応答
採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。著者において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 木佐貫博人 牛谷 義秀
名越 敏郎 佐々木 隆 福島 義隆

編集後記

今年4月の熊本地震, 8月の台風10号, 9月の台風16号, 10月の鳥取県中部地震など自然災害が相次いでおります。熊本地震や台風16号では宮崎県内各地でもいろいろな被害がありました。被害に遭われた方々に心よりお見舞い申し上げます。今後数年から数十年の内に発生すると言われている南海トラフ地震や近年大型化しつつある台風などに対し, 日頃からの危機管理対策が重要であることは十分理解はしておりますが, 被害予測があまりに衝撃的過ぎて実感がわきづらいのは私だけでしょうか。

さて, 今回は宮崎大学医学部医学科消化器内科学講座の河上教授にご自身と講座のご紹介をして頂きました。特集では前号に引き続き塩見先生が新内科専門医制度について詳しく説明され, 私ども内科医として大変参考になる内容となっております。会員投稿論文はマラリアの症例報告で, 大西先生の慧眼に感服し, 不明熱診療の上で忘れてはいけない再興感染症の重要性を再確認できました。Postgraduate Educationは岩切先生に肝細胞癌について詳しく解説して頂き, 山本先生に前号のIBDの概念・歴史・疫学に引き続き, 問診のこつなどについて教えて頂きました。他科からの提言では松山先生に無症候性B型大動脈解離に対する比較的早期のステントグラフト治療について教えて頂き, 大変勉強になりました。6名の先生方には大変お忙しい中ご執筆頂き, 誠に有り難うございました。また, 今回も会員の先生方から入会のご挨拶, 写真, 狂歌, 短歌の投稿を頂きました。大変興味深い内容でいつも楽しみにしております。

今年は夏頃からマイコプラズマ肺炎が流行し(久しぶりにオリンピックの年に重なりました), これから寒くなるにつれ種々の感染症が流行ってくるものと思われます。毎年のことですが, 手洗い, うがい, 咳エチケット, ワクチンなどの感染対策を啓蒙し, また自ら実践し, 乗り切りたいものです。報道によると今年はラニーニャ現象(赤道付近の海水温が平年に比べて低い状態が続くことのように)が発生し, 寒い冬になると予測されております。先生方にはお身体にお気を付け頂き, 今後とも宮崎県内科医会誌への投稿を宜しくお願い申し上げます。

(佐々木 隆)

発行所

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

発行人 小牧 齋
編集人 宮永省三
印刷所 愛文社印刷株