

[巻頭言]

熊本県で開催された 「九州各県内科医会連絡協議会」に参加して

宮崎県内科医会 副会長

石内 裕人

平成13年2月に延岡市内での開業と同時に県内科医会に入会し、平成18年から8年間延岡市医師会の理事を務めた後、平成27年4月より日本東洋医学会宮崎県副会長及び評議員、そして今回、平成28年4月より前任の野村朝清先生の後任として、宮崎県内科医会副会長を拝命致しました。会員の皆様のお役に立てますよう精進する所存ですので、どうぞよろしくお願ひ致します。

今回初めての県内科医会での仕事として、平成28年11月5日にホテル日航熊本で開催された第51回九州各県内科医会連絡協議会に、小牧会長、田口副会長とともに出席させて頂きました。まず感銘を受けた点は、熊本県内科医会会長の河北誠先生から熊本震災の各県からの支援に対する深い感謝の言葉であり、また奇跡的に開催されたこの会の陰に諸先生方の計り知れないご苦勞があり、まだまだ深いその傷跡の大きさを実感した事でした。熊本県医師会からの報告によりますと地震発生当初でも6～7割の医療機関は通常通りに出勤されて、夜間対応、入院応需、往診と積極的に活動されたそうです。そしてJMATの派遣のみならず全国の医師会並びに会員各位からの迅速なる支援金総額4億7,400万円が寄せられた事からも日本の医師の協力体制には素晴らしいものがあると思います。そして、この震災を通してこれからさらなる九州各県医師会や内科医会との垣根を越えた協力と団結が必要であると感じましたし“明日にでも同じような震災が我が町でも起こりかねない”という緊迫感と危機管理体制の重要性を肌で感じた次第でした。

さて、今回の協議会の中で今、各県が問題としている主な協議テーマは、①「かかりつけ医」と多職種連携の事、②新専門医制度の事、③在宅医療、介護施設との連携の事、④認知症診療の事でありこれは全て今後の国が推し進めようとしている、地域医療構想、地域包括ケアへの取り組みを意識しての内容で、各県同じようなところで苦勞している現状も理解できました。その中で特に目をみはるべき報告は、鹿児島県医師会が内科医会と連携して「鹿児島県医師会認定かかりつけ医制度」「在宅医療推進コーディネーター」「鹿児島県認知症サポート医」等を独自に企画実施し研修終了者数を着々と増やしており、今後の地域包括ケア推進に一步前進している印象を持ち感心致しました。そして今後の「かかりつけ医」の形として、我々内科医はさらに、在宅医療と介護施設との連携、認知症医療に大きく関わっていくことになると思われまますし、それは、新たな役割を求められていると感じました。

また「日医かかりつけ医機能研修制度」が本年4月より開始されましたが、国が定義している「かかりつけ医」は、医療・介護・予防・生活支援が一体的に24時間提供される地域包括支援シ

ステムを担う「かかりつけ医」を目指しているようで、「日医かかりつけ医」との考え方に大きな隔たりがあります。その事は今年8月の日医定例記者会見で、横倉義武会長が、『かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担の導入』についての議論が政府で進められていることを取り上げ、いち早く反対する考えをお示しになった事からも政府の考えが伺えられます。それは、我々が自認する「かかりつけ医」が政府の言う「かかりつけ医以外」となってしまう可能性であり、知らぬ間に受診時定額負担が上乘せになっていた、という最悪のシナリオも確かに想像できてしまいます。

今まで日常の診療の中で自然と培った患者さんとの信頼関係の上に成り立ってきた、いわば優れた日本の文化でもある「かかりつけ医」制度。今後の新たな制度で、国民に不利益にならないように、今まで以上に目を凝らして見守っていく必要があると感じております。これからは、小牧斎会長を補佐して、各県内科医会の良き点を考慮しながら、宮崎県内科医会の発展に微力ながら努めていく所存です。今後ともご指導ご鞭撻賜りますよう、宜しくお願い申し上げます。

[教授ご紹介]



ご挨拶

宮崎大学医学部 医療人育成支援センター
臨床医学教育部門

教授 小松 弘 幸

2016年3月より医療人育成支援センター臨床医学教育部門の教授を拝命致しました小松弘幸と申します。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。以下、自己紹介、医療人育成支援センターの概要説明、自身の各領域での活動状況と今後の展望、の順で簡潔に述べさせていただきます。

1. 自己紹介（略歴）

宮崎県日向市出身（日向高等学校卒業）で、1998年に宮崎医科大学を卒業後、奈良県の天理よろづ相談所病院総合診療部で2年間の初期研修を受けました。2000年より宮崎大学医学部第一内科に入局後は腎臓内科を専攻し、2005年には大学院も修了させていただきました。2006年より宮崎大学医学部附属病院卒後臨床研修センター専任教員として研修医のお世話に従事する一方、2008年には本学医学部の医学教育改革推進センター准教授となり、卒前医学教育と卒後臨床研修の担当を併任しておりました。2015年10月に後述する医療人育成支援センターが新設され、2016年3月より同副センター長および臨床医学教育部門教授となり、同年4月からは卒後臨床研修センター長も拝命致しました。

2. 医療人育成支援センターの概要説明

卒前医学教育における医学教育分野別認証評価の導入（宮崎大学は平成30年度受審予定）、臨床研修制度の見直し（平成32年度予定）、新専門医制度開始（平成30年度予定）など、医学教育・医師養成制度は現在大きな変革期を迎えております。この状況下、宮崎大学医学部では、卒前教育6年、臨床研修2年、専門医養成3年の11年間を通して一貫した医師養成を支援・実践する臨床医学教育部門に加え、看護実践教育部門、医療シミュレーション教育統括部門、医療人キャリア支援部門の4部門を統合した医療人育成支援センターを2015年10月に新設しました。卒前・卒後・専門医を縦断的にマネジメントできる教育部門は全国的にもあまり例がなく、上記4部門を一元化した組織はおそらく全国初となります。丸山真杉センター長（医学部長）を中心に、2016年9月の時点で医師5名、看護師2名、事務職1名が揃い、これからこの新たな教育ユニットを本格始動させるべく鋭意活動を開始しております。

3. 自身の各領域での活動状況と今後の抱負

1) 医療人育成支援センター副センター長および卒後臨床研修センター長として

臨床医学教育部門では、「大学医学部教育の根幹維持」、「人間性豊かな医師の育成」、「地域社会への貢献と学際性の追求」の3つを達成目標として活動を開始しております。卒前医学教育では、医学科1年生への医学・医療概論と学内早期体験学習、2年生への早期地域医療体験学習を通じて、入学早期より医学生に将来医師としての社会的役割を果たしていく自覚を明確に意識付けています。4年生では診断学実習や症候学講義と共用試験(OSCE/CBT)を主体的に担当し、5年生の臨床実習では医療シミュレーション教育を有効に活用しながら医療面接・身体診察技法および基本的臨床手技の習得を実践指導しています。臨床実習終了時に実施する臨床実習後OSCEの課題作成や試験運営を担当し、卒前教育で習得すべき臨床技能および態度について総括的な評価を行っています。卒後臨床研修では、この10年間で連携を確立させた22の大学診療科と55の協力型臨床研修病院・施設による宮崎県内全域を研修フィールドとした豊富な研修資源を十分に活用し、大学での高度先進医療と地域密着型医療を2年間で同時に経験できる宮崎大学独自の研修プログラムを継続的に推進しています。専門医養成では、宮崎大学に専門医プログラム連絡協議会を設置し、基本19領域の専門医プログラムの進捗状況の把握と後方支援を行いつつ、大学代表として県内医療機関や行政機関との交渉・調整を行っています。これらの過程の中で、医療人としての態度・教養、コミュニケーション能力、医療倫理・医療安全、医療プロフェッショナルリズムの習得を重要視しています。来年度からは「マインドフルネスと行動医学」という新たな講義も立ち上げるべく準備を開

始しています。また、地域医療に貢献できる医師を育成し、宮崎大学および宮崎県の若手医師確保に寄与していくことも重要で、宮崎大学と地域病院が構築するスパイラル型の医師養成環境を充実させ、若手医師の地域定着の促進を図っています。

看護実践教育部門では、宮崎における卒前・卒後看護教育の充実を図るため、医師・看護師養成において共通修得項目となるコミュニケーション教育、医療安全や医療倫理教育、フィジカルアセスメントや臨床推論等の基本的な部分で教育資源や方法を積極的に相互共有できるような体制作りを目指しています。また、早期離職者に関する実態調査を行い、原因究明とその対応についても情報提供や提言できるような活動の推進も検討しています。医療シミュレーション教育統括部門では、医学生や研修医教育のみならず、薬剤師のフィジカルアセスメント実習、女性医師・看護師復職支援実習、大学オープンキャンパスでの活用など、これまで本学で推進してきたシミュレーション教育を継続的に実施しつつ、今後は大学内のみならず県内の医療者の方々にも開かれた公益性の高い施設へ発展させていくため、施設利用規程や手順の整備を進めています。医療人キャリア支援部門では、医学生・看護学生に対してキャリアの考え方や構えや情報提供をテーマとする講義や説明会を積極的に行っています。例えば、医学科・看護学科1年生合同で実施する「医学・医療概論」では、本学および国内で活躍する8名の宮崎出身講師から様々なテーマで医師・看護師の将来像を含めた講義を行っていただいています。また、医学科1年生の「学内早期体験実習」でも、「医師のキャリアとは？」

といったテーマで入学時より自身のキャリアと向き合う場を増やしています。5, 6年生のオリエンテーションでも、臨床研修、専攻医取得、大学院進学、国内外留学、臨床と研究のバランス、働く場の選択など、多様なキャリアパスのあり方を提示しています。

宮崎県内では、宮崎県臨床研修・専門研修運営協議会副会長、宮崎県医師会勤務医部会理事、宮崎県地域医療支援機構専任医師、宮崎県医師確保対策委員会委員として活動の場を与えていただいております。日本医学教育学会でも5年前より教材開発・SP委員会（現・学習方略委員会）として、シミュレーション教育の全国実施状況調査や「シムリンピック」という全国医学生対象のシミュレーション臨床技能大会開催など、新たな教育方法の全国への提言などを行っております。また、厚生労働省において医師国家試験委員として国試問題作成も担当させていただいております。

2) 腎臓専門医として

私の大学院での研究テーマは「IgA腎症の診断・治療・予後に関する臨床病理学的解析」で、第一内科腎臓グループのご厚意もあり、これまで約15年間臨床研究を継続させていただいております。宮崎大学のIgA腎症患者データを用いて、これまで、血清IgA/C3比がIgA腎症の予後予測因子に有用であること、IgA腎症のpoint of no returnは血清クレアチニン2.0mg/dl付近にあり、それに達するまでの降圧と尿蛋白減少を標的とした治療介入が重要であること、扁桃摘出術とステロイド療法はそれぞれ独立して腎予後を改善すること、扁桃摘出術+ステロイドパルス併用療法は尿所見寛解に有効な治療であること、扁

桃摘出術に加えてステロイド療法とRAS阻害薬の使用頻度が上がった最近10年間の腎予後が改善していること、扁桃摘出術は診断から末期腎不全までの期間を有意に延長することなどを報告してきました。最近では、九州4大学のコホート研究による扁桃摘出術+ステロイドパルス療法の治療成績や、全国腎生検レジストリー解析による約6,000例のIgA腎症と紫斑病性腎症の診断時臨床病理所見の解析なども担当させていただき、厚生省研究班のIgA腎症診療ガイドライン作成委員会でも活動させていただいております。現在は、紫斑病性腎症の予後に関する全国コホート調査も実施中であり、今後も一腎臓内科医として臨床研究を継続していければと思っております。

3) 内科専門医として

新専門医制度における専攻医申請用件として内科救急・ICLS講習会（JMECC）の受講が必須となり、専門研修基幹施設の認定にはこのJMECCの定期開催が必要となっております。JMECCインストラクターの資格要件は総合内科専門医（当面は内科認定医でも可）となっており、私は宮崎県で最初にインストラクターを取得しました。現在、宮崎大学JMECCのインストラクターを担当させていただいております。また、日本内科学会専門医部会宮崎支部の一員としても活動させていただいており、2017年1月の日本内科学会九州地方会ではJCHO宮崎江南病院副院長の松尾剛志先生を中心に「内科専門医部会教育セミナー」を担当する予定です。私は以前より医師の臨床推論における思考過程や方法論に興味があり、医学生や研修医にレクチャー

形式でその概要をお話ししていますが、現在は実際の患者をベースにon the job trainingでの教育活動ができておらず、今後の自身の課題となっています。ただ、本院卒後臨床研修センターの内科担当教員4名が、研修医を対象に毎月1回「内科学はじめの一步」という教育的症例カンファレンスを開催し、その中で臨床推論プロセスについても丁寧に指導して下さっていますので、そこに関わっていければと思っています。

4. おわりに

長々と書き連ねてしまいましたが、医学教育領域と内科および腎臓内科領域での現在の活動状況について、一部、今後の展望を含めてご紹介させていただきました。私個人の夢(目標)は、プロ野球の大谷翔平選手のような「リアル二刀流」を医学教育と臨床腎臓病学で実践することです。また、より大きな夢は、医療人育成支援センターが医師・看護師を初めとする医療人材育成の先導的役割を果

たし、宮崎大学医学部および附属病院の人材育成システムが「宮崎モデル」として全国から一目置かれる存在となることです。ただし、診療・研究・教育いずれにおいても、一人の力でできることは極々限られております。今後も、諸先生方にご指導・ご鞭撻を賜りながら、謙虚さと省察する姿勢を失うことなく、自分自身も日々精進していきたいと思えます。また、宮崎大学の医学生、研修医、専攻医ならびに医療人育成支援センタースタッフへのご協力とご支援のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

【参考文献】

- 1) 小松弘幸. 医師養成制度変革の現状と宮崎大学医療人育成支援センターの使命・挑戦. 宮崎医会誌 2016; 40: 87-94.
- 2) 小松弘幸. IgA腎症の現状と宮崎大学の取り組み. 宮崎医会誌 2016; 40: 95-102.

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

新専門医制度は平成29年度（2017年度）4月からの正式な導入が見送られ、内科学会をはじめ基本領域学会の多くは専門医機構の方針が決定するのを待つことになった。日本専門医機構は2016年の7月20日の理事会で、19の基本診療領域の全てについて、新専門医制度は「2018年度を目途に一斉にスタートする」方針を決定した。同機構理事長の吉村博邦氏は、「ここは一度立ち止まって、国民や地域の方々の懸念を払拭できるよう、機構と学会が連携して問題点を改善し、2018年度を目途に一斉にスタートできることを目指す。2017年度については、研修医や国民の混乱を回避するために、各学会に責任を持って制度を運営してもらおう」と説明した。今回の方針決定には、新専門医制度に移行した場合、全19領域の専攻医の募集定員の合計が約1万9,000人で、後期研修医の過去採用実績の約8,000人の2倍以上となることから、専攻医が都市部に集中する懸念がある上、新専門医制度に移行する領域と移行しない領域の混在が、専攻医の混乱を招くという判断であった。しかし、小児科、耳鼻咽喉科、病理の3基本領域は、新専門医制度用に準備していた「暫定プログラム」を使用し、整形外科、救急科、形成外科は暫定プログラムと現行制度を併用する制

度を2017年度から導入することとした。日本専門医機構は2016年8月の理事会にてこれらの実施状況を説明し、いずれの領域においても地域医療への影響はないと判断した。

各学会に対して、日本専門医機構から、1) できるだけ既存の専門研修プログラムを用いる、2) 暫定プログラムを用いる場合には、基幹施設と連携施設の関係を再検討するほか、指導医の資格を緩やかにするなど、従来、専門研修を実施していた施設が引き続き専門研修を行えるようにするなどの工夫をする、3) 地域医療を混乱させないように、例えば、専攻医の募集定員は、昨年度実績の1.2倍に抑えるなどして、都市部に専攻医が集中しないように配慮する、などの要請を行っている。特に地域医療に配慮するために募集定員の上限を「1.2倍」とすることは暫定的なものとして強調はされているが、プログラムは各学会の運営によるものとされているため、これらの調整は各学会に委ねられることになる。このような議論を経て、2016年12月に日本専門医機構が新専門医制度の基本指針となる「専門医制度新整備指針」を発表した。今回は、この新整備指針の改定点について、これに基づく内科専門医制度の変更点について述べる。

2. 専門医制度新整備指針

専門医制度整備指針の改定について、日本医師会より7項目からなる要望書が提出された。その内容は、(1) 都道府県ごとに、大学病院以外の医療機関も含め、複数の基幹施設を認定、(2) 従来専門医を養成していた医療機関が専攻医の受け入れを希望する場合は、連携施設となれる、(3) 専攻医のローテートは、原則6ヵ月未満では所属が変わらないようにする、(4) 都市部の都府県に基幹施設がある研修プログラムは、原則として募集定員が過去3年の専攻医の採用実績平均を超えない、(5) 専攻医の採用は、基幹施設だけでなく連携施設でも行える、(6) 研修プログラム認定は、各都道府県協議会で、医師会、大学、病院団体等の地域の医療関係者の了承を得る、(7) 妊娠などによる6ヵ月までの研修中断であれば、残りの期間に必要な症例を埋め合わせることで研修期間を延長せずに済み、6ヵ月以上の中断でも復帰後は中断前の研修実績を有効とする。という項目で、これらを反映した改訂にすることを日本専門医機構の理事会は承認した。とくに(2)に関連して、改訂前の連携施設の条件で、指導医あるいは専門医がいることが必要となっていたが、研修プログラムで教育内容が担保される場合には連携施設に準じる施設として研修施設群に加わることができるようになった。

日本専門医機構の社員総会が2016年12月16日に開かれ、先の理事会で承認を得ていた「専門医制度新整備指針」を承認した。これにより、2017年4、5月頃には専門研修プログラムの2次審査を終えて、6月頃から専攻医の募集を開始し、2018年度から新専門医制度を開始する予定となった。

今回提示された新整備指針の改訂について、いくつかのポイントを挙げる。

まず、序文のなかで、機構の基本姿勢を「新たな専門医の仕組みは、機構と各基本領域学会が連携して構築すること」を掲げ、各領域学会が責任をもってプログラムを構築し、機構はそのプログラムを検証し、調整し、標準化を図ること、となっており、基本的には各学会が主体となってプログラム構築・運営し、機構が検証する形式をとることが明記されている。これに加えて、「今後は、各領域学会の責任と自主性をできる限り重視する方向となっている」と書かれており、各領域学会の自主性も認めていくとする姿勢を示している。以下、新整備指針の内容を抜粋して紹介する。

1) 専門医制度の理念と設計

各基本領域学会は、基本領域学会専門医育成のため、プログラム基準の作成、専攻医の募集と教育、専門医認定・更新、プログラムの審査をする。

サブスペシャリティ学会の専門医制度は基本領域学会と協同して、基本領域学会と同様に専門医育成のためのプログラム基準の作成、専攻医の募集と教育、専門医認定・更新、プログラムの審査を含む整備基準、モデル研修プログラムを作成して日本専門医機構に提出し、承認を得たうえで当該サブスペシャリティ学会専門医制度を運用する。

このように、各学会がプログラムの審査まで行うことになり、その結果を機構が認証する形となる。またサブスペシャリティ領域も基本領域学会と同様にプログラム基準の作成から審査まで行うこととなった。

研修プログラム制はこれまでと同様の内容であるが、今回研修カリキュラム制が認められることになった。この制度は、カリキュラムに定められた到達目標を達成した段階で専門医試験の受験資格が与えられるもので、研修年限については特に定めのないものである。これにより基本領域のダブルボードの取得が容易になる。

研修群の形成について、大学病院以外の医療施設も基幹施設となれる基準とする。基幹施設での研修は6ヵ月以上、連携施設での研修は3ヵ月未満とならないよう努める。

なお、サブスペシャリティ学会専門医では、研修施設群の形成は必須ではないものとする。

これは、地域医療に配慮したもので、その地域の中核となる病院であれば、大学病院でなくとも基幹施設になることが可能としたもので、日本医師会の要望書に挙げてあった項目を取り入れたものである。

2) 専門医の認定と更新

専門医認定について、各基本領域学会が一次審査を行い、機構は二次審査と認定を行う。このことは基本領域学会が申請資格審査、専門医認定試験をこれまでと同様に行うことを示している。機構が行う二次審査の内容については明記されていないが、実質的には各学会の一次審査が主体となるものと考えられる。

以上のようにいくつかの項目が改訂されたが、基本的な姿勢として、各基本領域学会の意向を尊重するものとなり、新専門医制度は各学会が主体となる部分はかなり多くなっているものと理解される。

3) 内科学会の新専門医制度について

専門医制度新整備指針の発表を受けて、内科学会は2016年11月14日に「内科専門医制度プログラム再募集についてのお知らせ」を公表した。以下に今回の再募集にあたってのポイントをまとめる。

① 連動研修（並行研修）の導入

内科専門研修の期間中にサブスペシャリティの研修を並行して行うことを認めるもので、旧プログラムではその期間を3年間の内科専門研修中の1年間に限っていたが、今回は、サブスペシャリティの研修期間を1年型と2年型として設定でき、その研修期間は、開始・終了時期、継続性は問わないものとなった。3年間で内科専門研修を修了することが条件で、その後1年型では2年間、2年型では1年間のサブスペシャリティ専門研修を行い、最短で卒後6年目にサブスペシャリティの終了認定を受け、7年目に専門医試験の受験資格が得られるものである。

また、ほかにも研修の自由度を認めるものとして、研修期間に余裕を持った設計ができる、内科・サブスペシャリティ混合タイプとして、内科専門研修とサブスペシャリティ研修をあわせて4年間の研修期間を選択するものも追加された。これは内科専門研修も4年間、サブスペシャリティ研修期間も同時に4年間かけて終了することが必須条件とするものである。このプログラムでは内科専門研修も4年間で修了し7年目に内科専門医試験を受験することになり、内科専門医試験合格後にサブスペシャリティの専門医試験受験資格が得られるものである。

② 初期研修の症例取扱いについて

修了要件である160症例について十分到達

できるかどうか不安が多く寄せられ、初期研修で経験した症例をどのくらい専門研修の経験症例数に取り入れられるかが問題になっていた。今回の改定では、内科領域の専攻研修で必要とされる修了要件の160症例のうち1/2に相当する80症例を上限とすること、病歴要約への適用も1/2に相当する14症例を上限とすることとし、初期研修での症例が多く含まれることになった。

③ 研修期間の取り扱いについて

疾病あるいは妊娠・出産、産後に伴う研修期間の休止については、プログラムの修了要件を満たし、休職期間が6ヵ月以内であれば、研修期間を延長する必要はないものとする。これは従来4ヵ月としていたものを延長したものである。

④ プログラムの定員について

医師の偏在を助長させないために、従来実績（過去3年間の研修医採用実績）を踏まえて定員を設定する。特に都市部に相当する地域ではより抑制的な定員調整を行うとしている。

以上内科学会からの通知があり、今後は各施設からのプログラム募集を2月末日までに行い、日本内科学会が1次審査を3-4月に行い、機構がその後2次審査、認定、公表を行う予定である。

1年間の再考の時期を経てようやく始まる新専門医制度であるが、学会が主体になる制度となった。しかしサブスペシャリティの認定・更新についてはこれから検討されることになっており、まだ多くの問題点を残している。まずは内科専門医制度が順調に始まるように皆様のご理解とご協力をいただき、よりよい制度が構築されることを望むものであります。

参考資料

1. 日本内科学会；新しい内科専門医制度にむけて (<https://www.naika.or.jp/nintei/shinseido2018-2/>)
2. 専門医制度新整備指針；一般社団法人日本専門医機構，2016年12月

[会員投稿論文]

関節リウマチ治療中に発症した ウエステルマン肺吸虫症

宮崎市 宮崎大学医学部附属病院 膠原病感染症内科

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

宮崎市 宮崎大学医学部感染症学講座寄生虫学分野

丸山 治彦

はじめに

ウエステルマン肺吸虫症は川カニや猪肉などの生食や不十分な調理などから感染する寄生虫感染症で、東南アジアに広く分布し、本邦では南九州を中心に報告がある¹⁾。今回我々は、関節リウマチ (rheumatoid arthritis, RA) の治療中に片側胸水貯留を来し、患者背景からRA関連胸膜炎や結核をはじめとした日和見感染症、悪性腫瘍、薬剤性胸水などを鑑別に挙げて精査を行い、最終的にウエステルマン肺吸虫症と診断し得た症例を経験したので報告する。

症 例

症例：75歳，女性。

主訴：湿性咳嗽。

現病歴：15年前にRAを発症。前医にてエタネルセプト (Etanercept, ETN) の皮下注とメトトレキサート (Methotrexate, MTX) の内服が行われ、RA疾患活動性は良好にコントロールされていた。約1ヵ月前より微熱と湿性咳嗽を認め、血液検査で好酸球増多を

指摘された。胸部X線検査では左側の胸水貯留が疑われた。関節痛の悪化はなく、薬剤性胸水の可能性も考えられたため、ETN及びMTXは中止となった。精査・加療目的で当科へ紹介入院となった。

生活歴：日南市在住，飲酒歴：なし，喫煙歴：なし，アレルギー歴：なし，食歴：モクズガニ，イノシシやシカなどを摂取。

入院時現症

身長：150.0cm，体重：48.5kg，BMI：21.5，体温：36.3℃，脈拍：58bpm，整，血圧：105/64mmHg，SpO₂：97% (room air)。眼瞼結膜に貧血なし，眼球結膜に黄染なし。心音は異常なし，左背下部の打診で濁音界あり，聴診で同部の呼吸音減弱，cracklesは聴取せず。腹部は平坦・軟で，圧痛なし，肝・脾を触知せず，波動なし。下腿浮腫なし，関節に明らかかな腫脹・圧痛なし，軽度の両手指尺側偏位あり。

表1. 入院時検査所見.

<u><Urinalysis></u>		<u>MCV</u>	102.1 fL	<u><Serology></u>	
Glu	(-)	MCH	33.2 pg	CRP	0.05 mg/dl
Pro	(-)	MCHC	33.6 %	<u>IgG</u>	<u>2,263 mg/dl</u>
<u><ESR></u>		Plt	29.4万 / μ l	IgE	79.6 IU/ml
		<u><Blood chemistry></u>		β -Dグルカン	(-)
<u><CBC></u>		TP	7.61 g/dl	T-SPOT	(-)
WBC	5,900 / μ l	AST	19 IU/L	<u>RF</u>	<u>19.2 IU/ml</u>
Neut.	48.7 %	ALT	10 IU/L	MMP-3	39.5 ng/ml
Lym.	29.2 %	LDH	221 IU/L	CEA	2.4 ng/ml
Mono.	5.1 %	ALP	147 IU/L	PRO GRP	38.2 pg/ml
<u>Eosin.</u>	<u>16.0 %</u>	γ GTP	18 IU/L	シフラ	0.9 ng/ml
Baso.	1.0 %	BUN	12.1 mg/dl	<u>可溶性IL2レセプター</u>	<u>585 U/ml</u>
<u>RBC</u>	<u>340万 / μl</u>	Cre	0.55 mg/dl		
Hb	11.3 g/dl				
Ht	34.7 %				



図1. 胸部X線検査：左肋骨横隔膜角は鈍化している。

入院時検査所見

血液検査所見（表1）では好酸球数の増加を認めた（944/ μ l）。血沈は亢進していたがCRPの上昇はなく、MMP-3は正常範囲内であった。 β -DグルカンおよびT-SPOTは陰性で、腫瘍マーカーの明らかな上昇は認めなかった。胸部X線検査（図1）で左下肺野の透過性低下、左肋骨横隔膜角の鈍化を認めた。

胸部CT検査（図2）で左胸水貯留を認めた。

臨床経過

入院時、全身状態やバイタルサインは安定していた。第2病日に胸腔穿刺を行い、黄色透明の胸水32mlを得た。滲出性胸水であり、好酸球（50%）とリンパ球（42%）が優位であった。細菌や抗酸菌の検出はなく、細胞診で悪性細胞は見られなかった（表2）。胸水ADAは33.7U/Lと上昇しており、胸水補体低値、胸水リウマトイド因子陽性であったことから、RAによる胸膜炎、結核性胸膜炎や薬剤性胸水などが鑑別疾患として挙げられた。自覚症状及び理学所見にてRAの疾患活動性を示唆する異常所見は認めず、胸部及び腹部の画像検査、上部消化管内視鏡検査、婦人科診察にて悪性腫瘍や結核を含む感染症の存在は否定的であった。また、前医でETN及びMTXを中止した後も胸部異常陰影は改善せず、末梢血及び胸水中で好酸球増多が持続したことから、寄生虫感染症を念頭に食歴につ

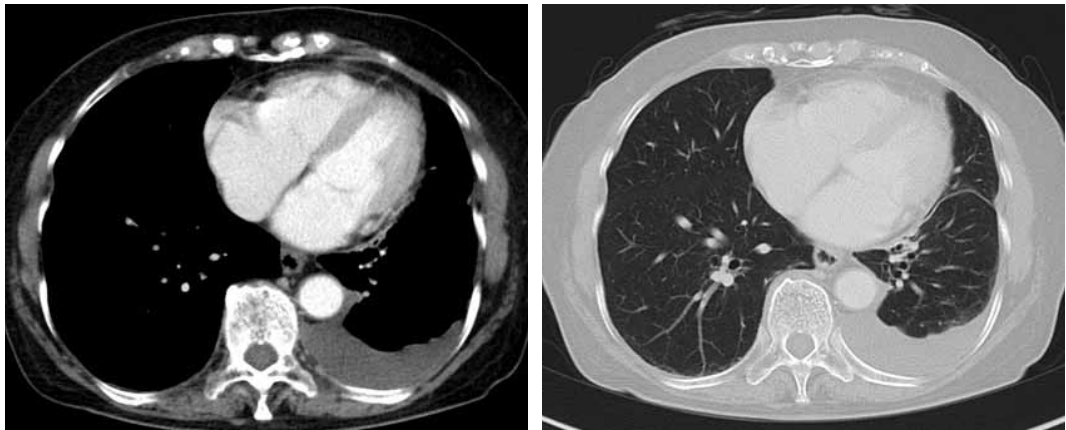


図2. 胸部CT検査：左胸水貯留を認める。

表2. 胸水検査.

<p><外観> 黄色透明</p> <p><培養> 一般細菌 陰性 抗酸菌 陰性</p> <p><細胞診> 悪性細胞なし</p>	<p><細胞種類></p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>好中球</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>リンパ球</td> <td>42 %</td> </tr> <tr> <td>単球</td> <td>8 %</td> </tr> <tr> <td>好酸球</td> <td>50 %</td> </tr> <tr> <td>好塩基球</td> <td>0 %</td> </tr> </tbody> </table> <p><生化学> * ()内は末梢血検査データ</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>TP</td> <td>7.56(7.61) g/dl</td> </tr> <tr> <td>Glu</td> <td>61(106) mg/dl</td> </tr> <tr> <td>LDH</td> <td>724(221) IU/L</td> </tr> <tr> <td>ADA</td> <td>33.7 U/L</td> </tr> <tr> <td>RF</td> <td>39.1(19.2) U/L</td> </tr> <tr> <td>C3</td> <td>25(119) mg/dl</td> </tr> <tr> <td>C4</td> <td>5(178) mg/dl</td> </tr> </tbody> </table>	好中球	0 %	リンパ球	42 %	単球	8 %	好酸球	50 %	好塩基球	0 %	TP	7.56(7.61) g/dl	Glu	61(106) mg/dl	LDH	724(221) IU/L	ADA	33.7 U/L	RF	39.1(19.2) U/L	C3	25(119) mg/dl	C4	5(178) mg/dl
好中球	0 %																								
リンパ球	42 %																								
単球	8 %																								
好酸球	50 %																								
好塩基球	0 %																								
TP	7.56(7.61) g/dl																								
Glu	61(106) mg/dl																								
LDH	724(221) IU/L																								
ADA	33.7 U/L																								
RF	39.1(19.2) U/L																								
C3	25(119) mg/dl																								
C4	5(178) mg/dl																								

いて詳しく問診を行ったところ、モクズガニ、イノシシやシカなどの不十分な加熱下の摂取歴があることが判明した。本学寄生虫学教室で抗寄生虫抗体検査を行ったところ、血清抗ウエステルマン肺吸虫抗体価および宮崎肺吸虫抗体価の上昇を認めた(表3)。モクズガ

ニの食歴と南九州での発症という地域性よりウエステルマン肺吸虫症である可能性がより高いと判断した。第5病日よりプラジカンテル1回25mg/kgを1日3回、3日間内服投与した。入院中の胸部X線では明らかな改善は認めなかったものの、有害事象の出現なく全

表3. 寄生虫抗体検査.

正常ヒト血清	+++		
イヌ糸状虫	-	<u>ウエステルマン肺吸虫</u>	<u>++</u>
イヌ回虫	-	<u>宮崎肺吸虫</u>	<u>++</u>
ブタ回虫	-	肝蛭	+
アニサキス	-	肝吸虫	±
顎口虫	-	マンソン孤虫	-
囊線虫	-	有鉤囊虫	-

身状態は安定していたため第9病日に退院とした。当科外来で経過観察を行ったところ、末梢血好酸球増加は徐々に改善し、第90病日には左片側胸水も完全に消失した。第120病日に血清抗ウエステルマン肺吸虫抗体の陰性化を確認した。

考 察

本症例の片側かつ好酸球増加を伴う胸水の原因として、RAによる胸膜炎、日和見感染症、悪性腫瘍、薬剤性胸水などを鑑別に挙げた。しかし、RAの活動性は高くなく、これによる胸膜炎は考えにくかった。その他、各種検査から日和見感染症、悪性腫瘍、薬剤性胸水は否定的であった。食歴を聴取したところ、モクズガニ、イノシシやシカなどの不十分な加熱下の摂取歴があり、血清抗体検査結果と地域性を考慮してウエステルマン肺吸虫症と診断した。寄生虫感染症は世界人口の半数以上を悩ませているとされており、特に途上国において著しい。寄生虫感染症の分布は、人口移動や気候変動などにより拡大傾向にあ

る²⁾。ウエステルマン肺吸虫症のほとんどは無症候性だが、まれに発熱、下痢や上腹部痛などの消化器症状、胸痛や呼吸困難感、咳嗽、咯血などを認めることがある³⁾。血液検査値異常として白血球や末梢血好酸球数増加、IgE上昇が挙げられ、胸部画像所見として斑状影、空洞、輪状影、胸水などが認められるとされている^{1,4)}。本邦で好酸球性胸水の原因が寄生虫疾患である割合は約6%と比較的が多い。肺吸虫症による胸水は一般に滲出性で好酸球の増加、pHや糖低値、LDH高値を認めることがあり⁵⁾、本症例でも胸水の糖は若干低値でLDH上昇を認めていた。一般に胸水からの虫卵検出は稀とされ⁴⁾、本症例でも胸水中からの虫卵検出は困難であった。RA患者ではRA自体や治療、炎症性肺疾患の存在などにより、感染症のリスクは健常人と比較して約2倍高いことが知られており、肺、皮膚や関節の感染症が高頻度にみられやすい⁶⁾。特に、ETNなどのTNF α 阻害剤は感染リスクが高まることが知られており⁷⁾、本症例に関しても日和見感染症の除外を第一に

考えたが、結果的にウエステルマン肺吸虫症であった。RAに対する治療とウエステルマン肺吸虫症発症との因果関係は不明であるが、本症例が多様な食習慣を持っていたことが最も大きな発症原因と考えられる。免疫抑制状態の患者であってもcommonな病原体のルールアウトは第一に行うべきであり、その際には患者の居住環境や地域の食文化を理解することが重要であることを改めて認識させられた症例であった。

結 語

RA治療中に片側胸水貯留を来した症例を経験した。生物学的製剤使用中の患者は日和見感染のリスクが高いが、common diseaseのルールアウトは重要であり、本症例では食習慣の聴取と胸水検査結果が寄生虫感染を想起するのに寄与した。ウエステルマン肺吸虫症の診断では血清免疫学的検査が有用であった。

参 考 文 献

- 1) 石井 明 他, 標準医動物学第2版, 1998.
- 2) 福井次矢 他, ハリソン内科学第4版, 2013.
- 3) Harinasuta T, et al : Trematode infections. Opisthorchiasis, clonorchiasis, fascioliasis, and paragonimiasis. Infect Dis Clin North Am. 1993 Sep ; 7(3) : 699-716.
- 4) 床島眞紀 他 : ウエステルマン肺吸虫症23例の臨床的検討. 日呼吸会誌 39 (12) 2001 ; 910-914.
- 5) 中村和芳 他 : イノシシ肉生食により生じたウエステルマン肺吸虫症の2例. 気管支学. 2012 ; 34 : 552-557.
- 6) Doran Mf, et al : Frequency of infection in patients with rheumatoid arthritis compared with controls : a population-based study. Arthritis Rheum. 2002 Sep ; 46(9) : 2287-93.
- 7) Greenberg JD, et al : Association of methotrexate and tumour necrosis factor antagonists with risk of infectious outcomes including opportunistic infections in the CORRONA registry. Ann Rheum Dis. 2010 Feb ; 69(2) : 380-6.

[会員投稿論文]

C型慢性肝炎に対する インターフェロンフリー療法の治療成績

申間市 申間市民病院

黒木和男

はじめに

C型慢性肝炎に対する治療は1992年、インターフェロン（IFN）治療が認可されたことにより開始された。1型の難治症例に対しては、当初は著効率（SVR）5%にすぎなかった。2004年よりIFN + PEG-IFNが開始されSVRは約50%となった。2011年にはDAA製剤（直接作用型抗ウイルス剤）が併用され約80%まで上昇した。しかしながらいずれの治療にもIFNが併用されており特に高齢者には使いにくいという欠点があった。2014年よりDAA製剤のみによるインターフェロンフリー療法が開始された。副作用が少なく高齢者にも投与可能である。IFNと違って再燃することがほとんどなく高いSVRが期待できる。当院においては、2014年9月以降、C型慢性肝炎の治療ではIFN

を使った症例は1例もなく、すべてインターフェロンフリー療法をおこなっている。当院における治療成績についてのべていくこととする。

対 象

対象は2014年9月から2016年9月までに、インターフェロンフリー療法を施行した49例である。1型に対してダクラタスビル（ダクルインザ）+アスナプレビル（スンベプラ）を24週間投与23例、ソホスブビル・レジパスビル合剤（ハーボニー）を12週間投与15例、2型に対してソホスブビル（ソバルディ）+リバビリン（コペガスorレベトール）12週間投与を11例施行した（表1）。男女比は20：29、年齢は41～88歳で平均69.2±10.8歳である（図1）。

表1. 申間市民病院におけるインターフェロンフリー治療.

N=49 平成26年8月～平成28年11月				
HCV-RNA セロタイ	薬剤名	投与期間	例数	SVR率 (著効率)
1型	ダクラタスビル+アスナプレビル	24週間	23例	91.3% (21/23)
1型	ソホスブビル+レジパスビル（ハーボニー）	12週間	15例	100% (15/15)
2型	ソホスブビル+リバビリン	12週間	11例	100% (11/11)
合計			49例	95.9% (47/49)

DAA 治療例 N=49

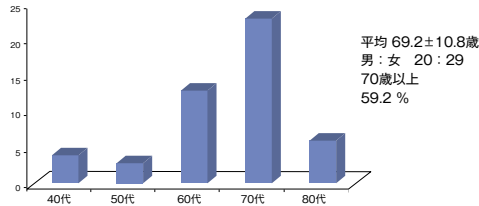


図 1.

• ダクラタスビル+アスナプレビル 投与
 • 23例 1型
 • SVR12 91.3% SVR24 91.3% 中止 4例 プレイクスルー 2例

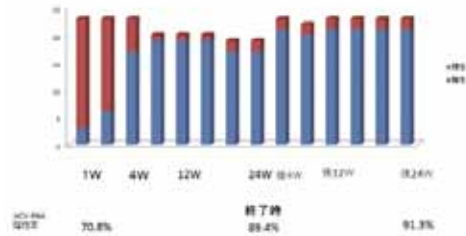


図3.

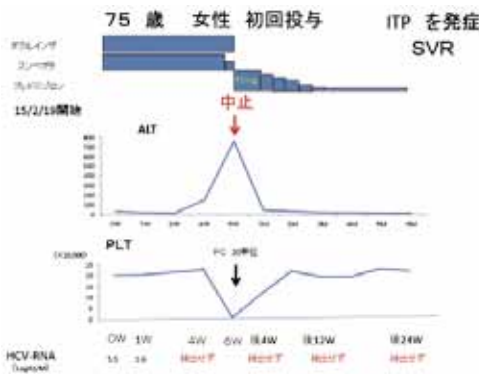


図2.

結果：ダクラタスビル+アスナプレビルは1型に対して23例投与したが，SVR12率91.3% (21/23) SVR24率91.3% (21/23)である。副作用のため4例中止した。肝障害，肝性脳症，ITP発症，全身倦怠感である。そのすべてでSVRがえられている。ITP発症例では投与開始後6週目で突然血小板数が1,000まで減少した。ダクラタスビル+アスナプレビルを中止して他の医療機関に転院してITPと診断されプレドニゾロン投与が開始された。その後順調に回復した。HCV RNAは消失したままでありSVR24がえられた(図2)。プレイクスルーを2例で認めている。2例とも投与後耐性変異を認

めた。1例は男性で肝硬変の症例であった。IFN投与で再燃した症例だった。Y93変異はなかったが，L31に変異を認めていた。投与開始後HCV RNAが消失したが途中で出現した。そのまま24週間投与を続けたがずっと陽性のままであった。もう1例では投与前変異株はなかったが，投与後変異株が出現した(図3)。

ソホスブビル+レジパスビル合剤(ハーボニー)は1型に対して15例，12週間投与した。SVR12率100% (13/13)，SVR24率92.8% (13/13)である。副作用で中止が1例あった。投与後6週で脳幹部脳出血を起こしたため中止とした。専門医療機関に転院となり保存的治療で回復し，SVR24が得られている(図4)。1a型が1例含まれている。60歳代女性で，テプレビルを含む3剤併用療法をして再燃したが，ハーボニーでSVR24がえられた。投与終了後再燃した例はなかった(図5)。

ソホスブビル+リバビリンは2型に対して11例，12週間投与した。SVR12率100% (9/9)，SVR24率100% (7/7)であった。中止例はなかった。IFN投与で再燃した例を

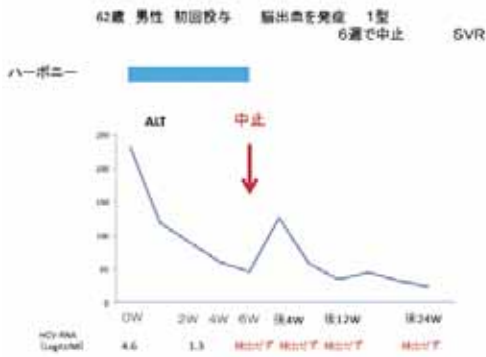


図4.

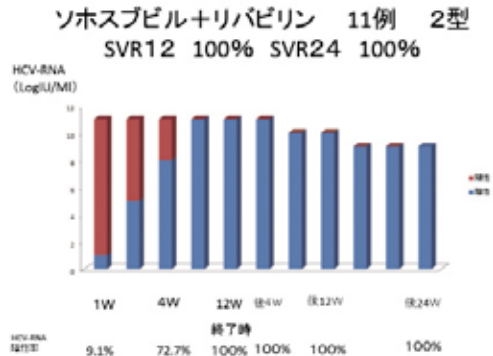


図6.

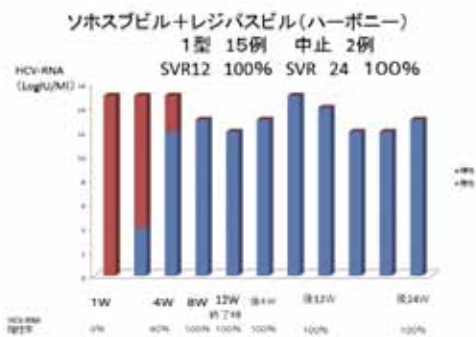


図5.

含めて最長では21歳で投与して再燃し、その後もIFNを含む投与を行い合計4回投与したがいずれも再燃して、今回はじめてSVRを得られた44歳女性の症例があった。また、ベグリバ投与で投与後6ヵ月まではHCV RNAの陰性化が得られたのに8週目に再燃した例に対して投与したところSVRが得られた74歳の例もあった(図6)。

考 察

HCV感染者は世界では約1億5,000万人と推定されており、日本では約150万～200万人いるといわれている。日本では毎年約3万人が肝細胞癌で死亡しており、以前はその約

80%をHCV感染が占めていた。現在ではその割合は減ってきたがそれでも約65%を占めている。特に高齢者では肝細胞癌の発症が増加しており、その多くがHCV感染者である。C型肝炎に対する最終的な治療目標は肝細胞癌の発症を抑制することである。

我が国においては、1992年よりC型慢性肝炎に対するIFN単独療法が保険承認された。当初は6ヵ月間投与であり、1型高ウイルス量に対してはSVR約5%と非常に低いものであった。その後、投与期間の延長、リバビリンとの併用が認められた。2004年にはPEG-IFNとリバビリンの併用が始まりSVRは約40%となった。2011年にはC型肝炎ウイルスに直接作用するDAA製剤が開発されIFN、リバビリンと併用されるようになりSVRは約80%に上昇した。しかしながら我が国においては高齢者が多くIFNによる副作用が問題となっていた。IFN製剤は65歳以上の症例には使いにくいということもありDAA製剤のみでIFNを使用しない治療法の出現が望まれていた。そういった中で我が国では2014年9月からDAA製剤のみによるインターフェロンフリー療法が認められた。

1型に対してNS5A阻害剤ダクラタスビルとNS3Aプロテアーゼ阻害剤アスナプレビルの2剤併用療法が24週間投与で開始された。薬剤耐性がある場合SVRが50%以下に下がることから薬剤耐性が治療効果に大きく作用されることとなった。2015年9月にはNS5B阻害剤ソホスブビルとNS5A阻害剤レジパスビルの合剤（ハーボニー）が12週間投与で開始された。こちらは薬剤耐性に影響されないといわれている。一方2型に対しては2015年5月よりソホスブビルとリバビリンの2剤併用12週間投与が開始され、いずれの型に対しても治療可能となった。

当院において1型、2型に対して合計49例に投与した。年齢は70歳以上の方が59.2%を占めており、平均年齢も約70歳とインターフェロンに比べて高齢者に投与が可能であった。2例を除いてSVRが得られている。（SVR率95.9%）インターフェロン投与では考えられなかった高いSVR率である。

ただ、SVRが得られた後も経過をみる必要があることを忘れてはならない。肝線維化進展は肝発癌危険予防因子であるといわれている。肝生検をすればはっきりするがすべての症例には行えない。最近、AST、ALT、年齢、血小板を組み合わせたFIB-4 indexが肝線維化を示す指数であり、治療終了後24週目のFIB-4 index高値がSVR後発癌の危険因子であるといわれている¹⁾。

SVR後の発癌率は5年で5.3%といわれている。非SVR例が9.6%であるのに比べて低いが、進行したステージで発見される例が多いといわれている。SVR後は観察する期間が長くなる傾向があるのでSVR後もしっかり経過をみていくことが必要である²⁾。糖

尿病の合併は各種悪性腫瘍の発症危険因子であるが、C型肝炎患者においては肝細胞癌発症リスクを上昇させる。SVR後の肝発癌に関していうと糖尿病合併は肝硬変に至ってからSVRを獲得した患者の肝発癌リスクには影響がないが慢性肝炎の段階でSVRを獲得した例で糖尿病を合併している例では4倍以上その後の発癌リスクが上昇するといわれている³⁾。糖尿病など生活習慣病の管理には十分気をつけるべきである。C型肝炎治療の目的は肝発癌を阻止することである。今後はSVRがえられた例に対してもしっかり肝発癌対策をすべきである。

ハーボニーはe GFR 30以下の症例に対しては禁忌であり透析症例にも使用できない。透析患者のうち約8%を占めるといわれるC型肝炎患者にはダクラタスビル+アスナプレビル投与が推奨されている。

インターフェロンフリー製剤投与して耐性株が出現した症例に対する再投与の問題が今後の課題として残されている。

おわりに

IFN治療ではいったんはHCVRNAが消失しても、再燃することが多かったが、インターフェロンフリー治療では投与終了時に消失していればほとんど再燃しない。年齢についての制限はなく、IFN治療では困難であった80歳以上の症例にも投与可能である。C型肝炎を完全に駆逐できる日も近いと思われる。

参考文献

- 1) Toyoda H, Kumada T, Tada T et al : Risk factors of hepatocellular carcinoma

- development in non-cirrhotic patients with sustained virologic response for chronic hepatitis C virus infection. *J Gastroenterol Hepatol* 30 : 1183-1189, 2015
- 2) 佐藤俊輔, 玄田拓哉 他 : HCV治療後肝発癌の危険因子と予測マーカー. *肝胆膵* 71 : 1229-1234, 2015
- 3) Hung CH, Lee CM, Wrong JH et al : Impact of diabetes mellitus on incidence of hepatocellular carcinoma in chronic hepatitis C patients treated with interferon-based antiviral therapy. *Int J cancer* 128 : 2344-2352, 2011
- 4) Tanaka A, Uegaki S, Kurihara H et al : Hepatic steatosis as a possible risk factor for the development of hepatocellular carcinoma after eradication of hepatic C virus with antiviral therapy in patients with chronic hepatitis C. *World J Gastroenterol* 13 : 5180-5187, 2007
-

[会員投稿論文]

超音波診断装置で推定される胸水量と酸素化係数、 分時換気量、動脈血二酸化炭素分圧の関係

宮崎市 潤和会記念病院 リハビリテーション療法部

馬場 義行, 荒竹 慶, 村野 信之
長野 文子, 木村 潤一

宮崎市 潤和会記念病院 脳卒中認定看護師

池田 亜里沙

宮崎市 潤和会記念病院 病棟師長

山本 直美

宮崎市 潤和会記念病院 救急部部长

成尾 浩明

宮崎市 潤和会記念病院 脳神経センター長

鶴田 和仁

要 約

人工呼吸器管理中の患者で超音波診断装置 (USG) を用いて測定した胸水量と酸素化の関係を検討した。対象は人工呼吸器管理中で、USGで計測した推定胸水量が片側肺のみ200ml以上となる患者10人とした。胸水で分離された壁側胸膜と臓側胸膜の最大長をUSGで計測し、推定胸水量を $20 \times$ 最大長の計算式で求めた。推定胸水量と酸素化能 (P/F)、PaCO₂、分時換気量 (MV) との関係をPearsonの積率相関係数を用いて検討した。胸水量とP/F、胸水量とMVに有意な相関関係を認め (r = -0.71, p = 0.02/r = 0.82, p = 0.03)。胸水量とPaCO₂には相関関係を認めなかった。

諸 言

胸水の酸素化に対する影響については、胸腔穿刺後に酸素化が改善される^{1~3)}、変化しない^{4,5)}と異なる報告が出ている。また、超音波診断装置 (Ultrasonography : USG) で推定した胸水量と酸素化に関する報告はない。

今回、USGで計測した胸水量と、酸素化係数 (P/F ratio : P/F)、分時換気量 (Minute ventilation : MV)、動脈血二酸化炭素分圧 (PaCO₂) の関係を検討した。

対 象

対象は2013年4月～2014年1月までにICUに入室した、人工呼吸器管理中でUSGで計測した推定胸水量が片側肺のみ200ml以上となる患者10人とした。胸膜腔の変形に

よる影響を除外するために、胸郭の変形、肺の外科術後、横隔膜の病変を持つ患者を除外した。また、基礎疾患に明らかな肺気腫と肺線維症を持つ患者も除外した。

方 法

M. Balikら⁶⁾による胸水量の計算式を用いて、胸水により分離された壁側胸膜と臓側胸膜の最大長をUSGで計測し、胸水量 (ml) = $20 \times$ 最大長 (mm) で求めた。最大長の計測は全て著者が行った。

使用されていた人工呼吸器はServoS (MAQUET, フクダ電子, 東京) だった。設定は全例がSIMV + PS + PEEPであった。USGはNemio XG (TOSHIBA, 東京) を使



図1. 計測方法.

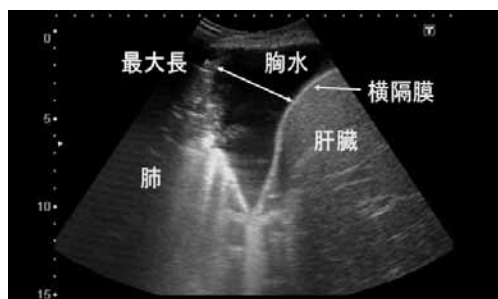


図2. 超音波画像.

(右の肋間からの画像。画像の左側が頭側、右側が尾側、上側が体表。壁側胸膜と臓側胸膜の最大長は、呼気終末時に肺底部の画像で計測した。)

用し、使用プローブはコンベックスプローブ (3.75MHz)、表示モードはBモードとした。

患者は仰臥位で15°Cのヘッドアップとした。プローブを後腋窩線上の肋間に体軸に対して垂直に当て、壁側胸膜と臓側胸膜間の無エコーを胸水として観察した (図1)。壁側胸膜と臓側胸膜の最大長は、呼気終末時に肺底部の画像で計測した (図2)。

胸水量とP/F, MV, PaCO₂の関係をPearsonの積率相関係数で検討した。

結 果

患者の平均年齢74 ± 13歳、男性9人で女性1人であった。右側胸水が1人、左側胸水が9人であった。患者の診断名は急性呼吸不全 (n = 6)、敗血症 (n = 2)、ARDS (n = 2) であった。

各項目の平均値は、胸水量536 ± 177ml, P/F256 ± 67, MV6.9 ± 2.0L/min, PaCO₂38.1 ± 8.9mmHgであった。

P/Fと胸水量は相関係数-0.71であり有意な相関を認めた (図3)。また、MVと胸水量は相関係数0.82であり有意な相関を認めた (図4)。一方、PaCO₂と胸水には相関を認めなかった (図5)。

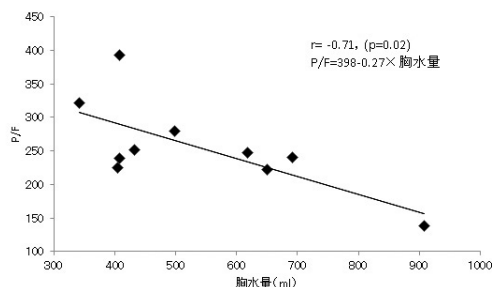


図3. P/Fと胸水量の関係.

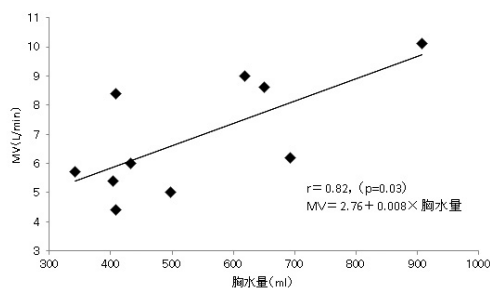
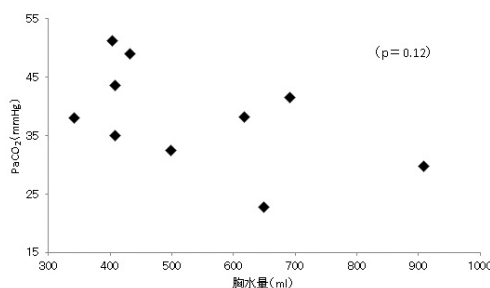


図4. MVと胸水量の関係。

図5. PaCO₂と胸水量の関係。

考 案

胸水が多いほどP/Fは低下し、MVは増加した。胸水量と血液ガスとの関係は、Nishidaら⁷⁾によるブタの研究で胸水が多いほど酸素化が悪化することが示されている。また、Agustiら⁸⁾によるヒトに不活性ガスを用いた研究では、胸水による酸素化の悪化は無気肺に血液が分布することによる肺内シャントによるとしている。胸水による酸素化の悪化は、機能的残気量の低下と、低い換気血流比および肺内シャントの存在によると考える。MVの増加は、胸水量の増加による酸素化の悪化に反応して、代償的に起こったと考える。PaCO₂は、低い換気血流比や肺内シャントでの影響は少ないといわれている⁹⁾。

呼吸理学療法施行時に、患者の胸水を含む呼吸状態の把握は必要である。胸水量に関し

ては、これまで身体所見や胸部X線写真で推定してきた。USGは簡便で非侵襲的であり、コメディカルにも使用可能である。当院では、USGで患者の胸水の把握を行い呼吸理学療法施行時に役立てている。

胸水を持つ患者に対して、標準的治療のみの群と標準的治療に呼吸理学療法を加えた群の比較では、標準的治療に呼吸理学療法を加えた群で有意に退院時の肺活量が増加し、在院日数が減少したことが示されている¹⁰⁾。ICUで胸水を持つ患者に対し、安全かつ効果的に体位管理や早期離床を行う上で、身体所見や血液ガスデータなどに加えUSGを用いた胸水量の計測と可視化は、的確な状態把握やプログラムの立案に有効であると考えられる。

結 語

人工呼吸器管理中の患者の胸水量はP/FとMVに有意な相関があった。また、胸水量とPaCO₂に相関を認めなかった。理学療法士がUSGを用いて胸水量を把握することは、呼吸理学療法を行う上で有用と考えた。

文 献

- 1) Talmor M, Hydo L, Gershenwald JG, et al : Beneficial effects of chest tube drainage of pleural effusion in acute respiratory failure refractory to positive end-expiratory pressure ventilation. *Surgery* 123 : 137-43, 1998
- 2) Wang LM, Cherng JM, Wang JS : Improved lung function after thoracocentesis in patients with paradoxical movement of a hemidiaphragm secondary to a large pleural effusion.

- Respirology 12 : 719-23, 2007
- 3) Walden AP, Garrard CS, Salmon J : Sustained effects of thoracocentesis on oxygenation in mechanically ventilated patients. Respirology 15 : 986-92, 2010
 - 4) Doelken P, Abreu R, Sahn SA, et al : Effect of thoracentesis on respiratory mechanics and gas exchange in the patient receiving mechanical ventilation. Chest 130 : 1354-61, 2006
 - 5) Graf J : Pleural effusion in the mechanically ventilated patient. Curr Opin Crit Care 15 : 10-17, 2009
 - 6) Balik M, Plasil P, Waldauf P, et al : Ultrasound estimation of volume of pleural fluid in mechanically ventilated patients. Intensive Care Med 32 : 318-321, 2006
 - 7) Nishida O, Arellano R, Cheng DC, et al : Gas exchange and hemodynamics in experimental pleural effusion. Crit Care Med 27 : 583-7, 1999
 - 8) Agustí AG, Cardús J, Roca J, et al : Ventilation-perfusion mismatch in patients with pleural effusion : effects of thoracentesis. Am J Respir Crit Care Med 156 : 1205-9, 1997
 - 9) Richard W. Light MD : Effects of effusion on blood gases. Pleural Disease (5th Edition). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2007, p23-24
 - 10) Valenza-Demet G, Valenza M, Cabrera-Martos I et al : The effects of a physiotherapy programme on patients with a pleural effusion : a randomized controlled trial. Clin Rehabil 14 : 2014
-

[Postgraduate Education]

自己免疫性肝疾患

宮崎大学医学部内科学講座 消化器血液学分野

中村 憲一, 土持 舞衣, 蓮池 悟

はじめに

自己免疫性肝疾患はウイルス性肝炎, 脂肪性肝疾患, アルコール性肝疾患と並んで重要な慢性肝疾患である。

自己免疫性肝炎 (Autoimmune hepatitis : AIH) と原発性胆汁性胆管炎 (Primary biliary cholangitis : PBC以前は原発性胆汁性肝硬変とよんでいた), 原発性硬化性胆管炎 (Primary sclerosing cholangitis : PSC) の3つが主なものであり, いずれも極めて頻度が高いわけではないが, 肝硬変・肝不全の原因となり生命を脅かす重要な疾患である。ウイルス性肝疾患に隠れがちなこれらの肝疾患について紹介させて頂く。

1. 自己免疫性肝炎 (Table 1)

自己免疫の機序による慢性肝障害である。

男女比は1 : 6.7と女性に多い。診断平均年齢は60歳である。人口10万あたりの罹患率/有病率は1.52/15.0と報告されている。

典型例では中等度のAST/ALTの上昇, IgGの増加がみられ, 抗核抗体や抗平滑筋抗体 (注 保険未収載) が陽性となる。またこれらの陰性例では抗肝腎マイクロゾーム抗体陽性になる例がある。HLA-DR 4例が多いのも特徴である。

組織学的には門脈域の線維性拡大, リンパ球・形質細胞の浸潤をともなうinterface hepatitis, ロゼット形成などがみられる。胆管の変化には乏しく, 特に肝実質が障害され, 早期に肝硬変へと至る。診断基準には国際診断基準である13項目からなるスコアリングシステムと簡便な4項目からなる簡易型診断基準があるが, 日常的に利便性が高いのは後者

AIHスコアリングシステム簡易版 (2008)

抗核抗体 (ANA) or 抗平滑筋抗体 (SMA) 抗核抗体 (ANA) or 抗平滑筋抗体 (SMA) 肝腎マイクロゾーム (LKM) 抗体 SLA抗体 (SLA) ※	40倍以上 80倍以上 40倍以上 陽性	1点 2点 2点 2点
IgG	>正常上限 >1.1	1点 2点
肝生検	適応像 典型像	1点 2点
ウイルス性肝炎の否定	可能	2点

6点以上：疑診 (probable AIH)

7点以上：確診 (definite AIH)

※本邦ではSLAは測定不可能

厚生労働省診断指針 (2013)

<診断基準>	
典型例及び非典型例を対象とする	
1. 他の原因による肝障害が否定される	
2. 抗核抗体陽性あるいは抗平滑筋抗体陽性	
3. IgG 高値 (>基準上限値1.1倍)	
4. 組織学的にinterface hepatitisや形質細胞浸潤がみられる	
5. 副腎皮質ステロイドが著効する	
典型例	上記項目で1を満たし, 2~5のうち3項目以上を認める
非典型例	上記項目で1を満たし, 2~5の所見の1~2項目を認める

自己免疫性肝炎 (AIH) 診療ガイドライン (2013年) より抜粋

Table 1. AIHスコアリングシステム簡易版と厚生労働省自己免疫性肝炎診断指針.

であり、通常診療はこちらを用いるのがよいとされている。

治療の第一選択薬は副腎皮質ステロイドであり、予後改善作用が確認されている。投与量は0.6mg/kg/日、中等症以上では0.8mg/kg/日以上から開始する。少なくとも2年以上の投与継続の必要性があり、3年以上安定している場合には中止も検討できるが、しばしば再燃がみられるためさらに長期間の投与がなされることが多い。ステロイド導入困難例、抵抗例にはアザチオプリン1-2mg/kg/日で有効であることが示されているが、我が国では保険適応がないので注意を要する。欧米ではそのほかのシクロスポリンやミコフェノールなどの免疫抑制剤なども使用されることがある。

最近の全国調査によると自己免疫性肝炎の死亡率は4.3%、5年生存率96.7、10年生存率94.0%とされている。診断基準、治療法も確立されているため、診断確定例の予後は極めて良好である。問題は適切に診断されているか否かであるが、この点に関してまとまったデータはない。時折、慢性肝疾患、あるいは肝硬変であるにもかかわらず原因不明として放置されている症例にも遭遇することもあり、本疾患の存在も頭に入れて頂ければ幸いである。

自己免疫性肝炎の中には、いわゆる急性発症型が存在する。純粋に発症時に急性肝炎様になる場合と、ある程度進行した状態で急性増悪する場合とがある。急速に進行し黄疸を伴い、肝不全に至ることもある。

急性発症型の診断において注意すべき点として、自己抗体が陰性であったりIgGが低値となる例が多いことで、診断基準もあまりあ

てにできない。他の急性肝疾患との鑑別が困難であることも多い。

2. 原発性胆汁性胆管炎(肝硬変)(Table 2)

自己免疫的機序による慢性胆汁うっ滞性肝疾患である。つい最近、原発性胆汁性“肝硬変”から“胆管炎”へと名称が変更された。以前は実際“肝硬変”として発見される症例も多かったが、最近では血清学的に診断が付き、肝硬変でない症例のほうが圧倒的に多く混乱をもたらす可能性があったためである。ただ保険病名としてはしばらく旧名称のままで使用されるものと思われる。

男女比は1:7で、最頻年齢は50~60歳代である。有病率は45-75/10万人程度と推計される。

肝内小葉間の小胆管が自己免疫的機序による破壊により胆汁が慢性的にうっ滞する疾患である。その結果として長期的には黄疸、腹水、意識障害を生じて肝不全まで進行する。

肝障害に基づく自覚症状を有するものを症候性、ないものを無症候性と呼ぶが、現在では後者が圧倒的に多い。血液検査上は胆道系酵素(ALP, γ GTP)の上昇を認め、抗ミトコンドリア抗体が約90%の症例で陽性となる。またIgMの上昇を認めることが多い。進行するに従いビリルビンの上昇や肝予備能

次のいずれか1つに該当するものをPBCと診断する。

- 1) 組織学的にCNSDCを認め、検査所見がPBCとして矛盾しないもの。
- 2) AMAが陽性で、組織学的にはCNSDCの所見を認めないが、PBCに矛盾しない(compatible)組織像を示すもの。
- 3) 組織学的検索の機会はないが、AMAが陽性で、しかも臨床像及び経過からPBCと考えられるもの。

原発性胆汁性肝硬変の診療ガイドライン2012年より抜粋

Table 2. PBCの診断基準.

の悪化などがみられるようになる。

肝組織では、肝内小型胆管（小葉間胆管ないし隔壁胆管）に慢性非化膿性破壊性胆管炎（chronic non-suppurative destructive cholangitis, CNSDC）を認めるが病期の進行に伴い胆管消失，線維化を生じ，胆汁性肝硬変へと進展する。治療としてはウルソデオキシコール酸が組織改善や予後延長などのエビデンスがあり第一選択薬であり，300-600 mg/日の投与が推奨されている。これに対する治療抵抗例に，ベザフィブラートの投与も有効であることが多い。肝不全状態となればウルソも無効であり肝移植の適応となる。

つい先日，アメリカでオベチコール酸（obeticholic acid）が承認された。本薬剤は胆汁酸をリガンドとする核内レセプターであるFXR（Farnesoid X reseptor）の作動薬である。掻痒感などの副作用は多いものの，UDCAと併用もしくは単独でALPやビリルビンの低下作用が確認され，また長期予後も改善することが明らかになっている。本邦に

においてもその保険収載が待たれるところであり，特にUDCAに対する反応が悪い症例での効果が期待される。ちなみに本薬剤は非アルコール性脂肪肝炎でも治験において組織学的改善をもたらすことが明らかになっている。

3. 原発性硬化性胆管炎（Table 3）

原発性硬化性胆管炎は肝内外の胆管に多発性・びまん性の狭窄が生じ，胆汁うっ滞をきたす慢性肝疾患である。

硬化性胆管炎は胆管に硬化性変化をきたし胆汁うっ滞を示す疾患の総称であり，PSCと，最近疾患概念が確立されしばしばみられるIgG4関連硬化性胆管炎（IgG4-SC），および細菌性の逆行性胆管炎，胆管がん，虚血などに続発する二次性胆管炎とに分類される。

発症には自己免疫機序が想定されているが詳細はいまだ不明である。高率に炎症性腸疾患を合併することから，大腸粘膜における防御機構の破たんによる門脈内への持続的最近流入や，活性化された免疫担当細胞の肝内へ

1. 臨床的特徴（症状，臨床経過）

- (1) 胆汁うっ滞による症状（腹痛，発熱，黄疸など）
 - (2) 炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎，クローン病）の病歴
 - (3) 血液検査値異常（6か月以上にわたるALP値上昇（正常上限の2～3倍））
 - (4) IgG4 SC，続発性（2次性）の除外（下記）
 - 1) 胆道感染症による胆管炎（AIDSを含む）
 - 2) 悪性腫瘍
 - 3) 胆道外科手術後
 - 4) 胆管結石
 - 5) 腐食性硬化性胆管炎
 - 6) 先天性胆道異常
 - 7) Floxuridine動注による胆管障害
 - 8) 虚血性狭窄
- 上記の（1）は原発性も続発性も同様である

2. 画像診断

- 肝内胆管（および肝外胆管，胆嚢）に特徴的な画像所見を示す
- (1) US 1) 散在する胆管内腔の狭窄と拡張 2) 散在する胆管壁肥厚 3) 胆嚢拡張
 - (2) ERC 1) 狭窄像（輪状狭窄，膜状狭窄，帯状狭窄および二次的变化として憩室様突出や数珠状を呈する）
 - 2) 胆管壁不整像（毛羽立ち，刷子縁様）
 - 3) 肝内胆管分枝像の減少
 - 4) 肝外胆管の狭窄に対して必ずしも肝内胆管が拡張しない
 - (3) MRC（ERCと同様）
 - (4) CT（ERC，MRCの胆管内腔の情報に加えて胆管壁や肝実質・周辺臓器との関係を把握する）
 - (3～4)にて肝内胆管の狭窄と拡張の散在性の混在を確認する

（厚生労働省 指定難病 診断基準より抜粋）

Table 3. 原発性硬化性胆管炎の診断基準/臨床的特徴.

の流入などが提唱されている。欧米人の最近のGWAS解析の検討では、他の自己免疫性疾患における疾患感受性遺伝子が本疾患の発症にも関与していることも報告されている。

2007年の全国調査によると現在国内の患者は1,211人と推定され人口10万人あたりの患者有病率は0.95と算出される。ただ、潜在性のもの、あるいは軽症例など適切な診断がなされていない例も多いものと考えられる。男女比は1.16:1.0、好発年齢は20-40歳代の若年層と65-70歳代の高年層の二峰性をとる。

臨床症状としては早期には無症状であるが進行に伴い黄疸、皮膚掻痒感などが出現し逆行性の胆管炎に伴う発熱や腹痛などがみられるようになる。血液検査では胆道系酵素(ALP, γ GTP)が上昇することが多い。進行に従いビリルビンの増加や肝予備能の低下がみられるようになる。AIH, PBCと異なり、特異性の高い自己抗体はなく、本邦の全国調査からは抗核抗体44%、p-ANCAは2%であった。炎症性腸疾患の合併は34%で、欧米に比較して少ない。PBCと比較して障害胆管がより中枢の胆管に多いことから胆道系の画像的評価が重要となる。典型像では胆道造影で胆管の数珠状拡張を呈する。一般臨床で見落とさないようにするには、まず超音波検査や造影CT検査で肝内外の胆管系の変化に注意を向けることが重要である。MRCPは造影剤も使用せず侵襲も少なく施行できるため、エコーやCTでのスクリーニングで疑われた場合はもちろん、原因不明の胆道系肝障害があれば是非積極的に施行いただきたい。本疾患の鑑別として胆管がんがあげられ、また合併することも多いので、がんの鑑別という意味でも重要な検査である。肝生検ではonion

skin lesionが有名ではあるが、典型像を示す例はさほど多くなく、行う意義はさほど高くない。

現時点では本疾患に有効なエビデンスを持つ治療はない。本邦ではしばしばウルソデオキシコール酸が第一選択として使用され、生化学的改善効果はあるものの長期予後に関与するかは不明とされている。進行例では対症療法が中心となり、逆行性胆管炎をきたした際には抗生剤の投与や内視鏡的治療の適応となる。肝不全まで進行した症例では肝移植の適応となるが本邦ではほとんどが生体肝移植である。移植後の予後は良好であるが、5年以上の経過例では再発も多い。

長期予後は報告によりさまざまである。2012年全国調査では3年生存率85%、5年生存率は71.5%で、移植なしの生存率はそれぞれ77, 66%であった。

なお、今回は詳述しないがIgG4-SCは画像的、臨床的に一見鑑別が困難な硬化性胆管疾患である。PSCと異なりステロイドが著効し、予後が異なるためその鑑別は重要である。

おわりに

以上、主な自己免疫性肝疾患に関して述べさせていただいた。繰り返しになるが、ウイルス性肝炎や薬剤に比較して頻度は少なく、進行が緩徐なもの、軽症例も多いこともあって診断されていない例も多い。また、高齢者が増加していることもあって併存疾患に対する薬物性肝障害と混同されやすい。

診断された時点ですでに肝硬変あるいは急性の肝不全に至っている症例もしばしば遭遇するため、肝障害を診た際は是非上記疾患も鑑別に入れ、診断に苦慮する例では肝臓専門

医へ相談いただければ幸甚である。ポイントとしては上記自己抗体や免疫グロブリン値、そして腹部超音波やCTによるスクリーニン

グで、(可能であればMRCPも) いずれも保険診療内で十分施行可能であると思われる。

[Postgraduate Education]

消化器の診療（3）

潰瘍性大腸炎とクローン病の診断～画像検査を中心に～

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

炎症性腸疾患（inflammatory bowel disease：IBD）診療において画像検査は必須である。内視鏡検査は特に重要で、診断の確定、病状の確認、治療効果の判定、癌のサーベイランス、狭窄例に対する治療など多々の面で大役を果たしている。そこで、今回はIBDにおける画像検査について内視鏡検査を中心に述べる。

1. IBDに対する大腸内視鏡検査時の注意点

a. 前処置

IBDで大腸内視鏡検査を行う際には、患者の背景を考慮し腸管洗浄液を用いた前処置を行う必要がある。活動性が高い場合は、前処置で病状が悪化する可能性があるため、微温湯やグリセリンなどの浣腸のみの前処置とするか、前処置を行わずに可能な範囲での観察にとどめる。潰瘍性大腸炎（ulcerative colitis：UC）で中毒性巨大結腸症が疑われる場合は内視鏡は禁忌で、狭窄を伴うクローン病（Crohn's disease：CD）では前処置により腸閉塞や穿孔を起こすこともある。観察出来なかった範囲は、腹部エコー検査や腹部造影CT、腹部単純X線検査などの他検査で評価する。

b. 使用する薬剤

UCの重症例では鎮痙剤により中毒性巨大結腸症を引き起こす可能性もあるため、鎮痙剤は使用しない。患者の不安が強い場合や疼痛に過敏な症例には必要に応じて塩酸ペチジンなどの鎮痛薬やベンゾジアゼピン系の鎮静薬を用いる。小児に対する鎮静は小児科医へ依頼することが望ましい。

c. スコープの選択

不安が強い症例や以前苦痛が強かった症例では細径スコープを使用する。CDで肛門狭窄が強い症例や小児例では上部用の内視鏡の使用も検討する。肛門狭窄がさらに著明な症例では事前に外科的に肛門拡張を行うとよい。

d. 他の注意点

内視鏡時は必ずCO₂送気を利用する。また感染性腸炎との鑑別のため、内視鏡時に腸の内容物を採取し、培養検査に提出することを習慣づけておく。

2. IBDの内視鏡診断

a. UC

(1) 典型的な内視鏡所見

UCは、大腸粘膜をびまん性に侵す疾患であり、下部直腸から口側へ連続性に広がる発



図1. 潰瘍性大腸炎 (軽症).



図3. 潰瘍性大腸炎 (重症).



図2. 潰瘍性大腸炎 (中等症).



図4. 潰瘍性大腸炎 (寛解期).

赤やびらん、潰瘍、粘膿性分泌物付着などが典型的な所見である。内視鏡で血管透見性の有無、粘膿性分泌物の付着の程度、発赤の程度、出血の程度、びらんや潰瘍の有無、潰瘍の深さなどを確認する。診断基準には、「(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、脆くて易出血性(接触出血)を伴い、粘血膿性の分泌物が付着しているか、(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。」と記載されている¹⁾。

内視鏡の重症度評価には、研究班の活動性内視鏡所見による分類¹⁾やMayo scoreなどが用いられる。軽症のUCではびまん性炎症細胞浸潤のため粘膜は浮腫状となり、血管透

見性が低下・消失する(図1)が、びらんは見られない。分泌された膿性粘液が点状に多発して顆粒状を呈し、時に黄色調にみえるため小黄色斑ともよばれる。

中等症では発赤は強くなり、びらん性変化が見られるようになり、膿性粘液の滲出が目立つ(図2)。粘膜は脆弱で接触性の出血もみられる。

重症例では粘膜の障害や脆弱性が強くなり、潰瘍を形成する。炎症が強くなると深い下掘れ潰瘍や広範な地図状潰瘍、自然出血などがみられる(図3)。このような症例では早急に強力な内科的治療を施行する必要がある。

寛解期では、易出血性やびらんなどが消失



図5. サイトメガロウイルス合併潰瘍性大腸炎.



図6. クロウン病・縦走潰瘍.

し、血管透見性が確認できる。枯れ枝状の血管や白色の潰瘍瘢痕を伴う症例や萎縮した粘膜に偽ポリープが散在している症例などが散見される（図4）。

(2) 非典型的な内視鏡所見

UCでは漫然としたステロイド投与などの強力な免疫制御療法により、サイトメガロウイルス（cytomegalovirus : CMV）の再活性化が起こり、治療に難渋することがある。粘膜脱落、深掘れ潰瘍、不整形潰瘍、縦走潰瘍、打ち抜き潰瘍、地図状潰瘍などがCMV腸炎合併UCの内視鏡像の特徴である（図5）²⁾。なお、CMV腸炎の診断に特異的な診断法は確立していない。稀に直腸に炎症を認めない例や縦走潰瘍もみられる。時々虫垂開口部や盲腸にスキップして炎症が見られるが、臨床的な意義はない。初期病変の特殊例として、アフタ性大腸炎や直腸のリンパ濾胞増殖症様の所見などがある。

b. CD

CDはUCと異なり内視鏡のみでは診断に至らない症例も散見する。このため、CD疑い例では小腸造影や肛門診察なども必ず行い、総合的に診断する。最近ではCT enterographyやMR enterography、カプセル内視



図7. クロウン病・敷石像.

鏡などの新しいツールがCDの診療で大きな役割を果たしている。

(1) 下部消化管内視鏡所見

縦走潰瘍や敷石像、非連続性または区域性病変、不整形～類円形潰瘍、多発アフタがCDで見られる所見であり、なかでも縦走潰瘍と敷石像が主要所見である。CDの縦走潰瘍は基本的には腸間膜付着側に存在し（図6）、5 cm以上のものが多い。なかには、小さな不整形潰瘍が縦に配列する例や癒合して深く幅広い形態を示す例などもある。敷石像は縦走潰瘍とその周辺の小潰瘍間の大小不同の密集した粘膜の隆起で構成され、隆起は平滑で、発赤は軽度なことが多い（図7）。



図8. クロウン病 胃 竹の節状外観.



図9. カンピロバクター腸炎.

(2) 上部消化管内視鏡所見

CDでは食道病変の頻度は低いが、食道に縦走配列するびらんやアフタ、縦走潰瘍がみられることがある。胃では噴門部や体部の竹の節状外観（図8）、前庭部の多発性アフタやびらん、十二指腸のノッチ様外観や竹の節状外観、縦列する発赤やびらんなどが特徴である。

(3) カプセル内視鏡所見

CDを疑う症例で種々の精査を施行しても確定診断に至らない場合はカプセル内視鏡（capsule endoscopy；CE）を積極的に行う。CEで観察されるクロウン病の典型的な小腸病変としては、空腸ではアフタ、びらん、ノッチ、癒痕、回腸では円形潰瘍、縦走潰瘍、敷石像、癒痕などがある。

3. IBDと鑑別すべき疾患

確定診断をつける際に、他の疾患をきちんと鑑別することは非常に重要である。症例によっては感染性腸炎であったにもかかわらずIBDと誤診断されて、一生無意味な治療を施行されている症例も存在する。

UCでは細菌性赤痢、アメーバ性大腸炎、サルモネラ腸炎、カ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やCD、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、腸管ベーチェット病を、CDでは縦走潰瘍のみの場合は虚血性大腸炎やUC、消化管の広範囲に認める潰瘍またはアフタを認めた場合は腸結核や腸型ベーチェット病、単純性潰瘍、NSAIDs潰瘍、感染性腸炎を除外すべきである。以下にIBDと類似し、鑑別を要することが比較的多い疾患について述べる³⁾。

a. カンピロバクター腸炎（図9）

病変は直腸から盲腸までの全大腸と終末回腸に好発する。内視鏡所見は軽症のUCと類似しており、浮腫、発赤、粘膜出血が特徴である。びまん性にみえても詳細に観察すると連続性ではなく、健常粘膜が介在すること、易出血性にとほしいこと、半数で回盲弁上に浅い潰瘍が見られることなどがポイントである。

b. アメーバ性大腸炎（図10）

好発部位は直腸、盲腸で、多発性のびらんや潰瘍を認める。タコイボ様びらんや周囲に紅ぐんを伴う潰瘍やびらん、その上部に付着するクリーム状の白苔などが特徴である。診断には白苔部の鏡検や生検、血清アメーバ抗



図10. アメーバ性大腸炎.



図11. 腸管ベーチェット病.

体価などが用いられるが、抗体陰性例や生検で検出できない症例もあり、アメーバを少しでも疑う場合には生検時に病変部の粘液部分を採取することやアメーバの可能性を病理医に直接伝えることが大切である。

c. 腸管ベーチェット病・単純性潰瘍 (図11)

回盲部に好発する深い下掘れや打ち抜き潰瘍が典型的であり、厚い白苔を有する。潰瘍の形態は円形や類円形が多いが、不整形のこともあり、縦走傾向はない。潰瘍の境界は明

瞭で、浮腫に伴う周堤様隆起もよくみられるが、周囲の粘膜の炎症は軽く、潰瘍間の介在粘膜はほぼ正常である。

おわりに

IBDにおいて内視鏡は必要不可欠の検査である。内視鏡の役割は多々あるが、今回は、検査時の注意点、内視鏡診断、鑑別診断などについて概説した。

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27年度分担研究報告書 別冊(平成28年3月), 2016; p1-30.
- 2) サイトメガロウイルス(CMV)腸炎合併潰瘍性大腸炎〔症例集〕厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班 炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎)合併サイトメガロウイルス腸炎の診断と治療コンセンサス作成プロジェクト 平成23年度分担研究報告書 別冊(2011年7月).
- 3) 清水誠治, 南 竜城, 川浦由起子, ほか. IBDの内視鏡診断における鑑別診断のピットフォール. IBD Re 2012; 6: 76-81.

[他科からの提言]

学童期運動器検診

宮崎大学医学部 整形外科

山口 奈美, 帖 佐 悦 男

はじめに

近年、児童・生徒の健康に関する問題が多様化・深刻化しており、成長期の運動器・スポーツ傷害もその一つである。現代の傾向としては、運動不足に伴う肥満傾向・生活習慣病と運動過多に伴う四肢・脊柱のスポーツ傷害が挙げられ、この二極化が児童・生徒の運動器における問題となっており、将来的なロコモティブシンドローム（ロコモ）やメタボリックシンドローム（メタボ）が懸念される。

1994年に旧文部省は文部省体育局長通知と

して「脊柱および胸郭の検査の際には併せて骨・関節の異常および四肢の状態にも注意すること」と明記した。しかし、学校における定期健康診断において脊柱側弯症検診は従来から実施されてきたが、四肢の検診は未だに多くの学校では実施されていないのが現状であった¹⁾。

このような背景から、「運動器の10年」日本委員会はその事業の一つとして「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業」を実施してきた。2005年度から4地域（北海

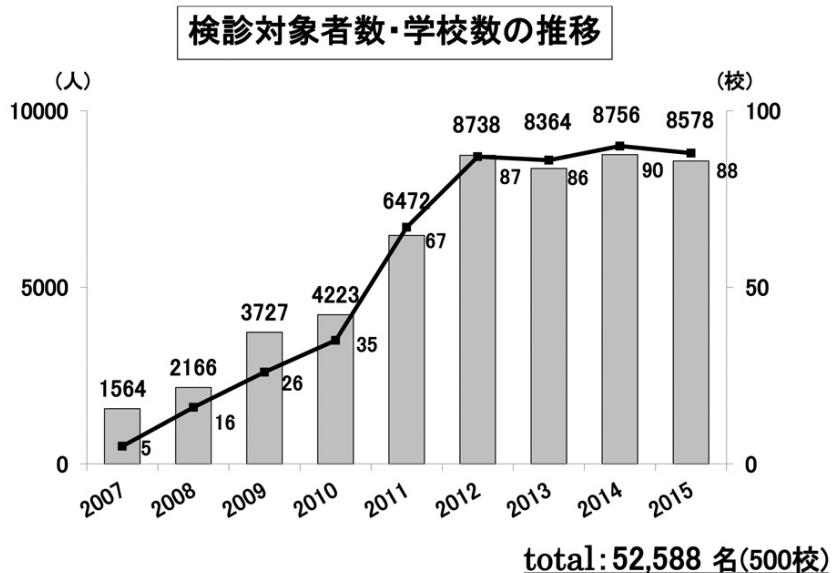


図1. 運動器検診対象者数・学校数の推移.

道、京都府、徳島県、島根県)で推進されていた本事業に、2007年度よりわれわれ宮崎グループも参画し、小・中学校において運動器検診を実施してきた(図1)。

本稿では、宮崎県で実施した運動器検診の結果と問題点を紹介し、子どもからのロコモ予防の重要性について述べる。

対象と方法

われわれ宮崎グループは2007年度から学校における運動器検診を実施している。2007年度は一次検診を学校医(内科医もしくは小児科医)が担当したが、2008年度から整形外科医が一次検診に介入するシステムへ変更した。さらに、初年度の課題を踏まえて2008年度から直接検診の項目ならびに問診票

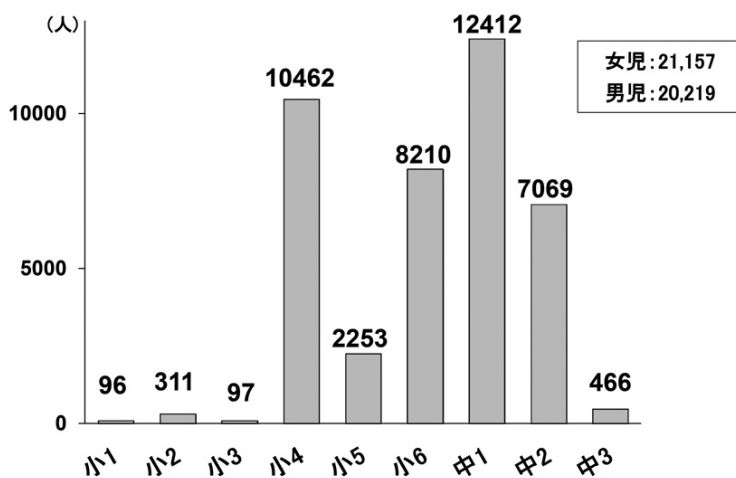


図2. 対象者の内訳.

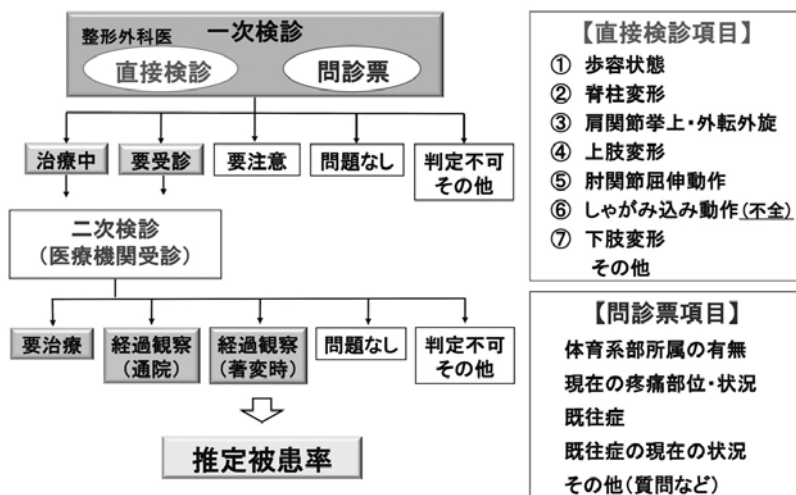


図3. 検診システム.

の内容を一部変更したため、2007年度は本研究の対象外とした。

1. 対象

2008-2014年度の7年間に宮崎県で運動器検診を実施した小学生21,429名、中学生19,947名の合計41,376名を対象とした(図2)。男子20,219名、女子21,157名で、年度別・学年別の内訳は図2の通りであった。

2. 方法(図3)

1) 一次検診(学校で実施)

対象者全員の問診票チェックならびに直接検診を行い、双方の結果から判定を行った。

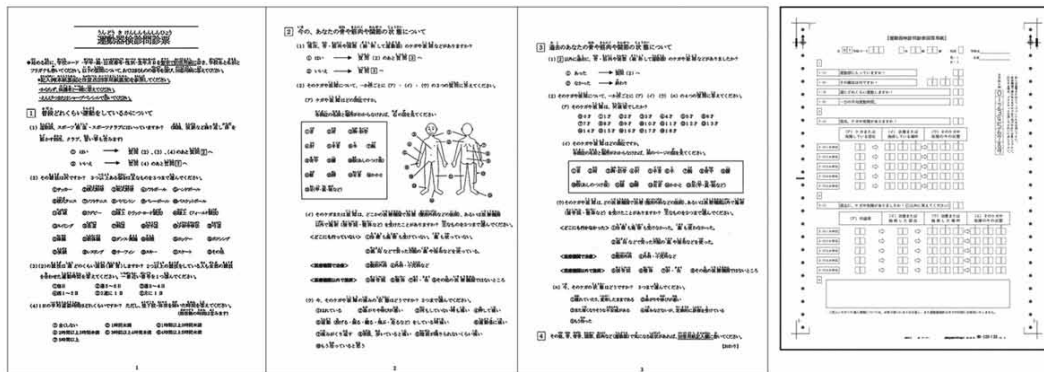
直接検診:以下の7項目をチェック項目とし、2011年度からは「しゃがみ込み動作」に「しゃがみ込み不全」を追加した。下肢のタイトネスやバランス不良によるしゃがみ込み困難の場合に「しゃがみ込み不全」とし、疼痛を伴う(外傷・障害による)場合と区別した。

- ① 歩容状態
- ② 脊柱変形
- ③ 肩関節挙上
- ④ 上肢変形
- ⑤ 肘関節屈伸動作
- ⑥ しゃがみ込み動作(しゃがみ込み不全)
- ⑦ 下肢変形

問診票(図4):「運動器の10年」日本委員会、学校保健委員会の試案²⁾に準じて作成した。記入用紙は児童・生徒・保護者が記入しやすく、判定・統計処理を簡便化するためにOCR(Optical Character Reader:光学式文字読取装置)を採用し、質問や状況を含めた自由記入欄を設けて判定返却時に回答を行った(2013年度以降は廃止)。

- ① 運動部所属の有無・運動時間
- ② 現在の疼痛部位・その状態
- ③ 既往症・その状態

【問診票 設問・記入用紙】



- 1. 運動量: 運動部・スポーツクラブ所属の有無; 競技の種類; 練習頻度; 1日の運動時間
- 2. 運動器の状態(現在): 傷害の有無; 部位; 治療歴; 現在の症状
- 3. 運動器の状態(過去): 既往の有無; 受傷年齢; 部位; 治療歴; 現在の状態・症状
- 4. フリーコメント(2013年~削除)

図4. 問診票・記入用紙.

④ その他（自由記入欄）

判定(図3):「治療中」「要受診」「要注意」「問題なし」「判定不可/その他」の5段階評価で判定し、「要受診」・「治療中」判定者を二次検診対象者とした。

2) 二次検診（医療機関を受診）（図3）

一次検診で二次検診対象となった児童・生徒に医療機関への受診を勧めた。二次検診を実施した医療機関において、「要治療」「経過観察（通院）」「経過観察（著変時）」「問題なし」の4段階で判定してもらい、その結果を回収した。4段階以外の回答や回答不備の場合は、「その他」もしくは「判定不可」と判断し、一次検診・二次検診の結果から推定被患率を算出した。

推定被患率(%)は、「二次検診対象者数/(全対象者数-欠席者数) × 二次検診|「要治療」

+「経過観察（通院）」+「経過観察（著変時）」判定者数/二次検診受診者数×100」として算出した。なお、二次検診判定で複数個所の判定がある場合は、より判定の重いほうを判定結果として採用した。

結 果

1. 一次検診（表1）

直接検診：全対象に対するチェック項目異常は、年度別にそれぞれ4.8-28.9%，学年別では5.1-37.1%であった。

問診票：回収時に運動器に疼痛を自覚していると回答した割合は、年度別に9.2-10.1%，学年別に1.0-17.0%であった。

判定：二次検診対象者となる「要受診」・「治療中」の判定者は、年度別に12.2-17.0%，学年別に7.2-21.9%あった。

	検診年度							Total
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
一次検診								
対象者, n	2131	3624	4129	6335	8568	8161	8428	41376
直接検診異常者, n (%)	103 (4.8)	303 (8.4)	600 (14.5)	1418 (22.4)	1966 (22.9)	2358 (28.9)	1950 (23.1)	8698 (21.0)
問診票:「疼痛あり」, n (%)	197 (9.2)	366 (10.1)	396 (9.6)	570 (9.0)	806 (9.4)	748 (9.2)	784 (9.3)	3867 (9.3)
結果, n (%)								
治療中	96 (4.5)	187 (5.2)	136 (3.3)	186 (2.9)	260 (3.0)	156 (1.9)	161 (1.9)	1182 (2.9)
要受診	168 (7.9)	395 (10.9)	567 (13.7)	759 (12.0)	792 (9.2)	1136 (13.9)	1101 (13.1)	4918 (11.9)
要注意	93 (4.4)	256 (7.1)	363 (8.8)	1007 (15.9)	1655 (19.3)	1512 (18.5)	1230 (14.6)	6116 (14.8)
問題なし	1755 (82.4)	2777 (76.6)	3058 (74.1)	4380 (69.1)	5857 (68.4)	5356 (65.6)	5934 (70.4)	29117 (70.4)
判定不可/その他	19 (0.9)	9 (0.2)	5 (0.1)	3 (0.05)	4 (0.05)	1 (0.01)	2 (0.02)	43 (0.01)
二次検診								
対象者, n	264	582	703	945	1052	1292	1262	6100 (14.7)
受診者, n (受診率: %)	81 (30.7)	166 (28.5)	279 (39.7)	349 (36.9)	400 (38.0)	705 (54.6)	665 (52.7)	2645 (43.4)
受診件数	97	183	324	400	444	789	729	2966
受診歴なし件数, (%)	51 (52.6)	138 (75.4)	224 (69.1)	281 (70.3)	316 (71.2)	608 (77.1)	566 (77.6)	2184 (73.6)
結果, n (%)								
要治療	11 (13.6)	15 (9.0)	18 (6.5)	21 (6.0)	32 (8.0)	30 (4.3)	19 (2.9)	146 (5.5)
経過観察(要通院)	22 (27.2)	47 (28.3)	59 (21.1)	116 (33.2)	134 (33.5)	239 (33.9)	200 (30.1)	817 (30.9)
経過観察(著変時)	22 (27.2)	36 (21.7)	75 (26.9)	74 (21.2)	107 (26.8)	112 (15.9)	159 (23.9)	585 (22.1)
問題なし	23 (28.4)	64 (38.6)	100 (35.8)	118 (33.8)	119 (29.8)	281 (39.9)	250 (37.6)	955 (36.1)
判定不可/その他	3 (3.7)	4 (2.4)	27 (9.7)	20 (5.7)	8 (2.0)	43 (6.1)	37 (5.6)	142 (5.4)
推定被患率, %	8.4	9.5	9.3	9.0	8.4	8.5	8.5	8.6

表1. 運動器検診結果（年度別診）.

	学年								
	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3
一次検診									
対象者, n	96	311	97	10462	2253	8210	12412	7089	466
直接検診異常者, n (%)	14 (14.6)	16 (5.1)	13 (13.4)	1761 (16.8)	462 (20.5)	1704 (20.8)	2685 (21.6)	1870 (26.5)	173 (37.1)
問診票:「疼痛あり」, n (%)	1 (1.0)	9 (2.9)	4 (4.1)	455 (4.3)	151 (6.7)	772 (9.4)	1271 (10.2)	1125 (15.9)	79 (17.0)
結果, n (%)									
治療中	0 (0)	5 (1.6)	1 (1.0)	130 (1.2)	26 (1.2)	266 (3.2)	416 (3.4)	311 (4.4)	27 (5.8)
要受診	8 (8.3)	18 (5.8)	6 (6.2)	1062 (10.2)	276 (12.3)	903 (11.0)	1562 (12.6)	1008 (14.3)	75 (16.1)
要注意	5 (5.2)	8 (2.6)	11 (11.3)	1026 (9.8)	316 (14.0)	1268 (15.4)	1860 (15.0)	1503 (21.3)	119 (25.5)
問題なし	80 (83.3)	276 (88.7)	79 (81.4)	8235 (78.7)	1634 (72.5)	5759 (70.1)	8565 (69.0)	4244 (60.0)	245 (52.6)
判定不可 / その他	3 (3.1)	4 (1.3)	0 (0)	9 (0.09)	1 (0.04)	14 (0.2)	9 (0.07)	3 (0.04)	0 (0)
二次検診									
対象者, n	8	23	7	1192	302	1169	1978	1319	102
受診者, n (受診率: %)	7 (87.5)	14 (60.9)	4 (57.1)	670 (56.2)	156 (51.7)	488 (41.7)	850 (43.0)	432 (32.8)	24 (23.5)
受診件数	7	18	6	719	180	542	963	504	27
受診歴なし件数, (%)	7 (100)	10 (55.6)	3 (50.0)	565 (78.6)	134 (74.4)	417 (76.9)	680 (70.6)	352 (69.8)	16 (59.3)
結果, n (%)									
要治療	0 (0)	1 (7.1)	2 (50.0)	20 (29.9)	8 (5.1)	32 (6.6)	46 (5.4)	37 (8.6)	0 (0)
経過観察 (要通院)	4 (57.1)	3 (21.4)	0 (0)	197 (29.4)	50 (32.1)	170 (34.8)	259 (30.5)	124 (28.7)	10 (41.7)
経過観察 (著変時)	0 (0)	2 (14.3)	0 (0)	148 (22.1)	38 (24.4)	83 (17.0)	209 (24.6)	100 (23.1)	5 (20.8)
問題なし	3 (42.9)	7 (50.0)	2 (50.0)	261 (39.0)	56 (35.9)	176 (36.1)	285 (33.5)	157 (36.3)	8 (33.3)
判定不可 / その他	0	1 (7.1)	0	44 (6.6)	4 (2.6)	27 (5.5)	51 (6.0)	14 (3.2)	1 (4.2)
推定被患率, %	4.8	3.2	3.6	6.2	8.2	8.3	9.6	11.3	13.7

表2. 運動器検診結果 (学年別).

2. 二次検診 (表1, 2)

受診率: 年度別に28.5-54.6%, 学年別に23.5-87.5%であった。

受診歴: 二次検診受診件数の内, 当該部位に対する医療機関への受診歴がない(運動器検診を機に初めて医療機関を受診した)割合は, 年度別に52.6-77.6%, 学年別に50.0-100%であった。

推定被患率: 年度別に8.4-9.5% (全体: 8.6%), 学年別に3.2-13.7%であった。

考 察

1. 運動器疾患の推定罹患率と他疾患との比較

学校健診が行われている他疾患の被患率(図5)と運動器検診の推定被患率を比較する。う歯, 近視(裸眼視力1.0未満), 鼻・副

鼻腔疾患の被患率は運動器疾患の推定被患率より高率であるが, その他の疾患に関しては運動器疾患の推定被患率の方が高く, 学校健診としての運動器検診の必要性が示唆された。

また, この運動器検診を機に初めて医療機関を受診した児童・生徒が二次検診受診者の約50-70%であったことから, 運動器疾患の早期発見・早期治療のためにも運動器検診の重要性が示唆された。

2. 問題点・課題

学校において児童・生徒に対し運動器検診を実施するうえで様々な問題点・課題が挙げられた。

対象学年の抽出, 検診方法, 時間, 検者の選出, 費用, 実施体制やフィードバックの方法などが挙げられるが, その中で将来的な法的整備を前提に「対象学年の抽出」に着目し

【運動器疾患と他疾患の比較】

＜他疾患の被患率 (2014年度学校保健統計調査)＞	
う歯: 52.54% - 42.37%	近視 (0.1未満): 30.16% - 53.04%
耳疾患: 5.70% - 4.00%	鼻・副鼻腔疾患: 12.31% - 11.21%
喘息: 3.88% - 3.03%	心電図異常: 2.34% - 3.33%
アトピー性皮膚炎: 3.22% - 2.52%	(小学生-中学生)

＜運動器疾患の推定被患率＞

島根県: 2005年 4898名中約7%	2006年 4738名中約6%
京都府: 2005年 1515名中1.6-42.2%	2006年 2043名中1.3-7.1%
宮崎県: 2008年 2131名中 8.4%	2009年 3624名中 9.5%
2010年 4129名中 9.3%	2011年 6335名中 9.0%
2012年 8568名中 8.4%	2013年 8161名中 8.5%
2014年 8428名中 8.5%	

図5. 他疾患の被患率 (2014年度学校保健統計調査)。

た。運動器検診の対象は、小・中学生全員とするのが理想的ではあるが、時間・費用・マンパワーの問題もあり、抽出するのが現実的であると思われる。その方法には問診票や運動部所属者、学年での抽出等が挙げられる。

問診票の結果から直接検診の対象を抽出するという方法では偽陰性が懸念されるため、われわれは直接検診と問診票の双方から評価する方がより確実な検診につながると考える。それでは、「学年」で抽出する場合どの学年に行うのがより効果的か、また「運動部所属者」だけに行うのかという疑問が残る。

直接検診が7項目になった2008-2012年度に運動器検診を実施した小・中学生を対象とし、それぞれ運動部群 (S群) と非運動部群 (N群) に分類し検診結果を比較検討した。³⁾

直接検診チェック項目「異常あり」は、各学年ともに両群間に有意差はなかったが、問診票を加味した二次検診対象者は小学6年生、中学1・2年生でS群が有意に多かった。

推定被患率はS群、N群ともに学年が上がるにしたがって高くなる傾向であった。

また同様に、小学生S群・N群、中学生S群・N群をまとめて比較すると、直接検診チェック項目「異常あり」は、小学生・中学生ともに両群ともに小学生よりも中学生の方が有意に多かった。二次検診対象者は、小学生・中学生ともにS群が有意に多く、両群ともに小学生より中学生の方が有意に多かった。推定被患率は両群ともに小学生より中学生のほうが高い傾向であった。従って、両群ともに二次検診対象者が小学生より中学生で多くなること、学年が上がるに伴って推定被患率が高くなることから、運動器検診の対象は小学校高学年・中学生とするのが妥当と思われる。また、小学校4・5年生では二次検診対象者に両群間で有意差がないこと、各学年のN群の推定被患率も比較的高く学年とともに高くなっていることから、運動部所属の有無に関わらず検診を行う必要があると考え

る。

3. 子どもとロコモティブシンドロームとの関係

運動過多による子どもの頃の運動器傷害が残存し、加齢や運動器への負担が加わることで、成人後に変形性関節症、変形性脊椎症やロコモティブシンドロームへ進展することが懸念される。

一方で、運動不足による子どもの頃のバランス・筋力などの基本的な運動能力の低下から成人後も運動不足となり、さらに体力・運動能力の低下をきたし、ロコモティブシンドロームへ進展することが懸念される。

おわりに

運動の過多と過少の二極化現象のため、児童・生徒の健全な運動器の発育・発達が阻害されつつある。運動器検診を実施することで運動器の形態異常・機能不全を早期に発見することが期待される。健全な運動器の発育・発達をサポートし、さらに学童期における運動器傷害を予防することで、将来のロコモ・メタボ予防が期待され、運動器検診の役割は大きいと考えている。このことを医療関係者のみでなく、学校関係者、児童（生徒）、保護者や行政の担当者も理解する必要があり、

われわれもその啓発に努めたいと思う。

運動器検診が2016年度から学校健診とし開始された。運動器検診を通して運動器の異常を感じたら早期に医療機関を受診させることで、「動く喜び、動ける幸せ」が浸透することを祈念し稿を終える。

謝 辞

稿を終えるにあたり、本事業にご理解やご協力頂いている児童・保護者、学校関係者、宮崎県医師会、地区医師会、学校医部会、教育委員会、行政（区市町村）や大学関係者、その他関係機関・スタッフの皆様に深謝致します。

文 献

- 1) 武藤芳照, 柏口新二, 内尾祐司: 学校における運動器検診ハンドブック. 南江堂, 2007.
- 2) 「運動器の10年」日本委員会(編): 平成18年度「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業」報告書, 2007.
- 3) 帖佐悦男ほか: 子どもからのロコモ予防の重要性-運動器検診を通して-: 日本臨床スポーツ医学会誌; 22(2): 2014.

[随 筆]

◎ユリノーム戦争

高鍋町 愛生堂坂田病院

坂 田 師 通

医者になって30年間私は高尿酸血症の治療を開始する際、随時尿の尿中尿酸／尿中クレアチニン比を用いて、原則として尿酸排泄低下型にはベンズプロマロン、尿酸産生過剰型にはアロプリノールを投与してきた。尿酸排泄低下型の患者さんの方が多いことから、自然にベンズプロマロンを使用する頻度は多くなってしまふ。ベンズプロマロンには劇症肝炎の副作用が有名であるが、実際には殆ど経験しないし、肝障害も関節リウマチのアンカードラッグであるメトトレキサートより頻度は低いという印象を私は持っている。大病院に勤務していた頃、軽度の肝障害のある患者さんにベンズプロマロンを投与しているのを病棟医長が大変心配されたので、自分で肝生検を行って脂肪肝であることを証明したことがある。今から考えると随分乱暴なことをしたと反省しているが、私のベンズプロマロンへの気持ちには熱いものがある。

この私の尿酸降下薬の投与法に正面から反対する男がいる。関西で泌尿器科の医院を開業され、熱狂的な阪神タイガースファンでもあるN先生である。N先生とは約20年前バイト先の病院で知り合い、年齢が同じであることから、大変仲良くなった。N先生は、某有名国立大学を8年以上かけて卒業しておられる。8年以上かけて卒業した理由を聞いたと

ころ、ある時は「にわか勉強で試験に合格し、試験が終わったらきれいさっぱり忘れるような勉強は患者さんに失礼なので、俺は深く勉強したので遅れた」と言ったこともあるし、またある時は「20歳台前半に人として成さねばならぬことをしていたので卒業が遅れた」と言ったこともある。大変屁理屈を作るのがうまい先生で、議論をしていると明らかに間違っていたことでも、その時はN先生の言っていることが正しいと思えてくる、しかし、自宅で風呂に入って冷静に考えるとN先生の話は間違っていることに気がついてしまふ、そんなことが何回もあった。

N先生は、ベンズプロマロンを投与した患者さんで尿管結石の副作用を何例か経験され、それ以降はアロプリノールしか使用されなくなったそうである。先生は、ベンズプロマロンのことを結石合成薬と呼ばれる。N先生とは私が誘って入会させた温泉医学に関する学会で数年に一度会うのだが、一緒に酒を飲むといつも「ユリノームを使う医者は馬鹿だ」と言いはじめ、私と楽しい喧嘩が始まる。

しかし、長年続いたN先生と私の“ユリノーム戦争”はN先生の勝利で終わりそうである。近年、フェブキソスタットとトピロキソスタットが開発され、フェブキソスタットを用いたFORTUNE-2のデータによれば、排泄

低下型，産生過剰型に関係なく同じように血清尿酸値は低下しており，尿酸降下作用に明らかな差はないとされている。また，アメリカリウマチ学会のガイドラインでも，ファーストチョイスは尿酸生成抑制薬となっている。

夜1人になって，使い慣れたベンズブロマロンに話しかける。「お前には，少なくともインスリン抵抗改善作用があり，PPAR α を活性化させることも明らかだ。URAT1は近位尿細管だけでなく，血管内皮細胞，血管平滑筋細胞，脂肪細胞にも存在する。働く場所は，たくさんある，頑張れよ！」と。

一方“ユリノーム戦争”に負けた敗軍の将である私はどうだろう。最近，日毎に情熱がなくなっていることに気がつく。尊敬している高鍋の耳鼻咽喉科の先生が，娘さんが開業される際に66歳で一線を退かれたので，私はその記録を更新して，還暦前には医者そのものをやめようと思っている。医者をやめたら，住職様が雨の日も風の日も機械に頼ることなく撞いておられる称専寺の美しい鐘の音を聞きながら，静かに余生を暮らしたいと思っている。

[随 筆]

◎ポケベルGO

高鍋町 内田医院

栗 田 正 弘

今やスマホの時代となり、私の持っている通称ガラケー携帯は時代遅れとなりつつある。しかしほんの少し前の時代は、携帯を持っている人はほんの一握りの人だけだった。更に、私が医者になった頃はその前のポケットベル（通称ポケベル）の時代だったが、それでさえ持っている人は少なかった。

研修医になった時だった。病院から、患者さんが急変した時にすぐ連絡がつき駆けつけられるようにと、一人一台ずつポケベルを持たされた。初めて手にしたポケベル、最先端の医療機器を手に入れたような気分で「医者になったんだなあ」と実感した事を覚えている。

それをベルトの横にぶら下げ仕事を始めたが、最初は受け持ちの患者さんも少なく全然呼び出しがない。ある時、そんな鳴らぬポケベルを何気なく眺めていたら、先輩医師がこんな話をしてくれた。

「僕も最初はポケベルで呼ばれる事が全く無かったよ。最初に鳴ったのは医者になって一ヵ月位した頃。受け持ちの癌の患者さんの血圧が急に下がった時だった。しかし最悪にもトイレで大便をしている最中で、トイレじゅうに“ピピピッ、ピピピッ”という音が鳴り響いた。大慌てでポケベルの音はすぐ止めたけど、便意はすぐには止まらず時間がか

かってしまった。お尻を拭くのもそこそこにやっと病棟に走りこんだ時には、患者さんの救急処置は指導医の先生が既にして下さっており、来るのが遅いと怒鳴られたわ。」との事だった。それを聞いてから、トイレに入る時は左手にポケベル、右手にトイレトーパーを握りしめ、いつベルが鳴っても即座に緊急に対応できるように、それをじっと見つめながら用を足す習慣がついた。

そのうち受け持ちの患者さんの増加と共に、頻繁にポケベルが鳴り呼び出されるようになり、いつ患者さんが急変してベルが鳴りだすだろうかという緊張感に満ちた、管理された生活が続くようになった。唯一、患者さんを他の医師にお任せしてポケベルの届かない県外へ出張する時が、その生活から解放される時で、「やった。しばらくはポケベルが鳴らない。」と、そのささやかな開放感を喜んだものだった。

しかし科学の進歩は恐ろしく、まもなく県外にいてもポケベルが鳴るようになり、今では携帯電話の普及で日本国中いつでもどこでも（たとえ富士山の頂上であっても）病院と簡単に連絡がつくようになり、便利な反面、心安まる時がなくなってしまった。

「今や、携帯が鳴ったのに気づかないくらい飲んで酔いつぶれてしまう以外、この管理

された世の中から逃れる事は出来なくなった
のかもしれないな。」

そう言い訳しながら「安穩」な境地を求め
て今夜もお酒を飲むのであった。

[随 筆]

◎近況報告

社会福祉法人恩賜財団済生会支部 宮崎県済生会日向病院

林 克 裕

宮崎県済生会日向病院（日向病院）横田晃先生とのご縁をいただき、平成28年4月から日向病院の院長職を拝命しました。

1) 社会福祉法人としての使命

明治天皇の勅語により社会福祉法人恩賜財団済生会は設立され、それぞれの地域のニーズに応じた形態を取っています。日向病院は一般、回復期、療養型病棟を持つケアミックス型の病院で、日向・門川地区の唯一の公的病院として、救急医療を含めた地域医療の中心的役割を担ってきました。国は1,000兆円に上る国債を抱え、厳しい財政状態の中で、税制上の優遇を受けている公益法人の社会的責務が厳しく問われています。明治天皇の救済済生の理念（貧困、疾病、頼るべき人も、住む所もなく、社会から見捨てられた人々を救済する事）を具現化するために済生会ではなでしこプランが策定され、当院も積極的に取り組んでいますが、公益法人として、救急医療を含めた地域医療の中心的役割以外に何をすべきか考える必要があります。

今後の日向病院の進むべき方向は超高齢化社会を迎えるに当たって、在宅医療の充実と考え、院内にある訪問看護ステーションを独立させました。開設当初は24名の利用者でしたが、わずか4ヵ月で40名に増え、地域のニーズに沿った事業展開だったと自負してい

ます。在宅医療には看護支援だけでなく、在宅医療を担当する医師が不可欠です。幸いな事に宮崎大学医学部第二内科（第二内科）の同門である久保田哲代先生が日向病院で一緒に働いてくれる事になりました。久保田先生は東京で20年間在宅医療を手がけてきたスペシャリストで、既に20名の方を在宅で看取っています。私も一度在宅で看取られた患者さん宅を訪問しました。残された家族は患者さんの死を人生の終わりではなく、天国（あるいは浄土）への旅立ちと受け止められ、悲しみではなく、死を看取った満足感に溢れていました。その笑顔を拝見すると、Cureを目指す病院医療とは違うCareに根ざした在宅医療の原点を見たような気がしました。

2) 一内科医としての仕事

日向病院は初期研修医制度の影響を諸に受け、宮崎大学からの医師派遣が途切れ、内科医は3名しかいませんので、私も内科医として、外来だけでなく、入院も担当しています。10年以上医学教育に専念したため、臨床から遠ざかっていましたが、原三信会病院の花田先生、九州大学第一内科の柳瀬教授、第二内科の津田教授から叩き込まれた教えを糧に一内科医として、何とか勤めを果たせています。63歳になり、肉体的には少々へばっていますが、5年ぶりに痛風発作が出ました。痛

風はアレキサンダー大王、フビライハン、ルイ十四世などエネルギーな人に出やすいと言われてしますので、元気な証拠かもしれません。

3) 肝臓専門医

諸事情のため肝臓専門医としての資格を失いました。自分では30年間の肝臓専門医としての腕は錆び付いていないと思っていますが、周りはそう思っていないかもしれません。幸いな事に周辺の医療機関から私宛に肝疾患の紹介患者も増えています。

4) 日向のパワースポット、大御（おおみ）神社

日向病院のある日向には宮崎の方もあまり知らない大御神社があります。ラグビーワールドカップの日本代表はこの神社のサザレ岩

の前で必勝祈願を行い、南アフリカ代表を破るという大快挙を成し遂げました。

*大御神社で必勝祈願を提案したジョーンズヘッドコーチの言葉；日本の力というのを選手たちに感じて欲しかった。私たちはラグビーワールドカップという大きな舞台に向かっています。あくまでラグビーの試合でしょ、という人もいますが、私たちにとっては生死を懸けるものです。だから愛国心がないと戦えないのです。サザレ岩の前に立つと、小さな石（一人一人の小さな力）が大きな巖になること（南アフリカを打ち破ること）を実感できます。

日向に立ち寄った時、ぜひ大御神社まで足を伸ばして、ラグビーワールドカップ日本代表のようにパワーをもらってください。

入会の挨拶



宮崎市 宮崎市立田野病院
高石真那斗

宮崎市立田野病院で内科医・総合診療科医として勤務しております。高石真那斗です。

宮崎市立田野病院は2015年4月より国立大学法人宮崎大学が指定管理者となって運営を行っており、まもなく丸2年を迎えます。近藤千博院長の元、田野地域唯一の病床（42床）を有する医療機関として、微力ながら、地域の入院診療・外来診療・訪問診療を行っております。常勤医は5名で、上・下部内視鏡、CT、MRI等の検査機器を有しています。地域住民の皆さんへの医療提供はもちろんのこと、宮崎市より突きつけられている（？）経営の安定化（要するに赤字解消？）を目指して、職員一同、日夜努力しています。

また、同敷地内に宮崎市介護老人保健施設さざんか苑（入所定員50名）を併設しており、入所サービスの他、ショートステイや通所サービスを行っております。なお、余談ではございますが、現在（2016年12月）、いずれのサービスも空きがあり、新規利用者を募集中です。

若輩者ではございますが、皆様のお力添えを頂きながら日々精進していきたいと思っております。今後ともどうぞよろしく願い致します。

入会の挨拶



宮崎市 ふくどめクリニック
福留 慶一

平成27年12月に宮崎市郡司分で新規開業しました。福留慶一と申します。標榜科は、人工透析内科と内科で、主に外来での血液透析療法を行っています。

出身は宮崎市で、平成4年に宮崎医科大学を卒業後、同第1内科に入局しました。腎臓グループに属し、古賀総合病院、宮崎江南病院、日向市千代田病院、県立延岡病院など透析のある施設に勤務しました。

無床診療所で外来患者のみですが、これまでの経験を活かして地域医療に貢献致したいと存じます。

透析患者は合併症が多く、いろいろな専門の先生方にお世話になると思いますが、今後とも本会の諸先生方からのご指導ご鞭撻をよろしく願い致します。

理事からひとこと

AI（人工知能）と内科医

宮崎市 四季クリニック

院長 石坂裕司郎

私は、旧宮崎医科大学を卒業後、同大学第一内科に入局してから勤務医を経て平成13年1月に宮崎市の西端、生目の杜運動公園近くに開業しました。早いもので16年目になりました。現在は、外来診療の傍らで在宅診療も行っています。

今年8月AIが診断の難しい白血病を10分で診断し、適切な治療法を助言して回復したとの新聞記事を読みました。患者は数ヶ月間治療を続けていましたが改善は見られず容体も悪化したためAIであるIBM Watsonによって再度病状を分析したところ、「二次性白血病」だったと判明し、抗がん剤の種類を変更すると症状が改善しました。使用されたWatsonは、東京大学医科学研究所が導入し、2,000万件を超える研究論文や、1,500万件を超える薬の特許情報を学習させたものでした。Watsonは15秒で40万件の論文を参照可能とのことで「1人の医師がすべての膨大な医療情報を把握するには限界があり、情報を蓄積してみずから学習する人工知能の活用は、医療の世界を変える可能性を秘めている」と結ばれていました。

囲碁、将棋、チェス等は完全情報ゲームと言われゲームの情報がプレイヤーからすべて見られます。昨年、Googleの開発した

AlphaGoは韓国のプロ棋士に勝利しました。また、日本の将棋のプロ棋士によるAIソフト不正使用疑惑が世間をにぎわせています。「ブロックくずし AI」で検索するとAIソフトDQNがまるで生き物のように進化していく様子を見ることができます。これらは完全情報ゲームの人工知能研究が終焉に近づいている事を意味します。

一方、経済や私たちの臨床医学は不完全性ゲームであります。これは情報が不確実なためプレイヤーはある程度の推論が必要となります。推論するためには確率に基づく思考が必要になります。普段、私たちは無意識に確率的推論で診療を行っています。たとえば、発熱患者の咽頭発赤をみて扁桃も腫れて、咳がない、溶連菌の可能性がありそうだ、溶連菌迅速検査をしたら陽性だった。このようにベイズ推定に基づく事後確率の上昇を経験的に知っています。これまでこの分野はAIが遅れていましたが、ディープラーニングの技術の進歩でパターン認識の能力が向上し、ビッグデータ分析を自動的に行うことでがん専門医でも困難な診断を短時間で解決したことになります。この分野でもついにAIが人間を追い越す日が近づいていることを予感させる事件だと思えます。

2045年人間の知性をAIが凌駕するというシンギュラリティ予想が早まるかもしれません。将来、身体に付着したセンサーが自分のライフログをとりネットに送られるかもしれ

ません。これは、人間の意識や心よりモノがセンサーを介して直接ネットとつながるということです。身体もモノであるから人と人ではなく、モノとモノの結びつき、いわゆるIoT(internet to thing)となります。ジョニーデップ主演のトランスセンデンスという映画は自立した人工知能の話ですが、まさに映画の世界がそこまで来ています。

いまやAIはモーツァルトを思わせる作曲も作り、米国では弁護士の主要作業の一つ、証拠集めはAIが主役です。株取引における「超高速取引」とは、人がまばたきをする間に1万回もの売買を行えるシステムを使った取引のことでデータやアルゴリズムを搭載したAIが、けた違いのスピードで取引を繰り返しています。アメリカや日本では、すでに半分ほどの取引が実際に「超高速取引」を使った自動売買だとも言います。物理学でもAIが導く結論は途中の計算が複雑すぎて理由を人間が後から明らかにするのが難しく、ノーベル賞級の成果をあげてもその成功を語るの人間ではなくAIというブラックジョー

クもあります。

「内科は整理の学問である。」とある雑誌に書いてありました。慧眼の一言であります。これはAIの最も得意とする分野でどんなに優秀な臨床医でも太刀打ちできないでしょう。将来はAIに最新のガイドラインに基づく降圧剤を聞いたら患者の年齢、性、既往歴等から瞬時に適切な治療法を助言する時代が来ます。ただ、AIは頑固な専門家です。そして人間にはAIにないコミュニケーション能力があります。AIと内科医が協調して、例えるならSTAR TREKのカーク船長とミスタースポックのように診療に当たれば最高の医療を提供できるのではないかと想像しています。

「安倍首相は医療の分野でAIを導入した医療行為を次回の診療報酬改定に加える検討を厚労省に指示した。」との新聞記事がありました。AI抜きに医療の将来は語れない時代になりました。今後もAIから目が離せないでしょう。

理事からひとこと

理事から一言

宮崎市 県立宮崎病院内科

姫路 大輔

県立宮崎病院内科の姫路です。本会の理事を務めています。専門は呼吸器内科・感染症内科です。特に気管支鏡診断、治療が専門です。気管支鏡診断治療学はこの20年で、劇的な進化を遂げました。私のこれまでの医師人生の多くは気管支鏡と共に過ごしました。今日は自己紹介と共に気管支鏡診断治療学の進歩を振り返ってみたいと思います。

1996年に熊本大学医学部を卒業し、膠原病に興味を持っていたことから九州大学第一内科(仁保喜之教授)に入局させて頂きました。膠原病は間質性肺炎などの肺病変を多く合併し、また感染症にも悩まされることが多く、呼吸器疾患・感染症にも興味を持っていました。

私と気管支鏡の出会いは、1年目の研修先である九州厚生年金病院(現JCHO九州病院)でした。最初に配属された呼吸器内科で気管支鏡を握らせてもらった時、とても手になじんだことを覚えています。当時は気管支鏡と言えばBAL(気管支肺胞洗浄)や、透視を見ながらの生検が主体で、患者さんはとても苦しそうで、大変な検査だな、と思っていました。

その後1998年に九州大学大学院に進学させて頂きましたが、どうしても本格的に呼吸器

の勉強をしたくて、当時原田実根教授が主宰されていた岡山大学第二内科で半年間の研修をする機会を得ました。最初の師匠である西井研二先生(現岡山県健康づくり財団附属病院院長)に気管支鏡の基本をたたき込まれました。当時の検査はやはり透視を見ながらの生検が主体でしたが、迅速細胞診(ROSE: rapid on-site cytological evaluation)という先進的な検査体制を当時より導入されていました。

その後九大に戻り、アポトーシス関連分子の研究で学位を頂き、1年間の病棟指導医生活を経て、2003年内科呼吸器部門の立ち上げのため、県立宮崎病院に派遣されることとなりました。

赴任後、多くの患者さんをご紹介頂きました。特に肺癌の患者さんを多くご紹介頂きましたが、末梢型肺癌の診断、縦隔病変の診断では、従来のやり方では苦勞することが多く、また肺癌による気道狭窄の患者さんにはなすべがなく、とても悔しい思いをしていました。

そのため、2004年秋に、生涯の師匠となる岡山赤十字病院故渡辺洋一先生のもとで勉強する機会を得ました。岡山赤十字病院は当時日本で数少ない気管ステントを行っている施設で、2週間という短期間でしたが技術と考え方を学びました。ちょうどその頃、末梢診断を目的とした超音波気管支鏡(EBUS: endobronchial ultrasonography)や、超音波気管支鏡ガイド下縦隔リンパ節

生 検 (EBUS-TBNA : EBUS-transbronchial needle aspiration) が臨床応用され始めました。私は幸運にも岡山での研修のさい、気管ステントの第一人者である宮澤輝臣先生 (当時広島市民病院。現聖マリアンナ医科大学呼吸器内科特任教授)、EBUSの第一人者である栗本典昭先生 (当時国立広島病院。現聖マリアンナ医科大学呼吸器外科病院教授)より、それら最新知識を直接学ぶことが出来ました。現在でもお二人は私の師匠であり、色々と気管支鏡関連のお仕事をご一緒させて頂いています。当時栗本先生はEBUS-GS (GS : guide-sheath) 法を検討されており、それを見た私はすぐにその検査を行おうと考え、その場から県病院の内視鏡室に電話して、これ

これらの器材はありますか?と尋ねたことを良く覚えています。

その後宮崎に戻り、EBUS-GS, EBUS-TBNA, また硬性鏡を県内で最初に導入し、症例を積み重ねてきました。赴任当時お役に立てなかった患者さんのお役にどうか立てる様になったと感じます。これも多くの師匠との出会い、また勉強の機会を与えてくださった九州大学第一内科医局、県立宮崎病院の諸先生方、なにより多くの患者さんをご紹介頂いた先生方に支えられてのことだと痛感します。

今後も気管支鏡だけでなく、いろいろな分野で患者さんのお役に立てるよう、精進していきたいと思います。

理事からひとこと

理事から一言

宮崎市 たまきクリニック

理事 玉置 昇

自己紹介

私は高校卒業までを大阪で過ごし、昭和53年に宮崎医科大学に入学し昭和59年に卒業し、以後は宮崎で暮らしています。ということで、人生の2/3以上は宮崎で生活していますので、もはや宮崎人と言っても間違いは無いと思います。ただ、長く宮崎に暮らしていても関西弁だけは抜けません。家族の前以外ではなるべく関西弁を出さないようにしています。大学を卒業後は同大学の第2内科に入局しました。入局時より糖尿病の勉強をしたいと思っていました。関連病院勤務の後、平成6年当時すでに閉院していた「綾町クリニック」の場所にて、現在のたまきクリニックを開院しました。綾町には縁もゆかりもなかったのですが、今は自分のホームグラウンドになっています。地域住民の診療に明け暮れていましたが平成19年に一念発起して宮崎大学大学院に入学しました。いわゆる夜間大学院です。第3内科の中里教授のご指導を受け学位を取得できました。現在も第1内科出身で消化器を専門とする妻と二人三脚で日々診療しております。開院時は中古の建物で傷みが激しかったので解体し新築し平成26年12月より新しい診療所で気持ちよく仕事をしております。趣味と呼べるものは特にありませ

んが映画鑑賞、小旅行、写真、Facebook（反応が早いので、ちゃんと仕事をしてるのか？と言われます）、小物の蒐集などに興味があります。完全なインドア派です。

近況報告

糖尿病診療において糖尿病療養指導はとても重要であることは言うまでも無いことですが、私にとってとても苦手な分野です。本年12/11(日)に宮崎県で初めての日本糖尿病協会主催の「糖尿病カンパセーション・マップ」(以下マップと略す)ファシリテータートレーニングの講習会があると知り参加しました。マップとは、シカゴにあるヘルシーインターアクションズ社が国際糖尿病連合(IDF)の協力のもと糖尿病療養指導のひとつの新しい方法として企画・作成した対話型プログラムで120カ国以上で用いられています。日本ではIDFから委託を受けた日本糖尿病協会が2009年から普及活動を展開しています。世界から集結した医療関係者がエキスパートトレーニングを受講し、エキスパートトレーナーが中心になって各国でファシリテータートレーニングを実施しています。ファシリテータートレーニングを受講した医療スタッフは1,100名を超え、各医療機関でマップを実施して糖尿病療養指導に活用しているようです。参加したグループの興味や関心に合わせて、6つのテーマの中から1つを選び、ファシリテーターの医療スタッフや医師とそれぞれのテーマについて1時間ほど話し合いま

す。そして、グループでの会話を通じて、糖尿病に関する知識を整理したり、糖尿病に対する気持ちを見直したり、前向きな日常生活を送るよう目標を立ててもらったりします。糖尿病患者さんや家族、友人が数名のグループで話し合い、境遇をともにする患者さんの知識や体験から糖尿病について互いに学び合う、全く新しい糖尿病の学習教材です。従来の講義型の糖尿病指導では、患者さんたちは受け身となり、医療従事者の判断に依存的でした。そのため腑に落ちないような疑問点は残されたままとなり、指導内容が実生活に反映されないことも多々ありました。マップを利用した指導では、進行役のなげかける「開かれた質問」に答えることで主体的に判断する経験を培え、糖尿病と向き合う気持ちを導くことができます。また、患者さん同士という同じ境遇を持つ人たちとの会話を通じて、経験的な理解と気づきを得ることができま

す。気づきに基づく深い理解は、実生活で自主的・主体的に糖尿病の自己管理に取り組むきっかけとなります。

講習会では7～8人のグループに分かれて

エキスパートトレーナーが中心となり我々は一人の患者になりきって意見を交わし合うのです。しかし、患者を演じるのはとても難しく苦勞しました。皆さんがすっかりなりきっているのを見て感心した次第です。9：30～16：30までみっちり講習に参加し、ファシリテーターとしての認定証を頂きました。ファシリテーターは5年の更新制で、5年間に1回はフォローアップトレーニングを受講する必要があります。さらにグレードアップしてエキスパートトレーナーを目指す制度もあります。

つい先日日本糖尿病協会から立派な資材が届き、あとは患者さんに指導する段取りになっています。かなり敷居が高いのですが、資材と1日の努力が無駄にならないように頑張りたいと思います。

抱負

小牧会長をはじめ先輩理事の先生方の指導を受けながら、微力ながら宮崎県内科医会のお役に立てるように頑張っていきたいと思

います。どうか宜しくお願い致します。



「五ヶ瀬・三ヶ所神社の枝垂れ桜」 宮崎市 神宮医院 田中 宏幸
境内には300本もの枝垂れ桜が開花するが、本殿の記憶を司る海馬の彫刻等が素晴らしい。
高千穂の町から218号線経由で503号線を南下するとこの神社に行きつく。
すぐ隣の浄泉寺の桜も見事だが、高千穂と違いこの町には至る所に枝垂れ桜が植えられている。
(平成28年 4月10日撮影)



「白滝 五ヶ瀬」 延岡市 北浦診療所 日高 利昭
白滝は紅葉で有名な場所ですが、今年も綺麗な姿を見せてくれました!

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村善教

再生は 叶わぬものと宣われ
幹細胞の 夢が遠のき

信じてた drip&stripの 効果すら
否定の意見 何に期待を

閉塞の 部位に薬剤 届くのか
答えに窮す 診察室で

適正な 価格を願う 臨床医
医学の勝利 国を滅ぼす

適応は 歳の制限 止むを得ず
前期高齢 既に外れて

短歌

有平棒

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺元久

くるくると有平棒アルヘイぼうの三色の回れる店のドアを開きぬ

剃刀を持つ理容師にのど笛を掻き切らるるは思はずに座す

髪のみならず髭鬚髯眉毛鼻毛耳の毛を整へてくる

宮崎の理容学校をととしに生徒の募集を停止しにけり

床屋さんゲートキーパーになると聞きぬ自殺予防の研修会に

*これらの歌は、短歌結社誌「心の花」平成二十八年六月号に掲載された作品を一部改変したものである。

短 歌

わが誕生日と子と孫の事

延岡市 藤本内科小児科医院

藤 本 孝 一

八十一のわが誕生日を祝ひくれ看護婦一同花束飾る

八十一の萎えしわが身に力無く患者を診つつ疎むことあり

不気味なる激震起こり幾つもの余震が続き眠れずに居る

熊本市の四人の子らとわが孫ら地震が続けど怪我をするなし

わが孫ら十一人なり卒中後いまだ曾孫を見ることのないし

短 歌

医療の周辺 4

宮崎市 大西医院

大 西 雄 二

晩年の父の姿思ひだす医業止めにし齢に近づけば

待合の隅に座りし媪あり亡きあとにも幻影に見つ

往診の患家に向かふ車の中地震発生の携帯音響く

高額の新薬剤の処方時に医療財政の不安に捉はる

認知者のもらす一言聞きをればしばし本質を突き驚けり

[報 告]

日本臨床内科医会第56回代議員会および 第30回日本臨床内科医学会報告

宮崎県内科医会 副会長
田 口 利 文

第30回日本臨床内科医学会が平成28年10月8日(土)、9日(日)の両日に東京都新宿区の京王プラザホテルで開催され、理事会に小牧会長、代議員会に小牧、田口、光川の3名が出席しました。

◆第54回代議員会

開会にあたり、猿田享男日臨内会長、第30回日本臨床内科医学会長菅原正弘東京都臨床内科医会会長の挨拶があり、その後各部会からの会務報告があった。

報告事項の概要は次の通りである。

[総務部]

総務委員会より平成28年8月26日現在の会員数は15,077と減少傾向にあるとの報告があった。今後の総会は平成29年東京、30年京都、31年名古屋での開催が予定されている。医学会の開催予定は平成29年大阪、30年神奈川、31年広島、32年福島である。調査研究委員会では「女性のミカタ」患者満足度調査結果が報告された。さらに今後は「ロコモティブシンドローム」等の疾患を日本臨床整形外科学会などと協力して新しい調査研究が考えられている。

[庶務部]

会員の福利厚生を目的とした保険制度の開始(東京海上日動との契約)について報告があった。9月1日よりドクター総合保障制度の5%値引が開始された。

1. 弔慰金(見舞金)制度
2. 団体保険制度 日臨内会員向けに、割安な保険料で加入できる団体保険制度。
3. 保険コンサルティング 自動車保険・火災保険・生命保険などに関するコンサルティングサービスを当会提携の保険代理店を通じて会員に提供する。
4. 日常生活の保障 日常生活の偶然な事故の補償(申込 日臨内ホームページ)
5. ゴルフに関する保険 個人賠償、責任保険、傷害保険、携帯品損害に関する3つの保険がセットになって、保険料1,000円/年

会員にメリットのあるサービス提供を今後も日臨内より提案する予定である。

会員増強委員会よりこの5年間で会員数が増加した都道府県は21%、減少64%、変化なし

15%と会員数が減少していることが報告された。今後入会のメリットを検討していくことが重要で、保険医療審査に関する情報、専門医制度との連携などが挙げられた。

IT委員会より日臨内ホームページについて日臨内事務所移転に伴い住所を変更したこと、日臨内ホームページ作成会社より、会員向けウェブサイト構築サービスの提供が開始されたことなどが報告された。

[社会医療部]

公益事業委員会より 1. 禁煙テーマ 座談会「タバコ問題の今」医学会での禁煙後援会 2. 感染症テーマ ワクチン講演会 3. 健康テーマ 禁煙指導者認定パネル、禁煙宣言パネルの配布などの報告があった。

日臨内インフルエンザ研究班報告：報告1. 2015-2016年シーズンの迅速診断キット、ウイルス分離、核酸検出、血清HI抗体価の成績について、ウイルスが分離された症例数は457例で、H1N1pdm09が219例、H3N2pdm09が20例、Bが218例であった。迅速診断キット陽性と判定された症例での陽性試験予測率は、A型で91.7%、B型で91.1%と有用性が高いと判断された。ワクチン接種前の抗体価が40倍以上の例がかなり見られたが、これはこれまでのワクチン接種が影響していると考えられた。接種後のHI抗体価40倍以上の割合は増加しており、ワクチンの反応性は良好と考えられ、H1N1pdm09およびB型感染者では急性期のHI抗体価が40倍未満の例が多く、40倍以上での感染者は少なく、ワクチンが有効であった可能性が報告された。報告2. インフルエンザの流行状況とワクチン、抗イ薬の有効性について：ワクチンの有効性に関する前向き試験で、インフルエンザ発生率は9歳以下、10歳代、30歳代および全年齢でいずれも非接種群よりも接種群では優位に低くワクチンは有効であった。特にA型では有効性が高く、B型でも4価になって一定の有効性の向上が認められた。抗インフルエンザ薬の解熱時間はA型では30時間前後、B型では30～40時間程度とH275Y変異による耐性を示唆するような極端に解熱時間の長い症例は認められなかった。65歳以上の肺炎球菌ワクチンの接種率は公費負担もあり、この3シーズンで毎年大幅に増加した。地域医療委員会では14名の地域医療功労者表彰が報告された。今後の活動方針として在宅医療の推進が報告された。

[社会保険部]

医療・介護保険委員会より下記報告があった。

1. 平成28年度診療報酬改定について 今回の診療報酬改定は医療・介護供給体制の2025年モデルの再編に向けて病棟再編が促された一方、病院完結型から地域完結型の医療への医療が促進された。患者の病院から在宅復帰の促進や地域包括ケアシステムの構築が底流にある。特に臨床内科医に関係のある地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ医機能の評価、質の高い在宅医療、医薬品の適正使用の推進に主眼が置かれていた。

(1) 認知症地域包括診療料と認知症地域包括診療加算

主治医機能を評価する地域包括診療料が新設され、この仕組みをベースに認知症を合併する患者について、診療料は12点、加算は10点高い点数が算定できるようになった。

(2) 地域包括診療料と地域包括診療加算

施設基準の一部が緩和された。診療所では常勤医が3人以上から2人以上に引き下げられた。患者の自己負担が高いこともあり算定しているところは少ない。

(3) 小児かかりつけ医 小児外来診療料よりも30点高い点数が算定できるようになった。時間外対応加算の標榜により無制限に電話連絡などが危惧されるため申請していない施設も多い。

(4) 薬剤総合評価整理管理料と連携加算 患者の減薬による自己負担の減少より、管理料の算定による自己負担の増加が上回るため評判が悪い。連携管理加算を算定している医療機関は多い。

(5) その他 比較的安定した在宅患者の月1回の訪問診療での在宅時医学総合管理料の算定が可能となった。

2. 平成30年度診療報酬改定の方向性と対応

平成30年度の診療報酬改定は6年に一度の診療報酬・介護報酬改定に加え、医療計画、介護保険事業計画、医療費適正化計画なども見直す節目の時期であり、消費税の10%増税も先送りされ、「財源なき改定」となり厳しい改定となる可能性が高い。内科系診療所の地域包括ケアシステムで果たす役割は「かかりつけ医機能」の発揮である。日本医師会はかかりつけ医機能強化のための研修会を日臨内の協力のもとスタートさせ、都道府県医師会主体の研修会の実施も検討している。かかりつけ医は疾病の早期発見、早期治療、生活習慣病の改善ばかりでなく、高齢者の生活機能維持を行い、健康寿命の延伸を行なう事を期待されている。臨床内科医の担う役割は大きい。

【研修推進部】

研修推進委員会より平成27年度の申請実績について、総数は167名、認定医新規40名、更新109名、専門医新規10名、更新8名で、平成28年度更新対象者は409名であることが報告された。

【学術部】

学術委員会から以下の活動報告がなされた。1. Smile Study米国または欧州糖尿病学会で発表予定 2. COPDに関するアンケート調査 3. SGLT2阻害薬アンケート調査 4. CKDに関する講演会 5. CKD啓発用刊行物 6. 内科診療実践マニュアル（改訂版）配布。

【広報部】

ニュース編集委員会より刊行予定の内容について報告があった。

◇議決事項 平成27年度収支決算報告が承認された。

◇第30回日本臨床内科医学会

メインテーマを「真の健康長寿社会を目指して－今、実地内科医がすべきこと－」として、東京内科医会（会長 菅原正弘）主催で、京王プラザホテルを会場として10月9日・10日の2日間開催された。超高齢社会を迎えた将来の日本を元気なお年寄りが多い社会にするためには、かかりつけ医として患者に接し啓発できる立場にある実地内科医の役割は大きい。学

会長公演は健康長寿社会の実現の合言葉 Be careful of 3B and 2Cという題で行われた。今回の学会では、高久史磨 日本医学会長による基調講演、①健康寿命延伸のための課題、②地域連携と在宅医療、③多職種連携、④健康観と死生観、⑤かかりつけ医が知っておきたい各科疾患、⑥インフルエンザと感染症の最近の話題など健康長寿社会を実現するための6つのシンポジウムが行われた。a. 健康長寿の生活習慣 b. 医療問題 c. 医療安全 d. 女性医師の現状と課題 e. 東京直下型地震 f. 医療訴訟などの特別公演が行われた。その他、実臨床に直結した6つの教育講演が開催された。内科診断学実践コース、在宅訪問診療実践コース、産業医講習会、健康スポーツ医研修会も行われた。

[報 告]

平成28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

光 川 知 宏

日 時：平成28年11月5日(土)

場 所：ホテル日航熊本

参加者：小牧会長，石内副会長，光川

平成28年度日本臨床内科医会九州ブロック会議は熊本県内科医会の担当の下に平成28年11月5日(土)午後3時から1時間、熊本市のホテル日航熊本で開催された。会の冒頭猿田亨会長の挨拶があり、平成28年10月9日、10日に東京で開催された第30回日臨内医学会（菅原正弘会長）に1,600名もの参加があり、成功裡に開催されたことを報告された。また、日臨内の会員増、特に若い会員の増加が必要なことや、かかりつけ医制度への日臨内としての対応などを話された。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) 総務部

会員数 平成28年10月27日現在 15,071名

今後の総会・医学会について

総 会：平成29年4月 東 京 第一ホテル東京

平成30年4月 京 都 京都ホテルオークラ

平成31年4月 名古屋

医学会：平成29年10月 大 坂

平成30年9月 神奈川

平成31年 広 島

平成32年 福 島

熊本大地震への義援金報告

自見はな子先生当選の件

2) 調査研究委員会

「女性のミカタ」プロジェクトの現状。

倫理審査委員会開設について報告。

3) 庶務部庶務委員会

会員福利厚生の上昇のために各種保険制度の開始。

- 4) 庶務部会員増強委員会
各県内科医会へのアンケート調査。
- 5) 経理部経理委員会
平成27年度決算が承認された。
会費値上げについての検討が開始された。
- 6) 学術部学術委員会
COPDに関するアンケート調査, SGLT2阻害薬アンケート調査の結果が第30回医学会で報告された。
- 7) 学術部会誌編集委員会
平成27年度最優秀論文賞が第30回医学会で表彰された。
臨床研究のあり方に関する倫理指針について。
- 8) 庶務部IT委員会
日臨内HPで研修履修検索が可能になったこと, 日臨内の紹介映像が更新されたと報告。
- 9) 広報部ニュース編集委員会
奇数月10日発行とし, 年6回刊行予定。
- 10) 研修推進部研修推進委員会
平成28年度の申請スケジュールが発表された。

Ⅱ. 日臨内執行部に対する提案事項

下記の3項目が提案された。

- 1) 薬価, 医療材料費切り下げ分を診療報酬本体へ回さなかったこと (福岡県)
- 2) 日臨内の専門医制度と新専門医制度における総合専門医について (宮崎県)
- 3) 突発的な災害への対応について (熊本県)

[報 告]

第51回九州各県内科医会連絡協議会

宮崎県内科医会 副会長

石 内 裕 人

日 時：平成28年11月5日(土)

場 所：ホテル日航熊本

次 第

司会・進行 熊本県内科医会 副会長 大柿 悟

副会長 河野 文夫

1. 開 会
2. 担当県会長挨拶 熊本県内科医会 会長 河北 誠
3. 来賓挨拶 日本臨床内科医会 会長 猿田 享男
4. 報 告 前年度九州各県内科医会連絡協議会担当 長崎県臨床内科医会
5. 協 議

宮崎県内科医会からの出席者：会長 小牧 齋，副会長 田口 利文，副会長 石内 裕人

熊本県で行われた第51回九州内科医会連絡協議会の報告をいたします。平成28年11月5日(土)午後4時10分よりホテル日航熊本で開催されました。

先ず、熊本県内科医会会長の河北誠先生より、今回の熊本震災に対する各県からの多大なる支援と励ましに対しての感謝の言葉より始まりました。そして震災後の諸先生方のご苦勞があり、厳肅なる雰囲気の中で開催されました。以下の提案事項の協議が行われました。

提案事項

- (1) 日医かかりつけ医機能研修制度について (長崎県)
- (2) 在宅医療、介護施設との連携に関する各県の取り組み状況について (沖縄県)
- (3) 経口糖尿病治療薬の処方制限と検査について (福岡県)
- (4) 「かかりつけ医」について (佐賀県)
- (5) 認知症診療に対する適切な診療報酬について (宮崎県)
- (6) かかりつけ医と多職種連携の取り組みについて (鹿児島県)
- (7) 終末期ケアについて (熊本県)

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。

尚、進行上、(1)と(4)の提案事項は同時に報告されました。

【1】日医かかりつけ医機能研修制度について（長崎県）

《提案要旨》

日医は本年度より、かかりつけ医機能強化のための研修制度をスタートさせましたが、本県ではその研修制度の内容や、かかりつけ医の認定基準の詳細について、未だ一般の会員には周知されていない現状です。また、認定医を取得するインセンティブについても明確な情報がありません。各県の状況は如何でしょうか？

《回答》

福岡県と鹿児島県は会員への周知も割合と行き届いていた印象でしたが、他県は十分ではありませんでした。認定医取得のインセンティブは明確ではありません。宮崎県は、一般会員への周知は十分にされていませんでしたが、多くの会員（161名）が参加し関心の深さをうかがい知れました。

【2】在宅医療、介護施設との連携に関する各県の取り組み状況について（沖縄県）

《提案要旨》

地域医療構想、地域包括ケアを国が推し進めているが、今後、開業医が在宅医療、介護施設との連携に関わっていくことが前提になっており、本年度はじまった日本医師会主催のかかりつけ医講習会の内容も在宅医療が大きな柱になっている。今後これらの働きに対して、各県の内科医会がどのように関わっていく方針か教えていただきたい。

《回答》

鹿児島県では県医師会が「鹿児島県医師会認定かかりつけ医制度」「在宅医療推進コーディネーター」「鹿児島県認知症サポート医」等を独自に企画実施し研修終了者数を増やし積極的な活動を行っていました。宮崎県では県医師会在宅医療協議会と連携して活動を開催しています。

【3】経口糖尿病治療薬の処方制限と検査について（福岡県）

《提案要旨》

最近の糖尿病治療薬はSGLT2阻害剤を含め作用機序の異なった治療薬が多数発売されましたが、福岡県では4種類までの治療薬が認められています。糖尿病の治療評価の中で食後2時間値が200を超えるような場合にはグリニド系を使用することが多いようですが、その2時間値をレセプトに記載するよう指導しています。食後2時間値をわざわざ測定しなくても当然食後過血糖が改善されHbA1cの低下で判断されると思い、無駄な検査にも繋がると思いますが、貴県ではどのような扱いになっているかお願いします。

《回答》

宮崎県では投薬制限はなくなりました。SU剤とグリニド系など作用機序が似ているものを併用すれば査定されます。検査結果の記載要求はされていません。

【4】「かかりつけ医」について（佐賀県）

《提案要旨》

最近「かかりつけ医」の整備が進みつつあるが、これが導入されたときに患者の受診のフリーアクセスが阻害されることにならないのだろうか。

《回答》

国が考えている「かかりつけ医」は、英国のような完全家庭医ではなく、地域包括診療料を算定できる施設を考えていると言われています。現時点でフリーアクセスが阻害されるようなことは無いように思えますが、将来、算定基準の高いハードルから、日医かかりつけ医の認定を受けた医師一人が算定できるように条件緩和が必要と考えます。

【5】認知症診療に対する適切な診療報酬について（宮崎県）

《提案要旨》

平成27年度の介護保険法改正の中で「認知症初期集中支援チーム」設置の認知症サポート医の要請が急務となり、その資格基準が緩和され一般内科医でも可能となりました。今後、かかりつけ医が診断・治療をする方向へと進んでいます。現在、認知症の診断には認知症検査（HDS-R, MMSE, FAST）を用い、家族との問診にも相当の時間を要しますが、未だに認知症の治療には特定疾患管理料等の算定もできず、検査項目にも算定できるものはありません。認知症患者さんの診断・治療に要する労力に対し、適切な診療報酬上の評価がなされるべきと考えるが、他県の意見をお伺いしたい。

《回答》

各県から、認知症診断は、かかりつけ医にとって煩雑であり、診療報酬についての相応の評価希望がありました。長崎県から、せめて認知症検査の算定だけなら早急になんとかなるのでは、と強い意見が出されました。

【6】かかりつけ医と多職種連携の取り組みについて（鹿児島県）

《提案要旨》

鹿児島県医師会では、鹿児島県地域医療再生計画により平成25年10月から平成27年度末まで在宅医療提供体制推進事業を実施し、15郡市医師会で業務受託した。うち、医師会立病院を擁する7医師会では「在宅医療推進コーディネーター」が育成された。その他の医師会でも事業を通じ地域特性に応じて、かかりつけ医を中心にした介護・福祉・自治体・地域住民の協働体制により、お互いに顔の見える関係が構築され、今後の地域包括ケア推進に寄与するものと考えている。貴

県での地域の多職種連携の取り組みは如何でしょうか？

《回答》

宮崎県では、平成21年より宮崎キュアケアネットワークという多職種連携の会が立ち上がり宮崎市を中心に毎年300人規模の多職種連携の会が開催されており、これに宮崎県医師会在宅医療協議会とも連携を取って協力し多職種との顔の見える関係を構築しています。

【7】終末期ケアについて（熊本県）

《提案要旨》

2015年問題で高齢者の看取りについての話が至るところで行われており、病院に入院する時にも蘇生をどうするか、等色々な事前指定書があり、生前に自分の意志を表すことが出来るようになってきています。各県内科医会では終末期ケアにつきまして何か取り組んでおられますか。ご教示ください。

《回答》

宮崎県内科医会では終末期ケアに関する積極的な取り組みは行っていませんが、宮崎市において将来の意思決定能力の低下に備えて人生最期の自らの意志を伝えるエンディングノート「私の想いをつなぐノート」を市民に配布しており、この作成に県内科医会会員が参加しています。今後は、さらに高齢者の終末期ケアを知ってもらうために地域包括ケアの視点も含めて、県内全域に広げる方針となっております。

[報 告]

第33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28年11月5日(土)に熊本県熊本市で第33回九州各県内科審査委員懇話会が平成28年度日本臨床内科医会九州ブロック会議、第51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の光川常任理事、比嘉理事と私の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、討議をしました。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。

【1】アコファイド錠の適応病名、特に併記病名との関連について (長崎県)

《提案要旨》

適応傷病名は機能性ディスペプシアであり、器質性病名を除外することになっています。以下の①～⑤の病名が併記された場合の取り扱いについて、貴県ではいかがでしょうか。

①逆流性食道炎 ②急性胃炎 ③びらん性胃炎 ④慢性胃炎 ⑤胃ポリープ

ちなみに、長崎県国保では①、④、⑤の併記は認め、②、③は査定。社保では①以外査定としています。(17点ルールで問題視しない場合が多いですが。)

(回答)

取り決めなし 鹿児島(社保は胃内視鏡の施行日の記載が必要)

①～⑤全て認める 福岡、佐賀国保、大分、熊本

①のみ認める 佐賀社保、長崎社保

①③④⑤は認める 宮崎、沖縄

①④⑤は認める 長崎国保

(コメント)

当県では日本消化器病学会の機能的ディスペプシアの保険診療に関するQ&Aを参考にしています。議論の中では学会などのガイドラインは審査基準ではないと言う発言もありました。

【2】KL-6の測定条件と測定頻度について (長崎県)

《提案要旨》

長崎県社保では、以下のように取り決めていますが、貴県ではいかがでしょうか。

1. 「間質性肺炎」の確定病名がある場合

- (a) 当該疾患にかかる治療がある場合は、原則月1回
- (b) 治療がない場合は、原則3ヵ月に1回

2. 「間質性肺炎の疑い」の場合

原則3ヵ月に1回

但し、当該疾患にかかる診療開始日が3ヵ月以上前の場合は認めない。

3. 上記1. (a)以外の場合、胸部の画像診断がない場合は認めない。

自己免疫疾患でメソトレキサートや生物学的製剤を使用中の医療機関から、発症の見逃し防止のため、月1回の測定を認めてほしいとの希望が出ていますが、現在、上記取決め通りとしています。

(回答)

1. 間質性肺炎の確定病名がある場合

- (a) 当該疾患にかかる治療がある場合

月1回 鹿児島、佐賀、宮崎（急性期は月2回まで可）、大分、沖縄（月2回まで可）、長崎
3ヵ月に1回 福岡、熊本

- (b) 治療がない場合

月1回 宮崎、大分、沖縄
3ヵ月に1回 福岡、鹿児島、佐賀、熊本、長崎

2. 「間質性肺炎の疑い」の場合

月1回 宮崎（画像診断が必要）、大分（画像診断が必要）

3ヵ月に1回 福岡、鹿児島、佐賀、沖縄、長崎、熊本

3. 上記1. (a)以外の場合、胸部の画像診断がない場合

認めない 鹿児島、宮崎、大分、長崎、熊本

胸部レントゲンの有無は問わない 佐賀

取り決めなし 福岡、沖縄

(コメント)

いわゆる特発性間質性肺炎の場合には上記の基準で良いと思いますが、メソトレキサートやブレオマイシンのような間質性肺炎を起こす可能性のある薬剤を投与している場合の扱いは各県とも傾向的な連月での疑い病名は認めない。KL-6は間質性肺炎の早期診断には有用ではなく、聴診所見がもっとも有用とされていますので、聴診で疑ったら胸部レントゲンなどの画像診断を行い、KL-6測定すべきと言う意見が主流でした。傾向的な連月での検査、3ヵ月以上に続く連月疑い病名での測定はご留意下さい。βDグルカンなどの感染症マーカーも同様にお考え下さい。

【3】在宅医療における診療報酬について

(福岡県)

《提案要旨》

今回の診療報酬改定で在宅時医学総合管理料等にて変化が見られ、益々外来などを中心とした医療機関にとって、在宅の診療報酬は難解となっています。例えば、めまい発作で数日間在宅医療を行った場合、自宅で高齢で全身状態が悪化し10日間で死亡した場合等については、在宅時医学総合管理料で算定するのか、往診料、在宅患者訪問診療料で算定するのか。貴県ではなにか基準をお持ちですか。

参 照

届出保険医療機関において通院が困難な患者に対して、月に2回以上の定期的な訪問診療を、24時間365日体制で実施した場合には、「在宅時医学総合管理料1（処方を交付する場合4,200点・交付しない場合4,500点）」が算定可能である。

往診料（720点）は、患者の求めに応じて不定期で訪問計画に基づかずに、患家に診療のために赴いた場合に算定する。

在宅患者訪問診療料は訪問計画に基づいて実施した際に、原則週3回を限度に算定する。一時的に頻回な訪問診療の必要を認めて、計画を定めて診療を行った場合には、1ヵ月間に1回14日間の限度として算定が可能である。

(回答)

基準は設けていない 福岡、鹿児島、佐賀、宮崎、大分、長崎

在宅患者訪問診療料で算定 沖縄

往診で算定 熊本

(コメント)

主治医の判断による算定になりますが、個別指導時に往診と指導されることがあるそうです。傾向的な請求は指導対象になり得ます。

【4】メーカーによる漢方エキス製剤（医療用）の適応の相異についての対応をお尋ねします。

(福岡県)

《提案要旨》

漢方エキス製剤（医療用）はメーカーによって適応が相違する場合があります。処方によっては同一メーカーでエキス顆粒（細粒）とエキス錠（カプセル）とで適応が異なる場合もあります。

福岡県においてはメーカーごとに適応が異なる場合、他社適応による使用を認めています。(例: ツムラ大建中湯の適応は「腹が冷えて痛み、腹部膨満感のあるもの」のみで便秘が有りません。しかし、コタロー大建中湯は「胃下垂、胃アトニー、弛緩性下痢、弛緩性便秘、慢性腹膜炎、腹痛」に適応が認められているので、ツムラ大建中湯を便秘に用いても他社適応ありとして認めています。また、ツムラ、テイコクの香蘇散の適応は「胃腸虚弱で神経質の人の風邪の初期」のみですが、コタロー香蘇散には「感冒、頭痛、ジンマ疹、神経衰弱、婦人更年期神経症、神経性月

経困難症」が認められているので、ツムラあるいはテイコクの香蘇散を神経症に用いても他社適応として認めています。) 貴県においては如何でしょうか。

(回答)

他社適応で認める 福岡, 鹿児島, 宮崎, 沖縄, 大分, 長崎
薬機法の適応通り 佐賀, 熊本

(コメント)

当県では他社適応として認めています。某県で薬機法の適応通りで査定したところ訴訟になりましたが、高裁判断で薬機法の適応通りの判決が出たそうです。

【5】高脂血症の薬は、一度の処方では何種類まで認めるか (佐賀県)

《提案要旨》

高脂血症の薬は、スタチンやフィブラート系の他に、陰イオン交換樹脂(コレバインなど)、エゼチミブ(ゼチーア)、プロブコール(シンレスタールなど)、ニコチン酸系(ユベラNなど)、不飽和脂肪酸(エパデルなど)があるが、同時に3種類の薬を併用している場合がある。一度に、何種類までの薬を認めるか、また複数認める場合はその組み合わせはどれを認めるか。

(回答)

基準なし 全ての県

(コメント)

当県では取り決めはありませんが、以下のような考え方で審査しています。

(1) 特別な注記なしで請求通りとするのは

- ① スタチンを含んだ場合は3種類まで。
- ② スタチンを含んでいない場合は2種類まで。

(2) スタチンとフィブラートとの併用は注記なしでは認めない。

【6】「再発性、再燃性逆流性食道炎」に対するPPIの満量の投与期間は (佐賀県)

《提案要旨》

「再発性、再燃性逆流性食道炎」に対して、ネキシウムやタケプロンは満量の投与が認められている。内視鏡施行後に、この病名をつけて持続的に満量投与を認めるか、あるいは一度減量する必要があるか。もし、一度減量して効果不十分の場合、増量するときに内視鏡検査が必要か否か。

(回答)

8週で査定する 熊本, 沖縄国保(半量は可), 大分, 長崎
満了投与の期間を決めていない 福岡, 佐賀, 宮崎, 沖縄社保
持続的な満了投与は認めない 鹿児島

(コメント)

当県では継続的な満了投与を認めています。また増量時の内視鏡検査は必須としていません。

【7】 院外処方薬局について

(佐賀県)

《提案要旨》

重複投薬・相互作用等防止加算（30点）で、院外薬局で残薬調整すると加算が取れるようになったため、1日10枚弱だが処方せんの訂正を薬局から求められる。昼休みや夕方、またクリニックへ戻って処方せんに訂正する手間が増えて困ってきている。自院であらかじめ残薬調整をすればよいが、これも忙しすぎて大変である。各県において、問題等は起こっていないか。

(回答)

特に問題は起こっていない 全県

(コメント)

各薬局の対応が異なるようですが、残薬調節は国が乗り出しています。

【8】 会員への保険診療、保険審査に関する情報提供について

(沖縄県)

《提案要旨》

円滑かつ適切な保険請求業務を行う為にも会員への保険診療、保険審査に係わる情報提供は本会の重要な会務の一つです。また、このことが会員のインセンティブとなり、会員増強に繋がればと思います。貴県では会員への保険診療、保険審査に関する情報提供をどのような方法で、またどの程度行なっているのかご教示下さい。

(回答)

全ての県で、年1～2回の内科医会研修会と会誌を利用した情報提供を行っていました。

(コメント)

当県では県内科医会総会で九内懇の検討内容を報告し、同じ内容を県内科医会誌に掲載しています。

また、宮崎県医師会編で「保険診療の手引き」を平成20年1月に初版を発行し、初版追補版、第2版、第3版をそれぞれ平成21年7月、平成22年11月、平成25年3月に発行しています。

【9】 糖尿病疑いでの検査について

(沖縄県)

《提案要旨》

糖尿病疑い症例に対するHbA1c測定の頻度について取り決めはあるのでしょうか。また、糖尿病疑いでIRI、CPR測定を認めておりますでしょうか。沖縄県では糖尿病疑いでのHbA1c測定は3ヵ月に1回となっております。連月の測定は査定しております。当県社保では糖尿病疑いでのIRI測定は3ヵ月に1回程認めておりますが、社保、国保ともCPR測定は認めておりません。貴県ではいかがでしょうか。

(回答)

3ヵ月に1回 福岡、鹿児島、佐賀、宮崎、沖縄、大分
傾向的であれば査定 熊本

取り決めるはない 大分

IRI, CPRは疑い病名では認めない 全県

(コメント)

糖尿病疑いでHbA1c測定は当県でも3ヵ月に1回です。連月疑い病名でHbA1c測定は査定対象となります。

【10】ICUでのリハビリに関して

(沖縄県)

《提案要旨》

沖縄県国保ではICU中のリハビリを、循環作動薬、手術後、インターベンション後の急性期を過ぎれば3単位(1単位20分)で認めている。また、ICUでも人工呼吸器管理中は一日7,000L以下で管理されている場合、呼吸器リハビリに関しては認めている。貴県での、ICU管理中のリハビリの取り扱いに関して教えていただけますでしょうか？

(回答)

取り決めなし 福岡, 鹿児島, 宮崎, 沖縄, 大分, 長崎, 熊本

回答なし 佐賀

(コメント)

各県とも取り決めるはないようですが、当該例では各県とも3単位のリハビリは認めています。

【11】同一薬剤複数投与に関して

(大分県)

《提案要旨》

近年複数の薬剤を一錠製剤にした配合薬が増えている。特に降圧薬はカルシウム拮抗薬とARBの併用薬が複数販売され利用されている。降圧薬を処方する場合、増量して降圧目標を目指す事が臨床現場では普通に行われており、その手段として配合剤の複数処方も数多く見られるようになった。ところが保険者再診などで、成分の違うカルシウム拮抗薬やARBを併用していると同一薬剤の複数投与であるとの理由で査定ではないかとの再診請求が増えてきている。当県ではそれぞれの成分で最大投与量を越えていなければ査定の対象ではないとして請求通りとしているが保険者側の再審請求は成分が違っていても同一薬剤なので不適切であるとの指摘が繰り返されている。各県の状況をお聞かせいただきたい。

(回答)

合剤は1剤までしか認めない 福岡

合剤はそれぞれの成分の最大投与量まで認める 鹿児島, 佐賀, 宮崎, 沖縄, 大分, 長崎, 熊本

(コメント)

当県では 高血圧治療薬のカルシウム拮抗薬とARBについては取り決めがあります。

- ① 同効薬の併用はカルシウム拮抗薬を除いて認めない。
- ② カルシウム拮抗薬は2剤までの併用を認める。

③ 配合錠は各々の成分を上記の①, ②の考え方に当てはめて処理する。

例：アテディオ配合錠とディオバン錠（80mg）の併用	請求通り
アテディオ配合錠とニューロタン錠（50mg）の併用	C査定
アテディオ配合錠の2錠投与	請求通り
アテディオ配合錠とアムロジピン（10mg）の併用	請求通り
※ アテディオ配合錠＝ディオバン80mg＋アテレック10mg	

【12】 最大投与量を越える薬剤について

(大分県)

《提案要旨》

最大投与量を能書に明記している薬剤がある。しかし一方で、ある薬剤が最大投与量を越えなければ救命できない事態に至っているので認めて欲しいとの症状詳記を切々と訴える例も見られるようになった。保険診療上では定められた最大投与量を越えた場合には査定が妥当であるが、症状詳記で他に方法がなく救命にはどうしても必要であるとか、大学病院から処方依頼を受けて指示通り最大投与量を越えて処方を行っているとの記載があると医療現場の状況を斟酌すると査定に躊躇する場合も少なくない。実際には原理原則に忠実に査定することになると思われるが、一定のコンセンサスが得られればそれを認める場合もあるかどうか各県の対応状況やご意見をお聞かせいただきたい。

(回答)

原則、能書の最大投与量までは認める 全県

* ただし、緊急性、医学上の必要性についての注記があれば認める場合もある。

(コメント)

当県ではヘパリン、ワーファリン、モルヒネ製剤等個人差が大きい特別な薬剤、若しくはプロトコルに基づいて使用された抗がん剤等を除いて、添付文書の上限量を遵守しています。

【13】 救急医療管理加算1 算定要件について

(宮崎県)

《提案要旨》

上部消化管出血のみの診断名で入院して緊急内視鏡で止血をしたのち、翌日から食事が開始されている場合に救急医療管理加算1の算定を認めますか？ 認めない理由は①食事が開始されているから②血圧低下などの全身状態不良の状態をうかがわせる病名がないから③治療内容から全身状態不良と判断出来ないから④その他

貴県の取り決めなどありましたらお教え下さい。

(回答)

各県とも取り決めはありませんが、この症例では翌日から食事が開始されていることを取り上げて算定出来ないとする意見もありましたが、大多数は入院時の状態で算定可能かを判断しています。

(コメント)

この症例の場合には翌日から食事が始まった理由が注記されていると認められたかと思いません。

【14】 消化管内視鏡検査におけるベンゾジアゼピン系薬剤と塩酸ペチジンの2剤併用について

(宮崎県)

《提案要旨》

上部消化管内視鏡検査と大腸内視鏡検査において鎮静の目的でベンゾジアゼピン系薬剤および塩酸ペチジンの使用を認めるか？（当県では大腸内視鏡検査においては両薬剤の併用を認めているが、上部消化管内視鏡検査では基本的に塩酸ペチジンの使用は認めていない。）

(回答)

上部消化管内視鏡検査

認めない 福岡、鹿児島、佐賀、佐賀、宮崎、大分、長崎、熊本

認める 佐賀国保（コメントが必要）沖縄（コメントが必要）

下部消化管内視鏡検査

認める 福岡、鹿児島、佐賀、宮崎、沖縄、大分、熊本（コメントが必要）

認めない 長崎

(コメント)

原則は認められません。傾向的ではなく、注記があれば検討します。

【15】 ヘモグロビンA1c (HbA1c)、グリコアルブミン又は1,5アンヒドロ-D-グルシトール

(1,5AG)の同月中2項目測定を認める「ただし」の要件について (宮崎県)

《提案要旨》

妊娠中の患者、1型糖尿病の患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については2項目算定が認められているが、GLP1受容体作動薬注射をインスリンと同様にただしの要件に含め認めていますか？

(回答)

認める 福岡、鹿児島、佐賀、宮崎、沖縄、大分、長崎

認めない 熊本

(コメント)

ほとんどの県で認められていました。

【16】 2型糖尿病患者治療中のCペプチド (CPR) の検査間隔について

(鹿児島県)

《提案要旨》

Cペプチド (CPR) の検査は糖尿病治療開始時においては、2型糖尿病でもインスリン治療の

必要性などの判定に有用であり、必須と思われます。しかし経口糖尿病薬の治療中に3-4ヵ月ごとに反復して検査したり、空腹時と食後の検査値の違いを理由に連月検査を反復する糖尿病専門医がおられます。糖尿病専門の審査員を交え、当支払基金では、6ヵ月に1回が妥当という線で合議を図ろうという流れにしようと考えておりますが、貴県ではいかがされているでしょうか。

(回答)

取り決めなし 佐賀, 大分

6ヵ月 福岡, 鹿児島, 沖縄, 長崎, 熊本

3ヵ月 宮崎

(コメント)

当県ではこれまで3ヵ月に1回は認めていますが、原則6ヵ月に1回、3ヵ月に1回を認めることがあるというのが大勢でした。

【17】シスタチンCの検査について、当県支払基金では、初診時シスタチンC単独では認めず、クレアチニンの検査結果を見たらうえであれば、認めるという合議をしていますが、再診時や診療継続中での検査間隔については、特に取決めしていません。貴県ではいかがでしょうか。 (鹿児島県)

《提案要旨》

シスタチンCは、クレアチニンや β 2マイクログリブリンのように腎以外の影響を受けずに、GFRとの相関よく、軽微な腎機能低下の診断に有用であると考えられます。一方CKDガイドラインでのCKDステージでは、血清クレアチニンから求めたe-GFRをもとに分類され、治療の参考にしている臨床家が多いと思われます。高血圧症や糖尿病の治療中、腎硬化症または慢性腎臓病、糖尿病性腎症病名で3-4か月ごとにクレアチニンなどとともに検査を繰り返す医療機関がいくつかあり、保険者からの再審査がよく出されます。貴県では、シスタチンCの検査間隔などについて、何らかの取決めをされておられますでしょうか。

(回答)

取り決めなし 佐賀, 大分

3ヵ月に1回 宮崎

6ヵ月に1回 福岡, 鹿児島, 沖縄, 長崎, 熊本

(コメント)

厚生省の通知(保医発0304第3号, 平成28年3月4日)「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の中で、「シスタチンCは、尿素窒素又はクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。」があり、確定病名に対して認めている場合もありますが、原則は疑いに対して3ヵ月に1回が認められます。

【18】 高血圧症や狭心症，脳梗塞例の慢性期治療中の「糖尿病の疑い」や「血液凝固異常の疑い」病名でHbA1c，プロトロンビン時間（PT），部分トロンボプラスチン活性（APTT）を詳記もなしに連月または2か月に1回検査する医療機関があり，当県支払基金では，「糖尿病の疑い」については，3か月に1回は認めると合議しました。貴県では，いかがでしょうか。

（鹿児島県）

《提案要旨》

審査委員により，これまでかなりばらつきがある状況で，一定の査定がなく，医療機関に好きなようにされていた感があります。内服されている薬によっては，糖尿病の新たな発症に備える必要や出血傾向の早期発見など必要性がないわけではありませんが，採血検査のたびにこれらの検査がなされ，明らかにレセプト病名とわかる医療機関もあります。それでも疑い病名があれば，査定しないとするのがいいのでしょうか。

（回答）

HbA1C

3ヵ月に1回 福岡，鹿児島，佐賀，宮崎，沖縄，大分，長崎
傾向的な場合は認めない 熊本

PT, APTT

取り決めなし 福岡，鹿児島，佐賀，宮崎，大分，熊本
3ヵ月に1回 沖縄，長崎

（コメント）

糖尿病疑いではHbA1c測定は3ヵ月に1回です。PT，APTTは取り決めが難しく傾向的であれば認めないことがあります。

【19】 癌患者に対するモルヒネ塩酸塩錠の使用量について

（熊本県）

《提案要旨》

モルヒネ塩酸塩錠は用法・用量に一日15mg 年齢症状により適宜増減とありますが，各県では癌患者に対してモルヒネ塩酸塩錠の一日の投与量に制限を設けていらっしゃいますか？ また癌患者に対して，保険診療上一日投与量は何mgまで認めておられますか？

（回答）

制限なし 福岡，鹿児島，佐賀，宮崎，大分，長崎
30mgまで 熊本，沖縄（注記により考慮）

（コメント）

塩酸モルヒネは半減期が短いため，癌性疼痛に対するモルヒネ製剤は徐放錠であるモルヒネ硫酸塩が主流です。当県では，その場合も上限は設けていません。

【20】 リリカカプセルについて

(熊本県)

《提案要旨》

リリカは適応症としては「神経障害性疼痛, 線維筋痛症に伴う疼痛」ですが「神経障害性疼痛」のみで認めておられますか? 当県では「神経障害性疼痛」と「原疾患」の記載を必要としています。各県ではいかがでしょうか? 原疾患の記載を必要とした場合は, 「神経障害性疼痛」のみでは査定しておられますか? また必要とされる原疾患傷病名を決めておられますか?

(回答)

「神経障害性疼痛」と「原疾患」の記載が必要 福岡, 沖縄国保, 大分, 長崎, 熊本
「神経障害性疼痛」のみで認める 鹿児島, 佐賀, 宮崎, 沖縄社保

(コメント)

当県では「神経障害性疼痛」のみでも認めていますが, 「原疾患」の記載があった方が望ましいと思います。

【21】 高額薬剤の取り扱いについて

(熊本県)

《提案要旨》

最近, 肝炎や肺がんの治療薬等に非常に高い薬剤が出現しています。今の日本の医療では, 治療に年齢制限等の縛りを作ることはもちろんできません。しかしながら, 使える社会保障費はだんだん厳しくなる一方で, 無尽蔵に医療費が使えるというわけではありません。各県では高額薬剤について, 何らかの使用に対する規範等を決めておられますか? ご教示をお願いします。

(回答)

取り決めなし 佐賀, 宮崎, 沖縄, 大分, 長崎
注記を求める 鹿児島, 熊本
今後審議予定 福岡

(コメント)

高額薬剤は今後も増えますが, 今のところ制限することはありません。審査のレベルではなく, 国全体の医療体制の問題だと考えます。

各郡市だより



宮崎市郡内科医会だより

(1) 研修会について

H28年4月より日医かかりつけ医機能研修制度が開始されました。日医の言う、「かかりつけ医」は厚生労働省の言う地域包括診療加算、地域包括診療料のための「かかりつけ医」とは目的、意味合いが異なるとのことであるが、その要件は多くが重複しており厚生省の言う「かかりつけ医」の認定を受けるにはいずれ日医かかりつけ医制度の終了認定が必要となりそうです。

しかしながらこの制度は1. 基礎研修（日医生涯教育認定証、3年間で60単位以上を受けていること）2. 応用研修（指定研修会10単位以上）、3. 実施研修（3年間で17項目のうち2つ以上：学校医や産業医、訪問診療、主治医意見書等）の3つの要件をクリアしなければなりません。そのためには日医の生涯教育指定の講演会に頻回に出席し、指定研修会にも10単位取得するまで出席することが必要です。ちなみに、5月の応用研修会は日曜日に朝から夕方まで開催されましたが、それでも6単位でした。そのうえ今度は難病指定医に対する研修会も始まりました。

法律の改定により、難病指定医は研修会を受けなければ指定されなくなりました。

但し、各学会の専門医（内科は総合専門医）資格を持っている医師は研修を免除されています。多くの内科開業医は認定医は持っても専門医資格はないので研修を受けなければなりません。何と今回（H28年12月18日）の研修会も、日曜日 14:00～17:00、県庁で開催されました。認定内科医資格は何の役にも立たなくなりました。我々高齢開業医は今さら専門医資格をとるのは困難です。

今後どうなるのでしょうか…

H28年1月～12月までの当内科医会が共催もしくは主催しました講演会は以下の4回でした。

○平成28年3月8日(火)

「在宅療養患者における骨粗鬆症治療」

泉大津市立病院

名誉院長 二木 隆己 先生

○平成28年5月31日(火)

「慢性腎臓病（CKD）の現状と治療」

宮崎大学医学部医学科

血液・血管先端医療学講座

教授 藤元 昭一 先生

○平成28年8月30日(火)

「宮崎市郡医師会病院心臓病センターの

現状と展望」

宮崎市郡医師会病院

副院長兼心臓病センター長

柴田 剛徳 先生

○平成28年11月4日(金)

「大規模地震災害時の医療について ～超急性期から慢性期までのシームレスな医療を展開するために～」

宮崎大学医学部病態解析医学講座

救急・災害医学分野

教授 落合 秀信 先生

(文責：山下 政紀)

都城市北諸県郡内科医会だより

福祉、年金の問題等は財源不足がベースにあることは誰も承知で、今後もより深刻になっていくと思いますが、東京オリンピックだけは財政豊かな東京が開催するため、比較的スムーズにいくと考えていました。オリンピック誘致が一時的に好景気をもたらすと楽観していましたが、建築費等の高騰は私たちにも影響し、都知事が変わって一変にお金に関する問題も表面化し、どのように事が運ぶのか目が離せません。医療の世界では新しい抗生物質の発売が止まり、以前にも増して極力処方しないようにと通達があり、メーカーは一切宣伝しなくなりました。最近の細菌感染症の話題の講演を望んでいるところですが、新薬がないためスポンサーはつきません。

さて下半期の講演会は以下の通りで、講師の先生たちには御多忙の中を都城までお越しいただき感謝しています。

○平成28年7月21日(木)

「心房細動への挑戦－NOACの有用性と
アブレーションの進歩－」

福岡山王病院 ハートリズムセンター
センター長

国際医療福祉大学大学院

教授 熊谷浩一郎 先生

○平成28年9月29日(木)

「アレルギー性鼻炎の病態と治療
～舌下免疫療法の有用性～」

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

耳鼻咽喉科・頭頸部外科学

教授 黒野 祐一 先生

○平成28年10月21日(金)

講演1. 「IBD, 5-ASA不耐にどう立ち
向かうか」

都城医療センター 消化器病センター

藤原 利成 先生

講演2. 「クローン病・潰瘍性大腸炎に対
する外科治療－外科治療への移
行のタイミングや治療内容など
について－」

都城医療センター 統括診療部長

後藤 又朗 先生

特別講演

「増加を続ける炎症性腸疾患に対する
治療戦略」

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

○平成28年11月11日(金)

「Drug effectを考慮した新たな循環器治
療」～臓器保護をいかに行うか～

日本大学医学部外科学系

心臓血管・呼吸器・総合外科学分野

講師 瀬在 明 先生

○平成28年12月12日(月)

特別講演①

「当科における虚血性心疾患患者の血中
多価不飽和脂肪酸値と冠動脈病変との
関連」

宮崎大学医学部内科学講座

循環体液制御学分野

坂元 紀陽 先生

特別講演②

「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

新規会員の獲得は難航しています。まずは延岡市内科医会が会員の先生の利便性を高めるような情報発信に努めることからやってみたいと思います。前回、延岡市内科医会のホームページを作成しました。URLはnobenaikaisaloon.jpです。また、Googleで「延岡市内科医会」で検索できます。

まだ試作段階なので会員への紹介も3月の総会を予定しています。ニュースには石内県内科医会副会長の文章をリンクしています。また、会員施設では会員施設の案内と、ホームページをお持ちの施設ではリンクを記載しています。診療メモでは添付文書検索ページへのリンクや、標準病名検索ページへのリンク、各種疾患の診断基準などを掲載しています。

原案を作成後更新が途絶えてしまいました。県内科医会のタブを新設するための作業を年末年始の休みの間にしようと考えています。外部委託しなかったのは、費用の発生を防ぐためと、自分たちだけでどれだけのものができるかをテストするためです。たたき台を作り議論を進めていきたいと思っています。

本会関連の講演会は以下の通りです。

○平成28年8月26日(金)

「BPSDの対応とケア」

横浜市立大学 保健管理センター

センター長・教授 小田原俊成 先生

○平成28年9月9日(金)

「現代の糖尿病ケア ～生活指導と

SGLT2阻害剤にできること～」

武田病院グループ 予防医学・

EBMセンター長 京都大学医学部

臨床教授 榊田 出 先生

○平成28年9月30日(金)

「広がるNOAC治療の可能性

静脈血栓症と動脈血栓症」

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28年10月14日(金)

「COPDの最新の話題 ～新規薬物治療と

広域周波オシレーション法～」

東北大学大学院医学系研究科

産業医学分野

教授 黒澤 一 先生

○平成28年10月21日(金)

「2型糖尿病治療の新潮流

－ Treat to fail approachからの脱却－」

潤和会記念病院 糖尿病・代謝内科

部長 水田 雅也 先生

○平成28年10月28日(金)

「地域連携の強化を踏まえた

心不全治療の標準化を目指して」

大垣市民病院 循環器内科

主任部長 坪井 英之 先生

○平成28年11月2日(水)

「喘息治療の実際：非典型喘息のチェック

と類似疾患の鑑別を含めて」

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11月4日(金)
 「大規模臨床試験から考える
 これからの高血圧治療」
 東京大学医学部附属病院
 臨床研究支援センター
 教授 山崎 力 先生
- 平成28年11月11日(金)
 「静脈血栓塞栓症の診断と治療 ～リアル
 ワールドでのDOACの使用経験～」
 久留米大学医学部 外科学講座
 心臓血管外科
 准教授 廣松 伸一 先生
- 平成28年11月18日(金)
 I 「心房細動に対するマネージメント ～抗
 不整脈剤からカテーテルアブレーション
 まで～」
 公益社団法人 宮崎市郡医師会病院
 循環器内科
 医長 星山 禎 先生
- II 「当院での経カテーテル的大動脈弁置換術
 (TAVI) の経験」
 公益社団法人 宮崎市郡医師会病院
 循環器内科
 医長 古堅 真 先生
- 平成28年11月25日(金)
 I 「心血管リモデリングにおける
 地域間格差について」
 北浦診療所
 所長 日高 利昭 先生
- II 「動脈硬化性疾患と ω 3多価不飽和脂肪酸」
 横田内科
 院長 横田 直人 先生
- 平成28年12月19日(月)
 「積極的脂質低下療法の意義と
 PCSK9阻害薬への期待」
- 熊本大学大学院 生命科学研究部
 循環器内科学
 教授 辻田 賢一 先生
- 平成29年1月13日(金)
 「肥満・糖尿病における
 摂食と運動についての新たな理解」
 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
- 平成29年1月20日(金)
 「高齢者の高血圧治療について」
 大阪大学大学院医学系研究科
 老年・総合内科学
 教授 楽木 宏実 先生
- 平成29年1月27日(金)
 「アルツハイマー型認知症の診断と治療
 ～ガランタミンの有効性と安全性を含め
 て～」
 昭和大学医学部 内科学講座
 神経内科学部門
 教授 小野賢二郎 先生
 (文責：野村 朝清)

日向市東白杵郡内科医会だより

今年は例年より早くインフルエンザの流行が始まったようです。当医師会で運営している初期救急診療の患者もインフルエンザの流行とともに増えてきます。平成26年度は1月がピークでしたが、平成27年度は2月がピークで3月まで患者が多かったと記憶しています。

さて、当内科医会は会員先生方の協力により順調に活動を進めています。以下、当内科医会が主催・共催して行った学術講演会は次

のとおりです。

○平成28年7月12日(火)

『腎をターゲットとした糖尿病治療』

大阪市立大学大学院 医学研究科代謝内
分泌病態内科学

講師 森 克仁 先生

○平成28年7月23日(土)

『学校心臓検診における重要なポイントと
成人期の先天性心疾患について』

たかぎ小児科・心臓小児科

院長 高木 純一 先生

○平成28年7月23日(土)

『Conditioning for victory』

ラグビー日本代表 ヘッドトレーナー

井澤 秀典 先生

『スポーツ現場における外傷・障害の診断
と治療』

順天堂大学医学部 整形外科学講座

准教授 高澤 祐治 先生

○平成28年8月26日(金)

『Drug effectを考慮した新たな循環器治療
～臓器保護をいかに行うか～』

日本大学医学部外科学系心臓血管外科学
分野

講師 瀬在 明 先生

○平成28年9月26日(月)

『SGLT2阻害剤の効果と安全性』

～食事運動療法的重要性～』

医療法人社団 絃和会 平和台病院
糖尿病内科

天野 一志 先生

○平成28年10月12日(水)

『心房細動の病態と治療』

長崎大学病院 循環器内科

講師 深江 学芸 先生

『地域医療連携で期待されるもの』

～顔の見える連携から心のつながりへ～』

社会医療法人敬和会 大分岡病院

院長 立川 洋一 先生

○平成28年10月18日(火)

『透析患者の血糖管理について』

千代田病院 腎臓内科

上園 繁弘 先生

『メトホルミンとインクレチンをベースに
した糖尿病治療』

光川内科医院

院長 光川 知宏 先生

○平成28年11月2日(水)

『DOACは心房細動に必要なか?』

公益社団法人 宮崎市郡医師会病院

循環器内科

科長 足利 敬一 先生

『当院での経カテーテル的大動脈弁置換術
(TAVI)の経験』

公益社団法人 宮崎市郡医師会病院

循環器内科

医長 古堅 真 先生

○平成28年11月9日(水)

『結核診療の現状 ～医療関係者のための
結核診断と感染症対策について～』

独立行政法人 国立病院機構

宮崎東病院 呼吸器内科

部長 伊井 敏彦 先生

○平成28年11月22日(火)

『バランスを考えた認知症の薬物治療』

けいめい記念病院 脳神経外科

副院長 岡原 一徳 先生

○平成28年11月25日(金)

『パーキンソン病の診断と治療～地域・病
診医療連携における今後の取組み～』

宮崎大学医学部 内科学講座
神経呼吸内分泌代謝学分野

講師 望月 仁志 先生
(文責：今給黎 承)

児湯内科医会だより

毎日の診療風景。患者さんをお一人お一人診察室に呼び込み、まずは挨拶から診察は始まります。診察前の雑談を少しして、その日必要な問診も加え身体所見を採り、血圧を測る。もう一度雑談をして、最後にドアノブクエスチョンを投げかけて一連の診療は終わります。これを一日何十人も繰り返し、毎週、毎月日々を重ねていきます。何か訴えがあればそれに応じて診察、検査を追加し新しい所見があれば薬なり何らかの新しい治療を追加することとなります。診断によっては外科系の治療が必要なこともあります。診療のステップとしてこれで間違いはないのですが、開業して25年以上も流れ作業のようにルーティンをやっていると、果たしてこれでよいのだろうかや疑問に思うこともあります。患者さんを社会で生きる一人の人間としてとらえた場合、疾患を治療し健康を回復、維持する上で違うアプローチの仕方が何かあるのではないかと考える毎日です。

児湯内科医会は通常通り2ヵ月に一度の講演会を中心に活動しています。以下、最近のものを列挙します。

◎平成28年9月20日(火)(総会も同時に開催)

第16回児湯内科医会学術講演会

「糖尿病治療におけるアンメットニーズについて」

久留米大学医学部 内分泌代謝内科

准教授 田尻 祐司 先生

◎平成28年10月11日(火)

第17回児湯内科医会学術講演会

1. 「抗凝固療法は必要か？」

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

科長 足利 敬一 先生

2. 「TAVI実施施設への歩み」

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

科長 栗山 根廣 先生

◎平成28年11月15日(火)

第18回児湯内科医会学術講演会

「いろいろなカラダの痛み」と

その各々の対処方法」

国立大学法人三重大学大学院医学系研究

科 臨床医学系講座 家庭医療学分野

教授 竹村 洋典 先生

(文責：大森 史彦)

西都市西児湯内科医会だより

どこの世界でもよくあることですが……。一度役を引き受けるとなかなか役を下ろしてもらえません。小生も平成22年に内科医会の会長職を受けて以来、誰も替わって頂けません。「新婚さんいらっしゃい」の桂文枝師匠ではないけれど、そろそろ「誰か替わってくださ～い！」切にお願い申し上げます。

さて、今年下期(1月まで)の講演会は以下の通りです。御講演頂いた先生方、誠にありがとうございました。

○平成28年11月18日(金)

「難治呼吸器疾患の診断と治療

～間質性肺炎とCOPDを中心として」

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 松本 信弘 先生

○平成28年12月11日(日)

「地域での在宅看取りへの

取り組みについて」

医療法人 暁星会 三財病院

院長 相澤 潔 先生

○平成28年12月12日(月)

「骨粗鬆症治療最前線

～顎骨壊死Up to Date～」

医療法人 暁星会 三財病院

副院長 松本 英裕 先生

○平成29年1月16日(月)

「在宅緩和ケアにおける痛みへの対応」

医療法人社団 三友会 いしかわ内科

院長 石川 智信 先生

○平成29年1月27日(金)

「抗凝固薬で悩む時代は終わった？」

公益社団法人 宮崎市郡医師会病院

循環器内科

科長 足利 敬一 先生

「当院での経カテーテル的

大動脈弁置換術(TAVI)の経験」

公益社団法人 宮崎市郡医師会病院

循環器内科

医長 古堅 真 先生

(文責：黒木 重晶)

南那珂内科会だより

お一人で外来かかりつけの患者さん方の急変時の時間外診察、往診までされている先生は多いと思われます。在宅療養支援診療所の届出条件の一つに24時間365日対応が義務づけられており他にも施設基準を満たす条件が厳しく、届出を出来ずに一人で対応されてい

る医療機関もあり診療報酬に額差をつける現状は如何なものかと懸念しています。今後、早期の届出基準の見直しが望まれます。さて平成28年8月から12月までの学術講演は以下のとおりです。

○平成28年8月30日(火)

「鎮痛薬のエッセンス

～慢性疼痛治療を中心に～」

一般財団法人潤和リハビリテーション

振興財団 潤和会記念病院

ペインクリニック

部長 立山 真吾 先生

○平成28年9月14日(水)

I 「当院の腎臓専門医が診る糖尿病患者の現況について」

宮崎県立日南病院 内科

医長 松本 充峰 先生

II 「宮崎県における糖尿病治療の現状と一つレベルの高い糖尿病治療をするために」

社会医療法人同心会 古賀総合病院

名誉院長 栗林 忠信 先生

○平成28年9月30日(金)

「糖尿病の食事療法

～変わらないこと、変わっていくこと～」

医療法人社団絃和会 平和台病院

椎屋 智美 先生

○平成28年10月28日(金)

「病態から考える静脈血栓塞栓症の治療」

岡山医療センター 循環器科

下川原裕人 先生

○平成28年11月4日(金)

「当院におけるてんかん治療の現状」

地方独立行政法人西都児湯医療センター

副院長 脳神経外科

部長 濱砂 亮一 先生

○平成28年11月18日(金)

一般講演「糖尿病治療と肝疾患について」

串間市民病院 院長 黒木 和男 先生

○学術講演「ウイルス肝炎最新情報」

宮崎大学医学部附属病院

肝疾患センター

准教授 永田 賢治 先生

(文責：河野 秀一)

西諸内科医会だより

今年度より新体制にてスタートいたしました。会員の先生方のみならず、西諸地域の先生方に少しでもお役に立てるよう運営していく方針です。今後とも変わらぬ御理解、御協力のほど何卒お願い申し上げます。

平成28年下半期の西諸医師会との合同学術講演会は以下の通りです。

○平成28年7月25日(月)

「心房細動を考える

～リズムコントロールと血栓塞栓予防～」

福岡大学病院循環器内科

准教授 小川 正浩 先生

○平成28年9月29日(木)

「冠動脈疾患二次予防における脂質異常症治療戦略 ～コレステロール吸収阻害療法がもたらす冠動脈プラークに及ぼす影響～」

国立大学法人熊本大学大学院

生命科学部研究部循環器内科学

講師

(現在、同大循環器内科学教授に就任)

辻田 賢一 先生

○平成28年10月13日(木)

「南九州中部における急性循環器治療圏の確立について」

人吉医療センター 循環器内科

部長 中村 伸一 先生

○平成28年11月28日(月)

「心房細動治療イノベーション：QOL改善と寝たきり防止を目指して」

済生会熊本病院心臓血管センター

循環器内科不整脈先端治療部門

最高技術顧問 奥村 謙 先生

○平成28年12月15日(木)

「C型肝炎ウイルスの撲滅に向けて」

飯塚病院 肝臓内科

診療部長 矢田 雅佳 先生

(文責：園田 定彦)

西臼杵郡内科医会だより

西臼杵地区では高齢化率が38%となり超高齢者も多く加齢に伴って身体的に運動機能や生理的な機能が低下して活動が低下する「フレイル」の段階を経て要介護状態になる高齢者が増えています。12月8日、東京大学加齢医学教授・秋下雅弘先生をお招きし「健康長寿からフレイルまで」の講演会があり健康長寿のためのサルコペニア予防、フレイル対策、高齢者の生活習慣病管理の工夫、服薬アドヒアランスと副作用対策、ポリファーマシーを避ける工夫など、かかりつけ医がすべき役割の重要性を学びました。さて2016年後半の講演会は下記の通りです。

○平成28年7月13日(水)

「糖尿病治療の歴史とインクレチン関連薬」
～結合様式の違いによるDPP-4阻害薬の使い分け～

高千穂国保病院 内科

主任医長 押方 慎弥 先生

○平成28年8月31日(水)

「DOACは心房細動に必要なか？ これからの心房細動治療」

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

科長 足利 敬一 先生

○平成28年10月27日(木)

「GERD治療最前線 ～Optimal Acid Control～
～適切な胃酸分泌の抑制について～」

服部胃腸科 院長 櫻井 宏一 先生

○平成28年11月8日(火)

講演①

「透析導入を遅らせるための腎性貧血治療」

県立延岡病院 腎臓内科

医長 戸井田達典 先生

講演②

「糖尿病腎症の治療はGFR30までに決まる
～それまでにどうするか～」

仁医会病院 院長 阿部 克成 先生

○平成28年12月8日(木)

「高齢者の生活習慣病管理 ～健康長寿からフレイルまで～」

東京大学大学院 医学系研究科

加齢医学 教授 秋下 雅弘 先生

(文責：佐藤元二郎)

原稿募集

次の原稿締切は平成29年7月21日(金)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

2月末現在, インフルエンザがまだ流行が続いていますが, 梅の便りなど春を感じる季節となりました。本号が届く頃には, 桜の季節となっていると思います。今回の「教授ご紹介」は宮崎大学医学部 医療人育成支援センター臨床医学教育部門 小松弘幸先生にご執筆をお願いいたしました。宮崎大学医学部の卒業生が宮崎県内に残り, また他大学卒の先生も宮崎県の医療機関を選べるような魅力的な研修制度の構築は, 今後の地域医療の発展には欠かせないことであり, 先生の益々のご活躍をお祈り申し上げます。「特集」は新内科専門医制度の3回目です。専門医を地方であっても習得出来, 大都市に集中しないような制度が望まれます。「会員投稿論文」はウエステルマン肺吸虫の症例報告, C型慢性肝炎に対するインターフェロンフリー療法の治療成績, 超音波で胸水量を類推し酸素化係数と分時換気量の相関を調べた論文といずれも興味深いものです。今回の「Postgraduate Education」の自己免疫性肝疾患, 炎症性腸疾患は, 専門でなくても肝機能異常や下痢, 血便を見かけたときに鑑別が必要な重要な疾患です。また専門分野ではない領域を専門の先生から系統立って勉強できるのは貴重な機会と考えています。「他科からの提言」は学童期運動器検診につきまして宮崎大学医学部整形外科よりご提言頂きました。昨年から学校検診で運動器検診が全国的に行われるようになりましたが, 宮崎県は学校運動器検診事業を率先して行い, その結果をご報告いただきました。学校内科医として早期に運動器傷害を見つけることは, 体の成長のために重要であると再認識いたしました。「随筆」, 「理事からひとつこと」もたくさんの先生からご投稿いただきました。また, 報告の中で「九州各県内科審査委員懇談会報告」は保険医療を行う中で, 査定の判断基準をうかがい知れる貴重な場と思います。今回も学術的な論文のみならず, 卒後臨床教育, 内科専門医制度, 保険診療など多岐に渡っております。会員の先生方におかれましても貴重な症例, 教育的な症例やご研究がございましたら, 是非ご寄稿の程よろしくお願い申し上げます。(名越 敏郎)

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: ayokoyama-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