

会 誌

特 集

肥満症薬が辿ってきた
ずっしりと重い歴史



第 100 号
2024年10月



MIYAZAKI PHYSICIANS ASSOCIATION

宮崎県内科医会

(www.miyazaki.med.or.jp/naikaikai/)

目 次

【巻 頭 言】		
能登地震から始まり、診療報酬改定、記録的猛暑、 コロナ感染再流行、南海トラフ地震情報と激動の前半戦について …	石内 裕人 …	1
【歴代会長より】		
会長時代の思い出 ……	志多 武彦 …	3
今、宮崎の地で傘寿を迎えて ……	栗林 忠信 …	4
会長時代を振り返って ……	小牧 斎 …	5
歴代会長挨拶 ……	比嘉 利信 …	6
【教授ご紹介】		
ご 挨 拶 ……	和田 啓 …	8
ご 挨 拶 ……	佐藤勇一郎 …	9
ご 挨 拶 ……	沖田 典子 …	10
【特 集】		
肥満症薬が辿ってきたずっしりと重い歴史 ……	中里 雅光 …	11
【会員投稿論文】		
保険診療における注意点 内分泌領域について ……	山口 秀樹 …	20
野生型トランスサイレチン心アミロイドーシス診療の現在と未来 ……	鶴田 敏博 …	24
【Postgraduate Education】		
新たに改定された日本呼吸器学会による 「成人肺炎診療ガイドライン2024」について ……	松元 信弘 …	29
【他科からの提言】		
ロボット支援手術が泌尿器科手術に与えたインパクト Impact of Robot-Assisted Surgery on Urologic Surgery ……	澤田 篤郎 …	36
【入会の挨拶】		
入会の挨拶 ……	坂田 鋼治 …	45
入会の挨拶 ……	森山 英士 …	45
【開業のお知らせ】		
開業のお知らせ ……	坂田 鋼治 …	46
【理事からひとこと】		
内科医会員減少について ……	野邊 俊文 …	47
2024年6月診療報酬改定に思うこと ……	安藤 誠 …	48
生活習慣病療養計画書と外来診療の狭間で ……	石坂裕司郎 …	49
変わりゆく消化器内科の検査について ……	横 信一郎 …	50
【写真・絵画】		
濃霧の朝 ……	玉置 昇 …	51
ユスラヤシ並木 ……	玉置 昇 …	51
夕方の文化公園 ……	玉置 昇 …	52
シヨクダイオオコンニャクの花 ……	田中 宏幸 …	52
早 春 ……	楠元 正輝 …	53
風光る ……	楠元 正輝 …	53
門川 桃源郷 梅雨を彩るアジサイの森 ……	日高 利昭 …	54
【短歌・俳句】		
狂歌「医療狂歌」 ……	山村 善教 …	55
短歌「内科医のわれ」 ……	長嶺 元久 …	55
詩「人生を逆にみる」 ……	大西 雄二 …	56
【報 告】		
第36回日本臨床内科医会医学会 ……	光川 知宏 …	58
令和5年度日本臨床内科医会九州ブロック会議 ……	玉置 昇 …	59
第58回九州各県内科医会連絡協議会 ……	比嘉 利信 …	66
第40回九州各県内科審査委員懇話会報告 ……	石川 正 …	70
令和5年度九州各県内科医会会長会議 ……	比嘉 利信 …	91
日本臨床内科医会第70回代議員会 ……	石内 裕人 …	93
令和5年度宮崎県内科医会事業報告 ……	事務局 …	102
令和5年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書 ……	事務局 …	106
令和6年度宮崎県内科医会事業計画 ……	事務局 …	108
令和6年度宮崎県内科医会歳入歳出予算 ……	事務局 …	108
宮崎県内科医会総会並びに学術講演会 ……	事務局 …	110
【各都市だより】		
宮崎市郡内科医会だより ……	光川 知宏 …	111
都城市北諸郡内科医会だより ……	野邊 俊文 …	113
延岡市内科医会だより ……	木谷 道隆 …	114
日向市東臼杵郡内科医会だより ……	今給黎 承 …	115
児湯内科医会だより ……	山中 聡 …	117
西都市西児湯内科医会だより ……	上野 尚美 …	118
南那珂内科医会だより ……	河野 清秀 …	119
西諸内科医会だより ……	横 信一郎 …	120
西臼杵郡内科医会だより ……	佐藤元二郎 …	120
【編集委員より】		
宮崎県内科医会誌100号の記念誌に寄せて ……	宮永 省三 …	122
この20年を振り返って ……	木佐貫博人 …	122
フェンシング ……	名越 敏郎 …	123
宮崎県内科医会誌 第100号に寄せて ……	佐々木 隆 …	123
振り返ってみて ……	下窪 徹 …	124
高齢者診療に思うこと。 ……	日高 恵子 …	124
【編集後記】 ……	下窪 徹 …	125
【表 紙】濃霧の朝 ……	玉置 昇 …	

〔 巻 頭 言 〕

能登地震から始まり、診療報酬改定、 記録的猛暑、コロナ感染再流行、 南海トラフ地震情報と激動の前半戦について

宮崎県内科医会 副会長

石 内 裕 人

2024年1月1日に発生した能登地震による皆様方の御心労も癒えぬままに、今年の診療報酬改定の時期は4月から6月に変更となる異例の中でのスタートでした。皆様におかれましても、よく理解できずに不安の中で始まった6月診療であったと想像致します。新生された生活習慣病管理料では治療計画書に御本人の同意を得るために署名が必要であったり、と手間も多く未だに複雑怪奇の改正で四苦八苦状態でした。その後追い打ちをかけるように「職員のベースアップ評価料算定」のための複雑な手続きが始まりました。ようやく色々な事務的処理をこなし、改正の不満への気持ちを抱きながらようやく診療も軌道に乗り始めた頃、今までに経験した事もない猛暑の到来で、熱中症や気分不良の患者さんが急増しました。その驚きも冷め止まぬうちに、今度はコロナ感染症の再流行が始まりました。周辺の老人施設でのクラスターも発生して往診診療も重なります。考えてみれば新型コロナウイルスが5類となり早1年を経過しようとしています。確かに患者さんもコロナ感染には慣れて、以前よりも平気な表情で、高価になったコロナ治療薬には目もくれずに診療所を後にする方が多くなりましたが、中には若い方でもコロナ肺炎を併発して即入院となるケースや一旦改善した後にコロナ後遺症として食欲不振や意識混濁になり再入院となるケースも多々あり、安易に考えている方々に対して医療側は大変複雑な気持ちとなります。現在は感染が常態化しているエンデミック状態にあり、毎年夏と冬にピークを生じる時代となりました。これにインフルエンザ、ヘルパンギーナ、手足口病、溶連菌感染症、マイコプラズマ肺炎、ノロ感染等の小児ウイルス感染症が紛れ込んでくるので、診断治療にも神経を尖らせる日々が益々続くであろうと思われます。また、最近の傾向として、例えばコロナ定期ワクチンが秋からスタートしますが、多くの方がSNS情報により個々様々な強固なる信念を既に持たれており、「コロナ感染症の予防接種を受けましょう」というこちらの情報もなかなか浸透しづらい時代背景がある事を皆様も肌で感じておられる事と想像します。

そんな多忙の折、8月8日16時43分に日向灘を震源とするM7.0の地震が発生しました。日南市で震度6、宮崎市でも震度5弱を観測し宮崎港で50センチの津波の観測がありました。その

後すぐに気象庁の方で、南海トラフ地震関連解説情報がTVで何度も何度も繰り返し放映されました。その情報を聴いているだけで何とも言えない暗い心境になるのは私だけではないと思います。普段当院でも地震避難マニュアルも作成してスタッフの避難経路も周知しておりましたが、今回の地震でそのマニュアルが全く機能を果たせない事を目の当たりにしました。今回の地震発生時に当医院ではまだ10数名の患者さんが診療中でした。慌てて皆さんに避難勧告してすぐに帰宅を促しましたが、誰1人として帰らない。「お盆前だからせめて薬だけでも処方してください」という意見ばかり。「心配ない、心配ない、大したことは無いよ」と触れわたっている方や、中には診療の終わった足の不自由な御高齢の方がお迎えを待ってジッとしていて動かない。幸い余震は発生しなかったものの、地震発生から全ての方の薬のみ即座に処方してお迎えが来るまでに30分の時間を費やしました。診療室で待たれている患者さんを置き去りにしてマニュアル通り我々スタッフのみ避難する事もできず、マニュアルの再検討と早急に患者さんがいる事を想定した新たな避難訓練をする事としました。今回の地震を貴重な体験として、何度も何度も災害医療についての認識を高める事の重要性を改めて感じた次第でした。

最後に、お盆を過ぎてようやく前半戦が終了しまして、少しずつ秋の気配を感じて、安堵の気持ちを持てる昨今ですが、後半戦も気を許す事のない診療が続く事となるでしょう。どうぞ皆様方におかれましては、御自身の健康にも充分ご注意頂きまして、1人だけで悩む事なく、宮崎県医師会の仲間と協力し合いながら乗り越えて参りましょう。刷新された宮崎県内科医会のホームページなどもどうぞ積極的に御利用ください。先生方のご活躍に敬意を表しながら、今後ともご指導とご支援を宜しくお願い申し上げます。

〔歴代会長より〕

会長時代の思い出

志 多 武 彦

県内科医会 会誌100号記念発行を祝し、一言ご挨拶申し上げます。歴代会長の一人として、思いつくまま当時を振り返ってみます。

まずは総会です。学術講演会の開催と充実に力を注ぎました。講師選定を巡っては、広く日本中よりその道の専門家、権威者を中心に選定に当たりましたが、地元宮医大の先生方も重視しました。内科医会と宮医大の連携強化も図ったつもりです。幸い、宮医大の理解も得られ、現在もその関係がスムーズなのは何よりです。

会員発表にはやや苦労した思い出があります。あの手この手を使ってみました、発表が思ったようには増えませんでした。最後はレントゲンフィルム1枚でも良いからと依頼した苦労があります。

社会保険診療充実の為の講習会は好評でした。社保、国保の審査員一人ずつから適正な保険診療、請求のポイントを解りやすく解説して頂き、会員にとって有益だったと思います。出来るものなら、会員の全員が一度は審査員の経験をされたら良いと考えます。

会員間の親睦、友和、交流は大切です。年2回の総会がもっと生かされたらどうでしょう。

九内協、九内懇の開催と出席は楽しく懐かしい思い出です。各県会長、役員の先生方と本音で話し合いができました。二次会も楽しく話題も多く盛り上がりました。視野も広がったと思います。

最後に、今後益々の県内科医会の発展、充実を祈念致します。

〔歴代会長より〕

今、宮崎の地で傘寿を迎えて

医療法人社団尚成会 近間病院

栗 林 忠 信

私と宮崎の出会いは、私の恩師である故湯地重壬先生に声を掛けられ、1977年4月に開講した宮崎医科大学第3内科に同年7月、32歳で赴任した時に始まるから、もう既に半世紀が経とうとしている。宮崎に来るに当たって、前任地の北里大学医学部消化器内科教授岡部治弥先生から、“宮崎に着いたら福田實先生にご挨拶に行くように”と言われていたので、早速先生を訪ねた。お忙しい中快く会って頂き、以来公私共々大変可愛がって頂いた。湯地先生が1年で大学を辞められ県立宮崎病院に移動されたため、先生が古賀総合病院でやっておられた内分泌外来を引き継ぐことになり、1978年7月から毎週水曜日の午後に来来診療をさせて頂いた。まさかその後自分が同心会に就職することになるとは夢にも思っていなかったが、古賀孝先生が1987年1月に急逝され、当時の古賀和美理事長、三川和男事務長に哀願され、同年10月、43歳で同心会に副院長として就職した。当時、病院はJR宮崎駅前という交通の便の良い場所にあったが、施設の老朽化と手狭さのために移転を計画した時まさにバブル経済が崩壊し、地域医療計画でベッドの増床がままならぬ時代であったが、悪性腫瘍治療病床の40床増床が認可され、1994年10月に池内町に188床の新病院が完成し、移転することが出来た。その後、1996年1月に院長、2012年4月には名誉院長になったが、その間、岡部治弥先生から北里大学送別の際に頂いた孟子の戦陣訓“天之時、地之利、人之和（天の時は地の利に如かず、地の利は人の和に如かず）”の色

紙をいつも見ながら、「人の和」を大切に病院の運営に当たってきた。同心会の発展に少しは寄与出来たかなと思っている。

私は、1990年に福田實先生が第6代県内科医会会長に就任された時にお声がかかり、内科医会の活動に関わるようになった。第8代会長志多武彦先生の下で8年間副会長を務めた後、2008年から第9代県内科医会会長になり、3期務めさせて頂いたが、2012年10月に第47回九州各県内科医会連絡協議会、第29回九州各県内科審査委員懇話会を当県が担当で、無事に開催することが出来たことが一番の思い出である。2013年9月14日、69歳の誕生日を迎えて数日後に多発性心室性期外収縮発作が出るようになり、極端な徐脈になりめまいが酷くてしばらくは立っているのが辛いほどであった。高血圧で服薬していたARBの副作用かな？と愚考して服薬を中止したところ、嘘か実か、2～3日経ったら全く発作が出なくなった。循環器の専門の先生方は誰も信じてくれないが、それを機に内科医会の会長を退き、小牧斎先生に後を委ねた。

2019年9月で75歳になり、理事定年で同心会を退職した。郷里の熊本に帰ることも考えたが、多くの患者さんに哀願され、結局、系列の古賀駅前クリニックで週3日だけ非常勤で外来診療を続け、今年の1月からは尚成会近間病院に移動して診療を続けている。傘寿を迎えて、後何年やれるかどうか判らないが、ボケずに身体が動く間は頑張ろうと思う今日この頃である。

〔歴代会長より〕

会長時代を振り返って

こまき内科 小 牧 斎

宮崎県内科医会誌が発刊され100号を迎え
るとお聞きし、過去に編集委員長を務めた経
緯もあり感慨深いものを感じます。これまで
編集委員を務められた先生方、また現在務め
ていただいている先生方には心より敬意を表
したいと思います。

さて、宮崎県内科医会との関わりは、志多
武彦先生が会長時に常任理事として8年、前
任の栗林忠信先生が会長時に副会長として6
年、平成26年4月からは同30年3月まで2
期4年間にわたり会長職を務めさせていただきました。当時副会長には宮崎市から弘野修
一先生、都城市から田口利文先生（現都城市
北諸県郡医師会長）、延岡市から野村朝清先
生・石内裕人先生、常任理事としては中津留
邦展先生・光川知宏先生（現副会長）に務め
ていただきました。理事・評議員・監事の先
生方、また学術委員会・医療保険委員会・会
誌編集委員会等の委員の先生方には大変お世
話になりましたこと心より感謝申し上げます。

当時の県内科医会の問題として会員数の減
少がありました。会員数の増強策、事業の縮
小、県外出張の制限、名簿刊行費の経費削減
などについて議論したものでした。一方、九
州各県との横の連携を図るために毎年1回九
州ブロック会議が各県持ち回りで開催され、
医療行政、医療保険に関することなど話し合
いました。社保・国保の審査基準の摺合せ・
標準化の場所として貴重な会合となっており、
その後の懇談会を含め九州各県の状況を
知るのに大いに役立ったものです。

日本臨床内科医会が直面していた問題点・
課題として、

- 1) 大きく変わる専門医制度と総合医構想
- 2) 高齢化に伴う会員減少
- 3) 診療報酬改定（平成28年度）への対応

- 4) 医療改革の名のもとに提出された医療
・介護総合法案への対処

- 5) 今後導入されようとしていた混合診療
などへの対処

など内科医会だけでは解決できない大きな問
題が山積していました。

感染症も大きな話題になっていました。平
成21年に世界的に流行した新型インフルエン
ザ、ヒト－ヒト感染を引き起こす可能性のある
鳥インフルエンザ、平成26年9月に発生した
デング熱、人類史上最も危険といわれるエ
ボラ出血熱の感染拡大など、次々と医療界は
対策を強いられていました。小生が会長職を
辞した2年後の令和2年から、現在の新型コ
ロナウイルス感染症が猛威を振るうことにな
ろうとは思ってもよりませんでした。

その他、平成30年度から開始された新内科
専門医制度問題、平成27年10月から施行さ
れた医療事故調査制度なども話題になりまし
た。後者は現会長の比嘉利信先生に宮崎県内
科医会誌89号で判りやすく解説していただき
ました。

医療介護総合確保推進法が平成26年に成立
しました。限られた医療資源を効率的に活用
し、切れ目のない医療・介護サービス体制を
構築しようとするものです。人口減少問題と
高齢化も大きな話題になっていました。多種
多様な疾患を抱え、医療介護両方のサービス
を必要とする高齢者が増加する一方で、年々
増加傾向の認知症高齢者に対する対応策も国
を挙げての大きな課題となっていました。

最後になりますが、県内科医会の活動状況
は、内科医の一人としていつも気になってい
るところです。県内科医会の今後の更なる発
展、御活躍を祈念しております。

〔歴代会長より〕

歴代会長挨拶

比 嘉 利 信

記念すべき宮崎県内科医会誌第100号の発刊に当たり、本会誌編集委員会において歴代会長に当時の思い出話を綴ってもらおうということになりました。宮崎県内科医会は1962年8月に発足し、初代会長は大田原靖喜先生で、綾部勤先生、竹野融先生、古賀孝先生、中村元先生、福田實先生、稲倉正孝先生、志多武彦先生、栗林忠信先生、小牧斎先生に代々引き継がれ、現在私が職責を担っております。県内科医会誌は県内科医会創設から8年後の1970年10月に第1号が発刊されました。編集後記に、会誌は県内科医会会員のためのものであり、内容的に価値のある永続的な会誌になることを願うとあり、この度第100号を刊行できることを大変感慨深く喜ばしく思っています。

さて県内科医会の現況について述べたいと思います。私が会長に就任した2018年度は、会員数の減少等により歳入低下が顕著となってきたため、収支改善が重要なテーマでした。そこで総会は2回から1回に、会誌発行も年2回から1回とし、名簿作成の簡素化と合わせ歳出削減を図りました。

2019年12月に武漢で発生し、たちまち世界中のパンデミックに発展した新型コロナウイルス感染症は、本会の運営にも大きな影響を与えました。2020年5月の県内科医会総会は中止とし、審議事項はすべて書面決議としました。2021年以降の県内科医会総会・学術講演会は、県医師会館の会場とWEBによるハイブ

リッド形式で実施されています。総会後の意見交換会は休止していますが、会員からの要望も強く感染状況を踏まえ復活の方向で検討したいと思います。

日本臨床内科医会（日臨内）九州ブロック会議、九州各県内科医会連絡協議会（九内協）、九州各県内科審査員懇話会（九内懇）は毎年秋に各県持ち回りで行われる主要な行事です。2021年度は九州医師会医学会と合わせ、宮崎県が担当でした。大きな会議を主催することは何かと大変ですが、会の活性化、強化を図る良い機会にもなります。宮崎観光ホテルを会場とし準備を進めていましたが、新型コロナウイルス感染拡大のため、日臨内の江頭副会長や次期担当の沖縄県友利会長のご了承を得て、1年延期とさせていただきました。果たして1年後、新型コロナウイルスは未だ終息の兆しがみえず、結局、2022年10月23日に県医師会館と各地を結んでオンライン会議で行われました。私たちにとって楽しみにしていた2年がかりのビッグイベントでしたが、残念ながら各県役員とのface to faceの直接意見交換の場もなく、消化不良の感は拭えませんでした。

日臨内は日本内科学会の日程に合わせた春の総会（総合学術集会）と秋の学会がありますが、コロナ禍にあつていずれもWEB方式での開催でした。特に2021年春の総会は東北大震災と原発事故からの復興を期待し応援する目的で福島を会場とする会が企画されまし

たが、これも現地開催は叶いませんでした。

コロナ禍により、社会経済が麻痺し私たちの生活行動様式も変容し、多くの会議、学会や研究会ではWEB方式が浸透しました。ここでは安定したネット環境が必要条件であり、受け手の取組み次第では成果の乏しい結果にもなりますが、どこでも視聴、参加できるため、地方の私たちにとって、移動時間の短縮と旅費の節減になります。実際、本会でも歳出に予算化された旅費が未執行となり、一時的に収支の改善が図られました。そこでこの機会に予算の一部を活用し、本会のホームページをリニューアルすることにしました。画面は明るく明瞭で見やすい表示とし、会員にできるだけ新しく詳しい情報を随時お届けし、学術講演会や研究会に簡単に申し込めるシステムにしました。本会の活動をはじめ、リンクしている県医師会、日本内科学会、日臨内等の情報をそれぞれ入手、確認す

ることができます。

最近の話題は医師の働き方改革と医療DX（デジタル・トランスフォーメーション）でしょう。2024年医師の働き方改革は、医師の長時間労働の是正が目的ですが、医師不足の地方においては早速夜間当直や救急対応に苦慮している状況です。医師の使命感や過重労働に依存した従来の医療提供システムから脱却できるかは一般社会の理解も必要です。また医療DXの急速な展開は、電子カルテを中心とする設備投資や新しいシステムへの対応に負担が多いところです。

これからはますますオンラインによる情報伝達が主流になり、ホームページの活用が重要視されていくと思いますが、本会誌は紙媒体の特徴を生かしながら創刊の理念を忘れず、繋いでいきたいと思います。今後とも会員の先生方のご指導ご鞭撻の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

〔 教授ご紹介 〕



ご 挨拶

宮崎大学医学部 機能制御学講座 蛋白質機能学分野
教授 和田 啓

先生方におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。2023年4月1日より宮崎大学医学部 機能制御学講座 蛋白質機能学分野の教授を拝命いたしました和田啓と申します。謹んでご挨拶申し上げます。

私は東京で生まれ大阪で育ち、学位は大阪府立大学（現 大阪公立大学）で取得いたしました。その後大阪大学の博士研究員、助教を経て、2012年に宮崎大学のテニュアトラック推進機構の医学系教員として採用されました。この“テニュアトラック”とは「任期付き採用および雇用審査」を意味しており、米国で発展した制度です。文部科学省の若手研究者育成プログラムの名称にもなっており、着任後5年間の研究成果が審査され、合格すれば正規雇用（テニュア職）が認められるプロジェクトです。当時、いわゆる旧帝国大学が主に採択されていたプロジェクトでしたが、宮崎大学も早い段階で採択されており、学長主導のもと若手が独立した研究室を実質的に主宰できる環境を整えておりました。本学は若手教員へのサポート体制が秀逸であったことから文科省から非常に高く評価された経緯もあり、現在も本プロジェクトは学内で継続されております。私は、当時本学医学部病理学講座の浅田祐土郎教授、片岡寛章教授にメンターとしてご支援を頂きながら研究活動に専念させて頂きました。機構長であった当時の菅沼学長、池ノ上学長、また丸山眞杉医学部長、フロンティア科学実験総合センター長（林哲也教授および加藤丈司教授）に研究成果を直接ご報告する機会もあり、さまざまな専門の先生方からのご指導を頂くことができる素晴らしい環境で過ごさせて頂きました。テニュア審査に合格し、2017年度から本学医学部への着任承認（准教授）を頂き、医学部機能制御学講座に蛋白

質機能学分野を新たに設置して頂きました。その後、菱川医学部長、越本フロンティア科学総合研究センター長のお力添えも賜り、教授に昇任頂きました。

私の専門は基礎研究であり、「構造生物学」と呼ばれる領域になります。疾患の原因となる代謝系の蛋白質群、ウイルス粒子やその構成成分などの蛋白質をターゲットとして分子レベルでの研究を展開しております。蛋白質機能を分子・原子レベルで理解するために、X線結晶構造解析やクライオ電子顕微鏡解析などの手法を駆使して立体構造を決定します。これにより機能解明だけでなく創薬応用にも研究成果を繋げています。最近では、特殊な立体構造をもつ蛋白質を活用した Drug Delivery System（DDS：薬物伝達システム）の開発も手掛けており、経口投与が困難なペプチド系薬剤の体内動態コントロールの研究もしております。研究成果は研究室ホームページ（http://www.med.miyazaki-u.ac.jp/structural_biology/）で随時紹介して参ります。

昨今、日本の研究力の低下が問題となっております。国立大学は2004年の法人化の影響が大きく、特に医師一人当たりの診療負担が大きい地方大学での研究力維持が課題になっています。医学部基礎系講座のミッションの一つは質の高い研究を推進することであり、国内外の研究領域を牽引できる成果を発信することが重要と考えております。

今後、臨床の先生方のご協力も頂きながら宮崎発のユニークな研究展開も目指し、本学のみならず宮崎県の医学教育・研究活動の発展に貢献できるように尽力して参ります。今後とも当教室を温かく見守っていただくとともに、ご指導、ご鞭撻を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

〔 教授ご紹介 〕



ご 挨拶

宮崎大学医学部 病理学講座 腫瘍形態病態学分野
教授 佐 藤 勇一郎

宮崎県内科医会の先生方におかれましてはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。2024年3月1日より宮崎大学医学部病理学講座 腫瘍形態病態学分野（旧第2病理）の教授を拝命いたしました佐藤勇一郎と申します。就任にあたりご挨拶申し上げます。

私は宮崎生まれの宮崎育ちで、平成3年（1991年）に宮崎医科大学を卒業しました。学生時代は剣道部に所属していましたが、現在はテニスが趣味となっています。写真は昨年消化器内科の永田先生と出場した“医学部杯”の時のものです。笑顔で写っていますが、この後学生に完敗しました。テニスコートで見かけることがあればぜひお声がけください。学生時代に病理学に将来進むことは考えていなかったのですが、脳外科で1年だけ研修した後、大学院（病理学講座、旧第1病理）に進みました。大学院時代は培養平滑筋細胞を使って研究し、浅田祐士郎先生（元1病理学教授・現宮崎市郡医師会病院）、丸塚浩助先生（現県立宮崎病院病理部長）、さらに2病理の先生方からも指導していただきました。顕微鏡をみるのは最初よくわからず、教科書と絵合わせをしながら自分なりに診断し、次の日の朝に恩師住吉先生から、教授室の壁が震えるぐらい熱心に指導していただきました。少しずつ理解できると病理の世界が面白くなってきて、大学院卒業後も病理に残ることにしました。大学院卒業後は県立宮崎病院で多くの症例を経験することができ、その後米国にも留学させていただきました。前半はスクリプス研究所で、後半

はカリフォルニア州立サンディエゴ校で、故 Benirschke 先生のもと胎盤病理を勉強して帰国しました。胎盤病理は私の専門領域の一つになっています。帰国後10年間、宮崎大学医学部附属病院の病理部で勤務し、今回病理学講座の教授に就任しました。

現在病理の世界は、診断のみ、または研究だけと両極に分かれる傾向にあります。宮崎大学では両講座と病理部と協力しながら病理診断業務にあたり、研究に関してもこれまで同様それぞれの講座で研究を進めています。私個人は臨床病理を中心に研究してきましたが、今後はこれまで2病理が行ってきた基礎的な検討を加えつつ、臨床に役立つ研究を行えればと考えています。病理診断に関しては、多くの内科の先生方にご指導いただきながら診療にあたっています。症例として多い領域は消化器になりますが、呼吸器、内分泌、神経、膠原病、循環器など色々な先生方にお世話になっています。今後も皆さまに信頼していただく病理医を一人でも多く輩出していければと思いますので、ご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願いします。



〔 教授ご紹介 〕



ご 挨拶

宮崎大学医学部 臨床神経科学講座 脳神経外科学分野
教授 沖 田 典 子

宮崎県内科医会の先生方におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。令和 6 年 5 月 1 日付で竹島秀雄前教授の後任として宮崎大学医学部脳神経外科学分野教授を拝命いたしました、沖田典子と申します。就任にあたり謹んでご挨拶申し上げます。

私は高校まで山口県で育ち、平成 8 年に大阪大学医学部医学科に入学いたしました。学生時代に神経解剖に強い興味を持ったものの当時は女性脳神経外科医が極めて少数で、女性にとって敷居が高い診療分野でした。そんな中、同門で活躍されていた数少ない先輩女性医師に憧れ、平成14年に大阪大学医学部脳神経外科学教室に入局いたしました。入局後は関連施設である中核病院や救命救急センターで脳卒中・重症頭部外傷を中心に研修させていただきました。平成19年大阪大学大学院医学系研究科博士課程に進学し、脳腫瘍のイメージングに関する臨床研究に従事いたしました。私は悪性脳腫瘍を自身の診療専門分野として志したこともあり、MRIやメチオンinをトレーサーとするPETなどの神経放射線画像から神経膠腫の脳内浸潤領域の可視化や、腫瘍内の遺伝子変異を予測する技術開発に関わってまいりました。

平成22年に国立がん研究センター中央病院脳脊髄腫瘍科に国内留学する機会に恵まれ、出身同門が異なる同世代の先生方との交流に刺激を受けながら、脳腫瘍診療の基本から最先端の臨床研究まで学ばせていただきました。その後、関連施設で臨床経験を積み、平成30年 8 月より特定機能病院である大阪国際がんセンターで脳神経外科部長を務めました。約 2 年半にわたり、大阪府の脳腫瘍診

療の中心的施設で管理職を経験できたことは大きな財産となりました。令和 3 年 4 月より大阪大学脳神経外科助教を務め、脳腫瘍診療と若手医師の臨床・研究指導に携わってまいりました。

新任地である宮崎は明るい南国で、皆様も南国気質の優しい方ばかりで、少しずつですが新しい環境にも慣れ、宮崎の良さを実感しております。宮崎大学脳神経外科は医師不足という問題を抱える中、限られた人数で広大な医療圏の脳神経外科救急を担っております。都市部での診療経験しかない私にとって課題点がこれまでとはまったく異なり、地域医療の難しさを痛感しております。脳神経外科は女子医学生に敬遠される診療科の代表ですが、宮崎大学医学部生に占める女子学生の割合が半数近くに上る中、彼女たちの活躍が今後の地域医療のあり方において大変重要と考えます。宮崎大学脳神経外科の伝統を大切にしながら、男女問わず医局員一人一人がライフステージに応じてやりがいをもって働きやすい環境をご提供できるよう尽力していく所存です。

宮崎県下の頭部救急疾患に迅速に対応できるように、医療の偏在がない、しかしながら専門性の高い医療提供の構築をさらに発展させることが重要課題だと認識しております。病院院内、地域住民の皆様、全国の医療機関、そして学会から信頼される組織の運営を目指し、宮崎県、宮崎大学の発展に貢献できるよう尽力いたします。宮崎県内科医会の先生方には、さらなるご指導とご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

特集

肥満症薬が辿ってきたずっしりと重い歴史

大阪大学大学院理学部 特任教授

前 宮崎大学内科学(神経, 呼吸器, 内分泌代謝学分野) 教授

中 里 雅 光

はじめに

2023年10月26日に開催された宮崎県内科医会で、座長の県内科医会会長 比嘉利信先生から講演した内容を原稿に起こすよう、御依頼を受けた。2024年2月に肥満症の治療薬が我が国で初めて上市され、肥満症は内科医療の新たな分野となった。抗肥満症薬が巨大市場となる背景を含めて、下記の最新情報を紹介したい。

- 1) ノボノルディスク社の時価総額は本国のGDPを超えた
- 2) 肥満症の好敵手、現る
- 3) 「肥満」と「肥満症」の違い
- 4) 2023年、Science誌もNature誌も認めた
- 5) 2020年まで抗肥満症薬開発に勝者はいなかった
- 6) 医療用医薬品を目指さなかった内臓脂肪減少薬アライの戦略とは
- 7) ついにハイブリッドが登場した
- 8) GLP-1の適応拡大
- 9) 抗肥満症薬の飽くなき追求
- 10) 我が国には小児肥満症の治療薬がない
- 11) 宮崎県は肥満者が多い
- 12) 肥満症診療の問題点と正しい肥満症治療薬の使い方とは

- 1) ノボノルディスク社(本社デンマーク、以下ノボ社)の時価総額は本国のGDPを超えた

2023年9月のThe New York Timesによると、デンマークの糖尿病治療薬メー

カー、ノボノルディスク社の時価総額が5,000億ドル(約74兆円)を突破してデンマーク本国のGDP(国内総生産)を超えた(2024年7月には6,000億ドルを超えている)。同様の記事は日本経済新聞にも掲載された。ノボ社の時価総額はボルシェ、メルセデスベンツ、BMW、フォルクスワーゲンのドイツ自動車企業4社を合わせた時価総額の約1.8倍である。ノボ社はこの100年間、インスリンと成長ホルモンを販売する地味な製薬企業だった。

2) 肥満症の好敵手、現る

背景にあるのは、ノボ社が開発したインクレチン製剤 セマグルチド(ブランド名オゼンピック、リベルサス、ウゴービの3剤)の成功である。セマグルチドは現在、我が国を含め世界中で2型糖尿病と肥満症に処方されている(表1)。

インスリン製剤を販売していたもう一社のイーライリリー社(以下リリー社、本社は米国で、がんや神経系など多領域の薬剤を販売している)の時価総額は、マイクロソフトやアップルなどに次いで世界企業全体で第9位(2024年7月時点でノボ社は第12位)に躍進した。リリー社の株価は、この5年間で約8倍強上昇している。リリー社は糖尿病治療のGLP-1注射剤として、デュラグルチド(ブランド名トルリシティ)を持っていた。画期的なハイブリッドインクレチン製剤(説明は7章に記載)

であるチルゼパチド（ブランド名マンジャロ）（表1）の成功が、さらに株価を押し上げた。

2009年12月に、インクレチン製剤の1つであるDPP-4阻害薬が上市され、2型糖尿病のゲームチェンジャーとなったことは会員諸氏もご存じと思う。インクレチンとは腸の内分泌性上皮細胞で産生され、栄養素の摂取により分泌されてインスリン分泌を促進するペプチドで、GLP-1（glucagon-like peptide 1）とGIP（glucose-dependent insulinotropic peptide）の2つがある。前者は主に小腸遠位部のL細胞で、後者は小腸近位部のK細胞で産生される。インクレチンの発見は、グルコースがインスリン分泌の直接的な主たる刺激因子と考えられていた概念を大きく変えた。食後のインスリン分泌の寄与率はGIPが44%、GLP-1が22%、グルコース直接が33%である。なお、副交感神経もインスリン分泌を刺激するが、寄与率は不明である。

現在インクレチン製剤には、GLP-1とGIPを分解するDPP-4を抑えるDPP-4阻害薬と、両ペプチドのアミノ酸を改変してDPP-4による分解を受けないインクレチンアナログの2種類がある。DPP-4阻害薬が

広く使われる理由は、当初の想定を超える確かな糖代謝改善作用と副作用の少なさ、高齢者への使いやすさである。現在我が国では、2型糖尿病の新規処方半数以上はDPP-4阻害薬である。アミノ酸を改変したGLP-1製剤には経口薬（ブランド名 リベルサス）や週1回投与の長時間作用型の注射薬（ノボ社のオゼンピックとリリー社のトルリシティ）がある（図1）。

GLP-1には食欲抑制と体重低下作用もある。2024年2月、セマグルチドを増量した別のブランド名 ウゴービ（週1回皮下投与）が、肥満症に適応を持つ初めての医療用医薬品として上市された。糖尿病治療薬のオゼンピックは週1回投与の最高量が1.0mgだが、同じセマグルチドでも肥満症治療薬のウゴービには、週1回投与量がそれより多い1.7mgと2.4mgの製剤がある。

糖尿病治療薬を肥満症に応用する流れが抗肥満症薬開発の道を拓いた。インクレチン製剤による糖尿病治療の成功ならびに肥満症の世界的な増加は、製薬企業にとって巨大な市場となりつつある。抗肥満症薬の市場は、今から4年後には世界全体で112億ドル（約1.6兆円）以上と予想されている。

表1. 2020年以降に日本で上市されたインクレチン製剤

一般名	製薬企業	ブランド名	適応疾患	投与法	投与回数	投与量	製剤量
セマグルチド	ノボルディスク	オゼンピック	2型糖尿病	皮下注	週1回	0.25 mg, 0.5 mg, 1.0 mg	20 mg
セマグルチド	ノボルディスク	リベルサス	2型糖尿病	経口	1日1回	3 mg, 7 mg, 14 mg	左に同じ
セマグルチド	ノボルディスク	ウゴービ	肥満症	皮下注	週1回	0.25 mg, 0.5 mg, 1.0 mg, 1.7 mg, 2.4 mg	左に同じ
チルゼパチド	イーライリリー	マンジャロ	2型糖尿病	皮下注	週1回	2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg	左に同じ



図1

GLP-1, GIP, グルカゴン, セマグルチド (オゼンピック, リベルサス, ウゴービ), チルゼパチド (マンジャロ, 抗肥満症薬として国内承認申請中のゼップバウンド), レタトルチド (第Ⅲ相臨床試験が進行中) のアミノ酸配列。アミノ酸は1文字標記, Xは α アミノイソ酪酸, Zは α メチルロイシン, 6種類の物質で共通するアミノ酸を赤で示す。

3) 「肥満」と「肥満症」の違い

両者の定義を示す。

肥満：脂肪が過剰に蓄積してBMIが $25\text{kg}/\text{m}^2$ 以上。

肥満症：① 肥満に起因ないし関連する健康障害があり (表2), 医学的な減量治療の対象となる肥満, または
② BMIが $25\text{kg}/\text{m}^2$ 以上で健康障害を伴っていないでも内臓脂肪型肥満。

但し, 肥満の定義となる脂肪および内臓脂肪の蓄積を正確に測定する方法は, 現時点では保険診療上認められていない。肥満症と混同されやすい「メタボリック症候群」は内臓脂肪蓄積 (ウエスト周囲長が予測に使われる。但しメジャーで正確に測定するのは容易ではない。正確には腹部CTで臍の高さの内臓脂肪面積が 100cm^2 以上) があり, 糖代謝, 脂質代謝, 血圧の一つ以

表2. 肥満に起因ないし関連する健康障害
(肥満症の診断に必要な健康障害)

- (1) 耐糖能障害 (2型糖尿病・耐糖能異常など)
- (2) 脂質異常症
- (3) 高血圧
- (4) 高尿酸血症・痛風
- (5) 冠動脈疾患 (心筋梗塞・狭心症)
- (6) 脳梗塞・脳血栓症・一過性脳虚血発作 (TIA)
- (7) 脂肪肝 (非アルコール性脂肪性肝疾患/NAFLD)
- (8) 月経異常, 不妊
- (9) 睡眠時無呼吸症候群 (SAS)・肥満低換気症候群
- (10) 運動器疾患: 変形性関節症 (膝・股関節)・変形性脊椎症, 手指の変形性関節症
- (11) 肥満関連腎臓病

上が異常あるものを示す。メタボリック症候群は疾患名ではなく、内臓脂肪蓄積による将来の心血管疾患を予防するための病態である。従って特定検診の対象である。脂肪蓄積の正確な測定が困難なことから、肥満者の割合はBMI25kg/m²以上で推定されている。日本人の成人でBMIが30kg/m²以上の肥満者の割合は、令和3年の調査で人口の4.5%で、令和8年にはさらに150万人～200万人増加すると推定されている。

4) 2023年、Science誌もNature誌もインクレチン製剤を認めた

両雑誌は自然科学界のトップ2である。どちらかの雑誌に筆頭著者として論文を出せば、研究者として評価される。余談になるが、筆者が大学院生の時、共同研究をしていた某帝国大学の教授はこう言ったそうだ。「Natureの一つや二つで研究したと思うな」。その先生はNature論文が26ある巨人だった。毎晩、その先生が大学から帰る午前3時頃、何の遠慮もなく共同研究に関する実験進捗の問い合わせ電話があった。数多くのエピソードを残された先生だったらしいが一つだけ紹介すると、1月2日に教室員の自宅に先生から電話があった。「朝から待っているのですが、何時に大学に来るのですか」。教室員が言葉に詰まっていると再び先生から「1月1日は祝日ですが、2日は平日です。待っているから来てください」。これが許されたのが昭和の世界トップクラスの研究室。この教室からは日本を代表する多くの教授が育った。

ScienceとNatureは毎年12月に、その1年間で最も優れた科学の成果を発表する。両誌が2023年に選んだのは、同じテーマ「GLP-1による肥満症治療」だった。Scienceの「Breakthrough of the Year」のGLP-1の紹介記事は、2026年に全世界でのセマグルチドの売上が9,000億円、チルゼ

パチドが1兆4,000億円と予測している。Natureによる「今年の10人」では、1980年代にGLP-1を同定し、インスリン分泌促進作用を初めて論文発表したSvetlana Mojsov（ユーゴスラビア出身、現米国ロックフェラー大学）を選んでいる。「忘れ去られていた薬剤開発者」として彼女の業績を紹介している。日本語記事もネットにあり、また両誌の原文自体も容易に自動日本語訳ができる。かつては大学でしか得られなかった最先端の研究成果が、自宅のwebで簡単に入手できるようになったのも、科学技術の進歩の一つと言えよう。

5) 2020年まで肥満症薬開発に勝者はいなかった

抗肥満薬は今までに数多く上市されたが、成功して市場に残ることはなかった。失敗の理由は、1) 軽微な減量効果、2) 巨大な売上追求、3) 肥満症治療の目標は肥満関連疾患の改善であることの軽視、である。

リモナバンは、大麻成品に対する脳内受容体の拮抗物質である。リモナバンの肥満者への投与は、食欲や体重を低下する。しかしリモナバン投与により、うつや自殺企図などの重篤な副作用が起こった。食欲は脳の快楽系と密接に結びついており、その遮断が精神心理的な問題を引き起こした。リモナバンは一旦、体重減少薬として欧州で販売されたが取り下げられ、日本での治験も中止された。リモナバンの失敗の原因は、体重をプライマリーエンドポイントとして巨大な利益を追求したことである。肥満症の治療ではなく、減量为目标としたことに過ちがあった。もう一つは、脳内快楽系を抑えることは食欲とともに生きる喜びも奪い去る中枢作用薬の難しさである。

米国で上市されたロルカセリンは、食欲を抑制する脳内セロトニン受容体の活性化物

質である。減量効果は治療開始時の平均102kgからわずか-2.5kgで、発がん性の疑いもあり、承認が取り下げられた。シブトラミンは脳内の神経細胞におけるセロトニンとノルアドレナリンの取り込み阻害作用をもつ抗肥満薬である。しかし、脳内モノアミンの増加は不整脈や高血圧などの副作用をもたらし、2010年に欧米での販売が中止された。

6) 医療用医薬品を目指さなかった内臓脂肪減少薬アライの戦略とは

食物中の中性脂肪は、小腸で腓リパーゼにより脂肪酸とグリセロールに分解され、小腸上皮から吸収される。腓リパーゼ阻害薬は小腸での中性脂肪吸収を抑えることから、肥満症治療薬としての開発が進められた。武田薬品は2018年に腓リパーゼ阻害薬セチリストット（ブランド名 オブリーン、obesityをleanにする意味）の販売承認を得たが、薬価取得できず市場から撤退した。軽微な減量効果に加え、体重減少薬の乱用による医療費増加が懸念されたためであった。

このことを踏まえ、大正製薬は腓リパーゼ阻害薬オルリストット（ブランド名 アライ）を本年4月からOTC製剤として市販した。摂取した中性脂肪の約25%が吸収されずに便中に排出される。食事中または食後1日3回、経口摂取する。ドラッグストアや一部の薬局で販売される処方箋が必要ない一般用医薬品のため、テレビCMやマスコミに多くの広告を打っているので、医療施設への問い合わせも多いと聞く。臨床試験で約2～3kgの減量が報告されている。適応は「ウエスト周囲長が男性85cm、女性90cmを超えていることが必須で、BMI25kg/m²未満または、25kg/m²を超えるが肥満関連疾患が一つもない」である。従ってアライの位置づけは、肥満症の

治療薬ではなく、内臓脂肪減少を目指す肥満症の予防薬である。

我が国では中枢性食欲抑制薬のマジンドール（ブランド名 サノレックス、現在富士フイルム富山化学が販売）が1992年に発売された。BMI35kg/m²以上の高度肥満症に連続3か月しか投与できない制限があるが、後述する抗肥満症薬ウゴビーのような処方医の制約はない。現在、単剤としてだけでなく抗肥満症薬や減量効果のある糖尿病治療薬との併用ならびに肥満代謝手術の術前減量に使われている。

リラグルチド（ノボ社、ブランド名 ビクトーザ）は、1日1回投与のGLP-1アナログ皮下注射製剤（最大0.9mg/日）で、我が国では2010年に2型糖尿病に上市された。その後、欧米ではリラグルチドは肥満症に対し、最大3mg/日の製剤（ブランド名 サクセンダ）として発売された（日本では未承認）。1日1回の注射投与が弱点となった。しかし同じ製剤を用量を増やして肥満症に適応を取得する手法は、その後の同社の戦略として受け継がれた。

セマグルチドは経口投与した際、ペプチド製剤のため胃で酵素分解を受け失活する。胃内pHを上昇する物質を混合してペプシノーゲンからペプシンの産生を抑制し、胃内でのセマグルチドの分解を抑制するように創薬された経口セマグルチド製剤（リベルサス）も、糖尿病治療薬として広く処方されている。オゼンピック1.0mgの週1回皮下注射とは、リベルサス14mgの連日経口投与とほぼ同等の血中濃度となる。リベルサスは1日1回朝食の30分以上前に内服するという制約はあるが、使いやすい。1日3mgから開始し、消化器系の副作用や糖代謝改善効果をみながら、必要なら7mgまたは14mgに増量する。リベルサス50mg経口製剤を後述する。

7) ついにハイブリッドが登場した

1. GIP/GLP-1デュアルアゴニスト

リリー社のチルゼパチドはGIPとGLP-1のハイブリッドペプチドである(図1)。両ペプチドの受容体に結合する血糖低下効果に優れた2型糖尿病治療薬である。週1回皮下注で、2.5mgから15mgの6種類がある。チルゼパチドは別のブランド名ゼップバウンドとして、欧米では2023年11月に肥満症に承認された(日本では承認申請中)。根拠となった臨床試験SURMOUNT試験を示す。

SURMOUNT-1：BMI30kg/m²以上もしくは、27kg/m²以上で糖尿病以外の肥満関連合併症を有する患者2,539名を72週間、週1回のチルゼパチド5mg・10mg・15mg・プラセボに割り付けた。一次エンドポイントはベースラインからの体重変化率で、-15.0%(5mg)・-19.5%(10mg)・-20.9%(15mg)・プラセボ-3.1%だった。体重5%以上の減量達成患者の割合は、85%(5mg)・89%(10mg)・91%(15mg)・プラセボ35%であった。重大な有害事象はなかった。

SURMOUNT-4：チルゼパチドの服薬中止によるリバウンドを検証した重要な試験である。BMI30kg/m²以上または27kg/m²以上で肥満症関連疾患を有する670名に、初めチルゼパチドを36週間投与し、その後実薬とプラセボの2群に分けて52週間検証した。36週までの平均減量率は20.9%で、36週から88週ではチルゼパチド群がさらに5.5%減量したが、プラセボでは14.0%体重が増え、88週目の両群の差は19.5%となった。結論として、チルゼパチドの中止は顕著なリバウンドをもたらした。

SURMOUNT-5：チルゼパチドとセマグルチド2.4mg(肥満症に使われるウゴビーの最大量)との肥満症に対する比較試

験で、進行中である。

SURMOUNT-OSA：BMI30kg/m²以上で肥満に関連した睡眠時無呼吸症候群へのチルゼパチドの52週間投与は無呼吸低呼吸指数を63%改善し、体重を20kg減少した。

SURMOUNT-J：日本人の肥満症を対象としたチルゼパチド週1回投与の有効性と安全性を検証する第Ⅲ相臨床試験である。

またチルゼパチドは、肥満症患者で収縮期血圧を5mgが-7.4mmHg、10mgが-10.6mmHg、15mgが-8mmHg低下させ、この作用は日中と夜間の両方で認めた。前糖尿病がある肥満者へのチルゼパチドの3年間の投与は、23%の体重減少とともに糖尿病発症リスクを94%低下させた。セマグルチドでも糖尿病発症リスクの低下が報告されている。

2. GIP, GLP-1, グルカゴンのトリプルアゴニスト

GIP, GLP-1, グルカゴンは同じペプチドファミリーに属し、アミノ酸構造が類似している(図1)。この3種類のペプチドの受容体も相同性が高い。

リリー社は、GIPとGLP-1のデュアルアゴニストに続いてGIP, GLP-1, グルカゴンの3種類の受容体に結合するトリプルホルモン受容体アゴニスト レタトルチドを開発した。ヒトの血中半減期は約6日である。等モルのヒトGIP, GLP-1, グルカゴンとの比較で、レタトルチドはヒトGIP受容体では8.9倍、ヒトGLP-1受容体で0.4倍、ヒトグルカゴン受容体で0.3倍の活性を示した。肥満症と2型糖尿病に対するそれぞれの臨床試験成績(2023年6月のNEJM誌とLancet誌)の詳細は省くが、チルゼパチドやセマグルチドを上回ると推定される減量効果が示されている(臨床試験同士の比較のため、推定レベルである)。肥満減量手術と同程度の減量が得られ、レタトル

チドは第Ⅲ相臨床試験が進行中であるが、現時点では最強の体重減少薬と言える。ノボ社のトリプルアゴニストの臨床試験も実施されているが、結果は未発表である。ノボ社のペプチド改変技術は、週1回投与のインスリン製剤（ブランド名アウィクリ）の開発につながり、2024年8月に承認されている（2025年初に販売予定）。

8) GLP-1の市場拡大

インクレチン注射薬には、心血管イベントや胃障害の進行を抑制する効果もある。GLP-1の他疾患への適応拡大を目指した臨床試験も進んでいる。セマグルチド2.4mgの週1回皮下注は、肥満者で左室駆出率が保持された心不全（HFpEF）に対し心不全関連症状や6分間歩行距離を大幅に改善し、プラセボと比べ10.7%の体重を減少した（STEP HFpEF試験）。セマグルチドはまた、2型糖尿病と慢性腎臓病を合併した症例で重大な腎疾患イベント、心血管合併症、死亡リスクを軽減した（FLOW試験）。機序としてGLP-1による体重低下や代謝改善作用に加え、心臓や腎臓への直接作用も推測されている。セマグルチド2.4mgは、MASHの肝線維化改善を立証する第Ⅲ相臨床試験が進行中である。

9) 抗肥満症薬の飽くなき追求

GLP-1/グルカゴンのハイブリッドペプチドは2型糖尿病、肥満、MASHを標的として開発が進んでいる。リリー社のmazdutide 4.5mgと6mgを用いた2型糖尿病中国人患者を対象とした第Ⅱ相臨床試験のHbA1c低下は、それぞれ1.67%と1.55%である。中～高度肥満症に対して、9mgでプラセボより15.4%体重が減少した。ペーリンガーインゲルハイム社のGLP-1/グルカゴン製剤survodutide（週1回皮下注、

2.4, 4.8, 6.0mgの3用量）は、MASHの線維化ステージF2（中等度）からF3（重度）を対象とした第Ⅱ相臨床試験で、投与前後の肝生検により有意な改善が示された。現在、日本人を含めた第Ⅲ相臨床試験が進行中である。

GLP-1受容体を活性化する低分子経口化合物も開発されている。日本で開発されたダヌグリプロン（danuglipron）は経口GLP-1受容体活性化剤の一つで、日本人2型糖尿病患者を対象とした3種類の用量での8週間の投与試験で、プラセボと比較して空腹時血糖値は35～40mg/dL、HbA1c1.2～1.4%、体重は1.9～2.3kg低下した。しかし本剤は1日2回投与のため、開発が中断された。

オルフォグリプロン（orforglipron）も日本の製薬企業により開発され、リリー社に導出された経口GLP-1受容体アゴニストである。経口可能な低分子合成化合物は、分子量が500以下が一般的とされているが（リピンスキーの法則）、オルフォグリプロンの分子量は833で、我が国の製薬企業の優れた有機合成技術を立証している。1日1回投与でペプチド製剤でないため、酵素分解抑制物質の配合や内服前の絶飲食は不要である。オルフォグリプロンの第Ⅱ相臨床試験は、2023年にNEJM誌に報告された。36週で体重が10%以上減少した割合は、オルフォグリプロンが46～75%（プラセボは9%）だった。オルフォグリプロンは成人の2型糖尿病に対する長期安全性確認試験（ACHIEVE trial）も進行中である。

リベルサス（経口セマグルチド製剤）は、現在14mgまでが2型糖尿病に使用できる。経口セマグルチド50mgが開発され、2型糖尿病を伴わない肥満症患者への68週間の1日1回投与は、-15.1%（プラセボは-2.4%）の減量効果を示し、5%以

上の体重減少の達成割合はセマグルチド 50mgで85%（プラセボは26%）であった（OASIS 1試験，日本を含む第Ⅲ相臨床試験）。なお同じLancet誌に掲載された経口セマグルチド50mgの2型糖尿病を対象としたPIONEER PLUS試験でも，糖代謝改善とともに同程度の減量効果を示した。

10) 我が国には小児肥満症の治療薬がない

α -MSHは視床下部で産生される神経ペプチドで，メラノコルチン受容体4型を活性化して摂食を抑制する。ヒトの α -MSHやその受容体の遺伝子異常は高度肥満をもたらす。 α -MSHのペプチド構造を改変した8アミノ酸からなる環状ペプチドであるセトメラノチド（setmelanotide）が，米国でプロオピオメラノコルチン欠損やレプチン受容体欠損による肥満に承認されている。1日1回の皮下注投与により，体重が顕著に低下した。我が国ではこの薬剤は未承認である。我が国では現在，成人の後天性視床下部性肥満を対象とした第Ⅲ相臨床試験が進行中である。

米国では2023年の1－10月で，12歳から17歳の肥満患者1,268人にウゴービが投与されている。我が国には小児や思春期の肥満症に承認された薬剤はない。

11) 宮崎県の肥満症

2021年度の学校保健統計調査の結果が公表され，宮崎県の肥満傾向児の割合は男女ともすべての年齢で全国平均より高かった。肥満度が20%以上の肥満傾向児の出現率が最も高いのは，男子が11歳で20.8%，全国平均と比べると8.3ポイント高い。女子も11歳で13.6%，全国より4.1ポイント高い。また宮崎県健康増進課によると，2016年の国民健康・栄養調査で宮崎県の女性（40～69歳）の肥満度は全国ワースト2位，男性（20～69歳）はワースト3

位だった。

肥満は長らく疾患とは認められていなかった。過食や運動不足は個人の習慣に起因すると考えられてきた。医学研究の進歩により肥満の生物学的成因が明らかになるにつれて，肥満は治療すべき病態であるとの認識が確立された。これを背景に，2011年に日本肥満学会は肥満症専門医制度を設立した。宮崎県には筆者も含め内科系の専門医が3人（九州では福岡，大分に次いで3番目に多い）いる。肥満症は内科疾患に加え，表2に示すように消化器外科，産婦人科，小児科，整形外科の関連疾患も問題となる。そのためこれらの領域の肥満症専門医も他の地域にはいるが，宮崎県は内科医師のみである。

12) 肥満症に対する診療の問題点と正しい肥満症治療薬の使い方とは

2023年11月に保医発1121第2号として，ウゴービの最適使用推進ガイドラインが通達された。処方医の専門医資格や施設の認定基準，投与期間ならびに食事・運動療法の確実な実行など，細かい規定がある。このガイドラインの目的は，肥満症でない人への適応外使用を防ぐためである。ネット上にはインクレチンダイエットやGLP-1ダイエットとして，注射薬と経口薬のいずれのインクレチン製剤も自由診療で入手できる。医療施設によっては対面診療も不要である。問題点が多い。1）長期間使用による安全性や有効性情報の不足，2）消化管症状に加え，まれではあるが膵酵素の上昇や胆石症などの副作用，3）肥満症でないにも拘わらず減量を目的とした適応外使用，4）処方医の肥満症に対する正しい知識の不足，などである。

The doctor who knows obesity knows all medicine. 肥満症は糖尿病，脂質異常，高血圧，高尿酸血症，過体重自体による変形

性関節症や睡眠時無呼吸症候群を初め、種々の疾患の最上流となる。肥満症の病態と関連疾患を知ることが、医学全体を理解することにつながる。減量は肥満症治療の目標ではなく、手段である。従って、抗肥満症薬は単なる減量薬ではない。

抗肥満症薬の今後明らかにすべき課題として、長期処方による肥満関連疾患への効果ならびに個人差、QOLや寿命延長の改善効果、顕著な減量を得られた場合の副作用（必要栄養素の欠乏やサルコペニア、フレイルなど）、中断による体重のリバウンド、目的外使用の対応、そもそも個人毎に目標とする体重をどのくらいに設定すべきか、など多岐に渡る。

薬剤の適正使用とは、適応外使用をしないことに加え、適応となる症例に適正に使用することである。肥満者はスティグマ

（偏見や差別）を含め、さまざまな理由により医療機関を受診しないケースも多い。肥満症による健康障害や心理的社会的な不利益を蒙ることのないよう、肥満症に関する正しい情報を社会全体で共有することが強く望まれる。

筆者らは2023年2月に西日本地域の肥満症診療に関わる医師を中心に「西日本肥満症対策コンソーシアム」を設立した。医療従事者に加え一般生活者、行政、企業、マスコミなどと手を携えて、社会からのスティグマの廃絶、肥満の予防と肥満症の正しい治療に向けた活動を展開している。

謝 辞

本原稿を推薦いただきました宮崎県内科医会会長 比嘉利信先生（国立病院機構宮崎東病院 名誉院長）に深謝いたします。

〔 会員投稿論文 〕

保険診療における注意点 内分泌領域について

宮崎大学医学部 内科学講座
血液・糖尿病・内分泌内科学分野

山 口 秀 樹

はじめに

社会保険診療報酬支払基金（社保）や国民健康保険中央会・国民健康保険団体連合会（国保）における各支部間の審査格差を解消するため、審査基準の全国統一に向けた取り組みが進行中である。今後審査基準が変更されるが、本稿では現時点での甲状腺疾患や糖尿病の保険診療における注意点の一部を紹介する。

1. 甲状腺・糖尿病関連検査の注意点

甲状腺ホルモン検査（TSH, FT3, FT4）

- ・甲状腺ホルモン検査（TSH, FT3, FT4）は月1回の算定が望ましい。ただしバセドウ病の初診月は月2回まで可。
- ・バセドウ病妊婦や甲状腺クリーゼなどで、甲状腺ホルモン検査を月2回以上測定する場合は詳記が必要。
- ・疑い病名での甲状腺ホルモン検査の月2回算定や連月算定は原則不可（確定病名が必要）。
- ・FT3算定不可な傷病名：橋本病（慢性甲状腺炎）疑い、甲状腺癌（甲状腺腫）疑い。
- ・甲状腺機能亢進症（バセドウ病）は3項目（バセドウ病ではT3優位であるため）、レボチロキシン補充時は2項目（FT4, TSH）の測定が適切。

TSH受容体抗体

（TRAb：TSHレセプター抗体，TSAb：甲状腺刺激抗体）

- ・TRAbまたはTSAbの算定はバセドウ病（疑いを含む）、甲状腺機能亢進症（確定のみ）で可。
- ・バセドウ病またはバセドウ病疑いに対するTRAbまたはTSAbの測定は、原則として3ヶ月に1回算定が認められるが、連月・隔月は過剰となり算定不可。
- ・TRAbとTSAbの同一月測定は過剰として算定不可。
- ・TRAb（TSAb）を3ヶ月に2回以上測定する場合は症状詳記で判断される（バセドウ病眼症やバセドウ病合併妊婦など）。

サイログロブリン，カルシトニン

- ・サイログロブリン（濾胞上皮細胞由来）の算定可能な傷病名は、1）良悪性の指標として、甲状腺腫瘍、甲状腺癌、結節性甲状腺腫、腺腫様甲状腺腫（すべて疑い含む）、2）甲状腺破壊の指標として、亜急性甲状腺炎（疑い含む）、バセドウ病（疑い含む）、甲状腺機能亢進症（確定のみ）。
- ・カルシトニン（傍濾胞細胞由来）の算定可能な傷病名は甲状腺髄様癌（疑いを含む）。

HbA1c, GA, 1,5-AG

- ・HbA1c測定は月1回算定可（患者都合での早期受診で月2回測定した際は算定しない）。
- ・「HbA1c」, 「GA: グリコアルブミン」又は「1,5-AG」のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定可。ただし、1) 妊娠中の患者、2) 1型糖尿病患者、3) 経口血糖降下薬の投与開始6ヶ月以内の患者、4) インスリン治療開始6ヶ月以内の患者については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定可（月1回に限り）。3項目のうち2つまで算定可であるが、検査する場合は同月の別日に測定することが望ましい。
- ・糖尿病疑い病名でHbA1cを測定する場合3ヶ月毎が望ましい（連月・隔月は不可）。

経口ブドウ糖負荷試験 (OGTT)

- ・適応病名: 糖尿病疑い, 境界型糖尿病, 耐糖能異常, 妊娠糖尿病 (疑い含む)。
- ・スクリーニング目的であれば, 常用負荷試験 (血糖および尿糖検査を含む, 200点) で請求。
- ・糖尿病を強く疑う場合は, 耐糖能精密検査 (インスリンまたはCペプチド測定を含むOGTT, 900点) で請求。
- ・原則として, 「糖尿病疑い」の初診月に耐糖能精密検査 (糖負荷試験) は認められる。
- ・トレーランG液75gを検査同月に必ず請求 (患者都合で急遽変更になり翌月以降にOGTTを施行した場合は詳記を記載)。
- ・糖尿病確定後はOGTTの算定は原則不可。常用負荷試験後にインスリン測定を含む耐糖能精密検査が認められることがあるが注記が必要。

血 糖

- ・血糖試験紙法は, 糖尿病の確定病名があっても血糖測定回数は1日につき最大3~4回まで, 1ヶ月で最大93回までとする。
- ・血糖変動の激しいいわゆるBrittle糖尿病, 糖尿病性昏睡, 糖尿病患者の手術や重症感染症などの場合には頻回測定 (6~7回/日) もやむを得ないが, 漫然とした頻回測定の継続は避ける。頻回測定は月に2日間程度が適切。
- ・いわゆるターゲスプロフィール (6~7回/日) の測定は, 入院中2~3回/月が適切。

インスリン (IRI), Cペプチド (CPR)

- ・CPRを血液と尿の両方で算定した場合には, 血液での所定点数で算定。
- ・血中IRI精密測定と血中CPR精密測定の併施は, インスリン異常症など特殊な場合を除き認められない (注記を要する)。
- ・インスリン精密測定は, インスリン治療中の患者に対しては認められない。
- ・月2回施行や連月測定の場合は注記が必要 (詳記内容で判断される)。
- ・糖尿病の診断確定後の患者に対するインスリン (IRI) の連月の算定は原則として認めない。ただし症状詳記等から, 薬剤変更時, コントロール不良例, 治療方針の評価及び決定等, 連月の算定の必要性が医学的に判断できれば認められる場合もある。糖尿病診断確定後の安定時には, 原則として年2回程度が適切。

膵島関連自己抗体 (抗GAD抗体, 抗IA-2抗体)

- ・抗GAD抗体価精密測定は, すでに糖尿病の診断が確定した患者に対しインスリン依存型糖尿病 (1型糖尿病) の診断に用

いた場合に算定できる。

- ・糖尿病が診断確定していない場合（糖尿病疑い、境界型糖尿病など）は、たとえ1型糖尿病疑いと病名をつけても算定不可。
- ・糖尿病が確定していても、1型糖尿病の病名がないと不可。
- ・抗IA-2抗体は、すでに糖尿病の診断が確定し、かつ抗GAD抗体陰性が確認された患者に対し、1型糖尿病の診断に用いた場合に算定する。なお、当該検査を算定するに当たっては、抗GAD抗体の結果、陰性が確認された年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- ・免疫チェックポイント阻害薬に関連した劇症1型糖尿病では、原則としてGAD抗体などの膵島関連自己抗体は陰性であるため、抗GAD抗体の算定は不可。ただし、免疫チェックポイント阻害薬投薬中に、糖尿病（確定）となり、1型糖尿病疑いの傷病名があれば、GAD抗体測定は算定可。

尿中微量アルブミン

- ・尿アルブミン定量の算定には、糖尿病の確定が必要（境界型糖尿病、耐糖能異常では算定不可）。
- ・CKD G3aでは算定不可（糖尿病性腎症1期または2期が対象）。
- ・アルブミン定量（尿）は、糖尿病または糖尿病性早期腎症患者であって、微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る）に対して行った場合に、3月に1回に限り算定可。

2. 糖尿病治療薬の注意点

現在、作用点や作用機序の異なる11種類の糖尿病治療薬（図1）がある。降圧薬と同様に、薬効が類似する薬剤の併用は算定不可となるため注意を要する。各薬剤の保険診療上のポイントを示す。

ビグアナイド薬（メトホルミン塩酸塩）

- ・緩徐進行1型糖尿病への投薬は可。
- ・メトホルミン塩酸塩の1日最高投与量は2,250mg/日で、合剤と単剤の併用、配合薬1日2錠は算定可。ただし個々の単剤

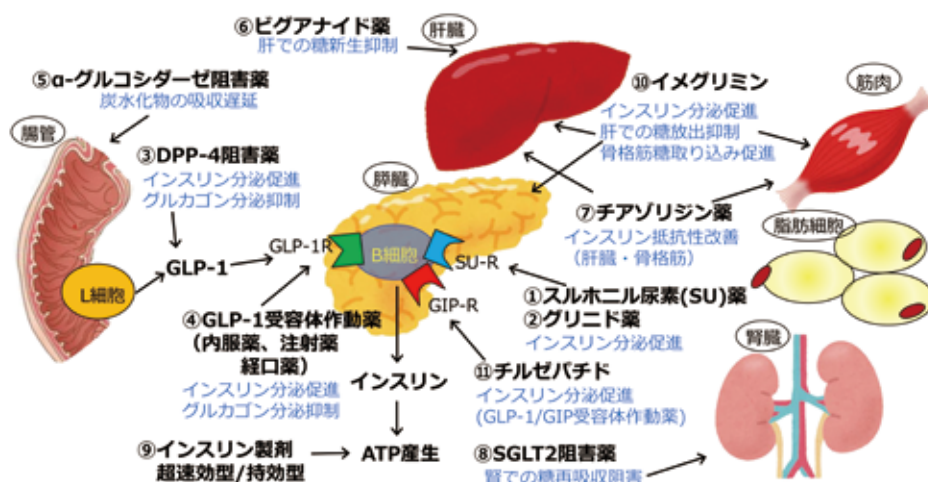


図1 糖尿病の薬物療法、11種類の糖尿病治療薬の作用点と機序

（著者作成）

の1日最大投与量を超えないこと。

- ・禁忌に記載されている重度の腎機能障害（eGFR 30未満）、重度の肝機能障害、心血管系や肺機能の高度障害（ショック、心不全等）に投薬する場合は注記が望ましい。

チアゾリジン薬

- ・心不全または心不全既往者では禁忌。

α-グルコシダーゼ阻害薬

- ・1型糖尿病に投薬可能（ボグリボース0.2・0.3）。
- ・ボグリボース0.2mgは耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制に適応を有するが、高血圧症、脂質異常症などの傷病名が必須。

スルホニル尿素（SU）薬・グリニド薬

- ・スルホニル尿素（SU）薬とグリニド薬（速効型インスリン分泌促進薬）との併用は不可。
- ・インスリンとSU剤・グリニド薬の併用は算定可（ただし重症低血糖に注意）。
- ・グリニド薬で、透析を必要とする重篤な腎障害患者にナテグリニドは禁忌であるが、ミチグリニドとレパグリニドは慎重投与可。

SGLT2阻害薬

- ・1型糖尿病に適応を有するのは現時点（2024年7月現在）で2剤のみ（イプラグリフロジン、ダパグリフロジン）であるため注意を要する。

DPP-4阻害薬、GLP-1受容体作動薬

- ・DPP-4阻害薬とGLP-1受容体作動薬の併用は算定不可（特に切り替え時に要注意）。
- ・配合錠と配合錠以外（単剤）の併用、または配合薬1日2錠は可であるが、個々の単剤の1日最大投与量を超えないこと。
- ・ビルダグリプチンは重度の肝障害患者に禁忌。
- ・他の経口血糖降下薬を投与していない患者にセマグルチドを投与する場合は、セマグルチドの投与が必要と判断した理由を診療報酬明細書に記載すること。

おわりに

宮崎県の社会保険診療報酬支払基金における甲状腺疾患や糖尿病の保険診療に関する注意点を紹介した。本稿が会員の保険診療の一助になれば幸甚である。

〔会員投稿論文〕



野生型トランスサイレチン 心アミロイドーシス診療の現在と未来

宮崎大学医学部 血液・血管先端医療学講座

鶴田 敏 博

なぜ、今、心アミロイドーシスが注目されるのでしょうか？ それは心不全診療の中で、高齢心不全患者の10%程度に野生型トランスサイレチン心アミロイドーシス（ATTRwt-CM）が潜んでいる可能性があるからです¹⁻⁴。私は毎年、指定難病認定の新規・継続のための臨床個人調査票を作成します。最新の臨床症状や検査データを調査票へ記入しながら、ふと思います。ATTRwt-CMは果たして希少疾患なのだろうか？ 興味深い報告があります。世の中には一生涯、がんや心臓病、脳卒中、アルツハイマー病を患うことなく100歳以上の長寿を達成する人々がいます。これらの人々を病理解剖すると死因はATTRwt-CMだったということです⁵。

図1は、老化と関連する分子生物学的特徴を示したものです⁶。ATTRwt-CMは「蛋白質恒常性の喪失」を反映した末の疾患だと考えられます。分子シャペロンに機能不全が生じると蛋白質は本来の三次元構造を保持できなくなります。これをフォールディング異常（misfolding）と呼びます。フォールディング異常をきたした蛋白質は、「ユビキチン-プロテアソーム」により除去されますが⁷、これが上手く処理されないまま細胞外へ放出されると可溶性のオリゴマー（凝集体）が形成され、短い線維（protofibril）は伸長し、アミロイド線維（mature fibril）が形成されます。トランスサイレチンは通常、四量体構造で血中を循環し、甲状腺ホルモン



図1. 老化の分子生物学的特徴.

López-Otín C, et al. Cell 2023 ; 186 : 243-78より引用改変した.

(thyroxine) やレチノール結合蛋白を末梢組織へ運搬します。四量体の構造が不安定化し単量体になることがアミロイド形成の第一段階です⁸⁾。トランスサイレチン四量体構造の不安定化には、「加齢による酸化修飾 (age-related oxidative modification)」が関与するようです⁹⁾。一方で、全身性アミロイドーシスと言われるものの、不思議なことに手根管や心筋組織に蓄積し症状を生じやすいのが特徴です。アミロイド線維は心筋細胞の基底膜に親和性が高く¹⁰⁾、心臓の老化がアミロイド線維の沈着を加速している可能性があります。

以上が、ATTRwt-CMを高年齢化長寿社会・高度医療化社会がもたらした疾患として捉えるのが適切ではないかと考える理由です。

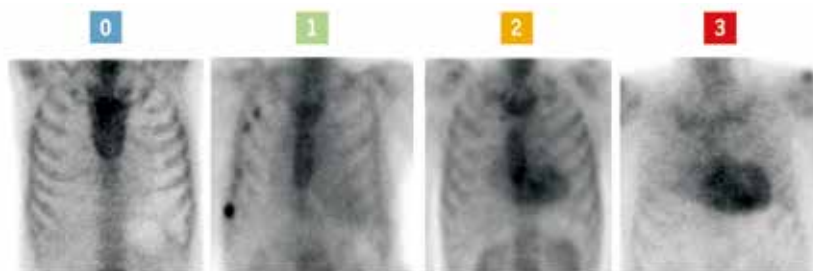
心アミロイドーシスを疑う検査所見

心エコー検査では心肥大とapical sparing patternに着目します。Apical sparing patternとは心基部の伸縮(ストレイン)が低下し、それに比べて心尖部の動きがよく見える現象です。次に^{99m}Tc-ピロリン酸シンチを行います。Grade 0-3で評価しますが(図2)。

Grade 2-3の心臓集積ではATTRwt-CMの診断力が高いとされます¹¹⁾。ATTRwt-CMを疑うのに^{99m}Tc-ピロリン酸シンチが陰性だった場合はALアミロイドーシスの鑑別が早急に必要です。心不全症状を訴える高齢者に対して心エコー検査を行い、心肥大を認める場合は、^{99m}Tc-ピロリン酸シンチとM蛋白をセットで調べるのが推奨されます¹²⁾。

現状の治療、これからの治療

ATTR-ACT試験ではタファミジス投与により生命予後が改善しました¹³⁾。これよりタファミジスは現在、有症候性心不全患者に対して適応があります。トランスサイレチン四量体を安定化し単量体への解離を抑制する、という薬理学的機序からは無症候性の状態から治療を開始するのが合理的ですが、有効性は確認されていません¹⁴⁾。また、タファミジスを投与する個々の患者に効果があるか日常診療では実感できません。これは、タファミジスの効果を確認できる有用なバイオマーカーのないことが一因と思われます。“トランスサイレチン凝集体”の血中濃度を測定でき



視覚的評価法:

Grade 0 心臓への集積なし

Grade 1 肋骨よりも弱い心臓への軽度集積

Grade 2 肋骨と同等の心臓への中等度集積

Grade 3 肋骨よりも強い心臓への高度集積

図2. ^{99m}Tc-ピロリン酸シンチの心筋集積 (Peruginiのスコア評価)。

Tsutsui Y, et al. *Circulation Reports* 2019 ; 1 : 277-85より引用転載した。

るようになれば^{15, 16)}，タフファミジス投与後にトランスサイレチン凝集体濃度が減少し，全トランスサイレチンの血中濃度が上昇したら効果を確認できるでしょう。また，タフファミジスに対するレスポonder群とノン・レスポonder群を区別することができるようになるかも知れません。さらには，ATTRwt-CM発症リスクのバイオマーカーになりそうな気がします。皆様がどう思われますか？

心アミロイドーシス診療の未来

冒頭にATTRwt-CMは加齢に関連する疾病であろうと申し上げました。しかし，どのような人が発症しやすいのでしょうか？ 人工知能（Artificial Intelligence, AI）はこの問いに適切に答えてくれるのでしょうか？ 臨床情報，血液データ，画像情報，薬剤代謝など多くの情報からATTRwt-CM発症や治療効果を予測できるAIの登場に期待したいです¹⁷⁾。次世代のトランスサイレチン安定化薬の開発のみならず¹⁸⁾，すでに沈着したアミロイド線維を標的とする薬剤の研究が進んでいます（図3）。これらの薬剤をどのように使っていくかは今後の課題となりましょう（ピンマック®61mg 35,983.70円，約1,300万円/年；

2024年4月1日現在）。我が国は超高齢化社会，少子化社会へ突入する中，健康寿命の延伸を掲げます。一方で，社会保障給付費の増大に悩まされています。ATTRwt-CMの治療に関して社会保障給付費の観点から議論しなければならない日が来るでしょう。

ま と め

本寄稿では，ATTRwt-CMが加齢に関連した疾病であろうという私の考えを示しました。さらなる臨床・基礎研究の必要性，限りある社会財源を考慮した診療を实践する未来が，もうすぐそこにあるというお話でした。

本寄稿は，2024年6月29日，鹿児島市で開催された第136回日本循環器学会九州地方会のシンポジウム「心筋症を極める」にて，“健康寿命延伸と心アミロイドーシス”の演題名で発表したものをまとめたものです。2024年5月11日，令和6年度宮崎県内科医学会学術講演会にて，“心アミロイドーシス診療の实践”の演題名で皆様にお話しした内容は宮崎医会誌2024；48：6-20に掲載されておりますので併せて御覧頂けますと幸甚です。

Type	Drug	ClinicalTrials.gov number	Phase	Estimated Primary Completion Date
Transthyretin stabilization	Acoramidis (AG10)	NCT03860935	3	May 11, 2023 (Completed)
Transthyretin Depleter	NI006	NCT04360434	1	July 26, 2023 (Completed)
Amyloid Depleter	ALXN2220	NCT06183931	3	July 31, 2028
Transthyretin degrader	NNC6019-0001	NCT05442047	2	ACTIVE, NOT RECRUITING

図3. ATTRwt-CMの治療薬候補.

参考文献

- 1) González-López E, Gallego-Delgado M, Guzzo-Merello G, de Haro-Del Moral FJ, Cobo-Marcos M, Robles C et al. Wild-type transthyretin amyloidosis as a cause of heart failure with preserved ejection fraction. *Eur Heart J* 2015 ; 36 : 2585-94.
- 2) Hahn Virginia S, Yanek Lisa R, Vaishnav J, Ying W, Vaidya D, Lee Yi Zhen J et al. Endomyocardial Biopsy Characterization of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction and Prevalence of Cardiac Amyloidosis. *JACC : Heart Failure* 2020 ; 8 : 712-24.
- 3) Mohammed Selma F, Mirzoyev Sultan A, Edwards William D, Dogan A, Grogan Donna R, Dunlay Shannon M et al. Left Ventricular Amyloid Deposition in Patients With Heart Failure and Preserved Ejection Fraction. *JACC : Heart Failure* 2014 ; 2 : 113-22.
- 4) See ASY, Ho JS-Y, Chan MY, Lim YC, Yeo T-C, Chai P et al. Prevalence and Risk Factors of Cardiac Amyloidosis in Heart Failure : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Heart, Lung and Circulation* 2022 ; 31 : 1450-62.
- 5) Leslie M. Aging. Searching for the secrets of the super old. *Science* 2008 ; 321 : 1764-5.
- 6) López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. Hallmarks of aging : An expanding universe. *Cell* 2023 ; 186 : 243-78.
- 7) López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. The hallmarks of aging. *Cell* 2013 ; 153 : 1194-217.
- 8) Falk RH. Tafamidis for transthyretin amyloid cardiomyopathy : the solution or just the beginning of the end? *European Heart Journal* 2019 ; 40 : 1009-12.
- 9) Zhao L, Buxbaum JN, Reixach N. Age-related oxidative modifications of transthyretin modulate its amyloidogenicity. *Biochemistry* 2013 ; 52 : 1913-26.
- 10) Misumi Y, Ando Y, Ueda M, Obayashi K, Jono H, Su Y et al. Chain reaction of amyloid fibril formation with induction of basement membrane in familial amyloidotic polyneuropathy. *The Journal of Pathology* 2009 ; 219 : 481-90.
- 11) Tsutsui Y, Kubota T, Kato S, Nozoe M, Suematsu N, Okabe M et al. Utility of ^{99m}Tc-Pyrophosphate Scintigraphy in Diagnosing Transthyretin Cardiac Amyloidosis in Real-World Practice. *Circulation Reports* 2019 ; 1 : 277-85.
- 12) Grogan M, Wright RS. Decreasing Door-to-Diagnosis Time in Cardiac Amyloidosis : A Simple "One-Stop Shop" Approach. *Mayo Clin Proc* 2023 ; 98 : 7-10.
- 13) Maurer MS, Schwartz JH, Gundapaneni B, Elliott PM, Merlini G, Waddington-Cruz M et al. Tafamidis Treatment for Patients with Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2018 ; 379 : 1007-16.
- 14) Gonzalez-Lopez E, Escobar-Lopez L, Obici L, Satri G, Bezard M, Saith SE et al. Prognosis of Transthyretin Cardiac Amyloidosis Without Heart Failure Symptoms. *JACC : CardioOncology* 2022 ; 4 : 442-54.

-
- 15) Jiang X, Labaudinière R, Buxbaum JN, Monteiro C, Novais M, Coelho T et al. A circulating, disease-specific, mechanism-linked biomarker for ATTR polyneuropathy diagnosis and response to therapy prediction. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2021 ; 118 : e2016072118.
- 16) Pedretti R, Wang L, Hanna M, Benson MD, Grodin JL, Tang WHW et al. Detection of Circulating Transthyretin Amyloid Aggregates in Plasma : A Novel Biomarker for Transthyretin Amyloidosis. *Circulation* 2024 ; 149 : 1696-9.
- 17) Alwan L, Benz DC, Cuddy SAM, Dobner S, Shiri I, Caobelli F et al. Current and Evolving Multimodality Cardiac Imaging in Managing Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy. *JACC Cardiovasc Imaging* 2024 ; 17 : 195-211.
- 18) Gillmore JD, Judge DP, Cappelli F, Fontana M, Garcia-Pavia P, Gibbs S et al. Efficacy and Safety of Acoramidis in Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2024 ; 390 : 132-42.
-

[Postgraduate Education]

新たに改定された日本呼吸器学会による 「成人肺炎診療ガイドライン2024」について

国立病院機構宮崎東病院 呼吸器内科部長

松 元 信 弘

はじめに

このたび日本呼吸器学会による非専門医の肺炎診療をサポートするガイドラインが「成人肺炎診療ガイドライン2024」として作成、改定された。今回は2019年末からの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックや進行する超高齢化社会への対応など医療現場で問題となりやすい状況への対応も包括した内容となっている。また、米国では医療ケア関連肺炎の概念が不要とされたが、本邦では超高齢化社会を反映して肺炎における高齢者の割合が高いことをふまえ、医療・介護関連肺炎の概念が残されている。改定前の旧ガイドラインでは必要以上に広域抗

菌薬が推奨されていたとの指摘をふまえ、できるだけ狭域抗菌薬による治療が意識されている。呼吸器を専門としない先生方にも分かりやすく、日頃の診療にすぐに役立つよう、「成人肺炎診療ガイドライン2024」を概説したい¹⁾。

肺炎診療の流れ（図1）

肺炎の診断は問診，診察所見，血液検査所見，胸部画像所見などにより総合的に判断して診断を確定する。肺炎と診断したら，SARS-CoV-2を含めた原因微生物検出の検査を実施しつつ，患者背景の評価を行う。肺炎治療の薬剤選択や感染対策の必要性を検討す

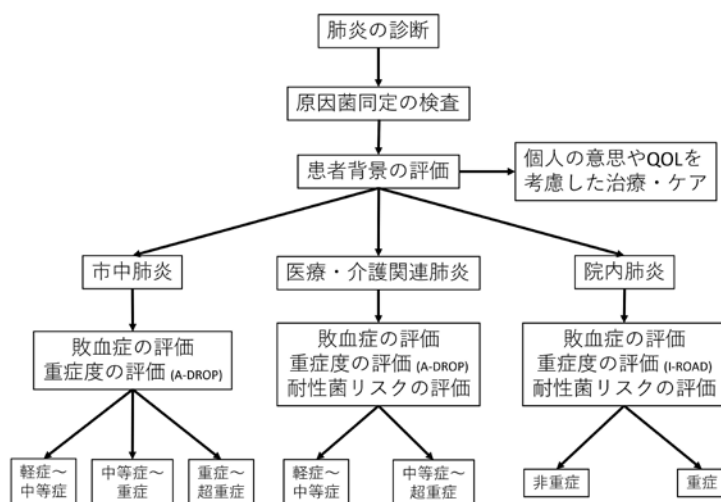


図1. 肺炎診療の流れ.

るうえで原因微生物検索は非常に重要であり、喀痰塗抹培養、血液培養、各種抗原検出検査、遺伝子検査、血清診断検査などがある。これらのうち、一般的によく行われているのは喀痰検査、血液培養、抗原検出検査などである。現在市販されている肺炎関連の抗原検出キットとしては、肺炎球菌、レジオネラ菌、インフルエンザウイルス、肺炎マイコプラズマ、RSウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、SARS-CoV-2を対象としたものがあるが、RSウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルスに関しては成人におけるデータが限られているとされている。

超高齢化社会を迎えた現代日本の肺炎診療においては、肺炎発症に至った患者背景を評価することが非常に重要となってきた。「反復する誤嚥性肺炎」あるいは「疾患末期や老衰」と判断される場合には、治療が最善であっても予後不良であることを避けられず、わずかに延命が可能であってもQOLを保持できない場合が多い。このため、個人の意思やQOLを優先した医療・ケアを検討することが優先されうる。誤嚥性肺炎の診断基準は明確には定められていないが、今

回のガイドラインでは「誤嚥のリスクがある宿主に生じる肺炎」とされている^{2・5)}。誤嚥のリスクとしては、意識障害、全身衰弱、長期臥床、脳血管障害、慢性神経疾患、医原性要因、胃食道逆流、食道機能不全または狭窄などが該当する(表1)。誤嚥のリスクは主に加齢に伴う身体的衰弱が根底にあり、誤嚥性肺炎が改善しても誤嚥をしやすい身体的機能は変わらないため、肺炎を繰り返しながら徐々に死へ向かうことになる。疾患末期とは「適切な治療に反応せず、病状が制御不能で、増悪を繰り返し、進行性の心身機能とQOLが低下した死に至る不可逆な過程」と定義される⁶⁾。がんや臓器不全の進行期から死へ至る経過を表しており、老化の自然経過として回復が見込めない老衰状態と合わせ、「疾患末期や老衰」は肺炎・誤嚥性肺炎を来しやすい病態である。「反復する誤嚥性肺炎」あるいは「疾患末期や老衰」の状況と判断され、個人の意思やQOLを優先した医療・ケアを検討する際には、患者本人とその家族・代理人に予後と治療の選択肢について十分説明し、意思決定が多職種間で支援されるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)が求められる。

表1. 誤嚥のリスク.

嚥下機能低下	意識障害 全身衰弱、長期臥床 脳血管障害 慢性神経疾患(認知症、パーキンソン病など) 医原性(気切チューブ留置、経腸栄養、 頭頸部手術、鎮静薬、睡眠薬、 抗コリン薬)
胃食道機能不全	胃食道逆流 食道機能不全又は狭窄 医原性(経腸栄養、胃切除など)

患者背景のアセスメントにより緩和を優先する状況でなければ、市中肺炎、医療・介護関連肺炎、院内肺炎を区別し、治療の場と治療薬を決定するために重症度と敗血症の評価を行う。市中肺炎と医療・介護関連肺炎ではA-DROPスコア（表2）による肺炎重症度の評価が推奨され、院内肺炎ではI-ROADスコア（図2）が推奨されている。さらに感染症の重症型である敗血症の有無を確認することが重要である。敗血症とは、感染症によって引き起こされる過剰反応により制御困難な臓

器障害が生じている病態である。敗血症の評価には非常に簡単なquick SOFA（qSOFA）スコア（表3）が推奨され、①呼吸数が22回/分以上、②意識障害あり、③収縮期血圧100mmHg未満のうち2項目を満たすと敗血症が疑われ、少なくとも入院治療が推奨される。さらに十分な補液にもかかわらず平均動脈圧65mmHg以上を維持するために循環作動薬を要する、かつ血清乳酸値2 mmol/L（18mg/dL）以上の場合、敗血症性ショックが疑われる。敗血症の評価にはより精確なSOFAス

表2. A-DROPスコア.

A (Age)	:男性 70歳以上、女性75歳以上
D (Dehydration)	: BUN 21 mg/dL以上、または脱水あり
R (Respiration)	: SpO ₂ 90%以下 (PO ₂ 60 Torr以下)
O (Orientation)	: 意識変容あり
P (Blood Pressure)	: 収縮期血圧 90 mmHg以下

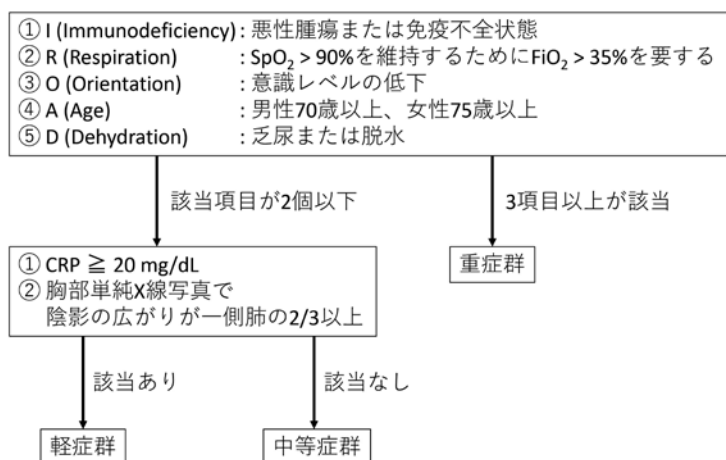


図2. I-ROADスコア.

表3. quick SOFAスコア.

- | |
|--------------------|
| ① 呼吸回数 22回/分以上 |
| ② 意識変容 (GCS < 15) |
| ③ 収縮期血圧 100 mmHg以下 |

コア（表 4）の利用も推奨されている。概ね、軽症～中等症は外来治療，中等症～重症は入院治療，重症～超重症・敗血症性ショックは集中治療室やそれに準じた病室での管理となる。

市中肺炎

軽症～中等症の市中肺炎治療においては肺炎球菌，インフルエンザ桿菌が重要で，若年者では加えてマイコプラズマ，高齢者では口腔内菌や嫌気性菌，慢性心・肺疾患を有していればモラクセラ・カタラーリスを念頭にする。また，市中肺炎で頻用されるレスピラトリーキノロンは結核菌に感受性があるため，その診断を遅らせる要因となりやすく，本当に必要であるか，他剤の選択肢がないかを慎重に検討する必要がある。上記を念頭としたうえで，外来治療患者の内服治療では，細菌

性肺炎に対してアモキシシリン・クラブラン酸，スルタミシリン，高用量セフトレンピボキシル，レスピラトリーキノロンが推奨され，非定型肺炎に対してはミノサイクリン，クラリスロマイシン，アジスロマイシン，レスピラトリーキノロンが推奨される。細菌性肺炎と非定型肺炎の鑑別困難例に対しては，レスピラトリーキノロンが推奨される。注射薬としては細菌性肺炎に対してセフトリアキソン，ラスクフロキサシン，非定型肺炎に対してラスクフロキサシン，アジスロマイシンが推奨される。一般病棟へ入院を要する症例には注射薬が用いられ，細菌性肺炎に対してスルバクタム・アンピシリン，セフトリアキソン，セフォタキシム，ラスクフロキサシン，非定型肺炎に対してミノサイクリン，アジスロマイシン，ラスクフロキサシン，細菌性肺炎と非定型肺炎の鑑別困難症例には，ラ

表 4. SOFAスコア.

	0 点	1 点	2 点	3 点	4 点
呼吸器 ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$)	≥ 400	< 400	< 300	< 200 +呼吸補助	< 100 +呼吸補助
心血管系 (平均動脈圧, mmHg)	≥ 70	< 70	ドーパミン $< 5\mu$ 、 又はドブタミン使用	ドーパミン $5.1 \sim 15 \mu$ 、 又はアドレナリン $\leq 0.1 \mu$ 、 又はノルアドレナリン $\leq 0.1 \mu$	ドーパミン $> 15 \mu$ 、 又はアドレナリン $> 0.1 \mu$ 、 又はノルアドレナリン $> 0.1 \mu$
腎臓系 (Creat.,mg/dL 尿量)	< 1.2	$1.2 \sim 1.9$	$2.0 \sim 3.4$	$3.5 \sim 4.9$ ($< 500 \text{ ml}$)	> 5.0 ($< 200 \text{ ml}$)
肝臓系 (ビリルビン,mg/dL)	< 1.2	$1.2 \sim 1.9$	$2.0 \sim 5.9$	$6.0 \sim 11.9$	> 12.0
凝固系 (血小板数, $\times 10^3/\mu\text{L}$)	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
中枢神経系 (GCS)	15	$13 \sim 14$	$10 \sim 12$	$6 \sim 9$	< 6

スクフロキサシン、レボフロキサシン、レジオネラ肺炎が疑われる場合にはレボフロキサシン、ラスフロキサシン、アジスロマイシンが推奨されている。

医療・介護関連肺炎

医療・介護関連肺炎の定義は表5の通りである。医療・介護関連肺炎は前述の市中肺炎と比較して高齢、基礎疾患を有していることが多い、ADL不良者が多い、誤嚥のリスク保有者が多いなどの特徴があり、市中肺炎よりも予後不良である。このような患者背景から、個人の意思やQOLを考慮した方針決定のためにアドバンス・ケア・プランニングが

重要である。このため、本邦では超高齢化社会を背景に重要な概念となっている。医療・介護関連肺炎においても緩和を優先する患者状態でなければ、まず重症度評価をA-DROPスコアにて行い、敗血症の評価をqSOFAまたはSOFAスコアにて行う。

医療・介護関連肺炎の治療方針決定フローチャートを図3に示す。重症度と敗血症の評価にて軽症～中等症であれば、外来治療が行われ、この場合市中肺炎の外来治療に準ずることが推奨されている。医療・介護関連肺炎では市中肺炎の治療標的に含まれない薬剤耐性菌が原因菌となる症例が10%前後あるとされている。このような薬剤耐性菌のリス

表5. 医療・介護関連肺炎の定義.

- ① 長期療養型病床群（含 精神病床）もしくは介護施設に入所している
- ② 過去90日以内に病院を退院した
- ③ 介護（PS3程度）を必要とする高齢者、身体障害者
- ④ 通院にて継続的に血管内治療（透析、抗菌薬、化学療法、免疫抑制剤による治療）を受けている

院内肺炎以外で、上記4項目のいずれかを満たせば医療・介護関連肺炎と診断する

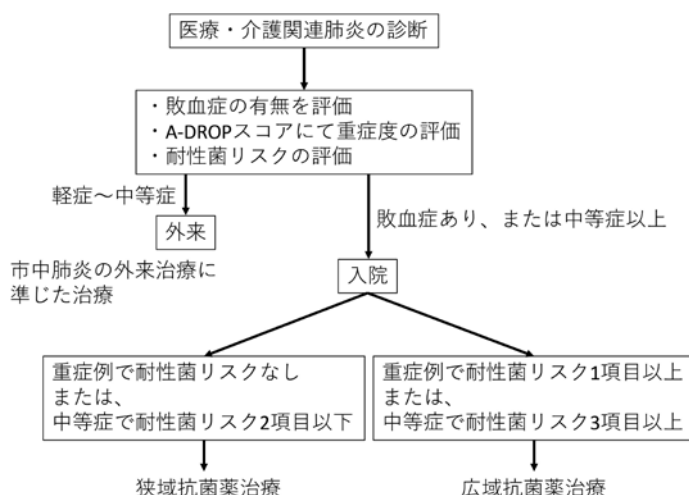


図3. 医療・介護関連肺炎診療のフロー.

クとなる因子としては、①経腸栄養、②低アルブミン血症、③過去90日以内の抗菌薬使用、④人工呼吸器管理を要する、⑤過去90日以内の入院歴、⑥免疫抑制状態、とされている。敗血症症例または、中等症～重症～超重症症例は入院治療を要し、耐性菌リスク評価を行ったうえで、重症例は耐性菌リスク1個以上、非重症例は耐性菌リスク3個以上で広域抗菌薬治療群（耐性菌を考慮する群）とされる。これらを満たさなければ狭域抗菌薬治療群に分類される。

狭域治療薬群では、スルバクタム・アンピシリン、セフトリアキソン、セフォタキシム、アジスロマイシン、クラリスロマイシン、ラスクフロキサシンが推奨される。広域治療薬群（耐性菌を考慮する群）では、タゾバクタム・ピペラシリン、第4世代セフェム、カルバペネム、タゾバクタム・セフトロザンが推奨され、重症例ではさらに前述に加えてアミノグリコシドやニューキノロンの追加あるいは抗MRSA薬の追加を考慮する。

院内肺炎

院内肺炎とは、入院後48時間以上を経過してから発症した肺炎と定義される。このような患者では、原疾患や高度医療の影響で栄養不良や衰弱などにより全身状態が不良であることが多く、院内環境に生息する細菌が原因菌となっていることが多い。院内肺炎の治療方針決定の流れとしては、I-ROADスコアにて重症度を評価し、qSOFAまたはSOFAスコアにて敗血症の評価を行う。さらに①ICUでの肺炎発症、②敗血症または敗血症性ショック、③過去90日以内の抗菌薬使用歴、④活動性低下（PSが3以下、パーセル指数50

未満、歩行不能、経腸栄養または中心静脈栄養のどれか）、⑤血液透析を含み、eGFR 60mL/分/1.73m²未満のうち2項目以上を満たせば耐性菌高リスクとなる。耐性菌低リスクと評価されれば、主な原因菌としては肺炎球菌、メチシリン感受性黄色ブドウ球菌、グラム陰性腸内細菌、インフルエンザ菌、口腔内連鎖球菌などが想定される。耐性菌高リスクと評価されれば原因菌は上記に加え、MRSA、緑膿菌、ESBL産生菌、AmpC型βラクタマーゼ産生菌などが想定される。

I-ROADスコアで軽症、かつ敗血症なく、かつ耐性菌低リスクであれば、狭域抗菌薬治療となる。I-ROADスコアで中等症以上、または敗血症あり、または耐性菌高リスクであれば広域抗菌薬治療となる。広域抗菌薬治療はさらに敗血症性ショックまたは呼吸状態悪化による人工呼吸器管理を要する状態であれば広域抗菌薬多剤治療となる。狭域抗菌薬治療では、スルバクタム・アンピシリン、セフトリアキソン、セフォタキシム、ラスクフロキサシンによる初期治療が推奨される。広域抗菌薬単剤治療では、タゾバクタム・ピペラシリン、タゾバクタム・セフトロザン、カルバペネム、第4世代セフェム、レボフロキサシンによる初期治療が推奨され、MRSA感染が疑われれば抗MRSA薬が推奨される。広域抗菌薬多剤治療では、タゾバクタム・ピペラシリン、タゾバクタム・セフトロザン、カルバペネム、第4世代セフェムから1剤、シプロフロキサシン、パズフロキサシン、レボフロキサシン、アミノグリコシドから1剤を選択する。加えてMRSA感染が疑われればさらに抗MRSA薬を1剤追加する。

終わりに

新たに改定された日本呼吸器学会による「成人肺炎診療ガイドライン2024」を概説した。日本呼吸器学会はこれまでも最新のエビデンスやトピックを踏まえながら、肺炎ガイドラインの改定を積み重ねてきており、非常に信頼性の高いものとなっている。実地医家の先生方の疑問に十分なエビデンスで答えられる内容であり、本概説のみならず、実際に目を通していただくと日頃の臨床の一助となると思う。

参考文献

- 1) 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン2024作成委員会(編). 成人肺炎診療ガイドライン2024. 東京, 日本呼吸器学会. 2024.
- 2) 嚥下性肺炎の診断と治療編集委員会(編). 嚥下性肺疾患の診断と治療改定版. 東京, ファイザー. 2013.
- 3) Teramoto S. The current definition, epidemiology, animal models and a novel therapeutic strategy for aspiration pneumonia. *Respir Investig.* 2022 ; 60 : 45-55.
- 4) 日本呼吸器学会成人院内肺炎診療ガイドライン作成委員会(編). 成人肺炎の基本的考え方. 東京, 日本呼吸器学会. 2022.
- 5) Kohno S, Imamura Y, Shindo Y, et al. Clinical practice guidelines for nursing- and healthcare-associated pneumonia (NHCAP) [complete translation]. *Respir Investig.* 2013 ; 51 : 103-26.
- 6) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. 2018. [<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>].

〔 他科からの提言 〕

ロボット支援手術が泌尿器科手術に与えたインパクト

Impact of Robot-Assisted Surgery on Urologic Surgery

宮崎大学医学部 発達泌尿生殖医学講座

澤 田 篤 郎

はじめに

以前より泌尿器科の手術は腹腔鏡下手術やエンドウロロジーといった内視鏡機器の進歩とともに発展してきた。これは泌尿器科で扱う臓器が体の背足や骨盤底など、開腹術でのアプローチが困難な部位にあることが一因と言われている。近年、手術支援ロボットの登場に伴い、泌尿器科手術は劇的に進化した。低侵襲手術の概念が別次元に変化するほどのインパクトがあったといっても過言ではない。

手術支援ロボットは、高解像度の3D映像と自由度の高い多関節アームを有しており、これを用いることで非常に精緻な手術を行うことが可能となった。代表的な手術支援ロボットであるda Vinci surgical system (Intuitive Surgical Inc.) は、da Vinci S, da Vinci Si, da Vinci Xiと進化をとげ、さらにはda Vinci

SPというシングルポートの手術支援ロボットまで登場した(図1)。またda Vinci以外にもhinotori (Medicaroid Inc.) やHUGO (Medtronic Inc.) といった手術支援ロボットも登場しており、泌尿器科領域の手術は今後ますますロボット支援手術が中心になっていくことと思われる。

本項では泌尿器科の代表的疾患に対するロボット支援手術とそれがもたらしたインパクトについて紹介したい。

1. 前立腺癌に対するロボット支援手術

1-a) 前立腺癌に対する手術の歴史的変遷

転移を伴わない限局性前立腺癌に対する標準的治療法として根治的前立腺全摘術がある。この手術の歴史的な変遷を振り返っておきたい。



図 1

図1-a : da Vinci Xi, 図1-b, c : da Vinci SP.

＜開腹術での根治的前立腺全摘術＞

2000年以前は開腹術による根治的前立腺全摘術が主流であった。しかし前立腺は骨盤底の臓器であるため、開腹しても前立腺および周囲の構造をはっきり視認するのは困難であった。また前立腺の腹側にDorsal Vein Complex（以下DVC）と呼ばれる静脈叢があり、術中に同部位から出血を来すと術野は血液でますます視認困難となった。十分に視認できない術野で用手的剥離をすることで、時に直腸損傷などの周囲臓器損傷が見られた。

＜腹腔鏡下前立腺全摘術＞

2000年以降徐々に腹腔鏡下での根治的前立腺全摘術が広まりを見せた。気腹下で内視鏡による拡大視野により前立腺周囲の視認性は高まった。とはいえ、当時の内視鏡映像は現在の4K映像と比較すると比べ物にならないくらい質が悪く、細かな血管や神経を視認することは難しかった。また腹腔鏡下手術は鉗子操作における制限が著しく、手術の技術的な難易度は高かった。安全な術式が確立するまではさまざまな手順や技術的トライアルを試行錯誤する中で、時に大出血や直腸損傷などの合併症も見られた。

＜ロボット支援下前立腺全摘術の登場＞

2009年に本邦でda Vinci Sが薬事承認され、2012年4月にロボット支援前立腺全摘術（robot-assisted radical prostatectomy：以下RARP）が健康保険の適応となって以降、その操作性の高さからRARP症例数は増加の一途を辿り、現在は限局性前立腺癌に対する標準治療の一つとなっている。

1-b) RARPの手術手技

RARPのアプローチにはいくつかの術式があるが、ここでは我々が行っている経腹膜アプローチでの術式について簡単にご紹介する。

体位は頭低位とし、臍レベルにロボット用トロカーを4本、助手用トロカー（12mm）1本の計5ポート（図2-a）で手術を開始し、以下の手順でRARPを施行する。

（1）レチウス腔の展開

まず腹腔内から骨盤側を観察し、癒着がある場合には適宜癒着剥離を行う。両側内側臍索外側の腹膜を切開して膀胱の前のスペースに入りレチウス腔の展開を行う。膀胱を腹壁側から落とし、膀胱～前立腺を上から見下ろす視野を作成する。前立腺の側方にEndopelvic fascia（EPF）という膜構造があるので、これを展開し前立腺基部の形状を把握する。このような場面において、ロボット支援手術では術者が3本のアームを自在にコントロールでき、かつアームがパワフルであるため、非常に効率よく術野を展開することができる。

（2）膀胱頸部の離断

表面から見ても膀胱と前立腺の境界は明確ではないため、膀胱頸部の離断においては、前立腺や膀胱の形状を見ながら、膀胱の筋繊維がわずかに前立腺側に残るように切っていく。この場面においてもロボットならではの牽引力で効率よく膀胱頸部の切開が可能である。

（3）精管・精囊剥離

膀胱頸部離断後、その背側にある精管膨大部・精囊を同定・剥離する。精管を

剥離後に切断，精嚢を剥離し，これらを挙上しながら前立腺と直腸の間の剥離を進める。

(4) 前立腺背面の剥離～尖部処理

最後に前立腺尖部を切断することで前立腺が摘除される。

(5) 膀胱尿道吻合

前立腺摘除後の膀胱頸部と尿道口を連続縫合にて膀胱尿道吻合を行う。膀胱尿道吻合での運針・結紮は腹腔鏡では技術的難易度が比較的高い手技であったが，ロボット支援下ではスーパーテクニックを要するものではなく，誰もが安全に行うことのできる手技となった。

1-c) レチウス腔温存ロボット支援前立腺全摘術

ロボット支援手術ならではの手術としてレチウス腔温存ロボット支援前立腺全摘術 (retzius sparing robot-assisted radical prostatectomy : RS-RARP) を紹介する。これはGalfonoらが2010年にEuropean Urologyに報告した術式¹⁾で，標準的な術式 (conventional RARP : c-RARP) と比較して，術後早期に尿禁制の回復が得られる点で注目を集めている。

RS-RARPとc-RARPの手術手順の比較を図3に示す。RS-RARPではまず膀胱直腸窩の腹膜を切開して精管精嚢の剥離を行い，次いでDenonvillier筋膜の切開をして前立腺の背面および側方の剥離を行う。次に膀胱頸部を背側から腹側に向かって離断し，前立腺の前面の剥離に移り，最後の前立腺尖部の処理を行って前立腺を摘除するというものである。膀胱尿道吻合も膀胱直腸窩の腹膜を切開したwindowから行う。

このように下から上に向かって切開を進めるという手技は多関節アームを持つロボット支援手術ならではのと言える。ただし操作スペースが狭く，前立腺の摘出及び膀胱尿道吻合ともに技術的ハードルは高い。また尖部側，腹側にて断端陽性率が高いという難点も報告されている。が，尿禁制の回復についてはc-RARPよりも有意に良好な成績で，適応を選べば患者満足度の高い手術になるものと思われる²⁻⁵⁾。

1-d) 神経温存手技

ロボット支援下手術になって大きく変化したものの一つに神経温存の質の向上が挙げられる。これは拡大視野による高画質な3D映像によって，前立腺周囲の膜構造が

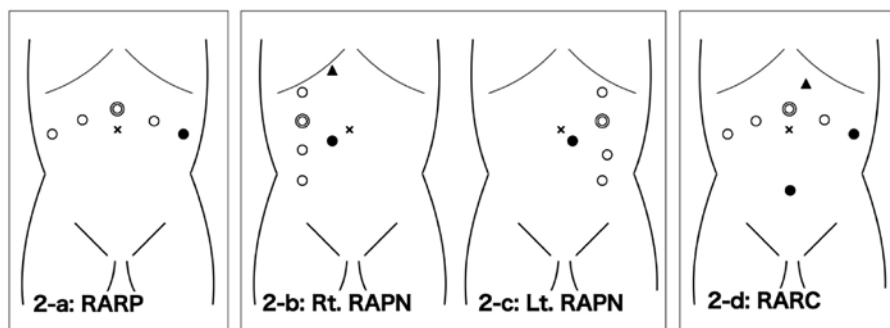


図2. ロボット支援下手術のポート位置。

RARP : ロボット支援下前立腺全摘除術，RAPN : ロボット支援下腎部分切除術，RARC : ロボット支援下膀胱全摘除術。

詳細にわかってきたことによるところが大きい。前立腺周囲の神経繊維は個人差はあるが、前立腺の左右後背側の従来の神経血管束と呼ばれる部分が最も密になっており、ここから広くネットワークを形成しながら前立腺の側方に幅広く走行し、尿道の左右で収束して陰茎に至ると言われている。これらの神経は勃起機能や尿禁制に関わっているため、術後のQOL向上のために可能な限り神経は温存するようにしている。

神経温存手技といっても、実際の術野でこれらの神経繊維は見えないため、温存手技は前立腺周囲の神経を含む膜構造を温存する操作になる。神経温存のレベルは温存する膜構造の深さとエリアで変わってくる。断端陽性のリスクと機能温存の兼ね合いで、症例ごとにどのレベルでの神経温存を行うか、適応を検討する。このように膜構造1枚を切除するか温存するかコントロールできるのはロボット支援手術の大きな恩恵と言える⁶⁾。

神経温存手技では神経繊維に対する挫滅・牽引や熱による不可逆的な損傷に注意を払う必要がある。過度の牽引を避け、神経を含む膜構造をロボット鉗子で把持しないようにするとともに、電気・熱の影響を最小限に抑えるよう、可能な限りクリップなどを使用するようにしている。

2. 腎癌に対するロボット支援手術

2-a) 根治的腎摘除術と腎部分切除術

腎癌の手術治療は、以前は「根治性」を最優先した根治的腎摘除術が標準治療であった。しかし腎機能が低下すると心血管疾患のリスクが高まるのみならず、生命予

後にも悪影響を与えることが明らかになると、腎癌手術も「根治性」と「腎機能の温存」の両立を目指し、腎部分切除術が積極的に行われるようになった。2010年以降、「根治性」と「腎機能の温存」の両立を可能な限り低侵襲で行うというコンセプトのもと腹腔鏡下腎部分切除術が徐々に施行されるようになったが、技術的に難易度が高く、合併症率も高かった⁷⁾。また手技が難しいことから腎阻血時間が長くなり、術後の腎機能温存の点で開腹術に劣るのではないかという懸念もあった⁸⁾。

ロボット支援腎部分切除術(robot-assisted partial nephrectomy: RAPN)は2016年に本邦で保健収載されたが、ロボットの多関節アームによる操作性の良さ、高画質の3D映像といったメリットもあり、腹腔鏡下腎部分切除術に比べて技術的難易度が下がり、急速に広まった。とはいえ、腫瘍の位置、大きさ、血管や尿路との位置関係などによりRAPNにはさまざまなバリエーションがあり、手術難易度も個々の症例で大きく異なる。ここでは近年のRAPNにおけるさまざまな工夫につき紹介する。

2-b) ロボット支援腎部分切除術(RAPN)

RAPNは現在、小径腎癌に対する標準術式であり、本邦でも広く行われるようになった。本術式について簡単にご紹介する。

体位は患側を上側にした側臥位で行う。腹直筋外縁ラインにロボット用ポートを4本、内側に助手用ポートを1-2本おいて手術を開始する(図2-b, c)。

(1) 結腸の脱転

右では肝下面の腹膜を切開し肝を挙上し、上行結腸および十二指腸を脱転す

る。左では下行結腸および脾臓・脾臓を脱転する。これらの操作によって、腎はGerota筋膜と呼ばれる腎周囲脂肪織に覆われた状態で視認できる状態となる。ロボット支援下手術では術者は3本のアームを自在に操れるため、腹腔鏡下手術と違い、術者が自らカウンタートラクションをかけながら効率よく術野の展開を行うことが可能となった。

(2) 腎門部の剥離

腎の下極付近で腎と腸腰筋の間に入り、このスペースを挙上しながら腎門部に向かって剥離を進めていく。リンパ管を適切に処理しながら頭側に剥離を進めると腎静脈が確認でき、その背側に腎動脈が同定される。症例によっては腎動脈・腎静脈が複数本あったり、複雑に枝分かれしていることがあるので、思わぬ血管損傷を起こさないように注意が必要である。

(3) 腫瘍の露出と切除準備

腫瘍の全容が把握できるように腎周囲脂肪織の十分な剥離を行う。時に脂肪が

硬かったり、強固に癒着している症例もあり、無理に剥がすと腎被膜を損傷しかねないので注意が必要である。エコーで腎腫瘍の位置を確認し、実際に切除するラインにマーキングを行い、切除予定ラインをイメージする。

ここまで来たら一旦手を止め、次のステップに進む前に以下に挙げる点の準備が整っているかを確認する。

- ・気腹用CO2の残量は十分か
- ・ニードルドライバーは用意されているか
- ・体内縫合用の糸針は用意されているか
- ・尿管ステントが入っている場合、腎盂内に冷却水を注入する準備ができているか
- ・カメラに汚れや曇りはないか

上記のような点が全て確実に準備されていることを確認するまでは決して次のステップには進まない。というのも腎機能を可能な限り温存するため、腎阻血時間を最短にしなければならないからである。仮に腎阻血を開始し腎部分切除をしている途中で、気腹用CO2がガス切れ

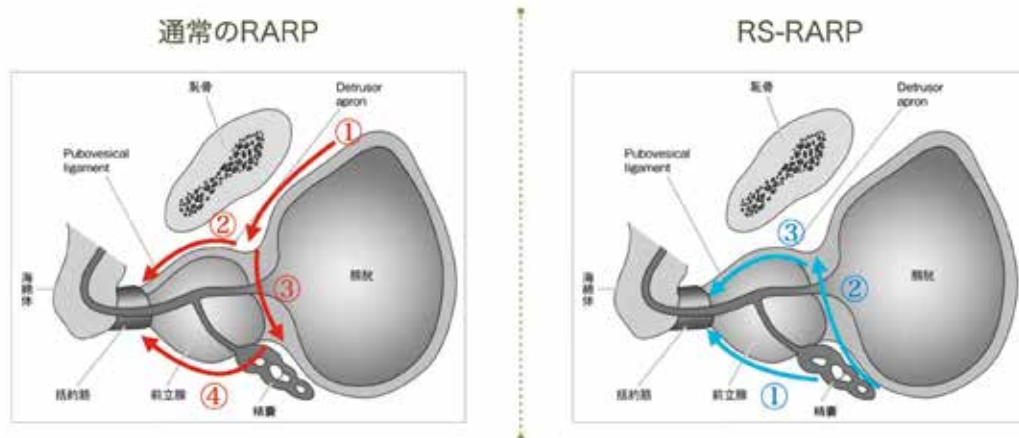


図3. 通常のRARPとレチウス温存RARP (RS-RARP) の剥離手順の比較。

になってしまうとCO2ガスポンベの交換を行う間、手術が一旦停止してしまう。これは腎阻血時間を長引かせるだけでなく、出血している場面などでは重大な事故につながるリスクとなってしまう。

(4) 腎動脈クランプと腫瘍の切除

ブルドック鉗子にて腎動脈をクランプする。腎静脈は通常クランプは不要である。マーキングされた切除ラインにそって腎腫瘍に切り込まないように切除を進める。この時、鋭的切開だけでなく鈍的剥離を併用することで、腫瘍への切り込み防止や栄養血管の同定に有用である。数mmのマージンを持って腫瘍を切除し、摘除できたら播種予防のためすぐに回収袋へ入れる。

(5) 尿路の閉鎖および腎実質縫合

切除断面を観察し、腎盂腎杯の一部が開放している場合には吸収糸で尿路の閉鎖を行う。切断面に明らかな出血点がある場合には、合わせて縫合止血を行う。ここで尿の漏出や出血がないことが確認されたら、我々はこのタイミングで腎動脈のクランプを開放する（early unclamping）。通常は腎実質縫合が終わってから腎動脈クランプを解放するが、early unclampingを行うことで、腎阻血時間を短縮できるばかりでなく、動脈性出血を視認して必要に応じて縫合を追加することで術後出血や仮性動脈瘤の予防につながると考えている。

腎実質縫合は尿路が大きく開いた症例では行うようにしているが、尿路が空いていない症例や切除面が小さい症例では腎実質縫合を行わないこともある。

最後に止血を確認して、腫瘍を体外に取り出し、閉創すれば手術終了である。

2-c) RAPNの適応

小径腎癌に対する腎部分切除術はガイドラインでも標準術式とされている。これはロボット支援手術の導入により手術の技術的ハードルが下がったことが大きい。技術的ハードルが下がることで今まで以上に腎機能温存への意識が高まり、少しでも腎阻血時間を短縮し腎機能温存を図るearly unclamping法や腫瘍付近を栄養する腎動脈枝のみをクランプする選択的腎動脈遮断法などの工夫が行われるようになった。また埋没型腫瘍や腎門部の腫瘍など、腹腔鏡下手術では困難であった高難度症例に対してもRAPNが行われるようになってきた。

とはいえ、同じ埋没型腫瘍でも、腫瘍の位置や大きさ、血管や尿路との位置関係などによりRAPNにはさまざまなバリエーションがあり、手術難易度も個々の症例で大きく異なる。尿路や血管と近い位置に腫瘍がある場合、腫瘍切除に伴って尿路損傷や血管損傷のリスクも高くなる。RAPNを行う上で最も大切なことは、腫瘍表面あるいは被膜を意識した切除を行い、断端陰性を担保することである。ロボット手術全盛期であるが、適切な症例選択を大切に、不要な尿路・血管の損傷を避け、低侵襲かつ腎機能温存を高い次元で両立するRAPNを今後も目指していきたい。

3. 膀胱癌に対するロボット支援下手術

3-a) はじめに

膀胱癌に対する根治的膀胱全摘術は泌尿器科手術において、最も侵襲性が高く長時

間におよぶ手術の一つである。男性であれば膀胱・前立腺・尿道を、女性であれば膀胱・子宮・膣前壁・尿道を摘除し、尿路変向術を合わせて行う術式である。この膀胱全摘除術は筋層浸潤性膀胱癌に対する標準的治療と位置付けられてはいるものの、従来の開腹術はその侵襲性の高さから、術後90日以内の死亡率は2～5%程度であるとされており、許容できるものではない。

この侵襲性を軽減し、さらに良好な腫瘍制御と良好な術後のQOLの獲得を期待できるのがロボット支援下膀胱全摘除術（Robot-assisted radical cystectomy：RARC）である。開腹術と比較して圧倒的に小さな創で手術できるので、術後の回復が早いのはもちろん、膀胱全摘中に腸管が空気に触れないため、尿路変向を行う際に腸管の浮腫が少なく、質の高い回腸導管や回腸利用新膀胱の造設が可能である。一方で、腸管を利用した尿路変向術や拡大リンパ節郭清術を手術支援ロボットの操作のみで完遂することは、技術的にはチャレンジングな手技である。より良好な治療成績を目指してRARC術式を現在もbrush upし続けている。

3-b) ロボット支援下膀胱全摘除術（RARC）

男性の場合の大まかな手術手技は下記の通りである。全身麻酔下、碎石位頭低位（20～25度）でRARPとほぼ同様の位置にポート留置する（図2-d）。

（1）尿管剥離と腹膜切開

尿管と総腸骨動脈との交叉部にて尿管を同定し、尿管沿いに腹膜を切開する。尿管を確保するとともに左右の膀胱側腔も展開しておく。

（2）リンパ節郭清

我々はこのタイミングでリンパ節郭清を行う。郭清の範囲は、外側を外腸骨動脈の外側にある陰部大腿神経まで、上方は大動脈分岐部および仙骨全面、下方は閉鎖孔まで、内側は内腸骨領域までとしている。主要な血管や神経を指標にしながら郭清を行い、リンパ漏の予防のため、リンパ節の遠位端の処理には末梢側に必ずクリップをかけるようにしている。

（3）膀胱～前立腺の剥離

膀胱直腸窩で腹膜を切開し、後腹膜を展開する。精管を切断し精嚢を剥離する。これらを挙上しながらデノビエ筋膜を切開し前立腺の背面を剥離する。膀胱・前立腺の側方血管束をシーリングデバイスにて処理しながら剥離を進める。左右の尿管にヘモロックをかけて切断する。

（4）膀胱前立腺の前面の剥離

腹側の腹膜を切開して膀胱、前立腺を落とし、その前面を展開する。

（5）尿道の処理

尿道を温存する場合には前立腺尖部にて尿道を切断するが、尿道も合併切除する場合には会陰部側から尿道を剥離し、骨盤内まで剥離を進める。全周性に剥離ができたなら標本をすぐに回収用の袋に納めて下腹部を小切開して摘出する。

以後、尿路変向の手順に移るが詳細は割愛する。

3-c) RARCによる手術手技の安定

腹腔鏡下膀胱全摘除術と違い、RARCでは術者が3本のアームを使用するため、第3アームを使用して膀胱を適切な方向に牽引することによって、解剖を理解しやすい

術野を作ることができるのが大きな利点である。手技そのものは開腹術の膀胱全摘除術や腹腔鏡下膀胱全摘除術に習熟していればさほど難しいものではない。重要なポイントは尿道の離断時などに尿が術野に漏れないようにすることである。

ま と め

以上、泌尿器科における代表的なロボット支援手術について紹介した。これら以外にも、腎癌に対するロボット支援下根治的腎摘除術、腎盂・尿管癌に対するロボット支援下腎尿管全摘術、副腎腫瘍に対するロボット支援下副腎摘除術、腎盂尿管移行部狭窄症に対するロボット支援下腎盂形成術、骨盤臓器脱に対するロボット支援下仙骨膣固定術などがある。

ロボット支援下手術の導入により、手術の正確性は飛躍的に高まった。これは自由度の高い多関節アームによる操作性の向上によるものと思われがちだが、高解像度の4K3D映像による視認性の向上により各臓器の詳細な解剖構造の理解が深まったことによる恩恵が非常に大きい。これらは患者さんにとって大きなメリットだと思われる。また別の視

点で大きな変更を求められるのが外科医の教育である。ロボット支援下手術が主流となった現在、若手のドクターは開腹術や腹腔鏡手術の経験なく、いきなりロボット支援下手術の習得を求められるようになった。da Vinci surgical systemには多彩なシミュレータが用意されており（図4）、これらを用いてロボット支援手術のトレーニングを行っている。より良い外科医教育を行うためにこのシミュレータをどう活かすか、より良いシミュレータをどう開発するかなど、今後の課題を一つずつ解決し、根治性－安全性－低侵襲性－機能温存の4つすべてを高い次元で両立できるロボット支援手術をより良い形で広めていきたい。

参 考 文 献

- 1) Galfano A, Ascione A, Grimaldi S, Petralia G, Strada E, Bocciardi AM. A new anatomic approach for robot-assisted laparoscopic prostatectomy : a feasibility study for completely intrafascial surgery. Eur Urol 2010 ; 58 : 457-61.
- 2) Galfano A, Secco S, Bocciardi AM. Will Retzius-sparing Prostatectomy Be the



図4. ロボット支援下手術のトレーニングシミュレータ。

- Future of Prostate Cancer Surgery? Eur Urol 2017 ; 72 : 686-8.
- 3) Lim SK, Kim KH, Shin TY, et al. Retzius-sparing robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy : combining the best of retropubic and perineal approaches. BJU Int 2014 ; 11 : 236-44.
- 4) Dalela D, Jeong W, Prasad MA, et al. A pragmatic randomized controlled trial examining the impact of the Retzius-sparing approach on early urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. Eur Urol 2017 ; 72 : 677-85.
- 5) Sayyid RK, Simpson WG, Lu C, Terris MK, Klaassen Z, Madi R. Retzius-sparing robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy : a safe surgical technique with superior continence outcomes. J Endourol 2017 ; 31 : 1244-50.
- 6) Waltz J, Epstein J, Ganzer R, et al. A Critical Analysis of the Current Knowledge of Surgical Anatomy of the Prostate Related to Optimisation of Cancer Control and Preservation of Continence and Erection in Candidates for Radical Prostatectomy : An Update Eur Urol. 2016 ; 70 : 301-11.
- 7) Colombo JR, Harber GP, Jelovesek JE, et al. Complications of laparoscopic surgery for urological cancer: a single institution analysis. J Urol 178 : 786-91.
- 8) Porpiglia F, Volpe A, Billia M, et al. Laparoscopic versus open partial nephrectomy : analysis of the current literature. Eur Urol 53 : 732-42.
-

入会の挨拶



都城市 彩り在宅クリニック
坂田 銅治

2022年10月11日に都城市都北町に開業しました。彩り在宅クリニックの坂田銅治と申します。都城市出身で泉ヶ丘高校、国立浜松医科大学を卒業後、県立宮崎病院での初期研修を終えて、宮崎大学第一内科（循環器内科）に入局しました。入局後は宮崎大学病院、江南病院、藤元中央病院、都城市郡医師会病院にて勤務いたしました。専門は循環器内科ですが、在宅の慢性疾患から癌緩和、褥瘡のデブリードメント、呼吸器管理など幅広い疾患に対応する機会が多いです。今後も地域医療に貢献していきたいと考えております。

趣味は旅行と食事です。Mr.Childrenのファンで、病院名も「彩り」という曲から取りました。バレー、ボート、ダイビングやヨガ、音楽（ギターやSAX）を少しやっておりましたが、なかなか長続きせず、最近はウクレレを始めました。いろいろな方と話させてもらおうと活力を得ますので、ぜひお誘いください。

何卒ご指導ご鞭撻のほどをよろしくお願いいたします。

入会の挨拶

宮崎市 国立病院機構宮崎東病院 腫瘍内科
森山 英士

この度、当院名誉院長であられる比嘉利信先生よりお声かけいただき、宮崎県内科医会へ入会させていただくこととなりました。

私は、1992年に宮崎医科大学を卒業し、熊本大学第一内科（現：呼吸器内科）へ入局しました。熊本県内の病院で研修・勤務を行い、1997～2000年まで国立がんセンター東病院（現：国立がん研究センター東病院）呼吸器内科でレジデント研修を行い、以後肺癌診療を専門に勤務しております。2009年に故郷である宮崎に戻り、宮崎だから受けられなかったということがないように、患者さんお一人お一人に適した肺癌診療をご提供できるよう心がけて、勤務しております。

今後ともご指導ご鞭撻の程、よろしくお願いいたします。

開業のお知らせ

彩り在宅クリニック

院長 坂田 鋼治

この度2022年10月11日に都城市で「彩り在宅クリニック」を開業いたしました。当院は機能強化型在宅療養支援診療所で、在宅での人工呼吸器管理、気切交換、胃ろう交換、末期がんへのPCAポンプを用いたオピオイドによる疼痛管理、褥瘡のデブリードメント、コロナ肺炎を含む呼吸不全患者への在宅酸素や点滴治療、腹膜透析など、幅広い在宅医療を提供しております。また私が循環器専門医であるため、在宅で心電図や心エコーによる心臓機能評価を行っております。

2024年5月までに約400人の訪問診療を行い、できるだけご自宅での穏やかな毎日を支えるとともに、71名の患者様に穏やかな最期をご家族と迎えるお手伝いをしてきました。

これまでに、多くの医師会員の先生方に大変助けていただきました。また、一緒に働いてくれている妻の献身的な協力もありました。今後も地域への貢献ができればと考えております。何卒ご指導・ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。



理事からひとこと

内科医会員減少について

都城市 野辺医院

野邊 俊文

前任の重平正文先生が病魔に倒れられ、今年の5月に閉院を余儀なくされました。唯一私を叱ってくれる兄貴的な存在だったので、心にひとつ穴が空き、心細い気持ちでいっぱいです。病状が安定したら、一度面会のお許しを得て様々なお話をしたいと考えております。

この度、県内科医会副会長の任命を受け、内科医の地域会員増強の役割を授かりました。早速7月29日に、日臨内（日本臨床内科医会）第1回担当者会議にWeb参加致しました。会員数が全国で1年間に183名の減数で、その7割が東京を中心とした関東地区だそうです。地方も漸減しており、この件を建て直す事が喫緊の課題であるとの内容でした。関東地区の担当者が、新規開業された先生に内科医会への入会を勧めた所「医学情報はスマホの検索で十分だし、入会するメリットは何も無い」と言って拒否されたそうです。

改めて県内科医会誌を開いてみると、アカデミックな多岐にわたる分野の医学研究発表、昨今の医療話題の特集や他科からの提言であったり、入会の挨拶文、新規開業のお知らせ、会員の先生方の様々な趣味の発表の場となっていました。そして、日臨内医学会や九州ブロック会議、連絡協議会や審査員懇話会の報告等、実に中身の濃い内容が記載されていました。これら、スマホだけでは到底知り得ぬ情報で満載でした。これだけでもメリットがありませんか？ 最近、都城で新規開業された先生に会員入会をお勧めした所「内科医会の存在を知らなかったの、教えてもらって助かりました」と喜んで入会されました。

医師は孤独です。いつも不安に立たされています。知らない内に暴走しかねません。沢山の先生方とチーム医療を続けながら質の良い医師を目指したいものです。より良き地域医療に向けて一人でも多く会員数を増やすために邁進していく所存であります。まだ入会されてない先生をご存知なら、是非声をかけて誘って頂けないでしょうか。宜しくお願い致します。

理 事 从 ら ひ と こ と

2024年 6 月診療報酬改定に思うこと

延岡市 桜小路クリニック

安藤 誠

2024年 4 月より宮崎県内科医会の理事を仰せつかりました、桜小路クリニックの安藤誠と申します。宜しくお願ひいたします。

開業医の立場として思うことは、昨今の急速な医療DXの推進、診療報酬改定は経営に厳しいものと感じました。病院・診療所でも、柔軟に、かつ、迅速に対応する必要が出てきております。新規開業は、電子カルテがほとんど導入されている状況のようですが、以前より開業されている病院・診療所などでは、医療DXは進んでいないのが現状ではないでしょうか？ 電子カルテを導入しているかどうかで、診療報酬が取れるものが取れなかったりすることもあります。行政は、医療DXを進める前に、もう少しアナウンスを行い、まずは電子カルテへの移行を進めるべきだったかと考えます。現在の医師会に所属する病院・診療所では、紙カルテで継続しているところも多く、そのような病院・診療所が日曜当番医などを行い、今まで地域医療を支えていたといっても過言ではないかと思ひま

す。医療DXの推進の影響で、そのような病院・診療所の診療がストップせず、うまく移行していかなければ、地方の医療体制が一時的に衰える可能性が危惧されます。

また、診療報酬改定も厳しく、新規開業を志す人が少なくなる可能性もあるかと考えました。インフラの整っていない地方での新規開業では大きな駐車場も必要で、開業時に多額の初期投資がかかります。その借入金を返済するのは大変でもあります。今後は、地方でのかかりつけ医の減少の可能性もあり、誰もが外来診療、休日当番として働くことができる施設が必要と考えます。地域の集合型の外来診療施設を行政が主体となり建設することを要望したり、もしくは、急病センターなどの使用していない時間帯などでの既存施設を活用することで、診療施設を持たない勤務医、在宅医などが、外来診療・休日当番を行っていただけるかもしれません。少ない医療資源・人材の確保につながり、地方の医療を支える一助となることも期待できると考えます。

何より、医療DXの推進が円滑に行われ、医療DXによってより良い診療ができるようになり、現状の地域の医療提供体制が確保されることを祈っております。

理事からひとこと

生活習慣病療養計画書と外来診療の狭間で

宮崎市 四季クリニック

石坂裕司郎

6月より始まった生活習慣病療養計画書の作成には、色々問題点や不満がありますが、そもそも高血圧症、糖尿病、脂質異常症を生活習慣病として一くくりにして良いのでしょうか？

厚生労働省の考える生活習慣病とは、食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称です。糖尿病や高血圧や脂質異常症以外に日本人の死因の上位を占める、がんや心臓病、脳卒中も、生活習慣病に含まれます。確かに生活習慣病と病という言葉がつくことで生活習慣の重要性を理解し、予防意識が高まって病気を未然に防ぐことが期待できます。しかし、この流れでいくと現在の特定疾患療養管理料である各種のがんも冠動脈疾患もCOPDさえも生活習慣病管理料に組み込まれるのではないかと危惧します。

さて、療養計画書を作成することのプラスの面としては、患者さんの食癖、アルコール量、普段の運動量を確認することができました。食事では、野菜を全く食べない人、果物は夜に食べる習慣の人、色々あります。ラーメン、うどんの汁は残すように話すとすでに

実践していると言われる方が多くいました。間食は、あまり食べませんが菓子パンは別ですとも言われました。中々、食事指導を一律に行うことは困難です。運動では、ジム通いや地域のミニバレーに参加していることなど思っていたよりも多くの患者さんは自己改革に励んでいるように思います。

しかし、生活習慣病は自己責任だけではないような気がします。療養計画書を作成中、仕事が不規則で、寝酒しないと眠れない、運動も休みはゆっくりしたいと言われている人に定期的に食事をとりましょう、寝酒をやめて30分以上の散歩をしましょうと指導することに虚しさや虚脱感を感じることがあります。

個々人の努力ではどうしようもない経済状況や労働環境といった経済的要因が不健康な生活習慣と関連しているとも言われています。好きでカップ麺を食べている訳ではないのでしょうか。そのようなスティグマを考慮して糖尿病学会がダイアベティスという呼称変更を提案しています。一方で、署名もおぼつかないフレイルな高齢者に食事、運動の指導項目をチェックする形式的対応に違和感を覚えます。数値目標だけにこだわらず、その人の人生を鑑みてどうすればQOLを維持できるかのアドバイスが大切でしょう。

結局は、薬をうまく使いつつ、折り合いをつけながら落とし所を見つけるのが日々の外来診療かなと考える昨今です。

理 事 から ひ と こ と

変わりゆく消化器内科の検査について

小林市 榎内視鏡内科医院

榎 信一郎

消化器内科医となり食道癌、胃癌、大腸癌などの癌の診断や治療、潰瘍性大腸炎、クローン病などの炎症性腸疾患の診断と治療を行うようになって20年が過ぎました。消化器内科医になったきっかけは、部活の先輩の誘いで福岡大学筑紫病院に入局したことでした。当時の消化器疾患の診断は、上部・下部内視鏡検査とバリウムを使用した胃透視検査、小腸検査、注腸検査が主流でした。いずれの検査も、癌の病変範囲や深達度診断を決定したり、炎症性腸疾患の病変の広がりをもとに治療法を選択していく重要な検査です。当時の大学では、上部内視鏡検査は入局後4年、下部消化管内視鏡検査は入局後5年までは検査することができませんでした。もちろん透視検査も上級の先生たちが行っており、入局当初はゾンデを用いた小腸透視検査のゾンデを口から十二指腸まで挿入しゾンデを十二指腸に留置するという検査前の準備をひたすら行うという日でした。放射線被曝はかなりのものだったと思います。ただこのゾンデ小腸の検査前の準備をひたすら行ったおかげでイレウスの診断で来院した患者さんのイレウスチューブ挿入は飛躍的に上手になりました。入局後半年になると、比較的病態が安

定しているクローン病の患者さんの小腸検査を行い、その後ルーチンの胃透視検査、注腸検査を行うというシステムで透視検査を用いた精密検査は入局後4年目でした。入局後4年までは内視鏡検査はできず当時は若干のモヤモヤ感を抱きながら過ごしていましたが、4年目で上部内視鏡検査、5年目で下部内視鏡検査が始まると4年間の透視検査の経験がすぐく役に立ちました。特に役に立ったのが5年目で始めた下部内視鏡検査時に、注腸検査の時の大腸の走行をイメージして挿入できたことです。

近年、内視鏡検査は目まぐるしく発展しました。上部・下部内視鏡検査は拡大観察を用いることで早期癌の検出率が上がりました。小腸内視鏡によって、炎症性腸疾患の小腸病変の観察や早期小腸癌の診断が可能になりました。一方、バリウムを用いた各種の透視検査は、放射線の被曝や検査を習得するまで若干の経験が必要になるなどの理由により透視検査をする先生が少なくなり検査の件数が少なくなっています。妊娠、出産を控えている女性の先生達は仕方ない事だと思いますが、これまで先輩の先生達が確立してきた診断体系がなくなってしまうのは大変残念なことだと思います。内視鏡検査で診断に迷った症例があったときに透視検査で診断できた症例も経験しました。今後若手の先生が透視検査を少しでもやっていただくような時代になることを期待しています。



「濃霧の朝」

宮崎市 たまきクリニック 玉置 昇

綾町までの通勤中、濃霧の朝がありました。幻想的な雰囲気朝でした。



「ユスラヤシ並木」

宮崎市 たまきクリニック 玉置 昇

沖縄の東南植物楽園にあるユスラヤシの並木道です。長い歴史の中で作り上げられた日本ではここでしか見られないユスラヤシの並木通り。天空に向かって一斉に伸びるヤシ並木は圧巻でした。



「夕方の文化公園」

宮崎市 たまきクリニック 玉置 昇

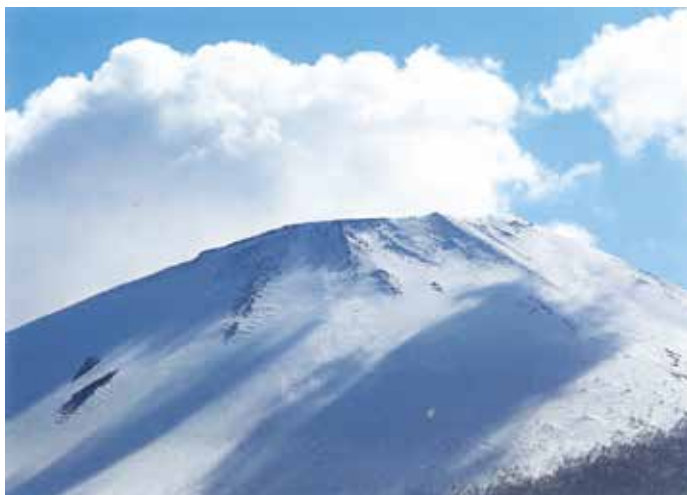
散歩中に夕陽が差してきました。噴水の水面に反射して美しい景色でした。



「ショクダイオオコンニャクの花」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

7月8日（月）の昼過ぎに開花が始まった世界最大級のショクダイオオコンニャクの花は9日未明に完全に開花。当初高さ10cmだった芋は8年目に高さ2.4m、花の直径1.5mになった。翌9日は特別に公開され約1,000人が訪れた。受粉が終わったら同日午後にはしおれてしまったという。我が国では30例目、宮崎県では初の出来事で24時間ライブ放映も敢行。スマトラ島固有のサトイモ科コンニャク属の絶滅危惧植物。宮崎市『宮交ボタニックガーデン青島』にて。



「早 春」

宮崎市 楠元内科胃腸科医院 楠元 正輝

青森から東京へ帰る途中、岩手山の近くを通った。凍った山肌に冷たい雲が次から次へと吹きつけていた。



「風光る」

宮崎市 楠元内科胃腸科医院 楠元 正輝

以前から雪の富士山を一日中眺めて過ごしたいと思っていたが、ツアーで日本平ホテルの宿泊が入っているのがあったので、家内と参加した。この写真はホテルの客室のベランダから撮影したもので、手前の海は清水港である。ここのホテルはロビーや食堂から近くに富士山が見えるので評判が良い。(撮影時 2月下旬)



「門川 桃源郷 梅雨を彩るアジサイの森」 延岡市 北浦診療所 日高 利昭

最近はニュースなどでもよく取り上げられているのでご存じの方も多いのではないでしょうか？ 門川町の桃源郷は約120種200万本のアジサイが梅雨の時期になると咲き誇ります。行ってみるとわかりますが、かなり広大な敷地で素晴らしい景観を魅せてくれますが、驚くのは町営ではなく、個人の庭園であるということです。入場料は満開の時期は大人1名1,000円となっています（2024年6月時点）。梅雨の時期に県北を訪れる機会がありましたら、是非足を延ばしてみてくださいはいかがでしょうか？

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村 善教

今秋は 後期高齢 仲間入り

継承如何と メールが届き

継続は 力なりとは 言うけれど

寄る年波に 勝てるはずなく

眼の疲れ 読書できぬと 高齢者

腰の痛みで ゴルフもできず

退任し 残す課題に 打ち込める

自由時間が とても嬉しく

長かりし 医師会業務 卒業し

後期高齢 自由に生きる

短歌

内科医のわれ

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

新聞に同姓同名の計報載れる翁がぬつとけふ受診せり

「待ち遠しいくらいご飯がおいしい」と唄語れり
百四歳は

九十路越えたる翁連れ合ひにその名を聞かれ「おまへ」と応ふ

この頃はあらたなる株殖へてをりJN・1とふコロナウイルス

サージカルマスクにちにち着けながら診療をせる
内科医のわれ

*これらの歌は、「現代短歌・南の会」発行の「梁」一〇六号（二〇二四年四月に発行）に掲載された作品を一部改変したものである。

生命力が充実している時が

死に近いとは思議である

年取ると憂愁は深まると思っていたが

自分を語るのができるようになったのは

青年期を過ぎてからである

老年期のほうが

ささやかでも居場所がある

過去と現実があるがまに受け入れる

こんな心境になるのは

鬱陶しい青春期を生きたからで

それも晩年を迎えるのに必要であった

詩

人生を逆にみる

宮崎市 大西医院

大 西 雄 二

人生を逆にみる

一生は生誕の時に始まり、終焉の死まで

一定の速度で経過すると思っている

青年期は生命の輝きにあふれ死に遠く

老年になるほど死に近づくと考え

青年期は、交遊の輪が広がり友人は増え

老年期は友人を失うばかりと思っている

ある種の人々にとってはそうではない

二十歳前後が「晩年」の場合もある

〔 報 告 〕

第36回日本臨床内科医会医学会

宮崎県内科医会 副会長

光 川 知 宏

日 時：令和 5 年10月 8 日(日)，9 日(月)

場 所：ホテル日航福岡

出席者：比嘉会長，玉置常任理事，光川

第36回日本臨床内科医会医学会は、令和 5 年10月 8 日(日)～9 日(月)に福岡市にて福岡県内科医會會長江頭芳樹先生の下に開催された。今回は「臨床内科の更なる発展－他科との連携において－」をテーマに開催された。

プログラムは2日間、6会場を使って構成された。1日目は、「早期消化器がん」「肩こり・腰痛」「男性・女性の更年期」「頻尿・前立腺がん」に関するシンポジウムや「膵臓がんの診断・治療」「皮膚がん」「認知症」「不眠症」の講演など、他科の対応と対比させつつ実践的なアプローチを学べる講演が行われた。それら以外にも「CKD」「高血圧」「糖尿病」「呼吸器感染症」「炎症性腸疾患」「脳卒中」「HPVワクチン」など幅広いテーマで講演があったほか、実践セミナー「心電図の見方」や「医学と科学捜査」、さらには出題された症例の診断を謎とく「診断力スキルアップ道場」など多彩なプログラムがあった。

1日目午後の特別講演と来賓講演では、武見敬三厚生労働大臣、松本吉郎日本医師会長のお二人から、最新の動向と将来像について講演があった。また、学会長講演では、江頭芳樹学会長より、ここ15年あまりの保険医療の変遷が俯瞰できる講演があった。

会員発表も、講演発表10題、ポスター発表13題の発表があった。その中から秦 一敏先生の演題「急性十二指腸粘膜病変を併発した食道アニサキス症の一例」が学会長賞に選ばれ、表彰された。

医学会 2 日目も、産業医研修会、健康スポーツ医再研修会も必要な単位取得ができる研修会があった。実地診療のための「胸部X線の読影のコツ」「神経学的診断の実践」「エコーのハンズオンセミナー」なども開催された。

〔報告〕

令和5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

玉置 昇

日 時：令和5年11月11日(土)

場 所：ソレイユ（大分県労働福祉会館）

出席者：比嘉会長、玉置

令和5年度日本臨床内科医会九州ブロック会議が大分県内科医会担当で、令和5年11月11日(土)の午後3時から1時間にわたり、ソレイユ（大分県労働福祉会館）にて行われた。冒頭、大分県内科医会の井上雅公会長から開会の宣言があった。続いて日本臨床内科医会の菅原正弘会長からご挨拶があった。以下挨拶の要旨。

「今後、日本内科学会、日本感染症学会、日本腎臓学会、日本呼吸器学会など日本臨床分科医会との合同シンポジウムを開催し、若い先生方に日本臨床内科医会を知っていただき、入会につなげていきたい。定款の改定が認められ、従来の日臨内総会から総合学術集会和名称が新たに変わった。充実した学術集会を目指したい。」

1 日本臨床内科医会執行部からの現況報告

1) 会員数について

令和5年10月末日現在の会員数は12,727人であり年々減少傾向である。

2) 総合学術集会の開催予定（総会から2024年より改称された）

第41回総会は2024年4月に神奈川（金森晃会頭）において、第42回総会は大阪（福田正博会頭）において開催の予定である。大阪万博の開催も予定されている。

3) 医学会の開催予定

第37回医学会は京都（西村俊一郎会頭）において、第38回医学会は群馬において、第39回医学会は北海道において開催予定である。

4) 大韓内科医会との交流について

10月22日大韓内科医会から招待を受け、ソウルで開催された医学会で菅原会長が招待講演を行った。テーマは「超高齢社会での臨床内科の現状」。前日に大韓内科医会の幹部6名と、医会の活動、課題、超高齢社会における臨床内科の動向、医療訴訟の現状などについて協議を行った。当会からは菅原会長、福田副会長が出席した。

5) 日本臨床分科医会代表者会議について

10月26日日本臨床分科医会代表者会議を当会主管で行った。当会からは菅原会長、福田副会長、板東副会長が出席した。協議事項として、HPVワクチン接種の促進、日医ニュースでの各医会の紹介、将来の医師過剰などを取り上げた。医師過剰とは言うものの地方では医師は不足している。

6) 「かかりつけ医のためのWEB講座」について

2021年11月から日臨内「かかりつけ医のためのWEB講座」と題して講演会を開催している。学術部専門班の班員による講演を毎回3題実施。9月の開催で20回目を迎えた。目的は非専門領域の知識の充足と新規会員獲得である。総会、医学会を除く年10回開催。参加人数は600~900名で推移。事前申し込みは1,000名程度。講演動画のアーカイブを2022年3月に公開。サーチエンジンからのアクセスも順調に推移している。課題として、① 協力して頂ける都道府県とそうでない所との差が大きい。非会員も対象にしており会員増強に繋がるため、参加及びチラシの配布に協力をお願いしたい。② 将来的に演題と講師の継続的な確保が困難になる。③ スポンサーの確保。

7) 会員の専門領域調査について

- ① 全会員に対し専門領域の調査を年度内に行う。回答は任意。
- ② 日臨内ニュースやメールマガジンなどでアンケートを呼びかけ、回答をWEBフォームやFAXなどで収集する。
- ③ 会員情報を管理し、学術委員会の活動や調査研究などで活用の予定。日臨内の活動の充実のため協力をお願いしたい。

8) 委員会の委員募集について

(ア) IT委員会

各ブロックから医療DXに詳しい委員を1名推薦して頂きたい(中部、中国四国、九州)。

(イ) 学術班

好評のWEB講座や会誌掲載内容を維持するため、専門班の班員の得意分野を拡大し、既存班員の負担軽減を図るため各都道府県内科医会において経験豊富でWEBでの情報発信をお願いできる適任者を各県1名推薦をお願いしたい。御略歴、学術活動歴(論文、著書など)の添付もお願いしたい。

(ウ) 会員増強委員会

新入会員の獲得窓口は各都道府県の内科医会となっていて、各都道府県内科医会も日臨内と同様に新入会員獲得に苦慮している。各都道府県内科医会と連携をし施策を練ることが重要である。各県内科医会より1名会員増強地域担当委員を選任して頂きたい。年末頃から参与、新代議員の推薦とともに依頼する。

9) 日臨内HPからHPVワクチン接種、キャッチアップ接種の啓発リーフレットをダウンロード出来るようになった。祖父母、父母に話しかける内容、外来で患者に手渡してほしい。

10) 定款施行細則の改定について

9月の理事会・代議員会、10月の臨時総会で定款の施行細則が承認され、春に承認された定款の本則を併せて定款の改定作業が完了した。新定款に基づき来年度から運営が開始される。それに伴い年度末から新代議員の選出依頼などの手続きを開始する。

2 日本臨床内科医会執行部に対する提案事項

1) かかりつけ医機能と地域包括診療料、地域包括診療加算の今後の展開について（熊本県）
《提案要旨》

「骨太の方針2023」などの閣議決定の中で「かかりつけ医機能が発揮される制度整備の実効性を伴う着実な推進」と記載され、かかりつけ医の役割が最重要視されている。中央社会保険医療協議会で、中長期的な人口減少や高齢化を見据えた地域医療の提供体制整備のため、診療所などの「かかりつけ医機能」を強化し、医療機関の役割分担や連携を後押しする方向で検討されている。具体的取り組みとして地域包括診療料や地域包括診療加算があるが、施設基準が高すぎてクリニックレベルで地域包括診療料を届ける施設は極めて少ない。日臨内としての見解と今後に付き伺いたい。

《執行部の回答》

かかりつけ医機能強化加算、地域包括診療料・加算は内科医会会員にとり大切な診療報酬における加算である。医療・介護保険委員会として加算についてのアンケートを行い、算定・維持するための条件を示す方針である。

2) 九州各県内科医会共同事業の進捗状況に関する報告（福岡県）

《提案要旨》

令和5年1月28日の九州各県内科医会会長会において、各県独自の活動と並行して共同事業を実施することを提案し了承された。各県代表を選出し6月に第1回の話し合いを実施、8月に第2回の予定である。これまでの状況を報告する。（長尾哲彦先生）

3) 若手の日臨内会員をいかに増やしてゆくか（鹿児島県）

《提案要旨》

日臨内庶務部会員増強委員会は「かかりつけ医のためのWEB講座」の開催後に入会が増える傾向にあり、非会員の医師との接点が出来、入会数の増加に寄与していると報告されている（日臨内第68回代議員会：2023年4月8日）一方で総務部総務委員会の報告によると過去6年間に250名/年の会員減少が続いている。鹿児島県内科医会の令和4年度の会員数は新入会員6名に対し逝去会員8名、退会会員4名で6名減少した（令和5年3月31日現在371名）会員の高齢化がこれからも続くため、いかに若手内科系医師の会員を増やすかが喫緊の課題である。鹿児島県内科医会の会員増強のための活動を報告する。

① 毎月の鹿児島県医師会報に「かかりつけ医のためのWEB講座」案内を同封している。

② 鹿児島県内科医会独自のアンケート調査

リフィル処方アンケート調査報告（鹿児島県内科医会誌第54号 令和 5 年 1 月 1 日発行）、慢性腎臓病に関するアンケート調査結果報告（鹿児島県医師会報第859号 令和 5 年 1 月 1 日発行）。多くの医師会員、特に若手内科系会員に鹿児島県内科医会の活動を認識してもらうべく努力してきた。

③ 鹿児島県内科医会会員に対し、会員メンバー（内科系専門医）による「かかりつけ医へのメッセージ～日常診療の勘所～」と題したWEB講演会を 3 回シリーズで予定した。医師会報、メーカーを介して内科医会会員以外にも案内しWEB講演会への参加を呼びかけている。

④ 鹿児島大学医学部内科系教授に鹿児島県内科医会総会開催時に特別講演を依頼。年 1 回内科系教授と鹿児島県内科医会役員との懇談会を開催し、当会への理解・指導または各講座のスタッフへ日臨内入会を依頼。昨年より鹿児島大学大学院教授 橋口照人先生（血管代謝病態解析学/本年 4 月から大学院医歯学総合研究科科长）、鹿児島大学医学部保健学科教授 宮田昌明先生に常任理事として参加いただいた。

⑤ 今年度は内科系教授にお願いし理解を頂ければ教室の若手医師への入会案内を発送する計画である。

このような試みを通じて若手会員の獲得を目指している。日本臨床内科医会新執行部のご意見を伺いたい。

《執行部の回答》

① 「かかりつけ医のためのWEB講座」案内を同封、医師会ニュースに掲載など医師会での広報により非会員の参加者が増え、入会も増える。現在 6 医師会で配布して頂いている（開始時は16医師会で配布した時期もあったが、毎回の配布は医師会の都合で困難）。チラシの作成、配布、同梱料など経費は約25万円。日臨内役員、代議員に働きかけを依頼。

② 地域医療委員会でのアンケート実施。会員診療の実態調査（在宅医療、地域包括診療加算、生活習慣病のまるめ、患者の来院頻度、処方日数、発熱外来、ACPなど）は重要と考えている。学術の医療連携に関するアンケート調査は海外の有名ジャーナルに掲載され、当会にしか出来ない強みだと思っている。各都道府県に会員増強担当者を選出して頂くことになった。日臨内と各都道府県内科医会が連携して会員増強に注力したい。未入会の内科標榜医に入会案内を送付する場合の切手代を日臨内で負担するように検討中である。日臨内の知名度を上げる方策として、呼吸器学会、感染症学会、腎臓学会との合同シンポジウム開催が決定した。今後他の学会にも広げたい。また日本内科学会、日本医師会にも広報をお願いする。当会ホームページに新規に内科標榜する医師へのアドバイス、女性医師による座談会も掲載している。（1）All Japanで全力で取り組む、（2）日臨内の知名度の向上をめざす、（3）委員会、会誌、ニュース、ホームページの充実、（4）会員増強担当者を都道府県内科医会から 1 名選任して頂く。（5）日医、日本内科学会、各学会との連携強化、（6）女性医師、若手医師、新規開業医、産業医へのアプローチ、（7）会員、日臨内専門医のメリット強化。福利厚生、医療情報、雇用管理情報な

どの強化, (8) 会員発表の促進 (IRBの審査料の大幅な引き下げ), (9) これまでの活動の強化, (10) 「内科を標榜したら入会する」ことの周知 (当会は実地内科医の生活の基盤になる会)。

4) 医薬品の安定供給について (宮崎県)

《提案要旨》

コロナ禍以前より供給不安のあった後発品問題が現在も解決の見通しがなく、さらに悪化している。コロナ第9波の中、日々鎮咳剤、去痰剤、鎮痛剤等の在庫を心配している。一方先発品においても糖尿病新薬の供給不足により派生的に市場全体が出荷調整、供給停止を余儀なくされている。医薬品の安定供給は喫緊の課題であり、日臨内の見解を伺いたい。

《執行部の回答》

医療用医薬品の安全性と安定供給 (特にジェネリック) に関しては、日本臨床分科医会として日医に要望書を提出した。安定供給に関して、海外のジェネリック医薬品を作っている工場は一定期間ごとに作る製品が異なるため、すぐに対応できなかったり他の製品にも影響が及ぶ事があるようだ。安全性に関しては、最近大手の沢井薬品が品質確認試験を不正な方法で実施し自主回収したとの報道があった。糖尿病の注射薬 (GLP-1受容体作動薬) に関しては、海外市場においてマンジャロが肥満者や自由診療において予想外に使用された結果品不足となった。同デバイスを用いているトルリシティも不足し、それがオゼンピックにも波及し、オゼンピックも不足し、結果すべての週1回製剤のGLP-1受容体作動薬注射製剤の不足に繋がっている。製薬会社の販売予想が大きく外れていた事が要因であるが、安定供給できるまで対象者を絞るなどの対策を実施すべきであった。他社の製品にも影響が及ぶので風邪薬などとは異なった対応が必要と思われる。コロナ禍での風邪薬などなどの入手困難状況を下記にまとめる。日本医師会は令和5年8月9日～9月30日に「医薬品供給不足 緊急アンケート」を実施し、6,773医療機関から回答が得られた結果を発表した。

① 集計結果

- (1) 院内処方 of 医療機関で入手困難な医薬品について「入手困難」と回答 (90.2%), 「卸に発注しても納品されない」と回答 (49.7%)
- (2) 院外薬局からの医薬品在庫不足に関する連絡の有無について、「疑義照会等も含めた医薬品不足の連絡があった」と回答 (74.0%)

② 日本製薬団体連合会が実施した「医薬品供給状態にかかる調査」結果との比較

- (1) 日本医師会のアンケートで院内処方において「入手困難」と回答のあった2096品目のうち、日薬連の調査で各医薬品製造企業が「通常出荷」と回答した品目が670品目あった。
- (2) 日薬連の調査ではトラネキサム酸錠250mg「YD」が、同一成分の他社品目が全て「限定出荷」となっている中、「通常出荷」となっていたが、日医のアンケートでは供給不足の上位品目に挙がるなどギャップがあった。

③ ギャップについて

(1) について

通常出荷の定義が曖昧。「新型コロナウイルス感染症や新型インフルエンザ等の感染症が同時流行した場合、医薬品の需要が非常に高まるなか、在庫の余剰生産が追いつかなくなる。医薬品業界は世情や在庫状況を踏まえた対策を立てるべきである。

(2) について

原因の一つとして感染症以外の使用法（自由診療での美肌目的等）が考えられる。院外処方に関する品目別傾向分析では、去痰剤、解熱鎮痛剤が上位を占めたため、日医から厚労省に申し出を行った。その結果、60日や90日処方など長期処方を控えるように通知が出された。

④ 坂巻弘之教授（公立大学法人神奈川県立保健福祉大学大学院ヘルスイノベーション研究科）の見解

(1) オーソライズド・ジェネリック（AG）の問題について

先発品と同じ製品でありながら価格の安いAGが大きなシェアを占めるため、各ジェネリックメーカーが競って製造し市場のニーズと自社の価格設定等の予測が困難になる。そのため安定供給が困難になった。一方、先発品企業はライセンス料を得ることが可能になるため長期収載依存を助長する原因となった。これを改善する必要がある。

(2) 口腔内崩壊錠（OD錠）は、現在複数存在しているがOD錠の製造負荷や安定供給を考えれば必要ないものは整理すべきである。

(3) 共同開発の問題について

製造設備を持たない企業が多く参入しているため、日本全体の製造キャパシティは増えないため供給不足となっている。更に委受託製造の場合問題が生じたときに何処で何処の企業が製造しているか分からず対応が取りにくいと言う問題が生じている。トレーサビリティの確保が必要である。

⑤ 日医の見解

(1) 薬の適正使用や生産体制の確保は今後非常に重要な問題である。

(2) 平時だけでなく、感染症蔓延時や災害など有事の際にも状況に合わせた供給体制や生産体制を確立しておくべき。

(3) 供給不足は後発医薬品だけの問題ではなく、国や産業界等が一丸となって考えるべき。

⑥ 坂巻教授の見解

(1) 供給不足には様々な要因が絡んで起きている。

(2) 問題に対して適切で迅速な政策対応が必要である。

(3) 医薬品出荷状況は企業の出荷状況のみならず医療現場の供給情報も定期的に調査する必要がある。

以上日本医師会の実施したアンケート結果について日医の概要説明と見解をまとめた。

日臨内は長期にわたる医薬品不足問題の改善を求め、医薬品製造企業と実際の医療現場の実態にギャップがあることから、現場の意見を真摯に受け入れ、その問題点を明らかにし、国に要望していきたい。（日臨内 山根則男副会長のご意見）

5) 新型コロナウイルス感染症に対する抗ウイルス薬投与の現状と今後について（沖縄県）

《提案趣旨》

令和5年春に新型コロナウイルス感染症の取り扱いが5類に変更後、当県では感染者が著しく増加し、入院医療機関が逼迫する状況となった。当県は新型コロナワクチン接種率が低く、他県と比較して抗ウイルス薬の処方率も非常に少ない。その結果急速な感染拡大に繋がった可能性も考えられる。各県の抗ウイルス薬処方の現状および日臨内としての対応につき伺いたい。可能であれば九州内科医会として共同アンケート調査を行い現状把握し今後の検討に活かしたい。

《執行部の回答》

現状として新型コロナワクチンによるCOVID-19の蔓延は防止できず、重症化予防が主な接種の目的と考えるのが妥当である。抗ウイルス薬で有効と推測されるのはパキロビットとゾコーバである。パキロビットはハイリスク者の重症化率を低下させ、入院医療の逼迫を抑制することが期待される。ゾコーバはハイリスク因子のない発症者にも使用可能で、症状を軽減し罹患後症状の発生も抑制する。ラゲブリオは併用禁忌がなく頻用されているが効果は乏しいと思われる。実際にオミクロン株流行以降の有用性を示すデータはなく、もともとCDCは使用を推奨していない。他の薬剤が使用できないときに「治療をしているという安心感を与える」という位置づけではないか。国は多額の税金を使って購入してしまっているのに「効かない」ことを認めないであろう。入院逼迫の要因として、主に高齢者施設などで感染のアウトブレイク時に重症者や要介護者が転院先の病床を占有してしまうことが考えられる。これを抑制するためには高齢者施設で感染者が出たら未発症者に抗ウイルス薬を予防投与することが望ましいが、予防投与は未承認である。薬剤費用が高額のため承認されたとしても実質不可能であろう。一方、外来医療が逼迫する要因は、発熱者数が過剰であった事が考えられる。高齢者やハイリスク者へのワクチン接種は重症化予防のため継続することが妥当であろう。来年度以降は定期接種に移行するが、65歳以上の高齢者と60～64歳のハイリスク者が対象になるであろう。一方、ハイリスク者以外は副反応との兼ね合いで接種を検討することになるが、そもそも重症化率が低いと積極的勧奨は要しないのではないか。この群の発症者が過多となると外来医療逼迫を招くが、これをワクチンで防ぐことは不可能であろう。発症予防効果が2～3ヵ月と短いことが要因である。結論として医療逼迫をワクチンや抗ウイルス薬で抑制することはほぼ不可能であろう。流行期に感染対策を実施することが重要である。今後感染の拡大縮小を繰り返すのはある意味仕方がない。九州ブロックでの実態調査をする場合その目的を明確にしておく必要があるだろう。日臨内の対応としてはインフルエンザ研究班が5類への指定変更以降（第9波～）の抗ウイルス薬やワクチンの効果についての臨床研究をスタートさせている。やがてハイレベルな英文論文が出るであろう。当会副会長で感染症が専門の坂東先生は石川スタディとして3医療機関におけるワクチンの効果に関する後ろ向き研究（第6～8波）を行い解析中である。（日臨内 坂東琢磨副会長）

〔 報 告 〕

第58回九州各県内科医会連絡協議会

宮崎県内科医会 会長

比 嘉 利 信

日 時：令和 5 年11月11日(土) 16：00～18：00

場 所：ソレイユ（大分県労働福祉会館）

出席者：比嘉利信

本会議は内科全般にわたる問題点を九州各県で話し合い情報を共有することが目的である。日臨内菅原会長の挨拶と沖縄県から前年度報告があり、予め各県から提案された事項について協議が行われた。新型コロナ感染症関連が4題、外来感染対策向上加算が2題あり、これらはまとめて記載した。

提案事項と提案要旨

(1) コロナが5類に移行後、どのような活動を計画していますか？

コロナ対応が2類の間は講演会の開催も困難だったと思われます。5類に移行して、講演会やその他、会の活動に変更した点はありますか？（長崎県）

《各県回答要約》

- ・オンラインのみでの開催はほとんど無くなり、ハイブリッドが増えている。
（宮崎県）
- ・ハイブリッド開催が増えているが、自宅で移動無しで聴講できる利便性のあるWEBがメインとなっている。（鹿児島県）
- ・WEBを併用することで参加人数も増え、多様性のある会を企画できる。
（沖縄県）
- ・ハイブリッド開催となると技術面、費用面でのハードルが高く感じられる。
（大分県）
- ・WEB講演会では、懇親会での情報交換の機会が少なくなった。（福岡県）
- ・5類後もWEBまたはハイブリッド形式での積極的に講演会を行っている。講演会後の意見交換会の場が重要で、徐々に行われるようになった。（熊本県）

(2) 新型コロナウイルス感染症オミクロン株感染拡大に対する現状把握と今後の対応について

5類に移行し全数把握から定点観測となったが、全国的に感染患者数は増加傾向にあり、とくに九州は著しい。今後のワクチン接種の在り方、治療薬の手続き、感染後の後遺症把握や対応について各県の取り組みを参考にしたい。（熊本県）

《各県回答要約》

- ・重症度は軽症が多く、入院患者は少ない。（長崎県）

- ・ 定点観測で保健所の業務軽減の観点から妥当である。ワクチン接種による死亡は報告されているが重症化の防止に繋がっている。後遺症の把握や対応も全国規模でデータを集め分析する必要がある。(福岡県)
- ・ 定点ではスルーしている軽症患者が多数存在している印象がある。ラゲブリオ、パキロビッドは同意書の取得は不要となるが、ゾコーバのはまだ必要である。後遺症は症状別に診療可能な医療機関を県ホームページに記載している。(鹿児島県)
- ・ インフルエンザと新型コロナの同時対応に予断を許さない状況である。ワクチン接種後の健康被害は県の予防接種健康被害調査委員会に申請されている。後遺症は対応可能な医療機関を公表している。(佐賀県)
- ・ 軽症患者が多いが中等症以上の入院受け入れ先に苦労している。重症化リスクの高い患者に早期の抗ウイルス薬を選択している。リスクの低い患者に対症療法を行うが、通常の感冒薬、鎮咳剤、去痰剤等の不足がみられている。積極的にワクチン接種を勧めるとともに、後遺症外来の拡充が望まれる。(宮崎県)
- ・ 抗ウイルス薬が抗インフルエンザ薬のように簡単に処方できることを望む。後遺症で受診先が見つからない場合は県新型コロナウイルス感染症窓口で案内している。(沖縄県)
- ・ ワクチン接種はハイリスク群を重点的に行うという考え方もあるが、本人の意思により選択し、希望者に接種できる体制は維持すべきである。(大分県)

(3) 抗ウイルス治療薬の使用状況について (宮崎県)

抗ウイルス治療薬として、①ニルマトレビル・リトナビル (パキロビッド)、②モルヌピラビル (ラゲブリオ)、③エンシトレビル (ゾコーバ) の処方が可能となったが、まだ推奨順番がガイドラインでも推奨されていない。文献的には有効率の一番高いパキロビッドが推奨されているが、薬剤相互作用や承諾書提出の煩雑さもあり本邦ではあまり使用されていない。

《各県回答要約》

- ・ ラゲブリオ、ゾコーバ、パキロビッドの順に処方されている。ラゲブリオは18歳以上が適応で、薬剤相互作用などの禁忌事項が少なく高齢者にも処方しやすい。ゾコーバは12歳以上や基礎疾患の無い成人に処方できる。パキロビッドは薬物相互作用による併用禁忌が多く、処方が少ない傾向がある。抗ウイルス薬は公費負担が9月末までで、10月から一部自己負担が発生し薬剤費が高額のため、リスクの低い人は内服を希望しないと思われる。(長崎県)
- ・ 県内で治療薬の統一した考え方などの共有はない。(熊本県)
- ・ 8月に治療指針が出されたが、どの程度実効性があるかどうかは不明である。県内で統一した治療指針はない。(福岡県)
- ・ 治療薬の選択には、統一した基準はなく、各医療機関の判断による。また非常に高薬価の薬剤であり、抗インフルエンザ薬と同様の安易な処方には疑問が残る。(佐賀県)

(4) 新型コロナウイルス感染症の定点報告について (大分県)

新型コロナウイルス感染症の感染症法としての位置づけが5類に変わり感染状況は定点報告となり実数の把握は事実上行われなくなっている。当県ではいくつかの医師会で独自に医療機関から感染者数の報告を受け情報を共有している。各県で同じような取組みがあればお聞かせ願いたい。

《各県回答要約》

- ・ 2つの医師会で自発的に全例、毎日集計している。定点観測では実数が分かりづらく、ニュースでも報道されない。(長崎県)
- ・ 独自に感染者数の報告を共有していない。(熊本県)
- ・ コロナ定点はインフルエンザ定点を兼ねている。新型コロナ感染に関しては一部の郡市の内科医会メーリングリストで当番医報告、医師会では当番医の内科、小児科外来数とコロナ発生数を会員に報告している。すべての医療機関での報告はされていない。(福岡県)
- ・ 定点医療機関の設定や検査数が一律ではなく、また定点医療機関が当番医の週は数が急に増えたりすることがあり不正確である。(鹿児島県)
- ・ 感染者が必ずしも医療機関を受診せず、経過を見ている例も一定数存在すると思われる。定点報告以上の感染状況把握はできていない。(佐賀県)
- ・ 定点医療機関からの報告を基に集計している。入院患者数は医療機関からの報告を基に集計している。1 医師会では80%の医療機関の協力にてほぼ全数に近い状況を把握している。(宮崎県)
- ・ 5 類変更後の定点報告は県が行っており、他県との比較、増減による流行の予測等で参考にしている。(沖縄県)

(5) 外来感染対策向上加算の現状について (鹿児島県)

本県では昨年201医療機関 (16.8%) から今年度251へと微増に留まっている。届け出医療機関側には、必要な設備、スタッフの教育研修、他の医療機関との連携など負担が多く、カンファレンスを行う側も、対面開催となると益々負担が増えるとの意見が聞かれる。各県の現状について伺いたい。

(6) 外来感染対策向上加算について (沖縄県)

《各県回答要約》

- ・ 2022年 9 月13.3%, 2023年 9 月14.6%と微増に留まっている。内科診療所においては煩雑で時間や労力がかかり敬遠されている。(長崎県)
- ・ 2022年 9 月17.0%, 2023年 9 月17.9%と微増に留まっている。都市部で大病院がある地域は病診連携が図られていることより、カンファレンス、訓練などの参加もとくに問題はなさそうです。郡部でも基幹病院を中心に働き方改革に伴い診療所の医師の都合に合わせた時間帯の設定が必要となる。(熊本県)
- ・ 数としては微増であるが、要件維持が困難のため、届け出取り下げを行った医療機関もある。(佐賀県)
- ・ 保険行政や医師会組織の十分な支援や連携無しでは要件の取得は容易でない。大学病院や大病院が中心となり、WEBや医師会等の施設を利用し、企画、運用を開始した。(宮崎県)
- ・ 診療所側も日中の感染対策カンファレンスへの参加が難しいため、地区医師会主催で19時から年2回のカンファレンスと年1回の訓練をハイブリッド形式で行っている。(沖縄県)

(7) 日臨内における会員増強に関する取り組みについて (福岡県)

日臨内の会員数は2017年15,000人であったが、2023年には12,817人と85%まで減少し、長

期漸減傾向が続いている。会員増強のために、各県ではどのような対応が考えられるか今後の施策をお聞かせ願いたい。

《各県回答要約》

- ・日臨内でも権威のある「総合診療医」等の制度を作る。(長崎県)
- ・県内科医会や日臨内を理解してもらうべくホームページを作成した。新規開業で内科を標榜している医師、県内の医師会を移動し未加入の医師に毎月入会案内を送っている。(熊本県)
- ・勤務医の入会への働きかけが必要(有効)と考えている。(佐賀県)
- ・日医が進めているように卒後5年間は会費無料にするなども検討すべきである。(宮崎県)

(8) 女性会員・女性役員の現状と増員方法について。

昨今、女性の役員・議員などの割合を世界標準に近づけるよう推奨されております。各県の現状とその方策について？(長崎県)

《各県回答要約》

- ・現在女性役員は極めて少ない。会員数に応じた女性役員を増やす方向で検討したい。(熊本県)
- ・少しずつ増えているが増加のスピードが遅く、努力が必要である。(福岡県)
- ・特別な取り組みは行っていない。(鹿児島県)
- ・現状は女性会員の割合に比して、女性役員の比率は低い。世界標準に近づけるような対策は講じていない。(宮崎県)
- ・女性が定期的に家を空ける困難性もあり、WEBを活用した会議の取り組みも期待できる。(沖縄県)

(9) 髄液中A β 42測定の実施状況と髄液採取にかかる費用の増点(佐賀県)

アルツハイマー型認知症の診断に、髄液検査が必要になってくることが多いが、算定点数は低い(腰椎穿刺317点、髄液検査62点、尿糞便等検査判断料34点を含む413点)ため、判断料などの増設を希望したい。

《各県回答要約》

- ・レカネカブの承認と合わせ、初期アルツハイマー型認知症を診断するためアミロイド β の髄液検査とPET検査が保険適応となることが報告されている。髄液検査は腰椎穿刺の合併症や手間の問題から行っている無床診療所はない。(長崎県)
- ・CSF中のリン酸化タウタンパク質を測定する方法は保険適用があり、アルツハイマーの脳病理所見と相関するとされるが、CSFの採取の手法が煩雑なこと、侵襲性が高いこと、採算性が低いことから実施されることは少ない。(福岡県)
- ・判断料等の加算の提案に賛成する。(鹿児島県)
- ・CSF中のA β 42測定の実施状況は無い。腰椎穿刺の技術料の評価がリスクに見合っていない。血液検査での早期診断の開発を期待する。(宮崎県)

〔 報 告 〕

第40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 石 川 正

令和 5 年11月11日(土)に、大分県の担当で令和 5 年度日本臨床内科医会九州ブロック会議および第58回九州各県内科医会連絡協議会と並行する形で第40回九州各県内科審査委員懇話会が開催されました。今回は 4 年振りに大分市で対面での会議として開催されました。宮崎県からは玉置昇常任理事と私が出席いたしました。

各県から、日頃の診療で保険適応が問題となっている内容について、14議題が提案され、意見交換を行いました。その結果を踏まえて各県の審査状況と宮崎県における保険診療上の扱いについて報告させていただきますので、日頃の診療、保険請求の参考にしていただけると幸いです。

1 糖尿病内服薬の併用について（長崎県提案議題）

(1) 提案趣旨

昨年は糖尿病内服薬の多剤併用制限について各県の御意見を伺いました。薬剤の組み合わせについて、スルホニル尿素薬とグリニド薬、DPP-4阻害薬とGLP-1受容体作動薬の併用を認めないことは共通の規準となっていますが、一部類似作用を有するイメグリミン塩酸塩（ツイミーグ）とビグアナイド薬の併用については認めておられるでしょうか。ビグアナイド薬極量にイメグリミンの併用についてはいかがでしょうか。

(2) 懇話会での主な意見、議論

- 鹿児島県：消化器症状が出やすく、注意が必要であると思うが、併用に関する取り決めはない。ビグアナイド剤が最大量であっても併用は認めている。
- 沖縄県：薬の量が多くなるので、併用は現実的ではないと考えるが、作用機序も異なるので併用を認めている。
- 大分県：イメグリミンは錠剤が大きくそれを1日4錠とメトホルミンの上限量を服用すると薬の量が大量となり、消化器症状の問題もあるので、現実的には服用しづらい処方となると思いますが、それを踏まえての慎重投与であれば問題はないと考える。
- 九州各県で認めないとする県はありませんでした。

(3) 懇話会でのまとめ

併用投与は認められる。

(4) 現時点における宮崎県の審査での扱い

イメグリミン塩酸塩とビグアナイド薬の併用についてはビグアナイド薬が極量であっても認めています。

2 腎機能低下または、腎不全がある症例で、腎性貧血が疑われる場合の「エリスロポイエチン(EPO)」測定について(長崎県提案議題)

(1) 提案趣旨

近年、高齢化に伴い腎機能悪化、貧血の増悪がみられる症例が増加している、更に、最近では従来のエリスロポイエチン、ダルベポエチン等の注射薬に加え、HIF-PH阻害薬など経口薬での治療が増加して来ています。治療に際し、腎性貧血診断のためエリスロポイエチン(EPO)測定の機会も増えると思われます。長崎県では、エリスロポイエチン検査については、「重度の慢性腎不全患者、又は、エリスロポイエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者」となっています。

その為、診断名に慢性腎不全の病名および腎性貧血疑いの病名だけでは査定の対象となり状態の詳記が必要のようです。各県のご意見はいかがでしょうか。

(2) 懇話会での主な意見、議論

① 重度の慢性腎不全の傷病名を必要とする県

○「重度の慢性腎不全」と「腎性貧血(疑いを含む)」の両方の傷病名を必要とするとの見解は長崎県、鹿児島県社保のみでした。

② 重度の慢性腎不全であることを必ずしも必要としない県

○その他の県では、「慢性腎不全」が確定していれば「重度の慢性腎不全」であることについては、それが判る傷病名もしくはその内容に関する注記の記載は必須条件とはしない審査となっています。

(3) 懇話会でのまとめ

慢性腎不全があることが判る場合には、腎性貧血(疑いを含む)での検査の実施は認められる。

(4) 現時点における宮崎県の審査での扱い

慢性腎不全が確定しており、腎性貧血の疑いの場合は詳記がなくても認めています。

(5) 補足資料

支払基金の全国統一取り決めでは下記のようになっています。

① 次の傷病名等に対するD008「41」エリスロポエチンの算定は、原則として認められない。

1) 腎不全疑い 2) 慢性腎不全疑い 3) 慢性腎臓病 4) 慢性貧血

② 慢性腎不全のない腎性貧血(疑い含む)に対するD008「41」エリスロポエチンの算定は、原則として認められない。

③ 慢性腎不全のある腎性貧血(疑い含む)に対するD008「41」エリスロポエチンの算定は、原則として認められる。

3 「C型非代償性肝硬変」に対しての、マヴィレット配合錠の投与について

傷病名「C型非代償性肝硬変」「低アルブミン血症」に対し、マヴィレット配合錠とヘパアクト配合顆粒が併用投与されていることについて疑義が生じている。（熊本県提案議題）

（1）提案趣旨

マヴィレット配合錠の効能又は効果：

C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善

ハーボニー配合錠の効能又は効果：

セログループ1（ジェノタイプ1）又はセログループ2（ジェノタイプ2）のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善

エプクルーザ配合錠の効能又は効果：

C型慢性肝炎，C型代償性肝硬変又はC型非代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善
ペパアクト配合顆粒（イソロイシン，ロイシン・バリリン顆粒）の効能又は効果：

食事摂取量が十分にもかかわらず低アルブミン血症を呈する非代償性肝硬変患者の低アルブミン血症の改善

（参考）肝硬変診療ガイドライン2020 日本消化器病学会 日本肝臓学会編（2020.11.15）

肝硬変の機能的分類

1）代償性肝硬変

- 肝機能がよく保たれており，臨床症状はほとんどない。
- 肝脾腫，クモ状血管腫，手掌紅斑，食道静脈瘤などが存在していても，無症候性の場合は代償性とする。

2）非代償性肝硬変

- 肝性脳症，黄疸，腹水，浮腫，出血傾向など，肝不全に起因する症状が出現する。
- 治療を行わない状態で分類し，治療後に無症候性となった症例も非代償性とする。
- 現在あるいは以前に非代償性であることを次のいずれかの基準で判断する。
 - ・ Child-Pugh score7点（分類B）以上
 - ・ 「非代償性の対象医療行為」下記の治療歴を現在あるいは以前に有する
腹腔穿刺，胸水・腹水濾過濃縮静注法，内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術などの肝不全および肝硬変合併症に対する治療（腹水・肝性脳症・低栄養に対する内服薬治療などを含むものとする）。

以上より，非代償性肝硬変は治療後に検査データにより，代償性肝硬変に改善しても非代償性肝硬変であることに変わりはないと判断し，マヴィレット配合錠適応外である。

貴県に於ける御判断をお聞かせください。

（2）懇話会での主な意見，議論

① 認めるとする県

- 鹿児島県：C型非代償性肝硬変患者が治療後に代償性肝硬変に改善した場合には，臨床状

況、患者さんへのメリットを考慮して認める。

リーバクトが投与されていても投与開始時の肝予備能が代償性であればその投与は許容できる。

② 認めないとする県

○鹿児島県以外の県は認めない扱いとしています。

ヘパアクト配合顆粒投与に伴う経過の如何に関わらず、C型非代償性肝硬変に対してマヴィレット配合剤の処方とは認めていません。

「非代償性肝硬変患者の低アルブミン血症」に適応となるヘパアクト配合顆粒が投与されている場合は、「代償性肝硬変」の患者が対象であるマヴィレット配合錠の算定は認めていません。

(3) 懇話会でのまとめ

非代償性肝硬変に対するウイルス血症改善の適応のある医薬品が保険で認められている事、治療によって非代償性肝硬変が代償性肝硬変にはならないことより認めない扱いとする。

(4) 現時点における宮崎県の審査での扱い

非代償性肝硬変にしか適応ない医薬品と代償性肝硬変でないと適応とはならない医薬品の組み合わせは認めていません。

非代償性肝硬変は治療後で代償性肝硬変に改善しても非代償性肝硬変であることに変わりはないと判断し、マヴィレット配合錠の算定は認めていません。

4 同一手術野で2以上の手術を行う場合の費用の算定について

K546 経皮的冠動脈形成術1（急性心筋梗塞）36,000点と

K549 経皮的冠動脈ステント留置術34,380点の場合。（熊本県提案議題）

(1) 提案趣旨

令和2年の点数改定で【K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞】の点数が32,000点→36,000点へ改定され、【K549 経皮的冠動脈ステント留置術 急性心筋梗塞】34,380点より高額な手術手技になった。

緊急入院で急性心筋梗塞に対して形成術を行い、引き続きステント留置術を行った場合の主たる手術の算定について。

(2) 参考情報

① 医科点数表の解釈

手術 通則

14 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。（中略）また、別に厚生労働大臣が定める場合[複数手術に係る費用の特例]は別に厚生労働大臣が定めるところ[複数手術に係る費用の特例]により算定する。

同一手術野又は同一病巣における算定方法

(1)「通則14」の「同一手術野又は同一病巣」とは、原則として、同一皮切により行い得る範囲をいい、具体的には、次のような手術の組み合わせが行われる範囲をいう。この場合においては、「主たる手術」の所定点数のみを算定する。なお、「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

「複数手術に係る費用の特例について」

複数手術に係る費用の特例の一部改正に伴う実施上の留意事項について

(令和 4 年 3 月18日保医発0318第 1 号)

(4)「主たる手術」とは、同一手術野又は同一病巣に行った手術のうち、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいうこと。なお、別表第一及び別表第三の上欄(左)に掲げる手術が必ずしもこれに該当するものではないことに留意されたい。

② 審査に関する疑義照会に対する支払基金本部回答 (令和 5 年 6 月)

経皮的冠動脈形成術について

令和 2 年の点数改定により【K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞】32,000点が36,000点に改正されました。これにより【K549 経皮的冠動脈ステント留置術 急性心筋梗塞】34,380点より高額な手術手技となったことより、緊急入院で急性心筋梗塞に対して形成術を行い、ステント留置術を行った場合、従前のステント留置術での算定ではなく形成術で算定する医療機関があります。同一手術野で2以上の手術を行った場合、主たる手術手技で算定する扱いですが、ステント留置術をもって手術完遂と考える場合、ステント留置術で算定すべきとの意見もあり審査見解に差異が生じていることから、形成術とステント留置術を行った場合はどちらの点数で算定すべきでしょうか。

また、一般的に形成術を行った後にステント留置術を行うものと考えますが、主たる手術を点数設定の高い形成術を考える場合、【K549 経皮的冠動脈ステント留置術】34,380点を算定する場合とはどのようなケースを想定しているのでしょうか。

支払基金本部回答

第10部手術の通則14に「同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。」と示されていることから、K546及びK549を同一手術野で実施した場合は、手術の通則14に基づき、主たる手術の所定点数で算定するものと考えます。

なお、令和 2 年度診療報酬改定により、K546経皮的冠動脈形成術「1 急性心筋梗塞」32,000点が36,000点に増点され、K549経皮的冠動脈ステント留置術34,800点を上回る改正がされたことについては、厚生労働省の告示で示される点数設定につき、本照会において回答できないことを申し添えます。

以上より、K546及びK549を同一手術野で実施した場合は、手術の通則14に基づき主たる手術はK546経皮的冠動脈形成術1急性心筋梗塞と判断します。

貴県に於ける御判断をお聞かせください。

(2) 懇話会での主な意見, 議論

① 経皮的冠動脈ステント留置術で算定すべきとする県

- 福岡県：経皮的冠動脈形成術と経皮的冠動脈ステント留置術を同時に行なった場合、ステント1本でも使用していれば、K549経皮的冠動脈ステント留置術の算定を、PCI治療の最終手段としてバルーンカテーテルで終わればK546経皮的冠動脈形成術を算定することを認めています。
- 鹿児島県国保：急性心筋梗塞例に対しステント留置しているが、K546経皮的冠動脈形成術で算定している施設があり、経皮的冠動脈ステント留置術に査定しています。
- 佐賀県国保：経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）34,800点での算定が妥当としている。点数の逆転現象が起きているが、最終的に冠動脈の拡張はバルーンカテーテルではなくステント留置をもつて行っているため、上記点数が妥当と考える。
- 沖縄県：ステント留置があれば、冠動脈ステント留置術での算定としている。

② 経皮的冠動脈形成術で算定すべきとする県

- 長崎県：同時に実施した場合、規定通り主たる手術であるK546経皮的冠動脈形成術1急性心筋梗塞36,000点を認める。
- 鹿児島県社保：急性心筋梗塞症例においてK546とK549を実施した場合、K546経皮的冠動脈形成術1急性心筋梗塞の算定で問題ないと考えます。
- 佐賀県社保：K546の急性心筋梗塞での手技は、ステント留置前に閉塞都位の形成術や血栓吸引等が必要で、その後、再閉塞。再狭窄に対してステント留置を行うものと考えます。K549の手技は、前拡張を必要とする程の狭窄が無い場合に、ダイレクトにステントバルーンを通過させてステント留置を行うものと考えます。
- 大分県：PTCAカテーテルの算定があり、形成術が行われていると判断される場合には、2以上の手術を同時に行った場合の主たる手術（点数の高い手術）「の「K546 経皮的冠動脈形成術1急性心筋梗塞」での算定を認めています。

(3) 懇話会でのまとめ

- 現状では扱いに差がありますので、個々の事例の詳細を踏まえて判断する内容です。

(4) 現時点における宮崎県の審査での扱い

ステントの請求のある経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）の請求は、ステント留置術（急性心筋梗塞）に査定となります。

ステント留置術実施に際して留置前、留置後のバルーンによる拡張は、ステント留置術の一部であり、独立した経皮的冠動脈形成術の実施とは見做していません。

- 5 糖尿病性腎症重症化予防を推進するにあたり、尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定頻度を増やすためには、どのような工夫が必要でしょうか。（福岡県提案議題）

（1）提案趣旨

平成28年3月に、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、行政と医療関係者が連携体制を構築し、その取り組みを全国に横展開するため、「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結しました。目的は、透析導入原因の第一位が糖尿病性腎臓病であることから、適正な医学的介入により腎機能の可逆的改善が見込める早期糖尿病性腎症Ⅱ期を早期に発見し、生活習慣の改善と必要な治療を開始し、腎不全、人工透析への移行を防止することです。一方、その重要なマーカーと認められている尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定頻度は少ないと言われています。2019年の全国レセプトデータで検討した国立国際医療研究センターのデータで、診療を受けた患者の内、尿アルブミンまたは蛋白の定量検査を受けたのは19.4%にすぎませんでした。さらに、厚生労働省による第2回NDBオープンデータの解析で、HbA1c測定件数に対する尿アルブミン/尿クレアチニン比測定件数の割合が、全国平均でもわずか2.62%で、最も高い北海道でも4.6%ほど。九州の中で、全国平均を超えていたのは大分県、沖縄県、佐賀県、鹿児島県のみで、福岡県は1.9%程でした。全国的に糖尿病性腎症重症化予防の取り組みがなされているにも関わらず、その重要な指標である尿アルブミン/尿クレアチニン比測定がなされていない背景は、かかりつけ医の認知度にも原因があると思われますが、保険診療における査定の厳しさにも問題があるように思われます。糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを持続し、腎不全への移行を少しでも少なくするため、今後どのように尿アルブミン/尿クレアチニン比測定件数を増やしていくのかご教示いただければ幸いです。

（2）懇話会での主な意見、議論

- 長崎県：HbA1cは糖尿病の診断があれば連月定期検査として他の血液検査と共に実施しやすく抜けが少ない。一方、尿中微量アルブミン検査は、糖尿病性早期腎症の発見に重要な検査であるとの認知度は実際の検査実施割合よりずっと高いと思われるが、適応傷病名記載の問題、認められる測定間隔の問題等より抜けが生じている可能性が大きいと思います。尿中タンパク定量/クレアチニン比では傷病名の縛りは少ないので代替検査して施行しやすいかもしれません。

また、尿中アルブミン定量を最低年1回、誕生月に検査するなどが主治医の習慣付けとなれば、確実な実施につながるのではないのでしょうか。

- 熊本県：糖尿病の診断名があれば、初回の尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定を認める。以後、定期的な測定が必要な場合は、早期糖尿病性腎症の診断名を必要とする。
- 鹿児島県：尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定頻度を増やすためには尿アルブミン/尿クレアチニン比は、2型糖尿病腎症2期までの診断に有用であることの臨床的意義と早期診断の必要性を周知させることが重要と考えます。

また、尿アルブミン/尿クレアチニン比で評価できる糸球体異常は、血管内皮障害も反映することから血管内皮障害の早期診断に繋がることもアピールすれば、糖尿病専門医以外の先生方にも使って頂けるのではないかと考えます。

- 佐賀県社保：審査上の対応として考えられる対応は、腎不全の傷病名のない糖尿病の傷病名で適応とする事や、3ヶ月に1回の縛りを無くすことなどが考えられます。
- 佐賀県社保：定期的に忘れずに外来で検査するには、患者の誕生日に尿アルブミン検査の予約を入れる。尿アルブミンの保険点数を検尿並みに下げて、外来迅速検査の保険請求ができるようにする。糖尿病専門医の先生に地域の講習会や研究会で尿アルブミンの検査の目的と陽性になった場合、具体的にどうしているのかレクチャーしてもらおうと非専門医の先生も検査するようになると考えます。
- 沖縄県：各地域医師会、行政等を通して推進・展開しております。尿アルブミン/尿クレアチニン比測定の啓蒙はできていると思われます。市町村によっては特定健診後に拾い上げた受診勧奨者に対する2次検診に尿中微量アルブミンの測定項目を付け加えており、このような方法で受診した医療機関での認知度も上昇していると考えられます。

国保の審査に関しては、3ヶ月に1回以上測定すると査定されます。尿中アルブミン/尿クレアチニンは、複数回測定し平均することが望ましいとされています。

従って連月で測定しても査定されなければハードルが下がり、測定する医療機関が増える可能性はあります。尿蛋白、クレアチニン比を利用することで早期の治療介入が期待でき、その有用性をアピールすることで普及を図ることができるものと思われます。

- 大分県：尿アルブミン/尿クレアチニン比の算定回数については取決めは行っていません。必要性により認めています。

(3) 懇話会でのまとめ

保険診療の3か月に1回の縛りをなくしても、同一患者の検査実施回数が増えるだけであり、検査を受けない人をどうひろい上げるかには、直接つながらないと考えます。

他の県の取り組みを参考にして、自県の取り組みに生かすようにしてください。

(4) 現時点における宮崎県の取り組み

本県では、糖尿病性腎症重症化予防のために、県内科医会や各郡市内科医会などで糖尿病性腎臓病に関する講演会を開催し、その中で尿中アルブミン測定の重要性を強調し、検査を推奨しています。また、保険診療においても、糖尿病の診断のみで尿中アルブミン測定を認めるようにしています。しかしながら、福岡県と同様にかかりつけ医での検査は少ない状態が続いており、なかなか妙案がないのが実情です。行政の方でも、この検査の重要性を理解しており、一部の自治体では、糖尿病があれば、特定健診の二次検査として尿中アルブミン検査を自己負担なしで行っているところもあり、また、医療機関に二次検査としてこの検査を保険診療で行うことを依頼している自治体もあります。

6 新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合のPCR検査の併算定について（鹿児島県提案議題）

（1）提案趣旨

新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合、PCR検査の併算定が査定された事例があります。新型コロナウイルス感染症診断の手引き（9.0版）において、有症状者場合には新型コロナウイルス抗原検査陽性のみで確定診断できるとなっています。そのため、新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合、PCR検査の併算定を認めない審査員もいます。新型コロナウイルス抗原検査の偽陽性は0.05%と報告（JAMA, 2022；327：485）されており、極めて低い確率ですが、臨床現場では、新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合でも確定診断のためにPCR検査も同時に行うことが多いようです。各県のご対応をお伺いします。

（2）懇話会での主な意見、議論

① 認めないとする県

- 長崎県：COVID-19を強く疑うケースで抗原検査（－）の場合、PCR検査の併算定での確認は意味があると思いますが、感度の低い抗原検査（＋）の場合、さらにPCR検査を実施する必要性は低いと判断されますので認めていません。
- 熊本県：抗コロナウイルス薬を使う場合を除いて、COVID-19の診断を厳格に行う必要はない、またPCRにも擬陽性があるので、確定診断のためにPCR検査を行う必要はない。
- 福岡県：抗原検査で陽性の場合、その時点で診断確定となるので追加で行われたPCR検査は認めておりません。
- 佐賀県社保：抗原陽性の結果をレセプト記載されていれば、PCRは不要と考えます。
- 大分県：通知に「陰性であったものの、診断がつかず再度実施した場合は、さらに1回に限り算定できる。」とあることから、抗原検査であっても陽性になった後の検査は認めていません。

② 認めるとする県

- 佐賀県国保：抗原検査とPCR検査の併算定は認めている。
- 沖縄県：新型コロナウイルス抗原検査結果の如何に関わらず、PCR検査との同時実施は査定の対象とならない。

（3）懇話会でのまとめ

抗原検査で陽性の場合は、追加でのPCR は認められない。

5類になった現在、検査結果が未確定の場合でも双方を併施する場合は、その必要性の注記が必要な方向に向かっている。

（4）現時点における宮崎県の審査での扱い

抗原検査が陽性の場合には、原則としてPCR 検査の併施（追加実施）は認めていません。臨床的に擬陽性である可能性が強く疑われる場合に限り（注記等の記載）認めている。

7 ビソノテープの適用について

添付文書にてビソノテープ2mgは、頻脈性心房細動に適応が限定されている。高血圧症に対して4mgまたは8mgを使用していて、血圧の低下を来してきた場合、2mgまで減量することもあり、査定される医療機関があった。(鹿児島県提案議題)

(1) 提案趣旨

高血圧症にて治療中、ビソノテープの減量が必要と思われた症例の場合、高血圧症でも2mgのビソノテープの使用は認めてもいいのではないのでしょうか。

(2) 懇話会での主な意見、議論

① 認めるとする県

- 沖縄県社保：4～8mgは高血圧で認めており、現時点では2mgも認めている（投与量調整は主治医の裁量と考えています）。

② 認めないとする県

- 長崎県：適応通りビソノテープ2mgの高血圧症への投与は認めていません。4mgを2分の1にカットして使用することも、使用上の注意より基本的に認められません。
- 熊本県：適応症は添付文書にしたがう。
- 福岡県：ビソノテープ2mgに、高血圧症は適応ではありません。適応外使用で査定と考えます。
- 佐賀県社保：原則として適応傷病名以外での使用は認めていません。2mgが適量と判断されれば、4mgテープを半分にして貼付しても良いと考える。製薬メーカーはテープの単位面積あたりのビソプロロールの濃度は一定としている様です。
- 佐賀県国保：規格ごとの適応病名がない場合は認めていない。但し、コメントが記載されている場合は医学的判断としている。
- 沖縄県国保：ビソノテープ2mgの高血圧への使用は認めない。
- 大分県：規格単位により効能・効果が異なる医薬品については適応どおりとしているため、高血圧症に対し2mgが処方された場合は認めない扱いとしています。

(3) 懇話会でのまとめ

基本的には認められない。

医学的な例外であれば、詳記に記載されている内容から必要性を判断して決定する。

(4) 現時点における宮崎県の審査での扱い

原則として認めていません。

8 生体腎移植ドナーに対する術前の上部内視鏡検査、胸部～骨盤CT、常用負荷試験の算定について (佐賀県提案議題)

(1) 提案趣旨

末期腎不全の患者に対して生体腎移植術を行う場合、医科点数表の解釈では、『①日本移植学会の「生体腎移植ガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。②組織適合試験は所

定点数に含まれ別に算定できない。③臓器提供者に係る（指定された）感染症検査を行った場合は1回に限り算定する。』と記載されています。ガイドラインでは、ドナーに悪性腫瘍がないこと、糖尿病がないこと等の8項目の適応条件が記載されていますが、提案事項に記載した検査の算定については言及されていません。ドナーの保険で請求するのか又は自費とするのか貴県ではどのように取扱われていますか。

（２）懇話会での主な意見，議論

○長崎県：腎移植は地方審査ではなく特審対象ですので審査の判断は正確なところ不明です。生体腎移植実施医療機関の医師に問い合わせたところ、請求はレシピエントで提出し、悪性腫瘍の有無の検査に上部消化管内視鏡検査、胸部～骨盤CTはルーチンに実施されており、糖尿病の有無はHbA1cおよび血糖値より判断して疑わしい場合、糖負荷試験を行っているとのこと。コメント記載して提出しているようですが、査定されることがあるようで、再審査請求での復活はないようです。

○熊本県：保険診療では難しい。

○福岡県：ドナーの診療は全てレシピエント側の保険で請求することとされています。

ドナーのレセプトに保険病名をつけて請求することは認められません。また、検査費用を自費とすることも混合診療に抵触し認められないと考えます。

○鹿児島県社保：悪性腫瘍がないことを証明するための上部消化管内視鏡検査、胸部～骨盤CT検査などの算定については、ドナーの個人負担で検査して頂いており、症状がある場合には保険診療、症状がない場合には自費で検査をしています。

○鹿児島県国保：ドナーの糖負荷試験は、HbA1cが基準値以下など、糖尿病でないことが明らかな場合、糖負荷試験は不要。胸腹部骨盤CT、上下部内視鏡検査が必要な時でも移植病院では行わず市中病院での検査となっており、請求は実施医療機関からドナー本人に行われており、自費か保険かは相応の症状の有無などにより、先方の医療機関で判断している。

○沖縄県：腎機能評価や術前評価に関わる部分はレシピエント請求にしている。その他は、原則疑い病名があれば認めている。CTは、疑い病名があれば術前術後に1回ずつは認めている。しかし、MRIとの併用は認めない。上部内視鏡や負荷試験は、疑い病名があれば認めている。

○大分県：移植に必要な検査であればレシピエントでの請求、ドナー本人の個別の状態に必要があつて行われる検査であればドナーでの請求と考えます。

上部内視鏡検査は認めていませんが、胸部～骨盤CT、常用負荷試験については特に定めていません。

（３）懇話会でのまとめ

各県の審査で該当するレセプトを見ることは少ない。

一定の結論は得られなかった。

(4) 現時点における宮崎県の審査での扱い

ドナーに検査の適応が無い場合は原則として自費となります。

ドナーに検査を必要とする医学的事情がある場合は保険請求も容認しています。

9 妊娠糖尿病における在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1及び血糖自己測定器加算の算定について
(佐賀県提案議題)

(1) 提案趣旨

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1の対象は、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下のア又はイに該当する者となっており、ハイリスクな妊娠糖尿病である者に属さない妊娠糖尿病の患者では対象になりません（たとえば75gOGTTで1項目のみ該当して非妊娠時のBMIが25未満のかた）。

ハイリスクな妊娠糖尿病である者に属さない妊娠糖尿病の患者においては、自己血糖測定で血糖経過を見る場合には算定できません（病院負担か自費負担になります）。管理目標はすべての妊娠糖尿病患者で同じでありますので、できればすべての妊娠糖尿病患者で算定できることを望みます。

各県ではどのように審査されていますか。

ア 以下のいずれかを満たす糖尿病である者（妊娠時に診断された明らかな糖尿病）

(イ) 空腹時血糖値が $\geq 126\text{mg/dL}$ 以上

(ロ) HbA1cがJDS値で6.1%以上（NGSP値で6.5%以上）

(ハ) 随時血糖値が $\geq 200\text{mg/dL}$ 以上

(注) 空腹時血糖値又はHbA1cで確認すること。

(ニ) 糖尿病網膜症が存在する場合

イ ハイリスクな妊娠糖尿病である者

(イ) HbA1cがJDS値で、6.1%未満（NGSP値で6.5%未満）で75gOGTT 2時間値が $\geq 200\text{mg/dL}$ 以上

(ロ) 75gOGTTを行い、次に掲げる項目に2項目以上該当する場合又は非妊娠時のBMIが25以上であって、次に掲げる項目に1項目以上該当する場合

① 空腹時血糖値が $\geq 92\text{mg/dL}$ 以上

② 1時間値が $\geq 180\text{mg/dL}$ 以上

③ 2時間値が $\geq 153\text{mg/dL}$ 以上

(2) 懇話会での主な意見、議論

① ハイリスクな妊娠糖尿病に限定するべきとの意見の県

○長崎県：妊娠糖尿病すべてに自己血糖測定は求めておらず、定期検診でフォローアップしているようです。ハイリスクに該当しないケースはそれで特に問題ないようです。低リスクの人に頻回に血糖を測定することは必要ない。

○妊娠糖尿病の病名があっても、在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1の基準には当てはまらない症例では、インスリン療法が行われていなければ血糖自己測定器加算の算定は認めておりません。

○鹿児島県社保・国保：妊娠糖尿病における在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1と血糖自己測定器加算に関しては、規定の通り、ハイリスクな妊娠糖尿病において認めています。規定以外の場合には、自費あるいは医療機関による血糖自己測定となります。約80万人の妊娠者のうち7～9%に妊娠糖尿病を発症しており、全ての妊娠糖尿病患者に血糖自己測定を施行すると多額の費用が生じるため、ハイリスクな妊娠糖尿病患者のみを保険診療の対象としています。

② すべての妊娠糖尿病患者で算定できることを望むことに賛同する県

○熊本県

○沖縄県：妊娠糖尿病に関して特に問題となったことはなく、いずれも算定しています。自費で血糖測定をしている場合もあるようです。

○大分県：血糖値等の記載要領が定められていないため「妊娠糖尿病」の病名に対して算定を認めています。要件を満たさないことが判断できる場合は、現状認められないと考えます。

(3) 懇話会でのまとめ

算定要件を守るべきではあるが、傾向的な請求でなければ、請求事例は必要があると判断して認めている。

ケースバイケースでの審査となる内容です。

(4) 現時点における宮崎県の審査での扱い

○審査においては、算定要件についてレセプトへの記載義務がないため、「妊娠糖尿病」の傷病名があれば在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1および血糖自己測定器加算は認めています。

○医療機関においては、すべての妊娠糖尿病患者で算定できることを望みます。

10 FISH検査や染色体分析などの遺伝子検査は、何回位可能でしょうか。(宮崎県提案議題)

(1) 提案趣旨

血液や組織などを用いた染色体や遺伝子検査の内容は表示されず、複数種の検査をしていても、同様の検査をしている様に表示されてしまいます。そのため、複数回必要か？との確認や保険者からの再審査があります。回数で区切るしかなければ、何回まででしょうか。また、項目の表示はできないので、どうされていますでしょうか。

(2) 懇話会での主な意見、議論

○長崎県：検査回数に対する取り決めは特にありません。診断時と治療後に必要性が認められれば認めています。

○熊本県：治療効果の確認や経過観察のために、遺伝子検査が複数回必要な場合もあり、検査回数の制限は設けていない。

- 福岡県：何回までという回数の決まりはありません。疾患・診療内容によつては同月複数回あるいは連月の検査を行う必要もあると考えられ、そのような場合は詳記を求めています。
 - 鹿児島県社保：遺伝子検査は、原則、患者一人につき1回に限り算定を認めています。治療効果判定や経過観察での遺伝子検査を繰り返す場合には、その検査の算定基準に準じて判断しています。そのため、単なる回数ではお答えできません。保険診療上は、コメントや詳記で遺伝子検査項目を記載するのが必要と考えます。
 - 鹿児島県国保：遺伝子検査は患者1人につき1回が原則です。経過観察、治療効果の判定、再発診断等で必要であればコメント、詳記が必要であり記載がなければ返戻して記載を求めています。
 - 佐賀県社保：複数種の検査を行っている可能性も考えられるのであれば、返戻して確認するべきと思います。
 - 佐賀県国保：回数の取決めは行っていない。
 - 沖縄県：悪性腫瘍（含む増血器腫瘍）の場合
 - 1) 診断時に1回認めている。
 - 2) 再発（再燃）時に1回認めている（コメントなどで再発が確認できること）。
造血器腫瘍のなかには確定診断のために3回まで可となっているものもある。
 - 3) 「分子標的薬の適応を決めるため」などの記載があれば認める。
 - 大分県：通知に、「びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断目的では、確定までの間に3回算定できる」とあるため、原則は3回までと考えます。ただし、濾胞性からびまん性に変化することもあるため、コメントにより医学的判断としています。
- (3) 懇話会でのまとめ
- 血液内科医以外の審査委員による審査もあることを踏まえて詳記を記載するのが良い。
診断時と経過観察時は分けて審査をする必要がある。
- (4) 現時点における宮崎県の審査での扱い
- 疾患にもよるが、染色体検査の結果が予後因子になっている疾患では測定する必要があると思われます。診断時についてはFISH検査で3回、分染法で2回までは可能としています。治療開始後は、治療効果判定のため、いずれかの検査1, 2回まで可能としています。
- (5) 執筆者（宮崎県医療保険委員会委員長）補足
- レセプトは審査委員以外（コンピュータ、医師以外の点検員、保険者等）も審査するため、複数回実施した時には、その必要性がわかる詳記を記載する方が、査定リスクを下げるができますので詳記を記載することをお勧めいたします。

11 リクシアナ（エドキサバン）とワソラン（ペラパミル）の併算定について（宮崎県提案議題） 質 問

問 1：68歳，男性，非弁膜症性心房細動，高血圧，うっ血性心不全，頻脈性不整脈，血栓塞栓症の患者にリクシアナ60mgとワソラン240mgの併用を認めるか。

○ リクシアナ60mgを認める。

× 当該事例は認めない。

問 2：上述の患者で，もしワソランが240mgではなく120mg以下の投与の時にリクシアナ60mgの併用を認めるか。

○ ワソランが120mg以下であればリクシアナ60mgを認める。

× ワソランの量に関わらず併用していれば30mgまでしか認めない。

（1）提案趣旨

問 1：リクシアナの「用法及び用量に関連する注意」に，「キニジン硫酸塩水和物，ペラパミル塩酸塩，エリスロマイシン，シクロスポリンと併用する場合には，本剤30mgを1日1回経口投与すること。」との記載があるため，保険者より「ワソラン併用時にはリクシアナは30mgまでしか認められない。」とする再審査請求がなされる一方，医療機関からは「脳梗塞等のリスクを上げるのでリクシアナの減量は出来ない。」との申し出があり，苦慮している。

問 2：リクシアナの添付文書にはワソランとの併用と記載されているが，ワソランは「通常成人，1回1～2錠（ペラパミル塩酸塩として1回40～80mg）を，1日3回経口投与する。なお，年齢，症状により適宜減量する」となっており，投与量は60mg～240mgと幅があり，少量投与でもリクシアナを減量しなくてはならないか，判断に迷う内容である。

（2）懇話会での主な意見，議論

① 30mgまでしか認めないとする県

○ 長崎県：ワソラン併用の場合，120mg，240mg共にリクシアナ30mgまでとしています。ヘルベッサ（ジルチアゼム）であれば，リクシアナ60mgの併用を認めます。出血性副作用増加等を考慮して，用法，用量に関する注意通りとしてリクシアナ60mgを認めることには消極的です。

○ 熊本県：用量に関わらず，リクシアナ満量とワソランの併用は認めない。

○ 福岡県：リクシアナの「用法及び用量に関連する注意」に，「キニジン硫酸塩水和物，ペラパミル塩酸塩，エリスロマイシン，シクロスポリンと併用する場合には，本剤30mgを1日1回経口投与すること。」との記載がありますので，ワソランの用量にかかわらず，リクシアナ30mgまでの処方と考えます。

○ 鹿児島県社保：添付文書の記載通り，ワソランの投与量に関わらず，ワソラン併用時にはリクシアナは30mgに減量すべきです。もし，リクシアナ減量による脳梗塞のリスクの上昇を危惧されるのであれば，保険診療上は，減量なしにワソランと併用できる他のDOAC

かワーファリンと併用投与すべきと考えます。

- 鹿児島県国保：基本的にはワソランは重症心不全には禁忌ですが、レートコントロールのために必要な患者がいます。また、ワソラン併用時のリクシアナは添付文書どおり30mgまでしか認めていません。それ以外の場合は、基本的には詳記が必要です。
- 佐賀県社保：添付文書に則って投与すべきと考える。ワーファリンと異なり、薬剤投与量の適正な指標がない現状では、出血傾向に対する懸念が常に存在する。医療機関からの「脳梗塞のリスクが上がる」という根拠より、メーカー側の根拠が科学的に実証済と思われる。もし、脳出血・消化管出血などのmajor side effectがあつた場合には、訴訟のリスクが増大するのではと懸念される。
- 佐賀県国保：薬事承認事項のとおり、ベラパミル等と併用している場合はリクシアナは30mgまでしか認めていない。
- 大分県：リクシアナの添付文書の用法及び用量に関連する注意に、「ベラパミル塩酸塩と併用する場合は、リクシアナ30mgを1日1回経口投与すること。」となっていることから併用投与の際、リクシアナは30mgまでしか認めていません。ワソランが頓服処方の場合にはリクシアナを減量せず60mgでも問題ないとしています。

② 60mgを認めるとする県

- 沖縄県：原則、主治医の裁量として減量査定はしていない。

(3) 懇話会でのまとめ

ワソランとの併用時は30mgが妥当と考える。

(4) 現時点における宮崎県の審査での扱い

ワソランが120mg以下の投与量の時にはリクシアナ60mgの併用を認めている。

ワソランの投与量が120mgを超える時には、リクシアナ60mgの必要性の詳記を求めている。

(5) 執筆者（宮崎県医療保険委員会委員長）補足

現時点で60mgを許容しているのは宮崎県と沖縄県のみです。審査基準の全国統一が進んでいますので、今後は30mg迄しか認められない状況になると予想されますので、リクシアナ投与時には注意が必要です。

12 新規抗がん剤使用時の血液検査について（沖縄県提案議題）

(1) 提案趣旨

近年、悪性腫瘍の化学療法は分子標的薬の出現により格段の進歩を遂げています。従来の抗がん剤に加え、これらの新薬でも致死的な副作用が報告されています。薬剤により副作用の種類、頻度が異なっているにも関わらず一律また頻回に検査されているのが現状です。

当県では下記のように検査に関して目安を定めようと考えています。各県での状況がどのようになっているのか教えていただけますでしょうか。

別添資料②

抗がん剤使用時の血液検査について

【別添資料②】
九内聖 提案事項(12) 沖縄県

当県では、化学療法時の血液検査を以下のように決めようかと議論中です。

検査項目	疑い病名	対象となる抗癌剤	治療開始後の検査回数
CBC(含む)	不要	全ての抗癌剤	血液疾患:13回(週3回+1)+輸血の回数 その他:9回(週2回+1)+輸血の回数
生化学、CRP	不要	全ての抗癌剤	9回(週2回+1)
尿(沈渣含む)	不要	全ての抗癌剤	5回(週1回+1)
PT, APTT, FNG FDP(D-D), ATⅢ	DIC 血栓症	全ての抗癌剤	血液疾患:週1回 D-D, ATⅢは月1回 その他:月2回 同上
KL-6 or SP-D	間質性肺炎	すべての抗癌剤(測定時は胸部 XP or CT が必要) EGFR 製剤(アビタックス、ボートラーザ、イレッサ、タルセバ、タグリッソなど)	6か月は1回、その後3か月に1回 2か月は毎週・3～6か月まで月1回、その後3日目に1回
BNP NT-pro BNP CK-MB 心電図 心エコー	心不全 心筋症 心筋梗塞	HER2 製剤(ハーセプチン、タイケルなど) トポⅡ阻害(アドリアマイシン、カルセド等) FLT3(ゾルバタ等) ROSI/TRK(ロスリートレク) マルチキナーゼ(ネキサバル、レンビマなど)	6か月は月1回、その後3か月に1回
TSH, FT3, FT4	甲状腺疾患	PD-1(オプジーボ、キイトルーダ) PD-L1(テセントリク、イミフィンジ、バベンチオ) CTLA-4(ヤーボイ) マルチキナーゼ(スーテント、ヴォトリエント、レンビマ)	2か月は月2回、その後3～6か月まで月1回、以降は3か月に1回
GH, ACTH コルチゾール 等	下垂体疾患 副腎疾患	PD-1(オプジーボ、キイトルーダ) PD-L1(テセントリク、イミフィンジ、バベンチオ) CTLA-4(ヤーボイ)	6か月は月1回、その後3か月に1回
HbA1c グリコアルブミン	I 型糖尿病	PD-1(オプジーボ、キイトルーダ) PD-L1(テセントリク、イミフィンジ、バベンチオ) CTLA-4(ヤーボイ)	6か月は月1回、その後3か月に1回

治療開始日について

注射薬は経管で半年まで適応できます。内服の抗癌剤の場合、現在のシステムでは確認困難なので、概ね診断日の2か月後を治療開始日と考えてはどうかと考えています。

(2) 懇話会での主な意見、議論

- 長崎県：薬剤によりそれぞれ異なる規準を設けることは審査の実際上、繁雑になると思いますが、ある程度の規準は審査の統一性からも必要と考えます。
- 福岡県：疑い病名については、CBC、生化学、CRP、尿沈渣等の基本的な検査は病名を求めています、それ以外の検査については「疑い病名」を求めています。

KL-6, SP-A, SP-D (胸写が必要)：間質性肺炎の診断として、3項目のいずれかを3か月に1回認めている。ただし、抗悪性腫瘍剤全般、免疫抑制剤等の投与開始や増量時には連月の算定を認める。(数値を含むコメントが必要)

BNP, NT-proBNP：原則、6 か月に 1 回まで。頻回に検査を必要とする場合は、必要性についてコメントを記載。(傾向的な場合は認めない)

添付文書に検査頻度の記載があるものは、記載に沿って審査が行われており、「定期的に行う」と記載があるものは医学的判断になると思われます。

- 鹿児島県社保：CBCや生化学や尿検査は月に1回であれば問題ありませんが、月に複数回の場合にはコメントや詳記の必要があると考えます。CRPや凝固系のその他の検査は、疑い病名を含めた適切な病名が必要で、算定の頻度に関しては、それぞれの新規抗がん剤の副作用出現頻度とそれぞれの検査項目により、個別の判断になります。

一律の基準を設けることは難しいと考えます。

- 鹿児島県国保：末梢血，生化学，検尿あるいはCRP等の月1回の算定は認めています。新規抗がん剤による有害事象には，免疫チェックポイント阻害薬のように内分泌異常を呈するものもあります。新規抗がん剤による多岐にわたる有害事象チェックのための検査内容，検査頻度に一律の基準を設けることはかなり難しいと考えます。詳記・治療内容等を見て各審査委員の判断としています。
- 佐賀県社保・国保：頻回と考えられるような事例では症状詳記を求める事もある。回数の取決めは行っており，事例ごとに審査委員の裁量で審査を行っている。
- 大分県：化学療法時の血液検査については肝炎ウイルス検査（HBs抗原，HBs抗体，HBc抗体は認める。）以外，特に決めていません。個々の薬剤の添付文書に記載された内容より必要性を判断しています。

（3）懇話会でのまとめ

審査において大きなばらつきができないための目安としての検査回数のテンポラリーなガイドライン程度であれば利用価値があると考えられる。

（4）現時点における宮崎県の審査での扱い

化学療法中の検査の回数に関する取り決めはありません。

患者の状態，治療開始からの時期，医薬品の種類等，変化する因子が多く，新薬の薬価収載などもある事より，一律の審査は難しいと考えます。

13 血管径3.0mm以上の新規冠動脈病変に対する薬剤塗布バルーン（DCB）の使用の詳記について（沖縄県提案議題）

① 提案趣旨

（日本心血管インターベンション治療学会より）

冠動脈インターベンション治療において薬剤塗布バルーン（DCB）の適用範囲の拡大が進み，薬剤溶出性ステント（DES）に加えてDCBでの治療も一つの選択肢となってきました。このような状況の中，DCBの適用拡大のためには，更なるエビデンス収集が必要であり，CVITとして，国内のリアルワールドエビデンスを構築することによって，その流れを推進及びサポートしたいと考えています。従来，DCBでは3.0mm径以上の新規病変はオフラベルの状況ですが，今般薬事承認されたDCB製品では，行政と相談の上，3.0mm径以上の新規冠動脈病変における成績に基づいて一定の条件下での使用が可能となりました。しかしながら，そのエビデンスはまだ十分ではありません。そのため，DCB製品の3.0mm径以上の新規冠動脈病変での使用については，DCB Real World Registry（研究代表医師：中村正人先生）への登録を，行政からの指導を受けて一定条件が付されている期間必須といたします。使用条件及びDCB治療が考慮される症例及び病変については下記のとおりです。なお，当該レジストリーのプロトコルに記載の症例数を用途に，リアルワールドデータの収集を実施し，リアルワールドエビデンスを用いて，当該企業からの申請の承認後に3.0mm径以上の新規冠動

脈病変への一般使用が可能となる予定です。ステント再狭窄と小血管については当該レジストリー登録と関係なく通常の臨床使用が可能です。

記 1 使用条件：DCB Real World Registryへの登録

2 DCB治療が考慮される症例及び病変

- ・出血リスクが高い患者又はステント留置に伴う長期の抗血小板療法が困難と考えられる患者
- ・ステントの成績が十分確立していない病変（回旋枝入口部，分岐部側枝等）

ただし，DCB治療時の前拡張において重度の解離が発生した場合は，急性冠閉塞のリスクがあるためステント留置を考慮する。

以上を踏まえて3.0mm径以上の新規冠動脈病変に対するDCBの使用の際に，

① 現時点で，3.0mm径以上の新規病変に対してDCBに使用を認めていますか？

（認められている場合）

② 症例のレジストリー登録の有無の確認をしていますか？

③ DCBが考慮される病変の詳記を求めていますか？

（2）懇話会での主な意見，議論

	①	②	③
長崎県	認めている	確認していない	求めている
熊本県	（事例なし）	-----	-----
福岡県	認めている	確認していない	求めている
鹿児島県社保	認めている	登録が必要	求めている
国保	認めていない	-----	求めている
佐賀県社保	原則認めていない	確認していない	求めている
国保	認めている	確認していない	求めていない
大分県	認めていない	確認していない	求めていない

○ 福岡県が求めている詳記の記載内容

- ・PCI対象病変と各々の狭窄度
- ・急性心筋梗塞と不安定狭心症に対するPCIを算定する場合はその要件
- ・PCIの成否

上記の記載がない場合には原則，事務で返戻とする。

（3）懇話会でのまとめ

現在適応が拡大されているため，適応拡大後の条件を踏まえて審査をする。

（4）現時点における宮崎県の審査での扱い

- ① 認めている。
- ② 確認していない。
- ③ 求めている。

14 アレルギー性鼻炎・花粉症に対する抗アレルギー薬の複数投与について（大分県提案議題）

（1）提案趣旨

アレルギー性鼻炎・花粉症に対して複数の抗アレルギー（抗ヒスタミン）薬を処方しているケースがしばしばみられる。抗ヒスタミン薬は鎮静作用・抗コリン作用が強い第1世代抗ヒスタミン薬と、脳血液関門の透過性が少なく鎮静作用や抗コリン作用の弱い第2世代抗ヒスタミン薬に分類され、現在では後者が汎用されている。さらに、第2世代抗ヒスタミン薬は化学構造上、ピペリジン/ピペラジン系と三環系の2種に分類される。

これらの抗ヒスタミン薬の併用を認めるか、また認めるのであれば、どのような組み合わせで何剤まで認めているか、診療科（例えば内科、耳鼻咽喉科など）における差異がないかなどについて、各県の判断をお尋ねしたい。

（参考）第2世代抗ヒスタミン薬の化学構造による分類

・ピペリジン/ピペラジン系

オキサトミド（セルテクトR）、エバスチン（エバステルR）、フェキソフェナジン塩酸塩（アレグラR）、ベボタスチンベシル酸塩（タリオンR）、セチリジン（ジルテックR）、レボセチリジン（ザイザルR）

・三環系

ケトチフェンフマル酸塩（ザジテンR）、アゼラスチン塩酸塩（アゼブチンR）、エピナスチン塩酸塩（アレジオンR）、ロタラジン（クラリチンR）、オロパタジン塩酸塩（アレロックR）

（2）懇話会での主な意見，議論

① 認めないとする県

- 長崎県：抗ヒスタミン剤＋抗アレルギー剤の併用は認めています。

系統の異なる抗アレルギー剤の併用も認めています。

内服薬と点鼻薬など投与方法の異なる併用は認めています。

抗ヒスタミン剤2剤の併用は認めていません。

- 熊本県：併用で効果が上がるエビデンスがない。2剤の併用は認めない。

- 福岡県：基本は抗ヒスタミン薬単剤ですが、抗ヒスタミン薬に加えて抗ロイコトリエン薬等の併用は認めています。診療科（耳鼻咽喉科、内科など）による差異はおおむねありません。

- 鹿児島県国保：日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会の保険医療委員会全国会議では、抗ヒスタミン薬の2剤併用は原則として認められないとの見解でした。審査においても同様に、抗ヒスタミン薬の2剤併用は認めておりません。抗ヒスタミン薬以外の薬効の異なる抗アレルギー治療薬との併用は可能です。

- 佐賀県社保：以下を認めている。

1) 抗ヒスタミン作用を持つ第1世代1種類と第2世代1種類

2) 抗ヒスタミン作用を持つもの1種類と抗ヒスタミン作用を持たないもの1種類

3) 抗ヒスタミン作用を持たないもので、作用機序の異なる2種類

- 沖縄県：同世代薬剤の併用は原則認めてはいません。第1世代のセレスタミンと第2世代の抗アレルギー薬などは、作用機序が異なるため査定しておりません。内科，耳鼻科においても差異はありません。

② 併用を認めている

- 鹿児島県社保：耳鼻科，内科，皮膚科とも抗アレルギー薬の2剤併用は認めており，組み合わせに関する縛りは設けていません。

(3) 懇話会でのまとめ

① 第2世代同士の併用は認めない。

② 3剤の併用は認めない。

※執筆者（医療保険委員長）注：3剤については下記の参考資料もご確認ください。

(4) 現時点における宮崎県の審査での扱い

作用機序が異なる薬剤の組み合わせであれば2剤までの併用を認めている。

内科と耳鼻咽喉科での差異はありません。

(5) 参考資料

2024年に公開された支払基金の取り決め

次の抗アレルギー薬の併用投与は，原則として認められる。

① 抗ヒスタミン作用をもつ第1世代1種類と第2世代1種類

② 抗ヒスタミン作用をもつもの1種類と抗ヒスタミン作用を持たないもの1種類

③ 抗ヒスタミン作用を持たないもの（作用機序の異なる）2種類

④ 皮膚科領域における抗ヒスタミン作用を持つ抗アレルギー薬1種類と抗ヒスタミン作用を持たない抗アレルギー薬（作用機序の異なる）2種類の3種類

[報 告]

令和5年度九州各県内科医会会長会議

宮崎県内科医会 会長

比 嘉 利 信

日 時：令和6年1月20日(土) 15:00～17:00

場 所：WEB（宮崎県医師会館）

出席者：比嘉利信

九州各県の会長、副会長ら11名が出席し、大分県医師会館をキーステーションとして各県とを結んだ令和5年度九州各県内科医会会長会議がオンライン形式で行なわれた。

1 挨拶

- ・大分県内科医会会長の井上雅公会長から開会挨拶があった。

2 報 告

(1) 令和5年度日本臨床内科医会九州ブロック会議、第58回九州各県内科医会連絡協議会（九内協）、第40回九州各県内科審査委員懇話会（九内懇）について

- ・令和5年11月11日、4年ぶりに大分市で現地での対面開催となった。日臨内執行部より菅原会長や役員、九州各県から46名が参加し、前半の1時間は日臨内九州ブロック会議、後半の2時間は九内協と九内懇が並行して行われた。
- ・日臨内九州ブロック会議では菅原会長から、かかりつけ医とWEB講座の進捗状況、会員増強対策、HPVワクチンの啓発、産業医への対応などについて説明があり、執行部からは現況報告が行われた。次に九州各県内科医会共同事業、会員増強、医薬品の安定供給、COVID-19内服薬の5題の要望事項に対し討議が行われた。最後に会長からJ-DOMEへの参加協力依頼があった。
- ・九内協では、COVID-19や会員増強などを中心に意見交換が行われた。COVID-19については、5類移行後の現場での変化、講演会後の意見交換会や処方薬の動向などが協議され、会員増強対策については、各県とも苦労しているが女性会員へのアプローチも協議された。
- ・九内懇では、14議題について25名が参加して協議が行われた。近年、支払基金や国保連合会の審査会ではAIを用いた審査が進み、審査委員や支部間の差異縮小が強化されている一方、保険者側からはより厳格な審査により薬剤の適応禁忌や併用薬の細部にも査定あるいは再審査が増えている。また新たな治療デバイスや治療薬が次々と発売されて、審査上の事前の取り決めが追いついていかない状況もある。国は全国統一の平準化を進めていて、医師の裁量権が狭められている印象があるなど憂慮する意見が出された。

3 協 議

(1) 提案議題

1) 発災時のための地域のかかりつけ医としての備えについて（大分県）

《提案要旨》

発災時には発災時には災害直接死を大きく上回る災害関連死が懸念される。地域のかかりつけ医としてどのような備えが必要かご意見ください。

《協 議》

- ・まず医師自身と自医療機関での被災状況を把握すると同時に、地域の情報網を活用して自院で可能な医療提供の確認を行う。
- ・ライフラインの確保、薬品の継続供給、長期にわたるメンタルフォローや災害関連死の抑制などの重要性が指摘された。
- ・平成28年熊本地震での経験と反省点を踏まえた対策について、資料提供をお願いする。
- ・現時点で具体的な対応や対策を検討している県はまだ無く、これからのテーマとしていく。

(2) 令和 6 年度第59回九州各県内科医会連絡協議会および第41回九州各県内科審査委員懇話会の開催日程について（長崎県）

次期担当の長崎県内科医会会長より、参加医師の通常診療の影響をなるべく避けるために、土曜日は懇親会のみ、日曜日の午前中に諸会議を行う形式とする旨の提案があり、了承された。

日時：令和 6 年11月 9 日(土)～10日(日)

1 日目：11月 9 日(土) 19：00～ 懇親会

2 日目：11月10日(日) 9：00～10：00 令和 6 年度日臨内九州ブロック会議

10：00～12：00 第59回九内協・第41回九内懇

場所：ホテルニュー長崎（長崎市大黒町14-5）

(3) その他

- ・九内懇への提案事項について

最近、九内懇の議題に極めて専門的な内容の提案議題が散見される。提案事項は多くの会員が共有できるような、できるだけ一般的な内容の議題の検討をお願いしたい。（宮崎県）

⇒概ね参加者の同意が得られた。

〔報告〕

日本臨床内科医会第70回代議員会

宮崎県内科医会 副会長

石 内 裕 人

日 時：令和6年4月6日(土) 18:00～20:00

場 所：WEB開催

出席者：玉置常任理事、石内

第70回代議員会

木内章裕常任理事の開会宣言の後、議長、副議長の選出、そして菅原会長の挨拶があった。

総務部 担当常任理事 木内 章裕

- 1 総務委員会より会員数の報告があり2024年2月末日現在12,650名で会員減少の報告があった。
- 2 総合学術集会の開催予定（総会が2024年より改称）：
第41回総会 神奈川 2024年4月14日（金森 晃 会頭）
第42回総会 大 阪 2025年4月20日（泉岡 利於 会頭）の報告があった。
- 3 医学会の開催予定：
第37回 京 都 2024年9月15～16日 西村 俊一郎 会長
第38回 群 馬 2025年
第39回 北海道 2026年
- 4 日本臨床分科医会代表者会議について
2月21日、日本臨床分科医会代表者会議を当会主管で行った。当会からは菅原会長、福田副会長、坂東副会長が出席。日医役員が出席して活発な意見交換が行われた。
- 5 「かかりつけ医のためのWEB講座」について
2月の開催で、通算24回の開催。参加者数は順調に推移。オンラインの講演動画のアーカイブも好評で会員増強の一助になっている。学術委員会の協力で講演プログラムを検討するプロジェクトチームが創設された。
- 6 代議員と参与について
2023年末に各都道府県内科医会に推薦依頼をおこなった。新定款の下では従来の理事会がなくなり、会長の諮問機関として参与および参与会が新設されることになった。参与会は会長によって召集される予定。
- 7 能登半島地震支援金の受付について
能登半島地震の支援金について振込用紙を会誌に同梱して会員に発送した。集まった支援金は全額、石川県臨床内科医会を通して被災地の災害復興（地域医療の復興支援など）に活用される予定。

8 事業報告・事業計画について議決事項が報告された。

(決議事項) 日本臨床内科医会 2023年度 事業報告

- 1) 日臨内の会議について報告があった。
- 2) 外部との会議の報告
- 3) 会誌・ニュース等の発行
- 4) 日臨内「かかりつけ医のためのWEB講座」の報告

(決議事項) 日本臨床内科医会 2024 年度 事業計画

2024年度の事業計画は、臨床内科学の発展、国民医療の向上、特に超高齢社会に向けた対策の充実を中心に据え、

- 1) 臨床内科医の位置づけと地位の向上および会員増強
- 2) 内科学生涯研修の強化
- 3) 内科診療報酬体系の合理化と改善
- 4) 臨床研究のサポート
- 5) デジタルトランスフォーメーション (DX) の一層の推進

の5項目を柱として、事業内容の充実、発展、財政基盤の強化、及び組織の拡充をはかる。

1 総 務 部

総合学術集会、医学会、代議員会、正副会長会議、理事会・地区別ブロック会等の実施、事務所管理、対外折衝、調査研究につき受・委託の方法、倫理上の問題、費用、成果の知的所有権など、実施に関する事項、定款の見直しの検討、WEB講座の開催に関連した広報活動、会員増強委員会を再編し全国規模での会員増強活動の展開

2 庶 務 部

組織の拡大充実、研修医対策、会員名簿作成、医学会開催地との連携、調整等に関する事項、会員の福利厚生に関する事項、診療所支援事業、若手医師参画事業、女性医師参画事業、患者支援事業の充実、マスコミとの協働による日臨内の知名度向上、新規会員獲得に関する事項

3 経 理 部

財務、及び会計に関する事項

4 社会医療部

公益事業（日本臨床内科医会インフルエンザ研究、禁煙キャンペーン、ワクチンに関する啓発活動等）、地域医療、包括医療（かかりつけ医機能）、生活習慣病対策等に関する事項、医療・介護保険改訂へ向けての対策、高齢社会を支えるための介護費増額改訂の要求。特に認定調査のシステムの問題点改善の働きかけ、地域の実情に合った制度へ、高齢者における医療と介護の一体化、健康手帳（すこやか手帳）の配布

5 社会保険部

内科系診療報酬の向上、診療報酬点数表の疑義解釈、医療保険制度、介護保険制度、在宅医療等に関する事項

6 研修推進部

生涯研修に関する事項、日臨内認定医制度・専門医制度の運営

7 学 術 部

日本臨床内科医学会、研修会、研究会、調査研究、講演会、刊行物による啓発活動等、臨床

内科医学の学術的展開、会誌編集発行、患者向け小冊子編集等に関する事項、生涯教育に関する事項、WEB講座の講演内容の決定

8 広報部

日臨内ニュース編集発行、会の内外への広報に関する事項、インターネット・メールマガジン・スマートフォン等を活用した効率的な情報提供、情報収集、情報、配信、会議開催の促進に関する事項

総務部 倫理審査委員会（IRB）担当常任理事 石川 進

2024 年度代議員会資料：2023 年11 月19 日第4 回常任理事会報告以降分

議決事項：なし

報告事項：

- 1 12 月度、1 月度委員会いずれも審査案件なく開催中止
- 2 2023 年9 月度審査案件「後希釈オンライン血液透析ろ過時のアミノ酸流出を抑えた適切な透析液流量～」(中央内科クリニック) 終了報告につき、書面による簡易審査で承認。
- 3 2 月度委員会2024 年2 月3 日(土)14 時からオンライン開催
出席：委員6 名全員+学会事務局

① 日臨内学術委員会腎電解質班/慢性腎臓病診療に関するアンケート調査（2024 年）

② リアルワールドデータ(株)/本邦の電子カルテデータベースを用いたロモソズマブの疾患発症抑制効果に関する探索的研究

上記2 件の新規申請につき、いずれも非介入、侵襲性なく倫理上問題なしと判定、小修正指摘の上2 月5 日に承認結果を通知した。①についてはその後研究計画書の一部変更につきオンラインで承認した。

- 4 3 月度委員会2024 年3 月9 日(土)14 時からオンライン開催
出席：委員6 名全員+学会事務局

① 武田薬品工業/血液内科医対象AHA 診断検査実態web 調査

② 武田薬品工業/非血液専門医対象AHA 認知度web 調査

上記2 件につき、患者個人情報に関わらないアンケート調査であり問題なしと判定、小修整を指摘の上で承認とした。

③ キャップスクリニック/チック症と機能性チック様行動の定量的評価ツールとしてのフラクタリティ（迅速審査）

米国ワシントン大学IRB の承認を得た多施設共同研究において参加医師の所属する医療法人キャップスクリニックに代わり本会IRB の承認を求められた案件であり、日本国内では新たに患者情報の取得がない事を確認し書面による迅速審査で承認とした。

④ いのうえ消化器内科クリニック/日本食スコアを用いた食事パターンに関するアンケート調査（迅速審査）

研究計画書、アンケート用紙、同意説明文書にいくつかの指摘事項があり、継続審査とし申請者に回答書を送付した。

5 今後の委員会開催予定

4 月6 日(土)午後2 時からオンラインで開催予定

庶務部 庶務企画推進委員会 担当常任理事 正木 初美

- 1 令和 5 年度 第 3 回庶務企画推進委員会（令和 6 年 2 月16日WEB開催）
- 2 日臨内女性医師 4 名による座談会のクリニックマガジンの進捗状況
3 月号, 5 月号, 7 月号に掲載予定
- 3 各種事業について日臨内ホームページに随時掲載（内容は日本臨床内科医会HP の会員専用
ページに掲載）
 - （1）福利厚生事業
 - ・各種福利厚生サービス, 各種保険サービス
 - （2）診療所支援事業
 - ・医療情報や労務管理などの情報提供
 - ・保険診療についての情報提供
 - ・医療安全についての情報提供
 - （3）新規開業される先生方へ
 - ・新規開業医師へのアドバイス。各科の専門医編
（消化器, 循環器, 呼吸器, 糖尿病, 脳神経内科, 腎臓など）
 - （4）女性医師支援
 - ・女性医師支援の記事の充実, 福利厚生の充実
 - （5）産業医研修会を都道府県内科医会と共催で実施できないか
 - ・若手の未入会会員にアピールできる
 - ・他にも産業医研修会を開催する方法を検討
 - （6）先輩医師支援

庶務部 会員増強委員会 担当常任理事 丸山 泰幸

- 1 会員数の現状について
2017年→2018年は130名の減少だったが、現在は年間300～400名程度の会員減で推移している。事業活動の原資が減少することにつながるため、会員増強の活動強化が急務である。
- 2 都道府県の会員数の状況
7 県が会員数100名以下, 5 県が40名以下の会員数で運営されている。これらの県は、予算規模が大きくないため独自で事業を行うことが難しく、会員数の減少に対策を講じることが困難な状態である。会員数の減少で地区内科医会の事務局が機能不全に陥る事案も出てきている。

総務部 経理委員会 担当常任理事 山本 晴章

- 1 令和 5 年度中間報告（2 月末時点）：
収支中間報告（一般会計）、収支中間報告（研修推進）、収支中間報告（インフルエンザ研究班）、収支中間報告（倫理審査委員会）、収支中間報告（私のリビングウィル）、収支中間報告（すこやか手帳）がなされた。令和 6 年度予算案が上程され承認可決された。

社会医療部 公益事業委員会・インフルエンザ研究班 担当常任理事 長尾 信**公益事業委員会**

- 1 HPVワクチン啓発資料について

- ・HP内容の更新について

2024年版の削除、キャッチアップ対象者に対するメッセージをこめてリーフレットの作成更新。

- ・啓発動画作成について

HP用および配信用のYou Tube動画作成について。

- 2 新規事業について 会員アンケート調査

健康管理機器・ウェアラブル機器の利用状況患者のPHR 情報の利用状況等について・継続協議（IT 委員会と連携し実施を検討）

- 3 喫煙・歯周病・受動喫煙対策について・継続協議

- 4 第37回医学会（京都）での講演企画について

「菌潤先生」（京都大学医学部卒業・協和マリーナホスピタル緩和ケア内科・日本タバコフリー学会代表理事）禁煙講習会・産業医研修会を兼ねる。HPVワクチン講演会企画内容に関しては黒川哲司先生と詳細については調整中。

- 5 ワクチン予防接種協議会の活動報告について

- 6 地域医療委員会との合同委員会の開催（WEB）について・調整中

インフルエンザ研究班

- 1 新たな臨床研究（追加研究）について

「COVID-19発症例に対する薬剤耐性の観察」をテーマとする臨床研究

- 2 第98回日本感染症学会学術講演会・6月開催

ジョイントシンポジウム「インフルエンザとCOVID-19：日本のリアルワールドデータ」

（日本臨床内科医会インフルエンザ研究班・池松秀之 坂東琢磨）

一般演題において河合直樹班長も発表される。

- 3 インフルエンザ研究班夏季セミナー・7月開催・詳細については検討中

- 4 第37回医学会（京都）での講演企画について

インフルエンザ/COVID-19シンポジウム

社会医療部 地域医療委員会 担当常任理事 長尾 哲彦

- 1 ACP普及活動

* ACPに関する意識調査実施（各都道府県の内科医会役員にWEBアンケート）

➡結果は会誌に投稿

* HPのACPコーナーで（ACPに関する）講演会案内・地域の情報掲載

* 会員施設にACP関連ポスターのダウンロード、掲示等を依頼

- 2 HPVワクチン普及活動

* 公益事業委員会との協力体制構築

* 地域医療委員会はワクチン普及のための実戦部隊として機能

* 会員施設にポスター掲示、資料の展示・配布等を依頼

- 3 地域医療の風

* 日臨内ニュース1月号まで掲載完了

* 今後も連載継続予定

- 4 2023年度（令和5年度）地域医療功労賞

表彰候補者が各県より計19名の候補者（宮崎県からは阿南郁男先生）

社会保険部 医療保険委員会 担当常任理事 近藤 太郎

「2024 年度診療報酬改定答申から、診療所におけるポイント」

日本臨床内科医会誌38巻5号（3月号）「医療・介護保険コーナー」から改変

2024年2月14日に開催された中央社会保険医療協議会、いわゆる中医協の総会で、診療報酬改定に係る個別改定項目についての答申が示された。

3月5日に告示、施行は6月1日。医療保険・介護保険委員会としては、改定以降、地域医療の中核を担う日本臨床内科医会の先生方に、生活習慣病管理料（Ⅰ）もしくは新設された（Ⅱ）の算定、そして地域包括診療加算の算定について、アンケートを通して動向を調査してみたい。

会員の先生方は、同じ内科医としても、各地域で担当する分野がそれぞれ異なる。プライマリケア領域とともに、それぞれの専門分野を活かした診療が実践されている。診療報酬についての疑問、修正すべきポイントがあれば、是非ご指摘いただきたい。

社会保険部 介護保険委員会 担当常任理事 林 芳郎**介護保険改正の概要**

（ポイント）

- ・介護報酬1.59%UPに落ち着いた、過去一番高い引き上げとなった
- ・62%の特養が赤字経営、物価高騰もありまだまだ厳しい状況が続く懸念がある
- ・6回に1回の今回の同時改定では連携という言葉が多く出てくる
- ・訪問介護、定期巡回がなぜか報酬が下がったが実態調査の反映だと考えられる
- ・処遇改善、光熱費部分の増額が基本報酬の増額の大きな理由
- ・基準費用額（居住費）1日60円程度引き上げ
- ・利用者負担第1段階の多床室利用者は負担が増えないようにする
- ・人口2025年問題：団塊の世代：今の約3倍産まれていた世代が全員75歳以上になる
- ・85歳問題：2025年以降、団塊世代がどんどん85歳以上になっていって
85歳以上が増えていくことの方が問題。75歳はまだまだ元気で要介護認定率2～3割だが、
85歳は重症化を防ぎづらく要介護認定率も6～7割となり支えが必要な高齢者が増えていく。
- ・支える世代は確実に減っていくため、どうやって支えていくかが今回の改定の内容

社会保険部 保険審査委員会 担当常任理事 古家 敬三**1 支払基金改革の現状**

審査業務の効率化・高度化においては、AIの導入により目視対象レセプトが昨年12月には全体の10.4%にまで絞り込まれ、CC（コンピュータ・チェック）と事務員による疑義付箋の充実によって原審査査定点数は昨年度より増加に転じている。

医療DX関連では、今年度より診療報酬改定DXと共通算定モジュールの開発や保険者や医療機関に対する請求支払帳票の電子化が進められている。又オンラインで在宅審査を実施することのできる審査委員の条件を非常時と平時に分けて作成中である。

審査支払機能の全般的な課題として、保険者再審の増加、基金と国保間の未調整事案の解消、共同利用機能の開発、審査委員の併任、医師の裁量権の確保、特に禁忌の取扱い等があげられる。

2 全国統一審査基準の公表

支払基金では全国統一（8割以上の都道府県で見解が一致した）取決め事項のうち、「取扱いを作成した根拠等」の作成が終了したものは256項目（昨年12月15日時点）あり、特段問題のないものについては順次ホームページで公表されている（国保からの回答が未だのものも、今般注釈を付けて公表可能となった）。

3 医療DXの展開

本年3月より生活保護患者の医療扶助にオンライン資格確認が利用できるようになり、4月には訪問診療やオンライン診療にもモバイル端末等を活用してマイナカードでの保険資格の確認が可能となった。それぞれ導入費用の3/4を上限とする補助金が国から支給される。

毎月のマイナ保険証の利用実績は、支払基金と国保中央会より個別に報告され、今後実績に応じた利用促進支援策や診療報酬上の加算等が講じられることになっている。また電子処方箋の導入後は、両審査機関の電子処方箋管理サービスによる重複投薬や併用禁忌のアラートがリアルタイムで確認できる。

4 会誌「保険診療コーナー」

昨年12月号は高橋委員に「よくある査定とレセプトの基本」を、本年3月号は鈴木委員に「『かかりつけ医機能が発揮される制度整備』に向けた本格的な議論が開始」を執筆頂いた。

5 今後の委員会活動

総合学術集会と医学会の開催に合わせて年2回対面で開催する。審査支払機関のCCとAIの精度向上、支払基金と国保連の審査基準の差異解消、適切なレセプト請求に資する広報と啓発、指導・監査の現状等に関する議論を継続していく。

研修推進部 研修推進委員会 担当常任理事 木内 章裕

1 協議事項について

1) 研修推進委員会メンバーの追加

研修推進委員会の委員は、当初より2名減少し現在4名であるが、今回の委員会に岩手県の及川先生が参加された。今後、九州ブロック等からの1～2名増員を菅原会長に依頼した。

2) 専門医新規申請者について

2023年度の専門医新規申請者に対して、論文審査は委員で分担して査読し、全て合格。今後は査読講評をデータとして保管。筆記試験審査も全員合格点に達し、論文と併せて専門医合格とする。

3) 日本医師会J-DOME研究協力について

2023年11月19日常任理事会で決定したJ-DOME研究参加に伴う単位詳細について検討。研修単位一覧に項目を新規追加し、その参加者に2024年度から5単位（認定期間内1回）を付与する。

4) 日臨内の総合学術集会（総会）・医学会について

・2023年度の資格新規申請には参加聴講の根拠・参加証明添付のない「申請不備」が散見された。これを是正するために、対応と対策を協議。単位付与の条件を改めて確認、会員及び、総会・医学会を運営する全国内科医会事務局にも周知する。

（前提）① 参加登録だけでは単位付与はされず、開催期間中の現地参加 or WEB参加を必須とする。

② 資格新規申請時の証明書等添付は必須とする。

- ・2024年度から定款変更による総会の名称変更（総会→総合学術集会）に伴い、資格に関連する書類の名称変更を行う。（ただし、資格更新期間である5年間は「総合学術集会（旧名：総会）」等の表記として、既存会員が混乱しないように案内する。）

5) 研修推進委員会 経費について

- ・会員の減少、資格取得者の高齢化に伴い、研修推進事業における支出・収入の見直しを検討。

① コンベンションDVD→WEBアーカイブ版へ

総合学術集会・医学会の講演の一部を収録したDVD販売について、2024年4月より収録媒体をWEBに変更する。約70万円/年（撮影会場や収録時間で金額増減あり）を削減。

② 資格合格者への速報 ハガキ→会員専用ページへ

資格新規申請および資格更新申請に行っていたハガキによる合格速報を、郵送料等の値上げ等を鑑み、2024年度から会員専用ページ内で行う。（不合格速報は、これまで通り郵送対応）

③ 「専門医・認定医の資格の案内パンフレット」を作成

新入会委員へ配布、およびHP等へアップすることで、研修制度を周知する。

学術部 学術委員会 担当常任理事 勝谷 友宏

2023年度の学術委員会は2023年6月30日に第1回をWEB形式で、第2回は2023年10月8日にホテル日航福岡にて対面形式で行った。

1 「かかりつけ医のためのWEB講座」の開催について

WEB講座については、総合学術集会ならびに医学会を除く毎月実施しており、2024年3月までに25回開催。

一方で、回数を重ねるごとに学術班員の負担が大きくなることや、演題が偏ることも懸念されたため「WEB 講座プログラム検討プロジェクトチーム（PT）会議」を立ち上げ、座長には血液班の佐分利能生先生にご就任。各班の班員増強にも力を入れ、2023年度には13名の新たな班員の先生方に加わって頂いた。

2 わかりやすい病気のはなしシリーズについて

「病気のはなし」シリーズですが、一部内容が古くなっているものもあり、学術班で担当を決め、順次改定作業を行う。詳しくはホームページでご確認をお願いしたい。

3 第36回日本臨床内科医学会（2023年10月、福岡）

日臨内ワークショップとして、統計や倫理から臨床研究の話題をご紹介するとともに、血液班を中心に血液シンポジウムを開催。本年度予定の第37回の京都での医学会でも、心療内科班のシンポジウムならびに「慢性咳嗽のみかた（診断と治療）」の2つの提案を採択。

4 スイッチOTCプロジェクト委員会

現在PPI（プロトンポンプ阻害薬）のOTC化について厚労省から提案がなされており、日本消化器病学会の動向も見ながら、長期や高用量処方設定されないよう慎重に見守る方針で議論を進めている。

5 各種アンケート調査について

現在、腎・電解質班の小林一雄先生を中心に「CKD全国アンケート」また循環器班の泉岡利於先生からは「心不全アンケート」のご提案をいただき審議中である。また会誌と一緒に送られてきた際にはお一人でも多くの先生からのご回答をお待ちしている。

6 その他

会員の先生方の臨床研究をより活発に推進できるような「よろず相談所（仮称）」の設置に向けて議論を開始し、既に論文化に成功した例も報告されている。また詳細が決まり次第ご案内させていただく。

4月の日本呼吸器学会では日臨内とのコラボ企画として、肺炎球菌ワクチンなどをテーマとするシンポジウムが企画され、呼吸器班の土屋先生が座長、感染症（インフルエンザ）班の池松先生が演者を務められる。6月の日本感染症学会でも日臨内とのコラボ企画として、インフルエンザとCOVID-19をテーマとするシンポジウムが企画されており、感染症（インフルエンザ）班の池松先生と坂東副会長が講演される。

学術部 会誌編集委員会 担当常任理事 宇都宮 保典

1 会誌発刊状況・企画について

会誌は順調に進んでいます。

2 投稿規定の改定・オープンアクセスについて

近年、わが国の倫理指針の改訂および日臨内会誌のオープンアクセス化に向けて、当会誌投稿規定の改定案を委員会で審議してきた。その結果、最終版が決議され、2024年1月12日より新規投稿規定で運営を開始した（当日、改定規定を配布）。さらに、会誌投稿規定は日臨内ホームページ内に会誌専用バナーから新たにアップされ、規定内容が閲覧できるようになった。また今後、オープンアクセス化により、日臨内会誌の原著、総説などが多くの方にも自由にみることが可能となり、当会の認知度の向上、そして会員増強につながることが期待される。

3 経費削減について

現在、会誌は通常号として年4号、医学会抄録号として年1号の計5号を発行している。通常号には1号ごと約450～490万円、抄録号は約300万円の費用を要し、さらに会員への郵送料は各150万円が必要となっている。会誌の発刊と郵送により年間約2,500～2,800万円の支出と推定される。そこで、以下の2点について会誌編集委員会として経費削減について協議した。

① 会誌を紙媒体から電子化し会員へ案内する

会誌を電子化することで郵送料の削減（年間推定700万円）となり、経費削減の上では非常に有効な手段ですが、会誌を楽しみにしている会員もおられ、「会誌が来ないと会誌をまったく見なくなるのではないか」との意見もあった。また、電子化する場合でも、いきなり紙媒体から電子化するのではなく、相応の告知期間、代替周知方法などを準備した上で電子化へ移行すべきとの意見もあった。

② 号数を減らすこと

現在、会誌は通常号として年4号、医学会抄録号として年1号の計5号を発行している。通常号数を年3号にすれば、発刊料及びその郵送料をあわせた約600万円の経費削減が見込めるが、会誌は会員へのサービス面としての一旦を担っており、「むしろ会員数の減少に拍車をかける危険もあるのではないか」との意見もあった。今後も継続協議していく。

令和 5 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】	5月13日(土) 15:30～ 於、県医師会館 【Web会議】 <保険診療について> 『保険診療における注意点－循環器領域について－』 医療法人名越内科 院長 名越 敏郎 先生 <会員発表> 1) 『低リン血症・低ALP血症にご注意！』 骨密度低下・慢性疼痛に潜む骨軟化症』 宮崎大学医学部 内科学講座 血液・糖尿病・内分泌内科学分野 准教授 山口 秀樹 先生 (座長 宮崎県内科医会 副会長 重平 正文) <特別講演> 『新型コロナウイルス感染症の総括と今後の展望』 宮崎大学医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野 教授 宮崎 泰可 先生 (座長 宮崎県内科医会 会長 比嘉 利信) 【出席者 72名 (現地: 20名 Web: 52名)】
【理 事 会】	4月20日(木), 7月20日(木), 9月8日(金), 2月29日(木)
【評 議 員 会】	5月8日(月), 3月11日(月)
【各 郡 市 内 科 医 会 長 会】	7月28日(金)
【会 計 監 査】	4月17日(月)
【学 術 委 員 会】	4月7日(金), 10月5日(木)
【医 療 保 険 委 員 会】	7月11日(火), 8月25日(金)
【宮崎県内科医会誌編集委員会】	5月26日(金), 9月25日(月)
【日本臨床内科医会九州ブロック会議】	11月11日(土) 於、大分県労働福祉会館 (担当: 大分県内科医会)
【九州各県内科医会連絡協議会】	11月11日(土) 於、大分県労働福祉会館 (担当: 大分県内科医会)
【九州各県内科審査委員懇話会】	11月11日(土) 於、大分県労働福祉会館 (担当: 大分県内科医会)
【九州各県内科医会会長会議】	1月20日(土) 於、Web (担当: 大分県内科医会) 【Web会議】
【日本臨床内科医会総会・理事会・代議員会】	理事会・代議員会: 4月8日(土) 於、Web 総 会: 4月16日(日) 於、京王プラザホテル

会 議 名	日 時 ・ 場 所 ・ 出 席 者
【日本臨床内科医会理事会・代議員会・医学会】	理事会・代議員会：9月30日(土) 於、Web 医学会：10月8日(日)～9日(月・祝) 於、ホテル日航福岡
【学術講演会】(県内科医会共催講演会)	① 5月13日(土) 15:45～ 於、県医師会館 ※受講は現地またはWeb 「宮崎県内科医会総会・学術講演会」 演題 保険診療における注意点－循環器領域について－ 講師 医療法人名越内科 院長 名越 敏郎 先生 演題 低リン血症・低ALP血症にご注意！ 骨密度低下・慢性疼痛に潜む骨軟化症 講師 宮崎大学医学部 内科学講座 血液・糖尿病・内分泌内科学分野 准教授 山口 秀樹 先生 演題 新型コロナウイルス感染症の総括と今後の展望 講師 宮崎大学医学部 内科学講座 呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野 教授 宮崎 泰可 先生 (出席者 72名) ② 6月8日(木) 19:00～ 於、MRT-micc ※受講は現地またはWeb 「宮崎市郡内科医会学術講演会」 演題 COVID-19の診療と感染対策 講師 県立宮崎病院 内科 部長 山中 篤志 先生 演題 新型コロナウイルス感染症位置づけ変更に伴う自然災害対応 と災害避難所における医療継続－神経障害性疼痛を中心に－ 講師 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 (出席者 40名) ③ 6月29日(木) 19:00～ 於、アートホテル宮崎スカイタワー3F 『日向』 ※受講は現地またはWeb 「宮崎県内科医会学術講演会～GLP-1受容体作動薬の使い方～」 演題 このクスリで2型糖尿病の治療戦略は大きく変わる！ 講師 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 64名) ④ 7月19日(水) 19:00～ 於、第一三共(株)宮崎営業所 ※受講はWebのみ 「宮崎市郡内科医会学術講演会」 演題 糖尿病性腎臓病治療の新展開と臨床の応用 講師 西浦病院 院長 西浦 亮介 先生 演題 これからの生活習慣病の診療にMRという視座を加えて 講師 木町通クリニック 森本 玲 先生 (出席者 30名)

会 議 名	日 時 ・ 場 所 ・ 出 席 者
	⑤ 7月25日(火) 19:00～ 於、宮崎市郡医師会館 ※受講は現地またはWeb 「宮崎市郡内科医会学術講演会」 演題 宮崎県から子宮頸がんを撲滅するために 講師 宮崎県産婦人科医会 会長 宮崎県立看護大学 教授 川越 靖之 先生 (出席者 29名) ⑥ 7月27日(木) 18:30～ 於、宮崎観光ホテル ※受講は現地またはWeb 「第1回慢性膵炎診療セミナーin宮崎」 演題 アルコール依存症者への対応～身体科との連携を含めて 講師 宮崎県精神保健福祉センター 所長 宮崎県立宮崎病院精神医療センター 医長 宮崎大学医学部 医学臨床 教授 直野 慶子 先生 演題 身近にある膵疾患～診断から治療まで～ 講師 鹿児島大学病院 光学医療診療部 准教授 橋元 慎一 先生 (出席者 20名) ⑦ 8月3日(木) 19:00～ 於、ホテルJALシティ宮崎 ※受講は現地またはWeb 「宮崎県内科医会学術講演会 ～COVID-19診療と抗ウイルス薬の実際について～」 演題 宮崎県における新型コロナウイルスの現状 講師 延岡市医師会病院 医師 延岡市新型コロナウイルス感染症アドバイザー 佐藤 圭創 先生 演題 COVID-19診療の現状 ～実臨床下における抗ウイルス薬の使用経験と投薬意義～ 講師 りんくう総合医療センター 総合内科・感染症内科 部長 兼 感染症センター長 倭 正也 先生 (出席者 36名) ⑧ 8月28日(月) 19:00～ 於、田辺三菱製薬(株)宮崎営業所 ※受講はWebのみ 「宮崎市郡内科医会学術講演会」 演題 糖尿病治療 次の一手を考える～チルゼパチドを活用する～ 講師 二田哲博クリニック姪浜 院長 下野 大 先生 (出席者 15名) ⑨ 9月15日(金) 19:00～ 於、宮崎観光ホテル ※受講は現地またはWeb 「超高齢化社会の心房細動治療を考える会 In Miyazaki」 演題 高齢心房細動患者の治療： 日本人で得られたエビデンスを活用する 講師 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 (出席者 41名)

会 議 名	日 時 ・ 場 所 ・ 出 席 者
	⑩ 10月19日(木) 19:00～ 於, ニューウェルシティ宮崎 ※受講は現地またはWeb 「第8回地域におけるウイルス性肝炎治療を考える会」 演題 宮崎医療センター病院の目指す緩和ケア 講師 宮崎医療センター病院 緩和ケアセンター センター長 宮崎大学医学部 医学臨床 教授 高橋 稔之 先生 演題 MAFLD/MASLDから考える脂肪肝とウイルス性肝炎 講師 久留米大学医学部 内科学講座 消化器内科部門 主任教授 川口 巧 先生 (出席者 26名) ⑪ 10月26日(木) 19:00～ 於, MRT-micc ※受講は現地またはWeb 「宮崎県内科医会学術講演会」 演題 社会に衝撃を与えた肥満治療の進歩 講師 宮崎大学医学部 生体制御医学研究講座 大阪大学 蛋白質研究所 特任教授 西日本肥満研究会 代表世話人 中里 雅光 先生 (出席者 14名) ⑫ 11月30日(木) 18:50～ 於, 宮崎観光ホテル 「宮崎県泌尿器科－内科連携の会 (第244回宮崎県泌尿器科医会学術講演会)」 演題 夜間頻尿の診断と治療 講師 宮崎大学医学部 発達泌尿生殖医学講座 泌尿器科学分野 准教授 澤田 篤郎 先生 演題 過活動膀胱の治療戦略 ～ガイドラインからみるβ3受容体作動薬の位置づけ～ 講師 昭和大学医学部 泌尿器科学講座 主任教授 深貝 隆志 先生 (出席者 26名) ⑬ 1月25日(木) 19:00～ 於, KITEN ※受講は現地またはWeb 「宮崎県内科医会学術講演会～DUAL Seminar in Miyazaki～」 演題 当院におけるツイミグ臨床経験 講師 古賀総合病院 内分泌代謝内科 内科医長 松尾 崇 先生 演題 膝島から考える糖尿病治療とイメグリミンの可能性 講師 群馬大学生体調節研究所 代謝疾患医科学分野 教授 白川 純 先生 (出席者 41名)

令和 5 年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書

歳 入 合 計	19,127,276
歳 出 合 計	5,118,407
差 引 残 高	14,008,869 (令和 6 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	5,486,400	5,430,600	△ 55,800	A 会員会費 (前期257名・後期258名) B 会員会費 (前期111名・後期110名)
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	12,669,514	12,669,514	0	
4. 雑 収 入	1 雑 収 入	600,000	787,162	187,162	内科医会誌広告料等
歳 入 合 計		18,995,914	19,127,276	131,362	

会 員 数 異 動 状 況	
	令和 6 年 3 月31日現在
A 会員	258
B 会員	109
免除会員 (A 会員)	13
” (B 会員)	28
合 計	408

【歳 出】

(単位：円)

款	項	予算額	支出済額	予算残額	備 考
1. 事務費		752,000	646,545	105,455	
	1 旅 費	49,000	20,550	28,450	会計監査旅費
	2 需 用 費	103,000	18,125	84,875	事務用品代, 会議用お茶代
	3 役 務 費	200,000	161,980	38,020	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	175,890	△ 45,890	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		1,310,000	777,320	532,680	
	1 総 会 費	200,000	169,820	30,180	案内FAX代, 講師謝金
	2 評 議 員 会 費	440,000	267,200	172,800	2 回
	3 理 事 会 費	670,000	340,300	329,700	4 回
3. 事業費		5,057,000	3,694,542	1,362,458	
	1 学 会 費	100,000	0	100,000	
	2 諸委員会活動費	435,000	263,310	171,690	医療保険委員会(2回) 学術委員会(2回)
	3 地区保険研究会助成費	640,000	640,000	0	補助金 @70,000×7 地区 宮崎 100,000 西臼杵 50,000
	4 地区医学会助成費	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	1,200,000	1,209,153	△ 9,153	会誌編集委員会(2回) 印刷代 1,001,000 執筆謝金 66,822
	6 名 簿 刊 行 費	0	0	0	
	7 地区内科医会連絡会	350,000	268,944	81,056	各郡市内科医会長会
	8 九州各県内科医会 連 絡 協 議 会	414,000	155,750	258,250	九内協各県負担金 50,000 九州各県内科医会長会議参加費 7,000
	9 九州各県内科審査 委 員 懇 話 会	220,000	113,440	106,560	
	10 日本臨床内科医会	775,000	373,420	401,580	理事会・代議員会※Web開催 医学会(福岡)3名
	11 日 本 内 科 学 会 九州地方会評議員会	75,000	0	75,000	
	12 広 告 宣 伝 費	48,000	0	48,000	
	13 慶 弔 費	150,000	30,525	119,475	会員2名分生花代
	14 諸 費	10,000	0	10,000	
4. 予備費	1 予 備 費	11,876,914	0	11,876,914	
歳 出 合 計		18,995,914	5,118,407	13,877,507	

令和 6 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

令和 6 年度宮崎県内科医会歳入歳出予算

【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	5,428,800	5,486,400	△ 57,600	A 会員 @18,000×258名=4,644,000 B 会員 @7,200×109名= 784,800 免除会員 A 会員13名 B 会員28名 (会員数: 令和 6 年 3 月31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	14,008,869	12,669,514	1,339,355	
4. 雑 収 入	1 雑 収 入	600,000	600,000	0	内科医会誌広告料, 日臨内, 預金利息等
歳 入 合 計		20,277,669	18,995,914	1,281,755	

【歳 出】

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1. 事務費		822,000	752,000	70,000	
	1 旅 費	49,000	49,000	0	会計監査旅費
	2 需 用 費	103,000	103,000	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	200,000	130,000	70,000	会館使用料、職員時間外手当
	5 事 務 委 託 費	270,000	270,000	0	宮崎県医師会へ 基本料 120,000 会員数加算料 150,000
2. 会議費		850,000	1,310,000	△ 460,000	
	1 総 会 費	130,000	200,000	△ 70,000	案内FAX代、講師謝金
	2 評 議 員 会 費	220,000	440,000	△ 220,000	定例1回(旅費、その他)
	3 理 事 会 費	500,000	670,000	△ 170,000	定例3回(旅費、その他)、他
3. 事業費		5,832,000	5,057,000	775,000	
	1 学 会 費	100,000	100,000	0	学術講演会、研修会
	2 諸委員会活動費	435,000	435,000	0	学術委員会(2回)、医療保険委員会(2回)
	3 地区保険研究会助成費	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
	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	1,200,000	1,200,000	0	編集委員会(2回) 会誌印刷代、執筆料
	6 名 簿 刊 行 費	50,000	0	50,000	役員改選年に刊行
	7 地区内科医会連絡会	350,000	350,000	0	各郡市内科医会長会(1回)
	8 九州各県内科医会 連 絡 協 議 会	564,000	414,000	150,000	九内協各県負担金 50,000 九内協参加費(長崎・3名) 30,000 九内協旅費(長崎・3名) 340,000 九州各県内科医会長会(福岡2名) 130,000 九州各県内科医会長会参加費(2名) 14,000
	9 九州各県内科審査 委 員 懇 話 会	370,000	220,000	150,000	九内懇参加費(長崎・3名) 30,000 九内懇旅費(長崎・3名) 340,000
	10 日本臨床内科医会	1,200,000	775,000	425,000	總會(東京4名) 560,000、登録料(4名) 48,000 医学会(京都4名) 530,000、登録料(4名) 60,000
	11 日 本 内 科 学 会 九州地方会評議員会	75,000	75,000	0	福岡(1名) 75,000
	12 広 告 宣 伝 費	48,000	48,000	0	
	13 慶 弔 費	150,000	150,000	0	
	14 諸 費	10,000	10,000	0	
4. 予備費	1 予 備 費	12,773,669	11,876,914	896,755	
歳 出 合 計		20,277,669	18,995,914	1,281,755	

[報 告]

宮崎県内科医会総会並びに学術講演会

日 時：令和 6 年 5 月11日(土)

場 所：宮崎県医師会館（Web会議併用）

I 総 会 [15：30～15：55]

1. 物故会員黙祷
2. 会長挨拶
3. 議 事
 - 1) 役員の選任について
 - 2) 令和 5 年度事業報告について
 - 3) 令和 5 年度歳入歳出決算について（監査報告）
 - 4) 令和 6 度事業計画（案）について
 - 5) 令和 6 年度歳入歳出予算（案）について

< 休 憩（5分） >

II 学 会 [16：00～18：05]

1. 保険診療について [16：00～16：30]
「保険診療における注意点－内分泌領域について－」

宮崎大学医学部 内科学講座 血液・糖尿病・内分泌内科学分野
准教授 山口 秀樹 先生

2. 会員発表 [16：30～17：00]
「心アミロイドーシス診療の実践」

宮崎大学医学部 血液・血管先端医療学講座
教授 鶴田 敏博 先生

<座長 宮崎県内科医会 副会長 光川 知宏>

< 休 憩（5分） >

3. 特別講演 [17：05～18：05]
『ガイドラインに根ざした便秘診療』

順天堂大学医学部 消化器内科学講座
教授 永原 章仁 先生

<座長 宮崎県内科医会 会長 比嘉 利信>

各都市だより



宮崎市郡内科医会だより

令和6年5月の総会で宮崎市郡内科医会会長に選出され、令和6年5月から令和8年4月まで3期目の会長を仰せつかりました。役員の先生方は前期と同じで、宮永先生、佐々木先生に副会長をお願いし、8人の先生方に役員を引き受けて頂きました。私を含め11人のメンバーで会の運営を務めさせていただきますので宜しくお願い致します。

2024年も相変わらず新型コロナ感染症の流行があり、会員の先生方も新型コロナ感染症に対応しながら日々の診療も行わなくてはならず大変だと思います。今年度の診療報酬改定で生活習慣病管理料が始まり、療養計画書の作成で現場の負担はより重くなったのではないかと思います。生活習慣病という名称は日本だけでよく用いられており、また生活習慣という言葉からは生活習慣だけが原因であるような印象があり、生活習慣病に罹った人ではその生活習慣が悪かったからと、不当な攻撃や差別につながる可能性があります(ステigma)。今後この管理料が続くならば名称の変更を求めたいと思います(個人的には、生活習慣病管理料の廃止を希望します)。

本年度も宮崎市郡内科医会の活動は講演会活動が中心になると思います。当内科医会主催の講演会を複数回計画していますので、会員の先生に少しでもお役に立てる講演会を計画できればと思っています。

令和5年5月より令和6年5月までの当内科医会の開催した講演会は以下の通りです。

○令和5年5月9日(火)

『間質性肺炎について』

宮崎市郡医師会病院 内科

内科部長 床島 真紀 先生

(出席者数 43名)

○令和5年6月8日(木)

『COVID-19の診療と感染対策』

県立宮崎病院 内科

内科部長 山中 篤志 先生

『新型コロナウイルス感染症位置づけ変更に伴う自然災害対応と災害避難所における医療継続－神経障害性疼痛を中心に－』

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

(出席者数 43名)

○令和5年6月30日(金)

『シン・心房細動に出会ったら』

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

部長 足利 敬一 先生

(出席者数 23名)

○令和5年7月19日(火)

『糖尿病性腎臓病治療の新展開と臨床の応用』

西浦病院 院長 西浦 亮介 先生

『これからの生活習慣病の診療にMRという視座を加えて』

木町通クリニック 森本 玲 先生

(出席者数 28名)

○令和 5 年 7 月25日(火)

『宮崎県から子宮頸がんを撲滅するために』

宮崎県産婦人科医会 会長

宮崎県立看護大学

教授 川越 靖之 先生

(出席者数 31名)

○令和 5 年 7 月27日(木)

『2型糖尿病治療の新展開－新規糖尿病治療薬をどう活かすか－』

潤和会記念病院 糖尿病・代謝内科

部長 水田 雅也 先生

『ツイミューグの臨床的位置づけを考える』

潤和会記念病院 糖尿病・代謝内科

部長 水田 雅也 先生

古賀総合病院 内科

医長 椎屋 智美 先生

宮崎県立宮崎病院 内科

医長 東 真弓 先生

(出席者数 33名)

○令和 5 年 8 月28日(月)

『糖尿病治療 次の一手を考える』

～チルゼパチドを活用する～』

二田哲博クリニック姪浜

院長 下野 大 先生

(出席者数 16名)

○令和 5 年10月20日(金)

『心血管イベントと心不全を考慮した糖尿病治療』

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

副院長 原田 和昌 先生

(web講演会 出席者数 20名)

○令和 5 年11月14日(火)

『パーキンソン病の診かた』

宮崎大学医学部 内科学講座

呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

准教授 塩見 一剛 先生

(出席者数 49名)

○令和 5 年12月21日(木)

『糖尿病性腎症を避けるために行うべきこと』

宮崎大学医学部 内科学講座

血液・糖尿病・内分泌内科学分野

講師 上野 浩晶 先生

『日常診療で行う糖尿病性腎症のリスク管理』

南昌江内科クリニック

糖尿病臨床研究センター

センター長 前田 泰孝 先生

(出席者数 38名)

○令和 6 年 3 月18日(火)

『ガイドラインが変わると心房細動治療は変わるのか？2024年ガイドラインフォーカスアップデート版 不整脈治療』

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

部長 足利 敬一 先生

『カテーテルで治す大動脈弁狭窄症の現状と展望』

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

医長 門岡 浩介 先生

(出席者数 20名)

○令和 6 年 4 月17日(木)

『腎臓病の克服を目指して』

～SGLT2阻害薬の腎保護効果～』

川崎医科大学高齢者医療センター

病院長・特任教授

日本腎臓病協会

理事長 柏原 直樹 先生

(出席者数 106名)

○令和 6 年 5 月16日(木)

『災害医療の変化について』

宮崎市郡医師会病院 救急科

副部長 長嶺 育弘 先生

(出席者数 17名)

(文責：光川 知宏)

都城市北諸県郡内科医会だより

会員の皆様には、日頃から内科医会活動に御協力を頂きましてありがとうございます。

地域医療及び医療連携の向上のために様々な分野の医療情報を皆様にお届けして、それを日々の診療のお役に立てて欲しいという兼ねてからの希望を下記の如く多岐にわたる講演会で叶える事ができました。例えば、宮崎大学泌尿器科の賀本先生や同大学外科の武野先生を含めた3人の先生方の御講演では大勢の他科の先生方の御聴講を頂けたのは嬉しい限りです。講演会後の会場での情報交換会をもっと増やし、先生方との親睦がはかれますと益々地域連携の向上にもつながると確信しております。

これからも皆様のご希望に叶う講演会を行える様努力致しますので、ご意見を賜りますと幸いに存じます。多数の先生方の御参加を心からお待ちしております。

令和5年10月～令和6年9月 実績

○令和5年10月19日(木) 31名

「不眠症治療の落とし穴

～明日から使える睡眠衛生指導～」

医療法人十善会 県南病院 精神科

蛭原 巧介 先生

○令和5年11月16日(木) 19名

「COVID-19診療の現状

～実臨床下における抗ウイルス薬の使用経験と投薬意義～」

地方独立行政法人 りんくう総合医療センター
総合内科・感染症内科部長

兼 感染症センター長

倭 正也 先生

○令和5年12月11日(月) 20名

「冠動脈疾患に対する抗血栓マネジメント
～最新の知見をふまえて～」

宮崎大学医学部 内科学講座

循環器・腎臓内科学分野

教授 海北 幸一 先生

○令和6年1月30日(火) 52名

「医療安全面から考える不眠症治療

～適正な薬物療法を目指して～」

野崎病院 精神科 治田 彩香 先生

「精神疾患を伴う慢性便秘症の治療方針

～便通異常症診療ガイドライン2023の

ポイントを含めて～」

横浜市立大学大学院医学研究科

肝胆脾消化器病学教室

主任教授 中島 淳 先生

○令和6年2月13日(火) 42名

「内科の先生に伝えたい妊産婦の管理」

宮崎大学医学部 発達泌尿生殖医学講座

産婦人科学分野

教授 桂木 真司 先生

○令和6年3月28日(木) 22名

「ガイドラインに則した脂質異常症の診療

～2022年版改定を踏まえて～」

鹿児島大学医学部 保健学科

教授 宮田 昌明 先生

○令和6年4月23日(火) 40名

「宮崎大学下部消化管外科の取り組み

～治療方針、腹腔鏡手術のいろいろ～」

宮崎大学医学部 外科学講座

消化管・内分泌・小児外科学分野

助教 市原 明子 先生

「大腸癌に対する低侵襲ロボット手術」

宮崎大学医学部 外科学講座

消化管・内分泌・小児外科学分野 講師

前 群馬県立がんセンター 消化器外科

部長 山田 和之介 先生

「上部消化管に対する低侵襲外科手術

～術後排便管理を含めて～」

宮崎大学医学部 外科学講座

消化管・内分泌・小児外科学分野

病院教授

宮崎大学医学部附属病院 光学診療部

副部長 武野 慎祐 先生

○令和 6 年 5 月14日(火) 30名

「C型肝炎を中心とした肝臓病の最近の話題」

宮崎大学医学部 内科学講座

消化器内科学分野

准教授 永田 賢治 先生

○令和 6 年 5 月30日(木) 40名

「生命予後から考える慢性気管支炎・肺気腫へのアプローチ

～生活習慣病と“肺の生活習慣病”の治療戦略～」

宮崎大学医学部附属病院 呼吸器内科

病院講師 坪内 拡伸 先生

○令和 6 年 6 月13日(木) 23名

「内科医に知っておいていただきたい泌尿器科疾患について

～宮崎市の「PSA検診」廃止を受けて～」

宮崎大学医学部 発達泌尿生殖医学講座

泌尿器科学分野

教授 賀本 敏行 先生

○令和 6 年 7 月18日(木) 34名

「当院におけるツイミグの使用経験について」

医療法人魁成会 宮永病院 糖尿病センター

医長 田中 友梨 先生

「日本人2型糖尿病の病態を考慮した治療戦略

～新規糖尿病治療薬の活かし方～」

潤和会記念病院 糖尿病・代謝内科

部長 水田 雅也 先生

○令和 6 年 8 月29日(木) 台風のため中止

「消化器内視鏡診療のTips」

宮崎大学医学部附属病院 消化器内科

助教 三池 忠 先生

○令和 6 年 9 月 5 日(木) 32名

「皮膚科医から見た带状疱疹ワクチンの重要性

～シングリックス最新の知見を含めて～」

福岡大学医学部 皮膚科学教室

教授 今福 信一 先生

(文責：野邊 俊文)

延岡市内科医会だより

会員の皆様には、日頃から内科医会の活動にご協力を頂きまして有難うございます。延岡市では新規の内科開業が5年以上なく、会員の年齢ばかり上昇する状況が続いています。数軒は2代目、3代目のDRが帰ってきて繋がりましたが、数年後、10年後と地域医療を支えていけるのか心配になります。全国的な問題と思いますが、新しい会員を増やす良い方法がありませんかね。若いDRが地方に目を向けてくれる事を切に願っています。

ここまでの原稿は7月に書き上げたものですが、9月に朗報がありましたので追記します。1件の新規開業がありました。また、今年度中にもう1件の新規開業予定があるようです。延岡市としては大変助かる状況となりました。

実 績

○令和 5 年12月15日(金)

「嘔吐で発症し治療に難渋したスキルス胃癌の一例」

県立延岡病院 消化器内科

小野 健太 先生

「便秘診療update

～便通異常症診療ガイドライン2023を踏まえて～」

県立延岡病院 消化器内科

医長 平田 智也 先生

○令和 6 年 5 月10日(金)

「早期認知症の診療、現状とこれから

～当院「もの忘れ外来」の現状を踏まえて～」

社会医療法人慶明会 けいめい記念病院

副院長

連携型認知症疾患医療センター

センター長 岡原 一徳 先生

(文責：木谷 道隆)

日向市東臼杵郡内科医会だより

このたび、3期6年間の長きにわたって務められた当医師会前会長の千代反田晋先生の後を引き継ぐことになりました。内科医会会長の方も引き続き努めてまいりますので、各郡市内科医会の皆様には今後ともよろしくお願いいたします。

さて、令和6年8月8日に発生した宮崎沖地震では、初の南海トラフ巨大地震注意が発令されました。いつ起きてもおかしくないこの巨大地震を正しく恐れ、地震への備えを再確認する機会となりました。

当内科医会では、この一年間様々なテーマによる学術講演会を開催しました。講演会を通して最新の医療知識と技術を会員間で共有し、会員のスキルアップに努めてまいりました。今後も地域医療の向上を目指し、さらに研鑽を積んでいく所存です。

令和5年10月から令和6年8月までに当内科医会が主催・共催した学術講演会は下記のとおりです。

○令和5年10月4日(水)

『肺がん診療の最新情報』

宮崎大学附属病院 呼吸器内科

助教 小田 康晴 先生

『Asthma With COPD～生命予後から考える～』

宮崎大学附属病院 呼吸器内科

病院講師 坪内 拡伸 先生

○令和5年10月11日(水)

『内科の立場から考える高血圧治療』

社会医療法人泉和会 千代田病院

内科 佐土原 啓輔 先生

『脳神経外科の立場から考える高血圧治療』

医療法人誠和会 和田病院 脳神経外科

部長 二見 宗智 先生

『ナトリウム利尿ペプチドを意識した高血圧治療』

平光ハートクリニック

院長 平光 伸也 先生

○令和5年10月24日(火)

『延岡市の糖尿病治療薬連携と専門医が考える糖尿病薬剤選択』

延岡市医師会病院

内科副医長 上平 雄大 先生

○令和5年12月6日(木)

『地域で考える心不全診療－予防/治療と連携を視点として』

宮崎大学医学部 内科学講座

循環器・腎臓内科学分野

准教授 松浦 祐之介 先生

○令和5年12月7日(木)

『高齢者の糖尿病』

医療法人社団瑞穂会 野田医院

副院長 野田 智穂 先生

○令和5年12月8日(金)

『消化器内視鏡診療における進歩と展望』

宮崎大学医学部附属病院 消化器内科

助教 三池 忠 先生

○令和6年1月24日(水)

『心房細動を見つけたら』

宮崎大学医学部 内科学講座

循環器・腎臓内科学分野

講師 井手口 武史 先生

『心不全治療の新たな展開』

県立延岡病院 循環器内科

主任部長 山本 展誉 先生

○令和 6 年 1 月31日(水)

『最新の頭痛の治療』

上田脳神経外科

院長 上田 孝 先生

○令和 6 年 2 月 2 日(金)

『SpPinな身体所見

～腎性貧血患者の管理を中心に～』

大船中央病院 内科 教育研修部

部長 須藤 博 先生

○令和 6 年 2 月13日(火)

『腎症を合併した2型糖尿病の新しい治療戦略』

順天堂大学大学院医学研究科 腎臓内科学

先任准教授 合田 朋仁 先生

『糖尿病性神経障害と向き合う

～病態・病期を考慮した診療～』

鹿児島大学病院総合臨床研修センター

特例准教授 出口 尚寿 先生

○令和 6 年 2 月27日(火)

『あなたは脳卒中後てんかん患者の運転を許可しますか？』

スガノ脳神経外科クリニック

院長 菅野 秀宣 先生

○令和 6 年 2 月28日(水)

『CKD患者におけるカリウム管理』

福井大学学術研究院 医学系部門

腎臓病態内科学

教授 岩野 正之 先生

○令和 6 年 2 月29日(木)

『心不全の新しい治療法

～SGLT2阻害薬に期待すること～』

平光ハートクリニック

院長 平光 伸也 先生

○令和 6 年 3 月16日(土)

『子宮頸がんの今～世界と日本で違う理由』

宮崎県立看護大学

教授 川越 靖之 先生

『大切にしたい自分の体

～2度の子宮がんを経験して～』

タレント 原 千晶 先生

○令和 6 年 5 月29日(水)

『腎臓内科医からみた骨粗鬆症診療』

社会医療法人泉和会 千代田病院

腎臓内科 部長 上園 繁弘 先生

『骨粗鬆症のSTOP AT ONE

～宮崎のできる事を考える～』

社会医療法人暁星会 三財病院

院長 松本 英裕 先生

○令和 6 年 6 月 8 日(土)

『これからの日向東臼杵の地域医療について』

県立延岡病院 総合診療センター長

松田 俊太郎 先生

○令和 6 年 6 月12日(水)

『大動脈弁狭窄症におけるカテーテル治療
の実際と今後の展望』

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

副部長 門岡 浩介 先生

『不整脈診療を考える

～ガイドライン改訂を踏まえて～』

県立延岡病院 循環器内科

医長 伊藤 美和 先生

○令和 6 年 7 月 9 日(火)

『これからのCOVID-19診療

～抗ウイルス薬による治療意義を考える』

宮崎大学医学部 内科学講座

呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

教授 宮崎 泰可 先生

○令和 6 年 7 月25日(木)

『ダバグリフロジンの新規リアルワールド
エビデンス

～蛋白尿で適応患者を選ぶべきなのか～』

香川大学医学部 循環器・腎・脳卒中内科

講師 祖父江 理 先生

(文責：今給黎 承)

児湯内科医会だより

令和6年度6月からの診療報酬改定により、皆様も色々のご苦労されているかと思われます。そのような中、令和6年も昨年に引き続き対面にて役員会を開催し、会計決算と監査報告を行いました。総会も会員諸氏にお集まりいただき、対面で行う予定となっております。児湯医師会との合同講演会は、令和5年9月から令和6年8月まで計7回開催されました。そのうち計4回が西都市西児湯内科医会との合同によるものでした。多くの先生に御参加を賜りました。

○令和5年12月19日(火)

(児湯内科医会・西都市西児湯内科医会合同)
児湯内科医会・西都市西児湯内科医会学術講演会
「消化器内視鏡診療における要点と盲点」
宮崎大学医学部 内科学講座
消化器内科学分野

助教 三池 忠 先生

○令和6年1月25日(木)

第54回児湯内科医会学術講演会
「日常臨床における精神科連携
～うつ状態を中心に～」
医療法人望洋会 鯨島病院

院長 鯨島 哲郎 先生

○令和6年2月16日(金) (県委託事業)

令和5年度西都児湯地域うつ病医療連携強化事業研修会
「精神科との連携が必要なうつ病・うつ状態について」

ウエルフェアみやざき総合研究所

所長 細見 潤 先生

○令和6年4月5日(金)

(西都市西児湯内科医会・児湯内科医会合同)
西都市西児湯内科医会・児湯内科医会学術講演会
「実臨床における経口GLP-1製剤の位置づけ」
医療法人社団紘和会 平和台病院

名誉理事長 中村 周治 先生

○令和6年4月9日(火)

第55回児湯内科医会学術講演会
「知って得する！カテーテルで治す心臓弁膜症の現状
～最新のAS治療適応と潜在患者を見逃さない問診・聴診のコツ～」

宮崎市郡医師会病院

循環器内科部長 木村 俊之 先生

○令和6年4月15日(月)

(児湯内科医会・西都市西児湯内科医会合同)
児湯内科医会・西都市西児湯内科医会学術講演会
「エンレスト：高血圧治療の新たな力」
宮崎大学医学部 内科学講座
血液・血管先端医療学

教授 鶴田 敏博 先生

「腎機能を考えたARNIによる高血圧治療戦略」
神戸労災病院 腎臓内科

部長 佐藤 稔 先生

○令和6年5月23日(木)

第56回児湯内科医会学術講演会
「岐阜県のCKD医療連携の取り組みと
かりつけ医の役割」
岐阜県医師会常務理事
西野クリニック

院長 西野 好則 先生

(文責：山中 聡)

西都市西児湯内科医会だより

宮崎県内科医会誌第100号出版、おめでとうございます。COVID-19やインフルエンザ感染者は現在減少していますが、沖縄や関東では、A型インフルエンザ感染が流行しているようです。今後も医師会会員全力で協力し、感染症対策を十分に行っていきたいと思っています。

富田会長の下、学術講演会を昨年11月以降11回行っています。児湯医師会や児湯内科医会との合同講演会も行っています。現在もWeb講演会を続けていますが、対面での講演会も増えてきており、多くの方々に参加していただきました。診療に為になる講演会などを今後も実施していきたいと思っております。講師の先生方には感謝しております。

○令和 5 年11月 7 日(火)

「地域で考える心不全診療ー予防/治療と連携を視点としてー」

宮崎大学医学部 内科学講座

循環器・腎臓内科分野

准教授 松浦 祐之介 先生

「心不全診療における血圧コントロール」

社会医療法人同心会 古賀総合病院

副院長 石川 哲憲 先生

○令和 5 年11月28日(火)

「AS患者を見逃さない、あきらめない
～診断のコツとTAVI治療の現状～」

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

部長 木村 俊之 先生

○令和 5 年12月19日(火)

児湯内科医会・西都市西児湯内科医会 学術講演会

「消化器内視鏡診療における要点と盲点」

宮崎大学医学部附属病院 消化器内科

助教 三池 忠 先生

○令和 6 年 2 月16日(金)

令和 5 年度西都児湯地域うつ病医療連携強化事業研修会

「精神科との連携が必要なうつ病・うつ状態について」

ウェルフェアみやざき総合研究所

所長 細見 潤 先生

○令和 6 年 2 月20日(火)

「糖尿病性腎臓病に対する薬物療法と当院での取り組み」

医療法人社団紘和会 平和台病院

副院長 天野 一志 先生

○令和 6 年 2 月29日(木)

「地域包括ケアシステムの構築」

・地域包括ケア推薦センターの立ち上げとその経緯

・「情報共有の支援」に係るMCSの活用と在宅医療

宮崎市郡医師会 副会長

医療法人将優会 クリニックうしたに

院長 牛谷 義秀 先生

「宮崎市郡医師会在宅医療介護情報連携システム MCSの使用方法」

会福祉士 吉田 修 氏

「訪問看護ステーションの使い方の例」

こどもとおとなの訪問看護ロケット☆ステーション

統括(看護師) 坂本 郁代 氏

○令和6年3月8日(金)

「多職種連携による在宅緩和医療・ケアを
考える」

タナカ在宅クリニック

院長 田中 信彦 先生

○令和6年4月5日(金)

西都市西児湯内科医会・児湯内科医会学術講演会
「実臨床における経口GLP-1製剤の位置付け」

医療法人社団紘和会 平和台病院

名誉理事長 中村 周治 先生

○令和6年4月15日(月)

児湯内科医会・西都市西児湯内科医会学術講演会
「エンレスト：高血圧治療の新たな力」

宮崎大学医学部 内科学講座

血液・血管先端医療学

教授 鶴田 敏博 先生

「腎機能を考えたARNIによる高血圧治療戦略」

神戸労災病院 腎臓内科

部長 佐藤 稔 先生

○令和6年9月11日(水)

西都市西児湯内科医会・児湯内科医会学術講演会
「リウマチ診療におけるPatient-Centered
Careを考える」

宮崎大学医学部 内科学講座

呼吸器・膠原病・感染症・脳神経内科学分野

准教授 梅北 邦彦 先生

「三財病院における膠原病診療からの考察」

社会医療法人曉星会 三財病院 内科

相澤 彩子 先生

○令和6年9月25日(水)

児湯医師会・西都市西児湯内科医会学術講演会
「認知症患者に対する対応」

社会医療法人慶明会 けいめい記念病院

病棟看護部長 中尾 登代子 氏

「早期認知症の診断と対応

～レケンビの前と後～」

社会医療法人慶明会 けいめい記念病院

副院長 岡原 一徳 先生

(文責：上野 尚美)

南那珂内科医会だより

当会員は南那珂（日南市、串間市）地区の日曜休日当番医や毎日の初期夜間急病センターの主体を担っています。その他、在宅ケア研究会や糖尿病、感染症連携ネットワーク対策委員会等の地域活動もしています。

今年度の内科会講演会は宮崎大学医学部の血液、糖尿病分泌科の上野浩晶先生に「増える一方の糖尿病、胃腸薬の選択肢～GL B1受容体作動薬の使い方を含めて～」のお話をさせていただく予定です。

現在の問題点は、会員の減少、高齢化があります。ちなみに夜間急病センターの勤務医師の平均年齢は66.6歳です。団塊の世代の高齢化で医療の需要は増えると考えられています。しかしここ10年で日南市の内科新規開業は一件だけです。そのため上記のような急病センター、休日当番医や一般健診等の検診事業、学校医、産業医等はもちろんのこと、医療的支援が必要なスポーツ行事やその他の催事に支障がきたす可能性があります。

幸いに日南市は開業資金支援をしていますので、今後、更に行政を巻き込んだ議論が必要と考えています。

(文責：河野 清秀)

西諸内科医会だより

令和 6 年 3 月に西諸内科医会総会にて役員改選が行われ、引き続き私が内科医会の会長を務めさせて頂く事になりました。また新たに堀英昭先生（ほりファミリークリニック）、楠元規生先生（くすもと内科クリニック）、藺田和弘先生（京町共立クリニック）に理事就任していただきました。6 月から生活習慣病の改訂に伴い診療以外の仕事が増え右往左往しているところにコロナ感染の増加を認め、会員の先生には忙しい日常診療をこなして頂いており感謝申し上げます。学術講演会も徐々に対面での講演会を開催していますが、今後は講演会後の情報交換会も開始していきたいと思います。令和 5 年 9 月以降の西諸医師会との合同講演会は以下の通りです。

○令和 5 年10月27日 WEB併用

「これからのCOVID-19・インフルエンザ診療と予防」

鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科
感染防御学講座 微生物学分野

教授 西 順一郎 先生

○令和 6 年 2 月 6 日

「人生の最後まで安心して過ごせる街づくり」
～ユニバーサル・ホステスマインドをすべての人生のそばに～」

めぐみ在宅クリニック

院長 小澤 竹俊 先生

○令和 6 年 2 月 9 日 WEB併用

「地域で診る心臓病：診療科の垣根を超えた初期スクリーニング

その 2 ～静かなる心不全予備軍を見つけるために～」

宮崎大学医学部 機能制御講座

循環動態生理学分野

教授 渡邊 望 先生

○令和 6 年 6 月20日 WEB併用

「心不全診療における腎性貧血へのアプローチ」

医療法人相愛会 桑原記念病院

院長 桑原 大門 先生

○令和 6 年 7 月26日 WEB併用

「ガイドラインが変わると心房細動治療は変わるのか？2024年JCS/JHRSガイドラインフォーカスアップデート版 不整脈治療」

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

部長 足利 敬一 先生

（文責：榎 信一郎）

西臼杵郡内科医会だより

今年度から西臼杵郡の 3 公立病院（高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町の国保病院）は人口減少、少子高齢化、過疎化が進んでいる西臼杵地区において持続可能な医療体制を構築していくため西臼杵医療センターとして機能再編、経営統合されました。高千穂町国保病院は急性期を担当、入院が長引くなど慢性期は日之影町、五ヶ瀬町国保病院で役割分担することになり西臼杵の医療を有機的に維持することを目指して令和 6 年 4 月よりスタートしました。西臼杵医療センター長には前県立延岡病院長の寺尾公成先生が就任され質の高い医療提供をいただいております。

令和 5 年後半のWEB講演会は下記のとおりです。

○令和5年12月1日(金)

「心不全薬物治療薬とマイトラクリップ」

済生会熊本病院 循環器内科

兒玉 和久 先生

「大動脈弁狭窄症に対するTAVI」

済生会熊本病院 循環器内科

堀尾 英治 先生

○令和6年2月9日(金)

「当院におけるARNIの使用経験」

高千穂町国保病院 内科

原田 秀 先生

「腎血行動態から考える高血圧治療

～ARNIへの期待」

順天堂大学病院 腎臓内科

准教授 木原 正夫 先生

○令和6年2月19日(月)

「骨粗鬆症フォローの重要性」

県立延岡病院

整形外科医長 石原 和明 先生

「高齢者によくみられる脊椎疾患

～神経障害性疼痛の管理を中心に～」

宮崎大学医学部附属病院 整形外科

病院准教授 濱中 秀昭 先生

(文責：佐藤元二郎)

編集委員より

宮崎県内科医会誌100号の記念誌に寄せて

宮永 省三

宮崎県内科医会誌は昭和45年10月に第2代宮崎県内科医会会長の綾部先生の下で第1号が発刊されました。以来これまで絶えることなく発刊され続けられ今回で100号となりました。そのため今回の100号内科医会誌は特別の記念誌となりました。この100号の記念誌の発刊に携わることができたことは私にとって非常に感慨深く感無量であります。

初版の内科医会誌に目を通して見ますと、当時発行にご尽力された先生方の会誌への強い意気込みをひしひしと感ずることができました。そしてこの中で大切にされていたことが、宮崎県内科医会会員相互の融和と団結、会誌刊行を通して内科医会の活動の一層の充実を図り会の向上発展を期する、とあります。その為にこの内科医会誌は内科医会の研究の手助けとなる事、娯楽的な事、文化的な事、実際の診療の役割を果たす事などの役割を担っていける内容にすべく考慮されました。そして、この内科医会誌が今後も絶えることなく継続されることを強く希望されておられましたし、その期待通りその後も絶

えることなく54年間この内科医会誌は発行され続けられました。初版の内科医会誌に触れてみて当時の先生方のご苦労が垣間見えてきました。これまでに発行に携わってこられた先生方、又症例発表や原稿を投稿していただいた先生方のご苦労は大変なものであったと推察されました。

最近では歴代内科医会会長として、稲倉正孝先生（平成6～平成12年）、志多武彦先生（平成12年～平成20年）、栗林忠信先生（平成20年～平成26年）、小牧斎先生（平成26年～平成30年）、平成30年より現在の比嘉利信先生へと引き継がれてきました。そして今回の記念誌では歴代の会長であった先生方に当時の出来事などを思い出していただきながら寄稿していただきました。平成から令和へと時代は変遷し、又コロナ感染のパンデミックというとてもない大きな試練を経験しました。私たちはそれに立ち向かい、今後もこの素晴らしい内科医会誌の発刊を絶えることなく続けていかなければならないと改めて強く思われました。内科医会の会員の先生方におかれましては、この内科医会誌の刊行に関し、今後も更なるご支援とご協力を切に願います次第です。

この20年を振り返って

木佐貫 博人

今年は暑い夏で毎日の診療も疲れますね。

私は約20年前に今は亡き岩城先生より声を掛けて頂き、宮崎県内科医会誌編集委員を引き継ぎました。宮崎県内科医会誌に投稿をお願いした先生方々には、いつも快く承諾して頂き感謝しています。

木佐貫内科に平成9年に戻り、当初は父と診療を行っていました。しばらくして訪問診療も開始しました。始めた頃は訪問看護もなく、完全に24時間自分で対応しなくてはならず大変だった思い出があります。現在は自分も高齢となり、新規の在宅患者さんは受け入れていません。当院通院中で在宅医療になった方は、訪問診療を行っている先生方に依頼していつも助けて頂いています。現在は10名の在宅患者さんを担当しています。中には20年以上診ている方もおり、そろそろ引き継ぎをお願いするかどうか思案している所です。外来ではマイナンバーカードによる保険証確認や現在は利用していませんが電子処方箋や2030年にひょっとして義務化されるかもし

れない電子カルテ等を使いこなせるかどうか非常に不安に思います。2030年は75歳ですので、引退するきっかけになるかとも思う事もあります。もちろん身体が元気でないと外来診療も継続できないのですが、最近は趣味で行っているランニングも走行距離が減って来ました。昨年12月の青島太平洋マラソンは制限時間3分前でのギリギリ完歩のゴールでした。完走後は足がつりまくって大変でした。年齢を重ねるとやはり体力の低下は避けられません。年中心事の一環として今年も一応エントリーはしています。少しでも身体のお手入れをと考えて整体にも通い始めています。そろそろマラソンにも終止符を打つときが近づいているようです。

明るい話題がひとつあります。私の娘が8月に結婚式を予定しています。親として正直ほっとしています。今後も何だかの体力維持のための運動を継続して、マイペースで外来診療を行っていこうと思います。

これからも宮崎県内科医会誌を宜しくお願い致します。

フェンシング

名越 敏郎

2024年パリオリンピックで日本のフェンシングチームは個人、団体合わせて金メダル2個、銀メダル1個、銅メダル2個の合計5個のメダルを獲得、フェンシングの国別メダルランキングでも1位となった。その様子は深夜ではあったがライブ中継で連日放送された。会場は1900年にパリ万博のために建造されたグラン・パレで、フランスの歴史的建造物の会場に日の丸が連日掲揚されるとは、昔からすると私にとって考えられない出来事であった。

その昔、40年前の大学時代、医学部のフェンシング愛好会に所属していた。きっかけは同級生から先輩が行う医学部の実習に見学に来ないかと誘われたことであった。その先輩はフェンシングOBで、実習の後フェンシングの練習場に連れて行かれ、そのまま入部してしまった。フェンシングはみんなが初心者、講義ノートも先輩から借りられる、ユニホームが格好いいので「モテるよ!」などの甘い言葉につられての入部であった。当時数名しか部員がいなかった中、同学年で4名も入部したこととなり、先輩方の喜び様は相当なものでOBドクターが新入生歓迎会を夜な夜な開催していただいた。ただ弱小クラブであることは変わりなく、また医学部にフェンシング部があるのは他には岩手医科大学のみで、実現し

なかったがその大学と試合をすれば全医体決勝戦と言われていた。活動費もあまりなく、練習場は地下倉庫、剣やマスクも数個のみ、試合用のピスト（床に敷く断電板）や電気審判器（剣が相手に当たったら赤や緑のランプが付く器械）も無かった。ひよんなきっかけで入部したものの結構真面目に練習には参加し、日曜日には審判器がある市民体育館に向いて練習試合を市民クラブチーム相手に行っていた。電気審判器がどうしても部独自でほしくなり、大学3年生の夏休みをすべて潰し部員で分担して医学部微生物学教授の講義内容を製本化するアルバイトを行うことで購入することが出来た。顧問の教授からの請負であったが今思えば貧乏クラブへの精一杯の思いやりであったのであろう。

20名近くまで増加した部員だったがその後は減少し、2008年北京オリンピックで太田選手が銀メダルを獲得しフェンシングがメジャーになる前に部員不足を理由に廃部となってしまった。今の日本人選手の活躍を見ると、先見の明があったものの、早すぎたのであろうか？

久しぶりに聞いたフランス語の審判のかけ声、一度も使用しなかった卒業祝いにもらったサールの剣を眺めながら、懐かしく当時を思い出した夏の夜であった。

宮崎県内科医会誌 第100号に寄せて

佐々木 隆

宮崎県内科医会誌第100号の発刊、誠におめでとうございます。医師会の担当者に伺ったところ宮崎県内科医会誌は1962年8月に発足し、会誌は創刊号が1970年10月に発刊されたとのこと。先達の先生方が半世紀以上にわたって脈々と続けて来られた歴史の重さをひしひしと感じております。

私は2008年10月に発刊された第74号から前任の長友安弘先生から編集委員を引き継ぎ、約4分の1の発刊に携わってまいりました。この間編集後記を計4回担当させて頂き、1回目は2009年の第75号、2回目は2013年の第83号、3回目は2016年の第90号、4回目は2020年の第96号でした。文頭、文末を見返すと75号では第2回ワールド・ベースボール・クラシック（WBC）での侍ジャパンのV2と総選挙（この年は政権交代がありました）の件、83号では第3回WBCでV3を逃したことと再政権交代、アベノミクスの件、90号では地震、台風の自然災害（熊本地震、鳥取県中部地震があり、台風16号では宮崎県内も多数の被害がありました）とマイコプラズマ肺炎の流行の件、96号ではCOVID-19の件について触れており、時の流れの速さに驚くばかりです。昨年は第5回WBCでV3を果たし、今年は大谷選手が前人未到の54-59の偉業を成し遂げ、再々政権交代の機運が高まっており（日本人の民族性のためか最近は

機運が下がりつつありますが…）、8月には日向灘地震と台風10号のため宮崎県内のあちこちで被害がありました。私も2005年の台風14号の際に水害に遭ったため他人事ではなく、被害に遭われた方々には心よりお見舞い申し上げますと共に一日も早い復興をお祈りいたします。2019年末に中国で発生したCOVID-19がここまで長期化するとは予想だにしませんでしたが、ようやく以前の生活を取り戻しつつあります。COVID-19は現時点において第11波が収束に向かいつつありますが、今までに当院で2,200例を超える患者さんを診療し、計8,306回のワクチン接種を行いました。私の無茶な要求に不満も言わず付いて来てくれた当院スタッフの皆さんに心から感謝しております。

さて、私個人としては一昨年で4人の子供たちも無事に成人し、来年に還暦を控えております。親としての役割はそろそろ終わりを迎えようとしておりますが、診療所は開院18年目とようやく成人の仲間入りをしたばかりです。微力ではありますが、人間としての役割をもう少しだけ頑張ろうかと考えております。

2018年度からは苦渋の判断により発刊が年2回から1回に減ってしまい寂しくなりましたが、内科医会誌への投稿を今後とも宜しくお願い致します。末尾ながら、宮崎県内科医会の益々のご発展、会員の先生方のご健勝を心から祈念しております。

振り返ってみて

下窪 徹

医師になったのが平成元年なので、令和6年現在で36年目となります。還暦も迎えましたので、内科医の立場で少し振り返ってみたいと思います。

研修医の頃はC型肝炎ウイルスが同定されたばかりでしたし、AIDSの治療法もなかったと思います。携帯電話も普及していなかったので、病院からの連絡は基本的にはポケベルであり、ポケベルが鳴ったら公衆電話を探し回ったものでした。周囲の医師にも専門医を取得したいという思いはほとんどなく、まだ学位（博士号）取得のほう为重視されていたと思います。

日本における内科学の進歩はここ36年間で目覚ましい変化を遂げてきました。この期間には、医学の基盤となる科学的知見の向上、診断技術や治療法の進展、患者ケアのアプローチの変化など、多岐にわたる領域での進歩が見られました。CTやMRIの普及で診断の精度は格段に向上し、高血圧、心不全、糖尿病等の薬物療法は全く別のものになりました。以前は心不全にβ遮断薬は禁忌でした。患者中心の医療が重要視されるようになり、インフォームド・コ

ンセントの重要性が強調され、患者が自らの治療に積極的に参加することが奨励されるようになりました。DNAR、ACPの考え方も浸透してきたように思います。また電子カルテの導入は患者情報の管理と共有を容易にし、医療の効率性を向上させました。日常生活においても職場においても、スマートフォンの存在は当たり前となりました。連絡手段・検索手段としては当然のことですが、各種の情報発信に活用されるようになり、ウェブでの講演会や会議も行われるようになりました。また、日常診療に医療計算アプリは欠かせません。クレアチニンクリアランスやFENAなどの計算に重宝しています。

2000年に訳書が出版されたスペンサー・ジョンソン著『チーズはどこへ消えた?』は私に大きな影響を与えました。時代の流れを敏感に察知して自分自身が変わっていくことは当たり前のことなのだと思いますようになりました。これから先、AIが臨床にフルに活用されるようになるでしょう。各種制度等が変化してもしなやかに対応できるよう心がけ、昔は良かったと老害をばら撒かないよう注意しながら、もう少しばかり頑張ってみようと思います。

高齢者診療に思うこと。

日高 恵子

このたび新しく編集委員に加わりました。会誌の編集に、これまで多くの先生方の努力があったことを初めて目の当たりにしました。記念すべき100号の編集に関わることを誇りに思います。

日々高齢の患者さんを診察することが多く、注意すべきことがあると感じています。これまでの診療を振り返り、書き留めておきたいことがいくつかあります。

70代後半の男性が喘息発作を起こしていました。処置を施し症状が改善しました。「もし明日も息が苦しかったら、来院してください」と説明して帰宅させました。翌日その患者さんが来院されました。「今日も息が苦しかったのですか」と尋ねると、「苦しくはない。来なさいと言われたから来ました」と答えました。私の説明の後半部分だけが頭に残っていたようです。

80代の男性の患者さんが発熱し、コロナールを処方しました。「続けて内服する場合には、4時間以上あけて内服してください」と説明しました。翌日患者さんが来院され、「昨日は眠れなかった」と言われました。熱が出て辛かったのかと思いきや、コロナールの内服後、熱は下がっていたようです。「4時間おきに薬を飲むのが大変だった」と言われました。やはり説明の後半部分が残っていたようです。この2つの件から、仮定法での伝達は高齢者には伝わりにくいものだとつくづく思いました。

家庭血圧を測るよう、血圧手帳を渡しています。皆さん結構真面目に測って記入してこられます。ある80代男性の血圧手帳を見て不自然さを感じました。同じ数字の繰り返しになっていたのです。患者さんに尋ねると「3パターンしかなかった」と言われました。血圧の測り方を尋ねると「なかなか測れなかったから、ボタンを何度も押して出てきた数字を手帳に記入した」と。どうやら過去3回分の測定履歴を繰り返し記入していたようです。高齢者の家庭血圧はあてにならないことがあると念頭に置く必要がありそうです。

ある80代女性の患者さんが意識障害で運ばれ入院したことがありました。意識障害の原因は低血糖でした。その方には糖尿病はなく、糖尿病薬は処方していませんでした。入院先ではインスリンノーマが疑われ精査を受け、インスリンノーマは否定されました。入院中には低血糖は見られず、低血糖の原因は不明ということで退院となりました。退院後、自宅での生活状況の詳細を確認したところ、処方された下剤等の薬剤を自分でシートから出して瓶詰めになっていたそうです。その患者さんの夫には糖尿病があり、他院で経口血糖降下剤を処方されていました。その夫婦の薬の管理は妻の方が行っていたのです。証明はできていませんが、その瓶の中に下剤と一緒に糖尿病薬が入っていたのではないかと考えています。

診療には想像力を働かせつつ、シンプルに行うことが必要であると肝に銘じています。

原稿募集

次の原稿締切は令和7年8月末の予定です。

下記により原稿を募集致します。

記

- 1 原著，学会発表抄録，経験症例等
400字詰原稿用紙12枚以内
(図表を含む)
- 2 随筆，意見，所感等タイトルを含めて
400字詰原稿用紙4枚以内
- 3 ひとこと
タイトルを含めて200字以内
- 4 各都市内科医会だより
(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
お寄せ下さい。
- 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。著者をお願いして誌上で回答
致します。

カラー写真については，投稿された
先生方の写真をまとめて掲載させて
いただきます。

編集委員

宮永 省三 木佐貫博人 名越 敏郎
佐々木 隆 下窪 徹 日高 恵子

編集後記

昭和45年に第1号が発行された本会誌も今回で第100号となりました。

記念すべき第100号の巻頭は石内副会長に飾っていただきました。最近の出来事や診療上の苦労を一読で振り返ることができます。「教授ご紹介」では，新しく就任された3人の教授に投稿していただきました。宮崎大学医学部も着実に進化していることがうかがえます。それぞれこれからの研究・教育・診療に期待が持てる内容です。「特集」では，中里雅光先生に肥満症治療薬について詳しく解説していただきました。患者さんに対して治療が必要かどうか，必要であればどう対応するのが良いのかよく考えたいと思います。「会員投稿論文」，「Postgraduate Education」は，保険診療における注意点，心アミロイドーシス，成人肺炎診療ガイドラインについてです。どれも早速診療に役立つ内容だと思います。「他科からの提言」は，泌尿器科領域におけるロボット支援手術についてです。一般内科医にとっては体験することのできない夢のような別世界を覗くことができます。「入会の挨拶」，「開業のお知らせ」にも投稿していただきました。新しく加わった先生にも是非県内科医会を盛り立てていただきたいと思います。「理事からひとこと」，「各種報告」，「各都市だより」を読みますと，COVID-19治療薬，関連ワクチンに対する考え方の変化，診療報酬改定への対応の苦勞が感じ取れます。

今回，100号企画として，歴代会長より会長時代の思い出を執筆していただきました。4名の先生，それぞれの時代で苦心されていたことがよくわかります。これから進むべき道も見えてきます。また，編集委員からの寄稿もあります。知っているつもりで知らない面がたくさんあり，普段の診療状況の一部もわかります。自分が患者として受診しない限り，他の医療機関がどうなっているのか意外とわからないものです。

最近は，各種媒体を通していろいろな情報を入手することができます。そのような中で本会誌の存在意義が問われた場合，答えのひとつは，身近な存在の方が執筆した地域に根ざした内容であり親近感が持てるということではないでしょうか。最近では年1回の発行ですが，末長く継続できますようご協力よろしくお願い申し上げます。

(下窪 徹)

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: k-yuge-staff@miyazaki.med.or.jp

発行人 比嘉利信

編集人 宮永省三

印刷所 (有)中川印刷

広 告 協 賛 一 覧 (順不同)

ア ス テ ラ ス 製 薬 (株) 塩 野 義 製 薬 (株)

ヴ ィ ア ト リ ス 製 薬 (株) 住 友 フ ァ ー マ (株)

エ ー ザ イ (株) 第 一 三 共 (株)

M S D (株) 田 辺 三 菱 製 薬 (株)

小 野 薬 品 工 業 (株) (株) ツ ム ラ

キ ッ セ イ 薬 品 工 業 (株) 日 本 光 電 工 業 (株)

協 和 キ リ ン (株) フ ァ イ ザ ー (株)

ギ リ ア ド ・ サ イ エ ン シ ズ (株) 宮 崎 県 医 師 協 同 組 合

グ ラ ク ソ ・ ス ミ ス ク ラ イ ン (株)

以上17社でした。ご協力ありがとうございました。

GSK



3成分配合 喘息・COPD治療剤 薬価基準収載

処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

テリルジー 100エリプタ
14・30吸入用

TRELEGY ELLIPTA

フルチカゾンフランカルボン酸エステル・
ウメクリジニウム臭化物・ビランテロール
トリフェニル酢酸塩ドライパウダーインヘラー



3成分配合 喘息治療剤

薬価基準収載

処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

テリルジー 200エリプタ
14・30吸入用

TRELEGY ELLIPTA

フルチカゾンフランカルボン酸エステル・
ウメクリジニウム臭化物・ビランテロール
トリフェニル酢酸塩ドライパウダーインヘラー

※「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」
等については電子添文をご参照ください。

専用アプリ「添文ナビ」で
GSIバーコードを読み取ることで、
最新の電子添文等を閲覧できます。



(01)14987246783023
(テリルジー100エリプタ14・30吸入用、
テリルジー200エリプタ14・30吸入用)

製造販売元

グラクソ・スミスクライン株式会社

〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文献請求先及び問い合わせ先

TEL: 0120-561-007(9:00~17:45/土日祝日及び当社休業日を除く)

FAX: 0120-561-047(24時間受付)

PM-JP-FVU-ADVT-210001

改訂年月2023年9月(MK)

まだないくすりを 創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。



アステラス製薬株式会社

www.astellas.com/jp/

処方箋医薬品^(※)

クロライドチャンネルアクチベーター

薬価基準収載

アミティーザ[®]カプセル

ルビプロストンカプセル

Amitiza[®] Capsules

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「2. 禁忌」、「4. 効能又は効果」、「5. 効能又は効果に関連する注意」、「6. 用法及び用量」、「7. 用法及び用量に関連する注意」等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元 ヴィアトリス製薬合同会社

東京都港区麻布台一丁目3番1号

〔文献請求及びお問い合わせ先〕メディカルインフォメーション部

フリーダイヤル 0120-419-043



AMT72N014
2024年7月作成



like
human health care

患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていきたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病駆逐活動を支援しています。

INVENTING FOR LIFE

人々の生命を救い
人生を健やかにするために、挑みつづける。



MSD製薬

INVENTING FOR LIFE

MSD株式会社 www.msd.co.jp 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア

届けたいのは、
夢、希望、
いつもの日々。



誰もが病と隣り合わせで生きている。
もしものときも、
変わらない日常がつづくように。
新薬で、すこやかな未来を届けたい。
独創的なアプローチで、
私たちは挑戦をつづけます。

Only Ono

小野にしかできない挑戦がある。

ONO 小野薬品工業株式会社

脳下垂体ホルモン剤

Mミニリンメルト[®]OD錠 50 μ g
25 μ g

MinirinMelt デスモプレシン酢酸塩水和物口腔内崩壊錠 創薬・処方適区薬品^{※1}
※1 日本、米国FDA承認薬。日本国内で初めて承認された。

製造販売元(輸入)

FERRING
PHARMACEUTICALS

フェリング・ファーマ株式会社

〒105-0001 東京都港区虎ノ門二丁目10番4号

(文献請求先) くすり相談室

フリーダイヤル：0120-093-168

●本剤の効能又は効果、用法及び用量、警告・
禁忌を含む注意事項等情報等については
電子添文をご参照ください。

販売元



キッセイ薬品工業株式会社

松本市芳野19番48号

文献請求先および問い合わせ先

(文献請求先) くすり相談センター

東京都文京区小石川3丁目1番3号 TEL 0120-007-622

(販売情報提供活動問い合わせ先) 0120-115-737

JP-MNM-2400050

MM007-01

2024年3月作成

ミニリンメルト[®]はフェリング・ファーマB.V.の登録商標です

©2024 Ferring Pharmaceuticals Co., Ltd.

協和キリン株式会社

たった一度のいのちと歩く。

私たちの志
 ここにある書翰と幸福。

たった一度の、いのちと歩く。

KYOWA KIRIN

私たちの志

検索

2019年7月作成

抗ウイルス化学療法剤

ベムリディ錠 25mg

VEMLIDY® Tablets (テノホビルアファナミドフル酸塩錠)

【特許】 処方箋医薬品：注意：医師等の処方箋により使用すること

抗ウイルス剤

エプクルーサ 配合錠

EPCLUSA® Combination Tablets
(ソホスビル／ヘレパタシル配合剤)

処方箋医薬品：注意：医師等の処方箋により使用すること

※「効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報」等につきましては電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元
ギリアド・サイエンシズ株式会社
〒100-6616 東京都千代田区丸の内1-2-2 グラントウキョウサウスタワー 16階
<http://www.gilead.co.jp/>

文献請求先及び問い合わせ先
メディカルサポートセンター
フリーダイヤル：0120-506-295 9:00-17:30(土日祝日を除く)

EPC23MC0436AD
2023年4月作成



あしたの感染症と、 たたかっている。

感染症がこの世からなくなることはない。
パンデミックも、きっとまた起こる。
だからこそ、SHIONOGIは逃げずに向き合い続けます。
その時私たちの創るワクチンが、治療薬が、
強く、強く、ひとつでも多くのいのちを守れるように。

薬ができることの、その先へ。



2022.7.B52

Sumitomo Pharma



糖尿病用剤

薬価基準収載

処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

ツイミーグ錠 500mg
TWYMEEG Tablets イメグリミン塩酸塩錠

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等につきましては、
電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先）

住友ファーマ株式会社

〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8

〈製品に関するお問い合わせ先〉

くすり情報センター

TEL 0120-034-389

受付時間／月～金 9:00～17:30（祝・祭日を除く）

<https://sumitomo-pharma.jp/>

2024年2月作成



世界中の人々の
健康で豊かな生活に貢献する

イノベーションに情熱を。ひとに思いやりを。



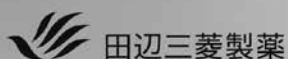
第一三共株式会社

選択肢をつくる。 希望をつくる。

なんでも選べるこの時代に、
まだ選択肢が足りない世界があります。
そこでは、たったひとつの選択肢が生まれることが、
たくさんの希望につながります。
だから、田辺三菱製薬はつくります。

病と向き合うすべての人に、希望ある選択肢を。

この国でいちばん長く培ってきた
薬づくりの力を生かして、
さまざまな分野で、挑みつけていきます。
そこに待っている人がいるかぎり。



田辺三菱製薬

<https://www.mt-pharma.co.jp/>





生薬には、
個性がある。

漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。



株式会社ツムラ <https://www.tsumura.co.jp/> 資料請求・お問合せは、お客様相談窓口まで。

医療関係者の皆様 tel.0120-329-970 患者様・一般のお客様 tel.0120-329-930 受付時間 9:00~17:30(土・日・祝日は除く)

2021年4月制作 (審)

NIHON KOHDEN

AED-3250



ガイドライン
2020
対応



AED-3250は
耳が不自由な方にも
お使いやすいだけです。

日本語 English
BILINGUAL

made
in
Japan

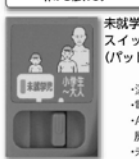
自動体外式除細動器 AED-3200シリーズ

オートショックAED

～救助者の心理的負担の軽減を目指して～

- 電気ショックが必要な際は、装置が自動で電気ショックを行うため、ショックボタンはありません(通電することをお知らせする表示のみ)。操作を減らすことで、救助者の心理的負担の軽減をサポートします。
- 3.5型カラー画面+音声ガイドで操作をサポート。
- 電気ショック実行時には、「3、2、1」のカウントダウンを画面と音声でお知らせ。傷病者の体から離れることを周知します。

販売名：自動体外式除細動器 AED-3200シリーズ
商品コード：AED-3250
医療機器承認番号：30400BZX00003000
クラス分類：高度管理医療機器、特定保守管理医療機器



音声ガイドの聞き取りにくい
環境や耳の不自由な方の操作
をサポート

未就学児/小学生～大人モード切換
スイッチでさまざまな年代に対応
(パッドは共通)

- ・添付文書を必ずお読みください。
- ・電極パッドは使い捨てです。再使用できません。
- ・AEDに不測の事態が発生した時及び誤動作時(高度管理医療機器等販売の許可業者に取る)。
- ・廃棄時には、日本光電またはAEDを購入された販売店にご連絡ください。
- ・未就学児(小学校に上がる前の子ども)には未就学児モードへ切り換えて使用してください。

AED設置管理タグを
よく見える所に！



忘れないで日常点検！

AEDは救命処置のための医療機器です。AEDを設置したら管理者も設置、いつでも使用できるように、AEDのインジケータや消耗品の有効期限などを日頃から点検する事が重要です。
製造販売業者または販売業者が、設置者の保守管理の手間を軽減する独自のサービスをご用意しております。お客様のご都合に合わせて、これらを利用して、いつでもAEDが使える状態にしておいてください。



AEDのお求めは日本光電へ

(製造販売)

日本光電工業株式会社
九州支店 宮崎営業所
宮崎市清武町大字加納甲1862-1
〒889-1605 ☎050(3822)5467

※カタログをご希望の方は当社までご請求ください。

★AED保守受付センター ☎0120-233-821

★AED専用ホームページ <https://www.aed-life.com/>



注意一特例承認医薬品

抗ウイルス剤

パキロビッド® パック 600/300

Paxlovid® PACK

創薬、処方箋医薬品^注

ニルマトレルビル錠/リトナビル錠

注) 注意一医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、
「禁忌を含むその他の注意」等に
ついては、電子添文をご参照ください。

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先：
製品情報センター 学術情報ダイヤル 0120-664-467
<https://pfizerpro.jp/> にも製品関連情報を掲載

販売情報提供活動に関するご意見：
0120-407-947
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

PAX72N007B
2023年8月作成

宮崎県医師協同組合は、

2025年、創立40周年を迎えます。これからも相互扶助の精神に基づき、県医師会・郡市医師会と連携し、主に医業・保険・くらしのサポートを提供しながら、組合員先生方の経済的地位の向上と医業経営の支援に取り組めます。

事業内容

購買事業



医療機器、医療用消耗品、
医学書・書籍などの
販売・斡旋
(医師協割引適用)

カード事業



宮崎県内の
医療従事者だけが
取得できる優遇カード
(当組合メディカルカード)の提供

斡旋事業



マンション住宅、
車両などの斡旋
(医師協割引適用)

保険事業



団体割引を適用した
医師賠償責任保険、所得補償保険、
傷害保険、自動車保険、
火災保険などの提供

教育情報事業



医業経営支援(事業承継などを含む)事業、
無料ドクターバンク事業を展開



各種お申し込み・お問い合わせ先

宮崎県医師協同組合

〒880-0023
宮崎市和知川原1丁目101
宮崎県医師会館1F

TEL 0985-23-9100

平日 9:00~17:30

FAX 0985-23-9179

Mail isiky@miyazaki.med.or.jp



当組合ホームページを
ご覧ください



宮崎県内科医会HPをご利用ください！

■ 研修会の申込みがHP上で可能です。

- ・ 日本臨床内科医会 かかりつけ医のためのWeb講座
- ・ 宮崎県内科医会学術講演会（メーカー共催の講演会含む）

■ 過去の会誌の閲覧が可能です。

平成10（1998）年の会誌第54号から最新号までHPに掲載しております。

宮崎県内科医会HPはこちらから！ →



ML（メーリングリスト）へぜひご登録ください！

宮崎県内科医会ではメーリングリストを運用しております。研修会の開催日が近づいてきたらメーリングリストにてお知らせしております。メーリングリストへの登録でお申込み忘れを防ぐことができます。

ご登録を希望される先生は事務局までお電話またはEmailにてご連絡ください。

宮崎県内科医会事務局

TEL 0985-22-5118

Email k-yuge-staff@miyazaki.med.or.jp