

会 誌

特 集

インスリン製剤の発展と今後の展望

抗アミロイド β 抗体薬がもたらすアルツハイマー病治療の変革と今後の展開



第 101 号
2025年10月



MIYAZAKI PHYSICIANS ASSOCIATION

宮崎県内科医会

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

目 次

【巻 頭 言】

戦後80年間と2025年問題	野邊 俊文	1
----------------------	-------	---

【教授ご紹介】

ご 挨拶	平野 羊嗣	2
ご 挨拶	亀井 直輔	3
ご 挨拶	中井 陸運	4

【特 集】

インスリン製剤の発展と今後の展望	上平 雄大, 上野 浩晶	5
抗アミロイドβ抗体薬がもたらす アルツハイマー病治療の変革と今後の展開	中里 祐毅, 塩見 一剛	11

【会員投稿論文】

保険診療における注意点 肝疾患領域について	永田 賢治	17
肺結核症－最近の動向について－	松元 信弘	22

【Postgraduate Education】

2025年改訂版心不全診療ガイドラインについて (日本循環器学会/日本心不全学会合同)	柴田 剛徳	26
骨髄増殖性腫瘍について	山下 清	33

【他科からの提言】

顔面神経麻痺について	鍋倉 隆	37
------------------	------	----

【随 筆】

HOME TO SUMMIT あの頂へ	上田 集宣	42
---------------------------	-------	----

【入会の挨拶】

入会の挨拶	日高 智徳	44
-------------	-------	----

【開業のお知らせ】

開業のお知らせ	戸井田玲子	45
---------------	-------	----

【理事からひとこと】

診 察	金丸 吉昌	46
最近、驚いたこと（今更ですが）	松元 信弘	47

【写真・絵画】

モミジのカーテン	玉置 昇	48
阿波岐原森林公園「市民の森」の御池	玉置 昇	48
雲が垂れ込める朝	玉置 昇	49
えの木てい（横浜市山手町）	田中 宏幸	49
プールサイドA・B	楠元 正輝	50

【短歌・俳句】

狂歌「医療狂歌」	山村 善教	51
短歌「はじめての還暦」	長嶺 元久	51
詩「新宿駅にて」	大西 雄二	52

【報 告】

日本臨床内科医会第71回代議員会	玉置 昇	54
第37回日本臨床内科医会医学会	玉置 昇	66
令和6年度日本臨床内科医会九州ブロック会議	野邊 俊文	68
第59回九州各県内科医会連絡協議会	石内 裕人	72
第41回九州各県内科審査委員懇話会報告	石川 正	75
令和6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72回代議員会及び 第42回日本臨床内科医会総合学術集会	光川 知宏	93
令和6年度宮崎県内科医会事業報告	事務局	95
令和6年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書	事務局	100
令和7年度宮崎県内科医会事業計画	事務局	102
令和7年度宮崎県内科医会歳入歳出予算	事務局	102
宮崎県内科医会総会並びに学術講演会	事務局	104

【各都市だより】

宮崎市内科医会だより	光川 知宏	105
都城市北諸県内科医会だより	野邊 俊文	106
延岡市内科医会だより	木谷 道隆	107
日向市東臼杵郡内科医会だより	今給黎 承	108
児湯内科医会だより	山中 聡	109
西都市西児湯内科医会だより	富田 雄二	110
南那珂内科医会だより	河野 清秀	110
西諸内科医会だより	横 信一朗	111
西臼杵郡内科医会だより	佐藤元二郎	111

【編集後記】	佐々木 隆	112
--------------	-------	-----

【表 紙】阿波岐原森林公園「市民の森」の御池	玉置 昇	
------------------------------	------	--

〔 巻 頭 言 〕

戦後80年間と2025年問題

宮崎県内科医会 副会長

野 邊 俊 文

戦後80年間のさまざまな医療制度を振り返ってみると、私が小学校に入学する前の

- ・昭和36年に国民皆保険・皆年金制度が始まった。
- ・昭和48年は「福祉元年」と呼ばれ、老人医療費の無料化

（現在は医療費の1割を自己負担）と高額療養費制度の設立。

それまで続いていた高度経済成長期もオイルショックを契機に終焉を向かえ、バブル崩壊の足音が聞こえはじめた。平成3年になると社会は一挙に低迷期に入る。と同時にすでに始まっていた少子高齢化社会の医療対策として

- ・平成12年介護保険制度の設立。
- ・平成20年に後期高齢者医療制度を設立し、
- ・平成26年には「2025年問題」に向けての医療介護総合確保推進法が設立、施行されてきました。

時代の流れと共に日本の医療制度は変遷し、現在は世界トップクラスの医療国（世界一の長寿国、若年死亡率の低下）となりました。

私は後半の40年間で地域医療に携わることができました。苦労の日が多かったがここまで自分の健康と家族を守りながら、大きなケガ無くやってこれた事に安堵しております。

本日（8月31日）の宮崎日日新聞のトップページに「介護保険持続危機感97%、人手不足、給付費膨張」とあります。

いよいよ来たか！「2025年問題」

団塊の世代（昭和22年～24年生まれ）と呼ばれる人たち、約800万人が全員後期高齢者に突入した事で日本国民の5人に1人が後期高齢者となった。医療費、介護費、福祉費、つまり社会保障費全体が増額し、社会のあちこちに大きな影響を及ぼすと言われています。どうしても避けては通れない問題です。前述した通り「2025年問題」の対策として医療介護総合確保推進法が設立されており、地域の包括ケアシステムの構築で、高齢者の医療及び介護確保が推進されるようになりました。しかしながら、医療・介護サービスのニーズは高まる一方で、地方においては医療従事者の人手不足に歯止めがとまりません。

超高齢社会ではいかに病気にならないか、病気になっても重症化させないためにいかに患者さんを管理していくかが我々に与えられた使命のようです。

切実な人手不足の解決には、在宅診療やオンライン診療を含めた「かかりつけ医機能」を、電子カルテとICTを活用した医療DX化を推進するよう迫られています。

長引いた新型コロナウイルス感染症の大流行で病院・診療所は経営が悪化し、開業医師の高齢化で電子カルテの購入（2023年一般診療所の普及率55%）に躊躇されている方が多いと聞いてます。私もその一人です。

「2025年問題」を乗りきる対策は、熟練の医療従事者が高齢者のピークアウトする2040年まで働き続け、5年以内に安価で使い易い標準型電子カルテを国からの補助で一般診療所に広く普及させる事ではないでしょうか。

〔 教授ご紹介 〕



ご 挨拶

宮崎大学医学部 臨床神経科学講座 精神医学分野

教授 平 野 羊 嗣

2024年12月1日付で、宮崎大学医学部 臨床神経科学講座 精神医学分野の第4代教授を拝命いたしました平野羊嗣と申します。この場をお借りしてご挨拶申し上げます。

私は父の仕事の関係で、徳島、米国、千葉、長崎、熊本、山口と各地を転々とした後、1994年に宮崎医科大学に第21期生として入学し、自然豊かな宮崎の地で充実した6年間を過ごしました。幼少時より人の情動や行動様式に関心があり、自然と精神医学を志すようになりました。6年次には、当時の精神科教授であられた三山吉夫先生のご指導を受け、九州大学精神科に入局いたしました。

九州大学精神科では、精神科救急、リエゾン、児童精神、てんかん関連精神障害、認知症など幅広い領域で臨床経験を積み、大学院では統合失調症や気分障害に関する臨床生理学的研究（脳波・脳磁図・脳画像）に専心いたしました。学位取得後はこちらをいただき、ハーバード大学に3年間留学して、研究員そして講師として、さらなる研鑽を積みしました。帰国後は九州大学病院にて、研究指導に加え、指導医チーフや病棟医長として臨床教育や病棟運営に従事いたしました。そして2022年12月、前任の石田康先生からお声がけをいただき、三山先生との約束を果たす形で22年ぶりに母校へ戻って参りました。

私の使命は、①宮崎県における精神科医療の充実と連携、②患者さんに還元する研究、③優れた精神科医および指導者の育成、の三本柱です。臨床面では、リエゾン活動を通じた身体科との協働、県内精神科ネットワークの構築と維持、自殺対策、周産期・児童精神対策、認知症対策、児童精神科医と公認心

理師の不足、さらには精神科医の偏在是正など、地域が抱える課題の一つひとつ丁寧に取り組む所存です。

研究においては、私の一貫したテーマである「精神現象の視覚化」を推進しております。技術革新により、刻々と変化する精神症状や現象を脳波や脳磁図によって捉え、患者さんへ即時にフィードバックすることが可能となりつつあります。現在、宮崎大学精神科が中心となり、全国的な体制で実臨床に応用可能なバイオマーカーの開発と検証に取り組んでおります。今後も宮崎から世界へ発信できる研究を進めてまいります。

教育面では、若手育成に力を注いでおります。今年度からは、学生が早期に精神疾患に触れられるよう、参加型・双方向型の教育プログラムに刷新いたしました。最新の統計では（認知症を除く）精神疾患の生涯有病率が50%を超えることが報告されています。すなわち、どの診療科を志すにせよ、精神疾患への対応力が求められる時代です。学生や研修医には実臨床に即した知識と技能を身につけてもらい、その過程で精神科を志す人材が自然と増えることを期待しております。

また、多様な精神疾患に対応するには、精神科医自身の多様性も重要です。教室創設以来の自由闊達な気風と多様性を尊重しつつ、臨床・研究・教育・地域連携のいずれにも尽力してまいります。これらはすべて、宮崎県内科医会の先生方をはじめ、多くの皆様のご支援なくしては成し得ないものです。今後ともご指導ご鞭撻を賜りますよう、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 感覚運動医学講座 整形外科学分野
教授 亀 井 直 輔

2024年10月1日付で、宮崎大学医学部整形外科学分野の教授を拝命いたしました亀井直輔と申します。宮崎県内科医会の先生方におかれましては、平素より地域医療の最前線でご尽力されておりますことに、深く敬意を表しますとともに、日頃より本学ならびに整形外科学講座へのご理解とご支援を賜り、心より御礼申し上げます。

私は大分県別府市に生まれ育ち、広島大学医学部を卒業後、同大学整形外科に入局致しました。専門は脊椎脊髄外科で、頸椎症性脊髄症や腰部脊柱管狭窄症などの一般的な疾患から脊髄腫瘍や脊柱変形まで、地域の最後の砦として多岐にわたる脊椎脊髄疾患の診療を行ってまいりました。また、研究では再生医療、とりわけ脊髄や関節軟骨の再生に取り組み、実用化を目指したスタートアップ企業の設立や医師主導治験など、多くの挑戦の機会を得ることができました。

このたび、初代・木村千仞教授、二代目・田島直也教授、三代目・帖佐悦男教授のご功績を受け継ぎ、第四代教授として整形外科学講座の運営を担うこととなりました。就任にあたり、私は「楽しく働く」というスローガンを掲げ、教室運営をスタート致しました。これは、論語の「これを知る者はこれを好む者に如かず。これを好む者はこれを楽しむ者に如かず」という教えに基づくものです。日々の仕事において、どうすれば前向きに楽しく取り組めるかを常に考え、チャレンジすることでモチベーションを高め、最終的には仕事を通じた充実感や幸福感へとつながってほしい—そんな思いを、このスローガンに込めています。

現在、宮崎大学整形外科では、スポーツ医学を中心に、地域との連携を生かした診療・

研究活動を展開しています。宮崎県は、プロスポーツチームは少ないものの、プロ野球やJリーグなど多くのスポーツチームがキャンプを実施する「スポーツキャンプ王国」です。私たちは野球・サッカー・ラグビーなどの日本代表チームへの帯同や、国民スポーツ大会、インターハイといった全国規模の大会に対して医療支援を行っており、これらは本県のスポーツ振興への貢献でもあります。また、宮崎大学医学部スポーツメディカルセンターが設立され、九州初のハイパフォーマンススポーツセンター連携機関に認定されました。今後も行政や関係機関との連携を深め、宮崎大学が全国有数のスポーツ医学の拠点となることを目指してまいります。

さらに、若手医師の育成にも力を注いでおり、「Early exposure（早期体験）」の推進によって、若いうちから多くの臨床経験を積む環境づくりを行い、雑談のように相談する「ザッソウ」を推進し、気軽に活発なコミュニケーションができる雰囲気醸成にも取り組んでいます。

宮崎大学整形外科は、地域に根ざした高度医療を担うとともに、アカデミアとしての役割を果たすべく、研究の推進と情報発信にも尽力してまいります。整形外科領域の診療は、内科系疾患との境界で連携を要することも多くありません。例えば、骨粗鬆症に関連した骨脆弱性骨折、糖尿病や関節リウマチに関連する整形外科の合併症など、内科の先生方との連携が極めて重要です。今後とも、宮崎の医療の発展のため、内科医の先生方と密に連携しながら取り組んでまいりますので、ご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

〔 教授ご紹介 〕



ご 挨拶

宮崎大学医学部 社会医学講座 データマネジメント分野

教授 中 井 陸 運

宮崎県内科医会の皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

このたび、2025年3月に宮崎大学医学部社会医学講座データマネジメント分野の教授を拝命いたしました、中井陸運と申します。ご挨拶の機会を賜りましたこと、衷心御礼申し上げます。

私は大阪府箕面市出身で、17歳まで大阪で育ちました。その後渡米し、大学・大学院を修了いたしました。専門は医療統計学です。留学当時はまだインターネットも電話回線を利用していた時代で、日本への国際電話はスーパー等で購入したコーリングカード（calling card）で5ドル20分といったものでした。当時の統計学は今ほど広く認知されておらず、パソコンの性能も限られ、統計ソフトも普及していなかったため、解析環境は現在ほど整っていませんでした。英語力が乏しかった一年目には、体育や数学など比較的语言に依存しない授業を多く履修し、その流れで数学を専攻することになりました。当時の数学担当教員が統計学を専門としており、そのご縁で大学院でもご指導いただくこととなりました。

大学院修了後は九州大学に着任し、その後、ご縁があり国立循環器病研究センターへ転職いたしました。基礎統計学の分野で研究を行いながら、多様な医療データベースに携わることで応用統計学の知識を深めました。また、日本循環器学会が主導する循環器疾患診療実態調査（JROAD）の事務局メンバーとして活動し、約10年間で、筆頭著者・共著者として170本以上の論文に関わるなど、医療統計家としての基盤を築くことができました。

新天地である宮崎には、未解析の貴重なデータが数多く存在します。それらに統計学的手法を加え、新たな臨床研究の発掘・発展を

図り、大学のみならず地域医療の発展にも寄与したいと考えております。また、宮崎県で初めての統計家として、医学部に限らず県全体の統計リテラシー向上と解析支援に取り組み、皆様の「統計は難しい」という印象を少しでも和らげられるよう尽力してまいります。

今後ともご指導ご鞭撻のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

略 歴

2010年5月

アメリカ サウスダコタ州 サウスダコタ州立大学大学院 卒業

2010年9月

九州大学 レドックスナビ研究拠点 特任助教

2012年4月

国立循環器病研究センター 予防医学・疫学情報部 流動研究員

2015年4月

同 循環器病統合情報センター 統計解析室 上級研究員

2019年4月

同 循環器病統合情報センター 統計解析室 室長

2022年4月

同 医学統計研究部 臨床疫学解析室（併任）室長

2023年4月

宮崎大学医学部 社会医学講座 データマネジメント分野 准教授

宮崎大学医学部附属病院 臨床研究支援センター データマネジメント部門 部門長

2025年3月

宮崎大学医学部 社会医学講座 データマネジメント分野 教授

特集

インスリン製剤の発展と今後の展望

宮崎大学医学部附属病院 内分泌・代謝・糖尿病内科

上 平 雄 大, 上 野 浩 晶

はじめに

現在までに様々な糖尿病治療薬が開発され、糖尿病診療はこれまでと比べて治療の選択肢が大幅に広がった。特にGLP-1受容体作動薬やSGLT2阻害薬など、血糖改善のみならず体重減少効果を併せ持つ治療薬が登場したことで、これまで治療が困難であった肥満糖尿病患者の診療が格段に進歩した。しかしながら現在においても、極端に血糖値が高い症例や、インスリン依存状態である症例に対してはインスリン療法が第一選択である。インスリンは糖尿病診療の基本であると同時に生命線であり、糖尿病診療を象徴する治療薬である。

本稿では、インスリン製剤発展の歴史や今後の展望に関して概説する。

1) 奇跡の薬であるインスリンの発見

インスリンの発見は、糖尿病治療における画期的な出来事であり、医学史上でも非常に重要な功績の一つとされている。1921年、トロント大学の外科医であるフレデリック・バンディングと助手のチャールズ・ベストは犬の膵臓から抽出した物質を糖尿病の犬に注射し、血糖値が下がることを確認した。この物質は後にインスリンと命名され、これが「トロントの奇跡」と呼ばれるインスリンの発見である。

古代から糖尿病の存在は知られていたが、インスリンが発見されるまで糖尿病の治療は厳しい食事制限しかなく、特に1型糖尿病は死に至る病とされていた。1922

年、当時14歳のレオナルド・トンブソンは1型糖尿病に罹患しており、厳格なカロリー制限（500kcal以下）で命をつないでいた。体重は29kgしかなく、死を待つばかりであったがトロント総合病院でインスリン注射を受けたところ、血糖は520mg/dLから120mg/dLまで低下し、尿糖はほとんど消失した。また、体重はみるみる増加し、トンブソン少年は死の淵から生還したのである（図1）。これがインスリンを糖尿病患者に臨床応用した初成功例となり、その後、さらに多くの患者へインスリンは投与されるようになった。インスリンの発見は「死の病」であった1型糖尿病を「管理できる病気」へ変え、世界中の糖尿病患者に希望を与えた。これらの功績から1923年にバンディング医師とマクラウド医師（バンディング医師が所属していた生理学教室の教授）へノーベル生理学・医学賞が贈られている。これより後、インスリン製剤は様々な改良が加えられ、急速に発展していくこととなる。



図1 レオナルド・トンブソン少年のインスリン治療前（左）と治療後（右）

2) インスリン製剤の開発と臨床使用の歴史 (図2)

① 動物由来インスリン (1920～1980年代)

インスリン発見後、ウシやブタの膵臓から抽出した天然インスリンが広く使用されていた。問題点としては大量の牛やブタの膵臓から少量のインスリンしか抽出できないことや(山のようなブタの膵臓から、たったボトル1本分のインスリンしか抽出できなかった)、純度が低いことからアレルギー反応を引き起こすことがあった(動物由来のインスリン製剤を投与された糖尿病患者の5～10%がなんらかのアレルギー反応を示したと報告されている: Diabetes. 1961; 10: 105-109.)。さらに、ヒトとウシやブタではインスリンのアミノ酸配列が異なることから抗体が産生され、インスリンの作用が低下するという問題点もあった。

② 中間型インスリンの登場 (1940～50年代)

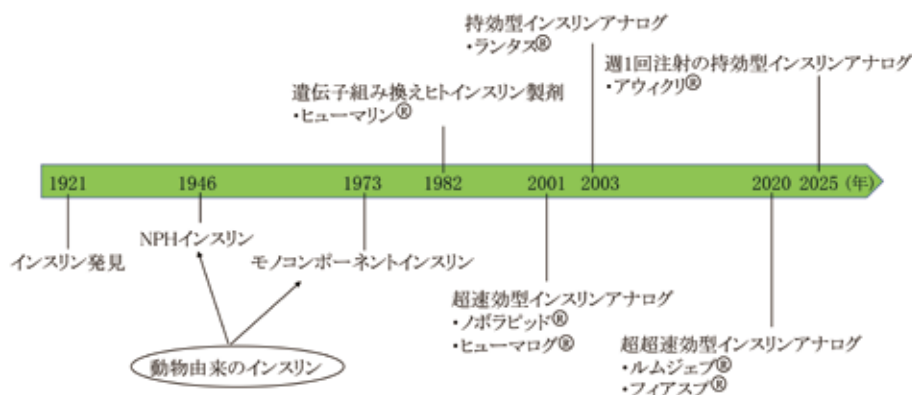
初期のインスリン製剤は作用時間が短いことから、1日に複数回のインスリン注射が必要であり、場合によっては夜間でも注射をしなければならなかった。そのためインスリン製剤の作用時間を延長し、注射回数を減らすことで治療の負担を軽減するための取り組みが行われた。1946年に開

発された結晶性NPH (Neutral Protamine Hagedorn) インスリン製剤はプロタミンを亜鉛の存在下にインスリンと至適比で結晶させた製剤で、これによりインスリンの作用時間が延長した(18～24時間)。しかしながら基礎分泌を補うには作用時間が短く、使用前に転倒混和も必要であったため、現在では使用される機会は減少している。

③ 精製インスリンの登場 (1970年代)

1970年代に入ると、科学技術の進歩により、高純度のインスリン製剤(モノコンポーネントインスリン)が開発された。モノコンポーネントとはその名の通り、その製剤が主にただ一つの成分、つまりはインスリンそのもので構成されており、高性能なゲル濾過やイオン交換クロマトグラフィーを用いることでインスリン以外の成分を除去することから、それまでのインスリン製剤に比べて副作用が少ないという利点があった。

モノコンポーネントインスリンは、その高純度と低抗原性により、後のヒトインスリン(遺伝子組み換え)やインスリンアナログ製剤への技術的・臨床的な足掛かりとなった。



著者作成

図2 インスリン製剤開発の歴史 (配合剤を除く)

④ 遺伝子組み換えヒトインスリンの登場 (1980年代)

1979年にブタインスリンを改変することで半合成のヒトインスリンを作ること成功し、1982年に世界初のヒトインスリン製剤が開発された。しかしながらこの方法は大量のブタを必要とするため、将来のインスリン不足が危惧された。そこで登場したのが遺伝子組み換えヒトインスリン製剤である。遺伝子工学や遺伝子組み換え技術の進歩により、大腸菌にヒトインスリン遺伝子を組み込ませ、人間の体内で分泌されるインスリンと全く同じアミノ酸配列を有する遺伝子組み換えヒトインスリン製剤が開発された。この遺伝子組み換え技術によるメリットは、動物由来のインスリン製剤と比較してアレルギーなどの副作用リスクが軽減できること（ヒトインスリンと全く同じアミノ酸配列のため安全）、大量生産が可能であることから安定してインスリン製剤を供給できること、などがあり、インスリン製剤開発のブレイクスルーとなった。

⑤ インスリンアナログ製剤の登場 (1990年代)

遺伝子組み換えヒトインスリン製剤は6個のインスリン分子が集めた6量体構造をとっている。しかしながら皮下注射した場合、6量体のままでは血管内に移行することができず、2量体や単量体へ解離後に血中へ移行して作用を発揮することから、皮下注射から効果発現までに約30分を要し、生理的なインスリンの追加分泌と比較して遅いという問題点があった。そこで登場したのが、ヒトインスリンのアミノ酸配列を改変したインスリンアナログ製剤である。ヒトインスリンが6量体を形成する原因はインスリン分子の28～29番目のアミノ酸にあり、例えば超速効型インスリンであるインスリン アスパルトはインスリンB鎖28位のプロリンをアスパラギンに組み換

えることで、またインスリン リスプロはヒトインスリンB鎖の28番目と29番目（リジン）を入れ替えることでインスリンの6量体形成を阻害し、速い皮下吸収と作用発現を獲得している。さらには長時間安定して作用するインスリン製剤（持効型溶解インスリン）が開発され、ヒトインスリン製剤と比較してより生理的なインスリン分泌を再現することが可能となった。

3) 現在使用可能なインスリン製剤の種類と特徴

現在使用可能であるインスリン製剤は主に超速効型、速効型、中間型、持効型、配合型に大別される。特に重要なのはインスリンの追加分泌を補う（食後の血糖上昇を抑制する）超速効型インスリン製剤と、基礎分泌を補う持効型インスリン製剤である。

超速効型インスリン製剤は皮下注射後10～15分程度で作用し、3～5時間ほど血糖降下作用が持続する。そのため、基本的には食直前に注射する。現在インスリン リスプロ（ヒューマログ®）、インスリン アスパルト（ノボラピッド®）、インスリン グルリジン（アピドラ®）が使用可能である。さらに2020年に、超超速効型インスリン製剤ともいえるルムジェブ®およびフィアスプ®が発売された。ルムジェブ®はインスリン リスプロに添加剤としてトレプロスチニルおよびクエン酸を、またフィアスプ®はインスリン アスパルトにニコチンアミドを添加することで、既存の超速効型インスリン製剤よりも速く吸収され、最高血中濃度が高く、効果の持続時間が短縮することから、速やかなインスリン作用発現や食後高血糖の抑制、および次の食前の低血糖リスク低減が実現した。基本的には「いただきます」のタイミングで投与するが、その効果発現の速さから食事開始後20分以内に投与することも可能である。

持効型インスリン製剤はインスリン グ

ラルギン（ランタス®）、インスリン デテムル（レベミル®）、インスリン デグルデグ（トレシーバ®）が使用可能である。さらに、従来のインスリン グラルギンをより高濃度化することで、皮下での吸収がより緩やかになり、より安定して24時間作用が持続するランタスXR®が2015年から使用可能となった（注意点として空打ちが2ではなく3単位）。

インスリン製剤ごとに吸収速度や持続時間が異なるため、患者の生活リズム・血糖変動・低血糖リスクに応じて適切な製剤を選択する必要がある。

4) インスリン製剤の剤形と注射針の開発

現在使用されているインスリン製剤は主に3剤形に分類できる。①プレフィルド製剤、②カートリッジ製剤、③バイアル製剤、でありそれぞれの特徴は以下のとおりである。

① プレフィルド製剤

あらかじめ薬剤が充填されている（pre-filled）インスリン製剤であり、製剤と注入器が一体となった使い捨てタイプに該当する。初心者にも使いやすく、指導の負担が少ないというメリットがあるが、廃棄物の量が多い、1本あたりのコストがカートリッジ製剤と比較して高くなる、などのデメリットがある。また、以前は0.5単位刻みのインスリン製剤はカートリッジ製剤のみであったが、近年はプレフィルド製剤でも発売されており薬剤選択の幅が広がっている（ヒューマログ注ミリオペン®HDなど）。

② カートリッジ製剤

専用のペン型インスリン注射器に薬液の入ったカートリッジを装着して使用するタイプのインスリン製剤であり、プレフィルド製剤と比較してコストが安く廃棄物の量が少ないというメリットがある一方で、カートリッジ交換の手間が必要でありインス

リンを初めて使用する患者や高齢者には不向きである。

③ バイアル製剤

インスリンをバイアルから注射器で吸って使用する。静脈内投与で使用されるインスリンはバイアル製剤であり、1 mL=100単位であることに注意が必要である。主に医療従事者が使用し、患者による使用はインスリンポンプ療法時程度である。

以上、インスリン製剤の剤形に関して概説した。現在使用可能なインスリン製剤に関しては日本糖尿病学会のホームページに一覧が記載されているのでご参照頂きたい(<https://www.jds.or.jp>)。

5) 世界初の週1回持効型溶解インスリンアナログ注射の登場

持効型インスリン製剤はインスリンの基礎分泌を補うために注射するが、通常1日1回ないし2回の注射が必要である。よって、インスリン療法を行う場合、毎日注射を行わなければならない、その注射回数の多さが患者の身体的・精神的負担につながりインスリン療法が嫌厭されるケースが少なくない。また、注射回数の多さはアドヒアランスの低下につながり、しばしばインスリン療法の中断や血糖コントロール悪化の原因となる。

このような背景を受け、2025年1月30日にノボ ノルディスク ファーマ株式会社から、世界で初めて週1回投与の持効型インスリン製剤であるインスリン イコデク（アウィクリ®注）が発売された。従来のインスリン製剤よりも投与回数を大幅に減らすことができることから利便性が高く、患者の治療負担を軽減でき、生活の質や治療実施率の向上が期待される。以下にインスリン イコデクの特徴や対象患者、使用上の注意点に関して概説する。

① インスリン イコデクの特徴

インスリン イコデクはヒトインスリンのアミノ酸配列の30番目のトレオニン残基を除去、3カ所のアミノ酸を置換し、B鎖29番目のリジン残基に脂肪酸を含む側鎖を結合させた修飾ペプチドである。インスリン イコデクは投与されるとそのほとんどはアルブミンと結合し、不活性な状態で血液中を循環すると考えられている。その後、時間と共にインスリン イコデクの一部がゆっくりと少量ずつアルブミンから遊離してインスリン受容体に作用することで、約1週間に渡って効果が持続する。

インスリン イコデクは糖尿病の病型やインスリン治療歴の有無にかかわらず、他の持効型インスリン製剤との比較において同等の血糖降下作用が示されている(表1)。

② インスリン イコデクの適応と想定される患者像

インスリン イコデクの特徴はなんといってもその驚異的な半減期の長さであり、週1回という少ない注射回数を実現できるため、真っ先に想定される適応患者はADLや認知機能の低下により自身でインスリン注射を行えない高齢者である。これまでは、本来であればインスリン注射が必要であっても(特にインスリン依存状態な

ど)、インスリン注射は1日1回の注射が必要であることから実際にはインスリン療法を導入できず、糖尿病ケトアシドーシスなど、重篤な合併症のリスクを黙認しなければならないケースが散見された。しかしながらインスリン イコデクであれば週1回の注射でよいと、訪問看護の導入や家族のサポートにより、インスリン自己注射ができない症例でもインスリン療法の導入が可能である。また、血糖コントロールが比較的安定しており、毎日のインスリン注射を煩わしいと感じている方にも良い適応と思われる。逆に、インスリン イコデクの導入を推奨しない患者像としては、1型糖尿病患者など、血糖コントロールが不安定な症例(週1回の調整では低血糖のリスクが高い)、投与忘れのリスクが高い患者、妊婦(データ不足のため)などである。

③ 使用上の注意点に関して

週1回投与であるため投与量の調整には制限があり、一部の患者においては低血糖が重篤化する可能性がある。そのため日本糖尿病学会より「高齢者における週1回持効型溶解インスリン製剤使用についてのRecommendation」が刊行された。内容としては以下の通りである。

表1 インスリン イコデクの臨床試験成績

試験名	対象	比較	結果
ONWARDS 1	インスリン治療歴のない2型糖尿病	インスリン グラルギン U100	HbA1cの変化量は非劣性 低血糖イベントは両群で同等
ONWARDS 2	インスリン療法中の2型糖尿病	インスリン デグルデク	HbA1cの変化量は非劣性 低血糖イベントの有意差なし
ONWARDS 4	インスリン療法中の2型糖尿病	インスリン グラルギン U100	HbA1cの変化量は非劣性 低血糖イベントは両群で同等
ONWARDS 6	1型糖尿病	インスリン デグルデク	HbA1cの変化量は非劣性 ※重症低血糖の割合は増加

著者作成

1. 適切な治療目標を設定する

高齢者では緊急症や低血糖を避けることが優先的な目標となるため、HbA1cの目標値は厳格すぎないように柔軟に設定する。目標値は「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」を参照するのがよいだろう。

2. 適切なタイミングで血糖モニタリングを設定する

血糖測定はできる限り行うことが望ましい。本人が測定できない場合は家族や介護者への教育を徹底し、低血糖時の対応や投与スケジュールの管理を習得してもらう。投与後2～4日の食前血糖が最も下がりやすいことから、この日の血糖測定は用量調整の参考になる。

3. 訪問看護や介護環境では慎重に計画する

訪問看護に依存する患者では血糖変動を把握する機会が限られるため、慎重な投与計画が必要である。

4. 感染症、術前の血糖管理など

適宜（超）速効型インスリンを併用する。連日投与のBasalインスリンに変更する場合、最後にイコデクを打ってから1週間から2週間の間で、朝食前血糖が180 mg/dLを超えた時点でイコデクの1/7量を開始する。

5. 低血糖予防の注意事項と対応

低血糖時の対応方法に習熟してもらう（必要に応じグルカゴン投与も含む）。予定外の運動をした後は低血糖に注意する。低血糖は一度おさまっても再発や遷延の可能性がある。持効型インスリンからの切り替え投与時のみ1.5倍量に増量することが推奨されているが、この場合は2回目以降も増量を続けないように注意する。高齢者においては、1.5倍の初回投与を必ずしも行わない、という選択肢も考慮される。

6) 現在開発中の新規インスリン製剤の特徴

現在イーライリリー社で開発中のインスリン エフシトラ アルファは週1回投与のインスリン製剤であり、インスリン治療歴のない2型糖尿病患者を対象とし、HbA1c値の低下を検証した第三相試験では、インスリン グラルギンU100との比較においてHbA1c変化量の非劣性が証明された。またノボノルディスク社では、インスリン イコデクとGLP-1受容体作動薬であるセマグルチドの合剤であるIcoSemaが開発中であり、第3相試験では優れた血糖および体重の減少効果が認められている。

おわりに

インスリン製剤発展の歴史や今後の展望に関して概説した。経口血糖降下薬とともにインスリン製剤の種類も増えており、各症例に対する適切な薬剤選択が今後ますます重要になってくる。

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）に深く感謝いたします。

特集

抗アミロイド β 抗体薬がもたらす
アルツハイマー病治療の変革と今後の展開

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

中 里 祐 毅, 塩 見 一 剛

はじめに

超高齢社会に突入した本邦で、認知症患者も急増している。10年前は460万人程度だった認知症患者数は、2024年には580万人程度に増加し、その前段階である軽度認知障害 (mild cognitive impairment : MCI) を含めると1,000万人を超えるとされる¹⁾。本邦の認知症患者の約2/3がアルツハイマー病 (AD) と推計される。ADにおいて認知機能障害の進行や行動異常、精神症状による介護負担は社会問題となっており、早期の治療介入が極めて重要である。ADによるMCIおよび軽度認知症のみを適応とした治療薬として、2023年に抗アミロイド β (A β) 抗体薬 レカネマブ (レケンビ®) が、2024年にドナネマブ (ケサンラ®) が上市された。これらは従来の症状改善薬と異なり、病態の中核 A β に直接作用することで認知機能障害の進行抑制に成功した。現在、A β に加え、タウ病理を標的とした治療薬の開発が進行しており、AD治療は大きな変革の時を迎えている。本稿では、① ADの病態仮説と治療薬の歴史、② 抗A β 抗体診療に必要な検査 ③ レカネマブ、④ ドナネマブ、⑤ 今後の治療薬候補、⑥ 抗A β 抗体薬時代の患者への向き合い方、⑦ 当院での抗体診療、⑧ 実症例 について紹介したい。

① ADの病態仮説と治療薬の歴史

ADの歴史は、1906年にAlois Alzheimer博士が報告した、初老期に進行性の記憶障害と妄想を呈した50歳代で、病理学的に老人斑と神経原線維変化を認めた女性例に始まる。後にこの症例は、家族性ADの代表的原因遺伝子で、A β 産生に関与するプレセニリン1遺伝子変異保有者と判明した²⁾。以降、ADの神経病理学的研究は進んだが、有効な治療薬誕生までは多くの時間を要した。治療法がない故に、米国で本疾患は“go home disease”と呼ばれた。

コリン仮説は1970年から80年代の神経伝達物質研究の隆盛から生まれ、1982年にBartusらがコリン作動性神経の変性が記憶や認知機能の障害と関連することを提唱した (*Science* 誌)。コリンエステラーゼ阻害剤として臨床応用されており、現在本邦では、経口剤のドネペジル (アリセプト®) やガランタミン (レミニール®)、貼付剤のリバスタグミン (リバスタッチ®パッチ、イクセロン®パッチ) が選択でき、症状改善薬として頻用される。

グルタミン酸仮説は、過剰なグルタミン酸によるNMDA受容体の病的刺激が神経細胞死を誘引するという考えである。メマンチン (メマリー®) はNMDA受容体拮抗薬で、受容体の過剰刺激やタウのリン酸化抑制により

神経細胞死を軽減する。本剤は中等度から高度ADに用いられる症状改善薬である。

アミロイドカスケード仮説は1992年にHardyらが提唱し、 $A\beta$ をAD病態の中核と位置づけた(*Science*誌)。アミロイド前駆体蛋白(APP)から β -、 γ -セクレターゼにより $A\beta$ が切断され、細胞外に凝集し、 $A\beta$ プラーク(老人斑)を形成する。これがシナプス障害やタウの異常リン酸化および神経原線維変化をきたし、神経細胞死とそれによる認知症を引き起こす(図1)。 $A\beta$ の主な分子種として $A\beta$ 40と $A\beta$ 42があるが、特に $A\beta$ 42は凝集能が高く、AD患者脳で最初期より蓄積し、病態形成の中心になると考えられた³⁾。現在ではプラーク形成の前段階である $A\beta$ 重合体のオリゴマーやプロトフィブリルが強い細胞毒性を有すると考えられている。本仮説に基づき開発を進められたのが $A\beta$ ワクチン療法(AN-1792)と抗 $A\beta$ 抗体薬であるが、前者は髄膜脳炎が問題となり、開発中止とな

った。抗 $A\beta$ 抗体薬が臨床的有効性を示したことは、病態における本仮説の重要性を立証したと言える。

② 抗 $A\beta$ 抗体診療に必要な検査

抗体治療の適応判断にはMini-Mental State Examination (MMSE) と Clinical Dementia Rating (CDR), MRI, アミロイドPETまたは脳脊髄液 $A\beta$ 42/ $A\beta$ 40比(いずれも保険承認)が必要である。MMSEは30点満点中23点以下を認知症疑い、24点以上を正常とし、24~27点をMCIとする意見もある⁴⁾。MMSE 22~30点がレカネマブの、20~28点がドナネマブの適応基準である。CDRは行動観察法に基づく評価法で、① 記憶、② 見当識、③ 判断能力と問題解決、④ 社会適応、⑤ 家庭生活と趣味、関心、⑥ 介護状況について総合的に判定し、CDR 0:健常、0.5:認知症疑い、1:軽度認知症、2:中等度認知症、3:重度認知症とする。CDR 0.5および1が

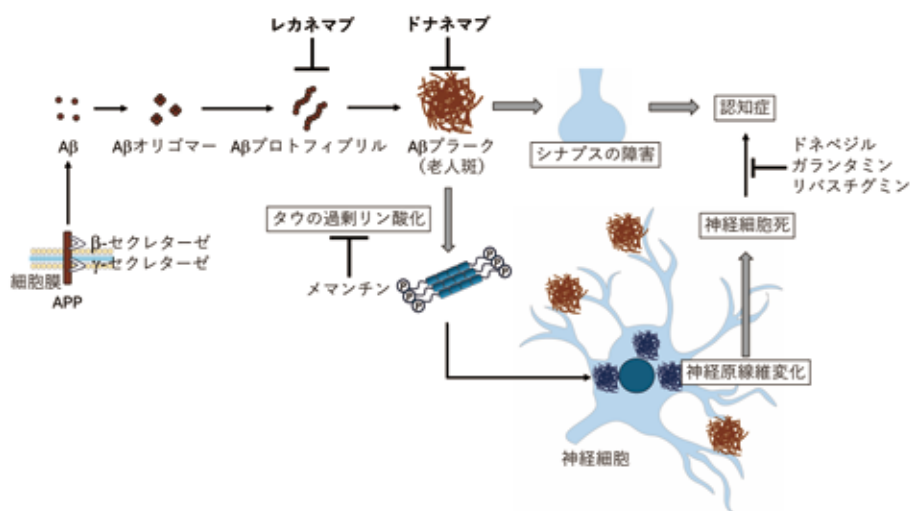


図1 アミロイドカスケード仮説と現行の治療薬

細胞外で凝集した $A\beta$ プラークは、シナプス障害や神経細胞内の神経原線維変化により神経細胞死とそれによる認知症発症を誘引する。抗 $A\beta$ 抗体薬はドネペジルやメマンチンなどの症状改善薬よりカスケードの上流に作用する。

抗体薬2剤の投与対象である。

MRIで側頭葉内側から始まる脳萎縮がADの特徴で、健常脳と比較した脳萎縮の定量評価であるvoxel-based specific regional analysis system for Alzheimer's disease (VSRAD)がよく用いられる。抗体薬投与前に5個以上の脳微小出血、脳表へモジデリン沈着または1cmを超える脳出血がみられる例はアミロイド関連画像異常 (ARIA) のリスクとなるため、抗体治療の禁忌である。ARIAは血管原性浮腫 ARIA-Eと出血 ARIA-Hに大別され、抗A β 抗体薬の副作用として生じうる。無症候性が多いが、時に脳出血など重篤な症候性ARIAもみられる。

アミロイドPETはA β 特異的に結合するトレーサーを用い、脳内A β 蓄積を検出する。判定は主に視覚的な定性評価による。抗体薬投与の適応基準以外にも、ドナネマブの投与完了の診断補助に用いる。脳脊髄液A β 42/A β 40比の低下も抗体薬投与の適応判断に用いる。脳内A β 蓄積により脳脊髄液中へのクリアランスが低下し、A β 42が低下することによる。測定系の進歩により血漿A β 42/A β 40比の測定が可能となり、有用性が示されている。今後保険償還が期待される。

タウPETは神経原線維変化をきたす脳内タウ蓄積を検出する。これはアミロイドPETよりADへの特異度が高く⁵⁾、認知機能障害の進行予測に有効⁶⁾とされる。抗タウ療法の臨床試験が進行しており、アウトカム評価などタウPETの重要性が増すと思われる。

③ AD治療のブレイクスルー、レカネマブの登場

2010年代以降、抗A β モノクローナル抗体製剤の開発が行われたが、期待に応える結果が得られない時期が続いた。抗A β 治療の

福音となったのが2022年のレカネマブの成功である (国際共同第Ⅲ相試験 Clarity AD試験)。レカネマブは毒性が高い可溶性A β プロトフィブリルに高い結合性を持つヒト化モノクローナル抗体で、2週間に1回、約1時間かけて経静脈投与する。MCIもしくは軽度認知症で、前項の検査でA β 病理を示された患者を対象とする。投与期間は原則18か月だが延長可能である。日本人152例を含むClarity AD試験で、本剤は投与18か月後に27%の認知機能障害の進行抑制効果を示し、これは約5か月間の遅延効果と推定された。多くの症例でアミロイドPETは陰性化した、さらにタウ病理の蓄積も抑制されたことは注目に値する。注入に伴う反応やARIAに注意が必要だが、症候性ARIA-Eは2.8%、症候性ARIA-Hは0.7%で、ほとんどは無症候だった。脳出血のリスクから本剤投与中の患者への抗凝固療法は注意を要し、とくにrt-PA静注療法は慎重な判断が求められる。なお2025年7月に開発元のエーザイ社とバイオジェン社から、本剤の48か月間投与の臨床的有効性と、経静脈投与から本剤の皮下注射薬 (FDAで審査中) への移行による維持療法の有効性などが公表された。抗A β 抗体治療がより長期かつ簡便に実施可能となることが期待される。

④ 第2の抗A β 抗体薬 ドナネマブ、先行薬との違い

ドナネマブと先行薬の主な違いは治療ターゲットと投与スケジュール、適応となるMMSEスコアである。本剤はA β プラークに特異的に存在するピログルタミル化したA β に選択的に結合するヒト化モノクローナル抗体で、4週に1回、約30分で経静脈投与する。MMSE 20~28点が対象となる。投与期

間は最長18か月だが、12か月後のアミロイドPETでプラーク除去が確認されると投与完了できる。日本人88例を含む国際共同第Ⅲ相試験（AACI試験、2023年公表）では、タウPETにより集団の層別化されたことが特徴である。全集団では29%の、軽度/中等度タウ蓄積集団では36%の進行抑制効果を示した。76週時点で全集団では76%の、軽度/中等度タウ蓄積集団では80%のA β プラーク除去効果を認めた。注入に伴う反応やARIA（症候性ARIA-E 6.1%，症候性ARIA-H 1.2%）に注意を要する。2025年7月に開発元のLilly社より、現行法よりも少量からの漸増法で、症候性ARIA-E 2.8%，症候性ARIA-H 0.5%と発現率が減少することが公表された（AACQ試験）。投与方法の変更が開始され、安全面の改良がなされている。

⑤ 今後の治療薬候補

抗タウ療法

タウは細胞内蛋白質であることから、現在RNAレベルでのタウ減少を期する核酸医薬の開発が進んでいる。タウのアンチセンス核酸 BIIB080の髄腔内投与は第1b相試験で、AD患者の脳脊髄液および血漿タウを、PETでのタウ蓄積を減少させた。早期AD患者における第2相試験が進行中である（NCT05399888）。同薬はFDAのファストトラック指定を受けている。

経口疾患修飾薬

ALZ-801はA β モノマーからA β 凝集体の形成を阻害する経口剤である。その活性体 tramiprosateはAD患者における第3相試験で有効性を示さなかったが、ARIAが発現しなかった。ARIA頻度が高

いとされるAPOE ϵ 4/ ϵ 4を保有する早期AD患者への第3相試験が実施中である（NCT04693520）。Blarcamesineは細胞内シャペロンとして機能するシグマ1受容体の作動薬である。MCIおよび軽度認知症患者を対象にした第2b/3相試験で、認知機能障害の進行抑制やバイオマーカーの改善が示された。新たな作用機序を有する治療薬として期待される。

⑥ 抗A β 抗体薬時代の患者への向き合い方

抗A β 抗体薬の登場により早期AD症例の拾い上げが極めて重要になった。概ね日常生活は自立しているものの、健忘型MCIを疑う症状（日付が分からない、同じことを繰り返し尋ねる、物の名前が出づらい、道に迷う、約束を忘れる、料理の味が変わった、仕事でミスが増えた、道具の使い方を覚えられないなど）がみられるケースは抗体治療の適応となることが多い。初期段階では患者は自覚症状がなく、医療者側からの主体的な情報聴取により認知機能低下が判明することもある。日常診療から患者の健忘症状について確認する姿勢が必要であり、MCIを疑う場合には専門医療機関へ紹介を検討していただきたい。

⑦ 当院での抗A β 抗体診療

当院での一般的な抗体診療のフローを図2に示す。当院では、投与を念頭に紹介された症例の約1/3に抗体薬投与を行っており、レカネマブ13例、ドナネマブ4例（患者都合で1例中止）で、症候性ARIAはない。A β 病理の証明にはアミロイドPETを用いることが多い。適応外症例は非AD、認知症の進行例、脳微小出血の多発例などが多く、一部には治療費や副作用の点から治療を拒否す

るケースもある。抗体治療を念頭においた紹介の際には、簡単な病歴と認知機能に影響する既往および併存症、抗血栓薬を含めた服薬状況の情報を提供いただきたい。事前の脳MRI撮像があると診療がスムーズになる。MRIは鑑別診断や事前のARIAリスク評価に有用で、1.5テスラでよい。抗体薬希望の患者には対象外となりうることや治療費負担

(3割負担で薬剤費総額 約120～140万円程度、高額療養費適用の際には減額される)について、簡単な説明をお願いしたい。2剤ともに初回導入施設で6か月間投与を行った後、フォローアップ施設への転医が可能である(表1)。今後抗体治療患者が増えるのはほぼ間違いなく、フォローアップ施設の諸先生方と密接に連携していきたいと思っている。

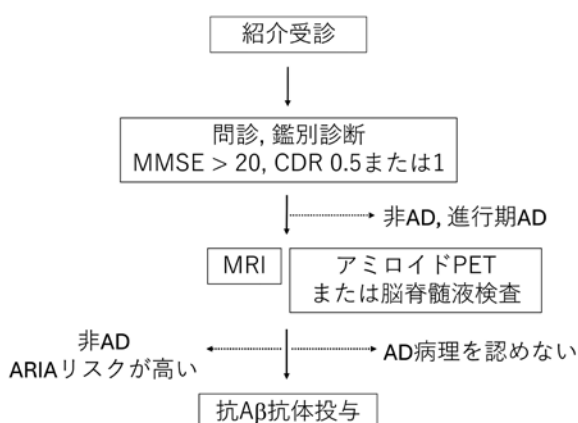


図2 当院での一般的な抗Aβ抗体診療の流れ

表1 本県のレカネマブ初回導入施設とフォローアップ施設

初回導入施設 (レカネマブ)	6か月以降のフォローアップ施設 (レカネマブ)
医療法人建悠会 吉田病院 (延岡市)	医療法人浩然会 内村病院 (小林市)
医療法人宏仁会 海老原総合病院 (高鍋町)	医療法人エフエムシー 福井医院 (宮崎市)
一般財団法人弘潤会 野崎病院 (宮崎市)	医療法人真愛会 高宮病院 (宮崎市)
宮崎県立宮崎病院 (宮崎市)	医療法人新花会 あいクリニック (宮崎市)
宮崎大学医学部附属病院 (宮崎市)	医療法人仁清会 かわにし脳神経外科 (日南市)
	医療法人清芳会 井上病院 (宮崎市)
	医療法人同仁会 谷口病院 (日南市)
	医療法人隆徳会 鶴田病院 (西都市)
	かわごえ内科クリニック (宮崎市)
	かわそえクリニック (宮崎市)
	社会医療法人慶明会 けいめい記念病院 (国富町)
	武石脳神経クリニック (宮崎市)
	若草病院 (宮崎市)

エーザイ社ホームページ、レケンビ®投与可能施設検索を参考に作成。ドナネマブは当院と吉田病院が初回導入施設で、フォローアップ施設は定まっていない。

⑧ 実症例

67歳，女性。介護職に従事。特記すべき既往，定期薬なし。物忘れによる仕事への支障を指摘され，当院を受診。MMSE 23点でCDR 1。脳MRI検査で海馬の萎縮は目立たず，微小出血などはなし。髄液アミロイドA β 42/A β 40は0.06（カットオフ 0.067）。アミロイドPETは陽性（図3）。本人と家族の希望の下，レカネマブ投与を開始。ARIA出現なく順調に経過し，18か月の治療期間終了を迎えつつあるが，MMSE 23点，CDR 1で見当識は保持され，介護職を継続している。18か月以降の継続投与を検討している。

謝 辞

本原稿を推薦いただきました宮崎県内科医学会会長 比嘉 利信先生に深謝いたします。

- 1) 二宮利治（研究代表者），令和5年度厚生労働省科学研究費補助金.
- 2) Müller, U. et al. Lancet Neurol 12, 129-30 (2013).
- 3) Iwatsubo, T. Neuron. 13, 45-53 (1994).
- 4) Kaufer, DI. et al. J Am Med Dir Assoc 9, 586-93 (2008).
- 5) Ossenkoppele, R. et al JAMA 320, 1151-62 (2018).
- 6) Ossenkoppele, R. et al JAMA Neurol 78, 961-71 (2021).

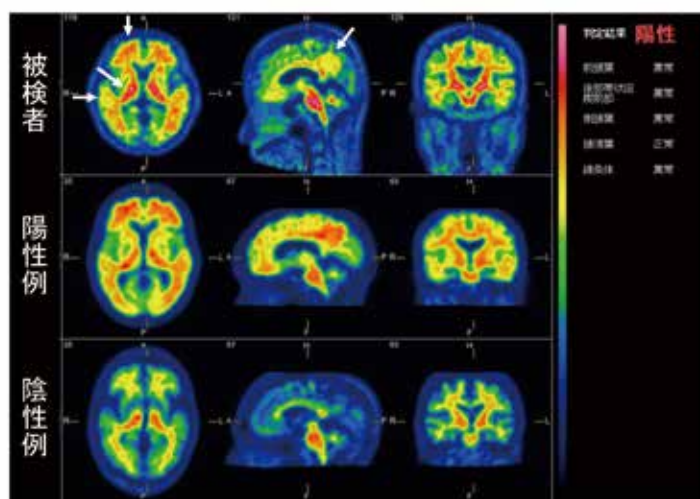


図3 本症例のPET所見

上段：本症例，中段：陽性例，下段：陰性例。

本症例では前頭葉，後部帯状回・楔前部，外側側頭葉，線条体にアミロイド沈着がみられる（→は沈着部位を示す）。

〔 会員投稿論文 〕

保険診療における注意点 肝疾患領域について

宮崎大学医学部 内科学講座 消化器内科学

永 田 賢 治

はじめに

社会保険診療報酬支払基金による診療報酬に関する審査については診療内容診療報酬請求に対する審査内容の全国的な格差解消のために審査の取り扱いの注意点について定期的に公表されている。本稿では肝疾患の領域において最近公表された事例について紹介する。

1. 肝線維化マーカー、肝腫瘍マーカー、肝炎ウイルスマーカーの算定についての注意点

ヒアルロン酸（脂肪肝）の算定について

- ・脂肪肝に対するヒアルロン酸の算定は、原則として認められない。

本検査は慢性肝炎の患者に対して、慢性肝炎の経過観察および肝生検の適応の確認を行う場合に算定できる。一方、脂肪肝は中性脂肪が単に肝臓に蓄積した状態であり、慢性肝炎の病態には該当せず、従って上記通知の算定

要件を満たさない。

ヒアルロン酸（慢性肝炎疑い）の算定について

- ・慢性肝炎に対するヒアルロン酸の算定は、原則として認められない。

本検査は肝臓の線維化を反映するマーカーとされている。慢性肝炎の患者に対して、慢性肝炎の経過観察および肝生検の適応の確認を行う場合に算定できる。慢性肝炎を疑う状態では、肝臓の線維化は進行している可能性は低く、本検査の有用性も低い。

IV型コラーゲン、P-III-P、IV型コラーゲン・7Sの算定について（表1）

- ・これらの検査はいずれも、肝臓の線維化を反映するマーカーであり、①に掲げる傷病名に対する測定は、肝臓の線維化のステージを診断し、治療方針を選択する上で有用である。一方、②に掲げる傷病名に対する選択は確定診断に至っていないため認められない。

表1 IV型コラーゲン、P-III-P、IV型コラーゲン・7Sの算定について

①認められる

- | |
|-----------------|
| (1) アルコール性肝炎 |
| (2) 非アルコール性脂肪肝炎 |
| (3) 原発性胆汁性胆管炎 |
| (4) 自己免疫性肝炎 |
| (5) 肝硬変 |

②認められない

- | |
|---------------------|
| (1) 慢性肝炎疑い |
| (2) 肝機能障害・肝障害（疑い含む） |
| (3) 脂肪肝（疑い含む） |
| (4) アルコール性肝炎疑い |
| (5) 非アルコール性脂肪肝炎疑い |
| (6) 原発性胆汁性胆管炎疑い |
| (7) 自己免疫性肝炎疑い |
| (8) 肝細胞癌（疑い含む） |

Mac2結合蛋白糖鎖修飾異性体 (M2BPGi) の算定について (表2)

- これらの検査はいずれも、肝臓の線維化を反映するマーカーであり、①に掲げる傷病名に対する測定は、肝臓の線維化のステージを診断し、治療方針を選択する上で有用である。一方、②に掲げる傷病名に対する選択は確定診断に至っていないため認められない。

Mac2結合蛋白糖鎖修飾異性体 (M2BPGi) 等の肝線維化マーカーの算定間隔について

- これらの検査はいずれも、肝臓の線維化を反映するマーカーであり、肝臓の線維化の評価に有用である。評価の間隔としては、病状が安定した慢性肝疾患の経過観察期間を考慮し、通常3か月に1回が妥当なもの

と考えられる。以下の検査も同様である。

- (1) IV型コラーゲン
- (2) P-III-P
- (3) IV型コラーゲン・7S
- (4) ヒアルロン酸
- (5) Mac2結合蛋白糖鎖修飾異性体

PIVKA-IIの算定について (表3)

- PIVKA-II半定量又はPIVKA-II定量の算定は、①に掲げる傷病名に対する測定は、認められるが、②に掲げる傷病名には認められない。

AFP-L3%の算定について (表4)

- α フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%) の算定は、①に掲げる傷病名に対する測定は、認められるが、②に掲げる傷病名には認められない。

表2 Mac2結合蛋白糖鎖修飾異性体 (M2BPGi) の算定について

①認められる	②認められない
(1) 慢性肝炎 (2) アルコール性肝炎 (3) 非アルコール性脂肪肝炎 (4) 原発性胆汁性胆管炎 (5) 自己免疫性肝炎 (6) ヘモクロマトーシス (7) ウイルソン病 (8) 特発性門脈圧亢進症 (9) 肝硬変	(1) 肝機能障害・肝障害（疑い含む） (2) 脂肪肝（疑い含む） (3) 急性肝炎（疑い含む） (4) 肝癌疑い (5) ヘモクロマトーシス疑い (6) ウイルソン病疑い (7) 特発性門脈圧亢進症疑い

表3 PIVKA-IIの算定について

①認められる	②認められない
(1) 肝臓癌 (2) 肝臓がんの疑い (3) B型慢性肝炎 (4) C型慢性 (5) 肝硬変	(1) B型またはC型の記載のない慢性肝炎 (3) 胆管癌疑い (3) 非アルコール性脂肪肝炎

表4 AFP-L3%の算定について

①認められる	②認められない
(1) 肝癌の疑い (2) 肝癌（当月診療開始日）	(1) 肝硬変 (2) B型肝炎 (3) C型肝炎

HBs抗原定性・半定量又はHBs抗原の算定について（表5）

- これらの検査は①に掲げる傷病名に対する測定は、認められるが、②に掲げる傷病名には認められない。

HBs抗体定性・HBs抗体半定量又はHBs抗体の算定について（表6）

- これらの検査は①に掲げる傷病名に対する測定は、認められるが、②に掲げる傷病名には認められない。

HBe抗原及びHBe抗体の算定について（表7）

- これらの検査は①に掲げる傷病名に対する測定は、認められるが、②に掲げる傷病名には認められない。

HBs抗原、HBs抗体及びHBc抗体半定量・定量（免疫抑制剤、生物学的製剤の投与時等）

の算定について

- B型肝炎ウイルス関連病名がなく、免疫抑制剤、生物学的製剤の投与や化学療法を行うことがレセプト上判断できる場合のHBs抗原、HBs抗体及びHBc抗体半定量・定量の算定は原則として認められる。

HCV核酸定量の算定について（表8）

- これらの検査は①に掲げる傷病名に対する測定は、認められるが、②に掲げる傷病名には認められない。

表5 HBs抗原定性・半定量又はHBs抗原の算定について

①認められる	②認められない
(1) ウイルス性肝炎疑い (2) 急性肝炎のみ (3) 慢性肝炎のみ (4) B型肝炎疑い (5) B型肝炎の診断時 (6) B型肝炎の経過観察 (7) B型急性肝炎 (8) B型慢性肝炎 (9) HBVキャリアのみ (10) 慢性透析患者における定期検査	(1) C型肝炎疑い (2) C型肝炎の診断時 (3) C型肝炎の経過観察 (4) C型急性肝炎 (5) C型慢性肝炎

表6 HBs抗体定性・HBs抗体半定量又はHBs抗体の算定について

①認められる	②認められない
(1) B型急性肝炎	(1) 肝機能障害または肝障害のみ (2) 肝炎疑いのみ (3) 急性肝炎のみ (4) 慢性肝炎のみ (5) ウイルス性肝炎疑い (6) B型肝炎疑い (7) C型肝炎疑い (8) C型肝炎の診断時 (9) C型肝炎の経過観察 (10) C型急性肝炎 (11) C型慢性肝炎 (12) 肝硬変疑いのみ

表7 HBe抗原及びHBe抗体の算定について

①認められる	②認められない
(1) B型肝炎の診断時 (2) B型肝炎の経過観察 (3) B型急性肝炎 (4) B型慢性肝炎 (5) HBVキャリアのみ	(1) 肝機能障害または肝障害のみ (2) 肝炎疑いのみ (3) 急性肝炎のみ (4) 慢性肝炎のみ (5) ウイルス性肝炎疑い (6) B型肝炎疑い (7) C型肝炎疑い (8) C型肝炎の診断時 (9) C型肝炎の経過観察 (10) C型急性肝炎 (11) C型慢性肝炎 (12) 肝硬変疑いのみ (13) 慢性透析患者における定期検査

表8 HCV核酸量の算定について

①認められる	②認められない
(1) C型急性肝炎（疑い含む） (2) C型急性肝炎	(1) 急性肝炎（疑い含む） (2) ウイルス性肝炎疑い (3) 肝硬変（疑い含む） (4) 肝癌（疑い含む） (5) C型慢性肝炎疑い

抗ウイルス療法治療中におけるHBV核酸定量の連月の算定について

- ・ B型慢性肝炎又はB型代償性肝硬変に対する抗ウイルス薬治療中のHBV核酸定量の連月の算定は、原則として認められる。

原発性胆汁性胆管炎に対する抗ミトコンドリア抗体定性及び半定量、抗ミトコンドリア抗体定量の算定について

- ・ 抗ミトコンドリア抗体は、原発性胆汁性胆管炎の診断に用いられる特異性の高い抗体であるが、疾患活動性は反映しないため、診断確定後の経過観察のための抗ミトコンドリア抗体定性及び半定量、抗ミトコンドリア抗体定量の算定は、原則として認められない。

2. 肝疾患治療薬の算定についての注意点

肝硬変に対するラクツロース又はラクチオール水和物散の算定について

- ・ 肝硬変に対するラクツロース又はラクチオール水和物散の算定は、原則として認められない。これらは高アンモニア血症の治療薬であり、単なる肝硬変では算定は認められない。

アミノレバンEN配合酸又はヘパンED配合内用剤の算定について

- ・ 肝性脳症がない、肝硬変、慢性肝炎に対するアミノレバンEN配合酸又はヘパンED配合内用剤の算定は、原則として認められない。これらの薬剤の効能・効果は「肝性脳症を伴う慢性肝不全患者の栄養状態の改善」である。

肝機能障害に対するウルソデオキシコール酸の投与量について

- ・肝機能障害に対するウルソデオキシコール酸の投与量は、原則として1日300mgまで認められる。添付文書上「慢性肝疾患における肝機能の改善」に該当する用法・用量は「通常、成人1回50mgを1日3回投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する」と記載されており、肝機能障害に対す

るウルソデオキシコール酸の投与量は、原則として1日300mgまで認められると判断した。

おわりに

社会保険診療報酬支払基金における肝臓疾患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 〕

肺結核症－最近の動向について－

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

BCGワクチンや抗菌薬の普及、衛生環境の改善により、1951年には人口10万人あたり698人と極めて高かった新規結核患者数が、2021年には10人未満と大幅に減少し、日本は先進国の中で最後に結核の「低蔓延国」の条件を満たした¹⁾。それでも2024年には全国で10,051人の新規結核発症が登録され、年間1,400人以上が結核で死亡している。肺結核は過去の病気と思われがちであるが、依然として日本の主要な感染症の一つである²⁾。本誌に目を通される諸先生方は肺結核を考慮すべき患者さんを診療される頻度が減っているかもしれないが、それであるが故にいざ結核を疑う状況の時、どのような検査を考えるべきかについて概説したい。また、合わせて当院における肺結核患者の動向を解説する。本稿は令和7年度宮崎県内科医会総会にて講演した内容をもとに作成した。

結核菌について

結核症とは結核菌の感染によって炎症を生じる疾患である。通常、肺から結核菌に感染するため、肺外結核患者でもその80～90%は肺結核を有するとされる。結核菌の主な特徴としては、抗酸性、遅発育性、偏性好気性、グラム染色陽性、細胞内寄生体であることなどが主なものである。抗酸性とは菌体の

染色においてアルコールで脱色されないことを示す。また、細胞増殖には酸素を必要とし、細胞分裂に18～24時間ほど要するとされる。至適条件下では大腸菌は20分で細胞分裂することと比較すると大きな違いがあり、臨床像にも反映される。結核菌はマクロファージなどの食細胞に貪食されてもその細胞内で増殖することができるため、抗菌薬は細胞内寄生体を治療できる薬物に限られる。

肺結核について

肺結核の症状は、痰のからむ咳、微熱、身体のだるさなどで、これらの症状が2週間以上持続する時には念頭にしておく必要がある。これら以外にも、体重減少、食思不振、寝汗などには注意を要する。また、結核に罹患するリスクのある人として、喫煙者、糖尿病患者、ステロイドなど免疫抑制治療を受けている患者、血液透析中の患者、HIV感染や免疫不全の患者、結核高蔓延国から来た外国出生者、胃切除を受けた患者などが挙げられる。

肺結核は人から人へうつるため、学校、病院、職場など人が集まって活動する場所で患者が発生すると社会的影響が大きい。排菌している肺結核患者のくしゃみや咳によって結核菌が空中に飛び散り、それを周囲の人が吸い込むことで感染する。感染形式としては空気感染であるため、それに即した感染対策が

必要となる。肺結核患者を管理する医療機関では、独立空調で陰圧管理個室が好ましい、空気を外部へ排出する前や再循環前にHEPAフィルターを通す、入退室時以外部屋の扉は閉めておく、患者に病室外へ出ないよう指導する、患者がやむなく移動する際にはサージカルマスクを着用させる、などである。

肺結核に比較的特徴的な胸部画像所見としては、肺炎像、腫瘍様陰影に加えて、空洞形成（図1）、気管支支配領域に沿った陰影分布（図2）、小葉中心性粒状陰影（図3）などがある。これらの所見を確認した時には肺結核を強く疑う必要がある。

肺結核の診断に際しては、結核菌を喀痰などの検体に証明することが必要で、3つの重要な検査がある。塗抹検査はZiehl-Neelsen染色によって抗酸菌を検体内に証明するものであり検体提出当日中に結果が判明するが、結核菌と非結核性抗酸菌を区別しがたい。また、ノカルジアなど一部の細菌でも陽性となることがある。PCR検査などの遺伝子検査は結核菌遺伝子を検体内に証明するものであるが、検出された結核菌が生きているか、死菌であるかを区別することは困難であり、結果判明までに1～3日を要することが多い。培養検査は細菌学的検査のゴールドスタンダードであり、検体内に生きた結核菌を証明しているが、結果判明に最長8週間を要する。それぞれの検査に長所と短所があるため、それを加味して検査を組み合わせることで実施することが多い。そして肺結核は診断に加えて感染性の判断が重要である。日本の法律では3回の喀痰塗抹検査が陰性であれば感染性は低いと判定し、退院してもよい基準となっている。しかしながら、喀痰培養で結核菌が検出されるようであれば感染性を完全に除外することは



図1 空洞性陰影

両側肺に多発性に空洞形成を認める。



図2 気管支肺炎像

右肺上葉に気管支支配領域に沿った陰影形成を認める。

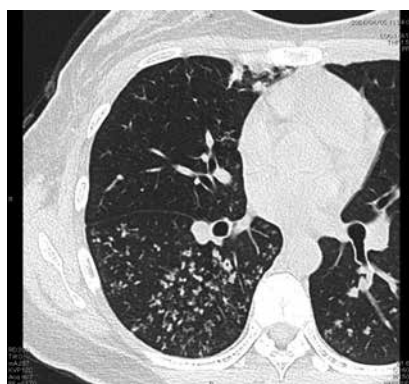


図3 小葉中心性粒状陰影

右肺下葉に粒状陰影を認める。細気管支炎像の特徴を呈しており、気道散布性陰影と思われる。

できないため、培養陰性をもって就業制限を解除することが多い。

近年、肺結核の接触者健診などでInterferon gamma release assay (IGRA, 検査名ではクオンティフェロン検査やT-スポット検査など)が頻用されるようになってきた。これは被験者血液のリンパ球を結核菌抗原で刺激培養して、リンパ球によるインターフェロンガンマ産生の多寡で結核菌感染の有無を判定するものである。注意を要するのは、IGRA陽性者イコール肺結核発症患者ではないことである。免疫が正常であれば、結核菌感染後に肺結核を発症するのは約1割とされている。このため、IGRA陽性者はその約1割が将来的に肺結核を発症するリスクを有することになる。そのうえでIGRA陽性者を診た場合、まず肺結核を発症していないかどうかを判断することが重要である。すなわち、胸部画像検査や3回の喀痰検査（培養も含む）で肺結核発症が否定できれば、潜在性結核感染症（Latent tuberculosis infection, LTBI）としていわゆる予防内服を検討することになる。

結核の薬物治療は、標準治療A法としてイソニアジド（内服）、リファンピシン（内服）、ピラジナミド（内服）とエタンブトール（内服）またはストレプトマイシン（筋注）を2ヶ月継続、その後イソニアジドとリファンピシンを4ヶ月継続の6ヶ月間治療が広く行われている。または、標準治療B法としてイソニアジド（内服）、リファンピシン（内服）とエタンブトール（内服）またはストレプトマイシン（筋注）を6ヶ月継続、その後イソニアジドとリファンピシンを3ヶ月継続の9ヶ月間治療も行われる。耐性菌誘導を予防するため、複数薬剤併用が原則であり、単剤治療を行ってはならない。また、潜

在性結核感染症（LTBI）に対する治療としては、イソニアジド（内服）とリファンピシン（内服）の4ヶ月間治療が広く行われている。

最近の結核症の動向

はじめに記載した通り、本邦における新規結核症発症患者数は年々減少傾向であり、2021年には10万人当たりの新規結核登録者数が10人を下回り、低蔓延国となった。新規登録患者の年齢分布には特徴があり、若年者層と高齢者層にピークがあり二峰性となっている。日本人の結核新規登録者は圧倒的に高齢者が多い一方で、若年者の結核新規登録者は圧倒的に外国出生者が多い³⁾。

コロナ禍以降（令和4年～令和6年）の国立病院機構宮崎東病院における肺結核患者の年齢分布を示す（図4）。患者総数は47名（男性23名、女性24名）、年齢の平均値は65歳、中央値は74歳であった。全国的な傾向と同じく、若年層（20歳代）と高齢層（80歳代）にピークがあり二峰性である。これらのうち10歳代と20歳代は全員外国出生者であり、40歳代以降の患者は全員日本人であった。宮崎県においても結核新規登録は高齢者



図4 国立病院機構宮崎東病院における
コロナ禍以降の肺結核による入院数

と外国出生者に多い傾向である。高齢者は症状が非典型的であることが多く、注意を要する。当院に入院した外国出生の結核患者はインドネシアから来日された方が多かった。さらに若年層の結核新規登録者における外国出生者割合の増加を受けて、本邦では外国籍の中長期滞在予定者に対しては、入国前結核スクリーニングが導入されている。

おわりに

結核症は全体としては減少傾向にあるものの、高齢者と外国出生者に多い。高齢者は症状が非典型的であることが多く、注意を要する。

参 考 文 献

- 1) https://www.jatahq.org/about_tb/.
- 2) https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekaku-kansenshou03/index.html.
- 3) <https://www.kekkaku.gr.jp/wp-content/uploads/2024/11/3fbc71c5ff13c27b391b3b1c1825cfe4.pdf>.

[Postgraduate Education]

2025年改訂版心不全診療ガイドラインについて (日本循環器学会/日本心不全学会合同)

宮崎市郡医師会病院 心臓病センター

柴田 剛 徳

はじめに

私が医師になった頃のManual of Medical Therapeutics 第25版(1986年出版)では、心不全治療薬の項目の多くがジギタリスに割かれていた。その内容を現在の心不全診療ガイドラインと比較すると、この数十年間での診療の変遷や治療戦略の大きな変化が明瞭に理解できる。今回の改訂¹⁾では、国内外の最新エビデンスを反映し、高齢化が進む我が国の高齢者心不全診療にも重点を置いている。日本発のデータも積極的に採用し、実臨床に直結する実用的な推奨を提示し、また十分なエビデンスがない領域でも、臨床上重要な課

題を取り上げている。専門医のみならず一般医にも活用しやすい内容となっている。本章では紙面の都合上、重要部分を抜粋して説明する。

1 心不全患者の動向

わが国で心疾患は悪性新生物に次ぐ死因第2位で、心不全による死亡が最多である。高齢化率は2022年に29%となり、患者増加が懸念される。JROAD2022によれば、2023年の心不全入院は28.5万件、急性心不全13.3万人、入院中死亡率は9.1%と高い。全国的な発症率コホートはなく、地域研究による推計が必要である。KUNIUMI研究(図1)では



図1 年齢・性調整心不全患者数の推定

新規入院が2025年21万人、2040年25万人と予測される²⁾。世界では患者は約2,600万人、欧米では発症率は横ばいか減少傾向である。

2 不全の定義と左室駆出率（LVEF）による心不全分類

心不全は、心臓の構造・機能異常により、うっ血や心内圧上昇、心拍出量低下、組織低灌流を生じ、息切れ、浮腫、倦怠感、運動耐容能低下などを呈する症候群である。また一般の方には、「心臓の働きが悪くなり、息切れやむくみが徐々に進行し、放置すると寿命を縮める病気」と説明されている。

診断・治療を進める上で重要なのが左室駆出率（LVEF）である。LVEFを指標とするのは、過去の臨床試験でLVEF値により有効な治療が異なることが示されたためであり、日米欧の心不全学会が提唱する「Universal definition and classification of heart failure」に基づき、4つに分類される³⁾。

1. HF_rEF（LVEFが低下した心不全）
LVEF；40%以下
2. HF_{mr}EF（LVEFが軽度低下した心不全）
LVEF；41～49%
3. HF_pEF（LVEFが保たれている心不全）
LVEF；50%以上
4. HF_{imp}EF（LVEFが改善した心不全）
LVEF；初回40%以下かつ経過で10%以上改善し40%を超える

3 心不全の診断アルゴリズムとバイオマーカー

心不全の診断は、自覚症状、病歴、身体所見、心電図、胸部X線、血液検査を初期評価として行い、冠動脈疾患や高血圧などの既往歴、家族歴も重要である。心エコー検査はLVEFや構造・機能異常の評価、原因検索

に不可欠で、心臓MRI検査は形態・機能・組織性状の評価に有用である。必要に応じて遺伝子検査や心筋生検も検討する。BNP、NT-proBNPは診断、予後予測、治療効果判定に有用で、特に陰性的中率が高く除外診断に役立つ。カットオフはBNP35pg/mL、NT-proBNP125pg/mLで、値が高ければ追加検査を推奨するが、腎機能や肥満で変動するため解釈に注意が必要である。

4 心不全ステージによる分類（図2）

心不全の適切な治療や早期発見には、病期（ステージ）の把握が重要である。

ステージA；危険因子のみを有し、心疾患やバイオマーカー異常のない段階
ステージB；症状はないが構造・機能異常や心内圧上昇、BNP/NT-proBNPやトロポニン高値を伴う前心不全
ステージC；BNP/NT-proBNP高値やうっ血を伴う症候性心不全
ステージD；治療抵抗性心不全

臨床経過ではステージC以降は運動耐容能が低下し、回復しても症状が顕著で抵抗性となるため、ステージB以上で長く維持できるよう明確な目標をもって治療することが重要である。

5 心不全の予防；ステージAとステージB（図3）

心不全の発症・進展予防には、生活習慣の管理に加え、危険因子や心疾患への多方面からの介入が重要である。ステージA・Bは無症候性で見逃されやすく、治療アドヒアランスも不十分となりやすいため、十分な患者教育により心不全リスクや前心不全の理解を促し、生活習慣管理や服薬、自己モニタリング

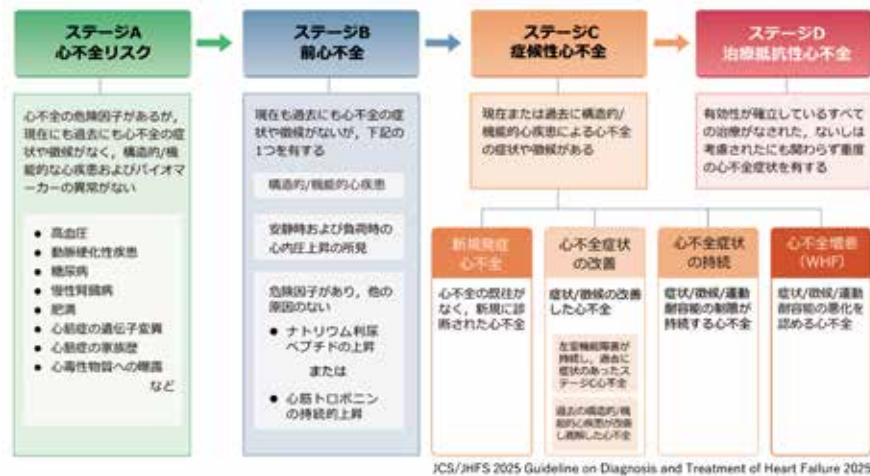


図2 心不全のステージ分類

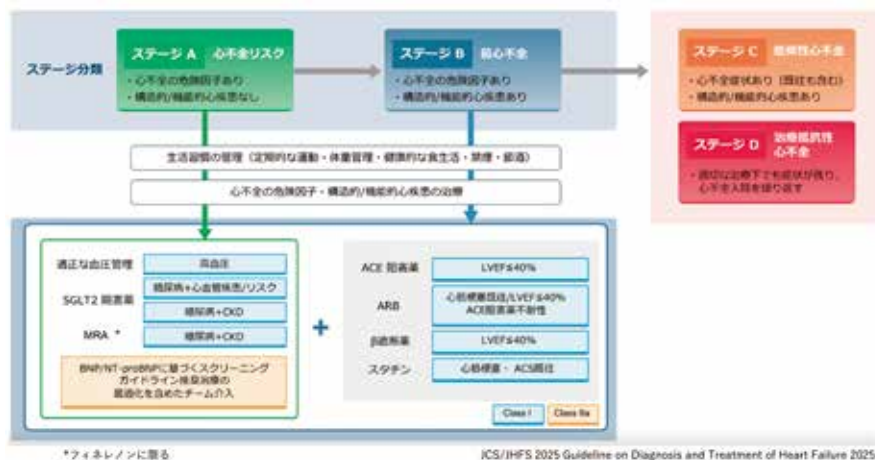


図3 心不全予防アルゴリズム

の継続的指導が求められる。ステージAでは心不全の危険因子である高血圧、糖尿病、CKD（慢性腎臓病）、肥満などのコントロールと心疾患発症予防が中心であり、ステージAから構造的/機能的な心疾患を伴うステージBへの進展を見逃さないためにはBNP等のスクリーニングが有用である。ステージBの薬物療法ではACE阻害薬、 β 遮断薬、スタチンが推奨されている。

6 心不全治療アルゴリズム；ステージCとステージD（図4）

心不全治療の目標は予後とQOLの改善であり、各ステージで進行抑制とイベント予防が重要である。ステージCでは予後改善と症状軽減、QOL維持を、ステージDでは症状軽減を主目標とする。全ステージで多職種による管理、運動療法、教育、緩和ケアを行い、早期からACP（Advance Care Plan）や緩和ケア導入を考慮する。HFrEFではACE阻

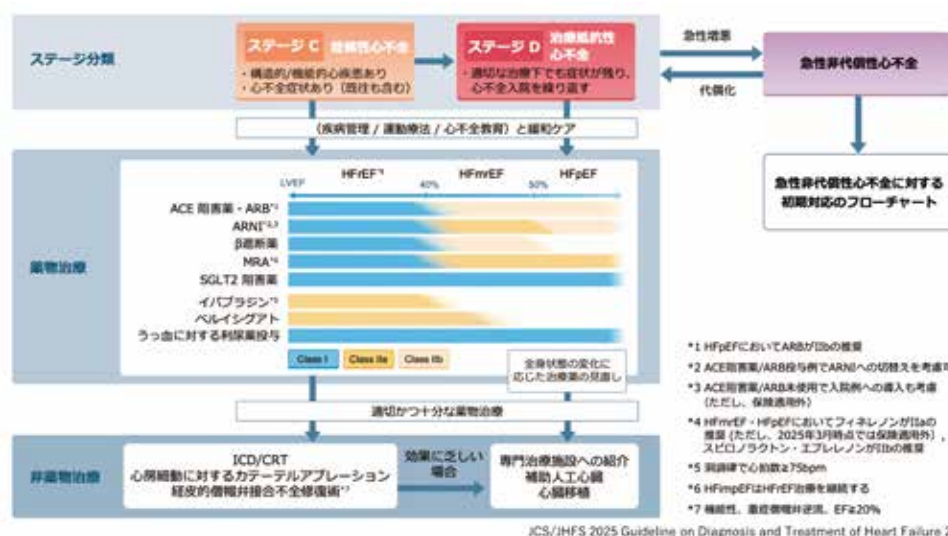


図4 心不全治療アルゴリズム

害薬・ARB・ARNI, β 遮断薬, MRA (ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬), SGLT2阻害薬の4剤を早期導入し忍容性を見て増量する。HFpEFではSGLT2阻害薬を中心にLVEFに応じ他薬剤を検討する。うっ血には利尿薬を血行動態に応じ調整する。ICD (植込み型除細動器), CRT (心臓再同期療法), 僧帽弁閉鎖不全に対する経皮的修復術も適応を検討する。HFimpEFではHFrEF治療薬を継続する。ステージDは治療抵抗性心不全で、早期に補助循環や移植を含む選択肢を説明し専門施設紹介, 治療見直しや緩和的治療導入を行う。

7 SGLT2阻害薬, アンギオテンシン・ネプリライシン阻害薬 (ARNI)

① SGLT2阻害薬 (ナトリウム・グルコースコトランスポーター2阻害薬)

SGLT2阻害薬は, 糖尿病の有無にかかわらずHFrEF患者の心不全入院および心血管死を有意に抑制することがDAPA-HF⁴⁾ および

EMPEROR-Reduced試験⁵⁾ で示され, 全死亡や腎イベントのリスクも減少した。急性期投与の有用性も示唆されているが, イベント抑制効果の検討は今後の課題である。

② アンギオテンシン・ネプリライシン阻害薬 (ARNI)

ARNIはARBとネプリライシン阻害薬の合剤で, PARADIGM-HF試験⁶⁾ によりHFrEF患者の予後改善が示された。PIONEER-HF試験⁷⁾ では急性心不全後のARNI導入が有効であった。国内試験では主要評価項目で有意差はなかったが, NT-proBNP低下が認められた。ガイドラインではLVEF40%以下かつ血行動態安定後のNYHA II-III度患者への退院前ARNI投与をクラスIIaで推奨している。

8 急性非代償性心不全の初期治療

非代償性心不全 (DHF) の中で「緊急の治療強化対応, 特に生命の危機を回避する治療 (救命的な治療) を必要とするもの」が急性非代償性心不全 (ADHF) と定義される。

つまり救急外来の受診を要する場合や静注利尿薬での治療、または入院治療を要するものが通常ADHFと呼ばれる。

① うっ血の評価と治療

急性非代償性心不全では、うっ血の重症度を評価し、その改善経過を把握することが重要である。起坐呼吸や頸静脈怒張などの症状・身体所見、血中ナトリウム利尿ペプチド、心エコー検査を用いて評価を行う。治療の中心はループ利尿薬であり、反応を尿量や尿中ナトリウム濃度で判断し、必要に応じて調整する。肺水腫には非侵襲的陽圧換気（NPPV）や血管拡張薬が有効であるが、過度の循環血液量減少には注意し、低心拍出や腎機能悪化時は強心薬や補助循環も検討する。腎機能悪化は多因子性であり、軽度の悪化をもって治療薬を中止すべきでない。

② 非代償期から代償期への移行期管理

心不全で入院した患者の1年以内死亡率は20～23%、再入院率は25～30%であり、多くは退院後3～6か月以内、特に90日以内に再発する。退院直後は心機能や身体機能の回復が不十分で、環境変化への適応困難や医療・社会的支援の不足により心イベントが起りやすく、この時期を「脆弱期」と呼ぶ。脆弱期の管理では、身体機能を維持し退院継続を目指すこと、心イベントを防ぐことが重要であり、入院中から退院後までのシームレスな包括的管理が求められる。

9 心原生ショックの管理と治療

心原性ショックでは循環動態の維持と並行して原因の迅速な同定と介入が重要である。急性心筋梗塞が疑われる場合は、緊急血行再建術が可能なカテーテル室へ搬送する。循環維持には、ドブタミンやPDEIII阻害薬の使

用、血圧維持にはノルアドレナリン投与を行う。体液貯留のない場合は補液も検討する。初期治療で改善が乏しい場合は、患者背景を踏まえ補助循環装置の使用を考慮し、多職種チームによる対応が望ましい。

10 治療抵抗性心不全（ステージD）

4と6の項の心不全治療アルゴリズムステージDでも触れたが、薬物治療・非薬物治療を考慮されたにもかかわらずNYHA心機能分類III度より改善せず日常生活に支障をきたす重度の心不全症状を有する状態はステージD（治療抵抗性心不全）と定義される。1年死亡率は25～75%と予後不良であり、これらの患者は、補助人工心臓や移植などの特別な治療や緩和ケアが適応となる。近年、心臓移植を前提としない最終治療DT（Destination therapy）が本邦で行えるようになったので、適応について紹介したい。

植え込み型左室補助人工心臓（LVAD）のDT適応は、重症心不全であるが、心臓移植の不適応患者が対象で、特に高齢者では全身状態を慎重に評価する。複数のリスクスコアが用いられるが、HeartMate 3（植え込み型補助人工心臓）への直接の適用には限界がある。認知・管理能力を評価し、精神障害、著明な右心不全や不可逆的臓器障害、予後5年未満、抗がん剤治療中症例などは除外となる。本人と家族による終末期医療への理解・同意も必要である。

11 特別な病態・疾患

近年、いくつかの心臓疾患において最新の診断・治療のエビデンスが報告されている。いくつかピックアップして紹介する。

① 肥大型心筋症 (HCM)

HCMは、左室または右室心筋の肥大と、それに伴う左室拡張能低下を特徴とする。心エコー検査や心血管MRI検査で壁厚15mm以上（家族歴ありでは13mm以上）を認めた場合に疑う。遺伝子変異の有無や二次性心筋症の除外により診断される。2022年、本症に対する遺伝子検査が保険収載されたため、今後我が国でもHCMにおける遺伝子検査を意識した診療が重要になる。最近、閉塞性HCMへの薬物療法として β 遮断薬、非ジヒドロピリジン系カルシウム拮抗薬、Naチャンネル遮断薬に加え、心筋ミオシン阻害剤であるマバカムデンの有用性が報告され、使用可能となった。本剤の作用機序は心筋細胞のミオシンに対する選択的及び可逆的なアロステリック阻害薬（活性部位ではないアロステリック部位に結合することでその活性が低下する）であり、on-action状態に入ることができるミオシン頭部の数を制御し、アクチンとミオシンの架橋形成を抑制する。

② 心アミロイドーシス

心アミロイドーシスは心筋間質にアミロイドが沈着し機能障害をきたす疾患で、主にAL型とATTR型に分類される。ATTR型は遺伝性（ATTRv）と野生型（ATTRwt）に分かれ、診断にはRed-flag所見（手根管症候群/脊柱管狭窄症の既往、心電図での低電位・前胸部誘導R波増高不良、心エコーでの左室肥大を伴う高齢心不全、大動脈弁狭窄症など）、骨シンチ、M蛋白評価が重要。治療は病型に応じた疾患修飾療法があり、ATTR型にはTTR四量体安定化薬（タファミジス、アコラミジス）^{8, 9)} やRNA製剤（パチシラン、ブトリシラン）¹⁰⁾、AL型にはDara-CyBorD療法が有効とされる¹¹⁾。支持療法も重要である。

③ 腫瘍循環器疾患

がん治療の進歩によりがんサバイバーが増加し、高齢化も進んでいる。がんサバイバーでは心血管合併症の頻度が高く、死因となることも多い。腫瘍循環器学はがん治療関連の心血管障害を扱う分野であり、特に心不全と関連するがん治療関連心機能障害（CTRCD）が重要である。CTRCDは有症候性心不全またはLVEF低下（50%未満かつ10%以上低下）で定義され、がん治療の継続可否を多職種で検討する必要がある。

ま と め

心不全は現在、コモンディージーズでありながら、その病態は多様で、未解明な部分も少なくない。今後もこの分野はさらなる発展の可能性を秘めており、数年後には改訂・更新が必要となるであろう。

参 考 文 献

- 1) 心不全診療ガイドライン2025作成委員会（編）. JCS/JHFS 2025 Guideline on Diagnosis and Treatment of Heart Failure 2025. 東京. 日本循環器学会/日本心不全学会.
- 2) Fujimoto W, Toh R, Takegami M, et al. Estimating Incidence of Acute Heart Failure Syndromes in Japan — An Analysis from the KUNIUMI Registry. *Circ J* 2021 ; 85 : 1860-1868. PMID : 33678754.
- 3) Bozkurt B, Coats AJS, Tsutsui H, et al. Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society

- of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure: Endorsed by the Canadian Heart Failure Society, Heart Failure Association of India, Cardiac Society of Australia and New Zealand, and Chinese Heart Failure Association. *Eur J Heart Fail* 2021 ; 23 : 352-380. PMID : 33605000.
- 4) McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, et al. DAPA-HF Trial Committees and Investigators. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *N Engl J Med* 2019 ; 381 : 1995-2008. PMID : 31535829.
- 5) Packer M, Anker SD, Butler J, et al. EMPEROR-Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure. *N Engl J Med* 2020 ; 383 : 1413-1424. PMID : 32865377.
- 6) McMurray JJ, Packer M, Desai AS, et al. PARADIGM-HF Investigators and Committees. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med* 2014 ; 371 : 993-1004. PMID : 25176015.
- 7) Velazquez EJ, Morrow DA, DeVore AD, et al. PIONEER-HF Investigators. Angiotensin-Neprilysin Inhibition in Acute Decompensated Heart Failure. *N Engl J Med* 2019 ; 380 : 539-548. PMID : 30415601.
- 8) Maurer MS, Schwartz JH, Gundapaneni B, et al. ATTR-ACT Study Investigators. Tafamidis Treatment for Patients with Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2018 ; 379 : 1007-1016. PMID : 30145929.
- 9) Elliott P, Drachman BM, Gottlieb SS, et al. Long-Term Survival With Tafamidis in Patients With Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy. *Circ Heart Fail* 2022 ; 15 : e008193. PMID : 34923848.
- 10) Adams D, Tournev IL, Taylor MS, et al. HELIOS-A Collaborators. Efficacy and safety of vutrisiran for patients with hereditary transthyretin-mediated amyloidosis with polyneuropathy: a randomized clinical trial. *Amyloid* 2023 ; 30 : 1-9. PMID : 35875890.
- 11) Kastritis E, Palladini G, Minnema MC, et al. ANDROMEDA Trial Investigators. Daratumumab-Based Treatment for Immunoglobulin Light-Chain Amyloidosis. *N Engl J Med* 2021 ; 385 : 46-58. PMID : 34192431.

[Postgraduate Education]

骨髄増殖性腫瘍について

県立宮崎病院 内科

山下 清

はじめに

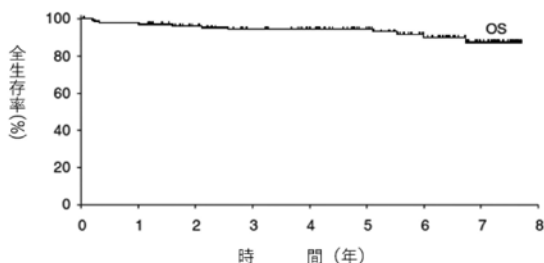
最近では、検診または定期採血などで見つかることが多くなった骨髄増殖性腫瘍（Myeloproliferative neoplasm：MPN）であるが、日本血液学会から2024年12月に「造血器腫瘍診療ガイドライン第3.1版」がweb版¹⁾で改定になった。その中で造血幹細胞レベルでの腫瘍化によって発症する骨髄系細胞（顆粒球、赤芽球、巨核球）の著しい増殖を特徴とする慢性骨髄性白血病、真性多血症、本態性血小板血症について、現在の診断、分類、治療などについて日常診療に役立つよう説明したい。

1. 慢性骨髄性白血病

（Chronic myeloid Leukemia：CML）

本疾患は、多能性造血幹細胞の異常により惹起される白血病で、t (9；22) (q34；q11)により形成されるPhiladelphia (Ph) 染色体を特徴とする。Ph染色体上のBCR::ABL1融合遺伝子にコードされて産生されるBCR::ABL1チロシンキナーゼ（tyrosine kinase：TK）が恒常的に活性化し、白血病細胞の増殖に関与し、3つの病期を経て進行する。CMLは白血球や血小板の増加を認めるが、自覚症状の乏しい慢性期（診断後約3～5年間）で多くの患者が検診や定期採血などで診断され、顆粒球の分化異常が進行する移

行期（3～9カ月間持続）を経て、未分化な芽球が増加して急性白血病に類似する急性転化期（約3～6カ月間持続）へ進展し致死的となる。血液所見として、白血球および血小板数の増加、末梢血での骨髄芽球や骨髄球、後骨髄球の出現、好塩基球の増加などが、血液像での特長となる。そのまま骨髄検査の出来る施設への紹介でも良いが、最近では末梢血での外注検査で「末梢血好中球BCR/ABL1 t (9；22) 転座」を行い、転座が陽性であればほぼ診断できる。それからは診断確定のため、また他の付加的染色体異常などの確認のため骨髄穿刺などの検査が必要のため、血液内科へご紹介頂きたい。本疾患は、Tyrosine Kinase Inhibitor (TKI) の内服などで高い治療効果을上げており（図1）、Sokal Score²⁾でのLow Risk群で89%の10年生存が予想できる（表1）。



3) より改変

図1 慢性骨髄性白血病の全生存率

表 1 慢性骨髄性白血病の診断時の予後分類のSokal Score

Score 計算式		リスクグループ	
$\begin{aligned} & \text{Exp } ([0.0116 \times (\text{age}-43.4)] \\ & + [0.0345 \times (\text{spleencm}-7.51)] \\ & + [0.188 \times \{(\text{Platelet count } 10^9/\text{L}/700)^2 \\ & -0.563\}] \\ & + [0.0887 \times (\text{Blood Blasts}-2.10)] \end{aligned}$		Low Risk: <0.8 Intermediate-risk: 0.8~1.2 High risk: >1.2	
予後(n=5154)	Low risk	Intermediate risk	High risk
%	38	38	23
10 年生存率	89%	81%	75%
6 年白血病関連死	3%	4%	8%

2. 真性多血症（Polycythemia Vera：PV）

本疾患は、赤血球の増加が主として見られる。発熱，体重減少，倦怠感，掻痒などの症状を訴える場合もあるが，採血で指摘されることが多い。遺伝子の解析が行われており，本疾患の95%以上にJAK2変異が見られる。JAK2変異については末梢血でも調べることが出来る。次項で示す他の遺伝子変異（MPL，calreticulin：CALR）については保険適応となっていないのでご注意ください。他，超音波検査で脾腫の有無なども確認し，血液検査でエリスロポエチンが低値であれば多血症の可能性が高まる。

PVの生命予後は比較的良好であり，治療により10年以上の50%生存期間が期待でき

る。そのため，起こしやすい合併症として知られる血栓症の予防が治療の主眼となる。年齢60歳以上または血栓症の既往がある患者は，血栓症の高リスク患者である（表2）。他にも高血圧や脂質異常症など血栓症のリスクとなる因子がある時にはそれらの疾患も治療する。血栓症の低リスク群に対しては，瀉血＋低用量アスピリンの投与を行い，高リスク群に対しては，瀉血療法，アスピリン療法に加え細胞減少療法を行う。細胞減少療法にも数種類あるため，初発時には血液内科へご紹介頂き，リスク分類，治療法の決定などを行うことが必要と思われる。

表2 PVにおける血栓症のリスク分類^{4, 5)}

報告者	予後因子	リスク分類
Barbui T, et al.	年齢<60歳、かつ血栓症の既往無し	低リスク
	年齢≧60歳、または血栓症の既往がある	高リスク
Tefferi A, et al.	年齢<60歳 血栓症の既往無し 血小板数<150万/μL 心血管病変のリスク因子（喫煙、高血圧、うっ血性心不全）がない 以上の全ての項目を満たす	低リスク
	低リスク群にも高リスク群にも属さない	中間リスク
	年齢≧60歳、または血栓症の既往がある	高リスク

3. 本態性血小板血症

(Essential Thrombocythemia : ET)

本疾患も採血による血小板の増加で多くが発見されるが、PVと同様の全身症状が見られることもある。PVと同様にJAK2の変異がETの約半数に、トロンボポエチンレセプターであるMPL変異が3～8％に、CALR変異が20～30％に生じており、血球の無秩序な増殖の原因とされています⁶⁾。血小板数が著増するとvon Willebrand factor (vWF) 因子の高分子マルチマーの蛋白分解亢進による質的異常によって後天性vWF症候群を発症することがあり、APTTが延長する事がある。

本疾患の生命予後は良好であり、健常者とほぼ同等の生命予後が期待される。そのため、本疾患も合併する血栓症の予防が治療の主眼となる。年齢60歳以上または血栓症の既往がある患者は、血栓症の高リスク患者である。なお、最近JAK2変異を組み入れたリスク分類も提唱された（表3）。

治療として、血栓症の予防が主眼となり、血栓症の低リスク群については経過観察を行い、高リスク群に対しては、合併する血栓症の予防を目的として低用量アスピリン投与と細胞減少療法の併用療法を行う。

終わりに

血液検査などで見つかることが多くなった骨髄増殖性腫瘍のうち、CML、PV、ETについて、2024年に改訂となった「造血器腫瘍ガイドライン3.1版（web版）」を用いて概説した。上記ガイドラインは、日本血液学会ホームページから無料で閲覧可能であるため、詳細についてはこちらをご参照頂きたい。

稀ではあるものの、検診や定期採血で見つかることが多くなった疾患であるため、日常診療への参考となれば幸いです。

参考文献

- 1) 造血器腫瘍診療ガイドライン第3.1版（2024年版）[<https://www.jshem.or.jp/medical/clinical-guideline/>].
- 2) Sokal JE, et al. Prognostic discrimination in “good-risk” chronic granulocytic leukemia. Blood. 1984 ; 6 : 789-99.
- 3) T Furukawa, et. Al: Clinical value of assessing the response to imatinib monitored by interphase FISH and RQ-PCR for BCR-ABL in peripheral blood for long-term survival of chronic phase CML patients: results of the Niigata CML-

表3 ETにおける血栓症のリスク分類

報告者	予後因子		リスク分類
Barbui T, et al. ⁴⁾	年齢<60 歳、かつ血栓症の既往無し		低リスク
	年齢≧60 歳、または血栓症の既往あり		高リスク
Ruggeri M, et al. ⁷⁾	年齢<60 歳、かつ血栓症の既往無し かつ血小板数<150 万/μL		低リスク
	年齢≧60 歳、または血栓症の既往あり または血小板数≧150 万/μL		高リスク
	Barbui T, et al. ⁸⁾	年齢<60 歳、かつ血栓症の既往無し	JAK2 変異無し
JAK2 変異あり			低リスク
年齢≧60 歳、かつ血栓症の既往無し		中間リスク	
年齢≧60 歳、かつ JAK2 変異あり 血栓症の既往あり		高リスク	

multi-institutional co-operative clinical study. Int J Hematol. 2011 ; 93 : 226-343.

- 4) Barbui T, et al. Philadelphia-negative classical myeloproliferative neoplasms: critical concepts and management recommendations from European LeukemiaNet. J Clin Oncol. 2011 ; 29 : 761-70.
- 5) Tefferi A, et al. Polycythemia vera: scientific advances and current practice. Semin Hematol. 2005 ; 42 : 206-20.
- 6) Vainchenker W, et al. Genetic basis and

molecular pathophysiology of classical myeloproliferative neoplasms. Blood. 2017 ; 129 : 667-79.

- 7) Ruggeri M, et al. No treatment for low-risk thrombocythaemia: results from a prospective study. Br J Haematol. 1998 ; 103 : 772-7.
- 8) Barbui T, et al. Practice-relevant revision of IPSET-thrombosis based on 1019 patients with WHO-defined essential thrombocythemia. Blood Cancer J. 2015 ; 5 : e369.

〔他科からの提言〕

顔面神経麻痺について

宮崎善仁会病院 耳鼻咽喉科

鍋 倉 隆

顔面神経麻痺診療は脳神経内科、脳神経外科、耳鼻咽喉科のいずれかで行われることが多いと思います。今回、耳鼻科医からの視点として顔面神経麻痺診療について述べさせていただきます。

目 次

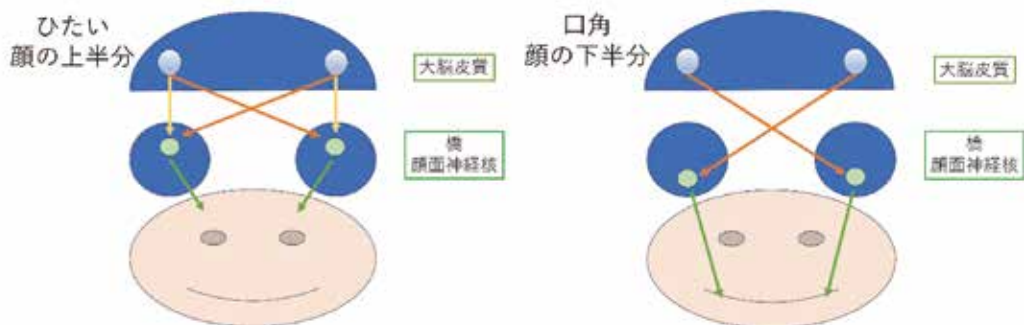
1. 顔面神経麻痺 中枢性か末梢性か?
2. 末梢性顔面神経麻痺
 - ① 分類
 - ② 解剖・病態
3. 耳鼻科医が行っている治療
 - ① 麻痺重症度による治療
 - ② ステロイド鼓室内注入
 - ③ 麻痺の評価
 - ④ 顔面神経減荷術

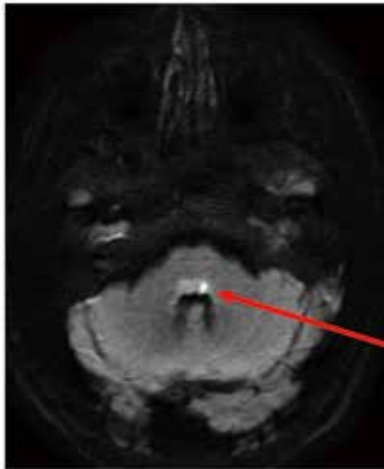
1. 顔面神経麻痺 中枢性か末梢性か??

御存知の方も多いと思いますが、顔面神経麻痺が中枢性か末梢性かを見分ける目安の一つとして額のしわ寄せが可能か否かを観察します。その根拠となるのは前頭筋における左右大脳皮質の二重支配にあります。

大脳皮質（中心前回の体性運動野）から出た一次ニューロンが、左右交叉して対側の橋の顔面神経核にインプットされます。顔の上部を支配する一次ニューロンの一部は交叉せず、同側の顔面神経核に入ります。そのため中枢性の麻痺では前頭筋など顔の上部は両側支配のため麻痺を免れます。

ここで注意すべきことは橋で微小病変が生じると末梢性顔面神経麻痺が出現する事です。顔面神経麻痺以外の脳神経麻痺のチェックを怠らなく行う事が重要であると再認識させられた微小な橋被蓋部梗塞例のMRIです。





末梢性顔面神経麻痺及び外転神経麻痺を生じた

MRI 拡散強調画像 水平断
橋被蓋部左側に高信号病変を認める

2. 末梢性顔面神経麻痺（単独）

顔面神経麻痺（単独例）の多くは末梢性であり、側頭骨内を主病変とする場合が多いですが、顔面神経麻痺を来す疾患は多様であるため、本稿ではおもにBell麻痺およびHunt症候群などのウイルス性顔面神経麻痺を中心に述べさせていただきます。

① 分類

顔面神経麻痺のみ単独で生じる場合、末梢性が全体の90%以上を占めています。そのなかでもBell麻痺が約60～70%を占め、人口10万人当たり20～30人の発症率であり、次いでHunt症候群が多く約20%を占め、外傷性麻痺、中耳炎性麻痺、腫瘍麻痺などがこれに続きます。



ここでHunt症候群とは

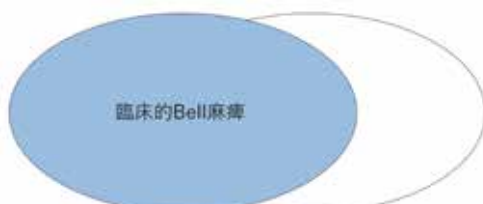
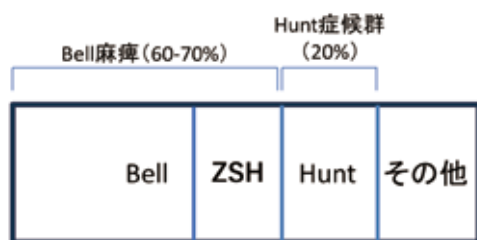
水痘・帯状疱疹ウイルス（VZV：varicella zoster virus）が再活性化することで生じる帯状疱疹、顔面神経麻痺、第8脳神経症状（めまい、難聴）の3主徴を有する症候群であり、3主徴を呈する典型例は58%に過ぎず、40%は第8脳神経症状を欠いた帯状疱疹と顔面神経麻痺のみを生じるという報告があります。



◎ウイルス性顔面神経麻痺にはBell麻痺、ZSH、Hunt症候群の3種類が存在する!!

Bell麻痺は原因不明とされていましたが、村上らが1996年に単純ヘルペスウイルスの関与を初めて証明しました。自然治癒率が70%，加療することで90%と治癒率が高い疾患であると考えられています。それに対してHunt症候群は自然治癒率が30%，加療を行うも70～80%と治癒率は高くないといわ

れています。ここで注意すべきは耳介の帯状疱疹や難聴、めまいを欠き、顔面神経麻痺のみ単独で生じ、臨床的にBell麻痺と診断されるも水痘・帯状疱疹ウィルスによって生じる無帯状疱疹ヘルペス（zoster sine herpete：ZSH）が存在し、日常診療でBell麻痺と診断されている症例の20%がZSHであることが血清抗体価検査で明らかになっています。したがって、帯状疱疹や難聴がないから予後良好なBell麻痺と考えたとしても耳痛が強い、耳鳴などの症状がある高度麻痺症例ではZSH（帯状疱疹ウィルスの関与）を疑い初期治療を行うことが重要です。ZSHは麻痺が高度で、Hunt症候群と同様に治癒率が低いです。



顔面神経麻痺のみ単独で生じ臨床的にBell麻痺と診断するも…



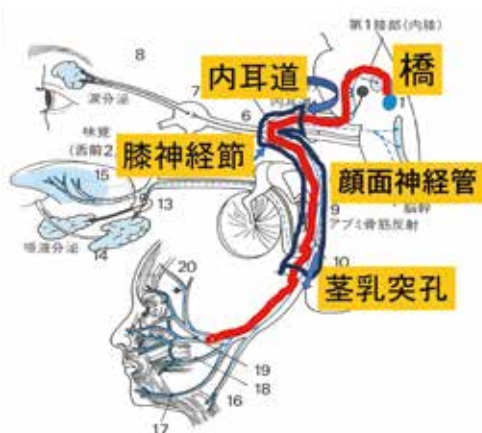
水痘・帯状疱疹ウィルス（VZV）抗体が高値である事が判明し…



ZSHの最終診断となる

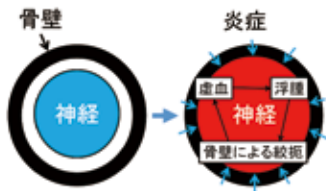
② 解剖・病態

運動神経の一次ニューロンは中心前回の体性運動野に始まり、左右交叉して対側の橋の顔面神経核に至ります。顔面神経核を出た二次ニューロンは橋背側にある外転神経核を迂回し小脳橋角部へ向かい、蝸牛前庭神経と共に側頭骨の内耳道に入ります。内耳道を出て、膝神経節から3.5センチ前後の骨管である顔面神経管を通り、茎乳突孔より頭蓋を出て、耳下腺内で分枝して顔面筋に広く分布します。



ウィルス性顔面神経麻痺の基本的な病態に大きな違いはなく、細胞性免疫の低下等が誘因となって神経節（膝神経節）に潜伏感染したウィルスが再活性化し、神経の脱髄を起こして麻痺を発症させます。顔面神経が側頭骨内の骨管を通っているため、神経に浮腫、炎症が起こると、狭いところでは神経が圧迫さ

れて神経絞扼を生じます。神経絞扼が起こると、浮腫と炎症、圧迫とが悪循環となり、これもまた麻痺発症の原因となります。



学会の診療ガイドラインでは柳原法を用いており、重症度により治療が記されております。

Bell麻痺, Hunt症候群いずれにおいても重症であると大量ステロイド点滴投与が推奨されています。重症とはどの程度なのかと大まかに判定するにはどうすればよいか, 「強い閉眼をしても麻痺側の眼球結膜がみえる」「イーとして麻痺側の上の歯が見えない」など重症と判定されることが多いです。

3. 耳鼻科医が行っている治療

① 麻痺重症度による治療

麻痺評価は世界的にはHouse-Brackmann法を用いることが多いのですが, 日本顔面神経



	軽症 (柳原法 20 点以上)	中等症 (柳原法 18~12 点)	重症 (柳原法 10 点以下)
	原則外来治療		原則入院治療
ステロイド プレドニゾン, メチルプレドニゾン等	プレドニゾン量で 30mg/日 (内服) 10 日間で漸減終了	プレドニゾン量で 60mg/日 (内服) 10 日間で漸減終了 注 1)	プレドニゾン量で 120~200mg/日 (点滴) 10 日間で漸減終了 注 1)
抗ヘルペス薬 バラシクロビル, アシクロビル, ファムシクロビル, ビタラビン			単純疱疹用量 5 日間 注 2)
その他			ビタミン B ₁₂ , ATP 製剤

Bell麻痺の急性期治療

	軽症 (柳原法 20 点以上)	中等症 (柳原法 18~12 点)	重症 (柳原法 10 点以下)
	原則外来治療		原則入院治療
ステロイド プレドニゾン, メチルプレドニゾン等	プレドニゾン量で 30mg/日 (内服) 10 日間で漸減終了	プレドニゾン量で 60mg/日 (内服) 10 日間で漸減終了 注 1)	プレドニゾン量で 120~200mg/日 (点滴) 10 日間で漸減終了 注 1)
抗ヘルペス薬 アメナメビル, ファムシクロビル, バラシクロビル, アシクロビル等	帯状疱疹用量で 7 日間		
その他	ビタミン B ₁₂ , ATP 製剤		

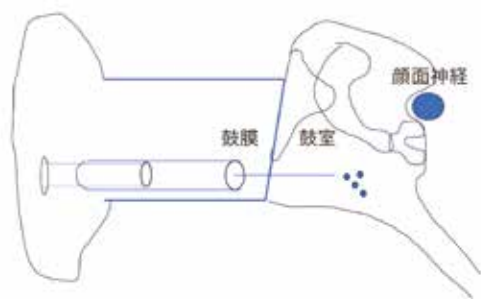
Hunt症候群の急性期治療

(日本顔面神経学会 顔面神経麻痺診療ガイドライン 2023年版より抜粋)

ZSHは麻痺が高度で、Hunt症候群と同様に治癒率が低いです。ZSHの診断は困難で、治療はエンピリックにならざるを得ません。抗ヘルペス薬は多種存在しますが、VZV性顔面神経麻痺にはHSV性と比較し3～4倍の大量投与が必要です。耳痛が強く耳介が発赤した患者や、高度麻痺患者ではVZV感染を疑い、抗ウイルス薬をVZV用量まで増量し投与します。一方、抗ヘルペス薬の作用機序はウイルスの合成阻害であり、既に増殖したウイルスには無効であるため、発症3日以内の早期投与を心がけるべきであります。

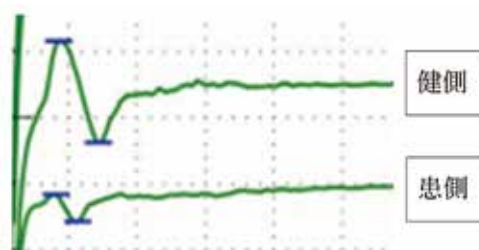
② ステロイド鼓室内注入療法

ステロイドの局所投与方法としてステロイド鼓室内注入療法があります。鼓膜表面麻酔後に鼓膜穿刺し鼓室内へステロイド注入し顔面神経に直接移行させる方法であります。麻痺の重症例にはステロイド全身投与への上乘せとして鼓室内投与が推奨されています。



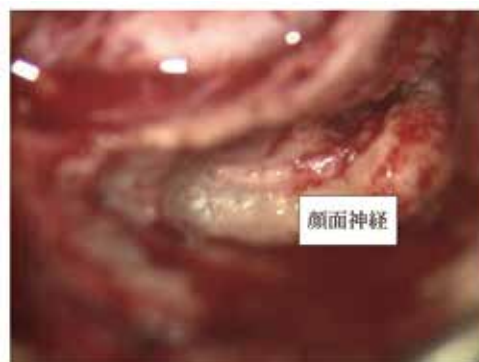
③ 麻痺の評価

以上の薬物療法を行った後に麻痺の予後を判定します。麻痺発症から10～14日に表面電極を用いた誘発筋電図検査を行います。数値により神経障害の程度が分かり予後を推測することができます。



④ 顔面神経減荷術

耳後部の乳様突起を削開して骨管内で絞扼された顔面神経を開放させ、神経に直接薬剤を留置する手術です。麻痺が重症で誘発筋電図検査にて高度な神経変性が推定される場合に顔面神経減荷術の適否を検討します。発症2週間前後での早期手術が推奨されています。



終わりに

顔面神経麻痺の治癒率は疾患ごとに異なりますが、予後が良いと言われているBell麻痺でさえも完全治癒率は9割であり、10人中1人は顔に後遺症を抱えたままとなってしまいます。「末梢性顔面神経麻痺なのでプレドニン60mgから漸減投与」と定型的に行わず、病状に合わせてオーダーメイドに早期に適切な検査及び治療を提供して一人でも多くの方の笑顔が戻るようにしていけたらと思います。

[随 筆]

HOME TO SUMMIT ^{いただき}あの頂へ

小林市 上田内科

上 田 集 宣

我が家の2階からは、高千穂峰が綺麗に見える。ある時、自宅から頂上まで、自分の足だけで行ってみたくなった。調べてみると狭野神社の奥に「天孫降臨」という神々しい名の登山口をみつけた。その登山口までは片道18.6km、頂上まではさらに3.3km。往復43.8kmとフルマラソンを超えるロングコースである。走っていくのは現実的ではないから、自宅～登山口間は自転車（ロードバイク）を使うことにした。

登山靴はどうしよう？ 調べてみると、トレイルランニングなる登山スタイルを知った。シューズ、ザック（リュック）などのアイテムを軽量化し、スピードに特化したスタイルのようだ。自転車乗りの私の心に「軽さ」というワードがにつきささった。トレランアイテムなら自転車にくくりつけても錘にはならず、急坂でも大丈夫だろう。

早速、シューズとザックを手配した。シューズは左右合わせても500gくらい。ペットボトル一本分の重量しかない。ザックはペラペラのアミアミの布切れで、「からう」より「着る」ものという印象だった。

ぶっつけ本番するほど肝っ玉は大きくないから、まずは走り慣れたえびの高原まで自転車で行ってみた。夏の暑い日で、えびの高原に着くころにはボトルの水が枯渇し、ザック付属のソフトフラスク（水筒）への水補充にはやや手間取った。そして、ロードバイクのピチピチの格好のまま韓国岳に登ってみた。ザックの中身はフラスクとウインドブレーカだけ。ロードバイクのジャージには背中ポケットがいっぱいあるから、夏登山ならザックは要らなかったかも。なんだかんだで小学6年生の時の2倍の時間を要するも無事下山、

スタミナ的には全く問題なかった。

後日、天孫降臨登山口までの道のりを自転車で下見した。パンク対策必須の林道だった。タイヤ・チューブを丈夫なものに交換し、念願のHOME TO SUMMITはあっさり成功してしまった。稜線に出てからの景色は初めて見る光景で、その美しさ、鳥居の神々しさ*、すべてに感動し、高千穂峰の魅力に取り憑かれてしまった。

*真冬に再訪した際、白龍に遭遇した！

それではと、高千穂河原からもチャレンジしてみた。国道～河原間の道路は穴ボコだらけで、下りの際はホイールが壊れるかと思った…。

ついで御池小学校近くの夢が丘コースにもチャレンジ。牛、猪たちに応援？されたり、杉の葉や倒木でスリッピーなアプローチだった。

自宅から一番近い霧島東神社はロングコースなので最後にとっておいた。長距離だけでも変化に富んで飽きのこないコースで、コシジロヤマドリに驚かされ、二子石の岩によじのぼるクライマーにはもっと驚かされ、頂上まであつという間だった。時間的にも体力的にも余裕があり高千穂河原まで降りてカレーを食べて来た道に戻った。御鉢の岩登りはとても楽しい。登山自体は全然キツくなく、辛かったのは登山口までのアプローチ。駐車場手前の激坂はF36TxR28Tでもギアが足りないほど。

山歩きに慣れてきたころ、ロードバイクで霧島一周&韓国岳&高千穂峰登山にチャレンジしてみた。結果、推定消費カロリー5,469kcal、帰宅後にお腹が空きすぎて、夜ご飯を3回たべた。

いろいろ遊んでいるうちに、気づいたら登

山そのものにハマっていた。

霧島登山マラソン（皇子原公園から頂上まで走る大会）に出てみたり、小池コース、北面コース、龍駒コースなど、知られているコースを一通り登ってみて、いつしか「他の山から高千穂峰を見たい」と思うようになっていた。HOME TO SUMMITの理念はどこへやら。

以下、遠征記録を箇条書きで。

- ・宮之浦岳：高千穂峰からの距離176km。
九州最高峰。百名山のなかでもアプローチは最難関と聞いていたが、小林からだて飛行機orフェリーでアクセスは容易。計算上は山頂から高千穂峰に見通しが効くはずだが、いかんせん遠すぎてモヤってよくわからなかった。高千穂峰からだて屋久島は視認できる。
- ・開聞岳：距離87km。
桜島の右側に霧島山系全体が見える。いつかHtSしたい。
- ・大甕柄岳：距離45km。
霧島山系、桜島、開聞岳と眺望良い。屋久島は見えない。
- ・小松山：距離41km。
高千穂峰を見て振り返れば太平洋。
- ・紫尾山：距離53km。
霧島山系を西側から見られる。市房山、雲仙・普賢岳も見える。
- ・白髪岳：距離29km。
高千穂峰が浮かぶ雲海は絶景。高低差少なくハイキングコース。おすすめ。
- ・市房山：距離50km。
どこからみても三角形で目立つ山、高千穂峰のライバル。樹林帯を抜けたら頂上までの区間、ずっと眺望が効く。つまり日差しが暑い。霧島山系のほか、祖母・傾、くじゅうも見える。体力ある方にはおすすめの山。国道265号が復旧したらHtSしたい。
- ・国見岳：距離74km。
九州のヘソ？360°、山、山、山。同じ宮崎県内なのに登山口まで3時間かかる。熊本県の最高峰。
- ・祖母山：距離112km。

市房山の左側に二子石がのぞくらしいが私にはわからなかった。韓国岳は見た。宮崎県の最高峰。

- ・傾山：距離118km。
高千穂峰が見えるとの噂を聞いたが、石堂山に隠れて見えなかった。
- ・普賢岳：距離113km。
平成新山ができるまで長崎県の最高峰だった山。霧島山系がなんとか見えた（気がした）。

番外編

- ・大塚原公園（ゆ〜ぱるのじりの裏山）：夕焼け空と山の稜線のコントラストはSNS映えするハズ。
- ・シーガイアオーシャンタワー：エレベーターホールから高千穂峰が見える。古代人はあの三角山を遠く見て何を思った？
- ・宮崎道 高崎川付近：橋の上から田んぼ越しに見える秀峰。美しさだけでなく迫力もある。
- ・吉都線 小林〜広原間、日豊本線 三股〜山之口間：車窓越しの高千穂峰は旅情あふれる。
- ・飛行機（鹿児島発羽田行き）：離陸直後、左手に見える。座席指定するならA席を。
- ・Microsoft Flight Simulator：飛行機ゲーム。天の逆鱗こそ見えないが、山頂には山小屋らしき建物が確認できる。
- ・映画「007は二度死ぬ」：高千穂峰や新燃岳上空で空中戦が繰り広げられる。

おすすめアプリ・アイテム

- ・ヤマテン：山の天気予報。有料サービスだが、展望予想、遭難防止に。
- ・スーパー地形図：見通し判定、パノラマ展望図の作成などニッチでマニアックな機能を搭載。地形図好きなら1,300円払う価値あり。
- ・ディート30%虫除け：ヤマビル、マダニ対策に必須。

夷守岳、大幡前山など、霧島山系の山々についてもその魅力を書きたかったが、長くなりそうなのでまた別の機会に。

入会の挨拶

宮崎市 アイレHDクリニック

日高 智徳

この度、宮崎県内会医会への入会に際しまして、謹んでご挨拶申し上げます。私は宮崎県西都市出身で令和7年6月現在、58歳です。宮崎医科大学医学部（現宮崎大学医学部）を卒業後、宮崎医科大学第2内科に入局し、内科分野の研修を積ませていただきました。その後、県内の医療機関である県立宮崎病院、古賀総合病院、都城市郡医師会病院、都農町国民健康保険病院、国立病院機構都城医療センターおよび宮崎大学附属病院血液内科にて診療に従事し、平成24年12月から令

和5年3月まで同大学附属病院がん診療部講師として勤務いたしました。前職を辞職後は平成5年4月よりアイレHDクリニックにおきまして、内科一般外来および血液透析患者管理を担当しております。また、総合内科専門医、日本血液学会認定血液専門医、そして日本造血細胞移植学会造血細胞移植認定医の資格を有しております。趣味は歴史探訪であり、特に邪馬台国の探索を楽しんでおります。今後ともご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。

開業のお知らせ

医療法人社団 照仁会 のべおか中央クリニック

院長 戸井田玲子

この度、海北幸一教授のご許可を頂き、2024年9月4日に延岡市で「医療法人社団 照仁会 のべおか中央クリニック」を開業致しました戸井田玲子と申します。私は2005年に北里大学医学部を卒業後、2007年に宮崎大学医学部附属病院、旧第一内科・循環器内科に入局し、多くの先生方からご指導をいただきました。専門は循環器内科で、特に心エコー図検査による画像診断を中心に学び、宮崎

大学医学部附属病院、泉和会 千代田病院、県立延岡病院などで診療に携わってまいりました。

開業から1年が過ぎ、まだまだ余裕はありませんが、自宅では愛犬（黒豆柴）に癒されながら日々を過ごしています。これからも地域の皆様のお役に立てるよう、学びを重ねて精進して参りますので、どうぞよろしくお願いいたします。



理 事 从 ひ と こ と

診 察

国富町 けいめい記念病院

金丸 吉昌

「診察」のこトバを改めて調べてみた。辞書で「診察」という項目をみると「医師が患者の病状を判断するために、質問をしたり体を調べたりすること」と書かれている。

最近ハ電子カルテの導入もあり入力に注力しなければならず、現実の診療の場面においては「診察」ができにくくなつてきているのかもしれない。EBM（科学的根拠を重視した医療）は更にデータに基づく医療に傾いてきているように感じる。データがあれば診断・治療ができるかの如く、錯覚に陥ってしまつてはハないだろうか。NBM（物語と対話に基づく医療）が欠けてしまつてハいるように感じる。患者の目の前に対面しているが、実態はオンライン診療に近い在り様になつてしまつてハいるのハないだろうか。あくまでも全人的（身体的、心理的、社会的）にアプローチすることが必要ではハないかと思う。

効率化を求めて僻地などでのオンライン診

療が真正面から検討されているが、オンライン診療では五感を使つての「診察」ができハない。問診上の会話の端々に患者の病気が内包されている。視診、聴診、触診、あるハは嗅覚を通して診断に必要な情報を得ることができハない。患者が今醸している切迫感、不安感、疑問などの察知も難しい。表情をうまく読み取れない。総じて「診察」の欠如した状況での診療にならざるを得ハないのハないか。患者は心身一如である。対面を基本にハしないで患者の全体像を把握し、適切に診断し治療へと向かうことができハるのだろうか。果たして、患者に安心、納得が得られるのだろうか？ 疑問が残る。また診療を通して育まれる信頼関係も、醸成しにくいのハないだろうか。僻地、離島であつても、あくまでも対面診療の確保が不可欠ではハないかと思う。

最後になるが、僻地等での勤務は「診察」の基本を体得し、総合的で、全人的な医療を経験を通して学ぶことができ、医師として成長していくための大事な土台づくりにもなるのハないかと思う。地域枠等の若い医師が安心して勤務ができハるような環境としくみが構築されることを期待している。

理 事 から ひ と こ と

最近、驚いたこと（今更ですが）

宮崎市 国立病院機構宮崎東病院

松元 信弘

「理事からひとこと」を依頼されたので、まじめにいろいろ考えました。医師の高齢化、どうなってしまうの夜間救急体制、医療デジタルトランスフォーメーション…。しかし、解決は難しく気が滅入ってしまったので、軽い話でご勘弁願います。

私はウインドウズPCを日常的に使用しています。PCを起動すると最近やたらとウインドウズ10をウインドウズ11にアップデートしろと言ってきます。昔マッキントッシュを使っていた頃、うかつに変更して何度も痛い目にあってきたので、PCに関しては今うまく動いているならあえて変更しない方針です。しかし、ウインドウズ10のサポートはもうすぐ終了とのこと、仕方がないのでアップデートしました。アップデートには問題なく、その後もPCはサクサク動いています。ここでウインドウズ11におまけのAIが付いてきました。今までAIは全く使ってこなかったのですが、これが驚くほど便利!! 何を訊ねてもほぼ正確に回答してきます。もう、グーグル検索しなくなりました。もちろんこの原稿は私の脳をフルに使って書いていますが、AIに「宮崎県内科医会誌に理事からのエッセイを依頼されているのですが、適切なテーマがありますか。」と入力すると、「それは素晴らしい機会ですね。宮崎県内科医会誌という場で理事としてエッセイを書くのであれば、地域性・専門性・人間味のバランスが取れたテーマが理想的です。」と返事があり、いくつか適切なテーマを回答してきました。「宮崎の医療と地域文化の交差点」・「へき地医療の現場から見える未来」・「診療室から見える人間模様」・「内科医の知と技の継承」・「自然と医療の共生」・「南国の空

の下で考える医師の働き方」・「医療の“正しさ”とは何か」・「AIと医師の未来」など…。うーん、この原稿AIに任せてしまいたい衝動に駆られます。

さて、この1ヵ月ほどウインドウズ11のおまけAIを使って感じたことは、まず、確立していることや正解のはっきりしている事については、信じられないほど正確に返答し、理解しやすくと依頼すれば驚くほど分かりやすく解説してきます。ここには入力の方方に少しコツがあるようで、難しい話題は自分の考え方や自分がどこまで理解しているかを先に述べた上で、訊ねたい事案をできるだけピンポイントに入力すると、こちらの考え方や理解の程度に即して返答してくれます。ちなみに松元家の第一王子は他社のAIを既に有料で契約しており、数学の問題が分からないときはスマホで問題を撮影してAIに読み込ませると、学校の先生や塾の先生よりも遥かに分かりやすく教えてくれるから便利だよ、と軽く言っていました。そ、そんなことできるのか! その一方で、確立していないことや正解のない事案については注意が必要と感じました。多くの人の関心がありインターネット上に情報が多い事案については、正解がなくてもそのような情報を検証・分類して提示してくれるので、こちらも間違った結論に誘導される可能性は低いのですが、インターネット上に情報が少ないと途端にいい加減なことをさも正解であるかのように上から目線で言ってきます。情報源の確認が必須です。

最後に、上半身の筋力が落ちているのでトレーニングメニューを考えてくれと入力したら、月・水・金・日曜日で1 腕立て伏せ 限界まで3セット、2 腹筋運動 限界まで3セット、3 足を椅子に乗せて腕立て伏せ15回3セット、4 軽いストレッチ、セット間休憩は90秒と言われました…。さすがのAIも私の根気のなさまでは把握していないようです。



「モミジのカーテン」

綾町 たまきクリニック 玉置 昇

モミジの葉が好きである。宮崎神宮内の古民家園にあるモミジは美しく、葉っぱで出来たカーテンのように見えた。季節ごとに違った表情を見せ、目を楽しませてくれる。



「阿波岐原森林公園「市民の森」の御池」

綾町 たまきクリニック 玉置 昇

湧き水で出来た池で日本神話に登場する国産みの神、伊弉諾尊が、みそぎを行った場所と伝わる。このみそぎの際に、天照大神、須佐之男命、月読命が生まれたとされる。例年5月中旬に、黄色いスイレンの花が咲くので行ってみたがまだ蕾であった。



「雲が垂れ込める朝」

綾町 たまきクリニック 玉置 昇

梅雨のさなかの通勤途中雲が低く垂れ込めた日にいつも見えるE病院が幻想的に見えたのでシャッターを切った。堤防があり、まるで丘の上に建つように見えるのである。



「えの木てい（横浜市山手町）」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

1927年に建築された3階建て（地下1階）の名西洋館の一つ。『港の見える丘公園』の一角にあり、当時は『山手111番館』と呼ばれた。現在はカフェ（1階）、暖炉のある個室（2階）、ローズ・ガーデン（地階）として残され、赤い瓦と白い壁、アンティーク家具が古き良き横浜の雰囲気を保っている。外国人居留地であったこの一帯には、なだらかな坂道に建つ数々の西洋館（山手十番館、山手資料館、ブリキのおもちゃ博物館など横文字に溢れた建築物群）、アメリカ山公園、外国人墓地などがあり、周遊すればその当時が忍ばれる。この日は玄関先まで観光客が溢れていたが、その佇まいを前に静寂な賑わいを見せていた。



A



B

「プールサイドA・B」

楠元 正輝

私達の子供の頃の夏休みの思い出はプールのない時代で近くの川に水遊びに出かけた。深い水深の井せきの上から飛び込んで手足をバタバタさせながら下流の浅瀬に流れ着いて泳ぎを覚えた。今の子供達はウォータースライダーやソフトクリームが思い出になるだろうか。

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村 善教

かかりつけ 何故に診ないか 発熱時

役目放棄に 怒り心頭

かかりつけ 患者拒否する 発熱時

内科標榜 羊頭狗肉

不愉快だ かかりつけ医を さておいて

風邪の時のみ 受診の輩

先発に 戻してくれと 希望出て

それは薬局 相談勧め

ついに来た 心房細動 我が身にも

パルスワールド 効果抜群

短歌

はじめての還暦

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

銭湯に行けば3番の脱衣箱友と先陣争ひにけり

さんさんさん長嶋さんのCMをかつて流しき三洋
電機

背番号90番より3番がやつぱり似合ふ昭和のヒー
ローに

サンマリン疲労のつかれメイクドラマいはゆるひ
とつの長嶋語録

はじめての還暦といふ言の葉を使ひし人ははじめて
逝きぬ

*これらの歌は、歌集『カルテ棚』及び短歌結社竹柏会発
行の「心の花」令和七年九月号に掲載された作品を一部
変更したものである。

今、駅の構内にいる

騒乱罪の日、レールの上を歩いたような気がした

同じレールを電車が数分おきに通り過ぎる

山手線の電車に映る姿は

迷いの多かった若き日の姿と変わらない

純粹と過剰を強いられた時代の

返らざる日の感傷に浸る

新宿の雑踏のなかに

あの青春の人がまぎれているかと思う

あの時代、ともに意義申し立てをしたあと

学業を止し、古里に帰って行った

君らは今、満たされているか

今の日々、どう生きていたのか

詩

新宿駅にて

宮崎市 大西医院

大西 雄二

高齢者の今、遠い昔を思い出す
新宿駅前の植垣に座っていたら
シンナーの匂いが付いた
ビニール袋が手に触れた
当時フーテンの言葉があり
長髪の若者が屯していた
曠野より来たるように
若き日の荒き心を抱いていた
遠い日、一九六八（昭和43）年十月二十一
日の新宿動乱の日

〔 報 告 〕

日本臨床内科医会第71回代議員会

宮崎県内科医会 常任理事

玉 置 昇

日 時：令和 6 年 9 月 7 日(土)

場 所：Web開催

出席者：光川副会長，石内副会長，玉置

第71回代議員会

木内章裕理事の開会宣言の後，議事録署名人の指名が行われ，続いて菅原正弘会長の挨拶があった。

【総務部 総務委員会】担当理事 木内 章宏

定款と定款の施行規則の修正について

定款の本則では理事の数が23名以内（会長 1 名＋副会長 6 名＋理事 3 名以上16名以内）と定められているが，定款の施行細則では役員選挙の際の代議員 1 人当たりの投票数は27票であり，本則の「16名以内」を「20名以内」に修正し会長および副会長を含めた理事数の上限を27名とし整合性を取りたい。なお，先の選挙で発足した現体制については会長 1 名，副会長 6 名，理事16名であり，定款の規定に反するものではない。

- 1 会員数の報告 2024年 7 月末現在で総会員数は12,435人で昨年より215人の減少である。会員数は減少の推移である。
- 2 総合学術集会の開催予定（総会が2024年より改称）
第42回総会 大阪 2025年 4 月20日 泉岡 利雄会頭
第43回総会 埼玉 2026年 4 月
- 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
第40回 東 京 2027年
- 4 委員会の組織再編について

今年度より，新定款での運営が始まり，役員が改選となった。一部の委員会は組織を改変および名称を変更して活動を強化していくこととなった。

会員増強委員会：総務部に移動，理事 3 名体制

広報審査委員会：広報委員会から名称変更

財務委員会：経理委員会から名称変更

診療報酬検討委員会：医療保険委員会から名称変更

介護保険・在宅医療委員会：介護保険委員会から名称変更

医療DX委員会：IT委員会から名称変更

5 「内科の日」制定について

菅原会長が日本内科学会と協議を行い、「内科の日」を制定することになり、日本記念日協会に登録申請を行い、認められた。今後の予定について、今年度は日本内科学会と協議を重ね、来年度以降本格的に記念日事業を行っていく予定。

6 能登半島地震支援金の受付について

7,152,028円の寄付が集まった。7月末で一度締め、石川県臨床内科医会に送金。今後、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。

7 『医療スタッフ向け生活習慣病指導スキルアップセミナー』について

日臨内の新しい事業として、医療スタッフ向けに生活習慣病療養計画書を作成できる知識とスキルを体系的に学ぶオンラインセミナーを開始する予定。日臨内の講師によるセミナー動画をオンデマンドで11月から3月末までの予定で配信し、全セミナーを聴講すると受講証明書を発行（PDF形式でダウンロード）、医療スタッフのスキルアップと生活習慣病について指導できる自信と信頼につながるようお役立ててもらえるようにしたい。参加登録などの詳細については、確定次第日臨内ホームページなどでお知らせする予定。

〔セミナー概要〕

	テーマ	講 師	時 間
①	メタボリックシンドローム&フレイル・サルコペニア	福田 正博	30分
②	慢性腎臓病～心腎関連も踏まえ	宇都宮 保典	30分
③	脂質異常症	森 博子	30分
④	糖尿病	安田 浩一郎	30分
⑤	高血圧（食事療法含む）	勝谷 友宏	30分
⑥	糖尿病・脂質異常症の食事療法	渡邊 史子（管理栄養士）	50分
⑦	生活習慣病の運動療法	宇佐美 啓治	60分
⑧	療養指導計画の立て方と計画書の記載の実際	菅原 正弘	30分

受講費用：

日臨内会員の医療スタッフ 3,000円

一般（日臨内非会員）の医療スタッフ 8,000円

（講座の内容及び参加費は暫定のもので変更になる場合があります）

8 日臨内「かかりつけ医のためのWEB講座」について

学術委員会のご尽力のもと、8月が第29回の開催となり順調に開催を重ねている。毎回、視聴者は800名～900名で安定的に推移している。

【総務部 倫理審査委員会 (IRS)】担当理事 石川 進

第71回代議員会資料（前回代議員会報告以降分）

議決事項：なし

報告事項：以下委員会を実施

★4月度委員会 4月6日 オンラインで委員6名全員出席し実施

○2020年度審査案件終了報告

「リウマチ性疾患（関節リウマチ，リウマチ性多発性硬化症）の後ろ向きコホート研究」

戸畑総合病院 膠原病・リウマチ科⇒終了報告書につき迅速審査の結果承認。

★5月度委員会 オンライン定例委員会は開催中止

○5月7日 新規依頼案件（迅速審査）

「Transient elastographyによる脂肪性肝疾患（Steatotic Liver Disease：SLD）の臨床経過の検討ー過去起点のコホート研究ー」 医療法人ひろの内科クリニック

⇒オンラインで資料回覧，協議し委員から特段の異議なく研究実施につき5月13日承認。

○終了報告

「コンパクト免疫測定装置IA-100を用いた新型コロナワクチン接種前後のSARS-CoV-2S-IgG抗体量に基づく被験者の層別化の検討」

公益社団法人 東京都医師会⇒終了報告書につきオンライン迅速審査で承認。

★6月度委員会 6月8日 オンライン委員6名全員出席し実施

○新規依頼案件（本審査）

「後天性血友病Aのエミシズマブ投与及び非投与患者を対象としたデータベース研究」

Obtein Real World Insights of Acquired Hemophilia A Patients in Japan III(ORIHIMEIII study)
中外株式会社

⇒書類審査，審議の結果，研究計画書の細部に付帯事項，修正指示し継続審査とした。その後回答を得，迅速審査で承認。

★7月度委員会 審査案件なくオンライン委員会は開催中止**★8月度委員会 8月3日 オンラインで委員6名全員出席し実施**

○終了報告

「本邦医師を対象とした後天性血友病A（AHA）の診断及び検査に関するWeb調査研究」

「本邦医師を対象とした後天性血友病A（AHA）の認知度に関するWeb調査研究」

武田薬品工業株式会社 以上2件の終了報告書につき審議，特に異論なく承認。

○新規依頼案件（本審査）

「当院歯科・口腔外科でのAST介入による経口第3世代セファロsporin系抗菌薬の使用状況の推移の検討」 医療法人医和基会 戸畑総合病院

⇒書類審査，審議の結果，研究計画書の細部に付帯事項，修正指示し継続審査とした。回答書を送付し回答待ち。

【総務部 広報審査委員会】担当理事 古家 敬三

従来の広報委員会より名称を広報審査委員会に改め，日本臨床内科医会が外部に文書や画像等

により情報提供をする際に、必要に応じて事前に内容を精査し理事会に答申することを主たる役割とする。

本会では近年日本医師会と日本内科学会との連携強化を進めており、臨床内科医が多く集う組織として対外的に情報発信する機会が増加すると見込まれる。本委員会では外部委員も迎えて公正で適切な広報活動となるようサポートしていく。

【総務部 会員増強委員会】担当理事 丸山 泰幸・長尾 信・恵美 滋文

「報告事項」

1 会員数の現状及び都道府県医師会員数の状況について

総務部総務委員会を参照

2 会員増強委員会設立の経緯

本会の事業計画の筆頭事業として会員増強が謳われているとおり、直面している喫緊の課題の一つが「会員増強」である。地域委員の減少に伴い財政が困窮することになれば、会員の先生方が本来享受できる様々な有益な特典の提供が十分出来なくなる。地域会員増強は、日臨内がさらに発展し、地域医療の充実を図るための重要な課題であると認識している。本会では本年4月に開催された代議員会で選任された役員の中で、菅原会長が会員増強担当副会長1名・会員増強担当理事3名を選定された。また、各都道府県内科医会から「地域会員増強担当者」を推薦頂いた。それにあわせ、日臨内（総務部所管）に「会員増強委員会」を創設した。

3 委員会及び担当役員の紹介

会員増強委員会（6名）

東日本・北海道東北ブロック	青森県	富田月子 委員
東日本・関東甲信越ブロック	東京都	有野 亨 委員
中日本・中部ブロック	愛知県	高田統夫 委員
中日本・近畿ブロック	大阪府	忌部 周 委員
西日本・中国四国ブロック	岡山県	佐々木高 委員
西日本・九州ブロック	熊本県	田中元子 委員

担当役員

会長・菅原正弘

会員増強委員会担当副会長・小田弘明

総務担当副会長・福田正博

学術担当副会長・坂東琢磨

東日本担当理事・丸山泰幸 中日本担当理事・長尾信 西日本担当理事・恵美滋文

4 委員会の開催頻度について

2ヵ月に1回、開催月の月末、月曜日午後8時から1時間程度とし、2月Web、4月（総合学術集会にあわせて現地でハイブリッド形式にて開催）、6月Web、8月Web、9月または10月（医学会に合わせて現地でハイブリッド形式にて開催）、12月Webでの開催（予定）とする。

今年度は6月24日(月) PM 8時からWebで第1回委員会を開催した。

第2回委員会は8月26日(月) PM 8時から開催予定。

5 地域会員増強担当者全体会議と開催頻度について

年2回程度、3月（総合学術集会前）、9月または10月（医学会前後）にWebで開催（予定）とする。今年度は7月29日(月) PM 8時から第1回全体会議を開催した。

6 地域ブロック会議の創設等について

年2回程度、3月（総合学術集会前）、9月または10月（医学会前後）にWebで開催（予定）とする。今年度は7月29日(月) PM 8時から第1回全体会議を開催した。

7 地域ブロック会議の創設について

第2回委員会での検討課題。

8 委員会からの情報発信

医師会と連携した会員増強を行っている（埼玉県内科医会）

勤務医医師への働きかけを行いながらの会員増強を行っている（福井県内科医会）

日本医師会C会員（研修医）をモデルとし会員増強を開始した（大阪府内科医会）

などの好事例を紹介しながら会員増強につながる様々な情報発信をしていく。

今後も日臨内の発展と地域医療の向上にむけ会員のご支援をお願いしたい。

9 各都道府県内科医会代議員の皆様へのお願い

地域会員増強担当者の選任がなされていない医会には選任をお願いしたい。

地域会員増強担当者に対してアンケート調査を実施している。

回答がまだの方にはご確認をお願いしたい。

【庶務部 庶務企画推進委員会】担当理事 正木 初美

1 令和6年度 庶務企画委員会（Web開催）

2 日臨内 女性医師座談会（第2回）

2024年5月16日(木) 21時～（Web開催）

「女性患者さんを診るときに気をつけて欲しいこと」

「女性特有の疾患の診かた」

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
- ・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) 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

(5) 先輩医師支援

(6) 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

【経理部 財務委員会】担当理事 山本 晴章

「議決事項」 令和5年度決算報告

- ・収支決算書（一般会計及び研修）
- ・収益事業 収支決算報告
- ・貸借対照表

それぞれ令和6年7月1日に監事の西里卓次, 西村俊一郎, 猪口哲彰氏により監査報告された。

【社会医療部 公益事業委員会・インフルエンザ研究班】担当理事 長尾 哲彦

『公益事業委員会』

1 HPVワクチン接種推進活動

HPからリーフレットダウンロード可能

HPに黒川哲司先生のプロモーションビデオをアップロード

2 第37回日臨内医学会（京都）での講演企画

- ・「医学生から学ぶHPVワクチン啓発方法」
- ・ランチョンセミナー2「ワクチンで防げる病気『子宮頸がん』～かかりつけ医の使命」
- ・産業医研修会「産業医に求められるたばこフリー職場推進の勧め」

3 地域医療委員会との協力体制構築

7月2日にコアメンバーでWeb会議開催

今後の協力体制とアクションプランを確認

4 第15回予防接種推進協議会全体会議（2024年5月12日 黒川哲司先生参加）

- ・「沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）の早期定期接種化に関する要望書」提出について⇒日臨内の名称を要望書に入れることを理事会で了承
- ・RSウイルスが増えていることや, 新生児のRSウイルスの感染予防に母子接種を推奨することが議論された。

『インフルエンザ研究班』

1 第98回日本感染症学会学術講演会（2024年6月27日(木)～29日(土)）

日臨内関連の演題5題発表

2 インフルエンザ研究班夏期セミナー・インフルエンザ研究班事業報告

7月27日開催

3 第37回日臨内総会（京都）での講演企画

「インフルエンザ/COVID-19シンポジウム～ワクチンと抗ウイルス薬のリアルワールドデータ：日本臨床内科医会の研究データを中心に」

- 4 次世代コロナワクチン「コスタイベ」のアドバイザー・ボードへの参加
Meiji Seika ファルマから、学術担当 坂東琢磨副会長に依頼があり、受諾

【社会医療部 地域医療委員会】担当理事 長尾 哲彦

1 ACP活動

各県内科医会役員にアンケート、現在集計中（8月末締め切り）

ACPポスターダウンロード可能（HPより）⇒ご利用お願い

2 HPVワクチン接種推進活動

公益事業委員会と合同委員会開催（7月2日）⇒役割分担明確化の上、活動展開

接種勧誘に関する対象者向け動画作成

対象者の父兄に向けて校医が情報発信⇒ご協力お願い

3 地域医療の風

新しい委員を迎え、今後も連載継続

委員以外の会員にも執筆依頼⇒ご協力お願い

4 すこやか手帳

販売状況 令和5年度販売数 合計 47,700部

【社会保健部 診療報酬検討委員会】担当理事 近藤 太郎

- 2024年度から委員会の名称が変更になった。

旧 医療保険委員会⇒新 診療報酬検討委員会

（在宅医療については、旧 介護保険委員会⇒新 介護保険・在宅医療研究会）

- 日本臨床内科医会の2024年度事業計画5項目

3番目に「内科診療報酬体系の合理化と改善」

- 日本臨床内科医科医会会誌

令和6年6月 第39巻 第1号

巻頭言：

生活習慣病療養計画書を診療をサポートするツールとして有効に活用しよう(菅原会長)

保険診療コーナー：

不十分な賃上げ改定ー生活習慣病管理料Ⅱを算定しよう(江頭副会長)

ほかに田中委員長が生活習慣病管理料Ⅱについて投稿済み

- 委員会、各県内科医会、各ブロックからの意見を集め、議論し、提案を行いたい。

9月14日に委員会を開催予定

- 日本医師会 診療報酬検討委員会に参画：江頭副会長

2023年11月「現在の診療報酬における問題点とその対応」について答申

現在の診療報酬上の課題について、中長期的な観点も含めて検討されたものとなっており、具体的には（1）医療DX、（2）かかりつけ医機能の評価のあり方、（3）同時改定にむけた課題、（4）新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い、（5）物価の高騰、医療従事者の賃上げへの対応ーといった五つの項目から構成されている。

（日医ニュース）

○ 内科系学生社会保険連合（内保連）に参画：清水元副会長 近藤理事

内保連の基本的な立場は、「『モノ(薬剤, 材料, 機器)』偏重の診療報酬制度から『ヒト(技術)』を重視した診療報酬制度への転換」（『モノ』から『ヒト』へ）と「国民皆保険制度を守る」こと

内保連顧問に清水元副会長, 同じく理事に近藤理事が名前を連ねる。

内保連に加盟する146学会それぞれが, 全部で25の診療領域別委員会のうち, 関連するいくつかに所属している。

日本臨床内科医会は, 検査関連委員会, 消化器関連委員会, 内分泌・代謝関連委員会, 呼吸器関連委員会, 神経関連委員会, 感染症関連委員会, 内科系診療所委員会, 在宅医療関連委員会, アレルギー関連委員会, 遠隔医療関連委員会の10委員会に所属している。未収載項目の新規提案, 既収載項目での改定について意見を提出できる。

このうち内科系診療所委員会では近藤理事が委員長, 在宅医療関連委員会では清水元常任理事が委員長を務めている。

【社会保険部 介護保険・在宅医療委員会】担当理事 林 芳郎

議案事項無し。

【社会保険部 保険審査委員会】担当理事 古家 敬三

1 審査結果の不合理な差異解消に向けた取り組み

支払基金における審査の一般的な取扱いが順次公表されているが, 取扱いを作成した根拠と主治医の裁量との間で判断に迷うケースが増えている。国保中央会から未回答の取扱いが多い一方で, 国保のCC（コンピューターチェック）が一部支払基金の疑義付箋に利用されており, CCに適用される審査基準が増加している。審査委員の負担軽減のためには, 適切かつ速やかな両機関の判断基準の統一化に向けた取り組みの強化が必要である。

2 骨太の方針2024からの関連事項の抜粋

（1）医療DXに関連するシステム開発, 運用主体として, 社会保険診療報酬支払基金について, 国が責任を持ってガバナンスを発揮できる仕組みを確保するとともに, 情報通信機器の進歩に応じて, 迅速かつ柔軟な意思決定が可能となる組織へと抜本的に改組し, 必要な体制整備や医療費適正化の組織強化を図るほか, 医療・介護DXを推進し, 医療の効果的・効率的な提供を進めるための必要な法整備を行う。

（2）審査支払機関による医療費適正化の組織強化, 多剤重複投薬や重複検査等の適正化に向けた実効性ある仕組みの整備を図る。

3 会誌「保険診療コーナー」の連載

6月号では江頭副会長に「不十分な賃上げ改正－生活習慣病管理料Ⅱを算定しよう」を執筆頂いた。今後も時勢に合った保険診療の重要課題について掲載していく。

4 指導・監査対象

今般の診療報酬改定により生活習慣病管理料または特定疾患療養管理料の算定に係る主病の取扱いが重要になると思われる。今後関連通知の発出に注意しなければならない。

5 次回委員会は, 第37回日本臨床内科医学会の前日9月14日(土)夕方から京都で対面開催の予定。

【研修推進部 研修推進委員会】担当理事 及川 寛太

報告事項

(1) 2024年度 新規申請・更新申請について

- ・更新対象者数（2023年11月現在 合計116名）

	認定医	専門医
合計	77	39
70歳以上 単位免除	17	13
70歳未満	60	26

- ・申請審査日程（認定医・専門医 共通日程）

	申請者 請求期間	申請書 提出期間（消印有効）
新規申請	2024年 8 月 1 日(木)～9 月20日(金)	2024年 9 月24日(火)～10月14日(祝・月)
更新申請	2024年 8 月下旬送付予定	2024年 9 月末締切予定

◆日医生涯教育認定証の扱い

新規申請及び更新申請で2024年12月発行の日医生涯教育認定証を利用される場合は、提出期間内に認定証以外の書類を提出した上で、研修推進委員会事務局に連絡してください。

- ・認定までの流れ

第 1 次審査期間	2024年11月27日(水)～12月20日(金)
専門医筆記試験	2024年12月 5 日(木)～12月10日(火)
第 2 次審査	2025年 2 月 2 日(日)
公表	会誌第40巻 1 号にて

(2) 2024年度能登半島地震に伴う特別措置申請状況

2024年 6 月24日現在、特別措置の申請ゼロ。

【学術部 学術委員会】担当理事 勝谷 友宏

1 「かかりつけ医のためのWEB講座」の開催について

会員の皆様にご好評を頂いておりますWEB講座については、8/29(木)に第28回が無事に終了となっております。WEB講座の最後に視聴者のアンケートを実施しており、この情報も参照しながら、WEB講座プログラム検討プロジェクトチーム（PT）会議（座長：佐分利能生先生）で次の演題を検討しています。

2 わかりやすい病気のはなしシリーズについて

学術班で担当を決め、順次改訂作業を行っており、休止中のタイトルの1/3 がリニューアルされている。今後は、重要なタイトルと考えられるものについて、個別に各学術班と交渉しながら、さらに内容の充実、ブラッシュアップに努めていく。詳しくはホームページをご確認のこと。

3 第37回臨床内科医学会（2024年 9 月15～16日、京都）

日臨内シンポジウムとして、恒例のインフルエンザ研究班の発表、呼吸器班より「長引く咳の診断と治療」、診療内科班より「かかりつけ医に必要な心療内科の知識～内科各領域における心身症」（日本心療内科学会と共催）を日臨内シンポジウムとして企画しましたの

で、多数の先生のご参加をお待ちしています。

4 スイッチOTCプロジェクト委員会（6月14日にWEB開催）

現在ツロブテロールテープのOTC化について厚労省から提案がなされている。ゼーゼー、ヒューヒューといった咳に対して、喘息患者以外に投与を認めるとのことですが、需要の多い我が国初の本薬剤への理解が示される一方で、喘息患者の鑑別、用量設定、薬局での指導等に大きな問題が残されていることから、呼吸器班の田中佐和子先生が中心になって文面を作成頂くことで慎重に議論を進めていく。

5 各種アンケート調査について

腎・電解質班の小林一雄先生を中心に作成された「CKD全国アンケート」は、東京での総合学術集会ならびにWEB上（Googleフォーム）や会誌同封の形で実施され、現在集計中である。循環器班の泉岡利於先生からご提案の「心不全アンケート」も現在発送に向け最終の詰めを行っていると同っている。多くの会員からご回答を賜り、成果を論文などの形で示していく予定である。

6 その他

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、土屋智先生が「呼吸器感染症に対する新規ワクチンへの期待～ワクチン接種向上の取り組み～」をご発表頂いた。

6月の第98回日本感染症学会でも日臨内とのジョイントシンポジウムとして「インフルエンザとCOVID-19：日本のリアルワールドデータ」が組まれ、感染症（インフルエンザ）班の池松先生と坂東副会長が発表された。

本年12月の第28回日本心療内科学会総会では「ポストコロナと診療内科～それぞれの立場から」と題して、本医会との共催シンポジウムが東京都大田区で開催予定である。日本医師会より依頼のあった「地域包括診療加算・地域包括診療科に係るかかりつけ医研修会」の演者は糖尿病：菅原会長、認知症：池田学先生（大阪大学）、脂質異常症：増田大作先生（りんくう総合医療センター）、高血圧：勝谷友宏先生となった。

今後の予定はブロック会議で多く意見を頂戴した生活習慣病管理料の算定に関する実態調査やご要望などをアンケート形式でお尋ねし、学術委員会でまとめる予定。

【学術部 会誌編集委員会】担当理事 宇都宮 保典

会誌編集委員会は、年4回WEB開催され2024年度は6月9日に第1回を開催した。次回は9月8日にWEB開催予定。

1 査読委員会の新規設置について

本年度5月より投稿論文の査読について、会誌編集委員会とは独立した委員会として査読委員会を新規設置した。学術部専門班別委員の先生方より査読委員になって頂き、より専門性の高い視点より論文を査読して頂く。現在、小林先生が査読委員長として査読活動を始めた。なお、当面査読委員会は会誌編集委員会の下部組織として活動をお願いしている。

2 会誌編集委員会の新体制について

定款改定に伴い、今年度より編集委員会も新体制となり、鳥居委員長及び湯浅副委員長が選任された。委員は従来の投稿論文の査読から離れ、会誌の運営業務に専任し、より魅力的

な会誌になるべく企画・立案などに努める。現在欠員のある専門領域（感染症，呼吸器，腎・電解質，診療内科）に学術部専門班より委員を推薦頂き，4名の新メンバーが増員となった。

3 開始発刊状況・企画について

会誌は順調に発刊されている。39巻第1号（2024年6月）では，特集Ⅰで当会員女性医師による「女性患者診療における注意点」，特集Ⅱで腎・電解質班による健康食品を含めた「薬物と腎障害」について座談会の記事が掲載された。その他に，「処方のコツ」に加え，今号より「診療のコツ」が始まり，「消化器疾患」と「心不全」を取り上げた。今後も総説，特集，座談会など会員の皆様の日々の診療にお役立て頂けるような企画を委員会で相談していく。

4 会員へのアンケート調査について

さらなる会誌の向上を目指すため「日臨内会誌」へのご意見など会員の皆様にアンケート調査をお願いする予定。

【広報部 ニュース編集委員会】担当理事 山路 浩三郎

○ 日臨内ニュース発行の報告

170号（令和6年5月10日号）；

「第41回日本臨床内科医会総合学術集会」

- 日臨内代議員会報告，地域厚労省表彰，特別講演・ランチョンセミナー・産業医研修会

「日臨内 菅原正弘会長2期目の取り組み」

- 新しい委員会の構成・担当理事，2024年度事業計画，会長ならびに新理事挨拶

「J-SELECT Study Conference リポート」

- セッション1，2の詳細

「かかりつけ医のためのWEB講座」

- 12月・1月・2月開催分の報告

「第37回日本臨床内科医学会in京都」

- 西村俊一郎学会長挨拶・イベント概要

「連載コラム『地域医療の風』」

- ポストコロナにおける医療連携

171号（令和6年8月20日号）；

「特集 第37回日本臨床内科医学会in京都」

- メインテーマ「新時代の臨床内科医像をもとめて」 西村俊一郎学会長

- 参加登録ほか案内

- プログラム詳細

○ ニュース発行日変更のお知らせ

発行回数が年5回から年4回になり，2月，5月，8月，11月の各20日発行になる。

【広報部 医療DX委員会】担当理事 泉岡 利雄

1 委員会の名称について

委員会においてこれまでIT委員会から医療DX委員会に名称を変更した。ただし、内容は医療DXに限るものではなく会員に役立つITに関する全般について情報発信をしていく。

2 委員長の選任

4月13日に行われた委員会において谷田貝茂雄先生を委員長に選任した。副委員長については委員長から後日指名予定。

3 委員の増員

各ブロックから推薦頂き6名増員された。

委員 谷田貝 茂雄（委員長 東京都）

高橋 徳（大阪府）

日々澤 肇（東京都）

小林 邦夫（愛知県）

山根 則夫（愛知県）

井ノ口 雅之（広島県）

及川 寛太（岩手県）

熊谷 肇（秋田県） 敬称略

4 今後の活動につついて

- ・ 3～4 ヶ月に1回は委員会を実施。
- ・ 現在の会員の先生のIT化の現状を把握するためアンケート調査を実施する。
- ・ 会誌において知っておいたら便利なIT情報を発信していく予定。
- ・ 座談会も時期を見て開催する。

〔 報 告 〕

第37回日本臨床内科医会医学会

宮崎県内科医会 常任理事

玉 置 昇

日 時：令和 6 年 9 月15日(日), 16日(月)

場 所：京都国際会館アネックスホール

出席者：比嘉会長, 玉置

第37回日本臨床内科医会医学会は、令和 6 年 9 月15日(日)～16日(月)の両日、国立京都国際会館のアネックスホールを中心に開催され、猛暑の中1,000人を超える会員が参加した。「新時代の臨床内科医像をもとめて」がメインテーマで、学会長は京都府内科医会の西村俊一郎会長であった。京都での医学会開催は、1987年に記念すべき第 1 回が開催されて以来のことであった。

午前 8 時45分西村会長の挨拶で学会はスタートし、午前 9 時から 6 会場で講演が開始された。基調講演として茶道裏千家大宗匠の千 玄室氏より「お茶の道」と題して講演があった。満101歳とは思えぬ情熱のこもったお話しに会場は魅了されあつという間の 1 時間であった。茶道は日本の様々な伝統文化を集成した総合芸術であり、一服の茶を通じて人と人が心を通わせる時間と空間を共有することができる。年齢や性別、人種を越えて互いに相手を思いやる場を提供し、苦しみが多い人生に癒やしをもたらす。死と隣り合わせであった海軍の特攻隊の生き残りである経験にも触れられ、人生の意味やいかに生きるべきかを改めて考えさせられた。講演終了後会場の人たちと記念写真を撮ったのだが筆者も御一緒に頂き良い思い出になった。特別講演 1 として「ポストコロナ社会における健康長寿・高齢者医療を考える」と題して、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター理事長の荒井秀典先生が講演された。特別講演 2 として「医療DXの概要と日本医師会の取組み」と題して、日本医師会常任理事の長島公之先生が講演された。学会長講演は「高齢者の胃がん検診を考える」と題して京都内科医会 会長の西村俊一郎先生が講演された。シンポジウム 1 は「高齢者診療の諸問題～かかりつけ医の関わり」のテーマで 4 人の演者が登壇した。シンポジウム 2 は「DXがもたらす新しい医療」のテーマで 3 人の演者が登壇した。教育講演 1 は「持続可能な社会と医療のために～Choosing Wiselyキャンペーンが目指していること～」と題して、一般財団法人東光会総合医学研究所の小泉俊三先生が、教育講演 2 は「老化と対話する医療から新しい健康概念へ～寿命の進化論、アンチエイジングからNMN、セノリシスまで～」と題して、京都大学医学部附属病院高齢者医療ユニットの近藤祥司先生が、教育講演

3は「糖尿病治療の更なる展開～インクレチンと食事療法」と題して、京都大学大学院医学研究科糖尿病・内分泌・栄養内科学の矢部大介先生が、教育講演4は「胃がんに対するロボット支援手術の現況と展望」と題して、京都大学医学部附属病院消化管外科の小湊和貴先生が、教育講演5は「ウイズ・アフターコロナ時代の感染症対策」と題して、大阪公立大学大学院医学研究科臨床感染制御学の掛屋弘先生がそれぞれ講演された。特別企画1は「第45回CPC：多彩な塞栓症を示した腹腔内腫瘍の一例」について、特別企画2は「総合診療臨床カンファレンスとして2症例」について討議された。その他に、日臨内インフルエンザ研究班シンポジウム、日臨内呼吸器班シンポジウム、日臨内心療内科班シンポジウム、日臨内特別企画倫理講習、日臨内公益事業委員会企画、超音波ハンズオンセミナー1および2、日本医師会認定産業医研修会1～5、日本医師会認定健康スポーツ医再研修会、ランチョンセミナー10演題、会員発表16題、会員ポスター発表6題が開催され、学会は盛会裡に終了した。なお、第38回日本臨床内科医会医学会は「医療のすそ野を広げようーみんなで支える地域医療ー」をテーマに2025年10月12日(日)・13日(月・祝)の両日、群馬県内科医会会長の矢野新太郎先生のもと、Gメッセ群馬にて開催の予定である。

〔 報 告 〕

令和 6 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 副会長

野 邊 俊 文

日 時：令和 6 年11月10日(日)

場 所：ホテルニュー長崎

出席者：比嘉会長，光川副会長，石内副会長
玉置常任理事，野邊

長崎県内科医会の担当下で午前 9：00～10：30 の 1 時間にわたり，日臨内からは菅原正弘会長と執行役員 3 名を交え，各県の代表者を含めて総勢 27 名で緊張感の雰囲気の中で開催された。

菅原会長の挨拶で始まり，日臨内執行部から下記のような現状報告の後，前もっての各県の提案事項に対しての検討が成された。菅原会長の挨拶の要旨は，①会員数の減少への対策（特に都市部），②生活習慣病に対する療養計画書の問題点（簡素化方向へ），③医療 DX 化の問題点（パソコン導入の自己負担と開業医師の高齢化）などがあった。

I. 日本臨床内科医会執行部からの現状報告

1) 会員数の減少について

令和 6 年10月末日現在の会員数は12,360人（宮崎288人東京772人）で，一昨年と同時期の12,727人より減少している。特に都市部の減少が目立っている。何とかして減少を食い止めたい。

2) 総合学術集会の開催（総会が2024年より改称）

第42回総会 大 阪 2025年 4 月20日

第43回総会 埼 玉 2026年 4 月

3) 医学会の開催予定

第38回 群 馬 2025年 高崎市

第39回 北海道 2026年

第40回 東 京 2027年

4) 参与の会について

参与の会は，新定款のもと会長の諮問機関として新設された。京都医学会 2 日目の昼に第 1 回の参与の会が開催された。今回は会長から会員増強について諮問が行われ，出席した参与から様々な意見が寄せられた。

今後も毎年，医学会 2 日目の昼に固定して参与の会を開催することになった。

5) 委員会の組織再編について

今年度より，新定款での運営が始まり役員が改選となった。

一部の委員会は組織を改変および名称を変更して活動を強化していくことになった。

会員増強委員会：総務部に移動，理事 3 名体制

広報審査委員会：広報委員会から名称変更

財務委員会：経理委員会から名称変更

診療報酬検討委員会：医療保険委員会から名称変更

介護保険・在宅医療委員会：介護保険委員会から名称変更

医療DX委員会：IT委員会から名称変更

6) 内科の日制定について

菅原会長が内科学会と協議を行い、7月1日を「内科の日」と制定することになり、来年度以降日本記念日として事業を行っていく予定である。

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の受付を行い、7,152,028円の寄付が集まった。7月末で一度締め、石川県臨床内科医会に送金。今後、石川県臨床内科医会を通して被災地の災害復興に活用される予定。全国の皆様のご協力に心より感謝を申し上げます。

8) 「医療スタッフ向け生活習慣病指導スキルアップセミナー」について

日臨内の新しい事業として医療スタッフ向けに生活習慣病療養計画書を作成できる知識とスキルを体系的に学ぶオンラインセミナーが11月1日より開始された。年内は会員向けでまだ大々的に告知は行っていないが、日臨内会員向けにはチラシの配布、また日医ニュースや日糖協などの協力を得て各方面に周知していく予定。

<https://www.japha.jp/2024/11/skillup.html>

受講費用：日臨内会員の医療スタッフ 3,000円

一般（日臨内非会員）の医療スタッフ 8,000円

9) 日臨内「かかりつけ医のためのweb講座」について

「かかりつけ医のためのweb講座」は学術委員会のご尽力のもと10月が第30回の開催となり順調に開催を重ねている。

毎回、視聴者は800名～900名で安定的に推移している。

II. 日本臨床内科医会執行部に対する提案事項

(1) 早急に安定した薬剤供給体制の一刻も早い実現を（熊本県）

《提案事項》

新型コロナウイルス感染症に端を発した解熱鎮痛剤の不足は、その後もあらゆる種類の薬剤の慢性的な供給不足を招いている。後発医薬品製造メーカーの倒産、外国からの原材料調達困難等、諸々の原因があるが、臨床現場において薬剤の不足はゆゆしき問題である。医師が患者と向き合う中で適切な治療ができない事は医師としてもっとも苦になっている。安定した薬剤供給体制の一刻も早い実現をお願いしたい。

《執行部の回答》

後発品メーカーの不祥事や原末材料の海外依存による医薬品の供給不足、災害時に備えての備蓄問題等、厚労省へ適切な対応をお願いする。

(2) 日臨内専門医制度について（福岡県）

《提案要旨》

日臨内の専門医制度は、会員になって所定の手続きをすれば概ね取得できるものであり、ハードルが低い。これは、専門医資格の一つでも多く持ちたい会員にとってはメリットとなりうるが、これからの専門医制度の中にあつては、取得する意義が必ずしも高くないと考える若い内科医が多いのではないかと推察される。とくに次世代を引き付けるとい

う意味では、魅力が薄いと言わざるを得ない。日臨内がレベルの高い臨床内科医の育成を目標に掲げるのであれば、現在の専門医の上にさらにレベルの高い専門医を作り、ブランド構築に励むべきではないかと考えるがいかがでしょうか？

会員の減少傾向を止めるためには、小手先の改革ではなくドラスティックな意識変革が必要なのではないでしょうか？

《執行部の回答》

まずは会員数の減少をくい止め、日臨内の存在を広く周知させる事が喫緊の課題と思われる。

- (3) 日臨内ではインフルエンザの研究、啓蒙に注力されていますが、今問題となっているCOVID-19など新興感染症へも注力し、迅速に情報発信をしていただきたい。

(鹿児島県)

《提案要旨》

日臨内では従来インフルエンザに関する診療マニュアルを発行されてきましたが、2023～2024年シーズン版から「インフルエンザ/COVID-19」も発行になっています。しかしインフルエンザはほぼ年1回の流行であるのに対して、COVID-19は冬期だけでなく夏期の流行もあり、また次々と変異株が登場するため、1年ごとの発行では、診療上後手に回ること少なくありません。このような新興感染症に対し、マニュアルだけでなくホームページやメールなどを通じて、迅速な情報の提供をお願いしたい。

《執行部の回答》

現在はメールマガジン（メルマガ）を配信しているので、こちらも参照して頂きたい。

- (4) 使用期限切れの処方箋に対する薬局側の対応について（佐賀県）

《提案要旨》

処方箋の使用期間は4日以内と決められており、過ぎれば無効になります。再発行は病院側は保険適用外で全額自己負担になると薬事法で決められています。現在は、医師の裁量による使用期限が切れた処方箋の日時修正も、厚生労働省からの通達で禁止されています。しかし昨今、調剤薬局側から「病院で日時を修正してもらってきて下さい。そしたら処方出来ますから」と、患者に説明する事案が目立っています。病院側としては「厚生労働省からの通達により、処方箋の日時修正は出来ません。全額自己負担で再度受診していただき、処方箋を再発行する必要があります」と説明すると、患者は激怒しトラブルの原因となっています。

結局、病院側が悪いのかのようにになり患者の来院がなくなります。処方箋の使用期間を延長出来るのは、期間内の処方箋であって特別な理由がある場合のみとされています。問題は、薬事法に反する説明を何故薬局側が行っているのかということです。

注意すると薬剤師の意のままにならない病院から、意のままになる病院へ患者を誘導するといった対応も見受けられます。

医師や医師会より薬剤師会へ薬事法を厳守するように厳重勧告をしなければ、間違った認識が患者の間で通ってしまう事になります。同時に医師側も患者の安全のために法に則った対応、また安易な対応をしないようにしなければと考えますが、日臨内としての見解を伺いたい。

《執行部の回答》

薬剤師会と密に連絡をとって検討課題として取り上げ、今後こういう事例が発生するよ

うであれば、三者（薬局側、患者さん、病院側）を交えて相談の上一番良い対応策をとって欲しい。

（5）これからのカルテのあり方（宮崎県）

《提案要旨》

医療DXのため国は電子カルテの標準化を進めていますが、既存の電子カルテや紙カルテの診療所は今後どう対処すべきでしょうか？

《執行部の回答》

電子カルテ用パソコンの導入に対する医院側の自己負担や諸事情を考えると早急に進むとは思えない。徐々に普及させて行きたい。その為にも簡素化した便利なパソコンの貸し出し等を検討したい。

（6）内科医への小児科診療の教育について（沖縄県）

《提案要旨》

働き方改革も相まって、総合病院の小児科救急医療が困難となっています。小児科医が少ない現状では、ある程度内科が小児科も診療できるようにならないといけないと思います。以前の臨床内科医会の先生方は小児科も通常通り診察していたと思います。

現在は専門医制度が進み、内科で小児科をみることはあまりなくなっています。この状況を打破するためには内科医への小児科診療の教育という点で、臨床内科医が若い会員への教育も含めすべきことは大きいと思いますが日臨内の見解をお伺いしたい。

《執行部の回答》

臨床内科医師に向けて今後、講習会を増やして小児科の診療もできるよう努力する。小児科診療教育と共に内科医師に協力をはかりたい。

（7）地方の医療機関の存続について（大分県）

《提案要旨》

今回の診療報酬改革では特に内科系診療への影響が大きく、物価上昇や賃上げ圧力などと相俟って医業経営を取り巻く環境は一段と厳しくなっている。さらに地方では人口減少のスピードが加速しており今後閉院する診療所の増加も懸念される。

日本病院会の相澤会長は講演で「病院は撤退戦を戦う時代になる」と話している。診療所も同じようなことが言えるのではないだろうか。

臨床内科医会としてアプローチは難しいと思うが経営改善のヒント（コスト削減策など）やダウンサイジング、地域での機能分担などの情報を提供することも必要ではないか。

《執行部回答》

時代の流れと諸変化（高齢化社会、人口減少、主要科の医師数の減少、経済成長の低迷、国家予算の医療費、etc）の全てが医療界にとって難しい局面に直面している。ICTを活用したコンパクト医療に変わって行くのではないのでしょうか？

日臨内の立場から日本医師会に日本の現状医療を報告し早急に適格な対策を執ってもらうようお願いしたい。

〔 報 告 〕

第59回九州各県内科医会連絡協議会

宮崎県内科医会 副会長

石 内 裕 人

日 時：令和 6 年11月10日(日)

場 所：ホテルニュー長崎

出席者：比嘉会長，玉置常任理事

野邊副会長，石内

令和 6 年度九州各県内科医会連絡協議会は長崎県内科医会の担当の下に令和 6 年11月10日(日)午前10時40分からホテルニュー長崎で開催された。当県からは，比嘉会長，玉置常任理事，野邊副会長，石内が出席した。

長崎県内科医会会長，林郁夫先生の挨拶，来賓として日本臨床内科医会会長，菅原正弘先生の挨拶により始まり，各県の協議事項による意見交換会が行われた。

以下，宮崎県の回答の要約を中心に記載する。

提案事項

- (1) かかりつけ医制度の構築においては，クリニックでも多職種で医療ができるような診療報酬体系が是非必要である。(熊本県)

回答：厚生労働省が目指しているかかりつけ医機能が発揮される制度では，これまでの国民・患者ニーズとしての①日常的によくある疾患への幅広い対応，②休日・夜間の対応，③入院先の医療機関との連携，④在宅医療，⑤介護サービスとの連携に加えて，医療機能情報提供制度の強化，かかりつけ医機能報告，患者への説明制度が検討されている。クリニックレベルでこれらに対応するには医師以外にも専門的な人材の養成と配置が不可欠と思われる。されど人材不足の中でなかなか困難である。クリニックにおいては，今働いている職員の中から有能な医師クラークを養成する事が先決かと思われる。

- (2) 会員減少と物価高騰による支出の増大で昨年単年度赤字決済となりました。各県の現状及び対策はいかがでしょうか？(福岡県)

回答：内科医会会員数の減少は各県深刻な問題です。宮崎県でも具体的な対策は特になされてはおらず，各市郡内科医会に委ねられているのが現状です。そのために2018年 3 月の総会で経費の見直し，節減策として決定した内容を提示します。① 2 年ごとに刷新していた各名簿作成の外注依頼を廃止して当事務局での印刷による簡易冊子に変更して，33 万円/2 年の節減，②内科医会誌を年 2 回から年 1 回発行とし，約90万円/年の節減，③総会を年 2 回から年 1 回として，15万円/年の節減となりました。また，経費節減策に加え，コロナ過において講演会などの積極的な活動が出来なかった事や，WEB会議により旅費

の支出が減少したことで財政面での回復はありましたが、会員数の減少は大変深刻な問題であると考えます。

また、都城市では新規会員獲得のために以下のような取り組みを実施し、会員数の減少に歯止めをかけています。①新規開業の先生には必ず声をかける（会長直接）②内科を標榜している皮膚科や耳鼻科の先生の勧誘

（3）ジェネリックの安定供給の現状と各県の対応策はいかがでしょうか？（鹿児島県）

回答：本県も安定供給は充分ではない状況です。対応策として①クリニック・薬局間で連携を取り、薬局の在庫情報の共有、代用品への速やかな対応、処方日数の制限調整、を行っているのが現状です。②薬局間での対応：入荷困難なものはグループ薬局間で在庫情報共有を行い、地域の薬剤師会の運営する薬局に分譲の相談を行っている。日頃よりの供給状況の情報収集に努めながらの対応しかない現状である。

（4）特定疾患療養管理科の対象疾患について（佐賀県）

今回の診療報酬改定では、特定疾患療養管理科から糖尿病・高血圧症・脂質異常症の3疾患が対象疾患から外され、新たにギランバレー症候群とアナフィラキシーショックという新たな対象疾患が追加されました。いきさつは全くの不明です。治療薬の進歩により胃潰瘍・十二指腸潰瘍等を長期にわたって管理する機会が減少し、逆流性食道炎についての服薬指導管理が増えたり、慢性腎臓病の治療管理も重要性が増してきました。今後は、このような疾患への治療・管理が必要な点からも逆流性食道炎・慢性腎臓病の特定疾患療養管理の対象疾患として追加して頂きたい。

回答：宮崎県もご意見に賛同いたします。その上で、対象疾患のうち呼吸器疾患の傷病名の整理と甲状腺疾患、脂肪肝、肝硬変、高尿酸血症、等の追加も必要と考えます。

（5）医療DXへの取り組み方（宮崎県）

医療DXに関して政府の方針では、マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速、全国医療情報プラットフォームの構築のための電子カルテの標準化、電子処方箋・電子カルテ情報共有サービス等を推進するようですが、医療を取り巻く環境変化にどう対応していくべきでしょうか？

回答：福岡県の回答で、AIによる診断、医療従事者の負担軽減、ビッグデータ解析から疾患発症リスク、治療法の開発等医療業界に大きな影響が期待されるためIT化は避けられない現状です。しかしデータの安全性、プライバシー保護、技術の公平な普及など解決すべき課題も多く、今後の環境の変化を見守りたい。

（6）診療報酬の改訂：生活習慣病管理について（沖縄県）

回答：糖尿病、高血圧症、脂質異常症の3疾患は、比較的算定が容易であった特定疾患療養管理科での算定が出来なくなったこと、算定方法が2通りになり複雑になったこと、計画書策定・説明・同意と医療従事者の負担が増加したことは明らかなです。貴県の主張通り生活習慣病の特定疾患管理科の減点ありきでの対応であると考えます。計画書に関しては、医療従事者の負担を減らすためにも更なる簡素化が望まれます。今後は的確な特定疾患管理科の疾患の増加、生活習慣病の適応疾患をこれ以上増やさないような働きかけが必要と考えます。

(7) 改正感染症法における医療措置協定について (大分県)

感染症法が本年4月に施行され、県との間に医療措置協定を結ぶことが求められている。本協定は猶予期間を経て外来感染症対策向上加算要件となるとされているが、各県の協定締結状況や協定に対する医師の反応などをお聞かせ願いたい。

回答：宮崎県のHPで協定締結医療機関一覧表を確認すると病院数は101施設で、令和元年の一般病院数120施設あり、84%の協定率であった。有床診療所では43施設、無床診療所246施設で、令和元年一般診療数は899施設あり、32%の協定率となる。新型コロナ時の外来対策医療機関が453施設であったことからそのうちの9割弱の施設が移行しているようである。しかしこの協定が外来感染対策向上加算とリンクしているため連携カンファレンスの参加が必須となるので煩わしいと思われる方がいるかもしれません。また協定を締結することで災害時に派遣されるのではないかと危惧される方もいたので運用に当たっては適宜、必要な情報開示を行うことが求められる。

(8) 針刺し事故に関する対応について (長崎県)

回答：・宮崎県針刺し事故後のHIV感染防止体制整備事業実施要項が令和6年8月1日に施行され、医療機関等は針刺し事故等の発生時に速やかに対応するように求められている。・暴露源がHIV感染者と判明している場合、感染源不明で陽性が強く疑われる血液の暴露の場合は、宮崎県では各地域のエイズ治療拠点病院、もしくは抗HIV薬配置病院（合計5病院）に協力をお願いすることとなっている。・梅毒に関しては、予防内服の必要性を各医療機関で判断する。

〔報告〕

第41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6年11月10日(日)に、長崎県の担当で令和6年度日本臨床内科医会九州ブロック会議および第59回九州各県内科医会連絡協議会と並行する形で第41回九州各県内科審査委員懇話会が長崎市で開催されました。宮崎県からは光川知宏副会長、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、16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れば幸いです。

なお、現在国保、社保ともに保険審査基準の全国統一が進められており、今回の議論で得られた結果と今後の審査方針に齟齬が生じる場合もありますので、その点もご理解の上、ご利用願います。

1 FDPとD-dimerの同時測定（熊本県提案議題）

《提案要旨》

プラスミンによるフィブリノーゲンおよびフィブリンの分解産物がFDP (fibrin and fibrinogen degradation products) であり、フィブリン血栓（架橋化フィブリン）の分解産物がD-dimerである。DICのスクリーニングならFDPでよいと思われるが。さらにDICの病型において線溶亢進の関与を確かめるためにD-dimerを測定する（DD/FDP）が、FDPとD-dimerの同時測定が救急外来などで頻回にされることがある。当県では、同時測定はDICの診断のためなら1回、DIC疑いなら2回までとしている。

各県ではどう対応されているか。

《各県からの主な意見》

(1) DICの疑いであっても併施を認める

熊本、福岡、佐賀（社保）、沖縄（社保）、大分、長崎

○ DICの疑いであれば1回までの併施は認めている。2回以上は注記が必要。

○ DICの疑いの状態は緊急、重症の場合があり、初回での併算定は妥当。

○ DICの経過観察であっても必要な場合は併施は認められる。

○ 凝固異常、血栓症、深部静脈血栓症、肺血栓塞栓症の病名では同時測定は認められない。

○ スクリーニング的に併算定をしている場合は傾向的診療として査定となる。

(2) DICの疑いでは併施を認めない

鹿児島、佐賀（国保）、宮崎、沖縄（国保）

○ DICの疑いであればFDPかD-dimerのどちらか一方のみ。

○ 特殊な病態（急性前骨髄芽球性白血病、解離性大動脈瘤、転移性前立腺癌など）では線溶亢進型DICを呈することがあるので必要な場合はあるが、詳記が必要。

○ 診断確定後は線溶亢進型DICの鑑別の為に併施は認められるが、その時には詳記が必要。

《宮崎県の審査の現状》

原則として、同時測定は認めていません。

診断基準を踏まえるとDダイマー側が査定となるべきですが、現実の審査においては、検査の点数の低いFDP側が査定となる場合が多いようです。

個別にDダイマーとFDPの検査が必要となる医学的理由がある場合は認められる。

2 同種移植を行わない造血器悪性腫瘍治療中の帯状疱疹予防のためのアシクロビルの投与について（熊本県提案議題）

① アシクロビルの（内服薬）をトレアキシシン、ニンラーロ、カイプロリス使用時の帯状疱疹の発症抑制に対して処方した場合の投与期間について

② BTK阻害剤（イムブルビカ、カルケンス、ベレキシブル）使用時の帯状疱疹の発症抑制におけるアシクロビル（内服薬）の算定と投与期間について

《提案要旨》

当県での取り扱いは、下記の通りです。

① 同種移植を行わない造血器悪性腫瘍治療中で、ベルケイド、カイプロリス、ニンラーロ、トレアキシシン使用時の帯状疱疹の発症抑制に対して「アシクロビル（内服薬）」を投与する場合、投与期間は治療中、及び治療終了後1年間とする。

② 同種移植を行わない造血器悪性腫瘍治療中で、BTK阻害剤（イムブルビカ、カルケンス、ベレキシブル）使用時の帯状疱疹の発症抑制に対してアシクロビル、（内服薬）の投与を認める。また投与期間は治療中、及び治療後1年間とする。

貴県での取り扱いについて伺いたい。

《各県からの主な意見》

（1）治療終了後1年程度

熊本、佐賀、大分

（2）治療終了後半年程度

宮崎

（3）治療終了後3か月程度

鹿児島（社保）、沖縄

（4）コメント等より審査委員の判断となる

福岡、鹿児島（国保）

（5）治療中のみ

長崎

○ 医薬品そのものは3か月もあれば抜けるが、もともと免疫不全の患者が多いことより1年くらいは認めてもよいと考える。

○ 投与期間についての取り決めはなく審査委員判断となる場合が多いのが現状であり、詳記、コメント等を求める場合もある。

○ 詳記なしでは3か月までで、それ以上の時には詳記が必要。

○ 移植後は別扱いとなるが、治療のみの場合は治療中のみ。医薬品の体内動態より1年間は長すぎる。

《宮崎県の審査の現状》

投与期間は、治療継続中および治療終了後半年程度を目途に審査しています。

※補足：治療終了後3か月以上の投与時には注記を記載することが望ましいです。

3 検査「血中エリスロポエチン」の適応病名について（福岡県提案議題）**《提案要旨》**

当県では腎性貧血治療薬であるHIF-PH阻害薬については「慢性腎不全」の病名記載をすることなく「腎性貧血」の病名で認められていますが、一方で腎性貧血の診断の際に行う血中エリスロポエチンの検査は「腎性貧血の疑い」のみでは認められず、「慢性腎不全」の病名を必要としています。

糸球体濾過量（GFR）が比較的保たれた腎機能低下が軽度の症例であっても、他に貧血の原因が見当たらず、反応性の血中エリスロポエチン上昇が認められない場合には腎性貧血と診断してよいと考えられます。

「慢性腎不全」の病名記載については併用薬が査定されやすくなることも懸念されますし、そもそも「慢性腎不全」の定義自体が曖昧でありますので、「慢性腎不全」ではなく「慢性腎臓病」の確定病名と「腎性貧血の疑い」で血中エリスロポエチンの検査は認められてよいのではないかと考えます。

他県ではいかがでしょうか？

《各県からの主な意見》**（1）慢性腎不全の病名がないと認められない**

熊本、福岡、鹿児島（国保）、佐賀、沖縄、大分

- 現在は慢性腎不全がないと認めていないが、慢性腎臓病でも認めてもらいたい（希望）。
- 慢性腎臓病はG4、G5等を病名に記載している場合は認められる。
- 留意事項通知では「重度の慢性腎不全」となっているが、慢性腎不全のみで認めている。
- 慢性腎臓病はステージ表記があっても現時点では認めていない。

（2）慢性腎臓病でも認めている

鹿児島（社保）、宮崎、長崎

- 腎機能障害では認められないが、腎性貧血を疑っている場合の慢性腎臓病は認められる。

《宮崎県の審査の現状》

慢性腎不全（または慢性腎臓病）（腎機能障害は不可）の存在を前提とした腎性貧血の疑いでないと認めていません。

※補足：当該懇話会開催時点では慢性腎臓病と腎性貧血の疑いでも認めていましたが、支払基金から下記の取り扱いが公表されていますので、現時点では慢性腎不全と腎性貧血の疑いの傷病名でないと認められない扱いとなっていますので、請求にあたっては留意願います。

《参考情報》

社保（支払基金）が公表（令和6月2月29日にホームページに公表）している審査の一般的な取り扱いでは慢性腎臓病では認めないとなっています。

エリスロポエチンの算定について

- ① 次の傷病名に対する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）腎不全の疑い

2) 慢性腎不全の疑い

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。

4 ACE阻害薬、ARB、MRAなどの心不全薬とロケルマの併用について（福岡県提案議題）

《提案要旨》

ロケルマの適応は現在高カリウム血症のみとなっています（慢性腎不全の併記は添付文章上ありません）。

現在収縮率の低下した左心不全（HFrEF）の基本薬はRAS系阻害薬、 β 遮断薬、SGLT2阻害薬、MRAとなっていますが、ACE阻害薬、ARB、MRAは高K血症に禁忌となっています。

ロケルマを使用すると保険者よりこの心不全薬の査定申請があります。

高Kのためこれらの薬剤をやめると心不全の予後が悪化するevideneもあり、Kバインダーを使用しながらRAS系阻害薬やMRAを使うことが推奨されています。

ロケルマとこれらの薬剤の併用は認められるべきと思いますがいかがでしょうか？

《各県からの主な意見》

（1）併用は認めない

熊本

○ ロケルマはカリウムとナトリウムを交換するので、心不全時にはナトリウム負荷になるので他の高カリウム血症治療薬を使うべきです。

（2）併用は認める

福岡、鹿児島、佐賀、宮崎、沖縄、大分、長崎

○ ロケルマの併用禁忌薬に上がっていないことより、主治医の裁量で慎重投与することは認められる。

○ 詳記の記載があれば妥当であり、予後の点からもカリウムをコントロールして投与することは適正と思われる。

○ アンジオテンシン変換酵素阻害薬、アンジオテンシンII受容体拮抗薬、ミネラルコルチコイドレセプター阻害薬は高カリウム血症は禁忌ではなく慎重投与であることより原則認められると考えます。

○ 重度の心不全ではカリウムバインダーを用いての投薬も推奨されているので、病状を踏まえての主治医の裁量と考え認められる。

○ アンジオテンシンII受容体拮抗薬やミネラルコルチコイドレセプター阻害薬の必要性が明確な症例では、高カリウム血症の病名があっても査定するべきではないと考えます。

《宮崎県の審査の現状》

原則として認めています、医学的必要性の注記が必要と考えています。

※補足：医学的必要性の記載に当たっては下記の資料を踏まえて、重症心不全であることが判る理由の記載が望ましいです。

- ・心不全HF r EFの基本薬（慢性心不全診療ガイドライン2021アップデート版）

ACE阻害薬/ARB+ β 遮断薬+MRA

⇒ARNI（ACE阻害薬/ARBから切替え）+SGLT2阻害薬

* ARNI：Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor

- ・心不全の分類（左室収縮能LVEFによる分類）

HF分類

LVEF

HF r EF Heart Failure with reduced Ejection Fraction

40%未満

（LVEFの低下した心不全）

HFmrEF Heart Failure with mid-range Ejection Fraction

40%以上，50%未満

（LVEFの軽度低下した心不全）

HF p EF Heart Failure with preserved Ejection Fraction

50%以上

（LVEFの保たれた心不全）

* HF p EFやHFmrEFにはまだ確立した治療法はない

5 救急医療管理加算（心不全）の算定における判定基準について（鹿児島県提案議題）

《提案要旨》

- ・心不全症例において、NYHA III°～IV°であれば『心不全で重篤な状態』と判断して救急医療管理加算1を算定してよいのではないのでしょうか？
- ・NYHA I°～II°の心不全であれば、検査所見や理学所見の追記を条件にして、救急医療管理加算2の算定の妥当性を検討してもよいかと思います。
- ・いずれにしても心不全症例での救急医療管理加算1と2をより明確に区分けするための基準設定を要望したいと思います。

《各県からの主な意見》

（1）基準の作成は現実的ではない

熊本，福岡，佐賀（社保），宮崎，沖縄，大分，長崎

- 日常生活での活動の分類を緊急入院した時の病状の評価基準とするのは難しい。
- 通常診療時のNYHA分類と入院判定時の重症度は異なることが多く、クリアカットな基準の作成は難しい。
- 一概にNYHAの数値のみで区分はしていない。
- NYHA 4度は救急医療管理加算1とすることに概ね異論は出なかった。
- NYHA 3度は救急医療管理加算1か救急医療管理加算2とすることに異論はなかった。
- NYHA 2度は詳記等により救急医療管理加算2（場合によっては救急医療管理加算1）と考えている県が多かった。
- NYHA 1度は特段の理由がある場合のみ救急医療管理加算2の算定もありうるとする県が多かった。

（2）基準を作成している

佐賀（国保），鹿児島（提案県，基準の設定を要望）

《宮崎県の審査の現状》

- ① NYHA 3～4度の場合は概ね救急医療管理加算1を認めています。
- ② NYHA 1～2度は原則として救急医療管理加算1は認めていません。

この場合、注記の医学的根拠を踏まえて救急医療管理加算1を認めるか救急医療管理加算2に査定するかを判断しています。

注記のないNYHA 1度では、救急医療管理加算は認めていません。

※補足：救急医療管理加算を算定する場合は、医学的根拠の注記を付けて請求することが重要です。

《参考情報》

NYHA心機能分類

NYHA I

心疾患はあるが身体活動に制限はない

日常生活における身体活動では著しい疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じない

NYHA II

軽度ないし中等度の身体活動の制限がある 安静時には無症状

日常的な身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる

NYHA III

高度な身体活動の制限がある 安静時には無症状

日常的な身体活動以下の労作で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる

NYHA IV

心疾患のためいかなる身体活動も制限される

心不全症状や狭心痛が安静時にも存在する わずかな労作でこれらの症状は増悪する

6 救急医療管理加算（呼吸不全）の算定におけるP/F値の算出について（鹿児島県提案議題）

《提案要旨》

呼吸不全における換気療法として、Nasal high flow やNPPVが多く使用されていますが、救急医療管理加算（呼吸不全）の算定においてP/F値を算出する際に、これらの換気法ではFIO₂の算出基準が明確ではありません。FIO₂の合理的な算出法の提案を要望します。

《各県からの主な意見》

（1）吸入酸素濃度について

- 吸入酸素濃度は算出できるのではないのでしょうか。
- 換気方法が異なっても吸入酸素濃度（FiO₂）は投与した酸素量によるのでは。
- 酸素流量と空気流量が判ればFiO₂は設定できる。
- 酸素ブレンダーを使用すれば酸素濃度計が付属しているので酸素濃度は判る。
- 換算表があるのでFiO₂の算定は出来るのでは。
- 酸素吸入方式と吸入量から算出表を使って算出するのは。

（2）問題は吸入酸素濃度ではなく救急医療管理加算1，救急医療管理加算2の判断基準ではないか

- FiO₂の算出は裏付けのある方法で算出しているが、その値だけで審査しているわけではない。
- P/F比とA-DROPスコア、詳記の内容を踏まえて救急医療管理加算1か2を決めている。
- FiO₂等の数値のみではなく、症状詳記や他の傷病名等を含め個別に判断している。
- P/F値は参考にするが、レセプトを通覧して判断しています。

(3) その他

- 合理的な判断基準は望ましいが、一律の明確な判断基準を作るのは難しいのではないか。
- 酸素の使用量が一つの判断材料になるが出来高レセプトでは酸素の使用量が判るが、DPCではコーディングデータを見ないとわからないが、コーディングデータは審査に使用してはいけない決まりになっているのが問題です。

《宮崎県の審査の現状》

合理的で簡便な判断基準がある方が良いが、個々の患者の個別の評価にはなじまないことより、データは重要な参考値として、レセプト全体を通覧して判断している状況です。

※補足：呼吸不全で救急医療管理加算1を請求する場合は、数値だけではなく重症の呼吸不全患者であることがわかる注記を付けて請求することが重要です。

7 在宅当番医における休日加算について（佐賀県提案議題）

《提案要旨》

当県では「急病等やむを得ない理由により受診した患者については休日加算が算定できるが、通常の再診については算定できない」としてきました。今回在宅当番医から「定期薬がなくなるので処方した」とのコメントで休日加算が算定されたため査定したところ医療機関から再審査請求がありました。九州厚生局佐賀事務所へ照会したところ口頭の返事でしたが、「医科点数表の解釈の通知にある休日加算の算定要件 イ.に掲げる（イ）と（ロ）は別に考えて、在宅当番医は（イ）の③に該当する」ので算定できるとの返事でした。

貴県では急病等やむを得ない理由もなく単に定期薬のみを処方された場合、休日加算の算定はいかがされていますか。

《各県からの主な意見》

(1) 休日加算は認めない

熊本、福岡、鹿児島、長崎

- 定期薬のみの処方では認めていない。
- 緊急性がなければ認められない扱いです。
- 急病等やむを得ない事情もなく、単に定期薬のみを処方されて様な場合は認めていません。
- かかりつけの患者では認められないが、他院通院中の患者が医薬品の処方を求めてきた場合は算定を許容している。
- 在宅当番医制度は救急医療の確保の為に記載されていることから、認めるべきではないと考えます。

(2) 休日加算を認めている

沖縄、大分

- 取り決めがないが、休日加算そのものの請求が少なく、審査上問題とはなっていない。
- 九州厚生局の回答があるので認める扱いとしている。

《宮崎県の審査の現状》

急病等やむをえない理由により受診した患者については、算定出来るが、通常の再診と判断される場合は認められない扱いとしています。

提案の内容の様な「かかりつけの患者が定期薬のみで受診した場合は算定しない」と考えて審査を行っています。

8 美容整形術後の合併症治療における保険診療上の取扱いについて（佐賀県提案議題）

《提案要旨》

福岡市の美容整形外科の術後、発熱と蜂窩織炎で来院されたケースです。

美容クリニックは土日・夜間は電話対応を行わない方針が多いため、佐賀県内の保険医療機関を受診されました。自由診療後のトラブルについて、医療保険で診療可能か否か、ご教示ください。

《各県からの主な意見》

（1）保険請求は出来ない、不適當

熊本，沖縄

- 自由診療なので医療保険は適応されない。
- 基本的には自由診療で発生した問題は自由診療で解決するべきと考えている。
- 原則，保険診療外として手術を施行した医療機関を受診することが望ましい。

（2）保険診療もやむを得ない

福岡，鹿児島（社保），大分，長崎

- 保険診療の適応となる傷病であれば，医療保険での診療は可能と考えられる。
- 医療機関の判断にゆだねられており，医療機関が保険診療が妥当とした場合は認めている。美容整形術後の一次的トラブルは自由診療，二次的なトラブルについては保険診療を考慮するとしている。
- レセプトに「美容外科による合併症」と記載されることはほとんどなく，通常の保険診療と審査上は見分けがつかない。
- 自由診療を行った医療機関とは別の医療機関を傷病を発症して受診している場合に該当するので保険診療に該当すると判断しています。
- 現実に保険診療の対象傷病があれば，原因の如何に拘わらず通常診療になると考えます。

（3）その他

- 術後の診療を行った医療機関は，もともとの医療機関に請求するのが本則ですが，現実には保険診療になっているという状況です。
- 基本的には施術した医療機関の受診を促し，保険診療とはしない方が良い。
- 美容整形の誓約書には，トラブルも自費診療となる旨を患者に了解してもらう項目を入れるよう法制化されることが望まれる。

《宮崎県の審査の現状》

原則的な考え方としては，保険診療に自由診療が入り込む混合診療の逆パターンの混合診療になることより医療保険での診療にはそぐわないと考えています。ご質問に対する回答としては，他の医療機関に依頼する場合でも保険診療としては認められないと考えます。

しかしながら，自由診療施術医療機関では対応できない内容等，保険診療として治療が行われた場合，レセプトの審査においては自由診療の継続とは区別がつかないこともあり，通常の保険診療と同様に扱われているのが現状です。

9 リベルサス単独投与について（宮崎県提案議題）

糖尿病患者に対するリベルサス単独投与（単独投与を必要とした医学的理由の記載がない場合）の扱いについて。

- ① 認めない（査定）。
- ② 糖尿病での再診（フォローアップ中）であれば単独投与を認める。
- ③ 新患（糖尿病の診療開始日）であっても単独投与を認める。
- ④ その他（具体的扱いを記載願います）

《提案要旨》

当該医薬品の保険メモに「関係学会のガイドライン等におけるGLP-1受容体作動薬の位置付けに留意し、他の経口血糖降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、投与が必要と判断した理由を診療報酬明細書に記載（令和2.11.17 保医発1117第3号）」との通知があることより、単独投与で必要理由の記載がない事例に対して、保険者からの再審査請求がなされている。

同一成分の注射薬（オゼンピック皮下注）には、理由記載の縛りがないことより、単独投与の場合、注射薬から経口薬へ変更するだけでも記載義務が生じることになる。

医療機関からは「肥満症患者に糖尿病の傷病名を付けて使用する医療機関に対する対策としての通知であることより、糖尿病であることがレセプトから読み取れる場合や糖尿病の病歴が長い場合は認めるべき。」との意見が寄せられている。

社保の他支部でも認めているところと、認めていないところがあるようであり、審査対象となる事例数も多いことより、審査において差異がない審査が求められる内容と考え提案いたしました。

《各県からの主な意見》

（1）単独投与を認める扱い

熊本、佐賀（国保）、沖縄、長崎

- 糖尿病であれば単独投与を認める。
- 経口血糖降下薬投与歴があれば単独投与を認めている。
- GLP-1受容体作動薬は初期治療選択薬剤になっているので、2型糖尿病が確定していれば認めている。
- 傷病名、診療内容より、単なる肥満症に対する投与でなく、糖尿病治療の目的と確認できるレセプトであれば、認めている。
- 新患であってもきちんと糖尿病の検査があり、糖尿病の確定病名であれば単独投与を認めるべきと考える。薬効上からも問題ありません。

（2）注記等なしでは認めない扱い

福岡、鹿児島（社保、国保）、佐賀（社保）、大分

- 医学的理由がない場合は返戻してコメントを求めている。
- 単独投与した理由がない場合は認めていない。
- 初回からいきなり単独でリベルサスを処方することは通常行われない。
- 他の糖尿病薬がない場合はその理由を記載していない限り認めない。
- 通知がある以上、認めないとするのも致し方ない。
- 過去の服薬歴あるいは単独投与の理由を求めている。
- 記載要領に定められた内容の記載漏れ時は認めていない。

＜宮崎県の審査の現状＞

糖尿病での再診（フォローアップ中）であれば単独投与を認めている。

診療開始日における単独投与は、医学的理由の注記なしでは原則認めていません。

10 エンシュアHの適応について（宮崎県提案議題）

長期に渡り経口摂取が困難な低栄養患者に対するエンシュアHの適応について。

- ① 無条件で認めている。
- ② 水分摂取の制限が必要と判る場合等（下記の①～③の状態であることがわかる傷病名もしくは注記の記載のある場合）でないと原則認めない。
- ③ その他（具体的な取り扱いを記載願います）

＜提案要旨＞

エンシュアリキッドに対してエンシュアHは1.5倍の濃度であり、効能・効果は下記のようにになっている。

- ① 水分の摂取制限が必要な患者（心不全や腎不全を合併している患者など）
- ② 安静時エネルギー消費量が亢進している患者（熱傷患者、感染症を合併している患者など）
- ③ 経腸栄養剤の投与容量を減らしたい患者（容量依存性の腹部膨満感を訴える患者など）
- ④ 経腸栄養剤の投与時間の短縮が望ましい患者（口腔外科や耳鼻科の術後患者など）

このため、保険者より「単に経口摂取困難かつ低栄養の傷病名」のみの患者に対する投与事例に対して「エンシュアHの算定は如何でしょうか。本剤は、エンシュアリキッドと適応が異なります。適応：水分の摂取制限が必要な患者、安静時エネルギー消費量が亢進している患者、経腸栄養剤の投与時間の短縮が望ましい患者です。」というような理由での再審査請求がなされている。

医療機関からは、現時点では「エンシュア・リキッド」の販売が縮小されストロベリー味のみとなっている。一方「エンシュアH」はバニラ味・コーヒー味・バナナ味・黒糖味・メロン味・ストロベリー味の6種類の味が販売されており、患者の希望を踏まえて、エンシュアリキッドの適応があれば、エンシュアHの使用もやむを得ないのではないかと意見が寄せられています。

各県の審査の状況をお伺いいたしたく、議題とさせていただきました。

当県（社保）ではエンシュアリキッドの販売縮小には配慮するが、保険診療としてはエンシュアHの適応症に留意して審査しています。尚、胃瘻からの注入時等には「投与容量を減らしたい患者」に該当すると判断してエンシュアHの使用を認めています。

＜参考＞

エンシュアリキッドの効能・効果（1 cal/ml）

一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難な場合の経管栄養補給に使用する。

エンシュアHの効能・効果（1.5cal/ml）

一般に、手術後患者の栄養保持に用いることができるが、特に長期にわたり、経口的食事摂取が困難で、単位量当たり高カロリーの経腸栄養剤を必要とする下記の患者の経管栄養補給に使用する。

水分の摂取制限が必要な患者（心不全や腎不全を合併している患者など）

安静時エネルギー消費量が亢進している患者（熱傷患者、感染症を合併している患者など）
経腸栄養剤の投与容量を減らしたい患者（容量依存性の腹部膨満感を訴える患者など）
経腸栄養剤の投与時間の短縮が望ましい患者（口腔外科や耳鼻科の術後患者など）

《各県からの主な意見》

（1）認めないとする県

熊本、福岡、鹿児島（社保）、佐賀（社保）

- エンシュアは認めるが、エンシュアHは認めていない。
- 水分摂取の制限が必要とわかる場合でないと原則認めていない。コメントを入れるべきですが、この基準を十分理解していない医療機関が多い。
- 水分摂取制限が必要を判する場合以外は原則認めないが、いきなり査定ではなく返戻する
場合が多い。

（2）認めるとする県

佐賀（国保）、沖縄、大分、長崎

- エンシュアリキッドと、エンシュアHに審査上の差異を設けておらずエンシュアリキッドの適応が満足されていれば認めている。
- 特に条件を定めず認めている。
- 完全な無条件ではないが、現実的に身体に入る水分量はさほど変わらないので病態から必要ないと判断できるとき以外は査定していない。
- 原則は取り扱いを区別しているが、現実的にはエンシュアHの請求になっていることを踏まえて審査している。水分量に医学的に問題のある程の差があるわけではないので、再審査でも必要性を踏まえて認めるとして原審通りとしている。
- もともと経口摂取ができない事例なので容量が少なく効率的に栄養分を摂取できる方を選択しても良いと考える。
- 1缶あたりの価格は高いようですが、同じカロリーを投与する場合エンシュアリキッドで投与するよりエンシュアHの方が価格は安くなる。

（3）その他の意見

- 食事の補助としては認めないのが本来である。
- 認知症等、使用がやむを得ない場合は認めているが、安易に提供することが繰り返されると、保険適応から除外されるリスクがあるので、節度のある審査が望まれる。

《宮崎県の審査の現状》

エンシュアリキッドの販売が縮小されている現状を踏まえると、エンシュアリキッドの適応がある場合にエンシュアHを認めるべきと考えています。

九州各県で認める方向での意見が統一されることを希望しています。

11 静注薬のPPIと静注薬のプリンペランの扱いに関して（沖縄県提案議題）

《提案要旨》

質問1. 静注薬のPPIの場合の効能効果として出血を伴う胃潰瘍、十二指腸潰瘍、急性ストレス潰瘍及び急性胃粘膜病変・経口投与不可能とある。出血性は胃潰瘍のみならず、十二指腸潰瘍・急性胃粘膜病変も含むと解釈しているか。

質問2. 当県では通常静注のPPIは出血性胃潰瘍がなければ大方査定としているが、ICU入

室、脳内出血の場合プリンペランとの併用は、認めているか。単独で認めていなければ、どのような病名が必要か。

質問3. 少しでも上部消化管出血の病名があればプリンペランは査定を強いるのか。

《各県からの主な意見》

	質問 1	質問 2 胃潰瘍なしでのPPI	非出血性の時の プリンペラン併用	質問 3
熊本	その通り	認めていない	---	認めていない
福岡	その通り	認めていない	---	認めていない
鹿児島（社保）	その通り	医師の裁量	医師の裁量	医師の裁量
鹿児島（国保）	その通り	認めていない	---	認めていない
佐賀（社保）	その通り	認めている	認めていない	認めていない
佐賀（国保）	その通り	---	認めている	認めている
大分	その通り	認めている	認めている	認めていない
長崎	その通り	---	医師の裁量	医師の裁量

- 上部消化管出血に静注用PPIを使用した場合はプリンペランの併用は認めない。
- 侵襲ストレスによる上部消化管出血抑制はH2ブロッカー静注は適応となるが、PPI静注は、上部消化管出血がないと認められない。
- 脳内出血であればPPIの静注を認めている。
- 内視鏡で出血が確認されている時はプリンペランは査定対象となる。
- ICUでプリンペランが適応となるときにはグリセオール、マンニトール製剤の適応となるので、その使用等も判断材料としている。
- 上部消化管出血がなくPPIが適応となるときはプリンペランとの併用も認めている。
- 出血性胃潰瘍の診療開始から概ね1週間はプリンペランを認めていない。
- 出血時でも消化管運動亢進による出血への悪影響と嘔吐による出血の増悪を勘案して、主治医の裁量として併用を認めている。

《宮崎県の審査の現状》

- 問 1 出血性は胃潰瘍のみならず、十二指腸潰瘍・急性胃粘膜病変も含むと解釈している。
- 問 2 医学的判断でPPIの投与を認める場合もある。
消化管出血がなければ（ICU入室にかかわらず）プリンペランの併用は認めている。
- 問 3 医学的に考慮すべき事情がない場合は、原則として査定としている。

※補足：PPIには「侵襲ストレス（手術後に集中管理を必要とする大手術，集中治療を必要とする脳血管障害・頭部外傷・多臓器不全・広範囲熱傷）による上部消化管出血の抑制」の適応がありませんので、適応のあるH2ブロッカーを使用するのではなく敢えてPPIが必要であった理由の注記を記載して請求する必要があります。

12 神経学的検査の算定頻度の目安について（沖縄県提案議題）

《提案要旨》

「神経学的検査（D239-3）は、意識状態、言語、脳神経、運動系、感覚系、反射、協調運動、髄膜刺激症状、起立歩行等に関する総合的な検査及び診断を、成人においては神経学的検査チャートを用いて行った場合に一連につき1回に限り算定する。」とされています。

初診時での神経学的検査の他に、病状変化での検査実施および算定が通常行われますが、その間隔に取り決めはありますでしょうか。

《各県からの主な意見》

（1）1 回しか認めない

熊本、福岡、鹿児島（社保）、鹿児島（国保）、佐賀（社保）

- 病状の変化で複数回行われた神経学的検査は一連とみなして 1 回の算定としている。
- 6 か月以上の間隔があいていない時は、1 回までとしている。
- 原則 1 回であるが、必要性があれば 1 年後であれば再度の算定を認める。
- 原則 1 回であるが、治療介入前後での評価が必要などの詳記があれば認めている。
- 同一の傷病に対して 2 回の算定は認めていない（検査の間隔で認める取り扱いとはしていない）。
- 点数の高い検査であり内容も多岐に渡っており、短期間に変化をすることはない。

（2）算定間隔についての取り決めがない

佐賀（国保）、佐賀、長崎

- 頻回でなければ再検査を認める場合もあるが、神経内科の委員は、1 回のみの取り扱いとする方向にある。
- 初診時以外は、病状変化を踏まえて必要性に応じた医療判断で認めている。

《宮崎県の審査の現状》

D239-3 神経学的検査は医科点数表の解釈の通り、一連につき 1 回としています。

病状等のフォローアップ目的での項目別の検査については、必要性があれば検査料、判断料とも認めています。

13 糖尿病患者に対するインスリン注射投与中の IRI の算定について（大分県提案議題）

《提案要旨》

審査情報提供に「インスリン投与中の IRI は認められない」とあり、検査前に休薬を行っても正確な IRI の数値を測定できないため、インスリン作用時間にかかわらず投与中は認められないと考えますが、各県のご判断はいかがでしょうか。

《各県からの主な意見》

- （1）すべての県で認めないとの判断でした（認める扱いとする県はありませんでした）
- 外因性インスリンと内因性インスリン区別がつかないのでインスリン投与中の IRI 測定は認められない。
- 内因性のインスリン分泌能については CPR（C-ペプチド）測定で評価するのが妥当と思われる。
- インスリン休薬であっても、インスリン抗体が形成され測定に影響を及ぼす可能性もあることよりの IRI ではなく CPR（C-ペプチド）で評価するべき。

○ インスリンを3か月以上休薬していれば必要性を考慮して認める場合もある。

《宮崎県の審査の現状》

認めていません。

14 甲状腺腫に対するTSH, FT3, FT4の初診月以外の算定について（大分県提案議題）

《提案要旨》

TSH, FT3, FT4は、甲状腺機能を把握する検査であり甲状腺機能異常を疑う疾患が必要である。ただし、初診月は甲状腺機能異常の確認のために認められると考えられますが、各県のご判断はいかがでしょうか。

《各県からの主な意見》

（1）初診月のみ認める（以後は認めない）

熊本、福岡、鹿児島（国保）、鹿児島（社保）、沖縄、長崎

○ スクリーニングとしてはTSHとFT4のみ認めている。FT3は測定する医学的理由が記載されている場合のみ認める扱いとしている。

○ 初回のみTSH, FT3, FT4は認めれるが、それ以後は必要な病名がない場合は認められない。

○ 初回は認められるが、以降は何らかの具体的な甲状腺疾患名を記載しないと認めない。

○ 初診月でも検査を必要とする具体的な病名が必要である。

（2）初診月以外でも認めている

佐賀（社保）、佐賀（国保）

○ 初診月以外でも認めている。連月・隔月での算定の場合は、医学的に必要性の詳記を求めている。

（3）その他の意見

○ 甲状腺炎の病名での甲状腺機能検査は認められる。

○ 甲状腺機能亢進症の疑いのみでは連月の検査は過剰である。

○ 病状が安定している甲状腺機能低下症（確定）での連月の検査は過剰としている。

《宮崎県の審査の現状》

初診月は認めています。

初診月以後の再検査は、新たな甲状腺機能の異常の可能性のある傷病名が診療開始となるか、相当期間経過していない場合は認めていません。

15 ケレンディア10mg錠およびリベルサス7mg錠の2錠投与について（長崎県提案議題）

《提案要旨》

2型糖尿病を合併する慢性腎臓病に対するケレンディア錠は20mgまで認められています。が、「10mg錠と20mg錠の生物学的同等性は示されていないため、20mgを投与する際には10mg錠を使用しないこと」と使用上の注意に記載されています。10mg錠を2錠処方された場合の取り扱いについて各県の対応をお知らせ下さい。

（1）すべて認める。

（2）10mg 1錠のみ認める。

（3）すべて認めない。

また、経口GLP-1受容体作動薬であるリベルサス 7 mg錠の2錠投与についてはいかがでしょうか。こちらの使用上の注意は、「本剤の7mg錠を2錠投与することは避けること」と、やや表現は異なっています。

《各県からの主な意見》

(1) すべて認めている

大分（ケレンディア）

- ケレンディアについてはインタビューフォームでは吸収の生物学的同等性が基準（80%～125%）を超えたことから、用法及び容量に関する注意に記載されたが、わずかに超えているだけであり、臨床の場において効果の大幅な減弱、副作用等患者に不利益となる事象ではないことから認めています。
- 以前の医薬品に比べて、添付文書に注意書きが増えており、それを根拠に審査上認められないケースが増えている。

(2) 2錠は認めない。1錠へ査定している。

熊本、福岡、鹿児島（国保）、佐賀（国保）、大分（リベルサス）

- ケレンディア10mg錠と20mg錠は配合剤の量的な違いにより吸収速度、体内分布に違い（10mg錠を2錠の方が吸収速度が速くなる）があるので1錠に査定となる。
同様の理由でリベルサス7mg×2錠も1錠に査定している。
- 審査委員の例外的判断もあるが添付文書の記載を重んじて査定となる場合が多い。
- ケレンディア10mgが2錠処方されている場合は1錠を過剰として扱っている。
- SNACが倍になるためリベルサスの吸収率が不安定になり、効果にばらつきが出るので1錠に査定しています。（SNAC:Sodium N8・12Hydroxybenzol Amino Caprylate, GLP1受容体作動薬の吸収を促し分解を抑制する）

(3) すべて認めない

鹿児島（社保）、佐賀（社保）、沖縄

- 添付文書の記載に準じ、すべて認めない（全査定）扱いとしている。
- 原則は認めていませんが、ケレンディア20mg錠、リベルサス14mg錠の供給が安定していないため、やむを得ず2錠の処方となった場合は認めている。

《宮崎県の審査の現状》

当該議題が提案された2024年8月時点ではケレンディア錠、リベルサス錠共に、少量剤形2錠の投与を許容していましたが、その後、九州各県で少量剤形の2錠の投与を認めている県が他になく、審査基準を統一する観点から2錠使用した場合は1錠までしか認めない取り扱いに変更となっています。薬の供給の問題など、やむを得ず少量剤形を2錠用いた場合は、その理由を注記して請求することが望ましいと考えます。

現在のリベルサスの扱いは

- ① 14mg投与時に7mg錠×2錠は認められない。
 - ② 朝食前投与薬であり、食後、眠前等の投与は認められない。
- となっておりますので留意願います。

16 気管支喘息診療におけるスピリーバレスピマットの査定状況につきまして、お尋ねしたい
(長崎県提案議題)

《提案要旨》

スピリーバレスピマットは、気管支喘息が適応追加になっておりますが、令和4年以降でA査定、C査定がみられますので、査定状況につきまして、お尋ねしたいと思います。

A査定の事例をみますと、気管支喘息の病名はありますが、ステロイド吸入の残薬があるために、レセプト上ステロイド吸入がなく、単独使用のようにもみえますが、A査定となる理由がわかりません。

C査定につきましては、レセプト上フルティフォームにスピリーバレスピマットを併用した形となっております。詳記を付けていなかったための査定でしょうか？

気管支喘息診療におけるスピリーバレスピマットの査定状況につきまして、お教えいただけますとありがたいです。

《各県からの主な意見》

(1) スピリーバレスピマットはステロイド薬との併用が必要

スピリーバレスピマットとフルティフォームの併用は適切

熊本、福岡、鹿児島（社保）、鹿児島（国保）、佐賀（社保）、沖縄、大分

- ステロイド吸入薬が併用されていない場合は原則査定になる。
- 当月処方がなくとも前月等に処方が確認できれば認められるが、確認できないときには査定としている。
- 他の医療機関からの紹介のような事例は返戻して確認している。
- 縦覧情報がなく他医等の残薬を使用している時には、レセプトにその内容を記載して請求するように注意している。（記載がないと単独投与と判断されても仕方がない）
- レセプトでステロイド吸入薬がない場合でも、一概に査定せず、医療機関に照会を行って審査をしている。

(2) その他

- 規格1.25 μ gを慢性閉塞性肺疾患に使用している場合は適応外としている。
- 前立腺肥大症がある場合は禁忌として査定対象としている。
- 緑内障は解放隅角緑内障であれば許容しているが、現実には解放隅角緑内障が大半であることより、認めている。
- 処方量は1処方（1月あたり）3本までとして審査している。

《宮崎県の審査の現状》

- ① スピリーバレスピマットの単独投与が確認された場合は査定としています。
- ② フルティフォームとスピリーバレスピマットの併用は喘息ガイドラインに記載されている内容であり妥当と判断しています。

〔 報 告 〕

令和6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7年1月18日(土)

場 所：WEB（宮崎県医師会館）

出席者：比嘉利信，玉置昇

九州各県の会長，副会長ら14名が出席し，長崎県医師会館をキーステーションとして各県とを結んでオンライン形式で行なわれた。

1 開会挨拶

- ・長崎県臨床内科医会の林郁夫会長から開会挨拶があった。

2 報 告

(1) 令和6年度日本臨床内科医会九州ブロック会議，第59回九州各県内科医会連絡協議会，第41回九州各県内科審査委員懇話会について（長崎県）

- ・日臨内執行部より菅原会長，福田副会長，江頭副会長，長尾理事や九州各県の会長，役員合わせて50名が参加した。
- ・日臨内九州ブロック会議では菅原会長から，現在の日臨内の問題点や展望が示された。昨年に続き会員増にも繋がる専門医制度の話題もあがったが，改革には諸問題がある。
- ・九内協では，長崎県から針刺し事故後にHIVが疑われる場合の対処法について，離島を中心に時間的対応が難しい場合もあり提起され，各県の状況が示された。その他，医療問題につき提案が行われ，活発な討議が行われた。
- ・九内懇では，FDPとD-dimerの同時算定をはじめ，保険審査についての解釈や要望について協議が行われた。
- ・今回は，土曜日の夜に顔合わせと懇親会を，日曜日の午前中に諸会議を行う形式で行われた。とくに遠距離から参加の先生方には，土曜日を休診することなく参加できたという好評であった。

3 協 議

(1) 提案議題

- ☐ 各県内科医会における会員増強対策について（宮崎県）

《提案要旨》

本県の会員数は2019年からの5年間で微減となっているが、会員の高齢化が進んでおり、会員増強が喫緊の課題である。

会員のメリットを増やすため、本県では2022年10月にホームページのリニューアルを行ったところである。ホームページでは、県内科医会が主催・共催をしている講演会や日臨内かかりつけ医のためのWeb講座の申込み、会誌の閲覧が可能となっている。また2023年8月にはメーリングリストを作成し、講演会の案内等を開始したところである。

内科系疾患はどの診療科においても診る機会が少なからずあり、他科の先生方も会員として取り込んでいきたいと考えている。会員増強策としては未だ不十分なため、他県の取組みについてお伺いし、今後の取組みの参考とさせていただきたい。

【宮崎県内科医会 会員数】

2019年 3 月	420名
2020年 3 月	414名
2021年 3 月	409名
2022年 3 月	408名
2023年 3 月	408名
2024年 3 月	409名

《各県からの意見》

- ・県医師会入会時に県内科医会と日臨内への同時入会を強く勧めている。後からの本会への入会者は少ない。
- ・ホームページやメーリングリストを活用して入会案内を行っている。
- ・日臨内かかりつけ医WEB講座の聴講参加を勧めている（日臨内の入会案内あり）。
- ・大学医局へ日臨内の雑誌、ニュース等の配布や、研修医への医師会学術講演会の参加案内を行っている。
- ・高齢者の退会が増えている。

- (2) 令和7年度日本臨床内科医会九州ブロック会議、第60回九州各県内科医会連絡協議会および第42回九州各県内科審査委員懇話会の開催日程について（熊本県）

日時：令和7年11月15日(土)

15：00～16：00	令和7年度日臨内九州ブロック会議
16：10～18：10	第60回九内協
16：10～18：10	第42回九内懇
18：20～	懇親会

場所：熊本ホテルキャッスル（熊本市中央区城東町4-2）

〔報告〕

日本臨床内科医会第72回代議員会及び 第42回日本臨床内科医会総合学術集会

宮崎県内科医会 副会長

光 川 知 宏

日 時：令和7年4月20日(日)

場 所：ホテルニューオータニ大阪

出席者：比嘉会長，玉置常任理事，光川

第42回日本臨床内科医会総合学術集会は、令和7年4月20日(日)にホテルニューオータニ大阪にて開催された。大阪では1週間前に大阪・関西万博が開幕し、多くの国から多くの人が大阪を訪れていた。学会に先立ち、4月13日(土)に第72回代議員会がオンラインで開催され、各議決事項に賛否の投票を行った。代議員会には、石内副会長、玉置常任理事及び光川が出席した。

日本臨床内科医会第72回代議員会

【菅原正弘会長挨拶】

菅原会長からは、日本臨床内科医会は、会員の高齢化や若年層のニーズの変化に伴う会員数の減少に直面し、今後の持続的な運営が一層の課題となっている。今後は日臨内の構造改革とサービスの拡充を同時に進め、将来を見据えた投資を行いたい。具体的には、日本内科学会と共同で本年7月1日を「内科の日」を設立し、日臨内にとって、非会員との新たな接点をつくり、各地区の内科医会が会員増強や活性化を図るチャンスをしたい。また、令和7年は赤字予算となるが、会員の先生方の求めているサービスを維持・発展させ、さらに新たな会員獲得には不可欠であると確信し、これまで行ってきた事業については、コストカットと事業最適化を行うタスクフォースを設置する予定だと述べられた。

【総務部】

・総務委員会

会員数は2025年3月16日現在、12,285名であり、昨年より150名の会員数減である。宮崎県は285名と昨年と同数である。

第42回日本臨床内科医会総合学術集会は2025年4月大阪で、第43回総合学術集会は2026年4月に埼玉での開催となる。10月の医学会は2025年は群馬、2026年は北海道で開催予定である。

「かかりつけ医のためのWEB講座」は、ピーク時に比べて視聴者数が減少しており、改めての広報の強化が必要である。

日臨内の新たな事業として「医療スタッフ向け生活習慣病スキルアップセミナー」が開始された。

【庶務部】

- ・ 庶務企画推進委員会

日臨内会誌に新春座談会、女性医師座談会を掲載した。また、WEB懇談会も企画中である。

【経理部】

令和 6 年度収支・中間報告が提示された。収入、支出ともにおおむね予算に収まると報告された。

令和 7 年度予算については、支出増により約528万円の赤字予算となる。

【社会保険部】

- ・ 診療報酬検討委員会

令和 8 年度診療報酬快泳に対する要望事項として、（１）抗菌薬適正使用体制加算の算定拡大、施設基準計算方法の見直し、（２）こころの連携指導料（Ⅰ）、こころの連携指導料（Ⅱ）算定要件の拡大（アルコール依存症）、（３）AUDIT（アルコール使用障害特定テスト）を要望することが報告された。

【広報部】

- ・ 医療DX委員会

会員のデジタル活用状況に関するアンケートを実施し、課題の抽出や今後の支援体制を図る予定である。

第42回日本臨床内科医会総合学術集会

第42回日本臨床内科医会総合学術集会は、「いのち輝く未来社会のデザイン～先端医学と臨床内科医」をテーマに、泉岡利雄会長（大阪内科医会会長）の下で開催された。

プログラムは1日間、午前8時より4会場を使って構成された。開会式・セレモニーでは、泉岡会頭、菅原会長の挨拶があり、日本医師会の松元喜朗会長や第122回日本内科学会総会・講演会の竹原徹郎会長よりビデオメッセージで来賓挨拶があった。本年度は21名の地域医療功労者表彰が行われたが、宮崎県からは栗林忠信背先生が表彰された。開会式に引き続き4つの会場でランチョンセミナーが行われた。午後からは、2題の特別講演が行われた。特別講演Ⅰでは大阪大学大学院医学系循環器内科教授の坂田康文先生により「心不全パンデミックの現状と未来」を講演され、心不全の歴史的背景から最新治療、今後の課題と展望まで幅広く解説された。特別講演Ⅱでは京都大学iPS細胞研究所名誉所長の山中伸弥先生より「iPS細胞研究の現状と医療応用に向けた取り組み」を講演され、iPS細胞の歴史や、内科疾患などへのiPS細胞の臨床応用について解説された。

令和6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 ・ 学 術 講 演 会】	5月11日(土) 15:30～ 於、県医師会館【Web会議】 【総会】 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年度事業計画（案）について 5) 令和6年度歳入歳出予算（案）について 【学術講演会】 <保険診療について> 『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 <会員発表> 1) 『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) <特別講演> 共催：ヴィアトリス製薬㈱ 『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) 【出席者】74名（現地：25名 Web：49名）
【理 事 会】	4月18日(木)、7月19日(金)、9月2日(月)
【評 議 員 会】	4月25日(木)
【各 郡 市 内 科 医 会 長 会】	11月29日(金)
【会 計 監 査】	4月15日(月)
【学 術 委 員 会】	10月4日(金)
【医 療 保 険 委 員 会】	7月4日(木)、8月22日(木)
【宮崎県内科医会誌編集委員会】	5月30日(木)、9月30日(月)

会 議 名	日 時 ・ 場 所 ・ 出 席 者
【日本臨床内科医会九州ブロック会議】	11月9日(土)～10日(日) 於. ホテルニュー長崎 (担当:長崎県臨床内科医会)
【九州各県内科医会連絡協議会】	11月9日(土)～10日(日) 於. ホテルニュー長崎 (担当:長崎県臨床内科医会)
【九州各県内科審査委員懇話会】	11月9日(土)～10日(日) 於. ホテルニュー長崎 (担当:長崎県臨床内科医会)
【九州各県内科医会会長会議】	1月18日(土) 於. Web (担当:長崎県臨床内科医会)
【日本臨床内科医会代議員会】	4月6日(土), 9月7日(土) 於. Web
【日本臨床内科医会総合学術集会】	4月14日(日) 於. 京王プラザホテル
【日本臨床内科医会医学会】	9月15日(日)・16日(月・祝) 於. 国立京都国際会館
【学術講演会】(県内科医会共催講演会)	① 5月11日(土) 16:00～ 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－内分泌領域について－ 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 心アミロイドーシス診療の実践 講師 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 演題 ガイドラインに根ざした便秘診療 講師 順天堂大学医学部 消化器内科学講座 教授 永原 章仁 先生 (出席者 74名) ② 5月24日(金) 19:00～ 於. アートホテル宮崎 ※受講は現地またはWeb 「宮崎県内科医会学術講演会」 演題 脂肪肝診療の最新の話 ～肝癌撲滅にむけた肝疾患相談センターの取り組み～ 講師 鹿児島大学病院 肝疾患相談センター 副センター長 小田 耕平 先生 演題 自己免疫肝疾患への対応と肝炎ウイルス撲滅の取り組み 講師 愛媛大学大学院医学系研究科 消化器・内分泌・代謝内科学 教授 日浅 陽一 先生 (出席者 59名)

会 議 名	日 時 ・ 場 所 ・ 出 席 者
	③ 5月28日(火) 19:00～ 於、アートホテル宮崎 ※受講は現地またはWeb 「宮崎県内科医会学術講演会 ～「心電図からはじめる」宮崎県健康寿命の延伸～」 演題 宮崎大学みやざき健康キャラバン隊の取り組み 講師 宮崎大学医学部 機能制御学講座 循環動態生理学分野 教授 渡邊 望 先生 演題 健診における心電図検査とその対応 講師 名越内科 院長 名越 敏郎 先生 演題 健診で見つかる心疾患の治療：手遅れになる前に 講師 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 (出席者 93名) ④ 7月30日(火) 19:00～ 於、KITENビル ※受講は現地またはWeb 「宮崎県HPVワクチンセミナー」 演題 HPVワクチンの重要性と普及への取り組み 講師 宮崎県立看護大学 教授 川越 靖之 先生 (出席者 15名) ⑤ 8月2日(金) 19:00～ 於、ホテルJALシティ ※受講は現地またはWeb 「宮崎県内科医会学術講演会 ～COVID-19/インフルエンザ診療 up to date～」 演題 これからの発熱診療を考える ～COVID-19/インフルエンザにおける抗ウイルス薬の役割 について～ 講師 関西医科大学附属病院 呼吸器感染症・アレルギー科 教授 宮下 修行 先生 (出席者 23名) ⑥ 8月19日(月) 19:00～ 於、オンライン配信 ※受講はWebのみ 「宮崎県内科医会学術講演会～DiaMond Seminar in Miyazaki～」 演題 ダイアベティス(糖尿病)と共に生きる～Advocacy & Beyond～ 講師 順天堂大学医学部附属静岡病院 糖尿病・内分泌内科 教授 野見山 崇 先生 (出席者 12名)

会 議 名	日 時 ・ 場 所 ・ 出 席 者
	⑦ 9月17日(火) 19:00～ 於、ホテルJALシティ ※受講は現地またはWeb 「宮崎県内科医会学術講演会 ～認知症の早期発見と診療連携について考える～」 演題 MCI（軽度認知障害）診療の意義とレカネマブ治療における診療連携について 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 准教授 塩見 一剛 先生 （出席者 17名） ⑧ 10月16日(水) 19:00～ 於、エアラインホテル ※受講は現地またはWeb 「宮崎県内科医会学術講演会 ～日常診療における高齢者の糖尿病治療～」 演題 経口セマグルチドに年齢制限は必要か？ 講師 医療法人ラポール会 青山病院 顧問 内本 定彦 先生 （出席者 32名） ⑨ 11月 7 日(木) 19:00～ 於、MRTmicc ※受講は現地またはWeb 「第 9 回地域におけるウイルス性肝炎治療を考える会」 演題 肝癌撲滅を目指して～熊本肝炎・脂肪肝プロジェクトの成果～ 講師 熊本大学大学院生命科学研究部 消化器内科学講座 教授 田中 靖人 先生 （出席者 18名） ⑩ 11月14日(木) 19:00～ 於、宮崎観光ホテル 「宮崎県泌尿器科・内科連携の会 （第250回宮崎県泌尿器科医会学術講演会）」 演題 夜間頻尿の診療と前立腺肥大症に対する低侵襲手術（MIS） 講師 一般財団法人 弘潤会 野崎東病院 副院長 小林 隆彦 先生 演題 耐性菌を考慮した抗菌薬の使いかた 講師 国際医療福祉大学成田病院 腎泌尿器外科部長 宮崎 淳 先生 （出席者 17名）

会 議 名	日 時 ・ 場 所 ・ 出 席 者
	⑪ 1月30日(木) 19:00～ 於, KITENビル ※受講は現地またはWeb 「AEDがある社会」から「AEDが使える社会」へ」 ①AEDの普及と使用率についてふりかえる(2024年7月は一般市民解禁20周年) ②オートショックAEDの開発の裏側と普及について ③AEDリモート監視システムを活用した医療版DX (出席者 28名) ⑫ 2月28日(金) 18:45～ 於, KITENビル ※受講は現地またはWeb 「宮崎県内科医会学術講演会」 演題 変わりゆく肝疾患～撲滅に向かうC型肝炎～ 講師 宮崎医療センター病院 消化器内科医長 稲田 由紀子 先生 演題 肝癌と肝硬変の薬物治療の現状 講師 鹿児島厚生連病院 副院長 兼 内科統括部長 平峯 靖也 先生 演題 C型肝炎治療後の課題 講師 くまもと森都総合病院 肝臓・消化器内科 部長 宮瀬 志保 先生 (出席者 33名) ⑬ 3月12日(水) 19:00～ 於, アートホテル宮崎 ※受講は現地またはWeb 「宮崎県HPVワクチンセミナー」 演題 HPVワクチンの現状と課題～小学6年生から接種する意義～ 講師 つむらファミリークリニック 院長 津村 直幹 先生 演題 HPVワクチンの重要性和宮崎県での取り組み 講師 宮崎県立看護大学 専門基礎分野 教授 医学博士 川越 靖之 先生 (出席者 19名)

令和 6 年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書

歳 入 合 計	20,244,402
歳 出 合 計	5,595,702
差 引 残 高	14,648,700 (令和 7 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	5,428,800	5,403,600	△ 25,200	A 会員会費 (前期257名・後期253名) B 会員会費 (前期109名・後期117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	14,008,869	14,008,869	0	
4. 雑 収 入	1 雑 収 入	600,000	591,933	△ 8,067	内科医会誌広告料等
歳 入 合 計		20,277,669	20,244,402	△ 33,267	

会 員 数 異 動 状 況	
	令和 7 年 3 月31日現在
A 会員	251
B 会員	114
免除会員 (A 会員)	15
” (B 会員)	25
合 計	405

【歳 出】

(単位：円)

款	項	予算額	支出済額	予算残額	備 考
1. 事務費		822,000	685,773	136,227	
	1 旅 費	49,000	20,650	28,350	会計監査旅費
	2 需 用 費	103,000	67,789	35,211	封筒代, 事務用品代, 会議用お茶代
	3 役 務 費	200,000	189,261	10,739	切手代, 郵送料, 振込手数料, 電報・電話使用料等
	4 使用料及び賃借料	200,000	138,073	61,927	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	542,708	307,292	
	1 総 会 費	130,000	98,546	31,454	案内FAX代, 講師謝金
	2 評 議 員 会 費	220,000	127,290	92,710	1 回
	3 理 事 会 費	500,000	316,872	183,128	3 回
3. 事業費		5,832,000	4,367,221	1,464,779	
	1 学 会 費	100,000	0	100,000	
	2 諸委員会活動費	435,000	225,700	209,300	医療保険委員会(2回) 学術委員会(1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	1,136,616	63,384	会誌編集委員会(2回) 印刷代, 執筆謝金
	6 名簿刊行費	50,000	0	50,000	
	7 地区内科医会連絡会	350,000	201,115	148,885	各郡市内科医会長会
	8 九州各県内科医会 連絡協議会	564,000	404,910	159,090	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	370,000	336,730	33,270	
	10 日本臨床内科医会	1,200,000	752,650	447,350	代議員会※Web開催 総合学術集会(東京)3名 医学会(京都)2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	29,500	120,500	会員2名分生花代
	14 諸 費	10,000	0	10,000	
4. 予備費	1 予 備 費	12,773,669	0	12,773,669	
歳 出 合 計		20,277,669	5,595,702	14,681,967	

令和 7 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 7 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	5,338,800	5,428,800	△ 90,000	A会員 @18,000×251名=4,518,000 B会員 @7,200×114名= 820,800 免除会員 A会員15名 B会員25名 (会員数: 令和 7 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	14,648,700	14,008,869	639,831	
4. 雑 収 入	1 雑 収 入	600,000	600,000	0	内科医会誌広告料, 預金利息等
歳 入 合 計		20,827,500	20,277,669	549,831	

【歳 出】

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1. 事務費		826,000	822,000	4,000	
	1 旅 費	53,000	49,000	4,000	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	200,000	0	会館使用料、職員時間外手当
	5 事 務 委 託 費	270,000	270,000	0	宮崎県医師会へ 基本料 120,000 会員数加算料 150,000
2. 会議費		1,250,000	850,000	400,000	
	1 総 会 費	130,000	130,000	0	議長・司会・監査報告旅費
	2 評 議 員 会 費	440,000	220,000	220,000	定例2回(旅費、その他)
	3 理 事 会 費	680,000	500,000	180,000	定例4回(旅費、その他)、他
3. 事業費		5,607,000	5,832,000	△ 225,000	
	1 学 会 費	200,000	100,000	100,000	講師謝金、会場費等
	2 諸委員会活動費	290,000	435,000	△ 145,000	学術委員会(1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	0	50,000	△ 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	454,000	564,000	△ 110,000	九内協各県負担金 50,000 九内協参加費(熊本・3名) 30,000 九内協旅費(熊本・3名) 220,000 九州各県内科医会長会(福岡2名) 140,000 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	250,000	370,000	△ 120,000	九内懇参加費(熊本・3名) 30,000 九内懇旅費(熊本・3名) 220,000
	10 日本臨床内科医会	1,300,000	1,200,000	100,000	總會(大阪4名) 450,000、登録料(4名) 60,000 医学会(群馬4名) 730,000、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	13,144,500	12,773,669	370,831	
歳 出 合 計		20,827,500	20,277,669	549,831	

〔 報 告 〕

宮崎県内科医会総会並びに学術講演会

日 時：令和 7 年 5 月10日(土)

場 所：アートホテル宮崎スカイタワー
(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) 令和 6 年度事業報告について
 - 2) 令和 6 年度歳入歳出決算について（監査報告）
 - 3) 令和 7 年度事業計画（案）について
 - 4) 令和 7 年度歳入歳出予算（案）について

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－肝疾患領域について－」
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

2. 会員発表 [16:30~17:00]
「肺抗酸菌症～最近の動向について～」
独立行政法人 国立病院機構 宮崎東病院 呼吸器内科
部長 松元 信弘 先生

<座長 宮崎県内科医会 副会長 光川 知宏>

3. 特別講演 [17:05~18:05]
『心腎代謝連関制御のための費用対効果を踏まえたダパグリフロジンへの期待』
横浜市立大学医学部 循環器・腎臓・高血圧内科学 主任教授
横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長
田村 功一 先生

<座長 宮崎県内科医会 会長 比嘉 利信>

III 懇親会（アートホテル宮崎スカイタワー）[特別講演終了後]

共催：宮崎県内科医会
アストラゼネカ(株)・小野薬品工業(株)（II 3.特別講演）

各 郡 市 だ よ り



宮崎市郡内科医会だより

2025年夏も新型コロナウイルス感染症が流行しており、感染症対策でお忙しいことと存じますが、昨年の生活習慣病管理料の新設に引き続き、本年度からはかかりつけ医機能報告制度が施行され、来年より運用が開始されるようです。今秋にも説明会が開催されるようですが、現場では仕事が増えることになり、医療DXにもなかなかついていけない状況では、明るい状況ではありません。

宮崎市郡内科医会の活動は例年通り、講演会を中心に行っています。内科医会主催の講演会では会員の先生方全員にお役に立てる講演会と考えています。本年4月より带状疱疹ワクチン接種が公費負担で始まりましたので、5月には带状疱疹に詳しい外山皮膚科外山 望先生より講演していただき大変有益な講演会となりました。改めて外山先生には御礼申し上げます。

令和6年5月より令和7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)

○令和6年5月23日(木)

「心房細動の未来を拓く～ガイドラインフォーカスアップデートを道標に～」

桜橋渡辺未来医療病院 内科部長
兼 心臓血管センター不整脈科長

田中 宣暁 先生

(出席者数 29名)

○令和6年6月19日(水)

「経口GLP-1受容体作動薬の可能性」

京都府立医科大学大学院
医学研究科 内分泌・代謝内科学

教授 福井 道明 先生

(出席者数 37名)

○令和6年10月2日(水)

「宮崎市CKD連携システムの活用について」

宮崎市保健所 技師 岡田菜々夏 先生

「当院におけるCKD外来栄養指導の流れ」

宮崎市郡医師会病院 管理栄養士

中村 優太 先生

「CKDの診断意義と治療戦略」

宮崎大学 医療環境イノベーション講座

特別教授 藤元 昭一 先生

(出席者数 24名)

○令和6年11月27日(木)

「糖尿病患者における心血管疾患の発症予防及び進展抑制を目指して」

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

「2型糖尿病治療におけるGLP-1受容体作動薬の位置付け

－血糖低下作用とadditional benefit－」

潤和会記念病院 糖尿病・代謝内科

部長 水田 雅也 先生

(出席者数 49名)

○令和7年3月13日(木)

「なぜ睡眠は重要なのか？－適切な睡眠習慣と治療について－」

宮崎大学医学部 臨床神経学講座

精神医学分野 教授 平野 洋嗣 先生

(出席者数 30名)

○令和 7 年 5 月13日(火)

「どうする？こうする！带状疱疹～带状疱疹ワクチン2,714例の接種経験から定期接種にどう対処するか～」

外山皮膚科 院長 外山 望 先生
(出席者数 18名)

○令和 7 年 5 月19日(月)

「CKD合併 2 型糖尿病の治療戦略～経口セマグルチドへの期待を含めて～」

福岡大学医学部 内分泌・糖尿病内科学
教授 川浪 大治 先生
(出席者数 30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。タイムリーな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ればと願っております。

今年度は、4 月から带状疱疹の水痘ワクチン接種が国の補助で受けられる事もあって、同時期にシングリックスに関する講演を、日南市で開業されている皮膚科医の外山先生にお願いしておりました。製薬会社様の不都合で、突然中止になってしまいタイムリーな情報をお届けできず残念でした。講演を楽しみに待たれていた先生方には申し訳ございませんでした。会員の先生からお叱りを頂きました。来年度には成功させたいと計画を練っております。

そして講演会後の情報交換を含めた親睦会も、徐々にメーカーさんの協力を得て増やしたい所存です。

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、皆様の多数の御参加を心からお待ちしております。

【令和 6 年10月～令和 7 年 9 月 実績】

○令和 6 年10月17日(木)

「血管炎治療のパラダイムシフト」

宮崎大学医学部
医療環境イノベーション講座
特別教授 藤元 昭一 先生
(出席者数 31名)

○令和 6 年11月12日(火)

「次世代の 2 型糖尿病治療戦略」

三浦中央医院 院長 龍端 正博 先生
「新たなGIP作用への期待」
福井大学 学術研究院 医学系部門
内分泌・代謝内科学分野
教授 原田 範雄 先生
(出席者数 51名)

○令和 6 年12月17日(火)

「消化器内視鏡診療におけるTips」

宮崎大学医学部附属病院 消化器内科
助教 三池 忠 先生
(出席者数 29名)

○令和 6 年12月19日(木)

「超高齢化社会における至適抗血栓療法のエビデンス」

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
(出席者数 42名)

○令和 7 年 1 月30日(木)

「呼吸器感染症に対する抗菌薬の使い方」

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
(出席者数 45名)

○令和 7 年 2 月18日(火)

「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
(出席者数 46名)

○令和7年3月18日(火)

「最新のアルツハイマー病診療について」

藤元総合病院 神経内科

診療科部長 大窪 隆一 先生

(出席者数 36名)

○令和7年5月27日(火)

「循環器治療におけるセマグルチドの展望
～GLP-1RAによる糖尿病合併症管理の
新たな可能性～」

久留米大学医学部 内科学講座

心臓・血管内科部門

准教授 大江 征嗣 先生

(出席者数 36名)

○令和7年6月19日(木)

「COVID19診療up to date～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

(出席者数 35名)

○令和7年7月24日(木)

「認知症行動・心理症状への新たな選択肢
～唯一の適応症を持つ治療薬の登場～」

医療法人山田会 八代更生病院

院長 阿部 恭久 先生

(出席者数 53名)

○令和7年9月25日(木) 開催予定

「プライマリでできるアルツハイマー型認
知症治療～ドネペジル貼付剤（アリド
ネパッチ）の使いどころを考える～」

宮崎大学医学部 臨床神経科学講座

精神医学分野 講師 船橋 英樹 先生

(出席者数 45名)

(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。

2025年4月、延岡内科医会総会学術講演会に
おきまして、佐藤圭創先生からCOVID-19、
及び新興感染症について話を頂きました。
感染は炎症であり、炎症のコントロール
が必要であるとの事が強く心に残りました。

また、県立延岡病院と延岡市医師会の交流
会「連携のつどい」が年に2回行われるよう
になりました。この結果、顔が見える連携が
取れるようになり、お互いの敷居が下がしま
した。今年は県立延岡病院主催で7月29日に
開催されました。for northern MIYAZAKIの
理念のもと、日向、門川、高千穂などの医療
関係者も多数出席され多くの医療関係者と懇
談でき、有意義な会となりました。

実績

○令和6年9月27日(金)

「持続性GIP/GLP-1受容体作動薬マンジャ
ロ皮下注アテオスへの期待～当院での
使用経験を含め～」

国立病院機構

呉医療センター・中国がんセンター

内分泌・糖尿病内科

科長 久保田益宣 先生

○令和7年1月24日(金)

「消化管術前に診断し得た胃神経鞘腫の1例」
県立延岡病院 消化器内科

小野 健太 先生

「潰瘍性大腸炎におけるジセレカ錠の位置
付け(仮)」

昭和大学江東豊洲病院 消化器内科

助教 田邊 万葉 先生

○令和7年4月11日(金)

「COVID-19流行による感染症の考え方の
変化」

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

(文責：木谷 道隆)

日向市東臼杵郡内科医会だより

昨年の診療報酬改定と同時に、物価高騰や賃金上昇が進行し多くの医療機関の経営が逼迫しています。また他の医療圏と同様に、当地域におきましても診療所の閉院が数件あり、新規開業はなく、医師会員の平均年齢は上がるばかりです。このままでは、日曜祝日在宅医や初期救急診療所の運営、学校医活動が困難になります。皆で知恵を絞って、この医師少数地域に新たな人材が加わってくれる方策を考えている所です。

取りあえずは顔の見える医療連携を構築する事として10月22日に行政にも声をかけて第2回「連携の会」を開催する予定です。多くの先生方・スタッフの参加を期待しています。

令和 6 年10月から令和 7 年 9 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 6 年10月31日(木)

「COVID-19診療における抗ウイルス薬治療とその意義～コロナ後遺症を見据えて～」

木谷医院 佐藤 圭創 先生

「肺炎球菌ワクチン接種推奨の根拠とコツは？」

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12月19日(水)

「これからの糖尿病診療のあり方

～チルゼパチドをいかに使いこなすか～」

熊本大学大学院 生命科学研究部

代謝内科学講座

准教授 松村 剛 先生

○令和 7 年 1 月29日(水)

「CKD診療のNew Standard

～将来の医療の為に今、フォシーガと多職種病診連携で出来ること～」

独立行政法人国立病院機構熊本医療センター 副診療部長 腎臓内科部長

梶原 健吾 先生

○令和 7 年 2 月17日(月)

「認知症初期集中支援チームについて
～相談から介入・引継ぎまで～」

医療法人向洋会 協和病院

院長 二宮 嘉正 先生

○令和 7 年 2 月26日(水)

「認知症の人と家族に今できるかぎりのこと
～新たな治療薬を迎えて～」

宇佐胃腸内科医院

院長 吉岩あおい 先生

○令和 7 年 3 月12日(水)

「糖尿病患者の最適な降圧治療」

社会医療法人泉和会 千代田病院

糖尿病内分泌内科 佐土原啓輔 先生

「心不全を考慮した高血圧治療」

社会医療法人泉和会 千代田病院

循環器内科 部長 小宮 憲洋 先生

「心腎連関を考慮した降圧治療戦略」

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

○令和 7 年 3 月24日(月)

「レケンビが患者様、介護者にもたすものとは～当院での治療体制・連携・現状を踏まえて～」

福岡大学医学部 脳神経内科学

講師 合馬 慎二 先生

○令和 7 年 3 月28日(金)

「ロコモ原因疾患としての骨粗鬆症と変形性膝関節症の治療：現状と展望」

順天堂大学大学院医学研究科

整形外科・運動器医学

主任教授 石島 旨章 先生

○令和 7 年 5 月12日(月)

「BPSD治療における非薬物療法・薬物療法について」

医療法人向洋会 協和病院

院長 二宮 嘉正 先生

○令和 7 年 5 月15日(木)

「循環器内科医から見たGLP-1受容体作動薬の可能性」

医療法人宏仁会 海老原総合病院

理事長 海老原 卓 先生

○令和7年6月7日(土)

「さまざまな依存症とその対応
～アルコール、ギャンブルから、ゲーム、
オーバードーズ、リスクまで～」

埼玉県立精神医療センター

副院長 成瀬 暢也 先生

○令和7年7月19日(土)

「こどもの心臓病について
～最近の話題も含めて～」

たかぎ小児科・心臓小児科

院長 高木 純一 先生

○令和7年8月19日(火)

「循環器診療におけるGLP-1受容体作動薬
の位置付け」

県立延岡病院 循環器内科 主任部長

心臓脳血管センター長

山本 展誉 先生

○令和7年8月23日(土)

「南海トラフ巨大地震から宮崎の医療を守る」

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

宮崎大学医学部附属病院

救命救急センター長

落合 秀信 先生

○令和7年8月28日(木)

「ガイドラインに基づく心不全治療
～GDMTで心不全増悪を減らそう」

県立日南病院 循環器内科

医長 谷口 昂也 先生

○令和7年9月3日(水)

「当院での院内連携の取り組みについて」

医療法人誠和会 和田病院 臨床検査科

山本 明日香 様

「肝疾患診療の最近の話題」

宮崎大学医学部 内科学講座

消化器内科学分野 小牧 優里 先生

○令和7年9月12日(金)

「CKD診断とその意義、そして薬物療法」

宮崎大学医学部 医学科

医療環境イノベーション講座

特別教授 藤元 昭一 先生

(文責：今給黎 承)

児湯内科医会だより

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。医療を取り巻く環境が厳しい中で、皆様方も苦勞されておられるのではないかと思います。令和7年は、役員会を6月開催し、会計決算と監査報告を行いました。諸事情により、書面決議で総会を開催、役員会です承された内容を会員諸氏に賛同を諮り得ました。児湯医師会との合同講演会は、令和6年9月から令和7年9月まで計4回開催されました。令和7年は開催数が減少しておりますが、多くの先生に御参加を賜りました。内容は以下の通りです。

○令和6年9月11日

「三財病院における膠原病診療」

(医) 暁星会 三財病院 内科

相澤 彩子 先生

「最新のリウマチ診療とその留意点」

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

○令和6年9月25日

「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 先生

「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

脳神経外科 副院長 岡原 一徳 先生

○令和6年11月5日

「新型コロナウイルス感染症の最新情報

～2024-2025冬の感染増への準備～」

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

○令和 7 年 2 月 7 日

「心不全の進行をくいとめる

～ステージ A・B からの治療介入意義～」

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

副部長 門岡 浩介 先生

部長 西平 賢作 先生

(文責：山中 聡)

西都市西児湯内科医会だより

地球温暖化による近年の異常気象 - 酷暑、頻発する豪雨、竜巻などの自然災害は避けようもなく先恐ろしさを感じます。加えて南海トラフ地震も近づいてきているのでしょうね。自分のできることは小さいですが、まずはCO2削減に資する生活をせねばならないとの思いであります。

次期診療報酬改定の議論が大詰めを迎える時期となりました。前回の生活習慣病管理料の新設は内科診療所に大混乱をもたらしましたが、更なる診療報酬減額による締め付けや、電子カルテ義務化などのいやがらせは、確信犯的に診療所潰しをやっているのだというわさを耳にするととても寂しい気持ちになります。日頃から地域住民の健康管理に努めている医療機関存続の重要性に気づいてほしいものです。

さて、当内科医会では児湯内科医会との連携を含め、皆様のご協力のもと、下記の講演会を開催しましたのでご報告いたします。

○令和 7 年 2 月 7 日

「早期治療介入の重要性と心不全ステージ
ごとの薬物治療」

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

副部長 門岡 浩介 先生

宮崎市郡医師会病院 循環器内科

部長 西平 賢作 先生

○令和 7 年 2 月 27 日

「医療DXによる業務効率化・多職種連携、
宮崎で広がる在宅透析」

医療法人社団ひなた

ひなた在宅クリニック

院長 眞川 昌大 先生

○令和 7 年 6 月 6 日

「冠動脈疾患における抗血栓マネジメント
- P-CABの有用性を考える -」

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

(文責：富田 雄二)

南那珂内科医会だより

南那珂医師会の内科会員数は25名、平均年齢は73.3歳です。このうち内科開業している医師は17名です。新規開業はここ 2 年はありません。閉院は 2 件ありました。

夜間初期急病センターに勤務している内科医は21名で、その他、外科系の先生が 2 名参加されていますが、それでも 1 ヶ月に 1 ～ 2 回は回ってきている状態です。今後のことを考えると見直しは必要かと思います。最近、日南市は会員に、夜間急病センターについてのアンケートをとっています。結果は次年度の計画に反映されるのではないかと思います。

また、日曜祝日当番医は 2 ～ 3 ヶ月に 1 回、周ってきています。

日南市は開業支援制度がありますが、現在 2 件ほどの開業予定があるそうです。ちなみにこれらは内科ではありませんので、急病センターや当番医は出来ません。

今年の当内科学会講演会は、9 月 26 日に宮医大の糖尿病、内分泌科の上野浩晶先生に「肥満症とは？」、宮医大の消化器内科の永田賢治先生に「脂肪肝の最近の話題」の講演を行い、好評でした。

(文責：河野 清秀)

西諸内科医会だより

2024年度診療報酬改定により糖尿病・脂質異常症・高血圧症の3疾患が除外され内科系診療所は厳しい状況になっています。さらに当地域でも医師の高齢化、医療従事者の人材確保など様々な問題を今後解決していく事が予想されます。なかなか明るい未来が見えない状況ですが会員の先生と協力し頑張りたいと思います。

令和 6 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 6 年 9 月 12 日 WEB併用

「①当院における関節リウマチ診療の取り組み」

医療法人養気会 池井病院 看護部

落合麻衣子 先生

「②関節リウマチ日常診療と高齢化社会」

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

○令和 6 年 12 月 10 日 WEB併用

「地域で取り込む骨粗鬆症の治療

～二次性骨折予防継続管理料について～」

宮崎大学医学部 整形外科

講師 船元 太郎 先生

○令和 7 年 1 月 23 日 WEB併用

「脳を健やかに保つためのライフスタイル

～認知症の話題を中心に～」

一般財団法人 弘潤会 野崎病院

院長 石田 康 先生

○令和 7 年 2 月 18 日 WEB併用

「MCI（軽度認知障害）診療の意義とレカネマブ治療における診療連携について」

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 助教 酒井 克也 先生

（文責：榎 信一郎）

西臼杵郡内科医会だより

今年度から医療機関と消防機関の連携強化を図るべく西臼杵広域消防本部から3名の救急隊員と救急車1台を高千穂町国保病院に待機させ、病院での実習指導を受けながら救急出動事例が発生した場合には必要に応じて医師や看護師も同乗して現場に駆けつけるといった救急医療体制を取ることで一人でも多くの救急患者を救命することを期待し西臼杵救急ワークステーションが開設されました。実際、当院の患者さんが急変した際に救急出動要請し、病院から救急出動し患者さんを救急搬送し救命につながる事例が数件あり大変助かりました。

今年の夏は猛暑の日が多かったせいか熱中症の患者さんが多くみられましたが、8月以降は新型コロナウイルス感染症者が増えており勤務医の先生方にはご多忙ながら感謝いたします。

令和 6 年 3 月以降のウェブ講演会は下記の通りです。

○令和 7 年 3 月 25 日(火)

「島で考える糖尿病診療が進むべき道

～チルゼパチドを地域でどう活かすか～」

長崎大学 医歯薬学総合研究所

離島へき地医療学講座

離島研究所講師 野中 文陽 先生

○令和 7 年 5 月 14 日(水)

「寿命を決める腎臓から見た地域医療」

高千穂町国民健康保険病院

院長 佐藤 裕二 先生

○令和 7 年 5 月 21 日(水)

「MCI診療の重要性とレケンビのICについて

～当院物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 岡原 一徳 先生

（文責：佐藤 元二郎）

原 稿 募 集

次の原稿締切は令和 8 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 ひとつこと
タイトルを含めて200字以内
- 4 各郡市内科医会だより
(毎号提出のこと) 400字詰原稿用紙
4 枚以内
- 5 短歌，俳句，詩
- 6 芸術写真
- 7 質疑応答
採択は編集委員会へおまかせ下さい。
- 8 保険診療報酬審査会への質問
編集委員会から審査会へ質問します
ので，不明の点，日常診療で疑問を
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

寒露も過ぎましたが未だに真夏日となる日もあり，いずれ四季が二季になるのではと懸念をしております。夏に流行したCOVID-19がくすぶっており，また早くもインフルエンザが流行期に入っており，先生方におかれましてはお忙しい日々をお過ごしのことと存じます。宮崎県内科医会誌は前号で第100号が刊行され，今号が第101号と新たな歴史の始まりとなります。

さて，今号も盛り沢山の内容で，巻頭言で野邊先生が2025年問題についてご意見を頂き，昨年度に宮崎大学医学部の教授に就任された3名の先生方からご挨拶を賜りました。特集では上平先生，上野先生にインスリン製剤の歴史，各製剤の特徴，今後の展望について，中里先生，塩見先生にアルツハイマー病の病態，治療薬の歴史，抗アミロイドβ抗体薬について詳しく解説して頂きました。永田先生と松元先生からの論文は実践的な内容で大変勉強になりました。Postgraduate Educationでは柴田先生に2025年改訂版心不全診療ガイドラインについて，山下先生に骨髄増殖性腫瘍について，他科からの提言では耳鼻咽喉科の鍋倉先生に顔面神経麻痺について大変分かりやすくご教授頂きました。また，今回も会員の先生方からの随筆，入会・開業のご挨拶，写真，狂歌，短歌，詩のご投稿がありました。いつも診療の合間のひとときを楽しませてもらっております。

この秋は2人の日本人がノーベル生理学・医学賞を受賞され，パレスチナ問題によりやく解決の糸口がみつきつつあり，サッカーでは日本代表がブラジル代表から初白星を上げるなど明るいニュースが散見されました。一方，7月の参議院選挙から3ヶ月が過ぎようとしていますが，未だに民意を反映するどころか国のリーダーも決まらず，政治的空白が続いております。今号が先生方のお手元に届く頃には，物価高，人件費高騰，また前回の診療報酬改定による我々内科医会の会員にとっての大変厳しい状況を打破してくれるような施策の糸口がみついていることを期待しております。

これから急に寒くなると思われましますので，先生方にはご自愛され，今後とも宮崎県内科医会誌へのご投稿を宜しくお願い申し上げます。

(佐々木 隆)

発 行 所

宮崎市和知川原 1 丁目101番地
宮 崎 県 医 師 会 館 内

宮 崎 県 内 科 医 会

<http://www.miyazaki.med.or.jp/naikaikai/>

TEL 0985-22-5118 FAX 0985-27-6550

E-mail: 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) 第 一 三 共 (株)

ア ッ ヴ ィ 合 同 会 社 大 正 製 薬 (株)

エ ー ザ イ (株) (株) ツ ム ラ

M S D (株) 日本ベーリンガーインゲルハイム(株)

小 野 薬 品 工 業 (株) フ ァ イ ザ ー (株)

杏 林 製 薬 (株) Meiji Seika ファルマ(株)

グラクソ・スミスクライン(株) 宮 崎 県 医 師 協 同 組 合

以上14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
GS1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-210C01

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。



www.astellas.com/jp/



抗ウイルス化学療法剤

処方箋医薬品※ [薬価基準収載]

マヴィレット® 配合錠

配合顆粒小児用

MAVIRET®

グレカプレビル水和物・ビブレンタスビル配合剤

※ 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いては電子化された添付文書（電子添文）をご参照ください。

製造販売元

アッヴィ合同会社（文献請求先及び問い合わせ先）
くすり相談室
東京都港区芝浦3-1-21 フリーダイヤル 0120-587-874

2023年11月作成
JP-MAVI-220383-2.0

abbvie



hvc
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。
病氣とたたかう人の、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。
病氣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



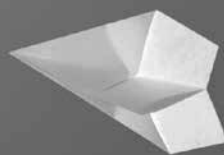
エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

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



願いをこめた新薬を、 世界のあなたに届けたい。

「病気と苦痛に対する人間の闘いのために」

わたしたちは、新薬の開発に挑み続けます。

待ち望まれるくすりを、一日でも早くお届けするために。

ONO 小野薬品工業株式会社

Kyorin 



薬価基準収載

選択的P2X3受容体拮抗薬/咳嗽治療薬

リフヌア[®]錠45mg

LYFNUA[®] Tablets 45mg

ゲーファビキサントクエン酸塩錠

処方箋医薬品（注意－医師等の処方箋により使用すること）

発売元

杏林製薬株式会社

東京都千代田区大手町一丁目3番7号

（文献請求先及び問い合わせ先：くすり情報センター）

東京都新宿区左門町20番地

製造販売元

MSD 株式会社

東京都千代田区九段北1-13-12

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。

作成年月:2024.5



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

健康寿命の延伸に
貢献していきたい。

大正製薬は、皆様の健康な暮らしの実現を目指し、
さまざまなメディカルニーズにお応えしていきます。

皆さまから寄せられる信頼と期待に
お応えすべく、私たちは挑戦を
続けてまいります。



大正製薬株式会社

〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1
<https://www.taisho.co.jp/>

TSB524C 2025年3月作成



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)



イノベーションによる
価値

人と動物の健康の向上 - 私たちの目標

ベリンガーインゲルハイムは、研究開発主導型のバイオ製薬企業のリーディングカンパニーとして、アンメットメディカルニーズの高い分野において、イノベーションによる価値の創出に日々取り組んでいます。

日本ベリンガーインゲルハイム株式会社 主要製品

選択的SGLT2阻害剤・2型糖尿病・慢性心不全・慢性腎臓病治療剤 (薬価基準収載)

ジャディアンス®錠10mg

選択的SGLT2阻害剤・2型糖尿病治療剤

ジャディアンス®錠25mg

処方箋医薬品 (注: 医師等の処方箋により使用すること)

Jardiance エンバグリフロジン錠

チロシンキナーゼ阻害剤 / 抗線維化剤 (薬価基準収載)

オフエブ® 100mg

ニチトニブエタンソルホン酸塩製剤

オフエブ® カプセル150mg

処方箋医薬品 (注: 医師等の処方箋により使用すること)

OFEV® Capsules 100mg・150mg

ヒト化抗ヒトIL-36レセプターモノクローナル抗体製剤 (薬価基準収載)

スベビゴ® 点滴静注450mg

スベリマブ (遺伝子組換え) 製剤 Spovigo® 450mg for IV Infusion

生物由来製品、創薬、処方箋医薬品 (注: 医師等の処方箋により使用すること)

選択的SGLT2阻害剤・胆汁排泄型選択的DPP-4阻害剤配合剤・2型糖尿病治療剤 (薬価基準収載)

トラディアンス®配合錠AP

エンバグリフロジン/リナグリプチン配合錠

処方箋医薬品 (注: 医師等の処方箋により使用すること)

Tradiance® Combination Tablets AP-BP

COPD治療配合剤 (薬価基準収載)

スピオルト®レスピマッド

チオトロピウム臭化物水和物/オロダテロール塩酸塩製剤

処方箋医薬品 (注: 医師等の処方箋により使用すること)

SPIOLOTO®

直接トロンビン阻害剤 (薬価基準収載)

プラザキサ® 75mg

ダビガトランエチルシワトメタンシルホン酸塩製剤

処方箋医薬品 (注: 医師等の処方箋により使用すること)

Prazaxa® Capsules 75mg・110mg

胆汁排泄型選択的DPP-4阻害剤・2型糖尿病治療剤 (薬価基準収載)

トラゼンタ®錠5mg

リナグリプチン製剤

処方箋医薬品 (注: 医師等の処方箋により使用すること)

Trazenta® Tablets 5mg

長時間作用性吸入気管支拡張剤 (薬価基準収載)

スピリーバ® 1.25µgレスピマッド60吸入

チオトロピウム臭化物水和物製剤

処方箋医薬品 (注: 医師等の処方箋により使用すること)

SPIRIVA®

抗悪性腫瘍剤 / チロシンキナーゼ阻害剤 (薬価基準収載)

ジオトリフ®錠

アフィニブマブ (遺伝子組換え) 製剤

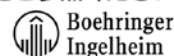
処方箋医薬品 (注: 医師等の処方箋により使用すること)

Giotrif® Tablets 20mg・30mg・40mg・50mg

※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については電子添文をご参照ください。

日本ベリンガーインゲルハイム株式会社

〒141-6017 東京都品川区大崎2-1-1 ThinkPark Tower
資料請求先: 日本ベリンガーインゲルハイム株式会社 DIセンター
0120-189-779 (受付時間: 9:00~18:00 土・日・祝・祭日・弊社休業日を除く)



2024年2月作成 (審)



注意—特例承認医薬品

抗ウイルス剤

重症基準収載

パキロビッドパック[®] 600/300

Paxlovid[®] PACK

ニルマトレルビル錠/リトナビル錠

新薬、処方箋医薬品¹⁾

[注] 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」、
「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

明治グループが感染症領域に

取り組んでもうすぐ80年。

Meiji Seika ファルマでは現在、
感染症を治療する70品目の抗菌薬と
感染症を予防する8品目のワクチン
を提供しています。

先人たちの発見や発明が

いまの私たちの健康を守っているように
私たちの感染症への取り組みもまた、
これからの未来を守ることにつながる。

そう信じて、きょうも私たちは
抗菌薬、ワクチンの研究開発と
安定供給のための
生産体制の強化に努めます。

未来まで守れ。

健康にアイデアを

meiji

Meiji Seika ファルマ株式会社

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 isikyoku@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

T E L 0985-22-5118

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