

和歌山県 内科医会会誌

第27号

平成25年10月1日

目次

巻頭言 消費税について思うこと	澤久	1
会員随想		
1. 和敬清寂	岡本真司	2
2. 古民家を訪ねて	梅田欣嗣	2
3. マンドリン合奏	田伏俊作	5
4. アメリカナイズされた脊髄脊椎外科医をめざして	今栄信治	7
紀南だより	木村りつ子	9
和歌山労災病院 地域医療連携室だより		
和歌山労災病院医療連携システムについてのご案内		10
日本臨床内科医会だより	澤久	11
地域医療功労者表彰を受賞して	伊藤周平	12
社保国保だより	多田正己	14
平成24年度和歌山県医師会内科医会学術講演会		
第219回 1. メタボリックシンドロームの今-病態と治療-	下村伊一郎	16
第220回 1. 大規模臨床試験からみた高血圧診療(1)	有田幹雄	17
第221回 1. 大規模臨床試験からみた高血圧診療(2)	有田幹雄	17
第222回 1. エビデンスに基づいた胃がん治療の実際	工藤敏啓	18
第223回 1. 精神療法家からみた睡眠導入剤の適正使用について	東睦広	19
2. 不眠症の診断と治療のポイント	谷口充孝	19
第224回 1. 慢性腎臓病(CKD)の新しい診方と腎保護を考慮した降圧治療	石村栄治	20
第225回 1. う蝕・歯周病と全身疾患	天野敦雄	21
2. カテーテルアブレーション、ICD、CRT、ホームモニタリング	田中篤	21
第226回 1. インフルエンザ感染の重症化とその対策	木戸博	22
2. 冬季における高齢者の呼吸器感染症診療の注意点	関雅文	23
3. 呼吸器感染症における最近の話題 ～咳嗽に関するガイドライン第2版を中心に～	門田淳一	25
第227回 1. 最近話題の感染症～マイコプラズマを中心に	宮下修行	27
2. インフルエンザウイルス感染症の最新知見	佐藤圭創	28
第228回 1. 大規模臨床試験からみた高血圧診療～降圧治療を中心に～	有田幹雄	29
第229回 1. 糖尿病性足潰瘍の病態と治療(神戸分類)	寺師浩人	29
第230回 1. 大規模臨床試験からみた糖尿病診療	佐々木秀行	31

平成25年度(第44回)和歌山県医師会内科医会総会

和歌山県医師会医学会内科分科会会則

和歌山県内科医会

《巻頭言》

消費税について思うこと

和歌山県医師会内科医会
副会長 澤 久

巻頭言を書くように和歌山県内科医会より依頼され、何を書くか、思い悩んでいます。

何について書いてもよいと言われていますが、なかなか良いアイデアが浮かびません。

医療を取り巻く最近の話題について、私が思うことを書こうと考えました。最近の話題としては医療費改定問題、介護保険料改定問題、TPP問題、降圧剤論文撤回問題、消費税増税問題などがありますが、私は勉強不足で、これらの内容についてはよくわかりません。

消費税増税は来年4月より増税されますが、増税とともに医院の負担が増えるのは明らかです。小生の医院の周りでも家の新築や増改築がたくさん行われており、医療機器のメーカーも頻繁に訪れるようになりました。みんな消費税対策を考えているようです。

当院でも消費税対策を考えないといけないとは思いますが、消費税が来年4月から8%に、再来年10月から10%になる事を思うと政府としても何らかのアナウンスがあるのが当然です。来年4月に医療費の改定があるようですが、医師会としての要望としては、月に2回算定できる特定疾患治療管理料を月に1回にして2倍にするとか、7剤ルールを撤廃するとかを言われていますが、消費税についてはどのように要求するのかについては聞こえてきません。政府としては以前と同じように2%程度の医療費の全体の底上げをして医療機関に了解を求めるのでしょうか？私は医療機関でも患者様から消費税をいただくのが良いのではと考えています。医療機関の事務量が増大しますが、患者様から頂いた消費税から医院が薬剤や備品、医療機器に支払った消費税を引いて税務署に収めるので、消費税が何%になっても医院の負担は増えないと思われるからです。確かに、これは患者様の負担増につながる所以医師会としては要求しがたいのでしょうか。今年参議院議員選挙が行われ、医師会の代表を参議院議員にするために大変な努力が払われていますが、これも医師会の意見を国政に反映させるためには是非とも議員を国会に送ることが必要であるとアナウンスされています。しかし、消費税については公約としておきなウエイトは占めていないようです。どちらにしても、来年4月の消費税増税には何も行われなような気がしています。現段階では個人で消費税対策を行う以外に方法はないと思われます。

《会員随想》

和敬清寂

岡 本 眞 司

私は開業して11年目になりますが、2年程前から50歳の手習いに茶の湯を習い始めました。

最初は点前の作法などすぐに覚えられると高を括っていたのですが、未だに茶碗の取る手はこの時は右手か左手がおぼつかない状態です。

形から入り形を抜けるとよく云われますが、作法が自然と身についてくるのにはまだ時間がかかりそうです。

然しながら、茶の湯というものは実に奥深く楽しいものだと感じて参りました。

茶の湯を始めて茶碗などの焼き物、茶の花、軸、着物等々学ぶべき事は多々あります。

入門したての頃白い茶花が花入に入れられてありました。

可憐な花で今までで見た事が無くお師匠さんに尋ねました所、沙羅双樹の花だと教わりました。沙羅双樹の花と云えば高校生の古文の時間に平家物語で習って以来、花その物は見たことなど無く、この可憐な花が沙羅双樹の花かと感動致しました。焼き物などにも興味が湧き、最近では京都の割烹などを訪れた時には器についてご主人との会話が弾むこともあります。

八百年前に永西禅師が日本に抹茶を伝えて

以来、茶の湯は禅宗と深い結びつきがあるようです。茶禅同一味の心境になり和敬清寂の精神を会得し、茶室にありながら宇宙の真理を感じる。いつかそんな奥義に少しでも触れて見たいものです。

先日茶筌供養が由良の寺であり、お師匠さんをはじめとして社中の方々とマイクロバスを仕立てて訪れて参りました。使い古された茶筌には魂が宿り感謝の意味を込めて供養することは、これも茶の湯とは禅宗との深い結びつきを表すものであり、非常に興味深い行事であります。寺の桜はまだでしたが、茶会に合わせて尺八の演奏会が行われており、境内には尺八の調べが自然な感じで流れておりなかなかの雰囲気でした。

お庭も素晴らしく、もう少し暖かければ茶室の障子を開けてお庭を眺めながらの一品となりましたのに、少し残念な心持です。

肝心の茶会は三客の上座に座ることになり緊張いたしました。素晴らしい楽茶碗を拝見でき心新たに致し、帰りには由良の料理旅館で新鮮な魚料理を頂き楽しい一日を締めくくりました。

茶の湯は始めてまだまだですが、これからも修練を継続し何時か同門会の茶会を自らにて一席設けたいと心密かに夢想しております。

古民家を訪ねて

梅 田 欣 嗣

民家という言葉は私達は日常的に使い、民家とは何ですかと聞かれれば、即座に庶民の住む家と答えられます。しかしそこには何かしらあいまいな部分があるような気がします。例えば民家というと茅葺き屋根の家、イコー

ル農家というイメージもあります。また漁師の住む漁家、塩などをつくる人達の浜家、山林を管理する人の山家も民家であり、町に住む人の家、町家もまた民家です。その中で町家には必然的要素が必要です。それは城下町、

宿場、寺内町などにみられる権力者からの強い規制であり、また仕事の種類により、様々な生活様式が家の形態に与える影響などです。

民家の多くは封建時代につくられたものであり、様々な階級の日本人がどのような生活をし、どのように、扱われていたかという歴史観を正しく伝えていかなければならないと思います。伝統的民家は今日、目的意識をもって足を運ばなければみることもできない稀少なものとなっています。幸いにも指定文

化財を中心に優れた民家の遺産が各地に守られています。民家の造形を見直して、その心に触れることは父祖の時代の人間の生き方をあらためて実感し、自然とともに生きる本来の人間を回復する方向への端緒にもなるのではと信じています。

まずは私の住む地域、及び近隣の大阪府、奈良県の重要文化財となっている民家を見してきましたので、その一部を紹介します。

	名称	所在地	建築時期	特長
奈良県	栗山家	五條市五條1丁目	慶長12年(1607年)	入母屋 本瓦葺 年代の明らかな民家として最古
	村井家	かつらぎ市新庄町南道穂	元禄13年(1700年)	庄屋 東端切妻 西端入母屋茅葺
	片岡家(公)	宇陀市大字陀区田原	寛文10年(1670年)	入母屋茅葺 大庄屋
	中家(公)	生駒郡安堵町窪田	明和7年(1770年)	大和棟茅葺 二重濠の環濠住宅
	森村家	橿原市新賀町	享保17年(1732年)	大和棟 環濠集落 庄屋
大阪府	吉村家(公)	羽曳野市島泉	元和元年後(1615年)	大和棟 茅葺 大庄屋 民家重文指定1号
	中家(公)	泉南郡熊取町五門	江戸初期(1600年代)	入母屋 妻入 茅葺 地方豪族
	山添家	交野市寺	宝永2年(1705年)	入母屋 茅葺 庄屋
	高林家	堺市百舌鳥赤畑町	江戸中期	大和棟 茅葺 豪農の屋敷構え
	奥家	泉佐野市南中樫井	江戸中期	入母屋二重本瓦葺(享保頃) 豪農
	奥田家(公)	平野区加美鞍作町1丁目	江戸中期(17世紀頃)	入母屋 茅葺 大庄屋 豪農
	三田家	柏原市今町1丁目	明和3年(1766年)	切妻 本瓦葺 町屋
和歌山県	増田家	岩出市曾屋	宝永3年(1706年)	入母屋本瓦葺 大庄屋 県最古の大型農家
	桃井家	岩出市曾屋	宝暦4年(1754年)	切妻二重 大庄屋
	津田家	紀の川市重行	安永7年(1778年)	当地の旧家 菊水の家 紋入りの提灯箱あり
	長尾家	紀の川市南勢田	1800年頃	切妻二重
	旧中筋家(公)	和歌山市瀬宜	江戸末期	東面入母屋 西面切妻 大庄屋

〈参考文献〉

- | | | |
|------------------------------|------------|-------|
| 1 民家 上下巻 | 高井 潔著 | 淡交社 |
| 2 日本民家の造形 | 川村善之著 | 淡交社 |
| 3 さがしてみよう日本のかたち (五) 民家 | 立松和平(文) | 山と溪谷社 |
| 4 日本の家 1 | 藤井恵介監修 | 講談社 |
| 5 別冊 太陽
日本の民家 美と伝統 (西日本編) | 高井 潔(写真・文) | 平凡社 |

奈良県

栗山家は慶長12年1607年築と建築年代の明らかな民家では最も古く入母屋造り、本瓦葺の大きな反り屋根を持つ町家です。庇は後年増築されたものです。

村井家は代々庄屋を務めた大型農家で、切妻の妻壁には下部左寄りに小さな通気窓ひとつだけで白漆喰塗籠とし、あかぬけた美しさを表わしています。元禄13年（1700年）建築です。

片岡家は大和南の山間部大庄屋の屋敷で石垣の上に、居室部と別棟の座敷棟があります。写真ではわかりにくいのですが、大戸口の前は広い土庇となっています。寛文10年（1670年）の建築です。

中家は二重濠に囲まれた環濠屋敷で、主屋は典型的な大和棟です。内濠と外濠の間には持仏堂も建っています。この中家は伊勢鈴鹿の土豪の出身といわれ、明徳2年（1391年）頃からの記録がある旧家です。明和7年（1770年）に改造されています。

森村家は環濠集落の中にあり大和棟で、うだつが高く、立派なものです。当家は豪族の後裔で十市郡3ヶ村の大庄屋でした。享保17年（1732年）建築です。

大阪府

吉村家は江戸時代を通じて南河内の大庄屋であり、屋敷は戦前の旧国宝で戦後、民家として重要指定第1号となっています。日本の民家の中で最も格調高く美しいといわれる大和棟造りです。元和元年（1615年）大阪夏の陣の後に建てられたそうです。

中家は平安時代から続く旧家であり、根来寺との関係も深く江戸時代は代々泉南地方の大庄屋を務めていました。主家は茅葺入母屋造りで屋根の下周囲に本瓦葺鍔屋根の庇を付けた大型農家で、内部梁組はけたはずれに大きく、土間も板敷台所も広く、地方豪族の貫禄を見せています。妻飾りには大きく三つ巴の家紋をあしらっています。江戸初期の建築（1600年代）です。

山添家は代々の庄屋屋敷です。入母屋茅葺のまま、大和棟には改造されず、貴重な民家となっています。宝永2年（1705年）の建築です。

高林家は天正年間（1573～1592年）に帰農し、代々大庄屋でした。17世紀末から18世紀初め頃に大和棟に変更されています。

奥家は中世に檜井城主を務め、元和2年（1616年）この地に帰農しています。主屋はもとは茅葺でしたが享保頃（1716～36）に本瓦葺となり、屋根の二重入母屋、庇屋根も本瓦葺で段違い平行の水平線が長く、美しいといわれています。

奥田家は鞍作の大庄屋で、近世豪農の屋敷構えをよく伝えています。主屋は北面し、西端入母屋造り、東端切妻の茅葺となっており、大和棟に改造していません。門の前には高札場が設けられています。

三田家は町家で、当家は奈良街道に面して建ち、大和川の舟運で大阪と柏原を結ぶ柏原舟を経営していました。明和3年（1766年）に建築されています。

和歌山県

増田家は山崎の大庄屋を務めていた家で和歌山県下最古の大型農家です。宝永3年（1706年）に建てられ、主屋は平屋根を上下2段の鍔葺のような構成とした入母屋造り本瓦葺の特色のある屋根形です。

桃井家は増田家の北東部に位置し、大庄屋を務めていました。主屋は切妻2重屋根で、宝暦4年（1754年）の建築です。

津田家は当地の旧家で、菊水の家紋入りの提灯箱が残されています。棟札は安永7年（1778年）とありますが、明治期に現在の瓦屋根に改造されています。

長尾家は私の住む南勢田で最古の建物です。切妻二重造りで、1800年頃の建築といわれています。

旧中筋家はもと根来から逃げて、現在地へ土着し、5代目から和佐の大庄屋となりました。嘉永5年（1852年）築で、江戸末期の大

庄屋の屋敷構えで、和歌山城にたずさわった棟梁の指導のもとに建てられたとされています。主屋は東面入母屋、西面切妻造本瓦葺です。

むすび

この地方には江戸時代前期にさかのぼる古い民家が多数現存しており、私たちは、その造りや意匠を300~400年経った今でも見ることができます。

まず奈良盆地には環濠集落が発達しており、主屋を中心に土蔵や長尾門、土塀で屋敷を区切り、その周囲を環濠で取囲むもので中世の土豪の住まいを感じさせます。

これらは点在する古代から続く寺院の周囲に広がっており、奈良独特の歴史的景観を創り出しています。

その主屋は「大和棟」形式が多く、切妻造り茅葺き屋根の両端に瓦をのせた独特の造りは、高塀造とも呼ばれ18世紀後期に庄屋などの上層農家を中心に流行しました。また奈良の東方の山あいには入母屋造り茅葺き屋根の農家がみられます。

五條市の栗山家は慶長12年（1607年）の棟札が残され、年代の判明する現存最古の町家建築で屋根が反りを持った重厚な外観です。五條の新町には、この栗山家を筆頭に近代に

至るまで各年代に建てられた町家が多数残され、重要伝統的建造物群保存地区に指定されています。

大阪府では南部に中家が中世の地侍、近世の豪農としての堂々とした主屋と広大な屋敷構えで格調があります。

また今回の写真にはありませんが、交野市私部にある北田家は代官屋敷と呼ばれ長さ55mの長尾門は民家の門としては最大級です。

富田林市は、奈良県の橿原市今井町と同様の寺内町があり、杉山家などの町家が残っています。

和歌山県北部は紀ノ川を中心として発達してきたことから庄屋の家を中心に瓦葺き屋根が広まり、大きな主屋の前に間口の長い長尾門を建て、周囲に土塀を巡らせた重厚な屋敷が点在しています。

例えば橋本市では東家の堀江家、高野口町の前田家、粉河には名手市場の旧妹背家、享保3年（1718年）重文、中山の児玉家、南志野の千田家、調月の津田家、最上の奥家などがあり、岩出市では曾屋の増田家、桃井家、根来の金田家、平野家など、和歌山市では祇宜の旧中筋家などが残っています。

また町家として忘れてならないのは粉河の伊藤家です。重文となってもおかしくない規模と古さがあります。

マンドリン合奏

田 伏 俊 作

音楽には種々なジャンルのものがあり、それぞれが人々の心を潤わせ、ストレス解消にもつながるものである。私にとってもその時々気分や状態により、クラシックでもジャズでも歌謡曲やポップスでも毎日何か耳にしている。そして好みの曲など聴いていると自分も演奏が出来ればと思うのである。特にバンジョーの音色が好きで、デキシーランドジャズやカントリーミュージックのブルグラスなどの曲を聴くと弾きも出来ないバン

ジョーの音に合わせて、手指をそして身体を自然と動かしている事が多い。

大学に入学して1回生のとき、クラスの2人がギターとマンドリンを教室の片隅で弾いていた。そばに寄り「この楽器なんていうの？」とマンドリンを初めて目にして聞いていた。同級生の勧めでマンドリンのレッスンを受け、何とか弾けるようになってきた。その間二人の同級生と二人の先輩がギター・マンドリンの同好会を立ち上げ、2年後にクラ

ブに昇格、後輩も毎年4～6名入部してきた。戦前にはマンドリンクラブもあって演奏会も盛大に開かれていたが、戦争で中止になったと聞いている。クラブになって、部員も増えてきた事から復活の演奏会を開こうということになり、6回生の時に復活第1回演奏会が淀屋橋・朝日生命ホールで行われた。私が出たのはこのときの1回だけであるが、その後演奏会が35年位続くも入部者も少なくなり廃部になってしまった。卒業後は殆ど触れる事が無かったマンドリンであるが、7～8年前から弾きたくなり教則本の最初から昔のレッスンを思い出しながらやり始めたが指が動かない。

その後新聞で、海南市民交流センターで、耐久高校マンドリンクラブのOBや下津マンドリンアンサンブルなど3～4クラブの合同演奏会があるのを知り聞きに行った。各クラブの演奏を聞いていると学生時代を思い出し心がはやる、中でも近い下津マンドリンアンサンブルに入部させてもらおうかとも考えたが、知っている人もなく、何よりまだ自信が無くてそのままになっていた。3年前校医をしている中学校の検診後校長と話をしている、下津マンドリンクラブでやっている退職した元校長を知っているとのことですぐに電話を入れてくれ、その週の練習日の夜8時に練習場へ、暖かく迎え入れてくれた。クラブの正式名は「マンドリンアンサンブルPoco a Poco しもつ」である。楽譜を見て知っている曲でも口ずさむようなわけにはいかず、忠実に譜面どおりに弾かねばならない。やはり高音部や速い部分は難しく指が動かず苦勞する。しかし毎週1回の練習が楽しみであった。一つだけ驚いた事があった。学生の頃は調弦するのに音叉を用いて苦勞してやっていたが、今は調弦を一目でわかる器機があり、簡単に出来るのに時代の流れを感じた。入部して3ヵ月後に地元の人々を招いていつもの練習場（公民館）でジモティー（地元ティー）コンサートが開かれ日ごろの成果を聞いてもらった。マンドリンオーケストラはクラシッ

クの管弦楽に対比すると1st. 2nd.マンドリン（ヴァイオリン）マンドラ（ビオラ）、マンドロセロ（チェロ）、ギター、コントラバスが基本的な構成である。部員は18名、若い部員も数名いるが、大半は同年輩で女性が多い。下津町という土地柄、みかん農家の人が多く12月から2月までは収穫、出荷などの忙しさのため休部となる。

「マンドリンアンサンブル Poco a Poco しもつ」は結成されて昨年35周年であった。過去にも何回か記念のコンサートが開かれ、市民文化祭などにも参加している。一昨年から選曲をして練習を積み重ねてきた。そして昨年6月に地元の海南市民交流センターで開かれた。曲目は地元下津にふさわしい“Poco a Poco しもつ”のテーマ曲「みかんの花咲く丘」で第1部が始まり「花 早春賦」「コーヒー・ルンバ」「少年時代」「童謡 七つの子、しゃぼん玉、夕やけこやけ」「瀬戸の花嫁」「浜辺の歌」「千の風になって」「いい日旅立ち」「大きな古時計」「シンコペイティッド・クロック」の10曲。第2部は下津町出身のマリンバ奏者 新井貞子さんの華麗なる演奏で会を盛り上げていただいた。第3部はマンドリンオリジナルの「フローラ」、「エンジェルコーラス」「夢路より」「海に来たれ」「アリベデルチ・ローマ」「郷愁」「タイム・トゥ・セイ・グッバイ」の7曲、最後にメの曲「ふるさと」を合奏して300人余りのお客さんを前にした演奏が終わった。幕が降りた時は、皆“やった！！”という笑顔であった。

合奏というのは実に楽しい。主にメロディパートと低音部の伴奏パートが掛け合いながら進む。この掛け合いが実に楽しいものである。今年も3月から練習が始まり、新しい曲の譜面が渡された。アランドロン主演の「太陽がいっぱい」荒井由実の「卒業写真」J・Caccini作曲の「Ave Maria」どれも比較的易しい曲であるが、昨年暮れに渡された「リベル タンゴ」という曲はなかなか難しい。

4月中旬恵友病院の老人ホームへの慰問演奏会があり、今まで練習してきた中から10曲

ほど高齢者が知っている曲を中心に演奏してきた。事前に歌詞を配布していたので皆大きな声で歌ってくれて楽しい慰問演奏になった。今後も時間があればこういう演奏も続けてい

くであろう。そのためにはやはり日ごろの練習も必要で、指が動かなくなるまで続けていけたらと願っている次第である。

アメリカナイズされた脊髄脊椎外科医をめざして

今 栄 信 治

私は一昨年 平成23年3月末で、和歌山県立医科大学・脳神経外科准教授の職を辞してその年の9月に、地元和歌山市加納に「いまえクリニック」を開院した。四半世紀の大病院勤務から一転して、一介のクリニック院長になった訳であるが、一般的な開業医とならず、今でも週2例以上の脊髄脊椎手術を行い、学会活動はもちろん、手術書編集や日本脊髄外科学会の理事をも継続させて頂いている。

そのポリシーとはいったい何なのだろうか・？

それは、15年前のアメリカ留学での経験に深く関与している。私がお世話になったバージニア大学脳神経外科では、John Jane教授が大学内にプライベートクリニックを持ち、全米各州から、Jane教授の手術や診察を希望する患者さんで溢れていた。留学中、私もJane教授の手術を見学させて頂く機会があったが、さすがに完成化されたオベに畏敬の念を抱いたのをよく覚えている。公立病院にもかかわらず、そのプライベートクリニックで診察した患者さんと直接手術契約して、大病院にはその契約金から入院部屋代や手術室賃貸料をJane教授が支払い、残りの手術料などはすべて手元に残るというシステムである。

これは余談になるが、私の家族でよくお邪魔させて頂いたJane教授の邸宅は、敷地内にcleek（小川）が流れ、庭はいわば森であり、お屋敷には執事が数人おり、その料理も調度品も、言葉で表現出来ないくらい素晴らしかった事はいつも思い出されてならない。日

本の教授とは格段の違いである。

さて、話を本題に戻せば、私の人生において、バージニア大学でのこの体験が、大学で准教授から教授選に出るのを断念した時、いくつもお誘いのあった大きな病院の院長職を選択するか、開業を選択するか？悩んだ時に、後者を選ぶ決め手となった訳である。私は今、「いまえクリニック」というプライベートクリニックを開院し、ライフワークである脊髄脊椎外科のオベを続け、またこうして和歌山内科医師会機関誌のエッセイを書かせて頂いている。

ところで、皆さんは、私のクリニックは手術室があり、入院設備もある病院だと思いでしょか？

大学勤務医からの転身で、五十路を超えた身で、それはあり得ないことであります。では、いったいどのようなシステムで、手術を行っているかというと・・・

先述したJane教授と同じく、大病院ではないが、公立済生会和歌山病院とオープンベッド契約し、クリニックで手術適応と診断した患者さんを送り、そのまま入院してもらい、私が出張手術に出向き、施術し、退院後はまた私のクリニックで術後のフォローをするというものである。

もちろん手術は私一人のできる訳ではなく、術前後の管理や麻酔また手術の介助など済生会病院のスタッフに依存するところは大きい。とりわけ日本脊髄外科専門医の三木潤一郎DRには多大な支援を賜っている。彼の存在なくして成立し得なかったシステムである。このシステムで、開院後1年半ですでに100

件以上の手術を行っている。

公的病院とオープンベッド契約をして、手術をしている外科医は珍しいと思う。しかし、大学の附属病院でずっと手術を行うというのは限界があり、かといって自分の病院を作り、そこで手術を行っていくというのも、簡単ではない。大学を辞める時、今こそJane教授のようなプライベートクリニックを作ろうと決心し、オープンベッド契約を結ぶ事で、手術を継続して行なっていく道を選んだ。

高齢社会が進み、脊椎脊髄疾患が急増しているのは誰もが認める事実であり、手術適応患者の年齢も80歳代であれば、十分可能になってきていることから、手術件数は増加の一途をたどっている。個人的には過去3000例近くの手術症例を経験したが、開院後の今も、

増え続ける手術適応患者を送り、手術をし、症状の改善をみて喜ぶ患者とその家族の姿を見ることは私にとって一番の喜びであり、生きがいである。手術を続けているからこそ、症例に事欠かずに学会活動も出来る。私は、私の選んだ道を誇りに思っている。そして、私のようにオープンベッド契約をしてプライベートクリニックを作ろうと思う脊椎脊髄外科医がいるなら、その道のパイオニアとして応援していきたいと思っている。術後管理がほとんど必要ない脊椎脊髄手術だからこそ成し得るものであり、この道を選択して良かったと心から思っている。

25年前、脊椎脊髄外科の手ほどきを頂いた小山素麿先生には感謝しても感謝し尽くせない。

《紀南だより》

社会保険紀南病院
消化器部長・地域医療連携室 室長
木村 りつ子

初夏の候、皆様方にはますますご盛栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご厚誼にあずかり、厚く御礼申し上げます。

当院の地域医療連携室は平成14年4月に開設いたしました。スタッフは看護師長、社会福祉士、事務員の3名体制で室長は山本副院長が任命されました。

当初の取り組みとして医師会への啓発活動、院内診療予約枠の設定、地域医療機関の当院に求めている事や要望などを調べるため田辺市、西牟婁郡、東牟婁郡、日高郡、新宮市、御坊市など約200余りの医療機関にアンケート調査を行いました。その結果、

- ① 紹介患者の状況を知らせてくれない
- ② 空床状況が知りたい
- ③ 新任医師や病院医師の専門分野が知りたいなどの要望や

医療連携に期待する事は

- ① 紹介患者の受け入れ
- ② 紹介患者の事前予約
- ③ 当院から逆紹介
- ④ 時間外・休日の受け入れ
- ⑤ 症例研究会・講演会などへの参加
- ⑥ 入院の優先的受け入れ

等のご意見をいただきました。このアンケートにより地域医療機関は当院に対し専門的な医療の提供と時間外・休日における救急患者のスムーズな受け入れを期待していることがわかりました。このご意見を参考に院内・院

外に広報活動を行い顔の見える連携を目指し医療機関への挨拶回り等を行った結果、紹介患者数はH14年度4851件が翌年は5260件、平成24年度には10954件と10年間で約2倍となりました。そのうち地域医療連携室への予約数はH24年度4955件と全体の45%となっています。これは偏に皆様のご理解とご支援の賜物と感謝しております。

この10年間で地域医療連携室の業務内容も拡大し前方連携以外に市民講座の企画・開催、医療相談窓口、がん相談支援センター、退院支援業務、がんサロン主催等 多岐をきわめています。

しかし基本は地域住民、地域医療機関への医療サービスであり、困ったことや苦情などに迅速な対応と何事にも誠意をもって当たりたいと思っています。

地域医療連携室のスタッフは室長以下事務2名社会福祉士3名看護師2名そして25年度より臨床心理士が1名加わり計9名で運営しています。

全てレディースでたまの女子会では楽しくチームワークを深めています。

顔が見える連携室、より開かれた連携室として今後とも地域医療充実のため活動していく所存です。

どうぞ社会保険紀南病院へお越しの際は正面玄関横の地域医療連携室にお気軽にお立ち寄りください。

《和歌山労災病院 地域医療連携室だより》

和歌山労災病院医療連携システムについてのご案内

医療連携とは、和歌山労災病院と『かかりつけ医（診療所）』がお互いの役割分担を明確にし、地域住民の方々により良い医療を提供することを目的としています。

和歌山労災病院では、外来（入院）患者紹介診療について、『かかりつけ医』の先生方にスムーズに利用していただくため、【紹介患者診療予約システム】を導入しております。お気軽にご利用ください。

診療予約の方法

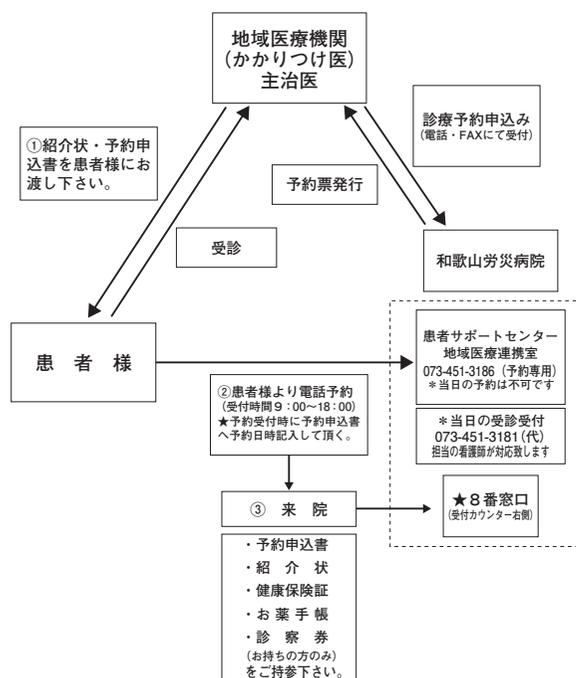
- ・「診療予約申込書」をFAXにて患者サポートセンター地域医療連携室へ送信してください。
- ・受信後、予約状況を確認し、ご希望に添えるよう予約日時を決定します。（電話での対応も可能です。）
- ・予約日が決定しますと、「診療予約票」を

FAXにて送信します。（お電話でのご予約のお申し出の場合でも、FAXにてご返事いたします。）

- ・患者様に、予約当日に「診療予約票」・「診療情報提供書」・患者様ご自身がお持ちになっている「健康保険証」・「各公費受給者証」をご持参のうえ、正面玄関総合受付⑧番に直接お越し下さるようにご案内をお願い致します。

※希望診療医師、日時については、ご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※予約のご返事は、申込書を受信してから15分程での返信に努めますが、当院の事情により遅れる場合がありますのでご了承ください。



診療予約受付時間

平日 9:00~18:00まで
 (土・日曜日・祝日は除きます)
 TEL 073-451-3186 (予約専用)
 FAX 073-451-3788 (直通)

*夜診・土曜日の診察をされている先生からのお申し出については、FAXは受け取れますが、対応は翌日(休日の場合は平日以降)となります。

*当日の受診又は救急の場合は、下記の代表番号までご連絡をお願いします。(担当の看護師が対応致します。)

TEL 073-451-3181 (代表)

《日本臨床内科医会だより》

和歌山県医師会内科医会 澤 久

去る4月13日、14日に東京商工会議所および国際会議場にて第49回代議員会及び第30回総会が開かれました。代議員会では役員選挙、平成24年度事業報告や収支決算報告がなされ、いずれも承認されました。新会長には引き続き、猿田会長が選任されました。また、総会にて和歌山県内科医会名誉会長、伊藤周平先生が地域医療功労賞を受賞されました。この内科医会誌の別のコーナーに詳しく紹介されていますので、そちらをご覧ください。次に各委員会からの報告をかいつまんで紹介します。

①総務部総務委員会

2013年3月5日現在の会員数は15806名で減少傾向にあり、各都道府県の内科医会は引き続き会員増強に努めるように要請がありました。会員増強のためのパンフレット等も用意されていますので、これを活用する予定です。

②総務部調査研究委員会

現在行われているテーマは「超高齢者の診療実態の現状」に関するアンケート調査、高齢2型糖尿病患者に対するシダグリブチン治療における有効性・安全性に関する調査研究、およびインフルエンザ研究です。

③庶務部庶務委員会

医学会は平成25年10月13・14日（第27回）兵庫県、神戸国際会議場、平成26年10月12・13日（第28回）岩手県、平成27年熊本県の予定です。総会は平成26年4月12・13日（第31回）東京商工会議所、平成27年（第32回）京都府の予定です。

④庶務部会員増強委員会

今後の当委員会の活動方針として非会員への日臨内の活動の周知活動、地区内科医会の会員増強活動の支援、入会希望医師への働き

かけの具体的な方法、新規DVD作成、勧誘セットなどについて報告がありました。

⑤庶務部IT委員会

WEB会議システムの導入、各都道府県ホームページ作成支援について、日臨内ホームページの利用促進とメルマガ登録をお願いします。

⑥経理部経理委員会

⑦社会医療部公益事業委員会

日臨内インフルエンザ研究論文発表、インフルエンザ診療マニュアル2012-2013年シーズン発行などについて報告がありました。

⑧社会医療部地域医療委員会

地域医療功労者表彰について、「超高齢者の診療実態の現状アンケート調査」について、在宅医療の推進について報告がありました。

⑨社会保険部医療・介護保険委員会

医療保険を取り巻く現状、日臨内活動として内保連、受保連に関する報告や平成26年度診療報酬改定に対する要望について報告がありました。これらに関しては非常に興味ある内容ですが、書き出すと切りがないような内容ですので、日臨内ホームページなどにて見て下さい。

⑩研修推進部研修推進委員会

平成24年度日臨内専門医、認定医合格者。平成25年度認定医・専門医申請審査日程について報告がありました。

⑪学術部学術委員会

原発性アルドステロン症の実態調査結果、慢性腎臓病（CKD）診療と地域連携に関するアンケート調査の状況、Smile Projectの状況について報告がありました。また、第30回日臨内総会参加者に内科処方実践マニュアルが謹呈されました。

地域医療功労者表彰を受賞して

伊藤 周平

第30回日本臨床内科医会総会で地域医療功労者として表彰を受け、感激するとともに、御推薦いただいた和歌山県内科医会に感謝しています。私は大学での研究、診療生活14年間を経て、故郷の和歌山市へ開業のため帰ったのが昭和44年でした。大学での医療生活と全く異なる環境に戸惑ってしまいました。

日常診療に追われつつ、新たに実地診療を勉強しながら、衝撃を受けたのは、心肺停止の患者への対応でした。夜間など患家に到着した時は、急いでも10分以上経っており、それまでに心肺蘇生術施行で助かる症例がある筈であるという気持ちのところ、和歌山医学会で救急医療シンポジウムがあり、その後、和歌山県立医大循環器内科教授と日赤病院循環器内科部長と相談し、心肺蘇生法普及会を立ち上げたのが地域医療活動としての始めでした。ともあれ、本年は受賞者全国12名のうちの1名に選ばれ、しかも和歌山県で初めてのことで有難く思います。

さて受賞内容については、以下に和歌山県内科医会による推薦文を転載させていただきます。

1. 地域医療に関する業績

- 1) 昭和44年11月～現在 地域医療貢献
清廉潔白にして博愛精神と合理性精神をもち、臨床医師として患者のための診療態度を堅持し、旺盛な研究心と人間愛に満ちた人柄は患者をはじめ多くの人から信頼と尊敬を得て和歌山市地域における地域医療に貢献。
- 2) 平成12年4月～現在 心肺蘇生法普及会
住民に対し、心肺蘇生法普及会を立ち上げ、副会長として10年間活動。
更に和歌山市医師会内科部会に心肺蘇生法普及会を設置。和歌山県立医科大学と共に各種団体、校区PTA保護者

を対象に普及活動を実施中。

- 3) 昭和46年4月～平成13年3月 学校医
和歌山信愛女子短期大学および付属校の校医として学校保健に従事
2. 保健活動に関する業績
 - 1) 昭和47年11月～平成17年4月 保護司
更生保護協会理事
保護司として32年間、保護観察中の対象者の医療相談に従事し、更生保護協会理事として更生保護活動に貢献。
 - 2) 昭和51年5月～平成11年5月 和歌山県診療報酬基金審査員および委員長
和歌山県診療報酬基金審査員および委員長として25年間住民の医療の適正に携わる。
 - 3) 平成11年4月～現在 和歌山市介護保険審査委員
和歌山市介護保険審査委員として13年間におよび住民介護の問題に従事。
 - 4) 平成15年4月～現在 和歌山バイオサイエンス連絡協議会
和歌山バイオサイエンス連絡協議会会長として、和歌山県、近畿大学と共に和歌山県の果実加工と疫学調査を実施中。
3. 医学会活動、教育指導に関する業績
 - 1) 昭和48年3月～平成4年3月 和歌山県立高等看護学校講師
和歌山県立高等看護学校内科講師として20年間看護教育に従事。
 - 2) 昭和51年3月～現在 医師卒後教育および和歌山県内内分泌代謝研究会
和歌山市医師会内科部会および和歌山県医師会内科医会に於いて約30年間学術担当として医師卒後教育に従事し、和歌山内分泌代謝研究会を創立し66回に及ぶ講演会を行う。昭和57年甲状腺疾患研究で和歌山県医学研究奨励賞を

受賞。

平成14年より患者を対象に甲状腺疾患及び内分泌疾患に関する講話と質疑応答を年2回実施。

- 3) 昭和61年6月～平成17年4月 和歌山県内の各種疫学研究
和歌山県医師会内科医会プロジェクト研究として、和歌山県下の狭心症、医師会員健康調査、病診連携、糖尿病とグレープス病、老人介護、高脂血症、消化器疾患、高血圧治療、甲状腺疾患、癌死亡率の疫学調査を実施し発表。
- 4) 昭和57年8月～平成17年4月 和歌山医学会評議員
- 5) 昭和61年6月～平成17年4月 和歌山県医師会内科医会会長
平成14年9月第16回日本臨床内科医学会会長として医学会を和歌山県において開催。
- 6) 昭和60年4月～平成22年3月 日本臨床内科医会理事
日本臨床内科医会理事として和歌山県下における日本臨床内科医会の普及に

努める。

この中で、特に和歌山県内科医会会長当時、内科医会会員こぞってプロジェクト研究を実施し、それぞれの内容を日本内科学会や日本臨床内科医会医学会で発表し、論文にしました。

この中には、現今漸く問題になっている案件について、早期から私共が指摘しており、これらの研究は和歌山県医学研究奨励賞の受賞の栄に浴しています。又、和歌山県内の内分泌疾患、特に甲状腺疾患は、かくれ甲状腺機能異常を含めて極めて多く、これらについて年2回懇話会をもち、患者に対する話と対話をつづけて来ました。

地域医療は、内科医にとって巾広く、いつまで経っても満足感がなく切歯扼腕しつつ、出来るだけ医療をつづけたと思っています。今まで各分野での表彰を受けましたが、今回は今までの行程をまとめていただいた感じで嬉しく思っています。県内科医会に満腔の御礼を申し上げます。



《社保国保だより》

和歌山県医師会内科医会 多田正己

平成24年度個別指導指摘事項

I 診療に関する事項

1 診療録

- (1) 診療録の傷病名が整理されていない傾向があるので、その都度終了年月日及び転帰の記載を行い傷病名を整理すること。
- (2) 診療録の訂正は、修正テープ等を使用することは適切ではないので、二本線で抹消して訂正すること。
- (3) 診療録に記載する傷病名については、部位が判断できるよう適切に記載すること。
- (4) 保険診療の診療録と保険外診療（自由診療）の診療録とが区別されていない例が認められた。
- (5) 診療録は保険診療の根拠となるものであることを認識し、必要事項、特に症状・所見・治療計画等の記載の充実に努める。

2 傷病名等

- (1) 画一的につけられていると思われる傷病名が見受けられた。

3 初・再診料等

- (1) 初診料の算定においては、患者の傷病について、医学的に初診といわれる診療行為があった場合に算定できるものであることに留意されたい。

4 医学管理等

- (1) 在宅患者訪問診療料について、訪問診療計画及び診療内容の要点の診療録への記載に乏しい例が認められた。
- (2) 特定疾患療養管理料について、診療録に管理内容の要点記載の乏しい例が認められた。

- (3) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の算定において、耳鼻咽喉科と他の診療科を併せて標榜する保険医療機関にあっては、耳鼻咽喉科を専任する医師が当該指導管理を行った場合に限り算定するものであり同一の医師が、当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せて担当している場合には算定できない。
- (4) 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定において、診療録に治療内容の要点記載の乏しい例が見受けられた。
- (5) 診療情報提供料について、診療情報提供文書は別綴じにすることなく診療録に添付しておくこと。
- (6) 小児特定疾患カウンセリング料について、対象患者である旨の記載及びカウンセリングに係る概要の診療録記載の乏しい例が見受けられた。
- (7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料について、理学療法士等に行った指導内容の要点記載の乏しい例が見受けられた。
- (8) 特定薬剤治療管理料について、薬剤の血中濃度及び治療計画の要点記載の乏しい例が見受けられた。

5 検査等

- (1) 検査については、患者個々の症状・所見に応じて検査項目を適切に選択し実施すること。

6 在宅医療

- (1) 訪問看護指示料について、指示書の写しは別綴じにせず診療録に添付すること。
- (2) 在宅時医学総合管理料の算定において、診療録に在宅療養計画及び説明の要点等記載の乏しい例が見受けられた。

- (3) 在宅患者訪問診療料は、継続的な診療の必要のない者や通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。
- (4) 在宅患者訪問診療料について、訪問診療計画及び診療内容の要点の診療録記載の乏しい例が認められた。
- (5) 在宅自己注射指導管理料の算定において、診療録に指示事項・指導内容の要点記載の乏しい例が見受けられた。
- (6) 血糖自己測定器加算の算定に当たっては、血糖自己測定の回数根拠を診療録に記載し明確にされたい。

7 手術

- (1) 手術に関する患者への説明は、文書で交付するとともに、写しを診療録に添付すること。

II 請求事務に係る事項

1 診療録等

- (1) 診療録（様式第1号(1)の3）について、記載の不十分な例が認められた。

2 実費徴収について

- (1) 翼針・三方活栓については、療養の給付であり実費徴収はできないものである。

3 一部負担金等

- (1) 自家診療に対する一部負担金の未収は不適切であるため、適切に徴収されたい。
- (2) 一部負担金の徴収は適切に行い、診療録及び日計表に適切に記載すること。

III 特別養護老人ホーム等における療養の給付

- 1 特別養護老人ホーム等の職員（看護師、理学療法士等）が行った医療行為については、診療報酬を算定できない。

IV その他

- (1) 勤務医等に変更があった場合は速やかに届出をすること。
- (2) 診察券の再発行時には、保険外負担は徴収しないこと。
- (3) 療養の給付と直接関係のないサービスについての費用の徴収にあたっては、保険医療機関内の見やすい場所に内容及び料金を掲示すること。

V 自主返還に関する事項

- (1) 算定要件を満たしていない耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料
- (2) 算定要件を満たしていない注射料及び処置料

平成24年度和歌山県医師会内科医会学術講演会

第219回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H24. 5 .26(土)16:00 於：和歌山ビッグ愛 4階大会議室

出席者 54名

—— 特別講演 ——

座長：和歌山ろうさい病院

院長 南條輝志男 先生

「メタボリックシンドロームの今

—病態と治療—」

大阪大学大学院医学系研究科

内分泌・代謝内科学

教授 下村伊一郎 先生

脂肪組織が、生体最大のホルモン産生臓器であることを示し、脂肪組織に由来する分泌因子を総称してアディポサイトカインとして概念づけた。これらアディポサイトカインの産生異常が種々の疾患の上流に位置することが明らかになっている。

アディポネクチンは、ヒト脂肪組織の発現遺伝子解析で発見した脂肪組織特異的分泌蛋白である。アディポネクチンの血中濃度は肥満、特に内臓脂肪の蓄積で低下し、逆に減量治療によって増加する。これまでの研究により、低アディポネクチン血症が動脈硬化、糖尿病、高脂血症、高血圧、心不全、慢性腎臓病、肝線維化、ある種の癌の発症進展、と言った慢性臓器障害の病態に関わることがわかってきた。

内臓脂肪蓄積でなぜ低アディポネクチン血

症が起こるのかは長い間不明であったが、これらをつなぐ病態因子として、肥満脂肪組織より産生される酸化ストレス (fat derived reactive oxygen species; Fat ROS) が重要であることがわかってきた。肥満時には脂肪組織特異的に酸化ストレス産生系酵素の上昇と酸化ストレス除去系酵素の低下により、脂肪組織での慢性的な酸化ストレス産生の上昇が起こる。この脂肪由来の酸化ストレスが、アディポネクチンの低下や、MCP-1、TNF- α 、PAI-1、IL-6と言った炎症性アディポサイトカインの上昇を引き起こし、また血中酸化ストレスを上昇させ、種々の臓器障害へとつながる。ヒトにおける検討でも、内臓脂肪の蓄積が、全身の酸化ストレス度の上昇と最も連関することがわかり、メタボリックシンドロームおよび上記慢性臓器障害の基盤病態として蓄積脂肪における酸化ストレス産生上昇の重要性が考えられる。

肥満脂肪組織の酸化ストレス上昇ならびに低アディポネクチン血症を抑制する手段として、これまでいくつかの薬剤が、それぞれ異なった機序で功を奏することがわかってきた。

本講演では、肥満症における脂肪組織機能異常学とその近年の進歩、治療薬の病態への効果、そしてアディポネクチンの未来医療の可能性について紹介したい。

第220回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H24. 6 .23(土)16 : 00 於 : 和歌山ビッグ愛 6 階603会議室

出席者 39名

特別講演

座長 島循環器・内科
院長

島 廣樹先生

大規模臨床試験からみた高血圧診療(1)

和歌山県立医科大学附属病院

紀北分院長 有田 幹雄先生

高血圧は我が国で最も頻度の多く、その数は約4000万人とされる疾患です。日本高血圧学会では、我が国における現時点での標準的な治療法について、高血圧治療ガイドライン2009を発表しております。多くの講演会が行われ、高血圧に関する情報も蔓延し、降圧薬も副作用が少なく降圧効果のよい薬が開発さ

れていますが、適正に降圧されている率は、未だに50%以下にとどまっております。

国内外のエビデンスに基づいてガイドラインが作成されていますが、とくに我が国発の大規模臨床試験が重視されています。このエビデンスの解釈のあり方についてわかりやすく説明したいと考えております。

最近、尿タンパクの少ない／陰性のCKD患者では、腎保護におけるARBやACE阻害薬の優位性が必ずしも明確ではないこと、また、厳格な降圧が必ずしも腎保護につながる可能性が示されています。新しいCKDガイドライン2012改訂の方向性についても触れてみたいと思います。

第221回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H24. 7 .14(土)16 : 00 於 : フォルテワジマ 4 階 小ホール

出席者 28名

特別講演

座長 見永 武芳 先生

大規模臨床試験からみた高血圧診療(2)

和歌山県立医科大学附属病院

紀北分院長 有田 幹雄先生

和歌山県医師会内科医会(第222回)・外科部会合同学術講演会

H24. 8 .25(土)17:00 於：和歌山ビッグ愛 4 階市医師会大会議室

出席者 12名

特別講演

座長 和歌山県医師会内科医会

会長 西谷 博 先生

エビデンスに基づいた胃がん治療の実際

大阪大学大学院医学系研究科

消化器癌先進化学療法開発学

助教 工藤 敏啓 先生

■進行再発胃癌治療の実際

胃癌は我が国では罹病率が最も高い癌のうちのひとつである。近年、我が国の定期検診の普及や胃癌診断および治療の進歩により、進行癌であっても切除可能な胃癌に対する手術成績は比較的満足できる治療成績となった。更に切除不能胃癌に関しても、化学療法の進歩により予後の改善が期待されるに至った。

国内においてはティーエスワン (S-1)、イリノテカン (CPT-11)、パクリタキセル (PTX)、ドセタキセル (DTX) といった新規抗癌剤の進出により、化学療法は大きく進歩を遂げた。JCOG9912 (5-FU vs. S-1 vs. CDDP/CPT-11) の結果より、S-1は切除不能再発胃癌の標準療法の1つとなった。その後、S-1を対照群としたSPIRITS試験 (S-1 vs. S-1/CDDP)、GC0301/TOP002試験 (S-1 vs. S-1/CPT-11)、START試験 (S-1 vs. S-1/DTX) が行われた。SPIRITS試験では、全生存期間で併用療法が単剤療法を凌ぎ、忍容性も良好であることから併用療法が日本の切除不能進行再発胃癌の一次治療における標準治療として確立した。一方、GC0301/TOP002試験およびSTART試験においては、全生存期間で優越性を検証することができなかった。以上の結果から、胃癌治療ガイドラインには、切

除不能進行再発胃癌に対する標準化学療法はS-1/CDDP併用療法であり、PS不良者、高齢者等の場合、経口可能であればS-1単剤が推奨されることが記載されている。

最近、HER2(human epidermal growth factor receptor 2) 陽性胃癌に対してトラスツズマブ (Tmab) を含む化学療法が新たな標準治療となることが示された。本邦の進行胃癌に対する標準治療であるS-1+CDDPとTmabの併用の有効性ならびに安全性に関しては今後の臨床研究の課題となっている。

一次治療不応後の二次治療は、長らくエビデンスがない部分であったが、最近日本からWJOG4007試験 (CPT-11 vs. weekly PTX) が報告された。wPTX療法に対するCPT-11の優越性を証明することはできず、wPTX療法が今後の臨床試験のコントロールアームとなり得ると結論づけられている。

■胃癌術後補助化学療法の実際

術後補助化学療法は、治癒切除後の微小遺残腫瘍による再発予防を目的として行われる化学療法である。古くから多くの臨床試験が行われながら確実な延命効果は示されなかったが、S-1年間投与群と手術単独群の無作為化大規模臨床第Ⅲ相試験であるACTS-GC試験によりS-1の有効性が示され、胃癌治療ガイドラインにおいて、S-1単剤が標準療法として位置付けられている。

また、ACTS-GCの解析から、S-1服薬コンプライアンス別の生存期間およびS-1投与期間別の生存期間が検討されている。それぞれ、計画投与量の70%以上の投与ができた症例および12ヶ月間の投与が完遂された症例において予後改善効果がより高いことが報告されており、S-1の投与継続性が患者予後に強く寄与することが示唆されている。

第223回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H24.9.1(土)16:00 於：和歌山マリーナシティロイヤルパインズホテル

出席者 46名

症例提示

座長 和歌山県医師会内科医会
会長 西谷 博 先生
精神療法家からみた睡眠導入剤の
適正使用について

日本赤十字社和歌山医療センター
精神科部長 東 睦広 先生

私は勤務する医療センターと嘱託医を務める南和歌山医療センターで終末期のがん患者さんに対する心のケアをさせて頂いている。コンサルトとして多いのがせん妄、ケアの必要な気持ちの辛さや、不安を背景として生じる不眠である。

死を予感せざるを得ない難治性疾患で苦しむ人は、この世で生を得た過去から現在のつながりがいつか途切れ、深淵の暗闇に陥り、孤立し、他者との関係がまったく失われる恐怖を感じている。幼い子供の将来を見届けられない母親、家族とのこころのつながりがとぎれた孤独な高齢者、両親が離婚したあとに白血病に罹患した小学生。関わらせていただいた患者さんのほとんどがすでにこの世にいない。カウンセリングではそのような「実存的苦悩」に共感・傾聴し、必要時は睡眠導入剤を処方するようにしているが、終末期の患者に睡眠導入剤を処方することは睡眠と言う安息の時間を保証してあげる一方で遺された覚醒時間を奪い取るという行為であり、適正使用をするためにとっても慎重に考慮している。終末期患者をはじめとする「実存的苦悩」による不眠で苦しむ患者さんへの睡眠導入剤の使用について、精神療法家の立場からお話したい。

特別講演

座長 和歌山県立医科大学神経精神科
教授 篠崎 和弘 先生
不眠症の診断と治療のポイント
大阪回生病院睡眠医療センター
部長 谷口 充孝 先生

多忙な現代生活の中で、睡眠時間を削ってしまうことは少なくありません。しかしながら、睡眠は決して無駄な時間ではなく、記憶、糖代謝や免疫など生体にとって重要な役割を果たすことが明らかになっています。睡眠関連疾患には睡眠時無呼吸症候群やナルコレプシーなど様々な疾患があり、特に不眠症は臨床で非常に遭遇しやすい疾患です。しかしながら、不眠症についての診療は専門的に学習する機会の恵まれない疾患であり、患者さんから不眠のことを相談されても、使い慣れている睡眠薬を処方することになりがちです。

私どものような睡眠を専門とする医療機関は少なく、非常に多数の不眠症の患者さんが受診を希望されます。しかしながら、睡眠専門の医療機関だからと言って、不眠症の患者さんに出来ることは限られており、患者さんの期待には全く沿っていません。もちろん、がっかりしたり、時には憤慨される患者さんもいますが、それでも多くの患者さんが安心して帰られる場合が多いのは、不眠に関して適切な知識が伝わっていないことが原因のように思います。

今回の話では、様々な要因が絡み合って生じる不眠症の原因をどう考えれば良いのか、また、不眠症患者に対して生活習慣の改善の方法などをお話するとともに、どのように睡眠薬を選択すれば良いのかなどの点について若干の解説をさせて頂き、先生方の不眠症診療のお役に立てることができればと考えています。

第224回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H24. 9 .29(土)16:00 於：和歌山ビッグ愛 2階201会議室

出席者 48名

特別講演

座長 にしたに内科

院長 西谷 博 先生

慢性腎臓病（CKD）の新しい診方と 腎保護を考慮した降圧治療

大阪市立大学附属病院腎臓内科
病院教授 石村 栄治 先生

近年CKDにつき注目されているが、その原因は、1) 透析患者の増加にあり、その予備軍の腎障害を持つ患者が多いこと（約1,300万人）、その対策が重要であること、2) CKD患者に心血管系疾患が多いこと、3) CKDは原因疾患にかかわらず共通した治療対策が必要であること、などである。近年、推算糸球体ろ過率（eGFR）が臨床現場で活用され、本年の日本腎臓学会でCKDの定義が改訂された。CKDは、1) eGFRが60ml/min未満、2) 検尿で蛋白尿（0.15g/gCr以上）の持続、1) または 2) のような状態が3か月以上続くことと定義された。このような患者さんにつき一度は専門医に紹介していただくことが望ましい。進行したCKD患者（CKD 4-5期、蛋白尿の多い患者、腎炎や膠原病の患者）は腎専門医で加療することが望ましいが、軽症のCKD患者（CKD stage1

-3)、進行が遅い方、腎炎の可能性がない方は、かかりつけ医で継続診療していただくべきと考える。

CKD患者では高血圧症の頻度が多く、高血圧症がCKDの進行を促進させるのでその治療は重要である。腎保護の降圧治療として、ACE（変換酵素）阻害薬とARB（アンジオテンシン受容体拮抗薬）が第一選択薬として強調される。血圧130/80未満を達成すべく、多剤併用療法による厳格治療が基本である。アンジオテンシンⅡは腎糸球体において輸出細動脈を収縮させて糸球体高血圧をもたらすとともに、また腎間質の線維化を引き起こしてCKDを悪化させる。ACE阻害薬やARBはレニン・アンジオテンシンⅡ抑制を介して腎保護作用をもつ。またCKD患者では、腎からのエリスロポイエチン産生が低下して、腎性貧血が高頻度にみられる。近年、長時間作用型のエリスロポイエチン製剤が臨床使用できるようになり、腎性貧血の治療がさらに容易となってきた。食事療法はまず減塩が強調される（6g/day以下）、その上で過剰な蛋白質摂取を回避する。また日常診療において、腎排泄性薬剤は慎重に投与し、薬剤の減量、投与間隔を延長させる、などの注意が必要である。CKD治療の進歩により、透析導入患者の抑制と減少、心血管系疾患の減少がもたらされることが期待される。

第225回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H24.11.10(土)15:30 於：ガーデンホテルハナヨ 6Fスターダスト

出席者 33名

講演①

座長 ひがし内科クリニック
院長 東 冬彦先生

う蝕・歯周病と全身疾患

大阪大学大学院歯学研究科口腔分子
免疫制御学講座予防歯科学分野
教授 天野 敦雄先生

2001年、人類史を俯瞰するギネスブックに「全世界で最も蔓延している病気は歯周病である。地球上を見渡してもこの病気に冒されていない人間は数えるほどしかない。」と記載されました。この表現は大袈裟に過ぎますが、世界の成人の半数以上は歯周病に罹患しています。う蝕や歯周病と他の臓器疾患との関連性については、ヒポクラテスが「歯を抜去すると関節炎が治癒することがある」との記載など、いくつかの歴史的経験則が伝承されてきましたが、歯周病と全身疾患の関連に科学的解析が加えられたのは1980年代後半になってからです。本講演では、う蝕や歯周病と全身疾患（心・血管疾患、糖尿病、肺炎、早産・低体重児出産など）の関連性についてお話させていただきます。

講演②

座長 立石内科循環器科
院長 立石 功先生

カテーテルアブレーション、ICD、CRT、ホームモニタリング

紀南病院循環器科
部長 田中 篤先生

紀南地方で普及が遅れていた、電気生理検査、カテーテルアブレーション、植え込み型除細動器、心臓再同期療法、ホームモニタリング等の不整脈関係の検査法、治療法や管理

について概説したいと思います。今後の病診連携の一助になれば幸いです。

電気生理検査：電気生理検査は、古くから不整脈疾患の診断や治療効果判定などに用いられていました。しかし侵襲的検査であるにもかかわらずholter ECGなどに対し臨床的優位性を示せなかったことにより、限られた施設において半ば研究目的で行われているに過ぎませんでした。しかし1980年代半ばに高周波アブレーションによる不整脈治療が実用化されてからは、不整脈診断、治療の中心的役割を担うようになっていきます。電気生理検査は、通常電極カテーテルと呼ばれるカテーテルを経静脈的に、高位右房、ヒス束、右心室および冠状静脈洞に留置し心内電位を測定したり、それぞれの電極カテーテルから不整脈を誘発したりすることにより不整脈の起源や機序の解明を行います。経皮的冠動脈形成術での診断造形に当たる物と考えていただければ理解しやすいかもしれません。通常的心電図では診断困難な全ての不整脈が対象となります。

カテーテルアブレーション：薬物療法が主に不整脈の発生を抑制する事を主眼とするのに対し、カテーテルアブレーションは、電気生理検査により判明した不整脈回路や起源を、高周波アブレーションカテーテルにより焼却することにより、不整脈の完治を目指す画期的な治療法です。ほとんど全ての頻脈性不整脈が対象といえますが、侵襲的治療法であり、症例によっては重篤な合併症も起こりうるため、その適応には、リスクとベネフィットを勘案した慎重な判断が求められます。

植え込み型除細動器：埋め込み型除細動器(Implantable Cardioverter Defibrillator: ICD)は、致死的不整脈である心室頻拍や心室細動を通电により直接除細動行うことにより患者生命予後を改善させるキーデバイスです。

心室頻拍や心室細動に対するカテーテルアブレーションの成功率の低さや、薬物療法では完全にそれらの発生を防ぐことができないと言う事実を鑑みれば、心室細動や血圧低下を伴う心室頻拍を有する患者や心臓突然死からの生還例における必須の治療法であり、その評価も確立されています。しかし非常に残念なことに紀南地方では、循環器専門医、救急専門医、救急関係者の理解不足などから、ICDやCRT-Dの普及は他地域に比較し極めて遅れている現状があります。専門的な植え込みや体系だった管理が始まったのも昨年秋からです。多くの絶対適応ケースが『発作がないからまあいいか』とスルーされているものと考えられます。

心臓再同期療法：心臓再同期療法（CRT）は、左室収縮の非同期を有する低左心機能が対象となります。右室および左室にリードを植え込み、両室ペーシングを行うことにより心筋収縮の同期性を再確保し心機能の改善を図ります。心電図上QRS幅が120msec以上（特に左脚ブロック例）、左室駆出率35%以下の例が良い適応です。CRTを必要とする例では、多くの場合心室頻拍等の致死性不整

脈も合併していることが多く、ICD機能を有するCRT-Dが植え込まれることもあります。左室リード挿入に非常に高度な技術を必要とすることから、術者依存性があり必ずしも『いつでもどこでもだれにでも』行える治療法とは言えませんが、現在の紀南地方では可能です。

ホームモニタリング：ICDやCRT-Dなどの植え込み手術並びに管理には高度な知識と経験を要するため、各地方の中核病院に症例を集中させるべく学会認定施設方式が採用されています。疾患の重篤性や緊急性を考えれば365日のモニタリングも必須です。紀南病院では、ICD、CRT-Dやペースメーカー植え込み患者の自宅に中継器を設置し、携帯回線インターネットを利用し365日監視できるホームモニタリングシステムを構築し、本年春から本格運用しています。さらに現在和歌山県立医科大学循環器内科と協力し、このシステムを和歌山県下全域に広げるべく協同作業を開始し始めたところです。今後このシステムをベースによりよい病診連携が行われればと考えております。

第226回和歌山県医師会内科医会学術講演会

(三府県内科医会合同学術講演会)

H24.11.10(土)15:00 於：ホテルニューオータニ大阪2階鳳凰S

出席者 282名 (内和歌山県4名)

Session I インフルエンザ

座長 大阪府内科医会会長

福田 正博先生

インフルエンザ感染の重症化と

その対策

徳島大学疾患酵素学研究中心
生体防御・感染症病態代謝研究部門
教授 木戸 博先生

インフルエンザは毎年流行を繰り返し人口

の5~10%が罹患するが、重症化して死亡する人は通常は罹患者の0.03%以下で、2009年の(H1N1)2009インフルエンザの大流行でも、高い死亡者数の報告された米国で人口10万人当たり3.32人と報告されている。同じウイルス株に罹患したヒトの中で重症化して死亡するヒトと軽快するヒトの違いは何であろうか？感染防御能としての免疫系が重要な因子であることは疑いないが、それ以外の要因に血管内皮と、ウイルスと体内因子の相互作用に起因する体内代謝の破綻が重要な位置を

占めることが明らかになってきた。実際ハイリスク患者の多くは、基礎疾患として血管内皮細胞に障害のある患者と、体内代謝でも特にエネルギー代謝が未熟な乳幼児、代謝の破綻が起り易く免疫系の低下している高齢者に集中している。インフルエンザの重症化は多臓器不全を伴って死に至る場合がほとんどである。多臓器不全は、全身の血管内皮細胞の透過性亢進状態であるが、なぜインフルエンザ感染と血管内皮細胞障害、多臓器不全が結びつくのだろうか。さらにインフルエンザ感染とエネルギー代謝の破綻は、どのように関係しているのだろうか。本講演ではこれらの疑問に答えたい。

1. インフルエンザ感染の重症化機序

インフルエンザ感染後の早い生体応答が気道の炎症性サイトカインのTNF- α 、IL-6、IL-1 β 等の誘導で、続いて起こる全身臓器の様々な生体反応の引き金を引く。その一つが生体防御系の発動で、他方で同じサイトカインを介する蛋白質分解酵素のtrypsinとmatrix metalloprotease-9の誘導が各臓器と血管内皮細胞で起こる。trypsinはインフルエンザウイルスの感染と増殖に不可欠な宿主因子で、この「インフルエンザ-サイトカイン-プロテアーゼサイクル」が、血管内皮細胞で回転することが、重症化の重要な要因となっている。

さらにインフルエンザ感染による代謝障害と多臓器不全との関係が明らかになってきた。その典型例がインフルエンザ脳症である。インフルエンザ脳症は、脳浮腫と脳圧亢進を主症状とする脳の血管内皮細胞の透過性亢進状態であるが、原因は血管内皮細胞のエネルギー代謝不全と推定される。血管内皮細胞は、エネルギー源の約70%を脂肪酸に頼っている細胞で、脂肪酸代謝障害の素因を持つ小児で脳症が、糖尿病患者で多臓器不全が現れ易いことが解る。

2. 抗インフルエンザ薬の問題点とその解決方法

抗インフルエンザ薬が新たに市場に出るな

ど、抗ウイルス薬の使用が広がっている。しかし、抗インフルエンザ薬は、ウイルスの増殖を抑制してウイルス抗原量を低下させるため、獲得免疫の効果が低下することが明らかになった。特に抗体産生にウイルス抗原を比較的多く必要とする粘膜免疫での影響は大きく、抗インフルエンザ薬の使用が早ければ早い程不完全な獲得免疫を導き、再感染リスクを増大させることが明らかとなった。イムノモジュレータ作用のあるマクロライド（クラリスロマイシン）を抗インフルエンザ薬と併用すると、この薬剤の粘膜免疫増強作用により抗インフルエンザ薬の弱点を補うことが明らかになり、注目されている。

3. 予防と今後の展望

海外の新型インフルエンザワクチンに使用されているアジュバントの中に、アジュバント病として自己免疫によるナルコレプシーが発症していることが問題となってきて、安全でより有効なワクチンの開発が望まれている。さらに感染重症化には必ず代謝破綻を伴うことから、抗インフルエンザ薬以外に代謝の破綻を予防したり修復する薬剤開発が注目されている。

Session II 呼吸器感染症

座長 奈良県医師会内科部会会長

堀江 浩章先生

冬季における高齢者の

呼吸器感染症診療の注意点

大阪大学医学部附属病院感染制御部

副部長 関 雅文先生

肺炎は、2011年に日本人全体の死因の第4位から第3位になり、その重要性が高まっている（図1）。すなわち、85歳以上および90歳以上の男性では、肺炎は死因のそれぞれ第2位と第1位となるため、高齢者における呼吸器感染症診療の重要性は明らかである。

その中で、肺炎球菌は肺炎の原因菌の第1位であり、その治療やワクチンを用いた肺炎の重症化予防策は高齢者医療の中心となると

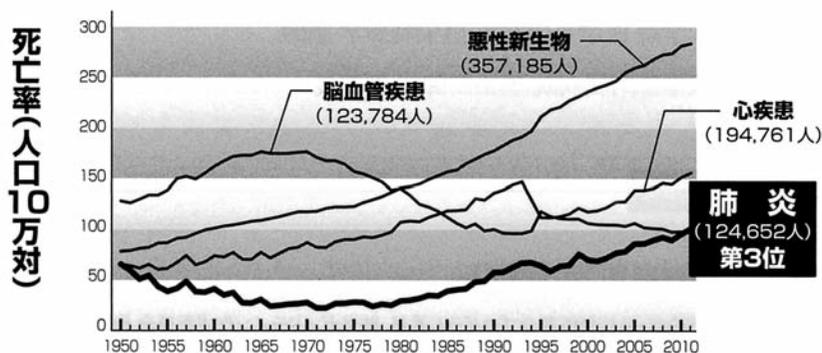
言っても過言ではない。

近年は、高齢者や介護施設における呼吸器感染症の新たな疾患概念として、医療・介護関連肺炎（NHCAP）の病態が認識されるようになり、わが国でも2011年にガイドラインも発刊された。このガイドラインでは、抗菌薬による治療の新たな考え方が紹介された。マクロライド系薬併用の意義が示唆され、レスピラトリーキノロンやカルバペネム系薬の使用にも一定の目安を示したと言える。

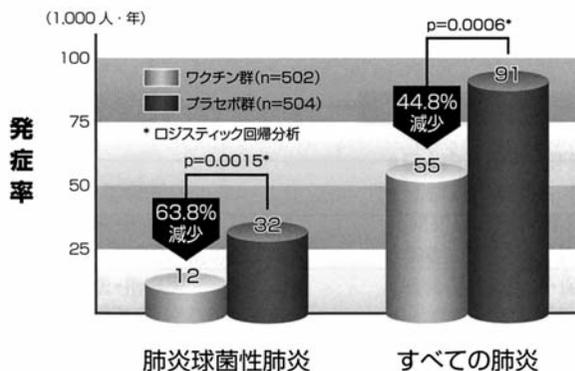
また、高齢者施設や精神科関連の病院においては、結核と並んで、毎冬、インフルエンザの施設内感染が大きな問題となる。インフルエンザと関連する2次性細菌肺炎の合併は、誤嚥性肺炎や耐性菌性肺炎と同様、重要な病態として考えられる。インフルエンザ関連の

細菌性肺炎でも、その原因菌の1位は肺炎球菌であるが、その他、黄色ブドウ球菌が重要な原因菌となるのが特徴である。したがって、インフルエンザウイルスの制御と等しく、その後の肺炎球菌やMRSAなど細菌対策はきわめて重要となる。

これらを受けて、わが国の老人施設における肺炎球菌ワクチンの有用性もエビデンスが示された（図2）。NHCAPガイドラインでも、今までの市中肺炎・院内肺炎ガイドラインから進んで、予防の重要性が強調され、「ワクチン」の章がはじめて独立した。65歳以上での肺炎球菌ワクチンの再接種も認可されたが、まだまだ米国等と比べても肺炎球菌ワクチンの接種率は低く、今後さらにワクチン接種が進むことが望まれる。



（図1）わが国における死因別に見た死亡率の推移（厚生労働省 人口動態統計概数月報より）



（図2）高齢者施設における23価肺炎球菌ワクチンの肺炎発症予防効果（BMJ2010、NHCAPガイドライン2011より）

今回は、現在の呼吸器感染症診療の現状や重要な病態、抗菌薬治療の基本的考え方を概説するとともに、ワクチンを中心とした対応や、感染制御の重要性についても紹介したい。

座長 和歌山県医師会内科医会会長
西谷 博先生

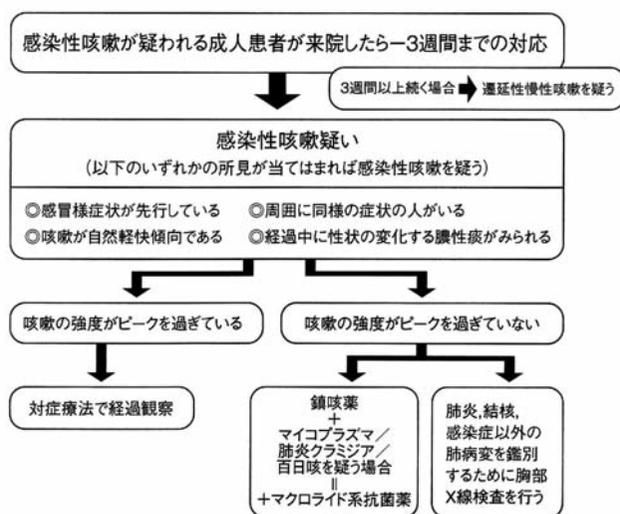
呼吸器感染症における最近の話題
～咳嗽に関するガイドライン第2版を中心に～
大分大学医学部総合内科学第二講座
教授 門田 淳一先生

呼吸器感染症は上気道から下気道および呼吸細気管支から肺胞まで多岐に及ぶが、本講演ではこれらの呼吸器感染症における最近の話題を「咳嗽に関するガイドライン第2版」を中心として概説する。

咳嗽は、持続時間によって3週間未満の急性咳嗽、3-8週間の遷延性咳嗽、8週間以上の慢性咳嗽に分類され、咳嗽の質から乾性と湿性に分類される。急性咳嗽の原因は主に感染症であることから、ガイドラインでは感染性咳嗽を疑う上での重要なポイントを提示している(図1)。感染性咳嗽にはウイルス感染による普通感冒(かぜ症候群)、急性気

管支炎、インフルエンザなどが多いことから基本的に抗微生物薬は不要で、咳嗽の強さがピークを過ぎていれば対症療法で経過を観察するが、近年、ウイルス感染症とくにインフルエンザウイルスに対するマクロライド系抗菌薬の併用が咳嗽などの症状軽減に有用であることが報告されている。我々もインフルエンザウイルス感染症に対してマクロライド併用の有用性に関する多施設共同前向き臨床試験を行ったが、その効果は限られたものであった。

一方、遷延性慢性咳嗽になると感染性咳嗽の頻度は少なくなるが、咳嗽が遷延する気道感染症としては百日咳、肺炎マイコプラズマおよび肺炎クラミジアがある。これらは周囲への感染力が強く、宿主によっては重症化する可能性があり、治療薬が存在するため、周囲への感染拡大防止の観点に立って積極的に治療することが推奨されている(図1)。特に百日咳は診断が難しいことに加えて近年成人での罹患が増加し、成人から乳幼児への感染伝播による乳幼児の重篤化も懸念されることから、ガイドラインでは診断のフローチャートを示し抗菌薬による治療を推奨している。

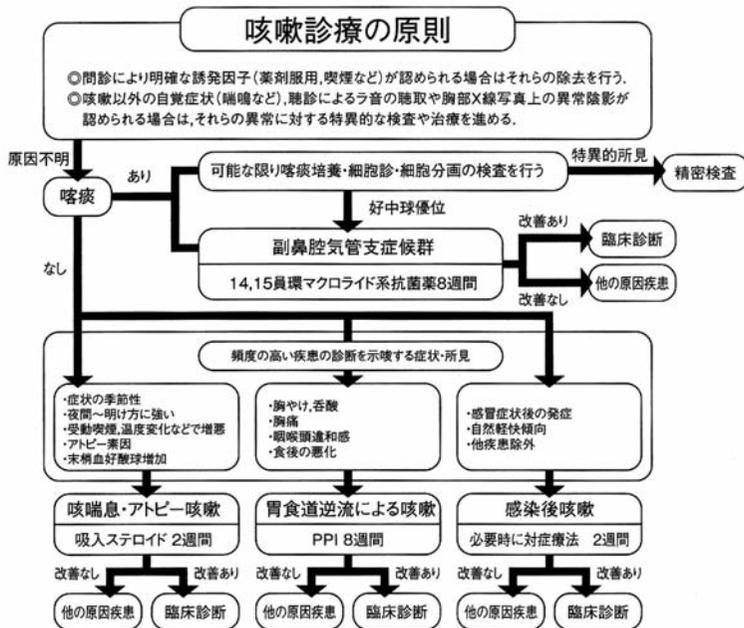


(図1) 成人の感染症咳嗽の診断 (咳嗽に関するガイドライン第2版 (2012) より引用)

慢性咳嗽になるとさらに感染性咳嗽の頻度は少なくなるが、わが国における慢性咳嗽の3大疾患の一つである副鼻腔気管支症候群に対してはマクロライドの長期療法が咳嗽・喀痰の軽減に有用である。遷延性慢性咳嗽ではまず喀痰の有無による評価を行うようにし、喀痰がある場合には喀痰培養や細胞診等の検査を提出し副鼻腔気管支症候群を鑑別する。喀痰がない場合には、咳喘息、アトピー咳嗽、胃食道逆流症、感染後咳嗽を臨床症状から鑑別する。ガイドラインではそれぞれについて治療薬と治療期間を示しており、治療薬の有効性を判断することで治療的診断を行うように推奨している（図2）。また慢性気道感染

症では近年慢性閉塞性肺疾患（COPD）が重要となっているが、COPDにおけるマクロライドの長期療法が予後と直結する憎悪頻度を減少させる効果が認められている。

一方咳嗽反射の低下という側面からみると、誤嚥性肺炎が近年の超高齢社会を背景にして問題となっている。肺炎においては最近マクロライドの併用療法が死亡率改善に有用であることが報告されてきており、マクロライドの持つ抗炎症作用が注目されている。しかし、医療・介護関連肺炎で重要な位置を占めている誤嚥性肺炎に関しては高齢者の予後不良肺炎を含んでおり、抗菌薬の限界も指摘されているため、予防戦略が重要である。



（図2）成人の遷延性慢性咳嗽の診断（咳嗽に関するガイドライン第2版（2012）より引用）

第227回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H24.11.17(土)16:00 於：和歌山ビッグ愛12階1201会議室

出席者 45名

特別講演 1

座長 和歌山県内科医会

副会長 澤 久先生

最近話題の感染症

～マイコプラズマを中心に

川崎医科大学総合内科学 1

准教授 宮下 修行先生

マイコプラズマは小集団内で流行を起こすことが特徴の1つであり、2010年以降、欧州各国でマイコプラズマの大規模な流行が報告され、同時期にわが国でも流行が確認されている。本稿では最近のマイコプラズマ感染症に関する話題を要約して示す。

1. 迅速診断法の実地医療での応用と限界

①迅速診断法の落とし穴. イムノカード法は健常成人でも約30%に陽性例が存在すること、マイコプラズマ急性感染後に1年以上陽性が持続する症例の存在することを明らかにしている。したがって、イムノカード法はIgM抗体の存在を意味するが、急性感染を確定する方法ではない。また前向き研究では、マイコプラズマ肺炎と診断された症例のうち1/3の症例でしか陽性とならず、実地医療での有用性は低いと考えられる²⁾。

②画像解析の進歩. マイコプラズマ肺炎の炎症の主体は免疫反応による間接的な細胞障害である。細胞性免疫の過剰反応は気管支血管周囲間質への炎症細胞浸潤を増強し、細気管支壁での炎症が強くなり、内腔狭窄をきたし閉塞性気管支炎を生じる。

2. 実地医療でのマイコプラズマ推定の実際－欧米と異なった診療の工夫

マイコプラズマは細菌と比較して感染様式や炎症の本体の違いに加え、気道上皮細胞への親和性が異なり、このことが臨床像の違いとして現れる。例えば感染感受性は若年者層

に偏っており、若年者の多くは基礎疾患を保有していない。マイコプラズマの感染の主座は、病初期は気管支～細気管支領域であるため、聴診では副雑音を聴取しにくい。また免疫反応が主体であるため、細菌性肺炎とは異なり白血球数が上昇する症例が少ない。これらマイコプラズマ肺炎の特徴を勘案して、日本呼吸器学会は臨床像からマイコプラズマ肺炎を抽出する項目を作成し推奨している。

3. 実地医療で鑑別する必要のない状況

診断基準を用いても、しばしば非定型肺炎と細菌性肺炎の鑑別が困難なことがある。高齢者や慢性の心肺基礎疾患保有者では鑑別を行う必要がないと考える。また、重症化した症例も鑑別困難であるため鑑別を行う必要はない。

4. 肺炎の群別とマイコプラズマの位置づけ

われわれの検討では、医療・介護関連肺炎では特殊な状況下（施設内での集団感染）を除いて非定型病原体を考慮する必要がない結果が得られた。

5. マクロライド耐性株の動向

マイコプラズマのマクロライド耐性株は2000年以降に日本各地で分離されるようになり、小児を中心にその頻度は約70%にも及んでいる。成人領域での我々の研究では耐性株は2008年に初めて検出され、以後増加傾向にある。

わが国での耐性株23SrRNAドメインVの遺伝子変異を解析した報告では、2063番目のアデニンがグアニンに置換（A2063G）したものが最も多く、いずれも14と15員環マクロライドに高度耐性を示していた。またマクロライド以外の薬剤では、リンコマイシンに耐性であるがテトラサイクリン系薬やニューキノロン系薬には感受性を示している。

6. 発症機序を考慮した治療戦略－炎症抑制を考慮した抗菌薬療法

マイコプラズマ肺炎像の形成は免疫反応が主体である。したがって、in vitroの成績に反し、実地医療ではマクロライド薬で治癒している症例があり、マクロライドの免疫修飾作用が治療効果に反映しているものと推測されている。マイコプラズマ病変の多くが宿主の免疫反応であることを考えると、殺菌効果が弱くても宿主免疫反応を抑制することにより肺炎を改善する方向に導くと考えられるため、第一選択薬はマクロライドでよいかわれる。耐性菌肺炎が強く疑われ、3日以上発熱が続き、肺炎が悪化するようならミノサイクリンまたはニューキノロン薬へ変更することを考慮する。

特別講演 2

座長 和歌山県内科医会

会長 西谷 博先生

インフルエンザウイルス感染症の 最新知見

九州保健福祉大学薬学部

教授 佐藤 圭創先生

感染症の歴史は、2009年のインフルエンザウイルスのパンデミック以降、大きく変わろうとしている。それは、抗微生物療法のみ頼る治療から、感染の病態を解析し、病態に合わせて、抗微生物療法に加えるべき抗病態療法を模索し、総合感染症治療という新しい治療概念が考えられるに至ったことである。本発表では、インフルエンザ感染を例に挙げ、病態から考えた、総合感染症治療戦略を概説する。

インフルエンザウイルス感染症は、高齢者を含むハイリスク患者の肺炎、脳症合併による高い死亡率、新型インフルエンザウイルス大流行の可能性から、最も注目される研究分野の一つである。しかし、その治療に関しては、治療薬であるノイラミダーゼ阻害剤の不足や耐性、副作用、新型インフルエンザウイルスワクチン開発の遅れ、宿主の過剰な免疫反応による重篤化に対する治療法が確立され

ていないことなど多くの問題が残されている。

インフルエンザウイルス感染症の病態は、1. インフルエンザウイルスそのものによるもの、2. 細菌性肺炎などの2次感染によるもの、3. インフルエンザ感染によって引き起こされる宿主の過剰な免疫反応によるものの3つの因子から形成されている。近年、この中で、宿主の過剰な免疫反応による組織障害が、インフルエンザの重傷化と関連していることが解ってきた。そして、我々は、宿主の過剰な免疫反応による重症化の機序の本体が、フリーラジカルであることを見出した。即ち、重症インフルエンザウイルス感染症がフリーラジカル病であることが判明したわけである。下記にこれを概説する。

マウスインフルエンザ感染モデルにおいて、ラジカル生成源としては、xanthine oxidase systemとinducible nitric oxide synthaseであり、それぞれの阻害薬が有効であることも確認した (Sato K. et al. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 157, 853-857)。

次に、ヒトでも、このラジカル病としてのインフルエンザウイルス感染症のコントロールを目指して、近年、免疫制御作用で注目されている14員環マクロライド剤のクラリスロマイシンによる研究を行った。A型インフルエンザウイルスに感染したクラリスロマイシンをあらかじめ少量長期投与患者及びNA阻害剤との同時投与治療において、血清IFN濃度が有意に低下し、その結果、xanthine oxidase活性が有意に低下し、血清中NO代謝産物の濃度が低下することを示した (佐藤圭創他. 日本胸部臨床第67:7号)。

我々の研究により、重症インフルエンザウイルス感染症がフリーラジカル病であり、マクロライドの有効性が証明されたことから、現在、全国の多くの施設で、新型インフルエンザ治療に、NA阻害剤とマクロライド剤が併用されている。

本研究によりインフルエンザがラジカル病であることが基礎的研究、動物実験、ヒトでの臨床データで証明され、かつクラリスロマ

イシンが過剰な免疫を制御しラジカルをコントロールすることで治療効果をあげているこ

とが示唆された。

第228回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H25.1.26(土)15:00 於：橋本商工会議所5F

出席者 25名

特別講演

座長 橋本市民病院循環器内科
筆頭部長 星屋 博信先生

大規模臨床試験からみた高血圧診療 ～降圧治療を中心に～

和歌山県立医科大学附属病院
紀北分院長 有田 幹雄先生



第229回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H25.2.2(土)15:30 於：和歌山ロイヤルパインズホテルホテルヨットクラブ2Fレセプションホール

出席者 14名

特別講演

座長 済生会和歌山病院心臓血管外科
医長 岩橋 正尋先生

糖尿病性足潰瘍の病態と治療 (神戸分類)

神戸大学大学院医学研究科
形成外科学教授 寺師 浩人先生

【はじめに】下肢慢性創傷の代表である糖尿病性足潰瘍は、欧米食の普及と本邦における高齢化社会という現象に伴い増加傾向にある。糖尿病を原因とする透析患者数も毎年約1万人単位で増加しており、透析を受けている患者では、血管の高度石灰化のため病態がより難治性となる。さらに、歩行という動作部位の創傷であることが通常の慢性創傷をより複

雑化している。従って、創傷を形成している病因を追求し、難治性に陥っている病態を把握することが何よりも重要なことである。

【糖尿病性足潰瘍の病因と病態】

糖尿病性足潰瘍を形成する病因は3つに分けられる。それは、

1. 末梢神経障害
2. 末梢血行障害（末梢動脈性疾患）
3. 感染症

である。

1. 末梢神経障害（Peripheral Neuropathy、以下PNとする）

本邦では約50%の糖尿病患者がPNをもっている。この統計上の糖尿病罹患平均年数は約11年であることより、日本人の体質では、糖尿病に罹患し10年以上経過すれば約半数の患者がPNを合併していることになる。糖尿病におけるPNは通常遠位多発神経障害で、

両側性であることが特徴である。PNはさらに以下の三つに分けられる。

1) 自律神経障害

糖尿病における自律神経障害には、起立性低血圧や消化管障害などがあるが、足の創傷にかかわるものは、足趾と足底に生理的に多く存在する動静脈シャントへの障害と発汗障害によるものが主である。小動脈から小静脈へ流れる動静脈シャントは、本来、足趾と足底皮膚の網状層～皮下組織に存在し、自律神経によって支配され体温調整を担っている。自律神経障害によって、動静脈シャントが常に拡張され足の血流分布が変動した結果、皮膚への血流障害と皮下～骨の血流過剰を招く。骨の血流過剰は骨の温度上昇を招き、主として荷重部である足根骨辺りの骨・関節の破壊を誘導し、深部知覚障害と重なりシャルコー足変形をもたらす。急性シャルコー関節症の診断は、疑わなければ蜂窩織炎や化膿性リンパ管炎と診断されがちである。何故ならば、発赤・腫脹・熱感を伴うからである。シャルコー関節症を疑い骨レントゲン写真で通常は鑑別が可能である。自律神経障害による発汗減少も足の創傷形成と創傷治癒遅延の原因となる。主として足底皮膚の乾燥から亀裂を生じやすくなり、加えてエクリン汗腺からの汗成分中にあるEGFの分泌障害が正常なる創傷治癒機転を阻害する。

2) 運動神経障害

ヒトにおける最も遠位の筋肉は中足骨間の虫様筋と骨間筋である。両者が運動神経障害で麻痺するとハンマートゥ変形やクロウトゥ変形になる。また、第2足趾を軸として足趾が重なり合い、いわゆる外反母趾や内反小趾の原因となる。このような変形そのものが、歩行時の足底の分布圧を変え、主に中足骨遠位端の踏み返し部位の胼胝形成を招く。また、近位趾節間関節の屈曲肢位が同部背側部の胼胝や潰瘍の原因となり、外反母趾と内反小趾が足趾間の鶏眼（Helomamolle）や潰瘍の原因となる。さらに、変形した足趾で歩行する

ことにより、中足骨遠位端の脂肪層の菲薄化を招くことも潰瘍が深達性となりやすい一因でもある。

3) 知覚神経障害

疼痛刺激がないために、低温熱傷や胼胝下の潰瘍形成、様々な外傷の原因となる。しかも患者自身が気づかないことが多い。

2. 末梢血行障害（Peripheral Arterial Disease、以下PADとする）

PADは以前ASO（閉塞性動脈硬化症）と云われていた疾患である。Fontaine分類でⅠ度（冷感）、Ⅱ度（間歇性跛行）、Ⅲ度（安静時疼痛）、Ⅳ度（潰瘍・壊疽）と進行する。Ⅲ度とⅣ度が重症下肢虚血（Critical Limb Ischemia）と定義されている。CLIによる創傷は虚血性潰瘍である。従って、その特徴は、心臓から最も遠位にある足趾や踵の壊死から始まることが多い。足は冷たく皮膚は平滑で毛髪のないことが多い。血流が乏しいために滲出液も少なく重篤な感染症となることが稀であるが、主たる治療である末梢血行再建術が施されると潜んでいた細菌が増殖し感染症に陥ることもあるので注意を要する。通常、糖尿病性のPNがあっても虚血性の痛みを伴うことが多い。また糖尿病合併症例では、動脈硬化による血管障害が下腿に起こりやすいことから治療がより困難となる。さらに透析患者では、血管の石灰化が治療の妨げになる。

3. 感染症

ここで述べる感染症は軟部組織感染症であり、骨髄炎はその延長線上にある。従って、軽度なものは蜂窩織炎であり、重症なものになると壊死性筋膜炎やガス壊疽である。また、特殊な感染症として、化膿性筋炎や筋肉内膿瘍などが挙げられる。

以上の3つの病因から4つの病態が形成される（神戸分類）。

Type I： 病因はPNで、胼胝下潰瘍、亀裂、水疱、各種足の変形による潰瘍が主たる病態

Type II： いわゆるPADからくる重症下肢虚血による潰瘍が主たる病態

Type III : PNが原因で潰瘍を形成し、創からの軟部組織感染症に陥った病態

Type IV : PN、PAD、感染症が混在し、主なものは、PADに加えて趾間白癬からの2次感染のために重症下肢虚血に陥った病態

【糖尿病性足潰瘍の治療】

神戸分類に基づいた主たる治療方法は、

Type I : 治療原則は、圧分散であるため、足底板などのフットウェアが重要である。骨や関節の露出で手術を余儀なくされる場合には、主要血管を残すことに留意する。

Type II : 治療方針は血流評価後に末梢血行再建術を優先することである。その決定には皮膚灌流圧 (Skin Perfusion Pressure) と angiosome の概念が重要である。

Type III : 積極的デブリードマンが治療の第一原則である。

Type IV : 時宜に沿った末梢血行再建術と

デブリードマンを施行しなければならないため、case-by-case で治療方針を決定しなければならない。チーム医療の根幹が問われる病態である。

【救肢の意義】

このような患者に対して、いたずらに救肢をもとめるのではなく早期に大切断をすべきであるという意見がある。しかし、もとの疾患群を考慮すると大切断後の歩行率は低い。われわれの研究では、65歳未満の大切断後の歩行維持率は約半分であるのに対して、65歳以上のそれは約1割である。一方、小切断後の場合、年齢を問わず9割以上が歩行可能である。治療後に歩行可能であれば、死亡原因の第1位を占める心血管イベントの発症率も低くすべく運動療法が可能となる。救肢は生命予後改善に繋がると考えられる。しかし、感染症からの救命や耐え難い疼痛に対して大切断術は有効な治療であるため、大切断も治療の重要な一環として捉えるべきである。

第230回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H25. 3. 9(土)16:30 於: ホテルアバローム紀の国 4階羽衣の間

出席者 47名

特別講演

座長 和歌山県医師会内科医会会長
にしたに内科院長 西谷 博先生

大規模臨床試験からみた糖尿病診療

和歌山県立医科大学内科学第一講座
准教授 佐々木秀行先生

糖尿病治療の目標は、良好な代謝状態の維持により合併症(糖尿病細小血管症; 細小血管症、動脈硬化性疾患: 大血管症)の発症・進展を阻止し、健康な人と変わらないQOLの維持、寿命の確保を達成することである。

この目的を実現するための治療法を開発し、治療目標を定めるためにさまざまな大規模臨床研究がなされてきた。これまでに得られたエビデンスをふまえて糖尿病の治療・予防指針および大血管症の予防について概説する。

1. 糖尿病の治療指針: 血糖コントロールにより細小血管症を抑制できることを最初に証明したのが1型糖尿病を対象としたDCCT研究である。2型糖尿病でこのことを証明したのは我が国に行われたKumamoto研究である。これらの研究により、細小血管症抑制のための血糖コントロール目標がHbA1c (NGSP) 7%未満であることが判明した。一方、初発

2型患者を対象としたUKPDS研究では血圧コントロールの細小血管症防止効果が血糖コントロールに匹敵することが示された。

これらの研究では大血管症に対する有意な効果はみられなかったため、さらに厳格な血糖コントロールの効果が試された。米国で行われたACCORD試験では強化療法群のHbA1cは6.5%未満の厳格なコントロールが達成されたが、総死亡の頻度が通常療法群より有意に高値となり3.5年で中止された。同様に急速な血糖コントロールを行ったVADT試験では重症低血糖の頻度が有意に増加した。このように正常値を目指す厳格な血糖コントロールの大血管障害抑制効果は証明されていない。一方、DCCT、UKPDS研究の本試験終了後のフォローアップ研究では元の強化療法群の細小血管症および大血管症の発症率は有意に抑制され、良好な血糖コントロールの持続が大血管症防止に有効なこと、早期の血糖コントロールの効果が長期間持続することが明らかとなった。DECODE研究やFUNAGATA研究により食後高血糖をきたす病態（IGT）が大血管症の危険因子であることが判明し、IGT症例で食後高血糖の是正が大血管症の一次予防に有効であったとの報告（STOP-NIDDM試験）もあるが、食後高血糖の是正がIGTや2型糖尿病の大血管症を抑制しないとの報告（NAVIGATOR、HEART2D試験）もあり、食後血糖値そのものが大血管症の発症を促進するかどうかの結論は得られていない。一方、血糖、血圧、脂質など多因子を良好に保つように介入すると細小血管症と大血管症は大幅に減少することが報告（Steno-2研究）されている。

これらの研究結果をうけて、米国（ADA）および欧州糖尿病学会（EASD）は“A Patient-Centered Approach”と称して、個々の患者にあったHbA1cのゴールを設定することを推奨している。すなわち、①多くの成人糖尿病は7.0%未満、②低血糖や他の

副作用を起こさずに厳格な目標を達成できる患者には6.5%未満、③重症低血糖の既往、短い平均余命、進行した細小および大血管症、自己管理能力に不安がある患者には8.0%あるいはそれ以上のHbA1cを目標に設定する。ADA/EASDは2型糖尿病の治療薬選択においてメトホルミンを第1選択とし、他の薬剤は個々の患者の状態に合わせて選択すべきであるとしている。肥満者が多くない我が国ではメトホルミンを第1選択にする必要はなく、適切な薬剤選択による血糖、血圧、脂質、体重管理を含め包括的に治療することを推奨している。

2. 2型糖尿病の発症予防：生活習慣（運動、食事）指導による減量が糖尿病発症予防に有用であることを示す多くにエビデンスがある（DPP、Finish DPS研究など）。コーヒーおよび適量の飲酒が糖尿病発症予防に有効であること、降圧薬のなかではレニン・アンギオテンシン系阻害薬が糖尿病発症予防効果を示すことが報告されている。

3. 糖尿病大血管症の抑制：大血管症発症予防は糖尿病治療の極めて重要な課題である。FDAが新規糖尿病薬を承認する基準にも、大血管症を促進しないことの証明が挙げられている。血糖、血圧、脂質を良好に管理し、禁煙することが大血管症の防止に有効であることには豊富なエビデンスがある。血糖降下薬で血糖改善作用を介さない大血管抑制作用は証明されているのはメトホルミンであるが、インクレチン関連薬も有効な可能性があり臨床試験が進行中である。

大規模臨床研究で得られたエビデンスを参考にしてガイドラインに縛られずに個々の患者の状態に最適な治療を行うことが重要と考える。

平成25年度(第44回)和歌山県医師会内科医会総会

H25. 5. 25(土)15:00 ~ 於: 和歌山ビッグ愛 4階大会議室

出席者 56名

総 会

司会 串上 元彦

1. 物故会員に黙祷

平成24年度 物故会員名簿 (敬称略)

長 島 秀 光	西 牟 婁 郡	平成24年 6月25日ご逝去 (享年84歳)
杉 緑	西 牟 婁 郡	平成24年 8月 1日ご逝去 (享年87歳)
橘 弘 譽	和 歌 山 市	平成24年10月 7日ご逝去 (享年89歳)
古 田 浩 二	日 高	平成24年10月21日ご逝去 (享年83歳)
下 間 仲 治	和 歌 山 市	平成24年10月27日ご逝去 (享年84歳)
小 川 忠 宏	那 賀	平成25年 1月 2日ご逝去 (享年97歳)
三 谷 壽 美	西 牟 婁 郡	平成25年 1月 3日ご逝去 (享年87歳)
松 本 元 作	和 歌 山 市	平成25年 3月22日ご逝去 (享年65歳)

匿名 2名

2. 会長挨拶 西谷 博

本日は、ご多用の中第44回総会にご出席賜りありがとうございます。

昨年、光定先生の後任を拜命して1年が経ちました。光定先生には及ぶべくもありませんが、顧問の先生方のご助言や副会長、理事の先生方の御助力で会務を行っております。

学術講演会を広く県下の5つのブロックで行う計画は、3ブロックで行うことが出来ましたが、有田・日高ブロックと新宮・東牟婁ブロックでは開催できていません。引き続き努力を致します。

後ほど報告しますが和歌山県医師会内科医会のホームページを立ち上げました。ご覧いただいているでしょうか、まだ掲示板の様な内容ですが、学術講演会予定を中心に掲載しております。ホームページの充実を図りたいと思っておりますので、この方面に明るい先生方から、ご助言戴きますようお願い申し上げます。

げます。

話は変わりますが、今日の医療界の情勢では、超高齢化の進展や医療費の高騰、生活習慣病の増加などの社会問題を背景に、医療・介護・ヘルスケアの部門における新たな技術や機器の開発を活発化させる動きが見えます。

しかし一方では、中央社会保険医療協議会(中医協)は14年度改訂に向け、①基本診療料の在り方、②医療機関における消費税問題、③医療技術の費用対効果、④長期収載品(後発品のある先発品)の薬価-を新たな課題として議論しているとの事で、医療・介護の「効率化」を14年度改訂では求められてくるものと思われま。

本年5月11日の読売新聞夕刊に、厚生労働省の研究班と日本老年医学会など3団体は「高齢者に対する適切な医療提供の指針」をまとめたと報道されておりました。高齢者には症状緩和を重視した全人的治療をと求めている

ました。このような治療には病院より開業医の方が適任とコメントされていました。同時に、多剤投与〔6種以上〕は副作用の危険があると強調されていました。一方、日臨内の次期診療報酬改定に対する要望の1番目は、処方7種以上の内服剤多剤投与の減算は多種疾患を持つ高齢患者が増える中、実態にあっていないので廃止すべきであると要望しています。医療現場の実態を正しく把握して建設的に議論して戴きたいと願うものです。

本日の特別講演には「効率的な」診療と新しい先端的な医療技術の紹介を意図して二つ

のご講演を用意させていただきました。

最後に少し明るい報告をさせていただきます。5月12日のわかやま新報一面に掲載され、既にご存じの事と思いますが、本年4月14日東京で行われた日本臨床内科医会総会に於きまして、当会名誉会長の伊藤周平先生が地域医療功労賞を受賞されました。永年のご功労に敬意を表しお祝い申し上げます。

伊藤先生に引き続いて、地域医療に多大な貢献のあった先生を日本臨床内科医会に推薦致したいと願っておりますのでよろしくお願ひ申し上げます。

3. 庶務報告 西谷 博

1) 名簿改訂 平成25年1月

発行部数 600部

2) 会員異動

新入会員 2名

再入会員 1名

入会が確認された会員 12名

物故会員 10名

退会会員 3名

退会と判断された会員 23名

平成25年3月31日現在の会員数 536名

平成24年度 新入会・退会会員名簿（敬称略）

新入会

鎌倉 徹郎	西牟婁郡	平成25年3月16日
久岡 崇宏	和歌山市	平成25年3月18日

再入会

金澤 秀晃	和歌山市	平成24年12月1日
-------	------	------------

退会

安江 満悟	東牟婁郡	平成24年9月14日
山本 勇	和歌山市	平成25年3月14日
藤原 滋人	那賀	平成25年3月11日

名簿改訂作業で入会が確認された会員

和歌山市 赤水尚史 井邊美香 末本浩基 月山 啓
 増田 茂 南方宏朗 向井克典
 海南岩橋和裕 細部雅代
 那賀田中 賢
 伊都横手英義 大萩晋也

名簿改訂作業で退会と判断された会員

和歌山市 池田一義 石谷精司 鎌田義紘 坂口 昭
 野上 斎 松尾貞雄 三輪英人 森田陸弥
 山崎 浩 一ノ瀬正和
 海南石橋昌子 牧田朋之
 那賀磯 定
 伊都松浦良和
 日高寒川シメ子 吉田元三郎 松下 昇
 田辺市 田畑憲一 長嶋雄一
 西牟婁郡 田中不二雄 西岡安弘 葎川明義
 新宮市 泉 慶一郎

4. 学術講演会報告 澤 久

平成24年度和歌山県医師会内科医会学術講演会（主催、共催）

日時	会場	演題・講師
平成24年 5月26日(土)	和歌山ビッグ愛 4階 出席者 54名	第219回学術講演会並びに和歌山県医師会内科医会総会 (特別講演) 「メタボリックシンドロームの今 - 病態と治療 -」 大阪大学大学院医学系研究科 内分泌・代謝内科学 教授 下村尹一郎 先生
平成24年 6月23日(土)	和歌山ビッグ愛 6階 出席者 39名	第220回学術講演会 (特別講演) 「大規模臨床試験からみた高血圧診療」 和歌山県立医科大学 保健看護学部 教授 有田 幹雄 先生
平成24年 7月14日(土)	フォルテワジマ 4階	第221回学術講演会 (特別講演) 「大規模臨床試験からみた高血圧診療」～降圧治療を中心に～ 和歌山県立医科大学附属病院 紀北分院長 有田 幹雄 先生
平成24年 8月25日(土)	和歌山ビッグ愛 4階 出席者 12名	第222回学術講演会・外科部会合同学術講演会 (特別講演) 「胃癌に対する標準的化学療法と実地臨床への応用」 大阪大学大学院医学系研究科 消化器癌進化学療法開発学 助教 工藤 敏啓 先生
平成24年 9月1日(土)	和歌山マリーナシ テイロイヤルバイ ンズホテル 出席者 46名	第223回学術講演会 (症例提示) 「精神療法家からみた睡眠導入剤の適正使用について」 日本赤十字社和歌山医療センター 精神科 部長 東 陸広 先生 (特別講演) 「不眠症の診断と治療のポイント」 大阪回生病院 睡眠医療センター 部長 谷口 充孝 先生

日時	会場	演題・講師
平成24年 9月29日(土)	和歌山ビッグ愛 2階 出席者 48名	第224回学術講演会 (特別講演) 「慢性腎臓病（CKD）の新しい診方と腎保護を考慮した高血圧療法」 大阪市立大学附属病院 腎臓内科 病院教授 石村 栄治 先生
平成24年 11月10日(土)	ガーデンホテル ハナヨ 出席者 33名	第225回学術講演会 (特別講演①) 「う蝕・歯周病と全身疾患」 大阪大学大学院歯学研究科 口腔分子免疫制御学講座予防歯科学分野 教授 天野 敦雄 先生 (特別講演②) 「カテーテルアブレーション、ICD、CRT、ホームモニタリング」 紀南病院循環器科 部長 田中 篤 先生
平成24年 11月10日(土)	ホテルニューオー タニ大阪 出席者 282名 (内和歌山県4名)	第226回学術講演会（三府県内科医会合同学術講演会） Session I インフルエンザ 「インフルエンザ感染の重症化とその対策」 徳島大学疾患酵素学研究中心 生体防御・感染症病態代謝研究部門 教授 木戸 博 先生 Session II 呼吸器感染症 「冬季における高齢者の呼吸器感染症診療の注意点」 大阪大学医学部附属病院感染制御部 副部長 関 雅文 先生 「呼吸器感染症における最近の話題 ～咳嗽に関するガイドライン第2版を中心に～」 大分大学医学部総合内科学第二講座 教授 門田 淳一 先生
平成24年 11月17日(土)	和歌山ビッグ愛 12階 出席者 45名	第227回学術講演会 (特別講演Ⅰ) 「最近話題の感染症 ～マイコプラズマを中心に～」 川崎医科大学総合内科学Ⅰ 準教授 宮下 修行 先生 (特別講演Ⅱ) 「インフルエンザウイルス感染症の最新知見」 九州保健福祉大学薬学部 教授 佐藤 圭創 先生
平成25年 1月26日(土)	橋本商工会議所 出席者 25名	第228回学術講演会 (特別講演) 「大規模臨床試験からみた高血圧診療」～降圧治療を中心に～ 和歌山県立医科大学附属病院 紀北分院長 有田 幹雄 先生
平成25年 2月2日(土)	和歌山ロイヤルパ インズホテルヨッ トクラブ 2階 出席者 14名	第229回学術講演会 (特別講演) 「糖尿病性足潰瘍の病態と治療（神戸分類）」 神戸大学大学院医学研究科 形成外科学 教授 寺師 浩人 先生
平成25年 3月9日(土)	アバローム紀の国 4階 出席者 47名	第230回学術講演会 (特別講演) 「大規模臨床試験からみた糖尿病診療」 和歌山県立医科大学 第一内科 准教授 佐々木秀行 先生

平成24年度 和歌山県医師会内科医会学術講演会予定（後援、共催）

日 時	会 場	演 題 ・ 講 師
平成24年 5月10日(木)	ホテル阪急イン ターナショナル	原発性アルドステロン症の実態調査講演会 (講演Ⅰ) 「日臨内 原発性アルドステロン症の実態調査の概要」 日本臨床内科医会 循環器班 班長 大阪府内科医会 理事 中尾 正俊 先生 (特別講演) 「原発性アルドステロン症の現況と問題点」 慶応義塾大学 名誉教授 日本臨床内科医会 会長 猿田 享男 先生
平成24年 7月7日(土)	和歌山ビッグ愛 4階	第4回和歌山糖尿病地域連携研究会 (シンポジウム) 「和歌山における糖尿病地域連携の現状と今後の展望」 1. 「糖尿病地域連携活性化の試み」 多田内科 多田 正巳 先生 2. 「(まちぐるみの糖尿病予防対策)のとりくみ」 和歌山市健康局長(兼)保健所長 永井 尚子 先生 3. 「海南市民病院の糖尿病地域連携のとりくみ」 海南市民病院 内科医長 日々野 彰 先生 (話題提供) 「和歌山糖尿病地域連携サイバーパスについて」 和歌山市医師会 田中 章慈 先生 (特別講演) 「佐賀県における糖尿病医療連携の現状と将来」 佐賀大学医学部内科学講座 肝臓・糖尿病・内分泌内科 教授 安西 慶三 先生
平成24年 9月6日(木)	ホテルグランヴィ ア和歌山	第67回和歌山内分泌代謝研究会 (一般演題) 1) 「腫瘍部位の同定が困難であったクッシング病の1例」 日本赤十字社和歌山医療センター 糖尿病・内分泌内科 岩橋 彩 先生他 2) 「バセドウ病治療経過中に褐色細胞腫クリーゼを来した1例」 和歌山県立医科大学 内科学第一講座 竹島 健 先生他 3) 「低血糖昏睡にて救急搬送された1例の検討」 公立那賀病院 内科 松谷 紀彦 先生他 (特別講演) 「ストレス機構 最近の知見：中枢から末梢へのパラダイムシフト」 東京慈恵会医科大学附属柏病院 糖尿病・代謝・内分泌内科 教授 東條 克能 先生
平成24年 11月1日(木)	ホテルグランヴィ ア和歌山	第1回 和歌山甲状腺セミナー (特別講演) 1. 「甲状腺診療の基本 ～甲状腺機能と結節」 和歌山県立医科大学 内科学第一講座 教授 赤水 尚史 先生 2. 「甲状腺／頸動脈エコーの見方」 和歌山県立医科大学 内科学第一講座 助教 古川 安志 先生 (特別実演) 「甲状腺／頸動脈エコーの見方」 実演者：和歌山県立医科大学 内科学第一講座 助教 稲葉 秀文 先生 助教 古川 安志 先生
平成25年 2月14日(木)	日本赤十字社和歌 山医療センター	第68回和歌山内分泌代謝研究会 (特別講演) 「小児糖尿病治療UPDATE」 駿河台日本大学病院 小児科 准教授 浦上 達彦 先生

日 時	会 場	演 題 ・ 講 師
平成25年 2月21日(木)	和歌山ビッグ愛 6階	第2回臨床・病理カンファランス (検討症例) 「急性骨髄性白血病の同種骨髄移植後に多彩な合併症を来した症例」 Case Presenter 和歌山県立医科大学血液内科学教室 細井 裕樹 先生 花岡 伸佳 先生 Discussants 和歌山県立医科大学附属病院卒後臨床研修センター 大岩 健洋 先生 森本 将矢 先生 山下 友佑 先生 Pathology 和歌山県立医科大学人体病理学教室 割栢 健史 先生 村田 晋一 教授 Short lecture 和歌山県立医科大学放射線医学教室 武内 泰造 先生
平成25年 3月14日(木)	ダイワロイネット ホテル和歌山	和歌山県医師会、整形外科医会、外科部会、内科医会、産婦人科医会、 臨床整形外科医会、合同学術研究会 (特別講演) 「骨形成促進剤による骨粗鬆症の治療－PTHの基礎と臨床－」 秋田大学大学院 整形外科学講座 准教授 宮腰 尚久 先生

5. 会務報告 申上 元彦

1) 評議員会、総会

平成24年 5月26日

2) 理事会

平成24年 5月26日

平成24年 6月23日

平成24年 8月25日

平成25年 3月9日

3) 学術企画

西谷、澤、山西(康)、島(基)、野村、大萩、吉村、三谷、木下
インターネットを利用して企画を相談

4) 会誌編集委員会 寒川 明宣

寒川、申上、南部、澤、西谷

第26号(平成24年度)編集委員会

平成24年 6月18日第2回

平成24年 7月23日第3回

平成24年10月1日 会誌送付

発行部数 900部

配 布 先 1、会員、内科標榜医療機関、医師会各部会 702部

2、都道府県内科医会 47部

3、広告掲載各社 18部

第27号(平成25年度)編集委員会

平成25年 2月25日第1回

5) インターネット関係 西谷 博

平成24年7月17日

和歌山県医師会内科医会ホームページ準備委員会：吉村（研）、西谷、島（基）

平成24年11月30日 和歌山県医師会内科医会ホームページ作成

<http://wakayama-naikai.jp/>

さくらインターネット株式会社

さくらのレンタルサーバー スタンダードプラン

理事会メーリングリスト 作成

6) 和歌山県医師会関連

平成24年11月18日 和歌山医学会・評議員会：西谷、澤

和歌山県医師会医学会総会

7) 日本臨床内科医会関連 西谷 博

(1)平成24年4月14、15日 第28回日本臨床内科医会総会（東京）

理事会 西谷（代理出席）

代議員会 南條（輝久）、澤、西谷

(2)平成24年8月26日 日本臨床内科医会近畿ブロック代表者会議

グランビア京都（担当：滋賀県）

伊藤、田中（章）、西谷、山西（康）、見永、澤

(3)平成24年10月6～8日 第26回日本臨床内科医学会（徳島）

（ホテルクレメント徳島）

理事会：田中（章）・代議員会：澤、山西（康）、西谷

(4)日本臨床内科医会 専門医制度一次審査 平成25年3月

認定医新規 3名 認定医更新 6名 専門医更新 19名

(5)和歌山県日本臨床内科医会会員数 245名

6. 会計報告 見永 武芳

和歌山県医師会内科医会会計報告(平成25年5月25日)

自 平成24年4月1日 至 平成25年3月31日

年 月 日	摘 要	収 入	支 出
平成24. 4. 26) 9. 4	年会費振込 (26名分) 6,000×1 2,000×23	52,000	
5. 31	年会費基本引き (342件・369人分) 738,000 (369人分) - 34,200 (手数料)	703,800	
6. 1	5. 26理事会・評議員会交通費 (11名) 5. 26理事会・評議員会交通費 (5名追加分)		22,000 10,000
6. 1	新宮・東牟婁郡医師会内科関係 講演会補助金		100,000
6. 15) 10. 1	内科医会会誌広告料 (17社分)	340,000	
7. 3	垂れ幕・式次第など会場設営費用 総会用文書印刷代 (2件) (振込料500円含む) 6. 23理事会出席交通費 (10名分)		7,350 94,200 20,000
8. 13	利息 8. 25理事会出席交通費 (7名分) - 1名欠席で2000円現金預かり -	1,510	14,000
10. 9	会誌印刷代 (振込料500円含む) 郵送料		649,211 6,500
平成25. 1. 25	封筒印刷代 (振込料500円含む)		24,650
2. 11	利息	1,541	
3. 4	会員名簿印刷代 (振込料500円含む)		302,585
3. 7	県医師会・分科会 (637名分)	787,000	
3. 17	会議室キャンセル代 (ビッグ愛) 返金 →申し込み金は昨期支出← 3. 9理事会出席交通費 (8名分) 内科医会ホームページ立ち上げ諸経費	5,278	16,000 26,360
3. 21	内科医会会誌広告料 (1社分)	20,000	
合 計		1,911,129	1,292,856

前 期 繰 越 金 7,395,468円
 収 入 金 額 1,911,129円
 支 出 金 額 1,292,856円

銀 行 残 高 合 計 8,013,741円
 現 金 預 かり 2,000円

差 し 引 き 残 高 8,015,741円

監事 戸 田 叡 吾



監事 渡 辺 謙



7. 監査報告 渡辺 謙

8. 議事 特になし

和歌山県医師会内科医会役員職名

(H24. 4. 1～H26. 3. 31)(敬称略、順不同)

名誉会長	伊藤周平	
会 長	西谷 博	
副 会 長	山西康仁	澤 久
	見永武芳	
理 事	田中章慈	島 基
	野村康晴	多田正己
	寒川明宣	南部文彦
	串上元彦	大萩晋也
	吉村 研	三谷健一郎
	木下欣也	
評 議 員	田村公之	島 廣樹
	森 喜久夫	坂本健一
	松永由美子	山本寛彦
	島 俊介	会田正康
	田畑 宏	中山恒夫
	村上 整	和中佳生
	南方宏朗	大谷晴久
	上田耕臣	吉川博之
	西本武司	豊田栄一
	永野公一	中野康宏
	上西禎一	江川正一
	池田明彦	塩路信人
	辻村武文	東 冬彦
	西川哲司	松尾清次
	坂野智洋	湊口博之
	赤水尚史	一瀬雅夫
	赤阪隆史	西山秀樹
	山下幸孝	田村 崇
	井上 元	上野雄二
顧 問	藤沢知雄	光定和男
	南條輝久男	有本重也
監 事	戸田毅吾	渡邊 謙
功劳会員	(H24. 5. 26現在)(順不同)	
	汐見文隆	木上良彦

北山久雄	寺本 柁
山本 勉(初島)	岩橋良彦
阪上 明	虎谷良雄
今川康夫	中江遵義
漁野 諒	那須征太郎
中西善夫	金澤秀晃
古田浩二	笹屋昌文
中尾 修	和中禮三
中谷俊生	久保邦臣
伊藤周平	藤澤知雄
岡 久雄	上田修一
山下栄一郎	矢田 満
有田幹雄	山根康史
山家恒雄	井関富美子
上江洲朝洋	立石 功
西本英一郎	田尻統一
石川隆弥	中井義勝
山本博晟	中根康智
上田高司	

和歌山県医師会内科医会役員業務分担

(H24. 4. 1～H26. 3. 31)(敬称略、順不同)

学術企画	西谷 博	澤 久
	山西康仁	島 基
	野村康晴	大萩晋也
	吉村 研	三谷健一郎
	木下欣也	
庶 務	西谷 博	澤 久
	串上元彦	南部文彦
会 計	見永武芳	
医療保険	多田正己	澤 久
介護保険	田中章慈	野村康晴
雑誌編集	寒川明宣	西谷 博
	澤 久	南部文彦
	串上元彦	
インターネット関係	吉村 研	西谷 博

島 基
和歌山県医師会医学会
分科会 西谷 博
評議員 西谷 博 澤 久
日本臨床内科医会（和歌山）
総括 西谷 博 田中章慈
山西康仁 澤 久
庶務 西谷 博 澤 久
会員登録 見永武芳
インターネット関係 見永武芳

会計
学術企画
日本臨床内科医会
理事
代議員
学術部委員
介護保険委員

見永武芳
西谷 博 澤 久
山西康仁
田中章慈
西谷 博 澤 久
山西康仁
有田幹雄 大谷晴久
田中章慈

和歌山県医師会医学会内科分科会会則

- 第1条 本会は和歌山県医師会内科医会と呼称する。
- 第2条 本会は内科学の研究、会員相互の親睦、医道の高揚を目的とする。
- 第3条 本会は前条の目的を達成するため、次の事業を行う
1. 医学会の開催
 2. その他本会の目的を達成するために必要な事業
- 第4条 本会の事務所は和歌山県医師会内に置く。
- 第5条 本会は上記目的に賛同する和歌山県医師会会員を以って組織する。但し、役員会が認めた場合和歌山県医師会に入会していない医師もその入会を認める。
- 第6条 入会または退会しようとする者は、本会に申し出るものとする。
- 第7条 会員は所定の会費及び負担金を本会に納入しなければならない。但し特別な事情がある者に対しては役員会の議決を経て、その額を減免する事ができる。
- 第8条 本会の経理は会費ならびに県医師会からの交付金による。
- 第9条 本会に次の役員を置く。
- | | |
|-----|--------------|
| 会長 | 1名 |
| 副会長 | 3名 |
| 理事 | 若干名（評議員をかねる） |
| 評議員 | 若干名 |
| 監事 | 2名 |
- 第10条 本会に名誉会長及び顧問を置くことができる。これらは役員会の議を経て会長之を委嘱する。
- 第11条 会長は評議員会に置いて推薦し、総会の議決により決定する。
- 第12条 役員の任期は2年とする。
- 第13条 副会長、理事、評議員および監事は会長之を委嘱する。
- 第14条 会長は本会を総理し、理事会、評議員会において、議長となる。
- 第15条 副会長は会長が事故あるとき、その職務を代理する。
- 第16条 副会長、理事は会長を補佐し、本会の運営を行う。監事は本会の会計を監査する。評議員は本会枢要の事項を評議する。
- 第17条 総会は年1回行う。その他必要に応じ、会長が臨時に開くことができる。
- 第18条 理事会、評議員会は必要に応じて会長が招集する。
- 第19条 会議の議決は出席役員の過半数により決定する。可否同数のときは会長が決定する。
- 第20条 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。
- 第21条 会則の変更その他重要事項は、総会の議決を必要とする。

(内規) この内規は平成9年5月17日から施行する。内規の変更は評議員会の承認を受けるものとする。

1. 本会に功労会員を置くことができる。
 - (1) 役員として在任10年以上で退任したもの。
 - (2) 本医会の発展、事業の推進に著しい功績のあったもの。
 - (3) 会長は役員会の議を経て功労会員に記念品を贈ることができる。
2. 本会会員が本会に関係する会務のため県外に出張するときは和歌山県医師会旅費規定に準じて旅費を支給することができる。
3. 会費は年額2,000円とする。
4. 満80歳を越えた会員に対しては会費を免除する。

昭和43年5月制定
昭和59年6月一部改訂
平成3年5月一部改訂
平成6年9月一部改訂
平成9年5月一部改訂
平成15年7月一部改訂
平成16年1月一部改訂
平成17年4月一部改訂
平成18年5月一部改訂

編集後記

今回、初めて編集後記を書かせていただくこととなりました。しかしながら、編集作業のすべてを寒川先生にさせていただき、申し訳なく思っています。そのため編集後記らしくない内容となってしまったことをお詫びいたします。

さて、先天性風疹症候群の子供の増加が問題になっています。その背後には、多数の風疹に感染した妊婦さんの人工妊娠中絶もあります。これには風疹の流行が影響していること、には異論のないところですが。そして、今、あわてて、ワクチン接種を勧めるPRをしています。

かつて、女兒にしかワクチン接種をしていなかった時期があること、2回接種に変更するのが遅れたこと、MMRワクチンの副反応の影響もあって、1995年、集団接種から個別接種になり、ワクチン接種率が低下したことなども影響していると考えられます。事実、数年ごとに流行していた風疹のピークが1992年は低くなり、1990年代後半には流行のピークが見られなくなりました。ところが、1995年以降のワクチン接種率の低下が影響し始めたのか、2004年に流行があり、2012、13年に

はさらに大きな流行になってきました。

以前、インフルエンザワクチンについてもよく似たことがありました。副反応のため、ワクチン接種率が下がり、冬場の高齢者の超過死亡は増え、ワクチン接種率が改善するにつれ超過死亡が減少した事実もあります。

最近では、子宮頸がん予防ワクチンでも副反応等に関して議論が起これ、接種勧奨をしないということになりました。今までのところ、子宮頸癌の前癌病変ではないかと思われる組織への変化を減らせるのではないかという報告があります。しかし、重大な副反応もないのが理想です。副反応とワクチンの関連の有無や発生メカニズム・副反応を減らす方法等が、早く解明されることを期待したいと思います。

我々は、総合診療医も専門医も、開業医も勤務医も、臨床医も研究医も関係なく、この医療界で仕事を続けている間は、ますます速く変化・進歩していく中、常に研鑽を続け、真実を探求することの必要性・重要性を改めて感じている昨今です。

南部文彦



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

処方せん医薬品
(注意:医師等の処方せんにより使用すること)

Trazenta® Tablets 5mg

【効能・効果】「用法・用量」「禁忌を含む使用上の注意」等
につきましては製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社 日本イーライリリー株式会社

〒141-8617 東京都品川区大崎2丁目1番1号 〒651-0086 神戸市中央区磯上通7丁目1番5号
資料請求先: Df センター

Boehringer Ingelheim Lilly

2013年3月作成

〔2013年6月追加収載品〕

アレルギー性疾患治療剤

日本薬局方 フェキソフェナジン塩酸塩錠

フェキソフェナジン

塩酸塩錠 30mg「SANIK」
塩酸塩錠 60mg「SANIK」

新発売
薬価基準収載

効能・効果, 用法・用量, 警告, 禁忌 (原則禁忌を含む), 使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

販売元(資料請求先):
製造をテカラに、世界への供給。
日医工株式会社 富山市船曲輪1丁目6番21
http://www.nichiiko.co.jp/
お客様サポートセンター 區区(0120)517-215

製造販売元:
日医工サノフィ株式会社
東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

2013年6月作成

非プリン型選択的キサンチンオキシダーゼ阻害剤
高尿酸血症治療剤

薬価基準収載 処方せん医薬品^{※1}

フェブリク® 錠

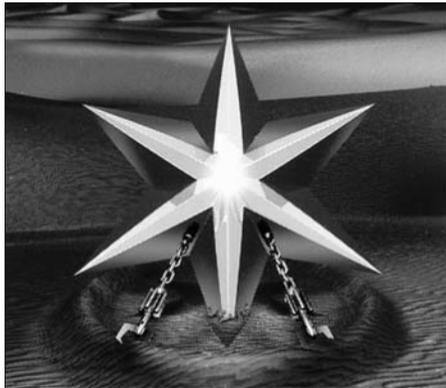
10mg
20mg
40mg

Feburic® Feburic® Tablets (フェブキソスタット製剤) 注)注意-医師等の処方せんにより使用すること

「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」については添付文書をご参照ください。

製造販売元
TEIJIN 帝人ファーマ株式会社
【資料請求先】 帝人ファーマ株式会社 学術情報部
〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号

FET082 (IF) 1306
2013年6月作成



高親和性AT₁レセプターブロッカー

薬価基準収載

オルメテック錠

5mg 10mg
20mg 40mg

処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること
一般名/オルメサルタン メドキシミル

※効能・効果、用法・用量および禁忌を含む使用上の注意等については
製品添付文書をご参照ください。



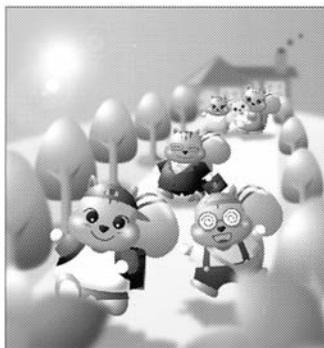
Daiichi-Sankyo

製造販売元（資料請求先）

第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1

2013年3月作成



マクロライド系抗生物質製剤（薬価基準収載）

処方せん医薬品^注 クラリスロマイシン製剤

日本薬局方 クラリスロマイシン錠 日本薬局方 クラリスロマイシン錠

クラリス錠200 **クラリス錠50小児用**

クラリスドライシロップ
10%小児用

注）注意—医師等の処方せんにより使用すること

※「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌を含む
使用上の注意」は 添付文書をご参照ください。



発売（資料請求先）

大正富山医薬品株式会社

〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1



製造販売

大正製薬株式会社

〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1

CLB54 2009.7



骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

リカルボン錠50mg

ミノドロン酸水和物錠

RECALBON

創薬、処方せん医薬品^注

注）医師等の処方せんにより使用すること

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等、
詳細は製品添付文書をご参照ください。

資料請求先



小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号

120701



新発売

選択的DPP-4阻害剤 - 2型糖尿病治療剤 -
処方せん医薬品：注意 - 医師等の処方せんにより使用すること

オングリザ錠 2.5mg
5mg

サキサグリブチン水和物錠 ONGLYZA Tablets 2.5mg-5mg 薬価基準収載

「効能・効果」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌を含む使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元 (資料請求先)
協和発酵キリン株式会社
東京都千代田区大手町 1-6-1
www.kksmile.com

2013年7月作成
※登録商標



NOVARTIS



選択的DPP-4阻害薬

薬価基準収載

エクア錠 50mg

【処方せん医薬品】(注意 - 医師等の処方せんにより使用すること)

Equa[®] ビルダグリブチン錠

効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売 (資料請求先)
ノバルティス ファーマ株式会社
東京都港区西麻布4-17-30 〒106-8618

NOVARTIS DIRECT
0120-003-293
受付時間：月～金 9:00～17:30
(休業日及び当社は休まず)

2013年3月作成



アルツハイマー型認知症治療剤 創薬・処方せん医薬品：注意 - 医師等の処方せんにより使用すること (薬価基準収載)

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩錠
アリセプト 錠 3mg
錠 5mg
錠 10mg

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩細粒
アリセプト 細粒 0.5%
錠 3mg
錠 5mg
錠 10mg

アリセプト-D
(ドネペジル塩酸塩に胆内胆汁酸)

アリセプト 内服ゼリー 3mg
内服ゼリー 5mg
内服ゼリー 10mg

アリセプト ドライシロップ 1%
(ドネペジル塩酸塩製剤)

製造販売元 (Eisai) **エーザイ株式会社**
東京都文京区小石川4-6-10

●効能・効果、用法・用量及び禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

文献請求先・製品情報お問い合わせ先：エーザイ株式会社 hhcホットライン
フリーダイヤル 0120-419-497 9～18時(土、日、祝日 9～17時)

www.aricept.jp
ART1305M05



HMG-CoA還元酵素阻害剤

薬価基準収載

Crestor[®]錠 2.5mg 5mg

ロスバスタチンカルシウム錠

処方せん医薬品^{注1)}

CRESTOR[®]

注) 注意 — 医師等の処方せんにより使用すること
 ②: アストラゼネカグループであるIPR社の登録商標です。

●効能・効果、用法・用量、禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意等につきましては製品添付文書をご参照ください。

製造販売元 (資料請求先)

アストラゼネカ株式会社

〒531-0076 大阪市北区大淀中1丁目1番88号

☎ 0120-189-115 (問い合わせフリーダイヤル)

メディアインフォメーションセンター)



発売 (資料請求先)

シオノギ製薬

〒541-0045 大阪市中央区道修町3-1-8

☎ 0120-956-734 (問い合わせフリーダイヤル)

シオノギ医薬情報センター)

2011年12月作成



胆汁排泄型持続性AT₁受容体ブロッカー

薬価基準収載

ミカルデイス[®]錠 20mg 40mg 80mg

テルミサルタン

処方せん医薬品

(注意 医師等の処方せんにより使用すること)

Micardis[®] Tablets

■【効能・効果】【用法・用量】
 「禁忌を含む使用上の注意」
 等につきましては、製品添付
 文書をご参照ください。

胆汁排泄型持続性AT₁受容体ブロッカー/持続性Ca拮抗薬合剤

薬価基準収載

ミカムロ[®]配合錠 BP

テルミサルタン/アムロジピンベシル塩酸配合錠

処方せん医薬品

(注意 医師等の処方せんにより使用すること)

Micamlo[®] Combination Tablets AP-BP

AP: テルミサルタン40mg/アムロジピン5mg 配合錠

BP: テルミサルタン80mg/アムロジピン5mg 配合錠

発売

アステラス製薬株式会社

東京都板橋区東板橋3-17-1

【資料請求先】本社/東京都中央区日本橋本町2-5-1

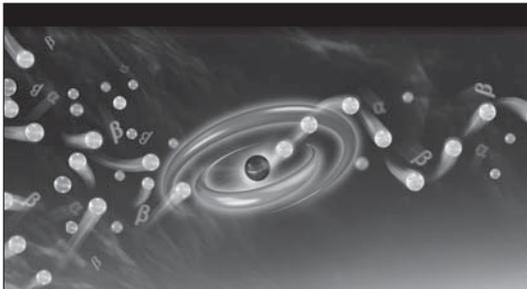
製造販売

日本ペーリナー・インダストリアル株式会社

東京都品川区大崎2丁目1番1号

資料請求先: Dセンター

2013/07作成 55×150mm.D.01



選択的DPP-4阻害剤/糖尿病用剤

Januvia[®]

ジャヌビア[®]錠 25mg 50mg 100mg

薬価基準収載

[シタグリブチンリン酸塩水和物錠]

処方せん医薬品: 注意 — 医師等の処方せんにより使用すること

【効能・効果】、【用法・用量】、【用法・用量に関連する使用上の注意】、【禁忌を含む使用上の注意】等については、製品添付文書をご参照ください。



製造販売元 (資料請求先)

MSD株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア

http://www.msdd.co.jp/

2011年6月作成

JAN11AD014-0616



GlaxoSmithKline 生きる喜びを、もっと
Do more, feel better, live longer

Lamictal®

抗てんかん剤 薬価基準収載

【劇薬】 処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

ラミクタール錠 小児用 2mg
小児用 5mg

Lamictal® Tablets ラモトリギン錠

抗てんかん剤 / 双極性障害治療薬 薬価基準収載

【劇薬】 処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

ラミクタール錠 25mg
100mg

Lamictal® Tablets ラモトリギン錠



※「効能・効果」、「用法・用量」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「警告、禁忌を含む使用上の注意」については添付文書をご参照ください。

製造販売元

グラクソ・スミスクライン株式会社

グラクソ・スミスクラインの製品に関するお問い合わせ・資料請求先
TEL: 0120-561-007 (9:00~18:00 / 土日祝日および当社休業日を除く)
FAX: 0120-561-047 (24時間受付)

〒151-8566 東京都渋谷区千駄ヶ谷 4-6-15 GSKビル

2013年7月作成



持続性AT₁レセプターブロッカー

処方せん医薬品^注

薬価基準収載

アジルバ錠 20mg
40mg

(アジルサルタン錠)

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること



効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

2013年6月作成



(資料請求先)

武田薬品工業株式会社

医薬営業本部
〒103-8668 東京都中央区日本橋二丁目12番10号



持続型赤血球造血刺激因子製剤

生物由来製品、劇薬、処方せん医薬品^注

薬価基準収載

ミルセラ® 注シリンジ

25 μ g、50 μ g、75 μ g

100 μ g、150 μ g、200 μ g、250 μ g

MIRCERA® Injection Syringe

25 μ g, 50 μ g, 75 μ g, 100 μ g, 150 μ g, 200 μ g, 250 μ g

エゴエチンベータヘコル(遺伝子組換え)注

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

® F. ホフマン・ラ・ロシュ社(スイス)登録商標

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、製品添付文書をご参照下さい。

<http://www.chugai-pharm.co.jp>

製造販売元



中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1
ロシュ グループ

(資料請求先) 医薬情報センター
TEL: 0120-189706 FAX: 0120-189705

2012年5月作成

抗血小板剤

シロスタゾール口腔内崩壊錠

薬価基準収載

プレタール® OD錠50mg・100mg

Pletaal® OD tablets 50mg・100mg

◇効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご参照ください。

製造販売元
大塚製薬株式会社
Otsuka 東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先
大塚製薬株式会社 医薬情報センター
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

（'12.06作成）

TSUMURA Kambakutaisoto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Sakinto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Chojokito Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Shikunshito Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Ryutanshakaruto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Kyukkyo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Makyo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Hei Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA S Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA T Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA M Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA F Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA J Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA C Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA K Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA G Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA S Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA D Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA O Extract Granules for Ethical Use

TSUMURA Kakkontokasenkyushin Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Otsujito Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Anichusan Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Jumhalokuto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Hachinjogon Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Daisaikoto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Hangeishimintou Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Kishibukuryogan Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Keshikaryukotsubonito Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Maoto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Eppikajutsuto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Bakumondoto Extract Granules for Ethical Use



**漢方医学と西洋医学の
融合により世界で類のない
最高の医療を患者さんに**

株式会社 **ツムラ** <http://www.tsumura.co.jp/>
 ●資料請求・お問い合わせは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。Tel.0120-329-970

(2010年7月制作)
IU-30011



選択的ヒスタミンH₁受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤 薬価基準収載

**タリオン® 錠5mg・錠10mg
OD錠5mg・OD錠10mg**

TALION® Tablets 5mg・Tablets 10mg (ベボタスチンベンシル酸塩製剤)
 TALION® OD Tablets 5mg・OD Tablets 10mg (ベボタスチンベンシル酸塩口腔内崩壊錠)

〔処方せん医薬品〕(注意:医師等の処方せんにより使用すること)

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

提 携
宇部興産株式会社  製造販売元(資料請求先)
田辺三菱製薬株式会社
 大阪市中央区北浜2-6-18

2009年11月作成

 大日本住友製薬

錠200mg新発売

th
Anniversary

長時間作用型 ARB

薬価基準収載

アバプロ錠[®] 50mg
100mg
200mg

一般名 イルベサルタン錠 AVAPRO[®]

処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)

製造販売元(資料請求先)
大日本住友製薬株式会社
〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8

(製品に関するお問い合わせ先)
くすり情報センター
TEL 0120-034-389
受付時間 月～金 9:00～18:00(※) 土日祝祭日
【医療情報サイト】 <https://ds-pharma.jp/>

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

2013.8作成

編集委員

寒川 明宣、南部 文彦、串上 之彦、
澤 久、西谷 博

和歌山県内科医会会誌 第27号

平成25年10月発行

発行所 和歌山県内科医会

和歌山市小松原通1丁目1

和歌山県医師会内

発行人 西谷 博

印刷所 (株)和歌山印刷所

