

和歌山県 内科医会会誌

第28号

平成26年11月1日

目次

巻頭言	見永 武芳	1
会員随想		
1. 美術、あれやこれや	澳 幾人	2
2. 南フランス旅行	貴志 徹雄	5
3. 私の初老期のあがき	串上 元彦	9
総説 C型肝炎治療のめざましい進歩	加藤 道夫	12
紀南だより	三谷健一郎	18
済生会和歌山病院 地域医療連携室だより	呑海 しの	19
地域包括ケアシステム・和歌山について	田中 章慈	20
日本臨床内科医会だより	西谷 博	24
社保国保だより	多田 正己	25
平成25年度和歌山県医師会内科医会学術講演会		
第231回 1. 骨粗鬆症治療でできる動脈硬化の予防	稲葉 雅章	27
2. 膵癌集学的治療におけるペプチドワクチン療法の位置づけ	山上 裕機	28
第232回 1. 慢性便秘症の診断と治療～最新の知見をふまえて～	富永 和作	28
第233回 1. 大規模臨床研究を活用した腎疾患診療	中村 敏子	29
第234回 1. 乳がんの診断と治療～最新の話より～	中村 清吾	30
2. 心血管イベント抑制のための糖尿病治療戦略 - JDCP studyの結果を踏まえて -	田嶋 尚子	30
第235回 1. 高齢者における呼吸器感染症治療-ガイドラインを中心に-	関 雅文	30
2. 整形外科医の立場からみた骨粗鬆症	酒井 昭典	32
3. 健康寿命と生活習慣病	栗木 宏実	33
第236回 1. マクロライドの新作用のいろいろ	東 冬彦	35
2. 高齢者における呼吸器感染症治療-ガイドラインを中心に-	関 雅文	37
3. 整形外科医の立場からみた骨粗鬆症	酒井 昭典	37
第237回 1. 糖尿病神経障害 最近の話題	佐々木秀行	37
2. 膵癌治療におけるペプチドワクチン療法の位置づけ	山上 裕機	38
第238回 1. 「膵癌治療の将来展望-ペプチドワクチン療法について」	山上 裕機	38
第239回 1. 患者さんの目線から糖尿病治療を考える	大工原裕之	39
2. 本邦における膵・膵島移植の現況と課題	伊藤 壽記	39
第240回 1. 「糖尿病は易骨折性疾患か? -骨脆弱性と血管障害-」	西澤 良記	40
平成26年度(第45回)和歌山県医師会内科医会総会		
新会長挨拶	西谷 博	53
日臨内の活動と入会のお誘い	望月 紘一	54
和歌山県医師会医学会内科分科会会則		

《巻頭言》

和歌山県医師会内科医会
副会長 見永 武芳

開業医にとって平成26年度診療報酬改定は「地域包括診療料」・「地域包括診療加算」の新設、「同一建物での訪問診療料」の改定に注目が集まったと聞いています。これらの新設・改定で意図するところは理解できるものの、「地域包括診療料」・「地域包括診療加算」に関しては、結果的に、届出があまりに少なすぎた現状が目を引き、厚生労働省の誘導して行きたい方向へ必ずしも現場は流れて行っていないと考えられ、先行き不透明となっています。一方で、在宅医療は、充実を目指す意図が明確に前回の改定（平成24年度）でも読み取れ、在宅医の24時間体制の物理的な軽減をするため協力体制（強化型）を組ませ、看取り加算とターミナルケア加算まで分断する心づかいまでして、看取りがグループとしてやりやすいような配慮を算定上にも組み入れ、それなりに評価されていました。しかし、在宅医療の方も今回の改定で、先行き不透明となりつつあるようです。市医師会の組織する「和歌山市在宅医療連携推進協議会」の行ったアンケート調査によれば、今回の改定で大きな障壁が現場に導入されたことにより、推進が掲げられているにもかかわらず、在宅医療（特に強化型支援診）は後退することを余儀なくされている現状が窺えます。今回新設されたハードルは、意図するところも理解できる点はあるものの、これから力を入れて頑張っていこうとして強化型を組んだ将来の担い手である在宅医療医の出鼻を直撃しています。なぜなら「看取り件数」とか「緊急往診の件数」は分母（受け持ち在宅患者総数）による確率ファクターが強く、在宅医の努力で操作できるものではありません。分母の多い在宅医のケースでも、看取り件数は平均して約10名の在宅患者数に対して年間1名、緊急往診数は年間2件の比率ぐらいです。年間変動を考慮すれば安定してハードルを毎年クリアするには、少なくとも2倍の患者数を分母にもっていないと直ぐに強化型から落ちこぼれ、再び単独在宅医に逆戻りする危機が毎年訪れることになります。3医療機関でグループを組んでいる場合は、1機関が落ちると、残り2つの施設も同じ運命に陥り道ずれとなるシステムです。現場にそぐわないハードルが独り歩きして、在宅医療という大きな柱の根元が崩れ去る危機もはらんでいる今回の改定となった可能性もあるようです。一方で、老々介護の現状では、在宅で家族がみきれなくなった患者さんが施設へとシフト行くトレンドがあり、今回の改定は、まさにその施設での「同一建物」での複数訪問診療を直撃しており、早急な対応を迫られていると考えられます。「様式14」の提出に際しても、直前になってコロコロ変わる対応を見て、在宅医療の先行きに不安を感じた先生方も多いと考えられます。よりよい地域医療の為に、現場の声を、医師会を通して集約していかねばならないと、気持ちを引き締めている毎日です。

《会員随想》

美術、あれやこれや

澳 幾 人

私が和歌山にて内科医をさせていただき26年余りになる。幼少期より小学校まで、現代の開院の地湯浅で、中学高校大学と大阪で過ごしたが、幼少期からの最大の趣味は絵画（というか美術全般）である。小学生頃までは、ひたすら写実に徹し、見た物をそのまま自分の感性で画用紙かスケッチブックに写し取って、文部大臣賞や知事賞をもらっては悦に入っていたのだが（今から思えば、この頃の絵や版画が一番世間から評価されていた）、幸か不幸か中学で6年一貫の進学校（もちろん男子校）に入ったおかげで、毎日その日の感情をスケッチブックにぶつける事が唯一の楽しみになってしまった。それは水彩であったり、パステルであったり、アクリル絵の具であったりしたが、統一されていたのが、いわゆる「抽象画」であるということ。自分の趣味、自己満足で描く訳だから、人に見せる必要がなく、評価してもらう必要もないので、描きたいように描いたのである。その後大学に入り、美術部で油絵を描いては、心齋橋や淀屋橋のギャラリーで展覧会を開いたものだが（この頃我が美術部は全校650人余りのうち、何と100人以上が美術部員で、大学からの結構な補助金と部員から徴収する部費で相当うるおっていたうえに、油彩を描ける部員が10人も居なかったので、贅沢なキャンバス、額、絵具、拳句の果ては心齋橋の目抜き通りでの学外展まで個展感覚で開いた）、今から振り返るとこの頃の絵は同じ抽象画を描いても「人に見てもらおう」「評価してもらおう」ことを意識していたので、「何かこなれて、細工が効いてて」あまり魅力がない。その意味では抑圧された中高の頃の絵が、一番才気に満ち、独創性があったと思う。

と、ここまで私自身の美術遍歴をお話した

訳だが、世界の巨匠と自分を並べて申し訳ないが、同じ事が世界に名を残す有名画家についても言える、と思う。

まず誰もが知ってる「ピカソ」であるが、彼の名声は「画風がどんどん変わっていったこと」と「大変多作であった」という2点が大きい。大きく有名な区分だけでも「青の時代」→「ばらの時代」→「キュビズム」→「新古典主義」と変遷し、具象から抽象さらに具象へと移り変わって行く訳だが、どの時代をとっても独創的で素晴らしいし、多作でも版画も含めると、膨大な作品が世界中の美術館やコレクターに広まっていることも「ピカソの名声」につながっている、人の目に触れなければ名声も何もない。その中でもやはり最初期、20代前半の頃の「青の時代」の青銅色を基調とした暗めの具象画が、彼自身の苦悩を象徴しているようで、最も惹かれるし、実際美術的価値においても群を抜いて他の時代のものより高評価（要はオークション価格が高いということ）である。ずっと同じような絵柄の売れ筋作品ばかり描いている最近の人気作家とは格が違う。また初期作品の具象デッサンは一見簡単な「一筆書き」のような線なのだが、一目で「ピカソのデッサン」と判る独特の魅力があり、デッサンに関しては「ピカソ」か「小磯（良平）」か、と並び評されている。

もう一人日本人作家で挙げたいのが「池田満寿夫」、後年芥川賞作家としても有名になったが、彼をメジャーにしたのは、何と言っても1966年ヴェネチアビエンナーレで大賞を取った28点の連作版画である。この頃（正確には1964年から66年）の作品群が、最も独創的で魅力的である。晩年池田が急死する数ヶ月前、1996年の10月だったと思うが、

御坊に講演に来られて、私の友人であり、和歌山を代表する割烹「ささき」でクエの甲状腺などに舌鼓を打ちながら、しばし談笑させていただいた。その際「自分の作品は昔の受賞作の時期の絵のみが評価されて不本意だ。今の方がずっと完成度が高いし、いいものが描けてる」と仰っていたのを記憶している。この時は「そうですねー」と相づちをうったが、心の中では「やっぱりあの頃の作品が一番個人的で良かった」と思ったものである。やはり美術は技術ではなく、その内面性なのである。写生が精密なのが良いのであれば「スーパーリアリズム」の画家達（池田さんは違う）は皆、世界の巨匠と呼ばれてははずだし、ただ単に上手いだけの作品からは何も伝わって来ない。

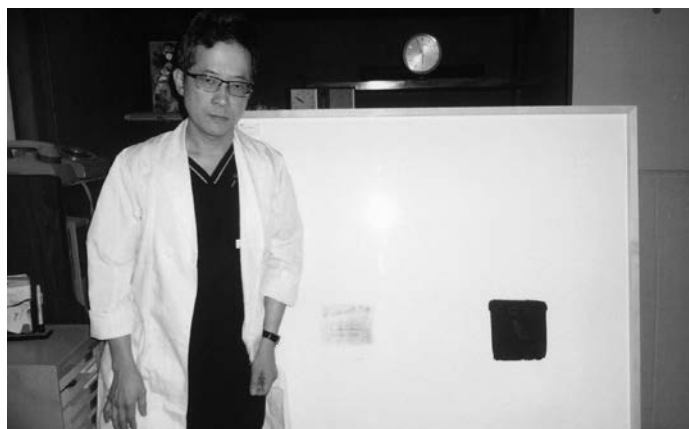
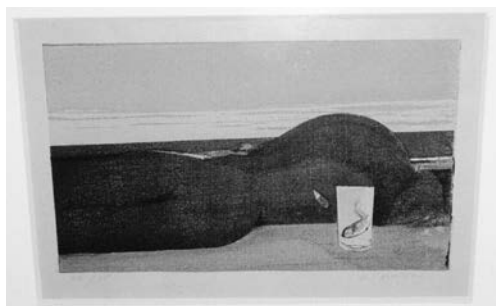
さて私が好きな画家には、ピカソ以外にも「クレー」「モンドリアン」「カンディンスキー」「ニコラスドスタール」「タマラドレンピッカ」「キスリング」「ジャンセン」「有元利夫」「清宮質文」などがあるが、彼らは皆、具象であれ抽象であれ、他の画家には出せない独特の個性、独創性がある。昔臨床研究をしていた際に、上の先生から言われた「その研究のどこにノイエスがあるの？」という言葉が脳裏をよぎる。どの分野でも「唯一無二」が求められる、特に芸術はやっぱり「一番じゃなきやダメ、二番はどりも一緒」だと。美術の世界でも一つの「画風」が注目を浴びると、同じような発想の絵が増えて来るが、これらは所詮二番せんで全くオリジナリティがなく「あっこれ、ピカソ風やな」とか「佐伯祐三風やな」とか模写の域を出ないので、当然作品としての魅力も無い。現代も活躍されておられる「加納光於」も実験的手法で独自の世界を切り開いた芸術家で、特に金属板をバーナーで焼いた凹凸の版に鮮やかな青が映える「ソルダードブルー」は吸い込まれるよな、何とも言えない魅力があり、MOMAにも常設展示されている。独創的といえば、私が学童期見て衝撃を受けた「もの派」を挙げておくべきだろう。「菅木志雄」

の視点にも驚かされたが、「李 禹煥」の白い紙（カンバス）に四角い点、とか線を描いただけの作品は禅の世界に通じる「わびさび」を感じる。それからここ数十年で一番衝撃を受けたのは「ロジャーアックリング」というイギリスの芸術家で、砂浜に流れ着いた「木片」を「虫眼鏡」を使い長時間かけて、太陽光線で焼いて模様を入れていく、という作品群で、これはその当時開館して2年目の「和歌山県立美術館」での「ハミッシュフルトン」との2人展（確か「紀伊半島を歩いて」というサブタイトルがつけられていた）で見て、大変おもしろかった記憶がある。約2年前に普段懇意にさせてもらっている「足利の現代美術専門の画廊」のオークションサイトで発見した時は小躍りするほど嬉しく、すぐに買い求めたのを思い出す。ぱっと見には「ただの木片」にしか見えないのだが、虫眼鏡で焦がした「縦縞模様」が何ともいえず、つい見入ってしまう作品である。作家としては「シンプルな方法で、文明批判をする」という意味が込められてるようだが、そんな理屈はどうでもいい、そもそも作品が作家の手を離れて展示されたり、販売されたりした時点で、見る方がどう感じて、どう見るかは勝手に、それに価値を見出すかどうかもその人次第なのである。ちなみに1996年のこの2人展は「歴史に残る名展覧会」の一つとして語り継がれており、この時の図録は古書店で高値で取引されている。「絵を描くこと」自体を否定した「マルセルデュシャン」、シルクスクリーンで大量のコピーアートを作り続けたポップアートの旗手「アンディウォーホル」もその発想が個人的でおもしろい。

と私自身の勝手な美術談議に付き合っただけ、先生方どうも有難うございました、一度機会があれば「和歌山県立美術館」を覗いていただければ、と思います。この美術館は幅広く（悪く言えば節操無く）いろいろな作品を収蔵しており、ピカソの「泣く女」「ミノタウロマシー」やマークロスコの「塗

り壁」、トーマスルフの写真があるかと思うと、「岸田劉生」「須田国太郎」「松本俊介」といった日本の近代洋画の巨匠、また「浜口陽三」「川口軌外」「田中恭吉」「原勝四郎」

といった郷土画家まで、本当に広く所蔵されており、たまにある常設展の時が入館料も安く、幅広い収蔵品が鑑賞出来てお勧めです。





南フランス旅行

貴志 徹雄

2013年8月18日～8月25日

今年の夏は南仏プロヴァンス、マルセイユへの旅行、それもホームステイも……。

私達、夫婦はワクワク、ドキドキです。僕の習っている英会話の知り合いの妹さんがフランス人と結婚して、もう30年以上、エクサンプロヴァンスに住んでいるので、そこに一泊とめてもらう予定です。

パリからマルセイユまで、約800km、TGV（新幹線）で、3時間の旅です。

おみやげに日本酒と京都のお漬物を用意して、南仏3日の旅に出かけました。

8月18日(日) 晴れ

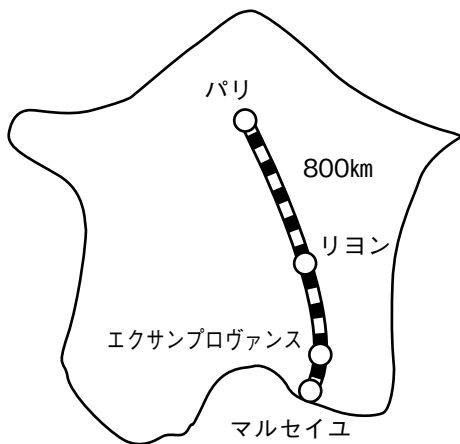
ド・ゴール空港から、バスでリヨン駅（パリの南仏方面の駅の1つ）に着き、駅前のホテルに一泊、夕食はカフェで、野菜サラダとパン、僕はビール、まあまあの味か、20ユーロ払った。

リヨン駅はゴミが落ちて、タバコのスイガラ、おしっここの匂いもして、あんまり、おしゃれなフランスの駅と言えない。

まあ、ヨーロッパの駅は印象として、日本より、清潔と言えない。

8月19日(月) 晴れ

駅の売店でオープンサンドとカフェ・オレ



オープンサンド うまい



TGV ファーストクラス
のぞみと同じかなァ、2人で往復9万円

8ユーロを買って、待合いのイスで2人でシェアした。うまかった。

8時15分出発。800km、パリを出るとすぐ、田園風景です。トンネルも無い、牧場と農園、羊と牛、点在する農家、それがずーっと続きます。途中のリヨン駅で少し街の雰囲気です。車内はきれいで、混み方は、50%くらい、ただ窓のブラインドがうまく上らないので、車掌さんに言うと、少しさわって、うまく作動しないので、親切にも、席の変更を提示してくれたが、面倒なので、「このままで」と断った。

ファーストクラスはすいているが、下に降りて、「2等」はと見ると、こちらは満席でした。「正解！」でした。

快適な列車の旅は、マルセイユ駅で終点です。



マルセイユ駅

空は地中海ブルー、日射しは強く、これぞ、南フランス。でも第2のフランスの都市にしては、駅は「ローカル」です。スーツケースをゴロゴロ、押して改札（といっても、切符

のチェックなどは無い）を出ると、和歌山で何度もお会いした、トモ子・リオンデとその夫、ジャン・リオンデがニコニコして待っていてくれました。



僕 (169cm・69kg)
ジャン (190cm・130kg)

彼らのなれそめを少し紹介します。

和歌山出身のトモ子が大阪の大学に通い、合気道を習っている時、ジャンがフランスから、合気道を習うために、大阪の合気道道場に勉強しに来て、知り合い、結婚しました。

ジャンの父親は、マルセイユで歯科医をしていたのですが、はやく亡くなり、エクサンプロヴァンスに住む、ジャンの母は一人息子が、東洋人の妻を連れて、帰ってきた時は、あまり心良く思わなかったようです。しかし、トモ子は、姑につかえ、2人の子供を育て、ジャンの仕事である、カフェを手伝い大きくして、のんびり屋の夫の尻をたたきながら、今日までやってきたそうです。

姑を見送って、(結構、嫁いびりが強くて、何度も泣いたと本人はいいます。)

5人、6人の従業員を指揮して、タバコ販売で利益を上げたようですが、フランスでは労働者の権利が強く、絶対にやめさせられないので、苦勞すると言っていました。

さて、マルセイユ駅に着いてから、ジャンの運転する、トヨタジープで、港のビュッフェスタイルの海鮮風レストランに、ランチを食べに行きました。

ロブスター、イカ、タコ、エスカルゴ、イワシ、その他、地中海の名前の知らない魚のフライ、酢づけなど本当にスゴイ!!という感

じです。ジャンがワインを1本、持ってきて、ビールをそれぞれ、飲んでから、僕が2/3、彼が1/3、ワインを飲んでしまいました。

昼間から、ワインを飲んで、頭がフーラフーラですが、運転はトモ子がすると思いきや、又、ジャンがするではありませんか！

冗談でしょう。しかし、南仏ではあたりまえなのか、後でトモ子に聞かねば……。

午後、マルセイユのとおきおきの観光スポット、バジリカ聖堂に行く。紺碧の空の下、まっ青な地中海が素晴らしい。

デュマの小説「モンテ・クリスト伯」が閉じこめられた、イフ島がよく見える。昔、地中海を航海する貿易船が、この丘の上のバジリカ聖堂を目印に、マルセイユ港に戻ってきたという。

その後、白浜の三段壁の4～5倍の高さの崖をドライブして、海辺の5スターホテル、リフィテル・マルセイユに帰りました。

3泊、1300ユーロです。

夕食も食べずに、朝まで、2人共グッスリ眠りました。

8月20日(火) 晴れ

すばらしい朝食をとって、マルセイユの町見物に、バスで出かけました。11時にジャン夫妻が迎えに来てくれます。

今日は、ホームステイです。ちょっとビックリの体験です。

後から説明します。



ホテル・朝食

昨日はトモ子のトヨタ、今日はジャンの愛車のベンツのジープです。ここから約250km離れた、ムステイエという陶器の町……日本では信楽というところか。ジャンが運転、僕が隣り、家内とトモ子は後の席です。びっくりしたのは、ジャンはスピードマニアなのか、ハイウェイで130km/h、地道でも90km/hでとばします。しかも、ランチでもビールを一杯飲みます。南仏の連中はどんな神経なのか、トモ子も平気です。

夕方、ジャンの家に着きました。これからが、ビックリです。エクサンプロヴァンス郊外で敷地が12ha (36000坪)、門に着くと、オートマチックに開きます。ドライブウェイ(車道)を約200mすすむと200年前に建てられた(ナポレオン帝政時代)コロニアル風の邸宅です。



離れには、バイクがカワサキ、ホンダ、ハーレイ・ダヴィドソンなど10台、トヨタ、ベンツ、とシトロエン2台、トラック、トラクター1台、犬がセントバーナード等4匹、猫、約15匹、同居する、ポーランド人の若者1名、トモ子の話では生活保護中のイタリア系の老人が1人、後にトモ子専用の室内プールがあります。

今夕は、2人の子供達(といっても長男は銀行マン、妹はアニメライターです)とそのパートナー及び友達等13名のバーベキューパーティです。

南仏ワイン、ビール、日本酒と豚の丸焼き、京都ウチダの漬物、クスクス、ラタトゥイユなどおいしかった。

豚のリブステーキはフランスではソースを



バーベキューパーティ

使わず、塩、コショウだけで美味でした。宴は夜の8時から翌朝2時まで。しかし僕等と、ジャンは11時に寝てしまいました。

8月22日(水) 晴れ

朝起きて、一人で散歩する。突然、遠くに居たセントバーナードが吠えながら、走ってくる。「ヒヤッ」としたが、近づいて来ると、頭をズボンにすりつける。「ホッ」とする。朝、トモ子が我々をエクサンプロヴァンス駅前の自分達のカフェに連れて行って、カフェラテとマフィンを出してくれた。

彼等は仕事が忙しいので、僕達は前のマルシェ（青空市場）を見物する。

トモ子の話だと、1日1000パックのタバコを売るそうだ。1パック、800円で6.7%の利益だそうだ。



ジャン・トモ子のカフェ

仕事が少し暇になったので、4人でエクサンプロヴァンスの街見物です。

ミラボー通り、セザンヌのアトリエ、グラネ美術館、途中で南仏の濃い、フルボディのワインを買ってしまいました。

夜はマルセイユの街のはずれのレストラン



試食



パエジャ

に移動し、再び、夜の8時からヴィヤ・ベースパーティです。

ヴィヤ・ベースは地中海の魚を、塩とバターで煮て、スープをつくり、フランスパンにつけて食べる。その後で魚を食べます。家内が魚をほとんど残したので、おかみさんが「このマダムはどうして、食べないのか？おいしくないのか？」と怒った。トモ子がおなかいっぱいでは食べられないと言いわけをした。しかし、日本人には多すぎる、くれぐれもシェアして注文して下さい。

ほろ酔い加減のジャンに送ってもらって、午前1時、ホテルに戻る、パタンキューだった。



ヴィヤ・ベースパーティ



グイヤ・ベースの魚（キス、ホウボウ、カサゴ）

8月23日(木) 晴れ

二日酔いながら、ホテルの朝食はしっかり食べて、タクシーでマルセイユ駅に向う。途

中、丘の上の、バジリカ聖堂の黄金のマリヤ像が朝日に輝いていた。トモ子とジャンのおもてなしに、感謝しつつ、南フランスの田舎で、奮闘する大和なでしこの姿に感動した。彼女は携帯で「サバッサバッ」と話しているのが、印象に残った。「マママ」の意味らしい。しかしながら、マルセイユは北アフリカの移民、コルシカからの出稼ぎなど、危険な街の1つには違いない。皆様もどうか、このエキサイティングな地に遊びに来て下さい。

私の初老期のあがき

申上元彦

平成11年5月に開業してより、仲間うちでの月例の飲み会にはずっと参加していました。H15年頃かと思いますが、誰かが和歌浦ジャズマラソンにチーム参加しようと言い出しました。大学時代にテニス部の練習で少し走ってはいましたが、20年以上ほとんど運動しておらず、完全にメタボの体型のまま5キロを走る練習を始めました。最初は息があがり全く走り続けることができませんでしたが、膝を痛めながらも、大会では何とか5キロ走り通しました。和歌浦ジャズマラソンのチーム参加はその後毎年続き、3年後は10キロに参加していました。それまでは大会の直前に少し練習するだけでしたが、和歌山市医師会総会で山の作家、宇江敏勝さんが大峰奥駆けの話をされ50歳に近づき人生を見つめ直すと言うか、新たな自分を見つけない気持ちになったのか、大峰奥駆け修行をしたくなり、そのためにも少し走り込もうと思い、H18年春頃からぼちぼち走り始めました。その年の9月始めに内科専門医試験も終わり、ほぼ毎日走る練習をして、10月下旬のジャズマラソンに10キロで完走できました。その後なんとなくフルマラソンも行けそうな気がして、無謀にも11月に20キロのクエマラソン、12月に30キロの京都東山36峰、翌年1月に大雲取り小雲取りを歩き、H19年2月4日口熊野マラソン

に初挑戦しました。アドレナリンが上がりきっていたため、自分に打ち打ち、後半苦しみもがきながらも3時間51分でなんとか初マラソンを完走できました。その後は自分がどれだけできるのかを確かめたくなり、5月に赤穂ウルトラマラソンで50キロ完走、7月に北丹沢耐久レースの山岳43.8キロを完走し、9月に丹後100キロウルトラマラソンに挑戦しましたが、さすがに70キロでの時間切れで、収容車に乗り込む苦い経験を味わいました。

その間に那智青岸渡寺の主催する、大峰奥駆けに参加させていただきました。土日や連休を使って那智から吉野までの奥駆け道を4回に分けて歩くものでしたが、参加できないところは自分で歩き、何とか全行程を歩き通しました。最初は自然のすごさや厳しさに驚き、荘厳な宗教儀式に感銘を受けながら歩きました。ただ人数が100人ほどの時もあり、先頭の数人の山伏さんの近くだとまだいいのですが、一般人の中で歩いていると無駄話も多く、それほどありがたさが感じられなくなってきました。また山伏さんの中でも階級争いや、勢力争いがあるようで、一般人も服装や持ち物も階級があり、100人くらいで歩くので歩く速度も遅く、2年目からは徐々に興味が薄れてきました。

H20年8月3日に大峰早駆けというおもし

ろそうな大会があり、参加しました。大峰山の山上ヶ岳から八経ヶ岳までの奥駆けのコースを含む52キロをトレイルランで走り、最後は一気に1300m駆け下りる大会で、かなりきつかったのですが、非常に感動しました。またその後見た奇祭・行者祭りに山奥でこんな祭りがあるのかと非常に驚きました。

その大会の主催者が企画する大会で、トレイルラン大峰奥駆けというのが毎年5月にあり、それは山伏さんが6日かけて縦走する約180キロを、前鬼と言うところに1泊し40時間以内で走り歩きするという大会です。いつかはこの大会に出場できる体力をつけたいと思いはじめました。

100キロの大会もその年の9月に丹後ウルトラをリベンジ完走することができました。その後は順調に100キロや100キロ超など18本ほど完走できました。また100キロを完走した翌日に大峰奥駆けを意識して、六甲全山縦走に挑戦したりなどもしてみました。

ただ年齢を重ねると自己のベストを更新するのがむつかしくなり、フルマラソンも53歳の11月に福知山で3時間22分を出しましたが、その後腰痛などが起こり、自己ベストを更新するのがしんどくなってきました。また100キロも最初は完走だけでうれしかったのですが、次第に自己ベストの11時間15分を切らないと少し物足りなく思えたり、昨年と同じ大会よりタイムが落ちると喜びも半減する気がしてきました。

H23年に入りなぜかトライアスロンをしてみようかと思いはじめ、クロールが25mも泳げない状況から漠然と水泳の練習を始めました。

大峰奥駆けのほうも、H24年に春の連休を使って吉野から本宮まで一人で3日間で逆峯で縦走し、夏の盆休みを使って、本宮から吉野まで3日間で順峯で縦走してみました。ただ非常に危険な箇所や、道を間違えそうなどころもあり、このようなコースを2日間で走り歩きするとすると、命に関わりそうな気がしました。また他にも数回大峰に登りましたが、豪雨に遭って低体温症になりかかりなん

とか下山できたこともありました。まだ子供3人が一人前になっておらず、このトレイルラン大峰奥駆けへの挑戦はしばらくあきらめようと決心しました。

H24年の暮れから、他の家族はハワイに行くも、一人で海南の藤代から、那智山まで3泊して、熊野古道を走り歩きましたが、大雨で靴が濡れ爪がやられて、その後2、3日熱が出て寝込みました。正月に一人で寝込むとさすがに寂しく、その後も爪がだめでしばらく走れませんでした。これからはもう少し家族との時間も大切にしようとして反省し、H25年からはかなり走る時間も短くなりました。また事務員のごたごたや、電子カルテへの移行などで運動時間がほとんどなくなり、再びメタボになっていきました。

H26年になっても、家庭中心を心がけエントリーした大会にも、よほどなにも家族の用事のない限りは出走を見合わせているので、走力が衰える一方でした。

走力はみるみる落ちて行きましたが、今まであまりやっていたなかった、水泳や、ロードバイクはこの歳になっても少しずつ進歩しているようです。水泳は週に3回ほどはスポーツジムでの教室に参加し、H26年に入り少し筋トレも始めています。

またロードバイクはチーム走に2、3回のみ参加し、その後一人で串本や伊勢に行ったり、子供と沖縄や琵琶湖、淡路島の1周に行ったりしました。ただロードバイクも転倒で、鎖骨や肋骨骨折があったり、車との事故で命を落とされる方もあることがわかり、最近はおっぴら家でエアロバイクを週2回ほど漕いでいます。最初は感動する映画を観ながら漕いでいたのですが、なかなか足が重くなりはおどろきませんでした。今年からミュージックDVDを観ながらだとモチベーションを保てるのがわかり、今はいろいろ試して、ももクロのテンポのあるダンスを観ながら漕いでいます。トライアスロンのほうは、オリンピックディスタンス2本、ミドルディスタンス2本完走でき、この7月には念

願のロングディスタンス（スイム3キロ、バイク142キロ、ラン42.1キロ）の皆生トライアスロンの参加がやっと認められ、現在最終調整中です。

大峰奥駆け修行では、悩み苦しむ人を救済するための験力を身につけるため、断食行をして、臨死体験や幻覚を観たあげくに亡くなられた伊富貴秀明師の話が宇江敏勝さんの本に書かれています。

2日で250キロ走る萩往還の大会や富士山の周囲の山道160キロを48時間で走る大会ウルトラトレイルマウントフジ、また関西夢街道スーパーランと言って320キロの山道や路地をを56時間で走る大会など、すごい大会はかずかずとありますが、参加している方々は皆、日々その大会に向かって努力され、大会中に疲れや睡眠不足などで様々な幻覚に悩まされながらもゴールを目指して一喜一憂され

ています。またときどき大会中に滑落したりして命を落とされている方も数名いると聞いています。

インドの修行僧や古来の山岳宗教はどのようなものかよくはわかりませんが、私は車道などではあまり感じませんが、山上の苔むした原生林のような中やきれいな尾根道を走ると、なんといいのか、荘厳さ感じるといふか、心が落ち着き、身が引き締まるような感じになります。

子供や仕事が落ち着けば、いつかはトレイルラン大峰奥駆けや、ウルトラトレイルマウントフジに参加し肉体の苦痛に苦しみ幻覚を見ながらも、悦楽に浸れればと思っています。年齢による脚力の低下やいろんな故障も起きやすくなっていて、実現できるかどうかはわかりませんが、夢はできるだけ長く持ち続けたいものだと思います。



C型肝炎治療のめざましい進歩

国立病院機構 南和歌山医療センター
内科 加藤 道夫

はじめに

C型肝炎ウイルス（HCV）が発見されたのが、ちょうど平成元年でしたので、今年はそれから26年目になります。HCVが見つかるまで、肝臓がんで亡くなった非常に多くの方がいわゆる非A非B型で、アルコール多飲が主な原因と考えられていました。ところが、HCVが見つかることそれらの大半はHCVによる肝臓がんであることが判明し、C型肝炎は一躍、恐怖の感染症と考えられるようになりました。HCVを退治するためのインターフェロン（IFN）というお薬が、保険診療で使用できるようになったのは、平成4年のことでした。それから10年余りの間、わが国に多い1型高ウイルス量のいわゆる難治性C型慢性肝炎に対するIFN治療はHCVが体内から完全に排除される率（SVR率）が5～6%ときわめて効果が悪く、しかも副作用がきつい治療と、ずいぶんマスコミで叩かれ、私たち肝臓専門医も辛い思いをしておりました。ところが、平成16年より使用できるようになった1週間に1度注射すれば良い持続製剤のペグインターフェロン（PEG-IFN）と飲み薬のリバビリンという薬を併用することによって、治療を受けた約半数の方でHCVの排除が可能となり、IFN治療がようやく認知されるようになりました。そして、平成23年末よりPEG-IFN・リバビリン併用治療に第一世代のプロテアーゼ阻害剤であるテラプレビルを追加する3者併用治療によって、SVR率は70%を超えるようになりました。さらに、昨年末より保険診療で使用できるようになった第二世代のプロテアーゼ阻害剤であるシメプレビルを用いた3者併用治療により、90%のSVR率が見込まれています。また、おそらく

今年8月以降にIFNを使わない経口剤の抗ウイルス剤2種類による治療も開始される予定で、C型肝炎治療は、有効性だけでなく、利便性も高くなっていきます。

そして、今後数年以内には治療対象者がほとんどおられない状況になる可能性が高く、肝臓がんで亡くなる方も激減するだろうと推測はされています。しかし、ご自分がHCV保有者であるかどうか分からない方には、治療を受けてもらうことができませんので、そのような方には是非肝炎ウイルス検診を受けていただきたいと考えています。

一つの感染症が、発見から半世紀もかからずに制圧されること（今はまだ進行形ですが）は、きわめて画期的なことです。今回、そのC型肝炎治療の進歩の過程を私が実際に携わった経験をもとに辿ってみたいと思います。

1. IFN単独治療（平成4年～）

私は昭和53年より平成20年までの30年間、国立大阪病院（現 国立病院機構大阪医療センター）に勤務しておりましたが、同院におけるIFN単独治療初回投与例は542例でした。

SVR	34.5% (187/542)
TR	40.0% (217/542)
NR	25.5% (138/542)

図1 C型肝炎に対するIFN単独治療成績（1987. 3. 23～2001. 9. 18）

その治療成績（図1）はSVR（HCV持続陰性化が得られた方）187例（34.5%）、TR（再燃：治療終了時まではウイルスが陰性で終了後陽性の方）217例（40.0%）およびNR（無効：治療終了時にウイルスが陰性で終了後陽性になった方）138例（25.5%）でした。SVR率をセログループ別、ウイルス量別にみますとセログループ1 21.9%（73/334）、セログループ2 58.3%（95/163）、HCV-RNA量1.0Meq/mlまたは100KIU/mL以上の高ウイルス群16.2%（40/247）、1.0Meq/ml未満の低ウイルス群65.7%（119/181）であり、両者を組み合わせるとセログループ1の高ウイルス群（難治群）のSVR率はわずか10.3%（20/195）であり、セログループ1でも低ウイルス群であれば53.8%（43/80）がSVRとなりました。一方、セログループ2では高ウイルス群、低ウイルス群のSVR率はそれぞれ41.7%（20/48）、75.3%（67/89）でした（図2）。単独治療例542例の累積発癌率を検討しますと、SVR群、TR群はNR群に比べ有意に発癌率を低下させていました（図3）。

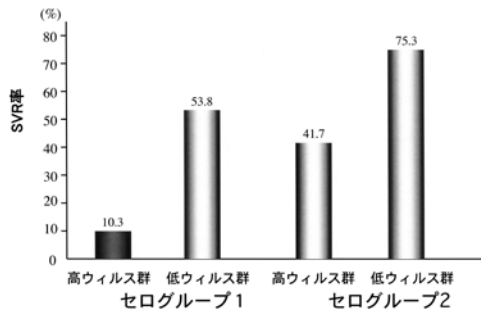


図2 IFN単独療法によるSVR率

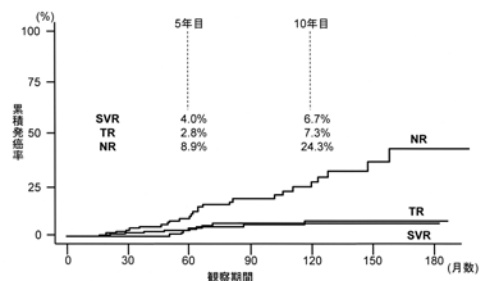


図3 IFN治療効果別の累積肝臓がん発がん率（IFN単独療法）

また、初回治療でSVRにならなかった症例を、再投与を行った群（RT）と再投与を行わなかった群（NRT）に分けて検討しますと、RT群はNRT群にくらべて有意に発癌率を抑え、投与後約10年まではSVR群と差を認めませんでした。再投与の有用性を示す成績と考えられます（図4）。

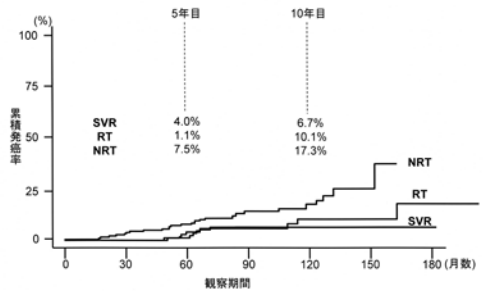


図4 IFN再投与有無別の累積肝臓がん発癌率（IFN単独療法）

2. PEG-IFN α 2a（ペガシス）単独治療（平成15年～）

PEG-IFNはIFNに分枝ポリエチレングリコールを結合させた化合物で、分子量が大きく週1回の投与でも効果が得られる持続製剤です。わが国ではペガシス単独投与とりバビリンとの併用治療の治験が施行され、その治療成績が公表されました。それによりますと、C型慢性肝炎241例に対しロフェロン（従来の持続製剤でないIFN）900万単位週6回2週連日投与後週3回22週投与、ペガシス90 μ g週1回48週投与またはペガシス180 μ g

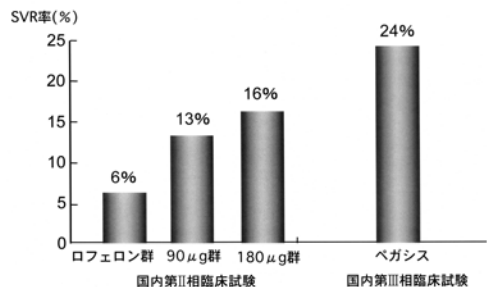


図5 ペガシス国内治験における難治性C型慢性肝炎に対するSVR率

週1回48週投与の無作為割付試験を行い、投与終了後24週時のHCV-RNA陰性化率は全体でそれぞれ20%、27%および36%、難治群では6%、13%および16%（図5）とペガシス180 μ g群の有効性が示されています。また、ペガシス・リバビリン併用治療の治験での対照群（ペガシス単独群）のSVR率は24%でした。私たちが行った市販後の成績では、セログループ1・高ウイルス群、セログループ1・低ウイルス群、セログループ2・高ウイルス群およびセログループ2・低ウイルス群の投与中HCV-RNA陰性化率およびSVR率はそれぞれ39%、16%、88%、88%、96%、60%および91%、83%と難治群以外で良好な成績が得られました（図6）。

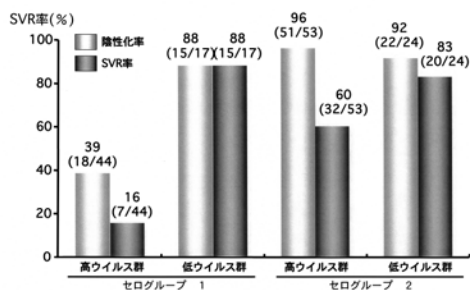


図6 ペガシス単独治療中のHCV-RNA陰性化率とSVR率

3. PEG-IFN・リバビリン併用治療（平成16年～）

PEG-IFN・リバビリン併用治療は平成16年よりPEG-IFN α 2b（ペグイントロン）・リバビリン（レボトール）併用治療が、平成19年からはPEG-IFN α 2a（ペガシス）・リバビリン（コペガス）併用治療が保険適用となりました。ペグイントロン・レボトール併用治療の国内治験はイントロン（従来の製剤）・リバビリン併用治療群：イントロンを600万単位週6回2週間投与し、その後同量週3回46週投与し、レボトールを600～1000mg/日併用（体重で量を決定）とペグイントロン・レボトール併用治療群：ペグイントロンを1.5 μ g/kg週1回48週投与しレボトールを600～1000mg/日併用（体重を決定）の比較

試験の形で実施されました。SVR率はイントロン・レボトール併用治療群が44.8%、ペグイントロン・レボトール併用治療群が47.6%ときわめて良好でした（図7）。ウイルス消失時期とSVR率の関係では、投与開始4週後にウイルスが消失した群では、SVR率100%でしたが、投与開始5～12週後では71.1%、投与開始13～24週後では36.4%でした。投与開始25週後以降にウイルスが消失した群では、SVR率は認めませんでした（図8）。私たちが行いました投与開始後48週以上経過したセログループ1、高ウイルス量例253例におけるHCV RNA陰性化率は4週、3.6%、12週、35.2%、24週、57.7%および48週、61.7%でした（図9）。ウイルス消失時期とSVR率の関係では、投与開始4週後にウイルスが消失した群では、治験同様にSVR率100%でしたが、投与開始5～12週後では83.6%、投与開始13～24週後では33.3%でした。以上は48週投与の成績ですが、72週長期投与では投与開

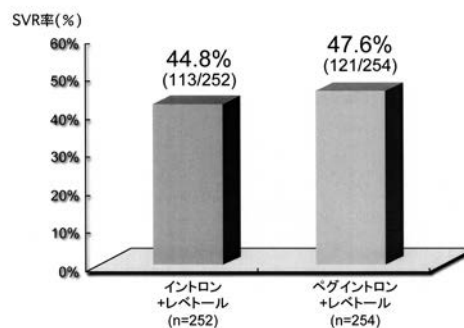


図7 ペグイントロン・レボトール併用国内治験におけるSVR率

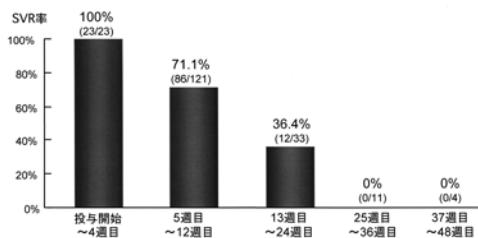


図8 ペグイントロン・レボトール併用国内治験におけるウイルス陰性化時期別SVR率

始13～24週後では66.7%と高率で、長期投与の有用性が認められました（図10）。

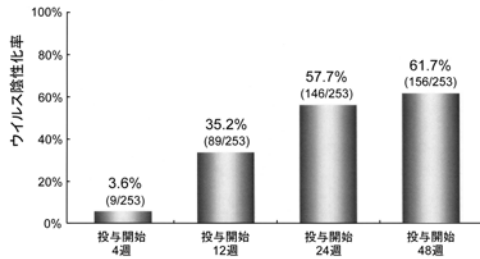


図9 PEG-IFN・リバビリン併用治療における経時的ウイルス陰性化率（大阪医療センター）

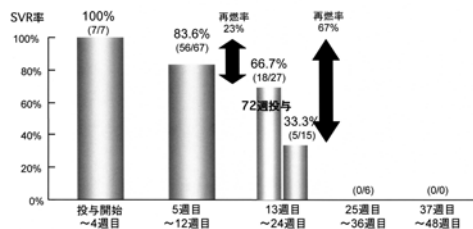


図10 PEG-IFN・リバビリン併用治療におけるウイルス陰性化時期別SVR率（大阪医療センター）

4. プロテアーゼ阻害剤・ペグインターフェロン・リバビリン3者併用治療

1) 第一世代プロテアーゼ阻害剤（テラプレビル/テラビック）（平成23年～）

実際に保険診療で使用可能となったのはじめてのHCV選択的阻害剤（経口剤）で、平成

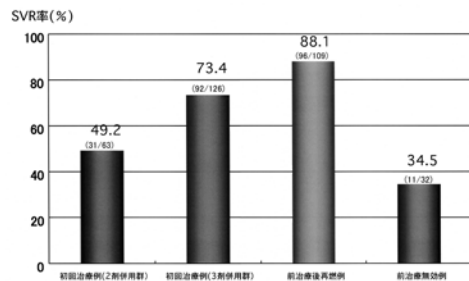


図11 テラプレビル・ペグインターフェロン・レボトール3者併用国内治験におけるSVR率

23年末より使用されています。国内治験成績では、初回治療例でのSVR率は73.4%、前治療再燃例で88.1%と高い結果でしたが、前治療無効例では34.5%のSVR率に留まっています。（図11）市販後の多くの施設の報告では、初回治療例でのSVR率が80%以上と国内治験成績よりさらに良好で、南和歌山医療センターの成績でも、未治療例100%、再燃例83.3%と良好な成績が得られています。この治療法は、このように治療効果は良好ですが、テラプレビルという薬剤は貧血、多くの方で皮膚障害や腎機能異常が強く出現するため、これからは用いられることが少なくなると予測されています。

2) 第二世代プロテアーゼ阻害剤（シメプレビル/ソブリアード）（平成25年～）

第一世代のテラプレビルと比較して、第二世代のシメプレビルは治療効果がテラプレビルと同様に良好で副作用が軽度のため、昨年末より非常に多くの方に使用されています。今後、患者さんの状態によって経口剤のみの治療とどちらを使用するか選択する時代になります。

このシメプレビルを用いる3者併用治療は、これから受けられる方が多いので少し詳しくご紹介します。この治療の国内治験は2種類行われました。一つはペガシス・コペガスとの併用治療（CONCERTO 1、2、3）（図12）、もう一つはペグイントロン・レボトールとの併用治療（CONCERTO 4）（図13）です。まず、CONCERT 1、2、3では未

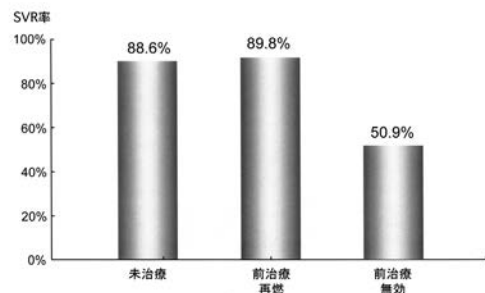


図12 シメプレビル・ペガシス・コペガス3者併用国内治験におけるSVR率（CONCERTO-1、2、3）

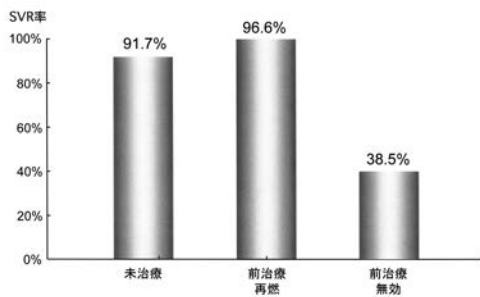


図13 シメプレビル・ペグイントロン・レベトール3者併用国内治験におけるSVR率 (CONCERTO-4)

治療例、前回治療再燃例および前回治療無効例のSVR率は、それぞれ88.6%、89.8%および50.9%で、前回治療無効例でやや低率ですが、その他の例では90%近い成績となっています。一方、CONCERTO 4では同様に各群のSVR率は、それぞれ91.7%、96.6%および38.5%で、CONCERTO 1、2、3とほぼ同じ傾向ですが、前回治療再燃例での高率、前回治療無効例での低率が顕著になっています。テラプレビルと異なり、IFNやリバビリンによる症状以外強い副作用はまず出現しませんので、治療対象の方はあまり心配なく受けていただけたと考えています。IFNによってかなり強い自覚症状や眼病変等が出現された方は、経口剤のみの治療を選ばれることをお勧めします。

5. 経口剤のみの抗ウイルス治療

IFN治療、とくにPEG-IFNとリバビリンとの併用治療はHCV駆除に大きな貢献をしましたが、IFNの副作用は、個人差はありますがやはり負担になる方も多く、経口剤のみによる治療が熱望されていました。欧米を中心に多くの経口剤 (HCV選択的阻害剤) が開発され、わが国でも多数の治験が行われました。当南和歌山医療センターでも、4種類のHCV選択的阻害剤の治験を行いました。そして、いよいよ本年8月以降に、保険診療で服用していただけたところまできています。最初に使用できるHCV選択的阻害剤による治療はダクラタスビル (NS5A阻害剤) とア

スナプレビル (第二世代プロテアーゼ阻害剤) との併用治療で、対象は限定されるようですが、来年には対象の範囲が拡大されると考えられています。対象の患者さんにとっては本当に福音ですが、この治療には耐性株が現れるという欠点があります。治療によってウイルスが排除できれば問題はありませんが、排除ができなかった時に耐性株が出て、その後の治療が困難になるということです。現在、その問題に対しての研究が進んでいますので、将来は対処法が見いだされると考えています。

6. セログループ2型の治療

わが国のHCV保有者の約30%がジェノタイプ2型で、そのうち2a型が約20%、2b型が約10%です。ただ実地診療ではジェノタイプ測定が保険適応外のためセログループを測定しますが、セログループ2型はジェノタイプ2型と考えて差し支えありません。

セログループ2型は1型に比べ、IFN治療のSVR率が高い事が知られており、IFN単独治療しか実施できなかった時期でさえ、2型・低ウイルス量症例に対するSVR率は80~90%と高率でした。2型・高ウイルス量症例に対するSVR率は60~70%といくぶん低率でしたが、ペグイントロン・レベトール併用療法によってSVR率の向上認められました。

南和歌山医療センターでは、この6年間に56例のセログループ2型C型慢性肝炎例に対しペグイントロン・レベトール併用療法を行い、46例 (82.1%)の方がSVRになっておられます。このセログループ2型C型慢性肝炎例に対しては、経口抗ウイルス剤のみの治療で95%以上のSVR率が得られることが治験成績より判明しており、近い将来保険診療で使用できると考えられています。

おわりに

以上ご紹介してきましたように、C型肝炎に対する治療はめざましい進歩を遂げています (図14)。数年以内には、治療を受けた100%近くの方でウイルス排除が可能と予測

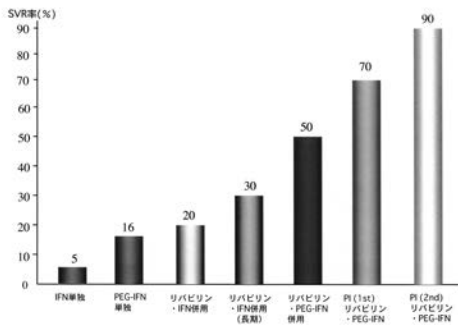


図14 難治性C型慢性肝炎に対するIFN治療の進歩 (SVR率の向上)

されます。しかし、ご自分がウイルス保有者

かどうか分からなければ、治療に結びつけることができません。厚生労働省の約3万人に対するアンケート調査で、そのようなウイルス検査未受診の方が、アンケート回答者の60%存在することが確認されています。まだ非常に多くの方が、治療の機会を逃しているということになります。肝臓がんで亡くなる方が予想されるより少なくならないのは、このことが大きな要因と考えられます。

小生は、これからも肝臓病医として肝炎ウイルス検診受診の啓発活動にさらに力を注ぎたいと考えています。

《紀南だより》

三 谷 健一郎

このたび会長及び前任の山西康仁先生から副会長にご推挙頂きました。

私が開業している白浜町は人口約2万3千人で医療に関しては田辺西牟婁、一部東牟婁地域を併せた紀南医療圏として約15万人規模です。以前仁坂知事も言われていましたが田舎の割にいわゆる「たらい回し」といわれる医療過疎の状態はほとんどなく医療資源が十分活用され、医療連携がうまく機能していると思われまます。実際、当院でも救急対応で困ったことはありません。また、基幹病院にはヘリポートが整備され3次救急機関まで素早く搬送できる体制が整い、むしろ都市部より恵まれているのではと思います。これらは勤務医の先生方のご尽力によるものが大きく、日頃より感謝いたしております。

この現状は厚労省が推し進めようとしている「地域包括ケアシステム」にも有効で、今後はより多くの職種を巻き込んでお互い顔の見える関係を築き一人一人の患者さんにまで発展させていくことが重要と思えます。

一方、先日奈良市で開かれた日臨内の近畿ブロック会議議題にも取り上げられた「地域包括ケアシステムについての取り組み」のなかで田中章慈先生が述べられていたように、まだまだこのシステムに対する一般住民の認知度が低いため（奈良県の調査では9割以上の住人に理解されていないようです）システムを構築する段階から住民に情報提供することも大切で、今後地域で臨床内科医会も行政、医師会、多職種などと連携しこのシステムをどのように構築していくか考えていかなければなりません。

また、当地では地域住民への予防や疾病啓蒙が不十分で、県全体をみても主要癌の死亡率は全国平均を大きく上回っています。私が

約13年前に紀南病院で診療を始めたときあまりの進行がんの頻度の多さに驚きました。患者さんにとって身近な存在である我々臨床内科医が定期的な健診の重要性や生活習慣の指導に取り組んでいく必要があります。

最近県内3番目の施設として南和歌山医療センター内に県認知症疾患センターがオープンしました。増加し続ける認知症患者さんを専門医だけで診療していくことは困難で、地域で支えていくためには限られた医療資源をうまく活用し連携していくことが大切です。幸いセンター設立とともにこの紀南地域にも認知症患者に対する診療体制が出来つつあり、内科を標榜する我々のはかりつけ医として積極的に連携していくことが求められています。

いろいろ書かせて頂きましたが今後われわれ臨床内科医が地域医療の中心を担っていくなかで克服しなければならない多くの課題が見えてきています。

最近、白浜町では従来からある医師、歯科医師、薬剤師による三師会に、今回役場の包括支援センター、社協、各訪問看護センター、老健施設などを交え懇親会を行いました。過去にない初めての試みでお互い顔の見える連携が徐々に出来てきました。

また数年前から私も役員を務めている「田辺圏域保健医療介護の連携体制の構築をすすめる会」でも月一回の会合で毎回多数の参加者があり、多職種連携がいろいろなところで徐々に進んできているように感じます。

このような人的交流とともに、今後はIT技術を活用した町内一人一カルテ（平成24年度在宅医療連携拠点事業で似たものが稼働予定）が実現すれば無駄な医療資源を節約し効率的でより患者さんにやさしい医療が提供できるのではないかと思います。

《済生会和歌山病院 地域医療連携室だより》

地域医療連携室主任
呑海 しの

当院の地域医療連携室は、平成15年1月1日、山本勝廣副院長（当時）を室長とし、前方連携・後方連携各1名体制で運営を始めました。

同年10月、現在の所在地である十二番丁への移転と同時に電子カルテ・オーダーリングシステムを導入し、本格的に診察予約および検査予約業務を開始いたしました。

当時は、業務内容はもちろんのこと、地域医療連携室の存在自体も充分には広報できておらず、先生方からご紹介いただいた件数は、1ヶ月平均約100件でしたが、おかげさまで現在では1ヶ月平均約250件と増加しており、少しは先生方のお役に立てているものと嬉しく思っております。この場をお借りしまして先生方には感謝申し上げます。

現在は、重里政信外科部長を室長とし、前方連携・後方連携に各2名を配置し、更なる病診連携・病病連携を推し進めているところでございます。中でもご紹介いただいた患者さんの返書管理には力を入れて取り組んでおり、先生方に的確な情報提供を行えるよう努めております。

今年で11年目を迎える当院地域医療連携室の歴史のなかで、平成21年に立ち上げた“済生会和歌山病院登録医制度”は、病診連携を図るうえで欠かせないものであると自負しております。平成26年5月現在、188名の先生方にご登録いただいております。毎年1度、登録医総会を開催し、登録医の先生方にお集まりいただき、最新のトピックスを提供する講演会を行っています。又、病診連携推進の一助となればと、登録医総会終了後には、情報交換会の場を設けさせていただいております。先生方のお顔を拝見し、お話させていただくことで交流を深めることができる貴重な

場として、当院の医師をはじめ、スタッフ一同、毎回楽しみにしています。今後もより多くの先生方にご参加いただけるような講演会や研修会を開催できればと考えております。

当院の登録医制度に興味をお持ちいただける先生がいらっしゃいましたら、いつでもお気軽に地域医療連携室までご連絡ください。

これからも地域の先生方のお力添えができるよう、努力して参る所存でございます。何卒よろしく申し上げます。



登録医総会終了後の情報交換会での様子



地域医療連携室スタッフ

《地域包括ケアシステム・和歌山について》

田中 章慈

【はじめに】

「昔胴上げ、今騎馬戦、近い将来肩車」これは高齢者を支える様を謳ったものです。「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます」と、厚労省老健局資料にあるように今や地域包括ケアシステムの充実が国策となりました。

地域包括ケアシステム

(厚生労働省老健局25年6月13日)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます

保健	医療	介護	福祉
雇用	居	住	社会参加

- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です

我が国の人口は減少の一途をたどる一方、高齢者の比率は増加し、ことに後期高齢者の増加が著しく、高齢者世帯、高齢者死亡、要介護高齢者や認知症高齢者の増加などにより多くの手間と課題が昂じ、社会保障費や医療費の増加は必定で老人医療費は倍以上になると危惧されます。しかし突き詰められた課題はあまりにも大きく茫洋としたもので、私たちは緊迫感をもって取り組んでいるとはとても言えない現状にあるようです。

【地域包括ケアシステムの充実をはかる】

地域包括ケアシステムの充実をはかるため、医療法、老人保健法、介護保険法など多方面からの法的整備がすすめられ、各自治体では第5期高齢者福祉計画・介護保険事業計画で

取り組みを開始し、第6期計画で継続発展させることになっています。本年6月成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案（医療介護一括法案）」に基づき関連法案の改定が行われることになり、介護保険制度の改革も決定されました。

社会保障制度改革国民会議報告書(抜粋)

平成25年8月6日

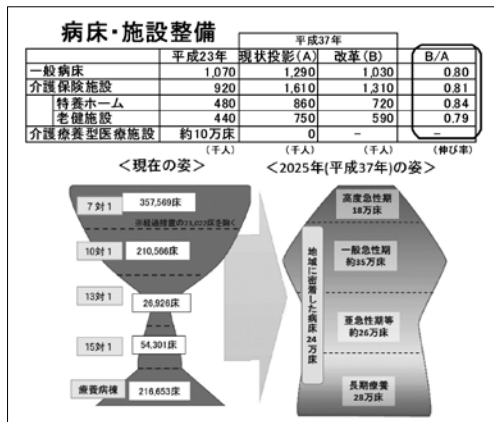
- ・ 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある
- ・ この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる
- ・ この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる
- ・ そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政官など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかが重要となる

社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月）では、かなり具体的な方針が記載されており、病院では急性期医療に特化し、慢性期や回復期は在宅療養を中心とする。地域の診療所をネットワークに組み込む。介護保険制度の枠内では収まらず、医療・介護の多職種の支援が必要で、さらに居住の確保とかかりつけ医による医療の提供が重要である。医療介護サービスの一体的な提供には、情報のネットワークやマネジメントが不可欠、と指摘しています。

【平成26年診療報酬改定】

本年4月に実施された診療報酬改定では、医療提供体制の再構築と、地域包括ケアシステムの充実を目的とし、医療機関の機能分化・強化が重点課題となり、入院医療では、病床の整理に基づき、地域との関わりを重要とする地域包括ケア病棟入院料や地域包括ケア入院医学管理料が新設され、在宅医療では、主治医機能の強化を図る地域包括診療料・地域包括診療加算が設置されました。さらに、

在宅医療を担う医療機関の確保と医療連携の促進がはかられました。



地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医学管理料

- 急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者の受け入れ、ならびに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有す（急性期病床、介護保険施設等の後方病棟的役割）
- 13対1以上看護体制
- リハビリテーションにかかる費用、及び薬剤料等は算定できない
- 退院先を明記、入院は60日を限度
- 入院7日以内に診療計画を作成し文書で提供、写しをカルテに添付（病状、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程推定される入院期間等）

H26年10月1日施行される病床機能報告制度
病床の整備を届けなければならない

地域包括診療料・地域包括診療加算

- 地域包括診療料 1503点（包括点数）
- 病院（200床以下）
 - 2次救急指定病院又は救急告示病院、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医学管理料算定在宅療養支援病院 以上3項目全て
- 診療所
 - 時間外対応加算1を算定 常勤医師3名以上在籍 在宅療養支援診療所 以上3項目全て
- 地域包括診療加算 20点（1再診あたり、出来高）
 - 24時間対応診療所（時間外対応加算1又は2算定）
- 高血圧症、高脂血症、糖尿病ならびに認知症の4疾患のうち2疾患以上合併
- 健診・検診等に基づく健康管理・相談
- 主治医意見書作成、居宅療養管理指導、介護認定審査会出席等 介護保険での療養指導・相談
- 患者医療・薬剤情報の把握と計画的な医学的管理、診療、療養指導
- その他、在宅医療の提供、救地内禁煙
- 7割以上投与減算規定の解除

担当医を定めての一括管理

地域包括ケア病棟入院料ならびに地域包括ケア入院医学管理料の設置により、地域における病床整備が始められました。

現状7対1が過剰でシャンペングラスのような形の病床区分から、急性期病床は厳しく制限され、地域に密着した（地域包括ケア）病床の増加を反映する、シャンパンボトルのコルク栓のような格好に変遷します。しかし2025年の整備病床数は、現状投影の患者数の

8割程度にすぎないように、要医療・要介護高齢者の在宅対応の比率が高くなることを示しています。

地域包括ケア病棟入院料、ならびに地域包括ケア入院医学管理料とは、急性期治療を経過した患者、及び、在宅において療養を行っている患者の、急性増悪時の受け入れ、ならびに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有する、看護基準の緩和された、利便性の高い病床の設置です。

病院は、平成26年10月1日施行される病床機能報告制度に基づき届け出をしなければならず、どのように対処するか悩んでいるという現状です。

一方、在宅医療における主治医機能の充実を期して設置された地域包括診療料や地域包括診療加算は、複数の慢性疾患を有する患者や認知症高齢者への、継続的かつ全人的医療の提供とされます。施設と地域への流れを円滑に、かつ地域での療養を指導する立場から、治療だけでなく健診・検診や健康管理、介護保険制度の活用など一括管理と地域他職種事業者との連携促進が望まれます。

担当医を決めての一括管理、とあることから、患者のフリーアクセスを制限するものではないか、またこれまで育ててきた医療・医薬連携を阻害しないか、患者登録制度の導入ではないか、健診・検診や健康管理は自費診療の拡大ではないか、等々の声があるようですが、患者を一つの医療機関に固定するという意図はなく、自由度は保たれているとされます。

時間外対応加算1又は2の算定が要件となっており、24時間対応を負担に感じる方が多いようですが、普段の先生方の対応で十分なのです。

メリットは算定により多剤投与減算規定の適応外となることです。本規定の撤廃は、日臨内の診療報酬改定要望事項でもあり、今回、不完全な形ではありますが、一部が達成されたことは評価され、日臨内医療・介護保険委員会は、算定用補助ツール（地域包括診療

テーブル)を作成し算定の普及に努めています。(日臨内会誌20巻第1号2014年6月)

【これからの医療・介護連携について】

医療・介護連携について、二次医療圏ごとの医療施策と、市町村ごとの在宅医療・介護連携の推進をリンクさせることになりました。これは従来の考えから一歩踏み込んだもので、多職種協働ならびにチームでの取り組みによる情報の共有と集積、問題対処型から予防型アプローチへの転換と、住みなれた地域・在宅生活の継続が重点目標となっています。

これからの医療・介護連携

- ・ 二次医療圏ごとの医療施策と市町村ごとの在宅医療・介護連携の推進をリンクさせる
- ・ 多職種協働による有効な支援手技、資源、チーム等の実績を共有・集積し施策に反映させる
- ・ 問題対処型から予防型アプローチへの転換
- ・ 住みなれた地域・在宅生活の継続を重点目標に

現状を振り返ると、医療・介護の現場どおしが相手をよく理解していなかったり、双方共に多忙等であつたりすることにより、連携の仕組みが一部を除きできていなかったのも現実である。

医療・介護の連携の必要性が言われても、それぞれの事業者が個別に努力すればできるというものではない。

仕組み作りは地域の調整が出来る自治体や団体が行わないと困難である

これまでの反省から、有効な連携の仕組み作りは、自治体や団体が行わないと困難である、と明確に述べています。自治体の地域包括ケアシステムへの取り組みは、老人保健法や介護保険法に基づく第5次高齢者福祉計画介護保険事業計画でスタートし、第6次計画でこれを継続発展させるとなっています。既に国の補助事業や地域医療再生基金を活用した在宅医療連携拠点事業などもおこなわれ、和歌山県では本年6月に二次医療圏を意識した和歌山医療圏在宅医療連携拠点連絡会が発足しました。

【和歌山県内郡市医師会の取り組み】

地域医師会の取り組みを紹介しますと、和歌山市医師会では、和歌山市医師会在宅医療連携推進協議会を設立し、メーリングリストによる在宅復帰支援、主治医支援や医療情報交換を行っています。また和歌山市と認知症ケアパスを作成中です。さらに糖尿病や認知症

の地域連携クリニカルパスを運用しています。

地域包括ケアシステムの充実を期して

- ・ 和歌山市(和歌山市医師会)
 - 1)和歌山市医師会在宅医療連携推進協議会
メーリングリストによる情報交換
在宅復帰支援、主治医支援、医療情報交換
 - 2)認知症ケアパス作成(和歌山市、和歌山市医師会)
 - 3)地域連携クリニカルパス(糖尿病、認知症)
- ・ 岩出町(那賀郡医師会)
 - 1)在宅医療推進ネットワーク
- ・ すさみ町(西牟婁郡医師会)
 - 1)高齢者見守り事業
- ・ 伊都郡
 - 1)ゆめ病院
- ・ 和歌山県青州ネット

介護予防事業
認知症予防事業
認知症相談事業
在宅緩和ケア会
難病ネットワーク
GPネット(審病)

那賀医師会では、在宅医療ネットワークが活発に動いています。西牟婁郡医師会の高齢者見守り事業は、厚労省から事例紹介される程の素晴らしいシステムです。伊都医師会のゆめ病院は、バーチャルホスピタルシステムで、ご存じのかたも多いかと思います。南海東南海大地震を意識した、和歌山県の医療情報システム、青州ネットも活発化してきました。

【日本臨床内科医会会員は如何に対応すべきか】

私たちを取り巻く環境は厳しく、少死・少産、高齢化の流れにあつて、社会保障制度の維持・存続が困難となるのは明らかとなり、地域包括ケアシステムの構築が必要となりました。

地域包括ケアシステムと地域包括診療

- ・ 少死・少産、高齢化社会となり、現状投影の近未来(2025年)では社会保障制度の維持存続が困難となるのは明らか
- ・ このため、慣れ親しんだ地域で、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が叫ばれるようになった
- ・ 療養の中心は在宅とされ、地域資源を活用した多職種協働による支援と情報の共有化が必須とされた
- ・ かかりつけ医には本システムを支える重要な役割が負荷され、主治医機能の充実を期して地域包括診療という概念が創設された
- ・ 算定要件が厳しく、また課題もあるが、複数の疾患を併せ持つ患者の効率的な療養・指導・支援を目的とした地域包括診療料・診療加算の算定を普及させたい
- ・ 会員一人一人が地域医療を支えるという意識を持って取り組んでいくことが大切

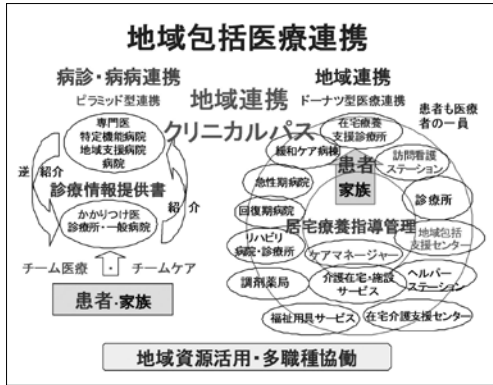
在宅療養を主軸に、地域資源を活用した多職種協働による支援と情報の共有化が必須とされ、かかりつけ医は、本システムを支える重要な役割があるとして、主治医機能の強化を期して、<地域包括診療>という概念が創設されたのです。

地域包括ケアシステムの充実、自分たち

の課題でもあります。会員一人一人が地域医療を支えるという意識を持って取り組んでいくことが大切とおもわれます。

参考資料（和歌山市医師会連携関連事業）

【地域包括医療連携】



和歌山市医師会が提唱する良質な地域医療の提供と地域多職種連携の促進は、従来の病診・病病連携のようなピラミッド型連携と、患者も治療者の一員と位置づけ、その周囲を多様なサービス事業者が取り囲むドーナツ型連携の組み合わせが重要と考えられます。

多職種・事業者への情報伝達ならびに情報共有手段として、高度な医療技術に基づく診療情報提供書、居宅療養管理指導箋や地域連携クリニカルパスなどを通じた療養管理・指導の実施が、地域資源を活用した多職種協働の要と考えています。

【専門医とかかりつけ医の二人主治医制診療システム】

認知症では、和医大認知症疾患医療セン



診療科目	和歌山大学附属病院	和歌山大学附属病院 認知症疾患医療センター	和歌山大学附属病院 認知症疾患医療センター 在宅療養支援診療所	和歌山大学附属病院 認知症疾患医療センター 訪問看護ステーション	和歌山大学附属病院 認知症疾患医療センター ヘルパー・ステーション	和歌山大学附属病院 認知症疾患医療センター 介護在宅・施設サービス	和歌山大学附属病院 認知症疾患医療センター 在宅介護支援センター	和歌山大学附属病院 認知症疾患医療センター 調剤薬局	和歌山大学附属病院 認知症疾患医療センター 福祉用具サービス
内科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
神経内科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
認知症専門科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
脳神経外科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
精神科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
小児科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
産婦人科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
整形外科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
皮膚科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
泌尿器科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
消化器科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
循環器科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
眼科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
耳鼻科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
皮膚科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
泌尿器科	○	○	○	○	○	○	○	○	○
病棟(地域支援室)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
病院(専門医)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
訪問看護ステーション	○	○	○	○	○	○	○	○	○
行政	○	○	○	○	○	○	○	○	○

ターと和歌山市医師会会員の間で、所見や結果が記載可能なクリニカルパスが介在する、二人主治医制による医療機関連携と診療のシステム化がはかられた。

【ICT活用による情報の共有】

和歌山市医師会在宅医療連携推進協議会

http://washii-unet.jp/zaitaku/

多職種メーリングリスト

- 在宅療養支援診療所
- 内科、外科、胃腸科
- 眼科、耳鼻科、皮膚科
- 泌尿器科、
- 病院(地域支援室)
- 病院(専門医)
- 訪問看護ステーション
- 行政

各部署 2014M/10 更新が80歳す



和歌山市医師会在宅医療連携推進協議会はメーリングリストの活用による多職種情報交換ネットワークの運用を行っている。

糖尿病では、連携パスをサーバーに設置しクラウド方式で運用されている。

《日本臨床内科医会だより》

西谷 博

皇居の八重桜の咲き誇る平成26年4月12日(土)午後に東京商工会議所にて第51回理事会、代議員会が行われました。理事会には田中章慈先生、代議員会には山西康仁先生、澤久先生そして筆者が出席しました。

総務委員会報告では、2014年3月5日現在の会員数全国15705名、和歌山243名。東京都医師会館が耐震化のため立て替え工事を行うことになりオフィスを2014年4月26日に〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-2-2 住友商事竹橋ビル13階に移転との由。調査研究委員会報告では、ファイザー社が行っている女性の過活動性膀胱や骨粗鬆症など顕在化し難い疾患について啓発する「女性のミカタ」プロジェクトを後援するとの由。庶務部IT委員会報告ではメールマガジン送信はメール、FAX、携帯電話合計で2582。ホームページではスマートフォン対応のHP (<http://www.japha.jp/>) を作成、経理部報告に続いて社会医療部公益事業委員会では今年度の岩手医学会にて「禁煙テーマ」で講習会・アンケート結果発表予定。「感染症テーマ」でワクチンの基礎について講演を予定。インフルエンザ研究班活動報告。地域医療委員会では11名の平成25年度地域医療功労賞候補者の報告。社会保険部医療・介護保険委員会報告は今回の改訂を踏まえて多くの時間をとり解説された。日臨内からの要望事項(消費税対策原則0税率、7種以上処方減額、特定疾患療養管理料1回450点、認知症

指導料要件の緩和、初再診料の引き上げ)は叶わず、ネットマイナス1.26%、本体0.1%の微増。消費税の抜本対策は見送られ、薬価、医療材料費減額分が本体にまわされず、消費税対策にまわされた点が問題と指摘。地域包括診療料、地域包括診療加算の意味につき解説。この件は、総会の特別講演「平成26年診療報酬改定の核心と課題」に内容が重なるので会誌の記事になると思われる。研修推進部報告では、地区催行講演会付与単位が1回4点から5点に変更。平成26年度認定医・専門医審査日程は申請書請求期間平成26年11月10日～12月8日(更新対象者には事務局より10月下旬予定で更新書類発送)。学術部学術委員会では、SMILE STUDY進捗状況の報告。原発性アルドステロン症の実態調査追加調査(案)の提示ほか。学術部会誌編集委員会からは、COIの運用について現在は試行期間であるが、本年10月医学会終了後COI規定の問題点を修正して本施行に入る予定とのこと。広報部ニュース編集委員会から新テーマ「超高齢者社会において医療提供体制はどうあるべきか」が決定され第117号(平成26年6月25日発行)から掲載が始まるとのこと。「会長動向」を掲載するとのこと。

第31回総会では特別講演Ⅱ「新専門医制度について－総合診療専門医の新設－」は日臨内ならではの企画と思われ大変興味深く拝聴した。

《社保国保だより》

多田 正己

2013年度個別指導指摘事項

I 全般に関わる事項

1. 診療録の記載について

傷病名の整理

症状・所見・治療計画の記載の充実
保険診療以外の診察（予防接種、健康診断等）については、保険診療の診療録と区別して記載。

診療録様式第1号の3の記載内容の充実

複数の医師が一人の患者の診療に当たる場合、署名または記名押印し責任の所在を明確にする。

診療録の記載はインクまたはボールペンを用いて行う。

II 診療に係る事項

1. 初・再診料等

電話再診については、初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる診療行為であった場合、算定できない。

外来管理加算の算定において、患者からの聴取事項や診察所見の要点記載の充実。

慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷である場合、初診として取り扱わないこと。

2. 医学管理等

特定疾患療養管理料：管理内容の要点記載の充実。

薬剤情報提供料：診療録に薬剤情報を提供した旨を記載する。

生活習慣病管理料：療養計画書を作成し、計画書の写しを診療録に貼付すること。

特定薬剤治療管理料：診療録に薬剤の血中濃度、治療計画の要点記載する。

難病外来指導管理料：診療計画及び診療内容の要点記載。

診療情報提供料（I）：交付した文書の写しを診療録に添付すること。

悪性腫瘍特異物質治療管理料：診療録に腫瘍マーカー検査の結果に基づく治療計画の要点記載の充実。

皮膚科特定疾患指導管理料：診療録に指導計画及び指導内容の要点記載の充実。

てんかん指導料：診療録に診療計画及び診療内容の要点記載の充実。

外来栄養食事指導料：管理栄養士が作成する栄養指導記録に指導時間を記載すること。

3. 在宅医療

在宅療養指導管理料：診療録に指示した根拠、指示事項、指導内容要点記載。

血糖自己測定器加算：当該患者に在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に加算する。

在宅患者訪問診療料：診療録に訪問診療の計画及び診療内容の要点記載の充実。

在宅時医学総合管理料：診療録に在宅療養計画及び患者、家族及びその看護に当たる者等に対して行った説明の要点記載の充実。

4. 精神科専門療法

家族に対する通院・在宅精神療法については、家族関係が当該疾患の原因と推定される場合に限り算定できる。

抗精神病特定薬剤治療指導管理料：診療録に治療計画及び指導内容の要点記載の充実。

5. リハビリテーション

摂食機能療法：診療録に実施計画の充

実記載。

6. 注射

翼状針は注射の手技料に包括され別に算定できないものであり、個々の患者からも別に徴収できない。

7. 処置

耳処置：簡単な耳垢栓除去は、第1章基本診療料に含まれる。

Ⅲ 請求事務に係る事項

1. 一部負担金について

徴収金額を誤っている例が見受けられた。

従業員から一部負担金の徴収漏れ。

2. 届出事項等

保険医療機関の届出事項に変更があったにもかかわらず、届出が行われていない例が認められた。(保険医の異動、勤務形態の変更等)

Ⅳ 自主返還に関する事項

1. 算定要件を満たしていない血糖自己測定器加算(3)
2. 算定要件を満たしていない電話再診料
3. 算定要件を満たしていない特定疾患療養管理料(4)
4. 算定要件を満たしていない生活習慣病管理料
5. 算定要件を満たしていない初診料については、再診料との差額
6. 算定要件を満たしていない外来管理加算(2)
7. 算定要件を満たしていない特定薬剤治療管理料
8. 算定要件を満たしていない皮膚科特定疾患指導管理料
9. 算定要件を満たしていないてんかん指導料、抗精神病特定薬剤指導管理料

平成25年度和歌山県医師会内科医会学術講演会

第231回和歌山県医師会内科医会総会学術講演会

H25. 5. 25(土)15:00 於：和歌山ビッグ愛 4F大会議室

出席者 56名

特別講演 I

座長 和歌山県医師会内科医会

会長 西谷 博先生

骨粗鬆症治療のできる動脈硬化の予防

大阪市立大学大学院医学研究科

代謝内分泌病態内科学

教授 稲葉 雅章先生

骨粗鬆症が、他の危険因子とは独立した心血管病（CV）リスクであることが証明され、骨粗鬆症治療が動脈硬化を抑制することで、心血管リスクを低下させることにつながります。

従来、骨粗鬆症は骨折によって死亡率が高まると考えられてきましたが、骨折に関する大規模疫学研究であるMORE studyの解析データから、「女性の骨減少群と骨粗鬆症群を比較すると、骨粗鬆症群では心血管イベント発症率が約4倍、CVリスク因子で調整しても3.5倍になった」ことを示します。骨粗鬆症患者では心血管病発症によって死亡率が高まっていることを示し、さらにメタボリック症候群の構成要素である、肥満、糖尿病、高血圧、脂質異常と比べても、リスク因子としての骨粗鬆症の重要性は強く、心血管危険因子としての認定が必要であることを疫学的に示します。

続けて、骨粗鬆症がCVリスクとなる理由として、「骨密度が減少している人ほど、大動脈の石灰化が進展している」というデータ示すとともに、「骨代謝回転の亢進に伴い、骨から放出されたリンが血管に作用して血管の石灰化に関与することを分子機構も含めて

解説したい」と思います。同氏らがin vitroでヒトの血管平滑筋細胞を高濃度のリンで培養したところ、血管平滑筋細胞の石灰化が示され、石灰化によって血管平滑筋細胞からオステオカルシンなど骨関連蛋白が発現し、骨芽細胞としての性質に変わっていきます。またリンが加齢に伴う腎機能低下を促進することが示され、骨吸収抑制薬治療による骨からのリン放出抑制が腎保護作用を有し、CKDを抑制することでCVDリスクを低下させる機序も示します。

実際、我々がリセドロネートを閉経後骨粗鬆症患者に投与し、骨吸収抑制を行った1年間の縦断研究では、骨量が増加した人ほど動脈壁の硬化度、肥厚度の上昇が抑制できたため「骨吸収を抑制することは、動脈硬化の抑制につながる」と示唆されます。またリン制御のためには骨芽細胞／骨細胞機能の維持の重要性についても言及し、糖尿病での骨芽細胞／骨細胞機能の低下が糖尿病の血管石灰化進展の機序を説明できる可能性、さらにDPP-4阻害薬が血糖コントロールのみならずその骨への作用で骨折抑制作用やリン制御作用が期待されうることを示します。

以上、骨粗鬆症の治療や骨構成細胞の機能維持がリンの制御機構の正常化を介して血管障害の抑制につながるについてお話しします。

特別講演Ⅱ

座長 和歌山県医師会内科医会
会長 西谷 博先生

膵癌集学的治療における ペプチドワクチン療法の位置づけ

和歌山県立医科大学外科学第二講座
教授 山上 裕機先生

第232回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H25. 6. 8(土)17:00 於：和歌山ビッグ愛 5F 502・503会議室

出席者 47名

特別講演

座長 和歌山県医師会内科医会
副会長 澤 久先生

慢性便秘症の診断と治療 ～最新の知見をふまえて～

大阪市立大学大学院医学研究科
消化器内科学
准教授 富永 和作先生

近年注目されている機能性消化管疾患には、機能性ディスペプシア、過敏性腸症候群、機能性便秘症などがある。機能性消化管疾患は、消化器病領域の診断・治療に最大のツールとなる内視鏡手段からではなく、患者自らの自覚症状から診断・治療へと進められるのが通常である。機能性消化管疾患の腹部自覚症状とは、ごく日常的に遭遇する心窩部痛、腹部不快感、便秘、下痢などを指す。近年の疫学的調査から、便秘症状を有する患者数は増加傾向にあり患者QOLの低下を来し、この低下は患者のみならず社会生活における生産性低下を来すことから、その対策は必要不可欠なものである。

便秘症の定義には、「3日以上排便がない状態、または毎日排便があっても残便感があ

る状態」であると日本内科学会は定め、日本消化器病学会では、「排便が数日に1回程度に減少し、排便間隔不規則で便の水分含有量が低下している状態（硬便）を指すが、明確な定義はない。従って、排便困難や腹部膨満感など症状を伴う便通異常を便秘症である」と定めている。その治療は薬物治療が中心であり、機械的下剤である塩類下剤（酸化マグネシウム）を始め、大腸刺激性下剤であるアントラキノン系薬剤（センナ、センノシド）やジフェノール誘導体（ピコスルファート）が頻用されている。これら薬剤の開発以降、新規薬剤の開発は無かったが、2012年にルビプロストン（アミティーザ）が発売された。小腸粘膜におけるクロライドチャネルの活性化剤であり、腸液分泌を促進し、個体のもつ腸管内反射経路を介した自然排便を促す薬剤であり、従来の薬剤とは作用機序が異なり、臨床試験の結果からも高い有効性が示されている。従って高齢化社会を迎えつつある本邦において、福音をもたらす可能性を秘めた薬剤のひとつであると思われる。本講演会では、排便のメカニズム、機能性便秘症の概念、およびその治療について概説した。

第233回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H25.10.5(土)15:00 於：和歌山県民文化会館 5階 大会議室

出席者 48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

大規模臨床研究を活用した腎疾患診療

国立循環器病研究センター

生活習慣部門 高血圧・腎臓科

医長 中村 敏子先生

慢性腎臓病(Chronic Kidney Disease:CKD)という概念には、CKDが末期腎不全・透析に移行する危険があるが、それ以上に心血管合併症(CVD)が起こる危険因子であるというメッセージが込められ、2002年に米国で提唱された。いまや、その概念は、広く世界中に普及している。CKDを治療することにより、CVDを減少させることができるということもわかってきた。

我が国では、2007年に「CKD診療ガイド」、2009年に「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2009」、2012年に「CKD診療ガイド」、2013年に「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013」が刊行され、CKDが日本国民にとって重要な慢性疾患であると認識されるようになった。

CKDになる危険因子としては、蛋白尿・高血圧・糖尿病・喫煙などがあげられ、生活習慣や生活習慣病の是正は重要である。このように危険因子が多岐にわたっているため、その治療は集学的に行わなければならない。治療の基本は、原因となった疾患の治療であるが、中でも高血圧や蛋白尿のコントロールは重要である。

生活習慣の改善では、食塩摂取量の基本は3g/日以上6g/日未満とされる。種々の臨床研究から、十分な降圧を図るためには食塩制限

が推奨され、その結果として腎機能障害の進展抑制が期待できる。しかし、高齢者での過度な食塩制限は食欲低下や脱水を招くことがあり、腎機能を悪化させることがあるので注意が必要である。蛋白質制限は以前から行われており、腎代替療法が必要となるまでの時間を延長するが、腎機能の低下速度を抑制するかどうかは明らかではない。過度の蛋白質摂取制限は低栄養を招く為、個々の患者の状態を勘案して、蛋白質制限を指導することが推奨される。喫煙はCKD進行のリスクと見なされており、健康全体にも悪影響がある為、CKD患者では禁煙が望ましい。

薬物療法では、降圧療法が重要である。ガイドラインでも示されているように、RA系阻害薬、カルシウム拮抗薬、利尿剤などを使用して血圧をコントロールする。目標血圧は、現時点で130-80mmHgとされているが、来年には高血圧治療ガイドライン2014も刊行される為、目標値を確認する必要がある。糖尿病の治療でも、血圧コントロールが重要である。血糖コントロールは、HbA1cで6.9%(NGSP)未満であるが、血糖降下薬は腎機能に応じて使い分ける必要がある。CKDでは重症低血糖リスクがある為、個々の症例に応じて目標を設定する必要がある。脂質管理にも目標値が設定されており、脂質低下薬も腎機能に応じて使い分ける。貧血管理には、貧血の原因を評価し、腎性貧血が認められた場合に赤血球造血刺激因子製剤(ESA)を投与する。ESA開始時期は、Hb<10g/dLとし、治療目標Hb値としては10~12g/dLが推奨されている。鉄剤投与の基準値も示されているので、準拠して加療を行うべきである。

我が国やKDOQIなどからCKDのガイドラインが示され、種々の指針が記載されている。しかし、CKDは他の慢性疾患(高血圧、糖

尿病など)に比べて、その歴史が短く、ようやく診断基準、重症度分類が行われるようになったに過ぎない。現在でも、世界中でCKDに関する大規模臨床研究が行われ、新しいエビデンスが急速に集積されている分野

である。現在のガイドラインも一部は、将来変更する可能性があるが、現時点での指針を学ぶことにより日常のCKD診療の一助となることを期している。

第234回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H25.11.9(土)15:00 於: ガーデンホテルハナヨ

出席者 50名

講演 I

座長 (医)健仁会 三谷医院
院長 三谷 健一郎先生
乳がんの診断と治療—最新の話より—
昭和大学医学部外科学講座
乳腺外科学部門
教授 中村 清吾先生

講演 II

座長 水本内科クリニック
院長 水本 博章先生
心血管イベント抑制のための糖尿病治療
戦略—JDCP studyの結果を踏まえて—
東京慈恵会医科大学
名誉教授 田嶋 尚子先生

三府県内科医会合同学術講演会 (第235回和歌山県医師会内科医会学術講演会)

H25.11.16(土)15:00 於: ホテルニューオータニ大阪2階鳳凰S

出席者 193名(内和歌山県4名)

テーマ「高齢者診療における
ピットフォール」

講演 I

座長 奈良県医師会内科部会
会長 堀江 浩章先生
高齢者における呼吸器感染症治療
—ガイドラインを中心に—
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・肺炎は、日本人の死因の第3位となり、高齢者の誤嚥性肺炎を中心に、

社会全体の大きな問題となっている。

肺炎に関しては、国際的にも、市中肺炎(CAP)、院内肺炎(HAP)および医療・介護関連肺炎(NHCAP)の3つに分類して診療するようになっている(図1)。

場所による分類が好まれるのは、発症場所によって、典型的な患者像、原因菌、治療薬が提示しやすいためである。肺炎診療に当たって重要な2つの要素、すなわち個体の状態(重症度・予後不良度)と微生物的要因(耐性菌リスクの有無)も、この場所による分類でおおよそ予測可能である。

わが国では、呼吸器学会から、これらの3つの肺炎ガイドライン(GL)が発刊されて

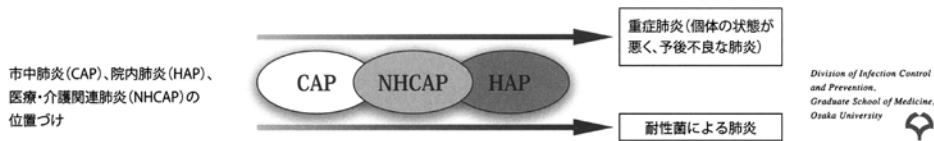


図1 肺炎の分類

いる他、感染症学会・化学療法学会からも「呼吸器感染症診療GL」の発刊が進みつつあり、一定の指針が提示されてきている。いずれも最新の知見を導入し、独自の全国調査

やそれに準じたデータを基に構築、改訂が進められている。

CAPに関しては、「A-DROP」と呼ばれる簡便な重症度分類が提示され（図2）、高用

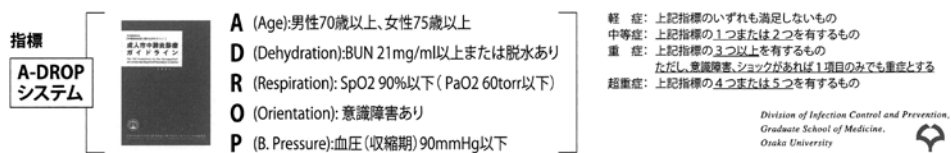


図2 市中肺炎ガイドラインにおける重症度分類

量ペニシリンの使用をエンピリック治療の第一選択として推奨されているのがわが国の特徴である。A-DROPは予後を重視した重症度分類であり、きわめて簡便である。治療の考え方も、基本的には肺炎の種類によらず、共通の概念に基づいている。

HAPに関しても、2008年度版より、「I-ROAD」という新たな重症度分類や、最新のPK/PD理論に裏付けられた高用量かつ具体的な抗菌薬が推奨されている。さらに、救命のために、当初は高用量かつ広域の抗菌薬を投与し、2-3日後の検査結果や病状の改善を見て、抗菌薬を減じていく「de-escalation」という治療戦略が米国同様に提唱され、その考え方が広まっている。

但し、HAP-GL2008では、米国のHAPとの差異、すなわち医療制度や患者の分類方法が違うこと、そして、日本ではむしろ高齢者の軽症の誤嚥性肺炎が目立ち、狭域のペニシリン系薬でも十分効果が期待できる患者群が多いことが指摘され、011年のNHCAP-GLの発刊につながった。

NHCAPは、元々は、米国で医療ケア関連肺炎（HCAP）として、初めて提唱された概念である。CAPとHAPの2分法ではカバーすることが難しい、ちょうど中間に位置する肺炎群であり、高齢者の誤嚥性肺炎や、高度医療の結果生じた市中における耐性菌性肺炎が、これに含まれる。わが国では、老人病院（施設）に長期入院（入所）したり、自宅で介護を受けたり、独自の、ある意味恵まれた医療環境や保険制度を反映し、NHCAPとして提案された。このNHCAPガイドラインでは、高齢者施設で非定型菌が多い事や、重症肺炎での治療成績からマクロライド系薬の積極的な併用が提案された他、ニューキノロン系薬やカルバペネム系薬の使用にも一定の見解が示されている。高齢者や肺に基礎疾患を持つ患者では組織移行の面から、最初からニューキノロン系薬を使用した方がかえって効率が良い可能性がある。また、市中でESBL産生の大腸菌やクレブシエラ属など新たな耐性菌が増加しており、入院時に、切り札としてのカルバペネム系薬を最初から使用

すべき症例がありうる。

但し、超高齢者における肺炎に対しては、倫理的な配慮が必要であること、「胃ろう」をはじめとするケア内容に関しても、必ずしも肯定的なエビデンスばかりでないことが、明示され始めた。

今後の肺炎診療は、予防（ワクチンなど）や耐性菌を生まない、もしくは伝播させないための感染制御の考え方や実践が、医療経済の面からも、より一層重要となるであろう。

講演Ⅱ

座長 和歌山県医師会内科医会

会長 西谷 博先生

整形外科医の立場からみた骨粗鬆症

産業医科大学整形外科

准教授 酒井 昭典先生

日本における骨粗鬆症患者数は1280万人と推定されている。しかし、そのうちのわずか20%しか治療を受けていない。骨粗鬆症性骨折の発生件数は経年的に増加している。骨折を起こすと次の骨折を生じるオッズ比は数倍になる。初発骨折を生じさせない一次予防と骨折の連鎖を断つ二次予防が急務である。

1. 骨粗鬆症があると骨折は重傷化する

橈骨遠位端骨折は、骨粗鬆症患者の初発骨折として最も頻度が高く、閉経後から60歳前後にかけて生じることが多い。橈骨遠位端骨折を生じた患者の90%以上は、骨粗鬆症の検診や治療を受けたことがないのが現状である。骨密度が低いほど橈骨骨折部での転位の程度は大きくなり骨折は重傷化する（Sakai A, et al. J Hand Surg Am 33, 2008）。2型糖尿病を合併した橈骨遠位端骨折患者では、非合併患者と比べて骨密度の低下がないにも関わらず橈骨短縮の程度が大きい（J Orthop Sci, 2013, in press）。2型糖尿病患者の橈骨遠位皮質骨には多孔化がみられ、骨構造が劣化していることが報告されている。

2. 高齢者の骨折には骨粗鬆症と易転倒性が

関与している

橈骨遠位端骨折患者と骨折のない検診受診者について、骨折に関わるいくつかの要因をロジステック回帰分析した結果、「骨折あり」に関連する因子は、50-64歳では骨粗鬆症であり、65歳以上では運動器不安定症（開眼片脚起立時間<15秒）であった（Osteoporos Int 21, 2010）。このことから、50-64歳においては骨粗鬆症の早期治療が重要であり、高齢者では骨粗鬆症の治療とともに転倒防止を目的とした運動療法が重要になる。

3. 骨粗鬆症に対する薬物治療

閉経後骨粗鬆症はビスホスホネート、SERM、デノスマブ（抗RANKL抗体）などの骨吸収抑制剤のよい適応である。高齢者の約半数はビタミンDが不足しており、肝障害や腎障害があるとビタミンDの活性化が障害され骨軟化症となる。ビタミンD欠乏状態で骨吸収抑制剤を投与しても骨密度増加効果は十分に発揮されない。ビタミンDを投与してカルシウム代謝を是正する必要がある。

ビスホスホネート連日製剤の服薬継続率は低い。ビスホスホネート製剤は、連日製剤、週1回製剤に加えて、月1回製剤が登場し、利便性が増した。我々の調査（BP-MUSASHI study）では、連日・週1回製剤服薬患者のうちの66.5%が月1回製剤へ変更を希望した。月1回製剤へ切り替えた群は、従来薬を継続した群と比べて、服薬継続率が高く（89.8%と79.0%）、腰背部痛が軽減し、TRACP-5bが低下し、半年後の骨密度は腰椎で1.5%、橈骨遠位1/3で1.1%有意に増加した。さらに最近では、月1回ワンショット静注製剤（イバンドロネート）が登場し、経口薬が飲めなかった患者や骨密度増加効果が不十分であった患者に使用できるようになった。

4. 今後の展望

近年、骨粗鬆症に対する薬剤の選択肢が増えた。骨脆弱性を改善させるために骨粗鬆症の病態に基づいて薬剤を選択し、服薬継続率

を高めるために患者の利便性に基づいて剤形（経口・注射、投与間隔）を選択することが大切である。運動療法の効果と限界がRCTで確認されてきた。骨粗鬆症治療は、骨密度とともに患者の骨折危険因子を評価し、患者に適した薬物療法と運動療法を組み合わせ、治療率と治療継続率を高めることが課題である。骨折の連鎖を断ち、QOLを高め、患者の健康寿命を延伸させることが骨粗鬆症の治療目標である。

特別講演

座長 大阪府内科医会

会長

福田 正博先生

健康寿命と生活習慣病

大阪大学大学院医学系研究科

老年・腎臓内科学

教授

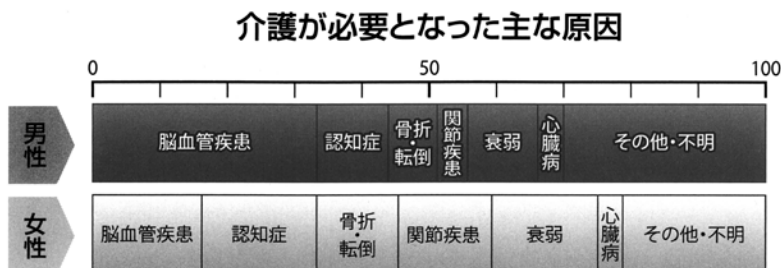
楽木 宏実先生

健康長寿を妨げる因子は、寝たきりや要介護状態に至る要因と重なるところが多い。日本人の場合、男女で異なるものの、最も大きな要因は脳血管障害である（図1）。骨折・転倒あるいは関節疾患も大きな原因となっている。これらは、生活機能の中でも移動に関する運動機能と直結するものであり、脳血管疾患の予防に加え転倒や骨折の予防、関節疾患の予防など運動能維持の対応が求められる。もう一つの大きな健康長寿の阻害要因は、認知症である。アルツハイマー型認知症が主な

ものであるが、脳血管性認知症もある程度関与する。脳血管性については前述した脳血管疾患予防が同様に重要である。アルツハイマー型認知症についての予防策として、決定打はなく、現状ではリスクとされる病態の発症予防や早期管理が求められる。その中で生活習慣病対策は重要な位置を占める。ただし、高齢者において軽度認知機能障害や認知症を発症した患者における生活習慣病対策は、必ずしも厳格な生活習慣病管理が適切であるとはいえないことも示されている。

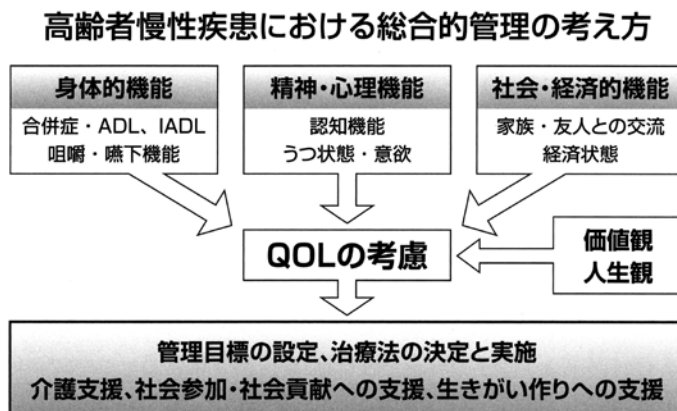
高齢者の慢性疾患対策における基本的な考え方を図2に示す。高血圧や糖尿病などの生活習慣病の対策においても、この基本的な考え方は重要である。すなわち、画一的な治療目標の設定ではなく、個々人のQOLに配慮した治療・管理が重要である。最終的な目標を、脳心血管疾患（脳卒中や心筋梗塞、心不全）の発症予防、生命予後の延長だけにおくべきではなく、個々人の社会参加・社会貢献・生きがいがづくりの支援にまで目を向ける必要がある。これまでの病因・診断・治療といった疾患別・臓器別の教育や臨床では対応しきれない点が多い。医師の立場からは、経験値の蓄積が最も有用であろうと考えるが、実情では難しい点が多い。講演では、図3に示すような、健康長寿達成のための標的管理に向けた生活習慣病対策について、具体例を交えて概説したい。

図1 日本人の介護が必要となる要因



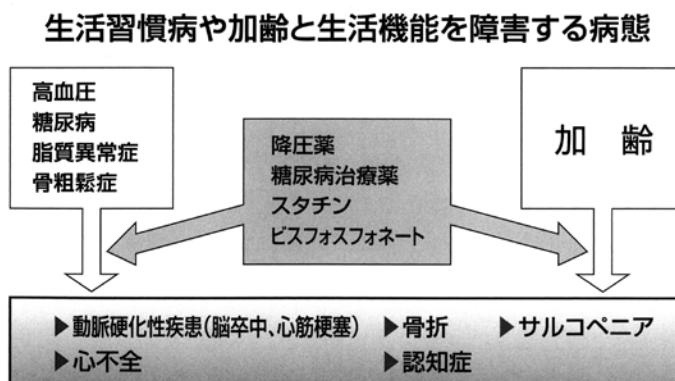
出典：平成22年度国民生活基礎調査

図2 高齢者慢性疾患管理の基本的考え方



出典：大内尉義監修：高齢者の生活習慣病の診療の実際。メジカルビュー社，2004

図3 健康長寿を阻害する病態に対する生活習慣病や加齢の影響



第236回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H25.12.14(土)15:30 於：県民交流プラザ和歌山ビッグ愛 1201会議室

出席者 32名

テーマ「高齢者診療における
ピットフォール」

一般演題

座長 和歌山県内科医会

副会長 澤 久先生

マクロライドの新作用のいろいろ

ひがし内科クリニック

東 冬彦先生

効くはずの無いクラリスロマイシンがインフルエンザに著しい効果があることを発見した経緯について述べるとともに、マクロライドの新作用について解説する。

1. インフルエンザに効くはずの無いクラリスロマイシンが効いた！

2007年11月、高熱で来院した患者が迅速診断キットでインフルエンザA型と判明した。当時タミフルと異常行動との関連が疑われ、大きな社会問題になっていたため、『タミフルは飲みたくない』とのことだった。『それでは、家でおとなしく寝ている様に』と指示したが、『せっかく来たんだから何かくださいよ』とのことで、クラリスロマイシンを5日分処方して帰した。

翌日、往診からの帰り道、この患者が田圃で農作業している姿を見かけた。『先生、昨日の薬、やにこう（ものすごく）効いたわ。あの薬インフルエンザに効くんと違う！』と答えた。この時は『そんなバカなことはない。クラリスロマイシンはインフルエンザに効くはずがないのだから・・・』と思ったが、驚くと同時に、もしかしてと言う思いもあった。

この日を契機に、インフルエンザで来院してもタミフルを希望しない患者にはクラリスロマイシンを処方することにした。

結局、そのシーズンにインフルエンザで来

院し、クラリスロマイシンを希望した患者の全例に効果があったのには本当に驚いた。

しかし、効くはずの無いクラリスロマイシンが何故インフルエンザに効くのか理解できなかった。しばらくして松本慶蔵先生の論文を、次いで木戸博先生、山谷陸雄先生、佐藤圭創先生の論文を見つけた。

木戸先生、山谷先生、佐藤先生は基礎実験ですでにクラリスロマイシンがインフルエンザに対して有効であることを証明し、松本先生は新型インフルエンザが流行する2年前（2007年）にすでに、将来14員環マクロライドがインフルエンザの治療薬として有望となると予言されていたのである。

2. インフルエンザに対するクラリスロマイシンの効果

当時、臨床的にクラリスロマイシンを単独でインフルエンザに投与した報告はまだ無かったので、2008/09年のインフルエンザ流行期に、タミフルを希望しなかった患者114名にクラリスロマイシンを単独で5日間投与し臨床効果を検討した。

クラリスロマイシン投与後、24時間以内に67.6%、48時間以内に87.7%が解熱した。解熱するまでの平均時間は28.5時間であった。この結果を同年6月の第188回内科学会近畿地方会で発表。インパクトがあるとのことで、7月の東京での第7回インフルエンザ夏季セミナーで話題提供者として招かれた。

専門家の先生方は、クラリスロマイシン単独でも、慢性の感染症ばかりではなく急性の感染症にも、やはり効いたかという反応であった。

3. マクロライドの新作用

従来から、クラリスロマイシンはマクロライド系の抗菌剤であり、抗ウイルス作用はないとされていた。しかし、1984年にび慢性汎細気管支炎にクラリスロマイシンの少量長期投

与が著効することが発見されて以来、14員環マクロライドには抗菌作用以外に多種、多彩な作用があることが判明し、『マクロライドの新作用, novel action』として注目されている。

基礎的には炎症性サイトカインの制御、喀痰分泌制御、好中球走化性抑制、抗菌物質デフェンシン放出促進、抗細菌作用（バイオフィルム抑制、病原性減少）、抗ウイルス作用（ライノウイルス、RSウイルス、インフルエンザウイルス）などの作用が知られている。

また、臨床的には、び慢性汎細気管支炎、慢性副鼻腔炎、Cystic fibrosisに有効であり、COPDの急性増悪予防効果、インフルエンザにオセルタミビルとクラリスロマイシンを併用すると咳と鼻汁の改善効果があることなどが知られている。以上のような状況により2009年は基礎のみならず、臨床的にも14員環マクロライド剤がインフルエンザに効果のあることが認められた年と言える。くしくも、同年4月以降、本邦でも新型インフルエンザの流行がみられ、基礎疾患のない未成年者も重症化しやすいため、この疾患の重症化の予防が必須の課題となってきた。

インフルエンザが肺炎や脳症を起こし重症化するのは宿主の過剰な防御反応（サイトカインストーム）が関与しているためである。

クラリスロマイシンにはサイトカインの産生を調整する働きがある。

この事から、インフルエンザの重症化を予防するためにはサイトカインストームを抑制することが重要であり抗インフルエンザ薬にマクロライド剤を併用すべきであると主張する動きが出てきた。ハイリスクグループはもちろん、リスク因子は無くても危険な徴候のある患者には、抗インフルエンザ薬とクラリスロマイシンの併用が勧められる。あれから4年経過し、臨床医家の先生方にもインフルエンザにクラリスロマイシンが有効であることは広く知られる様になり、すでに市民権を得たと思われる。抗インフルエンザ剤とクラリスロマイシンは車の両輪であると言える。

3) 末期肺がん患者の延命効果について

奈良県立医大の三笠先生はクラリスロマイシンが末期肺がん患者に延命効果があることを報告している。私も最近、肺がん末期の患者にクラリスロマイシンを投与し効果があったと思われる1例を経験したので報告する。

症例は86歳の女性；平成21年5月左下肺野に肺がんを発見され、6～8月、30回の放射線療法を受けた。しかし、本人の精神状態から、その後の手術や抗ガン剤は無理と判断され、9月に当院を紹介された。照射後のため、食道炎症状が強く、食欲不振あり、葛湯のみ摂取、エンシュアーリキッドを併用していた。予後は半年と言われ、10月の胸部レントゲンでは胸水の貯留が始まった。

平成22年2月家族に予後不良を告げ、クラリスロマイシンの服用を勧めたところ同意が得られたのでクラリスロマイシン400mgを開始した。しかし、4月から胸水はさらに増加、6月から胸痛が強く不眠、自力で起き上がれなくなったためデュロテップパッチ2.1mgを開始した。

やはり効かないかなと思っていたが、8月から胸痛は軽減し始め食欲も回復し、11月からは胸痛が全くなくなり、デュロテップパッチは中止した。その後、平成23年から胸水が減少し始め、体重が3kg増加し、TPの改善がみられ、25年12月、現在までまったく通常の生活を送っている。高齢者の肺がん患者で手術、抗がん剤などの適応のない患者にはクラリスロマイシンで延命効果を期待できるのではないかと思われた1例であった。さらに最近では、重症肺炎にマクロライドを併用し生存率改善効果があるとの報告もあり、マクロライドの新作用がこれからの感染症治療に果たす役割は大きく、さらなる発展が期待される。

特別講演 1

座長 和歌山県内科医会

副会長 澤 久先生

高齢者における呼吸器感染症治療 ーガイドラインを中心にー

大阪大学医学部附属病院感染制御部

副部長 関 雅文先生

特別講演 2

座長 和歌山県医師会内科医会

会長 西谷 博先生

整形外科医の立場からみた骨粗鬆症

産業医科大学整形外科

准教授 酒井 昭典先生

第237回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H26. 1. 25(土)15:00 於：橋本商工会議所 5階大会議室

出席者 15名

講演 I

座長 おおはぎ内科

院長 大萩 晋也先生

糖尿病神経障害 最近の話題

和歌山県立医科大学紀北分院

内科教授 佐々木秀行先生

糖尿病神経障害は糖尿病細小血管症のなかでは最も早期から高頻度に見られるが、病型分類、診断基準、重症度分類が定まっておらず、有効性が高い治療薬もないなど最も研究が遅れている合併症である。2010年トロントで開催されたこの分野の専門家会議からの報告がDiabetes Care誌に掲載され、病型や診断基準が提案された。

1. 糖尿病神経障害の病型分類

糖尿病神経障害は自覚症状、臨床経過、危険因子、病理変化、発症機序が異なる複数の不均一な末梢神経障害の疾患群であり、大きく全身性の多発神経障害と局所性（巣状と多巣性）神経障害の2群に分けられる。この2群は全く異なるもので、全身性多発神経障害（diabetic polyneuropathy：D P N）は糖尿病特有で高血糖が成因に直接関与するものであり、局所性神経障害は糖尿病患者で明らかに発症頻度が高いものと考えることができ

る。D P Nには激しい痛みで発症する治療後痛性神経障害など非典型的D P Nもある。一方、局所性神経障害には、脳神経障害、脊髄根・叢の神経障害、手根管症候群など絞扼性神経障害などが含まれる。我々は診療録の調査と和歌山県医師会内科医会との共同アンケート調査により、脳神経障害の大部分を占める外眼筋麻痺の特徴として、①動眼と外眼神経麻痺の頻度がほぼ同数である、②ほぼ全例が完全回復するが再発例も存在する、③臨床的背景因子は動脈硬化症の危険因子と重なることを明らかにした。

2. D P N臨床的診断基準と注意点

トロントD P N専門家会議では①両足指・足・下腿の陽性症状（ジンジン感やさまざまな痛み）、②左右対称性の感覚鈍麻、③両アキレス腱反射の低下・消失のうち1項目でもあれば、“possible D P N”、2個以上あれば“probable D P N”、1項目に加えて神経伝導機能異常あるいは明らかに小径神経線維の異常があれば“confirmed D P N”のする診断基準が提案された。わが国で普及しつつある「糖尿病性神経障害を考える会の簡易診断基準」では①両足指・足裏のシビレ・痛み・違和感、②両側内踝のC128音叉による振動覚の低下、③両アキレス腱反射の低下・消失のうち2項目以上あればD P Nと診断すると

している。この簡易診断基準を使用するにあたって注意すべき点は、音叉による振動覚検査で、アルミ製の大きめの音叉を用いること、55-59歳では9秒、60-64歳では8秒、65歳以上では7秒でも異常の判定は慎重に総合的に行うことが挙げられる。また、正座習慣のない糖尿病男性においては短趾伸筋（EDB）の両側性萎縮がDPN診断に有用である。

3. 新しい疼痛治療薬

痛みの定義は『実際の組織損傷、あるいは潜在的な組織損傷と関連した、またはこのような組織損傷と関連して述べられる 不快な感覚的・情動的体験』と言われている（国際疼痛学会（IASP）1994）。欧米では強いジンジン・ビリビリ・チクチクしたシビレも疼痛であり、欧米の疫学調査成績の解釈において注意すべきであると共に、疼痛治療薬の対象と捉えるべきと考えられる。疼痛治療薬を希望している患者さんの頻度についてはほとんど知られていない、和歌山県医師会内科医会との共同アンケート調査では多くの医師が「1～2%」と認識しているのに対して、

糖尿病外来通院患者のアンケート調査では「8%」が疼痛治療薬を希望しており、両者に差異があることが判明した。シビレ・痛み症状と治療の希望については、医療者側から積極的に問いかける必要があるのかもしれない。2010年以降、プレガバリンやデュロキセチン、トラマドールなど新しい神経障害性疼痛治療薬が臨床で使用可能となり、内外のガイドラインではプレガバリンやデュロキセチンが第1選択に位置付けられている。いずれの薬剤もふらつき・眠気・めまいなど副作用に注意し、少量から開始する必要がある。

講演Ⅱ

座長 橋本市民病院

院長代理

嶋田 浩介先生

膵癌治療におけるペプチドワクチン療法の位置づけ

和歌山県立医科大学外科学第二講座

教授

山上 裕機先生

第238回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H26. 2. 15(土)14:00 於：新宮ユースアイホテル

出席者 24名

特別講演

「膵癌治療の将来展望

ーペプチドワクチン療法について」

和歌山県立医科大学 外科学第2講座

教授

山上 裕機先生

第239回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H26. 3. 15(土)17:00 於：ホテルグランヴィア和歌山 6階 ル・グラン

出席者 31名

一般講演

座長 にしたに内科

院長 西谷 博先生

患者さんの目線から糖尿病治療を考える

坂南市立病院 糖尿病内科

部長 大工原裕之先生

本邦でよく使用されてきた二相性インスリンアナログ製剤の異同について

【目的】混合型インスリン1日2回注射法は昼に注射を打たなくてよい点から、生活スタイルの規則的な患者や高齢者、視力障害患者などに従来よく使用されてきた方法である。超速効型と中間型の混合比率が30/70のノボラピッド30ミックス注(30Mix)と25/75のヒューマログミックス25注(Mix25)の2製剤において、臨床使用上の両薬剤間の差異について外来診療下で比較検討する。【方法】対象は当院外来通院中で、30Mix朝夕2回打ちを24週間以上継続中で、HbA1c7.4%未満の2型糖尿病患者103人。患者の同意取得後、(1)30Mix1日2回と同単位のMix251日2回打ちに変更して16週間後、毎食前後の血糖値、HbA1c、低血糖頻度を観察。(2)さらにMix25を朝夕1単位ずつ増量して16週間後、毎食前後の血糖値、HbA1c、低血糖頻度を観察。患者満足度調査(DTSQ)施行。【結果】朝、夕食前血糖値及び昼、夕食後2時間血糖値は(1)、(2)とも低下。HbA1cは $6.8 \pm 0.8\%$ から(2)においては $6.5 \pm 0.7\%$ に低下($p < 0.01$)。1症例4週間あたり70mg/dL未満となる低血糖頻度は(1)11.1回から4.6回に減少($p < 0.001$)。(2)5.3回に減少($p < 0.001$)したまま。最終DTSQは5.3ポイント上昇。【考察】リスプロはアスパルトより血中濃度最高値到達時間が短く、血中からの消失も速やかと報告されている。30Mixで昼前に低血糖が起き

るのは、アスパルトの効果残存と中間型成分の重なりが考えられる。リスプロとNPHを混合すると、リスプロがプロタミンと結合して超速効性が失われるために、リスプロをプロタミンで結晶化させたNPL製剤がMix25の中間型成分に使用されている。30MixとMix25の効果の違いは、単に5%の混合比の差のみではなく、中間型成分の製造過程の違いに起因する可能性が考えられた。

特別講演

座長 にしたに内科

院長 西谷 博先生

本邦における膵・膵島移植の現況と課題

大阪大学大学院医学系研究科

生体機能補完医学講座教授

伊藤 壽記先生

1型糖尿病の患者さんに対する、脳死下での膵臓ならびに膵島移植は、現在、糖尿病根治を目指した究極の医療と位置付けられている。脳死移植のための臓器移植法は1997年に実施されたが、厳格な内容であり現実的なものではなく、法の改正が待たれた。2010年に入ってやっと法が改正され、ようやく欧米並みの法体系となった。実際に、臓器移植法改正までは、脳死下での膵臓の提供は約13年間で僅か64例に対し、改正後は約3年半で117例と約7倍に増加したが、まだまだ十分な数字とは言えない。

法施行以降、本邦では2013年12月末まで、208例の膵臓移植が実施された。内訳は脳死下179例、心停止下2例、生体下27例である。膵移植レシピエントのカテゴリー別では、膵腎同時移植(SPK):164例、腎移植後膵移植(PAK):29例、腎不全のない膵単独移植(PTA):15例であった。移植成績:移植後5年生存率は95.8%であり、移植膵生着率は1

年、3年、5年で、84.9%、78.0%、69.9%であった。なお、講演では、腎臓移植のトピックスとして、SPKを受けた女性で移植後、妊娠・出産が可能であった一症例を提示させて頂いた。

本邦の腎臓移植の問題点として、マージナルドナー(高齢(平均43.4才)、血行動態が不安定)が多く(70%)、死因の多くが脳血管障害(58%)であり、条件は良くない。しかし、移植成績は欧米と遜色のない結果である。登録待機者においては、待機期間(3年以上が45%)が長く、その間に死亡したり、合併症

が重篤化して、登録を取り下げざるを得ないケースも少なからず存在する。

一方、膵島(膵β細胞)移植は、膵臓から分離するための酵素剤の問題があり、一時中断していたが、2012年から再開され、これまで心停止下でのみの提供であったが、2013年からは臓器が優先であるが、脳死下での提供も可能となった。現在、認定6施設で先進医療として行われている。また、講演では慢性膵炎に対する自家膵島移植についても、遺伝性膵炎のケースを紹介させて頂いた。

第240回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H26.5.17 於：和歌山ビッグ愛

出席者 55名

「糖尿病は易骨折性疾患か？

—骨脆弱性と血管障害—」

大阪市立大学

学長・理事長 西澤 良記先生

糖尿病の骨の脆弱性については臨床的には古くから研究されている。1型糖尿病については骨形成が悪く、骨密度低下が示され、骨折リスクの増大はほぼコンセンサスを得ている。しかし、2型糖尿病については以前より諸説があり、不明確な点が多々指摘されてきた。特に、2型では肥満が多くにみられ、肥満は骨粗鬆症のリスク軽減因子として知られており、2型糖尿病の骨脆弱性についての議論の焦点になっていたこともある。現時点で、2型糖尿病の大腿骨近位部骨折のcase-control and cohort studies (Janjgorbani, M. et al. *Am. J. Epidemiol.* 2007)によれば、これまでの報告をまとめると全体として1.7 (1.3-2.2) 倍のリスクと、明らかに易骨折性を有する疾患と判断できる。ただ、骨密度は大腿骨近位部のZスコアで1型では-0.37と低値を示すも2型では0.27とむしろ

やや高めであり、骨密度による予測骨折リスクは1型で1.4倍、2型では0.8倍と低く、実際の骨折リスク1型6.9倍、2型1.4倍とデータの不一致がある (Vestergaard P, et al. *Osteoporos Int* 2007)。すなわち2型については骨密度に依存しない骨脆弱性が存在することを意味している。

では、なぜ2型糖尿病ではこのようなことが生じるのか？1型と同じ機序として、高血糖状態やインスリン作用不全による骨芽細胞機能の低下や成長抑制や低骨代謝回転の病態がある。さらに、近年、繊維芽細胞増殖因子 (FGF-23) のミネラル代謝における意義が明確になり、私の医局のデータで糖尿病でのリン負荷に対応するFGF-23の分泌障害の特徴を示した (Yoda K et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2012)。この事実から血中リンの増加に骨細胞/骨芽細胞がFGF-23の増加反応障害があるために、FGF-23のリン利尿の効果不足がおこり、高リン血症の残続が生じる。このことは糖尿病での腎機能障害の促進や血管障害の増悪を起因する因子となりうるという糖尿病の病態での新たな考え方を提示している。

血管障害との関連から、AGE (Advanced Glycated Endproduct、糖化最終産物)、AGE受容体のRAGE (Receptor for AGE)、そしてその分泌型のesRAGE (endogenously secretory Receptor for AGE) についての病態を提示し、esRAGEが減少するほど血管障害や腎機能障害が進展することを解説した。さらにこのesRAGEの減少は骨折リスクの増加を招くとのデータも示した。さらに慈恵医大の斉藤らによるコラーゲン架橋について、酵素反応型の生理的架橋の減少と糖化や酸化による非酵素型架橋のAGE架橋の増加が骨脆弱性を倍加することを解説した。これらの病態は糖尿病の骨密度に依存しない骨脆弱性の病態の説明となると考えられる。

糖尿病患者には高齢者が多いことや、抗糖尿病薬を継続的に長期間服用することを考えると、抗糖尿病薬の骨代謝への作用を十分に知っておくべきであろう。糖尿病治療と骨折リスクではインスリン治療では2.7 (1.20-4.28) 倍、SU剤では0.48 (0.27-0.88) 倍、チアゾリジン誘導体では3.38 (1.07-10.71) 倍であるといい (Kanazawa I, et al. J Bone Miner Metab 2010)、チアゾリジン誘導体の骨折リスクを示している。DPP4阻害剤では現在までの知見データを含めて骨折リスクは

認めないとの結論であり、SGLT2阻害剤においては影響を与えないという2報の骨代謝に関する報告しかなく、今後の課題であろうと思われる。

糖尿病の骨脆弱性への対策として、まずは高血糖対策である。骨芽細胞機能の温存やインスリン作用の保護が目的であり、AGE対策でもあろう。コラーゲンのAGE架橋 (いわゆる悪玉架橋) に対してはラロキシフェンが有効であるとの報告がある。また、骨密度に依存しない骨脆弱性とはいうものの、骨密度を増加させれば骨折リスクの低減を意図できるので、ビスフォスフォネイト薬は有用であろう。ただ、その特性を考えると7-10年を限度として考えるのが得策といえる。薬理的な効能からすればPTH製剤が最も適しているように思われるが、まだ糖尿病についての十分な臨床成績の集積を待つ必要がある。

最後に、糖尿病での骨代謝異常を考えると、骨芽細胞機能不全に伴う低骨代謝回転骨であり、AGEや酸化ストレス増大を基盤とした骨密度に依存しない骨質劣化が特徴である。また、骨代謝障害と血管障害は糖尿病においては密接に関連し、あるいはともに助長しあう病態を示しているといえる。

平成26年度(第45回)和歌山県医師会内科医会総会

H26.5.17(土)16:00～ 於：和歌山ビッグ愛4階大会議室

出席者 55名

総 会

司会 串上 元彦

1. 物故会員に黙祷

平成25年度 物故会員名簿 (敬称略)

木 戸 智	和 歌 山 市	平成25年5月27日ご逝去 (享年88歳)
澳 親 武	有 田	平成25年6月6日ご逝去 (享年81歳)
田 村 健 治	海 南	平成25年8月8日ご逝去 (享年69歳)
木 村 茂	和 歌 山 市	平成25年9月10日ご逝去 (享年62歳)
池 口 猛	新 宮 市	平成25年10月10日ご逝去 (享年66歳)
桂 勝	東 牟 婁 郡	平成25年1月20日ご逝去 (享年86歳)
宮 地 毅	和 歌 山 市	平成26年1月28日ご逝去 (享年89歳)
松 尾 準 三	和 歌 山 市	平成26年2月12日ご逝去 (享年88歳)

2. 会長挨拶 西谷 博

本日は、ご多用な中第45回総会にご出席賜りありがとうございます。平成24年に光定先生の後任として会長を拝命して2年が経ちました。就任時の挨拶で県下を五つのブロック分け、各地域における学術講演会の充実を図っていききたいとの計画を建てさせて戴きましたが、この2年の任期のうちに最低回数ですが何とか学術講演会を実行することが出来ました。すべての講演会の開催にご助力戴きました澤久副会長、地域開催の講演会では田辺市の山西康仁副会長、西牟婁郡の三谷健一郎理事、有田の吉村研理事、伊藤秀一先生、橋本市の大萩晋也理事、前田至規伊都医師会長、木下欣也東牟婁郡医師会長、湊口博之新宮市医師会長のご協力に改めて御礼申し上げます。またご講演を賜りました先生方、特に和歌山県立医大の有田幹雄紀北分院長、佐々木秀行教授、山上裕機教授には一方ならぬご

助力を賜りましたことに深く御礼申し上げます。講演会開催と並んでホームページの開設と会誌の充実に努めましたが、ホームページの開設、運営には吉村研先生に大きく依存しておりましてお礼の申しようがございません。会誌の編纂では手間のかかる作業に当たって戴きました寒川明宣編集長に深く御礼申し上げます。

話が変わりますが、今年平成26年度診療報酬改定がありました。改訂前に改善要望の多かった7剤投与の減算規定の解除は、地域包括診療加算の算定により対象外になりました。要望が一部認められたわけですが、算定要件に研修要件、服薬管理要件、健康管理要件、介護保険制度要件、在宅医療および24時間対応要件などハードルの高いことが気掛かりです。

また在宅時医学総合管理料の同一建物における複数訪問時の点数が適正化されましたが、

5月2日の日経新聞2面に「訪問診療 医師が消えた」との見出しで改定の思わぬ波紋を報じています。また5月6日読売新聞3面の社説に日本人間ドッグ学会と健康保険組合連合会が、異常なしとする数値を緩和する新しい健康診断基準案を公表したことを報じ医療費の削減につなげたいとしています。健康な人だけを対象にして作成された新基準は、既に生活習慣病を患っていると適用されないことを患者さんに説明する必要に迫られると思われます。日々変化する医療現場ですが、今後

とも和歌山県内科医会は良質な地域医療のため情報提供の場となるよう願っております。

最後に会務運営で、伊藤会長の頃から長年にわたって会計監事を務めていただきました戸田叡吾先生ありがとうございます。この2年間、会計を担当して戴きました見永武芳副会長、それぞれの担当分野でお世話になりました島基理事、多田正己理事、田中章慈理事、野村康晴理事、南部文彦理事、申上元彦理事の諸先生方に2年間の御礼を申し上げて会長挨拶と致します。

3. 庶務報告 申上 元彦

会員異動

新入会員	6名
物故会員	8名
退会会員	2名
平成26年3月31日現在の会員数	532名

平成25年度 新入会・退会会員名簿（敬称略）

新入会

竹 井 陽	日 高	平成25年4月16日
横 手 秀 行	伊 都	平成25年4月19日
中 敏 夫	和 歌 山 市	平成25年6月13日
明 寄 太 一	和 歌 山 市	平成25年6月14日
井 畑 裕三子	那 賀	平成25年7月9日
青 田 正 樹	和 歌 山 市	平成26年3月15日

退 会

北 林 昭 三	伊 都	平成25年10月21日
中 野 康 宏	有 田	平成26年1月29日

4. 学術講演会報告 澤 久

平成25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25年 5月25日(土)	和歌山ビッグ愛 4階 出席者 56名	第231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Ⅰ) 「骨粗鬆症治療のできる動脈硬化の予防」 大阪市立大学大学院医学研究科 代謝内分泌病態内科学 教授 稲葉 雅章 先生 (特別講演Ⅱ) 「膀胱集学的治療におけるペプチドワクチン療法の位置づけ」 和歌山県立医科大学 外科学第2講座 教授 山上 裕機 先生
平成25年 6月8日(土)	和歌山ビッグ愛 5階 出席者 47名	第232回学術講演会 (特別講演) 「慢性便秘症の診断と治療～最新の知見をふまえて～」 大阪市立大学大学院医学研究科 消化器内科学 准教授 富永 和作 先生
平成25年 10月5日(土)	和歌山県民文化会館 5階大会議室 出席者 48名	第233回学術講演会 (特別講演) 「大規模臨床研究を活用した腎疾患診療」 国立循環器病研究センター 生活習慣部門 高血圧・腎臓科医長 中村 敏子 先生
平成25年 11月9日(土)	ガーデンホテルハ ナヨ 出席者 50名	第234回学術講演会 (講演Ⅰ) 「乳がんの診断と治療 -最新の話題より-」 昭和大学医学部外科学講座 乳腺外科学部門 教授 中村 清吾 先生 (講演Ⅱ) 「心血管イベント抑制のための糖尿病治療戦略 -JDCP studyの結果を踏まえて-」 東京慈恵会医科大学 名誉教授 田嶋 尚子 先生
平成25年 11月16日(土)	ホテルニューオー タニ大阪 2階鳳凰S 出席者 193名 (内和歌山県4名)	第235回学術講演会 (三府県内科医会合同学術講演会 テーマ「高齢者診療におけるピットホール」 (講演Ⅰ) 「高齢者における呼吸器感染症治療 -ガイドラインを中心に-」 大阪大学医学部附属病院感染制御部 副部長 関 雅文 先生 (講演Ⅱ) 「整形外科医の立場からみた骨粗鬆症」 産業医科大学 整形外科 准教授 酒井 昭典 先生 (特別講演) 「健康寿命と生活習慣病」 大阪大学大学院医学研究科 老年・腎臓内科学 教授 栗木 宏実 先生

日時	会場	演題・講師
平成25年 12月14日(土)	和歌山ビッグ愛 12階 1201会議室	第236回学術講演会 テーマ「高齢者診療におけるピットホール」 (一般演題) 「マクロライドの新作用のいろいろ」 ひがし内科クリニック 院長 東 冬彦 先生 (特別講演Ⅰ) 「高齢者における呼吸器感染症治療 －ガイドラインを中心に－」 大阪大学医学部附属病院感染制御部 副部長 関 雅文 先生 (特別講演Ⅱ) 「整形外科医の立場からみた骨粗鬆症」 産業医科大学 整形外科 准教授 酒井 昭典 先生
	出席者 32名	
平成26年 1月25日(土)	橋本商工会議所 5F 大会議室	第237回学術講演会 (特別講演Ⅰ) 「糖尿病神経障害 ～最近の話題～」 和歌山県立医科大学紀北分院 内科 教授 佐々木 秀行 先生 (特別講演Ⅱ) 「膵癌治療におけるペプチドワクチン療法の位置づけ」 和歌山県立医科大学 外科学第2講座 教授 山上 裕機 先生
	出席者 15名	
平成26年 2月15日(土)	新宮ユーアイホテル	第238回学術講演会 (特別講演) 「膵癌治療の将来展望－ペプチドワクチン療法について」 和歌山県立医科大学 外科学第2講座 教授 山上 裕機 先生
	出席者 24名	
平成26年 3月15日(土)	ホテルグランヴィ ア和歌山	第239回学術講演会 (一般講演) 「患者さんの目線から糖尿病治療を考える。」 坂出市立病院 糖尿病内科 部長 大工原 裕之 先生 (特別講演) 「本邦における膵・膵島移植の現況と課題」 大阪大学大学院医学系研究科 生体機能補完医学講座 教授 伊藤 壽記 先生
	出席者 31名	

平成25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25年 7月20日(土)	和歌山県立医科大学 附属病院4階 臨床講堂2	<p>第5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新しい流れ」</p> <p>1. 「当院での糖尿病地域連携の現状」 新宮市立医療センター 副院長 岡井 一彦 先生</p> <p>2. 「当院における糖尿病地域連携への取り組み」 診療所の立場から やよいメディカルクリニック 院長 坂頭 節哉 先生</p> <p>3. 「和歌山地域糖尿病療養指導士制度のご紹介」 和歌山県立医科大学 内科学第一講座 准教授 古田 浩人 先生</p> <p>(話題提供) 「和歌山市の国保特定健診・保健指導の現状」 特に「糖尿病予防」の取り組み 和歌山市健康局長(兼)保健所長 永井 尚子 先生</p> <p>(特別講演) 「地域連携を基盤に多職種協働で取り組む」 糖尿病透析予防指導管理－その実践と成果－ 千葉県立東金病院 病院長 平井 愛山 先生</p>
平成25年 8月8日(木)	ホテルグランヴィア和歌山	<p>甲状腺診療における地域連携 (特別講演) 「甲状腺診療における病診連携 －甲状腺診療の進め方－」 和歌山県立医科大学 内科学第一講座 教授 赤水 尚史 先生</p>
平成25年 9月5日(木)	和歌山県立医科大学 生涯教育センター	<p>第69回和歌山内分泌代謝研究会 (一般講演)</p> <p>1) 「当院におけるHbA1cと中性脂肪の季節変動」 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</p> <p>2) 「糖尿病は胃食道逆流症の誘因となる」 和歌山県立医科大学 内科学第一講座 太田 敬之 先生他</p> <p>3) 「高ガストリン血症についての検討」 和歌山県立医科大学 内科学第一講座 森本 順子 先生他</p> <p>(特別講演) 「産婦人科におけるhCGの多様性と有用性」 和歌山県立医科大学 産婦人科学教室 教授 井篁 一彦 先生</p>
平成25年 12月21日(土)	和歌山ビッグ愛4階	<p>第3回臨床・病理カンファレンス 「アルコール性肝炎・糖尿病経過中に下痢・呼吸 困難を来し、入院直後に死亡した症例」 Case Presenter 和歌山県立医科大学 第一内科学教室 船橋 友美 先生</p> <p>Discussants 和歌山県立医科大学附属病院 卒後臨床研修センター 吉田 龍法 先生、佐藤 友紀 先生</p> <p>Pathology 和歌山県立医科大学 第一病理学教室 中西 雅子 先生、村垣 泰光 先生</p>

日 時	会 場	演 題 ・ 講 師
平成26年 3月6日(木)	和歌山県立医科大学 生涯研修・地域医 療センター	第70回和歌山内分泌代謝研究会 (一般演題) 1)「甲状腺クリーゼを来したバセドウ病に、原発性胆汁性肝硬変と 自己免疫性溶血性貧血を合併した一例」 日本赤十字社和歌山医療センター 糖尿病・内分泌内科 小谷 裕樹 先生他 2)「甲状腺血管腫の1例」 和歌山県立医科大学 第一内科学教室 山岡 博之 先生他 3)「バセドウ病手術治療の検討」 大阪府立急性期総合医療センター 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 榎本 圭佑 先生 (特別講演) 「甲状腺未分化癌コンソーシアムを中心とした研究活動の現状と展望」 大阪市立大学 腫瘍外科 准教授 小野田 尚佳 先生

5. 会誌編集委員会報告 寒川 明宣

寒川、南部、串上、澤、西谷

第27号（平成25年度）編集委員会

平成25年7月8日 第2回

平成25年7月29日 第3回

平成25年10月1日 会誌送付

発行部数 800部

配布先 1. 会員、内科標榜医療機関、県医師会諸部会 700部

2. 都道府県内科医会 46部

3. 広告掲載各社 19部

第28号（平成26年度）編集委員会

平成26年3月10日 第1回

6. 会務報告 西谷 博

1) 和歌山県医師会内科医会関連

(1)評議員会、総会

平成25年5月25日

(2)理事会

平成25年5月25日

平成26年3月15日

(3)顧問の会

平成25年11月30日

(4)学術企画

西谷、澤、山西（康）、大萩、吉村、三谷、木下、野村

(5)インターネット関係

吉村、西谷、島（基）

和歌山県医師会内科医会ホームページ

平成26年2月 さくらインターネット 契約更新

2) 和歌山県医師会関連

平成25年6月8日 県民文化会館 5F 会議室

和歌山県医師会医学会運営委員並びに郡市医師会学術担当理事合同協議会
西谷

平成25年12月1日 東急イン

和歌山県医師会医学会 評議員会 総会
澤、西谷

平成26年3月7日

和歌山県医師会依頼事項

裁判所 専門委員候補者（循環器科医 1名）推薦

裁判所 調停委員候補者（内科医 1名）推薦

3) 日本臨床内科医会関連

平成25年4月13日 日本臨床内科医会総会（東京）

理事会 田中（章） 代議員会 澤、西谷

平成25年4月14日 日本臨床内科医会総会

伊藤周平名誉会長 地域医療功労賞 受賞

平成25年8月25日 日本臨床内科医会 近畿ブロック会議（京都）

伊藤、西谷、山西、見永、田中、三谷

平成25年10月12日～14日 第27回日本臨床内科医学会（神戸）

理事会 田中（章） 代議員会 澤、西谷

平成26年1月 日本臨床内科医会 専門医 認定医一次審査

専門医更新 13名

和歌山県日本臨床内科医会 会員数 243名

7. 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26年5月17日)

自 平成25年4月1日 至 平成26年3月31日

年 月 日	摘 要	収 入	支 出
平成25. 4. 19	新宮・東牟婁郡医師会医師会内科関係		100,000
5. 9	理事会・評議員会案内印刷費・ハガキ代 振込料		15,895 500
5. 31	年会費基金引き (338件・358人分) (手数料33,800引き)	682,200	
6. 5	印刷費用 (内科医会総会用書類一式) 振込料		49,350 500
6. 5	講演会謝礼金 理事会・評議員会交通費 (14名分) (1名分は昨年度の現金預かり分より支出)		100,000 28,000
6. 14 7. 25	年会費振込 (27名分) 2,000×27	54,000	
6. 17 12. 10	内科医会会誌広告料 (19社分)	380,000	
7. 17	垂れ幕・式次第など会場設営費用		5,250
7. 31	印刷代 (お知らせ文書・年会費) 振込料		18,400 500
8. 12	利息	1,615	
11. 6	切手・ハガキ代 内科医会誌印刷代 振込料		6,500 586,656 500
平成26. 1. 20	講演会謝礼金		100,000
2. 10	利息	1,682	
3. 7	県医師会・分科会 (640名分)	790,000	
3. 20	事務用品 (立て替え金) 理事会・評議員会交通費 (7名分)		15,980 14,000
合 計		1,909,497	1,042,031

前期繰越金 8,013,741円
 収入金額 1,909,497円
 支出金額 1,042,031円

銀行残高合計 8,881,207円

監事 戸田 叡 吾

監事 渡 邊 謙



8. 監査報告 渡邊 謙

9. 議事

議長選出

- 議事 1. 役員改選
2. その他

10. 新会長挨拶

再び会長を拝命し、さらに2年間2期目として務めさせていただきます。

学術講演会は、本日の第240回講演会をかきりに、計画中のものが7件あります。プランが固まりましたらホームページに掲載いたします。

会誌の充実も必要ですので、役員の先生方にご助力いただき、ご本人に記事を書いて戴くか、書いて戴ける方を推薦していただきたいとおもっております。理事の先生方にはホームページの充実の方のご協力もお願いし

たいと思っております。情報交換や会員相互の親睦の為に是非お願いしたいと存じます。

さて、超高齢化時代を迎え効率的で良質な医療、介護サービスが求められています。これからは病診、診診、医薬さらに看護、介護など医療系の多職種の方々との連携がより求められると思われまます。その時に備えて和歌山県内科医会はより強いまとまりを持ちたいと願っています。会員の先生方のさらなるご協力をねがって、新会長の挨拶とさせていただきます。

和歌山県医師会内科医会 役員 職名

(平成26年4月1日～平成28年3月31日)

(敬称略、順不同)

名誉会長	伊藤周平	
会 長	西谷 博	
副 会 長	澤 久	見永武芳
	三谷健一郎	
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	吉村 研
	大萩晋也	池田明彦
	西川哲司	湊口博之
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
	会田正康	田畑 宏
	中山恒夫	村上 整
	宮本久夫	大谷晴久
	和中佳生	南方宏朗

	金澤利彦	上田耕臣
	吉川博之	西本武司
	豊田栄一	永野公一
	上西禎一	江川正一
	平山純二	塩路信人
	辻村武文	東 冬彦
	那須英紀	松尾清次
	坂野智洋	上野雄二
	赤水尚史	一瀬雅夫
	赤阪隆史	山本信之
	山下幸孝	田村 崇
	井上 元	杉田孝和
監 事	渡邊 謙	畠 俊介
顧 問	藤沢知雄	光定和男
	南條輝久男	有本重也
	山西康仁	

功勞会員 (H26. 5. 30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
 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
 戸田叡吾

和歌山県医師会内科医会役員業務分担

(平成26年4月1日～平成28年3月31日)

(敬称略、順不同)

学術企画 西谷 博 澤 久
 島 基 野村康晴
 南部文彦 大萩晋也
 三谷健一郎 池田明彦
 西川哲司 湊口博之
 庶 務 串上元彦 西谷 博

会 計 見永武芳 澤 久
 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 南部文彦
 澤 久 西谷 博
 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 澤 久 西谷 博

日本臨床内科医会(和歌山)

総括 西谷 博 田中章慈
 澤 久 三谷健一郎
 庶務 西谷 博 澤 久
 会員登録 見永武芳 串上元彦
 インターネット関係 見永武芳 島 基
 会計 見永武芳 澤 久
 学術企画 西谷 博 澤 久
 三谷健一郎 南部文彦

日本臨床内科医会

理事 田中章慈
 代議員 西谷 博 澤 久
 三谷健一郎
 学術部委員 有田幹雄 大谷晴久
 介護保険委員 田中章慈

平成26年度 講演会予定(案)

第240回学術講演会

平成26年5月17日(土)
 和歌山ビッグ愛 4F 大会議室
 「糖尿病と骨折リスク」
 大阪市立大学
 学長 西澤良記 先生

第241回学術講演会

平成26年6月14日(土) 16:00～
 和歌山ビッグ愛 4F 大会議室
 「肺癌治療の最前線」
 和歌山県立医科大学第3内科
 教授 山本信之 先生

第242回学術講演会

平成26年8月2日 15:00～(予定)
 和歌山ビッグ愛 4F 大会議室
 (仮)「大規模臨床試験からみた心不全診療」
 和歌山県立医科大学循環器内科
 教授 赤阪隆史 先生

第243回学術講演会

平成26年9月20日 15:00～(予定)
 和歌山ビッグ愛
 講演1 (仮)「未定」 演者 未定

第244回学術講演会

平成26年10月4日 15:00～(予定)

和歌山ビッグ愛 4F 大会議室
(仮)「大規模臨床試験からみた虚血性心疾患診療」

和歌山県立医科大学循環器内科
教授 赤阪隆史 先生

第245回学術講演会

平成26年11月1日 15:00～(予定)

御坊市 日高医師会館

(仮)「糖尿病関連」

大阪市立大学大学院医学研究科
准教授 絵本正憲 先生

三府県合同学術講演会

平成26年11月29日 15:00～18:00

ホテルニューオータニ大阪

テーマ「今、聞きたい実地臨床に役立つトピックス」

講演1 「糖尿病治療のQOLを考えた位置付け」

奈良県立医科大学糖尿病学講座
教授 石井 均 先生

講演2 「インフルエンザ治療ガイドライン2014」

大阪大学医学部附属病院感染症制御部
副部長 関 雅文 先生

講演3 「高齢者におけるサルコペニア肥満」

北播磨総合医療センター
病院長 横野浩一 先生

第246回学術講演会

平成26年12月6日 15:00～(予定)

田辺市 ガーデンホテル ハナヨ

演題 未定 演者 未定

第247回学術講演会

平成27年1月24日 15:00～(予定)

橋本市商工会館

仮(肺癌治療の最前線)

和歌山県立医科大学第3内科
教授 山本信之 先生

第248回学術講演会

平成27年2月28日 15:00～(予定)

新宮市開催

仮(肺癌治療の最前線)

和歌山県立医科大学第3内科
教授 山本信之 先生

第249回学術講演会

平成27年3月28日(土)

和歌山市開催(フォルテワジマ)

演題 認知症関連

大阪市立大学大学院医学研究科
老年内科・神経内科
准教授 嶋田裕之 先生

《新会長挨拶》

西谷 博

再び会長を拝命し、さらに2年間2期目として務めさせていただきます。

一期目の就任時、当会の基本意識は「共生」であると挨拶させて戴きましたが、その意識は継続しています。和歌山のような温暖で自然に恵まれた地域では一人でも生きていきます。この原稿を書いている6月は田植えの季節ですが、眺めていますと御家族単位での作業をされています。内科医の仕事も似ていて、個人単位、診療所単位ではないでしょうか。個人単位では仕事の範囲は限られます。業務の拡大、効率化には共同作業が求められます。平成26年度診療報酬改定の基本認識として「入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。」と掲げられました。個人では取り組みにくい課題です。和歌山県医師会内科医会は「和歌山県下の内科医をつなぐ機関」として、会員の先生方の取り組みのお役に立ち「共生」を図りたいと願っています。会長が事務局兼務の体制ですので処理能力に限りがありますので、出来る

ことから少しずつになりますが、学術講演会の開催と会誌編集、ホームページ運営を通じ「和歌山県下の内科医をつなぐ機関」として活動したいと思っています。

和歌山県医師会内科医会主催の学術講演会は、5月総会時の第240回講演会をかわきりに、10回計画しています。多くの先生方のご参加を期待しています。会誌の充実も必要ですので、和歌山県医師会内科医会の役員の先生方にご助力いただき、ご本人に記事を書いて戴くか、書いて戴ける方を推薦していただきたいとおもっております。理事の先生方にはホームページの充実の方のご協力もお願いしたいと思っております。情報交換や会員相互の親睦の為に是非お願いしたいと存じます。

これからは病診、診診、医薬さらに看護、介護など医療系の多職種の方々との連携がより求められると思われれます。このような連携の充実のための取り組みも模索してゆきたいと思っています。会員の先生方のさらなるご協力をねがって、会長二期目の挨拶とさせていただきます。

《日臨内の活動と入会のお誘い》

日本臨床内科医会
総務担当副会長 望月 紘一

日本臨床内科医会（会員数約15,600名）は、日本医師会及び日本内科学会と緊密な連携を保ちながら、臨床内科学の発展を図り、地域医療の要として、医療・保健・介護の分野において積極的に活動し、もって国民の福祉の向上を期すこと等を目的にかかげ、事業展開しています。

活動の第一の柱は、医療保険・介護保険制度への働きかけです。2年に1度の診療報酬改定の際には、全国の内科医会からの要望を収集し、整理して何点かにしぼって、日本臨床内科医会としての要望事項を決定し、提出しています。

内科系学会社会保険連合（内保連）に参加し、活発に活動しています。本会の医療保険担当の清水恵一郎常任理事は、内保連の中の診療所委員会、在宅医療委員会の委員長も務めていて重要な働きをしています。また清水常任理事は、日本臨床内科医会からの要望事項について、厚生労働省の担当官のヒアリングに対応しています。

中央社会保険医療協議会（中医協）の委員の1人である安達秀樹先生は、日本医師会の診療報酬検討委員会の委員長を務める一方、本会の医療・介護保険委員会の委員長でもあります。これらのパイプを通じて本会は全国の内科医の医療保険制度への種々の要望が実現するよう努力しています。

活動の第二の柱は、会員の生涯学習の充実に寄与することです。本会に所属する各県内科医会は、それぞれ学術的活動を活発に行っていますが、全国的規模の集会として、4月の総会があります。これは毎年4月に開かれる日本内科学会総会と同時期に同じ都市で開催するようにし、会員が2つの学会に参加できるよう便宜を図っています。また、10月には、日本臨床内科医学会を開いています。毎

年1,000人以上の会員が参加し、特別講演、教育講演、シンポジウムだけでなく会員の研究発表も活発に行われています。

本会は、認定医制度・専門医制度を独自に運営しています。この資格を取得し、維持していくことは、会員の生涯学習の上で、大きな励みになっていると思われます。又本会は年に5回の会誌の発刊、年6回のニュースの発行を行っていて、その内容は実際の臨床に役立つ記事で多くの人の評価を得ています。

第三の柱は大規模臨床研究です。これまで本会が行ってきた研究の中で、糖尿病性末梢神経障害に関する研究、高齢者の至適降圧値を求めたJATOS研究、10年以上前から毎年行われているインフルエンザ研究などは国内外から高い評価を得ています。これからも毎日の診療に役立つ身近なテーマについて全国の多数の会員が協力して有意義な調査研究を推進していきます。

長い間会長として本会をリードして来て下さった後藤由夫先生を引き継いで平成23年より慶応義塾大学名誉教授の猿田享男先生が会長に就任されました。猿田会長は学術的分野だけでなく、厚生労働省、文部科学省、日本医学会、日本内科学会、日本医師会等の各種の委員会に関わっておられその豊富な人脈を通じて本会の活動の拡大に努めて下さっています。

全国各地には、多くの内科医の会があり、すでに長い歴史のもとにそれぞれの地区で活発に活動されているものと思います。日本臨床内科医会はこれらの全国の内科医の声を結集し、一つの大きな力として発言していくことが重要と考えています。日本臨床内科医会の活動を御理解、御賛同の上で御参加いただき、ともに活動して行けるようお願い申し上げます。

平成26年7月吉日

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

会誌第28号の編集にあたり、いつもの記事の募集以外に役員の方にも担当記事をお願いし、ご多忙のなか快く寄稿して戴きましてありがとうございました。会誌の出来映えにつき会員の先生方のご評価はいかがでしょう。平成26年8月3日日本臨床内科医会近畿ブロック会議が奈良で行われ、「地域包括ケアシステムについての取り組み」について意見交換が行われました。各都道府県における意欲的な取り組みに敬服致しました。反面、ご苦勞も多いようで理想の実現には今後、紆

余曲折が有ることを思わせるものでもありません。人ごとでは無く、自分自身の晩年に降りかかるものであるだけに喜ばしい展開となるよう知恵を絞らねばなりません。個人的には、在宅担当医が学会や旅行で不在になる際に、医師間での相互バックアップの体制が継続可能な形で組めるのかどうかが課題と思っています。会員の先生方からのご意見を当会誌にお寄せ戴きたく思っております。

西谷 博



骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

ボナロン® 経口ゼリー 35mg

Bonolon® Oral Jelly 35mg <アレンドロン酸ナトリウム水和物経口ゼリー剤>
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)

※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等については、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
〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号
【資料請求先】 学術情報部 ☎0120-189-315

商標 **ボナロン/Bonolon** is the registered trademark of Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

BNJ030-AM-1404
2014年4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
Otsuka 大塚製薬株式会社
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

(12.05作成)

新発売 (2014年6月追加収載品) [薬価基準収載]

選択的AT₂受容体ブロッカー
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)

日本薬局方 バルサルタン錠

バルサルタン錠 20mg「日医工」
40mg「日医工」
80mg「日医工」
160mg「日医工」

持続性ARB/利尿薬合剤
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)

日本薬局方 ロサルタンカリウム・ヒドロクロロチアジド錠

ロサルヒド® 配合錠LD「日医工」

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。

あなたが選ぶジェネリック
日医工株式会社 高山市昭和輪1丁目6番21
http://www.nichiiko.co.jp/
お客様サポートセンター ☎(0120)517-215

2014年6月作成

一新発売



選択的SGLT2阻害剤 - 2型糖尿病治療剤 -

薬価基準収載

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。

フォシーガ錠 5mg 10mg

ダバグリフロジンプロピレングリコール錠 | 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)

製造販売元
プリズムファーマーズ株式会社
東京都新宿区西新宿6-5-1

販売提携 (資料請求先)
アストラゼネカ株式会社
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: メディカルインフォメーションセンター)

販売 (資料請求先)
小野薬品工業株式会社
大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号
☎ 0120-626-190
(問い合わせフリーダイヤル: 医薬情報部 くすり相談室)

2014年5月作成



HMG-CoA 還元酵素阻害剤

薬価基準収載

クレストール錠 2.5mg 5mg

ロスバスタチンカルシウム錠 処方せん医薬品^{※1}

CRESTOR[®] 注) 注意 - 医師等の処方せんにより使用すること
※: アストラゼネカグループであるIPPR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ま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
メディカルインフォメーションセンター)

発売 (資料請求先)
シノノギ製薬
〒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
シノノギ医薬情報センター)

2011年12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。

製造販売元 (資料請求先)
第一三共株式会社
Daiichi-Sankyo 東京都中央区日本橋本町3-5-1

2013年12月作成



2014/04作成.B51/4.Z.01



過活動膀胱治療剤(コハク酸ソリフェナシン錠) 薬価基準収載

ベシケア[®]OD錠 2.5mg/5mg

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)

Vesicare[®]

■「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 **アステラス製薬株式会社**

東京都中央区日本橋本町2-5-1

〔資料請求・お問い合わせ〕営業本部 DIセンター ☎0120-189-371



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

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

〔資料請求先〕

2013年7月作成
※登録商標



選択的DPP-4阻害薬
〔2型糖尿病治療薬〕

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

NOVARTIS

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ください。

製造販売

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

〔資料請求先〕

NOVARTIS DIRECT

0120-003-293

受付時間：月～金 9:00～17:30

(お客様はひびき電話センター)

www.novartis.co.jp

2014年1月作成



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

お客様相談室
 ☎ 0120-591-818
 受付時間：月～金 9:00～17:30
 (土・日・祝：お休みです)
 www.tabohoyama.co.jp

選択的SGLT2阻害剤—2型糖尿病治療剤— **薬価基準収載**
ルセファイ錠 2.5mg / 5mg
 SGLT2 **Lusefi® tab.** ルセオグリフロジン水和物製剤
 ©登録商標

新発売

※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ください。

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 PHARMA
 0120-003-293
 受付時間：月～金 9:00～17:30
 (土・日・祝：お休みです)
 www.novartis.co.jp

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

2014年5月作成



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

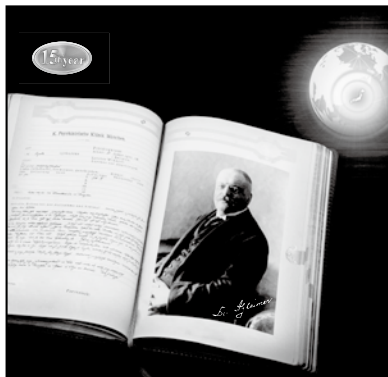
持続性選択H1受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤 **薬価基準収載**
 処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)

ザイザル錠 5mg
Xyzal® Tablets 5mg レボセチリジン塩酸塩錠

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

グラクソ・スミスクライン 株式会社
 〒151-8566 東京都渋谷区千駄ヶ谷4-6-15
 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)

2014年6月作成



www.ariccept.jp

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 ドネベシル塩酸塩錠
アリセプト 錠 3mg 錠 5mg 錠 10mg
 日本薬局方 ドネベシル塩酸塩細粒
アリセプト 細粒 0.5%
アリセプトD 錠 3mg 錠 5mg 錠 10mg
 (ドネベシル塩酸塩口内錠増設)
アリセプト 内服ゼリー 3mg 内服ゼリー 5mg 内服ゼリー 10mg
 (ドネベシル塩酸塩製剤)
アリセプト ドライシロップ 1%
 (ドネベシル塩酸塩製剤)

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、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。

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)

ART1312C02



持続型赤血球造血刺激因子製剤
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{※1}

薬価基準収載

ミルセラ® 注シリンジ

25_{μg}、50_{μg}、75_{μg}
100_{μg}、150_{μg}、200_{μg}、250_{μg}

MIRCERA® Injection Syringe
25_{μg}、50_{μg}、75_{μg}、100_{μg}、150_{μg}、200_{μg}、250_{μg}

エポエチンベータペゴル(遺伝子組換え)注
注)注意-医師等の処方箋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

(資料請求先) 医療情報センター
TEL.0120-189706 FAX.0120-189705

ロシュグループ

2014年6月作成

TSUMURA Kambakutatsoto Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Salkento Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Choloketto Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Shikunshito Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Ryutanshaken Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Kyukkyoku 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 M Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA F Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA U Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA J Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA C Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA H Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA G Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA D Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA T Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA K Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA N Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA H Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA M Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Y Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA R Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA W Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Z 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

TSUMURA Kakkontokasenkyushinj Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Otsujito Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Anchusan Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Jumhalokoto Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Hachinjioogan Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Daisaikoto Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Jintokogan Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Hangemamido Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA A Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA B Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA C Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA D Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA E Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA F Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA G Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA H Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA I Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA J Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA K Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA L Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA M Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA N Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA O Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA P Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Q Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA R Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA S Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA T Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA U Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA V Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA W Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA X Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Y Extract Granules for Ethical Use
TSUMURA Z Extract Granules for Ethical Use

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)

1U-30011



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 日本ベリンガー-インゲルハイム株式会社 販売提携 日本イーライリリー株式会社

〒141-6017 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: D1 センター

2013年3月作成

 大日本住友製薬



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) 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。

製造販売元 (資料請求先) (製品に関するお問い合わせ先)
大日本住友製薬株式会社 くすり情報センター
〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8 TEL 0120-034-389

2014年5月～19年5月(第10期)現在
医師情報サイト <https://ds-pharma.jp/>

2014.4作成

製薬会社は、
幸せな未来を
描けているだろうか？

MSD株式会社

東京都千代田区九段北一丁目13番12号 北の丸スクエア www.msdd.co.jp



新薬で、未来をひらく。



選択的DPP-4阻害剤 [2型糖尿病治療剤]
処方せん医薬品 薬価基準収載

ネシーナ錠 [®] 25mg
12.5mg
6.25mg

(アログリプチン安息香酸塩錠) 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。

2014年5月作成

 [資料請求先]
武田薬品工業株式会社
医薬営業本部 東京都中央区日本橋二丁目12番10号 〒103-8668



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 (ベボタスチンベシル酸塩製剤)

TALION OD Tablets 5mg・OD Tablets 10mg (ベボタスチンベ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。

協 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

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28号
平成26年11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

