

和歌山県 内科医会会誌

第26号

平成24年10月1日

目 次

新会長挨拶	西谷 博	1
会員随想		
1. 心エコーと私 - 38年の歩み -	岩田 光司	3
2. 取り敢えず海へ	宇都宮宗久	4
保険医協会 台風12号による紀南地域の災害と医療機関	上野 佳男	8
紀南だより	木下 貴裕	11
和歌山県立医科大学附属病院 地域連携室より		
和歌山県立医科大学附属病院連携登録医制度のご案内		13
日本臨床内科医会だより	西谷 博	14
日臨内医療・介護保険委員会 平成24年度介護報酬改定	田中 章慈	16
平成23年度和歌山県医師会内科医会学術講演会		
第207回 1. ペプチドホルモン・グレリンの多彩な生理作用とその臨床への応用	赤水 尚史	24
第208回 1. 長引く咳の診断と治療	新実 彰男	25
第209回 1. 急性心筋梗塞治療における現状と新展開	北風 政史	26
2. 脳の器質的疾患と画像診断	板倉 徹	27
3. 脳卒中 - 予防と治療	中瀬 裕之	27
第210回 1. ハイリスク患者における脂質管理	永井 義幸	29
第211回 1. 高齢者の腰痛・膝痛と運動機能	橋爪 洋	29
2. ロコモティブシンドロームと運動器不安定症	星野 雄一	29
第212回 1. Ai (Autopsy imaging 死亡時画像診断) について	南口 博紀	30
第213回 1. 睡眠時無呼吸症候群の診療	駿田 直俊	30
2. 大規模災害と検死	辻 力	30
第214回 1. インフルエンザに合併する肺炎の病態と診療の基本的考え方	関 雅文	31
2. インフルエンザ感染の重症化機序と予防と治療の最新知見	木戸 博	32
3. インフルエンザ診療の新たな展開～抗インフルエンザ薬を中心に～	渡辺 彰	33
第215回 1. 日常診療に役立つ骨粗鬆症の治療～整形外科医の立場から～	木下 裕文	34
2. 最近の骨粗鬆症治療～見直されたビタミンD治療を中心に～	三木 隆己	34
第216回 1. 認知症疾患医療センターの現状～この一年を振り返って～	檜皮谷泰寛	35
2. アルツハイマー型認知症の治療戦略～新薬の使い分け～	山崎 峰雄	35
第217回 1. 大規模臨床試験からみた脂質代謝異常症治療	羽野 卓三	37
第218回 1. 身近にある骨粗鬆症 - 最近の話題 -	大月 通夫	39
2. 加齢と内分泌	橋爪 潔志	41

平成24年度（第43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

新会長挨拶

西 谷 博

光定和男前会長からバトンを受けついで、新しく会長に就任致しました西谷博です。この紙面をお借りして会員の先生方にご挨拶を申し上げます。

光定先生は3期半7年にわたり会務にご尽力たまわり、有難うございました。今後は、顧問に就任して戴き、引き続き後進のご指導を賜りますようお願い申し上げます。

自己紹介を少しさせて戴きます。南條輝久男先生のお誘いで平成12年より会務に関わるようになり、藤沢知雄先生のご指導の下、南條輝久男先生から引き継いで庶務係を務めるようになりました。伊藤名誉会長が平成12年の総会で「共生」の理念を強調された会長挨拶をなされましたが、当会の基本意識は「共生」であると私も共感しています。内科医として会員相互、組織と地域の間で「共生」を具体化することが会務の目的と思っています。この目的のため微力ですが尽くしたいと願っております。

具体的な今後2年間の運営方針ですが、和歌山県医師会内科医会では学術講演会の開催、会誌の編纂ほかの事業を行っております。学術講演会の開催は、主催、共催をあわせ大体月1回のペースで実施されてきましたので、今後も和歌山市での開催はこのペースで実施したいと考えております。学術講演会の開催場所が、田辺市で山西康仁副会長の御世話で年1回開催されていますが、和歌山市に集中して、和歌山市以外の郡市の先生方にはご不便をおかけしておりました。この点の改善の為に、今年の総会前の理事会、評議員会で相談し、県下を郡市医師会区分により、第一ブロック（和歌山市、海南、那賀）、第二ブロック（伊都）、第三ブロック（有田、有田市、日高）、第四ブロック（田辺、西牟婁郡）、第五ブロック（東牟婁郡、新宮市）に分け、各ブロックに学術企画担当理事を設けて、各地域での学術講演会の充実を図っていきたくと計画しています。学術講演会がよく重なりますが、和歌山市内科部会の三木茂裕会長とも相談し、連絡を密にして時間をずらすなど努力を致すことを申し合わせました。学術講演会の充実は、出席者の多さでさらなる充実を図れます。何時も出席して戴いている顔なじみの先生方以外の先生方に、特別なアトラクションは有りませんが、有意義な時間となると確信しておりますので、是非ご出席をお願い致します。

学術講演会開催と並ぶもう一つの主要な会務は、会誌の編集です。寒川明宣委員長を中心に誌面の充実のため編集委員会では色々相談しています。原稿の依頼をさせていただいておりますが、集まりにくいのが悩みとなっております。

スポンサー広告も減少傾向です。紙面の充実は、先生方のご投稿にかかっております。先生方が、日頃ご関心を寄せられていることにつき是非ご投稿をお願い申し上げます。会誌の充実も読者の多さでさらなる充実が図れます。読む本や書類が多くて大変とは存じますが、県医師会のホームページの内科分科会のところに会誌をそのまま掲載していますので、診療の合間の空き時間がありましたら少しでも読んで戴きたいと願っております。

一方、和歌山県医師会内科医会は日本臨床内科医会に参加しています。平成14年に和歌山で伊藤名誉会長のもと第16回日本臨床内科医学会が行われましたが、伊藤先生をはじめ多くの先輩の先生方により和歌山での伝統が築かれてきました。現在、和歌山県医師会

内科医会員557名中253名が入会されています。インフルエンザ研究、アスピリンによる血管イベント一次予防効果研究、現在は原発性アルドステロン症の実態調査などの臨床研究を行い、平成23年3月に日臨内会長より厚生労働省 保険局 医療課長あてにノロウイルス抗原検査の新規保険適用の要望書を提出するなど大変充実した活動をしております。会誌やニュースも充実しています。日本臨床内科医会には地域医療功労賞表彰制度があります。和歌山県下で地域医療に貢献なされた先生を是非顕彰したいと願っております。会員資格など条件はありますが郡市医師会の役員の先生方にはご留意賜りたくお願い申し上げます。

今年はお隣の徳島で10月7日より第26回の医学会がおこなわれます。この機会に未入会の先生方にご入会を賜るようお勧めいたします。

最後に、伊藤名誉会長、顧問の先生方のご指導、山西、澤、見永副会長、理事の先生方のご助力を得て2年間会務に励みたいと存じますのでよろしくお願い申し上げます。

《会員随想》

心エコーと私－38年の歩み－

岩田医院 岩田光司

私は昭和51年12月に内科医院として開業しました。現在、当院の患者の内訳は85%が高血圧、及び心疾患で占められている。又その内の20%は糖尿病を、42%脂質代謝異常症を合併している。

私が紀北分院内科に勤務していた昭和49年頃から心エコー図検査を始めて今年で38年になる。心エコー図検査の変遷を通して心疾患の変遷を振り返ってみる。当初はMモード法だけのものであったが昭和55年頃から断層心エコー図検査が普及しはじめた。

昭和56年に恐らく和歌山では最初に導入されたと思うが日赤和歌山医療センター循環器内科の琴浦肇先生のもとを訪れ、断層心エコー図検査を教えることになった。約6年間勉強させて頂き、日常外来の沢山のケースを見させて頂いた。その後、ドプラ法の出現により弁逆流、短絡血流を容易に捉えることが出来、圧較差の測定も可能となって心疾患の病態把握が増々面白くなってきた。

弁膜症について云えば昔のリウマチ性弁膜症は稀となり、近年、大動脈弁硬化症(AVS)から大動脈弁狭窄症(AS)へ、変性性僧帽弁逆流或は心筋梗塞後の虚血性僧帽弁逆流(IMR)など加齢と動脈硬化が関与する疾病構造の変化が目立ってきている。

心エコー図検査は更に組織ドプラ法、三次元心エコー法へと進歩発展を遂げている。当院では平成20年よりPHILIPS HD11XEを開業後5代目として導入した。

Color-kinesis法を含めてかなりの多機能を満載した優れ物だが、まだ全てを使いこなせるまでには至っていない。PC感覚で楽しんでいる。

私の心エコー熱を更に高めて頂いたのは和歌山県立医科大学循環器内科教授の赤阪隆史

先生が主催されている和歌山心エコーハンズオンセミナーと和歌山心エコー研究会である。毎回出席しているがこの会から得られる知識と情報は夥しい。過去、4回一般演題として発表した。その内の一つ、“S字状中隔と拡張能障害の関係－Color kinesis法を用いての検討”では赤阪先生、循環器内科講師の平田久美子先生から貴重なコメントを頂いた上、両先生から学会へ発表するように勧められた。そこで、平成23年11月26日の第112回日本循環器学会近畿地方会(京都)に発表することにした。

その時のエピソードを披露する。当日、受付は発表者、評議員の別で受付けていた。

小生、発表者の列に並んでいたが、係りの人が“先生、評議員の先生はこちらです”と云われた。“いや、私は発表者なんですが”

“あっ、失礼致しました”一瞬、係員は戸惑った様子であった。まさかこの年寄り(72歳)が発表するとは思わなかったのであろう。小生、恥を覚悟の上で応募したところ採択されたのであるが、当日、フロアーからは何の質問もなく反応はゼロであった。

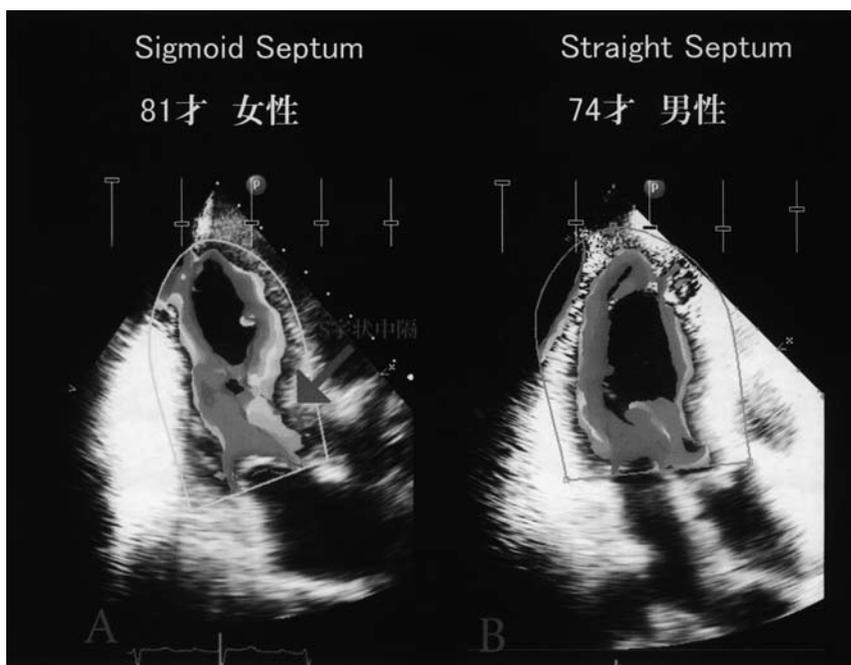
後日、このことを先輩の循環器内科の先生にお話したところ“先生の発表は難しすぎるのですよ”と云われた。小生、心エコーmaniaか？はたまた心エコーお宅か？自問自答したが、平成24年4月21日に第23回日本心エコー図学会に再挑戦した。今度は色々な質問やコメントを頂いたが、未だ余り研究されていない分野である印象を受けた。

老化による心室中隔基部の変形であるS字状中隔の多くは臨床的に問題ないと考えられているが、何らかの原因で左室過収縮が生じた場合、左室流出路狭窄が出現して圧較差が生じ、循環動態の悪化をきたすことが問題と

なっている。

S字状中隔と左室拡張能との関係を論じた文献は少ない。私の発表した結論は“S字状中隔を有する患者では有しない患者に比べて

左室拡張能障害の程度が大きいことが示唆される”であった。今後更に、検討を進めていくつもりである。



図説明：図AはS字状中隔である。Color kinesis法では暖色系（黄色、橙色）のカラー面積が図Bに比べて広く描出されている。S字状中隔から中隔中央部にわたって、壁の拡張運動遅延を示す。

取り敢えず海へ

宇都宮 宗 久

春から夏・・・絶好の季節である。もちろんバイクの・・・私のバイク歴は長い。

最初のバイクはホンダ ロードパルL 東京の高校2年生の時にバイト代で購入。ソフィアローレン「ラッター」のコミーシャルのバイクである。

その頃は放置自転車・バイクについてはそれほどうるさくなかったので、その当時住んでいた渋谷区上原の自宅から地下鉄表参道までバイクで行き表参道交番の裏にバイクを駐めて地下鉄で高校まで通学していた。

帰りは当然、青山や原宿で時間をつぶし帰

宅する。それも毎日。

今では歩けないほど人がいる竹下通りも閑散としていたし、裏原宿は店もなく単なる川を埋め立てただけの遊歩道だった。

当時、明治神宮から表参道の欒並木の木漏れ日を浴びながら走るのが大好きだった。特に夏の早朝は、今でも私の中ではなにものにもかえられない青春の記憶の一部である。

続いて二台目はイタリアのピアジオ社のベスパS50。TVドラマ「探偵物語」で松田優作扮する工藤俊作が乗っていたスクーターと言えばおわかりだろうか？このバイクは2サ



イクル空冷単気筒で日本の優秀な技術がないため、ガソリンを携帯用ガソリントankで買い一定の割合で2サイクル用のオイルを計って入れ混ぜ、それを車体のタンクに入れる必要がある。

彼のように煙をモクモク出して走るためにオイルをわざと多めに入れてやるのだ。傍目には迷惑きわまりないのだが本人は松田優作なんだからしょうがない。

これに颯爽と乗り駿台予備校へ急ぐ毎日だった。

三台目はヤマハ発動機のSR400。1973年発売から今もほぼ同じ仕様で販売している。空冷4ストローク単気筒エンジン、前後ドラムブレーキ、始動はキックのみ。大学の実習などで電車の動いている時間に帰れないことが多くなり通学用に・・・当時の値段は38万くらい？バイト代で買える唯一のバイクだった。

SR400は僕の大学6年間と麻酔科研修医時代を雨の日も風の日も苦楽をともにしてきた同志である。

長期休暇では東京から約600キロ走ってきたこともあるし、疲れたときは有明埠頭からフェリーに乗り14時間かけて那智勝浦・宇久井港へ到着。宇久井から海岸線を回って和歌

山まで走ったこともあった。

ツーリングでは大学の同級生達や麻酔科・中央手術部バイク同好有志で日光～霧降高原、箱根～伊豆に行ったりもした。

このバイクは現在も現役。ただ1986年に購入して26年経っているのも、最初からの部品はヘッドライトとフレームのみ。このフレームも一度塗り替えて補強してある。

ちょうど15年前、知り合いのバイク屋から「ドイツ輸出用の500ccの新品エンジンがオークションに出てるけど買っておく？」と連絡があり思わず買ってしまったことから改造が始まる。

まずそのエンジンを500ccのエンジンと載せ替え、キャブレターをFCRに交換。スイングアームを純正からFZR用のモノに交換し、リアサスペンションはオーリンズに。フロントタイヤ周り～メーター類はSRX用に交換。チャキチャキのネイキッドマシーンに生まれ変わったのだ。

すぐに龍神スカイラインヘテストラン。エンジンの調子も良好、曲がりたい方向へクイックと曲がる。ただし、エンジンのパワーに一昔前のドラムブレーキがついてきていない・・・帰ってすぐに前後のディスクブレーキを注文した。



取り付けて改造終了。改造してからは和歌山のバイク仲間達と和歌山中を走り回った。今はガレージの中で休憩中。ついこの間までキャブレターの調子が悪かったため車検を通してないのだが、連休中にオーバーホールをしてエンジンがかかるようになったため車検準備中である。

そういえばこのバイクを買った1986年松田優作主演・監督作品「ア・ホームズ」で主人公もこのバイクに乗っていた。

四台目はハーレーダビットソン。これもきっかけは映画。1991年ミッキーロークとドンジョンソン主演のアメリカ映画「ハーレーダビットソン&マルボロマン」。馴染みのバーを守るため銀行強盗をする2人のおっさんの映画である。ストーリーはありがちで陳腐なのだが、ミッキーの乗っているバイクが格好いいのである。中古ビデオがすり切れるくらいに何回も見て、DVDまで買って見てこらえきれなくなり8年前に前出のSRを改造してくれたビルダーに電話で制作依頼。

この時、彼が完璧主義であることを忘れていた。うすうすは感じていたがここまでとは思っていなかったのだ。

まず彼はこのバイクを作ったビルダーに直接交渉して許可を取ってきた。ただタンクの

マークはわざわざ見に行けないから書きちゃ駄目だそうだ。

「え～ そこまで本気でするんですか？マジですか？」と心の声。

次に状態の良い映画と同じ1986年製のハーレーダビットソンFSR1340ccを探す。

千葉の人なのに岸和田で見つけ、わざわざ取りに来たらしい。

パフォーマンスというメーカのハンドル周り、前後ブレーキ周りを船便で注文。

一体化しているシートとリアフェンダーはワンオフで制作。

タンクは塗装をはがして地金むき出しに・・・それだけだと錆びてしまうのでイタリアから溶鉱炉用の塗料を一斗缶で輸入。

「いったい幾らになるの！！？助けて～」また心の声。

このやりとりで3年が経ち、5年前に納車。

もちろん、駄目出しのしようがないほど満足のいくバイクに仕上がっていた。

ただし今のバイクと違いクラッチが固い！石のように固い。なのでホームセンターで握力トレーニング用のハンドグripperをホームセンターで購入し毎日お風呂で筋トレ。

なんとか阪和自動車道で中辺路～高野龍神スカイライン～粉川～桃山～貴志川という

250キロのツーリングも参加可能になりました。

しかし、ハーレーでは長距離は積極的には行けないのだ。なにせ250キロのツーリングの後、家まであと2キロというところでエンジンがウンともスンとも言わなくなり押して帰った地獄の記憶が！！。ハーレーダビットソンの車重は300キロ！次の日は丸一日手が動かなくなったのだ。

さて、最後の5台目は去年手に入れたばかりのホンダDN-01。一応アメリカンタイプのバイクに分類されるみたいだが、実は680ccの排気量があるのにオートマチックなのだ。操作は全くスクーターなのだが、オートバイと同じでハンドルとシートの上にタンクがついているのでニグリップすなわち両足でタンクを挟めるのだ。これはスクーターのように両足をそろえて乗ると違い非常に走行が安定する。

峠では知らないうちに攻めの走りになってしまう。

乗り心地も良好で僕の持っているバイクの中で唯一嫁さんが後ろに乗ってくれるバイクである。前出のSRは単気筒エンジンのため振動が激しい上にマフラーをスーパートラッパーにしているためちょいとうるさい。ハーレーに至ってはエンジンがフレームにゴムで固定しているだけ、直管のマフラーが二本でてるのみ。さらに1人乗りである。

一昨年、日進中学同級生を中心としたライダー達で「J・B・R・C」というツーリングクラブを作った。略語にすると格好いいが、ジジ・ババ・ライダーズ・クラブの略だ。

(笑)メンバーには自動車会社社長、スポーツジム社長、保育士、介護福祉士、掃除屋社長、美容師などなど業種も多種多様。

このグループの掟は一つ。真夏と真冬は走らない！なぜなら身体がついて行かないから。そろそろみんなの活動時期である。革ジャンと加齢臭を身にまとい走りに行こうか？

「取り敢えず、海へ」



《保険医協会》

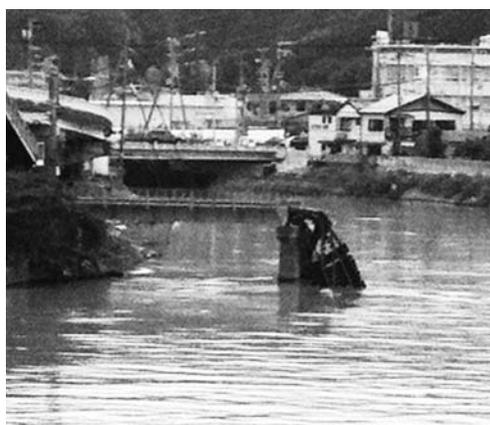
台風12号による紀南地域の災害と医療機関

～今後の災害対策に向けて～

和歌山県保険医協会 事務局長 上野 佳男

昨年9月2日から4日未明にかけて、台風12号の影響で、紀南地域を中心に豪雨が降り続き、死者56人、行方不明者5人、負傷者9人、全・半壊家屋2000超、床上浸水2680、床下浸水3147という大きな被害（県総合防災課調べ）をもたらした。

医療機関においても、那智勝浦町、新宮市、田辺市、古座川町などで20件を超える診療所が一時診療不能に陥った。保険医協会は、9月5日の月曜日から被災した医療機関の状況把握につとめ、9日までには被災した地域のほとんどの会員医療機関を訪問した。



被災された医師・歯科医師

ダムの放流により診療所と自宅の天井まで浸水し、仮診療所で診察を続けた医師が本来の診療所で診察を開始できたのは4ヶ月後だった。

多量の雨を川が吸収できず、少しずつ水位が上がってくるなか、夜中に近所のおばあさんを背負って裏山に這い上がった歯科医師は、一晩その裏山で、二日目の夜は避難所となった小学校で過ごした。水没した歯科治療椅子

3台は全て交換しなければならず、診察を通常通り開始したのは2ヶ月後だった。

床上浸水の被害を受けた医師の診療所では、床上40cm浸水し、泥が10cmほど堆積し、スタッフとともに1日かかりで泥をかき出し、翌日からとりあえず診察は再開した。しかし、レントゲンなどの医療機器の被害が尋常ではなかった。

同じく床上浸水の被害を受けた別の医師も、4日後に診療再開にはこぎつけたものの、レントゲンなど医療機器のメンテナンスの目途

が立たない状態だった。

堤防の切れ目から流れ込んだ水が、診療所前の道を川に変え、膝上の高さまで浸水した。医師の診療所は5日後に診療を再開したが、その周りの家々の軒下に積まれた泥だらけの家具や電化製品は痛々しいものであった。

新宮市や那智勝浦町の歯科医院では、床上



の浸水は免れたものの、断水のため、いつも通りの治療ができず、地域によっては丸々一週間休診状態であった。

医療器具などが水没して役に立たないなか、被災した全ての医療機関が少しでも早く診療を開始すべく全力を尽くしていた。



今後の災害への対策について

当保険医協会では被災した医療機関をいち早く支援すべく、阪神淡路大震災時には3日後に神戸に水や薬品を配達し、昨年3月11日の東日本大震災の際にも19日には被災地入りした。

しかしながら、いざ自らの県で起ってみると、なかなか動けず、もっとスムーズに支援活動を行えるよう日頃から災害マニュアル作りなどしておかなければというのが正直な感想である。

以下に、災害時の対策について、個人的思いを述べたい。

まず、阪神淡路大震災を教訓に立ち上げられたDMATは、今年の東日本大震災時や台風12号の際には迅速に機能した。被災地の住民・医療者にとっては本当に頼りなる体制である。

次に、震災関連死への対策である。今回の台風12号の場合は地域が限定的であったこともあり余り問題にはならなかったが、阪神淡路や東日本大震災では、広範囲の地域が被災し、多数の被災者が長期にわたって日常生活に戻

れなかったため問題化している。

東日本大震災での震災関連死は1300人を超えたとの報道もあり、まだまだこの分野は努力しなければならない。特に行政機関が被災し大きなダメージを負った場合には、バラバラになった個人を生活面やメンタル面も含めどうサポートするかが問われている。地域社会が崩壊すると具体的な情報が発信されず、現地に行っても、「どこにどんな人がいる」「何を必要としている」という情報をうまくマッチングさせるコーディネーターがいないとうまく行かない。医療関連分野においては、医師のリーダーシップが期待される。

どこで災害が起きても、現地で被災者と各種専門家の支援や行政、そして多くの救援ボランティアをうまくコーディネートできるリーダーとなる「人」の養成が必要である。DMATのようにきちんとトレーニングを積み、コーディネーターには権限を与える仕組みを作るべきだと考える。

最後に、医療機関への直接の支援については、多くの医療関係団体と同様に、当保険医協会も東日本大震災時には会員の先生方からの支援金と協会財政の積立金の一部を、全国

保険医団体連合会（保団連）を通じて、被災医療機関に支援金として直接届けた。台風12号で被災した会員医療機関にも、保団連や兵庫県保険医協会からの支援も含め、わずかではあるが支援金をお届けした。

しかしながら、東日本大震災で被災した医療機関の診療再開の動きは、残念だが遅々として進んでいないのが実情である。これは、公的な地域拠点病院には公的資金がとりあえず援助されるにもかかわらず、診療所が全壊した開業医にはわずか500万円しか援助されないこと、その地域の復旧自体が進んでいないことが原因である。この金額も阪神淡路大震災以降の要請運動の成果であり、今後も粘り強く援助の必要性を訴えて行かなくてはな

らない。

3月31日に発表された政府・中央防災会議の東海地震・東南海地震・南海地震等、南海トラフを震源とする地震が連動して発生した場合の予想では、すさみ町で約18m、和歌山市でも約7mの津波が想定されており、私たちにとっては今後起こりうる地震・津波への備えは大切である。

当保険医協会では、今年中にはなんらかの形で「災害対策」をテーマとした講演会などを企画することになっているが、非常事態に対応できる危機管理体制を多くの方々の協力・連携のもと、わかりやすい形でマニュアルを作ったり、研修を積んでおく必要があると考える。

《紀南だより》

国立病院機構 南和歌山医療センター 統括診療部長 木下 貴裕

平成16年4月に心臓・血管外科と呼吸器外科を立ち上げるために南和歌山医療センターに赴任してから、8年が経ちました。赴任した当時は、当院にも地域医療連携室が存在していたのですが、非常勤の事務員1人で細々と働いているだけでした。当院への紹介率は20%台、当院から他院への逆紹介率は、10%台と地方の中核病院で、地域の住民のために貢献する立場の病院でありながらほとんど地域に貢献していなく、地域の先生方との連携もほとんどできていませんでした。しかし、私は、当時から医師が地方から去っていく時代に、これからの医療は、病院完結型ではなく、病院で急性期の治療を行い、以後の加療や経過観察は、地域の施設や医院で行うという地域完結型医療が必要であると考えていました。そこで、まず、地域の先生方に顔を覚えていただくために挨拶周りを行いました。平成17年4月には、新しく地域医療連携室がリニューアルオープンし、その初代室長に私が任命されました。そこで、まず、地域の先生方や住民に気軽に利用していただくために次の2つの目標をたてました。1、急性期から慢性期を経て自宅に戻るまでの診療計画を、地域の医療機関と一緒にやる地域完結型医療を行うために、地域連携パスを作成する。2、地域医療支援病院の認定を受ける。また、地域医療連携室の予約業務をスピーディーに行うために、各診療科に地域医療連携室が自由に入れることのできる予約枠を設けていただき、10分以内に診療予約をとれるようにしました。さらに、救急患者もできる限り断らずに対応するように医師を指導しました。その効果もあり、紹介率40%、逆紹介率60%以上を1年間持続することができて、平成19年6月に目標であった地域医療支援病院の認定を

うけることができました。現在、紹介率は50%台で、逆紹介率は90%と8年前と比べものにならないほどすばらしいものになりました。地域医療連携室も職員の協力を得て充実することができ、前方連携（予約業務-外来診療予約、一般健康診断の予約や人間ドック、がん検診の予約、緩和ケア病棟入室予約、緩和ケア外来予約、肝臓病教室や糖尿病教室の予約、地域の先生方からの高度医療機器（MIR、RI、CT、マンモグラフィーなど）の予約、生理機能検査予約、各医院からの栄養指導予約、地域の公民館などに出かけて行って講演を行う出張講座のマネジメント、在宅緩和医療の窓口）には、看護師、事務、メディカル・アシスタントなど8人が従事し、後方連携（相談業務-がんおよび肝炎、その他の相談。フリーダイヤルによる電話無料相談。長期入院患者の退院調整。がん患者が集まって話し合いをするがんサロンの主催）には、副看護師長、看護師、社会福祉士など5人従事するという日本でも指折りの地域医療連携室に成長することができたと自負しています。また、もう1つの目標であった地域完結型医療に関しては、現在、大腿骨頸部骨折、脳卒中、急性心筋梗塞、胃瘻、5大がん（肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、肝臓がん）の地域連携パスができていますが、まだまだ、十分に使用できているとは言えず、目標を達成したとはいえません。地域医療連携室は、地域医療の要です。地域医療連携室が窓口となって、地域の先生方との交流や住民との交流を行っていますが、病院が中心になり、地域全体で病気の患者をサポートするという、いわゆる看護師同士の連携、栄養管理士同士の連携、薬剤師同士の連携、理学療法士同士の連携などこれからの課題です。地域

医療に従事する医師も、大学病院のような専門医療だけでなく、浅く広い知識が必要で、緊急の治療が必要か否かトリアージする能力が必要です。いわゆる総合診療医を求めています。地域医療に従事する医師が少なくなっている現在、ますます地域完結型医療が必要になってきました。私の理想とする

地域医療を行うには、まだまだ、仕事が山のようにあります。今後も地域住民が安心して暮らすことができるように、理想とする地域医療を目指して微力ながら尽くしていきたいと思っておりますので、今後とも南和歌山医療センター地域医療連携室をよろしく申し上げます。

《和歌山県立医科大学附属病院 地域連携室より》

和歌山県立医科大学附属病院連携登録医制度のご案内

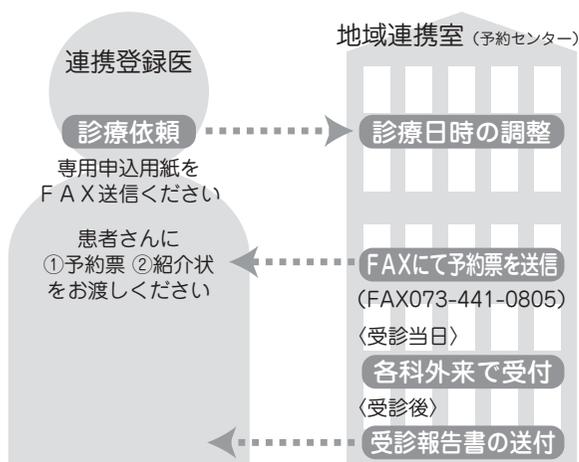
当院と県下及び隣接する府県の医療機関が相互に協力して、患者が必要とする良質で適切な医療を提供するために、医療機能の役割分担と連携をより緊密にし、医療の充実と発展を図ることを目的に平成23年12月にスタートしています。まだ、ご登録されてない先生はぜひご登録ください。

連絡先：地域連携室073-441-0778

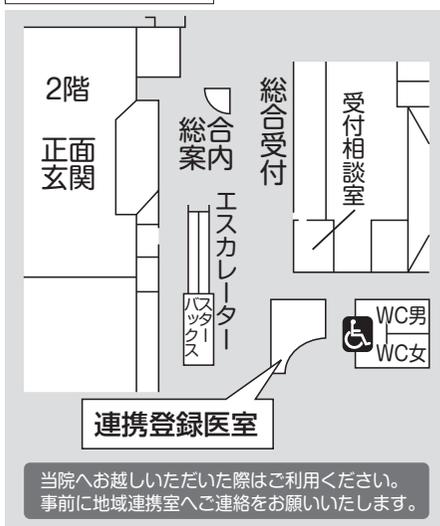
連携内容及び特典

- 1 ●紹介患者さんに対する診療及び入院の対応を迅速に行うよう努めます。
(医師指名の場合は予約が遅くなるなど、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください)
- 2 ●登録医への逆紹介を推進します。
- 3 ●登録医の一覧を院内に掲示し、また当院のホームページに「登録医」として周知させていただきます。
- 4 ●診療科長及び主治医の了解のもと、紹介患者のカルテの閲覧及び診療上必要と思われる事項について情報を得ることや、当院で実施しております諸検査や特殊な診療について見学することができます。
- 5 ●当院の医学図書館がご利用いただけます。
- 6 ●当院で開催されますカンファレンス、各種講演会などのご案内をさせていただきます。
- 7 ●来院時の駐車場は無料ご利用できます。
- 8 ●連携登録医証とIDカードと専用予約申込書と専用タックシールをお渡しします。

診療予約のフロー図



連携登録医室



《日本臨床内科医会だより》

西 谷 博

平成24年4月14日(土)京都ホテルオークラで開催された日本臨床内科医会第58回理事会に光定会長の代理として出席。引き続き第47回代議員会に南條副会長、澤理事と共に出席しました。昨年の総会は東日本大震災のために通常のスタイルでは開催できませんでしたので、猿田享男新会長の会場での挨拶が1年遅れて行われました。理事会、代議員会の内容はほぼ同じで、会務及び会計、事業の概況の報告と決算、予算案、事業計画の承認、議決が行われました。

庶務部報告では、会員数は15990名、近畿では大阪府856名、京都府628名、兵庫県530名、和歌山県253名、奈良県212名、滋賀県35名でした。会員数は減少傾向のため会員増強対策の提案がありました。

IT委員会より、携帯版メールマガジンが1月より開始になっており御利用下さいとのこと。

社会医療部公益事業委員会より日臨内インフルエンザ研究の業績報告では本研究の成果は大変好評で海外からも引用希望が多いとのこと。

地域医療委員会より地域医療功労者9名の表彰の報告。「地域医療の現場から」の3編の投稿報告。

社会保険部医療・介護保険委員会より、まず医療に関して平成24年度診療報酬改訂についての解説とコメント。日臨内活動として医療・会議保険委員会活動の平成24年度診療報酬改訂に向けて第二次提案書を作成、内保連に提出の報告と要望の結果の報告。日臨内の提案書は、主に在宅関係、初診料、再診料、管理指導料に関するものであり「個々の医療技術の評価に関することではないため、評価対象外として」医療課での評価はなく、基本問題小委員会で検討する事となったとのこと。提案書の提出先と評価の部局を再考する必要

が課題となったとのこと。次いで「総合医」について、厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」の第4回会議で行われた総合医や家庭医について同会議委員やプライマリ・ケア連合学会から行われたヒアリングについて報告があり、聖路加国際病院院長の福井次矢氏の「総合医」についての提案、日本専門医制評価・認定機構理事長の池田康夫氏の「家庭医療専門医」についての見解、国際医療福祉大学大学院長の金澤一郎氏の「総合医とかかりつけ医」についての見解について要約的に紹介。座長の見解として新たな専門医制度に総合医を設けることに前向きな姿勢の発言があったことが報告された。日臨内としては日臨内医師こそ「総合医」としての定義に合致した機能を発揮していると訴えたいと総括。次いで介護保険改訂の検証についての報告があり、田中章慈和歌山市医師会長の資料もスライド形式のプリントで12枚紹介された。

研修推進委員会より、平成24年度認定医・専門医新生審査日程について、申請書請求期間平成24年10月15日～11月15日、申請書提出期間平成24年11月15日～12月10日、公表平成25年4月14日とのこと。申請される先生はお忘れ無く。

学術委員会より、「原発性アルドステロン症の実態調査」、JPPPの進行状況、糖尿病における骨粗鬆症、関節リウマチ診療のアンケート調査報告、内科処方診療マニュアル、患者むけ小冊子について報告。協議事項として、実地臨床における高齢2型糖尿病患者の薬物療治に関する前向き調査研究の件について説明

会誌編集委員会より、総説を企画する方針としたこと。投稿規定の見直しで論文分類の変更の報告があり、介入を伴わない臨床研究は臨床経験と分類するとの事。倫理指針を付

け加えること。抄録を廃止して要旨とすること、「常任理事会だより」を6月号から始めるとのこと。

ニュース編集委員会より、新企画「診療報酬改訂情報」を第101号（平成23年10月25日発刊）から開始。支部ニュース委員の新テー

マ「医療連携」とのこと。

第26回日本臨床内科医学会は徳島市、ホテルクレメント徳島で平成24年10月7日、8日の日程で行われます。この機会に日臨内に未入会の先生は是非入会して頂くようお願い致します。

日臨内医療・介護保険委員会 平成24年度介護報酬改定

和歌山市医師会長
和歌山市介護認定審査会長
田中章慈

診療報酬・介護報酬同時改定

- 平成24年度の診療報酬・介護報酬同時改定は、「社会保障・税一体改革成案」の確実な実現に向けた最初の第一歩であり、「2025年のあるべき医療・介護の姿」を念頭に置いて、以下の取り組みを行う。…。
- 診療報酬改定 ネット(医科0.004%)
医科改定率+1.74% 薬価改定率-1.36%
- 介護報酬改定 +1.2%(在宅 +1.2%、施設 +0.2%)
介護職員の処遇改善の確保、物価の下落傾向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、全体で1.2%の改定を行う
- 障害(碍)者福祉サービス等報酬 +2.0%

医療保険介護保険ともに、実質マイナス改定といえる

2012年 医療保険改定 医科重点項目

- 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供し続けることができるよう、勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減・処遇改善の一層の推進を図る（1200億円）
- 地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅医療への円滑な移行や地域生活の復帰に向けた取り組みの推進など、医療と介護等との機能分化や円滑な連携を強化するとともに、地域生活を支える在宅医療の充実を図る（1500億円）
- がん治療、認知症治療などの推進のため、これらの領域における医療技術の進歩の促進と導入を図ることができるよう、その評価の充実を図る（2000億円）

DPCの整理、GE使用促進強化、薬価見直

診療報酬改定に係わる答申書付帯意見

- 急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等
基本診療料、救急医療の連携と評価、勤務体制改善、チーム医療評価
- 医療と介護の連携強化、在宅医療の充実
医療気管機能分化、訪問看護充実、維持期リハの整備、
- 質が高く効率的な医療供給体制
入院基本料の見直し、経過措置の検討
- 患者の視点に配慮した医療の実現
診療報酬項目実施件数の評価、医療安全対策
- 医薬品、医療材料費の適切な評価
長期収載品の薬価、医療技術評価、革新的両技術や医薬材料費の検討
- その他の調査・検証事項
在宅医療実施状況、在宅歯科診療、精神・認知医療、一般名処方、消費税

診療報酬での方向付け

- 地域連携診療計画管理料
- 地域連携診療計画退院時指導料
- 2段階目の保険医療機関(入院機能)
- 3段階目の保険医療機関(外来機能)
- 対象疾患 大腿骨頸部骨折、脳卒中

転院後または退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係わる治療等を行う他の保健医療機関または介護サービス事業者等と共有するとともに・・

診療報酬(2012年改定・新設)

- 認知症専門診断管理料(1- 700点、2- 300点)
認知症疾患医療センターのみが算定可
他の保険医療機関からの紹介患者を鑑別診断
認知症と診断した患者には認知症療養計画を作成
文書を報告した他医と定期的に診療情報の共有を図る
1は、紹介患者一人につき1回 2は、症状増悪例等3ヶ月に1回
- 認知症療養指導料(350点)
かかりつけ医が、認知症疾患医療センターで認知症と診断された患者の日常管理を行った場合を評価して算定
認知症疾患医療センターに診療情報を文書等で情報提供(月1回、6ヶ月を限度)

認知症療養計画(以下の項目が含まれること)

病名/検査結果/症状の評価(認知機能、生活機能、行動/心理症状/
家族または介護者等の介護状況(介護負担度の評価)/治療計画/
医療連携や介護サービス/緊急時の対応/その他必要な項目

第88回介護給付費分科会

社会保障審議会24, 1, 25開催

・ 2012年度介護報酬改定案を諮問通り了承

「介護報酬の2%に相当する介護職員処遇改善交付金を
介護報酬内化した上で、介護報酬を1.2%引き上げる」

これまで通りなら次年度ベース1900億円必要

介護報酬1.2%引き上げ相当額は252億円

国庫負担削減のつけは、利用者・国民に押しつけられる
ことになる

2 マイナス 1.2 = 0.8% の実質削減

介護保険改定 基本的な考え方

1 地域包括ケアシステムの基盤強化

介護サービスの充実強化を図るとともに、介護保険制度の持続可能性
の観点から、給付の重点化や介護予防・重症化予防について取り組み
地域包括ケアシステムの基盤強化を図る。

①高齢者の自立支援、②要介護度や医療ニーズの高い高齢者への
在宅・居住系サービスの提供

2 医療と介護の役割分担・連携強化

医療・介護を切れ目無く提供するという観点から

①在宅生活時の医療機能の強化に向けた、新サービスの創設及び
訪問看護、リハビリテーションの充実ならびに看取りへの対応強化

②介護施設における医療ニーズへの対応

③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進

またこれら実現のため、看護職員等医療関係職種をはじめ必要な人材
確保策を講じることが必要

3 認知症にふさわしいサービスの提供

4 質の高い介護サービスの確保

地域包括ケアシステム

地域包括ケアを実現するには、以下の5つの視点での取り組みが包括的(利用者のニーズに応じた適切なサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須

①医療との連携強化

24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化

介護職員によるたんも吸引など(経管栄養)の医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

特養などの介護拠点の緊急整備

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

できる限り要介護状態としないための予防の取り組みや自立支援型介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護

一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加をふまえ、様々な生活支援サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備

一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

Social Inclusion, Community Inclusion

在宅強化に向けた改定 1

・ 在宅サービスの充実

○定期巡回・随時対応サービス(新設)

介護・看護一体型、介護のみ、

連携訪問看護ステーション加算

○複合型サービス

小規模多機能型居宅介護+訪問看護

○生活機能向上連携加算

・ 在宅介護を支える体制支援

○緊急短期入所体制確保加算

○緊急短期入所受け入れ加算

在宅強化に向けた改定 2

- 医療・介護の連携強化
 - 入院時情報連携加算
 - 退院時情報連携加算
 - 緊急時等居宅カンファランス加算
 - 退院時協働指導加算(クリニカルパス)
かかりつけ医はずし?
- 看取りの体制強化
 - 看取り介護加算適応施設拡大
 - ターミナルケア加算細分化と算定要件緩和

事例分析より明白となった課題

- 重い費用負担により利用の手控え・断念
- 認定結果と状態像の乖離によりサービス量の制約
- 予防給付への移行による給付制限による悪化
- 支給限度額を超える利用による多額自己負担
- 家族との同居を理由とする生活支援の打ち切り
- 施設入所の大量待機と二重負担
- 医学管理を要する在宅療養者の生活困難
- 独居・老々世帯での介護・生活の継続に困難
- 在宅での重度認知症の介護・生活の深刻化

今回の改訂で課題克服できるか疑問

サービス時間・単価変更の影響

- ・ 介護職員処遇改善加算
介護職員の給料を月額15,000円引き上げる
現行の交付金として対処するのは23年3月まで
一時金や諸手当として対処しているところが多いがそれではだめ
給与水準の向上を含めた処遇改善を確実に継続的に実施する計画を
策定し、措置を講じる 介護給付費に加算 .. その分を自前で稼ぎ出す
- ・ サービス単価・時間区分変更
サービス提供の実態を踏まえ、限られた人材の効果的活用をはかり
より多くの利用者に対し、ニーズに応じたサービスを効率的に提供する
通所系サービス 通所介護 基本サービス費(要介護1)
(現行)所要時間6時間以上8時間未満 790単位/日
(改定)所要時間5時間以上7時間未満 700単位/日
(改定)所要時間7時間以上9時間未満 809単位/日
今までどおり6時間ディサービスなら90単位の減、7時間だったら18単位の増加
6時間で、処遇改善加算4%と地域区分($\times 1.014$)加算を計算しても減、
何としても7時間に!と事業者 一方、受診者は今まで通りの時間、となれば混乱
現行6時間 $790 \times 1.014 = 801.06$ → 新6時間 $700 \times 1.014 \times 1.04 = 738.2$
新7時間 $809 \times 1.014 \times 1.04 = 853.1$

中医協と社保審の打合せ(平成23年10月21日)

社保審 大森介護給付費分科会長

- ・ 介護保険の改正があり、24時間定期巡回・随時対応サービスが新しく設けられた。これは介護と介護が連携しないとできない。小規模多機能居宅と訪問看護との連携もあり看護は重要。
- ・ 他職種間稼働で、やはり医師が一番偉いとされ、看護師、准看護師、介護の現場のスタッフがその下にいるという固定概念がある。上下関係ではなく、それぞれの機能をお互い認め合いながら、如何に協力体制を作るかが重要。
- ・ 医師がいつも自分は偉いと思っており、多職種間稼働を阻害しているのではないか。従来の概念を払拭してもらいたい。
- ・ 介護保険最大の弱点は、認知症高齢者に対するサービスで、これは医療と介護の緊密な連携がないかぎりできるものでない。

中医協 安達委員

- ・ 平均的な医師として、『医師が偉い』という見方は、昔は少しあったかもしれないが、今の現場は違う。医師がある意味前面に出なければならないのは、結局は在宅医療を含めて最終的な結果責任を取ることに準拠する部分がある。皆と稼働して仕事をすることで、『偉い』という認識を持つ医師はほとんどいない。

24/2/1中医協 欲張り村のじいさんみたいな話をされても困る(嘉山委員)

地域医療連携の充実

第5次医療法改正に伴う地域医療計画 2012年見直し

(地域医療計画 : 1985年第1次医療法改正で取り上げられた)

5疾患(がん、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病、精神疾患)

5事業(救急、災害、小児、周産期、僻地)

がん対策基本法



医師不足・偏在

地域医療支政策

援医療崩壊の危機

地域における医療供給体制の整備

切れ目のない医療の実現

地域連携クリニカルパス

中医協総会資料(2010, 2, 13); 地域連携診療計画(地域連携クリティカルパス)
日本クリニカルパス学会; クリティカルパスは米国の特許にかかる → クリニカルパス

医療計画の見直し

- 都道府県毎に策定実施されている医療計画
2012年度見直し、13年度から新たに実施
 - 精神疾患を加えて5疾患5事業に
 - 在宅医療の充実、強化、計画の実行、評価、改善
- ① 病期、医療機能毎に分類された指標等から現状を把握
 - ② 現状を分析し、求められる医療機能、連携体制を踏まえて課題を抽出
 - ③ 課題解決を見据え、評価可能で具体的な数値目標を設定し(plan)
その達成の為の施策事業を策定し実施する(do)
 - ④ 定期的に評価を行う組織(都道府県医療審議会等)、評価時期(1年毎)などを明確にし、施策・事業の進捗状況や目標数値の年次推移などを定期的に把握評価し(check)、必要に応じて施策・事業を見直す(act)
 - ⑤ 施策・事業の進捗状況や数値目標の年次推移などを住民に公開

PDCA
サイクル

必須指標
推奨指標

—スライド原稿を引用させて頂いております—

平成23年度和歌山県医師会内科医会学術講演会

第207回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H23.5.14(土) 於：和歌山ビッグ愛 4階

特別講演

座長：和歌山県医師会内科医会

名誉会長 伊藤 周平 先生

「ペプチドホルモン・グレリンの
多彩な生理作用とその臨床への応用」

和歌山県立医科大学 内科学第一講座

教授 赤水 尚史 先生

－グレリンについて－

グレリン (ghrelin) は、1999年12月に国立循環器病センターの児島・寒川らによって胃から発見されたペプチドホルモンです。アミノ酸28個からなり、3番目のセリン残基が脂肪酸 (n-オクタン酸) でアシル化修飾された特徴的な構造を有するペプチドです。

国内外の研究者らによって、グレリンが成長ホルモンの分泌促進作用以外にも、①摂食促進作用、②消化管運動促進作用、③胃酸分泌促進作用、④心機能の改善作用 など様々

な生理作用を有することが明らかになっています。これらの作用を利用して、最近臨床応用に向けての研究が行われています。たとえば、グレリンの成長ホルモンの分泌促進作用を利用した高齢者関連疾患、摂食促進作用を利用した食欲不振関連疾患に対して臨床試験が実施されています。ホルモンで代表される生理活性物質の発見は、病気の治療に大きな恩恵をもたらす可能性があります。たとえば、膵臓から出るホルモン・インスリンの発見は、その臨床応用につながり、現在では糖尿病の患者さんに計り知れない恩恵を与えています。

また、最近では、寒川らの発見したナトリウム利尿ペプチドというホルモンが心不全の診断や治療に使われ、循環器病領域で大きな成果を上げています。私たちはグレリンも同様な医療への応用ができるのではないかと考え、研究を進めています。本講演では、このようなグレリンの作用とその臨床応用に関する研究について述べたいと思います。

第208回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H23. 5 .21(土)16 : 00～ 於 : 和歌山東急イン 4 階 「高砂の間」

出席者 70名

—— 特 別 講 演 ——

座長 日本赤十字社和歌山医療センター
呼吸器内科部 副院長

西山 秀樹 先生

長引く咳の診断と治療

京都大学大学院医学研究科
呼吸器内科学准教授

新実 彰男 先生

咳は患者が医療機関を受診する動機として最も頻度が高い自覚症状である。患者が受診したらまず胸部X線や丁寧な病歴聴取、胸部聴診により、肺癌、肺結核、間質性肺炎など重篤にもなりうる疾患と喘息を除外する。それらを除いた8週以上持続し喘鳴や胸部X線の異常を示さない狭義の慢性咳嗽の原因疾患は、本邦では咳喘息、副鼻腔気管支症候群、胃食道逆流症、アトピー咳嗽、喫煙による慢性気管支炎などが多い。一方3週間以内の急性咳嗽は、感染症（急性上気道炎および上気道炎後に咳だけが残る感染後咳嗽）の頻度が高い。

慢性咳嗽の鑑別には病歴が重要で、可能な範囲で行う臨床検査と合わせて疑い診断をつける（治療前診断）。各疾患に特異的な治療（薬物療法や原因除去）で軽快が得られたら診断確定とする（治療後診断）。副鼻腔気管支症候群と慢性気管支炎は湿性咳、その他は乾性咳を呈することが多い。中枢性鎮咳薬は

痰や異物の排出という生体防御機構としての咳も抑制し誤嚥のリスクを高めること、副作用が多いこと、無効例がしばしば見られることから、乱用は慎まねばならない。

咳喘息は咳のみを症状とする喘息で、気道過敏性亢進や気道の好酸球性炎症、リモデリングがみられる。気管支拡張薬が特異的治療であるが、診断確定後は優れた抗炎症作用を有する吸入ステロイド薬が第一選択薬で、喘息への移行防止も期待できる。必要に応じて長時間作用性 β 2刺激薬などのその他の長期管理薬を併用する。アトピー咳嗽は好酸球性炎症を伴うが気道過敏性はなく気管支拡張薬も無効で、喘息への移行は稀である。抗ヒスタミン薬やステロイド薬が有効である。上記2疾患では症状の季節性がしばしばみられる。副鼻腔気管支症候群（慢性副鼻腔炎+好中球性下気道炎）は膿性痰が特徴的でエリスロマイシンの少量療法が第一選択である。近年増加が指摘されている胃食道逆流症は食後や起床直後の悪化や他の原因に合併しやすいのが特徴で、プロトンポンプ阻害薬が第一選択である。胸灼けなどの食道症状を伴わないことも少なくない。上気道炎後に遷延する感染後咳嗽は自然軽快が特徴で、上気道炎後にしばしば悪化する咳喘息などの他疾患の除外が重要である。最近では百日咳の増加も指摘されている。講演では診断・治療のフローチャートも用いて診療の流れを概説する。

三府県内科医会合同学術講演会

(第209回和歌山県医師会内科医会学術講演会)

H23.6.18(土)14:30～ 於：ホテルニューオータニ大阪2階鳳凰の間

出席者341名(内和歌山県20名)

講演 I

司会 大阪府内科医会会長 福田 正博先生

急性心筋梗塞治療における現状と新展開

独立行政法人国立循環器病研究センター
心臓血管内科部長 北風 政史先生

急性心筋梗塞症の病態は、その病期により四つステージに大別される。つまり、1) 冠動脈硬化、2) 粥腫形成・破裂、3) 心筋虚血・再灌流、4) 心臓リモデリング・慢性的心機能低下、であり、その各ステップを抑制することが急性心筋梗塞症の予防と治療に直結することになる。

まず、急性心筋梗塞症発症前には、その危険因子の除去・粥腫破裂の予防が重要となる。前者は、高血圧、喫煙、高脂血症、糖尿病、男性、肥満などがあるが、いずれも血管内皮機能障害が関与する。これらの病態において、末梢血及び冠静脈血中NOレベルを測定すると低下していることが明らかにされている。この内皮機能障害が、後者の粥腫破裂に関与するものと考えられている。実際、急性心筋梗塞発症を抑止するプラバスタチン(WOS試験、CARE試験)やシンバスタチン(4S試験)、アムロジピン(PREVENT試験)などは全て血管内皮機能を改善することが報告されている。

さらに、急性心筋梗塞症の治療法としては、側副血行路新生がある。VEGFに血管新生作用があるため、閉塞性動脈疾患に対して遺伝子治療が試みられているが、虚血心においても側副血行路新生において同様の試みがなされている。我々は、従来、虚血心とアデノシンについて研究しているが、アデノシンが血

管内皮培養細胞においてVEGFの発現を増加させることが明らかになっているし、VEGF受容体の一つであるニューロピリンは、新生血管に多く発現することを見出しており、これらの物質が側副血行路新生治療薬になるか否か今後の興味ある検討課題である。

これらの努力にもかかわらず粥腫が形成され、粥腫破裂寸前になればどうするのか。その方策は、破裂した粥腫に凝集する血小板血栓集積の抑制である。この10年間で大きく変わった概念は、急性冠症候群は血管平滑筋の増殖による冠血管狭窄・その高度化・完全閉塞によるものではなく、動脈硬化による粥腫の破裂により、その粥腫の中身に血栓が蓄積することがその原因であるとのパラダイムシフトである。そのため、シロスタゾールなどの抗血小板作動薬が大きく注目されるに至っている。

第三に、急性心筋梗塞症自体に対する治療であるが、まず、PTCA・PTCRなどによる血管再疎通・再狭窄抑止が挙げられる。後者については、ステントの使用、血小板ⅡbⅢa拮抗剤・抗血小板治療薬使用により、急性再閉塞はかなり抑制されるようになり、また慢性期再閉塞については抗血小板治療薬の有効性が示されつつある。また、再灌流障害の抑止については実験的に種々の薬剤が提案され、臨床において試されたがいずれも実用にはいたっていなかった。我々は、最近、hANPを用いた梗塞サイズ縮小効果を目的とした多施設比較臨床試験J-WIND試験を行い、hANPの心筋梗塞補助療法としての有用性が期待できる結果を得た。また、ニコランジルにもそのような効果がある可能性が示唆されており、不毛であったこの分野での薬剤開発の可能性が期待される。

第四に、心筋梗塞慢性期では、心臓リモデリング・慢性心不全治療があげられる。これらについては、 β 遮断剤・ACE阻害剤・ARBの有用性が示されている。さらに、サイトカイン阻害剤も、臨床で用いるべく基礎研究が行われている。我々の検討では、交感神経系・レニン-アンジオテンシン系・エンドセリン系とも、メタロプロテアーゼ活性化→HB-EGF遊離→EGF受容体刺激→心肥大・心不全の経路を共通して活性化するため、メタロプロテアーゼ阻害薬やHB-EGF拮抗薬が、今後、新しい治療法の一つになるかもしれない。実際、我々は、in vivoにおいて、メタロプロテアーゼ阻害薬が心肥大を抑止することを見出している。

以上、急性心筋梗塞症治療戦略については、その病態・病期に応じた多重的かつ多面的対応が必要であること、さらに、その個々の治療法は、新たな展開を迎えつつあることが分かった。21世紀に入り10年経過した今、急性心筋梗塞症の新しい心臓病学が始まるものと期待される。

講演 II

司会 大阪府内科医会名誉会長

山家 健一先生

脳の器質的疾患と画像診断

公立大学法人和歌山県立医科大学
理事長・学長 板倉 徹先生

脳神経疾患の診断にはまず病歴聴取とベッドサイドの診察が重要である。そののち各種画像検査を駆使して確定診断に至る。本講演では最近進歩の著しい脳画像診断について述べる。脳血管障害の診断には頭部CTスキャンが重要である。CTスキャンは空間解像度がMRIに劣るものの出血性病変の診断には精度が高く、脳卒中を疑った場合はまずCTスキャンで出血性病変の有無をチェックする必要がある。CTスキャンで出血が否定されて初めて脳梗塞を考えてMRIを施行する。急性

期脳梗塞はMRI拡散強調画像で容易に診断される。同時にMRA(MRangiography)を行えば閉塞血管の部位とその程度が判断でき、治療方針の決定に役立つ。慢性期にはSPECT(single photon emission tomography)を行うことで、血流分布と血管予備能を詳細に知ることが出来、バイパスなどの外科治療の適応が決定される。頭部外傷の診断には頭部CTスキャンが有用である。頭蓋内出血や脳挫傷の検出に優れ、検査時間の短さから緊急手術に対応できる有用な検査法である。ただ慢性期に入り脳挫傷の有無と局在の診断にはMRIが優れている。脳腫瘍の診断にはMRIが有用で造影剤を投与すれば局在診断と腫瘍の種類確定診断がほぼ確実に可能である。

画像検査はあくまで補助診断であることを認識し、ベッドサイドの神経学的検査などとの総合的な診断を行うように習慣づけるべきである。

講演 III

司会 大阪府内科医会名誉会長

山家 健一先生

脳卒中—予防と治療

公立大学法人奈良県医科大学
脳神経外科学教授 中瀬 裕之先生

「脳卒中」は、がん・心臓病に次いでわが国の三大死因の一つであり、その2/3が脳梗塞、1/3が脳出血(脳内出血、くも膜下出血)です。脳卒中は死亡率も高く、後遺症を残したり再発する確率も高いことが知られています。救急医療の充実や治療法の進歩により一時は患者数が減少したのですが、社会全体の高齢化と生活習慣病の激増により再び増加に転じています。このまま十分な予防対策がとられないと、現在約150万人とされる脳卒中患者の数は、2025年前後には倍増する危険性があると考えられています。予防対策が徹底されれば、倍増を防げるどころか今より減らすことも可能です。つまり、最善の脳卒

中対策は「予防」であると考えられます。しかし、脳卒中が予防できる病気であることを知っている人は一般市民ではそれほど多くありません。脳卒中の原因は動脈硬化であり、動脈硬化の原因としては、高血圧症、高脂血症、糖尿病、喫煙などが挙げられています。つまり、脳卒中は生活習慣病が原因となっているのです。脳卒中の主要危険因子である高血圧、糖尿病、不整脈（心房細動）、喫煙、過度の飲酒、高コレステロール血症に対する注意を喚起し、次に、高血圧・糖尿病・高コレステロール血症を予防するための塩分・脂肪分控えめの食事、適度な運動、肥満を避けることを勧め、普段の生活を見直せば脳卒中は必ず予防することができます。

脳卒中ガイドラインが5年ぶりに改定され、2年前に「脳卒中治療ガイドライン2009」として発表されました。大きく変わった部分は、(1)脳卒中の発症予防、(2)脳梗塞急性期治療（t-PA 静注法の詳細）、(3)TIA項目の記載の充実、(4)脳梗塞の再発予防、(5)内頸動脈狭窄に対するCEAとCAS、(6)脳動脈瘤の血管内治療推奨のグレードアップ、(7)無症候性脳血管障害、特殊な脳血管障害の追加、(8)リハビリテーション療法、特に文献の大幅な増加、等です。脳卒中の発症予防に関しては、危険因子の管理の中で、高血圧症、糖尿病、脂質異常症などで変更がありました。今後は日常臨床にこのガイドラインをいかに活かしていくかが問題です。

脳神経外科領域では、脳ドックが一般的に行われるようになり、脳梗塞・脳動脈瘤・脳動静脈奇形などが無症候で発見されて、予防的手術が盛んに行われるようになってきました。これら無症候の疾患に対しては、手術前にエビデンスを示しながらの説明が行われます。例えば、無症候性の未破裂脳動脈瘤では、いつ脳動脈瘤が破裂してくも膜下出血を起こす

かは誰もわかりません。そこで、学会は以下のごとく指針をだしています。「未破裂脳動脈瘤の自然歴（破裂リスク）から考察すれば、原則として患者の余命が10～15年以上ある場合でかつ下記の病変、つまり大きさ5～7mm以上の未破裂脳動脈瘤、もしくは5mm未満であっても、症候性の脳動脈瘤や後方循環・前交通動脈・内頸動脈-後交通動脈部などの部位に存在する、Dome neck aspect 比が大きい・不整形・ブレブを有するなどの形態的特徴をもつ脳動脈瘤に対して治療を検討することが推奨される」。しかし、現実には、(1)自然歴に関してエビデンスレベルの高い報告はなく、(2)厳密な治療適応・禁忌は示されていない、(3)治療成績も各施設によってばらばら、等の理由により、治療適応に関しては各施設で個々の患者背景にあわせて決定しているのが現状であります。また、実際の医療現場では、患者さんや家族に病態を正確に理解していただくことは容易ではありません。

今回は、脳卒中の予防を中心に生活習慣および予防的外科的治療についての現場の取り組みなど、脳卒中治療ガイドライン2009の内容も加味しながら話をさせていただきます。

—— パネルディスカッション —— フリートークと会場からの質疑応答

司会

大阪府内科医会 名誉会長 山家 健一
大阪府内科医会 会長 福田 正博

パネリスト

独立行政法人国立循環器病研究センター
心臓血管内科 部長 北風 政史先生
公立大学法人和歌山県立医科大学
理事長・学長 板倉 徹先生
公立大学法人奈良県立医科大学
脳神経外科学 教授 中瀬 裕之先生

第210回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H23. 7. 9 (土) 16:00～ 於：和歌山ビッグ愛 4 F 大会議室

出席者 60名

特別講演

座長 和歌山県医師会内科医会
会長 光定 和男 先生

ハイリスク患者における脂質管理

りんくう総合医療センター
副院長 永井 義幸 先生

脂質異常症に対するスタチン療法が始まり20年以上が経過し、ハイリスク患者に対しては、より積極的な脂質管理が行われるようになっていく。

ハイリスク患者の中でもCKD患者は、近年、

心腎連関といわれ、心血管疾患を高率に発症する患者群であることが分かっている。

CKD診療ガイドラインでも脂質管理目標が定められ、積極的な脂質管理がすすめられている。

しかし、最近までstageの進行したCKD患者におけるスタチンによる脂質介入試験では、イベント抑制までのベネフィットは、はっきりとは証明されていなかった。

そのような中、最近、エゼチミブ+スタチン併用によるCKD患者に対する脂質介入試験が発表され、初めてのエビデンスとして期待されている。

和歌山県医師会整形外科部会・外科部会合同学術講演会 —運動器疾患カンファレンス2011 in 和歌山—

(第211回和歌山県医師会内科医会学術講演会)

H23. 6. 30(木) 18:45～ 於：ホテルグランヴィア和歌山 6 階ル・グラン

出席者 76名

基調講演

座長 和歌山県医師会整形外科部会
会長 寺下 浩彰 先生

高齢者の腰痛・膝痛と運動機能

和歌山県立医科大学整形外科
講師 橋爪 洋 先生

特別講演

座長 和歌山県立医科大学整形外科
教授 吉田 宗人 先生

ロコモティブシンドロームと 運動器不安定症

自治医科大整形外科
教授 星野 雄一 先生

65歳以上人口が3000万人を越す我が国では、要介護者が500万人にのぼり、その原因として頻度の高い運動器障害対策が喫緊の課題である。2007年、国民が運動器の重要性に気付くため、日本整形外科学会はロコモティブシンドローム（ロコモ）という「概念」を提唱した。

ロコモは運動器全般の機能障害を示す概念であり、これに先行して2006年に新設された運動器不安定症は、下肢機能に注目した転倒・閉じこもりリスクの高い状態を示す「疾患名」である点に違いがある。つまり、ロコモはマーズを含むより広い概念であると同時に、運動機能障害のより軽い段階を含むという予防的意図をも有する。

ロコモとマーズの診断、対策、意義、違いなどについて概説した。

第212回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H23.10.22(土)16:00～ 於：フォルテワジマ 4階イベントホール

出席者 27名

特別講演

座長 和歌山県立医科大学救急集中治療部
助教 米満 尚史先生

Ai (Autopsy imaging 死亡時画像診断) について

和歌山県立医科大学放射線医学教室
助教 南口 博紀先生

わが国の医療現場では監察医や解剖医のマンパワー不足が顕著で、死因が不明である異状死体に体表検案のみによる不確実な死亡診断を下してきた習慣から「死因不明社会」とも揶揄されている。

作家の海堂尊氏はこの事態を憂慮し、Ai (死亡時画像診断) を中核とするフィクション・ノンフィクション作品を多数執筆し、Aiの必要性重要性を啓蒙している。

和歌山医大でも平成21年11月から院内の異状死体を対象として、CTを使用したAiを施行可能としている。

今回の講演では、①Aiとは何か? ②和歌山医大病院での現況 ③読影ガイドライン ④実際の症例 ⑤今後の展望、について順に概説した。

コメンテーター

警察医 法医学学会死体検案認定医
阪口クリニック院長 阪口 大和

第213回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H23.11.12(土)15:00～ 於：ガーデンホテルハナヨ 6Fスターダスト

出席者 24名

講演 1

座長 那須内科消化器科 那須 英紀先生

睡眠時無呼吸症候群の診療

独立行政法人国立病院機構
和歌山病院副院長 駿田 直俊先生

講演 2

座長 玉置医院院長 玉置 信彦先生

大規模災害と検死

和歌山県立医科大学
名誉教授 辻 力先生

四府県内科医会合同学術講演会

(第214回和歌山県医師会内科医会学術講演会)

H23.11.19(土)15:00～ 於：ホテルニューオータニ大阪2階鳳凰S

出席者 331名 (内和歌山県9名)

講演 I

座長 兵庫県内科医会副会長

蓮尾 春輝先生

インフルエンザに合併する肺炎の 病態と診療の基本的考え方

大阪大学医学部附属病院感染制御部
副部長 関 雅文先生

インフルエンザにおいては、合併する肺炎や脳炎・脳症による重症化が大きな問題である。特に、高齢者では肺炎による死亡者の増加が指摘されており、高齢化社会が進むわが国において、インフルエンザに合併する肺炎への理解と対応は重要となる。今年発表された新たな肺炎の概念：医療・介護関連肺炎（NHCAP）に関するガイドラインでも、インフルエンザ・肺炎球菌性肺炎の高齢者介護における重要性がクローズアップされた（表1）。また、インフルエンザでは黄色ブドウ球菌との関連が古くから知られており、MRSAの関与も今後、危惧される。

（表1）医療・介護関連肺炎（NHCAP）における主な発症機序（日本呼吸器学会NHCAPガイドライン2011より）

- ①誤嚥性肺炎
- ②インフルエンザ後の二次性細菌性肺炎
- ③透析などの血管内治療による耐性菌性肺炎（MRSA肺炎など）
- ④免疫抑制薬や抗癌剤による治療中に発症した日和見感染症としての肺炎

インフルエンザに合併する肺炎は、インフルエンザウイルスそのものによるとされる原発性ウイルス性肺炎と二次的な細菌感染によるものの大きく2つに分けられる。

前者は、比較的稀ではあるが、きわめて急速かつ重症化することが多く、宿主側の過剰免疫の惹起（＝サイトカインストーム）の関与が示唆される。比較的若年者に多く、我々のマウスを用いた実験データでは、好中球を中心とした炎症細胞の過剰な活性化や、それに伴う肺胞上皮の細胞死、そして血管内皮の透過性亢進による肺水腫の急速な進行が病態の中心と考えられ、急性肺障害（ARDS）に準じた対応が必要となる。

後者は、1918年のスペイン風邪において、その死亡原因の大部分を占めたと考えられ、抗菌薬の開発が進んだ現在でも、インフルエンザ関連死の多数を占める。2009年のいわゆる新型インフルエンザのパンデミックでも、死亡例における細菌の重複感染の関与が、わが国のみならず、世界中から報告された。症例数としては、高齢者を中心に原発性ウイルス性肺炎より一般的に多く、かつ、通常見られる細菌性肺炎よりも重症化している症例が多いと言えよう。

インフルエンザ関連細菌性肺炎では、ウイルスと細菌による相乗効果のみならず、原発性ウイルス性肺炎と同様、宿主側の過剰免疫による悪化要因も示唆されている。我々のマウスを用いた実験データでも自然免疫系の活性化や、血小板活性化因子（PAF）の発現、好中球由来の過剰な酵素産生の関与が示唆された。インフルエンザに関連する二次性細菌性肺炎においても、これらの宿主反応の適切な制御が重要となる。

治療薬として、抗菌薬や抗インフルエンザ薬の投与の重要性は言うまでもなく、その投与には一定のコンセンサスが得られつつある。また、マクロライド系薬などの抗ウイルス作用、免疫調節作用も再び注目されており、今後さらなる検討が必要となろう。

本講演では、インフルエンザ肺炎の重症化機序を概説し、治療の基本的考え方、ワクチンを中心とした予防や新たな対応の試みを、実験データや自験例を交えながら紹介する。

講演Ⅱ

座長 奈良県医師会内科部会副会長
堀江 浩章先生

インフルエンザ感染の重症化機序と 予防と治療の最新知見

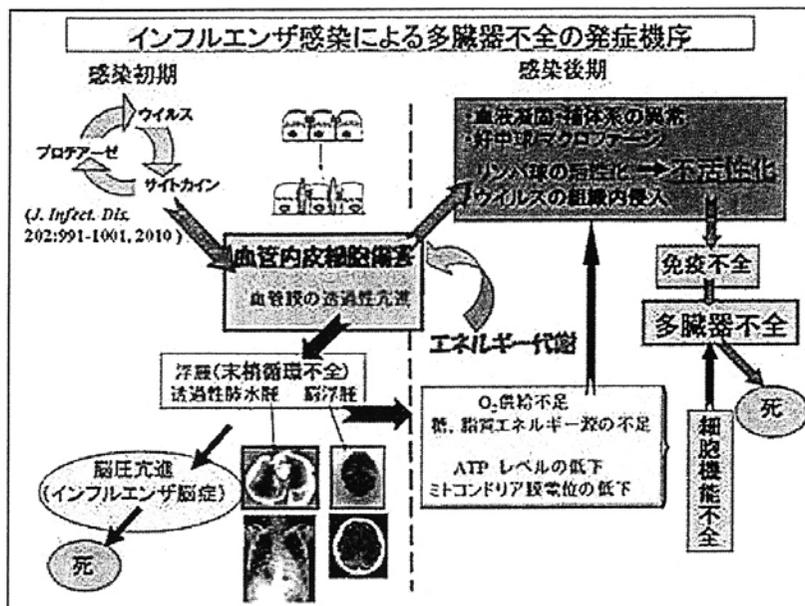
徳島大学疾患酵素学研究中心
センター長・教授
全国共同利用・共同研究「酵素学研究拠点」拠点長 木戸 博先生

「インフルエンザ感染で、重症化するヒトと軽症に過ぎるヒトでは何が違うのだろうか？」患者を目の前にして臨床医の頭を過ぎる“なぜ”である。これらの“なぜ”に、酵素学から答えてみたい。またインフルエンザの予防と治療に関する最新知見を紹介したい。

1. インフルエンザ感染の重症化機序

インフルエンザウイルス感染に対する最初の生体応答は、炎症性サイトカインの上昇で、自然免疫系と獲得免疫系を活性化してインフ

ルエンザ感染を阻止する。しかしこれらのサイトカインは、同時にさまざまな体内転写因子（例えばNFκB、AP-1等）のレベルを増加させ、体内エネルギー代謝の流れを大きく変動させることが明らかになった。ちなみに体内エネルギー物質のATPは体内に蓄えることはできず、絶えず産生と消費を行っており、生命の恒常性を保つための1日の産生/消費量は体重に匹敵する。ウイルス感染によるエネルギー代謝の低下は、ATP消費の激しい血管内皮細胞に特に大きな影響を与え、膜透過性の亢進と浮腫を引き起こす。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ヒトや、糖尿病の患者では障害が現れ易い。インフルエンザ脳症で重症化する患者の約6-7割に、体質としての脂肪酸代謝障害が見られる。この重症化機序の解明から創薬ターゲットが見えてきている。特にインフルエンザ脳症で重症化しやすい体質として注目されているcarnitine palmitoyltransferase II (CPT2) では、この酵素の転写を促進する薬剤で細胞内の減少したATPレベルが回復することが明らかとなり、CPT2を原因とするインフルエンザ脳症の治療法が見えてきた。



2. 抗インフルエンザ薬の問題点とその解決方法

新たな抗インフルエンザ薬が市場に出るなど、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が低下するため、獲得免疫の効率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。免疫モジュレータ作用のあるマクロライド（クラリスリマイシン）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. 経鼻インフルエンザワクチン開発の現状

従来の皮下注射型のインフルエンザワクチンは、抗インフルエンザ抗体 (IgG) を血液中に産生するが、感染局所の気道粘膜には抗体を産生する能力を持たない。そのため血液中のIgGによる肺炎防止効果はあっても、感染予防効果、感染拡大防止効果は期待出来ない。この不完全なインフルエンザワクチンをより効果的にするために開発研究の進んでいるワクチンが、経鼻接種のインフルエンザワクチンである。このワクチンは、気道に交叉免疫性の高いIgA抗体と同時に血液中にIgG抗体を誘導して、優れた感染防止効果を示すが、アジュバント無しには抗体の誘導ができない。そのため、世界の研究者は免疫増強物質としてのアジュバント開発にしのぎを削っている。最近、ウイルス抗原を抗原提示細胞に効率良く運搬して抗体を誘導する強力なアジュバントが生体成分の中から発見された。開発の現状を合わせて紹介する。

講演Ⅲ

座長 和歌山県医師会内科医会理事

西谷 博先生

インフルエンザ診療の新たな展開

～抗インフルエンザ薬を中心に～

東北大学加齢医学研究所

抗感染症薬開発研究部門教授

渡辺 彰先生

2009パンデミックA (H1N1) インフルエンザによる被害は世界各国で大きく異なった。わが国の死亡率は主要国で最も低い（人口10万対0.16、2010年5月までの直接死亡が約200名）が、最大の被害の米国では2010年2月までに推計12,000人が死亡した。米国の人口10万対死亡率（3.96）は日本のほぼ25倍である。わが国の被害が少ないのは、国民皆保険体制のもとで早期受診が可能なことは勿論、10年前から培ってきた早期からの広汎な抗インフルエンザ薬と迅速診断キットの使用の経験が生かされたためであり、臨床医がインフルエンザ診療の要点を熟知していたからであるが、それを後押しした日本感染症学会や日本産科婦人科学会の提言やガイドラインも一定の役割を果たした。世界では大きな危険因子とされて死亡の5～10%を占めた妊婦の死亡は、わが国ではゼロだったのである。しかるに、被害の大きな国々では重症例、死亡例でも抗インフルエンザ薬の投与されていない例や投与開始の遅れた例が目立ったが、WHOやCDCは流行の当初、「若年健康成人の患者へは抗インフルエンザウイルス薬の投与は原則として不要」とするガイドラインを示していた。スペインかぜなどの過去の新型インフルエンザでは、出現当初の2、3年間は若年成人に死亡が集中していたのに、その集団への抗インフルエンザウイルス薬の投与は原則不要としたのである。その後、各国で若年者の死亡が続出すると共に、抗インフルエンザ薬の早期からの投与が死亡と重症化を有意に抑えるという報告が相次ぐに及んで、2010年の1月と2月、WHOとCDCは「健康

成人へも早期から投与」という姿勢に大きく変わった。2010年5月6日号のNEJMにも同様の趣旨の総説が掲載されたが、これらの内容はわが国がこの10年行ってきた診療そのものであり、インフルエンザ診療ではわが国が最も進んでいたことと共に、抗インフルエンザ薬早期投与の重要性が強く認識されたと言える。

わが国の抗インフルエンザ薬は、アマンタジン（シンメトレル[®]、5～7日間経口）、ザナミビル（リレンザ[®]5日間経口）の既存3剤に加え、2010年1月にペラミビル（ラピアクタ[®]、単回点滴静注）、10月にラニナミビル（イナビル[®]、単回吸入投与）が承認された。ファビピラビル（T-705、5日間経口）も2011年9月現在、承認申請中であるが、新規の3薬剤はいずれもわが国の開発品である。抗インフルエンザ薬の開発においても、わが国は現在、世界のトップなのである。

インフルエンザウイルスの感染と増殖の過

程は、①宿主細胞への吸着・侵入・脱殻、②RNA複製、③細胞からの遊出、の3つに分けられ、抗インフルエンザ薬はそのいずれかを阻害する。アマンタジンは①に、ファビピラビルは②の過程に作用し、オセルタミビルとザナミビル、ペラミビル、ラニナミビルは③に作用してウイルスの増殖を阻害する。オセルタミビルではA（H1N1）ソ連かぜウイルスに耐性が出現してその効果が危惧されたものの、耐性出現の前と後に行われたラニナミビルのオセルタミビル対照の成人臨床試験では、オセルタミビル投与群の症状改善時間に前後で差は全く見られない。一方、Kawaiらの同じ2つの期間の観察では、年少者ほど耐性のシーズンで解熱に要する時間が延長している。年少者ほど脆弱な免疫機能の影響と考えられ、耐性は特に年少者で問題になると言える。講演では新規薬剤の紹介を交えながら、インフルエンザ対策の要点について述べたい。

第215回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H23.11.26(土)16:00～ 於：和歌山ビッグ愛 6階603会議室

出席者 19名

特別講演 1

座長 和歌山県医師会内科医会理事
西谷 博先生

日常診療に役立つ骨粗鬆症の治療
～整形外科医の立場から～

公立那賀病院整形外科
副院長 木下 裕文先生

特別講演 2

座長 和歌山県医師会内科医会理事
西谷 博先生

最近の骨粗鬆症治療

～見直されたビタミンD治療を
中心に～

大阪市立大学大学院医学研究科
老年内科学教授

三木 隆己先生

第216回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H23.12.10(土)16:00～ 於：和歌山東急イン4階「高砂」の間

出席者 103名

一般演題

座長 和歌山県立医科大学神経内科学
准教授 三輪 英人先生

認知症疾患医療センターの現状 ～この一年を振り返って～

和歌山県立医科大学神経内科学
助教 檜皮谷泰寛先生

日本は今後どこの国も経験したことのない高齢化社会へ進んでいる。認知症の最大のリスクは高齢であることであり、認知症患者の急増が懸念されている。特に、和歌山県での高齢化は他県に比べ進行しており、高齢化人口比率は26.4%で全国10位、近畿圏内では1位であり、認知症への取り組みが行政単位で必要である。平成20年度から「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」が厚生労働省より公示され、各地で認知症疾患医療センターが整備されてきた。和歌山県でも平成21年に日高総合病院、平成22年に和歌山県立医科大学附属病院で認知症疾患医療センターが設置され地域への情報提供、鑑別診断などおこなってきた。

実際の診療状況としては、医療相談、電話相談をまずは精神医療福祉士が受け付け、鑑別診断の必要があれば脳神経外科、精神科、神経内科の各担当医が診察している。検査では心理検査（HDS-R、MMSE、NPI-10、DAD等）、画像診断（MRI、脳血流SPECT、MIBG心筋シンチなど）が行われ、その後家族・患者への説明を行い紹介状を作成する。センターを受診し、認知症と診断された患者のおよそ7割がアルツハイマー型認知症であり、他の施設でも6～7割との報告が近年多く認められ、認知症患者の積極的な受診が進んでいることによりアルツハイマー病患者の割合が増加している可能性が考えられる。

センター受診の満足度をアンケートで調査すると、電話相談、医療相談は9割以上で、画像・診断はおよそ8割が満足と回答されていた。一方で、予約や結果説明までに日数がかかりすぎることで不満を感じられている方もおり、今後は検査期間の短縮、診断確定後の定期的な評価法およびそのための検査項目の標準化、地域拠点病院の設置（BPSD等による精神症状悪化時の緊急入院病床の確保）が課題として挙げられる。

特別講演

座長 和歌山県立医科大学神経内科学
教授 近藤 智善先生

アルツハイマー型認知症の治療戦略 ～新薬の使い分け～

日本医科大学内科・神経・腎臓・
膠原病リウマチ部門准教授
山崎 峰雄先生

認知症患者の将来推計として、高齢化の進展に伴い患者数は今後も増加が予想されている。アルツハイマー型認知症（AD）でみられる物忘れは、加齢による良性的物忘れと異なり、エピソード記憶の障害が中心である（悪性の物忘れ）。ADの進行の経過は緩徐で進行性であり、正確にいつから発症したかはわからない場合が多い。AD初期診断のポイントとしては、エピソード記憶障害、取り繕い、もの盗られ妄想などが重要である。初期診断評価スケールとしては、MMSEを用いる場合が多いが、中でも遅延再生、五角形の模写や立方体模写が診断ポイントとして重要である。

画像診断ではAD脳では海馬および海馬傍回付近での萎縮が特徴的であるためVSRADを用いて海馬の萎縮の程度をZスコアとして数値評価することで、診断の精度を上げるこ

とができるようになった。また、脳血流量の測定を行うSPECTでは、これまでは解析ソフトがなく目視にて評価していたため、診断感度に差があったが、近年ではソフトウェア（3D-SSPやeZIS）が開発されて診断能が飛躍的に向上した。3D-SSPおよびVSRADそれぞれ単独での異常検出率は7割程度であるが、両方を用いることで85%が診断可能との報告もある。ただし、両画像でも診断できないADもいることもあるので注意は必要である。

各コリンエステラーゼ阻害剤の特徴であるが、まずドネペジルの治療効果として、3年間の長期投与により無治療群に比べ約1年分の認知機能の悪化を抑制させることが報告されている。高度では10mg錠、海外では23mg錠が認可されている。通常量で効果が認められるようなレスポンスに対しては、より高用量を投与することで、さらなる効果が期待できるのではないかと考えられる。ガランタミンはアセチルコリンエステラーゼ阻害作用以外にAPR作用と呼ばれるニコチン性アセチルコリン受容体の感受性を高める作用を有しており、他剤からガランタミンへの切り替え例として、24mgまで増量することで有効性が報告されている。リバスタッチ・パッチは経口薬でみられた消化器系の副作用が貼付剤にすることで約3分の1にまで軽減することができ、欧米でシェアが増大した。また、アセチルコリンエステラーゼ阻害作用に加えて、ブチリルコリンエステラーゼ阻害作用も有し、理論的にはADにおいてより強く効果が期待できる。また、剤形がパッチ剤であることから、利便性、安全性の向上が期待される。

それではこの3剤で効果が最も高いのはどの薬剤であろうか？イタリアでは、コリンエステラーゼ阻害剤各剤での治療比較が938症例にて36週の検討が報告されており、有効性での優劣はいずれの薬剤でも認められなかった。その他、RCT間でのメタ解析結果でもほとんど差は無く、認知機能に対する効果はほぼ同等と言っても良いのではないかと考えられる。一方で、コリンエステラーゼ阻害剤

自体はADでは必須となる薬剤であるが、副作用を懸念して保険適応外ではあるが、少量投与が行われているのも事実である。国立長寿医療センターでは、少量のドネペジル投与の実態調査が行われ、ドネペジル全処方量の2～9%で少量投与が行われていることが明らかとなった。これは34%がBPSD、31%が消化器症状の出現を懸念しての事であったが、長期処方においては忍容性を考慮し少量投与も選択肢のひとつになっていくのではないかと考えられる。また少量投与の観点からはパッチ剤に対して期待は高い。

今回、コリンエステラーゼ阻害剤以外には、本邦ではメマンチンも承認された。欧米での臨床結果として、ドネペジル10mgへの併用効果は示されているが、国内ではドネペジル5mgが主であり、5mgへの並行効果については検討不十分である。

では、どの治療薬を使うべきだろうか？ドネペジルから他の薬剤への切り替えを考慮する場合であれば、基本的には6ヵ月は投与して効果を判定すべきだろう。認知機能の改善だけを評価項目に設定するだけでなく、意欲改善、注意、集中力なども考慮すべきである。新規コリンエステラーゼ阻害剤は漸増が必要であり、ドネペジル増量か、メマンチン併用かについては、明確な臨床データが無く今後の検討課題である。近年の研究から、ADは病理学的には発症の10年以上前から変化が報告されている。根本治療を目標として新薬の開発が進められているが、現状成功に至った事例はない。また、ADに関しては早期病変を確実に把握する方法がなく、根本治療薬の登場にはまだかなり時間を要することから、現在の治療薬をどううまく使っていくかが重要であろう。

（質疑応答から）

Q1：攻撃性を有する患者には、以前はコリンエステラーゼ阻害剤に抑肝散を併用していたが、最近では抑肝散をメマンチンに切り替えている。この3剤は併用すべきか？

A 1 : 3 剤併用が必要なケースはほとんど無いと思います。何れかを併用して奏効しなければ他方に切り替えて良い。

Q 2 : ドネペジルの服薬順守率や継続率のデータはお持ちでしょうか? というのは、ドネペジルからリバスタチン・パッチに変更したら効果が出た。家族に確認すると経口薬では

飲み忘れが多かった。

A 2 : 具体的なデータは持っていません。服薬しなければ効果が無いのは当然であり服薬コンプライアンスは重要である。特に、飲み忘れる患者や胃腸障害を訴える患者、嚥下困難な患者などではパッチ剤の方が適していると思います。

第217回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H24. 3 .24(土)16 : 00 於 : 和歌山ビッグ愛 6 階603会議室

出席者 30名

特別講演

座長 和中内科・循環器科

院長 和中 佳生先生

大規模臨床試験からみた

脂質代謝異常症治療

和歌山県立医科大学教育研究開発

センター教授 羽野 卓三先生

脂質代謝異常症が心血管系合併症の危険因子となることは既に多くの報告がある。同時に、高血圧、糖尿病、喫煙など他の因子が複合的に関与するとその危険率は相乗的に増加する。日本人においては1975年以降、急激に脂質の摂取増加、脂質代謝異常症の頻度が増している。脂質代謝異常症についてはLDLコレステロールの上昇のみならず、中性脂肪の上昇も男女とも心血管系合併症の危険因子を増すことが知られている。さらに、低HDLコレステロール血症も冠動脈危険因子となり、その傾向は高齢で顕著である。

治療薬としてはスタチン、フィブラート、エゼチミブ、EPAなどが主なものである。スタチンはHMG-CoA還元酵素阻害によるコレステロール合成阻害とLDL受容体の増加によるLDLの肝への取り込みを促進する。

フィブラートは脂肪酸の β 酸化亢進とLPL産生増加によるトリグリセライド分解促進とアポA-I、A-IIの産生増加によるHDLコレステロールの増加、アポCIIIの産生低下によるコレステロールの低下が主な作用である。エゼチミブは小腸でのNPC1L1を阻害することによりコレステロール吸収を阻害する。スタチンを用いた大規模臨床試験については多くの研究がある。2次予防のランダム化的なものとしては4S試験がある。この試験では労作狭心症を認める患者にシンバスタチンを使用したところ、冠動脈死亡のみならず、総死亡が低下し、当時、問題となっていた癌患者の増加は認められなかった。さらにTNT試験では冠動脈疾患患者にアトルバスタチンの低用量と高用量を用いてLDLコレステロールを101mg/dL、77mg/dLに低下させると両群間で心血管系イベントの発症率に22%の差が認められた。これにより、2次予防においてはより厳格な治療が有効であるとの根拠が示された。同時にこのような厳格な治療においても危険性が残存することが示された。残存危険率にはHDLコレステロールの低下、中性脂肪の上昇が関与する。1次予防としては平均総コレステロールが272mg/dLと高値の患者を対象にプラバスタチンによる効果を

みたWOS試験がある。WOSでは非致死性心筋梗塞と冠動脈疾患による死亡の低下、総死亡の低下が認められた。PLAC-Iでは冠動脈疾患を持つ患者においてプラバスタチンが冠動脈最小内径変化を抑制すること、PLAC-IIでは頸動脈効果の抑制が示された。高齢者を対象としたものとしてはPROSPER試験がある。70-82歳の対象者にプラバスタチンを投与すると冠動脈疾患死+非致死性心筋梗塞+致死性および非致死性脳卒中のリスクが低下した。一方、致死性・非致死性脳卒中に限ると有意差は認めなかった。このことから、高齢者においても少なくとも冠動脈疾患の予防に脂質低下が有用であることが示された。日本人を対象としたMEGA試験では中等度の脂質代謝異常症の患者を食事療法と食事療法+プラバスタチンで治療し、LDLコレステロールを156mg/dLから128mg/dLに日常診療の範囲で低下させると冠動脈疾患、冠動脈疾患+脳梗塞、総死亡の頻度が低下することが示された。

ACCORD試験ではシンバスタチンとフェノフィブラートの併用による差が検証され、心血管系イベント全体には差がないが脂質代謝異常症の患者に限ると心血管系イベントの低下がみられた。また、併用例におけるCPK上昇などの有害事象に差はみられなかった。FIELD試験では2型糖尿病患者を対象にフェノフィブラートにより非致死性心

筋梗塞、全心血管イベントの発症頻度が低下することが示された。エゼチミブについてはシンバスタチン+エゼチミブの有用性がSEAS試験で検証され、複合エンドポイントには差がないが、脳・心血管イベントの副次項目で差がみられた。EPAについては多くの疫学的成績がある。注目される大規模臨床試験としてはJELIS試験がある。HMG-CoA還元酵素阻害薬がほぼ全例に投与された状況でEPAを併用すると脂質には大きな影響はなかったが、心血管イベントが低下し多面的作用が考えられた。最近注目されているスタチンの多面的作用としては、腎機能への影響がある。CARDS-CKD試験ではCKD患者にアトルバスタチンを投与しeGFR低下の抑制が示された。

脂質代謝異常症ではLDLコレステロールの上昇とともに中性脂肪の上昇、HDLコレステロールの低下が心血管系合併症のリスクとなる。また、スタチンを中心とした成績では、心血管系合併症の2次予防、1次予防とも有用性が示され、特に2次予防についてはより厳格な治療の有用性が示された。高齢者においても冠動脈疾患合併症の1次予防効果が示された。同時に日本人では比較的軽度な治療でも有効性が示されており脂質代謝改善に対する効果が大きいことが示されたが、高齢社会を迎える日本での脂質代謝異常症の治療についての多くのエビデンスが望まれる。

第218回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H24. 3 .31(土)16:00 於：アバローム紀の国2階「鳳凰東」の間

出席者 45名

特別講演 1

座長 医療法人殿最会みなクリニック
院長 見永 武芳先生

身近にある骨粗鬆症—最近の話題—

大阪大学大学院医学系研究科
内分泌・代謝内科学講師

大月 通夫先生

欧米では骨粗鬆症がTVCMでも流れているように、疾患に対する認知度は高く、実際大腿骨頸部骨折の有病率は2000年から減少傾向にある一方、日本国内ではこの20年間依然として増加傾向にある。国内では骨粗鬆症以外の生活習慣病に関しては検診が推奨されるなど注目はされているが、骨粗鬆症に対する関心は依然低い。骨粗鬆症は「骨強度の低下を特徴として骨折のリスクが増大する骨格疾患」と定義され、骨強度は骨密度と骨質から規定されている。骨密度は骨塩量の測定により評価され、骨質には微細構造や骨代謝回転、骨石灰化などが関与している。特に近年では生活習慣病と骨粗鬆症の関連が指摘されており、糖尿病では骨密度は低下していないものの骨折頻度が上昇していることから骨質の低下が寄与しているものと考えられている。

骨粗鬆症の3大骨折は椎体骨折、大腿骨頸部骨折、橈骨遠位部骨折が挙げられる。骨粗鬆症による骨折は脆弱性骨折、すなわち低骨量が原因で軽微な外力により発生した非外側性の骨折である。骨折による円背、姿勢の悪化や痛みにより、ADLの障害、胃食道逆流、嚥下障害、QOLの低下（大腿骨骨折が寝たきり原因の第3位）が引き起こされるため、骨折の予防が治療の第一目標と考えられる。

骨粗鬆症を病型で分類すると原発性（閉経後女性など）と続発性（ステロイド、性腺ホルモン低下療法、関節リウマチ、2型糖尿病、

CKDなど）に分けられる。原発性骨粗鬆症の診断する上で注意点としては、必ず年齢層別の骨密度平均値ではなく若年層での骨密度平均値（YAM値）からの変化量で評価する必要がある。脆弱性骨折により骨粗鬆症と診断された症例でも骨密度を見るとYAM値は90%を超え、骨粗鬆症の診断基準に当てはまらない場合もあり、実際に椎体骨折有無を診ることが必要であると考えられる。また他の症例ではYAM値は平均55%と骨密度低下により骨粗鬆症と診断された場合でも、海綿骨、皮質骨の割合の違いや体重のかかり方の違いなど、部位によって骨密度の低下の程度が異なってくる。骨折リスクを考える場合、海綿骨量の多い椎体、次いで大腿骨、橈骨の順で見えていくのが良いでは無いかと考えられる。

原発性骨粗鬆症の薬物治療開始基準として、まず大腿骨近位部または椎体での脆弱性骨折の有無があり、骨折があれば薬物治療の開始となる。大腿骨および椎体骨折以外の骨折がある場合には、YAM値80%未満で開始となる。また、いずれの骨折も無い場合でも、YAM値70%未満で、またはYAM値70%以上80%未満でもFRAX（WHO開発の骨折リスク評価ツール、10年以内の骨折確率を計算）の10年間の骨折確率15%以上であれば薬物治療の開始となる。15%が設定された理由としては、現在骨粗鬆症の治療をしている人の骨折確率はおよそ15%であり、この数値を超えた時点で薬物治療の必要性が考えられるためである。基準の対象となるのは女性では閉経以降、男性では50歳以降でいずれも75歳未満の適用となる。提示した症例でFRAXを計算すると椎体骨折が57%、大腿骨頸部骨折が36%という結果となり、薬物治療開始を判断する上で非常に有用なツールであると考えている。骨粗鬆症の治療には薬物治療以外にも食事、運動療法がある。食事としてはカル

シウム摂取量を増やす以外にも、腸管からのCa吸収増加にはビタミンDや、ビタミンKなどの摂取を心がける必要がある。具体的な対策として当院ではカルシウム自己チェック表を使って、カルシウムの摂取状況を評価し患者さんへの啓蒙と共に診療に役立てている。運動療法としては、運動介入による骨密度の上昇と骨折の抑制（グレードB）が示されている。具体的な活動として30分から1時間の散歩などを続けること、屋外で日光を浴びること、椎体骨折予防には背筋を鍛えるような運動が勧められる。薬物療法としては、2011年の骨粗鬆症治療ガイドラインでは各薬剤の推奨グレードの改訂が行われた。BP製剤はアレンドロネート、リセドロネートが全項目でグレードAであるが、ミノドロン酸はグレードCとなっている。グレードCは根拠となるデータが無いだけであり、有効性に関しては他のBPとは変わらないものと考えられる。骨は常に代謝を繰り返しており、骨吸収と骨形成のバランスが崩れた時に疾患に至るが、骨代謝の程度の評価には骨吸収マーカー（NTX、CTX、TRACP-5b等）や骨形成マーカー（BAP等）、ビタミンK補充の評価としてucOCがあり、個々の患者の病態の判断、治療方針の決定、治療効果の判定に用いられる。具体症例として、原発性副甲状腺機能亢進症により骨粗鬆症と診断された症例では、治療薬としてミノドロン酸を投与すると、TRACP-5bが投与1ヵ月で顕著に低下する一方、骨形成マーカーの変動は少なく、骨代謝バランスの是正効果が確認されている。BP剤には食道炎など消化管への副作用が懸念されており、特に寝たきりの患者さんへの使用に関しては注意が必要である。また顎骨壊死の問題に関しても考慮する必要がある。抜歯を伴う歯科治療を行う場合には休薬に関して基準が示されており、リスクファクター（服用3年、糖尿病既往、高齢者など）に応じて、前後3ヵ月程度の休薬措置が必要となってくる。投与開始からいつまで服用を継続すべきかについても議論されているが、

2010年米国での報告では患者のリスクに応じて服用の要否が示されており、一般的にBP製剤は服用から5～10年で治療方針の再検討が必要となってくるのではないかと考えられる。活性型ビタミンD3製剤は、日本人のカルシウム摂取量が少ないことから、カルシウムバランスの調製面から重要視されている。特に高齢者においては腸管からのCa吸収の低下や腎臓でのビタミンD活性化能が低下している。具体症例として、PTH高値であるものの、Caは正常値であった患者では、副甲状腺機能異常ではなくビタミンD不足が疑われた。実際ビタミンD処方により、Ca値の変動は無くPTHが正常値まで低下を示し、骨代謝の正常化に有用な効果が示された。その他、骨形成促進薬としてPTH製剤や、新規活性型ビタミンD3（エルデカルシトール）、抗RANKL抗体薬（デノスマブ）など新薬の登場もあり、今後の有用性検証が期待される。

続発性骨粗鬆症の病態は、骨吸収と骨形成の平衡状態の破たんによる骨量減少と酸化ストレスの蓄積などによる骨質の変化であり、原因としては内分泌性、薬物性（ステロイド）、不動、先天性のものが挙げられる。中でもステロイド性骨粗鬆症では、ステロイドにより性腺、成長ホルモンの分泌抑制、骨芽細胞の分化・機能の抑制、アポトーシスの誘導、破骨細胞の寿命延長もあり、骨代謝のバランスが崩れた状態にある。薬物開始基準は2005年にガイドラインが出されており、経口ステロイド剤を3ヵ月以上服用される場合には、原発性骨粗鬆症と異なりYAM値80%以下で投与開始となる。

最近では生活習慣病と骨粗鬆症の関連が指摘されており、主には酸化ストレスが病態に関与していると考えられている。中でも2型糖尿病はそれだけで骨粗鬆症の独立した危険因子であることが示されており、骨密度が正常範囲内でも骨折のリスクは高まっている。この要因としては、AGEやペントシジン架橋の増加、合併症としての神経障害、網膜症

による転倒頻度の上昇が関与していると考えられている。その他、生活習慣病薬との関連報告もあり、チアゾリジン薬、SSRI、ワーファリンなどの服用が骨折リスクを高めることも指摘されている。

日常診療で骨粗鬆症をどうスクリーニングしていくかについては、検診にて各年代女性の骨量測定（踵骨、橈骨）結果より、YAM80%未満、80~90未満、90%以上、90%以上の場合でも危険因子の有無で、指導や治療の判断をしていくべきではないかと考えている。

特別講演 2

座長 和歌山県医師会内科医会
名誉会長 伊藤 周平先生
加齢と内分泌

松本歯科大学病院医科診療部
糖尿病内科科長 橋爪 潔志先生

加齢とともに様々な変化が生じることはよく知られています。内分泌機能も加齢に伴い変化します。その変化の仕方には大きく分けて二つあります。次第に機能が低下する場合と、その低下に適応して変化する場合とです。例えば、前者は成長ホルモン（GH）-インスリン様成長因子1（IGF1）系の低下に見られます。成長ホルモンという名前から想像しますと、このホルモンは子供の成長に関与するだけであるから大人や高齢者では意味がないように思えます。しかし、実際はそうではありません。もちろん子供の成長には重要ですが、むしろ成人にとって、認知機能や心臓、腎臓、骨、免疫など、あらゆる機能維持に必須であることが判って参りました。ですから、このシステムの低下は人の寿命の決定にも関与すると考えられます。

人の寿命は115歳と考えられています。我が国での女性の閉経年齢は平均すると51歳前後です。ですから最後の赤ちゃんを育てますと60歳ぐらいまでは、生物学的に意味がある寿命と言えます。しかし、それ以後はどうで

しょう。人生の半分ぐらいが意味も無く過ぎ去るためにあるように見えてしまいます。

60歳をすぎるところから、加齢に伴う様々な事件が生じてきます。もちろん、もっと早くから生じているのですが、目に見えるようになるのは60歳を過ぎた頃からです。メタボリック症候群、糖尿病、高血圧、動脈硬化、骨粗鬆症などに加え、癌の発症も多くなります。これらだけではありません。認知症という厄介な状態を背負うこともあります。

メタボリック症候群は肥満とともに血糖値の上昇や脂質代謝が偏倚し、継続すると、急性の血管病を生じる状態です。年齢とともにメタボリック症候群が進行するように捉えられていますが、そうなりますと、例えば肥満を取り上げますと、加齢に伴い増強されるように思えます。しかし、実際に観察しますと、60歳を越える頃から次第に体重は低下します。摂食量を計算しますと、30~40歳代をピークにその後は次第に低下します。体重減少が継続しますと、貧血や低タンパク血症、免疫機能低下などが生じますが、さらに進行しますと誤嚥性肺炎や膀胱尿管逆流現象などを生じ、遂には腎機能低下や心不全を生じます。いわずもがなそこに待っているのは死ということになります。

誤嚥性肺炎を生じるころから、物忘れなど高次中枢機能の低下が生じると言われています。言い換えれば、体重減少を伴う栄養摂取低下は高次中枢機能劣化を引き起こす可能性がある訳です。

高次中枢でのエネルギー代謝が、脳の機能維持に重要であることは良くわかっていますが、現実にはどの程度のエネルギーが要求されているかは、臨床現場では捉えられません。しかし、最近、とても面白いことが判って参りました。ブドウ糖代謝の中に解糖系という代謝経路があります。この解糖系で産生されるエネルギーが頭脳の維持に重要であることが判ってきたのです。さらに、最近、解糖系を介したブドウ糖利用が年齢とともに低下することが判って参りました。ブドウ糖

利用の低下は脳の機能維持には不都合ですから、身体は利用できるブドウ糖の濃度を上昇させなければなりません。それが加齢に伴う血糖値の上昇になります。血糖値の上昇はほぼ60歳ぐらいから始まります。その後、血糖値の上昇は継続し、75歳では約125~130mg / dl程度になります。最近、HbA1cによる糖尿病の診断基準が引き上げられました（国際基準に一致）が、血糖値が低いまま継続すれば、高次中枢機能の低下にもなりますから、喜ばしいことです。

ブドウ糖を利用できなくなって最も不都合な状態に陥るのは脳で、それに対する適応として血糖値が上昇します。これは加齢に伴う機能低下に対する適応と言ってよいでしょう。脳に不都合なブドウ糖利用低下に対する適応としての血糖値上昇は交感神経系と視床下部下垂体系を介して生じます。中枢での相対的低血糖はストレスとなり、その情報は交感神経系を介してカテコールアミンやグルカゴンの分泌を刺激し、インスリン分泌を抑制します。一方、下垂体からはGHが分泌され、甲状腺ホルモン、副腎皮質ホルモンの分泌を刺激する情報が送られます。インスリンはブドウ糖産生を抑制し、その他のホルモンはすべてブドウ糖を肝臓から放出させます。これらの事件が生じると、血糖値は上昇し、低下した脳でのブドウ糖利用は回復するわけですが（ただし、高齢になりますとGH作用や甲状腺ホルモンの活性化、さらには副腎皮質糖質ステロイド（コルチゾール）分泌を刺激する刺激ホルモン（ACTH）分泌は低下します。ですから、高齢者での血糖値上昇は、むしろ交感神経系に依存することが多くなります）。

ところが、通常では、血糖値が上昇しますとインスリン分泌が刺激されます。おそらく、脳でのブドウ糖利用を満足させるまで血糖値は上昇していたものと推測できますが、インスリン分泌が同時に刺激されていますので、ある程度の上昇しか得られないと考えられます。インスリンによって低下した血糖値は高次中枢に不都合ですから、脳は再び交感神経

系刺激を介して血糖値を上昇させます。この応答が繰り返されると、いつの間にか高血糖値と高インスリン血症が生じます。あたかもインスリンには効果がないようにみえます。この状態をいわゆるインスリン抵抗性と言っていますが、この状態は、いわずもがなインスリン作用があるからこそ生じていたことが判ります。高血糖値と高インスリン血症の同時的存在を一般にはインスリン抵抗性と言っていますが、インスリン抵抗性などという状態は2型糖尿病には存在しません。

2型糖尿病における血糖値の上昇は加齢に伴って生じる脳でのブドウ糖利用低下が原因であることがわかります。一般の治療では食事制限や経口血糖降下薬、あるいはインスリンなどが用いられますが、いずれにしても血糖値を低下させることを目的にしています。糖利用が低下しているのですから、血糖値の低下は極力避けなければならないことは明らかです。それにもかかわらず、血糖値の低下を目的にする医療とはいかなるものでしょう。まるで、老化を更に促進させ、死に追いやっているようなものです。先にも言いましたように、食事摂取が低下しますと、様々な身体的不都合や認知症を含む高次中枢機能低下を生じます。それだけではありません、死に繋がります。糖尿病で食事摂取量を制限し、その上、血糖値を低下させる治療を導入すると寿命が10年以上短縮すると言われていました。食事摂取制限や強力な血糖値低下治療は極めて危険な治療であることが判ります。

インスリンは解糖系を刺激します。治療で投与されたインスリンが直接脳に働いて解糖系を刺激するかどうかはまだ明確ではありませんが、少なくともインスリンは脳でもブドウ糖利用を促進させているようです。少量のインスリンを投与しますと、血糖値は低下しなくても内因性インスリン濃度は低下します。いいかえれば個体は、必要なブドウ糖濃度を維持しますが、インスリン作用が十分になると内因性インスリン分泌を刺激する必要がなくなり、インスリン濃度が低下する訳です。

高いインスリン濃度の低下は動脈硬化や肥満の促進を抑制しますから、血糖値の低下を来さない程度の少量インスリン投与は優れていると考えられます。

解糖系を刺激するホルモンに甲状腺ホルモンとIGF1があります。これらのホルモンは食事摂取が低下する60歳以降、その効果が減弱し、ときには分泌も抑制されてしまうことがあります。言い換えれば、加齢に伴い、これらのホルモン作用は減弱することになります。甲状腺ホルモン、IGF1分泌を刺激するGHを投与しますと、脳でのブドウ糖利用は亢進します。血糖値の更なる上昇は必要なくなり、次第に血糖値は低下します。おおよそ200mg/dl前後に落ち着きます。この状態になりますと、高次中枢機能は正常に維持されます。それだけではありません。腎機能（濾過機能および再吸収機能）や心拡張機能は改善し、さらには動脈硬化の進展も抑えられます。血糖値は200mg/dl前後で推移しますが、これらのホルモン作用が維持されている限り、合併症は一切出現しません。

最近、さらに面白いことが判りました。IGF1濃度は残りの寿命を決定するというも

のです。加齢とともに低下しますが、その低下速度が速かったり、絶対値が極めて低値になりますと、寿命は残り少なくなります。多くは突然の心停止とされていますが、心不全（あるいは心臓での伝導生涯）で死亡します。GH投与は、急速なTGF1低下を防止します。高次中枢機能維持のみではなく、寿命延長にも効果があることが判って参りました。

長生きは人の願いです。長生きしても、認知症や血管系の病気を煩っていたならば、長寿も意味がありません。せっかく115歳までの命が備わっているのですから、元気に生きたいものです。加齢に伴う内分泌変化は、時には老化を促進するように機能低下に偏倚しますが、一方、それに抗うように作用することもあります。このような変化を眺めますと、加齢に伴う急速な老化や身体に生じる不都合な状態に対する対処法がないわけではないことがわかります。加齢に伴う内分泌変化の意味とそれに対する対処を簡単に説明しましたが、利用できる多くの機能がまだまだあると思われれます。高齢化社会を迎え、一つ一つ吟味してみたいと思います。

平成24年度(第43回)和歌山県医師会内科医会総会

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

総 会

司会 西谷 博

1. 物故会員に黙祷

平成23年度 物故会員名簿 (敬称略)

安藤 秀丸	有 田	平成23年4月25日ご逝去 (享年72歳)
上野 肇	和歌山市	平成23年5月3日ご逝去 (享年92歳)
黒田 弘	和歌山市	平成23年6月10日ご逝去 (享年76歳)
覚前 一郎	西牟婁郡	平成23年6月23日ご逝去 (享年89歳)
岩井 勤作	和歌山市	平成23年7月25日ご逝去 (享年86歳)
高垣 文彦	和歌山市	平成24年1月3日ご逝去 (享年75歳)
隠岐 和彦	西牟婁郡	平成24年1月31日ご逝去 (享年82歳)
宮本 周三	東牟婁郡	平成24年2月19日ご逝去 (享年89歳)
西岡 弘八	伊 都	平成24年2月15日ご逝去 (享年87歳)

2. 会長挨拶 光定和男

昨年の総会で会長に再選され、2年間の任期でしたが、今回一身上の都合で1年間を残して辞任させて頂く事になりました。

私の内科医会との係わりは7年前の事です。

臨床内科医会が和歌山で開催されました。前会長の伊藤先生の下で実行委員長をさせて頂き、会の運営・企画に参加させて頂きました。医大の先生方を中心に大勢の先生方の協力でもって学会が盛会裡に終えた時は、実行委員の先生方と喜びを分かち合いました。

その後、前会長の伊藤先生の後を受け現在まで勤めさせて頂きました。

任期中は会員の皆様方と役員の方々のご協力を頂きまして、無事職務を遂行させて頂きました。誠に有難うございました。

1年間に十数回の講演会では、内科領域の

幅広いテーマに対して出来るだけ内科医としてオールラウンドプレイヤーと成るべく、各分野に至るテーマで講演会を企画しました。

大阪・奈良・和歌山の3府県合同講演会も例年行われるように定着しました。これもひとえに皆様方のバックアップのお陰と存じます。

どうかこの会が今後益々発展し、和歌山県下の医療のレベルアップに寄与し、お役に立てますよう祈念します。

最後に6年間内科医会の発展にご協力頂きました会員の諸先生に深くお礼を申し上げます。

本当に有難うございました。

今後は西谷先生を中心にこの会が益々発展して行く事を願い挨拶とさせていただきます。有難うございました。終わります。

3. 庶務報告 西谷 博

1) 会員異動

新入会員 5名

物故会員 9名

退会会員 3名

平成24年3月31日現在の会員数557名

平成23年度 新入会・退会会員名簿（敬称略）

新入会

辻村仁志	日 高	平成23年5月11日
今栄信治	和歌山市	平成23年10月12日
丸笹 崇	西牟婁郡	平成24年2月9日
藤原駿朗	伊 都	平成24年2月14日
西岡宏彰	伊 都	平成24年3月10日

退 会

居平典久	伊 都	平成23年6月2日
川野英章	伊 都	平成23年6月2日
楠本修也	田 辺 市	平成23年9月28日

4. 学術講演会報告 澤 久

平成23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23年 5月14日(土)	和歌山ビッグ愛 4F 出席者 57名	第207回学術講演会（平成23年度和歌山県医師会内科医会総会） 「特別講演」 「ペプチドホルモン・グレリンの多彩な生理作用とその臨床への応用」 和歌山県立医科大学 内科学第一講座 教授 赤水 尚史 先生
平成23年 5月21日(土)	和歌山東急イン 出席者 70名	第208回学術講演会 「特別講演」 「長引く咳の診断と治療」 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 准教授 新実 彰男 先生
平成23年 6月18日(土)	ホテルニューオー タニ大阪 出席者 341名 (内和歌山県 20名)	第209回学術講演会（三府県内科医会合同学術講演会） (講演 I) 「急性心筋梗塞治療における現状と新展開」 独立行政法人国立循環器病センター 心臓血管内科部長 北風 政史 先生 (講演 II) 「脳の器質的疾患と画像診断」 公立学校法人和歌山県立医科大学 理事長・学長 板倉 徹 先生 (講演 III) 「脳卒中－予防と治療」 公立学校法人奈良県立医科大学 脳神経外科学教授 中瀬 裕之 先生
平成23年 7月9日(土)	和歌山ビッグ愛 出席者 60名	第210回学術講演会 「特別講演」 「ハイリスク患者における脂質管理」 りんくう総合医療センター 副院長 永井 義幸 先生

日時	会場	演題・講師
平成23年 6月30日(木)	ホテルグランヴィア 和歌山 出席者 76名	第211回学術講演会 (和歌山県医師会整形外科部会・外科部会合同学術講演会) －運動器疾患カンファレンス2011 in 和歌山－ 「基調講演」 「高齢者の腰痛・膝痛と運動機能」 和歌山県立医科大学 整形外科 講師 橋爪 洋 先生 「特別講演」 「ロコモティブシンドロームと運動器不安定症」 自治医科大学 整形外科 教授 星野 雄一 先生
平成23年 10月22日(土)	フォルテワジマ 出席者 27名	第212回学術講演会 「特別講演」 「Ai (Autopsy imaging 死亡時画像診断) について」 和歌山県立医科大学 放射線医学教室 助教 南口 博紀 先生
平成23年 11月12日(土)	ガーデンホテル ハナヨ 出席者 24名	第213回学術講演会 (講演 I) 「睡眠時無呼吸症候群の診療」 独立行政法人国立病院機構 和歌山病院 副院長 駿田 直俊 先生 (講演 II) 「大規模災害と検死」 和歌山県立医科大学 名誉教授 辻 力 先生
平成23年 11月19日(土)	ホテルニューオー タニ大阪 出席者 331名 (内和歌山県 9名)	第214回学術講演会 (四府県内科医会合同学術講演会) (講演 I) 「インフルエンザに合併する肺炎の病態と診療の基本的考え方」 大阪大学医学部付属病院感染制御部 副部長 関 雅文 先生 (講演 II) 「インフルエンザ感染の重症化機序と予防と治療の最新知見」 徳島大学疾患酵素学研究センター センター長・教授 木戸 博 先生 (講演 III) 「インフルエンザ診療の新たな展開～抗インフルエンザ薬を中心に～」 東北大学加齢医学研究所 抗感染症薬開発研究部門 教授 渡辺 彰 先生
平成23年 11月26日(土)	和歌山ビッグ愛 出席者 19名	第215回学術講演会 (特別講演 I) 「日常診療に役立てる骨粗鬆症の治療～整形外科医の立場から～」 公立那賀病院 整形外科 副院長 木下 裕文 先生 (特別講演 II) 「最近の骨粗鬆症治療～見直されたビタミンD治療を中心に～」 大阪市立大学医学部大学院医学研究科 老年内科学 教授 三木 隆己 先生
平成23年 12月10日(土)	和歌山東急イン 出席者 103名	第216回学術講演会 (一般演題) 「認知症疾患医療センターの現状～この1年を振り返って～」 和歌山県立医科大学 神経内科学 助教 檜皮谷泰寛 先生 (特別講演) 「アルツハイマー型認知症の治療戦略～新薬の使い分け～」 日本医科大学 内科・神経・腎臓・膠原病リウマチ部門 准教授 山崎 峰雄 先生
平成24年 3月24日(土)	和歌山ビッグ愛 出席者 30名	第217回学術講演会 (特別講演) 「大規模臨床試験からみた脂質代謝異常症治療」 和歌山県立医科大学 教育研究開発センター 教授 羽野 卓三 先生
平成24年 3月31日(土)	アバローム紀の国 出席者 45名	第218回学術講演会 (特別講演 I) 「身近にある骨粗鬆症～最近の話題～」 大阪大学大学院医学系研究科 内分泌・代謝内科学 講師 大月 道夫 先生 (特別講演 II) 「加齢と内分泌」 松本歯科大学病院 医科診療部 糖尿病内科 科長 橋爪 潔志 先生

平成23年度 和歌山県医師会内科医会学術講演会（後援、共催）

日時	会場	演題・講師
平成23年 7月16日(土)	和歌山東急イン	<p>第3回和歌山糖尿病地域連携研究会 (シンポジウム)</p> <p>1. 「インターネット環境での糖尿病連携バス」 和歌山市医師会会長 田中 章慈 先生</p> <p>2. 「地域連携の現状 ～かかりつけ医の立場から～」 みなかた内科 南方 宏朗 先生</p> <p>3. 「栄養指導を組み込んだ地域連携バス」 公立那賀病院 近藤 溪 先生</p> <p>4. 「かかりつけ医から見た糖尿病地域連携の問題点」 多田内科 多田 正己 先生</p> <p>(話題提供) 「多様化する糖尿病治療薬 ～薬薬連携の意義～」 和歌山ろうさい病院 薬剤部長 浅井 茂夫 先生</p> <p>(特別講演) 「血糖コントロールの向こうにあるもの」 金沢大学医薬保健研究域医学系恒常性制御学 准教授 NPO Team DiET 理事長 篁 俊成 先生</p>
平成23年 9月8日(木)	アバローム紀の国	<p>第65回和歌山内分泌代謝研究会 (一般演題)</p> <p>1. 「特発性門脈圧亢進症に多腺性自己免疫症候群3型を合併した1例」 日本赤十字和歌山医療センター 糖尿病・内分泌内科部 岩橋 彩 先生他</p> <p>2. 「妊娠性一過性甲状腺機能亢進症に関する検討」 和歌山県立医科大学 第一内科 稲葉 秀文 先生他</p> <p>(特別講演) 「内分泌代謝学における創造と進歩」 和歌山県立医科大学 第一内科 教授 赤水 尚史 先生</p>
平成24年 2月9日(木)	和歌山東急イン	<p>第66回和歌山内分泌代謝研究会 (一般演題)</p> <p>1. 「子宮形成不全を伴ったgonadal dysgenesisの双生児例」 和歌山県立医科大学 産科婦人科 南 佐和子 先生他</p> <p>2. 「副腎偶発腫精査中、身体的特徴より偶然発見された出産歴を有するターナー症候群の1例」 和歌山県立医科大学 第一内科 山本 昇平 先生他</p> <p>3. 「心筋梗塞の治療後に高血圧、浮腫、低カリウム血症で発症した異所性ACTH産生腫瘍が疑われる1例」 日本赤十字和歌山医療センター 糖尿病・内分泌内科部 廣畠 知直 先生他</p> <p>(特別講演) 「生殖医療の新たな展望～「配偶子造成」と「子宮移植」を考える～」 京都大学医学研究科 人間健康科学系専攻 教授 菅沼 信彦 先生</p>
平成24年 2月16日(木)	アバローム紀の国	<p>和歌山県医師会 整形外科部会 外科部会 内科医会 産婦人科医会 第111回和歌山臨床整形外科医会 合同学術講演会 (特別講演) 「骨粗鬆症診療における骨形成促進剤の役割」 杏林大学医学部 整形外科 教授 市村 正一 先生</p>
平成24年 2月23日(木)	和歌山ビッグ愛	<p>第1回臨床・病理カンファレンス (検討症例) 「肺胞出血と急速進行性糸球体腎炎で発症し、急速に呼吸不全が進行した1症例」 Case Presentter 和歌山県立医科大学卒業研修センター 上西 優介 先生 Discussants 和歌山県立医科大学卒業研修センター 小山 貴生 先生 森島 真理 先生</p> <p>Pathology 和歌山県立医科大学第1病理学教室教授 村垣 泰光 先生 Short lecture 和歌山県立医科大学腎臓内科・血液浄化センター 講師 美馬 亨 先生</p> <p>司会者 和歌山県医師会内科医会理事（さわ内科医院） 澤 久 先生 和歌山県立医科大学生涯研修・地域医療支援センター 教授 近藤 智善 先生</p>

市民公開講座

日 時	会 場	演 題 ・ 講 師
平成23年 5月28日(土)	県立図書館文化情報センター メディア・ホール	「急性心筋梗塞・狭心症」 手遅れにならない為に (講演 I) 「胸痛からわかる事 ～かかりつけ医の立場で～」 和中内科・循環器科 和中 佳夫 先生 (講演 II) 「痛くない心臓検査 ～専門病院の立場で～」 和歌山県立医科大学 医学教育・集団医療学 教授 羽野 卓三 先生 (質疑応答) 司会 和歌山県医師会内科医会理事 見永 武芳 先生

5. 会務報告 西谷 博

1) 評議員会、総会

平成23年5月14日

2) 理事会

平成23年5月14日 平成23年7月22日

平成23年12月16日 平成24年3月3日

3) 学術企画

南條 (輝久)、光定、有本、山西 (康)、西谷、澤、見永、島 (基)、井関 (富)

今後の学術企画の方針

平成23年5月21日第1回 平成23年7月9日第2回

平成23年10月22日第3回 平成23年11月26日第4回

平成24年2月23日第5回 平成24年3月3日第6回

4) 会誌編集委員会

寒川、上江洲、西谷、澤、光定

第25号 (平成23年度) 編集委員会

平成23年6月13日第2回 平成23年7月13日 第3回

平成23年7月25日第4回 平成23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 695部

2、都道府県内科医会 48部

3、広告掲載各社 19部

第26号 (平成24年度) 編集委員会

平成24年2月27日第1回

5) 和歌山県医師会関連

平成23年5月21日 和歌山県医師会分科会：光定

平成23年11月27日 和歌山医学会・評議員会：光定、南條 (輝久)

和歌山県医師会 医学会総会

6) 日本臨床内科医会関連

平成23年4月10日 第28回日本臨床内科医会総会 (東京)

東日本大震災のため予定変更。

平成23年8月7日 日本臨床内科医会近畿ブロック代表者会議

グランヴィア京都

光定、伊藤、南條 (輝久)、山西 (康)、田中 (章)、見永、澤、西谷

平成23年9月17～19日 第25回日本臨床内科医学会 (札幌)

(札幌コンベンションセンター)

理事会：光定・代議員会：南條 (輝久)、澤

7) インターネット関係

平成23年11月 和歌山県医師会内科医会ホームページ更新：西谷

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24年5月26日）

自 平成23年4月1日 至 平成24年3月31日

年 月 日	摘 要	収 入	支 出
平成23. 4. 22	印刷代（和歌山印刷・理事会評議員会案内状など）		16,500
5. 25	市民公開講座・講師謝礼		30,000
5. 25			50,000
5. 25	新宮市・東牟婁郡医師会内科関係講演会補助金		100,000
5. 27 ） 8. 22	年会費振込み39名分（2,000円×5 4,000円×33、6,000円×1）	148,000	
5. 31	年会費・基金引き（343件）726,000円－34,300円	691,700	
6. 1	印刷代（和歌山印刷・市民公開講座関係）		361,200
6. 15	施設使用料（市民公開講座）		12,930
7. 13	印刷代（和歌山印刷・市民公開講座関係）		25,700
7. 15 ） 11. 25	内科医会会誌広告料（17社分）	340,000	
8. 15	利息	2,845	
10. 19	印刷代（和歌山印刷・内科医会会誌・封筒など）		697,280
10. 19	講師謝礼		200,000
(10. 26)	一名分キャンセルで返金	60,000	
10. 19	立替金（寒川先生・切手代など）		5,700
10. 26	会場費（学術講演会）		111,590
平成24. 2. 1	会場費（ビッグ愛・学術講演会）		31,930
2. 13	利息	1,809	
2. 29	印刷代（和歌山印刷・臨床病理カンファレンス関係）		104,140
2. 29	印刷代（和歌山印刷・理事会評議員会案内状など）		13,440
2. 29	理事会・評議員会交通費（8名分）		16,000
3. 7	県医師会分科会（648名分）	798,000	
	合 計	2,042,354	1,776,410

前 期 繰 越 金 7,159,524円
 収 入 金 額 2,042,354円
 支 出 金 額 1,776,410円

銀行残高合計 7,395,468円
 現金出費用(仮払金) 30,000円→0円
 現金出費用(仮払金) (平成23年5月14日
 理事会・評議員会
 (15名分)として使用)

監事 戸 田 叡 吾



監事 渡 邊 謙



差 し 引 き 残 高 7,395,468円

7. 監査報告

8. 議事

議長 島 基
役員改選
新会長選出

9. 新会長挨拶 西谷 博

ただいま新会長に推薦を受けました西谷です。光定先生からバトンを受けついで2年間会長を務めさせていただきます。光定先生は3期半7年にわたり会務にご尽力賜り、有難うございました。お疲れ様でした。今後も引き続き後進のご指導を賜りますようお願い申し上げます。

和歌山県医師会内科医会では学術講演会の開催、会誌の編纂ほかの事業を行っておりますが、学術講演会の開催は、主催、共催をあわせ大体月1回のペースで実施されてきましたので、今後も和歌山市での開催はこのペースで実施したいと考えております。学術講演会の開催場所が、田辺市で山西康仁先生の御世話で年1回開催されていますが、和歌山市に集中して、和歌山市以外の郡市の先生方にはご不便をおかけしております。この点の改善につき何らかの取り組みを致したいと考えております。学術講演会がよく重なりますが、市の内科部会の役員の方とも連絡を密にして時間をずらすなど努力を致しますので、県内科主催の講演会には是非とも多くの先生方

ご参加賜りますようお願い致します。

会誌の編集は寒川委員長を中心に行っておりますが、誌面の充実のため編集委員会ではいろいろ相談しております。誌面の充実は、先生方のご投稿にかかっておりますので、どしどしお寄せ下さいますようお願い申し上げます。

一方、和歌山県医師会内科医会は日本臨床内科医会に参加しています。和歌山県は当会会員557名中253名が入会されています。インフルエンザ研究、アスピリンによる血管イベント一次予防効果研究、現在は原発性アルドステロン症の実態調査などの臨床研究を行い、平成23年3月に日臨内会長より厚生労働省保険局医療課長あてにノロウイルス抗原検査の新規保険適用の要望書を提出するなど大変充実した活動をしております。会誌やニュースも充実しています。平成14年に和歌山で伊藤名誉会長のもと第16回日本臨床内科医学会が行われましたが、今年は徳島で10月7日より第26回の医学会が行われます。この機会に未入会の先生方のご入会をお願い致します。

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

吉村 研

木下欣也

評 議 員 田村公之

森 喜久夫

松永由美子

島 俊介

田畑 宏

村上 整

大萩晋也

三谷健一郎

島 廣樹

坂本健一

山本寛彦

会田正康

中山恒夫

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
功労会員	(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
	申上元彦	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
	申上元彦	
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	見永武芳	
学術企画	西谷 博	澤 久
	山西康仁	
日本臨床内科医会		
理事	田中章慈	
代議員	西谷 博	澤 久
	山西康仁	
学術部委員	有田幹雄	大谷晴久
介護保険委員	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

今回で2回目の編集のお仕事をさせて頂き、その大変さを痛感いたしました。数回の編集会議の開催、日程の調整、議場の確保、他の編集委員の先生方への連絡、会誌への投稿依頼、出版社との連絡、校正、協賛依頼等々、今まで携わってこられた先生方の御苦勞を、改めて感じております。

昨年は、未曾有の東日本大震災被害、原発事故、紀伊半島洪水被害が発生し、当該地の先生方のお大変さが慮れますが、内科医として

何が出来るのか、急性期医療、メンタルヘルスケア等、考えさせられる1年でした。

本誌では、和歌山県保険医協会、上野佳男様に、紀伊半島南部で発生した水害現場での生々しいご報告をご教示頂き、改めて被災地の先生方のご苦勞を実感させて頂きました。

支え合う力“絆”は表面的な事で終わるのではなく、深く、長く続いていくことを願っています。

寒川明宣



GlaxoSmithKline

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



喘息・COPD治療配合剤

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) 薬価基準収載

アドエア® 250ディスク 28・60吸入用
125エアゾール 120吸入用
Adair® Diskus®/Aerosol
サルメテロールキシナホ酸塩・フルチカゾンプロピオン酸エステル
ドライパウダーインヘラー・エアゾール

喘息治療配合剤

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) 薬価基準収載

アドエア® 100ディスク 28・60吸入用
500ディスク 28・60吸入用
50エアゾール 120吸入用
250エアゾール 120吸入用
Adair® Diskus®/Aerosol
サルメテロールキシナホ酸塩・フルチカゾンプロピオン酸エステル
ドライパウダーインヘラー・エアゾール

※「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」、「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。

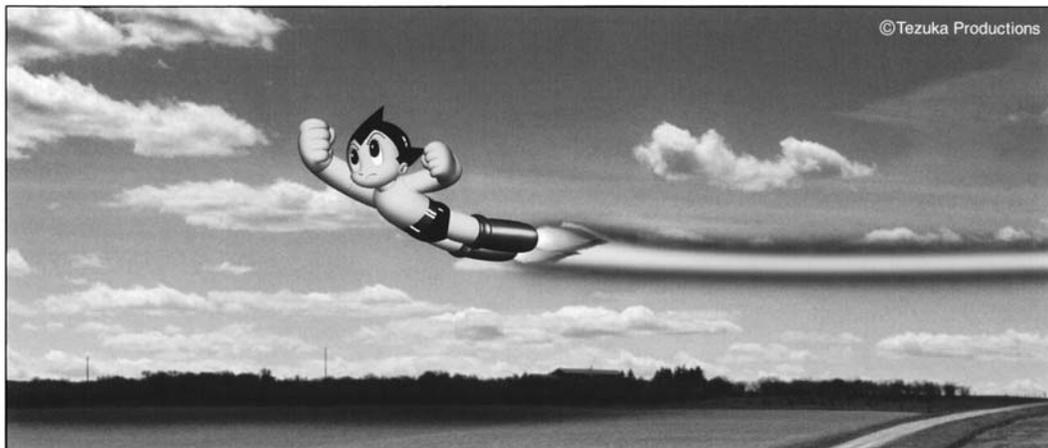
製造販売元

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 GSKビル

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)

2011.2



© Tezuka Productions

製造販売元



イーザイ株式会社

東京都文京区小石川4-6-10

商品情報お問い合わせ先: お客様ホットライン

☎ 0120-419-497 9~18時(土、日、祝日9~17時)

●効能・効果、用法・用量、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

PRT1011M04

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

プロトンポンプ阻害剤

[薬価基準収載]

パリエット® 錠10mg
錠20mg

〈ラベプラゾールナトリウム製剤〉 www.pariet.jp



持続性AT₁レセプターブロッカー
処方せん医薬品[※]

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。

2012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
〒13-8668 東京都中央区日本橋二丁目12番10号



直接トロンビン阻害剤

薬価基準収載

プラザキサ[®] 75mg
カプセル110mg

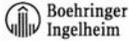
ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩製剤

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) Prazaxa[®] Capsules 75mg・110mg

「効能・効果」「用法・用量」「警告・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」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 〒141-6017 東京都品川区大崎2丁目1番1号 資料請求先: DIセンター



2012年3月作成

新発売 (2012年6月追加掲載品)

薬価基準収載

HMG-CoA還元酵素阻害剤 処方せん医薬品[※]

日本薬局方 アトルバスタチンカルシウム錠
アトルバスタチン
錠5mg / 10mg「日医工」

A-IIアンタゴニスト 処方せん医薬品[※]

ロサルタンカリウム
錠25mg / 50mg / 100mg「日医工」
ロサルタンカリウム錠

入眼剤 向精神薬、習慣性医薬品[※]、処方せん医薬品[※]

日本薬局方 ゾルピデム酒石酸塩錠
ゾルピデム酒石酸塩
錠5mg / 10mg「日医工」

選択的セロトニン再取り込み阻害剤 剤薬、処方せん医薬品[※]

パロキセチン
錠5mg / 10mg / 20mg「日医工」
パロキセチン塩酸水和物錠

経口持続小脳変性症治療剤 処方せん医薬品[※]

タルチレリン
OD錠5mg「日医工」
タルチレリン水和物口腔内崩壊錠

アルツハイマー型認知症治療剤 剤薬、処方せん医薬品[※]

ドネペジル塩酸塩
内服ゼリー3mg / 5mg「日医工」
ドネペジル塩酸塩内服ゼリー

※(注意-習慣性あり) ※※(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、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 東京都品川区東品川1丁目6番21
http://www.nichiko.co.jp/
お客様サポートセンター ☎(0120)517-215

2012年6月作成



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 (ペボタスチンベシル酸塩製剤)
TALION OD Tablets 5mg・OD Tablets 10mg (ペ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。

提携 ✦ 製造販売元(資料請求先)
宇部興産株式会社 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



持続型赤血球造血刺激因子製剤 薬価基準収載
生物由来製品、劇薬、処方せん医薬品[※]

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}

エポエチンベータベゴル(遺伝子組換え)注
注)注意一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

製造販売元 CHUGAI **中外製薬株式会社** (資料請求先) 医薬情報センター
〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1 TEL.0120-189706 FAX.0120-189705

Ⓒロシュ グループ http://www.chugai-pharm.co.jp

2012年5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：注意一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 メドキシソミル

※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**
Daichi-Sankyo 東京都中央区日本橋本町3-5-1

2011年4月作成(1205)

 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

一般名 イルベサルタン錠 AVAPRO

処方せん医薬品（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）

大日本住友製薬株式会社

〒541-0045 大阪市中央区通修町 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時～17時 土日祝祭日不可

【医療情報サイト】<https://dr-pharma.jp/>

2012.6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

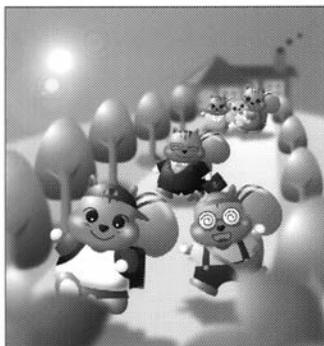
東京都千代田区神田司町2-9

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)



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



新発売

※乳児は乳幼児用で投与しないでください。

アルツハイマー型認知症治療剤 薬価基準収載

リバスタッチ®パッチ

4.5mg・9mg
13.5mg・18mg

リバスタチン経皮吸収型製剤 Rivastigmine transdermal patch

創薬、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、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

110701

快



「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」等は製品添付文書をご参照ください。

KYOWA KIRIN

顆粒0.5% 新発売!!

Allelock 《薬価基準収載》

アロック® OD錠 2.5-5錠 2.5-5

ALLELOCK OD Tablets・Tablets・Granules 0.5% 顆粒 0.5%

オロパタジン塩酸塩口腔内崩壊錠・オロパタジン塩酸塩錠
オロパタジン塩酸塩顆粒

製造販売元 **協和発酵キリン株式会社**
[資料請求先] 東京都千代田区大手町一丁目6番1号 〒100-8185
www.kksmile.com 2011年11月作成 再登録商標



Lipii
Designed by Tomotaka Takahashi

astellas Pfizer

HMG-CoA還元酵素阻害剤 薬価基準収載
日本薬局方 アトルバスタチンカルシウム錠

リピートル®錠 5mg 10mg

処方せん医薬品 Lipitor®
[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・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 **アステラス製薬株式会社** 販売提携 **ファイザー株式会社**
東京都板橋区蓮根3-17-1 東京都渋谷区代々木3-22-7
[資料請求先] 本社/東京都中央区日本橋本町2-3-11 2012/06作成 B51/4.E.01



Global

世界の最先端技術をもとに日本でも
医薬品開発に努め実績を築いていきます。

医療の「A」から「Z」まで。

AstraZeneca

アストラゼネカ

◎弊社についてもっと知りたい方は <http://www.astrazeneca.co.jp/> 〒531-0076 大阪市北区大淀中1丁目1番88号

アストラゼネカ株式会社

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26号
平成24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

