

# 山口県医師会報

発行所 山口県医師会  
〒 753-0811 山口市大字吉敷 3325-1  
083-922-2510  
編集発行人 藤井康宏  
印刷所 大村印刷株式会社  
定価 220 円 (会員は会費に含め徴収)

平成 14 年 10 月 11 日号

1657



白鳥とともに

城島 宏行 撮

第 3 回予防接種広域化推進協議会 .....	858
第 46 回社会保険指導者講習会「今日の内分泌疾患診療」 ...	870

いしの声「天までとどかぬ医師の声」 .....	883
日医 FAX ニュース .....	886
お知らせ・ご案内 .....	882 ~ 886

ホームページ <http://www.yamaguchi.med.or.jp>  
メールアドレス [info@yamaguchi.med.or.jp](mailto:info@yamaguchi.med.or.jp)

## 第 3 回予防接種広域化推進協議会

と き 9 月 12 日 (木)

ところ 山口県医師会館

常任理事 木下 敬介

これまで 6 月 13 日と 7 月 4 日の 2 回の会議によって、広域化における大筋合意事項と問題点(検討課題)を確認(県医師会報第 1651 号 P.634 参照)。各郡市医師会の担当理事はこれらを持ち帰って、当該市町村と協議し、7 月末までの事業推進の進捗状況と個別接種標準料金(案)についての協議結果を報告してもらうことになった。県医師会においても、関係担当者間での打合せ、顧問弁護士による実施要領・委託契約書(案)の細部の検討、県健康増進課との折衝、理事会での協議等を重ねて問題点の集約に努めた。一方、行政側においては健康増進課による予防接種広域化についての県下 56 市町村に対する意向調査(アンケート)が行われ、さらに、8 月 21 日から 3 日間にわたり県下 3 ブロックに分けて担当課長会

議が開かれ、各市町村からの意見・要望等がまとめられた。

これらのことを整理したうえで、9 月 12 日に第 3 回目の会議が開催され、予防接種広域化の平成 15 年度実施に向けての協議が行われた。

### 藤井会長挨拶

予防接種の広域化事業につきましては、本日出席の先生方をはじめ各郡市医師会の多大なご尽力をいただいたことにお礼申し上げます。この事業を行うにあたり、これまで 2 回の会議を開催し、アンケート調査も行い、さらには郡市医師会より個々に多くの意見をいただきました。これらをもとに本日表示形の案を作成しました。

乳幼児予防接種は山口県内でも長い歴史があり、料金をはじめワクチンの取り扱い等、各郡市医師会でそれぞれのシステムが確立されていることから、これらを急速に統一化することは困難と考え、まずはこれらを温存しながら将来に向けて統一化されることを目標としました。その時には、料金支払いシステムについても統一化されるよう進めていきたいと考えています。

広域化については、住民の方々の利便性はもとより、この事業の目的である予防接種の安全性の確保からしても、個別接種に移行することや県下どこでもかかりつけ医において接種可能となることは、私たちの当初の目的に合うものと考えています。平成 15 年度実施に向けて詰めていかなければならないところが残っていますが、よりよいものになるように努力していきたいと考えています。先生方のご意見をいただきながら当方より作成した広域化案をお示しますので、それをもとにご協議をお願いいたします。

### 出席者

大島郡 嶋元 貢	光 市 河村 康明
玖珂郡 川田 礼治	柳 井 近藤 穂積
熊毛郡 片山 和信	長門市 梶山 公則
吉南 田村 正枝	美祢市 横山 幸代
厚狭郡 溝部 源之	
美祢郡 吉崎 美樹	健康増進課
阿武郡 杉岡 隆	保健技監 野村 孜
豊浦郡 小田 正隆	主任技師 西山 久生
下関市 石川 豊	
宇部市 木畑 和正	県医師会
山口市 野村 幸治	会 長 藤井 康宏
萩市 岩谷 一	副 会 長 柏村 皓一
徳山谷村 聡	常任理事 木下 敬介
防府 清水 暢	藤野 俊夫
下松 山本 薫	理 事 濱本 史明
岩国市 毛利 久夫	西村 公一
小野田市 砂川 功	

## 協 議

### 1. 予防接種広域化についての会議の概要 q

8 月 21 日からの 3 日間にわたり県内 3 ブロックに分けて開催された「市町村感染症担当課長会議」の結果の概要について、県健康増進課野村技監・西山主任技師から説明。予防接種法により定期に行う予防接種は市町村が実施主体であり、県の役割は市町村の予防接種が円滑に進行するよう調整を図るもので、主に予防接種広域化について協議されたブロック会議における県下 56 市町村の意見・要望等を示すので検討願いたいとのこと。意見・要望等の集約は次のとおりである。

- (1) 広域化における実施対象の拡大（二混の追加や児童・生徒への拡大を希望）
- (2) 委託料について（県内統一を希望。市町村との協議の場を設けてほしい）
- (3) 法的根拠の検討（支払いは受理から 30 日以内、インフルエンザにおける個人負担の窓口徴収等）
- (4) 健康被害に対する措置について（乙・丙の協力についての文言を入れてほしい）
- (5) 請求・支払い業務を一括して行える方法の検討
- (6) 会員外の医師等の取扱いについて（会員外の医師等でも接種できるよう希望）
- (7) 被接種者の居住地確認について

以上の集約項目については、各都市医師会の担当理事がこれまで当該市町村との協議の中でも指摘されており、この会議で詰めていかなければならない検討課題である。

### 2. 広域化の考え方の徹底について

現行の各都市医師会と当該市町村との委託契約による予防接種はそのまま温存させ、県医師会と 56 市町村との委託契約による広域化予防接種との二本立てで平成 15 年度の予防接種広域化を実施する方針。今すぐ料金の統一が困難であることから、県医師会が示す標準料金に近づけることにより最終的には一本化していく考えとする。

### 3. 広域化への進捗状況について

平成 14 年 5 月に県健康増進課が行った広域化についてのアンケート調査（56 市町村のうち 55

市町村が回答）によれば、広域化を希望している市町村 44、条件が整えば賛成する市町村 6、現状のままでよい市町村 5 となっており、平成 10 年度のアンケート調査に比べて広域化を希望または賛成する市町村が大幅に増加。一方、7 月から 8 月にかけて各都市医師会が当該市町村と標準料金（案）について協議した結果によれば、21 医師会中 13 医師会が標準料金（案）に賛成、4 医師会が基本的には賛成、2 医師会が導入困難、2 医師会が回答なし（協議していない）との報告があった。「基本的には賛成」または「導入困難」とする理由は、ほとんどが市町村側の財政上の問題。標準料金（案）に関する市町村からの意見・要望として、ツ反と BCG をセットで行う場合は BCG の技術料を再診料で算定すべきであり、また、ワクチン料についても 1 人用キットの価格を用いるべきとの指摘があった。

### 4. 広域化に関する要領・委託契約書（案）について

市町村側から指摘された意見・要望等を集約して、県健康増進課より調整案が提示された。これを踏まえて、多少の修正を加えることになった。

### 5. その他

#### (1) 標準料金（案）について

BCG の接種料金はツ反とセットで行った場合、再診料で算定すべきとの市町村からの要望があり、妥当適切な指摘と考えられたので、再診料（小児科外来診療料）3,700 円に修正。ツ反、BCG それぞれの単独料金とセット料金を設定した。また、ワクチン料についても三種混合と日本脳炎のワクチン価格を 1 人用キットの価格に修正することで合意された。予診のみの場合についても修正し、日本脳炎は 3 歳以上 6 歳未満の再診料を、それ以外は小児科外来診療料の再診料を算定することになった。

平成 15 年度広域化実施に当たり、各都市医師会と市町村との協議のうえ、できる限り標準料金を採用するか、これに近づけていき、早い時期に接種料金の統一を図るといった共通の認識を持つことが重要である。

## (2) 会員外の勤務医等の取り扱いについて

会員外の勤務医等による接種については、会員である管理者の責任のもとに会員外の勤務医等と承諾書等を取り交わしたうえで接種に当たる。

## (3) 予診票について

県内統一の予診票を用いる。現在の様式がなくなり次第、統一様式に変更することとする（行政側が作成）。

## (4) 被接種者の居住地の確認について

母子手帳や健康保険証は参考になるが確実ではない。予診票に市町村発行の居住地確認書をつける方法は手続きが煩雑で広域化にそぐわない。予診票の住所記入欄に「住民票の住所を記入のこと。間違った住所を書く健康被害等に際して正当な補償を受けられなくなる」旨の注意書きを入れることで合意された。

## (5) 健康被害について

事故が起こった場合、原則として行政の責任。しかし、被接種者は医療機関側に苦情をもちこみ、行政側の的確な対応が遅れることが予想される。行政側が事故を検討する間、責められるのは医療機関であることを頭に入れておかなければならない。交渉の場から当該医師をはずして、医師会が行政側との間に介在して解決を促すシステムを考えておく必要がある。郡市医師会と県医師会の連携が重要で、そのシステムについて検討する。

## (6) 接種期間について

特にインフルエンザについては流行等の問題もあって、接種期間を決めておいた方がよいのではないかとの指摘に対して、流行はその年によって異なるので流動的な方がよいとする意見があった。

## (7) 広域化に関する広報について

基本的には行政側の問題であるが、行政との連携を図るとともに、郡市医師会から当該医療機関に周知徹底させるとともに、医療機関でもチラシ等で周知を図る。県医師会においても、ホームページや会報に掲載する。

## (8) その他

広域化の対象を児童・生徒にも拡大することについては、乳幼児接種が統一化されたあとの第 2 段階の検討課題とする。

請求・支払い業務の一括取り扱いについても、接種料金統一化が前提であり、両者の連動に努めることとする。

委任状を乳幼児と高齢者インフルエンザの 2 種に分けることについて、事務的に煩雑になることから郡市医師会の担当理事から会員に十分周知することで合意された。

## 総 括

予防接種広域化事業に関する 3 回の会議が終了。第 1 回・2 回会議において指摘された問題点は第 3 回会議によっておおむね整理がついた。行政側にしても郡市医師会側にしても広域化にはほとんどが賛成の意を示し、それぞれの側の意見・要望を盛り込んで実施要領・委託契約書等を作り上げ、標準料金についても基本的な考え方に沿って料金設定したつもりであるが、総論賛成、細かい部分で特に高い料金設定の郡市医師会から各論反対の議論があった。これに対して藤井会長や柏村副会長より、「ええとこ取りはよくない。広域化を推進するためには県医師会案に近づけるべき」との指摘があった。料金統一化問題は、郡市医師会と市町村にとっては、二律背反の面があるが、双方の理解によって、料金統一化が果たされ一本化されてこそ、本当の意味での広域化が実現するわけである。実現されれば広域化の対象を児童・生徒にも拡大し、請求・支払い業務一括システムの確立も可能となる。

9 月 19 日の郡市医師会長会議において、3 回にわたる広域化推進協議会の会議の内容を説明し、県医師会での細部の修正を行うことに了解を得たあと、理事会に諮って微調整・微修正を行った。その実施要領・委託契約書等及び標準料金を掲載するので、これに沿って各郡市医師会の担当理事は平成 15 年度広域化実施に向けて当該市町村と協議し、実現にご尽力いただきたい（今後のスケジュールについては別表に示すとおり）。

なお、平成 15 年実施までには、さらに、微調整・微修正しなければならない点が出てくると思われる。

### 医療機関に委託して行う広域予防接種実施要領

#### 1. 目的

情報、交通手段等の進展に伴う社会生活の変化は、県民の生活態様に様々な影響を及ぼしている。このことは医療の面においても例外ではなく、受診、検診等の受療の機会と場所は多様化が進むとともに、かかりつけ医も居住地以外の場合が増えている。

このような状況を踏まえ、各種予防接種について広域化を図り、予防接種の安全性の確保と県民への利便性に寄与するものとする。

#### 2. 予防接種の要件・手続等

- (1) 山口県内に住民票のある者で、かかりつけ医が他の市町村にいる場合、あるいはやむを得ない事情により接種機会を逃した者が、居住地以外の市町村において予防接種を希望する場合において行うものである。
- (2) 広域予防接種を希望する者は、居住地を確認できるものを持参して予防接種を受けることとする。その際、接種医療機関は、予診票に記載の現住所地に住民登録をしていることの確認を行う。
- (3) 被接種者（保護者）は居住地の市町村への申込みは不要であるが、接種医療機関に接種実施日時等について事前に連絡をとり、接種実施日に接種を受けることとする。

#### 3. 対象となる予防接種について

##### (1) 乳幼児の予防接種

三種混合（ジフテリア、破傷風、百日せき）、麻しん、風しん、日本脳炎、ツベルクリン反応・BCG

##### (2) 高齢者のインフルエンザ予防接種

65 歳以上の者

60 歳以上 65 歳未満の慢性高度心・肺・腎機能等不全者で、身体障害者（1 級）手帳を持っている者

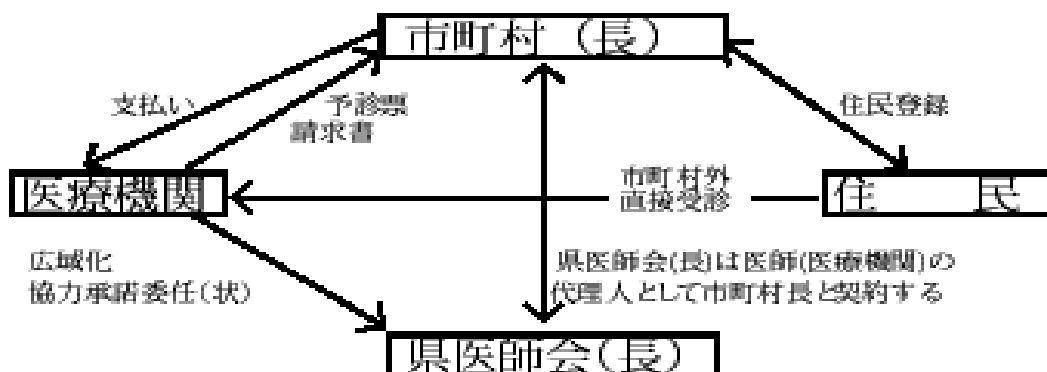
#### 4. 委託料について

接種委託料は、被接種者の居住地である市町村が設定している個別接種料金とする。

ただし、各市町村と全面的に協議が整った場合には、標準料金をもって接種委託料とする。

#### 5. 契約及び実施方法について

##### (1) 関係者の構成



## (2) 契約の形態について

本契約は、各市町村長と広域化接種協力医師（山口県医師会に所属する会員で、県下各市町村の行う予防接種への協力を承諾した医師をいう。以下同じ。）の代理人たる山口県医師会長との間に交わすものであり、健康被害が生じた場合の措置を含むものとする。

本契約は、毎年 4 月 1 日付で更新する。

山口県医師会長は、毎年各市町村と契約を交わすと同時に、各都市医師会経由で広域化接種協力医師名簿を更新し、各市町村に配布するものとする。

各市町村は、毎年度予防接種委託料金表を山口県医師会へ提出するものとする。

本契約は、実施状況等を踏まえ、必要に応じて見直しをするものとする。

## (3) 医療機関の管理者の責務

この業務の契約締結に先立って、医療機関の管理者は、別に定める委任状を山口県医師会長に提出するが、この委任状に記載された会員以外の勤務医等が、業務の一環として、この接種業務に従事する場合にあたっては、当該管理者の責任において、その証となる当該医師名簿を作成して保管するものとする。

## (4) 様式について

使用する様式は、県内統一様式とし別に定めるものとする。

ア 別表 1 【予防接種委託料金表】

イ 別表 2 【予防接種委託料請求書】

予診票の様式は、できる限り早い時期に、国の通知に基づく県内統一様式に順次替えていくものとする。

## 6. 委託料の請求及び支払いについて

(1) 接種医は、委託料を請求しようとするときは、所定の請求書に予診票を添えて、被接種者の居住地のある市町村に請求するものとする。

(2) 当該市町村は、委託料の請求があったときは、その内容を審査し、請求書受理日から 30 日以内に当該接種医に支払うものとする。

(3) インフルエンザ等予防接種の自己負担額は、医療機関において徴収し、委託料の全額を市町村に請求した後、市町村は自己負担額を差引いた額を医療機関に支払うものとする。

## 7. 山口県予防接種広域化推進関係者協議会の設置

山口県医師会は、契約内容の更新、疑義又は履行に必要な事項の決定及び法改正による対応策を協議するため、山口県医師会、都市医師会、県担当部課及び市町村との個別あるいは全体協議会を必要に応じて開催するものとする。

## 広域予防接種委託契約書

市町村（以下「甲」という。）と社団法人山口県医師会（以下「乙」という。）に所属する会員で、県下各市町村の行う予防接種への協力を承諾した医師（以下「丙」という。）の代理人である乙とは、予防接種法第 3 条及び第 6 条並びに結核予防法第 13 条の規定により行う予防接種委託に関して次のとおり契約を締結する。

### （業務）

第 1 条 甲は、次に掲げる業務（以下「業務」という。）を乙に委託し、乙はこれを受託する。

- （1）三種混合（ジフテリア、破傷風、百日せき）麻しん、風しん、日本脳炎、ツベルクリン反応・BCG の乳幼児の予防接種
- （2）高齢者のインフルエンザ予防接種

### （委託期間）

第 2 条 業務の委託期間（以下「委託期間」という。）は、平成 ×年 4 月 1 日から平成 ×年 3 月 31 日までとする。

### （委託料）

第 3 条 業務の委託料（以下「委託料」という。）の額は、各市町村が定めた別表 1 に掲げる料金とする。

### （委託料の請求及び支払）

第 4 条 丙は、前条に定める委託料を請求しようとするときは、当該月分を取りまとめ、翌月の 10 日までに、予防接種委託料請求書（以下「請求書」という。別表 2）に予診票を添えて、甲に提出するものとする。

2 甲は、前項の規定により丙が提出した請求書等を受理したときは、その内容を審査し、請求書受理日から 30 日以内に、丙に支払うものとする。

### （契約の解除）

第 5 条 甲は、丙がその責めに帰すべき理由によりこの契約に定める義務を履行しないとき、又はその他やむを得ない理由があるときは、この契約を解除することができる。

2 丙は、前項の規定による契約の解除により損害を受けた場合であっても、その損害の賠償を甲に請求することができない。

## ( 予防接種事故に対する措置 )

第 6 条 予防接種の実施に伴う健康被害（以下、「健康被害」という。）については、甲がその処理に当たるものとし、乙及び丙はこれに協力するものとする。

2 甲は、接種に関して被接種者に損失が生じた場合は、健康被害に対し予防接種法又は結核予防法に基づく救済措置を講じるとともに、その損失が接種を担当した丙の過失又は不慮の事故による場合においても、甲において賠償責任を負うものとする。

この場合に、丙に故意又は重過失がない限り、甲は丙に対して求償することはできない。

3 接種を担当した丙が、被接種者から損害賠償請求の訴えを提起された場合には、甲は訴訟参加などにより、丙に全面的に協力するものとし、丙が責任を負担しなければならない場合には、丙に故意又は重過失のない限り、甲においてその損失を直ちに補填するものとする。

4 接種を担当した丙が、その事故に関連して医業上の不利益その他損失を被った場合、又はその恐れがある場合には、甲はその損失を補填し又は防止するため適切な処置を講じるものとする。

ただし、その事故が丙の故意又は重過失によって生じた場合には、この限りではない。

## ( 疑義の解決 )

第 7 条 この契約について疑義が生じたときは、甲乙協議の上、解決するものとする。

## ( 履行の決定 )

第 8 条 前各条に定めるもののほか、この契約の履行について必要な事項は、甲乙協議の上、決定するものとする。

以上の契約締結の証として、この証書 2 通を作成し、双方記名押印の上、各自 1 通を保有する。

平成 年 月 日

委託者 市町村長 × × 印

受託者 山口市大字吉敷 3325 番地 1  
代理人 社団法人 山口県医師会  
会 長 藤 井 康 宏 印



別表 1

市町村名

予防接種委託料金表

市町村外予防接種委託医療機関 様

当該市町村における、市町村外接種項目(予防接種の種類)と単価を、下記のとおり設定しております。

委託料請求の際は、お問い合わせのうえ、予診票を添えてご請求ください。

期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

項 目 (予防接種の種類)	単 価 (円)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

問い合わせ先  
 ○×△□ 市町村保健センター ( 課)  
 郵便番号  
 所在地  
 電話番号  
 F A X

山口県医師会

別表2

予防接種委託料請求書

(※を入れる)			万	千	百	十	円
請求金額							

平成 年 月分予防接種委託料として、別紙予診票を添えて請求いたします。  
内 訳

項目(予防接種の種類)	件数(件)	単 価(円)	金 額(円)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
予 診 の み			
合 計			

平成 年 月 日

市町村長 様

医療機関所在地  
医療機関名  
管理者名

㊤

口座振替	銀行 行 支店 信用 金 庫 口座番号(普・当) 組 合 支所
	口座名義(フリガナ) -----

山口県医師会

— 広域予防接種委託契約 —

委 任 状

平成 年 月 日

社団法人 山口県医師会長 様

医療機関名

所在地

管理者名



当医療機関に所属する下記の者は、「医療機関に委託して行う広域予防接種実施要領」に基づき、予防接種法第3条及び第6条並びに結核予防法第13条の規定により行う予防接種を実施することを承諾いたします。

つきましては、社団法人山口県医師会長を代理人に定め、予防接種法施行令第4条の規定による市町村長からの協力要請に基づく委託契約を締結する権限を委任します。

記

(実施を希望しない予防接種は二本線で抹消して下さい。)

実施する予防接種の種類

三種混合(ジフテリア・破傷風・百日せき)	乳幼児の予防接種
麻 し ん	乳幼児の予防接種
風 し ん	乳幼児の予防接種
日本脳炎	乳幼児の予防接種
ツベルクリン反応・B C G	乳幼児の予防接種
高齢者のインフルエンザ	予防接種

当医療機関で予防接種の広域化に協力を承諾した医師(山口県医師会員)

氏 名	印	氏 名	印
1		4	
2		5	
3		6	

※実施する予防接種の種類や、所属する医師の異動等により、内容に変更等が生じた場合には、速やかに所属郡市医師会を通じて報告してください。

.....  
山口県医師会

**山口県医師会  
個別接種の標準料金**

	予防接種の種類	標準料金
1	三種混合	7,430円
2	麻疹	8,810円
3	風疹	8,810円
4	日本脳炎	5,570円
5	ツベルクリン反応検査のみ行う場合(判定を含む)	6,410円
6	BCG接種のみ行う場合(ツベルクリン反応の判定を含む)	7,440円
7	ツベルクリン反応検査・BCG接種を行う場合(セット)	12,050円
8	インフルエンザ(高齢者)	4,000円 うち自己負担1,000円
1	予診のみ	3,700円 (日本脳炎 1,530円)
2	同(高齢者のインフルエンザの場合)	1,310円

## 予防接種広域化事業今後のスケジュール

H14.	
6/18	第1回予防接種広域化推進協議会
7/4	第2回           "
9/12	第3回           "
9/末	市町村との話し合い完了予定
10/中	各市町村長宛に協力のお礼並びに総括的な挨拶状の送付(会長名)
12/中	「広域化予防接種協力医師委託契約委任状」の取りまとめを各郡市医師会へ依頼。(県医) 提出期限:15年1月末迄
H15.	
1/末	協力承諾医師委任状提出期限(郡市医→県医)
	各市町村へ住民広報への協力要請の依頼
3/上	広域化協力承諾医師名簿の整理(県医) 県医→郡市医・市町村へ配布
	予防接種広域化事業の開始にあたってのお願い文送付 【要領・請求書・料金表各様式等を添付】 →各市町村、各郡市医師会、関係団体等
	市町村は「予防接種委託料金表」を県医師会へ提出 →県医師会は各市町村の委託料金を郡市医師会へ通知
3/末	契約書の取りまとめ(県医)
4/1	<b>契約締結</b> 予防接種広域化事業開始
	広域化協力承諾予防接種医は「予防接種委託料請求書」に予診票を添付し、被接種者の居住地市町村に請求 →市町村(請求書等審査)→直接医療機関に支払う
	協力承諾医師の移動の連絡 →郡市医→県医(名簿変更)市町村へ通知

## 第 46 回社会保険指導者講習会 「今日の内分泌疾患診療」

と き 平成 14 年 8 月 28 ~ 29 日  
ところ 日本医師会

第 46 回社会保険指導者講習会が開催された。この講習会は、日本医師会が厚労省との共催により、医学・医療の進歩に対応して常にその基礎的知識を体系的に吸収し、社会保険診療内容の向上を図り、適正な審査を行うとともに、生涯教育活動の一環として行われてきた。

今回は、「今日の内分泌疾患診療」をテーマに、8 月 28 ~ 29 日にわたって 10 題の講義が行われた。

坪井日医会長挨拶では、「この社会保険指導者講習会は、以前は学問と保険行政との整合を計るためとされていたが、自主的に実施している勉強会であり、講習会で得られた知識を日常保険診療に生かすことで、医療の質の向上に身をもって貢献しているということを理解してもらいたい。医師が専門である医学を自主的に勉強して、国民に質のよい医療を提供する努力を示すことが大切である。医療制度改革にあたって、日医が医療政策を主張するうえで、大きな武器になる。」との考えを述べられた。

坂口厚労大臣(代理 田村政務官)挨拶では、「国民皆保険とフリーアクセスを特徴とする日本の医療は、世界的に高い評価を受けているが、一方では医療保険財政は厳しい状況にある。今回の医療制度改革は、厳しいものであるが、子、孫の代まで受け継ぐ改革であり、理解と協力をお願いしたい。また厚労省は、医療保険制度のあり方や新たな高齢者医療制度の創設、診療報酬体系の見直しなどに対して、今年度中に基本方針を作成したい。これまで以上の理解と協力をお願いしたい。」と精力的に取り組む姿勢を示された。

[記：山本 徹]

### 内分泌疾患の現状と病態生理への理解

横浜市立大学第 3 内科 関原 久彦

内分泌疾患は日常診療において、決して少ないものではない。思わぬところに隠れていることが多く、見過ごされていることが多い。最近経験した実際の経験例を紹介してみたいとのことで、スライドで提示。

- 1) 無月経の 16 歳の女性では、満月様顔貌、野牛肩、多毛を認め、クッシング症候群を疑いホルモン検査を実施した。血中コルチゾール、ACTH 値の上昇を認め、脳 CT 検査にて、下垂体に 8 mm の腺腫を認めた。脳外科で腺腫の摘除を受け、無月経も回復し、元気である。
- 2) 脱力感の強い 49 歳の男性では、全身倦怠が強く、甲状腺機能亢進症による低 K 血症を疑い精査した。抗甲状腺薬の投与により症状が改善した。
- 3) 原因不明の意識消失発作をきたす 40 歳の男性では、頻回に意識消失発作があり、診断は確定しなかった。40 歳時、睡眠中に意識消失発作があり、救急センターへ運ばれ、血糖値 40mg/dl を指摘された。精査実施し、ACTH 単独欠損症と診断した。副腎皮質ホルモンの補充により軽快している。
- 4) 妊娠 8 か月に多量性器出血歴のある 57 歳の女性では、その後、生理が止まり、顔がむくみ、眠気が強く、無気力が続いた。Sheehan 症候群と診断、補充療法により軽快した。
- 5) 自殺未遂の 40 歳の女性では、35 歳時より体重増加、38 歳時には無月経、満月様顔貌出現、その後、無気力となり、絞首による自殺未遂

があった。精査にて、左副腎腺腫によるクッシング症候群と診断され、腺腫摘除術を受けた。以後、笑顔が戻り経過良好。

6) 腎不全、高血圧症、糖尿病で長期加療中の 59 歳の男性では、肥満はなく、腎機能は悪かったが、ホルモン検査を実施したところ、血中コルチゾールが高値を示し、CT 検査にて副腎肥大を認めた。副腎摘除により、すべてが軽快した。

7) 糖尿病で長期治療を受けていた 49 歳の女性では、血清 K 値が低値であることより、ホルモン検査を実施したところ、血中アルドステロンが高値であった。原発性アルドステロン症と診断、腹部 CT 検査により、副腎腫瘍を認め、摘除した。長年の糖尿病も軽快した。

これらは提示された症例の一部である。内分泌疾患を常に頭の片隅におきながら日常診療に従事して、少しでも多くの内分泌疾患の患者を見つけられれば、多くの患者にとって救いとなることだろうと講演を終えられた。

#### まとめ

1. 糖尿病、高血圧症などの生活習慣病の症例では、内分泌疾患による二次性の変化ではないか疑ってみる。
2. 疑ったら、視診で身体的特徴の有無をチェックする。
3. 疑ったら、血中ホルモン値を測定してみる。スクリーニング段階では、採血条件は考えなくてもよい。
4. 疑ったら、負荷(刺戟、抑制)試験も行ってみる。
5. 疑ったら、画像診断(CT、MRI、超音波)で肥大や腺腫の有無をチェックする。
6. 専門医に紹介する。

[記：山本 徹]

一般検査・診療から内分泌疾患をどう見つけるか  
横浜労災病院 西川 哲男

内分泌疾患は稀で珍しいと考えられがちであるが、決して少ないものではない。症状が多岐にわ

たり、生活習慣病や消化器疾患あるいは心療内科系疾患などと紛らわしいものもあるが、問診や身体所見から診断の手掛かりとなるものを以下に述べる。

男性で大人になってもかん高い声が出る

20 歳を過ぎても声変わりしなければ、性腺機能低下症(低ゴナドトロピン症など)を疑い、ひげ、陰毛の発育状況や外性器を診察する。

太い声・低い声が出る

女性での声変わりは男性化徴候で、卵巢・副腎のテストステロン産生腫瘍を疑う。しわがれ声で、うつ表情があれば、甲状腺機能低下症が考えられる。

靴がきつくなった、指輪が抜けない

浮腫性疾患が否定できれば、直ちにホルモン異常を疑う。考えられる疾患は先端肥大症である。先端肥大症の患者は手を閉じれば、指間が完全にくっつき光が見えないという説明は妙に説得力があった。

何もかも面倒だ、人に会うのもいや

このような症状を訴えると精神科や心療内科系の疾患を考えやすいが、ホルモン異常も念頭におく必要がある。甲状腺ホルモン不足(甲状腺機能低下症)やステロイド過剰症(クッシング症候群)ではうつ状態、うつ病を発症する。ホルモン異常なら治療しやすいので早期診断が大切である。

目の回りが痛い

一般に鼻腔感染症や眼精疲労などを考えるが、下垂体腫瘍、先端肥大症もありえる。

なんとなくお腹が痛くて、吐き気もある

消化器系疾患でない場合に、代謝回転の低下(甲状腺機能低下症)や副腎皮質の機能低下による非特異的腹部症状の可能性があるので TSH、FT4、あるいはコルチゾールの定量が必要である。

一過性に手足が麻痺して動かない

脳血管性のものが否定できれば、ホルモン異常

を考える。甲状腺中毒症では代謝回転が亢進し K が細胞内に移行し低 K 血症となる。また、原発性アルドステロン症では低 K 血症で四肢麻痺をきたす。

血尿や尿酸結石を繰り返す

頻回に結石形成があれば副甲状腺機能亢進症を考えて高 Ca 血症、高 P 血症の有無を精査する。

妊娠していないのに乳汁分泌

乳汁はプロラクチン (PRL) により分泌されるので、ホルモン検査が必要である。胃腸薬 (プリンペラン、タガメット)、安定剤 (ドグマチールなど) の服用で PRL は上昇する。GH 産生下垂体腫瘍、プロラクチノーマ、原発性甲状腺機能低下症で PRL は高値を示す。

演者はいずれの症状についても、それぞれ実例を示され、視覚に訴える講演は印象的であった。

[記：上田 尚紀]

主要症候から見た内分泌疾患へのアプローチ - 成人 -  
虎の門病院分院 村勢 敏郎

内分泌疾患の特徴としては

特異的症状にかける

身体的特徴がきわだって初めて診断できる

それほど少ない疾患ではない

見逃されやすい

ことなどが挙げられる。

診断する上で重要な点は、内分泌疾患をまず思い浮かべることであり、念頭に置いていれば、内分泌疾患以外で頻度の高い疾患を除外した後で、内分泌疾患を発見しやすくなる。思い浮かべた後で重要なことは、注意深い問診と丁寧な診察である。

症候から内分泌疾患を考える場合

患者の訴えから疑う

身体所見から疑う

検査結果から疑う

といった 3 つの場合がありえる。

患者の訴えから疑う場合としては、例えば、月

経異常の場合、視床下部・下垂体・卵巣系の疾患を考える必要がある。多尿の場合には尿崩症、原発性アルドステロン症やクッシング症候群といった下垂体・副腎系の疾患、糖尿病などを考える必要がある。

身体所見で内分泌疾患を示唆する所見としては、低身長、肥満、やせ、高血圧、振戦、脱毛などがある。低身長では、下垂体機能低下症やターナー症候群といった従来から知られている疾患の他に、最近では下垂体転写因子異常による低身長も明らかにされている。

その他、愛情遮断症候群や軟骨無形成症も低身長をきたすが、後者では四肢短縮型低身長といった特徴がある。甲状腺疾患は意外と頻度が高いのに見逃されている。40 歳前後の 10% に結節性甲状腺腫が認められ、また、3% に甲状腺機能低下がみられるとする報告がある。

検査データから内分泌疾患を考える場合、一般検査データのみならず、特に血糖値の異常、電解質異常、脂質代謝異常などに注目する必要があり、例えば、高コレステロールの 5% に甲状腺機能低下症が認められる。

[記：矢賀 健]

主要症候から内分泌疾患へのアプローチ - 小児 -  
旭川医科大学小児科 藤枝 憲二

小児の内分泌疾患は五感を働かせればほとんど診断できている。その五感を裏付けするものが内分泌検査であり画像検査である。

小児は成長発達する段階であるので、以下の 5 つの症候からの説明を行う。

1. 身長が低い場合、-2SD 以下の場合と 1 年間の成長率が -1.5SD 以下の場合を判断の材料とする。その場合は GH 分泌不全性低身長であり、後天性甲状腺機能低下症、ターナー症候群、軟骨異形成症等の病態が上げられる。旧国立小児病院のデータでは 66.9% が遺伝や妊娠中の発育不全によるもので、GH 分泌不全性低身長に関しては 18%、特異性が圧倒的に多くて器質性も存在する。その他は甲状腺機能低下症、ターナー症候群



が 12.3%、軟骨異形成症等が 2%弱である。GH 分泌不全性低身長は 90%は特発性であり 10%は器質性となる。その中で頭蓋咽頭腫、胚細胞腫等がある。そのような患者さんは背が低く、成長率が悪く、肥満形でぼっちゃりしていて、骨年齢が遅れている。さらに特発性 GH 分泌不全性低身長の場合は、分娩時の異常や骨盤位で分娩時仮死が多く、さらに GH が少ないために遷延性の黄疸が多い。

成長障害を引き起こす遺伝的要因のひとつで、GH を作る場の異常として、下垂体の発生分化異常を呈する遺伝子異常がある。先天性複合型下垂体機能低下症では、身長が  $-8.7SD$  となることがあり、極めて特徴的な顔貌となる。遺伝性の GH 欠損症 Type1A では、いくら GH を注射しても抗体が形成されるので、別な治療が必要となるため、さらに遺伝子検索が必要となる。この患者さんの IGF-1 は極めて低く、GH 分泌負荷テストにて、GH の前値が  $0.03ng/ml$  で後値も上昇しない。アルギニン負荷テストでも、クロニジン負荷テストでも、グルカゴン負荷テストでも上昇しない。LH-RH、TSH の反応は正常値を示すし、副腎系も正常値を示す。

GH 単独欠損では GH-RH テストで反応があれば、GH-RH の遺伝子異常をみとめるが世界で同定した人はいない。GH の遺伝子、GH-RH 受容体の遺伝子異常がほとんどである。多ホルモン欠損異常の場合は下垂体の発生分化の異常を考えなければならない。また下垂体ホルモンの分化に関与する転写因子 (PROP1 PIT1) の異常も考えなければならない。GH が正常または高値の場合で IGF-1 の値が低い場合は GH の受容体の異常症等を考える。

萎縮性甲状腺炎の患者さんは、ある年齢から身長が伸びなくなり、皮膚が硬く、口唇がタラコのように厚ぼったくなり案鼻の顔貌となる。

ターナー症候群は性染色体が XO であり、1/1000 人の割合で出生 (女性のみ)、低身長、小奇形、外反肘、翼状形、性腺機能低下、新生児のリンパ管浮腫 (特に上肢)、第 4 中手骨の短縮等が認められるが、診断は当然染色体検査となる。

軟骨異低形成症は最終身長が 130cm であり  $-3SD$  となる。O 脚であり、四肢短縮等が認めら

れる。治療は GH 投与が認められ、150cm までの身長が期待でき、二次的に整形外科的治療も行われる。

今まで述べた疾患に関しては GH 投与が保険の適応となっている。

愛情遮断症候群であるが、低身長、夜尿の症状があり、インスリン負荷テストを行うと、正常か逆に高値を呈することもある。睡眠時の GH の分泌をみると、このような子ども達の場合は変動がない。状態が改善すると夜間の GH の分泌パターンが正常になり身長も伸びてくる。

成長障害をきたす疾患の鑑別診断としては、基本は身長・体重の測定、家族歴、IUGR であり、約 20%の子どもがキャッチアップしないで低身長のままである。母親に慢性症候性の疾患があり、ステロイドの使用等が考えられる。視診では、身体の不釣り合い、顔貌の異常、小奇形、肥満、四肢の不均衡等に注意する。スクリーニング検査では、CBC、生化学、肝腎機能、Ca、P、IGF-1、IGFBP-3、(GH 分泌異常を疑う場合)、骨年齢の遅れ、染色体の検査を行う。

GH の分泌異常が疑われる場合は、2種類の GH 刺激テストを行わなければならないが、保険では 1 回の検査しか認められていない。重要なことは身長・体重を成長曲線にしっかりプロットすることである。

高身長は稀ではあるが  $+2SD$  で増加率  $+1.5SD$  以上が疑わしいことになる。

その中には下垂体巨人症、体質性高身長、思春期早発症も入ってくる。下垂体巨人症では腺腫を認めることが多く、性腺が障害されるのでなかなか身長の伸びが止まらない。1 年未満の子どもは体重の調整を自分で行いながら成長してゆき、1 歳過ぎから GH に依存してゆく。体質性高身長は 3 歳くらいから成長曲線を逸脱していくがその後は一定となる。下垂体巨人症は成長曲線がとまらないで上昇してゆく。

Sotos 症候群 (脳性巨人症) は過成長を示し、頭が大きく、耳介が大きい。

責任遺伝子は 5q35 であり、診断は遺伝子の検索となる。

2. 小児の肥満に関しては、BMI よりも肥満度を

計算する。肥満には単純性肥満と症候性肥満がある。単純性では背が高く、症候性（少ないが）で、低身長がある場合に、甲状腺機能低下症やターナー症候群やクッシング症候群を考える。発育不全をかなり伴うような乳児で、禁緊張低下、哺乳障害、精神発達遅滞があり、その後、過食による肥満、アーモンド様の目、魚様三角口、性腺機能不全等をともなう場合は Prader-Willi 症候群を考える。

最近痩せによる問題は小児科にも多く、神経性食思不振症が極めて大きな問題となってきた。

3. 生下時の外性器の異常で性分化異常を引き起こす疾患は多く、性腺のできそこない、表現型の問題で男になり得ない、また女になり得ないことがあり、社会性と遺伝的性が一致しない（一致させられない）場合がある。多いのは女兒の先天性副腎過形成（21 - 水酸化酵素欠損症）で、誤って男性と判断されることがある。

4. 思春期の発芽異常は、視床下部、下垂体、卵巢、精巣の成長過程において、ゴナドトロピンの有意な上昇があると、異常所見をきたす。症状としては、女兒では 7 歳で乳房の発達が始まり、8 歳未満で陰毛発生、外陰部成熟、普通 12 歳が日本人の場合の初潮年齢となるが、9 歳未満の性器出血を認める。

正常男児の場合、睾丸容積が 4cc になって思春期が始まり、16cc になると背がぐんぐん伸びてきて、10 歳から 15 歳位の 5 年間位で成長する。異常所見では 9 歳未満で精巣・陰茎・陰囊の明らかな発育開始、10 歳未満で陰毛の発生、11 歳未満で腋毛・ひげの発生や声変わりが始まる。

二次性徴の発育が遅い場合、女兒では 14 歳でも胸が大きくなり、15 歳でも生理が来ない。男児では 15 歳過ぎても 2 次成長の症状が来ない場合を遅いと判断する。

思春期早発症はゴナドトロピンに依存するものとし、ないものに分けられ、圧倒的に女兒に多く、男児に思春期早発症を診た場合は脳腫瘍を疑う。

女兒の場合は特発性が多く 2 次成長を始めるスイッチが早く on になった場合である。ゴナド

トロピン非依存の疾患で、自律的性腺機能亢進である McCune-Albright 症候群は偽性性早熟ともよばれる。思春期低発症は家族性が多い。診断手順は内分泌疾患マニュアルを参考にさせていただきたい。

5. 低 Ca 血症は、哺乳不良とけいれんが主体である。小児で診る副甲状腺機能低下症のほとんどは、CATCH22 という疾患で（90%）心奇形、胸腺の低形成、口唇口がい裂、染色体 22 番目に異常がある。もう一例は、6 歳の偽性副甲状腺機能低下症で、けいれん発作を起し、低身長、骨の異常、Ca の低下、P の上昇、PTH の上昇、精神発達遅滞、第 4 中指骨の短縮等の症状がある。

小児の低身長では -2SD 以下、成長率に関していえば年間成長率が 4.5cm（-1.5SD）以下の場合には精査を行うか、または慎重に経過を観察する。背の高い場合には（+3.0SD）検査を行う。40% 以上の高度肥満の場合は検査を行う。外性器の異常は頻回に観察を行い、思春期の発来異常では、女子では 7 歳以下での乳房発育、8 歳以下で陰毛の発生、9 歳以下での初潮、男児では 8 歳以下で陰茎の発達、9 歳以下で陰毛の発生、変声に注意すること。

[記：濱本 史明]

#### 内分泌疾患の画像診断

慶応大学放射線科 久保 敦司

脳下垂体の内分泌疾患の診断は、今では、MRI が First Choice である。X 線 CT と異なり、骨からのアーチファクトがなく明瞭に描出できる。T1 強調画像では神経分泌細胞の多さに比例するため、後葉のほうが前葉よりも著明に高信号を呈する。後葉に関しては形態診断のみならず、機能診断にも役立つ。下垂体前葉に発生する腫瘍の大部分は腺腫で macro と micro に分類される。MRI の利点は、Gd-DTPA で造影すると下垂体腺腫の中でも、小さくてもホルモン産生過剰を惹起する microadenoma（微小腺腫）を診断できることである。下垂体腺腫から出血する下垂体卒中の診断にも MRI は威力を発揮する。

甲状腺の画像診断に求められるのは触診では診察できない腫瘍内部の情報、周辺臓器の変化である。最初に行われるべきものは超音波検査で、腫瘍性病変の存在や内部情報の確認ができれば、最終的に穿刺吸引細胞診を行う。CT は超音波にて描出困難な気管後方や上縦隔への進展を評価するのに役立つ。浸潤性増殖の激しい場合、手術方針を決定するために欠くことのできない検査法である。

また副甲状腺機能亢進症は分解能に優れた超音波検査や MRI、検出感度の高い  $^{99m}\text{Tc}$ -MIBI シンチグラフィの導入により大きく進歩した。

副腎は周囲を脂肪組織で覆われているために超音波では検出しにくい。CT では右側が線状または逆 V 字形、左側が逆 Y 字形または三角形を示す。副腎疾患が疑われるときはまず CT で局在診断を行い、機能面での把握が必要な場合には副腎シンチグラフィを追加する。副腎皮質についてはステロイドホルモンの前駆物質であるコレステロール類似体の  $^{131}\text{I}$ -アドステロール、副腎髄質についてはノルアドレナリン類似体の  $^{131}\text{I}$ -MIBG による副腎シンチグラフィによって副腎機能面からの評価が可能である。

膵では機能性内分泌腫瘍であるインスリノーマとガストリノーマが臨床的に重要。膵内分泌腫瘍は画像上、多血管性腫瘍として描出され、強い造影効果が認められることが多いため、可能な限り造影 CT を施行すべきである。腫瘍の局在が確認できない場合には、動脈造影、経動脈的負荷試験や経皮経肝的門脈血採血といったやや侵襲性の強い検査を行う。

[記：佐々木 美典]

#### 下垂体疾患の診断・治療のすすめ方

高知医科大学第二内科 橋本 浩三

#### 1. 主たる下垂体疾患

ホルモン過剰の疾患として

GH 異常で先端巨大症、下垂体性巨人症、プロラクチン過剰でプロラクチノーマ (無月経乳汁漏出症候群)、ACTH 過剰として Cushing 病、TSH 過剰として中枢性甲状腺機能亢進症、ゴナドトロ

ピン過剰として中枢性思春期早発症などがある。

下垂体前葉ホルモン低下としては、汎下垂体前葉機能低下症、部分的下垂体前葉機能低下症、下垂体前葉ホルモン単独欠損症があり、GH 低下として、成長ホルモン分泌不全性低身長がある。また、ADH 過剰で ADH 不適合分泌症候群 (SIADH)、ADH 低下で中枢性尿崩症などが見られる。

#### 2. 下垂体機能低下症の病因

腫瘍 (下垂体腺腫、頭蓋咽頭腫、胚芽腫、髄膜腫、神経膠腫)、循環障害 (分娩後下垂体壊死:Sheehan 症候群、下垂体卒中、糖尿病)、炎症、肉芽腫 (ランゲルハンス細胞組織球増殖症、サルコイドーシス、結核性髄膜炎、梅毒、ヘモクロマトーシス)、自己免疫性 (リンパ球性下垂体炎)、外傷性 (頭部外傷)、医原性 (手術、放射線照射)、その他の病因 (empty sella syndrome、情緒性、遺伝性、欠損・形成不全などの先天異常)、特発性などがある。

#### 3. 下垂体機能低下症の症状

ホルモンの欠乏症状としては、副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) は、全身倦怠感、低血圧、食思不振、意識障害 (低血糖)、体重減少、甲状腺刺激ホルモン (TSH) では、耐寒性低下、不活発、皮膚乾燥、徐脈、脱毛 (眉毛、頭髮、ヒゲ)、便秘、成長ホルモン (GH) では、(小児) 低身長、低血糖、(成人) 肥満、易疲労感、不活発、プロラクチン (PRL) では、産褥期の乳汁分泌低下、性腺刺激ホルモン (LH、FSH) では、二次性徴の欠如、陰毛の脱落、(成人女子) 無月経、希発月経、乳房萎縮、(成人男子) 性欲低下、インポテンス、不妊、抗利尿ホルモン (ADH) では、多尿、口渇・多飲である。

#### 4. 下垂体前葉機能検査

下垂体機能低下症が疑われるときは、必ず前葉ホルモンの基礎値と、その下位ホルモン基礎値とを測定し、さらに放出ホルモン負荷試験を行う。

##### 1) ACTH

血中 ACTH と血中コルチゾール、尿中 17-OHCS、17KS を測定し、CRH (CRF) 試験、バゾプレッシン試験、インスリン試験、メチラボン試験を行う。

2) TSH  
血中 TSH と血中 T3、T4、遊離 T3、T4 を測定し、TRH 試験を行う。

3) GH  
血中 GH と血中ソマトメゾン C(IGF-1) を測定し、GRH(GRF) 試験、インスリン試験、アルギニン試験、クロニジン試験、L-Dopa 試験、プロモクロブチン試験などを行う。

4) PRL  
血中 PRL を測定し、TRH 試験、スルピリド試験を行う。

5) ゴナドトロピン  
血中 LH、FSH と血中テストステロン、血中エストラジオールを測定し、LHRH 試験、クロミフェン試験を行う。

以上の検査を行い、さらに CT 及び MRI 検査で、汎下垂体前葉機能低下症、部分的下垂体機能低下症、下垂体ホルモン前葉単独欠損症の鑑別、視床下部性障害と下垂体障害の鑑別を行う。また、保険適応外の検査になるが、遺伝子診断、抗下垂体抗体の検査は、遺伝性下垂体機能低下症、リンパ球性下垂体炎の診断に有用である。

#### 5. 下垂体機能低下症の治療

##### 1) 基礎疾患に対する治療

##### 2) ホルモン補充療法

###### (1) ACTH 欠乏症

hydrocortisone( コートリル)10  
20mg (朝 2、夕 1)

###### (2) TSH 欠乏症

1evothyroxine( チラジン S)50  
150 µg/日 (朝 1 回)

###### (3) ゴナドトロピン欠乏症

###### a) 拳児希望の場合

- ・ hCG あるいは hCG と hMG(あるいは FSH) 両者の投与
- ・ LH-RH 連続皮下投与

###### b) 拳児希望のない場合

- 男子 : アンドロゲン(エナルモンデポ)125mg/3 週
- 女子 : Kaufmann 療法、あるいはエストロゲン単独

##### c) GH 欠乏症

小児 : 成長ホルモン補充療法  
(0.175mg/kg/週)

成人 : 成長ホルモン補充療法(小児の 1/4 の量)は日本では認可されていない。

#### 6. 先端巨大症の治療

##### 1) 手術(経蝶型骨洞腺腫摘出術)

2) 1) ののち血中 GH、IGF-1 高値の場合  
薬物療法(オクトレクチド、プロモクリプチン)

3) 2) ののち血中 GH、IGF-1 正常の場合  
経過観察

4) 2) ののち血中 GH、IGF-1 高値の場合  
放射線療法(γ-ナイフ)後経過観察

[記:三浦 修]

#### 甲状腺と副甲状腺疾患の診断・治療のすすめ方

帝京大学外科 高見 博

講師は帝京医科大学の外科学教授で、甲状腺の外科、内視鏡的手術の第一人者である。講義は日本医師会雑誌 - 第 127 巻 .12 号「内分泌疾患診療マニュアル」P180 ~ P203 に沿って進められた。

甲状腺疾患の診断には触診、超音波検査、吸引細胞診、機能検査などが必要である。

まずバセドウ病の診断には、就寝安静時にも動悸がする、食事の量が変わっていないのに急に体重が減少する、いらいら感を訴えるなどの症状に着目、検診時にコレステロール低値を指摘されたときこの疾患を疑い、眼症状などメルゼブルグの三徴等に注意し触診などを行う。検査では T4 や、TSH、甲状腺レセプター抗体が重要で、ほかに TSAb なども必要となる。(P178 図 1 参照)治療には内科的にメルカゾールの投与が行われるが、3 ~ 6 か月まで、無顆粒球症の発生に注意する必要性を強調された。

甲状腺機能低下症は、疲れやすい、寒がりになる、食べないのに体重が増える、検診で高コレステロール血症が指摘されたときなど検査の対象になるが、症状が緩やかに進行するため、変化に

気づきにくく、診断が送れがちである。

橋本病 (P182) はもっとも頻度の高い病気で、触診によりびまん性の甲状腺腫が認められたとき検査を進める。女性に多く他の自己免疫疾患に合併することが多い。病期が進行すると甲状腺機能低下が出現する。検査では甲状腺ホルモン値は病期により異なるが、グロブリン、IgG の上昇、抗ミクロソーム抗体、抗 Tg 抗体陽性が認められる。

ついで、亜急性甲状腺炎、急性化膿性甲状腺炎、機能性甲状腺腫、単純性びまん性甲状腺腫、甲状腺癌について触れられた。

甲状腺癌は予後のよい乳頭癌が多いが、一方高齢者には 1 年以内の生存率の未分化癌があり、注意を要するとのことであった。未分化癌は手術不能例がほとんどで、悪性リンパ腫とともに、化学療法、放射線療法の適応である。分化型の癌は甲状腺ホルモン療法 (TSH 抑制療法も有効とされ、術後の治療に利用されている。また遠隔転移に放射性ヨードによる治療も選択される。髄様癌は家族性に発生し、CEA、カルシトニンが高値を示す。また RET 癌遺伝子が、陽性となる。

さらに副甲状腺疾患など、いろいろ有意義な話があったが、最後にご専門の外科的療法の動向について、特に内視鏡手術について、ビデオを交えてプレゼンテーションされた。最近は、術後の癒痕、ケロイドを考えて、小切開や内視鏡手術が行われるようになった。それにより、術創の引っ張り感など愁訴は克服されたそうである。

[記：重田 幸二郎]

#### 副腎疾患の診断・治療のすすめ方

東邦大第一内科 宮地 幸隆

副腎から作られる副腎皮質ホルモンは、電解質であるアルドステロン、糖質コルチコイドであるコルチゾール、弱いアンドロジェン作用を持つ DHEA、DHEA-S が、血中のコレステロールからいくつかの酵素により作られ、副腎から分泌される。

アルドステロンはコルチゾールの 1/1000 の分泌量であり、血圧、レニン-アンジオテンシン系

を介し、コルチゾールは、ストレス、日内変動、negative-feedback により分泌が構成されている。DHEA はコルチゾールの 10 倍から 100 倍分泌されていて、ACTH で上昇することが分かっているが、何によって調節されているか不明である。

#### 原発性高アルドステロン症

アルドステロンが腫瘍から過剰に分泌され、遠位尿管で Na と K を交換させて、高 Na 血症となり、体液量が増加し、レニン-アンジオテンシン系が抑制され、高血圧がきて長期に続くと腎硬化症となる。低 K 血症、アルカローシスとなり、イオン型の Ca が低下しテタニー、脱力、四肢麻痺、腎の濃縮力が低下し多尿・多飲となる。

心電図異常、対糖能の異常をきたし、一般検査で非常に分かりやすい。高 Na 血症にはなりにくい。

本態性高血圧の 5 ~ 10% に原発性アルドステロン症があるので注意を要する。腫瘍が小さい場合があるので、画像診断では見つからないことがある。副腎静脈血液のサンプリングを行うことで診断が確定した。治る高血圧であることが分かる。

#### クッシング症候群

クッシング症候群は ACTH 依存性か ACTH 非依存性かに分けられる。ACTH 依存性の中にはクッシング病 (下垂体性のクッシング症候群) と、異所性 ACTH 産生腫瘍があり鑑別診断が難しい。ACTH 非依存性の物は良性的副腎腫瘍や、癌があり ACTH は低い。欧米では異所性 ACTH 産生腫瘍が多いが日本では発見されていない。クッシング症候群はコルチゾールを慢性に投与し続けた状態であるので、体形を診ると診断しやすい。日内変動の存在、デキサメサゾン投与することにより、ACTH、コルチゾールが抑制されるか否かを調べる。コルチゾールが正常で日内変動もあり、デキサメサゾンの少量投与でコルチゾールが抑制されればクッシング症候群ではない。

CRH を投与し ACTH の動きをみるとクッシング病では上昇する。異所性 ACTH 産生腫瘍の場合は、CRH テストでは反応が無く ACTH は高値である。副腎腫瘍や非依存性の場合、ACTH は低くて反応がない。米国の報告では、クッシング病の 15% 位は日内変動があると報告している。クッ

シング症候群では精神症状が多く、過食、拒食がみられる。中心性肥満であり、下腹部・腰大腿部に赤紫色伸展性皮膚線状が見られるが、妊娠線は赤紫色とならない。コルチゾールと ACTH の日内変動をみると、朝・夜とも変化がない。CRH テストでは ACTH の反応とコルチゾールの反応がみられた。尿中 17OHCS をマーカーとしてデキサメサゾンの少量 2mg を投与しても反応がないが、大量 8mg の投与で尿中 17OHCS が抑制された。この患者さんには両側の副腎過形成があった。

クッシング病と異所性 ACTH 産生腫瘍との鑑別診断が難しい場合がある。下垂体からの静脈血液が集まってくる両側下錐体静脈洞のホルモンを計測することにより、抹消のホルモンと比較する。その差が大きい場合はクッシング病で、小さい場合は異所性 ACTH 産生腫瘍となる。

内分泌疾患マニュアル S241 参照

異所生のクッシング症候群では、気管支カルチノイドを経験した例もある。また 70 ~ 80% の小細胞癌では、異所性の ACTH の産生を行っている。

非 ACTH のクッシング症候群の症例では、コルチゾールが高値で日内変動がなくなっていた。CRH テストでもコルチゾールの反応は無く ACTH は低値であった。デキサメサゾンの抑制試験で、2mg 少量投与でも 8mg の投与でも抑制がなく、コルチゾールを同時に計測しても抑制がない。手術を行う時はクリーゼに注意しなければならず、長期の管理を必要とする。

アジソン病は、臨床所見と ACTH 投与で 17OHCS の反応がないこと、2 次性の副腎機能低下症は ACTH が低下したための病気であるから、繰り返し ACTH を投与することによって反応がでてくる。欧米では自己抗体によるものが多いが、日本では結核感染後によるものが多い。しかし最近では減少している。治療はコルチゾールを 20 ~ 30mg、日内変動とストレスを考えながら投与する。

内分泌疾患マニュアル S234 参照

急性の副腎クリーゼの原因は、ステロイドホルモンを大量に投与されていて急に中止した場合、過激なストレスが加わった場合等、悪心・嘔吐の消化器症状、ショック症状が出現するが、診断を

いかに早くするかが大切である。できる限りの血液検査を行い、Na の低下、K の上昇、白血球分画で好酸球の増加、血糖値の低下、心電図異常等を見て診断する、治療としては早期に水溶性ホルモンの投与と、体液量を確保しなければならない。しかし、クリーゼを未然に防ぐことの方が大切である。

血中 DHEA ( dehydroepiandrosterone ) について

身体の中なかで 1 番多く分泌されているステロイドホルモンであり、いまだに作用機序が不明である。25 ~ 30 歳位がピークとなり、その後加齢とともに低下していき、60 歳位でピークの 1/5 となる。80 ~ 90 歳位の方は高値である。また胎児で多く思春期で多いのは、このホルモンが癌や心血管系の病気、糖尿病や肥満など多くの免疫異常が、加齢に伴って起きてくる疾患に關与しているのではないかと考えられる。憶測の域を出ないが、動脈硬化、糖尿病に関するインスリンの感受性を高めているのではないかと。

DHEA は米国では 7 ~ 8 年前からサプリメントとして販売されている。更年期障害の患者さんに副作用がなく、エストロジェンと違い乳癌の心配がなく使用している。加齢はカタボリックになり、アナボリック作用が低下してくる状態で、弱いアナボリック作用を持つ DHEA を投与することにより、骨に対しても良好な結果が出てくるのではないかと。糖尿病では、コレステロールからコルチゾールが固まった状態で、DHEA を作る事ができないと考えている。例えば火傷、手術、ストレスの時等に多い。

副腎偶発腫瘍に関しては、大部分がホルモンを産生していない。剖検によれば数%見つかることがある。偶然見つかる腫瘍は直径 2 ~ 3cm 位が多く、男性も女性も 50 ~ 60 歳位が多い、そして、癌であるか否かの鑑別が大事となってくる。4.8cm 以上の時は癌のことが多く、副腎癌の場合は DHEA-S の値が高値になっていた。処置としては、内分泌検査で異常がなく、大きさが 4.8cm 以上の時は手術でとる。3cm 以下の場合は観察する。3cm 以上の場合 60 歳以上は観察として、その他は辺縁が不規則の場合はとる。

機能性腺種の中では副腎性プレクリニカル

クッシング症候群が相対的に多くみられる。コルチゾールの日内変動はないが正常範囲である。ACTH 分泌が少し低く、CRH テストの反応がぼやけている。シンチグラムでも異常がみられるが臨床症状に乏しい。

日本では 3000 例の報告があり、40 歳代では CT 検査で 4 ~ 5% 見ついているということは数百万人位いるのではないかと。積極的に手術をすることにより、高血圧、肥満、糖尿病が改善した例を経験している。

[記：濱本 史明]

#### 代謝疾患の診断治療のすすめ方

自治医科大学 金澤 康徳

代謝性疾患は初診時の丁寧な診察で手掛かりを得ることが多い。肥満・やせと糖尿病は有名である。便秘は甲状腺機能低下症、副甲状腺機能亢進症でみられ、下痢は甲状腺機能亢進症や自律神経異常をともなった糖尿病患者に出現する。代謝疾患の種類が多いが、ここでは 2 ~ 3 年の疾患に絞り説明する。

高脂血症は一般に臨床症状に乏しい。女性では閉経後に高頻度となる。高脂血症（血清コレステロール値 220mg 以上、中性脂肪値 150mg 以上）があれば、原発性か二次性かを定める必要がある。糖尿病、ネフローゼ、高血圧症があればその治療を行う。高脂血症のみの場合、安易に薬物療法に走ってはいけない。食事、運動療法を行い、多飲酒や喫煙を止めるよう指導する。

糖尿病の重大な症状は、血管障害で、眠・腎・心の疾患に関与が深い。早期発見、早期治療で健康人と同一の QOL を保てるようにしたい。糖尿病には 1 型、2 型の 2 つのタイプがある。1 型は、β 細胞の破壊により絶対的インスリン欠乏に至る。多飲、多尿、やせが目立ち突然発症する。児童、若年者に多い。本邦では全糖尿病患者の 2 ~ 3% である。一方、2 型はインスリン分泌低下を主とするものと、インスリン抵抗性が主体でインスリン絶対不足を伴うものなどがある。自覚症状に乏

しく、診断された時には発症後 5 ~ 10 年経過している。適切な食事と運動（1 日 30 分以上を歩く）を行い、BMI 22 以下、血圧 130/85 以下を目標にする。空腹時血糖 119mg 以下、HbA<sub>1c</sub> 6.4% 以下を目指す。

痛風は急性単関節炎で下肢関節の疼痛・発赤を反復するものと、長期放置例で複数関節の慢性炎症になるものがある。尿酸値 7.0mg 以上を年齢性別問わず高尿酸血症という。治療としては抗炎症剤 NSAIDs を用いる。尿酸値が 9mg を超えたら尿酸コントロール薬を用いる。

[記：上田 尚紀]

#### 性腺疾患の診断・治療のすすめ方

大阪大学泌尿器科 奥山 明彦

##### I) 性分化異常

- (1) 中性あるいは半陰陽
- (2) 性の分化に重要な因子
  - ・アンドロセン（テストステロン）
  - ・ミューラー管抑制物質
- (3) 性分化異常の診断
  - ・身体所見、性器所見
  - ・染色体検査
  - ・血中ホルモン（テストステロン、エストラジオール、DHEA、DEAS、LH、FSH）測定
  - ・画像診断
  - ・生検及び試験開腹（腹腔鏡検査）
- (4) 性分化異常の分類
  - 真性半陰陽、男性仮性半陰陽、女性仮性半陰陽、混合型性腺形成不全、その他の性分化異常
- (5) 性分化異常の治療
  - ・性の決定：戸籍、養育上の性、性腺及び性器所見に本人の意思などを基準に、悪性性腺腫瘍発生防止の目的で生殖器形成 + ホルモン補充治療を行う。

##### II) 性腺機能低下症（思春期の第二次性徴の異常）

- (1) 性腺機能低下症の身体所見

- ・男性 : 身長が高く手足が長く喉頭隆起がない。口ひげ、顎ひげがなく、陰毛、脇毛が薄い。性器の発育が悪い。
  - ・女性 : 低身長、思春期遅延(二次性徴遅延)、無月経、体重減少
  - (2) 性腺機能低下症の分類
    - ・原発性(一次性)性機能低下症、高ゴナドトロピン性
      - 先天性では klinefelter 症候群
      - 後天性では炎症、外傷など
    - ・続発性(二次性)性機能低下症、低ゴナドトロピン性
      - 先天性では Kallmann 症候群、ゴナドトロピン単独欠損症
  - (3) 性腺機能低下症の診断と病型決定
    - ・理学的所見 : 体型、精巣の発育状態など
    - ・染色体検査
    - ・内分泌検査(LH、FSH、プロラクチン、テストステロン、LHRH テスト、hCG テスト)
      - LHRH 試験 : 原発性では過剰増加反応、続発性では低反応を示す。
      - hCG 試験 : 原発性では低反応、続発性では hCG の負荷をくり返すことで漸増する。
- ) 男性不妊症
- (1) 男性不妊症の診断
    - ・精液検査 : 3 回検査
    - ・理学的所見 : 精巣容積、精管の触知、精索静脈瘤の有無
    - ・内分泌検査 : LH、FSH、プロラクチン、テストステロン、エストラジオール
    - ・染色体検査 : Klinefelter 症候群など
    - ・精巣生検
  - (2) 男性不妊症の原因
    - ・精子形成障害
      - 特発性 : 全体の 60% 以上
      - 精索静脈瘤
    - ・精子輸送路通過障害
    - ・性交障害
  - (3) 男性不妊症の治療

- ・内科的(内分泌治療、非内分泌治療)
- ・外科的(静脈瘤結紮術、精路再建術)
- ・補助生殖技術(ART: assisted reproductive technology)
- (4) 性機能障害(ED: Erectile Dysfunction)
  - ・機能性
  - ・器質性
  - ・混合性
  - ・その他

[記:三浦 修]

## 「新医師臨床研修制度について」

厚生労働省医政局長 篠崎 英夫

平成 16 年 4 月からの新しい臨床研修制度の実施に向けて、臨床研修プログラム、研修指定病院の施設基準、研修医の処遇問題に関して具体的な検討が現在進められているところである。

## 1. 研修プログラム及び研修施設について

現在の臨床研修の場は大学病院が 132 か所、臨床研修病院が 509 か所でこれらの施設を有する 2 次医療圏は全国で 168 に留まり、全国 363 の 2 次医療圏の 48.8% に過ぎない。また、研修実施者の約 3/4 は大学病院で研修を行っている。研修施設の大部分が大都市に集中し、研修内容も「ストレート研修中心、施設ごとにバラツキが多い、指導体制や研修成果の評価が不十分」など種々の問題点があった。これに対し、新プログラムでは幅広い基本的な診療能力が身につけられるように内科、外科、小児科、救急などのプライマリ・ケアを必修とし、各診療科のローテーションを義務づけるとともにさらに産婦人科、精神科、保健・地域医療を加えることも検討中である。保健・地域医療に関する研修では、保健所、一般診療所、社会福祉施設、介護老人保健施設、へき地・離島診療所でプライマリ・ケア習得を目的とする。

現行の体制では厳しい施設基準を満たした指定病院単体の中で研修が完結するのに対して、新たな研修体制の下では一つの研修プログラムの中に複数の研修指定病院・病院群を包含し、研修協力施設も含まれることとした。



来年度に全国 3 か所で「卒後臨床研修モデル事業」を行う、また研修指導医を養成するための予算も組んでいる。

## 2. 研修医の処遇

研修医の処遇については、給与水準（アルバイト等をせずに研修に専念できるだけの給与を保障すべき）、労働環境の整備（研修医も労働者と位置付け、労働基準法、雇用保険・健康保険等の社会保険を適用する）の 2 点が論議されている。給与問題とともに研修指導のコストを診療報酬でみるのか、補助金として公費でみるのかについてまだ整理されておらず、財源をどこに求めるのか論議中である。また、現場の業務を考えると就業時間が過ぎたからといってすぐ職場を離れられない実態もあり、労働環境の整備もまた多くの課題を抱えている。

研修施設・研修プログラムと研修医の組み合わせは、実効ある指導が行われるよう、研修プログラム及び研修施設に定員を設け、また研修機会を全国的かつ効率的に選択できるよう「コンピュータ・マッチング」を検討中である。また、全国 7 か所の地方厚生局に「臨床研修推進官」を配置する。

以上のことについて、今秋には細部を詰めて発表の予定である。

[記：佐々木 美典]

### 「診療報酬体系の考え方」

厚生労働省保険局医療課長 松谷 有希雄

まず診療報酬体系の性格として  
保険診療の範囲・内容を定める  
(品目表としての性格)

個々の診療行為の価格を定める  
(価格表としての性格)

の 2 点がある。

診療報酬体系（診療報酬点数表）は中央社会保険医療協議会（中医協）の諮問・答申を経て、厚生労働大臣が決定（厚生労働大臣告示）する。

健康保険法等の一部を改正する法律案の附則第

2 条の 2 に「政府は将来にわたって医療保険制度の安定的運営を図るため、平成 14 年度中に、次に掲げる事項について、その具体的内容、手順及び年次計画を明らかにした基本方針を策定するものとする」とあり、政府は当該基本方針に基づいて、できるだけ速やかに（概ね 2 年を目途に）所要の措置を講ずるものとする。

- 一 保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系のあり方
- 二 新しい高齢者医療制度の創設
- 三 診療報酬体系の見直し

以上の検討課題を着実に推進させるため、厚生労働大臣を本部長とする医療制度改革推進本部を設置した。同時に同本部事務局の会合に医療界より有識者を招聘し、医療機関の機能や患者の状態に応じた診療報酬のあり方、医療技術の適正な評価のあり方、医療機関や個別の医療行為におけるコスト分析の手法等について意見交換を行う予定である。

[記：佐々木 美典]

\* 総括 日本医師会 系氏副会長

日本医師会開闢以来、はじめてのマイナス改定で、いろいろと混乱がおこったし、打撃を受けた。少なくとも、日本医師会の進路を間違いのないようにしないといけない。国は医療の抜本改革といっているが、結局は 21 世紀のはじめにおいて、ますます混迷を深めた。とくに混迷を深めた最大の原因は、小泉総理大臣のトップダウン方式という従来とは異なるやり方で、財務省主導での社会保障制度改革が進められていることにある。医療制度改革には、大きな 3 つの流れが考えられる。

1 つは、内閣府や財務省による医療への市場原理の導入である。別の言葉で言えば、医療を市場として捉える米国の新自由主義の導入で、圧力が強まれば国民皆保険制度の解体と後押しによる医療界への営利企業の参入である。これは社会保障政策の大転換であり、一挙にはできないので、各都市に「改革特区」を作っている。日医としても

強く警戒し、警告をしている。

2 つは、厚労省の考え方であり、今の公的保険をできるだけ縮小をしようとするもので、保険対象を見直す、そして特定療養費制度を導入し、公的医療保険の守備範囲を減らそうとするもので、この延長線上に混合診療が位置している。国としての社会保障制度から大きく後退するものであり、自己責任に基づく保険体制に転換しようとするものである。

3 つは、日本医師会の主張してきたもので、医療保険の総枠の拡大である。財源については、あらゆる政治的判断または保険料で国の税を投入する。GDP 比でも無駄な医療費は使っていない。国民が安心して暮らせる「少子・高齢者社会」を実現するため利用できる国民皆保険を維持する必要がある。このため、医療の効率化や質向上が大切で、患者サイドに立った信頼される医療を提供する努力が必要であることは当然である。

今後も、患者さんとの絆を強くして、信頼される医療現場を構築し、国民と相談しながら、よりよい医療制度の展開を図っていかねばならない。

[記：山本 徹]

## 「えせ同和行為」にご注意

「えせ同和行為」とは、同和団体を名乗り、同和問題を口実として、執拗に図書等の購入を強要したり、工事の下請け参入等を強要したり、その他義務のないことを強要するといった、違法又は不当な行為のことです。

とりわけ、同和問題を理解するためには図書の購入が不可欠であるとして、高額な図書の購入を強要する事例が多く発生しておりますが、購入することが同和問題の解決に結びつくものではありません。

県では、法務局及び市町村と連携し、教育・啓発等の推進により、同和問題の早期解決に取り組んでいますが、えせ同和行為は、今までの取組の効果を一挙に覆し、同和問題に対する誤った認識を植え付け、同和問題解決の大きな阻害要因となっています。

えせ同和行為を排除するためには、同和問題を正しく理解し、行政、企業、団体、さらには県民とが一体となって、毅然として対処することが大切です。

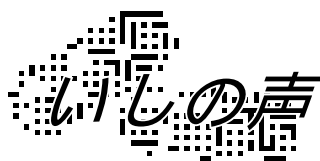
また、最近では、福祉や環境分野における高額図書の購入強要も出てきており、こうした行為に対しても、同様な対応をとることが適当と考えられます。

えせ同和行為及びこれに類似する行為に関する情報等がありましたら、最寄りの市町村又は下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

山口県人権対策室 山口市滝町 1-1  
TEL083-933-2810

この他にも、人事名鑑・人名録等につきましても巧妙な手口で送りつけ商法の被害が出ておりますので十分ご注意下さい。

お  
知  
ら  
せ



## 天までとどかぬ医師の声

防府 水津 信之

数年前、防府医師会の理事に就任した頃、「天までとどけ医師の声」という題で、県医師会報に原稿を書かせていただいた。しかし、私の声はどうやらとどかなかったようなので、今回はバンカーバスターを撃ち込んでみることにする。

この数年間をふりかえってみてつくづく思うことであるが、一国民として考えてみても行政の姿勢に問題があると言える。根本的に国民との間にズレがあり、また、そのズレについて気がついていないのではないかということである。最近でも拉致家族への対応をみてもしかりである。

まずほとんどの企業はリストラや賃金カットなどの企業努力を行っているにもかかわらず、公務員の賃金カットを人事院が勧告したのはつい最近のことである。バブル崩壊後 10 数年後になってからそのようなことをしても手遅れである。最初に自分たちの賃金カットやリストラをすべきであろう。また、公務員の数はやたらと多い。今の半分で十分ではないか。地方議会の議員や国会議員の数も同様で、定数を半分にして、市、県、国でなければ行えないことだけを議論すべきではないか。選出地区のためにわれわれは議員を選んだのではない。この件については地域住民にも問題はあがるが・・・

さて、医療を考える場合、国民皆保険制度を抜きにしては語れない。この制度はすばらしい制度であり、米国のマネジド・ケアやメディケイドといったシステムのはるかに上の制度である。かのヒラリー・クリントンさえも国民皆保険制度を実施できなかった。日本の昨今の医療行政は米国に追随しているだけで、根本には財政の問題があり、本当に国民のことを考えた政策が行われているとは考えがたい。

一方、医療サイドにも問題はあがる。病院、有床診療所、無床診療所、診療科別で意見が異なり、質の高い医療が提供されているとは断言できない。しかし、最近では医療機能評価を受けたりするなど徐々に努力は始まっている。これからは患者さんを中心とした質の高い医療が提供されることが必要であろう。特に第三者による評価やセカンドオピニオンの導入などよい意味での競争原理が必要となる。

そこで以前にも述べたかもしれないが、医療行政を担当する職員は、民間病院等の医療機関での実地研修を提案したい。医療行政を担当する職員が、実際に現場を体験することは、施策を行う上で非常に重要である。医療サイドの立場や患者さんの気持ちを理解することにより各施策に対する検証が可能となり、これが本来の意味での質の向上（患者さん中心の医療）につなげることができるのではないか。特に行政から見て問題があると思われる医療機関で実地研修を積むことで、その医療機関の質の向上が図られるのではないかと思う。

以上いろいろ述べたが、今回私のバスターは、官邸の小泉首相に届いたであろうか。神のみぞ知る。

## 第 3 回 山 口 県 高 血 圧 フ ォ ー ラ ム

と き 平成 14 年 10 月 23 日 (水) 午後 6 時 30 分 ~

と ころ 宇部全日空ホテル 3F 国際会議場 西  
宇部市相生町 8-1 TEL0836-32-1112

### 特別講演

(1) 「心血管リモデリングと RA 系」

大阪市立大学大学院医学研究科循環病態内科学助教授 葭山 稔

(2) 「高血圧治療における ARB の位置付け」

東京大学大学院医学系研究科内科学教授 藤田 敏郎

### 総合討論

日本医師会生涯教育制度による単位 (5 単位) を取得できます。  
講演会終了後、情報交換会を予定しております。

共催 宇部市医師会ほか

ご  
案  
内

## 第 6 回 山 口 県 肛 門 疾 患 懇 談 会

と き 平成 14 年 11 月 16 日 (土) 午後 5 時 ~ 7 時

と ころ 山口グランドホテル  
吉敷郡小郡町黄金町 1-1 TEL083-972-7777

テーマ 【シートン法による痔瘻の治療】

特別講演 「シートン法を主にした痔瘻の治療」

医療法人曙会坂田肛門科医院 坂田 寛人

### 演題募集

演題内容 「痔瘻の治療」に関する演題を広く募集いたします。  
痔瘻以外の症例でも特異な症例がありましたらご応募ください。

演題締切 平成 14 年 10 月 25 日

応募方法 同封の返信用はがきにて演題名をお知らせください。  
連絡先 (当番幹事) 〒742-1352 柳井市伊保庄 95

国立療養所柳井病院 田村 泰三

TEL0820-27-0211 FAX0820-27-1003

E-mail tamura@yanai.hosp.go.jp

山口県肛門疾患懇談会会長 螢クリニック 西 祐司

世話人 赤星外科胃腸科肛門科 赤星 徳行ほか

ご  
案  
内

## 二次健康診断等給付のお知らせ

二次健康診断等給付は、労働安全衛生法に基づく定期健康診断等のうち、直近のもの（以下「一次健康診断」といいます。）において、「過労死」等に関連する血圧の測定等の項目について異常の所見が認められる場合に、労働者の請求に基づき、二次健康診断等給付として二次健康診断及び特定保健指導を給付します。

### ・受けるための要件

二次健康診断等給付は、一次健康診断の結果において、血圧の測定、血中脂質検査、血糖検査、BMI（肥満度）の測定 のすべての検査について異常の所見があると診断された場合に受けることができます。ただし、労災保険制度に特別加入されている方及び既に脳血管疾患又は心臓疾患の症状を有している方は対象外となります。

### ・給付の内容

#### 二次健康診断

空腹時血中脂質検査、空腹時血糖値検査、ヘモグロビン A1c 検査

付加心電図検査又は胸部超音波検査、頸部超音波検査、微量アルブミン尿検査

#### 特定保健指導

栄養指導、運動指導、生活指導

これらの二次健康診断等は、山口労働局長が指定する「健診給付病院等」で受診することが必要です。

詳細については、厚生労働省山口労働局労働基準部労災補償課（TEL083-995-0374）にお尋ねください。

お  
知  
ら  
せ

## 広島労災特別介護施設ケアプラザ呉のご紹介

ケアプラザ呉は労働災害により被災された重度の労災年金受給者で家庭において介護を受けることが困難な方に対して、その傷病・障害の特性に即した介護サービスを提供する入居施設（個室）です。

### 1. 事業内容

入居者の障害・傷病及び健康状態に即した介護等。

### 2. 入居できる方

（1）労災年金受給者であって傷病・障害等級が1級～3級に該当する方。

（2）60歳以上の障害等級4級に該当する方で居宅において介護を受けることが困難な特別の事情を有する方。

ただし、現在入院加療を必要とされる方、感染性疾患を有する方、精神障害を有する方等は入居できません。

### 3. 施設運営

厚生労働省の委託を受けて管理運営。

なお、入居費等の詳細については下記にご連絡ください。

連絡先 〒737-0923 呉市神山 2-1-15  
ケアプラザ呉（広島労災特別介護施設） 援護課  
TEL0823-34-5577 FAX0823-30-1888

厚生労働省山口労働局労災補償課  
TEL083-995-0374

お  
知  
ら  
せ

ご案内	<b>学 術 講 演 会</b>	
	と き	平成 14 年 11 月 1 日 (金) 午後 7 時 ~
	と ころ	東京第一ホテル下関 2 階「ふじの間」
	演 題	「腎および膵腎移植の現状と将来」 京都府立医科大学移植・内分泌外科教授 吉村 了勇
	* 日本医師会生涯教育制度による単位 (5 単位) を取得できます。	
	主催	下関市医師会

ご案内	<b>こ ども の 健 康 週 間 公 開 講 座</b>	
	と き	平成 14 年 10 月 27 日 (日) 午後 1 時 30 分 ~ 3 時 30 分
	と ころ	山口県健康づくりセンター 2 階多目的ホール (山口県総合保健会館内)
	特別講演	1. 「みんなで考えよう子ども達の性」 日本家族計画協会クリニック 北村 邦夫 2. 「こどもの幼児画からみた脳の性差」 獨協医科大学小児科教授 有坂 治
	主催 山口県小児保健研究会・山口県小児科医会	



9 月 24 日 1295 号

新治療法方法など「混合診療」の是非で見解  
 非営利を原則に医療法人の資金調達方法を検討  
 医療提供体制の中心はかかりつけ医  
 経済建て直しのロジック「特区構想」は危険  
 終末期医療は介護保険見直しまでに方向性

9 月 27 日 1296 号

支持政党は政権与党の自民、地方の自主性も容認  
 認定産業医 5 万 6498 人、スポーツ医 1 万 6031 人  
 東北医連、九医連が坪井執行部を全面支援  
 医療政策シンポを通じて医師の意識改革を  
 「国民の生命、安全のための政策」へ転換を  
 医療問題の情報発信、皆保険堅持が医師の役目