

[巻頭言]

## 日臨内専門医制度について思うこと

宮崎県内科医会副会長

小 牧 斎

宮崎県内科医会は各県内科医会と意を一つにし、日本臨床内科医会（以後日臨内）と連携を図っています。日臨内は現在会員数16,500名余を擁する開業医を中心に勤務医も含む臨床内科医のための団体です。平成20年度には社会的に公益性のある、責任ある団体として認められ一般社団法人となりました。事業内容は臨床内科学の調査研究、知識の普及、学会などの集会の開催、生涯研修の実践、地域医療の推進、社会保険診療ならびに介護保険制度の検討など多岐にわたっております。診療報酬改訂に当たっては、内科系学会社会保険連合に4人の委員を送って発言の場を確保していることもあり、内科系開業医の現場の要望・意見が唯一届けられる団体であります。

日臨内に入会する魅力の一つに専門医（認定医）制度がありますが、資格を取得することのメリットや、資格を取得または更新するための条件について質問を時々耳にします。地方にいる開業医にとって、条件をクリアするのに医院を休診にして学会等に参加しなければならず、交通手段、時間、経費など考えると確かに大変です。ましては僻地で開業している医師にとってはなおさらでしょう。勉強する意欲のある医師がどこにいても取得できるシステム作りが必要でしょう。それ故、専門医（認定医）の取得・更新するための研修項目にも工夫をしていただきたいものです。現在の研修項目には、医学会・総会参加以外に、地区内科医会催行講演会への参加、コンベンションビデオでの学習、日臨内主体または協同の臨床研究参画、医療・保険・福祉に関する論文提出など認められ望ましいことと思いますが、更にその外地域住民を対象とした講演活動や学校医としての講演活動、産業医としての仕事なども幅広く研修項目としてとりあげ評価してほしいと願います。

県内科医会は過去、現在、未来を通じ内科学に興味ある方々に対し遍く門戸を開き会員募集していることもあり様々な会員がおられます。臨床内科医としての経験、知識、技術は医師それぞれで異なります。また年齢、働く場所、立場で目指してきたものも異なります。若い頃は、研究に没頭し、高度な知識・専門技術を習得するのが必要ですし、中堅になれば責任ある立場で治療を中心とした臨床に取り組む一方後輩の技術指導・教育にも力を注がないといけません。熟年になればそれまで培った知識と技術で、患者の身になった医療、癒しの医療を提供することも大事になってくるのではないのでしょうか。このような状況ですので、全ての会員に満足いく研修制度の構築は難しいと思われませんが、よりよい研修システムを作り上げるために日臨内は今後も努力してほしいものです。

臨床内科学の知識向上のためには専門医（認定医）制度はあってもいいかもしれません。しかし、この制度は一つのハードルであって、生涯にわたり研修をすることに大きな意義があるものと捉えるべきではないのでしょうか。医師として病を患った人々の命を救うことこそ医療の原点であることを忘れないように、日頃から自主的、継続的に研鑽・研修に取り組む姿勢が必要ではないかと思っています。

## 特集

# JSH 2009：高血圧治療ガイドライン改訂のポイント

宮崎大学フロンティア科学実験総合センター  
生命科学部門生理活性物質探索分野

加藤 丈司

### はじめに

2000年、日本高血圧学会は、日本人を対象にした実用的な高血圧治療ガイドラインを作成した（JSH 2000）。2004年、新たなエビデンスの蓄積に伴い同ガイドラインは改訂され（JSH 2004）、さらに今回、2回目の改訂が行われて、本年1月にJSH 2009として発表された。本稿では、今回の改訂の要点について解説する。

### 1. 高血圧の診断と血圧分類

高血圧の診断基準となる血圧レベルは、従来どおり診察室血圧140/90 mmHg以上であり、欧米のガイドラインと共通である。血圧値の分類に関して、JSH 2000とJSH 2004では、軽症、中等症、重症という分類がなされていた。JSH 2009では、血圧分類の値に変更はないが、軽症、中等症、重症が、それぞれⅠ度、Ⅱ度、Ⅲ度と置き換えられた（表1）。その理由は、たとえば、軽症の血圧レベルであっても高リスクである場合があり、混乱を避けるためである。

### 2. 家庭血圧と24時間自由行動下血圧測定（ABPM）

診察室血圧が診断や治療の基本であること

分類	収縮期血圧		拡張期血圧	
至適血圧	<120	かつ	<80	
正常血圧	<130	かつ	<85	
正常高値血圧	130~139	または	85~89	
Ⅰ度高血圧	140~159	または	90~99	
Ⅱ度高血圧	160~179	または	100~109	
Ⅲ度高血圧	≥180	または	≥110	
（孤立性）収縮期高血圧	≥140	かつ	<90	

表1. 成人における血圧値の分類（mmHg）

に変わりはないが、JSH 2009では、家庭血圧測定とABPMの臨床的意義が強調されている。その背景として、家庭血圧とABPMの臨床的意義を評価する研究結果の蓄積、家庭血圧測定の普及、ABPMの保険適用、等があげられよう。これらの測定方法による高血圧の診断基準も改訂された（表2）。白衣高血圧（現象）、仮面高血圧、早朝高血圧、夜間高血圧を、評価あるいは診断のうえで高

	収縮期血圧	拡張期血圧
診察室血圧	140	90
家庭血圧	135	85
自由行動下血圧		
24時間	130	80
昼間	135	85
夜間	120	70

表2. 異なる測定法における高血圧基準（mmHg）

血圧診療を行うことが推奨されている。

### 3. 心血管危険因子および臓器障害/心血管病の評価

高血圧患者の予後は、血圧レベルのみでなく、心血管危険因子や合併する疾患の有無により左右される。表3は、JSH 2009に示されている心血管病の危険因子と臓器障害/心血管病のリストである。JSH 2004と比較すると、メタボリックシンドロームが危険因子として、慢性腎臓病 (CKD) が臓器障害/心血管病として、それぞれ加えられ、尿微量アルブミン排泄が、危険因子より臓器障害/心血管病に変更された。

### 4. リスクの層別化と治療計画

血圧分類 (表1) と心血管病の危険因子または臓器障害/心血管病の有無 (表3) をもとにリスクを層別化し (表4) 治療方針を決定する (図1)。リスクの層別化に関して以下の改訂があった。まず、正常高値血圧であっても、糖尿病、CKD、3個以上の危険因子、臓器障害/心血管病がある場合、高リスクであるとの観点から、リスクの層別化 (表4) に正常高値血圧レベルが加えられた。2

A. 心血管病の危険因子	B. 臓器障害/心血管病
年齢 (65歳以上)	脳 脳出血・脳梗塞
喫煙	無症候性脳血管障害
収縮期血圧 拡張期血圧レベル	一過性脳虚血発作
総コレステロール血症 (<40 mg/dL)	心臓 左室肥大 (心電図、心エコー)
高LDLコレステロール血症 (≥140 mg/dL)	狭心症・心筋梗塞・冠動脈再建
高トリグリセリド血症 (≥150 mg/dL)	心不全
肥満 (BMI ≥ 25) (特に腹部肥満)	腎臓 蛋白尿 (尿微量アルブミン排泄も含む)
メタボリックシンドローム*	低い eGFR† ( <60 mL/分/1.73 m <sup>2</sup> )
若年発症 (20歳未満) の心血管病の家族歴	慢性腎臓病 (CKD)、確立された腎疾患 (糖尿病性腎症・腎不全など)
糖尿病	血管 動脈硬化性プラーク
空腹時血糖 ≥ 125 mg/dL、あるいは	頸動脈内径・中膜厚 > 1.0 mm
餐后血糖 2時間値 ≥ 200 mg/dL	大血管疾患
	閉塞性動脈疾患
	(低い足関節上腕血圧比: ABI < 0.9)
	眼底 高血圧性網膜症

表3. 高血圧管理計画のためのリスク層別化に用いる予後影響因子

血圧分類	正常高値血圧 130~139 /85~89 mmHg	I度高血圧 140~159 /90~99 mmHg	II度高血圧 160~179 /100~109 mmHg	III度高血圧 ≥180/≥110 mmHg
リスク層 (血圧以外のリスク要因)				
リスク第一層 (危険因子がなし)	低リスクなし	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 (臓器障害/1つのリスク因子、メタボリックシンドロームがある)	中等リスク	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 (臓器障害、2つ以上の臓器障害/心血管病、3個以上の危険因子がある)	高リスク	高リスク	高リスク	高リスク

\*リスク第二層のメタボリックシンドロームは、5つのうち2つから以下のように定義する。正常高値以上の血圧、<sup>†</sup>と臓器障害 (眼底病) 以上、空腹時血糖値が126 mg/dL以上、空腹時血糖値が100 mg/dL以上、糖化ヘモグロビン (HbA1c) が6.5%以上、かつ2つ以上は満たさなければならぬ。5つのうち3つ以上を満たす場合は、危険因子が3つある。他の危険因子がない状態にない。HbA1cが6.5%未満の場合は、血圧レベル以外の危険因子として、メタボリックシンドロームとあわせて危険因子の数は2である。

表4. (診察室) 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



図1. 初診時の高血圧管理計画

\*正常高値血圧の高リスク群では生活習慣の修正から開始し、目標血圧に達しない場合に降圧薬治療を考慮する

点目として、II度高血圧で1~2個の危険因子、メタボリックシンドロームを有する場合、中等から高リスクへレベルが引き上げられた。次に、高血圧管理計画について以下の改訂がなされた。JSH 2004では、低または中等リスク群の治療方針が、それぞれ「3または1か月以後に140/90 mmHg以上なら降圧治療」であったが、JSH 2009では、「3または1か月以内の指導で140/90 mmHg以上なら降圧治療」と書き改められた (図1)。これは、特に低リスクの患者において、3か月以上、薬物治療を行わないのは現実的ではないとの判断によるものである。

### 5. 生活習慣の修正と降圧薬治療

原則としてすべての高血圧患者に対して生活習慣修正の教育指導が求められる。生活

習慣修正の項目や方法はJSH 2004と同様である。一方、最初に選択すべき降圧薬（第一選択薬）、危険因子や臓器障害/心血管病を合併する高血圧に推奨される降圧薬、推奨される併用療法にいくつかの重要な改訂がなされた。第一選択薬は、Ca拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、利尿薬、 $\beta$ 遮断薬（含 $\alpha$   $\beta$ 遮断薬）であり、 $\alpha$ 遮断薬が第一選択薬から除外された（表5）。また、心房細動予防とメタボリックシンドローム（MetS）に推奨される薬剤が新たに提示された。併用療法に関して、利尿薬と $\beta$ 遮断薬の古典的組み合わせは、推奨される併用療法から除外された。

	Ca拮抗薬	ARB/ACE阻害薬	利尿薬	$\beta$ 遮断薬
左室肥大	●	●		
心不全		●*1	●	●*1
心房細動(予防)		●		
頻脈	●*2			●
狭心症	●			●*3
心筋梗塞後		●		●
蛋白尿		●		
腎不全		●	●*4	
脳血管障害慢性期	●	●	●	
糖尿病/MetS*5		●		
高齢者	●*6	●	●	

\*1少量から開始し、注意深く漸増する \*2非ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬 \*3冠脈狭窄性狭心症には注意 \*4ループ利尿薬 \*5メタボリックシンドローム \*6ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬

表5. 主要降圧薬の積極的適応

## 6. 降圧目標

特筆すべき改訂として、病態や疾患に応じた降圧目標として、診察室血圧のみでなく家庭血圧値も提示されたことがあげられる（表6）。ただし、家庭血圧の降圧目標に明確なエビデンスがある訳ではなく、高血圧の診断基準（表2）の差を単純にあてはめたものである。

## 7. 臓器障害を合併する高血圧

脳血管障害の慢性期の降圧目標は、両側内頸動脈高度狭窄例や主幹動脈閉塞例を除

	診察室血圧	家庭血圧
若年者・中年者	130/85mmHg未満	125/80mmHg未満
高齢者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満
糖尿病患者 CKD患者 心筋梗塞後患者	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満
脳血管障害患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満

表6. 降圧目標

き、1～3か月かけて140/90 mmHg未満とされた。また、心筋梗塞の既往を有する患者の降圧目標は、2007年の国際高血圧学会/ヨーロッパ心臓病学会（ISH/ESC）のガイドラインに準じて130/80 mmHg未満となった。このように、早期より厳格な降圧を求める内容になっている。一方、慢性腎疾患の降圧治療は、JSH 2004をおよそ踏襲している。

## 8. 糖尿病またはメタボリックシンドロームを合併する高血圧

糖尿病合併高血圧の治療対象となる血圧値と降圧目標に変更はないが、推奨される薬剤に改訂がなされた（図2、表5）。JSH 2004では、ACE阻害薬、ARB、長時間作用型Ca

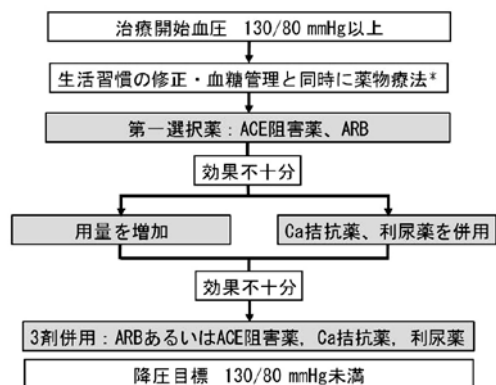


図2. 糖尿病を合併する高血圧の治療計画

\*血圧が130-139/80-89mmHgで生活習慣の修正で降圧目標が見込める場合は、3か月を超えない範囲で生活習慣の修正により降圧を図る。

拮抗薬が第一選択薬とされていたが、糖代謝改善と糖尿病性腎症における有用性が考慮され、ACE阻害薬、ARBが第一選択薬となった。利尿薬は第三選択薬の位置づけがなされていたが、糖尿病合併高血圧における有用性を示すエビデンスを受けて、ACE阻害薬またはARBの併用薬としてCa拮抗薬と同じ位置づけになった。

メタボリックシンドローム (MetS) の治療方針は糖尿病の有無により異なる。糖尿病が有る場合は、糖尿病を合併する高血圧治療に準ずる。糖尿病がない場合は、140/90 mmHg以上で降圧薬治療の対象となり、130-139/85-89 mmHgで生活習慣の是正の対象となる。用いる薬剤として、インスリン抵抗性改善の観点からRA系阻害薬があげられてお

り (表5)、降圧目標は130/85 mmHgである。

## 9. 高齢者高血圧

治療対象血圧および降圧目標として140/90 mmHgが明記され、より積極的な降圧を推奨する内容となった (表6)。後期高齢者で収縮期血圧160 mmHg以上の場合、150/90 mmHg未満を中間降圧目標としつつも、最終目標は140/90 mmHgである。一方、第一選択薬に関して改訂はなく、Ca拮抗薬、ARB/ACE阻害薬、少量の利尿薬である。

## 参考文献

日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会：高血圧治療ガイドライン2009。ライフサイエンス出版、2009

[会員投稿論文]

## 流行性耳下腺炎疑いにて紹介された 劇症型溶連菌感染症の1例

新中須 敦, 川添 晋, 久米田憲志, 野本 浩一  
菅原 三和<sup>1)</sup>, 中武 大志<sup>1)</sup>, 姫路 大輔<sup>1)</sup>

小林市立市民病院 内科<sup>1)</sup> 県立宮崎病院 内科

### はじめに

劇症型溶連菌感染症はA群溶血性レンサ球菌による敗血症性ショックを呈する疾患であり、しばしば重篤な症状を示し、最悪の場合死亡する症例も認められる。今回、流行性耳下腺炎の疑いにて紹介を受けた1症例を経験したので報告する。

### 症 例

【症例】 43歳 女性

【主訴】 発熱 頸部腫脹

【現病歴】 小児期に下垂体腫瘍摘出術施行され、その後下垂体機能低下症に対しホルモン剤による加療を行っていたが自己休薬していた。H.19年9月18日子供の運動会後に39度の発熱・頸部腫脹を認めた。市販薬を内服していたが頸部腫脹が悪化したため同月22日近医受診。汎血球減少を認め、流行性耳下腺炎疑いにて精査加療目的に同日当科紹介受診となった。また周囲に咽頭痛を訴える者が多かった。

【理学所見】

脈拍：117/分、整 血圧：66/34 mmHg

心音：正常

頸部： 両側頸部で痛性腫脹著明

呼吸音：呼吸音の低下を認めるも明らかな肺雑音は聴取せず

腹部： 圧痛なし、肝臓、脾臓、腎臓触知せず、腹水なし、

四肢： 軽度冷感あり、浮腫なし

### 【血液検査】

WBC	2000/ $\mu$ l	AST	27 IU/l
RBC	$297 \times 10^4$ / $\mu$ l	ALT	9 IU/l
Hb	8.0g/dl	LDH	194 IU/l
Plt	$9.2 \times 10^4$ / $\mu$ l	T-Bill	2.04mg/dl
CRP	37.88mg/dl	$\gamma$ -GT	15 IU/l
PT	54.1%	Na	138mEq/l
APTT	47.4sec	K	3.2mEq/l
FDP	37.3 $\mu$ g/ml	Cl	97mEq/l
BUN	36.9mg/dl		
Cr	2.57mg/dl		
TC	192mg/dl		

### 【尿検査】

尿蛋白（2+） 尿糖（-） 尿潜血（±）

尿中ケトン体（-）

尿中肺炎球菌抗原 陰性

### 経 過

胸部レントゲン写真上両側肺炎像を認め、採血上重症感染症・敗血症に伴うDICの状態と急性腎不全を起こしていると考えられた。また頸部腫脹に関しては頸部エコー上頸部リンパ節腫大を認め、有痛性であることから化

膿性リンパ節炎を合併していると考えられた。全身状態不良のため、当科にて血液培養検査2セット施行後高次医療病院である県立宮崎病院感染症内科に救急搬送した。

紹介医で入院時（9/22）施行された頸部CT（図1）では右側優位にびまん性に腫脹、耳下腺・顎下腺もやや腫大。軟部組織腫脹は咽頭・喉頭にも及び、咽頭蓋や声門付近の腫脹も目立つ。頸部リンパ節の腫脹も多数認められるが、10mmに満たないものがほとんどであり、頸部蜂窩織炎に伴う反応性腫脹を認められた。

紹介医入院時より頸部の腫脹が著明で、喘鳴・呼吸困難を認めた。気道狭窄が著明であり同日気管切開を施行した。気道浮腫を認め、急性肺炎からARDSを合併したことからmPSL（ソル・メドロール500mg/dayを3 days, 250mg/dayを3 days, 125mg/daysを3 days）を行っている。しかしながら呼吸状態悪化のため9月25日より人工呼吸器管理となり、同時にエラスポールも開始となる。入

院当日は起因菌不明であり、口腔内常在菌や嫌気性菌を考慮し、CEZ, CLDMを開始。しかし全身状態が悪化したためMEPMに変更、また免疫グロブリン製剤も併用。当科で施行した血液培養検査より起因菌がA群溶連菌とわかった9月26日より感受性があり、よりnarrowなABPCに変更したが、10月1日に肝機能障害が出現したため再度MEPMに変更。状態改善を認めてきたため3日よりAMPCの内服に変更となる。H19年10月5日に本人・家族の希望により当院に転院となる。

## 考 察

A群溶血性連鎖球菌はよく咽頭や皮膚に見られる細菌であるが、症状を有する際には咽頭炎や伝染性膿痂疹を発症する。通常はすぐ改善を認めるが、時折何らかの原因で劇症型に突然変異する。発症メカニズムは解明されていないが、T抗原の型の中で劇症型を来す菌株はT1が多く、ついでT3が多い。またM蛋白、特にM-1, M-3の増加に比例して発症率や重症度が上昇すると言われている。発症年齢は50～60歳代に多く、また壊死性筋膜炎を発症した約20%、毒素性ショックを来した場合はその半数以上が死亡するという報告もある。

本症例は血液培養検査からA群溶連菌が検出され、当科来院時収縮期血圧90mmHg以下とショックバイタルであったこと、腎機能障害・DICを来していたこと、紹介医にてARDSを発症したこと、軟部組織炎を認めたことから診断基準（表1）を満たしており、劇症型A群溶連菌感染症と診断した。

劇症型A群溶連菌感染症の発病メカニズムについてはまだ十分に解明されていない点も



図1

多い。しかし劇症型A群溶連菌感染症患者の家庭内での接触者1000人あたり2.9人の劇症型A群溶連菌感染症が発生したとの報告や免疫不全状態に起こりやすいとの報告もある。本症例においても家族内にA群溶連菌感染に伴う急性咽頭炎と診断された者がおり、本人が下垂体機能低下症という基礎疾患を放置していたことも重症化への影響は大きいと考えられた。

### 結 語

流行性耳下腺炎疑いにて紹介された劇症型A群溶連菌感染症を経験した。

### 参 考 文 献

横浜市衛生研究所 HYPERLINK "[http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/infection\\_inf/streptol.htm](http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/infection_inf/streptol.htm)" [http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/infection\\_inf/streptol.htm](http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/infection_inf/streptol.htm)

国立感染症研究所感染症情報センター  
<http://idsc.nih.go.jp/>

(表1)

厚生省研究班toxic shock-like syndrome診断基準案

I 項：A群溶連菌の分離検出

A：正常ならば無菌部（血液，脳脊髄液，胸腹水，生検組織など）から検出

B：正常でも菌の存在する部位（咽頭，

痰，膿，皮膚など）から検出

II 項：臨床症状

A：成人では収縮期圧90mmHg以下。小児では各年齢の血圧正規分布で下側確率分布5%に相当する値以下。

B：以下の2項目以上を満たす臨床所見

- ①腎障害。Cre>2mg/dl，腎不全既往がある症例では従来値の2倍以上
- ②凝固異常。Plt <10万/mm<sup>3</sup>で，凝固時間延長，フィブリノーゲン減少及びフィブリノーゲン分解産物の検出で診断されるDIC。
- ③肝障害。AST，ALT又はT-Bil値が正常上限の2倍以上。
- ④成人型呼吸窮迫症候群（ARDS）。
- ⑤落屑を伴う全身性紅斑様皮膚発赤疹。
- ⑥軟部組織壊死。壊死性筋膜炎及び筋炎を含む
- ⑦精神及び中枢神経症状。

I 項及びII 項を満たし，免疫不全を来す基礎疾患のない者に発症し，概ね24時間以内にII 項症状を来した例を確定例とする。

I 項B及びII 項を満たし，他の疾患を否定した症例，またI 項A及びII 項を満たすが，免疫不全を来す基礎疾患を有する例，又はII 項を来すまで24時間以上経過した例は疑い例とする。

IASRより引用



[会員投稿論文]

## 障害者や患者さんとの対人関係の重要性

延岡市 野村病院

野村 敏 彰

入院中に、介護人を必要とするような患者さんは、精神的、心理的な障害をもつことが多く、対人関係、特に、患者さんとの介護人との関係は大切である。

筆者は、かつて高齢化社会の医療を予想して、脳卒中患者と介護人の性格上の相性と、それがリハビリテーション治療上に及ぼす影響について、矢田部・ギルフォード性格検査(Y-Gテスト) = 表1 = を実施して比較検討を行ったことがある。

45組の患者と介護人についてY-Gテストを行った結果、介護人では社会適応型32人、同不適応型10人、分類不能3人であった = 表2 =。

分類不能の3人の組み合わせを除いた42組の患者についてY-Gテストを施行した。

25人が社会適応型、15人が不適応型、2人が分類不能であった = 表4 =。

まず、介護人の性格面からその定着性を検討した。

1ヵ月後に辞退したものは12人(28.6%)であるが、性格面で社会適応型を示したものでは22%、不適応型のものでは50%という結果で、社会不適応性の性格をもつ介護人に途中でやめるものが多く、予想された通りであったといえよう = 表3 =。

では、これらの介護人が途中で辞めた理由

は何であったかという点について考えてみた。

障害が重く介助量の多い全介助群8人では5人(62.5%)のものが1ヵ月以内にやめていた。社会不適応型の性格をもっていた15人では6人(40%)が途中で交代していた。社会適応型の患者25人では6人(24%)がやめたにすぎなかった。

つまり介護人がやめるのは、仕事がつらいという理由が多かったが、患者との折り合いがうまくいかないという理由も無視できないように思われた。

次に、患者と介護人との性格面での組み合わせについてみると、両者の性格とも社会適応型の場合には19人中3人(15.7%)しか途中でやめていない。患者の性格が不適応型でも、介護人が適応型であれば11人中4人(36.3%)であったが、患者が適応型でも介護人が不適応型の組み合わせで6人中3人(50%)、両者とも不適応型のもの4人中2人(50%)という結果は、患者と介護人との間の相性、特に介護人の性格が途中でやめる原因になっていることを裏付けているといえよう = 以上表4 =。

また治療効果という面から相性の問題を検討してみた。高齢で痴ほう症状が認められた脳卒中患者15人のうち、介護人が定着した9

人の患者でも = 表5 =, 身体機能面が重症なものも含まれていたが, 全員 (100%) が歩行能力を1年以内に回復していた。同時に痲痺ほう症にも改善がみられた。

しかし頻回に介護人が交代した6人では2人 (33.3%) が歩行可能となったにすぎなかつ

た。介護人が苦勞が多くて辛抱できないということは, それだけ重症なものが多く, それだから歩けなかったのだということができよう。しかしながら治療環境, 特に対人関係に恵まれたから歩くことができるようになったともいえるのではなからうか。

## 【別表】

表1. 矢田部・ギルフォード性格検査 (Y-Gテスト)

型	A	B	C	D	E
性	標準型	攻撃型	消極型	積極型	内攻型
格	適応	不適応	適応	適応	不適応

本表は, 個人そのものの性格を表すものではなく, 個人とそれを取りまく環境との相対的な評価である。A, B, C, D, E, の5つの基本形に分類され, 15の亜型がある。これらは, 社会適応型と不適応型に大きく分類されるが, 一般に安定した社会では, 不適応型は少なくなり, 種々の制限のある管理社会では, その割合は増加する。

表2. 介護人45人の性格分類 (Y-G性格検査による)

型	A	A'	A''	B	B'	AB	AC	D'	AD	E
人数	10	8	2	4	2	1	2	11	3	2

型	社会適応型 A・A'・D'・AD	社会不適応型 A''・B・B'・E
人数	32	10 (23.8%)

(4人に1人は不適応型の介護人, C型は不在)  
(AB, ACは分類不能)

表3. 1カ月後の介護人辞退数

	開始時	1カ月後
社会適応型	32人	7人 (22%)
社会不適応型	10人	5人 (50%)

表4. 自立度別にみた脳卒中患者と介護人の相性

患者性格	自立度	人数	介護人性格	人数	辞退数 (%)
適応型 25人	全介助	4	適応型	2	1 (50)
			不適応型	2	2 (100)
	床上生活以上	21	適応型	17	2 (12)
			不適応型	4	1 (25)
不適応型 15人	全介助	4	適応型	2	1 (50)
			不適応型	2	1 (50)
	床上生活以上	11	適応型	9	3 (33)
			不適応型	2	1 (50)

表5. 付き添いの定着状況

月	0	1	3	6	12
定着人数	15	11	9	9	9 (60%)

[会員投稿論文]

## 微量元素欠乏による貧血と診断した2症例

谷口尚大郎, 中山 宏仁, 川野 貴久, 加藤 香  
松下 隆司, 中島 知徳, 中村 周治, 長友 優尚

宮崎市 平和台病院

### はじめに

銅代謝に関与するセルロプラスミンはフェロオキシダーゼ活性を持ち、「2価鉄を3価鉄に酸化する」ことにより「鉄代謝と銅代謝の接点」となる。「血清銅低下による低セルロプラスミン血症に起因した鉄代謝異常」が主な原因と考えられる重症貧血に対して銅を補充し、貧血が改善した症例を経験したので報告する。

### 症 例

【症例】 78歳男性

【既往歴】 アルツハイマー型認知症 多発性脳梗塞 嚥下障害

【家族歴】 特記事項なし

【現病歴】 平成元年より不安神経症にて当院通院中。老人医療施設に入所。平成3年より血中ヘモグロビン (Hb) :11.7g/dl (MCV:94.3fl MCH:32.0pg) と低下し始め、平成10年にはHb:8g/dl台となり以後はHb: 6～8g/dlで推移した。VitB12・葉酸測定や胃内視鏡検査・大腸内視鏡検査・骨髄穿刺等の精査が行われたが原因が特定できず、「特発性貧血」の診断で輸血が度々行われていた。腎機能は正常で、鉄剤やVitB12の投与には反応しなかった。脳梗塞後遺症による誤嚥性肺

炎を繰り返し平成16年12月より当院入院となる。

### 入院時現症

体温38.2℃ 脈拍112/min・整, 血圧119/69mmHg,

意識状態: 清明だが認知症で意思疎通困難, 結膜: 貧血あり, 黄染なし

胸部: 心音は清・雑音なし, 呼吸音は両下肺にcoarse crackle

腹部: 平坦, 肝・脾・腎触知せず

腹部聴診: 腸蠕動音軽度低下

下肢浮腫: なし

口腔内: 乾燥

入院時検査所見 (Table 1) および臨床経過 (Figure 1)

心電図は異常なし。胸部X線で両下肺野に肺炎像があり、白血球の軽度上昇とCRP上昇を認めた。Hb:6.4g/dl (MCV: 93.3fl MCH: 32.8pg) と正球性正色素性貧血を認め、血清フェリチン値は1264 ng/mlと著明に高値であった。抗生剤を投与し約1週間の抗生剤投与で解熱、白血球およびCRPは正常化した。誤嚥で長期間経口摂取不良が続き、低栄養状態でるいそう著明であったため経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) を行い、療養病棟へ

Peripheral blood		Blood chemistry			
WBC	7800 / $\mu$ l	GOT	17 IU/l	CRP	5.32 mg/dl
RBC	195 $\times$ 10 <sup>4</sup> / $\mu$ l	GPT	15 IU/l	Na	130 mEq/l
MCV	93.3fl	ALP	375 IU/l	K	4.3 mEq/l
MCH	32.8pg	r-GTP	30 IU/l	Cl	95 mEq/l
MCHC	35.3g/dl	ChE	122 IU/l	TC	122 mg/dl
Ht	18.2 %	BUN	16.1 mg/dl	TG	72 mg/dl
Hb	6.44 g/dl	Cr	0.50 mg/dl	FPG	81 mg/dl
Plt	39.9 $\times$ 10 <sup>4</sup> / $\mu$ l	UA	2.7 mg/dl	2hPPG	133mg/dl
		TP	5.0 g/dl	Fe	129 $\mu$ g/dl
		Alb	64.4%	TIBC	144 $\mu$ g/ml
		$\alpha$ 1	3.6%	UIBC	15 $\mu$ g/ml
		$\alpha$ 2	7.5%	Ferritin	1264ng/ml
		$\beta$	7.8%		
		$\gamma$	16.7%		
Urinalysis					
pH	6.0				
glucose	(-)				
protein	( $\pm$ )				
occult blood	0/lpf				
urobilinogen	normal				
ketone body	(-)				

Table 1 . Laboratory data

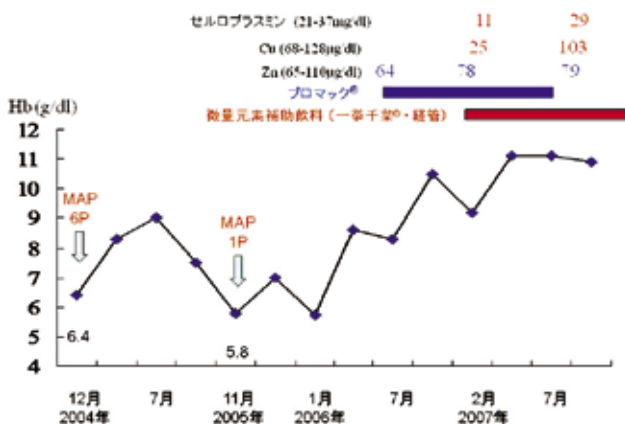


Figure 1. 入院後経過 一症例1一

転棟となった。Hbは6g/dl台で推移し、数回に分けて濃厚赤血球製剤 (MAP) を合計6単位施行した。MAP投与による貧血の改善は一時的で、経過とともに徐々に貧血は進行した。その後もHbは6～8g/dl、フェリチンは1000ng/ml前後で推移した。貧血への微量元素の関与を調べるために2006年7月に血清亜鉛を測定、64  $\mu$ g/dlと低値傾向であったためプロマック®投与を開始した。2007年2月にはHb 9～10g/dlと改善傾向を示したもののHb低値が続いたため、血清銅およびセルロプラスミンを測定した。血清銅 25  $\mu$ g/

dl (68-128  $\mu$ g/dl)、血清セルロプラスミン 11mg/dl (21-37mg/dl) と両者ともに明らかな低値を示した。銅およびセルロプラスミン改善のために経管栄養の見直しを行い、微量元素補助飲料 (一挙千菜®; 銅 0.5mg/100ml、亜鉛8mg/100ml含有) を開始した。経過中に血清亜鉛は78  $\mu$ g/dlと正常範囲となったためプロマック®を中止、微量元素補助飲料を継続した。微量元素補助飲料開始後よりHbは徐々に上昇し、血清銅103  $\mu$ g/dl、セルロプラスミン29mg/dlと改善、以後Hbは11g/dl前後で安定して推移した。内視鏡などの貧血

精査は今回の入院までに行なわれていたため施行しなかった。

## 考 察

医療の高度化, 人口の高齢化に伴い長期にわたり中心静脈栄養 (TPN) や経管栄養を継続する症例が増加し, 本来発症しにくい微量元素の欠乏症が報告されている<sup>1) 2)</sup>。長期のTPNを施行した場合, 微量元素製剤の使用を怠ると, 銅・亜鉛・セレン・クロムなどの微量元素欠乏の可能性が出てくる。中でも銅が欠乏すると, 貧血や白血球減少などをきたすことが知られている<sup>3)</sup>。TPNによる銅欠乏症は1972年Karpelらによって初めて報告され<sup>4)</sup>、長期TPNの増加に伴い銅欠乏症の報告例が増えている<sup>1) 2) 5) 6)</sup>。TPNによる銅欠乏症の発症時期はTPN開始から平均7ヶ月前後であることが報告され<sup>5)</sup>、主な症状は貧血・白血球減少 (特に好中球減少) である<sup>7-9)</sup>。この銅欠乏による貧血の本体は鉄代謝異常であり, 鉄代謝と銅代謝の接点として「セルロプラスミン」が重要である<sup>10)</sup>。銅含有蛋白として知られるセルロプラスミンは分子量

132kDaの糖蛋白質で, 前駆体のアポセルロプラスミン1分子に6個の2価銅を抱合し, 立体構造が変化して活性を持つ。重要なのはセルロプラスミンがフェロオキシダーゼ活性 (鉄酸化活性) を持ち, 「2価鉄を3価鉄に酸化する」ということである。鉄は, 膜や分子チャンネルを通過する際には2価鉄, 蛋白と結合している時は「3価鉄」として存在する。血中では, ほとんどの鉄は「3価鉄」の状態 で鉄輸送蛋白トランスフェリンと結合して運搬され, トランスフェリン受容体を介して各細胞内へ取り込まれて利用される (Figure 2-a)。トランスフェリンと結合できる鉄は「3価鉄」であり, 2価鉄は結合できない。2価鉄は鉄貯蔵蛋白であるフェリチン分子に取り込まれるか, 血液中でセルロプラスミンやhephaestinといったフェロオキシダーゼ活性を持つ蛋白により「3価鉄」へ酸化されてトランスフェリンと結合する。すなわち, セルロプラスミン低下⇒2価鉄から「3価鉄」への酸化障害⇒鉄とトランスフェリンの結合障害⇒鉄輸送障害により鉄が有効利用できないことが銅欠乏による貧血の原因と考え

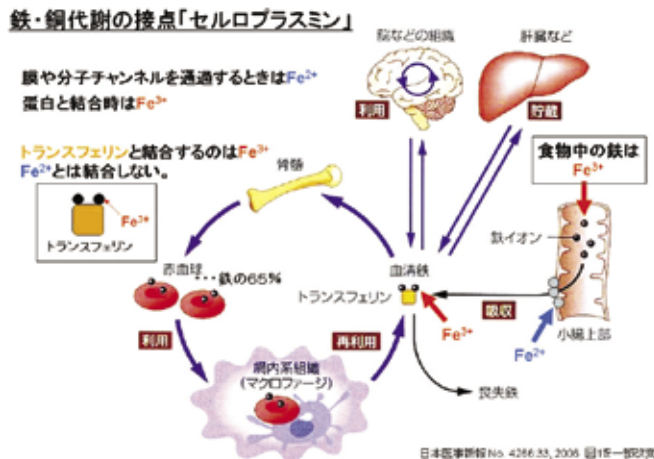


Figure 2-a. 鉄・銅代謝の接点「セルロプラスミン」

られている<sup>11) 12)</sup> (Figure 2-b)。セルロプラスミン低下に伴う貧血は鉄利用の低下によるものであるが、必ずしも小球性低色素性貧血を呈するとは限らず、不明な点が多い。

本症例は、様々な精査を行なったが明らかな貧血の原因が特定できず、施設から転院時よりすでに低栄養状態でいそうが著明であったことから貧血への微量元素（亜鉛および銅）の関与を検討した症例である。亜鉛はDNA転写因子の“zinc finger”と結合してDNAの転写調節を行う。亜鉛が欠乏すると赤血球膜の脆弱化による貧血が惹起されるため、まず血清亜鉛を測定した。軽度ではあるが亜鉛欠乏傾向であることが判明し、プロマック<sup>®</sup>投与による亜鉛補充を行った。貧血はやや改善傾向を示したがHb 9～10g/dlと依然として貧血傾向が続いたため、血中の銅およびセルロプラスミンを測定した。その結果、両者ともに低値であり、フェリチンが1000ng/mlと著明に高値であったことから鉄の利用障害が疑われた。銅を含めた微量元素補充については経管栄養のメニュー

の見直すことにし、従来のメニューに微量元素補助飲料（一挙千葉<sup>®</sup>；Cu 0.5mg/100ml, Zn 8mg/100ml含有）を追加した。微量元素補助飲料の追加により血清銅およびセルロプラスミンが正常化するとともに貧血も改善されたため、OsakiらやCliffordらの報告と同様にセルロプラスミンの不足により2価鉄から“3価鉄”への酸化が障害され、2価鉄増加によるフェリチン高値および“3価鉄”不足による鉄利用低下が起こったものと考えられた。

今後は病院のみならず在宅療養、高齢者施設での長期のTPN管理や経管栄養管理が増加するものと思われる。TPNについての日本静脈経腸栄養学会の栄養療法の実施状況に関するアンケートでは、TPN施行時に微量元素製剤を「ルーチンで使用している」と回答したのは全体の42.7%にすぎず、「投与していない」と回答が13.6%に達したことが報告されている<sup>13)</sup>。また、TPN施行から1ヶ月経過すると一部の患者では銅の値が正常値以下になるが銅欠乏症状は発症していないとの報

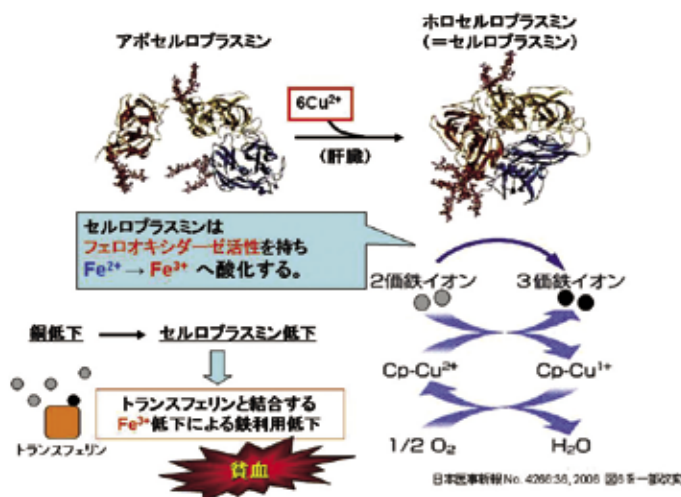


Figure 2-b. 鉄・銅代謝の接点「セルロプラスミン」

告もあり<sup>14)</sup>、比較的早期から銅の不足にさらされていると考えられる。今回の症例は、誤嚥を繰り返すために低栄養状態が続き、施設で長期に末梢静脈からの点滴が行なわれていた。その上で、経管栄養開始後も亜鉛・銅の不足が続いたものと考えられた。その後、当院で銅欠乏による貧血と考えられる症例をもう1例経験した (Figure 3)。透析療法中の74歳男性。誤嚥性肺炎を繰り返すために胃瘻を造設し長期間の経管栄養を行っていた症例で、エボジン<sup>®</sup>投与などによりHbは11～12g/dlで推移していた。経過中に出血性胃潰瘍となり4.8g/dlまで低下、MAPを合計4単位投与し上部消化管内視鏡検査にて止血を確認した。その後エボジン<sup>®</sup>を増量して1ヶ月間経過をみたがHbは5～6g/dlで推移、貧血の改善が思わしくなかったため症例1の経過をふまえて血清中の亜鉛・銅・セルロプラスミンを測定した。その結果、銅50 $\mu$ g/dl (68-128 $\mu$ g/dl) と低値、セルロプラスミン25mg/dl (21-37mg/dl)、亜鉛70 $\mu$ g/dl (68-128 $\mu$ g/dl) とそれぞれ低値傾向を示した。微量元素補助飲料を経管栄養メニューに追加し緩

やかに貧血が改善した。2症例をきっかけとして他の経管栄養を行なっている患者についてもメニューの見直しを行った。鉄欠乏や亜鉛欠乏と比較し、銅欠乏については一般的にあまり認識されていない。原因不明の貧血時には銅 (セルロプラスミン) の不足も一つの鑑別になると考えられ、低栄養状態や長期のTPN管理時、経管栄養管理時には微量元素、特に銅の不足にも留意する必要があると考えられた。また、セレン欠乏<sup>15) 16)</sup> やクロム欠乏<sup>17) 18)</sup> などの他の微量元素欠乏の症例報告も散見されるため、これらの微量元素欠乏症についても注意する必要がある。

#### 参考文献

- 1) 平田俊幸, 木谷輝夫, 菅野達也, 他: 長期の中心静脈栄養中、銅欠乏、貧血、好中球減少を招来した1例. 日本臨床内科医会誌, 18 (2) : 199-202, 2003
- 2) 藤井光広, 足立陽子, 角熊俊也, 他: 長期中心静脈栄養下で微量元素 (銅) 欠乏による貧血、白血球減少を来した1例. 日内会誌, 92: 2240-2246, 2003

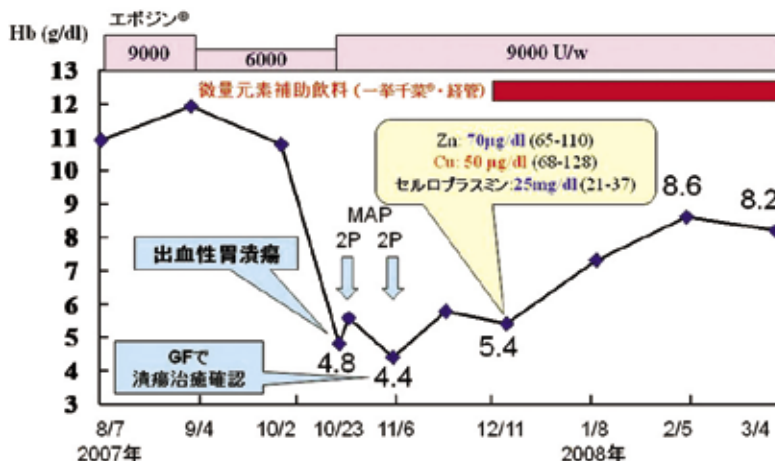


Figure 3. 微量元素補助飲料 (一挙千葉<sup>®</sup>) 開始後に貧血が改善した例 一症例二一

- 3) Turnlund JR: Copper. IN Modern Nutrition in Health and Disease, Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC (eds) . Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 1998, pp241-252
- 4) Karpel JH and Peden VH: Copper deficiency in long-term parenteral nutrition. J Pediatr 80: 32-38, 1972
- 5) 藤田宗行, 板倉丈夫, 白井忠義, 他: 高カロリー輸液時にみられた銅欠乏症の3例. 外科と代謝・栄養, 21: 60-67, 1987
- 6) 竹内 誠, 多田敦彦, 吉本静雄, 他: 長期間の高カロリー輸液中に銅欠乏による貧血および好中球減少をきたした1例. 臨床血液, 34: 171-176, 1993
- 7) Dunlap WN, James GW 3rd and Hume DM: Anemia and neutropenia caused by copper deficiency. Ann Intern Med. 80: 470-476, 1974
- 8) Percival SS: Neutropenia caused by copper deficiency: possible mechanisms of action. Nutr Rev. 53: 59-66, 1995
- 9) Hirase N, Abe Y, Sadamura S, et al: Anemia and neutropenia in a case of copper deficiency: Role of copper in normal hematopoiesis. Acta Haematol. 87: 195-197, 1992
- 10) 宮嶋裕明: 鉄・銅代謝の新たな進展. 3. 新たな鉄過剰症, 無セルロプラスミン血症 (後編). 日本医事新報 No. 4266:33-36, 2006.
- 11) Osaki S, Johnson DA and Frieden E: Possible significance of the ferrous oxidase activity of ceruloplasmin in normal human serum. J. Biol Chem, 241 (12) : 2746-2751, 1966
- 12) Clifford HG: Biochemical and pathological effects of copper deficiency. In: Copper in the Environment Part 2: Health effects (ed. By Nriagu JO) . A Wiley-Interscience Publication, New York, 1974, pp66-68
- 13) 日本静脈経腸栄養学会全国栄養療法サーベイ委員会: 栄養療法の実施状況に関するアンケート調査結果報告- (5) . 静脈経腸栄養 20: 45-58, 2005
- 14) Bozzetti F, Inglese MG, Terno G, et al: Hypocupremia in patients receiving total parenteral nutrition. JPEN 7: 563-566, 1983
- 15) Ishida T, Himeno K, Torigoe Y, et al: Selenium deficiency in a patient with Crohn' s disease receiving long-term total parenteral nutrition. Intern Med. 42: 154-157, 2003
- 16) 澤田隆, 林貴史, 清水哲, 他: 長期中心静脈栄養経過中にセレン欠乏をきたした慢性特発性仮性腸閉塞症の1例. 鳥取医学雑誌.27: 102-105, 1999
- 17) Brown RO, Forloines-Lynn S, Cross RE, et al: Chromium deficiency after long-term total parenteral nutrition. Dig Dis Sci. 31: 661-664, 1986
- 18) Jeejeebhoy KN, Chu RC, Marliss EB, et al: Chromium deficiency, glucose intolerance, and neuropathy reversed by chromium supplementation, in a patient receiving long-term total parenteral nutrition. Am J Clin Nutr. 30: 531-538, 1977



[会員投稿論文]

## 家庭血圧について

延岡市 杉本病院

杉本 俊一

当院は延岡市に位置する80床の病院である。すべて療養病床であるため外来患者も高齢者が多く、そのほとんどが高血圧を伴っている。治療の指標として10年前から家庭血圧計を用いているが、長期間フォローするためには個々に応じた対応が不可欠であり、今回、紙面を借りて3症例を紹介したい。

### 当院での家庭血圧測定の指導方法

基本的にはJSH2004に従って、上腕式、オシロメトリック法、安静1～2分後に座位で測定してもらっているが、測定時刻・頻度については、「できれば1日に2回、一定の時刻が良いが決してこだわる必要はない。ただし少なくとも3日に1回、もしくは週に2回は測ってください。またフラフラなど症状があるときは必ず測ってください」と説明している。

### データの嵐ではあるけれど

80歳台の男性。初診時、既に血圧計を所持しており、毎日3回、一定の時刻に測定、しかも装着後は安静座位を30分間保ち、その前と後のデータを表(表1)にして持って来る。さらに後の値は20日毎に平均値まで算出してきており、たいへんありがたい患者

さんである。ただデータが4週間で3(収縮期血圧 [SBP], 拡張期血圧 [DBP], 脈拍数)  $\times 2 \times 3 \times 28$ 日 = 504個となり異常を見落とし易いので、同じ記入するのならば、当院(どこかで目にしたものを少し変更し作成)の用紙に書き込んでもらうようお願いしたところ「小さな字は見えないので無理。そんなことを言うのなら測るのを止める」とおしかりをいただいた。考えてみれば本人は血圧測定に多大な時間と労力を費やしているのであるから尤もである、と反省し、その後は当院側で用紙に書き込む(表2)こととした。現在はそれを本人に見せながら外来診察を行っている。ちなみに安静30分で血圧は平均11.7/4.6mmHg下がっている。

### 手首式は絶対ダメ？

50歳台男性。「2～3週間前から気分不良&家の血圧が180/140だった」との訴えで来院した。外来でも185/101mmHgと高かったが、家庭血圧計が手首式だったので、上腕式を貸し出して、Ca拮抗薬を処方しながら、緩徐な降圧と二次性高血圧の除外検査を施行していった。8回目の受診の際、上腕式に変更するよう勧めたが本人が拒否したため手首式のままフォローすべく器械をチェックし

たところ、水銀血圧計と比べ平均でSBPは5 mmHg低く、DBPは10mmHg高く表示されたため、その後は持参してきたデータを+5/-10補正してフォローしている。

現在、2種類の降圧剤を服用中で、補正後の家庭血圧の平均値は129/67mmHgである。

気付かなかった模範患者さんのこと

80歳台女性。我々が勧めたプリンター付の家庭血圧計で毎日2回、一定の時刻にきちんと安静後の血圧を測定してデータとグラフを持参してくれる。おかげで極端に異なる値も一目瞭然で管理も容易である。不定愁訴もなく、いつも笑顔を絶やさず、医者である私の

方が逆に癒されることも度々で、皆からも好かれている。ところがある日「よく咳が出るんです」と訴えたのである。処方している降圧剤は咳が出るような種類ではないので、さらに尋ねると「バスに乗ったり、外に出たときなど環境が変わったときに一時的に咳が出るがすぐにおさまる」とのことで、心因性の咳嗽であった。一応呼吸器の精査を施行し異常がないのを確認した後、診断を伝えた。立場上、口には出せないが、“この患者さんが少しでも性格が変わって、血圧測定を忘れたり、たまにはサボったりするようになれば咳もおさまるのかもしれない”と考えているし、実はそれを願っている。

表1

19年11月~12月

平成19年

Table with columns for dates (8時頃, 3時頃, 8時頃) and blood pressure readings (上下). Includes handwritten entries for 12月 and 12月.

表2

家庭血圧表 平成19年12月~ 月 名前 様. Grid showing blood pressure readings for 12月 from 12/11 to 12/21.

注1: 70, 180など下一桁が"0"の場合は"例"のようにそれよりも高いマスの方に記入して下さい。注2: 80An50mmHgの類は他の部分と異なり、閉鎖が低くなって85mmHgの線があります。

[会員投稿論文]

## うつを合併した慢性疼痛の治療経験

玉置 昇<sup>1)</sup>, 玉置 瑞枝<sup>2)</sup>綾町 たまきクリニック<sup>1)</sup> 院長, <sup>2)</sup> 副院長

### はじめに

内科外来患者さんには疼痛を訴える方が多く見受けられる。中には原因のよく分からない疼痛でその患者さんの背景に抑うつや不安、不眠を持った方が散見される。実際、慢性疼痛とうつの併存は多く、抗うつ薬を中心とする向精神薬が慢性疼痛の疼痛軽減に有効であることも知られている<sup>1)</sup>。漫然と効果の認められないNSAIDs (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) を投与し続けている場合も多く、注意深い診察と治療が必要と思われる。今回、うつを合併した患者さんに選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor:SSRI) やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor:SNRI)、抗てんかん薬などを投与し、一定の効果が得られた自験例21症例のうち、坐骨神経痛、腰部脊柱管狭窄症、原因不明の四肢の疼痛、線維筋痛症の4症例の詳細を報告し、文献的考察を試みた。

### 対象と方法

罹病期間が3ヶ月以上で、疼痛に対してNSAIDsの効果を認めなかった患者を対象とした。方法として、主にSRQ-D (self-rating

questionnaire for depression, 東邦大式<sup>2)</sup>) を用いて16点以上の患者をうつと判断した。治療効果の判定は、NRS (Numeric Rating Scale) を用い治療前の疼痛との治療後約3～6ヶ月時点での疼痛を評価した。

### 症例 1

診断：高血圧、心房細動

主訴：両下肢のしびれと疼痛、歩行困難

既往歴、家族歴：特記事項無し

現病歴：10年来、寝たきりの妻の介護を、昼夜を分かたずしている。2006年7月より腰痛、歩行困難が出現し、近医にて腰部椎管狭窄症と診断され投薬を受けたが、改善しなかった。2007年4月より両側臀部痛も出現し、同年5月より両下肢のしびれも出現し、歩行もさらに困難となった。同年6月よりいらいら、ゆううつ感も訴えた。

理学所見：血圧 120/60mmHg, 胸腹部理学所見に異常無し。

検査所見：末梢血、一般生化学検査に異常なし。ESR 5 mm/1hr, MMP-3 85.2ng/ml (36.9～121), CRP 0.18mg/dlと特記所見を認めなかった。SRQ-D (東邦大式) は20点と高値であった。

臨床経過：うつ状態の合併と考え、

sertraline (ジェイゾロフト<sup>®</sup>) を投与したが改善無く中止した。整形外科, 鍼灸院などを受診し, 局部ブロック注射, マッサージ, 鍼灸治療などを受けたが効果は無かった。NSAIDsも処方されたが効果はなかった。次第に疼痛は両側下肢に広がった。2008年9月2日よりmilnacipran (トレドミン<sup>®</sup>) を開始したところ症状の改善傾向あり, 同薬の漸増(30mg→100mg/day), carbamazepine (テグレトール<sup>®</sup>) 200mgの追加にて, 表情も明るくなり, 下肢~臀部の疼痛, 歩行も改善した。(10→2と80%の症状改善を認めた。)

### 症 例 2

診断: 多発性脳梗塞, 甲状腺機能低下症

主訴: めまい, 口腔内の疼痛, 腰痛, ゆううつ感, 食欲不振, 手指の疼痛

既往歴, 家族歴: H19年 子宮脱にて手術。家族歴に特記事項なし。

現病歴: 元来物事をくよくよ考える性格である。2008年3月頃より手指の疼痛, 四肢の筋力低下, ゆううつ感, などが出現し寝起きにも不自由となった。NSAIDsは効果を認めなかった。

理学所見: 体重34.5 kg, 身長138.5 cm, 胸腹部理学所見に異常無し。神経学的所見に異常無し。

検査所見: ESR 13mm/hr, 抗核抗体陰性, CRP 0.2mg/dl, 末梢血, 一般生化学検査に異常なし。甲状腺機能は正常。SRQ-Dは25点と高値であった。

臨床経過: リウマチ性多発筋痛症や膠原病を疑ったが, それを示唆する所見はなかった。同年6月7日よりmilnacipran (トレドミン<sup>®</sup>) を30mg/日より開始。同年10月17日より

口腔内疼痛, ゆううつ感が改善傾向。(10→6と40%の改善を認めた。) 同年8月12日よりmilnacipran (トレドミン<sup>®</sup>) 100mg/日に増量し, めまい, 食欲, 手指の疼痛, 筋力が改善し寝起きもスムーズに出来るようになった。(10→2と80%の改善を認めた。)

### 症 例 3

主 訴: 腰痛, 歩行障害, 下肢のしびれ, 疼痛

既往歴, 家族歴: 1998年より降圧剤を内服。2005年8月腰部脊柱管狭窄症にて手術。家族歴に特記事項なし。

現病歴: 腰部脊柱管狭窄症の術後一時経過は良かったが, 2008年5月より上記症状が出現し, 増悪傾向となった。NSAIDsは効果がなかった。日頃から夫の言動にストレスを感じ, 不眠, ゆううつ感を伴っていた。

理学所見: 血圧130/78mmHg, 身長150cm, 体重50kg, 胸腹部理学所見に異常無し。

神経学的には間欠性跛行, 軽度の円背, 下肢の知覚障害を認めた。膀胱直腸障害なし。

検査所見: 末梢血, 一般生化学, 蛋白分画に異常所見無し。SRQ-Dは20点と高値であった。

臨床経過: 本年6月よりmilnacipran (トレドミン<sup>®</sup>) を30mg/日, sulphiride (ドグマチール<sup>®</sup>) 100mg/日を開始したところ約1ヶ月で症状の著明な改善を認めた。(10→2と80%の改善を認めた。)

### 症 例 4

主訴: 全身の疼痛, 不眠, 頭痛, 不安感, ゆううつ感, 無気力

既往歴，家族歴：母がC型肝炎。19歳時より原因不明の微熱。2007年1月過敏性腸症候群の診断。

現病歴：鍼灸院に勤務していたが，2008年7月16日よりお灸の煙を吸ってから咳嗽が激しくなり呼吸器専門医を受診。それ以前から微熱が続いていた。ピークフロー値が低下し，気管支喘息の診断でパルミコート<sup>®</sup>を投与された。血液検査では白血球増多無く，炎症反応陰性，生化学検査も異常なしであったが，後に返ってきた百日咳抗体が流行株（山口株）20倍，ワクチン株（東浜株）40倍（ともに10未満）と高値であったため，百日咳の診断の元，clarithromycin（クラリス<sup>®</sup>）を併用され咳は治まった。2008年8月19日上記主訴にて当院受診。

理学所見：血圧 130/80mmHg，SpO<sub>2</sub> 99%，脈拍 67/min，身長 161.8cm，体重 67.6kg，BMI 25.8

体温 36.9℃，理学所見に特記事項無し。握力 27kg（右）32.5kg（左）。神経学的にも特記所見無し。全身の圧痛を認め，線維筋痛症の圧痛点18カ所中18カ所に圧痛を認めた。

検査所見：ESR 11mm/1hr，末梢血でHb 9.9g/dl，生化学でFe，フェリチンの低下があり鉄欠乏性貧血を認めたが，その他の生化学所見に異常なし。甲状腺機能正常。抗核抗体陰性，SRQ-D 30点と著明高値。PSは7と低下を認めた。重症度分類はステージⅡであった。

臨床経過：全身の疼痛，全身倦怠感，睡眠障害，ゆううつ感などが著明であり，PSは7と著明に低く，線維筋痛症と考えた。2008年8月下旬よりmilnacipran（トレドミン<sup>®</sup>）を50mg/day→100mg/dayに漸増投与し，

slpiride（ドグマチール<sup>®</sup>）を200mg/day，sodium valproate（デバケンR<sup>®</sup>）を400mg/day，brotizolam（レンドルミンD<sup>®</sup>）0.25mgを投与しながら経過を観察していたが，症状の改善は認められず，gabapentin（ガバペン<sup>®</sup>）を追加投与したところ幾分症状は改善傾向である。（10→7と30%の改善を認めた。）

自験症例21例の検討（表1，表2）

経験症例の内訳は，男性3例，女性18例で女性に多く認めた。平均年齢は男性65歳，女性68歳であった。SRQ-Dの平均は男性23.3，女性22.8であった。男性の改善率は66.7%，女性47.8%で女性への有効率が低かった。原因疾患の内訳は，頭痛が最多で8例，腰痛が5例，坐骨神経痛，糖尿病性神経障害，四肢疼痛が3例ずつ，帯状疱疹後神経痛が1例の順に多かった。

## 考 察

坐骨神経痛，腰部脊柱管狭窄症，口腔内疼痛と四肢の疼痛，線維筋痛症の4症例につきその治療経験を報告した。

うつと慢性疼痛の併存は古くから知られている。Fishbain<sup>3)</sup>によると疼痛性障害の0.3～97%，不安気分を伴う適応障害の10～62.5%，大うつ病の1.5～54.5%に慢性疼痛の合併を認めている。うつと慢性疼痛の危険因子として，Van Houdehoveら<sup>4)</sup>は，女性，高齢，単身生活，低学歴，低所得，訴訟問題の6項目を挙げている。性差については，Ohayonら<sup>5)</sup>も女性に多い傾向を認めている。うつ病に伴う疼痛の症状の種類について，Nakaoら<sup>6)</sup>が東京大学医学部心療内科外来における初診患者91人を対象に行った調査によ

表1

症例	疾患	年齢	性別	SRQ-D	治療薬	改善率
1	線維筋痛症	78	F	20	milnacipran	40%
2	悪性リンパ腫（寛解状態）、頭痛	48	M	25	sertraline	70%
3	坐骨神経痛、腰痛	83	F	26	milnacipran	50%
4	糖尿病性神経障害	70	F	20	milnacipran	40%
5	頭痛	72	M	25	milnacipran	50%
6	頭痛	55	F	24	sertraline	80%
7	口腔内疼痛、四肢疼痛	86	F	25	milnacipran	40%
8	帯状疱疹後神経痛	76	F	20	milnacipran+sodium valproate+gabapentin	60%
9	坐骨神経痛、腰痛	83	F	18	milnacipran	80%
10	心筋梗塞後、バイパス術後の疼痛	82	F	20	sertraline	80%
11	脊柱管狭窄症、腰痛、下肢痛	73	F	20	milnacipran	40%
12	SLE、手指関節痛	44	F	25	sertraline	60%
13	糖尿病性神経障害	84	F	25	sertraline	60%
14	骨粗鬆症、腰痛	82	F	20	sertraline	50%
15	脳梗塞後遺症、頭痛	72	F	22	milnacipran	50%
16	糖尿病性神経障害、頭痛	71	F	24	milnacipran	50%
17	坐骨神経痛、腰痛	75	M	20	milnacipran+carbamazepine	80%
18	頭痛	46	F	22	sertraline	90%
19	脊椎カリエス術後、腰痛	83	F	20	sertraline	40%
20	頭痛	48	F	30	milnacipran+sulpiride+sodium valproate+gabapentin	0%
21	線維筋痛症	31	F	30	milnacipran+sulpiride+sodium valproate+gabapentin	30%

表2

	男性	女性
例数(例)	3	18
平均年齢(歳)	65	68
平均SRQ-D(点)	23.3	22.8
改善率(%)	66.7	47.8

ると、腰痛、背部痛が36%と最も多く、頭痛と胸痛が共に27%、次いで四肢痛、腹痛、関節痛の順に10%代であり自験例とほぼ似通った傾向があった。うつ病と慢性疼痛の併存成立の原因と結果については、その両方が原因と結果に関連するという考え方が一般的である<sup>7)</sup>。米国においては、米国食品医薬品局(Food and Drug Administration : FDA)による適応症の認可はないものの、慢性疼痛に対して多くの抗うつ薬や抗てんかん薬が有効であると考えられている<sup>8)</sup>。元来人間が有する生理機能としての疼痛抑制機能は、下行性抑制系

と脊髄後角抑制系があると言われている。下行性抑制系には脳内で産生されるmorphin様鎮痛物質であるendolphinが関与するものと、serotonin (5-HT) やnoradrenarine (NA) などのmonoamine (MA) が関与するものが知られており、脳から脊髄へと下行性に痛覚刺激伝達を抑制する。その制御部位は脳幹部の5-HT作動性ニューロンを含む延髄吻側の腹内側部と考えられている<sup>9)</sup>。抗うつ薬が疼痛に有効であるのは、5-HTとNAが疼痛抑制に大きく関与しているからと考えられている。SNRIやSSRIの投与で、5-HTやNAが増

加すると下向性疼痛抑制系が賦活され、疼痛緩和に寄与することになる。忍容性の点で3環系や4環系抗うつ薬は問題があると考えられるため、まずSSRIやSNRIの投与を試みて、効果が乏しい場合に3環系、4環系抗うつ薬を考慮すべきと考えた。

抗てんかん薬も適応症の取得はされていないが、gabapentinをはじめ、lamotrigineやlevetiracetam, topiramateなども、慢性疼痛に対する有効性を示す報告がある<sup>8)</sup>。Pregabalinにおいては、線維筋痛症や糖尿病性ニューロパチーの疼痛への有効性が期待されている<sup>10,11)</sup>。抗てんかん薬の鎮痛効果の作用メカニズムとして、電位依存性のナトリウムチャンネルの不応期を延長し、障害を受けた神経の発作性異常放電や過剰興奮を抑制することや、GABA受容体に作用して神経伝達を抑制することが考えられている<sup>12)</sup>。米国においては、carbamazepineは三叉神経痛に（日本でも同様）、gabapentinはヘルペス後神経痛に対して、topiramateとvalproateは片頭痛の予防としての適応症を取得している。今後、我が国でも抗うつ薬や抗てんかん薬の慢性疼痛への適応拡大が望まれる。NSAIDsの効果の無かった患者に抗うつ薬や抗てんかん薬を投与して疼痛の改善が見られた場合には、急性の疼痛時にNSAIDsの頓用が効果を示す症例を経験した。疼痛閾値の上昇が関与しているのではないかと考えている。

### 結 語

慢性疼痛患者の多くは、まずプライマリケア等の一般診療科を受診することが多い。検査の結果、疼痛の原因がはっきりしない場合が多い。従って、難治性の疼痛患者さんには、

うつなどの合併も念頭に置き、効果の認められないNSAIDsを漫然と投与せず、SSRIやSNRIなどの投与を試みる必要があると思われる。

（本論文の要旨は第5回宮崎ペインカンファレンスで発表した。）

### 参 考 文 献

- 1) 辻 敬一郎, 田島 治: うつ病と疼痛に対する薬物療法. 臨床精神医学, 10: 219-225, 2007.
- 2) Ruckliff B.W.: A brief self-rating questionnaire for depression (SRQ-D). Psychosomatics, 10: 236-243, 1969.
- 3) Fishbain, D.A.: Approaches to treatment for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. Med. Clin. North Am., 83: 737-760, 1999.
- 4) Van Houdenhove, B. and Onghena, P.: Pain and depression. In: Depression and Physical Illness (ed. By Robertson, M. M. and Katona, C. L. E.), pp. 467-497. John Wiley & Sons, New York, 1997.
- 5) Ohayon, M. M. and Schatzberg, A. F.: Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. Arch. Gen. Psychiatry, 60: 39-47, 2003.
- 6) Nakao, M., Yamanaka, G., Kuboki, T.: Major depression and somatic symptoms in a mind/body medicine clinic. Psychopathology, 34: 230-235, 2001.

- 
- 7) 高橋敏治, 石野裕理, 古賀聖名子他: 慢性疼痛を来す精神疾患. 精神科治療学, 15: 269-274, 2000.
- 8) Stahl, S. M. (仙波純一訳): 精神科治療薬処方ガイド. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2006.
- 9) 北見公一: 慢性疼痛とSNRI. SNRIのすべて (上島国利, 小山 司, 樋口輝彦訳), pp. 168-177, 先端医学社, 東京, 2002.
- 10) Argoff, C. E. , Backonja, M. M., Belgrade, M. J. et al. : Consensus guideline: treatment planning and options. Diabetic peripheral neuropathic pain. Mayo Clin. Proc., 81: s12-25, 2006.
- 11) Lawson, K.: Emerging pharmacological therapies for fibromyalgia. Curr. Opin. Investig. Drugs, 7: 631-636, 2006.
- 12) 森本昌宏: 鎮痛補助薬. 治療, 85: 2183-2189, 2003.
-



[会員投稿論文]

## “特定健康診査・保健指導”： より有用な実施のための留意点

宮崎産業保健推進センター

小岩屋 靖

### 要 約

老人保健法による健康診査に替わって、昨2008年4月1日から“特定健康診査・保健指導”が始まった。“特定健康診査・保健指導”は高齢者の医療の確保する目的で推進されてきた医療制度改革関連法案の一部として導入されたものである。

2007年4月末の“特定健康診査・保健指導”のマニュアルの発表後、実施の全体像がようやく明らかになった。“特定健康診査・保健指導”は内科系8学会の有志から提唱された“メタボリックシンドロームの定義と診断基準”を理論的拠所としているため、同“定義と診断基準”が包含する必須条件“男性 85cm以上、女性 90cm以上のウエスト周囲径”の適否等の未解決の問題点をそのまま引き継いでいる。

さらに大きな問題は、“特定健康診査・保健指導”の対象を40～74歳で、前年度までの老人保健法による健康診査の対象者に限定し、社会保険等への加入者等を対象とする労働安全衛生法による健康診査には適用しないとされていたことであった。すなわち、労働安全衛生法による健康診査には“特定健康診査・保健指導”が適用されないため、同一年齢の受診者に対して、目的も検査項目も異な

る2つの健康診査が実施されるという異様な状態が発生しかけていた。しかし、2008年1月21日の保険局長、および、労働基準局長通達によって、労働安全衛生法による健康診査においても“特定健康診査・保健指導”が実施されることになり、この最大の問題は一応解消された。

この間、“メタボリックシンドロームの定義と診断基準”に対する異論の続出にとどまらず、その存在そのものに対して疑問も呈される中で、腹囲の測定法や、ALTおよびASTの受診勧奨判定値が変更される等、混乱が続いてきた。

将来の健康づくり施策に資することが可能な、より有用な“特定健康診査・保健指導”の実施のためには、その導入に至る経緯や、その理論的拠所である“メタボリックシンドロームの定義と診断基準”の考え方や問題点、限界等を十分に理解した上で、健診データを蓄積する必要がある。本稿では、“特定健康診査・保健指導”のより有用なものへの発展を願って、その問題点や限界等の整理を行った。

### はじめに

少子高齢化が進行する本邦の皆保険制度の

維持のためとされる後期高齢者医療制度や“特定健康診査・保健指導”の2008年4月1日の施行は3年前に決定した。しかし、この成立は、与野党議員数が逆転した2007年7月30日の参議院議員選挙後にも大きな話題にされることはなかった。後期高齢者医療制度については、期せずして2008年4月15日の保険料の初回の特別徴収、“いわゆる”年金からの天引き徴収に際して、国民の注目を浴びることになった。すなわち、同日を境に後期高齢者医療制度に関する報道の洪水が始まり、報道は現在もお続けている。

その後、与党内からも訂正や修正を求める声が続出し、その検討のための自民党衆議院議員を中心とする超党派の議員連盟が作られたことも周知の通りである。成立後、2年経過した後ようやく始まった議論ではあるが、是非、今後の徹底的深まりを期待したい。

少なからず異論が唱えられる中で<sup>13)</sup>、不十分な議論のまま導入されたことは“特定健康診査・保健指導<sup>46)</sup>”においても同様である。将来の健康づくり施策に資することが可能な、より有用な“特定健康診査・保健指導”の実施のためには、“特定健康診査・保健指導”の導入に至る経緯や、その理論的拠所とされる“メタボリックシンドローム<sup>7)</sup>”の考え方や問題点、限界等を十分に理解した上で、精度の高い健診データの蓄積が必要である。本稿では、“特定健康診査・保健指導”のより有用な運用への発展を願いつつ、“特定健康診査・保健指導”の問題点や限界等を中心に整理を行う。

**後期高齢者医療制度や“特定健康診査・保健指導”の理念の導入の背景と開始に至る経緯**

高齢化社会への移行に合わせ、医療費の抑制が必要であるとする行政の考え方は、1983年の当時の厚生省保険局長の論文「医療費亡国論」に見えると言う。昨今、注目されている「高齢者の医療の確保に関する法律」の直接の出発点は1998年の「医者保健福祉審議会・制度企画部会の意見書」であり、この意見書をベースにして、厚生労働省は2002年12月に改革試案を公表し、新制度の理念は、小泉純一郎首相時代の2003年3月28日に閣議決定された「医療制度抜本改革の基本方針」に盛り込まれた。「改革は痛みを伴う」を基調とした「聖域のない」小泉構造改革が強力な推進力となった。

しかし、厚労省案や閣議決定等を伝えるマスコミの報道は極めて小さかった。後期高齢者医療制度や“特定健康診査・保健指導”等を含む医療制度改革関連法の成立を伝える2006年6月15日の報道も受診時に医療機関の窓口で支払う医療費負担の増加が中心で、2008年施行された内容は言及されていない。

この理由は、医療制度改革関連法は、通常国会で計86時間審議されたが、医師不足問題等の検討に多くの時間が費やされ、後期高齢者医療制度や“特定健康診査・保健指導<sup>46)</sup>”等については、踏み込んだ論議は行われなままに導入が決定されたためとされている。このような不十分な審議は、2008年度の施行時の混乱の一因になったのであろう。

後期高齢者医療制度において、75歳以上の者を対象とした理由について、厚生労働省は「75歳を超えると、生活習慣病等による入院が増えるため」と説明している。しかし、つい先だってまで言われてきた、①少子高齢化社会が始まっている、②人間は死亡する、ま

た、加齢とともに痴呆が増加する、従い、③後期高齢者の医療費は2倍に増加すると予測される等の論議は全くなり潜めている。なお、高齢化や終末期医療は医療費の増加には影響しないとする見解もあるが、本稿では省略する。

2008年4月から設定された“いわゆる”後期高齢者終末期相談支援料、すなわち、後期高齢者に対して、余命を含めた予後を説明し、急変時における病院搬送の希望や延命治療の実施の有無等を具体的な治療方針を十分に話し合い、内容を記録として残した際に1回に限り支払われる診療報酬、200点の設置<sup>5)</sup>にも明確な医療費削減の意図が窺われる。設定された200点が高いか、低いかが別問題として、このような対応は我々が医師になった時からずっと行って来た。この支援料の設定によって、医療費の削減が期待できると考えられているとするならば、この発想は人間の尊厳を冒瀆するものであり、また、医療の現場を全く知らない者によるものとしか考えられない。後に、杵添要一厚生労働大臣は諮問機関、中央社会保険医療協議会（中医協）に対して後期高齢者終末期相談支援料の凍結を諮問し、当然ながら凍結が決定された。ただし、年齢に関係なく、がん等を含めた終末期医療をどのように考えるかの国民的議論への発展を期待したい（杵添大臣は、中医協に対して、75歳未満の者を含めた再実施についての検討を既に要請しているとのことである）。

2008年5月23日には、民主・共産・社民・国民新党の4党は、後期高齢者医療制度に対し、廃止法案を提出した。「何で今更」との感を強く抱かせたが、この制度の内容が十分には認識されていなかった点では与党と同様

に思える。

このように多くの問題を包含する後期高齢者医療制度や“特定健康診査・保健指導”等の導入に対するマスメディアの対応にも問題があったと思える。2008年に入ってからマスメディアもようやく、何が問題かを検討を始めたように思える。しかし、多くの報道は政府関係者の提唱の後追いの連続で、本質に言及した報道は極めて少なく思われる。

政府・与党はすでに後期高齢者医療制度の見直しを表明し、公費の投入による後期高齢者の負担の軽減策等を検討中と聞く。少子高齢化が進行する中で、高齢者医療の問題点を解消するその場しのぎではない、充実した社会保障制度の実現を期待したい。

#### “特定健康診査・保健指導”の導入と問題点 1. “メタボリックシンドローム”が“特定健康診査・保健指導”の理論的根拠にされた経緯

厚生労働省は今後、医療費を莫大に増大させると考えられる生活習慣病の増加に歯止めをかけるために、生活習慣病対策を医療制度改革の核にしようとする方針を固めつつあった。しかし、生活習慣病対策を中心とする健康増進法の施行後5年も経過しているにもかかわらず、その重要性が国民の間に広く受け入れられるに至っていなかった。生活習慣病対策を広く浸透させ、分かりやすく国民に伝える理論的根拠を求めていた厚生労働省が注目したのが、ほぼ時を同じくして日本内科学会誌 2005年4月号に発表された“メタボリックシンドローム<sup>7)</sup>”の概念であった。厚生労働省の幹部向けの勉強会において行われた“メタボリックシンドローム”の提唱者で

ある松澤佑次氏の講演の後の、2005年9月、地域保健健康増進栄養部会は同“シンドローム”の概念を中心にした“生活習慣病対策”を盛り込んだ中間報告をまとめ、翌月には政府の医療制度改革試案が発表された。このようにして、“メタボリックシンドローム”対策を中心にして生活習慣病患者や予備軍を減らすとの国の方針が短期間のうちに決定された（毎日新聞 メタボ再考 2007年12月6日掲載記事）。

このような経過で導入された“特定健康診査・保健指導<sup>46)</sup>”や“メタボリックシンドローム”に関する広報等における修飾は、保健指導の対象者を選定するための“特定健診”から“メタボリックシンドローム”に着目した“特定健診”に変わっている。この変更は“メタボリックシンドローム”の存在そのもの<sup>9,10)</sup>や“定義と診断基準<sup>7)</sup>”に対して異論が続出しているためと思われるが、後述する。

“メタボリックシンドロームの定義と診断基準<sup>7)</sup>”の提唱の最大の功績は流行語大賞の候補となり、健康増進法の施行後も浸透しなかった肥満や生活習慣病対策の重要性を広く国民に受け入れさせたことである。内閣府が行った「食育に関する意識調査」によると、“メタボリックシンドローム”の意味まで知っている人の割合は87.5%に達すると言う。しかし、最近、若者が交わしている言葉、“メタボ”や“ヘビメタ”からは、単に「腹が出ている」、「太っている」、「非常に太っている」等の軽いタッチの流行語に聞こえてしまう。内閣府の調査が発表された結果ほど正しく、かつ高頻度に“メタボリックシンドローム”の意味が認識されていることを示すのかは疑問である。

また、根拠を提示することなく、「メタボリックシンドロームは内臓に脂肪が蓄積し、蓄積した内臓脂肪の機能異常によって、高血圧や糖代謝異常、脂質代謝異常等が重複して現れる病態のことである。メタボリックシンドロームは、生活習慣病に向かう経過点であり、新たな動脈硬化の危険因子と考えられている」とまで拡大解釈して、しかもこの概念が既に確立しているかの如くに言及する専門家までいることは気になる。日本人の糖尿病例の半数は非肥満者、または痩せ型である事実を忘れてはならない。今後の“メタボリックシンドロームの定義と診断基準<sup>7)</sup>”やその臨床的意義の検討に際しては、空腹時血糖が110～125mg/dl、あるいはHbA1cが5.5～6.0%の者に対して糖負荷試験の実施を勧奨するかを検討する等、健診現場の混乱を回避する作業も必要と思われる。

## 2. “特定健康診査・保健指導”においては“保健指導”の対象者は厳格に制限されている

少子高齢化の進行の中で、戦後の日本の発展を支えた団塊の世代が現役を引退し始め、15年後には後期高齢者になる。このような現実を踏まえると、“特定健康診査・保健指導<sup>46)</sup>”の導入の目的も分かりやすい。広い意味では、今後の莫大な医療費の増加の因となると危惧される生活習慣病の増加に歯止めをかけるためである。しかし、“特定健康診査・保健指導<sup>46)</sup>”の導入が医療費の削減を目的としていることは、後期高齢者医療制度と同様に明らかである。すなわち、“特定健康診査<sup>46)</sup>”は、①生活習慣病への移行が保健指導によって回避可能と思われる“メタボリックシンドローム”の予備軍例を抽出して、②ランク付けし<sup>46)</sup>、③ランク付けに従った“保健指導”

の対象者に対して、④“保健指導”を行うことを目的としている<sup>4,6)</sup>。

この基本方針は、“特定健康診査・保健指導”のマニュアル<sup>4,5)</sup>や円滑な実施に向けた手引き<sup>6)</sup>の記述に明らかである。マニュアル<sup>4,5)</sup>には、「医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、保健指導等を実施することができる」と記述してはいる。しかし、誰がどこに対して、どのような手続きをすれば非対象者に対して保健指導を実施することができるのかは全く記載されていない。逆に、「65歳以上75歳未満の前期高齢者においては、①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられ、また、②日常生活動作能力や運動機能等を踏まえ、QOLの低下に配慮した生活習慣の改善が重要である等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする」と記述し、“保健指導”の対象者を厳格に限定している。

また、その他の注意事項、①市町村の一般衛生部門においては、医療保険者と連携し、血糖値が受診勧奨判定値を超えている等、健診結果等から、医療機関を受診する必要があるにもかかわらず、医療機関を受診していない者に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等を行うべきである、②特定保健指導の対象者のうち「積極的支援」が非常に多い場合は、健診結果、質問票等によって、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけ保健指導を実施すべきである<sup>4)</sup>、③保健指導を実施する際に、健診機関の医師が直ちに医療機関を受診する必要があると判断しているにもかかわらず、保健指導対象者が、医療

機関を受診していない場合は心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療が必要であることを指導することが重要である、また、④健診データ・レセプトデータ等に基づき、治療中断者を把握し、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療の継続が必要であることを指導することが重要である<sup>4,5)</sup>等の記述によって、“保健指導”の対象者を厳格に制限している。

さらに、同円滑な実施に向けた手引き等<sup>4,6)</sup>には、①階層化の実施は第一義的には医療保険者の義務とし、②医療保険者による優先順位付けについては、特定保健指導の対象者となった者全員に動機付け支援あるいは積極的支援を実施する必要はなく、65歳未満の比較的若く、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけて保健指導を実施する必要がある、とまで記述している。

### 3. 旧老人保健法による健康診査の対象者に対する“特定健康診査・保健指導”と労働安全衛生法による一般健康診断との関係

“特定健康診査・保健指導”は“メタボリックシンドローム<sup>7)</sup>”の予防のための“保健指導”の対象者の選定と“保健指導”の実施のために行われている。一方、労働安全衛生法による一般健康診断は事業主に課せられた義務で、労働者の①健康状況把握、②適正配置のチェック、③作業関連疾患の予防の目的で実施される（表1）<sup>4,5,7,11,12)</sup>。実施の背景である法律のみならず、目的が異なることから、労働安全衛生法による一般健康診断の対象者は“特定健康診査・保健指導”の対象から除外されるとされてきた<sup>11,13)</sup>。すなわち、労働

安全衛生法による健康診査には“特定健康診査・保健指導”が適用されないため、同一年齢の受診者に対して、検査項目が異なる2つの健康診査が実施されるという異様な状態が発生しかけていた。しかし、2008年1月21日の厚生労働省保険局長、および、労働基準局長通達 保発第0117001号、基発第0121001号<sup>12)</sup>によって、労働安全衛生法による一般健康診断の検査項目が“特定健康診査・保健指導”のそれに一致するように変更され、健診結果の「写し」を医療保険者に提供することによって、“特定健康診断”を受けたとみなすように変更されたため<sup>12)</sup>、この大問題の発生は一応回避された(表1)<sup>4,5,7,11,12)</sup>。このようにして、元来、異なる法律のもとに、異なる目的で実施されてきた2つの健康診断の検査項目を短期間に統一するためには、多くの困難があったと思われる。このため、今回の変更を広報する厚生労働省のリーフレットには少々飛躍した記述が見られる。また、健診結果の報告は実質上、電磁的記録様式で求められるため、新たな問題を生じることになっているが、これについても後述する。な

お、労働安全衛生法による一般健康診断においては、“保健指導”は事業主の努力義務とされている(表1)<sup>11,12)</sup>。

#### 4. 2007年4月末の“特定健康診査・保健指導”のマニュアルの発表後に行われた変更

上述の通り、“特定健康診査・保健指導”のマニュアル<sup>4,6)</sup>の発表後に行われた最大の変更は、労働安全衛生法による一般健康診断における検査項目が“特定健康診査・保健指導<sup>4,6)</sup>”のそれに一致するように変更されたことである(表2)<sup>4,5,7,12)</sup>。具体的には、①腹囲測定<sup>4)</sup>の追加、②血清総コレステロールに替わり低比重リポ蛋白コレステロール測定、および、③血糖検査を受けた者に対する尿糖測定の省略が新たに提示された変更である(表2)<sup>4,5,7,12)</sup>。なお、肥満の指標を以前のBMIから腹囲測定に変更した理由を厚生労働省のリーフレットは日本人において、「リスク指標として優れている」としているが、その根拠は示されていない。

第2の変更は、“特定健康診査・保健指導”の開始直前の、2008年3月12日に発表されたAST、およびALTの受診勧奨判定値の変更

表1. 受診者の加入保険別に見た健康診査の異同\*

対象	国民健康保険加入者 (国保本人, その家族)	社会保険等加入者 (社保等本人, その家族)	全健加入者
法的根拠	老人保健法 (40歳～)	安全衛生法 常時雇用労働者(15歳～)	高齢者医療確保法 (40～74歳)
健診の通称	基本健診 ～2008年3月	一般健康診断 1972年9月～	特定健診・特定保健指導 2008年4月～
実施の主体	市町村	事業主	医療保険者
健康診査の目的	個別疾患の 早期発見・治療	①労働者の健康状況把握 ②適正配置のチェック ③作業関連疾患の予防	保健指導により改善が 期待される者の抽出
保健指導の対象 (事後)	受診者全員 (要指導者)	受診者全員 (努力義務)	受診者全員の階層化による (動機づけ・積極的支援)
保健指導の実際	一時点の判断で、画一的 (一部では経年的)		経年的変化・将来予測を 踏まえた指導
保健指導のあり方 (保健指導の目的)	健康教育・受診勧奨等 プロセス重視した指導		ライフスタイルを考慮した指導 (結果を出す指導)
(特定)健診・保 健指導の評価	アウトプット(実施回数・参加 人員数等実施量)評価		アウトカム(結果)評価(糖尿病の 有病者・予備群の25%低減)

\* 文献 4, 5, 7, 24, 25) より作成

表2. 特定健診, 及び労働安全衛生法における  
定期健康診断の新旧検査項目の比較

・雇入時の健康診断は、●1及び●2の項目も必須項目である。また、略検検査の項目は行わない

対 象	特定健診		労働安全衛生法	
	40~74歳の 被保険者・被扶養者	全労働者 【平成20年3月 31日まで】	全労働者 【平成20年4月1 日以降】	全労働者 【平成20年4月1 日以降】
診察等				
問診(既往歴及び薬剤歴の調査)	○	○	○	○
(喫煙歴及び服薬歴)	○(問診に含まれる)			※1
身体計測 身長	○	●1	●1	
体重	○	○	○	
腹囲	○		●2※2	
視力		○	○	
聴力		○	○	
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	○	○	○	
血圧	○	○	○	
胸部エックス線検査		○	○	
喀痰検査		□1	□1	
貧血検査				
ヘマトクリット	□			
血色素量	□	●2	●2	
赤血球数	□	●2	●2	
肝機能検査				
GOT	○	●2	●2	
GPT	○	●2	●2	
γ-GTP	○	●2	●2	
血中脂質検査				
血清総コレステロール		●2		
血清トリグリセライド	○	●2	●2	
HDLコレステロール	○	●2	●2	
LDLコレステロール	○		●2	
血糖検査				
空腹時血糖	■	●2	●2	
ヘモグロビンA1c	■	(□2)	(□2)	
尿検査				
蛋白	○	○	○	
糖	○	●3	○	
尿血				
心電図検査	□	●2	●2	
聴感検査	□			

- : 必須項目
- 1 : 胸部エックス線検査により病変及び結核発病のおそれがないと診断された者について医師の判断に基づいて省略可
- 2 : 血糖検査については、ヘモグロビンA1cでも代替も可 (平成10年12月15日 基発第697号)
- 1 : 20歳以上の者については、医師の判断に基づいて省略可
- 2 : 40歳未満(35歳を除)の者においては、医師の判断に基づいて省略可
- 3 : 血糖検査を受けた者においては、医師の判断に基づいて省略可
- ※ 1 : 喫煙及び服薬歴は、問診等で聴取を徹底する旨通知 (平成20年1月17日 基発第0117001号, 保発第0117003号)
- ※ 2 : ●2に加えて、①妊娠中の女性その他の者で、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断された者、②BMIが20未満である者、③BMIが22未満で、自ら腹囲を測定し、その値を申告した者は医師の診断に基づいて省略可

である。各々 61 U/l以上から51 U/l以上に変更された<sup>14)</sup>。この根拠は示されていないが、スクリーニングや総合判定に影響する重大な変更であるので注意を要する。第3の変更は、腹囲の測定法の変更である<sup>15)</sup>。腹囲の測定に際して、誤差が生じやすい等の指摘<sup>1,3,16)</sup>を受けての変更と思われる。著者が知る限りは、この1年間に少なくとも2回の変更が行われた。今回の変更により、腹囲の測定に際する測定者間の測定時の誤差の発生は極めて少なくなったと思われる。ちなみに今回の変更後

の測定法は、①直前の飲食を回避し、ガラス繊維入りの合成樹脂製 (JIS規格のメジャー使用) を使用し、②立位で、臍周囲に2人で水平にメジャーを当て、③その当て方は、呼吸により、周囲径が変動する程度を基準とし、④普通の呼吸時で吐き出した終わりで、⑤5 mm単位で測定するとなっている。余裕があれば、2回の通常呼吸後の、呼気終末に測定すると、同一測定者における、また測定者間における誤差はより少なくなると著者は考えている<sup>1)</sup>。

なお、社会保険等への加入者、およびその家族の腹囲測定においては、①35歳を除く40歳未満の者、②妊娠中であってその腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断された者、③BMIが20未満の者、④BMIが22未満であって、自ら腹囲を測定し、その値を申告した者における腹囲の測定に対して、省略基準を設け、また、着衣の上から測定し、1.5cmを差し引く簡易測定が認められている<sup>12)</sup>。しかし、少なくとも健診機関においては、妊婦に対する腹囲測定は実施しないとしても、妊婦以外の全受検者に対する腹囲測定法のガイドライン<sup>15)</sup>に従った正確な測定を願いたい。この理由は、①腹囲の測定は根拠が明確でないままに、②計測値そのものは体格による補正を受けることもなく、③“保健指導<sup>4,6)</sup>”の対象者の選択に際する必須条件 (表3, 図1)<sup>4,5,7)</sup> になっていることにある。さら、④新しく導入されたパラメーターであり、臨床的意義の評価が十分ではない<sup>12)</sup> こと等がその理由である。対照的によく話題にされるのは、着衣のまま測定し、1kgを減じる体重の測定法である。しかし、①この簡易体重測定法は古くから使われてきた方法で、限界

表3. メタボリックシンドロームの診断基準\*

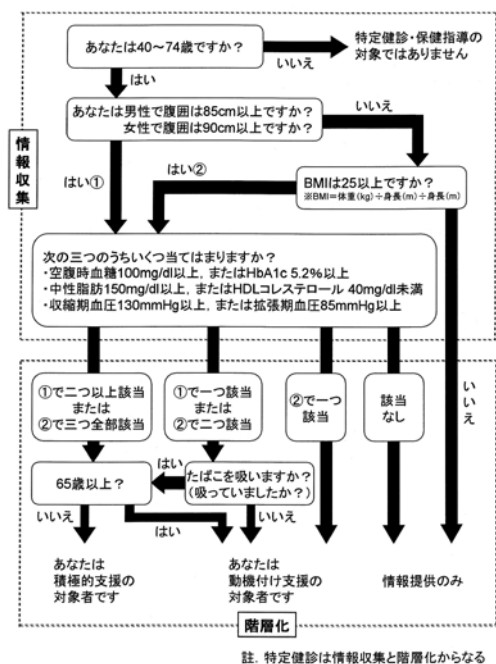
ウエスト周囲径(男性 $\geq 85$ cm, 女性 $\geq 90$ cm)の増大で示される内臓脂肪面積( $\geq 100$  cm<sup>2</sup>)に加えて、

- 1) 中性脂肪  $\geq 150$  mg/dl, または HDL chol  $< 40$  mg/dl\*\*
- 2) 血圧高値  
 収縮期圧  $\geq 130$  mmHg  
 拡張期圧  $\geq 85$  mmHg  
 の両方, またはいずれか
- 3) 空腹時血糖  $\geq 110$  mg/dl\*\*

の3危険因子のうち, 2つ以上を有するもの。

\* 文献7) より改変・引用  
 \*\* 糖尿病, 高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない

図1. 特定健診・保健指導の流れ



註. 特定健診は情報収集と階層化からなる

が周知されていることに加え、②体重の測定の目的はBMIの算出であり、簡易法を使ってもBMIに対する体重の影響が少ないことによる。ちなみに150cm, 50kgの受検者の場合、BMIは $(50 \div 1.50^2) = 22.2$ kg/m<sup>2</sup>である。もし、49kgと判定されたとしても、 $(49 \div 1.50^2) = 21.9$  kg/m<sup>2</sup>で、この時生じる誤差は0.3 kg/m<sup>2</sup> (≒1.3%) に止まる。

新たな変更ではないが、諸々の要因によっ

て、1心拍毎に変動する血圧の測定法を著者の私見<sup>2)</sup>と同じく1機会に2回連続して測定した随意血圧の平均をその際の血圧としたのは大英断である<sup>4)</sup>。しかし、このようにして得られた血圧値を、その後どのようにフォローし、最終的には重症度分類の中のどのようなカテゴリーと判定するのかの具体的方策は提示されていない。今後の専門家の提示を待ちたい。ちなみに日本高血圧学会のガイドラインに記述された血圧の測定法<sup>17)</sup>は、①15分間以上の安静後に座位で測定する、②1~2分の間隔をおいて複数回測定し、安定した値(測定値の差が5 mmHg未満)を示した2回の平均値を採用するとされているが、実際的ではない。

### 5. “特定健康診査・保健指導”の実施に際して確認が必要な事項

#### 1) 厚生労働省と受診者が求める健康診査の目的の齟齬がある

厚生労働省が求めていることは生活習慣病やその予備群を減らすことによって国民医療費の延伸を抑制することにある。一方、受診者の要望は“メタボリックシンドローム”を回避することによって、心血管疾患の発生を予防して、死亡リスクの低下を図ることである。この齟齬は“メタボリックシンドロームの定義と診断基準(表3)<sup>7)</sup>”のリスク因子が適切な国内のエビデンスや統計的分析から誘導されたものでないことに加えて、基準値は臨床学会の専門家の意見の持ち寄りによって設定されたことによると思われる。この事実は後述の本“診断基準(表3)<sup>7)</sup>”の妥当性の議論を呼ぶことに繋がる。

“特定健康診査・保健指導”のガイドライ



ン<sup>4,6)</sup>には、その特徴として、「糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少という観点から、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念に着目した標準的な健診・保健指導プログラムの構築が必要である。具体的には、科学的根拠に基づき健診項目の見直しを行うとともに、生活習慣病の発症や重症化の危険因子（リスクファクター）の保有状況により対象者を階層化し、適切な保健指導（情報提供、動機づけ支援、積極的支援）を実施するための標準的な判定の基準を導入することとしており、健診により把握された保健指導の対象者にし、個々人の生活習慣の改善に主眼をおいた保健指導が重点的に行われることとなる<sup>4,6)</sup>」と記述している。しかし、その明確な根拠は示されていない<sup>4,6)</sup>。

## 2) 日本と国際診断基準における“メタボリックシンドローム”の定義には差異がある

日本と海外の“メタボリックシンドローム”の判定基準を表4に示す<sup>7,18-20)</sup>。

National Cholesterol Education Program – Third Adult Treatment Panel 5 (NCEP-ATPⅢ, 米国国立コレステロール教育プログラム, 第3次成人用治療検討委員会)<sup>18)</sup>においては、腹囲を必須条件としていない。日本における基本的考え方は内臓脂肪症候群の概念をもとにしている。すなわち、内臓に蓄積する脂肪量を重視し、100 cm<sup>2</sup>となる時の腹囲が男女各々 85, 90cmであるとしている<sup>20)</sup>。また、腹囲の判定基準が男性より女性の方が大きいとする提示は、世界中で日本においてのみである(表3, 4)<sup>7,18-20)</sup>。

日本の“メタボリックシンドローム”の必須条件である、この腹囲85, 90cmが後の異論続出の引き金になる。すなわち、腹囲85, 90cmを誘導した方法論やデータ処理が適正でないとする報告が続出した<sup>1-3)</sup>。さらに、事前に腹囲の測定法に習熟した医師と看護師10名の測定結果の検討においては、同一対象における測定者間の平均誤

表4. メタボリックシンドロームの定義\*

指針名/出所	NCEP-ATPⅢ基準** (2001年)	IDF(国際糖尿病学会) (2005年)	日本内科系8学会 (2005年)
必須項目	なし	ウエスト周囲径 男性≥90cm 女性≥80cm に加えて 以下の≥2項目	ウエスト周囲径 男性≥85cm 女性≥90cm に加えて 以下の≥2項目
1. ウエスト周囲径	以下の≥3項目 男性≥102 cm 女性≥98 cm		
2. 高トリグリセライド血症	≥150 mg/dl	≥150 mg/dl	≥150 mg/dl
3. 低HDLコレステロール血症	男性<40 mg/dl 女性<50 mg/dl	男性<40 mg/dl 女性<50 mg/dl	かつ/または <40 mg/dl
4. 高血圧			
収縮期血圧	≥130 mmHg	≥130 mmHg	≥130 mmHg
拡張期血圧	かつ/または ≥85 mmHg	かつ/または ≥85 mmHg	かつ/または ≥85 mmHg
5. 空腹時高血糖	≥110 mg/dl	≥110 mg/dl	≥110 mg/dl

\* 文献7, 18, 19, 20)より作成

\*\* NCEP-ATPⅢ: National Cholesterol Education Program – Third Adult Treatment Panel5 (米国国立コレステロール教育プログラム第3次成人用治療検討委員会)

差4.1 cm, 最大誤差7.8 cmと報告され, 再現性の良い腹囲測定の高難さを示している<sup>16)</sup>。

内臓脂肪型肥満例においては, 糖尿病等を合併すると動脈硬化のリスクが上るとされている<sup>21)</sup>。一方, 肥満と死亡率の観察では, 肥満の方が死亡率は低い, 肥満と動脈硬化のリスクファクターの数の比較においては, BMIが25 kg/m<sup>2</sup>以上の肥満の方がリスクファクターは少ない<sup>22)</sup>等も報告されている。さらに, 平均56歳の2,176名を10年間観察したJichi Study においては, ①この間の, 死亡数は男女各々 79, 56例であったが, 同一グループ内の“メタボリックシンドローム”の診断基準への合致例の死亡は男女各々 7/89 (7.9%), 2/22例 (9.1%) で, ②以前の報告に見るほど高頻度<sup>23)</sup>ではない。このため, “メタボリックシンドローム”に過剰に反応する風潮は行き過ぎで, 誤ったメッセージは国民に混乱を引き起こしかねないと警告している。また, Sattar Nら<sup>10)</sup>は, “メタボリックシンドローム (NCEP-ATP III<sup>18)</sup> の定義による)”とその構成因子は高齢者の2型糖尿病とは相関するものの, 血管リスクとの関連はないか, あっても低いので, 心血管疾患と糖尿病のリスクを同時に予測する判定規準を策定する試みは有益でない, 従って, 従来どおり, 個々の疾患の至適なリスクアルゴリズムの確立に臨床的関心を向けるべきであるとしている。

その他, 脂質, 血圧, 空腹時血糖 (あるいはHbA1c) 等の提示されているパラメーターの基準値 (表5, 図2)<sup>4,5,7,24-26)</sup>は, 疾患発生率等への影響を踏まえた専門家の

意見から導かれた理想値からなる。日本内科学会は, これらの基準値について見直しを行うことを2008年3月に理事長名で表明した<sup>27)</sup>。今後, 予後調査を踏まえたエビデンスに基づく基準値の提示を待ちたい。なお, 日本人間ドック学会は, すでに2007年12月に“特定健康診査・保健指導<sup>46)</sup>”のガイドラインの“受診勧奨判定値 (以前の健診における要医療判定基準にほぼ同義に相当する値)”を緩めた学会独自の“要医療判定基準”を提唱している (表5)<sup>26)</sup>。

今後, “メタボリックシンドローム”や“特定健康診査・保健指導<sup>46)</sup>”に関する前向きな検討によって, 性, および年齢による腹囲の変化, 腹囲と内臓脂肪面積との関連, 個々人のスクリーニングや経過観察には腹囲とBMIといずれが有用か等も明確にされる必要がある。李らは保健指導における肥満指標としては, ウエスト周囲径や体脂肪率よりも体重の方が優れていると報告している<sup>28)</sup>。

### 3) “特定健康診査・保健指導”において“保健指導”の候補者の階層化や選定に用いられる項目と基準値は“メタボリックシンドロームの定義と診断基準”とは異なる

まず必要な認識は, “特定健康診査・保健指導”において求められる喫煙歴やBMI, HbA1cは“メタボリックシンドロームの定義と診断基準<sup>7)</sup>”には含まれていないことである。同様に重要なことは“特定健康診査・保健指導”において用いられる“保健指導判定値”や“受診勧奨判定値”は“保健指導”の対象者の階層化や選定のために

表5. メタボリックシンドロームと関連指標とその異常/要医療判定基準の変遷\*

指針名/出所	老人保健法による健康審査マニュアル(1987年9月)	保健事業実施要領の一部改正(2002年4月)	メタボリックシンドロームの定義(2005年4月)	標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) <sup>註1</sup> (2007年4月)	日本人間ドック学会ガイドライン <sup>註6</sup> (2007年12月)
<b>身体計測関連</b>					
肥満度	※註2	※註3	(-)	(-)	(-)
BMI			男性 $\geq 85$	$\geq 25$ <sup>註4</sup>	$\geq 25$ <sup>註4</sup>
腹囲(cm)			女性 $\geq 90$	男性 $\geq 85$ 女性 $\geq 90$	男性 $\geq 85$ 女性 $\geq 90$
<b>血圧</b>					
収縮期(mmHg)	$\geq 140(\geq 180)$ <sup>註5</sup>	$\geq 140(\geq 180)$ <sup>註5</sup>	$\geq 130$ <sup>註7</sup>	$\geq 130(\geq 140)$ <sup>註7</sup>	$\geq 130(\geq 160)$
拡張期(mmHg)	$\geq 90(\geq 100)$ <sup>註5</sup>	$\geq 90(\geq 100)$ <sup>註5</sup>	$\geq 85$ <sup>註7</sup>	$\geq 85(\geq 90)$ <sup>註7</sup>	$\geq 85(\geq 100)$
<b>脂質関連</b>					
総コレステロール(mg/dl)	$\geq 200(\geq 240)$ <sup>註5</sup>	$\geq 200(\geq 240)$ <sup>註5</sup>	※註9	(-)	$\geq 200(\geq 260)$
HDL(mg/dl)		$<40(<35)$	$<40$	$<40(<35)$	$<40(<30)$
LDL(mg/dl)				$\geq 120(\geq 140)$	$\geq 120(\geq 180)$
中性脂肪(mg/dl)		$\geq 150(\geq 300)$	$\geq 150$	$\geq 150(\geq 300)$	$\geq 150(\geq 400)$
<b>糖代謝関連</b>					
空腹時血糖(mg/dl)	$\geq 110(\geq 140)$	$\geq 110(\geq 126)$	$\geq 110$	$\geq 100(\geq 126)$ <sup>註10</sup>	$\geq 100(\geq 140)$
随時血糖(mg/dl)	$\geq 140(\geq 200)$	$\geq 140(\geq 200)$			
HbA1c(%)		$\geq 5.5(\geq 6.1)$ <sup>註11</sup>		$\geq 5.2(\geq 6.1)$ <sup>註10</sup>	$\geq 5.2(\geq 6.5)$

\* 文献4, 5, 7, 24-26)より作成  
 註1 「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」においては「健診判定値」と記述されている。( )内は「受診勧奨判定値」を示す。  
 註2 「肥満とやせの判定表-図(昭和61年[=1986年, 厚生省])」を「参考にするが、他の使い慣れた方法(ブローカ指数、カウプ指数、箕輪による方法、標準体重、あなたの体重表など)を用いても差し支えない」と記述されている。  
 註3 2002年の記述は、1994年版老人保健法による健康審査マニュアル(厚生省保健医療局老人保健部老人保健課監修、日本医事新報社、平成6年年[=1994年]3月31日発行、冬水印刷株式会社印刷)に従ったものと思われる。同マニュアルには、「肥満とやせの判定表-図(昭和61年, 厚生省)の区分を参考にするが、他の使い慣れた方法(ブローカ指数、BMI [Body Mass Index]、箕輪による方法、標準体重、あなたの体重表など)を用いても差し支えない」と記述されている。日本で初めてのBMIの使用を明確にした記述と思われる。  
 註4 BMIに関する記述は、メタボリックシンドロームの定義と診断基準(文献3)にはなく、2007年4月の標準的な健診・保健指導プログラム(文献1, 2)において、腹囲に加えて初めて追加された必須項目である。  
 註5 WHO(Tech Rep Ser No231, 1987)による。  
 註6 日本高血圧学会ガイドライン(JSH 2000)による。  
 註7 日本高血圧学会ガイドライン(JSH 2004)による。  
 註8 50歳以上の女性の異常判定基準は $\geq 220\text{mg/dl}$ としていることによる。NIH(1985)の治療用のガイドラインでは、「 $>40$ 歳の $>240\text{mg/dl}$ 、 $>260\text{mg/dl}$ の中～高度のコレステロール高値者を治療開始基準とする」との参考情報を付記している。しかし、「これらの値は必ずしも保健指導のための指針ではない(必ずしも薬物による治療開始を意味しない)ことに注意を要する」とも追記している。  
 註9 1997年版「高脂血症診療ガイドライン(日本動脈硬化学会)」による。  
 註10 原書には、「糖尿病や高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない」と記述されている。以前に糖尿病や高コレステロール血症と診断された症例の取り扱いに、混乱の差が生じかねない。  
 註11 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)を提示した厚労省のホームページ(文献2)には、『日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド」等の各判定基準による」と記述されている。しかし、著者の検索の範囲では、提示の根拠となる記述は見当たらない。  
 註12 HbA1cの測定は1996年度から開始された。

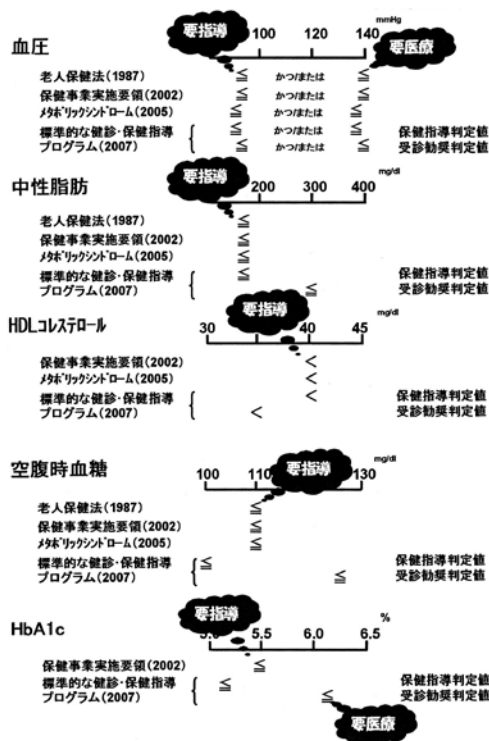
独自に提唱された“判定値”である<sup>4)</sup>ことを認識しておくことが必要である(表5, 図2)<sup>4,5)</sup>。さらに、“判定値”の持つ意味、特に、“保健指導判定値”の持つ意味や病態、生活習慣の改善の意義を分かりやすく説明しないと新たな誤解を生み、医療費の削減どころか、受診者の増加を、ひいては医療費の増加を招来しかねないことも承知しておかなくてはならない。

逆に、“メタボリックシンドロームの定義と診断基準<sup>7)</sup>”においては、糖尿病や脂質異常症と診断された者も“メタボリック

シンドローム”の中に含んでいる。しかし、“特定健康診査・保健指導”においては、“保健指導”の対象から除外される<sup>4,6)</sup>。このことは受診者との無用のトラブルの発生を招来しかねないので、“特定健康診査・保健指導”の実施に際して、必要な予備知識である。

また、“メタボリックシンドローム<sup>7)</sup>”のリスクがなく、他の検査項目に高度の異常を有する者が受ける“保健指導”は情報提供による支援に止まる。後述するが、このような場合、受診者に対して健常である

図2. メタボリックシンドローム関連指標と異常判定基準の異同\*



\* 文献 4, 5, 7, 24, 25) より作成

との誤解を招きかねないことも承知しておかねばならない。

4) “特定健康診査・保健指導”による健診結果の判定と、労働安全衛生法による一般健康診断の判定は異なる可能性がある

労働安全衛生法における健康診査においては、検査データの異常の判定基準が示されていない。このため、医師は労働者の勤務状況等を参考にしながら、総合的に判断してきたと思われる。結果として労働基準行政における見られる健康診査の結果の発表は“有所見率”として発表されてきたと思われる。

例えば、40歳の喫煙習慣のある男性で、腹囲が85cm、血糖が102mg/dlである場合、

労働安全衛生法による一般健康診断においては「異常なし」とされるが、“特定健康診査・保健指導<sup>4,6)</sup>”においては、異常は軽微であるにも拘わらず「積極的支援」と判定される。

一方、同じ40歳の男性であっても、喫煙習慣がなく、腹囲が84.5cm、LDLコレステロールが182mg/dlである場合は、“特定健康診査・保健指導<sup>4,6)</sup>”では「情報提供支援」に止まるが、労働安全衛生法による一般健康診断においては「要医療」と判定される可能性がある。このような事態の発生を回避する方法としては、“特定健康診査”の検査項目に限定した健診結果のコピーの医療保険者への提供を、“特定健康診査”の検査項目を含めた全検査項目の電磁的データ、またはそのカーボンコピーの医療保険者への提供に変更することも一つの方法と考えられる。このような齟齬の発生を回避するためにはどのようにすれば良いかも早急に検討する必要がある。

第2の問題として、受診勧奨を受けるような高度の異常が存在する場合の対応法についても検討しておく必要がある。すなわち、受診者が医療機関での精査、または加療を要する場合においても、「受診勧奨」に止まる「情報提供支援」を健診の終了後、長期間が経過した後に受けることになる可能性があることも承知しておかなくてはならない。このような事態の発生を回避するためには、受診者に高度の異常所見が認められた時には、直ちに衛生管理者等の健康管理担当者へ連絡をする等の契約を健診の実施機関との間に成立させておくことが一つの防止策と考えられる。

## 5) 宮崎県における“特定健康診査・保健指導” の実施状況

本県においても、国民健康保険加入者に対する“特定健康診査・保健指導”が一部開始されているが、その返上を検討している医師会もあると聞く。宮崎市における“特定健康診査”等の実施状況は以下の通りである。

宮崎市郡医師会は国保連合会と宮崎市の集合契約の成立を受けて、宮崎市在住の国民健康保険加入者に対する“特定健康診査”等の実施契約を宮崎市と結び、2008年6月1日からその実施を開始した。“特定健康診査”等の実施自体においては大きな問題は生じていない。しかし、国保連合会や宮崎市に対する電磁的記録様式による報告書の作成やその提出においては、少なからずの問題の存在が明らかになっているが、後述する。

一方、社会保険等への加入者に対する“特定健康診査・保健指導”は、社会保険庁と医師会との契約が成立していないために2008年7月31日の段階では、開始されていなかった。社会保険庁は年金関連事項等の多くの問題を抱え、2008年10月の独立法人化を目前にしていたことに加えて、社会保険等の本人のみならず、家族に対する“特定健康診査”等を実施のための受診票の整備等が遅れているためと思われる。

## 6) 厚生労働省が標準的報告様式として無償提供しているソフトは国民健康保険加入者、すなわち国民健康保険本人、および、その家族を対象としている

厚生労働省が開発した“いわゆる”フリーソフトは国民健康保険加入者を対象として作製されている。このため、手引書に

おける記述は国民健康保険加入者の“特定健診”等の取り扱いに関してであり、社会保険等本人やその家族等に対する報告に際しては、「参考にする」程度のガイドラインに過ぎないと思われる。もう一つ重要な問題は、このフリーソフトはXML形式で作成され、未だに完成度は高くないと思われることである。実際、宮崎市郡医師会で2008年6月に作成した“特定健診”の報告は国保連合会に障害なく送信されたが、翌7月作成のそれは送信不能であった。この受け渡し不能と言う送信障害は受け取り側のソフトの認識様式に問題があったとも思われる。しかし、原因の解析が十分にはできていないので、詳細な記述は省略する。

社会保険等本人、その家族等に対する元来の実施の目的とは異なる一般健康診断においては、当初、“特定健診”等で実施する検査項目の成績の「写し」を医療保険者に提供することによって“特定健診”を実施したと見なすとされた（この「写し」と言う言葉には「カーボンコピー」との明確な記述はないので、当初から電磁的記録様式の報告書の「写し」との意味で使われていたのであろう）。

一方、厚生労働省保険局長、および、労働基準局長通達<sup>12)</sup>においては、特定健康診査に含まれない検査項目の取り扱いについて、「医療保険者と事業者との協議調整により、電磁的記録様式による方法やその他適切な方法により、医療保険者に保存している健診結果の写しを提出するようお願い」とし、さらに特定健康診査には含まれていない検査項目の成績の提供も求めている。ちなみに、“特定健康診査・保健指導

46) ”においては除外された総コレステロールは、医療保険者へ報告を求められる生化学データの1項目として示されている<sup>29)</sup>。余談であるが、前記通達にはこれらの検査項目の提供に際して、「労働者に対して定期健康診断の結果の情報を医療保険者に提供する旨を明示し、同意を得ること（受診案内等への記載や健診会場での掲示等黙示によるものを含む）で特定健康診査に含まれないものも含めて情報提供が可能になる」と記述されている<sup>12)</sup>。

このような経緯や記述を踏まえると、社会保険等本人やその家族等に対する健康診断の結果の報告に際しては、厚生労働省が開発したフリーソフトでは対応不能であることが自明である。新たに別のソフトの使用を求められることになるのであろう。しかし、現在の所、社会保険等本人やその家族等に対する報告様式に関する厚生労働省からの広報は調べた範囲では見い出せない。

## 7) その他の問題

社会保険等本人やその家族等に対する健康診断の実施に際しては、受診券が必要である。受診券の受け渡しにおいては、事業所職員の多大な労力を必要とする。例えば、政府管掌保険加入者の家族等の健康診断に際しては、当該事業所に送られてくる受診券の申請書を、被扶養者がいる職員に説明をした上で配り、配布した申請書を回収し、財団に送付し、財団から送られて来た受診券を職員に配布すると言う複雑な手続きが必要である。

また、特定健診の受診券には、多くの場合、代行機関の電話番号しか記載されてな

いようである。健康診断の実務担当者の混乱を防止のためには、質疑に対応可能な医療保険者の電話番号の記述があると親切であろう。

その他、保健指導において、積極的支援をメールや手紙、電話で行った場合、その実施をどのような手段で証明するのかなども明らかにしておく必要がある。

## おわりに

正しいであろうとの認識のもとに、我々が長期に渡って受け入れてきた概念に対して警鐘を鳴らす報告が最近、続けて提示されている。その1つは、Lancetの2008年6月7日号に発表されたSattar Nら<sup>10)</sup>の報告で、“メタボリックシンドローム”とその構成因子は高齢者の2型糖尿病とは相関するものの、血管リスクとの関連はないか、あっても低いと報告している。さらに、New England Journal of Medicineの2008年6月12日号は、心臓発作や脳卒中を合併する高リスクの2型糖尿病例に対して、血糖値の管理を厳格に行う強化治療を行った3.5年の追跡の中で、死亡のリスクは上がり、心血管イベントの有意な低下も得られなかった<sup>30)</sup>とする衝撃的な報告を掲載している。なお、昨今の糖尿病治療方針と矛盾するこれらの臨床試験の結果の発表によって生じた混乱を回避する目的で、米国糖尿病協会（ADA）、米国心臓協会（AHA）等は緊急に協議を行なった（personal communication）。そして、「一部の糖尿病例（重度の低血糖症がある例、余命が限られている例、細小血管または大血管の合併症がある例、長期間糖尿病歴がある例で、インスリン等の複数の血糖降下薬によっても、一般目

標値の維持が困難な例等)では厳格な血糖コントロールのメリットが確認できないので、目標値を調整する方がよい場合もある。しかし、多くの例においては以前から推奨されてきたA1c 7%未満というコントロール目標値を維持する方がよい」との合意(コンセンサス)に至り、近々共同勧告として発表されるとのことである。

その他、本邦においても、軽度肥満の方が死亡率は低い、動脈硬化のリスクファクターの数は、BMIが25 kg/m<sup>2</sup>以上の肥満者のグループの方に少ない<sup>22)</sup>等も報告されている。さらに、平均56歳の2,176名を10年間観察したJichi Studyでは“メタボリックシンドローム”の診断基準に合致例の死亡は、以前の報告に見るほど高頻度ではない<sup>23)</sup>としている。今後とも、このような疫学的研究に積極的に取り組んで、国民の健康増進に資することが可能な情報を集積する必要がある。

また、長時間作用型Ca拮抗薬を大規模臨床試験<sup>31)</sup>では、収縮期血圧が160mmHg以上の高齢高血圧患者4,418例を、140mmHg未満を目標とする厳密な治療群と140～160mmHg未満を目標とする緩和な治療群に無作為化したところ、2年後の平均血圧は各群135.9/74.8mmHgと145.6/78.1mmHgで、収縮・拡張両期の血圧差は9.7/3.3mmHg有意であった。両群における総死亡率や有害事象、副作用の発現率等に有意差を認めず、高齢高血圧例に対する収縮圧140mmHg未満への降圧の安全性が確認されたと結論している。しかし、視点を変えると、降圧の有無は予後に影響しなかったとも受け取ることも可能である。

疫学的研究においては、多数例の解析に基

づく日本人の客観的な基準値の設定は必須である。しかし、残念ながら日本には疫学的研究に供することが可能なエビデンスに基づく基準値は確立していない。一方、2008年4月1日から、“特定健康診査・保健指導<sup>46)</sup>”においては、改めて腹囲の測定法を改定し<sup>15)</sup>、生化学データの測定系を指定する等厳格な方法論の統一が行われている。“特定健康診査・保健指導<sup>45)</sup>”が本格的に始まったばかりの現在が、日本人における基準値の確立と予後調査のためデータベースを作成する絶好の機会と思われる。この貴重な機会を利用した、事実に基づく日本人の基準値の確立を願っている。この時、長年、使用されてきた総コレステロール値の臨床的意義を確認する目的で、日本人における基準値も併せて明らかにされることを願いたい。もし、総コレステロール値の直接測定が困難ならば、Friedwaldの式から誘導願いたい。我々の2,500例の試験的な検討では、算出値の信頼度が低下する中性脂肪値が400mg/dl以上の例は1.7%と極めて少数に止まる。

追:2008年8月21日付朝日新聞は、セイノーホールディングス(グループ企業社員ら57,000人)等の健康保険組合が解散し、当該企業社員らは国が医療給付金の18%を補助している政府管掌健康保険に加入したと報じた。健康保険組合は2008年4月から導入された高齢者医療制度への拠出金の増加に耐えられなくなったためと思われる(前期高齢者の医療費の新たな負担を既に求められ、さらに、政府管掌健康保険への国庫負担金の拠出も検討されている)。

また、2008年8月20日付毎日新聞は、国際糖尿病連合(IDF)と米国コレステロール教育

プログラム (NCEP) は、現在、複数存在するメタボリックシンドロームの診断基準の統一作業を2008年2月から開始し、2008年内に暫定基準を公表する予定であると報じているが、2009年3月1日現在発表されていないようである。

## 文 献

- 1) 小岩屋 靖：“メタボリックシンドロームの定義と診断基準”にどのように対応するか。臨床と研究 2007;82:99-103
- 2) 小岩屋 靖：“特定健康診査・特定保健指導”が始まる：検査項目や“健診判定値”は提示のままではよいのか？ 宮崎県内科医会誌 2007;72:20-8
- 3) Tsubota N. Misuse of regression analysis and correlation in "New Criteria for 'Obesity Disease' in Japan" Circ J 2007; 71:2001 (Letter to the Editor)
- 4) 標準的な健診・保健指導プロ保健指導プログラム (確定版) 平成19年4月 厚生労働省健康局. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02.pdf>
- 5) 標準的な健診・保健指導プログラム (確定版) - 概要 - 平成19年4月 厚生労働省健康局. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/01.pdf>
- 6) 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き 2008/02/29 Ver1.5 [http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/info03d-1\\_0001.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/info03d-1_0001.pdf)
- 7) メタボリックシンドローム診断基準検討委員会. メタボリックシンドロームの定義と診断基準. 日内会誌 94:794-809, 2005
- 8) 後期高齢者終末期相談支援料. 改定診療報酬点数表参考資料 (平成20年4月1日), 日本医師会
- 9) Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M; American Diabetes Association; European Association for the Study of Diabetes. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. 2005;28:2289-304
- 10) Sattar N, McConnachie A, Shaper AG, Blauw GJ, Buckley BM, de Craen AJ, Ford I, Forouhi NG, Freeman DJ, Jukema JW, Lennon L, Macfarlane PW, Murphy MB, Packard CJ, Stott DJ, Westendorp RG, Whincup PH, Shepherd J, Wannamethee SG. Can metabolic syndrome usefully predict cardiovascular disease and diabetes? Outcome data from two prospective studies. Lancet 2008;371:1927-35
- 11) 和田 攻：産業保健と特定健康診査・特定保健指導－腹囲測定と高齢者医療法の活用による産業保健の活性化－ 産業医学レビュー 2007；20：63-97
- 12) 特定健康診査等の実施に関する協力依頼について (依頼) および別紙. 厚生労働省保険局長, および, 労働基準局長通達保発第0117001号, 基発第0121001号 (2008年1月17日)



- 13) 産業保健推進会議 (2007年9月13日) 質疑応答 於: 日本医師会館
- 14) 健診検査項目の健診判定値 別紙5  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02b\\_0016.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02b_0016.pdf)
- 15) 国民健康・栄養調査身体状況調査手技のトレーニング (腹囲測定編)  
<http://www.nih.go.jp/eiken/chosa/kenkoeiyo.html>
- 16) Yamada S, Tsukamoto Y, Irie J. Waist circumference in metabolic syndrome. *Lancet* 2007;369:2041-2
- 17) 日本高血圧学会: 血圧値の分類と危険因子の評価. 高血圧治療ガイドライン 2004. ライフサイエンス, 2004, pp.10-2
- 18) Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Final report. *Circulation* 106:3143-3421, 2002
- 19) International Diabetes Federation: The consensus worldwide definition of the metabolic syndrome (2005.08.24)  
[http://www.idf.org/webdata/docs/Metab\\_syndrome\\_def.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/Metab_syndrome_def.pdf)
- 20) The Examination Committee of Criteria for 'Obesity Disease' in Japan: Japan Society for the Study of Obesity: New Criteria for 'obesity disease' in Japan. *Circ J* 66:987-992, 2002
- 21) Nakamura T, Tsubono Y, Kameda-Takemura K, Funahashi T, Yamashita S, Hisamichi S, Kita T, Yamamura T, Matsuzawa Y, Group of the Research for the Association between Host Origin and Atherosclerotic Diseases under the Preventive Measure for Work-related Diseases of the Japanese Labor Ministry. Magnitude of sustained multiple risk factors for ischemic heart disease in Japanese employees: A case-control study. *Jpn Circ J* 2001;65:11-7
- 22) NIPPON DATA (The National Integrated Project for Prospective Observation of Non-communicable Disease And its Trends in the Aged)  
<http://hs-web.shiga-med.ac.jp/study/NIPPONDATA/index.html>
- 23) Niwa Y, Ishikawa S, Gotoh T, Kayaba K, Nakamura Y, Kajii E. Metabolic syndrome mortality in a population-based cohort study: Jichi Medical School (JMS) Cohort Study. *J Epidemiol* 2007;17:203-9
- 24) 老人保健法による健康審査マニュアル. 厚生省保健医療局老人保健部老人保健課監修. 日本公衆衛生協会(サンコー印刷), (昭和62年9月30日発行)
- 25) 保健事業実施要領の一部改正について. 平成14年4月1日老初第0401002号厚生労働省老人保健福祉局長通知.
- 26) 日本人間ドック学会: 特定健診で独自の判定値を策定 健診検査項目の健診判定値 別紙5 健診検査項目の健診判定値 別紙5 <http://medical-today.seesaa.net/article/71232782.html>, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/02/dl/s0228-5a-11.pdf>

- 27) メタボリックシンドローム診断基準についてのステートメント <http://www.naika.or.jp/info/info080403.html>
- 28) 李 麗梅, 池西瑠美, 岩本麻実子, 乃木章子, 山崎雅之, 王 莉, 米山敏美, 塩飽邦憲. メタボリックシンドロームおよびその予備群を対象にした健康教育介入における肥満改善指標の検討. 日農医誌 2008;56:852-62
- 29) 特定健診・特定保健指導データのフェイルイメージ(医療保険者への送付用) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/info03d-9.pdf>
- 30) The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358:2545-59. Epub 2008 Jun 6.
- 31) The Japanese Trial to Access Optimal Systolic Blood Pressure in Elderly Hypertensive Patients (JATOS) <http://www.jatos.jp/result/index.html>
-

[Postgraduate Education]

## 症候による漢方治療 XVI 下痢（その1）

宮崎市 木下内科医院

木下恒雄

### はじめに

下痢とは、元来糞便中の水分増加を意味している。普通1日の糞便量はほぼ150gで、水分の含有量はそのうちの60～70%であり、80～90%になると軟便ないし泥状便となるが、90%以上では水様便となる。

漢方では、下痢を痢疾と泄瀉とに分け、痢疾は実熱証の下痢であり、裏急後重が顕著で大便に粘液や血液を混じることがあり、少量ずつ排便し、苦痛を伴う。一方、泄瀉は虚寒証の下痢であり、水様性の下痢が主で、腹痛を伴うことが少なく、裏急後重の傾向も少なく、所謂腸胃虚弱者が腹部に寒冷刺激を受けたり、疲労したりした時に起こり易い。

健康保険の薬価に収載されている方剤で効能又は効果や参考の欄に下痢の記載がある方剤には半夏瀉心湯、五苓散、真武湯、人參湯、桂枝加芍薬湯、四君子湯、平胃散、桂枝人参湯、柴苓湯、胃苓湯、啓脾湯、桂枝加芍薬大黃湯、清暑益気湯などがあるが、このうちの運用される機会が多いと思われる方剤と煎剤として応用されるもので重要なものについて実証向き、虚実間証向き、虚証向きに分けて解説し、さらに漢方独特の概念で漢方治療上重要な意義をもつ合病や併病についても触れてみたいと思う。

### A. 実証向きの方剤

#### 1. 桂枝加芍薬大黃湯

本方の出典は傷寒論で桂枝・生姜・大棗・甘草・白芍・大黃の6種の生薬で構成される。

##### (1) 使用目標

原典の傷寒論には「本太陽病、医反つて之を下し、爾に因つて腹満して時に痛む者は、太陰に属するなり、桂枝加芍薬湯之を主る。大実痛の者は桂枝加大黄湯之を主る。」と記載されている<sup>1)</sup>。条文中の桂枝加大黄湯は桂枝加芍薬大黃湯のことである。すなわち、急性熱性疾患で太陽病として発病したものを医師が桂枝湯などを用いずに誤って承気湯類などの瀉下作用のある方剤で下したために太陰病に陥り、下痢とともに腹部膨満感が起こって時々腹痛もある場合は太陰の虚証となった状態で桂枝加芍薬湯の適応症である。しかし、腹部膨満感のほか便秘或は裏急後重を伴う下痢が起こって腹痛して腹部は充実して力があるような状態になっていれば太陰病ではあるが裏（消化管）の実証になっているので桂枝加芍薬湯に瀉下作用をもつ大黃を加味した本方の適応症である、の意と思われる。なお、奥田は急性熱性疾患における下痢症状に本方を応用する際の使用目標について下記のように述べている<sup>2)</sup>ので参考までに記載する。

(1) 発汗の後、五六日を経て尚ほ微悪寒し、脈少しく浮にして腹満あり、<sup>や</sup>稍や下痢して裏急後重の状ある証。

(2) 脈緩にして滑、時々発熱し、下腹部拘痛し、便通頻繁にして洪痢する証。

(3) 熱性下痢、或は赤痢等にして、下痢すること一日十数回、腹痛甚だしく、脈浮数にして力無き証。……」

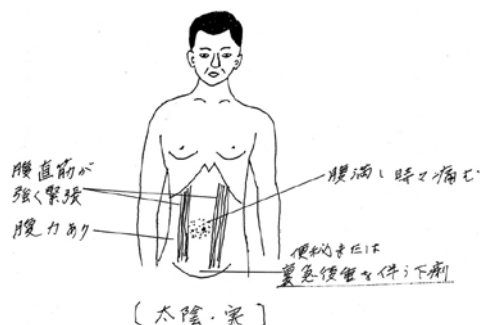
以上は感冒性胃腸炎などに本方を応用する際に参考になるのではないかと思う。

また、勿誤寒室方函口訣には「此ノ方ハ温下ノ祖劑ナリ。温下ノ義「金匱」ニ出デ、寒実ノ者ハ是非此ノ策ナケレバナラスナリ。此ノ方、腹満時痛ノミナラズ、痢病ノ熱邪薄ク裏急後重スル者ニ効アリ。……」と記載されている<sup>3)</sup>。すなわち、本方は消化管を暖めて排便を促す方剤の基本的なものである。温下という意味は金匱要略に記載されていて、消化管の機能が低下して病的內容物が充満している時にはこの方剤を運用しなければいけない。またこの方剤は腹部膨満感があって時々痛むというだけではなく、急性腸炎のように下痢の起こる疾患で、高熱は出ないが、裏急後重のある場合に有効である、の意である。

本方は慢性疾患や所謂雑病では裏急後重を伴う下痢に應用される機会が多い。腹部膨満感や腹痛があって、比較的腹力があり、腹直筋の緊張は両側ともに強く、脈は一定しないが概ね沈で比較的力がある。舌は湿潤して無苔のことが多い。本方は虚実、寒熱を考慮して運用すれば下痢にも便秘にも應用可能な方剤である。本方の適応症にみられることが多い症状・所見を図1. に示した。

(2) 処方解説：本方は桂枝加芍薬湯に大黃を加味した方剤である。桂枝加芍薬湯は桂

図1. 桂枝加芍薬大黃湯



枝湯中の白芍を増量した方剤で、桂枝湯が急性熱性疾患の表虚の状態に対し解肌（表虚証で強い発汗を禁忌とする場合にほどほどに発汗させて体力の消耗を避けながら病状改善を図る）を目的としているのに対し、桂枝加芍薬湯はとくに白芍を増量して鎮痙を重視した方剤である。白芍は筋肉の過緊張を緩め、一方では弛緩した筋肉に適度の緊張を与えるという調節的な作用をもっている。したがって、裏急後重を伴う下痢において重要な役割を果たす。これに大黃が加わることにより裏熱（消化管の炎症）や裏実（腸管内に病的內容物が停滞して腹力のある状態）を緩和し、便秘、腹満、裏急後重などを改善する。したがって桂枝加芍薬湯の適応症より実証となり、桂枝加芍薬湯が太陰病の虚証向きの方剤であるのに対し、本方は太陰病の実証向きの方剤と言える。

## 2. <sup>カクコントウ</sup>葛根湯

出典は傷寒論で葛根・麻黄・生姜・大棗・桂枝・白芍・甘草の7種の生薬で構成される。本方は急性熱性疾患の初期で表実証を呈する際に應用される機会が多いが、効能又は効果や参考の欄に下痢の記載はない。しかし、漢方独特の概念である合病<sup>ゴウビョウ</sup>について理解して応

用すれば的確な効果を示す病態がある。

#### (1) 使用目標

太陽と陽明の合病で下痢する場合。

合病について

奥田は「病の本位は一途にあって、其の応徴の、同時に二途或は三途に動く者を合病と謂ふ。即ち合病なるものは、其の二途或は三途の応徴が、同時に相合同するとの謂である。」と述べ<sup>4)</sup>、藤平は「……戦争の状態にあてはめて考えてみれば、戦いはすでに首都圏が主戦場となっているのに、なお残存部隊が、水際や内陸で多少の小競合を行なっている、といった状態に当たるであろう。首都圏での主戦場の敵をつぶしてしまえば、水際や内陸の残存部隊は自滅してしまうわけなのである。……中略……合病とはあくまでも一薬方が主役を演じている状態であるが、たまたま勢いあまって他病位にまで一部の症状が波及するか、または病勢の進行があまりにも速いために、通過した他病位になお一部の症状を残すことがある、といった病態であることがわかる。したがってその治法は一薬方のみで足りるのである。……」と述べている<sup>5)</sup>。すなわち、疾病の変化の状況を傷寒論の三陰三陽の概念で捉えた場合、その主病態は三陰三陽のいずれか一つにあるが、その衝撃が他病位に波及してその症候を現わしている状態が合病である。この際は主病位の病変に適応した方剤を用いれば、主病位の症候のみならず、自ずと他病位の症候も軽快するのである。

原典には「太陽と陽明の合病は、必ず自下利す、葛根湯之を主る。」と記載されている<sup>6)</sup>。条文中の「利」は「痢」と同義である。この章は太陽病と陽明病の合病の正面の証を述べたものである。(次の章では太陽病と陽

明病の合病の変証で嘔吐する場合を述べているが、本稿では省略する。)この際は太陽病の症候と陽明病の症候が同時に現われるのであるが、すべての症候が出揃うわけではなく、そのうちのいくつかは錯綜して現われてくる。しかし、本章で自下痢(瀉下させたために起こったものではなく、ここでは合病のために必然的に起こった下痢)だけをあげたのは、自下痢は普通、太陽病にも陽明病にもみられない症状で両者が合病となった結果として現われる唯一の症状であるため他を省略してこれのみをあげたのである。太陽病では発汗がない場合でも病変の主体は表(体表)にあるのでそれが裏(消化管)を衝撃して下痢を起こさせることはない。また陽明病では全身に多量の発汗が起こり、そのために糞便中の水分が不足して硬度が増し便秘傾向となるのであるが、太陽病と陽明病の合病になると、葛根湯の適応症では表実の状態であるから汗腺が塞がり多量にでる筈の陽明の汗が腸管内に止まり、糞便中の水分量が増加し下痢を起こすことになる。現代医学では合併症という概念はあっても合病の概念はないため俄かには理解し難い面があることは否めない。

症 例：48歳，男性，自営業。

主 訴：悪寒発熱，下痢。

家族歴：特記すべきものなし。

既往歴：25歳，虫垂切除。平成元年8月25日より高血圧症，痛風，高脂血症にて当院で診療中。

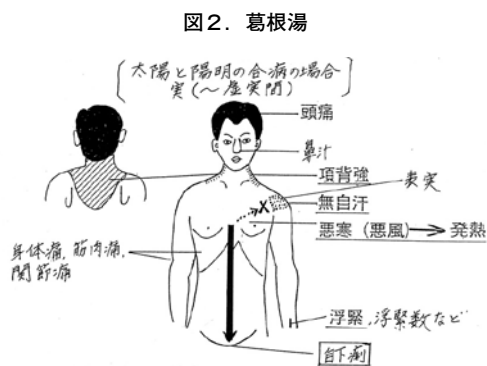
現病歴：平成3年7月14日夕刻より悪寒，発熱(38℃)に引き続き下痢(主に水様性で，翌朝までに4回)，咽頭痛，頭痛が出現し，日頃からの項背強が増強。翌15日午前当院受診。

所見：身長 162cm, 体重 61kg。咽頭発赤し、やや腫脹。舌 舌質 紅, 苔 薄白。脈 浮緊数。体温 37.0℃。自汗 (-)。血圧 160/96mmHg。

臨床診断：かぜ症候群(太陽と陽明の合病)。

経過と治療：ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)を1回2.5g宛1日3回朝食食間, 昼夕食間と就寝前に温服として3日分を処方した。この間, 日頃服用中の黄連解毒湯とプロベネシドは休薬することにした。本方内服開始後, 間もなく諸症状は軽減し, 翌日は軽度の項背強を残すのみとなった。

図2. に太陽病と陽明病の合病の際の葛根湯の適応症にみられる主な症状・所見を示した。



### 3. 黄芩湯

出典は傷寒論で黄芩・大棗・甘草・白芍の4種の生薬で構成される。著者は成人1日量として黄芩4g・大棗4g・甘草2~3g・白芍3gを煎剤で用いる。

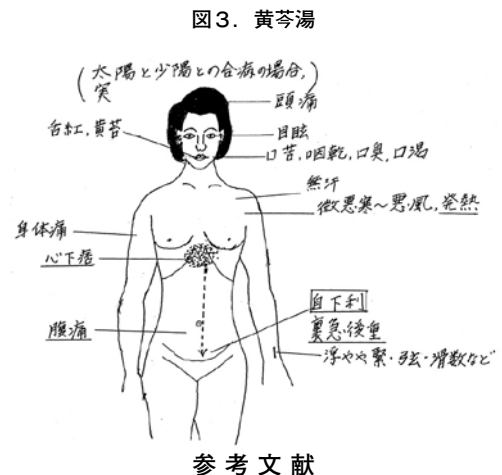
#### (1) 使用目標

太陽と少陽の合病で下痢する場合。

原典には「太陽と少陽の合病, 自下痢する者は, 黄芩湯を与う。」と記載されている<sup>7)</sup>。この場合, 主病変は少陽病位にあるが, その

主病変からの衝撃が太陽病位にも波及して, 少陽病としての口苦, 咽乾(咽喉部の乾燥感), 目眩(めまい)などと, 頭項強痛・悪寒や悪風などの太陽病の症状とが錯綜して現われてくるが, 両者の合病の結果として新しく惹起された症状は自下痢である。この際も主病位(少陽)に対する治療を行なう。少陽病治療の代表的方剤は小柴胡湯であるが, 本方は黄芩と柴胡が組むことにより往来寒熱等の少陽病の一般的な症状を緩解させるのが主目的で下痢に対する効果は普通期待できない。しかし, 黄芩湯では黄芩と白芍が組むことにより下痢を緩解させる効果が期待できる。したがって, 両者の合病における下痢には黄芩湯が最も適切な方剤と考えられる。黄芩湯の適応症にみられる症状・所見を図3. に示した。

以上のような考え方のもとに本方は感冒性胃腸炎などに応用される。



#### 参考文献

- 1) 日本漢方協会学術部：傷寒雑病論（「傷寒論」「金匱要略」），東洋学術出版社，P.93, 1990.
- 2) 奥田謙蔵：漢方古方要方解説，医道の日本社，P.20, 1977.

- 
- 3) 長谷川弥人: 勿誤藥室「方函」「口訣」釈義, 創元社, P.424, 1988.
- 4) 奥田謙蔵: 傷寒論梗概, 東京漢方医学会, P.55, 1954.
- 5) 藤平 健: 漢方臨床ノート・論考篇, 創元社, P.172 ~ 174, 1986.
- 6) 日本漢方協会学術部, 傷寒雜病論 (「傷寒論」「金匱要略」), 東洋学術出版社, P.40, 1990.
- 7) 日本漢方協会学術部, 傷寒雜病論 (「傷寒論」「金匱要略」), 東洋学術出版社, P.72, 1990.
-

[Postgraduate Education]

## 臨床膠原病講座（4） 関節リウマチの治療（2）－薬物療法の実際－

むらい内科クリニック

村井 幸一

## はじめに

前号で関節リウマチ（RA）治療の変遷と最近の治療戦略を解説した。その中で、2004年に厚生労働省研究班により提唱されたRA治療のガイドライン<sup>1)</sup>について述べたが、現在、多くのリウマチ専門医が、このガイドラインに沿った初期治療を行っている。しかし、第一選択の抗リウマチ薬、無効な場合にメトトレキサート（methotrexate：MTX）、さらに生物学的製剤と進む治療はほぼ確立されているが、診断が確定できない症例、MTXや生物学的製剤が使用できない症例の治療については各専門医の判断にまかされている。本稿では、さまざまなケースでの抗リウマチ薬、生物学的製剤を中心としたRAの薬物療法の実際について述べる。

## 1. 一般的な初発例の治療

表1に現在我国で保険適応となっている抗リウマチ薬の作用の強さとガイドラインにおける推奨度を示す。推奨度Aの薬剤が第一選択と考えられるが、MTXは他の抗リウマチ薬が無効の場合に投与することとなり、またレフルノミドは安全性を調査中であり、一般的にはサラゾスルファピリジン（salazosulfapyridine：SASP）あるいは

最強	強い	中等度	弱い
インフリキシマブ* エタネルセプト* アダリムマブ* トシリズマブ*	MTX(A) レフルノミド(A)	SASP(A) ブシラミン(A) タクロリムス* 注射金製剤(B) D-ペニシラミン(B)	オーラフィン(B) アクトリット(B) ミゾリピン(B) ロベンザリット

1) 推奨度は文献(1)による

2) \*はガイドライン作成時に保険適応なし

表1. 保険適応の抗リウマチ薬、生物学的製剤の効果と推奨度

ブシラミンが用いられる。この2剤は、効果はほぼ同等であるが、SASPがやや効果発現が早い。投与中止に至るような副作用としては、SASPでは発熱、皮疹、肝障害があげられ、投与開始1ヶ月以内に多い。一般的な用量は1000mg/日であるが、副作用防止のため少量（1日500mg）から開始する。一方、6ヶ月を過ぎると副作用の頻度が減少する。ブシラミンでは皮疹、腎障害、頻度は少ないが間質性肺炎もみられる。特に腎障害は蛋白尿の出現で始まる膜性腎症が多く、ブシラミン開始後数年して発現することがあるので注意を要する。蛋白尿の消失までに数年を要することもあり、蛋白尿を認めた場合、すみやかに中止することが重要である。用量は当初300mg/日とされたが、効果に差がないうえ副作用の頻度が高くなるため100～200mg/日で使用されることが多い。効果の発現が速いこと、一定時期を過ぎると副作用の頻度が



低下することより、最近はSASPが第一選択にされることがやや多い。SASPあるいはブシラミンをいかに早期に投与するかが初発例の治療で最も重要である。

第一選択の薬剤の効果は3ヶ月で判定する。無効な場合、あるいは効果不十分な場合は、MTXに切り替える。MTXは専門施設ではRA患者の約40%に投与されている。投与に際しては、禁忌や慎重投与の条件に十分注意する。効果の発現は比較的早く2～4週でみられる。MTXは他の抗リウマチ薬と違い間欠投与される。週4mgから開始し効果不十分な場合8mgまで増量する。4mgの場合、曜日を決めて12時間間隔(例えば日曜の朝夕)で投与する。6mgに増量する場合は翌朝に2mg追加し、8mgの場合は初日の朝4mg、夕2mg、翌朝2mgと投与されることが多い。副作用としては、倦怠感、口内炎、脱毛(軽度のことが多い)、肝酵素上昇、白血球減少などがある。これらの副作用は、葉酸の投与により軽減でき、継続投与が可能なことが多い。葉酸はMTXの量が週6mgを超える場合に投与される。一般的にMTXの最終投与後48時間して葉酸5mgを内服投与するが、効果不十分な場合は投与日数を増やす。MTX投与中の乾性咳嗽や息切れ、聴診でのfine crackleの聴取は間質性肺炎を疑わせる。MTXを速やかに中止し、場合によってはステロイド薬を投与する。

MTXを投与してもコントロールが十分でない例には、生物学的製剤を考慮する。現在、RAに適応となっている生物学的製剤には、抗TNF- $\alpha$ モノクローナル抗体製剤のインフリキシマブ(商品名レミケード)とアダリムマブ(商品名ヒュミラ)、TNF- $\alpha$ の可溶

性受容体分子製剤エタネルセプト(商品名エンブレル)、抗IL-6受容体抗体であるトシリズマブ(商品名アクテムラ)の4つがある。これら4製剤の特徴を表2に示す。インフリキシマブは最初に認可された生物学的製剤で日本人でのエビデンスが集積しつつある。投与回数が8週に1回ですむが、点滴の煩雑さや投与時反応、効果減弱などの問題点がある。エタネルセプトは手技が簡単な皮下注射であること、効果減弱が少ないこと、MTXを必ずしも併用する必要がないなどの利点があるが、週2回の注射が必要(自己注射が可能)である。アダリムマブはインフリキシマブと同じ抗体製剤であるが2週ごとの皮下注射ですむ。トシリズマブは4週に1回、点滴投与する。一般にTNF $\alpha$ 製剤のいずれかで開始されるが、MTXが使用できない場合はエタネルセプトが選択されることが多い。第一選択した抗TNF- $\alpha$ 抗体製剤あるいはTNF- $\alpha$ 受容体製剤の一方が無効あるいは効果減弱例では、もう一方に変更される。トシリズマブは、TNF- $\alpha$ 製剤が無効の場合に投与される。インフリキシマブ以外の製剤はMTXの併用が必須ではないが、併用療法が単独療法より関節破壊抑制効果が強いことが報告されており、一般的にはMTXを併用する。生物学的製剤を投与する際は、使用のガイドライ

項目	インフリキシマブ	エタネルセプト	アダリムマブ	トシリズマブ
MTX必要なし	×	△	△	△
効果発現の早さ	○	△	○	×
投与の簡便さ	×	△	○	×
二次無効の少なさ	△	○	?	?
寛解で中止可能か	△?	?	?	?
エビデンスの多さ	○	○	△	×

表2. 生物学的製剤の

ン（前号参照）に沿って、感染症と悪性腫瘍の有無をきちんとチェックする。感染症では特に結核が重要で、ツベルクリン反応と胸部単純レントゲン撮影は必ず行い、場合によっては胸部CT検査も実施する。結核発症のリスクがある例では抗結核薬（一般にはisoniazid）の予防投与を行う。

## 2. 初発で診断が困難な例の治療

朝のこわばりを有し、典型的な関節の腫脹や圧痛を伴い、炎症反応やリウマトイド因子陽性の診断がはっきりした症例の治療は前述した手順で行えばよい。一方、関節症状だけで、炎症反応やリウマトイド因子が陰性の、確定診断が困難な例の治療は、抗リウマチ薬を使った場合の副作用と、使わずに早期治療の時期を逸する不利益を考慮して判断する。一般の初発例同様に、SASPあるいはブシラミンを投与するが、効果不十分な場合は、十分なインフォームドコンセントを得たうえでMTXを投与することもある。RAが疑われる関節炎にMTXを投与し、RAの発症率が有意に抑制されたというデータがあり<sup>2)</sup>、診断確定前であっても、RAが強く疑われる例では抗リウマチ薬投与を考慮する。SASPは効果発現が比較的早く、副作用も中止すれば回復する場合が多く、診断確定前の例に使いやすい。

## 3. 薬剤抵抗性あるいはMTXが投与できないRAの治療

病歴が長く、さまざまな抗リウマチ薬が無効でMTXが投与されていない例では、禁忌でなければMTXを投与する。MTXでも十分なコントロールができれば初発例同様、

生物学的製剤を考える。生物学的製剤が使用できない場合にMTXにミゾリビンやタクロリムスの併用療法が有効との報告があるが明確なエビデンスはない。

SASPやブシラミンが無効で、MTXが投与できない例では、表1の薬剤のうち、効果が中等度以上のタクロリムス、あるいはレフルノミドが適応となる。活動性の高い例では生物学的製剤単独での治療が考慮される。前述したように生物学的製剤のうち、インフリキシマブはMTXの併用が必須であるが、他の3剤は単独投与も可能である。しかし、アダリムマブ、トシリズマブといった抗体製剤はMTXを併用したほうが、効果減弱が少ない。したがって、MTXが投与できない例ではエタネルセプトが選択されることが多い。

SASP、ブシラミン、MTX、生物学的製剤のいずれもが無効あるいは使用できない例では表1の推奨度Bの薬剤の投与も考慮されるが、効果が弱く、ステロイド薬を継続投与せざるを得ない場合もある。

投与した生物学的製剤が無効あるいは効果減弱した例では、作用機序の異なる他の生物学的製剤が選択されるが、インフリキシマブが無効あるいは効果減弱例に同じ抗体製剤のアダリムマブが有効との報告があり、今後の症例の蓄積が待たれる。

## 4. 関節外症状の治療

治療の対象となるRAの関節外症状としては、胸膜炎・心外膜炎などの漿膜炎、間質性肺炎や器質性肺炎などの間質性肺病変、血管炎などがあげられる。これらの病態はステロイド薬の絶対的適応となる。一般にプレドニゾン換算で30～60mg/日が投与される。

通常は2～4週間初期量を投与し、反応があれば2週間に10%ずつ減量する。

## 5. 非ステロイド性抗炎症薬とステロイド薬

抗リウマチ薬の効果が出現するまでには1～2ヶ月を要し、その間は非ステロイド性抗炎症薬（nonsteroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs）が必要な場合が多い。また抗リウマチ薬や生物学的製剤を投与しても完全に関節痛が消失せずNSAIDsが継続投与されることも多い。一般的には、効果と副作用のバランスに優れたプロピオン酸系、やや胃腸障害が多いものの鎮痛効果の強いフェニル酢酸系あるいはインドール酢酸系、効果はやや弱いものの胃腸障害が少ないCOX-2選択性の薬剤が投与されることが多い。また、作用時間の長さや剤形によっても使い分けられる。朝のこわばりや関節痛の強い患者には眠前に、仕事のため日中の関節痛を軽減させるには、長時間作用型の薬剤を朝に投与する。長時間作用型の薬剤はどうしても効果の立ち上がりが遅く、日中の急な関節痛には短時間で効果を発揮する薬剤が有用である。座薬は内服より胃腸の副作用が少なく、効果は強い。内服薬で疼痛のコントロールが不十分な例に用いられる。高齢者では通常量の半量程度から開始する。NSAIDsはRAの経過を変える薬剤ではないので関節痛が軽減してきたら極力減量する。

NSAIDsの副作用で最も重要なものは胃腸障害である。特に胃潰瘍はNSAIDs投与患者の15.5%に認められ、その41.3%が無症候性だったと報告されている<sup>3)</sup>。したがってNSAIDs投与の際には抗潰瘍薬の併用が必要である。予防効果があるとされる薬剤は、プ

ロスタグランディン製剤のミソプロストール、高用量のH2受容体拮抗薬、プロトンポンプインヒビターだけである。

ステロイド薬は強力な抗炎症作用を有し、NSAIDsや抗リウマチ薬でコントロールできない場合に使用される。プレドニゾロン換算で10mg以下（できれば5mg以内）をめどに、日常生活を維持できる必要最小限の量を投与する。NSAIDs同様、早朝に関節症状が強い場合は夕～眠前に、夕方に関節痛が強い場合は朝というように、日内変動にこだわらず、患者の生活リズムに応じて投与する。効果が得られたら1～2ヶ月ごとに1mg減量する。急速な減量はRAの急性増悪を来す可能性があるので注意する。少量であっても、長期間投与することにより、骨粗鬆症、動脈硬化の進行がみられる。また、感染症誘発の危険因子として重要である<sup>4)</sup>。特に、ステロイド誘発性骨粗鬆症については、ステロイド投与量の安全域はないとされ、予防には早期よりのビスホスホネート製剤の投与が必要である。

## 6. 抗リウマチ薬や生物学的製剤は中止可能か

MTXを中心とする抗リウマチ薬の早期投与や生物学的製剤の導入により寛解例が増えている。また、米国の疫学調査ではMTXと生物学的製剤の併用により死亡危険率を抑制することが示されている。このように近年、RAの予後は改善しているが、RA治療の最終目標である薬物から離脱し、治癒が可能かについての検討は極めて少ない。寛解状態のRAで、投与中の抗リウマチ薬を中止したところ、38%に再燃がみられたとの報告があり

5) 実際、抗リウマチ薬中止による再燃の頻度は高い。また、再燃例に、中止時の抗リウマチ薬を再投与しても半数が無効と報告されている<sup>5)</sup>。生物学的製剤についても、一度中止すると再投与時に無効な例が存在する。現在、個々の症例が、薬剤中止後に再燃するかどうかの予測は困難である。また抗リウマチ薬、生物学的製剤をいつまで継続するかについても明確なガイドラインはない。中止後の再燃率の高さや再投与時の効果減弱が、積極的に薬剤を中止できない理由となっている。

#### 終わりに

RAの薬物療法の実際について解説した。初発例の治療はガイドラインが作成され、今後、ガイドラインに沿った治療による寛解率や予後に関するエビデンスの集積が待たれる。一方で、難治例の治療は各専門医の判断に委ねられているのが現状である。生物学的製剤は現在、すべてのRA患者の5～10%に投与されていると推測されるが、極めて高価であるため、適応であっても経済的な理由で投与できない例、投与開始しても途中で中止せざるをえない例が問題となってきている。治療薬の選択肢が増え、確実に治療は進歩しているが、その恩恵を受けられないRA患者との格差が広がりつつあるのも事実である。この格差をどのように埋めていくかが重要かつ早急な課題である。

#### 【参考文献】

- 1) 厚生労働省研究班：関節リウマチの診療マニュアル（改訂版）-診断のマニュアルとEBMに基づく治療ガイドライン。日本リウマチ財団, 2004.
- 2) Henrike van Dongen, Jill van Aken, Leroy R. Lard, et al : Efficacy of methotrexate treatment in patients with probable rheumatoid arthritis: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*, 56:1424-32, 2007.
- 3) 塩川優一, 延永正, 斎藤輝信, ほか : 非ステロイド性抗炎症剤による上部消化管障害に関する疫学調査. *リウマチ*, 31:96-111, 1991.
- 4) Wolfe F, Caplan L, Michaud K. : Treatment for rheumatoid arthritis and the risk of hospitalization for pneumonia : associations with prednisone, disease-modifying antirheumatic drugs, and anti-tumor necrosis factor therapy. *Arthritis Rheum*, 54:628-34, 2006.
- 5) ten Wolde S, Breedveld FC, Hermans J, et al : Randomised placebo-controlled study of stopping second-line drugs in rheumatoid arthritis. *Lancet*, 347:347-52, 1996

[他科からの提言]

## 糖尿病網膜症について～最近の治療も含めて～

宮崎大学医学部眼科学教室

小澤 摩 記

### <はじめに>

糖尿病網膜症は、中途失明の原因疾患として、現在、緑内障に次いで第2位をしめる疾患です。しかし、失明に至る他の疾患と大きく異なることは、眼科領域単独の疾患ではなく、原因が糖尿病という全身疾患にあることです。そのため、失明を防ぐには、内科と眼科の診療連携がもっとも重要です。今回は、最近行われている治療も含めて述べ、少しでも糖尿病網膜症の現状について、ご理解いただく一助になれば幸いに思います。

### <糖尿病網膜症と血糖>

糖尿病網膜症は、慢性的な高血糖によりVEGFなどの生理活性因子の異常発現が生じ、網膜毛細血管壁が障害されて、網膜細小血管に血栓が形成されたり、血管壁の透過性が亢進して生じます。

その発症には、糖尿病の罹病期間が大きく関与しており、罹病期間が15年以上あると約80%でなんらかの網膜症状が出現するといわれています。これは、網膜が血糖の状態を記憶するためです。罹病後、最初10年程度の血糖コントロールが非常に重要で、現在、血糖コントロールが良好な患者でも以前にコントロール不良な期間が長期間あればいずれツケ

が回って、網膜症を発症します。

### <糖尿病網膜症の分類と所見>

糖尿病眼手帳では、福田分類を使用されますが、治療方針を決定する際は、簡便なDavis分類を使用し、単純型、前増殖型、増殖型に分類しています。

単純型は、糖尿病網膜症の初期で、網膜血管の透過性亢進が生じる時期です。網膜細動脈瘤、網膜出血、硬性白斑が見られます。

前増殖型になると、網膜血管内皮細胞の障害により微小血栓が形成され、血管閉塞による虚血が生じます。軟性白斑や静脈の数珠状拡張などの微小血管異常が見られます。この時期は、治療適応を決定する重要な時期で、フルオレセイン蛍光造影検査を行い、網膜の虚血の程度を調べます。この検査は、重度の腎機能障害がある場合には行えないこと、副作用としてショックが生じることがあり内科との協力を要します。

さらに進行すると増殖型となり、網膜の虚血が進み、新生血管や増殖膜を生じます。また、硝子体出血や牽引性網膜剥離を伴い、患者は、視力低下や飛蚊症を自覚します(図1)。

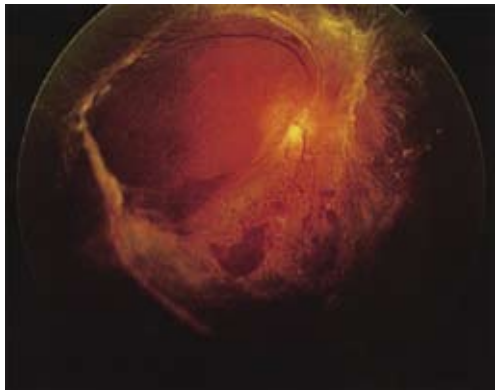


図1：増殖糖尿病網膜症の眼底

これらの病期に関わらず、視力低下を生じ問題となるのが黄斑浮腫です。血管透過性亢進により生じますが、硝子体による牽引や硝子体中に放出されたVEGFなどが増悪因子と考えられています。最近、網膜の断層像を詳細に撮影する網膜光断層干渉計（OCT）が導入され、軽微な黄斑浮腫も検出できるようになりました（図2）。

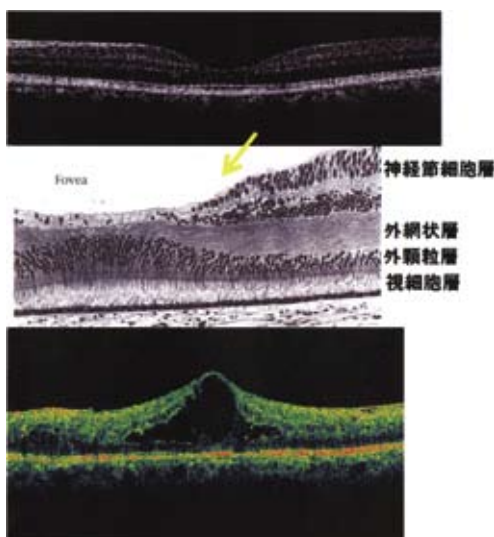


図2：OCTによる正常網膜像と黄斑浮腫

### <治療>

網膜に虚血が生じたら、虚血部に網膜光凝固（レーザー治療）を行います（図3）。これは、網膜症の進行を防ぎ、新生血管を退縮させるのに必要不可欠な治療です。多数の光凝固を一度に行うと黄斑浮腫が生じやすいため、複数回に分けて行います。しかし、疼痛を伴うため自己中断し、網膜症が進行してしまう患者がいます。また、副作用として、網膜を凝固するため光の感度が低下し、暗い所で見えにくくなったり、視野狭窄を生じることがあります。

光凝固をしても、増殖が進行し網膜剥離を起こした症例、新生血管からの硝子体出血が持続する症例、黄斑浮腫が著明な症例には硝子体手術が行われます。

手術の目的は、硝子体を除去することで、新生血管の足場やケミカルメディエーターを

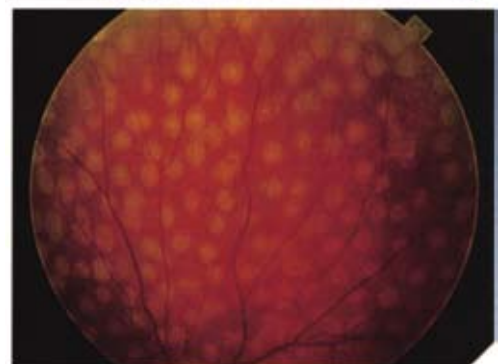


図3：網膜光凝固の様子と光凝固斑

減少させ眼内循環を改善したり、後部硝子体膜による黄斑部の牽引を解除することです。また、硝子体出血の除去により眼底の観察や光凝固による治療を可能にしたり、増殖膜を除去することで牽引を解除し、剥離した網膜を復位させます。最近、トリアムシノロン（ケナコルト）を使用して硝子体を可視化し、25ゲージ硝子体カッターにより、小切開手術を行っています。

また、この2～3年で始まった新たな治療法としては、抗VEGF抗体であるBevacizumab（Avastin）の硝子体内注入があります。Avastinは、加齢黄斑変性症の新生血管退縮目的に使用され始めましたが、新生血管の抑制、血管透過性亢進の抑制を目的に糖尿病網膜症に対しても使用されるようになりました。

しかし、Avastinは、転移性大腸癌に対する抗癌剤として認可されていますが、眼科薬としての認可は、日本はもちろんのこと、ヨーロッパ、米国でも取れていません。したがって当科でも院内の倫理委員会の承認のもと、患者への十分なインフォームドコンセントを行った上で使用しています。また、薬の費用は、当科研究費から捻出し、直接輸入した後、薬剤師による無菌室での製剤調整を行って使用しています。海外では、認可された抗VEGF抗体もありますが、加齢黄斑変性症を適応とするものであること、また薬価が非常に高価であることから、日本では、Avastinが使用されています。

効果として、Avastinを硝子体手術前に投与すると、新生血管が退縮し、術中出血が減少し、手術が容易になります。また、硝子体出血の再発が抑制されます。さらに、血管透

過性の亢進を抑制することで、硝子体手術を行わずとも黄斑浮腫が軽快します。

Avastinの投与は、眼球へ注射をするだけのため、硝子体手術と比べ非常に簡単です。しかし、Avastinの効果は、長くても3ヶ月で消失するため、新生血管や黄斑浮腫の抑制効果を持続するためには、再投与が必要となります。投与回数は、個人により異なりますが、数回にわたることもあります。これは、硝子体注射の合併症である網膜剥離や眼内炎のリスクが増加することになります。また、Avastinが、硝子体から血中へ移行することが報告されており、脳梗塞や心筋梗塞、女性では、月経不順・不正出血などの副作用が認められています。我々も、妊娠中の患者や心疾患・脳梗塞の既往がある患者には使用を控えています。しかし、実際にどのような副作用が起こりえるか未知の部分が多くoff labelでの使用であるため、その対応には注意が必要であると考えています。



図4：アバスタチンの投与方法

#### <さいごに>

糖尿病網膜症は、糖尿病が増加している限り今後も増加する可能性があります。健康志向の高まりや内科の先生方による啓蒙から眼底検診を受診する人が増えている一方で、正

職員でないために職場検診を受けない若年者（30代）に進行した網膜症を見つけたり，内科は受診しているのに眼科には数年間一度もかかっていないという増殖糖尿病網膜症患者にも遭遇します。

やはり，失明を予防するのに一番重要な

は，合併症を含めた糖尿病についての啓蒙と，内科と眼科，かかりつけ医と専門医との連携が重要であると思います。今後もぜひ，糖尿病眼手帳を利用いただき，血糖コントロールが良好な患者さんにも眼科の定期受診をすすめていただければと思います。



[随 筆]

## 「聞く」と「聴く」

宮崎大学医学部医学教育改革推進センター

林 克 裕

妻：あんたは、私の言う事をちっともきいてくれない！！

夫：ちゃんと、きいているヨ。

日常によくある夫婦の会話です。妻は、聴いてくれない！と言っているのに、夫は、聞いているヨと、答えているような気がします。「聴く」は、こちらが耳を傾けて、聴く事 (listen to)。「聞く」は、声や音が聞こえる (hear) の違いです。

平成19年度より、宮崎大学医学部医学科では医学生の医療面接技術の向上を目指して、模擬患者さん参加型の実習を行っています。McWhinneyは患者さん本位の医療を実践するための方法としてPatient-centered Clinical Methodを提唱しました。患者さんの問題を解決するために、医療面接は二つの大きな役割があります。疾病を明らかにして診断を下すための伝統的アプローチ (問診) と患者さんの病気への理解、不安、治療への期待など、患者さんにとって病気を持つ意味を明らかにする事です。後者の立場からは、患者さんの

声を聞くのではなく、聴く事 (傾聴する事) が大切となりなります。

一方、聴聞について、仏教学者の金子大榮先生は、1) 聴なくして聞はなし：最初は聴こうという心がなければ聞はない。だから聴くというのは必要である。2) されど、聴の延長に聞があるのではない：沢山聴けば、聞が有るというわけでもない。10年聴けば大丈夫、15年ならもっと良いという問題ではない。3) 聞は聴を否定する領域である：よう聴いたら、よう聴いたら良いと思って聴いてきたが、なんだ！仏様の声が聞こえていたのだと気づく。その時、聴く必要はなかった、聞こえていたのだと気づく、と話されています。

「聴くのではなく、患者さんの声が自然と聞こえてくるのが、名医の証しとすれば、どの位の修行が必要なのだろうか？」と、酒を酌み交わしながら、後輩と医療面接について話しをしていたら、突然、後輩が「女房の声が聞こえる。最終電車は何時だと思っているの！」後輩は、既に、名医 (迷医?) です。

[随筆]

## Never Forget 911.2001

都城市 城南病院

松浦俊介

2001.9.6サンフランシスコ平和条約約50周年を記念してU.S.Aと日本の日米協会の合同シンポジウムがU.S.Aサンフランシスコのシェラトンパレスホテル及びサンフランシスコオペラハウスにて9月8日まで日本の要人大使、キッシンジャー元補佐官及び日米協会会員、VIPを迎えて一層の日米親善友好、日米安全保障をベースとする世界平和、文化経済交流に関する議題が討論され盛大裡に閉会された。

シンポジウム終了後に次の私のプライベートplanを色々と考えた。以前より招聘されていた、ロサンゼルスU.C.L.A大学の約35年来の友人であるBio chemistの教授Dr.Bruce Howard (ビバリーヒル在住) 宅を訪問しようか、それともIdaho州のBoise市にある約20年来の友人Mrs.Helen Gregory宅を訪問しようかと考えた。

Dr.Howard familyと懇意になった動機は約35年前私がホンコン発台北経由羽田行きのFlightをAirportのWaiting Loungeで待っていると純白のドレスを着たブロンドの小柄な若い美人が黒人の母親という小さな子供2人にミルクを飲ましたりケーキを食べさせたりしcareしている。素晴らしい光景を見てキリスト教のシスターと思った。Departure

Timeが来て黒人達も同じFlightであったので荷物を持ってあげて機内に入る。ふと見ると私のシートの隣にシスターと思ったMrs. Rosanne Howardがいた。

これが運命の出会いであった。機内で彼女は、主人はU.C.L.A大学医学部Biochemistryが専門であるが現在徴兵されて台北に来てアジアの熱帯病に付いて研究していると云う。私がDrだと分ると是非一度機会があれば台北の自分の家に遊びに来る様に云われた。

翌年ライオンズクラブの国際会議が台北であり訪問することにした。Airportまで迎えに来ておられた。蒋介石元総統の家の前にあるゴージャスな家でDr.Howardと2才の娘さんと夕食の御馳走になり、台北市をあちらこちら案内していただいた。その時の2才のお嬢さん(長女)は今結婚して子供さんが二人いて産婦人科のDrとなりロスアンゼルスにいる。

Dr.HowardはU.C.L.A大学復職の為帰国される時に都城の私の家に来られ全然英語をしゃべれない母よりお茶、お花、舞踊等を熱心に習っておられたのが印象的であった。約十日間滞在された。現在DrはU.C.L.A大学の特別教授として活躍され、Mrs.Rosanneはロスアンゼルスビバリーヒル地区の不動産組

合のPresidentとなって働いておられる。DrはフォルクスワーゲンにMrsはテレホーン付きのベンツで走り回って働いておられる。

長男のMr.Kraikは計理士となり婦人科医と結婚されている。

次女のMrs.Danaは小児科医となり結婚してラスベガスで開業している。

結婚式はハワイマウイ島であり出席しました。

長男Kraikの結婚式のときもロスアンゼルスであり出席しました。

Mr.KraikとMrs.Danaは私が代表として都城で主催していたアメリカンサマーライフスクールにU.C.L.A大学より講師として来られ私の家に約一ヶ月間滞在しました。Mrs.Rosanneは約15年前に中国に出張の途中に私の家に短期間滞在されました。

アメリカンサマースクールは私が代表者となり宮崎県、鹿児島県の小中高校生を対象として英会話だけでなく異国の文化、風俗、宗教集に付いて学び、子供達の国際化グローバル化の認識に向って勉学の間をアメリカU.C.L.A大学生男女6名と共に約1ヶ月間夏休みを利用して共同生活する為開催しました。13年間続けましたが経済的な問題、サーズの発生、テロ多発、補助金の停止等により現在は中止しています。

開校当時は中・高校生英語弁論大会（今回21回目）の優勝者にはU.S.AコンチネンタルAirlineが私の活動に賛成されてグアム島行きの往復切符2枚が贈呈されておりました。

ロスかボイジーにするか考えDr.Howard familyも多忙と考えると結局Idaho州のBoise市にあるMrs.Helen Gregory宅を訪問すること

にした。

Mrs.Helen Gregoryとの交際がはじまった動機は、一人娘のMiss.JaneがJET Programで都城に来ていた時、彼女の友人がAppeになりOpeを医師会病院ですることになった時色々とCareした時から親しくなった。

Miss.Janeのお父さんはIDAHOで有名な水彩画の画家でありましたので御夫婦を都城に招待して画のExhibitionと即売を2ヶ所のデパートで開催して成功裡に終わり喜んで帰国されました。その後Heart attackで亡くなりました。Boiseではあちらこちらと見学につれて行ってもらったりWinery Companyにも行き無料のWineを沢山飲みました。本当にやさしいすばらしい人でした。現在Mrs.Helenはご主人の絵をコピーされて販売されております、夫婦共約2週間私の家に泊まりました。

2001年9月9日Boise空港に到着するとMrs.Helenが迎えに来てくれていました。

Miss.Janeはニューヨークの大学院に行って留守だから娘の部屋に泊まる様に云われJaneの部屋に入るとベッドサイドのデスクに赤リボンをつけたWineとメッセージがありました。Dr Matsuura. Welcome to my house. Would you enjoy your stay at my houseと書かれていて万満胸につまるものを感じました。今は結婚して国際弁護士となりロンドンに事務所を開いています。スイスに別宅をもっています。

Mrs.Janeの結婚式には招待されBoiseまで行きました。Boiseから車で約3時間位かかる高い山の湖のホテルですばらしいWeddingを経験しました。ゲストの中にDrがおられ自家用機（水陸両用）で来られて湖

の上に浮かべてあるのを見てうらやましいやら一寸私たちには考えられぬ光景でした。

2001年9月11日朝9時頃Mrs.HelenからDr! Wake up! Watch T.Vと大声でよばれて居間のT.Vを見ると信じられない光景が目に入って来た。

New Yorkのマンハッタンにある巨大なビルに民間飛行機が突入し、ものすごい火炎につつまれ巨大なビルが崩壊する状況を見て、ただただ唾然としてなにがなんだかさっぱり分からなかった。その後次第にT.Vニュース等で状況が分りかけて来た。

アメリカン航空11便（ボストン発ロスアンゼルス行き）

ユナイテッド航空175便（ボストン発ロスアンゼルス行き）

アメリカン航空77便（ワシントンダレス空港発ロスアンゼルス行き）

ユナイテッド航空93便（ニュージャ州ニューアーク発サンフランシスコ行き）の4便であった。

いずれもモハメド・アタを中心とするアラブ系テロリストグループによってハイジャックされたことが判明した。パキスタン、アフガニスタンに拠点をおくテロリスト・アルカイダにより綿密に計画され実行されたとされる。

2機がニューヨークマンハッタンに他2機はワシントンに向かった。機種は2機はU.S.Aのボーイング676型、他2機はボーイング757型でテロリスト達はU.S.A国内の民間航空学校で基本的操縦法を習っていたとされる。又、燃料積載量の多いいずれの機種も衝突後の延焼規模を多くするのを狙ったとさ

れる。同時多発テロにてハイジャックされた飛行機乗客乗員全員死亡する。日本人が一人乗っておられた。

アメリカン航空11便は午前8時14分頃ハイジャックされ午前8時46分頃ニューヨーク世界貿易センター超高層ビルのツインタワー北棟（110階建）に突入炎上した。

ユナイテッド航空175便ボストン発は午前8時43分頃ハイジャックされ世界貿易センターツインタワー南棟（110階建）に突入爆発した。その状況映像写真が数多記載されT.Vに流れた。

アメリカン航空77便は午前8時50分頃ハイジャックされ午前9時38分バージニア州アーリントンにある国防省本庁舎（ペンタゴン）に激突爆発した。映像はペンタゴン駐車場にある監視カメラに記録されている。

ユナイテッド航空93便（4人テロリスト）午前9時27分頃ハイジャックされ標的はU.S.A国際議事堂かホワイトハウスと推定された。

午前10時30分頃ペンシルバニア州のシヤンクスビルに墜落した。テロリストの操縦ミスとされている。乗客たちがハイジャッカー達に反撃した際に（“Let's Roll” さあやろうぜ）と合図したと云われる。

ツインタワーの死者約1700名、テロ事件全部で犠牲者2602人と云われる。現在世界貿易センターはグランドゼロと呼ばれている。

多発テロ攻撃後の3日間はすべての民間航空機は飛行禁止となる。3日後始めて飛行が許可された。家の窓より道路を見るとU.S.A国旗星条旗を車につけて走っているのを目撃して多民族アメリカの愛国心に心をうたれ感激した。私の日本に帰国するFlightが9月14

日のユナイテッドUA航空809便サンフランシスコ発12時50分でFixed PriceなのでFlightを変更する超過料金を支払わなくてはならない。

Mrs.Helenが度々 AirportにTelして連絡を取り発着の状況を調べたがFlight禁止が3日間続いているので中々困難な状況である。

9月14日Boiseから始めてのFlightが出るという。BoiseからサンフランシスコでなくSan hose行きだという。購入していたUnited AirlineのチケットでMrs.HelenのおかげでAlaska Air Lineのチケットを入手することが出来た。San hose airportからリムジンでサンフランシスコ空港に行くようにと指示されたが予定通り日本に帰れるかどうか不明である。心配なのでBoiseからサンフランシスコの40年来の友人Mr.Deyyan Safa（声優で有名であったロイ・ジェイムス氏の弟）にTelするとSan hose空港まで迎えに出ていると云う。

やっとアラスカ航空に間に合い搭乗出来たがSeatはそうとう機種が古いのかビニール張りでガタガタ音がする。席についてしばらくすると機内アナウンスで全員降りてロビーに行って次の指示を待つように云われた。

又、ハイジャックの恐れがある様だとの話を聞いたのでヒヤヒヤしながら待っていると

約2時間位してOKのサインが出たので不安と恐怖をいだきながらSan hoseに向かった。

Mr.Safaが迎えに来てくれていたのでホッとしたが時間がないのでフルスピードでサンフランシスコ空港に向かった。ぎりぎり日本で帰るFlightに間に合ったようだが空港アナウンスでBusiness Classのひとは搭乗しないで待つ様に云われた。テロ後日本に帰る始めてのFlightなので搭乗客が沢山いるので一般乗客が全員搭乗してから乗って下さいと云う。

Economy Seatのない人はBusiness Classに乗せる予定の様である。

色々の思いと不安と恐怖と多発テロ事件のことなど考えながら無事関西空港に到着した。やはり日本はいいなと実感しました。多発テロのニューヨークマンハッタン近くの現場近くにいた人、目撃した人、TVで観られた人達は万人Terro撲滅を熱望されたと思います。すばらしい人達との出会いを大事にしてBeautifulな人生を歩みたいと思っています。テロのない平和が全世界に到来することを祈願しながらペンをおきます。

P.S 記事、記載に誤りがありましたら御了承下さい。



Mrs. Rosanne Howard LA airport Restaurant



Dr. Bruce Howard  
Mrs. Rosanne Howard  
Miss. Dana Howard



With Children at Wedding



Mrs. Helen



Ms. Jane Gregory

[随 筆]

## 春光不度玉門関

北郷町 新木医院

新 木 正 剛

平成13年5月上旬。暦の上で春とはいえ、県北の山寺はまだ、冬の空気に包まれていた。石の階を30段ほど上って山門をくぐると、そこは、ひっそりと静まり返った光景がひろがっていた。境内には樹齢何百年を数えるかと思われる樹々が生い茂り幽かな陽光が射しこむのみ。

左前方に本堂、その右に裡。「ごめんください」、声をかけると奥から妙齢の婦人が姿を現した。「むかし、この村にお世話になった者ですが、和尚様のお母様がお亡くなりになられたと聞き、線香を一本、とってお伺いしました。」「少々お待ちを。」、ほどなく住職の案内で仏間に通された。御仏前に手を合わせたのち、しばし面談。一碗の茶に体が温まるのを覚えた。

「して、亡母のためにはるばる北郷町から来て下さった理由は？」と住職。「ご縁があって、生前、知り合うことができたおかたには、こうして、線香を立てさせていただいております。」と答えると、こちらをじっと見てうなずいておられた。

まだ、40をひとつかふたつ過ぎたのみであろうか、見事に剃髪した容貌は美しく、実に、上品であった。私のような、娑婆の人間、にまわり付いて離れない、喜怒哀楽、などすっ

かり忘れてしまっているかのような澄んだ瞳がまぶしかった。

お別れのときは玄関まで出て合掌して下さった。山門までは約20m、否や、30mか。裡を出ると再び境内。立ち並ぶ巨木が陽射しを遮っていた。深山人知らず。ここだけは別世界に思えた。「春光度らず玉門関」、とは、かくの如き風情のことか。竹林の微風肌寒しいへども快し。立ち止まって、しばし、風の音に耳を傾ける。

ふと、背中に気配を感じてふり向くと、住職。寒い玄関で、まだ、合掌したまま、じつとうしろ姿を見送ってくれていたと知る。胸が熱くなり、思わず、深く頭を下げる。

山門を出て30段の階をくだり終えると、そこはまた、もとの娑婆。

それにしても、何故、あれほどまでに静かで、奥ゆかしく、自然体、なのであろうか。永平寺の本山で10年以上の修行を積まれた、ときいてはいるが、あの気品のよさは、そのためばかりではあるまい。「まことのひとは、智もなく、徳もなく、功もなく、名もなし。賢愚得失のさかひを離れて、早く自由の天地に生きるべし。」、もしかすると、吉田兼好も、このようなひとだったのかも知れぬ。帰りの車の中であれこれと想像をめぐらしつつ、思

い出し笑いを浮かべるのであった。

わずか15分そこそこの対話であったが、いろいろの事を学び得た満足に気分はさすがに良かった。

どうしておられるか。時々思い出すが、あの日以来高僧にはお会いしていない。

平成20年12月10日（水）7：30PM

北郷町にて

---



[随 筆]

## 競馬を楽しもう

小林市 池井病院

小 原 健 一

私が競馬を始めたのはかれこれ25年前ぐらいだと思います。やると言っても10大クラシックレースを東京の姉に頼んで買ってもらおうというものでした。それも自分の誕生日やラッキーナンバーを選んで枠連（枠に入っている馬が順番を問わず1, 2着に入ればよい）で買っていました。そんな買い方ですから中々当たるものではなく、10回に1回当たれば良いほうでした。そのうち姉がもう買に行けないとの理由で同病院の先生に頼んで買ってもらっていたのですが、その先生にインターネットで買える事を教えてもらって現在はIPATを利用して競馬を楽しんでいます。始めてやろうという方はJRAホームページを開かれて基礎から学ぶのが一番だと思います。競馬は以前は単勝（1着馬を当てる）や馬単（1着, 2着馬を順番どおり当てる）が主流でしたが最近では3連単（1, 2, 3着馬を順番どおり当てる）が流行のようです。3連単は賭ける組み合わせ数は増えますが、当たれば大きく、たまには1000万円以上の高配当で新聞を賑わせています。これが受けるみたいです。私自身はレース展開、ジョッキーや出走頭数などにより馬単、馬連（順番を問

わず1, 2着馬を当てる）、3連単、3連複（順番を問わず1, 2, 3着馬を当てる）を使い分けています。しかし中々おもしろい結果は出せていません。賭け事で蔵はやはり建たないものです。それでもやり続けているのはたったの2分間位ですが、馬が走り出してゴールを駆け抜けるまでのわくわく感がたまらないからです。人生の縮図を見ている感じがします。たまに大穴が当たるとたまらないですよ。賭け事の醍醐味の中でも最高のものであります。これからも身を持ち崩さない程度にこのすばらしいゲームを続けていくつもりです。最後に私からの警句ですが、競馬予想会社には手を出さないほうが良いと思います。ほとんど当たらないし、やめた後しつこくダイレクトメールが来ます。やった本人が実感しています。競馬は競馬新聞やスポーツ新聞の予想を参考にしながら自分で考えることに妙味があるようです。興味のある先生方はレースと賭金を絞って始められたら良いと思います。この原稿が掲載されるのは2009年春のことですが、この俳句で終わりたいと思います。

「夢を乗せ穴馬走れ春競馬」。

## 入会の挨拶

宮崎市 四季クリニック

石坂裕司郎

この度、県内科医会に入会させていただきました石坂裕司郎と申します。1961年えびの市生まれです。1986年旧宮崎医科大学卒業後、第一内科に入局いたしました。大学病院、県立宮崎病院、宮崎社会保険病院、野崎東病院等で勤務医の後、2001年1月に宮崎市の倉岡地区に家内と二人でクリニックを開業いたしました。県内科医会には開業時に入会の案内が来ていたと思いますが、そのまま失念しておりました。先日の1内科同門会の席で近藤裕行先生からお誘いがあり入会いたしました。これからも内科医として地域医療に関わっていければと考えています。よろしくお願ひします。

# 理事からひとこと

## 専門医制度に思うこと

宮崎市 原口胃腸科・内科クリニック  
原口 靖昭

わが国では医学の進歩とともに多くの専門医学会が設立され、その中で各学会が独自の認定医・専門医を作ってきた。専門医制度の始まりは昭和37年日本麻酔指導医だそうだから、ずい分と古くからあったことになる。当初はその分野での自己修練の証としてこの制度は活用され、積極的に公開されるものではなかった。その道の人間にしか知られることはなかった。それが近年大きく変わり、国民が安心して医療が受けられるように、また情報開示の時代を迎えた事に伴って国民の評価に耐えられるような制度として統合していく事が社会的要請だとばかりに制度自体が一人歩きをはじめた。変遷を重ねながら現在の専門医制評価・認定機構が組織され、基準を統一し、個々の専門医制度の質を均一化しようとしている。実現すれば、医療を受ける側には参考になる資料となるはずである。しかし複雑な医療の内容をどう審査すれば専門医制度を均質化できるのだろうか。視点が医療を受ける側のみ置かれているかぎりは、医療を行なう側には魅力のない制度になりさがり、そのうち形骸化してしまうのではと危惧される。今や機構は独立して専門医制度を確立しようとしているが、我々の疑問や不満を無視して、整合性のない、机上の論議で結論を出そうとしているようにみえる。平

成14年から医療法の改定により専門医広告が可能となり、益々医療はサービスとしての視点が一層重視されるようになってきた。広告が可能な専門医制度は大まかには研修5年以上を専門医とし、更新制、生涯教育制度の整備が必要とされる。内科では日本内科学会は認定内科医および総合内科専門医を、日本臨床内科医会は認定医、専門医を取得できる。しかし後者は認定機構の専門医としての審査をパスしていない。小生は内科学会の総合内科専門医は取得が大変難しく取得できていない。一方、日本臨床内科医会の専門医は取得がやさしいが、それゆえになかなか広告できないのであろうか。しかも近年は両者ともその維持には総会などへの参加が必要となり、町医者には大変負担になっている。大学の医局では消化器病を専門にしてきたので、専門医として消化器病専門医（日本消化器病学会）、消化器内視鏡専門医（日本消化器内視鏡学会）、肝臓病専門医（日本肝臓病学会）、日本消化器がん検診学会認定医、大腸肛門病専門医（日本大腸肛門病学会）などもあるが、日本内科学会認定医取得が条件になっている二階建制の専門医は消化器病、消化器内視鏡、肝臓病で、これらは広告が許されている。しかし町医者には内科学会の認定医更新と専門医学会の更新にエネルギーが必要で、学会・講演会は時間と費用がかさみ、セルフテストは難しいときているので、四苦八苦している。産業医制度のようにはいかないものだろうか。自由標榜制のもとで、町医者に専門医を

獲得・更新する価値は本当にあるのだろうか。今後の方向性がはっきりしない現在、とりあえず現状維持をしているが、これもなかなか大変な時代になってしまったと感じる。これ

もひとえに医療の質があがったと言えれば忍耐できるが、その評価にも時間がかかりそうで、嫌になる。批判ばかりでは何も生まれない事もわかるけれど愚痴が多い昨今である。

## 理事からひとこと

### 我が国(県)の内科医は足りているのか？

宮崎市 古賀総合病院

松岡 均

厚労省のホームページで診療科名別にみた医療施設に従事する医師数を見てみると、平成14年(2002年)の統計では全医師数は24万9574人で主として従事する診療科目別(表1)では、内科は7万4704人 29.9%。複数回答の統計(表2)では9万9196人 39.7%となっています。おそらく表1の内科に心療内科からリウマチ科までの専門分野をふくめた内科医師数が表2でしようから、表2の医師数の方が内科医を見るのには適当なのでしょう。平成12年の統計では9万8457人、40.5%でしたので、ほぼ横ばいの状態と言えるでしょう。病院勤務が4万6529人、診療所が5万2667人。宮崎県の内科標榜医は1007人、宮崎市は313人となっています。平成12年より医師数が減少しているのは小児科-2.6%、神経科-3.3%、外科-1.4%、産婦人科-1.2%、産科-6.5%、婦人科-1.2%、性病科-2.7%でした。内科は+0.8%です。

なぜこのような統計に興味を持ったかという、先日、某病院の内科部長先生と「小児科、産婦人科医が不足しているとマスコミが報道しているが実は内科も足りないじゃないか」という話をしたからです。現実に西都医師会病院(こちらは内科再開できましたが)、宮崎市郡医師会病院の内科が閉鎖されたのは記憶に新しいところです。宮崎県は県議会一

般質問で、県内の市町村立の病院・診療所で医師不足が、13病院・診療所で計23人(6月現在)に上り、解消するには2018年度までかかる見通しを明らかにしました。足りないのは内科が11人と最も多く、整形外科4人、外科、小児科、眼科がそれぞれ2人。対応策として、県は06年度、医師を県職員として雇用し、県立、県外、市町村の病院を回ってもらうシステムを導入。この仕組みで既に2人を採用しており、10年度までに計6人を確保する計画を立てているそうです。

Medical Tribune 紙(vol41, no47)にJAMA(2008;300:1154-1164)の記事が取り上げてありました。見出しは「米国の医学生に内科離れ 診療環境の厳しさを反映」です。この記事によるとレジデント研修先として一般内科を選択する医学生数は近年減少し、若手医師は一般内科を敬遠する傾向にあるそうで、米国内の医学部学生に対する聞き取り調査だと内科希望は23.2%で、そのうち一般内科は2.0%。内科を希望していない医学生の内科の印象は、他の専門科に比べて「より多くの事務処理が要求される」(68.0%)、「より幅広い知識が要求される」(62.1%)、「将来収入が増える見込みが低い」(64.6%)。一方、内科を選択した医学生の回答としては「知的な挑戦」、「内科ローテーションで受けた指導」、「内科での継続的なケア」、「内科研修医に求められる専門的な能力」などであったそうです。

我々内科医からみると米国医学生の感想に

はなるほどとうなずける点もあります。一方、我が国(県)では内科志望はどのような状況なのでしょう。宮崎大学医学部内科学教室への入局は全部でも10人程度と聞き及びます。もちろん、後期研修終了後に宮崎県に帰ってくる内科医もいるでしょうが、宮崎県では内科志望の医学生も減少しているのではないで

しょうか。

ようやく国が医師絶対数の不足を認めましたが、医師数の減っている診療科だけでなく、医師の1/3を占める内科医も実は不足していて、近い将来にも内科医不足がより深刻になってきそうな気がして心配です。

表1 施設の種別・診療科名(主たる)別にみた医療施設に従事する医師数

	総数						対前回 増減数 (人)	対前回 増減率 (%)	病院		診療所	
	平成14年(2002)			平成12年(2000)					平成14年(2002)		平成14年(2002)	
	医師数 (人)	構成割合 (%)	平均年齢 (歳)	医師数 (人)	構成割合 (%)	平均年齢 (歳)			医師数 (人)	構成割合 (%)	医師数 (人)	構成割合 (%)
	249,574	100.0	47.6	243,201	100.0	47.5	6,373	2.6	159,131	100.0	90,443	100.0
従事する診療科												
内科	74,704	29.9	51.8	74,539	30.6	51.7	165	0.2	36,038	22.6	38,666	42.8
心療内科	635	0.3	47.7	480	0.2	46.9	155	32.3	312	0.2	323	0.4
呼吸器科	3,207	1.3	41.9	3,018	1.2	41.9	189	6.3	2,938	1.8	269	0.3
消化器科(胃腸科)	9,655	3.9	45.2	9,142	3.8	45.0	513	5.6	6,620	4.2	3,035	3.4
循環器科	8,381	3.4	41.8	7,685	3.2	41.4	696	9.1	7,151	4.5	1,230	1.4
アレルギー科	186	0.1	50.6	202	0.1	50.1	△16	△7.9	100	0.1	86	0.1
リウマチ科	536	0.2	44.2	457	0.2	43.6	79	17.3	435	0.3	101	0.1
小児科	14,481	5.8	47.6	14,156	5.8	47.6	325	2.3	8,429	5.3	6,052	6.7
精神科	11,790	4.7	47.0	11,063	4.5	46.8	727	6.6	9,901	6.2	1,889	2.1
神経科	428	0.2	48.7	522	0.2	47.9	△94	△18.0	263	0.2	165	0.2
神経内科	3,242	1.3	41.4	3,038	1.2	40.6	204	6.7	2,995	1.9	247	0.3
外科	23,868	9.6	47.4	24,444	10.1	47.0	△576	△2.4	18,573	11.7	5,295	5.9
整形外科	18,575	7.4	46.0	17,952	7.4	45.3	620	3.5	12,156	7.6	6,416	7.1
形成外科	1,650	0.7	38.9	1,551	0.6	39.1	99	6.4	1,388	0.9	262	0.3
美容外科	290	0.1	42.9	212	0.1	43.1	78	36.8	8	0.0	282	0.3
脳神経外科	6,241	2.5	43.0	6,050	2.5	42.3	191	3.2	5,588	3.5	653	0.7
呼吸器外科	1,033	0.4	41.1	899	0.4	41.0	134	14.9	1,023	0.6	10	0.0
心臓血管外科	2,513	1.0	40.8	2,409	1.0	40.6	104	4.3	2,485	1.6	28	0.0
小児外科	613	0.2	42.6	609	0.3	42.7	4	0.7	592	0.4	21	0.0
産婦人科	10,618	4.3	49.8	10,585	4.4	50.2	33	0.3	6,215	3.9	4,403	4.9
産科	416	0.2	48.1	474	0.2	45.9	△58	△12.2	248	0.2	168	0.2
婦人科	1,366	0.5	59.4	1,361	0.6	58.6	5	0.4	511	0.3	855	0.9
眼科	12,448	5.0	46.5	12,060	5.0	46.5	388	3.2	5,373	3.4	7,075	7.8
耳鼻いんこう科	9,174	3.7	49.1	9,153	3.8	49.2	21	0.2	4,046	2.5	5,128	5.7
気管食道科	17	0.0	46.8	14	0.0	48.1	3	21.4	15	0.0	2	0.0
皮膚科	7,628	3.1	47.3	7,360	3.0	47.4	268	3.6	3,463	2.2	4,165	4.6
泌尿器科	5,941	2.4	43.6	5,726	2.4	43.1	215	3.8	4,705	3.0	1,236	1.4
性病科	29	0.0	59.3	22	0.0	54.0	7	31.8	3	0.0	26	0.0
こう門科	352	0.1	54.3	357	0.1	53.7	△5	△1.4	144	0.1	208	0.2
リハビリテーション科 (理学療法科)	1,456	0.6	47.1	1,273	0.5	46.1	183	14.4	1,339	0.8	117	0.1
放射線科	4,710	1.9	40.7	4,507	1.9	40.0	203	4.5	4,496	2.8	214	0.2
麻酔科	6,087	2.4	39.5	5,751	2.4	39.0	336	5.8	5,748	3.6	339	0.4
全科	961	0.4	31.6	744	0.3	33.8	217	29.2	847	0.5	114	0.1
その他	4,421	1.8	44.1	4,143	1.7	44.4	278	6.7	4,025	2.5	396	0.4
不詳	1,925	0.8	53.7	1,243	0.5	57.0	682	54.9	958	0.6	967	1.1

注)「診療科名(主たる)別」とは、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科である。

表2 施設の種別・診療科名（複数回答）別にみた医療施設に従事する医師数

（複数回答）各年12月31日現在

	総数				対前回 増減数(人)	対前回 増減数(%)	病院		診療所	
	平成14年(2002)		平成12年(2000)				平成14年(2002)		平成14年(2002)	
	医師数 (人)	構成割合 (%)	医師数 (人)	構成割合 (%)			医師数 (人)	構成割合 (%)	医師数 (人)	構成割合 (%)
従事する診療科	249,574	100.0	243,201	100.0	6,373	2.6	159,131	100.0	90,443	100.0
内科	99,196	39.7	98,457	40.5	73.9	0.8	46,529	29.2	52,667	58.2
心療内科	3,162	1.3	2,663	1.1	499	18.7	1,135	0.7	2,027	2.2
呼吸器科	12,059	4.8	11,683	4.8	376	3.2	5,270	3.3	6,789	7.5
消化器科(胃腸科)	31,352	12.6	30,842	12.7	510	1.7	12,392	7.8	18,960	21.0
循環器科	21,349	8.6	20,455	8.4	894	4.4	10,343	6.5	11,006	12.2
アレルギー科	4,688	1.9	3,947	1.6	741	18.8	713	0.4	3,975	4.4
リウマチ科	4,732	1.9	4,320	1.8	412	9.5	1,580	1.0	3,152	3.5
小児科	32,706	13.1	33,580	13.8	△874	△2.6	9,612	6.0	23,094	25.5
精神科	13,172	5.3	12,363	5.1	809	6.5	10,445	6.6	2,727	3.0
神経科	6,734	2.7	6,962	2.9	△228	△3.3	4,731	3.0	2,003	2.2
神経内科	5,726	2.3	5,581	2.3	145	2.6	3,985	2.5	1,741	1.9
外科	34,810	13.9	35,309	14.5	△499	△1.4	21,178	13.3	13,632	15.1
整形外科	24,661	9.9	24,202	10.0	459	1.9	13,611	8.6	11,050	12.2
形成外科	2,856	1.1	2,582	1.1	274	10.6	1,653	1.0	1,203	1.3
美容外科	610	0.2	487	0.2	123	25.3	106	0.1	504	0.6
脳神経外科	6,978	2.8	6,767	2.8	211	3.1	5,896	3.7	1,082	1.2
呼吸器外科	1,629	0.7	1,491	0.6	138	9.3	1,554	1.0	75	0.1
心臓血管外科	2,937	1.2	2,819	1.2	118	4.2	2,793	1.8	144	0.2
小児外科	1,197	0.5	1,095	0.5	102	9.3	881	0.6	316	0.3
産婦人科	11,041	4.4	11,177	4.6	△136	△1.2	6,291	4.0	4,750	5.3
産科	717	0.3	767	0.3	△50	△6.5	370	0.2	347	0.4
婦人科	2,522	1.0	2,511	1.0	11	0.4	767	0.5	1,755	1.9
眼科	12,797	5.1	12,415	5.1	382	3.1	5,431	3.4	7,366	8.1
耳鼻いんこう科	9,682	3.9	9,615	4.0	67	0.7	4,157	2.6	5,525	6.1
気管食道科	1,614	0.6	1,578	0.6	36	2.3	500	0.3	1,114	1.2
皮膚科	14,929	6.0	14,827	6.1	102	0.7	4,167	2.6	10,762	11.9
泌尿器科	8,710	3.5	8,460	3.5	250	3.0	5,197	3.3	3,513	3.9
性病科	683	0.3	702	0.3	△19	△2.7	70	0.0	613	0.7
こう門科	5,859	1.9	4,854	2.0	5	0.1	1,462	0.9	3,397	3.8
リハビリテーション科 (理学療法科)	16,456	6.6	15,356	6.3	1,100	7.2	5,589	3.5	10,867	12.0
放射線科	10,556	4.2	10,831	4.5	△275	△2.5	5,713	3.6	4,843	5.4
麻酔科	8,819	3.5	8,427	3.5	392	4.7	6,785	4.3	2,034	2.2
全科	961	0.4	744	0.3	217	29.2	847	0.5	114	0.1
その他	5,252	2.1	5,070	2.1	182	3.6	4,575	2.9	677	0.7
不詳	569	0.2	199	0.1	370	185.9	425	0.3	144	0.2

## 理事からひとこと

### 宮崎県における肝炎診療について

宮崎市 (医) ひろの内科クリニック  
弘野 修一

ウイルス肝炎は国内最大の感染症であり、その多くを占めるC型肝炎はほとんど症状がなく、感染に気づかぬまま病変が進行することが多い。またB型肝炎ウイルス陽性者についても同様のことが言える。毎年約3万人が肝癌で死亡するが、その90%はこれらウイルス肝炎に起因する。従ってウイルス肝炎を早期に発見し適切な治療を行うことや、肝炎ウイルスキャリアを拾い上げ、肝炎ウイルスに関する健康教育や経過観察をすることは、病変の進行防止のみならず肝癌の予防につながる。

平成14年から18年にかけて基本健診と並行して行われた肝炎ウイルス検診では、宮崎県内で約7万5000人の受診者からC型肝炎ウイルス感染者が577人、B型肝炎ウイルス感染者が986人新たに見つかった。しかしながらこれら新規に見つかった肝炎ウイルス感染者のその後の治療状況については不明で、肝炎ウイルスの陽性率と感染者数が公表されたのみである。

厚生労働省は平成20年4月に「肝炎治療7カ年計画」として、インターフェロン治療の医療費助成や各都道府県における肝疾患診療ネットワーク構築などを掲げた。この計画はいわゆる薬害肝炎訴訟において、被害者救済のみならず医療費助成、検査・治療体制につ

いても国の責任が問われたことに端を発している。他の都道府県では、この助成事業によるインターフェロン治療を行おうとする施設は都道府県と契約を結ばなくてはならない。その際の要件として専門医との連携ができること、受給者の治療結果の報告義務などがある。一方、宮崎県ではウイルス肝炎のインターフェロン治療助成のための診断書作成とインターフェロン治療がどの医療施設でも行う事ができる。

今回の医療費助成事業は肝炎ウイルス検診のようにやりっ放しではすまされない。まず現在無治療の肝炎ウイルス感染者をできるだけ多く、かかりつけ医(紹介)→専門医(治療方針決定、インターフェロン療法導入)→かかりつけ医(インターフェロン維持療法)といった適切な治療ベースに乗せる必要がある。また治療の結果についてもフォローされるべきである。さらに、治療が奏功しなかった患者に対しては、他の治療法を用いて病変の進行を抑え、肝癌を防止しなくてはいけない。また治療が成功した患者においても肝癌がすでに発生している可能性もあるので長期のフォローが必要である。そのためにも、肝疾患診療ネットワークの構築が重要である。

宮崎県では肝疾患診療ネットワークを構築するにあたり、総合的・体系的な肝炎対策事業推進のための検討をおこなう肝炎対策懇話会を設け、ネットワークの中心的役割を担う肝疾患診療連携拠点病院を選定中である。さらに患者を中心に、肝疾患専門医療機関(日



本肝臓学会などの専門医、インターフェロン治療の実施・導入支援、治療結果実績の報告など、肝疾患診療協力医療機関（インターフェロン維持療法の実施、治療結果実績の報告など）、かかりつけ医（肝疾患患者に対する専門・協力医療機関との連携）からなるネットワークを検討中である。県内には肝臓専門医は21名しかおらず、しかもその多くが宮崎市近郊に集中しているため、専門医療機関などの指定要件を肝臓専門医に限るのは不都合である。その指定要件は宮崎県の実情にあったものでなくてはならない。

肝疾患の医療連携を目的とした「宮崎肝疾患治療カンファレンス（MLC）」という研究会では肝炎ネットワーク手帳を作成している。それはインターフェロン治療助成や治療後の長期経過フォローを通じた病診連携のために作成したもので、患者を中心とした診療ネットワークに有用である。このようなツールを利用して宮崎県における肝疾患診療ネットワークが実りあるものになることを願う。

この会誌が発刊される頃にはそのネットワークの概要が明らかになっているであろう。



「天神山」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸



「美郷町 御田祭」

都城市 山田医院 山田 孝俊

俳句

初景色

宮崎市 猪島医院

猪島蘇風

青島に聴く潮騒も初景色

青島の初日を浴びて牧水碑

初風の岬の風を得て舞へり

青島を巡る破魔矢の鈴鳴らせ

青島の空に鶉の舞ふ淑気

初日さし椰子も乙女も眩しがり

亀石に運玉投ぐる淑気かな

短歌

照葉樹林

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺元久

まつすぐに駅から東へ伸びる路細島線の走りし跡か

国富の古刹にうから集ひたり石路咲ける父の命日

くれはとり綾といふ地にあかねさす照葉樹林護られ  
にけり

天満橋歩みてゆけば新たなる貌を見せたり大淀川は

都城から見ゆる高千穂一番と「ぼんちつこ」なるわ  
が妻言へり

短歌

残生

延岡市 藤本内科小児科医院

藤本孝一

卒中に倒れたりしが十七年患者を診つつ生くる  
は樂し

卒中後歌詠み始め十六年拙きながら生き甲斐と  
なる

卒中後麻雀止めてわが居れどをりをりテレビ麻  
雀を見る

医学部の同級会に片麻痺の癒えず行けずと返事  
をしたり

囑託の老人ホームの回診に片麻痺われの残生思ふ

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村善教

僕もそうあなたと同じ非常識

洋裁味噌有 何のことやら

辞めますか あなたと違う 町医者は

治療止めたら 監獄行きに

うらやまし 失言しても 居座れる

好きで病に 悩むものは

頻繁な 記者会見は 煩雑か

形成外科で あらっフオーORB

変だよ ね 埋蔵金を 隠すのは

民を騙して 何が下僕か

## 宮崎県内科医会誌へのご意見のページ

～県内科医会誌へのご意見等を紹介し、編集委員会の回答を掲載します～

会員の皆様方から直接忌憚のないご意見を賜り、今後の編集に活かしていきたいとの思いから、前号(74号)から会員の皆様へ宮崎県内科医会誌に対するご意見を募集することにいたしました。

今回、下記のご意見をいただきましたのでご紹介いたします。

- ①内科医に有用な文献等の Web 検索方法を紹介して下さい。
  - ②特徴的な理学所見（写真）や画像を提示して、それについて解説するコーナーを設けたらどうでしょうか？
- ①については、会員の皆様が今現在使用しておられて、我々内科医にとって有用と思われるホームページや Web 検索方法等ありましたら、宮崎県内科医会へ FAX（0985-27-6550）またはメール（sachiko-staff@miyazaki.med.or.jp）にてお知らせください。掲載可能なものについては次号以降紹介させていただきます。
- ②の新たな企画の提案については今後編集委員会にて検討させていただきます。

宮崎県内科医会誌編集委員会  
編集委員長 木佐貫 博 人

宮崎県内科医会では、これからも会員の皆様のご意見をお待ちしております。

（宮崎県内科医会 FAX 0985-27-6550）

[報告]

## 日本臨床内科医会第40回理事会・代議員会および 第22回日本臨床内科医学会に出席して

宮崎県内科医会会長

栗林忠信

第22回日本臨床内科医学会は学会長長崎県臨床内科医会会長迫龍二先生の下で、長崎市の長崎ブリックホールを中心に平成20年9月14日、15日の両日開催された。学会に先立ち13日（土）に長崎県医師会館で、午後5時から理事会が、午後6時から代議員会が開催され、私と常任理事中津留の両名が出席した。

### 日本臨床内科医会理事会・代議員会

後藤由夫会長の挨拶の後、まず、日本内科医会の運営規約の第2章第4条に第3号として「賛助会員本会の目的に賛同し業務の推進に寄与貢献を申し出た個人または団体を賛助会員とすることができる」が挿入される旨の説明があり、決議された。続いて平成20年度上半期の会務・概況報告と平成20年度収支中間報告が各担当常務理事から行われた。以下に各会務からの概略を述べる。

### 総務部

会員数は平成20年8月末をもって16,611名で、会員減少に歯止めがかかっていないこと、平成20年度上半期の事業報告がなされ、日本臨床内科医会最優秀論文賞が石川県の洞庭賢一先生に贈られることが提案され、認められた。

### 庶務部

平成20年12月1日をもって、本会定款第1条の名称を「一般社団法人」への改正が、平成20年4月13日第25回総会で議決されたことに伴い、日本臨床内科医会個人情報保護規程、日本内科医会個人情報保護方針についても所要部分の文言の整理を行うことが報告された。会員増強・IT委員会からはホームページのリニューアルなどの説明が行われた。

### 経理部

平成19年度会計監査報告と平成20年度収支中間報告がなされ、承認された。

## 学術部

JPPP試験の途中経過、患者向け疾患別小冊子進行状況、来年の総会で配布を予定している「内科診療実践マニュアル」(仮称)の説明、中間法人日本予防医療評価機構の活動報告、中間法人日本病態情報医学会との業務提携の報告がなされた。

## 社会保険部

医療・介護保険委員会からは以下のような決議文が提案され、理事会・代議員会で承認された。

### 決 議 文

現在の地域医療崩壊の元凶は、平成14年から始まった医療費削減にあり、継続的削減により、医療現場の経営努力も限界を超え、地域住民に適切な医療を提供することが不可能になりつつある。

地域医療の再生には医療費を中心とする社会保障費の増額が必須であり、今回、機械的な削減を目指した平成21年度予算概算要求基準が閣議決定されたことは極めて遺憾である。

日本臨床内科医会は日々第一線の地域医療を担う医師集団の立場から、国民の健康で文化的な社会生活の実現と、安心と安全を担保した医療を中心とする社会保障(医療、年金、介護)の充実を目指し、理事会・代議員会において次の通り決議するものである。

### 記

1. 社会保障費の年2200億円削減の撤廃
1. 経済至上主義を廃し、社会保障を中心とした政策への変更

以上

平成20年9月13日

中間法人日本臨床内科医会会長 後 藤 由 夫

## 社会医療部

公益・地域医療委員会からは平成20年度前期事業報告がなされ、日臨内インフルエンザ研究07/08に関して、1) インフルエンザの流行状況、2) ワクチンの有効率、3) 抗インフルエンザ薬の有効性について報告された。

## 広報部

ニュース編集委員会からはニュースの発行状況が報告された。

## 研修推進部

日臨内専門医の申請に際して、本年度が経過措置が満了することが強調された。

## 第22回日本臨床内科医学会

第22回日本臨床内科医学会は、西洋医学の発祥の地長崎市で、「人にやさしい医療をめざして」をメインテーマに2日間に亘って開催され、全国から述べ1500名近くが参加した。特別講演は、長崎大学大学院医歯薬総合研究科放射線医療科学専攻教授山下俊一先生の「放射線の光と影：世界保健機関の戦略」と、長崎総合科学大学人間環境学部環境文化学科教授ブライアン・パークガフニ先生の「長崎居留地における西洋医学」の2題が行われ、いずれも感銘深いものであった。ワークショップは日臨内が取り組んでいるインフルエンザ研究とCOPD研究の2題が行われ、活発な質疑応答がなされた。

学会2日間で7つの教育講演、9つのセミナーが生まれ、また「医療経営セミナー」や、「禁煙指導研修会」も行われた。会員発表は推薦演題7題の他、4会場に分かれて一般演題の発表がなされ、当県からも松岡均先生が発表を行った。



[報 告]

## 第25回九州各県内科審査委員懇話会報告

宮崎県内科医会医療保険委員会 委員長

松 岡 均

保険診療は「保険医療機関及び保険医の療養担当規則」に定められたとおりに行うのが原則ですが、現実には医師の裁量権の範囲で認められている部分があります。しかし、その認められている部分が先生方の保険審査への疑問を招く原因にもなっていると思います。このような状態を改善するため九州各県の内科審査委員が集まり、話し合いを持つのが九州各県内科審査委員懇話会いわゆる九内懇です。平成20年10月18日（土）に熊本市で第25回の九内懇が開催されました。本年は19項目が九州各県から提案され、検討しました。宮崎県の回答案を中心に報告いたします。

### 【1】漢方薬の3剤併用について (沖縄県)

漢方薬は多種の生薬成分よりなり、多剤併用の場合、適応病名が広範囲になります。その為、審査で査定されることは少ないと思われませんが、当県の社保、国保とも漢方薬は原則2剤までの併用しか認めておりません。各県の対応をご教示下さい。

#### 《回答》

原則2剤まで、特別な場合（3剤以上併用の場合）は注記が必要。

他県でも1社保のみ3剤まで認めていますが、他は2剤までです。但し、臨時薬として追加投与の場合には3剤まで認める場合がある。

### 【2】ウルソ（ウルソデオキシコール酸）の脂肪肝および薬剤性肝障害症例への投与は？

(沖縄県)

ウルソは慢性肝疾患における肝機能の改善等を目的として広く使用されておりますが

#### ①脂肪肝

#### ②薬剤性肝障害 への投与は、認めておりますか？

当県では、種々問題はありますが、社保、国保とも認めております。貴県での対応はどうされておりますか？

#### 《回答》

社保、国保とも統一した見解はありませんが、以下のように考えられる。

#### ①脂肪肝に対し

食事運動療法が基本的治療になる。ウルソの薬理作用を考えると効果面では疑問であり使用を認めることは難しい。ただし、NASHでは認めてもいいのでは。

#### ②薬剤性肝炎に対し

ウルソの薬理作用に胆汁鬱滞の改善作用があり、胆汁鬱滞型の肝障害には適応と考えられる。

他県でも脂肪肝は査定、NASHは認める。薬剤性肝炎は認めておられるようです。認めていない場合でも本剤は低薬価剤なので審査されていないようです。

### 【3】インスリン使用中のアクトスの投与について (佐賀県)

インスリン抵抗病態にある2型糖尿病に対するピオグリタジンの投与は有用である。インスリン投与中である例での本剤の併用について、貴県での取り扱いはいかがか。

#### 《回答》

現時点(9月)では、社保、国保ともにインスリンとアクトスの併用は認めていない。

但し、平成21年にはアクトスの効能効果にインスリン治療との併用が追加される予定になっていますので、宮崎県でも認めるようにいたしました。

### 【4】メトホルミン、塩酸ピオグリタゾン(アクトス)と禁忌条項の取り扱いについて(長崎県)

メトホルミンは種々の状態(疾患)で禁忌となっており、「肝機能障害」もその一つです。脂肪肝、慢性肝炎などの病名が併存する場合の取り扱いはいかがでしょうか。

また、昨年、アクトスと心不全について議論していただきましたが、「心不全疑い」でBNPを測定した場合などはいかがでしょうか。

#### 《回答》

メトホルミンについては、肝障害を示す病名が併存する場合でも重症が疑われる場合を除いて認めている。BNPを測定した「心不全疑い」でアクトスの使用は認めている。

他県では軽度を含む腎機能障害、肝機能障害には禁忌であり、慢性肝炎も認めていないとする1県を除いて、医学的判断で認めているようです。

### 【5】インスリンと経口糖尿病薬の併用について (長崎県)

アクトスとインスリンの併用については、これまで御意見を伺ってきました。

最近、特効性インスリンと経口糖尿病薬の併用などが見られるようになっていきます。適応が明記されていないSU剤やメトホルミンとインスリンの併用などについての取り扱いはいかがでしょうか。

#### 《回答》

SU剤やメトホルミンとインスリンの併用は認めている。

他県でも1社保を除いて全て認めています。

**【6】慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者へのクラリスロマイシンの長期投与について**

(沖縄県)

感染症病名がついていない慢性閉塞性肺疾患の患者へのクラリスロマイシン（200mg）1錠の長期間投与のレセプトがあり、審査員によって対応が異なっております。貴県での対応はどうなっておりますか。

**《回答》**

認めている。

他県では認めている1社保以外は慢性呼吸器感染症や慢性気管支炎の病名が無ければ認めていません。また、認めても3ヶ月間位での見直しを求めている、1回投与期間14日を限度としていました。

**【7】「感染性腸炎」及び「急性胃腸炎」等に対する抗生剤の注射薬（パンスポリン注、セファメジン注等）について**

(鹿児島県)

「感染性腸炎」及び「急性胃腸炎」等に対する抗生剤の注射薬（パンスポリン注、セファメジン注等）は認められるか、各県の状況をお伺いしたい。

**《回答案》**

認められない。

他県では認めない3県、感染性腸炎に適応のある抗生剤については認めるが2県。一部認めている2県。

**【8】C型慢性肝炎に対するIFN（Peg-IFNを含む）の少量長期投与について**

(佐賀県)

平成19年度版ウイルス性肝炎治療に関するガイドラインによれば、C型慢性肝炎治療の初回治療では、ガイドラインの補足として、「Peg-IFN+リバビリン非適応例・無反応例に対するIFN単独長期療法は、最大8週間でHCV-RNAが陰性化しない症例は通常量の半分量を長期投与する」、さらに再治療ガイドラインでは、「リバビリン併用療法の非適応例あるいはリバビリン併用療法で無反応例では、IFNの長期投与が望ましい」とされています。

貴県では

1. IFNまたはPeg-IFNの少量長期投与を認めておられますか
2. 認めている場合は、
  - ①IFNまたはPeg-IFNのいずれでも認めておられますか
  - ②投与量および投与期間（年）に制限を設けておられますか
  - ③治癒目的ではなく肝炎の進展予防または発癌予防の目的でも認めておられますか

**《回答》**

1. 現段階では限られた専門施設で、症例も多くなく少量長期投与は認めている。
2. ①認めております。

②制限は特に設けておりません。

ただ具体的にどれぐらいの期間投与するか、基準はないので今後の課題と思える。

③予防目的の投与であり今後保険診療上問題となる。社保と国保でのすりあわせが必要と考えられる。

他県では認めないのは1県のみ。他は当県とほぼ同じ意見でした。

**【9】潰瘍病名のないワーマリン、アスピリン、プラビックスなどの抗凝固剤や抗血小板剤服用時のPPI併用内服について** (宮崎県)

PPIが薬剤誘発性の胃粘膜病変予防効果が証明されつつありますが、潰瘍病名がなく潰瘍の予防と思われる投与例が見られるようになっていきます。貴県での状況はいかがでしょうか？

《回答》

当県が提案しました。全ての県が認めていません。潰瘍病名がなければ査定になっています。

**【10】炎症性腸疾患（IBD）に対するロイケリン投与について** (宮崎県)

ロイケリンの適応は急性白血病、慢性骨髄性白血病のみであるが、IBDへの投与が行われています。IBDに適応のあるイムランは体内で6MPに代謝され、効能を示すので、薬理的にはロイケリンと同一であります。貴県での状況はいかがですか？

《回答》

当県が提案しました。

事例がない3県（将来的には認められるべき1県）。認めていない4県。

**【11】内視鏡検査時（ポリペクトミーを含む）の麻酔導入剤（ホリゾン、ドルミカム等）について** (大分県)

静脈麻酔に「短時間のもの120点」が新設されたが、内視鏡検査時（ポリペクトミーを含む）の麻酔導入剤（ホリゾン、ドルミカム等）について、各県の取扱いを定めているか伺いたい。

《回答》

定めていない。

静脈麻酔に「短時間のもの120点」が新設されましたが、ホリゾン、ドルミカムなどは該当しないので、算定できません。

**【12】ARBの2剤併用について** (福岡県)

福岡県ではARBの2剤併用が散見され、査定の対象となっております。他県ではいかがでしょうか。

《回答》

基本的な考えとして同効薬を併用するよりも、他の作用機序の降圧薬を併用するのが医学的に

正しいと考えられることより、原則認めない。

他の作用機序の薬剤が副作用等で使用できないときに限り、その旨の注記があれば例外として認める。

他県全て認めていません。

**【13】 ジェネリック医薬品の中に先発品と効能効果が異なっているものがある。その点に対する対応策について** (福岡県)

福岡市では年1回薬剤師会の役員の先生方と懇談会を開催し、色々な問題点を協議して内科医会との連携強化を図っている。今年度は効能効果が先発品と異なるジェネリック医薬品は、先発薬品のままで変更しないように要望した。査定されると医療施設の損失となるからである。各県の状況はいかがでしょうか。特に薬剤師会との連携について意見を求めたい。

《回答》

先発品と有効成分が同一で効能効果が異なるジェネリック医薬品があることは承知しているが、それらの薬剤への変更阻止など、医師会として具体的な行動は行っていない。

他県でも、薬剤師会との連携を行っているところはないようです。

**【14】 ガイドラインと保険審査** (宮崎県)

保険審査は学会見解や論文などに拘束されないとされていますが、例えば学会や厚労省研究班などによるガイドラインなどや、今日の治療指針に記載されている場合には保険適応外でも容認される傾向にあります。貴県の状況はいかがでしょうか？

《回答》

当県が提案しました。

保険診療は「保険医療機関及び保険医の療養担当規則」に定められたとおりに行うのが原則であるが、学会、厚労省研究班などの公的ガイドラインは尊重する。「今日の治療指針」は個人的な意見なので考慮しないとの意見でした。ガイドラインを参考に添付される医療機関もありますが、保険適応外となっていれば、査定される場合もあることをご承知ください。

**【15】 初診料の算定基準について** (鹿児島県)

本県の社保では、患者が治療を中止した場合、一般疾患の場合は一ヶ月、慢性疾患（特定疾患療養管理料の対象疾患）の場合は、三ヶ月経過すれば初診料の算定可という基準を設けている。各県の算定基準をお伺いしたい。

《回答》

宮崎県でも鹿児島県と同じ扱いです。

他県もほぼ同様ですが、慢性疾患の場合には明らかに同一疾患または負傷であると推定される場合の診療は初診としては取り扱わないと注記されている県が2県あります。

**【16】脂質異常症の病名での審査について**

(福岡県)

特定検診が始まりましたが、そこでは脂質異常症が病名となっており、コレステロールは検査項目になっていません。保険審査では従来通り、高脂血症、高コレステロール血症で対応していますが、他県ではいかがでしょうか。

**《回答》**

「医科点数表の解釈」平成20年4月版180ページのB001-3にあるように対象疾患名が高脂血症から脂質異常症に変更されていることから、脂質異常症を病名として認めることになりました。ただ、現状では薬剤の有用性（エビデンス）が示されている①高脂血症（高コレステロール血症/高中性脂肪血症）、②高コレステロール血症（高LDL-C血症）、③高中性脂肪血症が適当と考えます。

**【17】腫瘍マーカー（CEA等）の取扱いについて**

(大分県)

腫瘍マーカー（CEA等）の取扱いについて、通則注1「診療及び腫瘍マーカー以外の検査結果から…」に記載はありますが、通知から「診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から…」と言う記載が削除されております。

画像診断を行わなくても認めるのか、各県の取扱いを伺いたい。

**《回答》**

これまでは甲状腺癌、乳ガン、前立腺癌など触診可能な腫瘍に関しては画像診断は求めていなかったが、今後、通則が変更されたので、認めざるを得ないと思われる。他県でも認めるようになっていくようです。

**【18】SpO<sub>2</sub>の算定条件の変更を要望する**

(長崎県)

SpO<sub>2</sub>の算定条件として、必ずO<sub>2</sub>吸入がなされることが必須となっているが、実際の現場ではO<sub>2</sub>吸入が結果的には必要がないがSpO<sub>2</sub>の測定が必要とされる場合がある。

例えば気管支喘息の発作で診療した場合、O<sub>2</sub>吸入が必要かどうかの判断の為に測定しても、「当該事項に関する規則・告示・通知に照らして適当ではありません」と査定されている。

各県での審査状況は如何でしょうか。

**《回答》**

気管支喘息発作、呼吸不全、心不全、肺炎など低酸素血症が疑われる病名がある場合には酸素吸入がなくとも入院では週1回程度、外来では外来受診時のSpO<sub>2</sub>は認めている。

他県では酸素の使用がない場合は認めない1県、注記が必要1県以外は認めています。但し、「酸素吸入実日数+1日」が多いようです。

**【19】以下の検査時、処置時、処方時の回数、本数、枚数について各県の取扱いを伺いたい。(大分県)**

①入院時におけるプラスチックカニューレ型留置針使用について、大分県国保では1ヶ月に

10本までとしているが、貴県では何本ほど認めているか。また、外来ではプラスチックカニューレ型留置針使用を認めているか。

- ②外来での消炎貼付剤の枚数について、大分県国保では140枚／月としているが、貴県では何枚まで認めているか。
- ③CT検査・MRI検査におけるフィルム枚数について、大分県国保では1回の検査に10枚までとしているが、貴県では何枚ほど認めているか。
- ④入院患者の尿道カテーテル挿入時の膀胱洗浄回数について、貴県では1ヶ月に何回ほど認めているか。(大分県国保では2回／週)ほど認めている。

#### 《回答》

- ①査定基準は設けていない。末梢静脈カテーテルは72時間～96時間を超えて留置しないことが原則であるので、月に10本は最低必要である。症例にもよるが、2日に1本程度必要なこともあると思われる。外来では通常24時間を超えて点滴をしないので認めていない。
- ②宮崎県医師会保険診療の手引き P127 (別表1)
- ③宮崎県医師会保険診療の手引き P75 (別表2)
- ④貴県と同じ

他県では

- ①取り決めなし～1ヶ月10本程度
- ②枚数制限なし～120枚/月
- ③取り決めない～原則5枚
- ④週2～3回が多数

このほかに日本臨床内科医会医療保険委員会への要望事項として

- 1) リハビリテーションの点数に算定制限の廃止
- 2) 外来管理加算における5分間ルールは廃止すべき
- 3) 医療保険問題への対応について

の3題を提案いたしました。

別表1. 外用剤（パップ剤）の1回投与量

	医薬品名（規格）	包装単位	最大投与量/7日分
パ ツ パ 剤  枚 数 表 示 の もの	(10×14cm)		1日4枚(2か所×2)
	アドフィード	6枚	30枚
	イドメシンコーワパップ	5枚	30枚
	インサイドパップ	5枚	30枚
	カトレップ	5枚	30枚
	ステイバン	6枚	30枚
	ゼボラス	6枚	30枚
	ミルタックス	6枚	30枚
	モーラス	6枚	30枚
	モーラストーブ(7×10cm)	7枚	1日4枚(4か所×1) 28枚
モーラストーブL(10×14cm)	7枚	1日2枚(2か所×1) 14枚	
ハリオット(4.8×6cm)	30枚、40枚	60枚	
プ ラ ス タ ー  g 表 示 の もの	アスモール	100g・200g	1日120g(40g×3か所) 600g
	キュウパックM	100g	600g
	ヤンヤンプラスター	100g	600g
	ヤンヤンホット	100g	600g
	ラクール	100g・200g	600g
ク リ ー ム ・ ロ ー シ ョ ン	イドメシンコーワゲル	10g・25g・50g	50g
	イドメシンコーワクリーム	25g・50g	50g
	イドメシンコーワゾル	30g	60g
	インテバン軟膏	25g・50g	50g
	インテバンクリーム	25g・50g	50g
	インテバン外用液	50ml	50ml
	エパテッククリーム	25g・50g	50g
	エパテックローション	50ml	50ml
	エスチックゼノール	40g	80g
	セクタークリームA	25g・50g	50g
	セクターゲル	25g・50g	50g
	セクターローション	50ml・100ml	50ml
	ナパゲルン軟膏	25g・50g	50g
	ナパゲルンローション	50ml	50ml
	バキソ軟膏	25g・50g	50g
	フェルデン軟膏	25g・50g	50g
	ベシカムクリーム	10g	50g
	ベシカム軟膏	10g・50g	50g
	ミカメタンクリーム	5g・25g・50g	50g
	モビラト軟膏	10g・20g・50g	50g

・他の消炎鎮痛薬（内服・座薬等）が併用された場合は適宜減ずるが、次月の投薬を行う場合等を考慮し、おおよその目安とする。



## 別表2. CT, MRIの回数とフィルム枚数

・コンピューター断層診断は、コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。フィルム枚数の基準は下表の通り。

撮影部位	ルーチン検査		フィルム枚数許容範囲	
	単純撮影	造影剤撮影含む	単純撮影	造影剤撮影含む
頭部 MRI	4	7	6	10
頸椎 MRI	2	4	5	6
胸・頸椎 MRI	4	7	6	8
膝関節 MRI	5	8	8	10
上腹部 MRI	5	7	8	10
骨盤 MRI	5	8	8	10
頭部 CT	2	4	4	8
頸部 CT	2	4	4	8
胸部 CT	4	6	6	10
腹部 CT	2	4	4	8
四肢 CT	4	6	5	8

[報告]

## 第43回九州各県内科医会連絡協議会

宮崎県内科医会常任理事

中津留 邦 展

日時：平成20年10月18日（土）

場所：熊本市

参加者：栗林会長、仮屋副会長、中津留

## ◇協議事項

- 【1】「後期高齢者診療料」の各県の現状と対応について（沖縄県）
- 【2】「後期高齢者診療料」の運用実態（長崎県）
- 【3】特定健診・特定保健指導の現状について（宮崎県）
- 【4】特定健診・特定保健指導の実施状況は各県で如何か？（鹿児島県）
- 【5】特定健診・特定保健指導について（長崎県）
- 【6】「レセプトオンライン化」への対応について（沖縄県）
- 【7】レセプトオンライン請求の義務化に伴う対応不可能な医療機関の対策について（福岡県）
- 【8】ジェネリック医療品の評価について（宮崎県）
- 【9】病院勤務医支援対策について（佐賀県）
- 【10】今回の診療科名の標榜方法の見直しについて（鹿児島県）
- 【11】医師・医療従事者の業務分担の見直しについて（大分県）
- 【12】外来管理加算の算定要件（所謂5分ルール）の撤廃について（福岡県）
- 【13】高齢者医療制度と介護保険制度の統合について（大分県）
- 【14】九内協で協議されたことが、診療報酬や医政に反映されるシステム作りが必要（佐賀県）

以下に各県からの提案事項とその提案要旨及び協議内容についてご紹介します。

**【1】「後期高齢者診療料」の各県の現状と対応について** （沖縄県）**《提案要旨》**

後期高齢者診療料については、1) 慢性疾患を有する後期高齢者を一人の主治医のもとに情報を集約し一元的に管理、心身の特性にふさわしい外来医療を提供、同時に重複投薬や重複検査等

を避け医療費の無駄を省くという側面と、2)「主病は一つ」という考え方は患者のフリーアクセスを阻害し、また包括化ゆえ老人医療の質の低下を招き、更には患者の囲み合いにより地域の医療機関相互の信頼関係の喪失をもたらす等、負の側面も指摘されております。

前者をとるか、後者をとるかによって評価が分かれるところですが、「後期高齢者医療制度」そのものが医療費の削減を主たる目的としており、私共は後期高齢者診療料はいずれ、後者の側面が強くなり、「人头払い制・主治医制」に繋がるのではと危惧しております。当会では、理事会の総意として県医師会に「指定研修会」実施見送りの申し入れを行った。

当県の現状は、本年4月中旬の時点で後期高齢者診療料の届け出施設数は10件です。(7月中旬の時点で1件の取り下げがあり9件となる)。

各県の現状と「後期高齢者診療料」への対応を伺いたい

#### 各県からの回答

**鹿児島** 本県は特に届出についての縛りは設けていない。各市町村により実情が異なるため、各地域医師会の判断に任せている。

**長崎** 当県でも、県代議員会で会員に対し算定見送りを呼びかけた。  
6月10日現在、診療所数1,143件に対し届出数167件(14.6%)であった。  
実際に算定している医療機関は4月時点で9件である。

**福岡** 当県医師会では、後期高齢者診療料の届け出については会員の自主性に任せるが、算定については慎重を期すよう促している。  
届け出件数：診療所700施設、病院1施設(6月1日現在県庁医療指導課)  
算定件数については、国保連合会では特に詳細の調査はしていないとの返答。

## 【2】「後期高齢者診療料」の運用実態

(長崎県)

### 《提案要旨》

平成20年度診療報酬改定で新設された「後期高齢者診療料」は全国的には内科診療所の4分の1が届け出ているようであるが、都道府県の届出割合には大きなばらつきがあり、九州各県を見ても同様の傾向が見られる。

一方、都道府県、あるいは郡市レベルでは、算定について慎重な対応を呼びかけている医師会が多く見られる。

当県でも、県医師会代議員会で算定見送りを呼びかけることとなったが、その影響もあつてと思われるが、実際に算定している医療機関は内科を標榜する診療所の2%程度であった。

貴県の状況はいかがでしょうか。

## 各県からの回答

大 分 「後期高齢者診療料」については、高齢者は多くの疾病を複合的に抱え、変動しやすいという特徴があるにもかかわらず、主病が主体の治療しか行えず患者のフリーアクセスは阻害される。

また、管理料の算定で医療機関の間で混乱を生じる恐れがあり、本県では算定には慎重な対応を求めた。

しかしながら、県医師会としては研修会を実施することは避けられない。

届出医療機関（診療所のみ）数176件

内科診療所数672件に対して26.2%

内科を主たる診療所数354件に対して49.7%

算定医療機関数29件

佐 賀 内科医部会として、「後期高齢者診療料」への対応は特に行っていない。

本会は、県医師会内のひとつの部会として設置されているが、県医師会では、「後期高齢者診療料はフリーアクセスの阻害、後期高齢者に対する粗診粗療や差別医療につながるなど、多くの問題を孕んでおり、医療現場に大きな混乱を引き起こす恐れがある」として、4月18日付けで全医療機関に対し、「後期高齢者への診療は、原則、これまで通り出来高での保険請求を行なう」ことについて、協力を呼びかける文書通知を行なわれている。

また、文書通知以前に後期高齢者診療料の施設基準の届出を行なった医療機関に対し、4月25日付けで「後期高齢者診療料の算定は行なわず、これまで通り『出来高』での請求を行なう」ことを重ねて依頼されている。

約80医療機関より後期高齢者診療料の施設基準の届出が行なわれていたが、上記の文書通知後は届出は行なわれていないようである。

## 【3】特定健診・特定保健指導の現状について

(宮崎県)

## 《提案要旨》

6月から特定健診が各地でスタートしているが、これまでの基本健康診断のときより受診率が低いような印象を受ける。この健診・保健指導は健診受診率、指導実施率、改善率などが目標より下回ると後期高齢者医療制度への拠出金の増額など保険者に財政的なペナルティーが課され、ひいては受診抑制など医療への悪影響も懸念されるが、各県の進捗状況はいかがでしょうか？

## 各県からの回答

- 長 崎 1) 長崎市の国保健診対象者は約9万名にて4月～8月までの受診者総数は8,286名(約9.2%)でした。
- 2) 最終結果判明者は4,500名で、その内、積極的支援と動機付け支援の該当者は合計600名(13.3%)でした。

福 岡 福岡県における特定健診・特定保健指導の現状ですが、当県の前年度の基本健診の受診率が他県に比べて低く、今年度も低受診率で終わる可能性大と思われます。取り組みとしては、県医師会、郡市医師会が協力して事務手続きにあたっていますが、入力ソフトの問題や暗号化の問題などがあり、健診結果確定に時間がかかっておりまだ指導に入っていない状態です。現場としては65才以下、前期高齢者、後期高齢者(これは特定健診の範疇ではありませんが)、生活機能評価(これも特定健診の範疇ではありませんが)を混在して健診を行っており、また、市町村によって独自検査項目があり健診をするにあたって混乱した状況です。

## 【4】特定健診・特定保健指導の実施状況は各県で如何か？ (鹿児島県)

## 《提案要旨》

本年4月1日から、特定健診・特定保健指導が実施されているが、受診者・医療スタッフとの実施手続きが煩雑で混乱している。

各県の実情をお伺いしたい。

## 各県からの回答

佐 賀 ご指摘のように、特定健診・特定保健指導の実施手続きは煩雑で、医療機関から県医師会等に対し、多数の問合せが寄せられているようである。

本県では、県医師会立共同利用施設「成人病予防センター」において、特定健診実施医療機関から、検体検査から請求までの一連の作業を再委託できるよう体制を整備し、特定健診実施医療機関の支援を行なっているが、その一環として、県内各地域において、特定健診・特定保健指導における「事務取扱説明会」を開催されている。

また、特に生活機能評価に関して、本県では、国保ベースの契約では、特定健診との同時実施を基本としているが、介護保険者により対応がまちまちで、同時実施と別途実施が混在している。一方、被用者保険の被扶養者は、市町村国保の枠組みを利用して特定健診を実施することとなっているが、生活機能評価は特定健診とは別途実施することになっており、特定健診の受診者の実施項目の判別が非常に複雑になり、特定健診実施機関では受付、結果報告、請求などの対応が煩雑になっている。

**熊 本** 熊本県医師会では特定健診の代行入力を行なっております。県内の15医師会中9医師会から受けています。残り6医師会は独自にシステムを構築して特定健診の代行入力を行なっております。熊本市医師会では特定保健指導を、インターネット上で行なう代行入力を導入しております（産業医科大学特定保健指導システム）。生活機能評価については熊本市のみが同時実施を行なっております。但し社保は別日実施であります。

## 【5】特定健診・特定保健指導について

(長崎県)

### 《提案要旨》

今年度から始まった特定健診と特定保健指導に対する、各県の取り組みについてお伺いします。実際に健診を行うにあたり、色々と問題点がある様ですが、具体的に種々の問題について、ご意見をお聞かせください。

### 各県からの回答

**沖 縄** 沖縄県では県医師会が主導し、広域連合と実施方法及び実施料金などを契約した。検査項目は対象外の血清クレアチニンを入れ、また選択項目の血糖値とHbA1cについては両者とも残したが、実施料金は、6,050円に抑えられた。電子化に関しては、郡市医師会で行い、実施不可能な医師会については近隣の医師会で代行し、受託側の受け入れ態勢を整えた。

しかしながら、各県がご指摘のように、受診率はきわめて低調である。那覇市に関して言えば、初年度の目標である受診率33%には程遠く、現時点（6～7月）では、昨年までの基本健診並みの18%前後に留まっている。また、本健診の最大のターゲットである40～50代の男性の動きは鈍く、受診率は更に低い。保険者側の特定健診に関するPR不足は否めない。

特定保健指導に関しては、今年度は、保険者が独自で実施する事になり、医師会への委託はない。したがってその実態は掴めていない。

### 大 分 ①生活機能評価の同時実施

生活機能評価の同時実施と別途実施と混在しているが同時実施を行なっている郡市の健診機関では特定健診の実施項目との判別が煩雑になっている。

### ②電子データ決済処理

受診データを国に電子請求しなければならないことにより電算処理（XMLファイル化および暗号化）は健診受託に大きなハードルとなっている。さらに通ってもデータ整合性のチェックを行なわれ、再度エラーとして返戻される。国保連合会や支払基金のシステムにも問題がありその都度修正を行なっているが、その修正が全

国的なものではなく大分県独自に修正するため、全国的なベンダーに依頼している場合はシステム修正費用が発生するケースも出ている。また修正の情報提供が遅く、請求を提出した後にシステム修正依頼が届くという情報の遅延も問題点の1つに挙げられる。今後は、請求代行機関の一本化（大分県では2つあるので）と全国統一したシステムの構築が必要だと思われる。

## 【6】「レセプトオンライン化」への対応について

(沖縄県)

### 《提案要旨》

厚労省は、平成23年4月をもってレセプトオンライン化を完全義務化するとしておりますが、日医の調査によれば、レセプトオンライン化に対応できない小規模医療機関（高齢者診療所及び僻地診療所）では、廃業を検討している施設も少なからずあるようです。貴県の状況と対応を伺いたい。

### 各県からの回答

#### 宮 崎

本県では県医師会が本年4月に「レセプトオンライン請求義務化に関するアンケート」を行った。アンケート対象施設837施設（A会員医療機関791・国公立医療機関46）に対して、562施設からの回答を得た（回答率約67%）。既にオンライン化しているのは13施設（2.3%）、磁気メディアでレセプトを提出している施設でも99施設（17.6%）と少数であり、レセプトオンライン化の義務化は時期尚早と言わざるをえない。レセプトオンライン請求義務化への対応についても、導入費用やコンピューター操作の問題から導入に躊躇している施設は108施設（19.2%）、医療機関の規模が小さく、レセプトオンライン化の必要性はないと考えている施設が64施設（11.4%）、対応できないので保険診療を止めるか、あるいは廃院を考えている施設が25施設（4.4%）あり、その他医師会へ対応を相談したいと答えた施設が80施設（14.2%）、厚労省が行う環境整備を待って対応すると応えた施設が184施設（32.7%）と導入を決めかねている医療機関が多いことが伺える。さらに問題は、保険診療を止めるか廃院を考えている施設の開設者の年齢をみると年配の医師だけではなく、40歳代、50歳代、60歳代にそれぞれ3名おられ、この義務化が地域医療の崩壊を加速させることにつながることは容易に想像できる。したがって、一律に義務化を行うことは止めるべきで、手上げ方式か、医療機関の規模や状況により現行の通り紙ベースの請求を認めるようにすべきと考える。

#### 鹿児島

本県では、県医師会において、今年度日医の依頼を受け、レセプトオンラインに関するアンケート調査を全医療機関に対して実施した。その結果、対応できないため、廃院を考えている医療機関が6.4%あることがわかった。これらを踏まえ、具体

的な対応について検討中である。

**長 崎** 長崎県には、手書きレセプトで請求している医療機関が150件あり、その中には、離島、へき地の小規模診療所が多数含まれている。オンライン請求義務化で廃院を考えている医療機関は全医療機関の6.67%で、これらの小規模診療所がほとんどではないかと予想される。

平成23年に向けての対応は現在模索中である。

#### 【7】レセプトオンライン請求の義務化に伴う対応不可能な医療機関の対策について (福岡県) 《提案要旨》

平成23年4月から、原則としてすべてのレセプトがオンライン化されることとなります。対応可能な医療機関にとっては、特に問題ありませんが、現在紙ベースによる請求を行っている医療機関のうち、高齢化、その他の理由により、技術的、経済的にIT化が難しい医療機関が比較的多く、現実的に完全義務化は困難な状況にあると思われます。これを機に廃院を考えている医療機関が多く、日医の調査では8.6%もの施設が廃院するとの数字が示すとおり、私どもの小さな80数名程度の医師会の中でも7名位が廃院の姿勢を崩していません。これによって廃院することになれば地域医療は成り立たなくなるのは明かであり、ゆゆしき問題であります。

現在のような医療費抑制政策が続く限り、これから先の医療経営に保証はなく、不安ばかり残れば、この上にレセコン購入による経済的負担を追うまでもなく廃院をした方がましだと思いに至るのは当然のことだと思われます。

日医では、手上げ方式を提唱しているようですが、何れにせよ、内科医会として、このような医療機関がどの程度あるかを調査し、何らかの対策を講じるべきではないかと思いがいかででしょうか。

#### 各県からの回答

**鹿児島** 貴県の通り。

**佐 賀** レセプトオンライン化に計上された26億円は医療現場への整備費として配慮されていない。

**熊 本** 現時点では、レセプトの電子化までは自院での努力によってお願いするしかない。しかし手書きのレセプトを拒否はできないのではないかという見方もあり、廃院ということは避けるべきだと考えます。

#### 【8】ジェネリック医療品の評価について

(宮崎県)



## 《提案要旨》

厚労省はジェネリック医薬品の使用を増やすような政策を進めており、調剤薬局に対しては1ヶ月間の処方箋枚数の30%以上の処方箋にジェネリック医薬品が一剤でも処方されていれば、調剤基本料が上がるというインセンティブを与えている。一方医師は処方について全責任を負わされているにも関わらず、薬局が調剤したジェネリック医薬品それぞれの品質や臨床成績などに関する情報を得ることが困難な状況に置かれている。処方責任に対して医師を守るために医師会あるいは医会に情報センターなどの組織を設置し、メーカーにジェネリック医薬品の成績の開示を求め、医師が当該ジェネリック医薬品を評価できる体制を作るべきと考えるが、いかがでしょうか？

## 各県からの回答

**沖 縄** ジェネリック医薬品の品質に関しては個々の製剤で問題があるという事は専門家の間でも指摘されており、また日常臨床の中でも経験しているところである。従って、このような医薬品の選択を全面的に薬剤師に任せ、処方の全責任を医師に負わせるという事は、大いに問題がある。やはり、国がジェネリック医薬品の審査をしっかりと行い、品質に対する不安、疑問を払拭する体制を整えるのが先決と考える。

**福 岡** 米国では、処方時にブランド名は先発約の1種にしか許されてなくて、同一品は全て成分名で書かなくてはならない。この成分表記からGenericの名称がついた歴史がある。我が国のように後発品もブランド名（商品名）を書くのは本来の意味から逸脱している。また、欧米では後発品はかなりの大メーカーが作っているために、同社の他商品の信用度も考慮しなければならないために細心の注意を払って品質管理をしている。我が国の実情は、後発品メーカーは最近でこそ品質管理に力点を置き始めたが、中小のメーカーが多い後発品メーカーは信用度が低いし、溶解度試験にしても十分なデータを提供しているとはいえない。

従って、ご指摘のごとく後発品メーカーに医師会あるいは各専門医会（内科は日本臨床内科医会）が品質や臨床データの開示を提出するよう働きかけることは賛成である。しかし、きわめて基礎化学的なデータも多く含まれるために「薬剤師会」との連携した取り組みが不可欠と考える。

**大 分** 医師には自らの処方に対して裁量権が与えられており、ジェネリック医薬品に拘らず自らの考えで処方には対応すべきである。情報センターは、医師会、医会が作ることはなく、ジェネリックを使って欲しいのなら、国において設置すべきである。

## 《提案要旨》

病院勤務医支援対策として診療所からの拠出により財源を振り向けたのであるが、果たして、勤務医の支援になっているのか。

## 各県からの回答

**鹿 児 島** この対策の前提として「診療所には経済的余裕がまだまだある」という判断があるのではないか。だとすると診療所医師の実感とはかけ離れている。

今後検証が必要である。

**長 崎** 勤務医の実質的な収入アップとは結びついていないと思われる。開業医の疲弊を来しただけではないのか。

**熊 本** 診療所から800億円という支援をしたという形になっているにもかかわらず、勤務医師の負担を緩和するものでは到底ないようであります。医師の疲弊を来しているおおもとは医療費抑制政策であり、根本からの検討が必要です。このままの状態を続ければ、勤務医の次は開業医に同様の減少が起きてくるのは必至であり、国の取り組み方を問うことが必要であります。

## 【10】 今回の診療科名の標榜方法の見直しについて

(鹿児島県)

## 《提案要旨》

今回の見直しにより「包括的に規定する方式」が示され、診療科名の標榜方法が以前に比し、自由になったが、診療科目に組み合わせの表示形式としてa.部位、器官、臓器などやb.疾患、病態等、あるいはc.患者特性やd.医学的処置などの各項目と内科や外科を順列組み合わせ的に表示する方式が認められているが、かえって、患者側には混乱を起こすと考えるが各県の御意見は如何でしょうか。

## 各県からの回答

**大 分** 一部の診療科を除くが、これまでの野放し状態の診療科の標榜よりも、少しは整理されていると思われる。しかし、患者のためにはもう少し根拠に基づく標榜に集約する必要がある。

**佐 賀** 内科の多くの医師が、地域でプライマリケアを主な仕事としているなかで、患者の大半が一般的な総合診療で完結し、実際に専門医に紹介する必要性を感じる症例は一部である。

開業医を専門家に分けることで、次々と患者をあちこちに紹介する事態も考えら

れ、ドクターショッピングにもつながり、医療費高騰の原因にもなりかねない。

更に、「アレルギー科」「リウマチ科」を認めて、「消化器科」「循環器科」など昔からなじみのある標榜名を認めないなど、その決め方にも根拠に乏しく問題がある。大学病院の医局も専門別に名称を変えたが、やたら長たらしい名称になっただけで浸透していない。

今回の診療科の標榜見直しには反対である。一体、何のために変更したのか。

**熊 本** 確かに今回の標榜見直しにはわかりやすくなった部分もあるが、今まで使用していた科名で使用できなくなったものもあります。特に患者さん達になじみがあったものは使用できないと説明が必要のようです。今回の標榜見直しは大学病院の医局標榜と同じようにむしろわかりにくくなった分が多いのではないのでしょうか？

#### 【11】 医師・医療従事者の業務分担の見直しについて

(大分県)

##### 《提案要旨》

政府の「経済財政諮問会議」では、医師と医療従事者の業務分担の見直し、厚労省の「安心と希望の医師確保ビジョン会議」でも、医療関係職種間の業務分担の見直しが提言され、麻酔専門看護師、歯科医による医科麻酔、助産師の正常分娩の対応、へき地での看護師、薬剤師のミニドクター化、ナースプラクティショナー（NP）、フィジシャン・アシスタント（PA）の創設などをあげている。医師不足や勤務医の過重労働への対応、医師の指示にも限界があるとして、看護師等の職務の拡大が必要とする意見が、強くなっている。

日医の見解は、医師の職責を他の職種に移管することであり、責任の所在も不明で患者にとって利益にならないとしているが、大学病院や病院団体の一部は業務分担の見直しに賛成の意見もある。

各職種にはそれぞれ与えられた職務があり、その境界をお互い尊重しながら連携することで医療・介護の供給体制が成り立っており、目先の業務分担の見直しは混乱を生じる。日臨内・各県の見解をお伺いしたい。

#### 各県からの回答

**宮 崎** 全国的に医師の偏在による医師不足や診療科の偏りにより、小児科医、産科医のみならず、今や内科医の不足も生じている。勤務医の過重負担を逡減するというところで制定された平成20年4月の診療報酬改定はその算定要件の厳しさから地方の病院ではその恩恵によくした病院はひとつもない。このような医師不足や勤務医の過重労働への対応として医療従事者の業務分担の見直しが低減され、その一部は既に国会で同意が得られているとも聞き及ぶ（例えば、看護師による静脈注射、薬剤投与量の指示など）。確かに医師の負担を少しでも減らすことになると考えられるが、

抜本的な解決にはならない。また安易な業務分担は責任の所在が不明確となり、混乱を生じる原因ともなる。現法の中で業務分担を見直すべきであると考えます。

**福岡** 医師の養成が不足しているからといって、付け焼刃的に医師の責任領域にまで各職種を参入させることは、「医療の質」の荒廃を今後半永久的に残してしまい、我が国の医療に禍根を残すことになる。米国で、糖尿病を中心にナースプラクティショナーを作ったのは、安い医療を運営するための医療保険業界だったことを銘記しておくべきだろう。各職種との連携が必須であることは当然であるが、責任の所在があやふやになることは、医療受益者である国民にとって益にならない。

あくまで反対すべきである。単に反対するのみでなく医療連携に関するシンポジウムや討論会などを積極的に仕掛ける中での反対運動を展開すべきであろう。

## 【12】 外来管理加算の算定要件（所謂5分ルール）の撤廃について

（福岡県）

### 《提案要旨》

従来から、外来管理加算というのは、処置やリハビリテーション以外の医学的管理に対して加算されるものであり、内科系医師の技術料としての位置づけであります。そもそも外来管理とは、患者の初診時の問診、診察、検査に基づく診断から、詳細なインフォームドコンセントのもとに始まる疾病の継続的、計画的管理を始め、経過中に発生する疾患に対する管理を意味し、これらは一連のものと考えられ、医師とともに院内のスタッフによるチーム医療の連携の上に成り立つものであります。この5分ルールは、外来管理加算が算定されない所謂「お薬受診」を認めるものであり、医師法第20条「無診投薬の禁止」との整合性が図られないことになり、より低医療費とするためのお薬受診形態が増加し、医療現場を混乱させる危険性を孕んでいます。これはまさにその都度の外来管理という細切리적인考え方であり、形だけにこだわった「お役所」特有の杓子定規の管理でしかあり得ないし、医師法第20条を無視したものであります。即刻撤廃すべきであると考えます。

尚、この外来管理加算の算定要件の撤廃については、日本臨床内科医会総会において、後期高齢者医療制度の見直しとともに決議文が採択されたので検討不要かと思われましたが、九州内科医会としても明かな意志表示をすべきかと考えます。

### 各県からの回答

**沖縄** 貴県に賛成である。

**鹿児島** 貴県の通り。

大分 貴県の通り。

### 【13】高齢者医療制度と介護保険制度の統合について

(大分県)

#### 《提案要旨》

日医のグランドデザイン2004では、医療保険と介護保険を2017年には統合し、75歳以上の高齢者医療と一般医療の2本立てとするとしている。また2007年の後期高齢者医療制度については、基本的な方向性として2008年度は制度創設の第1ステージであり、地域間、個人間格差を是正し、医療と介護の一体的提供を目指し、完成は2012年の同時改定を目安としている。

厚労省も、将来的には医療計画と介護計画は1つの整備計画となり、医療機関や施設、在宅ケアを同じ枠組みの中でとらえる地域包括ケアが必要と述べている。

後期高齢者医療制度には、介護保険の考え方が数多く盛り込まれており、次回の介護報酬改定や介護保険制度の改定では医療との整合性が図られ、2012年には両者の統合が予想される。現段階では、かかりつけ医とケアマネジャーの連携不足、評価基準等にも多くの相違があり、統合の賛否について議論しておく必要があると思われる。日臨内、各県の御意見があればお伺いしたい。

#### 各県からの回答

**宮崎** 医療保険制度と介護保険制度が統合されると現場の連携が改善されることが期待されるが、現在の介護保険制度では介護認定時の不必要に細かいケアマネジャーによるADL判定はケアマネジャーの負担を大きくしており、コンピューター導入や判定委員会の事務費などにかかる費用が大きく介護現場のケアに財源が十分に配分できていない現状があり、現状で介護保険が医療保険に統合されると医療側の財源の確保が困難になる可能性も捨てきれない。厚労省は医療の効率化も進めているが、レセプトオンライン化でも懸念されているように、事務費などの医療行為以外のものに費用がかかり、医療行為そのものへの財源が圧迫されている。したがって財政の面から医療保険制度と介護保険制度の統合は慎重に行うべきと考える。

**佐賀** 今まで医療一本だけで全てをまかなっていたのに、介護保険を導入することで医療と介護を切り離し大変な混乱を招いた。ようやく作り上げた介護保険の制度を、いまさら医療と統合するという時代を逆行するような方針には余計に混乱を招くことになり反対である。

そもそも今回の後期高齢者医療制度は、医療費削減に端を発する弱者切捨ての設計として問題がある。今後、介護保険制度との統合の方向性に際して、医療より介護に重点が置かれ、医療の包括化が促進されるなど、医療の切捨てにならないように警戒する必要があると考えるが、いかがか。

**熊本** 介護保険と後期高齢者医療保険との統合という点については、未だ問題点が山積しているものと思います。後期高齢者医療についても厚生労働省が見直しが必要としており、未だ政治の場でも方針が定まっておきません。また介護保険に関してもほとんどの利用者が高齢者ですので、医療なしという場合はほとんどないものと思われます。統合するにしても医療側の問題もあるでしょうが、あまり医療的な知識等がない場合、ケアマネジャーや介護側の負担も少なからぬものがあると考えられます。いずれにしても十分な検討が必要だと思われます。

**【14】 九内協で協議されたことが、診療報酬や医政に反映されるシステム作りが必要 (佐賀県)**  
**《提案要旨》**

毎回、九内協で折角、いい意見が出されているのに、これが診療報酬や医政にあまり反映されておらず、自己満足の会になっている感も否めない。

臨床整形外科医会がロビー活動などで効果を上げた様に、臨床内科医会も自らの意見が直接、点数改正などに関して、中医協にきちんと伝わり、反映されていくシステム作りが必要である。

**各県からの回答**

**鹿児島** 貴県の通り。

**長崎** 貴県の通り。

**福岡** 貴県の通り。

[報 告]

## 平成20年度日臨内九州ブロック会議

宮崎県内科医会常任理事

中津留 邦 展

日 時：平成20年10月18日（土）

場 所：熊本市

参加者：栗林会長，中津留

九州各県内科医会役員21名参加で会議は行われました。日臨内執行部から後藤会長，望月，山本副会長の三名が臨席されました。

### I、日臨内からの報告事項

#### 1) 会員数について

日臨内全体としては平成19年8月16,863名から，平成20年9月16,623名と，213名の減少。九州ブロックとしては8県あわせて4,200名前後で推移。会員の増強について会員増強委員会・IT委員会等において検討中。

#### 2) 平成20年4月の第25回総会および、今後の総会開催について

平成20年4月13日の第25回総会は800名を越す多数の会員の参加者があった。4月の診療報酬改定に対する決議文が採択されたこともあり，総会では活発な意見が出された。今後3年間は日本内科学会が東京での開催となることが決定したので，日臨内総会も同様に東京が会場となる。日程については，時間的余裕がもてて，かつ，日曜日の帰りの時間が余り遅くならないようにするため，土曜日の夕刻から開催する案が提案され検討中。

#### 3) 今後の日臨内医学会について

平成21年は埼玉県，22年は石川県，23年は北海道の担当。その後は中四国ブロック，近畿ブロックの予定。

#### 4) 会誌及びニュースについて

会誌について，今後は特集として何らかのテーマを決めて編集する方針について検討中。ニュースについては平成20年度から日臨内の主張を論ずる「論壇」という欄を設けている。今後，ジェネリック医薬品問題，法人制度の変更に伴う対応等について取り上げていく予定。

## 5) その他

慢性呼吸器疾患（喘息，COPD）調査及び生活習慣病と排尿障害実態調査についての協力をお願い。

**II. 執行部に対する提案事項**

- 1) 「外来管理加算5分要件」について（沖縄県）
- 2) 外来管理加算の5分ルールの廃止（宮崎県）
- 3) 新医師臨床研修制度の見直しについて（佐賀県）
- 4) 人口構造の変化と医療制度について（大分県）
- 5) 第22回日本臨床内科医学会（長崎）についてのお礼と報告（長崎県）



# 各郡市だより



## 宮崎市郡内科医会だより

謹んで新年のお慶びを申し上げます。先生方、少しホットする時間を過ごされましたでしょうか？ 明るいニュースのない年末年始のような気がいたします。救急医療現場の困窮を受けて大学医学部の定員増や産科小児科医への手当を改善するなど、医療費は更なる削減をやめて大きく舵を切ったような印象をうける報道ですが、日常の現場の実態は医療費削減が続いているように感じます。増え続ける高齢者数は、医療現場を様変わりさせつつあるのではないのでしょうか？ お年寄りの対応に苦慮しておられる会員の先生方も少なくないことでしょう。年末には、宮崎市郡内科医会所属の松本信義先生（宮崎市木花歯科内科医院）が12月20日に亡くなりました。82才でした。ユーモアのセンスと明るい活気に満ちた先生でした。ご冥福をお祈りいたします。合掌！

前回の郡市医師会だよりの報告の後の後援会は次の通りでした。

○平成20年11月13日（木曜日）

演題 「脳卒中予防戦略－特に高血圧の管理を中心に－」

講師 最多内科大学国際医療センター

教授 棚橋紀夫 先生

場所 宮崎観光ホテル 出席者数 72名

○平成20年11月20日（木曜日）

①演題 「当院における経口キノロン薬の使用経験」

講師 宮崎市 せき診療所内科・

呼吸器科院長 関 良二 先生

②演題 「呼吸器感染に対する経口抗菌薬療法

－ニューキノロン薬を中心に－

（新市中肺炎ガイドラインを考慮して）

講師 信楽園病院

内科部長 青木 信樹 先生

場所 ホテルJAL CITY宮崎

出席者数 26名

（文責：中村 周治）

## 都城市北諸県郡内科医会だより

本年6月よりスタートした特定健診ですが、区分が複雑で医療機関関係者も混乱している場面をよく目にしています。介護予防の面からも問診してあるのは理解できるのですが、受診対象者、検査項目等の再検討が必要との意見が多いです。

7月から12月までに開催した講演会は以下のとおりです。

○平成20年7月16日

「腰痛・下肢痛の診断と治療～特に腰部脊柱管狭窄症について」

宮崎大学医学部整形外科

講師 黒木 浩史 先生

○平成20年8月28日

「これからの慢性腎臓病（CKD）の診療－  
内皮機能障害と臓器保護に関して－」

久留米大学医学部 内科学講座

腎臓内科部 教授 奥田 誠也 先生

○平成20年10月31日

「これからの心血管保護戦略」

佐賀大学 内科学

教授 野出 孝 先生

○平成20年12月12日

「大規模臨床試験のエビデンスを日常診療  
に活かす～RAS抑制薬を中心に～」

東京大学院 医学系研究科臨床免疫システ  
ム講座 教授 山崎 力 先生

（文責：志々目栄一）

## 延岡内科医会だより

平成に年号が変わって節目となる平成20年  
が終わり21年の新年となりました。

昨年は政治、経済の面で激震が走った年では  
なかったかと思えます。

医療の分野では今年はより良い年になるよう  
努力していかなければならないと考えていま  
す。

昨年の7月から12月までの講演会は下記の  
通りです。

○平成20年8月8日（金）

『C型慢性肝疾患に対する最新のインター  
フェロン治療

－患者別投与方法の工夫－』他

久留米大学医学部 内科学講座

消化器内科学部門

講師 井出 達也 先生他

○平成20年8月22日（金）

『緩和ケアの新しい潮流とがん疼痛マネー

ジメント』

佐賀大学医学部附属病院

地域包括緩和ケア科

診療教授 佐藤 英俊 先生

○平成20年8月29日（金）

『病変の部位や特徴に応じた僧帽弁形成術』  
他

小牧市民病院 心臓血管外科

部長 澤崎 優 先生他

○平成20年9月19日（金）

『膝のう胞性腫瘍の最近の話題』

産業医科大学 第一外科

教授 山口 幸二 先生

○平成20年9月26日（金）

『糖尿病初期治療の重要性』～糖尿病患者の  
将来のQOL維持のために～

京都府立医科大学 病院教授

内分泌・糖尿病・代謝内科診療部長

中村 直登 先生

○平成20年10月4日（土）

『小児感染症の見方』小児難知性感染と初期  
免疫機構異常 他

宮崎大学医学部 生殖発達医学講座

小児科学 教授 布井 博幸 先生他

○平成20年10月10日（金）

『大腸癌肝転移の新しい治療戦略～肝切除  
に加えた全身化学療法と分子的治療～』

熊本大学大学院 消化器外科学

准教授 別府 透 先生

○平成20年10月17日（金）

『咽頭・食道領域の内視鏡診断  
～最近の話題～』

都立駒込病院 内視鏡科

部長 門馬久美子 先生

○平成20年10月27日（月）

## 『アルツハイマー病の発症機構の解明と診断・治療薬の開発』

大阪市立大学大学院 医学研究科脳神経科学  
准教授 富山 貴美 先生

○平成20年10月31日（金）

## 『早期高血圧UpToDate』

－家庭血圧とABPMの利用法－ 他

自治医科大学 内科学講座 循環器内科学部門  
教授 菊尾 七臣 先生

○平成20年11月14日（金）

## 『気管支喘息における最新の治療戦略とその効果について』 他

久留米大学医学部 内科学講座 呼吸器・神経・膠原病内科部門

講師 川山 智隆 先生他

○平成20年11月28日（金）

## 『日常診療における軟部腫瘍の診断と治療－小腫瘤の取り扱いについて－』

久留米大学医学部

講師 平岡 弘二 先生

○平成20年12月12日（金）

## 『最新の喘息治療と今後の展望』

和歌山県立医科大学 内科学第三講座

講師 松 永 和 人 先生

（文責：宮田 純一）

## 日向市東臼杵郡内科医会だより

平成20年は、特定健診及び後期高齢者健診が始まり、健診の登録や請求事務代行の手続きも終了し、ようやく落ち着いてきました。平成20年12月20日現在、日向市東臼杵郡内科医会の会員は33名です。長年、研修会や懇親会等に必ず出席され、内科医会を牽引されてこられた吉森治男先生（83歳）がお亡くなり

になられ寂しい思いをしています。

7月から12月までの内科医会主催、共催の研修会は以下のとおりです。なお延岡市医師会と県北心臓血管懇話会、画像診断研究会等にも参加しています。

○平成20年7月30日（木）

## 「冠動脈疾患における薬物療法の意義」

熊本大学大学院医学薬学研究部

教授 小川 久雄 先生

○平成20年8月21日（木）

## 「心・腎保護を考慮した高血圧治療」

佐賀大学 循環器・腎臓内科

教授 野出 孝一 先生

○平成20年9月12日（金）

## 「降圧療法と臓器保護」

名古屋市立大学大学院研究科

准教授 土肥 靖明 先生

○平成20年9月19日（金）

## 「循環器治療の最近の変遷」

県立延岡病院 心臓血管センター

医長 山本 展誉 先生

○平成20年9月26日（金）

## 「生活習慣病と漢方」

鹿児島大学大学院医歯学総合研究所

血管代謝病態解析学

教授 丸山 征郎 先生

○平成20年11月5日（水）

## 「宮崎県に特徴的な呼吸器、神経、内分泌疾患と大学病院の役割」

宮崎大学医学部神経呼吸器内分泌代謝内科

教授 中里 雅光 先生

○平成20年11月27日（木）

## 「日本のエビデンスを日常臨床に活かす」

東京大学臨床疫学システム講座

教授 山崎 力 先生

(文責：古賀 正広)

## 児湯内科医会だより

平成20年下半期の当内科医会主催・共催・後援の学術講演会は以下の通りです。

○平成20年7月15日(火)

第82回児湯カンファランス

特別講演会

ディスペプシア診療における最近の話題

長崎大学大学院展開医療科学講座

第二内科 准教授 水田 陽平 先生

○平成20年8月22日(金)

第19回国立病院機構宮崎病院医療セミナー

Common skin diseaseの診かた

国立療養所奄美和光園

副園長 江川 清文 先生

○平成20年9月16日(火)

第83回児湯カンファランス

1. Teaching file (症例呈示)

国立病院機構宮崎病院

放射線科 堀見 克礼 先生

2. 変形性膝関節症について

国立病院機構宮崎病院

整形外科 安藤 徹 先生

○平成20年10月23日(木)

児湯内科医会学術講演会

特別講演

【動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007】

～主な改定点と臨床応用をめざして～

Tsukasa Health Care Hospital

内科部長 枇榔 貞利 先生

○平成20年10月29日(水)

第20回国立病院機構宮崎病院医療セミナー

演題

高血圧と心血管疾患

国立病院機構宮崎東病院

院長 比嘉 利信 先生

○平成20年11月18日(火)

第84回児湯カンファランス

1. 痙攣を伴った周期性嘔吐症の一例

- 診断と治療 -

国立病院機構宮崎病院 小児科

垣内 辰雄 先生, 岡本 知子 先生,

内山 伸一 先生

2. 当院における消化性潰瘍

国立病院機構宮崎病院 外科

草野 徹 先生, 佐々木 淳 先生

○平成20年12月5日

第21回国立病院機構宮崎病院医療セミナー

演題

呼吸器感染症あれこれ

医療法人清和会東野病院

院長 森 孝志 先生

(文責：寺本 仁郎)

## 西都市・西児湯内科医会だより

平成20年も当会においては特別な行事や出来事はなかったが、例年同様に外部から演者を迎え四回の講演会を開くことができた。しかしながら、せっかくの勉強の機会であるにもかかわらず(元々少人数の会員であるが)出席される会員の先生の数が少ないのがやや残念であり、この講演会企画の担当者としては招聘した講師の先生にいつも申し訳なく思っている次第である。

一方、当西都医師会病院(旧西都市・西児湯医師会立西都救急病院)は昭和55年12月以来西都市及び周辺町村の夜間・休日の救急医

療を担ってきたが、宮崎大学の医局自体の医師不足により医師派遣が中止され、平成16年6月の外科病棟閉鎖に続き、平成19年4月からは内科病棟も閉鎖に至り、脳外科病棟のみで運営せざるを得ない状況であった。しかしその後、主に当医師会会長相澤潔先生の懸命の努力により現在までに県外から2名の内科医を招聘することにできた。ようやく少しずつではあるが、内科病棟への入院を受け入れられるところまでこぎつけている。さらに平成21年4月には、念願の循環器医も1名勤務していただけることになっており、再び以前のような内科病棟の機能を回復できる見込みである。しかしそれはまた、我々西都・西児湯内科医会員の休日や平日夜間診療当番も再開されることをも意味する。殆どどの会員が年齢的には中年の後半であり、身体的にかなりの負荷になるが、西都・児湯地区及び旧佐土原町の一部の住民の医療を守ることであるとの認識を持って、近隣の児湯医師会の先生方の協力も得ながら頑張っていかなるを得ないと考えている次第である。

(文責：児玉 健二)

## 南那珂内科会だより

コンビニ受診による基幹病院の疲弊が叫ばれる中、当地区の基幹病院である県立日南病院も例外ではなく、南那珂医師会が日南病院の二次救急体制維持を助けるために、現状の休日夜間の急病センター勤務が365日準夜帯センター勤務に変わることになりそうです。新聞報道でもありましたように、日南病院小児科の撤退問題も絡んでおり、小児の診察も求められ、4月からは緊張した夜をおくるこ

とになります。

平成20年8月からの内科系講演会は以下の通りです。

○平成20年8月22日

これからの医療安全

県立日南病院医療安全管理室

専任リスクマネージャー 田中 茂子 氏

○平成20年9月12日

高血圧治療の最近の話題～今、見直される少量利尿薬

宮崎大学医学部内科学講座

循環体液制御学分野

教授 北村 和雄 先生

○平成20年9月19日

第一線の医師に必要な肝炎対策の知識

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

教授 坪内 博仁 先生

○平成20年10月6日

一般医のためのうつ病診断と初期治療

医療法人慈光会 若久病院

院長 前田 久雄 先生

○平成20年10月17日

当院におけるCOPD治療の現状

県立日南病院内科

医長 平塚 雄聡 先生

COPD診療で押さえておきたいポイント

宮崎大学医学部内科学講座

免疫感染病態学講座

講師 長友 安弘 先生

○平成20年11月4日

甲状腺疾患の診断と治療

古賀総合病院 院長 栗林 忠信 先生

(文責：島田 雅弘)

## 西諸内科医会だより

長期予報で暖冬の予想に反して、11月末より、急に寒くなり、西諸では、毎朝というくらい霜の降る日が多くなっております。よく霧島降ろしといいますが、霧島は小林の南～南東に位置しています。冬の風は北～北西からですので、実際は、霧島から降ろしてくるのではなく、九州脊梁の山々からの寒い風を受けていることとなります。

連日の寒さのせいか、この原稿を書いております12月下旬において、インフルエンザ発生の報告を、よく聞くようになりました。診療時における医療者自身の感染予防のためマスクを欠かせなくなっております。

鳥インフルエンザが新型インフルエンザに変異して、ごく近い将来、猛威を振るうのではと恐れられていますが、実際、パンデミックになったら、どうなるのかと非常に心配です。いったいどの程度の、予防対策、訓練を行えば万全であるかの想像ができません。

平成20年8月以降の西諸内科医会の講演会は以下のとおりでした。現在のところ月1の

ペースを維持できております。

○平成20年8月25日

進歩する気管支喘息治療

久留米大学第一内科

准教授 岩永 知明 先生

○平成20年9月11日

降圧治療：CKD診療ガイドラインを含めて

宮崎大学フロンティア科学実験総合センター

教授 加藤 丈司 先生

○平成20年10月9日

睡眠障害とうつ病の診断と治療

国際医療福祉大学 医療福祉学部

教授 上島 国利 先生

○平成20年11月14日

下肢の血管疾患の診断と治療

くわばら医院（宮崎市）

院長 桑原 正近 先生

○平成20年12月16日

高血圧診療：Up to Date

鹿児島大学大学院 歯学総合研究科

循環器・呼吸器・代謝内科学

講師 宮田 昌明 先生

（文責：野本 浩一）

## 原稿募集

次の原稿締切は平成21年7月27日頃の予定です。

下記により原稿を募集致します。

## 記

- 1 原著, 学会発表抄録, 経験症例等  
400字詰原稿用紙12枚以内  
(図表を含む)
- 2 随筆, 意見, 所感等タイトルを含めて  
400字詰原稿用紙4枚以内
- 3 ひとつこと  
タイトルを含めて200字以内
- 4 各郡市内科医会だより  
(毎号提出のこと) 400字詰原稿用紙  
4枚以内
- 5 短歌, 俳句, 詩
- 6 芸術写真
- 7 質疑応答  
採扱は編集委員会へおまかせ下さい。
- 8 保険診療報酬審査会への質問  
編集委員会から審査会へ質問しますので, 不明の点, 日常診察で疑問を感じられている事項など, ご質問をおよせください。
- 9 用語は新かなづかいによること。
- 10 本誌に掲載された発表内容について御質問があれば質問趣旨を御送付下さい。著者において誌上で回答致します。  
カラー写真については, 投稿された先生方の写真をまとめて掲載させていただきます。

## 編集委員

木佐貫博人	三原 謙郎	宮永 省三
田中 宏幸	牛谷 義秀	青木 敏浩
名越 敏郎	佐々木 隆	山田 孝俊
大森 史彦		

## 編集後記

今年は桜の開花が例年より早く, 本誌がお手元に届く頃には既に葉桜となっているのではないのでしょうか。先日行われた第二回ワールド・ベースボール・クラシックでの侍ジャパンのV2達成は長引く不況や格差問題, 医療問題, 政治不信などで冷え切った日本国民の心を熱くたぎらせてくれました。待ち合い室のテレビの前でも患者さん達が歓声をあげ, 拍手をするのが聴診器越しに聞こえてきました。野球ファンの一人としては今年のプロ野球もこのまま盛り上がり, めっきり減ってしまったテレビ中継が再び増えることを期待しております。

さて, 今回の特集では今年1月に発表された高血圧治療ガイドラインの改訂について宮崎大学の加藤教授に大変分かりやすく, また簡潔にまとめて頂きました。会員投稿論文は劇症型溶連菌感染症, 微量元素欠乏による貧血, うつを合併した慢性疼痛の治療といった症例報告, 患者さんと介護人との対人関係に着目された報告, 家庭血圧を症例に応じて診療へどう応用するかを示された報告といずれもこれからの診療の参考になる教育的な論文となっております。また宮崎産業保健推進センターの小岩屋先生には昨年導入された特定健康診査・保健指導の概要と問題点, これからの展望などを多々のエビデンスを交え詳細に解説して頂きました。連載中の循環器病講座では不整脈診療, 漢方治療では下痢, 膠原病講座では関節リウマチの薬物療法について実際の診療で利用できるような具体的に示されています。他科からの提言では宮崎大学眼科の小澤先生に最近話題の抗VEGF抗体を用いた治療などを含めた糖尿病網膜症について分かりやすく教えて頂きました。4人の先生方から投稿頂いた随筆はいずれも興味深く, 味わい深い文章で, 恒例の俳句, 短歌, 狂歌とあわせ多忙な診療の合間の清涼剤となることでしょう。

これから総選挙を控え, 医師不足, 高齢者医療, 医療費削減など種々の問題を抱える医療行政の改善が, 先にも述べた侍ジャパンの面々の様にスピード感をもって行われることを期待します。

最後になりましたが, 会員の先生方には花冷えの季節, お身体にお気を付け頂き, 宮崎県内科医会誌への投稿を引き続き宜しくお願い申し上げます。

(佐々木 隆)

## 発行所

宮崎市和知川原1丁目101番地  
宮崎県医師会館内  
宮崎県内科医会  
<http://www.miyazaki.med.or.jp/naikaikai/>  
TEL 0985-22-5118 FAX 0985-27-6550  
E-mailsachiko-staff@miyazaki.med.or.jp

発行人 栗林 忠信  
編集人 木佐貫 博人  
印刷所 愛文社印刷所