

[巻頭言]

「ジェネリック医薬品」再考

宮崎県内科医会副会長

小 牧 齋

昨年（2013年）特筆すべきヒット商品にジェネリック家電があったとのこと。ジェネリック家電とは、大手メーカー製品より価格がぐっと安くて、しかも性能はしっかりしている、中堅中小メーカーの手になる家電商品を指すという。安かろう悪かろうではなく、これで十分と納得いく機能をもつ点が、以前の低価格家電とは違うところらしい。もう一つ、ジェネリック家電を評価する理由として、消費者の人気を得るために、枯れた技術を用いながらも、必要な機能を残し、余計なものは極力排除する、“安価なのに不思議とみじめさのない”面白い商品に仕上げているところである（ジェネリック家電 なぜ流行っているか 北村 森）。

対して、医療界でいうジェネリック医薬品すなわち後発医薬品は特許権の切れた新薬を別のメーカーが作るというものである。そこにはオリジナリティーはほぼない。ジェネリック医薬品は開発コストがかからず「安い」「同じ効果」と利点ばかり謳うが実際はそれなりの欠点が存在する。本当ならこの部分もマスコミは宣伝すべきと思うのだが。

厚労省HPをみると、「ジェネリック医薬品の更なる普及のために、患者さんや医療関係者の信頼を獲得できるよう、安心使用促進アクションプログラム等を通じ、その品質、安定供給、情報提供等における信頼性の確保とその周知に一層努めるとともに云々」と、いかにも堅い表現の文章が掲載されている。要は、先のジェネリック家電同様に安くても安心・安全という質の担保を早くしていただきたいものである。

ジェネリック医薬品の普及はアメリカ、カナダ、ドイツなど各先進国で進んでおり、その普及率は何れも60%を越えている（2009年・数量ベース）という。一方、日本における後発医薬品の普及率は20%程度に留まっており、医療費抑制のために厚労省は先進国並みの普及率を目指して、やや強引ともいえる手法で、医療機関・薬局等へ保険診療がらみで圧力を強めているのが現状である。

そこで後発医薬品の問題、課題について改めて整理してみた。

1) ジェネリック医薬品は特許が切れた薬、といっても完全に特許が切れているわけではない。特許が切れたのは「物質特許」であり、薬の本体である。つまり、有効成分そのものである。薬の特許には「物質特許」以外にも「製法特許」や「製造特許」が存在する。「製法特許」が切れていなかったら同じような添加物を加えることができずに薬の溶出、吸収の速さ・割合が変わってしまうという。「製造特許」が切れていなかったら同じ剤形を作ることができない。例え同じ錠剤だとしても、コーティングの仕方や内部構造などでそれぞれ異なってしまうという。

また「物質特許」「製法特許」「製造特許」全ての特許が切れている場合でも、メーカーの技術

力の差などで適切な薬の効果が得られるとは限らないとのことである。

2) 有効性の試験といっても「統計学的に先発品と差がない」というだけで「完全に有効性が同じである」とは言い切れない。なぜなら、統計学的には±20%の範囲であれば差がないと判断されているからである。

3) 「有効性の試験」は存在しても「安全性の試験」はない。そのため、ジェネリック医薬品は先発品と比べ、その製品に対する安全性のデータが極端に少ない。後発医薬品を使用していた場合、もし問題が起こったとしたら少ない情報から答えを出さなければならない。

このようにジェネリック医薬品は先発品と比べ見劣りする点があるにもかかわらず、今は世間的にジェネリックの良い面だけが強調されている。患者サイドがジェネリックの良い面のみならず悪い面まで知り、「それでもジェネリックに変えてほしい」と要求するなら納得せざる得ない。最終的な決定権は患者さんにあるし、値段が安いというのはやはり魅力的なのだから。

今後の方策として医療者サイドも、ただ手をこまぬきみているのではなく、安全性の面でのエビデンスを作るために臨床試験にトライして見るのも一案と思う。“隼より始めよ”である。冒頭に述べたジェネリック家電のように、何らかの創意工夫が欲しいところである。

[教授ご紹介]

ご 挨拶



宮崎大学医学部感染症学講座
免疫学分野

教授 佐藤 克明

平成25年3月より宮崎大学医学部感染症学講座免疫学分野の教授を拝命致しました佐藤克明です。宮崎県内科医会の諸先生にはこの場を御借りして謹んでご挨拶申し上げます。

免疫学分野は新設講座であり、初代教授として就任できましたことを光榮に思いますとともにその重責をひしひしと感じております。

最初に、簡単に自己紹介をさせていただきます。私は北海道岩見沢市出身で、平成8年3月に北海道大学大学院理学研究科化学専攻博士課程にて博士（理学）学位取得後、平成8年4月からカナダ国The John. P. Robarts医学研究所Autoimmunity Group・ポストドクター、平成9年5月から東京大学医科学研究所細胞プロセッシング寄付研究部門・助手、平成13年4月より鹿児島大学医学部医動物学講座・講師、平成16年4月より理化学研究所横浜研究所免疫・アレルギー科学総合研究センター樹状細胞機能研究チーム・チームリーダー、平成23年8月より科学技術振興機構（JST）戦略的創造研究推進事業さきがけ・研究者（併任）の経歴にて現在に至っております。

私が生まれ育った岩見沢市は北海道の中でも有名な豪雪地帯で近年では1日に雪が1メートルも降ったこともあるところですので、寒さが苦手な私にとって南国情緒豊かな

宮崎県に居住できたことは大変嬉しく思っております。

現在、講座のセットアップ中ではございますが、幸いに講師、助教、秘書などの教職員が着任しつつあり、今後は教室員が一丸となって教育研究活動に専念したいと考えております。また、当講座は来年度初めに現在の仮移転先からの移設を予定しておりますが、その準備を着々と進め、新しい研究室で教育研究活動を行えることを今からとても楽しみにしております。

私は、これまでに生体の高次機能システムであります免疫学の研究を行ってまいりました。免疫システムはウイルスや細菌などの微生物感染に対する防御や発がんへの監視を担っております。その一方で、免疫システムが破綻しますと自己免疫病やアレルギーなどの免疫疾患の発症を引き起こします。さらに、近年では免疫システムはこれらの疾患のみならず、炎症というキーワードで内科学領域に関連した多くの生活習慣病や老化そのものにも関与するということがいわれております。このことから、我が国では高齢化社会の加速によって、将来的に加齢に伴う“免疫が関わる様々な疾患”の罹患率が上昇し、医療費やQOL（quality of life）の低下等、その経済的・

社会的損失が大きな社会問題となることが危惧されております。従いまして、免疫に関連する疾患の発症・増悪機構を早急に解明し、根治治療法の確立が強く望まれております。

私の研究室では白血球の一つである“樹状細胞”を研究対象としており、この免疫細胞は機能的に通常型樹状細胞と形質細胞様樹状細胞に大別され、免疫系の司令塔として作用すると考えられております。現在の主な研究テーマとして、樹状細胞による微生物感染やがんに対する生体防御機構とともに自己免疫疾患やアレルギー、移植片拒絶反応などの免疫疾患の発症増悪機構の解明に取り組んでおります。さらに、微生物感染やがんに対する新規ワクチン、免疫疾患に対する疾患特異的治療法の開発へ繋がる応用研究を推進しております。

これまでの研究活動で得られた主な知見では、微生物感染に対する生体防御では、形質細胞様樹状細胞がウイルス感染による炎症反応の惹起に関与するのみならずI型インターフェロン（IFN）産生と細胞傷害性T細胞生成を介した宿主からのウイルス排除に必須であることを明らかにしました。さらに、形質細胞様樹状細胞が外来・自己核酸の認識により過度のI型IFNを産生することにより炎症反応を惹起・慢性化し、同時に自己成分の自己反応性T細胞への抗原提示により慢性炎症性自己免疫疾患を導く可能性も見出しております。一方、免疫疾患に対する樹状細胞を用いた新規免疫療法の開発を目的として、比類無い免疫抑制機能を示す制御性樹状細胞を発見し、その免疫疾患制御の可能性を示しました。また、樹状細胞研究のトランスレーショナルリサーチとして、本邦初の第IV期悪性黒

色種に対する通常型樹状細胞を用いた癌ワクチン療法の臨床試験を行い、その有効性を示しました。今後はこれらの研究活動をさらに発展させて医療社会のニーズに微力ながら貢献できるように努めて行きたいと思っております。

教育については医学部医学科では3年生の免疫学・生体防御学の授業を担当しております。免疫学は専門用語が多いことや体系的に複雑なことから理解が難しい学問分野の一つであるとされております。このことから、医学部教育の抱負では、医学部学生に対し、一つ一つの事柄に何故そういえるのか、という理屈を懇切丁寧に説明し、対話形式で進める躍動感ある授業を通じて免疫学の面白さを伝え、リサーチマインドを有する医師の育成を心掛けます。さらに、教授した免疫学の知識が将来的に医療の現場で役立ちましたら非常に嬉しく思います。また、大学院教育では医科学専攻病理・病態学の免疫学分野を担当しておりますが、大学院生には最新の免疫学の知識と研究方法論を習得させ、将来的に独立した研究者となれるように尽力したいと思います。

私は真に独創性の高い個性を、巧みに世界へと押し出すことのできる若者の育成という教育理念のもと、この宮崎の地で教育研究活動を通じて医師・研究者として医療技術及び次世代科学を担う有望な人材の育成に是非取り組みたいと思っております。

最後になりましたが、宮崎県内科医会の諸先生にはこのようなご挨拶の機会を与えて頂いたことを感謝致しますと共に、当講座が宮崎大学医学部での教育・学術活動に貢献できますようご指導とご鞭撻を、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

特集

新しい血糖コントロール指標について

宮崎市 阿南内科医院

阿南敬親

1. はじめに

日本糖尿病学会はHbA1cの表記を平成25年4月より、従来のJDS値と及びNGSP値（国際標準値）の併記からNGSP値の単独表記を推進しています。また平成26年4月にはNGSP値へ完全移行することが決まっています。今回、糖尿病診療と予防の国内外におけるエビデンスや状況をふまえて、糖尿病治療におけるHbA1cの目標値を改訂し、平成25年6月1日より施行、「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン」と「糖尿病治療ガイド2012-2013」にも盛り込まれました。

尚、誤解の無いように申し添えますが、今回の改訂は、血糖コントロールの指標としてのHbA1cの目標値が改訂されました。診断基準としてのHbA1cの扱いは変わりませんが、糖尿病の診断の基準にHbA1cを取り入れているのは日本糖尿病学会のみで、WHO/

IDF, ADA, CDAの各ガイドラインではその妥当性、有効性を示すエビデンスが乏しいことが明記されています。

余談ですが、このHbA1cはそれぞれのガイドライン等において欧州糖尿病学会（EASD）、欧州心臓病学会議（ESC）、国際糖尿病連合（IDF）においてはHbA1cと表記され、アメリカ糖尿病学会（ADA）、カナダ糖尿病学会（CDA）ではA1Cと表記され、日本糖尿病学会（JDS）、世界保健機構（WHO）ではHbA1cと表記されています。

2. 血糖コントロールの目標

従来の血糖コントロール指標と評価、今回の血糖コントロールの目標を示します（図1、図2）。

HbA1cは過去1～2ヶ月の血糖の平均値を反映する臨床検査値ですが（図3）、新し

指標	優	良	可		不可
			不十分	不良	
HbA1c(NGSP)(%)	6.2未満	6.2~6.9未満	6.9~7.4未満	7.4~8.4未満	8.4以上
HbA1c(JDS)(%)	5.8未満	5.8~6.5未満	6.5~7.0未満	7.0~8.0未満	8.0以上
空腹時血糖値(mg/dL)	80~110未満	110~130未満	130~160未満		160以上
食後2時間血糖値(mg/dL)	80~140未満	140~180未満	180~220未満		220以上

+0.4%
シフト

日本糖尿病学会編・糖尿病治療ガイド2010より引用改変

図1. 従来のコントロールの評価とその範囲.

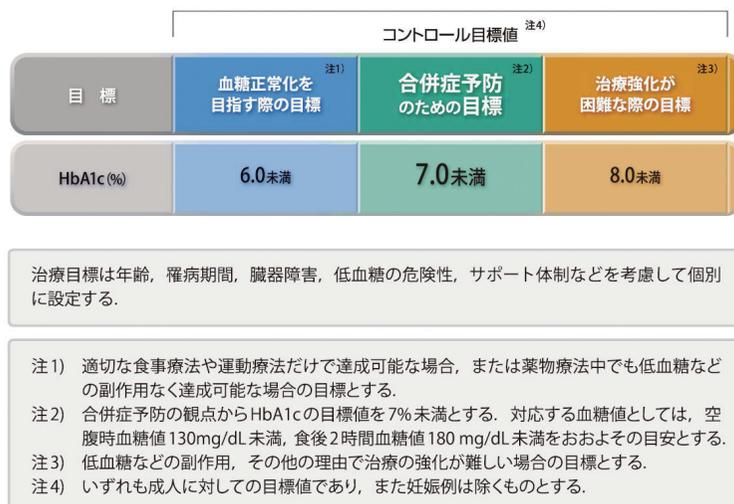


図2. 血糖コントロール目標.

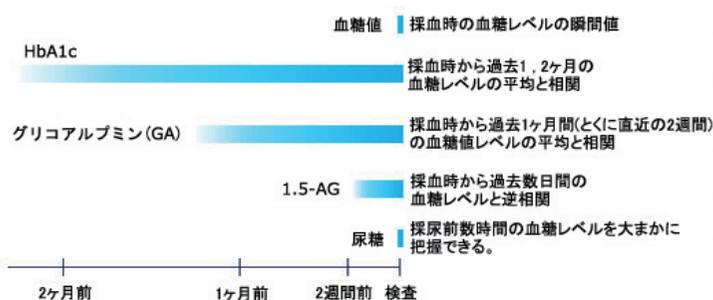


図3. 平均血糖値を反映する指標.

い目標値においてはこれまで「優・良・可(不十分・不良)・不可の」5段階としていた血糖コントロールの指標を、今回の改訂では、「HbA1c 6%未満」、「HbA1c 7%未満」、「HbA1c 8%未満」の3段階に集約されました。その上で、治療目標は年齢や罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、ケアのサポート体制などを考慮して患者毎に設定するものとされました。

新たに「糖尿病合併症予防のための目標値」として定められた「HbA1c 7%未満」は、

対応する血糖値として空腹時血糖値130mg/dl未満、食後2時間値180mg/dl未満が目安とされました。これを軸に「HbA1c 6%未満」は血糖正常化を目指す際の目標で「薬物療法中であっても、低血糖などの副作用なく達成可能な場合の治療目標」、さらに「HbA1c 8%未満」は治療強化が困難な際の目標で「低血糖などの副作用やその他の理由で治療強化が難しい場合の治療目標」と設定されました。ただし小児及び妊婦については可能な限り血糖正常化に向けた厳密なコントロールを目標

としています。

3. 背景

「平成19年国民健康・栄養調査」の結果によると「糖尿病が強く疑われる人」は約890万人、「糖尿病の可能性を否定できない人」は約1,320万人で、両者の合計は約2,210万人にのぼっていました。この両者の合計は「平成9年糖尿病実態調査」では約1,370万人であり、この10年間で約800万人増加しているものと考えられます。日本人の生活習慣の変化、すなわち食生活の変容や運動不足、そしてその結果引き起こされる内臓脂肪の蓄積や肥満が糖尿病患者数増加の重要な原因と考えられます。この状況を鑑みて、平成20年日本糖尿病学会では糖尿病は予防や治療ができること、またその根幹が健康な食生活（Diet）と適度な運動（More Exercise）であることを「東京宣言2008」として宣言しました。

糖尿病は放置すると眼・腎臓・神経などに細小血管合併症を引き起こし、また脳梗塞、心筋梗塞などの大血管合併症・動脈硬化症を進行させます。糖尿病による合併症の発症を予防し、また進行を阻止すること、さらには糖尿病患者において、健康な人と変わらない日常生活の質（QOL）が維持され、健康な人と変わらない寿命が確保されることが糖尿病治療の目的です。しかしながら、糖尿病網膜症による失明者は年間3,000人以上（新規失明者の約18%）、糖尿病腎症による新規透析導入者は年間16,000人以上（新規透析導入者の約44%）、糖尿病足病変による下肢切断者は年間3,000人以上（全下肢切断患者の約45%）であり、糖尿病合併症で苦しむ患者は今なお減少していませんし、糖尿病患者の平

均寿命が健常者に比べ短いことも変わっていません。

糖尿病患者が健康で幸福な寿命を全うするためには、早期から良好な血糖値を維持することが重要です。そのため血糖管理目標値は、年齢、罹病期間、現在の健康状態、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して、患者ごとに設定する必要があります。諸外国においてなされた大規模な臨床研究、例えばUKPDS（United Kingdom Prospective Diabetes Study）やDCCT（Diabetes Control and Complication Trial）また昭和62年から平成10年まで熊本で行われた日本人2型糖尿病患者を対象とした「熊本スタディ」などより合併症予防のための管理目標値としてHbA1c 7%未満を推奨し、また合併症のリスクが急激に上昇するHbA1c 8%をひとつの区切りとして設定に盛り込むかなどが検討されました。

4. 目標値改訂の過程

糖尿病学会学術調査研究委員会は新しい評価分類法として、以下の3案を提示しました。

(1) <案A>「糖尿病合併抑制のために推奨される治療目標」として「HbA1c 7%未満」の1段階とする。

(2) <案B>「HbA1c 7%未満」に加えて「副作用なく達成可能な場合の理想的な治療目標値」として「HbA1c 6%未満」を加えた2段階とする。

(3) <案C>高齢者などではあまり厳格ではない基準も必要との観点から「全ての患者が達成すべき治療目標」として「HbA1c 8%未満」も加えて3段階とする。

以上の3案を学術評議委員に提示し意見を求

めました。

結果、案A支持が21%、案B支持が28%、案C支持が41%、白票・コメントのみが10%でした。これを基に学会理事会などでさらに検討を加えた結果、案Cが採用されました。

その理由として、糖尿病学会学術調査委員会は学術評議委員の支持が最も多かったことに加えて、今までの5段階から急に1～2段階への改訂では日常診療に戸惑いが生じる懸念があったことや「HbA1c 8%未満」については米国老年病学会などで虚弱高齢者の目標値として使用されていることや合併症のリスクが急激に上昇する閾値がHbA1c 8%程度であることなどが理由としてあげられました。

この新しい血糖コントロール目標値は平成25年5月16～18日、熊本で開催された第56回日本糖尿病学会総会において発表され、平成25年6月1日より施行されました。また同学会において「熊本宣言2013」が「あなたとあなたの大切な人のために STOP the DM-Diet & More Exercise そしてKeep your

A1c below 7%」をキャッチフレーズとして新たな目標値を周知徹底するために採択されました(図4)。

5. 熊本スタディ

DCCTなどの研究により血糖値を良い状態にコントロールし続けることが1型糖尿病患者において合併症の発症・進展を抑制することが明らかとなっていました。日本人2型糖尿病患者の場合はどうかを明らかにするために行われた研究です。

今回はその第一報の解説をします。

対象はインスリン治療中の2型糖尿病患者。対象者のうち、網膜症、(早期)腎症を有さない患者を一次予防群、単純性網膜症または24時間微量アルブミン尿が30mg以上300mg未満の早期腎症を有する患者を二次介入群とした。

一次予防群、二次介入群それぞれにおいて患者を「従来インスリン療法」群(CIT群)と「強化インスリン療法」群(MIT群)にランダムに振り分け、CIT群は当時の標準的なインスリン療法(中間型インスリンを1日に1ないし2回注射)、MIT群は1日3回以上のインスリン注射(基本的に毎食前に速攻型インスリンを、就寝前に中間型インスリンを注射)を行いました。CIT群は高血糖、低血糖による症状を起こさないこと、空腹時血糖が140mg/dl未満になることを目標としました。MIT群は空腹時血糖が140mg/dl未満、HbA1cが7%未満、血糖値の変動を表すMAGE(mean amplitude of glycemic excursions)が100mg/dl未満を目標としました。

結果、一次予防群、二次介入群のいずれ



図4. 熊本宣言2013.

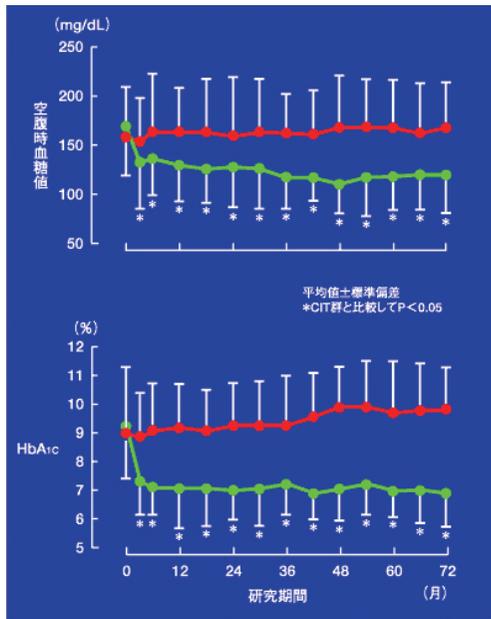


図5. 両群における血糖コントロールの変化.

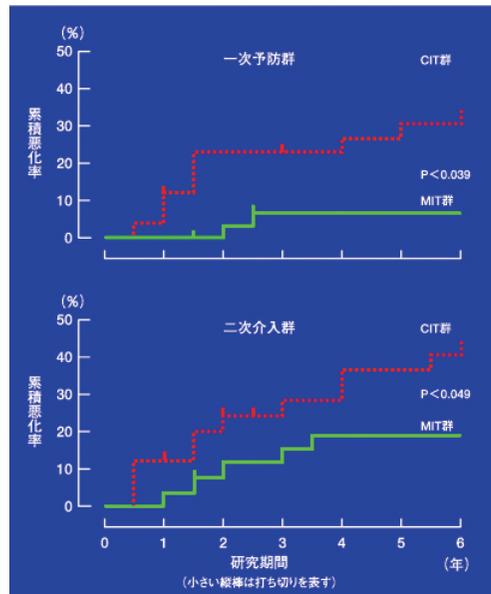


図6. 両群における網膜症の累積悪化率.

においてもMIT群（強化インスリン療法群）で血糖コントロールが良好に保たれ、合併症も抑制されました。

MIT群では強化インスリン療法の開始後3ヶ月目で良好なコントロールに到達し維持された一方でCIT群では研究開始後も血糖コントロールに変化を認めませんでした。MIT群で空腹時血糖が $126 \pm 36 \text{mg/dl}$ に対してCIT群では $164 \pm 50 \text{mg/dl}$ 、HbA1cがMIT群では $7.1 \pm 1.1\%$ に対しCIT群では $9.4 \pm 1.5\%$ とMIT群で有意に低下しました（図5）。

網膜症の進展状態を19段階に分類して評価し、6ヶ月毎に眼底検査で経過を追い、2段階以上進んだ場合を網膜症の発症または悪化としました。発症予防の効果は、MIT群において累積発症率が7.7%であったのに対し、CIT群では32.0%でした。（図6上）進展予防の効果は網膜症の累積悪化率がMIT群で19.2%であったのに対しCIT群では44.0%

でした（図6下）。両群をまとめると網膜症の累積悪化率はMIT群で13.4%であったのに対しCIT群では38.0%（ $p=0.007$ ）であり、MIT群で有意に低下し、強化インスリン療法による厳格な血糖コントロールにより網膜症悪化のリスクは69%減少しました。

腎症は正常アルブミン尿（24時間尿中排泄量が30mg未満）、微量アルブミン尿（同30mg以上300mg未満）、アルブミン尿（同300mg以上）の3段階に分類し、1段階以上進展した場合を腎症の発症または進展としました。発症予防の効果はMIT群で7.7%に対しCIT群で28%（ $p=0.032$ ）とMIT群で有意に低下しました（図7上）。進展予防の効果はMIT群で11.5%に対し、CIT群では32.0%（ $p=0.044$ ）とMIT群で有意に低下しました（図7下）。両群をまとめると腎症の累積悪化率はMIT群で9.64%に対しCIT群では30.0%（ $p=0.005$ ）とMIT群で有意に低下しており、

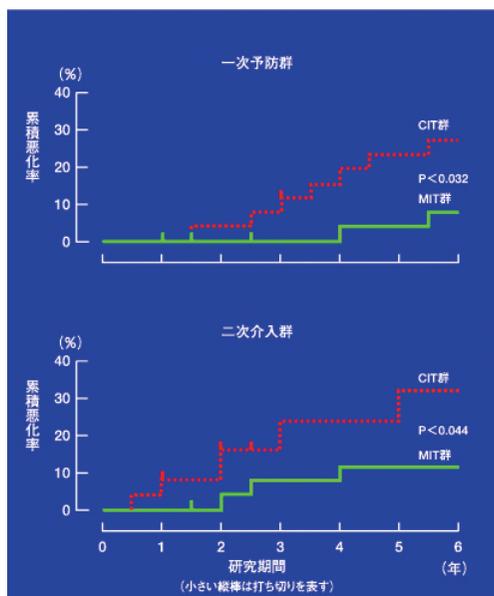


図7. 両群における腎症の累積悪化率。

強化インスリン療法による厳格な血糖コントロールにより腎症悪化のリスクを70%減少しました。また24時間尿中NAG排泄量はMIT群で 7.2 ± 2.4 Uから 6.2 ± 2.1 Uへ低下したのに対し、CIT群では 7.3 ± 2.5 Uから 7.7 ± 4.2 と増加し有意な差が認められました。

同様に神経障害の評価においては正中神経伝導速度では有意差をもって、CIT群で悪化しており、また心電図R-R間隔、起立性低血圧等においてはCIT群で悪化の傾向が認められました（有意差なし）。

一次予防群、二次介入群をまとめて、網膜症・腎症の悪化率とHbA1c、空腹時血糖、食後2時間値との関連を示します（図8）。HbA1c、空腹時血糖、食後2時間値が上昇するに従って、網膜症・腎症の悪化率も上昇していますが、HbA1c6.5%未満（JDS表記≒NGSP表記で6.9%）、空腹時血糖値が110mg/dl未満、食後2時間値が180mg/dl未満では網膜症・腎症の悪化が認められません

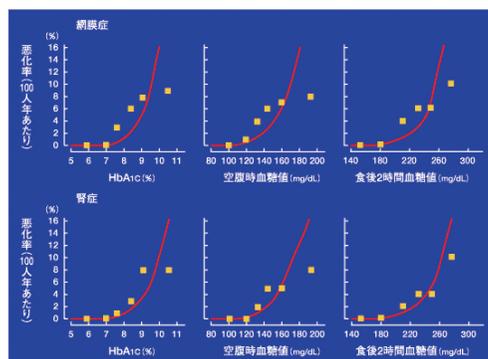


図8. 網膜症・腎症の悪化率と各指標の関連。

でした。

尚、大血管合併症については一次予防群、二次介入群において有意差が認められませんでした。

6. まとめ

今回の血糖コントロールの目標の改訂は、HbA1cの国際標準化に伴い、数時的にも段階的にも煩雑であった従来の評価分類を整理し、「患者と医療従事者双方が理解しやすく、活用しやすいように簡素化する」という狙いがあるものと思われます。3つの目標値に集約することで、「国内外の糖尿病大規模研究の結果や国際的な基準との整合性」がとれ、患者と医療従事者ともに治療に取り組む一助となるものと考えられます。

7. おわりに

糖尿病患者は現在の高齢化社会においては益々増加しており、全ての診療科において扱われるようになってきました。2型糖尿病の高血糖状態に対しては比較的安全に使える経口糖尿病薬がいくつも開発され、また注射剤としては様々なインスリン製剤やGLP1製剤も使えるようになり、それなりの成果は出てい

ますが、これらを用いても治療困難なことがあります。2型糖尿病の治療はあくまでも食事・運動療法が主役で、中でも食事療法の占めるウエイトが一番であることは間違いありません。つまり、ここにどういう風に介入するかが2型糖尿病の治療のポイントと思われる。食事療法がある程度遵守できれば、あとは理論上間違いのない薬剤を使用すれば、殆どの場合、良好な血糖コントロールを得られます。逆に食事療法がある程度守られなければ、いかなる薬剤やインスリン製剤等を用いてもコントロールは困難になります。さらに言うまでもなく、血糖コントロールだけではなく、血圧や脂質代謝異常の治療や可能な限り適正体重に近づけるよう、また禁煙の指導なども重要になります。糖尿病は“万病のも

と”であり、急激な血糖上昇による合併症や長期間血糖が高いことによる糖尿病特有の細小血管合併症、大血管合併症、足病変（糖尿病性壊疽）、様々な感染症、骨減少症などの原因になっています。繰り返しになりますが、健康な人と変わらない日常生活の質（QOL）を維持し、健康な人と変わらない寿命が確保されることが糖尿病治療の目的です。

今回、宮崎県内科医会誌に「糖尿病の診断基準が改定されたことについて簡単に書くように」と宮永省三編集委員長に指示され、致し方なく駄文を書かせて頂きました。

熊本スタディについては第一報の著者：大久保康生先生（熊本大学代謝内科 現 大久保内科・武藤眼科院長（熊本市））の御許可を得て使用させて頂きました。

[Postgraduate Education]

頭痛の診断と治療

宮崎大学医学部 第3内科

塩見 一 剛

1. はじめに

頭痛は日常診療において多くの臨床医が遭遇する一般的な症状である。日常生活において二日酔いのような無害な頭痛から、くも膜下出血のような重篤な疾患までその原因は幅広い。頭痛は医学的に独立した学問として発展してきており、頭痛診療においては原因となる頭痛の疾患概念と診断基準をしっかりと理解することが大切である。今回は頭痛の分類にもとづいて、代表的な疾患の疾患概念と

治療について述べる。

2. 頭痛の分類

頭痛は1988年に国際頭痛学会により新たな分類と診断基準が明らかにされた。これは病因を基礎として診断基準を明らかにしたものであった。この国際頭痛分類の改訂版が、International Classification of Headache Disorders 2nd edition (ICHD-II) として2004年に国際頭痛学会より発表された¹⁾。こ

表1. 国際頭痛分類第2版.

第1部：一次性頭痛
1. 片頭痛
2. 緊張型頭痛
3. 群発頭痛およびその他の三叉神経・自律神経性頭痛
4. その他の一次性頭痛
第2部：二次性頭痛
5. 頭部外傷による頭痛
6. 頭頸部血管障害による頭痛
7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛
8. 物質またはその離脱による頭痛
9. 感染による頭痛
10. ホメオスタシスの障害による頭痛
11. 頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭蓋の構成組織の障害に起因する頭痛あるいは顔面痛
12. 精神疾患による頭痛
第3部：頭部神経痛、中枢性・一次性顔面痛およびその他の頭痛
13. 頭部神経痛および中枢性顔面痛
14. その他の頭痛、頭部神経痛、中枢性あるいは原発性顔面痛

表2. 頭痛診察時における“red flags”.

1. 初めて出現した頭痛
2. 突発するか今まで経験のしたことのない激しい頭痛
3. 頻度が増加するか程度が悪化してきている頭痛
4. 発熱、項部硬直、悪心・嘔吐を伴う頭痛
5. 50歳以上で初めて自覚された(型の)頭痛
6. 典型的な前兆とは異なる神経症状・徴候を伴う頭痛
7. 乳頭浮腫のある頭痛
8. 急性もしくは亜急性の認知機能障害や精神症状を伴う頭痛
9. 悪性腫瘍のある患者、HIV陽性患者、また他の全身性疾患を有する患者
10. 咳、労作、Valsalva（生きこらえ）などで突発する頭痛
11. 妊娠中あるいは分娩後に出現した頭痛

の分類は、原因疾患のない一次性と原因疾患のあるものを二次性と分類している。また神経痛については第3部に分類されている(表1)。それぞれの特徴は、まず一次性頭痛は、慢性頭痛と呼ばれるもので、頭痛そのものが病気の頭痛である。片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛が代表的で、遺伝子、誘発因子、病態、治療薬の作用機序などが明らかにされている。二次性頭痛は、ほかの病気の症状として生ずる頭痛である。くも膜下出血、髄膜炎、脳出血、解離性動脈瘤など、頭痛を主訴として発症する病気が多い。早期に適切な診断が必要で、決して見逃してはならない頭痛が少なくない。一次性頭痛の有病率は、全国4万人(15歳以上)対象疫学調査によると片頭痛8.4%、緊張型頭痛22.3%、その他が9.0%となり、片頭痛人口は約840万人にのぼる²⁾。

3. 頭痛の診断と治療

1) 医療面接および診察手順

頭痛の診断においてもほかの疾患と同様に丁寧な医療面接は重要である。特に一次性の頭痛は来院時身体所見がほとんど認められ

ず、多くは画像診断に所見がないため、その診断については医療面接そのものが診断に結びつくものである。

臨床の現場ではまず二次性頭痛を除外することが大切である。初めての頭痛、突発的な頭痛を訴える場合には特に注意が必要である。また、体温、血圧をはじめとする各種バイタルサインを含めた一般身体および神経学的所見の把握が必要で、軽度の意識障害、項部硬直、神経局在徴候をチェックし、緑内障の有無を確認する。

頭痛診察時の下記に挙げるred flagの状態があり(表2)、危険な頭痛を示唆する所見や臨床像である³⁾。

また画像診断については、二次性頭痛の場合には有用であることが多く、早急な診断には必要である。また、たとえ一次性頭痛であっても1回は、頭部CTやMRI、MRAを撮影しておくことは問題にならない。大切なことは、画像診断で異常が見つからなかった場合、そこで頭痛診療が止まってはならないことである。

2) 二次性頭痛

頭痛の診療では緊急性を要する二次性頭痛を鑑別する必要がある。表2に挙げたような状態が確認された場合は二次性頭痛を積極的に疑って専門医に紹介する必要がある。

A) くも膜下出血

くも膜下出血の発症時の頭痛は、「突然発症かつ生涯で感じたことのない頭痛 (worst headache of life) や雷鳴頭痛 (thunderclap headache) と表現される。出血が多いと意識を失ったり、痙攣を伴うこともある。しかし激しい頭痛を伴うものは約80%であり、軽症の場合は歩いて外来を受診することがある。しかし、痛みを伴わない場合でも、発症時刻が明確で頭の中でガンという衝撃を感じることや気が遠くなる感じ、めまい感などの異変が突発して持続する場合には強く疑われる。項部硬直はくも膜下出血発症超急性期には認められないため、項部硬直の欠如はくも膜下出血の除外診断とはならない。またmajor bleedingによる激しい頭痛の前に、“warning headache” “sentinel headache” と言われる、いわゆる警告出血を生じることがある。その時期はmajor bleedingの24時間以内と7～14日前、頻度は約0～43%と報告されている。

単純頭部CTのくも膜下出血の診断の感度は、約93%、特異度100%と報告されている。しかしその感度は発症時より低下し、6時間以内100%、24時間以内90～98%、3日後85%、7日後50%と報告されている⁴⁾。頭部CTで陰性の場合MRIのFLAIR画像が有用とされている。しかし、いずれの画像でも出血が陰性の場合でも臨床的にくも膜下出血が強く疑われる場合には、腰椎穿刺を考慮し髄液の

キサントクロミーの有無を診断する必要がある。

B) 細菌性髄膜炎

細菌性髄膜炎の古典的3徴は、発熱、項部硬直などの髄膜刺激症状、変容する意識障害とされているが、メタ解析では3徴を呈する患者は約半数で、どれか一つ以上の場合が多い。逆に3徴のいずれも認めなければ除外診断ができるといえる。また、頭を振った際に頭痛が増悪 (jolt accentuation) する場合は、特異度54%、感度100%との報告もあり、参考になる所見である。神経学的異常所見を伴う場合は、脳膿瘍、水頭症や脳出血の合併を疑う。感染徴候がある患者で以上の様な所見を呈する場合には腰椎穿刺の適否も含めて専門医へ早急に紹介することが望まれる。

C) 脳動脈解離

脳動脈解離はその臨床病型により、無症候型、虚血型、出血型に大きく分類される。臨床症状の特徴は、急性に起きる病側の頭部、頸部、顔面などの痛みである。内頸動脈系の解離では、頭痛や顔面の痛みとともに、同側のホルネル症候や網膜の虚血症状を伴うことがある。椎骨動脈系の解離の発症時には、58%の患者にめまい発作、51%の患者に頭痛発作、46%の患者に頸部痛発作を認めたと報告されており、めまい発作の際に頭痛を伴う場合は特に注意を要する。

3) 一次性頭痛

A) 緊張型頭痛

緊張型頭痛は一次性頭痛のなかでも最も頻度の多いもので一般集団における生涯有病率は30～78%と報告されている。

頭痛の性状としては、両側性で圧迫感また

は締めつけ感（非拍動性）であることが定義されている。また患者さんの表現としては、「帽子をかぶったような」、「はちまきを巻いたような」などといわれる。このように部位としては何かに締めつけられるような側頭部から上の全周性の部位や後頸部から後頭部にかけての痛みを訴える。歩行や階段昇降などの日常生活動作により増悪しない点、強さが軽度から中等度である点が、片頭痛との相違点である。随伴症状としても、片頭痛とは異なり、食思不振を認めることはあっても、悪心や嘔吐はなく、光過敏や音過敏の両方を認めることはなく、あってもどちらか一方のみ、と定義される。

緊張性頭痛の患者を診察する際、触診による頭蓋周囲の圧痛の増強は最も重要な所見である。前頭筋、側頭筋、咬筋、翼突筋、胸鎖乳突筋、板状筋および僧帽筋の圧痛の増強を確認しその程度を把握する。

緊張性頭痛の分類は、反復性緊張型と慢性緊張型に大別される。さらに反復性緊張型は頭痛の頻度が月あたり1日未満（年12日未満）の稀発型と、より頻度が高く持続の長い（15日未満）の頻発型に分類している。慢性緊張型は月あたり15日以上と定義される。ストレスや精神的緊張が頭痛の促進因子であり、片頭痛でも同様に認められる。慢性緊張型では併存症としてうつや不安が多くみられる。

緊張型頭痛の治療は、慢性緊張型を除き、アセトアミノフェンやNSAIDsで効果のあることが多い。重症例では抗不安薬、カフェインや筋弛緩薬の併用も行う。カフェインは65～200mg頓用、抗不安薬はアルプラゾラム0.4～1.2mgを投与する。エチゾラム0.5～1mgは女性および若年者では頭痛、肩こりに

対する治療効果が高いことが示されている。慢性緊張型では、三環系抗うつ剤（アミトリプチリンなど）による予防治療が推奨されている。精神行動療法も行われており、理学療法の中なかでは運動プログラムの有効性が示唆されている。慢性緊張型の治療においては、薬物療法とともにこれらの治療を併用し、精神的な面の治療も必要となることも多い。

B) 片頭痛

片頭痛は“前兆を伴わない片頭痛”と“前兆を伴う片頭痛”に大別される。前兆を伴う片頭痛は、頭痛に先行して視覚性、感覚症状、言語症状および運動症状などの一過性の神経局所症状を伴う。視覚性では閃輝暗点が多く、感覚症状としてはチクチク感や感覚鈍麻、言語症状としては完全可逆性の失語性言語障害、運動性では運動麻痺がおこる。また患者によっては、頭痛発作の数時間から数日前に非特異的な体調変化を示し、あくび、過睡眠、疲労感、集中困難、思考緩慢などの予兆を呈することがある。

片頭痛における頭痛は片側のこめかみから眼周囲が多いとされ、痛み方は脈を打つようなズキズキする感じと表現されることが多い。ひどくなると頭全体へ広がり、拍動性の頭痛の痛みから持続性の痛みとなる。頭痛は日常生活が続けられなくなり寝込んでしまうことが多い。片頭痛発作中は悪心や嘔吐を伴うほかに光過敏や音過敏を認めることも多い。また日常生活動作により頭痛が増悪することも多く、これらの症状は片頭痛の重要な特徴であり、緊張型頭痛との違いでもあり鑑別に有用である。片麻痺型片頭痛は完全可逆性の運動麻痺が前兆として生じるもので、家族性では遺伝子異常が3タイプ発見されている。脳

底型片頭痛は前兆として、構音障害、回転性めまい、耳鳴、難聴、複視、運動失調など脳幹部や両側大脳半球由来の症状を呈する。

片頭痛の治療は「慢性頭痛の診療ガイドライン2013」では、急性期の治療としてアセトアミノフェン、NSAIDs、トリプタン製剤がグレードAとして挙げられ、エルゴタミン製剤はトリプタン製剤使用後の頭痛再燃時に使用価値があるとされグレードBにランクされている⁵⁾。制吐薬は随伴症状の悪心・嘔吐に効果があり、積極的な併用が進められている。トリプタン製剤は現在5種類が使用可能で、それぞれに特徴があり、患者個人の片頭痛時の状況に応じて使用するが、一度内服してみても効果と判断することも多い。内服のタイミングとしては、前兆期に内服しても効果がなく、頭痛が起き始めた時に服用すると効果があり、あまり強くなってからでは効果がない。このため服用のタイミングをきちんと指導することが大切である。なお片麻痺型片頭痛および脳底型片頭痛ではトリプタンは禁忌となっている。

頻度が多く日常生活に支障をきたす場合には予防療法を行う。カルシウム拮抗薬としてのロメリジン10mg/日の使用はグレードBにランクされている。β遮断薬のプロプラノロールは20~60mg/日の用量で、またバルプロ酸400mg/日の投与はグレードAに位置付けられている。その他、抗うつ剤であるアミトリプチリン、リシノプリルやカンデサルタンなどのアンジオテンシン関連製剤も有効とされグレードBにランクされている。

C) 群発頭痛

群発頭痛は30歳前後の男性に多く、目覚まし頭痛という異名があるように睡眠中におこ

ることが多い。“眼球をえぐられるような”などと表現される片側の眼窩から側頭部にかけての激痛で、流涙、結膜充血、鼻漏、発汗などを随伴する。三叉神経・自律神経性頭痛の一疾患として位置づけられる。

発作時の治療として有名なものは、酸素吸入である。100%酸素を非再呼吸式フェイスマスクで7~12L/分、15~30分持続吸入することで効果がある。薬物としてはスマトリプタン皮下注が有効で、自己注射キットが保険適応で使用可能である。予防の第一選択はベラパミルで240~360mg/日を投与する。ベラパミルが効果を発揮するまでの過渡期の併用療法としてプレドニゾロンを60~100mg/日を5日間連続投与後、10mg/日漸減中止する。

4. おわりに

頭痛は日常診療で多い疾患である。診療においては、まず二次性頭痛を鑑別することが大切である。一次性頭痛いわゆる慢性頭痛は薬剤により症状を軽減できる場合が多い。しかし急性期の治療において、市販薬の乱用や適切な薬剤使用が行われない場合には「薬物誘発頭痛」をきたす可能性があり、十分に留意して治療を行う必要がある。

文 献

- 1) 日本頭痛学会・国際頭痛分類普及委員会 (訳)：国際頭痛分類第2版，医学書院，東京，2007.
- 2) Sakai F. et al : Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey. Cephalalgia 17 : 15-22, 1997.
- 3) 濱田潤一：頭痛. Medicina 49 (4) : 575-579, 2012.

4) 坂井文彦：神経2. 頭痛. 新しい診断
と治療のABC21. 最新医学社, 東京,
2013.

5) 日本神経学会・日本頭痛学会編：慢性頭
痛の診療ガイドライン2013. 医学書院,
東京, 2013.

[Postgraduate Education]

心電図レクチャー (第3回)

宮崎江南病院 内科循環器科

松尾剛志

前回の復習

前回は、正常モニター心電図と房室ブロックについて話をした。正常モニター心電図のポイントは、PQ間隔、P波の幅、QRS波の幅、Q波の定義、R波の定義、S波の定義などであった。また、V1誘導の正常QRS波形はrS（スモールアール・ラージェス）波であることを忘れてはならない。心拍数60/分とはQRSとQRSの間隔が25mmであることも大事である。

次に、1度房室ブロックはPQ間隔が5mmより長くなる場合であり、2度房室ブロック（Mobitz II型）は時にP波のあとのQRS波

が抜けることであった。3度（完全）房室ブロックのポイントは4つであった。①P間隔は一定、②QRS間隔は一定、③PQ間隔はバラバラ、④QRS間隔のほうがP間隔より長いであった。そのため、3度（完全）房室ブロックは基本的に徐脈であることは大事である。

今回は、心房細動、心房粗動、期外収縮、補充収縮について話をします。

心房細動

では、いつものように、V1誘導における心房細動を書いてみよう。しっかりと特徴を捉えて書けたらどうか？心房細動を書くとき

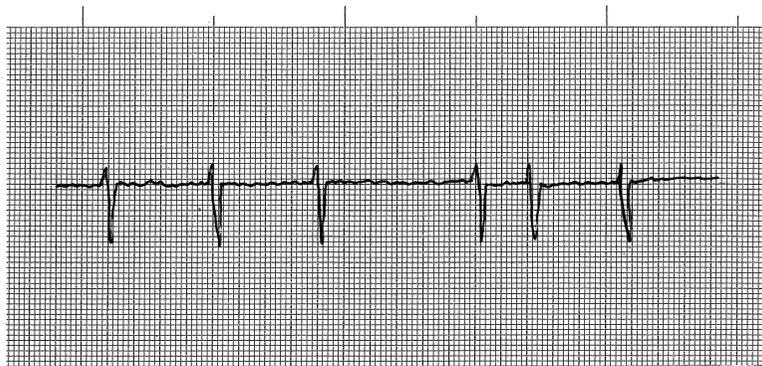


図1. 心房細動.

のポイントは、①P波がない、②QRS間隔が不規則であるの2つである。学生が時々、基線が揺れていることをポイントに挙げることがあるが、これはポイントに入れない方がよい。年季の入った心房細動は基線が細かすぎて直線に見えることがある。そのため、ポイントとしては、P波がないことが重要である。図1に心房細動を示す。

次に応用問題として、心房細動の患者が3度（完全）房室ブロックを合併したらどうなるだろうか？よく考えて書いてみてほしい。臨床現場では、時に経験することである。心房細動の特徴を有しながら、3度（完全）房室ブロックの特徴も有する心電図である。3

度（完全）房室ブロックがあるので、心房は心房で、心室は心室で収縮し、その間には関連がないことに気がつけば容易に書けることと思う。正解は図2である。ポイントは、①P波がない（心房細動の特徴）、②QRS間隔が一定で徐脈（3度房室ブロックの特徴）である。このことを知っていれば、臨床現場でも役に立つ。つまり、いつもは不規則な脈である心房細動の患者の脈が、ある日突然に徐脈で整となったら心電図を記録しなくても3度房室ブロックを合併したと推測できる。

心房粗動

この特徴は一言でいうと、“のこぎりの

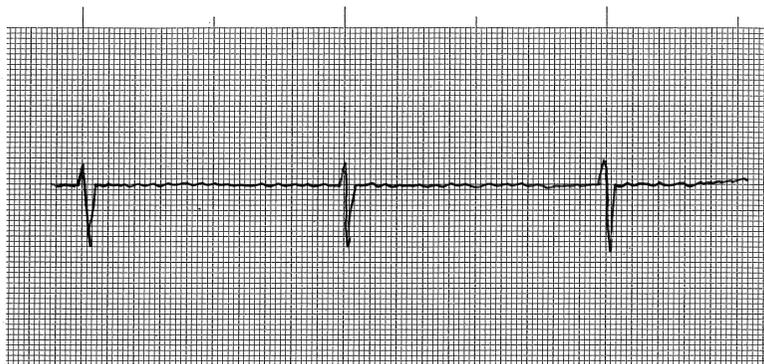


図2. 心房細動+3度房室ブロック.

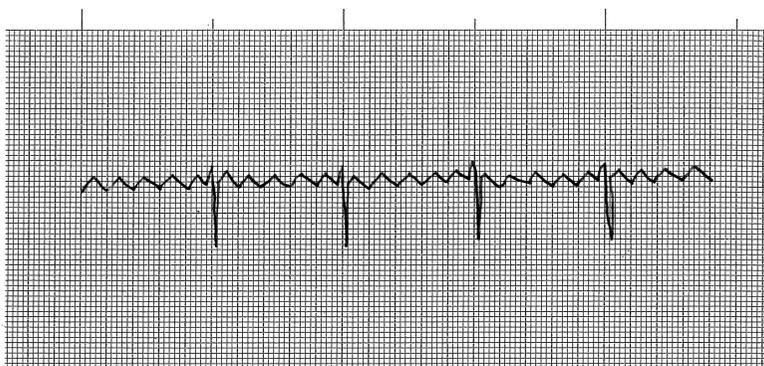


図3. 心房粗動.

歯（鋸歯状波，F波）”である。QRS間隔は一定のことが多いが、時に乱れることもある。例を図3に示す。F波の一つの幅は、ほぼ5mmである。F波が5個でQRS波が1個の場合、5：1伝導の心房粗動と言う。伝導の程度を聞くと心拍数を予測できる。つまり、5：1であれば心拍数60，4：1であれば心拍数75，3：1であれば心拍数100である。

期外収縮，補充収縮

期外収縮とは、日本語で言うと時期が外れた収縮となっている。しかし、これでは早く外れたか遅く外れたかがわからない。その点、英語ははっきりしており、premature contraction (beat) と表現される。この意味は成熟する前の収縮ということである。つまり、期外収縮とは、予想される時期より早く収縮するものという意味である。逆に、予想される時期より遅く収縮するものを補充収縮 (escape contraction) と言う (図4)。図4のように、同じ波形でも出現するタイミングにより、期外収縮であったり補充収縮であったりと、名称が変化する点に注意が必要である。

期外収縮には大きく分けると2つある。心

房性（上室性）期外収縮（APC），と心室性期外収縮（VPC）である。これらの鑑別のポイントは3つある。①P波の有無。P波があるものがAPCであり、P波がないものがVPCである。②QRS波形が基本調律の時のQRS波形と同じ場合は、APCである。基本調律のQRS波形と異なる場合は、特殊なAPC（変行伝導）かVPCである。③APCは基本調律を乱すが、VPCは乱さない。つまり、APCの場合、APCとその次に来る基本調律のPQRS波との間隔は、基本調律の間隔になる。一方、VPCの場合、VPCとその次に来る基本調律のPQRS波との間隔は基本調律の間隔とは異なる。別の言い方をすると、VPCがあろうがなかろうが、基本調律は乱されませんが、APCがあると、そのAPCの時点で基本調律がリセットされ、そこから基本調律が再開することとなる。

実はAPCには3種類あることを覚えてほしい。①普通のAPC，②ブロックされたAPC，③APCの変行伝導である。普通のAPCは、PQRS波が同じ波形のまま早く出現したものである。ブロックされたAPCは、心室がまだ不応期の状態である時期に、あま

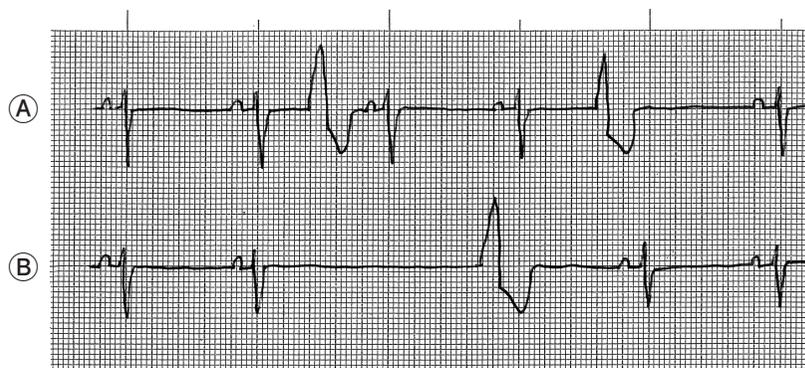


図4. 心室性期外収縮 (A) と補充収縮 (B) .

りに早くP波が出たために、P波のみ存在し、その後のQRS波が不応期のため脱落しているものである。APCの変行伝導とは、心室の伝導系の右脚のみはまだ不応期の状態で早くP波が出たときに、QRS波形が右脚ブロックのような波形になるものである。例を図5に示す。

今回のまとめ

今回は、心房細動、心房粗動、期外収縮（APC、VPC）、補充収縮について述べた。特に、APCには3種類あることも説明した。それぞれの波形を説明できて書けるようになってほしい。次回は、モニター心電図を読むポイントについて述べることとする。

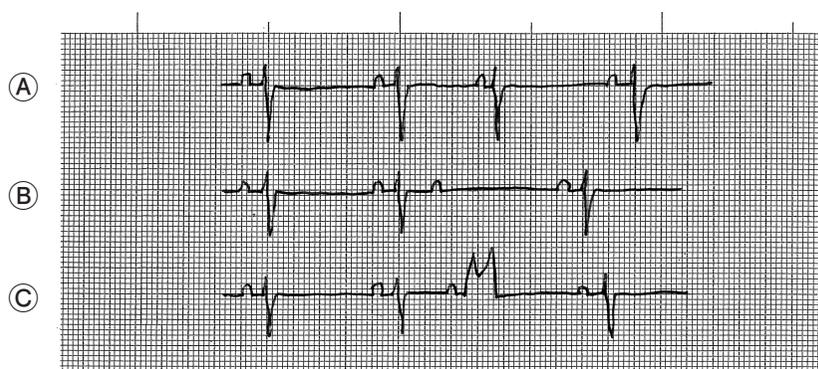


図5. 心房性期外収縮（3拍目）.

- Ⓐ：普通の心房性期外収縮.
- Ⓑ：ブロックされた心房性期外収縮.
- Ⓒ：心房性期外収縮の変行伝導.

[Postgraduate Education]

代替医療，補完医療，統合医療について

日本東洋医学会広報委員会委員長・参事

宮崎市 ちぐさ東洋クリニック

川越宏文

統合医療とは何か

最近、様々な雑誌やネットで「統合医療」という言葉をよく見かけませんか？医療関係だけでなく、健康食品、手技療法の広告にも「統合医療」という用語が曖昧な定義で使われているようです。そもそも統合医療とは何なのでしょう？

統合医療についての米国の動き

この言葉はもともと米国で使われ始めたintegrated medicineの訳語です。integrateとは「統合する、組み合わせる」という意味で用いられているようです。では、何と何を組み合わせているのかということが次の問題なのです。その当時の状況を調べてみると、「Conventional medicine（標準的な医療）」と「Unconventional medicine（非標準的な医療）」という分類がなされた有名な論文が出てきます。その論文とは1993年にNEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (NEJM) 誌に掲載されたDr.David M. Eisenberg (the Division of General Medicine and Primary Care, Department of Medicine, Beth Israel Hospital and Harvard Medical School, Boston) による「非標準的な医療の使用状況についての電話アンケート」なのです。この論文が掲載される以前は、国民皆保険制度がない米国では、健康保険に加入していない低所得者層やマイノリティーが非標準的な医療を利用しており、高所得者、高学歴の階層は標準的医療を利用していると信じられていたのですが、結果はその真逆でした。すなわち、非標準的医療の利用者の多くが高学歴で社会的に地位が高く、高所得者層であり、かつ非標準的医療に払われているコストの方が高いというものでした。アメリカの医師会は大きなショックをうけたようです。Eisenbergらは医学部での非標準的医療の教育の必要性と国立の研究センターの設立の必要性を説いています。

さて、Eisenbergらがアンケートの項目に入れた「非標準的医療」についてみてみましょう。ここでとりあげられた治療法は18種類でした（表1）。その中には日本と関連ある治療法はherbal medicine（漢方もその中に含まれます）、acupuncture（鍼治療）、lifestyle diets（e.g.macrobiotics マクロビオティックは桜沢如水が考えた食事療法）がありました。このよう

表1. 非標準的医療.

Unconventional Therapy	
• Relaxation technique	• Self-help groups
• Chiropractic	• Energy healing
• Massage	• Biofeedback
• Imagery	• Hypnosis
• Spiritual healing	• Homeopathy
• Commercial weight-loss programs	• Acupuncture
• Lifestyle diets	• Folk remedies
• Herbal medicine	• Exercise
• Megavitamin therapy	• Prayer

に、非標準的医療が注目され、利用されるに至った医療状況として、深刻化するAIDS問題がありました。原因の究明や治療法の開発が遅々として進まないなか、西洋医学的治療だけでなく、きちんとしたデータ（エビデンス）はないものの効く可能性のある治療法を試してみたいという考え方が出てくることは当然であり、インターネットなどによる情報分布の平坦化により、医療関係者以外が情報を入手しやすくなったということもあると思われます。

Unconventional medicineからIntegrated medicineへの移行

さて、最近ではEisenbergらが「非標準的医療」と呼んだ医療については、米国ではalternative medicine（代替医療）、ヨーロッパではcomplementary medicine（相補医療）と呼称が変化しました。先ほどのEisenbergらが訴えた研究センターは、1998年にNational institute of health（NIH）内にNational center of complementary and alternative medicine（NCCAM）がすでに設立され、たくさんの研究が推進されています。詳細についてはホームページをご覧ください。

ヨーロッパにおいては、イギリスはホメオパシー（チャールズ皇太子が推奨し、王立のホメオパシー病院まであり）を、フランスはアロマセラピーを推奨しているようです。その他、世界各地で様々な治療が行われています。

さて、話を最初に戻しましょう。統合医療とはなんなのでしょう？

NCCAMの定義は以下の通りです。

This array of non-mainstream health care approaches may also be considered part of integrative medicine or integrative health care.

ここで大事なことはその目的です。それはあくまでも標準的医療が達成するということなのです。その1つの手段として、もしくは部分として存在する医療なのです。統合医療として行う代替相補医療は、標準的医療（私は西洋医学とあえて申しません）と同じ目的を達成するために用いられる治療の選択肢の1つなのです。そのため、私の個人的な立場では、非標準的医療を使用した場合であっても、標準的医療の評価方法を用いるべきと考えています。一部の病気を除いて「ただ単に楽になりました。疲れがとれました」というのであれば統合医療ではないのです。統合医療としてのサービス提供者はできれば医師もしくは薬剤師、看護師、鍼灸師などの医療に関する公的資格をもっていることが望ましいと考えますし、少なくとも治療効果判定は医師が行うべきであると考えます。いわゆる医療行為ではなく、慰安を目的とするマッサージやアロマセラピーについては医療ではないので無資格者が行うことも仕方ないのかも知れませんが、その場合、この行為を統合医療と言っていたらきたくないと感じています。

わが国における統合医療

統合医療という言葉を政府として用いるようになったきっかけは、民主党の鳩山内閣が誕生した衆議院選挙の民主党マニフェストでした。その中で統合医療の推進が明記されていました。ところが驚いたことに政権発足後に行われた事業仕分けという訳のわからない政治ショーの中で、医療法漢方製剤の保険外しがどさくさに紛れて断行されかけました。しかし、日本東洋医学会、日本臨床漢方医会をはじめ、多くの漢方医学の必要性を理解している国民により約100万人近くの反対署名が数週間の短期間で集まり正しい判断が為されました。それに加えて漢方を含めて統合医療に関するワーキングチーム（「統合医療」のあり方に関する検討会）が立ち上がりました。座長を長寿科学センターの大島先生として厚労省内で5回の議論が重ねられました。そこで出た結論は以下の通りです。

【統合医療の定義】

統合医療は近代西洋医学を前提として、これに相補・代替療法や伝統医学等を組み合わせて更にQOL（Quality of Life）を向上させる医療であり、医師主導で行うものであって、場合により多職種が協働して行うものとされている。

【統合医療の問題点と今後の展望】

わが国における統合医療の現症は「統合医療」に関する科学的知見は必ずしも十分でないものの、これからの様々な取組によって明らかにされていくことが期待される。今後の取組としては「統合医療」の各療法について、安全性・有効性等に関する科学的知見を収集するとともに、これらを基にして必要な情報を広く発信していくことによって、患者・国民及び医師が療法を適切に選択できるようにすることが重要である。

定義で下線を引いた部分、すなわち医師主導であることは大変重要である。これは先ほど説明したことと同じスタンスであると思います。しかし、気をつけていただきたいのが、逆に医師主導を見せかけている場合です。一般にバイブル商法とよばれるものです。「***ガンに***が効いた」という新書版の本で効能を説明し、多くの治療例が書かれている。最後に購入可能な健康食品メーカーの連絡先が書いてあるものです。私自身、東京女子医大の医局長時代に突然段ボールが送りつけられて、たくさんの一般向けの医療本と書類が入っており、実際には医療ライターのインタビューを受ければ彼がゴーストライターとして執筆し、少しばかり校正をして、その中であるサプリを扱ってもらえれば、先生にお礼ができるというものでした。もちろん丁寧に断りました。最近テレビで朝見かけなくなった司会者の方が日本テレビ系でやっていた番組（宮崎の地上波では見られませんでした）で、彼が「〇〇〇がカラダに良い」としゃべると次の日にその商品が無くなり、ココアに至ってはその会社の株価が上がったというほどですから、患者さんたちはまさに「薬をもすがる気持ち」で付和雷同してしまうのでしょうか。

なかにはセミナーと称して、県外からわざわざどこかの医師らしき方が来られて説明会を開催しているところもあります。それらの集団も統合医療という用語を用いていることが多く玉石混濁状態というところでしょうか。同様に漢方という言葉が我々が意図していない形で使われていることも多いようです。

2000年当時の漢方医学の立場

代替相補医療や統合医療という言葉が出始めた当時の東洋医学会の会長は私が奉職した東京女子医科大学附属東洋医学研究所の故代田文彦所長でした。そこで様々な議論の末では結論は「漢方は代替医療ではない」というものでした。いわば漢方原理主義とでもいう立場ですので、「もともと日本にあった医療は漢方なんだから、漢方が正統医療であり、それで足りなかった外科的な部分などを補完するために蘭方（西洋医学）を取り入れた。だから、漢方が正統医学で西洋医学こそがだいたい補完医学である」と何とも勇ましい意見でした。私自身も「代替医療としての漢方・・・」という文言を論文等にした際には、「どうしてもそのように書きたいのであれば、私の名前は外してくれ」といわれたほどでした。

現状としての漢方の立場（私論です）

私は現在、日本東洋医学会の広報担当委員長という立場ですので、公式な場所においては、先に述べた東洋医学会の公式見解に順わなければならない立場にあります。しかし、漢方医学の周囲の状況、特に国際的な動きが大きく変化していく中で、漢方の立場についての理解も少しずつ変えていく必要があると思われました。その大きな変化とは以下のようなものです。

①ICD11問題

既にご承知の先生も多いと思われませんが、現在作成中のInternational Classification of Disease 11th Revision (ICD11 第11回国際疾病分類)において、漢方が取り上げられることが決まっています。日本東洋医学会ではWHOの要請に順い、中国・韓国を含めた東アジアの伝統医学についての病態等についての作業が慶応大学の渡辺賢治教授を中心に施行されています。一般の医師が考えている以上に漢方医学に対する世界からの期待は大きいようです。まだまだ紆余曲折があるようですが、確実に世界は漢方を求めてきているようです。

②ISO問題

古代中国の医療に起源を持つ東アジア系の伝統医学には、日本の漢方だけでなく、韓国の四象医学、中国の中医学などがあります。すでに米国ではNCCAMを中心に全米の有力な大学で研究対象となっています。また、中国は国際戦略の1つとして伝統医学の国際標準として、自国の中医学を認めさせるよう世界に働きかけています。この問題はTPP問題と同様に知的所有権に関する重大な問題となりつつあります。

ここでご理解いただきたいのは、国内法と国際法の関係です。国際法は国内法よりも上位にあるという点です。すなわち国内で「Aが正しい」という法律があっても、国際法で「Bが正しい」というものが存在し、わが国がその国際法を認めた場合には国内法の判断が間違えということになります。ということは、中医学が東アジア系の国際標準であるということになれば、今の漢方的な診察は国際法違反ということになります。さらに中医学の免許を持つ国際中醫師が国内でも医療行為ができるということになるのです。

このISO問題はそのまま、TPP問題と重なります。医師および医師会の皆様の注目は混合診療解禁問題に集中しているようですが、薬剤の特許に関する問題や治療法そのものについても様々な問題が生じることが懸念されます。私もこの問題については日本東洋医学会の広報担当委員長という立場で国民の皆様や東洋医学会に加入されていない多くの漢方処方医の先生方にきちんと伝える必要があるのではないかと考えています。

鍼灸・マッサージの同意書について

さて、国際的な問題から身近な問題についての私見を述べます。こちらで開業するようになり、我々に考えの近い鍼灸師さんたちから同意書を頼まれることがあります。私は個人的によく存じあげている鍼灸師さんから同意書を願われることがあります。その書類をもってこられる方に対して、肩こりや腰痛などについて専門医で検査を受けることをお願いしています。さらに診断の根拠、悪性疾患をきちんと除外はしっかりされているか、ほかに西洋医学的な治療の選択肢は存在しないかどうかについてもよく考えていただいています。さらに私自身、東京女子医大で師事した教授から鍼の知識を授かりましたので、どのような取穴をするのかどうか、治療効果判定はどうするのかについても教えていただくようお願いしています。基本的には整形外科医、脳

神経外科医、神経内科医が作成すべき書類であり、実際には血圧だけを診ているという内科医が作成することは越権行為であります。さらに申しますとこれらの治療の一番の問題点は症状が緩和する可能性が少なくないことです。すなわち、虫歯が痛い患者に痛み止めだけ出しているのと同じなのです。

きちんとした治療を受ける機会を失わせて、重大疾患が重症化することがあるのです。その場合、注意義務違反で訴えられることは覚悟しなければいけません。

最後に、内科医の先生に一番ご理解いただきたいこと

漢方薬・鍼灸治療を含めた漢方医学、その他の徒手療法、さらにアロマセラピー、ホメオパシー、アーユルベイダー、サプリメントなどを実際に利用されている方は先生の想像以上に多いようです。ですから、現在、先生が治療されている患者さんに当院以外での治療やトリートメントはされていないかどうかを確かめて下さい。その際、頭ごなしに否定はしないでください。そうすれば患者さんが先生の元を離れていきます。あくまでも医師が主導権を握り、それらの治療を標準的治療の補助として上手く利用していくことが、22世紀の理想の医療ではないかと思います。日頃のご専門のお勉強でお忙しいところ大変恐縮ですが、できますればそちらの勉強もお願いします。もしお困りでしたら、こちらにご相談ください。

参考文献

Unconventional Medicine in the United States -- Prevalence, Costs, and Patterns of Use: David M. Eisenberg, Ronald C. Kessler, Cindy Foster, Frances E. Norlock, David R. Calkins, and Thomas L. Delbanco, NEJM, 328:246-252, 1993.

「統合医療」のあり方に関する検討会資料（厚生労働省ホームページ）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002uxac.html>

[他科からの提言]

認知症の対応 ～ 認知症疾患医療センターから ～

三股町 大悟病院認知症疾患医療センター

三 山 吉 夫

ことしの敬老の日、わが国では認知症高齢者が462万人、その予備群が400万人、65歳以上では4人に1人が認知症であり、認知症が予想以上に増加しているという新聞記事がありました。認知症の診断から、治療・対応、末期のあり方についても、かかりつけ医をはじめ、一般の方々が関心を持つようになったことは、喜ばしいことと思います。これからの四半世紀は間違いなく社会問題となるころであり、真剣にとりくまなければ、社会の大きな負の遺産になりかねないと思うのです。

一昨年の12月、全国では最後でしたが、国の施策により宮崎県に3か所、認知症疾患医療センターが設置されました。日向市の協和病院（県北）、宮崎市の野崎病院（県央）、北諸県郡の大悟病院（県西）です。認知症を専門とする診療科は、どの診療科が適切かという問題もありますが、精神科医として認知症の勉強をしている私としては、“人”を見ることを専門とする精神科医がふさわしいと思っています。これらのセンターでは、足並みを揃えて、県内の認知症に関する諸問題を“断らない”、“選ばない”の基本姿勢で対応することを確認しております。それぞれの地域で、かかりつけ医、福祉行政そして福祉施

設との連携が円滑に機能することを目指しています。そのために各地域での研修会（かかりつけ医、介護者、地域住民のそれぞれに向けて）、事例検討会（医師、介護者、施設に向けて）等を定期的に行い、また一般の人を対象にしたサポーター養成のための知識の普及、意見の交換を行うことにしています。すべてオープンですので、積極的に参加して下さるようお願いいたします。認知症のご本人やご家族に最も多くのかかわりをもたれる内科医の先生方にお願ひがあります。認知症が疑われたらゆっくりと話を聞いていただき認知症の患者様やご家族の心理状態によりそっていただきたいのです。そのことが、認知症高齢者及びご家族の不安をやわらげ正しい診断や対応を可能にします。診断や対応に時間をとられるのは困ると思われたら、ご本人やご家族に正しい診断と対応の必要性を説明し、専門機関に紹介して下さるようお願いいたします。

ここでは認知症の診療についての主な流れを紹介します。

（1）受診までの経過

現在社会問題になっているのは後期高齢者

(75歳以後)に発症する認知症です。私どものセンターに相談に来られる方々の80%以上が75歳以上の方です。受診の主な理由は、認知症かどうか？、認知症であればどんな病気か？、治療法はあるのか？、今後どのようになるのか？、家族はどのように付き合えばよいか？などです。

(2) 初診時の対応

ご家族の不安や質問に答えてあげなければなりません。初診時には時間を要します。私どものセンターでは、初診に1時間、再診に30分要することを受診希望者につたえます。したがって完全予約制です。外来で長時間待ってもらうことは、ご家族や受診者の精神状態に影響を与えるからです。認知症は「精神・心の病気」です。できるだけいつもの精神状態で面接させてもらい、心理テストをしなければ、間違った診断につながるからです。周りから受診を勧めても、本人がかたくなに拒否する場合も少なくありません。本人も不安を抱えていることが多いので、まずは不安を和らげるように配慮することです。かかりつけ医の説得が効果的であることが多いのです。騙して強引に受診されてもよい結果が得られるとは限りません。私どものセンターでは、場合によっては往診しています。何度か出向くことで外来にこられるようになったり、入院されることがあります。

(3) 診断基準と診断

意識が清明で、認知機能の低下とそれにもとづく生活機能の障害が診断基準となります。国際診断基準が多く使用されていますが、基準に合っていれば間違いなく認知症という

わけではありません。この診断基準を検討するために、相談に来られる前に必要な生活歴を聴取します。生活機能の障害の程度は、それぞれの人によって異なるからです。私どものところでは、受診予約後、ご家族の方に前もって来院していただくことがあります。これらの作業は、熟練したケースワーカーが行います。

初診時に診断がはっきりすることもあります。多くは面接に続く諸検査をまって決定されます。初診時にしなければならないことは、患者様の状態が認知症によるものか、せん妄によるものか、うつ病によるものか、の鑑別です。これらの鑑別によって、その後の対応が全く異なるからです。これらの鑑別については、認知症に関する書籍には必ず記載されていますので参考にしてください。面接に続いて、心理テスト、画像検査、脳波等が選択されます。心理テストでよく用いられているのは、Min-Mental State Examination (MMSE) と長谷川式認知症スケール (HDS-R) です。どちらも10分くらいでできますが、最初に述べたように、そのときの患者様の心理状態が結果に大きく影響しますので、一回限りのテストで結論を出さないことです。テストに慣れた人が患者様の状態を考慮しておこなうことが必要です。画像診断には、CT、MRI、SPECT (脳血流シンチ)、PET (FDG、PIB)、MIBG等があげられますが、必要最小限を常に考えておくことです。通常は、診断と除外診断をより正確にする目的でCT (可能であればMRI) が有効と考えます。MRIでは、脳血管障害の可能性を検討するのに役立ちます。脳波は、認知症症状が急速に進行するプリオン病 (クロイツ

フェルト・ヤコブ病)の診断に役立ちます。ここで頭に入れておいて欲しいことは、画像の所見のみで認知症は診断できないということです。ときに、「MRIの検査を受けたら、異常がなかったのに認知症ではないと言われたけれど心配です」といって来られる患者様がおられます。逆の場合もあります。画像については、萎縮の部位、局在性病変の有無、特別な病変(水頭症、くも膜下出血など)などが初診時の診断に役立ちます。

神経学的所見のチェックも初診時の大切な作業です。明らかな麻痺の存在は別として、表情、構音、嚥下、四肢の運動機能の状態、不随意運動の有無等をチェックする必要があります。これらの所見は、その後の経過に伴う診断に重要となります。認知症を起こす原因は、数えきれません。すべての身体状況が認知症の原因となります。胸写、血液、生化学、検尿等の検査も必要に応じて行います。

(4) 認知症とBPSD

治る認知症と治らない認知症があります。前者には、感染症、代謝性疾患、水頭症などを原因とする認知機能が低下した状態です。原因疾患の治療によって認知症の状態が回復したり、停止したりすることがあります。現在、460万ともいわれている認知症は、ほとんどが加齢とともに進行する症例群です。近年、抗認知症薬として多種類の薬剤が使われていますが、決定的なものではないことを知っておく必要があります。認知症に伴う適応となる状態としては、意欲減退、関心の低下、注意力の低下、感情不安定等の意欲・感情障害の改善に効果が期待できることが多いようです。一般の方は、認知症だったらでき

るだけ早くのませたいと申し出られることもありますが、それよりも次に述べる生活習慣の検討が最も重要であることを心得てください。認知症の最も効果的な対応は、認知症の人を「人として」理解し、非薬物的対応を工夫することです。BPSD(認知症の行動心理症状)も多くは非薬物対応で解決できる状態です。安易に向精神薬を投与しないことです。認知症だからBPSDがみられるのではなく、認知症の人を取りまく多くの環境(心理的・社会的)がかかわってBPSDを引き起こしていると考えられています。

(5) 今後の課題

「認知症」と言う大きな括りで対応するのではなく、各ライフステージでの認知症の病態を正しく理解し、それらにあった対応をすることが、認知症の本人や介護者、社会に納得が得られ、対応の費用対効果の改善に役立つと考えます。現在、認知症の問題が対象となる年齢は、75歳以後が80%以上を占めます。すなわち後期高齢期の認知症をどのように理解し対応するかには焦点を絞った方が効果的と考えます。後期高齢者の脳には加齢に伴う多様な病変(加齢性病変)が基盤にあり、それにそれまでの生活に伴う個人の生物学的要因、生活習慣、社会・心理的要因が複雑に関与して、その人の認知症が発現すると考える必要があります。私は、後期高齢者の認知症の大半は、それまでの生活からの“なりゆき認知症”、“生き様認知症”であると考えています。この中には、生活習慣病に対するこれまでの対応も含まれます。このように考えることによって、認知症の発生率を減少させることができると考えるからです。年金で気ま

まに生活している後期高齢者が、「何もすることがない」、「楽しいことはない」、「迷惑をかけてまで長生きしたくない・・・」と言いながら、目標・充実感のない日々を過ごしている状況を地域でいかに活性化するかが課題であると考えます。生きがいを感じる生活者には、認知症の発症が少なく、認知症の徴候がみられても、現在使われている抗認知症薬の効果も期待できると考えます。

以上、認知症疾患医療センターでの活動の一端を紹介しました。かかりつけ医の大半を

占める内科医の先生方には、認知症の対応に最も重要な生活指導をお願いします。私どものセンターでは、県内の認知症のクリニカルパス、ケアパスの向上に努めております。高齢者の精神保健の問題に関しては、すべて対応する覚悟をしております。今後は県民にむけた活動を通して、宮崎県の高齢者問題とともに考えていきたいと思っております。センターへの連絡はそれぞれの病院の窓口をお願いします。不都合な点がありましたら、大悟病院の三山にご連絡いただければ、責任を持って対処いたします。

[随筆]

高血圧治療ガイドライン2014年版、 評価委員としての感想

宮崎県健康づくり協会

江藤 胤 尚

日本高血圧学会の高血圧治療ガイドラインは藤島正敏九大教授を初代委員長として2000年版（JSH2000）が最初に上梓され、その後およそ5年ごとに改訂されてきました。高血圧学会理事の就任期間、私は作成委員として原稿執筆に従事しました（JSH2000・2004）。名誉会員となつてからは、評価委員としてJSH2009に關与しました。昨年末より島本和明札幌医科大学長を委員長に、JSH2014作成委員会が編成されました。作成・リエゾン・査読・評価の各委員、および顧問からなる総勢150名が構成メンバーで、今回も私は評価委員として参画することになりました。

執筆方針と論点を整理するため2月に全体会議が開催されました。その後、春先から漸次原稿が提示され、それに対する評価や修正が始まりました。新たな論点が生ずると、議論と意見が再び集約され、次校が作成されるという作業が繰り返されました。新たな幾多の論点を整理し、コンセンサスを得るための全体会議が5月に開かれました。それでも議論が決着しない章が多く、数回の改稿が必要になりました。夏の終わりにはようやく議論も煮詰まり、原稿が一応完成しました。その原稿がパブリックコメントを求めべく学会のホームページに公開されました。そして、公開質問に対する修正を加えた原案が10月25

日の学会シンポジウムで議論され、修正を経て最終稿が完成しつつあります。2014年の初春に公刊される予定です。

今回の作成過程で印象に残つたことの第一は、ネットを最大限活用して作業が行われたことです。JSH2009からネットは活用されてきましたが、今回は情報交換のプラットフォームがネット上に用意され、原稿の発表や議論の全てがこれを媒介にしてオープンにされました。ガイドラインは基本的にはエビデンスに基づいて作成されますが、エビデンスの解釈については議論が分かれる場合があります。また、診療項目の全てが高いレベルのエビデンスでカバーされているものでもなく、その場合はコンセンサスで補填する必要があります。そこで、執筆者の意見に対する幾つもの反論が出されます。その際、大先生の意見、声の大きい主張、バンドワゴン効果などの影響を回避する必要があります。今回は委員長が論点を整理して全員の意見を求め、それに基づき論点を絞り、再度意見を回収し、集約作業を繰り返し、最終的なコンセンサスを得る手法が採られました。私も年寄りとして高所から、数々の疑問や意見を提起し、多くの議論に参加し、評価委員としての義務を果たすことができたように感じています。

第二に、本邦におけるエビデンスが大分充実してきたことです。JSH2000では本邦のエビデンスが極めて少ないことに慚愧の思いがありました。これがバネとなり、学会は本邦における臨床研究を強力に支援してきました。久山町、端野・壮瞥町、大迫町などの疫学的研究、CASE-J、JATOS、VALISH、COPE、DIMEなどの大規模臨床試験が蓄積されて、“日本の”ガイドラインを強調できたことに感慨を覚えます。一方、今年 valsartan に関する不正論文が大きな社会問題となりました。そして、Jikei Heart Study を JSH2009 で引用したことが厚労省の検討委員会で問題にされ、降圧薬の適正使用に悪影

響を与えたとして、学会が説明責任を問われる事態となっています。学会でもこれらの研究を疑問視する声が強くなり、2009年の学会シンポジウムで厳しく白熱した追究がありました。しかし、不正の存在を指摘するに至らず、大きな悔いが残りました。本年の学会シンポジウムで、今後の臨床研究のあり方について厳しい指摘と反省を踏まえ、建設的な提言がなされました。今回のJSH2014では一連のvalsartan研究は一切引用しない方針です。

新しいガイドラインは一段とブラッシュアップされたものとなっていますので、会員の皆様に評価ならびに批判を頂きたいと願っています。

入会の挨拶

えびの市 平塚医院
平塚 正伸

急増する若者の非定型うつ病の治療と研究の実践の為に内科を2年ほど前から中断していました。その間に問題を解決するために日本を代表する先生方にお聞きして、やっと平成25年8月1日アリピプラゾール（エビリファイ）のうつ病の追加許可が出て保険上でも、気まぐれな患者にも1錠で半分の人が明日学校・会社に行ってみようという気になり、治療のストレスも取れ楽になって、以下に述べる一般外来患者の40%を占める心身医学の診断治療が完成したので、私が入組んでいるテーマの糖尿病と心身症をやるために再度宮崎県内科医会に入会させていただきました。

非定型うつ病の患者は全うつ病の40%を占めており35歳以下に多く、家族を悩ませ衝動的に自殺することがあります。「死にたい死にたい」といっているが、死ぬことよりも死にたいくらい辛いと分かってほしいと言っていると思うとわかりやすいでしょう。一般にうつ病が2年以内に治りにくいのは不安障害をもっている症例で、非定型うつ病です。この患者は自分でうつ病とか言って、診断書を書かせ休みをとったり、職場でトラブルを起こしたり、人のせいにしたり、診察でも職場の不満を話して長い時間を取られたりして、一般外来、精神科外来を困らせている人たちです。時として激しい不安感や焦燥感に襲われ、興奮がなかなか収まらないときに抗精神

病薬を必要とするが保険上、統合失調症と書かなくてはならないので気持ちの晴れない診断名を書いていました。25年8月3日に私も使用し保険上も堂々と私の道が開かれていきました。今までの投資はムダではありませんでした。

全人的医療は、まさに医療の原点であります。おそらく全人的医療を実践しているのは、プライマリーケア医や開業医の先生方と考えられます。ここでアメリカのデータを引用させていただきます。K.Whiteという研究者の調べたもので、彼によると成人1,000人のうち1ヶ月間に罹患あるいは受傷する頻度は750人で、そのうち医療機関を受診するのは250人で、さらに入院治療を必要とするのは9人であると言っております。また、大学病院などの専門病院へ紹介されるのはこのたった1人であるとの事です。大学病院などはこのたった1人の重症患者の治療のために高度の先進医療を必要としているともいえます。一方、250人のプライマリーケア医を受診する患者に対する医療も重要なことです。ここでは患者の心理・社会的要因を十分考えながら、common disease（一般的に多くみられる病気。たとえば高血圧症、糖尿病など）に対して科学的方法による適切な治療と人間性豊かなケアが求められています。そして興味深いことは、この250人の中で、約40%が軽症うつ病か神経症、心身症という点であります（東京大学大学院医学系研究科ストレス防衛・心身医学教室 久保木富房教授 退官記念誌p.59 平成17年3月より）。私は久保木先生より御指導を受け、軽症うつ病研究会の参加、研究会での発表、論文を書きました。

I. うつ病の80%は軽症うつ病で身体症状が主体で、各科で2週間以上治療しても治らないものです。不眠17%, 易疲労感15%, 頭重・頭痛12%, 腹痛10%, 肩こり・腰痛9%, 食欲不振6%, 腹部不快感5%, 便秘4%, めまい4%, 動悸3%, 意欲の低下3%, 胸部痛2%, 嘔気・嘔吐2%, その他8%の症状が見られますが、患者は体の病気と思って各科を受診します。一番多いのが不眠症17% (全睡眠時間が入眠障害, 中途覚醒, 早朝覚醒により6時間以内のもの) です。また日本人の睡眠時間は50年間で1時間も減少しており、そのような国は他にありません。世界で韓国の次の第2番目に睡眠を少なく取っています。6時間睡眠を2週間続けると1番徹夜した様になり、飲酒運転をしているほどになります。1日4時間睡眠を4日続けると、耐糖能が70歳なりに悪化します。現在約5人に1人が不眠を訴え、日本人の21%を占めます。14.1%が眠りを助けるため睡眠薬やアルコールを飲むことがあります。約20人に1人が睡眠薬を常に服用し、日本人の約5%を占めます。高血圧の患者の約48%, 糖尿病の約71%に不眠症があります。1ヶ月以上飲んでいる人は軽症うつ病が隠れています。うつ病は35歳以上の病気で若い頃の睡眠不足の蓄積が原因です。それはカフェインの取りすぎと寝る前の飲酒で、アルコールの半減期は4時間なので、寝る前に飲むと4時間後に覚醒してしまい睡眠不足となります。抗うつ薬を使うことで睡眠薬を減らすことができますし、自殺率も低下させることができます。

II. 神経症は昔はノイローゼといわれ、今は不安障害に変わり、(1)社交不安障害 (対人恐怖症で日本には7人に1人おり人見知りをする

乳児から、小学校高学年に発症し一生続きますが、1年の治療で完治し再発はありません)。(2)パニック障害は突然の交感神経過緊張で内科では過呼吸症候群, 心臓神経症, 不定愁訴といわれています。(3)非定型うつ病 (マスコミでは新型うつ病, 現代型うつ病といわれ、35歳以下に多く発症し、急増しています。プチうつ病, 気まぐれうつ病とも言われています。抗うつ薬が効きにくいタイプです)。うつ病の症状の主症状である気分の落ち込みが2週間以上続き、そのうえで従来のうつ病とは違う典型的な症状があります。①楽しいことがあると気分が明るくなる傾向がある, ②さらに食欲が増して体重が増えたり, ③いくら眠ってもまだ眠い, ④疲労感が強く手足が鉛のように重い, ⑤夕方から夜にかけて調子が悪い, ⑥他人の顔色がひどく気になり、批判に対して過敏となり引きこもる、以上①があり残り5個のうち2つ以上あることです。対人関係に過敏で会社に行くと憂うつで、会社を離れると気分が良くなるもので昔は神経性うつ病と言われてきました。

III. 心身症は昔は精神身体医学といわれ各科で治療しても、改善の見られないもので、症状が不安定で長く続くものです。

以上、なぜこのような疾患が日本、世界で急増したのか考えてみると、「平凡な行為の永続」がなくなり睡眠時間の減少、カフェインの取りすぎで (表1)、現代の日本人は交感神経過緊張状態になっています。それはグルコルチコイドの分泌を増加させインスリン抵抗性の病態である高血圧、糖尿病、メタボリック症候群を引き起こし検診をしていても追いつかない状態を示しています。今回内科医会に再度入会したのはハリソン内科学

(翻訳あり)に精神疾患の病態がわかりやすく書いてあり、精神科は内科なのだと確信しましたし、日本の精神科の本より役に立ちました。日本の精神科医は病態を考えて治療していないからです。一方内科の先生方は病態を考えて治療しておられるので、精神疾患がわかりやすく書かれていますので迷ったときはハリソン内科学を読んでみてください。

私は、精神科は、日本うつ病学会創立者の国際医療福祉大学医療福祉部上島(かみじま)国利教授に「日本には内科を勉強して精神科をやっている人がいないので、精神科もやりませんか」とお誘いを受け、その場ですぐ決断しました。先生はまた、「大学教授の話を信用してはならない」といわれ、それはなぜですかと聞いたら、「患者を診ていないから」と言われました。それで私はうつ病学会で講演した人の話しか信用しないようにしています。また、久保木先生は日本でも、世界でも気分障害よりも不安障害が多いからということで日本不安障害学会を創立されました。久保木富房先生、上島国利先生には10年前より

お付き合いをしていただいて、懇親会で日本で活躍されている先生方を紹介していただき、両先生の期待を忘れないように毎日の診療をがんばっております。今後とも宮崎県内科医会の皆さんの為に努力してまいりたいと思っております。宜しく願いいたします。

所属学会

日本心療内科学会
日本心身医学会
日本うつ病学会
日本不安障害学会
日本睡眠学会
日本認知行動学会
日本内科学会

役員

学校法人札幌池身学園評議員
財団法人民族科学研究所評議員

平塚医院案内情報

えびの市 i タウン平塚医院

表1. カフェイン入り飲料の摂取量がこの数十年で急速に増加している。

日本国内の嗜好飲料の消費の推移 (1990年を100として)

暦年	レギュラー コーヒー	インスタント コーヒー	緑茶	紅茶	炭酸飲料	左のうち コーラ	果実飲料	コーヒー 飲料	左のうち 缶入り
1980 昭和55	53	82	114	54	95	96	69	27	26
1990 平成2	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1995 7	123	98	99	127	99	111	76	109	103
2006 18	151	109	111	122	88	97	66	129	96
2007 19	159	100	111	118	96	114	68	128	95
2008 20	150	104	110	127	101	123	60	128	96
2008年の消費量	260,182 トン	41,202 トン	101,125 トン	17,858 トン	3,029 千KL	1,258 千KL	1,577 千KL	2,906 千KL	2,066 千KL

資料：農林水産所、(社)全国清涼飲料工業会

コメント：コーヒーは消費量では昭和50年半ばに緑茶を上回り、その後もコーヒー飲料を含め増加している。昭和60年頃、缶コーヒーはコーラを上回る。

理事からひとこと

話題の「配合剤」について

宮崎市 国立病院機構宮崎東病院
比嘉 利信

最近、配合剤と呼ばれる薬がたくさん登場し、話題になっています。とくに降圧薬などの配合剤は、多数の製品が一気にラインアップされ、名前と分量が一致せず混同することもしばしばです。

配合剤は、既に身近に使用しているものも多くあります。例えば、感冒薬のPL顆粒は4剤からなる典型的な配合剤です。バファリンA330錠などの解熱鎮痛薬、SM散など多くの胃腸薬、エクセラゼ錠などの消化酵素薬、セレスタミン錠などの抗アレルギー薬、ノイロビタン錠などのビタミン剤、オーグメンチン錠などの抗生剤、メネシット錠などの抗パーキンソン病薬、女性ホルモン剤など多数あります。降圧薬のベハイドRA錠も利尿薬とレセルピンなどとの配合錠です。漢方薬はいくつもの生薬を組み合わせた配合剤といっ

ていいかもしれません。また内服薬に限らず、点眼薬や吸入薬の配合剤もあります。一般に配合剤のメリットとしては、①単剤よりも治療効果が優れていること、②薬品数や服用回数が減るために服薬アドヒアランスが向上すること、③薬剤費用が安く抑えられることなどが挙げられるでしょう。一方、デメリットとしては、①固定用量であるためにそれぞれの調節が困難であること、②副作用

の場合、原因となる成分の同定が困難であること、③配合薬と同効の薬剤を重複して服用してしまう可能性があることなどが考えられます。

さて、今回話題となっている配合剤は、降圧薬、高脂血症薬、糖尿病薬などです。高血圧治療において、単剤で不十分な場合、作用機序の異なる複数の薬剤の組み合わせが、ガイドラインでも推奨されています。薬物動態的に問題なく、有効性と安全性の点から合理的で、アドヒアランスの改善を目的として配合剤が開発されてきた経緯があります。アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）&利尿薬の配合錠は、理論的には、利尿薬の体液量の減少に伴うレニンアンジオテンシン系の活性化をARBにより抑制できる良い組み合わせといえます。ARB&カルシウム拮抗薬の配合錠は、確実な降圧効果と高い認容性から、わが国の降圧薬では最も汎用されている2種類の薬の配合剤です。前者は5種類9品目、後者は5種類8品目が薬価収載されています。また高血圧と高脂血症の合併例は特に心血管系のリスク因子が高く、同時に両者の厳格な治療が重要です。1種類4品目が市販されています。また糖尿病薬では、DPP4阻害薬の登場により大きく治療分布が塗り替えられましたが、やはり多剤併用を抑えるために開発された4種類7品目の配合錠が収載されています。

一方、配合剤は保険審査上の問題となる場合が少なくありません。配合剤の使用に当

たっては、用法を確認した上で、1剤を選択し、増量する場合は記載用量の範囲内で、併用薬は他の種類を選択する方が無難と思われます。

今日、医薬品開発は単剤の開発が主流といわれています。単剤によるモノテラピーでは必ずしも満足した治療法が得られていない分野や、確実な治療効果が求められる分野を中

心に、未承認薬を含む配合剤の開発は、単剤によるこれらの限界を打破していく可能性があります。また後発品の市場拡大が、新たな配合剤の開発に拍車をかけているかもしれません。今回登場した配合剤は、そのベネフィットとリスク評価が検証され、シンプルで患者に優しい治療薬として展開していくことを期待したいと思います。

理事からひとこと

内科医となって感じること

宮崎市 原口胃腸科・内科クリニック
原口 靖昭

医学部を卒業して、40年近く内科医として医療に携わってきたが、今でも時々内科医は何をするのかと尋ねられる。若い頃は内科医ではなく、好きではじめた専門分野なので胃腸科をやっていると答えていたが、最近は検査も億劫になり、患者の年齢も更に高齢化し複数の疾患を抱えている方を相手にすることが多くなり、面談の時間も長くなり、内科と答えることも多くなってきた。田舎の医師ならずとももっと色々な事を学んでおけばよかったなと反省しつつ、こんな時は紹介状を作ることになるが、幸い医師会や内科医会があり、多少存じ上げていることもあり、依頼するとほとんど快く尻拭いをしてもらっている。それでも時々嫌な顔もされるが、先方も忙しい事がわかるので仕方ないとぐっと堪えて、目的を押し付けている。内科医療とりわけ医師に求められていることは、適切な診断・治療はもちろんのこと、いつでも相談できること、何でも診てくれる事、最近は予防医学まで広範囲である。

今は学会や医師会の教育・啓蒙活動も充実し、ITの発達で、各種掲示板やメーリングリストを通じて、双方向の情報や意見交換が

行なわれるようになり、すぐに適切な回答や今後の方針を入手することもできる。最近では初期臨床研修義務化にともない、医局制度も変化した。それでも若い医師が時間に追われ、疲弊しているのは今も昔も同じようにみえる。当直明けの通常勤務は今も代わらないひどい労働条件だと思うが、研鑽修行という美辞に隠されてしまっている。やはり医師数が増えればという気がする。統計上は医師の数が少しずつ増えていると言うが、地方では全くその恩恵を受けていないのが実感で、中央で学んだ若き医師が地方に分散するにはまだ時間がかかるのかもしれない。彼らが知識を身に付け、高度な技術を要する手技や手術を身につけた時に、地方にはそれに見合った正当な報酬を保障できるポストがはたしてあるのだろうか。これからますます診療報酬は削減され、独立採算制を押し付けられ、開業しても先行投資の回収は困難になりつつあるのだから、明るさは見えてこない。昨今専門医ばかりで、学会が勝手に作った専門医が乱立しているが、それに振り回されて、右往左往している自分に情けないが、維持すらも大変で、整理しないと身が持たない。専門医制度はそれを持つ身からすると、自己研鑽の励みにはなるが、はたして必要なものなのか国は展望を示してほしいものだ。

最後になりますが、この内科医会の理事に登用していただきましたが、何もできなかった事をお詫びしたいと思います。

理事からひとこと

たばことおさけ

宮崎市 古賀総合病院

松岡 均

「酒なくて、なんの己が桜かな」飲む方から申しますと、百薬の長、飲まぬ方からですと、命を削る鉋と言われます。

私はビール一杯で顔が赤くなってしまい、さほど酒に強い方ではありませんが、寒くなると、温かい日本酒が飲みたくなります。あまり銘柄にこだわらずにぬる燗で湯豆腐やら、おでんやらを家内に用意してもらい、自宅でのんびりTVの映画とか紀行ものを見ながら飲むのが好きです。このところ大吟醸や純米大吟醸に魅入られてワインも良いけど、「寒くなってきたら日本酒でしょ」と、もっぱら日本酒です。

ところで、我が国の昨今の喫煙に対する厳しさは、すごいですね。喫煙される先生方は肩身が狭くなっておられませんか。昨年からは日本臨床内科医会の公益事業委員会の委員を務めておりまして、同会では禁煙宣言パネルを用意して今年の総会で提示することになっています。

1. 私達は、自ら禁煙するとともに、国民をタバコの害から守ることを誓います。
2. 私達は、自らの医療施設を禁煙化し、私たちが行う学術集会や会議をすべて禁煙とします。
3. 私達は、タバコを吸う患者に必ず禁煙を

勧め、希望するものに禁煙支援を行います。

4. 私達は、タバコを吸わない人が受動喫煙の害を受けない社会をめざします。
5. 私達は、国民へのタバコの健康に及ぼす害や依存性に関する正しい知識の普及につとめ、未成年者や妊婦の喫煙防止を推進いたします。

と言うものが案として挙がっています。1970年に世界保健機関（WHO）総会でたばこと健康に関する最初の決議が行われ、それを契機に世界各国政府に対し積極的に喫煙規制対策をとるように勧告されました。日本では2002年に「健康日本21」で「たばこの健康への影響に関する情報の提供」、「未成年者の喫煙防止」、「受動喫煙の害を排除・減少させるための環境づくり」「禁煙希望者に対する禁煙支援」などの目標が設定され、2004年に世界で19番目に「たばこ規制枠組条約」批准。現在に至っています。病院評価機構でも敷地内禁煙が盛り込まれているのはご承知の通りです。私も以前は喫煙していましたが、10年以上前に禁煙したので、煙草の煙のない環境が好きですが、なにやら日本ではヒステリックともいえるほど、禁煙活動が盛んになってきたなーと驚いています。ヨーロッパに旅行すると、よほど鷹揚な感じがします。

なぜ、禁煙の話題を持ち出したかと言いますと、たばこと健康に関する決議から40年後の2010年にWHOは、アルコールの有害な摂取を減らすための世界戦略の承認決議をし

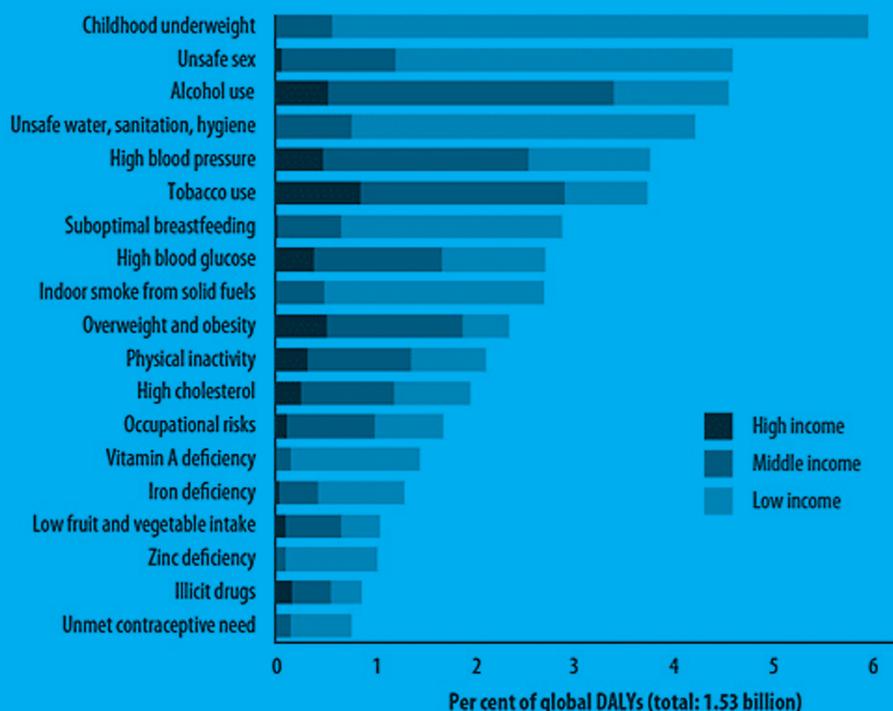


図1. Global percentages of DALYs* attributed to 19 leading risk factors by income group. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/index.html>)

*DALY (disability-adjusted life year) : 障害調整生存年数

= 期待死亡年齢より前に死亡することによる損失生存年数+一定の重さの障害を一定期間抱えながら生存する年数(障害生存年数) 1 DALYは、健康に生きられたはずなのに失われた1年間を意味する。

した。図1をご覧ください。健康障害を引き起こす19の危険因子の中で子供時代の低体重、危険な性行為に次いで3番目に危険だとされています。

WHOの資料によると

- ・アルコールをとるという危険な習慣のせいで、1年間に2,500万人の人が死亡し、中でも15歳から29歳にかけての若者のうち32万人がアルコールが原因で死亡している。この年齢グループの死亡原因のうち9パーセントがアルコールに由来するものである。
- ・アルコールは重い疾病をひき起こす要素であり、世界で3番目に大きな危険要素であ

る。西太平洋諸国とアメリカでは主要な危険要素であり、ヨーロッパでは2番目に大きな危険要素である。

とされています。

つまり、たばこの害よりも飲酒の方がより危険であると認定しました。一般的に飲酒は人を興奮させ、喫煙は鎮静させます。以前から入院したら、たばこは禁止されませんでしたけど、酒は禁止でしたよね。たばこ吸って喧嘩しませんが、酒飲むと大騒ぎしたり、喧嘩しますもんね。酒は直接の健康被害をもたらすだけでなく、故意であろうと、なかろうと、交通事故、暴力、自殺など、酒に起因する傷害が多いので、たばこより危険と認定さ

れたのでしょうか。

我が国の喫煙から禁煙に至った歴史を見るとWHOの決議、勧告から30年後に禁煙推進国家になりました。すると飲酒に関しても2040年頃には同じような展開が待っているのでしょうか？世界中のどの国でも、禁煙令は発令されていないので、酒についても一度アメリカで失敗しているし、禁酒令が発令されたりはしないでしょうが、昨今の悲惨な飲酒運転事故などを見聞きすると我が国でもお酒の広告や自販機などの販売などについて、たばこ並みに規制が厳しくなるのは避けられないのでしょうか。

最後に日本臨床内科医会の禁煙宣言パネルのたばこを酒に置き換えて禁酒宣言パネル案を考えてみました。30年後にこんなパネルが

できているのでしょうか？

1. 私達は、自ら禁酒するとともに、国民をアルコールの害から守ることを誓います。
2. 私達は、自らの医療施設を禁酒化し、私たちが行う学術集会や会議をすべて禁酒とします。
3. 私達は、アルコール摂取する患者に必ず禁酒を勧め、希望するものに禁酒支援を行います。
4. 私達は、飲酒しない人が飲酒者からの害を受けない社会をめざします。
5. 私達は、国民へのアルコールの健康に及ぼす害や依存性に関する正しい知識の普及につとめ、未成年者や妊婦の飲酒防止を推進いたします。



「白鳥温泉の噴煙」

宮崎市 神宮医院 田中 宏幸

えびの高原にほど近い温泉旅館の裏手にある「地獄」。硫黄を含み容易に近付けないが、絶え間なく地球の「ガス抜き」の役目を果たしている。

撮影は2013年11月3日



「海辺に咲く」

北浦町 北浦診療所 日高 利昭

延岡から北浦への旧道は、桜の名所が沢山あります。桜と、日向松島と言われる島々を絡めて撮影してみました。



「ヒマラヤ桜」

綾町 たまきクリニック 玉置 昇

約9年前に当院の駐車場垣根に植えた桜です。本年も11月の下旬に咲き始めました。訪れた患者さんが珍しそうに眺めています。

撮影は2013年11月26日

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村善教

増税で 小遣い値上げ 陳情を
妻にしたいが 反発怖く

増税で 赤字が増える 死蔵品
右に電卓 左に患者

モンスターが センターで騒ぐ 対応に
非常ボタンと 警備を配置

混合で 日本の医療 荒廃か
それを防ぐは 医師の結集

分かれ合う 苦勞で繋ぐ 心かな
動かぬ石の 重きに耐えて

短 歌

「ピース」の箱

宮崎市 長嶺内科クリニック

長 嶺 元 久

患家にてわが診る人の枕辺に「ピース」の箱がひとつ置かれぬ

癌病みし身にもう痛みあらざらむ翁の面おもを朝日が照らす

肺癌の翁は見けむ若き日に「今日も元気だたばこがうまい！」

連れ合ひを亡くしし媪繰り出だす想ひ出話を終はりまで聴く

休まずに基会に出でし翁けふ黄泉にてともに打つ人ありや

*これらの歌は、雑誌「歌壇」平成二十五年十月号に掲載された作品を一部改変したものである。

短 歌

東京オリンピック

延岡市 藤本内科小児科医院

藤 本 孝 一

東京オリンピックは七年後脳卒中後のわれ生きあるや

萎えし腕の打撲傷より皮下出血たちまち広がる手の甲までも

公園の鳥の鳴くに目の覚めて妻留守なれば一人飯食ふ

急病の夜間センターに勤めあて突然起る地震に驚く

山すその公民館より眺むれば草原の上秋あかね飛ぶ

[報告]

日本臨床内科医会第61回理事会・第50回代議員会 および第27回日本臨床内科医学会報告

宮崎県内科医会常任理事

中津留 邦 展

第27回日本臨床内科医学会が平成25年10月13日（日）、14日（月・祝）の両日兵庫県神戸市の神戸国際会議場で開催された。学会に先立ち12日（土）に理事会および代議員会が開催された。理事会には栗林会長が出席され、代議員会には栗林会長と中津留が出席した。

第50回代議員会

会議の冒頭、猿田亨男日臨内会長、第27回日本臨床内科医学会学会長本庄昭兵庫県内科医会副会長の挨拶のあとに各部会から会務報告があった。概要を報告する。

総務部

総務委員会より平成25年9月5日現在の会員数は1万5,777名であることが報告され、日臨内事務局が入居している東京都医師会館の建て替えに伴う事務局移転について、工事期間中の仮事務所は東京都医師会と同じビルへの入居を希望しているとの報告があり、各部会会務報告の後の議決で承認された。

庶務部

会員増強委員会より委員会の役員が新体制になったこと、日臨内紹介用DVDを4分版と8分版を作成したこと、勧誘用郵便セットを2案作成していること等が報告された。IT委員会からは各委員会でWEB会議システムの練習を実施中であること、各都道府県内科医会のホームページ作成を日臨内が費用を含め支援することが報告された。

経理部

経理委員会より、平成24年度日臨内収支決算監査報告と平成25年度日臨内収支中間報告がされた。平成24年度の収支決算については会務報告の後の議決で承認された。

社会保険部

公益事業委員会よりインフルエンザ研究の成果が報告され、今後取り組むテーマとして禁煙（チャンピックス等禁煙補助薬の使用状況調査、会員喫煙率調査等）、感染症（各種ワクチンの啓発・教育講演等）、健康（減塩7か条のポスター作製等）が挙げられた。医療・介護委員会からは医療保険を取り巻く最新情報として、次期診療報酬における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方、社会保障制度改革国民会議の最終報告原案・総論の要旨等が報告された。

研修推進部

研修推進委員会より平成24年度の申請実績，平成25年度認定医・専門医申請日程等が報告された。

学術部

学術委員会より「原発性アルドステロン症の実態調査最終報告」，「わが国における慢性腎臓病診療と病診連携の現状と地域差」・「内科医の専門性と研修歴が慢性腎臓病診療と病診連携に与える影響」についてのかかりつけ内科医を対象とした全国アンケート結果報告，「スマイルスタディ中間報告」がなされた。

広報部

ニュース編集委員会より支部ニュース委員からの報告は「医療連携」をテーマに予定していること，平成26年度は支部委員の増員を予定していること等が報告された。

第27回日本臨床内科医学会

第27回日本臨床内科医学会は，神戸市で「今 内科医に求められるもの」をメインテーマに2日間に亘って開催され1,600名を超える会員が参加した。プログラムは特別講演1題，教育講演16題，インフルエンザをテーマにした日臨内シンポジウムを含め5題のシンポジウム等が行われたが，特に神戸は全国に先駆けて医療産業都市構想を具現化した都市であること，一方18年前に阪神・淡路大震災を経験し，4年前に全国初の新型インフルエンザを経験した都市であることより，本庄昭学会長の強い思いで「先端医療，災害医療，新興感染症」の3本のサブテーマを設け，それぞれに沿ったシンポジウムも行われた。会員による発表は口演が28題，ポスター発表が61題だった。宮崎県内科医会からは古賀総合病院の川越富夫先生が「抗Musk抗体陽性全身型重症筋無力症の病勢と抗体価の推移について」というタイトルで，市民の森病院の日高利彦先生が「抗TNF抗体製剤インフリキシマブの関節リウマチに対する増量療法の減量・寛解休薬への可能性」というタイトルでポスター発表された。発表いただきましたお二人の先生には改めて深謝申し上げます。

[報告]

平成25年度日本臨床内科医会九州ブロック会議報告

宮崎県内科医会会長

栗林 忠 信

平成25年度日本臨床内科医会九州ブロック会議は沖縄県内科医会の担当の下に平成25年11月9日（土）午後3時から1時間、沖縄県那覇市ロワジールホテル那覇で開催された。日臨内執行部からは猿田享男会長、望月紘一、嶋田 丞両副会長、九州各県から会長、副会長、役員理事の総計21名が出席、当県からは栗林と中津留常任理事が出席した。

冒頭、猿田会長のご挨拶があり、本年4月から二期目を向かえ、日臨内が学術団体として学術的な研究、いろいろな病気の調査研究、さらには公益授業としてインフルエンザの研究を行うなど順調に進んでおり、4月には東京で総会を、10月には兵庫県で第27回日臨内医学会が盛会裏に開催されたことへの御礼を述べられ、TPPの問題や消費税の問題など重要な局面を迎えており、さらに日本の高齢化社会を迎えて在宅医療の重要性を強調された。

I. 日臨内執行部から現状報告

1) 総務・庶務関係

- ☆ 会員数は平成25年10月4日現在、15,731名。
- ☆ 平成25年度役員・委員会委員名簿が作成され配布された。
- ☆ 会員増強委員会から
 - 日臨内紹介用のDVD 4分版・8分版を作製、配布。平行してホームページからダウンロードして活用できる。
 - 会員増強に関する状況・活動等についての各県宛のアンケートを計画中。
- ☆ IT委員会から
 - 各県の内科医会のHP作成支援事業について、奈良県・佐賀県・静岡県・石川県から申し出あり。
- ☆ 東京都医師会館建て替えに伴う事務所移転について
 - 東京都医師会館が現在地で改築することになり、それに伴って来年4月から2年間、日臨内事務所を東京都千代田区一ツ橋1-22 住友商事 竹橋ビル13階に移転する事になった。

2) 経理関係

- ☆ 平成24年度収支決算が10月12日神戸市での代議員会にて、監査報告の後承認された。

3) 研修推進部

- ☆ 平成24年度実績 新規61名、更新1,402名。

☆ 平成25年度予定者 1,392名（70歳以上693名，70歳未満599名）

申請書用紙一式が配布されている。提出期限：11月5日～29日

4) 学術部関係

☆ 原発性アルドステロン症の実態調査

10月14日の日臨内ワークショップにて最終報告が発表された。

基準に該当したものは181例6.8%であった。これについてさらに追跡調査の予定。

☆ SMILE STUDY

登録症例数（10月31日現在，5,447例）

登録機関を1年間延長することが学術委員会，常任理事会で承認された。

☆ 「内科実践処方マニュアル」の改訂版について計画中。

☆ CKD診療の病診連携の現状調査報告の概要が，腎・電解質班の内藤毅郎班長から発表された。

5) 会誌編集委員会

☆ 利益相反（COI）取り扱い指針（案）が提示され，試行が開始された。

その他，医学会開催の予定が報告された。

II. 日臨内執行部に対する提案事項

1) TPPと医療問題（長崎県）

2) 混合診療について（宮崎県）

3) 総合診療専門医制度について（福岡県）

4) 新専門医制度の発足と日臨内専門医制度のかかわりについて（沖縄県）

5) 医療事故調査について（鹿児島県）

6) 会員増強について（熊本県）

以上，6項目が提案され，討論された。執行部としてもいずれの問題も重要であり，猿田会長の強力な政治手腕で問題解決に取り組んでいくことが表明された。

最後に，次年度のプロック会議は大分県の担当で行われることが決定した。

[報 告]

第48回九州各県内科医会連絡協議会

宮崎県内科医会副会長

野 村 朝 清

日 時：平成25年11月9日（土）

場 所：ロワジールホテル那覇

次 第

1. 司 会 ・ 進 行 沖縄県内科医会 常任理事 田名 毅
2. 担当県会長挨拶 沖縄県内科医会 会 長 伊集 守政
3. 来 賓 挨 拶 副会長 望月 紘一
4. 報 告 前年度九州各県内科医会連絡協議会 担当 栗林 忠信
5. 協 議

来 賓 日本臨床内科医会会長 猿田 享男

宮崎内科医会からの出席者：栗林 忠信，中津留邦展，野村 朝清

協 議 内 容

【1】在宅医療における後方病床としての亜急性期，慢性期（医療療養病床）の増床について
(長崎県)

《提案要旨》

在宅医療において，急変した在宅患者の引受先の病院探しに苦勞された在宅医は多いと思われる。在宅医療を推進するためには後方病床としての亜急性期，慢性期（医療療養病床）の増床が喫緊の課題と考えるが，九州各県のご意見を伺いたい。

《回答》

各県とも提案に同意見。病床機能の分類について厚労省案と日医案で異なっている（福岡県）。増床は不可能なので基幹病院に後方支援の病床を開けてほしい（鹿児島県）。有床診療所を復活すべきだ（宮崎県）。県立中部病院があり救急は発達しているが，7：1入院基本料になってから空床が見られる（沖縄県）。医療スタッフの確保が地方の病院では難しい（鹿児島県）。

【2】在宅医療に関する多職種連携への取り組みについて**(熊本県)****《提案要旨》**

厚労省の方針も含めて、在宅医療の充実が推奨されています。それに関しては地域包括ケア等も含めて、多職種連携が必要だと言われています。各県内科医会のこのことに対する取り組みは如何でしょうか。

《回答》

各県とも多職種との連携について、県内科医会としての対応は特にしていない。個別には多職種との会合が持たれている地区もある。

【3】各県におけるかかりつけ医に対する認知症への取り組みについて**(大分県)****《提案要旨》**

我が国では急速な高齢化とともに認知症を持つ人は増加の一途であり、その推計は発表の度に上方修正されている。一般内科医も対象となる患者の高齢化に伴いかかりつけの患者さんが認知症を発症するケースがますます多くなっていくと予想されるが各県においてかかりつけ医（認知症非専門医）に対する研修等の取り組みをされておられればお聞かせ願いたい。

《回答》

各県とも県医師会、県行政のプログラムに協力しているが、県内科医会としての取り組みは特にない。

【4】通所リハビリの時の受診の禁止について**(福岡県)****《提案要旨》**

介護保険で通所リハビリを行う場合、サービス提供時間中には診療を受けることができません。緊急やむを得ない場合は、受診のために要した時間を差し引いて介護報酬を算定すること、緊急やむを得ない場合以外は、受診自体が認められない、とされています。

さらに、サービス開始前後の時間帯においても一律に機械的に通所サービスの前後に受診を組み入れることは適切でない、と福岡県の介護保険集団指導では釘を指しています。このため、介護支援専門員（ケアマネージャー）からは、ケアの日の受診は認められないはず、としばしばクレームがつかますが、デイケアを必要とするような人が、自力で交通機関を利用して受診することの危うさを全く考慮しない文言と思われれます。

各県では、通所リハビリ利用者のおける受診について、このような指導はされているのでしょうか？また、どのように対応されているのでしょうか。

《回答》

デイケアの送迎を利用して受診しているのは問題がある（大分県）。有料老人ホームへの往診の時間帯がデイケアと重なっている場合があった（長崎県）。原則認めていない。診療後に送るのは不可だが、デイケアへの送迎後、デイケア終了後の診療で、自分で帰る場合は可。受診の必

要がある場合はデイケアの時間を短縮すれば可（佐賀県）。リハビリテーションの前後での診療は認めているが、リハビリの時間外である旨をカルテに記載する必要がある（宮崎県）。リハビリの前後の受診であれば可（沖縄県）。

【5】同一医療機関の複数診療科に対する同一月における診療情報提供料算定に関して（佐賀県）
《提案要旨》

現状は、同一医療機関に対して同じ月に複数の診療科に対して各々の診療情報提供書料算定は不可とされている。地域支援病院と医療機器の共同利用や入院紹介、逆紹介を行い連携をする場合がある。例えばCTやMRI検査を放射線科に依頼し、この結果等から同一月に同じ支援病院の別の診療科に入院となることが地方都市ではよくある。

地域支援病院と連携を勧める現状の医療政策の中で、地域医療支援病院との診療情報提供料の算定に特例として、同一月の複数回算定を認めていただきたい。

《回答》

各県とも提案に同意見。

【6】入院基本料の減算について（宮崎県）
《提案要旨》

入院患者が他院を受診した場合、入院料を減算しなければならない。このことは極めて理不尽なことであり、小さな個人病院の経営の圧迫にもつながっている。専門医の診療が必要な場合、コンサルテーションするのは、あたり前のことであり、入院料を減算させることは理解に苦しむ。皆様はどう考えられますか？

《回答》

各県とも提案に同意見。査定の事例でも頻度が高いが理不尽だ（長崎県）。入院料が低すぎる、スプリングラー設置義務化したら閉院するという医療機関がアンケートで57件みられた（鹿児島県）。有床診療所の無床化の原因になっている（佐賀県）。

【7】平成24年3月から診療報酬明細書の縦覧と突合が始まっていますが、現在の状況はどのようになっているのか各県の状況をお知らせください。（鹿児島県）

《提案要旨》

前回は昨年9月時点の各県の状況が報告された。その後、原審の査定件数や突合・縦覧による査定件数は増加しているようであるが、主な査定項目やこれまで査定から外されていたものが、突合・縦覧を通じて、チェックされるようになったものがあれば対策を検討する必要がある。

《回答》

各県とも突合・縦覧による査定件数の増加がみられるものの著増ではなかった。縦覧に関してはPPIに関するものが多く、突合については病名もれ、禁忌項目（アクトスと心不全、メトグル

コと肝硬変など)が目立った。

**【8】厚労省の「医療事故調に関わる調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」最終報告案を
どう評価するか (沖縄県)**

《提案要旨》

厚労省は医療事故の原因究明、再発防止を目的として、「検討部会」を発足させた。約一年半の議論を経て、本年5月末に「予期せぬ医療行為関連死は新たに創設される『第三者機関』に全て届け出る」等の最終報告案を取り纏めた。しかし、検討部会の最終段階で、医療側委員が、報告案が再発防止に加えて医療事故の原因究明を求めている事から、『第三者機関』の調査報告書が責任追及に使われかねない制度設計になっており、最終報告案では医療事故の再発防止の制度にはならないと異議を唱えた。そのため取り纏めは紛糾し、最後は座長職権で幕引きをする形で終えている。

また、最終報告案には、刑法・刑事訴訟法の「業務上過失致死罪」の「医療関連死」への適用に関する法的制約についても何ら触れておらず、警察の捜査への配慮－手心に依存する形となっている。外部の法律家等は警察権力の医療現場への介入を排除するには、業務上過失致死(傷)罪の改廃を含めた刑法・刑事訴訟法の改正論議が同時になされなければならないと指摘している。

厚労省は秋の臨時国会での法案化を目指しているが、最終報告案はいくつか問題点を残しており、法案化に際してはかなり議論の余地があると考えます。各県の御意見を伺いたい。

《回答》

各県ともこの案件の立法化に対しては強い危機感を抱いていた。『第三者機関』の事故原因の報告次第では、業務上過失致死(傷)による刑事告発の可能性があるが、厚労省案ではその点についての対処が曖昧であることが最も問題である。アメリカでは医療事故は故意でない限りは刑事告発されない。英国とスウェーデンでも医療事故は刑事事件にはならない。日本の場合も同様の仕組みが必要。また、病院での異状死の場合はAiなどを活用して原因究明をしておいたほうが良いなどの意見があった。

日本臨床内科医会・介護保険委員会への要望事項

次の5つの要望事項が協議される予定だったが、会議運営の関係で割愛された。

- (1) 認知症療養指導料について (福岡県)
- (2) 在宅療養支援診療所以外が行う居宅や介護施設における看取りに対する診療報酬上の評価について (大分県)
- (3) 微量アルブミンを糖尿病以外でも算定を認めて欲しい (鹿児島県)
- (4) 入院中の患者の他医療機関への受診について (鹿児島県)
- (5) ジェネリック薬品の品質向上 (宮崎県)

[報告]

第30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

平成25年11月9日（土）に沖縄県那覇市で平成25年度日本臨床内科医会九州ブロック会議、第48回九州各県内科医会連絡協議会とともに第30回九州各県内科審査委員懇話会が開催されました。九州各県の保険審査員が一同に集まり、地域による審査差異を解消するために年1回開催されています。

本会で話し合われた24題の提案事項について全体の回答を中心に当県のコメントを併記いたします。なお、参加は8県です。提案県の意見がはっきりしている場合には8県で、そうでない場合には7県の回答をまとめています。また国保と社保で対応が異なる場合には県名の後に国保、社保を付けて記載しました。

【1】うがい薬の適応病名と査定の現況について

(長崎県)

《提案要旨》

うがい薬を使用する時に急性気管支炎の病名では認めておらず、必ず急性咽頭炎の病名がないと査定されていますが、他県ではいかがでしょうか。

《回答》

急性気管支炎は認めない：8（大分、長崎、熊本、福岡、鹿児島、佐賀社保、宮崎社保、沖縄社保）

急性気管支炎で認める：3（佐賀国保、宮崎国保、沖縄国保）

《コメント》

気管支炎のような下気道疾患ではなく、感冒、上気道炎、咽頭炎などの上気道の病名が必要と思われる。国保と社保で対応が違うのは問題ですので、各県とも対応が求められます。

【2】高血圧治療における降圧剤の投与について

(福岡県)

《提案要旨》

降圧剤には、利尿薬、カルシウム拮抗剤、ACE阻害薬、ARB、 β 遮断薬、 α 遮断薬等がありますが、併用で禁忌事項の取り扱いなどがありますか。

また、合剤の併用についてはいかがでしょうか。

《回答》

降圧剤の併用で査定対象となるものはない：全県

合剤の併用は認めない：1（大分国保）

合剤の併用は各々の単剤の1日最大量を超過しなければ認める：7（大分社保、長崎、熊本、

鹿児島，佐賀，宮崎，沖縄)

《コメント》

ARBとACE阻害剤の併用，カルシウム拮抗剤の併用については，各々血液透析や冠れん縮性狭心症などの注記が必要です。

【3】 屯服薬の処方量や回数制限について

(鹿児島県)

《提案要旨》

「医科点数表の解釈」492ページで(屯服薬の範囲)として、「屯服薬は1日2回程度を限度として臨時的に投与するものをいい，1日2回以上にわたり，時間的，量的に一定の方針がある場合は内服薬とする。」旨の記載がある。

当県支払基金の審査では，狭心症に対するニトログリセリンみたいな例外はありますが，屯服の当該薬の1日最大量の範囲で14日分を限度として，認めるとしています。貴県ではいかがでしょうか。

《回答》

日数，回数の制限なし：熊本，

6回分：福岡 ニトログリセリン，偏頭痛薬は各々10回分，18回分

1日2回：宮崎 処方総量が多いときには詳記が必要

10回分：佐賀(亜硝酸製剤，オピオイドが対象外)，沖縄(亜硝酸製剤は制限なし)

10日程度：大分

14日分：鹿児島

1日10回月20回分：長崎

《コメント》

各県でまちまちでしたが，回数については青本の492頁にあるように1日2回程度が基準になると思います。それ以上の場合には定期薬とすべきではないでしょうか。

《4》 逆流性食道炎の維持治療でのPPIの長期投与について

(佐賀県)

《提案要旨》

逆流性食道炎の治療は内視鏡検査を行い，通常，PPIの初期用量で開始する。8週間の投与で再発再燃することも多く，長期間投与する症例も多い。

ネキシウム(エソメプラゾール10・20mg)

パリエット(ラベプラゾール10・20mg)

タケプロン(ランソプラゾール15・30mg)

オメプラゾール(オメプラゾール10・20mg)

の初期用量での長期維持投与の取り扱いはいかがですか？

《回答》

初期投与量での長期維持投与については制限なし：3（大分社保，長崎，宮崎）

初期投与量の半量とする：5（大分国保，熊本，福岡，佐賀，沖縄）

《コメント》

初期治療の8週間はすべての県で60日ではなく，56日です。

【5】肝障害を伴う糖尿病患者の治療薬の選択について

(佐賀県)

《提案要旨》

糖尿病患者では，しばしば肝脂肪やウイルス性肝炎の合併がみられるが，経口糖尿病薬を投与する場合に，SU薬，ビグアナイド薬，チアゾリジン薬，DPP-4阻害薬のいずれの薬剤においても，重篤な肝障害の合併との理由で査定されることが多いが，そうすると投与できる薬剤がなくなり，インスリンしか投与できなくなる可能性はないでしょうか。そもそも重篤な肝障害の重篤の程度がはっきりせず，脂肪肝に有効とされるビグアナイド薬まで査定されるのは納得いかない気がします。

《回答》

総ての県で査定対象にはしない

《コメント》

当県では査定していません。重篤な肝障害としては急性肝炎，腹水を伴う慢性肝炎，重症肝炎，肝硬変，肝不全などが考えられるのではないのでしょうか。

【6】GLP-1アナログ製剤（バイエッタ）の併用薬について

(佐賀県)

《提案要旨》

バイエッタの適応は2型糖尿病で，食事，運動療法に加えてSU薬（ビグアナイド薬，チアゾリジン薬の併用を含む）を使用しても十分な効果が得られない場合となっておりますが，SU薬，ビグアナイド薬にバイエッタの追加投与を開始した場合，著効を示し低血糖の危険性が出現した場合，SU薬より中止するケースが多いと思われるが，保険上SU薬の併用がないと査定される場合があるのは問題ではないでしょうか。

《回答》

査定対象にしない：7（大分社保，長崎，熊本，福岡，鹿児島，佐賀，宮崎「コメント必要」）

単独使用は認めない：2（大分国保，沖縄「コメントが妥当であれば認める事もある」）

《コメント》

本県ではバイエッタ使用開始時にはSU薬が入っていることが必須ですが，途中SU薬を漸減し中止になった場合はその旨注記を記載すればSU薬を併用していなくても認めるようにしています。

【7】 抗菌剤の投与量について。

我が国の抗菌剤の承認用量は固定用量 (mg /day) で規定されているが海外では体重換算用量 (mg /kg /day) で規定されている。後者で計算すると用法・用量を超えることがあります。過剰投与として査定されますか？ (宮崎県)

《提案要旨》

ベータラクタム系は時間依存性の薬剤であり、重症感染症に関しては1日3回以上の頻回投与が適応に認められるようになっていきます。アミノグリコシド系やフルオロキノロン系のような用量依存性の薬剤については体重換算用量と思われる高用量を投与される例が見られるようになっていきます。用法・用量を超える高用量投与の場合に、貴県では、過剰投与として査定されますか？

《回答》

査定対象：2 (長崎, 佐賀)

体重記載など詳記があれば認める：5 (大分, 熊本, 福岡, 鹿児島, 沖縄)

《コメント》

製薬会社の方で徐々に体重換算用量を拡大しているようですが、原則は用法用量通りです。体重換算用量での投与時には詳記をお願いします。

【8】 経口糖尿病薬の併用数について

(宮崎県)

《提案要旨》

経口糖尿病薬併用数の制限を続けておられますか？

《回答》

制限なし又は4剤まで：7 (大分, 熊本, 福岡, 鹿児島, 佐賀, 宮崎, 沖縄)

3剤まで：1 (長崎)

《コメント》

当県では併用の禁忌事項などが無ければ、併用数のみでは制限していません。

【9】 がんの温熱療法 (ハイパーサーミア) について

(熊本県)

《提案要旨》

がんの温熱療法 (ハイパーサーミア) の一連の治療の期間に関して温熱療法の学会のガイドラインでは2ヶ月～3ヶ月ということで3ヶ月ごとの請求がある事例があります。当県では6ヶ月ということにしていますが各県ではいかがでしょうか。ご教示下さい。

《回答》

3ヶ月：3 (福岡, 佐賀国保, 沖縄社保)

規定なし又は該当事例なし：6 (大分, 長崎, 鹿児島, 佐賀社保, 宮崎, 沖縄国保)

《コメント》

本県では期間についての取り決めはしていません。

【10】 高齢者に対する処方への取り扱いについて

(沖縄県)

《提案要旨》

薬剤の用法において「高齢者は1日何mgまで」等の表示があります。高齢者とは70歳以上としているのかどうか？また年齢を定めてないのか？現在、取り扱いに苦慮しているところです。各県の取り扱いをご教示下さい。

《回答》

年齢は定めていない又は合議なし：5（大分社保，長崎，福岡，宮崎，沖縄社保）

65歳以上：2（大分国保，鹿児島）

70歳以上：1（沖縄国保）

75歳以上：1（佐賀国保）

80歳以上：1（佐賀社保）

《コメント》

高齢者はいずれの県も65歳以上ではありますが，具体的な年齢設定はなかなか難しい問題のようです。当県では年齢は定めていません。

【11】 ヘリコバクターピロリの除菌について

(福岡県)

《提案要旨》

胃炎に対するヘリコバクターピロリの除菌がこの4月から認められました。

注意事項として，「内視鏡検査で診断を確定した際の所見・結果および「当月以外」あるいは「他施設」で内視鏡検査又は造影検査をした場合は，その旨コメント願います。」との記載があり，福岡県では内視鏡検査は概ね2年以内に行われているものであれば認める（理由：2年に一回の内視鏡健診と年一回の健診とで胃癌の発見率に有意差がないので）としております。

貴県ではいかがでしょうか。

《回答》

3ヶ月：1（沖縄国保）

6ヶ月：2（大分国保，佐賀）

1年：3（長崎，熊本，鹿児島）

2年：1（福岡）

決めていない：3（大分社保，宮崎，沖縄社保）

《コメント》

日本消化器病学会のガイドラインでは6ヶ月となっているようです。当県では期限の統一はしていません。

【12】過去の内視鏡検査，過去のHピロリ検査陽性で慢性萎縮性胃炎に対する除菌療法は認められるか (佐賀県)

《提案要旨》

今回、慢性萎縮性胃炎でHピロリの除菌療法が認められたが、数ヶ月～数年前の過去の内視鏡検査の「慢性胃炎」という所見で、しかも過去のピロリ菌の検査陽性に基づいて除菌療法は認めてよいのでしょうか。

《回答》《コメント》

【11】と同じです

【13】在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料算定におけるAHI（無呼吸指数）の記載について

(長崎県)

《提案要旨》

上記管理料算定において、直近のAHIの記載が求められており、CPAP装着下でのAHIが20未満のため、適応でないと判断され問題となりました。これに対して、直近のAHIはあくまでCPAP非装着状態でのデータを記載するように返戻、指導となりましたが、良好にコントロールされている状況でCPAPを外しての再検査は非現実的であり、結局過去のAHI 20以上のデータの記載でよいとのことで対処していますが、各県の対応は如何でしょうか。

《回答》

AHI 記載を求める：6（大分，長崎，福岡，鹿児島，佐賀，沖縄）

AHI 記載は不要：1（宮崎）

《コメント》

導入期のAHあるいはCPAP導入後に20以下に改善されたと確認できれば良いことにしている県がほとんどです。ある県では来院せずに継続治療がなされていることの確認として現状データを要求していました。

【14】免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドラインの検査で、スクリーニング検査としてHBs抗原，HBs抗体，HBc抗体を一括して測定することを認めているか。

(鹿児島県)

《提案要旨》

近年、各種の癌や関節リウマチなどの治療に生物学的製剤を使用することが多くなって来たが、この時、免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎が問題になっている。発症対策のスクリーニング検査で、手順ではHBs抗原を第一回目に測定し、HBs抗原が陰性の場合、次にHBc抗体、HBs抗体を測定することになっているが、2回に分けて採血することは第一線の診療では困難なことが多い。貴県ではHBs抗原，HBs抗体，HBc抗体を一括して測定することを認めているか。

《回答》

一括測定を認める：1（大分国保）

コメントがあれば認める：3（長崎，福岡，佐賀国保）

認めない：5（大分社保，熊本，佐賀社保，宮崎，沖縄）

《コメント》

まず，HBs抗原を行い，HBs抗原陰性の場合にHBs抗体およびHBc抗体が適応となる。したがって，HBs抗原陽性の場合には，HBs抗体およびHBc抗体は適応外（査定）となります。採血は1回であってもかまいません。

【15】呼吸心拍監視装置の算定に関して

(佐賀県)

《提案要旨》

呼吸心拍監視装置の算定を内視鏡下粘膜切除時に算定をされている事例がある。国保での再審査部会で問題となった。他県の状況をお尋ねしたい。

認めてる場合があればどんな場合か？

《回答》

認めない：7（大分，長崎，熊本，福岡，鹿児島，佐賀，沖縄国保）

基礎疾患により認める場合がある：3（佐賀社保，宮崎，沖縄社保）

《コメント》

九州厚生局の意見では手術に伴った監視検査は算定されないと規定されているので，算定は認められないようです。

【16】非特異的IgE定量とアトピー鑑別試験定性と末梢血での好酸球数の同時算定について

(佐賀県)

《提案要旨》

アレルギー疾患の診断検査として非特異的IgE，アトピー鑑別試験定性と末梢血での好酸球数が同時に測定されることがある。同時算定に対する取扱いはいかがですか。

《回答》

総ての県で同時算定可能

《コメント》

診断時には3者の同時算定は可。経過観察には非特異的IgE定量and/or末梢血での好酸球数で可能と考えられ，アトピー鑑別試験定性同時算定は注記が必要と思われます。

【17】脂肪酸分画の適応疾患について

(佐賀県)

《提案要旨》

最近，脂肪酸分画(450点)を請求する医療機関が増えてきています。一医療機関では高脂血症(疑

い)や動脈硬化症(疑い)の病名で、傾向的に60件を超える請求があります。2012-13年版医学通信社発行の診断辞典によると、対象疾患は動脈硬化症、L-CAT欠損症、脳梗塞、血栓症となっています。本県社保では山口県国保連合会の取扱いに準じて、動脈硬化性疾患(心筋梗塞、狭心症又は脳梗塞など)の病名があり、脂質異常症又は高脂血症の患者を対象とすることに取り決められています。各県での取り扱い特に適応疾患について取決めされていますか。

《回答》

認めない：7(大分、長崎、熊本、福岡、鹿児島、佐賀、沖縄)

認める：1(宮崎)

《コメント》

本県では、脂質異常症の病名があれば認めています。九州では当県のみでした。対象疾患は動脈硬化症、L-CAT欠損症、脳梗塞、血栓症ですので、今後、本県では病名の見直しがあると思われます。

【18】糖尿病確定例に対する経口糖負荷試験について

(宮崎県)

《提案要旨》

糖尿病確定例に対するOGTTを認めていますか?認める場合にはその条件があればお教え下さい。

《回答》

認める：5(大分「注記が必要」、長崎、熊本、鹿児島「注記が必要」、沖縄社保)

認めない：3(福岡、佐賀、沖縄国保)

《コメント》

糖尿病確定例でも肥満患者の減量成功例などで耐糖能異常が改善したと思われる場合などでは注記があれば、認められるようです。

【19】血液型検査の再算定について

(大分県)

《提案要旨》

手術予定の入院時や術前などに血液型検査を実施しますが、再入院などの場合や臨時に輸血が必要になった場合、前回の検査からどの程度期間までであれば再算定を認めるでしょうか。当県では、前回のカルテを参照すれば問題ないので一定期間以上は再算定を認めないという意見や、逆に医療安全の立場から期間にかかわらず再算定を認めるべきであるという意見もありました。各県の対応はいかがでしょうか。

《回答》

認める：2(宮崎、沖縄)

認めない：5(長崎、熊本、福岡、鹿児島、佐賀)

《コメント》

宮崎では1年間、沖縄では3ヶ月の間隔で血液型再算定を認めています。認めていない県でも血液型が変わる可能性のある骨髄移植患者は例外です。

【20】 審査情報の公開について

(鹿児島県)

《提案要旨》

本県では、県の医師会報で、医療機関の個別指導で指摘された事項の紹介やまた内科医会報でも、九内懇での協議内容の報告など、レセプト審査にかかわる内容をできるだけ公開するように努めています。現在どこの審査でも、例えば解熱鎮痛剤処方時に胃炎予防のために併用する所謂“佐薬”としての健胃消化薬を処方した際、「胃炎」病名を記載しなくても健胃消化薬の査定を行わないという状況と思われませんが、こうした扱いの可能な薬剤のリストなどの公開はなされてないと思われまます。

審査情報の公開の範囲について、各県いかがな状況でしょうか。

《回答》

公開している：5（大分、長崎、鹿児島、佐賀、沖縄）

公開していない：2（福岡、熊本「内科医会講演会で保険Q&Aを行っている」）

《コメント》

本県では国民皆保険制度の基盤である保険診療が正しく理解・遂行されることを目的として、診療報酬改定が成される度に県医師会の指示の下に「保険診療の手引き」を作成。手引きの作成に当たっては、社保、国保の審査委員、各専門部会の先生方との協議を行い、ならびに社保宮崎支部、宮崎県国保連合会、九州厚生局宮崎事務所の協力を得て、社保・国保間の審査格差の解消に努め、この手引きを通して審査基準の大筋は各医療機関に周知しています。九内懇の協議内容に関しては、県内科医会誌に掲載し、また適宜、審査員会便りを配布して、審査情報を可能な限り公開しています。

【21】 病名漏れによる再審査請求可能について

(沖縄県)

《提案要旨》

支払基金本部の見解として、「保険医療機関からの『病名漏れ』を理由とする再審査請求については、症状の経過等について保険医療機関からの客観的な検査データ等に基づいた詳細な説明がなされ、病態等が確認できる場合にあっては、これを参考に再審査決定することとしています。」と述べています。国保を含めて、各県の実情はいかがでしょうか。

事は無意味であるとされている意見が主流と思える。各県の状況はいかがでしょうか。

《回答》

認めない：全県

《コメント》

本県では、これまで「病名漏れ」を理由とする再審査請求は、社保も国保も原則として認めてきていません。今回の支払基金本部の見解を受けて、このケースは認め、これは認めないというような混乱が生じることが想定されるので、これまで同様、原則として「病名漏れ」による再審査請求は認めない方針であります。医療機関への正しいレセプト請求の指導、一次審査でのチェックの強化に努めたいと思います。

【22】 添付文書の「効能又は効果に関連する使用上の注意」に性別による安全性、有効性について記載のある薬剤の取り扱いについて (大分県)

《提案要旨》

添付文書の「効能又は効果に関連する使用上の注意」の項目で「女性（男性）患者での安全性及び有効性は確立していない」といった記載のある薬剤があります。たとえば高尿酸血症薬のフェブリクや骨粗鬆薬のボナロン点滴静注バッグなどです。先日個別指導で立ち会いをしていた際、指導官からフェブリクの女性への処方について「添付文書の記載から保険給付は認められない」との発言があり反論したのですが納得して戴けなかったようです。

当県の審査委員の間では特に当該薬品での性差による査定は行っていないようですがこのような薬剤について他県での取扱いは如何でしょうか。

《回答》

認める：5（長崎，熊本，福岡，鹿児島，佐賀「必要性の注記が必要」）

認めない：0

取り決めなし：2（宮崎，沖縄）

《コメント》

多くの県で禁忌ではないので医師の裁量権と判断されています。当県では「使用上の注意」に関しては医師の判断の範囲内のこととして、保険審査での基準は設けていません。

性別で適応そのものが異なる薬剤については添付文書通りに扱っています。

【23】 救急医療管理加算の算定について (熊本県)

《提案要旨》

救急医療管理加算の算定に関して、通知上のア）～コ）の疾患および状態に適応がありますが、それ以外の疾患でも請求する場合が見受けられる様です。当該疾患があればフリーパスなのか。また当該疾患以外でも認められていますか。ご教示下さい。

《回答》

認める：7（大分，長崎，福岡，鹿児島「詳記が必要」，佐賀「詳記が必要」，宮崎，沖縄「詳記が必要」）

《コメント》

当県ではア) からケ) は無条件に認めています。コ) の記載のように当該病名がなくてもレセプト上ア) からケ) に準じるような重篤な状態が伺われる場合は認めています。

【24】 特定疾患指導料について

(熊本県)

《提案要旨》

特定疾患指導料は、主病が決められた疾患であることが求められますが、この指導において、投薬、注射がない場合に運動、食事療法のみで指導料を請求する場合に貴県では認められていませんでしょうか。ご教示下さい。

《回答》

認める：(大分、長崎、福岡、鹿児島、佐賀、宮崎、沖縄)

《コメント》

特定疾患療養管理料についての提案と思われます。食事・運動療法のみでも管理料は算定可能です。

各郡市だより



宮崎市郡内科医会だより

当内科医会の平成25年度の重要な課題は、宮崎市夜間急病センターの体制維持とスムーズな運営のために、それまで曖昧模糊としてきた当直体制に対しきちんとした規約を作ることになりました。小委員会を立ち上げ数回の話し合いを進める中で、一次救急を担う人的パワーである会員の平等性、医療を行う上での安全性、二次救急を含めたバックアップ体制などが十分担保されるべきであると再確認しました。結論として、原則は内科系を標榜するA会員全員でその任にあたり、年齢は医師会員の高齢化もあって65歳になるまでとしました。以上のことは市郡内科医会臨時総会での議決を経て、市郡医師会総会で定款へ文言として記載することを決定していただきました。宮崎市郡医師会（内科系）理事の先生方の強力なバックアップがあったればこそ完遂できたことと、大いに感謝するところです。

最近の患者側の権利意識の高揚は、個々の医師の中途半端な救急医療に対する技術・心構えでは対応しきれないことも考えられます。更に医療安全面では二次救急患者受け入

れのバックアップが十二分に構築されていない現状では、救急医療に参加したくないと思う医師がいても不思議ではありません。しかしながら、今の世情を考えると夜間急病センターの廃止は考えにくいところでしょう。宮崎県の救急医療が崩壊しないように、私たち会員は少しでも知恵を絞りながらお手伝いできるよう頑張っていきたいと思いますが、日頃昼間は自院の業務に従事しながら夜間の急病センターへ協力している会員へのねぎらいも欲しいところです。

平成25年7月から12月までに当内科医会が共催もしくは後援として開催しました講演会は以下の3回です。

○平成25年8月29日（木）

「2型糖尿病治療における課題と展望」

宮崎大学医学部内科学講座神経呼吸内分泌代謝学分野

助教 上野 浩晶 先生

○平成25年10月23日（水）

「気管支喘息治療の最近の動向

～新しいガイドラインと

SMART療法にも触れて～」

鴨池生協クリニック院長 栃木 隆男 先生

○平成25年11月22日（金）

「うつ病治療は、実はプライマリーの

先生方にこそふさわしい！」

医療法人清芳会井上病院 米良 誠剛 先生

（文責：小牧 齋）

都城市北諸県郡内科医会だより

相変わらず国内外とも舵取の難しい諸問題が滞積していますが、私達に直結する診療報酬の本体の評価と消費税の上昇分はどのよう

な形で反映されるのか大いに気になるところです。財務省は診療報酬の切り下げを強固に推し進め、実質はマイナスになりそうです。また福岡の整形外科医院の火事は予想されていた惨事とは言え、大変ショックでした。これを機会に有床診療所の在り方がクローズアップされましたが、スプリンクラー等の補助が出る分だけ指導も規制も厳しくなり、病床を閉鎖する所がさらに増加すると思います。さて、当医師会病院の移転は工事が9月に着工され、平成27年春頃に新たに可動できることを楽しみにしています。当地区の本年下半期の講演会の内容は以下の通りです。いつも講師の先生方に温かく接して戴き感謝しています。

○平成25年7月19日（金）

「なぜ、いま心臓リハビリテーションなのか」

久留米大学医療センター循環器内科

教授 池田 久雄 先生

○平成25年8月23日（金）

「白血病の治療」

宮崎大学医学部内科学講座消化器血液学分野

教授 下田 和哉 先生

○平成25年9月13日（金）

「病態から見たCOPD治療戦略」

久留米大学呼吸器・神経・膠原病内科

准教授 川山 智隆 先生

○平成25年10月18日（金）

「うつ病診療のいま－抗うつ薬は処方医を助けるか？」

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室

助教 小口 芳世 先生

○平成25年11月22日（金）

「DPP4 阻害薬が拓く糖尿病診療の未来～Beyond the BG control～」

福岡大学医学部内分泌・糖尿病内科

准教授 野見山 崇 先生

○平成25年12月17日（火）

「高血圧・循環調節因子研究の新たな展開～宮崎大学第一内科での研究を中心として～」

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

（文責：志々目栄一）

延岡内科医会だより

国民医療費が30兆円を突破し、国の財政を圧迫しかねない危機感から消費税の増税が決定しました。しかし消費税を上げても国民の高齢化は進行し続けており、ゴールがはっきり見えない状況です。

そこで国も医療費節減のため予防医学に真剣に取り組むようになり、各種健診に力を入れるようになりました。医師会が関わるのは主に特定健診です。いわゆるメタボ健診として国民健康保険の被保険者を対象に行われていますが、受診率の低さが問題となっています。

延岡市では市内63の医療機関が市と協力して健診に当たっています。受診の現状は、県平均よりは5ポイント程高いとは言うものの30パーセント台に留まっており、受診率の向上が今後の課題でしょう。

下半期の講演会は以下のとおりです。

○平成25年10月4日（金）

延岡医学会学術講演会

「当院におけるサムスカの使用経験」

県立延岡病院循環器内科

医長 福嶋隆一郎 先生

「心不全の新しい概念と治療ストラテジー」

熊本加齢医学研究所熊本機能病院

循環器内科 部長 水野 雄二 先生

○平成25年10月11日（金）

延岡医学会学術講演会

「胃癌治療の現状と将来展望」

EBMに踊らされない胃癌治療」

公益財団法人がん研究会

有明病院副院長兼消化器センター長

山口 俊晴 先生

○平成25年11月8日（金）

延岡医学会学術講演会(県北呼吸器カンファ)

「喘息合併COPD症例の検討」

県立延岡病院

内科部長 山口 哲朗 先生

「気管支喘息の治療－現状と今後の展望－」

公立学校共済組合九州中央病院

呼吸器内科部長 古藤 洋 先生

○平成25年11月15日（金）

延岡医学会学術講演会

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012が

示す厳格かつ積極的脂質低下療法の意義」

熊本大学医学部附属病院糖尿病分子病態解

析学

特任准教授 西川 武志 先生

○平成25年11月29日（金）

延岡医学会学術講演会

「患者さん目線から見たCKD（慢性腎臓病）

治療について」

県立宮崎病院内科医長兼臨床工学科部長

上園 繁弘 先生

(文責：山本 剛)

日向市東白杵郡内科医会だより

最近、ノロウイルス、インフルエンザ、重症熱性血小板減少症候群等の感染症に関する記事が紙面をにぎわすことが多くなりました。当内科医会では感染症の脅威である集団発生の予防対策、発生時の拡大防止対策等について研鑽を深めるために、「ひむか感染症研究会」を立ち上げました。第1回の研究会を11月7日に開催し、盛況のうちに終えることができました。今後も計画的に開催する予定です。以下7月から11月までに当内科医会が主催、共催して実施した学術講演会は次のとおりです。

○平成25年7月19日（金）

【第26回日向地区急性期医療連携検討会】

「ヘリポートを屋上に持つ

新救命救急センターの概要について」

県立延岡病院救命救急科

部長 竹智 義臣 先生

○平成25年7月20日（土）

【平成25年度心臓検診委員会講演】

「こどもの危険な不整脈」

宮崎大学医学部附属病院

病院教授 高木 純一 先生

○平成25年9月27日（金）

「喘息治療最前線

～地域で診る気管支喘息～」

大分大学医学部附属地域医療学センター

教授 宮崎 英士 先生

○平成25年11月7日（木）

【ひむか感染症研究会】

「最近の病原体の検索について

～衛生環境研究所での取組を中心に～」

日向保健所

所長 古家 隆 先生

○平成25年11月22日（金）

【第27回日向地区急性期医療連携検討会】

「地域医療における宮崎県立病院

救命救急センターの役割について」

県立宮崎病院救命救急科

部長 雨田 立憲 先生

○平成25年11月28日（木）

【平成25年度腎臓検診委員会講演】

「急性・慢性腎臓病と学校検診の意義」

みやた内科医院

院長 宮田 純一 先生

(文責：古賀 正広)

児湯内科医会だより

この号が発刊される頃には診療報酬改定に関する事項が確定していることでしょうか。今回は2年に1回の改訂に消費税率アップが重なり何とも悩ましい頃です。

児湯内科医会では、最新の医療情報を会員に提供するため定期的に講演会を実施しています。現在のところこの講演会開催が活動の中心となっています。当内科医会は児湯医師会会員全員が会員ですから、内科のみでなく会員諸氏の日常診療に役立つよう幅広い話題を提供しています。2014年は、4月に新しい高血圧治療ガイドラインが発表されますし、糖尿病の治療薬もDPP4阻害薬に続いて新しい機序の治療薬が発売されます。新薬の登場について行けないようでは困りますので日々勉強の生活ですが、当会主催の講演会が学習の一環としてお役に立てば幸いです。

平成25年に開催し未報告の講演会は以下の

通りです。

○平成25年7月9日（火）

第31回国立病院機構宮崎病院医療セミナー
(後援)

「肺年齢と呼吸器疾患」

宮崎大学医学部内科学講座神経呼吸内分泌代謝学分野

助教 松元 信弘 先生

○平成25年7月16日（火）

第1回児湯内科医会学術講演会

「プライマリーケアにおける喘息診療」

琉球大学医学部付属病院第一内科

助教 原永 修作 先生

○平成25年9月19日（木）

第2回児湯内科医会学術講演会

「透析業務と業務改善の取り組みについて」

仁誠会クリニック黒髪(熊本市) 技士科

技士長 古賀 靖也 先生

○平成25年9月24日（火）

第3回児湯内科医会学術講演会

「不眠症の診断と治療

～睡眠薬の実践的な使い方～」

久留米大学医学部神経精神医学講座

教授 内村 直尚 先生

○平成25年11月12日（火）

第4回児湯内科医会学術講演会

「認知症の薬物治療について～どの様な

患者にどの様な薬剤を使うのか～」

大分県上野公園病院

診療部長 大神 博央 先生

(文責：大森 史彦)

西都市・西児湯内科医会だより

当内科医会においては今年度も特別な行事や出来事はなかったが、会長や理事の先生の尽力により例年通り何度かの講演会(勉強会)が開催された。還暦を過ぎた小生などは元々不勉強なこともあり、それぞれの講師の先生のシャープで先進的な知見を交えた話についてゆくのおぼつかなく、その内容を十分に理解できないことのほうが多いが、それでも難しい講演を聴いた後ではなんとなく少し賢くなったような気分になるので不思議なものである。今後も引き続きこのような講演会が催されると思われるが、老化してゆく脳を少しでも維持していくためにもなるべく参加していきたいと考えている。なお、これまでの講師の先生方にはこの場を借りて御礼申し上げます。

(文責：児玉 健二)

南那珂内科会だより

本年4月に日南市初期夜間急病センターが新築されます。現在26名の先生方にて主に内科、小児科の夜間救急を診ています。

また4月より宮崎大学医学部5年生の地域医療実習として、内科を標榜する診療所での研修が始まります。診療所における医療、医師及びコメディカルの業務、医療機関の役割を知り、地域医療において必要な基礎態度、知識、技能を身に付けるのが目的です。

さて平成25年8月から12月までの学術講演会は以下のとおりです。

○平成25年9月11日(水)

「糖尿病合併CKD患者の治療と管理」

宮崎大学医学部血液・血管先端医療学講座

教授 藤元 昭一 先生

○平成25年9月19日(木)

「成人喘息診療のポイント」

宮崎県立日南病院

内科医長 平塚 雄聡 先生

○平成25年9月30日(月)

「高齢者糖尿病の治療について」

光川内科医院

院長 光川 知宏 先生

○平成25年10月30日(水)

「心不全と利尿薬」

宮崎大学医学部循環体液制御学分野

助教 鬼塚 久充 先生

○平成25年11月15日(金)

「がんの薬物療法」

宮崎大学医学部内科学講座消化器血液学分野

教授 下田 和哉 先生

(文責：山口 幹生)

西諸内科医会だより

2013年も残すところ2週間余りとなりました。今年も様々な出来事がありましたが、何はともあれ2020年再び東京でオリンピックが開催される事に決まったのは、実に喜ばしいニュースと思われます。

さて、来る2014年は診療報酬改定がありますが、中医協分科会の中間報告を少し覗いてみました。外来医療では、かかりつけ医の機能強化及び大病院の外来縮小の2つが挙げられています。かかりつけ医機能の定義として「複数の慢性疾患を有する患者に対し適切な

専門医療機関などと連携して、継続的かつ全人的の医療を行うこと」と示されています。具体的な機能として8項目挙げています。

- (1)複数の慢性疾患を有する患者への対応と適切な専門医療機関への紹介
- (2)アクセス性の良さ
- (3)服薬管理
- (4)検診などの受診勧奨
- (5)気軽な健康相談
- (6)要介護・要支援認定の際の「主治医意見書」を不備や遅滞なく提出するなど介護保険制度への理解
- (7)在宅医療の提供
- (8)24時間対応在宅医療

等があります。

来春からの診療報酬改定、外来診療は如何なものになりますでしょうか。

平成25年度の下半期の西諸内科医会の講演会は以下の通りでした。

今後も、当医師会、内科医会員の先生方により多くの御参加を期待しております。

○平成25年9月13日（金）

「心血管イベントを未然に防ぐ
～血圧からのアプローチ～」

鹿児島大学大学院心臓血管・高血圧内科学
教授 大石 充 先生

○平成25年10月25日（金）

「大腸がんの予防と最新治療」

高野病院 院長 山田 一隆 先生

○平成25年11月28日（木）

「皮膚疾患の最新の話題
～自験例を中心に～」

宮崎大学医学部感覚運動医学講座皮膚科学
分野

教授 瀬戸山 充 先生

○平成25年12月19日（木）

「LDA起因性消化管障害の現状と対策
＝PPIにできること＝」

藤元総合病院消化器・肝臓内科

部長 駒田 直人 先生

（文責：宮崎 裕3）

西臼杵郡内科医会だより

西臼杵地区は朝・晩の冷えこみがきびしく寒暖の差が大きい日もあり、インフルエンザ患者が急増しています。小・中学校の学級閉鎖も増えており、予防対策として手洗い、うがい、マスクの徹底、十分な休養を心がけていただいています。

九州横断自動車道延岡線として高千穂日之影道路および北方延岡道路の延長工事も始まっており、将来的には高千穂町から3次救急医療施設の県立延岡病院への搬送時間が60分から約40分へと短縮され救急医療活動への貢献が期待されます。また、いよいよ3月には延岡～宮崎間が高速道路でつながり、約85分となれば高千穂町～宮崎間は約140分程で行く事が可能となります。名勝高千穂峡にぜひ観光にいらしてください。

平成25年後半の講演会は以下のとおりです。

○平成25年8月22日（木）

「ウイルス性肝炎診療の最近の話題」

宮崎大学医学部附属病院肝疾患センター
准教授 永田 賢治 先生

○平成25年9月26日（木）

「H・pylori 感染胃炎の諸問題」
がん研有明病院消化器内科

菅沼 孝紀 先生

○平成25年10月22日（火）

「2型糖尿病治療の新しい潮流

－ EBMから患者中心の医療へ」

潤和会記念病院糖尿病・代謝内科

部長 水田 雅也 先生

（文責：佐藤元二郎）

原稿募集

次の原稿締切は平成26年7月26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。著者をお願いし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

宮永 省三	田中 宏幸	木佐貫博人
牛谷 義秀	名越 敏郎	佐々木 隆
福島 義隆		

編集後記

2014年度の診療報酬改定がほぼ決定され, 消費税率の8%引き上げによってもたらされる消費増税による医療機関の負担増を補うため, 診療報酬に1.36%を上乗せし, 初診料を120円, 再診料を30円引き上げたものの, 消費税対応分を除けば実質1.26%のマイナス改定となりました。また「医療費抑制・脱大病院志向・在宅復帰促進のための病床および主治医機能の奨励」という趣旨から, 重症患者向けに手厚い人員配置になっている病床を今後2年間で9万床減らし, 600億円の医療費削減を見込む一方で, 症状が比較的軽い患者の受け皿病床(地域包括ケア病床)を新たに設け, さらに地域で「主治医」の役割を果たす医療機関を増やし, 大病院に患者が集中しないようにする方針が提示され, 現場では混乱や不満の声が噴出しています。

今回は巻頭言として県内科医会副会長の小牧先生に「ジェネリック医薬品再考」と題して, ジェネリック医薬品の課題に一石を投じていただきましたが, 改めて安全性の担保という視点から創意工夫が必要なることを考えさせられました。また教授紹介では, 感染症学講座免疫学分野の教授にご就任された佐藤克明先生に, 研究テーマとされた「生体における免疫応答システムの解明」と「免疫関連疾患に対する根治治療法の確立のための研究」, これまでの研究活動を発展させて「医療社会のニーズに貢献される教室の活動等」をご紹介いただきました。さらに特集では阿南先生に, 高齢化社会においてますます増加傾向にある糖尿病患者に対する新しい治療指標についてわかりやすく解説していただきました。Postgraduate Educationでは塩見先生, 松尾先生, 川越先生にそれぞれ頭痛の診断と治療, 心電図レクチャー, 代替医療・補完医療・統合医療について解説いただいております。他科からの提言では, 認知症疾患医療センター長をお務めの三山先生に, 高齢化社会で激増している認知症患者に対する対応の在り方を認知症疾患医療センターでの活動を通してご紹介いただいております。会員の先生方からは随筆や写真, 短歌等を, また平塚先生には入会のあいさつの御寄稿をいただきましてありがとうございます。理事からのひとつことでは比嘉先生に配合剤について, 原口先生からは内科医としての想いと専門医制度について, 松岡先生にはタバコと飲酒の危険性について興味ある知見をそれぞれ披露していただきました。

高齢化が進むと, 病状に応じて大病院と診療所が連携する必要性がさらに増します。今後は, 「まずは大病院で」という患者の意識を変え, 「主治医」機能の充実が必要となります。2年に一度行われている慣例の診療報酬改定は消費税率が10%になる予定の15年度以降も, 注意深く見守りたいと考えます。(牛谷 義秀)

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-mail:takayama-staff@miyazaki.med.or.jp

発行人 栗林忠信 編集人 宮永省三

印刷所 愛文社株式会社