［巻　頭　言］

内科医会の活動について

宮崎県内科医会　副会長
弘　野　修　一

平成13年に県内科医会に入会し，平成18年から８年間理事を務めた後，平成26年４月に宮崎県内科医会副会長を拝命しました。様々な活動を通して全国各地の内科医会ならびに日本臨床内科医会が果たしている役割は大きく，実地医療家にとって大変重要です。医療行政や医療保険に対する我々内科医の声を厚労省に届かせるには，やはり組織の強化しかありません。県内科医会のマンパワーの拡充を至上命題として取り組んでいきたいと思います。

最近の内科領域における進歩はめざましいものがあります。血液疾患，膠原病，リウマチ，炎症性腸疾患などには分子標的剤が使われるようになり，糖尿病にはDPP−４阻害剤をはじめとするインクレチン関連薬剤，SGLT2阻害剤が登場してきました。またヘリコバクター・ピロリ感染と胃がんとの関連が明らかになり，ヘリコバクター・ピロリ陽性の慢性胃炎においても積極的に除菌療法が行われるようになりました。現在では宮崎市のように住民検診としてヘリコバクター抗体とペプシノーゲン検査を組み合わせた胃がんリスク検診（ABC検診）を導入するところが増えつつあり，大きな成果を上げています。

そしてウイルス肝炎についてはＢ型肝炎に対する４剤目の核酸アナログ製剤が登場し，Ｃ型肝炎に対しては副作用の少ない経口の直接作用型抗ウイルス薬（DAAｓ）が投与可能になりました。特にDAAｓ療法は今まで主流であったインターフェロンを含む治療に取って代わろうとしています。現在のところいろいろ制限がありますが，さらに効果の高い内服薬も控えており，治療対象の選定さえ間違わなければ比較的安全な外来治療が可能です。

加えて，厚労省の通知「ウイルス肝炎患者等の重症化予防推進事業の実施について」（平成26年３月31日健肝発0331第１号）を受け，平成27年４月からは，宮崎県でも肝炎ウイルス検査および陽性者フォローアップ事業がはじまります。肝炎ウイルス検査とその陽性者の精密検査・定期検査の助成をするというものです。

こうなると専門医のみで行うべき治療ではなく，かかりつけ医を主体とした専門医との連携で行う治療だと考えられます。この領域においても地域の病診連携・診診連携を通して広く新しい治療が普及し，かつ安全に行えるようお手伝いをしたいと考えています。

皆様の御指導，御鞭撻をお願いするとともに，県内科医会への御意見やご要望がございましたらご遠慮なく御一報下さいますようお願いいたします。

［教授ご紹介］

ご　挨　拶

宮崎大学医学部看護学科
成人・老年看護学講座臨床薬理学分野
教授　柳　田　俊　彦

平成26年１月１日付けで，宮崎大学医学部看護学科成人・老年看護学講座臨床薬理学分野の教授を拝命しました，柳田俊彦です。宮崎県内科医会の諸先生には，この場をお借りしまして謹んでご挨拶申し上げます。

この度，宮崎大学医学部修士課程大学院の再編成に伴い，宮崎大学医学部では，医師として初めて看護学科に配属となりました。また，平成26年４月１日からは，宮崎大学医学部附属病院に新設されました臨床研究支援センターの治験部門長として，治験を担当させていただいております。臨床薬理学分野は新設分野であり，母校宮崎大学において，研究・教育活動の機会をいただきましたことに深く感謝しております。

１．略歴

最初に簡単に自己紹介させていただきます。私は，宮崎県（児湯郡新富町）出身で昭和59年に宮崎大宮高校を卒業後，同年に宮崎医科大学に入学しました。卒業後，平成２年に宮崎医科大学泌尿器科教室（教授：長田幸夫先生）に入局しました。その後は，大学病院や総合せき損センター（飯塚市）で研修し，泌尿器科専門医を取得しました。入局４年目の平成５年４月から大学院に進学し，薬理学講座において和田明彦教授のご指導の元，研究を開始し学位を取得しました。大学院修了後は，薬理学講座において助手・助教・学内講師・准教授として研究，教育を行ってまいりました。

２．研究

大学院生時代から今日に至るまで，治療薬の重要なターゲットであるイオンチャネル・受容体の研究と生理活性物質の研究を行ってきました。以下に主要なテーマをご紹介します。

（１）Nav1.7電位依存性Naチャネル研究

Nav1.7は，神経突起の伸長に際して，最初に発現する興奮性膜蛋白質で，神経回路網の形成・維持に重要な役割を果たします。また，Nav1.7の遺伝子疾患が解明され，Nav1.7の異常な機能亢進が疼痛症を，機能喪失が無痛症をもたらすことから，Nav1.7選択的阻害薬の鎮痛薬としての可能性が期待されています。細胞内外の因子や種々の治療薬が，Nav1.7の機能や発現をどのように調節しているか研究してきました。

（２）神経系のインスリン受容体シグナル研究

認知症や神経変性疾患において，脳内インスリン抵抗性が存在し，インスリンの点鼻投与がアルツハイマー病患者の記憶・学習を改善することから，その臨床応用が注目されて

います。神経系のインスリンシグナルについては，細胞内外の因子や種々の治療薬，食事中の成分などの生理活性物質が，神経系のインスリンシグナルの機能や発現をどのように調節しているか研究してきました。今後は，細胞レベルで同定した神経系インスリンシグナルの増強/減弱因子について，*in vivo* での検討を行い，疾患の予防と治療への応用を目指します。

（３）下部尿路生殖器におけるアドレノメデュリンの作用

「子宮収縮抑制作用」と「膀胱の受動的進展促進作用」を明らかにし，国際特許を取得しています。

３．教育

大学院修了後，医学部薬理学講座の助手を拝命して以来，薬理学の講義・実習を担当させていただいてまいりました。現在は，看護学科の薬理学講義と医学科の薬理学講義の一部を担当させていただいております。

宮崎大学発の特徴ある取り組みとして,「薬理学ロールプレイ」（様々な症例について，医療者グループ３名と患者グループ３名に分かれて，病気や治療薬の説明を行う）を2010年より実践しています。事前に提示した症例を基にコミュニケーションを通じて能動的に学習することから，“Case & Communication based approach（C&C アプローチ）によるアクティブラーニング”と名付けており,“薬理学の学習”だけでなく，“医師になるためのモチベーションの向上”や“患者の気持ちの理解”にも有効であることから，他大学からも注目されています。これまでに，３学部11大学（医学部９大学，薬学部１大学，歯学部１大学）で実施されています。

看護師が関わる医療事故･医療訴訟のうち，４～５割が薬物治療に関係することが知られています。今後は，“薬物治療に強い看護師の育成”をテーマに看護学科における教育活動を進めてまいります。

４．治験

臨床薬理学会に所属しており，平成26年４月より,治験を担当させていただいています。宮崎大学の治験業務は，平成26年４月より，従来の「治験管理センター」から，新たに設置された「臨床研究支援センター治験部門」へと移行されました。治験の実施に際しましては，多くの臨床の先生のご協力を必要と致します。治験コーディネーター（CRC薬剤師，CRC看護師）の養成につとめ，これまで以上に，治験実施のサポート体制の充実を心がけてまいります。宮崎大学の治験の活性化，さらには，それを通じての臨床研究の活性化に少しでもお役に立てればと願っております。ご指導ならびにご支援の程，よろしくお願い申し上げます。ご要望などございましたら，いつでも気軽にご連絡ください。

５．おわりに

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いただきましたことにあらためて感謝申し上げます。“薬物治療に強い看護師・看護研究者の育成”や“治験・臨床研究の活性化”などを通じて，宮崎大学医学部の研究・教育・臨床活動に少しでも貢献できればと願っております。ご指導ご鞭撻の程，何卒よろしくお願い申し上げます。

［教授ご紹介］

特任教授のご紹介

宮崎大学特任教授
宮崎市　南部病院　エコーセンター長
三　原　謙　郎

特任教授とは何ですか，という宮崎県内科医会小牧斎会長からの率直なご質問があり筆を執りました。通常の教授ご紹介ページにそぐわないと思いつつ，小牧会長の意に沿うよう，私の現状等をご報告して任を果たしたいと思います。

大学事務に問い合わせてみましたら，医学部には特任教授がもうお一人，歯科におられるそうです。また，医学部臨床教授を付与されている先生は66名とのことです。私と大学との間に交わした雇用契約書には，仕事の内容は超音波学の研究および指導，非常勤で１年毎更新と記してあります。

宮崎大学は前身から数えて教育文化学部が130年，農学部90年，工学部70年，医学部が40年の節目を迎え，４学部の合計が330周年となった昨年，記念事業として交流会館の整備，記念誌の発行，講演会開催などに取り組みました。その創立330記念交流会館の入り口で，特任教授の名刺を差し出すと予約なしでも入場が自由となります。ささやかですが，まず役得の一例をお示ししました。医学部では教官室に立派な机，椅子，本棚等を用意してもらっています。そういえば就任早々の頃，大学病院屋上のドクターヘリに試乗させていただいたこともあります。

西都児湯医療センターの後藤有人理事長から招聘していただき，月１回，医療センターでエコー業務を担当しています。センター廊下には患者さん向けにエコーの検査案内文が貼ってあり，そのなかの私の肩書きには専門医とは別に特任教授も書いてあります。何となく権威ありそうな宣伝文句が効いてか，私の担当日は３ヶ月先まで予約がいっぱいの状態です。

約30年間勤務した県立宮崎病院を平成22年に退職，そのまま南部病院へ再就職して間もなく，宮崎大学内科系教授から特任教授への推薦があり，論文等の業績を提出，医学部教授会で採決される手続きに入りました。後日，教授のお一人から満場一致の賛成だったと持ち上げていただき，微力ながらお引き受けすることにし現在に至っております。南部病院に常勤のまま，週１回程度，大学病院で医師や検査技師へ全般的なエコー指導を行っています。特別な研究はしていません。

ところで，教授会へ提出した私の筆頭者論文約50編のうち30編は，本誌や宮崎県医師会医学会誌へ掲載していただいたもので20年以上前のも多く含まれ，文字通り昔の名前で出て当選させていただきました。

話は飛びますが，私が消化管のエコー勉強を始めて約15年になります。私なりにわかりやすく胃腸エコーと名付け，まずアッペ描出を最初の目標としました。内科医の私にとって，腹痛患者さんは何が原因か診断できない

場合が多く苦手でしたが，エコーでアッペなどの診断ができるようになると，腹痛への対応にゆとりが出ました。これまで急性腹症で誤診したことは少なくないと思いますが，大きなミスをしなくてすんでいるのはエコーのおかげです。

以上のささやかな経験から，70歳間際の晩年にこのお役をいただいたことは光栄なことと感謝し，大学でも胃腸エコーの普及啓蒙活動に努めています。県立病院時代には，何年間も臨床教授という称号をいただきながら何らお役に立てなかった分を，少しでもお返しできればと願っています。平成22年５月の外来棟新築以降，外来患者数は増加しています。その大学病院の患者さんへ，無侵襲で，情報量の豊富なエコーを活用して頂くよう先生方へお願いしているところです。

最後に，宮崎県腹部超音波懇話会のご案内です。この懇話会は平成９年に私が代表世話人となり立ち上げ，尊敬する小牧内科医会長や宮崎県外科医会の八尋克三会長を始め，多くの先生方のご理解，ご協力により今日まで18年間継続できています。胃腸エコーのトップリーダーを講師としてお招きする，次回への参加を大学で呼びかけているところですが，内科医会の先生方のご出席もお待ちしております。どうぞよろしくお願いいたします。

第129回宮崎県腹部超音波懇話会

演　題：胃腸エコーのすべてアゲイン
　　～アッペ，イレウス，胃アニサキス，潰瘍性
　　大腸炎，大腸癌，閉鎖孔ヘルニアほか～

講　師：成田赤十字病院　長谷川雄一先生

日　時：平成27年４月18日土曜，午後１時～６時

会　場：南部病院４階カンファレンス室

参加のお申し込みは南部病院エコー担当
吉松智佳技師へお電話下さい（☎0985－54－5353）。

特　集

JSH 2014：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
生理活性物質探索病態解析分野
教授 加　藤　丈　司

１．はじめに

2000年に日本人を対象にした高血圧治療ガイドラインJSH2000が作成され，以降，同ガイドラインは数年毎に改訂され，JSH2004，JSH2009として発表されてきた。2009年，本誌にJSH2009の解説を掲載して頂いたが[1]，以来５年が経過して，2014年４月にJSH2014が発表された[2]。一方，日本に先立って，2013年に欧州（ESH/ESC2013）[3]と米国（JNC8）[4]の高血圧治療ガイドラインが改訂されている。これら３種類のガイドラインを比較すると，いくつかの相違点がある。本稿では，JSH2014の改訂の要点について，欧米のガイドラインとの相違点にも言及しつつ解説したい。なお，改訂されなかった内容については，紙面の都合上，図表の紹介も含めて解説を割愛させて頂いた。

２．高血圧診断基準および家庭血圧測定

高血圧診断の基準となる血圧レベルは，従来どおり診察室血圧140/90㎜Hg以上である（表１）。診察室血圧が140/90㎜Hg未満の場合，「正常血圧」とされてきたが，「正常血圧」の亜分類の正常血圧（120－129/80－84㎜Hg）と同一名称であったことから，JSH2014では140/90㎜Hg未満を「正常域血圧」と呼ぶことになった。家庭血圧測定と24時間自由行動下血圧測定（ABPM）による高血

表１．成人における血圧値の分類（㎜Hg）.

	分類	収縮期血圧		拡張期血圧
正常域血圧	至適血圧	＜120	かつ	＜80
	正常血圧	120～129	かつ/または	80～84
	正常高値血圧	130～139	かつ/または	85～89
高血圧	Ⅰ度高血圧	140～159	かつ/または	90～99
	Ⅱ度高血圧	160～179	かつ/または	100～109
	Ⅲ度高血圧	≧180	かつ/または	≧110
	（孤立性）収縮期高血圧	≧140	かつ	＜90

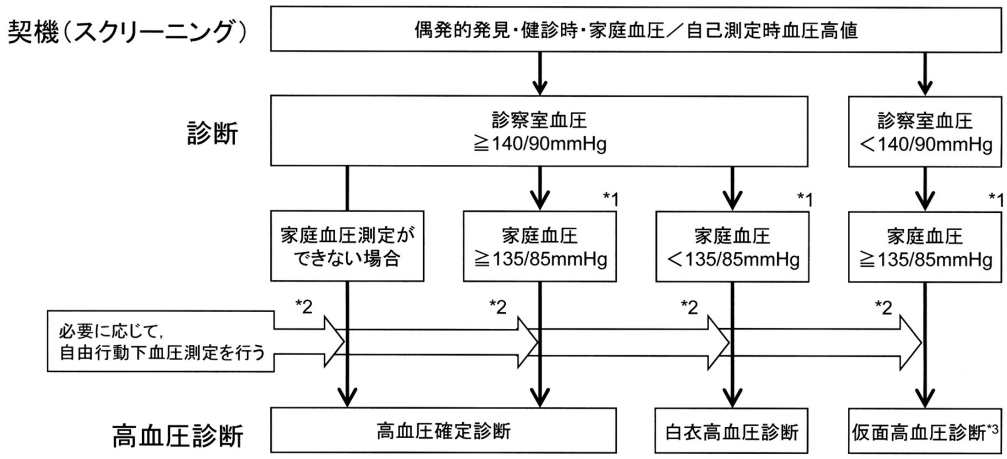

図１．血圧測定と高血圧診断手順（文献[2] より改変引用）．自己測定血圧：公共の施設にある自動血圧計や職域，薬局などにある自動血圧計で，自己測定された血圧を指す．

＊１：診察室血圧と家庭血圧の診断が異なる場合は家庭血圧の診断を優先する．

＊２：自由行動下血圧の高血圧基準は，24時間平均130/80㎜Hg以上，昼間平均135/85㎜Hg以上，夜間平均120/70㎜Hg以上である．自由行動下血圧測定が実施可能であった場合，自由行動下血圧基準のいずれかが以上を示した場合，高血圧あるいは仮面高血圧と判定される．またすべてが未満を示した場合は正常あるいは白衣高血圧と判定される．

＊３：この診断手順は未治療高血圧対象にあてはまる手順であるが，仮面高血圧は治療中高血圧にも存在することに注意する必要がある．

圧の診断基準に変更はない。家庭血圧測定の測定回数について，JSH2009では「１機会１回以上」となっていた。臨床現場での混乱を避けるために，JSH2014では，明確なエビデンスがある訳ではないが，「１機会原則２回測定し，その平均をとる」との指針が示された。

３．家庭血圧重視の高血圧診断手順

JSH2014改訂の特徴として，高血圧診断における家庭血圧測定の診断能力が高く評価されている点があげられ，診察室血圧を高血圧診断の基本とする米国や欧州のガイドラインと異なっている。我が国は，約４千万台の家庭血圧計が普及している家庭血圧計大国であり，家庭血圧に関する研究結果も蓄積されてきた。JSH2014では，診察室血圧と家庭血圧を組み合わせて，高血圧の診断を行うチャート（図１）が示されている。

４．予後評価と管理計画のためのリスクの層別化

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左右される。JSH2014に示されている心血管危険因子と臓器障害/心血管病に大きな変更はない。以前のガイドライン同様に，血圧分類（表１）と心血管危険因子または臓器障害/心血管病の有無をもとに，低，中等，高リスクに層別化し（表２），高血圧管理計画を決定する。管理計画に変更はないが，リスク層別化の正常高値血圧（130－139/85－89 ㎜Hg）のカラムが削除された（表２）。正常高値血圧のカラムには，薬物治療の対象となる

表２．診察室血圧に基づいた心血管病リスクの層別化.

リスク層（血圧以外の予後影響因子） ＼ 血圧分類	Ⅰ度高血圧 140-159/90-99mmHg	Ⅱ度高血圧 160-179/100-109mmHg	Ⅲ度高血圧 ≧180/≧110mmHg
リスク第一層（予後影響因子がない）	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層（糖尿病以外の1-2個の危険因子，3項目を満たすMetSのいずれかがある）	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層（糖尿病，CKD，臓器障害／心血管病，4項目を満たすMetS，3個以上の危険因子のいずれかがある）	高リスク	高リスク	高リスク

表３．主要降圧薬の積極的適応.

	Ｃａ拮抗薬	ARB/ACE阻害薬	利尿薬	β遮断薬
左室肥大	●	●		
心不全		●＊1	●	●＊1
頻脈	●（非ジヒドロピリジン系）			●
狭心症	●			●＊2
心筋梗塞後		●		●
CKD（蛋白尿－）	●	●	●	
（蛋白尿＋）		●		
脳血管障害慢性期	●	●	●	
糖尿病/MetS＊3		●		
骨粗鬆症			●	
誤嚥性肺炎		●（ACE阻害薬）		

＊1少量から開始し，注意深く漸増する，＊2冠攣縮性狭心症には注意，＊3メタボリックシンドローム

高血圧，ならない高血圧，降圧目標が異なる病態等が混在していた。同カラムの削除により，判りやすく使い勝手の良い表になった。

５．第一選択薬と降圧薬の積極的適応

最初に選択すべき降圧薬（第一選択薬）および合併症を有する高血圧に推奨される降圧薬に，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，利尿薬であり，β遮断薬が第一選択薬から外された。β遮断薬は，糖尿病惹起作用があり，臓器障害や心血管疾患抑制効果で他薬に劣るという理由による。ただし，これまで同様，心不全，頻脈，狭心症，心筋梗塞後の症例では積極的適応として推奨されている（表３）。JSH2009では，RA系阻害薬が心房細動の積

表４．降圧目標.

	診察室血圧	家庭血圧
若年，中年，前期高齢者患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満
後期高齢者患者	150/90mmHg未満 （忍容性があれば140/90mmHg未満）	145/85mmHg未満（目安） （忍容性があれば135/85mmHg未満）
糖尿病患者	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満
CKD患者（蛋白尿陽性）	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満（目安）
脳血管障害患者 冠動脈疾患患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満（目安）

極的適応となっていたが，その後，心房細動の予防効果が証明されなかったので積極的適応から外された。一方，サイアザイド系利尿薬とACE阻害薬の積極的適応として，骨粗鬆症と誤嚥性肺炎が，それぞれ表に追加された。それらの有用性は以前より知られていたが，高齢者高血圧の増加を背景にした追加であろう。

６．降圧目標

降圧目標について，いくつかの重要な改訂がなされた（表４）。まず，JSH2009では，主にHOT研究の結果に基づき，若年中年者の降圧目標は130/85㎜Hg未満に設定されていた。HOT研究以降，130/85㎜Hg未満を支持するエビデンスに乏しいことから140/90㎜Hgに変更された。後期高齢者の降圧目標も変更された。JSH2009では，最終目標が140/90㎜Hgであったが，今回，150/90㎜Hg未満となり，認容性があれば，という条件付きで140/90㎜Hg未満になった。また，心筋梗塞後の高血圧は，慎重に130/80㎜Hg未満に降圧，であったが，明確なエビデンスがないことから，冠動脈疾患合併高血圧の降圧目標として140/90㎜Hg未満が設定された。

以上，いずれも降圧目標が緩和された訳であるが，JSH2009では「the lower, the better」の考え方のもとに，やや前のめりになっていた印象は否めない。同様の傾向が，米国や欧州の以前のガイドラインにも認められる。

JSH2009と同様に，家庭血圧の降圧目標が提示されているが，診察室血圧の目標値に，高血圧の診断基準の差（－５㎜Hg）を単純にあてはめたものである（表４）。また，降圧目標を達成するための降圧薬の使い方（図２）と積極的適応がない場合の高血圧治療の進め方（図３）が，判りやすいチャートとして新たに作成された。

７．合併症を有する高血圧

本項では，糖尿病，慢性腎臓病（CKD）を合併した高血圧について解説する。一方，脳血管疾患合併高血圧の治療指針について大きな変更はなく，心疾患について前項に記述した。

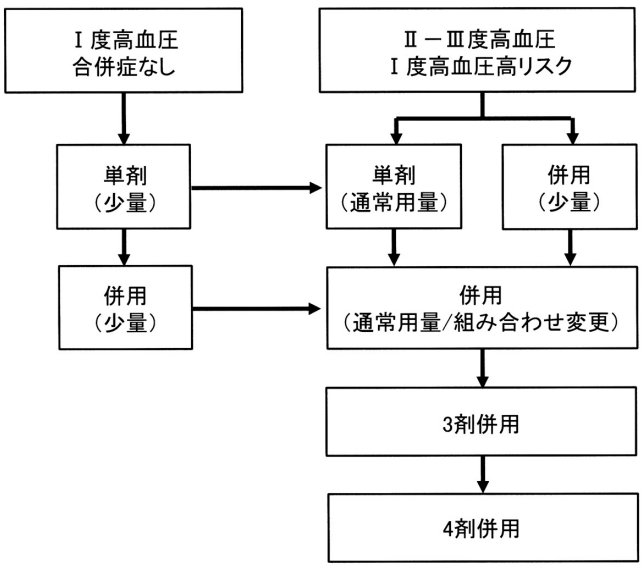

図２．降圧目標を達成するための降圧薬の使い方.

糖尿病合併高血圧の治療対象となる血圧，降圧目標，推奨する降圧薬に変更はないが，降圧目標について欧米のガイドラインとの相違が生じている。ESH/ESC2013[3)]では140/85㎜Hg未満，JNC8[4)]では140/90㎜Hg未満であり，ACCORD-BPの結果を受けた目標値の緩和である。一方，日本高血圧学会は，130/80㎜Hg未満を維持した。本邦では，欧米と比較して脳卒中の頻度が高く，糖尿病合併高血圧の脳卒中予防の観点から，降圧目標は変更されなかった。

CKD合併高血圧の治療について改訂があった。JSH2009では，降圧目標130/80㎜Hg未満，推奨される薬剤はRA系阻害薬であったが，JSH2014では，蛋白尿の有無により方針が異なる。蛋白尿（＋）の場合，130/80㎜Hg未満，推奨される薬剤はRA系阻害薬であるが，蛋白尿（－）の場合，140/90㎜Hg未満で，RA系阻害薬，Ca拮抗薬，利尿薬のいずれもが第一選択薬となりうる。ESH/ESC2013とJNC8では，130/80㎜Hg未満に降圧する積極的根拠が見いだせないとの理由で，CKD合併高血圧の降圧目標が140/90㎜Hg未満に緩和された[3, 4)]。一方，JSH2014では，蛋白尿（＋）のCKDについては，降圧目標130/80㎜Hgが維持された。本邦では脳卒中が多く，蛋白尿は脳卒中の独立した危険因子であることが，理由としてあげられている。

８．その他の改訂ポイント

新しい試みとして，エビデンスレベルと推奨グレードが，各項のポイントの記述に付記された。また，認知症，抗血栓薬服用中の血圧管理，降圧療法の費用対効果，授乳期の降圧薬等に関する記載が追加または拡充された。我が国は，未曾有の高齢化社会を迎えようとしており，高血圧治療の対象となる患者数の増加が予想される。認知症対策の重要性

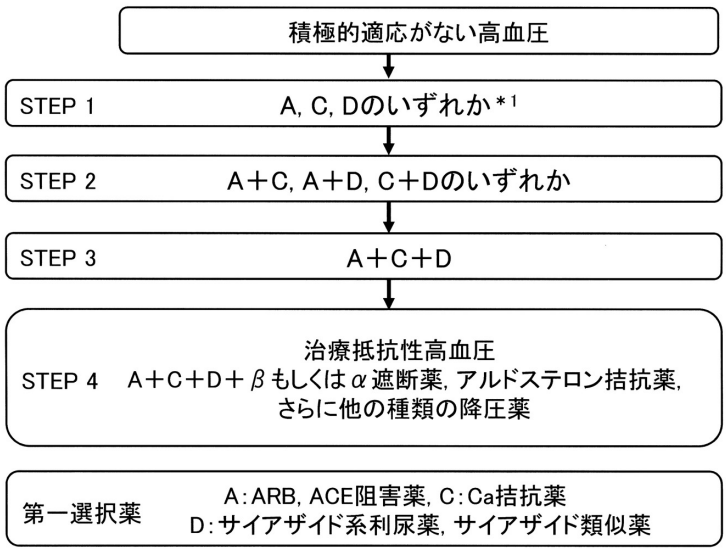

図３．積極的適応がない場合の高血圧治療の進め方.

＊1：高齢者では常用量の1/2から開始，１～３か月の間隔で増量.

も増しているが，高血圧と認知症の関連についてのエビデンスは極めて限られている。また，最近の国民医療費の増加を考慮すると，費用対効果の問題は，避けられないテーマであろう。JSH2014にはUp-to-Dateの研究成果に基づき最善の方法論が提示されており，ガイドラインの役割として当然であるが，費用対効果の記述は限定的である。これらは，我が国に課された大きな課題であろう。詳細については，JSH2014をご覧下されば幸いである。

参 考 文 献

１）加藤丈司．JSH2009：高血圧治療ガイドライン改訂のポイント．宮崎県内科医会誌2009；75：2-5.

２）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2014．ライフサイエンス出版，2014.

３）Mancia G, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension : the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension（ESH）and of the European Society of Cardiology（ESC）. J Hypertens 2013 ; 31 : 1281-357.

４）James PA, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults : report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee（JNC 8）. JAMA 2014 ; 311 : 507-20.

［会員投稿論文］

右眼失明約４時間後の頸動脈エコー像

都城市　柏村内科
貴島俊英，貴島　亨

はじめに

突然，右眼が見えなくなった74才男性に，発症約４時間後に頸動脈エコー検査をする機会を得たので報告する。

症　例

患者：74才，男性。**主訴**：突然右眼が見えなくなった。**既往歴，生活歴**：72才より高血圧症，脂質異常症を近医で内服治療中であった（ノルバスク（5）1T，ローコール（20）1C，ユベラ（50）2T）。糖尿病なし。肥満なし。喫煙なし。**現病歴**：2000年８月，残暑の厳しい日の午前11時頃に突然右眼が見えなくなり，宮田眼科を受診。同院にて諸検査を受け，右網膜中心動脈閉塞症と診断された。内科診察のため，午後３時頃に当院を受診した。**現症**：血圧：146/74㎜Hg。心電図，洞調律
脂質：Tchol 218㎎/dl，TG 141 ㎎/dl，HDL-C51㎎/dl，LDL-C（F式）139㎎/dl。頸動脈エコー所見：図１，短軸像：右総頸動脈後壁側に内腔の50％強を占める等，低エコーのプラークを認める。図２，長軸像：4.4㎜高×2.5㎝長のプラークを認める。表面に陥凹ははっきりしない。図３，血流像：血流像でもプラーク表面の陥凹は認められない。**その後の経過**：宮田眼科に帰院後，直ちに ウロキナーゼの点滴が開始された。同院入院中に頭部精査を施行，右総頸動脈のプラーク以外に病変は指摘されなかった。視力は0.8にまで回復して退院となった。

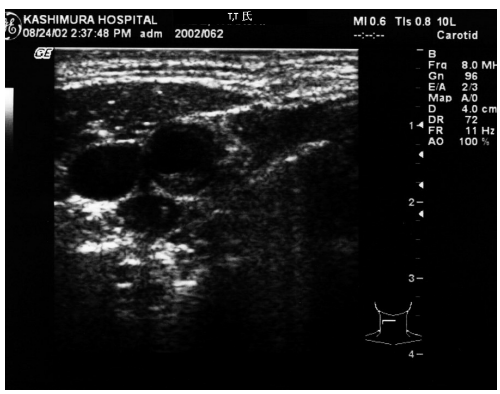

図１．短軸像.

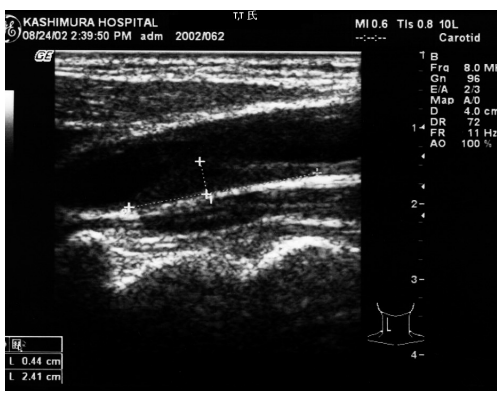

図２．長軸像.

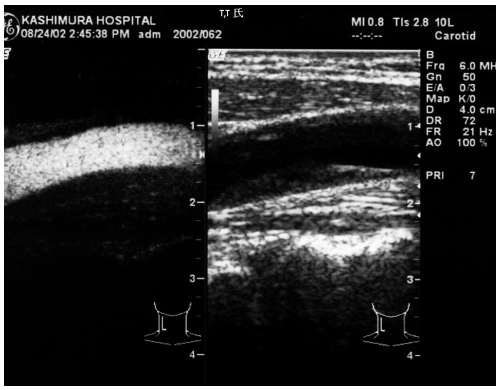

図３．血流像.

考　　察

患側の右総頸動脈に大きなプラークを認めたが，プラーク自体には破裂や潰瘍を認めなかった。残暑の厳しい日の事で，脱水もあったのか，プラーク表面に形成された小さな血栓が右網膜中心動脈を閉塞したものと考える。網膜中心動脈の直径は120μm以下とされる[1)]。その血栓による閉塞部が，早期のウロキナーゼ投与により，再開通したのだろう。

結　　語

この症例は，高血圧症，脂質異常症の内服治療中で，コントロールは良好であったにもかかわらず右網膜中心動脈閉塞症を発症した。脂質に関しては2002年の「動脈硬化性疾患診療ガイドライン」の管理目標値をクリアしていた[2)]。

72才の治療開始時，すでに右総頸動脈にはプラークが存在していたものと考える。高血圧症，糖尿病，脂質異常症の治療前には頸動脈エコー検査をやっておくべきであり，また血圧，血糖，脂質のコントロールの良い症例にも頸動脈エコー検査を行う必要がある。

参 考 文 献

1）桜庭和巳，他．Practical Ophthalmology：206
2）日本動脈硬化学会．動脈硬化性疾患診療ガイドライン．2002年版.

［Postgraduate Education］

意識障害の診かた

宮崎大学医学部　第３内科
塩　見　一　剛

１．はじめに

意識障害は救急外来診療で多く遭遇するもので，緊急処置が必要な疾患も多く含まれる。

意識の定義は，自分自身と周囲の事柄を明確に認識できる精神状態といえる。睡眠から目覚めて，大脳皮質が十分機能している覚醒状態が維持できることである。

意識障害は，意識の清明度が低下する意識混濁と，意識の内容が変化する意識変容との側面がある。この２つは別のものではなく，意識の混濁にともない意識の変容を伴うことも多く，逆に意識混濁の程度が深くなると変容は分かりにくくなる。意識混濁の分類を表１に示す。これは意識状態を具体的に理解しやすいものである。臨床の現場で汎用されるJCS（Japan Coma Scale）とGCS（Glasgow Coma Scale）は経過観察には有用であり，他のメディカルスタッフとの意思疎通には有効である。しかし意識の変容や睡眠・覚醒のリズムの異常，高次脳機能などの各症例の特色は表現しづらい点があることを認識しておく必要がある。

意識障害は時間的経過により，一過性意識消失，一過性反復性意識障害，持続性意識障害に分けられる。今回は比較的長い時間の意識障害を対象に，その鑑別と神経症状の診かたについて述べる。

２．意識障害の原因

意識障害の病態は病変部位によって２つに分けられる。脳幹網様体とその上行系が障害される場合と，大脳皮質の両半球が広範に障

表１．意識障害（意識混濁）の分類.

意識不鮮明（confusion）	；	最も軽い意識混濁で，変容を伴わない。明識困難ともいう。錯乱状態confusional stateとは区別される。
傾　　眠（somnolence）	；	刺激なしで入眠し，意識が低下する病的状態。これに対し，傾眠（drowsiness）は健常・異常の区別なく用いられる。
嗜　　眠（lethargy）	；	刺激なしにはすぐ入眠するが，十分刺激すれば覚醒し，適性ではないが動作も可能。
昏　　迷（stupor）	；	意識低下傾向が強く，強い刺激に短時間は覚醒し，動きもみられるが，目的動作か無目的動作か不明。
半　昏　睡（semicoma）	；	強い刺激に対する運動反応はあるが，覚醒しない。
昏　　睡（coma）	；	意識は喪失し，運動反応もみられない。失禁状態で，腱反射，皮膚反射，対光反射もみられない。
深　昏　睡（coma carus）	；	植物機能（自律神経機能）も喪った，回復困難な昏睡。
超　昏　睡（coma depasse）	；	人工的に植物機能を維持している昏睡状態であり，脳死状態に相当する。

表２．意識障害の病理学的疾病分類.

AIUEOTIPS		VITAMINS	
A	Alcoholism	V	Vascular
I	Insulin	I	Infectious/Inflammatory
U	Uremia	T	Traumatic/Toxic
E	Endocrinopathy	A	Autoimmune
	Encephalopathy	M	Metabolic
	Electrolytes	I	Idiopathic/Iatorgenic
O	Opiate/Over dose	N	Neoplasitc
	Oxygen	S	Structural
T	Trauma/Tumor		
	Temperature		
I	Infection		
P	Psychiatric/Porphiria		
S	Syncope/Seizure		
	Stroke/SAH		

害される場合である。前者は脳幹部から両側視床に至る系の障害で，橋出血や脳底動脈閉塞などの破壊性/両側性病変によることが多い。一方，低血糖などの代謝性因子の変化や心停止などの脳への循環・酸素供給障害では両者が障害される。原則として大切なことは，大脳病変において，大きな脳梗塞や出血の場合でも，一側に限局し，他側が問題ない場合には意識障害をきたさないということである。

意識障害の原因は多岐にわたるが，大きく鑑別する点は，頭蓋内病変（脳病変）か頭蓋外病変（全身疾患）かをまず見極めることである。鑑別にあたっては，見落としがないようになんらかの病理学的疾患分類を用いるとよい。多く用いられるものに，AIUEO-TIPSやVITAMINSがある。それぞれを表２に示す。AIUEOTIPSはカーペンターの分類として有名なもので，アルコール中毒，Wernicke脳症が含まれ，代謝性疾患として糖尿病関連の病態，電解質異常などが含まれている。代謝性の意識障害の原因も多様であるが，比較的共通の以下の特徴がある。
①意識障害の程度が比較的短い時間で変動しやすい。
②神経機能の全般的低下と部分的興奮が共存する。意識障害中のけいれんがそれにあたる。
③代謝性意識障害であっても障害されやすい脳部位がある。すなわち選択的障害を生じることがあり，低血糖の際の片麻痺が代表的な例である。

意識障害と紛らわしい病態がある。これらは本質的には意識障害があるとは言えないが，一見すると鑑別が困難な場合が多い。

１）失語症

全失語があると発語もなく，言語理解も不能のため意識障害とされやすい。運動失語は間違われることは多くないが，感覚失語の場合は理解が乏しく，自発語が錯語やジャーゴン状態が目立つと錯乱と思われることもある。

２）高度のうつ状態

精神疾患自体は意識障害をきたすことはそれほど多いことではないが，重度のうつ状態では外界からの反応性も自発性も障害され意識混濁と思えることがある。カタトニアと捉えた方がよい場合がある。むしろうつ病の既往で意識障害の際には，薬剤によるものを鑑

別に挙げることが必要である。

３）locked-in症候群

この症候群は，橋の高位における広範な障害のため，垂直眼球運動や眼瞼挙上以外の運動が障害され，顔面を含め四肢の運動も障害される。このため，意思伝達ができないため意識障害と判断されることがある。認知機能は正常で，睡眠覚醒のリズムもある。

４）いわゆるヒステリー

患者は閉眼して自動運動がないことが多い。対光反射は正常で，四肢の筋緊張は正常で反射も正常である。アームドロップテスト（腕をとって顔面におとす。麻痺のある場合には顔面にあたるが，ない場合には顔を避けるか途中でとまる）などを行って鑑別する。患者背景を聴取することが大切であるが，精神疾患があり投薬を受けている場合には，薬物中毒の可能性を考えておくことが必要である。

３．意識障害の外来診断の進め方

意識障害の原因は多岐にわたるが，救急の現場では鑑別に時間をかけている余裕がない。意識障害を主訴とする患者診療では，バイタルサインの異常に対する一次救命処置が優先される。

１）バイタルサイン

①呼　吸

酸素濃度の測定，呼吸数のチェックを行う。呼吸数減少＜10回/分では，脳幹障害による失調性呼吸，中毒（モルヒネ，バルビツール系薬剤）による中枢性抑制，CO_2ナルコーシスなど。呼吸数増加≧30回/分では脳幹障害による中枢性過換気，低酸素血症，代謝性アシドーシス，敗血症，肝疾患，中毒（エタノール，サリチル酸）を疑う。

②血圧・脈拍

不整脈や徐脈の診断，収縮期血圧≦90㎜Hgではショック，コカイン･アンフェタミン･有機リン剤などによる中毒を考える。徐脈を伴う血圧上昇は頭蓋内圧亢進によるクッシング現象ととらえ，くも膜下出血・脳出血など考える。

③体　温

高体温では，感染症（敗血症，髄膜炎，脳炎など），熱中症，悪性高熱を，低体温では寒冷暴露，中毒（バルビツール系薬剤），低血糖，感染性ショック，内分泌異常（副腎皮質，甲状腺，下垂体の機能低下）を疑う。

２）身体所見

神経学的局在徴候（巣症状）の存在は，意識障害の原因が頭蓋内疾患であることを示唆する。意識障害の患者では診察に協力できないことが多いが，まず自発運動を観察する。次に声をかけて目をあけるか，舌を出す，手をあげるなどの簡単な指示に応じられるか，痛みに対しての反応や四肢の動きをみる。姿勢については，体をまるめたり下肢を組んだりして，姿勢が睡眠時と似ている時には一般に生命の危険は少ない。頭蓋内病変が疑われる際には，躊躇せず頭部CTを撮ることが必要である。以下に身体所見とその原因を列挙する。

①瞳　孔

両側散瞳；中毒（アルコール，バルビツール酸系薬剤，アンフェタミン，アトロピン），重症低酸素血症，両側縮瞳;中毒（ヘロイン，モルヒネ，有機リン），視床病変，pinpoint pupil（橋出血），一側散瞳と対光反射消失；障害側の動眼神経麻痺（鉤ヘルニア，IC-PC

動脈瘤破裂，中脳病変）

②眼　位

片側の外下方偏倚；動眼神経障害，片側の内下方偏倚；外転神経障害，頭蓋内圧亢進，水平共同偏倚；テント上で破壊性病変では病巣方向，刺激性病変では健側方向，テント下では健側方向，垂直性共同偏倚（下向き）；中脳へ進展して視床出血，脳幹被蓋部の圧迫，代謝性昏睡，垂直性共同偏倚（上向き）；けいれん，Cheyne-Stokes呼吸の無呼吸時，脳幹虚血，脳炎，小脳虫部の出血，斜偏倚 Skew Deviation；椎骨脳底動脈系の障害，脳幹部梗塞，橋出血，小脳出血

③眼球運動

roving eye movement（水平方向へゆっくりと左右へさまようような動き）；代謝異常，中毒，両側テント状病変，ocular bobbing（急速な下方への偏倚からゆっくりと正常位へもどる）；脳幹部病変（橋出血・梗塞，小脳出血），頭位変換眼球反射oculocephalic reflex（OCR）（頭を受動的に急速に左右，上下へ回転させると眼球はその反対側に動く）；両側性に反射消失すると脳幹障害

④運動系

除脳硬直；上肢は伸展，内転，内旋し，股関節は内転，膝は伸展，足は足底に屈曲する。両側中脳または橋の障害，高度の代謝性脳症，除皮質硬直；上肢を屈曲，肩は内転，肘と手首，手指を屈曲し，下肢は伸展，内転する。内包とそれに隣接する基底核，視床など大脳半球の広範囲な障害，麻痺の判定；眼窩上縁圧迫試験，腕落下試験，膝落下試験で判定

反射；中枢性の麻痺側では初期には消失・減弱，病的反射が陽性

⑤髄膜刺激徴候

項部硬直，ケルニッヒ徴候（股関節と膝関節を90度にまげ，下腿を伸展させると正常では下肢がまっすぐに伸びるが，髄膜刺激があると膝が伸びない）

以上のような神経学的な所見をとることで頭蓋内病変が疑われる際には，頭部CTを緊急で行う必要がある。

４．最後に

意識障害は緊急を要する状態が多く，まずはバイタルチェックを行い，必要な緊急処置を行うことが重要である。とくにウエルニッケ脳症や低血糖などは，ブドウ糖投与，ビタミンB1の投与が緊急で行われる必要がある。また各種薬物中毒に対しても，原因薬剤の判別が急がれる。頭蓋内病変の鑑別で大切なことは，大脳半球の一側病変では原則的に意識障害をきたすことは少なく，重篤な意識障害を呈する場合には，脳ヘルニアによる脳幹障害，あるいは脳幹の重篤な病変が考えられることを念頭において診療に当たることが必要である。

参 考 文 献

１）相川直樹．救急レジデントマニュアル．医学書院，2013.
２）福武敏夫．神経症状の診かた・考え方．医学書院，2014.
３）田崎義昭. ベットサイドの神経の診かた．南山堂，2010.

［Postgraduate Education］

心電図レクチャー（第５回）

宮崎市　JCHO 宮崎江南病院
松　尾　剛　志

前回の復習

前回は，モニター心電図の読み方について話をした。“Ｐ波を探せ！”は心電図を読むときの重要なポイントであることを強調した。Ｐ波を確実に識別できれば，心電図は読めたのも同然である。Ｐ波は必ずしもQRS波の前にあるとは限らない。Ｐ波を探すときのコツが２つあった。一つ目は“Ｐ波が規則的に出ていると仮定して探す！”であり，二つ目は“Ｔ波の形が変わったところにＰ波あり！”であった。Ｐ波を識別できたら，次にＰ波とQRS波との関係を見ていけば，自ずと診断名が付いてくる。実に簡単である。

これまで，第１回から第４回までの間に，心電図をいろいろ覚えてきたと思う。今回は，ちょっと違った視点から心電図を覚える方法を話してみたい。いろいろな視点から覚えていくと，しっかりした知識になると考えている。さらに，今回は12誘導心電図の読み方についても話をすすめていく。

心電図を覚える方法

今までは，房室ブロック，期外収縮，補充収縮など，どちらかと言うと縦に並べて，またはグループに括って，覚えていったように思う。しかし，それでは応用がきかないし，記憶の定着も不十分である。縦に並べて個々で覚えたものを，横に繋げて覚えていくことをお勧めする。似た特徴や関連するポイントで繋げていくのである。私が心電図を教える時によく使うポイントは，“似た心電図をペアで覚える”と，“PQ間隔で覚える”である。人それぞれ，横に繋げていくポイントは何でもよいので，自分なりのものを探してもよい。縦糸だけでなく，横糸をしっかりと加えることにより，衣の強度が増すのと同じである。

似た心電図をペアで覚える

特徴の似た心電図をペアで覚えていくことをお勧めする。例えば，Ａという心電図とＢという心電図がよく似ていてペアで覚えたとしよう。この場合，片方の心電図Ａと思った時に，「待てよ。似た心電図のＢでないか確認しよう」と，注意を払うようになる。こうしていくことにより，間違いの確率を減らすことができる。それでは，鑑別ポイントにより整理して説明していく。

（１）Ｐ波の位置

まず初めに，ペアで覚える代表は２度房室ブロックとブロックされた心房性期外収縮（APC）である（図１）。似ている点は，どちらもＰ波はあるがQRS波が抜けている。鑑

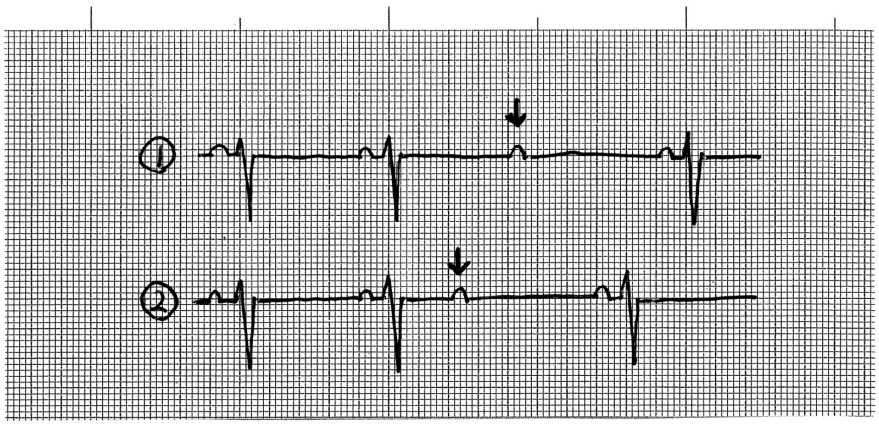

図１．２度房室ブロック（①）とブロックされたAPC（②）.

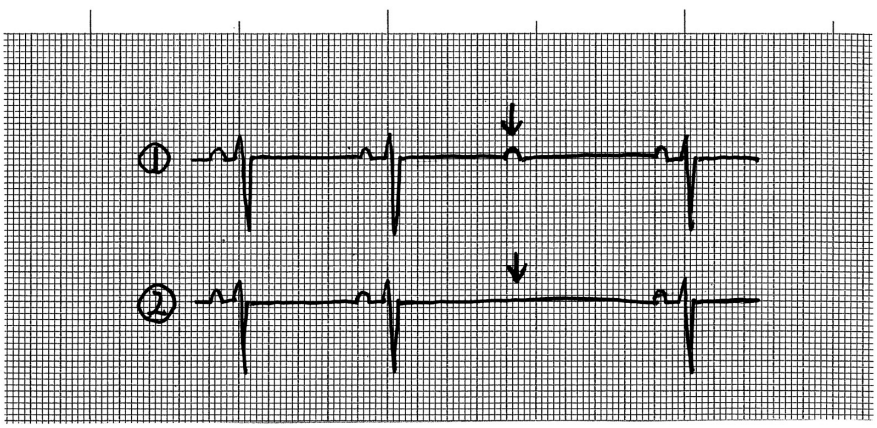

図２．２度房室ブロック（①）と洞房ブロック（②）.

別点は何であろうか？答えは，Ｐ波の位置である。Ｐ波間隔が一定でQRS波が抜けていれば２度房室ブロックであり，Ｐ波が予想されたところより前にある場合はブロックされたAPCである。Ｐ波の位置により診断名が異なるおもしろい例である。

（２）Ｐ波の有無

まだ，お話ししてなかったが，２度房室ブロックによく似た心電図に，洞房ブロックがある。２度房室ブロックと洞房ブロックもペアで覚えていただきたい（図２）。２度房室ブロックと洞房ブロックの鑑別点は，Ｐ波の有無である。Ｐ波の有無で診断名が異なるおもしろい例である。ちなみに，洞房ブロックについてお話をさせてもらう。洞房ブロックは，洞機能不全症候群のひとつである。QRS間隔が，それまでのQRS間隔のちょうど２倍に延びた場合を洞房ブロックと診断し，２倍以上に開いた場合を洞機能不全症候群と診断する。復習であるが，QRS間隔が開いた後の収縮を補充収縮というのは，第３回でお話をしている。

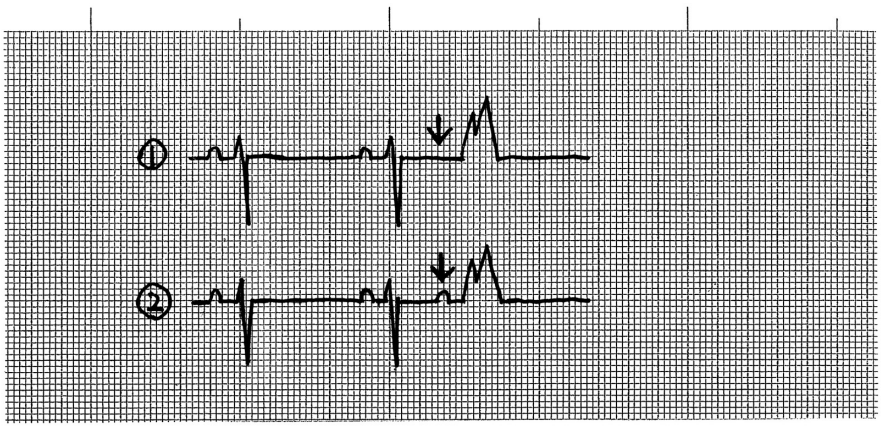

図３．VPC（①）とAPCの変行伝導（②）.

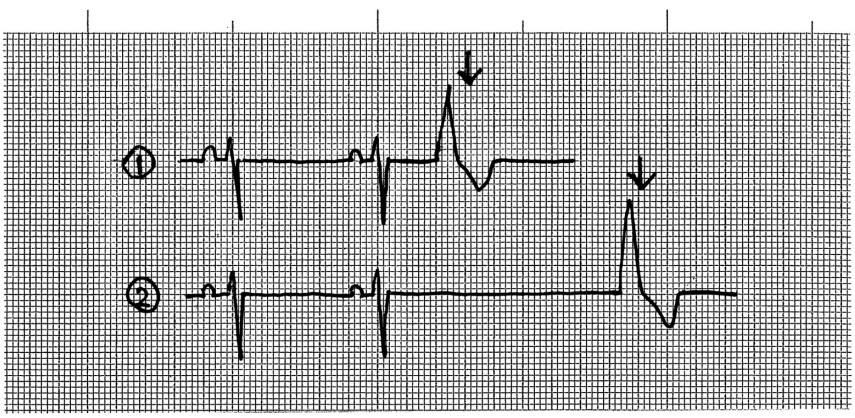

図４．VPC（①）と心室から出た補充収縮（②）.

心室性期外収縮（VPC）とAPCの変行伝導もよく似ている（図３）。どちらも予想したところよりも早く出現しており，QRS波形は幅広でそれまでのQRS波形と異なっている。鑑別点は，Ｐ波の有無である。Ｐ波があれば，APCの変行伝導である。

（３）QRS波の位置

VPCと心室から出た補充収縮もよく似ている（図４）。似ている点はQRS波形がどちらも幅広である。鑑別点は，QRS波の位置である。QRS波が予想したところより早く出ていればVPCであり，予想したところより遅く出ていれば心室から出た補充収縮である。

PQ間隔で覚える

復習であるが，PQ間隔とはＰ波の始まりからQRS波の始まりまでであり，正常は５㎜以内であった。

前回の最後の方でもお話ししたが，“PQ間隔”という語句でまとめることが出来る。PQ間隔が長いものは，１度房室ブロックであった。PQ間隔が短いのは何であろうか？

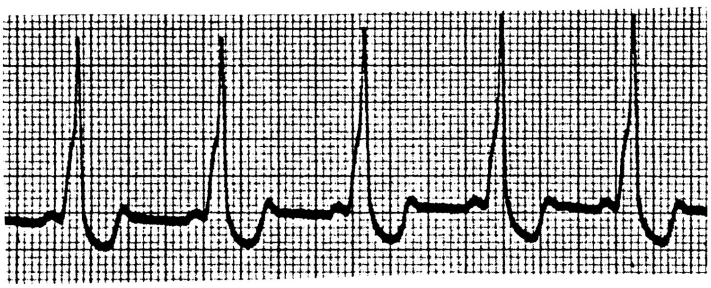

図５．WPW症候群.

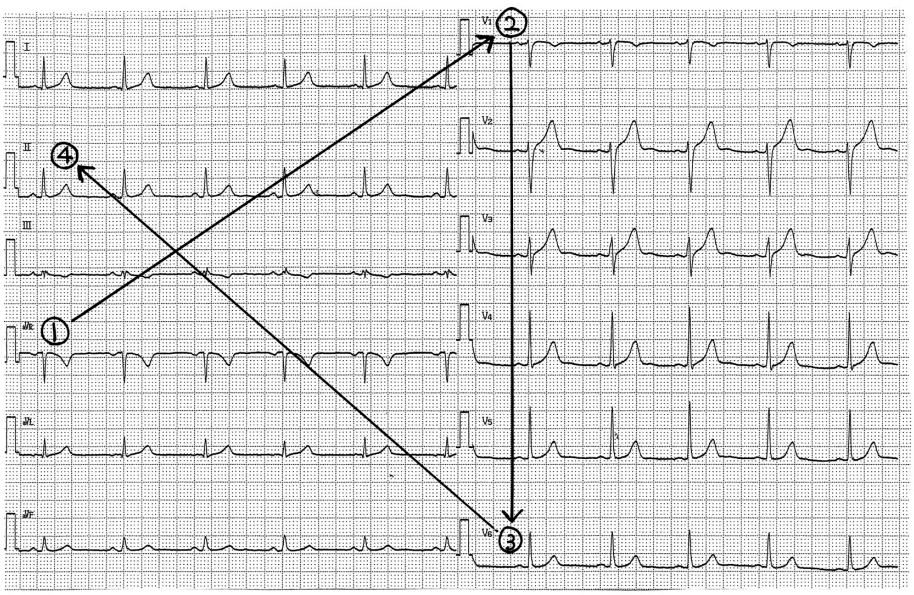

図６．12誘導心電図の読み方.

まだ，お話はしていないが有名なWPW症候群である。WPW症候群は，PQ間隔が短縮し，デルタ波が特徴である（図５）。それでは，PQ間隔がバラバラなのは何だったか覚えておられるであろうか？そう，３度（完全）房室ブロックである。

12誘導心電図

モニター心電図の時もお話ししたが，大切なのは正常パターンを覚えこむことである。12誘導心電図もまた然りである。

12誘導心電図（図６）が正常であるかどうかを簡単に見るポイントは２つの誘導である。それは，aVR誘導とV1誘導である。aVR誘導は，特徴的で，Ｐ波もQRS波もＴ波もすべて下向きの波である。この場合，一番に目立つ下向きのQRS波を確認する。V1誘導は，以前からお話ししているように，rS波である。その２つのポイントとなる誘導をおさえたら，次に胸部誘導をV1誘導からV6誘

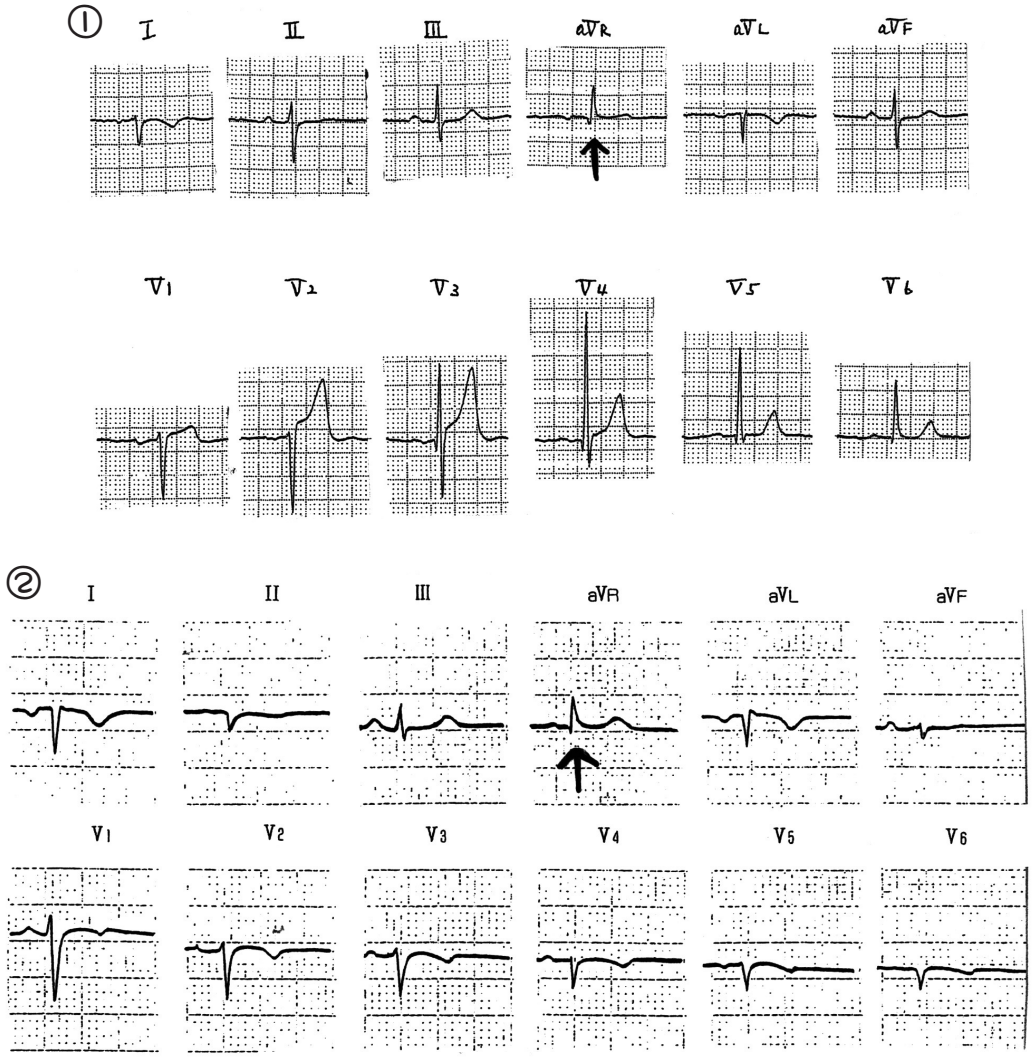

図７．肢誘導の赤色と黄色の電極付け間違い（①）と右胸心（②）．

導へざっと見ていく。V1誘導からV6誘導にかけて，R波は徐々に大きくなり，S波は徐々に小さくなる。つまり，下向きの波から上向きの波になるのである。この間で，R波とS波がほぼ1：1になるところを移行帯と呼ぶ。一般的に，V3～V4誘導あたりが移行帯である。

このようなことを踏まえて，12誘導心電図の読み方を，以下のように教えている。目線は，aVR誘導→V1誘導→V1誘導からV6誘導へ→Ⅱ誘導と動かしてゆく（図６）。つまり，aVR誘導でQRS波の下向きを確認した後，V1誘導のrS波を確認する。その後，V1誘導からV6誘導へ目線を流して，R波の増高，S波の減高，移行帯の存在を確認する。そこから，P波が一番見やすいⅡ誘導に戻り，モ

ニター心電図のようにＰ波とQRS波の関係を見て診断する。ここまでで，時間は１分もかからないと思っている。

このような流れの中で異常を検出することができる。aVR誘導が，下向きになっていなかったら，２つを考えればよい。肢誘導の赤色と黄色の電極付け間違いと右胸心である（図７）。ただし，これは次回に述べる右脚ブロックなどの心室内伝導障害がないことが条件である。この２つはよく似ていて，先ほど説明したようなペアで覚えてもらうと簡単である。つまり，似たところは，aVR誘導が下向きではないことであり，識別点は胸部伝導である。赤色と黄色の肢誘導電極付け間違いでは，胸部誘導は正常であるが，右胸心では，胸部誘導の電極から心臓がどんどん遠くなっていくので，V1誘導からV6誘導に向かって徐々にQRS波の振幅が小さくなっていく。つまり，右胸心での胸部誘導は正常パターンではない。

V1誘導にてrS波でなかった場合の異常のひとつは，右脚ブロックを考える。右脚ブロックに関しては次回に詳しく述べる。また，V1誘導からV6誘導にかけて，スムーズにＲ波の増高，Ｓ波の減高がなければ，胸部誘導の付け間違いの可能性を考えなければならない。

今回のまとめ

今回は，似た心電図をペアで覚えるなど，関連するものを繋げて心電図を覚える方法を話した。いろいろな視点からまとめることは大切であり，学習効果としては大であると考える。また，12誘導心電図の正常パターンも話をした。正常パターンを覚えることは何よりも近道であることを忘れないでほしい。

次回は，右脚ブロックと心筋梗塞について話をする予定である。

［Postgraduate Education］

漢方薬を処方される先生方へ（保険収載の経緯と漢方運用上の注意点）

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院長
川　越　宏　文

漢方エキス製剤が健康保険薬価に収載された1976年９月以降，多くの医師が漢方薬の処方経験を持つようになりました。ある医師は自分の専門分野の１つの選択肢として，またある医師は専門領域以外の治療の選択肢として用いられました。漢方エキス製剤の普及に比べ，医学部における漢方医学の卒前教育はかなり遅れました。私たちが行った漢方医学教育の全国アンケートでは，1999年の時点で学生に漢方医学の教育カリキュラムを持っている大学は20校であり，全体の25％に過ぎませんでした。この報告の中で私も，きちんとした漢方薬の使用を広げるためには，医学部学生に対する卒前教育が急務であることを日本医学教育学会誌で訴えました。

1998年に橋本龍太郎内閣が成立し中央省庁等改革基本法などにより，それまでの１府22省庁体制から１府12省庁に移行しました。2001年１月から施行された橋本行革により，医学教育を担当していた当時の文部省と科学技術関係の行政を担当していた科学技術庁が１つの省となり，文部科学省に再編されました。再編された文科省は大学別に「特色ある医学教育」を推奨していたそれまでの政策を転換しして，全国の医学部に標準的なカリキュラムの導入を行いました。このカリキュラムはコアカリキュラムと呼ばれました。2001年に発表されたコアカリキュラムで「和漢薬を概説できる」という１行が加わりました。それまで，医師国家試験でも出題されることもないために遅れていた卒前教育が広がる大きなきっかけとなりました。

漢方エキス製剤が薬価収載された背景

このように，医学教育のなかでも正式に漢方教育が開始されました。すでに多くの医師が臨床の現場で処方し，漢方医学に市民権が与えられた感があります。それにも関わらず，たびたび「漢方エキス製剤の薬価削除」という噂が流れることはなかなか理解しづらいと思われます。最近も民主党政権での事業仕分けのなかでその危機がありました。その際は100万人近い反対署名が集まり，危機を脱することができました。しかし，現在はさらに危険な状態にあるのかも知れません。それは財務省の経済財政諮問会議において再び，市販類似薬として漢方薬の保険外しが活字となりました。その後の議論では「漢方」の文言は消えていますが，その問題がいつ再燃するかどうかは不透明です。このように，幾度となく漢方薬の薬価削除が取りざたされる原因の１つが，

保険採用時の特殊な事情もあります。

新しい薬剤が保険収載されるためには，治験を通して集めた様々なデータから有効性を証明することが必要です。しかし，漢方薬は治験という手続きを通さずにいわば例外的に薬価収載されました。この薬価収載に関して働きかけたとされるのが，当時の日本医師会長の武見太朗先生です。しかし，武見先生自身は漢方薬を処方することは少なかったようです。ではなぜ，武見氏が漢方薬の薬価収載に働きかけたのでしょうか。そのことについて，ご子息で参議院議員の武見敬三先生から直接お聞きしたことがあります。その目的は「医師の処方の裁量権の拡大」であったそうです。処方選択の裁量権とは，目の前の患者を救うために最良の処方を選択することができる権利です。健康保険という制限医療のなかでは，その薬価が収載された薬剤の中から選ばなければならないのです。その選択肢を広げることは，国民皆保険というシステムを充実させるためには必要な考え方なのです。

さて，国民の健康維持に欠くべからざる存在となった漢方薬には別の危機が訪れています。それは国際的な生薬価格高騰によって，材料価格が高騰して製薬メーカーが製造販売できなくなった為に起こる薬価削除です。先日も某漢方メーカーから，コウジン末の薬価を削除するとの連絡がありました。この原因の１つは，ヨーロッパや米国における生薬治療の再評価にともなう需要の急速な高まりであり，また１つは生薬の大生産国であった中国が工業化されて劇的な経済規模が発展したことで，国民の生活水準も向上し生薬の消費量が急増，その反面，低賃金で天然の生薬を採取していた人口が減少したことがあげられます。さらに外交問題も絡み中国からの生薬の輸入量が減少し，これらの理由で価格が高騰しています。平成25年時点で国内の医療用として消費される生薬は，82%を中国から輸入です。国内産の生薬の使用は12%に止まっています。この問題を解決するために，厚労省をはじめとする政府各省庁は全国各地の地方自治体と共同して，生薬の国内栽培に取り組みつつあります。農業県である宮崎県も，是非その事業に参画を期待しています。

医学教育で漢方薬はなぜ必要か

漢方薬が健康保険に薬価収載されていった最初の段階は，あくまでも西洋医学の考え方の中での処方選択肢の１つでした。すなわち，葛根湯は感冒の薬として採用されました。しかし，葛根湯は風邪以外の様々な病気に用いることが，健康保険の範囲の中でも許容されています。現在，ツムラの葛根湯（TJ-1）は「自然発汗がなく頭痛，発熱，悪寒，肩こり等を伴う比較的体力のあるものの次の諸症。感冒，鼻かぜ，熱性疾患の初期，炎症性疾患（結膜炎，角膜炎，中耳炎，扁桃腺炎，乳腺炎，リンパ腺炎），肩こり，上半身の神経痛，じんましん」とあります。この文章の前半の部分は，処方の有効性が期待できる患者のパターンを表現しているしばりといわれる部分です。このしばりが漢方の証を表している部分なのです。医療用漢方製剤にも大きな影響を持つ，『一般用漢方処方の手引き（210処方）』は昭和50年に厚生省薬務局監修で発刊されましたが，34年ぶりにその内容が見直されました。これは生活環境や高齢化に伴う疾病構造および社会構造

の変化に伴って，平成20年，厚労省より「一般漢方製剤承認の新基準の制定について」（新基準）が定められ，平成21年に日本公定書協会により『改訂：一般用漢方処方の手引き』が発刊されました。平成18年３月，『新一般用漢方処方の手引き案』が「一般用漢方処方を見直すための調査研究」の調査報告書（主任報告者：合田幸広，国立試薬品食品衛生研究所生薬部）の中で示され，このしばりが収載された全処方において付け加えられました。

このしばりは，患者の体質的な特徴をきちんと把握する必要性を示しており，そのためには漢方的な診断である，望聞問切の四診を行う必要が出てきています。西洋医学とは違う医療観を持ち，独特の診断のプロセスを有する漢方医学の中のツールである漢方薬を安全で有効に使用するためには，そのための医学教育を実践する必要があると思われます。

保険診療における漢方運用の注意点

私は現在，日本東洋医学会の広報委員会の委員長をさせていただいています。また，以前は健康保険担当委員も兼任していました。学会の中枢で仕事をしていますと，全国の保険審査についての話題も耳にします。また，関東は交通の便が大変よく東京以外の関東圏内で診療にあたることがありました。同じ関東圏内でも，都道府県別に審査の厳しさが若干異なる印象を受けています。さて，健康保険の中で漢方薬を用いる場合，その保険請求で問題となる可能性のでる案件をいくつかあげてみましょう。

その１つは病名漏れです。これは事務的なミスである可能性もあります。また，漢方メーカー間で同じ処方であっても適応が異なることがあります。基本的に適応症のついているメーカーの処方を使用されることをお勧めします。次に，２種類以上の漢方薬が同時に処方される場合です。査定の対象となるのは，同一薬効の処方を重ねて処方されている場合，あまりにも虚実の異なる処方を重ねている場合，甘草・麻黄・石膏・大黄などの生薬の重なりが多い場合などがあります。最後の場合は副作用発現の危険性が増すこともあります。漢方に詳しくない先生は，基本的に一剤に留めていただきたいと思っています。なお，今後縦覧だけではなく，高齢者などではひとりの患者が複数の医療機関で処方されている場合，横覧において漢方薬の重なりが監査・審査の対象となることも予想されます。

さらに長期処方が査定の対象となることもあります。漢方的診断である証は，治療の過程において少しずつ変化することがあります。すなわちある薬を長期間使用した場合，適応病態が変化して薬効が変化するばかりでなく，副作用発現の危険度も増すことがあります。

漢方治療中に遭遇した，予期しない徴候と症状を110例集めて学会で報告したことがあります。その時の調査からは，そのような事情が発生するのは16日付近でした。基本的には，処方日数が14日であった漢方薬が長期処方されることで患者の利便性が向上しますが，副作用等の有害事象の発現の危険性が増すことは肝に銘じていただきたいと思っています。漢方治療中は偽アルドステロン症に伴う電解質異常・むくみ・血圧上昇・脱力，間質性肺炎に伴う血中酸素濃度，腸間膜硬化症に伴う下血の発現に注意する義務があります。処方期間は，そのことがきちんとできる範

囲で決定されることが必要です。

稿を終えるにあたり

このシリーズでは，臨床内科医会のＫ先生から日常診療にお役立つ漢方の話題提供を依頼されました。大学を離れて雑文ばかり書くようになり，いわゆる論文という体裁よりも散文調で書かせていただき，読みにくいところが多々ありましたことをお許し下さい。また，内容はあくまでも漢方初心者向けであり，すでに漢方エキス製剤を処方されておられる先生方，漢方を独自に勉強されている先生方にとっては当たり前のこと，漢方的立場の異なる先生からは，お叱り，ご批判をいただくものと覚悟しています。今回の内容は，あくまでも私の個人的な経験に基づく私見です。異なる立場やご意見のある先生方は是非，この誌上にご投稿いただきご自身のお考えをご披露ください。なお，今回をもちまして私の本誌への寄稿は終了させていただきます。お読みいただきまして誠に有り難うございました。

［Postgraduate Education］

医療関連感染（ＨＡＩ）対策（２）
～感染経路別予防策～

宮崎大学医学部附属病院
膠原病・感染症内科　感染制御部
高　城　一　郎

１．はじめに

前回は「標準予防策（スタンダードプリコーション）」について概説したが，その後，デング熱の国内感染例が多数報道され，またエボラ出血熱における対応の諸問題も持ち上がってきた。一方，カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症が2014年９月19日に５類感染症に指定され，約３ヶ月間で254例が届出されている。本年度のインフルエンザは例年より早い流行入りをし，RSウイルスなども乳幼児の間で流行している。世界に目を向けると，エボラ出血熱の他に，MERS（中東呼吸器症候群）や鳥インフルエンザの症例も報告されている。このような状況では，渡航歴や接触歴などの病歴聴取に加え，医療関連感染対策の重要性が改めて見直されている。本稿では，標準予防策に加えて行われる「感染経路別予防策」について述べる。

２．感染経路別予防策

感染経路別予防策は，伝染性病原体の感染経路遮断のために，「標準予防策」に加えて行う感染予防策である。感染経路別予防策には，「空気予防策」「飛沫予防策」「接触予防策」が含まれる[1)]。感染経路別による病原体分類を表１に，また感染経路別予防策の概略を表２に示す。

１）空気予防策

空気感染は，直径5μm未満の飛沫核が長時間空中を浮遊することにより伝播し，咳やくしゃみ，会話，気管吸引などの処置時に感染する。対象となる病原体あるいは疾患は，結核，麻疹，水痘（免疫不全者あるいは播種性の帯状疱疹を含む）である。

①肺結核

肺結核（疑い）患者に接触する医療従事者は，微粒子を通さないN95マスクを着用する。

表１．感染経路別による病原体分類.

感染経路	代表的な病原体
空気感染	結核菌（肺結核時），麻疹ウイルス，水痘ウイルス
飛沫感染	インフルエンザウイルス，風疹ウイルス，ムンプスウイルス，百日咳菌，肺炎球菌，髄膜炎菌，マイコプラズマなど
接触感染	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA），多剤耐性緑膿菌（MDRP），基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生菌（ESBL）などの耐性菌，ノロウイルス，ロタウイルス，アデノウイルス，クロストリジウム・ディフィシル菌，疥癬など

表２．感染経路別予防策の概略.

	標準予防策	空気予防策	飛沫予防策	接触予防策
感染媒体	・血液，体液 ・分泌物，排泄物 ・創のある皮膚，粘膜	・5μm以下の飛沫核粒子 ・空気の流れにより飛散する	・5μmを超える飛沫粒子 ・微生物を含む飛沫が短い距離（１m以内）を飛ぶ ・飛沫は床に落ちる	〈直接接触感染〉 ・直接接触して伝播 ・皮膚同士の接触 ・患者ケア時など 〈間接接触感染〉 ・汚染された器具や環境などを介して
主な疾患及び微生物	・感染症の有無に関わらず全ての患者に適応される	・肺結核，麻疹，水痘	・インフルエンザ，風疹，流行性耳下腺炎など	・MRSAなどの耐性菌，ノロウイルス，クロストリジウム・ディフィシル，流行性角結膜炎など
手洗い（速乾式手指消毒薬）	・血液，体液，創のある皮膚，粘膜に接触後 ・手袋をはずした後 ・普通石鹸使用	—	—	・患者接触時，汚染表面接触時に手洗い
手　袋	・血液，体液，分泌物，排泄物，創のある皮膚，粘膜に接触時 ・使用後，すみやかに外し，手洗い	—	—	・患者ケア時手袋を着用 ・汚染物に触った後は交換 ・部屋を出る前に外し，手洗い
マスクゴーグル	・血液や体液が飛散し，目，鼻，口を汚染する可能性がある場合	・部屋に入るときにN95マスクを着用	・１m以内で働くときマスクを着用	—
ガウン	・血液，体液，分泌物，排泄物で衣服が汚染する可能性がある場合 ・汚染されたガウンは直ちに脱ぎ手洗いする	—	—	・患者，環境表面，物品と接触する可能性がある場合 ・部屋に入るとき着用し，退室前に脱ぐ
器　具	・汚染した器具は，粘膜，衣服，環境などを汚染しないように注意深く操作 ・再使用のものは清潔であることを確認	—	—	・できる限り専用とする ・専用でない場合は他患者に使用前に消毒
患者配置	・環境を汚染させる恐れのある患者は個室隔離	・個室隔離 ・部屋の条件 １）陰圧 ２）６回/時以上の換気 ３）院外（HEPAフィルター）排気	・個室隔離あるいは集団隔離の場合はベッドを２m離す	・個室隔離あるいは集団隔離あるいは患者の排菌状態や疫学統計に基づき対応を考慮

病院感染対策ガイドライン（改訂第４版）．じほう，2014．より改変して引用.

一方，患者はサージカルマスクを着用する。入院患者においては，原則陰圧個室に隔離する。陰圧個室がない場合は，簡易空気清浄機（HEPAフィルター）を使用する。

②麻疹・水痘

麻疹・水痘（疑い）患者には，免疫を有する（既往またはワクチン接種歴あり）職員が優先的に対応する。やむを得ず免疫を有しない職員が対応する場合は，N95マスクを着用する。入院患者においては，原則陰圧個室に隔離する。

２）飛沫予防策

飛沫感染は，直径５μm以上の飛沫が短時間空中を浮遊することで伝播・感染するので，患者からの飛沫による感染を防ぐ必要がある。対象となる病原体あるいは疾患は，インフルエンザ，マイコプラズマ，風疹，流行性耳下腺炎などである。

①インフルエンザ

医療従事者がインフルエンザ（疑い）患者に対して２m以内で医療行為を行う際には，サージカルマスクを着用する。待合室のスペースに余裕があるならば，疑い患者はインフルエンザ迅速検査の結果が出るまでの間，個室内で待機してもらう。入院患者においては原則個室隔離とするが，個室隔離ができない場合は，同じ病原体による感染症患者同士の集団隔離（コホーティング）を行う。また，集団隔離もできない場合は，患者ベッド間隔を２m以上保つ，あるいは患者間にパーテーションやカーテンによる仕切りを設ける。

②風疹・流行性耳下腺炎

風疹・流行性耳下腺炎（疑い）患者には，免疫を有する（既往またはワクチン接種歴あり）職員が優先的に対応する。入院患者においては原則個室隔離とする。

３）接触予防策

接触感染は，患者との直接接触あるいは患者に使用した物品や環境表面などとの間接接触によって成立する。対象となる病原体や疾患は，メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA），多剤耐性緑膿菌（MDRP），基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生菌（ESBL）などの耐性菌感染症，ノロウイルス感染症，クロストリジウム・ディフィシル感染症，急性ウイルス性結膜炎，疥癬などである。標準予防策においても手洗いと手袋の着用が重要であるが，接触予防策の基本は医療従事者の手を清潔に保つことである。

①MRSA，MDRP，ESBLなどの耐性菌

患者や患者周辺環境に触れる時には手袋を着用し，処置後はただちに手袋は外す。手袋を使用していても，患者に接触する前後には必ず手指衛生が必要である。患者や汚染した環境表面，患者近くの器具に白衣が直接接触すると予想されるときは，エプロンやガウンを使用する。入院患者において，排菌量が多くかつ排菌部位を覆えないMRSAなどの耐性菌患者は優先して個室隔離とする。聴診器や血圧計などは患者専用の物を準備しておくことが大事である。

②ノロウイルスなどのウイルス性胃腸炎

アルコール系消毒薬に抵抗性の病原体であるため，疑い患者に接触した際は流水と石鹸による手洗いが必要である。嘔吐した場合，吐物の中心部から１m～1.6m周囲まで飛散していると言われているため，マスク，エプロンや手袋を着用の上，吐物の周囲も含めて，0.1％次亜塩素酸Naによる消毒を行う。入院患者であれば，個室隔離とし，厳重な接触感

染対策を行う。

③クロストリジウム・ディフィシル感染症

芽胞形成菌であり，周辺環境を汚染して，他の患者にも伝播しうる。ノロウイルスと同様にアルコール系消毒薬に抵抗性の病原体であるため，流水と石鹸による手洗いが必要である。入院中は，個室隔離とし，厳重な接触感染対策を行う。

④流行性角結膜炎

眼の充血，眼脂などを認める。ヒトへの感染力は強く，厳重な接触予防策が必要である。眼科医の指示を仰ぐ。目薬の使い回しをしない，患者ごとの手洗いなどが重要である。

４）その他

①重症熱性血小板減少症候群（SFTS）

SFTSウイルスはおもにダニの咬傷により感染するが，中国では患者の血液との直接接触による伝播が報告されているため[2, 3]，血液・体液・血便などを取り扱う場合には，標準予防策の遵守に加え，接触予防策が必要である。

②鳥インフルエンザ

鳥インフルエンザは家禽に感染するインフルエンザであるが，まれにヒトへ感染する[4]。さらに，ヒトからヒトへ直接感染できるようにウイルスが変異すると，ヒトの間でパンデミック（新型インフルエンザと呼ぶ）を引き起こす可能性があることから，感染の動向が注視される。鳥インフルエンザを疑う患者（例えば，高病原性鳥インフルエンザ発生鶏舎での防疫従事者等が，作業後10日以内に発熱した場合など）は，保健所の指示により第二種感染症指定医療機関を受診することになるが，疑い患者に接触する場合は，N95マスク，手袋，ガウン，フェイスシールドを着用する。

③エボラ出血熱

エボラウイルスの感染力は強いものの，基本的に空気感染せず，感染者の血液や体液に触れなければ感染しないと考えられている[5]。しかし万一感染した場合，有効な治療法がなく，致死率も高いため，必要十分な対策が望ましい。エボラ出血熱を疑う患者（ギニア，リベリア又はシエラレオネなどの流行国に渡航し帰国した後，１ヶ月程度の間に，発熱した場合）は，保健所の指示により第一種感染症指定医療機関に搬送されることになるが，疑い患者に接触する場合は，fullPPE（N95マスク，手袋，ゴーグル，カバーオール，プラスチックガウン，フェイスシールド，足袋，キャップ）を着用する。

３．おわりに

それぞれの病原体の感染経路を知り，その経路を遮断することによって，より効果的な感染対策が実践できる。病原体の感染経路を知らず，必要以上に過剰な対策をとることは非科学的であり，費用と労力の浪費につながる。普段の診療から，必要な感染症対策を行うことが重要であることはもちろんである。

参考文献

１）国公立大学附属病院感染対策協議会編：病院感染対策ガイドライン（改訂第４版）．じほう，2014.

２）Liu Y, Li Q, Hu W, et al. Person-to-person transmission of severe fever with thrombocytopenia syndrome virus. Vector Borne Zoonotic Dis 12 (2) : 156-160, 2012.

３）Bao CJ, Guo XL, Qi X, et al. A family

cluster of infections by a newly recognized bunyavirus in eastern China, 2007 : further evidence of person-to-person transmission. Clin Infect Dis 53（12）: 1208-1214, 2011.

4）Claas EC, Osterhaus AD, van Beek R, et al. Human influenza A H5N1 virus related to a highly pathogenic avian influenza virus. Lancet 351 : 472-477, 1998.

5）ウイルス性出血熱－診療の手引き－第１版. 平成23年度～25年度厚生労働科学研究費補助金（新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）.

［他科からの提言］

歯周病と全身疾患との関わり

宮崎市　青山歯科医院
青　山　　修

はじめに

歯周病は，生活習慣病といわれ中高年の８割にみられる疾患です。

歯周病は，細菌によって引き起こされる疾患で，炎症を伴い歯を支えています。

歯槽骨が，破壊され最後には歯が抜けてしまいます。また，歯周病は自覚症状が乏しく慢性的に進行していくことが特徴で，気づいたときは悪化している場合が，少なくはないのです。歯肉溝の（歯周ポケット）中の歯周病菌は，アクチノバチルスジンジバリス菌など，グラム陰性嫌気性球桿菌が大半を占めています。

近年，食生活が大きく変化し子供の頃から糖分の多いものや，軟性の食べ物が多くなってきます。この食事も歯周病を作る要素にもなっているのです。

口腔の疾患と言えば，齲蝕と歯周病は大きく分類できますが，特に歯周病は，歯が抜ける原因の大きな疾患で，42％を占めています。

歯を失うことで，今度は，噛む力すなわち咀嚼能率が落ちる，咀嚼能率が落ちると当然胃にも負担が来るでしょう。歯がないところは，義歯やインプラントなどで，補うことが大切です。それすらしないと，歯も並びが崩れていきます。つまり噛みあわせが悪くなるのです。噛み合わせが悪いと顎がずれたり，痛みやクリック音がしたり，また場合によっては，口が開かなくなったりするのです。顎は，頭の位置のバランスもとっています。全体の体の姿勢などは背骨とのバランスでとっています。若いうちは，骨も柔らかく，筋肉も柔軟性があるので許容範囲も広いでしょう。しだいに年を取ってくるとその許容範囲も限界に達し，あちこちに無理が来て症状が現われて来るのです。

高齢者の中で，腰の極度に曲がった方がおられますが，その方は大抵，前方に下顎が突き出ているのをよく見かけると思います。大抵は，入れ歯ですが，歯がなくなるのが先か，腰が曲がってきて歯にダメージを与えたか，相関関係を保ちながら個々の人生とともに歯も歩んで来ているのです。

姿勢の乱れは，歯が抜けなくとも，子供の頃から起きてきますが，何気ない癖，たとえば頬に手を置く癖，勉強しているとき，テレビを見ているとき，歯列に圧をかけていたり，口をポカーンとあけていたり，口呼吸が多かったり。歯並びに影響があると同時に，姿勢にも大きな影響を及ぼしているのです。

姿勢が悪いと，人の骨はその位置で骨形成を行っていきますので，全体の骨のバランスに影響が出てくるわけです。一度，噛み合わせや姿勢に狂いが生じるとそれを正常に回復させるのには，硬組織だけに時間がかかるのです。早期に悪い箇所を発見し，是正していくことが大切になります。噛む力は，脳の刺激にも役立っています。自分の歯でも義歯でも，咬合力は認知症とも関わっています。

歯周病と糖尿病

歯が抜けるとそれを補わなければいたるところに症状が出てきます。

人の構造上の問題を初め，歯や歯周病が全身症状との関わりには多岐にわたることが分かってきました。

歯周病は，炎症を伴う細菌感染疾患です。ポケット５ミリの歯が20本あれば，手の平サイズの炎症があると考えてください。常にこのサイズで炎症があれば，生体の免疫反応が強く起こることになるでしょう。特に注目すべきは，炎症性サイトカインTNF-αが過剰に産生され，歯肉線維芽細胞からコラゲナーゼにより歯肉組織を破壊し，破骨細胞は，活性化して歯槽骨を破壊します。また細菌の出す外毒素，内毒素によっても障害を受けます。

TNF-α（炎症性サイトカイン），LPS（内毒素）

糖尿病は，肥満者の脂肪細胞から放出されるTNF-αや歯周病巣からも放出されるTNF-αやLPS（内毒素）により，インスリン効果を低下させていきます。したがって，肥満を解消することや，歯周病による歯肉の炎症をなくす事は，糖尿病におけるインスリン効果を高めることにつながります。

糖尿病と歯周病の相関関係

糖尿病は，易感染と言われています。歯科医師が歯を抜くときは，十分に感染を考慮して抗生物質の投与を行うようにしているのが常であります。感染しやすい組織は，生体免疫機構が衰えていることが考えられます。また，組織修復機能が低下していることも挙げられるでしょう。

糖尿病では，頻尿になり口渇の症状があります。口の中が乾くと，通常は十分な唾液により浄化・洗浄され，また効果的な免疫も発揮されていたものが機能しなくなり，歯周組織に影響を及ぼすようになります。

糖尿病の患者さんは，生活習慣として，糖分が多いものを多く取ったりすることで齲蝕や歯周病になりやすい口腔環境になっています。それに伴う歯の喪失により噛み合わせが悪く，咀嚼に影響がでて，固いものは取らず柔らかいものばかり取る傾向にもなって悪循環となっているのです。

糖尿病を治す事と歯周病を治す事は，相関関係を考えると非常に大切な事であると理解できます。糖尿病の患者さんには，定期的な歯周治療を是非勧めてください。

歯周病と心筋梗塞，脳梗塞

心筋梗塞や脳梗塞の疾患においても歯周病のサイトカインや内毒素が，原因の一つとして上げられる様になり，それらの原因物質が血管に入ると，血管壁に付着してアテロームを形成し，血管内壁を狭くして影響を及ぼす危険性があるということなのです。

歯周病と低体重児早産

妊娠している女性が歯周病に罹患している

と血行性に移行して，炎症性サイトカインが早期出産に影響を及ぼします。

欧米化した食事

心臓病は，アメリカでも高い死亡原因であります。動物性食品の食事の影響によりできた，動脈内壁に付着するアテロームが原因であると言われています。エセルスティン博士の研究で，食習慣を見直し，植物性食品の食事に切り替えたところ，多くの患者に動脈壁の改善がみられたとの報告があります。日本でも，食生活は欧米化し動物性食品は多くなり，心臓病や脳疾患の死因は，ガンに次いでいるのです。歯周病も齲蝕も，食事に植物性食物を取り入れることは大切なのです。食物繊維が清掃性を高め，口腔内環境を劇的に変えてくれるからなのです。食物繊維は，よく噛まなければ消化されません。噛めば唾液が出ます。唾液にはリゾチームやムチンが含まれ，抗菌・解毒作用に大いに効果があるのです。無形文化遺産にも登録された日本食は，食物繊維も多く理想的な食事でしょう。

口腔乾燥

口は乾燥に弱く，口が乾燥していると食塊も作れず飲み込みも悪いので，会話もうまくできないのです。舌が上手に動かないし細菌感染しやすくなり，齲蝕や歯周病になり易いのです。口唇が切れやすく口内炎もできてしまいます。加齢や糖尿病，薬の副作用などが原因でもあるのですが，口呼吸が口腔乾燥を引き起こす場合があるのです。訪問診療にいきますと，寝たきりの患者さんが口を開けて口呼吸で息をしているのにしばしば遭遇します。誤嚥性肺炎を起こし易い状況なのです。口腔内の細菌が少しずつ溜まった唾液とともに咽頭から喉頭の方へ，不顕性の誤嚥を引き起こすのです。子供の頃から口呼吸があると口輪筋の発達に影響して，前歯が突出したり，歯並びが悪くなります。また，咽頭リンパ腺が，常に細菌により感染を繰り返すと免疫系に異常をきたし易いと言われています。福岡の今井一彰医師は，あ，い，う，べー口体操を考案して口呼吸改善を実践し，アレルギー疾患改善に役立てています。

よく噛む事と認知症

糖尿病や肥満を治す事は，認知症予防にもつながります。九州大学の清原裕教授の研究によると糖尿病や糖尿病予備軍の人は，そうでない人よりアルツハイマー病になる率が，4.6倍になるとのことです。アルツハイマー病の原因となるアミロイドβの蓄積をインスリン分解酵素が消すのですが，糖尿病の方で使いすぎ、十分に脳に行き渡らなくなるのが原因だそうです。よく噛むことの大切さは，肥満解消にもつながります。よく噛むことで脳の満腹中枢を刺激し，食べ過ぎを抑制します。またよく噛む事で，褐色脂肪細胞を刺激し脂肪燃焼を活性化します。

肥満は，歯周病を起こす率を高めます。肥満解消は，健康の鍵となります。

周術期における口腔ケア

がんの治療には，手術，放射線療法，化学療法とありますが，周術期を通じて口腔内環境を整備し感染を予防すること，術後の口腔疾患を悪化させない事にも重きを置かなければならないのです。人工呼吸器関連肺炎にも注意が必要とされます。術後に伴う口腔乾燥

は，特に細菌繁殖を起こし肺炎の原因となります。周術期における口腔ケアをしっかり施行し口内炎を予防し，食事のできる口を作ることが回復に大きく貢献するでしょう。

ま と め

歯科の立場から全身との関わりを述べさせていただきました。超高齢化社会を迎え，訪問診療の回数も日々増えるこの頃，誤嚥性肺炎や摂食嚥下困難と相談を受ける事も多く，医科の先生との医科歯科連携の充実が大切だと痛感して参りました。多くは，医科の先生方の助けを受けながら歯科としての専門的立場を生かさせていただいております。

この他科からの提言の執筆をさせていただいた事に感謝させていただきます。医科歯科連携に少しでも生かされれば幸いです。ありがとうございます。

参 考 文 献

1）中川政嗣著．歯周病ってなに．日本臨床歯周病学会.
2）Tコリン・キャンベル，
トーマス・M.・キャンベル著．葬られたマクガバン報告.

入会の挨拶

都城市　伊達クリニック
伊達　晴彦

平成26年９月１日より都城市牟田町で伊達クリニックを新規開業しました，伊達晴彦と申します。自己紹介も兼ねまして御挨拶申し上げます。

昭和35年に西都市で生まれ，大分医科大学を卒業後，宮崎大学第１内科に入局させて頂きました。第１内科では循環器内科を専攻し，特に心臓カテーテル検査・治療に携わらせて頂きました。また救急医療にも興味があり，大学病院勤務の終わり４年程は救命センターやドクターヘリ創設にも携らせて頂きました。50歳を超えたころより，独立の志が強くなり，このたび都城市にて開院の運びとなりました。

今後とも，御指導・御鞭撻のほど，宜しくお願い申し上げます。

入会の挨拶

宮崎市　すずき内科クリニック
鈴木　良彦

宮崎市柳丸町にて開業しております，鈴木良彦と申します。出身は愛知県豊川市で，平成２年に宮崎医科大学に入学し宮崎にまいりました。大学時代はボート部に所属し，大淀川や富田浜漕艇場（新富町）で練習に励んでおりました。卒業後は母校の第１内科に入局し，医療法人慶明会（宮崎中央眼科病院→けいめい記念病院）を経て，平成19年より現クリニックを開設しております。時がたつのは早いもので８年目となりました。

開院当初より“午前は外来，午後は在宅”のスタイルで診療をしております。これまで多くの在宅患者さんと出会うことができ，同時にたくさんの医療・介護スタッフとお仕事が出来ました。所属が違うスタッフが，１人の患者さんを中心に関わり合い，知識と知恵，技術を駆使しながら支え合っていく在宅医療のかたちは一般的な外来診療では味わえない“連帯感”があります。決して楽な医療形態ではありませんが，“連帯感”を大切に今後も診療を続けていきたいと思います。

入会の挨拶

宮崎市　中村内科放射線科
中村　邦子

この度，宮崎県内科医会に入会させていただきました中村です。実家は宮崎なのですが，父の仕事の関係で，長崎県で生まれ，小学校１年まで長崎で過ごしました。父が宮崎で開業することとなり，宮崎に転居しました。昭和53年に宮崎南高校を卒業し，宮崎医科大学（現宮崎大学医学部）に入学，昭和59年に卒業し，宮崎医科大学放射線科に入局しました。平成５年，父の病気のため診療所に勤務することとなり，現在にいたっております。

微力ではありますが，地域医療に少しでも貢献できるよう診療を続けていきたいと思っております。今後とも本会の諸先生方からのご指導，ご鞭撻をよろしくお願いします。

理事からひとこと

高齢者認知症予防の新しい視点

宮崎市　外山内科神経内科医院
外山　博一

宮崎市の父の診療所に帰ってきて，約15年過ぎる。その間，父を在宅で看取り，自分も還暦が近づき，かかりつけの患者さんの平均年齢も75歳を超えてきた。最近は，自分でも物忘れを自覚するが，それ以上に75歳前後から，外来患者さんの診察室での会話，態度，話題が少しずつ変わって来ている事に気づく。認知症ではなく，知能全体の変化である。

発達心理学分野で，Cattell,R.は，脳の知的機能を流動性知能（新しいものを学習したり，新しい環境に適応する能力）と結晶性知能（習得した知識や経験の積み重ねから育まれる能力）に分けた。また，Horn,J.L.（1970）によると流動性知能は40歳くらいから加齢とともに低下し，反対に結晶性知能は30歳くらいから加齢とともに増大し，老年期において最大となると言う。

しかし，2007年下仲順子らは「成人期から高齢期に至る創造性の発達的特徴とその関連要因」の研究で，「流動性知能が30歳代にピークに達したあと60歳ごろまでは維持され，それ以降は急速に低下する。また，結晶性知能は60歳ごろまで徐々に上昇し，その後は緩やかに低下するが，80歳でもそのレベルは20歳代に近い能力を維持している」と発表。例えば，高齢になってコンピュータを習うのが大変なのは，流動性知能を使っているからである。しかし，流動性知能が落ちても，結晶性知能が補ってくれるので，日常生活においてそれほど知能の低下は問題にはならないという。従って，高齢になっても何かを学び習得することが十分可能であるという事になる。これを脳科学的・医学的に証明するにはfunctional MRI, MEG等が有用だと考えるが，今後の研究に期待したい。

外来の高齢者の患者さんの変化は，このような知能の生涯発達曲線をもとに考えて見ると納得できる変化である。また，これに，感情・創造性・空想力・記憶力の発達変化，例えば，創造性の量的側面は加齢と共に低下するが，質的側面は成人期中維持され，創造性が成熟すること等を考慮すると，高齢者での知的能力の維持方法が自ずと導かれる。今後の認知症予防には，このような視点も必要になってくると考えられる。

理事からひとこと

不信心者の神頼み

都城市　しげひらクリニック
重平　正文

日曜日の朝，何気なく窓の外を見ると霧島火山から噴出した溶岩流が目前に迫り，まさに飲み込まれようとしておりました。死ぬと思った瞬間に目が覚めました。冷や汗を拭いながら窓の外を見るとこの時期には珍しく雲一つなく，冠雪した高千穂峰が優雅な姿を見せておりました。この悪夢の原因ははっきりしております。

昨年，石黒氏（宮崎医科大学一期生の作家，死都日本の著者）の講演を聞く機会があり，南九州には地図に載っていない破局的噴火を起こす可能性がある火山（加久藤カルデラ，小林カルデラ，姶良カルデラ，阿多カルデラ，鬼界カルデラ）が有り，破局的噴火の規模が日本を破滅に導くとんでもないものである事を知りました。

最近は硫黄山噴火の可能性が議論され，さらに桜島の噴火活動も活発で都城からも昼間は噴煙が観察され，昼夜を問わず空振に驚かされている状況下で石黒氏の小説（死都日本）を再読したのが原因でした。小説の中では都城は１時間以内に全滅。日南はまゆう病院もラハールに飲み込まれてしまいます。何度読み返しても恐ろしいけれど面白い小説です。

あまりに天気が良く，仕事はしたくないのでドライブに出かける事にしました。目的は２つ。１つ目は，遅まきながら神社への初詣です。都城市郡医師会病院の新築移転が無事に終わりますように，できるだけ沢山の神様にお願いする事。２つ目は，高千穂峰に沈んでゆく夕日を見ることです。日州医事の新年号の表紙のダイヤモンド富士をみた看護師さんが，高千穂峰もダイヤモンド富士と同じ写真が撮れるのですね，と言ったのが始まりです。富士山と高千穂峰，本栖湖と御池，朝日と夕日など勘違いだらけですが，野尻湖から高千穂峰に沈む夕日で同じような景色が再現出来るのではと無茶苦茶な発想で挑戦する事にしました。

都城市街から，国道10号線で宮崎自動車道都城インターチェンジ方面に向かいます。インターチェンジ手前で，左手（北西）側に広い裾野を有する高千穂峰が現れます。まず車を路肩に止めて，手を合わせて安全祈願をしました。高千穂峰の南側の裾野を背景にして建つ白っぽい綺麗な建物が，新都城市郡医師会病院です。ほぼ完成しており，４月１日移転予定です。破局的噴火が起きない事を願いつつ，高岡方面に向かいました。高岡から国道268号線で野尻湖方面に進路を変更。残念ながら野尻湖からは高千穂峰は見えませんでした。県道29号線（高原野尻線）で高原町に入った所で午後５時８分，高千穂峰の頂きに夕日がまさに沈まんとしていました。わずか２分位かと思いますが，あまりの神々しさに見とれてしまい写真は撮れませんでした。

辺りが暗くなり始め，寂しさが増して来た

のでスマホに「近くの神社を教えて下さい」と問いかけたら，「近くに神社はありません」のつれない返事。途方に暮れていると，霞神社まで３kmと標識が出ておりました。スマホの画面で答えているのは羊さんでしたが，羊さんもたまには嘘をつく事があるので皆さんも気をつけましょう。

蛇は苦手なので霞神社は素通りして，狭野神社に行く事にしました。まだ午後６時過ぎで正月でもあり，照明ぐらいは有るだろうと思ったら参道は真っ暗，杉の巨木の間の暗い参道を恐怖に耐えながら歩く事８分，街灯と自動販売機がある駐車場に出ました。愚痴をぐっと我慢して本堂に向かって，新築移転の安全祈願をお願いしました。おみくじは中吉で内容は引っ越し：吉。恋愛：深入りするな。健康：注意せよ。

目的を達成し，引っ越しは吉に多いに満足して暗い参道を足早に帰りました。最後の石段を降りた時に腰痛が出現。霊験あらたかな神社でした。現在も持続している腰痛が軽快したら，次回はダイヤモンド高千穂に挑戦したいと思います。

理事からひとこと

毎年の地域医療実習

延岡市北方町　北方医院
日髙　孝紀

私が延岡市北方町（旧延岡市の高千穂町寄り）に開業して今年６月で早14年目になります。自治医科大学卒で僻地も北浦町，東郷町，椎葉村と経験し，現在田舎の診療所での開業ということで，医学生に少しでも地域医療に興味を持ってもらおうと言う思いもあり，また宮崎県や宮崎大学から依頼があったこともありまして，現在夏休み頃に毎年医学生を二組だけですが受け入れております。

一組は宮崎県の事業で「地域医療ガイダンス」という名称で，宮崎県が宮崎大学地域医療学講座及び医学教育改革推進センターの協力を得て，公立病院等での臨床実習等を通じて，その地域の生活や医療の状況を実際に体験するガイダンス（２泊３日）です。当院には毎年３名位の医学生（主に宮崎大学，自治医科大学の１年生）が来ます。医学生の１年生はまだ医学的な勉強はほとんどしておらず全てのことが新鮮だと思われ，逆にこちらも初心に戻らせてもらいます。

二組目は宮崎大学公衆衛生学講座の４年生の地域医療実習で同じく毎年３名の医学生を２泊３日で受け入れています。大学での医療と地域での違い，患者さんと医師との関係の近さが１年生と比べ更に実感できるのではないかと思います。二つの実習については内容的には似た感じではありますが，４年生には少しだけ内容を高度にして教えています。

実習内容につきまして具体的に述べますと，まずは延岡市北方町の概要から当北方医院が北方町内唯一の医療機関（歯科を除く）である現状のオリエンテーションに始まります。その後実際の外来診療において医師の横につく学生，看護師につく学生，医療事務につく学生さんにわけまして，医療は医師１人では成り立たずチーム医療を行っていることを理解してもらいます。また全てが大病院と比べ患者さんに近いと実感できると思われ，楽しく行っている外来，訪問診療も見て頂き，地域医療の醍醐味を感じて頂いています。またNLP（神経言語プログラミング）を用いたコミュニケーションテクニックの講義も行い，その後コミュニケーションの実際を待合の患者さんに対し行って頂きます（基本的に実習は全て患者さんの了承を得てから行います）。

また医療と切っても切り離せない介護関係においても北方町内の特別養護老人ホーム，グループホーム，有料老人ホーム，デイサービス等においても見学のみならず，介護実習も行ってもらっています。特に特別養護老人ホームにおいては胃瘻交換やマーゲンチューブ交換なども見て頂き，その後臨床倫理を含め学生とのディスカッションを行います。家族の希望が多々あること，医学適応やもともとの患者さん本人の意向，QOL，宗教や金銭的な周囲の状況など多角的に考えなければ

ならないことを学生とともに考えます。

しかし学生にとっての一番の楽しみは血圧測定実習，超音波実習もですが，大学等でまだした事が無いようで，学生同士の採血実習（しっかりとした指導のもと自己責任で）が皆さんには喜ばれます。

私自身，地域医療実習については医学生に教えることの楽しさ，地域医療の楽しさの一面を理解してもらう嬉しさもありますが，ある意味第三者を入れるということもあり自分の医療を見直す良い機会でもあると思って受け入れています。下手するとマンネリ化し易い日常診療をリフレッシュする意味でも今後も依頼があれば続けたいと思っています。そして医学生がいずれ医師となり地域に出てくれれば最高ですが，そうでなくても，少しでも大病院にいても地域の医師，開業医などの立場も理解してくれる医師になってくれればと思っています。

「おこびらのつつじ」　宮崎市　神宮医院　田中　宏幸

えびの市飯野地区にはツツジの綺麗な場所がある。大河平（おこびら）小学校の近くで撮影。西南戦争の際に起こった大河平事件は有名。平成24年4月19日撮影。

「風見鶏」　北浦町　北浦診療所　日髙　利昭

大分に行った時、ぶらりとして来ました。宮崎にない、港周辺の賑わい、大好きです。

狂歌

医療狂歌

宮崎市　山村内科
山村善教

時移り　昔仁術　医は算術
七日空ければ　収益あがる

無床化後　関心無くし　過ごしきて
立場変わりて　再履修とは

医師会の　砦建て替え　目指せども
五輪マークの　影響如何に

今月は　都の城の　お披露目で
決意新たに　駒を進めて

セクハラや　パワハラまでは　判れども
マタハラと聞き　思案投げ首

短歌

鬼子母神

宮崎市　長嶺内科クリニック
長嶺元久

長じなば本田圭佑かイチローか男の子二歳と球あそびする

わが妻は短歌の素材いただきに孫住む宅に日々通ひをり

いただきし最中を食ぶる連れ合ひよふたつ以上は味見と言はぬ

鬼子母神に母と参りし帰るさに買ひてもらひき鯨羊羹を

わが母はまたも転びぬ歩行器かシルバーカーかカタログを見る

＊これらの歌は、短歌結社誌「心の花」に掲載された作品を二部改変したものである。

短歌

同級生を診る

延岡市　藤本内科小児科医院
藤本孝一

ゆくりなく小学校にて同級の二人を診たり涙のにじむ

顔合わせ同級生と思へども同級生とはしばしわからず

小学校の同級生と相わかり幼き境をしばらく語る

かつてわれ駅伝にてぞ走りたり区間賞とる中学の時

小柄なるをからかはれたるわれなるも駅伝走る意気高かりき

短歌

検死２

宮崎市　大西医院
大西雄二

死せる者夢果たせずに終はりしか一輪の花萎れてありき

死者の庭サルビアの花咲きており花投げ入れての歌思ひ出づ

松の根本横たはれし縊死死体空は枝にて区切られており

孤立死者は団塊の人我が世代誕生の時より競争ばかり

深夜のベル夢のなかで身構える警察医なれば安らぎはなし

［報　告］

日本臨床内科医会第52回代議員会および第28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28回日本臨床内科医学会が平成26年10月12日（日），13日（月・祝）の両日，岩手県盛岡市の盛岡市民文化ホール「マリオス」およびいわて県民情報交流センター「アイーナ」で開催された。学会に先立ち，11日（土）にホテルメトロポリタン盛岡本館にて，理事会および代議員会が開催された。今回は代議員会のみ中津留が出席した。

◆第52回代議員会

会議の冒頭，猿田亨男日臨内会長，第28回日本臨床内科医学会長和田利彦岩手県臨床内科医会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26年９月３日現在の会員数は１万5,591名で前年より減少していること，４月26日に事務所が移転したことが報告された。今後の総会および医学会については，総会は平成27年が京都，平成28年と平成29年が東京，医学会は平成27年が熊本市，平成28年が東京の予定であることが報告された。調査研究委員会からは倫理審査の実施状況の報告と「女性のミカタ」プロジェクトへの参加の協力依頼があった。

[庶務部]

庶務委員会からは役員や委員会の委員等の変更の報告があり，会員増強委員会からは日臨内紹介用のDVDの更新を行ったことが報告された。IT委員会からはメールマガジン送信数，ホームページについてスマートフォン用のレイアウトが完成していること，WEB会議のシステム等について報告された。

[経理部]

経理委員会より平成25年度日臨内収支決算監査報告と平成26年度日臨内収支中間報告がされた。平成25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。

[社会医療部]

公益事業委員会からは同委員会が現在進めている三つの事業（禁煙テーマとする事業，感染症テーマとする事業，健康テーマとする事業）について報告された。禁煙テーマについては，今回の医学会で本年度行われた禁煙のアンケートの結果を報告すること，感染症テーマについては，

臨床内科医会会員が自信を持って予防接種が行えるよう講演会を企画したこと，健康テーマについては，禁煙の講習会に出た会員の希望者に禁煙宣言と認定のパネルを配ることが報告された。その他同委員会からは，インフルエンザ研究の成果と今後の予定が報告された。地域医療委員会からは，第31回総会で地域医療功労者表彰者11名を表彰したことが報告され，第32回総会に向けて地域医療功労者の推薦依頼を行う予定であるが，推薦においては各県で格差があり推薦していない県もあるので積極的に推薦していただきたいとの要請がなされた。同委員会の今後の活動方針としては，在宅医療の推進をテーマに活動する方針であることが報告された。また事前に行った在宅医療の実態調査で訪問診療，往診，訪問看護等の在宅医療を行っている医療機関は81.6％で，地域包括診療料を請求している医療機関は8.2％，地域包括診療加算を請求している医療機関は25.9％，在宅療養支援診療所（病院）の比率は49.1％，在宅医療の現状は地域間格差や医師の年齢の差があること等が報告された。

[社会保険部]

医療・介護保険委員会から，平成26年度診療報酬改定の47都道府県より回答されたアンケートの結果が報告された。内容は次の通り。「基本診療料では再診料を引き下げる以前の71点に戻してほしい」，「地域包括診療加算は算定医療機関がきわめて少ない」，「特定疾患療養管理料は患者が月２回受診すると算定できるが，最近は28日処方等の長期処方が増加し月に１回しか受診しない患者が多いので１回の受診で450点算定可にしてほしい」，「地域包括診療料は算定のハードルがきわめて高いので要件の緩和が必要」，「在宅患者訪問診療料（同一建物）は４分の１程度の減算になり，様式の14の提出は事務が煩雑なため改善を要求する」，「機能強化型在宅療養支援診療所の要件は，今までは互いに連携すれば数は少ないところでも算定できたが，連携でも最低限の条件として看取りの回数や緊急往診が入ったことで厳しい状況にある」「投薬では７剤以上投与の減算は撤廃してほしい」等の意見があることが報告された。また介護については，「平成27年度の改定では介護保険は６％の減額という報道があること」，「年収290万円以上の方の自己負担が１割から２割に引き上げられ，お年寄りの生活が圧迫される危惧があること」，「特別養護老人ホームには要介護３以上の方しか入所できなくなり，要介護１，２の方々をどうするか大きな社会問題となると思われること」，「要支援１，２の方は国から地方自治体へ委託されることにより介護の質が悪化することが想定されること」等が報告された。

[研修推進部]

研修推進委員会より平成25年度の申請実績について，認定医の新規申請が50名，認定医の更新が31名，専門医の新規申請が10名，専門医の更新が860名，総数951名であったこと，また平成26年度更新対象者数の更新予定者は122名であること等が報告された。

[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（追跡調査）の結果の概要が報告され，我が国の原発性アルドステロン症の発症頻度は概ね1.9％と考えられるとのことだった。その他，Smile Studyの進捗状況，JPPPの進捗状況，小冊子の進捗状況，内科処方実践マニュアル（改定

版）発刊の件等について報告された。会誌編集委員会からは，会誌の投稿について会員組織内のコメディカルの投稿も認めるが筆頭者は会員に限ること，大規模臨床研究の投稿では非会員（医師，コメディカル）を含んだ調査研究の掲載を認めるが筆頭者は会員で，非会員の医師については入会を要請すること等が報告された。

[広報部]

ニュース編集委員会より，支部ニュース委員のブロック別配置についての報告がなされた。

◆第28回日本臨床内科医学会

第28回日本臨床内科医学会は盛岡市で「臨床内科医の使命と役割」をメインテーマに２日間に亘って開催された。超大型台風19号が日本を縦断しようする状況の中での開催となったが，約700名の会員が参加した。プログラムは特別講演２題，シンポジウム５題，教育講演９題，会員の口演やポスターによる発表，モーニングセミナー，ランチョンセミナー等が行われた。特別講演では，順天堂大学循環器科の代田浩之教授による「動脈硬化」をテーマとした講演と，福島県の僧侶で芥川賞作家であり，東日本大震災災害復興会議委員でもある玄侑宋久氏による「死生観」をテーマにした講演があり，２つの特別講演に関連した「動脈硬化性疾患におけるチーム医療」と「在宅医療と看取り」をテーマにしたシンポジウムも行われた。会員による発表では，当県からは市民の森病院の日高利彦先生が「治療困難な合併症を有する関節リウマチ患者に対するアバタセプトの効果」というタイトルで，古賀総合病院の松岡均先生が「当院職員の麻疹，風疹，水痘抗体陰性率」というタイトルで口演発表された。台風が近づく中，医学会に参加され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26年度日本臨床内科医会九州ブロック会議

宮崎県内科医会　会長
小　牧　　斎

日　時：平成26年10月25日（土）
場　所：大分市
出席者：中津留常任理事，小牧

開会にあたり，来賓の日本臨床内科医会会長猿田亨男先生が挨拶の中で，今後導入されるであろう「総合医」構想，「患者申し出制度」についての見解を述べられました。引き続き日本臨床内科医会執行部，副会長望月紘一，嶋田丞両先生から以下のような現況報告がありました。

１．総務・庶務・経理委員会

会員数：平成26日９月３日現在15,591名で少しずつ減少している。

10月11日の第52回代議員会において，平成25年度決算報告が承認される。

今後の総会・医学会の開催について

総　会：平成27年４月　京都（日本医学会とともに）
　　平成28年４月　東京（日内:東大門脇教授）
　　平成29年４月　東京（日内:東大小池教授）

医学会：平成27年10月　熊本市
　　平成28年10月　30回記念　東京
　　平成29年　　未定

２．会員増強委員会

新しい日臨内入会勧誘パンフレットを作成。

日臨内の活動を紹介するDVD（平成26年度版）を作成。

３．IT委員会

各県内科医会のホームページ作成支援事業の現状：大阪，奈良，石川等へ支援。

WEB会議の現状について。

４．調査研究委員会

インフルエンザ研究の倫理審査終了。

「女性のミカタ」プロジェクトに関するアンケート実施。

５．研修推進委員会

認定医・専門医の平成25年度新規及び更新実績：認定医81名，専門医870名

平成26年度の申請・審査日程

・申請書提出　平成26年11月10日～12月８日

・一次審査　平成27年１月８日～１月23日

・専門医筆記試験　平成27年１月15日～１月20日

・二次審査　平成27年２月１日

・公表　平成27年４月12日総会にて

６．学術委員会

原発性アルドステロン症の実態調査（追跡調査）を報告する。

Smile Studyの進捗状況：累計症例数7,750例だが8,000例を目指している。

患者向け小冊子をもっと利用していただきたい。

内科処方実践マニュアル（改訂版）発刊予定。

７．会誌編集委員会

非会員による会誌原稿の取り扱いについて：会誌投稿の際，入会していただく。

今後のCOI申告について：論文投稿，学会発表の際は提示すること。

８．ニュース編集委員会

今後のニュース発行：119号は11月10日，120号は平成27年１月１日発行に変更された。

支部ニュース委員の選出をしていただいた。

９．その他

日医の各種委員会への推薦：診療報酬委員会への推薦は了承。

専門医制度に関する委員会：日臨内に検討委員会を既に設置し議論を重ねている。

地域医療の貢献者に対し，表彰を行った。

介護保険の関係では，在宅医療推進のための検討会を重ねている。

現況報告の後，以下に記した日本臨床内科医会執行部に対する各県からの提案事項が紹介され，簡単に協議された。

◇提案事項

⑴控除対象外消費税対策（福岡県）

⑵「医療事故調査制度」について（沖縄県）

⑶医療事故調の今後の推移について（鹿児島県）

⑷規制緩和について（熊本県）

⑸地域包括診療加算について（宮崎県）

［報　告］

第49回九州各県内科医会連絡協議会

宮崎県内科医会　副会長
田　口　利　文

日　時：平成26年10月25日（土）
場　所：大分市

次　　第

司会・進行　大分県内科医会副会長　新森　義信

１．開会
２．担当県会長挨拶　大分県内科医会　会長　井上　雅公
３．来賓挨拶　日本臨床内科医会　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　伊集　守政
５．協議

協議内容

【１】「患者申出療養（仮称）」について貴県の意見を伺いたい（長崎）

《提案要旨》

規制改革会議が新たな混合診療拡大案である「患者申出療養（仮称）」が来年の通常国会に提出されることになった。患者申出により病院が申請すること，薬15の中核病院やその協力病院で行われるなど実施医療機関が増えること，審査期間が２～６週間と大幅に短縮されることなど，現行の評価療養に比べ迅速性や利便性が増しており，この点ではガンや難病患者にとって朗報と言える。

政府案では，専門家の審査で安全性と有効性を審査し，将来的に保険収載を目指すことにより混合診療の際限なき拡大に歯止めをかけるとしている。しかし審査の短縮と安全性の確保は相反するものであり，安全性は担保されるのか，保険収載がどのような仕組みで担保されるのか不明であるなど，大きな問題が残されている。

このように「患者申出療養」は運用次第で混合診療の急激な拡大につながりかねない危険をはらんでおり，今後の注意深い監視が必要と考えられるが，貴県の見解を伺いたい。

《回答》

各県とも提案に同意見である。

運用次第では混合診療の拡大の危険性があり，注意深い監視が必要である（熊本）。医療保険

でカバーされていない先進医療を患者自ら選択する際に経済的負担が軽減できるが，混合診療の拡大が懸念される（福岡）。保健収載が担保されておらず，保険外医療の恒久化が懸念される（宮崎）。患者申出療養の保険外の部分をカバーする民間保険，それに起因する医療事故を補償する民間保険のマーケットの拡大など，医療以外の問題を含んでおり注意が必要である（沖縄）。

【２】処方した薬に適応する病名がない場合について（佐賀）

《提案要旨》

社保と国保では処方した薬に病名がない場合，その薬剤は医療施設のレセプトから査定される。一方，労災では適応する病名がない場合，その薬剤は調剤薬局のレセプトから査定される。前者の場合は「医療施設からだけ査定して，薬局が注意されないのは不公平」と考え，後者は「薬局は処方箋に病名の記載がないので注意しようがなく査定されるのはおかしい」と考える。例えば医療施設から薬局に病名の情報提供をするなどして，病名もれの薬剤が査定された場合は，医療施設と調剤薬局がそれぞれ一定の割合で責務を負うようにしたら如何であろうか。

《回答》

調剤薬局の病名もれ薬剤のチェックは業務範囲を逸脱しており，調剤薬局からの査定は無理がある（長崎）。病名もれをなくす努力が重要である（熊本）。貴県が言われるように薬局側に保険病名の情報を提供して情報を共有し，査定の不公平をなくす必要がある（宮崎，鹿児島，沖縄）。薬局の処方権の獲得の議論につながることは問題があり，慎重な対応が必要である。

【３】90歳以上の超高齢者・85歳以上の高齢者に対しての腎性貧血改善薬ミルセラの使用に対して（佐賀）

《提案要旨》

腎性貧血の改善効果のある薬剤が，慢性腎不全・腎性貧血の病名のもとに使用例が増加しており，審査会の中で使用意義に問題があるのではとの意見がある。元々高齢者はクレアチニンの軽度の増加や軽度の貧血は加齢ということ，軽度の貧血があっても自覚症状に乏しく，ADLも問題ないことが一般的と考えられる。このような状況と思える高齢者に対しての使用に対して各県内科医会・審査会のお考えはいかがでしょうか。

《回答》

年齢による投薬制限は設けていない（長崎，鹿児島，宮崎，沖縄）。検査もせず，漫然と投与している例は査定対象となる（福岡）。適正使用を呼びかけ，検査値の記載を義務づける（熊本）。

【４】リハビリテーションの審査に関して（佐賀）

《提案要旨》

リハビリテーション，特に入院時のリハビリに関して施設基準もあり複雑化しており，レセプト上では本当に必要なことか，過剰なことかの判断ができない。この件に関して各県の取り扱い

はいかがでしょうか。

《回答》

外来での運動器リハは上限６単位を踏まえ，必要あるものは弾力的に認めている。脳血管疾患等リハは発症後60日までの急性期は１日９単位，３ヶ月以降は１日６単位としている（熊本）。リハを行うことで状態の改善が期待できると医学的に判断される場合であり，医師の指示書が必要である。リハ内容と開始時間，終了時間の記載が必要であり，経過として改善の有無の記載も求められる。効果判定と評価により，計画を見直しているかなどがポイントである（福岡）。過剰か否かは判定が難しいので，疑義が生じた場合は詳記を求めている（鹿児島）。リハについてはレセプト上での判断は難しく，基本的には認めている（宮崎）。全国の審査会の連絡協議会を開き，詳録を作りたい（日臨内）。

【５】個別指導について（宮崎）

《提案要旨》

宮崎県においては平成25年度集団的個別指導が１回53医療機関に対して行われ，個別指導が23医療機関を対象に行われた。これら対象となったほとんどの医療機関は診療に熱心に取り組んでいる医療機関であり，診療報酬点数が高いという理由で対象となることに理不尽さを感じる。他県の件数などの現状を教えて頂きたい。また指導において，小学生などの外傷などに対して登校前の早朝に診療をしていたら，診療時間内で診るように指導があったとの報告がある。このような不当と思われる指導に対して医療機関を守るための対策をとられているか。

《回答》

個別指導件数は54件（４％）。不当な指導が行われた場合は立会った県あるいは市郡医師会の理事がその場で抗議するか，後日医師会から抗議することにしている（長崎）。個別指導件数は57件（４％）（熊本）。個別指導の対象は①支払基金，保険者，被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する情報提供があり，個別指導が必要と認められた保険医療機関②個別指導の結果，再指導または経過観察で改善が認められない保険医療機関③監査の結果，戒告または注意を受けた保険医療機関④集団的個別指導の結果，指導対象となった大部分の診療報酬明細書について，適性を欠くものが認められた保険医療機関⑤集団的個別指導を受けた保険医療機関のうち，翌年度の実績においても，なお高点数保険医療機関に該当するもの（ただし，集団的個別指導を受けた後，個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものは除く）⑥正当な理由なく集団的個別指導を拒否した保険医療機関⑦その他特に個別指導が必要と認められる保険医療機関です。必要な場合は医師会で新規個別指導や希望される医療機関は模擬を行っている。北九州では自主的に指導を受けることもある。年に１回，審査会の委員と懇談を設けている（福岡）。個別指導件数は32件。個別指導の密室性は問題であり，録音などを行い，県や医師会の理事が立会うようにしている（沖縄）。

【６】「同一建物居住者」について（福岡）

《提案要旨》

在宅患者医学総合管理料および在宅患者訪問診察料算定時の「同一建物居住者」に対する点数が大幅に減算されました。特定施設の場合，在宅患者訪問診察料が400点から203点に，特定施設以外が200点から103点になどです。そもそも「同一建物居住者」に対しては在宅患者医学総合管理料及び在宅患者訪問診察料が算定できなかったのですが，H24年の改訂以降にこれが算定できるようになったことは評価すべきことと考えます。在宅医療を推進する方針から評価すべきとなったのでしょうが，一部の不祥事のために大幅な減算は納得いきません。また，H24年の改訂以来，「同一建物居住者」の「建物」は養護老人ホーム，軽費老人ホーム，有料老人ホーム，サービス付き高齢者向け住宅，マンションなどの集合住宅とされています。隣接した２軒に訪問診察するのと，同一のマンションに２軒行くのとの差はどこにあるのでしょうか。一軒家で２人診るのとは訳が違います。少なくとも個別の住宅は個別の住宅として同一建物とは区別されるべきと考えます。

《回答》

各県とも同意見である。不適切事例に対応するため，集合住宅は一律減額という措置がとられている。中医協の付帯意見として，不適切事例の適正化の影響を調査・検討することが明記された。改訂後の動向を見ながら必要な意見を主張することにしている（鹿児島）。訪問診療医がサービス付き高齢者住宅や有料老人ホームから撤退すれば，そこが人生の最後まで過ごし，看取りを享受できる終の住処になり得ないことになる。在宅医療の推進に逆行する同一建物居住者に対する減算は見直すべきである（宮崎，鹿児島）。

【７】2014年の診療報酬改定で「地域包括診療料」と「地域包括診療加算」が新設されましたが貴県での届出状況はいかがでしょうか（沖縄）

《提案要旨》

今春の診療報酬改定において，高血圧，糖尿病，脂質異常症，認知症のうち２つ以上を有する患者を対象に「地域包括診療料」と「地域包括診療加算」が創設された。しかし，診療所においては常勤医師３名以上という高いハードルがあるため，多くの医療機関では算定が困難である。また，主治医として薬局に通院医療機関リストを渡した上お薬手帳のコピーをカルテに添付するなど，患者一人につき一人限定の主治医を設定するという厚生労働省の方針が今回の診療料，診療加算を通して強引に制度設計されているのがわかる。日本医師会はこれまで内科・外科・整形外科をはじめ多種の診療科の医師が，「かかりつけ医」として患者に関わりながら地域医療に貢献すべく取り組んできた。一人の患者が一人の主治医をどのように決めるかということに関しての十分な議論がされないままの今回の算定方法は，現時点では医療現場での受け入れは困難であると考える。参考までに，平成26年７月１日時点で，沖縄県内で地域包括診療料の算定に関して届出しているのは全823医療機関中わずか15医療機関のみである。

《回答》

各県とも一般の診療所では算定ができないくらいハードルが高く，算定医療機関は少ない。主治医機能を評価するものであるが，主治医をだれにするか，質をどう担保するか，問題は多い（熊本）。院外処方のコストを減らす目的か，院内処方へ誘導していると思われる。今後人頭制や登録医制への道筋となりかねない。地域医療を効率に運用するため，我々の側も総合医的システムも考える必要がある（大分）。

【８】地域包括診療料・地域包括診療加算の算定について（鹿児島）

《提案要旨》

今回の診療報酬改定では厚労省は地域包括ケアシステムの構築を推進すべく主治医機能を評価し地域包括診療料・地域包括診療加算が診療報酬に新設されたが，算定要件として施設基準など算定要件が厳しい。各県では，現在どれくらいの施設が算定しているのか状況をお知らせ願いたい。また，今後算定するとすれば，どのような算定要件を要望すべきかお聞かせ願いたい。

《回答》

診療所のゲートキーパー機能の強化につながるなどの懸念がある（長崎）。今後外来の機能分化推進という観点から本診療料を広く浸透させるためには条件の緩和が必要である（宮崎）。各県【７】の回答と同じ。

【９】消費税について（熊本）

《提案要旨》

消費税率の10％への引き上げ時に，医療費への課税をどうするのか。軽減税率を導入するとして，政府自体の方針も定まっていない。９月に取りまとめの方針というが，抜本的な解決はどうするのか。日医も８月半ばには最終解決方法を提示するとしているが，調整遅れで時間切れ，８％への引き上げ時と同様な診療報酬での対応なんぞになるのが一番恐ろしい。みなさんのご意見を伺いたい。

《回答》

各県とも診療報酬での対応でなく，根本的消費税対策が必要である。ゼロ税率が理想であるが，非課税還付方式など次善策での対応も検討されている。

【10】日臨内の日本臨床内科医会認定医・専門医制度による認定医，専門医の取得状況について（大分）

《提案要旨》

日臨内の日本臨床内科医会認定医・専門医制度による認定医，専門医の取得状況について各県の実情をお伺いしたい。また，日臨内として今後この制度をどのように位置づけていくのか展望をお聞かせ戴きたい。

《回答》

	長崎	熊本	福岡	鹿児島	宮崎	沖縄	佐賀
認定医	13	17	50	24	16	11	−
専門医	52	69	162	64	52	29	—

専門医制度の改革で，その要件はかなり厳しく，会員の増多が必要である。できれば現行のように多くの先生が取得可能な制度として，総合専門医制度との関係がうまくいかないか模索している（日臨内）。

［報　告］

第31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26年10月25日（土）に大分県大分市で，第31回九州各県内科審査委員懇話会が平成26年度日本臨床内科医会九州ブロック会議，第49回九州各県内科医会連絡協議会とともに開催されました。

参加は８県で，20の提案事項について，各県の討議された現状を報告，討議しました。各県の回答と，本県のコメントを併記いたします。国保，社保で対応が違う場合には県名の後に国保，社保を附して記載しています。

【１】保険者再審期間について（長崎）

《提案要旨》

保険者再審期間は原則６ヶ月となっていますが，現状ではまだ６ヶ月を越えての再審査請求がみられます。手続期間の数ヶ月を上乗せするためと考えられていましたが，オンライン化により，その必要はないと考えます。各県の現状はいかがでしょうか。

《回答》

昭和60年４月30日に社会保険診療報酬支払い基金に対する再審査の申出について，再審査の申出は原則６ヶ月以内に努める様通達が出たが，各県とも６ヶ月超の再審査請求は存在しています。診査拒否する事無く受け付けているようです。

《コメント》

保険者側には６ヶ月ルールを遵守してもらいたいものです。

【２】当県国保では，脳血管リハビリ，運動器リハビリでは，80歳以上，90歳以上，廃用症候群に対するリハビリでも，単位数に幅はありますが，認める目安を作って審査していますが，他県はリハビリに対してどう対応されていますか（福岡）

《提案要旨》

一次審査で対応していますが，医療者側再審が，非常に増えています。リハビリをやっている医療機関の不満が強いようですが他県の状況を知りたくて提案しました。

《回答》

年齢制限を設けていない：７（長崎，熊本，鹿児島，佐賀社保，宮崎，沖縄，大分）

75歳以上の高齢者に対する傾向的に高単位数請求は制限あり：１（佐賀国保）

《コメント》

当県では基本的に年齢による医療行為の制限はしていません。

【３】アレルギー性鼻炎に対する初診料の算定について（熊本）

《提案要旨》

アレルギー性鼻炎については，治癒等の判定が難しいと考えられます。医療機関によっては，同一月中に，治癒として２回初診料を算定する場合も見受けられます。このような場合初診料を算定するにあたって各県では算定基準を定めておられますか？各県ではどのようにしていらっしゃるかご教示ください。

《回答》

基準は設けておらず，医学的に判断している：２（福岡，宮崎）

半年程度：１（長崎）

１ヶ月以上：３（鹿児島国保，佐賀，沖縄）

３ヶ月以上：２（鹿児島社保，大分社保）

月２回の初診料算定は不可：６（長崎，鹿児島，佐賀社保，宮崎，沖縄，大分国保）

月２回の初診料算定可能：２（佐賀国保｛転帰が「治癒」とされていれば｝，大分社保｛小児科の場合で服用期間が重複してない場合｝）

《コメント》

医科点数表の解釈の「初診料」の項目の「診療中止後１月以上経過した場合の取り扱いと期間計算，P28」に，「慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は，初診として取り扱わない。」とあり，アレルギー性鼻炎は一般的に短期間では治癒を想定できない疾患であるので，本ケースの場合には算定できないものと考えられます。

【４】低血圧麻酔について（熊本）

《提案要旨》

低血圧麻酔の対象となる手術を定めておられますか？またその際の使用薬剤を定めていらっしゃいますか？

《回答》

総ての県で定めていない。

《コメント》

内科での請求は無いようです。

【５】救急医療管理加算２について（沖縄）

《提案要旨》

平成26年度の診療報酬改定により救急医療加算が１と２に細分化されました。救急医療管理加算２（400点）も救急医療管理加算１（800点）に準ずる算定要件で入院時に重篤な状態であることが算定の要件とされています。当県国保では救急医療管理加算１に準じて厳しく査定しております。貴県での状況を伺いたく提案いたしました。

《回答》

総ての県独自の取り決めは無いようですが，詳記・コメントを求める事があるようです（鹿児島，佐賀社保，大分社保）。

《コメント》

当県ではレセプト病名で重症が推察される場合は原審査では査定しておりません。再審査で一部病名から重篤な状態が推定され難く査定された場合があります。

【６】「糖尿病の疑い」病名での検査範囲（長崎）

《提案要旨》

糖尿病の診断に必要な血糖，HbA1c，常用負荷試験までを認めていますが，IRI，CPR，耐糖能精密負荷試験についてはいかがでしょうか。

《回答》

認めない：４（熊本，福岡，鹿児島，佐賀）

認める：２（宮崎，大分とも｛耐糖能精密負荷試験のみ｝）

コメントを必要とする：１（沖縄）

《コメント》

当県ではIRIとCPRの同時算定は認めていませんが，耐糖能精密負荷試験は認めています。

【７】除菌前ピロリ菌抗体検査について（長崎）

《提案要旨》

厚労省通知（平成25年２月21日保医発0221第31号）には，除菌前ピロリ菌診断について「除菌前及び除菌後の感染診断の実施に当たっては，当該静菌作用を有する薬剤投与中止又は終了後２週間以上経過していることが必要である。」とあり，これを根拠にPPI投与中に行われた尿素呼気試験やCLOテストは査定の対象となっている。学会誌によると，血清ピロリ菌抗体はPPI投与中に使用可能な数少ない検査法の１つと紹介されているが，今回長崎では，PPI使用中に行われた除菌前血清ピロリ菌抗体検査が査定されたため問題となっており，他県の状況を伺いたい。

《回答》

認めている：４（福岡，鹿児島，宮崎，沖縄）

認めない：３（熊本，佐賀，大分）

《コメント》

当県では社保・国保とも認めています。

【8】慢性胃炎・萎縮性胃炎におけるヘリコバクター・ピロリ除菌の適応条件について（宮崎）

《提案要旨》

病名欄に萎縮性胃炎・慢性胃炎・ヘリコバクター性胃炎の病名と診断日（内視鏡検査施行の有無についてはレセプト上見ればわかるので）が記載してあれば，内視鏡所見の別途記載は必要ないのではないでしょうか（平成25年６月14日付，厚生労働省保険局医療課通達「疑義解釈資料その14」にあるとおり）。各県の状況をお聞かせください。

《回答》

検査日と適応病名があれば認める：５（長崎，熊本，福岡，佐賀，大分）

所見・結果が必要：２（鹿児島，沖縄）

《コメント》

検査日と適応病名があれば内視鏡所見の別途記載は必要ありません。

【9】ヘリコバクターピロリ菌除菌後の除菌成否の確認検査時のPPI使用（鹿児島）

《提案要旨》

本県社保では，以前は全ての検査法に対して，静菌作用のあるPPI製剤は投与後４週以上経過していることが必要としてきたが，今回静菌作用を受けない「抗体測定」については，PPI投与中でも認めることになった。他県での状況はいかがでしょうか。

《回答》

認める：５（長崎，福岡，鹿児島，宮崎，沖縄）

認めない：３（熊本，佐賀，大分）

《コメント》

ヘリコバクター・ピロリ（Hp)抗体測定については，日本ヘリコバクターピロリ学会による「ヘリコバクターピロリ感染の診断と治療のガイドライン2009年改訂版」に，PPI投与中であっても有用であるとされており，本県では国保・社保ともPPI投与中のHp抗体測定を認めています。

【10】入院時ルチン感染症検査について（宮崎）

《提案要旨》

入院時には感染対策の意味もあり，HBｓ抗原，HCV抗体，梅毒検査がルチン検査として行われています。貴県では，この他にHTLV-1抗体，HIV抗原などの感染症検査を認めておられますか?

《回答》

HTLV-1抗体，HIV抗原検査は総ての県で認めていません。

《コメント》

当県でもAIDS患者が増加傾向にありますが，ルチン検査としては認められません。

【11】エリスロポイエチン製剤の適応病名について（佐賀）

《提案要旨》

エリスロポイエチン製剤の適応症は，「腎性貧血」である。しかし，佐賀県では「慢性腎不全」＋「腎性貧血」の病名が無いと査定される。「慢性腎臓病」＋「腎性貧血」でも査定される。この製剤の適応病名に対する各県の対応をお伺いしたい。

《回答》

「慢性腎不全」＋「腎性貧血」が必要：３（長崎，福岡，沖縄）

「慢性腎不全」＋「腎性貧血」にHb，Cre，GFRの記載を求める：１（佐賀）

「腎性貧血」＋「慢性腎機能低下が分かる病名」が必要：３（鹿児島，宮崎，大分）

「慢性腎臓病」＋「腎性貧血」ではHb値Cre値の記載を求める：１（熊本）

《コメント》

慢性の腎機能低下がわかる病名が必要です。

【12】亜鉛欠乏症の病名でのプロマック投与（宮崎）

《提案要旨》

胃潰瘍病名無く，亜鉛欠乏症の病名でプロマック投与を認めていますか？

《回答》

認める：２（長崎，大分）

認めない：３（熊本，福岡，鹿児島）

「味覚障害」の病名は認める：２（佐賀，沖縄）

《コメント》

「味覚障害」の病名で認めます。

【13】非結核性抗酸菌症に対する薬剤について（福岡）

《提案要旨》

非結核性抗酸菌症に対する適応抗菌剤は抗結核薬及びマクロライド系抗菌薬のみです。しかしながら，一般的に，非結核性抗酸菌症に対しては抗結核薬，マクロライド系抗菌薬，ニュキノロン系抗菌薬が使用されています。福岡県国保では，レボフロキサシンを原則認めておりません。各県ではどのように対応されていますか？

《回答》

認める：０

コメントが必要：５（長崎，鹿児島，宮崎，沖縄，大分社保）

認めない：３（熊本，佐賀，大分国保）

《コメント》

原則認めないが，非結核性抗酸菌症に対してレボフロキサシンを使用せざるを得ない症例があることは確かであるので，必要理由の記載を求めること等によって，査定していないのが現状です。

【14】潰瘍性大腸炎等に対する治療薬の投与法について（熊本）

《提案要旨》

潰瘍性大腸炎，クローン病および関節リウマチに対する維持療法レミケード点滴静注用100の投与間隔は８週間となっていますが，８週間ごとの投与では効果が減弱する場合があります。その場合は，６週間での投与を認めていますか？

また，潰瘍性大腸炎に対するアサコール錠とペンタサ錠もしくはペンタサ注腸の併用投与を認めていますか？

《回答》

●レミケード点滴静注の効果減弱例に対する６週間ごとの投与について

認める：３（長崎，福岡，沖縄）

詳記が必要：３（鹿児島国保，宮崎社保，大分社保）

詳記があれば7週間は認める，６週間は認めない：２（鹿児島社保，佐賀社保）

認めない：３（佐賀国保，宮崎国保，大分国保）

●潰瘍性大腸炎に対するアサコール錠とペンタサ錠の併用投与について

認めない：５（長崎，鹿児島社保，佐賀国保，宮崎，大分国保）

認める：４（福岡，鹿児島国保，沖縄，大分社保）

詳記があれば認める：１（佐賀社保）

●潰瘍性大腸炎に対するアサコール錠とペンタサ注腸の併用投与について

認めない：３（福岡，佐賀国保，大分国保）

認める：４（長崎，鹿児島，沖縄，大分社保）

詳記があれば認める：２（佐賀社保，宮崎）

《コメント》

基本的に適応・用法どおりです。やむを得ないと判断されるレセプトでは傾向的な投与期間の短縮でなければ認めており，詳記をお願いします。

アサコール錠とペンタサ錠の併用については基本的に認められませんが，アサコール錠とペンタサ注腸の併用投与は，詳記をお願いします。

【15】抗ウイルス剤（ゾビラックス，バルトレックス等）の投与日数について（沖縄）

《提案要旨》

口唇ヘルペス，単純疱疹，帯状疱疹に対するゾビラックス，バルトレックス錠等の抗ウイルス剤の投与期間については原則７日間まで投与（コメントがあれば10日間を限度に認める）可としています。また，血液疾患，免疫不全の場合は少量長期投与を可としているところですが他県の状況をご教示下さい。

《回答》

●口唇ヘルペス，単純疱疹

５日間：全県

●帯状疱疹

７日間：全県

●血液疾患，免疫不全の場合

性器ヘルペス発症予防には認めている：１（長崎）

免疫抑制剤使用の場合には認める：３（熊本，佐賀，宮崎）

７日間のみ：１（福岡）

認めている：１（沖縄）

合理的説明が必要：１（大分）

《コメント》

単純疱疹，帯状疱疹はそれぞれ５日，７日投与，それ以上の投与には詳記をお願いします。少量長期投与は骨髄移植後で免疫抑制剤投与中および多発性骨髄腫に対してベルケイド投与されている場合は認めていますが，数ヶ月以上古い病名では査定することもあります。

【16】リリカカプセルの取り扱いについて（沖縄）

《提案要旨》

現在，効能・効果では，①神経障害性疼痛，②線維筋痛症に伴う疼痛となっておりますが，特に神経障害性疼痛が病名の場合，これが症状名であることから，そのほかに原疾患病名（例：帯状疱疹後神経痛，頚椎症性神経根炎等）の記載が必要との専門科の審査員から指摘があり，一部返戻等で対応しているようです。しかし，審査員間で対応が統一されていないのが現状であります。他県の状況をご教示下さい。

《回答》

●神経障害性疼痛

原因疾患の病名が必要：５（長崎，熊本，鹿児島，佐賀国保，大分社保）

原因疾患の病名は不要：４（福岡，佐賀社保，宮崎，大分国保）

●線維筋痛症

原因疾患の病名は不要：全県

《コメント》

当県では神経障害性疼痛の病名のみで，原因疾患が記載されていなくても査定はしていません。

【17】シスタチンCについては早期の腎機能障害の診断に有用とされているが，慢性腎臓病，腎不全の病名がついた症例での算定について（大分）

《回答》

慢性腎臓病では認めない：１（熊本，宮崎）

慢性腎臓病で認める：２（長崎，福岡，鹿児島{初診時のみ}，大分）

慢性腎不全では認めない：３（長崎，熊本，宮崎，大分社保）

慢性腎不全では認める：４（福岡，鹿児島{初診時のみ}，大分国保）

取り決め無し：５（沖縄）

《コメント》

シスタチンCは早期腎障害診断に有用ですので，明らかに腎不全とわかる病名があるときには認められません。

【18】アルブミンやガンマグロブリンなど血液製剤の使用基準，詳記の必要性などについてどのように周知されているか。末期患者，高齢者（90歳以上）での使用での基準の有無について（大分）

《回答》

末期患者，高齢者の使用基準は設けていない：全県

《コメント》

アルブミンやガンマグロブリンなど血液製剤の使用基準などは宮崎県医師会保険診療の手引きで周知しています。末期患者，高齢者(90歳以上)での使用基準は設定していません。

【19】「禁忌」の取り扱い（鹿児島）

《提案要旨》

添付文書上，「禁忌」とされる表現に，「次の患者には投与しないこと」と明記しながら，但し書きがあり，条件によっては，禁忌事項から「除外する」とされる薬品や，レセプトに禁忌に該当する傷病名が記載されながら，具体的な診療の存在しない場合など，審査員により対応が異なることがある。その対策のひとつとして，本県社保では，糖尿病の患者で，すでにARBやACE阻害剤が使用されており，ラジレスを併用した場合は，血圧のコントロール困難などのコメントがある場合は，減点しない，という合議を行った。他県の状況はいかがでしょうか。

《回答》

禁忌薬については原則禁忌で取り扱われていますが，詳記があるなどの場合には医師の裁量権範囲として認めています。

《コメント》

当県でも禁忌であっても一律に査定することはしていません。禁忌とされる疾患が，重症あるいは活動性があると判断されたときには査定としています。

【20】PPI製剤について（鹿児島）

《提案要旨》

「維持療法を必要とする難治性逆流性食道炎」やタケプロンとネキシウムしか適応のない「NSAID及び低用量アスピリンによる胃潰瘍・十二指腸潰瘍の再発抑制」に対する処方について，（１）１回ずつの処方日数の上限の設定，（２）再発抑制目的での使用において，タケプロンのジェネリックの使用について認めているかについて，貴県の対応はいかがでしょうか。本県社保では，長期もジェネリックも可としています。

《回答》

１）取り決め無し：全県

２）認めている：６（長崎，熊本，佐賀社保，宮崎，沖縄，大分）

適応のない薬剤は認めない：２（福岡，佐賀国保）

《コメント》

当県では（１）１回ずつの処方日数の上限の設定はせず，（２）タケプロン（15）のジェネリック製剤の使用も認めております。

各郡市だより

宮崎市郡内科医会だより

今，全国的に地域医療問題に対する取り組みが各地でなされています。宮崎県でも地域医療の崩壊が懸念されるとして，2013年「地域医療を守り育てる条例」が施行され，夜間休日のコンビニ受診問題やかかりつけ医の重要性，医師の育成，確保等に言及しています。また，宮崎市でも医療提供体制将来構想策定委員会において，「夜間急病センターは北米ＥＲ型救急医療を目指すべき」との答申が出されているそうです。

そうなれば，我々内科開業医としては願ってもないことですが，では，その当事者となる救急医は誰がなるのかが危惧されます（まさか我々内科開業医が担当するのではないと思いますが…）。現在の医師不足，開業内科医の高齢化は深刻化してきており，現実的には４～５年先には現在の急病センターシステムのままでは運営は困難になりそうです。新医師会病院設立までに，何らかの対策がとられることを願いたいと思います。

平成26年７月～12月までの講演会は以下の通りです。

《共催》

○平成26年９月13日（土）

「認知症とその周辺

～認知症の早期発見に向けて～」

医療法人慶明会　けいめい記念病院

副院長　岡原　一徳　先生

○平成26年11月14日（金）

「２型糖尿病患者の予後を考えた最適な降圧治療を探る」

坂出市立病院糖尿病内科

部長　大工原裕之　先生

○平成26年11月18日（火）

「糖尿病治療の新展開

～ SGLT-2阻害剤をどう使うか～」

帝京大学医学部　教授　山内　俊一　先生

《後援》

宮崎県腹部超音波懇話会

・８月30日（土）

・10月25日（土）

・11月15日（土）

・12月27日（土）

（文責：山下　政紀）

都城市北諸県郡内科医会だより

年とるほど時間が経つのが速く感じられるとよく言いますが，しみじみと実感する昨今です。多くの分野が確実にデジタル化されて便利になったと思う反面，アナログの世界にしがみついています。例えば厚労省からの通達，アンケート等がメールで送られ，後で返事の催促が郵便でくる事が度々あり若い事務員に依頼し対応するなど，自分の勉強不足で世の流れについていけなくなっています。

さて都城地区は，新しい医師会病院は順調に工事が進んでいるようで，この会報が発行される時期には完成の報道が流れていると思

いますが，休日も夜間も問わず交渉で動き回っている執行部関係者に頭が下がる思いです。講演会は毎月開催していますが，新しくセミナーや各研究会も立ち上がり参加者は分散し減少傾向にありますが，会員の交流の場にもなり，楽しく運営させていただいています。平成26年下半期の講演会の内容は以下の通りです。

○平成26年７月22日（火）
「糖尿病治療の新展開
―SGLT2阻害剤の適正使用を考える」
九州大学
先端融合医療レドックスナビ研究拠点
教授　井口登與志　先生

○平成26年８月29日（金）
「進化するパーキンソン病の治療戦略」
鹿児島大学大学院　医歯学総合研究科
神経内科・老年病学
講師　大窪　隆一　先生

○平成26年９月29日（月）
「気管支喘息治療における
SMART療法の有用性」
長崎大学大学院　医歯薬学総合研究科
展開医療科学講座　呼吸器病態制御学
講師　尾長谷　靖　先生

○平成26年10月24日（金）
「２型糖尿病の薬物治療－SGLT2阻害薬への期待 最新の話題も含めて―」
医療法人社団高邦会　高木病院
内科部長（糖尿病代謝内分泌）
小野　恭裕　先生

○平成26年11月11日（火）
「排尿障害治療について
～BPH/OABをどう診るか？～」
社会医療法人同心会　古賀総合病院
泌尿器科　部長　南口　尚紀　先生

○平成26年12月15日（月）
「高血圧診療と研究の最近の話題」
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

先日，新聞に「延岡市の人口12.7万人，65歳以上の老年人口3.8万人，構成比30.3％」と，報じられていました。

老人が増えれば，医療の需要が増加するのは当然かも知れません。

延岡市医師会員160名，90近い医療機関，内科系約40施設（内科医会員約50名）があります。医師数が不足しているのか否かは，日々医院にて診療しているだけの私には分かりかねますが，延岡市は「医師の高齢化と小児科，内科医が不足している」と判断し，全国の市町村で初めて「地域医療を守る条例」を制定しています。この条例の中に，条件を満たせば，新規開業に小児科で1,000万円，他の診療科は500万円を補助する制度もあります。

陸の孤島と言われて久しい延岡ですが，今年度中に東九州道の宮崎―大分間も開通し，交通の便は良くなります。

我と思われる方，どうぞ延岡で開業，勤務されてみては如何でしょうか？お待ち申し上げております。

下半期の講演会は以下のとおりです。

○平成26年７月４日（金）
「肝疾患領域におけるトルバプタンの治療経過及び使用成績」

宮崎医療センター病院
消化器・肝臓病センター
副部長　坂元　秀壮　先生

○平成26年８月22日（金）
「認知症の薬物療法について
－どの様な患者にどの様な薬剤を使うのか－」
上野公園病院　診療部長
大神　博央　先生

○平成26年８月29日（金）
「ERCP・EST ～失敗例を中心に」
熊本市医師会ヘルスケアセンター
所長　明石　隆吉　先生

○平成26年９月５日（金）
「尿酸と血管内皮機能」
広島大学原爆放射線医科学研究所
教授　東　　幸仁　先生

○平成26年９月26日（金）
「糖負荷試験からみた２型糖尿病の病態と治療戦略」
宮崎大学医学部内科学講座
神経呼吸内分泌代謝学分野
講師　迫田　秀之　先生

○平成26年10月10日（金）
「Genotype2型Ｃ型肝炎に対する当科での知見」
宮崎大学医学部内科学講座
消化器血液学分野
助教　岩切　久芳　先生
「Ｃ型肝炎の最新治療について」
宮崎大学医学部内科学講座
消化器血液学分野
講師　蓮池　　悟　先生

○平成26年10月24日（金）
「県北地区における地域連携報告
～不整脈疾患における連携～」
千代田病院　循環器内科
部長　小宮　憲洋　先生
「心房細動における抗凝固療法の重要性」
宮崎大学医学部内科学講座
循環体液制御学分野
助教　井手口武史　先生
「宮崎における脳外科医と心原性脳塞栓症」
宮崎大学医学部臨床神経科学講座
脳神経外科分野
講師　横上　聖貴　先生

○平成26年10月31日（金）
「心臓手術の術後管理における
トルバプタンの使用とその効果」
県立延岡病院　心臓血管外科
医長　児嶋　一司　先生
「水利尿薬トルバプタンの今まで、現在、
そしてこれから」
日本大学医学部　内科学系循環器学
助教　加藤真帆人　先生

○平成26年11月７日（金）
「２型糖尿病治療の新しい流れ」
社会医療法人同心会　古賀総合病院
名誉院長　栗林　忠信　先生

○平成26年11月14日（金）
「Active Lifeへのおもてなし～喘息偏～」
広島アレルギー呼吸器クリニック
院長　保澤総一郎　先生

○平成26年11月21日（金）
「日本人高血圧症の傾向と対策
～JSH2014改訂から考える～」
大阪大学大学院　医学系研究科
特任准教授　勝谷　友宏　先生

○平成26年11月28日（金）
「難治性高血圧への対応と糖尿病領域の最近の話題」
社会福祉法人恩賜財団　済生会富田林病院

循環器内科　部長　甲斐　達也　先生

○平成27年１月23日（金）

「血管を護るための波動制御

～ Beyond The B G 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

（文責：岸　　重雄）

日向市東臼杵郡内科医会だより

今期は，多くの感染症に関するニュースが紙面を賑わしました。国内では，70年ぶりに東京代々木公園を訪れた人を中心に，デング熱を発症した感染者が160人にも上りました。国外においては，西アフリカで拡大したエボラ出血熱の患者が18,000人を超し，死亡者も6,500人を超えるなど深刻な事態となりました。年末には，身近な延岡市北川町の養鶏場で，高病原性鳥インフルエンザが発生するなど，気がかりな事態もありました。防疫作業に従事された方々への感染が無いことを祈るばかりです。

以下，７月から12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26年７月15日（火）

「当院におけるアジルサルタンの使用経験」

高千穂町国民健康保険病院　内科

押方　慎弥　先生

「24時間血圧管理の重要性」

遠賀中間医師会おんが病院

吉田　哲郎　先生

○平成26年７月19日（土）

【平成26年度心臓検診委員会講演】

「致死性不整脈を知ろう」

宮崎大学医学部附属病院

小児科　病院教授　高木　純一　先生

○平成26年８月29日（金）

【第29回日向地区急性期医療連携検討会】

「心臓血管外科領域の急性期医療について」

県立延岡病院　心臓血管外科

部長　早瀬　崇洋　先生

○平成26年10月８日（水）

「HBV再活性化における当院の対策」

宮崎大学医学部内科学講座

消化器血液学分野　山田　優里　先生

「これからのＣ型肝炎治療について」

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26年10月30日（木）

「気管支喘息治療におけるSMART療法の有用性」

長崎大学大学院　医歯薬学総合研究科

展開医療科学講座　呼吸器病態制御学

講師　尾長谷　靖　先生

○平成26年11月12日（水）

【ひむか感染症研究会】

「最近の呼吸器感染症，疾患の見分け方」

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26年11月21日（金）

「肥満２型糖尿病をどう治療していくか

～ SGLT2阻害剤をどう使いこなすか～」

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26年12月２日（火）

「動脈硬化の治療」

Ｔsukasa　Health Care Hospital

内科部長　枇榔　貞利　先生

（文責：今給黎　承）

児湯内科医会だより

このところ診察の際，患者さんの行動で当惑することが多くなっています。特に血圧を測るとき衣服の袖をまくり上げないで上肢を差し出してくる方が多いのです。薄い衣類が１枚ぐらいだったらともかく，何枚も重ね着した腕を出してくる方もいますし，中には上着のままの方もいらっしゃいます。コロトコフ音によく注意すれば聞こえなくもないですが，できれば衣擦れなどに邪魔されずしっかりと聴診したいものです。胸部の聴診でも同様で，上着を来たまま，さあどうぞとばかりに胸を張られても困惑してしまいます。いったいいつ頃からこんな風になってしまったのでしょうか。市販の血圧計ではシャツ１枚を着たまま測っている風景を見たことがありますが，この測り方の延長でしょうか。聴診の特異性は低いとはいえ，内科では聴診器で診断できる部分もまだまだたくさんあります。皆さんはどうお考えでしょうか。

さて，児湯医師会は前回の報告から２回講演会を実施しました。いずれの回も多くの会員にお集まりいただき，大変盛会でした。

○平成26年９月16日（火）

【第６回児湯内科医会学術講演会】

「糖尿病に対するトータルマネージメント

～ SGLT2阻害剤の使用を含めて～」

宮崎大学医学部内科学講座

神経呼吸内分泌代謝学分野

上野　浩晶　先生

○平成26年11月18日（火）

【第７回児湯内科医会学術講演会】

「日常診療での血液腫瘍

ーいつ血液専門医に相談するかー」

社会医療法人同心会　古賀総合病院

松岡　　均　先生

（文責：大森　史彦）

西都市西児湯内科医会だより

当医師会副会長，松本英裕先生のご尽力で多職種間の連携に力を入れています。

行政も多職種間での協議会など，開催してくれますが，平日の昼間（診療時間帯）に行われる為，開業医はなかなか参加できません。

内科医会の講演会はオープンで行っており，歯科医師・薬剤師・看護師・理学療法士・場合によって市の職員の方々など多くの方に参加して頂いています。

平成26年に内科医会が主催・共催した講演会は以下の通りです。

○平成26年３月６日（木）

「これからの地域医療連携

～求められる多職種連携～」

県立日南病院　医療管理部　医療連携科

部長　木佐貫　篤　先生

○平成26年７月15日（火）

「最近の糖尿病治療の目標

～治療法の変化～」

医療法人社団紘和会　平和台病院

名誉院長　中村　周治　先生

○平成26年10月６日（月）

「顎骨壊死の現状と対策」

宮崎大学医学部感覚運動医学講座

顎顔面口腔外科学分野

准教授　山下　善弘　先生

「骨粗鬆症に対する考え方
～整形外科の立場から～」
上山整形外科クリニック
院長　上山　裕史　先生
御講演頂きました先生方，ありがとうございました。

（文責：黒木　重晶）

南那珂内科会だより

慌しい師走選挙も終わり新年を迎えました。今年も少子高齢化に伴うさらなる人口減少が問題となり，医療も大きな変革期を迎えています。

日南市は在宅医療を推進するために「在宅医療･介護連携ネットワーク構築モデル事業」のモデル地区に指定され，在宅医療・介護に関わる多職種間の情報共有ネットワークを構築し平成27年度中に運用を開始する予定で，多職種を交えた協議会を立ち上げ課題解決に向けた検討を行っています。これからの基盤つくりが大変だと思われます。

さて平成26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26年９月16日（火）
「喘息診療の肝」
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　原永　修作　先生

○平成26年10月17日（金）
「低血糖を生じさせない糖尿病治療戦略」
独立行政法人地域機能推進機構
熊本総合病院糖尿病センター
部長　関上　泰二　先生

○平成26年11月６日（木）
「内科医のための認知症治療の留意点」
医療法人慶明会　けいめい記念病院
副院長　岡原　一徳　先生

（文責：山口　幹生）

西諸内科医会だより

今年は11月末より列島に寒波が押し寄せ，例年より冬季の訪れが早く霧島連山並びに，ひなもり岳に12月初旬には初冠雪を観ました。

今季は10月より，新たに高齢者肺炎球菌予防接種が一部公費負担で各医療機関で接種可能になりました。もちろん，対象者は年齢指定があります。その影響で当地区医療機関では，インフルエンザウイルス予防接種との併用接種を希望する高齢者が来院され，平年より接種者がかなり多いようです。そろそろ，インフルエンザの流行期に入りますので地区住民の皆様に，また日常生活での感染予防指導も必要かと思います。

さて，下半期の当内科医会の合同講演会は以下の通りでした。

○平成26年８月29日（金）
「SGLT2阻害剤への期待と課題」
光川内科医院　院長　光川　知宏　先生

○平成26年９月29日（月）
【西諸循環器疾患カンファレンス】
「狭心症患者の外来マネージメント」
鹿児島大学大学院　心臓血管・高血圧内科学
助教　内匠　拓朗　先生
「心房細動後のカテーテルアブレーション」
鹿児島大学大学院　心臓血管・高血圧内科学
講師　桶谷　直也　先生
「高血圧・弁膜症・心不全

・肺高血圧領域における病診連携の展望」
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26年10月10日（金）
「高血圧治療Up-Date
高血圧治療ガイドライン2014の概要」
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26年11月27日（木）
「C型肝炎の新しい治療」
ひろの内科クリニック
院長　弘野　修一　先生

○平成26年12月18日（木）
「糖尿病と肥満症の最新トピックス」
宮崎大学医学部神経呼吸内分泌代謝学
教授　中里　雅光　先生

（文責：宮崎　裕三）

西臼杵郡内科医会だより

21年ぶりの阿蘇山の噴火活動が続く中，西臼杵郡内の広範囲で降灰が確認されている。目立った被害はないものの家屋・車はもとより農業用ビニールハウスや野菜に灰が降り，農作物の出荷に影響が出始めており，農家は噴火活動による降灰の長期化に不安を募らせている。

年末から郡内でもインフルエンザA型患者が急増しており１月には警戒レベルを超える状況である。今年は小児より中高年，高齢者の発生が多く，80歳以上の高齢者は重症化しやすく早期診断・早期治療および予防対策は必須である。

さて，平成26年度の下半期の講演会は以下の通りです。

○平成26年７月17日（木）
「今日からわかる！パーキンソン病
～診断から治療までの最新の話題」
独立行政法人国立病院機構　熊本南病院
神経難病センター
栗崎　玲一　先生

○平成26年８月１日（金）
「２型糖尿病の新しい治療～ DPP4阻害薬とSGLT2阻害薬を上手に使うには～」
光川内科医院　院長　光川　知宏　先生

○平成26年９月18日（木）
「ピロリ菌のはなし　胃癌は感染症!? ～ピロリ菌発見の歴史から最新の話題まで～」
高千穂町国民健康保険病院　内科
主任医長　押方　慎弥　先生

○平成26年12月10日（水）
「心血管イベントの抑制を考慮した高血圧と脂質異常の治療法」
平光ハートクリニック
院長　平光　伸也　先生

（文責：佐藤元二郎）

原　稿　募　集

次の原稿締切は平成27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
採択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

昨今の輸入感染症の増加には目を見張るものがある。メキシコで2009年に発生した新型インフルエンザはパンデミックと大いに騒がれたが，予想が外れ関係者は皆胸を撫で下ろした。ヒトーヒト感染を起こす能力を持ったウィルスを新型インフルエンザと呼ぶが，今後新型に変異する可能性のあるインフルエンザ・ウィルスは少なくとも２種あると云う。鳥インフルエンザも日本各地で確認され，その都度殺処分が繰り返される。しかもほぼ同時に型の違うウィルスが侵入しており，目が離せない状況である。渡り鳥が運搬するので今後も止めようが無い。

2014年の９月に我が国でも発生したデング熱は大きく報じられ，騒ぎが収まったところへ，今度は非常に深刻なエボラ出血熱の感染拡大のニュースが出た。西アフリカの３カ国（シエラレオネ，リベリア，ギニア）を中心として大規模な発生を見て居り，今でも感染被害は止まらない（2015年２月現在患者数は推定23,200例，うち死亡数は9,300例）。接触感染で拡大するもので，現地では死者を弔う為に遺体に触る風習があり，これが感染に拍車を掛けた。幸い日本には未だ入っていないが，東京では患者がすり抜けた‘事件’があった。事前に症状がある人は届ける必要があるのに，その男性患者は町田市内の開業医を訪れ，風邪の診断で投薬を受けた。彼はその後，西アフリカに行って症状が出たと公的機関に電話で連絡したが，その開業医は後になって聞かされた。ここから急転直下，マスコミが嗅ぎつけ大騒ぎになって，本人は隔離されたが結局シロと分かってほっとした事例は記憶に新しい。

さて疑いのある患者が自院を訪れて来た場合を想定してみる。熱が出て来院するヒトは数多いが，症状だけではインフルエンザと区別が付きにくい。そこで海外渡航歴が重要となる。《西アフリカに行った事のある人は中に入らぬように》と云う注意書きを玄関に出したとしても，どの様な張り紙でも見ずに入ってくる患者の多さには閉口する。受付で‘そう言えば10日前にアフリカから帰って来た’と云う人は必ず現れる。すぐに保健所へ通報し，係官が持参した防護服を患者に着せ救急搬送するのだが，疑いのある患者の受け入れ先が宮崎県では未だ無い。施設が決まっていない県は全国に８県あるが，鹿児島も決まっていないので搬送先は熊本が最も近くなる。患者と判明した場合は全国45の医療機関で治療するが，宮崎県でも積極的な取り組みが為されていると聞く。

シエラレオネ，リベリア，ギニア，及び近隣のコンゴからの入国者数は年間計850人ほどで，成田からの入国が７割を占める。普段一般開業医が準備すべきものは何であろうか？汚染物は直接触れずに，消毒後廃棄処分とするのが基本。その吐物などを処理する次亜塩素酸（５%塩素系漂白剤）は必須となる。その他，マスク，手袋などを常備する。流行すれば防護服の着替えは毎日になろうが，現在品薄で揃えるのは困難であり，当面は保健所に頼るしか無いかも分からない。

最後にエボラ出血熱の症状を列記する。発熱（89%），頭痛（80%），脱力感（66%），めまい（60%），下痢（51%），腹痛（40%），以下咽頭痛，嘔吐などとなる。熱の無い人は空港で感知器を通過する可能性が高く，潜伏期間には２～21日間と開きがある。日頃から予診の際には，海外渡航歴を尋ね記載する事が必須となる。パンデミックになった時の状態を想像するのは苦痛だが，目を覆うだけでは解決しない。

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　　小　牧　　斎
編集人　　宮　永　省　三
印刷所　　愛文社印刷所