

## 第 59 回地区医師会連絡協議会



宮古地区医師会 会長 竹井 太



平成 30 年 1 月 20 日（土）、「第 59 回地区医師会連絡協議会」を宮古地区医師会が担当し、宮古島市上野「ホテルブリーズベイマリーナコンベンションルーム」にて開催させていただきました。

本協議会は各地区医師会が持ち回りで担当し、年に一度、県医師会、各地区医師会の役員の方々が一同に会し親睦を深め、各地区医師会での最近の諸問題を共通認識の下に協議するために開催されています。

会議は 17：40 から会長会議を行い、定刻の 18：00 から本会下地晃の司会で会を執り行いました。開会の辞を副会長下地輝子が、続き竹井が開会の挨拶をさせていただきました。

今回当医師会からは、宮古島の健康阻害問題であるアルコール飲酒について本会副会長岸本邦弘が「宮古地区における特定健診時の AUDIT 調査報告」という演題で講演（資料添付）

を行ないました。宮古島の現状と今後の課題を提示させていただきましたところ、先生方から多くの意見を頂戴することができました。感謝申し上げます。

その後、この度の協議会議事進行を竹井が担当し、今回事前準備しておりました各地区から提案された以下の 2 議題について協議を行っております。

議題 1：宮古・八重山地域における糖尿病医療提供体制の充実に向けて（南部地区医師会）

議題 2：各地区の個別予防接種の単価設定について（中部地区医師会）

詳細に付きましては別紙をご参照ください。

今回の協議会も、例年通り各地区医師会から活発なご意見、検討審議をしていただくことが出来たこと、改めてお礼申し上げます。糖尿病医療提供体制の充実については、地域差を

配慮し糖尿病療養指導士の増員と養成が急務であること、個別予防接種の単価設定については各地区医師会の認識を一致させるが肝要であることなどが確認されました。

今協議会の終わりにあたり、沖縄県医師会長安里哲好先生より協議会に対する総括を、また、次年度協議会担当の南部地区医師会長 名嘉勝男先生より、協議会開催予定とご挨拶をいただき、本会副会長 岸本邦弘が閉会の挨拶を述べ、協議会を終了いたしました。

協議会終了後は、親睦を深めるため交流会を行いました。その場でも、協議会では時間の関係で行えませんでした各地区の課題について、ご参加いただきました各先生方同士で盛んにご討論頂いていたようでした。

この度は、遠路宮古島まで足をお運び頂きありがとうございました。不慣れなホストで行いました協議会ではありましたが、大幅に討議時間が延長した会議にも関わらず、多岐にわたる実りの多い議論ができましたこと、楽しんでいただけた交流会、心配しておりました翌日の天候も先生方の熱気で爽やかな陽射しに恵まれたゴルフができたこと、これらはひとえに参加された先生方のご協力の賜物と感謝申し上げますと共に、心より御礼申し上げます。またしばらくは宮古島での開催はございませんが、次回開催時にもよろしくご指導賜ればと思います。たんでいがあんでい。(宮古の方言で、ありがとうございます。)

宮古地区医師会一同

**宮古地区における特定健診時のAUDIT 調査報告**

**副会長 岸本邦弘 (きしもと内科医院)**

医師が行う日常診療においては、多くの疾患で治療の目標となる数値の基準がもうけられている。例えば、糖尿病治療ではヘモグロビンA1c (HbA1c) を7%以下にしよう、高血圧治療するなら血圧を135/85 mm Hg以下にしようなどである。数値を設定することで医師と患者

の双方向のコミュニケーションが図りやすくなる。また設定された基準に向かって「実際にやった結果がこうだから次はこうしよう」と医療が目に見える形で評価可能となり、目標達成への動機づけにもなりやすい。

さて、宮古地域は沖縄県の中で、肥満、高血圧、飲酒運転、配偶者に対する暴力など飲酒関連問題の発生頻度が高い地域として知られている。これまで行政ならびに多くの医療機関は、それらの問題解決に向けさまざまな取り組みを図っているがその成果は十分なものとは言い難い。その要因はさまざまであろうが、飲酒関連問題はリスク要因が発現してから疾病発生までの発症予測・一次予防が困難であり、また疾病発生後に無症状時の早期発見・二次予防も遅れがちになることもあげられよう。

具体的な例をあげれば、飲酒習慣のある検診または外来受診者(以下受診者)で肝機能異常や肥満、高血圧を有する者に「飲みすぎないようにしよう。」と、医師が一方向的に対応し、受診者が現在どのような状態にあり、今後どのような状態に推移していくのかについて、受診者自身にもわかりやすい基準がなかったのである。そのため飲酒関連の問題を数値化し可視化するための方法が求められていた。

今回このような基準の設定ツールとしてAUDITの利用を検討してみたところ、有用性が示唆される結果が得られたので報告する。

AUDITとは、Alcohol Use Disorders Identification Test:(アルコール使用障害特定テスト)の略語であり、問題飲酒の早期発見のためにWHO(世界保健機構)が作成したスクリーニングテストである。テストは自記式で10項目からなり、各項目の回答に従って0点から4点の点数が付与される。テスト全体では最低が0点、最高が40点である。AUDITの合計点数が8点以上を問題飲酒者といい、15点以上は問題飲酒者の中でも、アルコール依存症が疑われるとしている。

はじめに、平成26年6月に当院外来を受診した約1,000名にAUDIT調査を行なったとこ

ろ、アルコールの問題飲酒者（AUDIT8点以上）はそうでない者（AUDIT7点以下）と比べ、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、高尿酸血症、肝機能異常などを有する頻度が高かった。また宮古地区の伝統的な飲酒習慣（オトーリ）を有する群においてその関連が顕著であった。

これを受けて、平成27年、28年の特定健診受診者約900名にAUDIT調査を行ったところ、アルコールの問題飲酒者（AUDIT8点以上）はそうでない者（AUDIT7点以下）と比べ、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、高尿酸血症、肝機能異常などを有する頻度が高くなっており、オトーリをする群においてその関連が顕著であった。

平成23年度に琉球病院の福田らは、特定健診時に調査したAUDITの9点群と10点の群を比較し、AUDIT点数が1点増加するだけで高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、高尿酸血症、肝機能異常を有するオッズ比が2～6倍も増加することを報告している。

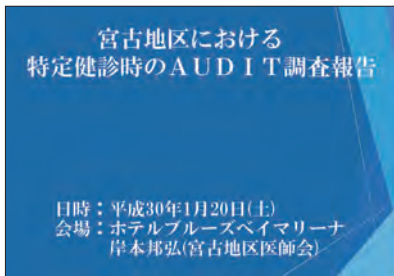
問題解決の基本は、まず始めに起こりうるあるいは起きている事実（問題）を把握することにある。今回の特定健診時のAUDIT調査により宮古地域の伝統的な飲酒習慣（オトーリ）がいわゆる生活習慣病と大いに関連することが示唆された。このことはオトーリをすることの本来の意義を考えるためにもまた、現在のオトー

リのあり方そのものについて考えるための判断材料になると思われる。さらに、AUDITは、受信者自らが飲酒関連の問題の可視化を図れるため、その問題のリスク要因が発現してから疾病発生までの発症予測・一時予防の指標として活用できると思われる。したがって、宮古地区の個々人がそれぞれのAUDIT点数を減らすため努力を図りながら、それを地域全体へと浸透させていくことにより、宮古地域の飲酒関連問題の解決につながるものと思われる。

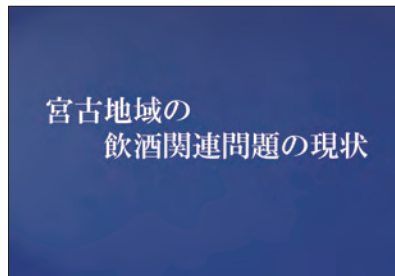
注) オトーリとは、宮古島で行われる飲酒の方法。（風習）。車座になって泡盛を飲む宴会での方法。参加者で「親」となるものが口上を述べた後、隣の参加者に自分が飲み使用したのと同じ杯に酒を注ぐ、注がれたものはその杯を飲み干す。それが、一巡すると「親」の隣の参加者が、新しい「親」となり、同じように口上を述べたあと、隣の参加者へと杯が続いていく。

起源は、16世紀頃に琉球王国の領地内で流行した中国式の乾杯。当時、庶民には貴重品で、量の少ない泡盛を宴会の参加者に均等に分けるために行われた。この16世紀頃の流行が、御嶽での祭祀（航海安全祈願など）の中に取り入れられ現代まで残ったと考えられている。

協議会当日に使用したスライドを掲載します



1



2

	宮古地域	沖縄県
平均寿命	宮古島市 男性：75.0歳（県内ワースト1位） 女性：86.2歳（県内ワースト2位） 多良間村 男性：79.0歳 女性：86.8歳	男性：79.4歳 女性：87.0歳
BMI (25以上)	男性：49.3% 女性：36.3%	男性：43.6% 女性：32.4%
高血圧	保健指導判定者 男性：52.1% 女性：34.9% 受診指導判定者 男性：6.4% 女性：3.4%	保健指導判定者 男性：33.2% 女性：19.2% 受診指導判定者 男性：4.9% 女性：2.1%

3



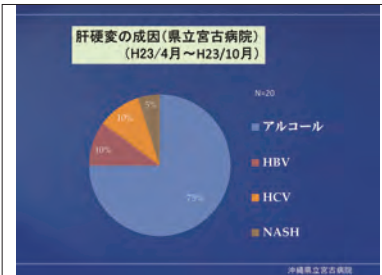
### 宮古地域のアルコール関連問題の現状②

(知花ら作成より引用)

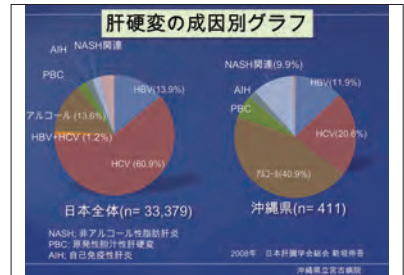
	宮古地域	沖縄県
飲酒運転検挙数 (H24年度)	107件 人口千対 約2.0件	1,435件 人口千対 約1.0件
路上寝通帳件数 (H24年度)	730件 人口千対 約13.8件	8,702件 人口千対 約6.3件
通行人数に占める飲酒運転者の割合 (H20~24年)	7~15%	4%
飲酒者暴力に際する相談 (H23年度)	188件 人口千対 約3.7件	2,428件 人口千対 約1.7件

※平成24年度の相談総数は137件、うち飲酒関連は50件(37%)

4



5



6

## なぜ宮古地域はアルコール関連問題が多いのか?

7

はじめに  
平成25年9月、宮古市福祉保健所の知花らは、運転免許更新受講者1620名に対し、アルコール依存症のスクリーニング法のAUDIT(アルコール使用障害特定テスト)を用いて宮古地域の飲酒の実態調査を行い、他地域に比べ多量飲酒者と問題飲酒者が多いという報告をした。  
今回われわれもAUDITを用いて飲酒調査を実施。多量飲酒、問題飲酒のオトローとの関連および疾患との関連について検討を試みた。

8

調査期間  
平成26年5月20日から6月20日  
調査対象  
外来を受診した20歳以上の患者998名  
調査項目・方法  
AUDIT(アルコール使用障害特定テスト)用紙に自己記入方式で回答

9

### AUDITとは

Alcohol Use Disorders Identification Test (アルコール使用障害特定テスト)の略語  
問題飲酒(アルコール依存症)の早期発見のため、WHOが作成したスクリーニングテスト。  
テストは自記式で10項目からなり、各項目の回答にしたがい0点から4点の点数が付与される。テスト全体では最低が0点、最高が40点。

10

11

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) とは

- あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか?  
0. 飲まない 1. 1ヶ月に1度以下 2. 1ヶ月に2度~4度 3. 1週に2~3度 4. 1週に4度以上
- 飲酒するとき通常どのくらいの量を飲みますか?  
ただし、日本酒1合=2ドリンク ビール大瓶1本=2.5ドリンク ウイスキー水割りダブル杯=2ドリンク 焼酎お濁り杯=1ドリンク ワイングラス1杯=1.5ドリンク 泡盛(25度)1合=3.4ドリンク  
0. 1~2ドリンク 1. 3~4ドリンク 2. 5~6ドリンク 3. 7~8ドリンク 4. 10ドリンク以上
- 1週に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか?  
0. ない 1. 1ヶ月に1回未満 2. 1ヶ月に1回 3. 1週に1回 4. 毎日又はほとんど毎日

12

4. 過去1年間に飲み始めると止められなかったことがどのくらいの頻度でありますか?  
0. ない 1. 1ヶ月に1回未満 2. 1ヶ月に1回 3. 1週に1回 4. 毎日又はほとんど毎日

5. 過去1年間に、普通だと行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか?  
0. ない 1. 1ヶ月に1回未満 2. 1ヶ月に1回 3. 1週に1回 4. 毎日又はほとんど毎日

6. 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をしなければならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか?  
0. ない 1. 1ヶ月に1回未満 2. 1ヶ月に1回 3. 1週に1回 4. 毎日又はほとんど毎日

13

7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか?  
0. ない 1. 1ヶ月に1回未満 2. 1ヶ月に1回 3. 1週に1回 4. 毎日又はほとんど毎日

8. 過去1年間に、飲酒のために前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか?  
0. ない 1. 1ヶ月に1回未満 2. 1ヶ月に1回 3. 1週に1回 4. 毎日又はほとんど毎日

9. あなたの飲酒のために、あなたや他の誰かが怪我をしたことがありますか?  
0. ない 2. あるが、過去1年間にはなし 4. 過去1年間にあり

10. 両親や親戚、友人、医師あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか?  
0. ない 2. あるが、過去1年間にはなし 4. 過去1年間にあり

14

### AUDITスコアの解釈

AUDITスコア	判定	対応
0~7	問題飲酒ではないと思われる	普及啓発(適正飲酒・酒害等)
8~14	問題飲酒ではあるが、アルコール依存症までは至っていない	減酒支援
15~40	アルコール依存症が疑われる	相談機関につなげる

※ 他種飲文化により50~60は異なる。  
※ 上記の基準は18歳以上の若年者における飲酒および依存の実態とその首肯に関する調査結果に基づき作成。(知花ら作成より引用)

15

### 問題飲酒者とは

AUDITスコア 8点以上の人

### アルコール依存症との関連を考慮する

16

### 多量飲酒とは

1回の飲酒で純アルコール60g (6ドリンク)以上飲酒すること  
泡盛(25度) 1.8合、ビールジョッキ3杯、日本酒3合以上  
2013年: 979万人(厚生労働省調べ)  
(アルコール依存症予備軍)  
純アルコール10g=1ドリンク  
※健康上の一日の基準量20g、高血圧、糖尿病、60歳以上では10g

17

### アルコールの種類とアルコール量

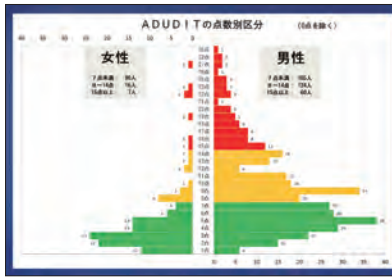
- 泡盛(25度) 1合=3.4ドリンク
- 日本酒(15度) 1合=2ドリンク
- 焼酎お濁り1杯=1ドリンク
- ビール大瓶1本=2.5ドリンク
- ワイイングラス1杯=1.5ドリンク
- ウイスキー水割りダブル1杯=2ドリンク

18

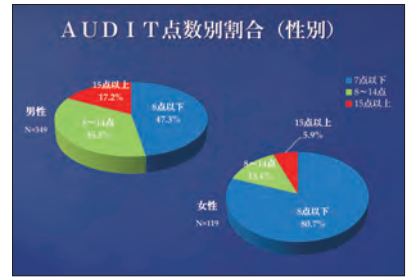


結果・考察

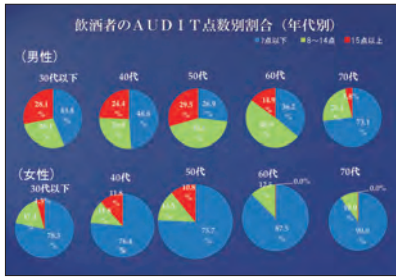
19



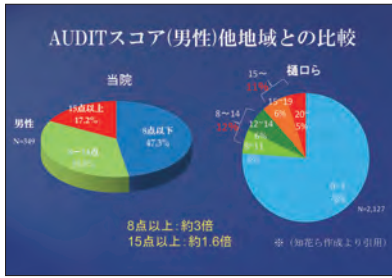
20



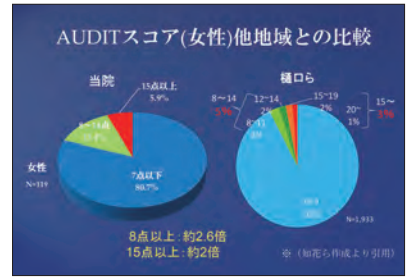
21



22



23



24

結果・考察(1)

1. 宮古地域では男性は女性に比べてAUDIT 8点以上の問題飲酒者が多い
2. 問題飲酒率は男性では50代が64%、40代51.2%、30代以下47.4%、60代48%であった
3. 他地域と比べて男女とも問題飲酒者が多い

25

なぜ宮古地域でAUDIT 8点以上の問題飲酒者が多いのか？

↓

宮古地域にあって他地域にないもの？

↓

オトリーという飲酒方法？

26

オトリー (御通り)

宮古島で行われる飲酒の方法。(風習)  
 単座になって泡盛を飲む宴会の方法。参加者が「親」となるものが口上を述べた後、隣の参加者に自分が飲み使用したのと同じ杯に酒を注ぐ。注がれたものはその杯を飲みます。それが、一巡すると「親」の席の参加者が、新しい「親」となり、同じように口上を述べたあと、隣の参加者へと杯が続いていく。  
 起源は、16世紀頃に琉球王国の領地内で流行した中国式の乾杯。当時、産民には貴重品で、量の少ない泡盛を宴会の参加者に均等に分けるために行われた。  
 この16世紀頃の流行が、御蔵での祭祀(航海安全祈願など)の中に取り入れられ現代まで残ったと考えられている。

27

飲酒者のオトリーの有無

	オトリーあり	オトリーなし	総計
男	254	95	349
女	17	102	119
総計	271	197	468

28



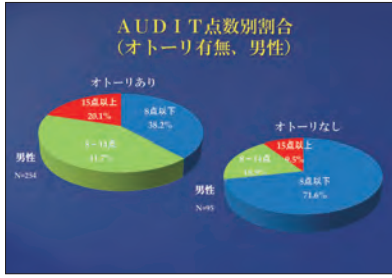
29



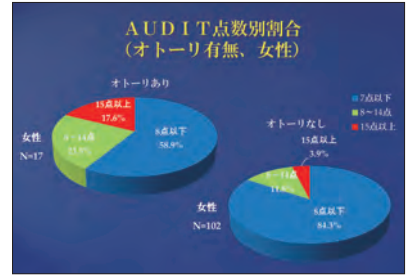
30



31



32



33

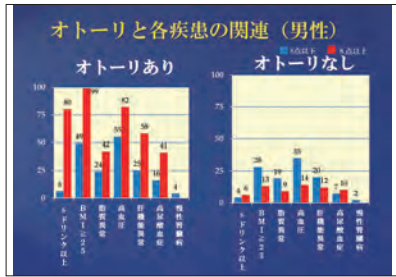
### 結果・考察(2)

オトリーは問題飲酒者の増加との関連が示唆される

34

### オトリーと疾患との関連?

35



36

### 特定健診時のAUDIT調査

37

#### 調査期間

①平成27年4月1日から平成28年3月31日  
②平成28年4月1日から平成29年3月31日

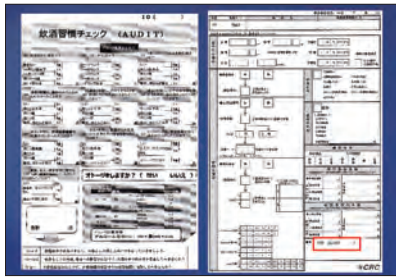
#### 調査対象

上記期間に特定健診を受けた者  
①871名  
②872名

#### 調査項目・方法

AUDIT(アルコール使用障害特定テスト)用紙に自己記入方式で回答

38



39

#### AUDITの点数別人数、割合 (平成27年度)

	男	女	総計		男	女	総計
0点	67	416	483	0点	19.3%	79.5%	55.5%
8点以下	155	88	243	8点以下	44.5%	16.8%	27.9%
8点-15点	95	14	109	8点-15点	27.3%	2.7%	12.5%
15点以上	31	5	36	15点以上	8.9%	1.0%	4.1%
総計	348	523	871	総計	100.0%	100.0%	100.0%

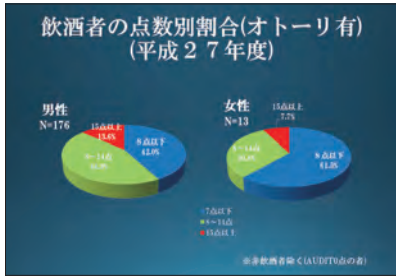
40

#### 飲酒者のオトリーの有無(性別) (平成27年度)

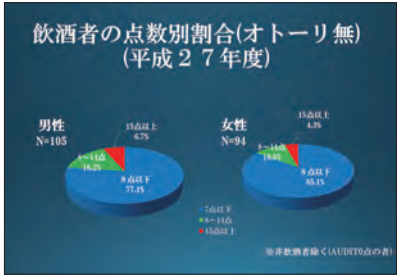
	オトリーあり	オトリーなし	総計
男性	176	105	281
女性	13	94	107
総計	189	199	388

※非飲酒者853名除く(AUDIT点)

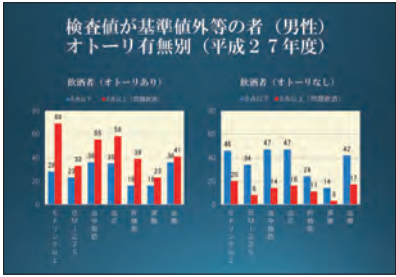
41



42



43



44

#### AUDITの点数別人数、割合 (平成28年度)

	男	女	総計		男	女	総計
0点	84	398	482	0点	23.3%	77.9%	55.3%
8点以下	158	98	256	8点以下	43.8%	19.2%	29.4%
8点-15点	96	14	110	8点-15点	26.6%	2.7%	12.6%
15点以上	23	1	24	15点以上	6.4%	0.2%	2.5%
総計	361	511	872	総計	100.0%	100.0%	100.0%

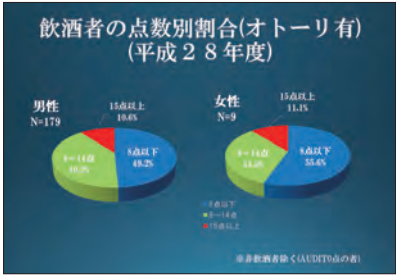
45

#### 飲酒者のオトリーの有無(性別) (平成28年度)

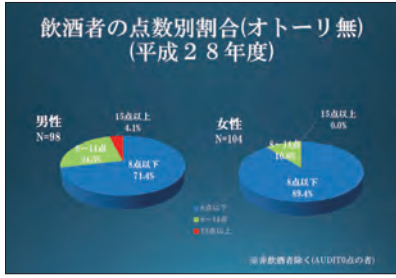
	オトリーあり	オトリーなし	総計
男性	179	98	277
女性	9	104	113
総計	188	202	390

※非飲酒者853名除く(AUDIT点)

46

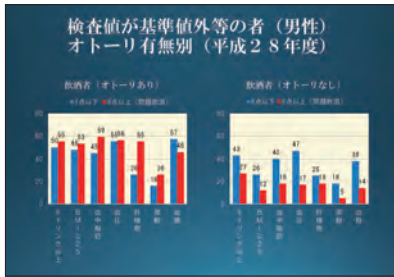


47

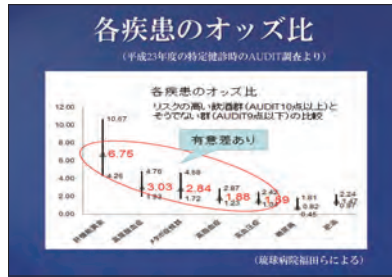


48





49



50

まとめ

1. 特定健診時のAUDIT調査で問題飲酒を早期に把握できる可能性がある
2. 宮古地区における問題飲酒はオトーリとの関連が示唆される
3. オトーリの飲酒習慣は肥満、脂質異常、高血圧、肝機能異常などとの関連が示唆される
4. 宮古地区の健康維持・増進のためにはオトーリの飲酒習慣の改善が求められる

51



52

結論

1. AUDITにより問題飲酒者と判定されかつオトーリをする者は大量飲酒、肥満、脂質異常、高血圧、肝機能異常、高尿酸血症との関連が高いことが示唆された
2. 特定健診時にAUDITを行うことは、生活習慣病などの一次および二次予防に有用である可能性がある

53

この調査結果は、下記 URL からご覧いただけます。※パスワードあり  
[http://miyakotikuishikai.org/59th\\_document/](http://miyakotikuishikai.org/59th_document/) password : 59miyako\_474ishikai

議 題

宮古・八重山地域における糖尿病医療提供体制の充実に向けて --- 南部地区医師会

提案趣旨 (提案内容)

現在第7次沖縄県医療計画が策定中であるが、その一環として糖尿病対策分野計画も策定を行っている。必要な医療機能の確保には十分なりソースを必要とするが、以下の表に示す通り圏域別糖尿病医療従事者数には大きな偏りがあり、特に宮古・八重山地域ではその不足が顕著である。糖尿病対策計画には初期・安定期治療を担う一次治療機関(かかりつけ医)には質の高い糖尿病医療を提供する観点から、各医師会が実施する研修会等への参加が要件となることが盛り込まれる見込みである。同様に従来より糖尿病療養指導士の更新にも研修会への参加が必要である。

そこでリソースの偏りを少しでも是正するための対策が必要と思われるが、各地区医師会のご意見を伺いたい。

圏域別医療従事者数

	沖縄県					
		北部	中部	南部	宮古	八重山
1 糖尿病内科医(代謝内科)	48	1	9	38	0	0
2 糖尿病専門医	53	1	9	43	0	0
3 糖尿病療養指導医	53	1	8	44	0	0
4 腎臓専門医	63	3	17	42	0	1
5 糖尿病療養指導士	232	8	83	131	5	5
6 糖尿病認定看護師	9	0	4	5	0	0
7 歯周病認定・専門医	6	0	1	5	0	0
8 糖尿病協会歯科医師登録医	27	0	11	16	0	0

1. H26年医師・歯科医師・薬剤師調査
2. 一般社団法人日本糖尿病学会認定 (2017年7月時点データ)
3. 公益社団法人日本糖尿病協会認定 (2017年8月時点データ)
4. 一般社団法人日本腎臓学会認定
5. 日本糖尿病療養指導士認定機構データ (2016年6月時点、医療施設従事者数)
6. 公益社団法人日本看護協会 (2017年8月時点データ)
7. NPO日本歯周病学会
8. 公益社団法人日本糖尿病協会認定 (2017年8月時点データ)

<意見・回答>

○北部地区医師会

北部地域では、地理的不利、人的不利もあり他地区への医療提供は困難である。

北部地域での糖尿病医療の取り組みとして2カ月に1回、沖縄県からの予算を活用し勉強会を開催しており、参加者のほとんどは市町村の保健師が占め、熱心に毎回参加して頂いております。また、糖尿病療養指導士の「L-CDE」が、年々数は増えておりますが、医師不足の為、活躍する場が少ないのが現状となっております。

現在、沖縄県の方で県立北部病院と北部地区医師会病院の統合案（基幹病院構想）が協議されておりますが、北部地区での医師数の充実に繋がっていただければと期待しております。

北部地区管内L-CDE取得者数推移

	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
合格者数	19人	19人	8人	10人	23人
累計者数	19人	37人 ※1	45人	55人	78人

1.平成26年に1人退職

○中部地区医師会

中部地区医師会では、平成19年度より沖縄県の地域医療連携体制推進事業の補助を受け「中部地区糖尿病標準治療推進委員会」を設置し、糖尿病診療に関わる多くの講演会や症例検討会を企画し、糖尿病非専門医及び医療スタッフを主な対象として標準化治療の推進を行って参りました。その結果、現在では「糖尿病の初期・安定期治療」を担う医療機関は40施設（7病院、33診療所）となっております。今年度で11年目を迎えるにあたり、「中部地区医師会糖尿病医療ネットワーク委員会」へと名称を改め、更に幅広く多職種（新たに養護教諭・介護関係者等）にも参加を呼びかけ活動を展開し、安心・

安全、質の高い医療を地域住民へ提供すべく、関係機関の連携を目指し活動しております。

提案趣旨にもございますように、圏域別糖尿病医療従事者数には大きな偏りがあります。宮古・八重山地域の糖尿病医療従事者数を増やす対策として、日本糖尿病協会（日糖協）「登録医・療養指導医制度」【資料①】及び「沖縄県地域糖尿病療養指導士（OCDEL）」【資料②】の活用を提案いたします。OCDELの全県下における資格取得者数は、この5年間で500名を超えております。今後、宮古・八重山地域における日糖協登録医・療養指導医およびOCDELの資格取得希望者を増やすため、また、既に資格を有している方々が資格を更新しやすくなるための環境整備について検討する必要があるのではないかと考えております。

日本糖尿病協会登録医・療養指導医制度【資料①】  
【日本糖尿病協会登録医】

登録医は、日糖協に入会し、月に10人以上の糖尿病患者さんを診察している医師であれば、糖尿病を専門としていなくてもなることができる。

(要件)

- ・ 10人以上/月の糖尿病患者を診察していること
- ・ 日糖協の会員になること
- ・ 登録料15,000円

(有効期限)

- ・ 5年間（5年ごとに会員資格確認と登録医証の更新がある。）

※会員資格確認……日糖協の会員であること。月に10人以上の糖尿病患者さんを診察していること。

【療養指導医】

≪昇格審査≫

登録医として登録をされた医師の方は、2年後に療養指導医への昇格審査を受けることができる。

対象者には更新時期の2ヶ月前に審査書類をお送りする。更新の要件は以下の5点。



(要 件)

- ・ 患者、コメディカル、医療事務スタッフ等、原則として10人以上を組し、糖尿病教室等の啓発活動を実施・糖尿病講習会受講2回+「糖尿病療養指導のためのDM Ensemble」年間購読/2年
- ・ チーム医療の実践
- ・ 他医療機関との連携体制の確立
- ・ 審査料10,000円

《療養指導医の更新手続き》

登録医から療養指導医に昇格をされた医師の方は、5年後に更新の手続きが必要となる。対象者には更新時期の2ヶ月前に審査書類をお送りする。更新の要件は以下の2点。

(要 件)

- ・ 5年間で10回以上の糖尿病講習会受講
- ・ 更新料5,000円

※日本糖尿病学会の専門医の資格をお持ちの方は、日糖協会員資格のある限り自動的に療養指導医となる。更新手続きも不要。

【歯科医師登録医】

日糖協および日本歯科医師会の会員で、日糖協の認定研修を修了した医師は歯科医師登録医になることができる。歯科医師登録医の有効期限は5年間で、要件を満たせば更新することができる。

(要 件)

- ・ 日本歯科医師会の会員であること
- ・ 日糖協の会員になること
- ・ 登録申請料12,000円
- ・ 歯科医師登録医認定解答用紙の提出 (DVD/テキストを見て解答)

第二次医療圏ごとの沖縄県地域糖尿病療養指導士数【資料②】

圏域名	市町村名	人数	圏域名	市町村名	人数
北部保健医療圏 1市1町7村	名護市	44	南部保健所医療圏 5市5町6村	那覇市	111
	国頭村	0		浦添市	49
	大宜味村	1		糸満市	21
	東村	0		豊見城市	15
	今帰仁村	0		南城市	6
	本部町	10		西原町	22
	伊江村	5		与那原町	11
	伊平屋村	0		南風原町	21
	伊是名村	0		渡嘉敷村	0
	中部保健医療圏 3市3町5村	宜野湾市		30	座間味村
沖縄市		79		粟国村	1
うるま市		27		渡名喜村	0
恩納村		8		南大東村	0
宜野座村		2		北大東村	0
金武町		8		久米島町	3
読谷村		4	八重瀬町	4	
嘉手納町		4	宮古保健所医療圏 1市1村	宮古島市	4
北谷町		8		多良間村	0
北中城村		14	八重島保健所医療圏 1市2町	石垣市	10
中城村	10	竹富町		1	
			与那国町	0	
			所属先記入なし		18
			合計		551

沖縄県地域糖尿病療養指導士受験要項（平成29年度受験要項ホームページより引用）

1. 受験資格

(1) 沖縄県在住の方で糖尿病療養に関わるすべての職種

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、臨床検査技師、理学療法士、臨床工学技士、健康運動指導士、臨床心理士、介護福祉士、介護士、歯科衛生士、作業療法士、言語聴覚士、ケースワーカー、義士装具士、シューフィッター、助手業務、医療事務、医師事務作業補助者、等

(2) 申込締切日までに日本糖尿病協会「本部会員」もしくは沖縄県糖尿病協会「友の会会員」であること（必須）

(3) 沖縄県地域糖尿病療養指導士会主催の基礎講習会（平成30年度は7月に予定）を受講者した者

※現在、日本糖尿病療養指導士（CDEJ）の資格をもっている者は試験が免除されます。

2. 申込方法

受験希望者は受験申込書をダウンロードし、必要事項を記入の上、FAX番号、Eメールアドレスは受験申込書に記載しています。受験資格(1)(2)を確認できた受験者には、後日「受験票」を送付します。

※日本糖尿病協会会員であることが受験資格の必須条件です。まだ会員でない方は申込締切日までに入会する事が必要です。入会が確認された方から受験申込書を順位受け付けます。

※受験者定員（80名）に達した場合は申込を締め切らせていただきます。

管理栄養士・栄養士の日糖協入会の詳細については

栄養士会 HP → 事業部会案内 → 日糖協沖縄県栄養士部会 → 入会案内 → 入会届 PDF とお進み下さい。

(1) 受験料 2,000 円

当日、会場受付にてお支払い下さい。つり銭のないようにご用意下さい。

※基礎講習会受講料 2,000 円が別途ございますのでご注意ください。

(2) 受付期間

平成29年5月15日(月)～平成29年5月31日(火) → 平成30年度はこれから決まります

3. 基礎講習会および試験

場 所：沖縄県医師会 大ホール

日 時：平成29年7月9日（日曜日）

受付開始 9時30分

基礎講習会 10時00分～15時00分

認定試験 15時15分～16時00分

定 員：受験者 80名 ※基礎講習会のみを受講も可能です。（定員 50名）

基礎講習会受講料：2,000 円（当日、会場受付にてお支払い下さい）

※なるべくつり銭のないようにご用意下さい。

認定試験について

1. 認定試験問題は、選択問題（原則として当日の講義内容から出題）と論述問題（OCDELの資格を取得した後、どのような仕事や活動をして行きたいと考えているかを述べる）から構成されます。

2. 当会規程の点数を取ることができれば「合格」、取ることができなければ「不合格」と判定します。

なお、論述問題で白紙回答をした場合は「不合格」とします。

1. 試験の合否は10日以内に当会ホームページで発表します。

2. 当日は筆記用具（鉛筆、シャープペンシル、消しゴム、ボールペンなど）を持参して下さい。

3. 試験中はスマートフォン等の使用は控えて下さい。

4. 更新の手続き

1) 有資格状態を維持するためには、5年に1回更新の手続きを行う必要があります。



- 2) 当会で認定した CDEL に適した勉強会や講習会（1 点～3 点/回）に「参加証」を保管する（5 年間で 5 点）
- 3) OCDEL 会が推薦する地域活動（1～3 点/回）に参加し、個人で「参加証」を保管する（5 年間で 5 点）
- 4) 更新するには 2) かつ 3) の条件を満たすことが必要  
 ※ (2)、(3) については <http://mywork.sakura.ne.jp/WoradPress/?p=663> を参照下さい。

5. お問い合わせ

下記をお願いします。  
 沖縄県地域糖尿病療養指導士会事務局  
 琉球大学医学部第二内科 メールアドレス：  
[okinawalcde@yahoo.co.jp](mailto:okinawalcde@yahoo.co.jp)

○浦添市医師会

浦添市医師会では、平成 26 年度より「沖縄県糖尿病医療連携体制推進事業」の一環として、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士向けに糖尿病療養指導研修を開催しており、1 回あたり平均 60 名～80 名程度の参加があり、「認定更新のための研修会」としても大変有意義な機会を提供しております。

また、昨年（平成 28 年度）には「糖尿病、ほうっておいたらタイヘンさあ～」と題して地域住民向けの市民公開講座を開催いたしました。

今後も地域で働く糖尿病医療従事者の確保に資する取り組みを図っていきたいと考えているところです。

一方、本日の提案事項となっております、宮古・八重山地域における糖尿病医療提供体制につきましても、示された圏域別医療従事者数の表にもありますとおり、沖縄本島圏域に比べ大きな偏りがあるものと認識しているところです。

安定的な糖尿病医療を提供するにあたっては、まずは宮古・八重山地域におきましても専門医をはじめ糖尿病療養指導士の人材の確保

が望まれるところだと思っておりますが、地理的な条件もあり、沖縄本島圏域並みの人材を整備・確保することは簡単ではないものと推測いたします。

今後の宮古・八重山地域での糖尿病医療提供体制の構築に向けては、地域関係者との連携を図りながら、沖縄本島圏域の糖尿病専門医や糖尿病療養指導士の派遣により、当会の開催しているような糖尿病療養指導研修の開催機会を持ち、地域に従事する糖尿病医療従事者の養成を行う取り組みが望まれるかと思っております。

また、研修会への講師の人選や派遣にあたっては、地理的な理由から宮古・八重山の研修会場への直接的な派遣が難しい場合には ICT を活用して沖縄本島と先島地域を中継して研修会もしくは症例検討会等を開催する方法なども得策かと考えます。

次年度からスタートいたします第 7 次沖縄県医療計画におきましても、糖尿病医療提供の連携体制の構築や、医療従事者の養成・確保についての現状と課題および施策の方向性が打ち出されているところですので、沖縄県をはじめ沖縄県医師会ならびに各地区医師会においても宮古・八重山地区における地域偏在および診療科偏在の現状課題を共有のうえ、解決に向けた取り組みを考えていく必要があるものと思っております。

○那覇市医師会

近年新規の糖尿病治療薬の開発が進み、通院中の糖尿病患者の血糖コントロールは改善していることが那覇市のデータでも明らかになっている。かかりつけ医において対応できるケースが増えていると考えるが、インスリンが必要な糖尿病患者（I 型糖尿病を含む）などに関しては可能であれば専門医の定期診察が望ましいと考える。しかし、北部、宮古、八重山においてはリソースが足りない現状があり、その点を考慮した当該地域での研修会の開催（医師、コメ

ディカル対象)が必要と考える。また、上記のような患者がその他の地域の専門医等に受診した際には、各地域の実情を踏まえた対応(かかりつけ医との併診を含めた連携等)をすることが求められていると考える。

○宮古地区医師会

我が国は、糖尿病2,000万人時代に突入しており、今や、糖尿病対策は国家的な重要課題となっています。特に沖縄県、宮古島は糖尿病が多く、重症化も多い地域であり、平均寿命順位も下がり続けています。沖縄県、沖縄県医師会も重点的に取り組んでいるようですが、明らかな成果はまだ出ておりません。今後も全県的な取り組みが求められます。

沖縄県医師会、各地区医師会の役割が大きいことは言うまでもありませんが、沖縄県、各自治体、経済界、各種団体、教育委員会などとの連携も重要になってきます。「社会経済的に不利な層ほど、健康状態が悪いと同時に、そのような人たちほど検診を受診していない」という現実があります。特定健診の受診率をあげる、医療機関への早期受診を勧める、治療中断患者をなくす、社会への啓発活動、小中高での健康教育、医学教育、なども長期的な今後の課題となります。

さて、そういった中での今回の提案事項は宮古地区医師会にとっても重要であり、本協議会において、県医師会、各地区医師会からの多くの知恵をお借りしたいと思っています。

\*現在、宮古地区は糖尿病初期治療に関わっている医療機関が県立宮古病院をはじめ、13医療機関あります。その他、眼科、整形外科の診療所でも糖尿病患者さんとのかかわりがあります。今後、質の高い糖尿病医療を提供するという観点で、宮古地区医師会の先生方の意見を下記に列記します。

1. 糖尿病専門医を定期的(年3~6回)に招き、講演会を開催。参加を強く要請。
2. Web講演会を利用し、定期的に勉強会に参加する。

3. 重症化予防のため、糖尿病専門医、腎臓専門医にマニュアル作成(コントロール不良群をどの時点で(宮古病院へ)紹介するかなど)を依頼する。

4. 宮古病院に糖尿病専門医、腎臓専門医、糖尿病療養指導士を常駐させる。

5. その他

協議会での議論を期待いたしております。

○八重山地区医師会

八重山地域において糖尿病患者や高齢者の増加に伴い、血液透析患者が増加し地域内の透析ベッドが不足すると懸念されている。

糖尿病医療提供体制の構築により糖尿病合併症の予防や重症化を防ぐためには、専門医だけではなく、糖尿病を熟知した看護師、管理栄養士、運動療法士によるきめ細かな指導が必要である。糖尿病医療従事者が少ないため、そのシステム作り自体が進んでいない。

圏域別医療従事者数によると北部地区、宮古・八重山地区の糖尿病医療従事者数は明らかに少ない。それらの地域では慢性的に医療従事者全体が著明に不足しているのが原因であり、沖縄県全体の医療従事者の偏在問題を対策しない限り、糖尿病医療提供体制の充実は困難と考える。

**各地区の個別予防接種の単価設定について**

**--- 中部地区医師会**

**提案趣旨(提案内容)**

中部地区においては、個別予防接種の単価設定については、管内9市町村の予防接種担当課で組織する「中部保健衛生事務研究会」と年に数回協議を行い、委託料単価を決めているのが現状です。

本会としては、本来、その協議の場においては、予防接種率向上に向けて各自治体との話し合いの場として協議を行いたいのですが、毎年、委託料単価折衝に時間を割いていることから、今回、各地区における個別予防接種委託料金の単価設定やその設定根拠を確認し、その中から



最も整合性のある価格を将来的に沖縄県全体での統一単価として決められれば、その問題が解決され、更に他地区との相互乗り入れ等も今以上に円滑に実施されると考えますが、このことについて各地区医師会は、どのように考えているか、ご教示願いたい。

<意見・回答>

○北部地区医師会

北部地区での個別予防接種単価設定は、薬品会社より各ワクチンの見積りを取り、直近の診療報酬点数を加えて単価を出します。その後、相互乗り入れを見据えて隣接する地区との価格差を確認し、理事会の承認を経て最終の単価になります。

もし、可能でしたら提案趣旨にもありましたが、沖縄県全体での統一単価が望ましいと思います。ただし、法的に問題が無いかが不安です。

○中部地区医師会

平成6年10月の予防接種法の改正後、これまでの集団予防接種から「かかりつけ医の下での予防接種が望ましいとの事から」個別接種への移行が進められ、本会では平成7年度より個別予防接種（麻しん・DPT1期）を皮切りに、実施主体である市町村と契約し実施しておりますが、その接種委託料金の交渉については、管内9市町村からなる中部保健衛生事務研究会との間で毎年のように行われており、各地区医師会も同様にその交渉には苦慮していると思われ、そこで今回、各地区の抱える共通の課題として、その解決策に向けて協議を行いたく議題として提案いたしました。

【中部保健衛生事務研究会からの質問事項に対する回答】

1) 生物学的製剤注射加算15点について、該当しない予防接種にも含まれており、ご検討願いたい。

回答) 生物学的製剤注射加算に該当しない予防接種は平成30年度より算出しません。

2) 同時接種について予診料を1つにできないか。

回答) それぞれ違う種類の予防接種であるので、個々に算定するのは妥当であると考えます。

3) 同じ種類の予防接種を複数回行う場合、1回目は初診料、2回目は再診料として実施できないか。

回答) 特に子どもたちの体調の変化は著しく毎回異なる。本会では、接種ごとに診療報酬の初診料に基づいて算定する方法は妥当だと考える。

4) 乳幼児栄養指導料（予防接種管理料）は必ず加算しなければならないのか、財政当局に説明できない。

回答) 乳幼児栄養指導料については、予防接種管理料（栄養指導も行う医師もいる。また、接種後の体調管理、スケジュール確認、医療事故があった際の対応等、医師の行う業務）として乳幼児栄養指導料を準拠とし算出している。

5) 予診料に消費税をかけるのはおかしいのではないか。

回答) 予防接種や健康診断等は自由診療であり、消費税がかかる。

尚、貴会との間では、毎年接種料の交渉や勉強会のみが行われておりますが、本来まず行うべきことは予防接種率向上についての協議、検討であると考えますので、その辺りについてもご検討いただきたく、宜しくお願い致します。

本会より上記のとおり見積書を提出したところ、去る11月22日、中部保健衛生事務研究会より書面にて、平成30年度予防接種委託料単価の見直しについての要望が下記の通りある。

【再検討を要望する主な理由】

① 年齢別での委託料算出を行った場合、事務の煩雑になるのは確実である。

② 事務の煩雑により、本業の業務である予防接種率向上に向けての接種勧奨が厳しくなる。

③ 委託料の価格が大幅に上がることにより、公費負担も限界となる可能性が高い。(大幅な財源の確保が必要となり、全額公費負担から一部公費補助へのシフト及び行政措置予防接種卵の廃止等)

以上の理由により、本来の予防接種率の向上から逆行しうる内容であるため、再度委託料単価の見直しについて検討していただきたく強く要望します。

※上記の要望を受け、本会において協議を行った結果、再度下記のとおり見積書を提出する。

-----中略-----  
 ※詳細の単価については各医師会事務局にお問い合わせ下さい

以上、これまでの接種料金の大まかな経緯について記載いたしました。その詳細等につきましては、協議会当日に口頭にて改めてご説明申し上げます。

○浦添市医師会

浦添市医師会においては、個別予防接種の単価設定については当然ながら浦添市当局との折衝により年度毎に単価設定を行っているところであり、他地区の単価も参考または勧告のうえ最終的な単価設定となっております。

本日提案のある沖縄県全体での統一単価の設定については、浦添市医師会としても賛同したいところではございますが、現状の単価設定のプロセスにおいては地区医師会と各自治体との個別折衝において決定されるものとなっております。統一単価の設定に関してはその決定プロセスの見直しが必要かと思われま。

今後、本格的に沖縄県全体での統一単価設定に向けての議論がなされるのであれば、第一義的に沖縄県当局と沖縄県医師会が主体となり協議されるべきものと考えております。

○那覇市医師会

以前より那覇市の予防接種委託料に関しては県内での相互の乗り入れを可能にするため委託料金の値上げに関して年に2回の実務者会議と4月に行われる医療協議会で那覇市と粘り強く交渉してまいりました。那覇市の人口は31万人であり中核市と位置付けられます。まず、平成24年に全国の30万都市の予防接種委託料を調べてもらい比較しました。30万都市であるのは12都市あり、その中で那覇市の接種料金は良くて7番目大部分が11番目の料金でかなり低く設定されていることが判明し、その事を説明させていただき、平成26年には翁長雄志前那覇市長に真栄田篤彦前那覇市医師会長と数名の理事で直接面会をさせていただき嘆願させていただきました。その結果凡そ平成30年には全島での相互乗り入れができる程の委託料にしてもらうということを確認しました。今年平成30年となります。2月の議会を経なければ最終決定とはなりません。これまでより相互乗り入れしやすい金額になるのではないかと考えております。

さて、これまで那覇市医師会の予防接種委託料推移の経緯について説明させていただきましたが、委託料算出に関しては中部地区の算出を基本に算出しております。これまでの交渉で一番の問題が予診料の算定時乳幼児育児栄養指導料の算定根拠がないということでした。幼児以上の子供も含まれるというのが市側の意見でしたが、前述の30万都市との比較からやはり低いと訴えらるとともに乳幼児育児栄養指導料を予防接種指導管理料と名称を改め同額130点で算定しております。粘り強く交渉することで那覇市側には一定の理解をしていただいております。

○南部地区医師会

1. 県内統一料金について

予防接種料金については、実施主体が市町村で、主に地区医師会が委託を受けているのが現状

です。現状のまま沖縄県内で統一料金にすると、地区医師会同士で、談合して料金を釣り上げたという解釈がなされ、独占禁止法違反になる可能性があります。県医師会が全市町村から一括で委託を受けるという方式であれば、統一料金は可能かもしれません。

2. 委託料金の設定について

診療報酬を基準にした料金設定になっていることが多いかと思いますが、予防接種は、一般診療とは異なる点が多々あり以下のような点を考慮した「定期予防接種料金」を別途設定する必要があります。逆に、下記のことのできる医療機関が、予防接種を受託できるものとする必要もあります。

適正な委託料金の算定根拠を検討するための前提として、予防接種にかかる業務内容を詳細かつ具体的に列挙し可視化する必要性がある。業務内容を整理、作業の流れに沿って記載する。

- 1) 接種日より前の業務として、①母子健康手帳での予防接種歴の確認、②予防接種の必要性の説明、③接種スケジュールの提案、④副反応や健康被害救済制度の説明、⑤保護者からの質問への対応、⑥ワクチンの納入と保管（温度管理も含む）、⑦接種日時の設定と予約。
- 2) 接種日の業務として、⑧接種該当者であることの確認、⑨予診票の記入及び確認、⑩重篤な副反応への薬品等の準備、⑪予診（予診票を用いた問診、診察、質問への回答等）、⑫接種の最終意志を署名にて確認、⑬ワクチン製剤の準備、⑭接種、⑮接種後の健康状態の観察、⑯記録（接種済証の交付又は母子健康手帳への記載）、⑰接種後の注意事項の説明、⑱次回の接種内容の提案と予約。
- 3) 接種日より後の業務として、⑲副反応への対応、⑳市町村への実施報告書と予診票の

提出、㉑予診票（控）と接種記録を記した診療録の保管。

- 4) 上に挙げたような、予防接種に直接関係する業務とは別に、予防接種を間違いなく安全に実施するための医療スタッフに対する教育や業務手順の検討、共有、確認などが必要な業務がある。また、複数ワクチンの同時接種においては、業務はより複雑となり、一層の正確性を担保するための対応が必要となる。健康被害救済制度の説明を除き、他の業務は同時接種で割愛できるものではない。

3. 相互乗り入れについて

現在、本島内は、地区医師会が、事務手続きを行っている関係で、相互乗り入れが行われていますが、宮古、八重山地区においては、地区医師会が事務手続きを行っていないため、相互乗り入れが難しくなっています。2地区医師会が関与すれば、統一料金でなくても相互乗り入れが可能です。

○宮古地区医師会

宮古地区では、個別予防接種の単価設定については、宮古島市から各予防接種料金の提示があり、理事会で承認し決定されます。宮古島市側は、各地区市町村の料金を参考にして提示していると思われるが、当地区医師会としては、折衝などで時間を要したことはここ数年ありません。他の地区市町村と比較し、若干安めの設定と思われますが、予診表チェックの手間、および、医師が実際に診察する時間を考慮すると、宮古島市が提示している「予診料及び手技料」の現在の価格は一般市民の感覚からすると妥当な値段と思われますが、来年度以降価格見直しも視野に入れております

統一価格については、各地区の地域性や、各地区市町村の財政状況や首長の考え方などもありますので、沖縄県全体での統一価格を設定するのは、難しいと思われます。



-----中略-----  
 ※詳細の単価については各医師会事務局にお問い合わせ下さい  
 -----

○八重山地区医師会

平成 21 年までは市保健センターでの集団接種と医療機関での個別接種が並行して行われていて集団接種の比率も高かったが、ヒブや肺炎球菌は行っておらず、またワクチン同時接種も行っていなかった。数年の間にほぼすべて個別接種へと切り替わった。

予防接種は乳幼児が多いので初診料 282 点 +6 歳未満加算 75 点 = 357 点を参考に 3,500 円前後での設定にし、それに消費税を加えた額を委託料としております。

MR2 期、日本脳炎、DT2 期などは同様の基準で乳幼児加算がないので 2,500 円前後という設定でした。

しかし、最近はワクチンの種類も増え、同時接種する機会も多く、3～4 本同時接種も上記の委託料をそれぞれ請求しています。学童期の児童の場合は 1 本が多く。医療機関としては 1 本のみの接種でも、医療的な事務的な煩雑さは大きく軽減するわけではないので学童期対象のワクチンだから委託料が低く抑えられてい

ることに根拠が乏しいということで、行政と交渉しすべてのワクチンを同程度まで引き上げました。

ヒブ、肺炎球菌の委託料の設定は、公費助成が始まった時ワクチン代を含めての委託料金設定で、その当時の他の自治体の委託料金を参考に決め、その後ワクチン代金を差し引いた委託料金になったためその他のワクチンとの差異が認められます。(引き下げで揃えるのを医師会側としては難色を示したので。)

BCG については接種時、摂取後の乾燥や注意点の説明などで人手を要するので少し高めの設定になるようにしてもらったため若干高めの委託料金設定になっております。

消費税についてはワクチン購入時や接種代金に対し消費税が課されるため、今後も消費税が変更になっていく可能性が高いので、その際に速やかに税率変更に対応できるように内訳として明確に消費税分として記載して委託料金を設定しました。

-----中略-----  
 ※詳細の単価については各医師会事務局にお問い合わせ下さい  
 -----

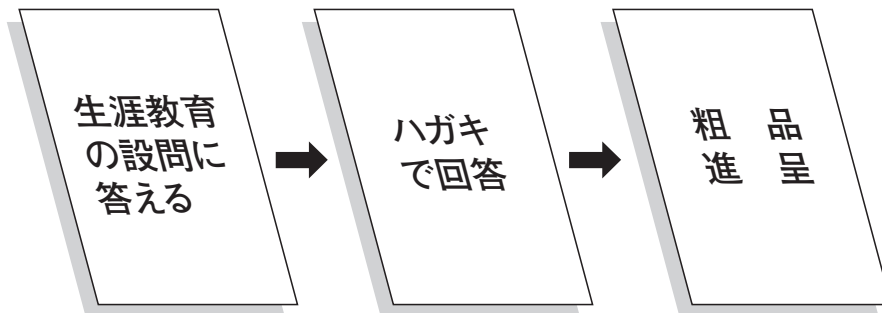


## 沖縄県医師会報 生涯教育コーナー

当生涯教育コーナーでは掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方の中で高率正解上位者に、粗品(年に1回)を進呈いたします。

会員各位におかれましては、多くの方々にご参加くださるようお願い申し上げます。

広報委員



●掲載論文を読み設問に答える

●県医師会にハガキで回答する

●高申告率、高正解率の方へ粗品進呈



# 当院における重症大動脈弁狭窄症に対する 早期治療成績

琉球大学医学部附属病院 第二外科 比嘉 章太郎

## 【要旨】

大動脈弁狭窄症は、人口の高齢化に伴い増加傾向にある疾患である。しかし高齢であることや耐術能の問題から手術適応があるにも関わらず経過観察されている症例が少なくないのが現状である。治療の低侵襲性が叫ばれる中、本邦においても2013年より経カテーテル大動脈弁留置術（Transcatheter aortic valve implantation：TAVI）が保険適応となり、すでに8000例を超える手術が実施され、安定した成績が報告されている。

当院でも2015年よりTAVIを開始し、症例を積み重ねているところである。本稿では大動脈弁狭窄症の手術適応やTAVIの最新の知見の紹介、および当院での成績を報告する。

## 【はじめに】

大動脈弁狭窄症（Aortic valve stenosis：AS）は大動脈弁の退行変性や先天性二尖弁大動脈弁、リウマチ・炎症性変化などによって大動脈弁の狭窄を生じる病態である。加齢により弁膜症の罹患率は上昇するため<sup>1)</sup>、近年の人口の高齢化に伴い、ASは増加傾向にある。

ASは、慢性的に左室へ圧負荷がかかる疾患である。長期間にわたり左室収縮能は維持されるが、左室は徐々に求心性肥大し、次第に拡張能が低下する。さらに病態が進行すると、左室収縮能の低下とともに左室は拡大する。特に高齢者では加齢の影響で心房細動を合併したり、虚血性心疾患を合併したりすることが多い。

ASの代表的な症状は胸痛、失神、心不全である。これらの症状が出現すると予後不良である。（図1）いったん症状が発現すると急速に進行すると言われており、症状発現後の2年生存率は50%であるとの報告もある恐ろしい疾患である<sup>2)</sup>。

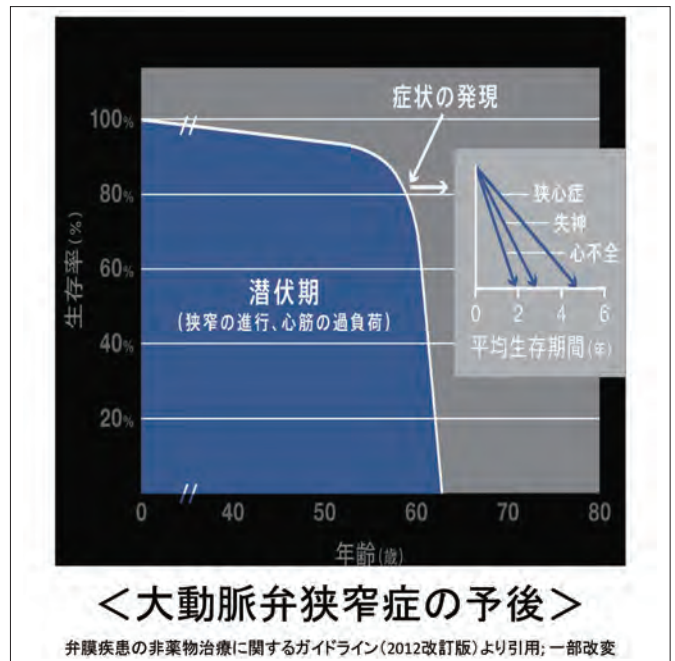


図1

一方、狭窄が重度でも、高齢化による活動性の低下で無症状なこともあり、無症候性症例の経過観察には注意が必要である。無症候性重度ASの突然死リスクは年間1%程度と報告されている<sup>3)</sup>。





一旦進行した AS を元に戻す薬物治療はない。症状に応じて対症的な内科治療が行われるが、至適時期に外科的治療を選択することが重要である。

**【AS の有病率】**

本邦における AS の有病率は確たるエビデンスが発表されていないが、欧州のエビデンスによると 75 歳以上の一般住民における AS 有病率は 12.4%、重症 AS の有病率は 3.4% に上る<sup>4)</sup>。したがって、沖縄県における 80 歳～94 歳の高齢者は 82,000 人に上る<sup>5)</sup> ことを考慮すると、AS の有病者は 10,000 人もおり、重症 AS は 2,800 人もいることになる。これまでは高齢であることや耐術能がないだろうという理由から、すべての症例が心臓血管外科に回ってくるわけではなく、内科をはじめ他科の先生方により日頃管理されているものと思われる。

**【AS の診断】**

AS は狭心痛、失神、息切れ・呼吸困難などの心不全症状、または検診や診察室での聴診における心雑音（第 2 肋間胸骨右縁から右頸部に放散する収縮期駆出性雑音）によってその存在が疑われ、非侵襲的な経胸壁心臓超音波検査で診断されるのが一般的である。

重症 AS に関する基準は、「弁膜疾患の非薬物治療に関するガイドライン（2012 年改訂版）」で、弁口面積 1.0cm<sup>2</sup> 未満、または弁口面積係数 0.6cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> と定義されている<sup>6)</sup>。（表 1）

**【AS の手術適応】**

「弁膜疾患の非薬物治療に関するガイドライン（2012 年改訂版）」では、症状を伴う高度 AS の症例および症状がなくとも左室機能が Ejection Fraction (EF) で 50% 以下に低下した症例はクラス I で大動脈弁置換術（Aortic valve replacement: AVR）が推奨されている<sup>6)</sup>。無症状であっても運動負荷により症状が出現したり血圧が低下する症例、同様に無症状であっ

ても弁口面積が 0.6cm<sup>2</sup> 未満であったり、大動脈弁通過血流速度が 5.0 m/s を超えるような超重症の症例はクラス IIb での推奨となる。（表 2）高齢者の場合は併存症によるデータベースから手術に伴うリスク評価（STS スコア、Euro スコア、Japan スコア等）、さらには本人の体力、家族や社会背景などを勘案しながら総合的に評価し、手術のメリット、デメリットを十分に考慮して適応を決定することとなる。

表 1

**＜大動脈弁狭窄症の重症度＞**

	軽度	中等度	高度
最高血流速度 (m/s)	< 3.0	3.0 ~ 4.0	≥ 4.0
平均圧較差 (mmHg)	< 25	25 ~ 40	≥ 40
弁口面積 (cm <sup>2</sup> )	> 1.5	1.0 ~ 1.5	≤ 1.0
弁口面積指数 (cm <sup>2</sup> /m <sup>2</sup> )	—	—	< 0.6

弁膜疾患の非薬物治療に関するガイドライン(2012改訂版)より引用; 一部改変

表 2

**＜大動脈弁狭窄症に対するAVRの推奨＞**

クラス I

- 1 症状を伴う高度 AS
- 2 CABG を行う患者で高度 AS を伴うもの
- 3 大血管または弁膜症にて手術を行う患者で高度 AS を伴うもの
- 4 高度 AS で左室機能が EF で 50% 以下の症例

クラス II a

- 1 CABG、上行大動脈や弁膜症の手術を行う患者で中等度 AS を伴うもの

クラス II b

- 1 高度 AS で無症状であるが、運動負荷に対し症状出現や血圧低下を来す症例
- 2 高度 AS で無症状、年齢・石灰化・冠動脈病変の進行が予測される場合、手術が症状の発現を遅らせると判断される場合
- 3 軽度な AS を持った CABG 症例に対しては、弁の石灰化が中等度から重度で進行が早い場合
- 4 無症状でかつ弁口面積 < 0.6 cm<sup>2</sup>、平均大動脈-左室圧格差 > 60 mmHg、大動脈弁通過血流速度 > 5.0 m/sec

クラス III

- 1 上記の Class II a 及び II b に上げられている項目も認めない無症状の AS において、突然死の予防目的の AVR

弁膜疾患の非薬物治療に関するガイドライン(2012改訂版)より引用

**【大動脈弁置換術】**

従来の SAVR (Surgical aortic valve replacement) は、胸骨正中切開を基本とし、体外循環下に上行大動脈を遮断、大動脈を切開し弁置換を行うもの



で、現在でも多くの施設で行われている。しかしながら、このような手術侵襲に耐えるのは70代から80代前半が限度であることが多く、80代後半の患者の多くは、手術前の脆弱性（フレイルティー：frailty）などにより手術不適当とされる症例が少なくない<sup>7)</sup>。

**【経カテーテル大動脈弁留置術】**

経カテーテル大動脈弁留置術（Transcatheter aortic valve implantation：TAVI）は経カテーテル的に大動脈弁を留置する新しい方法であり、胸骨切開や大動脈遮断、大動脈切開、人工心肺を必要としない極めて低侵襲な方法である。生体弁はステントと組み合わさって折りたたまれており、これをカテーテルにより弁輪部に挿入し、バルーンで拡張して固定する仕組みである。（図2）またバルーンで拡張しない自己拡張型のTAVI弁もある。1989年にHenning Andersen氏による動物実験成功を経て、2002年Alain Cribier氏により初めて臨床応用された<sup>8)</sup>。2007年EUで保険適応となり、2011年にはUSAで、2013年には日本でも保険適応となった。本邦においてもすでに8,000例を超える症例にTAVIが施行されている。（図3）

アプローチの方法は経大腿アプローチ（Transfemoral: TF）、経心尖アプローチ（Transapical: TA）が一般的で、経上行大動脈でのアプローチも行われることがある。このうちTFが最も侵襲性が低く、今後デバイスの改善はTFを中心に行われていくことが予想される。

しかしながら手技の確実性、デバイスの安定性、遠隔成績がまだまだ十分でない等により、40年近く前から積み重ね進化してきたSAVRを完全に凌駕するには至っていないのが現状であり、また、弁周囲逆流（Paravalvular leak: PVL）や脳梗塞、房室ブロックなどの合併症が散見されることもあり、現時点においてTAVIの適応は、基本的には高齢や重度合併症により、開心術に対する耐術能がないハイリスク症例に限られて推奨されている<sup>7)</sup>。

**【当院におけるTAVI実施までの経緯】**

当院においては2014年に5月に多職種によるTAVIハートチームを立ち上げ、施設評価や講習などを経て2015年7月に認定施設となった。2015年8月には沖縄県におけるTAVI第1例目が施行された。以降は症例を重ね2017年12月までに75例を実施した。多くの先生方からご紹介を頂き、症例数は昨年に比べ1.5倍に増加している。（図4）



図2

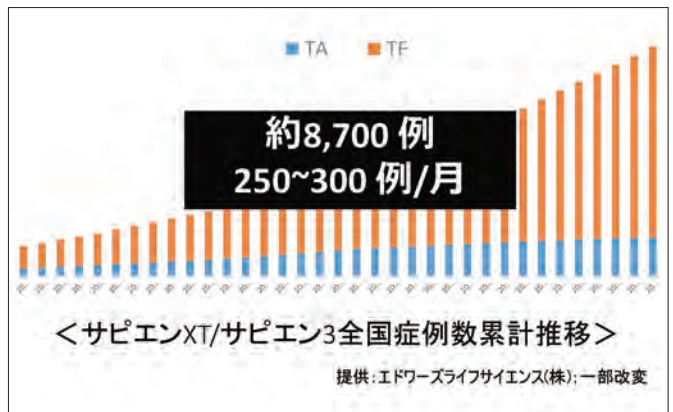


図3

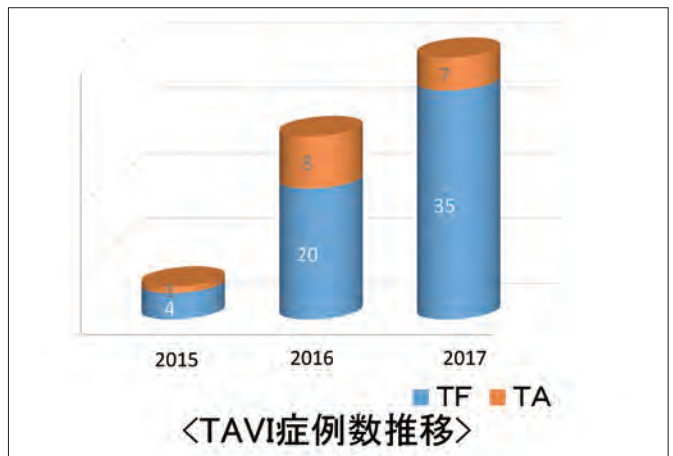


図4





**【症例】**

当院においてTAVIを開始した2015年8月～2017年12月までに施行したTAVIは75例(男性29例、女性46例、男女比:0.63)で、平均年齢は86歳±4.8歳(71～95歳)であった。TAVI適応と判断した理由として高齢+脆弱性が52例(69.3%)で、開胸・開心術後が8例(10.6%)、低肺機能5例(6.7%)、上行大動脈に高度の石灰化を認めた2例(2.7%)などであった。(表3) 主なアプローチはTF 59例(79%)、TA 15例(20%)、その他1例(1%)であった。使用したバルブサイズは20mmが8例(11%)、23mmが41例(55%)、26mmが25例(33%)、29mmが1例(1%)であった。(表4)

表3

患者背景 TAVI(n=75)	
➤平均年齢	: 86 ± 4.8 (71-95) 歳
➤男性・女性	: 29 : 46
➤TAVI適応	
• 超高齢+脆弱性	: 52 (69.3%)
• 低肺機能(間質性肺炎、HOT)	: 5
• 上行大動脈高度石灰化	: 2
• 冠動脈バイパス術後	: 6
• 僧帽弁置換術後	: 2
• TEVAR後	: 1
• 食道癌術後	: 1
• 胆癌患者+潰瘍性大腸炎	: 1

表4

TAVIのアプローチとバルブサイズ				
アプローチ(n=75)				
TF	TA	その他		
59例 (79%)	15例 (20%)	1例 (1%)		
バルブサイズ(n=75)				
20mm	23mm	26mm	29mm	
8例 (11%)	41例 (55%)	25例 (33%)	1例 (1%)	

**【結果】**

平均手術時間は98 ± 36分(60～325分)であった。

周術期の主な合併症として脳梗塞1例(1.3%)、手術に起因しない脳出血1例(1.3%)、永久ペースメーカー留置5例(6.7%)、腎不全2例(2.7%)、呼吸不全2例(2.7%)であった。また1例(1.3%)がTAVI弁留置直後に心拍出が得られずPCPSサポートを必要としたが、術中に離脱可能であった。1例(1.3%)にTAVI弁留置直後に急性の僧帽弁逆流が出現し、開心術への移行が必要であった。術中所見では僧帽弁前尖に5mm大の穿孔部位を認め、自己心膜による補強のみで逆流の制御が可能であった。その1例も入院期間は長くなったが独歩退院した。

現時点では周術期死亡は1例も認めておらず、また在院死亡も認めていない。術後の平均入院期間は19.0 ± 19.7日(8～109日)であったが、アプローチ別にみるとTF 16.9 ± 13.9日(脳出血のため長期入院を要した1例を除く)、TA 27.8 ± 15.9日とTAアプローチで長い傾向にあった。(表5)

TAVI術前後の心臓超音波検査による評価では、peak velocityは4.39 ± 0.56 m/sから2.21 ± 0.50 m/sへ、mean PGは47.0 ± 12.7 mmHgから10.6 ± 4.5 mmHgへ改善を認めた。(図5)

フォローアップ中に4例の死亡を認めた。肺炎・腎不全で1例、肺炎で1例、壊死性中毒性皮膚炎からの多臓器不全1例、非閉塞性腸間膜虚血1例であった。心血管イベントによる死亡例は認めなかった。

表5

結果(n=75)	
➤手術時間	: 98 ± 36.3(60-325)分
➤出血量	: 104 ± 148 (0-923)ml
➤輸血	: 25人(39.7%)
➤平均術後入院日数	: 19.0 ± 19.7 (8-109)日
➤自宅退院率	: 62/68人(91%)
➤手術死亡	: 0例(0%)
➤病院死亡	: 0例(0%)



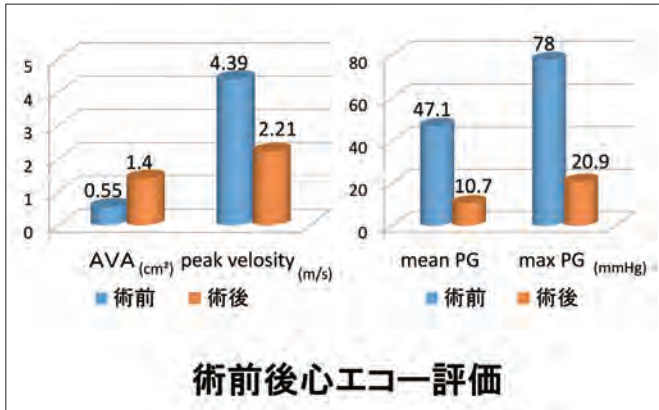


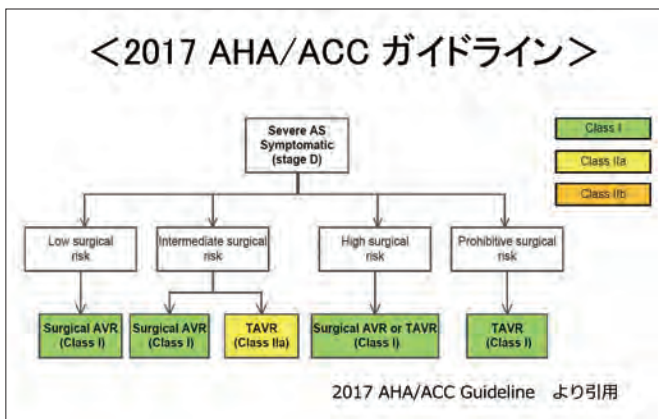
図5

心不全による再入院は2例で、1例に下部消化管出血のため再入院を要した。その1例は加療中に大動脈弁周囲逆流による心不全を併発し、追加でBAVを施行し、逆流をコントロールしえた。

【考察：TAVIの今後】

2014年AHA/ACCのガイドラインでは開心術のリスクが高い有症状の重症ASに対するTAVIの適応はClass II aであったが、2017年AHA/ACCガイドラインではClass Iになった。(表6)さらに開心手術リスクが中等度の重症ASを対象としてTAVIとSAVRの他施設無作為化試験(PATRNER II試験、SURTAVI試験)で術後2年の総死亡および障害を伴う脳卒中の複合エンドポイントで非劣性が示されたことから、2017年AHA/ACCガイドラインではSAVRの中等度リスクの有症状重症AS患者に対してもTAVIがClass II aの適応となった。

表6



現在、SAVRの手術リスクがより低リスクである症例に対してのTAVIの有用性を検討する試験が進行中であり、結果が待たれる。

また、海外では透析患者にもTAVIを施行した報告が散見されるが、現時点では本邦においては透析患者へのTAVIは禁忌となっている。現在本邦でも透析患者へTAVIの試験が進行中であり、エビデンスが構築されれば適応の拡大が見込まれる。

【まとめ】

当院におけるTAVI施行例においていまだ周術期死亡の経験はなく、また合併症も少ないことからその早期治療成績は良好であった。TAVIは新しい治療であり弁の耐久性についても結論が出ていない。本邦ではSAVRに耐術能がない症例に限定しているが、海外では中等度リスクやさらにリスクの低い症例に対してもTAVIが行われており、その結果を受けて本邦でも適応が拡大される可能性がある。

【参考文献】

- 1) Nlomo VT et al : Burden of valvular heart diseases: a population-based study. Lancet 368 : 1005-1011, 2006
- 2) Otto CM. Timing of aortic valve surgery. Heart 2000; 84: 211-218.
- 3) Pellikka PA et al : Outcome of 622 Adults With Asymptomatic, Hemodynamically Significant Aortic Stenosis During Prolonged Follow-Up. Circulation 111 : 3290-3295, 2005
- 4) Osnabrugge RL, et al. Aortic stenosis in the elderly: disease prevalence and number of candidates for transcatheter aortic valve replacement: a meta-analysis and modeling study. J Am Coll Cardiol. 2013; 62: 1002-12.
- 5) 沖縄県住民基本台帳より (平成 28 年 1 月 1 日)
- 6) 日本循環器学会：弁膜疾患の非薬物治療に関するガイドライン (2012年改訂版) ホームページ公開のみ, 2012.
- 7) 和久井真司, 田中 正史：大動脈弁狭窄症のカテーテル治療 (TAVI) と手術治療のそれぞれの特徴と適応について. 日大医誌 76 (3) : 131-134, 2017.
- 8) Cribier A, et al: Percutaneous Transcatheter Implantation of an Aortic Valve Prosthesis for Calcific Aortic Stenosis:First Human Case Description. Circulation.2002 Dec 10;106 (24) :3006-8.



**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 大動脈弁狭窄症の患者数は増加傾向である。
- 問 2. 大動脈弁狭窄症の代表的な症状は胸痛、失神、心不全である。
- 問 3. 大動脈弁狭窄症の診断は一般的にカテテル検査によって行われる。
- 問 4. 大動脈弁狭窄症の新しい治療である TAVI は日本では行われていない。
- 問 5. TAVI の合併症として房室ブロックが挙げられる。



1月号 (Vol.54) の正解

**てんかん疾患の画像検査**

**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 神経細胞の異常な放電によって発作性に感覚・運動・行動・記憶・意識の異常を来す発作を、けいれんと呼ぶ
- 問 2. てんかん焦点 (seizure focus) は、頭部画像検査で指摘できる病変 (structural lesion) と同一とは限らない
- 問 3. FDG-PET はてんかん焦点の検索に有用である
- 問 4. Trans mantle sign は、限局性皮質異形性の type I に特徴的な所見である
- 問 5. 限局性皮質下形成の type III は、海馬硬化症など他疾患と合併する

正解 1.× 2.○ 3.○ 4.× 5.○



緩和ケアの  
新潮流  
..



南部病院

菅良  
剛史

イギリス、カナダのホスピスで始まり、世界中の医療、医学の中で多様な発展をしてきた現代の緩和ケアは医療の不可欠な要素として日本の医療政策に取り入れられ、今も変化し続けている。海外では募金やボランティア活動を経営・運営の主軸とするホスピス施設からはじまった緩和ケアは、本邦では保険診療の中で推進されてきた。1990年から診療報酬として緩和ケア病棟入院料が新設され、その後がん対策基本法が制定されてから、緩和ケアの基本教育プログラムPEACEが導入され、緩和ケアチームの役割と報酬が示され、がん拠点病院には緩和ケアセンターが設置されるようになり、財政的にも成り立つように何度かチームに対する診療加算や緩和ケア病棟入院料が見直されてきた。在宅緩和ケアにも様々な診療加算の評価がなされ、全国で緩和ケアチームや緩和ケア病棟、在宅医の増加につながっている。ソフト面では、緩和医療学会によるエビデンスに基づいた各種症状緩和ガイドラインやサイコオンコロジー学会によるコミュニケーションスキルSHAREプロトコル研修など、様々な試みが導入されてきた。また、一般市民への啓発活動としてオレンジバルーンプロジェクト

トが行われ、知識の普及がはかられてきた。一昔前は緩和ケアという言葉を知っている患者はほとんどいなかったが、誤解まじりとはいえ、緩和ケアをしている人は増加している実感がある。道半ばではあるが、がんに対する緩和ケアはハード、ソフトともに整備が進んでいるといえる。

日本と沖縄の緩和ケアの制度と施設の現況

緩和ケア病棟：全国で394施設8068床、沖縄県には5施設108床ある。2018年度には那覇市内にもう一病棟開設される予定である。沖縄県の緩和ケア病棟を有する5病院は2ヶ月に一度交流会を開催し情報交換、連携活動を行っているが、その中で示される2017年のデータでは平均在院日数は40-60日前後、入院待機期間は2週間前後で、緩和ケア病棟からの在宅移行率は非常に低く、実質的にがん患者の最後の受け皿となっている。

緩和ケアチーム：2002年から診療報酬において緩和ケアチームの活動が「緩和ケア診療加算」として対象患者一人当たり400点の診療報酬が加算評価されるようになった。その後緩和ケアチームの設置はがん拠点病院の必須項目となり、徐々にチーム数は増え、2017年の緩和医療学会のチーム登録では533の緩和ケアチームが登録されている。そのうち緩和ケア診療加算を届け出ているのは36.4%の194チームであり、専従医師、精神科医の不在により加算申請できない現状がある。沖縄県では2017年に2チームの診療加算届け出があったが、まだ専従医師が充足していない現状がある。日本緩和医療学会ではニーズに対応できるよう専門医、認定医、認定研修施設を設けているが、現在県内に専門医は2名、認定研修施設は5施設あり、昨年度からはじまった認定医制度で、緩和ケアの専門的知識を有する医師は増加しているものの充足していない。

「診断時からの緩和ケア」と「早期からの緩和ケア」

2002年にWHOが「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に



発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」と提唱した当時、本邦の緩和ケアは、WHO の理念に追いついておらず、がん末期に限定されていた。現在、緩和ケアは終末期だけでなく病初期も含めた幅広い病期へ、さらに緩和ケア病棟だけでなく、急性期病院から在宅、地域を中心に施設まで、小児から高齢者まで年齢を問わず、がんだけでなく非がんを含むあらゆる疾患へ、より包括的なケアへ広がり、WHO の理念に近づくよう推進されている。「診断時からの緩和ケア」とはがん治療を行う主治医やかかりつけ医が主体となり提供される基本的な緩和ケアであり、「早期からの緩和ケア」とは、主治医の治療と同時併行で緩和ケアチームや緩和ケア医、認定看護師など専門家が協働して行うものである。がん医療においては抗がん治療と緩和ケアを早期から統合する方向に進みつつあり、2010 年の MGH の Temel らが、進行肺癌で診断初期から緩和ケアを導入すると、抑うつが減少し、QOL が改善するのみでなく、結果的に生命予後まで有意に改善する、と報告したのを端緒として、「早期からの緩和ケア」の効果が他の実証的研究でも示されるようになった。現在ベスト・サポーター・ケア (BSC) という言葉はエンド・オブ・ライフケアあるいはターミナルケアの意味で腫瘍内科医は用いているが、真の意味でベストなサポーターケアは診断時から主治医チームから提供され、緩和ケアチームとの協働により早期から補填されるべきで、初期だからといって「緩和ケアはまだ早い」というのも、終末期だからといって「もうすることがありません」というのも、あってはならないということをすべての医師が知っておく必要がある。

早期からの緩和ケアの実現のためには、MGH のように化学療法室の近くに緩和ケア外来が常設されているのが望ましいと思われるが、現実には程遠い。沖縄県ではがんを診療する病院に常時開設された早期からの緩和ケア外来は充足しておらず、気軽に主治医が緩和ケア医や認定看護師等

の専門家にいつでも相談できる施設はまだ少ない。認定医は増加しつつあり、2018 年から緩和ケア認定看護師のコースが沖縄県内で始まるので、専門的緩和医療の今後の充実が期待される。

### 非がん患者への緩和ケアの拡大

現在の超高齢社会において、人生の最終段階にどう対応するかが近年の全科共通の課題であった。

2018 年の新診療報酬改定の大きな変化として、緩和ケアチーム加算の対象患者が、これまでのがん患者と AIDS 患者に限定から、非がん疾患の末期心不全が付け加えられることになった。これにより、これまで関わりの少なかった循環器科医が緩和ケアチームと協働することが可能になる。沖縄においても死因第 2 位は心疾患であり、すぐそこまで来ている多死社会時代の終末期ケアへの対応の充実が期待される。

在宅療養支援：2006 年の在宅ターミナル加算の導入以来、数多くの在宅における緩和ケアが評価されるようになり、看取り加算、死亡診断に関する加算、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問看護指導料、麻薬管理に関する加算、在宅悪性腫瘍患者指導管理料など多岐にわたる。前回の改定時には同一施設への訪問診療の減算が在宅医に衝撃を与えたが、今回 2018 年度の診療報酬改定では機能による評価、看取り面の評価は強化され、在宅看取りを実施している診療所にとってもこれから看取りを考えている施設にとっても追い風になることが期待される。

### 人生の最終段階の医療・ケアと意思決定支援プロセスと ACP

がん・非がんに関わらず、すべての医師・医療従事者、特にかかりつけ医として地域医療にならうプライマリーケア医や在宅医が認識しなければならない重要な項目として、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス」と「アドバンス・ケア・プラン (advance care planning; ACP)」があげられる。

2018 年の医療・介護同時改定では、厚労省が作成した「人生の最終段階における医療の決

定プロセスに関するガイドライン]に基づいて、患者本人や家族の希望に応じた看取りを推進することが訪問診療や訪問看護の要件として示された。そのガイドラインは2018年2月現在査収案へ改定作業中であり、厚生労働省のホームページを参照していただきたい。(表1参照)

この人生の最終段階における医療・ケアの意思決定プロセス・ガイドラインを噛み砕いていうと、

「一人で決めない、一度に決めない」「患者と医療者との十分な対話」

「そのうえでの患者の意思の尊重」「医療者・ケアチーム内では、多職種で相談」

「患者自身の意思が確認できないときは、家族も含め患者の意思を推定しそれを尊重」「判断が難しい場合は、多職種専門チームから助言を得る」である。

当然のことながら「意思決定能力があるのに本人に何も告知していないから本人の意思が推定できない」、というのは倫理的にもプロセスとしても大いに誤っており、今後あり得ない話であることを認識しておかなければならない。意思決定支援のためには次項のステップが道標となる

### 意思決定プロセス実践の4つのSTEP

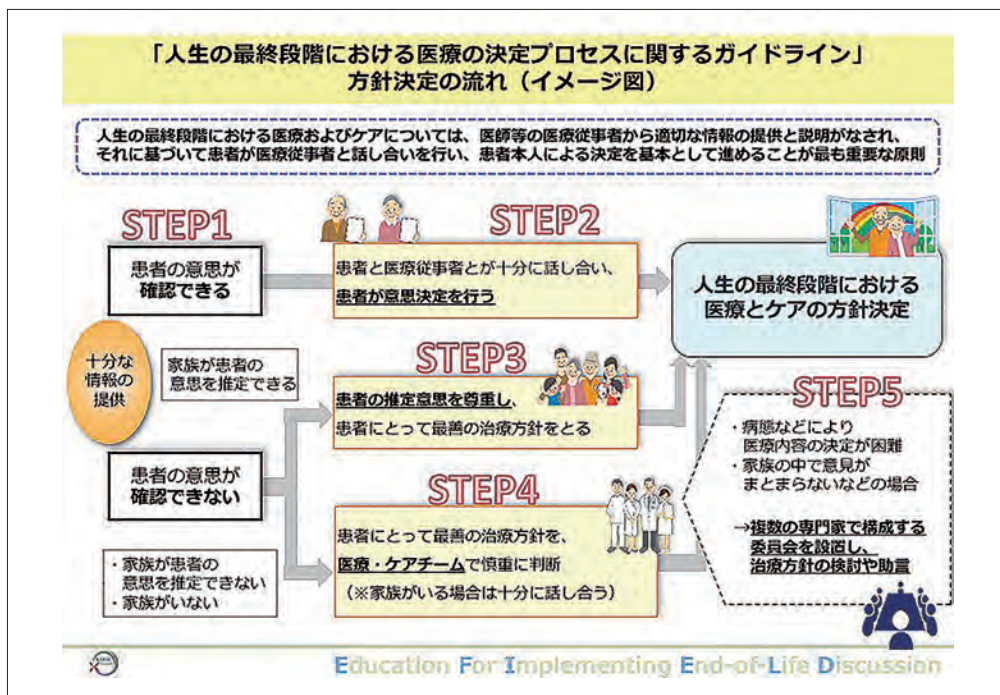
#### STEP1:「意思決定能力の判定」

わかりやすく、理解を促す工夫をしながら本人に情報提供を十分に行い、否認や怒りなどの感情に共感しつつ、質問と回答内容の評価を行い、その理解、認識、それに対する論理的思考、表明能力などを記録して、意思決定能力を測る。認知症や精神疾患という診断名だけで、話をする前から意思決定能力の有無を決めつけてはいけない。

#### STEP2:「意思決定能力が十分ある患者の場合、患者と治療方針について合意を形成する。」

患者自身に対して、今の状況と今後の見通し、想定される選択肢、各選択肢がもたらす利益・不利益、専門的推奨について説明する。説明内容を図やパンフレットも用いて十分な理解を促進する工夫をしながら、提案に対する同意、拒否、あるいは選択を患者が決める、いわゆるインフォームド・コンセントを患者が行なえるように、われわれ医療者が支援する。その際、「医学的最善」が「患者にとって最善」とは限らないし、「医学的に無益」なことが必ずしも「患者にとって無益」とは限らない。「患者の選好」が「患者にとって最善の選択肢」でも必ずしも

表 1



ない。私たち医療者は患者自身の専門家である患者自身から、最善の選択にかなうための情報を教えてもらう必要がある。「自分は患者について何もわかっていない」と言う謙虚さ「初心」を忘れずに、意思決定を支える。

STEP3：「患者の意思が確認できないとき、患者の最善利益のための意思を推定する。」

患者の意思が確認できないとき、患者の意思を推定するリソースとして、以下があるので組み合わせ情報収集する。

- A. 現時点での患者自身の直接的な言語表現：軽度認知症などで難しい話はできない場合でも、自分自身の選好をなんらかの形で表現することはできることは多い。患者の言わんとしていることをしっかり言い換え、確認する援助が必要なこともある。われわれ医療者は誘導的な操作をしがちであることに注意を払わなければならない。
- B. 過去の患者自身の直接的な言語表現：Advance Care Planning や明記された Advance Directive (事前指示書)、メモや録音記録などはとても重要なリソースである。
- C. 現時点での患者自身の間接的な表現：身体拘束や吸痰の拒否、経鼻チューブの抜去など侵襲的なケアを一時的に拒否する行為は、誰でもあるが、同じ診療拒否行為であっても訳がわからずに拒否している場合と、ちゃんと意味がわかっていて拒否している場合があるかもしれない。再現性を観察し意思を推定する必要が有る。
- D. 過去の患者自身の間接的な表現：意思決定に役立つ情報源として、共に生活するなかで語られたり、何気なく話されたりした「自由」や「死」や、「死にゆくこと」に関する考え方、医療や健康に対する考え方、医療や健康サービスへのアクセス、「延命治療」等のテーマに関するエピソード、など家族や介護者などから見た印象や理解は重要である。家族からの意見は重要であるのはもちろんだが、家族の意向には、患者の声を代弁するものと、患者のことを大切に感じ世話するものとしての意向を表現するもの

が混じっている。「患者自身は、どのようにお考えだと思われますか？」という質問が最も重要であるが、「ご家族としては、どのようなお気持ちでしょうか？」という質問も忘れてはいけない。

STEP4：「患者にとって最善の診療方針について合意する」。

患者の意思が確認できず、意思の推定もできない場合においては「患者にとっての最善」の治療方針を医療・ケアチームで慎重に判断していく。多職種および家族も含め、自律尊重、与益&無危害、公正の基本的な倫理原則にのっとり、STEP3で収集された多面的な情報を Jonsen らの4分割法などで整理して、与益原則、不加害原則、自律性尊重原則、公正/正義の原則に沿って評価する。その上で、多職種が持つ価値感や専門職としての職業規範、視点の相違を尊重しながら議論を行う。誰から見ても正しいような認識は存在しないであろうということ、だからこそ、多職種の関与が必要なのだということ、各職種の価値観をある程度知っておくことも非常に重要で、「患者にとっての最善」を常に意識して、「大まかなケアの方向性」と「具体的な選択肢の決定」を分けて議論する。そして意見の背景になる価値観、経験、コミットメント、態度、法的制約、施設の方針、経済的制約等の理解も含めて、話し合いに参加している人々が他の参加者の見解や議論を理解できるよう努め、すべての参加者が受け入れられる提案を目指す。医師はチームリーダーとして合意された内容に責任は負うが、他のスタッフの言葉にも耳を傾け、自分の理念のみを押し通すことはあってはならない。

**アドバンスケアプランニング；Advance Care Planning (ACP)**

ACP とは将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療、ケア、療養について、患者・家族（代理意思決定者）・医療者があらかじめ話し合うプロセスであり、将来の意思決定の際に患者自身の、直接的な言語表現として重要な指標となるものである。単なるDNARの書類や、自分の意向を書面で残すアドバンス・ディレク



タイプ（事前指示書）ではなく、話し合うプロセスと、その結果としての記録をさす。その中では①治療とケアのゴールを明確にする②最善を期待しつつ最悪に備える③もしもの時について経験を探索し、話し合う④「大切にしていること」、「してほしいこと」、「してほしくないこと」とその理由、価値観を共有する作業等を行う。先述の Temel らの緩和ケア早期介入効果の研究で、なぜ予後が延長したのかの2次解析が行われたところ、このACPなどの適切な意思決定支援により、過剰な抗がん剤などの治療を行わないことが選択され、無理をせずに適切な治療がうけられたことが明らかになった。

大多数の国民は、自分がおお見込みのない病気の状態であれば延命治療は望まないという意向があり、事前に自分の意向を書類や話し合いで示しておきたいと望んでいることが国民の調査結果で示されているが、ACPのことをよく知っていると答えた医師は2割程度である。また非がん疾患のCOPDや慢性心不全では、文化的背景や病気の軌跡の特性上、終末期について現実的に悪くなってみないと想像できず、考えられないという問題がある。そのため、患者の自律性を尊重した意思決定支援を全く行わないうちに末期状態になってしまい、医師と家族のみで侵襲的延命治療の選択をしてしまった、という事例が多い気がする。これまでがん告知でさえも「高齢者だから」「少し認知症がありそうだから」「家族の意向で」という理由のもとに、患者よりも先に家族の意向から聞いてしまう文化の中で育った医師らにとっては、まず患者自身に向き合うACPは容易に受け入れられないかもしれない。また、「万一の時にそなえて、終末期について話をしたい」患者のニーズが高い一方で、「先のことは考えたくない」というACPを希望しないニーズがあることも明らかになっている。そのような場合、「大多数の国民の意向調査結果があるから」、「保険診療の要件になっているから」「退院促進のために」「当直医に怒られないように」という医療者側の理由で、入院時や退院時に画一的にDN(A)Rや「死に方」「死に場所」を決める作業としてACPに

臨むことは、その患者が未来に対する希望を喪失してしまう可能性があり暴力的な行為となりかねない。ACPはあくまで適切な情報交換の中で起こる自発的プロセスであり、患者自身の意思決定パターンを尊重することを前提としている。「心身の安定した時期」から「病状の変化の都度」に「適切な方法で必要な情報を提供し」「患者自身と家族、医療者と共同意思決定支援を行う」プロセスが重要である。結果はいつでも話し合いのなかで変化していくものであり、決定した証拠が重要なのではない。

ACPはだれがいつ行うのかという問題がある。真の救急疾患ならばいざしらず、予後の悪化がある程度予測されているはずの慢性疾患や悪性疾患の場合に「ERではじめてあった救急医に初めて意思決定の話をされました」では患者にとって最悪である。患者の多くは、悪い話は自分のことをよく知っている医師から説明を受けたい、と考えている。これはがんの説明（告知）も同様である。ACPは面談室のみで行うことではない。日常診療の中や介護現場の中で患者さんと向き合う時に「何を大切に生きてきたのか？」「今後の夢は何か？」「病気や死にどのようなイメージをもっているのか？」「家族や子や孫に伝えたいことは何なのか」患者の思いと言葉を掘り起こし、耳を傾け、意思を推定できる情報を共有できるように記録し、患者と困難な状況、危機的な状況になったときのことについて真摯に語り合うプロセスであるので、その人をよく知り、話しを聞く機会のあるかかりつけ医が行うのが一番いいのではないだろうか。

**サプライズクエスチョン Surprise Question と Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT)**

緩和ケアやACPを行う時期には予後予測が重要だが、私たちは「予後はどれぐらいですか？」と聞かれると無意識になるべくよい数字を口にしたい傾向があるため、予後予測の数値はあまりあてにならないことがある。その目安として、医師に対する Surprise Question が有効とされている。「この患者さんが一月以内になくなってもびっ

くりしませんか?」、あるいは「3ヶ月以内になくともびっくりしないか」と言うような簡単な質問である。もし主治医が「1年以内になくともびっくりしない」といったら、その時点から緩和ケアを始めた方がよいといわれており、緩和ケアと同時にACPを始めた方が良い。もう一つ推奨されるツールはSupportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT)で、がん以外の疾患でも話し合う時期の目安がわかり、有用と思われる。(71ページ参照)

実はACPも意思決定支援も簡単な作業ではない。人間としての共感に基づく倫理的態度とコミュニケーションの技術を学び、患者の意向に対応しうる連携体制を確立することが急務であり、われわれ自身が自らの死生観を意識し、知識をアドバンスしていく必要があることはお分かりいただけるだろう。

**緩和ケアに関する教育：何をどう学ぶか**

日本緩和医療学会が企画・運営しているがん診療に関わる医師に対する「緩和ケア基本研修会：PEACE project」は修了者が受講者は9万人を超えた。がん診療に関わる医師といっても知識、技能の差が大きかったため、卒後3年目の医師が習得しておくべき緩和ケアの能力（患者と家族の苦痛に気づき尋ねる態度、痛み、身体症状、精神症状に対する症状緩和スキル、基本的コミュニケーションスキル、地域連携や在宅に関する情報）を身につけることを目標にされた。緩和ケアに対する医師の困難感の改善や、地域の連携が始まるなどの一定の効果は得られたが、2日間の長時間の研修会であり、内容が症状緩和にかたより、非がんの緩和ケアには触れていなかった。2018年度からはe-ラーニングが導入され、集合研修は1日となる。e-ラーニングは誰でも受講することができ、すでにPEACEの基本研修会を終了されたかたの知識のアップデートにも利用できる。先述の通り「ACP」や「非がんの緩和ケア」も学習内容に追加されすべての医師にとって普遍的に必要な内容になっている。がん拠点病院の勤務医師は受講が必須であり、がん診療病院や緩和ケア病床を持つ病院の

全ての勤務医は受講が強く推奨されている。これまで未受講の医師には、がん患者に関わることが少なくても是非受講していただきたい。沖縄県内では、琉球大学附属病院のがんセンターや緩和ケアセンターが協力して、研究会を立ち上げ、地域連携のための勉強会や、緩和医療学会のガイドライン勉強会、緩和ケアチーム研修会等を開催していく予定である。これらの学習機会を利用して、さらに専門的な知識も深めて頂ければ幸いである。また、生と死と医療提供という終末期の現場に立つ医療者は、患者、家族、同僚、上司、管理者との間で解決困難な問題に直面し、「自然に」と「できる限り」の間のジレンマとともに燃え尽きのリスクを抱えていることが少なくない。患者や自分自身の心と体をケアし共に成長する方法として近年注目されるマインドフルネスを用いたアプローチが始まっている。沖縄でも著者らが「うちなーGRACE研究会：Being with Dying」([https://www.facebook.com/pg/uchinagrace/posts/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/uchinagrace/posts/?ref=page_internal))を開催しているので、がん医療に限らず興味のあるかたはご参加いただきたい。

緩和ケアは一部の専門家や、専門施設の終末期ケアのみではない。がん診断時や非がんにも提供される包括的なケアである。「丸投げ」「囲い込み」「ぎりぎり」にならないように、日頃から連携の輪を作り、新たな緩和ケアの潮流のなかで、共に良いケアを目指して行きたい、と考えている。

- 1) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42.
- 2) Temel JS, Greer JA, Admane S, et al. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol* 2011;29:2319-26.
- 3) 第5回 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 資料1-3; <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000194853.pdf>
- 4) J Hammo, T Morita, S Inoue, M Ikenaga, Y Matsumoto, R Sekine, T Yamaguchi, T Hirohashi, T Tajima, R Tatara, H Watanabe, H Otani, C Takigawa, Y Matsuda, H Nagaoka, M Mori, N Yamamoto, M Shimizu, T Sasara, H Kinoshita.



Surprise Questions for Survival Prediction in Patients With Advanced Cancer: A Multicenter Prospective Cohort Study: The Oncologist 2015;20:839-844

5) 新版がん緩和ケアガイドブック. 2017年3月31日  
日本医師会 青海社

## Supportive and Palliative Care Indicator Tool (SPICT-JP)

SPICTは健康状態が悪化するリスク、あるいは亡くなるリスクのある方を同定し、その方々の支持療法・緩和ケアにおける満たされていないニーズを評価するガイドです。

### 健康状態の悪化を示す全般的な指標のうち2つ以上が当てはまるか確認する

パフォーマンス・ステータス (PS) が低いか低下しつつあり、改善の見込みが限られている (目安としてPS3以上、つまり日中の50%以上の時間を臥位または座位で過ごしている)	
身体的・精神的問題により、日常生活動作のほとんどを他人のケアに頼っている	
過去6か月間に2回以上の予定外入院があった	
過去3-6ヶ月間に顕著な体重減少 (5-10%) があり、かつ/またはBMIが低い	
原疾患の適切な治療に関わらず、苦痛となる症状が続いている	
患者が、支持・緩和ケアを求めている、または原疾患の治療中止を求めている	

### 進行した状態を示す臨床指標が1つ以上あるか確認する

#### がん疾患

進行性の転移性がんによる生活・身体機能の低下がある	
体力低下のため抗がん治療 (化学療法および放射線治療) ができない、または症状緩和のための抗がん治療を受けている	

#### 認知症/フレイル (虚弱)

介助なしには着替え、歩行や食事ができない	
経口摂取量の低下、嚥下困難がある	
尿失禁や便失禁がある	
発語によるコミュニケーションができない、社会的交流がほとんどない	
大腿骨骨折や複数回の転倒を経験している	
反復する発熱のエピソードや感染症 (誤嚥性肺炎など) がある	

#### 神経疾患

適切な治療に関わらず進行する身体機能や認知機能の悪化がある	
発語の問題に伴いコミュニケーションが困難になってきている、あるいは、進行性の嚥下困難がある	
反復する誤嚥性肺炎、息切れ、呼吸困難感または呼吸不全がある	

#### 心疾患・血管疾患

NYHA Class III/IVの心不全、または広範囲にわたる治療不可能の冠動脈疾患があり、安静時もしくは軽度の労作で呼吸困難や胸痛が生じる	
重症で手術不能な末梢血管疾患がある	

#### 呼吸器疾患

重症慢性肺疾患があり、かつ、急性増悪でないときにも安静時またはわずかな労作で呼吸困難感を生じる	
在宅酸素療法を含む長期の酸素療法を必要とする	
呼吸不全のために人工呼吸器管理が必要だったことがある、または現在も必要としている	
人工呼吸器管理が予後およびQOLを改善しないため適応にならない	

#### 腎疾患

慢性腎臓病 (CKD) の Stage 4または5 (推算糸球体濾過量 (eGFR) <30ml/min) で健康状態の悪化を伴う	
腎不全によって、他の予後規定疾患や治療が複雑になっている	
透析を中止した、または中止が検討されている	

#### 肝疾患

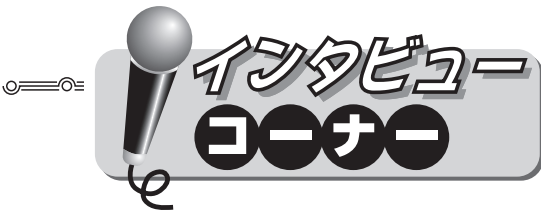
進行性肝硬変があり、以下の一つ以上を1年以内に併発している	
<ul style="list-style-type: none"> <li>利尿薬に反応しない腹水</li> <li>肝性脳症</li> <li>肝腎症候群</li> <li>細菌性腹膜炎</li> <li>反復する静脈瘤出血</li> </ul>	
肝移植が予後およびQOLを改善しないため適応にならない	

### 支持療法・緩和ケアとケアの計画を見直す

患者が適切な治療を受けられるように現在の治療と投薬内容を見直す
症状またはニーズが複雑でマネジメントが困難な場合には専門家への紹介を検討する
現在および将来のケアのゴールやケアの計画について、患者や家族と合意する
患者が意思決定能力を喪失するリスクがある場合には、前もって計画するようにする
プランを記録し、共有し、ケアをコーディネートする

SPICT-JP Sep 2016 based on SPICT™ April 2015





長寿県復活に向けて  
県医師会と共に頑張り  
ます



沖縄県歯科医師会 会長  
真境名 勉 先生

質問 1. この度は沖縄県歯科医師会 会長ご就任おめでとうございます。ご就任に当たってのご感想と、今後の抱負をお聞かせ下さい。

会長就任にあたり県内の歯科界の融和を第一に考えています。それはこれからの高齢社会を考えると県内の歯科医療は歯科医師会のみで対応することは困難で琉球大学、病院歯科、県立病院等との協働が大切と考えています。その中で県民の健康寿命の延伸に向けた取り組みを行いたいと考えています。

質問 2. 貴会の会員数と基本的な活動内容または、現在特に力を入れている取り組み等がありましたら教えて下さい。

現在の会員数は 500 名です。「全身の健康はお口の健康から」をスタンスに学校歯科検診、地域の歯科保健活動として口腔保健の啓発等のイベント、障がい者の歯科治療、歯科衛生士育成の学校運営等を行っており、現在特に後期高齢者歯科検診や在宅歯科医療、病診連携による周術期の口腔管理、多職種連携による地域包括ケアシステムへの参画の取り組みに力を入れています。

質問 3. 少子高齢化が急速に進展し団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて対策が喫緊の課題となっております。歯科医師会としてどのような対策をお考えかお聞かせ下さい。

これからの少子高齢社会を見据えると健康長寿をいかに伸ばしていくか歯科が取り組むべき課題は大きいと考えます。政府による骨太の方針 2017 に「口腔の健康は全身の健康にもつながることから、生涯を通じた歯科検診の充実、入院患者や要介護者に対する口腔管理の推進など歯科保健医療の充実に取り組む」との文言が入りました。この文言に謳われた内容の実現に取り組むことが重要と考えています。

質問 4. 県医師会に対するご要望等がございましたらお聞かせ下さい。

県医師会にはこれまでも歯科保健に対するご理解を頂いている所ですが今後とも歯科保健・医療を通じた県民の健康の保持増進の取組みにご理解とご協力をお願いします。

質問 5. 大変ご多忙のことと思いますが、日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせください。

特に健康法はありませんが、会務などがない休日などは只々のんびりする事とストレスをた

めない事に留意しています。趣味は月並みですが音楽鑑賞です。座右の銘は「無為自然」です。

この度はお忙しい中、ご回答頂きまして、誠に有難うございました。

インタビューアー：広報委員 本竹 秀光

## 原稿募集

### プライマリ・ケアコーナー (2,500字程度)

当コーナーでは病診連携、診診連携等に資するため、発熱、下痢、嘔吐の症状等、ミニレクチャー的な内容で他科の先生方にも分かり易い原稿をご執筆いただいております。

奮ってご投稿下さい。

### 随筆コーナー (2,500字程度)

随時、募集いたします。日常診療のエピソード、青春の思い出、一枚の写真、趣味などのほか、紀行文、特技、書評など、お気軽に御寄稿下さい。

なお、スポーツ同好会や趣味の会(集い)などの自己紹介や、活動状況報告など、歓迎いたします。

### 原稿送付先

〒901-1105 南風原町字新川218-9 沖縄県医師会広報委員会宛

E-mail: [kaihou@ml.okinawa.med.or.jp](mailto:kaihou@ml.okinawa.med.or.jp)

※原稿データは、出来ましたらメール送信又は電子媒体での送付をお願い申し上げます。

## 世界保健デー (4/7) に因んで



沖縄県八重山保健所 国吉 秀樹

毎年、4月7日はWHOが設立された日ということがあって「世界保健デー」と定められています。今年は何と“Universal health coverage (UHC)”がテーマになっています。ここ数年のテーマは健康障害としての疾病そのものや、「食の安全」といった各論なのですが、今年のテーマは1948年のWHOの規約に強く依拠した、基本的な人権としての人々の健康のレベルを確実に達成することを宣言する～といった崇高な理念というか総論です。

たいへん大きな話しなのですが、ファクトシート(重要な事実)として4つ述べられている最初に、「世界人口の少なくとも半数は、依然として必須保健医療サービスを完全には受けることが出来ていない」とあります。それを解消すべく、加盟国がUHCを達成しようと努力することに合意したということです。

ということは、これは国家レベルの話で、私たちの日常業務・診療からは、かけ離れたことなのでしょうか。あるいは国際保健分野で活躍されている先生方限りの話なのでしょうか。必ずしもそうでなく、“生活している環境によって健康に格差があってはならない”と考えると、医療資源の偏在など切実かつ身近な問題もあることに思い至ります。私は県内の離島である石垣島で勤務していますが、例えば放射線治療の必要ながん患者さんは沖縄本島内の治療が可能な9つの医療機関まで通院することになります。言うまでもなく、患者さんとその家族にとって、体力的、時間的、経済的、精神的に負

担がかかります。宮古、石垣には地域がん診療拠点病院である県立病院が放射線以外の専門的治療を受けることができますが、沖縄県には有人離島が多くあり、そこに居住するがん患者さんは沖縄本島や宮古、石垣まで通院、入院のため出て行くことになります。私が県庁で勤務している頃、この問題について多くの関心が寄せられ、渡航費や滞在費の補助ができないか検討、一部実施したことがあります。ただし離島で医療サービスを受けることが出来ず、本島までの通院等を強いられるのはがん患者さんだけではなく、難病患者さんや子宮頸がん予防ワクチン接種後の副反応疑いの方、あるいは妊婦健診が必要な妊婦さんなど、他にも配慮が必要な方々があります。考え方の十分な整理がまだまだ必要でした。

ここで平成29年4月1日から施行されている「沖縄県離島患者等支援事業補助金」についてご紹介させていただきます。この補助金は、有人離島を有する市町村において、必要な医療を受けるために沖縄本島、宮古島、石垣島の医療機関に通院するため必要な経費について支援することを目的として補助する場合、規定に基づいて補助金を交付します。経費とは航路運賃、航空運賃および宿泊費の全部または一部です。対象は39有人離島を有する18市町村ということになります。対象となる離島患者さん等は「特定不妊治療を受ける夫婦」「妊産婦」「がん患者」「子宮頸がん予防ワクチン接種後に多様な症状を呈している患者」「小児慢性特定疾



病児等」「指定難病患者」「特定疾患患者」そして「これらの付添人1人」となっています。これらは全て無条件ではなく、例えば妊婦健診は宮古、八重山、久米島では基本的に可能ですから、ハイリスクのケースなど医師が必要であると判断した場に限り、がん患者も放射線治療以外であれば宮古、石垣からの患者さんは医師の判断が必要になります。医療が必要な方々の公平性を考えるとともに、二次医療圏からの不必要な流出を助長しないようにとの配慮がなされています。対象となる市町村からは「この事業によって必要な方に補助しやすくなった」という声もありますので、一定以上の目的を果たしていると思います。時代の要請もあったわけですが、やはりこのような視点で政策を考えることは大事だったのでしょう。

そもそも、医師の偏在の解消への努力など、沖縄県は伝統的に僻地、離島医療を守ることもしてきました。離島診療所の医師確保や県立病院の診療科の維持などがそうです。八重山ではしばらく「脳外科医療」が課題でした。「精神科救急医療」「透析医療」「HIVの医療」も確保に課題が出ています。

「こども医療費の補助の範囲拡大」など、地理的ではない別の多様な角度からの視点が必要な問題もありますが、沖縄県におけるUHCの前進のため、限られた資源をどこにどの程度投入していくか、県民の主体的な議論を盛り上げる機会になればいいのではと考えます。

(参考文献)

<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2018/en/>  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>

Spring is coming

