

# 令和元年度 第1回沖縄県・沖縄県医師会連絡会議



副会長 宮里 善次



日 時：令和元年5月30日（木）

13：00～14：00

場 所：沖縄県庁（5階 会議室）

出席者：安里会長、宮里善次副会長、宮里達也副会長、照屋常任理事、平安常任理事、大屋理事（以上県医師会）砂川保健医療部長、大城医療企画統括監、糸数保健衛生統括監、諸見里医療政策課長、宮里健康長寿課長、山川地域保健課長（以上県保健医療部）

## 議題

（1）沖縄県における高血圧未治療者への対応・対策について（提案：沖縄県医師会）

### <提案要旨>

当会では、沖縄県内の脳卒中発症者を毎年把握し、得られた情報を参考に「65歳未満死亡率改善プロジェクト」に取り組んでいる。

最新の平成29年のデータでは40～50歳代の

男性の脳出血発症数が多く、その危険因子として高血圧の関与が大きいことが示されている。

沖縄県として高血圧の未治療者への対応、対策をどのように考えているかお伺いしたい。

※当会の「65歳未満健康・死亡率改善プロジェクト」と関連した取り組みを沖縄県でもご検討いただければと考える。

### <県健康長寿課回答>

県では、高血圧関連の施策としては、予防対策として、高血圧のリスクを高める肥満の改善や、アルコール対策に関する普及啓発を行っているところである。

未治療者対策としては、現在、市町村等の医療保険者が実施する特定健診・特定保健指導において、未治療者への対応が行われているところであり、各保健所においては、市町村等の担当者に対する研修会や会議等を実施するなど、技術的支援を行っている。

平成 29 年度に実施した「健康おきなわ 21」の中間評価では、今後の取り組みとして、県民に向けた研修会や健康教室、広報など、循環器疾患を予防するための知識の普及を図ること、検診データや NDB を用いた沖縄県や市町村間で比較可能なデータを提供することとしている。

また、循環器疾患については、がんに次ぐ死亡者があり、その改善には、高血圧者有病者が血圧のコントロールに努めるなど脳血管疾患等の発病予防が重要であり、喫煙、脂質異常症、糖尿病などの危険因子による循環器疾患のリスクを低減させる取り組みを連動させて実施することが必要であること、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合が全国で最も高い状況が続いているため、引き続き、生活習慣病予防についての知識の普及を図りながら、効果的な保健指導の実施や、食生活改善、運動習慣の定着を県民自ら実施できるように働きかけていく必要がある。

県としても、中間評価を踏まえ、引き続き、健康おきなわ 21 の推進に取り組んでいきたいと考えており、「65 歳未満健康・死亡率改善プロジェクト」との関連した取り組みについても、どのようなことが可能か、意見交換させていただきたいと考えている。

<主な意見>

◇県医師会：

うるま市をモデルにした高血圧対策を実施していきたいと考えている。保健師がキーパーソンと考えているが、そのための人材確保をどうしていくかが課題である。県としても重要な課題になっていくと思われる。

◆県保健医療部：

市町村保健師を対象とした研修会を引き続き実施していくこととしている。

◇県医師会：

これまでの県の施策は、総論的である。医師会は具体的にターゲットを絞っているので、県においても、高血圧治療や受診勧奨等のキャン

ペーンを大々的に行っていただきたい。

◇県医師会：

健診未受診者、健診受診者で医療機関未受診者、通院患者で健診未受診者といった 3 つの分野をどう対策していくかが肝である。市町村研修会などにミニレクチャーなどの対応は可能なので声掛けをお願いしたい。

◆県保健医療部：

市町村保健師と課題提起、施策等を定期的に検討している。今後は受診に繋がるような勧奨方法等の仕組みを検討していきたい。

(2) 疾患・手技別の症例数の集約化に向けた協議の必要性について (提案：医療政策課)

<内容>

県では、令和元年度から脳神経外科及び心臓血管外科を設置する医療機関の参加を得て、脳神経外科、心臓血管外科に係る症例数の集約化について協議を開始したいと考えているが、集約化の協議の必要性の有無について、貴会の見解をご教示お願いしたい。

また、協議を行うことが望ましい場合は、同領域以外で集約化について協議することが望まれる領域があればあわせてご教示をお願いしたい。

<提案趣旨>

第 7 次沖縄県医療計画の策定に際して開催した沖縄県地域医療対策協議会で、委員より専門医の育成のため脳卒中及び循環器領域の役割分担や集約化について協議する場の設置について要望があった。

また、平成 29 年 3 月に策定した沖縄県地域医療構想においても、県内で集約化し高い機能を維持することが望ましい医療や専門医育成の観点から専門医資格を取得できるだけの疾患・手技別の症例を確保することへの配慮について記載しているところである。

このことから、まず脳神経外科、心臓血管外科の 2 つの領域で症例数の集約化について協議を開始したいと考えているが、協議の必要性の有無、また、協議を行うことが望ましい場合、

同領域以外で協議を行うことが望まれる領域があればご教示をお願いしたい。

**<県医師会回答>**

専門医の育成等の観点から、脳神経外科、心臓血管外科に係る症例数の集約化の協議は必要と考える。

他の領域において、症例数の集約化の必要性の有無については、本会では情報を持ち合わせていない。

**<主な意見>**

**◇県医師会：**

県内の専門医を育成する病院では、脳神経外科と心臓血管外科は、症例不足と医師不足が顕在化している。一方で、脳神経外科専門医数、心臓血管外科専門医数は少なくない。つまり、必要なところに必要な医師がいない状況である。

例えば、心臓血管外科は、急性期病院、県立病院、大学病院の心臓外科医は少ない。脳神経外科は、南部地区に急性期病院が多く、専門医が集中しているうえに、クリニックを開業している先生も多い。病院の過重労働や、医師育成の効率化には合致していない。

また、資料(2)循環器系「手術あり」は、カテーテル治療も含まれるので、必ずしも実情を表しているわけではない。心臓血管外科の開心術をする病院は、沖縄県内で12か所あり、これは人口が500万人近い福岡県よりも多い状況となっている。つまり、経験できる症例が1/4である。心臓血管外科と関係する神経内科、循環器内科を含めて、現状を把握し、問題点を抽出しながら解決策を話し合う場が必要である。

脳神経外科、心臓血管外科関係は、病院にとっては収益の柱となっている。一方的な集約は難しいが、放置はできない状況となっている。

**◆県保健医療部：**

1回、2回の会議で集約することは考えていない。協議の場を設置し、関係者間で情報を共有できればと考えている。その際に、参考にするデータは、協議に参加いただく病院と相談を

しながら、検討したい。

**◇県医師会：**

「脳卒中・循環器病対策基本法」が公布され、拠点管理等を医療計画と併せて検討することになっている。大学から定期的に派遣している状況がないことを考えると、中核となる拠点病院の整備等が必要である。県を挙げて検討する場は必要である。

**◇県医師会：**

「脳卒中・循環器病対策基本法」に沿って、協議の場を設置するということか。

**◇県医師会：**

「脳卒中・循環器病対策基本法」とは別である。沖縄県地域医療構想の委員からの提言を受けての提案である。「脳卒中・循環器病対策基本法」は、昨年12月に公布されている。政令で1年以内に施行日が示される。施行日が示された後は、国で基本計画を検討する協議会を立ち上げ、県で対策計画をつくる。実質的には来年度以降に具体的な県レベルの作業に入る。情報を注視して取り組んでいきたい。

**◇県医師会：**

国の原案を脳卒中学会と循環器学会で作成するよう指示がある。原案を作る段階で、地域の声を聴くための会議に出席する。情報が入り次第、沖縄県と共有したい。実際の協議が始まると恐らく手上げが増えると思う。協議は早いほうがよい。

**◆県保健医療部：**

地域医療計画、地域医療構想を実現するために、医療提供体制の委員と、医療圏別の地区医療提供体制の委員は固定していない。脳神経外科、心臓血管外科についても病院の種類を対象を検討するため利害関係が絡む。固定の委員で話し合うことは無い。関係医療機関すべて含めて話し合っていく必要がある。

(3) 平成31年度「沖縄県風しん抗体検査事業」及び「はしか等輸入感染症緊急特別対策事業」実施に伴う貴会への協力依頼(提案:地域保健課)

＜内容＞

今年度、沖縄県では、成人に対する麻しん及び風しん感染予防対策として、標記の2つの事業を予定している。しかしながら、本事業を効果的に遂行するためには、貴会及び所属する医療機関の協力が不可欠である。ついては、下記のことにつき特段のご配慮を賜り、ご協力いただきたい。

1. 県医師会との委託契約
2. 貴会に所属する医療機関において風しん及び麻しん抗体検査の実施
3. 麻しん抗体価基準値以下の者に対するワクチンの接種の実施
4. 地区医師会において各医療機関からの請求書等の取りまとめ及び県への請求等の事務

＜提案趣旨＞

県外や海外からの旅行者は年々増加し、麻しんや風しんが持ち込まれるリスクが高まっている。昨年、沖縄県で発生したはしかの流行では、101名の患者が報告され、県民への健康被害や不安、観光産業にも大きな影響を与えた。感染者の多くは20代から40代の成人であったため、流行を予防するためには、これらの年代への予防接種が不可欠である。また、2018年に国内では2,914名の風しん患者が報告され、感染者の多くは、これまでワクチン接種を受ける機会がなかった40歳から57歳の成人男性であった。このことから、国はこれらの者に対し、5期の定期予防接種を行うことを緊急に決定し、市町村においては本年度から実施しているところである。

沖縄県では、5期の定期予防接種と並行し、本年度から3年間、みだしの2つの事業を実施する。「風しんの抗体検査事業」は、主に妊娠

を希望する者及びその同居者に対し抗体検査を無料で行う事業であり、「はしか等輸入感染症緊急特別対策事業」は、20歳～49歳までの男女を対象に、抗体検査の半額を補助し、抗体価が基準値以下の者については、ワクチン接種の全額を補助する。また、定期予防接種の普及啓発活動の強化も予定している。重ねてご理解とご協力のほど宜しくお願いしたい。

＜県医師会回答＞

本会においても、県民の健康の保持増進に寄与する風しん抗体検査や、はしかの予防接種は大変重要な施策であると認識しており、その効果的な実施体制の構築に努めていきたいと考えている。

今回ご依頼いただいた4項目のうち、1～3については、既に開始されている第5期定期予防接種事業で構築した抗体検査及び予防接種の業務フローを踏襲する形で対応を図りたいと考えるが、4番目の請求事務の取り扱いについては、地区医師会事務局等と検討の上、最終判断をしていきたいと考える。

＜主な意見＞

◇県医師会：

1人あたり300円程度の銀行振込手数料が発生すると聞いているので、効率よく支出できるよう、報告書や請求書、委託料等について、綿密に地区医師会の事務方と調整いただきたい。

◆県保健医療部：

当該事業は大人への接種のため多数発生しないものと考えているが、きっちりと調整させていただきたい。

県としては7月からの事業実施を目指しているので、業務フロー等含めしっかりと内容を詰めていくこととしたい。

## 印象記

副会長 宮里 善次

沖縄県の長寿は3・30ショック以来下降線を辿っており、特に65歳以下の働き盛り世代の死亡率が高い。中でも高血圧関連疾患が一位を占めており、具体的な予防対策として生活習慣病予防対策と高血圧管理が喫緊の課題である。県医師会は「65歳未満健康・死亡率改善プロジェクト」の一環として、うるま市をモデル地区に指定し、活動を開始したところである。今回の会議録でお分かりのように、県行政に於いても県医師会の危機感と同様な考え方を共有しており、両者が目指すべきベクトルは一致している。

ところで「健康おきなわ21」に則した県民向けの健康教育講演会や啓発運動は、これまで多くの関係団体において展開され、ターゲットとなる年齢層や疾患を絞り切れずに、漠然と県民全体に運動や生活習慣及び食事の大切さを訴える内容が主で、総論的な印象を拭えない。

県医師会の「おきなわ脳卒中連携委員会」がまとめた平成29年度のデータによれば、沖縄県では他県に比べて40～50代の働き盛り年齢の脳出血死亡が多く、危険因子の第一位は高血圧である。一旦脳卒中を併発すれば、100%に近い健康状態での社会復帰は叶わず、家族の様々な犠牲はもちろん、社会経済的な損失は計り知れないものがある。

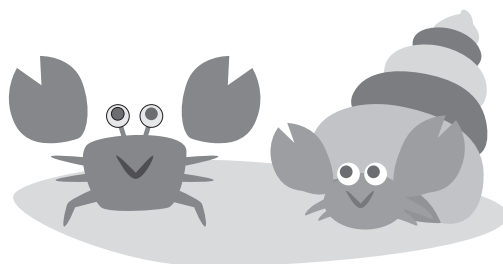
まずは働き盛り世代の健診と、高血圧と診断されたらきちんとかかりつけ医にかかるような各論的な啓発と運動を全県的に進めるべきである。

県医師会が進める「65歳未満健康・死亡率改善プロジェクト」と県行政が進める「健康おきなわ21」が合体して、県医師会と県行政、さらには各地区医師会とかかりつけ医とが一丸となって、行動としての大きなうねりを作るべき時期が到来したかな…と云う印象を抱いた今回の会議であった。

次に県側から出された脳神経外科と心臓血管外科の集約化に関する協議会は、専門医育成の観点から協議会の必要性を認めるが、病院の利害関係が絡むため固定の委員会だけで話し合うのではなく、関係医療機関すべて含めて話し合う必要があると確認した。

また風疹と麻疹に関する事項は事務請求にかかる要請以外はすでに開始しており、請求事務は地区医師会事務局と調整のうえ最終判断をすることになった。

ところで、連絡会議以降、安里会長は県立宮古病院や中頭病院医局会を訪ねて、「65歳未満健康・死亡率改善プロジェクト」に関するミニレクチャー行脚を開始されたことを合わせて報告する。



## 令和元年度都道府県医師会 勤務医担当理事連絡協議会



理事 城間 寛

### 令和元年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

#### 次 第

日 時：令和元年 5月 17日 (金) 午後 2時～4時 30分  
場 所：日本医師会 3階 小講堂

1. 開 会
2. 会長挨拶
3. 全国医師会勤務医部会連絡協議会について
  - (1) 平成 30 年度報告 (長崎県医師会)
  - (2) 令和元年度担当医師会 (山形県医師会)
4. 協 議
  - (1) 医師の働き方改革について
  - (2) 勤務医の医師会入会への動機を喚起するための方策について
    - － 特に、若手勤務医を対象に －
5. 閉 会

今回、上記協議会に参加してきましたので報告する。

当日は、日本医師会勤務医担当の城守国斗常任理事の司会で進められた。まず横倉会長の挨拶があり、その後昨年度の勤務医部会連絡協議会主催の長崎県医師会常任理事の木下郁夫先生から昨年の協議会についての概要の説明と感謝の言葉があった。その次に今年度主催の山形県医師会の間中英夫常務理事から今年の協議会のメインテーマと歓迎の言葉が述べられた。

当日の協議会の内容は、日本医師会の望月泉

勤務医委員会副委員長から「(1) 働き方改革について」の題で報告があった。

皆さんご存知の様に現在働き方改革については日本医師会も委員として参加して厚労省の検討委員会で協議中だが、3月にその検討委員会から答申が出たのでそれに基づいて説明が行われた。

医師の働き方改革の議論をするときにいつも出てくるのは<医師の診療業務の特殊性>である。しかしその土台の上で改革は進められなければならない。報告書の中に「労働時間短縮を強力に進めていくための具体的方向性」があり、その中に、(1) 医療機関内のマネジメント改革(タスク・シフティング、タスクシェアリング、ICT活用) …、(2) 地域医療提供体制における機能分化・集約化・重点化の推進…が挙げられている。特に、地域医療提供体制における機能分化・集約化・重点化に関しては、個々の医療機関レベルでの努力には限界があり、地域医療構想と連動した取り組みが重要との記載があり、これ無くしては根本的な改革にはならないだろうと思われるが、今、県が進めている地域医療構想の中に、このような機能分化や集約化、重点化の観点が盛り込まれているか、議論がされているのか、医師会としてもその点を県と協議していく必要があるのではないかと思った。詳細は議事録や日本医師会のホームページをご参照頂きたい。

その次の(2) 勤務医の医師会入会への動機を喚起するための方策について ー特に若手勤務医を対象にー とする報告はこれまでになく新鮮な報告であった。

まず東京大学大学院・公衆衛生学の阿部計大先生からの報告は、Junior Doctors Network

の活動に関することである。2010年に世界医師会に Junior Doctors Network が設立された事を受けて日本医師会にも 2012年日本医師会ジュニアドクターズネットワーク (JMA-JDN) が設置され、その活動を紹介していた。現在我々がやっている医師会活動ではなく、若手が国際的な活動を行う場を提供し、興味を持てるテーマで活動している様子が紹介されていた。

また、北海道医師会からも 2012年から「北海道の地域医療を考える若手医師 WG」として立ち上げ医学生の時から地域医療を考えるように組織的に活動し、次第に活発になっている事が紹介されていた。沖縄県でも 4月には県知

事も招いて沖縄県で臨床研修を行う研修医を歓迎するレセプションを開いたり、おきなわクリニカルシミュレーションセンターとの共催で研修医トレーニングを企画したり色々取り組んでいる。北海道医師会や Junior Doctors Network の「若手自身に企画させ、医師会がそれをサポートする」という活動などは、沖縄県医師会も、若手会員を増やす方法を検討するとき、次に何をしたら良いかを考えるときに非常に参考になる取り組みだと感じた。

※会の内容については上記の通りとなっており、報告書の詳細につきましてはホームページをご参照下さい。  
URL: <http://www.okinawa.med.or.jp/html/hokoku/2019/mokuji.html>

## お知らせ

### 沖縄県文化観光スポーツ部観光振興課からのお知らせ

#### インバウンド医療通訳コールセンターの開設について

今般、沖縄県では、外国人観光客の医療問題に対応すべく、24時間365日対応の多言語コールセンター(名称: Be.Okinawaインバウンド医療通訳コールセンター)を開設し、①電話通訳 ②メール翻訳サービス ③医療機関向け相談窓口 をすべて無償で実施しております。

各医療機関におかれましては、是非、有効利用下さいますようお願い申し上げます。

無料

24時間365日対応



① 電話医療通訳サービス

**03-6635-0230**

※対応言語: 英語・中国語(北京語・広東語)・韓国語・ポルトガル語・スペイン語・タイ語

② メール翻訳サービス

**okinawa\_mi@bricks-corp.com**

※対応言語: 英語・中国語(繁・簡)・韓国語・ポルトガル語・スペイン語・ベトナム語・タイ語

③ 医療機関向け相談窓口

**03-6635-0231**

訪日外国人対応における各種問い合わせに対応いたします。例: 他医療機関での未収金対応について教えて欲しい等



Be.Okinawaインバウンド医療通訳センター  
(沖縄県行政支援事業)

医療通訳サービス運営事務局((株)ブリックス (株)シャイニング)  
TEL: 098-868-5230(平日9:30-18:00) / FAX: 043-332-8868 / Email: [okinawa@bricks-corp.com](mailto:okinawa@bricks-corp.com)

# 令和元年度 第1回都道府県医師会長協議会



副会長 宮里 善次

## 令和元年度 第1回都道府県医師会長協議会

日 時：令和元年5月21日(火)  
午後3時00分～5時00分  
場 所：日本医師会館1階 大講堂  
次 第

1. 開 会
2. 会長挨拶
3. 協 議
  - (1) 外来医療計画の策定について [三重県]
  - (2) 厚労省主導の新たなシーリングについて [長崎県]
  - (3) へき地医療における医師の確保について [秋田県]
  - (4) 行政提出文書のIT化について [滋賀県]
  - (5) 医療介護人材確保のために有料職業紹介業者へ支払う紹介手数料について [神奈川県]
  - (6) ACPにおけるかかりつけ医の役割について [岡山県]
  - (7) これからのわが国におけるタバコ対策について [東京都]
  - (8) 日本医師会会員情報システムについて [愛知県]
  - (9) 地域枠・新 専門医制度・働き方改革等、制度の渦中にある後期研修医へのサポートについて [徳島県]
  - (10) 「第8回日本医師会 赤ひげ大賞」推薦依頼について [日医]
4. そ の 他
5. 閉 会

少子高齢化を伴った人口減少と云う未曾有の人口動態が日本中を混沌とさせている。その中の年金問題や消費税10%アップは間違いなく7月の参院選の大きな焦点となるだろう。

我々の医療界を見ると、団塊の世代が後期高齢者となる2025年から、高齢人口がピークとなる2040年を見据えた医療提供体制の準備に追われている。

地域医療構想調整会議は当初は人口減少による医療機関の倒産を回避すべく、ソフトランディングを狙った不必要な病床整理を思わせる内容であった。

しかしながら、各地で議論が始まると様々な問題点が噴出した。

それに加えて、新たな専門医制度の創設や働き方改革などが提案され、それらが更に問題を提起するような形で、シーリングや医師確保、脳神

経外科や心臓血管外科の集約化、外来医療計画の策定、僻地医療問題等などが難題として次々と立ちはだかっているのはご存知の通りである。

令和元年度第一回都道府県医師会長会議では各地から寄せられた9題の質疑応答が行われたが一朝一夕に解決できる問題ではない。

沖縄県医師会としてはこれらの提起された問題から共有できるものは日医と連携しながら解決策を見出さなければならぬが、一番肝心なことは県の医療行政と県医師会および各地区医師会のタイアップだと考える。

沖縄県を含む二つの県以外は県医師会長が地域医療調整会議の議長となっているが、医療機関同士の利害が絡んで踏み込んだ議論がしにくいと聞いている。そうした観点から見れば、沖縄県は医療行政側が議長なので、形の上では議論しやすい委員会となっている。

しかしながら、調整会議では議論と云うよりも県側からの説明と云う印象は拭えない。7次医療計画がスタートしたが、議論を活発化させるような委員構成を再検討すべきではないかと思う。

さて、今回の議題で一番気になったのは神奈川県から提案された(5) 医療介護人材確保のために有料職業紹介業者へ支払う紹介手数料について、である。

厚労省によれば、医師看護師や看護師を含めた医療技術者や介護サービス業の採用に関して支払った紹介手数料は年間800億円を超えており、年々上昇傾向にある。しかも早期の離職率が極めて高い。

日医総研は一定期間の離職時の際には、手数料の返戻率100%を有料職業紹介業界と標準化すべきと提案しているが同感である。日本医師会の圧力を受けて、厚労省は近々大々的な調査に入る予定との事である。

※会の内容については上記の通りとなっており、報告書の詳細につきましてはホームページをご参照下さい。  
URL: <http://www.okinawa.med.or.jp/html/hokoku/2019/mokuji.html>



## 第9回ワークショップ 「会員の倫理・資質向上をめざして」

— 都道府県医師会の取り組みおよびケーススタディから学ぶ医の倫理 —



常任理事 平安 明

第9回ワークショップ  
「会員の倫理・資質向上をめざして」  
— 都道府県医師会の取り組みおよび  
ケーススタディから学ぶ医の倫理 —

日 時：令和元年5月23日(木) 午後1時30分～4時  
場 所：日本医師会館3階小講堂・ホール

### 次 第

開 会 総合司会 羽鳥 常任理事

会長挨拶

議 事

1. 講 演 司会 寺下 委員  
(1) 生命・医療倫理学の現状と今後の展望  
・赤林 朗 (東京大学大学院医学系研究科  
医療倫理学分野教授)

2. ケーススタディ 司会・進行 樋口 副委員長  
佐藤 委員

・事例 ①悪い検査結果の通知のあり方  
②医療安全について

- (1) 討論の課題と進め方
- (2) グループによる議論
- (3) グループからの発表および全体討議

3. 総 括 森岡 委員長

閉 会

令和元年5月23日、日本医師会館にて「会員の倫理・資質向上を目指して—都道府県医師会の取り組みおよびケーススタディから学ぶ—」と題して研修会が開催され、北海道から沖縄まで全国より33名が参加し研修に臨んだ。

まず横倉会長よりご挨拶があり、「人生100年時代を迎えるなかで、従来の治療中心とした

医療から、予防、健康づくりに重点を置いた医療も必要であるということは我が国の非常に大きなテーマであり、その根幹にある医師と患者の基本的な信頼関係がこれからも非常に重要な課題となってくる」と述べられた。

その後「生命・医療倫理学の現状と今後の展望」と題して東京大学の赤林 朗先生よりご講演があった。赤林先生は受講者に問いかけたり、テレビドラマ白い巨塔の判決シーンを織り交ぜたりしながら、飽きのこない軽妙な語り口で難しい倫理の話をつわりやすくお話しされた。医療従事者には「法」と「倫理」の違いを意識しながら、倫理的な問題を察知する力を磨くことが求められており、医療の倫理を考えると、「よりよい医療とは何か」「よりよい患者・医療従事者関係とは何か」を考えるに他ならないと述べられ、インフォームドコンセントのあり方や同意書の内容等、実際に医療現場で問題点となったことを取りあげながら、参加者自身にも考えてもらうようなスタイルでご講演され、興味が尽きず示唆に富む内容であった。スライドを抜粋して掲示するのでご参照いただきたい。

講演の後ケーススタディとして2事例の検討が行われた。6つのグループに分かれてのセッションで司会と全体討議での発表を任せられ、諸先輩方の意見をまとめるのに苦労したが、同じ事例でも専門領域や経験等の違いでいろいろな切り口で見えてくるため、非常に興味深かった。事例については一つの答えがあるわけではない。2事例をそのまま資料として添付するので、会員の皆様も是非自院で検討されてみては如何だろうか。

## 倫理とは

- n 倫理は、その欠如態においてあらわになる。
- n 倫理への関心が高まるのは、倫理が荒廃し混乱しているとき  
→現代は、「倫理なき時代」
- n 多くの人々は、「倫理」をひどく窮屈なものに考えているのでは？

## 生命・医療倫理学の射程

生命の開始時をめぐる諸問題  
人口妊娠中絶、非配偶者間人工受精、代理母、出生前診断、遺伝子治療、クローン

生命の終末時、死をめぐる諸問題  
ターミナルケア、尊厳死、安楽死、医師による自殺ほう助、病名告知、脳死臓器移植、リビング・ウィル

その他の重要なトピックス  
インフォームド・コンセント、QOL、医療従事者・患者関係、医療資源の公正な配分、研究の倫理、倫理委員会、倫理コンサルテーション

## 医療倫理学の役割

現代の医療が抱える問題点を整理し、考え方の道筋や選択肢を示し、論点をはっきりさせ、考え方の枠組みを提示すること。

- ①理論研究（サーベイ、論点整理）、規範理論研究（法学、倫理学、政治哲学等）
- ②実証研究（インタビュー、質問紙調査等）

## 倫と理

- 1.2.1 倫：仲間、人間、世間  
精力絶倫
- 1.2.2 理：物の様子・模様→肌理（きめ）  
ものごとの筋道・道理

- ・倫理とは、もともと人間模様とか世間風景→「人間のありよう、人の世のありさま」
- ・人と人との関わりあう場でのふさわしいふるまい方、仲間のあいだで守るべき秩序のこと

## 基本的な倫理原則 (ETHICAL PRINCIPLES)

- ・RESPECT FOR PERSONS  
(人としての尊重、自律性)
- ・BENEFICENCE(恩恵)  
(and non-maleficence:無害)
- ・JUSTICE (公正・正義)

## 医療の倫理を考えると

「よりよい医療とは何か」、「よりよい患者・医療従事者関係とは何か」を考えることに他ならない

Medical Meliorism 改善論(医学は、人間の努力によって改善できる)  
optimism と pessimism の折衷説  
日本の医療を、

### 事例① 悪い検査結果の通知のあり方

66歳男性。腰痛を訴え来院した。血液検査でPSAが高値で前立腺がんの疑いがあり、前立腺の生検と画像診断の結果、脊椎に転移した前立腺がんであることが分かった。

その日の午後、検査の結果を踏まえ、家族を交えて相談をすることが予定されていたが、病院内において患者の娘とばったり会ったため、娘に結果を告げると、「父がそれを聞いたら、気落ちして死期が早まるに違いない」と、父である患者には結果を告げないでくれと懇願された。

なお、この親子は同居しており、きわめて仲がよく、従来から病院にも娘が付き添ってきていた。

あなたはどのように対応すべきか。

### 事例② 医療安全について

○B病院が会見「捜査に全面的に協力」

「病院として申し訳なく思っている」と謝罪した。会見にはカテーテルを抜く処置を行った医師も同席し、「カテーテルがうまく抜けなかったため、不審に思って胸部のX線検査を確認するとワイヤーが入っているのが分かった」と説明した。

その上で、「ワイヤーが入ったままの状態では不整脈や感染症の恐れがあり、見つけた段階で抜くのは当然で、適切な処置だったが、私が行った処置の結果、何らかの原因で患者が死亡したので、警察の捜査に全面的に協力したい」と述べた。

○A病院「私たちに非がある」

「体内にワイヤーを残してしまったことは間違いなく、私たちに非がある。本人を含め、家族には大変申し訳ないと思っており、今後は、警察の捜査に協力して結果を待ちたい」とコメントしている。

この事例について、事件発生の後、A・B病院はどのような対応をすべきだったか。また、今後はどのような対応をとるべきか。

### 事例② 医療安全について

【2019年4月4日のニュースから作成】

68歳男性。2017年11月、大阪のA病院に肺炎のため入院し、栄養補給のために大腿部の静脈からカテーテルが挿入された。2018年2月に転院先のB病院で長さおよそ1メートルのワイヤーが静脈内に留置されていることが発見され、ワイヤーとカテーテルが抜去されたが、その際に死亡した。警察が業務上過失致死の疑いで詳しい経緯を調べているが、司法解剖の結果、心臓周囲に出血が見られ、ワイヤーの先端が心臓壁を突き破っていたことが考えられた。

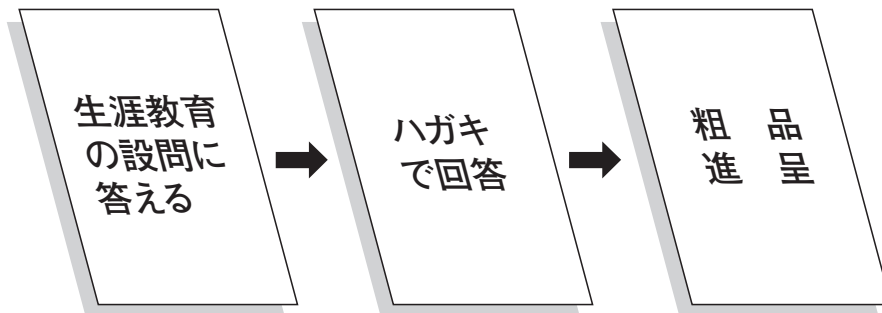
男性は、亡くなる3か月前の2017年11月にA病院で血管にカテーテルを挿入する手術を受けており、ワイヤーはカテーテルを誘導する際に使われたものであった。

## 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



# 前立腺肥大症に対する手術療法 —レーザー手術を中心に—

社会医療法人敬愛会 中頭病院 泌尿器科 新里 博

## 【要旨】

前立腺肥大症 (Benign prostatic hyperplasia ; BPH) は、中高齢男性における排尿障害の原因となる良性疾患であり、生活の質 (Quality of Life ; QOL) を低下させる QOL 疾患である。治療は主に薬物療法や手術療法が行われる。薬物療法も  $\alpha 1$  遮断薬をはじめとした有効な薬剤が開発され、排尿障害の治療は格段に進歩した。しかし、薬物療法が有効でない、あるいは治療当初から薬物療法の効果が不十分で難治性の場合には外科的治療の適応となる。手術療法には開腹手術や内視鏡手術 (経尿道的手術) などがあるが、その術式も時代とともに変遷しており、近年では内視鏡手術の中でも低侵襲手術としてのレーザー手術が普及してきている。前立腺肥大症の病態を理解し、適切に治療を行うことは、排尿障害を有する患者の QOL 向上に寄与する。

## 【はじめに】

前立腺肥大症は、中高齢男性における排尿障害の原因となり、進行性の疾患である。一般的に加齢とともに患者数は増加し、急速なスピードで高齢化社会を迎えている本邦においても、今後確実に増加していくと推測される。前立腺肥大症を疑う根拠としては、一般的に年齢 (50 歳以上)、下部尿路症状 (頻尿・排尿困難・尿意切迫感など)、尿閉、繰り返す尿路感染症などがある。実際の診療では前立腺肥大症診療ガイドラインに示された診療アルゴリズムが参考になる (図 1)<sup>1)</sup>。治療においては、病態を理解するとともに個々の患者の病状を的確に評価し、適切な治療法を選択することが重要である。本稿では、泌尿器科で行われている手術療法について、手術適応及びレーザー手術を中心に実際の手術療法について述べる。

## 【前立腺肥大症の病態と診断】

前立腺肥大症の定義は、「前立腺の良性過形成による下部尿路機能障害を呈する疾患で、通常は前立腺腫大と下部尿路閉塞を示唆する下部尿路症状を伴う」とされている<sup>1)</sup>。ただし、前

立腺の腫大があっても下部尿路症状がない場合もあり、また下部尿路症状は前立腺肥大症以外の前立腺疾患や膀胱疾患などでも生じることがある。特に高齢者の排尿症状は、下部尿路閉塞だけではなく膀胱収縮機能障害に起因することもある。下部尿路症状は、①蓄尿症状 (昼間頻尿、夜間頻尿、尿意切迫感、尿失禁<腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、混合性尿失禁、遺尿、持続性尿失禁、その他の尿失禁>)、膀胱知覚異常)、②排尿症状 (尿勢低下、尿線分割・尿線散乱、尿線途絶、排尿遅延、腹圧排尿、終末滴下)、③排尿後症状 (残尿感、排尿後滴下) に分類される<sup>2)</sup>。下部尿路閉塞を伴う前立腺肥大症において、排尿症状は尿流が抵抗を受けた結果として生じる。前立腺による尿道抵抗 (閉塞) には、2 種類の機序が想定されている。一つは前立腺腫大による機械的閉塞であり、もう一つは平滑筋の収縮による機能的閉塞である。機能的閉塞に対しては薬物療法 ( $\alpha 1$  遮断薬、PDE5 阻害薬など) の有効性が期待できる。また、機械的閉塞に対しては薬物療法 (5 $\alpha$  還元酵素阻害薬など) を施行することもあるが、その効果は限定的であり、手術療法が有効な場合が多い。機

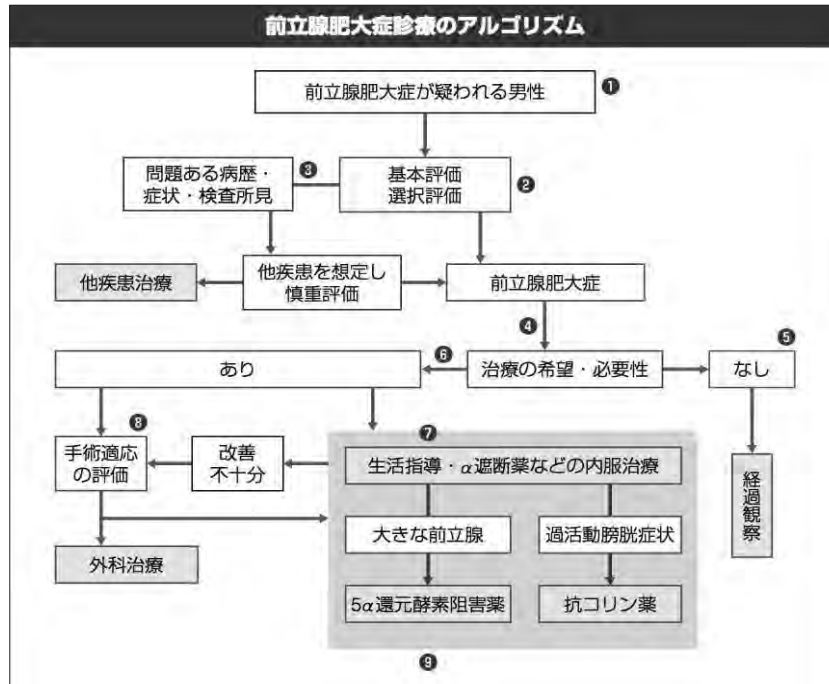


図1. 前立腺肥大症診療のアルゴリズム

械的閉塞においては、手術などにより閉塞を解除しても、3分の1では排尿症状が持続することがあるという点に留意する必要がある。つまり、下部尿路閉塞が長期間持続した場合、膀胱平滑筋の収縮障害と加齢変化が重なり、尿道閉塞の解除だけでは症状は改善しない。われわれ泌尿器科医も薬物療法で治療を行う際、膀胱機能障害が不可逆性となってしまうと手術による症状改善が期待できにくくなるため、漫然と薬物療法を継続することがないように注意している。前立腺肥大症に伴う蓄尿症状は、下部尿路閉塞により二次的に誘発される膀胱機能の変化に伴い生じると想定されている。前立腺肥大症では蓄尿・排尿のサイクルごとに膀胱伸展・高圧・虚血・再灌流が繰り返され、徐々に上皮・神経・平滑筋にさまざまな変化をもたらされる。前立腺肥大症に伴う合併症には、尿閉、肉眼的血尿、膀胱結石、反復性尿路感染症、腎後性腎不全などがある。前立腺肥大症を想定した場合に必須の評価（基本評価）として、病歴聴取、症状・QOL 評価（国際前立腺症状スコア IPSS・QOL スコア、主要下部尿路症状スコア CLSS、過活動膀胱症状スコア OABSS）、身体所見、尿検査、尿流測定、残尿測定、前立腺超音波検査（経腹的検査法、経直腸的検査法）、血清前立腺特異抗原（prostatic specific

antigen ; PSA) 測定がある。症例を選択して行う評価（選択評価）としては、排尿記録、尿流動体検査、血清クレアチニン値測定、上部尿路超音波検査などがある<sup>1)</sup>。この中で病歴聴取、症状・QOL 評価、身体所見（下腹部触診による膀胱拡張の確認、直腸診、肛門括約筋の緊張の程度や会陰部の知覚障害の有無など）、尿検査は泌尿器科以外の診療科でも施行可能で、残尿測定、経腹的超音波検査は機器があれば施行可能である<sup>1)</sup>。一般的に前立腺体積は20ml以下、残尿量は50ml以下が正常とされている。PSAは前立腺癌を診断するためには必須であり、診断感度の高い検査法である。

**【治療】**

治療の基本的な目的は、下部尿路症状の軽減による QOL の改善である。実際の治療には、生活指導、薬物療法、外科治療（手術療法）などがある。

**【手術療法】**

手術適応としては、①薬物治療の効果が不十分である場合、②中等度から重度の症状がある場合、③尿閉・尿路感染症・血尿・膀胱結石などの合併症がある（または危惧される）場合、④中葉肥大の場合に考慮される。日常臨



床では、患者の手術希望も考慮する場合がある。手術後は原則として薬物療法は中止することが可能であり、継続的な外来通院も終了できる場合が多い。従来より前立腺肥大症に対する標準術式は経尿道的前立腺切除術（TURP）であり、Gold standardとされている。その他にも多数の術式があるが、一般的には前立腺組織の切除（resection）、核出（enucleation）、蒸散（vaporization）を主体とする術式が多く行われている。いずれの術式においても、その目的は前立腺部尿道を開大させることにより下部尿路閉塞を解除するとともに、膀胱機能障害の進行を予防あるいは改善することである。術式選択に関しては、年齢、前立腺体積、基礎疾患の有無やその程度、各々の医療機関での設備及び術者の熟練度などを考慮して行われている。その他に麻酔が安全に施行可能かどうか、内視鏡手術の場合は碎石位が可能かどうか、また抗血栓療法の有無やその対策（休薬が可能かどうか、ヘパリン置換が必要かどうか）なども考慮される。いずれの術式においても、術後に患者がもっとも不快に感じるのはテネスマス症状（尿意切迫感、尿道～下腹部違和感）であり、周術期管理としては血尿の管理とともにテネスマスを軽減する処置を十分に行うことが重要である。以下、開腹手術、TURP、近年低侵襲治療として普及がすすんでいるレーザーを用いた内視鏡手術（HoLEP、PVP）について述べる。

＜開腹手術（被膜下前立腺核出術）＞古典的な術式であり、内視鏡的手術が普及した現在では、選択される頻度は多くはない。しかし、前立腺体積が非常に大きい場合には有効な治療法として行うことがある。麻酔は全身麻酔（±硬膜外麻酔併用）、脊椎麻酔あるいは硬膜外麻酔のいずれかを選択する。開放手術のため、下腹部を切開して膀胱前腔に到達した後、腫大した前立腺内腺を周囲の前立腺組織（外科的被膜）から用手的に剥離して核出する方法である。前立腺への到達経路によって①前立腺前面で被膜を切開する方法（恥骨後式）と膀胱を開放して膀胱内から腺腫を核出する方法（恥骨上式）がある。術後は、止血用の尿道カテーテルを約7日

間留置する。術中出血のリスクがあるため輸血を要することがあり（8.2～26.5%）、必要に応じて自己血輸血などで対応する。再手術率は1.1%と低い。

＜transurethral resection of the prostate ; TURP＞最も広く行われている標準的な術式であり、前立腺体積が中等度までの前立腺肥大症（50～80m以下）に対して選択されることが多い。麻酔は腰椎麻酔または硬膜外麻酔で可能であるが、患者の有する基礎疾患によっては全身麻酔で行うこともある。術式は、経尿道的に挿入した内視鏡下に先端の切除ループに通じた高周波電流で腺腫を切除し、多数の組織片として回収する。電解質を含まない灌流液を用いて視野を確保する。その治療効果は高く、手術手技は確立されている。前立腺組織が回収できるため、病理組織診断も可能である。単位時間当たりの切除量に関しては、術者の熟練度に影響し、内腺が十分に切除されない場合には残存腺腫が再発する可能性もある。合併症としては、輸血を必要とする出血が2.0～4.8%、術中の灌流液の吸収による低ナトリウム血症（いわゆるTUR症候群）が0～1.1%とされる。術後の再手術率は7.4%とされている。近年では灌流液として生理食塩水を用いたbipolar-TURPで行うことも可能であり、その場合TUR症候群は回避できる。術後の尿道カテーテル留置期間は約2～4日間で、術後に血尿の程度がつよい場合には持続膀胱洗浄を施行して管理することもある。

＜holmium laser enucleation of the prostate ; HoLEP＞経尿道的手術で、エネルギーとしてホルミウムレーザーを用いる核出術であり、1998年にGillingらによりHoLEPの術式が確立された<sup>3)</sup>。レーザーを用いた手術においては、使用するレーザーの特性を理解することが不可欠である。ホルミウムレーザーは2,100nmの波長で、組織への吸収深度が浅い（0.4mm）ため、深部組織への影響がない。水への吸収係数が高く、術者の可視範囲がレーザーの影響を受ける部分であり、灌流液を使用する内視鏡手術においては安全性の高いレーザーといえる。麻酔は前立



腺体積や基礎疾患によって、腰椎麻酔、硬膜外麻酔あるいは全身麻酔のいずれかで行う。術式は、経尿道的に挿入した内視鏡下にホルミウムレーザーを照射し、前立腺腺腫（内腺）と外科的被膜（外腺）との間を剥離・核出（enucleation）した後、モーセレーターで核出した腺腫を体外に取り出す（morcellation）。前立腺体積による制限はなく、軽度から大きな前立腺腫大に対しても施行可能である。治療効果はTURPと同等とされる。HoLEPでは出血が少なく、輸血の頻度は少ない（0～1.0%）。灌流液には生理食塩水を用いるため低ナトリウム血症（TURP症候群）のリスクはない（0%）。その他の合併症として膀胱粘膜損傷・穿孔（0～18.2%）、尿失禁（術後晩期0.5～1.7%）、射精障害、尿道狭窄（1.0～6.3%）などがある<sup>4)</sup>。術後の尿道カテーテル留置期間は約1～2日間で、血尿の程度がよい場合には術後に持続膀胱洗浄を施行して管理することもある。前立腺体積が100mlを超える患者、抗血栓療法施行中の患者にも安全に施行可能とされる。手術手技の習得には時間を要するが、適切に手術が施行されれば内腺はほぼ完全に核出されるため、再発の可能性は低い（術後5～10年での再手術率は1%）<sup>5)</sup>。

< photoselective vaporization of the prostate ; PVP > 経尿道的手術で、エネルギーとしてKTP（チタン酸カリウム）レーザーやLBO（3ホウ酸リチウム）レーザーを用いる蒸散術である。使用するレーザーは532nmの可視光線（緑）で、水に対しては低吸収、酸素ヘモグロビンに対しては高吸収の特性を有するため、灌流液には吸収されにくく、前立腺組織を効果的かつ素早く蒸散させることができる。組織内温度が100℃以上で蒸散、100℃以下では凝固となる。凝固層の厚さは1～2mmを超えないという特徴があり、その結果組織の変性を抑えつつ（浮腫が起きにくい）、出血を最小限にすることができる。PVPでは出血が少ないため、抗血栓療法を受けているハイリスク患者でも抗血栓薬を内服継続下で施行することができ、周術期に抗血栓薬を休薬することによる原疾患の増悪リスクを低減できる。麻酔は腰椎麻酔または硬膜

外麻酔で可能であるが、患者の有する基礎疾患や抗血栓薬を内服継続下で手術を行う場合には全身麻酔で行うこともある。術式は、経尿道的に挿入した内視鏡下に高出力のLBOレーザーを照射して腺腫を蒸散させる方法である。灌流液は生理食塩水を用いる。術後の尿道カテーテル留置期間は短く、通常24時間以内に抜去可能である。出血が少ないため、術後に持続膀胱洗浄が必要になることは少ない。治療効果はTURPやHoLEP等の術式と同等とされている。術後5～10年での再手術率は5～7%とされている<sup>5)</sup>。合併症としては、一過性尿閉（12.5%）、尿路感染症（5.5%）、術後尿道狭窄（5.5%）、後出血（2.7%）、切迫性尿失禁（2.7%）などがある<sup>6)</sup>。

【おわりに】

高齢化社会を迎える本邦において、今後確実に増加する中高齢男性の前立腺肥大症への適切な対応は、今後の医療において重要な課題である。本稿が前立腺肥大症に対する手術療法について参考となり、前立腺肥大症患者のQOL向上に寄与できれば幸いである。

【参考文献】

- 1) 日本泌尿器科学会編：前立腺肥大症診療ガイドライン，リッチヒルメディカル株式会社，東京，2011；2,4,30-39.
- 2) Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al.; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society: The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21(2):167-178.
- 3) Gilling PJ, Kennett K, Das AK, Thompson D, Fraundorfer MR. ; Holmium laser enucleation of the prostate(HoLEP)combined with transurethral tissue morcellation: an update on the early clinical experience. *J Endourol* 1989; 12:457-459.
- 4) Kuo RL,et al;Holmium laser enucleation of the prostate:morbidity in a series of 206 patients. *Urology* 2003;62:59-63.
- 5) 野村博之；他の術式では治療対象となりにくいハイリスクBPH患者に対して提供可能な低侵襲治療，それがPVP (Photoselective vaporization of the prostate；光選択的前立腺レーザー蒸散術). *西日泌尿器科* 2017;79(9):373-377.
- 6) 野村博之、山口秋人；AMS GreenLight Laser®HPSを用いた光選択的前立腺蒸散術の有用性と安全性に関する前向き研究（中期成績：術後3年）. *Japanese Journal of Endourology*2016;29:243-247.



**C**ORRECT  
**A**NSWER!

5月号 (Vol.55)  
の正解

**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 前立腺肥大症による下部尿路閉塞が長期間持続した場合、手術による尿道閉塞の解除だけでは症状が改善しないことがある。
- 問 2. 前立腺肥大症に対する標準術式は TURP であるが、近年はレーザーを用いた手術 (HoLEP、PVP など) も普及してきている。
- 問 3. 経尿道的手術ではいずれの術式でも電解質を含まない灌流液を用いるため、術中の灌流液の吸収による低ナトリウム血症の合併症が起こりうる。
- 問 4. HoLEP はホルミウムレーザーを用いた蒸散術であり、PVP は KTP レーザーや LBO レーザーを用いた核出術である。
- 問 5. PVP では出血が少ないため、抗血栓療法を受けているハイリスク患者でも休薬せずに内服継続下で手術を施行することが可能である。

当院における過去 6 年間の  
SLE と RA 合併妊娠の臨床的比較検討

**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 膠原病の中でも妊娠可能な年齢に多い疾患は、SLE と RA である。
- 問 2. SLE 合併妊娠では心奇形が多い。
- 問 3. SLE は妊娠中に寛解することが多く、一方 RA では増悪傾向が見られるため嚴重な管理が必要である。
- 問 4. SLE、RA を含め妊娠合併の膠原病の加療は、胎盤移行性のないメソトレキセートが基本である。
- 問 5. 抗 SS-A 抗体が陽性の患者のうち先天性心ブロックを発症する頻度は 1% 程度である。

正解 1.○ 2.× 3.× 4.× 5.○





「過眠症状をどう診るか」



嬉野が丘  
琉球大学

サマリヤ人病院  
精神病態医学講座

普天間 国博

【はじめに】

「不眠」はプライマリ・ケアで遭遇する最も多い症状の一つであるが、「過眠（日中の眠気）」も患者がしばしば訴える症状である。過眠症で最も有名な疾患はナルコレプシーであろう。しかしナルコレプシーは最も誤診の多い睡眠障害でもある。ナルコレプシーの有病率は人種により異なるが、本邦では0.16%<sup>1)</sup>～0.59%<sup>2)</sup>とまれな疾患である。一方で過眠を主訴に睡眠外来を受診する患者は多く、そのほとんどが睡眠不足や概日睡眠リズム障害である。過眠症状は他にも様々な原因で起こりうるが、本稿ではプライマリ・ケアにおける過眠症状の鑑別や対処法と睡眠専門医療機関に紹介すべきケースについて概説する。

睡眠障害国際分類第3版(ICSD-3)

分類	代表的疾患
(1) 不眠症	慢性不眠障害、短期不眠障害など
(2) 睡眠関連呼吸障害群	閉塞性睡眠時無呼吸、カタルニア
(3) 中枢性過眠症群	ナルコレプシー、特発性過眠症など
(4) 概日リズム睡眠・覚醒障害群	睡眠・覚醒相後退障害、交代勤務障害
(5) 睡眠時随伴症群	レム睡眠行動障害、睡眠時遊行症など
(6) 睡眠関連運動障害群	レストレスレッグス症候群など

【夜間の睡眠に起因する過眠症状】

I 睡眠の量に問題がある場合（睡眠不足）

過眠症状の原因として最も多いのが睡眠不足である。この場合は当然ながら睡眠時間の延長が原則であるが、注意すべきなのは「長時間睡眠者（Long Sleeper）」と「睡眠負債（Sleep Debt）」の概念であろう。

必要な睡眠時間は個人差が大きく年齢によっても異なる。米国の National Sleep Foundation が公開した望ましい睡眠時間の目安は学童（5歳から12歳）では10～11時間、中高生では8時間～9時間、成人では7～9時間とされている。これはあくまでも目安の一つだが、一般に代謝の活発な若者や活動量の多い個人ほど必要な睡眠時間は長くなる。その中でも人口の約数%の割合で Normal Variant（正常異型）である「短時間睡眠者」と「長時間睡眠者」が存在する。睡眠障害国際分類第3版（ICSD-3）では成人の場合、毎晩の睡眠が6時間未満の者を「短時間睡眠者」、10時間以上の者を「長時間睡眠者」としている。長時間睡眠者の睡眠不足のケースでは睡眠時間を10時間以上に延長して過眠症状が改善するかどうか経過を観察する必要がある。

そして睡眠時間の延長で過眠症状が改善するまでどの程度の期間を要するかは「睡眠負債」も考慮すべきであろう。睡眠負債はスタンフォード大学の Dement 教授が提唱した概念である。「寝だめ」という言葉があるが、実際のところ睡眠は貯めることはできない。しかし睡眠不足が続くと負債として蓄積され、日中の眠気や倦怠感などが生じて集中力や思考力など日中機能が低下する。寝不足が慢性化し「睡眠負債」が大きくなると、長く寝たとしても数日では改善せず、負債がゼロになるまで数週間以上かかることがある。

II 睡眠の質に問題がある場合（睡眠妨害事象）

睡眠の質が悪い場合も日中の眠気を生じることがある。例えば睡眠時無呼吸症候群や周期性四肢運動障害などでは睡眠中の呼吸イベントや下肢の不随意運動が睡眠妨害事象として睡眠効

率の低下や睡眠の浅化をもたらして日中の眠気を生じることがある。筆者は過眠症状を訴える患者の睡眠中の脳波でアルファ・デルタ・スリープ（通常は生じない深睡眠中のα波が生じる現象：いわゆる「質の悪い睡眠」と言われる）を生じていた症例を経験したこともあるが、これは稀なケースである。

### Ⅲ 睡眠のリズムに問題がある場合（概日リズム睡眠・覚醒障害）

概日リズム睡眠・覚醒障害も過眠症状の原因として非常に多い。夜更かしや不規則な生活を送る若者に多いのが、睡眠相後退型（いわゆる昼夜逆転や夜型傾向）である。これらのケースでは当然ながら日中は過眠症状を訴えるが、夕方以降は過眠症状が消失し夜間は逆に不眠症状を訴える。このような場合は規則正しい睡眠・覚醒リズムに戻して過眠症状が軽減するか確認すべきである。しかしリズムの改善は睡眠負債の改善と同様に数週間から数か月の一定期間を要することが多い。

#### 【身体疾患に伴う二次的な過眠症状】

二次的に過眠症状を起こしうる身体疾患は甲状腺機能低下症、肝性脳症、パーキンソン病、外傷、脳腫瘍、脳血管性障害、サルコイドーシスなど意識障害を起こしうる疾患を含めて多岐にわたる。特に頭部外傷や頭蓋内の器質性疾患で覚醒中枢である視床下部後部（結節乳頭核：TNT）の障害があると過眠症状を起こしうる。逆に睡眠中枢である視床下部前部（腹側外側視索前野：VLPO）が障害を受けると不眠症状を生じうる。

#### 【精神疾患に伴う過眠症状】

統合失調症やうつ病では不眠症状はほぼ必発である。しかし非定型うつ病や双極性感情障害の抑うつ期に過眠症状を生じることがある。また過眠症状は自覚的な要素が強く解離性障害では心理的要因から眠気を強く感じることも多い。発達障害でも過眠症状を訴えるものは多

い。自閉症スペクトラムではリズム障害の合併が多く、ADHDでは中枢ドパミン活性が低下しており眠気を訴える患者が多い。近年の論文でADHDの過眠症群がナルコレプシータイプ2のサブグループの一つを形成している可能性が指摘されている<sup>3)</sup>。

#### 【薬剤による過眠症状】

精神疾患合併例では心理的要因やリズム障害の合併だけではなく、向精神薬による薬剤性の眠気も多い。鎮静系の向精神薬全般、アルコール、抗ヒスタミン薬など過眠症状を生じる薬剤は多い。さらに一部の向精神薬は副作用として体重増加による肥満から睡眠時無呼吸症候群の発症や薬剤性のレストレスレッグス症候群/周期性四肢運動障害が睡眠妨害事象となり日中の眠気の原因となることもある。逆説的ではあるが覚醒作用のある中枢覚醒薬でも乱用者の場合、薬剤の中断時に虚脱感とともに過眠症状を訴えることがある。

#### 【睡眠専門医療機関への紹介が必要なケース】

ナルコレプシーなどの特殊な過眠症や睡眠時無呼吸症候群や周期性四肢運動障害などの睡眠妨害事象が疑われるケースでは睡眠ポリグラフ検査（PSG）や反復睡眠潜時検査（MSLT）などの睡眠検査が施行できる睡眠専門医療機関へ紹介すべきである。

ただし重篤な身体合併症や精神疾患のある患者で病状が不安定な状態ではPSGを施行できない。理解力が乏しく指示動作の入らない小児でもPSGを施行できないケースが多い。また過眠症検査であるMSLTは検査の約2週間前から眠気に影響を与える薬剤をすべて中断する必要がある。統合失調症や双極性感情障害で向精神薬を中断することはかなりのリスクを伴うためMSLTの施行はほぼ不可能である。たとえ向精神薬を中断してMSLTの結果から過眠症の合併が確認できたとしても過眠症治療薬である中枢覚醒薬は精神症状を悪化させるリスクが高いため使用できないことが多い。

**【プライマリ・ケアにおける過眠症状の対応】**  
問診や一般採血検査などを中心に鑑別

- ・睡眠不足  
→睡眠時間の延長が原則。ただし睡眠負債や長時間睡眠者に注意。
- ・リズム障害（睡眠相後退や昼夜逆転）  
→睡眠表をもとに過眠症状の日内変動を確認し睡眠リズムを是正。
- ・身体疾患に伴う過眠症状（意識障害の鑑別を含む）  
→原疾患の治療を優先する
- ・精神疾患に伴う過眠症状（気分障害、発達障害、心理的影響に随伴）  
→精神科に紹介し原疾患の治療を優先する
- ・薬剤性の過眠症状  
→薬剤調整を行う

**【睡眠専門医療機関に紹介すべき過眠症および過眠症状】**  
特殊な睡眠検査や睡眠専門医の加療が必要なケース

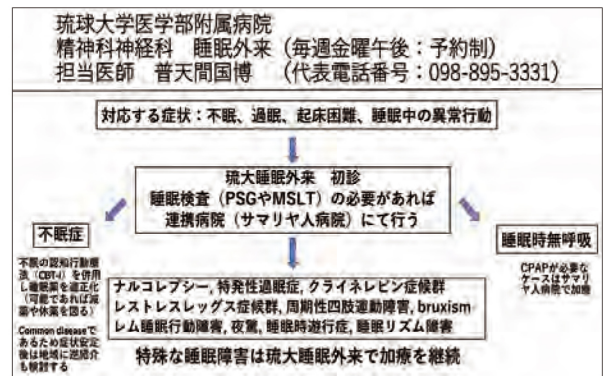
- ・ナルコレプシー type 1  
→睡眠時間の延長と薬物療法（中枢覚醒薬とREM関連症状抑制薬）
- ・ナルコレプシー type 2と特異性過眠症  
→睡眠時間の延長と薬物療法（中枢覚醒薬）
- ・クライネレビン症候群  
→生活指導と薬物療法（気分安定薬を使用）
- ・睡眠妨害事象に伴う日中の過眠症状  
→睡眠時無呼吸症候群ではCPAPによる加療  
→周期性四肢運動障害では薬物療法（プラミベキソール少量）  
→ブラキシズムでは薬物療法（クロナゼラム少量）

**【沖縄の睡眠専門医療機関】**

沖縄の睡眠医療の歴史で浦添市にある名嘉村クリニックの果たしてきた役割は非常に大きい。呼吸器内科の名嘉村博院長は日本で最初に沖縄で睡眠時無呼吸の専門施設を立ち上げた。これまで日本国内でもトップクラスの診療実績があり、2019年4月現在、名嘉村クリニックは日本睡眠学会が認定する沖縄で唯一の睡眠専門医療機関である。

筆者の勤務する南風原町のサマリヤ人病院でも2016年に国内屈指の睡眠時無呼吸のスペシャリストである山城義広院長が睡眠専門外来を開設した。サマリヤ人病院の睡眠外来の歴史はまだ浅いが、精神科専門医（筆者）による睡眠薬減薬のための不眠の認知行動療法（CBT-I）やてんかん専門医（松浦雅人）による睡眠時てんかんとパラソムニア（睡眠時随伴症）の鑑別など各領域のエキスパートが在籍しており、今年度の日本睡眠学会の睡眠専門医療機関として新規登録申請中である。

また2019年4月から筆者が非常勤で在籍する琉球大学医学部附属病院の精神科神経科でも睡眠外来を新たに立ち上げることとなった。当面は毎週金曜日のみに限られた外来（予約制）でPSGやMSLTなどの睡眠検査が必要となる場合は、連携病院であるサマリヤ人病院で施行することとなる。手探りでのスタートとなるが、沖縄における睡眠医療の普及や若手医師の育成のためにこれを継続していくことが何よりも重要な社会的責務であると思っている。琉球大学医学部附属病院の睡眠外来を暖かく見守っていただければ幸いである。



**【参考文献】**

- 1) Honda Y. Census of narcolepsy, cataplexy and sleep life among teenagers in Fujisawa city. Sleep Res. 1979;8:191.
- 2) Tashiro T, Kanbayashi T, Iijima S, Hishikawa Y. An epidemiological study on prevalence of narcolepsy in Japanese. J Sleep Res. 1992;1:228.
- 3) Wakako Ito, Makoto Honda, Taro Ueno, Nobumasa Kato. Hypersomnia with ADHD: a possible subtype of narcolepsy type 2. Sleep and Biological Rhythms. 2017, 16 (2) :205-210



患者の皆様信頼される  
病院、そして、職員の皆  
様が働きやすいセンター  
を目指します。



沖縄県立南部医療センター  
こども医療センター 院長

**小濱 守安 先生**

質問 1. この度は、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター院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。

昨年 4 月に中部病院から副院長として南部医療センター・こども医療センターに赴任しました。中部病院では、医療部長として医療安全や倫理委員会を 2 年間担当し、南部医療センターでも主に医療安全と倫理に関わらせていただきました。

本年 4 月から南部医療センターの院長としての重責を担うこととなりました。昨今の状況をみますと、医療に対する信頼が問われている様に思います。3 年間の医療安全を担当した経験を踏まえ、患者の皆様にしっかりと向き合い、県民に信頼される病院、地域医療に貢献する医療センターを目指します。

質問 2. 小濱先生が目指す病院運営の方針、医療機関等との連携についてお聞かせ頂けないでしょうか。

南部医療センター・こども医療センターは、開設以来 14 年を経過しました。県立病院として厳しい経営状況が続いていますが、昨年度より佐久本薫前院長の懸命の経営立て直しで、病院経営に光明が見えて参りました。引き続き県立病院の課題であります未収金の縮減、診療

単価の改善、平均在院日数の縮小などを粛々と進め、収益の改善につなげたいと思います。

本年度より原価計算を導入し、DPC 分析と併せて各診療部長と各科診療の状況収益性、課題などの面談を行い、経営効率の改善を目指していきます。

南部医療センターは完全紹介制をとっており、地域の医療機関との連携が欠かせません。地域支援病院やクリニックの先生方より多数の紹介をいただき、2018 年度は紹介率が約 80% の結果をいただきました。当院で加療・診療後の逆紹介におきましても、多くの支援病院・クリニックの先生方に快く受け入れていただき、逆紹介率は 99% を達成できました。

また救命救急センターからの入院も多く、状態が安定した患者様の転院調整にさらに地域医療機関との連携を強化していきたいと考えています。

質問 3. 人口 70 万人を超える南部医療圏の救急基幹施設として、24 時間 365 日救急疾患に対応する救命救急センターを有しており、大変ご苦労があるかと思います。現状、今後の課題がありましたらお聞かせ頂けますでしょうか。

南部医療センターは 2006 年 10 月に救命救急センターの指定を受け、那覇市を含む人口

約 70 万余の南部医療圏において、救急＋集中治療（ICU）型の救命救急センターとして、24 時間 365 日、一次から三次まで救急疾患に対応しています。4 月より脳卒中センターを開設し、rt-PA 血栓溶解療法、脳外科手術、脳血管内手術を含む急性期治療に対処できる診療体制を構築しました。昨年 10 月の小児医療費の無料化に伴い、救急外来受診の増加が危惧されます。時間外の小児救急患者の増加は、限られた人員で運営する救急医療体制の疲弊につながりかねません。沖縄県や県医師会より県民の皆様への #8000 の周知や、かかりつけ医受診の働きかけをお願いしたいと思います。小児医療においては、小児医療センターとして、先天性心疾患、白血病などの血液疾患、腎・神経・内分泌疾患など、沖縄県全域の小児医療の最終病院としての役割を果たしています。特に先天性心疾患は、緊急度が高い疾患が多く県内での迅速な対応が求められますが、循環器医師の慢性的不足状態の解消が課題です。小児集中治療室（PICU）は 8 床を有し、県内唯一の施設として県内各地から紹介搬送される重症児の治療管理を行っています。周産期医療に関しては、総合周産期母子医療センターとして中部病院の総合周産期母子医療センターと連携しながらハイリスク妊婦及び重症新生児の診療に当たっていますが、沖縄県は他県に比べ出生率が高く、早産率も高いことより、新生児集中治療室（NICU）の病床数が不足しています。県全体として周産期医療

体制の再検討が必要な状況と考えます。

**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。**

沖縄県は全国有数の島嶼県です。南部医療センター・こども医療センターも離島 8 診療所を抱えています。医療は地域住民にとって安心して生活できる環境を支えるインフラの一つです。また近年は離島にも国内外から多数の観光客が訪れるようになりました。沖縄県の基幹産業である観光需要を維持する為にも離島医療の充実が重要な課題です。医師会におきましては、離島医療の現状をご理解いただき、地域住民が安心して暮らせる離島医療の充実にご支援をお願いします。

**質問 5. 大変ご多忙の身ではありますが、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下さい。**

日々の不摂生がたたなり、大学卒業時より 10kg の体重増加が元に戻らず、摂取した栄養を無駄なく確実に蓄える体質ができあがりました。食事の調整が必要と感じていますが、なかなかうまくいきません。ストレス発散と少しずつ低下していく体力維持のために、時間を見つけてウォーキング（連れ合いからは徘徊といわれていますが）や体育館での筋トレを心がけています。退職後は、大学時代に教えてもらった囲碁を再開したいと思っています。

インタビュアー：広報委員 白井 和美



# ご 注 意 を !

沖縄県医師会理事 徳永義光

## 1. 【金銭交渉について】

医事紛争発生時に、**医師会に相談なく金銭交渉を行うと医師賠償責任保険の適用外となります。**

医事紛争発生時もしくは医事紛争への発展が危惧される事案発生時には、必ず地区医師会もしくは沖縄県医師会までご一報下さい。

なお、医師会にご報告いただきました個人情報等につきましては、厳重に管理の上、医事紛争処理以外で第三者に開示することはありませんことを申し添えます。

## 2. 【日医医賠償保険の免責について】

日医医賠償保険では **補償されない免責部分があり100万円以下は自己負担となります。その免責部分を補償する団体医師賠償責任保険があります。** この団体医師賠償責任保険は医師の医療上の過失による事故だけでなく、医療施設の建物や設備の使用・管理上の不備に起因する事故も補償いたします。

詳細については、沖医メディカルサポートへお問い合わせ下さい。

## 3. 【高額賠償責任保険について】

最近の医療事故では高額賠償事例が増えていることから、日医医賠償保険（1億円の限度額）では高額賠償にも対処できる特約保険（2億円の限度額）があります。特約保険は任意加入の保険となっております。

詳細については、沖縄県医師会へお問合わせ下さい。

### 【お問い合わせ先】

沖 縄 県 医 師 会 : TEL (098) 888-0087

沖医メディカルサポート : TEL (098) 888-1241