

令和元年度下半期における 個別指導・新規指定個別指導の 主な指摘事項について



常任理事 平安 明

令和元年度下半期に実施されました個別指導・新規指定個別指導における主な指摘事項について、九州厚生局沖縄事務所にて下記のとおり纏められましたのでお知らせいたします。

毎回、同じような事項が指摘されていますので、ご確認いただき、日常診療にお役立ていただければ幸いです。

I 診療に係る事項

1 診療録等

- (1) 診療録への必要事項の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- 診療録について、医師による日々の診療内容の記載が乏しい。診療録は、保険請求の根拠となるものなので、医師は診療の都度、遅滞なく必要事項の記載を十分に行うこと（特に、症状、所見、治療計画等について記載内容の充実を図ること）。

2 傷病名

傷病名について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ①主病の指定が適切に行われていない。
- ②実際には「疑い」の傷病名であるにもかかわらず、確定傷病名として記載している。
- ③傷病名が整理されていないために、傷病名数が多数となっている。正しい転帰を付して、適宜整理すること。
- ④検査、投薬等の査定を防ぐ目的でつけられた医学的な診断根拠のない傷病名（いわゆるレセプト病名）が認められた。レセプト病名を付けて保険請求することは不適切なので改めること。

3 基本診療料

- (1) 再診料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- 検査のみで受診した日に再診料を算定している。
- (2) 外来管理加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ①患者からの聴取事項や診察所見の要点について診療録への記載がない。
 - ②処置等の算定を行った場合を除き、同加算を算定するようシステムが設定されており、自動的な算定となるおそれがあるので改めること。

4 医学管理等

- (1) 特定疾患療養管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ①治療計画に基づく、服薬、運動、栄養等の療養上の管理内容の要点について診療録への記載がない。
 - ②算定対象外である主病について算定している。
- (2) 特定疾患治療管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ①特定薬剤治療管理料について、薬剤の血中濃度・治療計画の要点の診療録への記載がない。
 - ②特定薬剤治療管理料1について、月1回に限り算定すべきところ、複数回算定している。
 - ③悪性腫瘍特異物質治療管理料について、悪性腫瘍であると既に確定診断した患者以外の者に対して算定している。
 - ④悪性腫瘍特異物質治療管理料について、腫瘍マーカー検査の結果が出ていないにもかかわらず算定している。

- ⑤てんかん指導料について、診療計画・診療内容の要点について、診療録への記載が不十分である。
 - ⑥難病外来指導管理料について、算定対象外である主病について算定している。
 - ⑦皮膚科特定疾患指導管理料（I）について、診療計画・指導内容の要点の診療録への記載がない。
- (3) 外来栄養食事指導料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- 2回目以降の外来栄養食事指導について、療養のため必要な栄養の指導を行った時間が「概ね20分以上」でないにもかかわらず算定している。

5 在宅医療

- (1) 在宅患者診療・指導料について次の不適切な例が認められたので改めること。
- 在宅患者訪問診療料について、診療録への訪問診療の計画・診療内容の要点の記載が不十分である。
- (2) 在宅自己注射指導管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ①自己注射の回数が、27回以下の場合であるにもかかわらず、28回以上の場合で算定している。
 - ②在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合に、薬剤の総点数、薬剤名及び支給日数等を明細書に記載していない。
- (3) 血糖自己測定器加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ①インスリン治療を行っていない患者に対して算定している。
 - ②血糖自己測定値に基づいた指導を実施していない患者に対して算定している。

6 画像診断等

画像診断において、次の不適切な実施例が認められたので改めること。

医学的に必要が乏しいMRI撮影

7 投薬・注射・薬材料等

投薬・注射・薬材料等について、以下の不適切な例が認められた。保険診療において薬剤を使用するに当たっては、医薬品医療機器等法承認事項を遵守すること。

(1) 適用外投与・用法外投与

- ①抗悪性腫瘍剤である点滴静注用薬剤を硝子体内注射で使用している。また、当該薬材料を別に患者負担としている。
- ②点滴静注用薬剤を点眼薬として使用している。

(2) 特定疾患処方管理加算について次の不適切な例が認められたので改めること。

- ①算定対象の疾患が主病でない患者について算定している。
- ②療養上必要な管理を行っていない患者について算定している。
- ③特定疾患処方管理加算2について、算定対象となる主病以外の疾患に係る薬剤を28日以上処方して算定している。

8 リハビリテーション

(1) 疾患別リハビリテーションについて、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ①対象疾患患者以外の患者に対して算定している。
- ②機能訓練の記録について、機能訓練の開始時刻及び終了時刻の診療録等への記載が画一的である。

(2) リハビリテーション総合計画評価料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ①リハビリテーションが開始されてから評価ができる期間に達しているとは考え難い場合で算定している。
- ②リハビリテーション総合実施計画書の記載に空欄があり、内容が不十分である。

9 精神科専門療法

精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアについて、次の不適

切な例が認められたので改めること。

- ①当該診療の記録について、活動日誌の記録の記載が不十分である。実際の活動内容・活動時間について、適切に記載すること。
- ②スタッフミーティングをプログラムの時間内に実施している。

10 処置

消炎鎮痛等処置について、次の不適切な例が認められたので改めること。

はり治療を消炎鎮痛等処置（器具等による療法）で算定している。

II 食事等に係る事項

食事（入院時食事療養（I））

入院時食事療養（I）について、医師、管理栄養士又は栄養士による検食簿の記載が不十分な例が認められたので改めること。

III 管理・請求事務・施設基準等に係る事項

1 診療録等

(1) 診療録の様式が、定められた様式（療担規則様式第一号（一））に準じていないので改めること。

- ①診療録第3面（療担規則様式第一号（一）の3）が作成されていない。
- ②診療録第3面（療担規則様式第一号（一）の3）の様式に不足があり、記載できない項目がある。

(2) 電子的に保存している記録の管理・運用について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5版」に準拠していない。

- ア 定期的に職員に対し個人情報の安全管理に関する教育訓練を行っていない。
- イ パスワードについて、利用者本人が設定していない。
- ウ パスワードの有効期間が適切でない。
- エ パスワードが4文字である例が認められた。パスワードは英数字、記号を混在させた8文字以上の文字列が望ましい。

- オ アクセス権限の範囲設定が不適切である。
- カ 修正履歴が表示されない。
- キ 特定のIDを複数の職員（職種毎）で共有している。
- ク 退職した職員のIDの管理が適切に行われていない。
- ケ 情報保護責任（責任の明確化）に係る運用管理規定の内容が不十分である。
- コ 情報及び情報機器の持ち出しに係る運用管理規定が定められていない。
- サ 事後責任に係る運用管理規定が定められていない。
- シ 端末から離席する際、他の者による入力ができないよう、クリアスクリーン等による防止策が講じられていない。
- ス 電子媒体に保存された情報の一部が、書面に印字した際に確認できない。
- セ サーバー室の管理が不十分である。

2 一部負担金等

一部負担金の受領について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

- ①受領すべき者から受領していない。（例：自院の従業員等）
- ②未収の一部負担金に係る管理簿を作成していない。

3 保険外負担等

保険外負担等について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

実費徴収に当たって患者、家族に説明を行っているものの、徴収に係るサービスの内容及び料金を明示した文書への署名を受けていない。

4 掲示・届出事項等

(1) 掲示事項について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

- ①施設基準に関する事項を掲示していない。
- ②届出を行っていない施設基準について掲示している。
- ③保険外負担に関する事項を掲示していない。

④保険外負担に関する事項の掲示が誤っている。

傷病手当金意見書交付料について、保険外負担として掲示している。

⑤明細書の発行状況に関する事項の掲示について、内容が不十分である。「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」(平成30年3月5日保発0305第2号)で示された内容を参考に掲示すること。

(2) 次の届出事項の変更が認められたので、速やかに九州厚生局沖縄事務所に届け出ること。

①診療時間・診療日(休診日)・診療科の変更

②保険医の異動

5 管理・請求事務等に係るその他の事項

(1) 届出後に施設基準を満たさなくなった場合は、診療報酬を請求しないだけでなく、速やかに辞退の届出を行うこと。

(2) 診療報酬の請求に当たっては、全ての診療報酬明細書について保険医自らが診療録との突合を行い、記載事項や算定項目に誤りや不備等がないか十分に確認すること。また、請求事務について、診療部門と医事会計部門との十分な連携を図り、適正な保険請求に努めること。

お知らせ

感染症情報

所管課よりお知らせ

※ 新型コロナウイルス感染症関連の対応の為4月から当分の間、週報の還元を休止させていただきます。申し訳ございませんが、ご了承の程よろしくお願い致します。

なお、沖縄県感染症情報センターでも沖縄県の感染症情報を更新しておりますのでご確認下さいませよう、宜しくお願い致します。

【 <https://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/eiken/kikaku/kansenjouhou/home.html> 】



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

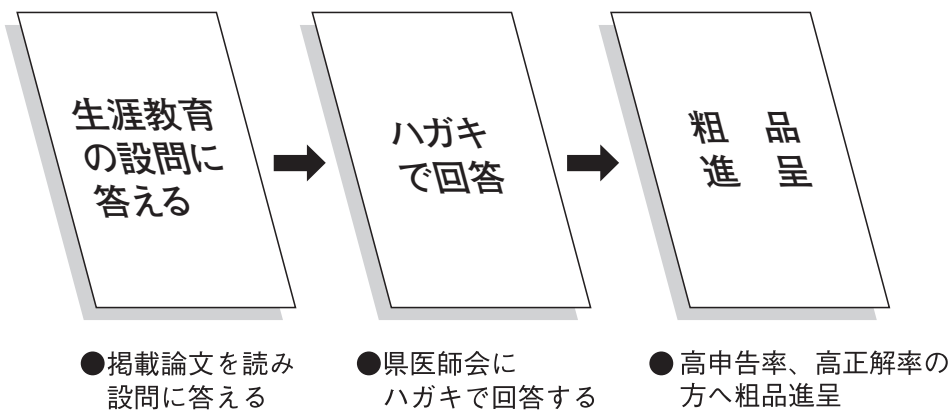
沖医メディカルサポート : TEL (098) 888-1241

沖繩県医師会報 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



顔面痛の診断と治療

牧港クリニック「痛みの治療センター」

渋谷 まり子、比嘉 康敏、平良 豊

【要旨】

顔面痛は三叉神経痛のみならず、帯状疱疹、眼科疾患、耳鼻科疾患、歯科・口腔外科疾患、脳外科疾患、精神科・心療内科疾患など様々な原因により起こる。まず緊急を要する器質的疾患を見逃さないために頭部CTやMRIが必要である。顔面痛の診断には詳細な問診が重要で、痛みの性質、誘因、持続時間、薬物に対する反応を聴取する。神経学的所見として痛み部位とデルマトームとの一致の有無、知覚異常の有無、他の脳神経症状を確認する。その他社会心理学的評価も重要である。

はじめに

顔面の痛みは明らかな原因を特定できない特発性顔面痛と腫瘍、炎症、感染、神経障害などが原因の二次性顔面痛に分けられる。これらの顔面痛を鑑別することは臨床においてしばしば困難である。当院の2019年の一年間の顔面・

頭部の痛みの疾患別症例患者数を図1に示したが、本稿では主に顔面の痛みに絞り、①三叉神経痛、②舌咽神経痛、③上眼窩裂症候群、④帯状疱疹・帯状疱疹後神経痛、⑤非定型顔面痛、⑥舌痛症、⑦顎関節症の診断と治療について当院の対応を含めて解説する。

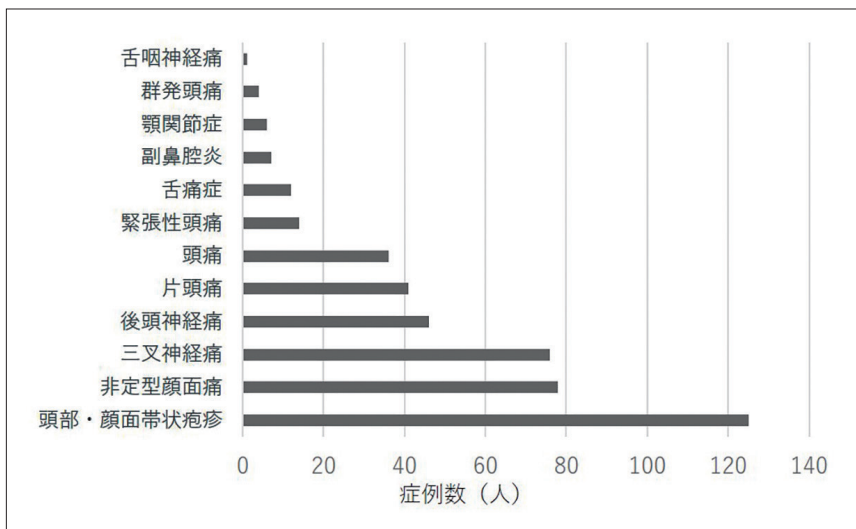


図1. 牧港クリニックにおける顔面・頭痛の患者数 (2019.1.1 ~ 12.31)



1. 三叉神経痛

【疫学・症状】

三叉神経痛の年間発生率は人口10万人あたり5.6から26.8人と報告されている。初発年齢は60才代が最も多く、30歳未満は極めてまれである。男女比は1:1.5~2で女性に多い¹⁾。痛みの特徴は三叉神経のデルマトームに一致し、片側に起こる。顔面・口腔内への軽い触刺激で発作的な痛みが誘発され、トリガーポイントを有する。痛みの性質は「電気が走る」「キリキリ」など鋭い激しい痛みである。一回の発作の時間は数秒から数分で、何度も繰り返す場合がある。食事、会話により誘発される。発作と発作の間に全く痛みのない時間帯があることも特徴である。発作の瞬間に顔をしかめる、ピクピクとする顔面の動きがみられることが多い。これはクローヌスではなく、痛み発作に対する疼痛行動である。顔面の知覚は正常である。顔面の知覚低下がある場合は小脳橋角部の腫瘍が原因の場合がある。

典型的な三叉神経痛は血管（上小脳動脈や後下小脳動脈など）による三叉神経への圧迫で生じることが多い。

【診断】

最も精度の高い診断法は問診である。画像診断はMRIにより小脳橋角部での血管による三叉神経の圧迫所見が80%~90%でみられるが、無症候性でもこのような所見があることが報告されている。画像のみで確定診断することは危険である。詳細な問診により上記のような特徴を聞き出し、他の顔面痛との鑑別を行うことが最も重要である。

【治療】

薬物療法：まず薬物での治療を行う。90%は薬物療法のみでコントロール可能である。第一選択薬はカルバマゼピンである。一回量50mg、1日4回（毎食前、就寝前）で開始する。カルバマゼピンの特徴は半減期が短いので投与回数が多いほうがよい。血中濃度の治療域が狭く、容量が少ないと効果がなく、容量が多すぎると眠気やふらつきの副作用がでる。この治療域は個人差が大きい。薬疹やSteven Johnson症候

群の発生頻度が多い。投与開始から2週間目に起こることがあるのであらかじめ患者に説明し、皮疹が出たらすぐに中止することを確認しておく。薬疹を疑う場合、速やかに内服を中止し、2週間の投与期間を空けてから、他剤内服に切り替える。その他の薬物として、ラモトリギン、クロナゼパム、フェニトイン、ガバペンチン、バクロフェン、プレガバリン、バルプロ酸、ピモジドなどがある。

神経ブロック療法：薬物でのコントロール困難例に行う。神経破壊薬または高周波凝固装置による三叉神経のブロックが行われる。1回のブロックで半年から1年、長い場合は数年の除痛が得られる。技術的に難しく、ペインクリニック専門医が行っている。

ガンマナイフ療法：薬物療法困難例に行う。

手術療法：顕微鏡下神経血管減圧術である。薬物や神経ブロックでのコントロールの困難な例に行われる。

2. 舌咽神経痛

【疫学と症状】

年間発生率は10万人あたり0.2~0.7人で三叉神経痛の1/100の頻度といわれている。女性に1.5~2倍多い。発症好発年齢は50歳代である²⁾。数秒の発作的痛みで、電撃的、突き刺されるような激しい痛みである。舌の後ろ1/3刺激で誘発される。嚥下運動で誘発される。痛みの部位は舌の後ろ1/3、耳下部、下顎角部に起こる。脳幹部から分岐した直後のroot entry zoneへの血管の圧迫が原因とされている。

【診断】

最も重要なのは上記のような痛みの特徴である。三叉神経のデルマトームから外れていて、舌咽神経の支配領域の痛みであることである。舌咽神経の支配領域は耳介後方、耳前庭部、舌根部、上咽頭部である。局所麻酔薬（2~4%リドカインスプレーにより舌根部、上咽頭部の表面麻酔を行うと瞬時に痛みが消失する。MRIによる圧迫血管や腫瘍の同定は重要である。

【治療】

薬物療法：カルバマゼピンが第一選択薬である。



三叉神経痛よりやや多めの容量が必要な印象がある。その他三叉神経痛と同様の薬物が有効である。

神経ブロック療法：舌咽神経の高周波凝固が有効であるが、高度な技術を要する。

手術療法：顕微鏡下神経血管減圧術が行われるが、有効率が60～90%で三叉神経痛の有効率よりも劣るといわれている。

3. 上眼窩裂症候群

上眼窩裂における病変によってこの部位を通過する4つの脳神経（動眼神経（Ⅲ）、滑車神経（Ⅳ）、三叉神経第1枝（Ⅴ）、外転神経（Ⅵ））症状が出現する状態である。視神経（Ⅱ）は上眼窩裂を通らず視神経管を通る。

【疫学と症状】

原因は上眼窩裂周囲に起きる炎症、腫瘍、動静脈瘤、副鼻腔炎、外傷などである。非特異的肉芽腫性炎症によるものがTolosa-Hunt症候群と呼ばれる。眼球運動を支配するすべての神経が障害されるため全方向への眼球運動が片側に障害される。動眼神経麻痺による眼瞼下垂、散瞳も生じる。三叉神経第1枝領域（前額部、角膜）の痛みと知覚低下が生じる³⁾。

【診断】

特徴的な症状から診断は可能である。MRI、CTにより占拠性病変、炎症の有無により基礎疾患を鑑別する。

【治療】

Tolosa-Hunt症候群にはステロイドが著効する。眼動脈分岐部の内頸動脈瘤には血管内手術による塞栓術、副鼻腔炎、腫瘍によるものには手術療法が選択される。

4. 帯状疱疹・帯状疱疹後神経痛

【疫学と症状】

帯状疱疹の中で最も頻度の高い部位は三叉神経第1枝である。一般的に痛みが先行し、1週間程度後に特徴的な皮疹が出現する（皮疹が出ない無疹性帯状疱疹（Zoster sine Herpete）もあり注意を要する。）。痛みは持続性痛と発作痛が混在し、性質はズキズキ、ヒリヒリ、チクチ

クなど多彩である。知覚低下を伴うことが多く、痛みは複数枝にまたがる場合も多い。痛みのほか、蟻走感や痒み、アロディニア（触刺激が痛く感じる）を伴うことがある。

【診断】

皮疹が出る場合診断は容易であるが、皮疹が出ない無疹性帯状疱疹の場合は三叉神経痛や非定型顔面痛と鑑別が困難な場合があり、水痘帯状疱疹CF抗体価を調べる必要がある。CF抗体価は発症2週間後から上昇し、1～2年持続するため特異度の高い検査法である。CF抗体価が×8以上であれば1～2年以内に帯状疱疹に罹患したといえる。

三叉神経第1枝の帯状疱疹の合併症として、中枢神経障害・髄膜炎・脳炎・脊髄炎・眼合併症による失明などがある。診察時、髄膜刺激症状等の脳神経学的所見の有無や、頭部CT検査を適時行う必要がある。

【治療】

発症初期はまず抗ウイルス薬（アメナメビル、バラシクロビル、ファミシクロビル）を1週間投与する。痛みに対してはアセトアミノフェン（10mg/kg）を1日3回内服する。必要に応じてトラマドール、プレガバリン、ミロガパリンを追加する。内服で痛みのコントロールが困難な場合は急性期において早期から星状神経節ブロックなどの神経ブロックを行う。抗ウイルス剤点滴投与が必要な場合、投与間隔が8時間おきで1回3時間の投与時間であるため、当院では入院にて対応している。また痛みが強い場合も同様に、入院にて連日神経ブロックを行っている。

発症後3週間を経過しても痛みが持続する場合は内服を漫然と続けるのではなくペインクリニックに紹介し、神経ブロック療法をできるだけ早期に開始することが重要である⁴⁾。外来通院の場合、神経ブロックは週1～3回の頻度で行う。夜間不眠がある場合はアミトリプチリン10mgを夕食後1錠内服する。痛みが3か月以上持続すると慢性化した帯状疱疹後神経痛に移行し、ほぼ永続的な後遺症として固定してしまう。発症後半年以上経過してからのペインクリニック受診の場合、初診時に神経ブロックの効



果の乏しい可能性をあらかじめ説明し、内服治療をメインに行っている。

5. 非定型顔面痛

顔面部に生じる器質性・機能性病変によらない難治性疼痛の総称である。1932年に Temple によって “atypical facial pain” として紹介されたが、明確な診断基準が確立されていないのが現状である。多分に心理社会的要因が関連している⁵⁾。

【疫学と症状】

当院では三叉神経痛とほぼ同程度の患者数がある。年齢は三叉神経痛より若く、平均年齢は52歳である。痛みは三叉神経の枝の分布と一致しない。症状は持続性で、鋭い痛みや鈍い痛みまで様々な表現をする。

【診断】

三叉神経痛との相違はトリガーポイントがないこと、痛み行動（顔をしかめる、痛み発作の時の顔面筋のチック）がないことである。しばしば不眠と憂鬱気分を伴っている。器質性疾患を除外するために頭部CT、MRIが行われる。また痛み以外の症状として睡眠障害、気分、職場や家庭での葛藤などがないか問診が重要である。初診時に睡眠に対し詳細な問診を行う。我々は心理テストである Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) を行っている。このテストでは心気症3スケールと呼ばれる 1) hypochondria (心気症)、2) depression、3) hysteria が高値を示すことが多い。睡眠に関しては、就寝および起床時間・中途覚醒の有無・床にはいってから寝つくまでの時間・中途覚醒時に寝つくまでの時間・起床時の気分についてなどの問診を行っている。多くの医療機関を受診しても有効な治療を受けられないために医師に対する不信感を抱いている患者が少なくない。したがって患者の痛みの訴えによく耳を傾けて(傾聴)受容的に接することが重要である。

【治療】

最初に鎮痛薬や星状神経節ブロックなどの身体的治療を行い、医師患者間の信頼関係を十分に築いた後に心理社会的要因の検査に移る。

アミトリプチリン、デュロキセチンが有効である。ベンゾジアゼピンは不安症状が強い場合は使用する。

6. 舌痛症

中高年女性に後発する舌の持続性疼痛でしばしば口腔内の灼熱感あるいは異常感覚を伴う症候群である。口腔灼熱症候群 (burning mouth syndrome) の一病型と考えられている⁶⁾。

【疫学と症状】

閉経後の中高年女性に多く、女性に2.5倍から7倍多い。痛みは持続性で、ヒリヒリ、焼けるような、しびれたような、ねばねばしているなどと表現される。しばしば「自分は癌ではないか」と繰り返し訴える。不眠、夜間頻尿を伴うことが多い。

【診断】

まず器質的原因を十分に検索する。口腔カンジダ症、金属アレルギー、亜鉛欠乏症、ビタミンB欠乏症、舌癌の除外診断が必要である。これらの異常がない場合に前述の痛みの性質で診断する。心理テストでうつ、不安障害、ヒステリー、心気症などの傾向を示す場合が多い。

【治療】

完治が難しい疾患であり、痛みの除去を目標に挙げるよりもADL(睡眠、日常生活行動)の改善を目標にするほうが良い。その旨を説明した上で、治療を行う。薬物療法ではアミトリプチリン、パロキセチン、デュロキセチンが有効である。またクロナゼパム、加味逍遙散、柴朴湯、立効酸などが使われている。神経ブロック療法では星状神経節ブロックが一部の患者で有効であるが、他の顔面痛と比較して神経ブロックの効果は芳しくない印象を持っている。認知行動療法は患者のADL改善に有効である。また「自分は癌ではないか」、「このまま悪化を続けるに違いない」などの破局化思考を改善することも期待できる。

7. 顎関節症

顎関節症は複数の要因が発症に関連している“多因子疾患”である。最も重要な因子がブラ



キシズムと呼ばれる「歯ぎしり」、「くいしばり」などの過剰な習慣的行動である⁷⁾。睡眠中にも覚醒時にもみられ、不安障害、抑うつなどが関与していると考えられている。

【疫学と症状】

有病率は20～30代に多く、女性が2～3倍多い。顎関節症の主症状は①顎関節や咀嚼筋の疼痛、②関節（雑）音、③開口障害あるいは顎運動異常である。痛みの原因には咀嚼筋障害によるものと顎関節障害によるものに分けられる。

【診断】

痛みの訴えは下顎全体または側頭部に及ぶことがある。圧痛が特徴的で開口させて下顎骨関節突起に強い圧痛がある。顎関節を軽く触れながら開口させるとクリック音やゴリゴリとした感触がある場合がある。開口障害あるいは開口時に下顎が左右どちらかにずれることがある。以上の症状から疑うが、顎関節に局麻とステロイド混合液を注入し、即座に痛みが消失すれば診断が確定する。咀嚼筋群の痛みであれば咬筋や側頭筋へのトリガーポイント注射で痛みが消失する。心理社会的因子の検索も重要で、我々はMMPIを用いている。

【治療】

治療の基本はセルフマネジメントであり、顎関節や咀嚼筋の過剰な習癖行動を是正するための疾病教育と行動療法が行われる。顎関節症が疑われる場合は口腔外科や顎関節を専門とする歯科医に紹介する。薬物療法としてはNSAIDs、アミトリプチリン、デュロキセチン、クロナゼパムが有効である。顎関節内ステロイド注射は著効する場合があるので一度は試してみたい方法である。

8. まとめ

顔面痛をみたら、まず様々な原因があることを念頭におき、診断を進めることが重要である。最初に行うべき検査は頭部CT、MRIであり、緊急を要する器質疾患（癌、脳血管疾患、

炎症性疾患、感染等）を除外する。また必要に応じてCBC、CRPで感染を除外する。頻度として多くはないが、痛風、関節リウマチでも顔面痛の原因となることがあるので念頭に置いておく。

三叉神経痛と帯状疱疹では三叉神経の各枝のデルマトームをはみ出すことがなく、片側性である。痛みの性質では三叉神経痛と舌咽神経痛は数秒の短い激痛発作で痛み行動（顔をしかめる、顔の紅潮、顔面筋のチック）が顕著である。三叉神経痛ではほとんどのケースで知覚麻痺がないが、帯状疱疹、上眼窩裂症候群では持続性疼痛があり、触知覚低下を伴うことが多い。三叉神経痛では第Ⅰ枝の罹患はまれで全体の5%であるが、帯状疱疹では第Ⅰ枝罹患が最も多い。上眼窩裂症候群では第Ⅰ枝のみの痛みである。他の痛みでは三叉神経の神経支配域を超えた部位に痛みが広がることもあり、正中を超えて対側にも広がりを持つことがある。

心因性要素の強い患者では痛みの表現がうまくできないことが多く、痛みの強さの表現が強いわりに診察時に疼痛行動を伴わないというアンバランスがある。また夜間に痛みが強く、睡眠障害を伴うことが多い。ゆううつ気分、自殺念慮、破局化思考についても問診で確認する必要がある。自殺企図がある場合は精神科救急に連絡する必要があるので注意を要する。

参考文献

- 1) 辰元 宗人、篠崎 未緒、平田 幸一 三叉神経痛の up to date II 診断 2. 診断基準（臨床症状・病態）、ペインクリニック 2017; 38 (6) : 731-738
- 2) 盛岡 基浩 舌咽神経痛の診断と治療、口咽科 2013; 26 (1) : 39-45
- 3) 菅原 一真、山下 裕二 上眼窩裂症候群、MB ENT 2014; 166: 128-131
- 4) 平良 豊 帯状疱疹後神経痛治療の現況、30の大学病院による治療と診断シリーズ 帯状疱疹の診断と治療 真興交易（株）医書出版部 1998; 191-200
- 5) 森本 昌宏、白井 達、辻本 宜敏 三叉神経痛の up to date IV. その他 8. 非定型顔面痛、ペインクリニック 2017; 38 (6) : 779-784
- 6) 野間 昇、森蔭 直広、今村 佳樹 口腔顔面領域における特発性疼痛、2013; 34 (2) 233-241
- 7) 西山 暁 顎関節症、内科 2014; 124 (3) 2013-206



問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 特発性三叉神経痛は両側性の顔面痛で、痛みは持続性である。
- 問 2. Tolosa-Hunt 症候群で障害される脳神経は第Ⅱ脳神経およびⅦ脳神経である。
- 問 3. 帯状疱疹発症後 2～3 週間経過して皮疹治癒後も強い痛みが持続する場合は、できるだけ早期に神経ブロック療法を開始する必要がある。
- 問 4. 非定型顔面痛の平均発症年齢は三叉神経痛のそれより若い。
- 問 5. 顔面痛をみたら、癌・脳血管障害・炎症性疾患・感染等の器質的疾患を除外した上で、詳細な問診を行う。

CORRECT ANSWER! 3月号 (Vol.03) の正解

糞線虫症はアグレッシブ成人 T 細胞白血病リンパ腫に影響を与えるか？
—沖縄県アグレッシブ ATL データベースの解析—

問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 「急性型」、「リンパ腫型」、「予後不良因子をもつ慢性型」の ATL は、一括してアグレッシブ ATL と呼ばれる。
- 問 2. 沖縄県におけるアグレッシブ ATL は、日本の他地域と比較して 50 歳以下の割合が高いことが特徴のひとつである。
- 問 3. ATL-PI は JCOG-PI に比べてアグレッシブ ATL のリスク層別化に優れている。
- 問 4. 糞線虫は ATL 発症の引き金になると考えられている。
- 問 5. 糞線虫症の合併はアグレッシブ ATL の予後不良因子である。

正解 1.○ 2.× 3.○ 4.○ 5.×

CORRECT ANSWER! 4月号 (Vol.04) の正解

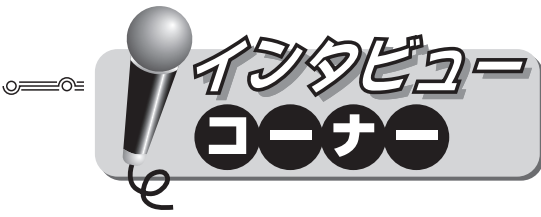
「当院における小腸カプセル内視鏡検査の現状について」

問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 「上部消化管および下部消化管の検査を行っても原因不明の消化管出血」は小腸カプセル内視鏡検査の良い適応である。
- 問 2. クロウン病の場合、小腸カプセル内視鏡検査は禁忌である。
- 問 3. 原因不明の消化管出血では可及的速やかに検査を行うことで病変の検出率が高くなる。
- 問 4. 腸閉塞症例（疑いも含む）にはカプセル内視鏡検査を行うべきではない。
- 問 5. 内服薬剤は小腸カプセル内視鏡観察に特に問題となることはない。

正解 1.○ 2.× 3.○ 4.○ 5.×



公務員医師会は患者よし、
医師よし、世間よしの「三方
よし」で県民の医療に貢献
します



沖縄県公務員医師会 会長
久貝 忠男 先生

質問 1. 沖縄県公務員医師会長に就任されてからこれまでを振り返ってみてどのような感想をお持ちでしょうか。

丁度、1年前の（令和元年5月27日）に会長に選出されました。平成から令和へ。生前退位や令和フィーバーなど、時代の渦中で選出されたことは忘れ難い思い出です。これまで、会員には公務員医師会（以下、公医会）の役割が不透明と思いがちあり、活動の盛り上がり欠ける一因にもなっていました。親睦団体と称されていますが、親睦は一面で、医師定着のための待遇改善など切迫した問題に取り組んできました。目的は親睦で仲間意識を固め、課題を抽出し、解決して行くことでやりがいのある職場環境を創り上げることです。各病院の理事、評議員の先生方には各病院固有の問題を議論の俎上にあげて頂き、いろいろ議論したいと思っていました。しかし、今年は1月から5月までのコロナ騒動、さらに6月も余韻を引きずっています。会議も中止し、なりより県立病院がコロナの最前線に治療にあたっているため、半年間活動が滞っています。

質問 2. 県立病院は地域の中核病院として、救急医療、高度・特殊医療、離島・へき地医療、医療従事者の養成研修事業等を行い、地域医療の

確保と医療水準の向上に努められておりますが、貴会として、特に力を入れている取り組み、また今後の課題等がありましたらお聞かせ下さい。

一にも二にも医師不足、医師定着が課題です。しかしながら、無いものねだりしても仕方なく、不足ながらも6病院は地域の中核病院としての機能を維持しています。そもそも戦後は公務員医師がほとんどで、50年も前の設立当初から待遇改善など切迫した問題に取り組んできました。今も変わっていません。課題を抽出し、解決して行くことでやりがいのある職場環境を創り上げる。高度医療、へき地離島への医師派遣、こどもや周産期医療を継続してきました。沖縄は他府県のような大学医局を中心とした医師養成制度は発展しませんでした。医学部がなかったため、沖縄戦で壊滅した医療は中部病院を中心とした研修事業で立て直しを図りました。2017年には研修事業50年の節目を記念して式典を開催しました。現在では県、民間、大学の3者が医師を養成していますが、横繋がりが強くない印象です。1つの例を上げれば、外科の専門医研修は145万人の小さな県に4つ基幹施設があります。これは他県には見られません。それぞれの特徴を生かした沖縄ワンチームでの外科専門医育成が望まれます。半世紀を機に機能分化、棲み分けを進める

新しい考えも必要かと思います。言うは易しですが…。

質問 3. 5つの県立病院が沖縄県の感染症指定医療機関に指定されておりますが、今般の新型コロナウイルス感染症の対応や対策、また今後求められる感染症診療体制についてお聞かせ下さい。

沖縄県で発生した142名の感染者のうち50名、35%が県立病院に入院しました。ECMO導入も含め重症も優先的に受け入れました。協力医療機関もかなりの感染者に対応し、全県で6名は亡くなりましたが、オール沖縄で対応した結果、医療崩壊にはなっていません。県のコロナ対策もうまく機能して、成功していると思います。しかし、物流や情報発信のスピードに課題を残しました。PCR検査件数も拡大するのが遅すぎた気がします。OISTの参入ももっと早く要請すべきだったと思います。また、コロナ感染症については軽症である8割を宿泊施設に誘導する政策が必要だと思います。今回も宿泊施設利用は15%程度で利用が進みませんでした。色々な要因があると思いますが、自宅療養より容体の変化についていけるし、医療機関は中等・重症に専念できます。第2波に備え、しっかり機能分化を促し、また専門病床の拡充や医療、介護従事者向けの手当の創設を検討してもらいたいと思います。

質問 4. 2024年度からスタートする医師の時間外労働規制について、各県立病院での医師の時短計画策定などの独自の取り組みがあれば教えてください。

時間外労働や働き方改革は県立病院の重要な課題で、公医会と医師会労組はともに取り組んでいます。労組は勤務環境や給与体系など交渉を担当し、公医会は親睦感を内包しながら、将来の医療がどうあるべきかを大所高所から議論する団体へと変わりつつあります。待遇改善には両者は車の両輪となって、どちらも欠くことはできません。働き方改革は医師の働き方を

根底から変えます。医師は重病者がいれば泊まり込み、当直明けも普段通りに手術、検査をしていましたが、過労死、健康障害が出ていることを重く受け止め意識を変えなければなりません。最近は医師も労働者であるという考えが少しずつ浸透して、各病院は医師を増員してシフト制を導入して当直明けは帰宅するようにしています。また、すぐに帰れなくても昼には帰宅する努力をしています。また、グループ主治医制、複数主治医制は働き方改革の鍵になりますが、外科系でその取り込みが遅い印象です。しかし、2024年までの時間外勤務目標は960時間以内を目標とし、全ての医師はA、B、C水準を守らなくてはなりません。2035年までには暫定特例水準も廃止される予定です。策定単位は病院を原則として、診療科や医師個人に限定することも可能で、都道府県に提出しなければなりません。これは法律ですから、猶予はなく、今から始めなくては間に合いません。医師は考えを切り替え、今こそ変わるべきです。

質問 5. 県医師会に対するご要望等がありましたらお聞かせ下さい。

日頃から県医師会は大所高所に立って、研修医に関する事業や報道機関との意見交換など幅広い活動をしておられるところを高く評価しています。一方では地区医師会ではそれぞれ特有の問題を抱えているのでそこにもスポットライトをあてて欲しいと思います。私は公務員医師会会長であると同時に、北部病院の院長でもあります。北部に赴任して4年目に入りますが、南部医療センターに在職しているとき、北部の医療に如何に無関心であったかを痛感しています。北部基幹病院への関心も全県的な盛り上がりにならず、県立病院の中でも温度差があり、残念ながら自分事として考えている医師は非常に少数です。北部基幹病院は県立と民間病院の統合で、全国でも例がありません。県内でも前例のないマグネットホスピタルとなると思います。統合で医師不足が解消するのか、地域完結型して、効率的な病院経営ができるのかと辛口

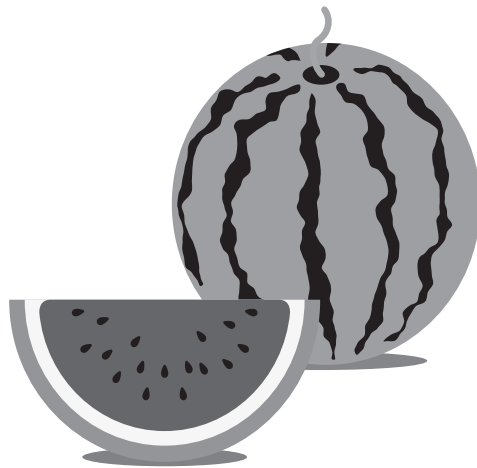
の批評も受けますが、しかし現状では厳しい未来が待っていると思います。これは北部の医療を肌で感じた実感です。人口10万の北部に2つ急性期病院は明らかに非効率的で、統合したほうがより発展的に高いパフォーマンスを発揮でき、住民にもよい医療を提供できます。北部だけから発信しても、影響は限定的なので、県医師会から全県的に盛り上がるような座談会などの企画してもらいたいです。

質問 6. 大変ご多忙の身であります、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。

早朝5時半から近くの神社まで約30分健康のため、ストレッチや散歩しています。誰もいないので、自分勝手に“歩行禅”と名づけ、頭を空っぽにして歩いています。考えの整理にもなり、いいアイデアが浮かびます。水泳は週1回行きますが、最近はさぼっています。趣味は神社仏閣、名所旧跡をバイク（ハーレー）で巡るが好きです。また、新聞を読むことや読書も好きです。歴史物好きで、最近では哲学物（書ではない）に興味を持っています。好きな言葉はいくつありますが、手術に明け暮れている時は「獅胆鷹目、鬼手仏心」で自分を奮い立たせていました。語意は「手術では獅子のような胆力を持ち、鷹のような鋭い目で術野を観察する。ひとたびメスを握れば、鬼のように冷静、沈着

にメスをふるう。しかし、その心中は患者を助けたいと思う仏の心である」と解釈しています。管理者になってもその心構えは少しも変わることなく、病院経営に臨んでいます。院長職は手術のように困難な手術を成し遂げた時、瀕死の患者さんを救命した時の瞬間的な昂揚感はありませんが、組織をマネジメントして、ひとつの事案を成し遂げた時の達成感はまだ一味ちがいます。座右の銘は「徳川家康の遺訓」です。“人の一生は重荷を負って遠い道を行くがごとし。急ぐべからず…”。です。忍耐、辛抱でしょうか。また、生き方として、「人間万事塞翁が馬」であるから、「即今（いま）、此処（ここ）、自己（わたし）」の姿勢を貫いています。つまり人間の禍福は定まりがないので、いい時も、悪い時も、いま、ここでできることに一生懸命に取り組むことが結果として幸せになり、未来は良い方向に開けて行くと思っています。A. アドラーも同じように、現在だけを真剣に生きるべきで、過去の出来事を悔い、未来を悩むことは無駄である。「いま、ここ」に強烈なスポットライトを当てよと。ピンチでもチャンスでも、今という時間の幅を自ら設定すれば、短時間で気持ちが切り替えることができます。結局、目の前の患者、課題をどう克服するかとポジティブに考える楽天の発想です。

インタビューアー：広報委員 白井和美



沖縄県ドクターバンクからのお知らせ

常勤・非常勤での勤務先を探している、ベテランの技を活かしスポット勤務で働きたいとお考えの先生方、または産業医として勤務できる事業所をお探しの皆様！沖縄県ドクターバンクに登録してみませんか？当バンクでは多くの求人情報の中から、皆様のご希望に合う医療機関をご紹介します。

☆下記の登録票に必要事項をご記入の上、沖縄県医師会事務局 業務1課まで、FAXにてお申し込みください。

FAX 番号:098-888-0089

沖縄県ドクターバンク登録票 (医師用)

*項目は必須

受付登録日： 年 月 日 受付番号：

ふりがな *氏名	-----		*生年月日	(西暦) 年 月 日生	
*住所	〒 -				
*連絡先	電話(自宅または携帯)：				
	E-mail：				
*医籍登録日	年 月 日登録	保険医登録番号	医 号		
*医籍番号	第 号	*専門診療科			
資格	専門医資格	その他の資格			
*現在の状況	①就業中 ②休職中(産休・育休・病休) ③離職中 ④その他：				
現在の勤務先					
希望条件	就業形態	①常勤 ②非常勤(頻度 回/月程度) ③その他：			
	希望診療科				
	施設種別	①病院 ②診療所 ③その他：			
	希望地域	第1希望： <input type="checkbox"/> 那覇 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 離島			
		第2希望： <input type="checkbox"/> 那覇 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 離島			
	勤務希望時期	①今すぐ ②令和 年 月頃から ③未定			
	勤務時間	勤務可能な曜日	月・火・水・木・金・土・日		
		勤務可能な時間帯	時 分 ~ 時 分		
	当直勤務	①できる ②できない			
	希望業務内容	①病棟 ②外来 ③健診 ④パート ⑤臨時 ⑥産業医			
	給与	常勤務の場合	月給：	以上	
		非常勤の場合	日給：	以上	月給： 以上
		臨時の場合	時給：	以上	
保育所	①必要 ②必要なし				
再就業のための再研修	①必要 ②必要なし				
その他希望					

*氏名、住所等の個人が特定される情報につきましては、個人情報保護関連法令に則り開示・公表また無断流用は一切いたしません。

《提出・問合せ先》
〒901-1105 南風原町字新川218-9
沖縄県医師会事務局
業務1課 ドクターバンク担当
TEL.098-888-0087 / FAX.098-888-0089

「歯と口の健康週間」に寄せて

沖縄県立中部病院歯科口腔外科 副部長 上田 剛生



近年、有名芸能人が舌癌を公表するなど、口腔癌への関心が高まっています。

我が国では、高齢化社会の到来とともに癌罹患患者数が増加していますが、口腔癌においても罹患患者数が年々増加しています。口腔癌罹患患者数は年間およそ8,000人で、全癌患者の約1%、全頭頸部癌の40%を占めています。

口腔癌の5年生存率は部位や病期により異なりますが、60～70%です。しかし、先進諸国と比較すると日本は罹患率、死亡率ともに増加していることが大きな問題となっています。国を挙げて癌対策に取り組んでいる先進諸国では、早期発見、早期治療を徹底することで、罹患率は変わらず高いものの死亡率は減少傾向にあります。ところが日本はその逆で、罹患率も死亡率も年々増加しています。日本においてはまだ口腔癌の認知度が低く、早期発見できずに、進行癌となる割合が高いのが大きな理由です。口腔癌は初期症状のうちに発見すれば簡単な治療で治すことができ、後遺症もほとんど残ることはなく、5年生存率は90%以上の報告もあります。だからこそ、早期発見が重要になります。

口腔癌の原因としては、以前より生活習慣(飲酒、喫煙)が大きなリスクファクターとして知られています。タバコは口腔癌の90%を引き起こし、毎日アルコールを飲む人は、全く飲まない人に比べてそのリスクが2倍になります。喫煙し、かつ飲酒する人は、非喫煙・非飲酒者の35倍もの口腔癌リスクを有します。そのため、タバコとアルコールを控えることは、確かに口腔癌予防に有意に寄与します。

口腔癌はこれまで、喫煙率が高く飲酒量が多く、生活習慣がよくない中高年の男性に多いといわれてきました。しかし、日本癌治療学会

がんの診療ガイドラインによると、口腔癌の罹患患者の男女比は変化してきており、日本では従前の3:1から3:2(世界では6:1から2:1)と女性の比率が高まっています。今後、女性および若年者の罹患数が増加すると予想されており、その他のリスクファクターの関与が考えられます。

慢性的な機械的刺激はその他の危険因子として考えられており、歯列狭窄、転位歯、傾斜歯、齲蝕、不良補綴物、不適合義歯などがあげられます。これらによる口腔粘膜の機械的刺激による傷がDNA修復に異常をもたらす発癌すると考えられています。

またHPV(ヒトパピローマウイルス)は口腔癌の発癌に関与するとされ、口腔癌では正常口腔粘膜より4.7倍高率に検出されたと報告されています。

アメリカでは口腔癌の検診が義務化されており、さらにアメリカ歯科医師会(ADA)は「口腔癌は高齢者だけの病気ではない、女性、若年者、非喫煙者も気を付けよう」と提言しています(図1)。日本においても、同様な口腔検診と口腔癌の周知・啓発が強く求められます。

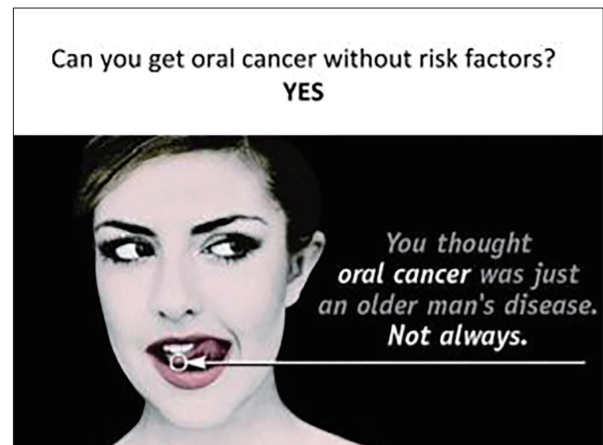


図1: ADA(アメリカ歯科医師会)の口腔癌予防

口腔癌の中で、部位別頻度が最も高いのは舌癌で約 60% を占めています。

舌癌 (図 2) は舌縁部 (舌の脇の部分) にできることが多く、舌尖 (舌の先端) や舌背 (舌上面) の中央部分ではあまりみられません。舌下面 (舌の裏側) などの見えにくい場所にできることもあります。自覚症状には、舌の硬いしこりやただれがありますが、痛みや出血があるとは限りません。特に初期の段階では痛みが少なく、痛みが出て来た時にはすでに進行しているケースが多いのが実状です。痛みのない白斑、紅斑、硬いしこり、なかなか (2 週間以上) 治らない口内炎などの症状には注意が必要です。

口腔内の白斑 (白い斑点)、紅斑 (赤い斑点) は白板症 (図 3)、紅板症といい口腔前癌病変の代表的なものとしてされています。癌ではありませんが放置すると癌化する可能性があるため検査や経過観察が必要です。

前述したように、口腔癌は初期であれば簡単な外科治療でほとんど障害を残さず治療できます。しかし進行した口腔癌では、手術により舌や顎の骨を大きく切除してしまったり顔が変形

したりすることがあります。さらに組織移植を伴う再建手術を行ったり、術後化学療法、放射線療法を行うこともあります。そのため食事や会話が困難になり、日常生活に大きな支障を残すことになります。

口は生活の質につながる非常に多くの重要な役割を持っています。口腔癌になると、食事をする、味わう、息をする、会話をする、歌う、などが上手く出来なくなってしまいます。

だからこそ、早期発見・早期治療が重要になります。

口腔癌で日頃から気を付けることは、①たばこ、酒を控え、②偏食をせずバランスの良い食生活を心がけ、③歯磨きを習慣化して口の中を清潔に保ち、④合わない義歯、壊れた被せ物、虫歯があれば放置せず、歯科医師の治療を受けることです。

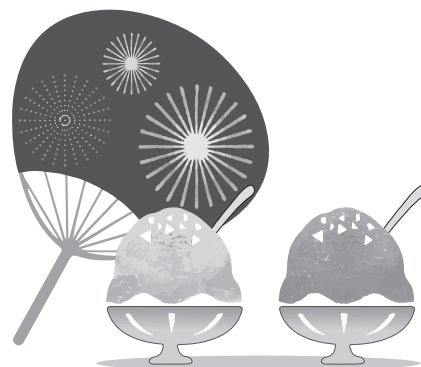
また、口腔癌は患部を自分で見ることができる癌です。一度鏡で自分の口腔内をチェックして、よく見てください。大半の口腔癌は歯科医院で発見されていますので、気になることがあれば、まずかかりつけ歯科医院にご相談ください。



図 2：舌癌



図 3：舌白板症



日本肝炎デーに寄せて 肝線維化に注目する



県立八重山病院 菊地 馨

はじめに

近年、慢性ウイルス性肝炎の治療の進歩にはめざましいものがある。C型肝炎は、以前の1年以上におよぶインターフェロン治療は昔話となり、今ではインターフェロンフリー治療により100%に迫る高率でウイルス排除が可能となった。それどころか、WHOでは2030年撲滅がタイムスケジュールに入っているようである。B型肝炎も、肝細胞の核内に感染したウイルスの排除はまだ難しいが、核酸アナログ製剤により、HBV-DNAを未検出レベルまで低下させ、肝機能検査を正常値まで下げることが比較的容易になった。耐性変異による薬効の減弱という問題を抱えつつも、ウイルス抑制を長期に維持することも高率に可能となっている。一方、アルコール性肝疾患や、最近注目されている非アルコール性脂肪性肝炎（以下NASH）の増加など課題は残っている。

現在、ウイルス排除に成功した慢性C型肝炎、ウイルスの活動性の抑制に成功している慢性B型肝炎、NASHなどの診療の機会が増えていると思われるが、これらの疾患では、肝発癌の抑制という長期的な観点からの診療が重要であり、そのためには、肝臓の線維化に注目することが必要と思われる。

肝線維化評価の必要性和問題点

ウイルス排除に成功したC型肝炎でも年数%に肝発癌が見られる。また、B型肝炎からの発癌は、核酸アナログ製剤が広く使われている現在も減少傾向が見られない。更に、肝癌の総数は減少傾向にあるが、ウイルスマーカー陰性の肝癌は増加しており、その多くはNASH由来と考えられている。一方、発癌のリスクとして線

維化は重要な因子と考えられ、線維化の進行とともに肝癌の頻度が上昇することが知られている^{1,2)}。線維化の程度を知り、発癌のリスクを勘案し、診療やスクリーニング検査を行うことが必要と思われる。

線維化評価のゴールドスタンダードは組織像であるが、肝生検が必要である。侵襲的な検査であり、一般臨床で頻繁にできる検査ではない。線維化を正確に反映する非侵襲的で簡便な検査方法が求められている。

血液検査による線維化の評価

血液検査で線維化を評価する場合、直接線維化の程度を反映するとされる検査（direct marker）と、直接線維化とは関連しないとされる検査値をいくつか組み合わせて線維化の指標とする方法（indirect marker）に分かれる。前者ではIV型コラーゲンやヒアルロン酸が知られている。最近では、線維化のみならず肝発癌との関連も高いとして、Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異性体（以下M2BPGi）が注目されている³⁾。後者ではFIB-4 index（以下FIB4）が知られており、AST（GOT）、ALT（GPT）、血小板、年齢から算出される（表1）。いずれも組織検査による線維化と高い相関を認めるとされており⁴⁾、かつ、簡便にできることが最大の利点である。

（表1） FIB-4 INDEX の計算式

$$\left(\frac{\text{AST (IU/L)} \times \text{年齢 (歳)}}{\left(\frac{\text{血小板数 (10}^9\text{/L)}^*}{0.1\text{万}/\mu\text{L}} \times \sqrt{\text{ALT (IU/L)}} \right)} \right)$$

*0.1万/ μL
日本肝臓学会ホームページより

特に FIB4 は日常診療で行う検査から容易に算出できるので利用しやすい。

画像検査による線維化の評価

1990 年頃より、物質を伝搬する剪断波を測定し肝臓の硬さを測定するエラストグラフィといった手法が開発され、線維化の評価に応用されている。超音波検査では、B-mode 画像を見ながら剪断波を測定し線維化を計測できる shear wave elastography (SWE) が近年幅広く利用されている。また、MR でも、剪断波が伝わる様子を画像化し測定する MR エラストグラフィが開発されている。超音波エラストグラフィと比べ測定が安定しており、より客観性、信頼性が高いとされている⁵⁾。一方、線維化した組織では血流が乏しいことから、CT 検査でも造影の早期相で判別が可能とされるが、線維化の進んだ肝硬変の診断においても、感度、特異度、共に低いと報告されており⁶⁾、その利用は限定的と思われる。

当院のデータ

当院では、肝線維化の指標として FIB4、M2BPGi、腹部超音波検査時に SWE を用いて測定している (Aplio i800、Canon)。FIB4 と M2BPGi 間には強い相関 (相関係数 0.73) があり (図 1)、FIB4 と SWE、M2BPGi と SWE 間にもかなりの相関 (相関係数それぞれ 0.45、0.51) が認められた (図 2、3)。血液検査と画像検査の間の相関がやや低いことは、検査数が少ないことや、超音波検査における術者間の測定技術の差などのバイアスが原因として想定される。現状では、一つの検査で判断することは避け、各種検査を順次行いながら、総合的に線維化の程度を判断し、診療に役立てたいと思っている。

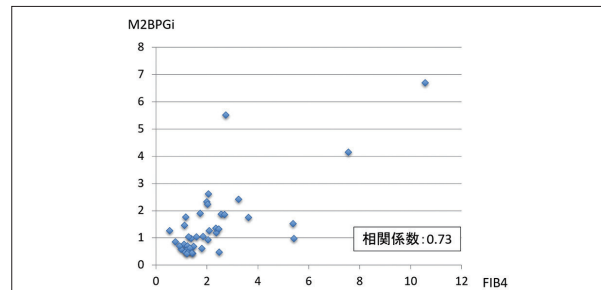
おわりに

慢性ウイルス性肝炎の治療の進歩は著しく、多くはウイルス排除に成功もしくは良好なコントロール下に置くことが可能となったが、肝発癌の問題が残っている。また、NASH の増加など新しい課題も出現している。このような現状の中で、肝炎診療においては、肝線維化を念頭

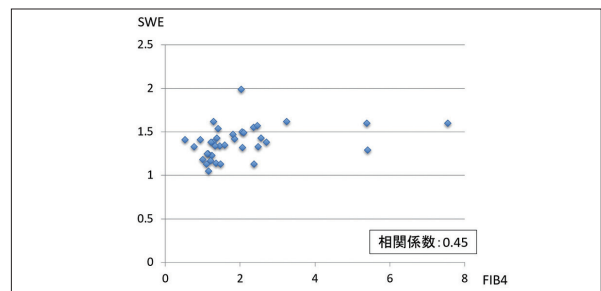
に置いて診療を行うことが重要になると思われる。線維化を正確、低侵襲、簡便に評価する方法も各種開発され、エビデンスも揃い臨床的評価も固まりつつある。各検査の特性を理解し、臨床に役立てていくことが必要であると考え。

文献

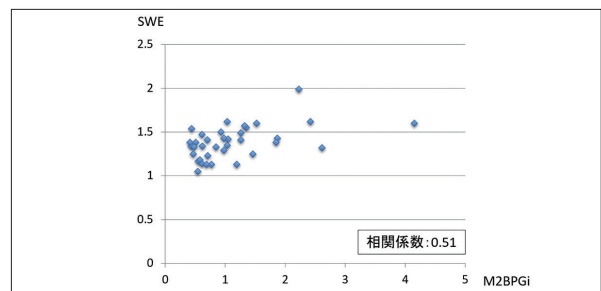
- 1) Nault JC, Colombo M: Hepatocellular carcinoma and direct acting antiviral treatment: Controversy after the revolution. J Hepatol 65:663-665:2016
- 2) Hagstrom H, Nasr P, Ekstedt M. et al: Fibrosis stage but not NASH predicts mortality and time to development of severe liver disease in biopsy-proven NAFLD. J Hepatol 67:1265-1273: 2017
- 3) 八橋 弘、山崎一美. 新しい血清肝線維化マーカー、M2BPGi. 日消誌 117: 20-29: 2020
- 4) 孝田 雅彦. 血清線維化マーカーとスコア診断. 肝胆膵 73:993-1000: 2016
- 5) 荒木 力. エラストグラフィ徹底解説: 生体の硬さを画像化する. 秀潤社 2011
- 6) Kudo M, Zheng RQ, Kim SR. et al. Diagnostic accuracy of imaging for liver cirrhosis compared to histologically proven liver cirrhosis. A multicenter collaborative study. Intervirology 51 (Supple) :17-26:2008



(図 1) FIB4 と M2BPGi の相関関係 (N=42)



(図 2) FIB4 と SWE の相関関係 (N=36)



(図 3) M2BPGi と SWE の相関関係 (N=36)

『「ダメ。ゼッタイ。」普及運動 (6/20～7/19) 国際麻薬乱用撲滅デー (6/26)』に因んで

沖縄県保健医療部衛生薬務課薬務室 室長 池間 博則

安里哲好会長をはじめ、会員のみなさまにおかれましては、沖縄県の麻薬行政に対し、日頃から深い御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

今日、薬物乱用問題は全世界に広がりを見せ、人間の生命はもとより、社会や国の安全・安定を脅かすなど、人類が抱える最も深刻な社会問題の一つとなっています。

このため、国連では、地球規模で拡大する薬物乱用問題の解決に取り組むために、6月26日を「国際麻薬乱用撲滅デー」と定め、加盟国が一体となって薬物乱用の根絶を目指すこととしております。

我が国の薬物乱用の実態としては、近年、大麻についての検挙人員が、過去最高を更新し続け、増加の一途を辿っている状況であり、昨年は4千人を上回っています。そのうち半数以上が10代及び20代の若年層であり、深刻な問題となっています。インターネットの普及によりSNS等において「大麻は害がない」といった誤った情報が拡散していることも、大麻事犯が増加している要因の一つと考えられます。

また、覚醒剤についての押収量は、4年連続で1トンを超え、昨年は始めて2トンを超えており、大変憂慮すべき事態となっています。さらに、危険ドラッグを含む違法な薬物も、依然として、インターネットを利用した密売が横行しており、脅威となっております。

このような背景を踏まえ、本県では、県内における薬物乱用防止活動において、官民一体となり、県民一人一人の薬物乱用問題に関する認識を高めるとともに、国連総会決議に基づく「国際麻薬乱用撲滅デー」の周知を図ることにより、内外における薬物乱用防止に資することを目的として、今年も6月20日から7月19日までの

1ヶ月間、「ダメ。ゼッタイ。」普及運動を実施します。新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、例年実施している街頭キャンペーンは残念ながら中止することとなりましたが、啓発資材の配布や地域・職域募金については関係団体等へ協力を依頼して実施する予定です。集められた募金は、主に開発途上国等で薬物乱用防止活動に従事している民間団体(NGO)の活動資金として国連を通じて支援することになります。昨年も県全体で約100万円もの募金が寄せられており、御協力いただいた皆様には感謝申し上げますとともに、今年も多くの皆様からの御協力をどうぞよろしくお願いいたします。

結びに、近年、違法な薬物に関する事件だけでなく、偽造処方せんによる向精神薬の詐取、医療機関等からの麻薬や向精神薬の盗難、横流し事件、無免許施用などの事犯も依然として発生している状況です。本来の医療以外の目的による医薬品の乱用などの実態があることから、さらなる薬物乱用防止対策を講じていく必要があります。会員のみなさまにおかれましては、薬物乱用の無い社会環境づくりに御協力いただくとともに、麻薬や向精神薬の取り扱いの不備による事故が発生しないよう、引き続き適正な保管・管理の徹底に努めていただきますようお願いいたします。

