

# ホームドクター通信

## 当院からのお知らせ

6月に入りました。6月初旬は真夏かと思われる日もあり。早々と熱中症のニュースがでていました。そう思うと、もう関西梅雨入り宣言。じめっとした日々が1か月以上続きます。体調管理には十分ご留意を。

サッカーブラジルワールドカップが近づいてきました。日本はグループCで、現在日本はFIFAランキング46位です。6月15日レシフェで23位のコートジボワール戦6月20日ナタルで12位のギリシャ戦6月25日クイアバで8位のコロンビア戦が行われます。

FIFAランキングでみると、日本はかなり不利ですが、ここからどういう戦いをみせてくれるのか、期待したいところです。ちなみに、FIFAランキング1位はスペイン、2位がドイツ、3位が開催国ブラジルです。

日本とブラジルの時差日本とブラジルの時差は-12時間。今回は日本時間の午前中に行われることが多いようです。

選手の移動距離も大変で、レシフェとナタルは250km離れていてナタルとクイアバは2500km離れています。

日本の北海道の稚内から那覇までが2500kmで、ナタルとクイアバがほぼ同じ距離です。広いんですね。

開催地ブラジルで、ストやデモが多いとか、スタジアムの建設、選手宿泊施設、プレスセンターが完成していないなんていうニュースも入ってきています。試合は安全に、トラブルなく行われることを祈ってます。



### STAP細胞

STAP細胞の論文が取り下げられることになりました。世界に衝撃を与えた万能細胞「STAP細胞」でしたが、その研究成果は白紙に戻ることが決まりました。

発表された論文について、理化学研究所の小保方晴子ユニットリーダーと米ハーバード大のチャールズ・バカンティ教授が撤回に同意したからです。

「結論が完全な間違いであったと認めることになる」と撤回には応じない姿勢を見せていた二人の姿勢を変えさせたきっかけは、論文を掲載した英科学誌「ネイチャー」編集部の「自ら撤回を」との打診でした。その一方で小保方氏はSTAP細胞の存在を信じており、「論文を撤回することで、事実そのものがなくなるわけではない」とし、STAP細胞を息子にたとえて、「生き別れた息子を探しに行きたい」と話しているそうです。

今後小保方氏を交えて、再現実験がなされるとのこと。STAP細胞との再開の報告が聞けるよう、小保方氏には頑張ってもらいたいです。

### 混合診療

安倍晋三首相は10日、保険診療と保険外の自由診療を併用する「混合診療」を拡大し、「患者申し出療養制度を新たに創設・患者の申し出を重視して診療を認める新たな仕

組みをつくると表明しました。

患者の申し出に応じ、使える国内未承認の新薬や最新の医療機器を増やすとのことです。

今月中にまとめる新たな成長戦略に盛り込み、来年の通常国会に関連法案を提出し、成立を図る意向とのこと。

現在は94種類の先進医療などに限定して混合診療が認められていますが、他は原則禁止。

保険外の診療（たとえば日本国内で保険適用になっていない抗がん剤など）を併用した場合は、保険診療は認められず、全額自費診療になることになっています。

日本医師会は原則混合診療の導入に反対しています。

主な理由は、混合診療が導入された場合、保険外の診療の費用は患者さんの負担となり、お金のある人とない人の間で、不公平が生じる恐れのあること。

安全が十分に確認されていない薬や治療法が使われるようになること。

TPP問題とも絡めて、今後の行方を見守る必要がありそうです。

是非国民皆保険制度は継続していただくようお願いしたいです。

### ディオバン問題

降圧剤「ディオバン」の臨床研究で、東京地検特捜部は6月11日、薬事法違反（誇大広告）の疑いで、ノバルティスファーマ元社員を逮捕しました。

臨床研究の信頼を失墜させたデータ不正問題は、刑事事件に発展したことになります。

逮捕容疑は、京都府立医大の研究チームが集めた脳卒中の発生数などのデータを操作したほか、解析結果の確実さを示す虚偽の数値を使った図表をチームに提供し、2011年10月ごろ、ディオバンに有利な記載をした論文を海外の医学誌に発表させた疑い。

この臨床研究は2002年以降、京都府立医大、東京慈恵医大、千葉大、名古屋大、滋賀医大で大規模に実施され、ノバルティス元社員容疑者がデータの解析などを担当。

ディオバンは脳卒中などを防ぐ効果があると発表したものです。

今後の捜査の動向に注目したいです。

今年の住民健診が始まっています。

今回特定健診の自己負担費用は昨年と同様500円。泉大津市は無料になったようですが、また忠岡町の行政には頑張ってもらいましょう。75歳以上の方は無料です。

忠岡町在住の方、是非健診受けて下さい。

6月も水曜日午後の診療を休診させていただきます。ご迷惑をおかけしますが、よろしくお願いします。

お盆休みは8月15日～18日までで、19日から通常診療致します。

# 特集：高血圧

日本高血圧学会は、以前のガイドライン（JSH2009）を改訂して、今回『高血圧治療ガイドライン2014（JSH2014）』を公表しました。

ガイドラインは我々高血圧の専門医ではない医師が、高血圧の患者さんを診療するときの拠り所になるものです。

私は大体このガイドラインに沿って、診療しています。

専門医と全く同じというわけにはいかないでしょうが、かなり専門医に近づいた診療ができるのでは、と思っています。

では、今回のガイドラインの内容を抜粋してお知らせします。

表3-3 降圧目標

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

注 目安で示す診察室血圧と家庭血圧の目標値の差は、診察室血圧140/90mmHg、家庭血圧135/85mmHgが、高血圧の診断基準であることから、この二者の差をあてはめたものである

2010年国民健康・栄養調査によると、30歳以上の日本人男性の60%、女性の45%が高血圧（収縮期血圧 140mmHg以上または拡張期血圧 90mmHg以上、または降圧薬服用中）と判定されました。

NIPPON DATA2010における高血圧有病率から、本邦における2010年の高血圧有病者数は約4300万人（男性2300万人、女性2000万人）と推定されています。

日本の人口が約1億2000万人ですから、約3分の1ということになります。

極めて多い、一般的な疾患です。

高血圧がなぜいけないか？血圧が高いまま放置すると、心血管イベントといわれる虚血性心疾患、脳疾患が増加するためです。

この虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞)脳疾患(脳梗塞、脳出血)を予防するために治療をしているのです。

昔は血圧は年齢+90といわれて、そんなに治療は必要なかった、ほんまに薬いるんか？という声も外来でよくお聞きします。

しかし、その時の平均寿命を考えてみてください。やっぱり今と比べて短かったのです。

高血圧治療が進んだことも、日本人の平均寿命が延びた一因であるともいえると思います。

日本の高血圧の特徴としてこのガイドラインでは、塩分摂取量が多いこと、肥満・メタボリック症候群が多いことが指摘されています。

塩分については、食塩摂取量と血圧との間にも関連があることが証明されています。

1950年代の東北地方の食塩摂取量推定値は1日25gにも達していたという報告もあります。

平成23年（2011年）国民健康・栄養調査結果では、国民1人1日あたりの食塩摂取量は平均10.4g（男性11.4g、女性9.4g）であり、徐々に低下傾向にはあります。

2012年に発表された世界保健機関（WHO）のNa摂取量に関するガイドラインでは、一般成人の食塩摂取量を5g/日未満にすべきとしています。

本邦では、2022年までに国民の平均食塩摂取量を8.0gにすることを目標にしています。

まだまだ世界基準には程遠いレベルといえそうです。

当院では、検査会社の協力も得て、尿から1日摂取塩分量を測定しています。

自分では薄味、と思っけていても、結構塩分摂取されている方がおられるというのが私の印象です。

また、秋くらいになりそうですが、オムロンから、塩分摂取を推定できる測定器が販売されるそうです。

一日一回6日間連続で尿のナトリウム、カリウムを測定することにより、24時間畜尿による塩分摂取量結果とほぼ同等の正確さで一日塩分摂取量がわかるとのこと。



ちょっと期待しています。

もうひとつの特徴である肥満については、肥満度の指標であるBody Mass Index（BMI、体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)、肥満は25以上）は男性では年々増加し、肥満者割合は過去30年で約2倍にでた。

平成23年国民健康・栄養調査における20～69歳男性の肥満者の割合は32%でした。

NIPPON DATAにおける1980年から2010年にかけての30年間の推移分析では、高血圧に対する肥満の寄与割合は男性では11%から27%に女性では19%から26%に増加した。

# 特集：高血圧

今回のガイドラインで一番変わったことは、高血圧の診断基準と治療目標だと思います。

表を示しますが、日本高血圧学会の血圧分類では、高血圧を140/90mmHg以上としており、収縮期、拡張期共にその基準を下回っているときに正常域血圧としています。

その中に至適、正常、正常高値の3つの分類を設けています。

表2-5 成人における血圧値の分類 (mmHg)

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

治療目標については、中年で140/90（診察室）以下、家庭血圧では135/85以下です。

75歳以上の後期高齢者については150/95（診察室）、140/90（家庭血圧）以下、とされています。

ただし認容性があれば、140/90（診察室）、135/85（家庭血圧）とされています。

私は東北大学の今井先生の、高齢者でも血圧は低い方がいいという以前の教えに従って結構高齢者でも低いレベルでコントロールしていました。

また少し考え方を変えなければいけないと考えているところです。

次に変わったことは、家庭血圧重視になったことです。

一日2回、朝夕の測定。

一機会2回測定して、その平均をとります。

診察室の血圧と家庭血圧の解離があれば、家庭血圧のほうを採用して、治療にあたります。

当院では12年前から高血圧の方すべてに（予備軍も含む）、家庭血圧の測定をお願いしています。

診察室で測るより、家庭血圧のほうが信憑性があるからです。

これからも、少し血圧の高い方、降圧剤を服用されている方にはしつこく家庭血圧測定をお願いすることになりますので、よろしくお願いします。

今回のガイドラインで治療薬としては、βブロッカーという薬が第一選択からはずれました。

これは、私も第一選択薬で使用することは10年前からほとんどありませんでした。

多くはARB、カルシウム拮抗薬を第一選択にしていたので、納得できるわけではありません。

でも、βブロッカーが心不全、頻脈、時に手が震える、などにいい薬であることは間違いなく今でもよく使いますし、今後も使うだろうと思います。

この日本高血圧学会のガイドラインが出たあとに、「新たな健診の基本検査の基準範囲—日本人間ドック学会と健保連による150万人のメガスタディ」が公表されました。

同報告によれば、人間ドック受診者約150万人のデータから、約34万人の「健康人」を抽出し、そのなかから7分の1をランダムに抽出したうえで統計的な異常値除外処理をした約1万~1万5千人（超健康人・スーパーノーマルの人）の検査値から、新たに血圧、BMI、血糖、コレステロール等、27項目の基準範囲を設定したとしています。

血圧のデータをみていると、

・収縮期血圧：従来基準値=129 mmHg から今回の報告：88~147mmHg

・拡張期血圧：従来基準値=84 mmHg 以下 から今回の報告 51~94mmHg

と従来の基準値から大きく変化しています。

これらの結果について、新聞、テレビをはじめ多くのメディアがとり上げ、「血圧147は健康」などと報じ、国民にとっては、各検査値に2種類の基準値が示されたこととなり、医療現場は大きな混乱を来しています。

高血圧学会はすぐに声明を出し、高血圧の基準は140/90と再確認しています。

医療界でも正常値のデータをと統一する努力は必要でしょうね。

当院は日本人間ドック学会の基準を採用しません。

## かかりつけ患者さん募集中

最近の医療は病気の診療だけではなく、病気の予防、早期発見、初期治療に重点が置かれています。

そのためには、「かかりつけ医」として日常的に気軽に診療や健康診断を受けることができる医院を目指すことが大切だと考えます。

当院では「かかりつけ患者」として下記に同意していただける方を募集しています。興味ございましたらスタッフまでお尋ねください。

### 何をしてくれるの？

●慢性疾患に対しては診療ガイドラインに沿った一般的な指導・治療を行います。

うまく管理できないときは専門医紹介し、治療方針をたてています。

●頻回に診させていただくことにより、重大な疾病の早期発見に努めます。

●何でも気軽に相談できる雰囲気づくりに努めます。

●守秘義務は守りますが、かかりつけ患者さんの情報をできるだけ把握する様努めます。

●診療内容はわかりやすく説明しますが、その他に診療ノート（私のカルテ）を発行します。

●急変時・救急受診が必要な際には当院に連絡下さい。搬送先への連絡・紹介状の用意を速やかに行います。24時間対応です。

●他院受診が必要な場合は患者さんに最も適した病院を紹介します。紹介先確保のための情報収集はいつもしております。

### かかりつけ患者になるには？

慢性疾患をお持ちで、月に一度は当院に定期的に受診される方のうち、下記の項目に同意していただける方です。

●現在他の内科診療所に定期受診されていないこと（病院の専門科・専門科の診療所受診は除く）

●他院受診のデータを当院で管理させて下さること

●既往歴、家族歴などあらゆる情報を当院に教えていただけること（他に 職業歴・予防接種歴・生活パターン・家族構成・趣味・嗜好・服用薬・服用健康食品・受診病院・整骨院などの施設受診など）

●主治医意見書を当院で作成すること

●他の病院、診療所を受診される場合、当院の紹介状を持参して下さること

●身体で何か異常が起こればまず当院に相談して下さること。

以上を納得され、書面にサインしていただける方を当院のかかりつけ患者として登録させていただきます。

現在のところ、何かあれば当院に受診される方、住民検診などを当院で受ける方はかかりつけ患者の範疇にはいません。風邪をひいたら、今回はあそこの診療所、次回は〇〇病院という方もご遠慮いただいています。

かかりつけ患者になって総合的に管理してほしいと思われた方がいらっしゃいましたらお気軽にスタッフまでお声をおかけ下さい。

### 編集後記

私事ですが、昨年11月に事故で左足関節の手術をしました。最近になり、痛みが少し軽減され、ジムのランニングマシンで5kmくらいは走れるようになりました。

今年のマラソンシーズンには間に合うかなと思っておりますが、プレートを抜く手術を受けるかどうか、まだちょっと迷っています。8月にプレートを抜く手術をしたら、3カ月間は走ることができません。もし、このまま痛みがひいていけば、このままでもいいのかなという気もしています。少しずつランニングの距離を伸ばしながら考えることにします。

2014年6月 No.103

### ホームドクター通信

発行責任者 院長 真嶋敏光

編集者 崎山 エリカ

医療法人 真嶋医院

大阪府泉北郡忠岡町忠岡東 1-15-17

TEL 0725-32-2481 FAX 0725-32-2753

Email info@majima-clinic.jp

HP http://www.majima-clinic.jp