平成22年度

第3回福岡県医学会総会

平成23年 1月30日(日)

会 頭

福岡県医師会会長 松田峻一良

学 会 長

福岡大学医学部長 黒木 政秀

準備委員会委員長

福岡市医師会会長 江頭 啓介

福岡県医学会

福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号 福岡県医師会内 TEL (092)431-4564

第3回 福岡県医学会総会

日 時:平成23年1月30日(日) 11:00-17:00

場 所:福岡県医師会館

総合司会:福岡県医師会理事 津 田 泰 夫

1. 開 会 (11:00) 福岡県医師会副会長 野 田 健 一

2. 挨 拶 (11:05) 会 頭 松 田 峻一良

学会長 黒 木 政 秀

3. 福岡県医学会賞の表彰および受賞者講演 (11:15)

4. 次期学会長挨拶(12:05) 產業医科大学医学部長 辻 貞 俊

5. ポスターセッション (12:10~13:10) ~昼食中~ テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」

~ 昼 食 ~

6. シンポジウム(13:30 \sim 15:40)(各20分)

テーマ 「 地域医療に役立つ最新の医療 」

座 長:福岡大学医学部長 黒 木 政 秀

1)「TR—大学病院の真の実力」

九州大学大学院医学研究院臨床医学部門呼吸器内科学分野教授 中 西 洋 一

2)「冠動脈疾患治療の現状と問題点:日常診療の意義を考える」

久留米大学医学部附属病院循環器病センター教授 上 野 高 史

3)「術中ICG蛍光血管撮影・血管内治療・神経内視鏡を応用した脳卒中外科の最先端」

福岡大学医学部脳神経外科学教授 井 上 亨

4)「脳卒中リハビリテーションと地域連携」

産業医科大学医学部リハビリテーション医学教授 蜂須賀 研 二

5)「世代を超えて繋がる小児生活習慣病 ―小児科開業医に何が出来るか―」

福岡県小児科医会/青木内科循環器科小児科クリニック 青 木 真智子

一 総合討論(30分) —

~ 休 憩 (15:40~15:50)~

7. 特別講演 (15:50~16:50)

「国家予算と医療費―現在と未来―」

 講師:日本医師会会長
 原中勝征

 座長:福岡県医師会会長
 松田 峻一良

- 8. ポスター優秀賞表彰
- 9. 閉 会 (17:00)

福岡県医師会副会長 野 田 健 一

目 次

挨	拶					
		会 頭/福岡県医師会会長 学会長/福岡大学医学部長	松田黒木		支	
福	岡県医学会賞受賞者講演					
< 集	持別賞>					
	追跡調査の成績に基づいたわが	国におけるメタボリックシンドロ	コームの	の診断差	基準案	
	: 久山町研究					
	九州	大学病院腎・高血圧・脳内科	土井	康文		5
<歩	建励賞 >					
•	日本における膵性糖尿病の全国	疫学調査2005				
	九州大学大学	於医学研究院病態制御内科学	伊藤	鉄英	•••••	8
•	歯牙・歯槽骨欠損を伴う陳旧性	歯槽骨粉砕骨折に対する新しい	・再生 日	医学的流	台療法	
	久留米大学医学部	3形成外科・顎顔面外科学講座	清川	兼輔	•••••	12
•	胸腔鏡下肺葉切除術後1日目の肌	陶腔ドレナージ排液量と術後合併	症との	関連性	に関する研	f究
	国家公務員共済組合連合	合新小倉病院呼吸器センター	中西	良一	•••••	15
•	地域住民女性における開眼片脚	起立時間と骨密度の関連性				
		産業医科大学医学部整形外科	酒井	昭典	•••••	19
•	透析患者における肺癌手術の長	期成績				
	福岡大学病院吗	空吸器・乳腺内分泌・小児外科	大渕	俊朗	•••••	23
次	期学会長挨拶					
		産業医科大学医学部長	辻	貞俊		29
ポ	スターセッション テーマ	「地域医療に役立つ最新の関	医療」			
Ses	sion A(糖尿病、動脈硬化、高」	前 圧)				
	若年者における2型糖尿病の発症	•	GTTの	血糖60∕	分値を用い	て)
		学医学部内分泌・糖尿病内科学				
2.	糖尿病患者における24時間血圧		7,12 0	111 4		
		院医学研究院病態制御内科学	月本	賢美		33
3.	糖尿病においてABI/PWVは強		,			
	一九州動脈硬化予防研究より糖	尿病患者4272例の解析—				
	九州大学大学	院医学研究院病態制御内科学	前田	泰孝		34
4.	高容量テルミサルタンは2型糖					
	アディポネクチン増加作用を有	する				
	莊	業医科士学医学部第一内科学	杰	捕子		3/1

5.	血漿vaspin濃度測定の心血管リスク評価への応用の可能性				
	久留米大学医学部心臟血管内科	江崎	英司		35
6.	本態性高血圧患者におけるARB (ロサルタン) +少量利尿薬係	并用とΑ	RB ()	バルサルタ	ン)
	+ 極少量利尿薬併用における有用性の検討				
	福岡大学医学部心臓・血管内科	志賀	悠平		35
Ses	ssion B(神経・筋疾患、感染症、高齢者医療)				
7.	高齢発症重症筋無力症の臨床的解析とcalcineurin inhibitor単れ	独療法 0)有効性	生の検討	
	産業医科大学医学部神経内科	岩中	行已	男	36
8.	高齢者の水疱性類天疱瘡の診断治療における病診連携				
	久留米大学医学部皮膚科	松田	光弘	•••••	36
9.	細菌感染関連胸水における嫌気性菌の重要性:16S ribosomal	RNA遺	[伝子に	よる細菌	叢
	解析を用いて 産業医科大学医学部呼吸器内科学	川波	敏則	•••••	37
10.	3次元経食道心エコー図を用いた大動脈基部形態評価				
	産業医科大学医学部第2内科学	加来	京子	•••••	37
11.	介護老人保健施設における口腔ケアの効果				
	福岡歯科学園介護老人保健施設サンシャインシティ	松葉	健一	•••••	38
12.	Korotokoff sound graph(KSG)面積比率を用いて、漢方学的	的診断と	なる「	証」を	
	数値化する試み 原三信病院総合診療科	前田	晋至	•••••	38
Ses	ssion C(内視鏡、外科治療、内科的処置)				
13.	手技の容易化・安全化を目指した消化器内視鏡デバイスの開発	笼			
	産業医科大学第3内科学	久米	恵一郎	4 8	39
14.	当院で施行している単孔式腹腔鏡下虫垂切除術43例の手術手持	支およて	ド成績		
	医療法人佐田厚生会佐田病院	赤川	進		39
15.	Holmium laser enucleation of the prostate(HoLEP)の手技	と治療薬	办果		
	久留米大学医学部泌尿器科	豊澤	徳行	•••••	40
16.	下部直腸・肛門管癌に対する究極の肛門温存手術と術後成績				
	久留米大学医学部外科	赤木	由人	•••••	40
17.	C型肝炎に対する瀉血療法による血清AFPの低下				
	福岡大学医学部消化器内科	早田	哲郎	•••••	40
18.	血小板減少C型肝炎ウイルス陽性患者に対する部分的脾動脈塞性	全術施行	後にイ	ンター	
	フェロン療法を導入した症例の検討 千早病院放射線科	春野	政虎		41
	ssion D(疫学、ネットワーク、救急)				
19.	消化管膵神経内分泌腫瘍の全国疫学調査サブ解析		ы ь		40
00	九州大学大学院医学研究院病態制御内科学	五十月	虱 久)	Λ	42
20.	コーヒー飲用の糖尿病予防効果についての前向き研究	1 . 1.	γ τ →		
0.1	九州大学大学院医学研究院老年医学	大中	佳三	•••••	42
21.	かかりつけ医を中核とした病院・在宅医療連携	,			
	粕屋医師会	堤	啓	•••••	43

22.	救急病院での勤務医の負担軽減を目指した活動	
	飯塚病院 山本 英彦	• 43
23.	急性薬物中毒による入院症例の検討	
	福岡大学医学部小児科学 森島 直美	• 44
24.	常位胎盤早期剥離における児の予後を推定する分娩前所見の検討	
	久留米大学総合周産期母子医療センター産科部門 林 龍之介	• 44
シ	ンポジウム テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」	
	TR―大学病院の真の実力	
	九州大学大学院医学研究院臨床医学部門	
	呼吸器内科学分野教授 中西 洋一	. 47
	冠動脈疾患治療の現状と問題点:日常診療の意義を考える	
	久留米大学医学部附属病院循環器病センター教授 上野 高史	. 52
	術中ICG蛍光血管撮影・血管内治療・神経内視鏡を応用した脳卒中外科の最先端	
	福岡大学医学部脳神経外科学教授 井上 亨	. 60
	地域医療に役立つ脳卒中連携パスと最新のリハビリテーション	
	産業医科大学医学部リハビリテーション医学教授 蜂須賀 研二	. 67
	世代を超えて繋がる小児生活習慣病―小児科開業医に何が出来るか―	
	福岡県小児科医会/青木内科循環器科小児科クリニック 青木 真智子	. 74
総合	計論	. 82
特	別講演	
	国家予算と医療費一現在と未来一	
	日本医師会会長 原中 勝征	. 9]
ポ	スター優秀賞	
		100
穿	53回福岡県医学会総会ポスター優秀賞受賞者	109

編集後記

挨 拶

福岡県医師会会長 松 田 峻一良

皆さん、おはようございます。第1回のときは大雪でした。昨日の天気予報でまた今回も大雪だということで心配しておりましたが、久留米や筑豊のほうは大雪で、少しおくれてお見えになる先生方もおられると思います。

平成23年、新年を迎え、心よりお喜び申し上げます。

本年もどうぞよろしくお願いいたします。

今年は福岡大学の黒木医学部長に学会長をお引き受けいただいて、第3回を迎えることができまし た。これもひとえに先生方のご協力のたまものであり、毎年回を重ね、徐々に参加者も増えてきてお りますことを心から嬉しく思っております。この福岡県医学会の目的は、医学に関する科学及び技術 の研究促進を図り、医学及び医療の水準の向上に寄与するということであります。病院の勤務医師も 診療所の医師も分断されることなく、一致団結して福岡県の医療向上のために、ともに学び、ともに 行動するきっかけになればと長年の思いから立ち上げたものです。本学会では臨床医学研究に対する 表彰として福岡県医学会賞を設けております。今年は、医学会賞に20編、一般演題に24題の応募をい ただいております。この後、医学会賞の表彰式と受賞講演、またお昼の時間にポスターセッションが 行われますので、ぜひ先生方、ご参加ください。医師会活動の目的は、医道の高揚、医学教育の向上、 医学と関連科学との総合進歩、そして医師の生涯教育、医療政策の提言等が上げられて、毎年医師会 では活動方針を決めております。医療の本質は社会がどう変化しようとも変わるものではありません が、現在のように医療を取り巻く厳しい中、このようなときこそすべての医師が医師会に所属し、一 致団結して国民医療に取り組むことが重要だと考えております。そこで、勤務医の先生方が医師会に 入会しやすい環境を整え、入会してよかったと思える医師会とすることが我々の使命だと思っており ます。その一環として、来年度から大学医師部会を設置して、まずは大学の医師が医師会に入会しや すい環境を整えて、そして地域の医師と交流ができ、お互いに有効な関係を築いて地域医療に取り組 んでいければと考えております。そうすることでさまざまな保健、医療、福祉活動を一緒に行うこと ができますし、現在問題になっている地域の救急医療体制や医師の偏在、また医療安全についても自 浄作用を活性化して改善が図れるようになります。今後、医療の社会的重要性はますます高まってま いります。私たちは国民に安全で質の高い医療を、また医療人が誇りと達成感を持って提供できるよ うにという目的を実現するために、会員の先生方とともに努力してまいりたいと考えておりますので、 ご協力をお願いしてご挨拶といたします。今日は1日ゆっくり勉強をしていってください。どうぞよ ろしくお願いいたします。

福岡大学医学部長 黒 木 政 秀

皆様、こんにちは。ただいまご紹介いただきました福岡大学医学部長の黒木でございます。本日は、松田会頭を始め県医師会のバックアップによりまして、第3回の福岡県医学会総会を無事に迎えることができました。本当にありがとうございます。この県医学会総会の役割として、大きく3つあろうかと思います。第1は勤務医と開業医の交流と協力、2番目は大学で行われている新しい先端医療の地域医療への還元、そして、3つ目は地域医療再生への貢献です。

まず、勤務医と開業医の交流と協力に関してですが、先ほど会頭からお話がありましたように、大学に勤めている勤務医を中心に医師会に入会しやすい形の施策を進めていただいており、大変ありがたく思っています。といいますのは、現に今、医療界の不況だけじゃなくて、我々が一致して取り組まなければならない問題が幾つか出てきております。今日は1つだけ紹介しますけれども、医師不足が叫ばれる中で、医学部を新たにつくろうという動きが出てきています。日本という国は、医師不足だと訴えていたかと思いますと、過去の例のように、突然医師過剰だということになりかねません。今回もそうならないとは限らない訳で、本当に必要なのかどうかを徹底して議論していく必要があるだろうと思います。本当に医師不足なのか、偏在だけの問題ではないのかも含めて検証し、現在の医療界の意見として主張していくべきであろうと思います。

2つ目は、大学で研究が行われている先端医療の地域医療への還元です。今回のシンポジウムで、各大学で行われております先端医療を皆さんに紹介していただきます。もちろん大学だけではなく、医師会の先生たちが直面されている問題や新たに取り組んでおられる例を紹介していただくことも含めて、より進んだ地域医療にしていく使命が我々にはあるだろうと考えています。一方、大学におきましては、大学の特徴を皆様に紹介することで、日ごろその方面の患者さんをぜひ紹介していただきたい、また大学としては、この総会の場をそのように活用していきたいと考えています。

最後は、地域医療再生への貢献です。ご存じのように、地域枠推薦入学で医学部の定員を増やしてよいと文科省から指示があり、各大学ともここ2年で10-15人の定員増を実施しました。一方で今度は、厚労省が県を通じて、地域枠推薦入学者が卒業する前に、今から医師不足地域に医師を派遣して欲しいと要請し助成金を出してまいりました。現に各大学は苦しい中でも幾つかの病院に県からの助成金をもとに医師を派遣し貢献しています。本日、福岡大学は、将来間違いなく医師会に入るだろう今年の地域枠推薦入学者の10人をここに参加させています。地域医療でご活躍の先輩方の"医師は生涯教育"だという現実の姿を見せたいという思いからでございます。学生たちは先輩を見て育ちますので、この総会の間、どうか皆さん、真剣に聴講していただき、活発な質疑応答をしていただきますようお願いします。

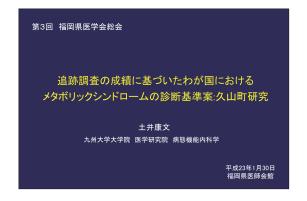
最後に、繰り返しになりますが、勤務医と開業医の交流と協力、我々が大学で新しく取り入れていることを皆さんにできるだけ平易に紹介すること、そして将来地域医療に貢献する学生たちを育てていくことにも役立つことを期待し、この会を進めていきたいと思いますので、どうぞ今日1日、ご協力よろしくお願いいたします。

福岡県医学会賞受賞者講演

「追跡調査の成績に基づいたわが国における メタボリックシンドロームの診断基準案: 久山町研究



九州大学病院 腎・高血圧・脳内科 土 井 康 文



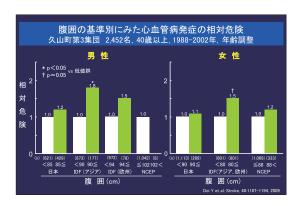
この度は、このような栄えある賞をいただきまして大変光栄に感じております。久山町の研究はチームで行っている研究でございますので、この喜びを研究室全員で分かち合いたいと考えています。

目 的 福岡県久山町において長年にわたり継続中の 疫学調査(久山町研究)の成績より、これまで 報告されているメタボリックシンドロームの診断 基準を検証し、心血管病発症との関係を明らか にする。

本研究を思い立ったのは、メタボリックシンドロームの日本基準の腹囲が男性85cm、女性90cmと海外の腹囲基準と大小関係が逆転している案が示されたことがきっかけです。そこで久山町の前向き調査の成績によって、日本人に適したメタボリックシンドローム診断基準を検証しなければならないと考えました。

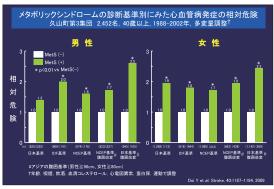


研究方法をお示しします。1988年に久山町の 健診を受診した40歳以上の住民2,452名を対象 としました。この集団を14年間追跡し、虚血性 心疾患を125例、脳梗塞を145例認めました。こ の集団を用いて、メタボリックシンドロームの 診断基準を検証しました。



まず腹囲の基準ですが、日本のカットオフ値 85cmを用いて虚血性心疾患、脳梗塞発症の相 対危険を算出してみますと、男性では心血管病 発症の相対危険は1.2と有意差を認めませんで した。つまり、日本の腹囲基準では心血管病発 症をうまく予測できていないことになります。 一方、国際基準である男性90cmのカットオフ 値を用いると、相対危険は1.8に伸び、これは 統計学的に有意でした。そのほかの欧州の 94cmや米国NCEPの基準の102cmでも有意差を 認めませんでした。女性でも検討しましたが、 日本の腹囲基準である90cmでは男性と同様に 有意差を認めませんでした。一方、国際基準で ある女性の80cmをカットオフ値にしますと、 男性と同様に相対危険は1.5と有意な関係を認 めました。

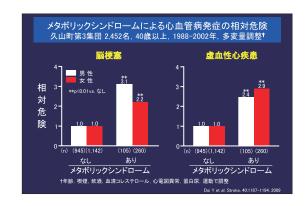




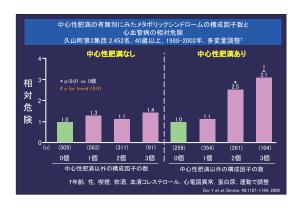
次に診断基準全体で検討を行いました。日本 基準、国際糖尿病協会 (IDF) の診断基準、米 国NCEPの診断基準に加え、腹囲の成績を考慮 し日本基準、NCEPの診断基準の腹囲基準を男 性90cm、女性80cmに入れ替えた修正日本基準、 修正NCEP基準を作成し、5つの診断基準と心 血管病発症との関連を検討いたしました。そう すると、日本基準を用いると、男性では相対危 険は1.3と有意な関係はありませんでした。残 りの診断基準では心血管病発症と有意な関連を 認めましたが、この5つの診断基準の中で最も 相対危険が高いのは修正した日本基準でした。 同様に女性でも検討してみますと、5つの診断 基準は心血管病発症とすべて有意な関連を認め ましたが、この中で相対危険が最も高いのは腹 囲を修正した日本基準でした。



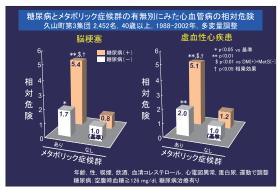
以上より、日本基準案の腹囲のカットオフ値を、男性85cm、女性90cmを男性90cm、女性80cmに国際基準の腹囲に入れかえた診断基準で心血管病発症の予測能力が最も高いという結果を得ました。

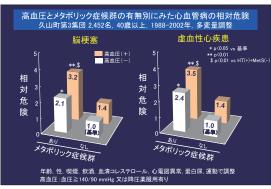


この基準を用い、心血管病を脳梗塞、虚血性 心疾患にわけて検討すると、脳梗塞、虚血性心 疾患ともに2倍から3倍程度の相対危険の上昇 を認め、脳梗塞、虚血性心疾患においても、予 測能力が高いことがわかります。



現在の診断基準では、腹囲を必須とする基準と必須としない基準があります。そこで修正日本基準を用い、腹囲の基準で層別し、腹囲以外の構成因子数別に相対危険を計算してみました。そうしますと、中心性肥満のない群では、その他の脂質や血糖値、血圧などの構成因子が増加しても有意な相対危険の上昇を認めませんが、中心性肥満が存在すると相対危険の上昇を認めました。つまり、中心性肥満を必須とした基準の方が心血管病発症とより関連するといえます。





最近、メタボリックシンドロームの概念は必 要ないのではないかという議論があります。糖 尿病や高血圧を管理していれば、メタボリック シンドロームを新たに診断する必要はないとい う考え方です。そこで既存の糖尿病や高血圧な どの心血管病発症のリスクファクターとメタボ リックシンドロームがどのような位置関係にあ るかを検討しました。最初に糖尿病ですが、メ タボリックシンドロームがなく糖尿病もない群 を基準にすると、メタボリックシンドロームの 単独群では、脳梗塞発症の相対危険は有意に上 昇します。さらに両者の合併では、相対危険は 顕著に上昇します。同様に、虚血性心疾患でも メタボリックシンドローム単独群で相対危険は 有意に増加し、そしてこの両者を合併するとこ のように相対危険が上昇するという結果を得て おります。高血圧でも同様の知見を得ているこ とから、メタボリックシンドロームは既存の糖 尿病や高血圧と独立して心血管病の発症と関連 しており、メタボリックシンドロームという診 断自体が心血管病の予防に有用な概念であると いうことを示すことができました。

結 語

わが国では日本の診断基準の腹囲基準をアジア 人の腹囲基準(男性90cm以上、女性80cm以上)で 置き換えた診断基準が心血管病発症を予測する 上で最も優れることが明らかとなった。

以上の成績より、わが国でのメタボリックシンドロームの診断基準は、わが国の診断基準において腹囲の基準を国際基準の男性90cm、女性80cmで置きかえた基準が最も適切であることを明らかにすることができました。

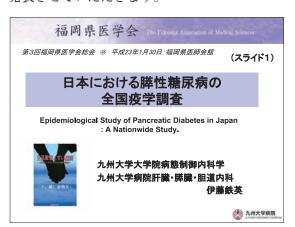
「日本における膵性糖尿病の 全国疫学調査2005」



九州大学大学院医学研究院 病態制御内科学 伊藤 鉄 英

よろしくお願いいたします。まず始めに、このような賞をいただきまして、本当にありがとうございます。福岡県医学会松田会頭、それから学会長であります黒木先生を始め選考委員の 先生方に深謝いたします。

私は、日本における膵性糖尿病の疫学調査を 発表させていただきます。



膵性糖尿病というのは、膵疾患の進展に伴って膵内分泌機能が低下するものでございます。 しかしながら、現疾患であります膵疾患、例えば膵炎や膵癌の進展と密接な関係があります。

さらに、内分泌学的に見ますとインスリンだけでなく、グルカゴン分泌も原疾患の影響を受けますので、通常型の糖尿病と異なった病態や臨床像を呈することが多く、治療も異なってきます。

膵性糖尿病の定義は、1999年に日本糖尿病学会から、糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告というのがありまして、「分類 B、他の疾患、病態に伴う種々の糖尿病、膵外分泌疾患(膵炎、膵外傷/膵摘出術、腫瘍、ヘモクロマトー

シス、その他)」に記載されております。

膵性糖尿病の定義

(スライド2)

『分類 B. 他の疾患、病態に伴う種々の糖尿病 膵外分泌疾患(膵炎、膵外傷/膵摘出術、腫瘍、 ヘモクロマトーシス、その他)』

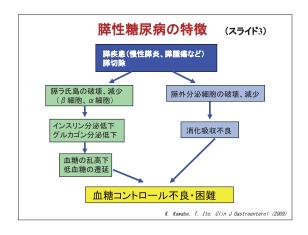
> 日本糖尿病学会「糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告」 (糖尿病 42, 385-404, 1999)

- 〇厳密には、膵疾患に伴って出現した糖尿病(真の膵性糖尿病)。
- ○1型や2型の通常糖尿病、または耐糖能異常が先行していても、 明らかに膵疾患に伴って悪化したものは膵性糖尿病と考える (広義の膵性糖尿病)。

九州大学病院

厳密には、膵疾患に伴って初めて糖尿病が出現したものを真の膵性糖尿病と定義されます。 一方、広義の膵性糖尿病は、1型や2型の通常糖尿病が先行していても、膵疾患に伴って糖尿病が悪化してきたものと考えられます。

真の膵性糖尿病は、ご存じのとおりインスリン分泌、およびグルカゴン分泌共に低下しますので、血糖の乱降下が起こりやすい、グルカゴンが分泌されないことで低血糖が遷延するという特徴があります。一方、膵外分泌機能も低下していますので、食事摂取分のカロリーが消化吸収出来ないため、低栄養が出てきます。十分量の消化薬を投与すると栄養は良くなりますが、血糖コントロールが悪化します。しかし、このような状態で糖尿病のコントロールをしうるのが縦横です。



さて、本邦においては膵性糖尿病に関する研究並びに診断・治療について包括して討議される機会がほとんどなく、疫学調査というのが現在までありませんでした。そこで、2005年に受療した膵性糖尿病患者の全国疫学調査を行うこ

とを参画しました。

本調査では、前述しました広義の膵性糖尿病 だけでなく真の膵性糖尿病についても検討いた しました。

方法は、1年間に受療した膵性糖尿病(膵炎、 膵外傷、膵手術後、膵腫瘍、膵ヘモクロマトー シス、自己免疫性膵炎、膵形成不全並びに糖尿 病)を対象として、厚生労働省の指針に従い、 層化無作為抽出法を用いて行いました。一次調 査で1万7,749の施設に調査票を送付して、回 答を得られた4,118例の施設に対して二次調査 を行いました。回収率は36.9%で、このような 疫学調査では非常に高い回収率でした。

方法

(スライド4)

2005年1月1日から12月31日までの一年間に受療した膵性糖尿病患者(膵炎、膵外傷、膵手術後、膵腫瘍、膵ヘモクロマトーシス、自己免疫性膵炎、膵形成不全などに伴う糖尿病)を対象として、厚労省疫学調査指針に基づき全国疫学調査を施行した。

一次調査では層化無作為抽出法を用い17,749の施設に実施 した(回収率35.2%)。回答を得られた4,118施設に対して二次調 査票(症例調査票)を送付し解析を行った(回収率36.9%)。

二次調查集計轄景	二次調査 対象症例数	二次調査 返信症例数	二次調査 回収率(%)
大学病院	1,348	616	45.7
特別階層病院	817	233	28.5
500床以上	636	320	50.3
400~499床	499	142	28.5
300~399床	360	69	19.2
200~299床	151	43	28.5
100~199床	161	56	34.8
99床以下	146	39	26.7
合計	4 118	1 518	36 9

二次調査による成因別頻度を見ますと、慢性 膵炎40.0%、膵癌24.6%、膵切除後10.2%、急 性膵炎7.5%、自己免疫性膵炎6.1%の順であり、 慢性膵炎に伴う膵性糖尿病が多くを占めていま した。

次調査における		(スライ	P5)		
成因	症例数	(%)	男性	比	女性
慢性膵炎	684	40.0 %	598	7.1 : 1	84
急性膵炎	129	7.5 %	103	4.0 : 1	26
自己免疫性膵炎	105	6.1 %	86	4.5 : 1	19
膵外傷	13	0.8 %	11	5.5 : 1	2
膵癌	421	24.6 %	244	1.4:1	177
膵内分泌腫瘍	18	1.1 %	10	1.3 : 1	8
膵嚢胞性腫瘍	117	6.8 %	71	1.5 : 1	46
その他の腫瘍	15	0.9 %	11	2.8 : 1	4
膵切除後	174	10.2 %	117	2.1:1	57
膵ヘモクロマトーシス	8	0.5 %	4	1.0 : 1	4
膵形成不全	1	0.1 %	1	n.d.	0
その他	25	1.5 %	18	2.6 : 1	7
ä+	1710	100 %	1126	2.9 : 1	390

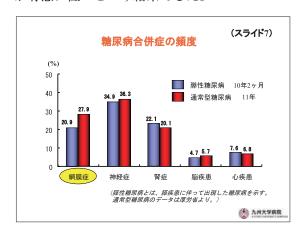
一次調査にて、膵性糖尿病の2005年の年間受療者数は42,100人であり、2005年全糖尿病患者2,469,000人の1.7%を占めていました。有病患者数は人口10万人当たり32.9人、新規発症数は約

2.4人と推定されました。一方、膵疾患発症に 伴い初めて糖尿病が発症した真の膵性糖尿病の 2005年の年間受療者数は19,500人で、全糖尿病 患者の0.8%を占めていました。有病患者数は人 口10万人当たり15.2人、新規発症数は約1.1人と 推定されました。

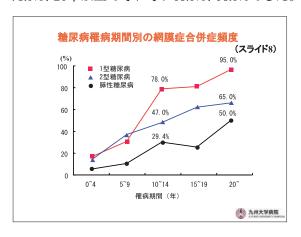


次に、糖尿病合併症も検討いたしましたが、 本日は糖尿病性細小血管症について提示いたし ます。

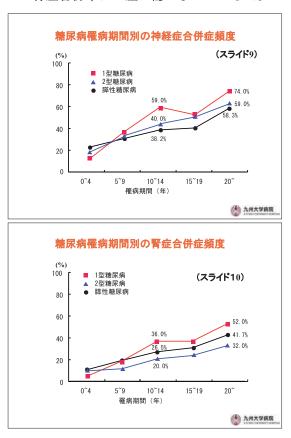
真の膵性糖尿病患者における糖尿病合併症の 頻度ですが、細小血管障害である網膜症を 20.9%、神経症を34.9%、腎症を22.1%に認め ました。本研究対象患者の糖尿病平均罹患期間 が10年2ヶ月でしたので、通常型糖尿病で罹患 平均期間11年の糖尿病合併症頻度と比較いたし ました。真の膵性糖尿病では網膜症の合併頻度 が有意に低いという結果でした。



しかしながら、ご存知のとおり膵性糖尿病患者においても通常型糖尿病と同様に糖尿病罹病期間および血糖コントロール状態がこれらの糖尿病合併症に大きく関与することが明らかです。 従って、膵性糖尿病患者においても経時的に合 併症を評価することが重要と考え、真の膵性糖 尿病における糖尿病罹病期間別の合併症頻度を 通常型糖尿病と比較いたしました。真の膵性糖 尿病での網膜症合併率は、糖尿病罹病期間10 ~14年で29.4%、20年以上で50.0%でした。一方、 2型糖尿病および1型糖尿病の網膜症合併率は、 糖尿病罹病期間10~14年でそれぞれ47.0%、 78.0%、20年以上でそれぞれ65.0%、95.0%でした。

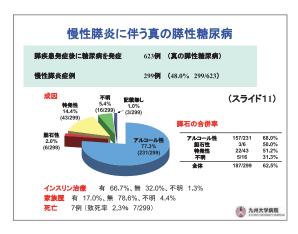


このように、真の膵性糖尿病での網膜症合併率 は通常型糖尿病の合併率と糖尿病罹病期間別に 検討しても有意に低率でした。一方、神経症お よび腎症合併率には差は認めませんでした。



神経症に関しましては、以前は膵性糖尿病では 神経症は高率であると報告されていたのですが、 先程示しましたように実は膵性糖尿病の成因は 慢性膵炎が多く、つまり大酒家が多く、アルコー ル性神経障害の関与があったと思われます。

次に、慢性膵炎に伴う真の膵性糖尿病の病態 について検討しました。



慢性膵炎に伴う真の膵性糖尿病の病態では成因がアルコール性が77.3%と多かったです。死亡例全例がアルコール性で、死因は低血糖が多く、かつインスリン治療を受けていました。インスリン治療を受けている53.2%が飲酒継続しており、さらに飲酒継続群では禁酒群と比較して低血糖発症頻度が明らかに高率でした。このことより、膵性糖尿病を合併する慢性膵炎の成因がアルコール性で飲酒継続しており、インスリン治療を受けている症例では、低血糖を発症する頻度が高率のため、低血糖にて死亡する例が多いと考えられます。



それ故、慢性膵炎で膵性糖尿病を合併している症例には禁酒を第一とした生活指導が必要であると考えられました。

まとめです。日本における膵性糖尿病の疫学 調査を行いました。2005年の受療者数は約4万 人、真の膵性糖尿病は1万9,500人でございま した。通常型の糖尿病と期間をマッチさせた合 併症の比較では、網膜症の合併症頻度が有意に 低いという知見を得ました。膵性糖尿病でイン スリンを受けている症例では低血糖発症が高率 であり、十分な血糖管理及び栄養療法を含めた 生活指導が必要であると考えられました。

結語です。本研究の結果は日本における膵性 糖尿病に関する新たな知見だと思われます。今 後、本研究をもとに明確な診断基準及び治療指 針の作成が必要と考えられます。

ありがとうございました。最後に、ご指導い ただきました高栁先生に深謝いたします。

「歯牙・歯槽骨欠損を伴う 陳旧性歯槽骨粉砕骨折に対する 新しい再生医学的治療法 |



久留米大学医学部 形成外科・顎顔面外科学講座 清 川 兼 輔

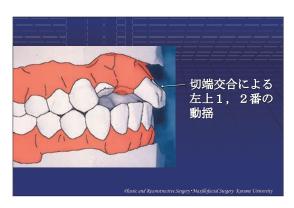
歯牙・歯槽骨欠損を伴う 陳旧性歯槽骨骨折に対する新しい 再生医学的治療法 清川兼輔!,清川宗克²,力丸英明! 1:久留米大学形成外科・顎領面外科 2:清川歯科口腔外科クリニック

久留米大学形成外科・顎顔面外科の清川でございます。このたびはこのような賞をいただき、松田会頭を始め会員の皆様に心より感謝申し上げます。私は、形成外科医ですので、ちょっとほかの先生方とは異色なのですが、今回は歯牙・歯槽骨欠損を伴う上顎前歯部の陳旧性歯槽骨骨折に対して、歯槽骨の再生医学的治療法を応用し、咀嚼機能の回復と整容的改善を同時に行い、満足の結果を得たので報告いたします。

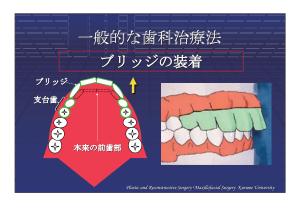


まず、症例をお示ししながら今回我々が行った方法について説明いたします。この症例は、24歳の男性で、上顎前歯部の陳旧性の歯槽骨の粉砕骨折であります。右上1番の歯牙及び歯槽

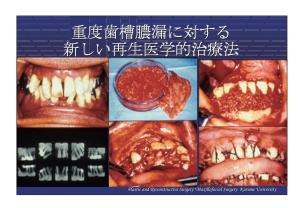
骨が欠損しております。そして、左の1、2番の歯牙はこのように脱臼しておりまして、偽関節の状態となっております。



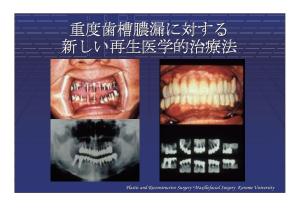
これはこの患者さんの咬合モデルをシェーマで示したものですが、この患者さんはもともと切端交合でもありまして、下顎前歯部の突き上げによって脱臼した歯がかむたびにぐらぐら動いているような状態でございました。



通常、一般的な歯科的な治療では、両側の健 常な歯牙を2本ずつ削りまして、支台歯として ブリッジの装着を行います。しかし、今回のよ うな切端咬合の症例では、さらに本来の前歯部 の位置にブリッジを装着しますと、下の歯がい つもこのブリッジに当たりブリッジが動揺する ため、ブリッジが破損されるだけではなく、健 常の歯牙も破損されるということになってしま います。したがって、このシェーマのように出っ 歯のブリッジをつくるしかないということにな ります。したがいまして、若年者であることを 考えますと、整容的にも非常に大きな問題とな ります。また、歯槽骨骨折の4本の歯を失うだ けでなく、基本的には両方の健常の歯牙も4本 削って犠牲にするということは非常に受け入れ がたい治療法であると言えると思います。



ところで、これまで私どもは、このように総 入れ歯しかない、すなわち総義歯のほかに治療 法はないと言われてきた重度の歯周病、このよ うに歯槽骨が著しく吸収して歯が全部ぐらぐら の状態です。こういう方は普通、総入れ歯しか ないのですが、このような方に対して歯の移植 と骨髄移植をこのように行うことで再生医学的 治療を行ってきました。



これはその方の術後ですが、4ヵ月しますとこのように骨と歯がつきます。ただ残念ながら移植した歯でかむことはできませんので、それを削って新しい人工の歯をつくることで、歯槽骨が再生され入れ歯ではなくて普通にごはんが食べられる状態になるという治療法を開発したわけであります。



今回、この方法をこの患者さんに用いました。 ただし、あごの切端咬合を改善するために、これは私ども形成外科医が行う手技なのですが、 下顎のこの歯を1本抜きまして、その1本分下 顎の骨切りをしまして、その分だけ後方に下げます。歯の1本分が下がりますが、そうすることでこの切端咬合が改善されます。しかもこの歯を歯牙の欠損している上顎の部分に移植するわけであります。



その方法をシェーマで示しますと、粉砕した 骨、もうこれは使えませんので除去しましてデ ブリードマンを行い歯を移植して、その周りに 腸骨の骨髄を移植します。そして、この歯を支 柱として骨髄による歯槽骨の再生を図るという 治療法であります。このように移植した歯が生 着してきれいに歯槽骨が再生されているのがわ かりますが、ここに人工の歯を入れます。



そうすると、このように非常にきれいな状況を保つことができます。X線で下顎骨に骨切りのラインが見えますが、歯並びもきれいで整容的にも機能的にも非常に良好な結果を得ることができました。



この症例は、16歳の女の子ですが、同じように歯槽骨が著しく欠損していますが、下顎骨の骨切りをしまして1本分下げて同様の治療を行い、機能的にも整容的にも非常に満足する結果が得られております。



上顎前歯部のこのような骨折は、スポーツで の激突、それから交通事故で非常に頻繁に見ら れる骨折であり、特に若年者に多いのが特徴で あります。したがって、正常の歯牙を犠牲にせず、しかも機能的にも整容的にも非常に満足する結果が得られる本法は、こういう患者さんの長期的なQOLにとってきわめて重要な方法と考えております。私ども形成外科医は外科系のあらゆる科とのチーム医療をいつも行っておりますが、今回のこの方法におきましては、歯科医との綿密なチーム医療が必須であることをつけ加えさせていただきます。

ご静聴、ありがとうございました。

8獎励賞8

「胸腔鏡下肺葉切除術後1日目の 胸腔ドレナージ排液量と術後合併症との 関連性に関する研究」

国家公務員共済組合連合会 新小倉病院呼吸器センター 中 西 良 一



皆様、おはようございます。(スライド1) 新小倉病院の中西でございます。本日は、この ような名誉ある賞をいただき、誠にありがとう ございます。松田会長を始め関係各位の先生に 感謝申し上げます。

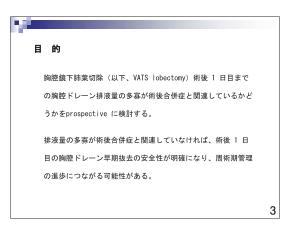
背景

手術では、エビデンスの蓄積により胸腔鏡手術が肺癌治療として認知され、患者00Lの向上と在院日数の短縮に貢献している。

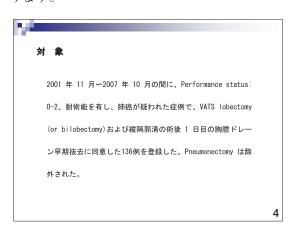
一方、周術期管理では、従来の経験則に基づいた管理が今なお行われ、術後胸腔ドレーンに関しては、エアーリークや出血などがなく、排液量が(100-150 mL/日以下)減少した時に抜去される。しかし、この抜去のための排液量に関する明確なエビデンスは見当たらない。

背景(スライド2)でございますが、手術では、エビデンスの蓄積により内視鏡下手術である胸腔鏡手術が肺癌治療として認知されるようになり、患者のQOL向上と在院日数の短縮に貢献しているのが現状でありますが、一方、周術期管理では、従来の経験則に基づいた管理が

今なお行われ、術後胸腔ドレーンに関しましてはエアーリークや出血などがなく、施設によってまちまちですが、排液量が1日当たり100~150ml以下に減少した状態で抜去されるのが常であります。しかし、この抜去のための排液量に関する明確なエビデンスはいろいろ調べてみましたが、全く見当たりません。

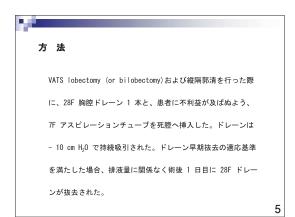


今回の目的(スライド3)でございますが、胸腔鏡下肺葉切除、以下、VATS lobectomyといたしますが、このVATS lobectomy術後1日目までの胸腔ドレーン排液量の多寡が術後合併症と関連しているかどうかをプロスペクティブに検討することでございます。この排液量の多寡が術後合併症と関連していなければ、術後1日目の胸腔ドレーン早期抜去の安全性が明確になり、周術期管理の進歩につながる可能性があります。

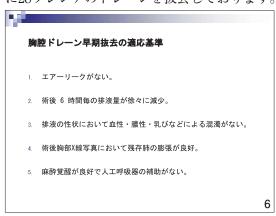


対象(スライド4)は、2001年11月から2007年10月までの間にパフォーマンス・ステータスが $0\sim2$ で、耐術能を有し、肺癌が疑われた症例で、VATS lobectomy並びに縦隔郭清の術後1日目の胸腔ドレーン早期抜去に同意を得られ

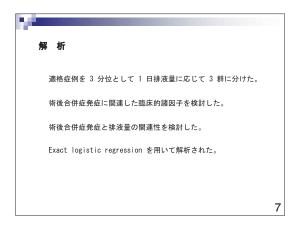
て登録した136例であります。肺全摘除は除外しております。



このVATS lobectomy及び縦隔郭清を行った際に(スライド 5)、28フレンチ、大体人差し指ぐらいの太さですが、その胸腔ドレーンを1本と、患者に不利益が及ばないように7フレンチ、これは1mm半ぐらいのチューブですが、アスピレーションチューブを死腔へ挿入しております。ドレーンは10cmの陰圧で持続吸引しております。ドレーン早期抜去の適応基準を満たした場合に、排液量には関係なく術後1日目に28フレンチのドレーンを抜去しております。



この胸腔ドレーン早期抜去の適応基準(スライド6)を設けておりますが、エアーリークがないこと、そして術後6時間ごとの排液量が徐々に減少していること、排液の性状において血性・膿性・乳びなどによる混濁がないこと、術後胸部X線写真において残存肺の膨張が良好であること、麻酔覚醒が良好で人工呼吸器の補助がないことを適応基準にしております。



解析(スライド7)は適応症例を3分位として1日排液量に応じて3群に分けました。術後合併症発症に関連した臨床的諸因子を検討し、さらにその術後合併症発症と排液量の関連性を検討しました。Exact logistic regressionを用いて解析しております。

患者背景				
	:	Drainage volume (mL)	
Variable	0-289 (n = 33)	290-399 (n = 33)	400- (n = 34)	p-Valu
Age (years)	66.0 ± 7.9	67.7 ± 12.2	67.9 ± 9.4	0.678
Sex: male	16 (48%)	16 (48%)	23 (68%)	0.189
Performance status: 0	31 (94%)	29 (88%)	31 (91%)	0.291
Tobacco use (pack-years)	25.7 ± 32.3	31.3 ± 30.0	28.0 ± 23.9	0.728
COPD	3 (9%)	7 (21%)	7 (21%)	0.335
Affected side: right	16 (48%)	20 (61%)	21 (62%)	0.480
Tumor in lower lobe	12 (36%)	15 (45%)	19 (56%)	0.276
Preoperative stage: I (A, B)	23 (19, 4)	27 (14, 13)	32 (22, 10)	0.152
II (A, B)	7(1,6)	4(1,3)	1 (0, 1)	
III (A, B)	2 (2, 0)	1 (1, 0)	1 (1, 0)	
IV	1	1	0	

まず、患者背景(スライド8)でありますが、 年齢、性、パフォーマンス・ステータス、喫煙 指数、COPD、病側、腫瘍の下葉占拠率、術前 ステージにおいては全く有意差を認めておりま せん。 3 群間は術後 1 日目の胸水量が290と 400mlのところで分けております。

周術期の成績 1				
		Drainage volume (mL)		
Variable	0-289 (n = 33)	290-399 (n = 33)	400- (n = 34)	p-Val
Broad pleural adhesion	3 (9%)	5 (15%)	7 (21%)	0.44
Broad fissural fusion	20 (61%)	25 (76%)	27 (79%)	0.19
Number of segment resected	4.2 ± 1.0	4.4 ± 1.0	4.3 ± 1.0	0.68
Operative time (minutes)	310 ± 79	281 ± 73	293 ± 81	0.31
Bleeding volume (mL)	89 ± 70	105 ± 71	149 ± 126	0.02
Primary lung cancer	31 (94%)	28 (85%)	31 (91%)	0.58
Postoperative stage: I (A, B)	17 (14, 3)	22 (14, 8)	21 (15, 6)	0.25
II (A, B)	5 (2, 3)	0 (0, 0)	4 (3, 1)	
III (A, B)	8 (5, 3)	5 (1, 4)	5 (3, 2)	
IV	1	1	1	

周術期の成績(スライド9)でありますが、 出血量を除き、胸膜癒着、分葉不全、切除区域 数、手術時間、原発性肺癌の率、そして術後ス テージにおいて有意差はありませんでした。



そして、こちらにありますように(スライド 10)、疼痛のときの鎮痛剤の要求量並びに硬膜 外麻酔チューブの留置期間にも差がありません。 一番重要なのは合併症でありますが、3群間に おいて全く有意差を認めておりません。術後の 在院日数も差がありませんでした。



合併症発症に関	連し	た臨床的諸因子	(年齢-	-性調整) 2
Variable	n	Postoperative complication (n)	Odds ratio	95% CI	p-Value
Number of segment resected: 0-3	26	0	Reference		
3.1-4.9	21	4	7.77	0.88-infinity	0.067
5-	53	12	9.31	1.40-infinity	0.017
Operative time (minutes): 0-255	33	4	Reference		
256-315	33	4	0.86	0.14-5.18	1.000
316-	34	8	1.77	0.40-9.28	0.603
Bleeding volume (mL): 0-60	35	1	Reference		
61-125	31	7	8.33	0.96-399.53	0.057
126-	34	8	6.46	0.71-321.47	0.131
Disease: primary cancer	90	16	Reference		
secondary cancer	4	0	1.02	0.00-8.89	1.000
benign tumor	6	0	0.78	0.00-6.37	0.840

今度は多変量解析(スライド11)でありますが、合併症発症に関連した臨床的諸因子を年齢・性で調整して調べております。胸水量は全く有意差がなくodds ratioも低値でありましたが、

有意差がありましたのが腫瘍が下葉にある場合や、術前のステージがⅡ期以上、そして転移性肺癌やⅢ期以上の原発性肺癌などのいわゆる重症疾患、さらに(スライド12)切除区域数が5区域以上の患者達で、こうしたグループが合併症のodds ratioが高いということがわかりました。



今度は、この腫瘍占拠部位や術前ステージ(スライド13)で調整しまして合併症発症と排液量との関連性を調べてみましたが、いずれも排液量に関しては有意差を認めず、odds ratioは低値でありました。



同じように(スライド14)切除区域数や疾患 重症度で調整した場合でも排液量に関しては有 意差を認めず、odds ratioは低値でありました。

結果のまとめ

登録された136例のうち、胸腔ドレーン早期抜去の適応基準を満たした100 例が術後 1 日目の早期抜去を受けた。

排液量別の 3 群間では術後合併症発症に有意差は認められなかった。

術後合併症の発症と有意に関連した臨床因子は、下葉原発、術前病期 II 期以上、5 区域以上の切除、術後病期 II 期以上の原発性肺癌も しくは転移性肺癌であったが、排液量はこれらの因子を調整しても合 併症との関連性を示さなかった。

15

まとめますと(スライド15)、登録された136 例のうち、胸腔ドレーン早期抜去の適応基準を 満たした100例が術後1日目の早期抜去を受け ました。排液量別の3群間では術後合併症発症 に有意差は認められませんでした。術後合併症 の発症と有意に関連した臨床因子は、下葉原発、 術前病期 II 期以上、5 区域以上の切除、術後病 期 II 期以上の原発性肺癌もしくは転移性肺癌で ありましたが、排液量はこれらの因子を調整し ても合併症との関連性を示しませんでした。



VATS lobectomy 術後 1 日目の胸腔ドレーン早期抜去は、エ アーリークや出血・乳び・膿などによる混濁がなく、残存肺の 膨張が良好であれば、排液量に関係なく安全であると考えられ る。

16

結語(スライド16)でありますが、VATS lobectomy術後1日目の胸腔ドレーン早期抜去は、エアーリークや出血・乳び・膿などの混濁がなく、残存肺の膨張が良好であれば排液量に関係なく安全に抜去可能であると考えられました。

以上であります。

ご静聴、ありがとうございました。

「地域住民女性における 開眼片脚起立時間と骨密度の関連性 |



産業医科大学医学部整形外科 酒 井 昭 典

皆さん、こんにちは、産業医大整形外科の酒井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。このたびはこのような栄えある賞をいただきまして、誠にありがとうございます。会長の松田先生、選考委員の先生方に厚く御礼申し上げます。どうもありがとうございます。



では、お話をさせていただきます。

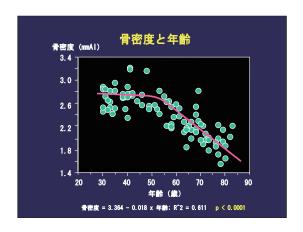
目的 一般地域住民女性において、 骨密度は開眼片脚起立時間と関連するか否か を明らかにすること

本研究の目的です。一般地域住民女性において骨粗鬆症の指標であります骨密度と下肢のバランス運動能力の簡便な指標であります開眼片脚起立時間、目を開けて片脚でどれだけの時間

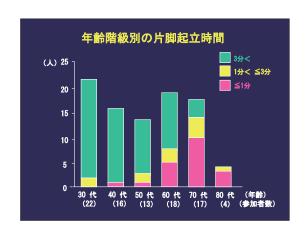
立てるかということですが、その両者が関係するか否かを明らかにする目的で研究を行いました。

対象および方法 対象 30歳以上の女性 地域住民検診参加者90名 平均年前 54.7 歳 (30-82 歳) 調査項目 年齢、身長、体重 骨密度 第2中手骨をCXO法で測定 下肢パランス運動能力 3メートル Timed Up & 60・テスト (TUG) 関眼片脚起立時間: 効き足片脚で最長 3分1秒まで

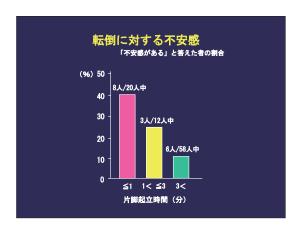
30歳以上の女性、地域住民検診参加者を対象としました。平均年齢は54.7歳です。調査項目は、年齢、身長、体重、骨密度、下肢のバランス運動能力として、3m Timed Up & Go テスト、以下TUGと略します、いすに座った状態から起立いたしまして3m先をUターンしてもう一度着席するまでの時間であります。それと開眼片脚起立時間を3分1秒まで計測いたしました。



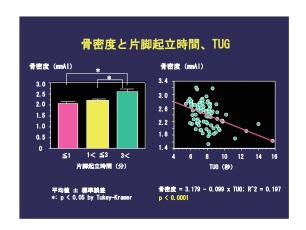
結果を示します。横軸に年齢、縦軸に骨密度をとりますと、平均閉経年齢であります50歳を境にして骨密度が急激に減少することがわかります。



年齢階級別の片脚起立時間です。緑色が3分を超えてできる方です。黄色が1分から3分まで、ピンク色が1分以下の方です。60歳までは3分を超えてできる方が過半数を占めますが、70歳代になりますと1分以下の方が過半数を占めるようになります。60歳から70歳にかけて急激に下肢のバランス運動能力が低下していることがわかります。



測定に先立ち、転倒に対する不安感があるかどうかをインタビューしました。そうしますと、結果として片脚起立時間が1分以下の方は、ふだんの生活で転倒に対する不安感があると答えた方の割合が非常に高いということがわかりました。



骨密度と下肢のバランス運動能力の関係を示します。片脚起立時間が短い方は骨密度が低いことがわかりました。また、このTUGの時間が長くかかる方は骨密度が低いことがわかりました。



そこで、多変量解析を行いました。ステップワイズ回帰分析を用いました。骨密度を説明変数として全参加者を対象に解析した場合、骨密度と関連する有意な因子は年齢、片脚起立時間、TUGでありました。



70歳以上の高齢者を対象として解析しました ところ、骨密度と関連する有意な因子は、年齢 は関連する因子ではなくて、体重と片脚起立時間でありました。

結果のまとめ

- 1) 下肢パランス運動能力(片脚起立時間とTUG)は年齢とともに低 下した。
- 片脚起立時間が短くなると転倒に対する不安感を持つ者の割合 が増加した。
- 3) 骨密度は年齢・下肢パランス運動能力(片脚起立時間とTUG)と 関連していた。
- 4) 全参加者を対象とした場合、年齢、TUG、片脚起立時間が骨密度 の有意な説明変数であった。 70歳以上の参加者を対象とした場合、体重、片脚起位時間が骨密 度の有意な説明変数であった。

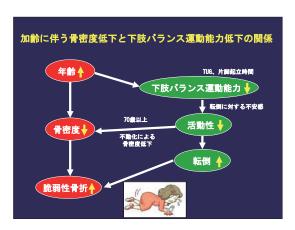
結果をまとめます。下肢バランス運動能力、 今回は片脚起立時間とTUGを指標にいたしま したが、年齢とともに低下しました。

片脚起立時間が短くなると転倒に対する不安 感を持つ者の割合が増加しました。

骨密度は、年齢・下肢バランス運動能力と関連していました。

全参加者を対象とした場合は、年齢、TUG、 片脚起立時間が骨密度の有意な説明変数であり ました。

しかし、70歳以上の参加者を対象とした場合は、年齢は関係なくて体重、片脚起立時間が骨密度の有意な説明変数でありました。



考察です。年齢が高くなると骨密度が低下して脆弱性骨折が増加するということは従来からよく言われていることであります。一方で、年齢が高くなると下肢のバランス運動能力が低下して、転倒に対する不安感が増し活動性が低下する。そして、不動化により骨密度が低下するということ。こういうカスケードがあるという

ことが今回よくわかりました。また、特に70歳以上では、骨密度の低下は年齢が高くなることとは有意な関連性はなくて、むしろ下肢のバランス運動能力が低下することによって骨密度が低下しているという、この両者の関係が密接であるということがよくわかりました。これらの結果から、70歳以上の高齢者では骨密度を増加せさるという骨粗鬆症の薬物治療は非常に重要ではありますが、それとともにこの下肢のバランス運動能力を向上させるという運動介入が脆弱性骨折の発生を防止させるためのストラテジーとして非常に重要な要素であると考えました。

その後の臨床研究

- 1) 閉経後女性を対象に、転倒による機骨遠位端骨折患者と骨折していない一般地域住民を比較した結果、骨折群は非骨折群と比べて、開眼片脚起立時間が短く、骨密度が低かった。 (Sakai A, et al. Osteoporos Int 21<u>:733-739</u>, 2010)
- 2) 70歳以上の女性を対象に、1日3回、1回1分間の開眼片脚起立運動を行う群と行わない群で無作為化比較試験を行った。その結果、運動群は非運動群と比べて、大腿骨近位部骨密度が有意に増加した。

(Sakai A, et al. J Bone Miner Metab 28:42-48, 2010)

その後の私どもの研究ですが、閉経後女性を 対象にして、転倒による橈骨遠位端骨折患者と 骨折していない年齢をマッチさせた一般地域住 民女性を比べた場合、骨折群は非骨折群と比べ て、片脚起立時間が短く、骨密度が低いことが わかりました。

また、70歳以上の女性を対象として、1日3回、1回1分間の開眼片脚起立運動を半年間行う群と行わない群で無作為化比較試験(RCT)を行いました。その結果、運動群は非運動群と比べて、大腿骨近位部骨密度が有意に増加することを明らかにしました。

結論

70歳以上の一般地域住民高齢女性において、 骨密度は、暦年齢ではなく、 開眼片脚起立時間と関連する。

結論です。70歳以上の一般地域住民高齢女性において、骨密度は暦年齢ではなくて開眼片脚起立時間と関連するということを明らかにいたしました。

以上です。どうもありがとうございました。

「透析患者における肺癌手術の 長期成績 |



福岡大学病院 呼吸器・乳腺内分泌・小児外科 大 渕 俊 朗

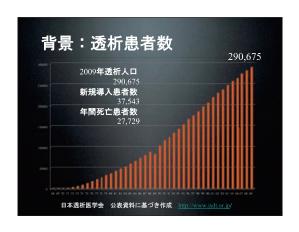
2010C:2010C:2010C:2010C:2010C:2010C:2010C:2010C:

本日はまことにありがとうございます。福岡 大学の呼吸器外科、大渕でございます。この受 賞を励みに、さらに臨床に、そして研究に精進 したいと考えております。それでは、本日の人 工透析肺癌患者の手術成績ということでお話し したいと思います。



研究の背景 参技術の進歩に伴い慢性人工透析患者の長期予後が改善し、透析人口は増加している。それに伴い透析患者の手術症例も増加している。 ・一般に人工透析患者の手術リスクは高いと考えられている。悪性疾患に対する手術の報告もいくつかあるが、肺癌手術に関する報告は少なく、特に長期予後についての報告は2009年8月時点でほぼ皆無であった。

研究の背景でございますけれども、我が国の 非常に優れた医療制度のおかげで、末期の腎患 者におきましても非常に命を長らえるように なった、そのような恩恵に浴する方が非常にふ えております。それに伴いまして、手術症例も 増加しております。しかし、一般的に人工透析 患者の手術リスクは高いと考えられております。 しかし、肺癌手術における報告はほとんどなく、 最近はほとんどそのような報告はされておりま せんでした。そのような非常にまれな研究でご ざいましたので、私の上司でございます主任教 授の岩崎から指導を受けまして、この研究に取 り組みました。



背景でございますけれども、この図に示しますように、非常にたくさんの患者さんが人工透析を受けております。恐らく今年の正月の時点では30万人を突破していると思うんですけれども、非常にたくさんの透析患者さんが日本全国におられます。そのためにこのような研究が必要になってきたということです。



研究の目的ですけれども、それらの患者さんにおきましての肺癌の術後成績について検討いたしました。本日は長期予防、そして再発形式、死因などについて特にご説明したいと思います。



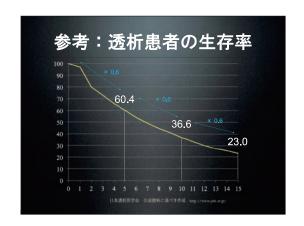
対象と方法ですけれども、我々の施設で手術を行われました11人の患者さんについて検討しております。11人と申しますと少し少ないような印象を受けるかもしれませんが、1施設で11人というのは比較的多いほうでございまして、このような症例を集積している施設というのは全国にさほど多くはありません。さまざまな点について検討いたしましたが、本日は特に死因についてご説明したいと思います。



患者の背景ですけれども、もちろん早期の肺癌患者さんが対象となりました。そして、術式でございますけれども、これは基本的に根治手術が行われたというふうにご理解いただきたいと思います。透析の導入が始まりまして手術までに至った期間は、ちょっと散らばりがありますけれども、中央値で5年ということで、透析を始めて5年目ぐらいの患者さんにこのような問題が生じてくるというわけです。



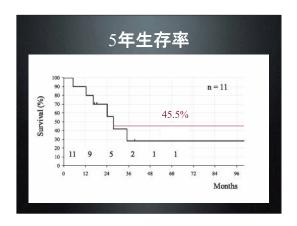
結果でございますが、11名のうち生存されていた方は5名、そして亡くなられた方は6名でございました。その亡くなられた6名について詳しく検討いたしましたが、非常におもしろいといますか、興味深いのは、癌で亡くなられた方が4名おられました。非癌死の患者さんについて詳しく検討しますと、心筋梗塞やクモ膜下出血あるいは大動脈瘤破裂といったいわゆる心血管障害によって亡くなられておりました。これは内科の先生方はご案内だと思うんですけれども、透析関連疾患と呼ばれているもので、このようなもので亡くなられている方がほとんどだったわけです。



参考までに透析患者さんの生存率を示したいと思います。これでおわかりになりますように、5年生存率というのは6割でございまして意外に短いものでございました。これを詳しく見てみますと、大体5年ごとに6掛けで生存率が減っていくという傾向が見られました。ですから、10年目ということになりますと、6・6・36ということで、3割6分ぐらいの方しか生存

していない、このようなポピュレーションでご ざいます。

死因について詳しく見てみますと、日本国民全体で見ますと癌で亡くなられる方は3割おられますけれども、透析の方では癌で亡くなられる方が10%弱、9%でございました。そのほかよく見てみますと、いわゆる心血管疾患で亡くなられている方が大半でございまして、このような透析患者さんというのは特殊なポピュレーションであるということがおわかりいただけると思います。



5年生存率でございます。これは発表の時点で調べた生存率でございましたが、28%ということでちょっと低い印象を受けるかもしれません。今回の発表のためにもう一度予後調査を行ってみたところ、5名の方全員が生きておられまして、予後曲線としては45.5%でございました。先ほどお見せしましたように、6割の方しか5年生存率が得られないということですから、そのようなことを考えてみますとこの5年生存率というのは決して低くくない、むしろいいというふうな印象をお受けになると思います。

結語

- 人工透析肺癌患者の術後長期成績について検討した。
- 透析関連疾患が予後に影響するが、根治 手術は可能であり、積極的な治療が予後 を改善すると考えられた。

結語でございますけれども、透析患者さんというのは透析関連疾患が予後に影響いたしますけれども、やはり肺癌の患者さんであればしっかりと肺癌の手術を行ったほうがよい。そして、我々はそのような患者さんを安全に手術することができるということがわかりました。これからもこのような治験をもとに地域医療にますます貢献していきたいと思っております。



本日は、ご静聴、まことにありがとうござい ました。

次期学会長挨拶

産業医科大学医学部長 辻 貞 俊

次期学会長挨拶

産業医科大学医学部長 辻 貞 俊

皆さん、こんにちは。産業医科大学の辻でございます。来年度、第4回福岡県医学会総会を産業医科大学が担当させていただきますことを大変光栄に思っております。例年ならここで私が来年の抱負、決意を語るところでございますが、産業医科大学は学長も医学部長も3月末で任期終了でございまして、次期医学部長が一昨日の教授会で選出されました。次期医学部長として免疫学・寄生虫学講座担当の金澤保教授が選出されましたので、第4回の本医学会総会は金澤次期医学部長を会長として開催させていただきます。金澤教授には本日出席するように言いましたが、本日は東京に出張しておりまして出席できませんでした。大変申しわけございません。今後、私もお手伝いをさせていただきながら第4回福岡県医学会総会を盛会裏に終えるように準備いたしたいと思いますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

ポスターセッション

テーマ 「地域医療に役立つ最新の医療」

Session A (糖尿病、動脈硬化、高血圧)

座長 九州大学医学部長 髙 栁 涼 一

若年者における 2 型糖尿病の発症予測因子の横断的検討 (75g-OGTTの血糖60分値を用いて)

福岡大学医学部内分泌・糖尿病内科学 ○明比 祐子、柳瀬 敏彦

- 【背景】 中高年者の2型糖尿病の発症予測因子として、TG、GGT (γ -GTP) およびALTが注目されているが、若年者を対象とした研究成績はほとんどない。
- 【目的】 若年者において、血中脂質や肝逸脱酵素が糖尿病の発症予測因子となりうるか、75g-OGTT の血糖60分値に着目し、横断的に検討した。
- 【方法】 対象は正常耐糖能の20才代男性110名、BMIの中央値22.18で2群に分けた(22.18未満55名、以上55名)。血中TG、TC、AST、ALT、GGT値を抽出した。インスリン感受性の指標としてHOMA-IRとISI composite、 β 細胞機能の指標としてHOMA- β 、 Δ I30/ Δ G 30/HOMA-IRを算出し、75g-OGTTの血糖60分値と相関する因子を検討した。
- 【結果】 BMI 22.18以上の対象群でTC、TG、ALTおよびGGTは全身のインスリン感受性指標である ISI compositeと負の相関を示し、また同群で多変量解析にて血糖60分値はTG、TCおよび GGTと有意な相関関係を示した。
- 【成績】 BMIが比較的高い若年者においてTG、TCおよびGGTは2型糖尿病の発症予測因子と成り得る可能性が示唆された。

糖尿病患者における24時間血圧測定の意義

- 1) 九州大学大学院医学研究院病態制御内科学
- 2) 九州大学先端融合医療レドックスナビ研究拠点
 - 〇月本 賢美 1 、井口登與志 1) 、田代 彩子 1 、前田 泰孝 1 、 園田 紀之 1) 、小林 邦久 1 、高柳 涼 $^{-1}$

当科では糖尿病の入院患者に24時間血圧測定を行っている。糖尿病では血圧日内変動異常を呈することが多いとされており、血圧日内変動異常と予後との関連が示唆されている。今回、糖尿病患者の血圧日内変動パターンに関与する因子について検討した。2007年から2010年8月までに施行した全77症例中、Riser型15例、Non-dipper型40例、Dipper型19例、Extreme-dipper型3例と、正常パターンであるDipper型以外の症例が多くみられた。異常な血圧日内変動パターンに関与する因子として、糖尿病罹病期間、神経障害の有無、CVRRの低下、網膜症の存在、腎症の進行、HDL-Cの低下が挙げられた。24時間血圧測定は血圧日内変動パターンや診察室外血圧を知ることが可能であり、糖尿病患者の血圧コントロールにおいて意義があると考えられる。

糖尿病においてABI/PWVは強力な予後予測能を有する 一九州動脈硬化予防研究より糖尿病患者4272例の解析—

- 1) 九州大学大学院医学研究院病態制御内科学
- 2) 九州大学先端融合医療レドックスナビ研究拠点
- 3)福岡県立大学
- 4) 琉球大学医学部第二内科
- 5) 九州大学医学部第三内科関連17施設、琉球大学医学部第二内科関連6施設 ○前田 泰孝¹⁾、井口登與志^{1) 2)}、園田 紀之^{1) 2)}、小林 邦久¹⁾、 名和田 新³⁾、島袋 充生⁴⁾、髙栁 涼一¹⁾、 九州動脈硬化予防研究グループ⁵⁾

足首-上腕血圧比(ABI)ならびに脈波伝播速度(PWV)は非観血的検査で、動脈硬化症の評価に有用である。今回我々は、糖尿病におけるABI/PWVの予後予測因子としての有用性について前向き研究を行った。オムロンコーリン製formを用い、九州動脈硬化予防研究に登録された糖尿病患者4272例のABIならびにPWVを測定し追跡調査を行った(平均観察期間3.2年、年齢60.8±12.1歳、BMI 24.6±4.1、HbA1c 7.8±2.1%)。ロジスティック回帰モデル、Kaplan-Meier法およびCox比例ハザードモデルを用い、登録時のABI/PWVが年齢、性別、BMI、HbA1cおよび糖尿病性細小血管障害とは独立した強力な全死亡ならびに心血管イベントに対する予測因子であることを示した。その他BMI、HbA1c、腎症が独立した危険因子であった。糖尿病患者におけるリスク管理の重要性とともに、ABIならびにPWVの測定が糖尿病患者の予後を予測するうえできわめて有用であると考えられた。

高容量テルミサルタンは2型糖尿病患者において降圧効果のみならず 脂質代謝改善・アディポネクチン増加作用を有する

産業医科大学医学部第一内科学

○森 博子、岡田 洋右、新生 忠司、西田 啓子、田中 良哉

- 【目的】 テルミサルタン(tel)は基礎研究でPPAR γ 活性化作用を有することが報告されているが、 臨床的には未だその作用は明らかではない。今回、2型糖尿病患者においてtel80mgの PPAR γ 作用を糖・脂質代謝、アディポネクチン(adipo)にて検証した。
- 【試験】 試験はopen-label、prospective、randomized studyで、tel40mgでBP120/70mmHg以上の68 例をtel80mgに増量(T群)、アムロジピン追加(A群)の2群に無作為割付。
- 【結果】 降圧効果は同等であったが、T群のみアディポネクチンは有意に増加、HOMA-Rも有意に低下した。更にT群のみで、脂質代謝高値症例において有意な脂質代謝作用が認められた。
- 【考察】 高容量テルミサルタンはPPAR- γ 活性作用を介して、アディポネクチンを増加し、インスリン抵抗性や脂質代謝を改善することが明らかとなり、メタボリックドミノの上流から統合的にコントロールできる可能性が示唆された。

血漿vaspin濃度測定の心血管リスク評価への応用の可能性

久留米大学医学部心臓血管内科 ○江崎 英司

最近、脂肪細胞由来のアディポサイトカインであるvaspinが潜在的なインスリン感受性改善作用を持つ因子として注目されている。アディポサイトカインはインスリン感受性のほか、炎症や動脈硬化進行に深く関与するが、vaspinもまたこれらとの関与が示唆されていることから、動脈硬化との何らかの関係も推測される。一般住民を対象としたvaspinの疫学研究報告はまだ少ないことから、今回我が国の一般住民を対象に、動脈硬化を含む心血管疾患リスクと血漿vaspin濃度との関連について検証した。その結果vaspinはインスリン抵抗性指標及びエコー法で求めた総頸動脈内膜/中膜壁厚と独立した強い相関を示した。今後引き続き前向き研究も含めたデータを蓄積することで、同項目のより詳細な機能解明につながると同時に、同項目測定によるリスク評価も可能となるかもしれない。

本態性高血圧患者におけるARB(ロサルタン)+少量利尿薬併用とARB(バルサルタン)+極少量利尿薬併用における有用性の検討

- 1) 福岡大学医学部 心臓・血管内科
- 2) 井上病院

〇志賀 悠平 $^{1)}$ 、三浦伸一郎 $^{1)}$ 、光武 良晃 $^{1)}$ 、上原 吉就 $^{1)}$ 、 井上 朝生 $^{2)}$ 、朔 啓二郎 $^{1)}$

- 【はじめに】 アンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)+少量利尿薬併用療法における利尿薬の必要量についての報告は少ない。
- 【対象と方法】 高血圧者に対し、ロサルタン50mg/ヒドロクロロチアジド12.5mg (少量) 配合剤 (L50/H12.5) を投与後 (A期)、L50/H12.5からバルサルタン80mg/H6.25mg (極少量) 配合剤 (V80/H6.25) へ切り替え (B期)、再度、L50/H12.5に変更し (C期) に有用性を検討した。
- 【結果・考察】 A期からB期終了時の24時間・早朝血圧および血清尿酸値と尿中アルブミン/Cr比は有意な上昇を示し、C期終了時の24時間・早朝血圧は有意に低下した。L50/H12.5は、V80/H6.25より24時間の血圧管理が優れ、特に早朝血圧において有用であった。
- 【結論】 血圧管理には、少量利尿薬配合剤を用い、特に尿酸やアルブミン尿を考慮した場合、ロサルタンをベースとすることが推奨される。

Session B (神経・筋疾患、感染症、高齢者医療)

座長 産業医科大学医学部長 辻 貞 俊

高齢発症重症筋無力症の臨床的解析と calcineurin inhibitor単独療法の有効性の検討

産業医科大学医学部神経内科 ○岩中行己男、岡田 和将、西尾 元伸、辻 貞俊

- 【背景・目的】 高齢発症の重症筋無力症(MG)の増加が報告されている。高齢者では様々な疾患が 併存することが多く、ステロイド療法による副作用も問題となることが多い。高齢発症MG の臨床的特徴とcalcineurin inhibitor(CI)単独療法の効果を検討した。
- 【方法・結果】 高齢発症MG (n=15) を対象に、臨床的特徴と治療について若年発症MG (n=59) と 比較検討した。また発症時からCI単独療法を行った4例について治療効果を検討した。高 齢発症MGは全MG患者の20.3%と他施設の報告と同等で、臨床的特徴は若年発症MGと有意 差はなかったが、他の自己免疫性疾患の合併は少なかった。CI単独療法はステロイド療法 と同等の治療効果を示した。
- 【結論】 高齢発症MGは若年発症MGと異なる免疫学的背景を有する可能性がある。高齢発症MGに対するCI単独療法は有効であり、第一選択薬として有用である。

高齢者の水疱性類天疱瘡の診断治療における病診連携

久留米大学医学部皮膚科 ○松田 光弘、石井 文人、濱田 尚宏、安元 慎一郎、橋本 隆 水疱性類天疱瘡は、最も頻度の高い自己免疫性水疱症で高齢者に好発する。本症は比較的まれな疾 患であるが、最近のわが国の高齢化にともない、診療所や介護保健施設、自宅往診先で患者に遭遇する機会は高くなっていると考えられる。病初期には汎発型の湿疹や薬疹などとの鑑別が困難なときが あり、早期診断と治療開始により重症化する症例を減らすことが非常に重要である。特に寝たきりの 高齢者に発症した場合は、生活自立度が低下し家族や介護者への負担がさらに大きくなるため、地域 ごとに診断と治療の両側面における病診連携の確立が望まれている。当科で経験した3症例を提示し、水疱性類天疱瘡における今後の病診連携のあり方について考察を加える。

細菌感染関連胸水における嫌気性菌の重要性: 16S ribosomal RNA遺伝子による細菌叢解析を用いて

産業医科大学医学部呼吸器内科学

- ○川波 敏則、矢寺 和博、福田 和正、山崎 啓、石本 裕士、谷口 初美、迎 寛
- 【目的】 細菌感染関連胸水の50%の症例で起因菌不明とされているが、適正な抗菌薬治療のため起因 菌の把握は重要である。我々は、細菌感染関連胸水症例に対して網羅的な細菌叢解析を行い、 培養結果との整合性を検討した。
- 【対象・方法】 当科を受診した細菌感染関連胸水26症例を対象とした。 胸水からDNAを抽出し、16SrRNA遺伝子をPCRで網羅的に増幅し、クローンライブラリを 作製した。無作為に選択した96クローンの塩基配列を決定し、BLASTを用いて基準株との 相同性検索を行った。また、細菌培養も同時に行った。
- 【結果】 細菌感染関連胸水26例のうち、培養陽性は11例、PCR陽性は16例であった。培養陽性例のうち、細菌叢解析との完全一致例は6例のみであった。PCR陽性16例のうち、7例(43.7%)で嫌気性菌が最優占菌種であった。
- 【考察】 細菌感染関連胸水において、嫌気性菌が重要な起因菌の可能性が示され、治療の際に嫌気性 菌の関与を念頭に抗菌薬の選択を行うことが重要と考えられた。

3次元経食道心エコー図を用いた大動脈基部形態評価

産業医科大学医学部第2内科学

○加来 京子、竹内 正明、大谷 恭子、芳谷 英俊、春木 伸彦、尾辻 豊

- 【背景】 老年性大動脈弁狭窄症(AS)に対し経カテーテル大動脈弁置換術を行う上で、大動脈基部 形態の正確な評価は非常に重要である。近年、多断面断層 CT(MSCT)による評価が報告 されているが、すべての症例に施行可能な方法ではない。我々は3次元経食道心エコー図 (3DTEE) が MSCT の代替となりえないかと考え、3DTEE による形態評価の正確性につい て検討した。
- 【方法】 対象は1カ月以内に3DTEEとMSCTを施行した35例である。それぞれにつき大動脈弁輪径・面積、弁輪〜冠動脈入口部までの距離を計測した。
- 【結果】 3DTEE から求めた弁輪面積は MSCT に比べ低値であったが、両群間に良好な相関を認め (r=0.93, p<0.001)、いずれにおいても弁輪は楕円を呈していた。弁輪〜冠動脈までの距離も 良好な相関を認めた。
- 【結語】 3DTEE は大動脈基部形態評価が可能であり、MSCT の代替となりうる。

介護老人保健施設における口腔ケアの効果

- 1) 福岡歯科学園介護老人保健施設サンシャインシティ
- 2) 医療法人福西会福西会病院
- 【抄録】 介護施設における口腔ケアの重要性が言われている。私どもは、施設を挙げて口腔ケアを行ってきたので、ここにその成績を報告し、その効果について述べる。
- 【対象】 当施設に1年以上入所された247名(平均年齢83.7歳)で、平均介護度は3.1であった。方法: 各人別に口腔ケアプランを作成して口腔ケアを行い、3ヵ月毎に口腔清掃状態(OHI-Sにて 評価)と食事形態をチェックし、対象期間中の誤嚥性肺炎発症の有無を調べた。
- 【成績】 ①平均OHI-Sは入所時の3.0から6ヵ月後には1.5へ有意に改善していた(p<0.05)。②口腔状況 の改善により、普通食が入所時の58.3%から1年後には68.4%になるなど食事形態に有意の改善がみられた。③誤嚥性肺炎は、経過を2年間観察できた163例中26例(16.0%)にみられた。
- 【結語】 介護施設の口腔ケアは、誤嚥性肺炎の発症率の低下、食事形態の改善、ADLの維持に役立 つと考えられる。

Korotokoff sound graph (KSG) 面積比率を用いて、 漢方学的診断となる「証」を数値化する試み

原三信病院総合診療科 ○前田 晋至、光本富士子、園田 和隆、林 真

【背景】 Korotokoff sound graph (心音図: KSG) は、西洋医学では、心血流量と脈の強さに相関しており、また、KSGの血流パターン(波型)は、東洋医学では、漢方学的「証」と脈診に関連があることが報告されている。一方、インフルエンザ感染症の初期罹患における発熱・脈拍数の上昇・悪寒・関節痛の西洋医学所見は、漢方医学的では、病巣が表位にあることから、太陽病期に相当すると考えられている。しかしながら、西洋医学におけるKSGと漢方学的臨床診断との関連についての報告は存在しない。【目的】 本研究は、KSG面積比率を用いて、漢方学的な「証」との関連について検討し、太陽病期におけるKSG面積比率のカットオフポイントについて検討した。

【対象・方法】 生活習慣病外来の再来患者と新患外来患者356例を対象とした。新患について、発熱を主訴としない群、発熱を主訴とする群に2分類し、さらに、発熱が主訴の患者をインフルエンザ迅速診断キット陰性および陽性の2群に分類し、全体で4群に分類した。また、KSG面積比率測定は、非観血式血圧測定器 (PS-501®; Parama-Tech Co., Ltd.) にて実施した。

【結果】 4群間は、発熱の自覚症状(体温の上昇)によって、KSG面積比率が増加することから、証の強さ(陽実証)と相関した。また、多変量解析の結果では、インフルエンザ迅速診断キット陽性に影響を及ぼす因子は、KSG面積比率、年齢、脈拍数、独立因子として認められた。さらに、キット陽性と識別する感度90%以上かつYouden's indexが最大となるKSG面積比率のカットオフ値について検討した結果、171.3%(感度91.3%、特異度61.9%、オッズ比17.1倍)だった。

【まとめ】 KSG面積比率のカットオフ値を設定することにより、漢方医学における太陽病期の「証」を客観的数値として代用できる可能となることが示唆された。KSG面積比率は、古くから実施されている漢方医学的診断根拠を理解する「最新の医療」と考えられ、さらに、漢方非専門医でも数値的太陽病期と容易に判断することが可能であり、漢方薬を選択・処方する際の一助となり、「地域医療に役立つ」と考えられた。

Session C (内視鏡、外科治療、内科的処置)

座長 久留米大学医学部長 永 田 見 生

手技の容易化・安全化を目指した消化器内視鏡デバイスの開発

- 1) 産業医科大学医学部第3内科学
- 2) 同内視鏡部

○久米恵一郎1)、渡辺 龍之1)、芳川 一郎2)、原田 大1)

汎用消化器内視鏡で処置具・デバイス用に設けられたチャンネルは1つのみのため、手技中に異なるデバイスを使用する際には、入れ替えが必須であり、同時に2つの異なるデバイスの使用は不可能である。このことが、手技の進行の遅延や修得を困難にしている。そこで、内視鏡の先端に装着するフードに、様々な機能を搭載することで、手技の容易化や安全化を計ってきた。我々がこれまでに開発したデバイスのうち、臨床応用をした7種のデバイスを紹介する。内視鏡手技中に術野の洗浄と治療の同時施行を可能とする2種類の「洗浄機能付き内視鏡フード」及び3種類の早期胃癌切除用オリジナル EMR(endoscopic mucosal resection)デバイス、2種類のオリジナル早期胃癌切除用 ESD(endoscopic submucosal dissection)デバイスを用いた手技と治療成績を報告する。

当院で施行している単孔式腹腔鏡下虫垂切除術43例の手術手技および成績

医) 佐田厚牛会佐田病院

○赤川 進、山本 純也、平野 達也、住吉金次郎、佐田 正之

- 【目的】 当院では2009年7月より単孔式腹腔鏡下虫垂切除術を導入し、現在までに43症例に施行した。その手術手技、成績について報告する。
- 【方法】 臍下に 13mmの縦切開を加え open method で開腹後、創にラッププロテクターを被覆しスポンジチューブを挿入後、5mmトロカーを計3本挿入する。先端屈曲型把持鉗子、電極付洗浄・吸引器、超音波凝固切開装置を用いて気腹法で手術を行った。
- 【結果】 43 例中 3 例で、虫垂先端を把持牽引する目的で 2 mmの穿刺型把持牽引デバイスを追加した。他 40 例は単孔式で手術を完遂できており、平均手術時間は 52 分(30 ~ 120 分)、平均術後在院日数は 2.8 日(2~5日)であった。 1 例で軽度の創感染を認めたが、その他に合併症は認められなかった。
- 【総括】 単孔式腹腔鏡下虫垂切除術は、合併症の増加なく安全に施行することができ、また整容性や 術後疼痛の軽減という観点から有用であると考えられる。

Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) の手技と治療効果

久留米大学医学部泌尿器科 ○豊澤 徳行、松岡 啓

前立腺肥大症(BPH)は泌尿器科において一般的でかつ重要な疾患である。前立腺肥大症とは前立腺の肥大・下部尿路症状・膀胱出口部の閉塞を原因とし排尿症状・畜尿症状を伴った疾患と位置付けされている。軽症例は内服(主にα1ブロッカー)投与で症状の改善を期待出来るが、中等症・重症例は手術での治療をすすめている。BPHの手術治療として約半世紀にわたり経尿道的前立腺切除術(TUR-P)がgold standardであった。この術式は安全で確立された治療法である。しかし低ナトリウム血症・出血による輸血の問題・大きな前立腺への限界などがあった。今回紹介するHoLEPはそれらの問題点を解決し、治療効果は同等またはそれ以上といわれている。HoLEPとはホルミウムレーザーを使用し内視鏡下に腫大した前立腺を被膜下に核出し、腺腫を膀胱内へ遊離させ、モーセレーターを使用し、膀胱内の腺腫を細切・吸引して摘出する方法である。

下部直腸・肛門管癌に対する究極の肛門温存手術と術後成績

久留米大学医学部外科 ○赤木 由人、龍 泰彦、衣笠 哲史、白水 和雄

- 【はじめに】 教室では、肛門縁から4cm以内の直腸癌に対し、肛門括約筋切除を伴う肛門温存術、いわゆるIntersphincteric Resection (ISR) を行ってきたので、その術後成績を報告する。
- 【対象】 2001 年~ 2010 年に ISR を施行した下部直腸・肛門管癌 48 例を対象とした。追跡期間は 6 ヶ月~ 68 ヶ月である。
- 【結果】 (1)平均年齢 63.2 歳、男女比 29:19、肛門縁から腫瘍下縁までの平均距離:27mm (2)術後合併症;縫合不全 7 %、腸管粘膜壊死 4 %、骨盤内膿瘍 4 % (3)手術時間;375 分 (4)深達度;M,SM:10、MP:20、A:18。(5)進行度;DukesA:18、B:20、C:10 (6)再発;局所 3 (6.3%)、肺 2、LN2、(7) 5 年健存率;76%
- 【まとめ】 ISR の再発率、健存率は Miles 術とほぼ同等であり腫瘍学的に許容できると考える。

C型肝炎に対する瀉血療法による血清AFPの低下

福岡大学医学部消化器内科

AFPの発現は抑制された。

○早田 哲郎、上田 秀一、櫻井 邦俊、平野 玄竜、岩田 郁、向坂彰太郎

- 【はじめに】 C型肝炎(CH) は鉄過剰を来たしやすく、病態進展にも関わっている。 その対策として瀉血療法を試みた。
- 【方法・結果・考察】 CH10例に対して瀉血療法を行ったところ、血清ALTだけでなく、血清AFPの低下がみられた。AFPはALTより早く低下し、血清フェリチン(Ft)の低下と同時期であった。次に、鉄過剰と血清AFPとの関係を調べるために、未治療のCH 50例をFt正常群と高値群に分け血清AFPを比較したところ、Ft高値群は有意にAFPが高値であった。また、HepG2細胞を用いた実験で、培養液中にトランスフェリン(Tf)を添加すると、細胞内のAFP発現は増加した。さらに、HepG2細胞のTfレセプター2(TfR2)をsiRNAで阻害すると、
- 【結論】 以上より、CHに鉄過剰を伴った場合、肝細胞においてTfR2を介したAFPの発現増加が起こり、瀉血によって改善すると考えられた。

血小板減少C型肝炎ウイルス陽性患者に対する部分的脾動脈塞栓術施行後に インターフェロン療法を導入した症例の検討

千早病院 1) 放射線科、2) 内科、3) 外科 \bigcirc 春野 政 \mathbb{R}^{1} 、田中 博 χ^{2} 、道免 和 χ^{2} 、三好 晃 3

- 【目的】 血小板減少併発C型肝炎ウイルス陽性患者(HCV+)に対するインターフェロン(IFN)導入の前処置として部分的脾動脈塞栓術(PSE)の有用性が報告されている。それらの報告では治療後の経過観察はやや粗の印象がある。我々も血小板減少HCV(+)に対するPSE施行後IFN導入症例の経過を検討したので報告する。
- 【対象】 PSE前の平均血小板数は5.5万/μLのHCV(+) 7例で、平均観察期間はPSE施行後5年5ヵ月、IFN療法終了後3年5ヵ月である。
- 【結果】 PSE施行後に血小板数は平均24.8万/μLと増加し、全例にIFN療法を導入し7例中4例HCV は消失した。経過観察中、2症例重複し全例に、肝癌が3例(うち1例は肝癌死)、白血病・ 膀胱癌が各1例、自己免疫性疾患が2例、肝不全が1例、食道静脈瘤の増悪が1例、重症肺 炎が1例の発症を認めた。
- 【考察】 経過中発症した10疾患中、肝癌以外の癌2例と重症肺炎1例はPSE施行とIFN療法に関係するのかは更なる検討を要する。

Session D (疫学、ネットワーク、救急)

座長 福岡県医師会理事 津 田 泰 夫

消化管膵神経内分泌腫瘍の全国疫学調査サブ解析

九州大学大学院医学研究院病態制御内科学

○五十嵐久人、伊藤 鉄英、大野 隆真、中村 太一、藤森 尚、 新名 雄介、髙栁 涼一

本邦では神経内分泌腫瘍(NET)に関する疫学に関して十分な検討がなされていない。消化管膵NETの実態を調査するため、2005年に受療した消化管膵NET全国疫学調査を実施した。今回はサブ解析の結果を併せ報告する。消化管NETの年間有病患者数は人口10万人あたり3.4人、新規発症率は2.1人であった。部位別頻度は前腸が30.4%、中腸9.6%、後腸60%で欧米と差を認めた。症候性3.4%、遠隔転移6.0%であった。44%が検診で偶然発見された。一方、膵内分泌腫瘍の有病患者数2.2人、新規発症1.0人。機能性49.3%、非機能性47.4%であった。遠隔転移は非機能性32.3%、ガストリノーマ25%と高率であった。検診で24%偶然発見された。MEN1合併は非機能性6.1%と少なく、欧米と大きな差を認めた。これらの差異は人種の相違に起因する可能性がある。

コーヒー飲用の糖尿病予防効果についての前向き研究

九州大学大学院医学研究院 1)老年医学、2)病態制御内科学、3)予防医学 \bigcirc 大中 \oplus 大中 \oplus 、足立 雅広 2 、野村 政壽 2 、古野 純典 3 、髙柳 \hat{y}

コーヒー飲用には多面的作用があり、さまざまな生活習慣病に予防的である可能性が指摘されている。最近は糖尿病との予防的関連も報告されている。我々は耐糖能異常を有する中高年の肥満日本人男性の協力を得て、コーヒー飲用の耐糖能への効果を無作為化比較対照試験の手法により検討した。対象は40~64歳で耐糖能異常を有する肥満 (BMI 25~30) 男性49名。レギュラーコーヒー群 (C群) 17名、デカフェインコーヒー群 (D群) 16名、非コーヒー群 (N群) 16名に無作為に割り付けし、C群、D群では1日5杯の各インスタントコーヒーを、N群ではミネラルウォーターを16週間飲用した。0週、8週後、16週後に身体計測と75gOGTTを行った。対象者の年齢、BMI、0週時の75gOGTTの各パラメーターには3群間で差を認めず。8週後の75gOGTTでは3つの群で各パラメーターとも0週と比べて有意な変化を認めなかったが、16週後の75gOGTTにてC群で血糖の2時間値とAUC(area under the curve)値が有意に低下した(P<0.05)。C群では体重減少を認めたが、体重変化率を補正後もC群での血糖の2時間値の低下は有意であった。コーヒー飲用は食後血糖値の上昇を抑制し、糖尿病予防効果がある可能性が示唆された。

かかりつけ医を中核とした病院・在宅医療連携

 1) 粕屋医師会、2) 福岡東医療センター、3) 福岡女学院看護大学
 ○堤 啓¹⁾、上野 道雄^{1) 2)}、陣内 重三¹⁾、原 速¹⁾、横枕はつみ²⁾、 西山ゆかり²⁾、青木 久恵³⁾

国民の高齢化に伴い、疾病は慢性化し、在宅医療の重要性が日ごとに増大し、病診連携や医療・介護の連携の充実が求められている。しかしながら、病院と地域、地域における医療と看護の連携、特に情報の共有に関しては心もとない限りである。

粕屋医師会は地域住民に安心・安全な暮らしを提供するため、地域の基幹病院、行政、保健所、看護、介護職と地域医療に関する多くの問題を個々の立場で語り明かす、"地域医療を考える会"を立ち上げた。病院とかかりつけ医の連携で誕生した粕屋北部在宅医療ネットワークは登録患者が1800名を越え、老人の地域救急医療に一定の成果を挙げてきた。

今回、地域医療と看護が基幹病院の医療看護情報を共有し、活用するため、基幹病院が在宅看護に 経験豊富な看護職員を雇用し、在宅目線の看護を病院看護に組み込んだ。ついで、医師会が、病院看 護と地域看護の言語の統一を図るための、病院と地域看護の勉強会の開催を始めた。病院と地域看護 の合意に準拠した看護判断と援助項目を、基幹病院の電子カルテに組み込み、病院は医師と看護の添 書を一括して電子媒体に出力する。ついで、福岡県メディカルセンターのネットワークを利用してか かりつけ医に送付する。かかりつけ医とかかりつけ医の看護師が、病院の患者情報を用いた継続的な 患者指導、また、訪問看護師への情報伝達と指導で、シームレスな在宅医療、看護を実現する。

救急病院での勤務医の負担軽減を目指した活動

飯塚病院 〇山本 英彦、村上 純滋、長家 尚、岩元 二郎、萱嶋 誠、田中 二郎

救急医療の現場はどこも多忙な労働環境にあり患者とのトラブルも多いため、医師の立ち去りが大きな社会問題になっている。この医療現場で働く勤務医の負担を軽減するには、医師間だけでなく他の医療スタッフとも良好なコミュニケーションを取りながら共に戦うこと、地域の開業医の協力を得ること、そして地域住民の救急医療への理解と支援を求めることが重要だと考えられる。この目的のために当院で行っている下記の活動について報告する①シェルブルホスピタル活動:病院職員の横の連携を強化するため、異なった4職種から選抜されたメンバーで構成された6チームが1年かけてコミュニケーション向上のための活動を立案実行する②地域医療ささえあい小児診療:地域の小児科開業医による救急外来準夜帯の診療と研修医教育③地域医療サポーター養成講座:地域住民の救急医療への理解と支援を求めるため、2ヶ月に1回健康増進および地域医療についての講座を開催。

急性薬物中毒による入院症例の検討

福岡大学医学部小児科学 〇森島 直美、安元 佐和、廣瀬 伸一

- 【はじめに】 小児の医薬品や化学品の誤飲、過量摂取は臨床の現場でしばしば遭遇し、薬物の種類や 量によっては入院治療が必要となる。今回我々は福岡大学病院小児科病棟に急性薬物中毒と して入院を要した症例について検討した。
- 【対象】 平成12年10月から平成21年9月までの10年間で急性薬物中毒あるいは疑いとして入院加療を 要した症例を後方視的に検討した。
- 【結果】 症例数は51症例で、3歳未満の症例が約6割を占めた。10代以上の患者は約2割であった。 原因薬物は医薬品が44例で、多くは家人に処方された医薬品や市販薬であった。薬物誤用の 背景として、養育者が目を離した隙に起きた事故が最も多かったが、虐待を疑った症例が9 例あり、10代以上では6例が自殺企図による薬物中毒であった。
- 【結論】 本検討では小児の薬物中毒の背景に虐待や自殺企図等の社会的問題が明らかになった。たと え中毒症状が軽微であっても、患者自身の持つ背景や社会的背景に深い注意が必要である。

常位胎盤早期剥離における児の予後を推定する分娩前所見の検討

久留米大学総合周産期母子医療センター産科部門

〇林 龍之介、宮原 通夫、坂本 宣隆、角野 由佳、上妻 友隆、品川 貴章、 下村 卓也、河田 高伸、堀 大蔵、嘉村 敏治

 $2001 \sim 2008$ に当科で経験した常位胎盤早期剥離 59例を対象とし、児の予後(臍帯動脈血ガス $pH \ge 7.1$ 、< 7.1・児死亡)に影響を与える因子(初発症状、初発症状から分娩決定までの時間、経腹超音波断層法による胎盤所見、胎児心拍数陣痛図)について後方視的に検討した。pH < 7.1に有意に影響する初発症状は子宮収縮(p=0.045)と下腹部痛(p=0.031)であった。生存率では性器出血で有意に関連がみられた(p=0.030)。超音波では胎盤内血腫が死亡率に有意に関連し(p=0.005)、胎児心拍数陣痛図では徐脈がpH < 7.1に対し有意に関連がみられた(p=0.0003)。初発症状からの時間では児の死亡riskは経過とともに直線的に増加し(p=0.018)、ROC解析では、180分でAUC=0.650と最も診断精度が高く、症状出現から 3 時間以内の介入が児の救命に必要と考えられた。

シンポジウム

テーマ 「地域医療に役立つ最新の医療」

「TR一大学病院の真の実力」



九州大学大学院 医学研究院臨床医学部門 呼吸器内科学分野教授 中 西洋 一

皆さん、こんにちは。ご紹介賜りました九州 大学の中西でございます。まず、このようなと ころでお話をさせていただく機会をいただきま したこと、関係各位の先生方に心より感謝申し 上げます。

私は本来、呼吸器内科でございまして、肺がんを専門にしておりますけれども、今日はその立場ではなくて、ここ7年ほど九大病院の中で臨床研究あるいは治験、橋渡し研究を支援・推進することを目的として、臨床研究センターの開設、高度先端医療センターへの改組に取り組んで参りました。そこでの活動、特に橋渡し研究、Translational Research: TRについてお話をさせていただきます。

ここにおられる先生方は、学部に入ったとき、 卒業したとき、あるいはいまだに、診療に、社 会活動に、あるいは研究に様々な志を持ちなが ら現在に至っておられることと思います。人に よっては大発見をして人類に貢献をしたいとか、 社会の医療に貢献して地域とともに健康な社会 をつくっていきたいとか、あるいはすばらしい 医療技術を身につけて難病に苦しむ人を助けた いとか、いろいろな思いがあることでしょう。

大学では何か。やはり自分の研究を世に出したいということであろうかと思います。世に出すといいましても、従来は論文にすればそれで事足りると思われておりましたけれども、幾ら論文化しても研究成果が世の中に出ていかないという現実があります。世に出すためには、やはり成果物として、あるいは医療技術として社会に出す。これが今最も求められていることではないかと思います(図1)。



研究成果を世に出す→TR

大学病院の資務は、教育と研究 優れた人材の育成は当然の資務 良質な臨床研究を推進することこそが、大学病院の存在価値 治験・医師主導臨床試験・構波し研究(TR)の推進が必須課題

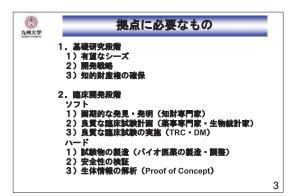
1

研究成果を世に出すために必要なもの。それがこのTR:橋渡し研究であります。大学の責務というのは、診療・教育・研究と言われてまいりましたし、すぐれた診療をすること、あるいはすぐれた医療の人材を育成することは当然の責務だと思います。けれども、実は良質な臨床研究を推進すること、これこそが大学の存在価値ではないかと思っております。そういう意味で、治験あるいは医師主導の臨床試験、そしてTR、これを推進することこそが大学にとって必須の責務だろうと思っております。

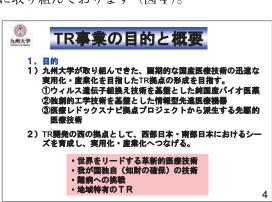
研究が現場に出ない一実は以前アメリカでも同じようなことが叫ばれておりました。デス・バレー(死の谷)と呼ばれております(図2)。これを乗り越えないことには医療技術は世に出ないわけであります。これを克服するためにはいろいろなものが足りません。足りないことは、実は私たちが知らなかったり、無視していたことであります。例えば「規制当局対応」、一PMDAとどういうふうに連携支援するかとか、「薬事法」に関する知識などがあります。それらを含めて研究の実用化に必要なことを習いもしないし、やったこともない、といった過去があったわけです。ここをしっかりと埋めることによって基礎的な研究を世に出すためのTR事業をやっております。



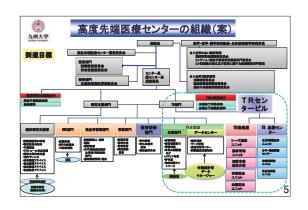
何が必要かということをごくかいつまんで申 し上げますと、まずは基礎的なところで、以下 の3つ。①有望なシーズ、いわゆる研究の種、 実用化の種です。これがないことには絶対に次 のステップに行きません。これはやはり研究者 の努力とアイデアにかかってまいります。しか し、ただそれだけではなくて、②開発戦略をしっ かり立てねばならない。これは実は研究者には できないことでありまして、開発戦略を立てる チームをつくる必要があります。③そしてもう 1つ、私たちが常に忘れがちなことが知的財産 です。知的財産権を確保しないことには、企業 化が叶いません (図3)。以上の3つが必要な わけで、そのために、例えば知的財産の専門家 だとか、薬事関連の専門家だとか、生物統計家、 あるいは橋渡し研究に関するリサーチコーディ ネーターやデータマネジャー、こういった人材 を雇用しないといけない。ところが、そんな人 材がどこにでも転がっているわけではないので、 人材育成しながら事業をやっていかないといけ ません。また、ハード面では工場が要ります。 例えば遺伝子治療や細胞療法といったものは、 医薬や細胞等を製造しないといけません。その 製造工場もつくらねばならない。製造物が安全 であることを確認する施設や、本当に効くかど うかを確認するための生体情報をきちんと解析 する施設も作る必要がある。こういった一連の 設備、システムを構築しつつ、TRに取り組ん でおります。



この橋渡し研究の拠点というのは全国に今7 つ、文部科学省に指定していただいております。 その中で私たちは世界をリードする革新的な医療技術を開発したい。そして、知財を確保した 上で我が国独自の技術を開発したい。そして、 難病に挑戦したいし、あるいは地域特有の疾病 等に対するTRもやっていきたいと考えて事業 に取り組んでおります(図4)。



これは高度先端医療センターの組織図です (図5)。右側の破線で囲んだ部分が橋渡し研究 に関するところでありますけれども、広報、データマネジメント、薬事関連業務、シーズ探索、医薬製造工場等につきましてはだんだんとハード面の整備が進んでおります。



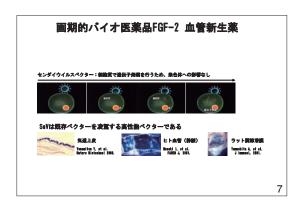
今日は九州大学で実施中のTRの一部につい

てご紹介したいと思います(図6)。

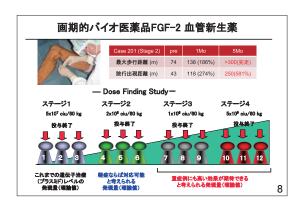


1つは虚血肢治療製剤に関する臨床開発で、センダイウイルスベクターを使った、いわゆる遺伝子治療であります。対象疾患は閉塞性動脈硬化症(ASO)、バージャー病、こういった疾患でもう既存の治療ができない、あとは切断手術をするしかないというような状況になった方を対象としています。

FGF-2という血管新生を起こす分子を使って血管再生を図るという戦略でやっております。センダイウイルスはヒトには全く病原性はありません。ほとんどのウイルスは感染した細胞の核に行って、核で自分の遺伝子を複製させるわけですが、センダイウイルスはちょっと特徴がありまして、感染細胞の細胞質で自分を複製するんです。核に行かないのでDNAに傷がつかない。したがって、発がん性がきわめて低いと思われます。また、センダイウイルスは気道の上皮だとか、血管の内皮だとか、あるいは関節の滑膜だとか、遺伝子を入れにくいところに目的とする遺伝子をすんなりと入れてくれる。これがこのウィルスを選んだ理由です(図7)。

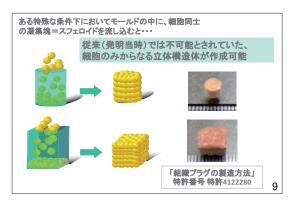


既に九州大学の第二外科のグループを中心に、 まず臨床第Ⅰ/Ⅱa相試験を行いました。2人 の患者さんについての成績を示しています。トレッドミルテストをやりましたが、歩ける距離が大幅に改善しました(図8)。今最もよく効く薬は、平均で50%歩く距離を伸ばすのが今の最大の治療効果です。もっと多くの患者さんでも同等の成績が達成できるとすれば画期的な治療になると期待されます。安全性、有効性がほぼ担保できたということで、来年の春には医師主導の治験をやろうと思っております。大学の中で治験をやって、いいデータが出れば企業にライセンスアウトして、実用化に進めたいと思っております。



次にご紹介するのは、骨軟骨の再生医療です。 変形性関節症という病気がありますね。ちょっ と太った中年以降の方で多い病気ですけれども、 これを治せないかということでやっている橋渡 し研究です。

実は細胞を培養しますと、細胞が一個一個ではなくて塊になってぷわぷわ浮いた形で細胞が増殖していきます(スフェロイドといいます)。これを型に流し込むと自由自在に形ができるという特許を九州大学の整形外科——現在、佐賀大学教授の中山先生が発明されました(図9)。

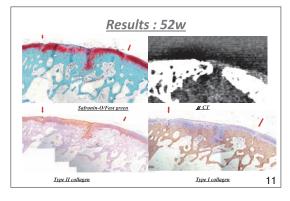


考えたのは骨軟骨に対する再生医療。図10に

示した細胞の塊をつくって、動物の関節に穴を 開けてこれを入れてしまう。そうしますと、し ばらくたつと随分きれいになるということがわ かりました(図10)。



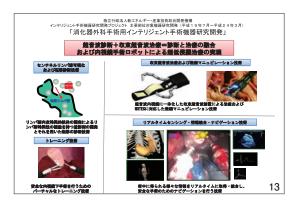
これまでもこの手の研究はたくさんあったのですけれども、軟骨ができない、あるいは線維化を起こしてきれいな骨にならないということが言われておりました。ところが、動物実験の結果が非常に良い(図11)。これだったらヒトでもいけるのではなかろうかと期待されるわけであります。



研究の基本コンセプトです。太った方で、お腹の脂肪細胞を取れば美容にもいいし、体重も減る。それを悪い膝に戻します。実はお腹の脂肪の中にはたくさんの幹細胞があります。これを分離してきて、それを膝に戻すことで一石二鳥になるということでございます(図12)。今年1月に性能試験の第1例目を始めました。それがうまくいけば、来年の春には実際に関節の悪い方でやろうと思っております。



最後に、医療機器、消化器外科手術用インテリジェント手術機器研究開発についてご報告いたします(図13)。



昔、「ミクロの決死圏」という映画がありました。中学校のとき見て随分感動しました。地球の明日を救うような立場の重要人物に手術不能な脳腫瘍ができた。普通の治療ではできないので、決死隊が宇宙船みたいな乗り物に乗り込んで、小さくなって体内に入り、病巣部にレーザーを当てて悪いところを治したという映画だったのですけれども、これに近いような医療機器の技術を今開発中であります。実際にリードしておられるのは橋爪誠先生、外科医であります。

内視鏡エコーのプローブの周りにロボットの手を装着する。そうすると、エコーで見ながら、外から見えない病巣もしっかり確認し、うまく切り取ることができるという医療技術があります。また、リアルタイムセンシング、情報統合ナビゲーションシステムの開発というプロジェクトもあります。肝・胆・膵の領域には見えない、手の届かない領域をリアルタイムに見て、ロボットが鉗子を伸ばし、切り取るという医療技術であります。そう遠くないうちに「ミクロ

の決死圏」みたいな医療技術が実現するのでは ないかと思います。

これを含めまして、TR研究をより充実させようということで、この春、先端医療イノベーションセンターという建物が建ち上がります(図14)。ここをプラットホームにしまして、ロボット医療ですとか、いろいろな先進的な医療、加えてフェーズ1の治験等もやろうと思っております。ぜひ皆さん方、アイデアや企画がありましたら私どものところにお声をかけていただければありがたいと思います。



ということで、基礎研究を実用化することを 目標に、私たちは「死の谷」を乗り越えるため の仕組みをつくって現在ここに至っております。 夢を実現するためには、大学人の努力だけでは なくて、患者さんのご紹介や情報提供を通じま して、先生方との連携あるいは先生方のご支援、 ご理解をぜひいただきたいと思っております。

医学にはサイエンスだけではなくて、アートの部分も必要です。医学研究にもこれがあてはまることを今私たちは実感しております。そういう観点で、私たちの取り組みにつきましてご報告させていただきました。

以上でございます。どうもありがとうございます。

「冠動脈疾患治療の現状と問題点: 日常診療の意義を考える」



久留米大学医学部附属病院 循環器病センター教授 上 野 高 史

久留米大学の上野でございます。本日はこのような機会を与えていただきました会長の黒木 先生、また関係各位の先生方に御礼申し上げます。

また、日ごろから会員の先生方には大学病院 へ多数の患者さんをご紹介いただきまして、重 ねて御礼申し上げます。

本日、私がお話をする冠動脈疾患というもの の現状で一番新しい治療ということで、カテー テル治療についてのお話をしますが、その前に、 先生方にもう一度ご確認いただきたい事象がご ざいます。古くは虚血性心疾患、最近では冠動 脈疾患と呼ぶことが多くなっておりますけれど も、この冠動脈疾患というものに対しては連続 性ということを、Victor Dzauという有名な先 生がつくられました連続性を表す図でよく表現 しております。(スライド1) それは、先生方 ご存じの危険因子 (リスクファクター) と呼ば れるもの、これ以外にも多数あるわけですけれ ども、私はこれを一番加速する因子は年齢とい う時間軸だろうと思います。その時間のファク ターが加わりまして、そこに動脈硬化というも のが発症してくるということであります。そし て、それが不幸にして病的レベルにまで進展し てきますと、心筋に虚血が生じる。あるものは 狭心症になり、その中に冠動脈内に血栓ができ てしまうと、それは心筋梗塞になるということ であります。心筋梗塞になりますと、そこで壊 死に陥った心筋は仕事をしなくなりますので、 いわゆる心不全という状況に陥っていくわけで あります。我々が研修医に向かって言っている のは、各ポイントポイントだけを注目して治療 してしまうとほかの部分がおろそかになってし まうということがあるわけですから、常にこの

流れを頭の中に置いておく必要があるというも のでございます。



この図も先生方がよくごらんになっていらっ しゃる図で (スライド2)、日本の主要死因別 の死亡率であります。ここで心疾患というのは、 ご存じのとおり、日本で第2位の死亡率を占め る疾患でございますが、これをよくよく見てみ ますと、悪性新生物が1位というふうに言われ ております。しかし、このがんの中には、肺が んもあれば、大腸がんもあれば、胃がんもある ということになるわけであります。そこで、臓 器別という考え方に変えてみたらどうなのかと いうことになるわけです。臓器別という考え方 でいくと、ひょっとすると心疾患というものは 各臓器別のがんよりも死亡率では高いのかもし れません。また、同じく血管という意味で、脳 血管というものも、心臓血管という形で考えま すと、圧倒的に動脈硬化性疾患というのはその 立つ位置が高くなってくる可能性があるのでは ないかと考えております。



これはOECDのデータで(スライド3)、虚血性心疾患の死亡率、つまり、冠動脈疾患の死

亡率を表した図ですけれども、我が国の死亡率 は極めて低いということが報告されております。 欧米の高いものに比べると数分の1にしかすぎ ないと言われております。では、これが本当に 現状を表しているのだろうか。今後の患者さん 方の予後を占うことができるデータなのか。



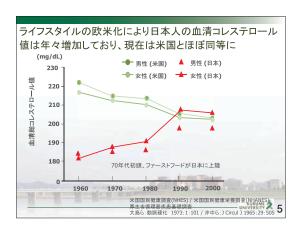
これは私どもの教室が1958年から参画してお ります世界7カ国共同研究というものでありま して (スライド4)、現在は久留米市になりま したけれども、田主丸地区の疫学調査をずっと 行っております。1958年から一番新しいデータ が2009年というものがございますが、例えば危 険因子の一つでありますコレステロールに注目 してみます。1958年当時150mg/dlでした。そ れが何と2009年にはもう210 mg/dlになろうか としているわけであります。この田主丸地区と いうのは田園都市でありまして、先生方ご存じ のとおり、恐らくファーストフードの店もほと んどないようなところであります。それなのに ここまで上がってきているということでありま す。血圧を見てみます。血圧はどうかというと、 収縮期血圧に関して見るとほとんど変わりござ いません。拡張期血圧を見ると、73mmHgだっ たものがじわりじわりと上がってきて 86mmHgまで上がってきております。高血圧 治療を受けている方は、1958年当時3%だった ものが10倍の33%に増えてきております。その おかげで収縮期血圧は変わっていないという状 況になっております。しかしながら、拡張期血 圧は上がってきている。これは何を示すかとい うと、実はBMI、肥満度と相関があると言われ ています。つまり、メタボ傾向になってくると

拡張期血圧がじわりじわりと上がってくるというふうに疫学的に考えております。そして、喫煙に関しては、これは男性のデータですけれども、明らかに減ってきている。ところが、田主丸地区でも問題になっているのは、若年女性の喫煙が比較的多くなってきているという現状もございます。したがって、コレステロールの値を見たときに私が一つ心配になってくるのは、次のようなデータから考えられることであります。

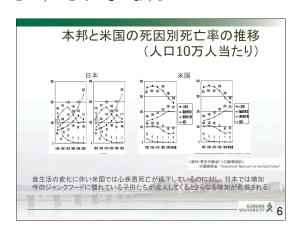
総コレステロール (mg/dl)	152.5	160.9	177.5	189.7	194.2	207.7
収縮期血圧 (mmHg)	132.9	128.8	133.2	131.0	131.6	132.0
拡張期血圧 (mmHg)	73.5	76.3	76.3	79.7	82.0	86.2
高血圧治療(%)	3.0	4.0	5.0	7.0	20.0	33.4
BMI (kg/m²)	21.7	22.7	23.0	23.3	23.7	24.1
尿酸 (mg/dl)	-	5.2	5.3	5.8	5.9	6.1
喫煙率 (%)	68.5	68.9	62.0	57.5	45.2	37.6

例えば、先生方ご存じのように、食生活を含 めたライフスタイルは、日本は欧米化している。 ところが、欧米のほうが逆に日本食に注目して いるというふうな現状がございます。コレステ ロールの値を見てみましても、これは米国の データですが (スライド5)、男女とも確実に 下がってきております。これは国を挙げての National Cholesterol Education Programがご ざいまして、それにのっとって子供のお菓子に までコレステロールの値が書いてあるような状 況がこのようにコレステロールの値を下げてき ている。ところが、日本では逆に、野放図に脂 質をとるような、そしてコンビニに行ってすぐ にお弁当を買って食べてしまうような状況が生 んだことは、このコレステロールの値がもう 2000年当時でアメリカ人の平均を超えてしまっ たということであります。先ほどOECD加盟国 中我が国の虚血性心疾患の死亡率というのは非 常に低いと申し上げました。ところが、そのデー タを示している方というのは、恐らくこれ以前 に食生活を始められた方だろうと思うわけです ね。そうしますと、現状このあたりで今過ごし

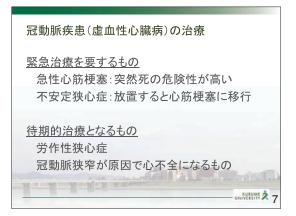
ている青年、もっと若い子供たち、その子たちが我々のような中高年になったときには一体どうなっているのだろうか。ひょっとすると、アメリカの現状に近いような状況になっている可能性があるのではないかと思うわけであります。



それで、この図を見てみます(スライド6)。 日本です。こちらはアメリカです。日本の虚血 性心疾患の死亡率というのは、疫学上は横ばい に近いと言われております。横ばいというのは、 コレステロールが低かった時代を経験している 先生方が診ていらっしゃる患者さんの予後でご ざいます。アメリカを見てみます。確実に虚血 性心疾患の死亡率は下がってきているわけであ ります。したがって、今の子供たちが大きくなっ たときにどのようになるかが非常に危惧される ということでございます。



(スライド7) 冠動脈疾患には、緊急を要するもの――急性心筋梗塞や不安定狭心症、そして待機的治療、ゆっくり治療していいものです。じっくり治療する必要があるものに労作性狭心症などがその代表としてございますが、まず緊急治療ということでお話をさせていただきます。

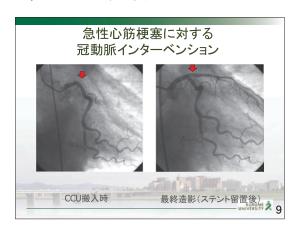


例えばここに今お見せするのは(スライド 8)、九州では私しかやっておりませんのでめったに見られたことはないと思うのですが、冠動脈の中をのぞくことができる内視鏡であります。この内視鏡で冠動脈の中をのぞくと、このように見えます。今これは血管径が2.5mmぐらいの血管の中をのぞいたのですが、突然黄色い部分がぽっと出てきたと思います。これはいわゆる粥腫、アテロームと言われている部分であります。この部分は、残念ながら冠動脈造影やCTで見ても見つけることはできません。この色で判断することになるわけですけれども、この黄色調というのが一つの増悪している状況を示すものであります。

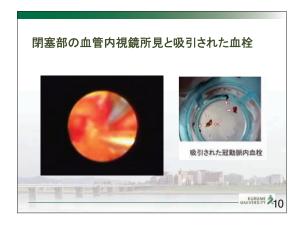


(スライド9) 急性心筋梗塞の治療というのは、我が国では世界に先駆けてカテーテル治療によるインターベンションと呼ばれているものが主流となっております。CCUに搬入されたときに完全に詰まってしまった血管が前下行枝という部分にあります。実はここに血管があるはずなんですね。そこをカテーテルで治療すると、数十分でこのような血管が出てくるという

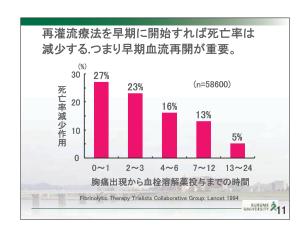
ことになるわけであります。これを再灌流療法 と呼んでいるわけです。



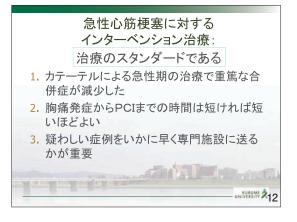
このときに内視鏡で血管の中を見てみると(スライド10)、先ほどとは全く異なりまして、血管の中は真っ黄色になっている状況であります。そして、この部分をストローのようなカテーテルで吸い取ると、多くの血栓やプラークを吸い取ることができるということであります。



再灌流療法を早期に開始すれば死亡率は確実に減少します。(スライド11) これは死亡率の減少作用ですから、上に行くほどいいということであります。胸痛出現から再灌流までの時間が1時間以上であれば、このように死亡率を減少させることができるのですが、半日以上遅れてしまうとその効果は極めて少なくなってしまうということであります。



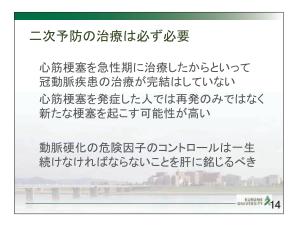
今、急性心筋梗塞に対するインターベンション治療というのはスタンダードと思われて結構です。(スライド12) ここで先生方に私が持ち帰っていただきたいデータはコメントの3番にあります。疑わしい症例をいかに早く専門施設に送るかということであります。これは間違っていても全然構わないですね。正しければ、きちんとした治療ができる。間違っていても、それは心筋梗塞じゃなかったということで済むわけですから、そのような形で対応していただければと思っております。



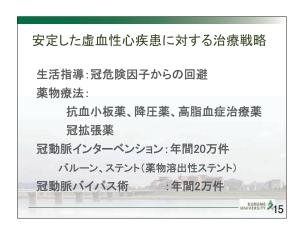
ただし、心筋梗塞を起こした患者さん、これは8番、9番という部分で心筋梗塞を起こした患者さんの内視鏡像です。ところが、12番、3番、4番、このあたりにも次に破れそうな黄色プラークが多数あります。(スライド13)



このことは何を意味するかというと、二次予防という意味で必ず危険因子のコントロールが必要ということであります。そして、この危険因子のコントロールは一生続けなければいけないというものであります。(スライド14)



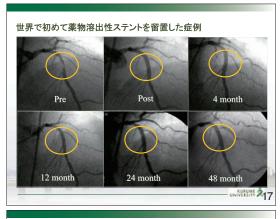
安定した狭心症に対する治療は、生活指導、これは運動療法も含めてであります。すべて冠 危険因子からの回避ということであります。(スライド15)薬物療法でその危険因子を排除する 方向に持っていくものと、症状を取ってあげる ための薬物療法がありますし、我々がやっております冠動脈治療というものがあります。外科の先生にお願いするバイパス手術もございます。

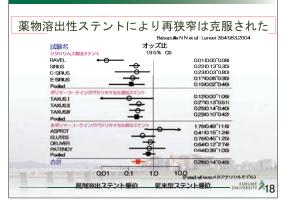


現在、我が国で使われている医療機器の中で最も新しいものはこの薬物溶出性ステント、このステントの表面に免疫抑制剤や抗がん剤が塗ってあるステントを使用することが大半となってきています。(スライド16)



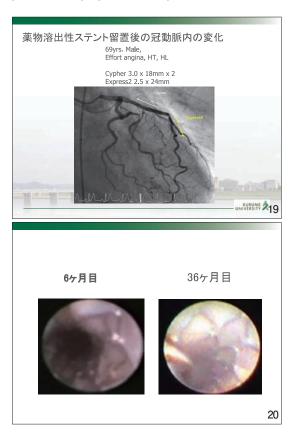
そうすると、この厳しい狭窄の部分が治療直後、4カ月目、1年、2年、4年たってもこの治療直後と全く変わらないような仕上がりが見られることがわかって、再狭窄というこれまで我々のアキレス腱であった事象は克服されたと言われております。(スライド17)(スライド18)





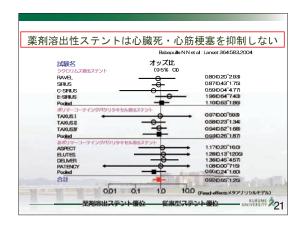
1つ私の症例をお見せしたいと思いますけれ

ども、この長い冠動脈の狭窄部分に薬物溶出性 ステントを入れて治療した患者さん、この患者 さんの6カ月目の内視鏡像をお見せいたします。 (スライド19) (スライド20)

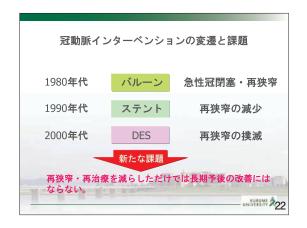


6カ月目にこの薬物溶出性ステントの治療を した部分を見ますと、このようにステントが見 えるわけですね。3年目を見てみます。3年目 を見ると、先ほど全く何もなかったところにま ず黄色プラークが既に出てきてしまっていたと いうことがあります。そして、今まで累々と見 えていたステント自体が見えなくなってきてい るということがあります。ところが、この画像 を遠景から眺めてみると、その背面には黄色プ ラークがあるということであります。当たり前 ですね。私たちが治療しているところは動脈硬 化の部分ですから、その下にはプラークが存在 しておかしくないわけであります。したがって、 いかに狭窄部を広げておいても、その下にはま だひょっとすると破裂しそうなプラークが存在 しているということであります。

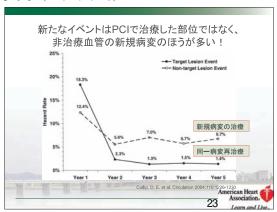
それを示すデータは、先ほど再狭窄、再治療 という事象は減ったというふうに言いましたが、 心臓死や心筋梗塞というデータは今までのステ ントと比べて全く変わらなかったわけです。(スライド21)



つまり、再狭窄、再治療という事象を減らしても患者さんの長期予後にはつながっていないというものであります。(スライド22)

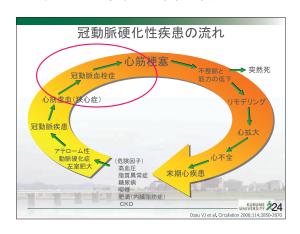


この4年間のデータを見ても、最初の1年目には同一病変を再治療することが多かった従来のデータです。ところが、その1年以内、そして2年、3年、4年、5年と時間がたってくると、新しいところを治療する確率が高くなってくるということは既にわかっているわけであります。(スライド23)

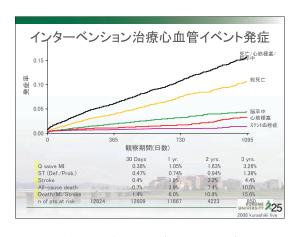


当たり前です。この図 (スライド24) をよく

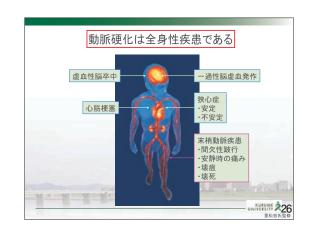
見てみますと、カテーテル治療をしているのは わずかここだけなんですね。つまり、このリス クファクター、この部分をしっかり管理しない と我々は患者さんの予後に貢献するようなこと はできないというものであります。



1万例を超える、これは日本人のデータです。 我々の学会で主導してやったデータで見ても、 3年間フォローアップしているときに、心筋梗 塞が起こるよりも脳卒中が起こるほうがもっと 多いわけです。(スライド25)



それも当たり前です。(スライド26) なぜかというと、動脈硬化は全身性の疾患であります。心臓に重篤な病変がある方というのは虚血性の脳卒中を起こす確率も極めて高いだろう。末梢にも病変が来る可能性があるということであります。1カ所だけを見ておくと、ほかのところを見落としてしまうということであります。リスクファクターの管理が最も重要ということであります。



1 例お見せいたします。(スライド27) 例えば血管の中が、スタチンを用いて高コレステロール血症を治療する前、こんな真っ黄色、そして血栓のあるような冠動脈の方が、スタチンで治療し始めてわずか半年でこのように性状が全く変わっていってしまうということも多くの施設で確認されております。



今日のお話のまとめになります。(スライド 28) 日本人の食生活、ライフスタイルは変わってきております。急性心筋梗塞や不安定狭心症などの急性期治療は早ければ早いほどよいということですが、再発を防ぐためには実地医家の先生方による危険因子の管理が最も大事であるということであります。そして、安定期の患者さんでありましても、新規病変というものが問題になります。冠動脈疾患患者の予後に最も関与するのは危険因子のコントロールにほかならないということでございます。

本日のまとめ

日本人の食生活は変化している

急性心筋梗塞や不安定狭心症などの急性期治療は早ければ早いほどよいが, 再発を防ぐための危険因子の管理が必要である

冠動脈インターベンション領域では再狭窄, 再治療はかなり克服できているが, 新規病変が問題である.

冠動脈疾患患者予後に最も関与するのは危険 因子のコントロールに他ならない

UNIVERSITY 228

最後に、(スライド29) 久留米大学は昨年10 月末より新病棟にすべて移行して、現在、鋭意 みんなで患者さんのサービスを含めた治療に邁 進しているところでございます。今後とも我々 をよろしくお願いいたします。ご清聴ありがと うございました。



○**黒木座長** どうも、上野先生、ありがとうご ざいました。

私、基礎生化学という基礎におるものですから、先生方と違って、こういうお話を聞くと、 診療する側でなくて、いつ患者になりはしない かという考えから聞いてしまいます。非常にた めになるお話でございました。

1つだけ、薬物溶出性ステントの中で抗がん 剤の話、あれは心疾患の、冠動脈疾患に抗がん 剤を……。

- ○シンポジスト (上野) 抗がん剤の非常に少ない量をステントの表面にコーティングさせている。パクリタキセルをコーティングしているものが1種類ございます。
- ○**黒木座長** そういうものを冠動脈疾患に使うわけですね。

「術中ICG蛍光血管撮影・血管内治療・神経内視鏡を応用した脳卒中外科の最先端」

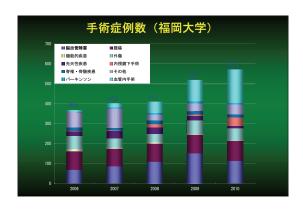


福岡大学医学部 脳神経外科学教授 井 上 亨

福岡大学の脳神経外科の井上でございます。 本日はこのような機会を与えていただきまして、 黒木先生を始め関係の方々に深く御礼申し上げ ます。

福岡大学での脳卒中診療は、ここにおいでの 多くの先生方と一緒に我々はやってまいりまし た。実際に、福岡大学でどのような外科治療を 行っているかということをご紹介したいと思い ます。

福岡大学では、手術症例数はここ数年で200 例ぐらい増え、先生方のおかげと考えておりま す。



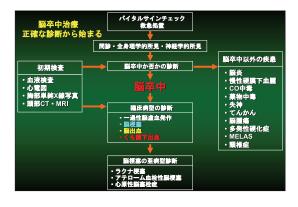
私が今福岡大学で目指しておりますのが大学型脳卒中センターです。何が大学型かといいますと、最先端の医療と同時に教育を重視した脳卒中センターを作りたいということであります。



幸い福岡大学には救命センターがあり、救命センターにいち早く脳卒中の患者さんが運ばれてまいります。ガイドラインというのが世の中にはあるわけですけれども、大学でガイドラインどおりやっていては新しい治療はできないので、このガイドラインをつくり直す、それぐらいの意気込みで脳卒中をやりたいということでやっております。

救命センターは32床ございまして、救命センターに年間約1,000例ほどの患者さんが運ばれてくるわけですけれども、その4割は脳外科関連であります。

当然のことですけれども、脳卒中というのは 正確な診断から始まります。脳卒中の診断を間 違えると全く治療が違うということでありまし て、救命センターがあるということは、様々な 意識障害の患者さんが運ばれてきても、たとえ 脳卒中以外の患者さんであっても的確な治療が できるということです。脳卒中をやるには救命 センターというのは必須であると考えておりま す。



最近、脳卒中の外科治療には、いろいろな治療があります。以前は頭を開ける、いわゆる開頭手術だけでしたけれども、今は血管内治療、それに神経内視鏡、あるいはt-PAといった脳卒中内科が主体な治療法と大きく変遷しております。



その中で、より安全、より低侵襲に行うということになるわけです。従来の開頭顕微鏡手術(マイクロサージャリー)には術中ICG蛍光血管撮影がありますし、ナビゲーションもあり、モニタリングもあります。血管内治療というのはカテーテル治療です。最近発達してきた神経内視鏡手術、これは胃カメラなどのような、内視鏡を使って脳の病気を治すということであります。



最初に、ICG蛍光血管撮影をご紹介します。

これは脳動静脈奇形の手術風景であります。 当然ナビゲーションを使ってモニタリングをし ながら行うわけであります。この患者さんは34 歳の男の人でありまして、ここにAVMがある んですね。術前に、オニキスという新しい塞栓 物質を用いて塞栓しております。術中にICG蛍 光血管撮影を行いますと、詰まった部分、ドレー ナーの部分、まだ詰まっていないAVMの部分 が明確に描出され、安全に摘出できるというこ とであります。

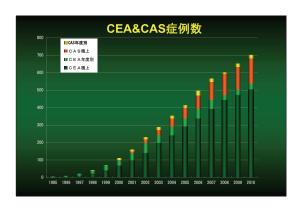
これは硬膜動静脈瘻といいまして、動脈から 静脈に直通したシャントがあります。これが脳 出血の原因になるわけであります。術中ICG血 管撮影しますと静脈は通常後から見えてくるの ですが、あっという間に大蛇みたいにすっと見 えてくる静脈がある。これが異常な血管だとい うのが顕微鏡下にわかりますので、この患者さ んはこの静脈の根本を焼いて切るだけで治るわ けであります。

グラフに描きますと、術後に、流出静脈と正常静脈の差がなくなるというのがわかるわけです。これが術中にできるということです。

私が主にやってまいりましたCEA(内頸動脈剥離術)にも応用できます。



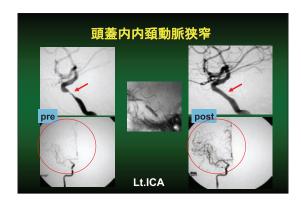
これは総頸動脈で、ここが非常に狭いんですが、術中、表面から見てもわかりません。ICGを使いますと、術中に病変がはっきりわかるわけであります。今流れてまいります。ここにプラークがあります。ここに正常の血管がある。総頸動脈は壁が厚いので、ちょっと薄いんですね。そうしますと勝手にちょっとつまんで脳の中に塞栓を飛ばすというような危険がなくなったということであります。こういうvasa vasorumもきれいに見えるので、マイクロサージャリーも進歩しているということであります。



私は血管内治療はその専門医がやるべきだと 思いまして、うちには今、指導医1名、専門医 3名、計4名おります。



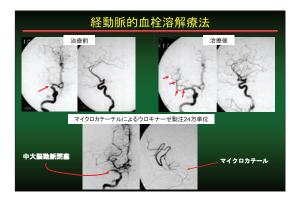
そうしますと何がいいか。これは頭蓋内主幹動脈狭窄です。こういう病変にはステントを置きますから、以前はバイパスでやっていた病変が、ステントを置けば、この太い血管が再建できる。術前にこれだけしか脳の血管が見えなかったのが術後にこれだけきれいに見えますから、非常に楽に治せることになります。



t-PA治療というのは、先生方が、これは脳卒中だと我々のところに3時間以内に送っていただいた症例に静注します。このt-PA静注で治せるのはたかだか4割でありまして、すべてが解決したわけではありません。これは基本的には内科的な治療になります。つまり、脳卒中内科の診断技術、頸部エコー、頭蓋内超音波、心エコー、こういった技術を持った神経内科医との協力が不可欠です。



t-PA静注で治せない症例、つまり中大脳動脈が起始部から写っていないものはt-PAを静注してもだめなんですね。起始部から5 mm見えていると、それはt-PA静注でもいい。ただ、起始部から詰まっているものはt-PA静注ではだめだとわかっているので、そういったものは初めからカテーテル治療でいきます。マイクロカテーテルを入れて即座に溶かしてあげる。そうすると、完全にもとに戻せるということで、こういった見きわめも必要であろうかと思います。



さらに、うちでは今から行う予定の治療ですが、メルシーと言われるカテーテルを使用し、大きい血栓は直接血栓を引き抜いてしまう。これがどれだけ有用かわかりませんが、こういった治療もできるということであります。

脳出血についてですが、今までは、発症後、 じっと出血が止まるのを待って治療するという 段階でした。そうしますと、どうしても出血が 大きくなる例もあります。ただ、よく考えます と、この脳出血の原因というのは、穿通枝、0.何 mmの細い血管からの出血なんですね。止血は 非常に簡単なはずですから、血腫が大きくなる 前に取ればいいということになります。 また、脳室内に出血した例は74%死にます。 非常に重篤であります。ガイドラインを見ます と、ほとんど何もするなというようなガイドラ インですね。外ドレナージで逃げる。これでは 治らないので、神経内視鏡手術、つまり急性期 に小さな穴を開けて血腫を取ってやろうじゃな いかということを今やっています。



非常に有用だということは証明されております。何がいいかといいますと、超急性期にリハを始められるという利点があります。

神経内視鏡下血腫除去術の特徴				
	利点	欠点		
開頭血腫除去	高い止血率 超急性期治療が可能	全身麻酔 侵襲的		
定位的血腫吸引術	局所麻酔低侵襲	止血困難 超急性期治療は困難		
神経内視鏡下 血腫除去術	高い止血率 超急性排治療が可能 局所麻酔も可能 低侵襲	症例により 止血困難		

本例は去年11月23日、発症して麻痺が起こって2時間半で救命センターに来ました。

見ますと、ここに脳出血があります。CTでまだら状ですから、まだ出血は止まっていないと考えられます。こういった患者さんにすぐ小さなバーホールを開けて内視鏡で手術します。そうしますと、この最初のさらさらとした血液つまり真っ赤な部分がすぐ吸えます。この奥にちょっと固まった部分がある。この手術は小さな穴で出来ますから、脳外科的には慢性硬膜下血腫と言われる簡単な手術があるのですが、それに匹敵するようなスピードで血腫を除去することができます。小さな出血している血管はジュッと焼いてしまえば止まるわけですから、

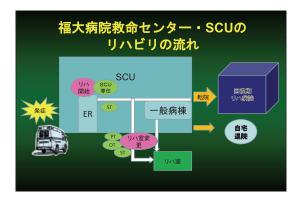
出血源が太い血管ではないというのが脳出血が、 小さなバーホールから、内視鏡手術でできる利 点だろうと思います。

これは術前、術直後です。きれいに血腫が取れています。

こうなってしまえば、すぐにリハビリができるわけでありまして、翌日ベッドアップしていただいております。救命センターですぐに専属のPT・OTがリハビリを開始してくれます。翌日は座らせる。当然、救命センターですから血圧の管理もできる。超急性期のリハビリをやるということです。4日目には一般病棟に上げて歩行訓練を開始する。こういった手術によって急速に悪化する脳出血も治療できるのではないかと思います。この後のリハビリは、次に話される蜂須賀先生にお任せすることになるかと思います。



福大病院の脳卒中、脳出血の場合、急速に悪化する前に治療して、早期リハビリを行って、リハビリ専門病院に回すという治療法を今やっております。

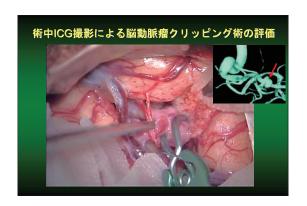


これはうちの成績ですけれども、modified Rankinが $2 \sim 3$ よくなる人が増えています。特に脳室内出血は有用でありまして、これは圧

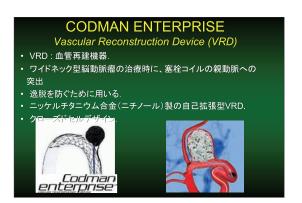
倒的に今までの報告よりは良いということにな ります。

クモ膜下出血も治療法がかなり進歩してきております。以前は頭を開けて行うクリッピング術だけでした。しかし、今、瘤内塞栓術というのがあります。福大病院に私が着任しましてから85例行いました。うちに運ばれてくる動脈瘤というと、脳底動脈瘤、あるいは前交通動脈瘤という手術が厄介な部位が多いわけであります。また、重症例が多い。消防隊も重症の患者さんを運びますので、44.7%はグレードIV、Vという意識がない、非常に重篤な患者さんが多い。

こういった患者さんに当然クリッピング術も行うわけです。これは未破裂例で代表で出していますが、こういうクリッピング術を行った後に、このクリッピングが完全であるか、この瘤に血流はもう流れていない、周りの血管も狭窄していないというのを即座に見るのに術中ICG蛍光血管撮影が役に立つわけであります。術中に完全なクリッピング、もう再破裂はしない、ほかの血管はきれいに流れているというのがわかるということであります。



もう一つ、コイル塞栓術というのは、このようなカテーテルを入れまして動脈瘤の内側から 詰めるわけであります。動脈瘤のネックといい ますけれども、動脈瘤の形が円盤状のものはコイルが血管に飛び出してくるんです。そうすると、後で母血管が閉塞する可能性がある。それを防ぐために、最近ではVascular Reconstruction Device(商品名エンタープライズ)ですが、先にステントを置いてコイルで詰める。コイルの逸脱を防ぐというやり方ができます。



これは最近の患者さんで、去年11月、脳底動脈の横から発生した動脈瘤が破裂しているんですね。動脈解離ではないということで、ここにコイルを詰めて治療しました。これは手術ではなかなか難しいので、こういった例はコイルが一番いい適応です。

さらに組み合わせ治療があります。これは65歳の女性で、重篤なクモ膜下出血です。脳室内に出血があるグレードVですから、この患者さんが社会復帰する率は7%以下です。即座に神経内視鏡で脳室内の血腫を取ります。そして、すぐにコイルで脳動脈瘤を詰めますと、この患者さんは、術後92日目、リハビリ病院からお借りしたんですが、走れるようになって元気に帰られたそうです。どんなに重篤であっても、タイミングさえ早ければあきらめずに治療ができるということであります。

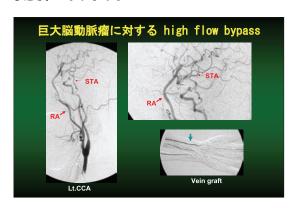
重篤なクモ膜下出血の患者さんであっても、 ただ助かって寝たきりをつくるのが我々の仕事 ではありませんので、できるだけ社会復帰を目 指すような治療を考えるという時代になってき たのではないかと思います。



福大病院へできるだけ早く運んでいただいて、 最善の治療を組み合わせてやることが大切です。 さらに、情報発信をするという意味で、主治 医には学会発表をしていただくことになります。



最後に、大学病院には治療困難な動脈瘤、ど うやって治すの!という患者さんが運ばれてま いります。この例は、脳底動脈にできた動脈瘤 で、最初は小さかったんですね。2年の経過で こんなに大きくなったんです。これは手術も難 しい。コイルを詰めても危ない。しかし、先ほ ど話しましたエンタープライズというステント を置いてコイル塞栓術で治すことができる。こ の例は、中大脳動脈、全部が動脈瘤なんです。 動脈からは穿通枝が出ていますから、これは詰 めることはできない。どうするかといいますと、 手から血管を取ってきます。橈骨動脈と、ここ にバイパスを置きます。そして、動脈瘤をトラッ プするんです。血流を逆から流します。動脈瘤 の血栓化を促す。この患者さんは、小さな脳梗 塞は出現したけれども、動脈瘤を血栓化して治 すことができました。こういうバイパスの技術 も必要であります。



さらに、これは脳底動脈全体が動脈瘤です。 脳幹がつぶれています。完全四肢麻痺で、胃ろ うをつくってお見えになりました。治療を半分 あきらめておられました。でも、どうするか。 これをあきらめては大学の意味がないということで、この例はPCA(後大脳動脈)にバイパスを置いています。これは全部動脈瘤です。脳幹が紙みたいになっています。動脈瘤の上でバイパスするわけです。これはSCAで、脳の下にPCAがあるんです。ここにバイパスします。そうしますと、脳底動脈の血流の必要量が減るんですね。2本分の血流が1本分になりますから動脈瘤はちょっと縮んできています。これをオータムリーフ、秋の枯れ葉作戦と呼んでいるわけです。このように、今までは治らなかった病変にも挑戦していくということであります。

最後に、大学型脳卒中センターは何かといいますと、私は救命センターがあり、脳卒中以外の疾患も診れる。チーム医療ができる。そして、やはり脳卒中を目指す若手、看護師、OT、PTを含めて教育する機関であるべきです。



真に脳卒中を理解した医師を送り出してこそ 地域医療ができるのではないかと私は思います。 大学型脳卒中センターは教育機関だということ を自覚して我々も頑張っていきたいと考えてお ります。



マイクロサージャリー倶楽部というのをつ くって若手にバイパス術を教えていますし、福 大病院も新設しておりますので、今後とも、今 日おいでになった先生方とともに脳卒中の診療 に尽くしたいと考えております。



以上です。ありがとうございました。

「地域医療に役立つ脳卒中連携 パスと最新のリハビリテーション |



産業医科大学医学部 リハビリテーション医学教授 蜂須賀 研 二

産業医科大学リハビリテーション科の蜂須賀と申します。本日はお招きいただきまして、どうもありがとうございます。

私はリハ医でございます。今回、地域の医療ということがテーマですので、「地域医療に役立つ最新の医療」ということで、脳卒中連携パスと、その中で幾つか最新のリハビリテーションに関する話題をご紹介したいと思います。

脳卒中は、死亡率が第3位と低下しました(図1)。しかしながら、脳血管障害の患者さんの受療率、入院している患者さんや治療を受けている患者さんの数は第2位でありまして、依然として大変重要な疾患です。しかも介護を要する原因の疾患の第1位は脳血管障害です。したがいまして、死亡率は減少傾向にあるけれども、社会全体としては非常に重要な疾患であると言えます。

脳卒中医療の重要性

- 脳血管障害の死亡率:第3位
- 脳血管障害患者の受療率:第2位
- 脳血管障害は要介護の原因疾患:第1位

脳卒中の医療は、先ほどからお話もありましたが、以前は一つの病院で急性期から維持期の治療まで行っていましたが、急性期病院、それから回復期のリハ病棟を有する病院、それと維持期の治療を行うかかりつけ医の先生や一般の内科の先生が協力をして連携しながらその治療に取り組むようになってきました(図2)。そ

のため脳卒中医療は、現在は地域完結型になってきました。そのときの大変重要なツールとして脳卒中地域連携パスが生まれました。



脳卒中地域連携パスに関しては、1995~96年あたりからそういう試みがなされ、早いところでは2004~05年ぐらいから用いられるようになってきました。北九州市では2007年あたりから北九州全体で使える連携パスをつくろうという機運があり、2008年3月に北九州市医師会がこの連携パスを作成する合意ができました(図3)。2008年6月に北九州市地域医療課のリハビリ支援体制検討委員会の中で、北九州市医師会と保健福祉局、産業医科大学などが協力して、北九州全体を取りまとめる地域連携パスを作成することになりました。2008年8月に北九州標準モデル version 1を公開し、2010年9月にversion 2に改訂しました。

北九州脳卒中地域連携パスの作成

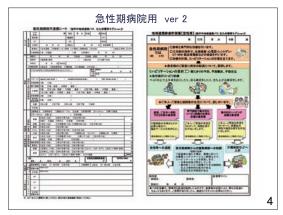
- 2007年 新日鐵記念病院佐渡島院長の北九州脳 卒中地域連携パスの提言
- ・2008年3月 北九州市医師会が作成の方針
- 2008年6月 北九州市地域医療課のリハビリ支援 体制検討委員会で検討
- 北九州市医師会,保健福祉局,産業医科大学
- 2008年8月 北九州標準モデルver1を公開
- 2010年9月 ver 2を公開

3

Version 1は、A3の用紙にすべての内容を記入していましたが、大きいサイズなのでカルテにおさまらないとか、欄が多くて記入しづらいというご意見がありましたので、2010年9月にversion 2、すなわち急性期病院、回復期病院、

維持期病院でそれぞれ用いるように3つに分割しています。さらに紙ベースの運用に加え、ファイルで記入するスタイルと2つの様式があり、ファイルで記入するものは病院のPCや電子カルテに取り込んで用いることができるように工夫をしています。

これは急性期病院用(図4)、これは回復期 病院用(図5)です。

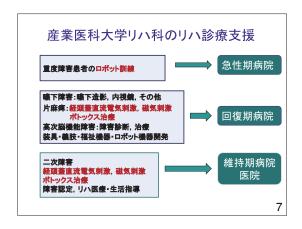




これは維持期の診療所や病院で用いるもの(図6)です。



脳卒中地域連携パスの運用は、診療報酬上、 急性期病院と回復期病院とかかりつけ医の先生 方とで年3回協議会を開催することが義務づけ られています。北九州では、すべての急性期病院13施設、すべての回復期リハ病院18施設が参加しています。そのほか、かかりつけ医の先生方が50人程度参加して連携パス協議会を開催しています。ほかの地域と異なる特徴は、北九州市医師会が強力にバックアップしており、保健福祉局、行政が関与していることです。さらに産業医科大学リハ科が、急性期病院、回復期リハ病院、かかりつけ医の先生方に診療支援とリハ医療に関する研修支援を行っている点です(図7)。医師会、行政、大学の3つが協力して連携パス協議会をサポートしているのが北九州モデルの特徴と考えています。



産業医科大学リハ科がどのような関与をして いるかといいますと、急性期病院に関しては、 一般の病院で対応困難な重度障害の患者さんに 対してロボット訓練を行っています。立てない 患者さんに、ロボット装置で立たせて歩行訓練 の支援を行っています。また、回復期リハ病院 に関しては、特に専門的な診断や治療が必要な 嚥下障害に対して嚥下造影や内視鏡検査を行い、 リハ指導を行っています。また、重度の片麻痺 にはロボット訓練や経頭蓋直流電気刺激、磁気 刺激、そして痙性に対してはボトックス治療等 を行っています。また、高次脳機能障害に関す る専門的な診断や治療、義肢装具、福祉機器、 ロボット機器の開発等を行っています。また、 維持期の病院や医院に対しては、患者さんの二 次障害に対する診察や診療支援、そして痙性麻 痺に対しまして経頭蓋直流電気刺激、磁気刺激、 ボトックス治療などに関する診療の支援を行っ ています。また、かかりつけ医の先生方が片麻

痺の患者さんをフォローアップしていて専門的 な障害認定が必要な場合、リハ医療や生活指導 が必要な場合など、依頼を受けて我々が診療や 支援を行っています。

もう1つ、リハ医療関係者に対する研修支援 に関しまして、北九州市医師会の研修会のコマ として、年間1コマもしくは2コマを産業医科 大学リハ科医師が担当して、リハ医療や介護保 険に関する内容の講演を行っています。そして、 この内容に関して、e-learning教材を作成して、 医師会の先生方やリハ医療関係者が自由に e-learningで研修内容を再確認できるようにし ています (図8)。

リハ医療関係者への研修支援

- •医師会研修会
- 講演(リハ医療,介護保険), e-learning
- ・北九州リハビリテーション医会
- •産業医科大学リハビリテーション医療研究会







北九州市医師会HP または産業医科大学 リハ科HPよりアクセ

8

実地医家向き

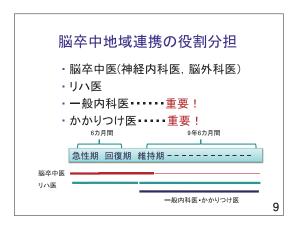
医療福祉関係

e-learning 者・患者家族向き

また、北九州市医師会の中に北九州リハビリ テーション医会という分科会をつくりまして、 年3回、集会を開催しています。その中で、実 地医家の先生方に必要なリハ知識と技能に関す る教育講演やシンポジウムを企画しています。 一方、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、 義肢装具士、看護師なども対象とする産業医科 大学リハビリテーション医療研究会を開催して います。これらの内容に関しましては、実地医 家向きのテキストとして『実地医家に役立つリ ハビリテーションの知識と技術』という本を出 版していますし、また、医療福祉関係者や患者 さん、ご家族向きには、『よくわかる脳卒中介 護指導教本』を出版しています。先ほどの e-learningは北九州市医師会または産業医科大 学リハビリテーション医学講座ホームページか らアクセスすることができます。

まず、北九州市医師会ホームページにアクセ スします。「医師・医療関係者の皆様へ」の見 出しの下に「保健・医療・福祉等」の表示があ りますので、それをクリックすると見出し一覧 が表示され、その中に「かかりつけ医の為のリ ハビリテーション研修」という表示があります。 それをクリックすると、e-learningのページが 出てきます。現在9つの項目(筋力について、 関節可動域について、片麻痺について、ADL 評価について、歩行障害について、嚥下障害に ついて、廃用症候群について、介護保険と福祉 サービスについて、mRSとBarthel Index)を 作成しております。実際の日常診療や脳卒中連 携パスで必要な事項を約15分から20分程度の短 い講義形式で閲覧できるようになっています。

さて、この脳卒中地域連携パスをもとに脳卒 中の地域連携の役割を考えてみますと、脳卒中 医、すなわち神経内科の先生、脳外科の先生の 役割は、恐らく急性期に特化した内容が期待さ れます (図9)。もちろん、回復期、維持期も これらの先生方が診療されてもいいのですが、 専門医の数と在宅の脳卒中患者さんの人数を考 慮すると、回復期や維持期まで手が回りません。 医療資源の適正配分の観点からも、急性期に特 化するのが得策です。リハ医も急性期から回復 期の診療を担当しますが、維持期を担うだけの マンパワーがありません。実際にこの連携パス を運用してみますと、維持期の患者さんの大部 分は一般内科の先生やかかりつけ医の先生が診 療を行っていることが分かります。脳卒中の患 者さんが発症して10年間生存することを想定す ると、急性期から回復期、すなわち、たかだか 6カ月間の診療を我々が行うわけであります。 残りの9年と6カ月は医師会の先生方が担当さ れ、特にかかりつけ医の先生の役割が大変重要 です。北九州市で脳卒中地域連携を推進してき ますと、やはり医師会のかかりつけ医の先生方 が脳卒中の内科管理やリハ的助言をしていただ けるかということが重要であることが分かりま した。従って、医師会活動の中で、かかりつけ 医の先生方にリハ医療の知識や技能を提供する ことに取り組んでいます。



脳卒中地域連携パスの最近6カ月間の運用状況ですが(図10)、397例の登録があり、急性期の段階では要介護、車いす、全介助の患者さんが、回復期リハ病院に入院して訓練を終了して退院するときは、約70%の患者さんは歩行自立の状況となりました。詳細な解析結果は後日ご報告することにします。



それでは、残りの時間で最新のリハビリテーションを若干紹介をさせていただきます。

推奨される脳卒中リハビリテーションは、急性期は早期から積極的なリハ介入を行うことが強く推奨されています。回復期は、専門的、集中的、包括的なリハを推進し、十分な訓練量と訓練回数が必要です。維持期は、体力、筋力、歩行能力の維持と向上をすることが重要であり、訪問、通院、地域リハの適応を考慮した対応をすることが奨められます。

回復期の訓練では十分量の訓練を集中的に行います。十分量の歩行訓練量を提供することは 重要ですが、診療報酬上、おのずとその限度が あります。十分量の訓練を提供する方法として、 歩行訓練の後に、リカンベント型エルゴメー ターを用いる、患者さんをつり上げながらトレッドミル歩行を行う、または、歩行器にフレームを付け患者さんをつり上げるようにして、転倒しないように、また足を振り出しやすくして自由に歩かせることが勧められます。ガイドライン上、トレッドミル訓練、免苛式動力型歩行補助装置(歩行訓練ロボット)が勧められています。

産業医科大学では新エネルギー産業技術総合 開発機構 (NEDO) の補助金をもらい、安川電機と産業医科大学で歩行支援ロボットを開発しました (図11)。これは、4本のロボットアームで患者さんの脚を動かし、全く立てない患者さん、歩けない患者さんもロボット訓練装置で十分な歩行訓練を行うことができます。この装置には、能動歩行:患者さんが自分で歩く、能動介助歩行:患者さんが足を振り出そうとしてロボットが支援をする、受動歩行:完全にロボットの動きで歩かせるという3つのモードがあります。

歩行支援ロボット

- · NEDO:安川電機, 産業医科大学
- ・全荷重状態で4本のロボット・アームが両側大 腿部および下腿足部を駆動
- ・体幹をベルトで緩く保持し、 転倒を防止
- 足圧のbiofeedback system を装備
- ・能動歩行,能動介助歩行, 受動歩行の3モードを選択



11

光トポグラフィーを用いて脳賦活を調べると (図12)、受動的な歩行では全く脳が賦活しませんが、自分で歩こうとする、もしくは自分で歩こうとしてロボットが介助する様式で歩行訓練すると脳が賦活しますので、現在は能動介助モードで歩行訓練を行っております。

能動および能動介助歩行は脳賦活 Oxy Hb 能動歩行 能動かり 能動かり を表現している。 を表現している。

これは重度の片麻痺の患者さんがロボット支援歩行訓練を行っている様子です(図13)。まず、患者さんを車いすで歩行支援ロボットの前まで連れていき、で乗り移りをして座らせます。そして、装置が上昇して患者さんをトレッドミル上に立たせます。装置をスタートさせると、全く立てない患者さん、歩けない患者さんも、ロボット訓練装置を用いて歩行訓練を行うことができます。

ロボット支援歩行訓練

重度片麻痺患者, Br. Stage III 20分間, 5日間/週, 合計4週間 Knee-Extension test: 1→2 筋力(StrengthErgo): 左6.1→18.5N, 右5.0→29.9N 歩行速度: 0→20.0m/min







13

歩行支援ロボットを用いて歩行支援ロボット 訓練による有効性の検討を行っています(図 14)。これは無作為化前向き比較試験で、よう やく最近終了いたしました。これは発症後4週 以内の重度脳卒中片麻痺の患者さんを、ロボット訓練群と通常の訓練群に無作為に割り付けを しました。1週間に5日間、合計4週間の訓練 を行い、訓練開始前と終了時に歩行能力に関す る評価を行いました。

歩行支援ロボット:無作為化前向き比較試験

- 発症後4週以内の重度脳卒中片麻痺患者
- ・ロボット 訓練群15名 理学療法40分+ロボット歩行訓練 20分
- ·通常訓練群15名 理学療法40分+通常歩行訓練20分
- 5日間/週, 合計 4週間
- ・訓練開始前,終了時に麻痺重症度, FIM, 歩行 速度,筋力を評価

14

2群間で実は有意差はなかったのですが、座位で膝伸展ができない重度の患者さんを層別化すると、ロボット訓練を行ったほうが麻痺側の筋力が有意に増加し、歩行速度の増加が有意に大きいという途中経過です。最終結果は近日中に発表する予定です。

また、我々の使用している上肢訓練ロボットを紹介します(図15)。左上はBiManu Track、ドイツの自由大学のベンチャー企業が作製したものであり、この青いスポンジに前腕を置いて前腕を回旋あるいは手関節を掌背屈させます。現在、通常の臨床で使用しています。その後継機種として、北九州学術推進機構の企画で北九州市立大学と上肢訓練ロボットの開発を行っています。その試作品を左下に示します。右上はReoGoといいますイスラエルのMotolika社の開発したReoGoという上肢訓練ロボットです。

我々の使用している上肢訓練ロボット





ReoGo Motorika社 (イスラエル)



上肢訓練ロボット(試作) ・北九州市立大 ・産業医科大学

・ 産業医科入学・ 北九州学術推進機構

15

この上肢訓練ロボットを用いて3年をかけて 多施設共同無作為化前向き比較試験を行いました(図16)。これは日本全国の回復期リハ病院 6箇所に協力をお願いし、上肢の訓練を2単位、 そしてReoGoの訓練を2単位、もしくは上肢の 訓練を2単位と自主訓練2単位で比較試験を行 いました。ようやくこれも研究が終了し、ロボッ ト訓練を行ったほうが上肢のFugl-Meyer評価 で有意に改善することが示されました。これは 今年2月の国際脳卒中会議で発表します。

ReoGo: 多施設共同無作為化前向き比較試験

- ・ 回復期リハ病院における片麻痺上肢回復の 有用性を検証
- ・ 参加施設:関西リハ病院,八幡東病院,白十字病院 時計台記念病院,長崎北病院 東京湾岸リハ病院
- · 登録期間:2008年9月~2010年5月
- ・対象:発症8週未満の初回発症片麻痺 登録時Br.Stage III~IV, 60症例
- 方法:①上肢訓練2単位+ReoGo訓練2単位 ②上肢訓練2単位+自主訓練2単位
- · 評価項目:BS. FMA. STEF. WMFT. MI. ROM. MAS FIM, MAL, VAS

16

昨年から、片麻痺患者さんへの低頻度磁気刺 激も始めました(図17)。この左の図は患者さ んに磁気刺激をして様子です。54歳の女性で高 度の左片麻痺があります。低頻度の磁気刺激を 1日900発10日間行いました。この患者さんは 上肢がほとんど屈曲できるかできない状況でし たが、磁気刺激を行い補助手としてですが、上 肢を使用することができるようになりました。

片麻痺患者への低頻度磁気刺激



54 能女性 被報出而後左片麻痹 1Hz 900 発/日, 10 日間刺激 KM 1 → 2 ,FF 1A →2



17

また、ロボット訓練と経頭蓋直流電気刺激に よる麻痺改善の治療も行っています(図18)。 現在7症例の片麻痺患者さんに対してこの治療 を行っております。これはBi-Manu Trackとい うロボット訓練を行いながら、頭に経頭蓋直流 電気刺激を行っているところです。健側の手で レバーを動かしますと、反対側の麻痺側の上肢 も動かすことができるというものです。これに よりますと、経頭蓋直流電気刺激を加えると

Fugl-Meyerの評価が有意に改善し、痙性が減 弱する結果が得られています。

ロボット訓練と経頭蓋直流電気刺激

片麻痺(7症例) 障害大脳半球C3またはC4領域 tDCS(1000mA, 10分間) ロボット補助訓練(60分間) 5日間実施



- FuglーMeyer上肢機能テスト $14.1 \rightarrow 16.1 (p < 0.05)$
- Modified Ashworth Scale

痙性の改善



18

最後に、これは脳卒中ではありませんが、ウェ アラブルロボット、体に装着するタイプのロ ボットの臨床使用も始めました(図19)。この 患者さんはシャルコー・マリー・トゥースタイプ Xの患者さんで、重度の障害で、起立歩行障害 は高度です。下肢の筋力は1~2で、歩行不能 であり、電動車いすを使用している患者さんで す。この患者さんに、いすから立ち上がってく ださいと指示を出しても筋力低下が高度であり、 全く立つことができません。この患者さんに ウェアラブルロボット(HAL)を装着して訓 練をすると、何とか立つことができました。ま だ訓練を始めた最初の段階ですので、ぎこちな いですが何とか歩行することが可能となりまし た。今後の歩行訓練として検討すべき物と思い ます。

Wearable robot (HAL)

・CMT type X. 重度の起立歩行障害 下肢筋力 1-2 歩行不能で電動車椅子を使用いす





HAL無しで起立. 歩行は不能.

HAL装着し起立歩行訓練

19

まとめとしまして、北九州脳卒中地域連携パ スは、北九州市の医師会、それから大学、行政 が参画し、特に大学が診療・研修の支援をする というのが特徴です。脳卒中リハビリテーショ

ンは早期から介入して十分量の訓練を提供する ことが重要です。我々が試みている新しい治療 法として、ロボット支援訓練、経頭蓋直流電気 刺激、磁気刺激、ボトックス治療などがあり、 今後、その有用性を証明する必要があります。 以上です。

「世代を超えて繋がる小児生活習慣病 一小児科開業医に何が出来るかー」



福岡県小児科医会/ 青木内科循環器科小児科クリニック 青 木 真智子

座長の労をおとりいただきます黒木先生、あ りがとうございます。

私にこのような発表の機会が与えられましたのも、福岡県小児科医会会長・高崎先生を始めとする福岡地区小児科医会(通称丹々会)におられる先生方のご指導とご支援があってのことであり、また福岡市健康づくりセンターの先生方のご協力のおかげと心より感謝申し上げております。

私たち小児科医は、健診などを通じて教育現場と密接にかかわり合っており、また日々の日常の中でかかりつけ医として子供たちの成長を小さいときから見守ることができます。開業医一人一人の力は小さくとも、連携することで大きな力となり、社会を変えていく力になると私は信じております。小児生活習慣病については、社会全体が立ち向かわなければならない大きな問題と思っております。その気持ちを込めまして、今日発表させていただきます。

日本の小児肥満に対する動き

2007年 小児メタボリックシンドロームを定義

2010年 小児肥満対策推進委員会 (大関武彦 委員長)

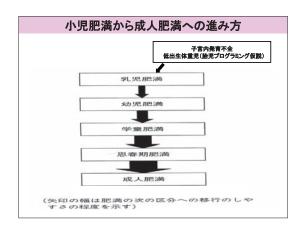
2010.3.17 小児肥満ネット立ち上げ

www.kodomo-himan.net

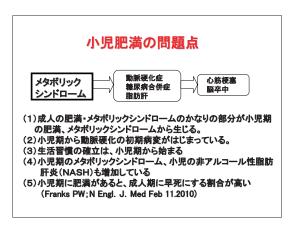
(厚生労働省.日本医師会など)

このスライドは、日本の小児肥満に対する動きをまとめました。2007年、小児メタボリックシンドロームが定義されております。2010年、厚生労働省、日本医師会などがバックアップいたしまして小児肥満ネットが立ち上げられてお

ります。このように、小児肥満に対する啓蒙が 始まっています。



小児肥満から成人肥満への移行の進み方を表した図です。学童期の肥満は約40%が思春期肥満に移行し、思春期肥満の約70~80%が成人肥満に移行すると言われております。一方、子宮内発育不全を伴った低出生体重児は、胎児プログラミング仮説と申しますが、その後の成育環境が合わないと成人期に生活習慣病を発症するという説が言われております。



小児肥満の問題点をまとめます。

- (1) 成人の肥満、メタボリックシンドロームのかなりの部分が小児期の肥満、メタボリックシンドロームから生じています。
- (2) 小児期から動脈硬化の初期病変が始まっています。成人で用いられる脈波や高感度CRPといった検査結果も小児期からの病変を示しております。
- (3) 生活習慣の確立は小児期から始まっておりまして、三つ子の魂は百までもと申しますように、一たん確立された生活習慣はなかなか変わるものではございません。

- (4) 小児期のメタボリックシンドローム、小児の非アルコール性脂肪肝(NASH)も増加しています。
- (5) 小児期に肥満があると、成人期に早死に する割合が高いとまでの報告もございます。

生活習慣病胎児期起源説·Barker仮説

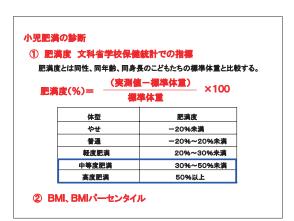
胎児が低栄養にさらされた時、生存のために代謝・内 分泌反応を変化させ、組織や機能に変化を生じ(胎児プログラミング)、生後の環境があわないと成人期の心血 管病や2型糖尿病のリスクとなる

Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD)

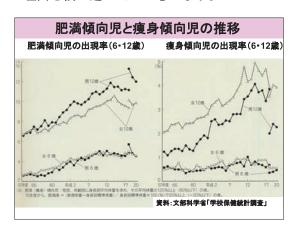
臓器機能のプログラミングは胎児期のみならず、出生後早期、乳児期の影響をうける。器官の発達が完了する頃の環境とそぐわない(ミスマッチ)場合、何らかの健康への影響が出現する

小さく産んで大きく育てるのではなく、 成長曲線に沿って育てる

また、Barker仮説のように、胎児が低栄養にさらされたとき、生存のために代謝・内分泌機能が変化することで、組織、機能に変化を生じ――これを胎児プログラミングと申しますが、その後の環境が合わないと成人期に心血管病や2型糖尿病のリスクとなるという説があります。それを発展させまして、胎児だけでなく、出生後早期、乳児期の影響を受けるというのがDOHaD仮説です。昔言われていました小さく産んで大きく育てるというのは認められるものではなく、子供たちの成長曲線に沿って育てるのが最もふさわしいと最近ではなっております。このように成人期の生活習慣病は、乳児期、幼児期、小児期を通じて大きく取り組まなければならない問題と考えております。



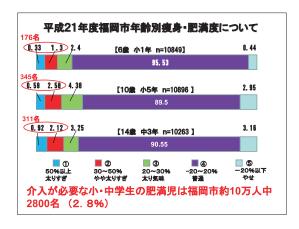
では、小児肥満の判定はどのようにするのか。 2つ指標がございまして、ひとつは①肥満度で す。肥満度は文部省学校保健統計での指標です。このような式で求めますけれども、この標準体重が一人一人違い計算しなくてはならないので、学校現場ですべての子供たちがこの肥満度を求めているとはなっておりません。文科省の肥満傾向というのは軽度肥満20~30%以上を示しておりますが、中等度肥満は30~50%、高度肥満は50%以上となっています。私が考えますのは、この中等度以上でははるかに合併症が増えますので、地域医療として介入が必要と考えております。②BMI、これは大人の肥満の指標になっておりますけれども、小児で用いられない理由を後で述べたいと思います。



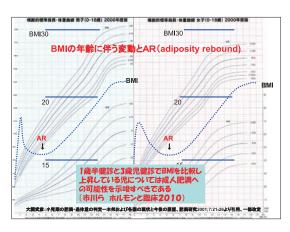
これは文科省が示しました肥満傾向児と痩身傾向児の年次推移です。左が肥満傾向児、下が6歳、上が12歳。右が痩身傾向児で6歳と12歳ですが、お示ししましたとおり、この30年間に小児肥満は約3倍に増えておりますが、平成17年度ごろから肥満傾向は上昇に歯止めがかかっております。しかし、中等度肥満、高度肥満は増えていると言われております。一方、痩身傾向児も増えております。特に思春期の12歳の女の子に増えておりまして、このように増えていることは、将来、先ほどのBarker説やDOHaD説のように、胎児の影響にかかわってくるものと考えております。

平成21年度都道府県別 肥満傾向児の出現率(%)							
	5歳	10歳	13歳	17歳			
全国	2. 7	9. 54	8. 94	9. 83			
岩手県(1位)	5. 57	14. 56	12.06	13. 97			
福岡県(29位)	2. 15	9, 09	9. 64	10. 44			
福岡市(平成20年 度 視診を含む) (文科省学校保健統計による)	1. 32	1. 78	0. 65	0. 32			
福岡市 (平成21年度 11万人調査)	2. 34	7. 55	6. 52	7. 62			

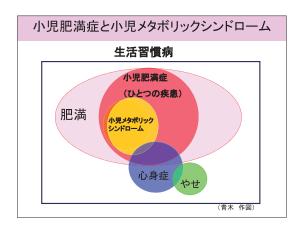
では、平成21年度都道府県別肥満傾向児の出 現率を示します。一番上段に示しているのが全 国平均、日本の中で一番肥満度が高いのが岩手 県、そして福岡県は29位となっておりまして、 ほぼ全国平均でございます。これは福岡県の学 校の中で幾つかサンプリングしまして肥満度を 直接計算してあります。一方、福岡市の平成21 年度の学校保健統計の数値を示します。これは、 学校によっては肥満度を計算しているところも ありますし、また学校医の指針だけで判断して いるところもございます。そうすると、5歳で 1.32、10歳で1.78、13歳で0.65、17歳で0.32。と ころが、昨年、福岡市教育委員会が多大な労力 をお払いになりまして、約11万人の子供の肥満 度を一人一人計算されておられます。すると、 5歳で2.34、10歳で7.55、13歳で6.52、17歳で7.62 となっております。この意味するところは、学 校現場での肥満の判定はすごく低く出ている。 実際一人一人の肥満度をチェックして診断しな ければ、子供たちの中等症、重症の症例が多数、 子供たちが気がつかないままに過ごしているの ではないかと考えられます。



先ほどの福岡市教育委員会のデータをいただきまして、6歳、10歳、14歳の児数を計算してみました。6歳で赤が中等症、青が重症でございますが、中等症、重症は、大体1万人のうちに176名。10歳でも345名、14歳では311名。私が考えます介入が必要な小中学生の肥満児は福岡市約10万人の中に2,800名、2.8%です。ちなみに、肥満度50%以上の重症は600名、0.6%おられます。この数値を少ないと思うか、多いと思うか。この子たちの中には、自分の健康状態を知らずにそのまま成人の動脈硬化性疾患に発展する子供たちがたくさん含まれております。私たちが地域医療としてこの子たちにかかわれば、この子たちの未来は大きく変わってくると強く思っております。



これは年齢によるBMIの変化を示したグラフ です。BMIは、成人の肥満の指標になっていま す。子供の場合は、点線がBMIですけれども、 1歳半でピークになりまして、5歳で大体低値 になります。低値のところをadiposity rebound と申しまして、ここから体脂肪がたまるように なりまして、緩やかにBMIが上昇します。この adiposity reboundが早期に出現すれば、早く 体脂肪がたまるので成人肥満へ移行しやすいと 言われております。そこで、福岡市の健診は1 歳半と3歳が行われておりますけれども、普通 はこのBMIを計算したときに1歳半が高いのが 標準ですが、逆に3歳のBMIが高い子がおれば、 これは成人肥満へ移行する可能性があるとして 介入を施行すべきと考えます。こういう報告が ございます。



では、肥満であっても、病気であるのか、病気でないのか、ここの判定が非常に重要と考えます。小児の肥満の場合、判定が2つあります。小児のメタボリックシンドロームと小児肥満症という範疇です。小児のメタボリックシンドロームの診断基準に準じてつくられましたのでほぼ同じ項目です。もう一つ、小児の肥満症というのは、日本肥満学会が肥満症という病気の単位を定義しましたが、これも一つの病気の単位です。そして、小児メタボリックシンドロームに入っていない肝機能障害や高尿酸血症、高インスリン血症、その他子供に特有な特徴を入れております。

小児メタボリックシンドローム(MS)の診断基準

6~15歳 厚生労働省班研究最終案(2007)

- 1) 臍周囲径≥80cm(男女とも) 小学生は75cm以上 かつ/または ウエスト身長比≥0.5 + 2)~4)が2つ以上
- 2)<u>血清脂質</u> 中性脂肪≥120mg かつ/または HDL-コレステロール<40mg/dl
- 3) 収縮期血圧≥125mg/dl かつ/または 拡張期血圧≥ 70mg/dl
- 4)空腹時血糖≥100mg/dl

簡単に述べますと、小児メタボリックシンドロームは、臍周囲径が子供の場合は80cm以上、小学生は75cm以上で、脂質と血圧と血糖の項目が入っております。

小児肥満症の診断基準及び診断スコア

肥満小児の判定:体脂肪率の基準値 男児(小児期全般):25%

女児 11歳未満:30%、11歳以上:35% 肥満症の診断:5歳0かつ月以降の肥満児で合計スコアが 6点以上のもの

6 尽以上のもの	
(1) 肥満度が50%未満	0点
(2)肥満度が50%以上	3点
A. 肥満治療が特に必要となる医学的問題	
(3)高血圧	6点
(4) 睡眠時無呼吸など肺換気障害	6点
(5) 2型糖尿病、耐糖能障害	6点
(6) 腹囲増加または臍部CTで内臓脂肪蓄積	
腹胛≥80cm	6点

B. 肥満と関連の深い代謝異常など	
(7) 肝機能障害 (ALTの異常値) > 30 I U/ml	4点
(8) 高インスリン血症 空腹時 IRI ≥ 15 μ U/m l	4点
(9) 高コレステロール血症TC ≥220mg/d1	
またはLDL‐C ≥140mg/dl	3点
(10) 高中性脂肪血症TG ≥120mg/dl	3点
(11) 低HDLコレステロール血症 <40mg/dl	3点
(12) 黒色表皮腫	3点
(13) 高尿酸血症UA ≧6.0mg/dl	2点
参考項目:身体的因子および生活面の問題(この項目では最高3点	まで)
(14) 皮膚線条、股ズレなどの皮膚所見	2点
(15)肥満に起因する骨折や関節障害	2点
(16)月経異常(続発性無月経が1年半以上持続する)	1点
(17)体育の授業などに著しく障害となる走行、	
跳躍能力の低下	1点
(18)肥満に起因する不登校、いじめなど	1点
	M =1 ==
朝山光太郎他:小児肥満症の判定基準.肥満研究2002;8:204 - 211よ	リラ川田

一方、子供の肥満の病気であると診断する小児肥満症では、体脂肪が多いことと肥満度が高いということや、また特に臍周囲径が80cm以上、これが6点になりまして、6点以上あれば治療への介入が必要であると述べてあります。

このほかにも肝機能障害、高インスリン血症、 高コレステロール血症、特に首が黒くなる黒色 表皮腫、そして子供に特有な体育の授業が苦手 になるとか、いじめだとか、こういったことが 点数に加算されております。

小児肥満の合併症について

~すでに合併症を持つ子供が多い~ 小児肥満検診受診者(6 - 15歳)での合併症の頻度(%)

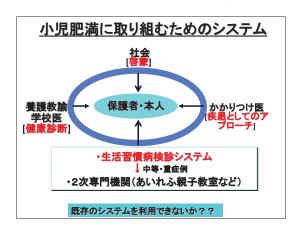
肥満に伴う合併症	男子(n=698)	女子(n=330)
脂肪肝·肝機能異常	43.4	23.3
高インスリン血症	42	55.5
高コレステロール血症	18.1	14.8
血清中性脂肪が高い	30.4	30
メタボリック症候群	22.1	15.2

(菊池ら 肥満研究2004年より引用)

対象 単純性肥満男子 698名(肥満度28.8~111%) 単純性肥満女子 330名(肥満度309~1185%)

では、どうしてこんなに小児肥満が大切なのかと申しますと、これは新潟大学の菊池先生が肥満研究という雑誌で発表されたデータですが、

単純性肥満の男女約1,000人、肥満度が30%以上ぐらいですけれども、そのときに脂肪肝・肝機能異常は約2~4割、高インスリン血症が4~5割、高コレステロール血症が1~2割、中性脂肪が高くなるのが3割。その中でもメタボリックシンドロームと診断されるのは約1割5分から2割しかございません。ですから、私は、小児肥満を見るときにメタボリックシンドロームの定義だけでなく、小児肥満症の診断基準を用いて子供たちをフォローすべきと考えます。



では、実際に福岡県でどういうふうに小児肥満に取り組んだらいいのか。保護者・本人を真ん中にいたしまして、社会では実際に啓蒙が始まっております。しかし、学校現場では養護教諭、学校医の先生たちが本当に肥満を正確に診断しておられるのか、ここに一つ疑問があります。また、かかりつけ医は、小児肥満症という肥満の病気を疾患としてアプローチできているのか。この2つの問題があります。かかりつけ医で取り組めないような困難なケースは2次専門医療機関が必要と思いまして、福岡地区小児科医会会長の進藤先生、福岡市医師会理事の清松先生、植山小児科医院の植山先生、また、あいれふの小池先生、酒井先生らとともに、あいれふ親子教室を立ち上げております。



あいれふは、福岡市中央保健所の上にありまして、福岡市健康づくりセンターの4階にございます。

集団指導内容								
0	日程	医師講義	運動実技	食事指導				
	日曜日 午後1時半~ 3時半	20~30分 健康と肥満につい て、また、適宜経 過報告など	40~60分 ゲーム的な要素の ある運動、リズム運動、親子協同で行う 運動など。	30~40分 食事パランスガイド の説明、ウエルネス レストランを活用し た体験型学習など。				
D	5/17	0						
2)	5/31		0	0				
3)	6/14	0	0	0				
4)	6/28		0	0				
5)	7/12	0	0	0				
6)	8/9	0	0	0				
9	9/13	0	0					
8)	12/13	0	0					

指導内容といたしましては、日曜日の午後2時間、8回にわたりまして、小児科医の講義、運動療法士の実技、そして管理栄養士の食事指導を行っております。また、臨床心理士の先生方にもお加わりいただきまして、親子関係のフォローアップをいたしております。



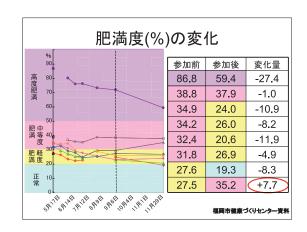
これは、あいれふ親子教室の運動療法の実際 を示しております。子供たちの感想としては、 両親もしくは保護者とこのように運動するのが とても楽しい、そういうコメントがたくさん寄せられました。



また、このように小さなステップ台を用いて、音楽に合わせて昇り降りする運動を用いておりまして、それを宿題としておうちに持って帰ってもらって、10分ステップ台を昇り降りしたときにシールを1つ張り、また30分すると3つ張る。こういうふうに楽しみながら、雨の日も風の日も家で運動できるようなシステムを考えられております。

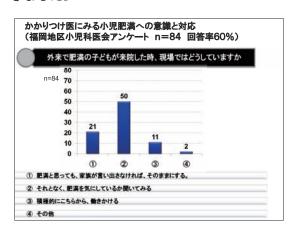


また、ウエルネスレストランとしてフードモデルのレストランがございまして、自分がとった食事がバランスのとれた食事であるのか、そういうことを自分自身でチェックできるシステムを備えております。

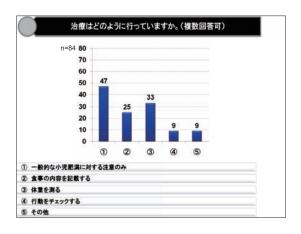


肥満度の変化を示します。8家族、1つのドロップアウトがありましたけれども、ほとんどの家族で肥満度が低下しております。

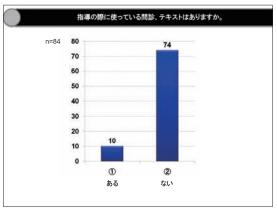
では、一体、かかりつけ医は小児肥満に対してどういう意識と対応をしているのか。福岡地区小児科医会でアンケートをとらさせていただきました。

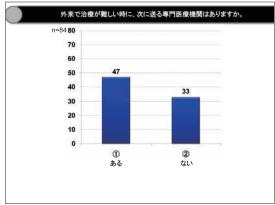


外来で肥満の子供が来院した時、現場ではどうしているかという問いに、肥満と思っても家族が言い出さなければそのままにするなど、積極的に取り組むところはまだ少のうございました。



また、治療はどう行っているかということに 関しても、一般的な小児肥満に対する注意のみ の方が多うございました。





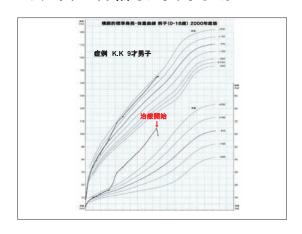
そして、指導の際に使っている問診、テキストはあるかという問いに、ほとんどないというお答えでございまして、外来で治療が難しいときに次に送る専門機関もないというお答えも多うございました。



そのために、かかりつけ医が小児肥満に取り 組むためのテキストを昨年11月に作成いたしま した。ここの中に小児肥満の知識と診断、保護 者とお子様用の別々の問診票、そしてクリニッ クを受診したときに簡単にどういう診察の流れ があるのか、また、あいれふを参照にした生活 記録を用いまして、このテキストを作成いたし ました。このテキストは福岡地区小児科医会の ホームページにアップされる予定でございます。 また、福岡市教育委員会が一部使っていただけ るというご意見をいただいております。

年 月 日	正常範囲	22.10.16	22.11.06	22.12.11	23.01.15
月齡		9才7ヵ月	9才8ヵ月	9才9ヵ月	9才10ヵ月
身長(cm)		144.2	144.7	145	145.7
体重(kg)		64.8	62.6	58.7	57.6(-7. 2
康國(cm)	75未満	99.5	96.5	92	85.5(-14)
収縮期血圧(mmHg)	130未満	138	121	102	116
被張翔血圧(mmHg)	80未満	60	54	64	60
体脂肪率(%)	男子25未満	56.3	50.6	47.2	44.8(-11.5
肥満度(%)	20未満	76.6	67.8	57.4	52(-24.6)
腹圈/身長比	0.5未満	0.69	0.67	0.63	0.59
参新スコア・その他	6朱満	20点(脂肪肝、 高インスリン血、 黒色表皮症)			

では、うちの症例をちょっとご紹介させていただきます。これはほかのクリニックから、肥満が重症なために診てもらえないかということでご紹介いただきました。9歳7カ月で腹囲が99.5cm、体脂肪が56.3%、肥満度が76.6%でして、重症の肥満です。これを3カ月フォローいたしまして、一応腹囲が85.5cm、体脂肪が44.8%、肥満度が52%まで改善いたしました。私がこのスライドで言いたいのは、このように重症な例がたくさん隠れているのではないか、自分の肥満がどういう合併症を持っているかも知らない子供たちがたくさんまだ残されているのではないか、そういう気持ちになりました。



こういうふうに成長曲線をつけております。 身長は標準に乗っておりますが、体重は、単純 性肥満を示すように、3歳ぐらいから急激に増 加しています。そして、治療を開始すると体重 が減っております。私は、このままこの子がずっ と正常になるとは思っておりません。何回もの リバウンドを繰り返すと思います。ですけれど も、一人一人が子供たちのことを一生懸命考え て経過を診ておれば、何も介入しないよりは、 はるかに子供たちの未来はいいものになると信 じております。

[まとめ]

- 1. 小児肥満を正しく診断するために、学校現場での 肥満度の測定を重視し、小児メタボリックシンドローム・小児肥満症の診断基準に沿って、小児肥満の 重症度を明確にすべきである。
- 2. 学校医・かかりつけ医は、外来で積極的に小児肥満、やせについて診断・治療すべきである。生活習慣病が世代を超えて繋がることを考えよう。
- 3. そのためには、福岡県でも小児生活習慣病検診が 必要である。軽度の場合は、かかりつけ医が、また 中等症・重症の場合は、積極的支援を行う施設が 経過を診る必要がある。成人の検診システムや学 校での他の検診を利用し、できる方法はないのか。

まとめ。

- 1、小児肥満を正しく診断するために、学校 現場での肥満度の測定を重視し、小児メタボ リックシンドローム・小児肥満症の診断基準に 沿って小児肥満の重症度を明確にすべきである。
- 2、学校医・かかりつけ医は、外来で積極的 に小児肥満、痩せについて診断・治療すべきで ある。生活習慣病が世代を超えて繋がることを 考えよう。
- 3、そのためには、福岡県でも小児生活習慣 病検診が必要である。軽度の場合はかかりつけ 医が、また中等症、重症の場合は積極的支援を 行う施設が経過を診る必要がある。成人の検診 システムや学校での他の検診を利用し、できる 方法はないのか。あいれふでももとは成人 の健康づくりセンターでございましたし、また 福岡県のメディカルセンターでは心疾患の検診 を利用して生活習慣病検診をするという動きも あるとお聞きしております。

世界で増加する肥満

2015年WHOによる各国の肥満分布予測 (BMI 25 以上)

> アメリカ 84.5 % オーストラリア 79.0 % メキシコ 78.2 % 日本 32.7 %

2010年 オバマ夫妻 子供の肥満重要性を主張

Small changes can make a difference

世界で増加する肥満。2015年、WHOは、BMI25以上を、アメリカ84.5%、日本32.7%と申しておりまして、2010年、オバマ大統領は子供の肥満対策の重要性を主張しておられます。また、ミシェル・オバマ夫人は、Small changes can make a differenceと、子供の肥満を変えていく重要性を示しておられます。この言葉は私たちにも通じるものがあります。小児肥満にかかわる私たちが行動を起こし、小児生活習慣病の子供たちが自分の健康に目を向けて頑張っていけるように、これからも開業医として取り組みたいと思います。

ありがとうございました。

一 総 合 討 論 一

○**黒木座長** それでは、続きまして総合討論に 入りたいと思います。

お聞きいただきましたように、各大学と医師会からお話しいただきました。分野が非常に多岐にわたっておりますけれども、今日お話しいただきました5つのご発表全体を通しまして、ご質問のある方お願いします。

○会場参加者 心臓の動脈硬化、脳の動脈硬化、 いろいろなことを一緒に教えていただいて、あ りがとうございます。私自身は1923年に生まれ たものですから、私の友達やなんか、どういう 生活をしていると元気にいるかということを私 なりによく考えます。ドイツにカントという偉 い哲学者がいて、あの人はともかく弱い体で生 まれたということですが、結婚もせず、あれだ け大量の論文を発表された。その原因は何かと いったら、毎日2時間歩かれたと。そこで質問 ですが、心臓外科の心筋梗塞を起こす動脈硬化 と脳の動脈硬化を起こす違い、その原因となる ことをお教えいただければと。私は、ともかく 運動療法が非常に大事ではないかと。福岡大学 の内科の教授の先生がそういうことを非常に熱 心にお話しになっているのを何回かお聞きした ことがありますので、その辺のことを教えてい ただきたい。

○シンポジスト (上野) ありがとうございます。心筋梗塞を起こす動脈硬化でございますね。 先ほど申しましたように、多くの危険因子が絡んで、そこに不安定な、いわゆるお粥みたいな動脈硬化ができて、その部分が、極端な言い方をすると、血管の中でにきびが破れて、そこに血栓ができるというふうに言われております。脳卒中の部分と恐らくちょっと違うところがあると思うのですけれども、危険因子を取り除く治療が予防という意味では大事でありまして、その中で先生がおっしゃった散歩する、歩くということは、そういう意味においては非常に重要な一つの項目になろうかと思います。脳卒中に関しては井上先生からお願いします。 ○シンポジスト (井上) 基本的に危険因子は 心臓も脳も同じということでよろしいと思いま す。我々、頸動脈狭窄症を扱っていますと、4 割の方は治療を要する心疾患があるわけでござ いますから、基本的には運動療法を含めて同じ ことで予防できるのではないかと思います。

○会場参加者(深川) 浮羽医師会から産婦人 科医師の深川です。青木先生に2点ほどお聞き したいと思います。

小児の肥満というのは、私は産婦人科ですから最初に子供に出会うということですが、地域差がある。岩手県が一番ひどくて、福岡県という地域差の原因は何かということが1つ。もう1つは、私たちが産婦人科で最初に子供と出会うわけですけれども、その出会いから、肥満に対して、私たちがお母さん、家族に注意することは何かないか、私たちが手助けするものはないか。

その2点をお聞きしたいと思います。

○シンポジスト (青木) 地域差のことについてお話ししたいと思いますけれども、やはりファーストフードや交通機関が育っている、ジュースとかがすぐ買えるようなコンビニが近いとか、そういうことが地域差に影響していると思います。ですから、昔のように……。あともう1つは、家族が共働きになったり、塾に行ったり、いろいろ子供たちが忙しい毎日になっておりまして、そういう中でお母さんたちが食事に対しての意識がどれほどあるのか。食育ということに関しまして最近特に言われておりますけれども、大家族で暮らして、おじいちゃん、おばあちゃんたちの御飯をつくるというところもまたそういう地域差があるのではないかと思います。

2番目のお母様たちにどういうふうにお話し したらいいかということですけれども、それは 社会全体、かかりつけ医、学校医が繰り返し、 小児肥満や動脈硬化性疾患の怖さについて述べ なければならないと思います。痛くもかゆくも ありませんので、大人になってからしかわから ないことですから、小児肥満を一生懸命取り組 んでいますと家族が違ってきます。まずご両親 が運動しようという気持ちになりますし、子供 の食事に対してもすごく気をつけるようになり まして、家族自身全体が健康になります。

また、産婦人科の先生方にお願いすることは、 生まれてから急激に大きくするのではなくて、 成長曲線に沿って育つのがいいんだよというふ うに。また、胎内エコーで、新生児の先生方は、 胎内の体重も急に増やすのではなくて、ちゃん とフォローして育てるように計画してあるとお 聞きしておりますので、胎内から乳児期にかけ て成長曲線に沿って育てることがやはりこれか ら重要になってくるのではないかと思っており ます。

○会場参加者(深川) 厚生省のIUGRが出て、新生児の周産期医療から始めて30年たちまして、IUGRの子供たちがメタボになっているということが出て、私たちには、妊婦さんのダイエットはやめろという指示が出ております。どうも私は妊婦さんのダイエットを診たことがなかったものですから、あまり積極的なダイエットは勧めませんけれども、ある程度妊産婦の食事は必要かなと思っております。そういう意見等を述べさせていただきました。どうもありがとうございました。

○シンポジスト (青木) 妊婦さんに食事バランスガイドにのっとった、御飯があって、野菜が2つあるようなバランスをとる食事を強くお勧めになっていただきたいと思います。

○会場参加者(豊澤) 遠賀中間医師会の豊澤と申します。内科の開業医をしておりまして、 青木先生にお伺いしたいんです。私も内科で診療しておりまして、大人の肥満に関しては直接指導することは多々あるのですが、子供の肥満を見つけたときになかなか言い出せないでいるんです。子供に、あなたは太っているよと伝えるのに非常に躊躇するところがあります。それから、親御さんとの関係ですね。自分の子供は太っているというふうに赤の他人に指摘されたときにどうだというところでちょっと躊躇する ところがあるんですが、そこのうまい話の持っていき方というのを教えていただきたい。

○シンポジスト(青木) まず、風邪とかで来 られたときも、見た目でこれは肥満傾向がある なと思いましたら、ちょっと危ないかもしれな いから身長と体重と体脂肪とウエストを測って ごらんと言うんですね。そうすると、必ず重症 な例は数値として出てきますので、これはかな り重症だから、今度お腹がすいたときに採血し てみるべきだよ。肥満度が30%以上になれば合 併症は必ず高率で起こってくるからやっぱり調 べるべきだよと言います。次に採血結果が出る と、長期の肥満である子は必ずどこかに異常が 出てきます。そうすると、親は絶対そう思って いませんので、そこで新たに私たちかかりつけ 医に聞く耳を持ちます。じゃ、先生、どうした らいいんですかというふうにお話しになります。 そこで自分が持っている肥満の知識をお話しし ます。私が必要と思いますのは、大きな病院の 先生たちは、小児肥満についての啓蒙はされて いますけれども、小さなクリニックで肥満が来 たときにどういう治療をしたらいいのかという のが具体的にはまだ述べられておりません。私 は、簡単でいいから少しずつかかりつけ医が小 児肥満に対して患者にコメントをして治療すべ きと思っております。そこのところを頑張りた いと思っております。

○黒木座長 ありがとうございました。話題が 飛び飛びになってはいけませんので、続けて青 木先生のご発表内容に関連したご質問はござい ませんでしょうか。

それでは、私から。先生のところは、あいれ ふ親子教室をやられている。それからテキスト をつくって指導されていると言われましたけれ ども、あいれふ教室に家族で行ったとき、家族 の負担というのは何もないのでしょうか。

- ○シンポジスト(青木) ほとんどボランティア状態で、普通の再診でやっています。
- ○黒木座長 わかりました。

一方、先生方がそのテキストを入手して指導 されても、これは診療報酬には反映されないの ですよね。

- ○シンポジスト (青木) なりません。
- ○黒木座長 あくまでもボランティアでという ことですね。
- ○シンポジスト(青木) それで行政にも、子供たちの生活習慣病をよくするためには、かかりつけ医がそういうふうに取り組んだときに何とか保険点数をつけていただいて、高インスリン血症でも保険で引かれることがございますので、何とかそこのところをお願いしたいと思っております。
- ○**黒木座長** 分かりました。他にございませんでしょうか。
- ○会場参加者(三原) 筑紫医師会の三原と申 します。本日はおもしろい話をありがとうござ いました。

上野先生にまず1点お聞きしたいのですが、私も冠動脈治療をやっておりました。昭和の時代には20代の心筋梗塞というのを診ると学会発表していたようなことがあるのですが、平成の後半、平成10年代になると、20代の心筋梗塞というのは間々診るようになっております。これは青木先生が先ほどから言われている子供のころからの生活習慣というのがかなり関与しているのではないかと思っておりますが、先生のご経験ではいががなものか。

○シンポジスト(上野) 2通りあると思いま す。先生がおっしゃるように、生活習慣が変わっ て、明らかに若年の動脈硬化による心筋梗塞と いうのは、激増しているわけではございません が、確実に出てきております。昨年うちで動脈 硬化とわかるようなもので一番若いのはやっぱ り20代前半でした。ところが、川崎病とかいう 特殊な例を除いて、一番若い子で15歳という子 がいたんですね。これは動脈硬化はないのです けれども、ごく特殊な脂質異常症が観察されま した。ところが、脂質異常症もあるのですけれ ども、その子の食生活がやっぱりおかしかった というところがございましたので、青木先生が おっしゃるように、幼少時のメタボというのは 今後非常に注意していかなければいけない。先 生のお考えと全く一緒でございます。

○会場参加者(三原) ありがとうございます。

それと、青木先生、1点お願いします。親子の教室をされたようですが、メタボの子供の親にもメタボが一緒にある率が高いのではないか。それともう1点、先生、こういうことをされています。行政の中で、例えば保健所とか我々医療関係者は非常に熱心に取り組んでも、なかなか熱心に取り組んでいただけないのが教育委員会ではないか。我々筑紫地区も小学校にAEDの講習会と小児生活習慣病の話をしたいということで持っていって、パイロットケースで5例ぐらいやるのですが、教育委員会がなかなか乗り気になってくれないということが困っております。先生、福岡市ではいかがでしょうか。

○シンポジスト(青木) 福岡市教育委員会は、 今年4月から学校現場に、一人一人の肥満度を 計算するように指導がいくようでございますし、 福岡市教育委員会は積極的にこれから取り組ん でくださると思っています。

また、親子での肥満の関係ですけれども、親も子も肥満がないときに成人肥満に移行する率を1としますと、両親とも肥満の場合、3歳以下に肥満になった場合は、その成人肥満に移行する率は15倍になります。ですから、やっぱり親の肥満が子供の肥満に一部つながっている。それは遺伝子の要素もありますけれども、プラス生活環境と思います。

○黒木座長 ありがとうございました。大体、皆さんのご関心がわかってきましたので、子供さんの病気の次は大人の病気、そして病気になった後のリハビリ、最後は中西先生の夢の治療へという順番で進めたいと思います。

そこで、今度は大人の病気ですけれども、初めに出た質問につづいて、循環器病の上野先生、 それから脳神経科の井上先生のお話に関して何か皆さんからご質問はありませんでしょうか。

○会場参加者(髙柳) せっかくですから質問させてください。井上先生の脳血管外科の進歩は本当にインプレッシブでした。現状、脳内出血の開頭する割合というのは、施設にもよると思うのですけれども、脳梗塞ではなくて脳出血の手術をする場合、開頭する割合はやっぱり今でも結構高いということでしょうか。

○シンポジスト (井上) 高血圧性のいわゆる 脳出血に関しては、うちは全例神経内視鏡で やっています。開頭をせずに、傷が小さいのですぐにリハビリに持っていける。一番いいんじゃないかなと思います。ただ、クモ膜下出血で脳出血を伴っている場合は、神経内視鏡を使って血腫除去を行った後コイル塞栓術をする場合、開頭術が半々です。頻度的には開頭術の率はかなり減っています。

- ○**会場参加者(髙栁)** 福大ではもう開頭しないという方向なわけですね。
- ○シンポジスト (井上) もちろんするのですけれども、原則は神経内視鏡でやるということですね。
- ○会場参加者(髙栁) それから、ICGの蛍光 撮影で動脈瘤とか形成術が相当容易になったと いうことですが、その普及率というのはどの程 度なのでしょうか。
- ○シンポジスト (井上) もうかなり広がりつ つあると思います。今に始まったことではあり ませんので、もう5、6年前から諸外国でやら れていますから。今実際に使っていますけれど も、顕微鏡にソフトを入れるだけです。だから、もうかなり広がってきていると思っています。
- ○会場参加者(永田) 同じく井上先生にお尋ねしたいのですけれども、久留米大学の整形で私は脊髄・脊椎をやっていまして、脊髄の血管のことについて、ちょっと専門的になりますけれども、いわゆるAV malformationも先生のあれとか、今お示しになりましたICG、あるいは脊髄の場合、脂肪がいっぱいあって、lipohemangiomaみたいなのがあったら、どこをどうしていいかというのがわからなくなるので非常に困ったケースがあるんです。これは物すごい役に立つんじゃないかなと、ふと思ったのですけれども、どうなんでしょう。
- ○シンポジスト(井上) lipohemangiomaの経験はないのですけれども、脊髄の動静脈奇形には非常に有用です。私、2 例経験していますけれども、フィーダーが何本かあって、どの血管をとめるというのが見た瞬間にわかりますので非常に有用だと思います。まだ経験が少ないの

で今からだと思いますけれども、とてもいいんじゃないかと思います。

- ○黒木座長 ついでに井上先生、福岡大学で先生がされているような手術、福岡市でも県でもいいのですけれども、100人が脳卒中を起こしたとしたら、何割ぐらいの人が実際にこの恩恵を現在受けているのでしょうか。
- ○シンポジスト (井上) 大変難しい質問ですけれども、恐らく福岡大学には重症の方が中心に来られているんです。だから、かなり意識障害があって困っているという方は優先的にうちに来ていると思いますから、最重症例の半数近くが福岡大学に集まっているのではないかなと思います。状態のいい人は九州医療センターに行っていますので、その分、すみ分けができているのかなと思っています。
- ○黒木座長 上野先生がおっしゃられた高コレステロール値の変化、何年間でということでしたでしょうか。50~60mg/dl上昇が大体50年ぐらいの間ですか。
- ○シンポジスト (上野) はい、54~55年ですね。
- ○**黒木座長** 田園都市の田主丸地区でさえということですが、これは全国的なものと考えてよろしいのでしょうか。
- ○シンポジスト(上野) 大体これが日本の平均と思われて結構です。1956年当時の日本の平均が150mg/dlで、恐らく今の日本人の平均が210mg/dlぐらいのレベルになってきていると思いますので、代表値と思われて結構だと思います。
- ○黒木座長 わかりました。その間にこんなに 上がってきているんだと、ちょっとびっくりい たしました。

それでは、不幸にして病気で手術をしたとなりますと、次はリハビリテーションということになります。蜂須賀先生、連携シートを3つに作っておられましたけれども、あの連携シートは、急性期から回復期というのはオリジナル原本あるいはコピーを回しておられるのですか。

○**シンポジスト(蜂須賀)** あれは、医師会の ホームページと、それから産業医科大リハ科の ホームページに連携パス協議会という場所がありますので、そこから直接ダウンロードをして作成、それぞれの病院が使用するようになっています。もちろん、我々のほうに依頼があれば、印刷したものをお送りしております。

○黒木座長 わかりました。それと、連携パスの中に最終的な一般内科やかかりつけ医の方も含めてとおっしゃいましたが、この一般内科医やかかりつけ医というのは、いわゆる脳神経が専門でなくても、消化器外科医や消化器内科医でもということになるのでしょうか。

○シンポジスト(蜂須賀) はい。例えば神経 内科や脳外科の先生でかかりつけ医をされてい る先生は必ずしもたくさんいらっしゃるわけで はなくて、在宅の脳卒中患者さんの健康管理は、 例えば高脂血症や高血圧など、かかりつけ医の 先生方が脳卒中患者さんの主治医となる可能性 が一番高いと思います。その先生方に簡単なリ ハ診察のノウハウとか、活動性を高めるような 助言の方法とかを情報提供したいと考えていま す。連携パスで用いる評価の内容をご理解いた だいて、維持期の脳卒中リハ、すなわち地域医 療や福祉を担っていただければと考えておりま す。

○黒木座長 わかりました。それでは、会場においでの先生方、皆さん何らかの形でということになると思います。関係していただきたいということですね。

○会場参加者(青木) リハビリじゃないんですけれども、済みません、前の話題に戻ってよろしいでしょうか。福岡市医師会の青木ですけれども、上野先生に1つお聞きしたいんです。薬剤溶出性のステントを使いました場合に、プラビックスとかパナルジンを半永久的に使わないといけないと今なっておりますけれども、合併症の多い患者さんたちが多く、消化管のポリープを取るとかする場合は、前もって1週間前から入院してヘパリン用の注射をしないといけないとか、患者さんにとっては、その辺、普通日帰りでできることを1週間入院しないとできないというジレンマ等があると思うんです。ベアメタルステントとDESを使い分ける――

今DESが主流のようですけれども、その辺についていかがお考えでしょうか。

○シンポジスト (上野) ありがとうございま す。先生がおっしゃったように、大変な問題に なっている部分があるのですけれども、これは 逆に考え過ぎているところも実はあると思うん です。まず、うちでも内視鏡をしていただくと きに、薬剤溶出性ステントを使っている患者さ んはいるのですけれども、入院している例は恐 らく10人いたとしたならば1人か2人ぐらいな もので、ほとんど外来でやっていただいており ます。今一番新しい消化器の内視鏡学会の基準 でいくと、アスピリンとプラビックスをやめる のは3日間でいいというふうになっているはず でございます。それは、アスピリンとかプラビッ クスの問題点は、一旦血小板についてしまうと それがはがれないということですから、3日間 やめると、アスピリンもプラビックスもついて いない新鮮な血小板が正常の骨髄機能がある人 であれば3万は出てくるんです、極端な話をす ると。肝硬変の患者さんの内視鏡とか心臓カ テーテル検査をやる基準というのは血小板が 3万ですね。ということは、3日間やめれば大 丈夫だということで、それでうちでやった経験 もございますが、出血が困ったという症例はご ざいません。止血を確認後にまた再開すること になっております。

それと、ベアメタルステントと薬剤溶出性ステントの使い分けをうちでどうやっているかというと、血管径が大きい方は従来型のステントで治療しております。それでも再狭窄率は5%以下なものですから、それで治療して、今まで一番僕らの弱点だった2.5mmからその前後ぐらいの血管、細いものには積極的に使うというふうな使い分けをしているということでございます。

ここでちょっとだけいいですか。歯を抜くときにも絶対やめないで、抜歯をしていただくようにお願いしたいと思います。抜歯をきっかけに心筋梗塞になった方がいらっしゃるものですから。

○黒木座長 わかりました。

時間が限られておりますので、まだご意見がおありかと思いますが、最後に、中西先生、お待たせしました。我々、特に私立大学におりますと、九州大学の先端医療に取り組む組織体制というのは非常にうらやましい限りです。今新しい11のテーマでやっておられるということですが、その他の組織全体も含めて財政的な問題というのが気になるのですけれども、何も問題ないのでしょうか。

○シンポジスト (中西) ありがとうございます。もちろん財政に関しては大変苦しんでおります。基本的には競争的資金で研究費を獲得するということになりますので、かなり頑張って計画書を作成して国からいただいてくる必要があります。

今私自身が責任者としてやっているのは、橋 渡し研究を支える母体をつくろうというもので す。そこには、いわゆる特定のプロジェクトで はなくて、大学にいない人材――知的財産です とか薬事だとか生物の専門家をそこに置くとい うプロジェクトです。最終的には、この仕組み を九州大学だけではなくて、九州・西日本一円 の医療技術開発に役立てたいと思っております。 既に長崎大学には、シーズ(新しい医療の種) 探索目的で訪問しました。今年の春ぐらいに九 州一円の大学の中でシーズをお持ちの研究者の ところに実際に行って、共同開発に向けた協議 をしようと思っております。そういう意味では、 私どもの組織は九州大学に特化したものという よりも、いい発明をお持ちの方がもう一つ次の ステップに行くところを支援することが目的で す。今後の橋渡し研究については、TR拠点を 活用することが国の大型予算を獲得する条件に なるようですので、そのことを前提に、「自分 のシーズを医療の現場に という方は私どもに 一言声をかけていただければ、いつでも出向い てまいります。

先ほど薬剤溶出型ステントの話も出ておりましたけれども、実は抗がん剤をまぶしたものなどは、やっぱり抗がん剤ですから内皮の障害が起こって再狭窄が起こるみたいな話がありまして、これにつきましてもそれが起こらないよう

なステントについての発明が学内にありまして、 市場化できればいいなということで今少しずつ 前に進めているところでございます。

○黒木座長 ありがとうございます。

時間が参りました。長時間に及ぶご発表とご 討論、どうもありがとうございました。このシ ンポジウムは地域医療に役立つ最新の医療を紹 介していくということでございます。各大学は、 これからも大学を売り込むにふさわしい内容の ご紹介を、また医師会の先生方も、ぜひ取り上 げてほしいという新しい取り組みをどんどん紹 介していただければと思いますので、今後とも ご協力をよろしくお願いします。

特別講演

テーマ 「国家予算と医療費 一現在と未来一」

 日本医師会 会長

 原 中 勝 征

「国家予算と医療費

一現在と未来一」



日本医師会会長原 中 勝 征

ご紹介ありがとうございました。また、この会にお呼びいただきまして、ありがとうございました。

日本医師会の新執行部は、この困難な時代に いかにして国民皆保険を維持できるかというこ とが、恐らく日本人すべての人の自分たちの孫 の時代まで含めて安全・安心の最低の条件だろ うということを肝に銘じまして、いかにこのシ ステムを守るかということを中心に考えていこ うということを決めております。いろんな状況 がございますが、今これを維持するためにいろ いろな大きな問題、外からの問題と内からの問 題がございます。外からの問題というのは、 2001年の小泉さんとブッシュさんの約束がされ て以来、毎年、毎年、在日アメリカ商工会議所 から年次要望書というのが出ております。多岐 にわたっておるわけですが、郵政改革、あるい は外国人の持株比率の制限が撤廃されてどんど ん株が買われてしまったということとか、いろ いろございます。今回出てきたのは農業をター ゲットにしたTPPというような話が出てまい りました。この次に来るのは絶対に医療でござ います。このときに私たちがどうやって団結し て守るかということが最大の問題になります。 そんなことをちょっと含めながらお聞き願えれ ばというふうに思います。

- I 国民皆保険を堅持するための雇用環境の是正
- Ⅱ 超高齢社会を見据えた社会保障全体の長期ビジョンの提示
- Ⅲ 医療費の引き上げと患者一部負担割合の引き下げ ー国民の安心を約束する医療保険制度ー
- IV 医療費抑制政策の解消へ
- V 市場原理主義の医療への参入阻止

社団法人 日本医師会

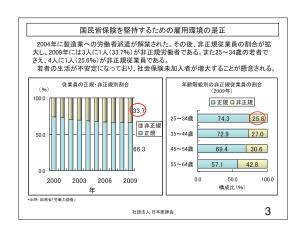
- 1

今日の話は、国民皆保険を堅持するための雇 用環境をどうしていくか。それから、超高齢化 社会を見据えた社会保障全体の長期ビジョンを どういうふうに政府に提示していくか。それか ら、医療費の引き上げと患者さん、これは一部 負担の割合の引き下げをしなければいけない、 それが国民の安心を約束する医療保険制度だと いうことでありますが、この一部負担金という ものをどういうふうにしていくか考えなければ いけない。それから、医療費抑制策というのは 今までずっと行われておりまして、医療費亡国 論ということが最初のように思いますが、その 前に既に当時の経団連の土光会長が政府の委員 会を主宰したときに、医師の数を減らすことが 最大の医療費削減だというような案が出てきて おりました。それから、今言いましたように市 場原理主義が医療に入ったときにどうなるかと いうことの問題を今日はこれにまとめてお話を 申し上げたいと思います。

I. 国民皆保険を堅持するための雇用環境の是正

社団法人 日本医師会

2

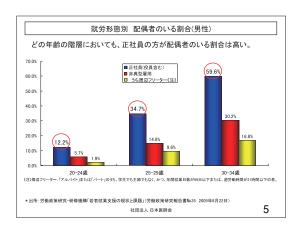


実は、この国民皆保険には雇用が非常に大切 な要因になっておりまして、派遣法が拡大され た結果、日本の若い人たちの収入が減った。介 護関連の人達などは当直をしても年収200万円 ぐらいしかもらえなくなった。結婚はできなく なった。しかし、そのお金はどこに行ったかと いうと、ゆうちょ、かんぽなどの預貯金でアメ リカの国債を買われて、その我々の働いたお金 で不良債権処理という名目のもとに、日本の固 定資産を安く買われてしまった。それが一巡し て終わりますと次に出てきたのが、さっき言い ましたように日本の一流株を買うことでござい まして、有名大企業の株でも半分以上が既にア メリカに渡っているわけです。当然株式の配当 を多くするためには会社の留保金を多くしなけ ればいけない。したがって、非正規職員を多く して人件費を少なくするということが一つの手 段で、それが既に実行されているということで ございます。

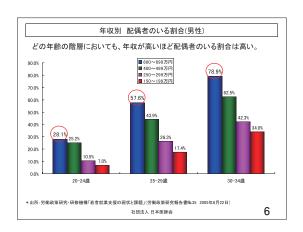
この2001年以来、ずっと非正規職員の数が多くなりました。それから、特に若い人たちの数が多くなっておりました。これが、以前は夜でも、1人の女性が地下鉄に乗っても安全だった世の中が昼間でも危ない世の中になってきた。これが進めば進むほど日本の国は犯罪が多発する国になっていくだろうということは目に見えているところでございます。



それで、今所得が200万円以下の人というのは物すごく多くなりまして、未婚率もどんどん多くなってきております。今200万円以下の人が1,000万人を超えております。さらに、これには失業者が入っておりませんので、失業者を比べると非常に若い人たちの雇用不安というのが現実のものとして社会問題になってもっと大きく報ぜられなければいけない状態になっております。それから、未婚率の場合もそうですが、女性の未婚率がだんだん高くなってきて、男性は結婚しても、この人たちが結婚してくれないという世の中になってしまいました。



就労形態で、正規職員の場合には30歳から34歳までに大体60%の人たちが結婚いたします。しかし、非正規職員の場合には30%しかなりません。これで出生率を増やそうと言っても、まず無理な話でございます。



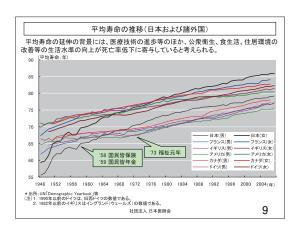
これは給料が高いほど—600万円以上の人というのは30~34歳で約80%の結婚率でございますが、今老人保健施設とか介護で働いている人が大体200万円ちょっと超すぐらいでございまして、その人たちの結婚率は本当に低くて、皆さん自分の施設の従事者たちが結婚できないということを非常に嘆いておられると思います。



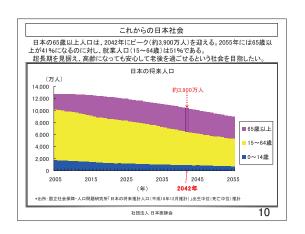
失業率が高くなれば外来に来る患者さんが極端に減っております。このことはどういうことかというと、当然のこととして相当重症化しなければ医者にはかかれないというのが現実に既に起こっているということでございます。

大変問題なのは、出生率でございます。これ

は韓国でございますが、それからイタリア、日 本というのは比較的子供の出生率が高かったん ですが、今になるとこの一番高かった3つが一 番悪くなってしまった。イタリアの場合には、 経済的に余裕があれば結婚して子供を産みたい という人が多いんですが、日本と韓国はそうで あっても結婚したくないという若い人が非常に 多くなった。それは分析してみると、家庭の楽 しみとか、あるいは親子の関係、兄弟関係とい う人間の本当に基本的なところを私たちの時代 に子供に教えなかったということが最大の問題 でございますが、とにかく結婚したくないとい う人が多くなったことは大変な問題でございま す。このまま合計特殊出生率が1.34人であると、 日本の人口はますます少なくなるわけでござい ます。



これは平均寿命でございますが、日本はだれ もが言うようにこんなに安い医療費でどんどん 寿命が長くなりました。女性は世界一、男性は ちょっと下がりまして今2位になっております が、とにかく両方合わせれば非常に世界的に長 寿国になり、しかも健康寿命は世界一でござい ます。しかし、先進国はすべて高齢化社会に向 かっているということは確かなことでございま して、日本だけの問題ではございません。ただ、 日本の高齢化率というのは、今まで歴史にない 速さで伸びているというところが日本が苦労し なければいけないところだと思います。

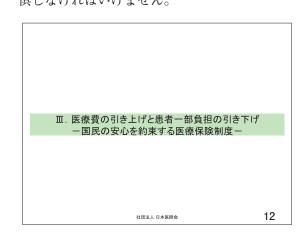


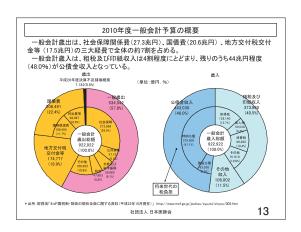
本当は喜ばなければいけないことなんですね。 健康で長生きするということがすべての人の望 みでございます。日本はそれを達成しているに もかかわらず、後期高齢者医療制度みたいなも のが出てくるというのは非常に残念なことでご ざいますが、65歳以上の人が一番多くなるのが 今のところ2042年と推定しております。ただ、 問題は、どんどん人口が減ってまいります。 2055年までは日本人が約4,000万人減ります。 人口統計をしている人からすれば、バブル時期 の前の人口にいくんだから問題ないと言うんで すが、実はそうではなくて、あの当時は労働者 のほうが多かったわけです。ところが、今は老 人の比率が上がり、労働人口、特に若い人たち がどんどん減る社会ですから、そのときの総人 口数だけの比較は絶対できないということでご ざいます。



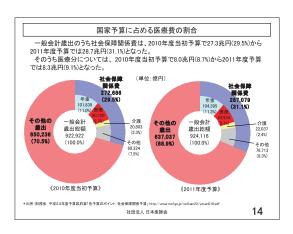
今は、2.8人で1人のご老人を支えております。しかし、2050年には1.3人で支えることになります。これはどういうことかというと、今の65歳以上の方というのは商店主であっても、あるいは農家の方であっても年金を納めており

ました。したがって、ある程度の年金はもらっ ていることでございますが、今の非正規職員の 方は年金保険料も、健康保険料も納めていない 可能性があります。そういう人たちを自分の家 族を見なければならない若者が生活保護になっ ているご老人を支えられるのか。東洋経済によ れば、日本の社会保障はあと10年で崩壊してし まうというふうに書かれましたが、危惧ではな くて実現してしまったら大変なことだというこ とを日本医師会は一生懸命考えて、できるだけ 早いうちにいろんな提案をしようということで 今検討しております。特に私たちの望んでいる のは、雇用法をできるだけ元に戻してくれと。 それから、労働分配率は、以前の平和な社会の ときには54.6%ぐらいの、会社の利益と給料と いうのはそのぐらいあった。今10%下がってい るわけです。ですから、労働者に払うお金を多 くしてほしいということと、終身雇用というの はいい悪いは別として、非正規職員を少なくし てほしいということを、まず法律でもとに戻し てほしいということをお願いしていることでご ざいますが、何しろそこを戻させないのはアメ リカの力でございます。本当に大変なことが 我々の知らない間に進んでいるということを危 惧しなければいけません。

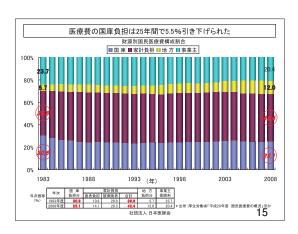




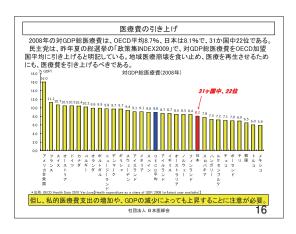
これは、2010年度の一般会計ですが、私たち は医療費、社会保障費をふやせということを盛 んに論じておりますし、現在の医療崩壊は長年 続いた医療費の減額の結果だというのはそのと おりでございますが、それにはきちんとした理 論的なもので交渉しなければ国には受け付けら れません。データなしで話してはいけないとい うことでございますが、本当に歳入はどうかと 見ると、国債がほとんどでございます。44兆円 でございます。これは、将来子供に負担をかけ るんだということで批判されておりますが、ス ペイン、ギリシャ、アイルランドというような 国が財政危機問題でEUの負担になっておりま すが、日本はそれ以上の借金を持ちながら論じ られていないというのは、日本の場合には現在 大体1,400兆円の預金がある。借りているお金 が大体900兆円近くなっているわけですが、つ い二、三日前に日本の国債の評価が下がりまし たけども、世界的な問題にならない、あるいは 国の中で問題にならないというのは、日本は貯 金がありますから、その貯金で国内で国債を消 化できるというところに最大の強みがあって問 題になっていないわけです。しかし、社会保障 費というのはこのぐらいかかって、借金を返す お金がこのぐらい、それから地方交付税がこの ぐらいということで、この公共事業と貿易はど んどん下がっております。ただ、社会保障費と 文部科学費をもし少なくしたら日本の将来はな いんだということを私たちは主張しているとこ ろでございます。



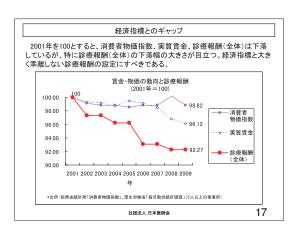
現実に、2010年と2011年の今度の予算の違い をちょっと見ていただきたいんですが、自民党 政権においては2,200億円という社会保障費を 毎年減じて、初めは5年間と言っていたのが今 後10年間減らしますということを閣議決定され ました。しかし、これは民主党に変わって「コ ンクリートから人へ」とマニフェストに書いた ということがありまして、あれは実行するのを 凍結すると、それから近々法律を改正して、あ の2.200億円を毎年削るというのを法律的にな くしてしまうということで約束はしております。 しかし、この引き継いだ去年の場合ですが、自 民党の責任でもあると思うんですが、年間の税 収が9兆円ほど減りました。今年になって3兆 円ほどふえましたけれども、でもまだ6兆円程 ふだんの平均税収と比べて低いわけでございま す。しかし、その中で確かに約束どおり医療費 は約8兆700億円から約8兆4000億円になりま した。これは恐らく大病院の先生方は感じてお られると思いますが、大病院では年間約6%の 増収になっております。残るお金が大体2%が 普通だとすれば、6%というと今までの3倍か ら4倍の利益があったというふうに変わりまし た。変わらないのは診療所でございました。し かし、すべての医療機関でこれのおかげで医療 費が伸びたということは確かでございます。



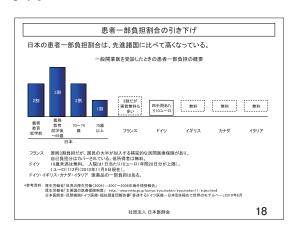
ただ問題は、この25年の間にどんどん医療費 の国庫分担が少なくなって、それから企業の事 業主の負担も少なくなった。この2つが問題で ございまして、私が医師会長に就任したときの 言葉の中に、この事業主の負担をやはり多くし てもらわなければ困るということを申し上げま したが、一方では地方分担が多くなってきたと いうことが地方の財政負担に非常に大きな影響 を与えております。いろいろな規制改革だとか、 あるいは財政諮問会議の民間委員が医療費を削 減してきた結果が顕著にここに出ているわけで ございます。逆に、個人負担、家計負担という のが、39%が42.4%まで上がってしまいました。 現実に3割ほど国で持っていたのが、何と 25.1%になってしまった。減ったのはこことこ こでございます。ここはやっぱり考え直さない といけないというふうに思っております。



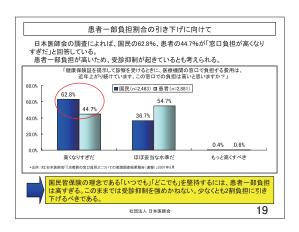
これは、ご存じのとおり、OECDの先進国の中で平均にまで戻すと鳩山先生がはっきりとマニフェストに書いてございます。



ご存じのとおり、物価がこういうふうに横ばいでございます。しかし、このところで賃金がどんどん下がりました。これはまさに雇用法の拡大によって若い人たちの賃金がどんどん下がったということでございます。それ以上にこの医療費が下がってきた。これが医療崩壊の原因であるし、それから医療で働く人たちがなかなか人手を充足できない問題の理由でもございます。

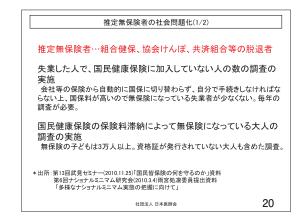


それで、患者の一部負担について、民主党も 今のところ、1割のところもやがて2割にしよ う、2割のところも3割にしようというふうに 言っているわけですが、外国を見た場合に、原 則として無料なんですね。フランスが3割と いっても、実は保険がありまして実質的にはゼロでございます。薬代の一部負担はございます。 しかし、医療費に関しては無料というのが原則 でございますので、私たちは今政府に対して、 3割をまず2割に落として、最終的には1割に してほしい。そのときには、医療費全体の問題 から国民に対してどの様な医療保険体系を選ぶ かを聞いてほしい。そのために日本医師会も北 欧の様な高負担、一生涯貯金がなくても安心して生涯を終われるという社会を目指すのか、あるいはある程度安いかわりにいろんなことを制限されてもいいのかというようなことを国民と一緒に相談していかなければいけない時代に来たと思っております。

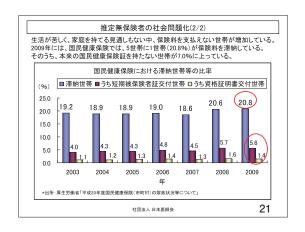


調査によれば国民の62%の人たちは窓口負担 が高いという気を持っているようでございます。 実際、患者の方々はほぼいい水準だということ でございますが、そして、救急病院でいつまで 待たせるんだと大声を出す人もあれば、多様な ニーズがありますが、サッチャーさんのときに ゆりかごから墓場までと言われた我々の本当に 社会福祉の手本とされたイギリスで、胃がんが 発見されて手術まで3年半待たなければいけな いという事実があります。さらには、我々の仲 間であります武見敬三先生が国会議員のラグ ビー大会をイギリスでやったとき骨折して救急 病院に搬送された。しかし、6時間待っても声 もかからない、看護師さんが最初見にきただけ。 それで困って大使館の人、それからイギリスの 外務省の人たちを呼んで何とかしてくれと頼ん だ。ところが、中にいるお医者さんが「この人 数でそれだけの外来なんか診れっこない、命に 別状のある人から順番だ」。武見先生は「どの ぐらい」と聞いたら「そんなことわからない、 明日になるかもしれない」ということを言われ て、急遽日本に帰ってきて手術を受けた、そう いう現実を日本人はまだわからない。ちょっと 小児科で待たされて、いつまで待たせるんだと いうふうに診察室までどなり込む親がいるとい う現実を考えたときに、やはり世界の医療とい

うものの現実をきちんと報道してわかってもら わなければいけないというときに来ているんだ ろうと思っております。

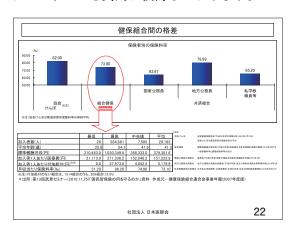


それから、何らかの理由で失業した人たちが 組合健保を脱退した場合、国民健康保険に入ら なければいけない。ところが、国民健康保険の 保険料が高過ぎて、全然申し込まないで保険を 持っていない人がふえております。現在、日本 で大体120万人から130万人と言われています。 国民皆保険の世の中で100万以上、ちょうど仙 台市の人口分だけ日本の人たちに保険を持って いない人がいるというのは現実でございまして、 やはりきちんとしたことをやらなければいけな い。ただ、子供さんの場合にはいろんな自治体 で無料の診察券を配っております。それでもな おかつ3万人以上の保険証を持っていない状態 の子供さんがいるということでございます。



これがまた今問題で、今保険料を払えない人が20%以上になっております。そのうち病気になったので何とか欲しいということを申し出ているのが5.6%の部分です。保険料を月1万でも払いますというと、この短期間の保険証を交

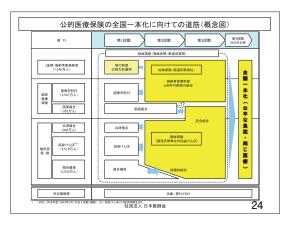
付しなければいけない。そういうことを比べますと、約4件に1件の保険料が払われていないという現実があります。これが私は日本の医療の大変な問題だということで、自治体と国が今相談して、保険料を払っていない人をどうするかということを真剣に検討しております。



これを見てわかるんですが、私たちの医師国保のような状態のときには、大体1,000分の1ですから、3.1%、一番高いところでも10%行かないんですね。平均してそのぐらいの7.3%の収入に対する保険料でございます。

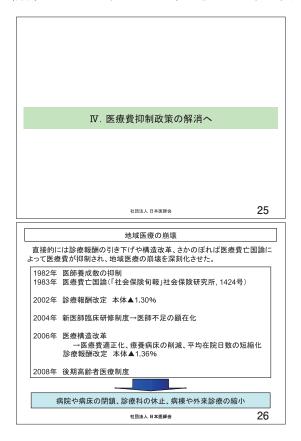
保険区分	保険区分 市町村 国保 組					組合	協会
総収入額	(匿名)	1人世帯	2人世帯	3人世帯	4人世帯	健保	けんぽ
給与年収(200万円)	Α	10.0	8.6	7.7	10.3	4.0	
(月収117,647円)	В	13.4	16.0	16.5	18.6	8.2	8.2
固定資産税額(6万円)	С	15.5	17.9	18.1	20.0	6.2	0.2
	D	16.9	19.9	20.5	22.9	7.5	
給与年収(300万円)	Α	17.7	16.4	15.0	11.9	6.1	
(月収294,118円)	В	20.0	22.6	25.1	27.7	12.5	12.5
固定資産税額(8万円)	С	22.8	25.2	27.6	30.0	9.4	12.0
	D	25.3	28.3	31.3	34.3	11.4	
* 出所: 第13回武見セミナー 作成元…国民健康			保険の何	を守るのか	山資料		

ところが、私たちがもう無理だろうというのは国民健康保険でございます。これは町によってかなり違うんですが、どこを見ても保険の負担が多くなっております。収入の20%を超えている町もある。あるいは30%を超えている町もあるということを考えると、これ以上保険料を多くすることは絶対にもうできない状態になっている。だからこそ国民健康保険に入っていない家族がどんどんふえているという現実があるわけでございます。

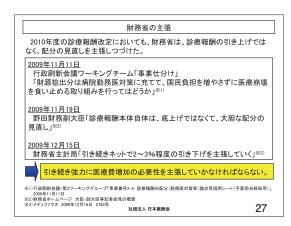


それで、今回初めて日本医師会が一つの提案 をいたしました。民主党が将来、老人保健もす べて含めた全国一本化の公平な負担と、それか ら同じ医療を受けられるならば公平な負担をし てもらおうということを今提案しておりますが、 このごろ何か余り聞こえないものですから、日 本医師会がその前にこの4段階で考えていこう と。最終的には国保も組合健保も協会けんぽも すべて一つにしなければ日本の健康保険は保て ない。結局国保も黒字ですから、なかなか賛成 してもらえないと思いますが、医師会の医師国 保が賛成しないとなかなかここにいかないだろ うと。しかし、考えてみますと、ここに来るお 金はすべて医療機関に払われるお金なので、国 民皆保険の維持ということからすれば、一本化 を政府に日本医師会が努力をしてほしいと言わ ざるを得ないだろうと思っております。ここに おられる先生方の大半の方は医師国保でござい ますので、いろんな議論があると思います。た だ、問題は、今言いましたように、国保がもう もたない、地方もどんどん負担が多くなってき て個人の負担も多くなっている。恐らく今度の 32%の補助金は、とりあえず今年はそのとおり にしてもらいました。しかし、来年から下がる と思いますが、32%削られてもなおかつ医師国 保を維持すべきだという声が恐らく決まったと 思うんですね。それは、それをやってもなおか つ国民健康保険よりは掛け金が少ないんだとい うことでございます。ですから、このあたりを 今考えなきゃいけないということで、私は1億 円以上になると急激に割合が少なくなったり、 あるいは下がってきます。そこを何とか真っす

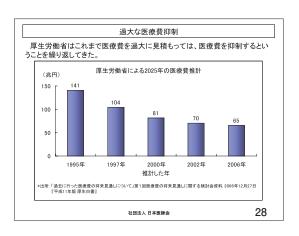
ぐ収入に応じてどこまでも同じ割合の税金と保 険料をとってほしいと。そのかわり多額納税者、 多額保険の納金者に対しては国として褒賞を考 えてほしい。あなた様のおかげで日本の国民健 康保険がもっております、あなた様のおかげで 国がもっていますというようなことで。アメリ カではちゃんとあげている州もあります。私の 友達があるところで、私が乗っているときです が、スピード違反でつかまったんですね。そう したら、ごそごそとポケットから何かを出して 見せたら「気をつけて」と。「何だそれは」、「高 額納税証明だ」と。日本であれをやったらしか られますけどね。でも、そういう国全体が高額 納税者に対して感謝をするという気持ちがな かったらいけない。高額納税者は悪いことをし てもうかってるんだ、もっとああいうところか らとれなんていうようなことが国民の間に起こ ることがあってはいけない。そうでなければ国 民皆保険が崩れるんだよということをきちんと 説明しないといけないだろうと思っております。



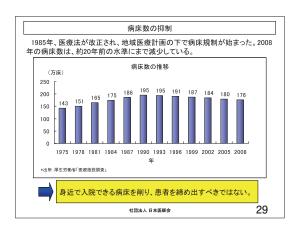
実は、これは土光臨調のときに出された問題 でございます。これが吉村仁さんの出した「医療費亡国論」でございます。これ以来どういう ことをやったかというと、結局医療費の適正化というのは医療費を抑えるということでございまして、療養病床の削減をする、平均在院日数を少なくする、それから診療報酬改定ごとに下げてくるということが今まで続いてされてきたわけです。それで、最終的には後期高齢者医療制度というのが出てきたわけですが、実はこの間にどういうことが起こっているかというと、看護師総数をふやさないで急性期病院に看護師をどんどん集めた。慢性期病院では看護師をどんどん集めた。慢性期病院では看護師不足になるために、結果的には病院が減少していくというのが表に出てこない秘策の一つであったわけです。



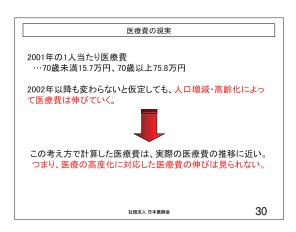
しかも私は信じられなかったんですが、民主 党になってどうして野田さんが診療報酬の底上 げではなくて見直し、それから2~3%の引き 下げを主張してくるのか。自民党と全く同じこ とを言っていた。それはなぜかというと、この 行政刷新ワーキングチームというのが相変わら ず市場原理的な人が委員になっておりますから、 政権が変わってもほとんど同じ人がやっている ということが大きな問題でありまして、ここを きちんと変えなきゃいけないということを今強 く申し入れているところでございます。今度、 菅さんがアメリカに行ったら急にTPPを推奨 したり、今まで小泉さんのことを我々は言って いたら、小泉さん以上にアメリカ的になってし まったので大変警戒しているところでございま す。



これはご存知のとおり、1995年時点の推計では、2025年になりますと141兆円の医療費が必要になって日本の国が壊れてしまうという危険性だけを国民に訴えて、医療費削減方法をずっととってきたわけです。なぜこの141兆円が65兆円まで訂正されるのか。しかも今だって三十数兆円ですから、この半分で2010年過ぎているということに対して本当に責任を感じないんですね、恥ずかしいと思わない。こういうことが政府には許されるということは大変残念なことだと思います。

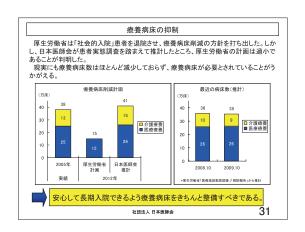


ここで見てわかるように、病院床数が徐々に減ってきました。どうしても看護師さんがいないためにベッド数を減らさざるを得ないという現実が来ているわけでございます。

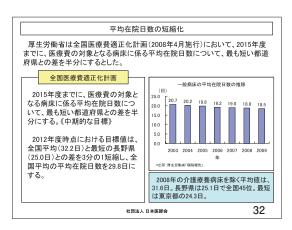


ただ問題は、先程、人口問題でお話し申し上げましたけれども、70歳未満の医療費というのは大体1年間に15万7,000円で済むんですが、70歳を過ぎますとこれの5倍は必要です。要するに、高齢化社会になったときに、若い人の医療費の5倍をどうやって工面するんだと。さっき言いましたように、若い人がどんどん少なくなって、1人の人が1人の老人を支えるという時代になったときに、この5倍の差をどこで解消するんだと。これは大きな問題でございまして、何としても国民皆保険だけはつぶしてはならない。それにはどうすればいいか。一生懸命、今、日本医師会の中でも案をつくっているところでございます。

今回、レセプト調査いたしました。0.19%上げるということと、それから2,200億円の減額をなくすということでやりましたけれども、やはり入院関連に配分したということで入院の点数は伸びております。ただ、入院外でも0.73% ふえている。これはやはり2,200億円を削らなかったということ。2年間の間に1兆2000億円がとにかく医療費が多くなったということは事実でございますので、実際調べてみるとそういうところで0.19%以上伸びているんだというふうに思います。



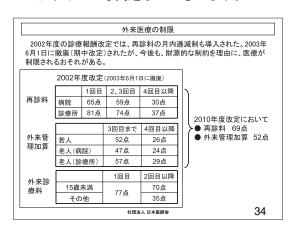
これは、自民党時代に、38万床ある療養病床を15万床にするということでございますが、私たちはあくまでもむしろ41万床が必要になってきますということを述べているわけです。1年間でほとんど減っていない、老人ホームだとか中間施設に変えなさいといっても変わったのは1万床しかいない。変えられない人が入院しているんだということを民主党に対して説明を行ったのですが、民主党は凍結という形で、将来41万床必要だということを法律にしてくれるということを約束していますが、ねじれ国会でどうなるかわかりません。でも、一応ここは凍結してありますから、本当は来年まで全部変えなければいけないところが変えないでも大丈夫でございます。



これは入院日数をどんどん少なくされた、要するに医療費削減のために長く入院しているところは、たとえ看護師さんが10:1の割合でいてもそれはとれませんと。いろんなことに使われている数字でございます。

入院医療の制限 2006年度の診療報酬改定では、発症後早期のリハビリテーションを重点評価するとの名目で、算定日数の上限が導入された。						
疾患別リハビリテーションの日数制限 心大血管 脳血管疾患等 運動器 呼吸器						
心大血管 脳血管疾患等 運動器						
主な対象疾患	急性心筋梗塞 狭心症 慢性心不全 抹消動脈閉塞性疾 患	脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 脳腫瘍 脊髄損傷 神経筋疾患 高次脳機能障害 等	上・下肢の複合損 傷 脊髄損傷による四 肢麻痺 関節の変性疾患 関節の炎症性疾 患	肺炎 無気肺 肺腫瘍 胸部外傷 慢性閉塞性肺疾患 気管支喘息 等		
算定日数の 上限	150日	180日	150日	90日		
必要な医療を必要なときに受けられることが、国民皆保険の基本であるべきである。						
		社団法人 日本医師会		33		

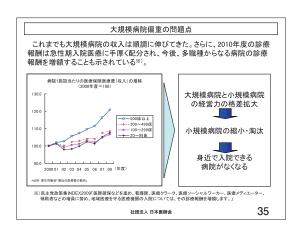
この前亡くなられた東大の多田元教授が、脳血栓で倒れて、やっと歩けるようになった生懸命り度は自分で自分の生活をするために一生懸命リバリをやっていた。ところが、病院から「先生、明日からリハビリがなくなります」と最大ではいいでだろう。自分の今生きている自分できるようになること、やっと前が見えてできるようになること、やっと前が見えていりになること、やっと前が見えていたといいのときには180日までしかいたとにないときには180日までしないときにないるんなところは急にがしておりました。これも今のところは急にがしておりました。これも今のところは急にがっておりました。これもりますから、何とかっても問題ないと思います。



実際は、病院と診療所というのは、病院は入院とか検査とかいろんな収入がある。でも、診療所というのは診察料が主要な収入源ということなのに、この前の社会保障審議会で、これは中医協の上の委員の中で、入院費と病院と診療所の再診料を同じくすると決められてしまった。初めは71点と60点との中間だといって64点と

いったのが、とんでもないことだといって、診 療所のほうは1点100億円でございますので、 それから計算すると69点になるんだということ を強く要求いたしました。ところが、この後で、 毎日新聞がすっぱ抜いたんですが、ジェネリッ クの薬に変えて浮いた300億円を財務省の職員 年金のマイナス分に補てんするということが報 道されてしまいました。ちょうど菅さんが財務 大臣になった直後、財政の施政方針演説を明日 やらなきゃいけないというときに、私は5分間 でいいからということで行きました。私は、物 を言うときには必ず信用できる国会議員を一緒 に連れていくことにしておりまして、財務大臣 室で「菅さん、こういうことは嫌いな先生なん だから、財務省の職員に使われる300億円は診 療所の下げられた分にしてほしい」ということ を言ったら、「それは当たり前だ、使っていい」 と言われたので私は政務官と一緒になって、地 域貢献手当というのをつけたわけです。ところ が、早見表が出てきたらとんでもない条件がつ けられていたということも事実でございます。 しかし、現実には今あの条件どおりやっていな くても恐らく問題にされておりませんので、1 カ月に1回3点なんですが、診察するごとにつ けていいということを約束しましたので、実際 これをきちんとやってくれれば72点になるだろ うというふうに思っております。

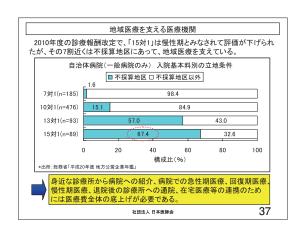
ところによっては厚生局が非常に厳しいところがあるということですが、医政局長の大谷は当 はは、「もし問題があったら日本医師会な当 すから」という話をしてありますので、随思います。もしきついところがあったら本当に取入 は指導観察というのが緩やかになったと思申します。もしきついところがあったら本当に政数 しまってときに私が約束したことです。これは複してときに私が約束したことです。これは もし しときに私が約束したことです。これは もし しますがちゃんと知っておりますから。 申し出 ではしいと思います。ただ、高点数からと 指 はに残っておりますので、あれもぜ ひ直さなければいけないと思っています。



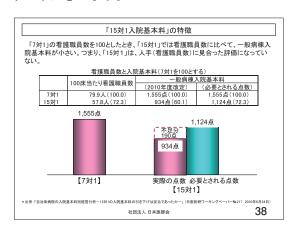
これは、今まで長い間、急性疾患病院を重点 的に報酬点数を厚くするということで、小さな 病院は非常に苦しくなったわけでございます。 これが小さい病院も崩れ、各市町村の公的病院 がどんどん下がってしまったわけです。これは ベッド数だけによって500床病院が急性病院で、 小さな病院は急性期病院じゃないという勝手な 決め方をしたためにこういう状態が起こったわ けでございます。



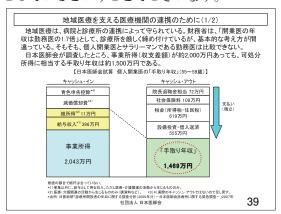
今回もこの15:1のを下げてきましたけれども、考えてみれば、地方の公的病院はほとんど15:1でございます。そこが地域の中核となって外来も急患も全部診ているんですね。ところが、こういうふうに慢性疾患病院だというふうに決めている委員会だとか、中央も現状も知らないで、委員長になっている学識経験者は、まさに責任をとれというふうに言いたいところでございます。大体東京在住の学識経験者が委員長になりますので、事情に詳しいとはいえないわけでございます。

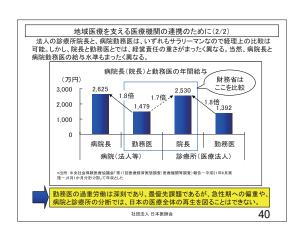


そして、自治体病院を調べてみました。自治体病院だってやっぱり15:1がほとんどなんですよね。ここのところを下げられたもんだから、私は倒産がふえる可能性があると思います。ただ、地域医療再生資金というのが国から出ておりますので、そこを使えば何とか保つかもしれませんけれども、もしあれがなかったら地域の公立病院はほとんどなくなっているだろうというふうに思います。

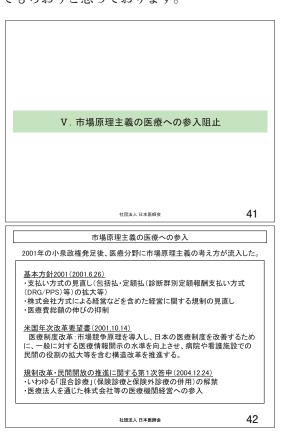


これはその不足した分でございます。これだけ15:1になったときに公立病院の減額が起こっているということでございます。



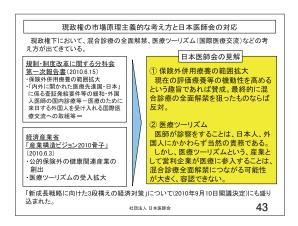


今、診療所の先生方はもうけているというんですが、先生方の給料を平均してみると勤務医と全然変わりないんですよね。こういうところが全然見られていないということでございます。厚労省が調べているのは、勤務医と開業医の先生方はこれだけ違うんだということを言っているわけですが、実はさっき申しましたように開業の先生方は年齢も高いし、いろんな経費がかかっているわけです。保険請求分だけで比較されて2倍だ、3倍だというようなことを言われている。今後は誤ったことを言わないようにしてもらおうと思っております。

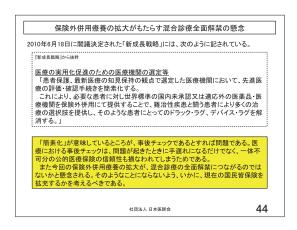


さっき言いましたこの年次報告書というのが

どんどん大きくなってきて、本当に日本の医療が今大変なところに来ております。いわゆる混合診療、それから特区を設けて、そこは法律に全然影響されないですべて何をやってもいいんだということが出てきます。これはアメリカの株式会社のチェーン病院が日本に入りやすくするために、もう既に水面下で起こっておりますので、非常に私たちは神経をとがらせて見ているところでございます。

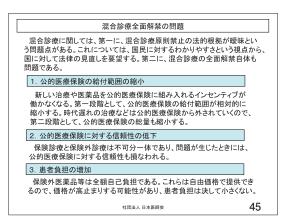


私たちが医療ツーリズムというのと、それから混合診療という言葉を使っちゃだめだというふうに申しました。そうしましたら、何と厚労省から出てきたのは保険外併用療法の範囲拡大という名前に変わってきた。それから、医療ツーリズムは何とやったかというと、国際医療の拡大だと、そういう名前だけ変えて中身は全然変えないという厚労省の、あるいは経産省の体質は全然変わっていないということでございます。

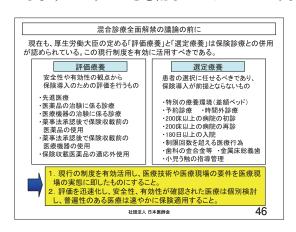


ドラッグ・ラグとか、これは医師会がこういうことをやって新しい薬を入れないんだなんていうことを言われていたわけですが、決してそんなことはなくて、いい薬であるならば少しで

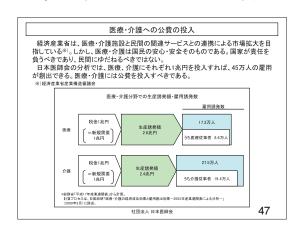
も早く公的健康保険に入れなければいけないと いうことを主張しております。



混合診療になりますと本当にいろんなものが 縮小されて、ここは自費だよというようなこと になったときに、国民皆保険の意味がなくなっ てしまうということを心配しているところです。



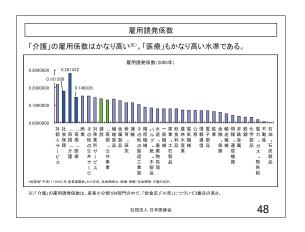
今、混合診療の中でもこういうことが既に許されているわけですから、ここを利用すれば何も新しい制度をつくる必要はないんだということを申し上げているところでございます。



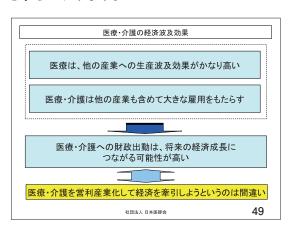
それで、これは仙谷大臣も、今度副代表になりましたが、やっと認めたことでございます。

この前、介護職員のお金を一時的に多くしました。そのときの計算をすると、私たちが計算しているように、もし1兆円を医療費に投じてくれれば生産誘発額が2.6兆円になって、しかも雇用者がこれだけふえるんだ。

介護のほうもこれだけふえるんだ。だから、 医療と介護というのは景気を拡大する。これから内需ということを問題にしたときに、最もいいのは医療と介護だということをやっと政治家もこのごろ認めたようでございます。



これでどのぐらい職業によって同じ金額で払ったときに経済効果があるか、あるいは雇用 誘発係数が上がるかと見たときに、どう見ても 社会保障というのは非常に高いんだということ を示しております。



そういうことで、私たちが今考えていることは、この高齢化社会、少子化時代、これをいち早く直すこと。高齢化社会はもうしようがありません。しかし、少子化時代を1日も早く直さなきゃいけない。そのためには子供さんを産める環境、それから女性が働きながら子育てできる環境、それから雇用法拡大によって給料が下

がっている分をもとに戻すこと、この3つをぜ ひすぐやってほしいということを申し込んでお ります。しかし、さっき言いましたように、医 療に係わる諸問題は何から出てきたかというと、 小泉・ブッシュ会談における約束から出てきた ことでございまして、アメリカ経済のターゲッ トに日本がなっているということを本当に残念 に思っております。こう言うと私もいつアメリ カからやられるかもしれませんが、本当にこれ は日本の国を守るために私たちは頑張らなきゃ いけないというふうに思っております。

今日は偏った内容だけをお話ししましたが、 また何かの機会があったときは別の話をいたし ますので、よろしくどうぞお願いします。本当 にありがとうございました。

○松田座長 先生、どうもありがとうございました。大きな流れの中で、またアメリカの年次改革要望書等々からお話をしていただき、会員の先生方皆さん方もよくご理解できただろうと思います。本日は時間がありませんので、これで終わりにさせていただきますが、またぜひ福岡においでいただいて、いろんなお話をお伺いできたらと思います。ぜひお体にも気をつけていただいて、よろしく日本の医療を守っていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

ポスター優秀賞

第3回福岡県医学会総会ポスター優秀賞受賞者

福岡大学医学部内分泌・糖尿病内科学 明 比 祐 子 若年者における2型糖尿病の発症予測因子の横断的検討 (75g-OGTTの血糖60分値を用いて)

産業医科大学医学部呼吸器内科学 川 波 敏 則 細菌感染関連胸水における嫌気性菌の重要性: 16S ribosomal RNA 遺伝子による細菌叢解析を用いて

久留米大学医学部外科 赤木 由 人 下部直腸・肛門管癌に対する究極の肛門温存手術と術後成績

九州大学大学院医学研究院 病態制御内科学 五十嵐 久 人 消化管膵神経内分泌腫瘍の全国疫学調査サブ解析

粕屋医師会 堤 啓 かかりつけ医を中核とした病院・在宅医療連携

編集後記

県内4大学医学部と県医師会が協力して、福岡県の医学、医療向上のために、そして勤務 医と開業医の相互理解のためにと、横倉義武前会長が発案されたこの県医学会も、はや3回 目を終えることが出来ました。今回、学会長の福岡大学医学部長黒木政秀教授、運営準備委 員会委員長の福岡市医師会江頭啓介会長、そして福岡県内4大学学部長並びに各ブロック医 師会会長に併せて御礼申し上げます。また参加いただいた先生方にも御礼申しあげます。

福岡県医学会賞に20人の先生から応募があり、一般ポスター演題としては24名の先生方に発表していただきました。学会開催に先立って厳正な審査をお願いし、医学会特別賞1名と5名の奨励賞を差し上げましたが、学会当日のご発表のようにいずれも素晴らしい内容であり、甲乙つけがたいものであったと考えております。またポスター発表いただいた先生方から、5名の優秀賞を選びました。

県内4大学各大学1名と小児科医会から選ばれた5名の先生方によるシンポジウムは、診療科を超えた大変レベルの高いものであり、この医学会の大きな特徴かもしれません。

大学の方々から多数応募いただいたのですが、基幹病院からの演題提出が少なかったようで、来年は医療の実力にふさわしい、多くの演題提出をお願いいたしたいと考えております。 来年は産業医大医学部長に第4回学会長をお願いし、すでに準備を始めておりますが、楽しみにしております。ただ、今までこの学会を先頭になって引っ張ってこられた池田俊彦前副会長が今年の学会開催を目前に急逝されましたことは残念でなりません。

平成23年5月福岡県医師会学術担当理事 津田 泰夫

第3回 福岡県医学会総会準備委員会委員

委員長 江頭 啓介(福岡ブロック) 〈福岡県医師会役員〉

委 員 髙栁 涼一 (九州大学) 池田 俊彦

永田 見生(久留米大学) 堤 康博

岩﨑 昭憲(福岡大学) 津田 泰夫

辻 貞俊 (産業医科大学) 瀬戸 裕司

江頭 芳樹 (内科医会) 山岡 春夫

松口 宰邦 (臨床外科医学会) 上野 道雄 浦口 龍夫 (小児科医会) 佐藤 薫

合馬 紘(北九州ブロック)

中村 功(筑豊ブロック)

川崎 洋(筑後ブロック)

福岡県医学会誌 第3巻

発行年月日 平成23年5月20日

発 行 者 社団法人 福岡県医師会

会長 松田 峻一良

〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2-9-30

TEL 092-431-4564 FAX 092-411-6858

印 刷 所 祥文社印刷株式会社

〒812-0016 福岡市博多区博多駅南4-15-17