平成25年度

第6回 福岡県医学会総会

平成26年 2月 2日（日）

会　　頭

福岡県医師会会長　　松田峻一良

学 会 長

久留米大学医学部長　　内村　直尚

準備委員会委員長

八女筑後医師会会長　　植田清一郎

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６回 福岡県医学会総会

日　時：平成26年２月２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　蓮　澤　浩　明

2．挨　　拶（11：05）　　会　　頭：福岡県医師会長　松　田　峻一良
学 会 長：久留米大学医学部長　内　村　直　尚

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）　　福岡大学医学部長　朔　　啓二郎

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（12：10 ～ 13：30）～

6．シンポジウム（13：30 ～ 15：40）（各20分）
テーマ「　地域医療に役立つ最新の医療　」
座　　長：学会長／久留米大学医学部長　内　村　直　尚

1）「認知症の地域連携について」
久留米大学医学部神経精神医学講座講師　小　路　純　央

2）「古くて新しいミクリッツ病」
福岡大学医学部腎臓・膠原病内科教授　中　島　　衡

3）「市中肺炎の診断と治療」
産業医科大学医学部呼吸器内科学講座教授　迎　　寛

4）「こんなに変わった！乳癌治療」
福岡県臨床外科医学会理事／黒木クリニック院長　黒　木　祥　司

5）「子宮頚癌診療の現状と課題」
九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学／九州大学病院産科婦人科教授　加　藤　聖　子

―　総合討論（30分）―

～　休　憩（15：40 ～ 15：50）～

7．特別講演（15：50 ～ 16：50）
演　題：「今後の医療政策について」
講　　師：参議院議員　羽生田　　俊
座　　長：会頭／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　松田　峻一良 …… 1
学会長／久留米大学医学部長　内村　直尚 …… 2

福岡県医学会賞受賞者講演

＜特別賞＞
・HTLV-1が生体肝移植の成績に及ぼす影響に関する研究
九州大学病院肝臓・脾臓・門脈・肝臓移植外科診療准教授　吉住　朋晴 …… 5
＜奨励賞＞
・血中ペントラキシン３濃度は冠動脈不安定プラークと関連し、
スタチン投与により低下する
福岡大学医学部心臓・血管内科学講座講師　岩田　　敦 …… 9
・難治性うつ病に対するARI追加投与の有効性
産業医科大学医学部精神医学教室准教授　吉村　玲児 …… 12
・2型糖尿病治療におけるDPP-4阻害薬シタグリプチンの長期的な有効性に関する調査
久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門准教授　田尻　祐司 …… 14
・膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）における十二指腸乳頭開大所見の診断的意義
九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科学　安蘓　鉄平 …… 17
・乳腺嚢胞内腫瘍に対する吸引式針生検の有用性
社会保険久留米第一病院乳腺外科部長　山口　美樹 …… 20

次期学会長挨拶

福岡大学医学部長　朔　啓二郎 …… 27

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（呼吸器・循環器関連）

1．気管支洗浄液の16S ribosomal RNA遺伝子による細菌叢解析法を用いた医療介護関連肺炎（Healthcaere-associated pneumonia ; HCAP）の原因菌の評価
産業医科大学医学部呼吸器内科学　野口　真吾 …… 31

2．塩酸ベプリジルによる薬剤性肺障害の臨床的検討
産業医科大学医学部呼吸器内科学　山崎　　啓 …… 31

3．睡眠呼吸障害患者における内視鏡下鼻副鼻腔手術の効果
坂本クリニック耳鼻咽喉科　坂本　菊男 …… 32

4．日本における心肺停止とう蝕の関係
福岡大学医学部心臓・血管内科学　末松　保憲 …… 32

5．インスリンの大量投与が疑われた２剖検例
福岡大学医学部法医学教室　柏木　正之 …… 33

6．夜間頻尿に潜む睡眠時無呼吸症候群
九州大学病院睡眠時無呼吸センター　吉村　　力 …… 33

Session B（新たな試み）

7．難治性潰瘍に対する創内持続陰圧洗浄療法の治療効果
久留米大学形成外科・顎顔面外科　井野　　康 …… 34

8．久留米大学眼科における15年間の前部強膜炎の検討
久留米大学眼科学講座　井上　留美子 …… 34

9．シリカ微粒子による光の拡散反射を用いた弱視治療用眼鏡箔の開発
産業医科大学眼科学教室　佐々木　信 …… 35

10. Femoroacetabular impingement（FAI）に対し鏡視下股関節唇再建術を施行した症例の再建に至る術前因子の特徴
産業医科大学若松病院整形外科　古子　　剛 …… 35

11. パーキンソン病・振戦・ジストニアに対する脳深部刺激療法
貝塚病院機能神経外科・脳神経外科　宮城　　靖 …… 36

12. 脊髄刺激療法が奏功した在宅高齢者２症例
貝塚病院麻酔科　松下　至誠 …… 36

13. 食道アカラシアに対する経口内視鏡を利用した新しい外科治療　POEMの臨床経験
福岡大学病院消化器外科　塩飽　洋生 …… 37

14. 小脳出血に対する新たなる試み～神経内視鏡による血腫除去術の有用性～
福岡大学医学部脳神経外科　野中　　将 …… 37

Session C（予防医学）
15. 肝疾患における酸化ストレスとオートファジー
産業医科大学第３内科学　日浦　政明 …… 38
16. 胃食道逆流症治療では、体重管理に注意しよう！！
～維持療法中の患者の栄養指標の変化と生活習慣病の発症について～
産業医科大学病院内視鏡部　芳川　一郎 …… 38
17. 一般住民男性における、血清尿酸値と左室重量係数の関連
久留米大学内科学講座心臓・血管内科部門　吉村　彩子 …… 39
18. ラットの活動量に対する加齢の影響についての検討
産業医科大学産業生態科学研究所人間工学研究室　藤木　通弘 …… 39
19. 粕屋地区慢性腎臓病（CKD）対策連携システムについて：粕屋地区における
CKDへの三位一体型の取り組み
福岡東医療センター　片渕　律子 …… 40
20. 維持血液透析患者における経皮的冠動脈形成術後の主要有害心血管イベントと
コレステロール各パラメーターとの関連
福岡大学医学部心臓・血管内科学　永田　　済 …… 40
21. 慢性維持透析患者に対する頸動脈内膜剥離術の長期成績
福岡大学医学部脳神経外科　大川　将和 …… 41
22. 化学療法における腎機能評価法妥当性の検討
九州大学病院血液・腫瘍内科　田村　真吾 …… 41

Session D（地域医療・在宅医療）
23. 在宅生活質向上と疾病予防の観点からの新たな栄養指導
朝倉医師会病院　佐々木　君枝 …… 42
24. 大学病院緩和ケア外来および緩和ケア病棟の役割
―病診連携により自宅で最期を迎えることができた１症例から―
久留米大学病院緩和ケアセンター　福重　哲志 …… 42
25. 大分県杵築市における認知症の疫学調査
福岡大学医学部神経内科学　深江　治郎 …… 43
26. 精神科医療連携における現状と課題 ―患者・医師・薬剤師のアンケートから―
大牟田医師会　辻　　克郎 …… 43
27. がん患者の苦痛に対する調査研究
福岡大学病院腫瘍・血液・感染症内科　内藤　淑子 …… 44

シンポジウム　テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」

・認知症の地域連携について
久留米大学医学部神経精神医学講座講師　小路　純央 …… 47
・古くて新しいミクリッツ病
福岡大学医学部腎臓・膠原病内科教授　中島　　衡 …… 56
・市中肺炎の診断と治療
産業医科大学医学部呼吸器内科学講座教授　迎　　寛 …… 62
・こんなに変わった！乳癌治療
福岡県臨床外科医学会理事／黒木クリニック院長　黒木　祥司 …… 70
・子宮頸癌診療の現状と課題
九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学／
九州大学病院産科婦人科教授　加藤　聖子 …… 80

総合討論 …… 93

特別講演

・今後の医療政策について
参議院議員　羽生田　俊 …… 105

ポスター優秀賞

第６回福岡県医学会総会ポスター優秀賞受賞者 …… 123

編集後記

挨　　拶

会 頭 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。福岡県医師会の松田でございます。非常に暖かい日が二、三日続いております。あさってからはまた寒くなるということです。私も年をとってきたせいか、私の周り、同窓生、あるいは近い人たちが結構肺炎になって、今年の初めから入院が何人か続いております。自分自身でも、この寒暖の差というのに気をつけて、家に帰ったら手洗いとうがいを励行しており、ちょっと自分で用心しております。本日の演題の中に市中肺炎があります。梅の花もほころんでおりますが、インフルエンザも蔓延しておりますので、どうぞ気をつけてください。

さて、本日はお忙しいところ、第６回福岡県医学会総会にお集まりいただきまして、ありがとうございます。今年の医学会は、学会長を久留米大学の内村医学部長にお引き受けいただいて、このように盛大に第６回目を迎えることができました。これもひとえに皆様のご協力の賜物であると感謝申し上げますとともに、毎年充実して、回を重ねていけることを大変うれしく思っております。この医学会は、勤務医や開業医、診療科などで医師が分断されることなく、地域医療を担う全ての医師が一致団結して、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、永年の思いから立ち上げたものであります。本学会では、地域医療に密着したすぐれた論文、発表に対し、福岡県医学会賞も設け、表彰をしております。今年は医学会賞に14点、一般演題に27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された先生方のご講演があります。また、お昼の時間にはポスターセッションを行いますので、皆さん、ぜひご参加ください。また、今回の特別講演の講師は、参議院議員の羽生田俊先生をお迎えし、「今後の医療政策について」と題してご講演をいただくこととしております。40年にわたり医師として医療の現場に携わってこられた羽生田先生から、誰もが安心して医療を受けられる明るい社会づくりを実現するための政策や、国会の場でどのような議論がなされているか最新の中央情勢が伺える絶好の機会だと思っておりますので、楽しみにしております。

さて、皆さんもご存じのとおり、我が国ではこれまでにないスピードで少子高齢化が進み、社会のありようは大きく変化してきております。また、TPPを初め、日本再生戦略などに見る過度な規制改革で経済を最優先した政策が進められ、医療を営利産業化し、国民皆保険崩壊へと導きかねない大変危機的な状況が続いております。来年度の診療報酬改定では、厳しい攻防の中で、横倉会長の努力で本体0.1％の財源が確保されました。また、社会保障・税一体改革への対応としては、国民の負担をふやさずに医療の充実を図るという配慮のもと、診療報酬の底上げではなく、医療法等の改正により創設される基金に約600億円が上積みされ、全体で900億円の基金で、病床の機能分化、在宅医療の推進、医療従事者の確保を行うことになりました。今後、医療提供体制のあり方が大きく変化しようとしております。このような状況の中でもしっかりと地域医療を支えていくために、横倉日医会長にさらなる努力をお願いし、活躍されるよう、我々福岡県が支えていかなければなりません。国民の既得権とも言える皆保険制度を堅持していくための政策提言を行えるのは、現場を知る我々医療者であります。しっかりとした医療ビジョンを策定、実行するためにもしっかり関与する必要があります。福岡県医師会としても、引き続き一丸となってさまざまな問題に取り組んでまいる所存です。医学会の発展を一つの柱とし、関係の皆様と心を一つにして取り組んでまいりたいと思っておりますので、ご協力をお願い申し上げて私の挨拶といたします。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

学 会 長 挨 拶

久留米大学医学部長　内　村　直　尚

皆さん、おはようございます。ご紹介いただきました久留米大学の医学部長を務めております内村です。本日はこのように多くの皆様方に来ていただきまして、第６回の福岡県医学会総会を開催させていただくことを大変うれしく思っております。これもやはり松田会頭を初め、今回の準備委員長を務めておられます久留米大学の精神科の先輩でもあられます八女筑後医師会会長の植田先生、また九大の片野医学部長、あるいは産業医大の金澤医学部長、そして次回の会長を務められます福岡大学の朔医学部長、そして前医学部長の久保先生を初め、多くの準備委員の先生方、何よりも今日司会を務めておられます津田先生がいろんな面で配慮していただいたので、このような会を無事開くことができました。

昨日の夜、かなり雨が降っていたのですごく心配したのですが、これだけ晴れて暖かくなりました。また、実は、昨日は久留米大学の医学部は入学試験でして、昨日もすごく晴れました。そういう意味では私が晴れ男かなと自分で褒めているわけですけど、そういうこともあって、今日は１日、皆様方とともにいろんな情報を共有して勉強できるのではないかと思っております。

先ほど松田会頭からお話がありましたように、まず、ポスターセッションですが、これも４大学、そして県の医師会の先生方から多くの演題を出していただきまして、27題のポスターセッションが出ております。テーマは「地域医療に役立つ最新の医療」ということで､皆さんとともにディスカッションできることを楽しみにしておりますし、その後のシンポジウムでは、５人の先生方に、同じ「地域医療に役立つ最新医療」というテーマでシンポジストとしてお話ししていただきます。そして最後は、参議院議員の羽生田先生に「今後の医療政策について」ということで、特別講演でお話ししていただきます。

今日は最後まで、ぜひ皆様とともに地域医療をいかに今後発展させていくか、大学にとっても地域医療なくしてはやっていけません。我々の大学でも地域医療連携講座というのがありまして、そして病院の経営的なことを考えても、医療連携、地域医療なくしてはやっていけないというのが現状です。地域医療を行うに当たっては、いかに連携をとっていくのか。大学と県の医師会の先生方、勤務医の先生や開業してある先生方との連携をいかにとっていくか。そういう意味では、よく言われる顔の見える関係ですね。やはりお互い顔を知らないと、あるいはどういう先生かというのを知らないと、なかなか連携もできないわけですから、この総会がそういう顔の見える関係をつくる場になればと思っております。今日は１日、先生方とともに勉強させていただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

これをもちまして学会長の挨拶とかえさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

福岡県医学会賞受賞者講演

特　別　賞

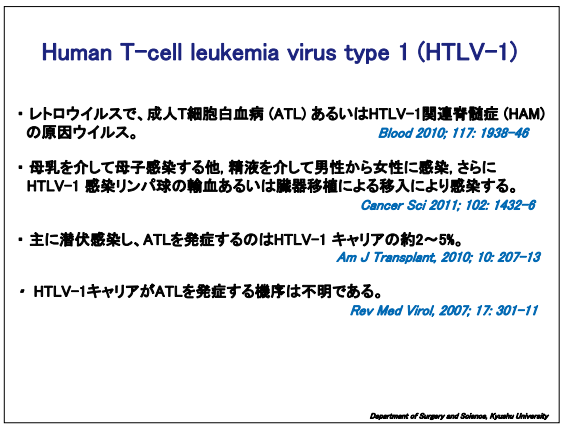
「HTLV-1が生体肝移植の成績に及ぼす影響に関する影響」

九州大学病院
肝臓・脾臓・門脈・肝臓移植外科
診療准教授
吉　住　朋　晴

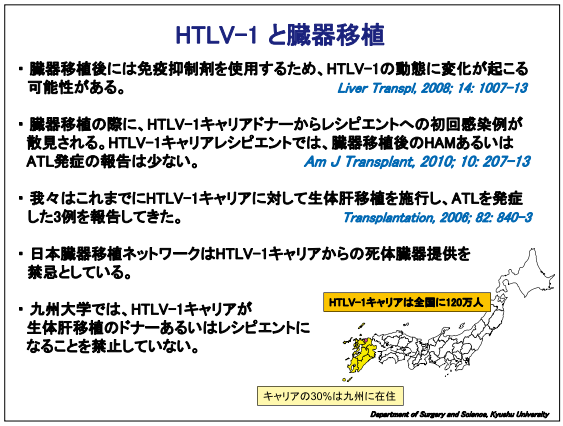
皆さん、おはようございます。このたびは福岡県医学会賞の特別賞という栄えある賞をいただき誠にありがとうございます。

本日発表させていただく内容は、HTLV-1というウイルスが生体肝移植の成績に及ぼす影響に関する研究です。この賞は、九州大学の消化器・総合外科肝臓グループ皆でいただいた賞だと思っております。ありがとうございます。

HTLV-1と申しますのはレトロウイルスで、成人T細胞白血病（ATL）あるいはHTLV-1関連脊髄症（HAM）の原因ウイルスであるということはよく知られております。これは、母乳を介しての母子感染、あるいは性感染、輸血、臓器移植で感染すると報告されております。主に潜伏感染をしまして、このうちATLを発症するのはキャリアの２～５％というふうに言われております。ただ、キャリアがなぜATLを発症するかという機序に関してはいまだ不明です。

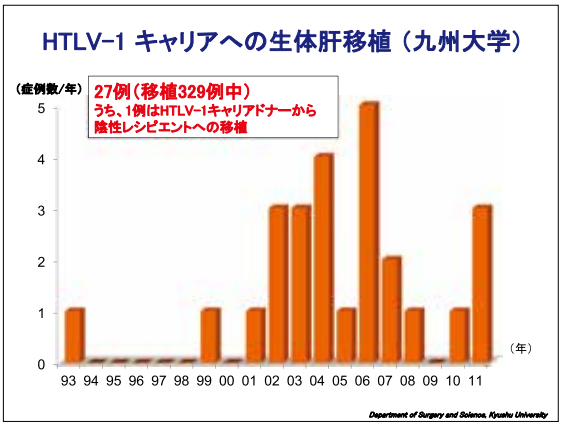


臓器移植とこのウイルスがどのように関係するかと申しますと、臓器移植後は拒絶反応を予防するための免疫抑制剤という薬を使用しますので、この動態に変化が起こる可能性があります。また、臓器移植の際にキャリアドナーからレシピエントへの感染例というのが今までに報告されています。ただ、キャリアレシピエントで臓器移植後のHAMあるいはATL発症の報告といったものは現在まで少ない状況です。我々は、これまでにキャリアに対して生体肝移植を施行し、ATLを発症した３例を報告しました。このような状況で、日本臓器移植ネットワークといいます脳死の臓器移植の仲介をしている施設では、HTLV-1キャリアは脳死の臓器ドナーにはなれないとしております。ただ、我々の九州大学では、HTLV-1キャリアが生体肝移植のドナーあるいはレシピエントになることを禁止しておりません。この日本地図にありますように、全国にHTLV-1キャリアは120万人、かなりの人数がおられます。そのうちの30％がこの福岡を中心とする九州地方に在住しておられます。



このような背景で、今回、HTLV-1感染が生体肝移植後の成績に影響するか否かを検討いたしました。

これまでに九州大学では500例を超える生体肝移植を行ってまいりました。2011年までですと、329例中27例がHTLV-1が関与した生体肝移植です。26例はレシピエント、つまり移植を受ける方がHTLV-1のキャリアでした。１例に関しては、キャリアのドナーから陰性のレシピエントに対して、十分なインフォームドコンセントのもとに移植を行っております。



今回の検討項目ですが、レシピエント、ドナーの背景因子、それからレシピエントの生存率、ATL発症率、それからATL発症の危険因子を解析いたしました。背景因子で見ますと、先ほど申しましたように、レシピエント、移植を受ける側では、26例はHTLV-1陽性でしたが、１例はHTLV-1陰性でした。ドナーに関しては、陽性が８例、陰性が20例、陽性８例のうち１例はこの陰性のレシピエントに移植を行っております。

生体肝移植時レシピエント/ドナーの背景因子

因子	症例 (n=27)
原疾患	C型肝硬変 12 (HCC 合併 11), 急性肝不全 (FHF) 6, 自己免疫性肝炎 2, B型肝硬変 2, 非B非C肝硬変 2 原発性胆汁性肝硬変 1, 胆道閉鎖 1, アルコール性肝硬変 1,
レシピエント年齢 (才, 範囲)	57.9 (25-69)
レシピエント性別 (男/女)	13/14
MELD (範囲)	14.6 (4-26)
レシピエントHTLV-1 (陽性/陰性)	26/1#
ドナー年齢 (才, 範囲)	35.0 (20-56)
ドナー性別 (男/女)	19*/9
ドナーHTLV-1 (陽性/陰性)	8/20*
グラフト (拡大左葉/右葉)	18*/10
ABO	一致 15, 適合 11, 不適合 1
カルシニューリン阻害剤 (TAC/CYA)	17/10

HTLV-1陽性ドナーから移植
* 1例はdual グラフトを用いた移植

Department of Surgery and Science, Kyushu University

成績を見てみますと、これまでにATLを発症したのは27例中４例です。これまでの全体の死亡が９例。死因を見てみますと、４例中３例はATLで亡くなっておられるという状況です。１例はATLの治療中に免疫抑制剤を中止したことで慢性拒絶反応を発症して亡くなっておられます。その他、スライド５のような結果でした。

27例の生体肝移植後成績

因子	症例 (n=27)
急性拒絶反応 (Y/N)	6/21
敗血症 (Y/N)	2/25
胆管狭窄 (Y/N)	5/22
ATL 発症 (Y/N)	4/23
生存年数 (yr, range)	3.8 (0.2-8.3)
生存/死亡	18/9
死因	ATL 3# 免疫抑制剤中止による慢性拒絶 1 HCC 再発 3 脳 PTLD 1* 事故 1

HTLV-1陽性ドナーの術後ATL発症はなし。
ATLを発症した3例は治療にもかかわらず死亡。
* PTLD: post-transplant lymphoproliferative disorder
* PTLD例では、末梢血中にATL細胞を認めなかった。

Department of Surgery and Science, Kyushu University

この背景因子をもう少し詳細に解析してみますと、ATLを発症しました４例全て原疾患が急性肝不全、いわゆる劇症肝炎という病気でした。レシピエントは全員HTLV-1が陽性の方、ドナーに関しては、最初の２例がHTLV-1 陽性、後の２例はHTLV-1陰性でした。このドナーも陽性、レシピエントも陽性という組み合わせが２組あるのですが、これは、ちょうどドナーとレシピエントの性別が違ったことから、in situ hybridizationをしまして、全てレシピエントに由来するHTLV-1から発症したATLであるということを確認いたしました。それから、移植からATLの発症までは、短いもので0.5年、長いもので3.6年となっております。それで、この４例は残念ながら全員亡くなられております。

生体肝移植後ATL発症例の背景因子

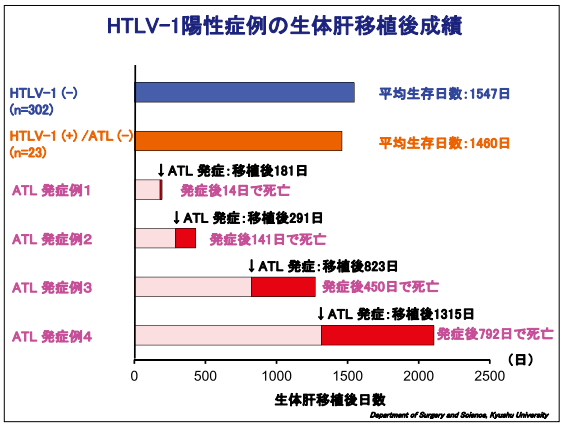
因子	症例 1	症例 2	症例 3	症例 4
原疾患	急性肝不全	急性肝不全	急性肝不全	急性肝不全
レシピエント年齢 (才)	39	45	67	48
レシピエント性別	女性	男性	男性	男性
MELD	23	22	22	25
HLA -A/-B	24,31/60,51	11,24/55,52	11,24/39,52	2,31/60,56
レシピエント HTLV-1	陽性	陽性	陽性	陽性
ドナー年齢 (才)	46	56	34	20
ドナー性別	男性	女性	男性	男性
ドナー HTLV-1	陽性	陽性	陰性	陰性
グラフト	拡大左葉	拡大左葉	右葉	右葉
ABO	一致	適合	適合	一致
カルシニューリン阻害剤	プログラフ	プログラフ	プログラフ	ネオーラル
移植からATL発症まで(年)	0.50	2.26	0.80	3.60
生存年数(yr)	0.53	3.49	1.18	5.77

ATLは全てレシピエント由来のHTLV-1 から発症（FISH により確認）

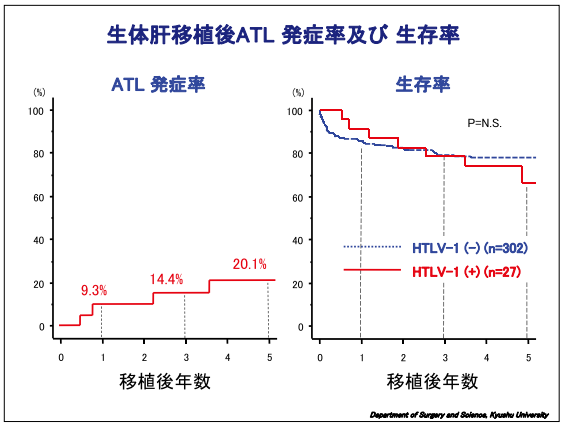
Department of Surgery and Science, Kyushu University

もう少し詳細に見ますと、HTLV-1陰性の方は平均生存日数が1,500日を超えます。HTLV-1陽性でATLを発症してない方というのも同様に1,500日近く平均生存日数がある中で、ATLを発症されると発症までの期間が181日、291日、823日、1,315日。発症後、それぞれ14日、141日、

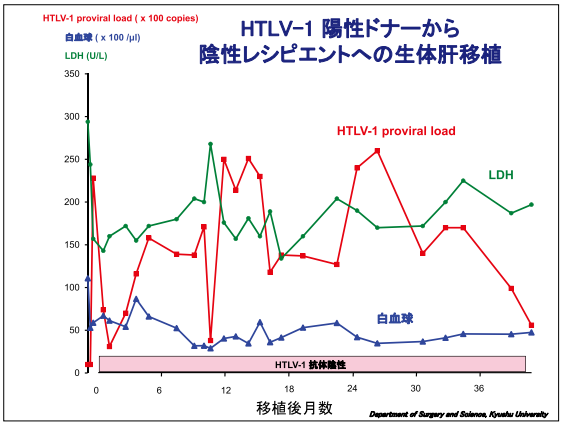
450日、792日で亡くなられています。つまり、ATLを発症すると予後は大変不良であるということがわかりました。



ATLの発症率は5年で20％。ただし、HTLV-1陽性というだけではHTLV-1陰性の方と生存率は差がないという結果でした。



HTLV-1陽性ドナーから陰性レシピエントに生体肝移植を行った症例をご報告しました。この症例を見てみますと、やはりHTLV-1はもともと陰性なのですが、移植後1週間たつと、この赤い線で示していますが、血中にHTLV-1のウイルスが出てきます。ただ、興味深いことに、普通HTLV-1の検査をする場合はこのHTLV-1抗体を皆さん測定されると思うのですが、この抗体はずっと陰性のまま経過しました。恐らく移植の後に免疫抑制剤を投与したことでこの抗体がつくられなかったのではないかと考えています。つまり、この症例が私たちに教えてくれたことは、このような症例では、必ず抗体ではなくウイルス量そのものをはからなければいけないということです。この症例は幸い現在社会復帰をされていまして、移植後10年になりますが、お元気にされています。



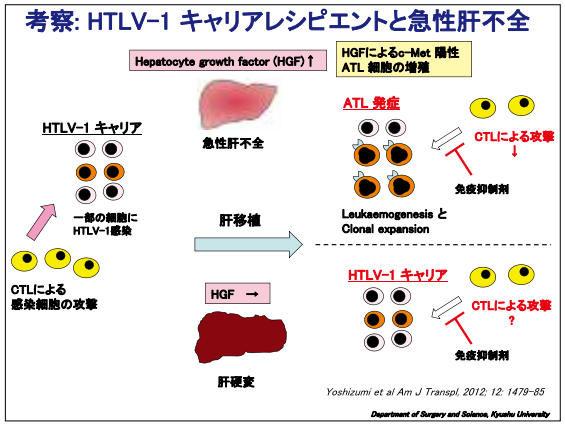
発症の危険因子を解析しますと、ATLを発症した症例は全て急性肝不全。これまで急性肝不全で、HTLV-1陽性の方は6例おられたのですが、そのうち4例でATLを発症しました。もう一つはMELDといいまして、これは肝臓が悪いかどうかというのを示す値ですが、どうしても劇症肝炎、急性肝不全になりますと、このMELDという数値も高くなりますので、それに引っ張られるかのように単変量解析では有意な因子となりました。

ATL発症の危険因子（単変量解析）

因子	層分け	症例数	ATL 発症率 (%)	P−値
レシピエント因子				
年齢	≧ 60才	8	12.5	0.83
	< 60才	19	15.8	
性別	男性	13	23.1	0.24
	女性	14	7.1	
原疾患	急性肝不全	6	66.7	P<0.001
	その他	21	0	
MELD	≧ 15	13	30.8	0.025
	< 15	14	0	
カルシニューリン阻害剤	TAC	15	20.0	0.40
	CYA	12	8.3	
胆管狭窄	Yes	5	40.0	0.079
	No	22	9.1	
ドナー因子				
年齢	≧ 40才	11	18.2	0.68
	< 40才	16	12.5	
グラフト	拡大左葉	17	11.7	0.56
	右葉	10	20.0	
HTLV-1	陽性	8	25.0	0.33
	陰性	19	10.5	
ABO	一致	15	13.3	0.81
	その他	12	16.7	

なぜHTLV-1キャリアの方が急性肝不全だとATLを発症しやすいかということに関する考察ですが、急性肝不全という病気になると、Hepatocyte growth factor、肝細胞増殖因子というホルモンが著明に上昇します。このHepatocyte growth factorの受容体はc-Metというのですが、このc-MetがこのATL細胞の表面にあるということが知られております。ですから、もしかすると、このHGFが著明に上昇すること、増加することが、このATLの陽性細胞をふやしてATLというのにつながってい

るのかもしれないと推測しております。



今回の報告をまとめますと、HTLV-1キャリアに対する生体肝移植は施行可能であると考えます。ただし、現疾患が急性肝不全の場合、ATL発症の機序が解明されるまで、生体肝移植は適応外としたほうがよいかもしれません。

私の発表は以上でございます。ありがとうございました。

奨　励　賞

「血中ペントラキシン3濃度は冠動脈不安定プラークと関連し、スタチン投与により低下する」

福岡大学医学部
心臓・血管内科学講座講師
岩　田　　敦

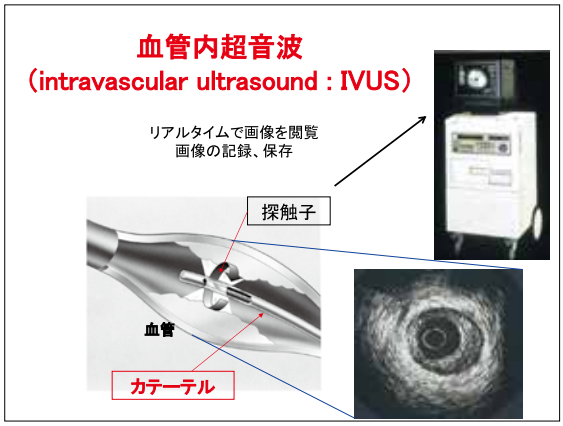
おはようございます。福岡大学の循環器内科岩田と申します。私の専門分野は心臓カテーテル検査・治療ですが、その一方で動脈硬化に関する臨床研究も行っております。

皆さんご存じのように、動脈硬化は慢性炎症疾患とされていますけれども、最近では炎症に反応して変動する炎症マーカーを動脈硬化の診断・治療に活用するという研究が盛んに行われております。

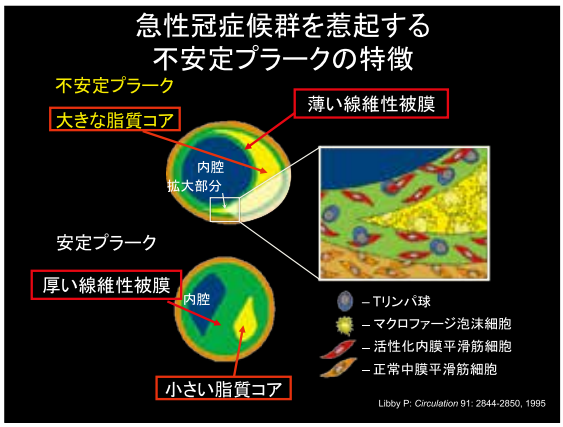
【背景】

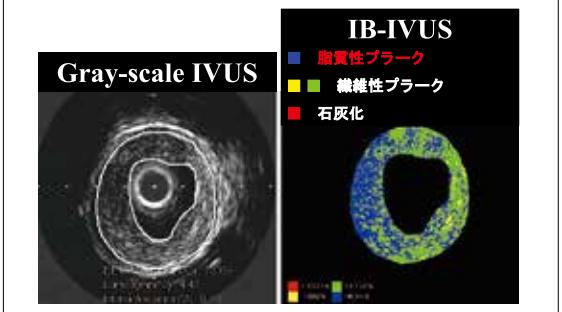
- 動脈硬化は血管の慢性炎症である。
- 種々の炎症マーカーを診断・治療に活用する研究がさかんに行われている。
- 近年、血管内超音波（intravascular ultrasound: IVUS）により、冠動脈不安定プラークの詳細な評価が可能となった。

その一方で、冠動脈の画像診断もどんどん発展しており、従来の造影検査とは違って、直接血管の中に細いカテーテルを入れて、血管の内側から超音波で見ていく血管内超音波（IVUS）といったモダリティが普及しております。これは心臓カテーテル治療のときに補助診断として活用されているモダリティですけれども、一方で非常に詳しく動脈硬化性のプラークが見えるという特徴があります。



急性冠症候群を引き起こす、いわゆる不安定プラークは、プラークの中に脂質成分が非常に多いという特徴があります。最近のIVUSでは、このような脂質が多いプラーク成分だけを選択して計測できます。今回の研究では、このようなモダリティを活用して炎症マーカーと不安定プラークの関連性を検討しました。





今回検討した炎症マーカーはペントラキシン3（PTX3）で、これはCRPと似た蛋白です。CRPと違って、より局所の血管内皮細胞や平滑筋細胞などで炎症に反応して産生されると考えられており、冠動脈疾患の予後やプラーク不安定化の新しいマーカーとして期待されております。

ペントラキシン3（pentraxin3; PTX3）

- 高感度CRPと同じpentraxin super familyに属する急性期反応性蛋白。
- 血管内皮細胞、血管平滑筋細胞、単球/マクロファージなどから産生され、高感度CRPと比べより局所の動脈硬化を反映している。
- 冠動脈疾患の予後やプラーク不安定化の新しいマーカーとして注目されている。

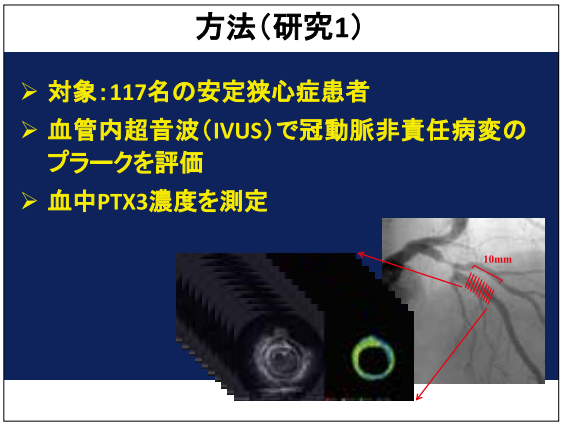
本研究では安定狭心症患者を対象としまして、IVUSで定量化した不安定プラークとPTX3との関連性を検討いたしました。あわせて、高脂血症治療薬スタチンによって、このマーカーがどう変動するかも検討いたしました。

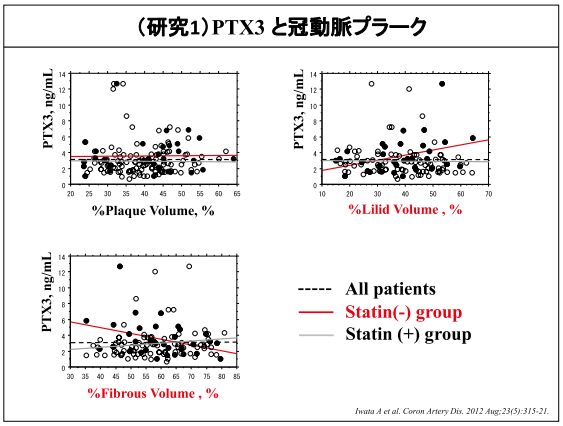
【研究目的】

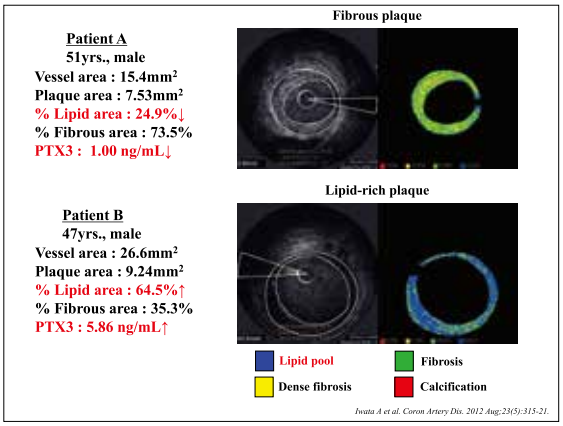
研究1
安定狭心症患者を対象として、血中PTX3濃度と血管内超音波（Intravascular Ultrasound; IVUS）により評価した冠動脈プラークとの関連性を検討した。

研究2
安定狭心症患者において、HMG-CoA還元酵素阻害薬（スタチン）投与による血中PTX3濃度への影響を検討した。

結果ですが、縦軸にPTX3の濃度、横軸にそれぞれプラークの成分を示しますが、スタチンを投与されていない患者で検討しますと、このようにリピッドプールが多いとPTX3は高いという、有意な正相関が認められました。実際の症例を提示しますけれども、こちらの緑で表示された部分は繊維性プラークで、このようないわゆる安定プラークをもつ患者ではPTX3が低い。一方で、この青で示すようなリピッドが多い、非常に不安定なプラークをもつ患者ではPTX3が高いということが分かりました。





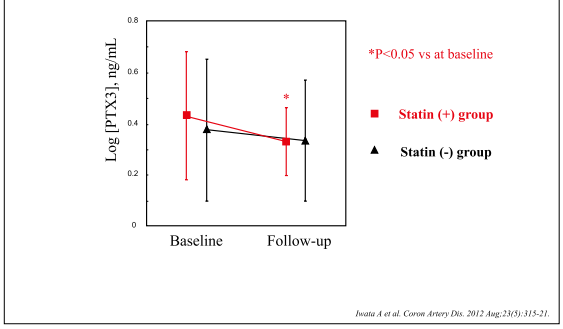


さらに、スタチンがPTX3に与える影響を投与前と投与９カ月後で検討したところ、スタチンを投与されている患者では投与されていない患者と比較して、有意にPTX3が低下しておりました。

方法（研究2）

- 対象：53名の安定狭心症患者
- 血中PTX3濃度を測定
- アトルバスタチン投与群、非投与群に分け、アトルバスタチン投与前後での血中PTX3濃度を比較検討した

（研究2）アトルバスタチン投与前後の血中PTX3濃度



以上の結果まとめますと、スタチンを飲んでいる人では炎症マーカーであるPTX3が下がる。つまり、スタチンの多面的効果の一つである抗炎症作用が確認できました。さらに、スタチンを飲んでない冠動脈疾患患者では、PTX3は不安定プラークの体積と有意な正の相関がありましたので、PTX3はプラーク不安定化を予知するマーカーの一つとして期待できるというふうに考えております。

結論

- スタチンを投与されていない患者では、血中PTX3値は脂質性プラーク体積と有意な正相関を示した。
- スタチンは血中PTX3濃度を低下させる抗炎症作用を持つ。
- PTX3はプラーク不安定化を予知するマーカーとなり得る。

私の発表は以上です。ご静聴どうもありがとうございました。

奨　励　賞

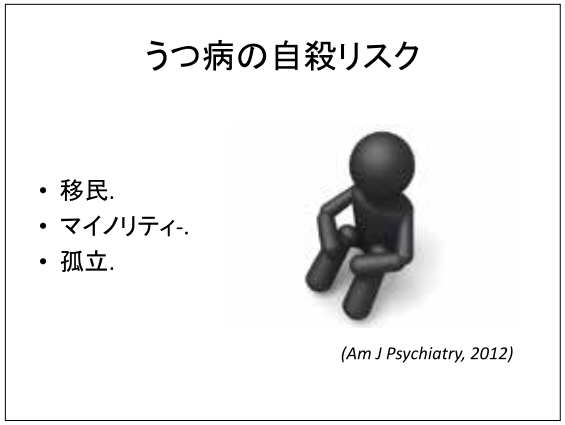
「難治性うつ病に対するARI追加投与の有効性」

産業医科大学医学部
精神医学教室准教授
吉　村　玲　児

まず初めに、このような名誉ある賞をいただきました関係者の先生方に厚く御礼申し上げます。

うつ病に対する薬物療法の工夫ということを我々の研究室では10年来やってまいりまして、その結果の一部をこの場をおかりして発表させていただきたいと思います。

２年前の「Nature」に、全世界的にうつ病が増加している、25年間でうつ病は２倍になっており、特に都市生活者あるいは過重労働が大きな問題になっていると報告されています。アメリカ合衆国では、勤労者の40％がうつ病関連疾患で休職しており、生産性の30％がそれによって損失しているというデータが示されております。うつ病には自殺というのが最も問題となる事項ですが、うつ病患者の中で自殺のリスクが高い群というのは、米国での研究ですが、移民､民族的マイノリティー､ソーシャルサポートの欠如、などの要因が自殺のリスクとの関連が高いという報告もなされております。

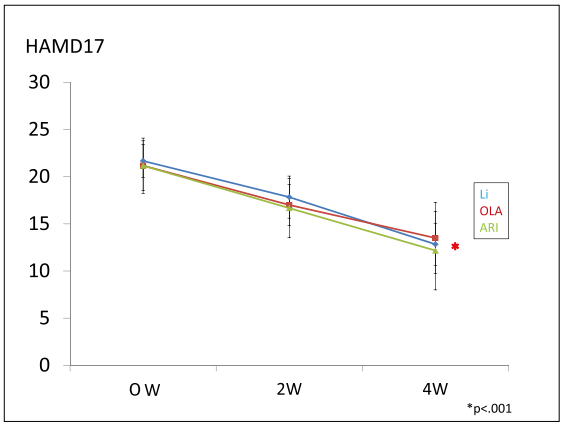


ここからが少し薬物療法の最新のお話になるのですが、うつ病は、昔は抗うつ薬と支持的精神療法を行えば大体90％以上の患者さんが寛解するのではないかという楽観的な見方があったのですが、最近の厳密な研究によると、二、三割の方が難治化・慢性化をすることが明らかになりました。これは、京都大学古川教授を中心にうつ病の患者さん約100名を10年間前向きに調査した多施設研究の結果です。10年間うつ病と診断された患者さんでは、４分の１の期間、だから2.5年間はずっとうつ状態あるいは軽いうつ状態に置かれているという興味深い結果が得られました。また、抗うつ薬を２種類まで十分量投与して反応が不良である患者さんというのは、難治化・慢性化しやすいという結果も得ました。

最近では非定型抗精神病薬、これは主に統合失調症や双極性障害躁病エピソードに適応のあるお薬なのですが、この非定型抗精神病薬を少量、統合失調症に使われるほどの量ではなくて、その４分の１とか３分の１の量を併用することによって良好な結果が得られるという知見が蓄積されています。

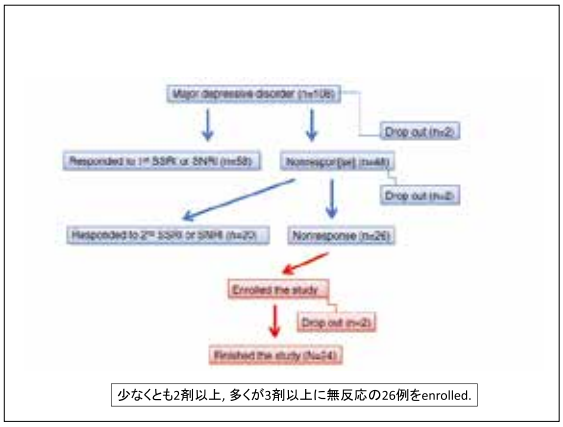
これは我々が行った研究で、約90例の患者さんをエンロールしました。パロキセチンというSSRIで４週間以上治療して反応しなかった30例を無作為に、リチウムという、これは気分安定薬で昔から難治性のうつ病に使われていた薬ですが、リチウム、オランザピン、アリピプラゾールという、後者２剤は非定型抗精神病薬でございますが、この３群に振り分けました。

そうすると、いずれも同等の４週間目までに、うつ病の重症度が有意に低下したというデータです。



次に、非定型抗精神病薬、今回はアリピプラゾールという非定型抗精神病薬に絞ったのですが、それを加えるのに適した先行投与の抗うつ薬はあるのかということを検討しました。検討薬物はパロキセチン、セルトラリンという代表的な選択的セロトニン再取り込み阻害薬２を選びました。

これは108例をエンロールして、１剤目で反応しなかった人が48例です。２剤目でも反応しなかった人は26例です。その26例をパロキセチンとセルトラリンに無作為割り付けました。



これが結果でございます。症状のバックグラウンドには両群に差はありませんでした。

これがアリピプラゾールを加えた後のうつ状態の改善率ですが、上がパロキセチン、パキシルで、下がセルトラリンですが、４週目までに大体４割近くの抑うつ症状スコアが改善しておりました。

HAMD17スコア変化率

	1w	2w	3w	4w
%Change HAMD17 from baseline in PAX Group	0.117 (0.0444)	0.182 (0.0747)	0.250 (0.0621)	0.367 (0.148)
%Change HAMD17 from baseline in STL group	0.109 (0.0718)	0.216 (0.0636)	0.281 (0.0643)	0.382 (0.122)
β (PAX)[2]	0.0657	−0.251	−0.212	−0.0576
p (PAX)[2]	0.761	0.237	0.319	0.789

HAMD17-Subscore変化

			1w	2w	3w	4w
PAX	Total scores	t-Ratio	−4.76	−9.7	−13.8	−11.9
		p	0.0005	<0.0001	<0.0001	<0.0001
	Core symptoms	t-Ratio				−8.44
		p				<0.0001
	Sleep	t-Ratio				−2.32
		p				0.0425
	Psychic anxiety	t-Ratio				−3.54
		p				0.0053
	Somatic anxiety	t-Ratio				−2.78
		p				0.0134
	Activity	t-Ratio				−2.28
		p				0.0455
	Suicide and guilty	t-Ratio				−5.24
		p				0.0004
STL	Total scores	t-Ratio	−6.83	−6.5	−8.03	−8.16
		P1	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001
	Core symptoms	t-Ratio				−6.47
		p				<0.0001
	Sleep	t-Ratio				−5.51
		p				0.0001
	Psychic anxiety	t-Ratio				−1.87
		p				0.0856
	Somatic anxiety	t-Ratio				1.39
		p				0.19
	Activity	t-Ratio				−4.92
		p				0.0004
	Suicide and guilty	t-Ratio				−2.94
		p				0.0123

以上をまとめますと、１）少なくとも２剤、３剤の抗うつ薬を十分量投与して反応のない患者さんには、リチウムであるとかアリピプラゾールなどの非定型抗精神病薬を追加投与することによって改善する１群があるということ。２）どの抗うつ薬とアリピプラゾールのコンビネーションが最も適切なのかに関しては、今回の私どもの結果では２剤しか比較しておりませんが両群に差はありませんでした。今後この点に注目して研究をさらに発展させていきたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

奨　励　賞

「2型糖尿病治療におけるDPP-4阻害薬シタグリプチンの長期的な有効性に関する調査」

久留米大学医学部内科学講座
内分泌代謝内科部門准教授
田　尻　祐　司

この度は、このような栄えある賞を頂きました事に対して感謝申し上げます。

最近２型糖尿病治療の選択肢が非常に増えており、今回お話するDPP（Dipeptidyl peptidase）-4阻害薬も６種類目の経口血糖降下薬として発売されてから既に３年以上が経過しました。この４月には７種類目となる尿糖を増やす薬も発売される予定です。ますます複雑化・多様化する血糖降下薬の中にあって、実はこのDPP-4阻害薬というのはとても使いやすい薬です。単剤では低血糖を起こす可能性が低く、体重増加もほとんどないことがわかっております。このDPP-4阻害薬であるシタグリプチンの使用経験をまとめたのが私の論文です。

食べ物を腸管から吸収した時の方が、経静脈的にブドウ糖を投与した時よりもはるかに多くのインスリンが分泌される事は昔からわかっており、この腸管に存在するからくりをインクレチンと呼んでおりました。インクレチンというのは、腸管の上部にあるK細胞や下部にあるL細胞から分泌されるGIPやGLP-1などの消化管ホルモンの総称です。食べ物が通った刺激によってインクレチンが分泌されて、これがβ細胞に届いてインスリン分泌を後押しするということにより、経口的に食べ物を投与した時の方がより多くのインスリンが分泌されるというメカニズムを説明できます。しかしながら、この２つのホルモンは、いずれもDPP-4というエンドペプチダーゼで５分以内に速やかに分解されますので、この酵素を抑制しインクレチンをいつまでも長持ちさせるようとするのがDPP-4阻害薬の役目です。GLP-1がインスリン分泌を促進し体重も減少させるという事はわかっておりますが、同じインクレチンホルモンであるGIPはインスリン分泌を促進しますが同時に脂肪細胞の合成も促す事もわかっています。従ってできればGLP-1だけを増やしたいところですが、DPP-4阻害薬は両方増やすので長期使用により体重増加の懸念があります。

2009年の12月に発売され既に３年以上が経過しておりますが、単独では低血糖を起こしにくいはずのこの薬により、発売当初に重篤な低血糖が数多く報告されました。特に高用量のSU（Sulfonyl Urea）薬使用例に併用した場合に多く認められた事を受けて、高齢者で腎機能が悪い方にDPP-4阻害薬を使用する際には、必ず併用SU薬（オイグルコン、アマリールなど）を減らすように日本糖病学会から注意勧告が出されました。それによれば、アマリールであれば2mg、オイグルコンは1.25mg、グリミクロンは40mg（いずれも一日投与量）まで減量が必要です。しかしながらこの勧告以来、低血糖の発現はほとんど認められなくなりました。新しい薬には予期せぬ副作用が起こる可能性が常にあるので、我々は２年間にわたってこの薬の実臨牀、リアルワールドにおける使用経験を調査してみました。

２型糖尿病患者164例を対象にシタグリプチンを併用後、もしくはα-GI（グルコシダーゼ阻害）薬から切り替え後３－６カ月の期間において血糖、体重等の変化を調査しました。当初は、α-GIとシタグリプチンと併用が認められていませんでしたので、これを切り替えざるを得なかった症例が60例おられました。

患者背景

対象と方法：2型糖尿病患者164例を対象にシタグリプチンを併用、もしくはα-GIから切り替え3-6カ月間血糖、体重等を測定した。

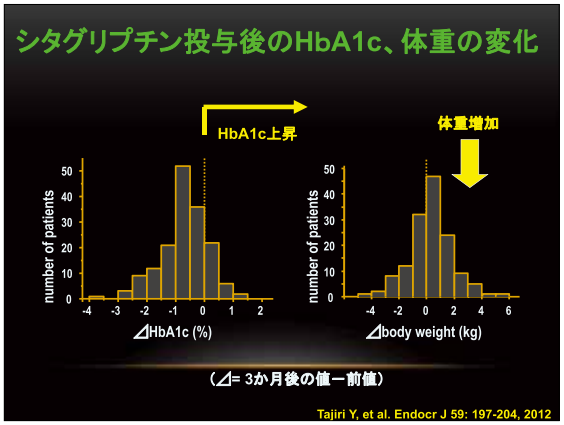
factors	All cases	Cases without switching from α-GI	Cases switched from α-GI	P値
患者数	164	104	60	-
年齢（歳）	64±12	64±12	64±12	NS
男性/女性	93/71	60/44	33/27	NS
喫煙（+）	51（31）	31（30）	20（33）	NS
飲酒（+）	57（35）	45（43）	12（20）	<0.01
糖尿病の家族歴（+）	88（54）	56（53）	32（54）	NS
罹病期間（年）	9.8±7.4	8.8±6.8	11.5±8.2	NS
BMI	24.1±3.8	24.2±3.7	23.9±4.1	NS

With or without switching from α-GI間でt検定、マンホイットニーのU検定、x 2乗検定を実施
means±SD or number of subjects（percentage）

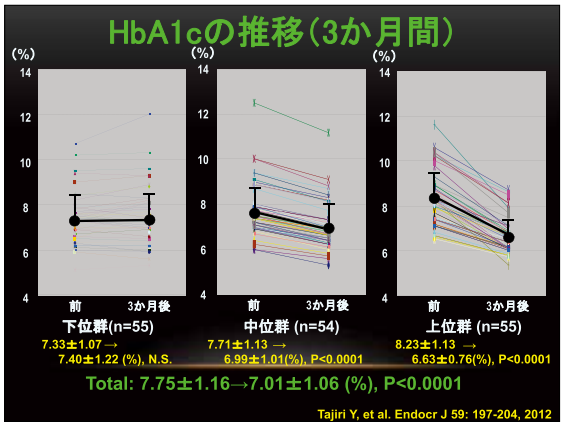
Tajiri Y, et al. Endocr J 59: 197-204, 2012

切り替えの有無により２群間での背景因子にはそれほど大きな差はありませんでした。シタグリプチンの投与量は、通常用量の50mgがほとんどであり、併用薬剤はSU薬（115例）、ビグアナイド薬（99例）の２種類が多かったです。

結果ですが、全体の18％ぐらいにはHbA1cが減らない、つまりnon-respondersが存在し、体重も平均すると確かにプラスマイナスゼロになりますが、約半数に体重増加を認めました。



従って当たり前の事ではありますが、この薬は誰にでも効いて体重も増えない魔法の薬ではなく、この薬を服用していてもやはりきちんと食事・運動療法はしないといけない事を再認識する必要があります。３か月間のHbA1cの推移を見てみると、非常によく効く方では１％以上の低下が認められますが、上記の通りあまり有効でない方もおられ、全体では約0.7％の低下を認めました。



このHbA1cの低下に何が関係しているのかを解析しましたが、シタグリプチン開始時のHbA1cが高ければ当然下がりやすいわけで、これは２年間たった今でもそういう結果は持っていますけども、そのほかには３群間で余り差はありませんでした。

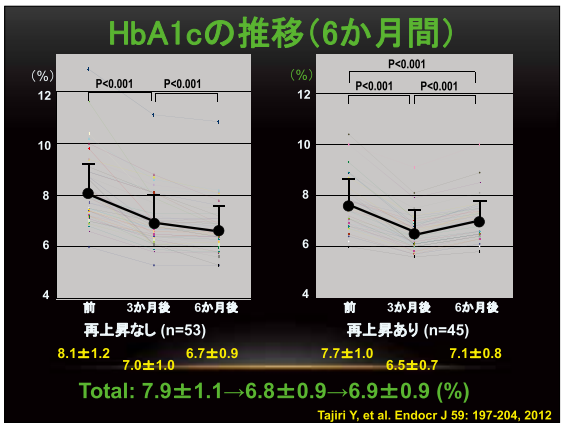
HbA1c低下率による3群間の比較

	下位群	中位群	上位群	P-value
年齢（歳）	64±13	66±10	63±11	N.S.
性別（男/女）	30/25	28/26	35/20	N.S.
罹病期間（年）	8.1±6.0	11.6±7.3	10.1±8.6	N.S.
開始時BMI	24.2±4.3	23.9±3.3	24.2±3.8	N.S.
開始時HbA1c (%)	7.3±1.1	7.7±1.1	8.2±1.1	0.0002
⊿食後血糖 1か月後 (mg/dl)	11±74	-24±46	-62±75	0.0001
⊿食後血糖 3か月後 (mg/dl)	4±44	-21±56	-68±61	<0.0001
⊿体重 (kg)	-0.1±1.2	0.3±1.5	0.4±1.8	N.S.
生活習慣合計点	6.8±2.2	6.1±2.1	5.9±2.0	N.S.
SU使用例 (%)	34 (62)	39 (72)	43 (78)	N.S.
BG使用例 (%)	33 (60)	32 (59)	34 (62)	N.S.
TZD使用例 (%)	5 (9)	14 (26)	16 (29)	N.S
α-GIから切り替え (%)	22 (40)	19 (35)	19 (35)	N.S.

Means±S.D. One-way ANOVA, Kruskal Wallis test or chi-square test.

Tajiri Y, et al. Endocr J 59: 197-204, 2012

６ヶ月後まで追跡可能であった98例の中で、HbA1cが一旦下がってその後再上昇した方が45例おられました。



多変量解析の結果、再上昇群ではチェックシートで評価した生活習慣の点数が低く（生活習慣が悪い）、α-GIからの切り替え例が有意に

多いということがわかりました。また、α-GIからの切り替え例では6か月後の体重が非切り替え例に比べて有意に増えています。

再上昇の有無での比較（多変量解析）

factors	Odds ratio (95% CI)	P-value
α-GIからの切り替え	10.042 (2.355-42.815)	0.002
生活習慣合計点	0.645 (0.457-0.911)	0.013
罹病期間 (年)	1.185 (0.996-1.181)	0.061

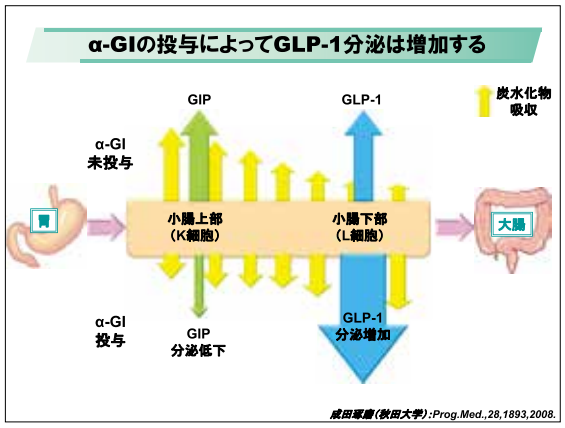
再上昇あり、なしを従属変数とする多変量ロジスティック解析. CI; confidence interval.

α-GIと体重の関連

	α-GIからの切り替え		P-value
	あり	なし	
⊿BW3か月後 (Kg)	0.7±1.6	0.4±1.6	N.S.
⊿BW6か月後 (Kg)	0.8±2.1	-0.1±1.9	0.026

Mann-Whitney's U-test

α-GIはブドウ糖の吸収を遅延させますので、食べた物の多くを小腸の下部の方に届ける事により、上述のL細胞から体重減少作用を有するGLP-1の分泌を促す事が報告されています。



α-GIを中止する事により、その後の体重増加をもたらす事は考えやすいと思います。従って、最近では併用が認められるようになりましたので、できればα-GIは切り替えないで併用した方が良いという事がこの時の結論でした。実際、α-GIからの切り替えがなかった方たちは生活習慣のスコアが再上昇と強い関連を示しているわけですけども、α-GIからの切り替え例では体重が増えている事が強く関連していました。

結果

Relapsingの要因因子（α-GI非切り替え例）

factors	cases without switching from α-GI (n=62)		P値
	Relapsing (−)	Relapsing (+)	
患者数	41	21	N.S.
年齢（歳）	65±11	65±11	N.S.
男性/女性	24/17	8/13	N.S.
罹病期間（年）	10.3±7.6	10.5±7.0	N.S.
BMI	24.0±3.4	23.9±3.6	N.S.
ベースライン時のHbA1c（JDS %）	7.9±1.1	7.6±0.9	N.S.
3ヵ月後の⊿体重（kg）	0.6±1.3	0.1±1.9	N.S.
6カ月後の⊿体重（kg）	−0.1±1.7	−0.3±2.2	N.S.
併用薬 SU BG TZD	 27 (66) 23 (56) 11 (27)	 16 (76) 14 (67) 7 (33)	 N.S. N.S. N.S.
シタグリプチンの投与量（25/50/100mg）	8/28/5	2/17/2	N.S.
生活習慣のスコア	6.3±1.9	4.4±2.2	<0.01

t検定、マンホイットニーのU検定、x 2乗検定
means±SD or number of subjects (percentage)

Tajiri Y, et al. Endocr J 59: 197-204, 2012

結果

Relapsingの要因因子（α-GI切り替え例）

factors	cases switching from α-GI (n=36)		P値
	Relapsing (−)	Relapsing (+)	
患者数	12	24	N.S.
年齢（歳）	65±10	65±11	N.S.
男性/女性	5/7	10/14	N.S.
罹病期間（年）	8.3±5.2	15.4±9.6	N.S.
BMI	22.6±4.0	24.2±3.9	N.S.
ベースライン時のHbA1c（JDS %）	8.7±1.5	7.8±1.0	N.S.
3ヵ月後の⊿体重（kg）	0.1±1.9	1.0±1.4	N.S.
6カ月後の⊿体重（kg）	−0.6±2.7	1.3±1.7	<0.05
併用薬 SU BG TZD	 10 (83) 7 (58) 3 (25)	 21 (88) 16 (67) 7 (29)	 N.S. N.S. N.S.
シタグリプチンの投与量（25/50/100mg）	1/9/2	2/21/1	N.S.
生活習慣のスコア	7.0±1.9	6.2±2.0	N.S.

t検定、マンホイットニーのU検定、x 2乗検定
means±SD or number of subjects (percentage)

Tajiri Y, et al. Endocr J 59: 197-204, 2012

結果をまとめると、シタグリプチンはHbA1cを平均すると約0.7％下げるが下がらない症例も存在する、体重は増える方も当然おられ、生活習慣が悪い方はやはりHbA1cが再上昇しやすい、α-GIから切り替えた場合には体重増加とHbA1cの再上昇に注意する必要があるという事です。併用するSU薬の減量を怠らなければ重篤な低血糖は認められないので、最近特に非専門医の先生の間でこの薬は非常に好まれて使用されています。久留米内科医会で調査した結果から、最近特に非専門医の先生方においてDPP-4阻害薬を第一選択薬として使用する機会が多くなり、それに伴い非専門医に通院する患者のHbA1cが2009年（DPP-4阻害薬発売前）に比べて平均で0.5％以上良くなっている事がわかりました。安全性にも特に問題なく、従って積極的にこの薬を使って頂きたいと思いますが、あくまでも体重が増えない魔法の薬ではないので、食事・運動療法の継続など生活習慣に対する留意が常に必要であるというのが私の結論です。どうもご清聴ありがとうございました。

奨　励　賞

「膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）における十二指腸乳頭開大所見の診断的意義」

九州大学大学院医学研究院
臨床・腫瘍外科学
安　藤　鉄　平

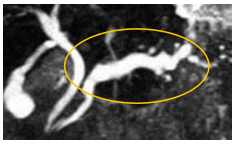
九州大学大学院臨床・腫瘍外科の安藤と申します。本日はこのような栄誉ある賞をいただき、大変うれしく思っております。

早速ですが、私の研究内容を発表いたします。タイトルは「膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）における十二指腸乳頭開大所見の診断的意義」です。

＜膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)とは？＞

Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm (IPMN)

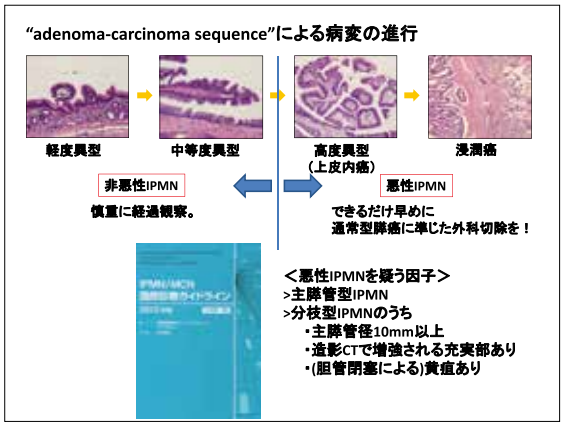
主膵管・分枝膵管内に生じる、粘液産生性の嚢胞性腫瘍。
膵癌前駆病変として注目されている。



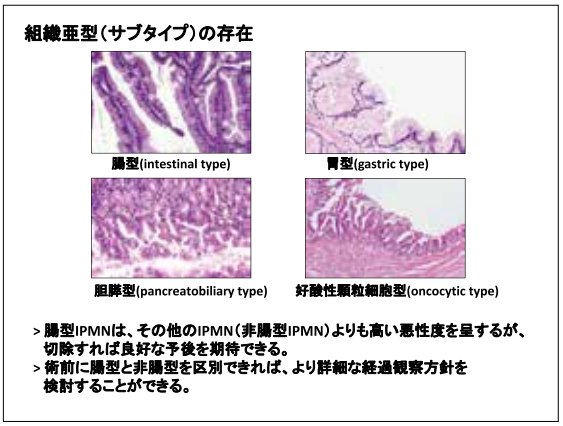
＜主膵管型IPMN＞

＜分枝型IPMN＞

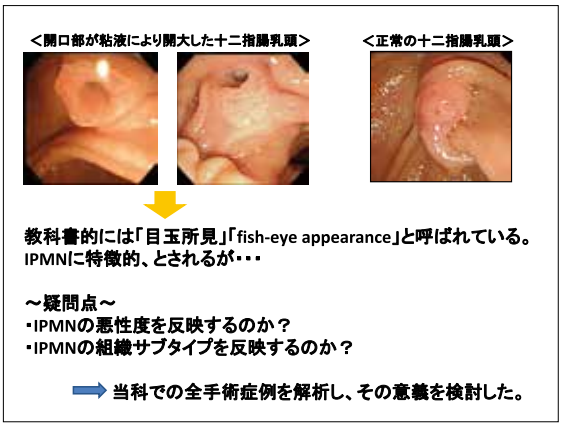
私が所属しております臨床・腫瘍外科では、この膵管内乳頭粘液性腫瘍というものに対して精力的に研究を行っております。Intraductal Papillary Mucinous Neoplasmの頭文字をとりましてIPMNと、消化器以外がご専門の先生には余り聞きなれない病気かもしれませんが、近年、特にMRIの進歩に伴って発見される機会がふえている病気です。これは膵臓の主膵管・分枝膵管に生じる粘液産生性の嚢胞性腫瘍で、膵癌の前駆病変として大変注目されています。主膵管にできるものを主膵管型IPMNと言い、主膵管が部分的あるいは全体的に拡張します。分枝膵管にできるものを分枝型IPMNと言い、これは主膵管が正常あるいは拡張していることもあるのですが、分枝領域に嚢状の病変をつくっていきます。一般的に主膵管型IPMNというのは分枝型IPMNに比べて悪性度が高いと言われております。



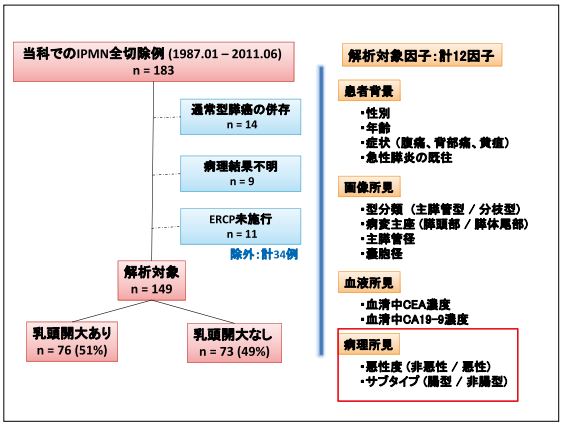
病理学的には、大腸がん等で見られるようなadenoma-carcinoma sequenceによって病変が進行していくと言われております。初期では軽度異型の段階から徐々に顔つきが悪くなっていって、最終的には膵癌と同じような浸潤癌になっていくとされています。軽度異型、中等度異型の段階を非悪性と定義しますが、この非悪性IPMNの段階では外来で慎重に経過観察をしていって、悪性のものが疑われる場合には、できるだけ早目に通常型膵癌に準じた外科切除をする、というのが理想的です。ただ、この結果というのは、あくまで病理所見でありまして、膵臓というのは胃や大腸と違って生検をしたりするのが非常に難しい臓器ですので、できるだけ術前の画像診断等でこの「悪性」のIPMNを正確に「予測」していくことが重要になります。IPMNの国際ガイドライン第２版が2012年に出たのですが、この中で、先ほど申しました主膵管型IPMN、また、分枝型IPMNのうち主膵管径が10mm以上に拡張しているもの、造影CTで増強される充実部分があるもの、胆管浸潤等で胆管閉塞による黄疸があるもの、これらを悪性IPMNではないかということで積極的に切除対象にしよう、という方針が立てられています。



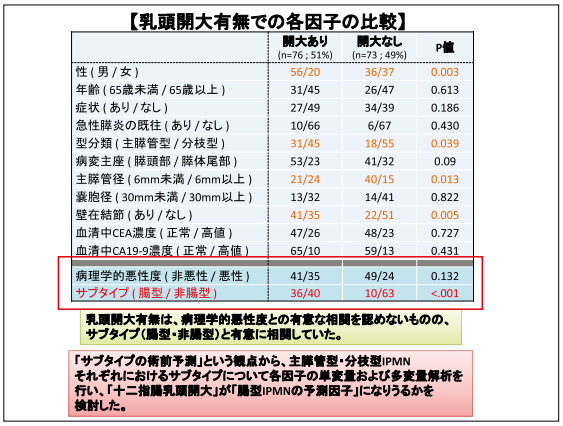
さて、IPMNには、この悪性度とは別に組織亜型（サブタイプ）というものが存在します。４つのサブタイプ、すなわち腸型、胃型、胆膵型、好酸性顆粒細胞型があり、この内、腸型IPMNというのは、その他３つの非腸型IPMNよりも高い悪性度で発見されることが多いものの、切除すると通常型膵癌よりも良好な予後を期待できるという特徴があります。よって、術前に腸型IPMNと非腸型IPMNというのを区別することができれば、サブタイプの特徴に応じてより詳細な経過観察方針を検討することができるということになります。



今回私が注目したのは、十二指腸乳頭の開大という所見で、一番右側にお示ししておりますのが内視鏡で確認できる正常な十二指腸乳頭ですが、ときに十二指腸乳頭の開口部が粘液により開大した所見を見ることがあります。教科書的には20年ぐらい前から、目玉所見とか、海外ではfish-eye appearanceと呼ばれていて、IPMNに特徴的であると記載されているのですが、こういった所見がIPMNの悪性度を反映しているのかどうか、あるいはIPMNの組織サブタイプを反映しているのかどうかという点については実はわかっていませんでした。



そこで、当科でのIPMN全手術症例を解析し、その意義を検討いたしました。当科で1987年に第１例がありますが、それから2011年６月までに行われた183例を検討いたしました。幾つかの除外例を除いた解析対象149例中約半数、76例で乳頭開大あり、という結果でした。解析対象因子は右側に挙げておりますが、この中で今回特に注目したのが病理所見です。すなわち、悪性度と乳頭開大所見が関係あるのか、あるいはサブタイプと乳頭開大所見が関係あるのか、ということです。



	開大あり (n=76；51%)	開大なし (n=73；49%)	P値
性（男 / 女）	56/20	36/37	0.003
年齢（65歳未満 / 65歳以上）	31/45	26/47	0.613
症状（あり / なし）	27/49	34/39	0.186
急性膵炎の既往（あり / なし）	10/66	6/67	0.430
型分類（主膵管型 / 分枝型）	31/45	18/55	0.039
病変主座（膵頭部 / 膵体尾部）	53/23	41/32	0.09
主膵管径（6mm未満 / 6mm以上）	21/24	40/15	0.013
嚢胞径（30mm未満 / 30mm以上）	13/32	14/41	0.822
壁在結節（あり / なし）	41/35	22/51	0.005
血清中CEA濃度（正常 / 高値）	47/26	48/23	0.727
血清中CA19-9濃度（正常 / 高値）	65/10	59/13	0.431
病理学的悪性度（非悪性 / 悪性）	41/35	49/24	0.132
サブタイプ（腸型 / 非腸型）	36/40	10/63	<.001

これがその一覧ですが、残念ながら、この乳頭開大ありとなしについて病理学的悪性度には相関がありませんでしたが、サブタイプについては、乳頭開大ありの群において有意に腸型IPMNが多いということが今回の解析でわかりました。そこで、サブタイプの術前予測という観点から、主膵管型及び分枝型IPMNそれぞれにおけるサブタイプについて各因子の単変量及び多変量解析を行って、十二指腸乳頭の開大所

見というものが腸型IPMNの予測因子になり得るかということを検討いたしました。

【主膵管型IPMN49例での、腸型予測における各因子の単変量・多変量解析】

	単変量解析			多変量解析		
	腸型 (n=20)	非腸型 (n=29)	P値	オッズ比	95% 信頼区間	P値
性 (男 / 女)	15/5	13/16	0.045	0.993	0.130-6778	0.994
年齢 (65歳未満 / 65歳以上)	5/15	10/19	0.542	1.138	0.174-7.560	0.890
症状 (あり / なし)	12/8	13/16	0.387	0.282	0.025-1.928	0.209
急性膵炎の既往 (あり / なし)	8/12	1/28	0.002	36.320	2.705-1317.5	0.005
病変主座 (膵頭部 / 膵体尾部)	7/13	21/8	0.018	0.158	0.016-1.021	0.053
壁在結節 (あり / なし)	12/8	22/7	0.345	0.533	0.066-3.915	0.530
血清中CEA濃度 (正常 / 高値)	10/10	17/10	0.551	2.118	0.409-11.668	0.367
血清中CA19-9濃度 (正常 / 高値)	17/3	21/7	0.488	0.537	0.049-4.669	0.578
乳頭開大 (あり / なし)	16/4	15/14	0.070	11.044	1.620-142.9	0.012

主膵管型IPMNでは、単変量解析においては乳頭開大とサブタイプの間に有意な相関を認めないものの、多変量解析においては「乳頭開大あり」は腸型IPMNの予測因子であることが示された(オッズ比:11.0)。

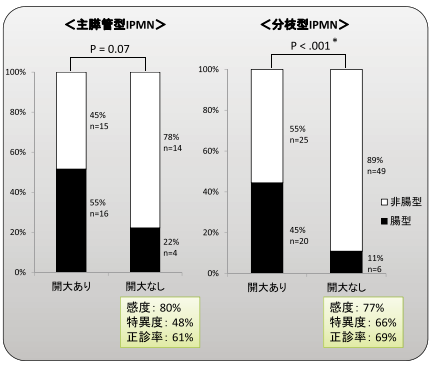
【分枝型IPMN100例での、腸型予測における各因子の単変量・多変量解析】

	単変量解析			多変量解析		
	腸型 (n=26)	非腸型 (n=74)	P値	オッズ比	95% 信頼区間	P値
性 (男 / 女)	20/6	44/30	0.154	1.016	0.240-4.354	0.983
年齢 (65歳未満 / 65歳以上)	11/15	31/43	1.000	0.921	0.242-3.649	0.904
症状 (あり / なし)	15/11	21/53	0.010	15.348	2.766-153.952	0.001
急性膵炎の既往 (あり / なし)	4/22	3/71	0.073	1.463	0.124-14.683	0.748
病変主座 (膵頭部 / 膵体尾部)	21/5	45/29	0.092	2.962	0.733-14.455	0.130
主膵管径 (6mm未満 / 6mm以上)	11/15	50/24	0.035	1.902	0.488-7.659	0.351
嚢胞径 (30mm未満 / 30mm以上)	6/20	21/53	0.798	1.03	0.253-4.536	0.961
壁在結節 (あり / なし)	11/15	18/56	0.130	1.781	0.503-6.171	0.364
血清中CEA濃度 (正常 / 高値)	20/5	48/24	0.311	0.639	0.140-2.500	0.527
血清中CA19-9濃度 (正常 / 高値)	21/5	65/8	0.317	1.746	0.235-11.858	0.570
乳頭開大 (あり / なし)	20/6	25/49	<.001	17.191	3.430-156.864	<.001

分枝型IPMNでは、単変量解析において乳頭開大とサブタイプの間に有意な相関を認め、かつ多変量解析において「乳頭開大あり」は腸型IPMNの予測因子であることが示された(オッズ比:17.2)。

まず主膵管型IPMNにおいては、この乳頭開大ありという所見が、多変量解析においてオッズ比11.0で腸型IPMNの予測因子であることが示されました。また、同様に分枝型IPMN100例でも、この乳頭開大ありというものが、オッズ比約17.2をもって多変量解析で腸型IPMNの予測因子であるということが統計解析で判明いたしました。

【十二指腸乳頭開大所見のみでの、腸型IPMN術前予測精度】



十二指腸乳頭開大所見のみで術前に腸型IPMNを予測した場合、どのような結果になるかというのを示したのがこのグラフですが、主膵管型IPMNでは正診率61%、分枝型IPMNでは正診率69%と、まだ十分に満足できる値ではないですが、いずれも半数以上の例で腸型IPMNを予測できるという結果となりました。

考察・まとめ

- 十二指腸乳頭開大所見は、悪性IPMNの予測因子とはならないものの、腸型IPMNの予測因子として有用であった。
- 腸型IPMNは癌化の傾向が強いが切除後の予後が良好であるなど、非腸型IPMNとは異なる特徴を有しており、術前に腸型IPMNを予測することは、IPMNの診療方針決定において有用であると思われる。
- 乳頭開大所見単独では十分な正診率とはいえず、膵液中の分子マーカーを含め、さらなる予測因子の探索が必要であると思われた。

考察及びまとめですが、十二指腸乳頭開大所見は、悪性IPMNの予測因子とはなりませんでしたが、腸型IPMNの予測因子として有用でした。腸型IPMNは癌化の傾向が強いですが、切除後の予後が通常型膵癌に比べてかなり良好であるといった非腸型IPMNとは異なる特徴を有しておりますので、術前に腸型IPMNを予測することは、IPMNの診療方針決定において有用であると思われました。乳頭開大所見単独ではまだ十分な正診率とは言えませんので、膵液中の分子マーカーを含め、さらなる予測因子の探索が必要であると思われました。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

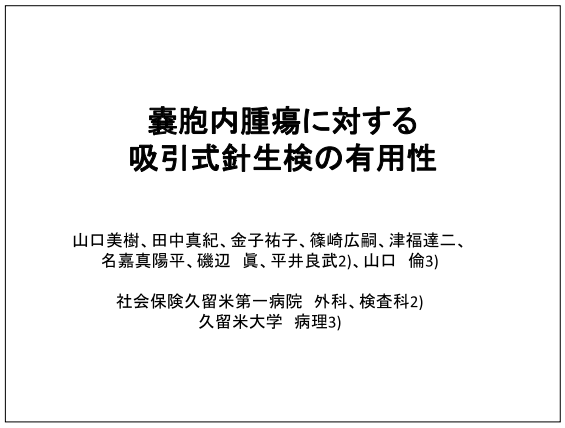
奨　励　賞

「乳腺嚢胞内腫瘍に対する吸引式針生検の有用性」

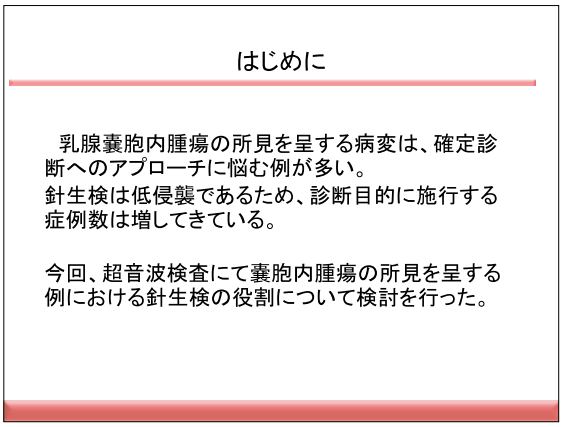
社会保険久留米第一病院
（2014年4月からJCHO
久留米総合病院に名称変更）
乳腺外科部長
山　口　美　樹

本日は奨励賞をいただきまして、まことにありがとうございました。共同演者として田中が発表させていただきます。

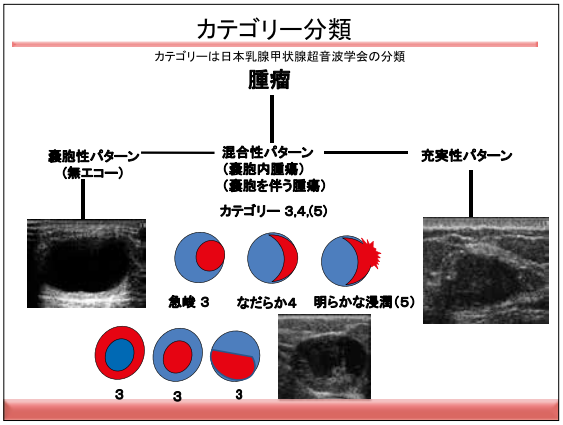
まず、「嚢胞内腫瘍に対する吸引式針生検の有用性」というタイトルです。



近年非常にエコーの技術などが発展しまして、この乳腺内嚢胞所見というのがたくさん出てくるようになりました。ただし、確定診断へのアプローチに非常に悩む症例が多いということで、この針生検は低侵襲であるため、診断目的に施行する症例数が増してきております。今回、超音波検査にて嚢胞内腫瘍の所見を呈する例における針生検の役割について検討を行いました。



まず、嚢胞の種類ですけれども、このような無エコーのものはひっかけないですけれども、混合性パターンのこのようなたくさんの種類があります。



このような症例に対してどのように検査を進めていくかということです。

この嚢胞内腫瘍の診断には、もちろん画像も診断もありますが、確定診断をつけなければその先に進みません。特に小腫瘤、１cm未満とかそういう小さい症例に対して診断をつけるのが非常に困難であります。確定診断の方法には、細胞診、また針生検、そして切開生検があります。

これまでは細胞診で良性ということであれば経過観察にしていた

乳腺嚢胞内腫瘍の診断

- 画像診断
- 確定診断がつきにくい、とくに小さい症例
  - 細胞診
  - 針生検
  - 切開生検

＊細胞診で良性：経過観察
＊悪性を疑う：切開生検

のですが、その中に乳癌があるということです。

嚢胞内癌からみると

- 細胞診　感度50~83%（おもに2㎝以上の場合）
- 針生検　感度60%
- 切開生検まで行う　40%

そして、悪性を疑う場合には、どうしても腫瘤を摘出したり、切開生検をする症例が、この嚢胞内腫瘍で多くなってまいりました。

そこで、2004年から2009年までに127例、エコー上嚢胞内腫瘍の所見を呈した127例に対して針生検を行いました。

対象と方法

対象：2004年7月～2009年12月まで
超音波上嚢胞内腫瘍の所見を呈し針生検を行った127例

年齢：17~80　歳、平均　51.5　歳

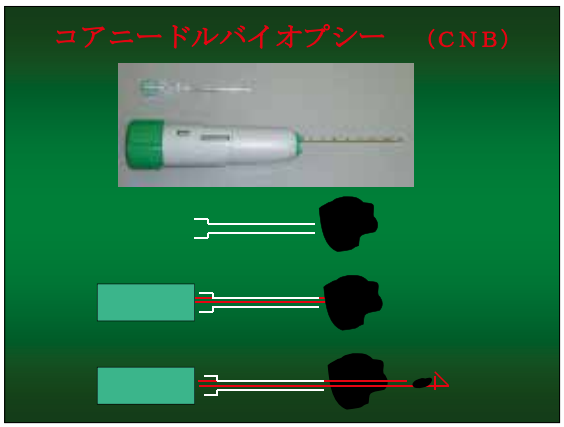
診断方法：コア針生検　（14G）　10例
Vacuum-Assisted Breast Biopsy（11G）117例

超音波所見のカテゴリー分類は日本乳腺甲状腺超音波会議(現在日本乳腺甲状腺超音波学会)の分類を用いた。

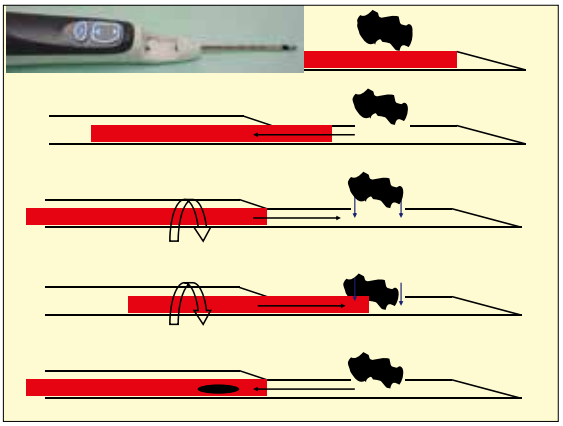
超音波検査でのカテゴリ分類および腫瘍径

カテゴリ分類	嚢胞のsize	
カテゴリ3	≤0.5cm	9例
	0.5< ≤1.0cm	40例
	1.0< ≤2.0cm	38例
	2.0< ≤5.0cm	13例
	5.0<	1例
カテゴリ4	0.5< ≤1.0cm	4例
	1.0< ≤2.0cm	7例
	2.0< ≤5.0cm	14例
	5<	1例
計		127例

その診断方法としては、コア針生検、needle biopsy、 また Vacuum-Assisted Breast Biopsy、いわゆるマンモトームという機械を用いて行いました。CNBの場合は14ゲージの針、またマンモトームでは11ゲージの針になっております。コアニードルの場合は、外套を使って皮膚に直接針が当たらないようにして刺すのですが、針を刺した場合にしこりを突き刺して針が出ていくという特徴があります。

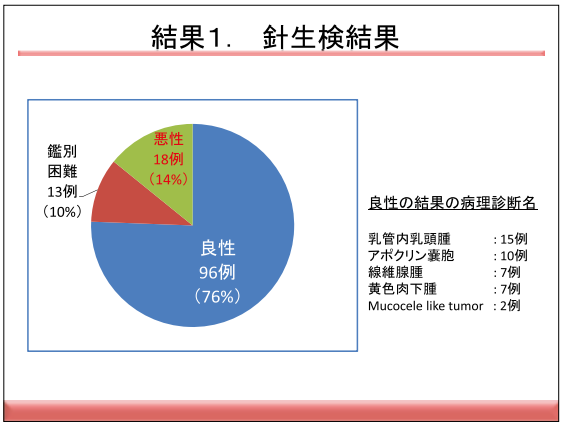


また、このマンモトームと言われるのは吸引式ですので、しこりの真下にこのポケットのところが来まして、超高速回転で針が出てきて、しこりを吸引していくということで、ここから先に癌細胞が散布することがないというのが特徴です。

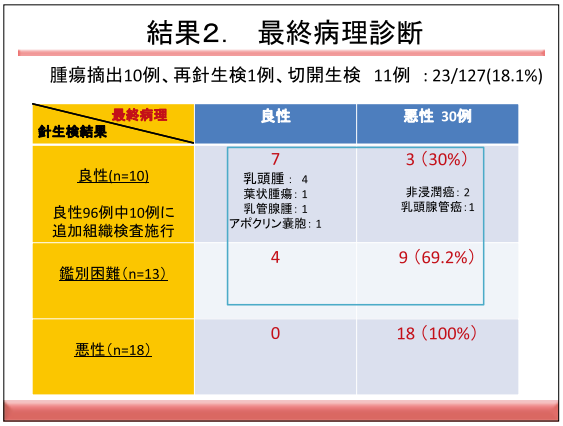


その特性を見てみますと、CNBの場合は、突き刺すということで挫滅の可能性が出てくる。また、マンモトームの場合は、高速回転で回しますのでねじれは生じますけれども、組織量が明らかに多く、また何回も針を、全体を出し入れせずに同じように刺して針だけを動かしますので、連続して嚢胞壁から採取が可能になってくるという特性がございます。

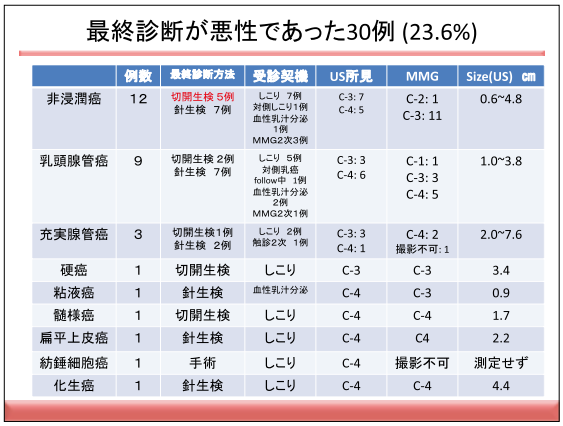
嚢胞内腫瘍127例のうちの76％は良性でした。良性の病理所見としてはこういう組織型があります。また、針生検をしても10％が鑑別困難という結果で返ってきます。悪性とついたのは14％でした。この良性というふうに返ってきても画像でどうしても悪性が否定できないような症例もございます。



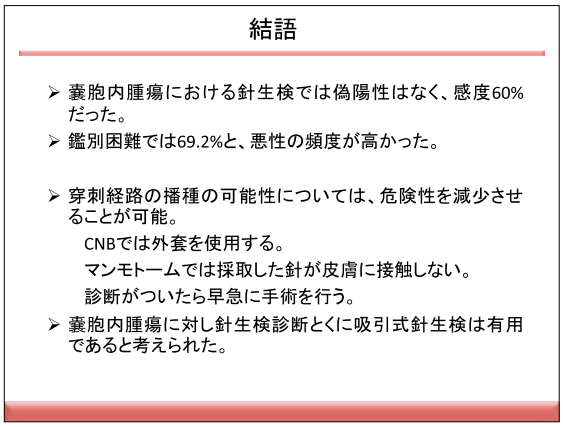
最終病理診断、これは手術をした結果ですけれども、この手術に至るまで、この針生検の後に腫瘍摘出をした症例が10例、もう一度針生検をした症例が１例、切開生検をした症例が11例と、全体の中の18％が追加の検査を行いました。良性と結果が出た96例中10例には改めて追加組織の検査をしたのですが、そのうち30％に悪性がありました。鑑別困難の13例中70％は悪性でした。また、針生検で悪性とついたものは100％悪性という結果が返ってまいりました。



最終診断が、手術をして画像上も全部一致して手術した症例に、30例、23.6％が乳癌でした。この中には非浸潤癌から特殊型までいろいろあるのですが、ゼロ期の非浸潤癌が最も多いわけです。でも、その中には最終診断方法として針生検から切開生検までを加えるような症例があり、やはりこの中で嚢胞疾患というのが非常に難しいということが改めて再確認されました。



結語ですけれども、嚢胞内腫瘍における針生検というのでは、偽陽性はなく、感度は60％でした。また、鑑別困難という結果では約７割が悪性でした。また、穿刺経路の播種の可能性については、危険性を減少させることが非常に可能です。CNBの場合には必ず外套を使用すること。マンモトームでは採取した針が皮膚に接触しないので散布の可能性が少なくなります。また、診断がつきましたら早急に根治手術を行うこと。また、嚢胞内腫瘍に対して、この針生検の診断、特に吸引式の針生検が非常に有用であると考えられました。



以上です。ありがとうございました。

次期学会長挨拶

福岡大学医学部長　　朔　　啓二郎

次 期 学 会 長 挨 拶

福岡大学医学部長　朔　　啓二郎

福岡大学の医学部長をしております朔でございます。来年の第７回の福岡県医学会総会を担当させていただくようになりました。今回、内村先生が学会長でこのように非常に盛大に行われていますので、これを踏襲しながら、来年も先生方からたくさんの学会発表をお願いしたいと思っております。来年の２月、本当によろしくお願いいたします。

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（呼吸器・循環器関連）

座長　福岡県医師会理事　山　本　英　彦

気管支洗浄液の16S ribosomal RNA遺伝子による細菌叢解析法を用いた医療介護関連肺炎（Healthcaere-associated pneumonia ; HCAP）の原因菌の評価

1）産業医科大学医学部呼吸器内科学、2）産業医科大学医学部微生物学
○野口　真吾[1)]、矢寺　和博[1)]、川波　敏則[1)]、山崎　　啓[1)]、福田　和正[2)]、
赤田憲太朗[1)]、石本　裕士[1)]、谷口　初美[2)]、迎　　寛[1)]

【目的】 HCAPの原因菌は多彩であり、30 ～ 70%が原因不明とされる。今回、気管支洗浄液中の細菌叢を網羅的に解析し、原因菌について検討した。

【対象】 HCAPと診断し、気管支鏡検査を施行した72例。

【方法】 気管支洗浄液の16S rRNA遺伝子断片をPCRで網羅的に増幅し、クローンライブラリーを作製。無作為に選択した96クローンの各塩基配列を決定した後基準株との相同性検索を行い、原因菌の検討を行った。同一検体を用いた培養法も検討した。

【結果】 連鎖球菌（23%）、インフルエンザ菌（17%）、嫌気性菌（13%）、肺炎球菌（11%）、黄色ブドウ球菌（８%）が検出された。一方、培養法では黄色ブドウ球菌は20%検出された。

【結語】 HCAPでは、口腔内連鎖球菌や嫌気性菌が重要な原因菌である可能性が示唆された。また、黄色ブドウ球菌に関しては、培養されても原因菌であるかどうか十分に考慮する必要性が考えられた。

塩酸ベプリジルによる薬剤性肺障害の臨床的検討

1）山口県済生会山口総合病院、2）産業医科大学医学部呼吸器内科学
○山崎　　啓[1) 2)]、矢寺　和博[1) 2)]、野口　真吾[1) 2)]、小田　桂士[2)]、
赤田憲太朗[2)]、西田　千夏[2)]、川波　敏則[2)]、川波由紀子[2)]、
石本　裕士[2)]、小野　史朗[1)]、湧田　幸雄[1)]、迎　　寛[2)]

【背景・目的】 塩酸ベプリジルは頻脈性不整脈や持続性心房細動などの治療薬であり、副作用として間質性肺炎が散見されるが、その発生率の報告はない。今回、薬剤性肺障害の発生率について後方視的に検討した。

【対象・方法】 済生会山口総合病院を受診し、塩酸ベプリジルが投与された253症例のうち画像所見の検討が可能であった222例を対象として、薬剤性間質性肺炎の発生について調査した。

【結果】 画像的に薬剤性間質性肺炎を新たに発症した症例は８例（3.6%，8/222）であった。平均年齢は80.5歳、男女比は5/3であり、塩酸ベプリジル投与開始から肺障害発症までの期間は14日から10ヶ月であった。８例全例で、塩酸ベプリジルの中止もしくはステロイド投与により肺病変の改善を認めた。

【考察・結語】 塩酸ベプリジルによる薬剤性肺障害は、投与初期から数ヶ月後にも発症し得るため、投与中は薬剤性肺障害の発症に留意する必要がある。

睡眠呼吸障害患者における内視鏡下鼻副鼻腔手術の効果

坂本クリニック耳鼻咽喉科
○坂本　菊男

【背景】 閉塞性睡眠時無呼吸症候群（OSAS）の治療は主にCPAP療法であるが、耳鼻咽喉科治療としては鼻副鼻腔手術や咽頭拡大術などの手術治療がある。

【対象】 2008年４月から2013年３月までの５年間に治療したOSAS患者のうち鼻副鼻腔手術治療を行った症例について検討。対象は14例（男性13例、女性１例：年齢21 ～ 68歳：平均35歳）。

【方法】 手術前後のAHI、平均・最長無呼吸時間、平均・最低酸素飽和度、覚醒反応指数、睡眠時間に対するいびき時間の割合、睡眠ステージ、CPAP治療を行っていた患者の術後の状態について検討。

【結果】 術前の平均AHIは32.1±8.2､術後の平均AHIは21.8±5.2（$p<0.05$）。他は有意差を認めなかった。術後でステージⅢ・Ⅳの深睡眠が出現するようになった。CPAP治療中６例のうち１例でCPAPが離脱。

【結語】 鼻副鼻腔手術により鼻閉を改善させることでAHIの改善と睡眠内容の改善につながった。鼻副鼻腔手術によってCPAPが離脱できる可能性が示唆された。

日本における心肺停止とう蝕の関係

１）福岡大学医学部心臓・血管内科学、２）福岡大学医学部生化学、
３）国立精神・神経医療センター情報管理・解析部生物統計解析室、
４）静岡県立総合病院循環器内科、
５）駿河台日本大学病院循環器科、蘇生・救急心血管治療、
６）京都大学循環器内科
○末松　保憲[1)]、上原　吉就[1)]、瀬川　波子[2)]、三浦伸一郎[1)]、米本　直裕[3)]、
野々木　宏[4)]、長尾　　建[5)]、木村　　剛[6)]、朔　啓二郎[1)]

【背景】 う蝕や歯周病を代表とする口腔内感染症は動脈硬化や冠動脈疾患に関与している。しかし不整脈や突然死も含めた心停止との関与を検討した報告はない。地域医療において最も重要なのは予防医学であり、口腔ケアと心停止との関与について検討した。

【方法と対象】 2005年より日本全国で救急搬送された院外心停止症例を集積しているウツタインレジストリーを利用し、心源性、非心源性の心停止症例を取得した。う蝕患者データは厚生労働省患者調査から取得し、2005－2011年の各都道府県別の心停止罹患率、う蝕有病率を算出してその相関を検討した。

【結果】 都道府県の年齢分布を合わせるために年齢調整を行い、男女別、年代別の相関を検討した。全体では有意な相関はなかったが、65歳以上の男性では心源性心停止とう蝕は有意に相関し（$r=0.38$, $p=0.008$）、全体の心停止とも有意に相関した（$r=0.47$, $p=0.0008$）。

【結語】 65歳以上の男性では入念な口腔ケアを行うことで心停止を抑制できる可能性がある。

インスリンの大量投与が疑われた２剖検例

福岡大学医学部法医学教室
○柏木　正之、松末　　綾、原　　健二、
高本　睦夫、髙山　みお、久保　真一

インスリン大量注射は自殺企図ばかりでなく、殺人によるものもあり、その診断には注意を要する。今回我々は、インスリンの大量投与が疑われた法医剖検例を経験した。

【事例１】 50歳代男性。就寝後、妻が大量の睡眠導入剤を服用させた上で、インスリンリスプロ混合製剤注射液600単位を皮下注射した。12時間後、病院搬送され、死亡が確認された。下肢に浅い切創数条と腹部に皮下注射痕を認めた。

【事例２】 60歳代男性。自宅で死亡しているのを発見された。現場の状況から、インスリンアスパルト混合製剤注射液50単位以上を皮下注射した可能性が疑われた。頚部、下腿に浅い刺創、切創を認めた。左冠状動脈に狭窄を認めた。

【結果】 事例１の病院搬送時の血清中インスリン濃度が異常高値であったことから、事例１はインスリン大量投与が疑われた。しかし、２例とも解剖時に採取された試料からは、インスリン大量投与を確認することはできなかった。

夜間頻尿に潜む睡眠時無呼吸症候群

１）九州大学病院睡眠時無呼吸センター、２）九州大学大学院医学研究院循環器内科、
３）九州大学大学院医学研究院病態機能内科学、
４）九州大学大学院医学研究院環境医学分野、５）八幡済生会病院循環器内科
○吉村　　力[1)]、船越　公太[2)]、吉川　智子[2)]、山本　雲平[1) 5)]、
安達そのみ[1)]、西坂　麻里[1) 2)]、秦　　淳[3)]、砂川　賢二[2)]、
清原　　裕[4)]、安藤　眞一[1)]

【背景】 夜間頻尿（NT：夜間尿回数≧1回）は睡眠の質や予後を悪化させるが、睡眠時無呼吸症候群（SAS）もその一因である可能性があり、両者の因果関係を検討した。

【方法】 ①住民健診で夜間尿回数とSASの重症度の関連を多重ロジスティック回帰にて検討した。SASは夜間SpO_2検査にてスクリーニングを行い、終夜睡眠呼吸検査（PSG）にて確定診断を行った。②当院でPSGを行いSASと診断後に持続陽圧呼吸療法（CPAP）による治療を開始した連続63例で、CPAP前後の夜間尿回数変化と、NTの有無及び夜間尿回数とPSG所見の関係を検討。

【結果】 ①NTは男65%、女54%に見られ加齢で増加した。AHI値のカテゴリーごとの性年齢調整オッズ比（95%信頼区間）はAHI<15：1.0（対照）、15≤AHI<30：1.19（0.91-1.56）、AHI≥30：1.53（1.11-2.13）であった。②当院でのCPAP治療前後で、夜間尿回数は1.1±1.2→0.4±0.8回（p<0.0001）へ有意に減少し、NT患者の52%で夜間頻尿は消失した。

【結論】 AHI値が上昇によりNTリスクが直線的に増強した。またSASに対する治療で有意に夜間尿回数が減少した。これらの結果からSASはNTの原因となること、治療で改善する群があることが示された。NT患者診療に際しSASを考慮することが重要である。

Session B（新たな試み）

座長　九州大学医学部長　片　野　光　男

難治性潰瘍に対する創内持続陰圧洗浄療法の治療効果

１）久留米大学形成外科･顎顔面外科、２）福岡済生会総合病院形成外科、
３）麻生飯塚病院形成外科、４）国立病院機構九州医療センター形成外科、
５）大牟田市立総合病院形成外科
○井野　　康[1)]、守永　圭吾[2)]、山内　俊彦[3)]、森久陽一郎[4)]、
春日　　麗[5)]、力丸　英明[1)]、清川　兼輔[1)]

【目的】 我々は感染創や難治性潰瘍に対し、創面に陰圧をかけて持続的に洗浄を行う方法、創内持続陰圧洗浄療法を新しく開発し治療に用いてきた。本法の治癒率、縦隔洞炎の死亡率の改善においてほぼ満足する結果を得たので報告する。

【対象・方法】 2002 ～ 2013年の間に本法を用いて治療を行った縦隔洞炎46例、褥瘡41例、慢性膿胸８例、外傷後の感染合併症例などの難治性潰瘍６例（手指１例臀部・骨盤腔２例、下肢潰瘍３例）の計87例を対象とした。

【結果】 縦隔洞炎46例中44例は治癒し、死亡は２例のみ（4.3％）であった。褥瘡41例では、14例が治癒し、19例で改善を認めた。慢性膿胸８例、外傷後の難治性潰瘍６例とも全例が治癒した。

【考察】 局所陰圧閉鎖療法は創傷治癒に有用な治療法だが、感染創に使用できないことが問題となっている。創内持続陰圧洗浄療法は、その感染のコントロールを可能にしたことで、今後感染を伴う慢性創傷の有用な治療法になると考えられる。

久留米大学眼科における15年間の前部強膜炎の検討

久留米大学眼科学講座
○井上留美子、田口千香子、門田　　遊、山川　　良治

【目的】 15年間の久留米大学眼科における前部強膜炎について検討した。

【対象】 1997年から2012年までに当科を受診した前部強膜炎を対象とした。

【結果】 51例（男性25例、女性26例、発症時の平均年齢55.5歳）。病型（Watson分類）は、前部びまん性強膜炎が36例（70.6％）と多く認めた。眼科で全身精査を行い全身随伴疾患の診断に至った症例は５例（10％）で、ANCA関連血管炎３例、関節リウマチ２例であった。全身随伴疾患は10例（20％）に認め､そのうち関節リウマチ４例（８％)､ANCA関連血管炎３例（６％）が多かった。副腎皮質ステロイド薬、非ステロイド性消炎鎮痛薬、シクロスポリンの局所投与のみで治療可能だったのは32例（65％）で､全身投与の追加が必要だったのは17例（35％）だった。

【結論】 前部強膜炎で来院した場合、全身随伴疾患の精査が必要であると考えた。

シリカ微粒子による光の拡散反射を用いた弱視治療用眼鏡箔の開発

産業医科大学眼科学教室
○佐々木　信、岩崎　常人、近藤　寛之

【目的】 弱視眼の視力を回復させる治療として健眼遮閉法がある。その遮閉法のひとつに不完全遮閉法があり、Bangerterの眼鏡箔が使用されている。しかし箔の遮閉効果が不正確である為、弱視眼への治療効果が疑問視されている。そこで、光の拡散反射が得られるシリカ微粒子を用いて、明るさを変えることなく正確な遮閉効果が得られる眼鏡箔の開発を試みた。

【方法】 箔は、シリカの濃度を変化させて12種類の箔を作製した。作製した箔を実際に装用して視力測定を行い、視力が安定して低下するか否かを実測して評価した。

【結果】 12種類の箔装用時の視力値は、シリカ濃度が増加するにつれて的確に低下した。このことより明るさを変えることなく正確な遮閉効果を得ることができた。

【結論】 開発した箔は、正確な遮閉効果が得られる眼鏡箔として使用できる。

Femoroacetabular impingement（FAI）に対し鏡視下股関節唇再建術を施行した症例の再建に至る術前因子の特徴

1）産業医科大学若松病院整形外科、2）産業医科大学整形外科
○古子　　剛[1)]、迫田　真輔[1)]、竹田　智則[1)]、
内田　宗志[1)]、酒井　昭典[2)]

【背景】 FAI患者の股関節唇処置では、その変性が高度で修復が困難な場合は関節唇の再建を当院では施行している。

【目的】 股関節唇再建術を施行した症例と修復術を施行した症例を比較し、再建術症例の術前因子の特徴を明らかにすること。

【対象、方法】 2011年４月から2012年３月までに施行した78例83股を対象とした（男性46股、女性37股)。股関節唇再建術を11股（再建群）に、股関節唇修復術を72股（修復群）に行った。

【結果】 ロジスティック回帰分析の結果、移植の有無に影響を与える術前因子は、①年齢（P=0.01)、②CE角（P=0.01）であった。

【結論】 股関節唇再建術を施行した症例は修復群と比較して有意に、①年齢が高い、②CE角が大きいという特徴を示した。

パーキンソン病・振戦・ジストニアに対する脳深部刺激療法

1）貝塚病院機能神経外科・脳神経外科、2）貝塚病院麻酔科
○宮城　　靖[1)]、大村　忠寛[1)]、松下　至誠[2)]

【背景】 当院では不随意運動治療として1994年から定位脳手術（凝固手術）を開始し、1996年からは全国に先駆け脳深部刺激療法（DBS）を取り入れている。

【方法】 パーキンソン病では視床下核DBS、振戦では視床腹中間核DBS、ジストニアでは淡蒼球内節DBSを行なった。各々の運動症状改善に伴い、薬剤は減量または中止した。

【結果】 パーキンソン病は薬効時間短縮、オフ期運動症状、ジスキネジアが著明に改善し、抗パーキンソン病薬が約60％減量できた。振戦は手術直後よりほぼ消失した。ジストニアは回復に数日から数週かけて徐々に改善した。

【結語】 パーキンソン病を除き、不随意運動には有効な治療薬がほとんどない。症状によっては手術タイミングが治療成績を左右する。薬物治療に難渋する場合は時期を逸さず外科治療を患者に紹介する必要がある。

脊髄刺激療法が奏功した在宅高齢者２症例

1）貝塚病院麻酔科、2）貝塚病院機能神経外科
○松下　至誠[1)]、宮城　　靖[2)]

【背景】 日本では脊髄刺激療法（SCS）の症例数は少ないが、自宅で行える治療であり、今後は地域医療の一部になると思われる。実際アメリカでは年間４万件導入され、疼痛治療の重要な位置を占めてきている。

【対象】 当院においてSCSを行った患者は100名を超えた。高齢者（75歳以上）の神経障害性疼痛患者に対してもSCSトライアルを28名行った。約７割に効果を認めた。特に奏功した２症例を報告する。

１例目は99歳男性　脊柱管狭窄症、２例目は85歳女性　帯状疱疹後神経痛

【結果および考察】 １例目はSCSトライアルで疼痛緩和され、歩行距離が延び、歩行速度が上がり。脊髄刺激装置植え込みを行い、６ヶ月経過した現在も自宅で痛みなく元気に生活している。２例目はSCSトライアルのみで疼痛がなくなり、２ヶ月経過した現在も痛みなく生活している。

【結語】 神経障害性疼痛に対するSCSは侵襲が少なく、高齢者でも十分に効果が期待できる治療である。

食道アカラシアに対する経口内視鏡を利用した新しい外科治療 POEMの臨床経験

福岡大学病院消化器外科
○塩飽　洋生、山下　兼史、別府理智子、大宮　俊啓、
中島　　亮、山名　一平、槇　　研二、武野　慎祐、
佐々木隆光、星野誠一郎、山下　裕一

【はじめに】 食道アカラシアに対する経口内視鏡的筋層切開術（Per-Oral Endoscopic Myotomy : POEM）の手技および治療成績について報告する。

【結果】 2011年９月～ 2013月10月の間、先進医療として51例のPOEMを施行した。男女比：21：30、年齢：47.2歳（9－80)、病型は直線型47例、シグモイド型４例であった。筋層切開長は14.2cm（7－26)、胃側の筋層切開長は2.9cm（1－5cm)、手術時間は152.9分（80－345）であった。治療効果の指標であるEckardt スコアは術前：6.9→術後：0.4（P<0.05）と著明に改善を示した。

【結語】 POEMはNOTES（natural orifice transluminal endoscopic surgery）の概念に基づく最新の外科治療であり、今後、食道アカラシアに対する標準治療になると考える。

小脳出血に対する新たなる試み～神経内視鏡による血腫除去術の有用性～

１）福岡大学医学部脳神経外科、２）福岡大学病院救命救急センター
○野中　　将[1)]、湧田　尚樹[1)]、重森　　裕[2)]、岩朝　光利[2)]、
東　登志夫[1)]、石倉　宏恭[2)]、井上　　亨[1)]

【目的】 脳内出血に対する神経内視鏡手術は従来の開頭手術に変わり確立したものとなってきている。最大の利点は、低侵襲であり、顕微鏡手術と同等の血腫除去率が期待できる。小脳出血に対し神経内視鏡にて血腫除去を行った症例の有効性について検討を行った。

【方法】 対象は小脳出血に対し内視鏡治療を行った17症例。出血部位、出血量、血腫除去率、脳室ドレナージ期間、最終転帰などについて検討した。

【結果】 内視鏡手術は血腫除去率も高く最終転帰も半数近くが予後良好であった。

【結論】 小脳出血に対する神経内視鏡手術は低侵襲で、血腫除去率も高い。脳室内に血腫が穿破した例でも積極的に脳室内血腫を除去することで脳室ドレナージの留置期間が短縮でき、早期離床が可能なことから長期予後の改善が期待できる。

Session C（予防医学）

座長　福岡大学医学部長　朔　　啓二郎

肝疾患における酸化ストレスとオートファジー

産業医科大学第３内科学
○日浦　政明、大江　晋司、宮川恒一郎、本間　雄一、原田　　大

【目的】 肝疾患における酸化ストレスと、それによって生じた異常蛋白の分解機構であるオートファジーと Mallory-Denk body（MDB）を検討し、各疾患の病態の違いを解明する。

【方法と対象】 非アルコール性脂肪肝（NAFLD）14 例、C 型肝炎（HCV）14 例、B 型肝炎（HBV）７例の肝生検組織を用い、免疫染色で評価した。

【結果】 HCV と NAFLD では K8/18 比が上昇した細胞で MDB が凝集体を形成し、これらの細胞では酸化ストレスが回避された。HBV では酸化ストレスに応じて K18 が発現したが K8 の発現は弱く、凝集体は形成しなかった。また、NAFLD と HCV では酸化ストレスに応じてオートファジーが亢進している症例ではトランスアミナーゼが低かった。

【結論】 MDB が凝集体を形成するためには K8/18 比が重要である。MDB は細胞レベルで肝細胞を保護し、オートファジーは領域レベルで肝障害を改善する。

胃食道逆流症治療では、体重管理に注意しよう！！
～維持療法中の患者の栄養指標の変化と生活習慣病の発症について～

１）産業医科大学病院内視鏡部、２）産業医科大学第三内科
○芳川　一郎[1)]、渡邊　龍之[2)]、久米恵一郎[2)]、原田　　大[2)]

【目的】 体重管理は胃食道逆流症（GERD）の基礎的治療であるが、プロトンポンプ阻害薬（PPI）治療下では、軽視されがちである。今回われわれは、各種栄養指標の変化と生活習慣病の発症について、PPI投与中のGERD患者群を対照群と比較検討した。

【方法】 1）GERD群は、PPI維持療法中のGERD患者52名で、観察期間は平均2.2年であった。対照群は、性、年齢、観察期間を一致させ、逆流症状を有さず酸分泌抑制薬を投与されていない経年的人間ドック受診者58名である。2）血中総蛋白、総コレステロール、中性脂肪、血圧、体重の変化について両群間で比較検討した。3）高血圧・高脂血症・糖尿病の薬物療法が開始された患者数を両群間で比較検討した。

【結果】 1）血中総蛋白、総コレステロール、中性脂肪、血圧の変化については両群間で有意な差は認めなかった。2）GERD群では体重は有意に増加した。対照群においては、有意な体重の変化はなかった。3）高血圧・高脂血症・糖尿病の薬物療法が開始された患者数は、GERD群で多い傾向を示した。

【結論】 GERD患者においては、体重増を来たさないよう強く指導する必要がある。

一般住民男性における、血清尿酸値と左室重量係数の関連

1）久留米大学内科学講座心臓・血管内科部門、2）久留米大学地域医療連携講座
○吉村　彩子[1)]、足達　　寿[1) 2)]、平井　祐治[1)]、榎本　美佳[1)]、
深水　亜子[1)]、熊谷　英太[1)]、大部　恭子[1)]、中村佐知子[1)]、
大渕　　綾[1)]、野原　　夢[1)]、福本　義弘[1)]

【背景および目的】 これまで高血圧患者を対象とした尿酸と左室肥大の関連を検討した報告はあるが、一般住民において尿酸と左室重量係数との関連を調べた報告はない。そこで心エコー図を用いて左室重量係数を計算し、一般住民における尿酸値と左室重量係数の関連を疫学的に検討した。

【対象と方法】 2009年に福岡県田主丸町で行った住民検診受診者1,943名（男性774名、女性1,169名）を対象とし男女別に分析した。

【結果】 男性において、stepwise法による多変量解析では、左室重量係数は収縮期血圧、降圧薬治療、尿酸、BMI、飲酒習慣の順に有意に関連しており、logistic回帰分析による尿酸の最低値群に対する最高値群の左室肥大のオッズ比は様々な交絡因子で補正後も1.77倍（$p<0.05$）と有意に高かったが、女性では有意差を認めなかった。

【結語】 一般住民を対象にした疫学調査の結果、尿酸と左室肥大の関連には男女差があり、男性の高尿酸血症は、心エコー図での左室肥大に独立して有意な関連を示した。

ラットの活動量に対する加齢の影響についての検討

産業医科大学産業生態科学研究所人間工学研究室
○藤木　通弘、藤原　広明

【目的または背景】 高齢化の問題において、睡眠あるいは活動量に対する加齢の影響についての研究は重要である。今回我々は、比較的簡単に活動量を計測できる方法であるランニングホイールを用い、若年成ラットと加齢成ラットの活動を分析し、加齢が活動量に及ぼす影響について検討した。

【方法と対象】 実験はオスのSprague - Dawleyラットを用いた。生後８週令の若年成ラットと生後32週令の加齢成ラットで、ランニングホイールの活動量を一週間以上記録した。

【結果及び考察】 加齢成ラットは覚醒時の運動の強度と回数が極端に低下していた。また、休息持続時間が若年成ラットに比べて活動期に有意に長く、活動期にも長い睡眠をとる傾向が示唆された。

【結語】 今回の研究は、加齢が活動および休息へ及ぼす影響についての基本的な分析であったが、今後はヒトへの応用を見据えながら、研究を広げて行きたいと考えている。

粕屋地区慢性腎臓病（CKD）対策連携システムについて：粕屋地区におけるCKDへの三位一体型の取り組み

１）福岡東医療センター、２）松尾医院、３）粕屋南病院、４）うえの腎透析クリニック、
５）やの循環器科･内科クリニック、６）尾石内科消化器科医院、７）上野外科胃腸科病院、
８）古賀市予防健診課、９）宇美町健康福祉課、10）福岡県粕屋保健福祉事務所
○片渕　律子[1)]、松尾　喬之[2)]、玉井　　収[3)]、吉峰　一博[4)]、矢野　和俊[5)]、
尾石　樹泰[6)]、上野毅一郎[7)]、荒牧奈緒子[8)]、飯西　美咲[9)]、筒井　博之[10)]

【背景と目的】 粕屋地区では行政、かかりつけ医、腎臓専門医からなるCKD対策連携システムを立ち上げた。

【システム】 市町が特定健診を施行。eGFR<60ml/min/1.73m^2（70歳以上 <50）または尿蛋白1+以上または尿潜血2+以上は一次医療機関（以下①）への受診を勧奨。①で尿蛋白/クレアチニン比0.5以上、または尿蛋白2+以上、または尿蛋白、尿潜血ともに1+以上、またはeGFR<50ml/min/1.73m^2（70歳以上 <40）のいずれかがあれば、二次医療機関（以下②）へ紹介。①ではそれ以外の症例についてはCKDのリスク因子の是正に努める。①、②は治療方針について市町に報告。市町は①②の要請に基づき、保健指導を行う。尿蛋白、尿潜血ともに3+、またはeGFR<30ml/min/1.73m^{2}は直接②を受診させる。

【2012年度実績】 特定健診対象者は41,302人で受診者は11,945人28.9％であった。①受診対象は1,681人で、うち59％が①へ受診した。①受診者のうち②受診対象は105人で、87％が②を受診した。

【結語】 システムはスタートしたばかりであり課題も多いが効率よく稼働すればCKD発症予防、進行抑制に大きく貢献できると思われる。

維持血液透析患者における経皮的冠動脈形成術後の主要有害心血管イベントとコレステロール各パラメーターとの関連

１）福岡大学医学部心臓・血管内科学、２）福岡白十字病院循環器科、
３）福岡大学医学部生化学
○永田　　済[1)]、池　　周而[1)]、西川　宏明[1)]、杉原　　充[1)]、白井　和之[2)]、
上原　吉就[1)]、瀬川　波子[3)]、三浦伸一郎[1)]、朔　啓二郎[1)]

【目的】 透析患者に対する経皮的冠動脈形成術（PCI）は、非透析患者へのPCIと比較してコレステロール管理目標値を達成していても主要有害心血管イベント（MACEs）の発症率が高く、治療成績が不良である。PCIを施行した透析患者と非透析患者のコレステロール各パラメーターとMACEsとの関連性を比較検討した。

【対象と方法】 PCIを施行した全2,148症例（2568病変）のうち、透析患者を抽出し急性冠症候群を除外した全142症例（164病変）をMACEs（−）群:90症例（111病変）とMACEs（+）群:52症例（53病変）に分け、コレステロール各パラメーターとMACEs発症との関連性を比較検討した。

【結果】 MACEs（+）群でTCとHDL-Cが有意に低かった。また、単変量解析にてPCI施行時のTC、LDL-C、Non-HDL値とfollow up時のTC、HDL-C値がそれぞれMACEsと負の相関を示しており、多変量解析ではBMI、Prior CABG、Insulinの項目がMACEsとの強い相関を示していた。

【結論】 透析患者において、非透析患者のコレステロール管理目標値を適応してもPCI後の治療成績改善には必ずしも繋がらないかもしれない。

慢性維持透析患者に対する頸動脈内膜剥離術の長期成績

福岡大学医学部脳神経外科
○大川　将和、安部　　洋、緒方　利安、
福田　健治、東　登志夫、井上　　亨

【目的】 高齢化や糖尿病の増加によって維持透析患者の数は増加を続けている。透析患者に対する頸動脈内膜剥離術（CEA）の有用性は未だ明らかでない。我々は透析患者に対する CEA の手術成績および長期予後を検討した。

【方法】 CEA を施行した慢性維持透析患者 12 例 15 側を対象とし周術期合併症、長期予後について検討した。

【結果】 平均年齢は 66.9 歳。周術期合併症は見られなかった。平均 56.1 か月のフォローで 6 例は予後良好であった。5 年生存率は 58.3％で症候性病変、無症候性病変に分けるとそれぞれ 40.0％、71.4％であった。治療部位が原因となる脳梗塞は認めず、全例で開存していた。

【結論】 透析患者に対する CEA は安全に施行可能で、長期の脳梗塞予防に有用である可能性が示された。

化学療法における腎機能評価法妥当性の検討

１）九州大学病院血液・腫瘍内科、
２）九州大学大学院医学研究院九州連携臨床腫瘍学、
３）九州医療センター腫瘍内科
○田村　真吾[1)]、草場　仁志[1)]、土橋　賢司[1)]、内野　慶太[3)]、
田中　　守[1)]、熊谷　穂積[1)]、在田　修二[1) 2)]、有山　　寛[1)]、
馬場　英司[1) 2)]、赤司　浩一[1)]

【背景】 腎機能を正確に反映する糸球体濾過量（GFR）の測定方法は煩雑なため、腎機能評価には、クレアチニンクリアランス(CCr)や Cockcroft Gault 推算式(CG 式)が代用されてきた。一方、GFR 推算式（eGFR）は簡便で、日本人を対象に開発されたことから、化学療法の際に用いる機会が増えている。しかし開発時には担癌症例は対象でなく、正常腎機能症例も少なかったため、化学療法時に適切かは明らかでない。

【方法】 2009 年 4 月より 2011 年 12 月までの間に当科に入院した患者 80 例を対象として、CCr、CG 式、eGFR の相関を検討した。

【結果と考察】 eGFR、CG 式は相関係数 R^2=0.866 と高く、これらと CCr の相関係数はそれぞれ R^2=0.452，0.460 と低かった。血清クレアチニン値 0.8mg/dL 以下の群では、相関係数は R^2=0.201 と低下した。

【結語】 正常域腎機能では eGFR と CCr の相関は低く、化学療法の用量調節での eGFR 推算式の運用には注意を要すると考えられた。

Session D（地域医療・在宅医療）

座長　医学会準備委員長　植　田　清一郎

在宅生活質向上と疾病予防の観点からの新たな栄養指導

1）朝倉医師会病院、
2）久留米大学医学部附属病院医療安全管理部・外科学講座小児外科部門
○佐々木君枝[1)]、鳥越　律子[1)]、岡崎　和江[1)]、馬場　真二[1)]、
古賀　丈晴[1)]、上野　隆登[1)]、田中　芳明[2)]

【目的】 高齢者の殆どの症例で栄養障害が疾病背景に存在し疾病の回復を妨げる。今回、在宅生活の質向上を目的に栄養指導による最適な栄養管理を実施したので報告する。

【方法】 開業医から紹介された患者を69歳以下70歳代80歳以上と３群に分け、間接熱量測定によるエネルギー消費量の測定と、体成分分析による除脂肪量、筋肉量、水分量の測定による栄養評価を実施し、これらのデータに基づき在宅生活の質向上を目指した栄養指導を計画している。

【結果および考察】 80歳以上の高齢者ではそれ以下の症例に対し除脂肪量、筋肉量の減少が認められ、また体水分が貯留傾向にあり、感染症のリスクが高いと考えられた。この傾向は、特に寝たきり症例で顕著であった。これら症例に対しては、たんぱく質やBCAA（分岐鎖アミノ酸）高含有食材の積極的な摂取と嗜好に配慮した摂取エネルギーの改善を目指し、これらの取り組みが在宅生活の質向上と疾病予防の観点から重要と考えられる。

大学病院緩和ケア外来および緩和ケア病棟の役割
―病診連携により自宅で最期を迎えることができた１症例から―

1）久留米大学病院緩和ケアセンター、
2）医療法人社団五雲堂齋藤醫院、3）訪問看護ステーションつばさ
○福重　哲志[1)]、古賀　初代[1)]、齋藤　如由[2)]、小野　幸代[3)]

【はじめに】 患者が在宅療養を希望しても身体症状で継続が困難になる時がある。病診連携で希望する自宅で最期を迎えることができた症例から大学病院緩和ケア外来、病棟の役割を考察した。

【症例】 66 歳女性。診断：肺小細胞癌化学療法後、縦隔頚部リンパ節転移、脳転移
現病歴：X 年５月 20 日から某病院で化学療法を四次治療まで行ったが病状進行のためＸ＋１年８月 22 日当院緩和ケア外来紹介となる。呼吸困難のためＸ＋２年２月６日緩和ケア病棟に入院した。症状コントロール後在宅療養の希望が強く在宅医と連携をとり２月 27 日退院した。その後脳転移に伴う頭痛が増強し３月 22 日再入院し、放射線治療と症状コントロールに努め、自宅退院の強い希望で４月 11 日に退院、18 日に永眠した。

【まとめ】 大学病院が持つ医療技術を緩和ケアに応用できる緩和ケア外来、緩和ケア病棟と在宅医との連携は末期がん患者の希望する場所での療養を可能とする上で有用である。

大分県杵築市における認知症の疫学調査

１）福岡大学神経内科学、２）蒲田リハビリテーション病院
○深江　治郎[1)]、合馬　慎二[1)]、福原　藍加[1)]、山田　達夫[2)]、
坪井　義夫[1)]

【目的】 我が国は高齢化に伴い認知症患者数が増加をしている。大分県杵築市の認知症の有病率と認知症の原因疾患を明らかにする。

【方法と対象】 65歳の人を大分県杵築市の住民基本台帳から無作為に835人を抽出し、同意獲得ができた人を対象に調査を行なった。一次調査では心理検査でスクリーニングを行なった。MMSE26点以下で認知症の疑う対象者に対して医師の面接、神経学的診察、病歴調査を行い、認知症を診断した。最後に頭部MRIや血液検査を施行し認知症の原因精査を行なった。

【結果と考察】 参加者は439名（男性219名、女性220名）であった。健常者は64.9％、認知症22.8％、軽度認知障害11.2％、鬱病1.1％であった。認知症の原因の内訳はアルツハイマー病73％、脳血管性認知症20％、瀰漫性レビー小体病３％であった。

【結語】 認知症の粗有病率22.8％で高く、認知症の予防活動は重要になっていると思われる。

精神科医療連携における現状と課題－患者・医師・薬剤師のアンケートから－

１）大牟田医師会、２）大牟田薬剤師会
○辻　克郎[1)]、長岡　祥二[1)]、橋本　和樹[2)]

【背景・目的】 近年増大しているうつ病の医療連携や自殺対策において、精神科医の大きな役割を再認識させられる。今回、うつ医療の現状と課題を把握するために、アンケートにより日常臨床の中でのうつ医療連携について検証した。

【対象と方法】 患者（47名）、内科小児科医（48名）に精神科の敷居の高さや向精神薬の状況ほか、精神科医（22名）に精神科の敷居の高さやかかりつけ医からの紹介の状況、また薬剤師（45名）に向精神薬の重複などについてアンケートを実施し、その実態を把握・検証した。

【結果】 患者の57％及び内科小児科医の44％は精神科を敷居が高いと感じていた。また患者の36％は向精神薬への不安があり、内科小児科医の98％は向精神薬を処方していた。そして、その79％は抗うつ薬を処方していた。一方、薬剤師のアンケートでは処方医の60％は抗不安薬・睡眠薬を重複し、また20％は抗うつ薬を、そして同じく20％は抗精神病薬を重複していた。そして、内科小児科と精神科との紹介などによる連携は互いに80％以上で比較的良好であった。

【考察】 うつ医療において精神科の高い敷居が今日もまだ根強く残っており、ほとんどの内科小児科医は向精神薬の薬物治療を行っているのが現状である。しかし各医療機関での薬剤重複が生じており、課題としてはかかりつけ医のうつ病の初期診断や対応、紹介のタイミング、医師薬剤師との薬剤情報交換など『顔の見える連携システムの構築』が急がれる。

がん患者の苦痛に対する調査研究

１）福岡大学病院腫瘍・血液・感染症内科、２）白十字病院、３）大分記念病院
○内藤　淑子[1)]、中島　勇太[2)]、佐藤　栄一[3)]、工並　直子[1)]、後藤　敏孝[1)]、猪狩　洋介[1)]、茂木　　愛[1)]、勝屋　弘雄[1)]、田中　俊裕[1)]、石塚　賢治[1)]、高松　　泰[1)]、田村　和夫[1)]

【背景】 がん患者は様々な苦痛を抱えており苦痛の実態調査を行った。

【方法】 当科で抗がん薬治療を受けたがん患者を対象とし、精神的苦痛42項目と身体的苦痛52項目からなるアンケート調査を行った。各項目での苦痛の評価と精神的・身体的苦痛で特に苦痛であった項目をそれぞれ３個挙げてもらった。患者状況をカルテで参照した。

【結果および考察】 2011年９月から翌年２月まで年齢中央値61歳の49名に行った。精神的苦痛は家族への影響が多く（65％）、特に苦痛であったものも家族への影響（35％）であった。身体的苦痛は倦怠感（36％）、脱毛（32％）が多く特に苦痛であったものは吐気（18％）、しびれ（末梢神経障害）（18％）であった。吐気は原因に応じて対応し全例改善を認めた。しびれはごく軽度で特に苦痛であった症例（４％）に鎮痛補助薬の使用はなかった。

【結論または結語】 吐き気は原因に応じて対応する事が重要であった。しびれはごく軽度でも鎮痛補助薬の検討をすべきである。精神的苦痛は改善策を検討する必要がある。

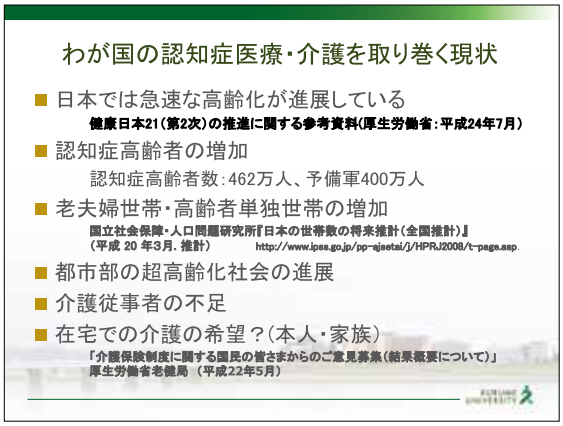
シンポジウム

テーマ
「地域医療に役立つ最新の医療」

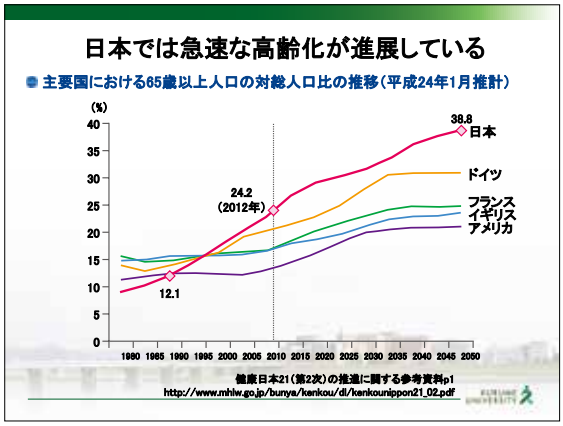
「認知症の地域連携について」

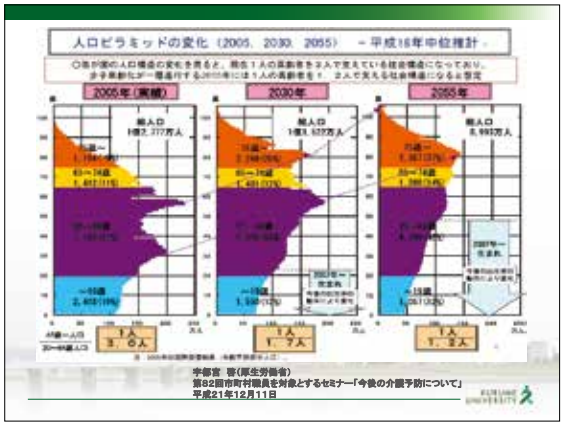
久留米大学医学部
神経精神医学講座講師
小　路　純　央

皆さん、こんにちは。久留米大学神経精神医学講座の小路といいます。本日、第６回福岡県医学会総会のシンポジストとしての機会をいただきましたことを、まず厚くお礼申し上げ、開催に当たりご尽力いただいた委員の先生や事務局の皆様に改めて感謝したいと思っております。今回、シンポジウムのメインテーマは「地域医療に役立つ最新医療」です。ただ、我々が今取り組んでいることは現在進行形ですので、役立てられたい最新医療ということでお聞きいただければと思っております。内容としては、増えてきている認知症の問題をどうするのかということで、地域連携に焦点を当てて話をしたいと考えています。

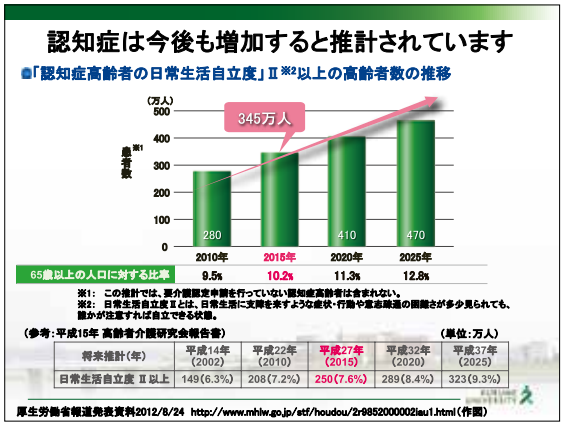


早速ですが、我が国の認知症医療・介護を取り巻く現状として、日本では世界に類を見ないほど急速な高齢化が進展しております。

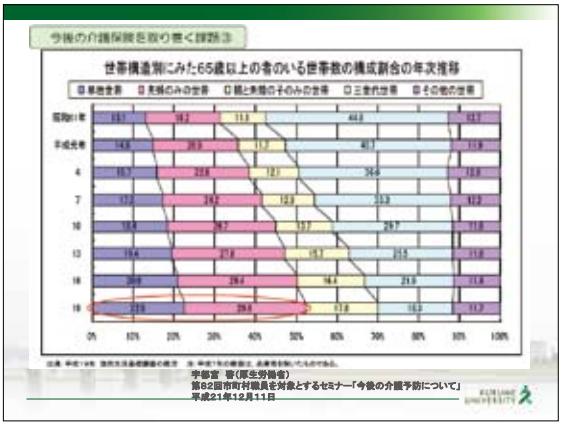


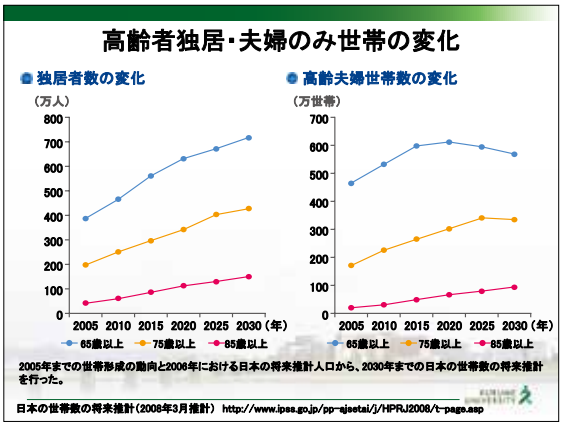


そして、認知症の高齢者の増加ということが、昨年の６月の段階で平成24年の統計を出されて、認知症の高齢者が462万人、いわゆるMCIと言われる軽度認知障害の方が大体400万人位おられます。以前は300万人と言われていたのですが、大幅に増加してきていて、なかなか実態が把握できてないということも課題として上がっております。

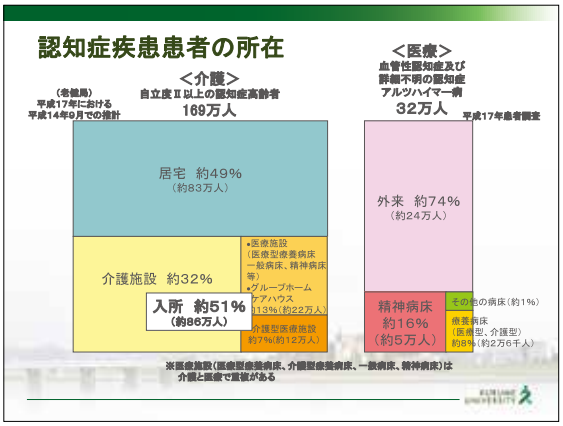


次に65歳以上の高齢者世帯で老夫婦世帯や高齢者単独世帯が増加していると言われています。すなわち、昭和時代は、いわゆる「サザエさん」だとか「ちびまる子ちゃん」と言われるような、おじいちゃん、おばあちゃんがいて、お父さん、お母さんがいて、子供たちがいる状況があったわけですけれども、核家族化が進展することで、お年寄り、特に65歳以上の高齢者が独居、もしくは老々状態でいるのが、平成19年の段階で既に半数を超えていると言われていますし、今後ますますそういった傾向がふえるという指摘があります。そして、認知症に対する問題、超高齢化問題という状況に関しては、田舎、郡部に限ったものではなくて、東京などの都市部においても問題となっております。

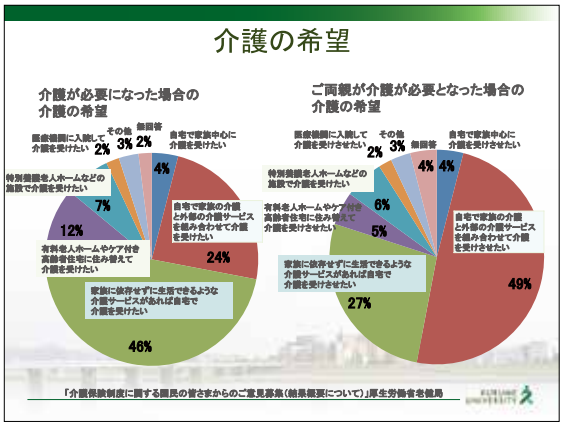




そして、介護従事者の不足の問題、お医者さんもいっぱいいらっしゃるのですが、患者さんや御家族がどこを受診していいかわからないということで、把握しづらいということも課題として上がっております。医療介護の実態として少なくとも200万人ぐらい認知症の患者さんがいるという状況下でも、170万人ぐらいが介護側に回っていて、医療側が大体30万人と言われていました。ただ、介護側の半数は在宅状態でした。もう一方で医療に関しても、75%ぐらいが在宅です。

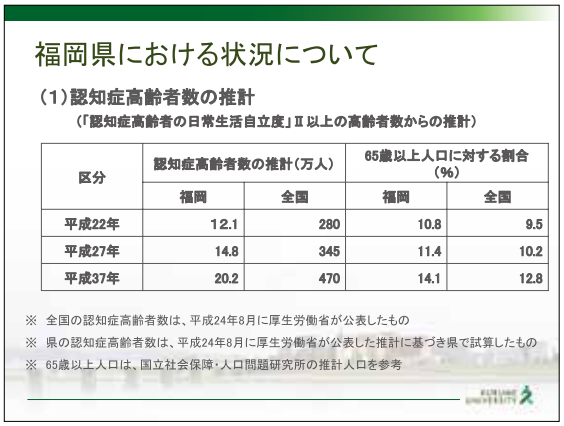


なおかつ、ご本人と家族の希望でできれば家で過ごしたいという意見が出ているという背景があります。



福岡県において、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数を見たものですが、平成22年の実態として、平成24年の８月に厚生労働省が公表したものをベースにしております。そのときに27年、37年とどう推移していくかを示した状況になります。

65歳以上の人口に対する割合、認知症高齢者数の推計を全国と福岡とで出しております。全国と比べても、福岡は割合的に少し多いというのが印象としてわかると思いますし、今後も確実に増えていくのも明らかです。



福岡県における状況について

（1）認知症高齢者数の推計

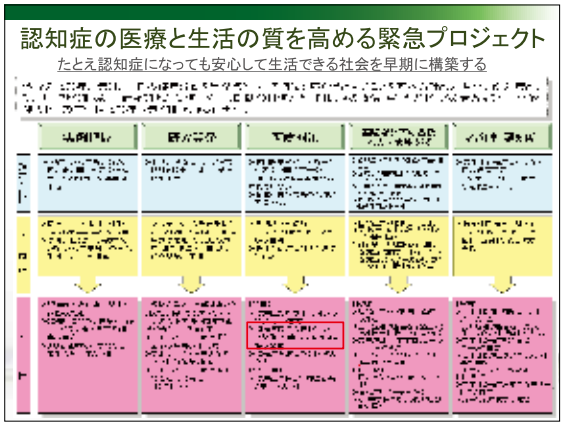
（「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数からの推計）

区分	認知症高齢者数の推計（万人）		65歳以上人口に対する割合（%）	
	福岡	全国	福岡	全国
平成22年	12.1	280	10.8	9.5
平成27年	14.8	345	11.4	10.2
平成37年	20.2	470	14.1	12.8

※ 全国の認知症高齢者数は、平成24年8月に厚生労働省が公表したもの
※ 県の認知症高齢者数は、平成24年8月に厚生労働省が公表した推計に基づき県で試算したもの
※ 65歳以上人口は、国立社会保障・人口問題研究所の推計人口を参考

このような中、厚生労働省は、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」と題して、たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築するとしています。こういった認知症の対策ですが、早期の確定診断をまず出発点とし、適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的対策としてまずは実態の把握です。次に認知症領域は診断、病理治療にしても、まだまだ不透明なところ、分かっていないところが多いので、研究開発にも重点を入れましょうということです。そして、医療対策としてできるだけ早期に診断できる状況にしようというのと、身体合併症やBPSDのような周辺症状と言われる症状に適切に対応できるようにしましょうということです。

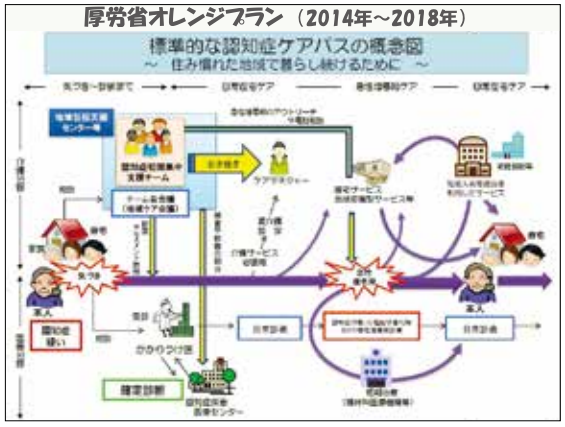
そして、適切なケアの普及や本人・家族支援を行って、若年性の認知症対策をするということで、以上のように５つの柱をつくっています。



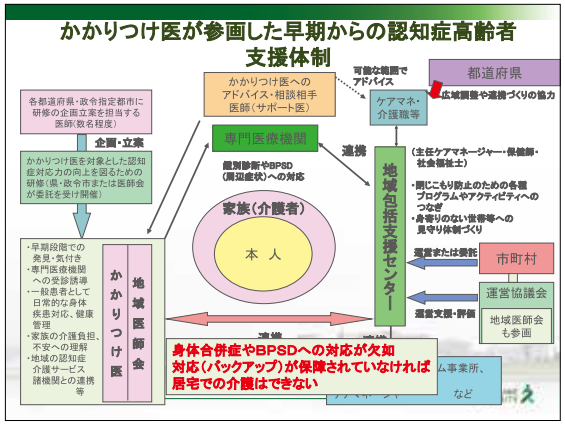
我々が今取り組んでいる認知症医療センターは、この医療対策の中の一つとなっています。また、色々な認知症高齢者を取りまく課題の中で、厚生労働省は実際にオレンジプランという認知症施策推進５カ年計画を平成25年から29年までつくっております。その中には、認知症のケアパス、地域連携パス等のパスの作成や普及、認知症の早期診断や早期対応、地域での生活を支えられる医療や介護サービスの構築、地域での日常生活や家族の支援の強化、若年性認知症施策の強化、医療・介護サービスを担う人材の育成という７つの柱をつくられています。

こういう背景の中で、厚労省のオレンジプランでの標準的な認知症ケアパスの概念図を示していますが、どのような流れかというと、まずは在宅状況の中で家族とか周りが「もしかして認知症では？」と気づくということが重要です。一方で国としては、まだ課題だとは思うのですが、なかなか患者さんが受診にこぎつけないという問題もありますので、そういう方がもし在宅状況にある場合には地域包括支援センター等を中心に認知症の初期集中支援チームが訪問をします。そして、適切にかかりつけ医に受診を促していくという状況です。実際にある程度の診断がつくわけですが、それとともに必要に応

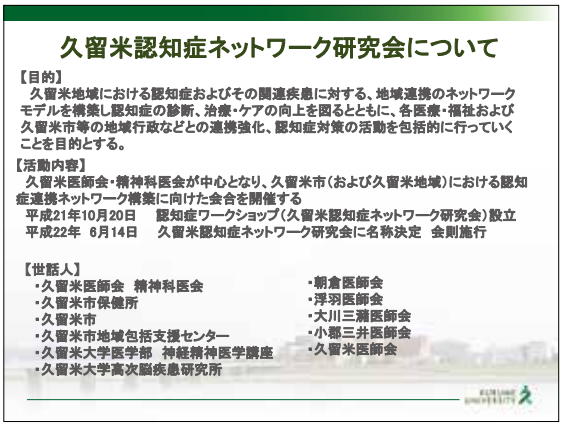
じて介護サービスの申請を行いケアマネージャーを導入し、介護を行いながら日常診療はかかりつけ医の先生に行っていただく。そして、急性増悪をした場合には、主には精神科などの病院で短期治療をし、症状が落ちついたらまた自宅に戻っていただくという流れです。



その中で、かかりつけ医というのが非常に重要な役割だと言われていますが、地域の医師会やかかりつけ医の先生方が、まず早期段階で気づき、専門医療機関への受診誘導、そして一般的な患者さんとして日常的な診療に携わっていただき、家族の支援や地域との連携をやっていただきます。我々のセンター事業やサポート医に関しては、適宜密接に連携をとりながら行っていくということです。また、介護に関しては、地域包括支援センターを中心として、各種介護施設や機関とも連携をとっていって、本人や家族を支援する体制をとることを考えたわけですが、実際よく言われるのが、身体合併症やBPSDなどへの対応が欠如していれば、すなわちバックアップが十分されなければ、なかなか在宅で介護は難しいと言われるわけです。

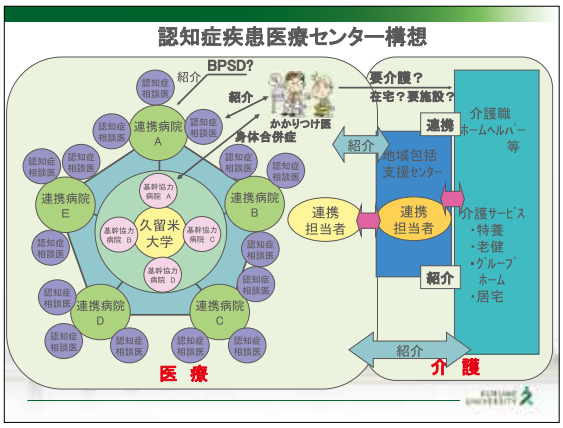


そういう背景の中で、我々の住んでいる筑後地域の中では久留米認知症ネットワーク研究会を平成21年の段階に立ち上げました。この目的としては、主に久留米やその近郊に、認知症やその関連疾患に対して地域連携のネットワークモデルをつくりましょうと。そして、適切に診断、治療・ケアを図れるようにしていくとともに、医療・福祉及び行政との連携強化を図り、認知症対策を包括的にとらえられるようにしていきましょうということで、実際的には久留米医師会の精神科医会や大学病院の神経精神医学講座、そのほかには久留米大学高次脳疾患研究所、地域包括支援センターや行政、保健所、そして５医師会の方々にもご協力いただきまして、認知症対策の活動に包括的に取り組んでいけるものをつくりました。

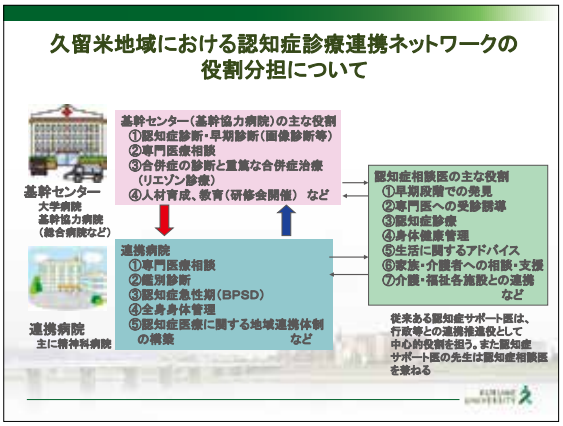


このような背景があったのだと思いますが、平成23年11月15日の段階で、久留米大学自体が福岡県認知症医療センターに選ばれました。政令指定都市としては、福岡市は九州大学病院ですし、北九州市は小倉蒲生病院さんですが、我々を含めて県下には５つの認知症医療センターがあります。

そして、我々は、特に北筑後エリアを担当する状況ですが、県全体の基幹的な役割をも担っています。



その役割ですが、専門医療相談や鑑別診断とそれに基づく初期対応、合併症や周辺症状への急性期対応、地域の医療・介護関係者への研修会―できるだけレベルの高い医療や介護を提供するためには、やはり知識を持っていただくことが大事ですので、研修会なども開催を行い、更に多職種が一同に集まり様々な課題について討議されるような、連携協議会を開催し、常に情報を発信していくことが我々の課題となっております。

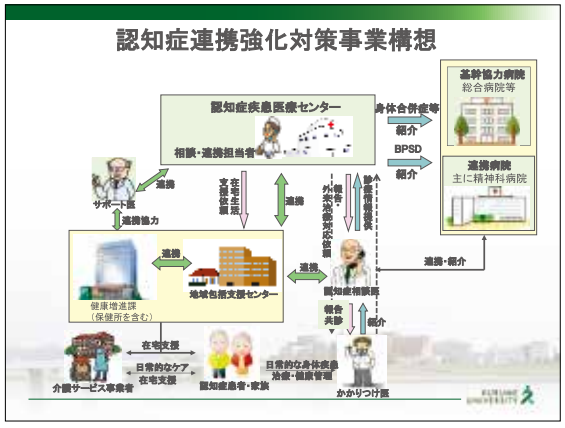


そういった背景の中で、どう運営していこうかと考えたわけですが、まずは身近に診ていただける認知症の相談医の確立です。認知症の医療相談にのっていただける医師であり、積極的に認知症を診てもいいよというかかりつけ医の先生に、協力をお願いすることを考えております。そして、実際にバックアップ体制の一つになるわけですが、やはり身体合併症対策に関しては、総合病院を中心に協力をお願いし、BPSDに対しては、主に精神科病院、認知症病床を持っているような病院を連携病院としています。そして、福岡県認知症医療センターもこういったところと密接に連携をとりながら医療体制をとっていくという状況と、地域包括支援センターや行政なども含めて、連携を図っていくシステムをつくることを考えたわけです。

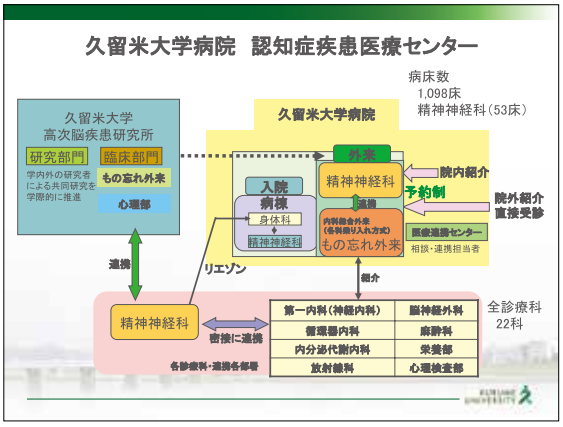
例えばかかりつけ医の先生がおじいちゃんを診療して、認知症かなと思ったときに、身近に診ていただける相談医の方に相談していただくというシステムを考えています。そして、診療している段階で、BPSDでちょっと難しいかなとなったときには連携病院に紹介していただいたりとか、身体合併症などが起こってきた場合には総合病院に紹介をしていただく。そして、症状が安定した時点で介護ということになってくるわけですが、在宅なのか、施設なのかを考えて、地域包括支援センターとも協力しながらさまざまな介護サービスにつなげていくというシステム構築を考えました。

その中の役割ですが、実際には、総合病院や我々みたいな基幹型の病院に関しては、認知症の診断だとか、画像診断というのはすぐれてい

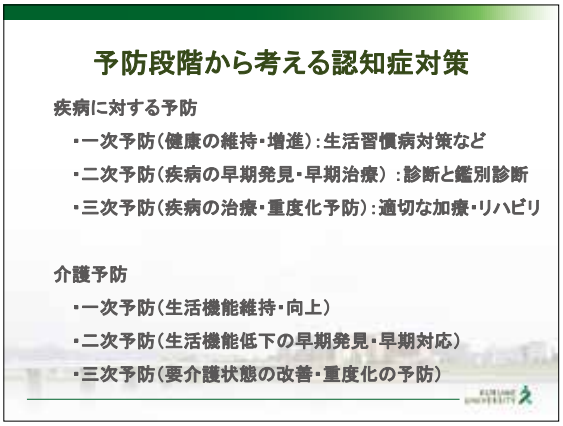
るところだと思っていますので、こういう早期診断や鑑別診断をまずやっていくことができるのではないか。そして、次に専門医療相談に乗っていく。身体合併症などの問題が起こったら、身体科で診ていく場合にも、コンサルテーション・リエゾン医療を活用して診ていける体制をとっていく。大学としてはやはり認知症や高齢者医療に携わっていく看護人材をつくっていく、いわゆる教育をしていくことも大事であると思っています。連携病院に関しては、専門医療相談や鑑別診断もやっていただくわけですが、BPSDなどが出たときの急性期対応をお願いしたい項目の一つとして考えています。相談医の役割ですが、まず早期の段階で気づいていただいて、一つには専門医に受診を誘導していただくことをお願いしたいです。積極的に診ていただける先生に関しては、認知症の診療自体にも携わっていただくし、今までどおりに身体の健康管理にも努めていただきたいと考えたわけです。



その中で久留米大学をどのように位置づけるかも考えなくてはいけないですが、まず外来としては専門外来を設けておりますし、急な対応の場合には精神神経科の外来を活用しております。そして、必要に応じてさまざまな科や部署とも連携をとりながら、鑑別診断や診断をしっかりつけていくことになってきます。そして、実際に入院となった場合には、精神神経科で入院するのか、身体科で入院するのかにもよるわけですが、身体科の場合に関しては、精神科からコンサルテーション・リエゾンを活用して身体科でも治療できる体制をとっていくことを考えたわけです。

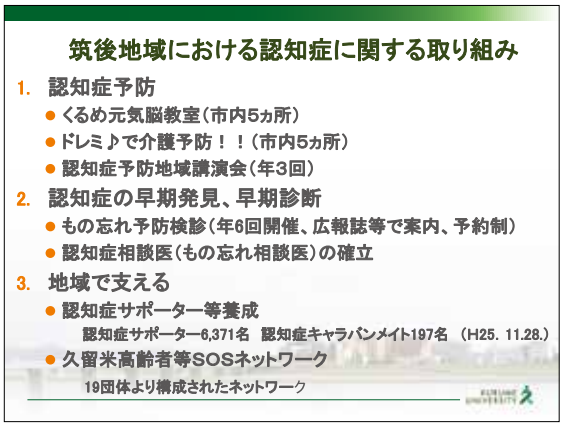


このような地域連携体制の中で実際に、認知症をどう対策していくかというと、よく言われるのが、早期発見、早期治療と予防対策です。すなわち予防の段階から考える認知症対策ということで、まず一次予防としては、健康の維持・増進で、生活習慣病対策が大事ですし、二次予防に関しては、いかに早期発見・早期治療をするのか、そのためには診断や鑑別診断をしっかりつけていく。そして、三次予防に関しても、やはり適切な加療やリハビリを行いながら、疾病を重症化、重篤化しないことが大事になってきます。これは介護でもそうでして、生活機能を維持・向上させることがまず一次ですし、生活機能がもし低下してきた場合には、どのような機能が低下してきたのかというのを早期発見・早期対応していただく。そして、三次予防に関しても、要介護状態となったとしても少しでも改善をしていただき、重症化をできるだけ防ぐ体制をとっていくという観点が必要と考えています。

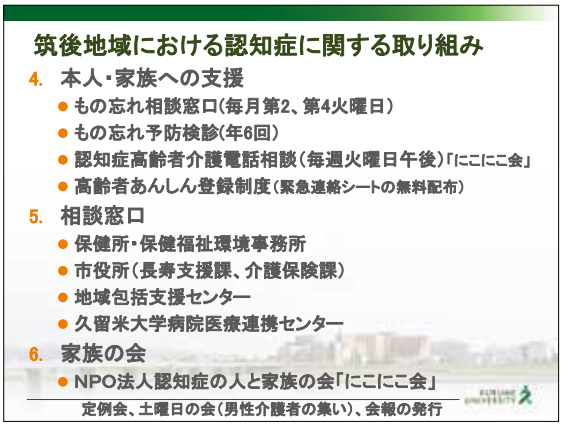


具体的に我々の筑後地域で取り組んでいるや

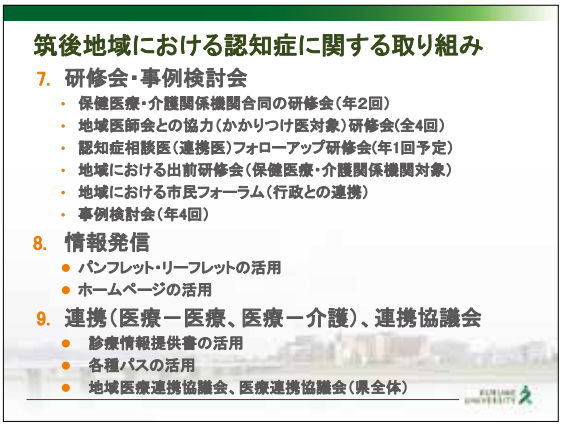
り方としては、まず認知症の予防に関して、くるめ元気脳教室といって、市内の５カ所でドリルや計算問題をしたり、リハビリ体操みたいな運動をやったり、音楽に重点を置きドレミで介護予防というものにも取り組んでいます。そして、これは主に家族会が中心に頑張っているのですが、認知症予防地域講演会というのを年３回やって、どういう試みがいいかをご報告しています。そして、認知症の早期発見、早期診断では、まず、久留米大学の高次脳疾患研究所や久留米大学の精神科及び老年看護学科と、地域包括支援センター保健所などが協力し、年６回地域でもの忘れの予防検診をやっております。これは広報誌などで案内し、予約制です。そして、今設立中なのが、相談医、もの忘れ相談医とも呼んでいるのですが、地域の医師会の先生方を中心につくっていくことを考えています。そして、地域で支えるという問題ですが、まずサポーターと言われる方が現時点で6,300名、そしてこれらをご指導するキャラバン・メイトという方がいらっしゃいますので、こういった方々をどんどん、つくっていくことも大事ですし、高齢者がもし徘徊をしても大丈夫なように、特に福岡県はほかの県に比べてもかなりすぐれているのですが、徘徊者SOSネットワークという19団体より構成されたネットワークシステムがつくられています。



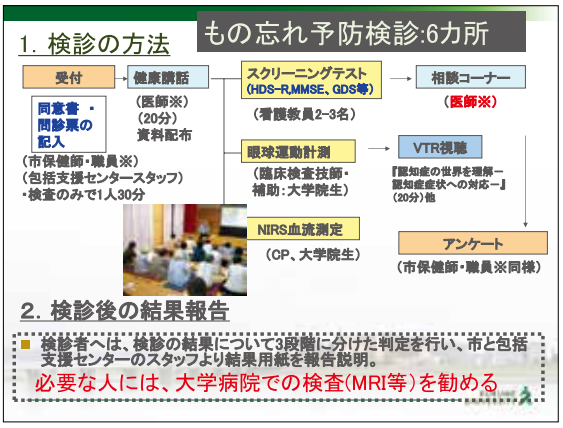
本人家族への支援として、相談窓口を市で第２、第４火曜日にやっているということを知らせております。もの忘れの予防検診からつなぐこともあります。そのほかには認知症高齢者の介護電話相談ということで、これも家族会が毎週火曜日、実際に介護に当たられた方々が具体的な介護の相談に応じます。高齢者がいなくなっても大丈夫なように、プリントで名前や緊急連絡シートを無料で配布する制度もつくっております。そして、相談窓口もできるだけ明らかにすることが大事ですので、保健所や市役所、地域包括支援センターや大学の医療連携センター、社会福祉協議会などの相談窓口を明確化しています。家族会へのサポートも行っていくことが大事で、久留米の場合でも「にこにこ会」というのがあります。定例会や男性の介護者が集まれるように土曜日の会といったものをつくられたり、会報なども発行されています。



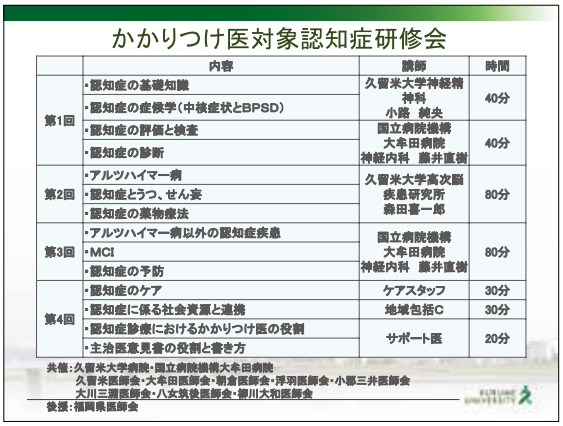
研修会や事例検討会に関して、かかりつけ医対象の研修会を今年度も全４回にわたって開催させていただきました。医療と介護従事者が集まれるような会も年２回開催しております。そのほかには、相談医になられた先生方に対して、まだできてないのですが、フォローアップ研修会を開催したり、さまざまな職種に対して出前の研修会も行なったりしております。そして、市民フォーラムとして行政等と連携をしながら、さらには事例検討会も充実させるようにしています。そして、情報発信として、パンフレットやリーフレット、ホームページを活用していき、実際に連携に関しては、医療同士や医療・介護同士の連携もありますので、診療情報提供書や各種パスの活用をし、何らかの課題が上がった際にも連携協議会につなげています。



具体的に取り組んでいる検診としては、地域包括支援センターや大学が共同で受付をし、健康講話をし、ある程度のさまざまなテストをし、もし認知症かなと思ったら、必要に応じて大学病院で検査を受けてもらったり、お近くの専門医療機関をご紹介したり、受診にこぎつけられるようにしています。

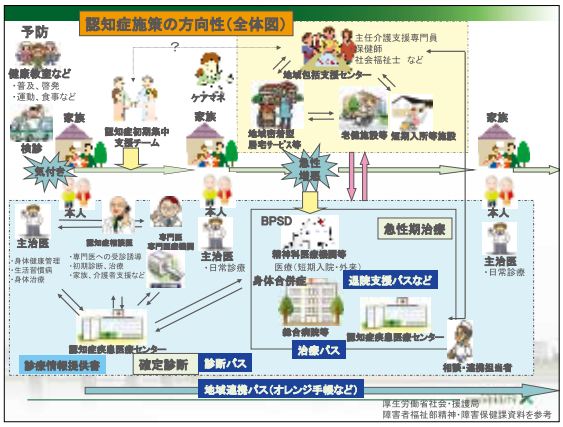


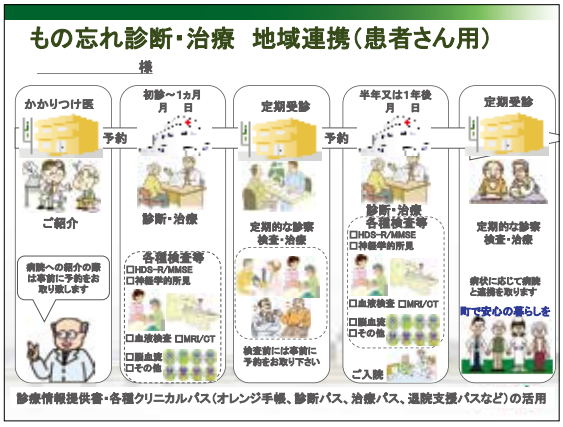
そして、かかりつけ医対象の認知症研修会も、今年度はこの４回シリーズで、筑後地区の８医師会の共催と福岡県医師会にも後援をお願いしまして、かかりつけ医の先生に大勢集まっていただいていますし、４回のうち３回終わられた先生には修了証を発行しています。これに関しては、来年度も行う予定にしております。



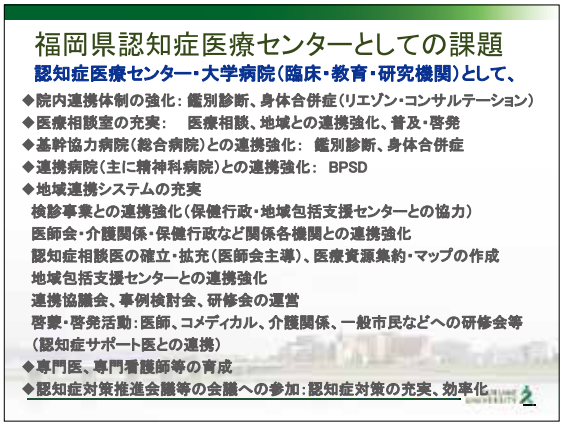
そして、ホームページやリーフレットを作成していくことになるのですが、やはり今までの流れの中に、相談医を明確にするというのと、専門医療機関がどこにあるのか、そして、いざ急性期になったときにどうするのかという体制を綿密に決める必要があると考えています。その中で各種パスを使って連携をとる体制が必要であると考えました。

家族や本人もそうですが、このような地域の流れがありますということで、家族用のパス、シートを作り、イメージとして、最初の段階で理解していただくことが大事ではないかと考えています。そのためにも診療情報提供書や各種パスなどを活用していくことが大事だと思っております。

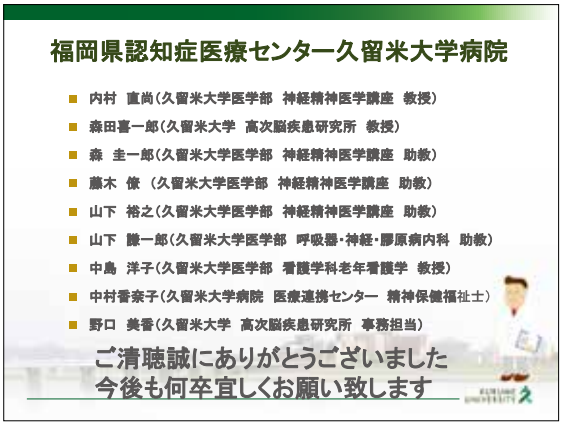




最後になりますけれども、今後の課題として認知症医療センター､大学病院としては（臨床・教育・研究機関ですが）院内連携体制を強化する必要がありますし、相談室を充実化させることも必要だと思っています。また協力病院や連携病院との関係強化、地域連携システムの充実、専門医や専門看護師などの育成も大事だと思っています。認知症対策などさまざまな会議があるわけですが、我々が積極的に参加し、できるだけ効率よく充実化させていくことが大事だと考えています。



実際にセンターでは内村教授を初めとしまして、さまざまな先生にかかわっていただいていますし、この場をおかりしまして、地域医師会や地域医師会の先生方に厚く御礼申し上げたいと思っています。ご清聴誠にありがとうございました。今後ともよろしくお願いいたします。



「古くて新しいミクリッツ病」

福岡大学医学部
腎臓・膠原病内科教授
中　島　　衡

内村先生、ありがとうございます。医学会総会の皆様、こういう発表の場を与えていただきまして感謝申し上げます。私は福岡大学でリウマチ、膠原病の診療をしております。今日はそのリウマチ、膠原病に関して、話題の疾患を取り上げたいと思います。皆様ご存じのように、関節リウマチの治療には、2000年頃から生物学的製剤が導入され、画期的な治療効果を示しております。この治療法に関しましては、たくさんの研究会や講演会で取り上げられ、私がそれを説明するまでもないと思います。今回は2010年ぐらいから、にわかに関心が高まってまいりましたIgG4関連疾患に焦点を当ててお話をさせていただきます。

代表的なIgG4関連疾患でありますミクリッツ病の患者さんの特徴は、唾液腺や涙腺の腫脹を呈する、腫瘤をつくるというところではないかと思っています。

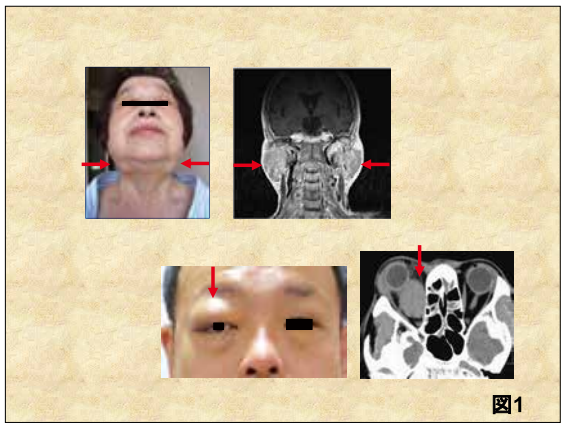


図1

ミクリッツ病は非常に希な疾患かといいますとそんなに希ではありません。SLEのバージンケースよりもずっとずっと頻度は高いと思います。先生方も今後遭遇されることがあるかと思います。

これが典型的な臨床の検査データです。簡単に言うと、アレルギーの患者さんと同じような臨床データを示します。好酸球数が多くて、IgEという免疫グロブリンが高い。

表1　入院時検査所見

<検尿>		<生化学>			
Prot	(-)	TP	8.3 g/dl	CRP	0.1mg/dl
OB	(-)	Alb	53.4 %	IgG	2430mg/dl
NAG	8.3	α1	2.2 %	IgG1	40.1%
IU/l		α2	9.5 %	IgG2	29.3%
β2MG	<50mg/dl	β	6.9 %	IgG3	5.59%
		γ	28.0 %	IgG4	24.9%
<検便>		Alb	4.0g/dl	IgA	182mg/dl
OB	(-)	AST	26U/L	IgM	53mg/dl
		ALT	13U/L	IgE	450IU/L
<血算>		LDH	226U/L	C3	61mg/dl
WBC	4300/μl	ALP	151U/L	C4	<6mg/dl
Neut	49.6 %	γGTP	14U/L	RF	24IU/ml
Ly	39.4 %	T-Bil	0.7mg/dl	抗核抗体	80倍
Eo	3.1 %	Amy	102 U/l	抗SS-A抗体	(-)
Mo	7.7 %	TC	264 mg/dl	抗SS-B抗体	(-)
Ba	0.5 %	TG	87 mg/dl	CA19-9	6U/ml
RBC	360×10⁴/μl	BUN	15 mg/dl	CEA	1.3ng/ml
Hb	11.6g/dl	Cr	0.5 mg/dl	Span-1	8.5U/ml
Ht	36.1 %	UA	3.6 mg/dl	DUPAN-II	<25U/ml
Plt	18.8×10⁴/μl	Na	138 mEq/l	elastase1	630ng/ml
		K	4.3 mEq/l	Lipase	76U/L
ESR	141 mm/hr	Cl	102 mEq/l		
		Ca(補正)	9.4 mEq/l		
		Glu	91mg/dl		

図2

しかし、免疫学的異常を伴うというところがちょっとアレルギーと異なります。ガリウムシンチをすると病変部位にガリウムが集まりますが、この症例では唾液腺、顎下腺だけではなくて、膵臓に集まっていることがわかります。CTでも膵臓が全般的に腫大していることがわかります。多臓器に病変があることが多く、唾液腺以外に膵臓、腎臓、リンパ節に集まることがよく見られます。

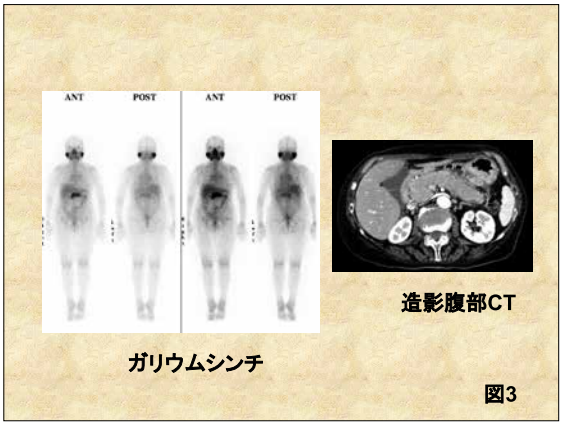


図3

中等量のステロイド治療で極めて良好な経過を示します。

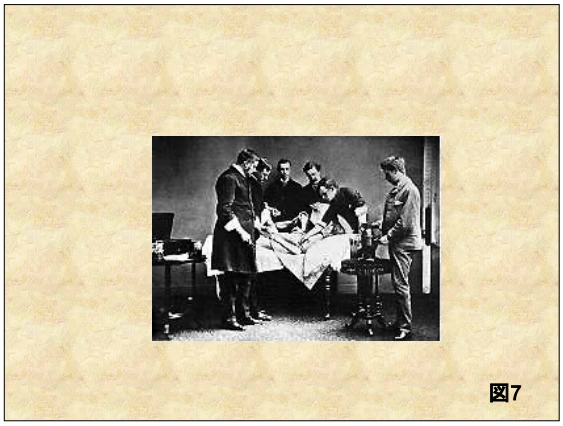
図4

しかし、ステロイド減量中の再発も多く見られます。

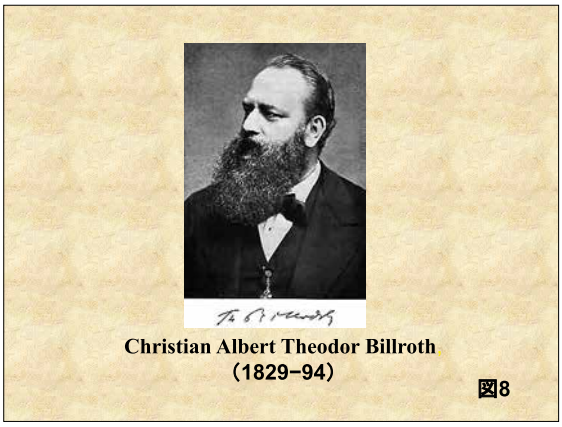
この病名に付いたミクリッツは、もちろん皆さんご存じの外科医です。

1888年にこの症例を報告しています。1888年がどのような時代かと考えてみますと、エーテル・ドームにて実際に麻酔下での手術が行われたのが1846年です。

さらに、1867年に石炭酸を用いた消毒が実践されました。1869年には実際に乳房腫瘍が摘出されており、外科医がエーテル麻酔や石炭酸消毒ができるということで癌治療の可能性が高まっている、そういう時代でした。

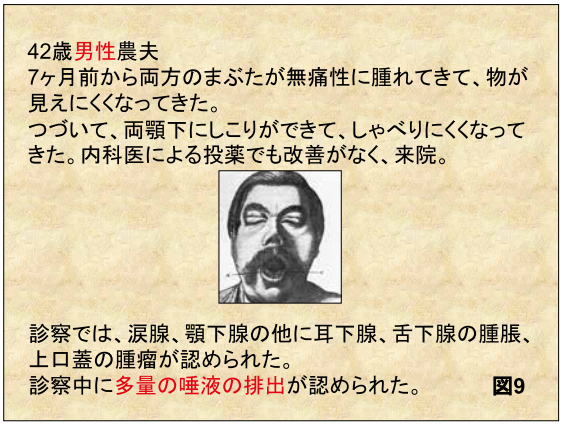


中でも、ご存じのようにビルロートという外科医が多くの業績を残したわけですけれども、正常の組織や臓器を傷つけることなく悪性組織だけを取りたいという思いを持って、多くの胃癌患者に対して手術を行っています。



極めて良好な業績を残しているわけですが、やはり２回目、３回目の手術が必要となる再発例が多いことも確認され、拡大郭清の方向に流れていこうとしているような時代だと思います。

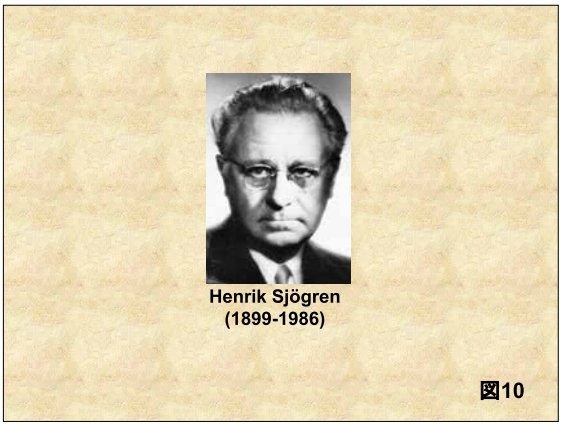
症例に戻ります。ミクリッツが報告した症例は42歳の男性です。



男性であったということは非常に特徴的です。鑑別に挙がるシェーグレン症候群の患者さんは圧倒的に女性であるからです。また診察中に多量の唾液の排出があったと記載がありますが、ここがまた乾燥症状が強いシェーグレン症候群との違いを感じさせるところです。ミクリッツは、やはり癌や悪性腫瘍と区別しながら治療を行ったのだと思います。切除後も再発をしています。14カ月後に死亡しております。ミクリッツ自身は、感染症、寄生虫症の可能性を考えていたと言われています。

シェーグレン症候群は、1933年にスウェーデ

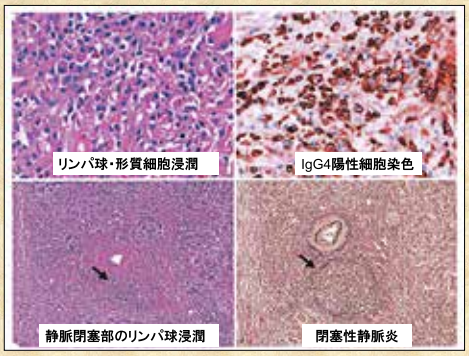
ンの眼科医が報告したドライアイを主訴とする疾患です。



この疾患の概念が入ってきて、シェーグレン症候群とミクリッツ病が混乱してくることになります。昭和の年代に卒業された先生も、内科の講義でミクリッツ病という疾患名を聞かれたことがある先生はあまりおられないのではないかと思います。病理の講義では、取り上げられていたのかもしれません。1953年にモーガンとキャッスルマンという非常に有名な病理学者が、ミクリッツ病と思われる症例を集めて論文を書いているからです。結果として、ミクリッツ病は、シェーグレン症候群の一亜型であるという結論を出しました。著明な病理学者の報告ですし、「ニューイングランド・ジャーナル」(NEJM)の論文ですので、ミクリッツ病という疾患が存在するということが疑われるということになりました。

しかし、日本ではすばらしいことに、耳鼻科を中心として、ミクリッツ病という疾患の存在を主張している先生がおられ、1993年には、内科医である鈴木修三先生が、ご自分でIgG4値を測定して、その値が極めて高いということを報告されております。日本には、モーガンとキャッスルマンの結論は疑わしいと思う先生たちが結構数多くおられたわけです。

そういう中、2001年に信州大学の浜野英明先生（平成６年卒）は、自己免疫性膵炎ではIgG4値が高いということをNEJMで報告されました。膵癌と間違えられやすい腫瘤を呈する自己免疫性膵炎の特徴を捉えた画期的な論文となりました。実際に組織では、リンパ球・形質細胞浸潤があり、多くの形質細胞はIgG4を産生し、独特の線維化を呈し、閉塞性静脈炎を起こす特徴も示されました。



自己免疫性膵炎組織所見（中沼安二、全 陽　病理と臨床 27:17, 2009）
図11

自己免疫性膵炎の診断基準をつくられました。

自己免疫性膵炎臨床診断基準2006
（厚労省難治性膵疾患調査研究班・日本膵臓学会）

1. 膵画像にて特徴的な主膵管狭窄症と膵腫大を認める。
2. 血液検査で高γグロブリン血症、高IgG血症、高IgG4血症、自己抗体のいずれかを認める。
3. 病理組織学的所見として膵にリンパ球、形質細胞を主とする著明な細胞浸潤と線維化を認める。

上記の1を含め2項目以上を満たす症例を、自己免疫性膵炎と診断する。
ただし、膵癌・胆管癌などの悪性腫瘍を除外することが必要である。

図12

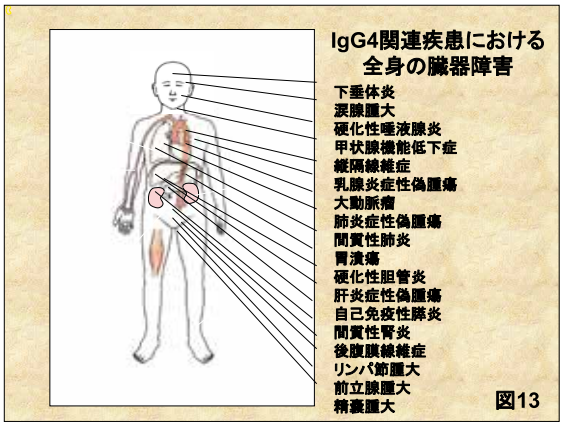
そのときに、彼らは、やはり唾液腺にも同じように腫瘤が出来る、涙腺が腫脹する、後腹膜線維症や胆管炎病変も合併することにも気づいておりました。

札幌医大の山本元久先生（平成９年卒）は、ミクリッツ病はシェーグレン症候群とは異なる病態であることをいち早く報告しています。IgG4値のレベルが全く異なるという点を明らかにして、シェーグレン症候群とミクリッツ病には、組織学的にも、それからIgG4産生細胞の数を見ても大きな違いがあるということを示されています。

やがて、この疾患が全身性の病態を呈していることが明らかになってきました。簡単に言いますと、腫瘤は、どこかの臓器に限局して発生するのではなくて、全身性に同様の腫瘤を形成する病態が基盤にあり、我々は膵臓に起こった病変を自己免疫性膵炎と呼び、唾液腺に起こった病変をミクリッツ病と呼んでいるのではないかという疑惑が浮かんできたわけです。全体像

がだんだんと明らかになってきたわけです。

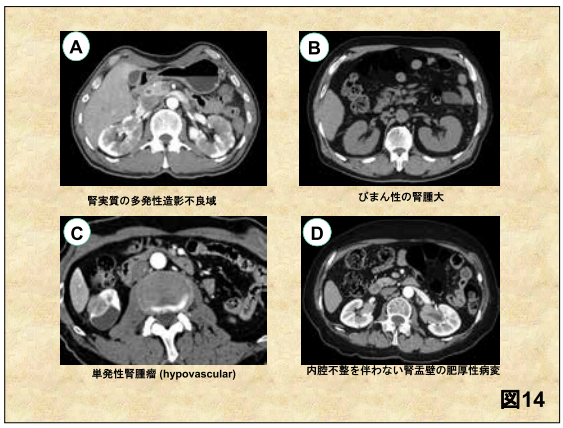
以上のような経緯を経て、全身性の病態をIgG4関連疾患と呼ぶことが提唱され、2011年に日本で包括診断基準というのが制定されました。



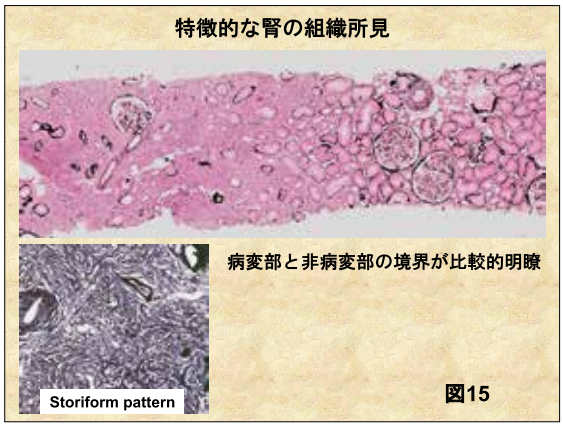
もちろん自己免疫性膵炎診断基準は、既に2002年に日本膵臓学会から発表され、以後改訂を繰り返し、やはり2011年に最新の臨床診療診断基準というものが作られております。ミクリッツ病診断基準も2008年に制定されました。また、IgG4関連腎臓病の診断基準も2011年にでき上がりました。これは日本だけの動きでございます。

実際、IgG4関連疾患はどんな病態なのかというのをご説明申し上げます。いろんな病像を呈しますけど、基本的に最初に言いましたように腫瘤をつくります。膵臓に腫瘤をつくる、それから肺にも腫瘤をつくる。リンパ節が腫脹し、胸水を伴う。大動脈の周囲に腫瘤をつくる。腎盂や後腹膜に腫瘤をつくる。甲状腺や硬膜、前立腺などのも腫瘤をつくるのが非常に大きな特徴でございます。

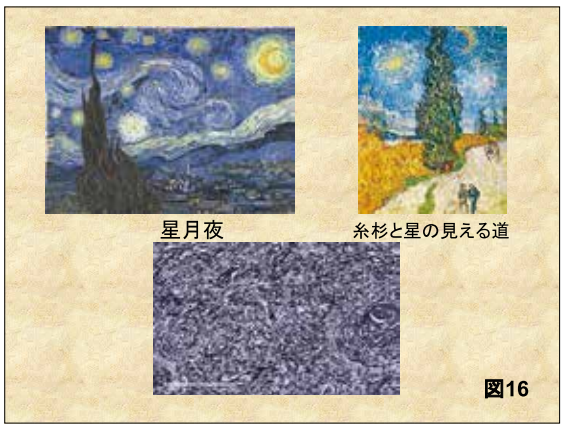
腎臓に関しましては、造影しても全然染まらない、びまん性に腫大している、腫瘤が外までも突出するなどのいろんな形態をとりますけれども、組織を見てみますと、境界明瞭な間質病変をつくり、著明な線維化を呈するわけです。



間質に特殊な染色をしてみますと、花むしろ状の線維化が強調されます。



非常に特徴的な線維化を来します。この線維化は、我々にゴッホ作品を思い出させることになるわけです。



ステロイドが30mgの治療を始めますと、非常に速やかに腎機能が回復することが多いです。腎機能の低下が軽微なときに診断をつけて、早急に治療すれば、多くの場合軽快をしていきます。しかし実際には、腎機能は軽快していくのですが、腎臓自体は萎縮していくのだということを捉えた報告もございます。

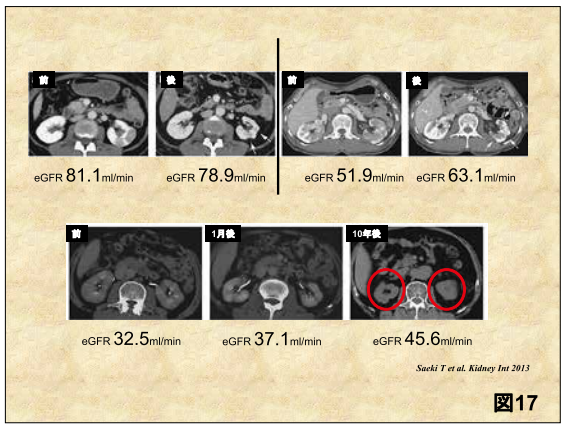


図17

腎臓に関しましては、早期診断と早期の治療開始が必要であることは、やはり間違いないようです。

さあ、聞き慣れないIgG4というのは、何の役に立っている免疫グロブリンなのでしょうか？ IgG4は、４つのIgGのサブクラスのうちで、最も量が少ないIgGです。アレルギーのときにあらわれてきます。現代の我々の環境は、余りにも清潔になり過ぎて、感染に対する免疫反応の必要性が弱まり、逆にアレルギーの方向へ免疫が異常にシフトしたのではないかというのが衛生仮説といわれるもので、なぜアレルギーが増えてきたのかということをうまく説明している仮説です。この論文が示していることは、ナイジェリアに住む子供たちとオーストラリアの子供たちを比較してみるとIgE値やスピッツテストでは、有意差は出ないのにもかかわらず、気管支喘息はオーストラリアに有意に多く発症しているという事実です。

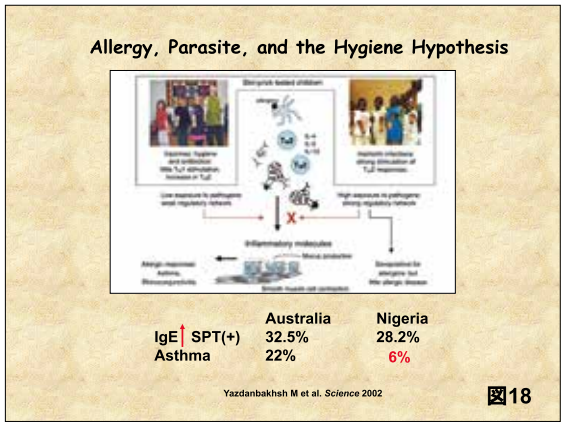


図18

このアレルギー発症予防に関与しているのは、多分寄生虫だろうと考えられていることをこの論文は報告しています。

寄生虫に感染しますとご存じのように、我々の身体はアレルギー反応と同じように、好酸球数やIgE値が上昇して、寄生虫を排除しようとします。寄生虫はそのままであれば排除されてしまうので、排除されないように、宿主の制御性Ｔ細胞を賦活して、新たにIgG4という免疫グロブリンを産生し、抗原・IgE複合体が肥満細胞や好酸球につくのを阻害します。この機序で寄生虫は、排除されにくくなりますし、IgEを介するアレルギー反応も回避されると考えられています。この寄生虫感染と同じような機序がIgG4関連疾患の病態に存在するのであろうということが考えられています。このことをサイトカインを中心にして明らかにしてくれたのが九大の平成13年卒の口腔外科の森山雅文先生です。アレルギーとアレルギーに対する抑制作用の結果、IgG4関連疾患の病態が発症するのではなかろうかということを提唱されています。

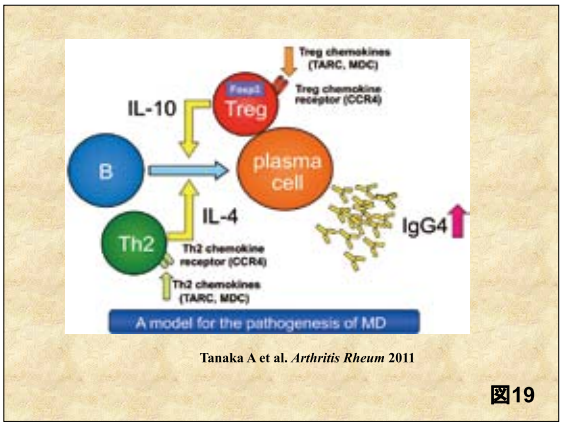


図19

2011年に第１回のIgG4関連疾患のシンポジウムがマサチューセッツ総合病院で開催されましたが、そのときにたくさんの日本人が参加しています。その後、代表してストーン先生が「NEJM」にすばらしい総説を書かれました。このミーティングを参考にして、この総説を書かれたのだと思いますけども、そのリファレンスが八十数個ありますけれども、そのうちの３分の２以上は日本の研究者が一生懸命書いた論文で埋め尽くされています。

一方米国の米国西海岸に住むシェーグレン症候群の大家は、「最初の報告があって日本以外ではこの疾患が発症していないので、日本に特異的な疾患である。鎖国していた時間が長いので、そのときにポルトガル人が運んできた疾患なのかもしれない。原爆の影響はないのだろう

か。」ということが書かれていました。米国の東海岸では、この疾患に関してのシンポジウムが開かれているというのに、西海岸では、全く見たこともないという表現であって、現在IgG4関連疾患ということで盛り上がっている日本とは、全く次元を異にしています。日本は、この疾患の認識に関しては、大きくリードしていることがよくわかります。

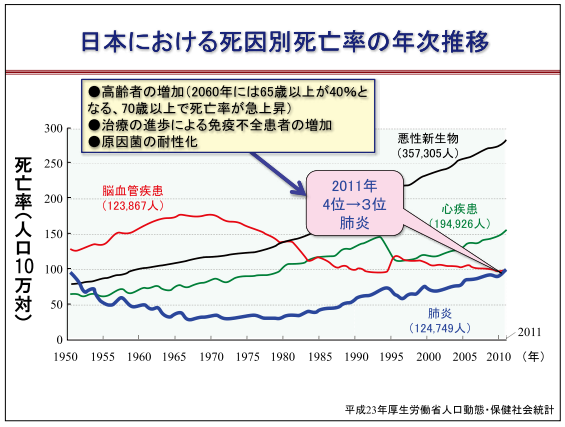
最後ですけれども、ミクリッツ病は、米国の権威ある病理医の意見によって消滅しかけていた疾患ですが、日本の若い研修医の発見から、復活してきた疾患です。自己免疫性膵炎はIgG4高値を特徴とする疾患であることを信州大学の浜野先生が明らかにしました。そして、日本の若手臨床医によって、ミクリッツ病や自己免疫性膵炎は、お互い合併することが明らかになって、これは全身疾患であるということが示されてきています。以上のご報告をさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。

「市中肺炎の診断と治療」

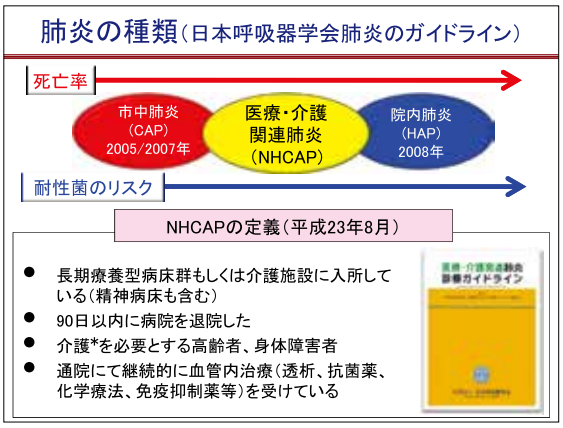
産業医科大学医学部
呼吸器内科学講座教授
迎　　寛

内村先生、過分なご紹介、どうもありがとうございました。このようなシンポジウムで講演する機会をいただきまして、どうもありがとうございました。私が今日お話しするのは、「地域医療に役立つ最新の医療」というテーマにそった話かわかりませんが、開業医の先生方が一般的によく診られる市中肺炎についてのお話をさせていただきたいと思います。

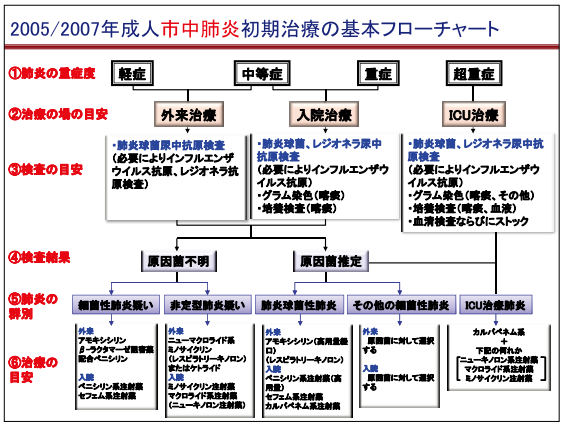
まず最初のスライドは、日本における死因別死亡率の年次推移ですけれども、戦後肺炎の死亡が非常に減ってきたのですが、1980年代からまた増加し、2011年についに３位になりました。これはやはり高齢者の増加ということが一番の要因だと思います。現在65歳以上がおよそ４分の１と言われていますが、2060年には40％になると予想されています。肺炎は70歳以上で急激に死亡率が上昇すると言われていますので、いわゆる高齢者が増えると肺炎が増え、肺炎で亡くなる方が増えます。また、移植なども含めて、治療の進歩で免疫不全の患者さんが増加していることや肺炎の原因菌の耐性化も死亡率の上昇の一因であると思います。



肺炎診療の重要性から、日本呼吸器学会が肺炎のガイドラインを出しています。現在、肺炎を大きく３つに分けてそれぞれのガイドラインが出ていますが、市中肺炎と病院で発生する院内肺炎、そして平成23年８月に出された新しい概念ですが、医療・介護関連肺炎の３つに分かれています。右に行けば行くほど死亡率が高く、耐性菌のリスクも高いと言われています。特にこの医療・介護関連肺炎の定義は、長期療養型に入院されている、90日以内に退院をした、介護を必要とする高齢者や透析を受けているような患者さんの肺炎であり、市中で起こっても院内肺炎に近いという特徴があり最近注目されています。



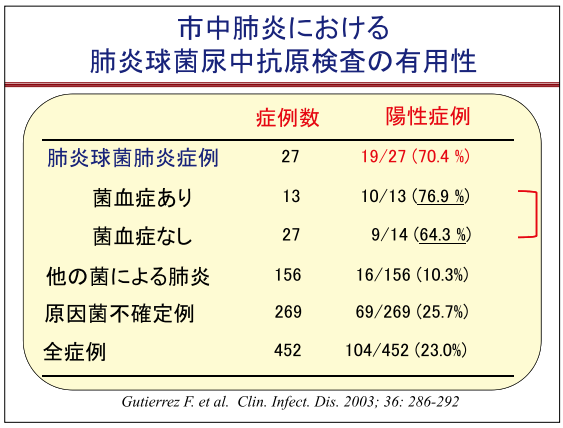
本日お話しするのは市中肺炎に関してですが、一番大切なのはこのフローチャートで、市中肺炎を先生方が診たときにどのように考えていただくかという内容となっています。まず、重症度を決めていただいて、それに沿って治療する場所が決まってくる。そして、できるだけ原因菌の検索をお願いしたいということで、尿中抗原検査を中心に、入院するような患者さんであれば喀痰のグラム染色や培養、そしてICUでは血液培養、そういう検査が推奨されています。その結果原因菌がわかれば、それに沿っての治療内容が書いてありますし、原因菌がわからなければ細菌性と非定型に分けまして、それぞれ抗菌薬が推奨されています。

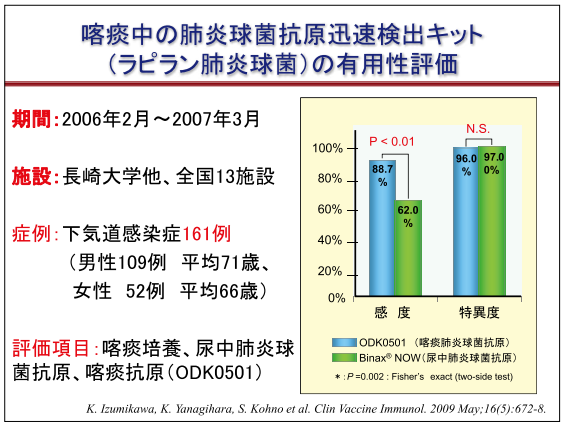


まず、重症度が根本的に大事なものですが、A-DROPシステムというものを使って、年齢、脱水があるかどうか、そして低酸素があるかどうか、意識障害があるかどうか、低血圧があるかどうか、この５つの項目が幾つ該当するかによって重症度や治療する場所が決まってきます。

また、先ほどお話ししたように、尿中抗原検査は開業医の先生もできるだけ施行していただきたい。ここに示したように、現在、尿中抗原検査は、肺炎球菌とレジオネラの２つの検査ができます。15分ぐらいで検出できて、誰がやっても同じ結果が出てくるので、非常に迅速で有用な検査です。

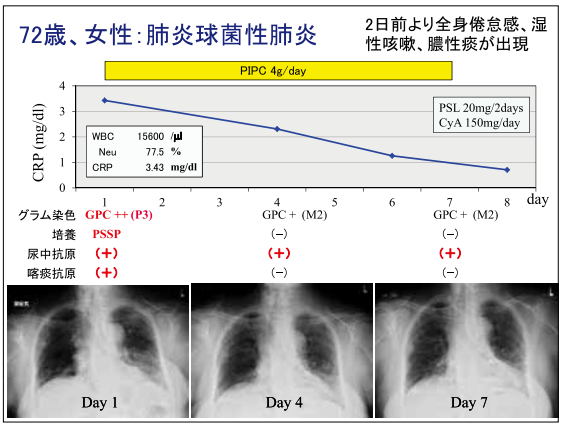
これは外国の論文ですが、肺炎球菌性肺炎では、この尿中抗原が大体７割ぐらいで陽性になる。特に菌血症があるような重症例で高いということが言われています。最近、喀痰による肺炎球菌抗原を検出するキットが出ております。これは全国13施設で検討された臨床検討ですが、青が喀痰抗原で、緑が尿中抗原を示していますが、特異度はやはり両方とも高いです。しかし、この検討においては、感度は尿中抗原で約60%、喀痰抗原は約90%という結果でありました。



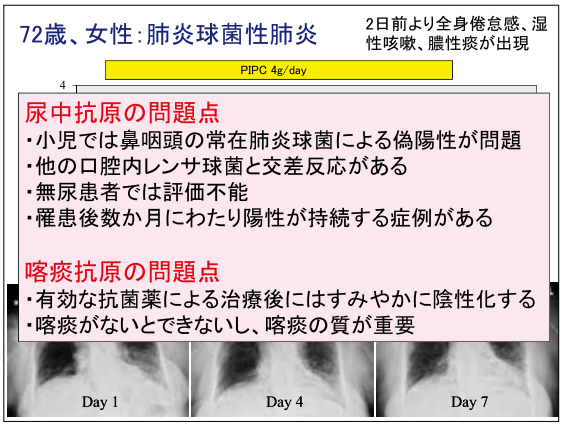


症例をお示しいたします。72歳女性で、２日前から体がだるくて、咳嗽、膿性痰が出現し、

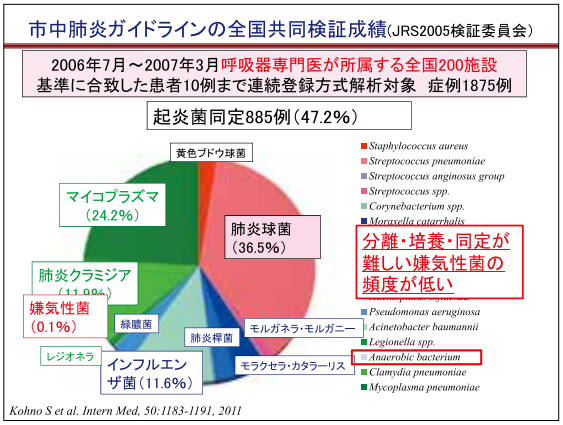
胸部X線写真上に肺炎像がありました。初診時の検査では、喀痰検査でグラム陽性菌が出ています。喀痰培養ではPSSP。また、尿中抗原も喀痰抗原も陽性で肺炎球菌性肺炎と診断。ペニシリンで治療して、すぐ良くなりました。治療４日後、治療終了後に同じような検査をしてみると、グラム染色、培養、喀痰抗原は、治療前には全部陽性でしたが、治療中から陰性化していました。尿中抗原は治療終了時まで陽性でありました。この様に適切な抗菌薬をやってしまうと、尿中抗原以外は早期に陰性化してしまう可能性があります。



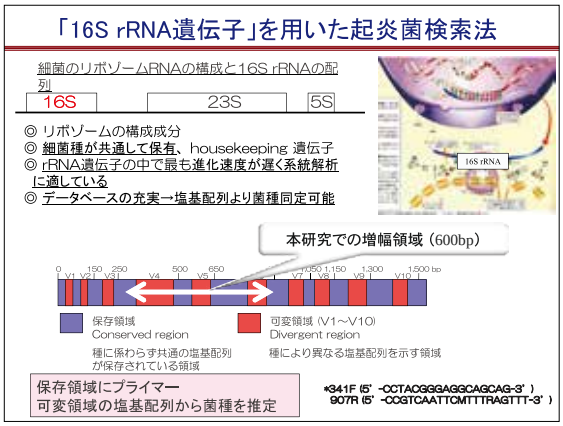
この様に両検査にはそれぞれ問題点があります。尿中抗原は、特に小児において常在の肺炎球菌で偽陽性となる可能性がある。また、ほかの口腔内のレンサ球菌と交差反応も報告されている。無尿の患者さんでは評価できない。それ以外にも、罹患後、数カ月にわたり陽性が持続する症例があり、これは私たちの経験でも、最長６カ月間陽性がつづいた症例があります。この点では今回の陽性が過去の肺炎球菌の既往をあらわしているだけの可能性もあり、注意が必要だと思います。また、喀痰抗原の問題は、有効な抗菌薬による治療後は速やかに陰性化するため、治療後には使用できないという問題があります。また、喀痰がないとできないことに加え、検査時の喀痰の質が非常に重要になるという問題点があります。



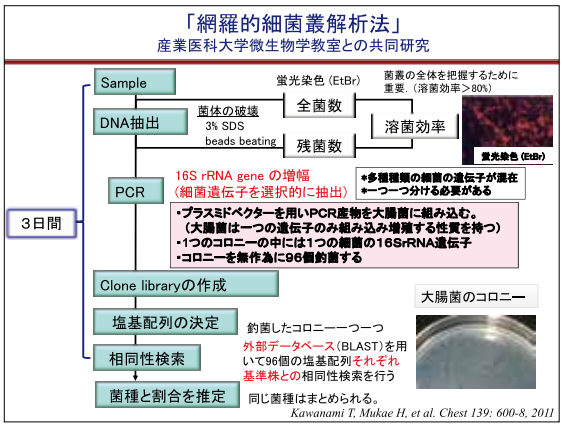
呼吸器学会の市中肺炎ガイドラインの検証のデータを示します。全国呼吸器専門医が所属する200施設で1,875例を集めたデータですが、注目されるのは、肺炎の起炎菌が同定できたのが約半分だったということです。呼吸器の専門医が一生懸命に診断をしても、この様な成績でした。原因菌がわかった症例は、肺炎球菌、マイコプラズマ、インフルエンザ菌が多く、今までの報告とかわりませんが、原因菌不明という症例が非常に多いことが問題です。やはり今の培養中心の検査では限界があり、起因菌検出の新たなる試みが必要ではないかということで、私たちが今やっている研究をちょっと御紹介したいと思います。



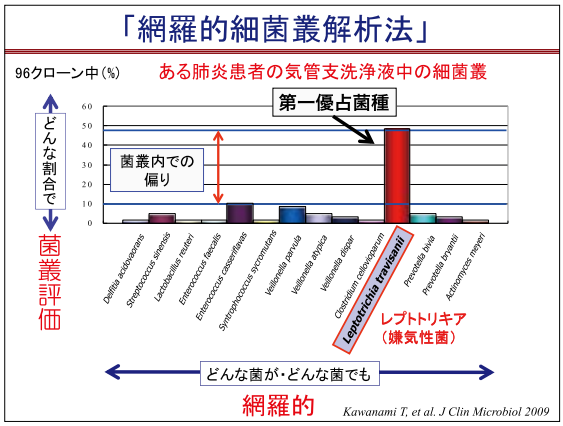
これは遺伝子診断法で16SリボゾームRNA遺伝子というものを用いた診断ですが、この遺伝子は細菌種が共通して保有し、進化速度が遅くて系統解析に適しており、この塩基配列で菌種が同定できるため、現在広く使われている方法です。



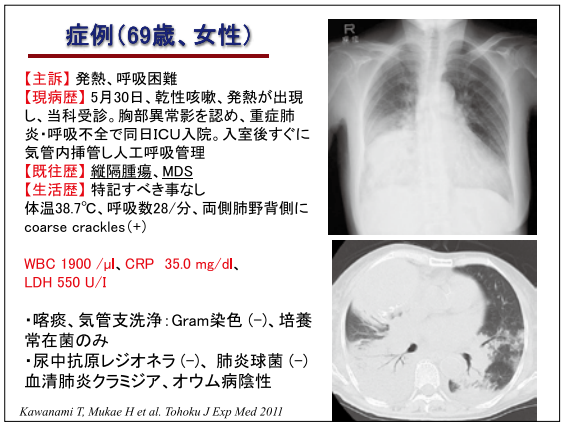
この方法は産業医科大学微生物教室と共同研究しているのですが、サンプルを溶菌し、その遺伝子を取ってきて、PCR法により16S rRNA遺伝子を増幅します。そして大腸菌を用いてclone libraryを作成し、塩基配列を決定してそれぞれ菌種を同定する網羅的な細菌叢解析法を試みています。



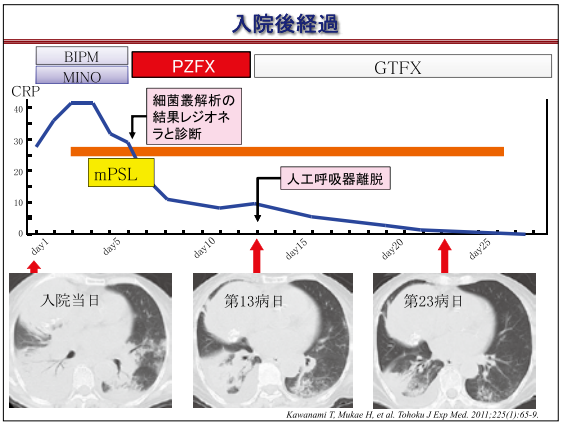
これはある肺炎患者さんの気管支洗浄液の細菌叢ですが、どのような菌種がどのような割合で存在しているのかというデータが出てきます。この患者さんではレプトトリキアという嫌気性菌が肺の局所でこれだけ増えているということで（第一優占菌種）これが原因菌であると診断ができるわけです。



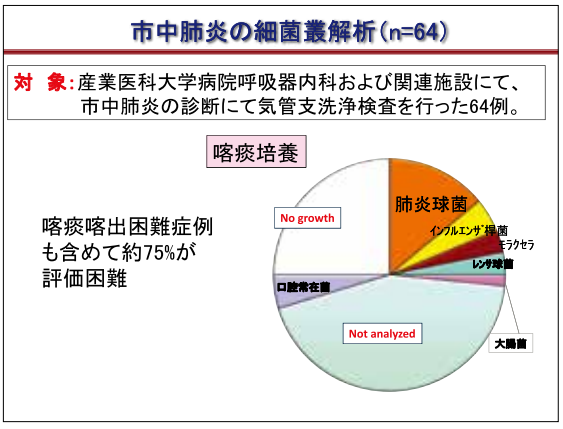
また、69歳女性で、急に乾性咳嗽、発熱が出現し、外来に来られました。外来にいる間に呼吸状態が悪くなり、すぐICUに入室。その日に人工呼吸管理になった肺炎の患者さんです。もともとMDSや縦隔腫瘍の基礎疾患があるのですが、新しい肺炎をおこしていました。挿管したので気管支鏡の検査をしたのですが、喀痰、洗浄液でもグラム染色で菌は（－）、培養陰性、尿中抗原も陰性、そして後で血清抗体を調べてもクラミジア、オウム病は陰性であり、従来法では診断がつかなかった症例です。



気管支洗浄液を細菌叢解析すると、96の遺伝子のうち46の遺伝子がレジオネラであり、その洗浄液を特殊培地で培養すると生えてきました。血清型は8でありました。尿中抗原は血清型1に特異的に反応し、それ以外の血清型では尿中抗原が陰性化することが多いとされています。この様にして診断がつきまして、キノロンに変更して何とか救命できた症例です。

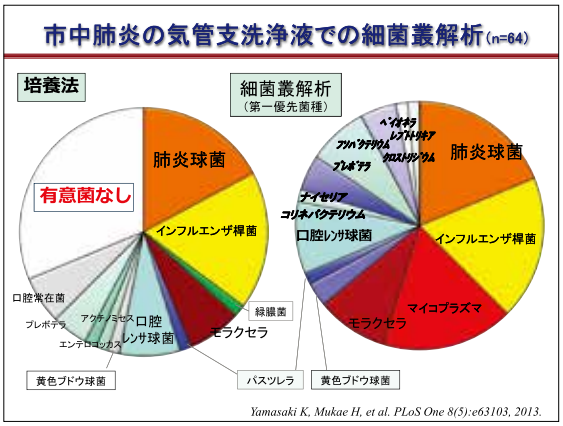


産業医科大学では、こういう診断法を用いて、64例の市中肺炎の検討をしてみました。喀痰を調べると、この64例で菌が培養されたのが４分の１でした。気管支鏡により肺の局所から検体を取ってくると３分の２で培養され、肺炎球菌、インフルエンザ菌が多く検出されました。しかし、やはり３分の１は何も生えてきません。

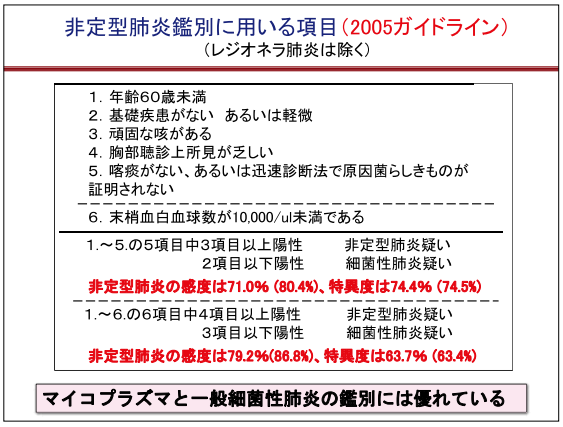


気管支洗浄液を用いて細菌叢解析をすると、全例で診断がつきまして、有意菌なしにあてはまるのがマイコプラズマ、そして嫌気性菌ということがわかりました。つまり、私たちが今まで原因菌不明だと思っていた肺炎のかなりの部分で嫌気性菌が関与しているのではと思っております。

次に、原因菌が様々な検査をしても不明な場合は、細菌性肺炎と非定型肺炎に分けて治療を考えます。

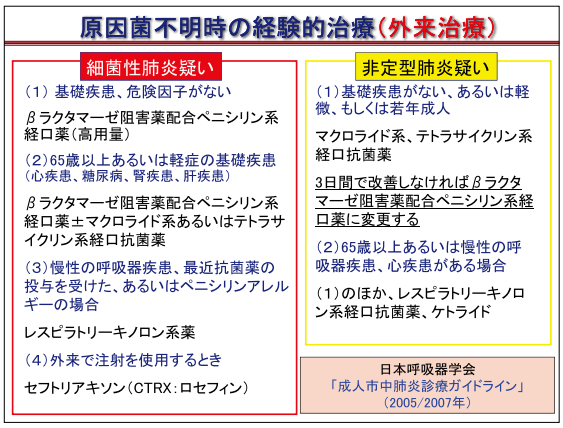


これも先ほどのA-DROPと同じように、簡単な、５つないしは６つの項目をチェックして、細菌性肺炎なのか、非定型肺炎なのか鑑別しましょうということがガイドラインでは言われています。年齢と基礎疾患があるかどうか、頑固な咳があるかどうか、聴診して所見が乏しいとか、喀痰がない、そして１つの検査では白血球数が１万未満である、この項目が５つの場合には３項目以上であれば非定型、６つであれば４項目以上が非定型と考えましょうということですが、これもさまざまな検証がされていますが、感度、特異度が大体８割程度で鑑別ができるとされています。特にマイコプラズマと一般細菌性の肺炎の鑑別で先生方が悩まれたときは、これをちょっとチェックしていただいて鑑別するということは非常に有効ではないかと思います。

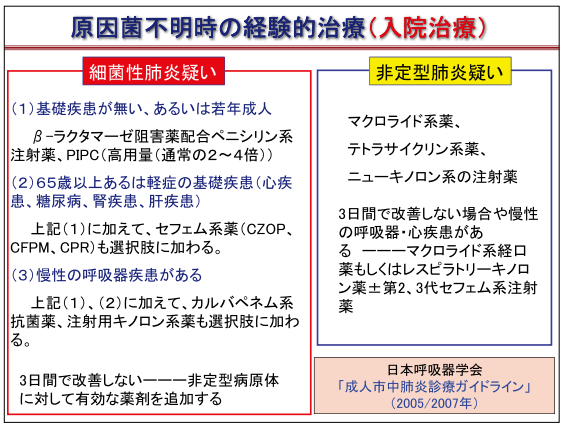


最後に、治療をどうするかということが具体

的にガイドラインでは書かれています。原因菌がわからない場合の外来治療で非定型が疑われれば、マクロライド、テトラサイクリン、そしてキノロンが挙げられています。細菌性肺炎を疑う場合は、外来で基礎疾患がないような人では高用量のβラクタマーゼ阻害薬配合のペニシリンの経口薬で治療することになります。高齢者では、なかなかマイコプラズマと細菌性肺炎の鑑別が難しいので、これにマクロライドまたはテトラサイクリンの併用、慢性の呼吸器疾患があればキノロンを使うことになります。外来ではセフトリアキソンの注射が推奨されています。

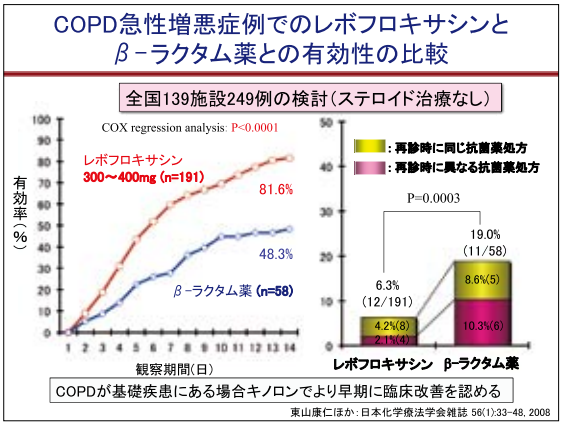


入院では同じように、非定型に関してはマクロライド、テトラサイクリン、キノロン、細菌性肺炎ではβラクタマーゼ阻害薬配合ペニシリン系の注射薬です。慢性の呼吸器疾患があればカルバペネム系、キノロン系も、選択肢に加わります。

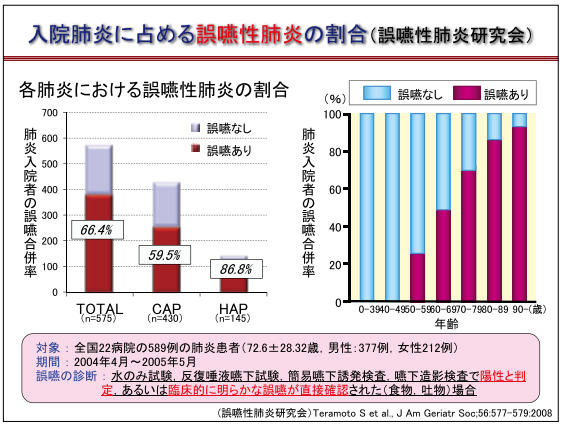


このように、市中肺炎のガイドラインではキノロンとカルバペネムをなるべく使わないように、つまり重要なキーの抗菌薬の耐性化を助長しないように、配慮がなされているのですが、実際の検証データをみてみると、特に外来において、キノロンやマクロライドが多く使用されているという現状があります。

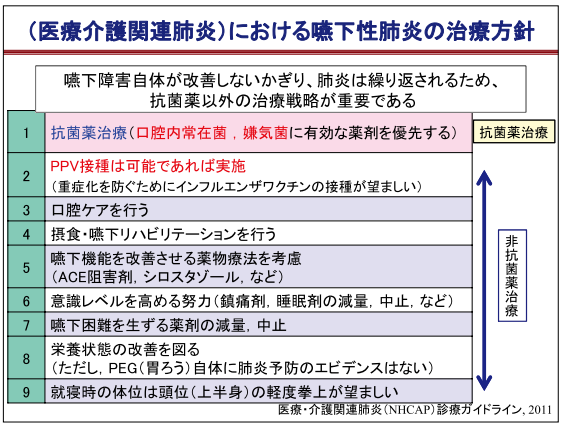
慢性の呼吸器疾患の外来治療で、キノロンが推奨されています。日本の139施設で集められたデータをしめしますが、COPDという病気がありますけれども、これが下気道感染などにより増悪を起こします。そのときにキノロンとβ-ラクタム系薬を比べてみると、明らかに患者さんの治りがキノロンのほうが早いというデータがあります。治療の失敗も少ないというデータもありますので、慢性の呼吸器疾患のある患者さんはキノロンがより有効と思います。



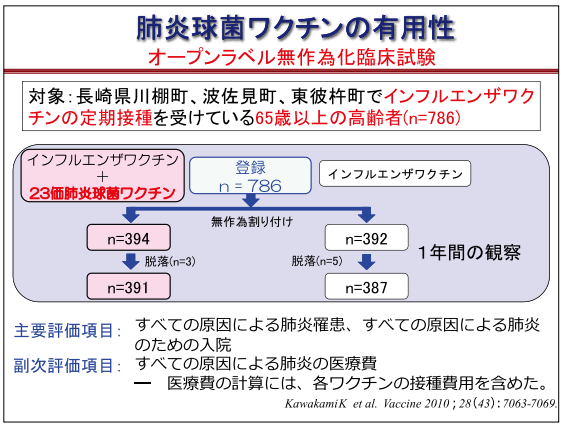
また、肺炎というのは非常に高齢者に多くて、高齢者が死亡する重要な原因という話をしました。高齢者の肺炎では誤嚥性肺炎が非常に多いということも気にする必要があります。これは誤嚥性肺炎研究会のデータですが、年齢が上がるほど誤嚥に関連した肺炎が増えてくる、いわゆる誤嚥性肺炎になるということです。この研究会のデータでは、肺炎の６割以上が誤嚥性肺炎です。市中肺炎も６割ぐらいが誤嚥性肺炎であり、肺炎の治療の上では恒に誤嚥性肺炎を考えないといけません。



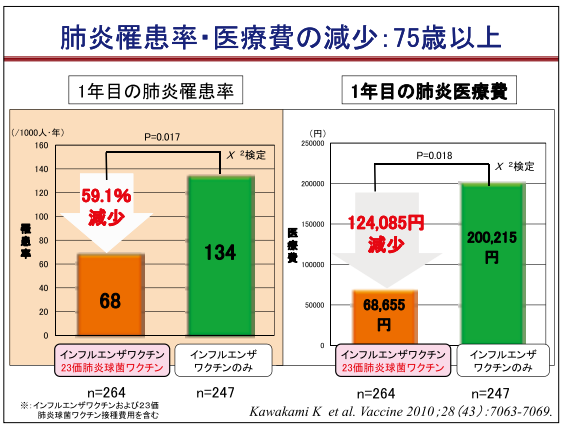
医療・介護関連肺炎は高齢者に非常に多い肺炎ですが、では、高齢者肺炎（誤嚥性肺炎）の治療方針はどういうものかということが重要になります。ガイドラインでは、高齢者の肺炎では、抗菌薬だけでなく、それ以外の治療に関してもさまざまなことを推奨しています。抗菌薬に関しては嫌気性菌とか口腔内常在菌に対する薬剤を優先することが重要です。また抗菌薬治療以外に、８つの推奨があるのですが、肺炎球菌やインフルエンザなどのワクチンを接種させましょうとか、口腔ケアを行いましょうとか、摂食・嚥下のリハビリテーションをしましょうとか、嚥下機能を改善させる薬剤を使ったらどうかとか、意識レベルを高める努力としての睡眠剤の減量等があげられています。高齢者では睡眠薬を飲む方が非常に多いわけですが、それが誤嚥性肺炎の原因になっている可能性があり、注意する必要があります。



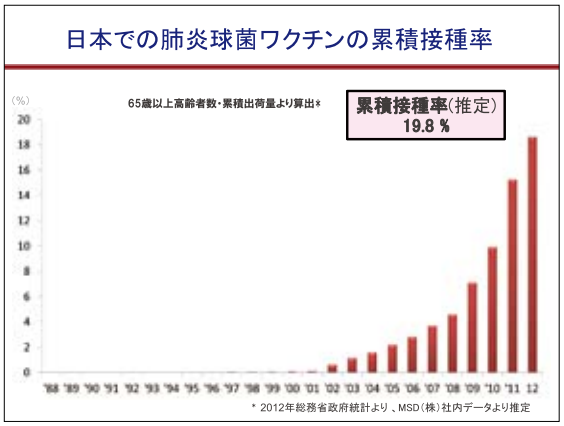
予防としては、特に肺炎球菌ワクチンが重要です。日本のデータの一つをご紹介したいと思います。これは長崎県の３町によるデータですが、毎年インフルエンザワクチンの定期接種を受けている65歳以上の高齢者786人を、いつものようにインフルエンザワクチンだけ受ける群と、これに肺炎球菌ワクチンを一緒に受ける群と２群に分けて検討しています。



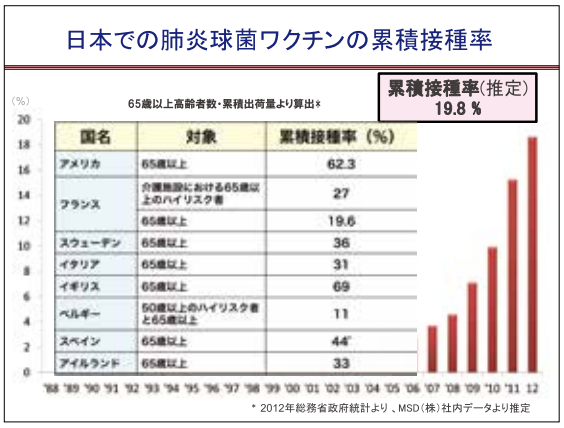
そうすると、75歳以上だけ見ると、１年目の肺炎罹患率がインフルエンザワクチン群と比べて肺炎球菌ワクチン群で６割減ったとか、１年目の肺炎の医療費が12万円ぐらい低下したというデータとなっています。



高齢者の肺炎予防に、肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチンは重要ということですが、日本の肺炎球菌ワクチンは65歳以上で大体２割ぐらいの方が接種されています。特に2009年の新型インフルエンザ後、接種率は増えてきています。また東日本大震災では被害をうけた３つの県に集中して接種されています。このような要因で増えていますが、それでも現在２割です。

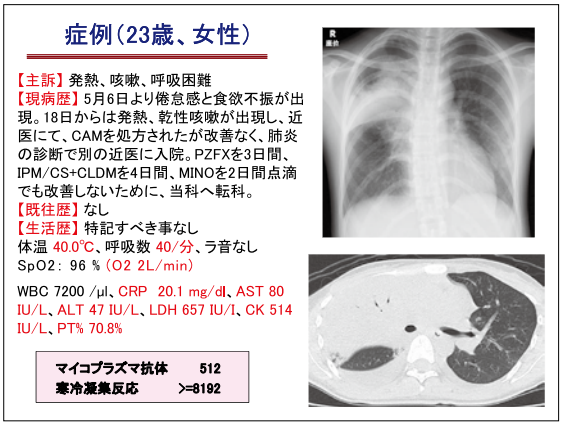


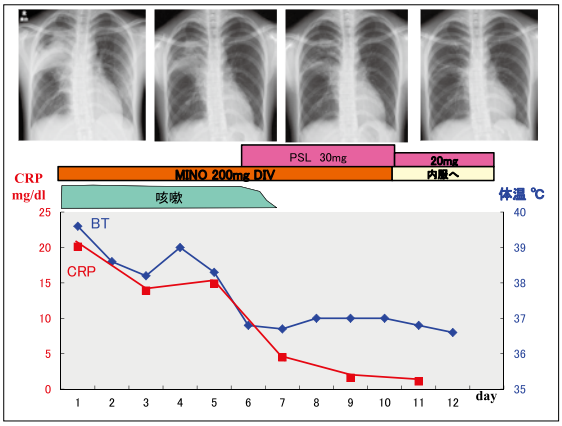
外国と比べると、アメリカでは６割以上、スウェーデン３割以上、イギリスでは７割です。ほかの先進国に比べて日本はまだワクチン接種が非常に遅れていますし、福岡県もワクチン接種率は低くなっています。先生方には、高齢者で肺炎を起こしそうな人がいたら、ぜひワクチン接種を推奨していただければと思います。



国名	対象	累積接種率（%）
アメリカ	65歳以上	62.3
フランス	介護施設における65歳以上のハイリスク者	27
	65歳以上	19.6
スウェーデン	65歳以上	36
イタリア	65歳以上	31
イギリス	65歳以上	69
ベルギー	50歳以上のハイリスク者と65歳以上	11
スペイン	65歳以上	44
アイルランド	65歳以上	33

23歳女性で、５月６日から体がだるく、食欲不振が出てきて、その12日後には、発熱、乾性咳嗽が出てきたため、近くの病院でクラリスロマイシンを処方されましたが改善がなく、その後肺炎の診断でほかの病院に入院。キノロンの注射を３日間、そしてカルバペネムとクリンダマイシンを４日間、ミノサイクリンを２日間点滴してもよくならないということで紹介になった患者さんです。体温は40度。呼吸数も40、そして酸素が２リットル、白血球は正常ですが、炎症所見とか肝機能障害、筋障害が出ているような状況で、マイコプラズマ肺炎が疑われました。実際、先ほどの網羅的な細菌叢解析をすると、菌の遺伝子のほとんどがマイコプラズマの遺伝子だったので、間違いない。しかし、マクロライドを使っても、キノロンを使っても、クリンダマイシンを使っても効果がないので、ミノサイクリンを継続したのですが、１週間使っても、レントゲンは若干よくなっているような感じですが、熱も炎症所見も下がらない、咳も全然改善しないので、あることをしたら、すぐよくなりました。ステロイドです。ステロイドを使うと、その翌日から調子がよくなって、数日後には退院できたという患者さんです。肺炎イコール抗菌薬治療ということが基本ですが、先ほどお話ししたように、肺炎から守るためにはそれ以外の方法もいろいろある。診断がはっきりしていて、きちんとした治療がなされている患者さんではステロイドを使い、宿主の反応を抑えることも有効な場合があると考えております。





現在、日本呼吸器学会では新しい成人肺炎ガイドラインを作成中でして、３つのガイドラインを１つにしようということになっていますので、また今後、１年から２年すると新しいガイドラインが出てくると思います。

以上です。どうもありがとうございました。

「こんなに変わった！乳癌治療」

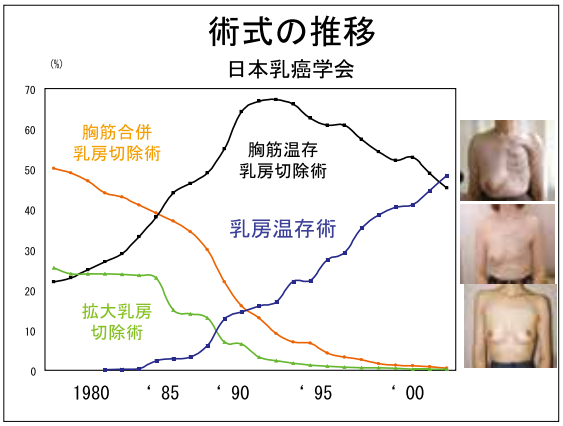
福岡県臨床外科医学会理事／
黒木クリニック院長
黒　木　祥　司

座長の内村先生、過分なご紹介をありがとうございました。本日は第６回福岡県医学会総会のシンポジストに選んでいただきありがとうございます。

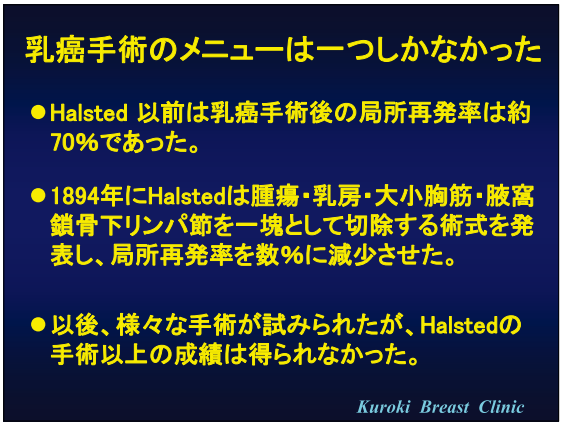
本日は乳癌の治療に関してお話ししたいと思います。平成になって26年がたちましたが、乳癌の治療は平成になって大きく変わりました。

皆さんの多くが医学教育を受けた時代の手術というのはHalstedの手術、いわゆる乳房だけではなく筋肉もリンパ節もごっそり取る手術でした。30年ぐらい前まではこのHalstedの手術がほとんどでしたが、25年ぐらい前になると、乳房は切除するが大小胸筋は残す胸筋温存乳房切除手術が行われるようになりました。その後20年ぐらい前から、癌と周囲の乳腺を部分切除し、乳房の形態を残す乳房温存手療法が行われるようになりました。乳房温存療法はまたたく間に広まり、15年ぐらい前にはどの医療機関でも普通に行われるようになりました。また、以前は乳癌であれば100％腋窩の郭清をしていましたが、現在では、センチネルリンパ節生検を行って、術中迅速組織検査でセンチネルリンパ節に転移がなければ腋窩の郭清をしない手術が主流になっています。

術式の推移をスライドに示します。1970年代は胸筋合併乳房切除術、いわゆるHalstedの手術が多かったのですが、その他はさらに大きく切除する拡大乳房切除術、肋軟骨を切除して胸骨傍リンパ節まで郭清するという手術が普通に行われていました。このHalstedの手術と拡大乳房切除は急速に少なくなり、現在ほとんど行われていません。それに代わって、乳房は切除するが胸筋を温存する胸筋温存乳房切除術が主流になりました。その後乳房温存手術が行われるようになり、乳房温存率は次第に増加し、2000年代には切除と温存が逆転しました。現在は、施設によって治療方針の違いがあるものの、原発性乳癌患者の約６割から７割に乳房温存手術が行われています。

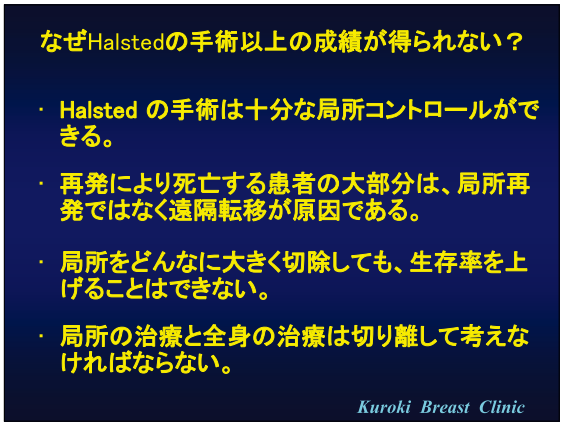


以前は乳癌手術のメニューはHalstedの手術１つしかありませんでしたが、Halsted以前はどうだったのでしょう。Halsted以前の乳癌手術は腫瘍を広めに摘出する手術でした。いわば今の乳房温存手術と同じです。しかしその頃の乳癌術後の局所再発率は、世界的に有名な外科医の報告でも約70％でした。1894年にHalstedは腫瘍・乳房・大小胸筋・腋窩鎖骨下リンパ節を一塊として切除する術式を発表しました。この術式の治療成績は画期的なもので、局所の再発率が70％台から数％に減少したのです。以後、さまざまな術式が試みられましたが、Halstedの手術以上の成績は得られませんでした。

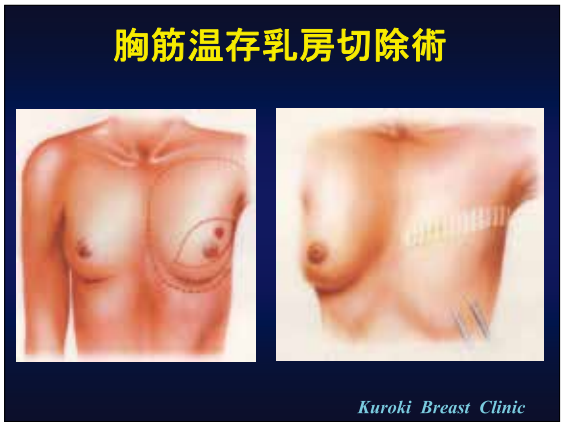


Halstedの手術は、大小胸筋を一緒に取りますので、大胸筋による前腋窩線がなくなってしまい、えぐれるような傷になってしまいます。

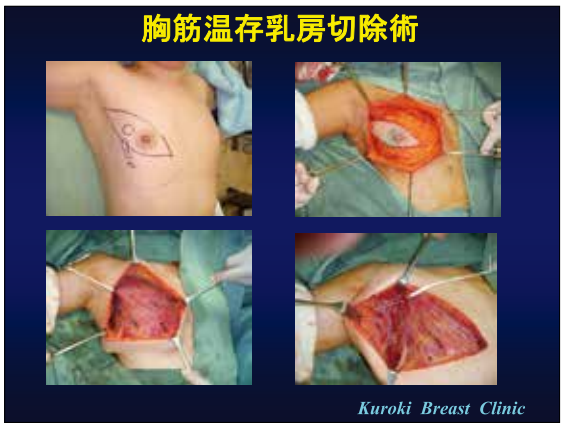
なぜHalstedの手術以上の成績が得られなかったのでしょうか？ Halstedの手術は、十分というよりは十二分な局所コントロールができていました。しかしながら、再発により死亡する患者さんの大部分は、局所再発ではなく遠隔転移が原因で亡くなっています。局所をどんなに大きく切除しても生存率を上げることはできないということが次第にわかってきました。局所の治療と全身の治療を切り離して考えなければならないということになり、手術術式は取れる組織は全て取る方式から、必要最小限の組織だけを切除するというふうに縮小されてきました。



まず、胸筋温存乳房切除術を示します。腫瘍とともに乳房を摘出しますが、大胸筋を切除しませんので、腋窩の前の前腋窩線が残ります。

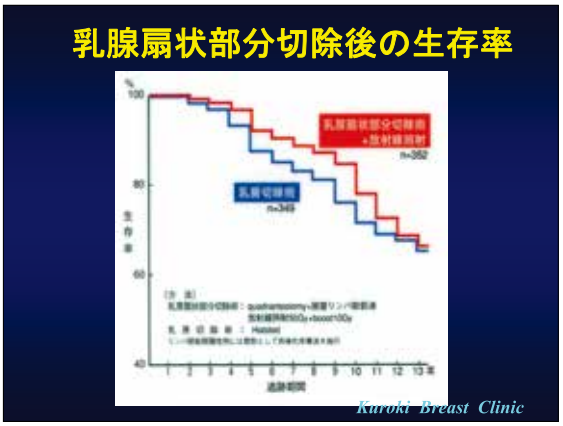


実際の手術です。腫瘍と乳頭・乳輪を含む皮膚切開で皮弁を作成し、大胸筋を残して乳房を切除、腋窩の郭清をします。

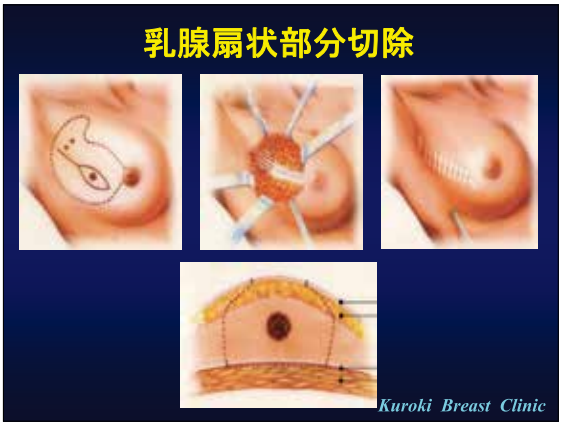


この方の場合は、乳房切除の後、一期的乳房再建までしてあります。大胸筋と小胸筋の間に組織拡張器が入っています。

乳房温存術は外科手術としては初めて科学的なエビデンスに基づき導入された手術です。Randomized controlled trialで乳房切除と乳房の部分切除＋放射線治療とを比較し、局所再発率も生存率も変わらないというデータが出て、一般的に行われるようになりました。

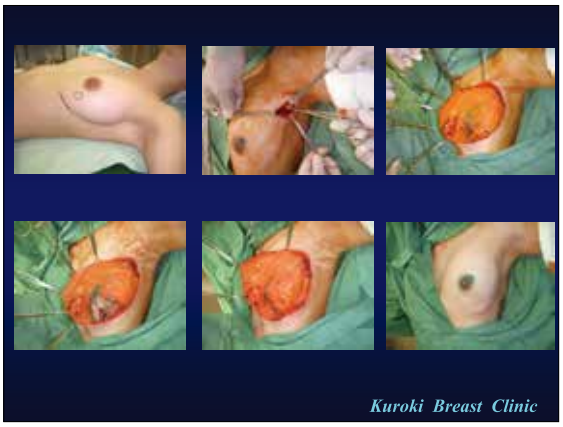


まず、乳腺の扇状部分切除です。乳管が乳頭から扇状に広がって分布しますので、乳管内進展の広い乳癌はこのように乳頭を中心に扇状の切除をします。切除した後に残った乳腺を引き寄せて形成します。

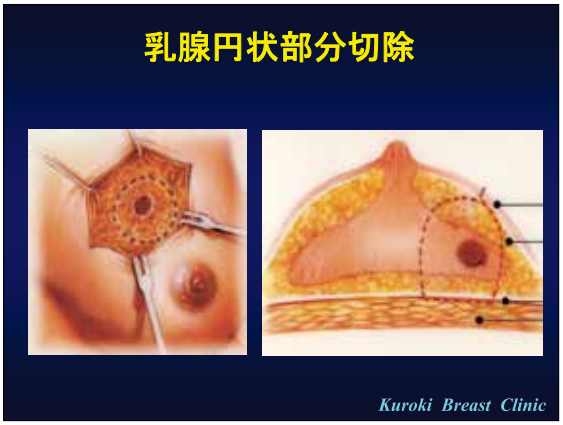


これは実際の患者さんですが、ここに腫瘍があって、皮膚に近かったので皮膚を一緒に合併切除しています。かなり広めに切除してありますが、腫瘍が乳頭から離れていましたので、左右バランスのとれた乳房が出来ています。

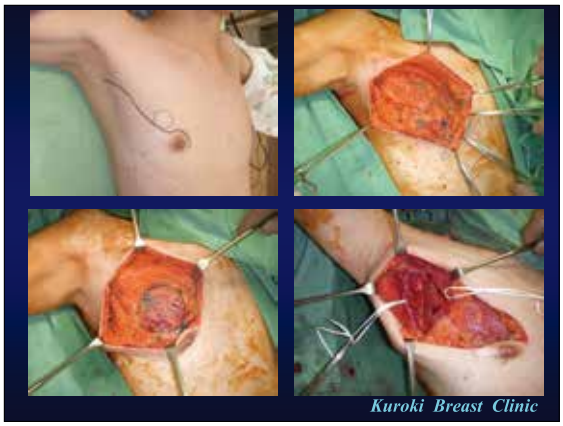
これは別の患者さんです。この方はセンチネルリンパ節生検をした後、乳房外縁の皮膚切開で皮弁を作成し、乳腺を広く露出しています。乳癌の広がりにあわせて乳腺を扇状に切除し、乳腺断端を合わせて乳房を形成しています。



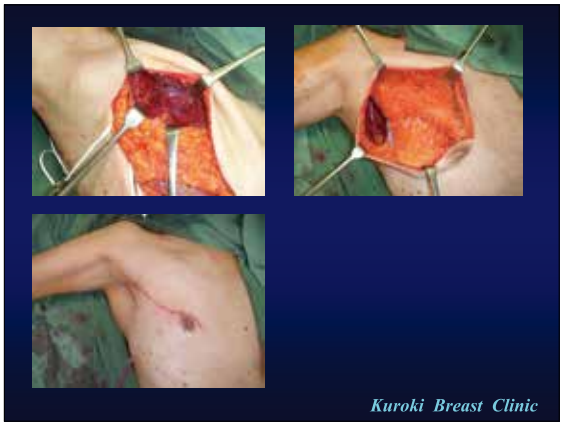
乳管の中の広がりが狭い乳癌に対しては、円状部分切除、いわゆるくり抜きの手術を行っています。造影MRIや造影CTで乳管内の広がりを評価して、乳管内進展が少ない限局型の腫瘍の場合にはより狭い乳腺の切除範囲で温存手術が可能です。



実際の患者さんですが、この方はかなり腫瘍が大きく乳頭にも近かったので、かなり広く剥離してあります。これが乳腺部分切除が終わったところで、こちらは腋窩の郭清が終わったところです。



この方はリンパ節の転移が多かったので、児玉法で大胸筋の筋束を剥離して鎖骨下領域を露出し、鎖骨下リンパ節の郭清も行っています。その後乳腺断端を縫合して形を整え、皮膚を縫合してあります。



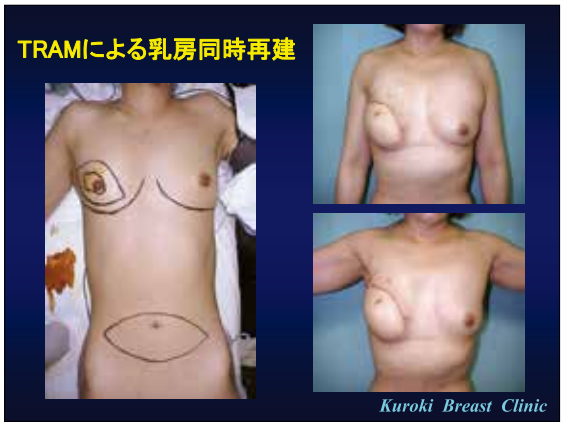
この方の場合は、内側領域の乳癌ですが、このような皮膚切開で乳腺部分切除を行っています。

外側の皮膚切開です。このような外側の皮膚切開で手術をすると、術後に術創が目立ちません。

次に乳房再建のご紹介をします。乳房の再建には大きく分けて、自家組織を使う場合と組織拡張器を使う場合があります。

まずは自家組織の乳房再建です。筋皮弁と言って、腹部あるいは背中から血管系を伴う筋肉と皮膚を移動して再建をします。

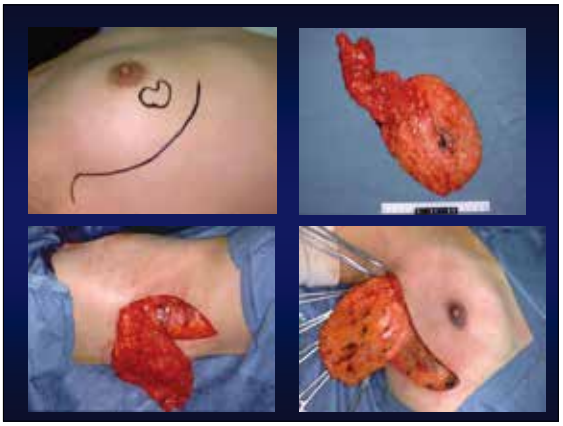
この方は乳頭直下の乳癌で乳房温存ができませんでした。乳房を切除した後、腹部で腹直筋皮弁を作成します。胸部と腹部の間にトンネルをあけて、腹直筋皮弁をトンネルを通して胸部に挙上します。



この方はかなり下垂した乳房ですので、あるがままに再建するのは難しいのですが、乳房切除をした後、脂肪を十分につけた腹直筋皮弁を作成し再建しました。この後、乳頭・乳輪再建を行うと完成です。

この方は非常に大きな乳癌で、皮膚の切除範囲がかなり広くなりました。乳房を切除した後、腹部から横軸腹直筋皮弁を挙上して再建しました。この方の場合は非常に大きな皮弁を必要としましたので、顕微鏡下に動静脈を血管吻合して血流を改善しています。

次は広背筋脂肪弁です。ここに乳癌があり、乳管の中の広がりが広かったので、乳腺を全摘出しました。背中で広背筋皮弁を作成し、背中と胸の間にトンネルを通して胸に挙上して再建してあります。

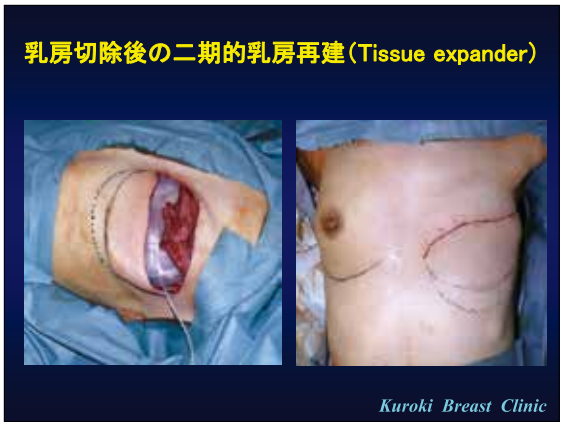


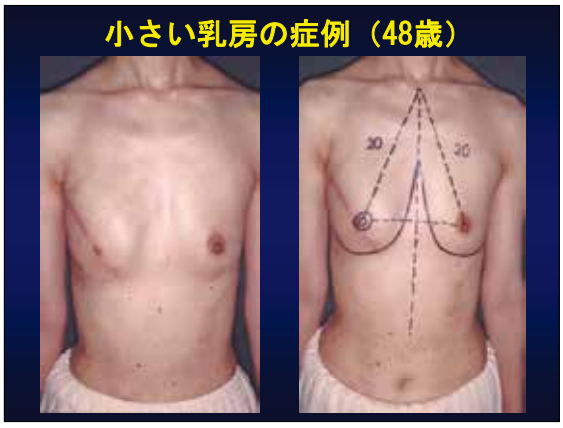
これが術前で、これが術後です。ボリュームもバランスも良い乳房が再建できています。乳房外縁の術創と背中の術創です。全て皮内埋没縫合をするので手術は結構大変です。上肢を挙上してもバランスの良い乳房が再建できています。このような自家組織による再建は人工物による再建よりも、できあがりが自然で長持ちしますのでメリットはあるのですが、体の他の部位に傷をつけ、正常組織をある程度犠牲にするので、最近では組織拡張器による乳房再建が一般的になっています。

これは乳房切除後の患者さんですが、乳房切除の際の瘢痕を切除して、マーキングした場所まで皮膚を剥離します。マーキング部はかなり左右差があります。術前に座位で健側乳房の乳房下溝にあわせてちょうど同じ高さに患側にマーキングします。仰臥位になると健側乳房が頭側に移動しますので左右差が出来ます。

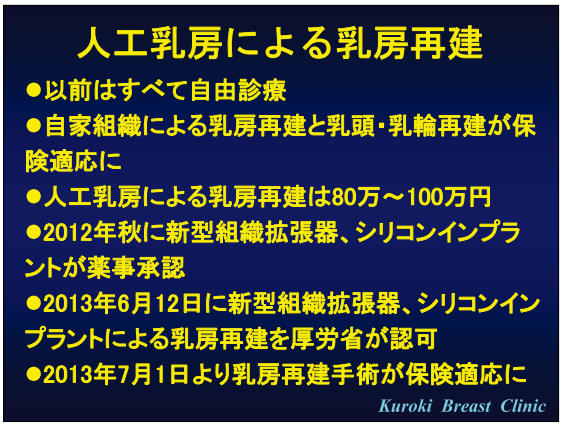
大胸筋と小胸筋の間を剥離し組織拡張器を挿入します。生理食塩水の注入ポートを皮下に埋め込みまして、ここにポートの膨らみがあります。ここから生理食塩水を少しずつ注入し、組織拡張器を次第に膨らませていきます。

組織拡張器を膨らませ、十分に皮膚を伸展させた後に人工乳房に入れかえます。再建のデザインをして、シリコン製の人工乳房に入れ変え、その後約半年後に乳頭・乳輪の再建をします。

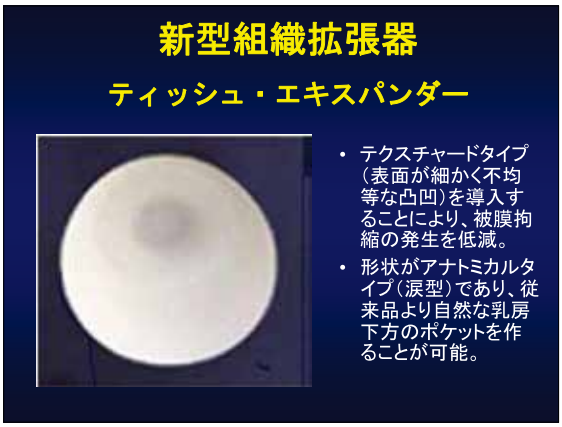




この人工乳房による乳房再建は、以前は全て自由診療でしたので二百万円近い費用が必要でした。約６年前に自家組織による乳房再建と乳頭・乳輪再建が保険適応になりましたが、人工乳房による乳房再建には80万円から100万円ぐらいの保険外の費用が必要でした。しかし、2012年秋に新型の組織拡張器とシリコンインプラントが薬事承認され、2013年６月これを用いた乳房再建が認可され、2013年７月から保険適応になりました。

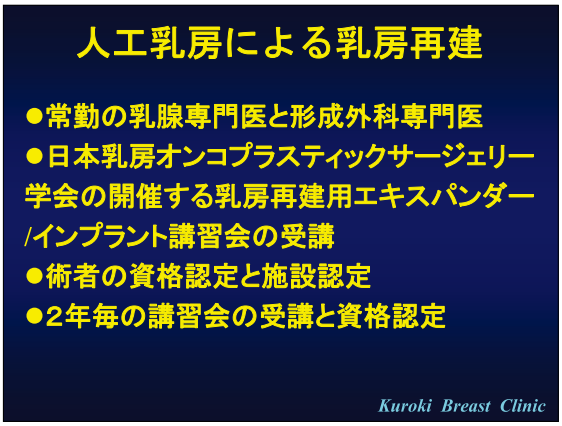


これはティッシュ・エキスパンダー、新型の組織拡張器です。これを皮下ではなく大胸筋と小胸筋の間に入れます。ここから生理食塩水を注入するとだんだん膨らんでいって乳房の形ができます。

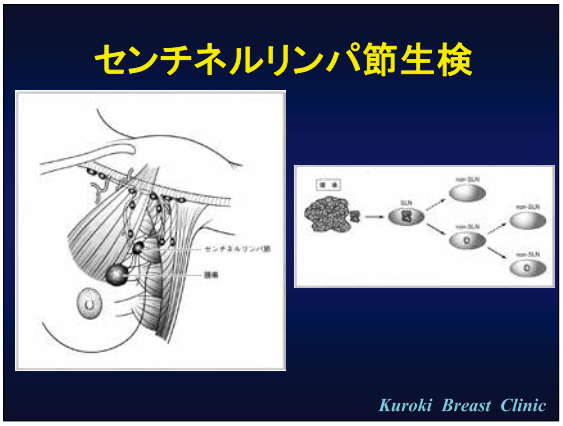


十分に広がった空間にシリコンインプラントを入れます。中はゲル状のシリコンです。スムーズタイプあるいはテクスチャードタイプの人工乳房があります。

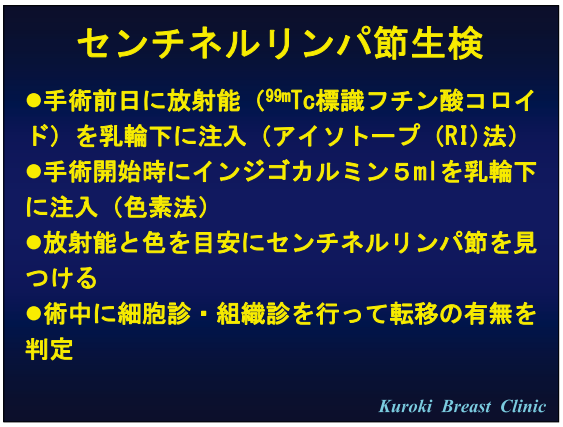
しかしながら、人工乳房による乳房再建はかなり保険上の縛りがあります。保険による乳房再建を行う施設には、常勤の乳腺専門医と常勤あるいは非常勤の形成外科専門医がいなければなりません。乳腺専門医、形成外科専門医ともに日本乳房オンコプラスティックサージェリー学会の開催する乳房再建のエキスパンダー／インプラント講習会を受講することが必要ですし、術者資格の認定と、実施施設の認定が必要です。また、２年ごとの講習会の受講と資格認定の更新が義務化されています。



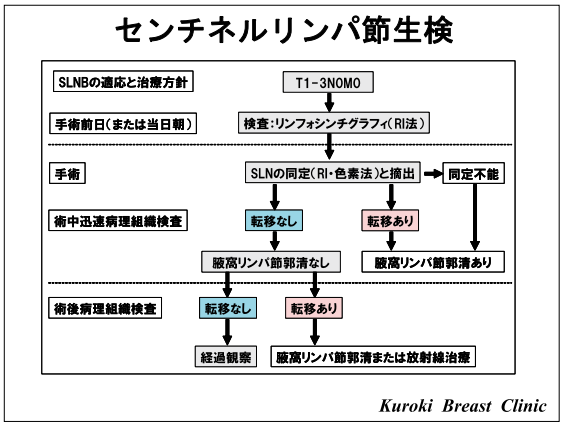
続きまして、センチネルリンパ節生検のご紹介をいたします。先ほどお話ししましたように、乳癌の手術では腋窩リンパ節を郭清するのが当たり前でしたが、センチネルリンパ節生検という概念が出てきました。腫瘍からのリンパ流が最初に流れ込むリンパ節に転移が起こって、それから次のリンパ節に転移が起こっていくという理論です。この最初にリンパが流れ込むセンチネルリンパ節（センチネルというのは見張りという意味）を調べて、そこに転移がなければ、ほかのリンパ節には転移がないだろうという考えです。



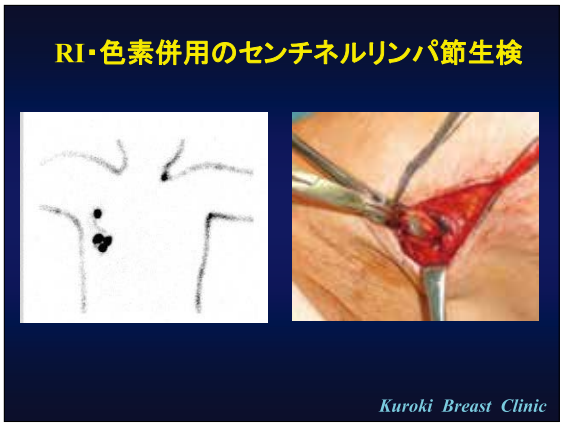
手術の前日に放射線同位元素（99mTc標識フチン酸コロイド）を乳輪下に注入します。手術の直前にインジゴカルミンを乳輪下に注入します。この色素とアイソトープを使ってセンチネルリンパ節を見つけます。術中の細胞診あるいは組織診によって転移の有無を判定します。



術中病理検査の結果、センチネルリンパ節に転移があれば腋窩リンパ節郭清を追加しますが、転移がなければリンパ節郭清をしなくても良いとされています。術中迅速では転移なしでも術後の病理検査でリンパ節転移が見つかる場合もありますが、その場合はその後郭清をするか、乳房温存手術の場合は腋窩まで含まれるように放射線治療を追加します。センチネルリンパ節生検をするようになって、随分腋窩郭清をする患者さんが減りました。現在、第Ｉ期の患者さんでは、８割強が腋窩リンパ節郭清をせずにすんでいます。



これは実際の症例ですが、乳輪に注入した放射性同位元素によりリンパ管が造影され、腋窩のセンチネルリンパ節が造影されています。色素も併用しますとセンチネルリンパ節が肉眼的にも青く染まって見えますので、放射能と色素を目安にセンチネルリンパ節を同定します。



このセンチネルリンパ節生検で腋窩郭清をしなくて本当に大丈夫なのかということは既に大規模臨床試験で検証されています。幾つもの臨床試験がありますが、大きいものでは患者数7,600人という臨床試験もあります。

センチネルリンパ節生検の検証

臨床試験	地域	参加人数	登録開始年
Milan trial	欧州	516	1998
ACOSOG-Z0010	米国	約7600	1999
NSABP B-32	米国	約4000	2000
AMAROS	欧州	約3485	2001

このミラノ試験の結果を示しますと、腋窩を郭清すると上肢のリンパ浮腫が75%起こったのが、センチネル群では７％と激減していました。また、しびれ感や痛み、運動障害もほとんどないということで、QOLは非常に良いようです。

術後合併症の頻度

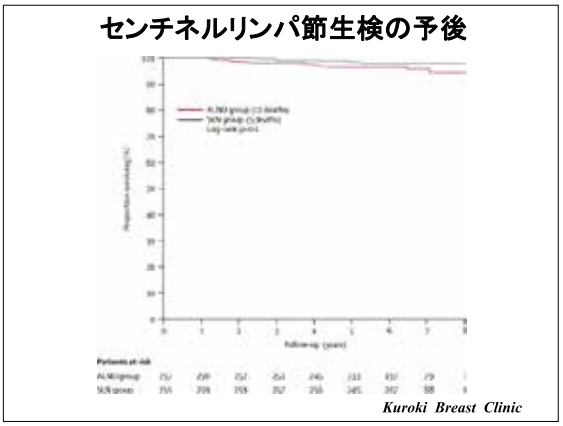
合併症	センチネル群	腋窩郭清群
しびれ感	1%	68%
疼痛	8%	39%
患側上肢の運動障害	0%	21%
腋窩手術創の非整容性	0%	15%
上腕のリンパ浮腫	7%	75%

問題なのは再発ですが、腋窩のリンパ節再発は各群ともほとんどありませんでした。また、遠隔転移の頻度もほとんど変わらないということでした。

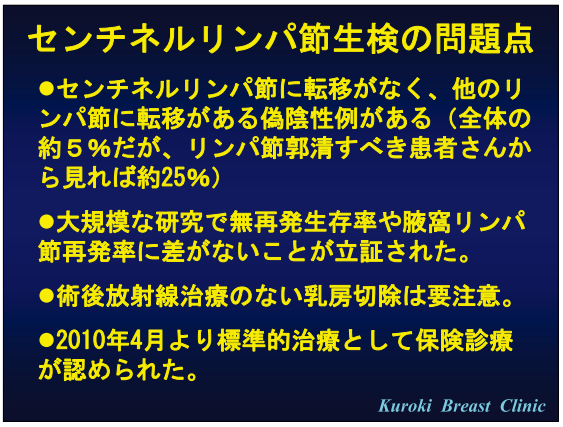
術後再発者数

再発部位(人数)	センチネル群	腋窩郭清群
腋窩リンパ節転移	0	1
鎖骨上リンパ節転移	2	0
乳房内再発	3	4
遠隔転移	13	11
合計	18	16

問題点としては、センチネルリンパ節に転移がなくてもほかのリンパ節に転移がある偽陰性例があります。全体の約５％ですが、リンパ節郭清すべき患者さんから見れば25%、約４分の１になります。これで本当に大丈夫なのかということで、先ほどの臨床試験が行われたのですが、大規模な研究で予後に差がないことが立証されました。上がセンチネルリンパ節生検で終わった群で、下がセンチネルリンパ節生検が陰性でも腋窩郭清を追加した群ですが、ほとんど予後には変わらないという結果が出ています。その結果を受けて、センチネルリンパ節生検は2010年４月に保険診療が認められ、現在では全国的に標準的治療として行われています。



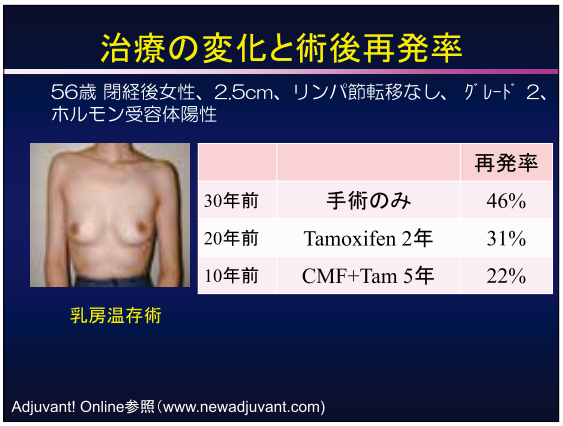
乳房温存手術であれば術後放射線治療が追加になるのですが、乳房切除の場合は放射線治療は通常行われませんので要注意とされています。



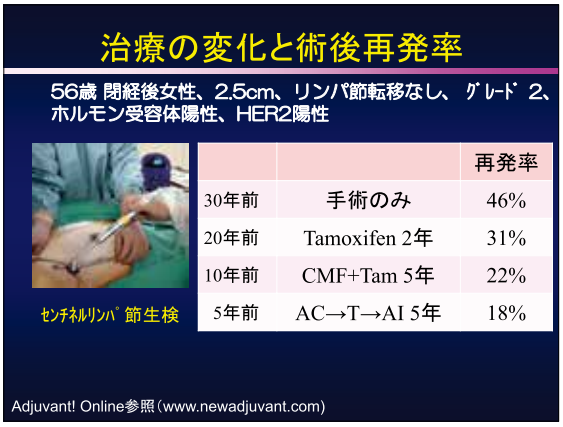
さて、最後に治療法の変化とともに術後の再発率がどうかわるのかをシミュレートしてみましょう。56歳閉経後の女性、2.5cmの乳癌、リンパ節転移なし、ホルモン受容体が陽性という患者さんです。30年前は手術のみです。再発率は46%です。

これが20年前になりますと、手術のほうは胸筋を残す胸筋温存乳房切除になっています。タモキシフェンという女性ホルモンをブロックする薬を２年間飲みますと、再発率が46%から31%に改善しています。

10年ぐらい前になりますと、乳房温存術で乳房もきれいに残せるようになりました。これに化学療法とタモキシフェンを５年間投与しますと再発率が22%に改善します。

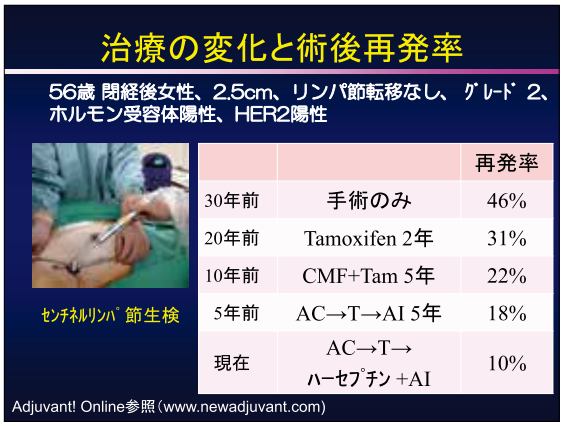


５年ぐらい前になりますと、アンスラサイクリン、タキサンという抗がん剤を使った後にアロマターゼ阻害剤という内分泌治療薬を使う治療が標準的になりました。この治療によって再発率は18%にまで改善しています。

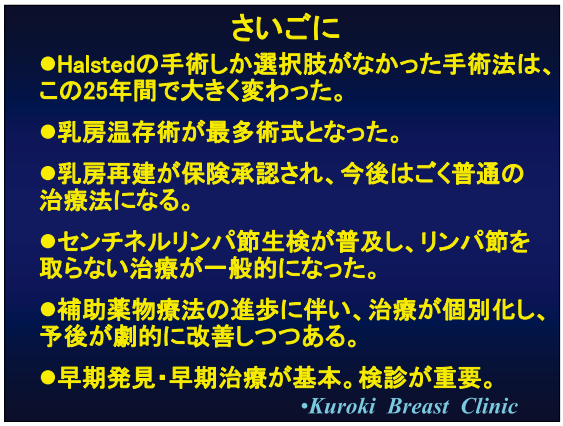


Her2陽性の患者さんの場合には、最近では

抗癌剤治療に加えハーセプチンという分子標的治療薬が使われます。この治療までしますと、再発率が10％まで減少します。この30年間の間に手術はどんどん小さくなって、再発率はどんどん少なくなってまいりました。



最後になりますが、Halsted手術しか選択肢がなかった手術法は、この25年間で大きく変わってまいりました。乳房温存術が最多の術式となり、乳房再建が保険承認されて、今後はごく普通の治療法になります。センチネルリンパ節生検が普及し、リンパ節を取らない治療が一般的になり、術後補助療法の進歩に伴って治療が個別化し、予後が劇的に改善しつつあります。しかしながら、一番大事なのは、早期に発見して早期に治療することです。検診の重要性が指摘されていますけれども、まだまだマンモグラフィー検診の受診率は十分ではありません。皆さんもぜひマンモグラフィー検診を受けていただくように患者さんにもおすすめいただくとありがたいと思います。



以上です。ご清聴、どうもありがとうございました。

乳癌の手術と補助療法の進歩に伴う予後の改善のスライドは九州がんセンター乳腺科の大野真司先生からご提供いただきました。

乳房温存手術の模式図は霞富士雄先生ご監修による乳癌Informed consent kitから転載させていただきました。

「子宮頸癌診療の現状と課題」

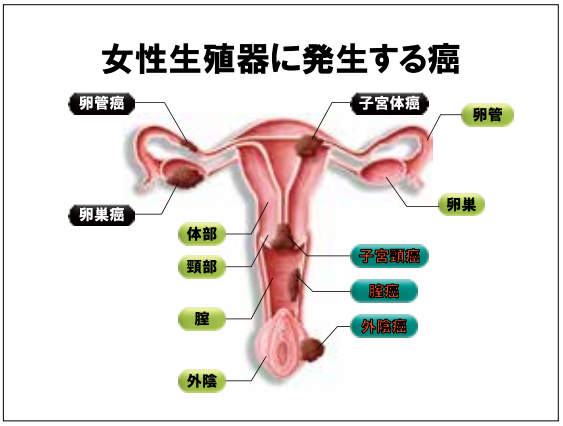
九州大学大学院医学研究院
生殖病態生理学／
九州大学病院産科婦人科教授
加　藤　聖　子

内村先生、どうもありがとうございました。このシンポジウムに発表する機会を与えていただきました福岡県医師会の先生方、どうもありがとうございます。今日は子宮頸癌についてお話をさせていただきたいと思います。

先ほど紹介していただきましたが、初めてお会いする先生も多いので、自己紹介させていただきます。生まれは宮崎県の延岡市というところで、ご紹介にあった経歴で今に至っております。

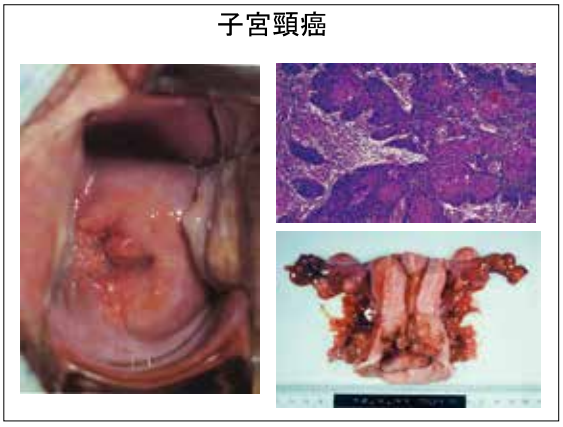
主に勤務した病院は別府にある温研です。生医研附属病院と言っていました。また九州大学病院、そして一昨年まで順天堂大学で勤務しておりました。

女性生殖器に発生する癌はいろいろあるのですが、今日はその中でも皆様よくご存じの子宮頸癌についてお話ししたいと思います。



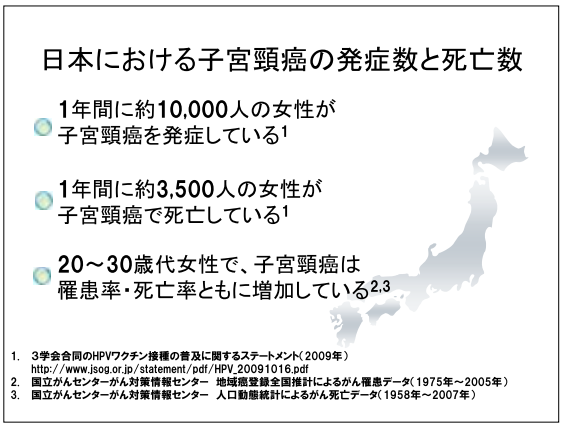
子宮頸癌とは、名前のごとく子宮頸部にできる癌で、我々が婦人科的な診察をすると目に見える場所にあります。検診も行われていますので、子宮頸癌はだんだん減ってきているのではないかと思われがちですが、実はそうではないという話をさせていただきます。

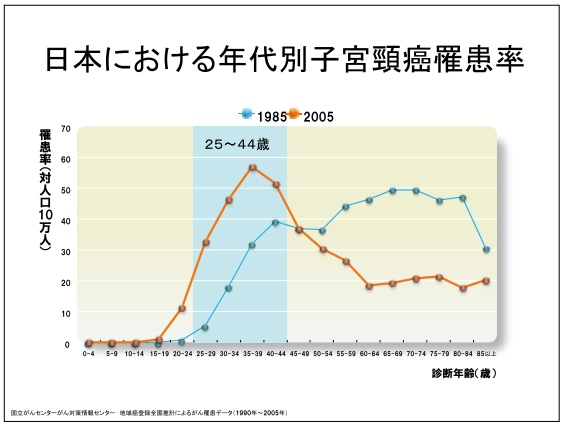
子宮頸癌はヒトパピローマウイルスによって起こるということはよくご存じのとおりです。



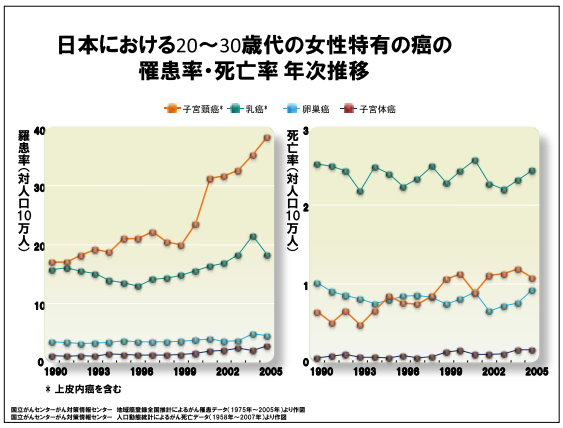
子宮頸癌の現状は１年間に約１万人の女性が発症しており、これは2007年のちょっと古いデータですが、１年間に3,500人の女性が死亡しています。一番新しいデータでは2,700人という数字も出ています。今問題になっているのは20代、30代の若い女性の罹患率・死亡率ともにすごく増えているということです。

我々が医者になった当時、私が病棟で主治医をしていたころは、子宮頸癌の患者さんというとほとんどおばあちゃんというイメージだったのですが、最近病棟では20代から40代の生殖期年齢の患者さんがほとんどになってきています。



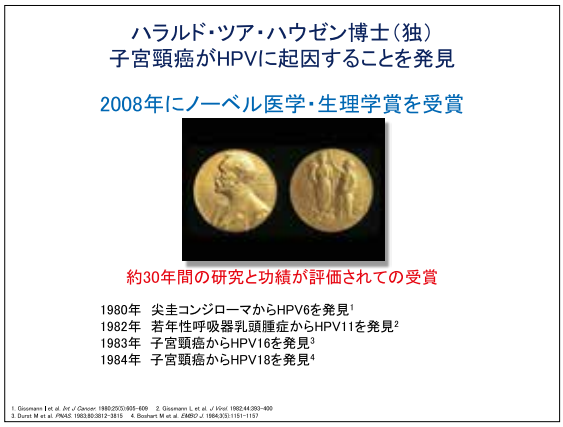


先ほど乳癌の話が出ましたが、20代から30代の女性に限って言うと、罹患率は乳癌よりも子宮頸癌の方が多いというデータも出ています。

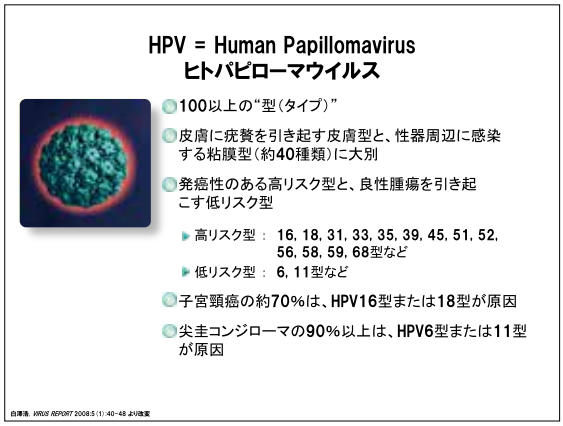


子宮頸癌はほとんどが扁平上皮癌というものですが、もう一つ、子宮頸部腺癌というのがあり、実はこれが増えてきています。この原因はよくわかっていませんが、今は約２割が腺癌になっています。

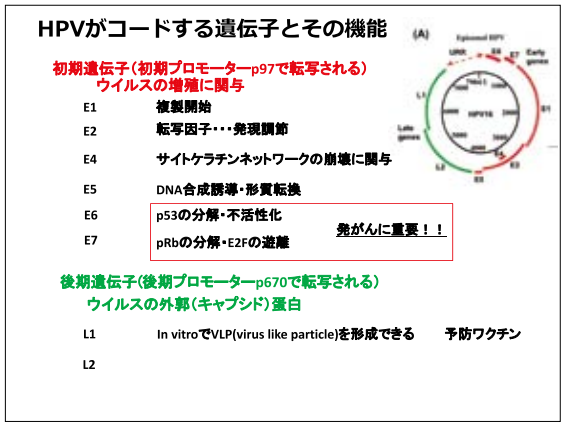
子宮頸癌の原因は、ヒトパピローマウイルスというウイルスの感染です。このことを発見したハラルド・ツア・ハウゼン博士はノーベル賞をもらっておられますが、ヒトパピローマウイルスというのは頸癌だけではなく、尖圭コンジローマという良性の乳頭腫、いぼを起こすことも知られています。



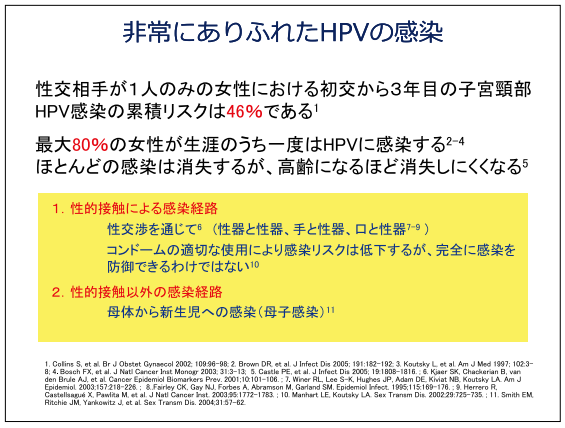
ヒトパピローマウイルスというのは100種類以上の型があるのですが、その中で子宮頸癌によく関係していると言われるのを高リスク型、そして尖圭コンジローマのような良性の乳頭腫にかかわっている低リスク型に大きく分けられます。ハイリスク型の中でもこの16型と18型、これが70％を占めるとも言われています。



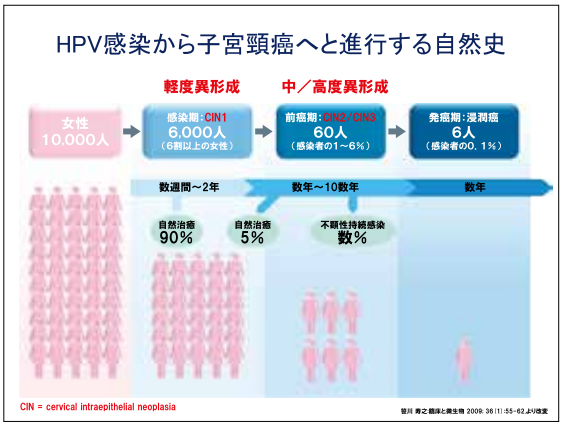
このヒトパピローマウイルスはたくさんの蛋白をコードしているこういう構造を持っているのですが、この中でも一番重要なのがE6とE7といわれる蛋白です。この２つがどうして重要なのかと言うと、p53やpRbというような我々の体を守ってくれている癌抑制遺伝子の機能を抑制するということで、この２つの蛋白が重要になってきます。



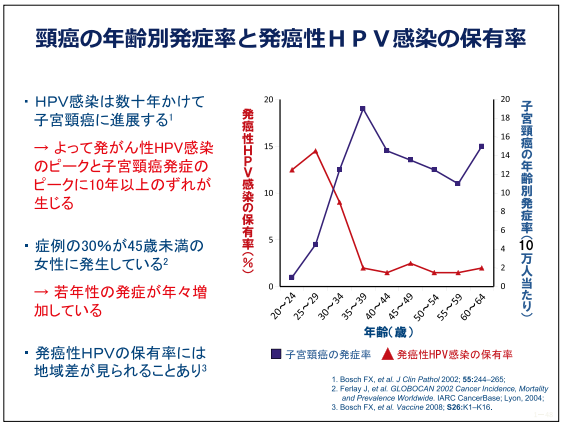
このヒトパピローマウイルスは、性交感染がほとんどです。意外とこの感染はありふれていて、よく言われる数字ですと最大80％の女性が―もちろん性交を持っている女性ですが、生涯のうち一度はヒトパピローマウイルスに感染すると言われています。



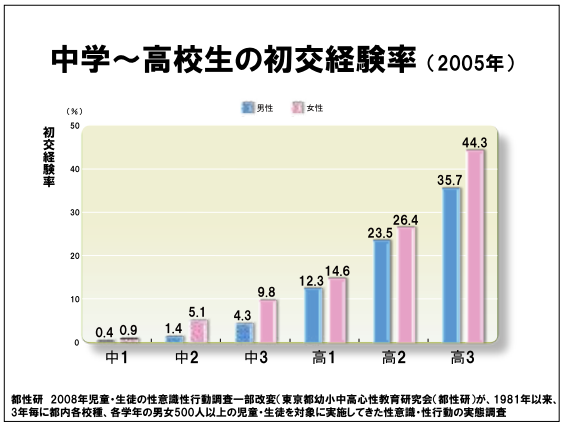
しかし、感染した女性がほとんど癌になるわけではありません。ほとんどは自分たちの体の中にある免疫機構で排除されて、感染したとしても、軽度異形成という病変になるのですが、その人たちの90％以上は自然にウイルスがなくなると言われています。しかし、その中でも染色体に組み込まれていたりして、ずっと持続感染を起こすと、一足飛びに癌になるわけではないんですが、中度、高度異形成、そして上皮内癌を経て浸潤癌になるという進行の仕方をします。



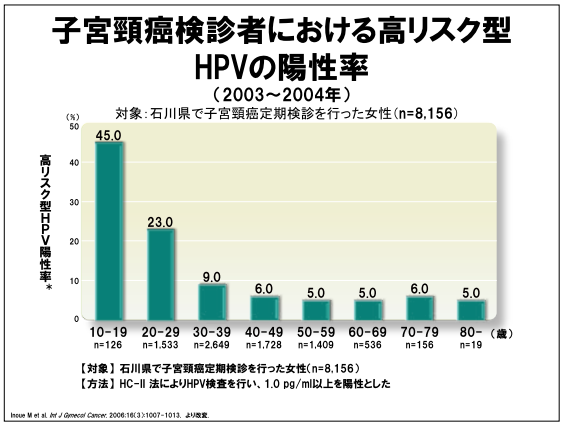
では、感染してからどのくらいで癌になるかというと、我々は約10年ではないかなと見ています。ですので、今若年者の癌が多いという話をしましたが、例えば病棟に35歳の子宮頸癌の患者さんがいますと、その方は多分25歳のときに感染したヒトパピローマウイルスが自分の細胞に組み込まれてしまってだんだん変化して癌になったのだろうと考えられるわけです。ということは、だんだん初交の年齢が早まれば早まるほど発症の年齢が早まるということになります。



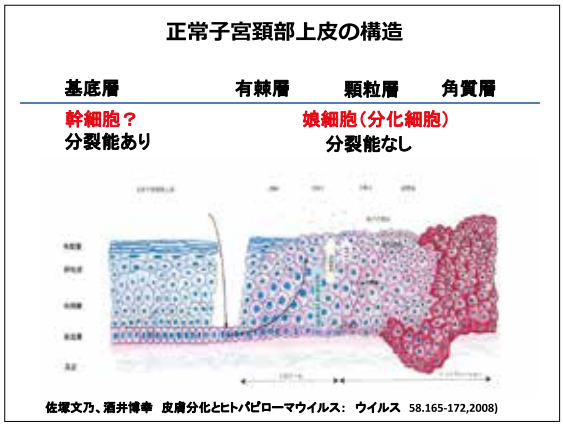
これは東京のデータで、福岡県に当てはまるかどうかわかりませんが、中学生から高校生までアンケート調査を見てみますと、もう中学校３年生は9.8％ぐらいが初交を経験しているということになります。高校生になると半分弱、44％ということですので、やはりこの年代の性教育とか、ワクチン、検診が重要になってくると考えられます。



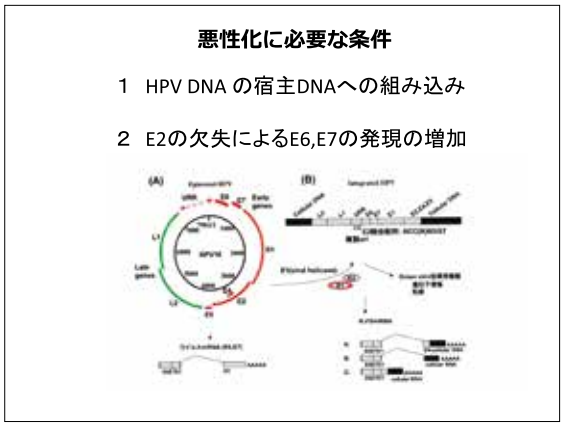
これは石川県のデータですけれど、ヒトパピローマウイルスに陽性だったというデータですが、10代の子たちも45%がこのようにハイリスク型のHPVが検出されたというデータがあります。



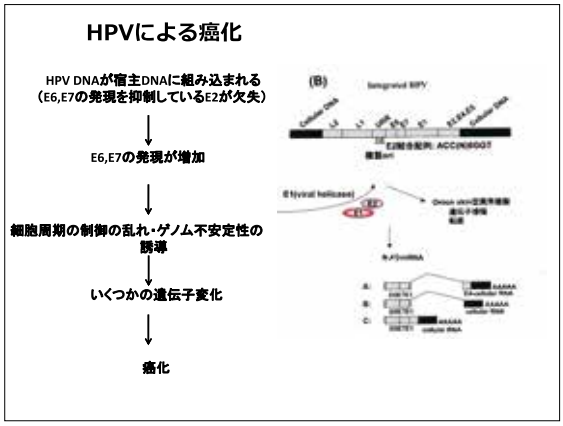
では、どのようにしてHPVは子宮頸癌を起こすかですが、普通子宮頸部の組織というのは皮膚と一緒で上層に角質層がありますので、なかなかウイルスは入ってきにくいのですが、性交など刺激でここに傷ができると、この一番底部にあります基底層が露出されます。そうすると、ここにウイルスが感染します。この基底層のみが子宮頸部の組織の中で分裂能を持っていて、ここにウイルスが感染すると、最初は染色体に組み込まれなければ自然に排出されるのですが、組み込まれてしまうと、どんどん増殖能を獲得して癌になっていくということです。



ですから、子宮頸癌で怖いのは、ヒトパピローマウイルスに感染するということもですが、実はこのヒトパピローマウイルスが宿主DNAに組み込まれる、こういうことです。組み込まれると癌抑制遺伝子を不活化するE6とかE7の発現が増加するというメカニズムになっています。

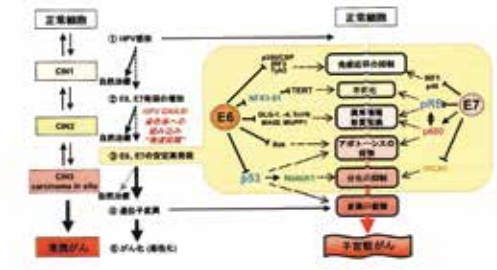


そういうふうに発現した細胞というのは、いわゆる癌化の過程、細胞周期が乱れたり、ゲノム不安定性が導かれたりして幾つかの遺伝子変化が起こって癌になります。



この組み込まれる率というのは、子宮頸部異形成の程度によって全然違います。軽度異形成

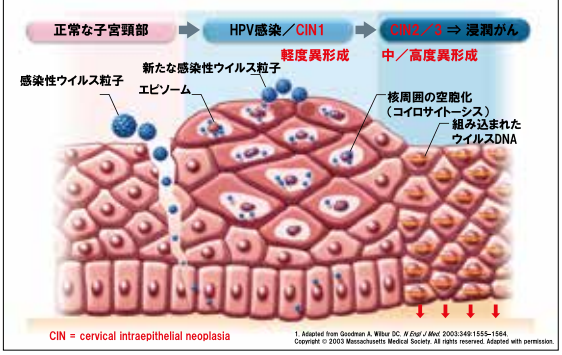
はほとんど組み込まれていませんが、だんだん進んでいくにつれて組み込まれる率が高くなっていきます。



HPV DNAの宿主DNAへの組み込み

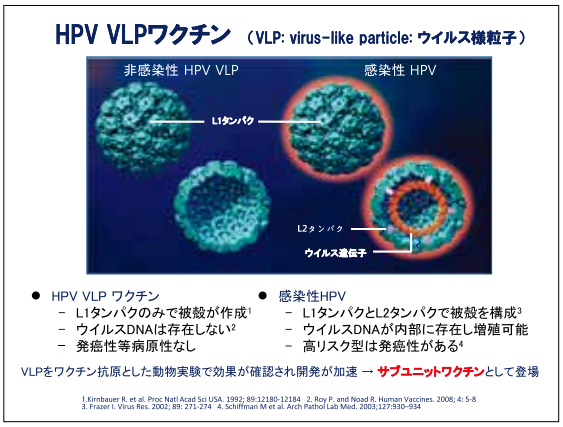
CIN 1　0%
CIN 2　5%
CIN 3　16%
Cancer　88%

先ほど言いましたこの様な変化が起こっています。

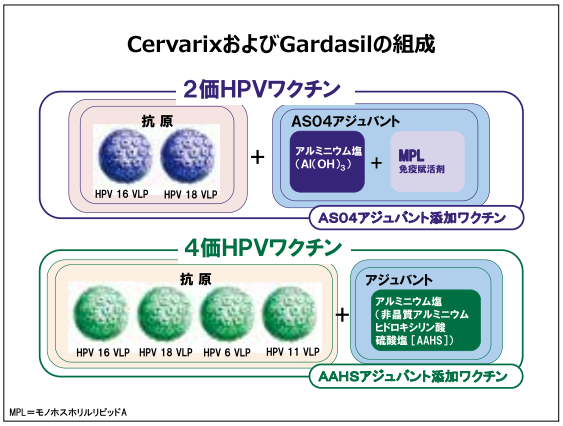


人間の体には免疫能がありますが、やはり血中にウイルスが入らないということもあって、免疫能が弱いと言われています。それを補おうというのが予防ワクチンで、この液性免疫を利用した予防ワクチンが開発されました。

それがHPVワクチンです。HPVワクチンは外郭のタンパクを利用したワクチンで、中にさっき言った怖いE6とかE7を発現する遺伝子が組み込まれていませんので、このワクチンで発癌することは絶対ありません。



今我々が使えるのは、この2価ワクチンと4価ワクチンです。

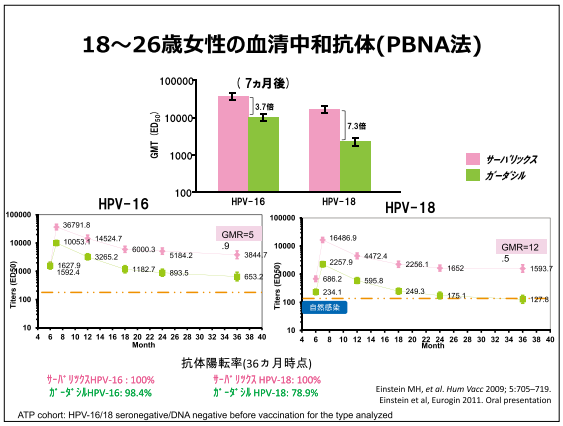


2価ワクチンは16型、18型を標的としていて、4価ワクチンはそれプラス、尖圭コンジローマを予防する部分も含まれています。

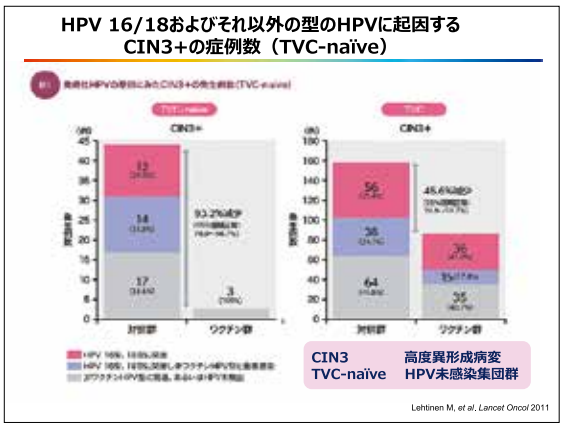
2価および4価HPVワクチンの比較

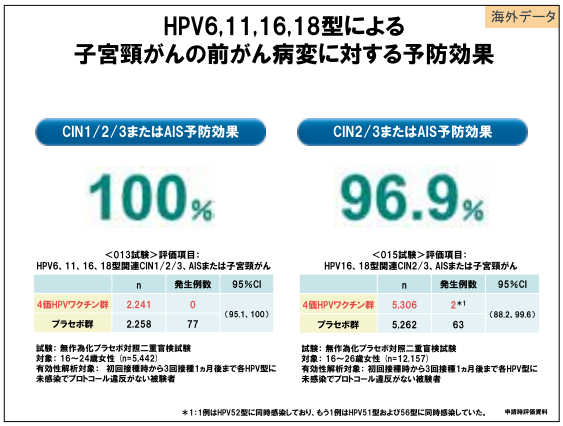
	サーバリックス	ガーダシル
	2価HPVワクチン	4価HPVワクチン
抗原として含有されているHPVタイプ	HPV16、18	HPV6、11、16、18
投与方法	0.5ml 筋肉内注射（0, 1, 6ヵ月目）	0.5ml 筋肉内注射（0, 2, 6ヵ月目）
尖圭コンジローマ等の予防	対象としていない	実証済(16-26歳)
外陰部がん、膣がん予防の適応	対象としていない	FDA承認(2008年9月)
抗体価の持続	9.4年間まで実証済(HPV18も)	約5年まで実証済 (HPV16のみ、8.5年間)
クロスプロテクション効果	HPV31、33、45に効果あり	HPV31に効果あり
安全性/忍容性	対照群と同等の安全性/忍容性	対照群と同等の安全性/忍容性 筋注時の痛みが比較的軽い

4価ワクチンと2価ワクチンは打ち方が違うのですが、血清の中和抗体の値はほとんど変わっていません。ずっと高く維持されると言われています。

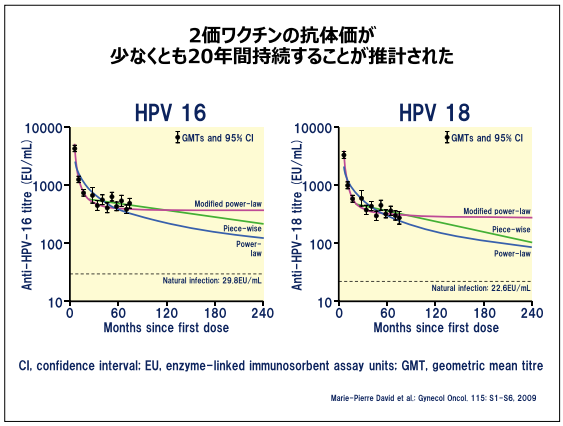


これは2価ワクチンのデータですが、一度も性交してない人にちゃんとワクチンを打つと、高度異形成になる率はほとんど90%以上予防できるというデータが出ています。4価ワクチンも同様です。

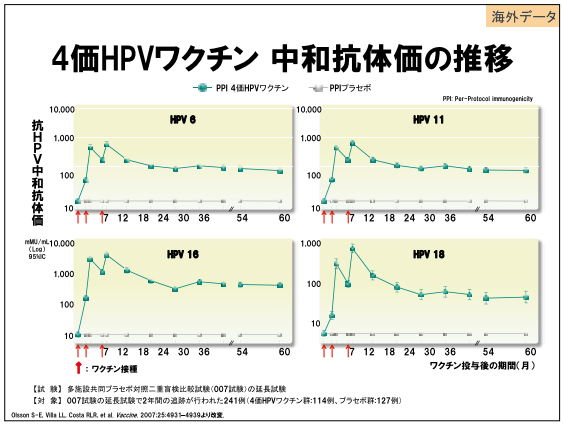




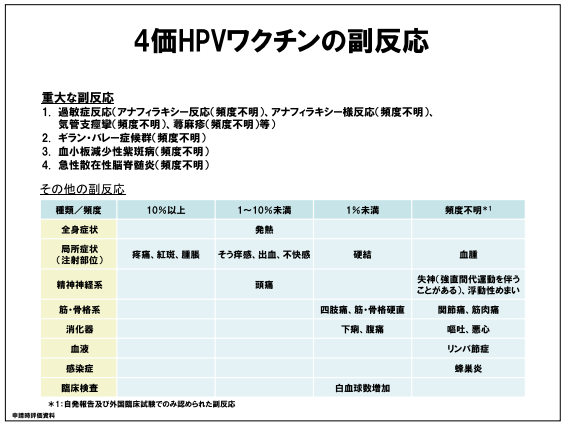
いろんなワクチンで抗体価がずっと保たれるかは問題になっていますが、一応2価ワクチンは20年間持続すると報告されています。



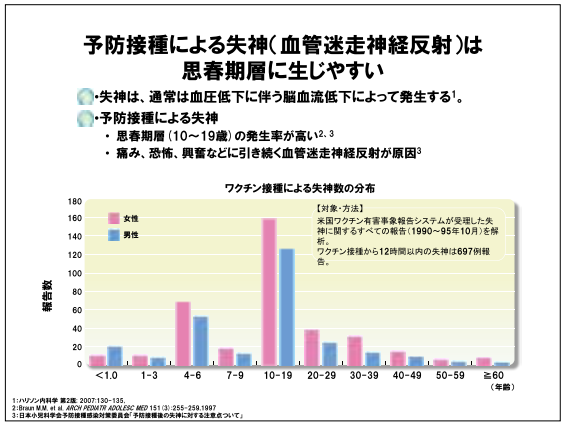
4価ワクチンは５年ぐらいのデータですが、こちらも長期保持できるだろうと言われていて、これは子宮頸癌の予防に良いワクチンだということを期待していました。



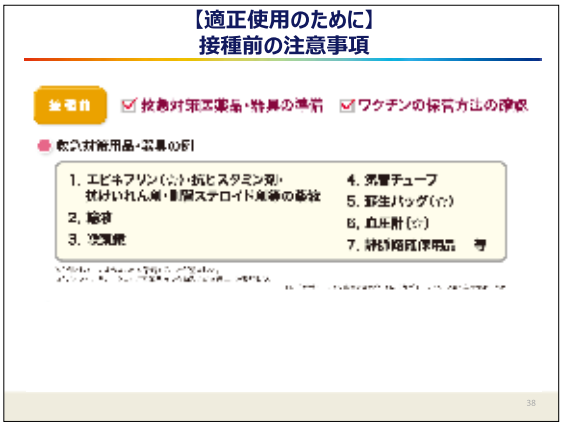
昨年の４月に公的助成も始まっていたわけですが、副反応が問題になっていますので、そのことを皆さんにお話ししたいと思います。我々が最初に心配した副作用は痛みでした。このワクチンは筋肉に注射するので大変痛いです。2価ワクチン、4価ワクチンともに、やはり一番心配なのは疼痛です。



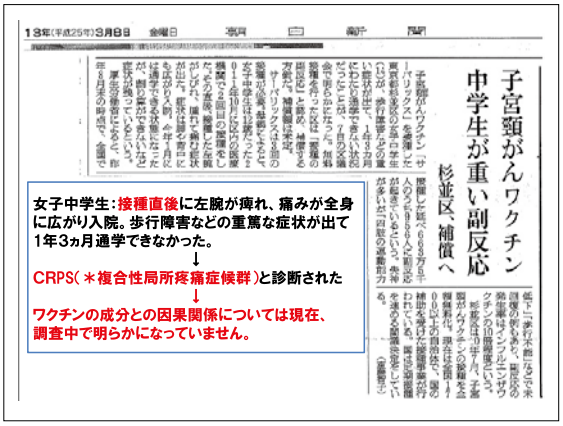
打つ年代が中学生から高校生という思春期層でしたので、迷走神経反射が起きやすく、ぱたんと倒れたりします。これは小児科の先生が打ってくださいますので、そういう報告をよく聞きました。



打つときには緊急の用具を準備して打ちましょうということで、最初疼痛の対策を練っていました。

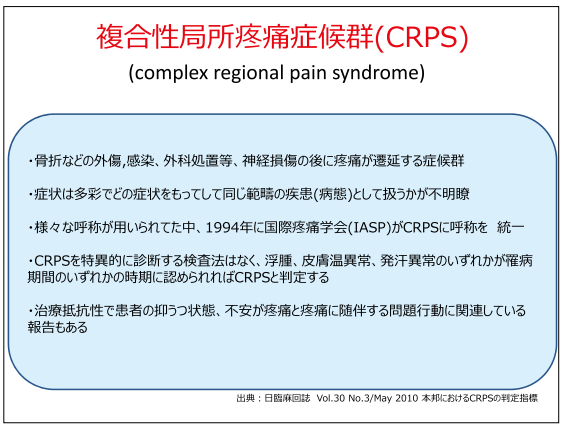


しかし、マスコミでもよく取り上げられていますが、その痛みが持続して学校にも行けないぐらい痛みやしびれが出てくるという事例が報告されるようになりました。



これは複合性局所疼痛症候群、CRPSと呼ばれるものですが、そういうものが報告されて問題になってきました。

CRPSというのはワクチンだけで起こるわけではなくて、けがや普通の採血でも起こると言われています。



我々は接種を進めたいという側ですが、患者さんたちは、高熱が強い、痛みが強いというこ

とで問題になりました。

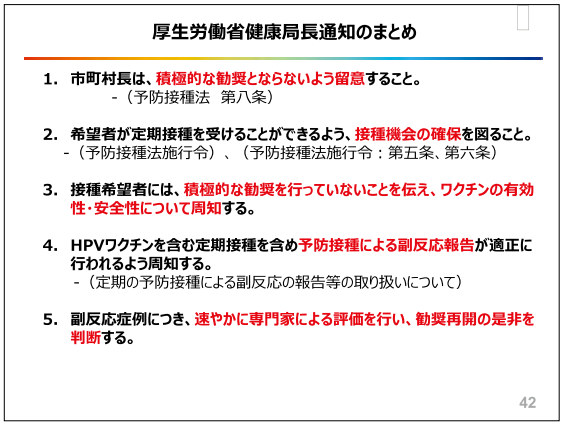
効果 子宮頸がんワクチン 不安

「痛み・高熱 副作用」訴え

専門家 接種 勧めたい」

被害相談200件超す

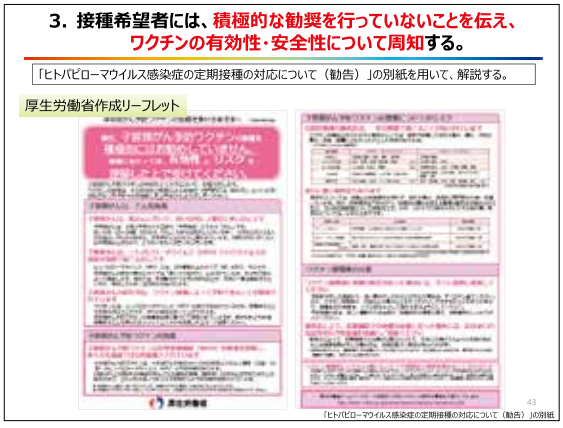
そして、昨年の６月、厚生労働省は積極的な勧奨を一時中止すると発表し、我々婦人科としては非常に戸惑いました。


厚生労働省健康局長通知のまとめ

1. 市町村長は、積極的な勧奨とならないよう留意すること。
   -（予防接種法　第八条）
2. 希望者が定期接種を受けることができるよう、接種機会の確保を図ること。
   -（予防接種法施行令）、（予防接種法施行令：第五条、第六条）
3. 接種希望者には、積極的な勧奨を行っていないことを伝え、ワクチンの有効性・安全性について周知する。
4. HPVワクチンを含む定期接種を含め予防接種による副反応報告が適正に行われるよう周知する。
   -（定期の予防接種による副反応の報告等の取り扱いについて）
5. 副反応症例につき、速やかに専門家による評価を行い、勧奨再開の是非を判断する。

42

こういうパンフレットをもらい、打つときには副作について説明しないといけないということです。


3. 接種希望者には、積極的な勧奨を行っていないことを伝え、ワクチンの有効性・安全性について周知する。

「ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種の対応について（勧告）」の別紙を用いて、解説する。

厚生労働省作成リーフレット

43

「ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種の対応について（勧告）」の別紙

この時期、国もいろんな専門家会議などを持って副作用の調査を行い、これは10月の段階ですが、大体この様な数字で副作用の報告があるということがわかってきました。

25.10.29 日経 朝刊

子宮頸がん

ワクチン副作用291件

4～7月、厚労省が報告

2013年4月～7月末

企業　83件

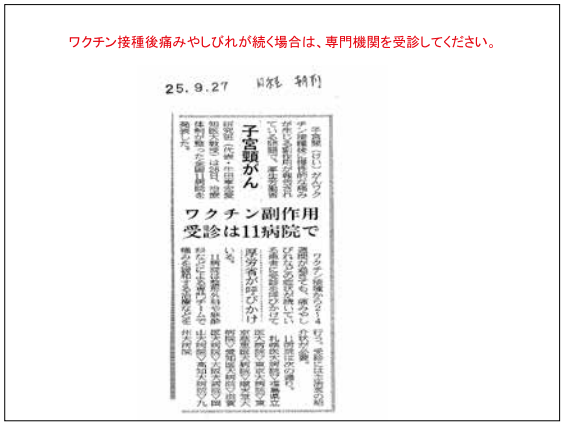
医療機関　208件

（医師が重篤と判断　87件）

2009年12月のワクチン販売開始～2013年7月

計　2959件

そして、そういう副作用を訴えられたときは、九大病院も入っていますが、国が11病院を指定して、急いで受診してもらい、専門機関に診てもらうようになっています。


ワクチン接種後痛みやしびれが続く場合は、専門機関を受診してください。

25.9.27 日経 朝刊

子宮頸がん

ワクチン副作用

受診は11病院で

６月に中止が行われ、12月にもう一回副反応の検討会が行われました。このときは議論が長くなって結論は出なかったのですが、一応そういう痛みは治療で64％が改善するというデータも出ました。逆に見ると36％は改善してないということで、患者団体からは早く中止しろというコメントが出ております。

25.12.26

子宮頸がんワクチン副作用

治療で64％が改善

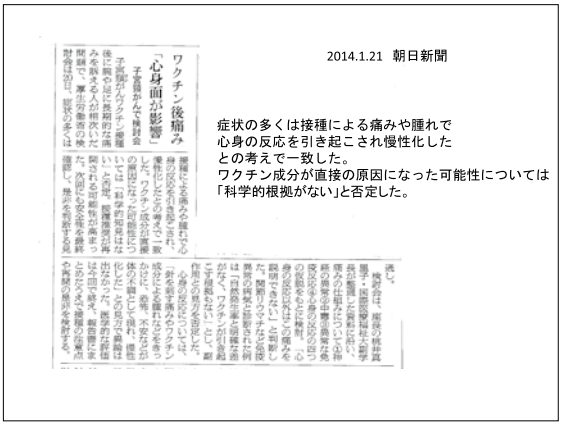
再開判断 先送り

厚労省 会議で報告

被害

その後、１月20日に第２回目の検討会が行わ

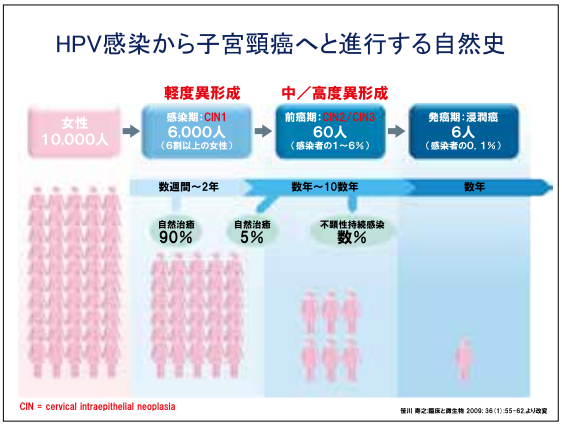
れ、科学的な検証が行われたわけですが、症状の多くは接種による痛みや腫れで、心身の反応を引き起こして慢性化したと考えられるということでした。ワクチンの成分が直接的な原因になったということは科学的根拠がないと結論が出ていますが、残念ながら、まだ再開するというところまでは至っておりません。科学的な検証の結果を待ちたいと思っております。



12月25日、1月20日の厚生労働省の会議では
ワクチン接種　勧奨再開についての結論は持ち越しになりました。

子宮頸癌ワクチンの効果に関する正しい情報とともに
副反応に関する情報の開示、早期治療への取り組み、
患者さんの救済制度の確立が望まれます。

一足飛びに頸癌になるわけではないので、検診で早期の段階で見つけるということが重要になってきます。



スクリーニング法はよく言われる子宮頸癌検診、頸部の細胞を擦過するものですが、これは20歳以上２年に１回と言われています。

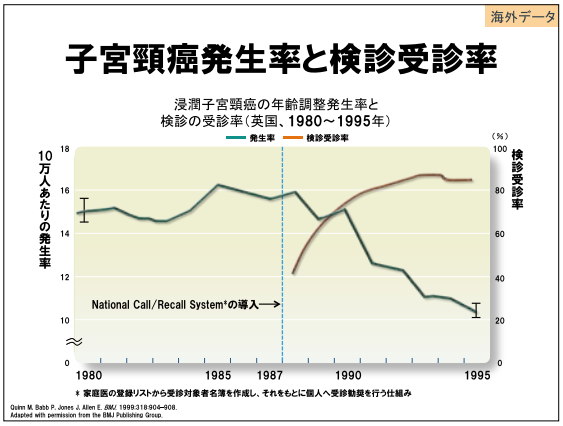
子宮頸癌のスクリーニング

- 目的：子宮頸癌死亡率の減少
- 対象：子宮頸癌ならびにその前癌病変を罹患する可能性のある女性
- 方法：子宮頸部擦過細胞診

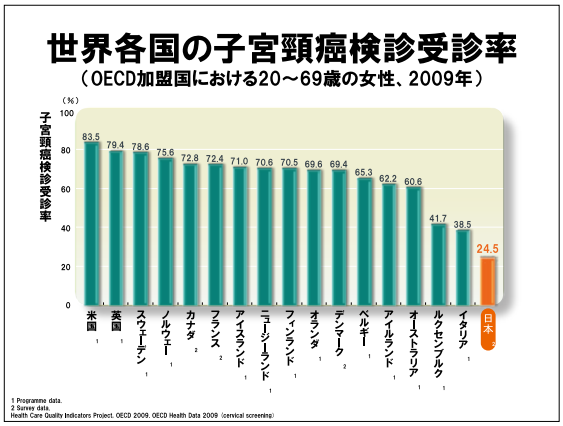
子宮頸部細胞診の現状

- 日常臨床・検診として、広く行われている
- 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」
  (2004年4月改訂)
  ①子宮がん検診：20歳以上、2年に1回
  ②問診、視診、内診(双合診)、子宮頸部の擦過細胞診
  ③有症状者及びハイリスク者の医療機関受診の勧奨
  または子宮体部細胞診

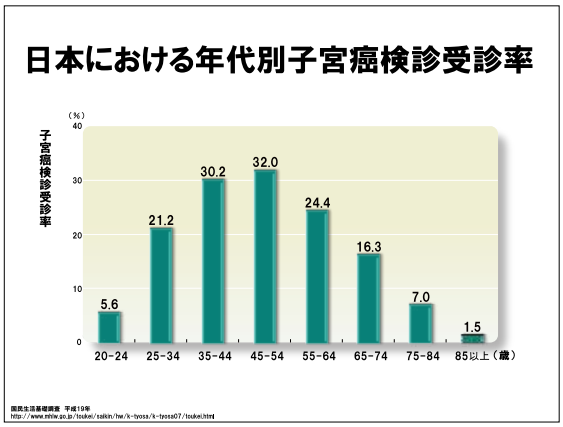
イギリスのデータですと、検診が普及すると頸癌の発生が下がるという大規模なデータも出ています。



検診は子宮頸癌の予防に非常に役に立つものだということはわかっているのですが、日本の検診状況は非常に悪く、アメリカやイギリスは８割ぐらいは検診を受けているのに、日本全国では２割ぐらいになります。



特に一番検診を受けて欲しい若い世代が低いということがわかってきました。



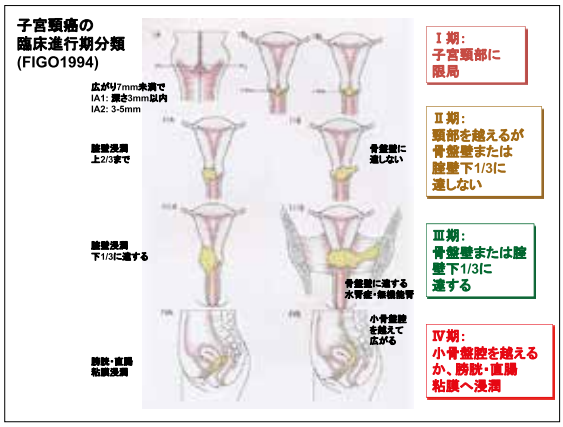
福岡県も、20%に到達していないということで、検診をしっかりしていただくこと、ワクチンと検診、２本立てで頸癌は予防するべきではと思っています。

都道府県別子宮がん検診受診状況 （平成20(2008)年度）

	受診者数(人)	受診率(%)
山形県	58,577	32.8
宮城県	146,643	31.7
栃木県	70,669	30.6
福島県	66,224	30.5
鹿児島県	77,181	34.8
佐賀県	31,947	30.9
長崎県	46,187	27.7
沖縄県	40,622	24.4
熊本県	63,747	22.3
大分県	37,386	21.6
福岡県	138,105	19.7
宮崎県	31,703	18.3

（厚生労働省大臣官房統計情報部「平成20年度地域保健・健康増進事業報告」）

今、頸癌の診断と治療はどういうことが行われているかですが、頸癌はほかの癌と一緒で、進行別によってⅠ期からⅣ期に分けられています。これによって治療法も異なってきます。

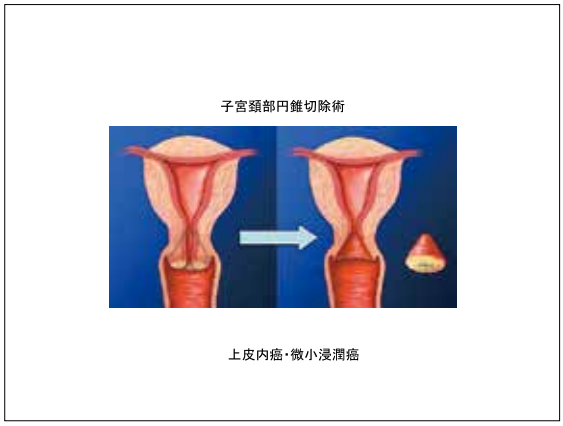


子宮頸癌の進行期別治療法

- 進行期に加えて、組織型も考慮する
- 上皮内癌(0期):レーザー蒸散術、円錐切除術、単純子宮全摘術
- 微小浸潤癌(IA期):(円錐切除術)、単純または広汎子宮全摘術
- 進行癌
  - 頸部限局(IB期):広汎子宮全摘術
  - 腟壁下1/3未満(IIA期):広汎子宮全摘術
  - 傍子宮結合織(IIB期):広汎子宮全摘術
  - 腟壁下1/3(IIIA期):化学療併用放射線療法
    (シスプラチンを主体とした化学療法)
  - 骨盤まで(IIIB期):化学療法法併用放射線療法
  - 膀胱・直腸(IVA期):化学療法併用放射線療法
  - 遠隔転移(IVB期):化学療法併用放射線療法

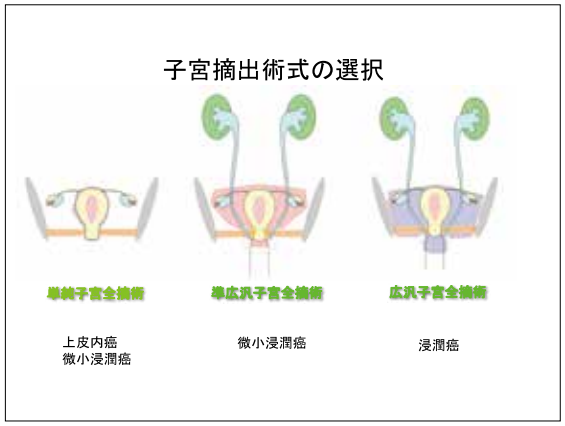
Ⅰ期というのは子宮頸癌に限局するものですが、それ以前の上皮内癌やⅠ期の中でも余り浸潤していない微少浸潤癌は円錐切除で治ることもあるので、今から赤ちゃんが欲しい方はこの段階で見つけないといけないということになります。

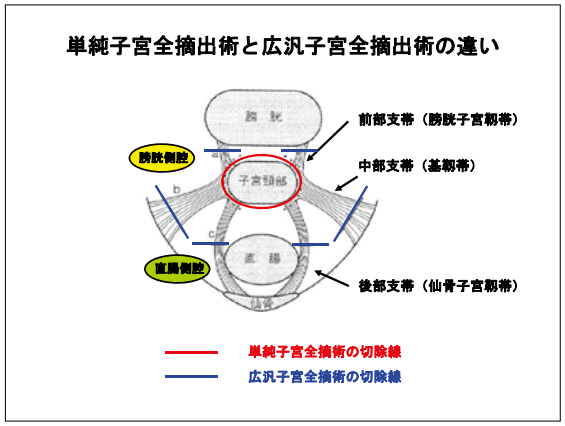
円錐切除とは、名前のごとく子宮頸部を円錐状に切り取るということで、妊娠に必要な体部は残せるので、早い段階で見つけてあげることが重要だと思います。



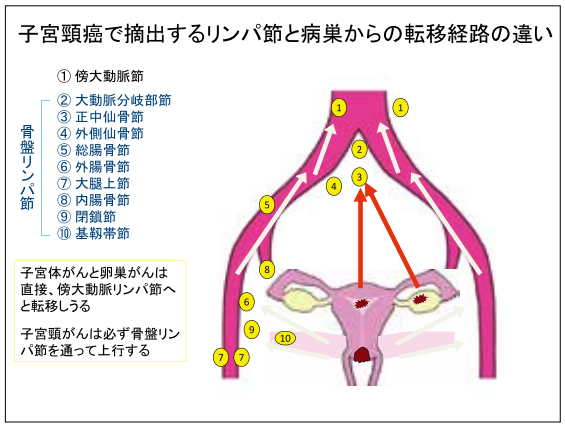
それ以上になってくると、子宮を取らないといけなくなり、進行につれて取る範囲が広くな

り、広汎子宮全摘出術は膀胱に行く神経を取らないといけないので、膀胱機能の障害なども起こってきます。





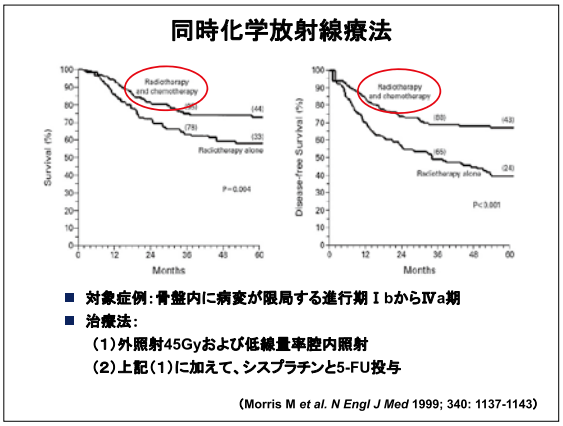
もちろん子宮頸癌はセンチネルリンパ節もだんだん取り入れられてきているのですが、広範囲に骨盤のリンパ節を取らないといけないということになるので、下肢のリンパ浮腫などの問題も起こってきます。



あとは全身状態で手術ができない方やより進行した方には放射線治療なども行われています。

昨今は放射線治療だけでなくて、シスプラチンと合わせた同時化学放射線療法もよく行われています。

放射線だけよりも放射線とシスプラチンを一緒にしたほうが予後がいいという大規模データも出ています。

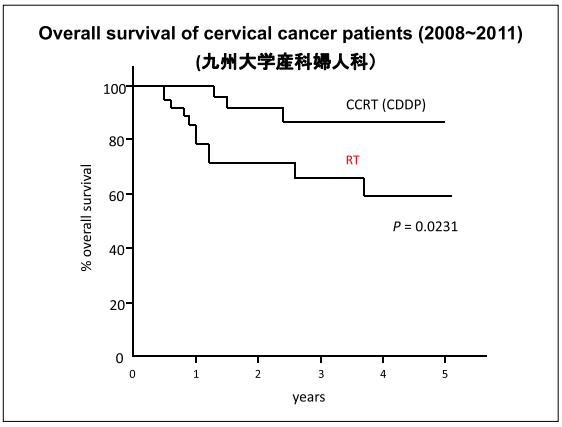


我々の病院でもこういうレジュメでCCRTと呼ばれる同時化学放射線療法を行っています。

子宮頸癌に対する高線量率腔内照射を用いた
同時化学放射線療法
（九州大学産科婦人科）

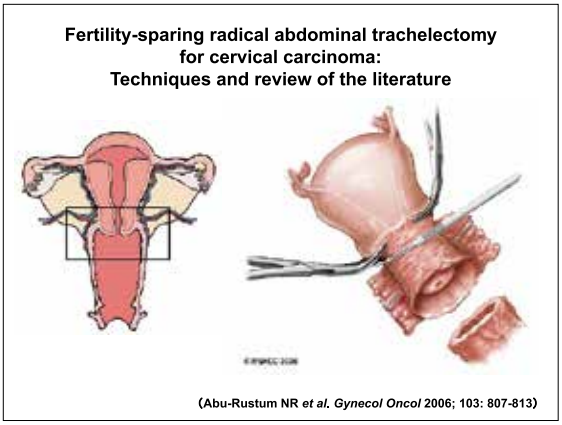
同時化学放射線療法（Concurrent chemoradiotherapy: CCRT）
CDDP　40mg/m2、weekly、5コース
RT
全骨盤　50 - 50.4Gy / 25 - 28fr
中央遮蔽　30 - 41.4Gy時より
HDR-ICBT　A点　6Gy x 3 - 4回

今までのデータをまとめてみると、うちの病院でも、放射線だけよりもCCRTのほうが予後がいいということでした。

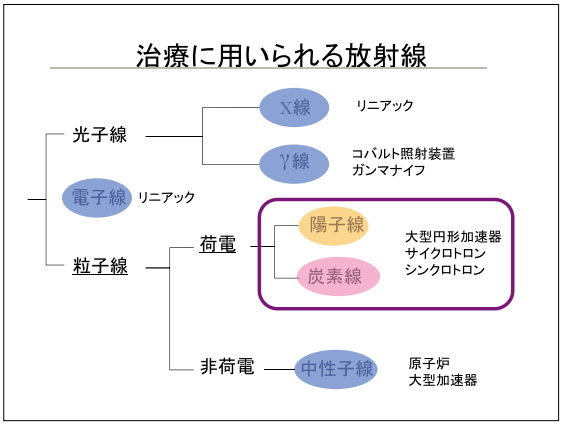


どうしても子宮を残したいという年代の方に多いということもあって、妊孕性を希望する方は、子宮頸部だけを取る手術をうちの病院や、全国いろんな施設で行われています。

まだ臨床試験の段階ですが、病変のあるところだけを取って体部と膣をつなぎ合わせるという手術ですが、やはりその術式の関連上、頸管が萎縮したり、内膜の血流も悪くなったり、その後の妊娠率が落ちるということは否めません。

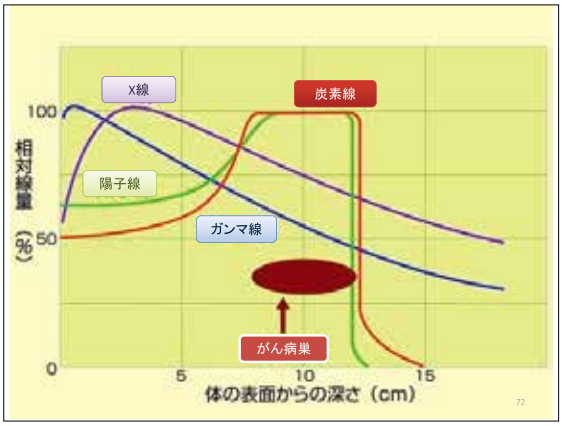


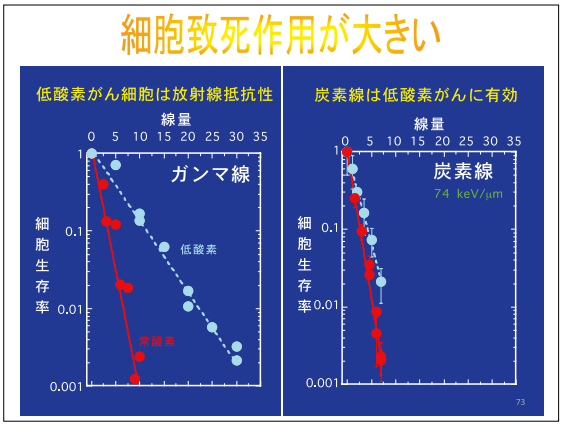
今後どのような子宮頸癌治療が行われるかというと、放射線治療はこういうものが行われています。



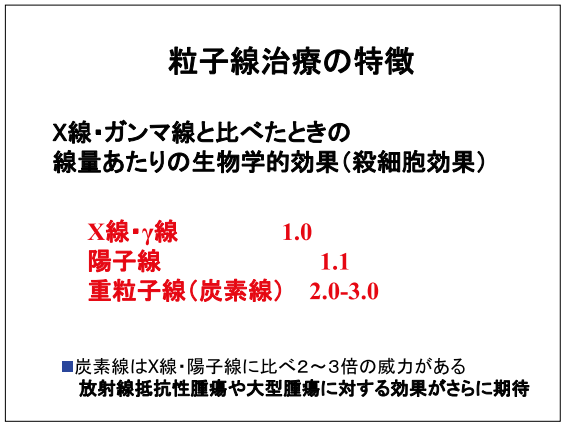
鳥栖に重粒子線の施設ができましたが、この重粒子線治療が次に子宮頸癌にも取り入れられるのではないかなと期待されています。

現在はまだ保険も効きませんが、重粒子はご存じのようにピンポイントに腫瘍に当たるということで、ほかの組織にダメージが少ないということと、放射線は低酸素の細胞には効かないと言われていますが、この炭素線という重粒子線は低酸素にもよく効くと言われています。





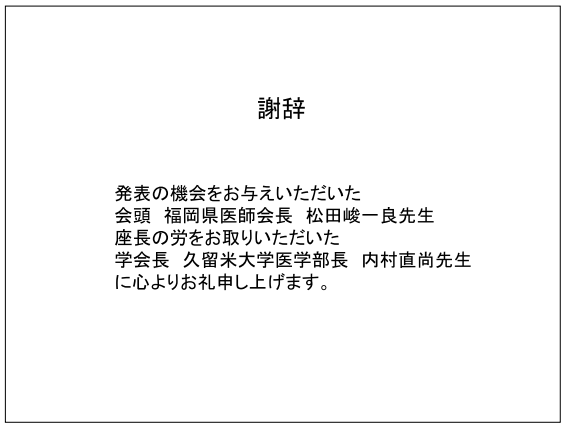
ほかの放射線と比べて、非常に生物学的効果が高いということも言われています。



鳥栖で重粒子線治療も始まりましたし、ぜひ子宮頸癌にも適応をとっていけたらと考えています。

これは最後のスライドです。

スライドにて謝辞とさせていただきます。どうもありがとうございました。



― 総 合 討 論 ―

○内村座長　それでは、５人の先生にシンポジストとしてお話ししていただきましたので、それぞれの先生に対してご質問をおとりしたいと思います。皆さん方の一番記憶の新しい加藤先生から質問をとりたいと思います。それでは、皆さん方の中から加藤先生のご講演に対してご質問のある方、いらっしゃいましたら、お願いします。

○会場参加者（豊澤）　遠賀中間医師会の豊澤と申します。

子宮頸癌の診療のご講演でしたが、予防の問題で、今私ども内科医が一番かかわっているのが子宮頸癌ワクチンです。今はほとんど中止の状況ですが、世界的レベルに日本をもっていくためには必ずやっていかなくてはいけないことだと思います。ワクチンを打つ現場ではなかなか声が上げにくいところです。ぜひ産婦人科の先生方に声を上げていただきたいと思うのですが、産婦人科での動きについて教えてください。

○シンポジスト（加藤）　日本産婦人科学会でも非常にその点では危機感を持っておりまして、12月25日の検討会にも産婦人科医師がちゃんと参加して、その討議に参加して意見を述べるという機会を与えていただいております。また、日本産婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会あるいは産婦人科医会、それらの理事長が共同で声明を出しまして、一刻も早く再開してほしいというふうにコメントを出しております。私も学会の理事会などで先生たちのお話をお聞きしますと、改善傾向にあるということで、次の会議では何らかの期待できる結論が出るのではないだろうかと思っております。

○会場参加者（豊澤）　ありがとうございます。

○内村座長　副作用の痛みに関して64％は改善可能ということは、その痛みに対して具体的にはどのような治療をされるんですか。

○シンポジスト（加藤）　大体ペインクリニックの先生がされているのですが、鎮痛剤等でよくなるということです。１月20日のコメントにもありましたが、やはり心因的なものが大分影響しているみたいなので、心療内科の先生たちにも協力していただきながら、その患者さんのバックグラウンドも考えながら治療していくことが大事かなと思っております。

○内村座長　特に中学生や高校生とか、思春期においてはすごく心身面への影響というのは大きいと思います。年齢によって、例えば中学生、高校生と20代後半の方で副作用の頻度が違うというのはいかがですか。

○シンポジスト（加藤）　公的助成が中学生から高校生だったということがあって、データはそっちが多くなっているのですが、私もその点は気になりまして、ワクチンの会社にデータを見せていただいたんですが、20歳以上でもやっぱり起こっている人もいます。20歳以上で起こらないということはありませんが、その方がどういうバックグラウンドかというのはちょっとわかっていません。

○内村座長　あと、２価と４価と両方あるのですが、これは違いがありますか。

○シンポジスト（加藤）　痛みのほうはどちらも起こっております。

○内村座長　予防としてはどうですか。

○シンポジスト（加藤）　それはよく聞かれることなのですが、２価のほうは結局16､18をターゲットとしていますし、４価はプラス尖圭コンジロームの６型、11型ですので、我々のほうからどっちが効くよとか、どっちがいいよということは言いません。患者さんが尖圭コンジローマも予防したいと言われれば――尖圭コンジローマも良性ですけど、患者さんにとっては苦痛になる疾患ですので、そう言われれば４価をおすすめします。そういう状況です。

○内村座長　ほかにご質問ある方いらっしゃいませんでしょうか。

あと、先生、子宮頸癌の場合、例えば年齢によって扁平上皮癌あるいは腺癌が多いというのは違いはあるのですか。

○シンポジスト（加藤）　年齢的なものはあまりないと思いますが、最近増えています。原因

はまだわかっていません。

○内村座長　ありがとうございました。

それでは続きまして、黒木先生のご発表に対してご質問のある方いらっしゃいませんでしょうか。乳癌治療がこんなに変わったということでご発表いただきましたが、いかがでしょうか。

先生、発表の中でありましたが、乳房再建の術者や施設というのがある程度制限があるという話だったんですが、具体的にどの程度できるんですか。もし福岡県でするとしたら、何人ぐらいの先生ができて、施設としてはどのくらいあるのですか。

○シンポジスト（黒木）　今、登録施設数は増加中なのですが、大学病院や総合病院なら多くの施設でできるようになっています。個人の施設でも幾つかできるところがありますので、その辺はお問い合わせいただければご回答申し上げたいと思います。

○内村座長　先生は当然できるんですね。

○シンポジスト（黒木）　私は登録しております。

○内村座長　先ほど、先生はクリニックで、先生のところでは手術ができないから、大学病院とか近くの病院でということを言われたのですが、先生が手術される場合も認定施設じゃないとだめなのですか。

○シンポジスト（黒木）　そうですね。医師の登録をして、それからその医師の登録を含めて施設としての登録が必要になります。

○内村座長　先生はクリニックを開業してあって、実際近くの病院で手術される場合は、最初からその病院が施設であって先生の名前を登録しておかないとできないことになるのですか。

○シンポジスト（黒木）　現在幾つもの施設で手術をしておりますが、乳房再建をするのであれば、大学病院でするか、あるいは既に登録が終了している開放型病院ですることになります。

○内村座長　いかがでしょうか。ご質問のある方いらっしゃいませんでしょうか。

先生、最後の抄録のところで、手術さえ必要なくなる可能性があるのではないかと書いてあるのですが、そのあたりはどうですか。

○シンポジスト（黒木）　いいご質問だと思います。今日は詳しくお話しする時間がありませんが、たとえば乳癌の中にはHER2陽性乳癌というのがあります。HER2陽性で、しかもホルモン感受性のない乳癌に関しては、化学療法で７割近いpCRが得られます。また抗HER2薬も今どんどん進歩していますので、HER2陽性乳癌に関しては手術しなくても、薬物治療で治る時代がもうすぐ近くまで来ています。

○内村座長　ほかにいかがでしょうか。ご質問のある方いらっしゃいませんでしょうか。

○会場参加者（寺坂）　福岡市医師会の寺坂と申します。

私は外科医で、大きな病院の院長をしているんですけれども、私どもの病院でも乳癌の患者は非常にふえて、外来のフォローが大変なんですね。乳癌は予後が長く、20年ぐらいですから、10年以上は診ないといけないのですが、それで外来の患者さんがものすごくふえて、今私どもの病院では外来を診るなという社会的な制約もあって非常に困っています。一方で先生みたいに１人で開業されて手術までちゃんと診れる疾患になってきています。私自身もよくわからないんですが、将来乳癌を外科的疾患としてどういう形で社会的診療のシステムができればいいと思っておられるか教えていただきたいんですが。

○シンポジスト（黒木）　どうもありがとうございます。

実は私も、大学ではこれ以上外来が診れないと考えて、開業を決意した次第です。しかしながら、やはりこれからは腫瘍内科の先生やかかりつけ医の先生との連携を進めないと、このままでは皆疲れ果ててしまうのかなと思っています。化学療法や分子標的治療が乳癌の治療の中心になってまいりましたし、そこを外科医が全部診ていくのはなかなか大変だと思います。また、内分泌療法は今まで５年が標準だったのですが､内分泌療法５年と10年を比較すると､やっぱり10年のほうが予後が良いという結果が出てきました。これからは高リスクの患者さん、例えばリンパ節転移がある患者さんに対しては、今まで５年間の術後補助ホルモン療法だったのが、10年間が当たり前になってくると思います。そうなると、安定している患者さんは地域のか

かりつけの先生に診ていただかなくてはいけません。がんセンターとも協力して地域連携パスを作って実践しているのですが、それが普通にできるようにしていかなくてはいけないと思っています。

○**会場参加者（寺坂）**　そうですね。何かやっぱり大きなシステムというか、体制を変えていかないと、どこも大変になると思います。化学療法の患者さんが多く外来でもやっていますから、私たちの病院でやらないといけないのかという問題もあります。

どうもありがとうございました。

○**内村座長**　ほかにいかがですか。

○**津田理事**　今、寺坂先生が質問されたので、そのことに関係してなんですけども、今日実はがんセンターの岡村先生もおられます。がんの法律ができて、地域連携の中で癌患者さんをどう診ていくかということがあり、今おっしゃったように、中核病院ではなかなかできない。加藤先生の婦人科領域もそうだと思うのですが、癌という病気の疾患の特異性もあって、かかりつけ医の先生も少し抵抗があるというところがあります。多分これから問題になるのは、高齢社会の中で認知症の問題も、専門医といいますか、かかりつけ医の先生がどうかかわっていくか。それから、世の中の患者さんたちにどう納得してもらうかということ、患者さんは専門医志向というのが今結構ありますから、１人で２人の主治医を持つということでいいということもありますが、その辺、今日はちょうど内村先生もおられますし、黒木先生、加藤先生、それから一番福岡県を統括される岡村先生もおられるので、どなたか普遍的な話があればお考えをいただければと思います。医師会員のかかりつけ医の先生のところに、なかなか患者さんは行けてないという状況もあるし、がんの登録数がなかなか増えていかないという部分もあるので、何かお考えがあればと思います。よろしくお願いします。

○**内村座長**　では、せっかくですので、黒木先生、いかがですか。

○**シンポジスト（黒木）**　がんセンターの大野先生や浜の町病院の大城戸先生と一緒に地域連携パスを作って運用しているのですが、地域連携パスをするときに、手術が終わって、抗癌剤や放射線治療が終わって、じゃ、後は近くで診てもらってくださいねというのではやっぱりだめなんです。まず、最初に治療方針を相談するときに､こう手術して､この後こんな治療があって、その後は近くの紹介の先生に診てもらいますよ、これがあなたの治療計画ですよ、ということが最初からしっかりわかってないとうまくいきません。そうでないと、治療が終わったら追い出すのかということになってしまいかねません。パスは大事なのですが、パスの使い方を最初にきちんと言っておくことがすごく大事です。あらかじめ自分の病気の治療の全体像を把握する。この病気は癌とはいっても高血圧や糖尿病のように慢性的な病気なんだから、10年、20年、30年と診ていかなくちゃいけない。だから、近くで診てもらわないといけないのだということを理解していただくことが大事だろうと思います。

○**内村座長**　岡村先生お願いします。

○**会場参加者（岡村）**　指名がありましたので、がんセンターの岡村です。先ほど寺坂会長がおっしゃったとおりですけれども、実はうちも乳癌の再来がパンク状態です。先ほど黒木先生がおっしゃったように、乳癌は10年、ひょっとしたら15年を超えるんじゃないかというぐらい治療しないといけない。補助療法というか、ホルモン療法ですね。今、大野部長と、黒木先生も含めて今後どうしようか、乳癌の地域連携パスだけでは多分無理ではないかと話しております。要するに、地域連携パスというのは乳癌のある程度わかっておられる先生方にお願いするわけですけれども、それだけでも非常に少ないので、恐らくある程度の、例えばホルモン剤だとすれば内科の先生も含めた連携が必要となりそうです。ただ、そうなると、患者さんが果たしてそこに行っていただけるかという問題が生じます。だから、今後、大野部長とか黒木先生と相談しながらやっていこうと思います。やはり大きな枠の中で乳癌を専門にやっている先生よりも大きい内科の先生とか、元外科をやった先生とか、開業の先生も含めてシステムを組ん

で、なおかつ患者さんも入れた段階で患者さんを納得させて診ていくという大きなシステムでないと、恐らく今後５年、10年ぐらいには、大きな病院で乳癌をやっているところは再来でパンクしてしまい、新患の乳癌の患者が診られなくなるんですよね。うちでも今起こっていることは、新規の乳癌の患者さんの手術で、あるいは抗がん剤の治療もそうですけど、数が物凄く多いもので、それをどうしようかというのが今後の課題になってくると思います。ここにおられる開業医の先生方も含めて、ぜひ乳癌にも興味を持っていただかないとどうにもならない時代が来ると思っています。結論ではないですが、そういう現状のお願いのコメントでございます。

○内村座長　どうもありがとうございました。

今日ここにいらっしゃっている内科や外科の開業医の先生方にもある程度の役割を担ってもらってということなんですけど、先生方の中からご意見のある方いらっしゃいませんでしょうか。いかがでしょうか。せっかくですから、僕の先輩の中村先生、いかがですか。大牟田の理事もしてありますので、先生、どうぞ。

○会場参加者（中村）　大牟田医師会の中村です。

私は内村先生の先輩ですが、外科出身でございます。そして一開業医でございます。20年前に開業しまして、開業当初はその直前までは手術していたわけですので、その近くに小倉病院とかありまして、患者さんはそこに行って、全て前立ちして、胃癌の手術とか３日目でドレーンを入れているうちに帰ってきたりとか、そうした時代がありました。ただ、忙しくなって、それはしていません。今は専ら送るばかりで、がんに関しての地域医療連携パス、一応参加していますが、実際ほとんど動いていません。やはり開業医として見ていますと、先ほど言われた専門医志向というのがどうしても強くて、ちょっとしたことでも、よその病院に行かれているという現状が多々あります。特に今はそれが強いです。だから、さっき言われました患者さんを含めた連携パスをつくって、初めの段階で、家族も含めて患者さんがきちんと納得できることが重要だと思います。そこが今の連携パスに欠けているところだろうと思うんですよね。それを最初に十分納得していただくというのが私は一番大事なことかなと思っています。

○内村座長　どうもありがとうございます。

先生、どうですか、がんの連携、子宮頸癌の連携という件で。

○シンポジスト（加藤）　婦人科の場合はちょっと診察が特殊ですので、内科の先生とか外科の先生にというのは難しいと思うのですが、うちの病院では大体５年間腫瘍再来でフォローした後は、膣の断端スメアとか、あるいは卵巣癌の場合は腫瘍マーカーを採血してもらうとか、そういうのは比較的地域の先生にお願いしているという現状があります。病院の機能の評価の中でも逆紹介率というのも重要なファクターですので、そういう連携はやはりつくっていかないといけないし、そうしないとやっていけない面も多いと思います。

○内村座長　加藤先生のところは、逆紹介率はどのくらいですか。

○シンポジスト（加藤）　５年たった方は大抵もとの紹介された地域の先生にしています。その５年間があるので、高くはありませんけど。

○内村座長　ありがとうございます。

時間も限られていますので、次に迎先生のご講演に対していかがでしょうか。市中肺炎の診断と治療ということですけれども、ご質問のある方いらっしゃいませんでしょうか。

先生のお話の中で誤嚥性肺炎のお話も出てきたんですけど、小路先生が話された認知症の患者さんにおける肺炎というのはいかがですか。誤嚥性肺炎とか、我々はよく目にするんですけど。

○シンポジスト（迎）　高齢者の肺炎というのは誤嚥性肺炎がふえてきます。例えば食事を詰まらせるなどの顕性誤嚥ではなく、睡眠中に口腔内の唾液を飲み込みますが、70歳を超えてくると、かなりの人がそれが肺のほうに入っていく不顕性の誤嚥が誤嚥性肺炎に重要とされています。

連携というお話しがありましたが、呼吸器内科医というのは医師数が少ない領域であります。産業医大もそうですが、最近、施設の高齢者の誤嚥性肺炎がダイレクトに救急車で送られてく

ることが増えています。そうすると、大学病院の病棟でも重症な部屋にはほとんど会話ができないような高齢者が多くなり、大学病院で癌などの特殊な治療が必要とされる患者さんが入院できなくなるような状況があります。誤嚥性肺炎やそれで死亡される方は、今後どんどん増加していくと思います。そういうところをどこでカバーしていくかということも今後検討する必要がある問題です。これは今後本当に大変な社会問題になると思います。

○**内村座長**　ありがとうございました。ほかにご質問のある方いらっしゃいませんでしょうか。

小路先生、今、高齢者ではそういう誤嚥性肺炎が多いということですけど、先生は認知症の患者さんを診られることが多いと思うんですが、先生の経験上いかがですか。

○**シンポジスト（小路）**　おっしゃられたとおりに、実際に高齢者になると、誤嚥という問題は認知症の方に限らず確実に増えてこられるんだろうなと思っています。ただ、認知症の一部の中には仮性球麻痺みたいな状況も起きる可能性があるので、そういった意味ではリスクが高いかなと思いますし、高齢になればなるほど長期臥床が出てくる可能性があるので、そうなってくるとますます高まってくるかなと思います。先生がご指摘されているように、社会的な問題になってくるのではないかなと思います。

○**内村座長**　あと、無呼吸症候群の患者さんはすごく誤嚥を起こしやすいんですよね。迎先生にお聞きしたいんですけど、高齢者の場合はかなり無呼吸の患者さんがふえてきて、それが一つ誤嚥性肺炎の原因になっている可能性もあるんですけど、それで誤嚥性肺炎にならない、要は嚥下を鍛えるというか、舌筋を鍛えると随分誤嚥性肺炎が少なくなるというのを聞くんですけど、その辺は先生、いかがですか。

○**シンポジスト（迎）**　実際、そのようなことができる軽度な高齢者もおられるし、全くそういうことができないような進行した方もおられる。このように個々の患者さんで違いがあるところがむずかしいところです。早期の患者さんであればある程度リハビリは大切になります。ガイドラインでもスライドに出しましたように嚥下のリハビリテーションが推奨されています。ただ、嚥下のリハビリテーションをして誤嚥性肺炎が減るという明らかなエビデンスが多くあるわけでもない。口腔ケアに関しては割とエビデンスがあるんですけど、そういうところを本当に具体的にどうしていったら誤嚥を予防できるのかというところももう少し検討していかないといけないという領域だと思います。

○**内村座長**　僕の知り合いの口腔外科の先生が、つばを飲み込む、この「ごっくん」というのを１日50回するとかなり誤嚥性肺炎が減るというデータを持ってあるんですけど、そのあたりは先生、いかがですか。

○**シンポジスト（迎）**　そういうふうに言われている先生もいます。実際誤嚥の予防は難しいところがありますが、何もやらないよりもやったほうがいいと思います。意外と目で見て自分で健康だと思っている、ここにおられる先生方も、意外と誤嚥をしている可能性というのはありますので、そういう場合にどうやって誤嚥を予防するかを自分で検討していただき、つばを「ごっくん」と飲む空嚥下による訓練等は、早期の人だったら有効な可能性があると思います。ある程度進行するとそういうことでは追いつかなくなりますので、早く見つけて、誤嚥というものに対処していくということが重要じゃないかなと思います。

○**内村座長**　実は僕もその口腔外科の先生から言われたんですけど、ちょうど寝入りばなに咳き込むというのは、もうそれは明らかに衰えていると。将来誤嚥性肺炎になる可能性が高いから、今から「ごっくん」をやれと言われて、最近「ごっくん」をやり始めたんですけど、誤嚥性肺炎になりたくなくてやり始めたんですけど、先生おっしゃるように、早目早目ですよね。僕が言われたのは、50過ぎたらもう衰えてくるから、50を過ぎたら「ごっくん」を１日50回やると誤嚥性肺炎の予防になるという話を聞いたんですけど、やはり早目にということは大事なんですか。

○**シンポジスト（迎）**　はい。自分は大丈夫だと思っていて、やっぱり後悔することにならないように、早目にきちんと誤嚥がないかどうか

の確認と、それは歯科口腔外科とかでいろいろ診ていただくことを産業医大でもしていますけども、きちんと検査を受けて早目に診断してもらって、早く対処するというのが一番大事だと思います。

○**内村座長**　それでは続きまして、中島先生のご講演に関して、「古くて新しいミクリッツ病」というご講演でしたけど、ご質問ある方いらっしゃいましたらお願いいたします。いかがでしょうか。

○**会場参加者（寺坂）**　福岡市医師会の寺坂と申します。

私は外科医で九大の第一外科出身なのですが、ご存じの方はおられると思いますが、第一外科は、橋本病の橋本策の出身教室で、橋本病の話は山ほど聞いています。今回のお話は、病理の所見から新しい疾患概念が出たということで、橋本病発見の話を彷彿とさせるようなお話で非常に印象的でした。外科医ですから、私も膵臓を診ています。重症急性膵炎の内科的・外科的治療には、興味があり、これまでもやってきたのですが、自己免疫性膵炎を待っているのですが、結局まだ経験がありません。自己免疫膵炎というのはCTで見ると結構な変化なので、一般の急性膵炎とは違う、何か臨床的な特徴、臨床の現場で役立つよう所見がありましたら、教えていただきたいです。

○**シンポジスト（中島）**　ありがとうございます。

僕は自己免疫性膵炎を診療しているわけではないので、文献的な話で申し訳ございませんが、自己免疫性膵炎が一番鑑別を要するのは、膵癌です。今まで膵癌と診断されて、切除されている例は数多くあるようです。IgG4値が高いということが、診断に役に立つということは明らかですが、逆にIgG4値が高ければ膵癌を否定できるのかという点から捉えられているとお聞きしています。少なくともこの疾患が膵癌の重要な鑑別疾患として認識されてきたということになります。

○**会場参加者（寺坂）**　じゃ、いわゆる急性膵炎のような割に強い症状がメインになるという、そういうものではないのですね。

○**シンポジスト（中島）**　組織学的には線維化というのが主病変の一つですので、その点が急性膵炎とは違うだろうと思います。

○**会場参加者（寺坂）**　わかりました。どうもありがとうございました。

○**内村座長**　ほかにご質問ある方いらっしゃいませんでしょうか。いかがでしょうか。

○**会場参加者（金澤）**　産業医大の金澤です。ミクリッツ病は、どこかで聞いた名前だと思っていたら、母校の病理学が唾液腺を一生懸命やっている教室であり、そこで学生時代に聞いたのだということを思い出しました。このIgG4値が高いことが特徴のようですが、全く素人の質問で恐縮なのですが、何に対するIgG4抗体なのでしょうか。

○**シンポジスト（中島）**　特異的なIgG4ではありません。何かの抗原に対する特異的なIgG4抗体ではなくて、膠原病の患者ではIgG値が高くなることが多いですが、同様にポリクローナルな増加です。この疾患では、ポリクローナルなIgG1、2、3もふえています。

○**会場参加者（金澤）**　どうもありがとうございました。

○**内村座長**　ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○**会場参加者（中野）**　どうも今日はありがとうございました。私は飯塚医師会の中野と申します。

私は膵臓が専門ですので、早い時期の自己免疫性膵炎を診ていたのですね。ミクリッツ病の場合どうなっているのか教えてほしいです。私たちが最初に診た自己免疫膵炎症例では、補体値は下がっていました。C4が下がっていました。それで自己免疫が基盤にあるのではないかということで探していったら、自己免疫性だということで、吉田先生が日本で１例目を報告して、我々が２例目に出したのです。普通IgG4は、補体とは関係しません。補体と関係ないのに自己免疫性膵炎と呼ばれ、今はIgG4は関連疾患となっています。ミクリッツ病の場合、補体に関してはいかがでしょうか。

○**シンポジスト（中島）**　ありがとうございます。

先生ご指摘の点が、IgG4関連疾患において、多くの人が疑問に思っている点です。IgG4疾患はアレルギーなのか、自己免疫疾患なのか？

という疑問です。多くの症例で、はっきりとした免疫学的異常が存在します。しかし特異抗原が明らかに出来ていません。また、IgG4自体は補体結合能がないことが特徴ですが、IgG4産生量が多くなりますと、IgG1とIgG4が結合して補体を消費することが知られています。ミクリッツ病でも補体が低下することが知られています。免疫学的異常を伴いつつアレルギーの反応と同様の免疫反応が起こっているところが特徴だと思っています。

○会場参加者（中野）　ああいう太った膵炎というのは非常に症状の軽い膵炎です。見た目は急性膵炎で腫れているように思っていたものですから、初めて見たときには、こんなのがあるのだとびっくりいたしました。その後、日本人にこの疾患が増えてきたので、何か時代的なものがあるのだろうと思っていました。先生がおっしゃった寄生虫感染でも同様の免疫反応が起こっているということは非常におもしろいと思って聞いておりました。ありがとうございます。

○シンポジスト（中島）　ありがとうございます。

○内村座長　ほかにご質問ある方いらっしゃいませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、最初に講演していただきました小路先生に対してご質問のある方いらっしゃいますでしょうか。いかがでしょうか。

先ほど津田先生から質問があったんですけど、認知症においてのパスをどう連携していくかということですけど、先生、いかがでしょうか。

○シンポジスト（小路）　パスの問題というのは僕個人としては大いに問題があるなと思っています。実際にその認知症のパスだけ使えばいいのかということでもないですし、いろんな疾患がふえればふえるほど、多分そのパスというのがふえてくるのかなというのがまず確実に思っていることです。これを、じゃ、実際的にいろんなことを整理しながら考えていくときに、僕自身が思っているのは、例えば患者さんの目線に立ったときに、どこのどの先生がどの疾患を診てくれるのかとか、どういう関わりをしてくれるのかとか、そういうのを患者さんだとか介護の方々を含めてやっぱりご存じないという状況がまず明確にあるのだと思っています。そして、精神科に対してもなんですけども、やっぱり先生方がお互いに顔をよくわからないということがあるので、誰に紹介していいかもよくわからないという問題も起こっていると思っています。

ですから、これは個人的なお願いでもあるんですけども、やはり医師会の力というのは非常に大きいと思っていまして、そういった医師会の力をおかりしながら、例えばこの先生はこういったものを診てくれるというのを手挙げ方式でもいいのかなと思っているんですけど、それをできるだけいろんな状況で関わっていただいて、できれば総合的なパスみたいな状況が何とかできないかなと。そして、テーラーメイド的に患者さんたちにそれに応じたパスを導入していくというふうな、全体的なちょっと夢物語に近いのかもしれないですけども、そういうふうな考えで見ていく。そして、患者さんたちにはやはりお互いの先生同士で紹介できる状況にするとともに、やはりその治療の最初の段階から患者さんにも患者さん用のパスというのを明確にしながら、方向性をつけていくということが大事じゃないかと考えています。

○会場参加者（平木）　八女筑後医師会の平木といいます。

私たちのところは病院で外科をやっておるんですが、高齢化ということ、認知症もふえてくるだろうということ、私たちの病院でも手術の患者さんは75歳以上が75％。現在のところは５～６％が認知症の方です。これからますます増えていくわけですが、外科に限らず病棟において、認知症の方にどういう対応をしていくかがよくわからず答えが出ません。先日の４回のシリーズ講習会に私も参加させていただいて、何か手がかりがないかなと勉強させていただいたんですが、結論としては、病院でどうしたらいいのかがやっぱりわかりません。先生、何かアドバイスがあったらぜひ一言お願いしたいと思います。

○シンポジスト（小路）　ご質問をまずありがとうございます。

非常に僕自身も難しい問題だと思っているん

ですが、実際に認知症に携わる人間からのあくまでも一意見なんですけれども、認知症を診ていく段階においては、とかく中核症状とかBPSDというのが注目されがちになるんですけども、機能的なADLに着目をしていったり、コミュニケーションだとかランゲージと言われるような状況で患者さんたちがどういうことができて、どういうことができないのかというのと、実際にどれぐらいの認知症の程度でどういったケアが必要なのかというのを評価していかないと、患者さん、患者さんごとの対応というのは難しいだろうと言われています。そうなった側に、やっぱり医療だけで対応し切れないところもありますし、お医者さんだけでそれをやってくださいというのはやっぱり難しいと思っていますので、そのために個人的には、ケアをする側だとか、いわゆる介護従事者だとか、いろんな方々のスキルをアップしていきながら、それをきっちり評価して、それでできるだけ診ていただける体制をつくっていかなくてはいけないのかなと。それでもやっぱりいろんな課題がまだまだいっぱいあるのかなと正直思いますし、自信がないところは自分のところでは診られないということになるので、せっかく病院でとっていただいたとしても、なかなか次につなげられないという問題も起こってきますので、そういった状況に対しても、施設ということに関してもスキルアップしていくためには、我々を含めていろんな知識を持っていただけるように働きかけていくことが必要なのかなというふうに思っています。

○**内村座長**　平木先生、先生のところには、うちの精神科から認知症グループの先生が今長期出張で行っているんですけど、当然リエゾンというのはやっているはずなんですが、そのあたりとの連携というのはいかがですか。

○**会場参加者（平木）**　先ほど小路先生のお話でも、評価というのは私たちでやらなくてはいけないことだと思っております。数が余りにも多くて、お一人の先生には負担が大き過ぎるし、実際どう取り組んだらいいのか分からないということで最初は全部お任せしたいなと思っていました。今お話を聞くと、評価というのがやっぱり大事だなと思いました。

○**内村座長**　先生がおっしゃるように、精神科の常勤がいるからということで全部多分投げられたら、これはもう精神科のほうが潰れてしまうので、先生がおっしゃったように、どのように評価したらいいのかとか、あるいはどこまで主治医の先生が、身体科の先生が治療して、どこから精神科に紹介したらいいかというのは、先生の病院の中でルールというか、そこをある程度決めていただくと、例えば今後認知症が専門じゃない先生が出張で行った場合でも対応できると思いますので、ぜひそのあたりも含めてお願いしたいというふうに思っています。

○**会場参加者（平木）**　はい、ありがとうございます。

○**内村座長**　ほかにご質問のある方いらっしゃいませんでしょうか。

小路先生、先ほどがんのほうの連携でも出てきましたけど、やはり数多くご紹介があると、もう手いっぱいになって新患が診られない、再来だけで手いっぱいになって診られないということですけど、先生は認知症の専門外来をやってあって、認知症の患者さんが紹介されてきて、ずっとそこで診ていったら、今度は新患の患者さんが３カ月待ちとかなってしまうわけですね。そういう意味では、ある程度また逆紹介してということも必要なんですけど、実際先生が今、久留米大学の認知症、もの忘れの専門外来でやってあって、そのあたりはいかがですか。

○**シンポジスト（小路）**　ご質問ありがとうございます。

まず、我々に関しましては、待ちが長いというのがよく言われます。現時点では１週間から２週間ぐらいで何とか診られるような体制をとってはいるんですけれども、そのためにはやっぱり逆紹介というのをしなくちゃいけないです。認知症の場合は、特に我々認知症センター事業をやっていますので、センターからの逆紹介の場合は相互に加算がとれる状況になっていますので、そのメリットを生かしながらかかりつけ医の先生に紹介するという形になります。

ただ、一方で患者さんの立場で考えると、やっぱり専門医志向というのは否めない状況もあり

ますので、そういったことをきっちり説明していきながら逆紹介を加速させていくしかないのかなというふうに考えています。

○**内村座長**　ありがとうございました。ほかにご質問のある方、いらっしゃいませんでしょうか。

先ほど津田先生からご質問があった、認知症だけじゃなくて、うつ病のネットワークも今やっているわけですが、うつ病においても、やはり精神科のクリニックは３カ月待ちとかになっていまして、そういう意味では専門家に紹介されてきて、そこで治療をして、経過を追っていると新患をなかなか診られないということが生じてきます。ある程度治療したら紹介された先生のほうに逆紹介して診てもらうなど、やはり専門の先生と一般科の先生方の連携というのはうつ病や認知症においても重要ですし、そういうパスをつくってやっていかなくちゃいけないと思っています。がん医療、あるいは肺炎もそうですし、今日は「地域医療に役立つ最新の医療」というテーマで討論していますが地域医療においては地域連携をいかにスムーズにやっていくかということが、それぞれの疾患においてもいかに大切かというのをまた改めて考えさせていただいたということになると思います。

もうそろそろ羽生田先生も着かれると思いますので、ここらでこの総合討論を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

特別講演

テーマ
「今後の医療政策について」

参議院議員
羽生田　　俊

「今後の医療政策について」

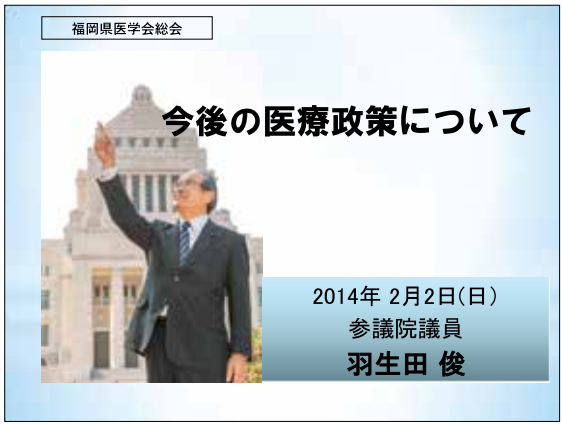
参議院議員
羽生田　　俊

皆様、こんにちは。福岡県の医学会にお招きいただき、お話をさせていただく機会をいただきましたこと、本当に有難うございます。

また、昨年の７月の参議院議員選挙におきまして、特に福岡県の先生方には大変なご支援を賜りまして、無事当選をさせていただくことができました。本当に有難うございました。この場をお借りして御礼申し上げます。

今、24万9,818票という数字が松田会長からありましたけども、欲を言えば25万に届きたかったなという気はしているところでございますが、実は群馬県では、皆様ご存じかと思いますが、私の父親、羽生田進というのが、もう40年前ですけれども、衆議院議員をしておりまして、結果的に羽生田進という票が数千票出てしまった。これが全て無効票になってしまったということで、これが羽生田だけでとめてあれば25万を超えたという数字でございますけれども、負け惜しみだと思って聞いていただければというふうに思うところでございます。本当にお世話さまでございました。

今、１年生議員としてバッジをつけております。皆様方から長いこと日本医師会役員という立場でご支援を賜りましたが、これが国会の中に行きましても、同じ１年生でも周りの見る目が違うということは非常に感じるところであり、これまでの経験を特に生かす立場といいますか、皆様方が注目をして見てくれるということで、しっかりとそういったことも利用しながら皆様方のお考えを国政の場で、あるいは現場の意見をしっかりと伝えていくということに心がけてまいりたいと思っております。



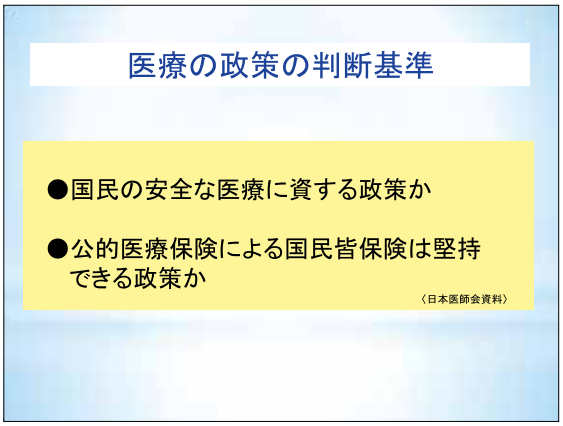
この表紙は国会の前でちょっとポーズをとらせていただきまして、ホームページ用に撮った写真の中から１枚を使っておりますが、指をさしていますのは、カメラマンの指示でして、特別何か空にあるわけではありません。

７月21日が投票日で当選させていただきました。開票から10分ぐらいの８時12分ぐらいには当確ということが出て、本当に皆様方にご迷惑をかけずに済んだことが一番ほっとしたことでございました。任期は８月29日からということになりました。28日までは前の方の任期ということになるわけです。８月２日に初登院ということでございました。

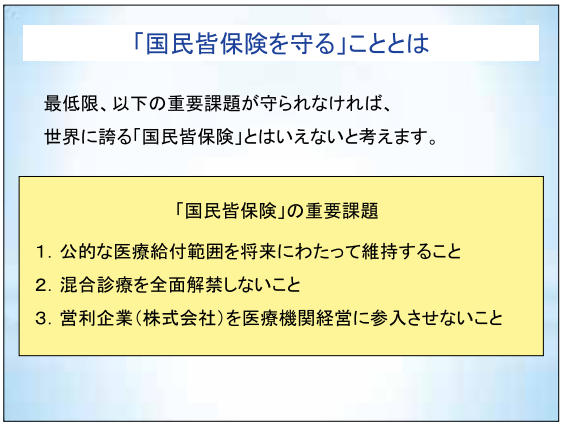
これは大分新人が多いものですから、マスコミがいっぱい来て、いろいろインタビューをしているというところです。入りましたすぐ右側に出欠席のボタンがございまして、名簿順でして、羽生田俊というこれを押して入るということです。大変暗くて申しわけないですが、この真正面に階段がございまして、その突き当たりが皇室の方の控え室ということです。これは初登院、いわゆる初日ですので、天皇陛下が来ら

れて開会宣言をするというためにこの部屋を使うということになります。８月２日は、午後に天皇陛下が来られて開会宣言をされたわけですけれども、天皇陛下は参議院議員の本会議場にしか来られません。衆議院にはお出でになりませんので、衆議院議員も全て参議院の本会議場に来られて、天皇陛下の開会の宣言を受けるということになります。これはもともとの昔の貴族院の流れということであろうと思うところであります。

この初日には、参議院議員の選挙がありましたので議席が半分入れかわるわけです。それを受けて参議院の議長・副議長選挙があるということで、既にニュースでご覧になったかと思いますけれども、議長は満場一致で決まりました。自民党の先生です。副議長は民主党からということで、民主党が副議長の候補者を決めるまでに数時間がかかって、やっと輿石さんを副議長にということが決まったわけですが、240名の投票で243枚の投票用紙が出たということで、これは国会始まって以来の出来事だそうです。投票用紙というのが３枚ずつ自分の座席に置いてありまして、１枚目は議長選挙、２枚目は副議長選挙に使われる。皆さん１枚だけ残っているはずですが、２回目の副議長選挙に２枚投票された方はもう１枚もないということですから、結果的に再投票になったのですが、本来であれば３名の方が投票できないという状況になるわけで、２人だけはわかっておりまして、この２人は再投票に出られませんでした。ところが、３人目がいるはずなのが、なぜか237票のはずが238票という数字が出まして、その３人目のうちの１人が４枚目の投票用紙を持っていたということで、これもまた不思議なことで、結果的に何も問責なしということで終わってしまったというような珍事が初日にあったことでございました。

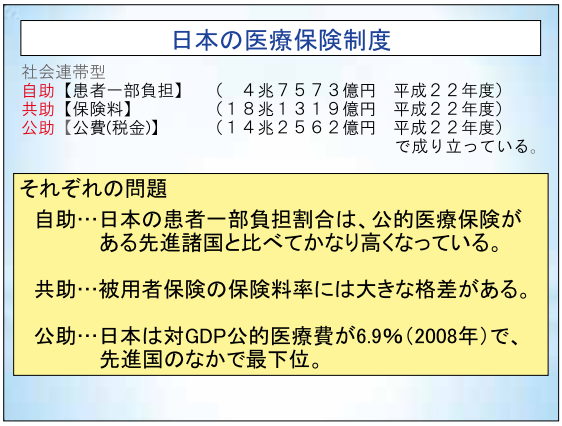


これは横倉会長がよく使われて、お話をされていると思いますけども、やはり日本の医療政策というものが本当にいいか悪いか決めるときの判断基準、これはもう本当にわかりやすく２つだけ並べておりまして、まずは国民に安心・安全な医療を届けられる政策なのかどうかということが１つ。そして、今世界に誇れる日本の公的医療保険制度、これをしっかりと守ることができるのかという、この２つが大きな政策を決定するもとであるということで、これを私も貫いていこうということでございます。



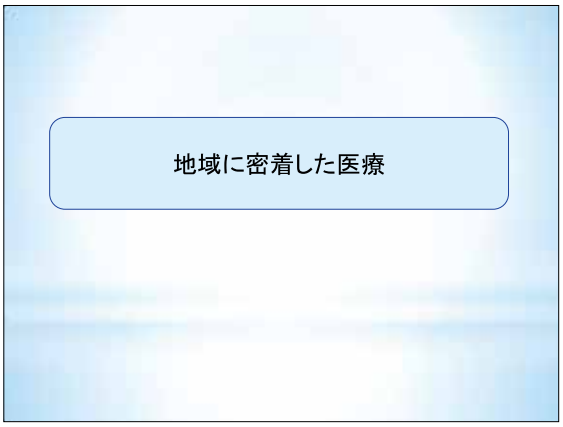
今TPPなどで、安倍総理あるいはほかの閣僚の方も、国民皆保険は守りますと言われており、自民党が６項目の決議をして、それをもってTPPに参加することを決めたわけですけれども、その中の１つに国民皆保険を守るという言葉が入っております。ただ、国民皆保険を守るということはどういうことか。安倍総理やほかの閣僚の方々が、どういう意味を理解して使っているのかということがちょっと不安になる。これは言葉から言えば、国民が全員入っていれば国民皆保険、それには間違いないわけでござ

いますけれども、ただ入っていただけでは国民皆保険を守ったと言えないわけで、そのためにはこの下の３つにありますように、まずは公的な医療給付範囲を今よりも絶対に狭めない、縮めないということが非常に大事で、最低限維持あるいはこれからもっともっと拡大をしていかなればいけないということが言えるわけで、これが非常に大きなことでございます。政府にいろいろな会議がございますけれども、その中の民間議員が、この保険給付について、風邪などの軽医療は保険で診るのをやめたらどうだというようなことを実際に発言しているということでございますから、そういうことになりますと、この給付範囲はどんどん狭められて大変なことになっていくということが心配されるわけです。そして、２つ目には、混合診療を全面解禁しないこと。混合診療というのは、既に今後これを皆国民のために使うべきであるという結果が出たときには、この給付範囲の中に入れていくという目的のために法律で混合診療を認めているわけですけれども、この中の言葉で「全面」という言葉が一番問題であります。全面解禁とするということは、本当に医療かどうかわからないものまでも入ってきて、医者がわらをもつかもうという癌の末期の患者さんなどにこの治療は効くよと言えば、じゃ、ぜひこれを使ってくださいということが起こり得るわけです。そういった悪意を持った医者がいないことを望みますけれども、これが実際にありますと、今統合医療という言葉もありますが、あの中には本当にこれが医療なのかと。私も厚生労働省の委員会に出ていたときに、統合医療というのは医療ですか、医療じゃないんですか、医療という言葉を使っていいんですかという質問をさせていただきましたけれども、そういったものまでも全てが入ってきてしまうという危険があるということで、本当に国民のためになるのかどうかということが非常に大切であって、この「全面」という言葉が大変大きな意味を占めているということ。そして、今の日本の保険制度あるいは医療制度を守るために、株式会社の医療経営を許してはならないということもしっかりと入れていかなければならないというふうに思っております。まず株式会社というもの自体、大きな目的は、株主というものがいて、しっかりともうけを出して株主にしっかり配当する、これが株式会社の大きな目的でありますから、今の国民医療保険制度というのは公的なものであり、皆さん方の保険、そして税金をつぎ込み、窓口負担、そういったもので成り立っているものから、もしかしてもうけを出して配当するなんてことが起きたら、これは倫理上も絶対に許されない話であるというふうに思っているところであります。

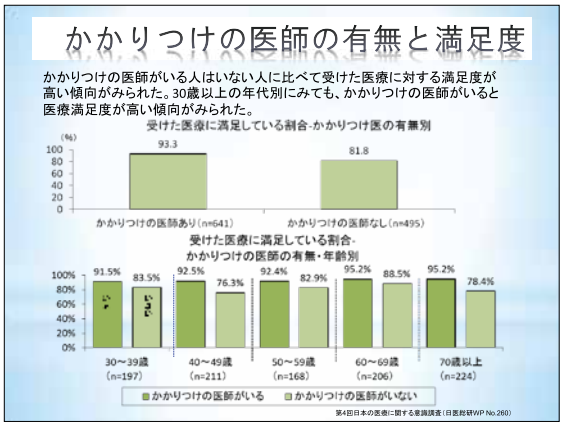


皆様方も既にご存じのように、日本の医療制度は、自助、共助、公助というこの３つ、皆様方の助け合いの精神によってでき上がっているということになるわけでございますけれども、金額的にはこういった金額で成り立っている。ただ、これ一つ一つにやはり問題点があるということで、これも改善を目指さなければならない。自助というのは、いわゆる窓口で払う負担でして、今３割負担にまで負担が増えてしまった。小泉さんのときに２割から３割になるのが、たしか２～３年の非常に短い期間で３割負担になってしまったと思いますけども、これは世界を見たときにも、保険制度が違いますから一概には比べられませんが、今窓口での３割というのは、給与も上がらない、あるいは下げられている今の経済状況の中で、３割負担というのは若者にとっても非常に大きな負担であるということが言われております。そして、共助である保険料、これは全ていろいろな給与、収入に応じての保険料率というもので決まっているわけ

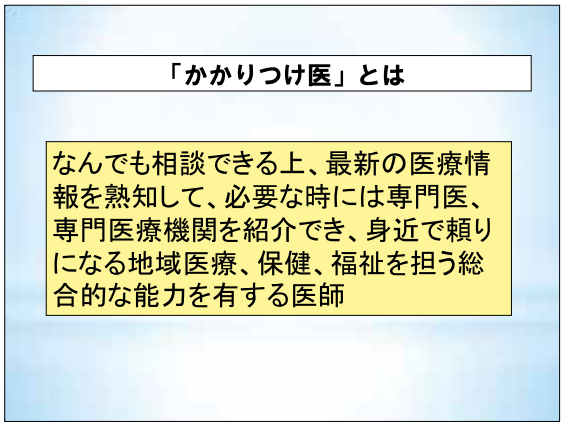
ですけども、今一番高いのは協会けんぽ、昔の政府管掌保険です。これが今10％という保険料率になっている。ところが、国民健康保険あるいは会社の大きな健康保険組合、そして共済組合、こういったものそれぞれが全てこの保険料率が違う。特に共済組合、これは公務員ですが、これで一番安いところは4.6％という保険料率のところもある。そして、中には、そこの保険の中から窓口負担の分とか、かかった分をお返しするというのは法律違反になりますので、別なルートを使って、かかった方あるいはその家族の方にかかった負担金を別な形で戻しているというところまである。非常にこれの差が大きいということです。単純に今の保険料率を協会けんぽの10％に全部いたしますと、約２兆円の財源が生まれるということになるわけで、こういった保険料率をぜひできる限りそろえていくべきであろうと思っているところであります。皆様方の多くは医師国保ということで、医師国保は比較的保険料率は安い、定額がほとんどだと思いますけれども、非常に安い保険料率になっていると思います。ただ、これも県によっては非常に厳しいところもある。そして、今約30％の補助金が出ておりますが、民主党の政権のときにこの補助金をゼロにしようという案が浮上してきまして、政府が変わったので全然ゼロになったのかな、なしになったのかなと思ったら、これがまた改めて出てくるであろうということで、来年の通常国会にはその辺のことが出てくる危険があるということです。それを実践するためには、やはり非常に厳しい県もあるということですから、今それぞれの都道府県での医師国保ということになっておりますけれども、私も医師国保にいろいろ関係をさせていただきましたが、将来的、補助金も睨んで、やはり全国医師国保というものを考えるべきではないかなという、これはまだ私の私案でございますけれども、そういったことも考えています。いわゆる全国左官業とか工業関係の、あれは全部全国的な特別国保になっていますね。医師国保と歯科医師国保がそうですね、県単位の特別国保となっていますけれども、この辺もやはり自分たちのこととして考えていかなければいけないということです。それから、公助という、これは税金をどれだけつぎ込んでいるかということにつきましても、先進国の中では最下位であって、非常に税金の額は少ないということですので、対GDPということでよく計算をされますけれども、これはGDPがここのところ伸びていなかったということで、保険料率といいますか、対GDP比は上がっております。８％を超えておりますけれども、これは医療費が伸びている割にGDPが増えていないということで、率にすると上がっているということで、実際に多くの額をつぎ込んでいるということとは少し意味が違うのかなと思うところであります。



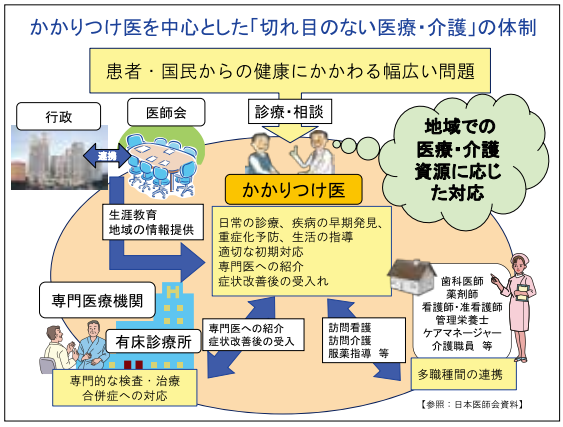
今後、今それぞれの病院等で最後のいわゆる医療の完結というものが病院単位で行われるというものが今の形であろうというところを、今回からやはり地域に密着した医療ということで、地域完結型の医療というものを目指そうということです。包括ケアシステム、これもその１つになるわけですけれども、地域で完結型の医療を目指すということで、地域に密着した医療ということがこれから非常に大事になってくるということです。



その中でやはり医師会が一番推奨しているのは、かかりつけ医という言葉。実は私、厚生労働委員会で厚生省の役人に、かかりつけ医という言葉は法律に書き込めないのかということを質問いたしましたけれども、そのときの回答は、かかりつけ医というものの定義がまだ十分できていないということで、今かかりつけ医という言葉を法律の中に書き込むわけにはいきませんという返事だったのですが、実はかかりつけ医、これは日医総研で４年ごとに調査をして今まで４回やっているんですけれども、いろんな調査の中で医療の満足度というものを調査している。この４回の中で全国民の満足度というのは確実に上がってきて、今83％ぐらいまで満足度は上がってきていますけれども、その中でかかりつけ医がいる方といない方が医療を受けたときの満足度がどうかということを比較してみますと、これは全体として、かかりつけ医がいる場合の方は93.3％が満足度を感じておられます。かかりつけ医がいない場合には81.8％ということで、これは約12ポイントの差があるということで、かかりつけ医というものがどれだけ大切かということがこのアンケート調査からもわかると思いますけれども、これは各年齢、全ての年齢においてかかりつけ医がいる方のほうが医療に対する満足度が高いということがわかっているところであります。



かかりつけ医の定義、これは唐澤会長の頃につくった定義だったと記憶しておりますが、「何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」、定義としては長過ぎる。これをもうちょっと短くできないかというふうに思っているので、もしいいご意見があったらいただきたいと思っているんですけれども、診療はもちろん、それ以外に検診事業であるとか、介護保険であるとか、そういった福祉のことまでもよくわかっていて、それを実際にやっていらっしゃる方、検診にも出かける、夜間急病診療所にも行ったり、あるいは予防接種をしたりということ、そういったこと全て地域の保健、福祉、そういったものを全て関係してやっている方、それをかかりつけ医という定義になるわけで今現在まで来ているところです。ただ、定義というからには、いかにも長過ぎるというのはそのとおりでございますので、これも考えていかなければいけないと思っています。



今、地域包括ケアという言葉が出てきていま

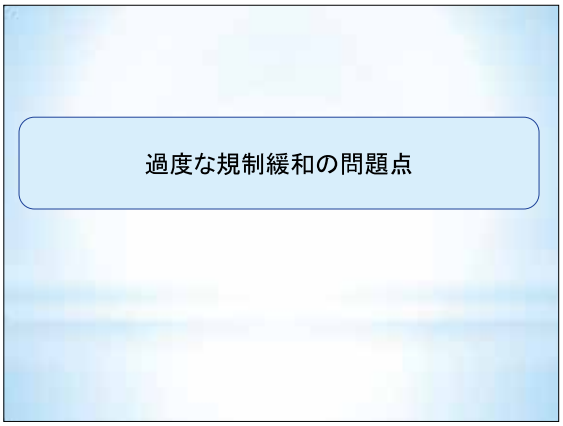
すけれども、これは日本医師会が考えた地域の取り組みということで、日本医師会の考えですから真ん中にかかりつけ医を持ってきております。そのかかりつけ医が日常の診療はもちろんですけれども、いわゆる早期発見であるとか、重症化の予防であるとか、あるいは生活の指導というところまで、このかかりつけ医というものが見ていくということで、それをやっていくためには何が必要か。まずは行政と医師会とがいかに連携をして、その地域に合ったシステム、それぞれ医療資源が違いますから、そこに応じた形での地域医療というものはどうあるべきかということ。そして、切れ目のない医療・介護というものをいかにつくっていくかということ。これは、まず行政と医師会とがしっかりとつくっていく、これはこれから非常に大きな問題になってきます。そういった中で生涯教育であるとか地域の情報提供等々であります。そして、かかりつけ医と専門医療機関との連携、これは普段診ている中で、やはり重症化したとき専門医を紹介するということ、そしてよくなったとき、またかかりつけ医に戻るというシステムをしっかりつくる。その中で、今回、有床診療所という言葉を大きく書かせていただいた。実は今回の医療法改正の中で、有床診療所の位置づけをはっきりと医療法の中に書き込むことを、これは私が提案させていただきまして、今度入ることになりましたけれども、そういった有床診療所というものが非常に大きな地位を占めていくべきであると私は思っております。日本の長寿社会を築いてきた一番の大もとになったのは、この有床診療所というものが非常に大きな存在であったと思っているわけで、以前は３万件以上あった有床診療所がついに１万件を割ってしまったという状況です。それは有床診療所自体、運営を維持することも非常に大変な状況になってきている上に、跡継ぎは有床診療所なんかはやりたくない、あるいは新しく開業しようという人たちが有床診療所をつくりたいと思う方がほとんどいないという状況になってきているということで、やはり地域に非常に近い存在である有床診療所、これを改めて復活させていかなければいけないのではないかと私自身も思っているところであります。そして、地域におけるいろんな職種の方々、これはもちろん介護の関係の方もおりますし、ほかの歯科医師あるいは薬剤師、看護師、准看護師、こういった方々といかに連携をとってやっていくか。これはかかりつけ医が１人でやれるわけではありませんで、やはり在宅等々にしても、施設にしても、こういった方々といかに連携をうまくとっていくかということが非常に大きな形になるということを提案したわけでございます。

厚生労働省は、この日医案をほとんど真似た形で、これが厚労省案です。厚労省は在宅ということを中心にしていますので、中心に在宅、いわゆる住まい、住みなれたところで生涯を暮らしていける体制をどうやったらつくれるかということを中心に絵を描いておりますけれども、書いてある内容は先ほどの日医案とほとんど一緒であります。これは入院医療には専門医療機関も必要ですけれども、その中にきっちりと有床診療所というものを厚生労働省にも書かせました。そして、今回医療法の中で大きな問題が、病床の登録制というものが今度出てきますけれども、それがこの高度急性期、そして急性期、回復期、慢性期、この４つを病床として県知事に届け出るということが医療法として今度その方向で進んでいくという状況でございますので、この登録によって、その地域にどれだけの機能を持った病床があるのかということによって、例えば７対１が今問題になっておりますけれども、いわゆる高度急性期、７対１の病床が、１けたの８万、９万でよかったということでス

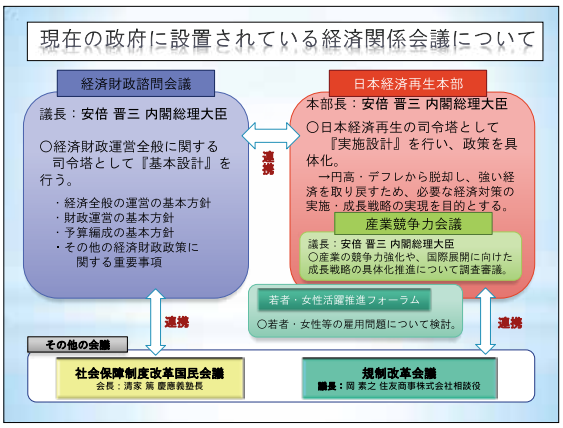
タートしたらしいんですが、現在36万床もあるということで、これをまず減らそうということをするということが謳われているわけでございます。ただ、７対１を減らすということを言われても、病院としては一生懸命看護師さんを集めて７対１をとったわけですから、それをやめなさいと言われても、そう簡単に「はい、わかりました」とは言えないわけで、これをいかにして適切な病床数にしていくかということ、これは県も大変ですけども、医師会も当然、特に実際に医療に携わっている方々はもっと大変なわけでございますので、これは非常に医療法改正の中でも大きな問題になるということです。そういった中で、先ほどから言っている有床診療所というものをしっかりと位置づけていくということでございます。そして、こちらには介護というものが書いてありますけれども、こちらへもいろんな方との連携というものがあって、そして在宅と、こういった介護あるいは福祉の方々との連携、そこに医療がどのようにかかわってくるかということが非常に大切になるという図でございます。介護保険制度ができた当時を思い出したときに、介護保険というものに医療界が少し距離を置くという動きがあったわけで、介護の中にしっかりと入り込まなかったというのが介護保険のスタートのときだったと思っています。それが今でもやはり続いているということで、介護の方々は医療のこういったかかりつけ医の先生方に、今のその方の状況、医学的な状況がどんな状況なのか、どういったことが必要なのかということを、指示書というのがありますけれども、指示書だけでは足りない、実際に話を聞きたいと思っている方がかなりいらっしゃる。ところが、介護側から医療側に行くにはどうしても何か敷居が高いというイメージがあって、なかなかそこへ入っていけないということですから、この場で先生方にお願いしたいのは、医療側から介護のほうにぜひ手を差し伸べて、一人ひとりの患者さん、介護を受ける方々の状況をしっかりと把握して指示も出して、一緒にその方のことを考えていくという体制をつくっていく。それにはやはり医療側から介護のほうに近寄っていくといいますか、入っていかないと、これが進まないというふうに思っておりますので、これはしっかりとお願いをしていきたいというふうに思っております。

これは委員会等がこういう形で開かれるわけですけれども、この厚生労働委員会というのは参議院の正式な委員会です。これは質問する順番というのが、今度あなたが順番ですよというと、こうやって立って質問しますが、ほかにいる方々は、手を挙げて「はい」と言って意見を言うということがこの委員会ではできません。歯科医師の石井みどりさんが委員長です。福岡の大家さんもいますけども、こういった人たちの中でたまたま質問させていただいたのは、これは生活保護の質問でございまして、厚生労働大臣に、今政府は自立・自助ということを進めていくというのを一番前面に出して、医療・介護、そういったものをそういう方向に進めたいということで言っておりますけれども、これは生活保護の法案の審議だったものですから、まず初めに、厚生労働大臣に、生活保護あるいは病人というものは、自分でなかなか自助、自立ということが難しい人たちである。そのときには順番が変わり、やっぱり公助、共助、自助という順番になるのではないかと質問させていただきました。このときに拍手が起きまして、共産党の議員からも拍手をもらいました。そして、これは議員連盟ということで、これはがん登録ですが、そういったことに一緒にやりたいという方が連盟をつくる。そして、今度は社会保障の部会というのが厚生労働部会というものでいろいろ話し合われるわけですけれども、これは

社会保障における特命委員会というのと厚生労働部会との合同部会というものがあって、東京の丸川先生が厚生労働部会長、熊本の野田毅先生が特命委員会の委員長ということでお二人の進行でやっているわけですけれども、こういったときにも医療はこうであるといったことを発言させていただく。これは経済再生本部でございますので、特許や何かの話とかいろんなことが出てくるときに、手を挙げて質問をさせていただいて意見を述べさせていただく。自民党のいいところは、この部会等々では、私のような１年生議員であっても、10年生議員であっても、手を挙げれば誰でも発言ができるという非常に民主主義な会でございまして、私も時間の許す限り、いろいろ重なってしまうんですけれども、できる限り部会に出て、出たときには何か発言をするということを心がけているところであります。医療と関係ない部会で、オリンピック議連というのがあって、これは招致のための議連でしたが、招致が決まったので、今度は成功させるための議連というふうに変わったんですが、そこで私は手を挙げて、医療と関係ないんですけども、実は発言をさせていただきました。東京オリンピックを日本に誘致することにアンケート調査を全国でしたときに、賛成が53％しかありませんでした。最終的には90％を超えましたが、その最初の52％、53％というのはなぜそういう結果だったと思いますか。昔、1964年に東京オリンピックがあったとき、これはアジアで初めて、もちろん日本でも初めて、それが10月10日に開会式をした。それで10月10日を体育の日と定めた。しかし、今それが第２日曜日ということになってしまって、何の体育の日だか誰も知らない。特に若い方は、全然東京オリンピックがあったことすら知らない。それがこのアンケートの結果ではないですか。10月10日に体育の日を戻すべきだと発言してきました。医療とは関係ないんですけど、そんなことまでやっています。

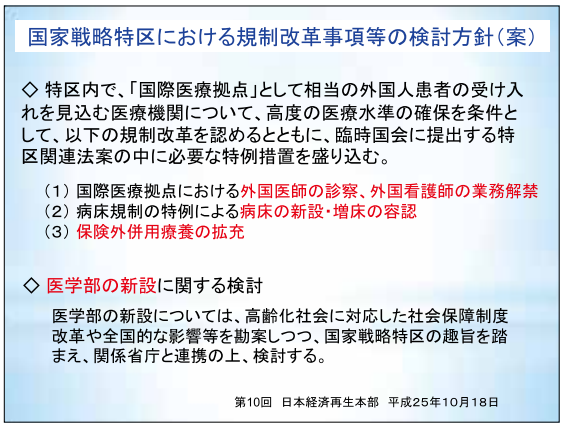


これからいろんな政府の会議がありますが、その中に規制緩和の推進の会議があります。この規制緩和、規制をかけたときには、その当時の医学レベルやいろんな意味から考えて、規制をかけることによって国民の命と安全を守るという意味で規制をかけたはずであると私は理解しております。そういったときに、これが本当に緩和をどんどんしていっていいのかということを考えているわけです。

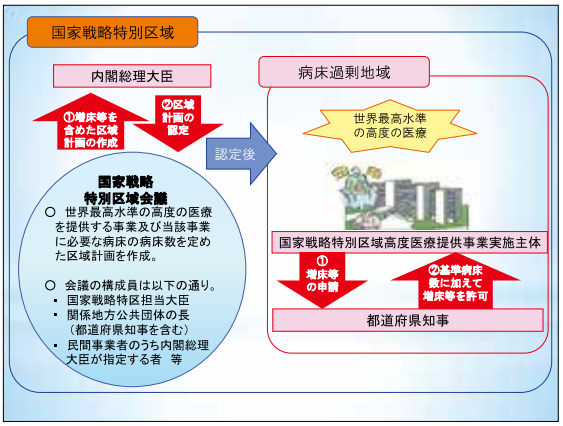


現在、政府には、よく小泉さんのときから出てくる経済財政諮問会議、そして日本経済再生本部、産業競争力会議、規制改革会議、それから社会保障制度改革国民会議、こういったものがあって、これに全て大臣も入りますけれども、民間議員がいるというのがこういった会議でございまして、その民間議員がいろんなことを無責任に発言する、これが非常に問題である。私が最初の部会に出たときにそれを言いましたら怒られました。今さらちゃぶ台返しをするんじゃないと言って怒られたんですけれども、ここからの報告書も問題があったわけで、一つ一つは非常にいいこともあるんですけれども、全

体としての考え方、ここで問題になったのは、日本は85％が民間の医療機関である、特にヨーロッパ等々はほとんど100％に近いことがいわゆる政府の医療機関が医療を行っている。ということは、政府の考える医療政策がそのままそういった病院等々で実践できるようになっている、これが非常にいいことなんだと。日本は85％が民間だからこそ政府の考える医療政策が十分進行しない、これが問題だということを言っています。ですから、別の部会のときに、日本は85％が民間であるからこそ世界一の長寿国ができたんだということを申し上げましたけれども、そういった民間議員の方が無責任にいろんなことを言ってくれるものですから非常に腹を立てる部分があるということです。今のはいわゆる規制改革会議です。それから、産業競争力会議、この２つには皆様方が名前も聞きたくない方が入っている、その会議ですね。

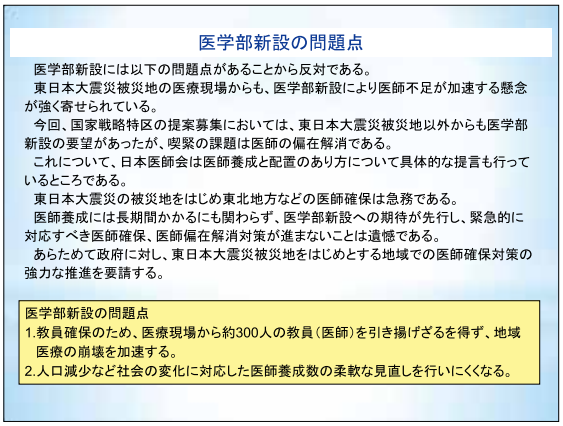


そして、今いろんな形で国家戦略特区というものがいろいろ言われているわけですけども、その中でやはり医療に関しての特区というもの、これも非常に問題が多いわけで、特区というものの定義は、政府いわく実験場と言っております。ということは、この特区で実験をするということになるわけで、いわゆる経済特区であれば経済的な政策を新たなことでやってみる。これは失敗すればやり直せばいいと思いますよ、経済的なそういった実験であれば。ただ、医療に関しては、人に対して物を行うということが入ってきたときに、これは明らかに人体実験ですよと、私ははっきりこの部会で言わせていただきました。今若い議員さんが増えて、今のアベノミクス等々で経済優先のいろんな会議がある中で、若い議員さんたちは、いけいけどんどんという方が非常に多い。それが非常にいい意見も当然出てきますけれども、その点やはり医療に関しては危険な部分が大変あるのではないかということを心配しているわけで、医療に関して特区でものを行うということは人体実験ですよとはっきり申し上げました。余り使いたくない言葉ですが、それを言いましたらしばらくしいんとしていましたので、多少インパクトがあったのかなと思っております。そういった中で、やはり外国人医師であるとか、それから新しいことをやる場合には病床満杯の地域であっても新しい病床ができるとか、それからこれはいわゆる混合診療ですね、そういったものを拡充していくということ。それから、医学部の新設という問題も出てきて、医学部を新設して医師をもっとつくるべきだと。医師は全然足りないということで、部会でも一生懸命そういった意見が出ておりました。１人の方が、医師会が医師はもう十分足りていると言っているというふうに言ったものですから、私はすぐ手を挙げて、医師会はそんなことは一言も言っていません、今80の大学で全て定員を増やしてやっていこうということを医師会も賛成し、進めているところです。結果的に1,416名の定員がふえたということは、この人たちが卒業するということは、1,416名ですから定員100名の医学部を14個つくったということになる。これがどんどん卒業したときにどうなると思いますか。その辺をしっかり考えた上で発言してくださいということを申し上げまして、これもそう言いますと少し静かになるんですね。ですから、やっぱり言うことは言わないといけない。それから、私が議員として国政の場にいるという中で、そういった意見が出たときに即座に反論できる、これは非常に大きなことだなということは身をもって今感じているところであります。



今、国家戦略特区も総理大臣が諮問するわけですけども、いろんな会議の中で、内閣総理大臣が認めないと関係する大臣が入れないことが起こります。関係大臣を外して議論をしていこうという。関係する省庁の大臣がいると、それに対して反対をするであろうということをやはり政府も思っているんですね。ですから、こういった中に、国家戦略担当の大臣は入りますけども、その担当大臣は指名をすれば入れますが、入れないということが書いてあるんですね。そういったことは非常に大きな問題ですし、ここに１つは、「民間事業者のうち内閣総理大臣が指定する者」という、これはいかにも内閣総理大臣の頭、胸先三寸で、この民間事業者が入って、ここだけには儲けさせてやろうという、この意図がはっきりしているわけですよね。ですから、こういうことが本当にあっていいんだろうかというふうに思いますが、現実にこういう形でもう既に通ってしまって、これから募集をして幾つか出てくるということです。

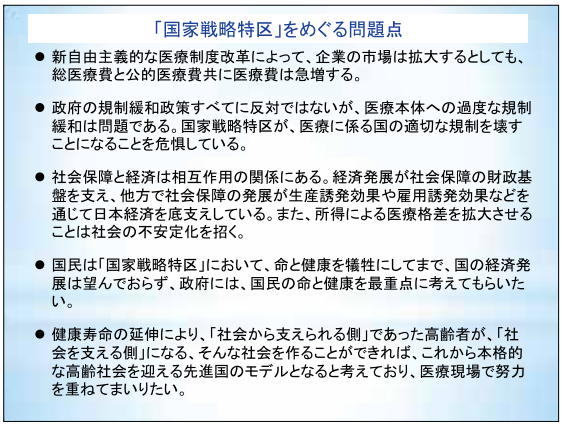
ただ、この国家戦略特区については、１項目について、せいぜい２つか３つの地域だけというふうに言っておりますので、そう多くは出てこないと思いますが、ただこういったことで民間事業者が入って、民間事業者というのはある意味非常に先進的なことを考えて、政府が考える、省庁が考える以上の意見を持っている方も非常に多いわけで、いい面もありますが、やはり内閣総理大臣が指定した民間事業者だけがなぜかもうかるような形になっているということは非常に大きな問題だろうと思っているわけであります。



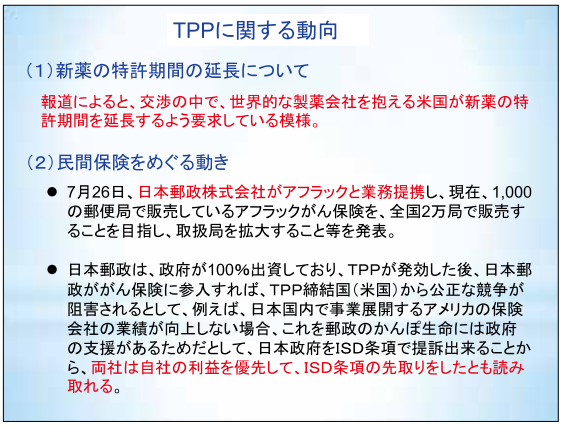
医学部の新設という問題は、医師会としてはずっと反対をしていたわけですけれども、現在、東北に１校つくるということは内閣総理大臣が下村文部科学大臣に調査をしなさいという指令を出しました。そこまで出ますと、これは１校東北にできるということが実現するであろうと思うわけでありますけれども、これはいわゆる特区として医学部を新設するのではなくて、震災の復興の一つとして、復興事業の一つとして医学部をつくるという考えですから、特区とは別だという考えです。今のところ特区でつくるというのは多少後退をしておりまして、おとなしくなっていますけども、まだ完全に潰れておりませんので、これから先まだまだ手を挙げてくる可能性はあります。特にいろんな形で医政局長やら何やらを教授で迎えている民間の大学がございますね。そこが今、成田空港のすぐ横に医学部を新設したい、国際的な医学部という国際特区医学部をつくりたいと言っているわけでございまして、これも多分手を挙げて、こういうのをつくりたいけどということを正式に表明してくるのではないか。これはもう既に成田市の市長とその大学とが話し合って、こういうことをしようという話を一昨年の段階からもうやっているんですね。実は看護大学だけはできることまでが決まっていて、医学部のほうについてはいろんな状況からちょっと無理かなというところもあるんですけど、まだあきらめていないのが事実です。成田空港には、日本医科大学の北総病院が成田空港ができると同時に開設をして、大きな病院ですけれども、そういったものが空港に関連してできている。ですから、

日本医大の理事長に私は会いまして、日本医大でこのぐらいのことをやったらどうだと、北総病院を中心に日本医大がこのくらいのことをできるんじゃないですかということで、その計画書を理事長にお渡ししてきました。今後どうなるかわかりませんけども、私は、今特区でいろいろ医療の関係を言っている新しいことは、文部科学大臣が大学に対して、今大学院大学ですから、こういうことをやれと、金さえ出して、やれと言えば全部できることだということも部会で申し上げさせていただきました。

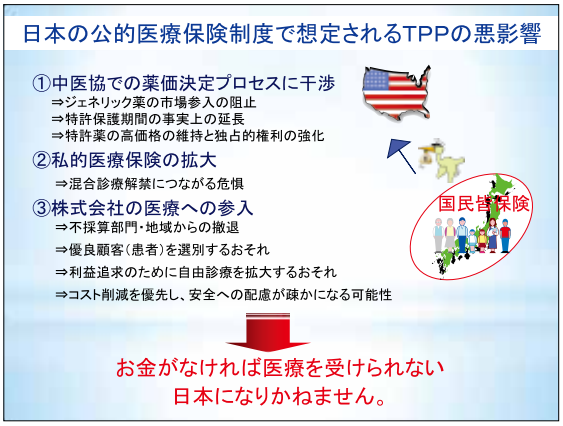
これは大学病院議連というのができて、大学病院の活性化を図りたいという議連ができまして、そのときに今のことは言いましたけれども、これはこちら側に大学病院の病院長の代表が来ていて、議連でいろいろな話をしている。その結果を文部科学大臣に会いに行っていろいろ言った。大学病院の議連ですけども、たまたま下村文部科学大臣がここにいますけれども、私の顔を見たものですから医学部新設の話が急に出てきて、そういった話になったんですけれども、そういったこともやっているということです。これは部会終了後に野田毅先生に多分怒られたときの話ですけど、２人でお話をさせていただいています。



そういったことで国家戦略特区というのが今動き出します。これから手を挙げて、どれにするかということを決めるわけですけども、やはり問題点はいろいろあるわけですね。今は公的医療保険で日本の医療というのはほとんどされていますけれども、やはり企業等々が拡大していくと同時に、全体としての医療費は急増するであろうと考えられます。そして、政府の規制緩和、こういったものが医療のいろんな部分で出てきたときには、やはり医療にかかわる国の適切な規制を壊すことになってしまうということで、本当に規制をかけた当時は国民のためを考えて規制をかけていたはずであるということで、それを本当に外してよいのかどうか。しっかりと考えた上で規制緩和をしてほしい。これも部会で私は言わせていただきました。それから、いろいろあるわけでございますけれども、いわゆる一番我々が大きく心配しているのはこれですね、「国民は国家戦略特区において、命と健康を犠牲にしてまで、国の経済発展は望んでおらず、政府には、国民の命と健康を最重点に考えてもらいたい」、これはもう医師会はずっと言っていることですけども、こういったことをしっかり頭に置かずに、いけいけどんどんという方がふえてきてしまっているので非常に危険を感じているところですけれども、これはしっかりと今後も言っていきたいというふうに思っています。



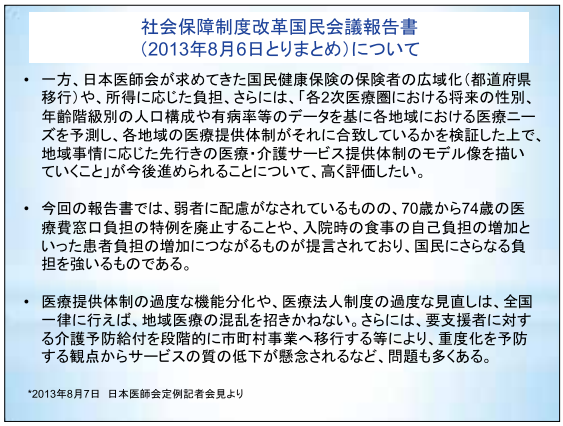
今、TPPの話がややトーンダウンしております。暮れまでに全部の12カ国でのTPPの締結をするという目標で動いていたのは事実ですが、暮れにはそれができませんでした。今改めてこれを議論しているというところで、いわゆるこれは12カ国全体でやるものもありますけれども、それぞれの国同士で議論をしてというところが非常に大きなところで、そういったことを今進めているという段階です。ただ、やはりアメリカ主導でやっているということで、なかなかそれにほかの国がついていけないという面もあります。そういったときに、実はこれはいわゆる民間保険、今の12カ国の議論の中に、24項目やっているんですけど、その中に投資という言葉が入ってくる。これはいわゆる保険会社に投資をしている方がいっぱいいるわけですけれども、この投資をしているときに、例えば日本が規制をかけて、アメリカの保険会社で保険を扱えない、これ以上扱えないというときに、その投資した人が損をしたといったときには、いわゆるISD条項ということで、これを提訴できるということになってしまう。それに先手を打って日本郵政株式会社がアフラックと業務提携したのかなと思う。今まで1,000件ぐらいの郵便局で売っていたものをいきなり２万件、２万局の郵便局でこれを売るという契約をしたんですね。こういったことが起きる前に先手を打ったのかなという気も、考え過ぎかもしれませんけど、そういったことも心配してしまうというような状況であります。日本郵政株式会社は特に100％国が株主でありますから、国営企業みたいなものですけれども、いわゆる民間企業ということにはなっております。



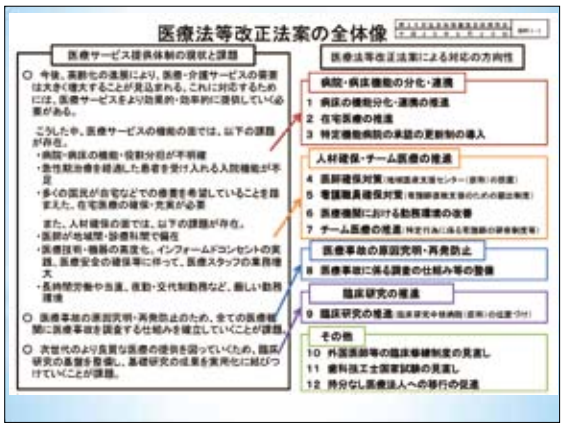
そういったことで、これはいわゆる知的財産という項目があって、それがアメリカは特許期間を長くしてくれということを言っている。これはジェネリック等の安い薬が出てくるのをなるべく先延ばししたいということで言っているわけで、しっかりと高値安定型を目指しているのがアメリカの製薬業界。製薬業界は今アメリカの中で車業界よりも大きな地位を占めているというようなことで非常に意見が通る。それから、私的保険、いわゆる日本の医療保険の中にいきなり手を突っ込んでくるということはまずしないと思います。ただ、この私的保険が公的保険の周りに、いわゆるがん保険もそうですけれども、いろんな形で埋められたときに、本当に日本の公的医療保険制度が今の形で守れるかどうか。給付範囲の縮小というようなものにもつながっていくのではないかということを非常に心配している。そうしたときには混合診療もどんどん増えてくるということになると思います。それから、先ほどお話ししたように、株式会社は、いわゆる儲けということを考えたときには不採算部門は切り捨てるでしょう。そして、お金持ちの患者を優先するでしょう。そして、利益追求のために、いわゆる混合診療という自由診療の分を拡大していくでしょう。そして、コストを減らすということについては、まず医療安全の部分が手薄になるのではないかということを非常に危惧しているということで、こういったことがどんどん進んでいったときには、アメリカ的な、お金がなければ医療を受けられない、こういった日本になってしまうのではな

いかということを一生懸命今言っているわけです。これはコウノトリが赤ん坊を運んでいるのではありません、日本の公的医療保険からアメリカにお金を運んでいるコウノトリといった漫画ですが、そういった危機になるのではないかという心配をしているというところです。

実は８月にブルネイでTPPの交渉が行われたとき、自民党からは正式に３人の議員さんが行かれました。私が行きたいと言ったら、自民党は３人しか許可していませんということなので、私はバッジを外して日本医師会副会長という立場で行きましたが、実際に中に行っていろんな方とお話をさせていただいて、これはアメリカのバーバラ・ワイゼルという首席交渉官です。こういった方ともお話ししましたけれども、質問でやはり我々は医療というものについて非常に影響があることを心配していると言ったときに何と答えたか。医療は議題に上がっておりません、その一言で終わりです。この会議自体は全て秘密裡に行われておりますので、日本の交渉官も一切、ある時点から先は絶対言葉を出しません。毎晩マスコミ等々と自民党の３人の代議士も含めましてお話をしました。いろいろ議論させていただきました。



それから、社会保障制度改革国民会議が、先ほどいろんなことを言ってプログラム法案ができたわけですけども、今この方向性を出したときに、プログラム法案というものがもう既に12月に通りました。それに沿って医療法改正等々が行われます。やはり弱者に配慮がなされているものももちろんあるんですけども、大きなことは70歳から74歳を２割に本来の法律に戻すということも決まりましたけども、よく読んでいくと負担をふやすということがかなり随所に出てくる。もちろん大変な方の負担を減らすという部分もありますが、全体的に見ると負担をふやすということが非常に大きいというふうに思っております。



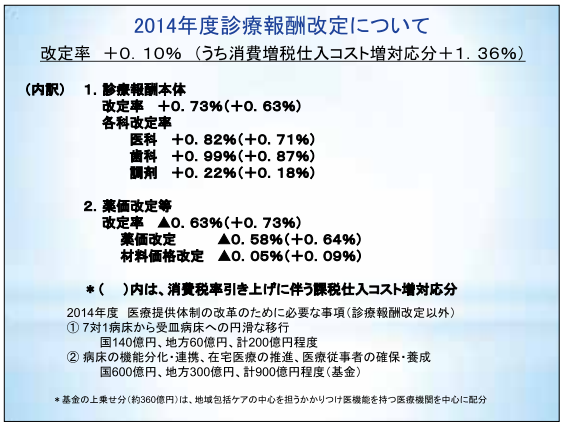
これが今度、もう既に議論が始まりました医療法改正でございまして、大体自民党としての医療法改正はまとまりました。これだけの項目があるものを全部一括で出すということで、それについても非常な議論があって、一括では多過ぎるのではないかという議論もされましたけれども、結果的に一括で上程するということに決まりました。この中で先ほど言った病院・病

床機能の分化ということで、これは病床の先ほど言った４つの登録制度です。そして、人材確保という中で、もちろん医師の偏在解消であるとか、看護師不足の解消であるとかありますけど、チーム医療の推進ということで、これは私が委員会に出ていた、いわゆる特定看護師という言葉から始まった議論、だんだんだんだん、押し戻して、講習をするということだけは法律で講習をするということが決まる方向になりました。ただ、変なのは、いわゆる特定医療行為という今40種類ぐらいの医療行為を看護師にもさせるという方向で議論してますが、それについての講習会をするということが法律上書かれる。これを受けた人が、当初は看護籍に登録をするということで話が進んでいました。ただ、講習を受けなくても医師の直接具体的な指示があれば同じことができるんです。そういった非常に変な形ですけども、これがどうしても通ってしまいまして、講習をする看護師はいわゆるプロトコールにのっとっては医師の直接指示がなくてもその行為についてできるという講習修了という、そういう立場になるということです。ただ、看護籍の登録は絶対に許さんと言って消させました。ただ、登録をする、いわゆる講習を受けたということ自体は厚労省の中で看護籍とは全然別な登録方法で登録するというところでは、もう折り合いをそこでつけるしかなかったので、そういったことになりますけれども、これは講習を受けたという登録をする、あるいは全然講習を受けてない人であっても、医師の指示があればできるということには変わりありません。ですから、混乱は以前に比べたら大分少なくなってきたのかなというふうに思っております。あとはいろいろなことがありますけれども、例えば歯科技工士国家試験の見直し、歯科技工士というのは国家試験ではなく県の検定試験だったんですね。今度これを国家試験にして国家資格にするというようなことも入っているということで、こういったものが全て盛り込まれております。

医療提供体制のあり方―日本医師会・四病院団体協議会合同提言―
（2013年8月8日公表）
報告する病床の区分（案）

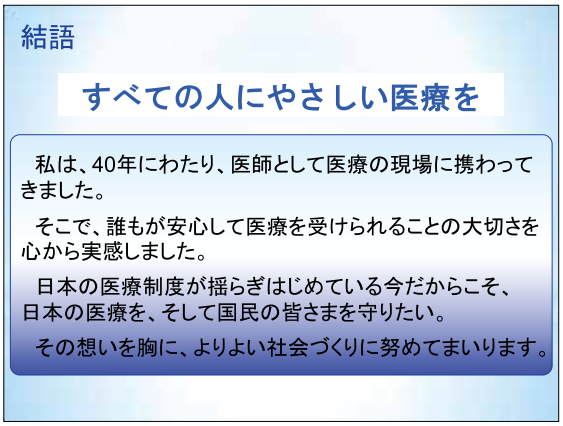
名称（仮称）	内　容
高度急性期病床	・救命救急センター、集中治療室等、救命のために専門医等が常時配置されている病床。
急性期病床	・急性期医療を提供する機能を持つ病床。 ・急性期の病態として重症・中等症・軽症があり、各病院の機能に応じた急性期医療を提供する。 ・多くの診療科を総合的に持つ病院病床、特定の専門分野の病院病床、地域に密着した病院病床と、地域の医療ニーズに応じてそれぞれが必要とされているため、きめ細かな報告制度が必要。 ・在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応する。 ・二次救急を担う。 ・地域包括ケアを推進するために、かかりつけ医との連携機能、介護との連携、患者支援などの機能も有する。
回復期病床	・急性期経過後で引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供する機能を持つ病床。リハビリテーションが必要な患者に専門的リハビリテーションを提供する病床とそれ以外の病床がある。 ・一般病床でも療養病床でもこの機能を報告できることとすべき。
慢性期病床	・長期にわたり療養を必要とする患者に医療を提供する病床。

今言った機能分化、これは高度急性期病床、急性期病床、回復期病床、慢性期病床、この４つに分けて、各病院、自分の病床はこういうものですということを登録させるということです。それによって急性期が多過ぎるとか少ないとか、そういったことを考えて、その地域に合った医療を目指すというものになります。ただ、今まで言われていた亜急性期という言葉はこの法律の中から消えました。ところが、診療報酬には亜急性期という言葉は残ります。ですから、その辺はちょっとまだ矛盾があるので、今後是正されてくるんでしょうけれども、こういったことです。この中で、ここに書いてないものに１つ、これは病院の話ですけれども、有床診療所をどうするんだということがありまして、今現在は有床診療所もこの区分で登録をと言っているんです。ただ、有床診療の場合には、１人の患者さんが慢性期の方もいれば、急性期になったり、いろいろ変わるわけですよね。眼科みたいに眼科の手術をした人が入院しているだけ、あるいは整形外科、あるいは産婦人科といった、その科によって形が全部違う。それを一つ一つどういうふうに登録するんですかということで、有床診療所というくくりだけで登録することにすべきだということに言い張っているところです。これはまだ決定していません。



最後に診療報酬改定について少しお話をさせていただきます。もう既に皆様方ご存じのように、ネットでプラス0.1％ということでございます。ただ、これは私、部会等々でずっと言っていたのは、診療報酬改定は診療報酬改定の議論、消費税は消費税の議論、必ず分けてくれということをずっと言い続けていましたが、結果的には一緒にされての議論になってしまったということです。全部でネット0.1％のプラスということになっていますけれども、括弧の中は消費税分です。改定率がプラス0.73％というのは診療報酬本体の改定率で、これを分けると医科、歯科、調剤というのがこういう形でプラス改定ですけども、いわゆるプラス0.82％のうち0.71％は消費税分ですよということですから、これだけで見ても0.11％しかないわけですよね。それを全部ネットで消費税を引くと、改定率は全体としてはマイナスの0.63％、それに消費税分がプラス0.73％あって、それを差し引くとプラス0.1％というのがこの内訳のネットのプラス0.1％アップだという改定なんですね。消費税分というのは、消費税を預かってもそのまま全部素通りしていくわけですから、医療機関の収入には全くなりませんから、これはアップという中に計算すべきものではないというふうに思っております。ところが、この消費税分1.36％というのがプラスで認められました。財務省はプラス1.23％が消費税分という同じ計算式のはずなのにそういった違いが出て、これは最後まで厚生労働省と財務省とで戦っていたんですけれども、結果的に厚生労働省の言い分が通って、プラス1.36％という結果になりました。しかし、これは今回のプラス３％の分だけしかありません。今までの５％の分は全く勘案してないということでございますので、今後来年の10月に早ければ10％になるということですから、今年もう既に今度消費税に対して医療はどうするのかといった議論を始めなければならない。今年の暮れまでにどういった形でこれを処理するかということを結論を出さなければいけないということで、そのときには現在までの５％分、そして今回３％にプラス２％上がるわけですから、その分を加えた全体としての消費税をどう扱うのかということで、皆様方にこれ以上の負担がかからない形をどうすればいいのかということをしっかりと考えていきたい。１万円かかったら1,000円払う、これが一番簡単な方法ですけれども、患者さんの負担が増えるということは事実でございますので、そういった意味では今回の診療報酬改定でも安倍総理が一番こだわったのは、消費税分の負担が国民にかかる。それに加えて医療費を増額したら、それに伴った負担がふえる。これを非常に嫌いました。そういった形で出てきたのが904億円という基金という形で出てきた。これは患者さんには一切消費税はかかりません。ですから、今回診療基本料に消費税を乗せるということで話が進んでおりますけども、その分は多少増えるのは事実ですが、それ以上に消費税の負担を患者さんに負わせないために基金という形をつくったというふうにご理解いただきたいと思います。ただ、これ自体の使い方というのは、これからそれぞれの県でどういったことに使うということを全て厚生労働省に提出をし、認めた形でこの基金からお金が来るということになりますので、その県、その県でどういった扱い方をするといういい案をつくって厚生労働省に提出をしなければならない。大体６月ごろまでに提出というような話になっているようでございますが、これはまだ決まったわけではありません。予算が通らなければ何も決まりませんので、そういったことですけれども、これからこの議論は、最終的には県議会が決定をする権限を持っています。これは地域医療再生基金もそうでしたから、いわゆ

る県立病院等々の赤字を埋めるために県議会みずから県立病院にこの再生基金をつぎ込むということで、ひどい県は100％公立病院にお金が行きました。そういったことが今回ないように、言葉では官民公平にという言葉が入っておりますけれども、どちらかというと民のほうに多く使っていただかなければ地域医療は再生できませんよということで、しっかりとそのいい方法を考えていただきたい。そして、実際に直接先生方のところにこの基金からお金が配られるということはまずないわけでございますけれども、いろいろな形で地域医療、いわゆる在宅医療等々にどういったシステムを取り入れるか、それにどういった補助金をつけられるかといったときには、実際に先生方のところにその基金からこういった補助金が出ますよということで直接的な支援になるということもつくり得る話でございますので、その辺を十分検討していただくということで、これから先は県医師会と県行政との戦いになるということでございます。これから非常に大変になりますので、皆様方のお知恵を結集して県と戦っていただきたいというふうに思っております。



私、選挙中に言っておりましたが、「すべての人にやさしい医療を」、これは今後、私の国会での活動、この言葉そのまま生かして活動していきたいというふうに思っておりますので、昨年の選挙に賜りましたご支援を、今度私がしっかりと現場の声を国政の場に上げていく、そういったことに、また私に対するご支援を賜れば大変ありがたいというふうに思っております。今後ともどうぞ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。

ポスター優秀賞

第６回福岡県医学会総会ポスター優秀賞受賞者

坂本クリニック耳鼻咽喉科　　坂　本　菊　男

睡眠呼吸障害患者における内視鏡下鼻副鼻腔手術の効果

貝塚病院麻酔科　　松　下　至　誠

脊髄刺激療法が奏功した在宅高齢者２症例

久留米大学内科学講座心臓・血管内科部門　吉　村　彩　子

一般住民男性における、血清尿酸値と左室重量係数の関連

朝倉医師会病院　　佐々木　君　枝

在宅生活質向上と疾病予防の観点からの新たな栄養指導

福岡大学医学部神経内科学　　深　江　治　郎

大分県杵築市における認知症の疫学調査

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、そして勤務医と開業医の相互理解のために開始した福岡県医学会総会も６回目を終えることが出来ました。学会長を務めていただいた、久留米大学内村直尚医学部長、準備委員会委員長を務めていただいた八女筑後医師会植田清一郎会長、そして福岡県内４大学医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。また当日は326名ものご参加をいただき誠にありがとうございました。

福岡県医学会賞には、14名の先生から応募があり、一般演題のポスター発表では27名の先生方に発表していただき、活気溢れるセッションとなりました。総会の開催に先立って厳正な審査をお願いし医学会賞１名と５名の奨励賞を差し上げました。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ったと考えております。またポスター発表をしていただいた先生の中から５名の方に優秀賞を授与いたしました。

県内４大学から１名ずつと臨床外科医学会から選ばれた１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です。

特別講演では、参議院議員の羽生田俊先生をお迎えし、最新の中央情勢についてお話いただきました。来年は福岡大学の朔啓二郎医学部長に学会長をお願いし、準備を始めており、楽しみにしております。

平成26年５月
福岡県医師会学術担当理事　　津田　泰夫

第６回　福岡県医学会

会　頭　松田　峻一良　　学会長　内村　直尚

＜準備委員会＞
委員長　植田　清一郎（筑後ブロック）
委　員　片野　光男（九州大学）
山木　宏一（久留米大学）
朔　　啓二郎（福岡大学）
久保　真一（福岡大学）
金澤　　保（産業医科大学）
江頭　芳樹（内科医会）
萱島　孝二（臨床外科医学会）
進藤　静生（小児科医会）
松延　知哉（整形外科医会）
合馬　　紘（北九州ブロック）
江頭　啓介（福岡ブロック）
馬郡　良英（筑豊ブロック）

〈福岡県医師会役員〉
野田　健一
蓮澤　浩明
堤　　康博
津田　泰夫
山本　英彦
瀬戸　裕司
佐藤　　薫
半井　都枝子
上野　道雄

福岡県医学会誌　第６巻

発行年月日　平成26年5月31日
発　行　者　公益社団法人　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

FMA