

平成29年度

福岡県医学会総会記録集

第10回
福岡県医学会総会

平成30年2月4日(日)

【会頭】

福岡県医師会会长 松田峻一良

【学長】

久留米大学副学長・
医学部長 内村 直尚

【準備委員会委員長】

大牟田医師会会长 杉 健三

福岡県医学会

福岡市博多区博多駅南2-9-30 福岡県医師会内 TEL:092-431-4564

第10回 福岡県医学会総会

日 時：平成30年2月4日（日） 10：30～17：00

場 所：福岡県医師会館

1. 開 会（10：30） 福岡県医師会副会長 上 野 道 雄
2. 挨 捶（10：35） 会 頭：福岡県医師会会长 松 田 峻一良
学 会 長：久留米大学副学長・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（10：45）
4. 次期学会長挨拶（11：40） 福岡大学医学部長 脳 啓二郎
5. ポスターセッション（11：50～13：07 ～ 昼食中 ～）
テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」
- ◆ ランチョンセミナー（13：10～13：25 ～ 昼食中 ～）
テーマ「JMA-JDN（日本医師会ジュニアドクターズネットワーク）活動報告
～日本と世界の若手をつなぐ新たな取り組み～」
～ 昼 食（11：50～13：30） ～
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」【専門医共通講習—⑤地域医療（任意）】1単位
座 長：久留米大学副学長・医学部長 内 村 直 尚
1) 「心不全医療の最新動向」
九州大学大学院医学研究院循環器内科学教授 筒 井 裕 之
2) 「三次救急医療施設からみた医療連携」
久留米大学医学部救急医学講座教授 高 須 修
3) 「心血管病治療における包括的心臓リハビリテーションの役割」
福岡大学医学部心臓・血管内科学主任教授 三 浦 伸一郎
4) 「呼吸器感染症の最近の話題」
産業医科大学医学部呼吸器内科学教授 矢 寺 和 博
5) 「最新の外科医療は地域医療へ何をもたらしたか」
福岡県臨床外科医学会／疋田医院院長／久留米大学解剖学非常勤講師 疋 田 茂 樹
— 総合討論（30分） —
～ 休 憩（15：40～15：50） ～
7. 特別講演（15：50～16：50）【専門医共通講習—⑤地域医療（任意）】1単位
演題：「日本医師会の医療政策～地域医療体制の再構築に向けて～」
講 師：日本医師会会長／世界医師会会長 横 倉 義 武
座 長：福岡県医師会会长 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 蓮 澤 浩 明

目 次

挨 拶

会 頭／福岡県医師会会长	松田 峻一良	1
学会長／久留米大学副学長・医学部長	内村 直尚	3

福岡県医学会賞受賞者講演

<特別賞>

脳内出血増大の新たな予測因子Leakage signの有用性

久留米大学医学部脳神経外科助教	折戸 公彦	7
-----------------	-------	---

<奨励賞>

1. DPCデータを利用した急速進行性重症呼吸不全を呈した
特発性肺線維症患者の検証

産業医科大学医学部呼吸器内科学助教	小田 桂士	10
-------------------	-------	----

2. 食道癌術後合併症発生が長期予後にもたらす影響の検討

九州大学大学院医学研究院外科分子治療学准教授	佐伯 浩司	13
------------------------	-------	----

3. C型慢性肝疾患に対するダクラタスビル/アスナプレビル併用療法

-ダイレクトシークエンス法とサイクリープ法による

HCV薬剤耐性変異の解析と治療効果に関する検討-

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門准教授	井出 達也	15
-------------------------	-------	----

4. HDLの機能とステント留置後の再狭窄

福岡大学医学部医学系研究生命医療倫理部門准教授	今泉 聰	18
-------------------------	------	----

5. C型慢性肝炎患者におけるインターフェロン β ・リバビリン併用療法後の

肝癌発症に関与する因子の検討

原土井病院総合診療科科長	池崎 裕昭	21
--------------	-------	----

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 (代謝)

1. 慢性腎臓病患者におけるファブリー病スクリーニングの有用性
久留米大学医学部内科学講座腎臓内科部門 長田 晴子 31
2. 2年間のSGLT2阻害薬投与例における体組成や代謝因子の変動
久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門 坂本 萌子 31
3. 救急搬入された低血糖患者180名のリスク因子の検討
公立八女総合病院内分泌代謝内科 後藤 由佳 32
4. 糖尿病細小血管合併症に影響を及ぼす因子の10年間に亘る調査
久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門 永山 綾子 32
5. 薬剤性によると考えられた高齢者の重症低血糖の2例
久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門 合原 水月 33
6. 大規模放射線災害や核テロを想定した教育訓練用仮想放射線測定システム USOTOPE
産業医科大学産業生態科学研究所放射線健康医学 盛武 敬 33
7. DPY30は不育症の責任遺伝子か？遺伝性痙性対麻痺家系の検討より
久留米大学病院神経内科／朝倉医師会病院神経内科 三浦 史郎 34
8. 多数の医療機関から処方されたマイスリー依存症の一例
久留米大学精神神経科 瀧井 稔 34
9. 若年代女性におけるミネラル欠乏の実態
博多おおぞらクリニック 瀬尾 洋介 35
10. 低出生体重児の時代：出生体重500g以下児の予後と低出生体重の原因検索
九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野（小児科） 井上 普介 35

Session B (心血管)

1. MDCTを用いた心臓周囲脂肪、内臓脂肪、皮下脂肪と冠動脈疾患の関連性
福岡大学医学部心臓・血管内科学講座 上田 容子 36
2. 非侵襲的簡易機能検査法を利用した心臓リハビリの効果を評価する試み
福岡大学医学部心臓・血管内科学講座 二見 真紀人 36
3. 女性におけるオキシトシンと動脈硬化因子との関連
久留米大学医学部心臓・血管内科 濱村 仁士 37
4. 気腫性変化と肺炎の原因菌の検討－細菌叢解析法を用いて－
産業医科大学医学部呼吸器内科学 内藤 圭祐 37
5. 慢性腎不全で透析中に周産期管理を行った5症例
産業医科大学産科婦人科学 内村 貴之 38
6. 血管内超音波で計測した最小内腔面積と血管内腔IB値の心筋虚血診断能の比較検討
産業医科大学医学部第2内科学 高見 浩仁 38

7. 当科でプロプラノロール (PPL) 内服療法を行った乳児血管腫 (IH) 14例の検討		
産業医科大学小児科学教室	白山 理恵	39
8. 2期的な機械的循環補助により救命した劇症型心筋炎の一例		
九州大学大学院医学研究院循環器内科学	出口 裕子	39
9. 急性心不全患者における入院中の体重変化は予後を予測する		
福岡大学医学部心臓・血管内科学講座	小牧 智	40
10. 特異な皮膚病変を認めたナロンエース大量服用による自殺の一剖検例		
おか医院／福岡大学医学部法医学教室	岡 毅	40

Session C (新たな治療)

1. 食道癌術後患者におけるGERD問診票の有用性		
久留米大学医学部外科学講座	最所 公平	41
2. 肺癌に対して免疫療法（抗PD-1抗体）を行った31例の検討		
産業医科大学医学部第2外科	市来 嘉伸	41
3. 久留米大学病院における高リスク前立腺癌に対するtrimodality therapyの臨床的検討		
久留米大学医学部泌尿器科	大西 聰	42
4. 括約筋間直腸切除術（Intersphincteric resection）後の肛門機能とQOLについて		
久留米大学医学部外科学講座	下村 晋	42
5. 経外耳道的内視鏡下耳科手術と顕微鏡下耳科手術の比較検討		
久留米大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座	三橋 亮太	43
6. 骨付き膝蓋腱を用いた解剖学的前十字靱帯再建術における骨孔位置と		
不安定性の検討：Open MRIでの定量的評価による従来法との比較検討		
九州労災病院スポーツ整形外科／		
九州大学大学院医学研究院整形外科学教室	田代 泰隆	43
7. 人工膝関節置換術におけるPortable navigation systemの精度		
九州大学大学院医学研究院整形外科学教室	水内 秀城	44
8. スクワット動作における膝関節内接觸力の計測：人工膝関節置換術後症例を用いた検討		
九州大学大学院医学研究院整形外科学教室	水内 秀城	44
9. 80歳以上の腎細胞癌患者の検討		
九州大学大学院医学研究院泌尿器科学分野	柏木 英志	45
10. 九州大学病院における経口内視鏡的筋層切開術の導入と現況		
九州大学大学院医学研究院病態制御内科学	鳴尾 涼子	45
11. 肝細胞癌に対する新規血管新生阻害剤SQAPのユニークな血管新生阻害効果		
- Angiogenic Switch Off -		
久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門／		
久留米大学先端癌治療研究センター肝癌部門	岩本 英希	46

研修医 Session

1. 難治性肺疾患; 特発性肺線維症 (IPF) に対する新薬;
ニンテダニブによる外来治療の有効性と安全性の解析
久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門 恒吉 信吾 47
2. 発作性心房細動に対するCryo ablation施行中に高カリウム血症に伴うWide QRSを来たした1例
久留米大学医学部内科学講座心臓・血管内科部門 吉村 晴美 47
3. 悪性腫瘍を高率に随伴する抗TIF1 γ 抗体陽性皮膚筋炎のプライマリーケアに関する提言 (症例報告)
久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門 杉 鈴奈 48
4. 久留米大学病院における血管腫・血管奇形の集学的治療: 治療効果ピクトリアル
久留米大学病院臨床研修管理センター 田渕 史典 48
5. 出産を契機に発症した急性心不全の1例
福岡大学病院循環器内科 緒方 宗玄 49
6. MYB-GATA1融合遺伝子陽性先天性白血病の女児例
久留米大学医学部小児科学教室 矢野 庄一郎 49
7. 先天性胆道拡張症術後晚期に合併した肝内結石に対して
ショートシングルバルーン内視鏡 (sSBE) 下治療を施行した1例
久留米大学病院臨床研修管理センター 石井 海人 50
8. 当院におけるロボット支援腎部分切除術の初期経験
九州大学大学院医学研究院泌尿器科学分野 井上 裕之 50
9. ソマトスタチン受容体シンチグラフィ (SRS) が局在診断に有効であった腫瘍性骨軟化症 (TIO) の一例
九州大学大学院医学研究院病態制御内科学 永吉 美月 51
10. 地域連携における末梢挿入型中心静脈カテーテル (PICC) の有用性について
産業医科大学病院救急科 馬庭 幸詩 51

ランチョンセミナー

「JMA-JDN（日本医師会ジュニアドクターズネットワーク）活動報告
～日本と世界の若手をつなぐ新たな取り組み～」

- JMA-JDN 代 表 三島 千明 55
JMA-JDN 役 員 河野 圭 56
質疑応答 57

シンポジウム テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」

1. 心不全医療の最新動向

九州大学大学院医学研究院循環器内科学教授 筒井 裕之 61

2. 三次救急医療施設からみた医療連携

久留米大学医学部救急医学講座教授 高須 修 67

3. 心血管病治療における包括的心臓リハビリテーションの役割

福岡大学医学部心臓・血管内科学主任教授 三浦 伸一郎 75

4. 呼吸器感染症の最近の話題

産業医科大学医学部呼吸器内科学教授 矢寺 和博 81

5. 最新の外科医療は地域医療へ何をもたらしたか

福岡県臨床外科医学会／疋田医院院長／久留米大学解剖学非常勤講師

疋田 茂樹 89

総合討論 98

特別講演

日本医師会の医療政策～地域医療体制の再構築に向けて～

公益社団法人日本医師会会长／世界医師会会长 横倉 義武 105

ポスター優秀賞

第10回福岡県医学会総会ポスター優秀賞受賞者 125

編集後記

挨拶

会頭挨拶



福岡県医師会会长 松 田 峻一良

皆さん、おはようございます。本日は雪で大変なことになるかと心配しておりました。実は確か、第1回の総会のときに大雪が降って、開会が危ぶまれたことがありました。その二の舞になるのではないかと心配しておりましたが、幸いなことに交通機関も十分に動いておりましたので、安心をいたしました。

本日はお忙しいところ、第10回福岡県医学会総会にお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。開会にあたりまして、一言ご挨拶申し上げます。

今年度の医学会総会は、学会長を久留米大学副学長である内村直尚医学部長にお引き受けいただきて、準備委員長を筑後ブロックの杉健三先生にお願いいたしました。企画運営にご尽力いただきました各大学の医学部長をはじめ専門医会、各医師会の準備委員の先生方に心からお礼申し上げます。また、本日は各大学から医学生、研修医の皆様にも多数ご出席をいただいております。日曜日の貴重なお時間に集まつていただきまして、本当にありがとうございます。

本総会は、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、そういう思いから立ち上げたものであります。お陰様で第10回目となりました。毎年、充実して会を重ねていけることを大変嬉しく思っております。

本学会では、地域医療に密着したすぐれた論文、発表に対して福岡県医学会賞を設け、表彰しております。今年は医学会賞に21編、ポスターセッションに41題の応募をいただき、どちらも過去最高の応募数となりました。この後、医学会賞の表彰式と受賞された先生方にご講演をいただきます。また、お昼の時間には、隣の会場でポスターセッションを行います。先生方が日頃励んでおられます研究の集大成をここで発表していただくということで、心から感謝と敬意を表する次第であります。

また、「地域医療に役立つ最新の医療」と題したシンポジウム、そして、昨年、アジア太平洋州医師会連合会長、世界医師会長にご就任されました、日本医師会横倉会長の特別講演も予定しております。

また、今回は新たな企画として、「JMA-JDN（日本医師会ジュニアドクターズネットワーク）の活動報告～日本と世界の若手をつなぐ新たな取り組み～」と題して、ランチョンセミナーも開催いたします。皆様、是非ご参加くださいますようお願いいたします。

さて、昨年11月に本会は創立70周年を迎えました。このような節目を迎えるのも、会員はじめ関係各位のお陰であり、心から感謝申し上げます。次世代が担っていく地域医療が適切な医療体制となるよう、強い気持ちでこれからも努めてまいりたいと決意を新たにしたところであります。

一方、7月には九州北部豪雨で甚大な被害が発生しました。発生にあたっては、それぞれが各分野で災害支援に尽力されたと存じます。本会では、熊本地震の教訓を生かして作成した、「福岡県医師会災害医療プログラム（カテゴリーⅡ）」を活用しながら、今後も、災害の状況に即した体制を早急に構築し、必要な支援を速やかに行っていけるよう、救急災害医療に取り組んでいきたいと考えております。

また、今回のこのような災害に遭った場合、速やかに診療が再開できるよう、会員医療機関のレセプトデータのバックアップを「福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）」で、無料で行っております。是非、ご活用をお願いいたします。

さて、本年、福岡県医師会では、切れ目のない医療・介護提供体制の構築に向けて、三つの柱を立てています。まず、「とびうめネット」、二つ目に、健康情報や介護情報など我々が生きていくために必要な情報を集約する情報基盤整備のための「福岡県民100年健康ライフ構想」、そして三つ目は、これらを実現するための「関係諸団体との連携」を強化する、この三つの柱を一体的に推進することで、生涯保健事業の体系化を確実に進めていきたいと考えております。

これら全てに対して整合性を図ることが重要で、福岡県から日本の医療をよりよいものにできるように、各医師会、県行政、関係各位と密接に連携・協議しながら、全力で取り組んで参ります。

最後にご案内になりますが、本会では、30歳以下の若い勤務医の先生方が医師会に入会しやすいよう、平成31年度から会費の値下げを行う予定にしております。また、各医療機関における医師採用時の資格確認については、これまで医師免許証あるいは卒業証書で徹底的にされておられましたが、今後は日本医師会が発行しております医師資格証で行なうことが可能になりました。まだ医師資格証をお持ちでない先生方については、本日、1階のロビーで申請受付を行っておりますので、是非、申請をお願いします。

本医学会が全ての医師の心を一つにする足掛かりとして、その役目を全うできるよう取り組んで参りたいと思いますので、ご協力をお願い申し上げて、私の挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願ひいたします。

学 会 長 挨 捶



久留米大学副学長・医学部長 内 村 直 尚

皆様、おはようございます。第10回福岡県医学会総会の学会长を務めさせていただきます、久留米大学副学長及び医学部長を拝命しております内村直尚です。本日はどうぞよろしくお願ひいたします。

この総会は、福岡県医師会と4大学が連携しながら行う総会ということで、4大学の医学部長がそれぞれ交代で学会长を務めております。前回、久留米は第6回の福岡県医学会総会を担当いたしました。その時丁度、私は医学部長になった1年目で、今回、2度目の会長を務めることになりました。また、今年は第10回ということもありますし、久留米大学は今年創立90周年を迎えます。また、先ほど松田会頭からご紹介ありましたとおり、今日の特別講演をされます横倉日本医師会長は、久留米大学の先輩でありますし、昨年の10月から世界医師会長にも就任されています。久留米大学にとっては記念すべき年に第10回の福岡県医学会総会を開けるということは、大変光栄に思っております。

元々久留米大学は、地域医療に貢献できる、良き臨床医を育てるというのが設立の時の趣旨であり、そういう意味では、この総会に出来るだけ医師も、また研修医も、今日は特に地域医療の学生さん達にも数多く参加していただいている。そして、多くの演題が出るように久留米大学の各講座にお願いしまして、その結果、ポスターセッションは41題中19題、ほぼ半数は久留米大学からの発表となりました。参加するだけではなく、実際演題を出して、そして久留米大学以外の3大学の先生方、また、県の医師会の先生方と議論しながら、今、地域医療に何が求められているのかを考え、現状および問題点を把握して、今後の方向性を検討していくかと思います。地域医療においては、どの大学もかかりつけ医の先生方との連携は欠かすことができないことです。どのような診療、研究が今後求められるのか、医師の生涯教育、学生の教育に何が重要なのかをこの総会で学びたいと思っております。

また、今年から新専門医制度が始まりまして、この新専門医制度の中では、特に福岡県は専攻医の人数が制限されています。日本の中で5つの都道府県が専攻医の数が制限されていまして、その中でいかに専門医を育てていくのか、育成していくのかというのは、これは大学だけでは到底難しく、医師会の先生方のご協力なくしてはやっていけません。また、地域医療構想に関しましても、大学としては高度急性期病床を今後どのようにしていくべきかなどの問題も、やはり県医師会の先生方と協議をしながら、考えていかなければなりません。この総会はそういうきっかけになるのではないかと考えております。

最後に、この本日の会を準備していただきました準備委員長の、大牟田医師会長の杉先生、また、準備委員を務めていただいた、久留米大学学生部長および医学部学生委員長を務めておられます、解剖学の山木教授、お二人には筑後ブロックの医師会あるいは久留米大学の様々な意見を企画に反映していただきまして、そして松田会頭をはじめ福岡県医学会準備委員会の先生方および九州大学、福岡大学、産業医科大学の医学部長の先生方のご支援、ご協力を得て、本日の会を開催することができました。この総会を通じて、地域医療の更なる発展に貢献できれば、また、県民の皆様の医療に少しでも寄与できればと考えております。

福岡県医学会賞受賞者講演

特別賞

「脳内出血増大の新たな予測因子 Leakage sign の有用性」

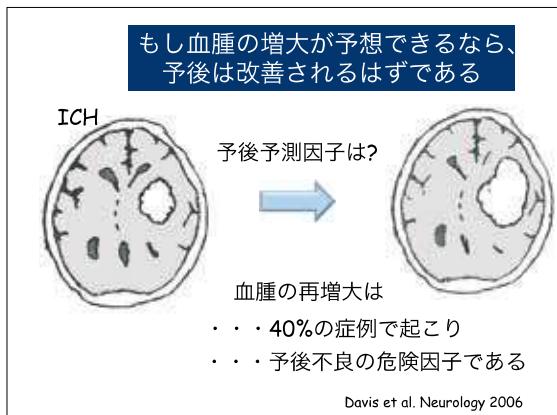


久留米大学医学部
脳神経外科
助教
折戸 公彦



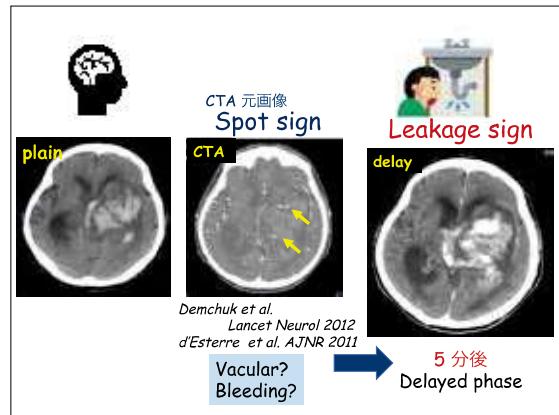
久留米大学脳神経外科の折戸と申します。この度はこのような賞をいただきまして、大変恐縮しています。

私の発表はものすごく単純なものでして、脳内出血の患者さんで、血管から造影剤の漏出がある場合に血腫の増大があるのではないかということで調べた研究です。

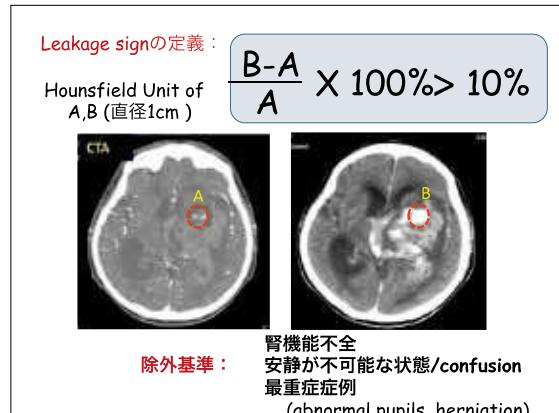


脳内出血に関しては、かなり予後の悪いものでして、血腫の再増大というのはさらに予後を悪くする因子であります。それで、大体40%の症例で血腫の増大を認めるので、それを

予測することで何か積極的な治療ができるのかと考えております。

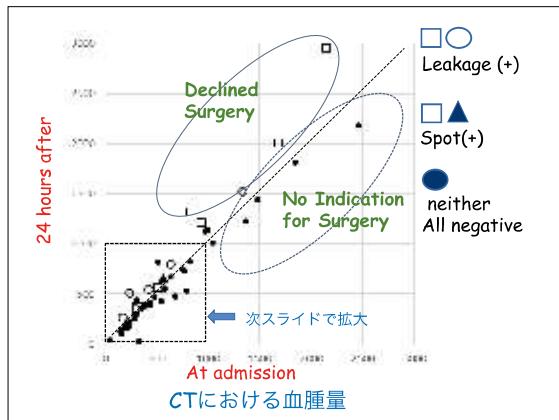


まず、単純CTを撮り、脳内出血の診断をします。そのときに出血源の精査としまして造影CTを撮りますが、その元画像を用いて、造影剤の漏出があった場合等に出血の増大を予測できる。あと、予後にも影響があるという発表はSpot signということで言われてはおります。これはカウントしてみますと分かりますが、とても判断がしづらい。実際に血管が見えているのか、造影剤の漏出なのか、ちょっと分からぬことが結構あります。それで、私たちはさらに5分後に単純CTを追加して撮るようにしています。これをすることによって、血管はもちろん大きくなりませんが、造影剤の漏出であれば、さらに広がる傾向があり、よりはっきり判断できるということで見ていく。



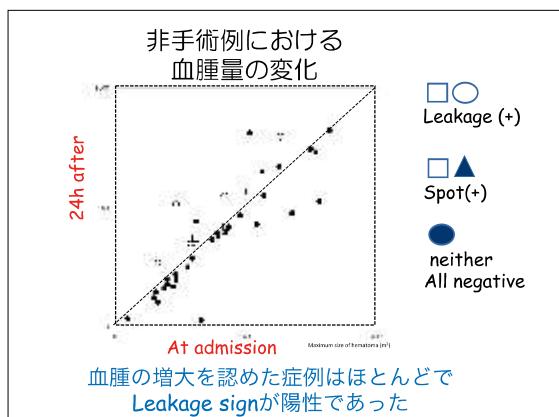
Leakage signの定義としましては、1センチの直径を設定し、造影剤の元画像と5分後の画像で同じ部位でHounsfield Unitを比較しました。それで、10%以上上がったときに造影剤が漏出しているだろうということで、陽性ととっ

ています。全例にするわけにはいきませんので、腎不全がある方、体動がひどくて安静が保てないような方、瞳孔が開いて手術適用がないような方は全て除外しております。



こちらは症例をプロットしたものです。横軸が搬入時の血腫の一番大きなスライスでの面積になります。それで、縦軸が24時間後にもう一回撮ったCTの面積になりますので、真ん中の線より上にきた症例は、24時間で出血が大きくなつたというようなことになります。うちの科では、搬入時に手術をしようと決めざるを得ないような方、大体この線よりこっち側の大きい血腫で運ばれてきた方は、その場で手術をすることが多いのですが、24時間後にフォローができるているということは、この方は手術をしなかった人たちになりますけれども、線より大きくて手術しなかった人々は、瞳孔が既に開いてしまっていたり、家族の同意が得られなかったりしたような場合にこちらに分類されます。

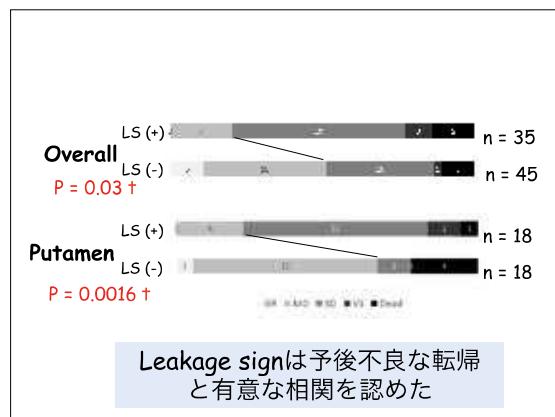
それで、実際に、最初は手術をしないけれども、後で血腫が大きくなつてくるような場合、あらかじめ手術が早目にできなかつたということで、注目すべきところは線以下のところです。



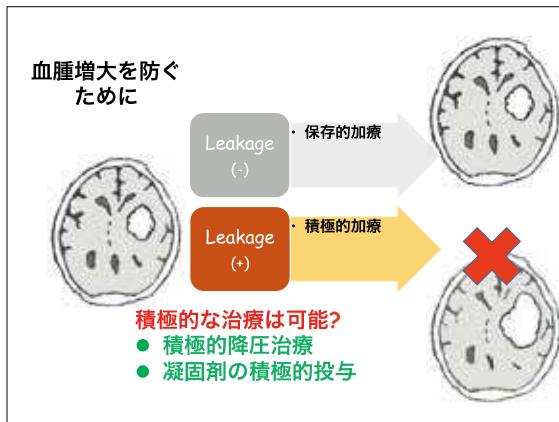
Leakage signが陽性の分は全部白抜きの分になりますので、血腫が増大しているものは白抜きが多いなということは分かりますが、実際にSpot signとLeakage signの両方陽性のものはこの四角になりますので、全体に比べると、Spot sign自体では、血腫の増大自体を捉えるのは少し陽性率としては低くなるなという印象です。

血腫増大の予測的中度		
	Sensitivity (%)	Specificity (%)
Spot sign	77.8	73.8
Leakage sign	93.3	88.9
Both or Either	93.8	91.4

実際の血腫増大の感度・特異度で調べてみると、Spot signを見てみると、感度・特異度が70%前後ぐらいで血腫の増大を捉えられますが、Leakage signにすると、90%前後ぐらいの差がはっきりと分かるということです。



予後自体も、脳内出血全例でとった場合でも、Leakage signが陽性の分は予後がかなり悪くなると有意差を持って言えますし、手術適用を判断する皮下出血に関しましては、さらにその傾向が強くなります。それで、Leakage signによって予後の差が出てくるということが言えます。



実際、脳内出血で血腫増大を防ぐために、Leakage signあるなしで予後が判断できます。全例で、今まで脳内出血で血圧を下げるような管理をして、予後がよくならなかつたという論文があって、血圧管理は積極的にあまりしないような方針に最近はなりつつあるのですが、実際に全例に血圧を下げる副作用も強くなりますが、Leakage signとかで悪くなる症例を絞った上で、積極的な血圧の降下であるとか、凝固剤の積極的な投与であるとか、そういうのをすることで、全体の血腫増大を抑えられればなと考えております。

奨励賞

「DPCデータを利用した急速進行性重症呼吸不全を呈した特発性肺線維症患者の検証」



産業医科大学医学部
呼吸器内科学
助教

小田 桂士

2018年2月4日(日) 福岡県医学会総会

DPCデータを利用した急速進行性重症呼吸不全を呈した特発性肺線維症患者の検証

産業医科大学 呼吸器内科学 小田 桂士

産業医科大学の小田と申します。本日はこのような大変名誉ある賞をいただきまして、誠にありがとうございます。また、発表の機会を与えてくださいました福岡県医師会会长の松田先生、また学会長の内村先生並びに関係の先生方に深く御礼申し上げます。私の研究は、特発性肺線維症患者さんの急性増悪に関するものです。よろしくお願ひいたします。

特発性肺線維症 Idiopathic pulmonary fibrosis:IPF

- 男性に多く、発症は50歳以降
- 乾性咳嗽と呼吸困難を主訴とする進行性肺疾患
- 病理学的には UIP (usual interstitial pneumonia)
- 5年生存率は30-50%
- 死亡原因是急性増悪が最も多い。

IPF/UIP pattern 線維芽細胞巢

	年齢	性別	BMI, kg/m ²	既往歴	院内死亡率	呼吸器学会関連病院
	73.5	(>80)	(27.5%)	4,122	56.8%	23.0%
				22.3		79.5%

K Oda, K Yatera, H Mukae, et al.
Respir Investig. 2018 Jan;56(1):64-71.

特発性肺線維症は、特定疾患である特発性間質性肺炎の一つに分類され、その中でも最も頻度が高く、最も予後の悪い疾患として分類されております。病気の背景につきましては、こちらに記載されておりますが、注目すべきは5年生存率が30%～50%ということで、良性疾患であるにもかかわらず、非常に予後不良であるということです。

私たちが最近まとめました報告でも、IPFの患者さんは、8割近い患者さんが呼吸器学会の認定施設に入院されているにもかかわらず、入院中の死亡率は23%と非常に予後不良であるということが分かりました。

主な死亡原因としましては、急性増悪ということで知られておりますけれども、急性増悪に対する治療というのは、科学的根拠のあるものではなく、国際的なガイドラインあるいは日本のガイドラインにおきましても、有効な治療はないと明記しております。そのため、医師の判断でステロイドパルスを中心とした治療が行われている現状があります。

目的と方法

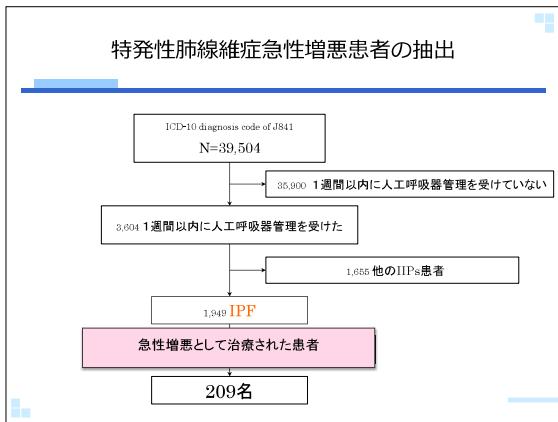
目的: 本邦におけるIPF患者急性増悪に対する治療の現状を示すとともに、適切なマネージメントの確立を目指す。

方法: DPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System)を使用し、特発性肺線維症患者を抽出した。

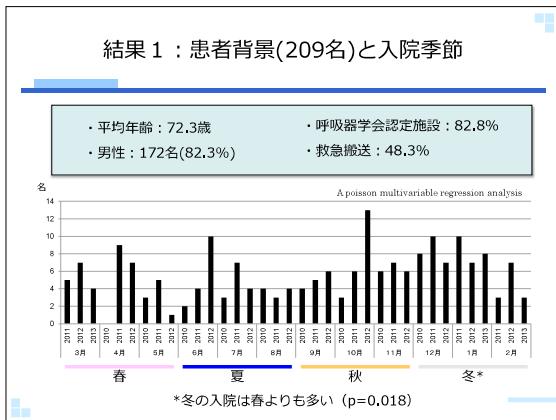
- 包括的な診療報酬支払制度
- 分析可能な全国統一形式の患者臨床情報
 - 患者臨床情報(年齢、性別、住所)
 - 診療行為情報(医薬品名、医療材料、実施日、診療科、病院名)
 - 急性期病院を中心に導入されている

1500以上の急性期病院のデータを使用(ベッド数50,000床)

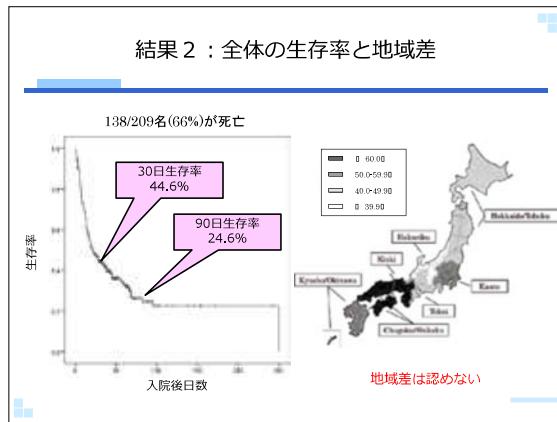
今回、私たちは、本邦における特発性肺線維症患者さんの急性増悪に対する治療の現状と適切なマネージメントの確立を目指すために、DPCデータを使った研究を立案いたしました。DPCデータというのは、急性期病院で主に導入されています包括的な診療報酬支払制度でありまして、今回の研究では、およそ1,500程度の急性期病院のデータを使用しております。



まず、患者さんの抽出方法ですけれども、ICD-10コードのJ841という間質性肺炎のコードを用いまして、およそ4万人のデータを抽出しました。その4万人の患者さんのうちに、入院1週間以内に人工呼吸器管理を受け、さらにステロイドパルス療法を受けた入院中の主病名が特発性肺線維症だった209名を対象とし、急性増悪として治療されたIPF患者と便宜的に定義いたしました。

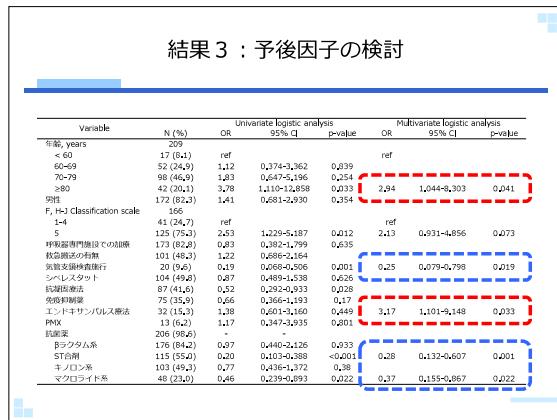


こちらがその結果になります。まず青色で囲ったところが患者さんの背景になりますが、平均年齢はおよそ72歳でありまして、ほとんどが男性でした。救急搬送された後に入院となつた患者さんは48%でした。入院時期に関しては、こちらにお示ししておりますが、統計学的には冬の入院は春の入院よりも多いというような結果でした。このような背景には、インフルエンザウイルスなどのウイルス感染を契機として急性増悪に至ったケースが多かったのだろうと考えております。



こちらは入院中の死亡率、生存率の経過ですが、209人の患者さんのうち、入院中に66%の患者さんがお亡くなりになりました。30日の生存率は44.6%、90日の生存率は24.6%ということで、この疾患が非常に致死的な病態をたどることが分かります。

地域差についても検討してみましたが、多少の違いはありましたけれども、統計学的な有意差はございませんでした。



また最後に、予後因子の解析も行っております。そこで見えたことは、この赤字のところは予後不良因子になりますけれども、その項目として、ご高齢であること、そして入院中にエンドキサンパルス療法を行った患者さんは予後不良ということが分かりました。一方で、気管支鏡検査を行った患者さんや抗菌薬でST合剤あるいはマクロライド系の抗菌薬を使った患者さんの予後良好という結果でした。このような背景には、おそらく気管支鏡による下気道感染の検査ですかね、日和見感染症としてのST合剤の役割、あるいは抗炎症作用を持つマクロライ

ド系抗菌薬の作用などが関与しているのではな
いかと考えております。

結語

- ✓ 特発性肺線維症の急性増悪は冬に多く、人工呼吸器を要する重症呼吸不全の30日生存率は44.6%であった。
- ✓ 治療として、ST合剤、マクロライド療法の併用は予後良好因子であったが、一方でエンドキサンパルス療法は予後不良因子であった。
- ✓ 治療薬の有効性については、前向き臨床試験で再度検討すべき課題である。

 産業医科大学
呼吸器内科学

BMC Pulm Med. 2016 Jun 8:16(1)91.

最後のスライドになりますが、特発性肺線維症の急性増悪は冬に多く、人工呼吸器を要するような重症呼吸不全の30日生存率は44.6%でした。治療としては、ST合剤やマクロライド系抗菌薬の併用は予後良好因子でありましたが、一方でエンドキサンパルス療法は予後不良因子がありました。治療薬の有効性につきましては、前向き臨床試験で再度検討すべき課題だと思っております。

奨励賞

「食道癌術後合併症発生が長期予後にもたらす影響の検討」



九州大学大学院医学研究院
外科分子治療学
准教授
佐伯浩司

平成29年度福岡県医学会賞
平成30年2月4日(日)、福岡県医師会館

食道癌術後合併症発生が長期予後にもたらす影響の検討

九州大学大学院医学研究院 外科分子治療学*・消化器・総合外科
佐伯浩司*、中島雄一郎、安藤幸滋、沖 英次、前原喜彦

目的

食道癌術後の2大術後合併症である肺炎と縫合不全が、長期予後に与える影響について、多数例での検討をもとに明らかにすること。

対象

治癒切除が施行された食道扁平上皮癌580例
九州大学大学院 消化器・総合外科(1990-2013年)

方法

術後肺炎および縫合不全発生と長期予後(全生存率、疾患特異的生存率)との関係について詳細に解析を行った。

九州大学消化器・総合外科の佐伯と申します。この度はこのような名誉ある賞をいただきまして、大変光栄に存じます。福岡県医学会会頭の松田先生をはじめとした関係各位に心より御礼申し上げます。

私は、食道癌を専門にしておりまして、食道癌の術後合併症発生が長期予後にもたらす影響について検討を行いましたので、その研究成果について発表いたします。

目的としましては、食道癌術後の2大合併症である肺炎と縫合不全が長期予後に与える影響がどのようなものかということを多数例の検討で明らかにすることです。

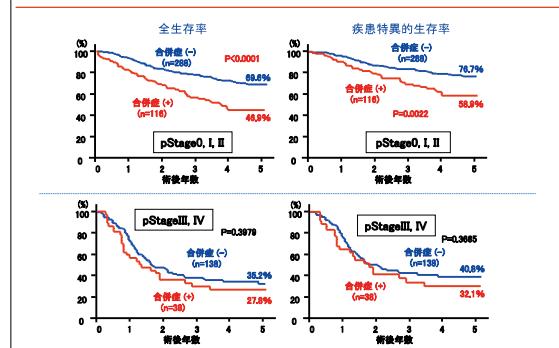
対象は当科で手術を行いました食道扁平上皮癌580例、方法は術後肺炎及び縫合不全発生と長期予後との関係について詳細な解析を行うということをございます。

術後合併症の有無と臨床病理学的因子

因子	術後合併症発生の有無		P値
	(-) (n=426)	(+) (n=154)	
年齢(歳)	63.4	64.9	0.0641
性別	361 (85) 65 (15)	143 (93) 11 (7)	0.0196
病変部位	76 (18) 202 (47) 148 (35)	26 (17) 90 (58) 38 (25)	0.0415
pStage	0, I, II III, IV	288 (68) 138 (32) 38 (25)	0.0742
術前治療	なし 化学療法 放射線治療 +/- 化学療法	234 (55) 28 (7) 164 (38) 81 (53)	0.0014
手術術式	右開胸 左開胸 経空孔 咽頭食道全摘 その他	383 (90) 3 (1) 10 (2) 6 (1) 24 (6)	0.2119
		144 (94) 0 (0) 3 (2) 5 (3) 2 (1)	

これが術後合併症の有無と臨床病理学的因子ですが、二つの合併症が起きた群、起きなかつた群というふうに大きく二つに分類いたしました。年齢、性別、病変部位、Stage等々のさまざまな背景因子を2群に分け比較しましたら、合併症は、男性に有意に多く、逆に下部の食道癌では合併症が起きにくく、術前治療として放射線治療を伴うような治療を行った症例というのは合併症が起きやすいといった結果でした。

術後合併症の有無と予後(pStage別)



これは術後合併症の有無と予後の解析ですが、Stageごとに分けて解析を行っています。まず全生存率、疾患特異的生存率ですが、疾患特異的生存率というのは、癌によって亡くなつたということをイベントとした予後解析であります。上がStage0からIIという比較的早い段階、下がStageIII、IVという非常に進行した癌とご認識いただければと思います。そうしますと、全生存率、疾患特異的生存率を見ましても、Stageが0からIIという比較的早い段階のものであれば、合併症が起きた群というのは長期予後が悪く、一方、StageIII、IVといった進行癌

では、そういった傾向が比較的少ない、差があまりないという結果でございました。

疾患特異的予後因子に関する単変量・多変量解析				
因 子	单変量解析		多変量解析	
	H.R. (95% C.I.)	P値	H.R. (95% C.I.)	P値
全症例 (n=585)				
年齢 ≥70 y (vs. <70 y)	0.98 (0.68~1.40)	0.9000	-	-
男性 (vs. 女性)	1.49 (0.90~2.45)	0.1200	-	-
pT3, 4 (vs. pT0~2)	3.48 (2.53~4.79)	<0.0001	2.61 (1.87~3.66)	<0.0001
pN+ (vs. pN-)	3.10 (2.30~4.17)	<0.0001	2.39 (1.79~3.27)	<0.0001
術後合併症あり (vs. なし)	1.44 (1.05~1.97)	0.0230	1.39 (1.01~1.91)	0.0429
pStage 0, I, II 症例 (n=408)				
年齢 ≥70 y (vs. <70 y)	1.21 (0.75~1.96)	0.4419	-	-
男性 (vs. 女性)	1.73 (0.80~3.74)	0.1640	-	-
pT3, 4 (vs. pT0~2)	2.97 (1.96~4.51)	<0.0001	3.44 (2.15~5.52)	<0.0001
pN+ (vs. pN-)	1.68 (0.95~2.98)	0.0735	3.04 (1.61~5.72)	0.0006
術後合併症あり (vs. なし)	1.92 (1.26~2.94)	0.0026	1.56 (1.01~2.41)	0.0476
pStage III, IV 症例 (n=177)				
年齢 ≥70 y (vs. <70 y)	0.86 (0.50~1.48)	0.5793	-	-
男性 (vs. 女性)	1.60 (0.83~3.08)	0.1640	-	-
pT3, 4 (vs. pT0~2)	1.36 (0.70~2.63)	0.3611	-	-
pN+ (vs. pN-)	1.34 (0.42~4.23)	0.6209	-	-
術後合併症あり (vs. なし)	1.25 (0.77~2.02)	0.3678	-	-

これは疾患特異的予後因子に関する单変量・多変量解析であります。全症例、Stage 0からⅡ、Stage Ⅲ、Ⅳと分けて検討しております。そうしますと、まず全症例で見ますと、pT3,4といった深達度が深いもの、pN+、すなわちリンパ節転移があったものとともに、術後合併症があったものというのが单変量解析で全て有意な因子ということでした。さらに多変量解析を行っても、全てが独立した予後不良因子である、つまり、術後合併症があるということだけで長期予後が悪いということが言えます。

さらにそれを詳しくStageごとに分けてみると、比較的早い段階の食道癌におきましては全く同じような傾向があって、術後合併症があった群というのは、長期予後が独立した予後不良因子であるということが言えます。Stage Ⅲ、Ⅳは、これらの因子というのは予後不良因子としては上がってこないという結果でありました。

以上の結果から、結語としましては、Stage 0からⅡの比較的進行度の早い段階の食道扁平上皮癌においては、治癒切除後の合併症発生は疾患特異的生存率において独立した予後不良因子であり、術後合併症に伴う腫瘍免疫能や栄養状態の低下が術後の遺残した微量の癌細胞を活性化する可能性が考えられました。

結 語

- pStage 0~IIの比較的進行度の早い段階の食道扁平上皮癌においては、治癒切除後の合併症発生は疾患特異的生存率において独立した予後不良因子である。
- 術後合併症に伴う腫瘍免疫能や栄養状態の低下が、術後に遺残した微量の癌細胞を活性化する可能性が考えられた。

Saeki H, et al. Prognostic Significance of Postoperative Complications after Curative Resection for Patients with Esophageal Squamous Cell Carcinoma. Annals of Surgery 265:527-33, 2017

奨励賞

「C型慢性肝疾患に対するダクラタスビル/アスナプレビル併用療法—ダイレクトシーケンス法とサイクリーブ法によるHCV薬剤耐性変異の解析と治療効果に関する検討—」

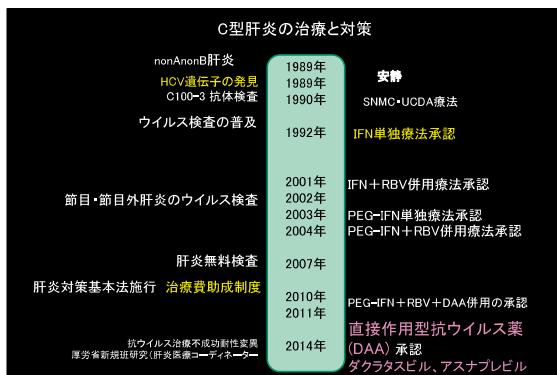


久留米大学医学部内科学講座
消化器内科部門
准教授
井出達也

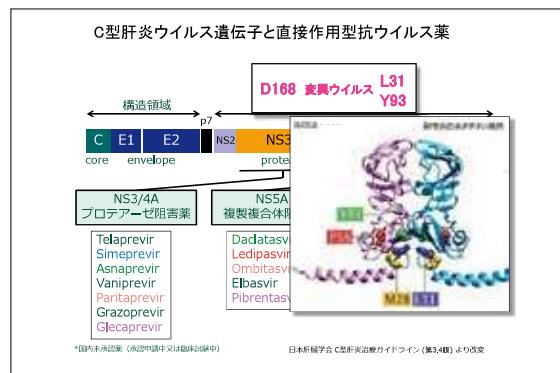


皆さん、おはようございます。久留米大学消化器内科の井出と申します。この度はこのような名誉ある賞をいただきまして、誠にありがとうございます。会頭の松田先生、学会長の内村先生に深謝いたします。

私は、C型肝炎に関する調査を行いました。C型肝炎は福岡県でものすごく多くなっています、全国でも大体4位から6位の肝がん発生率ということで、C型肝炎の治療が進歩しております。



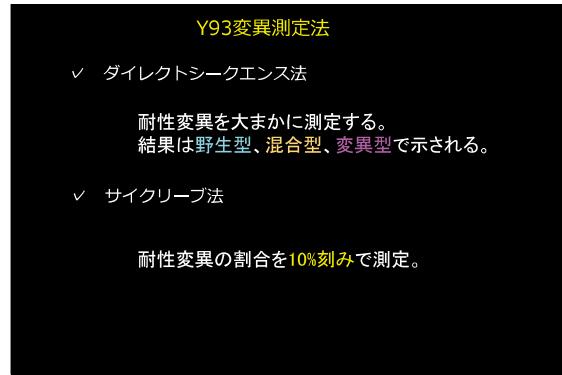
C型肝炎は、1989年に見つかり、その後、インターフェロンで長い間治療しておりました。助成制度も出てきましたが、やはりインターフェロン治療というのは副作用が強く、効果も高くないため、高齢者の方、がんの方など、なかなかできないような状況でしたが、2014年に飲み薬だけで治る直接作用型抗ウイルス薬DAAというものが発売されました。ダクラタスビル、アスナプレビルという治療法であります。これは副作用が少なくて、高齢者でも飲めるといういいお薬ではありますが、この薬の弱点としましては、耐性が出てくるということです。ウイルスに対する耐性でお薬が効かなくなるということですね。



これはC型肝炎の遺伝子模式図ですが、このNS3という部分とNS5Aという部分、NS5Bという部分にお薬が効くようになっていまして、ダクラタスビル、アスナプレビルはこのNS3と5というところに効きます。こういったお薬は今では幾つも発売されているんですけども、耐性変異というのは、例えばNS3の168番目のアミノ酸が変異する、あるいはNS5AのY93のところが変異するということで、Y93というのが耐性変異としては最も強いものになります。

その構造ですが、これはウイルス自身がつくるたんぱく質ですが、このたんぱく質がちょうどはさみのような格好で作用してウイルスが増えていきます。お薬ははさみの根本付近にくっつきますが、アミノ酸が変わりますとこの構造が変わって、ここにお薬が結合できにくくなるということで、このお薬が効かなくなるというようなメカニズムであります。患者さんの中に

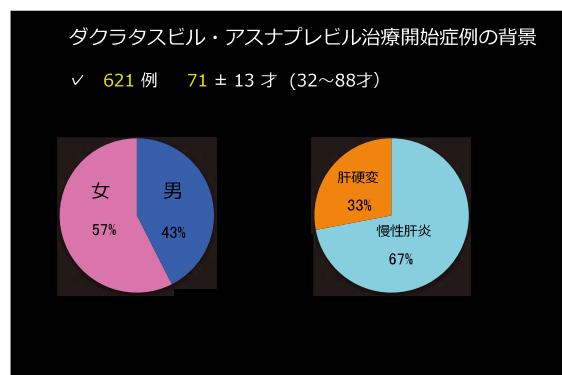
こういった変異を元々持っている方が15%から25%ぐらいいらっしゃるということです。



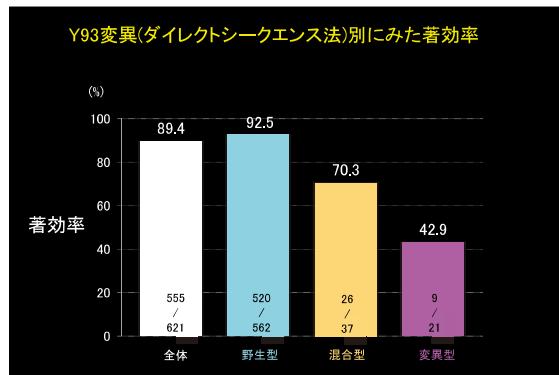
その変異を測定する方法としては、ダイレクトシークエンス法とサイクリープ法がありまして、ダイレクトシークエンス法は野生、混合、変異型の大まかに分ける、サイクリープ法は耐性変異を10%刻みで測定できるということになります。



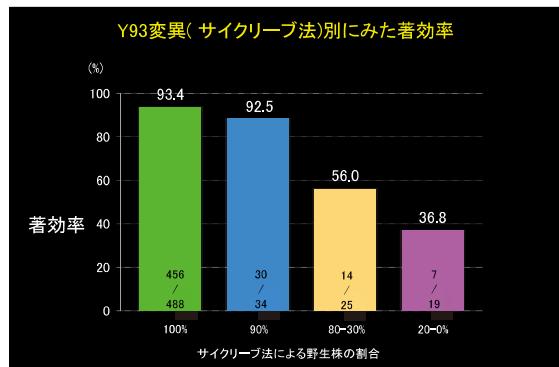
これは産業医科大学と佐賀大学との多施設共同研究のSAKS studyというので行った症例です。



症例は621例、男性が4割ぐらい、慢性肝炎が70%ぐらい、肝硬変が30%ぐらいというような背景であります。



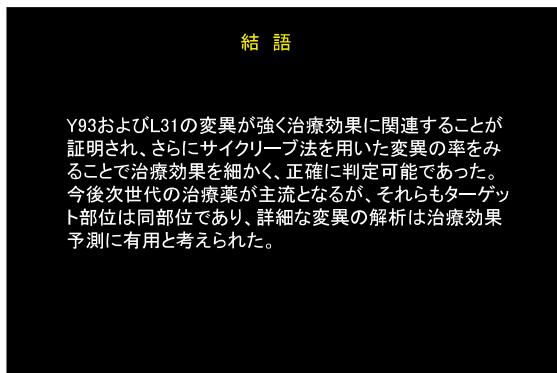
結果ですけれども、一番左が全体の著効率—ウイルスを駆除して治った確率ですが、9割ぐらいということです。ダイレクトシークエンス法で見ますと、野生型、混合型、変異型、やはり変異型がありますと、治る確率が4割と低いということになってまいります。



これをサイクリープ法で見ますと、一番左側が全部野生型ばかり、効きやすいウイルスばかり持っている方になると、93%ぐらい効いて、90%と92%。野生型が減って、耐性型が増えると、著効率は減ってくるということで、より細かく著効率を推定することができるということの結果でした。

著効に関与する因子						
	単变量			多变量		
	Odds ratio	95% CI	p value	Odds ratio	95% CI	p value
性: 男性	1.21	0.79-2.03	0.454	0.96	0.52-1.76	0.899
年齢	0.99	0.98-1.02	0.628	1.00	0.97-1.04	0.877
HCV RNA量	0.47	0.28-0.73	0.0006	0.46	0.26-0.77	0.002
ATL	0.99	0.99-1.00	0.444	0.99	0.99-1.01	0.91
Albumin	0.89	0.38-1.22	0.211	1.00	0.85-1.72	0.992
γ-GTP	0.99	0.99-1.00	0.208	0.99	0.99-1.00	0.363
血小板数	1.03	0.98-1.08	0.268	1.01	0.94-1.08	0.754
肝硬変: なし	1.01	0.58-1.72	0.961	0.92	0.44-1.78	0.817
メプレビル治療歴: なし	16.3	4.8-63.9	P<0.0001	44.4	10.7-223	P<0.0001
L31: 野生型	3.01	1.14-7.07	0.027	5.08	1.70-13.0	0.005
Y93: 野生型	8.74	4.72-16.1	P<0.0001	8.57	4.23-17.3	P<0.0001

ウイルスを駆除することに関与する因子としましては、多変量解析では、C型肝炎のウイルス量とシメプレビル、これは別のDAAですがれども、こういった治療歴があるかないか。やはりY93の野生型であるということが一番効果があるということで、こういうY93の変異というのはものすごく大事な変異で、治療効果に一番影響するということ、そこを細かく見たら予測できますよというような結果でした。



Y93およびL31の変異が強く治療効果に関連することが証明され、さらにサイクリーブ法を用いた変異の率をみると治療効果を細かく、正確に判定可能であった。今後次世代の治療薬が主流となるが、それらもターゲット部位は同部位であり、詳細な変異の解析は治療効果予測に有用と考えられた。

これは2、3年前のお薬になりますので、現在はこういう変異を持っていても、ほとんど全員が治るようになってきました。99%とか、実際は100%治るようになってきて、C型肝炎はほとんど駆除されるということになっております。現在はどちらかといいますと、治る、治らないよりは、住民の方の半分ぐらいはC型肝炎の検査を受けたことがなくて、未だに進行の肝がんで入院されてこられる方がいますので、そういう方には是非検査を受けていただいて、C型肝炎撲滅に向けて活動を進めています。久留米大学も拠点病院となっておりますので、そこでそういったC型肝炎撲滅に向けての取り組みもあわせて行っております。

奨励賞

「HDLの機能とステント留置後の再狭窄」



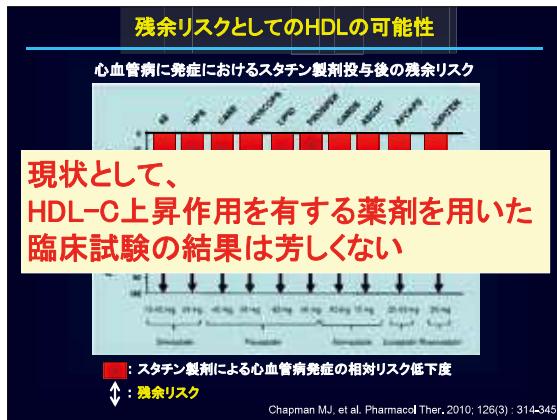
福岡大学医学部医学系研究
生命医療倫理部門
准教授
今 泉 聰



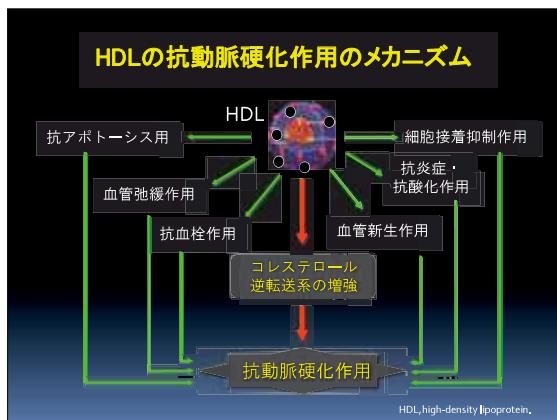
福岡大学の今泉です。今回はこのような素晴らしい賞をいただき、大変光栄に思っております。これもご指導いただいた先生、サポートいただいた先生、また、福岡県医学会の先生方のお陰だと思っております。ありがとうございます。

今回の研究としては、HDLの機能とステント留置後の再狭窄ということで、善玉コレステロールと言われるHDLに関して調べております。

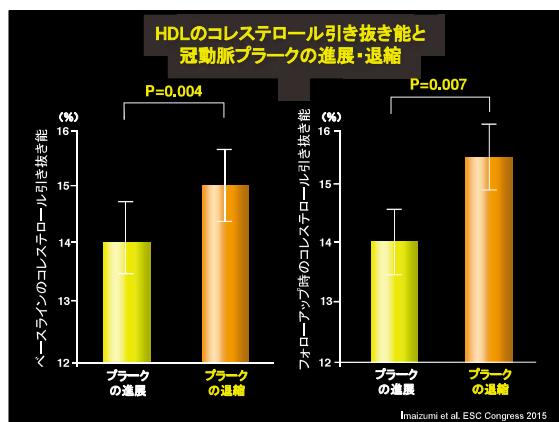
善玉コレステロールのHDLは、リポたんぱく質で、コレステロールや中性脂肪を含む他に、さまざまな抗酸化物質や酵素などを含んでおります。



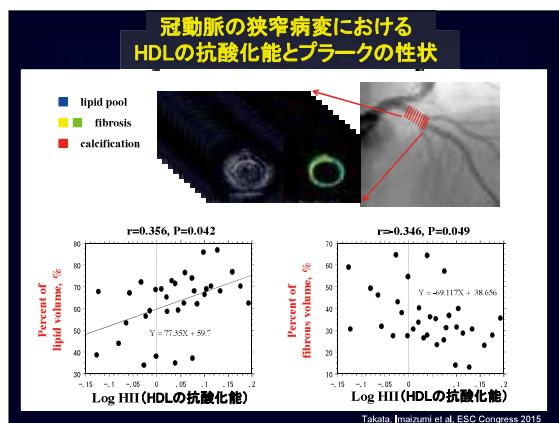
今までの研究、スタチンといったLDLコレステロールを下げる臨床試験の研究では、リスクの低下が大体30%から40%と言われています。この一つ一つが大規模臨床研究の結果であり、スタチンを使っても大体この程度のリスク低下しか見られておりません。残余リスクというのが60%から70%あると言われており、その残余リスクを低下する方法として、HDLコレステロール——善玉コレステロールを上げるということの可能性が言わされてきました。ところが、最近の臨床研究では、HDLコレステロールの上昇作用を有する薬剤を用いた臨床試験の結果は、あまり芳しくない結果となっております。その理由としまして、HDLコレステロールではなくて、HDL機能というものが注目を浴びるようになりました。



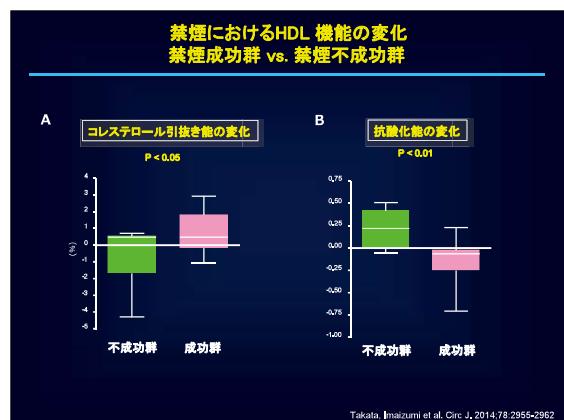
HDLコレステロールというのは、HDLに含まれているコレステロール量をはかっているというだけであって、それとは別にHDLには機能というものが存在します。主な機能としては、抹消の動脈硬化部位からコレステロールを引き抜いて肝臓に戻すコレステロール逆転送系と言われるもので、その他には抗酸化作用や血管保護作用なども報告されています。



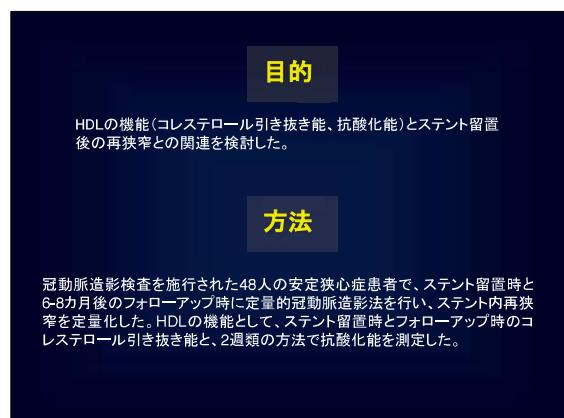
これは我々が行いました研究の一つで、HDLのコレステロール引き抜き能と冠動脈plaqueの進展・退縮を見たものです。冠動脈のカテーテル検査を行いました患者さんで、ベースラインとフォローアップ時のHDLのコレステロール引き抜き能というものとplaqueの退縮に関して研究してみました。その結果、ベースラインにおいてもフォローアップ時においても、コレステロールの引き抜き能が高いほうが冠動脈のplaqueが退縮しているということが分かっております。



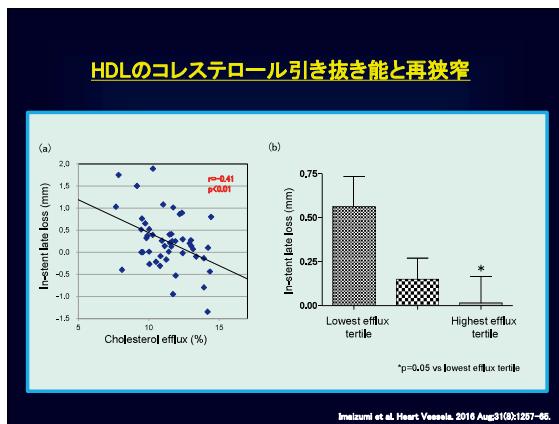
また、HDLの抗酸化能とplaquesの性状についても報告しております。これは、冠動脈病変の狭窄がある部位のplaquesの性状を血管内超音波で見たものです。それとHDLの抗酸化能の関係を見てみたところ、右に行くほど抗酸化能が悪いのですが、抗酸化能が悪いほどplaquesの脂質成分が多くて、線維成分が低いという結果がありました。



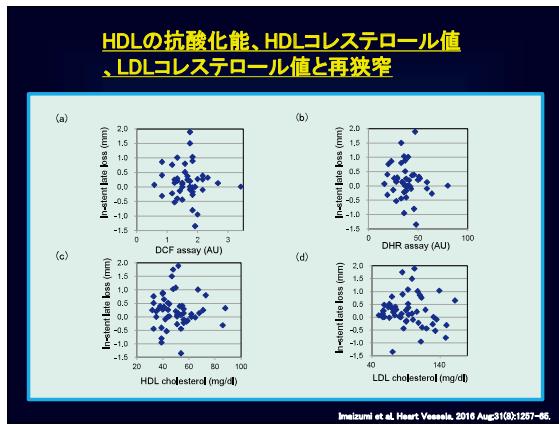
その他我々はこれまでに、禁煙するとHDLの機能はよくなるということも報告しております。これは禁煙成功群と不成功群ですが、禁煙に成功すると、コレステロールの引き抜き能が上がり、抗酸化能——この図では低いほうが多いのですが、禁煙に成功すると抗酸化能が改善するという結果を報告しております。



そこで、今回の研究の目的は、HDLの機能——コレステロール引き抜き能と抗酸化能及びステント留置後の再狭窄との関連を検討しました。冠動脈造影を施行された患者さんにおいて、フォローアップ時とベース時の両方でコレステロール引き抜き能と、抗酸化能は2種類の方法で測定しております。



その結果、これはフォローアップ時の結果ですが、フォローアップ時のコレステロール引き抜き能が高ければ高いほど冠動脈の再狭窄は少ないという結果がありました。また、HDLのコレステロール引き抜き能を高い順から3群に分けると、高い群では冠動脈のステント留置後の再狭窄が起こらないのに比較して、低い群は再狭窄が起こってくるという発見でした。これはまた、ベースラインのHDLコレステロール引き抜き能の検討でも同様の結果がありました。



一方で、この2種類の方法で測定したHDLの抗酸化能は、ステント留置後の再狭窄との関連は示されておらず、また、HDLコレステロール値やLDLコレステロール値と再狭窄との関係も認められませんでした。

結果

本研究から、HDLのコレステロール引き抜き能がステント留置後の再狭窄発症と関連しており、コレステロール引き抜き能を測定することにより、再狭窄の発症を予測できる可能性があると考えられた。

結果です。本研究から、HDLのコレステロール引き抜き能がステント留置後の再狭窄発症と関連しており、コレステロール引き抜き能を測定することにより、再狭窄の発症を予測できる可能性があると考えられました。

ありがとうございました。



ありがとうございました。

奨励賞

「C型慢性肝炎患者におけるインターフェロンβ・リバビリン併用療法後の肝癌発症に関与する因子の検討」



原土井病院
総合診療科科長

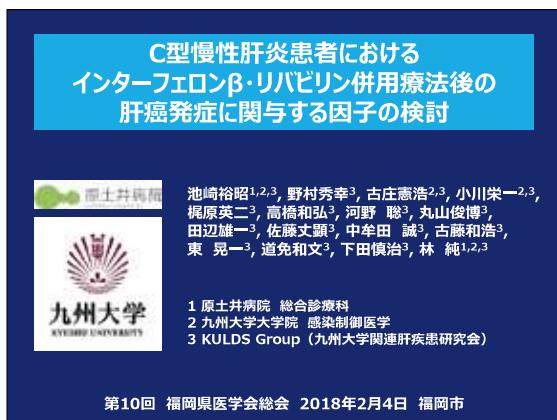
池崎 裕昭

COI開示

演題発表に関連し、
開示すべきCOIはありません

KULDS (九州大学関連肝疾患研究会)

九州大学病院	原土井病院
総合診療科（感染制御医学）	済生会唐津病院
第一内科（病態修復内科学）	かじわらクリニック
第二内科（病態機能内科学）	JCHO 九州病院
第三内科（病態制御内科学）	JR九州病院
製鉄記念八幡病院	九州労災病院
国家公務員共済組合 新小倉病院	天ヶ瀬クリニック
国家公務員共済組合 浜の町病院	水戸病院
国家公務員共済組合 千早病院	社会保険 仲原病院
国立病院機構 九州医療センター	宗像医師会病院
国立病院機構 小倉医療センター	赤間病院
北九州市立医療センター	嘉麻赤十字病院
福岡市立病院機構 福岡市民病院	光武内科循環器科病院
公立学校共済組合 九州中央病院	



原土井病院総合診療科の池崎と申します。本日はこのような栄誉ある賞をいただきまして、誠にありがとうございます。これも研究にご協力をいただいた患者様、それから福岡県医学会の会頭でございます松田先生をはじめとしました福岡県の先生方のご協力の賜物でございます。誠にありがとうございます。

それでは、私の発表でございますけれども、C型慢性肝炎患者におきまして、ちょっと古い治療になります、「インターフェロンβ・リバビリン併用療法後の肝がん発症に関与する因子の検討」ということで発表いたします。

先ほど井出先生にお示しいただきましたけれども、インターフェロンβプラス、リバビリン併用療法というのはちょっと古い治療になりますが、現在では直接的抗ウイルス剤——DAAと僕たちはよく言いますが、そのような治療が主流になってきまして、現在、九州大学ではこのような関連病院とあわせまして、患者様を集めて、解析をしているところになります。



研究デザインになりますけれども、私たちのKULDSの中から3,253名の方が抗ウイルス療法を受けており、当時、インターフェロン β ・リバビリン併用療法を受けられました129名の方を選びまして、その中から肝硬変異症が疑われる方、この方は元々保険適用でなくなるのですが、このような方はちょっと怪しいということで、除外をしております。研究対象として124名を選び、治療を中断した方という方は今回の解析にはそぐわないということで、12名の方をまた除外しまして、112名の方を解析対象としております。

対象者背景（治療効果別）			
	SVR(68例)	non-SVR(44例)	P値
男性、例数(%)	27 (39.7)	17 (38.6)	> 0.99
年齢(才)	60 [49-68]	64 [56-71]	0.03
IL28B TT、例数(%)	55 (80.9)	29 (65.9)	0.06
肝線維化進行例、例数(%)	21 (30.9)	32 (72.7)	< 0.001
肝細胞癌既往例、例数(%)	2 (2.9)	3 (6.8)	0.38
HCV RNA量(LogIU/mL)	6.25 [5.56-6.88]	6.55 [6.00-6.90]	0.10
AST(U/L)	42 [28-76]	57 [37-102]	0.045
ALT(U/L)	54 [35-88]	59 [33-110]	0.46
血清アルブミン(mg/dL)	4.2 [4.0-4.5]	4.0 [3.8-4.2]	0.01
血小板数(万/ μ L)	17.6 [12.6-21.2]	11.7 [8.2-17.6]	0.01
AFP(ng/mL)	4.2 [3.0-6.1]	7.0 [4.0-13.5]	0.29
APRI	0.72 [0.51-1.42]	1.66 [0.78-3.15]	< 0.001
FIB-4	2.19 [1.44-3.661]	4.99 [2.40-7.451]	0.23
肝細胞癌発症例、例数(%)	2 (2.9)	7 (15.9)	0.03

Ikezaki H, et al. Hepatol Res 2016; 46: E174-180

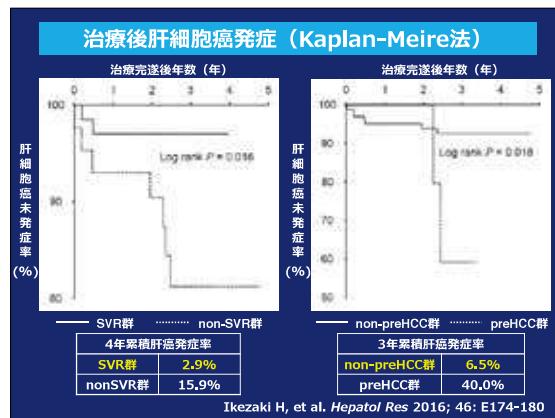
対象者の背景になりますけれども、SVR——治療が成功したという方が68例でして、先ほど井出先生は90%とDAAの成功率を示されているのに、大分悪いのですが、60.7%の成功率になっております。成功、不成功の差を分けたものを見ますと、年齢は高齢であるほど不成功である、それから肝硬変まではなっていないけれども、肝臓の線維化が進行している方、治療前ASTが高かった方、APRIというのはASTと血小板の比をあらわしますが、こちらが高い方、血小板が低いあるいはASTが高いという方は治療が不成功になりやすかった。また、血清アルブミン値が低い、血小板数が低いという方も不成功になりやすかったという結果になっております。

この中から肝細胞がんを発症したのが、治療を成功した68例からは2例で2.9%。治療を失敗した44例からは7名で、15.9%が肝細胞がんを発症しております。

	Cox比例ハザード解析結果			
	単変量解析		多変量解析	
	HR (95%CI)	P値	HR (95%CI)	P値
男性	1.19 (0.30-4.52)	0.79		
年齢(才)	1.05 (0.99-1.13)	0.09		
IL28B TT	1.04 (0.25-7.02)	0.96		
肝線維化進行	1.40 (0.37-5.65)	0.62		
肝細胞癌既往	5.43 (0.81-22.53)	0.08	4.12 (0.61-17.32)	0.13
HCV RNA量(LogIU/mL)	1.10 (0.67-2.10)	0.72		
AST(U/L)	1.00 (0.99-1.02)	0.50		
ALT(U/L)	1.00 (0.98-1.01)	0.69		
血清アルブミン(g/L)	0.24 (0.06-1.28)	0.09		
血小板数(万/ μ L)	1.00 (0.99-1.01)	0.65		
AFP(ng/mL)	1.01 (0.99-1.02)	0.16		
APRI	1.08 (0.63-1.60)	0.75		
FIB-4	0.98 (0.82-1.06)	0.75		
SVR	0.18 (0.03-0.74)	0.02	0.20 (0.03-0.84)	0.03

Ikezaki H, et al. Hepatol Res 2016; 46: E174-180

Cox比例ハザード解析を用いまして、単変量解析と多変量解析を用いて、どのような因子が最終的に肝がん発症に関与するのかということを調べ、最終的にはSVR——治療を成功したかどうかということが多変量解析でも残ってまいりました。また、肝細胞がんの既往が、単変量解析でもP値が0.08ということで、多変量解析の候補に挙がってまいりました。



治療後の肝細胞がん発症に関して、カプランマイヤー曲線を用いて解析をしましたところ、治療完遂後の年数がグラフの右向き、下に行くと、肝細胞がんが発症していくと段々下がっていくというグラフになりますけれども、左側のグラフが、治療が効いたか効いていないかということになります。先ほど2.9%、15.9%というように肝がん発症率を示しましたけれども、ログランクのP値が0.016ということで有意差がある。

先ほど候補に挙がってきました肝細胞がんの既往があるなしの方も、グラフをこちらに描きましたけれども、肝細胞がんがなかった群というものは右側の実線になります。点線の方は肝細

胞がんの既往があったという方になります。ちょっと数が少ないので、カプランマイヤーの曲線としては若干不適切な面もあるかもしれませんが、肝細胞がんの既往がない方は6.5%、肝細胞がんの既往があった方は40%の発症率ということで、こちらもログランクのP値が0.018ということで有意差がついております。

結語

C型慢性肝炎患者に対するIFN β +RBV併用療法後の肝細胞癌発症について検討した

- **対象者112名中9名(8.0%)が肝細胞癌を発症した**
- **肝細胞癌発症リスク因子としてHCV排除の不成功と治療前の肝細胞癌の既往が考えられた**
- **一方で治療奏功者も4年間で2.9%が肝細胞癌を発症した**

C型肝炎罹患者はHCV排除成功後も肝癌発症のリスクを考えて診療をする必要がある

結語になります。

C型慢性肝炎患者に対しましてインターフェロン β ・リバビリン併用療法を行いました後の肝細胞がん発症について検討いたしました。最終的に全体で8%の方が肝細胞がんを発症いたしました。リスクとしては、治療失敗、また治療前に肝細胞がんの既往があったということが考えられました。

一方で、治療が成功しましても、4年間で約3%の方が肝細胞がんを発症したということで、これはちょっと古い治療にはなりますけれど、今後もC型慢性肝炎は治る時代にはなってきましたが、治った後も、やはり患者様には定期的に通院していただいて、肝細胞がんの発症のスクリーニングというものを行っていただくことが今後も私たちにとって必要な診療であると考えられました。

以上になります。ありがとうございました。

次期学長挨拶

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 哺 啓二郎

福岡大学医学部長の哺でございます。来年（2019年）2月3日に第11回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。よろしくお願ひ致します。

私は第7回（福岡県医学会総会）の会長もさせていただきました。今年から2年間、3期目の医学部長に決まりましたので、喜んでお引き受けさせていただきます。来年は2月1日が久留米大学の入学試験、2月2日が福岡大学の入学試験、その次の日の3日が福岡県医学会総会でございます。キーワードが地域医療ということですが、働き方改革、医療行政、地域を巻き込んだ医学教育などもテーマに、地域枠推薦入学の学生さん、臨床研修医や若い先生方にも呼び掛けて、魅力ある、楽しい医学会にしたいと思っております。よろしくお願ひ致します。

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 (代謝)

座長 九州大学医学部長 住本英樹

A1. 慢性腎臓病患者におけるファブリー病スクリーニングの有用性

1) 久留米大学医学部内科学講座腎臓内科部門

2) 明治薬科大学臨床遺伝学

○長田 暁子¹⁾、甲斐田裕介¹⁾、月村 考宏²⁾、兎川 忠靖²⁾、
櫻庭 均²⁾、深水 圭¹⁾

【目的】透析患者のファブリー病の頻度は0.06～1.7%と報告されているが、我が国での発症率は未だ不正確である。また、透析に至っていない患者の早期発見・治療は患者予後に重要である。以上より慢性腎臓病におけるファブリー病スクリーニングを行った。

【方法】対象は透析施行中の男性患者1,703名と尿蛋白陽性の保存期男性患者544名。一次検査として血清中の α ガラクトシダーゼ(α -Gal)活性を測定。酵素活性低下の際、二次検査として白血球の α -Gal活性測定、遺伝子検査を施行した。

【結果および考察】透析期では1名にM208R遺伝子変異(新規)を、保存期では2名にDel 1b G欠失とM296Iの遺伝子変異を認めた。透析期での発症率は0.06%であり、近年の報告と相違はなく、保存期では0.37%であり、予想以上に高い発症率であった。

【考察】原疾患不明の腎不全としてファブリー病は存在しており、特に保存期の早期のスクリーニングで発見し治療を行うことにより、患者の腎予後、生命予後向上に繋がる可能性がある。

A2. 2年間のSGLT2阻害薬投与例における体組成や代謝因子の変動

1) 久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門

2) 公立八女総合病院内分泌代謝内科

○坂本 茗子¹⁾、後藤 由佳²⁾、永山 綾子¹⁾、矢野万未子¹⁾、
田尻 祐司¹⁾、野村 政壽¹⁾

【目的】SGLT2阻害薬(SGLT2i)の長期的な効果を調査する事。

【方法】2年間にわたりSGLT2iを投与された2型糖尿病患者49名(男34名、女15名、年齢 51 ± 13 歳、 $BMI 27.8 \pm 4.8 \text{kg/m}^2$ 、平均 \pm 標準偏差)を対象とし、各因子の変化を調査した。投薬にあたり、飲水や定期的な食事・運動療法を指導した。

【結果】体重($76.2 \pm 15.6 \rightarrow 72.6 \pm 14.6 \text{kg}$)、体脂肪量は有意に減少したが($p < 0.0001$)、骨格筋量には有意の変化を認めなかった。HbA1c($8.6 \pm 2.0 \rightarrow 6.7 \pm 0.9\%$)、肝機能、脂質は有意の改善を認めた($p < 0.01$)。SGLT2i投与によりeGFRは有意に低下した($p < 0.0001$)。体重の減少幅は体脂肪量の減少幅と非常に強い相関を認め($r = 0.956, p < 0.0001$)、骨格筋量の変化とは関連しなかった。HbA1cの減少幅は投与開始時のeGFRと負の相関を認めた($r = -0.476, p < 0.005$)。多変量解析の結果、HbA1cの改善と体重の変化は有意な関連を認めなかった。

【考察】適切な療養指導の下でのSGLT2iの継続投与は、長期的に体組成とHbA1cを良好に改善させることが示された。

A3. 救急搬入された低血糖患者180名のリスク因子の検討

- 1) 公立八女総合病院内分泌代謝内科
- 2) 久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門
○後藤 由佳¹⁾、鶴田 宗久¹⁾、岩田 慎平²⁾、大木 剛²⁾、橋永 俊彦²⁾、
和田 暢彦²⁾、中山ひとみ²⁾、田尻 祐司²⁾、野村 政壽²⁾

【目的または背景】 今回の調査の目的は、低血糖で救急搬入される患者のリスク因子を明らかにすることである。

【方法と材料または対象】 2009年1月から2017年8月までに救急搬入された低血糖患者180名の年齢(75.6 ± 17.2 歳)、BMI($21.0 \pm 4.1\text{kg/m}^2$)、血糖値、低血糖症状の状態、基礎疾患、治療薬などを解析した。

【結果および考察】 糖尿病薬を使用中の糖尿病患者が70.6%を占め、搬入時の血糖値は $35.7 \pm 15\text{mg/dl}$ であった。65歳以上の高齢者のうち、糖尿病を有していない症例が21.4%を占めていた。糖尿病薬以外による要因としては、飲酒や薬剤によるものが11.7%、ダンピング症候群によるものが6.1%、低栄養によるものが2.8%であった。搬入時血糖値 40mg/dl 未満の重症低血糖は高齢者が86.8%、非肥満者が86.5%と多かった。

【結語】 意識障害を伴う高齢者、非肥満者が救急搬入された際は、糖尿病を指摘されたことがない場合においても重症低血糖の存在を疑うとともに、糖尿病薬以外のリスク因子の確認も行うことが必要である。

A4. 糖尿病細小血管合併症に影響を及ぼす因子の10年間に亘る調査

- 久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門
○永山 紗子、栗並 昇、大塙 由絵、坂本 茗子、岩田 慎平、
大木 剛、中山ひとみ、田尻 祐司、野村 政壽

【背景】 糖尿病細小血管障害の年度別推移、影響のある因子の解明は重要である。糖尿病細小血管障害の年度別推移を調査し、影響を与える因子の検討を行った。

【対象と方法】 2006年、2009年、2012年、2015年に当科で入院した2型糖尿病患者を対象とした。網膜症や腎症の有病率を後ろ向きに調査し、4つの年度の患者を併せて網膜症有り、腎症有りを結果変数として多変量解析を施行し、これらの合併症発症に関連する因子を調査した。

【結果】 計904例が登録された。網膜症の有病率は2006年と比較して2012年と2015年は有意に減少していた。腎症の有病率は、年度間での有意な差は認めなかった。網膜症有りを従属変数とした時の多変量解析においては高血圧症、罹病期間、発症年齢、BMI、インスリン、 α GIが有意な関連因子で腎症有りに関しては高血圧症、発症年齢、喫煙、インスリン、罹病期間が有意な関連因子だった。

A5. 薬剤性によると考えられた高齢者の重症低血糖の2例

久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門

○合原 水月、後藤 由佳、田尻 祐司、野村 政壽

【症例1】 86歳男性。意識障害を認め救急搬送された。血糖32mg/dlと低血糖と診断しブドウ糖静脈注射するも低血糖が約2日間遷延した。HbA1c4.5%と低値でCr1.99mg/dlと高値であり内服していたシベンゾリン300mgが原因と推測し中断したところ低血糖、意識障害は回復した。

【症例2】 88歳女性2型糖尿病患者。グリメピリド1mg、シタグリプチン50mg、ボグリボース0.9mgでHbA1c 6%前後と安定していた。嘱託医より尿路感染症にレボフロキサシン500mgが処方され、翌日に意識障害を認め救急搬送。血糖22mg/dlと低値でブドウ糖静脈注射を継続するも低血糖は遷延した。全ての薬剤中止2日後に血糖は上昇傾向に転じた。病歴からレボフロキサシン投与が低血糖の契機になったと推測された。

【考察】 高齢者に対しては糖尿病治療薬以外でも低血糖のリスクが高くなるため、意識障害を認めた時は薬剤性低血糖を鑑別するべきである。

A6. 大規模放射線災害や核テロを想定した教育訓練用仮想放射線測定システムUSOTOPE

1) 産業医科大学産業生態科学研究所放射線健康医学

2) 電気通信大学大学院情報理工学研究科

3) 警察庁科学警察研究所

4) ヤグチ電子工業株式会社R&Dセンター

○盛武 敬¹⁾、石垣 陽²⁾、土屋 兼一³⁾、小助川典久⁴⁾

【目的】 放射性物質テロや原発事故のような大規模放射線災害で被災した住民は、最初から放射線障害を疑って高度医療機関を受診することはなく、ほとんどが自力で近くの診療所もしくは総合病院を受診する。そのため、開業医でも日頃から放射線の取扱に習熟しておくことが望ましく、安価なスマホ型仮想放射線測定システム「USOTOPE」を製作し、教育や訓練での有用性について検討する。

【方法】 電波発信機には市販のポケットルーターを用い、スマートフォン側アプリには本物の放射線検出器の画面を再現した。操作性評価は放射線測定の知識が無い12名の被検者に、教育訓練効果の評価には、学生に放射性不審物の探索タスクを課し効果を判定した。

【結果と考察】 形状に関する質問項目を除き、操作性は本物の放射線検出器と変わらず、現実感の高い不審物探索訓練ができた。

【結論】 USOTOPEは医師の放射線教育と放射性不審物の探索訓練に有用なツールである。

A7. DPY30は不育症の責任遺伝子か？遺伝性痙性対麻痺家系の検討より

1) 久留米大学病院神経内科
2) 朝倉医師会病院神経内科
3) 九州大学生体防御医学研究所ゲノミクス分野
○三浦 史郎¹⁾ ²⁾、柴田 弘紀³⁾、谷脇 考恭¹⁾

【目的】 久留米大学病院にて検出された常染色体優性遺伝性痙性対麻痺家系についての臨床像および遺伝子解析を行う。

【対象】 発端者は朝倉市在住。痙性対麻痺患者10人を含む11人の家系内構成員およびその配偶者3人の合計14人。

【結果】 本家系の特徴として、通常の遺伝性痙性対麻痺症状に加えて、女性患者が全員流産（妊娠はするが育たない）を複数回経験しているところが特徴的であった。遺伝学的解析の結果、*SPAST*遺伝子の第1～第4エクソンの欠失を見出し、本家系が遺伝学的に遺伝性痙性対麻痺4型(SPG4)であると診断した。更に、*SPAST*遺伝子の上流に隣接している*DPY30*遺伝子の第1～第3エクソンも欠失していた。

【考察】 本家系が通常のSPG4家系と遺伝学的に異なる点は*DPY30*遺伝子の部分欠失がみられる点である。線虫での研究において*dpy-30*のnull変異はXX-specific lethalityの原因となり、*dpy-30*はXO-maleのwild typeの成長に必要であるとされている。

【結語】 朝倉市の患者から始まった本研究により、*DPY30*が不育症の責任遺伝子である可能性があることが判明した。

A8. 多数の医療機関から処方されたマイスリー依存症の一例

久留米大学精神神経科
○瀧井 稔、王丸 照夫、内村 直尚

【目的】 今日、マイスリーは様々な医療機関で処方されている。しかし、超短時間型睡眠薬であるマイスリーには依存性があり、今回多数の医療機関から処方されたマイスリー依存症の一例を経験したため報告する。

【症例】 29歳男性。平成24年から不眠のため精神科病院からマイスリーの処方を受けるようになった。しかし、平成25年には就寝時のみでなく日中も服用するようになり、住まいのあるK県A市に隣接するK県とF県の50か所以上の医療機関（主に内科）を受診し、最大1日120錠を服用した。受診した内科病院から当科紹介受診となり、入院加療が必要であった為同年9月19日任意入院となった。

【考察】 今回、マイスリーによる依存症を経験した。医療機関は複数の医療圏をまたぎ、診療科は多岐に渡った。そのため、様々な診療科が他施設でも処方が行われている可能性を念頭に置く必要があると考えられる。当日、本症例の入院後の詳細な経過を報告し、考察する。

A9. 若年代女性におけるミネラル欠乏の実態

1) 博多おおぞらクリニック、2) 八木病院
○瀬尾 洋介¹⁾、荒木 貞夫²⁾、八木 博司²⁾

【目的と対象】 風邪症状、腹痛や下痢などを訴え外来受診した45才までの女性778名を対象に血液検査を行い、鉄、亜鉛などのミネラル欠乏、中性脂肪値からみた栄養状態、ビタミンB6欠乏の実態につき検討した。

【結果および考察】 貧血が認められたのは全体の25.8%で、貧血なく血清鉄のみ低下していたのが39.8%、さらに貧血、血清鉄の低下もなくフェリチンのみ低値であった症例が33.6%であった。亜鉛欠乏であったのは全体の26.9%、さらに中性脂肪が低値であった(50mg/dl以下)のが30.9%の症例に見られた。ビタミンB6欠乏が示唆された症例は、検査し得た症例の70%以上に認められた。治療には栄養指導、鉄剤、サプリ、が有用であった。風邪、腹痛などは鉄欠乏症状であり、その診断には血清鉄のみではなく血清フェリチンの測定が必須であり、また鉄欠乏症例には亜鉛欠乏、中性脂肪、ビタミンB6の低値である症例も数多く見られる事を念頭に診療に従事することが肝要である、と考える。

A10. 低出生体重児の時代：出生体重500g以下児の予後と低出生体重の原因検索

九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野(小児科)

○井上 普介、市山 正子、藤吉 順子、落合 正行、大賀 正一

【背景】 近年、とくに先進国で増加している低出生体重児の予後は十分に明らかではない。

【方法】 日本周産期新生児ネットワークデータベースを用いて、過去10年間に在胎22週以降かつ体重500g以下で出生した児のNICU生存退院および退院時合併症を解析した。さらに、低出生体重児のマウスモデルを作成した。

【結果】 出生体重500g以下児1,473例中811例(55%)が生存退院した。生存退院率は有意に改善したが(2003年40%から2012年68%; p<0.01)、生存児の82%に何らかの重度合併症を認めた。腸内細菌構成物質の経胎盤移行によりマウスの子宮内発育不全が誘導された。

【結語】 日本では出生体重500g以下児の生存退院率が改善した一方、多くが合併症を有し地域へ退院した。母体腸内細菌環境の変化で低出生体重児が誘導される。今後、社会的要因のみならず、環境因子の変化などのさらなる解析が必要である。

Session B (心血管)

座長 福岡大学医学部長 朔 啓二郎

B1. MDCTを用いた心臓周囲脂肪、内臓脂肪、皮下脂肪と冠動脈疾患の関連性

福岡大学医学部心臓・血管内科学講座

○上田 容子、志賀 悠平、井手元良彰、田代 浩平、
本里 康太、小吉 里枝、桑野 孝志、藤見 幹太、
小川 正浩、朔 啓二郎、三浦伸一郎

【背景】 冠動脈疾患とMDCTにて計測された各種脂肪組織との関連性は不明である。

【方法】 少なくとも一つ以上の冠動脈危険因子をもち、冠動脈疾患を疑われMDCTを施行された300人を対象とした。冠動脈病変枝数、及びpericardial fat、paracardial fat、epicardial fat、内臓脂肪、皮下脂肪をそれぞれMDCTで計測し、冠動脈疾患との関連性を検討した。また、各種冠動脈危険因子や血漿レベルのアディポネクチン、ペントラキシン-3、高感度CRPとの関連性も検討した。

【結果及び考察】 pericardial fat、paracardial fat、内臓脂肪は冠動脈疾患有する群において有意に高値であり、病変枝数とGensini scoreと相関性が認められた。Paracardial fatはROC曲線において最も広い曲線下面積を示し、冠動脈疾患のカットオフ値は $54.9\text{cm}^3/\text{cm}^2$ であった。多変量解析の結果、paracardial fat、年齢、糖尿病が冠動脈疾患の独立危険因子であった。以上より、paracardial fatは冠動脈疾患の有無やその重症度の指標となることが示唆された。

B2. 非侵襲的簡易機能検査法を利用した心臓リハビリの効果を評価する試み

福岡大学医学部心臓・血管内科学講座

○二見真紀人、三浦伸一郎、藤見 幹太、田中由里子、
窪田真有子、上田 容子、上田 隆士、藤田 政臣、
手島 礼子、戒能 宏治、松田 拓朗、堀田 朋恵、
朔 啓二郎

当院では、心臓リハビリテーション(心リハ)立ち上げから5年が経過し、外来心リハ延べ件数約700/月と心リハ導入に成功した。今後の課題として、中長期的な心リハの継続が重要である。そのためには、血圧・脈拍測定や心電図検査などと同様に、簡便で非侵襲的であり検査結果が可視化できる指標で、心リハの効果を患者に伝えることが必要である。今回、eHEART®(自律神経評価)、nico®(循環動態評価)、PASESA®(動脈硬化評価)の3種の非侵襲的簡易機能検査法を導入し、心リハの効果を検討した。心リハ施行群38名(男：女=22：16、平均年齢70歳、BMI24.0)と非施行群10名(7：3、62歳、BMI22.2)について、前述の3種の検査法を登録時と1年後に実施した。3種の検査の中では、nico®において、有意に一回拍出量や心係数が増加し、末梢血管抵抗が低下していた。非侵襲的簡易機能検査法は、心リハ実施中の患者に対して、簡易な指標でその効果を患者に伝える手段として有用である可能性が示唆された。

B3. 女性におけるオキシトシンと動脈硬化因子との関連

久留米大学医学部心臓・血管内科

○濱村 仁士、足達 寿

【背景】 本邦における一般住民対象の血中オキシトシン(Oxt)についての疫学的調査報告は認めない。

今回、我々は女性を対象に血中Oxtと動脈硬化危険因子等との関連について分析した。

【方法】 我々が2016年に実施した長崎県佐世保市宇久町での検診で、全女性129名のOxtと各種パラメータについて横断研究での検討を行った。

【結果】 単変量解析では血中Oxtは身長、収縮期血圧、総コレステロール、LDL-Cと有意な相関を認め、年齢で補正するとLDL-Cのみ独立して有意に相関していた。

【結論】 今回、日本人女性を対象に血中Oxtと動脈硬化危険因子等の分析を行いLDL-Cとの有意な相関を認めた。海外の一般高齢男性を対象とした疫学調査では、血中Oxtはメタボリック症候群の危険因子との相関があったとの報告があるが、我々の分析では相関を認めず、相違の原因として人種や性差、Oxtの測定条件の違いが考えられる。

B4. 気腫性変化と肺炎の原因菌の検討－細菌叢解析法を用いて－

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

3) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科展開医療科学講座呼吸器内科学分野(第二内科)

○内藤 圭祐¹⁾、山崎 啓¹⁾、矢寺 和博¹⁾、赤田憲太朗¹⁾、野口 真吾¹⁾、
川波 敏則¹⁾、福田 和正²⁾、城戸 貴志¹⁾、石本 裕士³⁾、迎 寛³⁾

【背景】 慢性閉塞性肺疾患と肺炎は、本邦及び世界における死因の上位を占め、いずれも重要な疾患である。

【対象および方法】 2010年4月～2014年2月に細菌性肺炎と診断し、気管支洗浄を行った177例を対象として後方視的に検討した。肺炎の原因菌は16S rRNA遺伝子を用いた細菌叢解析法で評価し、胸部CTの気腫性変化を重症度毎で評価した。

【結果】 細菌叢解析法では、中等度及び重度の気腫性変化の症例で最も検出された菌は口腔レンサ球菌(22.6%)であり、気腫性変化が軽度以下と中等度以上での菌種を比較すると、中等度以上でモラキセラ・カタラーリスの頻度が有意に増加した(P=0.016)。

【結論】 気腫性変化が中等度以上の肺炎患者では、細菌叢解析法にて最も多く検出した菌は口腔内レンサ球菌であり、良質な検体の培養検査から検出された口腔内常在菌も重要である可能性が示唆された。また、中等度以上の気腫性変化がある症例ではモラキセラ・カタラーリスが重要と考えられた。

B5. 慢性腎不全で透析中に周産期管理を行った5症例

1) 産業医科大学産科婦人科学

2) 産業医科大学病院総合周産期母子医療センター

○内村 貴之¹⁾、荒牧 聰²⁾、遠山 篤史¹⁾、稻垣 博英¹⁾、
柴田 英治¹⁾、蜂須賀 徹¹⁾

透析中の妊娠は合併症が多く、慎重な周産期管理が必要とされている。当科で過去15年間に経験した、透析中に周産期管理を行った5症例に関して文献的考察を加えて報告する。

症例はいずれも30代、それぞれIgA腎症、アレルギー性紫斑病、Alport症候群2例、慢性糸球体腎炎による慢性腎不全に対して5年以上の血液透析を施行されていた。非妊娠時の透析は血液透析4例、血液透析+持続腹膜透析1例であった。妊娠に伴い、5症例とも透析量の延長が行われていた。児は5例とも低出生体重児で、2例は気管内挿管管理となったが、その後は順調に経過した。母体の産褥経過は全例良好であった。当院の5症例と過去の報告を比較し、母体の緩徐な除水により胎児機能不全の予防ができ、また、比較的母体BUN低地による羊水過多の予防が、児の予後改善に重要であると考えられた。

B6. 血管内超音波で計測した最小内腔面積と 血管内腔IB値の心筋虚血診断能の比較検討

産業医科大学医学部第2内科学

○高見 浩仁、三浦 俊哉、清水 昭良、穴井 玲央、
村岡 秀崇、津田 有輝、荒木 優、園田 信成、
尾辻 豊

【背景】 冠血流予備量比(FFR)は心筋虚血の侵襲的診断法として広く用いられているが、血管内超音波(IVUS)との併用には保険診療および医療経済の観点から懸念点が指摘されている。そこで、IB解析が可能なIVUS(IB-IVUS)を用いた代替診断法の開発が期待されている。

【方法】 FFRとIB値計測の可能な血管内超音波(IB-IVUS)の両方を用いて冠動脈狭窄病変の評価を行った53例(60病変)を解析した。FFRはATPの持続静脈内投与により最大充血を得て計測。IB-IVUSはFFR計測の圧センサーと同じ位置まで挿入し、記録。解析ソフトを用いて病変部の最小内腔面積(MLA)の計測に加え、冠動脈入口部および最遠位部での血管内腔IB値の解析を実行。入口部の血管内腔IB値と最遠位部での血管内腔IB値の差を△IBとして、既存の心筋虚血の代替診断法であるMLAと共に検証した。

【結果】 平均FFRは 0.78 ± 0.08 、平均MLAは $2.4 \pm 0.9 \text{mm}^2$ 、平均△IBは 22.3 ± 12.5 であった。FFRとMLAは有意な相関は示さず($r=0.19, p=0.16$)、FFRと△IBは有意な相関を示した($r=-0.41, p<0.01$)。

【結論】 血管内腔IB値を用いた心筋虚血の代替診断が既存のMLAによる診断法よりも有用である可能性が示された。

B7. 当科でプロプラノロール（PPL）内服療法を行った 乳児血管腫（IH）14例の検討

産業医科大学小児科学教室

○白山 理恵、佐藤 哲司、伊藤 琢磨、水城 和義、
押田 康一、守田 弘美、浅井 完、福田 尚子、
本田 裕子、楠原 浩一

近年IHに対する国際共同研究でPPL内服の効果が示され、2016年に本邦でもIHへのPPL内服が承認された。PPL内服の有効性や安全性を評価する目的で、2011年5月～2017年5月にPPL内服を開始した22例のうち6ヶ月以上内服した14例を後方視的に検討した。効果判定は著効（ほぼ治癒）、有効（50%以上の縮小）、部分的効果、無効で評価した。14例中9例が、未治療だと生命の危険や機能障害、整容的異常をきたしうる、治療の絶対適応例であり、PPL開始時期は生後4週～月齢11（中央値3か月）であった。月齢11までに治療開始した11例で有効以上の効果を認めたが、月齢12以降に治療開始した3例では無効か部分的であった。副作用は低血糖と喘鳴を各1例認め、いずれも後遺症を残さず回復し、喘鳴例のみ減量して継続できた。PPLはIHで効果が高く、安全性、継続性の高い薬剤である。IHの半数に残るとされる皮膚後遺症を防ぐには早期治療が重要である。

B8. 2期的な機械的循環補助により救命した劇症型心筋炎の一例

- 1) 九州大学大学院医学研究院循環器内科学
- 2) 地域医療機能推進機構九州病院循環器内科
- 3) 九州大学病院心臓血管外科

○出口 裕子¹⁾、川原 卓郎²⁾、藤野 剛雄¹⁾、大谷 規彰¹⁾、
肥後 太基¹⁾、牛島 智基³⁾、田ノ上禎久³⁾、塩瀬 明³⁾、
筒井 裕之²⁾

【背景】 劇症型心筋炎はしばしば急激な臨床経過の悪化をきたす致死的な疾患である。

【方法と対象】 A型インフルエンザ感染に引き続き劇症型心筋炎を発症し、近医へ搬送されIABPとECMOによる循環補助が行われた38歳男性につき、当初より連携を図りさらなる高度な医療の適応を検討した。

【結果および考察】 循環不全による多臓器不全が持続したことから第8病日に当院へ転院、体外設置型両心室補助による管理に変更した。循環動態と多臓器機能の改善後ECMOから離脱、第61病日に植込型左室補助人工心臓単独での管理へと変更した。リハビリテーションののち自宅退院となり、現在も通院しながら心臓移植を待機中である。

【結論および結語】 IABPとPCPSによる循環補助でも管理困難な最重症の劇症型心筋炎に対して、広域の医療連携により適切な時期に補助人工心臓治療を導入することで救命の可能性を改善できる可能性が示唆された。

B9. 急性心不全患者における入院中の体重変化は予後を予測する

福岡大学医学部心臓・血管内科学講座

○小牧 智、三浦伸一郎、今泉 聰、朔 啓二郎

【背景】 心不全患者は原因に関わらず、急性期に体液過剰状態となることが多い。利尿剤投与による入院中の体重変化は患者ごとに大きく異なっており、この体重変化における臨床的意義は明らかになっていない。

【対象と方法】 初回の急性心不全で福岡大学病院に入院となった130人の患者を登録し、入院中の体重変化は Δ body weight index (Δ BWI) と定義し、(入院時体重 - 退院時体重 / 退院時の体表面積) で計算した。退院後2年間のフォローアップを行い、主要評価項目は心臓死とした。多変量解析により主要評価項目と Δ BWIとの関連性を評価した。

【結果】 14人の患者で心臓死を来たした。多変量解析の結果、 Δ BWIは心臓死の独立した関連因子であり、低い Δ BWIは予後不良因子であった。

【結語】 入院中の体重変化が少ない急性心不全患者は予後不良であるため、心不全治療強化の必要性が示唆された。

B10. 特異な皮膚病変を認めたナロンエース大量服用による自殺の一剖検例

1) おか医院、2) 福岡大学医学部法医学教室

○岡 翼¹⁾、柏木 正之²⁾、原 健二²⁾、松末 綾¹⁾、
Brian Waters(ウォーターズ ブライアン)²⁾、高山 みお²⁾、
池松 夏紀²⁾、久保 真一²⁾

【背景】 死体検案において、外表から得られる情報は重要である。死因に関する皮膚病変を認めた症例を報告する。

【症例】 30歳代の女性。寝室床上で死亡発見された。剖検所見：死斑は背面に発現し、胸腹部、下肢の諸所に小鶏卵大～小指頭面大的紅斑を認め、一部で紅暈を認めた。組織所見：紅斑部は、角化層はほぼ保たれ、真皮浅層に少数のリンパ球を中心とする細胞浸潤とエクリン汗腺の変性を認めた。薬毒物検査：血液からカフェイン、イブプロフェン、プロムワレリル尿素、エテンザミド等が検出され、血中カフェイン濃度は中毒レベルを超えていた。

【考察】 室内に解熱鎮痛薬ナロンエースの空箱4箱(320錠分)と錠剤約150錠が発見された。死因は、ナロンエース中毒と考えられる。本屍の紅斑は、バルビツール酸誘導体等の中毒の際にみられるcoma blistersの所見に類似しており、皮疹はナロンエースの大量服薬と関連するものと考えられる。

Session C (新たな治療)

座長 福岡県医師会副会長 上野道雄

C1. 食道癌術後患者におけるGERD問診票の有用性

久留米大学医学部外科学講座

○最所 公平、田中 寿明、森 直樹、的野 吾、
日野 東洋、門屋 一貴、西田 良介、赤木 由人

【背景・目的】一般的にプライマリケアでのGERD (gastroesophageal reflux disease) 診療において問診票は広く使用されており、その診断に有用とされている。本研究では食道癌術後のGERD診断においてGERD問診票が有用であるか否かを検討した。

【対象・方法】2007年10月から2015年12月に食道癌に対し右開胸開腹食道切除胃管再建術を施行した患者を対象とし、術直後、術後1年目、術後2年目に上部消化管内視鏡検査、24時間pHモニタリング検査、GerdQ問診票による症状把握を施行した。上部消化管内視鏡検査結果および24時間pHモニタリング検査結果によるGERDの診断とGerdQ問診票のスコアの関連性についてROC分析を行い検討した。

【結果】適切なカットオフ値は術直後は8点、術後1年目は6点、術後2年目は7点だった。AUCは術直後は0.609、術後1年目は0.538、術後2年目は0.642であり、GerdQの診断能は術後2年目で最も高かった。術後2年目のGerdQの感度は77%、特異度は56%だった。

【結語】GerdQ問診票は術後2年目で最も有用だった。

C2. 肺癌に対して免疫療法（抗PD-1抗体）を行った31例の検討

産業医科大学医学部第2外科

○市来 嘉伸、福市有希子、本多 陽平、森 將鷹、
有村ゆう子、金山 雅俊、平良 彰浩、名部 裕介、
桑田 泰治、竹中 賢、平井 文子、田嶋 裕子、
今西 直子、米田 和恵、田中 文啓

【背景】癌免疫療法は、殺細胞性抗癌剤や分子標的薬に抵抗性を示す進行肺癌においても全生存期間の延長をもたらす優れた治療法である。今回、当科で抗PD-1抗体を投与した肺癌症例31例を解析した。

【方法】当科にて、進行非小細胞肺癌に対して、Nivolumab投与を行った21例およびPembrolizumab投与を行った10例について後方視的に検討した。症例は男性23例、女性8例で、腺癌21例、扁平上皮癌10例であった。生存率はKaplan-Meier法を用いて計算した。

【結果】NivolumabとPembrolizumabの奏効率は19.1%と40%、病態制御率は42.9%と70%であった。NivolumabのMedian progression-free survivalは103日、Median overall survivalは203日であったが、Pembrolizumabはいずれもmedianに達していなかった。重篤な有害事象として、grade3以上の肺障害3例と肝障害1例を認めたが、いずれも軽快した。

【結論】進行非小細胞肺癌に対して免疫療法を行い、奏効例を経験した。一方で、重篤な有害事象として肺障害、肝障害を認めた。優れた効果が期待される一方で、注意深い症例選択と経過観察が必要と考えられた。

C3. 久留米大学病院における高リスク前立腺癌に対する trimodality therapyの臨床的検討

久留米大学医学部泌尿器科

○大西 聰、築井 克聰、小笠原尚之、林 秀一郎、
植田 浩介、陶山 俊輔、西原 聖顕、名切 信、
松尾 光哲、末金 茂高、井川 掌

【背景】 高リスク前立腺癌症例に対してのtrimodality therapy(外照射放射線療法および内分泌療法を併用した密封小線源療法)は手術加療を超える治療成績が一部報告されている。今回、我々の施設での同治療について検討した。

【方法】 久留米大学病院にて2013年10月13日から2017年9月6日までの間に密封小線源療法(trimodality therapy)を施行した25例を検討した。

【結果】 年齢中央値72歳(58～83)、治療時の前立腺体積中央値22.71ml(11.0～42.0)、臨床病期cT1c：11例、cT2a：6例、cT2b：1例、cT2c：6例、cT3a：1例、iPSA中央値8.64ng/ml(2.854～34.5)、Gleason score 4+3：3例、4+4：9例、4+5：11例であった。観察期間中央値は14ヶ月(1～48)、PSA再発例は0例、臨床的再発は0例であった。有害事象としてはG2の失禁3例、尿閉2例を認めた。

【結論】 当院におけるtrimodality therapyの治療成績は良好であった。また有害事象も外来診療で対応可能だった。長期的な治療成績に関しては継続的な経過観察を要するが、有用な治療法であると考えられた。

C4. 括約筋間直腸切除術(Intersphincteric resection)後の 肛門機能とQOLについて

久留米大学医学部外科学講座

○下村 晋、衣笠 哲史、藤田 文彦、合志 健一、
片桐 光浩、赤木 由人

【背景】 括約筋間直腸切除術(Intersphincteric resection:ISR)は肛門を温存し、永久人工肛門を回避できる手術である。しかし、術後排便機能に対する詳細な検討は少ない。今回ISRを内括約筋切除の距離でpartial/ subtotal/ totalに分け、肛門機能とQOLについて評価を行った。

【対象】 1998-2016年に教室でISRを施行した141例中、肛門内圧検査を施行した74例。肛門内圧検査やwexner score等で排便機能を評価し、満足度とともに検討した。

【結果】 年齢は平均61.9歳、男女比は45：29であった。ISRの内訳はpartial/subtotal/total=16(22.0%) /10(13.0%)/48(65.0%)、再建法はstraight/J-pouch/coloplasty=59(80.0%)/14(19.0%)/1(1.0%)であった。ISR術式別の人工肛門閉鎖術から12ヶ月後の値を抜粋すると(partial/ subtotal/ total)=(最大静止圧；mmHg：46.7/ 34.1/ 36.5)、(最大随意圧；mmHg：160.1/ 167.9/ 149.5)、(Wexner score：5.3/ 5.0/ 5.7)、(満足度；%：81.7/ 82.5/ 83.2)であり、術式間で有意差を認めなかった。

【結語】 ISR症例は、術後に肛門機能や排便機能、患者満足度は一時的に減少するものの、時間経過とともに改善する結果となった。また、括約筋切除距離で肛門内圧や排便機能、QOLに有意差は認めなかった。

C5. 経外耳道的内視鏡下耳科手術と顕微鏡下耳科手術の比較検討

久留米大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

○三橋 亮太、三橋 拓之、梅野 博仁

【はじめに】 経外耳道的内視鏡下耳科手術(Transcanal endoscopic ear surgery: TEES)は従来の耳後切開による顕微鏡下耳科手術(Microscopic Ear Surgery: MES)に比べて、死角が少なく、低侵襲とされる。しかし、片手操作のため、手術完遂率の低下や手術時間延長などのデメリットが考えられる。当科で行った鼓室形成術症例に関してTEES群およびMES群で比較検討を行う。

【対象】 筆頭演者が執刀した鼓室形成術症例のうち先天性真珠腫および再手術症例を除く症例のうち、2015年9月から2016年9月にTEESで手術を行った34耳および、2014年9月から2015年8月までにMESで手術を行った48耳について比較検討を行った。

【結果】 TEESでの手術完遂率は39耳/40耳の97.5%であった。手術時間はTEES群が平均140分で、MES群が平均177分であった。術後鎮痛剤の使用回数はTEES群が平均0.91回で、MES群が平均4.28回であった。術後から退院までの入院期間はTEES群が平均3.58日でMES群が平均11.32日であった。

【結語】 TEES群はMES群に比べて手術時間が短く、術後疼痛が少なく、早期退院が可能な術式であり、患者負担の少ない術式であることが再確認できた。

C6. 骨付き膝蓋腱を用いた解剖学的前十字靱帯再建術における骨孔位置と不安定性の検討：Open MRIでの定量的評価による従来法との比較検討

1) 九州労災病院スポーツ整形外科

2) 九州大学大学院医学研究院整形外科学教室

○田代 泰隆^{1) 2)}、岡崎 賢²⁾、松原 弘和²⁾、大崎 幹仁²⁾、
岩本 幸英^{1) 2)}、中島 康晴²⁾

【背景】 解剖学的前十字靱帯(ACL)再建術が近年注目され、骨付き膝蓋腱(BTB)は固定性や移植片治癒に有利とされるが、本術式術後の回旋不安定性を生体で定量的に評価した研究は少ない。

【方法】 対象はBTB-ACL再建術後の50例(平均28歳)で、20例は従来の経脛骨法、30例は経門法で大腿骨孔を作製。骨孔位置を3D-CTで計測し、回旋不安定性は術後1年にOpen MRIを用いて、脛骨外顆の前方移動量(ALRI)から定量的に評価した。

【結果】 経門法は大腿骨孔($P<0.01$)脛骨孔($P<0.05$)とも経脛骨法よりも正常靱帯付着部近くに再現され、ALRI: 2.0 ± 1.8 mmと経脛骨法の 3.2 ± 1.6 mmより有意に制動された。ALRIは大腿骨孔の深さに相關した($R=0.42$, $P<0.01$)。

【結論】 BTB-ACL再建術において、経門法は解剖学的な骨孔作製に有利で、良好な回旋制動性獲得に寄与していた。

C 7. 人工膝関節置換術におけるPortable navigation systemの精度

九州大学大学院医学研究院整形外科学教室

○水内 秀城、小松 孝、濱井 敏、赤崎 幸穂、
井浦 広貴、中島 康晴

【目的】 人工膝関節置換術におけるPortable navigation system (P-Navi) の精度を検討すること。

【方法と対象】 2016年7月よりP-Navi (Zimmer-Biomet社iASSIST) を使用して手術を行った57膝(平均年齢75.7歳)を対象とした。術中はP-Naviの指示に従い骨切りガイドを設置: 骨切り後のverificationモードを参考に目標に近づくまで骨切りを行った。術後アライメントは全下肢立位及び側面X線を用いて検討した。

【結果および考察】 冠状断では、機能軸に対する設置角度(理想: 90度)は大腿骨側: 90.1 ± 1.7 度、脛骨側: 90.4 ± 1.6 度、HKAA angle(理想: 180度): 179.4 ± 2.1 度であった。矢状断では、大腿骨遠位解剖軸に対する設置角度(理想: 90度): 89.8 ± 1.8 度であった。理想より3度を越えた設置はインプラントの緩みなど長期成績を悪化させると報告されている。P-Naviでは症例の92-96%が3度以内の設置であり、P-Naviを使用しない従来法の70-80%と比べて精度が高く、有用な手術支援器械といえた。

C 8. スクワット動作における膝関節内接觸力の計測： 人工膝関節置換術後症例を用いた検討

1) 九州大学大学院医学研究院整形外科学教室

2) Shiley Center for Orthopaedic Research and Education at Scripps clinic

○水内 秀城¹⁾、Colwell CW Jr²⁾、Flores-Hernandez C²⁾、中島 康晴¹⁾、
D'Lima DD²⁾

【目的】 スクワット動作における膝関節内接觸力を計測すること。

【方法と対象】 人工膝関節置換術において、脛骨コンポーネントに特殊センサーが内蔵されたElectronic kneeが挿入された2名の術後患者を対象とした。Skin markerをつけた状態で2種類の異なるスクワットを3回繰り返し行い、実際の関節内接觸力を計測した。また、シミュレーションソフト上で、インプラント挿入後の全身モデル及びskin markerから得られたデータを用いてスクワットを再現：関節内接觸力を算出した。

【結果および考察】 実際の最大関節内接觸力は体重の2.2-2.3倍であった。腰背部の前屈は接觸力低下につながるなど、姿勢や膝屈曲角度によって値が異なり、下肢筋力訓練/エクササイズなどの指標となりえる。また、シミュレーションは実際の計測と同様の傾向で、最大値もほぼ同一であった。今後、ソフトを用いて手術手技、インプラント形状と接觸力の関連を検討することで、更なる術後成績の改善につながるであろう。

C9. 80歳以上の腎細胞癌患者の検討

九州大学大学院医学研究院泌尿器科学分野

○柏木 英志、立神 勝則、塩田 真己、出嶋 卓、
武内 有雄、清島圭二郎、猪口 淳一、江藤 正俊

【目的】 80歳以上の腎細胞癌患者に対する当院での治療方針を検討した。

【方法】 当院を2005年1月から2016年12月までに受診し、臨床上腎細胞癌と診断された80歳以上の患者73例を対象とし、背景・当科での治療方針について検討を行った。

【結果】 診断の契機としては、他疾患フォロー中に偶然発見された症例が51例、肉眼的血尿12例、腰痛精査5例、発熱精査2例であった。Charlson Comorbidity Index (CCI) はmediumが18例、highが36例、very highが19例だった。ステージはIが54例、IIが2例、IIIが9例、IVが8例だった。治療方針としては経過観察が39例、腹腔鏡下手術18例、開腹手術6例、cryosurgery 8例であった。

【考察】 高齢者であってもCCIが低いと手術を選択するケースが認められた。今後はcryosurgeryによる局所療法も増えていくことが予想された。

C10. 九州大学病院における経口内視鏡的筋層切開術の導入と現況

九州大学大学院医学研究院病態制御内科学

○鳴尾 涼子、畠 佳孝、伊原 栄吉、小川 佳宏

【背景と目的】 経口内視鏡的筋層切開術(POEM)は日本で開発された食道アカラシアに対する内視鏡手術である。2016年4月より保険取扱いされ、当院では2017年2月よりPOEMを導入、現在まで計12例を施行した。当院でのPOEM導入時の有効性・安全性について検討する。

【方法と対象】 2017年2月から2017年10月までに当院でPOEMを施行した12症例について検討した。主要評価項目は、Eckardt score (ES)、integrated relaxation pressure (IRP)、副評価項目は手術時間、合併症について検討した。

【結果及び考察】 ES平均値は6.1→1 (p=0.01)、IRP平均値は28.1→10.5 (p=0.02)と有意に改善した。手術時間中央値は94.5分で既報と同等で、合併症は数日の保存的治療にて軽快した。

【結論】 当院においてPOEMは有効かつ安全に導入可能であった。

C11. 肝細胞癌に対する新規血管新生阻害剤SQAPの ユニークな血管新生阻害効果 – Angiogenic Switch Off –

1) 久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門

2) 久留米大学先端癌治療研究センター肝癌部門

3) 久留米大学医学部病理学講座

○岩本 英希¹⁾ ²⁾、古賀 浩徳¹⁾ ²⁾、矢野 博久³⁾、鳥村 拓司¹⁾ ²⁾

【背景と目的】 癌血管を標的とした血管新生阻害剤は肝細胞癌(HCC)に対する標準治療である。今回我々は、新規薬剤SQAPの効果とそのメカニズムの解明を通し、次の血管新生抑制治療のコンセプトを明らかにした。

【方法】 HCC皮下腫瘍マウスを用い、SQAPの効果を評価する。腫瘍組織の蛋白解析からSQAPの標的分子を明らかにする。その標的分子をウイルスベクターを用い遺伝子操作し、その役割を検証する。

【結果】 SQAPは複数のHCC株に対し抗血管新生効果により抗腫瘍効果を示した。SQAPにより癌組織中のVEGFなど複数の血管新生因子が低下した。これは癌細胞が元来有する血管新生誘導能(Angiogenic switch)が低下している事を示唆する。SQAPはvon Hippel-Lindau(VHL)の発現を介して1)低酸素誘導因子(HIF α)の分解促進、2)HIF α の合成低下、3)血管正常化による低酸素改善の経路を介しHIF α を抑制した。これらをVHLに点変異を有するHCC株やVHL欠失HCCを用いて確認した。

【結論】 腫瘍のAngiogenic switchを制御する事が次の血管新生抑制治療のコンセプトである。

研修医 Session

座長 久留米大学医学部医学科解剖学講座肉眼・臨床解剖部門教授 山木 宏一

研1. 難治性肺疾患; 特発性肺線維症 (IPF) に対する新薬; ニンテダニブによる外来治療の有効性と安全性の解析

久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門

○恒吉 信吾、岡元 昌樹、中村 雅之、富永 正樹、
川山 智隆、井田 弘明、星野 友昭

- 【目的】 指定難病である特発性肺線維症 (IPF) の治療は、新薬; ニンテダニブの登場で一変した。医療連携における「適切な治療導入目的の紹介時期」、「外来治療における安全性」という課題を検討した。
- 【方法】 対象はニンテダニブを投与したIPF 23例。治療開始前の努力肺活量<50%、拡散能<30%の症例を重症群、他を非重症群と定義し、治療効果と薬剤関連有害事象を解析。
- 【成績】 治療前後 6ヶ月間の経過が不安定→安定、安定→安定の治療効果良好群は、非重症群の方が多く (64% vs 17%)、不安定→不安定、安定→不安定の効果不良群は、重症群の方が多かった (83% vs 36%)。肝機能上昇 (56%)、下痢 (61%) を主体とする有害事象は、86%がグレード 2 以下の軽症で、入院や死亡の原因となる有害事象はなかった。IPFの重症、非重症群間に有害事象の発症頻度、グレードの差はなかった。
- 【結論】 ニンテダニブは、重症化する前の治療導入が好ましい。有害事象はIPFの重症度に関わらず軽症のため、外来治療が可能である。

研2. 発作性心房細動に対するCryo ablation施行中に 高カリウム血症に伴うWide QRSを来たした1例

久留米大学医学部内科学講座心臓・血管内科部門

○吉村 晴美、熊埜御堂淳、堀 賢介、大渕 綾、
原口 剛、福井 大介、大江 征嗣、福本 義弘

【症例】 69歳男性

【主訴】 動悸

【現病歴】 心房細動に対する高周波アブレーションに加えて、異なるエネルギー源である冷凍アブレーション(以下、クライオアブレーション)が本邦でも使用できるようになった。クライオアブレーションは、バルーン形状のカテーテル内に亜酸化窒素ガスを送り込んで-40~-50°C程度まで冷却し、左心房筋と肺静脈との間に電気的隔離を作成する治療法である。クライオアブレーション治療中にカテーテルは左心房内に留置しており、肺静脈や心房筋の組織冷却のみならず、左心房内に流入する血液をも寒冷曝露している。今回我々は、クライオアブレーション中にWide-QRS波形を伴った著明な高K血症を来し緊急透析で救命し得た一例を経験したので、これを報告する。

【考察】 冷凍アブレーションにて惹起された寒冷凝集素症が溶血性貧血を来たした機序が特定された。

研3. 悪性腫瘍を高率に随伴する抗TIF1 γ 抗体陽性皮膚筋炎の プライマリーケアに関する提言（症例報告）

久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門

○杉 鈴奈、林 真樹子、吉田 裕美、古賀 琢眞、
藤本 京子、日高由紀子、海江田信二郎、星野 友昭、
井田 弘明

【症例1】 55歳女性。2016年6月に筋力低下、ヘリオトロープ疹及びゴットロン徵候が出現した。全身精査の結果、子宮体癌(stageIV)と診断され、抗TIF1 γ 抗体上昇を伴い、悪性腫瘍随伴皮膚筋炎と診断した。経過中、皮膚潰瘍及び嚥下障害を強く認めたため、化学療法と並行して皮膚筋炎に対する免疫抑制療法を行い改善を認めた。

【症例2】 71歳女性。2016年7月に全身紅斑と筋力低下を認めた。全身精査の結果、子宮体癌(Stage Ia)が明らかになり、抗TIF1 γ 抗体上昇を認め、悪性腫瘍随伴皮膚筋炎と診断した。ステロイド治療後子宮全摘術を施行され、筋炎及び皮膚症状は改善した。

【考察】 抗TIF1 γ 抗体は悪性腫瘍随伴皮膚筋炎患者において感度78%、特異度89%と診断に有用であり、2016年保険収載され測定可能となった。悪性腫瘍の治療により皮膚筋炎の改善が期待できるため、その測定は診断や治療方針決定に重要である。本疾患のプライマリーケアについて、治療経験を通じて提言する。

研4. 久留米大学病院における血管腫・血管奇形の集学的治療： 治療効果ピクトリアル

- 1) 久留米大学病院臨床研修管理センター
- 2) 久留米大学病院放射線科
- 3) 久留米大学病院形成外科・顎顔面外科

○田渕 史典¹⁾、久原 麻子²⁾、久木山智子²⁾、小金丸雅道²⁾、
田中 法瑞²⁾、清川 兼輔³⁾、安陪 等思²⁾

【背景・目的】 血管腫・血管奇形は日常診療でも遭遇する機会の多い疾患であるにも関わらず、その治療については外科切除以外に知られていない。当院では、2006年より形成外科と放射線科医で、集学的治療を行っている。静脈奇形(従来の海綿状血管腫)に対する直接穿刺硬化療法の、術前と術後の画像をピクトリアルエッセイの形で提示し、その治療効果を周知することを目的とした。

【方法】 最も頻度の多い疾患は静脈奇形(海綿状血管腫)であり、2006年から2016年までに127例に対して合計343回の直接穿刺硬化療法を行った。患者満足度では、102例(80%)が治療結果に満足したと回答しており、今回はその中から著効した症例の画像を提示する。

【結論】 静脈奇形に対する硬化療法は、ガイドラインにも第一選択とされている標準治療である。当院でも九州一円から多くの患者が紹介され、低侵襲で良好な治療効果が得られている。

研5. 出産を契機に発症した急性心不全の1例

福岡大学病院循環器内科

○緒方 宗玄、二見真紀人、井手元良彰、桑野 孝志、
志賀 悠平、三浦伸一郎

【症例】 30歳女性

【主訴】 呼吸困難

【現病歴】 生後5か月の時に川崎病と診断され、当院小児科に入院となった。心エコーで左冠動脈回旋枝に冠動脈拡張を指摘され、退院後は他院小児科で経過観察されていた。6歳時に当院で冠動脈造影検査を行ったが冠動脈瘤は認めず、以降18歳までフォローされ問題なく終診となった。2017年8月に第一子を出産したが、産後から両下腿浮腫が出現した。産後5日に退院となったが産後8日に呼吸苦が出現した。産後11日に内科受診し胸部レントゲンで肺うっ血、胸水貯留を認め当科紹介となり、うっ血性心不全の診断で入院となった。酸素投与と利尿剤投与により症状は改善したが、心エコーでEF37%と心収縮能の低下を認め心不全の原因精査を行った。血液検査によるスクリーニングや冠動脈造影CT、心臓MRI等を施行したが明らかな原疾患は特定できず、産後数か月以内の周産期に心不全発症していることから、周産期心筋症による心不全と診断した。退院時も心収縮能は改善なく、当科外来でフォローとなつた。

【考察】 周産期心筋症は頻度が2万人に1人と稀な疾患であるが、ポンプ不全や血栓塞栓症などで予後不良例も報告されており、心不全の標準治療として治療することが推奨されている。しかし本症例では授乳の希望が強く心保護薬の導入に同意が得られなかつた。心保護薬の導入は外来で経過をみて導入を検討する方針となっている。

研6. MYB-GATA1融合遺伝子陽性先天性白血病の女児例

久留米大学医学部小児科学教室

○矢野庄一郎、大園 秀一、伊藤 早織、満尾 美穂、
中川慎一郎、山下裕史朗

【緒言】 MYB-GATA1 融合遺伝子は白血病原性の遺伝子であり、乳児早期に白血病を発症し、現在まで男児例のみが報告されていた。

【症例】 0生日女児。白血球124,570/ μ L（芽球84.8%）を認め入院。21トリソミーなし。肝脾腫の他、周期的にじんましん様発疹を認めた。一時的な血球減少の後、16生日白血球再增多50,700/ μ L（芽球80%）、全身状態悪化したため少量シタラビン療法を開始。日齢50に第一寛解を確認し、以後寛解を維持。16生日末梢血Target RNAシーケンスにてMYB-GATA1融合遺伝子が検出され、先天性白血病と診断。5生日のガスリー血においても同様の遺伝子が検出され、本症は出生時より急性白血病であることが裏付けられた。

【考察】 今回初の女児例を経験したが、性差の機序は不明である。過去の報告から比較的予後良好と推測されたため、化学療法のみで注意深く経過観察を行つてゐる。

研7. 先天性胆道拡張症術後晚期に合併した肝内結石に対して ショートシングルバルーン内視鏡（sSBE）下治療を施行した1例

- 1) 久留米大学病院臨床研修管理センター
- 2) 久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門
- 3) 久留米大学病院がん集学治療センター
- 4) 久留米大学病院消化器病センター

○石井 海人¹⁾、岡部 義信²⁾、石田 祐介²⁾、牛島 知之^{2) 3)}、
安元真希子²⁾、深堀 理^{2) 3)}、鶴田 修^{1) 4)}、鳥村 拓司¹⁾

症例は50歳、女性。28歳時に先天性胆道拡張症で、胆管切除術および胆管空腸吻合術が施行された。201X年3月中旬より心窓部痛と倦怠感が出現し、近医を受診した。黄疸と肝機能障害、腹部US検査で巨大な肝内結石がみられたため、同年4月下旬に当科へ紹介となった。造影CTおよびMRCPで肝門部胆管内に27mm大、肝右葉後枝内に30mm大の結石像と末梢胆管の拡張を認めた。sSBEを用いて、胆管空腸吻合部に到達したところ、結石が吻合部に存在し、その隙間から膿汁様の胆汁が排出されていた。sSBE先端を直接肝内胆管へ挿管させ肝門部胆管内の結石を除去した。術後1週間目には肝機能障害も正常化した。先天性胆道拡張症術後の晚期合併症に肝内結石があり、しばしばその治療に難渋するが、本症例ではsSBEを用いた内視鏡的除石術により27mm大の結石除去に成功した。若干の文献的考察を加え報告する。

研8. 当院におけるロボット支援腎部分切除術の初期経験

九州大学大学院医学研究院泌尿器科学分野

○井上 裕之、門司 恵介、武内 在雄、塩田 真己、
清島圭二郎、猪口 淳一、立神 勝則、江藤 正俊

【目的または背景】 ダビンチSiシステムを用いたロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術（RAPN）の当院における初期成績につき報告する。

【方法と材料または対象】 2016年4月から2017年9月までの期間に、RAPNを施行した79例の患者背景、手術成績につき検討を加えた。

【結果および考察】 男性59例、女性20例、年齢は59歳（33-76歳）、右側47例、左側32例、腫瘍位置により経腹膜アプローチを44例、後腹膜アプローチを35例に施行した。腫瘍径は2.8cm（1.3-6.5cm）、コンソール時間は100分（41-288分）、腎動脈温阻血時間は15分（8-34分）、術後eGFR低下率は19.1%（-33.7-58.6%）、出血量は70ml（少量-9,150ml）であった。RAPNと腹腔鏡下腎部分切除との違いは患者背景の中の腫瘍径（p<0.0010）、RENALscore（p<0.0010）と手術成績の中の阻血時間（p<0.0010）であった。

【結論または結語】 RAPNは安全に施行可能であり、阻血時間の短縮が可能となる点で術直後腎機能温存に寄与する可能性が示唆された。

研9. ソマトスタチン受容体シンチグラフィ (SRS) が 局在診断に有効であった腫瘍性骨軟化症 (TIO) の一例

1) 九州大学大学院医学研究院病態制御内科学

2) 九州大学大学院医学研究院整形外科学教室

○永吉 美月¹⁾、寺田英李子¹⁾、坂本 竜一¹⁾、坂本 昌平¹⁾、

薛 宇孝²⁾、藤森 尚¹⁾、河邊 順¹⁾、蘆田 健二¹⁾、

中島 康晴²⁾、小川 佳宏¹⁾

【背景】 2016年1月より保険収載されたSRSは、ソマトスタチン受容体 (SSTR)-2を発現する腫瘍の局在診断に有効である。TIOは、全身の病的骨折と骨痛によりADLが顕著に低下するが、腫瘍を同定出来ず治療困難となることも多い。原因は、SSTR-2を高発現する間葉系腫瘍が多く、従来先進医療として⁶⁸GaDOTATOC-PET/CTが用いられてきた。

【症例】 30歳男性。4年前より骨痛が出現し、徐々に範囲が拡大し、歩行困難となり、病的骨折と骨密度低下を指摘された。血清Ca 8.9 mg/dL, P 1.6mg/dL, 骨型ALP 162 IU/L, %TRP 76.5%, FGF23 186pg/mLと高値でありTIOが疑われた。MRIで右脛骨幹端に径12mmのT2高信号結節を認めSRSの高集積を認めた。

【結果・結語】 腫瘍還流静脈で血中FGF23の有意な上昇を認め、原発巣と診断し、腫瘍切除を施行した。術後に血清Pは改善し、骨痛も消失した。SRSが最新医療としてTIOの局在診断に有効である事が示された。また神経内分泌腫瘍全般にも有効であり、地域医療で診断困難な疾患を解決する画期的医療として役立つことが期待される。

研10. 地域連携における末梢挿入型中心静脈カテーテル (PICC) の 有用性について

産業医科大学病院救急科

○馬庭 幸詩、手嶋 悠人、谷口 一成、大坪 広樹、真弓 俊彦

【背景】 近年、中心静脈穿刺合併症に関わる死亡の分析について医療事故の再発防止にむけた提言が発表され、CDCガイドライン2011では6日以上静注療法をする場合、末梢カテーテルではなくPICCを使用するべきとされ、現在PICCの有用性が見直されつつある。また、在宅医療でもPICCを活用しているところもあり、今後、高度な医療機関だけでなく地域連携でもPICCの正しい知識の普及が必要である。

【方法】 筆者が当院へ赴任してから、PICC挿入が望ましい患者に対して積極的に術者としてPICC挿入を試みてきた。PICCの管理法について病棟や院内で講演を行い、また九州地区の医療スタッフを対象に手技や知識の普及目的にテクニカルコースを開催した。

【結果】 PICCの知識が向上することでスタッフからもPICC挿入依頼が増え、院内ではPICCが普及しつつある。

【結語】 PICCの知識の地域支援病院への普及により、在宅医療における血管デバイスの選択肢を増やすことは、患者のQOLの向上に寄与するものと考えられる。

ランチョンセミナー

テーマ

「JMA-JDN（日本医師会ジュニア
ドクターズネットワーク）活動報告
～日本と世界の若手をつなぐ
新たな取り組み～」



JMA-JDN 代表
WMA-JDN 国際役員
三 島 千 明

皆様、こんにちは。日本医師会ジュニアドクターズネットワークの代表をしております三島と申します。このたびは大変貴重な機会を頂戴しまして、福岡県医師会の皆様、誠にありがとうございます。

私たちはJMA-JDNという名前で、日本医師会の国際保健検討委員会の中で若手医師の新しいネットワークとして活動させていただいております。その活動内容を紹介させていただければと思います。

ジュニアドクターズネットワーク略してJDNは、2010年10月、世界医師会という世界の医師を代表する組織（World Medical Association）の中に、卒後10年以内の若手医師有志が中心となってできました。現在、世界医師会の会長に、横倉日本医師会長が就任されています。JDNは若手目線でいろいろ発信していくこうという流れの中で創設され、その2年後、2012年に、日本医師会国際保健検討委員会の中に若手医師・医学の分科委員会を設置いただき、そこでJMA-JDNが立ち上りました。

最初の設置当時の参加メンバーは、北海道から西日本まで、さまざまな専門科の若手医師が集まってこのような活動を始めました。

我々JDNが目指しているビジョンは、「幅広い視野を持って社会に貢献できる医師を育成する」です。私たち卒後10年未満の若い世代の医師は、臨床研修でとても忙しい時期を過ごしています。それが一番大事なことではありますが、それ以外に、医師として広い視野を持ったり、医学以外のいろいろな社会のことについて勉強することも必要ではないかという思いで、このようなビジョンをみんなで考えました。

我々の主な活動は四つあります。国際的な活動、いろいろな地域・現場での貢献、リサーチ、科を超えた学びの場（セミナー等の開催）です。

今、JDNの運営メンバーはいろいろな国や地域にいます。ドイツやイギリスに留学中のメンバーもJDNを運営している者もおります。九州では、今日、長崎県から河野圭先生が来ています。国際活動としては、我々が今、主に行っているのは、年に1回の世界医師会の総会やそれに関連する理事会に若手医師として参加しています。世界にいるJDNのメンバーが集まって、それぞれの国の若手医師の課題や、そのときの国際保健に関わるようなトピック、例えばAMR（Antimicrobial Resistance 薬剤耐性）やSDH（Social Determinants of Health 健康の社会的決定要因）などのテーマについて話し合ったり、講演やワークショップ等を通して学びます。

それ以外には、欧州日本人医師会という組織の若手医師の方々とも交流して、海外留学に関心があるメンバーへの情報提供を行ったり、欧州での若手医師の働き方や現状を学んだりするような交流活動を行っています。

そのほかには、CMAAO（Confederation of Medical Associations in Asia and Oceania アジア大洋州医師会連合）という組織があり、そこでもJDNとして会議等に参加できる機会があります。

役員メンバーはそれぞれ臨床業務をしており、基本的に月に1回、役員のメンバーを中心にオンラインでミーティングを行い、情報共有をしたり、活動を話しています。

CMAAOの前回の総会は東京で開催されました。このときのテーマはEnd of Life Care（終末期医療）で、そこにアジア地域の若手医師が集まり、それぞれの地域での終末期医療における倫理的な課題、また、若手医師が向き合っている課題等の情報共有や交流をしてお互いに学び合いました。



JMA-JDN 役員
(地域担当)
河野 圭

長崎大学病院の河野と申します。よろしくお願いします。

私は地域の活動についてご紹介いたします。今日も福岡県医師会の皆様に呼んでいただきましたけれども、こういう形で皆様とつながりながら各地で地域活動をさせていただいている。昨年度からの流れとしては、石川県医師会ビジョン検討委員会や、滋賀県でも同様に、勉強会をさせていただいたり、北海道では、若手医師と医学生をつないでキャリアデザインセミナーを行ったりしました。

さらに別のセミナーとして、医療を取り巻く社会へのアプローチ、社会課題へのアプローチを学ぼうということで、我々でセミナーを主催しました。このときは家庭医療学冬期セミナーといって、プライマリ・ケア学会が定期的に行っている、東京大学においてのセミナーの中で、非常に問題になっているSDH、「健康の社会的決定要因」これは非常に大事な言葉で、大学によってはこれをカリキュラムにしているところもあるようですが、SDHに関するワークショップを開催しました。そのほか、「多職種で考える患者さんに伝わる伝え方ヘルスコミュニケーション」と題して、日本プライマリ・ケア連合学会の総会で開催させていただいております。そのほかに若手医師として、ACP（米国内科学会）日本支部年次総会で「英語の論文作成・プレゼンテーションのコツ」として、京都大学の海道利実先生とタッグを組んで、40名の先生方と開催いたしました。

また、国際保健で非常に有名なグローバルファンドの國井修先生をお招きして、グローバルキャリアについてご講演いただきました。先ほど三島から述べましたが、CMAAOの後に、交流の場としてこのセミナーを企画させていただきました。

また、元世界医師会長でSDHの専門家であるサー・マイケル・マーモット先生を招聘して、こちらも東京大学で、ご講演していただいたり、インタラクティブなケーススタディによる勉強会を開催しました。

若手のドクターだけではなく、学生さんともコラボをして、アジアで一番大きな医学生の団体であるAMSA、世界で一番大きな医学生団体であるIFMSA-Japan、国際保健医療学会学生部会jaih-s、といった大きな学生団体とタッグを組んでグループをつくり、お互いの活動を共有しながら発展していく、医療者、医師、学生をつなぐプラットホームづくりを目指しています。

我々は、科を越えて、地域を越えて、研究と臨床の垣根を越えて情報を共有し、若手の課題を知り、我々からメッセージを発信したり、それを共有したりすることを未来のビジョンとしております。

最後に、日本、世界の医師ネットワークからの学び、若手にとって意義のあるセミナーの企画、国際的な活動への参加など魅力的なコンテンツを我々は持っています。今後、活動を全国に広げたいと思っていますので、私も九州におりますが、ぜひ福岡県をはじめとした九州地域で、つながって、ご興味のある方にご参加、ご支援いただけたらと思います。

我々はホームページを持っていまして、日本医師会のホームページの中にJDNのホームページがあり、その他、インスタグラム、フェイスブックでさまざまな情報を発信しています。私は感染制御を専門としており、国際的な感染症、また抗菌薬対策などの情報発信もしていますので、ぜひご参照いただければ光栄です。

我々が主催するセミナーを、福岡県をはじめ九州で一緒にできたらと思いますので、よろしくお願いします。

ありがとうございました。

— 質 疑 応 答 —

○参加者 大変すばらしい取り組みで感銘を受けました。若い人がこういうことに取り組まれているわけですが、年上の人とどのように関わるかについて、どう考えられていますか。

○JDN（三島） ありがとうございます。私たちが最初、このJDNを始めたときには当初は必ずしも医師会に入っているわけではなく、フェイスブックなどのソーシャルメディアを通じて登録していただく形でネットワークを広げてきました。そのため、横のつながりはどんどん増えていますが、先生がおっしゃるような縦のつながりがこれからの課題と考えております。2012年に始まり、今5年たちますが、その中で、私も含めて初期研修医、後期研修医のときにはとんど地域の医師会の先生方とのつながりを持つ場は少なく、地域の医師会がどういう活動をされているかも知る機会もあまりありませんでした。我々の地域での活動を通して、世代を超えて先生方とお話しする機会ができたり、その中でいろいろなアドバイスをいただいたり、留学に関心のある若手が留学のことや、留学体験を聞いたりすることで、縦のつながりが今できつつあります。その中で、地域で長く働いてきたメンバーが地域医師会に参加したりするといった流れが少しずつできてきております。

先生方と一緒に世代を超えて交流することで、その地域に合ったネットワークの在り方と一緒に考えていくべきだと思います。

○参加者 ありがとうございました。それと、私たちの今一番の問題はたばこです。オリンピックを迎える日本では禁煙がなかなか進んでいません。もし若年の医師で、たばこを吸う人がいれば、たばこを吸わないようにする運動を若い人から盛り上げてください。ある世代みんなが吸わなくなれば完全禁煙になっていきます。そのあたりも先生方、ぜひ考えて活動を広げてほしいと思います。

○JDN（三島） ありがとうございます。そういう公衆衛生課題に対するアドボカシーはすごく大切だと思っており、今、医学生とのコラボレーションによる活動を少し行っています。むしろ医学生のほうが意識が高く、そういう課題意識を持って自主的にいろいろ発信されたり勉強会をされている方がいます。そういう医学生を含めて若手医療者が一つとなって、メンバーがまとまって発信していくことが大切だと思っています。まだ十分できませんが、今後、取り組んでいきたいと思います。

○参加者 ぜひ頑張ってください。ありがとうございました。



シンポジウム

テーマ

「地域医療に役立つ最新の医療」

【専門医共通講習－⑤地域医療（任意）】 1単位

「心不全医療の最新動向」



九州大学大学院
医学研究院循環器内科学教授
筒 井 裕 之

ご紹介いただきました、九州大学循環器内科の筒井と申します。このような発表の機会をいただきまして、内村先生、松田会頭に心より感謝申し上げます。

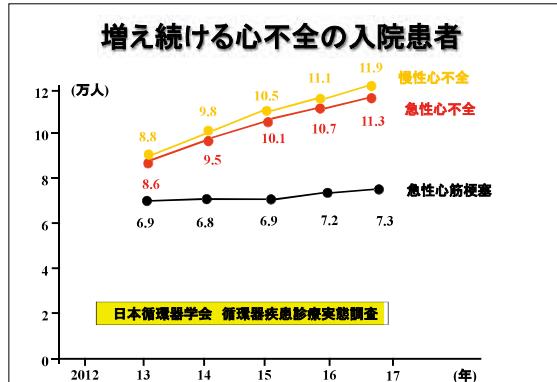
私は、循環器内科疾患としては心不全について、最近の話題を提供をさせていただこうと思っております。

最近の循環器医療でございますが、虚血性心疾患、不整脈、さらに今日お話しします心不全、克服されたと思っていますが、いまだに増えている弁膜症、先天性心疾患で成人に移行する患者さん、肺高血圧症など、いろいろな循環器疾患がございます。このような六つの大きな柱がございますが、いずれにも共通しておりますのは、私ども内科医が行う薬物治療と、以前は外科の先生が行っていた手術治療にかわる低侵襲インターベンション治療、デバイス治療、このようなものを組み合わせてハイブリッド治療として行うという点で、循環器疾患の最近の大きな流れとなっています。したがいまして、例えば虚血に対する冠動脈インターベンション、不整脈の心房細動に対するアブレーション、このようなものを内科医が薬物治療と一緒にしていくというのが最近の治療となっています。



その中で今日は心不全のお話をさせていただ

くのですが、2015年10月号の『日経メディカル』に「心不全パンデミック」という言葉が登場いたしました。「パンデミック」は、古くはスペイン風邪といった感染症のアウトブレイクが全世界的に同時発生して、医療機関が対応できなくなってしまう状況や日本では新型インフルエンザなどで想定されている状況のことです。本来、生活習慣病である高血圧や糖尿病を基盤として発症する心不全にもともとミスマッチな用語ですが、こういった表現が登場してまいりました。これは、超高齢社会を迎えて、患者さんの数が絶対数として増えてくる。そして、心不全の場合は再入院を反復して、入院するときには緊急入院が必要だということで、これらを全部掛け合わせますと、感染症のアウトブレイクのように医療が対応しきれないのではないかという非常に大きな危惧として出てきたと思います。また、これは世界的に共通した医療課題として捉えられています。



「そんな大げさな」と思われるかもしれません、日本循環器学会が全国で行っている循環器疾患診療実態調査がございます。先生方は、循環器で一番多い重症な病気は急性心筋梗塞だとお考えになると思うのですが、それは「そうであった」であります。この5年間、急性心筋梗塞は7万人前後で微増の状態です。急性心筋梗塞に対する最も有効な治療は、急性期の冠動脈インターベンションですが、福岡市内をはじめとして福岡県内多くの都市部で冠動脈インターベンションを行っている施設が増えておりますので、個々の病院当たりの患者さんはほとんど増えておりません。

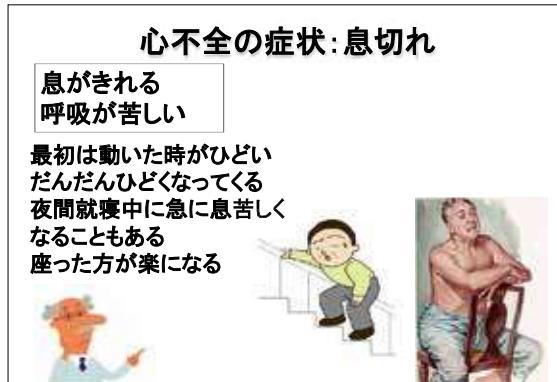
一方で、激増しているのは心不全です。2017

年のデータでは、急性心不全の患者さんは10万人を超えており、少なくともこの5年間は数千人規模で増え続けているという実態がございます。



そういうことで、日本循環器学会と日本脳卒中学会では、「ストップCVD」というキャンペーンを2016年から行っております。その中の重要な3疾病、一つは脳卒中、2番目に心不全、そして3番目に心筋梗塞などの血管病があげられています。

一般の方に「心不全とはどんな病気ですか」と聞くと、半数以上の方が亡くなる前の状態、がんの患者さんはほとんどは心不全で亡くなると、そういう認識の方がおられます。もう一方は、突然亡くなるのが心不全ですよねという認識の方もおられます。そもそも心不全が病気として正しくは認識されていないという現実があります。これは我々の責任も大きいわけあります。そこで日本循環器学会と日本心不全学会では一般向けの定義として、「心不全とは、心臓が悪いために息切れやむくみが起り、だんだん悪くなって生命を縮める病気です」というわかりやすく表現したものを出しました。



心不全の症状：“むくみ(浮腫)”



- 両側(片側一方のことは少ない)
- 足首がわかりやすい
- 指で押さると痕が残り、ゆっくり元にもどります
- 体重増加を伴います



心不全の症状は、息切れとむくみです。もう一つ非常に重要な症状として、全身倦怠感と易疲労感というのがあります。実際には、「同じようなペースで同じ年代の方と歩くとちょっとしんどい」、「2階まで階段で上がりて、休まなくてよかったのが、休まないといけないようになった」といった症状が易疲労感というものになります。むくみは身体所見でもありますが、両側でぐっと押して、これが戻ってくるのに時間がかかるというのが特徴的です。

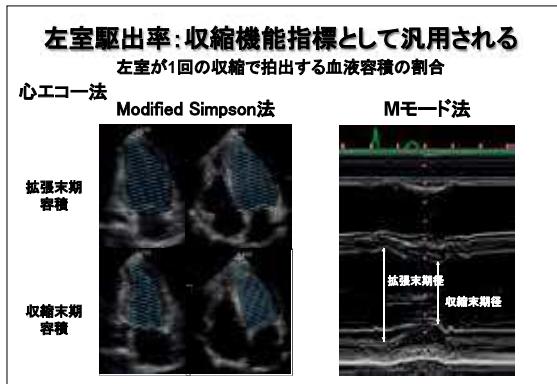
心不全診断におけるBNP, NT-proBNP値のカットオフ値



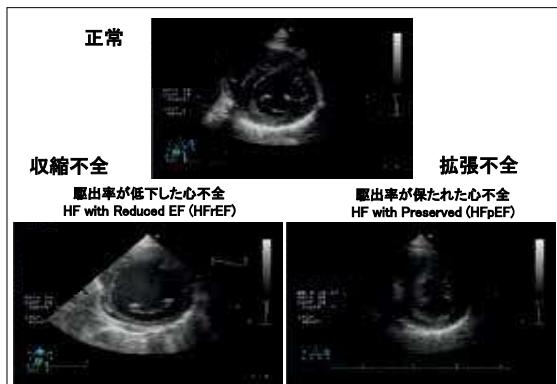
日本心不全学会

先生方は、日常の診療ではBNPを診断にお使いになることが多いと思います。診断に非常に有効な指標ですが、BNPは、本来は心臓に負荷が加わったことによって、心臓で産生される血管を拡張したり、心肥大を抑制する、心血管保護作用をもつ非常にいいホルモンです。BNPが高いと心不全ということでBNPは悪者のように思われていますが、決してそんなことはなく、心臓に負担がかかったことによって心臓が産生しているいいホルモンです。ですから、BNPが幾ら以上だから悪いのだということが言えないため、そこが診断に使うときに難しいところです。BNPが100を超えると心不全の可能性が高くなる、200を超えるとその可能性は

さらに高くなるため、100、200を一つの目安にしていただくとよろしいです。NT-proBNPでは、400から900ということになり、基準値が設けられています。正常値は随分低いですが、BNP40から100はグレーゾーンと認識していただいて、BNPを心不全の診断に使っていただくといいと思います。



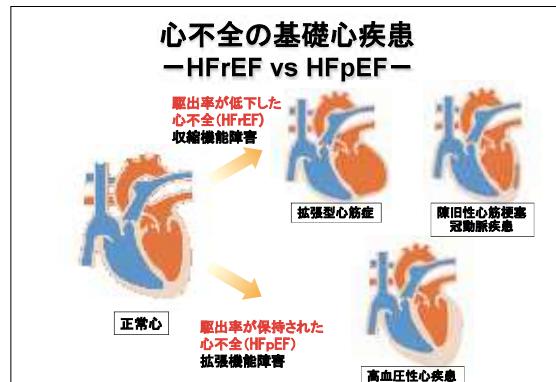
心不全の診断には必ず心臓超音波検査をいたします。これで心不全の原因は何なのかということもわかります。虚血なのか、心筋症なのか、弁膜症なのか、先天性心疾患なのか、そのような診断に非常に役立ちます。さらに左室駆出率という、非常に大まかではありますが、心臓の収縮機能の指標がわかります。1回心臓が駆出するときに何%血液を駆出できるかを左室駆出率 (LV ejection fraction) といいます。多くの診療科の先生、循環器がご専門でない先生もこの用語をご存じだと思います。左室駆出率の正常値は約60%になっています。



正常な心臓の左心室の短軸像ですが、このように収縮と拡張を繰り返しております。心臓の収縮機能が悪くなると、このように左室全体が拡張して、収縮が非常に低下をしてまいります。こういう心不全を「駆出率が低下した心不

全——heart failure with reduced ejection fraction」、略して「HFrEF」と言います。

一方で、必ずしも駆出率が低下をしていなくても心不全になるということが近年非常に注目されています。左室駆出率としては一見正常に見えるのですが、臨床的に心不全と呈するものです。これを「駆出率が保たれた心不全——heart failure with preserved ejection fraction」「HFpEF」と言います。

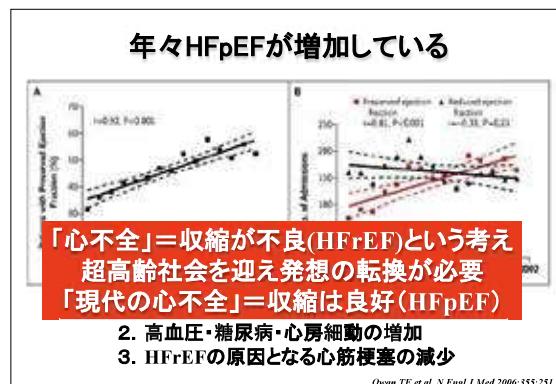


駆出率が低下した心不全の代表は拡張型心筋症や陳旧性心筋梗塞です。一方で、駆出率が保たれた心不全の代表は高血圧性心疾患です。

	HFrEF	HFpEF
年齢	高齢者	全ての年齢
性	女性	男性
左室駆出率	正常	低下
左室径	正常	拡張
左室肥大	しばしば	時々
合併疾患		
高血圧	+++	++
糖尿病	+++	++
陳旧性心筋梗塞	+	+++
長期透析	++	0
心房細動	+(-過性)	+ (慢性)

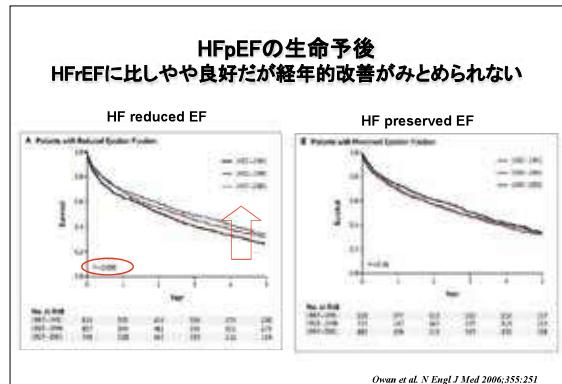
Jessup and Brozena. N Engl J Med 2003;348:2007-18

この駆出率が保たれた心不全HFpEFは高齢の女性に多く、そして高血圧の患者さんに多いのが特徴です。



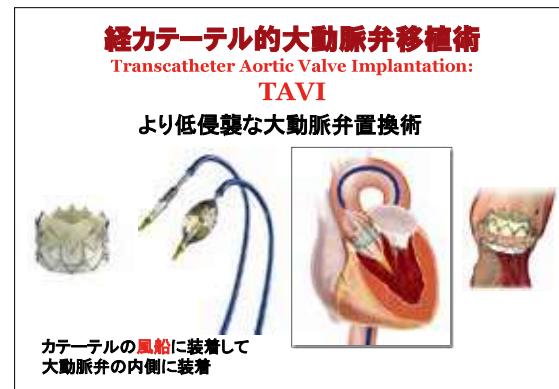
これはアメリカのメイヨー・クリニックからのデータですが、駆出率が保たれた心不全の患者さんが以前は約30%だったのが、もう半分程にまで増加してきています。入院の回数で見ても、赤線で示すように、駆出率が低下している患者さんはだんだん減って、駆出率が保たれた患者さんがむしろ多くなっています。これはひとえに、人口の高齢化、高血圧、糖尿病、心房細動が増えてきた、それから駆出率が低下した心不全HFrEFの原因である心筋梗塞が増えているといったことで起こっていると考えられています。

したがって、先生方には、心不全というと収縮が悪い、心臓がばてている状態ばかりではなく、超高齢社会を迎えて、今は、駆出率としては低下していない高血圧を基礎心疾患にする心不全の患者さんが非常に増えている状況を確認いただければと思います。最初にご紹介した「心不全パンデミック」というのは、まさにこういう患者さんが増えているということです。



さらに重要なことは、駆出率が低下した患者さんの予後は、わずかではありますが、よくなっています。一方で、同じ期間で駆出率が保たれた心不全の患者さんの生存率はよくなっていないことが大きな課題だととらえられています。

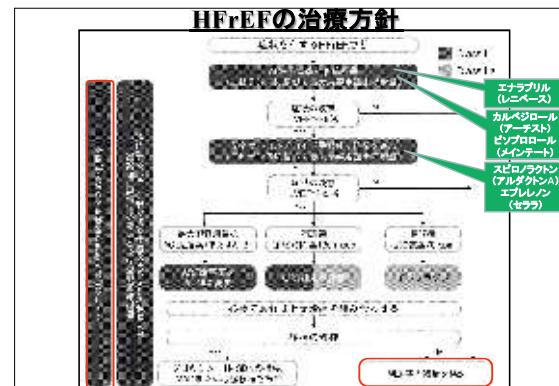
最近、駆出率が保たれた心不全の患者さんに大動脈弁狭窄症が増えてきています。多くは80歳代、場合によっては90代です。これは大動脈弁が動脈硬化のような増殖性、炎症性変化でかたくなって、大動脈の開きが悪くなり起こつくるという病気です。



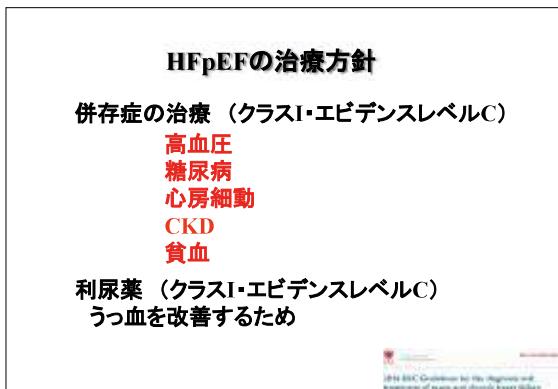
以前は大動脈弁狭窄症の治療には手術しかありませんでしたが、人工弁をカテーテルで置いてくるというTAVIと言う治療があります。この治療件数が全国で増えていっています。一昨年は3,000例のTAVIが全国で行われたという状況です。昨年は1万例近い数が行われたのではないかと予想されています。



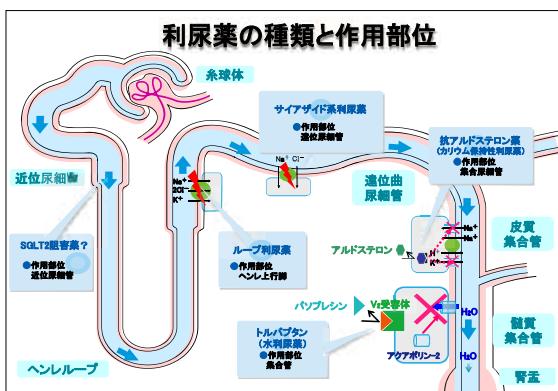
心不全の治療のゴールは、生命を縮めないようにすること、息切れやむくみなどの症状を軽くするようにすること、そして動ける範囲に制限がないように、悪化して入院することができないように、生き生きとした生活ができます。



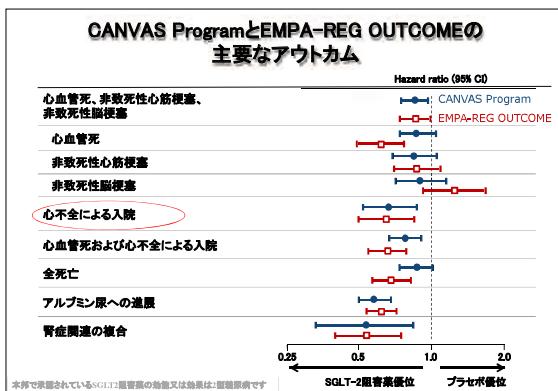
今日はお薬の詳しいお話をいたしませんけれども、駆出率が低下している心不全の治療のアルゴリズムはこのように書かれています。



駆出率が保たれた心不全では、併存症である高血圧、糖尿病、心房細動などを治療して、利尿薬でうつ血を改善するようにします。

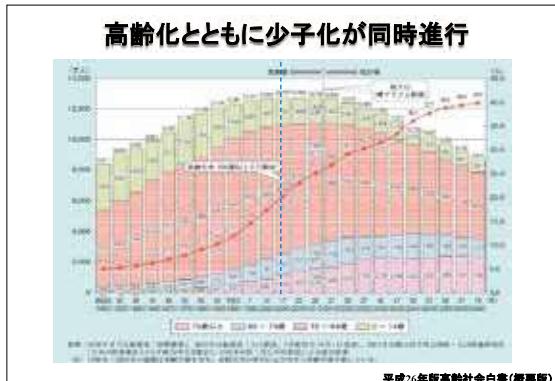


心不全の症状を取るのに利尿薬は非常に有効です。先生方はループ利尿薬、サイアザイド系利尿薬、トルバブタンなどをお使いになると思いますが、最近、糖尿病治療薬であるSGLT2阻害薬が心不全治療薬として注目されています。



SGLT2阻害薬は本来、糖尿病治療薬ですが、近位尿細管での糖の再吸収を抑制することと同時にナトリウムの再吸収を抑制し、利尿作用があります。EMPA-REG OUTCOME試験とCANVAS試験という二つの大規模臨床試験で心不全による入院を40%も抑制するという結果が得られたということです。

SGLT2阻害薬は糖尿病治療薬にとどまらずに、心不全や心血管病の治療薬になるかもしれないという可能性もあり、我々が最も注目している薬剤の一つです。



心不全は高齢者の病気です。今後さらに、高齢の心不全患者さんの繰り返す再入院が増えていきますので、我々は効果的かつ効率的な対策を考えていく必要が求められています。さらに、わが国では少子化が同時に進行しています。我々は高齢化と少子化が同時に進行するという状況のなかで有効な心不全の疾病管理のやり方を考えておく必要があります。



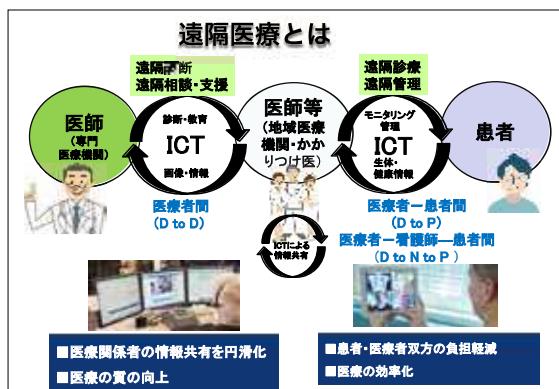
何といっても自分でできること、すなわちセルフケアを増やして、管理を効率化していく必要があります。

先生方は高血圧、糖尿病などの生活習慣病の治療では手帳を活用しておられると思いますが、タブレット型の携帯端末やスマートフォンで、症状やバイタルサインのモニタリングや、学習コンテンツを文章だけではなく動画で入れることができます。このような電子化されたデータを診療の際に持ってきていただいて、双方でコミュニケーションを取る。このことは従来からの紙の手帳でもできる機能ですが、病状が悪

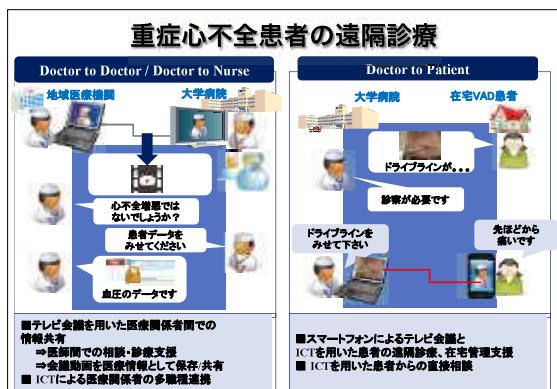
化したときにアラート機能を出す、这样的なことは、電子化された端末でしかできません。このアプリにはアルゴリズムが組んでおり、症状の増悪や体重の増加をモニタリングして、数日で2-3キロ体重が増えると、心不全が悪化しているのではないかということで受診をうながすアラートを出すことができます。このような機能は紙の手帳ではできないわけです。



治療へのアドヒアランスも非常に重要ですが、セルフケア、患者さん自身が自分自身で自分の体調を管理していくという、行動変容に変えていく必要があります。そういう行動変容を実現するアプリを「心不全みまもり帖」として今後開発していくと思っています。



もう一つの重要な柱は遠隔診療です。遠隔診療には医療者間の情報の共有 (D to D) と医療者と患者さんとの間をつなぐ D to P とか D to N to P と言われている遠隔診療があります。いわゆるオンライン診療を実際の医療の現場に持ち込み、対面診療を補助する役割を担っていく必要があるのではないかと思っております。



私ども大学病院では、多くの重症な患者さんの診療を担当します。遠隔診療の有効性を実際に検証していくこうと思っております。



私どもの九大循環器内科では、虚血、不整脈、心不全、肺高血圧、成人先天性、弁膜症を中心に6本の柱で薬物治療と非薬物治療をハイブリッドで行っています。地域の先生方との連携なくして質の高い診療はできないと思っております。今日、私がお話をさせていただいた最新の心不全診療の内容を先生方の日常診療でもご活用いただければと思っております。

以上でございます。どうもありがとうございました。

「三次救急医療施設からみた医療連携」



久留米大学医学部
救急医学講座教授
高 須 修

第10回福岡県医学会総会
2018.2.4 福岡県医師会館

福岡県医学会総会シンポジウム
三次救急医療施設からみた医療連携

久留米大学医学部救急医学講座
久留米大学病院高度救命救急センター
高須 修

皆さん、こんにちは。久留米大学救急医学講座の高須と申します。本日はこのような発表の機会をえてくださいまして御礼申し上げます。

本日、私は「三次救急医療からみた医療連携」ということをお話しさせていただきますが、おそらく三次救急医療、皆様の通常の医療から最もかけ離れたところで、あまり私たちと接点がないことだと思いますので、今日は少しご紹介をして、地域医療構想の中に我々がどういうふうに入り込んでいったらいいのかということを皆様とともにぜひ考えていただけたらと思います。

本日の内容

1. 久留米大学病院高度救命救急センターの変遷から見る
救急医療の変化
2. 病院前救急診療と医療連携
3. 3次救急医療施設からみる今後の医療連携

最初に、久留米大学の救命救急センターの変遷をご紹介して、救急医療がどのようにかかわっていっているかということをご紹介したい

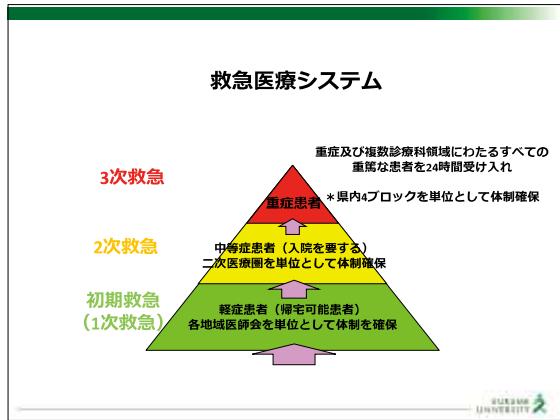
と思います。その中から今後の医療連携のあり方、あるいは三次救急施設のあり方がどうあるべきかということを、少し私見を交えて述べさせていただきたいと思います。



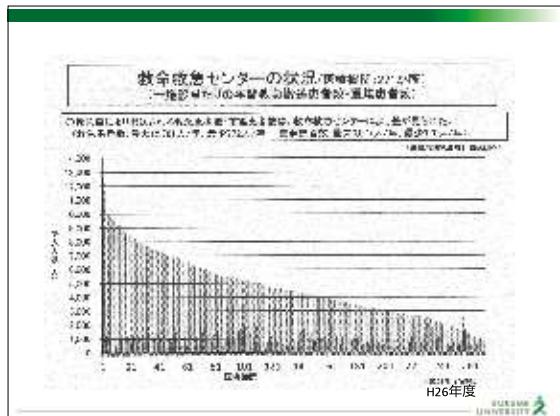
我々の久留米大学の高度救命救急センターは、県南のいわゆる筑後地域にあります救命救急センターです。福岡県には四つの医療地域に10の救命救急センターがあります。筑後地域には、我々の救命センターと聖マリア病院の救命救急センターの二つでこの地域の三次救急を担っております。我々のところでは43床のベッドがあり、福岡県のドクターヘリの基地病院です。それともう一つは、久留米市のワークステーション・ドクターカー、これらの運行基地であって、24時間運行しております。救急の専門医12名を含みます専属の30名のスタッフで運営しており、いろいろな診療科の専門医が常時いるような状態です。



既に皆様ご存じのとおり、県南、我々の久留米医療圏においても、既に人口は少しずつ減っています、高齢者の割合が非常に高くなっています。このような地域での三次救急のご紹介になります。

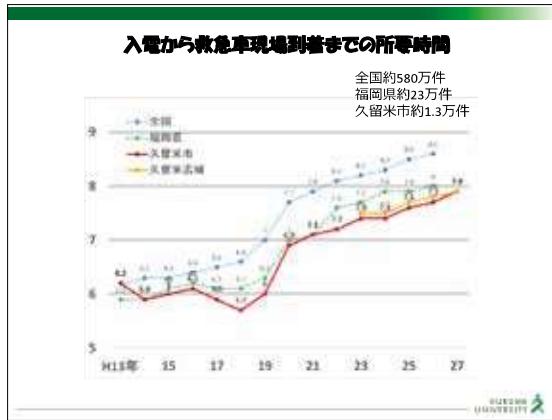


救急医療というものは、日本では初期救急医療、二次救急医療、三次救急医療と、こういう体系の中で組み立てられてきました。三次救急医療というものは、最重篤な患者さんを24時間、断ることなく受け入れていこうというシステムの最後の砦として機能しているシステムです。

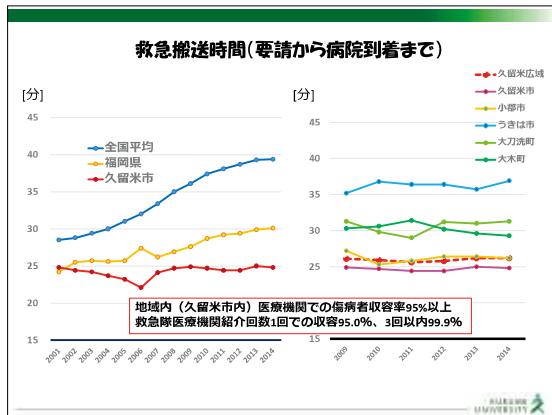


しかしながら、日本の救急医療システムを見ますと、これが既に大きく変わってしまっています。

これは、横に救命センターの数です。全国に約290あります。この290のセンターがどのくらいの患者さんを受け入れているかという数で、最も多いところは年間1万件以上の急患を受けております。少し見にくいくらいですが、こここの色の濃い下のところが三次救急の最重篤の患者数です。我々の施設は三次救急に特化した、いわゆる集中治療型の施設です。全国には三次救急をしながら年間1万台あるいは1万2,000台の救急車を受けている施設もありますが、こういう施設はER型と呼ばれることも多いと思います。



久留米地区あるいは福岡県というのは、皆様が既にご承知のとおり、日本で最も救急医療の質の高いところであります。例えば救急の入電、すなわち119番から救急車が現場に着くまでの時間というものは、常に全国のトップクラス、短い5.9分から、最近では少し増加傾向で7分、8分かかるておりますが、常に全国トップクラスであるのは皆様がご存じのとおりだと思います。

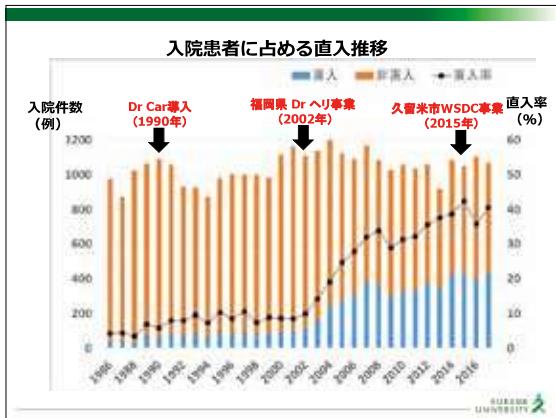


救急車の要請から病院到着までの時間を見ても、全国平均で40分かかるところが、福岡県で30分、あるいは特に久留米市の中で見てみると25分と、これも常にここ10年以上、全国トップクラスの数値をたたき出している。すなわち救急医療をこのように時間で評価しますと、非常に恵まれた地域であるということは皆様のご存じのとおりだと思います。

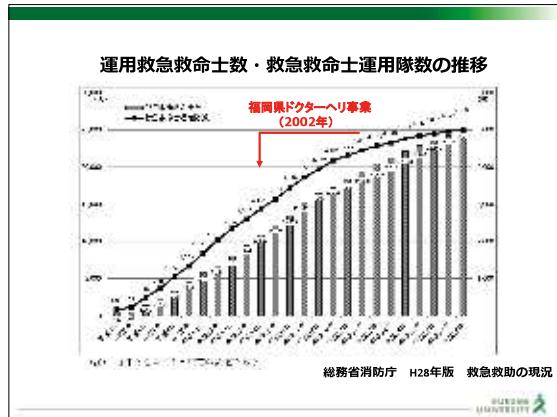
久留米市もそうですが、ほとんど救急隊は、1回の救急搬入依頼で95%以上搬入される病院が決まりますし、3回以内にはほぼ9割9分の救急患者さんの受け入れが決まる。自分たちの医療圏でほぼ全ての患者さんが救急医療を受けられるというのが福岡県の大きな特徴の一つです。



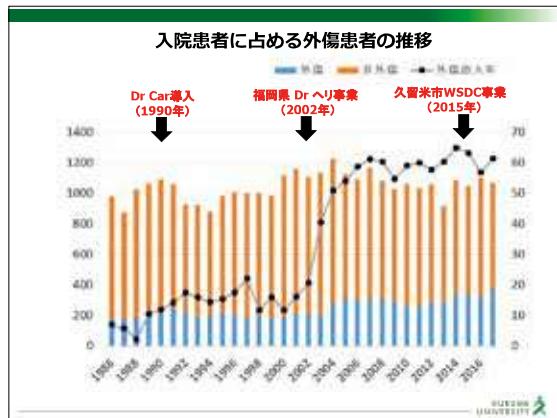
我々の救命センターの開設当初から今現在までの患者さんの数を見てみると、ほぼ年間1,000から1,200、これはずっと一定で変わりません。ところが、大きく変わってきたのは、この青で示します、いわゆる直入といわれる救急の現場から患者さんが搬入される割合が非常に上がってきました。以前はいわゆる一次病院、二次病院、三次病院と、紹介、紹介という形で救命センターに来ており、現場から来られる方は非常に近隣の方のみに限られておりましたが、最近では非常に離れたところからでも、状態によっては直接救急車で来られます。その割合は約40%まで上がってきました。これはおそらくさらにまだ上がるものだと思います。



このような状態になってきた一つの理由というのは、私たちが、福岡県の事業として取り組んでいるドクターへリ事業、これが導入されるとともに確かに割合は上がってきたように見えます。

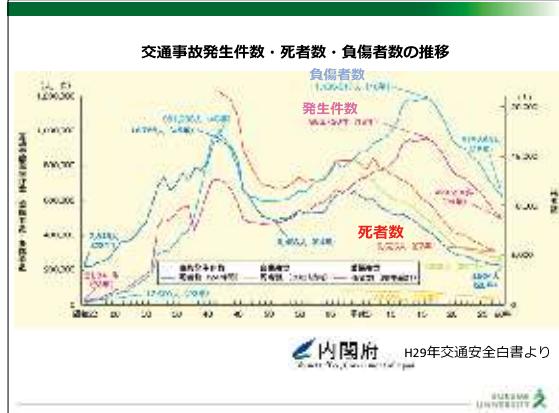


ところが、この状態をつくり上げている最も大きな因子・要因は、救命救急士、すなわち救急隊の中で、国家試験を通じて、特定の医療行為ができる救急隊の数が年々ずっと増えてきた。この方たちの一つの救急に対する取り組みが、救命センターに来る患者さんの経路を変えてしまつたことの一つの大いな要因になっています。すなわち救急医療というものは、私たちがもちろん一生懸命システムを作るのですが、それを大きく動かす一つの要因になっているのは救命救急士の考え方であったり、対応であったり、取り組みがすごく大きな影響を及ぼすということがわかってきていただけると思います。

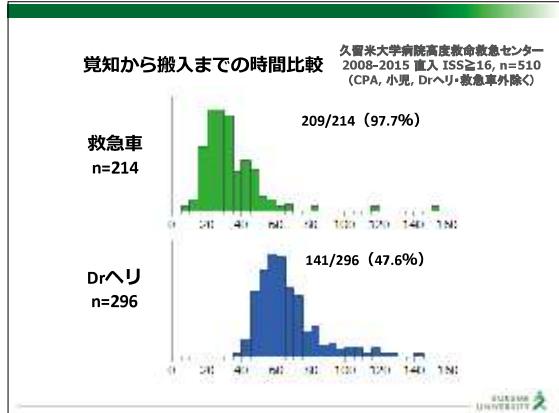


もう一つは、この長い中で変わったことは、外傷患者、今度は青で示しますのは重症外傷患者の数であります。以前は200に行かない程でしたが、最近では約300後半、400件に近い値をたたき出しております。かつ、その患者さんたちが現場から直接来る割合が、昔は二次病院の先生から紹介を受けてきましたので、直接搬入は少なかったのですが、最近は現場から救急隊の判断で連れてくる。400弱の症例のほぼ6割は現場から直接搬入されてくるというのが今の

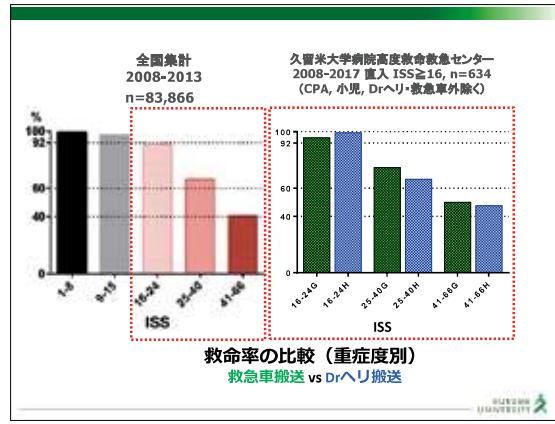
救命センターの大きな流れであります。



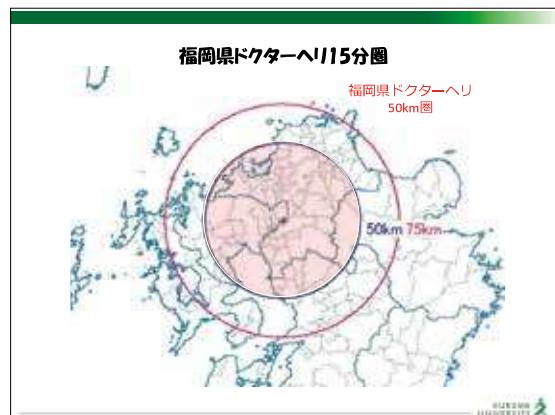
一方で、交通事故の数というのは年々減っています。発生件数も負傷者も、それから死亡者も全部右肩下がりです。これは、車もよくなりましたし、飲酒運転も厳罰化されました。それから、シートベルトも法律化されていますので、事故というものは非常に少なくなっています。その一方で、我々のこういう救命センターに、少なくなった患者を1カ所になるべく——1カ所というわけではないんですけども、集約をして、質の担保をしようということが一つの救命センターの大きな役割になっています。



これは、救急車で運ばれた外傷患者とドクターへリで運ばれた外傷患者の各地から病院に到着するまでの時間を示しています。救急車で来られる外傷の患者さんは、平均約30分で救命センターに到着します。ドクターへリで来る患者さんというのは、約60分を中心値として救命センターにやってきます。この30分というのは、外傷、特に大出血をしているような、あるいは頭部や胸部に大きな外傷を負っている患者さんには非常にクリティカルな時間になります。



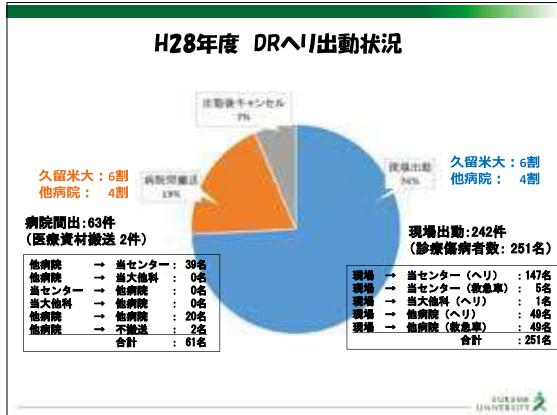
これは全国の外傷重症患者の生存率と今の救急車、ドクターへリで来た患者さんの生存率を比較したものです。この横軸の点数が高い症例、41から66点というのは最も高いグループです。16から24点というのは中等症のグループですが、この全国の集計値と比べてみても、救急車であれ、30分おくれて到着するドクターへリであれ、いずれも全国に比べて引けをとらないような救命率を出すことができています。すなわちこの30分の病院到着の遅れというものは、こういうドクターへリで患者を集約することによって、質の高い医療が展開できていると言いかえるともできると思います。



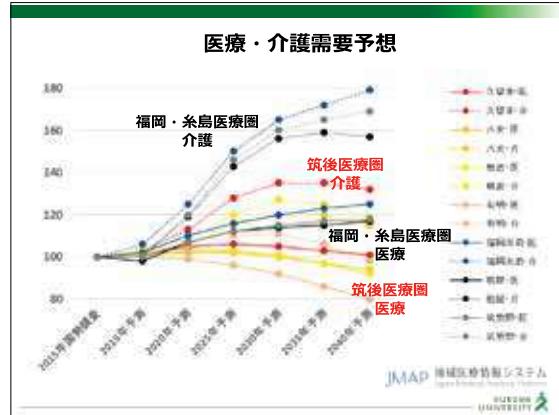
ドクターへリというのは、福岡県の事業ですので、我々は久留米、筑後地区のみならず、北九州までもちろん飛ぶことができますが、時速220キロで飛ぶため、この50キロの円は大体15分で到達します。救命センターから、福岡市までは大体15分で飛ぶことができます。あるいは北九州市でも20分少しで到着することができます。



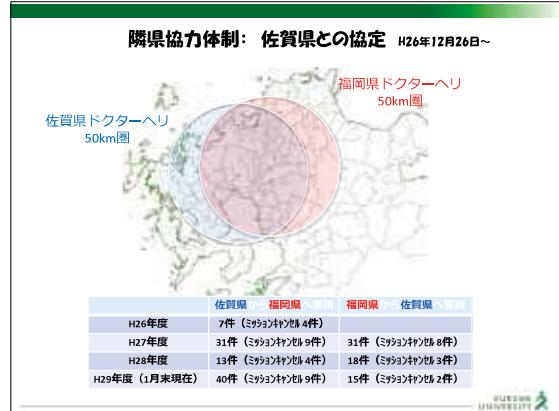
しかし実際には、このグレーのところが久留米市ですが、久留米市を中心にドーナツ状に赤、黄色、緑のところが数の多いところ、それから福岡市の真ん中を抜いて、その周りに出動しているという出動の形になっています。こういう中央部分、久留米市は、最もドクターヘリが使いにくい場所になりますし、福岡市の中央には救命センターが幾つもありますので、ここから呼ばれることはなかなかないのですが、少し離れたところからは我々のメリットが少しあるということで、よく呼ばれています。



ドクターヘリを使って患者さんを迎えに行って、全て我々の久留米大学に戻ってきているわけではありません。大学に戻ってくる症例は約6割、それから他の病院に行くのが4割、これは現場に出動した場合も、それから病院間の搬送を行った場合も、約4割はほかの施設にお願いをしてくるという形になっています。



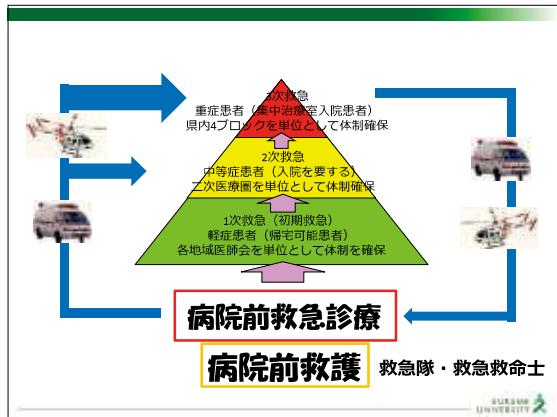
これは、医師会のシステムの中からデータを引っ張り出してきたところですが、我々のいる筑後地域と福岡、糸島の医療圏等々では、今後の医療あるいは介護の需要というものがかなり変わってきます。ですから、我々の筑後領域、筑後医療圏で患者さんの重複がなくても、福岡医療圏であるようであれば、そこにドクターへリが要請されて、近隣の病院あるいは救命センターに、福岡市の病院に連れていくか、あるいは北九州市で我々が活動するという新たな我々のニーズがここには出てくるのではないかと考えております。



実際、これは佐賀県とのオーバーラップを示したものですが、隣県の佐賀県にもドクターヘリは行っています。ここ二つの施設、50キロ圏というのはほぼオーバーラップするのですが、福岡県で重複要請が入った場合は佐賀県がカバーをする、佐賀県で同じ時間帯に重複要請があれば、一つは福岡県がカバーするという様に、県境もまたいで補完するシステムというのができています。

これと同じように、このヘリのシステムというのは、筑後地域だけのものではなく、広く福

岡、北九州、飯塚、全ての地域において、あるいは佐賀のドクターヘリと共に連携しながら、お互いに補完し合うことができるというシステムであり、今後ますます新しい医療システムの中にこのようなシステムも組み込まれていくといいのではないかなと考えております。



通常の医療システムが今後このような呼被れ方をするかというのは非常に問題なのですが、このシステムは、我々の病院から外に出て、全てここに帰っていくということではなくて、患者さんが必要なときに必要な高次の医療施設に、救急隊あるいは我々が現場に出る病院前救急診療というものを用いて、患者さんが適切な病院に搬送されることを我々は意識して活動しているということになります。

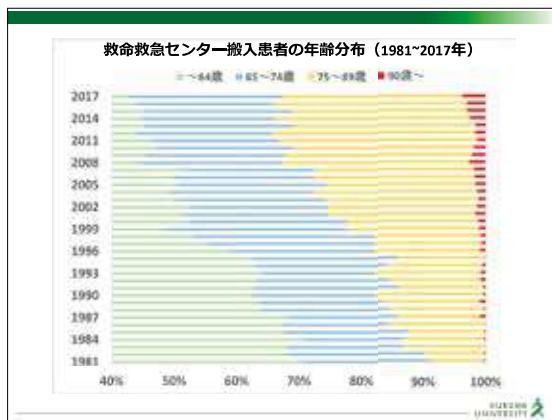
小 括 (1)

① 初期,2,3次救急医療体制の中で、救急医療システムそのものは、地域のニーズや時代のニーズに沿って絶えず変化している。
久留米大学病院救命救急センターは、筑後地域・県南を主体とする重症患者の受け入れ機関の一つとしての役割を果してきた。

今後、地域ごとに高齢者救急医療に対するシステムに大きな差が生じる可能性もあり、医療圏ごとの連携に加え医療圏を超えた広域な連携や補完も視野に入れる必要がある。病院前救急体制の上に、Dr.ヘリ、Dr.カーシステムによる病院前救急診療体制が充実することは、**単なる医療のデリバリーにとどまらず、福岡県全域あるいは隣県地域を含む広域な救急医療の連携と補完システム**として寄与すると考えられる。

おそらく今の救命救急センター、三次救急のシステムというのは絶えず変化しています。今後、今、我々が病院前に出ているのは、よく医療のデリバリーと呼ばれます、ただのデリバリーではなく、県境をまたいで、あるいは幾つもの医療圏をまたいで、広域に医療連携ができるというシステムになると思います。ぜひいろいろな地域の先生方にドクターヘリを知っています。

ただ、三次救急をうまく利用していただければと思っております。



一方で、救命センター、かなり患者さんが高齢化をしてきました。今現在、赤で示します90歳も、近年では5%を超えてきました。

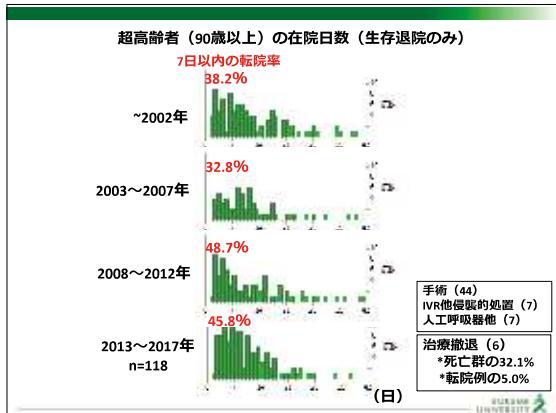


これはどこの施設も同じだと思いますが、救命センターには90歳以上の患者さんもかなり来るようになりました。特に外傷の患者さん。外傷の患者さんは、重篤な外傷ではなくて、非常に軽微ではありますが、今後の生活の質を変えてしまうような外傷の患者さんです。



こういうリスクの高い患者さんも救命センターに非常に多く来るようになり、この患者さ

んたちは、ご紹介した病院に半分以上は転院をしてもらっています。若い人たちに比べると、病棟に移動することは少ないので、紹介病院の先生方とのしっかりとした連携ができれば、まだまだご高齢の方、リスクの高い方も我々の救命センターでお引き受けすることができると思います。



年々高齢者の入院期間というものは短くなつてきました。今では7日以内に転院をしていたく90歳以上のご高齢の方が約5割です。ということは、この中にしっかりと手術までする方もいらっしゃいますが、むしろ紹介しても治療を撤退する患者さんがかなり増えてきました。我々がかなり重症の患者さんに特化して患者さんを診ておりますので、治療の適用、手術の適用、今後の予後などがご家族との間でうまく説明できないときには、ぜひ我々のところに紹介いただければ、ご家族ともしっかりと今後のことを話して、ご高齢であっても、我々も地域医療に役立つようにということで医療を展開しています。

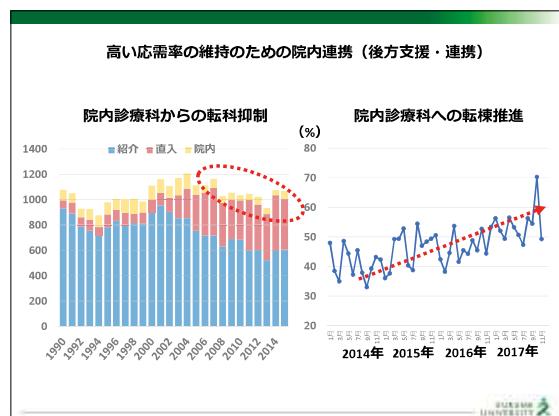


一方で、ご高齢の患者さんの中で直接病院に来られる方、今、直接搬入量が増えていますの

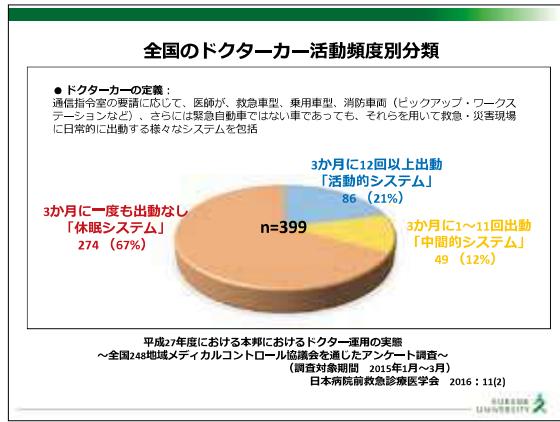
で、このような患者さんの転院がなかなか決まらないというのが今の我々の悩みです。ですから、救命センター、三次の救急医療施設をうまく皆様の医療地域、施設の中に組み込んでいたぐためには、こういうご高齢の方の急性期の治療が終わったときには、ぜひしっかりと連携をとって、継続的な治療につなげていけるようにというのが我々の望んでいる医療の連携であります。

小 括 (2)

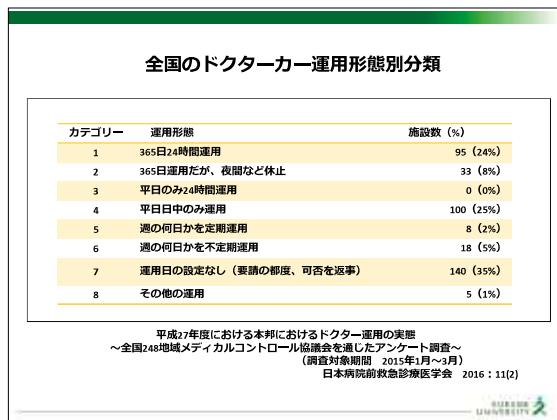
② かつてない高齢化社会を迎えるにあたり、三次医療機関に求められる新たなニーズ、特に超高齢者に対する侵襲的治療やその判断など、新たな役割が求められている。一方で、高齢者の意思確認などの問題も大きく、一層、地域に密着した連携が求められる。



最後に、我々は今、24時間365日救急医療を絶え間なく受け取るためには、病棟内では、病棟のほうから救命センターへ来る患者さんの抑制をして、むしろ救命センターに入院をした患者さんは病棟に速やかに上がってもらう。救命センターをなるべくうまくあけて、患者さんを断ることがないように、応需率99%で稼働しております。



一方で、ドクターカー、ドクターヘリというものは、ドクターカーを見てみると、全国で数は全体であるんですけども、なかなか稼働が難しいのがこのような病院前のシステムです。

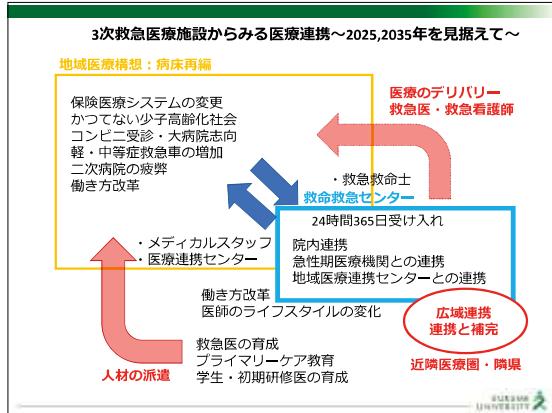


24時間稼働するシステムは全国で4分の1しかありません。



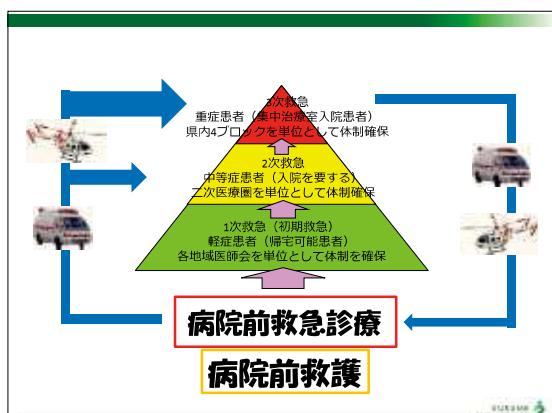
我々はドクターヘリ、ドクターカーを24時間360日稼働して、近隣の病院に我々の講座あるいは救命センターでトレーニングをした先生方と一緒に——この星印あるいは黄色で書いてあるのは我々の施設の出身の先生方がいらっしゃる基幹病院ですが、こういう施設と協力して、地域の救急医療を支えているということが今の

我々の現状であります。



私見ですが、最後に三次救急施設から今後の医療連携というものをまとめると、今、地域ではいろいろな救急に関する問題点が上げられています。働き方改革を含めて、非常に救急車を受けににくい状態ができていると思います。しかし我々は、一つは医療のデリバリーをする、あるいは救命士と一緒にになって一つの医療チームを病院の皆様とつくる、もう一つは、我々の大手あるいは講座、救命センターでトレーニングした人、地域に人材をしっかり派遣する、かつ、地域あるいは広域の目をもっていろいろな救命センターと連携をして、しっかりととした三次の救急医療体制を作ろうとしているのが我々の現状の状態であります。今後の救急医学あるいは救命センターとして、こういう救命医療に貢献できるようにしっかり頑張ってまいりたいと思います。

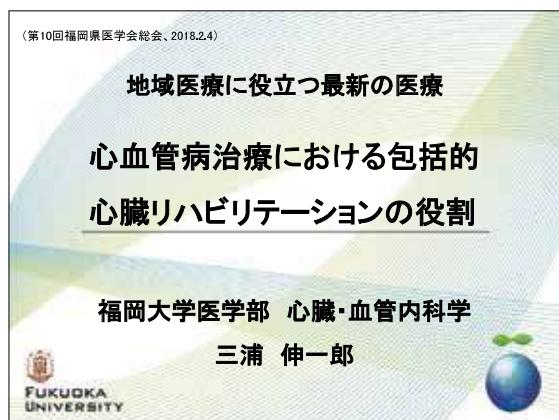
以上です。



「心血管病治療における包括的心臓リハビリテーションの役割」



福岡大学医学部
心臓・血管内科学主任教授
三浦 伸一郎



よろしくお願ひいたします。福岡大学心臓・血管内科学の三浦です。本日はこのような発表の機会をえていただき、ありがとうございます。私は、心臓リハビリテーションについてお話をさせていただきます。

日本人の死因は、心疾患、脳血管疾患が約20%から30%程であり、悪性新生物の次に多いと言われております。

脳・心血管疾患というのはなぜ引き起こされるかというと、やはり動脈硬化が引き起こすということになります。動脈硬化というのは、さまざまな生活習慣病から血管の炎症が起こり、進展していくわけですが、生活習慣の改善や薬物療法、そこに今日、話題であります心臓リハビリテーションで、動脈硬化性の脳・心血管疾患の進展、発症を予防するということを目指しているということあります。

心臓リハビリテーション

重症、不可逆的障害を受けた

心臓病に対する離床、社会復帰



ゴールは 動脈硬化を抑制、退縮を促す治療
心筋梗塞を含めた心血管系疾患の再発予防、予後改善

心血管疾患再発防止予後改善プログラム

心臓リハビリテーションの目的とは、重症、不可逆的な障害を受けた心臓病に対して、離床、社会復帰を目指し、最終的なゴールは、動脈硬化を抑制して退縮を促進し、心筋梗塞を含めた心臓病の再発予防と予後改善という、そのようなプログラムになります。

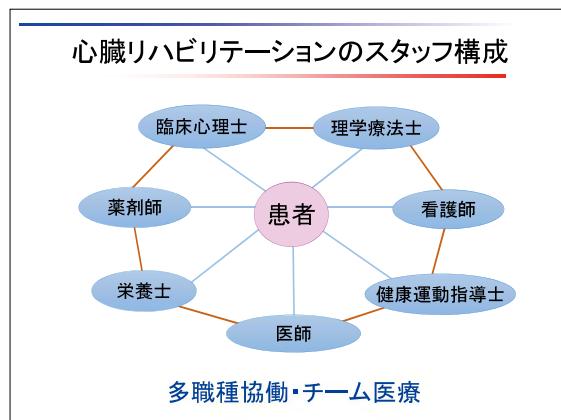
心臓リハビリテーションが注目されているその一つの表れは、循環器領域の学会において、一番多いのは循環器学会で全国で2万8,000人おります。また、冠動脈形成術をするような学会が8,000人、不整脈8,000人であり、心臓リハビリテーション学会の会員数が、2005年から急速に増えて、今では1万2,000人程に増加し、非常に注目されている治療の一つであるということが分かります。

包括的 心臓リハビリテーションの要素



心臓リハビリテーションというのは、体を動かすこと、運動をすること、もちろんそれも重要でありますけれども、必ずしも運動療法イコール心臓リハビリテーションではありません。患者さんを中心として、運動、栄養など、医学的に様々なことを見て、教育をして、精神的サポートをして、生活指導をする。こういう包括

的と呼ばれる心臓リハビリテーションによって、患者さんのQOLを改善しようという治療法であります。



患者さんは、医師のみでなく、栄養士、薬剤師、臨床心理士、理学療法士、看護師、健康運動指導士などが全て一体化して、多職種協働によるチーム医療を行う。このように、患者さん一人を多方面から見て治療をしようということあります。



私たちのところでも、本格的に入院、外来の心臓リハビリテーションを6年前から始め、チームを作つて行つております。

生活習慣の改善、規則正しい服薬のために、運動中に管理栄養士や看護師、理学療法士が話しかけながら、リハビリテーションを進めています。

また、リハビリテーションの知識を患者さんにお話ししながら、モチベーションアップのため、懇親会やセミナー、を行いながら、患者さんにリハビリテーションの重要性というのを伝えています。

どのような運動をすればいいかということに

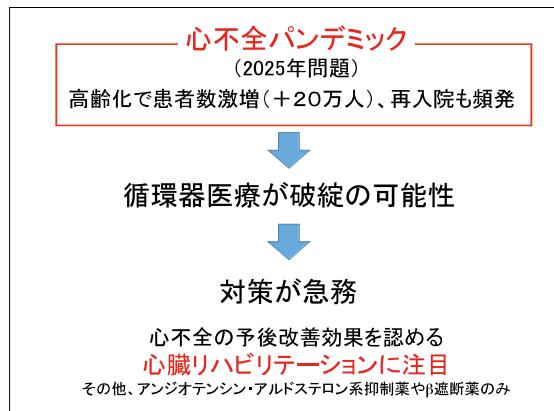
ついては、やはり有酸素運動とストレッチを中心となります。

実際どのように行つているかお話ししますと、約1時間、外来に来ていただいて終了します。まず患者さんが来られたときに、バイタルサインのチェックをした後に問診を行い、準備体操が5分程です。その後、中等度の有酸素運動で、トレッドミルやエルゴメーターを30分程行います。その後、ストレッチ体操が20分程、最後にバイタルサインのチェックを行い、これで約1時間で終了します。

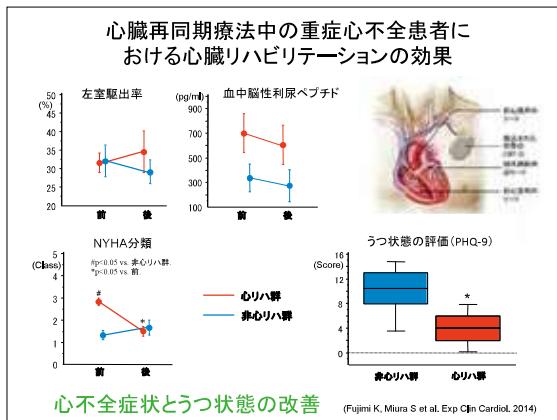
これが実際、私たちの外来で行つている心臓リハビリテーションであり、このようにエルゴメーターやトレッドミルを行い外来でリハビリテーションを行つています。

このようにリハビリテーションを行つている間に、理学療法士、心理士などが横に付き添いながら話を聞いている、こういうことをするわけです。

私たちは6年前からずっと入院、外来をやつており、今、月に延べ1,300件の心臓リハビリテーション、単位数で言いますと、月に約2,500単位の心臓リハビリテーションを行つております。



先ほど筒井教授からご紹介があったように、心不全パンデミックということも循環器医療の破綻の可能性があり、そのような面からも、心不全の予後の改善効果を認める心臓リハビリテーションが注目されているということが分かります。



ここからは、心臓リハビリテーションによってどのような効果があるのかということを、私たちの患者さんのデータをとりながら研究をしましたので、ご紹介させていただきます。

重症心不全で、心臓再同期療法という、このようなデバイスを埋め込まれたような非常に重症の患者さんで、心臓リハビリテーション前後で見てみると、心不全の症状の分類ですが、それが心臓リハビリテーション群では改善したり、鬱症状をPHQ-9という質問指標では、心臓リハビリテーションを行っている患者さんは鬱状態が低い、そのため、心不全症状と鬱状態の改善効果があるのではないかということを報告しました。

受診間血圧変動 visit to visit variability (VVV)							
平均CBP 収縮期	患者	受診回数	CBP 収縮期	平均 ±SD	SD	CV	最大 到達値
140	Aさん	1回目	130	140 ± 10	10	7.1%	150
		2回目	140				
		3回目	150				
140	Bさん	1回目	136	140 ± 4	4	2.9%	144
		2回目	140				
		3回目	144				

※CBP: 診察室血圧
※SD : 標準偏差
※CV : 變動係数 (%) = SD/平均値×100

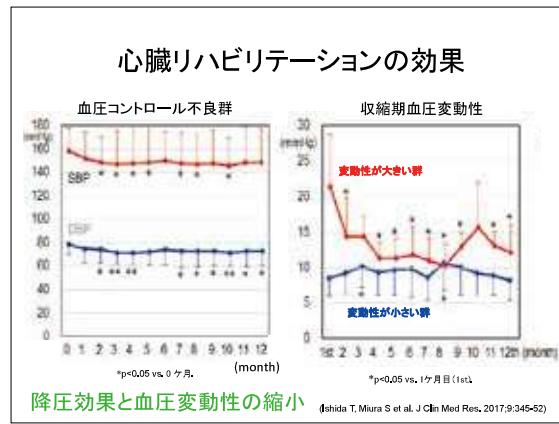
また、心疾患の予後に関与するものとして、もちろん血圧が高いというのは心疾患の予後を規定する重要な因子であります。最近、受診間の血圧変動性ということも言われております。これは、AさんとBさんという方が3回外来に来られた場合に、収縮期血圧がAさんは130、140、150、Bさんが136、140、144であり、AさんもBさんも収縮期血圧の平均は同じである

ため、収縮期血圧から見た将来的なこの二人の患者さんの予後、心疾患の発症リスクというのではなく同じと考えられます。しかし、変動性は一般的に標準偏差で表わされ、Aさんが10、Bさんが4であり、血圧が変動するのは、Aさんのほうが変動していると言えます。

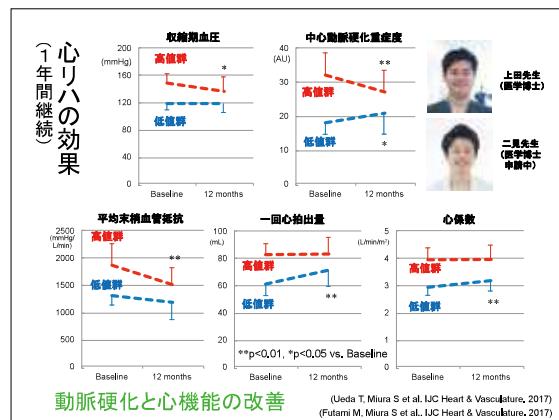
これが注目されたのが2010年に発表された研究で、2年間の間に7回外来に来られ、血圧変動性を10のグループに分けました。収縮期血圧の血圧変動性が小さいグループと最も大きいグループを見ると、最も変動性が大きいグループは小さいグループに比べ、脳卒中の発症リスクは6.2倍、また、冠動脈疾患の発症リスクは3.5倍であり、血圧が高いことも重要ですが、変動が激しい方も将来的に血管病を発症するリスクが高いのだということが示されました。



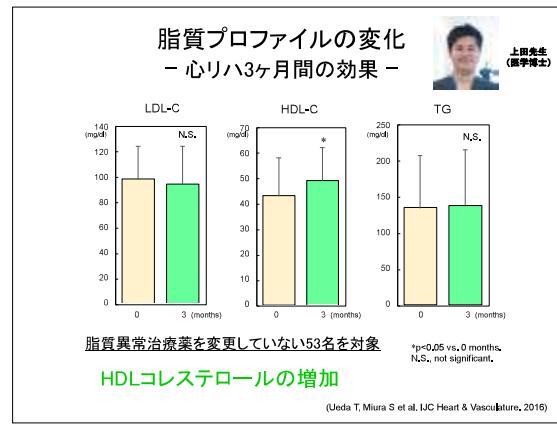
本日は心臓リハビリテーションのお話ですので、心臓リハビリテーションを行うと、血圧が下がり、変動性もよくなるのではないかと思い、少し研究をしたところ、心臓リハビリを開始するときは、血圧も高く、外来のリハビリに来たときの変動性も高いのではないか。これがリハビリをすると、血圧も下がって、変動性も少なくなるのではないかと考え、1年間観察を行いました。



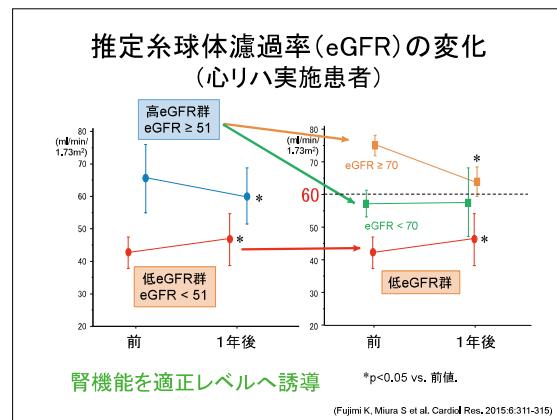
その結果、もともと血圧のコントロールが不良であった160程の患者さんは、収縮期血圧も拡張期血圧もある程度下がっており、もともと収縮期血圧の変動性が高い患者さんは、1年間運動をすると、変動性が縮小する、いわゆる降圧効果と血圧変動性の縮小が見てとれました。



また、1年間の効果として、二つだけ見ていただきたいのですが、いわゆる動脈硬化高リスク群、動脈硬化が進んだ患者さんは、心臓リハビリテーションによって動脈硬化が1年後に抑制されておりまますし、心機能がある程度低い患者さんは心機能が改善するということがわかりました。



よく運動をすると、脂質のプロファイルにも非常にいい影響を与えるということが言われており、LDLコレステロールや中性脂肪はあまり変動はなかったのですが、HDLコレステロールはこのように心臓リハビリテーションで有意に増加しているということがわかりました。



もう一つご紹介させていただきますのが、いわゆる腎機能であります。推定糸球体濾過率(eGFR)というのを心臓リハビリテーション前と1年後で検討してみました。高eGFR群、いわゆるろ過率が比較的高い群と低い群に分けたところ、低い群は上昇し改善する、高い群は低くなる。腎機能が悪くなるのではないかということを少し考えたわけですが、この2群をさらに高い群とちょうどいい群といいますか、60程度群に分けると、70以上の群は低下し、60程度の人はあまり変わらない。そしてもう一つ見ていただくと、先ほどのeGFRが、低い人は改善していました。

これはどのように考えるかというと、一つの考え方としては、心臓リハビリテーション対象患者さんは約70歳であり、その場合、55、60程

度のeGFRが普通ということになります。そうすると、おそらくeGFRが高いいわゆる糸球体過ろ過の状態の患者さんのeGFRは適正なレベルへ持つていて、60程度の方は変えず、低い方は上げるという、心臓リハビリテーションにより腎機能を適正レベルに誘導しているのではないかということを報告いたしました。

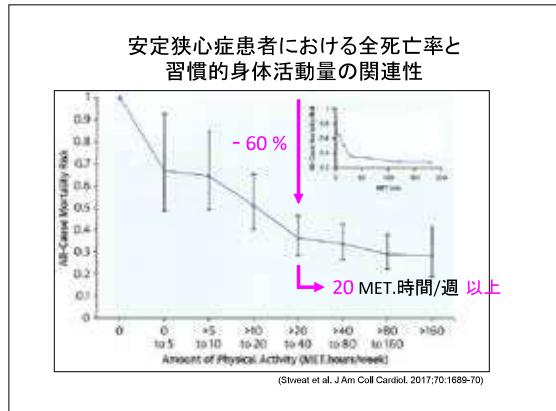


心臓リハビリテーションというのは非常に高い効果があり、心不全症状、鬱症状の改善、動脈硬化、心機能の改善、HDLコレステロール增加、降圧効果、血圧変動性を縮小し、適正に腎臓の機能レベルを保持する。それによって心血管疾患の二次予後を改善するのではないかと考えています。

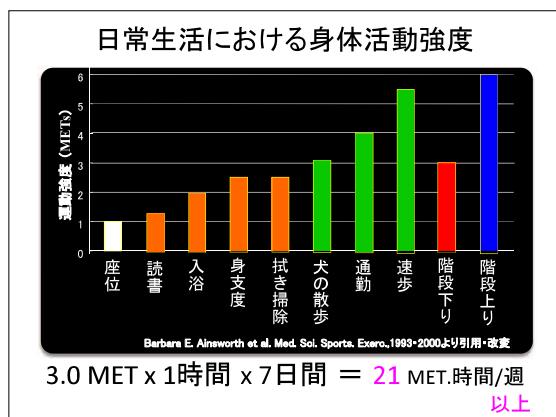
では、実際、予後まで改善するのかということで、私たちのところでの三百三、四十名ぐらいの患者さんを見てみたところ、まず初めの基準が150日間、5カ月間継続していた患者さんと継続できなかった患者さん、もう早目にやめてしまった患者さんに分けると、継続している患者さんはイベント発症が抑制される。イベントとは、心血管疾患による死亡や再入院ですけれども、ある程度のところまでは抑制され、そこからはあまり変わらないという結果になりました。総死亡、総再入院は、150日まで統ければ、その後、持続効果としてずっとといふこともあります。

このように、心血管疾患による様々なイベントを抑制するためには、さらに持続したほうがよいということがわかりましたし、メモリー効果のようなこともあるかもしれません、いずれにしましても総死亡や総再入院の減少があつ

たということになります。



ここからは一般的に心臓リハビリテーションをしない場合にどのように治療するかということを、最後に少しお話をさせていただきたいと思います。安定狭心症患者さんで、全死亡と習慣的身体活動の関連性が示されています。全く運動していない方を1とすると、20メツツ時間／週すなわち1週間に20メツツ時間の運動をすると、60%も全死亡率が減るということあります。



では、この20メツツ時間／週というのは何かというと、先生方が今、ずっとお座りになって、何も考えていなければ1メツツです。私のお話ををお聞きいただいて、この講演者はよいこと言っている、くだらないことを言っていると頭で考えると、1.5メツツ程になります。犬の散歩を3メツツ、1時間7日していただくと、先ほどのような効果があるということになります。

「よい運動方法」のポイント

頻度	➡	3~7日/週
強度	➡	息切れの無い強さ
時間	➡	150~210分/週 (「10分間/回」の運動時間)
種類	➡	ウォーキング、ジョギングなど

Physical Activity Guidelines for Americans 2008, ACSM Position Stand 2011, ADA Position Statement 2010, ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription 9th edition, 2013. より引用・改変

一般的に頻度を見てみると、週に3回から7回、息切れのないような中等度で、150分から210分、細切れにされてもよいですが、ただし1回は10分以上を細切れで3回行うと、1日30分でよいということになります。ウォーキングやジョギングなどを勧めていただきたいということあります。

オーストラリアの研究者らにより報告

対象者:36~80歳の男女782名

1日2時間、座位から立位へ替えると

空腹時血糖値 **2 %↓**、トリグリセライド **11 %↓**

1日2時間、座位からウォーキングやランニングへ

BMI **11 %↓**、ウエスト周囲長 **7.5 cm↓**

食後2時間血糖値 **11 %↓**、トリグリセライド **14 %↓**

(Healy GN, et al. Eur Heart J. 2015)

もう一つおもしろいデータが出ておりますので、お話しします。1日2時間、座位から立位に替えると、血糖が2%下がって、中性脂肪は11%下がるそうです。1日2時間、座位からウォーキングやランニングへ替わると、ボディマスインデックスが11%、ウエスト周囲径が7.5%、血糖が11%減る、こういうことがわかりました。

ですので、朝から寝るまでの間に、患者さんに、スーパーに行くときは歩きや自転車にしてください、歯磨きの間にちょっと足のスクワットをしてください、バスの待ち時間の間に足踏みしてください、バスの中では立っておいてください、バスに乗るときは一つ向こうの停留所まで歩いていってくださいなど、そのようなこ

とによって運動を生活の中に入れていただきたいということあります。

最後に、今日のテーマは地域医療に役立つ最新の医療ということで、実は循環器専門医研修施設において、福岡市を含め、冠動脈形成術ができる施設はほぼ100%です。ですので、先生方がご紹介いただければ、どこでも冠動脈形成術を行えて、きっと患者さんの痛みを取り除くことができます。ところがその後、外来リハビリテーションを行っている施設は5分の1しかないということあります。私たちのところで、例えば福岡大学病院まで通える方は、リハビリテーションに来ていただいて、時々、日常の診療は近くの開業医の先生に診ていただくということはできるのではないでしょうか。

もう一つ、福岡大学病院まで通えないような患者さんの場合には、近くのリハビリテーションができる病院を紹介し、開業医の先生のところで投薬や治療を行っていただいて、時々、3カ月に1回程福岡大学病院にやってきてください。多職種によって一人の患者さんの指導を行い、また先生方のところに帰ってください。そういうことが地域医療に役立つのではないかと考えております。

どうもご清聴ありがとうございました。

「呼吸器感染症の最近の話題」



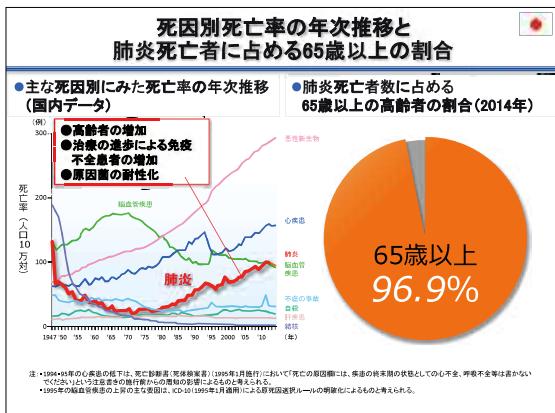
産業医科大学医学部
呼吸器内科学教授
矢寺和博



今回このような講演の機会をいただき非常に光栄です。会頭の松田先生、それから座長をされている会長の内村先生には感謝申し上げます。

日ごろから北九州近郊地域を中心として、産業医科大学で主に診療をさせていただいております、呼吸器内科の矢寺と申します。

実は今、産業医科大学は工事中でして、この産業医科大学の風景写真は、今後二度と見ることができません。放射線治療棟や急性期病棟を新たに建て増すことになっています。

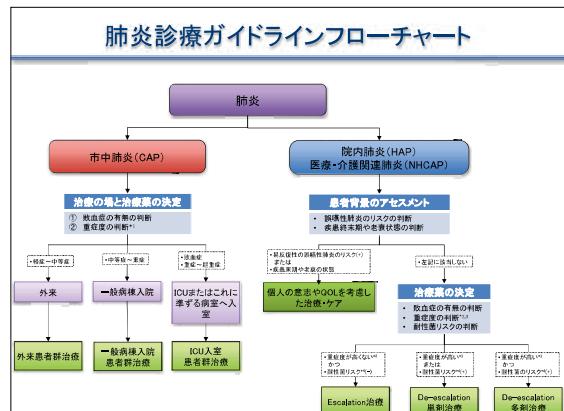


これは日本の死因別死亡者数のデータの推移です。悪性新生物が最も多く、次に心臓の病気が多いのですが、実は肺炎が上ってきており、とうとう脳血管疾患を抜いて、第3位の死因と

なりました。肺炎というのは何歳になっても、幾つになっても起こるわけですが、特に肺炎で亡くなる患者さんは、97%の方が65歳以上で、年齢が上がるにつれて極端に死亡率が上がっています。

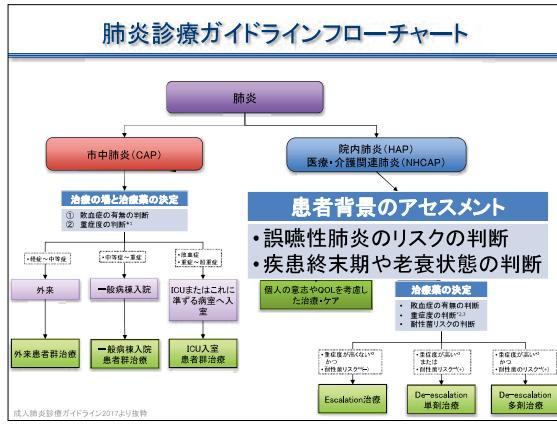


昨年の2017年に成人肺炎診療ガイドラインが改訂されました。2005年に市中肺炎、2008年に院内肺炎、2011年に医療・介護関連肺炎のガイドラインが作成されました。医療・介護関連肺炎とは、透析や介護施設などで濃厚な医療もしくは介護を受けている方、もしくは少し前に入院している方などが肺炎になった場合を対象とします。これまででは、3つの肺炎のガイドラインが分かれておりわかりにくく、そもそもどのガイドラインを見ればいいかよくわからなかつたため、今回の肺炎ガイドラインは一つにまとめられて改訂されています。

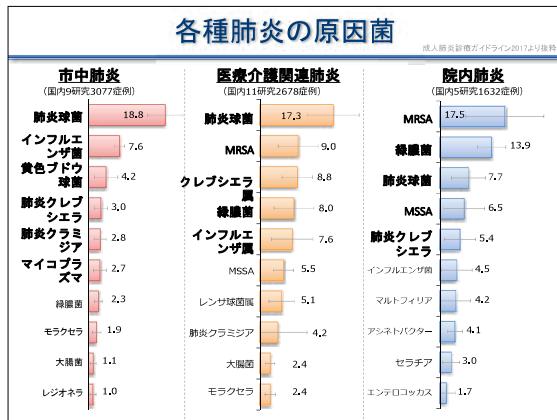


市中肺炎、院内肺炎、医療・介護関連肺炎の3つの肺炎のカテゴリーを二つに大きく分けてみます。左側は市中肺炎です。これは普通に生活されている方が肺炎になりますので、通常は肺炎と診断されたらいわゆる治療だけを考える

ということになります。一方で、院内肺炎、医療・介護関連肺炎については右側になります。院内肺炎というのは入院されてから48時間以上たった後に起こった肺炎を言います。

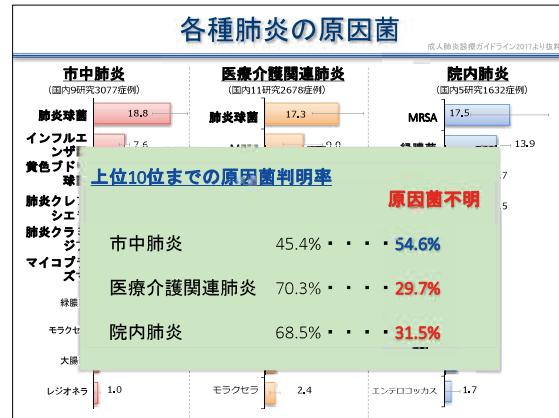


院内肺炎、医療・介護関連肺炎の場合は、まずは患者さんの背景についてアセスメントします。誤嚥性肺炎のリスクはどうなのか、疾患終末期もしくは人生の終末期、つまり老衰の状態ではないかを考えます。このカテゴリーの患者さんについては、そもそも治療を行うのか、治療するとすればどこまで行うか、という詳しい話を患者さん、もしくはご家族を交えてアセスメントする必要があることがはっきりと書かれています。これらのアセスメントの後に治療について考えます。

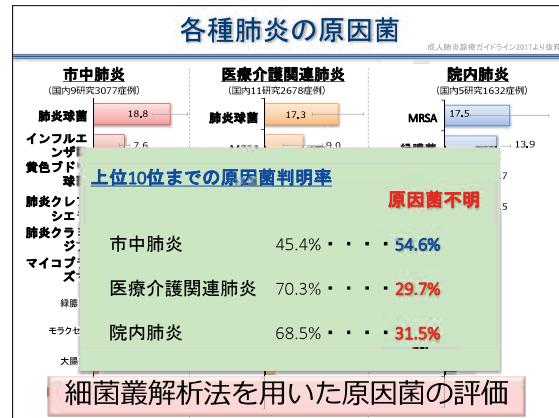


これが各種肺炎の原因菌です。市中肺炎では、肺炎球菌性肺炎やインフルエンザ菌、ブドウ球菌、クレブシエラ、クラミジア、マイコプラズマが多く出できます。一方で、院内肺炎ではMRSAが一番多く、次に緑膿菌で、3番目が肺炎球菌です。医療・介護関連肺炎では、市中肺炎と院内肺炎のちょうど中間のような感じにな

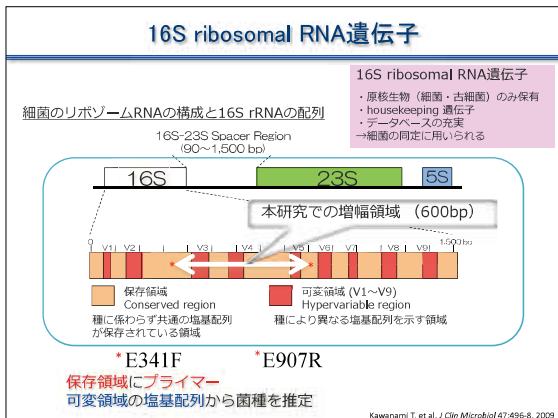
り、肺炎球菌がやはり多いのですが、MRSAや緑膿菌、クレブシエラなどの薬剤耐性の傾向が強くなってきます。肺炎クラミジアが2.8%になっていますが、後でこれについての話題をお話しします。



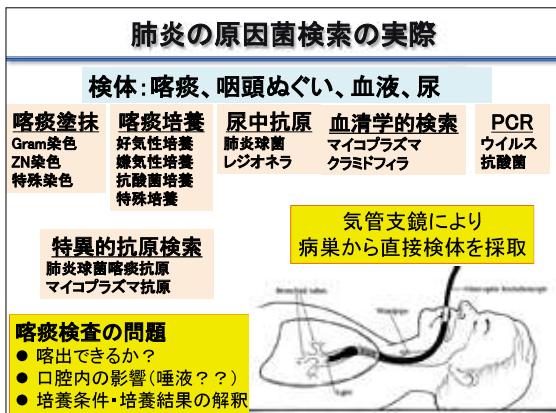
原因菌について問題なのは、市中肺炎や医療・介護関連肺炎、院内肺炎の原因菌を考えたときに、どの研究でも、たとえ呼吸器内科医がしっかりと診療している場合でも、市中肺炎ではどうしても半分かそれ以上は原因菌が不明であり、原因菌が不明な症例が研究レベルでも多いということが非常に難しい問題だと思います。



我々の用いている細菌叢解析法については後で詳細をお話ししますが、肺炎の原因菌というのはなかなか難しいため、この評価法についても敢えてやってみる価値があることになります。



細菌叢解析法というのは、16S ribosomal RNA (rRNA) 遺伝子という、ヒトと違って細菌だけが持つ領域があり、これを増幅することによって、ヒトではなく細菌のDNAだけを特異的に増やすことが可能です。我々の方法の場合は約600 base pairの配列をきちんと見ることによって、ほとんどの菌種が特定できます。次世代シーケンサーでは、菌種レベルの特定まではできずに、大体、属レベルまで留まっています。この理由としては、読む配列が100から400 base pairであることが多いのですが、短過ぎて種レベルまで判別できないという理由もあります。

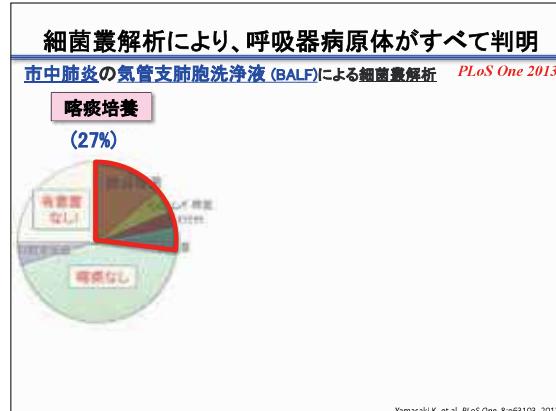


肺炎の患者さんにおける原因菌を検査する場合は、喀痰や咽頭拭い液、血液、尿などが検体としてよく用いられます。特に喀痰の染色や培養、尿中抗原検査や血清学的な検査、肺炎マイコプラズマや肺炎クラミジアにおける抗原検査や喀痰肺炎球菌抗原PCRなどの多くの検査法が出てきています。

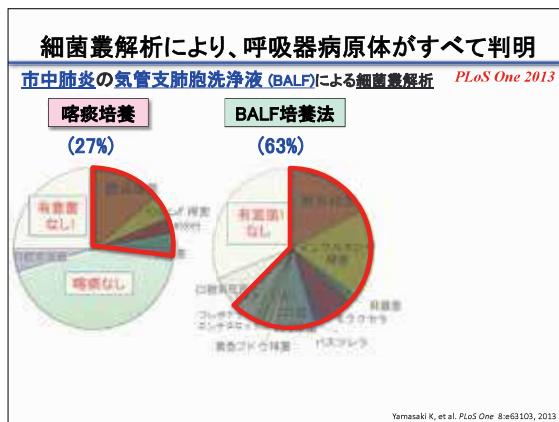
ずっと研修医のときから思っていた問題として、呼吸器内科医ですから喀痰の培養結果を真

剣に見るわけですが、口腔内常在菌のみや、想定外の菌種が培養検査結果としてよく出てくることがあります。これが果たして本当に肺炎の原因菌なのか、原因菌ではないのではないかと疑問に思っていたことがあります。喀痰検査については、そもそも痰がしっかり出せない患者さんが多いためや、唾液であること、口腔内を通ってくるので、必ず口腔内細菌の影響を受けることがあるという問題点があります。また、培養条件や培養結果の解析の問題もあり、特に培養条件は特殊な培地や特殊な染色をしないと検出できない菌があるという問題点があります。

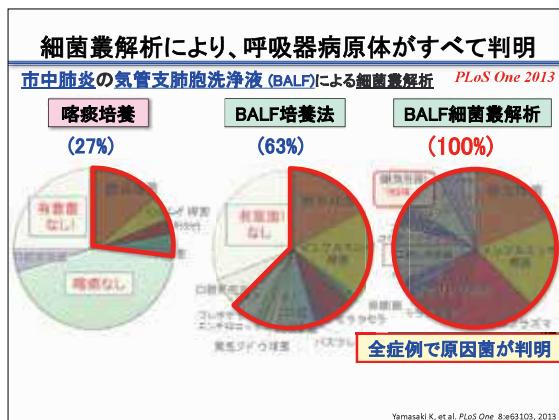
このため、我々は敢えて肺炎の患者さんについて、気管支鏡検査を用いて肺炎の病巣から直接、気管支洗浄液を採取して、同じ検体を培養と先ほどの16S rRNA遺伝子を用いた網羅的遺伝子解析をすることにしました。



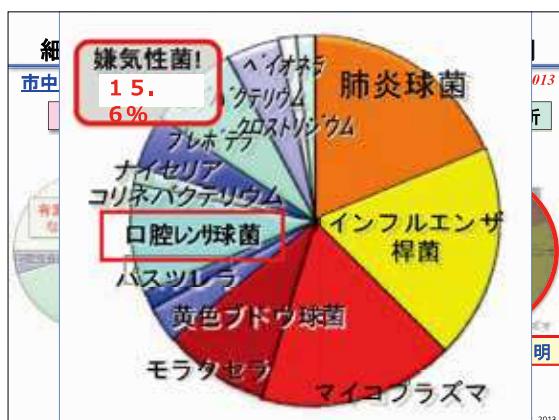
先ほど原因菌の45%ぐらいまでは不明と言いましたが、実は喀痰の培養でいくと、我々のデータでも原因菌判明率は2、3割程度になります。我々のこの研究では一生懸命痰を出してもらっている訳ですが、それでも3割に満たない状況で、実臨床では、そもそも痰が出ない人や、いわゆる原因菌と思われないレポートが返ってくるということがあります。



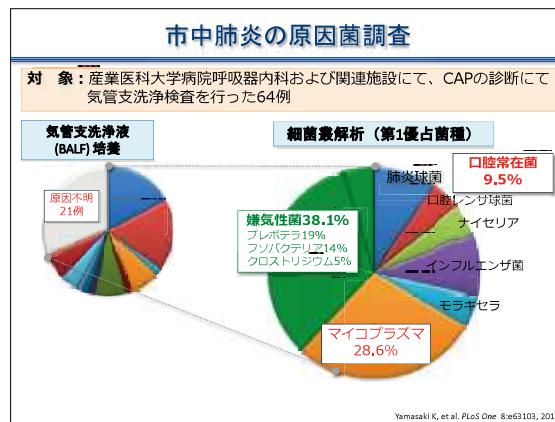
一方で、気管支肺胞洗浄液、つまり肺炎の病巣から直接検体を採取するということを行って培養しても、何と6割弱程しか原因菌が判明しないことが判明しました。



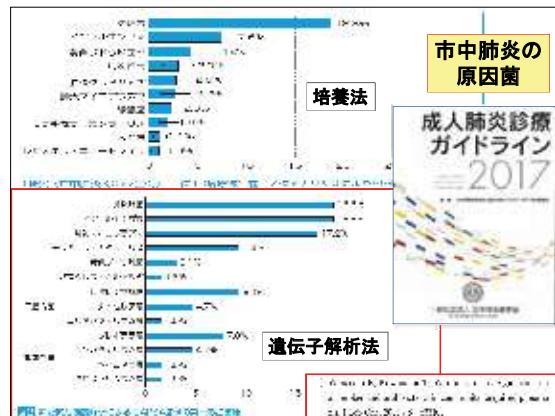
同じ検体を用いて細菌叢解析法を行うと、64例全ての症例で、100%原因菌がわかりました。



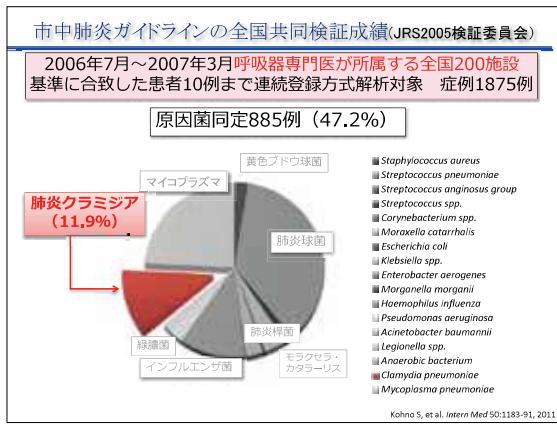
肺炎球菌、インフルエンザ菌、肺炎マイコプラズマ、モラクセラ・カタラーリス、黄色ブドウ球菌が多く、これらは予想どおりですが、加えて口腔レンサ球菌と、嫌気性菌群が多かったということで、ここは少しこまでの知見とは異なるだろうということになります。



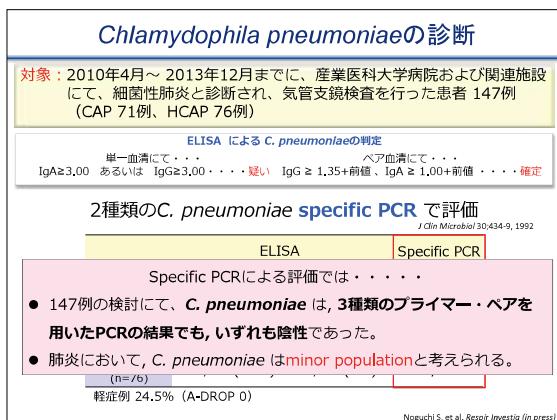
気管支洗浄液の培養では原因不明であった症例での原因菌は何であったかというと、やはり嫌気性菌でした。嫌気性菌は非常に嫌気培養が難しいものがあり培養では捉えづらいところがあります。あと、肺炎マイコプラズマについては、そもそもこの研究ではPPLO培地での培養は行っておりませんでしたので、当然検出されませんでした。さらに、口腔内常在菌が10%程度を占めており、このような菌種がいわゆるブラックボックスの中にあったということになります。



今回の成人肺炎診療ガイドライン2017では、原因菌の表のところに、先ほどの培養法の部分と網羅的細菌叢解析によるCAP 64例が掲載されていますが、実はこのデータは福岡県から出ているデータですので、先生方が普段診られている肺炎患者さんがこの解析をすると、このような結果になるのだということで見て頂ければと思います。

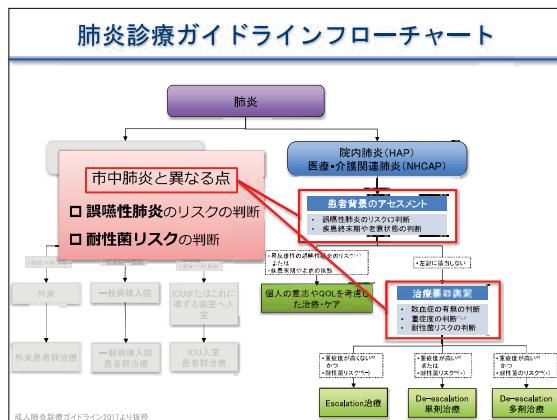


もう一つ、これは2011年の論文で、呼吸器専門医が所属する全国200施設で、基準の患者さんが10例になるまで前向きに登録して原因菌を調べたものです。きちんとした前向き試験ですが、そこまでやっても原因菌というのは半分に満たないということも分かります。なお、この研究では肺炎マイコプラズマや、特に肺炎クラミジアについては、ほとんどが血清学的な診断が行われていると思います。喀痰培養のみではやはり3割ぐらいしか原因菌は判明しておらず、我々の結果と割と合致するのではないかと思っています。

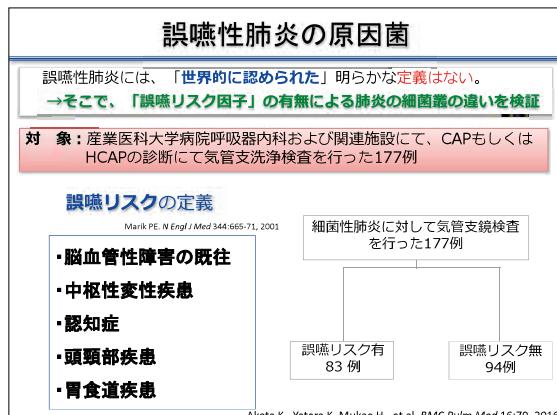


なお、その中で肺炎クラミジア——現在はクラミドフィラ・ニューモニエといいますが、これが約12%もあります。実は、我々が行っている細菌叢解析法は、現在200例を超えるような気管支洗浄液を検討していますが、クラミドフィラ・ニューモニエは、これまで1クローンも気管支肺胞洗浄液から検出されておりません。一症例当たり100クローン程度調べますので、200人調べると約2万クローン程度調べることになりますが、その中で1クローンも出てこな

いため、わざわざ海外からクラミドフィラ・ニューモニエの菌を輸入して、まずポジティブコントロールで我々の方法できちんと検出可能であることを当然検討し、さらに、2種類のスペシフィック・プライマーを用いて、後方視的に調査可能であった150例近くの検体を調べてみても、やはり全く検出されませんでした。ELISA法による血清学的診断を見ると、16%あたりが疑い例になつたりしていますが、このような結果が判明しましたので、昔から言うクラミジア肺炎というものは本当に肺炎としてあるのだろうか、と疑問に思い始めています。

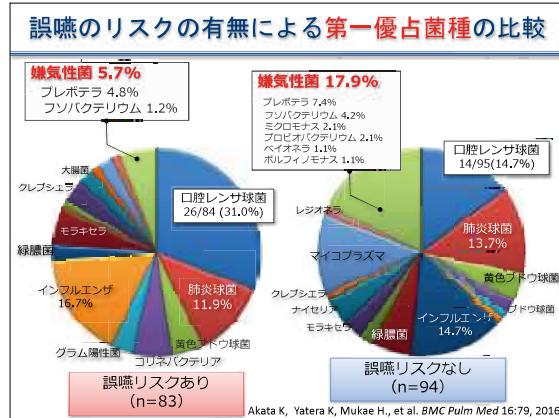


こちらは誤嚥性肺炎を含めた院内肺炎、医療・介護関連肺炎のカテゴリーです。まず誤嚥性肺炎の話が出てきており、これについて検討しましょう、ということになります。それから、その後に薬剤耐性菌のリスクを考えましょう、ということになっています。この二つについてお話ししたいと思います。

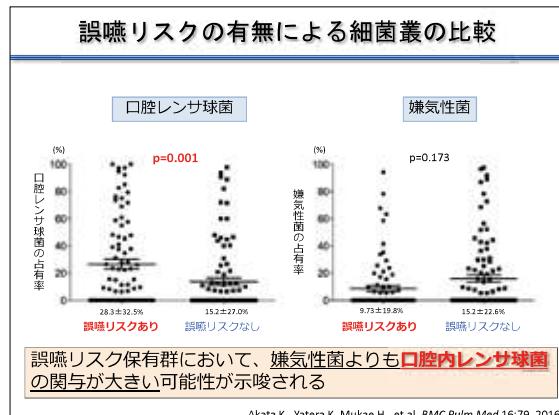


いわゆる“誤嚥性肺炎”的診断基準というものは、世界的な基準というものが実はなく、非常に難しい世界です。我々の研究では、Marik

らの誤嚥リスクの定義というものを使って、細菌性肺炎の177例について、何らかの誤嚥リスクがある症例（誤嚥性肺炎）を83例、誤嚥リスクがない症例（非誤嚥性肺炎）を94例に分けて解析しました。

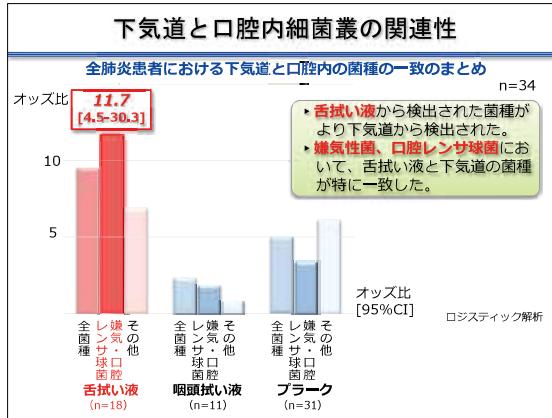


私も、学生時代から、誤嚥性肺炎といえば原因菌の多くは嫌気性菌であると教えられてきて、治療についても嫌気性菌に有効な薬剤を使うように指導されてきましたが、実は誤嚥リスクがない症例の方がむしろ嫌気性菌が多い結果でした。誤嚥性肺炎が疑われる症例では、通常の菌以外に口腔レンサ球菌、つまり口の中の菌がそのまま流れ込んで肺炎を起こしている、考えてみると当たり前のように思いますが、嫌気性菌はむしろ少ないということが非常に興味深かったという結果でした。

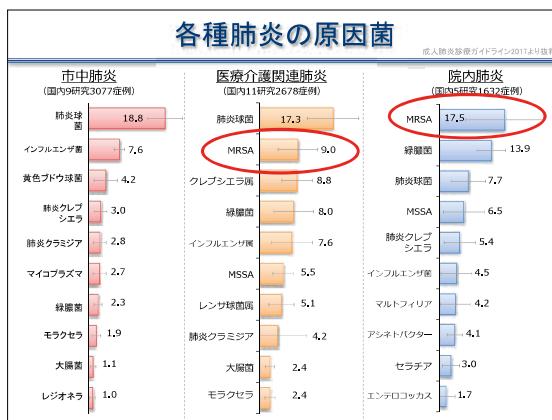


誤嚥性のリスクがあるなしで分けると、口腔レンサ球菌は誤嚥性肺炎で有意に多く、逆に有意差はないのですが、嫌気性菌は、誤嚥のリスクのない方のほうがむしろ多い結果でした。例えば、若い方でも嫌気性菌が検出されていますが、歯を磨いていない方などでは肺炎の原因菌

として嫌気性菌が普通に検出されます。

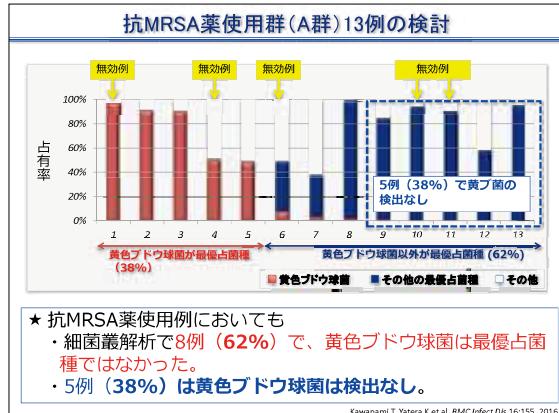


舌の拭い液と咽頭拭い液と歯のブラークを、細菌叢解析で上気道の菌叢と下気道の菌叢を比べると、舌の菌叢がかなり似ており、例えば痰が出なければ、舌の拭い液の細菌叢を調べると、その方の下気道の状況がある程度予想される可能性があるのではないかと思っています。

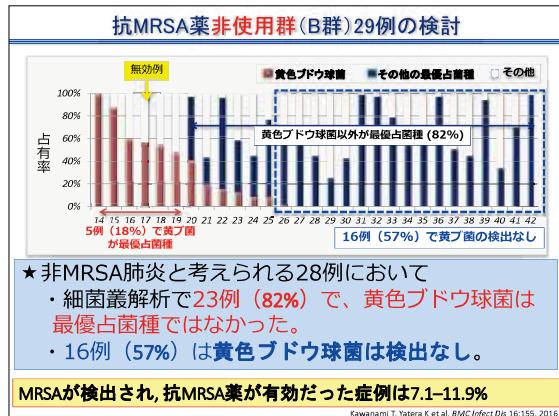


MRSAは、医療・介護関連肺炎では原因菌の頻度として2位で、院内肺炎では1位ですが、MRSAが培養で出ることは日常臨床でよく経験されると思います。これについても、MRSAが気道検体から培養された42症例を集めて、抗

MRSA薬が使われた群と抗MRSA薬が使われなくても治った群に分けます。

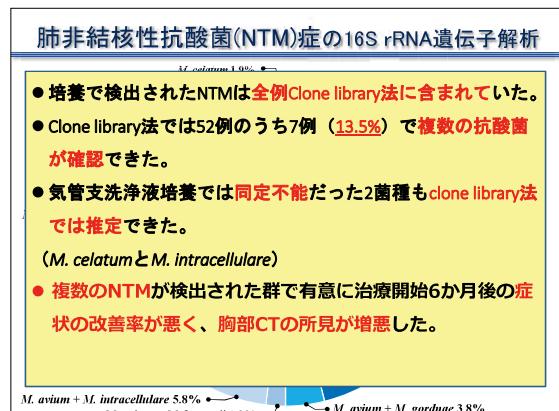
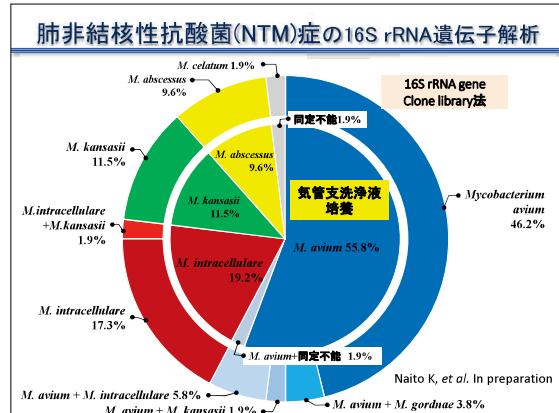


そうすると、抗MRSA薬が使われた症例の何と6割の気管支肺胞洗浄液中には、そもそもブドウ球菌が全く検出されないか、もしくはほとんど検出されないということが分かりました。我々の細菌叢解析ではブドウ球菌であることは分かりますが、薬剤感受性が分からぬいためMRSAかどうかが分かりません。抗MRSA薬が使われた症例の中でも3例は一応、抗MRSA薬が使われて治っているためMRSA肺炎であった可能性はあると思われますが、それ以外は無効だということがわかりました。

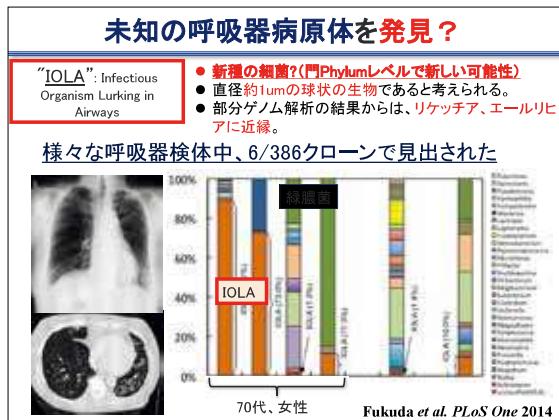


また、抗MRSA薬を使わずに治った29例を見ると、MRSAが培養されたのにもかかわらず、6割は全くブドウ球菌自体が検出されない。さらに、ブドウ球菌が気管支肺胞洗浄液中で優占していた症例が18%いましたが、この方たちは抗MRSA薬を使わずに治っているため、MRSA肺炎ではないだろうと考えられます。そうすると、MRSAが培養で検出されて抗MRSA薬が有効だった、いわゆる真のMRSA肺炎だったのは

10%未満ではないかという推定が成り立つと思います。



あと二つ、非常におもしろい話をさせていただきます。いわゆる一般細菌と同時に、非結核性抗酸菌症についても、現在同じように解析しています。グラフの内側が抗酸菌培養の結果で、外側が抗酸菌の細菌叢解析の解析です。かなり似ており、抗酸菌については培養が非常に正確であることが分かります。ただし、一部の症例では、2菌種、3菌種の抗酸菌が検出されるような症例が13.5%おられ、そのような方を調べると、6カ月後の症状の改善率が悪く、なおかつ胸部画像所見が増悪する傾向がみられました。つまり抗酸菌の菌種が2種類以上あると、どうも予後が悪そうである、というようなことがわかっています。



我々は、これまで200例以上の気管支肺胞洗浄液の細菌叢解析を行っていますが、この中でこれまでに全く登録されていない菌種が発見されています。これは2014年に産業医科大学微生物学の福田先生が発表されており、IOLAと名づけています。これがもし認められると、門レベルで人体に肺炎を起こす菌種だということになりますが、ようやく培養に成功したということで、続報を準備中ということですので、ここ2,3年の動向は非常に興味深いと思います。



以上です。ご清聴どうもありがとうございました。

「最新の外科医療は地域医療へ何をもたらしたか」



福岡県臨床外科医学会／

疋田医院院長／

久留米大学解剖学非常勤講師

疋田 茂樹

最新の外科医療は
地域医療へ何をもたらしたか。

福岡臨床外科学会
疋田 茂樹

平成30年度福岡県医学会総会

COI 開示

本発表に関して利益相反は
ありません。

平成30年2月4日

福岡臨床外科学会
疋田 茂樹

外科治療は

手術適応となった
病の治療 外科手術の実行するため
摘除了組織の治療 患者が疾患以前の
レベルへの復活

上記3つがそろって外科治療は成功

高齢化が進むにつれて必要となったもの

- ・手術侵襲の軽減
- ・創傷治癒の促進
- ・周術期の合併症の回避
- ・合併症を生じても迅速に回復する戦略

・在院期間の短縮化・早い社会復帰

外科治療の成功は、手術適応となった疾病的治癒はもちろん、術創の治癒と手術以前の状態に戻ることである。

高齢化社会では、これらの条件を満たすために、手術侵襲の軽減や合併症の回避、あるいは一旦、合併症を併発しても早期に回復する必要性が生じた。結果的に、在院期間の短縮と早い社会復帰に結びつくと考えられる。

最新の外科医療は
地域医療へ何をもたらしたか。

本日のアジェンダ

1最新の外科医療について
・手術侵襲の軽減(良性疾患と悪性疾患で)
・創傷治癒の促進(総論と各論で)

2その医療のレベルは如何なる程度か、
地域医療に浸透しているか。

3最新の外科医療が地域医療にもたらした光と影

本発表では、まず、最新の外科治療を手術侵襲の軽減と創傷治癒の促進の見地から述べその最新の外科医療のレベルが世界的にどの程度のものか、それらの最新の外科医療が地域医療のもたらした光と影の部分について述べる。

最新の外科医療は
地域医療へ何をもたらしたか。

1最新の外科医療について
・手術侵襲の軽減(良性疾患と悪性疾患で)
・創傷治癒の促進(総論と各論で)

2その医療のレベルは如何なる程度か、
地域医療に浸透しているか。

3最新の外科医療が地域医療にもたらした光と影

最新の外科医療には如何なるものがあるか 手術侵襲の軽減

手術侵襲の軽減・良性疾患

画像診断の進歩により手術時期が変化したもの

デバイスの進歩とアプローチが変化したことにより術式が変化したもの

デバイスの進歩により新たな役割を担うようになったもの

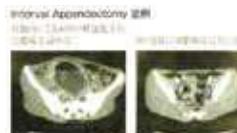
まず良性疾患においては画像診断の進歩により手術時期が変化したもの、デバイスの進歩とアプローチの変化により術式が変化したものとデバイスの進歩により新たな役割を担うようになったものをとりあげる。

最新の外科医療には如何なるものがあるか 手術侵襲の軽減

手術侵襲の軽減・良性疾患

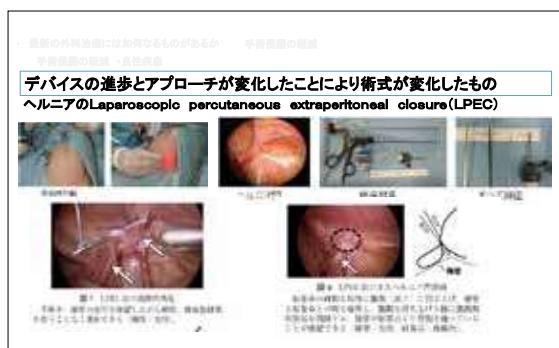
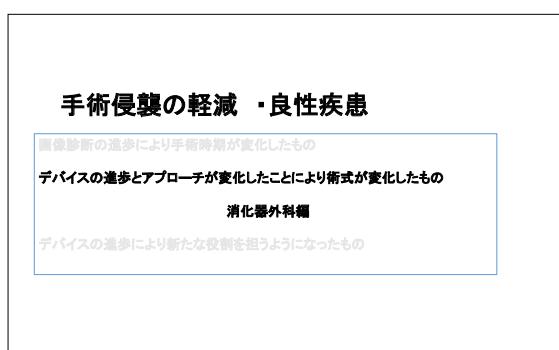
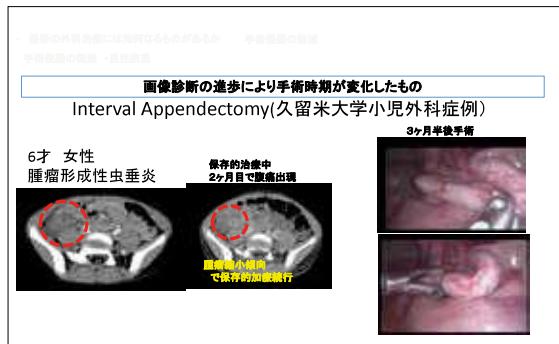
画像診断の進歩により手術時期が変化したもの

Interval Appendectomy



第113回日本外科学会、エキスパートに学ぶ日常診療
腹部緊急領域における内視鏡手術 p29

小児虫垂炎では、病変が限局し、腫瘍形成型であれば、数ヶ月の保存治療の後に、炎症消退後に虫垂切除するというInterval appendectomyが行われるようになった。

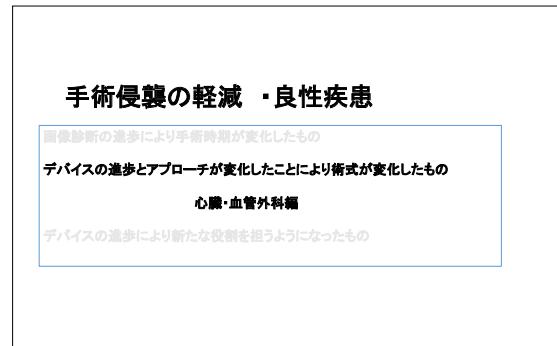


そけいヘルニアの手術も、既にmeshを用いた手術法により、日帰り手術が可能となっているが、小児では、後壁の修復が必要でないために、腹腔鏡下で監視しながら、腹膜外アプローチで簡便に行われるようになった。



食道アカラシアも、従来の開腹、あるいは鏡

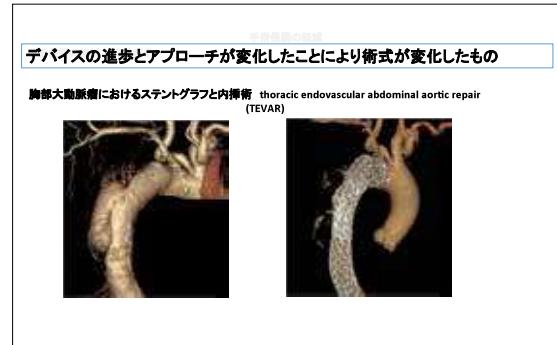
視下の開腹による修復にかわり、消化管内視鏡を用いた内視鏡手術が行われている。



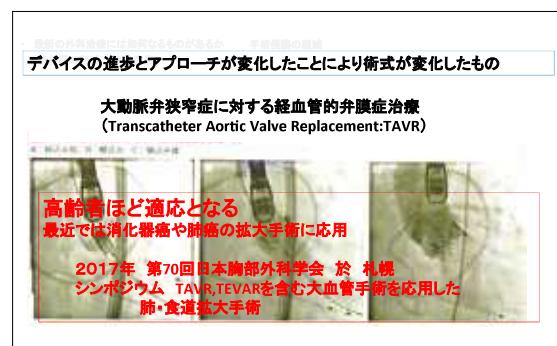
心臓血管外科領域もいくつかの手技が変化してきている。



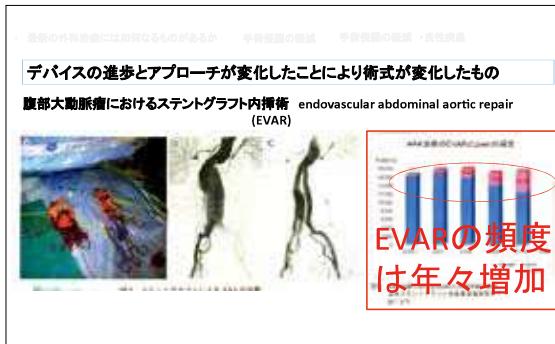
ASDのアンプラッツァー法



胸部大動脈瘤に対するステントグラフト治療



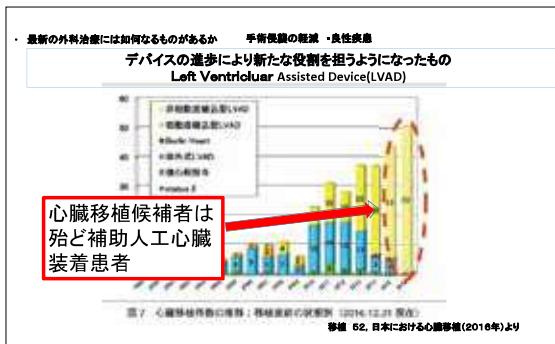
大動脈弁狭窄症に対する経血管的弁置換術



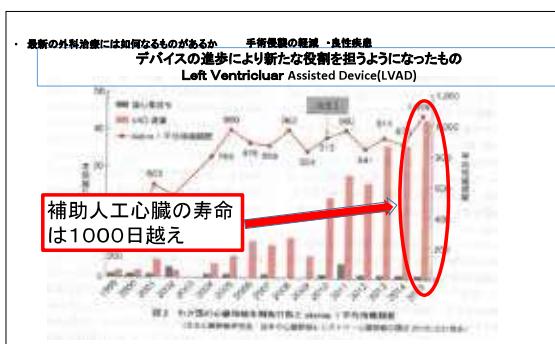
腹部大動脈瘤においてもステントグラフト内挿術が年々増加している。



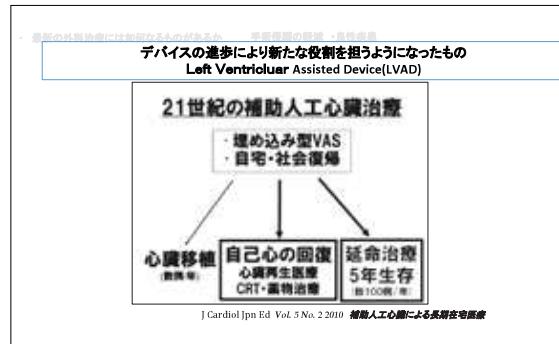
さらに、補助人工心臓は、そのデバイスの進歩により、新たな役割を担いつつある。



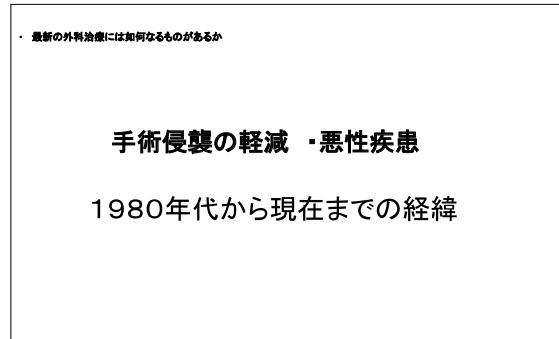
現在、心臓移植の候補者の殆どは補助人工心臓を装着されている。



その補助人工心臓の寿命は1000日を超えており今後益々、その寿命は延びることが期待される。



今後、ドナーが増えることのない日本では、心不全患者に安全に埋め込み型の補助人工心臓が埋め込まれ、移植は年に数例、補助人工心臓に加え、心臓再生医療や補助療法により自己心臓が回復される症例が増加し、補助人工心臓により延命治療を選択される症例が毎年数百例になってきている。



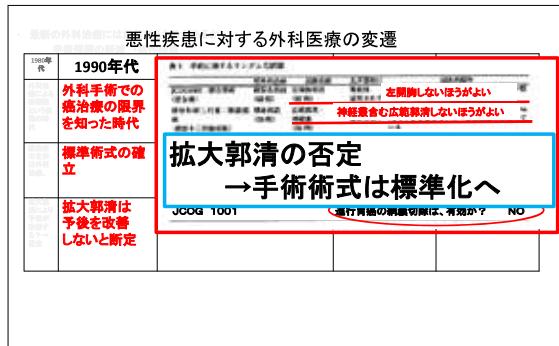
悪性疾患に対する外科治療は、歴史的に大きな変遷を遂げた。

最新の外科治療には如何なるものがあるか
手術侵襲の軽減・良性疾患

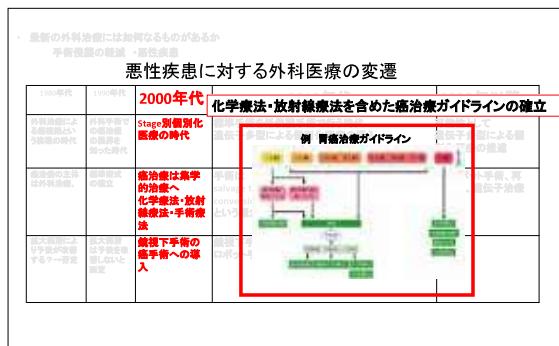
悪性疾患に対する外科医療の変遷

1980年代	1990年代	2000年代	2010年代	2020年以降
外因治療による癌根絶という挑戦の時代	手術手術での癌治療の限界を知った時代	Stage別個別化医療の時代	標準手術を代替手段として行う時代 遺伝子多型による個別化医療の導入	癌根絶として 遺伝子多型による個別化医療の推進
癌治療の主体は外科医。 他の治療法は補助療法として存在	分子の発見、細胞生物学的発見 第43回日本胸部外科学会年会 1990年 於東京 5-1-2 食道癌術後スピリーテーは必要か?	分子の発見、細胞生物学的発見 第43回日本胸部外科学会年会 1990年 於東京 5-1-2 食道癌術後スピリーテーは必要か?	分子の発見、細胞生物学的発見 第43回日本胸部外科学会年会 1990年 於東京 5-1-2 食道癌術後スピリーテーは必要か?	分子の発見、細胞生物学的発見 第43回日本胸部外科学会年会 1990年 於東京 5-1-2 食道癌術後スピリーテーは必要か?
癌大剂治療により予後が改善する?	日本消化器外科学会誌 Vol. 22 [1989] No. 7 P 1749-1754 胃癌大動脈瘤周囲リンパ節転移陽性の5年生存率について 日清外会誌9: 112-116, 1976.5 村井堂、鶴本吉夫、片山寛次ほか:	日本消化器外科学会誌 Vol. 22 [1989] No. 7 P 1749-1754 胃癌大動脈瘤周囲リンパ節転移陽性の5年生存率について 日清外会誌9: 112-116, 1976.5 村井堂、鶴本吉夫、片山寛次ほか:	日本消化器外科学会誌 Vol. 22 [1989] No. 7 P 1749-1754 胃癌大動脈瘤周囲リンパ節転移陽性の5年生存率について 日清外会誌9: 112-116, 1976.5 村井堂、鶴本吉夫、片山寛次ほか:	分子の発見、細胞生物学的発見 第43回日本胸部外科学会年会 1990年 於東京 5-1-2 食道癌術後スピリーテーは必要か?

1980年代は、進行癌に対しては、拡大手術に挑む時代であった。



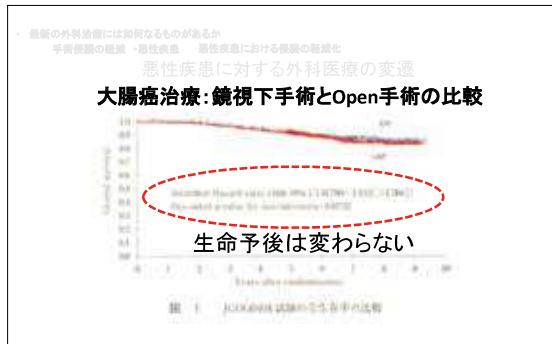
しかし 1990年代には、拡大手術や拡大郭清は予後を改善しないという結論に達し、それまで補助療法にすぎなかった、化学療法や放射線療法が進歩し、手術術式は標準化された。



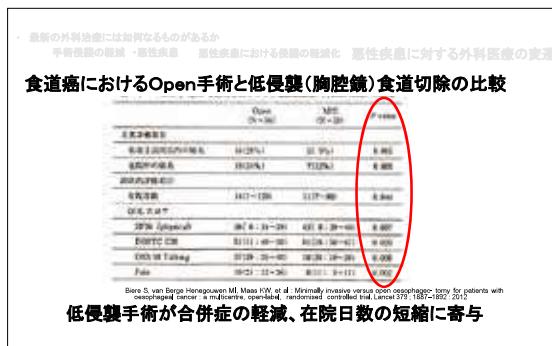
手術術式の標準化とともに、各種の癌に対する治療ガイドラインが確立され、早期癌はより侵襲の軽い局所切除、進行癌では化学療法や放射線療法と手術治療を合わせた集学的治療が施行されるようになった。



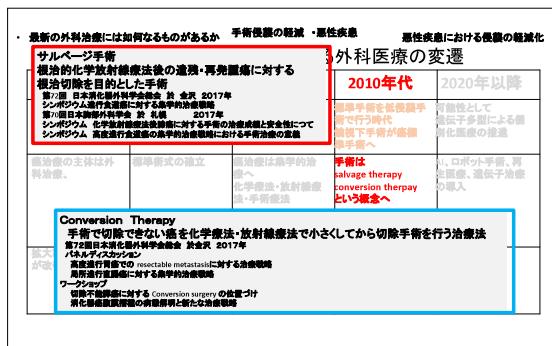
2000年代は手術術式が標準化されると、低侵襲で手術を施行するために、悪性疾患に対しても鏡視下手術が導入された。



2010年代には、Open手術と鏡視下手術の成績が長期予後を含めた成績が評価され、鏡視下手術が開腹手術に対して癌の生命予後で非劣性であることが証明された。



更に、食道手術でも鏡視下手術が、合併症の軽減や在院日数の短縮に寄与することが証明された。



2010年代は、進行癌に対して、化学療法や放射線療法を施行しても残存する癌に対して、手術でR0を目指すというサルベージ手術やコンバージョン治療を行うという治療法が施行されており、手術治療が、1980年代とは全く異なる役割を担うようになってきた。

最新の外科治療には如何なるものがあるか 手術侵襲の軽減・悪性疾患			
悪性疾患に対する外科医療の変遷			
1980年代	2000年代	2010年代	2020年以降
外側切開による大腸癌手術	リンドバーグ手術	2000年代 ダ・ヴィンチ	2010年代 内視鏡として 遺伝子多型による個 人化医療の進歩
腹腔鏡による大腸癌手術	腹腔鏡による大腸癌手術	腹腔鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術
大腸癌により予後 が改善する?→否定	大腸癌は予後を 悪化しないと判断	癌細胞下手術の導入 →胃への導入	ロボット手術の導入 遺伝子多型による個 人化医療の導入
リンドバーグ手術	ダ・ヴィンチ	遺伝子多型による個 人化医療の導入	個人化医療の導入

さらに、デバイスの進歩により telesurgery が行われ、患者への侵襲の軽減のみでなく、手術を施行する医師の安全確保や侵襲や疲労軽減のための robotic surgery も導入された。癌の診断学にも遺伝子診断が導入され、癌遺伝子を持つ健常者に予防的手術すら行われるようになつた。

最新の外科治療には如何なるものがあるか 手術侵襲の軽減・悪性疾患				
悪性疾患に対する外科医療の変遷				
1980年代	1990年代	2000年代	2010年代	2020年以降
手術用内視鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術
内視鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術
内視鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術	内視鏡による大腸癌手術
リンドバーグ手術	ダ・ヴィンチ	遺伝子多型による個 人化医療の導入	遺伝子多型による個 人化医療の導入	遺伝子多型による個 人化医療の導入

日本の外科治療は、厚生労働省の指針にあるように、今後も遺伝子治療、ロボット支援手術、再生医療の進歩により、進化していくと予想される。

最新の外科医療は
地域医療へ何をもたらしたか。

その治療のレベルは如何なる程度か、
地域医療に浸透しているか。

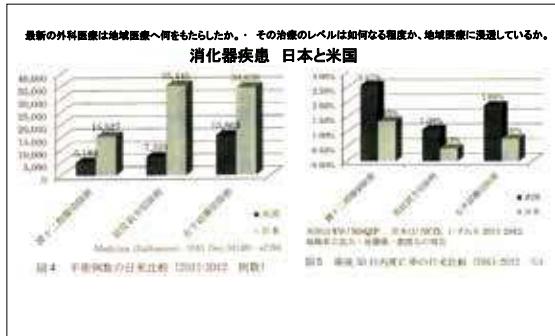
これまで、良性疾患と悪性疾患に関して、低侵襲化について述べてきたがその治療レベルがどの程度なのかについて述べる。



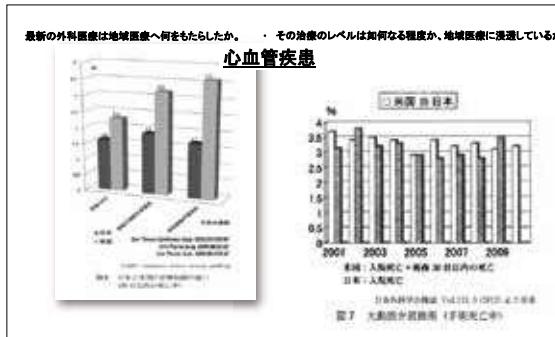
現在、我が国の外科治療は、全てNCDのデータベースに登録されている。



スライドは、紹介外科の成績であるが、この治療成績は、世界ではどのくらいか？について述べる。



日本と米国の比較であるが症例数は日本が多く、たくさん登録されている。その死亡率は日本が米国に比較して低い結果であった。



心血管手術：30日以内の死亡率は日本が低い

最新の外科医療は 地域医療へ何をもたらしたか。

1最新の外科医療について

- ・手術室での創傷治癒(良性疾患と悪性疾患で)
- ・創傷治癒の促進(総論と各論で)

2その医療のレベルは如何なる程度か、
地域医療に浸透しているか。

3最新の外科医療が地域医療にもたらした光と影

次に最新の外科医療において、創傷治癒の促進について述べる。

最新の外科医療は地域医療へ何をもたらしたか。

1最新の外科医療について

・創傷治癒の促進 光と影

周術期栄養管理の進歩

Nutritional support team
Enhanced recovery after surgery

感染制御

総論: 感染制御ガイドラインの確立
各論: 術創被覆材、ドレーン

創傷治癒の促進に関して周術期の栄養管理の進歩と感染の制御があげられる。

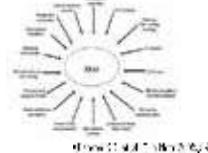
最新の外科医療は地域医療へ何をもたらしたか。

1最新の外科医療について・創傷治癒の促進(総論と各論で)

周術期栄養管理の進歩

Nutritional support team

Enhanced recovery after surgery



要点	説明
術前	腸管処置なし
手術	短時間作用麻酔、小さい傷
早期離床	非麻酔性鎮痛、硬膜外麻酔
早期口摂取	制吐、経鼻チューブなし、縫合跡早く、

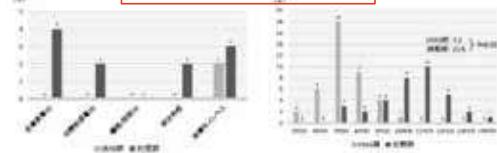
第72回 日本消化器外科学会総会・学術年次会
ワークショップ 消化器外科における術後回復促進策(ERAS)

栄養管理の進歩に関してはERASが謳われている。

最新の外科医療は地域医療へ何をもたらしたか。 1最新の外科医療について・創傷治癒の促進(総論と各論で)

ERASの臨床研究 地域の基幹病院単一での検討

島根県立大学医学部 第1号 23~26
大腸癌新規剖腹術におけるERASの導入とその結果
(住田赤十字病院)



日本の臨床研究として地域の基幹病院にまで
浸透していることがわかる。

最新の外科医療は地域医療へ何をもたらしたか。

1最新の外科医療について

・創傷治癒の促進(総論と各論で)

感染制御

総論: 感染制御ガイドラインの確立

感染制御に関しては日本外科感染症学会による感染制御のガイドラインが確立された。

最新の外科医療は地域医療へ何をもたらしたか。

1最新の外科医療について・創傷治癒の促進(総論と各論で)

感染制御 総論: 感染制御ガイドラインの確立

各論: 術創被覆材、ドレーン

「術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン」

日本化学療法学会/日本外科感染症学会

術後感染予防抗菌薬適正使用に関するガイドライン作成委員会編

このガイドラインは日本化学療法学会と日本外科感染症学会の協同で作成された。

ガイドライン作成のための臨床研究

胃全摘例で抗生素の投与期間で比較(大学病院 5施設、地方の基幹病院4施設の共同臨床研究)

Randomized clinical trial of 24 versus 72 h antimicrobial prophylaxis in patients undergoing open total gastrectomy for gastric cancer

A. Takagane¹, Y. Mohri², T. Konishi³, R. Fukushima⁴, T. Noie⁵, S. Sueyoshi⁶, K. Omura⁹, S. Ono⁶,

M. Kusunoki², H. Mochizuki¹⁰ and Y. Sumiyama

BJS 2017; 104: e158–e164



このガイドライン作成には、大学病院のみでなく、地域の基幹病院も参加して成立している。

最新の外科医療は地域医療へ何をもたらしたか。

1最新の外科医療について

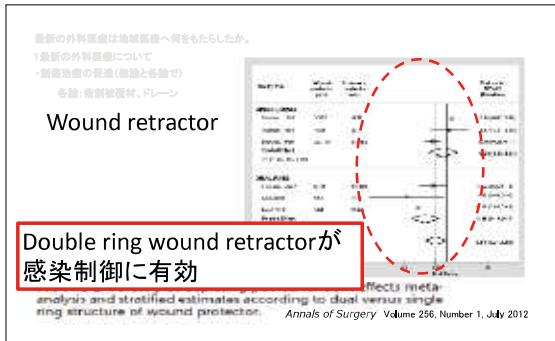
・創傷治癒の促進(総論と各論で)

各論: 術創被覆材、ドレーン

次にドレーンや創傷被覆材に関して述べる。



今では、どこの施設でも用いられている開創器であるが、これも材質が進化し二重のリングにより密着率を高めている。



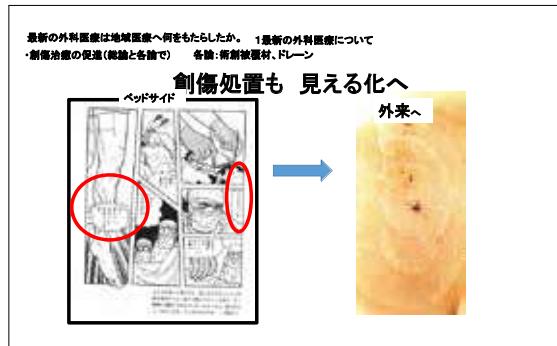
二重リングが感染制御に有効というエビデンスもある。



さらに、新生児外科の無縫合による創閉鎖に応用されている。



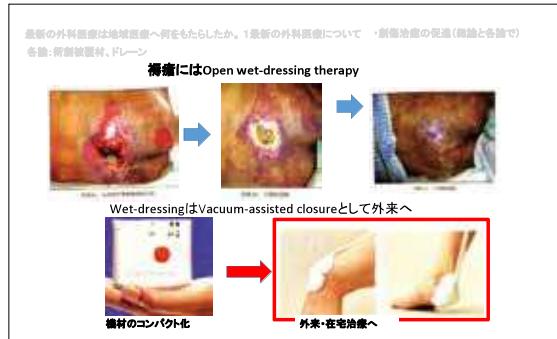
ドレーンに関しても、環境感染や院内感染の予防に閉鎖ドレーンが用いられている。



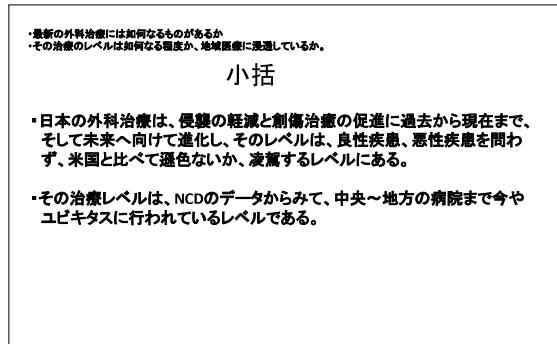
創傷もガーゼで閉鎖する時代から見える化され、ガーゼ交換の手間の省略や、感染徴候の検出に役に立っている。



また、不幸にも一旦感染しても創内持続陰圧洗浄により創傷治癒を促進させている。



この方法は褥瘡の治療にも応用され、器具もダウンサイジングされ、外来や在宅での加療が可能となっている。



小括として日本の外科治療は、侵襲の軽減と創傷治癒の促進に過去から現在まで、そして未

来へ向けて進化し、そのレベルは、良性疾患、悪性疾患を問わず、米国と比べて遜色ないか、凌駕するレベルにあり、中央～地方の病院まで今や遜色ないレベルで行われている。

最新の外科医療は 地域医療へ何をもたらしたか。

- 最新の外科治療が地域医療にもたらした光と影

その素晴らしい医療が、現在地域医療に何をもたらしたか？について述べる。

最新の外科医療は
地域医療へ何をもたらしたか。

- 最新の外科治療が地域医療にもたらした光と影

最新の外科治療は、NCDのデータからみて、中央～地方の病院まで今やユビキタスに行われているレベルである。

外科治療がユビキタスに 行われることの 光と影

素晴らしい進歩した医療は、外科医療に関しては中央や地域を問わず、どこでも、いつでも出来るようになった。

最新の外科医療は
地域医療へ何をもたらしたか。

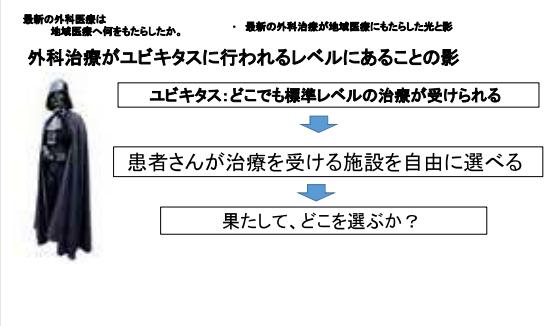
- 最新の外科治療が地域医療にもたらした光と影

患者の受ける恩恵

- 短期間の入院期間
- 低侵襲手術、早期リハビリで術後QOLが低下しない
- 合併症を生じても速やかに治癒
- 術後の後療法は外来で、社会復帰しながら受けられる

最新の医療は

- 短期間の入院期間
- 低侵襲手術、早期リハビリで術後QOLが低下しない
- 合併症を生じても速やかに治癒
- 術後の後療法は外来で、社会復帰しながら受けられる
- など、いいことばかりである。



どこでも、いつでも標準レベルの医療が受けられるということは、医療を受ける場を患者が選べるようになったということに他ならない。

最新の外科医療は
地域医療へ何をもたらしたか。
最新の外科治療が地域医療にもたらした光と影

自分の治療を受ける病院を選ぶ条件は？

腕のいい医者に手術してもらいたいのは当然ですが、どこで治療されても変わらないのであれば

自身の家に近いところ
家族と一緒に居ていればYES

一棟居であれば、家族の住居の近くの病院

病気になるのは独居の高齢者：家族は都心か、その近郊に在住



では自分が医療を受ける病院はどこであろうか？

腕のいい外科医に手術してもらいたいのは当然でしょうが自身の家に近いところでしょうか？家族と同居していればそうでしょうが、疾病に罹患するのが高齢者であること、その家族は都心か、その近郊に転居していれば、高齢者の独居老人が治療を受けることになります。

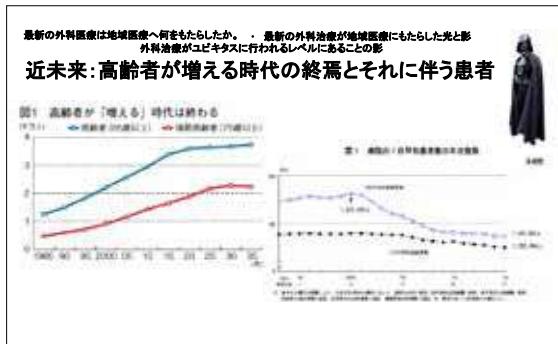
実際、福岡県の独居老人は全国的にも高率です。

最新の外科医療は地域医療へ何をもたらしたか。最新の外科治療が地域医療にもたらした光と影
外科治療がユビキタスに行われるレベルにあることの影響

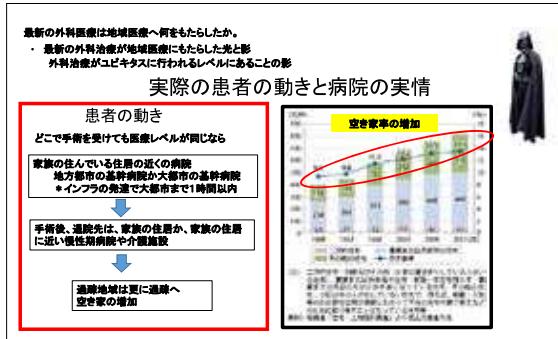
全国と福岡県での患者の流入・流出状況



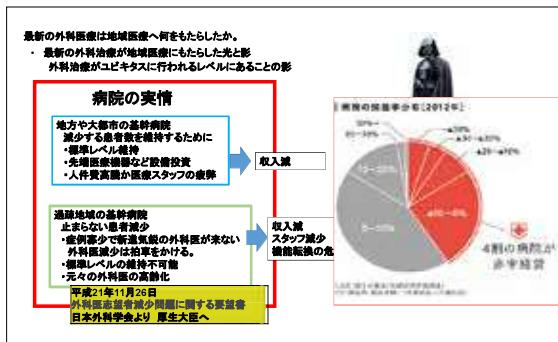
全国的にみて、福岡県でも、人口の少ない地域ほど、患者の流出が著明であるという結果です。



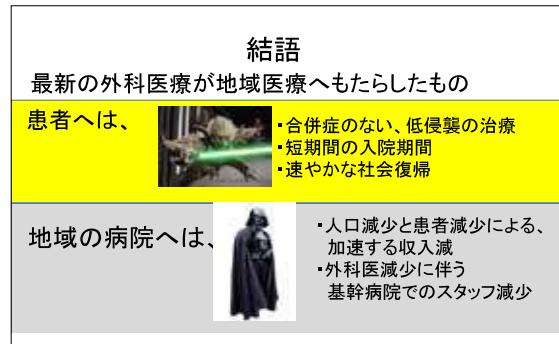
さらに、高齢者が増える時代は終焉を迎え、それに伴い、全国的にも患者数は外来入院とも減少傾向にあります。



つまり極論すれば、独居老人は、家族が住む都心やその近傍で治療を受け、退院後は家族が住む近傍の慢性期病院や介護施設に移ります。その結果として人口減少と患者流出の地域では空き家が増えます。実際に日本の空き家は増え一方です。



結局、都心部やその近傍の基幹病院では、治療の標準レベルを維持するための設備投資、人件費の増大があり、過疎地域の基幹病院では、患者減少に伴う症例の激減、外科医の減少、従前からいる外科医の高齢化で標準レベルの維持が困難で、その結果として、基幹病院の収入は減少し、過疎地域の基幹病院では急性期医療の維持が困難となっている状況にある。



まとめますと

最新の外科医療は、患者には光を、地域の病院は暗黒時代になりつつあるのが現状である。

ご静聴 ありがとうございました。

— 総合討論 —

○内村座長 それでは、シンポジウムで講演をしていただいた5名の先生方にはご登壇いただき、ただいまより総合討論を始めたいと思います。シンポジストの先生はご登壇をお願いいたします。

今日は5人の先生方に「地域医療に役立つ最新の医療」ということでお話ししていただきました。せっかくの機会ですので、会場の先生方からご質問をご講演していただいた順で受けたいと思います。

まず、筒井先生に「心不全医療の最新動向」ということでお話をいただきましたけれども、質問のある方がいらっしゃったらお願ひしたいと思います。いかがでしょうか。

○会場参加者 筒井先生、どうもありがとうございます。最新の心不全の考え方というか、地域連携も含めて、これから将来展望もお話をいただきまして、ありがとうございました。

確かに心不全、収縮不全が高齢者ではありませんくて、いわゆる収縮が保たれている心不全が多い。これは、考えてみると、いわゆる心筋の構造というか、赤筋と白筋、遅筋と速筋とあります。その構造が高齢になればなるほど変化している。その可能性もひょっとしてあるのでしょうか。

○シンポジスト（筒井） 先生が言われるような、骨格筋の速筋（白筋）と遅筋（赤筋）はダイナミックエクササイズとスタティックエクササイズによって機能が変わると言われています。心筋の場合には、マウスでは胎児期から生まれた後にミオシンの形質変化は起こりますが、加齢に伴っての変化は、間質の線維化や収縮たんぱく以外の細胞骨格たんぱくの変化が心筋の拡張機能を変えているのではないかと言われています。

○会場参加者 ありがとうございました。

それと、先生、もう一点ですが、いろいろな患者さんのデータを医者と患者で相互にやりとりしながら、きちんとモニタリングしていく方向性、これは非常に大事だと思いますが、患者

さん自体が高齢化すると、スマートフォンを使ってデータを入力するというのがなかなか難しいという状況があって、むしろウェアラブルで自然体で患者さんのデータをモニタリングできるシステム、特に心房細動とか不整脈が起きたときにすぐそれがわかるシステム、その方向性というのは考えられないでしょうか。

○シンポジスト（筒井） 先生のご指摘のとおりで、ウェアラブルデバイスが進歩して、先生方がお持ちのスマートフォンでも、実際、歩数や活動量をモニターする、さらにブルートゥースで心拍数や、血圧、体重計のデータを自動で収集することはもう現実のものになっています。循環器疾患の中では、我々の心不全のほか心房細動の検出をウェアラブルデバイスでやっています。

このように、デバイスの進歩によってモニタリングすること自体は可能なのですが、どんなに完全にモニタリングしても、患者さんの行動変容を来すのは難しいということもわかっています。先生がおっしゃるようなウェアラブルデバイスでモニタリングをすると同時に、患者さんにその内容や意味を認識していただき、いい方向に変わっていく行動変容をもたらすシステムまで一緒につくっていかないと十分ではないと考えています。機械は重要ですが、機械だけでは人は変えられないというのも現実で、それをどうやって打破していくかというのを、多くの研究者が取り組んでいるのが現状だと思います。

○会場参加者 どうもありがとうございました。

○内村座長 今、先生がお話しされたように、スマートフォンで見守り手帳みたいに使ってということですが、例えば自身でそれを認識しても、それをどう教育していくかが重要だと思いますが、認知行動療法的なことも現実的にされておられますか。

○シンポジスト（筒井） そこがやはり一番難しいけど重要なところだと思います。現時点では、今、ご質問があった数値のデータもそうで

すが、画像データ、食事のデータをきちんと記録して、振り返りをしてもらうと同時に、それを病院に持っていったときに情報を共有する必要があります。やはりそこは医療従事者の関与なくして患者さんのモチベーションは上げられないと思います。しかし、そのような患者さんのモチベーションをきちんと保っていく教育のシステムとしてはまだまだ十分にできているわけではないと思います。今後の課題だと思います。

○内村座長 私は精神科ですが、例えば個人個人でするよりも、集団療法的な認知行動療法は、いろいろな面で効果があると言われています。いかがでしょうか。

○シンポジスト（筒井） それは先ほど三浦先生がおっしゃられた包括的心臓リハビリテーションで、医師だけではなく、看護師さん、PTさん、薬剤師さんも加わって、集団で心リハに取り組むことをやっています。ほかの人もやっているから自分もやろうと、そういうアプローチは効果的だと思います。心臓リハビリテーションの中にそういうアプローチを取り込んでいこうとしています。

○内村座長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

ないようでしたら、第2席目の「三次救急医療施設からみた医療連携」に関して高須先生にご質問のある方がいらっしゃったらお願ひしたいと思います。

○会場参加者 高須先生のお話を聞いて、確かにすごい救急をやられているなと思いました。先生は、交通事故が大分減って、事故が少ないというデータを出されていましたが、高齢者に限って言えばかなり増えている、特に認知症の患者さんが問題だなという気がします。しかも高齢者というのは中枢神経でいろいろ問題を持っていて、先生のところに例えば事故を起こして重症で運ばれてきた。その中に交通外傷でなくて、内因性の疾患を持っている、あるいは脳に急に梗塞が起っていた、あるいは心臓に問題があって事故を起こしたとか、そういう例というのはないものでしょうか。

○シンポジスト（高須） ご質問ありがとうございます。

実際によくあります。それは交通事故でなくとも、例えば転落、転倒、その前に内因性の疾患があり、外傷という形で来られている方は少なからずいらっしゃいます。外傷に目を奪われて、その背景にある疾患を見落とさないようにというのが一つ大きな診療上の我々のポイントとなっていると思います。その数が今現在、増えているかというと、決して少なくはないと思いますし、基礎疾患があるがために、例えば抗凝固を何らかの形でしている。そのために出血が問題になるという患者様も多数見受けられるのが現状です。

○会場参加者 薬剤が交通事故を誘発するなど言われていますが、そういう問題点は先生のところで、重症例で何かありますか。

○シンポジスト（高須） 薬剤のために意識をとことんでしょうか。

○会場参加者 それもあるし、薬剤のためにいろいろ判断力を間違って事故を起こしたといって、重症化したと。

○シンポジスト（高須） 具体的にはその数はつかまえていませんし、臨床上、すごく多いという認識はありません。むしろ出血傾向に関しては非常に感じています。

○会場参加者 そうですね。ありがとうございました。

○内村座長 今の点につきましては、やはり睡眠薬とか抗精神病薬、抗鬱薬が影響しているかもしれない交通事故というのはすごく問題になっています。では、朝から抗鬱薬などは飲めないのか、あるいは安定剤は飲めないのかということで、今、とても議論になっているところです。なかなか表には出てこないけれども、特に年寄りとかの場合もかなりそういうお薬を飲んであるケースというのは少なくないのではないかと考えています。

○会場参加者 どうもありがとうございました。

○内村座長 ほかはいかがでしょうか。ご質問ある方はいらっしゃらないでしょうか。

第3席目の「心血管病治療における包括的心臓リハビリテーションの役割」に関して、三浦先生にご質問のある方はいらっしゃいませんでしょうか。

○会場参加者 三浦先生、ほんとうにありがとうございました。

先生の心臓リハビリテーション、かなり有効で、死亡率も下げるし、心不全の誘因も減らすということですが、これは、心臓リハビリテーションをやったために糖代謝異常を改善したと考えたほうがいいのか。なぜ僕がこういうことを言うかというと、SGLT2阻害薬、これは心不全の誘因を落とすし、死亡率も落とすと。これは糖代謝、高血糖、糖を尿糖に出させて改善しますよね。それと似たような現象が起こっているということで、糖代謝の改善ということもかなり関与していると考えたほうがよろしいのでしょうか。

○シンポジスト（三浦） 心臓リハビリテーションというのは、どれを特にすばらしく改善したというのではなく、あわせわざといいますか、糖も少し下げるし、先ほどのHDLコレステロールもちょっと上げるし、血圧も下げるという、そういうあわせた効果によって死亡率の低下効果があると考えていただいたほうがよいと思います。それぞれ一個一個は、薬みたいにがーっと血圧を下げるとか、糖を下げるとか、そこまでの効果はないと考えております。

○会場参加者 リハビリテーション継続例と非継続例ではかなり有意差がつきましたが、非継続例に対して、これから介入するとしたら、糖代謝の改善とかそういうことを加えたほうがいいものでしょうか。なぜかというと、糖尿病があるなしにかかわらず、SGLT2阻害薬をやると、心不全あるいは総死亡も改善するということが言われ出したので、先生、そのあたりはいかがでしょうか。

○シンポジスト（三浦） 心臓リハビリテーション自体が糖低下効果というのと、心臓リハビリテーション自体で要らない交感神経の過剰を抑えるとか、利尿効果もありますので、SGLT2の糖を下げる効果と、利尿効果も軽くあわせて持っているということですので、特に糖を特異的に下げることが心臓リハビリテーションの効果を全て反映しているわけではありませんが、もちろん糖を下げることは今後の予後を改善することにはなると思います。

○会場参加者 ありがとうございました。

○内村座長 三浦先生、先ほど具体的に運動のどの程度というのを示されましたが、たしか福岡大学の体育学部の先生が、1階段を上り下りするだけでも効果的だということで、よく使っている方が多いですが、あれは具体的にどうですか。

○シンポジスト（三浦） いわゆるスロージョギングとか、階段をゆっくり上り下りするという程度のところが、心臓が悪い方には大体3から3.5、4メツツぐらいになると思います。そんなに激しい運動ではありませんので、一応、運動負荷試験とかを一人ひとりの患者さんに合わせてしないといけませんが、効果が期待できるということになります。

○内村座長 具体的に何分ぐらいでしょうか。

○シンポジスト（三浦） 最低10分を目安にということになっていますが、きつければやめるという、要するに意外と心疾患の患者さんに運動をさせると、自分の自覚症状というのは、かなりその運動対応能と効果というのに反映されていますので、「楽である」から「ややきつい」という運動をすることがかなりよいと言われています。

○内村座長 ありがとうございました。

それでは、第4席目の「呼吸器感染症の最近の話題」に関して、矢寺先生にご質問のある方はいらっしゃいませんでしょうか。

○準備委員（津田） 先生、どうもありがとうございました。

何かお答えいただけたらありがたいと思いますが、MRSAの件です。

ほとんど常在菌のようになっている昨今でございますけれども、菌はどこでも出てきますが、病原性があるかどうかということはまた別ではないかなということを先生はおっしゃったと思います。

実は今、世の中にMRSA肺炎ということで、治療にたくさん薬が使われていますが、私どもの常識では、例えば今日、筒井先生も三浦先生もおられますがあ、循環器の領域でブドウ球菌の感染症といいますと、心内膜炎とかを起こすと、1晩のうちに弁が溶けてしまうような病態

を覚えていますが、それとはどうも違うようで、臓器として肺が全く違うのか、その辺のことで、ほんとうにMRSA肺炎というのがあるのかどうかということについて、ぜひ伺いたいなと思いました。よろしくお願ひします。

○シンポジスト（矢寺） ありがとうございます。私自身も昔から、どこまで解析すれば正しいMRSA肺炎等を診断できるのかというのは、いまだに明確なラインがなく、先生のご指摘のように、非常に難しい問題です。

呼吸器内科の専門のかなりご経験のある先生方でも、おそらく二つに分かれています。実際にかなり厳しい目で見ると、MRSA肺炎はほとんどない、もしくはない、自分は抗MRSA薬を使ったことはなく、それで困ったこともない、という意見の方から、それより少し重症だとやはり教科書的にMRSAのリスクがあつたら抗MRSA薬を使い、MRSA肺炎でないとわかつたら、それから通常の黄色ブドウ球菌に対してDe-escalationを行うというような考え方の人がいらっしゃると思います。ガイドラインにも薬剤耐性菌リスクについて検討して対応するように書いてあるので、非常に過剰な抗MRSA薬の使用につながる可能性については個人的には一定の懸念を持っています。

先程の、MRSAが検出された42症例の検討については、実は10%程度でMRSA肺炎の可能性がある、という意味ですが、ブドウ球菌が検出された症例でのMRSAの頻度などの他の報告での割合からすると、その中で真のMRSA肺炎は実際は数例いるかいなかという程度ではないか、と思っています。

検出されたブドウ球菌がMRSAかどうかについて同時に解析ができないので、今、それをどのように解析するかということを検討していますが、先生のお考えの通り、MRSA肺炎は實際には果たしてどれくらいあるのか、ということの検討から始める必要性を感じております。ありがとうございます。

○内村座長 ほかにいかがでしょう。

○会場参加者 いわゆる風邪症候群といいますか、安い抗生剤の使用がいまだにあります。市中肺炎も、高齢者が多くなって、菌種がそ

いうこととわかっていますが、そこまでないときには、抗生剤の使用が現実にどれぐらい悪さしているかというか、耐性菌の発現だとか、肺炎の予後に対してそれから一体、効果がないを乗り越えて悪さをしているのでしょうか。いつも患者さんから要求されますし、ほかの病院では出してあるので、抵抗するのが非常に難しいですが、その辺のエビデンスがありましたら、教えてください。

○シンポジスト（矢寺） ありがとうございます。医学的な側面からまずお話しさせていただきたいと思います。まず、ウイルス性の疾患が非常に疑わしく、細菌性ではないだろう、という状況であれば、セフェム系薬とかキノロン系薬はまず必要はなく、キノロン系薬の必要性としては肺炎マイコプラズマを想定する訳ですが、迷う症例で使うとしたら、抗ウイルス活性が多少なりとも期待できる可能性があることや、抗菌薬以外のimmunomodulatorとしての作用があるだろうということで、マクロライド系薬を使用しますが、十分考えてすごく迷った上で、というのが私個人の意見です。

健常者がウイルス性の上気道疾患を発症した場合は、放置しても自然に治ることをまず患者さんに説明します。抗菌薬に関しては副作用の問題もあるので、以上のことをお話しします。それでもご納得いただけない方については、そこから先は医学の世界から経営などの要素も加味されてくると思いますが、その辺については現場の先生方のご判断でいいのではないかと思います。ただし、セフェム系薬やキノロン系薬をそのような方に用いるのはお控え頂いた方がいいのではないかと思います。

薬剤耐性菌の誘導に関しては、キノロン系薬、特にlevofloxacinなどが有名ですが、現在のlevofloxacin自体が薬剤耐性化の誘導については使用用量や血中濃度などが中途半端であるため、逆に誘導してしまうことがあります。Levofloxacin以降のレスピラトリーキノロンに関しては、薬剤耐性化をむしろ誘導しない可能性も逆に言われており、今回の肺炎ガイドラインでも、キノロン系薬の使用については以前のガイドラインよりはより積極的な使用に傾斜し

ているようにもみえますが、今後の検証が必要だと思います。そもそもAMRに関しては、特に医療分野では本邦では抑えられているのではないかと思いますが、どちらかというと家畜に対する乱用や耐性菌の輸入が問題で、海外旅行や海外での手術の際に菌を輸入してきたりする問題の方が圧倒的に問題ではないかなと個人的には思っています。

○内村座長 ありがとうございました。

それでは、最後の第5席目の「最新の外科医療は地域医療へ何をもたらしたのか」に関して疋田先生にご質問のある方はいらっしゃいませんか。

疋田先生自身は、ご自身の病院では手術はされていないと思いますが、手術自体は久留米大学病院であります。外科医確保の困難性ということで、外科医の先生にはたくさん増えてもらって、手術をしてもらわないと、病院の収益も上がりませんが、今、外科医の先生が大学病院も減ってきていますが、今後、どうすれば外科医の先生が増えるのか。将来性も含めて、いかがでしょうか。

○シンポジスト(疋田) ありがとうございます。

まず、外科医が減っている一番の理由は、外科に魅力がなくなってきたことが一番の原因なのではないかと思いますが、ただ、現実の問題として、いわゆる過疎地域、地域の基幹病院はすごくいいですが、それよりもちょっと病床数の少ないような病院で手術をなさっていたところというのは、外科医は非常に減っているのではないか。減っている外科医を増やすための手法は何かというと、もちろん外科入局が入ればいいのですが、そこで手術が行われないから、結局、若い外科の先生方が認定医とか専門医を取るのに症例数が足りない。それが一番の問題だと思います。

ということは、専門医や指導医などの取得のノルマとして、過疎地域や症例数の少ない病院での症例も必ず割り当てるとか、そういうシステムが専門医制度としては必要なのではないかと思います。それをやることによって、過疎地域の病院にもある程度、8年目、9年目、10年目ぐらいの指導医を取ろうという医師と、専門

医を取ろうという医師が来て、それまでオープン手術しかしたことのないようなご高齢の外科の先生からいわゆる外科総論の基本を教わるという形がいいのかなと考えてはいますが、政策あるいは施策として通用するかどうかはわかりません。

○内村座長 同じ外科医として、高須先生、いかがでしょうか。

○シンポジスト(高須) 先生がおっしゃられた外科に魅力がというのは、僕は何ともわかりませんが、やはり今、若い先生方を見ていると、どこで何を学ぶかという価値観が昔とかなり違い、自分に何がメリットがあるのだろうか、そういうところを一番大きく感じ取っているところです。やはり人を集めるために、救急もそうですが、何を魅力として伝えるかというのが最も重要だと思いますし、一つとして教育のシステムにかなり力を入れないと、若い先生たちが集まつこないというのは現状だろうと思います。

○内村座長 まだまだご質問を受けたいのですが、時間となりましたので、これで終えたいと思います。

今、教育が大事だということを言われましたが、新専門医制度が今年から始まりまして、それによって地域医療がより発展していくということが一つの目的になっていますが、逆に動いていく可能性もあるのではないかとも言われています。今日は4大学の先生と疋田先生がお話しされましたけれども、教育をして、魅力ある各講座にして、若い先生たちに来ていただいて、地域医療がいかに魅力的なのかを感じてもらうことが住民の健康を守ることにもつながると思います。5人のシンポジストの先生方本日はありがとうございました。

これをもちましてシンポジウムを終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

特別講演

テーマ

「日本医師会の医療政策
～地域医療体制の再構築に向けて～」

【専門医共通講習－⑤地域医療（任意）】 1単位

公益社団法人日本医師会会長
世界医師会会长

横倉 義武

「日本医師会の医療政策 ～地域医療体制の再構築に向けて～」



公益社団法人日本医師会会長
世界医師会会長
横倉 義武

本日の講演内容

1. 社会保障と地域包括ケアの推進
2. 働き方改革について
3. 医師会活動の世界への発信



皆さん、こんにちは。この福岡県医学会も第10回ということで、もう10年たったのかなという思いでございます。この福岡県医学会を始めたのは、私が竹嶋先生から会長をお譲りいただいたときであります。福岡医学会とか久留米医学会のように、それぞれの地区の医師会と地元の大学との間では医学会があったのですが、県全体の医学会がなかったものですから、何か研修の場がつくれないかなと考えていたところ、ちょうど広島県医師会が、広島県と広島大学、そして広島の国立病院や県立病院等々と一緒にになって同じようなことをされておりましたので、見学に行きました、こういう形を始めたらどうかなということで始めさせていただきました。県内の各大学のご協力の元で、このように素晴らしい会ができたということで、松田会長のご努力に大変感謝をしているところであります。

さて、今日は「日本医師会の医療政策～地域医療体制の再構築に向けて～」ということで内容はこの3点です。細かい地域医療計画、地域包括ケア等々については、それぞれ先生方が現場で取り組んでいらっしゃると思いますので、今我が国の医療の置かれた状況についてお話をさせていただこうと思っています。

ご覧になっているように、日本は人口構造が急激に変化し始めました。2025年を一つの目標年として医療提供体制の在り方を考えようということで、私が日本医師会の会長になった時期にちょうど社会保障制度改革国民会議がスタートいたしました。その会議の議論の中で、色々な現場の意見を取り入れながらつくろうという方向で検討が進み、会議の報告書ができました。

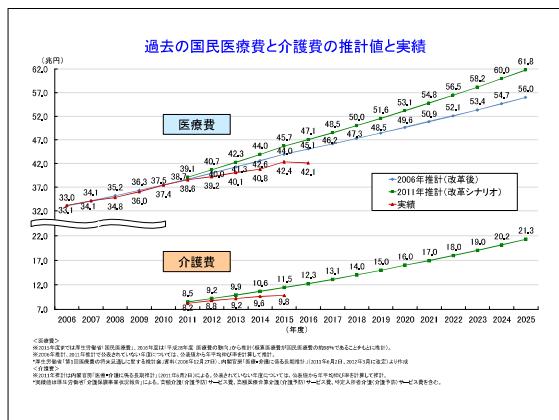
初め、その会議のメンバーに私を入れてほしいとお願いしたのですが、当時、民主党政権がありましたし、その後、自民党政権になったときも、官僚と医師会との信頼関係がまだ十分でなかったものですから、中々入れなかつたという経緯がありました。しかし、しっかりと現場の意見を反映してほしいという主張を続けた結果、徐々に反映していただいたということあります。

1. 社会保障と地域包括ケアの推進



日本医師会治療促進センター「ちけんくん」

そこで、社会保障全体の動きと地域包括ケアをどのように進めていくかという話をさせていただきます。



これは過去の国民医療費と介護費の推計であります。徐々にその推計値を計算した年以降の実績が出始めました。真ん中の青い線は、2006年に当時の内閣府で推計した国民医療費であります。そして、緑の線は民主党政権が2011年に推計した値であります。このときは、色々な改革をしてもこれだけ伸びるということで、国家財政との兼ね合いがどうなるか非常に心配したところであります。

赤い線は、現在、実際にもう国民医療費が出ていますので、それをプロットしたものであります。2006年に自民党政権で推計された数値と比較しますと、安倍政権がスタートして、徐々に推計値よりも実績値が低い数字で推移しています。2016年の推計値は45兆円を超していたんですが、実質的には42兆1,000億円となり、約3兆円少なく済みました。何故このようになってきたかというと、この間に様々な制度改革を行われました。過度の医療費の伸びをできるだ

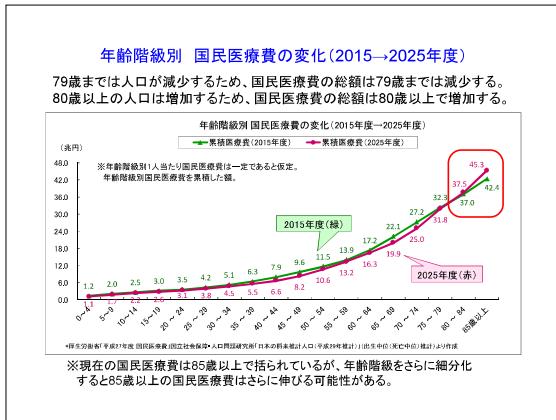
け抑制しないと、この国の財政がもたないということで、ジェネリック医薬品の推進などが行われたところであります。

介護費用も同様であります。民主党政権のときに初めて推計値が出たわけですが、このときは緑色の折れ線のような伸びを推計していたけれども、実際はそれを下回ってまいりました。

しかしながら、昨年末に診療報酬改定の議論を様々やりましたが、どうしても財政を担当する方は非常に不安感を持っています。



何故不安感を持っているかといいますと、これは年齢階級別の1人当たりの国民医療費であります。義務教育が終了する年齢で最も低くなっています。その後、少しずつ増えますが、40代の後半以降から徐々に増えてまいります。そして、60代を過ぎると急増し、特に70代、80代になると、さらに上がります。人口の年齢別構成を見てみると、当然のことながら、今後この部分の人口が急増してくるわけであります。医療費というのは、1人当たり医療費と世代別の人口を掛けると推計値が出るわけでありますから、1人当たりの医療費が上がらないような仕組みを何とか考えておかないと、財政破綻を来すという心配が出てまいります。

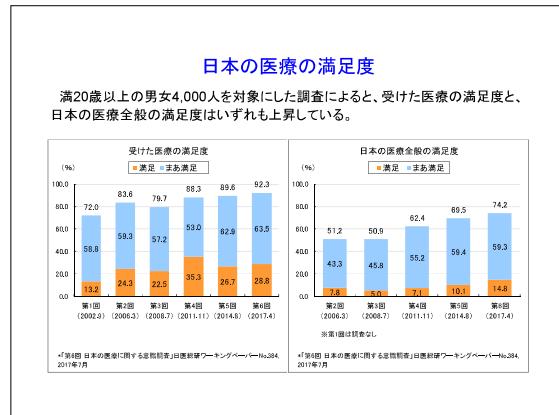


これは国民医療費が2025年に向けてどう変化するかを見たものです。積算しているのですが、79歳までは人口が徐々に減少していくので、国民医療費の総額は減少します。しかし、80歳以上の人口が今から急速に伸びていきます。そうすると、80歳以上の1人当たりの医療費は、年間に90万円以上かかるものですから、これが急速に伸びていきますと、80歳以降のところで逆転現象が起きるということです。そこで、診療報酬の引き上げのときに、抑制をかけないと財政的懸念があるということで、こういった政策がとられているわけあります。

今の経済状況では、多分今後も急激にGDPが増えているという想定が難しいような状況であります。多くても年間に2%ぐらいしか成長しないということになりますと、その範囲内で何とか抑えたいという国の方針が出てくると思いますので、我々は中々難しい問題に直面していることになります。

今回は薬価を相当大きく切り込みましたので改定財源があったわけですが、例えば、今回の改定率を1.5%まで上げるとしますと、当然のことながら、2年後か4年後の改定のときにマイナス改定をしないといけなくなります。診療報酬本体のマイナス改定は過去に2度ありました。2度とも小泉政権のときであります。平成14年と平成18年です。特に、平成18年の改定のときは、本体のマイナスが2%近いマイナスとなりました。その結果、何が起きたかというと、政権交代につながっていくような社会不安が起きてまいりました。医療崩壊という言葉が使われたときであります。一度上げ過ぎると、

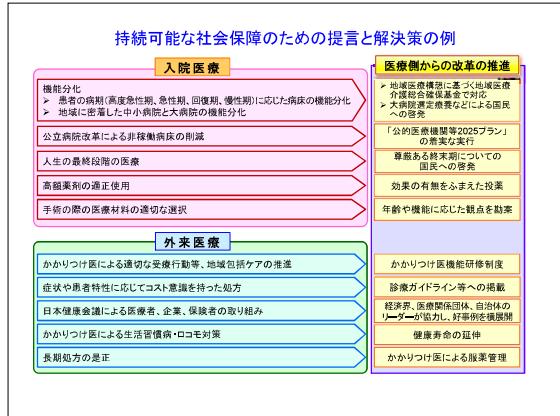
それを下げるときに大変な政治的な混乱が起こるという経験をしておりますので、政治に携わる人々は、中々一気に上げることはできない状況であります。必要な医療費は今からちゃんと確保すると彼らも約束しておりますので、私たちも必要な医療費をしっかりと要求したことから、今回の改定になったわけであります。



この資料はある程度このような医療費の抑制策をとりながら、日本の医療の満足度はどうかということです。これは調査の直前に受けた医療の満足度という質問で、日医総研で2002年から2、3年置きにずっととっていますけれども、直近の国民が受けた医療の満足度が非常によくなっています。医療制度全般の満足度はまだそう高くないのですが、受けた医療の満足度は高くなっています。これが何を意味するのかということでありますけれども、私は、医師を中心とした医療提供側の努力が非常によくなってきており、国民は非常に満足をしているのではないかと指摘しています。この制度全般に対しては、受診するときの一部負担金が高過ぎるとか、待ち時間が長過ぎるというようなことでの不満がまだありますが、受けた医療の内容については、かなり満足度が高いということあります。これらが、今我が国が置かれている医療の状況です。

今から我々は医療現場でどういうことを考えておく必要があるかということですが、やはり医療の現場から医療費を考えた医療を提供していかなければなりません。財務省というのは国のお金を扱うところでありますから、できるだけ過度な医療費は使ってほしくないという建前

です。そのために様々な制度変更をしていきますけれども、その制度変更が医療の実態と合わないことが過去何度もありましたので、必ず医療現場の状況に合ったものにしてもらわなければなりません。



持続可能な社会保障のために我々医療サイドからも提言していこうではないかということで、今回の改定のときも様々なことを実施しました。入院医療と外来医療に分けてありますが、入院医療では、機能分化、いわゆる病棟の機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期と4区分して再編成をしようということが、今、地域医療計画の中で出てきています。これにより、適切な病床機能のところに患者さんが入れるようにしていこうということです。

また、地域に密着した中小病院の役割と中核的な大病院の役割についてですが、機能が違うわけですから、そこの機能を分化して適切な医療費につながるようにということあります。今回の改定もそれを後押しするような内容になってきます。地域医療構想に基づいた地域医療介護総合確保基金でこの機能分化を進めていくことになりますし、大病院の機能の在り方についても国民へ啓発をしていく。特に外来受診の初診時の負担の問題等々で、国民にもそれを理解してもらえるような政策をしていこうということです。

もう一つは、公立病院改革による非稼働病床の削減です。公立病院は今かなり空床率が高まっているところがありますから、空床率の高い公立病院の病床は削減していくということ。公的医療機関の2025年プランという計画を総務

省の方で作成していますので、それを着実に実行させようということあります。

その他、終末期医療の問題ですが、日本医師会でも、今まで終末期医療の在り方については様々な提言をしてきました。初めは今から15年位前でありますが、終末期の患者さんの人工呼吸器を家族と相談し停止して、殺人罪で訴えられた医者が出てきたという事実がありましたので、終末期の医療の在り方についての提言をしておりました。直近では、昨年末に、尊厳ある終末期はいかにあるべきかという観点から、終末期の在り方についての提言を出していただいている。今、世界中で終末期の問題が非常に大きくなっています。医療が十分提供できる国においては、終末期の問題は非常に大きいと断定できますので、日本でもどう考えていくか検討していく必要があるかと思います。

それと、高額薬剤の適正使用とか手術の際の医療器材の適切な選択についてですが、今、医療器材の値段もピンからキリまでありますので、年齢や残存機能に応じた観点を加味していただくことが大切です。

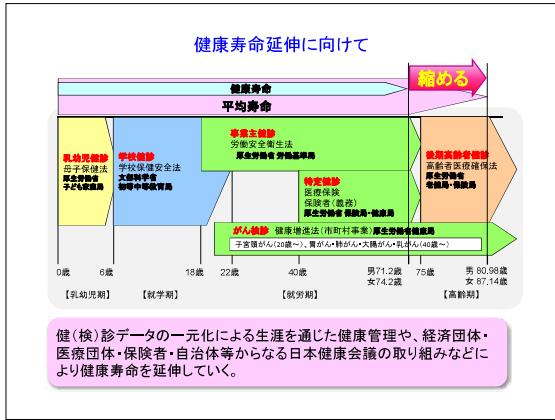
外来医療では、かかりつけ医を国民にしっかりと持っていただくことで適切な医療につなげていこうということになります。そのためには、かかりつけ医機能の研修制度をしっかり充実する必要があります。

また、各学会にも症状や患者特性に応じてコスト意識を持った処方をお願いして、診療ガイドラインの中に入れていただくようにいたしました。昨年、日本医師会でも、高齢者の薬物療法についてのガイドラインを老年医学会と一緒に作成して、全会員にお配りしましたが、やはり高齢者の薬物療法の在り方についても、単一の疾患をずっと診ているときとはまた違う観点も必要であろうということだと思います。

その他、健康寿命を延ばしていくことによって、できるだけ医療のコストを下げていくという取り組みや、生活習慣病・ココモ対策、長期処方の適正化なども必要だろうと思います。

これらを続けていくことで、世界に冠たる日本の国民皆保険の体制をしっかりと維持していく

ことが必要だと思います。

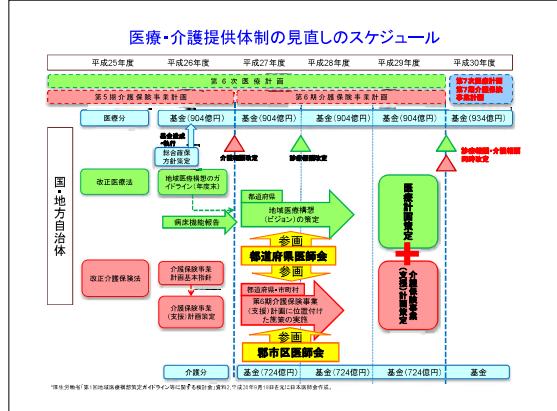


健康寿命の延伸に向けて、私どもは周産期からずっと様々な健診を受けるように法的に整備されているのですが、その結果がばらばらであります。従って、統一したデータで健診結果を見られるように、また、健診結果と医療費との関係もつなぐことができるようについて、今データヘルスの計画も進めているところです。こうした取り組みを通じて、持続可能な社会保障制度にしていかなければなりません。



この日本健康会議は、2015年に経済界と医療界が初めて手を結んで立ち上げました。日本商工会議所の三村さんという会頭がいらっしゃいますが、その方と私が共同代表となって、経団連をはじめ経済界全てと、医療界も全ての医療専門職の団体、病院団体、そしてまた各自治体ということで、全国の知事会、市長会と一緒にになって取り組みを始めました。全部で8つの数値目標を持った目標を立てて、2016年——1年目には、その達成率はあまり大したことなかったのですが、2年目には、もう100%を超えるぐらいの成果が出ています。こういう活動

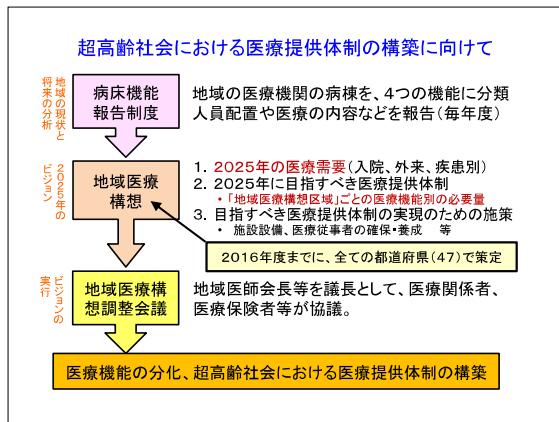
を通じて国民運動につなげていこうということで取り組んでおり、特に糖尿病の重症化予防につなげていく努力をしているところです。



さて、2025年を目標に医療・介護提供体制の見直しをしているところであります。医療では地域医療構想、介護では包括ケアということではありますが、そのいずれも、市町村もしくは都道府県単位でしっかり考えて上げてもらう必要があります。従来、日本の様々な医療提供に関する政策は、国で決めてトップダウンで下していたのが実情ですが、地域で異なる医療状況でありますから、できるだけ地域単位で考えて、それをボトムアップしていくような政策に変えようと私が会長になるときに申し上げました。やっと5年間でそういう方向性が出てきて、今、国の政策がそういった動きをしているところであります。

今年の4月から、地域医療計画と介護保険事業計画がスタートいたします。それを各地で見直しをしていきながら進めていくことになろうかと思いますが、是非医師会の先生方には、この中で、それぞれの地域で必要な医療機能、必要な介護との連携機能というものを見ていくいただきたいと思っています。

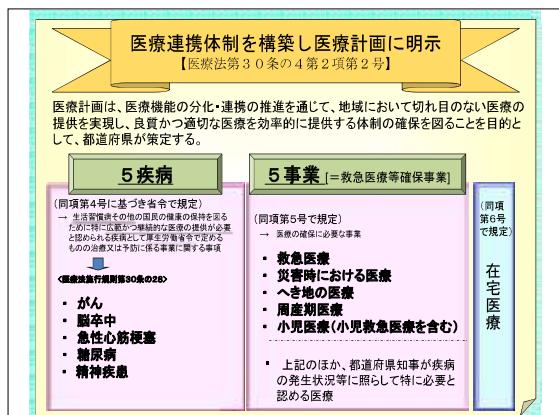
これを後押しする意味で、地域医療介護総合確保基金が904億円でスタートいたしました。今度の予算編成の過程で30億円追加になりましたので、934億円、2030年度から毎年積んでいくことになりますし、介護の方は724億円で機能を変えていくことになります。



超高齢社会の病床の在り方についてです。まず、現状と将来分析については、もう既に何度もお聞きになっていると思いますが、産業医科大学の松田教授を中心となって、全国の分析に取り組んでいただいている。そして、それに基づいて、地域医療構想をしっかりとつくりいただきました。幸いにして、2016年度までに全ての都道府県でこの地域医療構想はできましたが、それに応じた形で、それぞれの地域で調整してもらうことになります。

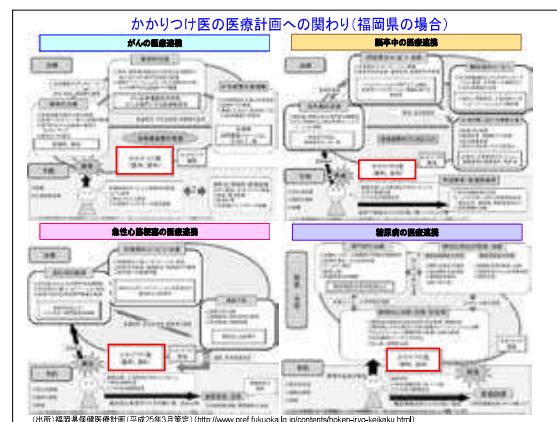
この調整会議の議長は、殆どが地域の医師会長に就任していただいている。何故医師会長になってもらうか。医師会長は自分のことを捨てて、その地域のことをしっかり考える。そういう人が医師会長になっているからです。今日ここに沢山の各地域の会長がおられるので、どうぞよろしくお願いしたいと思います。

そして、医療機能の分化、超高齢社会における医療提供体制の構築を担ってもらうことになります。多分この調整が今から一番大変になりますが、それまでの直近の実績を勘案しながら機能を決めていっていただければと思います。

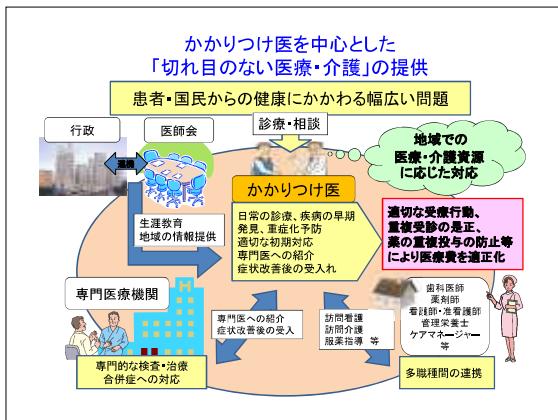


そして、地域医療計画は、医療機能の分化・連携の推進を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図ることを目的として、各都道府県で策定をすることになっております。福岡県の地域医療協議会の会長は、松田会長にお務めいただいているわけであります。

その中で、5疾病——がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患と、5事業——救急医療や災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療、についての計画をしっかりとつくり上げることになります。そして、在宅医療が今回もしっかりと書き込まれるようになりました。5疾病については、精神疾患が6年前に取り込まれましたが、最近の精神疾患の増加という状況から、こういう取り組みが始まっています。



福岡県は前回の地域医療計画の中で、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、それぞれの中にかかりつけ医という文言をしっかりと位置づけていただいている。これは、さすが福岡県、先進的な取り組みであり、多分今回の計画の中で、全国各都道府県の計画の中でも、かかりつけ医の位置づけをしっかりとしていただいていると思います。平成25年のときに、これをしっかりとつくりていただいたということです。これにより、どこに住んでいる方でも必要な医療は受けられるということができると思います。



国民がしっかりととした医療を受けられるためには、国民のそばに寄り添うかかりつけ医の役割が極めて重要になってきます。このかかりつけ医とはどういう人をいうのかについて、以前から福岡県でも大変な議論がありました。かかりつけ医について福岡県で一番初めに議論したのは竹嶋会長時代でありまして、ちょうど八幡医師会から、医師会員の医療機関がわかるような標識をつくってもらいたいという要望があったんです。そこで、何故そういう要望が出てくるかということを含めて色々検討したら、住民の方が安心してかかる医療機関は医師会員の医療機関だということをよく言われるという話がありました。それなら、かかりつけ医の機能研修をしっかりとしていくのではないかということで、当時、戸畠から県医師会に来ていた池園理事に担当してもらって、研修の仕組みをつくっていったわけです。福岡県には、いち早くかかりつけ医を定着させる努力をしていただきましたし、研修制度もスタートしました。私は東京に行って、何とかこのかかりつけ医の問題をしっかりとおく必要があると思いましたので、福岡での経験をもとに、全国的にかかりつけ医を広げていこうと、このような取り組みをやってきました。

福岡県内でも、地域によって医療の事情、医療提供の在り方は随分違います。福岡市内と行橋市など日豊線沿いでは、医師の人口当たりの数も全然違いますし、医療機関の数も違います。だから、それぞれの地域に応じた形の医療提供体制をつくるなければなりません。

これも十数年前、私がまだ福岡県で仕事をさ

せていただいていたときに、それぞれの地域の医療機関の機能を県民にわからせるようにしてほしいという国からの要望がありました。メディカルセンターと相談をして、福岡県の医療マップをつくりました。コンピューターで見たら、どこの病院に何の専門医の資格を持っている先生がおられるのかがわかるようにしようとすることで、相当の予算を使ってつくりました。しかしながら、実際、一般県民の方がそれを見られても、どこに何があるかがわからない。やはり患者さんに寄り添うかかりつけ医の先生がいて、患者さんの状態を診て、そういうマップを見て、ここにこういう先生がおられるから行ってごらんという話の方がより望ましいことがよく分かりました。

それで、まず、かかりつけ医の先生をしっかりとつけていくこと、このスライドをつくって5、6年たちますが、いつもこのスライドで説明をさせていただいている。介護が必要なときには、ケアマネジャーさん達を中心とした方々とよく相談して、自分を頼る患者さんに対して一番適切な状況をつくってあげるのが、やはり医師の役割だろうと思っています。

「かかりつけ医」とは(定義)

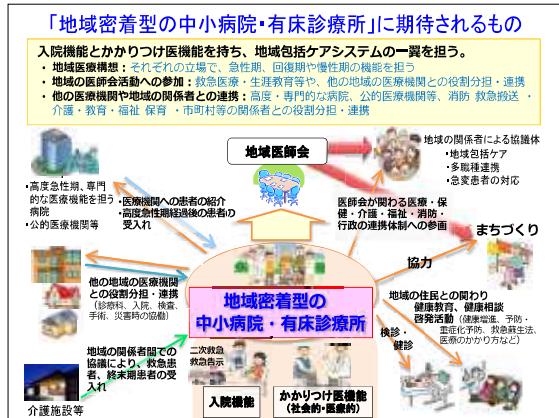
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日
日本医師会・四病院団体協議会

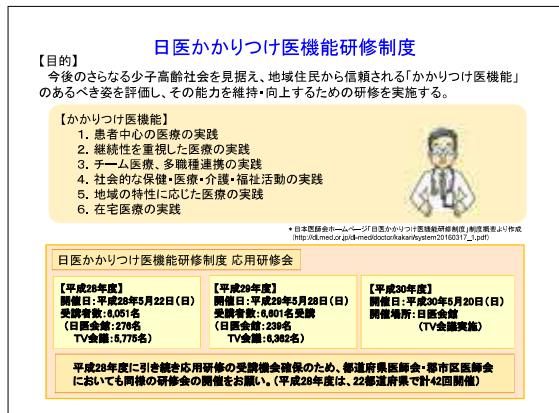


そのような議論をする中で、かかりつけ医を定義づけないと駄目だ、どうせ定義づけるなら非常に高い目標を掲げようということで、病院団体の指導者とも話をして、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義しました。実際これを読むと、こんな医者がどこにおるかとよく

言われるのでありますが、かかりつけ医の先生方を中心とした地域医療をつくり上げていこうということで、この5年間広めてまいりました。



そして、もう一つ、在宅医療も重要となります。かかりつけ医の先生が頑張っていく上では、どうしても地域密着型の有床診療所や中小病院、いわゆる入院機能を持った医療機関がかかりつけ医の先生をしっかりとバックアップしていく仕組みをつくり上げる必要があります。この地域密着型の中小病院や有床診療所が、地域の医師会と協力して、地域の先生方に必要なバックアップ機能を持っていく、さらには、介護部門との連携もしっかりとやっていくことが、地域包括ケアをつくりていく上では非常に重要な要素となっています。

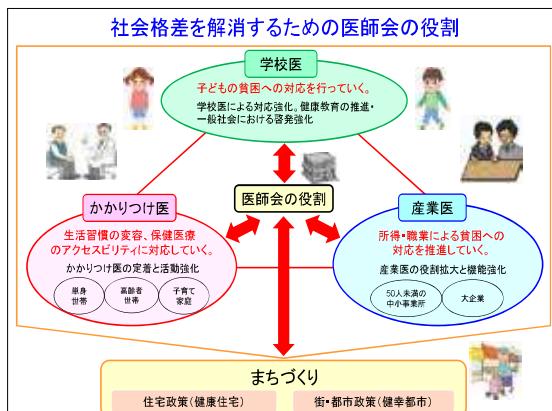


そのために、日医かかりつけ医機能研修制度を一昨年からスタートいたしました。これも福岡県では以前から実施していたものであります。色々な議論のもとで、このような目的をつくったわけであります。かかりつけ医機能とはどういうものかということですが、やはり患者中心の医療や継続性を重視した医療の実践、

チーム医療、多職種連携ということも理解をして実践をしていくこと。社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践、地域の特性に応じた医療の実践、在宅医療の実践です。ある意味、地域の公衆衛生的な機能をかかりつけ医がしっかりと持っておくということが非常に重要になってきます。地域医師会の大きな役割の一つであろうと思っています。

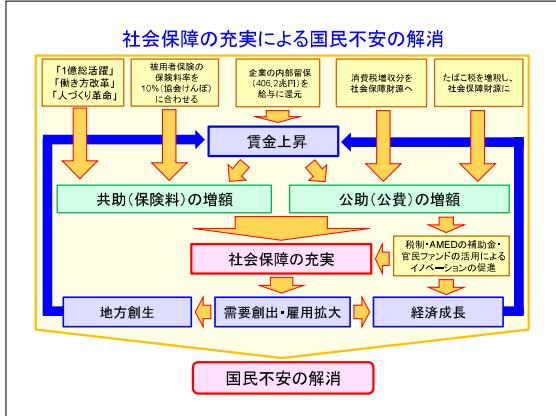
それで、この研修制度は毎年1万人近い先生に受講していただいて、徐々にかかりつけ医機能というものが会員の先生方の中に浸透していると思っていますが、何かあれば専門診療科の先生方としっかりと協力していく必要があります。

そして、もう一つ、かかりつけ医機能の中で、健康寿命を延ばすための様々な健康活動が今後より重要になってきます。また、終末期のサポートの問題など、かかりつけ医は自分を頼りにする患者さん方に生涯を通じて寄り添っていくことも大切な役割であると思います。

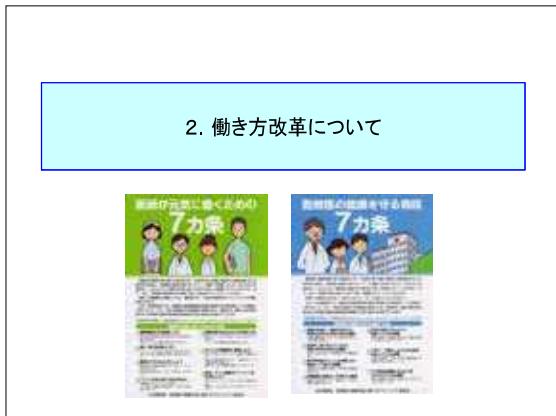


また、もう一つ、最近、社会の格差が段々広がっているとよく言われますけれども、医師会は地域の学校に学校医を派遣しています。この学校医の先生方が子どもの貧困に一番早く気がつくことができますので、学校医による対応を強化することで、格差に陥らないように、いじめがあったり、家庭内で十分な世話をされていないという子どもを見つけ、そして、その対応をちゃんと行政と協力していくことが重要になります。また、職場では、産業医を派遣していますので、所得や職業による貧困への対応を推進していくことができます。また、地域では、

かかりつけ医の役割が非常に大きいことは、先ほど申し上げたとおりであります。これらを通じて、今後、少子高齢化が進んでくるまちづくりに貢献していくことも、医師会の大きな役割だろうと思います。



そして、社会保障を充実させて国民不安を解消していくことが、政府の役割ではないかと申し上げております。



さて、もう一つの我々の課題としては、働き方改革の問題があります。実は、日本医師会では、2006年ごろから「医師が元気に働くための7カ条」や「勤務医の健康を守る病院7カ条」というパンフレットを配りながら、医師が過重労働に陥らないように病院の管理者にずっと訴えてまいりました。中々それが守られない場合が多いことから、過重労働で自殺をする医師が年間数人出ています。実際には過重労働だけが原因ではないとはお聞きしているのですが、やっぱりどうしても何か事件があると労働時間が長過ぎるという批判が起きるわけであります。

「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。



しかしながら、医師の労働時間について考えますと、どうしても地域医療の継続性と医師の健康への配慮の両立を図らなければいけないということになります。医師の働き方改革では、行政に対して、地域医療の継続性と医師の健康への配慮の2つを両立することが重要であると常に主張しているところです。

医師の働き方の論点

(1) 今できる働き方改革

- ・「医療勤務環境改善支援センター」の周知と活用について、厚生労働省に対し、改めてこの事業の活性化を促す。
- ・各都道府県の医療勤務環境改善センターに対し、政府予算の拡充、日医で作成したツールの活用、「勤務医の健康支援」のための15のアクションへの取り組みなどを進めてもらうよう改めて働き掛けを行っていく。
- ・個々の医療機関のみでは対応が困難な医師確保については、医師雇用の調整機能を担う「地域医療支援センター」が都道府県横断で医師の調整ができるよう、仕組みを工夫するよう検討。

(2) 将来の働き方改革

- ・「今できる働き方改革」を行って、勤務医の健康が確保された後に行われるべきものであり、その際には、質の高い医療提供体制の確保との両立が大前提である。
- ・具体的には委員会の議論を待ちたいが、医師の倫理観、法律で規定された応召義務を背景とした医師という職業の特性を十分に考慮した制度とする必要がある。
- ・例えば、「時間外労働時間を原則として超過する場合、応召義務のある医師にどのように方式が考えられるのか」「診療料金、病院機能、地域間の差を一律に扱えるのか」などの他、「女性医師、高齢医師、研修医の扱い」「勤務時間インターバル」「宿日直との兼ね合い」なども論点になる。

2017年5月10日 日本医師会定例記者会見(松本吉郎常任理事)より抜粋

医師の働き方の論点では、今できる働き方改革と将来の働き方改革を分けて考えないと、中々難しいということがわかっておりました。4年前でしたか、医療勤務環境改善支援センターを国の予算で各都道府県につくってもらいました。医師会にこのセンターを置いてあるところもあれば、県庁の中に置いてあるところもあります。また、労働基準局に置いてあるところもありますが、福岡県は、たしか基準局か県庁に置いてあるはずです。今まであまり動いていないものですから、これを周知して活用していくことをまず進めていく必要があります。

そして、各都道府県の医療勤務環境改善支援センターに対して、政府予算の拡充と日医で作成したツールの活用、「勤務医の健康支援のた

めの15のアクション」への取り組みを進めてもらうように改めて働きかけていく必要があります。

それと、個々の医療機関のみで対応が困難な医師確保については、医師偏在の調整機能を担う地域医療支援センターが都道府県横断で医師の調整ができるよう、仕組みを工夫するような検討をしてもらおうというのが短期的な目標で、日医として、今取り組みをお願いしているところです。

現在、労働基準監督署が数カ所の医療機関に入っています。そして、幾つかの病院に多額の労働負債——賃金を払いなさいという指示をしています。この近所では、佐賀県の県立好生館へ同様に労働局が入って、あれは当直ではなくて夜勤だからしっかり手当を払えということで、数億円の賃金の支払いを命じています。まだまだ医師との間の労働契約を十分とっていない病院が多いですね。看護師さんや他の職員との間では、労働基準法で決めている36協定を結んであるところが多いのですが、医師の代表者とちゃんと36協定を結んでおくということも非常に重要だと思います。

それと、将来の働き方改革では、今、厚生労働省の委員会で議論をしておりますので、その中でしっかりと私どもの主張をしていきたいと思います。

日本医師会の取り組み

これまでの取り組み

- (1)勤務医部会連絡協議会
- (2)女性医師支援センター
- (3)勤務医の健康支援に関する検討委員会

最近の取り組み

- (4)産業保健委員会
- (5)医師の働き方検討委員会

日本医師会では、今まで勤務医部会連絡協議会、女性医師支援センター、勤務医の健康支援に関する検討委員会等で議論をしてきました。この働き方改革の話が表に出ましたので、新たに産業保健委員会と医師の働き方検討委員会を

つくって、また議論をしてもらっているところです。

全国医師会勤務医部会連絡協議会

全国の医師会勤務医の有機的連携により、医師会活動の活性化を図り、医学医術の振興と国民の健康・福祉の増進に寄与することを目的に、日本医師会主催、各都道府県医師会の担当により、毎年開催している。

平成18年度より協議会の総まとめとして「宣言」が採択されている。平成29年度は、北海道医師会の担当により10月21日に開催し、「まっかいどう宣言」が採択された。

ほっかいどう宣言

今日のわが国の急速な人口減少は、楽しい生産年齢人口の減少を伴いながら、少子高齢化が進展する人口構成の変化であり、労働生産性向上のための抜本的な「働き方改革」の重要性が強調されている。しかししながら、公益性、倫理性、専門性が強く求められる医師は、患者・社会に貢献する職業人として、高度な学識と技能をもってなければならず、その改革には慎重な議論が必要である。

社会全体でワークライフバランスの改善に向けた取り組みが推進される中、医療界も例外ではなく、勤務医が医師としてのモチベーションを保ち、地域医療を発展させ、自らの人生も豊かにすべく、次のとおり宣言する。

- 一、医師の働き方改革の議論が、地域医療を守り、地域格差を正につながる仕組みの構築の上になされることを求める。
- 二、勤務医が多様な働き方を選択・実現できるよう、世代間ギャップを相互に理解し、就労環境を改善する。
- 三、医師としての自らの職務を自覚し、いきがいを感じながら働き続けられる環境の整備に努める。

平成29年10月21日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・北海道

その上で、全国医師会勤務医部会連絡協議会では、昨年、ほっかいどう宣言が出されています。その中では、医師の働き方改革の議論が、地域医療を守り、地域格差を正につながる仕組みの構築の上になされることを求めるところを述べています。また、勤務医が多様な働き方を選択・実現できるよう世代間ギャップを相互に理解し、就労環境を改善するというような文言をいたしていますので、このようなことを参考に、今政府と色々な議論をさせていただいている。

日本医師会「医師の働き方検討委員会」

- 働き方改革が議論されているなか、質の高い医療提供体制の維持と医師自身の健康確保を両立するような制度を検討することを目的として本委員会を設置。(委員計13名)

- 日本医師会には医師の勤務環境改善についての成果やノウハウが蓄積されている。これを活かし、委員会で提言をまとめ、国の検討の場で日医の見解をしっかりと伝えていく。

国の検討会に先がけて検討開始
今後、病院団体とも意見交換

会長諮詢

(平成29年6月21日)

医師の勤務環境改善のための具体的の方策
—地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保を中心にして—

【開催状況】

第1回:2017年6月21日 第2回:8月10日 第3回:10月27日 第4回:11月27日

第5回:2018年1月26日 平成29年度末を目指して答申をまとめる予定

日本医師会の医師の働き方検討委員会は、働き方改革が議論されている中で、質の高い医療提供体制の維持と医師自身の健康確保を両立するような制度を検討することを目的としてつくりました。もうすぐ中間報告をいただくようになっているところでございます。

労働時間短縮が地域医療に及ぼす影響	
1. 救急医療への影響	<ul style="list-style-type: none"> ○大学病院は急病センター等に医師を派遣しているが、派遣を制限せざるを得なくなる。 ○地方での医師確保は困難であるが、仮に確保できても人件費の増大で医療機関の経営が成り立たない場合によっては、救急医療の中止となる事態も想定される。 ○現実に二次救急を担っているのは中小病院が多いが、これらの医療機関の縮小や閉鎖が懸念されるが、その場合基幹病院へ患者が集中し、基幹病院の医師の負担が危惧される。 ○医師確保のために集約化が不可欠となるが、医師や患者が一極集中した場合に、その地域社会が耐えられるか危ぶまれる。
2. 外来診療の縮小などの病院機能の低下	<ul style="list-style-type: none"> ○時間外診療を行っている医療機関では、時間外診療を縮小せざる得なくなる。 ○勤務者は様式生産の業務、手術、検査、カンファレンス、院内説明会などの業務もあり、外来診療の縮小は余儀なくされる。 ○休診日や夜間の勤務が生じた場合、それに応じた休日を平日の昼間に設定しなければならず、本来の診療時間における患者の受け入れに影響がでる。
3. 高度医療への影響・長時間手術など	<ul style="list-style-type: none"> ○手術の途中で術者が交代することは現実的ではない、患者や家族も納得できないと思う。また手術の翌日以降執刀医が決まらないは医療安全上危険である。 ○高度医療を提供できる医師の数は限られているので、手術数が減少する。 ○高度医療を担う医師はそれに特化させる必要があり外来や当直を免除する必要がある。 ○外来・病棟と手術室と分ける必要がある。 ○患者数や手術数など診療を行なう範囲に制限がかかる可能性がある。 ○手術時間を短縮しようとする精神的な圧迫も考えられ、医療事故のリスク増大が懸念される。

その議論の過程で、今回の働き方改革が地域医療にどういう影響を及ぼすかということについて、各委員からご意見を出していただいております。一つは、やはり救急医療への影響が出るだろうということ。また、外来診療の縮小などの病院機能の低下。高度医療への影響・長時間手術などへの影響が出てくるということ。

4. へき地への影響	<ul style="list-style-type: none"> ○へき地医療は医療圏の中核病院が担っているが、医師派遣に支障が出るので、縮小又は廃止となる可能性が大きい。 ○時間外の診療拒否が起きたため応召義務も問題が生じ、崩壊してしまう。
5. 研修時間と研修医教育への影響	<ul style="list-style-type: none"> ○多くの病院では、時間内には直接診療に係る医療行為が行われ、他の研修(サーマーの育成、カンファレンス、抄読会、画像診断研修、病理研修、文献検索等)は時間外での実施が多いが、これができるなくなる医療の質が低下する。 ○勤務医が時間外労働しないと救急や様々な症例のまわりの事態に対処する臨床能力が低下する。 ○十分な研修時間が取れずに、研修医の質が低下する危険性がある。 ○日常診療が優先となり、教育時間は減少すると考えられる。
6. その他	<ul style="list-style-type: none"> ○研修後に時間外の拘束が少ないマイナー科に進む割合が増えているが、このことが地域の医療崩壊につながっている。時間外労働の制限はこの現状に良い影響をもたらすと考えられる。 ○地域医療構想や地域包括ケアを実現することが一層困難になる。

* 医師の働き方改革による影響について、平成29年9月から10月に、日本医師会 助理委員会委員が所属ブロックの医師に対して行ったヒアリング結果より

さらには、へき地医療、研修医教育への影響。このようなことが課題になるだろうと想定されているところです。

国民の医療需要の在り方が変わらないで、今の医師数——今医師を増やしていますが、まだ十分でない、あればどうなるかということです。



これは2011年に中医協に出された資料であります。もしヨーロッパ並みの勤務時間数にならざる、1日当たり約40万人の入院患者さんが診られなくなり、また、外来患者さんも1日当たり45万人ぐらい診られなくなるのではないかと懸念されています。これは単純に時間数で計算しただけの話ですが、今の医療への国民の意識が変わらない限り、このようなことが起こる可能性があります。1日当たり4万人弱の救急搬送患者に対応できなくなる恐れがあるため、地域医療と働き方のバランスをよく考えて検討しなくてはなりません。

罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正	
罰則付きまでの準備期間、見直し	<p>中小企业支援、道府県などと連携して、士官は実習工場の労働規制を強化。 武田は、過労死問題改善を目指すとして、改正法の労働基準法の実施規制について検討を加え、必要な修正案を、わが結論として併せて見直しきだ。</p>
現行の過労死対策	<p>改正法の一斉施行時に現行の1ヶ月以内に、現行の労働規制、「1ヶ月以内に労働」は労働の1ヶ月以内に現行の労働と改めを定めた。</p> <p>5年後の現行に向け、現行と合わせて労働条件で超過する組合会で労働規制の緩和緩和を検討するなど、当面の労働を改正するための基礎を設けた。</p> <p>改正法の一斉施行時に現行の1ヶ月以内に、現行の労働規制の一括現行を適用する「1ヶ月以内に労働」現行の1ヶ月以内に現行の労働規制、2ヶ月以内から9ヶ月の現行の労働規制の内、1年以内の現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。</p> <p>5年後の現行に向け、現行の労働規制を現行の労働規制と現行の労働規制との間に現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。</p> <p>現行の労働規制の現行の労働規制と現行の労働規制との間に現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。</p> <p>現行の労働規制の現行の労働規制と現行の労働規制との間に現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。</p> <p>現行の労働規制の現行の労働規制と現行の労働規制との間に現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。</p> <p>現行の労働規制の現行の労働規制と現行の労働規制との間に現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。</p>
規制	<p>改正法の一斉施行時に現行の1ヶ月以内に、現行の労働規制、「1ヶ月以内に労働」は労働の1ヶ月以内に現行の労働と改めを定めた。</p> <p>5年後の現行に向け、現行と合わせて労働条件で超過する組合会で労働規制の緩和緩和を検討するなど、当面の労働を改正するための基礎を設けた。</p> <p>改正法の一斉施行時に現行の1ヶ月以内に、現行の労働規制の一括現行を適用する「1ヶ月以内に労働」現行の1ヶ月以内に現行の労働規制、2ヶ月以内から9ヶ月の現行の労働規制の内、1年以内の現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。</p> <p>5年後の現行に向け、現行の労働規制を現行の労働規制と現行の労働規制との間に現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。</p> <p>現行の労働規制の現行の労働規制と現行の労働規制との間に現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。</p> <p>現行の労働規制の現行の労働規制と現行の労働規制との間に現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。</p> <p>現行の労働規制の現行の労働規制と現行の労働規制との間に現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。</p> <p>現行の労働規制の現行の労働規制と現行の労働規制との間に現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。</p>
現行の労働規制の現行の労働規制と現行の労働規制との間に現行の労働規制を現行の労働規制とする旨を規定された。	

罰則付きの時間外労働を入れたいというのが国を考えでありますが、医師の場合は、色々と交渉して、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、そして、2年間議論をしますということで、一応昨年から7年間の時間的余裕はつくったわけありますけれども、その間に様々なことを考える必要があると思っています。

国のかた改革に関する動向

- (1) 医療勤務環境改善支援センター・地域医療支援センター
- (2) 働き方改革実行計画・労働法の改正(平成29年度)
- (3) 医師のかた改革に関する検討会(平成29年8月~)

国のかた改革に関する動向としては実際資料に示した地域医療支援センターや検討会などが動いていますので、これに対して我々としてもどう考えていくかということでございます。

厚生労働省「医師のかた改革に関する検討会」

- 特例の在り方について議論することが本検討会の目的。年明けに中間整理を行う。
中間整理は「医療従事者の賃給に関する検討会・医師賃給分科会」に報告し、医師賃給推計の議論に反映させる。その後も検討会は議論を続け、2018年度中に最終的な結論を得る。
- 第1回 平成29年8月2日
(1) 働き方改革実行計画を踏まえた時間外労働の上限規制の見直し、医師の勤務実態等について
(2) 医師のかた改革について(自由討議)
- 第2回 平成29年9月21日
(1) 今後の進路、主な論点について (2) 労働時間法制について (3) 医師の勤務実態について
- 第3回 平成29年10月23日 (1) 医師の勤務実態について(ヒアリング等)
- 第4回 平成29年11月10日
(1) 医療機関における業務環境改善の取組について(ヒアリング等)
【日本医師会へのヒアリング】
・日本医師会 構成員(日本医師会 常任理事)
・「医師のかた」に関する日本医師会の取り組みについて報告
・今村 聰 構成員(女性医師支援センター長・日本医師会 副会長)
・「女性医師の勤務環境の現況に関する調査(女性医師支援センター・男女共同参画委員会共実施)」について報告
【他、全国医学部長病院長会議、四病院団体協議会、全国自治体病院協議会へのヒアリング】
- 第5回 平成29年12月22日 (1) 勤務医の健康確保について(有識者ヒアリング) (2) その他
第6回 平成30年 1月15日
(1) タスクシフティングについて(ヒアリング等) (2) 中間的な論点整理・緊急的な対策について

この厚労省における医師のかた改革に関する検討会ができていますが、その中に、日本医師会から病院担当の市川常任理事と、女性医師の立場がありますので、女性医師支援センター担当の副会長の二人を出して、色々議論をしているところでございます。当初、第1回、第2回は、労働法律専門の方が委員に多いですから、医師も労働者だということで、過剰勤務は許されないというような話が次々と言われていたところですが、現場の声をヒアリングしながら、医療の混乱がないような方向で落ちつかせる必要があると、少しずつニュアンスが変わってきます。直近、1月15日は、今日お昼にジュニアドクターズネットワークの話があったと思いますが、彼らが800人余りの若い医師にアンケートをとった結果も発表してくれたということです。

厚生労働省「医師のかた改革に関する検討会」

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組(骨子案)

医師のかた改革に関する検討会においては、医師の時間外労働規制の施行を待たずとも、勤務医を雇用する各医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自動的な取組を進めることが重要と考え、以下のとおり、医師のかた労働時間短縮に向けた緊急的な取組をとりまとめた。のうち、1~3については、現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべきである。

1. 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

労働時間短縮に向けた取組を行う上では実態を把握することが重要であることから、まずは医師の在勤時間について、客観的な把握を行う。ICカード、タイムカード等が導入されている場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在勤時間を的確に把握する。

2. 36協定の自己点検

36協定の定めなく、また36協定に定める時間数を超えて時間外労働をさせていないかを確認する。また、医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定に定める時間外労働時間数について自己点検を行い、業務の必要性を踏まえ、長時間労働とならないよう、必要に応じて見直しを行なう。自己点検に当たっては、診療科ごとの実態の違いを考慮した複数の定めとする対応も検討する。あわせて、自己点検後の36協定を適用対象である医師に対してきちんと周知する。

3. 既存の産業保健の仕組みの活用

労働安全衛生法に定める産業委員会や産業医等。既存の産業保健の仕組みが設置されていても十分に活用されない実態を踏まえ、活用に因るこし、長時間労勤となっている医師、診療科等ごとに対応方策について議論する。その上で、労働時間短縮の具体的な対策として、46に掲げる事項等について検討する。

*平成30年1月15日 第6回医師のかた改革に関する検討会資料より作成 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-1000100/beikyoku-souraku/0000191053.pdf>)

その他、働き方改革に関する検討会で議論されて、一応緊急的な取り組みとして、医師の労働時間管理の適正化に向けた取り組みや36協定の自己点検、既存の産業保健の仕組みの活用という内容の中間提案が行われると聞いています。

4. タスク・シフティング(業務の移管)の推進

各医療機関においては、医療の業務負担緩和のため、他職種へのタスク・シフティング(業務の移管)を推進する。
○医療機関の予算・人材基盤の整備や医師の業務負担の軽減 ○診療報酬 ○精神疾患 ○精神障害 ○精神疾患の複数の認定 ○原発症部位の複数の認定(患者の治療割合を握れない) ○診療報酬の代入料 ○患者の負担等
タスク・シフティングの実現に向けたマニュアルの作成等、各医療機関が自らの状況に合わせて、その業務の内実を再検討し、上記3つの機能を活用しつつ、医療機関で可能な限り医療分担を図るよう検討を行う。また、特定行為研修を受けた看護師が実習を経験するとともに、生産性の向上と医療のニーズに対応するため、特定行為研修を受けた看護師が実習に役割を担うよう業務分担等を具体的に検討する上に留意しない。特に大学病院においては、看護師が実習に役割を担うことで他の病院職員よりもタスク・シフティングができるといった観点を踏まえ、上記機能を一括化する。

(*平成30年1月15日 第6回医師のかた改革に関する検討会資料より作成 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-1000100/beikyoku-souraku/0000191053.pdf>)

5. 女性医師支援

今後も女性医師が参加することを想え、短時間勤務等多様で柔軟な働き方の推進など女性医師の育児・育成等のライフイベントで経験的なキャリアの形成が阻害されないよう各医療機関においてきめ細やかな対策を進める。

6. 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

1~6については、勤務医を雇用するすべての医療機関において取り組むことを基本とするが、これら以外に、各医療機関の届けられた医師の労働時間短縮に向けた取組として、勤務時間外労働を緊急でない患者の救急説明会の対応を行なうことと、当直医の勤務負担の緩和・連続勤務制導入等、各医療機関・診療科の特性を踏まえた取組を積極的に検討し、導入するよう努める。

*平成30年1月15日 第6回医師のかた改革に関する検討会資料より作成 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-1000100/beikyoku-souraku/0000191053.pdf>)

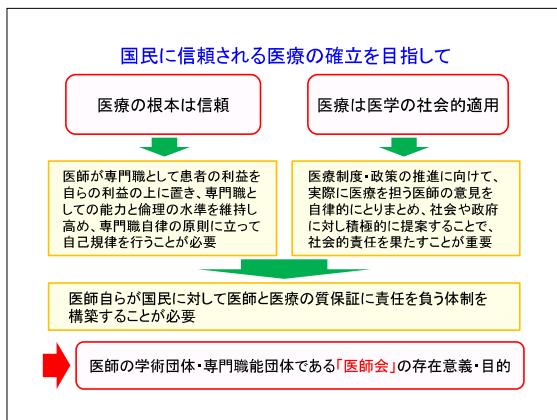
その他、タスク・シフティングということで、看護職はじめ、どこまで業務を移管するかが大きな課題になってまいります。このタスク・シフティングをどう考えるか。また、外科の先生からは、外科医の志望者が非常に少ないとから、フィジシャン・アシスタントのような新しい職種をつくってはどうかというご提案もいただいているところです。これらを含めて、医療界に混乱をもたらさないような形に、また、国民に害のないような制度にしていかなければいけないと思っているところです。

3. 医師会活動の世界への発信



日本医師会館(在 東京都文京区本郷込)

さて、最後の医師会活動の世界への発信についてお話をさせていただきます。



国民に信頼される医療の確立を目指して、我々は医療職の専門団体としてどうあるべきかを考えた場合、資料に示したことがあるかと思います。

医療は、医療を提供する側と医療を受けられる側の信頼のもとに行われているわけありますから、信頼の確保が重要になります。医師が専門職として患者の利益を自らの利益の上に置き、専門職としての能力と倫理の水準を維持し高め、専門職自律の原則に立って自己規律を行うことが必要であると思います。

また一方で、医療は医学の社会的適用であると言われていますが、医療制度・政策の推進に向けて、実際に医療を担う医師の意見を自律的にとりまとめ、社会や政府に対し積極的に提案することで、社会的責任を果たすことが重要になります。

これにより、医師自らが国民に対して医師と医療の質保証に責任を負う体制を構築することが必要です。そこに医師の学術団体・専門職能

団体である医師会の存在意義や目的があろうかと思います。

専門職能団体に対する社会の主な期待

一般的には、以下のことが考えられる。

- ①倫理の確立、規律の保持、品位・誠実性の確保
- ②研修等を通じた専門知識・技術の向上による品質の改善進歩
- ③業務及び専門性へのニーズの多様化、高度化に向けた迅速な対応
- ④監督・指導等の徹底による市民からの信頼確保
- ⑤専門領域内の課題解決に向けた積極的関与

一般社会の方がこのような専門職能団体に何を期待するかということですが、やはり専門職能団体に求められるのは、一つには倫理の確立であろうと思います。規律の保持、品位・誠実性の確保をいかにすることが課題になります。

研修等を通じた専門知識・技術の向上による品質の改善進歩ということも求められており、このような医学会というのは、しっかりと生涯教育の中に組み込まれていくわけであります。

また、業務及び専門性へのニーズの多様化、高度化に向けた迅速な対応や、監督・指導等の徹底による市民からの信頼確保、専門領域内の課題解決に向けた積極的関与が必要だろうと思います。

日本医師会綱領

日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。

- 1. 日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。
- 2. 日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます。
- 3. 日本医師会は、医学・医療の発展と質の向上に寄与します。
- 4. 日本医師会は、国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守ります。

以上、誠実に実行することを約束します。

平成25年6月23日採択
於 第129回日本医師会定例代議員会

そのようなことを色々考えたときに、日本医師会は何をする団体かを国民にわかってもらう必要があります。そして、何よりも会員の先生方に、会員であることがどういうことかを理解してほしいということで、私が会長になってか

ら会内の委員会で1年間議論をしてもらい、日本医師会に綱領をつくりました。会長になってから一番初めに取り組んだことです。日本医師会は公益社団法人でありますから、当然定款はあります、定款以外に綱領をしっかりとつくったほうがいいだろうと考えたわけあります。

「日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します」と前文で示し、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えること、安全・安心な医療提供体制を築くこと、また、医学・医療の発展と質の向上に寄与すること、そして、国民皆保険制度を守りますということ、この4項目を掲げて、「誠実に実行することを約束します」と、国民への約束という形で綱領を取りまとめていただきました。今、これに基づいて会務の執行を行っています。

世界医師会の目的と主な活動



世界医師会本部ビル
(フェルネイ・ボルテア、仏)

1947年9月17日、27か国の医師が一堂に会し、第1回総会をパリにおいて開催した。それを契機として世界医師会(WMA)が設立された。

世界医師会の目的は「医学教育・医学・医術および医の倫理における国際的水準をできるだけ高め、世界のすべての人々を対象としたヘルスケアの実現に努めながら人類に奉仕すること」である。

全世界の医師を代表したNGOの国際的な連合体として、医の倫理や社会医学に関連するテーマを協議している。

医の倫理に関する「ジュネーブ宣言」、人間を対象とする医学研究の倫理的原則である「ヘルシンキ宣言」、患者の権利に関する「リスボン宣言」等の文書をこれまでに採択し、公開している。

世界医師会の活動は、医師の能力を高めること、患者のケアを助けることにより、世界中の人々のQOL向上に貢献している。

世界医師会はいつできたかといいますと、1947年、第二次世界大戦が1945年に終わりましたので、それから2年後であります。当然このときは、日本は加入していません。戦勝国を中心となって、27カ国の医師がつくれたわけあります。実は、第二次世界大戦中に、ナチス・ドイツを中心とした犯罪的な戦争行為がありました。それを何とかやめるべきだということで、ニュルンベルク綱領がつくれました。そのニュルンベルク綱領に基づいて、医師会としてこれらをより強めていくべきではないかということで設立されたものであります。

世界医師会の目的は、「医学教育・医学・医術および医の倫理における国際的水準をできる

だけ高め、世界のすべての人々を対象にしたヘルスケアの実現に努めながら人類に奉仕すること」です。やはり倫理と医学教育・医学・医術に非常に重点が置かれているところであります。様々な宣言を出すことによって倫理観を高めようということで、現在、世界の114の医師会が加盟しております。

世界医師会政策文書

WMAは、最高水準の医の倫理を推進する組織として、200を超える宣言・声明文書の採択と公開を通じて、世界の医師、医療界におけるリーダーシップをとっています。

WMAの採択する宣言や声明は、幅広い領域にわたる問題—医の国際的倫理基準、人間を対象とする医学研究、患者の権利、プロフェッショナル・オートノミーなどについて世界の医師、医療関係者が指針とすべき内容を提供し、各国における医療推進のために大きな牽引力となっています。

重要なWMA宣言(カッコは初版採択年)

- ジュネーブ宣言(1948年)
ヒボクラテスの誓いの倫理的精神を現代化したもの
- ヘルシンキ宣言:人間を対象とする医学研究の倫理的原則(1964年)
- 患者の権利に関するリスボン宣言(1981年)
- プロフェッショナル・オートノミーと臨床上の独立性に関するソウル宣言(2008年)

世界医師会は、最高水準の医の倫理を推進する組織として、200を超える宣言・声明文書の採択と公開を通じて、世界の医師、医療界におけるリーダーシップをとっています。

世界医師会の採択する宣言や声明は、幅広い領域にわたる問題—医の国際的倫理基準、人間を対象とする医学研究、患者の権利、プロフェッショナル・オートノミーなど—について世界の医師、医療関係者が指針とすべき内容を提供し、各国における医療推進のために大きな牽引力となっています。

重要な宣言には、ジュネーブ宣言、ヘルシンキ宣言、リスボン宣言、ソウル宣言などがあります。

ジュネーブ宣言

1948年9月第2回世界医師会ジュネーブ(スイス)総会で採択。
医師の職業倫理について書かれた「ヒボクラテスの誓い」を現代文に表した医の倫理の指針

【2017年10月 世界医師会シカゴ総会における改訂版】※2017年10月 日本医師会仮訳

医師の一人として、

- ・私は、人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う。
- ・私の患者の健康と安寧を私の第一の関心事とする。
- ・私は、私の患者のオートノミーと尊厳を尊重する。
- ・私は、人命を最大限に尊重し続ける。
- ・私は、私の医師としての職責と患者との間に、年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的志向、社会的地位あるいはその他いかなる要因でも、そのようなことにに対する配慮が介在することを容認しない。
- ・私は、私への信頼のゆえに知り得た患者の秘密を、たとえその死後においても尊重する。
- ・私は、良心と尊厳をもって、そしてgood medical practiceに従って、私の専門職を実践する。
- ・私は、医師の名譽と高貴なる伝統を育む。
- ・私は、私の教師、同僚、および学生に、当然受けるべきである尊敬と感謝の念を捧げる。
- ・私は、患者の利益と医療の進歩のため私の医学的知識を共有する。
- ・私は、最高水準の医療を提供するために、私自身の健康、安寧および能力に専心する。
- ・私は、たとえ脅迫の下であっても、人権や国民の自由を犯すために、自分の医学的知識を利用することはしない。
- ・私は、自由と名誉にかけてこれらのことを厳粛に誓う。

それぞれ簡単にご説明しますと、ジュネーブ

宣言は、ヒポクラテスの誓いの現代版という位置づけであります。1948年につくられていますけれども、昨年、見直しが行われています。見直された点としては、「患者のオートノミーと尊厳を尊重する」という言葉や「ジェンダー」という文言が新たに入りました。さらに、「good medical practiceに従って、私の専門職を実践する」ということ。そして一番大きいのが、「最高水準の医療を提供するために、私自身の健康、安寧および能力に専心する」ということで、医師自らの働き方についても、ここで考えを述べている点であります。このような新しい医師としての宣言を出しています。

参考

ヒポクラテスの誓い (※古代ギリシアの医師)

1. 師弟に対しては家族同様に遇する。
2. 患者にはいかなる危害も加えない。
3. 自殺を助けたり、あるいは安楽死を行わない。
4. 堕胎を起こすようなことはしない。
5. 結石患者は専門家の治療に任せせる。
6. 職業上の関係を乱用しない。
特に性的動機のために。
7. 患者の秘密を保持する。



ヒポクラテスの誓いはよくご存知のことと思いますが、要約するとこの7点であり、それを現代版にしていったということです。

ヘルシンキ宣言
人間を対象とする医学研究の倫理的原則

序文(抜粋)

世界医師会は、特定できる人間由來の試料およびデータの研究を含む、人間を対象とする医学研究の倫理的原則の文書としてヘルシンキ宣言を改訂してきた。

一般原則(抜粋)

- 世界医師会ジュネーブ宣言は、「私の患者の健康を私の第一の関心事とすることを医師に義務づけ、また医の国際倫理綱領は、「医師は、医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべきである」と宣言している。
- 医学研究の対象となる人々を含め、患者の健康、福利、権利を向上させることは医師の責務である。医師の知識と良心心にこの責務達成のために掛けられる。
- 医学の進歩は人間を対象とする諸試験を要する研究に根本的に基づくものである。
- 人間を対象とする医学研究の第一の目的は、疾病の原因、発症および影響を理解し、予防、診断ならびに治療(手法、手順、処置)を改善することである。最新と証明された治療であっても、安全性、有効性、効率性、利用可能性および質に関する研究を通じて継続的に評価されなければならない。
- 医学研究はすべての被験者に対する配慮を推進かつ保証し、その健康と権利を擁護するための倫理基準に従わなければならない。

(1964年6月 第18回世界医師会ヘルシンキ(フィンランド) 総会で採択、
2013年10月世界医師会フォルタレザ(ブラジル) 総会で最終修正)

また、ヘルシンキ宣言は、人間を対象とする医学研究の倫理的原則であります。人間を対象とすることになりますと、新しい薬の開発、また直近では様々な免疫の問題などもあり、そのようなものにも広く触れている研究の倫理指針ということになります。1964年につくられてい

ますけれども、2013年に改定が行われました。やはりこれも第二次世界大戦中の様々な人体実験の反省の上で起きたものであると思います。

参考

WMA医の国際倫理綱領
参考
<p>医師の一般的な義務</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師は、常に何ものにも左右されることなくその専門職としての判断を行い、専門職としての行為の最高の水準を維持しなければならない。 ・医師は、判断能力を有する患者の、治療を受けるか拒否するかを決める権利を尊重しなければならない。 ・医師は、その専門職としての判断を行うにあたり、その判断は個人的利益や、不当な差別によって左右されなければならない。 <p>患者に対する医師の義務</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師は、常に人命尊重の責務を心に銘記すべきである。 ・医師は、医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべきである。 ・医師は、患者に対して完全な忠誠を尽くし、患者に対してあらゆる科学的手段を用いる義務がある。診療や治療にあたり、自己の能力が及ばないと思うときは、必要な能力のある他の医師に相談または紹介すべきである。 <p>同僚医師に対する義務</p> <p>医師は、自分が同僚医師にとってもらいたいと同じような態度を、同僚医師に対してとるべきである。</p>
(1949年10月 第3回世界医師会ロンドン(英国)総会で採択、 2006年10月 世界医師会ビラネスバーグ(南アフリカ)総会で修正)

また、医の国際倫理綱領ということで、医の非営利原則や患者に対する医師の義務、また同僚医師に対する義務について定められています。

参考

患者の権利に関するリスボン宣言
<p>(序文)</p> <p>医師、患者および広い意味での社会との関係は、近年著しく変化してきた。医師は、常に自らの良心に従い、また常に患者の最善の利益のために行動すべきであると共に、それと同等の努力を患者の自律性と正義を保証するために払わねばならない。</p> <p>(原則) (項目のみ抜粋)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 良質の医療を受ける権利 2. 選択の自由の権利 3. 自己決定の権利 4. 意識のない患者 5. 法的無能の患者 6. 患者の意思に反する処置 7. 情報に対する権利 8. 守秘義務に対する権利 9. 健康教育を受ける権利 10. 尊厳に対する権利 11. 宗教的支援に対する権利
(1981年9月第34回世界医師会リスボン(ポルトガル)総会で採択、2005年10月第171回理事会で最終修正)

患者さんの権利に関するリスボン宣言には、良質の医療を受ける権利や選択の自由の権利、自己決定権などについて触れております。

この自己決定権で今一番課題になっているのは、終末期に自分で死を選べるということです。現在、積極的な安楽死と医師の帮助による自殺(physician assisted suicide)の問題は世界的な課題になっています。

日本でも、去年の9月に、アジア大洋州の各国からの意見を集約しようということで会議を行いました。アジア大洋州は宗教心が非常に強く、イスラムがあつたり、ヒンズーがあつたり、仏教があつたりと、宗教は色々です。しかしながら、近隣社会や家族との結びつきが強いことから、この積極的安楽死や医師の帮助による自殺に対しては非常に否定的でありました。

11月にヨーロッパで会議がありました。ヨーロッパは、スイスとオランダ、ベルギーが、この積極的な安楽死、もしくはphysician assisted suicideを認めている国であります。法律的に認めているということではありますが、その会議を何とローマのバチカンの中で行いました。カトリックはそれを認めたくないわけですね。そこで非常に色々な議論が行われました。今年4月にラトビアで世界医師会の理事会がありますので、多分そこでこのような終末期の尊厳の問題が出てくるだろうと思います。患者の権利ということから、どこまで自己決定ができるか、また、我々医師は患者さんの自己決定をどこまで守るべきかというような議論が出てくると思います。

プロフェッショナル・オートニーと臨床上の独立性に関する ソウル宣言

世界医師会(WMA)は、医師のプロフェッショナル・オートニーと臨床上の独立性の重要性を探求し、ここに次の原則を採択する。

1. プロフェッショナル・オートニーと臨床上の独立性の重要な要素は、個々の医師が診療に関しても団体や個人から不当な影響を受けずに自らの職業的判断を自由に行使できるという保証である。
2. 医療には高度で複雑な技術が求められ、医師は長年の訓練と経験を通して医療と癒しの専門家になっていく。患者は、かなりの範囲において自分が受けける医学的処置を決定する権利を有しているが、同時に医師が適切な医学的助言を自由に行うことも求めている。
3. 医師は、保険制度と利用可能な資源の構造を考慮に入れなければならないことを認識しているが、政府・行政機関が臨床上の独立性へ不合理な制約を課すことは、患者の最善の利益にならず、とりわけ患者と医師との関係に不可欠な信頼性を損なう恐れがある。
4. 病院経営者や第三者支払機関は、医師のプロフェッショナル・オートニーと医療費の候約的な管理を専らしないと考えるであろう。しかし、病院経営者や第三者支払機関が臨床上の独立性に制約を課すすることは、患者の最善の利益にならない恐れがある。さらに患者またはその家族から不適切な医療サービスの要求があつた場合に、医師が同要求を拒否できる権利が割り受けることは、患者と社会いずれにとっても最善の利益にならないと考えられる。
5. WMAは、質の高い医療の不可欠な要素や守られるべき患者の利益としてだけではなく、医師のプロフェッショナリズムの最も重要な原則として、医師のプロフェッショナル・オートニーと臨床上の独立性の重要性を再認識する。それゆえにWMAは、医師の職業精神の本質的原理であるプロフェッショナル・オートニーと臨床上の独立性を維持するよう努力する。

(2008年10月 世界医師会ソウル(韓国)総会で採択)

医師主導の職業規範に関するマドリッド宣言 (1/2)

(2009年 世界医師会ニューヨーク(インド)総会で採択)

医師が、自らが定める職業規範の責任を果たすという点で、患者の利益のために一致団結し行動することは、各々の医師が、何からも干渉を受けずに自らの判断で診療する権利をより確実に保証することである。したがって、WMAは、各医師会およびすべての医師に対し、以下の活動を行なうように要請する。

1. 医師は、高度なプロフェッショナル・オートニーと臨床上の独立性を社会より与えられていることで、外部からの不当な干渉を受けずに患者の最大利益を基準とした助言を行うことができる。
2. プロフェッショナル・オートニーと臨床上の独立性という権利を与えられるということは、当然の結果として、医師は自己規律に継続的に責任をもたねばならない。医師の個々の研修、知識、経験および専門技術に基づき、最終的な管理および意思決定の権限は、各医師に委ねられなければならない。
3. 各国の医師は、医師主導の合理的な職業規範を確立し、これを維持し、そして積極的に参加するよう勧告する。医療行為の決定においても、医療の完全な独立を保証するのは、そのような積極的な取り組みである。
4. 各国医師会は、代表者としての責務と規制者としての責務の両方を担うことで生じる潜在的な利益と相反によって影響を受けることがないように、会員および一般市民を対象として、医師主導の職業規範の概念の理解や支持の促進のために最善を尽さなければならない。

医師主導の職業規範に関するマドリッド宣言 (2/2)

5. いかなる医師主導の職業規範も、以下の事項を保証しなければならない。
 - a) 患者に提供される医療の質
 - b) 医療を提供する医師の能力
 - c) 医師の職業上の行為

医師は、患者に対し、良質で継続的な医療を保証するために、臨床知識、技術、臨床能力の向上および維持を目的として、積極的に継続的な専門性向上のプロセスに参加しなければならない。
6. 医師の専門職としての行動は常に、医師が遵守すべき職業倫理規定に沿っていないければならない。各國医師会は、患者の利益のために、医師の倫理的行動を促進しなければならない。倫理違反は速やかに認識され、報告されなければならぬ。誤りを犯した医師はかかるべき懲戒をうけ、可能な限り更生されなければならない。
7. 各国医師会は、医師主導の職業規範に対する潜在的な違法な脅威への対処も含め、新しい問題や起こりつつある問題に対応し、相互に助け合うことが求められる。患者の利益のために、各国医師会の間で情報交換や経験を伝えあうことが不可欠である。
8. 各国における医師主導の職業規範の効果のかつ責任あるシステムは、私利的または内部保護的であってはならず、また、公平、合理的で、十分な透明性を備えていなければならない。各國医師会は、自己規律システムが、医師を保護するものとしてだけではなく、医師という職業そのものの名譽を守り、そして、一般市民の安全、支持および信頼を維持すべきものであると会員が理解するよう支援しなければならない。

その他、ソウル宣言や、医師主導の職業規範に関するマドリッド宣言——があります。

東京宣言

(1977年10月 第29回世界医師会 東京総会で採択)

拘留および監禁に関連した拷問およびその他の残酷、非人道的または品位を落とす扱いまたは処罰に関する医師のための指針

前 文

人類に奉仕して医療に従事し、人を差別することなく心身の健康を維持、回復させ、自分の患者を癒し、その苦しみを和らげることは医師の特権である。たゞ窮屈されても、人命を最も限に尊重し解釈なければならない。また、人道主義の規則に反して医学知識を利用してはならない。

宣 言

(※一部抜粋)

・ 医師は、拷問またはその他の形の残酷、非人道的または品位を落とす扱いについて、そのような行為の被害者がいかなる違反に問われ、起訴され、または有罪とされているとしても、またその被害者がいかなる動機か何であろうとも、武力紛争や内戦を含むあらゆる状況において、それを支持したり、容認したり、またはそれに参加してはならない。

・ 世界医師会は、拷問またはその他の形の残酷、非人道的または品位を落とす扱いを許さなかったために、脅迫または報復を受けている医師およびその家族を国際社会、各國医師会および同僚医師が支援することを支持し、またそれを奨励すべきである。

東京では、拘留及び監禁に関連した拷問およびその他の残酷、非人道的または品位を落とす扱いまたは処罰に関する医師のための指針というような宣言も採択されております。

実は、3日前にトルコ医師会のリーダーが11名逮捕されました。今トルコはシリアのクルド人の地域に越境して戦争しています。トルコ医師会はそれに対して、戦争ほど人間の尊厳を破壊する著しいものはないから、すぐさまやるべきだという声明を出しました。そうしたところ、その声明に反対したトルコの大統領が逮捕されました。夜中にその情報が入ってきましたので、すぐ世界医師会で抗議と釈放を要求する声明を出したところ、やっと3名釈放されました。まだ8名が逮捕されているという状況であります。

2017年アジア大洋州医師会連合(CMAAO)東京総会

(2017年9月13日～15日開催)

2017年9月13日、第35代CMAAO会長(2017～2018)就任式において、横倉会長がサルン・ヴィヴァッド会長よりメダルを手交され、CMAAO新会長に就任した。

現在、そして将来に目を向けると高齢社会という変革期ともいべき時代に立って、医師は医療の原点に立ち返り、健康長寿社会を作り上げ、かつ継続的に支えていかなければなりません。このことは、スピードの速いことであれ、将来各国が共通に対処すべき大きな課題です。世界の異なる地域では多くの様々な健康問題があります。そこには、低所得国から先進国にいたる各國固有の問題が根底にあり、それが問題解決を困難にしています。しかし、そうした困難を乗り越えて、我々医師は医療分野における広範な課題に取り組んでいかなければなりません。

一方で、グローバル化が急速に進む現代において、エボラ出血熱、MERS、鳥インフルエンザ等の感染症の蔓延の脅威や自然災害の発生に備え、国境を超えた医師の結束がますます重要となり、新しい時代に向けた体制作りが必須となっております。

CMAAOの活動をより活性化させ、地域住民の健康の増進に努めながらWMAとの関わりを一層緊密なものとし、アジア大洋州地域の医師の声がWMAに届くよう努めることが、両団体の活動に深く携わる日本医師会長、CMAAO会長、そしてWMA会長として私の大きな使命であると捉えています。

この使命の達成に向けて、ご同僚の皆様と協力して取り組んでいきたいと思います。

*2017年9月13日 CMAAO東京総会「横倉会長 第35代CMAAO会長就任挨拶」より



CMAAOホームページより
<http://www.cmaao.org/>

世界医師会における日本医師会の使命

横倉会長が2017年10月13日の世界医師会シカゴ総会式典において、アーディス・ホーヴン議長のもとに宣誓を行い、WMA会長メダルを授与され、第68代WMA会長に就任した。WMA会長の任期は2018年10月迄の1年間であり、その後、前会長を1年間務める。

これまで日本医師会からは私を含めて3人の会長が世界医師会長に就任いたしました。私たち日本医師会は、日本の医師を代表する組織として、国民の健康を守るとともに、時には政府や与党と共に緊密に連携しながら日本の医療が正しい方向に進むための提言をしております。

加盟医師会の中で、私たちのように国の医療政策自体に医師が関与し貢献するところは少ないと思われます。世界医師会に加盟する多くの医師会から日本医師会に対する高い評価は幸甚の至りであります。

*2017年10月13日 世界医師会シカゴ総会「横倉会長 第68代世界医師会会長就任挨拶」より



昨年9月、アジア大洋州医師会連合(CMAAO)東京総会が開催されました。私は今アジア地域でも会長に就任しています。アジア諸国は、ご案内のとおり、高齢化が非常に進み、日本を追いかけています。日本がこの高齢社会を明るい長寿社会にするのか、それとも暗い高齢社会になっていくのか、その政策の行方を非常に注視しています。我々は、明るい長寿社会を日本で実現して、世界中が長生きしてもいい社会になるんだということを医療の面からしっかりと見本になっていかなければならぬと思っています。

End-of-Life Questions(終末期問題)に関するシンポジウム

(2017年9月14日・15日開催)

(1) 調査対象

CMAAO(The Confederation of Medical Associations in Asia and Oceania)に加盟する19医師会(オーストラリア、シンガポール、カンボジア、香港、インド、インドネシア、日本、韓国、マカオ、マレーシア、ミャンマー、ネパール、ニュージーランド、パキスタン、フィリピン、シンガポール、スリランカ、台湾、タイ)および中国、イスラエル医師会の合計21医師会

(※マカオ、スリランカは未回答)

(2) 背景

世界医師会(WMA)は安楽死(Euthanasia)および「医師の支援を受けてなされる自殺(PAS: Physician-Assisted-Suicide)」に反対することを明確にしている。しかし、これらの処置を許す法律は、過去にスイス、最近ではオランダ、ベルギー、ルクセンブルグおよびアメリカの一部の州で施行されている。

(3) 総括

2017年CMAAO東京総会では、回答したすべての医師会が安楽死とPASに反対した。オーストラリアとニュージーランドを除いて、アジア/オセアニアの市民社会では、安楽死やPASについて議論したいという大きな願望がない。各国医師会は、終末期患者のために医師と協力してアドバンシティクティとアドバンスケアプランを作成しようという試みを支援する。

これは先ほどの終末期の色々な議論ですが、後で資料をご覧ください。

世界医師会の使命

世界は今、グローバル化の進展により、医療をとりまく問題も、国境を超えて大きく立ちはだかり、その解決手段として世界医師会が果たす役割は日に大きくなっています。

世界医師会は、こうした困難を乗り越えて、広範囲な課題に取り組んでいかなければなりません。

それには世界中の医療関係者が緊密な連携を保つことが、益々重要になると考えます。

今後は世界医師会長として様々な国、地域の医療課題についてより真摯に耳を傾け、解決に向けた世界医師会の取り組みを加速させていきます。



*2017年10月13日 世界医師会シカゴ総会「横倉会長 第68代世界医師会会長就任挨拶」より

これをより進めしていくのが私の役割であると思っています。

日中交正常化45周年・日中平和友好条約締結40周年記念事業 日中医学交流会議2018北京

日 時: 2018年1月11日(木)

場 所: 北京市(中国)

主 催: 日中医学協会、中華医学会(中国医師会)、中国疾病対策予防センター

共 催: 日本医師会、日本歯科医師会

チーマ: 「生活習慣病: 日中ににおける現状と対策—国家レベルとしての取組み

高齢化の進む社会の中で生活習慣病患者は若年層も含め増加の一歩をたどっており、これが医療費の增大にもつながっていることを考えれば、この疾患の予防と治療は世界レベルでの協力体制で進めてゆくべき急務であります。

日本では、糖尿病患者の急速な増加が予測されることから、「日本糖尿病対策推進会議」を設立。また、健康寿命の延伸、健康なまち・職場づくりを目的に、医療界・経済界、各自治体が協力して「日本健康会議」を立ち上げ、生活習慣病予防の国民運動を展開しています。

世界医師会では、急速に拡大している非感染性疾患(NCDs)の有病率とその健康・社会的および経済的影響を懸念しております。「持続可能な開発目標(SDGs)」の実践と健康の社会的決定要因(SDH)」のアプローチから、非感染性疾患(NCDs)の予防・管理への対応を加速するためには医療制度の強化が必要であり、WHOとの協力・連携を図っているところです。

*2018年1月11日 日中交正常化45周年・日中平和友好条約締結40周年記念事業日中医学交流会議2018北京

「横倉義武日本医師会会長・外医師会長 挨拶」より

また、私は1月11日に中国を訪問いたしました。実は、日中医学協会という組織を日本医師会と様々な団体でつくって、毎年100人近い中国の医師を日本にお招きして、ほぼ1年間色々

な研究や研修をしていただいているのであります、そういう中で、共同して生活習慣病等々への対応を進めていこうという共同宣言をしたところでございます。

日中両国専門家の共同による生活習慣病に取り組む北京宣言 日中國交正常化45周年・日中平和友好条約締結40周年記念事業 日中医学交流会議2018北京(2018年1月11日)にて採択

1. 生活習慣病は日中両国民の健康を著しく脅かし、すでに社会・経済の発展に影響を及ぼす重大な公衆衛生上の問題となっている。日中両国の専門家の協力により、生活習慣病の予防と治療は、予防を第一とし、予防と治療の連携を図ることを原則とする。絶えず公衆衛生上の政策措置を整備し、同時に生活習慣病の基礎と臨床に関する研究を強化する。
2. 生活習慣病の予防と治療は、予防を第一とし、予防と治療の連携を図ることを原則とする。絶えず公衆衛生上の政策措置を整備し、同時に生活習慣病の基礎と臨床に関する研究を強化する。
3. すべての政策の中に「健康」を盛り込み、政府による主導を堅持し、多部門間の協力を強化し、公衆衛生機関ならびに関連する学会がその役割を積極的に果たす。
4. 生活習慣病のサーベアンスシステムを整備し、その結果に基づいた早期介入を実施し、ハイリスクグループの発症リスクを低減させ、更には実施した対策の有効性を評価する。
5. 生活習慣病の発症・進展には生活習慣が深く関わっていること、生活習慣病に関する健康教育を実施し、その結果を健康促進に役立てる。
6. 積極的に人口の高齢化の問題に取り組み、健康な高齢化社会の実現に向けた国家戦略を制定・実施する。
7. 日中両国の専門家の意思疎通と交流を強化し、長期的かつ効果的な協力体制を構築し、その成果を共有する。

このとき九州大学の脳神経外科の主任教授も一緒にしていただき、脳血管障害の日本の現状についてのお話をしていただいたところでございます。

受動喫煙防止対策強化のための署名活動

2017年8月9日 四師会 合同記者会見（於：厚労省）
(日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会)

本年6月より、全国民を対象に実施していく「受動喫煙防止対策を強化・実現するための署名活動」の集計結果を報告。

多くの皆様の理解と協力の下、264万3023筆もの署名を集めることができた。



【署名活動の背景・目的】

× 2020年の東京オリンピック・パラリンピック大会に向けて、たばこ対策に抜本的に取り組む姿勢を示す必要がある
× 日本の受動喫煙による健康被害への対策は、世界保健機関(WHO)から「世界最低レベル」と指摘されている
このような状況から、屋内における喫煙は単なるマナーや嗜好の問題ではなく、健康被害の問題として捉え、「国民の健康を守る専門家団体」として、例外規定や特例を設けることなく受動喫煙の防止対策を強化・実現することを目的に実施。

そして、もう一つは、今政治的に大きな課題になっておりますが、受動喫煙をやめようということですね。健康を守る医師としては、当然これは強く主張をしていかなければなりません。政府が今平米数がどうこう言っているわけであります、先日、私は総理にお会いしたときに、「平米数はそれぞれの自治体で決めさせればいいじゃないかと、とにかく今は、受動喫煙は禁止だということだけ法律をつくっていただきたい」と申し上げてきました。昨年の5、6月、受動喫煙防止強化のための全国的な署名活動をしました。実質1カ月の間でしたが、全国から264万人の署名を集めることができました。福岡県でも、松田会長以下、大変努力をして集め

ていただきました。喫煙の害はみんなよくわかっているわけでありますから、くれぐれも医師会のリーダーたる人々は禁煙を徹底するようお願いしたいと思っています。

ご清聴ありがとうございました。



最後ですが、全国の医師会が、昭和22年11月1日に新しい医師会として登録いたしました。従って、日本医師会の創立記念日も11月1日であります。この11月1日を記念日登録いたしました。国民と医療についてよく考えようという日になればということでございますので、是非11月1日は国民にいい医療の日ということで考えてもらう日にしていただければと思います。

日本医師会では、今まで白クマ君というキャラクターを使っておりましたが、実は著作権の関係で白クマ君が使えなくなりました。そこで、新しくこの日医君というキャラクターを使うことにしました。これは何だとよく言われますが、作者の意見では柴犬だそうですので、よろしくお願いをして、終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

ポスター優秀賞

第10回福岡県医学会総会ポスター優秀賞受賞者

久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門 坂 本 萌 子
2年間のSGLT2阻害薬投与例における体組成や代謝因子の変動

久留米大学精神神経科 潑 井 稔
多数の医療機関から処方されたマイスリー依存症の一例

福岡大学医学部心臓・血管内科学講座 二 見 真紀人
非侵襲的簡易機能検査法を利用した心臓リハビリの効果を評価する試み

産業医科大学医学部呼吸器内科学 内 藤 圭 祐
気腫性変化と肺炎の原因菌の検討－細菌叢解析法を用いて－

九州大学大学院医学研究院整形外科学教室 水 内 秀 城
スクワット動作における膝関節内接触力の計測：人工膝関節置換術後症例を用いた検討

九州大学大学院医学研究院病態制御内科学 鳴 尾 涼 子
九州大学病院における経口内視鏡的筋層切開術の導入と現況

研修医部門

久留米大学病院臨床研修管理センター 田 渕 史 典
久留米大学病院における血管腫・血管奇形の集学的治療：治療効果ピクトリアル

久留米大学医学部小児科学教室 矢 野 庄一郎
MYB-GATA1融合遺伝子陽性先天性白血病の女児例

九州大学大学院医学研究院泌尿器科学分野 井 上 裕 之
当院におけるロボット支援腎部分切除術の初期経験

産業医科大学病院救急科 馬 庭 幸 詩
地域連携における末梢挿入型中心静脈カテーテル（PICC）の有用性について

編集後記

第10回福岡県医師会医学会を開催できましたことを、学会長久留米大学医学部長内村直尚先生、運営準備委員会委員長大牟田医師会杉健三会長、そして福岡県内4大学学部長並びに各ブロック医師会会长に併せて御礼申し上げます。また演題提出いただいた先生方にも御礼申し上げます。

大雪に見舞われた初回の医学会から数えて10回となりました。それまでは気づかなかった他県医師会のこのような学術集会の運営方法や試みに学ぶところも多かったように思えます。少しずつでも前向きにと2年前から始めました研修医部門もその一つであります。

福岡県はかかりつけ医発祥の地を自認しておりますが、この県医師会主催の医学会は施設や診療科を越えて総合的に症例や研究の発表をするところであり、見聞できる貴重な機会であります。また県内の4大学と専門医会から専門分野の最新の進歩をいながらにして会得することが出来ます。まさに福岡県医師会総合医の目指すところです。さらに福岡県医学会賞1名、奨励賞5名の表彰は、若手医師の先進的な成果を紹介する機会であり、本人にとっても励みになるでしょうし参加者にとってもまたとない刺激となってきたかと思います。

特別講演は色々な分野の専門家にお願いしてきましたが、このところの変遷する医療制度についてすべてを統括されている日本医師会横倉義武会長にお話しして頂けるのも福岡県医師会としては大変ありがたいことです。

参加者から気づいた点をご指摘いただき、ますます意義深い会となりますように願っております。

平成30年5月
福岡県医師会学術担当常任理事 津田 泰夫

第10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 杉 健三 (筑後ブロック)
委員 住本 英樹 (九州大学)
山木 宏一 (久留米大学)
朔 啓二郎 (福岡大学)
金澤 保 (産業医科大学)
江頭 芳樹 (内科医会)
黒木 祥司 (臨床外科医学会)
井上秀一郎 (小児科医会)
光安 廣倫 (整形外科医会)
下河邊智久 (北九州ブロック)
長柄 均 (福岡ブロック)
山近 仁 (筑豊ブロック)

<福岡県医師会役員>

上野 道雄
蓮澤 浩明
堤 康博
瀬戸 裕司
津田 泰夫
山本 英彦
船越 裕登
田中 真紀
佐藤 薫

福岡県医学会誌 第10巻

発行年月日 平成30年6月1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

