

令和7年度

福岡県医学会総会記録集

第18回 福岡県医学会総会

The 18th Fukuoka Association of Medical Sciences General Meeting

令和8年1月25日(日)

【会 頭】

福岡県医師会会長

蓮澤 浩明

【学会長】

久留米大学医学部長

山本 健

【準備委員会委員長】

小郡三井医師会会長

島田昇二郎

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18回 福岡県医学会総会

日 時：令和8年1月25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 一 宮 仁

2. 挨拶（10：35） 会 頭：福岡県医師会会長 蓮 澤 浩 明
学 会 長：久留米大学医学部長 山 本 健

3. 福岡県医学会賞の表彰および受賞者講演（10：45～11：40）

4. 次期学会長挨拶（11：40） 福岡大学医学部長 小 玉 正 太

5. ポスターセッション（11：50～ — 昼食中 —）

＜一般部門・研修医部門＞ テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」

＜医 学 部 生 部 門＞ テーマ「臨床研究報告」

— 昼 食（11：50～13：30） —

6. シンポジウム（13：30～15：10）（各20分）

テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」

座 長：福岡県医学会学会長・久留米大学医学部長 山 本 健

1) 「H I V診療の進歩と地域医療の新たな課題—総合診療医が果たす役割」

九州大学大学院医学研究院感染制御医学分野准教授 村 田 昌 之

2) 「進化する慢性腎臓病治療～透析導入を阻止するために～」

久留米大学医学部内科学講座腎臓内科部門主任教授 深 水 圭

3) 「地域で実践する最新の肺がん外科治療」

福岡大学筑紫病院呼吸器・乳腺外科教授 早稲田 龍 一

4) 「運動器疼痛の病態と治療：疼痛評価と鎮痛薬の使い分け」

産業医科大学整形外科准教授 鈴 木 仁 士

5) 「診療所における鼠径ヘルニアの短期滞在治療」

ひろつおなかクリニック院長 廣 津 順

— 総合討論（15：10～15：40）（30分） —

— 休 憩（15：40～15：50） —

7. 特別講演（15：50～16：50）

「日本医師会の医療政策」

講 師：日本医師会会長 松 本 吉 郎

座 長：福岡県医学会会頭・福岡県医師会会長 蓮 澤 浩 明

8. ポスター優秀賞表彰

9. 閉 会（17：00）

福岡県医師会副会長 平 田 泰 彦

目 次

挨拶

会 頭／福岡県医師会会長 蓮澤 浩明 ……	1
学会長／久留米大学医学部長 山本 健 ……	2

福岡県医学会賞受賞者講演

<特別賞>

産褥婦の危機的出血管理体制構築のための臨床研究：異常出血予測モデル

くらかずまり子レディースクリニック院長 倉員真理子 ……	5
------------------------------	---

<奨励賞> ※五十音順

1. C型肝炎治療後の肝発癌に対する MASLD のインパクト：

九州 65 施設による多施設共同研究

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門助教／

福岡県肝疾患相談支援センター担当医師／

医療法人佐野医院副院長 佐野 有哉 ……	7
----------------------	---

2. DPP4 阻害薬と SGLT2 阻害薬の併用療法による

2 型糖尿病患者の心身機能と代謝改善効果

久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門助教 永山 綾子 ……	10
-----------------------------------	----

3. 故意の自損行為を行った患者の血液試料を用いた定性的分析：

処方薬と検出薬の相違について

福岡大学医学部精神医学教室助教 増田 将人 ……	12
--------------------------	----

4. 筋層非浸潤性膀胱癌における尿路上皮癌特殊型の臨床的意義

産業医科大学泌尿器科学講座准教授 湊 晶規 ……	14
--------------------------	----

5. 神経救急における脳内出血後てんかんの病態診断で脳波検査に

1.5-T arterial spin labeling MR 灌流画像を加えることの有用性と限界

医療法人庄正会蜂須賀病院理事長 森岡 隆人 ……	16
--------------------------	----

6. アレルギー性結膜疾患患者に対する JACQLQ 質問票主観症状スコアと

臨床検査結果

山名眼科医院院長 山名 泰生 ……	19
-------------------	----

次期学会長挨拶

福岡大学医学部長 小玉 正太 ……	23
-------------------	----

Session A 内科1

1. 体重2.5kg未満の乳児における頸動脈・腋窩動脈・大腿動脈径
久留米大学医学部小児科学講座 山川 祐輝 …………… 27
2. 大動脈解離における細胞老化の役割
久留米大学医学部内科学講座心臓・血管内科部門 内山 高輔 …………… 27
3. 地域住民における血中GLP-1の測定意義に関する横断的研究
久留米大学医学部内科学講座心臓・血管内科部門 下山 茉世 …………… 28
4. ゲルストマン・ストライスラー・シャインカー病患者に治療抵抗性の夜間頻回の覚醒と異常行動を認めた一例
久留米大学医学部神経精神医学講座 小浦 冬馬 …………… 28
5. 心アミロイドーシスと冠微小循環の関連性についての検討
久留米大学医学部内科学講座心臓・血管内科部門 中小田翔一 …………… 29
6. 体外循環式心肺蘇生法（ECPR）を受けた病院外心停止患者における神経学的転機の予後因子の検討
久留米大学病院心臓・血管内科／
久留米大学病院高度救命救急センター 本間 丈博 …………… 29
7. 肺高血圧を伴わない慢性血栓塞栓性肺疾患における運動負荷心臓MRIを用いた右室予備能障害の検出
九州大学病院循環器内科 今林 都咲 …………… 30
8. *RNF213* p.R4810K変異と頭蓋内動脈硬化性病変 大規模横断研究による関連因子の探索：Fukuoka Stroke Registry.
九州中央病院脳神経内科／
九州大学大学院医学研究院病態機能内科学 高島 正光 …………… 30

Session B 内科2

1. 酸化ストレスと小胞体ストレスを介した糖のみによる肝細胞障害
産業医科大学第3内科学 大江 晋司 …………… 31
2. C型非代償性肝硬変に対する自家末梢血CD34陽性細胞肝動注投与の多施設共同無作為化比較試験
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 中村 徹 …………… 31
3. 日本における糖尿病と肝がん罹患率の地域差：大規模レセプトデータNDBを用いた解析
久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門 中野 聖士 …………… 32
4. 慢性肝疾患におけるp62発現の臨床的意義に関する検討
産業医科大学第3内科学 吉富 健悟 …………… 32
5. 胆石発生とMASLD・MetALDの関連：有向非巡回グラフによる因果推論
久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門 福永 秀平 …………… 33
6. Crohn病患者における肉芽腫の有無と、臨床的事項の関連についての100症例の解析
福岡大学大学院医学研究科 廣田 悠治 …………… 33
7. 代謝機能障害関連脂肪性肝炎（MASH）の拾い上げに有用な非侵襲的スコアリングシステムの構築
福岡大学医学部消化器内科 徳重 裕陽 …………… 34
8. 大腸ESDにおける抗血栓薬継続使用の影響に関する検討
九州大学大学院医学研究院病態機能内科学 才木 琢登 …………… 34

Session C 内科3

1. シングルセル解析と遺伝子網羅的解析を用いた新規じん肺の病態解明
産業医科大学呼吸器内科学 森本 俊規 …………… 35
2. セレコキシブ誘導体 OSU-03012：細胞外基質分解促進を介した肺線維症に対する新規治療戦略
産業医科大学医学部呼吸器内科学 橋本 康平 …………… 35
3. 重症 COVID-19 肺炎における人工呼吸器関連肺炎の頻度、予後、原因菌 ―単施設後ろ向き観察研究―
福岡大学病院救命救急センター／
福岡大学医学部救命救急医学講座 森本 紳一 …………… 36
4. ネフローゼ症候群に対して LDL アフェレーシスを施行した最近 5 年間延べ 9 症例のまとめ
飯塚病院腎臓内科 末次 駿一 …………… 36
5. カピバセルチブによる薬剤性糖尿病の一例
久留米大学病院内分泌代謝内科部門 高松 彩 …………… 37
6. 地域連携で進める吸入指導の標準化～吸入スチュワードシップの取り組み～
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 木下 隆 …………… 37
7. CIDP 患者における既存治療から FcRn 阻害薬切り替え後の転帰
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 今居 達也 …………… 38
8. 腎機能障害を有する患者に対する選択的動注化学放射線治療の有効性と安全性：後ろ向きコホート研究
久留米大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座 今原 悠二 …………… 38
9. 当院における塩分チェックシートと随時尿による推定塩分摂取量の活用
産業医科大学第 2 内科学 仲 悠太郎 …………… 39
10. CKD 患者における推定ナトリウム・カリウム摂取量と全死亡・心血管病の関連：福岡腎臓病データベース（FKR）研究
九州大学大学院医学研究院病態機能内科学 末永 達也 …………… 39
11. 2 型糖尿病患者のマグネシウム摂取量や血清濃度が高い程血糖コントロールは良好である：Fukuoka Diabetes Registry（FDR）
九州大学大学院医学研究院病態機能内科学 東 大樹 …………… 40

Session D 外科

1. 当科における局所進行下部直腸癌に対する術前化学療法後の側方郭清の意義について
産業医科大学第 1 外科 小杉 珠美 …………… 41
2. リハビリ病院、在宅医療における爪肥厚・変形の治療の必要性と治療法
社会医療法人共愛会戸畑リハビリテーション病院 木股 完仁 …………… 41
3. 久留米大学における掌蹠膿疱症（掌蹠膿疱症性骨関節炎合併例を含む）患者に対する生物学的製剤使用の検討
久留米大学医学部皮膚科学講座 廣松 慧美 …………… 42
4. 産業医科大学病院における後期高齢者の鼠径部ヘルニアに対する外科的治療の現状について
産業医科大学病院消化器・内分泌外科 永田 淳 …………… 42
5. 高齢大腸癌患者における簡便な免疫炎症マーカーによる術前予後予測の有用性
久留米大学医学部外科学講座 吉田 直裕 …………… 43
6. 腸腰筋膿瘍に対する当院の治療成績
産業医科大学整形外科／産業医科大学病院救急集中治療科 三宅 功祐 …………… 43
7. 直腸癌手術における縫合不全予防の新戦略：ステイプルライン交点を回避した Circular-Side Stapling Technique（CST）法の有用性
九州大学大学院消化器・総合外科 播磨 朋哉 …………… 44

Session E 整形

1. 内側コンパートメントに骨挫傷が存在する膝前十字靱帯損傷は前外側回旋不安定性が大きい
福岡大学病院整形外科 矢野 翔大 …………… 45
2. 内側開大式粗面下脛骨骨切り術のgap healingにおよぼす因子の解析
産業医科大学整形外科 鈴木 仁士 …………… 45
3. Oxford型単顆型人工膝関節置換術の臨床成績を基にした、至適な設置位置の検討
福岡大学病院整形外科学 佐々木祐輔 …………… 46
4. 股関節唇損傷を有するアジア人患者における軟骨病変と骨形態学的パラメータとの関連：
CTベースソフトウェアを用いた解析
産業医科大学若松病院整形外科 福田 北斗 …………… 46
5. 40歳以上の大腿骨寛骨臼インピンジメント (Femoroacetabular Impingement Syndrome) に
対する鏡視下手術の中期成績と人工股関節全置換術のリスク因子
産業医科大学若松病院整形外科 中島 裕貴 …………… 47
6. 術前栄養指標 GNRIは人工股関節置換術後の身体機能の予測因子となる
九州大学大学院人工関節生体材料学講座／
九州大学整形外科 濱井 敏 …………… 47
7. 大腿骨近位部骨折患者の口腔内状況
福岡青洲会病院整形外科／
福岡大学整形外科 原口 亮平 …………… 48
8. 高齢がん患者の Short Physical Performance Batteryと自宅退院の関連
産業医科大学リハビリテーション医学講座 田島 浩之 …………… 48
9. 脳卒中後疼痛によるADLと生活の質の低下に対する経頭蓋直流電気刺激療法の効果の検討
産業医科大学医学部リハビリテーション医学講座 久保 綾奈 …………… 49

研修医 Session

1. 外傷性肩関節不安定症のコリジョンスポーツ選手を確実に早期復帰させるための工夫
福岡大学医学部整形外科 大井 美怜 …………… 50
2. 特異な臨床像を呈したMRSA感染症 一分子疫学的解析の重要性—
福岡赤十字病院 古藤遼太郎 …………… 50
3. 胸壁開窓術により長期在宅生活が可能となった有癭性膿胸合併小細胞肺癌の一例
国立病院機構九州医療センター呼吸器内科 笹栗みのり …………… 51
4. 非拡張型左室心筋症 (ND-LVCM) における“拘束型心筋症様”病態と心筋線維化の関連
久留米大学病院臨床研修センター 西 祐紀 …………… 51
5. 久留米大学病院における乳癌のラジオ波焼灼療法 (RFA)
久留米大学病院臨床研修センター 栗原 莉奈 …………… 52
6. CGMにて周術期血糖変動解析を行なったインスリノーマの一例
久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門 佐藤 智英 …………… 52
7. 高齢・ハイリスク症例に対する経皮的僧帽弁接合不全修復術 (M-TEER) の短期成績
—当院における連続25例の解析—
久留米大学病院臨床研修センター 藺田 理央 …………… 53
8. プラチナ併用化学療法とペムブロリズマブの投与中に心筋炎を発症した非小細胞肺癌の一例
久留米大学病院 園田 和倫 …………… 53
9. 特発性多中心性キャスルマン病に自己免疫性溶血性貧血を合併した1例
九州大学病院臨床教育研修センター 矢野 皓大 …………… 54

ポスターセッション〈医学部生部門〉テーマ「臨床研究報告」

医学部生 Session

1. 心理的距離とワーク・エンゲイジメントの3要素の相関関係の解析
産業医科大学医学部3年 佐藤 啓 55
2. 咬筋移行による笑いの再建を目的とした解剖学的検討
久留米大学医学部医学科5年 右田 華保 55
3. 食事炎症性指数DⅡと2型糖尿病の病態の検討
久留米大学医学部医学科4年 迫川 琴音 56
4. HIV拠点病院におけるHIV診療チームの有効性の検討
久留米大学医学部医学科4年 田中 祐有 56

シンポジウム テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」

1. HIV診療の進歩と地域医療の新たな課題—総合診療医が果たす役割
九州大学大学院医学研究院感染制御医学分野准教授 村田 昌之 59
 2. 進化する慢性腎臓病治療～透析導入を阻止するために～
久留米大学医学部内科学講座腎臓内科部門主任教授 深水 圭 65
 3. 地域で実践する最新の肺がん外科治療
福岡大学筑紫病院呼吸器・乳腺外科教授 早稲田龍一 71
 4. 運動器疼痛の病態と治療：疼痛評価と鎮痛薬の使い分け
産業医科大学整形外科准教授 鈴木 仁士 79
 5. 診療所における鼠径ヘルニアの短期滞在治療
ひろつおなかクリニック院長 廣津 順 88
- 総合討論 95

特別講演

「日本医師会の医療政策」

- 日本医師会会長 松本 吉郎 101

ポスター優秀賞

- 第18回福岡県医学会総会ポスター優秀賞受賞者 123

会場の様子

編集後記

挨 拶

会 頭 挨拶



福岡県医師会会長 蓮 澤 浩 明

皆様、おはようございます。

本日は、第18回福岡県医学会総会にお集まりいただき、誠にありがとうございます。今回は、学会長を久留米大学医学部長の山本健先生にお引き受けいただき、準備委員長を筑後ブロックの島田昇二郎先生を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始め、専門医会、各医師会の準備委員の先生方に厚く御礼申し上げます。

ご存知のとおり、本医学会では、地域医療に密着した優れた論文・発表に対し、「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22編、ポスターセッションには過去最多となる56題の応募をいただきました。本日医学会賞を受賞されます皆様には、臨床に役立つ素晴らしい研究を続けて来られましたことに心から敬意を表し、お祝い申し上げます。誠にありがとうございます。

また、お昼の時間に予定しております、ポスターセッションでは、先生方が日頃励んでおられます研究の集大成を発表していただくということで、大いに期待をしております。今回は内科3セッション、外科1セッション、整形外科1セッションのほか、例年好評をいただいております、研修医部門と医学部生部門の計6セッションを予定しております。将来の医療を担う若い医師を応援するためにもぜひ各会場へ足を運んでいただきますようお願いいたします。

午後からは、「地域医療に役立つ最新の医療」をテーマに5名の先生方からご講演いただき、シンポジウムを開催します。HIV 診療の最新動向と地域医療の課題、慢性腎臓病における透析導入予防の取り組み、地域で進む肺がん外科治療の進歩、運動器疼痛に対する評価と薬剤選択、さらに診療所での鼠径ヘルニア短期滞在治療と、大変多岐にわたる内容となっております。

最後の特別講演では日本医師会会長の松本吉郎先生をお迎えし、「日本医師会の医療政策」と題してご講演いただく予定としております。

私たち医療界を取り巻く環境は、これまでになく、複雑さと厳しさを増しております。従来からの多くの課題に加え、近年の物価高騰や賃金上昇は、医療機関の経営に深刻な影響を及ぼしており、医療に従事する関係者一人ひとりの生活基盤を揺るがすとともに、医療提供体制の持続可能性、ひいては国民が安心して医療を受けられる環境そのものにも影響を及ぼしかねない状況となっております。

現在議論が進められている次期診療報酬改定や、令和7年度補正予算に盛り込まれました各種施策は、我々の訴えに国が理解を示した極めて重要な一步であり、引き続き、地域医療を守るため、現場の実情を的確に反映した実効性ある施策となるよう強く訴えてまいります。

また、昨年度から進められている医師の働き方改革については、限られた人員の中で診療の質を維持し向上させるため、各医療現場でさまざまな工夫が重ねられています。一方で、診療体制の再構築や人材育成の在り方など、新たな課題も明らかになっています。若い医師の研鑽や技術の習得をいかに支えていくかは、今後の医療の質を左右する重要な課題であると認識しております。

私たちには、将来の地域医療を担う若い医師が、不安を抱えることなく医療に専念し、志と誇りをもって研鑽を重ね、希望をもって成長し続けることができる環境を、責任をもって整えていく使命があります。その使命を果たすためには、勤務医・開業医といった立場や世代の違いを超え、医療界が一つの組織として固く結束し、本医学会をはじめとする場を通じて多くの知恵と経験を結集し、現場の切実な声を社会、そして国へと力強く発信していくことが不可欠です。

こうした考えのもと、医師会では組織基盤の強化に取り組み、卒後5年間の会費免除をはじめ、若手医師が医師会を知り、参加しやすい環境を整えるため、実際に若手医師の声を聞きながら、各種取組を進めております。組織が強くなることは、個々の医師を支える力となり、ひいては地域医療全体の安定と発展につながるものと確信しております。

この福岡県医学会は、地域医療を担うすべての医師が一致団結して、福岡県の医療向上のために共に学び、共に行動するきっかけになればとの思いから立ち上げられたものです。本医学会は、年齢や立場や診療科が違っていても、共に研鑽し、思いを共有できる唯一無二の学会として、大きな役割を担っています。今後も、本医学会をさらに発展させ、福岡県の医療をより強固なものへと導く原動力になることを大いに期待しております。

最後になりましたが、本日の医学会総会が、実り多きものとなりますよう祈念し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申し上げます。

学 会 長 挨拶



久留米大学医学部長 山 本 健

皆さま、おはようございます。ご紹介にあずかりました、久留米大学の山本でございます。

本日はご多忙の折、第18回福岡県医学会総会にご参集いただき、誠にありがとうございます。学会長として、心より御礼申し上げます。

本総会には、学会賞ならびにポスター発表に多数のご応募をいただきました。先ほど会頭からお話がありましたとおり、ポスター発表につきましては、過去最高となる56演題の応募がございました。学会賞につきましては、いずれの論文も非常に水準が高く、優劣を付けがたい内容であったため、審査は難航いたしました。その結果、優秀賞1題、奨励賞6題を選出いたしました。惜しくも選外となった先生方におかれましては、何卒ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

医師会が主催する学術集会は、専門学会とは異なり、診療現場における知見を横断的に結び付け、世代や専門領域を超えた相互研鑽が可能となる、極めて貴重な場であると考えております。

本日は午後より、シンポジウムおよび特別講演も予定されております。ぜひ最後までご参加いただき、今後の診療にお役立ていただけましたら幸いです。本日はどうぞ最後までよろしくお願い申し上げます。

福岡県医学会賞受賞者講演

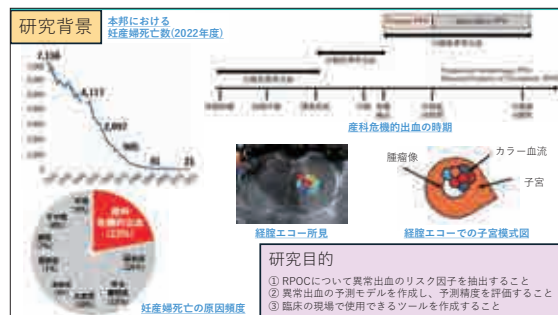
特 別 賞

産褥婦の危機的出血管理体制構築のための臨床研究：異常出血予測モデル



くらかずまり子
レディースクリニック
院長
倉 員 真理子

くらかずまり子レディースクリニック院長の倉員真理子でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。



私は産婦人科医であり、産婦人科医として診療に携わる中で、妊産婦死亡をゼロにしたいとの思いを強く抱き、本研究のテーマに至りました。

世界的に妊産婦死亡の原因は三つあり、一つ目が出血、二つ目が高血圧、三つ目が感染症です。そして、妊婦の生命を脅かす出血を産科危機的出血と呼びます。時代とともに妊産婦死亡率は減少してきていますが、ここ30年間を見ると横ばいで推移しているのが現状です。また、原因頻度を見ると、この産科危機的出血が最も多い割合を占めていることが分かります。そこで、この産科危機的出血を適切にマネジメントできれば、妊産婦死亡率をよりゼロに近づけることができるのではないかと考え、本研究を開始しました。

では、妊産婦はいつ出血を起こすのかという点ですが、一般には分娩時に出血が起こりやすいと思われがちですが、実際には妊娠中も同様

であり、また妊娠終了後、すなわち分娩後にも生命を脅かすような出血を起こすことがあります。

そこで私は、分娩後24時間から分娩後6週間までの間に起こる出血、いわゆるSecondary PPHに着目しました。その代表的疾患がRPOCです。

RPOCとは、Retained products of conceptionの頭文字を取ったもので、産後、本来であれば子宮内は空になっているはずですが、産後に超音波検査を行うと、子宮内に腫瘤影が認められ、さらにそこに豊富な血流が確認される状態を指します。このような状態では、今後、異常出血を起こす可能性が高くなります。

治療としては、外科的介入または待機的治療が行われますが、世界的にこの管理方法にはばらつきがあり、一定した管理指針が定まっていないことに着目しました。そこで今回、ここに示したとおり研究目的を設定し、研究を開始しました。

研究方法

対象症例

- ・妊婦12～42週
- ・分娩後異常出血で管理した症例
- ・除外基準：子宮頸部裂傷、会陰裂傷、外陰部血腫、癒着胎盤、子宮内反

評価項目

- ・年齢・初産婦の割合・身長・非妊婦時体重・非妊婦時BMI・生後補助医療の有無
- ・産科既往症について妊婦第2三半期流産の有無・産後の妊婦出血時の妊婦数および分娩形式
- ・RPOCと臨床診断した産褥日数・超音波検査所見：RPOCの長さ・短後・超音波カラードプラによる血流の有無
- ・血液検査結果について、血清ヒト絨毛性ゴナドトロピン濃度・ヘモグロビン濃度

検証手順

1. 異常出血のリスク因子の抽出

- ・異常出血ありなしの2群間で有意差ありの項目

2. 異常出血予測モデルの作成

- ・リスク因子の組み合わせにより予測モデル作成

3. 予測モデルの予測精度評価

- ・ロジスティック回帰分析によりオッズ比を算出
- ・各モデルのc統計量、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率

対象症例は、私の前職である福岡大学病院で管理した症例です。ここに挙げた項目を評価し、まず異常出血の有無による二群間で有意差のある因子を抽出し、リスク因子を抽出しました。なお、ここで異常出血ありと定義したものを、輸血治療を要した症例、または子宮血管内治療を要した症例としました。リスク因子を抽出した後、予測モデルを三つ作成し、その予測精度を回帰分析によって解析するという流れで研究を進めました。

研究結果		予測モデルの作成	
分娩後異常出血を管理した336症例		▶ モデルA：第2三半期の流早産+TIME（産褥27日未満） ▶ モデルB：モデルA+SIZE（RPOC長径4.4cm以上） ▶ モデルC：モデルB+Hypervascularityあり	
対象症例56症例			
異常出血あり14症例			
異常出血なし42症例			
異常出血のリスク因子			
i) 第2三半期の流早産			
ii) TIME (27日未満)			
iii) SIZE (4.4cm以上)			
iv) Hypervascularity			
		Cureus. TABLE 2 改	

その結果、四つのリスク因子を抽出することができました。一つ目は妊娠中期の流早産の既往、二つ目はRPOCと診断された時期が27日未満であること、三つ目は超音波またはMRIで測定した長径が4.4センチ以上であること、四つ目は血流が豊富であることです。これら四つのリスク因子を基に三つのモデルを作成し、オッズ比を算出して解析を行いました。

その結果、この表から分かったことは、三番目の長径が独立したリスク因子であるという点です。すなわち、長径が大きいほど今後の出血リスクが高くなることが分かりました。

臨床ツールとしての応用				
評価項目	あり	なし	リスク評価	管理指針
第2三半期の流早産	1点	0点	低リスク 0-1点	待機的管理を推奨
TIME (27日未満)	1点	0点	中リスク 2-3点	個別対応を検討
SIZE (4.4cm以上)	2点	0点	高リスク 4点以上	外科的介入を推奨
Hypervascularity	1点	0点		
logit(P)は重症PPH発生確率の対数オッズであり、 β_0 は切片、 β_1 から β_4 は各因子の回帰係数となる(回帰係数はオッズ比から推定) 第2三半期の流早産：OR=3.0 → 1点 TIME (27日未満)：OR=2.5 → 1点 RPOCの長径長 (SIZE)：オッズ比(OR) 10.38 → 2点 Hypervascularityあり：OR=4.0 → 1点 $P = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 \times \text{Second-trimester miscarriage} + \beta_2 \times \text{TIME} + \beta_3 \times \text{SIZE} + \beta_4 \times \text{Hypervascularity})}}$				

今後これをどのように臨床ツールとして活用するかについてですが、オッズ比を基にスコアリングを行いました。簡便にリスクを評価する必要があるため、スコアリングシステムを考案しました。オッズ比からスコアを算出し、低リスクであれば待機的管理とし、4点以上の高リスクとなった場合には積極的に外科的介入を検討するという管理方法を現在、臨床現場で検証しています。

結語	
■ RPOCの異常出血には、 4つのリスク因子 であることが示された。 ■ 4つのリスク因子の組み合わせによる異常出血予測モデルは、 高精度(c:0.863)に予測 できること、 RPOCの長径は独立した予測因子 であることが示された。 ■ 本研究の結果を基に、異常出血の発生確率を定量化したRPOCにおける異常出血リスクスコアリングシステムを構築し、それらを臨床応用して検証を重ね、さらなる妊娠婦死亡の軽減に寄与する。	

結論はここに示したとおりです。

最後に、福岡大学病院において本研究に際し終始ご指導を賜りました四元教授、また本講演に関してご指導いただきました小玉先生、そして本研究に多大なご協力をいただいた局員の先生方に深く御礼申し上げ、講演を終わります。ありがとうございました。

奨励賞

C型肝炎治療後の肝発癌に対するMASLDのインパクト：九州65施設による多施設共同研究



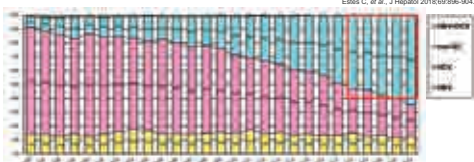
久留米大学医学部
内科学講座消化器内科部門
助教
福岡県肝疾患相談支援センター
担当医師
医療法人佐野医院
副院長
佐野 有哉

久留米大学消化器内科の佐野でございます。まず、このような貴重な機会を賜りましたことにつき、関係各位の先生方に厚く御礼申し上げます。どうぞよろしくお願いいたします。

私は、C型肝炎治療後に発生する肝発癌に対するMASLDのインパクトについて、九州65施設による多施設共同研究として検討してまいりましたので、その結果について報告いたします。

背景：肝細胞癌の原因の変遷

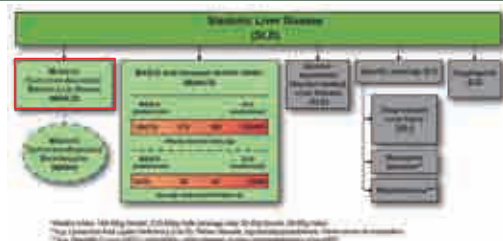
- ✓HCV除去(SVR)後の肝発癌(HCC)のリスクファクターとして、**男性、高齢者、肝硬変、HCCの既往**等が報告されている。
Ida T, et al. Hepatol Int 2019;13:293-301. Nakano M, et al. Cancer Med 2019;8:2646-2653.
- ✓HCCの原因として**脂肪性肝疾患**の増加が問題とされる。
Estes C, et al. J Hepatol 2018;69:896-904.



まず、消化器領域における肝細胞がんについてですが、発症には必ず背景となる基礎疾患が存在します。これまで長年にわたりC型肝炎が主要な原因とされてきましたが、この10年ほどで治療は大きく進歩し、C型肝炎患者は著しく減少してきました。現在では、治療を受けることで90%以上の患者において、SVRと呼ばれるウイルス排除が達成されています。

このようにC型肝炎の除去が進む中で、肝細胞がんの原因となる背景疾患がどのように変化しているかを九州のデータで検討したところ、脂肪性肝疾患の増加が示唆されています。

背景：新たな「脂肪性肝疾患」の診断分類



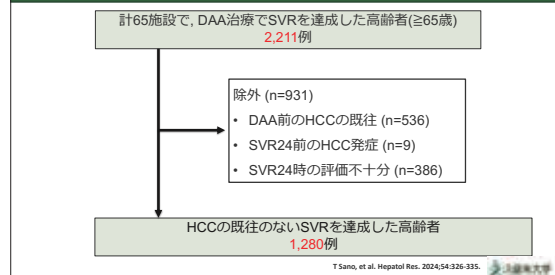
この脂肪性肝疾患については、近年診断分類が変わってまいりました。こちらはアメリカ肝臓学会から提唱されている概念ですが、現在、脂肪肝はSLD (steatotic liver disease) と総称されています。その中でも、私たちの教室で注目しているのが、代謝障害を合併した脂肪肝、すなわちMASLD (metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease) の集団です。

目的

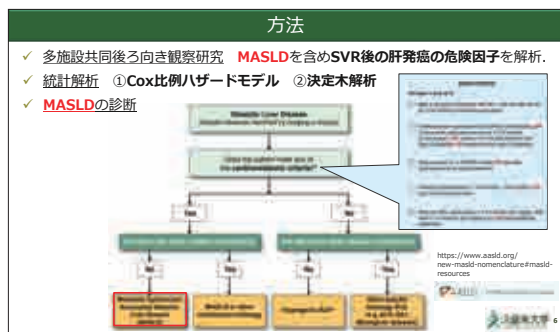
**C型肝炎-SVR後の肝発癌に対して
MASLD(代謝異常を併発した脂肪性肝疾患)が
及ぼす影響を検討。**

本研究の目的は、抗ウイルス治療によってC型肝炎ウイルスが排除された患者においても肝発癌が発生することが知られている中で、脂肪肝を合併した患者が発がんリスクを有するのではないかという臨床的疑問に基づき、その関連を検討することです。

対象



対象は、九州65施設の協力を得て登録された2,211例です。そのうち評価が不十分な症例などを除外し、最終的に1,280例を解析対象としました。



方法としては、MASLDを含む代謝異常を伴う脂肪肝の存在を含め、C型肝炎ウイルス排除後の肝発がんの危険因子を解析しました。統計解析にはCox比例ハザードモデルによる多変量解析を用い、さらに決定木解析も行いました。

なお、MASLDの診断は、アメリカ肝臓学会の診断基準に基づいて行っています。

患者背景	
Parameters at SVR24	n = 1,280
Age (years)	73 ± 5
Male/Female	452/828
Observation period (months)	35.8 ± 23.8
BMI	22.4 ± 3.2
Cirrhosis	15% (194)
Diabetes mellitus	21% (263)
MASLD	6% (75)
AST (IU/L)	24.7 ± 8.1
ALT (IU/L)	16.8 ± 8.2
GGTP (IU/L)	22.4 ± 19.0
Platelet count (×10 ⁹ /μL)	16.1 ± 5.8
AFP (ng/mL)	4.4 ± 4.2
FIB-4 index	3.3 ± 1.9

(mean ± SD)

T Sano, et al. Hepatol Res. 2024;54:326-335.

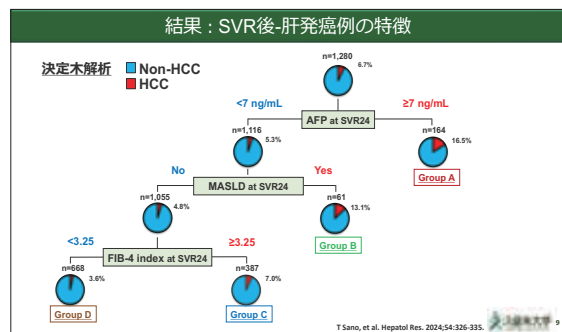
結果：HCC群/Non-HCC群の比較 (単変量/多変量解析)					
Parameters at SVR24	HCC (n = 86)	Non-HCC (n = 1,194)	univariate analysis P value	Multivariate analysis HR (95% CI)	P value
Age (years)	73 ± 5	73 ± 5	-	-	-
Male/Female	36/50	416/778	-	-	-
Body mass index	23.3 ± 3.5	22.3 ± 3.2	0.0078	-	-
Cirrhosis	41% (35)	13% (199)	<0.0001	-	-
Diabetes mellitus	28% (24)	20% (239)	-	-	-
MASLD	12% (10)	5% (65)	0.0289	3.0 (1.4-6.6)	0.0125
AST (IU/L)	28.4 ± 10.1	24.4 ± 7.8	<0.0001	-	-
ALT (IU/L)	20.2 ± 10.2	16.6 ± 8.0	0.0004	-	-
GGTP (IU/L)	28.8 ± 21.1	21.9 ± 18.7	<0.0001	1.0 (1.0-1.0)	0.3751
Albumin (g/dL)	4.1 ± 0.5	4.4 ± 0.6	-	-	-
Prothrombin time (%)	82.1 ± 17.4	89.5 ± 20.2	<0.0001	1.0 (1.0-1.0)	0.2499
Platelet count (×10 ⁹ /μL)	12.9 ± 5.3	16.4 ± 5.8	<0.0001	-	-
FIB-4 index	4.6 ± 3.2	3.2 ± 1.7	<0.0001	1.2 (1.1-1.3)	0.0007
AFP (ng/mL)	7.2 ± 7.9	4.2 ± 3.8	<0.0001	1.1 (1.0-1.1)	0.0008

*COX proportional hazards model

T Sano, et al. Hepatol Res. 2024;54:326-335.

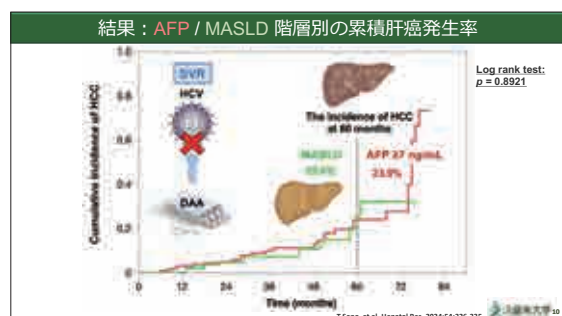
解析対象となった1,280例のうち、肝発がんを認めた症例が86例、C型肝炎治療後に肝発がんを認めなかった症例が1,194例でした。

こちらは多変量解析の結果を示したものです。赤字で示している項目が多変量解析において有意差を示した因子です。Cox比例ハザードモデルによる解析の結果、MASLD、肝線維化の指標であるFIB-4 index、そして腫瘍マーカーであるAFPが独立した因子として抽出されました。すなわち、これらの値が高く、かつ脂肪肝を合併している症例では、C型肝炎治療後であっても肝発がんのリスクが高いことが示されました。



こちらは決定木解析の結果です。先ほど多変量解析で抽出された項目を用いて解析を行っています。この図は、右側に進むほど肝発がんを認めた患者の特徴を示し、左側に進むほど肝発がんを認めなかった患者の特徴を示しています。

結果を見ると、AFPが高値であることが最も強い発がんの特徴となりますが、AFPが高値でない患者においても、代謝障害を伴う脂肪肝を有する患者では発がんが多いことが示されました。



この点に着目し、Kaplan-Meier法を用いて経時的な発がん率を評価しました。その結果、C型肝炎治療後5年時点の発がん率を比較すると、腫瘍マーカーが高値の患者では当然発がん率が高くなりますが、腫瘍マーカーが高値でない場合でも、MASLDを有する患者では同程度に高い発がん率を示すことが分かりました。

結論
✓ SVR後の高齢者において、SVR24時点のMASLD合併は肝発癌の危険因子であった。 ✓ 血清AFP値が7ng/mL未満の患者においても、MASLDは肝発癌と関連していた。 ✓ SVR後のMASLDを評価することは、SVR後の肝発癌のリスク予測/囲い込みに有用であろう。

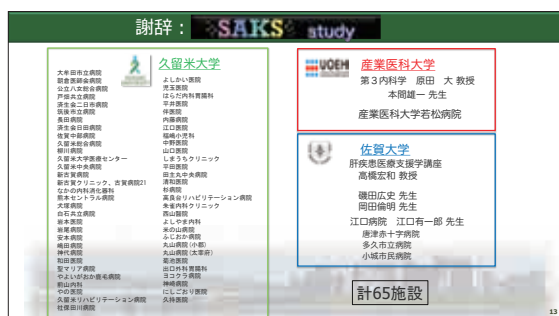
T Sano, et al. Hepatol Res. 2024;54:326-335.

結論です。今回の検討から、C型肝炎治療後においては脂肪性肝疾患を適切に評価すること

が、その後の肝発がんリスクの層別化に有用であると考えられました。



本研究の成果は、肝臓学会の英文誌である *Hepatology Research* に投稿し、その年の Top Cited Article に選出されました。



また、本研究は九州65施設の多くの先生方のご協力により実施することができました。この場をお借りして深く御礼申し上げます。以上で発表を終わります。ありがとうございました。

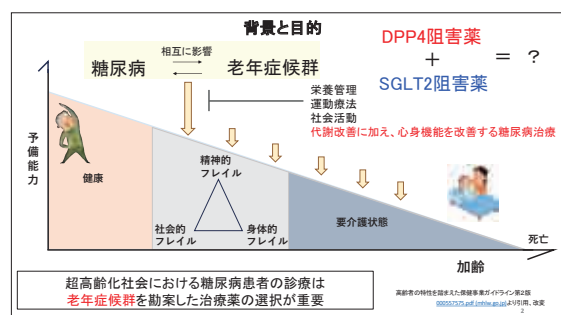
奨励賞

DPP4阻害薬とSGLT2阻害薬の併用療法による2型糖尿病患者の心身機能と代謝改善効果



久留米大学医学部
内科学講座
内分泌代謝内科部門
助教
永山綾子

久留米大学内分泌代謝内科の永山と申します。まず、このような栄えある賞に選考いただきましたことにつき、会頭の蓮澤先生、学会長の山本先生に心より御礼申し上げます。今回の研究は、日頃久留米大学病院を支えてくださっている久留米内科医会の先生方とともに行った研究であり、受賞の喜びはひとしおです。

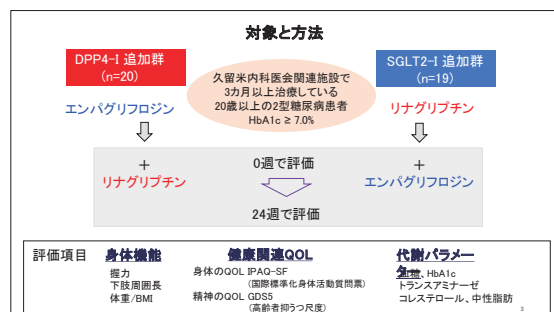


日本では、高齢化に伴い高齢者の糖尿病が増加しています。高齢者は、心身のストレスに脆弱になった状態、すなわちフレイルを経て要介護状態に移行します。糖尿病などの慢性疾患と、加齢に伴う認知機能の低下やサルコペニアなどに代表される老年症候群は相互に影響し合い、それらの悪化が予備能力の低下を引き起こします。

予備能力の低下の予防には、栄養管理、運動療法、社会活動が有効とされていますが、高齢者糖尿病患者においては、血糖を下げるのみではなく、代謝パラメーターを改善し、心身機能を改善する治療が必要です。

DPP-4阻害薬は低血糖リスクが低く、高齢者でも使用しやすい薬剤であり、SGLT-2阻害薬

は体重や脂肪肝、心血管保護といった血糖降下以外の作用が期待されます。これらの特性を併せ持つ治療が、高齢者糖尿病における心身機能の改善につながる可能性があると考え、本研究を行いました。

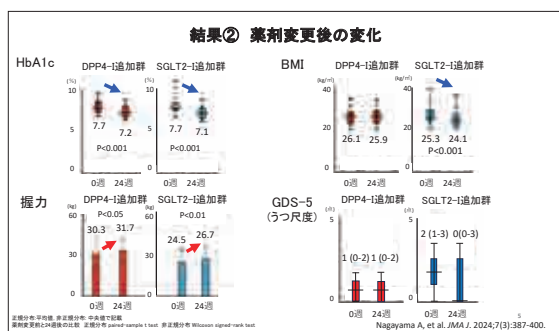


対象は、久留米内科医会の関連施設で、エンパグリフロジンもしくはリナグリプチンで3か月以上治療している20歳以上でHbA1c7.0%以上の2型糖尿病患者です。エンパグリフロジンを投与中の症例にはリナグリプチンを追加しDPP-4阻害薬追加群、リナグリプチンを投与中の症例にはエンパグリフロジンを追加しSGLT-2阻害薬追加群としました。

それぞれ追加投与を行う前をベースラインの0週とし、追加投与後24週に評価を行いました。血糖、HbA1cなどの代謝パラメーター、身体機能として握力や下腿周囲長、体重を評価しています。また、身体活動量をIPAQ-SFというアンケート、うつ尺度をGDS5を用いて評価しました。

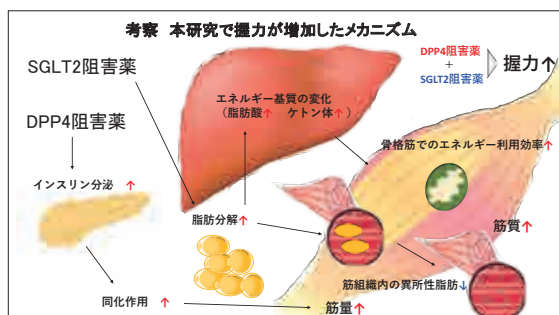
結果① 患者背景				
パラメーター	全体 (n=39)	DPP4阻害薬追加群 (SGLT2-i + DPP4-i) (n=20)	SGLT2阻害薬追加群 (DPP4-i + SGLT2-i) (n=19)	P
年齢 (歳)	64 ± 11	61 ± 12	67 ± 10	0.079
≥ 65歳, n (%)	18 (46%)	7 (35%)	11 (58%)	0.20
< 65歳, n (%)	21 (54%)	13 (65%)	8 (42%)	0.20
性別 (M/F)	20/19	11/9	9/10	0.75
糖尿病罹病期間, 年	12 ± 8	12 ± 7	12 ± 9	0.58
BMI (kg/m ²)	25.6 (23.6-28.4)	26.1 (22.8-28.1)	25.3 (24.1-28.9)	0.84
HbA1c (%)	7.7 (7.3-8.2)	7.7 (7.2-8.5)	7.7 (7.5-8.3)	0.92
AST (IU/L)	20 (17-27)	20 (17-25)	19 (16-28)	0.71
ALT (IU/L)	23 (16-35)	22 (16-27)	23 (16-36)	0.75
TG (mg/dL)	148 (110-231)	184 (110-293)	142 (127-197)	0.19
LDL-C (mg/dL)	116 ± 28	112 ± 30	121 ± 26	0.36

結果を簡単に示します。患者の平均年齢は全体で約64歳でした。SGLT-2阻害薬追加群の年齢が67歳とやや高めでした。性別は男女比がおおむね半々で、糖尿病罹病期間は約12年、BMIは25程度と肥満傾向であり、HbA1cは中央値で7.7%でした。



薬剤変更後の変化です。時間の関係上、一部の結果のみ説明します。まずHbA1cについては、DPP-4阻害薬追加群、SGLT-2阻害薬追加群ともに同程度の血糖降下効果を認めました。体重に関しては、SGLT-2阻害薬追加群でやや減少が認められました。

最も注目していただきたい結果が握力です。握力は、DPP-4阻害薬を追加した群、SGLT-2阻害薬を追加した群のいずれにおいても有意に向上していました。うつ尺度については、特に変化は認められませんでした。



今回、このような結果が得られた理由については、現時点では推測の段階ですが、まずDPP4阻害薬はインスリン分泌を促進し、同化作用を強めることで筋量を増加させる可能性が考えられます。一方、SGLT-2阻害薬は脂肪分解を促進することでエネルギー基質の変化をもたらし、骨格筋におけるエネルギー利用効率を高め、筋質の向上につながるのではないかと考えられます。SGLT-2阻害薬とDPP-4阻害薬を併用することにより、このようなメカニズムを通じて握力の向上がもたらされた可能性があると考えています。

結語

DPP4阻害薬/SGLT2阻害薬の併用療法は、血糖降下作用のみならず、心身機能を改善する作用が期待される。

結語は以上です。

謝辞

久留米大学医学部内科学講座 内分泌代謝内科部門	いのくち医院 猪口 哲彰 先生	久留米内科医会 ご所属の全ての先生
直田 健二 先生	本間内科循環器内科 本間 友基 先生	
野村 政壽 先生	福田内科クリニック 福田 千鶴子 先生	
	宮崎内科循環器内科 宮崎 洋 先生	
	安達医院 安達 武基 先生	

最後に謝辞です。本研究は、いのくち医院の猪口哲彰先生、本間内科循環器内科の本間友基先生にご指導いただき実施することができました。また、久留米内科医会に所属するすべての先生方にも御礼申し上げ、私の発表を終わります。どうもありがとうございました。

奨励賞

故意の自損行為を行った患者の血液試料を用いた定性的分析：処方薬と検出薬の相違について



福岡大学医学部
精神医学教室
助教

増田 将人

福岡大学の増田将人と申します。このたびは福岡県医学会総会奨励賞という栄えある賞を頂き、福岡県医師会の先生方に心より御礼申し上げます。本当にありがとうございます。

私は精神科医として自殺予防チームに所属しており、日々、自損行為、自傷、自殺企図、過量服薬で搬送されてくる患者さんに対して、救命救急センターの先生方とともに対応しています。

自殺企図者は**実際**に何を服用しているのか

臨床現場

- ・意識障害で正確な服薬内容を得ることができない
- ・過量服薬以外の手段（飛び降りなど）では、服薬について確認しない

先行研究

- ・特定の薬物の過量服薬に限り、血中濃度を測定した報告はある
- ・自殺全般に対してはマスデータのみで、生体試料を用いた研究はない

自殺企図者の処方薬と、実際の服用薬（血中薬物）を
照合した研究はない

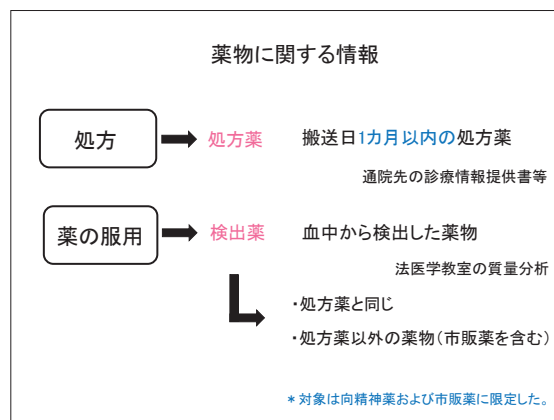
2

その中で、実際に自殺企図の患者さんや過量服薬、自傷の患者さんがどのような薬を内服しているのかという点に興味を抱きました。

しかし、実際にはそれがなかなか分からないのが現状です。意識障害のため正確な服薬内容を確認できないこともありますし、特に過量服薬以外の手段、例えば飛び降りや縊死などの場合には、必ずしも服薬について確認されないことも多くあります。

先行研究では、特定の薬物の過量服薬に限って、どのような薬が血中から検出されるのかを研究した報告はありますが、その他の手段を含

めた自殺全般についてはマスデータによる研究のみで、生体試料を用いた研究は見当たりません。しかし、向精神薬と自傷、自殺企図との関連は指摘されていますので、その実際を詳しく知りたいと考え、本研究を行いました。



今回は、自損行為を含む各自殺企図後、すなわち故意の自損行為と呼ばれる状況で搬送されてきた患者さんに対して、搬送日から1か月以内の処方薬を確認し、実際に血中から検出された薬物を調べました。そして、それが処方薬と同じであるか、あるいは処方薬以外の薬物も検出されたかという二群に分けて比較を行いました。

なお、昨今の状況を踏まえ、処方薬以外の薬物の中には市販薬も含めています。したがって、本研究では対象を向精神薬と市販薬に限定しています。

血中からの検出薬は、処方薬・推定服用薬と乖離していた

Benzodiazepines (Bz)	検出	処方	推定
Flunitrazepam	11	7	7
Clonazepam	7	4	5
Zopiclone	6	6	4
Nitrazepam	6	5	4
Etizolam	6	2	6
Bromazepam	5	7	4
Diazepam	5	0	1
Brotizolam	4	8	5
Alprazolam	4	4	2
Zolpidem	4	3	4
Lorazepam	4	3	3
Triazolam	3	1	2
Clobazam	1	1	1
Quazepam	1	1	1
Nimetazepam	1	0	0
Ethyl Loflazepate	0	3	1
Clozapepam	0	1	0
	68	55	50

4

研究の詳細については、資料をご覧くださいればと思いますが、掲載していないものとして、例えばこのように血中から検出された薬物を確認しています。ベンゾジアゼピン系受容体作動薬に関しても、複数の種類のベンゾジアゼピン系薬物が検出されており、検出薬と処方薬の内

容がかなり乖離している現状が分かりました。

市販薬の多くが、服用したと推定されていなかった			
Substances of OTCs	検出	処方	推定
Caffeine *	52*	-	7*
Acetaminophen	13	-	2
Diphenhydramine	11	-	2
Allylisopropylacetylurea	9	-	4
Ephedrine/Pseudoephedrine	7	-	0
Chlorpheniramine	3	-	2
Dihydrocodeine	2	-	0
Dextromethorphan	2	-	1
Ibuprofen	2	-	3
Isopropylantipyrine	2	-	2
Salicylic Acid	2	-	0
Aspirin	1	-	1
Diprophylline	1	-	0
Loxoprofen	1	-	1
Ambroxol	0	-	1
Bromhexine	0	-	1
Ethenzamide	0	-	1
Tranexamic Acid	0	-	1
	108 (58)	-	29 (22)

* カフェインは飲料にも含まれる。() 内はカフェインを除いた総数。 5

また、かなりの症例で市販薬も検出されており、特徴的な点として、それらは処方薬でないのはもちろんですが、そもそも服用したと推定されていなかったケースも多く認められました。

1か月以内に向精神薬の処方がされていた患者では 全体の76%で処方薬以外(市販薬含む)が検出された				
		NPD(直近の処方薬 以外が検出)	PD(直近の処方薬 のみが検出)	p値
全体		32 (76.2%)	10 (23.8%)	
性別	男性	8 (35.7%)	2 (38.5%)	1.000
	女性	24 (64.3%)	6 (61.5%)	
平均年齢 (歳)	男性	54.5 ± 14.1	37.5 ± 6.5	0.0004*
	女性	25.7 ± 9.2	24.5 ± 11.5	

* p<0.05 6

直近の処方薬以外が検出された群と、直近の処方薬のみが検出された群の二群間で比較したところ、全体の76.2%に当たる32名で、直近に処方された薬ではない薬物が検出されていたことが判明しました。

過量服薬では、直近の処方薬以外が有意に多く検出された				
手段		NPD(直近の処方薬 以外が検出)	PD(直近の処方薬 のみが検出)	p値
過量服薬		23 (71.9%)	2 (25.0%)	0.036*
その他中毒		1 (3.1%)	2 (25.0%)	0.096
飛び降り		5 (15.6%)	3 (37.5%)	0.320
刺器・刃器		3 (9.4%)	1 (12.5%)	1.000
縊死		0 (0%)	0 (0%)	-
焼身		0 (0%)	0 (0%)	-
アルコール併用	あり	7 (21.9%)	1 (12.5%)	0.710
	なし	25 (78.1%)	7 (87.5%)	

* p<0.05 7

また、手段別に見ると、過量服薬のケースでは直近の処方薬以外の薬物が検出される例が非

常に多く、有意差を認めました。

結語
- 故意の自損患者の 過半数で1か月以内に向精神薬が処方されており、 7割以上で市販薬を含む処方以外の薬物が検出された。 - 過量服薬以外の手段でも、 処方薬以外の薬物が服用されていることが判明した。

8

以上のことから、故意の自損行為を行った患者さんでは、7割以上で市販薬を含む処方薬以外の薬物が検出されました。

非常にシンプルな研究ではありますが、恐らく先生方のご想像のとおり、自殺企図や自損行為の患者さんは、先生方が直近で処方された薬以外を服用していることがかなりの割合で認められるということが、血液試料を用いた客観的なデータとして明らかになった点に意義があると考えています。それらは、かなり以前に処方された薬であったり、家族に処方された薬であったり、あるいは最近ではインターネットなどで入手した薬であったりと、さまざまな種類が認められました。特に、それが過量服薬のケースで多いことが示されています。

また、過量服薬以外の飛び降りなどの手段においても、処方薬以外の薬物が服用されていることが確認されました。このように、自損行為において処方薬以外の薬物が使用されている可能性があるという点を、日常診療の中で念頭に置いていただき、診療の参考にしていただければと考えています。

今回の研究に当たっては、当教室の医局員をはじめ、福岡大学救命救急センター、法医学教室の先生方に大変お世話になりました。また、総合診療部の先生方にもご協力をいただきました。多くの先生方のご協力により本研究を実施することができましたことを、改めて御礼申し上げます。

以上で私の発表を終わります。どうもありがとうございました。

奨励賞

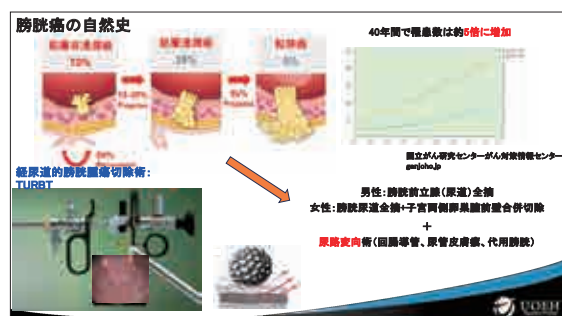
筋層非浸潤性膀胱癌における尿路上皮癌特殊型の臨床的意義



産業医科大学
泌尿器科学講座
准教授
湊 晶 規

産業医科大学の湊と申します。このたびは、このような表彰および貴重な機会を賜り、厚く御礼申し上げます。

それでは、私の発表は、筋層非浸潤性膀胱癌における尿路上皮がん特殊型の臨床的意義について報告いたします。



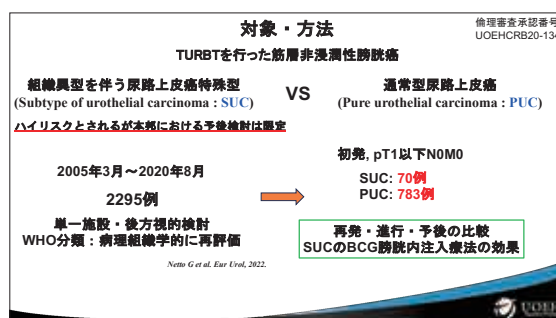
まず、膀胱がんの自然史ですが、主に三つのカテゴリーに大別されます。いわゆる早期がん、表在がんのカテゴリーである筋層非浸潤がんです。これが最も多いのですが、非常に再発が多いことが特徴です。一部が再発して進行すると筋層浸潤がんとなり、いわゆる転移を有するポテンシャルを持ち、その半数は転移がんになります。De novoで転移がんとなる症例は、実際にはそれほど多くありません。

高齢化社会を反映して、この40年間で膀胱がんの罹患数は約5倍に増加しており、WHOの試算では、今後20年の間に世界的にさらに倍になるともいわれています。

どのステージのカテゴリーにおいても、まずは経尿道的膀胱腫瘍切除術、通称TURBTが行われます。内視鏡に切除ループを装着して通電し、腫瘍を切除していく方法が広く行われてい

ます。

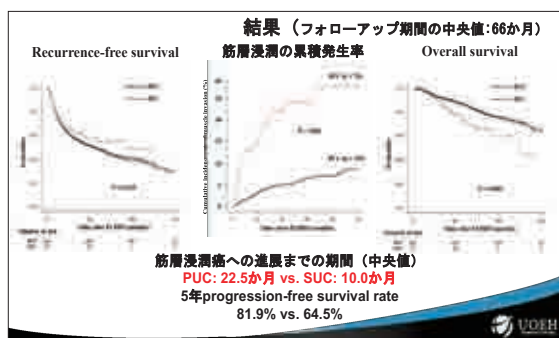
病理組織学的に筋層浸潤が確認された場合には、膀胱を温存することができません。膀胱を摘出することになりますが、一口に膀胱全摘といっても、男性の場合は膀胱・前立腺・尿道全摘、女性の場合は膀胱・尿道全摘に加えて子宮・両側卵巣・膣前壁合併切除が標準的に行われます。そして、膀胱がなくなりますので尿路変更を行います。回腸導管や尿管皮膚ろうといった尿路ストーマや代用膀胱造設などの方法があり、非常に侵襲が大きく、かつQOLに大きく影響する治療となります。したがって、筋層非浸潤がんにおいては、このTURBTが治療の入口として非常に重要です。



そこで今回は、TURBTを施行した筋層非浸潤性膀胱がんの組織学的検討を行いました。通常型の尿路上皮がん、すなわちpure urothelial carcinoma (PUC)と、組織型を伴う尿路上皮がん特殊型、すなわちsubtype of urothelial carcinoma (SUC)の比較です。

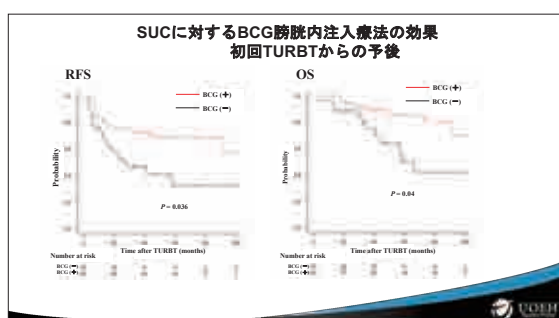
SUCはハイリスクとされていますが、本邦における検討はほとんど行われていません。そこで、当科において15年間にTURBTを施行した2,295例を対象とし、単一施設の後方視的研究として病理組織を再評価しました。

WHO分類に基づき病理組織学的再評価を行い、初発のpT1以下で、SUCが70例、PUCが783例抽出されました。両群について再発、進行、予後を比較し、さらにSUC群において膀胱温存の一つの鍵とされるBCG膀胱内注入療法の効果についても検討しました。



結果ですが、フォローアップ期間の中央値は66か月、約5年弱でした。Recurrence-free survivalでは、再発については有意差を認めませんでした。一方、筋層浸潤がんの累積発生率ではSUC群が有意に高く、さらにoverall survivalではSUC群の方が有意に予後不良であることが分かりました。

筋層浸潤がんへの進展までの期間中央値は、PUCが22.5か月、SUCが10か月であり、SUC群で有意に短い結果でした。また、5年のprogression-free survivalはPUCが81.9%、SUCが64.5%でした。



SUCに対するBCG膀胱内注入療法の効果を検討したところ、再発およびOSのいずれにおいてもBCG治療の上乗せ効果が確認されました。

[illegible]

さらに、各臨床病理学的因子について進行に関するCox比例ハザードモデルを作成し、多変量解析を行いました。その結果、組織型についてはSUCがPUCに比べて1.56倍有意に進行リスクが高いことが示されました。

結語

SUCはPUCと比較して、再発率は同等であるものの、筋層非浸潤性膀胱癌における進行の有意な予後予測因子だった。

筋層浸潤癌への進展率の高さや、その期間の早さを考慮しておかなければならない。

一方でBCG膀胱内注入療法の効果を認める症例が一定数存在する。

結語です。SUC特殊型は、PUCと比較して再発率は同等であるものの、筋層非浸潤性膀胱がんにおける進行の有意な予後予測因子でした。進展率の高さや進展までの期間の短さを考慮したフォローアップが必要であり、場合によっては早期の膀胱全摘も検討する必要があります。一方で、BCG膀胱内注入療法の効果を認める症例も存在するため、今後は治療の層別化が検討課題になると考えています。以上です。御静聴ありがとうございました。

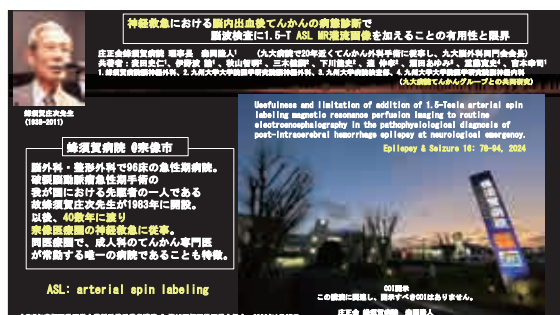
奨励賞

神経救急における脳内出血後てんかんの病態診断で脳波検査に1.5-T arterial spin labeling MR 灌流画像を加えることの有用性と限界



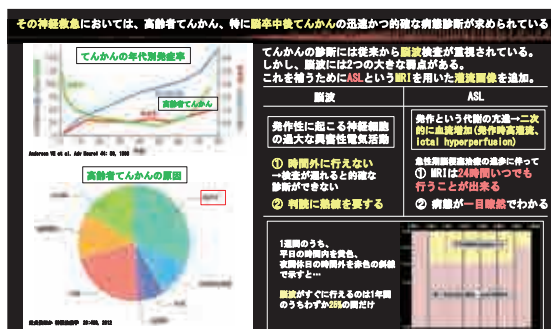
医療法人庄正会
蜂須賀病院
理事長
森岡 隆人

蜂須賀病院の森岡と申します。本研究は、私が九州大学病院で約20年にわたりてんかん外科手術に従事してきた経験を背景としたものです。現在は九州大学脳神経外科の同門会長を務めており、本研究も九州大学病院てんかんグループとの共同研究です。



蜂須賀病院は宗像市に位置し、脳神経外科および整形外科を中心とする96床のコンパクトな急性期病院です。私は71歳になりましたが、現在も急性期病院で脳神経外科医として診療に従事しており、その診療の中で行った研究に対して今回このような賞を頂き、大変感謝しております。

蜂須賀病院は、破裂脳動脈瘤急性期手術の我が国における先駆者の一人である故蜂須賀庄次先生によって1983年に開設されました。それ以降、四十数年にわたり宗像医療圏における神経救急医療に従事しています。また、同医療圏で成人科のてんかん専門医が常勤する唯一の病院であることも特徴の一つです。



この神経救急の現場では、高齢者てんかん、特に脳卒中後てんかんの迅速かつ的確な病態診断が求められます。その背景として、てんかんの年代別発症率を見ると、てんかんは従来、小児期に特徴的な疾患と考えられていましたが、近年では50歳以降に発症する高齢者てんかんが次第に認識されてきています。

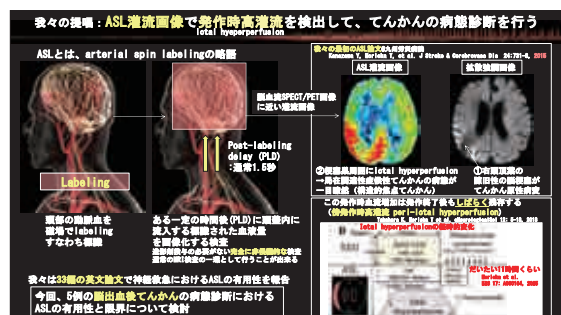
高齢者てんかんの原因として最も多いのは脳卒中です。この診断には従来から脳波検査が重視されていますが、脳波には大きく二つの弱点があります。これを補う方法として、ASLというMRIを用いた灌流画像を追加することを我々は提唱しています。

てんかん発作は、神経細胞の過剰な興奮性電気活動が発作性に起こるものですので、脳波で捉えることが最も直接的な診断方法です。しかし第一の弱点は、脳波検査が時間外には実施できないという点で、すぐに検査が行えない場合には的確な診断が困難になることをしばしば経験します。

この時間外について説明しますと、1週間のうち平日の時間内を黄色、休日および夜間の時間外を赤色で示すと、時間内は1年のうち約25%に過ぎず、残りの約75%は時間外となります。すなわち、急患として来院した患者の約75%は直ちに脳波検査を受けることができないという状況になります。

一方、発作時には代謝亢進に伴っててんかん活動部位の血流が二次的に増加することが知られています。この発作時高灌流、すなわちictal hyperperfusionをASL灌流画像で捉えようというのが我々の提唱です。脳波と異なり、MRIは近年の急性期脳梗塞に対する治療の進歩に伴い、ほとんどの急性期病院で24時間365日いつでも

撮像可能となっています。また、脳波は判読に熟練を要し、すべての脳神経外科専門医が自信を持って脳波を判読できるわけではないというのが第2の欠点です。一方で、MRIでは病態が視覚的に理解しやすいという利点があります。

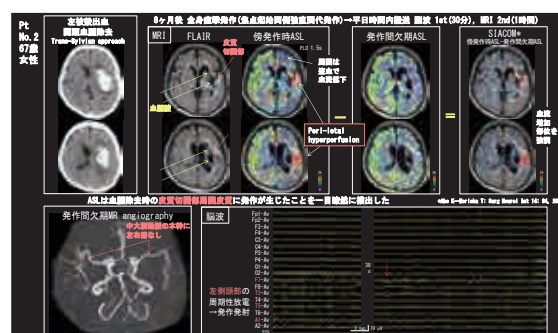


ASL灌流画像によって発作時高灌流を検出し、てんかんの病態診断を行うというのが我々の提唱です。ASLはarterial spin labelingの略で、頸部動脈の血流を磁場でラベリングします。正確にはプロトンのスピンをラベリングするため、この名称が用いられています。標識された血流が例えば1.5秒後のpost-labeling delayでどのように分布するかを画像化すると、脳血流SPECTやPETに近い灌流画像を得ることができます。

灌流画像では、赤い部分が血流増加、青い部分が血流低下を示し、血流分布が視覚的に理解できます。造影剤を必要としないため完全に非侵襲的な検査であり、通常のMRI検査の一環として実施できる点も特徴です。

この症例は、2015年に私が九州労災病院在籍時に発表したASLに関する最初の論文の症例です。右頭頂葉に陳旧性脳梗塞があり、その周囲で血流が増加しています。この陳旧性脳梗塞がてんかん原性病変であり、それに伴う局在関連性の症候性てんかん（構造的焦点てんかん）の病態が明瞭に診断できることがASL検査の特徴です。

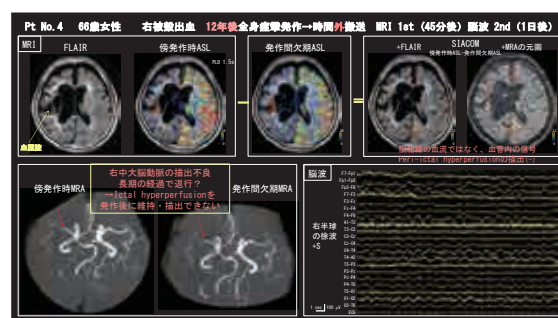
さらに、血流増加は発作終了後もしばらく持続します。発作の強さにもよりますが、全身けいれん発作では約11時間程度検出可能とされており、発作終了後なるべく早い段階で撮像すればてんかんの病態診断が可能であることも2018年以降に報告しています。



今回は、脳出血後てんかん5例におけるASLの有用性と限界について検討しました。代表例を示します。この症例は左被殻出血に大きな出血を認め、出血当日にtransylvian approachで開頭血腫除去術を行っています。8か月後に全身けいれん発作を起こして来院しました。

このときのFLAIR画像では、黄色矢印が血腫腔、赤色矢印が手術による島皮質の切開部を示しています。脳波では右側頭部に周期性放電を認め、それが右半球全体に広がる所見を示しました。傍発作時にASLを撮像すると、皮質切開周囲の皮質血流が増加しており、一見してこの部位がてんかん原性領域と診断できます。

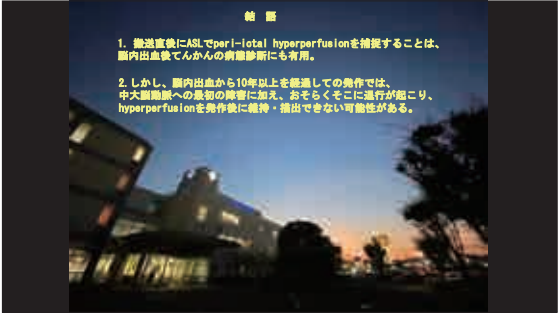
また、発作間欠期のASLも撮像し、傍発作時ASLとの差分をとり、SIACOM画像を作成すると、血流上昇部位が明瞭に強調され、てんかんの病態診断がより容易になります。



しかし、この方法にも限界があります。この症例では右被殻出血から12年後に発作が生じています。この場合、血流供給血管である右中大脳動脈のprimary damageに加えて、この血管に退行性変化が生じ、血管径が細くなっています。そのため傍発作時にASLを撮像しても血流上昇部位が十分に描出されないと考えています。

脳内出血後てんかん5例の臨床所見とASL、MRA・脳波所見					2023年3月-2024年1月
Patient No.	出血部位	Seizure onset	鑑入と検査の時期	②ASLでのPeri-ictal hyperperfusion	③MRA/Angioでの中大脳動脈の描出
1 60F	左側頭葉深部皮質下出血	1年10ヶ月後 FIAS	時間内 MRI 30分後 脳波 1時間後	+ 皮質過興奮部	良好 RDA+S
★ 2 67F	左被蓋出血 (Trans Sylvian 側頭血腫除去)	8ヶ月後 FBTCS	①出血後 2年以内の発作 時間内 EEG 30分後 脳波 1時間後	+ 皮質切開部	良好 発作波
3 56M	左被蓋出血 (Trans Sylvian 側頭血腫除去)	9ヶ月後 FBTCS	時間外 MRI 45分後 脳波 1日後	+ 皮質切開部	良好 0.5Hz RDA
★ 4 68F	右被蓋出血 (皮質過興奮+)	12年後 FBTCS	時間外 MRI 45分後 脳波 1日後	-	不良 RDA+S
5 85M	前頭葉過興奮を伴う右基底核出血	18年後 FBTCS	時間外 MRI 30分後 脳波 1日後	-	不良 1Hz RDA

以上、5例の検討から、出血後2年以内の発作では中大脳動脈の描出が良好でperi-ictal hyperperfusionを明瞭に描出できますが、10年以上経過した症例では血管描出が不良となり、peri-ictal hyperperfusionの描出が困難となる可能性が本法の限界と考えられます。



結果は以上です。御清聴ありがとうございました。

奨励賞

アレルギー性結膜疾患患者に対する JACQLQ 質問票主観症状スコアと臨床検査結果



山名眼科医院
院長
山名 泰生

本日はこのような輝かしい賞を頂き、深く感謝しております。私は1973年に久留米大学医学部を卒業後、九州大学眼科に入局し、糖尿病網膜症を中心に診療を行ってきましたが、65歳で糖尿病学会評議員の定年を迎えたことを機に、何か新しい分野に取り組もうと考え、アレルギー学会に入会しました。そして、70歳を過ぎからアレルギー学会専門医の資格を取得しました。

背景

アレルギー性結膜疾患(allergic conjunctival diseases:ACD)の定義
1995年の日本眼科学会ガイドライン第2版
「I型が関与する結膜の炎症性疾患で、何らかの自他覚症状を伴うもの」
2010年 茂呂ら:自然免疫(Group 2 Innate Lymphoid Cell:ILC-2)
2010年 Rondónら:局所アレルギー性鼻炎(local allergic rhinitis)若い女性に多く、重症化する;
2017年 岩崎ら:IgE が関与しない非IgE型のアレルギー性鼻炎
2019年:局所アレルギー性結膜炎(LAC), non-IgE LAC. (Int Ophthalmol 39:2539-2544, 2019)
2022年:花粉性ACは結膜で感作。(Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 260:281-287, 2022)
2025年: LACは高齢女性に多い、LACの病態は変動する。(Sci Rep 2025 Apr 12;15(1):12566.)
2023年(第3版)アレルギー性結膜疾患(allergic conjunctival diseases:ACD)の定義
「**型アレルギー反応**を主体とした結膜の炎症性疾患であり、**抗原により惹起される**自覚症状・他覚所見を伴うもの」

アレルギー性結膜炎は、以前のガイドラインでは「I型アレルギーが関与する結膜の炎症性疾患で、何らかの自他覚症状を伴うもの」と定義されていました。しかし、2010年に茂呂らが自然免疫の関与を報告し、同年にスペインの Rondónらが局所アレルギー性鼻炎の存在と、それが若い女性に多く重症化することを報告しました。さらに2017年には岩崎らがIgEが関与しない非IgE型アレルギー性鼻炎の存在を報告しました。

私が診療を行う中で、眼局所の所見と検査の結果との間に乖離があることに気づきました。当時、福岡大学眼科の主任教授であり、アレル

ギー学会専門指導医でもあった内尾教授に相談し、2019年に局所アレルギー性結膜炎の存在と、さらに非IgE型の局所アレルギー性結膜炎の存在を報告しました。2022年には、花粉性アレルギー性結膜炎は結膜で感作されることを報告し、昨年には局所アレルギー性結膜炎が高齢女性に多く、その病態が変動することを報告しました。

現在の日本眼科アレルギー学会における定義では、アレルギー性結膜炎の定義に「抗原により惹起される」という文言が付加されています。

目的

アレルギー性結膜疾患 (ACD) は日常生活や社会生活において様々な支障をきたすが、**臨床検査値** (涙液総IgE:t-IgE、結膜好酸球:c-Eo、血清特異的IgE:s-sIgE、血清総IgE:s-IgE、末梢血好酸球:pEo) と**自覚症状および他覚所見との関連**を詳細に検討した報告は少ない。**自覚症状と他覚所見をアレルギー性結膜疾患QOL調査票(JACQLQ)**を用いて集計し、臨床検査結果との関係を検討した。

対象と方法

- 2019年～2021年に山名眼科を受診し同意を得たACD患者**110例**。
- 年齢:7歳から86歳(平均55.5歳) 性別:男性:26例(23.6%)女性:84例(76.4%)
- アレルギー性結膜疾患をJACQLQの主観的**症状または鼻症状に関する9項目、日常生活障害と心理的気分に関する17項目、全般的状態に関する総合的**状態で構成。
- **臨床検査**:t-IgEをAllerwatch® Tear IgE、cEo、s-sIgEをView Allergy 39® (View39)、pEoにより評価。cEo測定には患者の眼瞼結膜細胞診を実施しハンセル染色と光学顕微鏡を用いた。

アレルギー性結膜疾患は日常生活や社会生活においてさまざまな支障を来しますが、臨床検査値と自覚症状および他覚所見との関連については十分に報告されていません。そこで、自覚症状と他覚所見をアレルギー性結膜疾患QOL調査票(JACQLQ)を用いて集計し、その関係を検討しました。

結果

110例中、局所アレルギー性結膜炎(LAC)23.9%。non-IgE LACは3例。

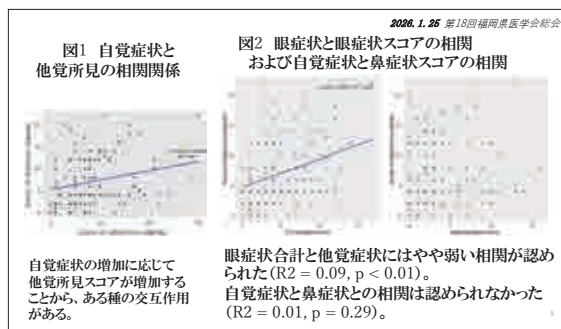
有意差がみられた項目

眼症状:動物・昆虫IgE、眼瞼結膜好酸球(cEo)、
鼻症状:血清特異的IgE(s-sIgE)、花粉IgE、
生活指標:動物・昆虫IgE、
気分:動物・昆虫IgE
自覚症状:涙液総IgE(t-IgE)、眼瞼結膜好酸球(cEo)、ハウスダスト・ダニIgE、
血清総IgE(s-IgE)

眼症状と他覚所見スコアの相関はやや弱い相関($R^2 = 0.09$, $p < 0.01$)、

自覚症状スコアは眼症状スコアとやや強い相関があるが、
鼻症状スコアとの間には相関はない($R^2 = 0.01$, $p = 0.29$) (図1, 2)

結果です。110例中、局所アレルギー性結膜炎は23.9%に認められ、non-IgE型の局所アレルギー性結膜炎は3例に認められました。有意差が認められた項目として、眼症状では動物・昆虫IgEおよび眼瞼結膜好酸球、鼻症状では特異的IgEおよび花粉IgE、生活指標では動物・昆虫IgE、気分では動物・昆虫IgE、自覚症状では涙液総IgE、眼瞼結膜好酸球、ハウスダスト・ダニIgE、血清総IgEとの関連が認められました。



自覚症状と他覚所見の相関関係について検討すると、自覚症状の増加に伴い他覚所見スコアも増加することから、両者の間に一定の相互関係があることが分かりました。眼所見と眼症状スコアの相関、および自覚症状と鼻症状スコアの相関については、眼症状合計と他覚所見との間にはやや弱い相関が認められましたが、自覚症状と鼻症状の間には相関は認められませんでした。

2020.1.25 第18回福岡県医学会総会

結語

アレルギー性結膜疾患QOL調査票(JACQLQ)と臨床検査値を組み合わせることで、アレルギー性結膜疾患(ACD)をより正確に解析することができた。

様々な臨床検査値の中で、**涙液総t-IgE(IgE)**と**結膜好酸球(cEo)**から得られる眼局所データはACDの病態を反映する上で最も重要なデータであると考えられる。

アレルギー性結膜炎は結膜感作によって引き起こされると考えた。

以上より、アレルギー性結膜疾患QOL調査票と臨床検査値を組み合わせることで、アレルギー性結膜疾患をより正確に解析できることが示されました。さまざまな臨床検査値の中でも、涙液総IgEと結膜好酸球から得られる眼局所データは、アレルギー性結膜疾患の病態を反映する上で最も重要なデータであると考えられました。アレルギー性結膜炎は結膜感作によって引き起こされる可能性が示唆されました。

以上です。御清聴ありがとうございました。

次期学会長挨拶

福岡大学医学部長 小 玉 正 太

次 期 学 会 長 挨 拶



福岡大学医学部長 小 玉 正 太

日頃より医師会員の皆様に於かれましては、福岡大学医学部ならびに福岡大学病院の運営にご理解とご支援を賜りまして、心から感謝いたします。第19回福岡県医学会学長を拝命いたしました福岡大学の小玉でございます。

この学会長は福岡県下の医学部のある4大学で医学部長が持ち回りで務めます。私が前会长でありました開催時には、4大学の学長が全員医学部出身者であったこともあり、栄誉ある「4大学の学長講演」の座長を蓮澤会頭と共に務めさせていただきました。また、例年の医学会の企画や振り返りの過程で多数の学生が参加してくれるに至っています。学生諸君には、将来の進路を考える際に、各科の幅広い医療の話をここで聞くことができるため、専攻を決めたり研修について考えたりする示唆に富む内容が多くあるということで、参加を勧めています。さらに、学生のセッションについても私からお願いしポスターセッションを設けていただきましたが、例年活発な発表や討論が行われています。このような機会を通じて学生諸君にも医師会とのつながりを持っていただき、医師会員の先生がどのような仕事をされているのかに耳を傾けていただければと思います。また将来さまざまな場面でお世話になることもあると思いますので、そうした意味でも福岡県医学会総会が幅広い層の医師に興味を持っていただければと考えています。前回務めました総会同様、今回の総会も実り多い会となりますように魅力ある企画で、ご参加の皆さまをお迎えしたいと考えております。

簡単ではございますが、これを持ちまして私の挨拶とさせていただきます。来年度もどうぞよろしくお願いいたします。



ポスターセッション

<一般部門・研修医部門>

テーマ 「地域医療に役立つ最新の医療」

<医学部生部門>

テーマ 「臨床研究報告」

Session A 内科 1

座長 久留米大学医学部病理学講座教授 三 好 寛 明

A 1. 体重2.5kg未満の乳児における頸動脈・腋窩動脈・大腿動脈径

久留米大学医学部小児科学講座

○山川 祐輝、鍵山 慶之、大津 生利衣、久保 雄太郎、清松 光貴
高瀬 隆太、木下 正啓、寺町 陽三、須田 憲治、水落 建輝

- 【背景】 未熟児にもカテーテル治療が可能な時代だが、低体重児の動脈径に関する知見は限られる。
- 【対象と方法】 2021年4月から2023年3月に入院した検査時体重2.5kg未満で状態が安定した、心疾患を持たない児を対象とした。頸動脈(CA)、腋窩動脈(AA)、大腿動脈(FA)の径を左右計測し、それぞれ平均して求めた。
- 【結果】 症例は99例(女児50)、中央値で修正週数36週(26～41)、体重1866g(556～2456)、血管径はCAが最も太く、AAとFAには有意差を認めなかった。それぞれの動脈径は身長・体重・頭囲と正相関し、特に体重と良く相関した(CA: $r=0.50$ 、AA: $r=0.44$ 、FA: $r=0.48$ 、全て $p<0.001$)。CAは1kg未満の患者であっても全例で、カテーテル治療で使用される最小のシース外径(3Fr = 1.6mm)を上回っていた。1.6mmを上回る予測体重は、AAでは体重1754g(AUC 0.754)、FAでは1668g(AUC 0.747)であった。
- 【結論】 動脈径は体格と正相関する。体重1800g未満では3FrシースであってもFAやAAからのアプローチは避けることが望ましい。

A 2. 大動脈解離における細胞老化の役割

久留米大学医学部内科学講座心臓・血管内科

○内山 高輔、青木 浩樹、中尾 英智、大野 聡子、柴田 怜、福本 義弘

- 【背景】 大動脈解離は致死率の高い疾患であるが、分子病態はほぼ不明のままである。我々は解離病態に炎症が重要であること、炎症に先行して細胞増殖が起こることを報告した。細胞増殖は老化を誘導し、老化関連分泌表現型を介して炎症を増幅することが知られているが、解離病態への関与は未解明である。
- 【方法と結果】 マウス解離モデルの大動脈では、解離発症前から大動脈の内皮細胞、平滑筋、マクロファージで細胞老化マーカーが陽性となった。解離モデルに老化細胞除去薬(ABT263)を投与すると大動脈の老化細胞は減少し、解離死亡率が有意に低下し解離病変長も有意に改善した。ABT263投与は大動脈のIL-6やケモカインなどの炎症性液性因子の発現を抑制し、炎症性マクロファージマーカーであるCD80の発現を減少させた。
- 【結論】 細胞老化は解離の進展に関与しており、老化細胞による炎症の誘導がその機序として示唆された。細胞老化は解離治療において新たな標的となり得る。

A 3. 地域住民における血中GLP-1の測定意義に関する横断的研究

1) 久留米大学医学部内科学講座心臓・血管内科部門

2) 久留米大学医学部医学科3年

3) 久留米大学人間健康学部スポーツ医科学科

4) 医療法人恵光会原病院

○下山 茉世¹⁾、緒方 柁²⁾、田久保 晴美¹⁾、佐藤 宏美¹⁾、野原 夢¹⁾
深水 亜子¹⁾、榎本 美佳^{1) 3)}、足達 寿^{1) 4)}、福本 義弘¹⁾

【目的と背景】 GLP-1はインスリン分泌を促進し血糖降下作用を有するホルモンである。我々は日本の一般住民集団でGLP-1を測定し、測定意義を考察した。

【方法】 2023年に長崎県佐世保市宇久町にて検診を受診した173名を対象に身体測定、生化学血液検査を行った。GLP-1を目的変数とした単変量解析、GLP-1を3分位別にみたロジスティック回帰分析を行った。

【結果と考察】 GLP-1値は単変量解析で糖尿病有病率や空腹時血糖、HbA1cと有意に関連した。また糖尿病非有病者においてGLP-1を3分位別にみたとき、低値群と比較して中間値群、高値群でインスリン抵抗性を有するオッズ比が有意に高かった。GLP-1値は今後の糖尿病発症リスクを層別化するマーカーとなる可能性がある。

【結語】 GLP-1値は一般住民集団において糖代謝パラメータと有意に関連し、糖尿病非有病者においてインスリン抵抗性と有意に関連した。

A 4. ゲルストマン・ストライスラー・シャインカー病患者に治療抵抗性の夜間頻回の覚醒と異常行動を認めた一例

久留米大学医学部神経精神医学講座

○小浦 冬馬¹⁾、増本 政也²⁾、千葉 比呂美³⁾、比江嶋 啓至⁴⁾、小曾根 基裕⁵⁾

【目的又は背景】 遺伝性プリオン病の1種であるゲルストマン・ストライスラー・シャインカー病(GSS)は致死性家族性不眠症(FFI)にみられる特徴的な睡眠障害をきたさないことが報告されている。今回、GSS患者において、夜間に幻覚、自律神経症状などによる重度の不眠とそれに伴う極度の睡眠の分断化を呈した症例を経験したので報告する。

【症例】 50代後半の男性。X-2年頃より四肢の運動失調が出現し進行性に増悪した。X年から夜間の中途覚醒、興奮、幻覚、四肢の多動、自律神経症状、異常行動が出現し、総睡眠時間は約3時間となった。頭部MRIでは異常はなく、髄液検査ではNSEが高値で、14-3-3蛋白が陽性であり、有明地域という地域性があり、遺伝子検査でGSSの診断となった。PSG検査を実施したところ、極度に睡眠は分断化されており、あらゆる睡眠段階から頻回に覚醒し、行動異常を認めた。夜間の睡眠障害については複数の向精神薬を用いるも反応はなかった。

【考察】 GSS患者において、重度の睡眠障害を来した症例を経験した。プリオン病の進行過程に併発した睡眠障害と考えられ、治療に難渋したが、最終的にプレガバリンが睡眠障害に著効した。

A 5. 心アミロイドーシスと冠微小循環の関連性についての検討

久留米大学医学部内科学講座心臓・血管内科部門

○中^{なか}小^お田^だ 翔^{しょう}一^{いち}、福本 義弘

- 【目的】 近年、心アミロイドーシスの診断・治療は大幅に進歩している。しかし、心筋障害の進行度の評価は困難なこともある。心筋障害により冠微小血管機能障害 (CMD) が生じることが知られており、本研究では心アミロイドーシスにおける冠微小循環の特性と心筋障害との関連性を検討した。
- 【方法】 左室壁肥厚を認め、CMDを評価した153名のうち心アミロイドーシスと診断された44名で検討した。CMDの指標である冠微小血管抵抗 (IMR) と病理学的な心筋アミロイド沈着率との関連を評価した。
- 【結果】 心アミロイドーシス患者では、他の心肥大疾患と比してIMRが高い傾向がみられた。さらに病理学的検討ではアミロイド沈着率とIMRには相関がみられた。
- 【結論】 心アミロイドーシスでは、アミロイド沈着に関連したCMDが生じている可能性があり、IMRがその重症度の指標の一つとなる可能性がある。

A 6. 体外循環式心肺蘇生法 (ECPR) を受けた病院外心停止患者における神経学的転機の後予後因子の検討

1) 久留米大学病院心臓・血管内科

2) 久留米大学バイオ統計センター

3) 久留米大学病院高度救命救急センター

○本間 丈博^{1) 3)}、柴田 龍宏^{1) 3)}、室谷 健太²⁾、松島 慶央^{1) 3)}、芝尾 昂大^{1) 3)}

堀 賢介^{1) 3)}、大塚 麻樹^{1) 3)}、高須 修³⁾、福本 義弘¹⁾

- 【背景】 病院外心停止 (OHCA) は依然として死亡率が高く、難治性心停止に対する効果的な治療法として体外循環式心肺蘇生 (ECPR) が注目されている。
- 【方法】 2016年1月から2023年12月までの間に久留米大学病院でECPRを受けたOHCA患者65例を対象に、180日後の良好な神経学的予後に関連する因子を検討した。
- 【結果】 多変量解析の結果transient ROSCおよびlow flow timeが独立した予後因子であった。また、決定木モデルを用いた解析では、transient ROSCとbystander CPRがあることが良好な予後に関連する一方、ROSCがなくlow flow timeが49分以上の群では良好な予後が得られなかった。
- 【結語】 本研究は、ECPR候補患者の選定基準を明確化する一助となる可能性が示唆され、予後改善のためには市民啓発や時間短縮のための地域医療体制の整備が重要である。

A 7. 肺高血圧を伴わない慢性血栓塞栓性肺疾患における運動負荷心臓MRIを用いた右室予備能障害の検出

- 1) 九州大学病院循環器内科
- 2) 九州大学病院血液・腫瘍・心血管内科
- 3) JCHO九州病院小児科
- 4) 九州大学大学院医学研究院臨床放射線科学分野

○今林 都咲¹⁾、吉田 賢明¹⁾、細川 和也¹⁾、池田 恵²⁾、和泉 遼¹⁾
浅川 宗俊¹⁾、西崎 晶子¹⁾、石北 綾子¹⁾、豊村 大亮³⁾、日野 卓也⁴⁾
山崎 誘三⁴⁾、稗田 道成²⁾、的場 哲哉¹⁾、石神 康生⁴⁾、阿部 弘太郎¹⁾

【背景】 慢性血栓塞栓性肺疾患 (CTEPD) は肺高血圧症 (PH) により右心不全を発症する予後不良疾患だが、治療手段の確立によりその予後は大幅に改善した。一方、PHの改善後も労作時呼吸困難を呈することがあり、問題となっている。症候性CTEPDにおける運動時右室機能を評価するため、運動負荷心臓MRI (exCMR) を施行した。

【方法及び結果】 PHを伴うCTEPD (CTEPH, n=11)、PHを伴わないCTEPD (CWoPH, n=13)、健常者 (n=20) に対してexCMRを施行した。健常者は運動時に右室一回拍出量係数 (RVSVi) が増加した。CTEPHは安静時より右室拡大を認めた。CWoPHでは健常者と比較し安静時右室容積は変わらないが、運動時に右室容積が拡大し、RVSViは増加しなかった。

【結論】 exCMRによりCWoPHの運動時右室拡大とRVSViの増加不全を認め、労作時息切れの一因と考えられた。

A 8. *RNF213* p.R4810K変異と頭蓋内動脈硬化性病変大規模横断研究による関連因子の探索：Fukuoka Stroke Registry.

- 1) 九州中央病院脳神経内科
- 2) 九州大学大学院医学研究院病態機能内科学
- 3) 九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学
- 4) 九州大学大学院医学研究院附属総合コホートセンター

○高島 正光^{1) 2)}、清原 卓也²⁾、尾崎 雄一²⁾、吉野 文隆²⁾、橋本 剛^{2) 3)}
日高 壮意²⁾、佐原 範之^{2) 3)}、中村 晋之²⁾、松尾 龍^{2) 3) 4)}、脇坂 義信^{2) 4)}
北園 孝成^{1) 2)}、鴨打 正浩^{3) 4)}、吾郷 哲朗^{2) 4)}

【目的】 もやもや病高感受性の*RNF213* p.R4810K変異と頭蓋内動脈硬化性病変 (ICAD) の関連が指摘されているが、ICAD発症には同変異に加えて別の因子が必要とされており、Fukuoka Stroke Registryデータで検討を行った。

【方法】 対象は急性期脳梗塞/TIA症例14471例 (73±12[平均±SD]歳、男性59.4%)。50%以上の頭蓋内動脈狭窄/閉塞病変をICADと定義した。*RNF213* 変異は野生型を非保有群、ヘテロ・ホモ型を変異保有群とした。多変量調整ロジスティック回帰分析により交絡因子の影響を除外した。

【結果】 全対象者で変異保有群は371例 (2.6%)、ICADを3347例 (23.7%) (変異保有率4.5%) 認めた。変異保有群ではICAD保有リスク (多変量調整オッズ比[95% CI]) は有意に高く (2.44[1.97-3.03])、BMI上昇に応じてICAD保有リスクも増加した (P for interaction=0.01)。

【結論】 *RNF213* p.R4810K変異はICADと有意に関連し、BMI上昇は変異保有群におけるICADの重要な関連因子である可能性がある。

B 1. 酸化ストレスと小胞体ストレスを介した糖のみによる肝細胞障害

産業医科大学第3内科学

○大江^{おおえ} 晋司^{しんじ}、林 倫留、宮川 恒一郎、萩野 学芳、本間 雄一、原田 大

- 【目的】 2型糖尿病は代謝関連脂肪性肝疾患や肝細胞癌(HCC)のリスク因子であるが、高血糖自体が肝細胞に与える影響は不明である。本研究では、過剰な糖負荷が肝細胞に及ぼす影響を検討した。
- 【方法】 ヒト不死化肝細胞株(OUMS-29)に過剰な糖を負荷し、その影響について検討した。
- 【成績】 糖負荷15mM(血糖換算270mg/dL)以上で酸化ストレスと小胞体ストレスが濃度・時間依存的に誘導され、35mM(630mg/dL)ではアポトーシスが強く誘導された。DNA障害は15mM以上で認められた。細胞増殖に変化はなかった。飽和脂肪酸を併用すると細胞障害が増悪し、封入体形成が誘導された。さらに持続高血糖は血糖変動よりも強い細胞障害を引き起こした。
- 【考案・結語】 過剰な糖負荷は酸化ストレスと小胞体ストレスを介してDNA障害および肝細胞障害を直接誘発した。また、長時間の高血糖状態よりも少しでも血糖を下げることが望ましいと思われた。

B 2. C型非代償性肝硬変に対する自家末梢血CD34陽性細胞肝動注投与の多施設共同無作為化比較試験

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

○中村^{なかむら} 徹^{とほ}^{1) 2)}、増田 篤高^{1) 2)}、岩本 英希^{1) 2)}、古賀 浩徳^{1) 2)}、川口 巧¹⁾

- 【目的】 C型非代償性肝硬変は抗ウイルス療法後も肝予備能の回復が限定的であり、新たな治療法が求められる。本研究は自家末梢血CD34陽性細胞肝動注療法の有効性と安全性を検討した。
- 【方法】 全国4施設による多施設共同無作為化比較試験として、C型非代償性肝硬変14例をCD34陽性細胞移植群と標準治療群に2:1で割付した。移植群ではG-CSFにより末梢血へ動員したCD34陽性細胞をアフエレーシス後、磁気分離法で分離し肝動注投与した。主要評価項目は24週時点のChild-Pughスコア非増悪率とした。
- 【結果】 主要評価項目に有意差はなかったが、移植群の40%で非代償性から代償性肝硬変への改善を認め、標準群は全例非代償性のままであった。重篤な有害事象はなく、死亡例や肝細胞癌の発症はなかった。
- 【結論】 CD34陽性細胞移植は安全で肝予備能改善が期待される再生医療であり、更なる症例蓄積により有効性の確立を目指す。

B 3. 日本における糖尿病と肝がん罹患率の地域差： 大規模レセプトデータNDBを用いた解析

- 1) 久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門
- 2) 佐賀大学医学部附属病院肝疾患センター
- 3) 東北大学大学院医学系研究科公共健康医学講座医療管理学分野

○中野 聖士¹⁾、川口 真知子¹⁾、中野 暖¹⁾、佐野 有哉¹⁾、天野 恵介¹⁾
中村 徹¹⁾、高橋 宏和²⁾、桜澤 邦男³⁾、藤森 研司³⁾、川口 巧¹⁾

- 【目的】 糖尿病患者において肝がんは主な死因であり、その発症リスクは約2倍と高率である。大規模レセプトデータであるNational Database (NDB) を用いて、日本における糖尿病と肝がん罹患率の地域差を調査した。
- 【方法】 2020年におけるNDBのオープンデータを使用した。地域差を評価するために標準化レセプト出現比 (SCR) を採用した。
- 【成績】 糖尿病：耐糖能異常におけるSCR $\geq$ 100の都道府県数は東日本で10、西日本で19であり、西日本で有意に多かった (P=0.0119)。SCRが最も高かったのは四国で、続いて九州、中国、中部であった。肝がん：肝がんにおけるSCR $\geq$ 100の都道府県数は東日本で4、西日本で19であり、西日本で有意に多かった (P<0.0001)。SCRが最も高かったのは九州で、続いて中国、近畿、四国であった。
- 【結論】 糖尿病と肝がんの罹患率は西日本で高率であり、地域差があることが明らかとなった。特に西日本において糖尿病と肝がんに対するスクリーニングの普及が望まれる。

B 4. 慢性肝疾患におけるp62発現の臨床的意義に関する検討

産業医科大学第3内科学

○吉富 健悟、荻野 学芳、池見 雅俊、大江 晋司、宮川 恒一郎
本間 雄一、柴田 道彦、阿部 慎太郎、原田 大

- 【目的と背景】 オートファジー、酸化ストレス、小胞体ストレスに関与するタンパク質p62 (SQSTM1) は細胞の恒常性維持に重要な役割を持つとされるが、慢性肝疾患における臨床的意義は不明である。本研究では肝組織のp62発現と慢性肝疾患との関連性について検討した。
- 【方法】 慢性肝疾患217例の肝生検検体に対して免疫染色を行い、定量化したp62陽性領域と臨床指標とを統計学的に解析した。また、肝由来培養細胞のHepG2に対し飽和脂肪酸 (PA)、不飽和脂肪酸 (OA)、高グルコース負荷を行い、p62のmRNAおよびタンパク質発現を検討した。さらにマウスにPAを尾静脈投与し、肝組織中のp62発現変化を評価した。
- 【結果】 p62発現はMASLD群で高く、BMI・耐糖能異常・脂質異常と正の相関を示し、肝線維化の独立予測因子であった。HepG2ではPA負荷でp62発現が増加し、PA投与マウスでも肝p62のmRNAが有意に増加した。
- 【結論】 肝組織のp62発現は、飽和脂肪酸による代謝ストレス指標となる可能性がある。

B 5. 胆石発生とMASLD・MetALDの関連：有向非巡回グラフによる因果推論

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門

○福永 秀平、川口 巧

- 【目的または背景】 胆石症は地域医療における主要な消化器疾患であり、代謝異常との関連が指摘されている。近年、MASLDだけでなく中等量飲酒を含めたMetALDなどSLDの新たな定義が提唱された。本研究の目的は、MASLD/MetALDが胆石発生に及ぼす影響を検討することである。
- 【方法と材料または対象】 2008～2021年に腹部超音波検査を受けた健診受検者8,766例を対象に、non-SLD、MASLD、MetALD群に分類した。Cox比例ハザード回帰分析、ランダムフォレスト解析、DAGで胆石発生要因を解析した。
- 【結果および考察】 胆石発生のリスク因子は年齢、男性、MASLDであり、MASLD群はnon-SLDおよびMetALD群に比べ胆石リスクが有意に高かった。さらに、ランダムフォレスト解析およびDAGでも、MASLDにおける胆石発生に最も影響する直接因子は高血圧症であった。
- 【結論または結語】 MASLDは胆石発生のリスク因子であり、高血圧症が最も強く関与する要因であった。地域健診データを用いた本研究は、生活習慣改善による胆石予防の重要性を示唆する。

B 6. Crohn病患者における肉芽腫の有無と、臨床的事項の関連についての100症例の解析

1) 福岡大学大学院医学研究科

2) 福岡大学医学部病理学講座

3) 福岡大学医学部消化器内科

○廣田 悠治¹⁾、青木 光希子²⁾、芦塚 伸也³⁾、濱崎 慎²⁾
平井 郁仁³⁾、久能 宜昭³⁾

- 【目的】 Crohn病（以下、CD）に特徴的な組織所見として非乾酪性類上皮肉芽腫（以下、肉芽腫）が知られており、診断基準の主要所見である。しかし、肉芽腫が認められる頻度は高くなく、臨床的意義についての報告は少ない。そこで、当院CD患者での生検組織における肉芽腫の検出頻度、検出部位、内視鏡所見について検討した。
- 【方法と材料】 2016年以降に当院消化器内科でCDと確定診断された100症例について肉芽腫の検出数や頻度を後ろ向きに調査した。さらに、生検の部位、内視鏡所見と肉芽腫検出との関連を検討した。
- 【結果】 経過中に1回でも肉芽腫が検出された症例は37%であったが、1回の生検あたりの肉芽腫検出率は6.5%と低かった。部位別では小腸、直腸からの生検で検出率が高かった。内視鏡所見としては瘻孔、敷石状変化からの検出率が高い傾向が認められた。
- 【結語】 CDの診断に有用な組織学的所見である肉芽腫の検出率は高くなく、部位や内視鏡所見を考慮した生検が望まれる。また、肉芽腫検出が診断確定の鍵となる症例においては、胃・十二指腸を含めた複数の消化管臓器からの多数の検体採取が推奨される。

B 7. 代謝機能障害関連脂肪性肝炎 (MASH) の拾い上げに有用な 非侵襲的スコアリングシステムの構築

福岡大学医学部消化器内科

○徳重^{とくしげ} 裕陽^{ひろあき}、横山 圭二、宮山 隆志、相良 佳奈
鍋島 沙織、久能 宣昭、平井 郁仁

- 【目的】 代謝機能障害関連脂肪性肝炎 (MASH) の増加は本邦における慢性肝障害の重要課題であり、生検に代わる一般検査での非侵襲的診断法 (NIT) の確立が求められる。本研究では、MASH 拾い上げに有用なNITの構築を目的とした。
- 【対象と方法】 2013年以降に肝生検でMASHと診断された87例を対象に、組織学的肝線維化を評価するBrunt stagingを基準として、血清マーカー (血小板、Mac2-BPGi、ヒアルロン酸、IV型コラーゲン7S、フェリチン) および既存のスコア (FIB4 index、AST/ALT ratio、APRI、NAFLD Activity Score (NAS)、NAFLD fibrosis Score (NFS)、NAFIC Score) との相関を比較した。さらに相関が高い上位 4 因子で決定木解析を行った。
- 【結果】 相関上位 4 因子の血小板 ($r = -0.582$)、Mac2-BPGi ($r = 0.589$)、FIB-4 ($r = 0.647$)、NFS ($r = 0.698$) を採用した決定木解析では、 $NFS \geq -0.47$ かつ $Mac2-BPGi \geq 1.82$ の症例は全例Brunt stage 3以上 ($n = 30$) であり、高度線維化例を高精度に抽出した。
- 【考案・結語】 代謝異常を反映するNFSに線維化マーカー Mac2-BPGiを組み合わせることで、進行線維化MASHの診断精度が向上した。 $NFS (\geq -0.47) \times Mac2-BPGi (\geq 1.82)$ は、生検代替となり得る有用なNITと考えられる。

B 8. 大腸ESDにおける抗血栓薬継続使用の影響に関する検討

1) 九州大学大学院病態機能内科学

2) 岩手医科大学内科学講座消化器内科分野

○才木^{さいき} 琢登^{たくと}¹⁾、川崎 啓祐^{1) 2)}、松本 主之²⁾、梅野 淳嗣¹⁾、吾郷 哲朗¹⁾

- 【背景と目的】 大腸内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) 中の抗血栓薬の継続使用による出血リスクを明らかにすること。
- 【方法】 2014年から2020年の間に当施設でESDを施行された大腸上皮性腫瘍患者468名を対象とした。抗血栓薬投与中の患者については、ESD前後も抗血栓薬の投与を継続した。抗血栓薬の継続群と非継続群に対して傾向スコアマッチングを行い、出血リスクを比較した。
- 【結果】 82名 (17.5%) の患者が抗血栓薬を投与されていた。大腸ESD後出血率は、継続群21.6%、非継続群5.4%であり、継続群で高かった。Cox回帰分析では、抗血栓薬の継続はESD後の出血リスクと有意に関連していた。ESD後の出血に対しては、いずれも内視鏡的止血術または保存的治療で対応可能であった。
- 【結論】 大腸ESD期間中の抗血栓薬の継続は出血リスクを増加させる。しかしESD後の出血を注意深くモニタリングすれば、継続は許容できる可能性がある。

C 1. シングルセル解析と遺伝子網羅的解析を用いた新規じん肺の病態解明

1) 産業医科大学呼吸器内科学

2) 産業医科大学産業生態科学研究所呼吸病態学

3) 産業医科大学産業生態科学研究所労働衛生工学

○森本 俊規¹⁾、和泉 弘人²⁾、西田 千夏³⁾、友永 泰介²⁾、中村 佑生子²⁾
森元 伸也²⁾、東 泰幸¹⁾、田原 正浩¹⁾、森本 泰夫²⁾、矢寺 和博¹⁾

【背景・目的】 ポリアクリル酸 (PAA) は、医薬品など日用品に広く用いられているが、近年製造作業者に、石綿肺よりも進行性・重篤な肺線維症や肺気腫が集団発生したことが報告された。本研究ではシングルセル解析と網羅的遺伝子解析の統合により、病態解明を試みた。

【方法】 PAAをF344ラットに気管内投与し、肺線維化の原因遺伝子を探索した。

【結果】 PAA群において、BALFのシングルセル解析および肺組織の網羅的遺伝子解析でSpp1発現増加とその細胞集団を同定した。塵肺特有の物理化学的特性に着目し、特殊製造法によりカルボキシ基 (COOH) を除去したPAAを作製し、追加実験を行ったところCOOH除去PAA群ではSpp1発現低下を認め、肺線維化は生じなかった。

【結論】 PAAの線維化には、Spp1関連遺伝子が関与し、PAAの線維化に関わる物理化学的特性としてCOOHの存在が示唆された。この知見は地域の職業性肺疾患予防策の改善に貢献し、類似化合物の安全性評価にも応用可能と考える。

C 2. セレコキシブ誘導体OSU-03012：細胞外基質分解促進を介した肺線維症に対する新規治療戦略

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薬理学

○橋本 康平¹⁾、有岡 将基²⁾、田原 正浩¹⁾、高橋 富美²⁾、矢寺 和博¹⁾

【背景と目的】 セレコキシブ誘導体は臓器線維化抑制効果が報告されているが、その一つであるOSU-03012 (OSU) の肺線維化への効果は未報告である。本研究は、OSUの肺線維症に対する新規治療薬としての可能性を探るため、その抑制効果と作用機序を解明することを目的とした。

【方法と結果】 C57BL/6マウスを用いたブレオマイシン (BLM) 誘導性肺線維症モデルにおいて、OSUの経口投与は肺線維症を抑制した。作用機序検討のため、ヒト肺由来線維芽細胞にTGF- β 1を添加するin vitro実験を行った結果、OSUは筋線維芽細胞への分化および細胞外基質 (ECM) 産生を抑制した。このECM抑制の機序として、マトリックスメタロプロテアーゼの発現上昇によるECM分解促進が関与していた。

【結論】 OSUは、筋線維芽細胞を介したECM産生抑制と分解促進の作用により、肺線維症の治療薬となりうる可能性が示唆された。

C 3. 重症COVID-19肺炎における人工呼吸器関連肺炎の頻度、予後、原因菌 —単施設後ろ向き観察研究—

1) 福岡大学病院救命救急センター、2) 福岡大学医学部救命救急医学講座

3) 福岡大学病院救急治療センター、4) 福岡大学病院感染制御部

5) 福岡大学医学部腫瘍血液感染症内科

○森本 紳一^{1) 2)}、村西 謙太郎^{1) 2)}、泉谷 義人^{1) 2)}、喜多村 泰輔^{1) 3)}
高田 徹^{4) 5)}、仲村 佳彦^{1) 2)}

- 【目的】 重症新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に伴う急性呼吸窮迫症候群 (ARDS) は、人工呼吸器関連肺炎 (VAP) の高発生率と関連する。本研究は、COVID-19関連ARDSにおけるVAPの疫学的特徴を明らかにすることを目的とした。
- 【方法】 2020年4月～2021年9月に当院へ入院したCOVID-19関連ARDS患者を対象とする後ろ向き観察研究を行った。主要評価項目は退院時生存率、副次項目はVAP発生率、ICU滞在期間、分離菌種とした。
- 【結果】 対象68例中23例 (33.8%) がVAPを発症し、退院生存率はVAP群60.9%、非VAP群84.4%であった ($P=0.04$)。VAP群はICU滞在期間が有意に長かった (62[33.5 - 79.5] 日 vs 10[8 - 15] 日, $P<0.01$)。最も多い分離菌は *Stenotrophomonas maltophilia* であり、入院時カルバペネム系抗菌薬使用は75%に認めた。
- 【結語】 VAP発症例は退院生存率が有意に低く、長期ICU滞在を特徴とした。また、カルバペネム使用が *S. maltophilia* 感染と関連する可能性が示唆された。

C 4. ネフローゼ症候群に対してLDLアフェレーシスを施行した 最近5年間延べ9症例のまとめ

飯塚病院腎臓内科

○末次 駿一^{すえつぐ しゅんいち}、島子 佑斗、眞崎 亮浩、岡村 のぞみ
西田 明弘、福満 研人、藤崎 毅一郎

- 【背景】 LDLアフェレーシス (LDL-A) は従来の薬物療法で効果の得られないネフローゼ症候群に対して有効性が報告されており、巣状分節性糸球体硬化症 (FSGS) に加え、微小変化型ネフローゼ症候群 (MCNS) や膜性腎症 (MN) にも保険適応が拡大された。
- 【対象と方法】 2020年～2025年に当院でLDL-Aを施行したネフローゼ症候群延べ9症例を後方視的に検討した。
- 【結果・考察】 LDL-A開始は、ステロイド開始から25日後 (中央値) だった。LDL-A終了後4週間以内に6例でUP/UCr < 1.0g/gCrを達成し、その後8例で完全寛解が得られた。再発は3例に認め、1例は半年後、2例は2年後であった。
- 【考察・結論】 LDL-Aは、ステロイドでの初期治療に対する反応不良なネフローゼ症候群において尿蛋白減少・寛解導入に有効であった。LDL-A導入後4週間以内に尿蛋白改善が得られた例では長期予後も良好であった。

C 5. カピバセルチブによる薬剤性糖尿病の一例

久留米大学病院内分泌代謝内科部門

○高松 彩^{あかまつ}、田仲 洋平^{あや}、合原 水月、永山 綾子
蘆田 健二、野村 政壽

- 【背景】 AKTは細胞増殖と代謝の重要な情報伝達因子であり、乳癌の治療ターゲットとして注目されている。
- 【症例】 72歳女性。X-3年に右潜在性乳癌と診断され、術前化学療法と右乳房部分切除術、放射線療法を受けた。X年5月にカピバセルチブ800mg/日×4/週を開始後に、HbA1cが6.6% (X年6月) から8.3% (X年7月) に上昇したため当科に入院した。
- 【理学・検査所見】 身長151cm、体重47kg、血中ケトン体正常 (121μmol/L)、通常食摂食試験PG (mg/dL) /sCPR (ng/mL) =89/5.7 (0分), 286/20.2 (60分), 380/39.9 (120分)
- 【臨床経過】 カピバセルチブ投与日に一過性の食後高血糖を認めた。メトホルミン単独と比較してSGLT2阻害薬の併用が高血糖の改善に有効であり、血中ケトン体は上昇しなかった。
- 【考察】 カピバセルチブ投与による高血糖は、第Ⅲ相CAPItello-291試験で約60例 (投与例の16.9%) が報告されている。本症例から耐糖能悪化の主原因として、骨格筋AKTの阻害作用が推察された。
- 【結語】 カピバセルチブ投与時の高血糖対策に示唆を与える症例を経験した。

C 6. 地域連携で進める吸入指導の標準化～吸入スチュワードシップの取り組み～

- 1) 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
- 2) 久留米大学病院薬剤部
- 3) 久留米三井薬剤師会

○木下 隆^{きのした たかし}、富永 正樹¹⁾、川山 智隆¹⁾、星野 友昭¹⁾
梅野 有紀²⁾、井上 光鋭²⁾、坂井 貴³⁾、山口 信也³⁾

- 【背景・目的】 生物学的製剤の普及により気管支喘息の治療は飛躍的に高度化した。吸入指導の実施や熟達度にばらつきを認めている。そこで、久留米三井薬剤師会と協働し、久留米医薬連携吸入指導研究会を立ち上げ、吸入指導の標準化に取り組んだ。
- 【方法】 吸入薬の全デバイス共通の7項目チェックリストで実技ワークショップを薬局や病院薬剤師に実施した。患者資材を用いて指導し、疑義紹介やトレーニングで気づきを共有した。終了後にアンケート等を記述的に評価した。
- 【結果】 手順の明確化、説明の一貫性、自己効力感 (「どちらかというと得意」33%上昇)、連携の円滑化を得ることができた。
- 【結論】 吸入指導の標準化は最新医療の基盤であり、地域展開し、今後は患者アウトカムと医療費を前向きに検証する。

C 7. CIDP患者における既存治療からFcRn阻害薬切り替え後の転帰

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

○今居 達也、入江 研一、森 慎一郎、立石 貴久、星野 友昭

- 【背景】 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 (CIDP) は、再発・寛解をきたす四肢筋力低下および感覚障害を主徴とする、免疫性末梢神経障害である。エフガルチギモドは、胎児性Fc受容体に結合し、その作用を阻害することでIgGのリサイクルを抑制し、IgGの分解を促進する薬剤である。従来は全身型重症筋無力症および慢性特発性血小板減少性紫斑病に対して承認されていたが、2024年12月にCIDPへの適応が追加された。エフガルチギモドはCIDPへの適応拡大後間もないこともあり、どのような症例に有効であるかは十分なエビデンスが蓄積されていないため、当院での実施結果にて効果の検討を行った。
- 【方法】 当院においてCIDPと診断し、2024年12月から2025年4月までに既存治療からエフガルチギモドへ切り替えを行った5症例を対象にし、エフガルチギモド切り替え前後のINCATスコア、I-RODSスコア、握力、血清IgG値等の変化について、各症例の臨床背景とあわせて検討し報告する。

C 8. 腎機能障害を有する患者に対する選択的動注化学放射線治療の有効性と安全性：後ろ向きコホート研究

久留米大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

○今原 悠二、小野 剛治

- 【背景】 高用量シスプラチン併用化学放射線治療は局所進行喉頭扁平上皮癌に対して標準治療とされているが腎機能障害を有する患者はシスプラチンの投与量を制限される。今回、我々は腎機能障害を有する局所進行喉頭癌患者に対して低用量シスプラチンを用いた選択的動注化学放射線治療 (modified [m]- RADPLAT) を行い、その有効性と安全性を検討した。
- 【方法】 m-RADPLATを受けた局所進行喉頭扁平上皮癌患者77例のデータを後ろ向きに解析した。
- 【結果】 クレアチニンクリアランス (以下CrCl) 値が $30 \leq \text{CrCl} < 60 \text{ mL/min}$ の患者が14例、 $\text{CrCl} \geq 60 \text{ mL/min}$ の患者が63例であった。m-RADPLATを施行後、血清クレアチニン値およびCrCl値に有意な変化はなかった。5年局所制御率、生存率、喉頭温存率は、 $\text{CrCl} < 60$ 群と $\text{CrCl} \geq 60$ 群でそれぞれ90.0%と90.5%、100%と81.8%、100%と79.0%であった。グレード3以上の有害事象発生率にも両群間で有意差はなかった。
- 【結論】 m-RADPLATは、腎機能障害を有する患者に対しても良好な生存率および喉頭温存率を示した。

C 9. 当院における塩分チェックシートと随時尿による推定塩分摂取量の活用

1) 産業医科大学第2内科学、2) 直方病院循環器内科

○仲 悠太郎¹⁾、岡部 宏樹¹⁾、瀬戸山 航史¹⁾、平川 晴久²⁾、片岡 雅晴¹⁾

- 【目的】 高血圧治療において、患者の認識と実際の塩分摂取量は乖離しており、減塩指導は難渋することが多い。簡易食事調査票「塩分チェックシート」の点数と随時尿による推定塩分摂取量の関係を確認することを目的とした。
- 【方法】 対象は当院通院中の降圧薬を内服している高血圧患者88例。外来にて塩分チェックシートの点数と随時尿による推定塩分摂取量との相関を検討した。
- 【結果】 平均年齢77.5歳。診察室収縮期血圧は平均で129.7mmHgであった。塩分チェックシートの平均点数は男性で13.2点、女性で11.3点と男性で高く、推定塩分摂取量は男性で10.3g、女性で8.8gと男性で高かった。塩分チェックシート点数と推定塩分摂取量は有意な相関関係を認めた。
- 【結論】 塩分チェックシートを用いた食塩摂取量の評価は非常に簡便であり、検査設備のない施設でも、外来での減塩指導に活用できるツールである。

C 10. CKD患者における推定ナトリウム・カリウム摂取量と全死亡・心血管病の関連：福岡腎臓病データベース (FKR) 研究

1) 九州大学大学院医学研究院病態機能内科学

2) 九州大学医学研究院附属総合コホートセンター

3) 九州大学病院腎疾患治療部

○末永 達也¹⁾、田中 茂²⁾、北村 博雅³⁾、岡村 員裕¹⁾
山田 俊輔¹⁾、中野 敏昭¹⁾、吾郷 哲朗¹⁾

- 【背景】 一般集団ではNa摂取増加、K摂取低下、Na/K摂取比上昇が死亡やCVDリスク上昇と関連するが、CKD集団での検討は少ない。
- 【方法】 CKD患者を対象とした多施設前向きのFKR研究に参加した4314人を対象に、田中の式で推定したNa摂取量・K摂取量・Na/K摂取比を四分位 (Q1-Q4) に分類し、全死亡またはCVD複合との関連をCox比例ハザードモデルで解析した。
- 【結果】 5年間で687人がイベントを発症した。多変量解析でNa摂取量およびNa/K摂取比のQ4はQ1に比べHR (95CI) は1.48 (1.16-1.90)、1.42 (1.13-1.78) であった。一方、K摂取量のQ1はQ4に比べHR (95%CI) は1.45 (1.09-1.94) であった。
- 【結論】 CKD患者においてもNa摂取増加、K摂取低下、Na/K比上昇は死亡またはCVDリスク上昇と関連した。

C11. 2型糖尿病患者のマグネシウム摂取量や血清濃度が高い程血糖コントロールは良好である：Fukuoka Diabetes Registry (FDR)

1) 九州大学大学院医学研究院病態機能内科学

2) 社会医療法人財団白十字会白十字病院糖尿病センター

○東 大樹¹⁾、大隈 俊明¹⁾、岩瀬 正典²⁾、大城 彩香¹⁾、吾郷 哲朗¹⁾

- 【目的】 マグネシウム (Mg) 欠乏は2型糖尿病発症リスクとなると報告されているが、2型糖尿病患者のMg摂取量と血糖コントロールの関係についてみた研究は限られている。本研究では、Mg摂取量および血清Mg濃度と血糖コントロールの関係を検討した。
- 【方法】 2型糖尿病患者4,923名を対象とし、Mg摂取量と血清Mg濃度に基づいて5分位に分類し、HbA1c、インスリン分泌能および感受性に関する指標との関連を検討した。
- 【結果】 HbA1c値は、Mg摂取量が多いほど、また血清Mg値が高いほど、有意に低下する傾向を認めた。また、Mg摂取量および血清Mg濃度が増加するほど、インスリン感受性を示すHOMA2-%Sが高い傾向を認めた。血清Mg濃度の上昇は、インスリン分泌能を示すHOMA2-%Bの上昇とも有意に関連していた。
- 【結語】 適切なMg摂取と血清Mg濃度の維持は、2型糖尿病治療に有益である可能性がある。

Session D 外科

座長 福岡大学医学部長 小 玉 正 太

D 1. 当科における局所進行下部直腸癌に対する術前化学療法後の側方郭清の意義について

産業医科大学第1外科

○小杉^{こすぎ} 珠美^{たまみ}、秋山 泰樹、山内 潤身、永田 淳、平田 敬治

- 【背景】 当科では局所進行直腸癌に対する術前治療として術前化学療法(NAC)を施行してきた。今回、当科における直腸癌に対するNAC後の側方郭清(LLND)の成績およびその意義について検討した。
- 【対象】 2017年4月から2023年12月までにNACを施行した直腸癌45例を対象とした。
- 【結果】 14例がNAC前に側方リンパ節転移陽性と判断され、患側のLLNDが施行されていた。そのうち病理で転移陽性であったものが3例(21.4%)であり、術後の局所再発を1例認めた(7.1%)が、側方リンパ節への再発は認めなかった。側方リンパ節転移陰性と判断されLLNDが省略された31例のうち5例(16.1%)に局所再発を認めた。
- 【考察】 LLNDを省略した症例での局所再発率を見ると、JCOG0212のTME単独群の再発率と同程度であった。以上のことからNACによる側方リンパ節転移抑制効果は限定的であると考ええる。

D 2. リハビリ病院、在宅医療における爪肥厚・変形の治療の必要性と治療法

社会医療法人共愛会戸畑リハビリテーション病院

○木股^{きまた} 完仁^{さだひと}、剣持 邦彦、二瓶 俊一

- 【背景】 高齢リハビリ患者の足には爪白癬、肥厚・変形が多くみられ、炎症を起こしリハビリに悪影響を及ぼす。この為即効性があり、効果が持続する方法が求められる。
- 【方法と材料または対象】 ミニルーター・ニッパー・吸引機・ライトを用いる。
- 【方法】 爪甲を可及的に平坦に削除し、サリチル酸ワセリン軟膏を1日2回程度爪甲に塗布する。
- 【対象】 爪肥厚・変形があり相談のあった入院及び在宅患者。男性31名、女性49名。
- 【結果】 1例のみ2回目の施術を拒否された。原因は重度の認知症で施術時に安静を保てなかった。その他の症例はすべて1回目の施術で爪甲形態に満足する結果を得た。
- 【考察】 爪変形の原因は、①爪甲変形により爪を伸展阻害する。②爪床の硬化が爪の伸展を阻害する。と考える。爪を薄くすることで形態を改善、爪甲下の菌塊を除去し、軟膏が爪甲・爪床に浸潤しやすくする。これにより爪の伸展を促し良好な結果を得たと考える。再燃についても今後検索していく。

D 3. 久留米大学における掌蹠膿疱症(掌蹠膿疱症性骨関節炎合併例を含む) 患者に対する生物学的製剤使用の検討

久留米大学医学部皮膚科学講座

○廣松^{ひろまつ} 慧美^{えみ}、大園 綾花、嘉多山 絵理、名嘉真 武國、古賀 浩嗣

- 【目的または背景】 本邦では局所療法で効果不十分な掌蹠膿疱症(PPP)に対してグセルクマブ、リサンキズマブ、プロダルマブの3種類の生物学的製剤が保険承認されている。しかしその効果をまとめた報告は少なく、当科の生物学的製剤使用例の有効性について検討を行った。
- 【方法】 生物学的製剤を使用したPPP17症例の皮疹と掌蹠膿疱症性骨関節炎(PAO)への治療効果を検討した。
- 【結果】 グセルクマブ使用9例中、7例で皮疹に有効であり、2例でPAOに有効であった。リサンキズマブ使用6例中、全例で皮疹に有効であり、4例でPAOに有効であった。プロダルマブは使用例がなかった。グセルクマブからリサンキズマブへスイッチした2例では1例で皮疹とPAOの改善を認めた。
- 【結語】 グセルクマブおよびリサンキズマブはいずれもPPPの皮疹に有効であったが、PAOに対してはリサンキズマブの方がより良好な効果を示す傾向があると考えられた。

D 4. 産業医科大学病院における後期高齢者の鼠径部ヘルニアに対する 外科的治療の現状について

産業医科大学病院消化器・内分泌外科

○永田^{ながた} 淳^{じゅん}、天池 孝夫、古賀 敦大、秋山 泰樹、田上 貴之
森 泰寿、山内 潤身、佐藤 永洋、田村 利尚、井上 譲
柴尾 和徳、平田 敬治

- 【背景】 鼠径部ヘルニアは高齢者に多い疾患であり、後期高齢者では併存疾患や身体機能低下を伴うことが多く、治療方針決定に慎重な判断が求められる。
- 【対象と方法】 当院で2015-2025年に鼠径部ヘルニア手術を受けた75歳以上の196例を対象に後方視的解析を行った。男性174例、女性22例、手術時年齢79歳(中央値)であり、腹腔鏡下手術108例、前方アプローチ88例であった。
- 【結果】 出血量や在院日数、重篤な合併症発生率などで両群間で有意差は認められなかった。
- 【結論】 全身状態や併存疾患を適切に評価した上で術式を選択すれば、後期高齢者においても安全に手術が施行可能と考えられた。今後は再発率やQOLを含めた検討が必要である。

D 5. 高齢大腸癌患者における簡便な免疫炎症マーカーによる術前予後予測の有用性

久留米大学医学部外科学講座

○吉田 直裕、高松 正行、高木 健太、久田 かほり、菊池 麻亜子
古賀 史記、仕垣 隆浩、藤吉 健司、大地 貴史、吉田 武史
後藤 祐一、磯邊 太郎、森 直樹、酒井 久宗、主藤 朝也
石橋 生哉、久下 亨、藤田 文彦

- 【背景・目的】 高齢化に伴い増加する高齢進行大腸癌（CRC）患者において、予後予測は重要である。本研究は、高齢者（65歳以上）の進行CRC患者において、免疫炎症マーカーが予後予測に有用かを明らかにすることを目的とした。
- 【方法と対象】 2015年から2018年に進行CRCに対し根治切除を施行した65歳以上の患者149名を対象とし、術前のCRP/Alb比（CAR）等4種の免疫炎症マーカーと予後との関連を後方視的に解析した。
- 【結果および考察】 多変量解析の結果、CAR高値（ ≥ 0.09 ）は、リンパ管侵襲と並び全生存期間（OS）および癌特異的生存期間（CSS）の独立した予後不良因子であった（OS: $p=0.04$, CSS: $p=0.03$ ）。CARは簡便に測定可能で炎症と栄養状態を反映し、高齢者の全身状態を鋭敏に捉える指標と考えられた。
- 【結語】 術前CARは、高齢進行CRC患者の簡便で有用な予後予測マーカーである。

D 6. 腸腰筋膿瘍に対する当院の治療成績

- 1) 産業医科大学病院外傷再建センター
- 2) 産業医科大学整形外科
- 3) 産業医科大学病院救急集中治療科

○三宅 功祐^{2) 3)}、善家 雄吉¹⁾、太田 克樹¹⁾、篠原 大地¹⁾
佐藤 直人¹⁾、十時 靖和¹⁾、岡田 祥明¹⁾、酒井 昭典²⁾

- 【目的・方法】 腸腰筋膿瘍の治療は非外科的加療が一般的だが、治療方針には明確なエビデンスやガイドラインがない。近年、骨・軟部組織感染症の治療に持続局所抗菌薬灌流（Continuous Local Antibiotics Perfusion: CLAP）療法の有効性が示されている。本研究の目的は、当院で手術加療を受けた腸腰筋膿瘍7例の治療成績を後ろ向きに検討することである。
- 【結果】 男性3例、女性4例で、平均年齢は64.4歳。感染部位は主に後腹膜腔で、起因菌は主に大腸菌であった。CLAP療法は6例に施行され、平均留置期間は17.7日で有害事象はみられなかった。全例で感染は鎮静化し、再手術や死亡例はなかった。
- 【考察】 腸腰筋膿瘍の難治例や多房性膿瘍、再発例に対し手術療法が選択されることがあるが、明確なコンセンサスは存在しない。適切な抗菌薬加療に加え、CLAP療法を併用した手術治療は、難治例に対する治療の選択肢の一つと考えられた。

D 7. 直腸癌手術における縫合不全予防の新戦略：ステイプライン交点を回避したCircular-Side Stapling Technique (CST) 法の有用性

九州大学大学院消化器・総合外科

○播磨 朋哉、安藤 幸滋、吉住 朋晴

【背景】 直腸癌手術における縫合不全は約10%に発生し、短期的な感染や再手術のみならず、局所再発や予後不良、肛門機能障害など長期成績にも悪影響を及ぼす。我々は縫合不全を減らす吻合法：Circular-Side Stapling Technique (CST) 法を開発し、実践してきた。

【方法と対象】 2013～2023年に器械吻合を伴うcStage I～Ⅲ直腸癌手術を施行した301例を対象とし、従来の吻合法であるDST法とCST法との比較検討を行った。

【結果および考察】 301例での縫合不全発生率はCST群2.9% (5/175例)、DST群8.7% (11/125例) とCST群で有意に低率であった。本法は特に上部直腸癌症例で有用であった。

【結論または結語】 CST法は縫合不全発生率の低減に寄与しうる有効な吻合法である。短期合併症の予防だけでなく、長期成績改善にもつながる可能性があり、直腸癌手術における有用な選択肢となり得る。

Session E 整形

座長 産業医科大学医学部長 酒 井 昭 典

E 1. 内側コンパートメントに骨挫傷が存在する膝前十字靭帯損傷は 前外側回旋不安定性が大きい

福岡大学病院整形外科

○矢野^{やの} 翔大^{しょうだい}、前山 彰、市川 賢、石松 哲郎
宮崎 弘太郎、秀島 義章、山本 卓明

- 【背景】 膝前十字靭帯 (ACL) 損傷に伴う骨挫傷は大腿骨や脛骨に生じ、診断の一助となるが、内側における骨挫傷の発生機序は不明である。ACL損傷時に生じる骨挫傷と膝前外側回旋不安定性の関連を検討した。
- 【方法】 当院でACL再建術を行った63例中、受傷4週以内のMRIで骨挫傷を認め、かつ3次元電磁気センサー (EMS) による回旋不安定性の定量評価を行った30例を対象とした。EMSでピボットシフトテストの脛骨整復時の加速度 (Pivot-ACC) を測定し、骨挫傷が内側と外側にある群 (ML群) と外側のみにある群 (L群) で比較した。
- 【結果】 ML群8例、L群22例。骨挫傷の組み合わせは大腿骨内・外側顆、脛骨内・外側顆による9通りで内側のみに骨挫傷を伴う例はなかった。ML群はL群に比しPivot-ACCが有意に大きかった。
- 【結論】 ACL損傷に伴う膝内側コンパートメント骨挫傷の存在は膝前外側不安定性が大きいことを示唆する。

E 2. 内側開大式粗面下脛骨骨切り術のgap healingにおよぼす因子の解析

1) 産業医科大学整形外科、2) 秋山クリニック

○鈴木^{すずき} 仁士^{ひとし}¹⁾、秋山 武徳²⁾、川崎 展¹⁾、塚本 学¹⁾
嵐 智哉¹⁾、徳田 昂太郎¹⁾、酒井 昭典¹⁾

- 【目的】 内側開大式粗面下脛骨骨切り術 (MOWDTO) は内反アライメントの下肢を外反に矯正することで荷重線を外側へ移動させる術式であるが、開大したgapが新生骨で埋まるgap healing (GH) が遷延する症例がある。本研究の目的はMOWDTO術後のGHに影響する因子を明らかにすることである。
- 【方法】 症例は2020年1月から2023年12月までにMOWDTOを施行した189例 (男性95例、女性94例、平均年齢 61.0 ± 9.0 歳) である。単純X線膝正面像においてGHを認める長さを骨切り長で除したGH率を計測し、これに影響する因子を重回帰分析で解析した。
- 【結果と考察】 術後12ヶ月のGFに影響するのは開大幅と25-ヒドロキシビタミンD (25 (OH) D) 濃度とヒンジ部先端への人工骨挿入であった。MOWDTOのGHには開大幅の他に25 (OH) D濃度とヒンジ部先端への人工骨使用も影響することが明らかになった。

E 3. Oxford型単顆型人工膝関節置換術の臨床成績を基にした、 至適な設置位置の検討

1) 福岡大学病院整形外科、2) 福岡大学筑紫病院

○佐々木 祐輔¹⁾、小阪 英智²⁾、小田 大嘉²⁾、簗川 創²⁾、坂本 哲哉²⁾
柴田 陽三²⁾、伊崎 輝昌²⁾、山本 卓明¹⁾

- 【目的】 Oxford UKAの術前後アライメント変化、インプラント設置角度により、臨床成績に影響がある因子を調査すること
- 【方法と対象】 2023年4月1日から2024年7月31日までにOxford UKAを施行し1年以上経過した計23膝を対象とした。術前、術後アライメント変化として、%MA、HKA、MPTA、LDFA、関節適合性として、TFS、CTFS、インプラント設置角度として、TCIA、FCIAを計測して、臨床成績として術後1年後のKOOS (symptom, pain, ADL, QOL) の4項目のpatient acceptable symptom state (PASS) 達成群と非達成群に対して統計解析を行った。
- 【結果および考察】 symptomでは術後LDFA、painでは Δ LDFA、術後JLO、ADLでは Δ LDFA、TCIAが関与している可能性を示した。脛骨、大腿骨ともに、標準的なアライメントに近い角度に設置したほうが、臨床成績がいい可能性があった。

E 4. 股関節唇損傷を有するアジア人患者における軟骨病変と骨形態学的 パラメータとの関連：CTベースソフトウェアを用いた解析

1) 産業医科大学若松病院整形外科、2) 産業医科大学整形外科

○福田 北斗¹⁾、酒井 昭典²⁾

- 【目的】 CTベースの解析ソフトウェアを用いて、股関節軟骨病変と骨形態学的パラメータとの関連を明らかにすること。
- 【方法】 股関節鏡視下股関節唇温存術を受けた79例を対象とし、CTベースソフトウェアにより大腿頸前捻角(FNA)、大腿骨頭のアルファ角(AA)、骨頭中心臼蓋外側縁角(LCEA)、および骨頭に対する三次元寛骨臼被覆率(3D-AC)を測定した。軟骨損傷は関節鏡で確認し、MAHORN分類およびICRS分類に基づいて評価した。
- 【結果】 男性41股、女性38股、平均年齢 39.1 ± 16.1 歳(11-78歳)であった。平均LCEAは平均 $27.6^\circ \pm 8.6^\circ$ 、平均FNAは $22.9^\circ \pm 14.4^\circ$ であった。MAHORNグレード4または5の軟骨病変を有する患者は、Grade 0から3の病変を有する患者と比較して有意にFNAが大きかった(32.6° vs 21.4° , $p=0.009$)。FNAが 26° 以上の症例は、それ未満の症例と比較して寛骨臼軟骨損傷のオッズ比が6.2倍であった($p=0.015$)。
- 【結論】 CTベース解析は股関節の骨形態異常と軟骨損傷との関係を精密に評価でき、股関節病態の理解と診断に有用である。

E 5. 40歳以上の大腿骨寛骨臼インピンジメント (Femoroacetabular Impingement Syndrome) に対する鏡視下手術の中期成績と人工股関節全置換術のリスク因子

1) 産業医科大学若松病院整形外科、2) 産業医科大学整形外科

○中島 裕貴¹⁾、村田 洋一¹⁾、高田 真一郎¹⁾、中山 景介¹⁾
西村 春来¹⁾、福田 北斗¹⁾、酒井 昭典²⁾、内田 宗志¹⁾

- 【目的】 40歳以上のFemoroacetabular Impingement Syndrome (FAIS) の術後中期成績と人工股関節全置換術 (THA) 移行のリスク因子を明らかにすること。
- 【方法】 2009年から2015年にFAISに対し鏡視下手術を行い、術後5年以上経過観察した40歳以上の70例を対象とし、THA群とNon-THA群に分け単・多変量解析を用いTHA移行のリスク因子を明らかにした。評価項目は年齢、性別、Body mass index (BMI)、X線評価としてCE角、 α 角、VCA角、術中所見として股関節唇の治療法 (修復、再建術) と軟骨損傷に対するMicrofractureとした。Non-THA群の成績をmodified Harris Hip score (mHHS) とNon-arthritis Hip score (NAHS) を用いて評価した。
- 【結果】 対象は年齢 53.3 ± 9.8 歳、男性34例・女性36例、BMI $23.3 \pm 2.9 \text{ kg/m}^2$ であった。術後 47.3 ± 38.1 カ月で16例がTHAへ移行した (22.9%)。単変量解析ではCE角、Microfractureで有意差を認めた。Cox回帰分析ではMicrofractureがTHA移行のリスク因子 (ハザード比5.405 (95%信頼区間1.876-15.384, $p=0.002$)) であった。Non-THA群ではmHHSとNAHSは術前から最終時に有意に改善した。
- 【結語】 本研究のTHA移行率は22.9%と過去と同様であり、MicrofractureがTHA移行のリスク因子であった。

E 6. 術前栄養指標GNRIは人工股関節置換術後の身体機能の予測因子となる

1) 九州大学大学院人工関節生体材料学講座

2) 九州大学整形外科

3) 九州大学病院リハビリテーション部

○濱井 敏^{1) 2)}、藤田 努³⁾、宇都宮 健²⁾、川原 慎也²⁾
本村 悟朗²⁾、川口 謙一³⁾、中島 康晴²⁾

- 【目的】 栄養障害が人工股関節置換術 (THA) 後の身体機能に与える影響は十分に明らかでない。本研究では、術前栄養指標であるGNRI (Geriatric Nutritional Risk Index) の予測的有用性を検討した。
- 【対象と方法】 THAを施行した変形性股関節症681例 (平均年齢65歳、術後観察期間19日) を対象とした。GNRIは血清アルブミン値および理想体重比から算出し、術前後の下肢筋力、股可動域、歩行速度を評価した。GNRIを含む術前因子が術後機能に与える影響を多変量解析により検討した。
- 【結果】 栄養障害は87例 (13%) に認めた。重回帰分析では、BMIとGNRIが股外転筋力の術前後比、また年齢、BMI、GNRI、股屈曲角、股外転・膝伸展筋力が術後歩行速度に有意な影響を及ぼした。
- 【考察および結論】 GNRIは、術後の股外転筋力回復や歩行速度を予測する有意な因子であった。これらの結果から、GNRIは術後リハビリと並行した栄養介入の必要性を判断するスクリーニング指標として有用であると考えられる。

E 7. 大腿骨近位部骨折患者の口腔内状況

1) 福岡青洲会病院整形外科、2) 福岡大学整形外科

○原口 亮平^{1) 2)}、金澤 和貴¹⁾、秋穂 俊輔^{1) 2)}、山本 卓明²⁾

- 【目的】 高齢化に伴い大腿骨近位部骨折が増加する一方で、口腔機能の低下が転倒や骨折リスクに関与する可能性が指摘されている。本研究は、大腿骨近位部骨折患者の口腔内状況を調査し、その実態を明らかにすることを目的とした。
- 【方法】 2022年5月～2024年3月に当院で手術を行った75歳以上の276例を対象に、残存歯数およびアイヒナー分類により口腔内を評価した。併せて年齢、性別、BMI、骨密度、認知機能、栄養指標なども調査した。
- 【結果および考察】 平均残存歯数は12.4本で、同年代の全国平均より約2～3本少なかった。また、咬合支持が完全に消失しているアイヒナーC群が54%であった。奥歯の喪失が栄養摂取や筋力低下を介して転倒・再骨折リスクを高める可能性が示唆された。咬合支持の低下は義歯装着などの歯科介入により、転倒リスクの軽減が期待できる。地域医療において、医科歯科連携による包括的介入が骨折予防に寄与する可能性がある。

E 8. 高齢がん患者のShort Physical Performance Batteryと自宅退院の関連

1) 産業医科大学リハビリテーション医学講座

2) 独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター

3) 産業医科大学若松病院リハビリテーション科

○田島 浩之¹⁾、森山 利幸²⁾、蜂須賀 明子³⁾、佐伯 覚¹⁾

- 【背景】 入院高齢がん患者の自宅退院の可否は重要だが、転帰先に関連する因子を検討した報告は少ない。今回、入院高齢がん患者において、Short Physical Performance Battery (SPPB) と自宅退院との関連を後方視的に調査した。
- 【方法】 対象は2022年4月から2023年1月に入退院した化学療法・放射線療法・緩和治療（在宅復帰支援）を受けた65歳以上のがん患者で、がんリハビリテーションを実施した者とした。診療録より患者データを抽出し、自宅退院との関連はロジスティック回帰分析を用いた。
- 【結果】 対象は154名（男性86名、平均年齢77.3±5.8歳）で、130名（84.4%）が自宅退院した。介入時SPPBスコアは自宅退院の有意な因子（OR：1.39、 $p<0.01$ ）であった。
- 【考察】 入院高齢がん患者において、介入時SPPBスコアは転帰先を予測する因子の一つになる可能性が示唆された。

E 9. 脳卒中後疼痛によるADLと生活の質の低下に対する 経頭蓋直流電気刺激療法の効果の検討

1) 産業医科大学医学部リハビリテーション医学講座

2) 北九州市立総合療育センターリハビリテーション科

3) 産業医科大学若松病院リハビリテーション科

○久保 綾奈¹⁾、徳永 美月^{1) 2)}、田中 亮¹⁾、蜂須賀 明子^{1) 3)}
伊藤 英明¹⁾、佐伯 寛¹⁾

- 【背景】 脳卒中後疼痛 (PSP) は難治性で、リハビリテーション治療を妨げADLやQoLの向上に支障をきたす。経頭蓋直流電気刺激 (tDCS) は簡便で、様々な疾患への適応が模索されている。
- 【症例】 71歳女性。左視床出血を発症。右片麻痺は軽度でADLは自立し134病日に退院したが、右上肢に終日持続する疼痛が残存し、動作制限や中途覚醒があった。218病日に入院した。
- 【方法】 Bilateral tDCS (両側一次運動野、2 mA、20min) 10日間を併用した入院リハビリテーション治療を行い、実施前後 (T0・T1)、退院4週後 (T2)、退院12週後 (T3) に評価を行った。
- 【結果】 T0→T3で、疼痛・上肢機能・QoLの評価、手洗い動作が改善した。抑うつ・不安のHADSは終始正常範囲であった。
- 【結論】 tDCS併用のリハビリテーション治療は、PSPに対する非薬物療法の選択肢の一つとなる可能性がある。

研修医 Session

座長 小郡三井医師会会長 島 田 昇二郎

研 1. 外傷性肩関節不安定症のコリジョンスポーツ選手を 確実に早期復帰させるための工夫

福岡大学医学部整形外科

○大井 美^{おおい みれい}、三宅 智、柴田 光史、松永 慶
畑 直文、酒井 政彦、山本 卓明

- 【はじめに】 我々は、烏口突起移行骨片の早期の骨癒合率を向上させるために木造建築技術の「ほそ継ぎ」を応用したInlay Bristow変法を導入してきた。
- 【方法】 2019年から2024年の間に当院で肩鏡視下バンカート修復術+直視下Bristow変法を受けた患者(BB群)と肩鏡視下バンカート修復術+直視下Inlay Bristow変法を受けた患者(I-BB群)が後ろ向きに調査された。
- 【結果】 I-BB群(n=18)における術後3ヶ月の移行骨片の骨癒合完了率はBB群(n=25)と比べて有意に高かった(100% vs 56%, $p<0.001$)。I-BB群における術後6ヶ月の移行骨片の骨癒合完了率はBB群と比べて有意に高かった(100% vs 76%, $p<0.03$)。
- 【まとめ】 Inlay Bristow変法は早期の高い骨癒合率を達成し、スポーツ復帰の早期復帰に効果的である。

研 2. 特異な臨床像を呈したMRSA感染症 一分子疫学的解析の重要性—

1) 福岡赤十字病院、2) 福岡赤十字病院小児科

○古藤 遼^{ことう りょうたろう}太郎¹⁾、古野 憲^{ふるの けん}司²⁾

- 【背景】 福岡でのST22-PT型MRSA (PVL+/TSST-1+) の流行が報告されている。経験した2例から分子疫学的解析の意義を検討した。
- 【症例】 症例1: 9歳、下肢痛と発熱。MRIで骨髓炎を疑うも血液培養陽性で診断確定。TSST-1陰性。症例2: 0歳、発熱。当初認めなかった頸部腫瘍が増大し気道を圧排。緊急排膿を実施した。ST2725/CC1/SCCmec IVa、PVL/TSST-1陰性。
- 【考察】 我々はST22-PT型の流行を報告した。症例2はCC1クローン(ST2725)でPVL/TSST-1陰性ながら急速進行した。遺伝子型・毒素プロファイルの異なる複数の高伝播性クローンが混在し、臨床経過予測困難である。
- 【結論】 軽微な初期所見でも急速進行し得るため早期介入が重要で、地域流行株の包括的な分子疫学的把握は重症化リスク評価と感染対策に不可欠である。継続的サーベイランス体制の構築が求められる。

研 3. 胸壁開窓術により長期在宅生活が可能となった 有癭性膿胸合併小細胞肺癌の一例

国立病院機構九州医療センター呼吸器内科

○笹栗 ^{ささぐり}みのり、岡元 昌樹

- 【背景】 有癭性膿胸は進行肺癌治療中に低頻度ながら発症する、重篤かつ致命的となりうる合併症である。長期の胸腔ドレーン留置が必要となり、退院困難となることも多い。
- 【症例】 症例は69歳男性、X年9月に小細胞肺癌stage IVBと診断し、10月3日より一次化学療法を開始した。投与5日目に発熱性好中球減少症、7日目に膿胸を発症し、投与22日目に有癭性膿胸となった。EWSを用いた充填術を実施するも改善なく、投与58日目に胸壁開窓術を行った。開窓術後に感染のコントロールは良好となり、化学療法を再開し自宅退院となった。開創部の創処置は地域医療機関にて継続した。その後三次治療まで実施し、X+1年8月に緩和治療へ移行した。開窓部の創処置を地域医療機関にて継続し、在宅緩和ケアを受けつつ逝去された。
- 【結語】 肺癌治療中の有癭性膿胸合併は致命的合併症であるが、集学的治療と地域連携により長期の自宅生活が可能となる。

研 4. 非拡張型左室心筋症 (ND-LVCM) における “拘束型心筋症様” 病態と心筋線維化の関連

1) 久留米大学病院臨床研修センター

2) 久留米大学病院心臓・血管内科

○西 ^{にし}祐紀¹⁾、加藤 倫子²⁾、赤垣 大樹²⁾、楊井 俊之²⁾

芝尾 昂大²⁾、柴田 龍宏²⁾、甲斐 久史²⁾、福本 義弘²⁾

- 【背景】 非拡張型左室心筋症 (ND-LVCM) は左室拡大を伴わず心機能障害を呈する多様な病態を含み、なかには拘束型心不全様の表現型を示す例もあるが、その病理的背景は十分に解明されていない。
- 【目的】 ND-LVCMにおける拘束型病態の病理的特徴を明らかにし、線維化パターンと画像所見 (MRI・ストレイン) との関連を検討する。
- 【方法】 心筋生検を施行したND-LVCM159例 (LVDd<55mm) を対象とし、MRIおよび2D-GLSを実施。Masson染色により線維化スコアと分布様式を評価し、拘束型病態はLAD>40mm、E/e' > 15、LVEF>50%、BNP高値で定義した。
- 【結果】 拘束型群 (n=42) では% fibrosisが非拘束型より有意に高値 (17.0±14.5 vs 11.2±8.2, p=0.024) であり、% fibrosisは左房径/左室径比と有意に相関した (p=0.0025)。MRIでLGE陽性が強い例ほど線維化も高度であった。
- 【結論】 ND-LVCMにおける拘束型病態は線維化進展と密接に関連し、病理・MRI・エコーの統合評価が診断と病態理解に有用である。

研 5．久留米大学病院における乳癌のラジオ波焼灼療法 (RFA)

1) 久留米大学病院臨床研修センター

2) 久留米大学病院乳腺外科

○^{くわはら}葉原 ^{りな}莉奈¹⁾、^{しんげ}杉原 利枝²⁾、^{しん}朔 周子²⁾、^{かとう}片桐 侑里子²⁾
中村 彩乃²⁾、唐 宇飛²⁾

- 【背景】 乳癌に対するラジオ波焼灼療法 (radiofrequency ablation therapy : RFA) は、乳房を切除せずに治療可能な低侵襲治療技術である。2023年12月に本邦で保険収載され、2024年 8 月より当院乳腺外科で実施した症例の治療成績について報告する。
- 【対象】 術後放射線治療まで完了した21症例を対象として手術内容、周術期合併症などの臨床的検討を行なった。
- 【結果】 SubtypeはDCIS 30%、Luminal 65%、Her2 5%が含まれており、腫瘍サイズ11mm、手術時間 1 時間 1 分、焼灼完了時間 9 分42秒、焼灼直後腫瘍中心部温度90度、入院期間は 4 日であった (すべて中央値)。放射線治療終了後に再生検した15症例すべてにおいて乳癌遺残組織を認めなかった。術後合併症として硬結 1 例、皮下血腫 2 例認めた。
- 【結語】 術後合併症発生率は低く、乳房の形状変化は軽微で、手術時間、入院期間の短縮が得られた。今後は長期的な治療成績を含め、さらなる症例の蓄積が必要である。

研 6．CGMにて周術期血糖変動解析を行なったインスリノーマの一例

久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門

○^{さとう}佐藤 ^{ともひで}智英、^{はなざわ}蓮澤 奈央、^{いす}衣笠 結衣子、^{おと}迫 智基、^{いみ}出宮 睦之
渡邊 千加世、^{あいはら}合原 水月、^{ながやま}永山 綾子、^{あやの}蘆田 健二、^{のむら}野村 政壽

- 【背景】 インスリノーマの治療は、外科的切除が第一選択であるが、術前管理に難渋する例も多い。持続血糖測定 (CGM) による血糖変動解析をもとに術前管理を行ったインスリノーマの一例を経験したので報告する。
- 【症例】 X-1 年10月頃より脱力・意識消失を自覚、X 年 1 月前医に入院し、頻回の低血糖、臍体部 13mm大の結節を認め、超音波内視鏡下生検の結果Neuroendocrine Tumor (NET) と診断された。当院転院後、絶食グルカゴン負荷試験によりインスリノーマと診断、CGMによる血糖管理を開始し、ブドウ糖点滴、ジアゾキシド投与により血糖変動を抑制の上、臍部分切除術を施行した。病理ではインスリン陽性の異型細胞増殖を認め、NET G1と診断された。術後、空腹時血糖は100mg/dL前後に安定し、血糖変動も縮小した。
- 【考察】 CGMにより明らかになった、インスリノーマの病態、治療反応性について、臍臓 β 細胞の数値モデルによる考察を加え発表する。

研 7. 高齢・ハイリスク症例に対する経皮的僧帽弁接合不全修復術 (M-TEER) の短期成績 ―当院における連続25例の解析―

1) 久留米大学病院臨床研修センター、2) 久留米大学病院心臓血管内科

○^{そのだ}蘭田 ^{りお}理央¹⁾、石松 高²⁾

- 【目的】 高齢化により外科的治療が困難な僧帽弁閉鎖不全症 (MR) が増加している。地域中核病院として、高齢・多疾患併存患者にも低侵襲で安全な治療を提供する必要がある。当院では経皮的僧帽弁接合不全修復術 (M-TEER) を導入し、その初期成績から地域医療への有用性を検討した。
- 【方法】 当院でM-TEERを施行した25例を対象に、患者背景、術前後の臨床経過、手技安全性を後方視的に評価した。
- 【結果】 平均年齢77.7歳、平均LVEF 37.3%。手技成功率96%、30日生存率100%で、術後にはMR改善と心不全症状の軽減を認めた。
- 【考察】 M-TEERは外科治療が困難な高齢・ハイリスク症例にも有効な低侵襲治療であり、地域医療の循環器治療の質向上に寄与すると考えられた。

研 8. プラチナ併用化学療法とペムブロリズマブの投与中に心筋炎を発症した非小細胞肺癌の一例

1) 久留米大学病院

2) 久留米大学医学部内科学講座呼吸器神経膠原病内科学部門

3) 久留米大学医学部心臓血管内科部門

○^{そのだ}園田 ^{かずみち}和倫¹⁾、増田 健²⁾、中尾 英智³⁾、福庭 良²⁾、木村 誠二²⁾
石井 秀宣²⁾、時任 高章²⁾、東 公一²⁾、星野 友昭²⁾

- 【背景】 近年、様々な癌種に対し免疫チェックポイント阻害剤を用いる事が多くなってきおり、それによる免疫関連有害事象 (irAE) が問題となっている。今回、ペムブロリズマブによって生じた心筋炎を経験したので報告する。
- 【症例】 74歳男性。非小細胞肺癌 (NOS) cT2bN3M1c2 Stage IVB (UICC-9版)。
- 【治療経過】 外来受診時、意識清明、倦怠感はあるが胸痛なく血液検査ではトロポニンT陽性、心電図でST変化があり急性冠症候群 (ACS)、心筋炎の可能性を考慮し同日緊急で心臓カテーテル検査を行なった。検査の結果、両側冠動脈に有意な狭窄病変なく、心筋生検の迅速病理結果で心筋へのリンパ球浸潤を認めirAE心筋炎の可能性が最も考えられた。救命救急科入院時から、mPSL1000mgでステロイドパルスを開始し心筋逸脱酵素は徐々に改善を認めステロイド内服への変更、漸減のうえ第32病日に退院となった。
- 【考察】 本症例では突然発症のirAE心筋炎に対して迅速に診断、治療を行うことで救命できた。

研 9. 特発性多中心性キャッスルマン病に自己免疫性溶血性貧血を合併した 1 例

九州大学病院臨床教育研修センター

○矢野 皓大、藤本 翔

64歳男性

【主訴】 なし（健診異常）

【現病歴】 X-4年の健康診断で総蛋白高値を指摘され、精査で高ガンマグロブリン血症、左腎門部腫瘍を指摘された。X-3年に左腎門部腫瘍に対して腹腔鏡下生検施行され、キャッスルマン病や血管免疫芽球性T細胞リンパ腫が示唆されたが、確定診断には至らなかった。経過観察中、X年1月に貧血が進行し輸血依存状態となった。腋窩リンパ節生検で形質細胞型特発性多中心性キャッスルマン病（iMCD）と診断され、加療目的にX年5月12日に当科へ入院した。入院時、直接クームス試験陽性、ハプトグロビン低値から自己免疫性溶血性貧血（AIHA）と診断した。トシリズマブ単剤で加療開始したところ速やかに貧血の改善を認め、5月23日に自宅退院となった。

【結語】 iMCDは多彩な自己免疫疾患を合併することが知られるが、AIHA合併の報告は少ない。一般診療において、長期間持続する貧血と総蛋白高値を認める場合には、iMCDも鑑別に挙げる必要がある。

医学部生 Session

座長 福岡県医師会理事 永 田 直 幹

医 1. 心理的距離とワーク・エンゲイジメントの3要素の相関関係の解析

1) 産業医科大学医学部3年

2) 産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学研究室

○佐藤 啓¹⁾、永田 智久²⁾、森 貴大²⁾、小田上 公法²⁾、森 晃爾²⁾

- 【目的】 本研究は、ワーク・エンゲイジメント(WE)を構成する活力、熱意、没頭の3要素と、心理的距離(PD)との関連について明らかにすることを目的とした。
- 【方法】 複数の企業の従業員に対してアンケートを実施した。PDはリカバリー評価尺度、WEはユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度を用いて評価した。WEの3要素を目的変数、PDを説明変数とし、性別・年齢階級を共変量として調整し、回帰分析をおこなった。
- 【結果】 20,138人を解析対象とした。熱意と没頭はPDの低域に、活力のみPD中央域に軸を持つ逆U字型の相関を示した。20代以下と30代以上で、3要素とPDの相関が異なっていた。30代以上では熱意と没頭がPDの最低値を除く範囲と負の相関を示した。
- 【考察】 WEの3要素はPDとの相関が異なることが判明した。3要素とPDの相関関係は年代で変化することが示唆された。熱意、没頭はPDと負の相関関係にあるが、PD低域では他の要因に影響されると考えられる。

医 2. 咬筋移行による笑いの再建を目的とした解剖学的検討

1) 久留米大学医学部医学科5年

2) 久留米大学形成外科・顎顔面外科

3) 久留米大学医学部解剖学講座肉眼・臨床解剖部門

4) 福岡県済生会福岡総合病院形成外科

5) やよいがおか鹿毛病院形成外科

○右田 華保¹⁾、力丸 由起子^{2) 3)}、右田 尚^{2) 4)}、原 茂^{2) 5)}

守永 圭吾²⁾、井野 康²⁾、力丸 英明²⁾、渡部 功一³⁾

- 【目的】 顔面神経麻痺に対する「笑いの再建」では遊離筋移植が標準であるが、血管・神経吻合を要し運動制御まで時間を要する。三叉神経支配の咬筋を用いる方法は同一術野で採取でき、早期から自主的運動制御が可能である。本研究は咬筋浅層・深層の走行、付着、神経支配を解析し、表情再建への応用を解剖学的に検討した。
- 【方法】 成人献体4体8側を対象に、咬筋を層別に剖出し、栄養血管および神経分布を観察した。さらに大頬骨筋の収縮ベクトルに沿って、咬筋を有茎で移行可能かを確認した。
- 【結果・考察】 咬筋浅層前1/2は咬筋動脈・神経の分枝を有し、頬骨弓および下顎骨から切離し耳下腺管を剥離することで、大頬骨筋方向への移行が可能であった。
- 【結論】 咬筋の一部のみを移行することで筋萎縮やこめかみ陥凹などの醜形を回避でき、簡便かつ早期回復を得る再建法として有用である。

医 3. 食事炎症性指数 D II と 2 型糖尿病の病態の検討

1) 久留米大学医学部医学科 4 年

2) 久留米大学医学部医学科

3) 久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門

○^{きこがわ}追川 琴音¹⁾、^{ことな}蓮澤 奈央³⁾、中島 智子²⁾、新本 智大²⁾

力武 純二郎³⁾、出宮 睦之³⁾、三浦 満美³⁾、合原 水月³⁾

永山 綾子³⁾、^{いとう}蘆田 健二³⁾、^{のむら}野村 政壽³⁾

【背景と目的】 食事療法は糖尿病治療の基本だが、エネルギーや三大栄養素の摂取量だけでは、患者の多様な食生活を包括的に捉えることは難しい。我々は、摂取頻度調査 (FFQ) を用い、糖尿病と関連する食事パターンの同定を試みた。

【方法】 久留米大学病院で FFQ を受けた 1228 名の一般患者集団、140 名の糖尿病患者集団の栄養摂取量を解析した。

【結果】 一般患者集団を、栄養素摂取量から 3 クラスターに分類した。男女とも β カロテン摂取量、食事炎症性指数 (D II) がクラスター規定因子として抽出され、男性では低 β カロテン高 D II クラスターで HbA1c が有意に高値であった。糖尿病患者にも同様の傾向が見られ、D II と HbA1c に有意な正の相関を認めた。

【考察】 D II は栄養摂取量から食事の炎症性を包括的に評価する指標である。今回、糖尿病患者の食事パターンの層別化における D II の有用性が示唆された。

医 4. HIV 拠点病院における HIV 診療チームの有効性の検討

1) 久留米大学医学部医学科 4 年

2) 久留米大学医学部地域医療連携講座

○^{たなか}田中 祐有¹⁾、^{ゆう}富永 正樹²⁾

【目的】 2020 年に HIV 専任看護師が配置されたことを契機に、栄養士やカウンセラーなど多職種によるチームで診療を行っているが、この体制導入により患者の生活態度や服薬状況などが改善されたかを検証する。

【方法】 2021 年 12 月から 2024 年 6 月までに久留米大学病院を受診した HIV 陽性患者 57 名を対象に、6 カ月ごとの通常診療時に体重、血圧、HIV ウイルス量、CD4 数、コレステロール値、体脂肪率を測定し、さらにアンケートを用いて精神状態や服薬状況を評価し、介入前後での変化を検討した。

【結果】 体重やウイルス量、CD4 数に有意な変化はみられなかったが、LDL 値は低下傾向を示した。アンケートでは服薬忘れが減少し、金銭面および仕事面の不安も軽減傾向にあった。

【結論】 観察期間が短く症例数も限られるものの、HIV チームによる継続的な多職種介入が生活習慣の改善や精神的サポートの充実につながる可能性が示唆された。

シンポジウム

テーマ

「地域医療に役立つ最新の医療」

「HIV診療の進歩と地域医療の 新たな課題— 総合診療医が果たす役割」



九州大学大学院医学研究院
感染制御医学分野
准教授
村田 昌之

皆様、こんにちは。九州大学病院総合診療科の村田と申します。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

このたびは、このような発表の機会を賜り、山本先生をはじめ諸先生方に感謝申し上げます。

私は日頃、病院内の総合診療科で勤務しております。総合診療科では、不明熱や診断のつかない患者さんなどを担当しておりますが、大学院の講座では、歴史的に感染症、特にウイルス感染症に関する研究や疫学に携わってまいりました。その一つの感染症として、初代の柏木先生の頃からHIV診療を担当しております。

HIV感染症については、治療が大きく進歩してきたことから、もはや不治の病ではないというのが現在の状況です。一方で、治療成績の向上により、患者さんは長期間にわたって薬を服用しながら生活するようになり、高齢化が大きな課題となってきました。それに伴う合併症も問題となっており、この点に関しては皆様のお力が必要になることが予想されます。今回は、この点について情報提供をさせていただければと思います。

HIV診療はどう変わったか

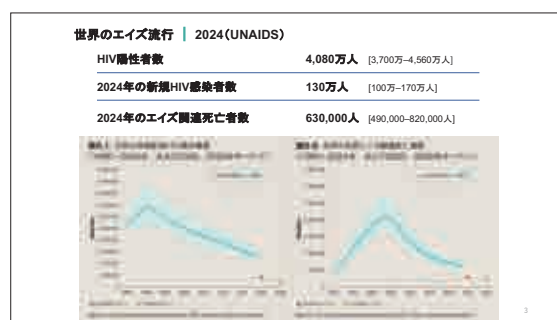
- HIV：血液媒介ウイルスの一つ（HBV、HCVと同様）
- CD4陽性T細胞に持続感染し、無治療の場合、数年～数十年の経過で免疫不全となり合併症を発症する
- 現時点でウイルスを排除することは困難（根治はできない）
- 抗レトロウイルス療法（ART）の進歩により、HIV感染症は致死の疾患から**慢性疾患**へ移行
- ウイルス抑制は安定して得られる時代
- 治療目標は「生存」から「長期的な健康維持」へ

まず、これは皆様ご存じのことだと思いますので簡単に触れますが、HIV自体は血液媒介ウイルスの一つであり、B型肝炎やC型肝炎と同様の感染様式をとります。

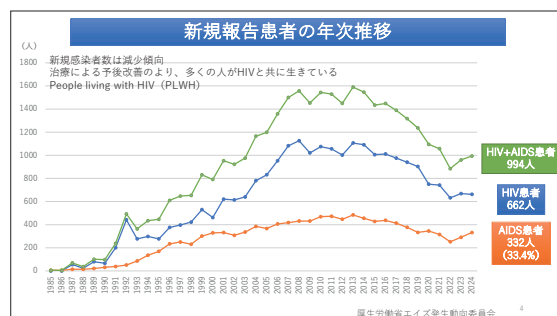
ウイルスは免疫担当細胞であるCD4細胞に感染するため、免疫が低下していくことになりま

す。急性期、小康期を経て、特に気づかれないまま無治療で経過した場合には、数年の経過で免疫不全となり、それに関連する合併症を発症することになります。

治療については抗ウイルス薬があり、現在は非常に優れた薬剤が使用可能であるため、安定してウイルスを抑制することが可能となっています。ただし、一生にわたって服薬を継続する必要があります。現時点では体内からウイルスを排除することはできません。すなわち、根治は困難です。そのため、現在ではHIV感染症は致死の疾患というより、慢性疾患として捉えられるようになってきています。また、治療目標も、かつては生存そのものに重点が置かれていましたが、現在は長期的な健康維持へと移行しています。

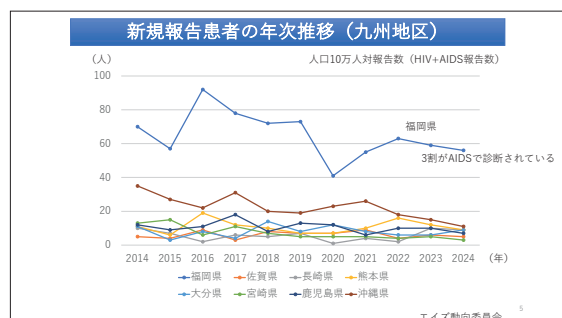


世界および日本の疫学情報を提示いたします。2024年のデータでは、現在の感染者数は約4,000万人、新規感染者数は130万人、エイズ関連死亡者数は63万人となっています。抗ウイルス薬が大きく発展して以降、新規感染者数は減少しており、それに伴ってエイズで亡くなる方も減少しています。ただし、WHOが2030年に向けて設定している目標には、まだ到達していない状況です。



こちらは日本のデータです。日本では新規感染者数は毎年およそ1,000人程度です。日本でも2013年頃を境に新規感染者数は減少してきており、2022年前後はコロナ禍の影響を受けていますが、全体としては感染者数は減少傾向にあります。

また、治療によって予後が改善したことから、多くの患者さんはHIV陽性であっても通常どおり生活している状況であり、近年ではPLWHという呼称が用いられることも多くなっています。

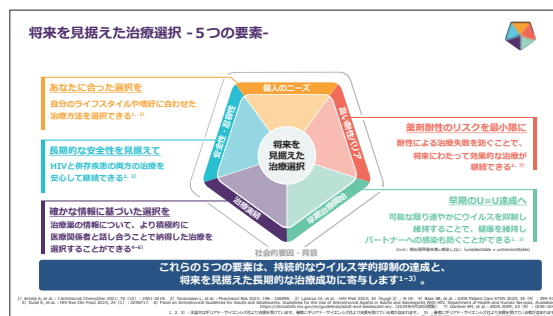


これは九州地区のデータですが、九州の中では福岡県の報告数が依然として最も多い状況です。その中で、新規に報告される患者さんの約3割がエイズとして診断されています。

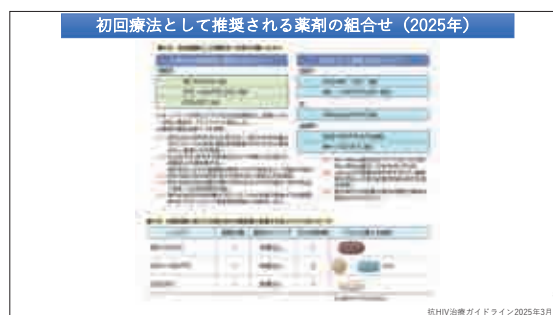
日常診療における「HIVを疑う」トリガー

1. 皮膚・口腔所見（見逃されやすいサイン）
 - ・ 帯状疱疹：特に50歳未満での発症、または広範囲・再発性のもの
 - ・ 難治性の脂漏性皮膚炎：ステロイド外用薬への反応が乏しい場合
 - ・ 口腔カンジダ症：明らかな免疫抑制（ステロイド使用等）がない場合
2. 検査データの違和感
 - ・ 原因不明の血小板減少・白血球減少
 - ・ 高γ-Gロブリン血症
3. 臨床経過
 - ・ 1ヶ月以上続く発熱、下痢、体重減少
 - ・ 梅毒などの性感染症（STI）診断時（HIVの重複感染リスクが非常に高い）

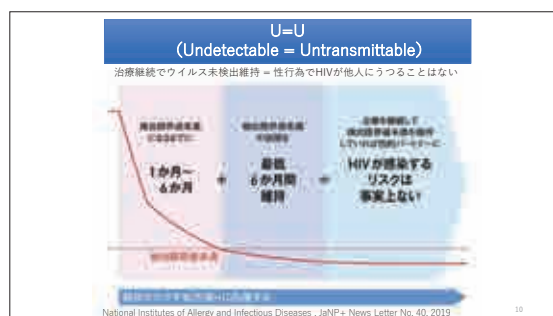
先ほど申し上げたとおり、HIV感染症は急性感染期、無症候期、エイズ期の大きく三つに分かれます。エイズ期になると、カリニ肺炎、ニューモシスチス肺炎、食道カンジダ症など、明らかに免疫不全を疑う所見が見られることが多いのですが、それ以外の時期では診断が難しいことがあります。HIVを疑うサインとしては、若年で帯状疱疹を繰り返す、難治性の皮膚感染症がある、特にステロイドなどを使用していないのに口腔カンジダを頻回に繰り返す、といった場合が挙げられます。また、血球減少、原因不明のγ-Gロブリン上昇、微熱の持続、基礎疾患がないにもかかわらず下痢や体重減少が続く場合などにも、HIVを念頭に置いた検査を行っていただければと思います。現時点では、HIV患者さんは梅毒を合併することも少なくありません。ここに記載しているように、性感染症で受診された場合にHIV検査を行うことは保険診療上も認められていますので、ぜひご活用いただければと思います。



治療に関しては、現在非常に優れた薬剤が使用可能です。患者さんに治療を導入する際には、まず患者さんがどのようなライフスタイルを送り、どのような薬剤を希望されるかを伺った上で治療を開始します。その薬剤選択に当たっては、さまざまな臨床試験や実臨床データが示されていますので、それらに基づき、安全性や忍容性が高く、かつウイルス耐性が生じにくい薬剤を総合的に判断して導入することになります。

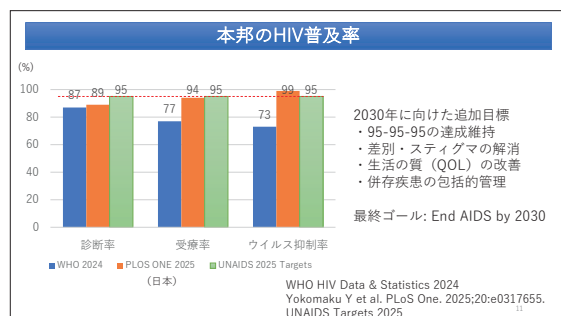


現在日本で使用されている内服薬の代表例ですが、非常に優れた経口薬が使用されています。HIV治療では多剤併用療法が行われており、3種類あるいは2種類の薬剤が既に合剤となっています。そのため、1剤または2剤を1日1回、食事と関係なく服用することで治療が完結する状況となっています。大きな相互作用や副作用もなく、服薬継続によって治療が成り立つ状況になっています。



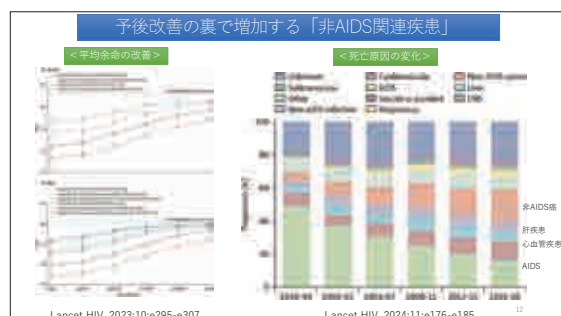
これらの薬剤は非常に強力にウイルスを抑制するため、服用を開始すると多くの方で半年程度の経過のうちに血中ウイルス量が検出限界未

満となります。そして、その検出限界未満の状態を半年程度維持できれば、その後は事実上、性的接触によって他者に感染させるリスクはない、すなわちゼロであるというデータが得られています。検出されなければ感染も起こらないという考え方から、「U=U」という標語が世界的にこれを基に、なるべく早く診断を受けて治療を開始すれば、大切なパートナーや家族を守ることができるとして、早期診断を促すような対策をとっています。



当初申し上げたように、WHOは2030年に向けて、早期診断と治療導入によりウイルスを検出限界未満に抑えることができれば、新規感染者数も減少するという考えの下、陽性患者さんの95%を診断し、そのうち95%に治療を導入し、さらに治療を受けた方の95%でウイルス量を検出感度以下にすることを目標としています。

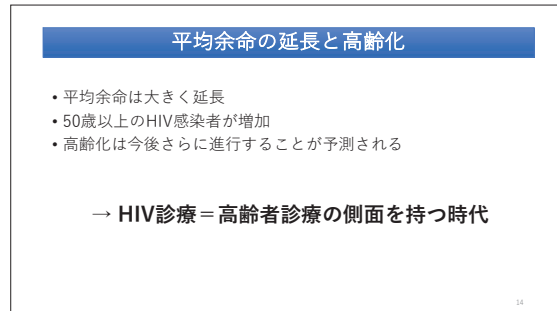
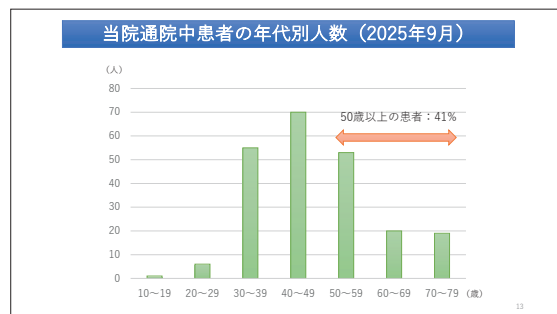
日本の現状はオレンジ色で示していますが、おおよそ感染者の89%を把握できており、診断された方の94%にART、すなわち抗ウイルス療法を導入することができています。そして、治療導入された方の99%が未検出状態に到達しています。日本では医療体制が非常に整っているため、治療導入後の管理は良好であり、課題は最初の段階、すなわち早期診断の改善にあると考えられます。



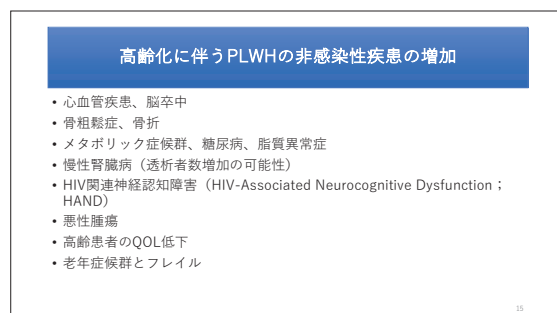
こちらは患者さんの予後が改善していることを示すデータです。基本的には免疫状態が保たれている段階で、なるべく早期に診断し治療を

開始できれば、非感染者に近い生命予後が得られるようになってきていることを示しています。

また、右側の図は死亡原因の変遷を示しています。かつてはウイルスを十分に抑制できず、エイズ関連死が多かったのですが、近年ではエイズ関連死は減少し、高齢化に伴う一般的ながん、動脈硬化性疾患、肝疾患などで亡くなる割合が相対的に増加していることを示しています。

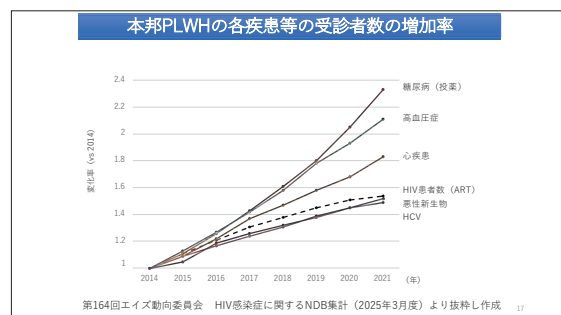
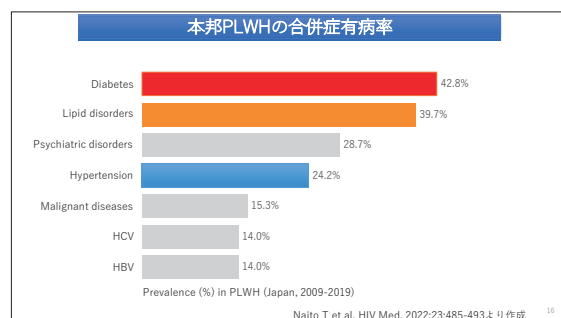


私どもの施設でも、50歳以上の患者さんが4割程度を占めています。現在、HIV患者さんの平均余命は大きく延長しており、50歳以上の患者さんの増加とともに高齢化は今後さらに進行すると考えられます。したがって、感染症治療に加え、高齢者診療も併せて行っていく時代になってきているといえます。



非感染者と比較すると、HIV感染者では微量なウイルス刺激に反応して慢性的な炎症や免疫活性化がわずかに持続しているとされています。それに伴う合併症として、特に動脈硬化性疾患や代謝異常がやや多いことが知られています。肥満、糖尿病、脂質異常症の合併率が高く、

CKD、すなわち腎機能低下の患者さんも増えてきています。今後、透析を要する患者さんが増加する可能性も推測されます。また、通常の認知症に加え、HIV関連認知症もあり、これによるADL低下やフレイルなど、高齢者に見られる合併症と類似した病態が、非HIVの方よりやや高い頻度で進行しています。



すでに合併症として、糖尿病、脂質異常症、高血圧の患者さんが増えてきています。また、約10%の患者さんが肝疾患を合併しており、その合併率は近年急速に増加しています。さらに、1人の患者さんが複数の合併症を併せ持つ状況となってきました。

地域・介護現場での課題

- ・介護施設や療養型病床を要する症例が増加
- ・HIVに関する知識・経験が地域で均一でない
- ・受け入れ調整が難航するケースが現実的存在

→ 医療の問題ではなく、連携の問題

このような中で、例えば高血圧であれば通常は外来で内服治療を継続すればよいのですが、脳血管障害が進行して脳梗塞や認知症を発症し、長期療養が必要となるケースが徐々に増えてきています。そのような場合、我々も転院先を探していきますが、受入れが難航するケースが少しずつ出てきています。HIVに対するイメージや知識、経験が均一ではないことも背景にある

と思われますので、この点は連携しながら解決していければと思っています。

HIV感染リスクの正しい理解

- ・日常生活や通常の医療・介護行為で感染することは極めてまれ
- ・性的接触以外での感染リスクは非常に低い
- ・科学的根拠に基づいた理解が重要

まず、私たちHIV診療を専門とする拠点病院には、感染リスクについての正しい理解を普及する責務があります。通常の医療行為で感染することは極めてまれであり、性的接触以外による感染リスクも非常に低いことから、エビデンスに基づいた情報提供を行っていきたいと考えています。

地域・介護現場での「安全」を支える2つの根拠

根拠1：U=U（科学的根拠）

- 治療継続でウイルスが検出限界未満なら、性的接触でも感染しない。
- 日常生活や通常の介護行為での感染リスクは事実上ゼロ。

根拠2：標準予防策

- 血液・体液に触れる可能性がある際に手袋を着用するなど、基本的な対策を全ての患者に同様に行えば、HIVだけを特別視する必要はない。

いわゆる偏見をなくすることが、患者のQOL向上と地域の感染対策を両立させる

当初から申し上げているように、「U = U」という考え方があり、通常の日常生活や通常の介護行為における感染リスクは事実上ゼロであり、標準予防策、すなわち体液に触れる可能性のある作業や処置の際に手袋を着用するという基本的な対応で十分です。したがって、基本的には特別な対応は不要であるということを、先生方のみならず、介護職をはじめとするさまざまな職種の方々にもお伝えしていければと思っています。

標準予防策の重要性

- ・標準予防策を前提とすれば、特別な対応は不要
- ・全ての患者に同じ感染対策を行うことが基本
 - HBV, HCVも同様
- ・HIV感染を理由に対応を避ける必要はない

標準予防策は皆様が日頃から実践されていることですので、それが前提であれば特別な対応

は不要であり、肝炎ウイルス等と同様に対応していただければと思います。

2025年改正エイズ予防指針 — 国が示した明確な方向性

「人権の尊重」が最優先事項として明確化

「偏見・差別はエイズ対策を阻害する要因」

正しい知識の普及が、検査・治療・予防行動を促進

→ 偏見をなくすこと自体が、受診や治療を促進する重要な「感染対策」と位置づけられている

エイズ予防指針というものがあり、2025年秋に一部改正がありました。国の考え方としては、人権の尊重や差別・偏見の解消をより重視する方向となっています。正しい知識の普及が予防行動を促進するという考えに基づき、正確な情報を得ること自体が感染対策にもつながるという内容です。

国の方針と地域包括ケア

- HIVを慢性疾患として包括的に管理
- 一般医療機関・介護事業所・行政を含む連携を推進
- 専門医療機関のみで完結しない体制へ

もう一つ、長期療養患者さんが増えていくという点についても触れられています。HIVを慢性疾患として包括的に管理していくという内容であり、一般医療機関、介護事業所、行政などにも協力をいただきながら連携していく、すなわち拠点病院のみで完結するのではなく、地域全体で支えていく流れになりつつあると考えています。

HIV診療の射程の拡大

- 感染症治療にとどまらない
- 心理社会的支援
- 生活基盤・就労・介護調整
- 「治療」から「生活を支える医療」へ

HIV患者さんの中には、生活基盤が脆弱な方や抑うつ状態にある方など、心理的ケアが必要な方も一定数おられます。そのため、感染症治療以外にも、心理社会的支援や行政的調整など、

生活を支える広い意味でのサポートが必要となります。

かかりつけ医・総合診療医の役割

- 疾患・臓器別ではなく**全人的視点**
- 多疾患併存の包括管理
- 地域の医療・介護・行政ネットワークのハブ

→ 高齢HIV医療は、日常診療を担う医師との連携が不可欠

一般的な生活習慣病については、かかりつけ医の先生方が最も得意とされる分野であり、地域の医療情報、介護、行政とのネットワークもすでに構築されていると思いますので、皆様と連携していくことができればと考えています。

地域で支えるHIV医療

- 正しい知識があれば、地域での診療・介護は可能
- 不安の正体は「感染」ではなく「情報不足」
- 連携体制の構築が喫緊の課題

福岡県の拠点病院
・相談窓口
・多職種チームで対応

拠点病院診療案内（2024-2025）
HIV感染拡大の医療体制の整備に関する研究

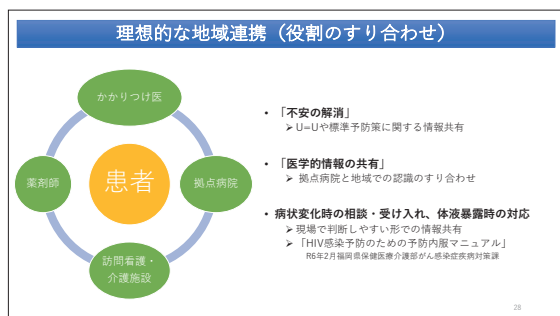
情報が十分に分からない、不安があるといった点もあるかと思いますが、その際には拠点病院である私どもにご相談いただければ、多職種チームとして対応し、さまざまな助言が可能です。福岡県内にも各地域に拠点病院があります。

病院と地域現場で視点が異なりやすいポイント

病院・拠点病院の視点	介護・地域現場の不安
- 治療は安定している - 介護が必要な状況なので地域へ - スムーズに移行したい	- HIV対応の具体像がイメージしにくい - 通常ケアと異なる対応が必要か判断に迷う - 万一の際の相談先が分からない

受け入れ調整の難航
患者の社会的入院の長期化

長期療養となり、治療は安定しているので転院を進めようとした際に、HIVに対する具体的なイメージが持ちにくく、どのように対応すべきか、どこに相談すればよいか分からないために、受入れが難航し、患者さんの社会的入院が長期化することがあります。



この点については、皆様のご協力をいただきながら連携を円滑に進め、新しい情報の共有や不安の解消を図っていきたいと考えています。また、何か問題が生じた場合、特に針刺し事故などについても不安があると思いますが、福岡県でもマニュアルが整備されており、速やかに対応できる体制が構築されています。

HIV拠点病院と地域医療機関による「ハイブリッド診療」		
役割分担	HIV専門拠点病院	地域のかかりつけ医
主たる管理	ART（抗HIV療法）の継続管理	生活習慣病・併存疾患の管理
具体的な業務	ウイルス量のモニタリング	高血圧・糖尿病・脂質異常症の加療
	薬剤耐性・副作用の専門的判断	がん検診（非AIDS指標がんの早期発見）
	日和見感染症の診断・治療	ワクチン接種、フレイル・介護予防
連携の鍵	薬物相互作用（DDI）の確認・情報共有	「お薬手帳」を通じたポリファーマシーのチェック

29

理想的には、HIV治療薬自体は拠点病院で処方するのが望ましいと考えています。安定している患者さんであれば、3か月ごとの受診も可能となってきていますので、生活習慣病管理、一般的ながん検診、ワクチン接種などについては、地域の先生方と役割分担していくことも可能ではないかと考えています。

Take Home Message

- ・HIVは「特別な感染症」ではなく、地域全体で支えるべき慢性疾患です
- ・標準予防策を前提とすれば、地域での診療・介護において特別な対応は不要です
- ・拠点病院と地域の現場で「不安」や「判断の迷い」を共有し、役割を分担することで、患者さんの生活の質をより高く支えることができます

30

結語です。HIV自体は特別な感染症ではなく、地域の皆様の支えをいただきながら、慢性疾患として治療していくべきものと考えています。標準予防策をしっかりと講じれば、特段感染の危険はありません。漠然とした不安や判断に迷う点がある場合には、私どもにご相談いただければと思いますし、私どもの方からも情報提供を行っていきたいと考えています。

以上です。御清聴ありがとうございました。

「進化する慢性腎臓病治療 ～透析導入を阻止するために～」

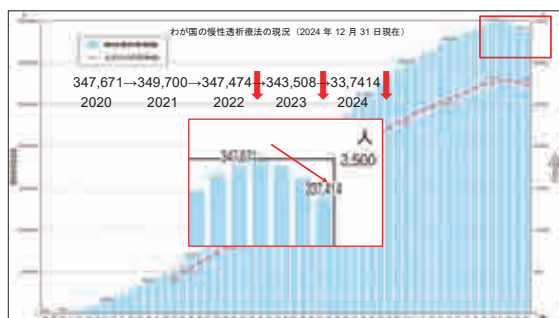


久留米大学医学部
内科学講座腎臓内科部門
主任教授
深 水 圭

ただいま御紹介いただきました久留米大学腎臓内科の深水でございます。

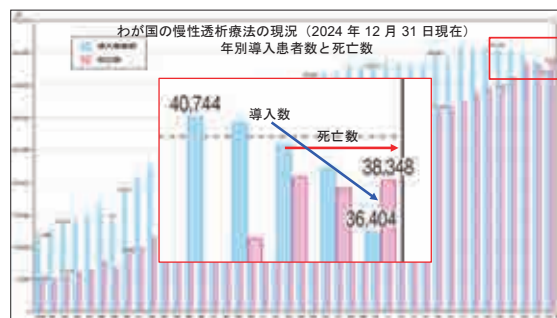
山本医学部長、そして諸先生方の御推薦を賜り、誠にありがとうございます。

私は本日、腎臓専門医として、先生方と地域におけるCKD治療について考えていきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

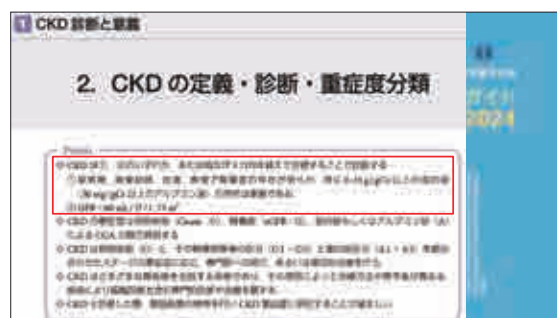


現在、透析患者さんの数は増え続けているとされてきましたが、2022年、ちょうど3年前に、初めて慢性透析患者さんの数が減少したことが報告されました。これは長い歴史の中で初めてのことであり、どれくらい減ってきたかといいますと、33万人であり34万人から1万人ほど減少してきています。

当初、なぜ減ったのかということについては、さまざまな議論がありましたが、COVID-19によって透析患者さんがかなり亡くなったことが一因として考えられました。当時は、透析患者さんがCOVID-19、すなわちコロナに感染すると、11%が亡くなっていたということで、大変高い死亡率でした。



では、その死亡数と導入数がどうなっているのかということについて見てみると、年間3万8,000人程度が亡くなられています。しかしながら、透析導入の数を見ると極端に減ってきています。これは間違いなく先生方の御努力であったり、新しい薬剤などが透析導入を減らしているのだろうと考えられます。これが全体として透析患者さんを減少させているのではないかと推測されています。



慢性腎臓病という言葉は2002年に世界から提唱されたものですが、新しいCKD診療ガイドにも、まずCKDを診断してくださいということが記載されています。

慢性とはどれくらいの期間かといいますと、3か月です。3か月間、例えばGFRが60を切るような状況が続く場合です。したがって、50が3か月以上続けば、それは慢性腎臓病、すなわちCKDということになりますし、GFRによらず、尿たんぱくや尿潜血といった検尿異常が3か月以上続けば、それもCKDということになります。この二つのうち、どちらか一方で構いません。

まず、このCKDという診断率が、日本ではかなり低いといわれています。電子カルテ上、我々がCKDと病名をつけていない患者さんは、GFR60未満の患者さんのうちどれくらいかというと、90%といわれており、まず先生方にCKDと診断していただくことが重要となりま

す。GFR60未満が3か月以上、もしくは検尿異常が3か月以上続くということです。

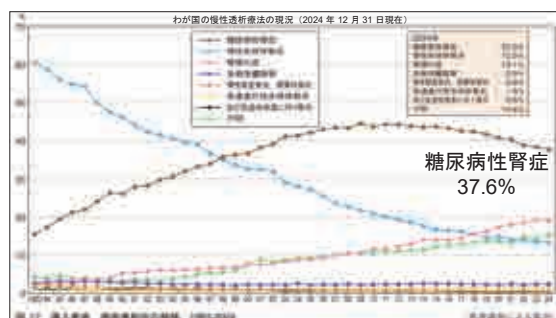
CKDの原因は様々	GFR 正常 60以上	尿蛋白(検尿異常)なし	尿蛋白(検尿異常)あり	免疫抑制療法 ステロイド 原疾患の治療
		正常	微小変化型ネフローゼ 糸球体疾患 IgA腎症 膜性腎症 膜性増殖性腎炎 急性糸球体腎炎 ANCA関連血管炎 抗基底膜抗体型腎炎	
	GFR 低下 60未満	加齢 高血圧性腎硬化症 造影剤腎症 コレステロール塞栓症 高カルシウム血症(VitD製剤) NSAIDs 脱水、熱中症 水腎症(前立腺肥大症) 尿管間質性腎炎 (薬剤、IgG4関連疾患、 サルコイドーシス) 常染色体顕性多発性嚢胞腎	二次性腎疾患 糖尿病性腎症、肥満腎症 多発性骨髄腫 関節リウマチ (アミロイドーシス) ループス腎炎 C型肝炎 免疫チェックポイント阻害薬 癌・梅毒による膜性腎症	

検尿異常といっても、大事なものは尿たんぱくです。テストテープで尿たんぱくをチェックしていただければよいのですが、そこで尿たんぱくが出ている患者さんがおられたら、ぜひ腎臓内科に御紹介いただきたいと思います。

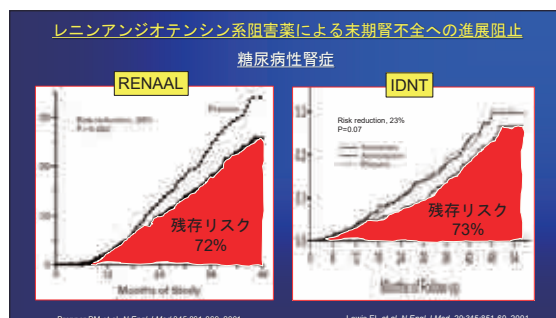
我々は腎生検を行い、なぜ尿たんぱくが出ているのかを確認します。そうすると、さまざまなことが分かってきます。原発性の糸球体疾患が診断されると、我々は免疫抑制薬やステロイドを使用して、透析に至らないように予防しますし、糖尿病性腎症であったり、C型肝炎、MASLDであったり、がんに対する免疫チェックポイント阻害薬、あるいは梅毒などの感染症によっても尿たんぱくが出る場合があります。したがって、原疾患をしっかりと見極めるために腎生検が必要となります。腎生検は、我々の施設では3泊4日ほど入院していただいております。

尿たんぱくが出ている患者さんというのは、腎臓でいうと、糸球体の病変ということになります。しかしながら、圧倒的に先生方が診られている患者さんは、あまり尿たんぱくが出ておらず、GFRが60を切っているような病態ではないかと思います。心血管の操作、PCIなどを行うと、コレステロールが飛んでコレステロール塞栓症を腎臓に起こすことがあります。腎機能が悪くなるのですが、尿たんぱくは出ません。あるいは、エディロールを骨折予防に使用されますが、ビタミンDによる高カルシウム血症もかなり多く、急激に腎機能が悪化してくる、しかし尿たんぱくはあまり出ないという病態になります。最近では、酷暑による脱水なども、尿たんぱくを伴わずに腎機能が悪くなる原因です。そういう患者さんは、糸球体というよりは、そ

の周囲の動脈や尿細管の障害ということになります。

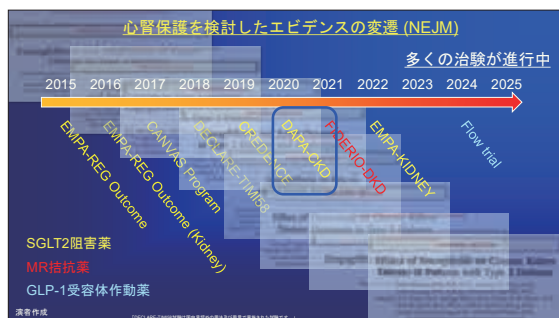


では、透析導入疾患として第1位は何かといえますと、やはり現在でも糖尿病性腎症で、37.6%です。第2位が高血圧による腎硬化症ですから、血糖コントロールをしっかり行うこと、あるいは血圧をしっかりコントロールすることが、これまでの治療の中心でありました。



どちらにおいても血圧コントロールが大変重要であり、降圧薬としてレニン・アンジオテンシン系を阻害する薬剤を使用します。2001年に出たデータでは、糖尿病性腎症に対して、ロサルタンとイルベサルタンというARBをそれぞれに用いると、透析導入リスクを28%、あるいは23%低下させたという結果が出てきました。我々もこれを見たときに本当に驚き、糖尿病を有するCKD患者さんには絶対に使わなければならないと教えられました。現在も、レニン・アンジオテンシン系阻害薬を降圧薬そして臓器保護薬として使用しています。

それでも残余リスクが残っており、70%以上は助けることができていない現状がありました。

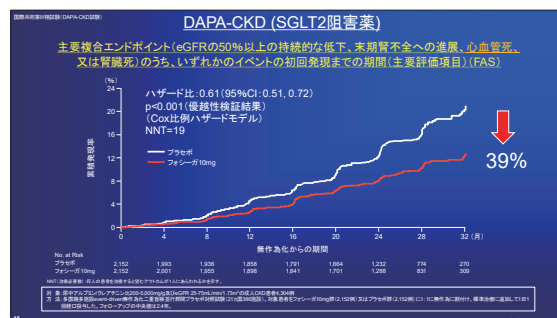


しかしながらここ5年から10年ほどの間に、SGLT2阻害薬という薬剤が登場し、これが透析導入を著明に減少させることが報告され、我々も本当に驚愕しました。これは腎臓だけではなく、心臓にも保護的に働くことが分かりました。

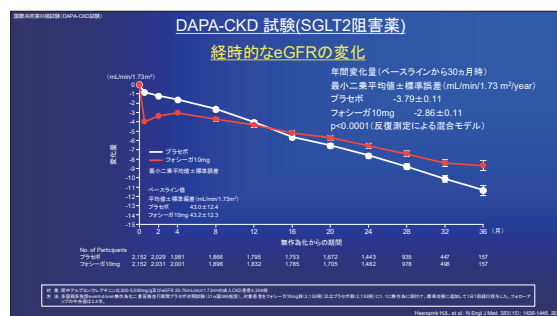
もともと血糖降下薬に関しては、2008年にチアゾリジン系の血糖降下薬が出てきました。しかしながら、心筋梗塞の発症を増加させたことから、FDAは、血糖降下薬については心血管イベントについてプラセボと比較して非劣性を検討することをメーカーに求めました。そして、このSGLT2阻害薬も例外なくその対象となったわけです。当初は、プラセボと変わらなければよいだろうと考えられていたのですが、実際にはプラセボよりも心血管イベントを減少させたということで注目されました。尿に糖を出す薬ですが、心血管イベント、さらには腎臓にも極めて大きな効果を持つことが分かりました。

これまでSGLT2阻害薬の効果は多くの *New Engl J Med* に掲載されました。これは糖尿病を合併しているCKD患者さんに対するデータですが、後の二つは、糖尿病を合併していないCKD患者さんにも、なぜか尿に糖を出す糖尿病薬が腎不全進展を抑制したというものです。こうした非常に重要なデータが出てきて、現在では、糖尿病を有していなくても、CKDの患者さんにSGLT2阻害薬を使用するようになりました。これが今、主流のCKD治療となっています。

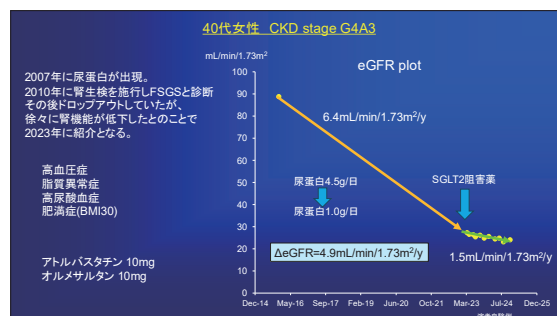
特にランドマークとなったのは、DAPA-CKDという、糖尿病を合併していないCKDに対してSGLT2阻害薬が有効であることを示したデータです。



このDAPA-CKDでは、32%の糖尿病を合併していないCKD患者さんにおいて、そのハードエンドポイント、特に透析導入などの非常に重要なエンドポイントを、RA系阻害薬が100%導入されていながらも、39%有意にリスクを低下させたという結果であります。



このDAPA-CKDのGFRの推移を見てみると、プラセボ群は白ですが、極端に低下していく一方です。しかしながら、SGLT2阻害薬を使用すると、一旦少し低下するものの、その後のスロープがかなり改善しており、これを長期に延ばして考えると、透析導入を10年、20年と先延ばしできることが報告されています。



一例、私の症例を紹介したいと思います。40代の女性で、当初GFRは90程度でした。しかし、その後ドロップアウトされ、受診されなくなり、8年から9年後に再び来られたときのGFRが30でした。この間のGFR低下速度は、年間6.4でした。通常、健常者では年間0.5程度低下していきますので、10倍以上のスピードでGFRが低

[illegible][illegible]

アルドステロン合成酵素阻害薬
Aldosterone Synthase Inhibitor (ASI)

The diagram illustrates the adrenal gland and the biochemical pathway for aldosterone synthesis. The adrenal gland is shown with its layers: Capsule, Zona glomerulosa, Zona fasciculata, Zona reticularis, and Medulla. The synthesis pathway starts with cholesterol and proceeds through several steps, including the formation of pregnenolone, progesterone, 17-hydroxyprogesterone, 11-deoxycorticosterone, and corticosterone. The final step is the conversion of corticosterone to aldosterone by the enzyme aldosterone synthase (CYP11B2). Key regulatory points are indicated by red arrows, and the effect of an Aldosterone Synthase Inhibitor (ASI) is shown as a red bar blocking the final step.

Figure 1. Diagram of the adrenal gland and the aldosterone synthesis pathway. The adrenal gland is shown with its layers: Capsule, Zona glomerulosa, Zona fasciculata, Zona reticularis, and Medulla. The synthesis pathway shows the conversion of cholesterol to aldosterone, with key enzymes and regulatory points indicated.

SGLT2阻害薬にアルドステロン合成酵素阻害薬を追加した時の腎保護効果を検討

(アルブミン尿軽減効果)

Vicadrostal

Standard Care Transmitted: 2024 Nov 17 09:26:30

ERA
ndt

The potential for improving cardio-renal outcomes in chronic kidney disease with the aldosterone synthase inhibitor vicadostrol (BI 690517): a rationale for the EASI-KIDNEY trial

trial design

There are two main reasons why the combination of SGLT2 inhibitors and aldosterone synthase inhibition is a logical step forward in the treatment of CKD: with SGLT2 inhibitors (SGLT2i) and aldosterone synthase inhibitors (ESI).

Background therapy

ACE-inhibitor
beta-blocker
diuretic
statin
aspirin
calcium/vitamin D

ESI administration

Oral
Intravenous
Subcutaneous

Background therapy

ACE-inhibitor
beta-blocker
diuretic
statin
aspirin
calcium/vitamin D

ESI administration

Oral
Intravenous
Subcutaneous

Composite primary outcome

CV death
CV death
CV death

The EASI-KIDNEY trial will assess the cardiovascular efficacy and safety of combining SGLT2 and aldosterone synthase inhibition in a large population with CKD at risk of cardiovascular morbidity and mortality.

このような薬剤に加え、先生方によるCKD
に対する治療や、多職種連携も大変重要になり

ますが、このように新しい最新の医療を交えながら進めていくと、将来どうなるか。



今、33万人の透析患者さんがおられますが、恐らく透析患者数はさらに減少していくのではないかと考えられます。そうすると、県の財政や国の財政の圧迫も改善し得るのではないかと、そうした未来予想図を描きながら診療を行っているところです。

私からは以上です。どうも御清聴ありがとうございました。

「地域で実践する最新の肺がん外科治療」



福岡大学筑紫病院
呼吸器・乳腺外科
教授
早稲田 龍 一

御紹介にあずかりました福岡大学筑紫病院呼吸器・乳腺外科の早稲田と申します。

このたびは貴重な発表の機会を賜り、山本先生をはじめ、御推薦いただきました小玉先生、御関係の皆様には厚く御礼申し上げます。それでは早速、発表を始めます。

福岡大学筑紫病院 呼吸器・乳腺外科（令和7年度～）

当科の特色



- 幅広い呼吸器疾患スペクトラムに対応可能（多彩な臓器・悪性～良性）
- ほぼ全ての呼吸器外科手術術式を提供可能（ロボット・単孔式胸腔鏡～開胸拡大手術）
- 最新のエビデンスに基づき、最適な治療を実践（呼吸器内科との迅速・緊密な診療連携）
- 女性医師を中心とした患者ファーストの乳がん診療

最初に、私どもの医局について少し御紹介いたします。私は昨年4月に赴任いたしました。まだ4人の医局員による非常に小規模な科です。呼吸器および乳腺の外科疾患を扱っており、呼吸器では主に肺がんを中心としつつ、良悪性を含めた幅広い疾患スペクトラムに対応しています。また、手術術式もほぼすべてに対応できることが強みであると考えております。さらに、我々の病院は比較的小規模であり、内科との連携が非常に迅速であることから、エビデンスに基づいた個々の患者さんに最適な治療を実践している点が特徴です。乳腺についても女性医師が2名おりますので、患者さんにとってなじみやすい環境を提供できているのではないかと考えております。

最新のがん治療



それでは、本日のテーマである肺がん治療に移ります。

先ほど深水先生が4本の柱と述べておられましたが、がん治療の柱は現在、アメリカがん学会のホームページから引用したのですが、5本の柱といわれています。かつては手術、放射線、抗がん剤の3本柱でしたが、現在は抗がん剤の領域が分子標的治療薬と免疫治療に分かれ、この三つの薬物療法を含めた5本柱となっています。特に非小細胞肺がんの領域では、薬剤の進歩が非常に大きく、それに伴って外科療法の役割も少しずつ変わってきています。

NSCLC治療における手術の役割の変化



現在でも外科治療は根治のための大きな手段ですが、その役割はやや変化しつつあり、薬物療法をより最適に行うための組織生検の役割や、薬物療法との集学的治療、あるいは周術期治療、すなわち手術を組み合わせた治療の中での外科療法の役割が増してきています。

福岡県筑紫医療圏

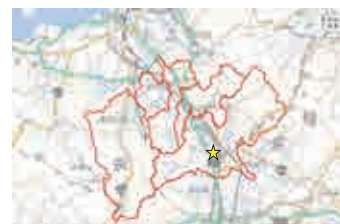
人口（2020年）：439659人

高齢化率（>65歳）：24.4%

全国：28.6%
福岡市・糸島：22.4%

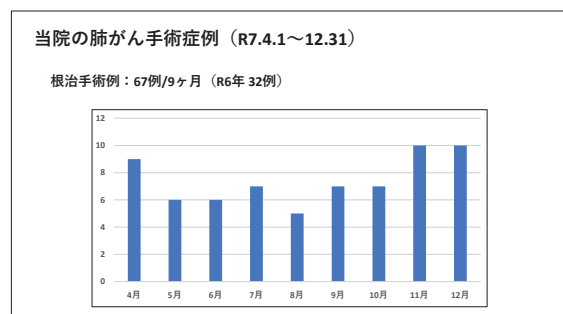
地域医療支援病院

福岡大学筑紫病院
福岡徳洲会病院
済生会二日市病院

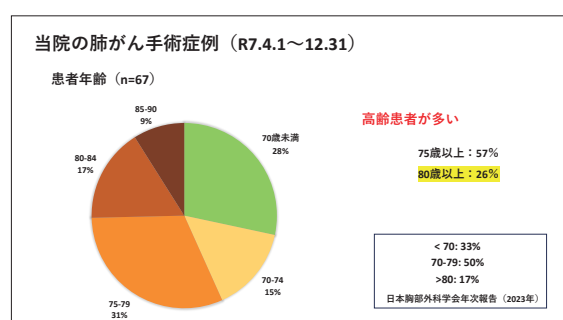


今回、「地域に役立つ」という観点から申しますと、現在私が携わっている医療圏は筑紫医

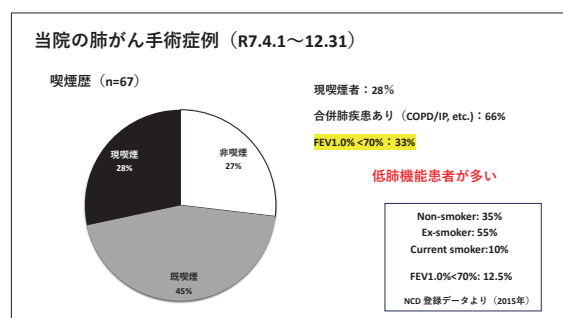
療圏であり、この患者さんが我々の施設には多く来られます。私は10年以上福岡大学病院に勤務しておりましたので福岡市の患者さんと比較しますと、全国的にはまだ比較的若い患者さんが多い地域ではありますが、高齢化率は福岡市よりやや進んでいるという環境です。



9か月時点での症例を振り返っていましたが、近隣の先生方の御協力もあり、少しずつ症例数が増え、現在は年間で肺がんの根治手術を大体100例程度行う規模となっています。その中で感じていたことをお示しします。

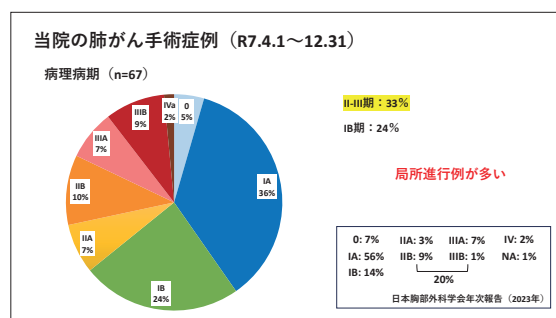


まず患者背景を見ますと、高齢の方が多く印象を持っていましたが、実際に見てみると26%であり、全国の数字と比べても非常に多い状況でした。さらに、75歳以上の患者さんだけでも6割近くを占めており、非常に高齢患者さんが多いエリアであると感じています。



加えて、これは地域として何らかの対策が必要かもしれませんが、喫煙者の割合がいまだに非常に高いという特徴があります。禁煙後に受

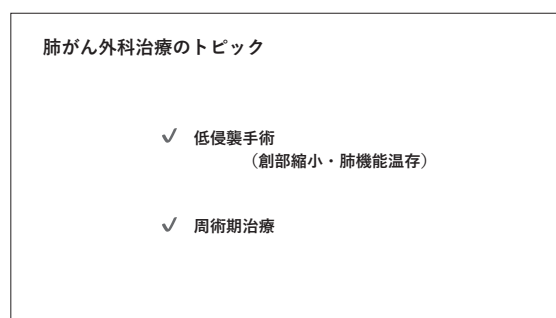
診される方が多いというのが肺がん診療では一般的でしたが、現喫煙者が約3割おられます。これは全国統計と比べても約10%高く、約3倍に当たります。高齢であることと喫煙という二つの因子により、肺疾患を合併されている方が非常に多く、呼吸機能の低下までみている方の割合が非常に高いという状況があります。



もう一つ特徴がありまして、我々の施設で手術した症例の病理病期、最終的な病期を見ますと、I期が多いというのは外科症例としては通常の傾向であり、一般には8割近くがI期で、そのうち半分以上がIA期です。しかし、我々の領域では腫瘍径の大きいものが多く、さらにリンパ節転移を有するII期、III期の症例が非常に多く認められました。すなわち、局所進行例が多いという特徴があります。

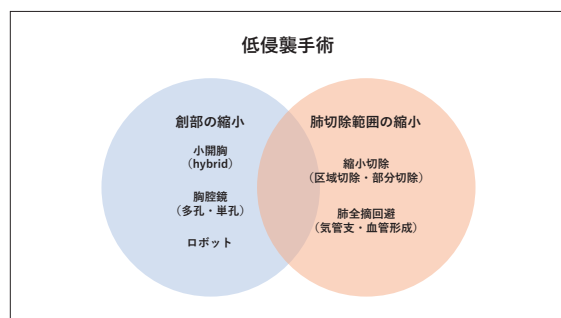
高齢で既喫煙者ですが、気腫と間質性肺炎を合併した、いわゆる気腫合併間質性肺炎の症例で、肺がんがあります。この方は1秒率が2割強という、非常に呼吸機能の悪い方でした。

もう1例は、少し若い67歳の方で、現喫煙者です。気腫と間質性肺炎があり、一つがんがあり、さらにもう一つがんがあつて、両側の手術を二期的に行いました。非常に多くの合併症を有する患者さんが多いというのが我々の地域の特徴であると考えています。



最新の外科治療ということで、現在のトピックになります。長らく外科領域では低侵襲手術

が大きなテーマであり続けていますが、肺外科領域でもそれは重要です。もう一つは、先ほど述べた薬物療法との組み合わせによる治療です。この2点について触れます。



まず、低侵襲手術です。肺外科領域における低侵襲手術というと、多くの外科領域における低侵襲手術では傷を小さくすることが主なアプローチですが、肺の手術においては肺の切除量を小さくする、あるいは肺機能を温存するといった方向性も含まれます。まずは一般的な低侵襲手術、すなわち創部の縮小を目指したもののについて、我々の取り組みを御紹介します。

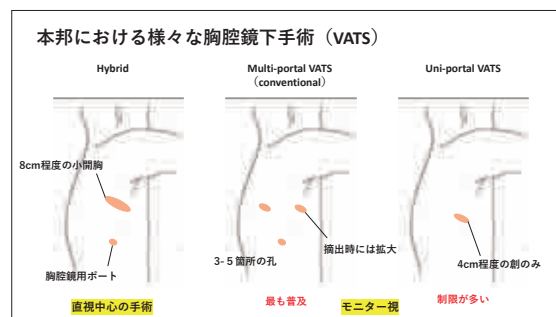
CQ16. 臨床病期I期非小細胞肺癌に対して、胸腔鏡下肺切除を行ってもよいか？

推奨
胸腔鏡下肺切除を行うよう強く推奨する。 [推奨の強さ：1、エビデンスの強さ：B]

大規模RCT (high evidence) はなく、meta-analysis中心
実地診療として十分に浸透
胸腔鏡下手術が多様化

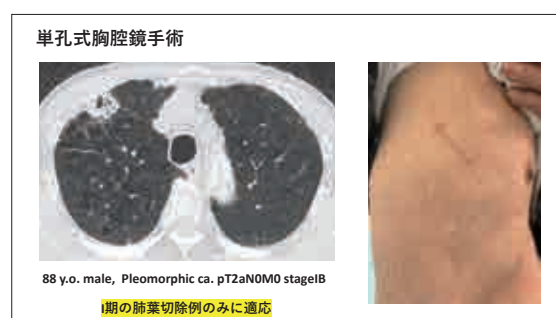
2025年版 肺癌診療ガイドラインより

一般に低侵襲手術、特に内視鏡手術は、私が医師になった20年以上前からすでに十分に導入されており、それが徐々に進化し、現在では日常診療として一般的に行われています。これは肺がん診療ガイドラインですが、通常のI期症例に対しては胸腔鏡下手術を行うよう強く推奨するとされています。RCTなどの直接比較試験はありませんが、実地診療として広く安全に行われていることから、普及しています。



とはいえ、一口に胸腔鏡下手術といってもさまざまな種類があり、また進化もしています。かつては胸腔鏡を利用しつつ、もとの開胸創を少しずつ小さくするような方法や、直視下手術を併用する、いわゆるハイブリッド手術も行われていましたが、現在一般的にいわゆる胸腔鏡下手術とは、一つ胸腔鏡を入れて、助手と術者が複数のポートを用いて手術を行うものだと思います。

さらに数年前から、その進化形として、一つの創部に内視鏡機器をすべて入れて行う、単孔式の胸腔鏡手術が東アジアを中心に広まっています。



私どもの施設でも単孔式手術を取り入れており、術後の創を見ていただくと、整容性に優れ、筋肉の破壊が少ないため回復が早いといえます。ただし、特殊な器具が必要であり、またある程度の専門的な修練も必要になります。この方は非常に高齢で肺機能も悪い方ですが、このような方には、安全に、かつ根治性が保てるのであれば、非常に有用な手技であると考えています。我々の施設では、適応をI期の肺葉切除症例のみに限定しています。

CQ17. 臨床病期I期非小細胞肺癌に対して、ロボット支援下肺切除を行ってもよいのか？

推奨
臨床病期I期非小細胞肺癌に対して、ロボット支援下肺切除を行うことを弱く推奨する。
(推奨の強さ：2、エビデンスの強さ：B)

meta-analysis中心、evidenceが少ない

本邦では2018年から保険収載

VATSに対する明らかな優位性は示されていない

2025年版 肺癌診療ガイドラインより

さて、もう一つ進化した胸腔鏡手術として、やはりロボット手術があります。ロボット手術は2018年以降、本邦で保険収載され、本当に急速に普及している手技です。ただし、コストの問題や、ここにおられる先生方にはそうした点がよく耳に入っているかと思いますが、通常の胸腔鏡手術に対する明らかな優位性がまだ十分に示されていないという現状もあります。

ロボット手術



- ・人間が操作する
- ・内視鏡手術を精密・快適に
- ・アメリカに次ぐロボット手術大国

da Vinci
SURGICAL SYSTEM

実際のロボット手術は、皆様ご存じのとおり、自動でロボットが手術するわけではありません。人が操作するものであり、いわば大がかりな内視鏡手術器具という位置づけになります。ただ、このような機器を用いることで非常に精密に、しかも術者が快適に手術を行うことができます。日本では本当にロボット手術の普及が急速に進んでおり、アメリカに次ぐ世界第2位の状況です。

3D-scope (立体視)



特に技術的側面を支える二つのポイントを挙げると、まず視覚の面です。これはダヴィンチのシステムですが、こうしたモニターをのぞき

込むような形で見ると、通常の内視鏡でも三次元視を実現する機器はありますが、より自然で、そのまま見ているような三次元視が再現されます。

多自由度鉗子

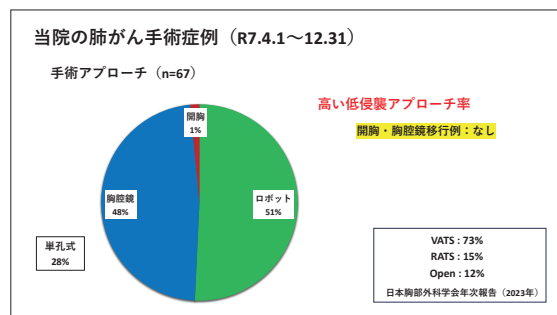


- 7自由度
 - ✓Outer Pitch
 - ✓Outer Yaw
 - ✓Insertion
 - ✓Rotation
 - ✓Grasp
 - ✓Inner Pitch
 - ✓Inner Yaw

もう一つは、人の手のように動く多関節鉗子です。通常の内視鏡にも多関節鉗子がありますが、やはり自由度が異なります。この二つの技術によって、非常に精密な操作が可能になっています。



これは米粒に名前を書くというデモンストラレーションですが、通常の内視鏡鉗子では極めて難しいことだと思いますし、おそらくルーペをつけて自分の手で行っても容易ではありません。しかし、ロボットを使うとそれが可能になります。このような精密な動きが可能な技術であるということを御理解いただきたいと思います。



私どもの症例では、まだ数は多くありませんが、現在のアプローチを見ますと、ロボット手術が約半数を占めています。これは肺がん根治

肺切除術式の違い

葉切除	区域切除	部分（楔状）切除
		
肺動静脈・気管支を処理 切除マージン ○ リンパ節評価 ◎	肺動静脈・気管支を処理 切除マージン ○ リンパ節評価 ○ やや複雑	非解剖学的 切除マージン △ リンパ節評価 △ シンプル

JCOG
JAPAN CLINICAL ONCOLOGY GROUP

肺がん外科グループ：肺がん治療開発マップ

cStage 臨床病期		標準治療		
IA		C/T比※ ≤0.25	0.25<C/T比※ ≤0.5	0.5<C/T比※
	腫瘍径 ≤2cm	JCOG0804 部分切除 	区域切除 	区域切除 /肺葉切除 
	腫瘍径 2~3cm	JCOG1211 	JCOG0802/WJOG4607L 	

原則，肺野未梢病変
CTで外套1/3

① C/T比※、肺野病変径以下で
区域切除（LC）の腫瘍径最大値（CT）にのっとる判断



C/T比が小さい



C/T比が大きい

② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

Q11. 肺全摘を避けて、気管支・肺動脈形成を行うべきか？

推奨
肺全摘を避けて、気管支・肺動脈形成を行うよう強く推奨する。

(推奨の強さ：1, エビデンスの強さ：C)

肺全摘

スリーブ上葉切除

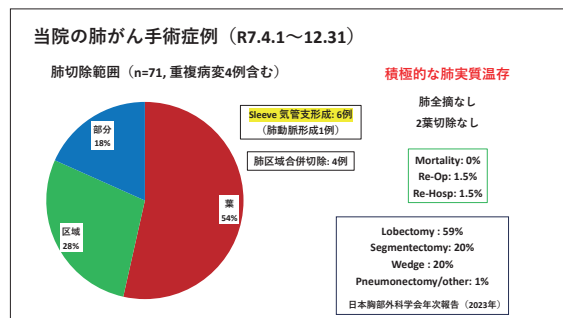
中・下葉を温存

気管支形成

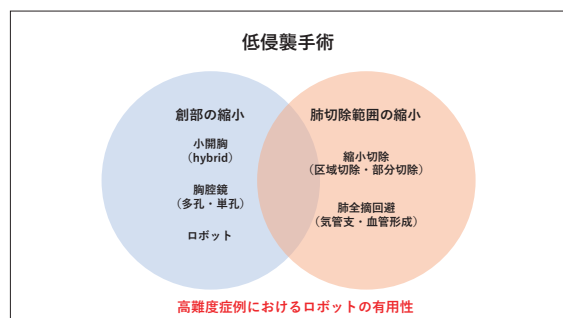
2025年版 肺癌診療ガイドラインより

	Cases	30-Day mortality		Hospital mortality	VATS	Robotic surgery
		Hospital	After discharge			
Operative procedure						
Wedge resection	9464	5 (0.1)	8 (0.1)	17 (0.2)	8872	36
Segmental excision	9427	8 (0.1)	5 (0.05)	18 (0.2)	7190	1596
(Sleeve segmental excision)	19	0	0	0	11	1
Lobectomy	28,371	81 (0.3)	36 (0.13)	166 (0.6)	18,403	5256
(Sleeve lobectomy)	311	2 (0.6)	1 (0.3)	5 (1.6)	48	18
Pneumonectomy	126	7 (5.6)	0	8 (6.3)	8	2
(Sleeve pneumonectomy)	4	1 (25.0)	0	1 (25.0)	0	0
Other bronchoplasty	35	0	0	0	3	2
Pleurectomy/pneumonectomy	1	0	0	0	0	0
Others	194	0	2 (1.0)	2 (1.0)	145	4
Multiple incision for multiple lung cancer	41	0	0	0	34	4

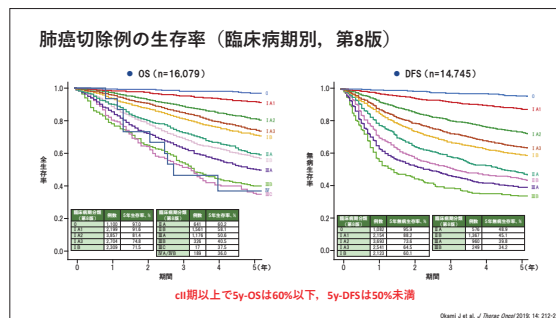
しかしながら、このような中枢型肺がんは現在かなり減ってきているのが現状です。年間5万例の日本の手術症例の中で、このような症例は0.6%程度しかありませんが、それでもこうした手術を行っていく必要はあります。ただし、この数字を見ると、内視鏡下手術で行われている割合はその中の6分の1程度であり、また死亡率も通常の術式と比較して非常に高いという現状があります。



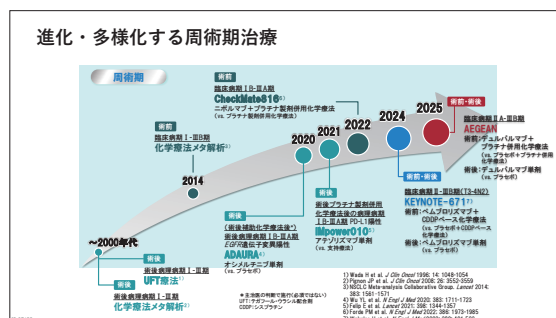
私どもの施設では、先ほど述べたように、高齢で低肺機能、さらに進行症例が多いという特徴がありました。実際に見てみると、日本全体では0.数%と先ほど申し上げたスリーブ気管支形成を必要とする症例が、我々の施設では10%近くありました。また、区域切除の割合についても、日本全体のデータよりやや多い状況でした。これは低肺機能の症例に対して、積極的に肺実質温存を心がけている結果であると考えています。幸い、肺全摘を行うこともなく、二葉切除症例もありませんでした。手術死亡例もなく、再手術や再入院の症例も、幸い今のところ多くは経験していません。



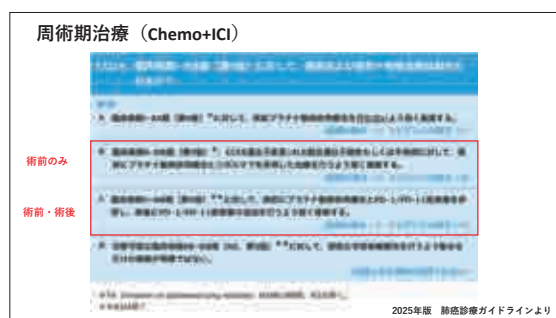
このように、リスクの高い患者さんに対して、二つの低侵襲手術をうまく組み合わせで診療を行っている状況です。その中で、後ほど薬剤との関連も示しますが、ロボット手術の有用性について、さらに踏み込んで見ていきたいと思えます。



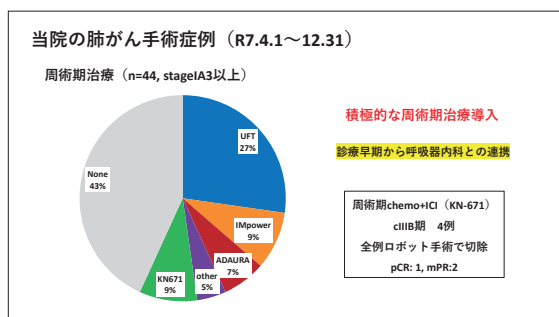
次に、薬物療法の進化についてです。これは肺がんの生存曲線を示しています。左がOS、右が無再発生存です。少し見にくいですが、II期以上はこの部分になります。II期以上の症例では、OSは6割以下、無再発生存に限ると5割未満です。したがって、肺がん症例はやはり手術単独では厳しい状況にあります。



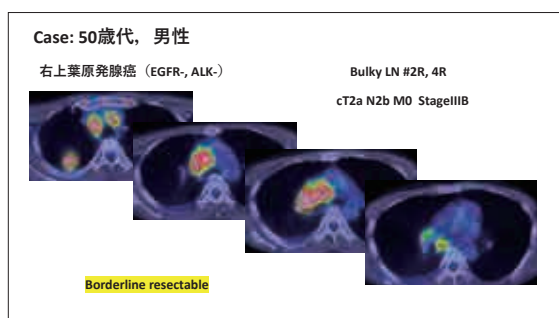
2020年以降、このように周術期治療では薬剤との組み合わせが非常に増えてきています。特に2022年以降は、術前、あるいは術前・術後といった形で、術前に薬剤を導入してから手術を行う治療が大きなインパクトを与えてきました。



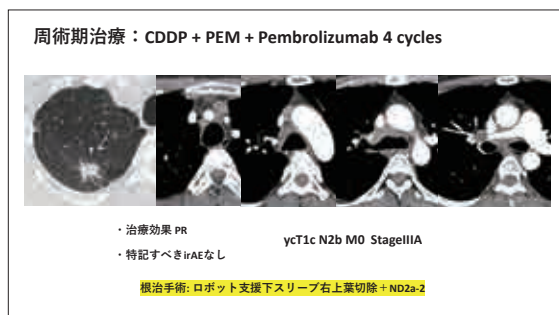
これはガイドラインに示されているのですが、II期、III期、すなわち局所進行症例に対して、化学療法と免疫チェックポイント阻害薬を組み合わせる治療、あるいは術後にも免疫チェックポイント阻害薬を用いるレジメンのいずれかを使用することが推奨されるようになっています。



私どもの症例を見てみますと、進行症例が多いこともあり、何らかの周術期治療が入った症例が非常に多く、6割近くありました。高齢患者さんが多い中でも、このような治療を行ってきました。そのうち、術前治療を導入した症例は10%、4例でした。これは最初に述べたように、内科との早期からの連携があるからこそ可能であった面もあります。かなり進行した4例に対して術前治療を行い、最終的に手術まで実施した症例があります。



そのうちの1例を提示します。我々の施設の中では比較的若い50代男性で、ここが原発巣です。このように多数かつ大きな縦隔リンパ節転移を認めていました。従来であれば切除不能であり、かなり厳しい状況と考えられる症例です。このような症例に対して術前治療を導入し、最終的に手術を行いました。



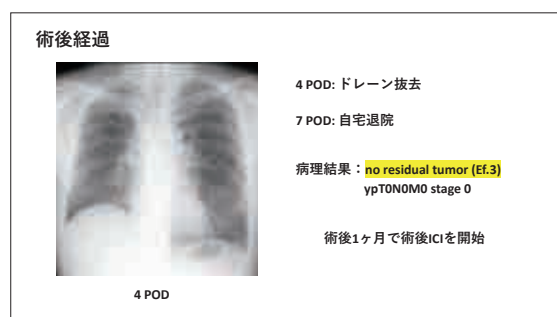
化学療法と免疫チェックポイント阻害薬を4コース行くと、このような形になります。原発巣はやや縮小し、リンパ節はかなり小さくなっ

ています。

ロボットを用いて手術を進めると、前治療後というのは炎症やもとの浸潤の程度により、剥離がかなり難しくなっています。ただ、そのような中でも、なかなか層が分かりにくい場面で、ロボットの利点が発揮されます。ここはまだ難しい部分ですが、やはり層が分かりにくい。そうした症例でも、ロボット鉗子をさまざまな方向からピンポイントで入れることで、少しずつ剥離層を見つけることができ、まず肺葉切除を完遂することができます。

肺血管を切離している場面では、ポイントを見極めながら処理を進めていきます。ただし、気管支に関しては、このリンパ節がどうしても剥がれない部分があり、先ほどお示した全摘回避のための気管支形成術を併施しています。

実はロボットは縫合や運針を非常に得意としており、こうした処置に関しては通常の開胸手術よりもむしろやりやすい面があります。



術後も、1週間で退院が可能であり、若年であったこともありますが、特に問題はありませんでした。ここで病理結果に注目していただきたいのですが、術前画像ではあのような進行した所見を示していたにもかかわらず、術後病理ではがん細胞がすべて消失している状況でした。このような治療の進歩を実感することができます。

多様化する周術期治療の中で求められる手術

No Complications

No Pneumonectomy

No Thoracotomy

進行症例におけるRATSの可能性

このように、薬物療法と組み合わせて治療を

行っていく中で、手術の重要性は少しずつ変化しています。すなわち、合併症を起こさないこと、肺をできるだけ残すこと、全摘を回避すること、さらに可能であれば次の治療も考慮して開胸を避けることが重要であると考えています。そうした中では、さまざまなデメリットが指摘されているものの、ロボット手術の可能性を大きく感じています。

まとめ

- 当院の肺癌手術例は、高齢・低肺機能・局所進行例が多い
- 低侵襲性（創部・肺機能）と集学的アプローチを両立
- 呼吸器内科との緊密な連携とロボット手術がKey Factor

まとめますと、我々の症例にはリスクの高い患者さんが多く見られます。そのような中で、低侵襲性と集学的アプローチを両立することを目指して診療を行っており、そのためには内科との緊密な連携と、さらに鍵となるのはロボット手術ではないかと考えております。

御清聴いただきましてありがとうございます。

「運動期疼痛の病態と治療：疼痛評価と鎮痛薬の使い分け」



産業医科大学
整形外科
准教授
鈴木 仁 士

学会長の山本先生、ならびに本日私に発表の機会を賜りました関係各位に深謝申し上げます。誠にありがとうございます。

私は日頃、整形外科医として下肢人工関節の手術を行っておりますが、大学院生の頃に現学長の上田先生の下で痛みに関する基礎研究を行っておりましたので、自分が行っている人工関節手術と、その痛みに関して何とかうまく結びつけることができないかと考え、これまで取り組んでまいりました。

痛みの種類と評価法について

・「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快感体験」と定義される。

(国際疼痛学会 2020)

- 本邦の疫学調査では、慢性疼痛を有する者は26.4%と報告されている。
- 整形外科領域において、変形性関節症をはじめとする慢性疼痛の治療に難渋する。

(小川謙郎, 他, 2022) (Colloca L. et al., 2022)

発表者作成

痛みに関しては、「実際の組織損傷、もしくは組織損傷が起こり得る状態に付随する、あるいはそれに類似した、感覚かつ情動の不快感体験」と定義されていますが、痛みは病態生理学的に、侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、痛覚変調性疼痛に大別されるといわれています。

1. 侵害受容性疼痛 (Nociceptive Pain)

定義
組織の現実的な損傷、または損傷の危険性がある刺激により生じる痛み。

メカニズム
・高所刺激: 炎症や機械的刺激が侵害受容器を活性化。
・メディエーター: IL-1 β やTNF- α などが末梢神経を感作。

代表疾患: 急性関節炎、慢性関節炎、変形性関節症、腰痛、骨折、打撲、捻挫

例えば整形外科では、こうしたものが非常に分かりやすいと思いますが、外傷や変形性関節症は侵害受容性疼痛といわれています。具体的には、実際の組織損傷があり、それに伴って痛

みが生じるというもので、IL-1 β やTNF- α などのサイトカインが末梢神経を感作し、痛みを生じさせているといわれています。

痛みの種類と評価法について

・「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快感体験」と定義される。

(国際疼痛学会 2020)

- 本邦の疫学調査では、26.4%が慢性疼痛患者である。
- 整形外科領域において、変形性関節症をはじめとする慢性疼痛の治療に難渋する。

(小川謙郎, 他, 2022) (Colloca L. et al., 2022)

発表者作成

痛みの種類と評価法について

・「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快感体験」と定義される。

(国際疼痛学会 2020)

- 本邦の疫学調査では、26.4%が慢性疼痛患者である。
- 整形外科領域において、変形性関節症をはじめとする慢性疼痛の治療に難渋する。

(小川謙郎, 他, 2022) (Colloca L. et al., 2022)

発表者作成

痛みの種類はもちろんこれだけではなく、例えば糖尿病性神経痛であったり、整形外科領域では坐骨神経痛であったり、臀部痛などの痛みを訴える患者さんもおられます。

さらに、何となくずっと腹痛がある、頭痛が続く、すっきりしないといった症状で、線維筋痛症や過敏性腸症候群といわれるような、痛覚変調性疼痛というものもあり、この三つに大きく分けられると考えています。

痛みの種類と評価法について

・「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快感体験」と定義される。

(国際疼痛学会 2020)

- 本邦の疫学調査では、26.4%が慢性疼痛患者である。
- 整形外科領域において、変形性関節症をはじめとする慢性疼痛の治療に難渋する。

(小川謙郎, 他, 2022) (Colloca L. et al., 2022)

変形性関節症患者の中にも痛覚変調や神経障害を伴う症例が含まれるのでは？

発表者作成

その中で、変形性関節症の患者さんの中にも、このような痛覚変調や神経障害を伴う症例が含まれているのではないかと考えながら、私は日常診療を行っています。



変形性膝関節症の分類としては、Kellgren-Lawrence分類が最も有名だと思いますが、一番左の比較的きれいな膝関節から、グレード1、2、3、4と徐々に変形性関節症が進行し、最終的に悪化すると歩行障害も出てきますので、人工関節を行うという流れになるかと思います。



例えば63歳男性の症例ですが、数十年来の膝痛があり、次第に痛みが増悪してきたため、人工関節を行いましょうかという話になりました。現在、人工関節を入れる術前プランニングでは、このようにCTを撮影し、三次元でどのサイズが適切かといったことを作図した上で、手術を行い、最終的に歩けるようになる、そういったことを行っています。



多くの患者さんは下肢の内反変形を伴っていますので、このようにO脚になっています。したがって、人工関節というのは、骨を切って人工関節、すなわちインプラントを入れるだけでなく、このような下肢の内反変形も矯正して、きれいな脚をつくるということを行っています。

TKAにおけるロボット支援下手術システム

	Mako	ROSA	CORI	VELYS
会社名	Stryker	Zimmer Biomet	Smith & Nephew	DePuy
特徴	CT-base ロボティックアーム	立位荷重位2方向X線 ロボティックアームで cutting guide制御	Riロボティック ドリルで掘削 Image free	コンパクト ロボティックアーム
Haptic guidance	あり	なし	あり	なし
アームデバイス	Bone saw	Cutting guide	Drill bar	Bone saw
適応	TKA UKA THA	TKA UKA (THA)	TKA UKA	TKA

このように脚をまっすぐにするという意味で、先ほどの早稲田先生のお話にもありましたが、私たちはロボット支援下手術システムを使用しています。現在4社から、Mako、ROSA、CORI、VELYSの4機種が出ていますが、その中の二つの機種を産業医科大学病院に導入し、インプラントを正確に設置する手術を行っています。

Makoロボティックアーム	ROSA Knee手術支援ロボット
- 本体価格 2～3億 - 保守点検費用 1,200万円/年 - ディスプレイ部 10万円 (赤外線マーカー、ドレープ、固定ピン、saw blade等)	- 本体価格 1億2000万円 - 保守点検費用 600万円/年 - ディスプレイ部 8～10万円 (赤外線マーカー、ドレープ、固定ピン、saw blade等)

しかし、決して安価ではありません。Makoロボティックアームは定価で2～3億円するといわれていますし、ROSAでも1億2,000万円程度するとされています。それぞれ保守点検費用もかかりますし、1回の手術ごとのディスプレイ部物品も決して安くはありませんので、どこでも導入できるというわけではありません。しかし、センター化して症例を集約し、正確に手術を行うということがよいのではないかと考えています。

TKAの準備：MakoとROSA

	Mako	ROSA
術前画像	CT	X線・MRI 画像なしも可
Image free	なし	あり
作図準備	2-3週	5日
患者情報送信	必要	必要
Registration	大腿骨40点 脛骨40点	大腿骨29点 脛骨7点
搭載カメラ	60Hz	60Hz
Refresh rate	1秒に60回画像を置き換え	
Average latency	16.7 ms (Actionから応答する時間)	16.7 ms

伸展、屈曲でのストレスによって骨切り量を調整

産業医科大学病院にあるMakoとROSAについて、少しだけ御紹介いたします。

Makoは、基本的にCT画像を撮影し、それを患者さんの同意を得た上でメーカーに送り、術前プランを立てて手術をするというもので、2～3週間の作図準備が必要になります。ROSAについては、X線やMRI画像を用いるのですが、画像がなくても行うことができますので、術前準備なしでも可能です。これを実際の術野と、患者さんのリアルタイムの術中データとイメージマッチングさせることによって手術を進めていきます。したがって、ロボットにカメラがついているということになります。

手術の途中で、屈曲や伸展によって膝にストレスをかけることで、少し字が小さいのですが、どれくらい骨を切ればインプラントが入るかということはかなり正確に示してくれますので、骨を切り足す、あるいは切り直す作業が減り、患者さんの負担も軽減しているのではないかと考えています。



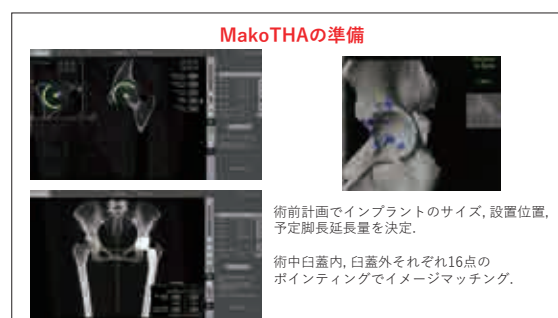
Makoは、このようにロボティックアームの先端に骨を切るボーンソーがついており、そのボーンソーを術者が扱うことになります。これが赤外線センサーであり、それぞれ患者さんに取り付けることになります。

特に優れているのは、このボーンソーが緑の部分だけを切るため、このラインの外には刃が出ないことです。不要な軟部組織損傷を防ぐことができるという意味でも、ロボティックは非常に優れていると思います。

患者さんのポイントを登録してイメージマッチングを行った後、術者がロボティックアームを把持して骨切りを行う、そのようなことをしています。



ROSAに関しては、今度は骨を切るためのガイドがロボットの先端についており、ボーンソーを持つのは術者本人です。いずれにしても、正確に骨切りができるという意味では非常に優れていると思いますし、実際にどれくらい切ったか、また骨切りが正確にできたかを、骨切り後にバリデーションできるというのもメリットかと思います。



人工股関節についても同様です。同じようにCT画像で術前準備を行い、インプラントのサイズや設置位置、予定脚延長量などを決定した上で、術中にそれぞれポインティングによるイメージマッチングを行って手術を進めるという点は、膝関節と同様です。



このMakoTHAの非常に優れた点は、掘削中心に対して15度の円錐エリアを超えると作動しないようになっているため、骨を壊さないという利点があることです。右側の緑の部分は不要な骨であるため、ここを削りましょうということで、しっかり骨を削り、インプラントを正確

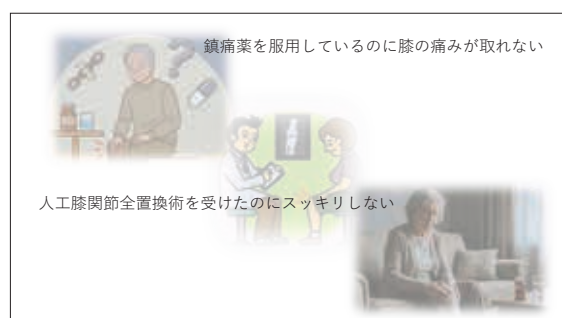
に入れることができます。もちろん、設置後はカップ設置後の5点ポインティングによって設置角度を測定できますので、きちんと入ったかどうか確認できます。



1例、67歳女性ですが、身長144センチでかなり小柄な患者さんです。やはり人工関節を正確に入れたいし、できるだけ体格ぎりぎりの大きいサイズを、小柄ではありますが骨盤の前後にしっかり収めたいという患者さんでした。このような患者さんでも、ロボティックアームを使うと正確に入れることができます。

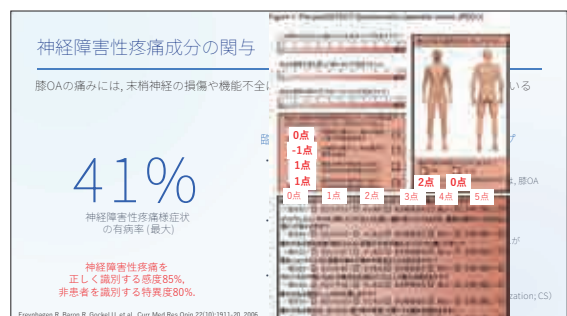


術後にどれくらい正確にインプラントが入ったかという事後評価を行います。やはりおおむねぴったり正確な角度で入っていました。したがって、カップ設置に気を遣うような症例では、術者のストレス軽減も期待しています。このような形で、私たちは積極的に人工関節手術を行っています。



ところが、そのように正確に骨切りを行い、よいインプラントを適切に入れようとしても、

やはりなかなか痛みが取れない患者さんがおられます。例えば、術前から鎮痛薬を服用しているのに膝の痛みが取れない、あるいは人工関節全置換術を受けたのにどうもスッキリしないといった患者さんが一定数おられ、患者さんも私たちも悩まされるわけです。



そのような症例の中に、最初に少しお話しした神経障害性疼痛や痛覚変調性疼痛の要因が含まれているのではないかとされています。文献を調べてみますと、確かに神経障害性疼痛様の患者さんの有病率は41%程度ではないかとされており、そのような報告があります。

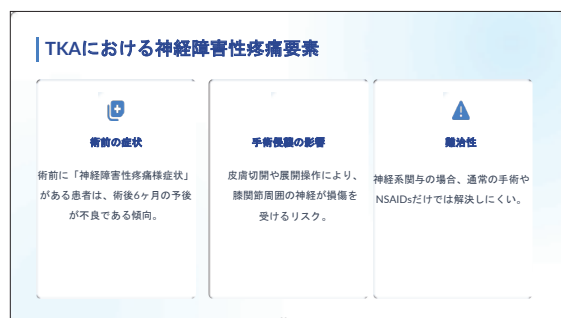
少し見にくいかもしれませんが、四肢の痛みを感じておられる先生方には、このアンケートを見ていただければと思います。痛みのある部位に焼けるような痛みがありますか、ぴりぴり・ちくちくした痛みがありますか、少し触れただけでも痛いですが、電気ショックのような痛みがありますか、といった内容です。これはpainDETECTといいます。

このように点数をつけます。それぞれ0、1、2、3、4、5と採点し、痛みが他の部位に広がるかどうかなども評価します。この質問票は、神経障害性疼痛を正しく識別できる感度が85%、非患者を識別する特異度が約80%程度あるといわれています。

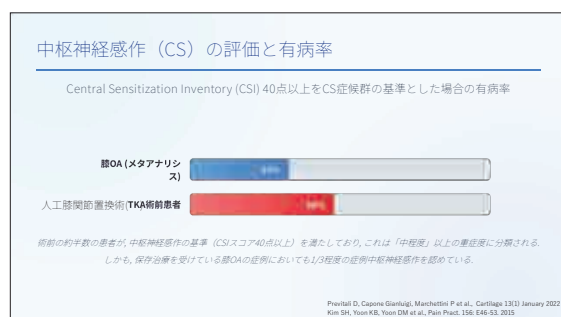
神経障害性疼痛評価: painDETECT	
「焼けるような」「ビリビリする」等の痛みの質を評価(0-38点満点)。	
スコア	判定・解釈
≤12点	神経障害性疼痛の可能性は低い (侵害受容性疼痛が主体の可能性)
13~18点	混合性(Mixed) (侵害受容性と神経障害性が混在、または曖昧)
≥19点	神経障害性疼痛の可能性が高い
※ 膝OAでは modified painDETECT (mPD-Q) が用いられることもある。	

先ほどのアンケート用紙を採点して点数をつけるのですが、12点以下であれば神経障害性疼

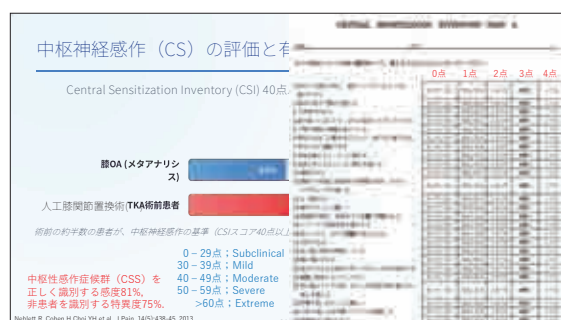
痛の可能性は低い、13点から18点であれば侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛が混在している、19点を超えると神経障害性疼痛の要因が大きい、という判断を行っています。



もちろん人工膝関節では皮膚を切開しますので、展開操作などによって膝周囲の神経が損傷を受けるリスクがあり、そのような患者さんに対しては、単に鎮痛薬を用いるだけではなく、神経障害性疼痛の観点から患者さんの治療、すなわち痛みに対応することが必要なのかもしれない。



続いて、中枢神経感作についてです。Central Sensitization Inventoryといいますが、これも中枢神経で感作が起きており、先ほどの痛覚変調性疼痛の一つの目安になるのではないかとわれていますし、人工膝関節術前の患者さんの半数近くがそれに感作されているのではないかとされています。



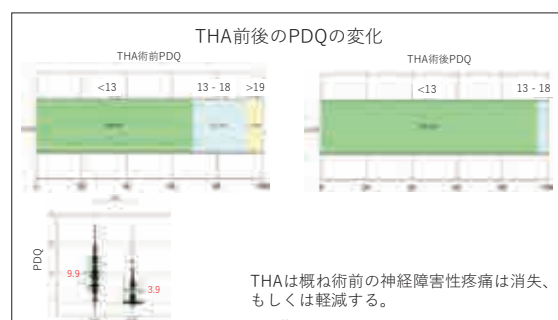
それを評価するのがこの質問票です。少し見にくいかもしれませんが、一番左が0で、1、2、

3、4となります。先ほどの質問票とは少し異なり、例えば歯を食いしばる、あるいは歯ぎしりをする、下痢や便秘の問題がある、明るい光に過敏である、顎の痛みや首・肩の筋肉の緊張がある、あるいは香水など特定のにおいでめまいや吐き気がするといったことを質問し、中枢で痛みや外界からの刺激に対して強く感作されているのではないかとすることをみるものです。

これも中枢性感作症候群を正しく識別できる感度が81%、非患者を識別する特異度が75%といわれており、完全ではないものの、比較的簡単に検査できる中ではよくできた質問票であり、よく使用されています。

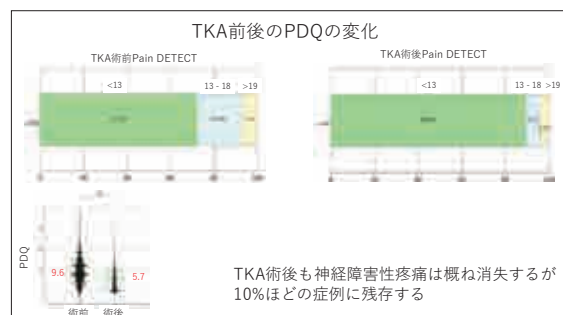


40点を超える高値群とそうでない群を比べると、術後遷延痛が起こるオッズ比が5.09倍といわれているため、このような患者さんに対してこそ、手術周術期の痛みへの対応が必要になってくるのではないかと考えています。

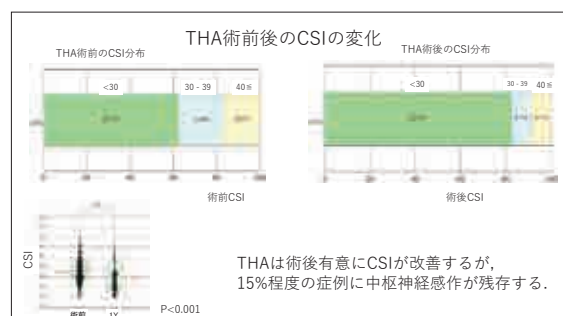


ここからが、私たち産業医科大学病院でのデータになります。先ほどの二つ、pain DETECT questionnaireとCentral Sensitization Inventoryの両方を術前の患者さんたちに実施しましたが、THA術前の患者さんで神経障害性疼痛がない、すなわち侵害受容性疼痛と分類されるのが大体7割弱程度、13点から18点が23%、19点以上が9.5%という内訳でした。しかし、手術が終わると、これはほとんど改善し、95%程

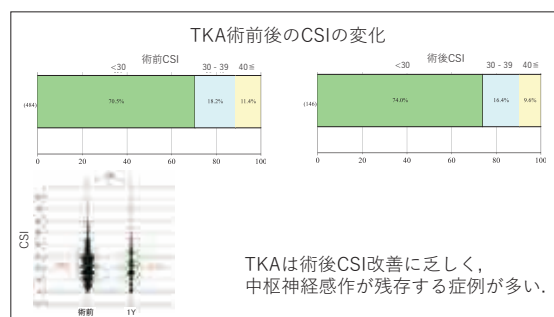
度が13点未満になりました。したがって、人工股関節については、術前は非常に痛がられるのですが、術後は非常によくなったと患者さんは喜ばれます。ほとんど神経障害性疼痛の要因は消えてしまうといえるかと思います。



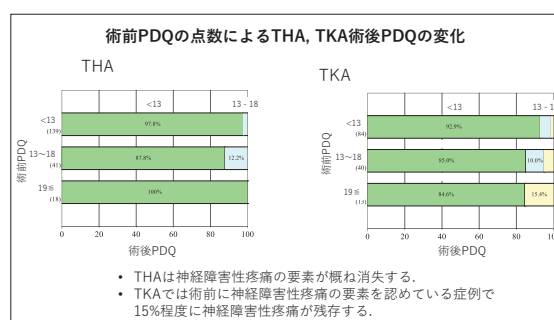
人工膝関節はどうでしょうか。割合は先ほどのTHAとほぼ同様で、13点以下が72%、13から18点が20%、19点以上が7.5%です。手術をすると確かによくなるのですが、89.3%ですから、おおむね9割程度の患者さんでは改善します。しかし、1割程度の患者さんに、何となくぐずぐずした症状が残ることが分かりました。



では、中枢神経感作はどうかというと、先ほどのCentral Sensitization Inventoryを見てみると、THA術前では3割近く、約35%の患者さんに何らかの感作がありました。文献的にはCSI 40点以上が中枢性感作症候群の基準として用いられることが多い一方、自施設解析では軽症例も含めた検討を目的として、CSI 30点以上を陽性として扱いました。それでも、手術をすると17%程度になりました。したがって、15%程度の患者さんに中枢神経感作が残存することが分かりました。

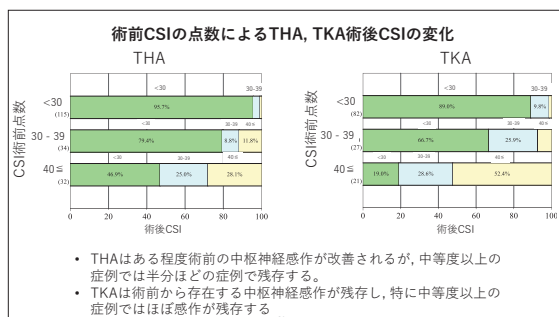


膝では様相が全く異なります。術前に中枢神経感作がある人が3割弱という点は変わらないのですが、手術してもほとんど改善しないのです。平均点を見ると、術前平均が23.8点であるのに対し、術後は21.9点で、2点程度しか変わりません。つまり、手術をただけでは中枢神経感作は変わらないということです。したがって、それが術後に残るくすぶった症状の原因になっているのではないかと考えた次第です。



ということは、術前から状態のよかった患者さんはそのままよく、悪かった患者さんはそのまま悪いのではないかと考えるわけです。実際、術前のpain DETECT questionnaireの点数で見ると、13点未満の人は術後もほとんど13点未満のままです。13から18点の人は9割方改善し、19点以上の人でもなぜか全員が13点未満になりましたので、やはりTHAに関してはpain DETECT questionnaireの観点では大丈夫だろうと思います。

TKAに関しては、やはり19点、あるいは13点を超えていた患者さんたちが、どうも術後も痛いと言っています。もちろん高齢の方では腰部脊柱管狭窄症や腰椎椎間板ヘルニアなどを合併している方も多いため、それが未治療で残っているだけかもしれませんが、おおむねこのような傾向です。



では、中樞神経感作の術前点数によってTHA、TKAの術後経過がどうなるかというと、THAでは40点を超えているような患者さんが半分程度残っています。やはりあまりよくありません。TKAに関してはさらに顕著で、40点を超えている患者さんで術後に30点を下回る患者さんは2割程度しかいません。ほとんどの患者さんに中樞神経感作が残存してしまうことが分かりました。

侵害受容性疼痛への治療
NSAIDsとアセトアミノフェン

対象とメカニズム

- 対象:** 関節の炎症や組織損傷による痛み。変形性関節症に対する鎮痛の基本。
- メカニズム:** プロスタグランジン等の炎症性メディエーター産生を抑制し、末梢での発痛を抑える。

臨床的位置づけ:
ガイドラインでの第一選択薬。
※慢性化し、神経・中枢要素が強くなると単独では不十分な場合がある。

Amey S Chappell, Dorisela Desai, et al., Pain Pract. 11(1):39-47, 2011
Zhuo Xu Wang, Sheng Yang Shi, et al., Pain Med. 10(7):1373-85, 2009
Seiji Ohtori, Gen Inoue, et al., Yonsei Med J. 54(5):525-8, 2013

というわけで、これを何とかしたいと私たちは考えています。侵害受容性疼痛への治療として最もよく用いられているのは、やはりNSAIDsとアセトアミノフェンだろうと思います。これらはプロスタグランジンなどの炎症性メディエーター産生を抑制することで、末梢の発痛を抑えるといわれており、変形性関節症診療において広く用いられる基本的な鎮痛薬です。

神経障害性疼痛要素へのアプローチ
～プレガバリン(α2δリガンド)～

対象とエビデンス

- 対象:** 「焼けるような痛み」「しびれ」などの神経障害性要素、NSAIDs抵抗性の痛み。
- メカニズム:** 電位依存性Ca²⁺チャネルに結合し、興奮性神経伝達物質の放出を抑制。

併用効果:
変形性関節症において、NSAID単独よりも「NSAID+プレガバリン」のほうが有意に除痛効果が高い。

Hirokazu Murakawa, Hiroaki Kobayashi, et al., Psychopharmacology(Berl). 237(1):189-197, 2010
Seiji Ohtori, Gen Inoue, et al., Yonsei Med J. 54(5):525-8, 2013
Colombia Oro, Martin Gullot, et al., Clin Exp Pharmacol Physiol. 46(8):723-733, 2019

しかし、それだけでは不十分であるため、そこで出てきたのが、皆さんも名前を聞いたことがあるかもしれませんが、プレガバリンなどの

α2δリガンドです。これが焼けるような痛みやしびれなどの神経障害性疼痛の要素を改善させるということで、このような薬剤を併用してはどうかという話になります。

変形性膝関節症の痛みに対するプレガバリンの効果について

膝OAの症例

- メロキシカム
- プレガバリン
- メロキシカム+プレガバリン

Randomized prospective study

4週後のpain score, WOMAC scoreを比較

24%の症例に神経障害性疼痛の要素あり

ここから先は少し文献上の話になりますが、これは千葉大学から出た変形性膝関節症に対するプレガバリンの効果です。患者さんの約24%に神経障害性疼痛の要素があったと記載されており、私たちの症例とほぼ同様の患者背景です。

変形性膝関節症の痛みに対するプレガバリンの効果について

プレガバリン単独ではメロキシカムと有意差なし
両者の併用で有意なスコアの改善

やはり、メロキシカムやプレガバリンを単剤で用いただけではあまり痛みは改善しないものの、両方を併用するとこのようにペインスコアに有意差がついてくるということで、報告上は、NSAID単独と比べてNSAIDとプレガバリンの併用群で疼痛スコアの改善が大きかったです。

TKA術後の痛みに対するプレガバリンの効果について
～Prospective, randomized, controlled trial～

プレガバリン300 mg/dayを術後14日間投与

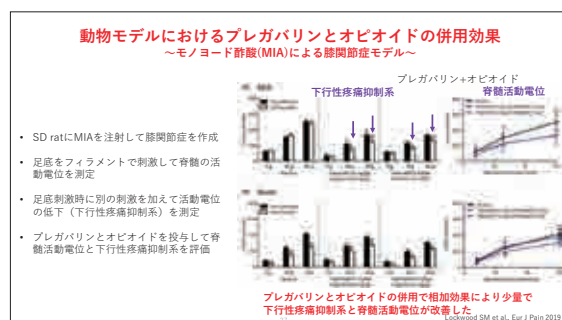
- 硬膜外オピオイド使用量
- 入院中傾向オピオイド使用量
- 術後3, 6ヶ月の神経障害性疼痛発生
いずれもプレガバリン群が少なかった

TKA術後の可動域が改善する

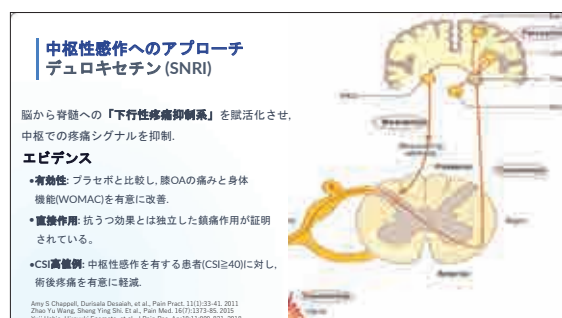
Buvanendran A et al., Anesth Analg. 2010;110:199-207

手術を受けた患者さんではどうかというと、やはりTKA術後痛に対して、プレガバリンやミロガバリンを投与すると、可動域も改善し、オピオイド使用量も減少してくるということで、このような要素のある患者さんには、プ

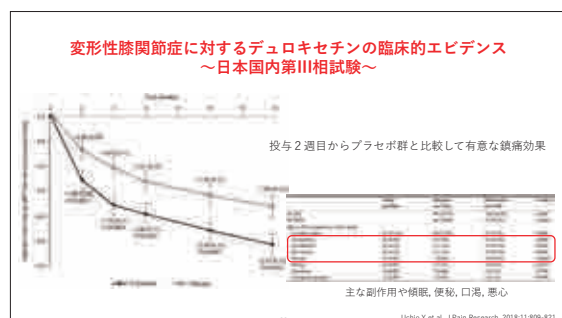
レガバリンやミロガバリンといった薬剤を併用することがよいのかもしれませんが。



動物モデルでも同様です。モノヨード酢酸による膝関節症モデルにおいて、下行性疼痛抑制系について、プレガバリンとオピオイドを併用しているのですが、やはり併用することで下行性疼痛抑制系が適切に作用し、脊髄での活動電位も低下させるということが示されています。そうした観点で患者さんを診ていく必要があるのかもしれません。

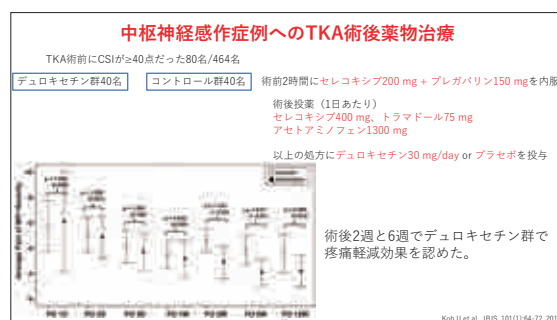


中枢神経感作については、デュロキセチンという薬剤が有名かと思います。セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬、すなわちSNRIです。これも先ほどと少し似ていますが、やはり下行性疼痛抑制系を賦活化させることで疼痛シグナルを抑制するといわれています。何となくうつ病の薬というイメージがあるかもしれませんが、それだけではなく、変形性膝関節症にも適応を有しています。

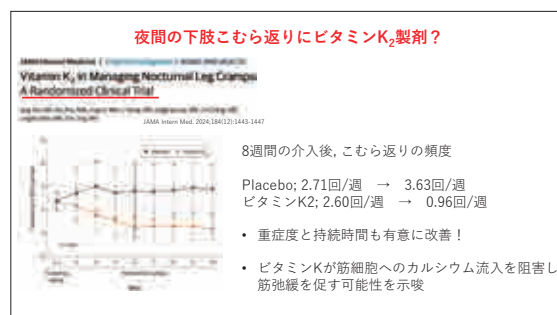


これは国内第Ⅲ相試験の結果ですが、変形性

膝関節症に対するデュロキセチンの臨床的エビデンスです。術後2週目からプラセボ群と比較して有意な鎮痛作用があることが分かっており、やはり有効なのです。ただし、このようなSNRIには副作用があります。主な副作用として傾眠、便秘、口渇、悪心などがあり、患者さんにはこうした点を説明した上で、注意しながら使用しなければならないと考えています。



さらに、中枢神経感作症例にTKAを行い、その術後薬物治療について、デュロキセチン群とコントロール群を比較した研究では、もちろんそれ以外にセレコキシブやプレガバリンも投与した上で、さらにデュロキセチンを上乗せするというデザインですので、海外の研究でもあり、かなりしっかり鎮痛薬を使っているのですが、CSIが40点以上であった患者さんにおいても、デュロキセチンを追加すると疼痛軽減効果が認められたということです。私たちも現在このように、術前に患者さんにアンケートを書いていたが、その点数によって、患者さんごとにふさわしい適切な鎮痛薬は何かを考えながら術後鎮痛を行っています。術後の疼痛軽減や可動域改善が得られる症例を経験しています。



私の発表はおおむね以上ですが、最後に、本日のタイトルが「地域医療に役立つ最新の医療」ということですので、これは本題とは直接関係ありませんが、ひょっとすると先生方の明日からの診療にお役立ていただけるかもしれないと

思い、1枚だけおまけのスライドを御紹介します。

夜間にこむら返りを起こして困るという患者さんは、診療していて比較的多くおられますが、夜間のこむら返りにビタミンK2製剤が効くのではないかということで、JAMAに、Randomized Clinical Trialとして比較的しっかりしたジャーナルに掲載されているのですが、ビタミンK2製剤、具体的にはメナテトレノンやグラケールなどになりますが、これを8週間介入すると、こむら返りの頻度が明らかに減少したと報告されています。

作用機序としては、ビタミンKが筋細胞へのカルシウム流入を阻害して筋弛緩を促す可能性が示唆されているということですが、実際、私も本当かなと半信半疑だったのですが、自験例では症状改善を認めることがあり、夜間こむら返りを有する患者への選択肢の一つと考えています。もともとこの薬は骨粗鬆症に対する治療薬ですので、骨粗鬆症があり、かつこむら返りで困りの患者さんに使用することになるのですが、何かの御参考になればと思います。

まとめ

- 慢性疼痛に苦しむ患者は多く、整形外科領域でも変形性関節症をはじめ様々な病態が慢性疼痛の原因となっている。
- 近年は人工関節置換術（股関節・膝関節）においてロボティクスアームを用いた手術が増加し、正確なインプラント設置が可能となっている。
- 変形性関節症や人工関節術後の遷延疼痛に対し、神経障害性疼痛や痛覚変調性疼痛の観点から治療が試みられている

まとめです。慢性疼痛に苦しむ患者さんは多く、整形外科領域でも変形性関節症をはじめ、さまざまな病態が慢性疼痛の原因となっています。近年は人工関節置換術においてロボティクスアームを用いた手術が増加し、正確なインプラント設置が可能となりました。変形性関節症や人工関節術後の遷延疼痛に対しては、神経障害性疼痛や痛覚変調性疼痛の関与を考慮した評価と治療が重要です。

私の発表は以上です。御清聴ありがとうございました。

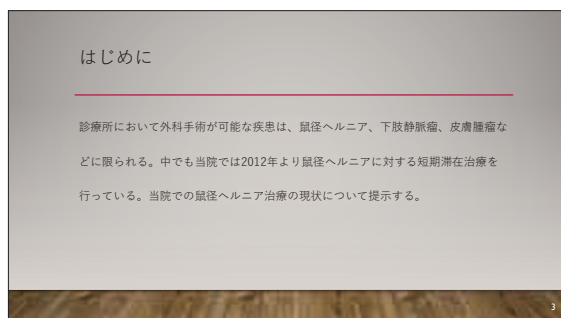
「診療所における鼠径ヘルニアの短期滞在治療」



ひろつおなかクリニック
院長
廣 津 順

学会長の山本先生、そして今回御推薦いただいた先生方に感謝申し上げます。どうぞよろしくお願いいたします。

今回は、シンポジウム唯一の開業医ということで、いわゆる開業医枠としてお話しさせていただきます。最後の演題になりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

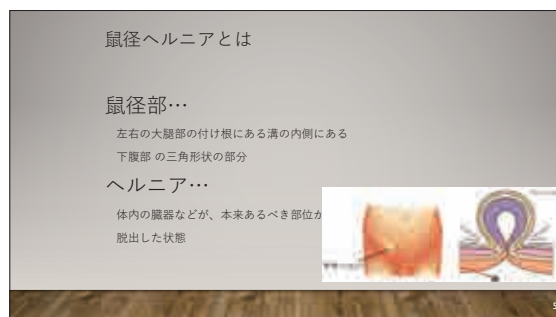


当院は診療所ですが、診療所において外科手術が可能な疾患は、鼠径ヘルニア、下肢静脈瘤、皮膚腫瘍などに限られてくると思います。その中でも当院では、2012年より鼠径ヘルニアに対する短期滞在治療を行っております。本日は、当院における鼠径ヘルニア治療の現状について提示させていただきます。



当院は久留米市原古賀町にあり、聖マリア病院——1,000床以上の大きな救急病院ですがすぐ近く、徒歩5分程度の場所にあります。昭和33年に私の祖父が開業し、私で3代目となります。16床の有床診療所で、ふだんはいわゆるかかりつけ医として、内科的診療が多いのです

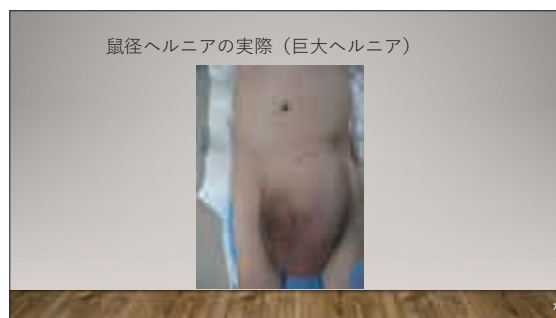
が、それに加えて外科手術も行っています。



まず今回の鼠径ヘルニア、いわゆる脱腸ですが、鼠径部とは左右の大腿部の付け根にある溝の内側に位置する下腹部の三角形の部分です。少し長い定義になりますが。ヘルニアというのは、よく椎間板ヘルニアなどで聞かれると思いますが、体内の臓器などが本来あるべき部位から脱出した状態を指します。したがって、鼠径部から内臓が脱出しているものを鼠径ヘルニアというわけです。



鼠径ヘルニアの実際の写真です。右の鼠径ヘルニアと、少し分かりにくいですが、左側の鼠径ヘルニアです。



これは巨大ヘルニアです。巨大ヘルニアの定義は、鼠径部から膝の midpoint より大きく出ているものをいいますが、これは非常に大きなヘルニアとなっています。

鼠径ヘルニアの診断

- 問診
- 立位での視診、触診
- エコー
- CT（検査可能な場合）

8

鼠径ヘルニアの診断ですが、まず何よりも問診が重要です。いつから出てきたのか、どのような症状があるのかといった問診です。加えて、必ず立位での視触診、見て触るということが大事になってきます。診療所レベルであれば、エコー検査は必ず行います。どのように出てきているのかを確認します。また、CT検査も可能であれば、やはり情報量が多いので、CTまで施行した方がよいと思います。

鼠径ヘルニアの鑑別診断

- リンパ節腫大
- 粉瘤、脂肪腫、膿瘍、血腫などの皮下腫瘍
- 精索水腫
- 精索静脈瘤
- 大腿動脈瘤
- 停留精巣

9

鼠径ヘルニアの鑑別診断です。私自身、鼠径ヘルニア以外で患者さんの訴えとして最も多いのがリンパ節腫大です。鼠径部に何かしこりがあるということで来られることは結構多いです。あとは粉瘤、脂肪腫、膿瘍、血腫などのいわゆる皮下腫瘍です。続いて、精索水腫です。男性では、精索に水の袋をつくって来られる方が結構おられます。これも鑑別として難しいことが多いです。さらに、精索静脈瘤、大腿動脈瘤などがあります。また、この停留精巣もヘルニアと合併していることがありますので、必ず立位で精巣が両方ともあるかどうかを視触診した方がよいと思います。

外科医は避けて通れない疾患

急性虫垂炎
年間手術数： 6万件

鼠径ヘルニア
年間手術数： 15万件

…決して、珍しい疾患ではない

10

外科医にとって避けて通れない疾患ということですが、よくアッペ、ヘモ、ヘルニアと3大疾患といいます。いわゆるアッペ、すなわち急性虫垂炎の手術件数は年間約6万件といわれています。一方、鼠径ヘルニアは年間15万件で、倍以上です。決して珍しい疾患ではないということです。現在、虫垂炎も抗生剤投与などで手術しない症例が増えているとは思いますが、それでも鼠径ヘルニアは決して珍しい疾患ではありません。

鼠径ヘルニアの症状

- A. 膨隆
B. 疼痛・違和感
C. つっぱり・しびれ

放置により・・・

- ✓巨大化
- ✓嵌頓
- ✓腸壊死



11

鼠径ヘルニアの症状としては、当然ですが膨隆、そして疼痛や違和感、さらには突っ張り感やしびれがあります。これを放置することによって大きくなり、まれに嵌頓、はまり込んでしまい、最終的には腸の壊死を起こすこともあります。腹腔内の状況ですが、はまり込んでいる状態です。

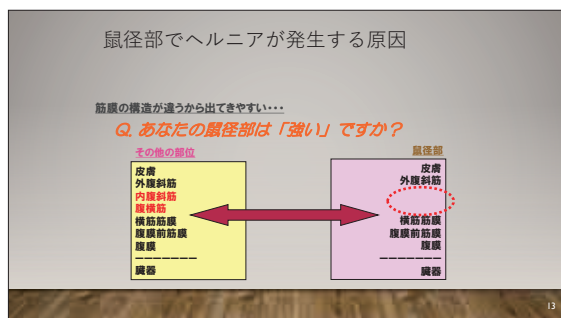


血流障害で壊死
に陥った小腸

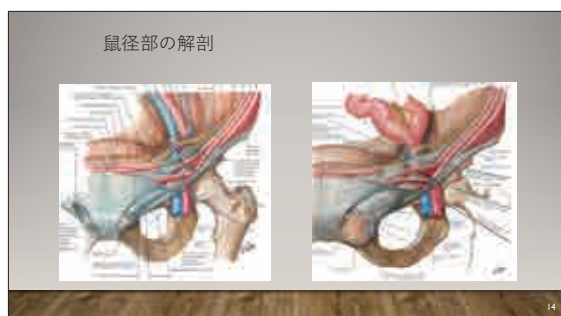


12

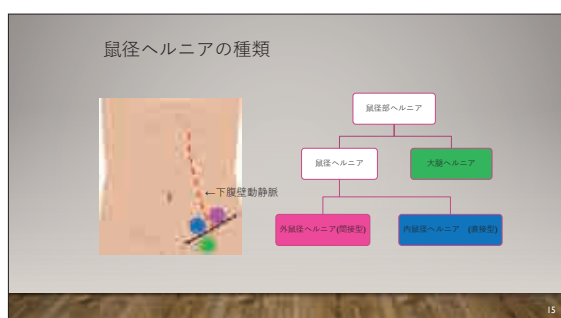
腸管の嵌頓があって、血流障害によって壊死に陥る場合は、緊急で開腹手術、腸切除が必要になることもあります。



鼠径部でヘルニアが発生する原因ですが、鼠径部以外はこのように皮膚から腹腔内まで各層がありますが、鼠径部に限っては内腹斜筋や腹横筋が欠損しているわけです。したがって、どうしてもこの部分が弱くなってヘルニアが発生しやすいということになります。



これも解剖図になりますが、ほかの部分ではしっかり腹壁の層があるにもかかわらず、鼠径部ではその部分が欠損していることによって、ヘルニアがここから脱出しやすくなってしまうという、解剖学的にどうしても弱い部分となっています。したがって、どんなにスポーツ選手で激しい運動をしている方でも鍛えようがないということです。

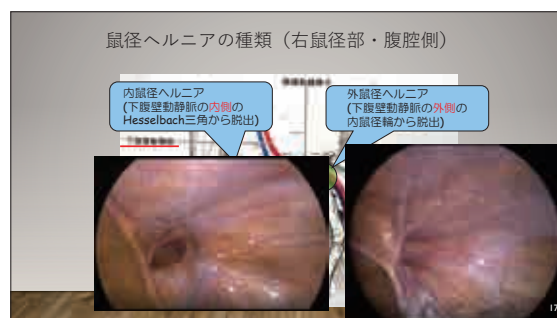


鼠径ヘルニアの種類ですが、まず全体として鼠径部ヘルニアという定義があります。鼠径部ヘルニアは、鼠径ヘルニアと大腿ヘルニアに分類されます。さらに鼠径ヘルニアは、外鼠径ヘルニアと内鼠径ヘルニアに分類されます。この分類は、下腹壁動静脈の外側か内側かによって、

外鼠径か内鼠径かを分けることになります。

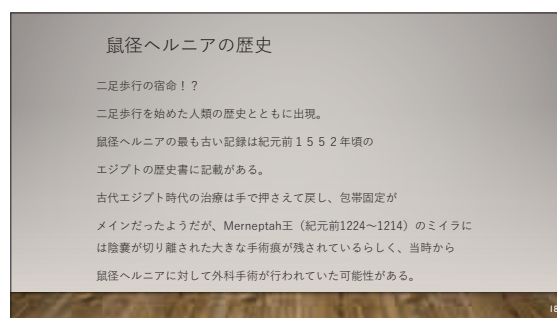


これは右側の右鼠径部のシェーマですが、外鼠径ヘルニアと内鼠径ヘルニアは、下腹壁動静脈の外側か内側かによって分類されます。



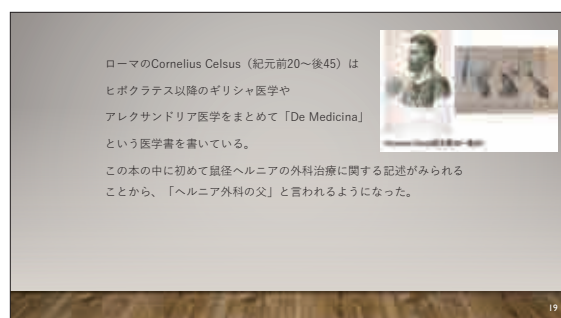
これは鼠径部を腹腔側から見たシェーマですが、ここに下腹壁動静脈があり、その外側、すなわちこちらが外側になりますが、外側の内鼠径輪から出てくるものが外鼠径ヘルニアです。そして、内側のヘッセルバッハ三角という部分から出てくるものが内鼠径ヘルニアです。さらに、高齢女性に多いのですが、大腿輪から出てくるものが大腿ヘルニアとなります。

これは外鼠径ヘルニアの腹腔内写真ですが、下腹壁動静脈の外側から出てくるものが外鼠径ヘルニア、そして下腹壁動静脈の内側から出てくるものが内鼠径ヘルニアということになります。

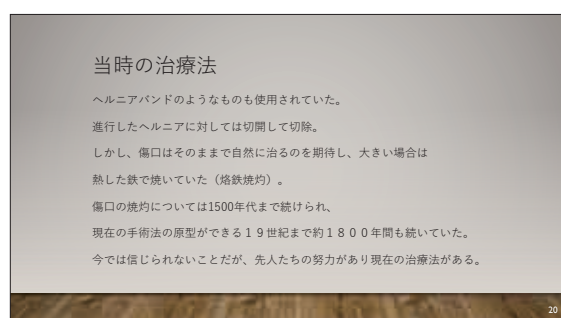


次に、ヘルニアの歴史です。いわゆる二足歩行を行う人間の宿命ではないかといわれており、二足歩行を始めた人類の歴史とともに出現して

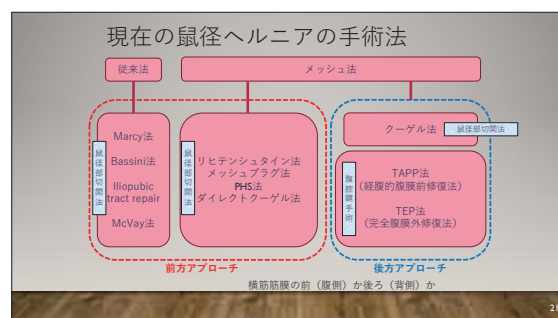
います。ヘルニアの最も古い記録は、紀元前のエジプトの歴史書への記載です。古代エジプト時代は、手で押さえて戻し、包帯固定が主であったようですが、紀元前の王のミイラには陰嚢が切り離された大きな手術痕が残されているらしく、当時から鼠径ヘルニアに対する外科手術が行われていた可能性があるということです。



このローマのケルススは、ヒポクラテス以降のギリシャ医学やアレクサンドリア医学をまとめて『De Medicina』という医学書を書いているのですが、この本の中に初めて鼠径ヘルニアの外科治療の記載があるということで、「ヘルニア外科の父」といわれています。

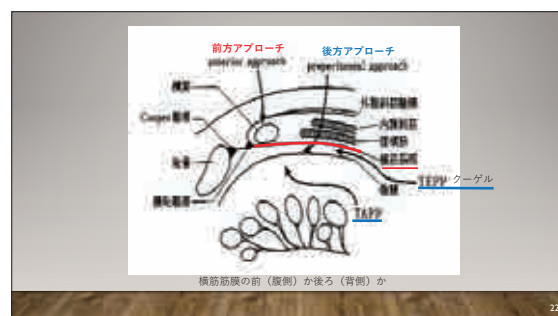


当時の治療法としては、ヘルニアバンドのようなものが使われていたようですし、進行したヘルニアに対しては切開して切除していました。しかし、傷口はそのまま自然に治るのを期待し、大きい場合は熱した鉄で焼いていたということです。傷口の焼灼については1500年代まで続けられ、現在の手術法の原型ができる19世紀まで、約1800年間続いていたそうです。今では信じられないことですが、先人たちの努力があって現在の治療法があるということです。

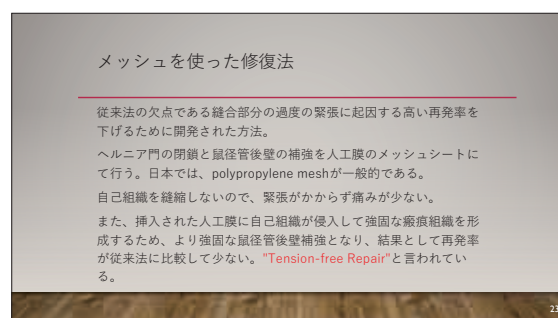


現在の鼠径ヘルニアの手術法は、大きく従来法とメッシュ法に大別されます。従来法は、いわゆる自己組織を使って修復する方法です。自分の腱膜や筋膜を使って修復しますので、入院期間も長く、術後疼痛が強いというデメリットがありました。そのため、30年ほど前からはメッシュを用いる方法が主流となっています。

アプローチの方法としては、前側からアプローチする前方アプローチと、腹壁の後ろ側からアプローチする後方アプローチに大別されます。手術法としては、この三つのグループ、すなわち鼠径部を切開する方法と、現在最も多く行われている腹腔鏡手術という、この二つの方法があります。



こちらもシェーマになりますが、前方アプローチと後方アプローチ、すなわち横筋筋膜の前側から行くのか、後ろ側から行くのかによって分類されます。



メッシュを使った修復法ですが、現在ほぼメッシュを使用します。これは、従来法の欠点

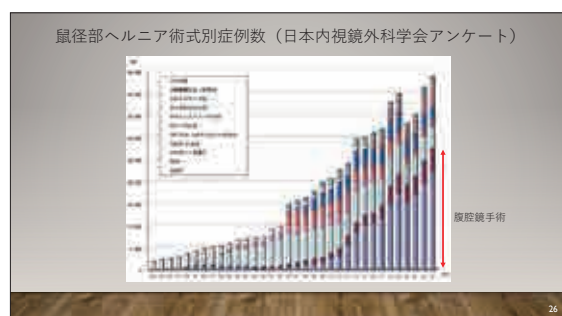
である、縫合部分の過度な緊張に起因する高い再発率を下げるために開発された方法です。ヘルニア門の閉鎖と鼠径管後壁の補強を人工膜であるメッシュシートで行います。日本ではポリプロピレンメッシュが一般的です。自己組織を縫縮しないので緊張がかからず、痛みが少なく済みます。また、挿入された人工膜に自己組織が侵入し、強固な癒痕組織を形成するため、より強固な鼠径管後壁の補強となり、結果として再発率が従来法に比べて少なくなっています。いわゆる「Tension-free」、すなわちテンションのかからない修復術となります。



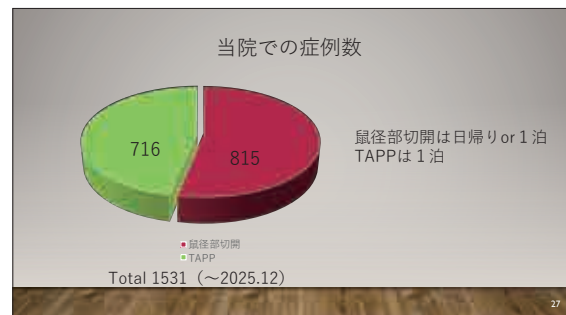
鼠径部切開法に使用するメッシュには、さまざまな形状や大きさがあり、さまざまなメーカーから出されています。



腹腔鏡手術用にもいろいろなメッシュがありますが、きれいに鼠径部の形をした3D形状のメッシュや、いわゆるマジックテープのように組織に密着するトゲ状の構造をもったメッシュもあります。



こちらは日本内視鏡外科学会のアンケートですが、ほかのどの分野でもそうであるように、鼠径ヘルニアの分野についても、腹腔鏡手術の症例数が非常に伸びてきているのが現状です。



当院での症例数ですが、昨年12月までにトータルで1,500例強の症例を経験しております。やはりまだ鼠径部切開法がやや多いのですが、トータルの数では現状として腹腔鏡手術の方が多くなってきています。鼠径部切開法は患者さんの希望によって日帰り、もしくは1泊、腹腔鏡手術は1泊入院としております。



手術動画です。これは鼠径部切開法で、メッシュプラグ法という方法で行っておりますが、右のL2型、いわゆる中等度の外鼠径ヘルニアになります。鼠径部切開法の場合は、局所麻酔に静脈麻酔を併用し、マスク換気で行っております。とにかく局所麻酔を少しずつ追加しながら、出血しないように進めていきます。出血すると層が分かりにくくなりますので、ゆっくり丁寧に、一層ずつ剝離しながら手術を進めます。

内精筋膜に包まれた鼠径ヘルニア嚢と精管、精巣動静脈をテーピングしていきます。続いて、精巣挙筋と外精巣静脈をテーピングします。また、このように腹膜前腔にも局所麻酔を追加していきます。

局所麻酔を打つと、ぐっと浮いてきますので、浮いてきたところを切るようにすると、ほとんど出血なく手術を進めることができます。どう

しても術野が赤くなってしまうと手術がしにくくなりますので、とにかく出血をさせないように丁寧に進めます。局所麻酔はエピネフリン入りのリドカインを使用しておりますので、それによっても出血を防ぐことができます。

局所麻酔をすると組織がみずみずしくなり、最初は少し切りにくいのですが、このように切開と剝離を進めていきます。今外したのがヘルニア嚢です。ここから大事なものが精巣動静脈で、ここに入っています。これをテーピングします。さらに剝離を進めていき、続いて精管、すなわち精液を運ぶ管と一緒にテーピングします。これで大事なものはすべてテーピングできましたので、以後は躊躇なく切っていきます。

この手術では助手は当院の看護師が務めておりますので、鉗子ですくうのも自分で行い、切るのも自分で行います。助手の看護師には筋鉤を動かさないように保持してもらう形で手術しています。

ここに先ほどの下腹壁動静脈が見えたので、それを確認しながら、しっかりメッシュを入れるスペースを確保していきます。この症例では脂肪腫がありましたので、それも切除しています。これで剝離が終了しました。ヘルニア嚢を腹腔内に戻し、メッシュプラグを挿入します。きれいに十分剝離できていれば抵抗なくすっと入っていきますので、このように中で展開し、メッシュを固定します。

最後に、鼠径管後壁の補強と、この症例は外鼠径ヘルニアですので、内鼠径ヘルニア予防のために、もう一枚オンレイメッシュを入れるためのスペースを作ります。恥骨側までしっかり剝離を行い、スペースを確保していきます。そしてメッシュを展開して手術は終了します。

局所麻酔で行いますので、術直後からこのように自分で歩いて帰っていただくことができます。こちらが鼠径部切開法の手術です。



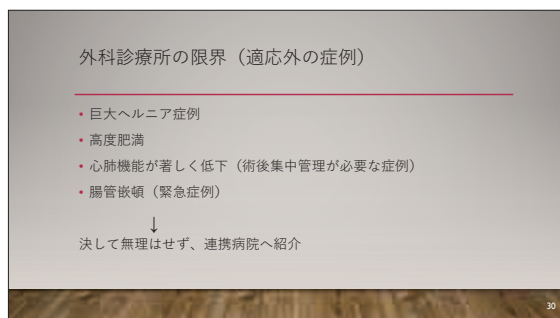
続いて、腹腔鏡によるTAPP法での手術です。これは患者さんの頭側から足側を見ている画像になりますので、こちらが左側、こちらが右側になります。L2の中等度外鼠径ヘルニアです。

腹膜をある程度高位のところから切開し、剝離を進めていきます。牽引すると中にCO2ガスがふわっと入っていきますので、その層で腹膜剝離を進めていきます。しっかり腹膜を牽引しながら、突っ張った部分を切開剝離していきます。精管が見えてきましたら、その手前、腹膜の末端部分ですから、その部分をメルクマールにしながら剝離を進めていきます。

ちなみに、腹腔鏡手術の場合は、へそに5ミリ、両側腹部にも5ミリずつ、計3本のポートで行っています。

その裏側には精巣動静脈がありますので、それを損傷しないよう確認しながら慎重に剝離を行っていきます。また、内側の剝離ではクーパー靱帯がありますので、クーパー靱帯がしっかり見えるところまで剝離し、メッシュ留置のスペースを確保していきます。腹腔鏡手術でも同様ですが、やはりこまめに止血しながら、出血しないように手術を進めていきます。

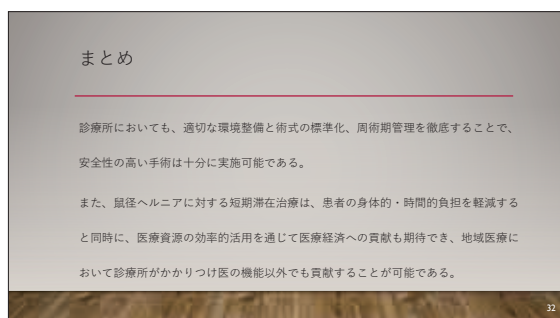
先ほどのポリプロピレンメッシュ、3D形状をしたメッシュで、剝離したところに展開し、本来はタッカー、いわば固定用ホチキスのような器具があるのですが、当院ではなるべく医療費を抑えるため、吸収糸で縫合固定しています。多少手間はかかりますが、ある程度慣れてくれば全く問題なく行うことが可能です。最後は腹膜を縫合して終了です。



外科診療所で手術を行う場合、もちろんいろいろな限界があります。適応外の症例としては、巨大ヘルニア、高度肥満の方、心肺機能が著しく低下していて術後集中管理が必要となるような方、あるいは腸管嵌頓で緊急手術が必要で、腸管切除が必要になる可能性のある方です。そのような方に対しては、もちろん決して無理をせず、連携病院へ紹介することが必要になってくると思います。



こちらは、昨年6月に短期滞在外科手術研究会というものを主催させていただいた際のものです。最初に自分のところで日帰り手術を始めた頃には、まさかこのような大役を任せられるとは思っていませんでしたが、このように会を主催させていただくことができ、本当にありがたく思っております。



最後になりますが、診療所においても、適切な環境整備と術式の標準化、手術管理を徹底することで、安全性の高い手術は十分可能であると考えます。また、鼠径ヘルニアに対する短期

滞在治療は、患者さんの身体的・時間的負担を軽減すると同時に、医療資源の効率的活用を通じて医療経済への貢献も期待でき、地域医療において診療所がかかりつけ医機能以外でも貢献することが可能であると考えます。

以上です。ありがとうございました。

— 総 合 討 論 —



山本座長

○山本座長 それでは、5人のシンポジストの先生方、壇上へお願いいたします。

いろいろなご質問をお受けしたいと思いますので、ご質問

のある先生方は、会場にございます二つのマイクまでお進みいただき、ご発言をお願いいたします。どうぞ自由にご質問ください。

○会場参加者(橋本) ありがとうございます。整形外科医の立場から、産業医科大学の鈴木先生にお伺いさせていただきます。大変勉強になりました。

股関節THAと膝関節TKAについてですが、今回の結果を拝見しますと、THAの場合、PDQおよびCSIのいずれにおいても、特にPDQで19点以上の症例が術後には消失していることから、手術による効果が非常に大きく、もともと神経障害性疼痛や中枢感作を有していた症例についても改善が得られていると理解しました。

一方で問題となるのはTKAであると考えます。今回の発表では、CSIについては術前11.4%が術後9.6%と大きな変化がなく、PDQについては19点以上の割合が7.5%から4%へ減少しているものの、一定数が残存している結果でした。

TKAでは術前後でCSIが変化せず、PDQも一部残存していることから、術後も症状が残る4%の症例は、中枢感作を合併した症例ではな

いかと考えました。CSI高値群の中にPDQ高値例が含まれている可能性があると考えます。

このような症例に対して、術前に手術適応をより慎重に検討すべきか、手術で改善が得られない可能性を十分に検討すべきか、あるいは術前にプレガバリンやデュロキセチンなどを用いてPDQを改善させてから手術を行うべきか、先生のお考えをお聞かせください。

○シンポジスト(鈴木) ご質問ありがとうございます。プレガバリン、ミロガバリン、デュロキセチンなどは有用性が期待される一方で、めまいやふらつきなどの副作用もあるため、術前投与の適応は慎重に判断しています。ただ、術前に投与すると副作用を理由に患者が内服を継続できないケースが多くあります。

そのため、術前には局所麻酔薬を併用した関節内注射により、膝関節由来疼痛の寄与を確認しています。通常はヒアルロン酸製剤を使用することが多いと思いますが、その際にキシロカインを併用し、手術後はおおよそこの程度になることが予想されると説明します。術前の他部位への放散痛は残る可能性があることも含めて説明し、膝の痛みの特化してこの部位の痛みを改善する治療であることを理解していただいた上で手術を行います。

術後は、患者の状態や疼痛性状を踏まえて、ミロガバリン、プレガバリン、デュロキセチンなどの使用を個別に検討しています。手術後は全身麻酔の影響や体調の問題もあり、ベッド上

で臥床している時間が長くなるため、ふらつきや転倒、めまいなどの訴えが減少している印象です。したがって、術翌日から投与することで副作用を回避しつつ、術後に痛みが残るのではないかという患者の懸念については、術前のキシロカインテストと併せて対応するという二本立てで考えています。

○山本座長 よろしいでしょうか。ありがとうございました。ほかに御質問はございませんでしょうか。

○会場参加者(鬼塚) 私も鈴木先生にお聞きしたいのですが、メナテトレノン、グラケーについてのお話が非常に興味深く拝聴いたしました。芍薬甘草湯がよく使用され、このような場合にはグラケーのほうがよいのか、使い分けについて御教示ください。添付文書では1日3回と記載されていますが、夜間のこむら返りであれば夕食後のみでよいのか、あるいは予防的に使用する場合にはグラケーのほうがよいのか、その点についてお伺いします。

○シンポジスト(鈴木) ありがとうございます。先生のおっしゃるとおりで、グラケーは添付文書上1日3回投与とされています。骨粗鬆症治療として血中濃度を上げるためにはその方法が適切と考えられますが、実際には患者が内服を継続することが難しい場合もあります。添付文書を確認すると添付文書上は1日3回投与ですが、実臨床では服薬継続のしやすさも考慮して個別に運用せざるを得ない場合があります。夜間症状に対する単回投与については、経験的に症状改善を認める症例もありますが、標準的投与方法としては慎重な解釈が必要です。実際に症状の改善を認めています。

芍薬甘草湯については低カリウム血症のリスクがあり、頓用で使用されることが多いと思われますが、一方、メナテトレノンは予防的投与の選択肢となり得るが、症例ごとに適応や服薬継続性を考慮して判断しています。

○会場参加者(鬼塚) ありがとうございます。

○山本座長 ありがとうございます。ほかによろしいでしょうか。

○会場参加者(原) 廣津先生にお伺いしたいのですが、私は外科の有床診療所を開業しておりますが、随分前に手術をやめました。経費がか

かり赤字になることが多いことが一つの理由ですが、廣津先生のところで手術に際しての経営上のコストはどのようになっているのか、もしよろしければお聞かせください。

○シンポジスト(廣津) 御質問ありがとうございます。実際のところ、当院もコロナの時期を契機に非常に厳しい状況となり、一般入院はやめてしまいました。手術当日のみ患者に1泊していただく形にしています。その結果、看護師などコメディカルの確保も少なくなり、何とか運営している状況です。本来であれば入院ベッドをフルに稼働させることが望ましいのですが、診療所レベルでは患者確保が難しく、コロナを契機に現在のような形に変更しました。

○会場参加者(原) よく理解できました。ありがとうございます。今後医療費抑制が求められる中で、診療所での手術が進むことは非常にいいことであると思います。引き続き頑張ってください。

○山本座長 ありがとうございます。私のほうから深水先生にお伺いしたいのですが、新しい薬剤について、CKDに対するものをいくつか御紹介いただきましたが、それらの使い分けや組合せ、使い方など、将来展望についてお聞かせください。

○シンポジスト(深水) ありがとうございます。私が最後に御紹介したのはアルドステロン合成酵素阻害薬という薬剤で、アルドステロンの合成自体を抑制するものです。これまでのMRAは、アルドステロンが受容体に結合するのを抑制する薬剤でしたが、今回はそのアルドステロンの産生そのものを抑えるという点が特徴です。例えば、先生方もよく使用されるARBですが、これを使用するとアルドステロンブレイクスルー現象が起こり、アルドステロンが増加することが知られています。それが悪影響を及ぼす可能性があるため、今後はMRAに代わり、より上流でアルドステロンの合成を抑制する薬剤が登場することで、臓器保護効果がさらに高まるのではないかと期待されています。また、ゲノミックおよびノンゲノミック作用の違いなども関与する可能性があり、今後の展開が期待される薬剤です。

○山本座長 ありがとうございます。私のほ

うから村田先生にお伺いします。高齢HIV患者の持続的ケアについてのお話がありましたが、患者周囲へのリスクの正しい理解が重要であるとのことでした。この点に関して、社会的活動や医師会との連携など、具体的な取組があればお聞かせください。

○シンポジスト(村田) ありがとうございます。具体的には、拠点病院、特に九州医療センターなどが中心となって実施していますが、出前出張という形で、転院候補施設に医師や看護師が同行し、感染リスクについて説明を行う取組があります。介護職を含めた関係者に対して説明を行い、理解を得た上で転院が実施される仕組みです。九州大学として頻繁に実施しているわけではありませんが、患者移動の際に施設側から要請があれば対応しています。また、拠点病院会議があり、医師会の先生方にも参加いただいております、HIVに関する理解を広げるための取組を行っています。

○山本座長 ありがとうございます。社会連携が重要ということですね。次に早稲田先生にお伺いします。集学的治療の中で、がんゲノム医療との関係についてはいかがでしょうか。

○シンポジスト(早稲田) 御質問ありがとうございます。まず、通常診療では、患者の腫瘍組織を用いて遺伝子変異の検索やPD-L1発現の評価を行います。これらの結果に基づいて治療方針を決定します。特定の変異が検出されない場合には、コンパニオン診断の対象外となるため、CGP（がんゲノムプロファイリング）を実施し、適切な治療を探索することになります。

○山本座長 実際にそれに該当する患者は多くはないのでしょうか。

○シンポジスト(早稲田) 主要な治療対象となる患者が多いですが、一部の患者にとっては非常に有効な手段となるため、治療機会を逃さないように対応する必要があります。

○山本座長 ありがとうございます。ほかに御質問はございませんでしょうか。

○会場参加者(蜂須賀) 村田先生にお伺いします。STDを扱う立場としてHIVは重要な感染症ですが、妊婦健診で検査を実施しても陽性例にほとんど遭遇しません。新規報告例の年齢層や感染背景について教えてください。

○シンポジスト(村田) ありがとうございます。新規感染者のほとんどが男性であり、主に20代前後の若年層が中心です。そのため、産婦人科で陽性例に遭遇するケースは極めて少ないと考えられます。

○会場参加者(蜂須賀) ありがとうございます。

○山本座長 ありがとうございます。私から廣津先生にお伺いします。鼠径ヘルニアの短期滞在治療についてですが、どの程度の症例が対象となりますか。

○シンポジスト(廣津) ありがとうございます。基本的にはほとんどの症例で対応可能と考えています。ただし、麻酔リスクが高い症例や高度肥満症例、また嵌頓による緊急手術で腸切除が必要となる可能性がある症例は診療所では対応が難しいです。それ以外の症例であれば大半が可能です。

○山本座長 学会についても教えてください。

○シンポジスト(廣津) 短期滞在外科手術研究会では、日帰り手術や1泊2日、2泊3日程度の短期入院手術を実施している医師が集まり、外科を中心に、麻酔科、耳鼻科、整形外科など各分野での適応や課題について議論しています。

○山本座長 分かりました。ありがとうございました。

ほかによろしいでしょうか。

それでは時間となりましたので、これで総合討論を終了いたします。先生方、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」

日本医師会会長 松本吉郎

「日本医師会の医療政策」



日本医師会
会長
松本吉郎

御紹介いただきました日本医師会の会長の松本でございます。本日は伝統ある福岡県医師会の福岡県医学会総会にお招き賜りまして、誠にありがとうございます。

私は、生まれは関門海峡を隔てた山口県です。下関市の中でもかなり山陰側の田舎のほうですが、父は若いときに博多で仕事をしており、その関係で私は対馬に2年ほど暮らしていたこともありますので、もともとこちらに近い人間です。

本日はそういった意味もございしますが、九州大学石橋達朗総長をはじめ、大学の先生方が多数いらっしゃいますので、少し緊張しています。1時間ほど、特に先般の補正予算や診療報酬改定の話を中心に、現在の医療界が抱えている喫緊の課題について、いくつかお話しさせていただきたいと思います。COIはありません。

令和8年度診療報酬改定	
1. 本体改定率 +3.09%	
(令和8年度及び令和9年度の2年度平均、令和8年度 +2.41% (国費2,348億円程度 (令和8年度予算額、以下同じ。))、令和9年度 +3.77%)	
賃上げ対応	+1.70%
物価対応	+0.76%
適正化・効率化	+0.09%
上記を除く改定分	+0.44%
計	+1.29%
2. 薬価・材料	▲0.87% (国費▲1,063億円程度)
① 薬価	▲0.88% (国費▲1,052億円程度)
② 材料価格	▲0.01% (国費▲11億円程度)

診療報酬改定ですが、結果としてこのような本体改定率となり、プラス3.09%というのは30年ぶりです。これまでデフレ下が続き、この10年間ほどは0.数%という状況にありました。デフレ下であったため何とか対応できていた部分もありますが、この3年ほどの急激な物価高騰により、令和5年、6年から大きく上昇しました。前回改定も0.88%でしたが、改定の途中で既にかなりインフレが進んできた状況でした。

財務省は、とにかく単年度のデータしか用いません。単年度のデータで医療経営が成り立っているか、成り立っていないかを判断するため、

前回の改定では財務省を説得できるようなデータが十分に示せず、その結果として不満の残る改定となりました。

今回は特に賃上げと物価対応に対してということで、賃上げはプラス1.7%です。これは、物価も賃金も8年度と9年度で段階を設け、1年目、2年目とさらに段階的に上がる形で対応しました。また、賃上げとインフレは今後も続く見込みですので、このように次の改定を見据えて、きちんと数値化し、引き上げの基礎を残しておかなければ、次期改定の際不利な状況になります。その意味では、今回の改定はインフレ下での次期改定後の「道しるべ」となるものではないかと考えています。

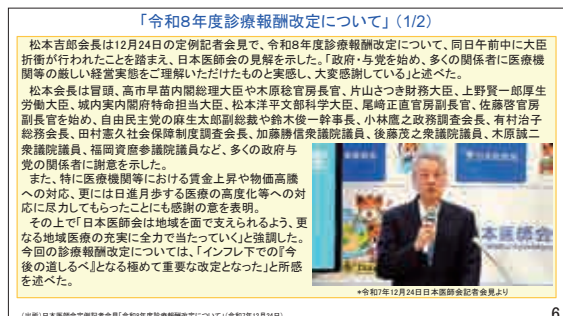
適正化についても一定程度受け入れましたが、これは財務省がどうしても主張したためです。内容については後ほど説明しますが、それほど大きな適正化にはなっていません。通常改定分も0.25%確保し、薬価の改定は市場価格に合わせて引き下げが行われましたが、3.09%から0.87%を差し引いて2.22%となり、いわゆるネット改定としては久しぶりにプラスとなりました。

診療報酬改定		H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	R2 (2020)	R4 (2022)	R6 (2024)	R8 (2026)
本体計		+0.73%	+0.49%	+0.55%	+0.55%	+0.43%	+0.88%	+3.09%
本体		+0.10%	+0.49%	+0.55%	+0.47%	+0.23%	+0.46%	+0.25%
うち	(消費税率引上げ) +0.63%							
薬価等		▲0.63%	▲1.33%	▲1.74%	▲1.01%	▲1.37%	▲1.00%	▲0.87%
ネット		+0.10%	▲0.84%	▲1.19%	▲0.46%	▲0.94%	▲0.12%	+2.22%

これが過去の改定率ですが、0.数%から一気に3%台まで何とか引き上げることができました。これは本当に政治的な力なくしては実現しなかったのではないかと考えています。財務省も非常に慌てており、このままいったら何%になるか分からないという危機感があったのか、多くの国会議員に対して説明を行っていました。

私も実際に200人以上の国会議員の先生方に直接お会いして、大学病院や民間病院をはじめとしたさまざまな病院について、急性期を担っている、努力しているところほど経営が厳しいということを訴え続けてきました。病院は7割が赤字、診療所は4割が赤字であり、いずれも非常に厳しい状況です。どちらもなくてはなら

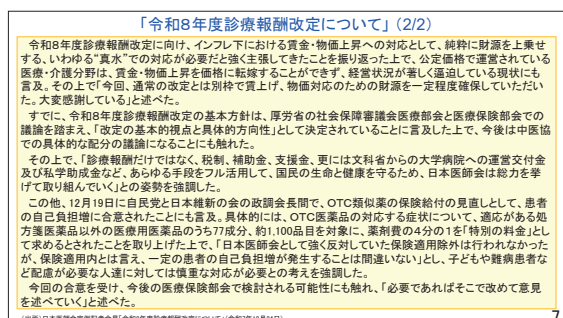
ない医療の根幹ですので、両方がきちんと経営できるようにしてほしいという点を中心に訴えてきました。



高市早苗内閣総理大臣、木原稔官房長官、片山さつき財務大臣、上野賢一郎厚生労働大臣、城内実内閣府特命担当大臣をはじめとした先生方に対して、本当に繰り返し強く要望してきました。これは福岡県医師会の先生方と一体となって取り組んできた証しだと思います。

もちろん、現状では3%強ではまだまだ足りないというご指摘もいただいておりますが、そのとおりだと思います。ただ、今回の改定で一番大きな制約となったのは社会保険料の問題です。維新をはじめとした特に野党では、社会保険料を絶対に引き下げて、それによって手取りを増やそうという主張をする方が多く、今回の衆議院選挙でもその議論が展開されていました。それが一番大きな制約となりました。

実際に3.15%や3.2%を超えると社会保険料率を上げなければならなくなります。ですから、そこを超えられないという条件があり、私たちの闘いは、社会保険料率が上がらない範囲内で最大限の改定を目指すというのが今回の大きな課題でした。そのような中で、本当にぎりぎりのところまで引き上げることができたのは非常に大きな成果だったと思います。



賃上げと物価対応をしっかりと中に盛り込めたことは非常に大きかったと思います。OTC類

似薬の話は、後ほど改めてお話ししますが、これはOTCだけの問題ではなく、大きな流れとして、財務省は薬剤分野を制度化して見直したいと考えています。要するに、薬剤についてはできるだけ保険から外し、あるいはできるだけ患者さん負担へ切り替えていくという方向です。薬剤の給付に当たっては、この問題が今後10年以上続くのではないかと私は考えていますので、2年後の改定においても同じような闘いの繰り返しになるのではないかと思います。



これは先ほどの内容です。物価上昇への対応分の内容を見ますと、プラス0.76%ですが、一つは、1年目が0.55%、2年目が0.97%というように段階的にしました。もう一つは、病院と診療所をかなり明確に分けています。やはり病院のほうが赤字が大きく、物価対応に関する経費の増大が顕著であることは明らかですので、物価対応については病院に手厚く配分し、医科・歯科診療所、保険薬局に対しては、それほど大きな上乗せにはなっていません。

ただ、この内容については、一番上の①に「特別な項目を設定することにより対応する」と書いてあります。簡単に申し上げると、基本診療料に一応準じて組み込みますが、完全に溶け込ませるということではない、という意味でこのように書かれています。

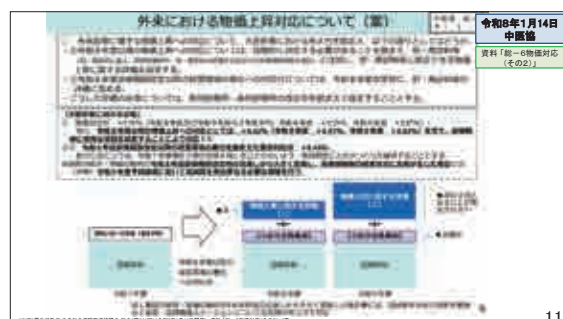
例えて申し上げると、一番近いのは、海外に行くときの航空機の燃料費のサーチャージのような考え方ではないかと思っています。つまり、物価が高いときには、それにプラスアルファで上乗せされる形でつくのではないかと考えています。そのようなイメージでご理解いただければよいと思います。

②のほうは、5年度、6年度で足りなかった分も組み入れるということで、補正予算の効果を減じることがないようにしています。これも

病院についてはプラス0.4%で、かなり手厚く配分されます。診療所についてはこの部分は少なく、0.02%です。この②は過去分ですので、それを組み込む形で、基本診療料にそのままきちんと反映される見込みです。

財源の規模で申し上げますと、現在、医療費は50兆円に近くなっていますので、ここでの0.02%は医療費ベースで約100億円です。ですから、0.02%が100億円という数字は頭に入れておいてください。その上の①の医科診療所についているプラス0.1%は、おおよそ500億円規模の医療費に相当するという意味です。

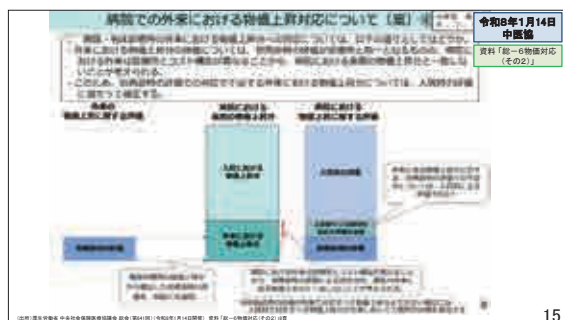
この100億円というのは、外来でいうと再診料1点に相当します。再診料を1点引き上げるのに100億円かかりますので、再診料1点は100億円と考えていただければよいと思いますし、初診料でいうとおおよそ4点から5点で100億円から110億円になりますので、これも頭に入れておいていただくと、医療費の規模感が理解しやすいのではないかと思います。0.02%が100億円であり、その100億円は再診料でいうと1点に相当するということです。



これが物価上昇対応です。まず、不足していた分については先に②で引き上げ、その上で①については段階的に2段階にわたって引き上げるという考え方です。したがって、青い部分は9年度には8年度の約2倍になると予想されます。もちろん、その後の状況によりますので、加減を行うことになっており、どうなるかは分かりません。2倍以上になるかもしれませんし、物価があまり上がらなければ減額される可能性も一応ありますが、概ね2倍になると考えてよいと思います。



入院においても同じ考え方です。このような形で、2段階で確実に反映されます。入院については、先ほど病院に0.4%余りついていると申し上げましたが、特定機能病院、急性期、回復期、慢性期、精神といった区分があります。もちろん病院によって経費率は異なり、物価上昇の影響もそれぞれ受けますが、そこまで細かく分けることはできませんので、入院料をこの五つのグループに分け、それぞれに重みづけをしています。特定機能病院が物価高に対する手当としては最も大きく、上位の区分ほど多くつくという考え方です。いろいろな係数がありますが、そこは省略させていただきます。



15



16

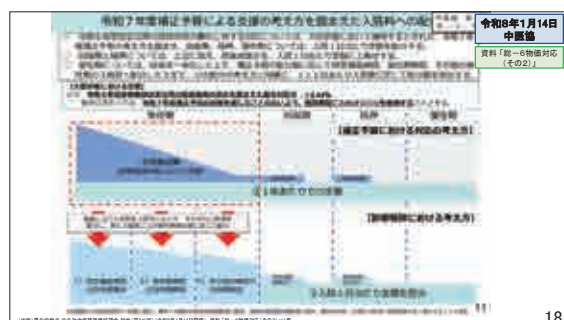
病院での外来における物価上昇対応は、診療所とは少し異なります。ただし、診療所と病院で外来における点数は同じにしたいという考え方があります。そのため、病院については診療所と同じ点数では不足する分を、今度は入院料に組み込むことにしています。右下の縦のグラフに「入院料でこの部分を含めた評価が必要」と書いてありますが、その部分を入院料に含めて、不足分を補うことになります。そのような考え方です。



17

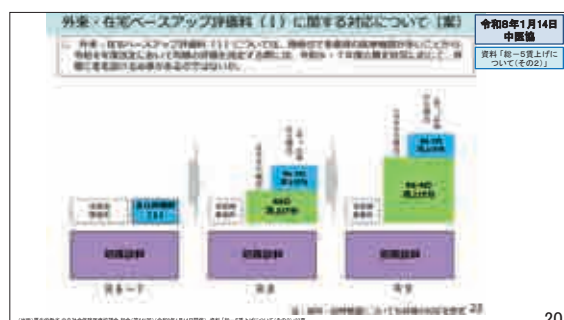
これが補正予算のときの内容です。補正予算については、ご案内のとおり、基礎的な支援として1床当たり、賃金分で8.4万円、物価分で11.1万円があり、さらに救急に対応する病院への加算として、救急車の受入件数に応じて、1件から7,000件以上まで六つのグループに分けて考えることになっています。一番大きいところは、7,000件以上であれば2億円ということになっています。有床診療所については、左下のとおりベッド数に応じて、あるいは無床診療所

であれば一律32万円という形で支援されることになります。



18

これは、補正予算による支援の考え方を踏まえた入院料の配分です。補正では、上にあるように基礎的な支援に加え、救急の加算によって、このように傾斜的に補助金が出ます。それから、診療報酬については、先ほど申し上げたとおり、グループ分けをした上でさらに若干の傾斜をつける形になります。上のほうは1床当たりで支援しましたが、診療報酬のほうは、当然ながら入院1日当たりの定額を配分した上で、各種の点数によって上積みしていく形で決まっています。



20

賃金をどう評価するかといいますと、外来の場合はベースアップ評価料をどうしても残さなければなりません。前回、外来で初診6点、再診2点がつきましたが、これをなくしてしまうと、現在算定している医療機関が非常に困りますので、ここは残さざるを得ません。その上で、令和8年度の賃上げ分を上乗せし、9年度にはさらにその倍程度が上乗せされるというイメージになります。

これも財源が概ね決まっていますので、その範囲で考えると、現在についているベースアップ評価料を1とすると、8年度はそれにプラス2倍点数が上乗せされます。さらに9年度は、その2倍がもう一度乗りますので、6年、7年を1とすると、8年度は3程度、9年度は5程度

この賃上げ分については、正直申し上げて制度上それほどよい仕組みとは思っていませんが、賃上げ分の再診料と初診料は相当引き上がると思っていますので、ぜひこれを利用して職員の処遇改善に充てていただきたいと思います。



23

25



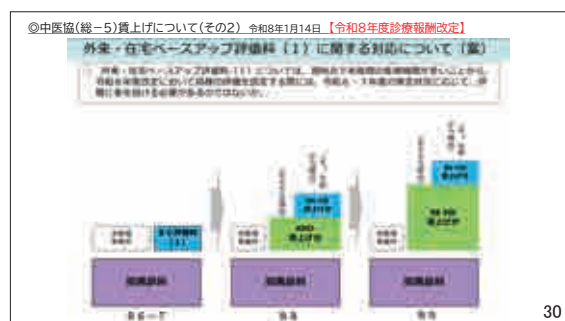
27

【理由】

- ・令和7年度 医療機関等における
賃上げ・物価上昇に対する支援事業の実施
- ・令和8年度診療報酬改定(賃上げ対応)

28

料を2月中に届出してください。一応3月1日までとなっていますが、2月中に取得していたければ、先ほど申し上げた補正予算のときの補助が入りますので、ぜひ取っていただきたいと思います。これを取得していると、次の改定後のベースアップ評価料についても、それが上積みされてきちんと出ますので、何とかあと一月ほどの間に届出をしていただきたいと思います。補助金も受け取れますし、8年度の診療報酬改定における賃上げ対応にもきちんとついていけるということです、改めてよろしくお願ひしたいと思います。



令和7年度補正予算の賃上げ支援事業において、例えば診療所(無床)であれば、1施設当たり15万円の給付金が支給されることになりました。
【支給を受ける要件】ベースアップ評価料 3/1時点での届出施設

- 「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」のみを届ける場合の届出添付書類が大幅に簡素化されています。
※届出書添付書類(Excel)には「別添」「計画書」「届出書」の3つのシートがありますが「別添」シートを入力するだけで、「計画書」と「届出書」は、ほぼ自動的に完成します。
- 基本的には、直近1か月間の初・再診料等の算定回数を調べていただくだけで、届出書添付書類の作成が可能です。
- 令和7年度補正予算及び令和8年度診療報酬改定の対応のために、届出をご検討ください。

2月中のベースアップ評価料の届出を是非ご検討ください!!

31

これは先ほど申し上げたことですが、このような形で上積みがどんどん行われますので、これを利用しない手はないのではないかと思います。基本的には、直近1か月間の初診料・再診料それぞれの回数を調べて届けるだけで、ほとんど作成が可能になるようにしましたので、ぜひ2月中に届出をご検討いただきたいと思います。

令和8年度診療報酬改定

1. 本体改定率 +3.09%	
(令和8年度及び令和9年度の2年度平均、令和8年度 +2.41%(国費2348億円程度(令和8年度予算額、以下同じ。))、令和9年度 +3.77%)	
賃上げ対応	+1.70%
令和8年度及び令和9年度の2年度平均、令和8年度 +1.22%、令和9年度 +2.18%	
賃上げ分+1.70%のうち+0.29%については、賃上げ対応施設の特例的な対応	
物価対応	+0.76%
令和8年度及び令和9年度の2年度平均、令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%	
食費・光熱水費	+0.09%
交通費	+0.44%
令和8年度診療報酬改定以降の経費増大の悪化を踏まえた緊急対応分	
適正化・効率化	▲0.15%
後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、薬価を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の数値化等による効率化	
上記を除く改定分	+0.25%
各科改定率 内科 +0.28% 外科 +0.28% 調剤 +0.08%	
2. 薬価・材料 ▲0.87% (国費 ▲1,063億円程度)	
① 薬価	▲0.86% (国費 ▲1,052億円程度)
② 材料価格	▲0.01% (国費 ▲11億円程度)

3

一方で、今回、先ほど申し上げたように適正化がマイナス0.15%となっています。財務省の言う適正化というのは、完全にマイナスするという意味です。今回、黒三角で0.15%とされていますが、この部分についてはかなり緩やかな形にとどめ、実際にはあまり大きなマイナスにならないように、今一生懸命対応しています。

ただ、これが可能だったのも、基本的に今回の改定がプラス改定だからです。マイナス改定とプラス改定は全く違います。プラス改定であれば、財務省もそれほど大きなマイナスを行うことはできません。財務省はずっと、とにかくどこかを削って、その削った分をどこかにつけるというやり方をしますが、今回はそれがほとんどできないというのが実情です。

あくまでプラス改定になっていますので、外来も、特に入院はかなりのプラスです。したがって、それほど大きく削るという行動は取りにくいのです。ですから、皆さん方が非常に心配しているように、特に外来のほうで大きく削られる、あるいは大きなマイナスを受けるという心配は、あまり大きくないと思っていただいてよいと思いますし、日本医師会としても、そういうことがないように、今、私と保険関係の中医協委員、中医協のOB委員と一緒に取り組んでいます。

個別改定項目について(短冊)

外 来 ① (かかりつけ医機能の評価)

- かかりつけ医機能に係る体制整備を推進する観点から、**機能強化加算**の要件等を見直す。
 - ・施設基準にBCP(災害発生時等)における医療機関の業務継続計画)を追加
 - ・データ提出加算の届出が望ましい
 - ・外来医師過半数で要請に応じなかった医療機関は算定できない
- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、**生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)**を見直す。
 - ・生活習慣病とは関係のない管理料等は(Ⅱ)の包括範囲から除外する
 - ・糖尿病とは関係しない在宅自己注射も包括範囲から除外する
 - ・歯科、眼科と連携した場合の評価を新設
 - ・(Ⅰ)については、原則として、必要な血液検査等を少なくとも6か月に1回行う
 - ・療養計画書への患者署名を不要にする

32

個別改定項目について(短冊)

外 来 ② (かかりつけ医機能の評価)

- **地域包括診療加算等**について、対象疾患を有する要介護高齢者等への継続的かつ全人的医療を推進する観点や、適切な服薬指導の実施を推進する観点から、対象患者や要件を見直す。
 - ・対象患者の追加(介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者等である患者を追加)
 - ・認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料については、地域包括診療加算及び地域包括診療料と統合した評価体系に見直す。
 - ・地域包括診療加算及び地域包括診療料を算定する医療機関において、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤の院内処方可能な体制が整備されている、連携薬局については、24時間対応の体制が整備されている等と見なす。
 - ・薬剤数を減少させた場合の評価である「薬剤適正使用連携加算」(30点)の対象患者に他の保険医療機関に通院している患者を追加
 - ・外来データ提出加算を算定可能にする 等

33

個別改定項目について（短冊）	
外 来 ③	（かかりつけ医機能の評価）
■ かかりつけ医機能評価は、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、当該管理が適切に実施されるようその対象疾患の要件を見直す。 ・消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合には、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の対象から除外する ■ 休日・夜間等の問い合わせや受診へ対応する体制整備を更に推進する観点から、時間外対応加算の評価を見直す。 ・名称を時間外対応体制加算に変更する ・点数を引き上げる	

34

かかりつけ医機能の評価の部分も「要件等を見直す」とは入っていますが、機能強化加算も守れる方向で進んでいますし、生活習慣病管理料の部分も、前回改定のときのような内容は、もうないと思っていただいて恐らく大丈夫です。特に療養計画書の患者さんのサインについては、不要とする方向で概ね動いていますので、サインは不要になります。ただし、生活習慣病管理料（Ⅰ）に関しては、原則として必要な血液検査等を6か月に1回は実施する形になりますので、6か月に1回程度の血液検査は行っていたことになります。

そのほかの部分も、それほど大きなマイナスはありません。時間外対応加算の部分は見直すとして書いてありますが、これは点数が引き上がりますので、むしろよいのではないかと思います。ある意味では業界用語ですが、「見直す」と書いてある場合は、プラスの場合もあればマイナスの場合もあります。一方で、「適正化」や「効率化」と書いてある場合は、これは完全にマイナスという意味です。「見直す」というのはプラスにもマイナスにもなり得ますが、「効率化」や「適正化」と書いてあれば、はっきりとマイナスにするという意味です。ですから、今回は「適正化」や「効率化」という言葉は、それほど多く入っていません。

令和7年度補正予算について	
昨年令和6年度の補正予算の規模では、賃金・物価等の上昇により、医療機関の窮状に歯止めがからず、むしろ拍車がかかりました。 財務省は前年度とあまり変わらず、11月中旬現在、令和7年度補正予算は2,000億円程度で充分であると主張しているとのことですが、それでは「止血」にすらなりません。地域を支える医療機関への支援として、1兆円規模の予算を組んでいただければお願いいたします。	
令和7年度補正予算として 医療機関への1兆円規模が必要 →都道府県医師会に働きかけを依頼 (令和7年11月14日)	

36

はっきり申し上げますと、補正予算の前、私たちは1兆円を確保したいということで活動を

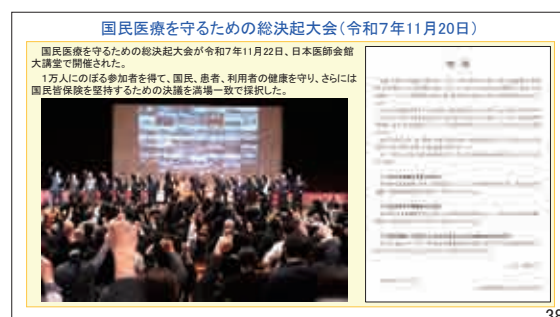
開始し、自民党の先生方に非常に強く働きかけました。そのようにして政府に要望してきましたが、私が秋に片山大臣のところに伺ったときには、正直なところ、1兆円に対して財務省の考えは2,000億円の補正予算でした。片山大臣が「1桁違うのよね」とおっしゃったときには、「またか」と思いましたが、そこから少し巻き返しを図りまして、何とかという状況でした。

本当にこの時期は、驚くほど良い方向に動き、1兆円を確保することができました。1兆円の補正予算というのは本当に大きな数字であり、これによって、先ほど申し上げた大学病院や急性期をしっかりと担っている医療機関には何億円という資金が入りました。また今回、文科省の予算も大学病院を中心に800億円以上ついており、これもこれまでの約5倍です。大学病院全体にも配分されましたし、さらに国立病院を中心として、そのうち300億円以上がつけました。そういった意味では、今回、大学にも、これだけで永続的に対応できるとは思いますが、ある程度の金額は配分されたのではないかと考えています。

本当に、最初は厚労省の医政局の担当者も真っ青になって対応していましたし、財務省の2,000億円という回答には、私たちも本当に肝を冷やしましたが、何とか1兆円を組んでいただきました。



37



38

これはやはり、片山大臣、それから高市総理

にしっかりとその危機的な窮状を理解していただいたおかげではないかと思います。私も1か月の間に立て続けに3回、高市総理のところへ伺って一生懸命お願いした経緯がありますし、このような総決起大会も開催して、ある意味では圧力をかけたということです。

令和7年度補正予算案(令和7年11月28日閣議決定)

厚生労働省 医療分合計:1兆308億円	
ア 買上げ・物価上昇に対する支援	5,341億円 (買上げ1,534億円・物価上昇3,807億円)
イ 施設整備の促進に対する支援	462億円
ウ (独)福祉医療機構による低価格薬等の実施	804億円
エ 医療分野における生産性向上に対する支援	200億円
オ 病床数の適正化に対する支援	3,490億円
カ 出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援	72億円
文科省	
大学病院の機能強化・経営環境改善	349億円
物価・人件費の上昇等を踏まえた国立大学の教育・研究基盤維持等	485億円
内閣府	
重点支援地方交付金	エネルギー・食料品価格の高騰分

「大量出血を止血する」対応

これが先ほどの補正の中身です。厚労省のほうで1兆円を超える予算がつき、文科省でも、大学病院あるいは国立大学に800億円を超える予算がついています。さらに、内閣府の重点支援地方交付金においても、これから配分されることになっています。おそらく福岡県では大体配分が決まった頃ではないかと思いますが、これについても資金がついていると思います。

令和7年度補正予算案(令和7年11月28日閣議決定)

厚労省資料

医療分合計:1兆308億円

40

令和7年度補正予算案(令和7年11月28日閣議決定)

厚労省資料

医療分合計:1兆308億円

41

今回、医療・介護等支援パッケージということで相当な金額がついています。内容の詳細は省きますが、病院については国から直接資金が入るようにし、診療所については県を通じて入るという形になっています。とにかく、できる限り3月中に入るよう、現在進めています。

令和7年度補正予算案(令和7年11月28日閣議決定)

厚労省資料

医療分合計:1兆308億円

42

先ほど申し上げたとおり、ベースアップ評価料の届出を2月中にさせていただかないと、資金が届く時期がどんどん遅くなります。何とか3月1日までにさせていただければ資金が届くようになっていますので、重ねてのお願いになりますが、ぜひ届出をお願いしたいと思います。

令和7年度補正予算案(令和7年11月28日閣議決定)

厚労省資料

医療分合計:1兆308億円

47

令和7年度補正予算案(令和7年11月28日閣議決定)

厚労省資料

医療分合計:1兆308億円

48

それから、病床数の適正化に関する支援ですが、これも1床当たり410万円ということで、いわゆるベッドの買上げのような形です。ただし、地域で必要な病床は残していただかなければなりません。パンデミックや災害時など、特にその地域で本当に不足しているベッドはやはり残してもらう必要がありますので、地域医療構想調整会議等でこの点は議論していただくことになります。もちろん病院のご事情が大きな要素になりますが、それでも地域で必要な病床はできる限り残してもらうのが基本だろうと思います。410万円、休床の場合にはその半額ということになっています。前回の予算のときにはあまり多くはつきませんでした、今回はきち

んと意向を調べた上で、ほとんど希望どおりに
賄えるよう予算を確保していますので、ぜひこ
の点をご検討いただければと思います。

産科・小児科の医療機関等への支援も、前回
の予算よりは何十億円多くついています。た
だ、まだまだ足りないと思います。産科や小児
科などは、診療報酬だけではもはや成り立ちま
せんので、基礎的な部分にきちんと予算が付き、
その上に報酬が上乗せされる形も考えていただ
かないと、実際には立ち行かないと思います。

骨太の方針2025

「(経済・財政再生計画)に基づく今後の取組方針」
とりわけ社会保障関係費²⁰⁾については、医療・介護等の現場の厳しい現状や収支等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職理の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。

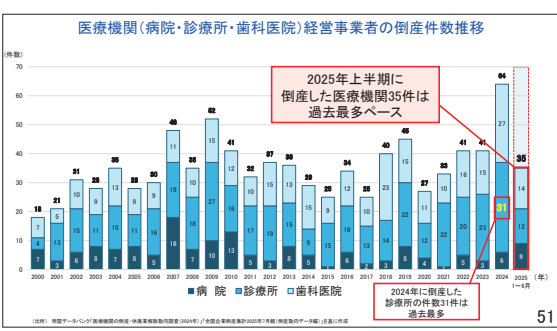
204 社会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する。

(1) 全世代型社会保障の構築
医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかり図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある。このため、これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、次期報酬改定を始めとした必要な対応策において、2025年春季労使交渉における力強い賃上げ²¹⁾の実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職理の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。

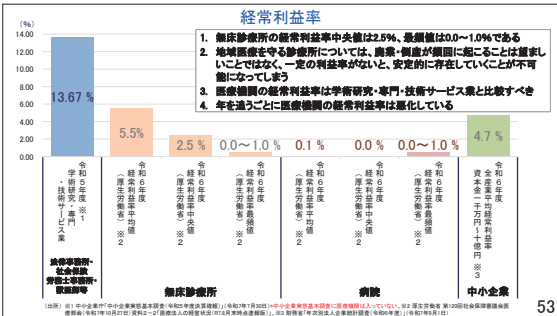
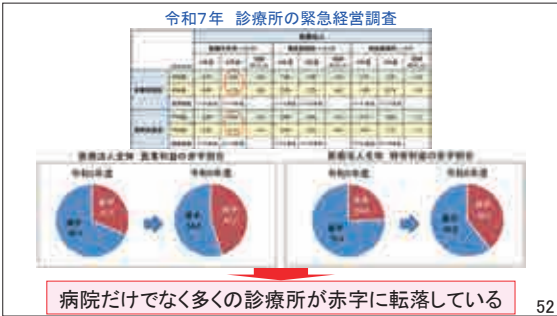
207 日本労働組合総連合会の集計によれば、現時点(第6回集計)で定期昇給を含む平均賃上げ率は5.26%、うちベースアップ分のみで3.71%、組合員数300人未満の組合の平均賃上げ率は4.70%(うちベースアップ分のみで3.51%)となっている。

50

昨年6月に「骨太の方針2025」で闘いの火蓋
が切れ、それ以前の2か月か3か月前から
ずっと働きかけてきました。高齢化による増加
分について、これまでは高齢化が進む分だけ予
算が付いていましたが、それだけではなく、経
済・物価動向を踏まえた賃金、それから物価上
昇への対応もしてもらわなければならないとい
うことで、それに相当する増加分を加算する、
プラスするというのがここに入ったのは非常
に大きかったと思います。また、その下の「社
会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度
化等が存在する」という文言が入ったことも非
常に大きかったと思います。これが今回の補正
予算でも診療報酬改定でも非常に効いたのだと
思います。



とにかく今は倒産が多いです。2025年の上半
期には35件と過去最多ペースで医療機関が倒産
し、驚くような基幹病院でも倒産が起きていま
した。さらに、倒産に至らなくても、先行きが
暗いということで自主的に廃院する医療機関も、
その10倍くらいのペースで起こっていることが
非常に大きな特徴です。地方は特に疲弊してい
ます。診療報酬というのはご案内のとおり、単
価掛けるQ、つまり数量で決まりますので、そ
れだけでは恐らく地方の医療を十分に支えきれ
ません。これをどうしていくかが非常に大きな
課題です。



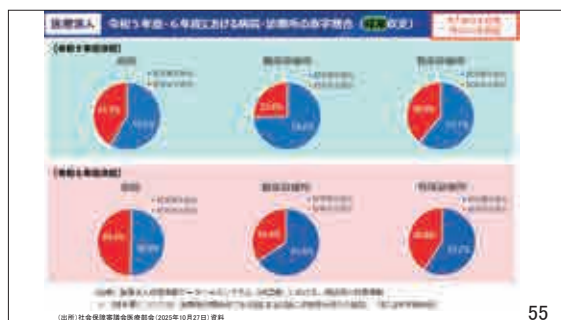
医療法人 令和5年度・6年度における病院・診療所の経常利益率(二期連続)

WAM NET(福祉医療機構)で公表されたMCDBを活用した分析

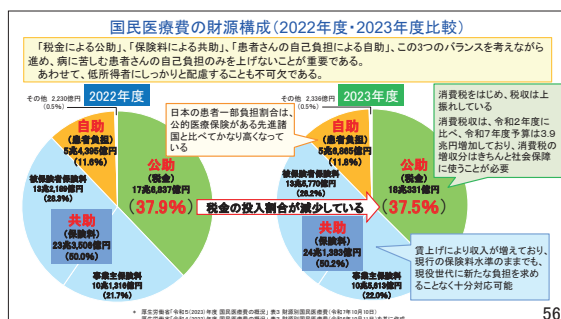
	経常利益率	病院	無床診療所	有床診療所
	N数 (N:医療法人立施設)	1,275 (22.7%)	8,357 (19.2%)	604 (14.8%)
令和5年度 [RS4.1~RS3.31の 間に決算を迎えた 施設]	平均値	1.6%	9.2%	5.2%
	中央値	1.5%	6.4%	2.6%
	最頻値	1.0~2.0%	0.0~1.0%	2.0~3.0%
令和6年度 [RS4.1~RS3.31の 間に決算を迎えた 施設]	平均値	0.1%	5.5%	3.8%
	中央値	0.0%	2.5%	1.2%
※令和7年9月末決算時点の 施設	最頻値	0.0~1.0%	0.0~1.0%	1.0~2.0%

※医療法人経営情報データベースシステム(MCDB)における、施設別の経営情報を概略的に集計。
令和5年度と6年度の両年度でMCDBの提出のある病院・診療所が対象。
*社会保障審議会医療部会(2025年10月21日)資料より作成。

54

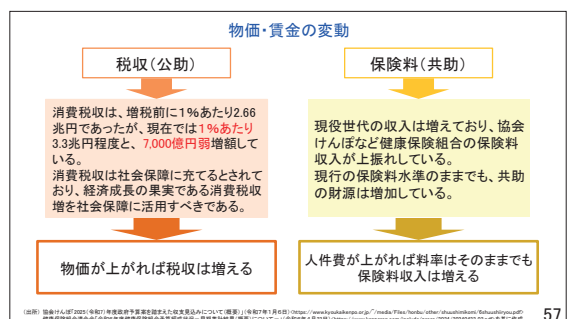


診療所の緊急経営調査でも4割が赤字、病院は7割が赤字です。パーセントで言うよりも、「7割赤字」「4割赤字」と言ったほうが、国民にも国会議員の先生方にも伝わりやすいので、私たちは「7割赤字、4割赤字」という表現を繰り返し用いて訴えてきました。経常利益率については、なかなか伝わりにくい面があります。利益率というのは、経営に携わっていないと実感しにくいものです。2.5%の利益率といっても、診療所と病院では意味合いがかなり異なると思いますが、仮に診療所で売上げが1億円であれば、2.5%の利益率では年間250万円の利益ということになります。決して大きな利益ではないということが、なかなか理解してもらえない、もどかしさのあった改定だったと思います。

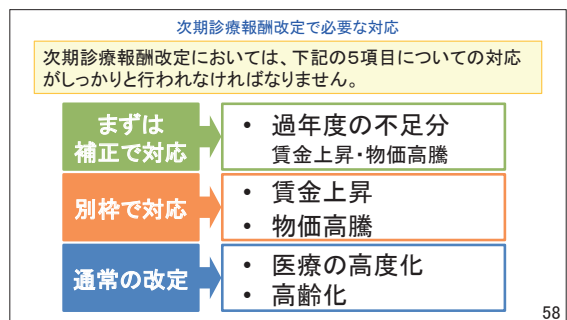


これは医療費の財源構成です。財務省はお金がないと言いますが、税金の投入割合は減少しています。半分が保険料で賄われていますが、ここを減らされてしまうと、医療費が減ることとほぼ同じ意味になりますので、今回はこの保険料が減らない形で闘うしかありませんでした。しかし、本当に減ってしまっては困ります。社会保障費を支えるものとして、日本の国民皆保険は社会保険方式ですから、ここが半分を維持していなければ社会保険方式とは言えません。日本の場合、この半分が共助である保険料で賄われていることが根幹です。ですから、ここはとにかく賃上げによって収入を増やす。賃上げ

によって収入が増えれば、保険料率が同じままでも額としては増えますので、それによって対応できるのではないかということで、ずっとそのように訴えてきましたし、税金のほうも税収が伸びていますので、これをとにかく社会保障にしっかり回してほしいということを訴えてきました。患者さんの自己負担だけを増やすような政策はあってはならないということも、ずっと訴えてきています。この三つをバランスよく引き上げていくしかありません。ほかに方法がないのです。特殊な場合を除けば、自助・共助・公助の三つをバランスよくそれぞれ引き上げていくことが、社会保障が増えたときの対策の基本的な考え方だと思います。



税収について言えば、消費税収は増税前に比べて1%当たり7,000億円弱増えていますので、これをとにかく社会保障に回してほしいということです。先ほど申し上げたとおり、保険料も人件費が上がれば料率はそのままでも保険料収入は増えますから、それも回してほしいと訴え続けてきました。いわゆる「経済成長の果実」だと思いますので、インフレ局面においては、それを活用していただくということだと思います。



診療報酬改定でずっと言い続けてきたのは、足りない分をまず補正予算で対応してほしいということです。そして、賃金上昇と物価高騰については別枠できちんと対応してほしい。さら

[illegible]

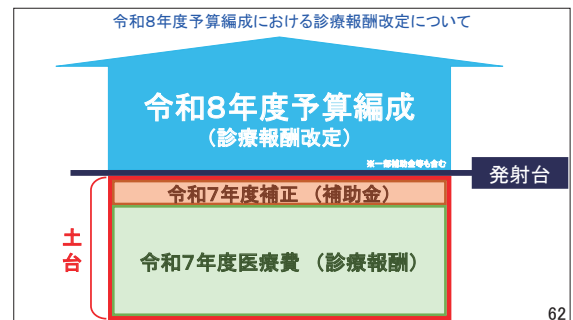
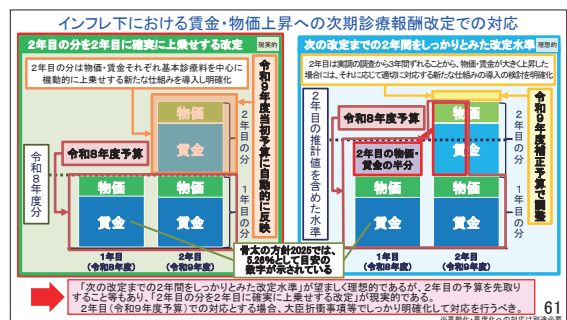
診療報酬上昇率と物価上昇率の比較（2020年＝100）

Year	診療報酬 (Medical Fee Index)	消費者物価指数 (CPI)
2020年	100.0	100.0
2021年	99.8	99.5
2022年	100.5	101.0
2023年	101.0	104.5
2024年	101.9	107.0
2025年8月	112.1	110.9

10.9%のギャップ

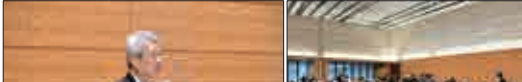
(出所) 医療費・消費物価指数(2020年基準)を基に作成

60



国民医療を守る議員の会(令和7年12月2日)

日本医師会は、2025年12月2日に国民医療を守る議員の会(加藤勝信会長)に出席し意見を述べた。自民党国会議員等214名(本人出席130名)、都道府県医師会長等が出席のうえ、その場で、日本医師会の主張を踏まえた決議が採択された。



The image is a composite of two photographs. The left photograph shows a man in a dark suit and glasses speaking into a microphone at a podium. In the foreground, the back of a person's head and shoulders are visible. The right photograph shows a large, brightly lit assembly hall with many people seated at long tables, facing the front of the room. The room has a high ceiling with exposed beams and large windows.

64

高市総理大臣への申し入れ(令和7年12月4日)

2025年12月4日に、国民医療を守る議員の会会長の加藤勝信衆議院議員、顧問の田村憲久衆議院議員らと共に松本吉郎日本医師会会長が総理官邸に赴き、国民医療を守る議員の会の決議をもって、高市早苗内閣総理大臣に診療報酬改定における物価高騰・買上げについての対応を求めた。

A photograph showing a group of approximately ten people, including men and women in formal attire, seated in a room with wood-paneled walls. They are arranged in two rows, some facing forward and others in profile, suggesting a formal meeting or discussion. A framed picture hangs on the wall behind them.

- 111 -

高市総理が、診療報酬の前倒しとして補正を出すと言われた際、財務省は、診療報酬で出す予定の金額をその前に補正予算で出すという意味だと主張し続けました。しかし、私はそうではないだろうと申し上げました。あくまで足りない分があるのだから、時間的に前倒しで出すことが前倒しなのではないかと主張したわけです。このとき何をしていたかといいますと、総理の真意を確認するために行ったわけです。総理に「総理がおっしゃった意味はどちらなのですか」と伺ったところ、総理が「それは時間的に前に出すだけだ」とはっきりおっしゃってくださいました。財務省の担当者もその場で聞いていましたから、それによって今回、財務省の主張が覆されたわけです。こうしたちょっとしたことが、実は非常に大事です。

高市総理大臣へ決議文手交の報告(令和7年12月4日)

12月2日に「国民医療を守る議員の会」を開催し、採択された決議文を12月4日に高市総理大臣に手交してまいりました。
高市総理大臣からは、「補正予算はあくまでもいま療養している医療機関に対する緊急的なものであり、令和8年度診療報酬改定にしっかり組みたい」との強いお言葉をいただきました。



66

決議文について

現在、国民医療は危機に瀕している。医療機関は、診療所・病院ともに著しく経営状況が悪化し、閉院や倒産が相次いでおり、国民が医療を受けられない事態が発生している。国民が適切な医療を受けられるように賃金上昇と物価高騰、さらには日進月歩する医療の技術革新への対応、医療機関への支援が必須である。

「骨太の方針2025」でも示された2025年春孝労使交渉の平均賃上げ率は5.26%等となっていることを踏まえ、公定価格で運営されている医療機関において同程度の賃上げが可能となる環境を整えることが不可欠である。

令和7年度補正予算に盛り込まれた財政支援等を緊急に執行することを求める。さらに令和8年度予算編成における次期診療報酬改定についても、この二年間の物価・賃金増を反映すると共に、今後二年間の物価賃金動向を踏まえた大幅なプラス改定とするよう求める。

地域医療の崩壊を防ぎ、医療の危機的状況を打開し、国民、患者の健康、地域医療を守り、国民皆保険を堅持するため、下記について以下の対応を求める。

記

1. 公定価格で運営されている医療機関等において、経営の安定、雇職防止、人材確保が図れるよう、他産業にひけをとらない賃上げが可能となる環境を整えること
2. 令和7年度補正予算に盛り込まれた、医療機関に対する財政支援をすみやかに実行すること
3. 令和8年度予算編成における次期診療報酬改定について、この二年間の物価・賃金増を反映すると共に、物価賃金の影響を勘案した上で、今後二年間の物価賃金動向、医療の技術革新、高齢化に対応した大幅なプラス改定とすること
4. OTC類似薬の保険給付の見直しは、安全性、有効性、経済性の面で国民への負担や不利益を踏まえ、検討を行う際には慎重に行うこと

令和7年12月4日「国民医療を守る議員の会」決議文、本文 67

【12月10日】全国知事会との意見交換会(1/2)-医療機関の厳しい経営「危機感の共有を」-

日本医師会は10日、全国知事会と、地域医療提供体制の維持・確保をテーマとした意見交換会を開催した。松本吉郎・日医会長は冒頭挨拶で「現在、病院も診療所も、民間・公的・公立問わず経営が非常に厳しい状況だ」と指摘。「地域に根差し、地域医療を担う病院・診療所が経営悪化により倒れてしまつては、住民は住み慣れた地元から立ち去らざるを得なくなる」と述べ、全国知事会との間で危機感の共有を図る考えを示した。

阿部守一・全国知事会長(長野県知事)も「全国の医療機関の経営が、大変厳しい状況なのは、私たちも十分に承知している」と表明。「地域医療を守り、持続可能な医療提供体制を構築するためには、都道府県と医療関係者が問題意識を共有することが重要」と話した。



68

【12月10日】全国知事会との意見交換会(2/2)-補助金、医療現場への支払いの迅速さ「欠かせない」-

意見交換では、茂松茂副会長が医療機関の危機的な経営状況を周知するための国民運動に言及。11月に全国で約1万人が参加した「国民医療を守るための総決起大会」などの活動が、2025年度補正予算案での成果につながったとの認識を示した。その上で「補正予算は、あくまでも過年度の不足分への対応」と説明。「大切なのは、26年度診療報酬改定で、次回改定までの2年間の物価・賃金動向を踏まえた改定水準を確保することだ」と強調した。

また、「補助金には、仕組みの分かりやすさ、申請のしやすさ、医療現場への支払いの迅速さが欠かせない」と指摘。医療機関への支援が迅速に進むよう、各都道府県に対し、申請に対する調査や予算案の審議、補助金の早期入金などを求めた。角田徹副会長は、社会保障審議会・医療部会などで了承された26年度改定の基本方針について説明した。「物価・賃金、人手不足など、医療機関などを取り巻く環境変化への対応が、一番の重点課題となっている」と述べ、基本方針に沿って改定に臨む考えを示した。医師偏在対策については、11月に「日医女性医師バンク」を「日医ドクターバンク」に名称変更し、事業を拡大したことを紹介。看護師などの人材確保にも触れ、各都道府県に自主財源や地域医療介護総合確保基金による看護師養成所の支援を求めた。福田綱副会長は、出産費用の無償化について説明。「厚生労働省としっかりと協議し、分娩を行う病院・診療所が安定した経営が継続できるよう、そして安全・安心な分娩を提供いただけるように取り組む」との考えを示した。

(出所)「日医MEDIFAXweb」(医療機関の厳しい経営「危機感の共有を」)日医、知事会と意見交換(令和7年12月10日)

69

決議文を手交し、きちんと対応していただきました。また、全国知事会との意見交換会でも危機感の共有を図り、知事会から政府に対して働きかけをしていただきました。圧力という表現が適切かどうかはわかりませんが、国会議員、特に自民党・与党の先生方にしっかりと理解していただき、政府に働きかけてご理解いただけるよう努めていただく。もう一つは、財務省に圧力をかけなければ絶対に無理ですから、財務省に対してもしっかり働きかけていただくこと、そのような面でも動いてきたわけです。

【12月11日 毎日新聞】くらナビ-社会保障-「開業医もうけ過ぎは誤解」(1/4)

【投資には利益必要】

Q1. 26年度の診療報酬改定を求める具体的な引き上げ幅と、その根拠を教えてください。

日本医師会として、現時点で具体的な改定率は示していない。ただ、昨今の賃上げ率や物価指数などは明確に上がっている。医療の高度化や高齢化に対する手当てだけでなく、物価・賃金の伸びに対応できる大幅なプラス改定でなければ、医療機関の窮状は改善できない。

診療報酬は公定価格で、インフレ下で上がったコストを価格に転嫁できない。公共料金を含め、あらゆるものが値上げされる中、医療だけがとりのこされている。



70

【12月11日 毎日新聞】くらナビ-社会保障-「開業医もうけ過ぎは誤解」(2/4)

Q2. 25年度補正予算案では、医療・介護への支援に約1兆4千億円が盛り込まれました。

大量出血の状態にある医療機関に対する、「一時的な止血」という認識だ。あくまで一時的な措置であり、恒久的な財源確保のためには診療報酬改定による「根治療法」が必要だ。

Q3. 診療報酬を上げれば保険料負担の上昇につながる懸念もあります。

今回の改定は、おそらく保険料率には影響しないと考える。近年の賃金上昇により、保険料率を上げなくても、全体の保険料収入が増えているからだ。賃金上がる好循環が生まれ、物価も上がれば社会保障に使うこととしている消費税率も自然と増える。これらの増収で十分対応できると、我々は主張している。

Q4. 財政制度等審議会(財務相の諮問機関)は、病院より利益率が高い診療所の報酬を適正化する必要があると指摘しています。

厚生労働省の医療経済実態調査で、診療所(医療法人)の利益率の中央値は2.7%。1年間の売り上げの中央値は約1.2億円なので、その利益は約300万円になる計算だ。この中から、納税や高額な医療機器の買い替えのほか、修繕費などの支出にも対応する必要がある。(次頁へつづく)

(出所)「毎日新聞」くらナビ-社会保障-「開業医もうけ過ぎは誤解」(令和7年12月11日)

71

今回、「開業医はもうけ過ぎ」などと書かれていましたが、それは誤解だと毎日新聞でもお答えしましたし、病院も診療所も両方なければ医療は成り立たないということをずっと言い続けてきました。そのような形で書いていただけたのは、よかったのではないかと思います。

「社会保障を守る会緊急集會に出席し、医療・介護・福祉業界を守るための決議を採択」(1/2)

松本吉郎会長は12月18日、自由民主党本部で急きょ開催された「社会保障を守る会緊急集會」に出席し、医療機関の窮状を踏まえ、令和8年度診療報酬改定が大幅なプラス改定となるように強く訴えた。緊急集會では、物価・賃金の上昇に苦しむ医療・介護・福祉業界を守るための対応を求める決議を採択。緊急集會終了後には、呼びかけ人である自民党国会議員が総務省を訪れ、高市早苗内閣府大臣に直接陳情を行った。

決議では、令和7年度補正予算はあくまでも現状の歯止めであるとし、賃上げや物価高騰に本格的に対応することを見据え、令和8年度診療報酬改定、更には非改定年である介護・障害福祉サービス等報酬改定において、現場の思いを確実に反映するための対応を要請。

具体的には、(1)医療機関が経営を安定させ物価高騰に対応できるよう、難病防止、人材確保を可能とする賃上げ環境を整えること、(2)具体的には、令和8年度診療報酬改定において、現役世代の保険料負担抑制にも配慮しつつ、令和7年度補正予算に盛り込まれた医療機関等への支援効果減らすことなく継承し、その上で今後の物価・賃金増を反映し、デフレ下とは異なる新たな経済動向にふさわしい大幅なプラス改定とすること。また、前業力向上・医薬品安定供給に配慮しつつ、必要十分な改定を行うこと、(3)令和8年度介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定においては、介護・障害福祉従事者について、他産業平均と遜色ない賃金水準となるよう、令和7年度補正予算を上回る賃上げを行うこと。また、介護・障害福祉サービス等事業者の経営の安定に資実につながるよう、引き続き物価高騰の対応を行うこと、(4)令和9年度は介護報酬、障害福祉サービス等報酬の改定が実施年であり、診療報酬についても、賃金・物価上昇等を踏まえ、報酬を機動的に調整する対応が可能となるような仕組みを実施することの4項目の実現を強く求めている。



(出所) 日経com「社会保障を守る会緊急集會に出席し、医療・介護・福祉業界を守るための決議を採択」(令和7年12月18日)

75

「社会保障を守る会緊急集會に出席し、医療・介護・福祉業界を守るための決議を採択」(2/2)

今回の緊急集會は、自民党国会議員の有志と関係団体が一堂に集まった上で決議を採択し、4項目の実現を国に伝えることを目的とし、急ぎも開催されたにもかかわらず、会場には800人を超える関係者が集結するとともに、オンラインで全国に配信した。

緊急集會は石田昌宏参議院議員と自身はこ参議院議員の司会で開会。冒頭あいさつした社会保障を守る会代表の田村憲久衆議院議員は、改定率決定に向けて正念場を迎えている現状を踏まえ、「現場の声」をぜひ官邸へ届けて、財務省をねじ伏せなければならない」と強調。更に医療・介護・福祉分野で働く人が約940万人になったことに触れ、「この分野の賃金が上がらなければ、日本の働く人々の所得が上がる訳がない。我々自民党の国会議員は腹をくくって戦い抜く」と力を込めた。

続いて、鈴木俊一自民党幹事長と後藤茂之衆議院議員、加藤勝信衆議院議員、福岡資麿参議院議員が登壇し、それぞれ激励のあいさつを行った。

その後は医療・介護・福祉の関係団体の代表者らが決意を表明。白衣を着用し、赤いはちまきを巻いてあいさつした松本会長は、公定価格が上がりづらい中で、賃金・物価が上れば当然赤字になっていくし、「その分の診療報酬をせんとてと世帯で我慢し、大層なペンスラブをして欲しい。私たちは本当にごくごく当たり前のお願いをしているということ。大きな声を出して訴えよう」と呼び掛けた。

引き続き、古賀篤衆議院議員が決議内容の説明を行った上で、決議を採択。最後に鬼木誠衆議院議員による「頑張ろうコール」が行われ、参加者全員で決議の実現に向け、思いを一つにした。

(出所) 日経com「社会保障を守る会緊急集會に出席し、医療・介護・福祉業界を守るための決議を採択」(令和7年12月18日)

76

こうした「社会保障を守る会緊急集會」も開かれ、出席しました。私はふだん、朝6時から8時まで毎朝診療しています。今日は日曜日ですが、実は6時から8時まで2時間ほど患者さんを診察してから、ここに来ました。私は普段は白衣を着たことがないのですが、このときは白衣を着て鉢巻きを締めて臨みました。

国会議員との面会状況

議員名	面会日時	面会場所	面会内容
松本吉郎	12月18日	自由民主党本部	緊急集會の開催と、医療・介護・福祉業界の現状について話し合う。
田村憲久	12月18日	自由民主党本部	緊急集會の開催と、医療・介護・福祉業界の現状について話し合う。
石田昌宏	12月18日	自由民主党本部	緊急集會の開催と、医療・介護・福祉業界の現状について話し合う。
鈴木俊一	12月18日	自由民主党本部	緊急集會の開催と、医療・介護・福祉業界の現状について話し合う。
後藤茂之	12月18日	自由民主党本部	緊急集會の開催と、医療・介護・福祉業界の現状について話し合う。
加藤勝信	12月18日	自由民主党本部	緊急集會の開催と、医療・介護・福祉業界の現状について話し合う。
福岡資麿	12月18日	自由民主党本部	緊急集會の開催と、医療・介護・福祉業界の現状について話し合う。
鬼木誠	12月18日	自由民主党本部	緊急集會の開催と、医療・介護・福祉業界の現状について話し合う。
古賀篤	12月18日	自由民主党本部	緊急集會の開催と、医療・介護・福祉業界の現状について話し合う。
...	...	...	...



(出所) 日経com「社会保障を守る会緊急集會に出席し、医療・介護・福祉業界を守るための決議を採択」(令和7年12月18日)

77

国会議員の先生方とは、このような形で毎日のように面会しています。右側の写真は、高市総理に3回目にお会いしたときのもので、横倉先生と一緒に伺いました。

OTC類似薬の保険給付の在り方の見直しは時期尚早であり反対

- 患者・家族の経済的、物理的な負担の問題

医療用医薬品であれば、1〜3割の負担ですが、一般用医薬品ではその10倍以上の価格になるものもあり、その全額が自己負担になります。特に影響が大きいのが、難病や心身障害者、生活保護受給者、小児の医療費助成等で、助成の対象外となってしまう。病気で苦しむ方や経済的弱者の負担が重くなります。
- アクセス等の問題

OTC類似薬が保険適用除外となると、医療機関にアクセスできても地方やへき地等で市販薬に簡単にアクセスできない地域もあり、そこでは患者さんに薬が届きません。また、院内での処置等に用いる薬剤や、更には薬剤の処方、また在宅医療における必要な薬剤使用にも影響します。
- 医学的な見地からの問題

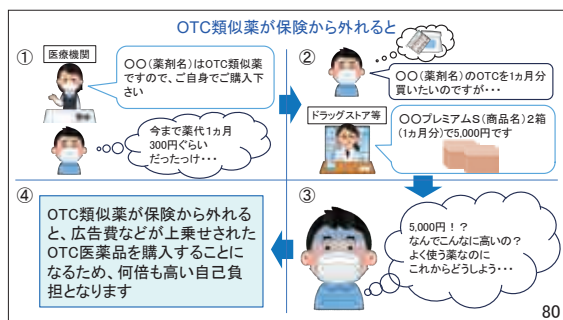
医療機関への受診遅延による健康被害が懸念されます。重篤な疾患の早期発見・早期治療の機会を失うなどさまざまなリスクがあります。

79

OTC類似薬の話を少しさせていただきますが、これはかなり厳しい問題です。例えば、ステロイドの軟膏ですが、薬価でいうと大体1本100円くらいです。現在3割負担の方であれば、薬剤料だけなら30円で患者さんは使用することができます。これが保険から外れると、100円で済むと勘違いしている方がたくさんいます。国民の方々もそうです。「100円になるのではないか。30円が100円になるならまだよいのではないか」と思っている方がかなりいるように感じます。一部には、その点をご理解いただいていない医師の方もおられます。

しかし、保険が利かなくなると、市場で同じような薬を買うとなると、100円ではなく、1本1,000円以上します。30円の支払いが1,000円以上になるのですから、患者さんの負担は30倍以上になります。とんでもない話だと思います。また、受診が遅れば健康被害が生じる可能性もあります。私たちは、医療の基本はアクセスを悪くせず、早く診て早く治すことだと考えていますので、ずっとそのことを訴えてきました。

保険から外されれば、院内処置にも使えなくなります。これは意外と知られていないことです。一般用医薬品については、私たち医療機関は販売権を持っていません。したがって、救急処置の際に使えなくなる薬もたくさん出てきますし、それから、往診先にも持っていけません。往診先に持っていけなければ、その患者さんが山間地域の方であった場合、自分ではってでも薬局に買いに行かなければならなくなります。保険で扱われているからこそ、届けることもできますし、訪問薬剤師が行くこともできます。そのような意味で、保険で扱われているということは、患者さんにとっても、私たちにとっても非常にありがたいことではないかと思います。



処方薬とOTC医薬品の価格差

一般名	処方薬(OTC類似薬) (価額*)	OTC医薬品販売名 (代表的なもの)	販売価格(メーカー希 望小売価格)	1錠/1g当たりの 自己負担額
エビナスチン塩酸塩 (抗アレルギー薬)	20mg 14.5円 (3割自己負担 4.8円)	アレジオン20	6錠 1518円 (1錠 253.0円)	約52倍
ファモチジン (胃薬)	10mg 10.4円 (3割自己負担 3.1円)	ガスター10 S錠	6錠 1078円 (1錠 179.7円)	約58倍
ロキソプロフェナトリウ ム水和物錠 (解熱・鎮痛薬)	60mg 10.1円 (3割自己負担 3.0円)	ロキソニンS	12錠 788円 (1錠 64.0円)	約21倍
ヘパリン類似物質 (皮膚保湿剤)	1g 3円 (3割自己負担 0.9円)	ヒルマイルド	60g 1550円 (1g 25.8円)	約29倍
ラベプラゾールナトリウ ム(PPI)	10mg 19.0円 (3割自己負担 6.3円)	パリエットS	6錠 1480円 (1錠 246.7円)	約39倍

*薬価については薬価が最も安いものを記載

81

そのため、OTC類似薬を保険から外すことに
は明確に反対して闘ってきました。アレジオン、
ガスター10、ロキソニン、ヒルマイルド、パリエ
ットといったものが全て保険から外されれば、
かなり厳しいと思います。

厚労省資料

薬剤自己負担の負担に及ぼす主な項目

項目	負担に及ぼす主な項目
1. 薬剤の価格	薬剤の価格が高くなるほど、自己負担額も高くなる。
2. 薬剤の使用量	薬剤の使用量が多くなるほど、自己負担額も高くなる。
3. 薬剤の種類	薬剤の種類によって、自己負担額が異なる。
4. 薬剤の品質	薬剤の品質が高くなるほど、自己負担額も高くなる。

82

これは厚労省の資料と書いてありますが、も
ともとは財務省の資料です。今後10年間、ある
いはそれ以上になるかもしれませんが、薬剤の
自己負担の問題は非常に大きなテーマになると
思います。

左側に書いてある①を、財務省は最も狙って
います。「外来診療や薬剤支給時に、薬局窓口
等において、薬剤に関し定額負担を求める」と
書いてあります。薬剤支給時だけでなく、外来
診療の際にも別途負担と書いてありますので、
例えば、初診で受診すると3割負担に加えて初
診時外来で1,000円を上乗せする、あるいは再診
であれば500円を上乗せするというやり方です。
それを受診時に行うのか、あるいは薬剤が出た
ときに行うのかという二通りがありますが、究

極的には外来を受診した時点で負担させたいと
いうのが財務省の考えです。これをずっと狙っ
ており、それを阻止するために私は取り組んで
います。1,000円や500円を上乗せしたとしても、
その金額は医療機関には入りません。財務省は
そのような甘いことは考えていません。選定療
養の考え方と同じで、その金額は保険の支払い
から差し引かれます。差し引かれた金額しか
入ってきません。財務省はそういう仕組みを考
える人たちですから、厳しいです。仮にそのよ
うな制度になっても、医療機関にとっては全く
プラスにはなりませんし、患者さんにとっては
相当な打撃になるでしょう。初診で受診したら、
さらに1,000円払わなければならないとなると、
大きな負担になります。

②はいわゆるフランス方式で、薬剤によって
患者さんの負担が3割になったり、5割になっ
たり、10割になったりするという仕組みです。
ただ、これも財務省の狙いの一つではありますが、
後でお話しますように、財務省の本当の
狙いからすると、選択肢としては2番目なの
ではないかという感じがしています。

3番目が、このOTC類似医薬品のところで、
これを保険から外したいというものです。

4番目は長期収載品の自己負担の在り方の見
直しで、いわゆる先発品と後発品との差額を埋
めるというやり方で、既に導入されています。

財務省の大きな考え方として、常に二つのこ
とを狙っています。まず一つは、医療費につい
て総枠管理をしたいということです。今48兆円
と言われていますが、それをとにかく抑えたい
というのが基本的な考え方です。できる限りそ
の伸びを抑えて、「総額としてはこれだけしか
出さない」という形で管理したいというのが、
彼らの考えです。

例えば、診療報酬は今1点10円ですが、この
1点10円を崩したいというのが彼らの考え方
です。なぜかという、医療費が増えてきたら、
1点10円を1点9円にすれば簡単にコントロール
できるからです。そうすれば簡単に調整でき
ますので、これを何としてもやりたいと思っ
ているわけです。先生方の中には、1点を11円に
してほしいと主張される先生もいますが、その
ようなことは財務省は全く考えていません。彼

らは減らすことしか考えていませんので、よい方向の話は絶対にありません。これを導入されてしまうと、将来的には必ず影響が出ます。例えば、3%下げようと思えば、1点を9円70銭にすれば3%下がるわけですから、これは非常に簡単です。だからこそ、財務省はとにかくそこを入れたいのだと思います。総枠管理的な考え方で財務省の手に乗るのは絶対に危険だと思います。恐らく、今の消費税も30年前にはよかれと思って導入したことが、今になって非常に厳しい形で影響してきていますが、それと同じことが起こると私は思います。その時によいと思って行ったことが、20年後、30年後の先生方に非常に大きな迷惑をかけることになりますので、これは絶対に考えなければいけません。

もう一つは、外来も入院も、とにかくアクセスをさせないようにするというのが、今の財務省の根本的な考え方だということです。要するに、アクセスを悪くするという考え方なので、外来も入院も両方とも、絞って絞って減らしたいということです。

では、外来の数を減らすためには何をするかといいますと、例えば、かかりつけ医制度をつくって、かかりつけ医と非かかりつけ医を分け、非かかりつけ医のところにはなかなかアクセスできないようにする。先ほど申し上げたように、プラスアルファでお金を上乗せして、それを保険から差し引くなど、とにかくアクセスを悪くするというやり方です。

それから、先ほど申し上げたワンコインや1,000円を上乗せするというのも、アクセスを悪くする方法です。

さらに三つ目は、先ほど申し上げたとおり、OTC類似薬などを保険から外していき、アクセスを悪くするということです。

それらが、アクセスを減らすための三つの政策だと思っています。すなわち、かかりつけ医制度を使うこと、ワンコインで患者さんの負担を増やすこと、そして保険から外すことです。これが彼らのいう三つの基本的な政策です。さらに加えて申し上げますと、今、特に外来では、何々管理料が1か月に1回取れる仕組みになっていますが、それを1か月ではなく2か月に1回しか取れないようにする、あるいは3か月に

1回しか取れないようにするというのも、彼らは考えています。今回はそれを阻止しましたが、また次回以降に出してくると思います。そうすると、これまで1か月に1回来ていた方が2か月に1回になり、2か月に1回来ていた方が3か月に1回になり、さらにそれが進めば、3か月に1回来ていた方が6か月に1回しか来ないことにもなりかねません。これは確実に影響します。大学病院であっても、外来が過度に減ることは恐らく影響するでしょう。

それから、リフィル処方というものが前々回の改定から入りました。これも、処方箋が2回、あるいは3回繰り返し使えれば、その分外来へのアクセスが減りますので、同じ方向の政策です。これは実際には阻止していますが、こうした政策によって外来も減らそうとしているわけです。

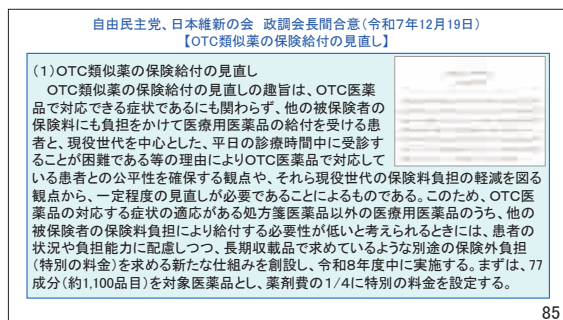
一方、入院のほうについては今回は時間がありませんので詳しくは申し上げませんが、恐らく急性期拠点病院が今回の大きな目玉になると思います。

地域医療構想の中にも急性期拠点病院という考え方が入り、恐らく2年ほどの間に、どこが急性期拠点病院になるのかという議論が煮詰まっていくと思います。もちろん大学病院は別格だと思いますが、二、三十万人に1か所、急性期拠点病院を設けることになりますので、例えば福岡市であれば、その中でせいぜい10病院程度に絞るという考え方をどこかで出してくると思います。そうしたところには手厚くつける一方で、それ以外のところにはあまり手厚くつけない。あるいは、アクセスにもいろいろな制限をつけてくるかもしれません。集約する以上、点数を下げると同時に、当然、何らかの形でアクセスを減らすことも考えてくるでしょう。

そのように、外来も入院も、財務省は一貫してそうした方向に進めています。彼らはバトンタッチしながら引き継いでいきます。2年ごとに主計官や担当は替わりますが、その2年間でできなかったことは次に引き継がれます。そして、さらに次の2年間で実現しようとし、10年、20年かけて実現しようとするのが彼らのやり方です。厚労省にもそういうところはあるのですが、やはり2年ごとに担当官は替わります。



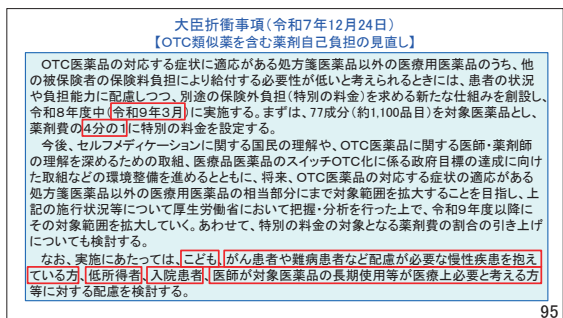
84



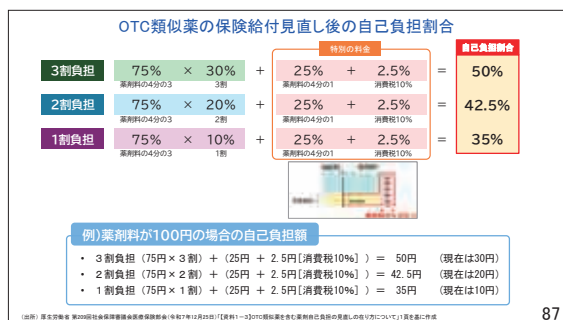
85

りご覧いただければと思います。

ただ、OTC医薬品と本来の医療用医薬品は異なります。保険適用のものは大体疾患名で書いてありますが、市販されている薬は大体症状名で書いてありますので、この整合性をどう取るのかは大きな議論になると思います。77成分が対象となり、これについては負担が増えるという話になりました。

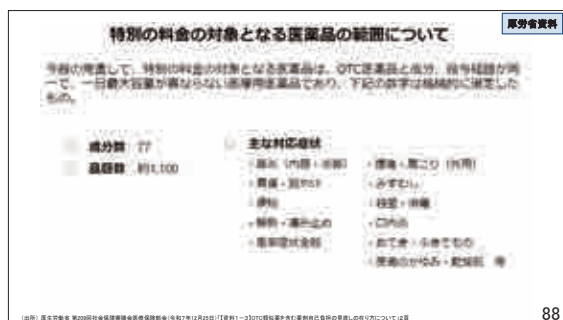


95

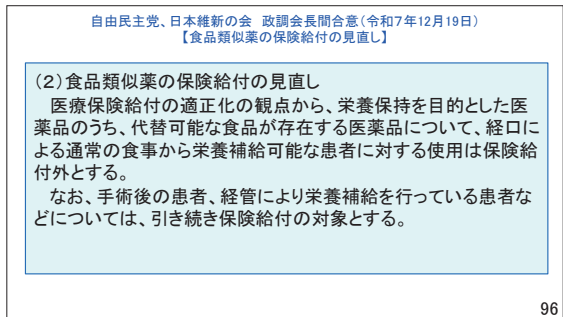


87

この赤枠の部分ですが、子どもやがん患者、難病の方、障害者の方、低所得者の方、入院患者などは除外するよう、ずっと交渉しています。特に、医師がきちんと判断して必要としたものは除外してほしいということを今も言い続けており、細かなところはこれから決まります。



88



96

令和7年11月20日には、私もテレビで明確に反対を表明しました。つまり、これは単なる薬剤費の問題ではないということです。財務省のそうしたさまざまな考え方に対して、私は真っ向から反対する立場で発言してきました。自己負担の割合はこのような形になります。細かな算式はここに書いてありますが、OTC類似薬は保険給付からは外れなかったものの、負担は増えました。3割負担の方は50%の自己負担になります、2割負担の方は42.5%、1割負担の方は35%と、3.5倍にまで負担が増えますので、これはかなり影響があります。算式は後でゆっく

今は選挙戦に入って維新もあまり発言しなくなっていますが、ここは本当に維新との闘いになります。維新は、とにかく社会保険料を減らしたいので、そのためには薬剤の自己負担を増やしてもよいというのが彼らの基本的な考え方です。

今回のこの措置で、保険料がどの程度下がると思われるのでしょうか。実は、今回の措置で保険料は月々10円、20円しか下がりません。10円、20円しか下がらないのに、先ほど申し上げたように、実際に買いに行けば何十倍もの薬代を払わなければならないというのは、本当に不合理な話です。保険医療のありがたさを、もう少し皆さんに分かっていただきたいと思います。恐

らく国民の方々にも、まだ十分には理解されていないのだと思います。

日本医師会への入会についての基本的な考え方

- 日本医師会は、政府・行政から、医療現場の声を聞き取るための、実質的な代表窓口として位置付けられており、医療政策の大きな要請団体として、医療界の中核的な立場を担っています。
- 日本医師会の発言に関われるのは、その発言が医療現場の医師の声をどれだけ反映しているのかという視点です。
- そのため、医療界の実質的な代表窓口である日本医師会の組織率を高めることは、その発言力を一層強く、その重みを増すことに直結します。
- 日本医師会は、医学部卒業後5年間の会費免除を行っています。会費減免対象者の入会促進をはじめ、一人でも多くの医師に日本医師会に入会いただけるよう、引き続き、ご協力をお願いいたします。



100

私たち日本医師会としては、医療界の幅広い声を聞きたいと考えています。私たちは決して開業医の話だけをしているわけではなく、医療界全体についてしっかりと政策をまとめ、それを国にぶつけていく必要があります。

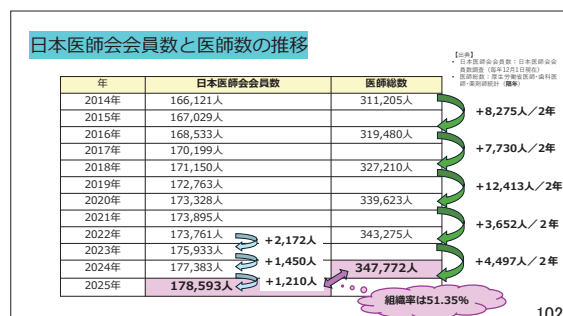
私たち医療界の発言や、医療界の決定だけで国の政策が決まるのであれば、これほどありがたいことはありません。しかし、残念ながら、最終的には政治の場に決着が委ねられているのが現状です。今回のさまざまな薬剤の自己負担の問題も、結局は自民党と維新との政治的な決着の場に委ねられたわけです。ですから、私たちの声が届きにくくなっているのは間違いないと思います。理解していただけるように努力はしていますが、現場の声をきちんと反映できる形にしていく努力は、これからも続けなければなりません。

財務省は、必ず二項対立をあおります。例えば、健康な方と病気の方の対立をあおる。また、医療と介護の対立をあおる。診療所と病院の対立をあおる。あるいは診療科の中での対立をあおる。これが財務省のやり方です。ですから、彼らは片方だけを呼んで、いろいろと都合のよいことを言い、あなたたちのところにたくさんつきますよ、などと甘いことを言いますが、次のときにはまた簡単に変わってしまいます。とにかく、そのようなやり方に乗らないように、医療界も一団結して闘っていかなければいけないと思いますので、私たち日本医師会はその代表として頑張っていきたいと強く思っています。

私は5年ほど中医協の委員を務めていましたが、正直申し上げて、診療所の利益だけを考えて発言したことは一度もありません。きちんと病院のことも考え、両方のことを考えて、どち

らも成り立たなければいけないという立場で、ずっと発言してきています。

医学部卒業後5年間の会費免除を行っています。これを拡充するため、卒業だけではなく、さらに医師国家試験に合格した後の5年間も会費減免とする形で、現在進めています。



会員数は増えましたが、本来はまだ増やさなければならないと思っています。政府あるいは自民党に対して、数の力を示せるものは三つあると私は思っています。

一つは、それぞれの団体の会員数です。日本医師会であれば、17万8,500人です。もう一つは、自民党に対していえば、自民党の党員数です。これも大きな力になります。そして三つ目は、参議院議員選挙の得票数が重要だと思います。昨年の第27回参議院議員通常選挙で釜谷先生が17万4,434票を集めました。民意を反映させるという意味で、これも重要な数字です。政治の場において、数として出てくるのはこの三つしかありません。特に日本医師会でいえば、会員数、自民党への支援や党員数、そして選挙の得票数です。今回も衆議院議員の選挙がありましたが、誰がどこに投票したかは分かりません。ある程度の目安になるのは、参議院議員の選挙です。参議院議員選挙では、例えば博多区から釜谷先生に何票入ったか、何々市から何票入ったかも衆議院議員の先生方は全て把握し見えています。それを見て、この団体はこれだけ支援してくれているのだということが分かるので、一生懸命動いてくれます。得票数がどうだったかは、皆見えています。

このような形で、ご協力をお願いして、とにかく多くの方々に入っていただきたいと思っています。今回はぜひ大学の先生方にも、さらに入会していただきたいと思っています。一体となって闘うということは非常に大事です。

入会のデメリットは、ほとんどないと思っていただけて結構です。医師賠償責任保険の割引も非常に大きく、5年間は会費も原則免除していますので、ぜひご検討いただきたいと思います。医師臨床研修マッチングにおけるマッチ結果の活用などもありますし、MAMISで、異動の手続きもなるべく簡素化するようにしています。

医師が医師会を持つことのメリット

- 医療現場の声を医療政策に反映させていくためには、日本医師会を通じてその声を中央に届けることが現実的な方法です。
- 日本医師会の発言力が大きければ大きいほど、医療現場の声を医療政策に適切に反映させていく可能性が高まります。
- これが組織強化の眼目であり、勤務医も例外ではなく、すべての医師が、医師としての職責を果たしていく上で、極めて重要なことです。
- 会員サービスによるメリットはもちろんのこと、それ以上に「**医師会を持つことのメリット**」を、今一度、すべての医師に考えていただきたいと思います。

118

「医師会を持つことのメリット」について考えていただきたいと思います。個人的な医師賠償責任保険などのメリットもありますが、大事なことは、今回の補正予算や診療報酬改定についても、医師会と医療界が一体となって闘った結果として、そうした成果が出てきたということです。診療報酬改定の改定率をきちんと獲得するということは、病院の先生方にとっても給与が上がることににつながるのだということを、もう少し知っていただきたいと思います。



政治力が弱くなれば、恐らく病院の収入は上がらないでしょうし、病院の収入が上がらなければ、当然、職員の福祉にも影響してきますし、給与にも影響してきますので、ぜひ日本医師会までの入会に特段のご協力をお願いしたいと思います。

医療法等の改正：医師偏在対策		
<改正事項>		<施行期日>
⑨ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数（臨床研修2年の後、保険診療（病院に限る）3年）の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課す。 ※現在、地域医療支援病院に限定している「管理者要件」の公立・公的病院への拡大は、医療法ではなく、医療法施行規則（厚生労働省令）の改正		令和8年4月
【自民・維新・公明・立民・国民の5党による法案修正案】 ・政府は、施行後3年を目途として、外来医師過剰区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。 ・政府は、都道府県が（保険者が財源を拠出する）医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることのできる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。		

医療法の改正につきましては、時間がなくなりましたので、この1点だけお話しさせていただきたいと思います。地域医療構想が地域医療介護構想になりましたが、これは今回、私自身として最も力を入れたところです。まだ十分に知られていないかもしれませんが、改正により、保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数、すなわち臨床研修2年の後、病院に限って3年従事することが管理者要件になりました。つまり、2年プラス3年は病院に残って保険診療を行うということが、医療法改正で定められたわけです。

もちろん、これを選ばず、自分はもう保険診療をしなくてよい、あるいは今のうちに2年たって美容に進む、あるいは美容外科をやるので将来保険診療をしなくてもよいというのであれば別ですが、ほとんどの先生方は、一生美容の世界にいるかどうかは分からないわけです。そうであれば、5年ぐらいは大学にいて、きちんと技量を磨く。そして、技量を磨いて専門医を取得し、その間は地域医療にきちんと貢献する。一人の医師を育てるためには、国公立を問わず、国が1億円ものお金を出しているわけですから、非常に厳しい修練の時間がある中で、それに応える必要があるのではないかと私は思っています。

最初から美容外科の世界に行って、高収入を得られるほうがよいと考えている先生もいるかもしれませんが、私は、少なくとも5年ぐらいは病院でしっかり修練してほしいと思っています。これでどの程度、いわゆる「直美」に歯止めがかかるかは分かりませんが、これは私がぜひ実現したかったことですので、強く厚労省に働きかけて実現させました。実際には今年の卒業生には間に合わないかもしれませんが、来年の卒業生あたりからは、このような形に

なっていくのではないかと思います。

厚生労働省医師偏在対策と日本医師会の考え方（2025年1月8日会見より）

- ・厚生労働省「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」について、①**日本医師会の考えが踏襲され**、「医師偏在は一つの取り組みで是正が図られるものではない」として、「経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成課程の取り組み等の総合的な対策」を基本的な考え方としている②**若手医師だけでなく、全ての世代の医師へのアプローチも謳っている**—ことは評価できるとした。
- ・その一方で、**外来医師過多区域で、地域で不足している機能を担わない医師に対し、要請・勧告・公表、保険医療機関の指定期間の短縮が掲げられたこと**に関しては、「罰則的な対応ではなく、日本医師会としては、**外来医師過多区域が否かにかかわらず、かかりつけ医機能を推進し、地域で不足している機能を面で支えていくためにも、多くの先生方に参画してもらう取り組みを進めていくべきと考えている**」と主張した。



136

医師偏在についても重要な問題であり、非常に厳しい課題です。しかし、大学病院の先生方、基幹病院の先生方とも話し合う機会を多く持ち、どうしたら一番よいのかをぜひ一緒に考えていきたいと思っています。

医療DXについても進めていかなければならないと思いますが、山間部で、なかなか電子カルテに対応することが難しい、75歳、80歳で頑張っている先生方に対して、電子カルテでなければ保険診療ができないとは言えませんので、その点はきちんと除外してあります。今回も医療法の中には、国がほぼ100%の電子カルテを実現するよう努める、という形で書き込んでもら

いました。「国が」としたのは、要するに国がきちんとそれを援助するのだという意味です。つまり、医療機関がやらなければならないとは書いてありません。国がやるのだということを私は主張し、そのように書かせていただきました。国が責任を持って進める、そういった意味にしていますので、その点の担保はできていると私は思っています。

雑駁なお話になりましたが、清聴賜りまして、ありがとうございました。

○蓮澤座長

松本先生、本日は本当にありがとうございました。日本医師会が国民の生命と健康を守るという使命の下、日々多岐にわたる課題に真摯に向き合って、いろいろな取組をさせていただいておりますことに感謝を申し上げます。

先生にはこれからもどうぞ健康に留意されまして、今後ますますの御活躍を祈念いたしております。

以上で本日の特別講演を終了させていただきます。どうもありがとうございました。



ポスター優秀賞

第18回福岡県医学会総会ポスター優秀賞受賞者 一 般 部 門

氏 名	所 属 ・ 役 職	研 究 題 名
内 山 高 輔	久留米大学医学部内科学講座 (心臓・血管内科部門)	大動脈解離における細胞老化の役割
高 島 正 光	九州中央病院脳神経内科 九州大学大学院医学研究院 病態機能内科学	<i>RNF213</i> p.R4810K変異と頭蓋内動脈硬化性病変 大規模横断研究による関連因子の探索: Fukuoka Stroke Registry.
中 野 聖 士	久留米大学医学部内科学講座 消化器内科部門	日本における糖尿病と肝がん罹患率の地域差: 大 規模レセプトデータNDBを用いた解析
才 木 琢 登	九州大学大学院 病態機能内科学	大腸ESDにおける抗血栓薬継続使用の影響に関す る検討
木 下 隆	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	地域連携で進める吸入指導の標準化～吸入スチュ ワードシップの取り組み～
仲 悠太郎	産業医科大学第2内科学	当院における塩分チェックシートと随時尿による推 定塩分摂取量の活用
木 股 完 仁	社会医療法人共愛会 戸畑リハビリテーション病院	リハビリ病院、在宅医療における爪肥厚・変形の 治療の必要性と治療法
三 宅 功 祐	産業医科大学整形外科 産業医科大学病院救急集中治療科	腸腰筋膿瘍に対する当院の治療成績
鈴 木 仁 士	産業医科大学整形外科	内側開大式粗面下脛骨骨切り術のgap healingに およぼす因子の解析
濱 井 敏	九州大学大学院 人工関節生体材料学講座 九州大学整形外科	術前栄養指標GNRIは人工股関節置換術後の身体 機能の予測因子となる

研修医部門

氏 名	所 属 ・ 役 職	研 究 題 名
大 井 美 怜	福岡大学医学部整形外科	外傷性肩関節不安定症のコリジョンスポーツ選手を 確実に早期復帰させるための工夫
園 田 和 倫	久留米大学病院	プラチナ併用化学療法とパンプロリズマブの投与中 に心筋炎を発症した非小細胞肺癌の一例



会場の様子



会場の様子



福岡県医師会副会長 一宮 仁



ポスターセッション

シンポジウム



学会長
山本
健



日本医師会会長 松本 吉郎



会頭／福岡県医師会会長 蓮澤 浩明

特別講演



ポスター優秀賞表彰



閉会の挨拶



福岡県医師会副会長 平田 泰彦

編集後記

令和8年1月25日、第18回福岡県医学会総会が開催されました。学会長には久留米大学医学部長の山本健先生、準備委員会委員長には小郡三井医師会会長の島田昇二郎先生にご就任いただきました。また、福岡県内4大学の医学部長ならびに各ブロック医師会長の皆様にも多大なるご尽力を賜りましたこと、担当理事として心より御礼申し上げます。



開会式後には表彰式が行われ、福岡県医学会特別賞はくらかずまり子レディースクリニック院長・倉貝真理子先生に、また奨励賞は6名の先生方に授与されました。

ポスターセッションでは、一般部門43題、研修医部門9題、医学部生部門4題、過去最多となる計56題の発表がありました。演題をご応募いただいた皆様に、改めて感謝申し上げます。なお、優れた演題として、一般部門から10題、研修医部門から2題にポスター優秀賞を授与いたしました。

シンポジウムでは、「地域医療に役立つ最新の医療」をテーマに5名の先生方よりご講演をいただき、日々の臨床に直結する大変有意義な内容となりました。さらに特別講演では、「日本医師会の医療政策」と題し、日本医師会会長の松本吉郎先生より貴重なお話を賜りました。

今回の総会も、多様な立場の参加者がそれぞれの現場で得られた知見や研究成果を共有し、互いに学び合う貴重な機会となりました。世代や所属を超えて活発な議論が交わされ、地域医療を支える多様な視点が結びつく場として、改めて本学会の意義を実感いたしました。

次回は、福岡大学医学部長の小玉正太先生のもと開催されます。引き続き皆様のご支援、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

令和8年6月

福岡県医師会学術担当理事 田中 眞紀

第18回 福岡県医学会

会 頭 蓮澤 浩明

学会長 山本 健 (久留米大学)

<準備委員会>

委員長 島田昇二郎(筑後ブロック)

委 員 須藤 信行(九州大学)

小玉 正太(福岡大学)

酒井 昭典(産業医科大学)

三好 寛明(久留米大学)

山路浩三郎(内科医会)

東 秀史(臨床外科医学会)

黒川美知子(小児科医会)

秋山 武徳(整形外科医会)

穴井 堅能(北九州ブロック)

菊池 仁志(福岡ブロック)

岩見 元照(筑豊ブロック)

<福岡県医師会役員>

一宮 仁

平田 泰彦

杉 健三

瀬戸 裕司

田中 眞紀

百武 宏幸

占部 嘉男

永田 直幹

福岡県医学会誌 第16巻

発行年月日 令和8年6月1日

発 行 者 公益社団法人 福岡県医師会

会長 蓮澤 浩明

〒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

本記録集の無断転写、転載、複写、データ配信は固く禁じます。

