

平成30年度

福岡県医学会総会記録集

第11回

福岡県医学会総会

The 11th Fukuoka Association of Medical Sciences General Meeting

平成31年2月3日(日)

【会 頭】

福岡県医師会会長

松田峻一良

【学会長】

福岡大学医学部長

朔 啓二郎

【準備委員会委員長】

飯塚医師会会長

松浦 尚志

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11回 福岡県医学会総会

日 時：平成31年 2月3日（日） 10：30～17：00

場 所：福岡県医師会館

1. 開 会 (10：30) 福岡県医師会副会長 上 野 道 雄
2. 挨 拶 (10：35) 会 頭：福岡県医師会会長 松 田 峻一良
学 会 長：福岡大学医学部長 朔 啓二郎
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) 産業医科大学医学部長 金 澤 保
5. ポスターセッション (11：50～ — 昼食中 —)
テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」
6. ランチョンセミナー (13：00～13：30 — 昼食中 —)
テーマ「若手医師とこれからの地域医療」
JMA-JDN 代表／北海道大学病院内科 I 佐 藤 峰 嘉
高知医療再生機構企画戦略室特命医師 石 井 洋 介
小倉記念病院循環器内科副部長 福 永 真 人
— 昼 食 (11：50～13：30) —
7. 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」【専門医共通講習－⑤地域医療 (任意)】 1 単位
座 長：福岡大学医学部長 朔 啓二郎
 - 1) 「高齢化社会にも対応した低侵襲化心臓血管外科手術」
九州大学大学院医学研究院循環器外科学分野教授 塩 瀬 明
 - 2) 「超高齢社会の糖尿病対策と個別化医療」
久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門主任教授 野 村 政 壽
 - 3) 「呼吸器内科領域の新規薬剤および新規デバイス」
福岡大学医学部呼吸器内科学教授 藤 田 昌 樹
 - 4) 「高齢者救急医療と地域包括ケア」
産業医科大学医学部救急医学講座教授 真 弓 俊 彦
 - 5) 「アトピー性皮膚炎と食物アレルギーの新しい展開」
福岡県小児科医会／福岡市立こども病院アレルギー・呼吸器科科長 手 塚 純一郎

— 総合討論 (15：10～15：40) (30分) —

— 休 憩 (15：40～15：50) —
8. 特別講演 (15：50～16：50) 【専門医共通講習－⑥医療福祉制度 (任意)】 1 単位
演題：「医療政策のゆくえ～財政論に押される医療～」
講 師：参 議 院 議 員 羽生田 俊
座 長：福岡県医師会会長 松 田 峻一良
9. ポスター優秀賞表彰
10. 閉 会 (17：00) 福岡県医師会副会長 蓮 澤 浩 明

目 次

挨拶

- 会 頭／福岡県医師会会長 松田 峻一良 …… 1
学会長／福岡大学医学部長 朔 啓二郎 …… 3

福岡県医学会賞受賞者講演

<特別賞>

非弁膜症性心房細動を有する急性虚血性脳卒中患者の
左心房サイズと脳卒中再発の関連性

福岡大学病院神経内科学准教授 緒方 利安 …… 7

<奨励賞>

1. Elevated plasma transforming growth factor β 1 levels predict
the development of hypertension in normotensives: The 14-year
follow-up study

(一般住民において血漿TGF- β 1値の上昇が高血圧進展を予測する)

樋口病院循環器内科 中尾 絵里香 …… 9

2. 高度架橋ポリエチレンはセメントレス人工股関節全置換術後の
ポリエチレン摩耗関連再置換率を低下させる

産業医科大学整形外科 塚本 学 …… 13

3. 拡散強調・ASL灌流MR画像を用いた非痙攣性てんかん重積状態の病態診断

九州大学大学院医学研究院脳神経外科 下川 能史 …… 15

4. 測定法の違いにより、HbA1c値は異なる～施設間におけるHbA1c値の差はなぜ?～

医)小田辺内科医院理事長 小田辺 修一 …… 17

5. プライマリ・ケアにおいてうつ状態の診断に役立つ不眠に関する質問

久留米大学医学部神経精神医学講座助教 藤枝 恵 …… 20

次期学会長挨拶

産業医科大学医学部長 金澤 保 …… 25

ポスターセッション テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」

Session A (内科1)

1. 2016/2017シーズンの一クリニックにおけるインフルエンザの動向と考察
しばおクリニック 芝尾 敬吾 …………… 29
2. 尿中薬物簡易スクリーニングキットTriageの有効性 - 剖検事例における検討
産業医科大学医学部法医学 田中 敏子 …………… 29
3. 女性における中性脂肪値と冠動脈プラーク組織性状との関連性
福岡大学病院心臓血管内科学 山下 素樹 …………… 30
4. 糖尿病・高血圧合併冠動脈疾患における慢性腎臓病の冠動脈プラークへの影響
福岡大学病院循環器内科 重本 英二 …………… 30
5. 長時間心電図記録器の有効性と症状頻度の相関
産業医科大学医学部第二内科学 塚原 慧太 …………… 31
6. 血中PCSK9濃度と冠動脈疾患の関係性
福岡大学医学部心臓・血管内科学 野瀬 大補 …………… 31
7. 当院での外来心臓リハビリテーションにおける5年間の推移と転帰の検討
福岡大学病院循環器内科 今泉 朝樹 …………… 32
8. シベンゾリン負荷、右室心尖部ペーシングにより左室
- 大動脈間圧較差の改善が認められた閉塞性肥大型心筋症の1例
福岡大学病院心臓血管内科学 川平 悠人 …………… 32
9. 位相解析と瞬時血流予備量比 (iFR) での虚血所見に解離を認めた一例
福岡大学医学部心臓血管・内科学 森田 絵衣 …………… 33
10. 高血圧治療が、脳細胞の神経活動性におよぼす効果の解明
~ 脳FDG-PETと脳血流SPECTによる検討 ~
久留米大学医学部内科学講座心臓・血管内科部門 本多 亮博 …………… 33
11. 直接経口抗凝固薬のXa因子阻害薬 (Rivaroxaban) が
脳梗塞急性期の線維化・組織修復に与える影響
九州大学大学院医学研究院病態機能内科学 古森 元浩 …………… 34

Session B (内科2)

1. アザレアネットを用いた眼科地域医療連携の試み
久留米大学病院眼科学 實吉 安信 …………… 35
2. 当科で経験した青黛による有害事象についての検討
九州大学大学院病態機能内科学 松野 雄一 …………… 35
3. ウイルス性肝炎関連肝癌症例の通院状況に関する検討
産業医科大学第3内科学 柴田 道彦 …………… 36
4. Rome III基準を用いたパーキンソン病における便秘と過敏性腸症候群の検討
福岡大学医学部神経内科 三嶋 崇靖 …………… 36

5. 高齢者機能評価 (GA) を用いた悪性腫瘍に対する治療戦略と地域連携への応用 福岡大学病院腫瘍血液感染症内科 佐々木 秀法 ……………	37
6. 不明熱の精査においてリンパ節腫脹がある患者の可溶性IL2レセプター検査は 診断に有用であるか 久留米大学医療センター総合診療科 小楠 美帆 ……………	37
7. SGLT2阻害薬の高齢者フレイルに対する予防効果について 社会保険田川病院 安田 淳一 ……………	38
8. 当院における1型糖尿病妊婦の周産期管理と分娩予後：20年間の解析を基にした 次世代への健康の継代 久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門 松尾 裕子 ……………	38
9. 糖尿病と認知症の関連性とその対策に関する臨床的検討 九州大学大学院医学研究院病態制御内科学 伊藤 淳 ……………	39
10. 高齢糖尿病患者における睡眠の特徴 久留米大学医学部内分泌代謝内科 岩田 慎平 ……………	39
11. コルチゾール/DHEA-S比は高齢者糖尿病のサルコペニアの予測因子 牟田病院内分泌糖尿病内科 柳田 育美 ……………	40
12. 救急外来で乾燥濃縮人プロトロンピン複合体製剤(ケイセントラ [®])を使用して 安全かつ迅速に治療介入できた2例 産業医科大学病院救急科 手嶋 悠人 ……………	40

Session C (外科1)

1. 正常妊娠および妊娠高血圧症候群の胎盤における3Dパワードプラ法による 胎盤血流評価と胎盤構造に関する研究 産業医科大学産科婦人科学教室 櫻木 俊秀 ……………	41
2. 遠隔転移および多発リンパ節転移を認めた子宮頸癌IA1期の一例 九州大学産婦人科 福田 紗千 ……………	41
3. 経胎盤的抗不整脈薬投与による胎児頻脈性不整脈が奏効した一例 久留米大学総合周産期母子医療センター産科 石松 真人 ……………	42
4. 全国周産期母子医療センターネットワークデータベースに基づいた 出生体重1,500g未満の極低出生体重児に対する気管切開の現況の検 討、および福岡県における小児在宅医療の取り組み 九州大学病院小児科 倉田 浩昭 ……………	42
5. 頸動脈内膜剥離術後における認知機能低下の危険因子についての検討 国立病院機構九州医療センター脳神経外科 林 大輔 ……………	43
6. 髄液を用いた分子診断による、脳腫瘍の非侵襲的鑑別法 九州大学大学院医学研究院脳神経外科 藤岡 寛 ……………	43

7. 閉塞性睡眠時無呼吸症候群における鼻腔通気度検査とポリソムノグラフィーの 関連について	久留米大学病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科 中園 秀樹 ……………	44
8. 腹膜透析の体液貯留における中枢性機序の基礎・臨床両面からの検討	産業医科大学医学部第1生理学／第2内科学 上野 啓通 ……………	44
9. 透析中の平均血圧モニタリングの重要性	産業医科大学医学部第1生理学／第2内科学 上野 啓通 ……………	45
10. 腎移植患者におけるCVD発症リスクスコアの作成	九州大学大学院医学研究院病態機能内科学 植木 研次 ……………	45
11. 北九州地区における性感染症の発生動向調査－過去21年間の推移－	産業医科大学泌尿器科 松本 正広 ……………	46

Session D (外科2)

1. 当院のTAVIの初期成績	久留米大学外科 押領司 篤宣 ……………	47
2. インフルエンザによる劇症型心筋炎に対する体外設置型補助人工心臓の経験	九州大学病院心臓血管外科 平山 和人 ……………	47
3. 胸部X線にて発見された肺底動脈大動脈起始症に対して手術を施行した1例	九州大学消化器・総合外科(肺グループ) 田中 健祐 ……………	48
4. 当院における肥満外科手術(腹腔鏡下スリーブ状胃切除)の導入	産業医科大学第一外科 佐藤 永洋 ……………	48
5. 腸内細菌と心血管病との関連	九州大学消化器・総合外科(血管外科) 中山 謙 ……………	49
6. 腹腔鏡下肝切除の定型化に向けた取り組み	九州大学大学院消化器・総合外科 伊藤 心二 ……………	49
7. 6つの進行大腸癌第Ⅱ相臨床試験を用いた各種画像評価法のpooled解析	九州大学大学院消化器・総合外科 廣瀬 皓介 ……………	50
8. 近年増加しているDPP-4阻害剤関連水疱性類天疱瘡－当科で経験した症例のまとめ－	久留米大学医学部皮膚科 嘉多山 絵理 ……………	50
9. 難治性足潰瘍に対するチーム医療と新しい治療戦略	久留米大学医療センター足病変・皮膚潰瘍治療外来／ 久留米大学形成外科・顎顔面外科 井野 康 ……………	51
10. チーム医療により救命し得たフルニエ壊疽の6症例	久留米大学形成外科・顎顔面外科 山内 大輔 ……………	51
11. 腎癌T1b症例に対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術の検討	九州大学大学院医学研究院泌尿器科学分野 小林 武 ……………	52

研修医 Session

1. 股関節症に対する他動的ジグリング運動(貧乏ゆすり様運動)における短期臨床評価
久留米大学医療センター 林田 一友 …………… 53
2. 内視鏡的経胃ドレナージで軽快した胃穿孔併発の多発腓仮性嚢胞の1例
久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門 吉尾 智一 …………… 53
3. 非典型部位に発生したパラガングリオーマの3例
久留米大学医学部放射線医学講座 田淵 史典 …………… 54
4. 気管支鏡下クライオ生検の経験
福岡大学病院卒後臨床研修センター・呼吸器内科 木村 優子 …………… 54
5. 後腹膜脂肪肉腫に伴い発症した微小変化型ネフローゼ症候群の一例
福岡大学医学部腎臓・膠原病内科学 柴田 稜子 …………… 55
6. 腹腔鏡下子宮体癌根治術後に傍大動脈リンパ節孤発性再発を認めた一例
九州大学病院産科婦人科 中島 京 …………… 55
7. 右室梗塞の合併が疑われた急性下壁心筋梗塞の一例
福岡大学病院循環器内科 津田 真司 …………… 56
8. GLP-1受容体作動薬により血糖コントロールとアドヒアランスの改善を認めた一例
福岡大学病院内分泌糖尿病内科 千田 友紀 …………… 56
9. 腓頭部癌の治療中に高度浮腫を来した一例
福岡大学病院臨床研修医／
福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学 小野 周子 …………… 57
10. 大動脈瘤に合併した播種性血管内凝固症候群(DIC)の一例
福岡大学病院臨床研修医／
福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学 山田 宗和 …………… 57

ランチオンセミナー

「若手医師とこれからの地域医療」

- | | | |
|------------------------|-------------|----|
| JMA-JDN 代表／北海道大学病院内科 I | 佐藤 峰嘉 …………… | 61 |
| 高知医療再生機構企画戦略室特命医師 | 石井 洋介 …………… | 63 |
| 小倉記念病院循環器内科副部長 | 福永 真人 …………… | 66 |

シンポジウム テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」

1. 高齢化社会にも対応した低侵襲化心臓血管外科手術 九州大学大学院医学研究院循環器外科学分野教授 塩瀬 明 ……………	73
2. 超高齢社会の糖尿病対策と個別化医療 久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門主任教授 野村 政壽 ……………	81
3. 呼吸器内科領域の新規薬剤および新規デバイス 福岡大学医学部呼吸器内科学教授 藤田 昌樹 ……………	90
4. 高齢者救急医療と地域包括ケア 産業医科大学医学部救急医学講座教授 真弓 俊彦 ……………	100
5. アトピー性皮膚炎と食物アレルギーの新しい展開 福岡県小児科医会／福岡市立こども病院アレルギー・呼吸器科科長 手塚 純一郎 ……………	111
総合討論 ……………	122

特別講演

「医療政策のゆくえ～財政論に押される医療～」

参議院議員 羽生田 俊 …………… 131

ポスター優秀賞

第11回福岡県医学会総会ポスター優秀賞受賞者 …………… 147

編集後記

挨 拶

会 頭 挨拶



福岡県医師会会長 松 田 峻一良

皆さん、おはようございます。医学会の会頭をしております福岡県医師会の松田でございます。

平成31年の春を迎えて1カ月が過ぎました。あっという間の1カ月でした。これでまた1年、31年あっという間に過ぎるのだらうと。そして、また一つ年をとるのかなというところです。

本日は第11回福岡県医学会総会にお集まりいただきまして、ありがとうございます。この医学会は、地域医療を担う全ての医師が一致団結して福岡県の医療向上のためにともに学び、ともに行動するきっかけになればという思いから立ち上げたものです。おかげさまで第11回を迎えて、毎年充実した回を重ねていくことを大変うれしく思っております。

今年度の医学会総会は、学会長を福岡大学医学部長である朔啓二郎先生にお引き受けいただいております。また、準備委員長を筑豊ブロックの松浦尚志先生にお願いいたしました。企画運営にご尽力いただきました各大学の医学部長をはじめ専門医会、各医師会の準備委員の先生方に心から感謝申し上げます。

また、本日は各大学から医学生、研修医の皆さんにも多数ご出席いただいております。日曜日の貴重なお時間にお集りいただきまして、本当にありがとうございます。

本学会は、地域医療に密着したすぐれた論文、発表に対して、福岡県医学会賞を設けて表彰しております。今年は医学会賞に17編、ポスターセッションに55題の応募をいただきました。特にポスターセッションにおいては過去最多の応募数となりました。この後、医学会賞の表彰式を行い、受賞された先生方にご講演いただきます。

お昼の時間には、隣の会場でポスターセッションを行います。先生方が日ごろ励んでおられる研究の集大成をここで発表していただくということで、大いに期待しております。

その後、「地域医療に役立つ最新の医療」と題したシンポジウムを開催し、そして特別講演は講師に参議院議員の羽生田俊先生をお迎えして、「医療政策のゆくえ～財政論に押される医療～」と題してご講演いただくこととしております。

また、昨年度から開催しているランチョンセミナーでは、今年はさらに内容を充実させ、全国各地で活躍しておられる3名の講師をお迎えして、「若手医師とこれからの地域医療」をテーマにご講演いただきます。ぜひ、皆さんご参加いただくようお願い申し上げます。

さて、昨年12月8日の参議院本会議で成育基本法が全会一致で可決されたという喜ばしいニュースが入ってまいりました。医師会にとっても長年の悲願でありました。本日ご出席の超党派の議員連盟で会長代行をされた羽生田俊先生をはじめ多くの方々のご尽力のおかげだと思っております。これまで母子保健法や児童福祉法などで個別に対応していた法律が統括されたことは、少子化や子供たちそのものに向き合う我が国の大きな第一歩だと思っております。今後は、福岡県においても、行政や関係機関とも連携して実効性のある施策を提言し、確実に実現させていきたいと考えております。

また、今、国のほうで毎月勤労統計のデータ改ざんが問題になっていますが、これを見ながらふと思い出したのは、療養病床の削減に至ったアンケート調査結果です。何かといいますと、療養病床で働く医師が患者さんを診察している回数は週に1回だと、処方箋の変更は2週間に1回あるいは1月

に1回だと、ほとんど診ていないではないかというようなアンケート結果の切り方をしたわけです。実際に療養病床で医師はどのような働き方をしているのかというアンケート調査だと思って医療機関は返した、ところが、そういうアンケート結果の切り方でこのような形になり、社会的入院が問題になって、療養病床の削減につながっていくわけです。

そこで、福岡県医師会では、国のアンケート調査や県のアンケート調査、さまざまなアンケート調査の結果を出しっ放しにするのではなく、自分たちでそのデータを持っておくべきだと考えました。それで、最初のレセプトデータの集積事業を始めたわけです。そして、県民の医療情報基盤（福岡県民100年健康ライフ構想）の整備と生涯保健事業の体系化を推進するためのツールとして診療情報ネットワークとびうめネットを始めました。そして、これに必要な機能を追加しながらより良いものにしていて、地域包括ケアシステムの体制構築をしていくという考えで、今途上ではありますが、頑張っております。

とびうめネットでは、事前に患者さんの医療情報を登録しておくことで、緊急時にかかりつけ医や病院、消防救急隊が連携して迅速で適切な医療提供を目指す救急医療支援システムのほか、多職種連携システム、レセプトデータや電子カルテデータの災害時のバックアップなどを行っております。地域包括ケアシステムの実現のためにも、ぜひとびうめネットを活用していただいて、着々と医療情報基盤の整備を目指していきたいと考えております。

超高齢社会を迎えた我が国において、在宅医療が推進されております。こういった中、人口減少で過疎化が進む地域では、地域医療に根差した医療従事者を確保することが非常に困難です。都道府県に設置された地域医療対策協議会では、福岡県医師会が主導的な役割を担って、県内各地の問題を把握して県行政に提言をしていく所存です。

今後、地域医療の継続性と医師の健康への配慮の両立を基本理念とする医師の働き方改革の動向も見ながら、地域医療対策協議会と地域医療構想調整会議をきちんと機能させて、将来の福岡県の地域医療がよりよいものとなるよう1歩1歩進めてまいりたい所存です。

今年7月に予定されている参議院選挙では、本日特別講演をしていただく現職の羽生田俊参議院議員が日医連推薦の自民党候補者として決定しております。今年は医療・福祉団体から多くの方が立候補されていて、大変厳しい選挙になることが予想されます。我々の意見を国政に反映させるために、高位で、しかも医療・介護系候補の中でトップ当選させなければいけません。

最後にご案内ですが、本会では、若い勤務医の先生方が医師会に入会しやすいよう平成31年度から会費の値下げを行う予定で、研修医の先生方については従前より会費無料となっております。

また、医療機関における医師採用時の資格確認については、これまでは医師免許証や卒業証書で徹底されていましたが、今後は日本医師会が発行している医師資格証で行うことが可能となりました。これです。まだお持ちでない先生方は、本日、1階のロビーで申請受け付けを行っておりますので、申請いただきますようお願いいたします。

本日の医学会が全ての医師の心を一つにする足がかりとしてその役目を全うできるよう取り組んでまいりますので、ご協力をお願い申し上げます。私の挨拶といたします。本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

学会長挨拶



福岡大学医学部長 朔 啓二郎

皆さん、おはようございます。福岡大学医学部長の朔でございます。
今回の第11回福岡県医学会総会の学会長を仰せつかっております。私は4年前にも第7回の学会長をさせていただきましたが、この時期、毎年のように雪がたくさん積もって交通が麻痺したこともあったのですが、今日は大変いい天気で、少し寒いですが、本日開催することができたことをうれしく思っております。

一般演題が55題あります。10題以上表彰されると思いますので、最後までおつき合いいただければと思っております。

また、今日は学生諸君にも来ていただいておりますが、特にランチョンセミナーでは、若手のドクターのさまざまなキャリアパス、海外でそして地域で頑張る実際を3人の先生方に話していただきます。学生諸君はランチョンセミナーに行ってください。それから、シンポジウムは、特に「高齢化」ということをテーマとして今日はお話をさせていただけるよう企画させていただきました。人生100年時代ですので、楽しいお話が聞けると思います。

福岡大学は、昨日医学部の入学試験があり、今年は受験生が例年より250名ほど増えて、競争率が44～45倍にまで上がってきております。これは福岡という地の利がそのような現象を起こしていると思っております。福岡県医学会や福岡県医師会から福岡大学医学部も大変な支援を受けているという感じがいたします。

今日は多くのディスカッションが期待されます。どうぞ皆さん最後までお楽しみください。よろしく願いいたします。

福岡県医学会賞受賞者講演

特別賞

非弁膜症性心房細動を有する急性虚血性脳卒中患者の左心房サイズと脳卒中再発の関連性



福岡大学病院
神経内科学
准教授

緒 方 利 安

Left atrial diameter and cardiovascular events in stroke patients with NVAf - Fukuoka Stroke Registry -

Toshiyasu Ogata^{1,2}, Ryu Matsuo^{1,3}, Tetsuro Ago¹,
Fumi Kiyuna^{1,3}, Jun Hata¹, Yoshio Tsuboi² and
Takanari Kitazono¹, Masahiro Kamouchi^{1,3}

¹Department of Medicine and Clinical Science, Kyushu University
²Department of Neurology, Fukuoka University
³Department of Health Care Administration and Management, Kyushu University

福岡大学神経内科、緒方と申します。

このたびは福岡県医学会賞という大変名誉な賞をいただき、誠にありがとうございます。関係の先生方に心よりお礼を申し上げます。

私は、脳梗塞の患者さんの左心房径を心エコーで測定して、それがその後の脳卒中の再発や死亡にどの程度寄与するかについて研究を行いました。それがJournal of American Heart Associationに採択され、パブリッシュされております。

Purpose

To elucidate that LAD associated with stroke recurrence or death in stroke patients with NVAf

Methods

- In order to standardize the value of LAD, indexed-LAD (LADi) was calculated by dividing LAD (cm) by body surface area (m²).
- After discharge, patients were followed in person or to the family members who consented to answer health status of patient through telephone interviews

Outcomes

Primary outcome

- Stroke recurrence

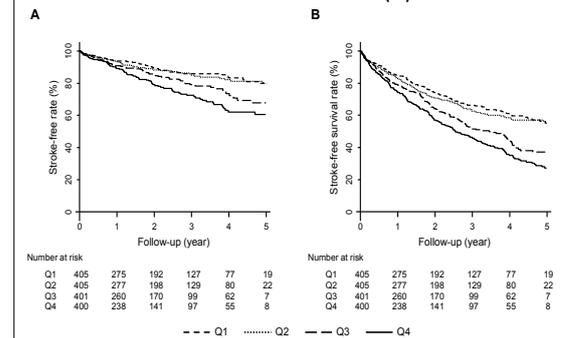
secondary outcomes

- death from any cause
- Ischemic stroke

目的です。先ほど申し上げたように、急性期の

脳梗塞の患者さんで心房細動をお持ちの方の左心房径を測定し、それが脳卒中に関係するかということについて検討を行いました。その際に、左心房径を体表面積で調整する indexed-LAD という方法で LAD の評価を行っています。そして、退院した後に経過観察を行って、主要評価項目で脳卒中を再発するかどうか、副次評価項目で死亡や脳梗塞の再発に関連するかということについて検討を行いました。

Cumulative event-free rate of recurrent stroke (A) and stroke or death (B)



これが結果です。Aのグラフが脳卒中の再発、Bのグラフがその後お亡くなりになった方で、 Kaplan-Meier 曲線で見取ります。それで見ますと、一番上の点線の部分が最も左心房径が小さいグループ Q 1 で、2、3、4 と、Q 4 が一番下の部分です。左心房径が大きくなればなるほど脳卒中の再発が多くなっています。同じ傾向が死亡についても見られまして、Q 1 に比べて Q 4 のほうが死亡率が高くなっています。

Hazard ratios for stroke recurrence in overall cohort

LADi quartile	Events (%)	Event rate / 100 pt-yr	Age- and sex-adjusted HR*		Multivariable-adjusted HR*	
			HR (95% CI)	P	HR (95% CI)	P
Q1, n=401 (LADi <2.40)	47 (11.6)	5.0	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
Q2, n=402 (2.40 ≤LADi <2.76)	50 (12.3)	5.2	1.03 (0.69-1.54)	0.87	1.06 (0.71-1.59)	0.77
Q3, n=402 (2.77 ≤LADi <3.19)	68 (17.0)	8.1	1.41 (0.96-2.06)	0.08	1.43 (0.98-2.10)	0.06
Q4, n=401 (3.19 ≤LADi)	86 (21.5)	11.1	1.81 (1.23-2.66)	0.003	1.95 (1.32-2.88)	<0.001
P for trend				<0.001		<0.001
LADi per 1cm/m ²	251 (15.6)	7.1	1.51 (1.23-1.86)	<0.001	1.60 (1.30-1.98)	<0.001

脳卒中の再発に関して、多変量解析を用いてハザード比を検討しております。Q 1 をリファレンスとしますと、Q 4 でやはり脳卒中の再発

率が高くなっていて、多変量解析のハザード比が2倍近くです。左房径全体で見ましても同様の傾向で、1センチメートル左房径が大きくなれば、脳卒中の再発率が1.6倍高くなりました。

お持ちで脳梗塞を起こした方の脳卒中の再発に明らかに関連していました。

以上です。ありがとうございました。

Hazard ratios for stroke recurrence in anticoagulated cohort

	Events (%)	Event rate / 100 pt-yr	Age- and sex-adjusted HR*		Multivariable-adjusted HR*	
			HR (95% CI)	P	HR (95% CI)	P
LADi quartile						
Q1, n=363 (LADi <2.40)	43 (11.6)	5.2	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
Q2, n=374 (2.40 ≤LADi <2.76)	47 (12.6)	5.3	1.02 (0.67-1.54)	0.13	1.04 (0.69-1.58)	0.11
Q3, n=371 (2.77 ≤LADi <3.19)	64 (17.3)	8.0	1.36 (0.91-2.02)	0.09	1.38 (0.98-2.06)	0.06
Q4, n=356 (3.19 ≤LADi)	75 (21.1)	10.5	1.71 (1.14-2.56)	0.003	1.86 (1.24-2.80)	0.001
P for trend				0.003		0.001
LADi per 1cm/m ²	2229 (15.6)	7.9	1.48 (1.19-1.84)	<0.001	1.59 (1.27-2.00)	<0.001

脳梗塞を発症して、その後抗凝固療法が行われて、フォローされている方についても見ていますが、全く同じような結果になっております。このデータをまとめたときには、多くの患者さんの抗凝固療法はワルファリンで行われておりました。今は新規抗凝固薬がありますから、その辺についての患者さんは必ずしも多くなかったというデータの弱点がありますので、今後、さらにそういったところについても検討していきたいと思っております。

The mechanism of increase embolism in large LAD

- larger left atrial volume index was a significant predictor for the presence of left atrial appendage thrombus in TEE study. *Ayrala S, J Am Soc Echocardiography, 2011*
- Therefore, left atrial enlargement probably cause stasis of blood in left atrium, leading to thrombogenesis.

Conclusion

- LADi was independently associated with risk of recurrent stroke in NVAf patients with previous ischemic stroke.

左房径が大きくなれば脳卒中を発症するというメカニズムについては、経食道心エコー検査で評価した左心耳の中に血栓ができやすいというデータは以前から報告されておりますので、左房径が大きくなれば、血液が左房内によどんでしまうことで血栓形成傾向が進んでしまうと考えられます。

結論です。左房径は、非弁膜症性心房細動を

奨励賞

Elevated plasma transforming growth factor β 1 levels predict the development of hypertension in normotensives: The 14-year follow-up study (一般住民において血漿TGF- β 1値の上昇が高血圧進展を予測する)



樋口病院
循環器内科

中尾 絵里香

よろしくお願ひします。樋口病院循環器内科の中尾と申します。

本日はこのような名誉ある賞をいただきまして、誠にありがとうございます。これもご指導いただいた先生方、福岡県医学会の先生方のおかげだと思っております。

Elevated plasma transforming growth factor β 1 levels predict the development of hypertension in normotensives
— The 14-year follow-up study in Uku town —
一般住民において血漿TGF- β 1値の上昇が高血圧進展を予測する
～宇久町における14年間の縦断研究より～

久留米大学医学部内科学講座 心臓・血管内科部門
樋口病院 循環器内科
中尾 絵里香

第11回 福岡県医学会総会 2019年2月3日

それでは、「一般住民において血漿TGF- β 1値の上昇が高血圧進展を予測する」について発表します。

背景

- TGF- β スーパーファミリーは、TGF- β 、骨形成因子(BMP)、アクチビンといった数多くの多機能性のサイトカインから構成。
- 発生、創傷治癒、癌化、転移、免疫賦活・抑制、動脈硬化など非常に多岐にわたり生体に影響を与えている。
- TGF- β 1の血清濃度上昇と高血圧は正に相関すると示された論文(Am J Hypertens 2002)はあるが、横断研究かつ対象が透析患者であり、**健常な一般住民を対象とした報告は皆無である。**
- 従って、高血圧のない一般住民を対象にTGF- β 1が高血圧進展に関連するか否かの検討は極めて興味深いものである。

TGF- β スーパーファミリーは、TGF- β 、骨形成因子、アクチビンといった数多くの多機能性のサイトカインから構成されています。これらは、発生、創傷治癒、がん化、転移、免疫賦活・抑制、動脈硬化など非常に多岐にわたり生体に影響を与えていると報告されています。

TGF- β 1の血清濃度上昇と高血圧は正に相関すると示された論文はありますが、横断研究かつ対象が透析患者であり、健常な一般住民を対象とした報告は皆無です。したがって、高血圧のない一般住民を対象にTGF- β 1が高血圧進展に関連するか否かの検討は極めて興味深いものです。

対象

- 平成14年～平成16年の3年間に宇久町検診に参加した528名(男性190名、女性338名)を対象に以下に示す検診項目を行った。

- 検診項目: 身体測定、栄養調査、血圧測定、血液検査(血計・肝腎機能、脂質代謝、血糖などの一般生化学検査の他、空腹時インスリン、HbA1c、高感度CRP、フィブリノーゲン、TGF- β 1などの特殊採血)、心電図、心エコー図、頸動脈エコーなどの検査を施行した。

- 縦断研究では、528名のうち正常血圧者(SBP<140mmHgかつDBP<90mmHg、または降圧剤内服なし)149名(男性53名、女性96名)を対象に追跡調査を行った。



我々は、平成14年から毎年7月中旬に長崎県佐世保市宇久町で住民検診を行っています。人口約2,500人の島で、佐世保からフェリーで3時間、高速船だと50分で結ばれております。

平成14年から平成16年の3年間に宇久町検診に参加した528名(男性190名、女性338名)を対象に以下に示す検診項目を行いました。身体測定、栄養調査、血圧測定、血液検査(血計・肝腎機能、脂質代謝、血糖などの一般生化学検

査のほか、空腹時インスリン・HbA1c、高感度CRP、フィブリノーゲン、TGF- β 1などの特殊採血)、心電図、心エコー図、頸動脈エコーなどの検査を施行。また、縦断研究では、528名のうち正常血圧者149名(男性53名、女性96名)を対象に追跡調査を行いました。

方法

平成14年～平成16年の長崎県佐世保市宇久町での検診結果をベースライン時のデータとして使用する。

＜縦断研究＞
経年的な血圧の変化を解析し、正常血圧者において血漿TGF- β 1は高血圧進展の予知因子になり得るか否かを検討する。

平成14年から平成16年の長崎県佐世保市宇久町での検診結果をベースライン時のデータとして使用。縦断研究は、経年的な血圧の変化を解析し、正常血圧者において血漿TGF- β 1は高血圧進展の予知因子になり得るか否かを検討しました。

全対象者(528名)の背景

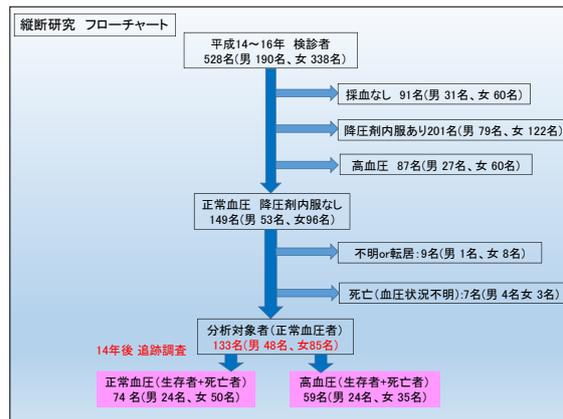
Parameters	Males (n=190)	Females (n=338)	Total (n=528)
年齢(歳)	65.8±8.7	63.1±9.7	64.1±9.4
Body mass index (kg/m ²)	23.7±3.2	23.6±3.4	23.6±3.3
収縮期血圧 (mmHg)	137.0±18.9	139.4±21.3	138.6±20.5
拡張期血圧 (mmHg)	83.4±11.9	81.5±11.4	82.2±11.6
総コレステロール (mg/dl)	195.4±33.5	210.6±33.3	205.1±34.1
HDLコレステロール (mg/dl)	57.3±14.2	62.4±14.5	60.6±14.6
中性脂肪 (mg/dl)*	96.3 (37-777)	84.5 (20-284)	88.6 (20-777)
空腹時血糖 (mg/dl)	100.7±16.9	93.3±10.6	95.9±13.6
インスリン (μ U/ml)*	4.9 (1-101)	4.8 (1-23)	4.9 (1-101)
尿酸値 (mg/dl)	18.5±4.5	16.8±4.3	17.4±4.7
クレアチニン (mg/dl)	0.9±0.2	0.7±0.2	0.8±0.2
eGFR (ml分/1.73m ²)	70.4±18.1	71.1±17.3	70.9±17.6
尿酸 (mg/dl)	5.9±1.4	4.5±1.0	5.0±1.4
血漿TGF- β 1 (ng/ml)*	5.7 (1.6-46.5)	5.4 (1.4-48.3)	5.5 (1.4-48.3)
心電図 sV ₁ +rV ₆ (mm)	27.3±10.7	26.2±9.4	26.6±9.9
LV mass index (g/m ²)	101.4±21.6	98.8±24.7	99.7±23.7
飲酒者 (%)	53.2	3.3	21.2
喫煙者 (%)	23.2	1.2	9.0
高血圧治療者 (%)	49.5	44.4	46.2
高血圧罹患率 (%)	66.3	65.7	65.9

Data are expressed as mean±SD, unless otherwise indicated.

*Log-transformed values were used in analyses.

高血圧者の定義: ①収縮期血圧140mmHg以上②拡張期血圧90mmHg以上③降圧薬内服有り
①～③のいずれか一つでも満たせば高血圧者とす

こちらは、全対象者528名(男性190名、女性338名)の背景です。BMIの平均値は正常範囲で、肥満の少ない集団です。収縮期血圧は若干高め、正常高値のレベルです。高血圧の治療者は男性49.5%、女性44.4%と比較的多い集団です。



次に、縦断結果の対象者をフローチャートでお示ししますと、検診者528名のうち、採血なし、降圧剤内服あり、高血圧を除外した正常血圧者149名のうち、不明、転居、死亡を除く133名の14年後の追跡調査を行いました。結果、14年後、高血圧へ進展したのは59名(男性24名、女性35名)でした。

正常血圧者(133名)の背景

Parameters	Males (n=48)	Females (n=85)	Total (n=133)
年齢(歳)	62.2±9.9	57.9±9.9	59.4±10.1
Body mass index (kg/m ²)	23.9±3.3	23.1±3.2	23.4±3.2
収縮期血圧 (mmHg)	121.5±9.8	119.7±11.1	120.3±10.6
拡張期血圧 (mmHg)	75.1±7.7	73.8±8.1	74.3±7.9
総コレステロール (mg/dl)	198.1±36.5	210.6±36.3	206.1±36.7
HDLコレステロール (mg/dl)	56.1±16.4	63.4±13.7	60.8±15.1
中性脂肪 (mg/dl)*	107.4 (43-777)	76.5 (33-252)	86.5 (33-777)
空腹時血糖 (mg/dl)	94.8±10.3	91.4±12.3	92.6±11.7
インスリン (μ U/ml)*	4.5 (1-38)	4.6 (1-15)	4.5 (1-38)
尿酸値 (mg/dl)	18.4±4.5	16.9±4.7	17.5±4.6
クレアチニン (mg/dl)	0.9±0.2	0.7±0.2	0.8±0.2
eGFR (ml分/1.73m ²)	72.6±15.5	67.9±16.5	69.6±16.3
尿酸 (mg/dl)	5.6±1.2	4.2±0.9	4.7±1.2
血漿TGF- β 1 (ng/ml)*	5.9 (1.6-46.5)	4.7 (1.4-16.9)	5.1 (1.4-46.5)
心電図 sV ₁ +rV ₆ (mm)	22.7±8.1	23.5±6.2	23.2±6.9
LV mass index (g/m ²)	103.9±19.9	94.1±19.8	97.6±20.3
飲酒者 (%)	45.8	3.5	18.8
喫煙者 (%)	33.3	1.2	12.8

Data are expressed as mean±SD, unless otherwise indicated.

*Log-transformed values were used in analyses.

正常血圧者133名の背景です。年齢は男性62.2歳、女性57.9歳。収縮期血圧は男女とも120mmHg前後です。TGF- β 1の平均値は男性5.9ng/ml、女性4.7ng/mlでした。

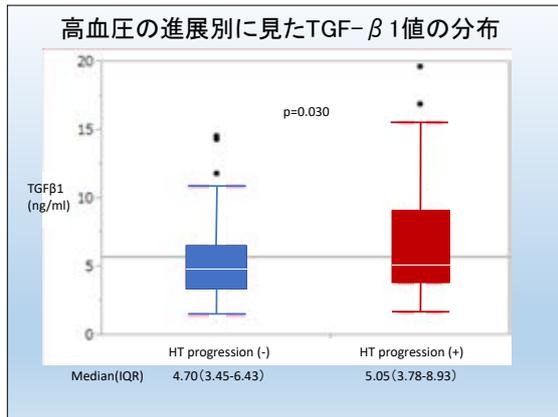
高血圧進展と各変数の関係(単変量解析)

	Odds ratio	95% C.I.	P
年齢(歳)	1.061	1.022-1.101	0.002
性別(男=0, 女=1)	0.700	0.344-1.426	0.326
Body mass index (kg/m ²)	1.191	1.060-1.338	0.003
収縮期血圧 (mmHg)	1.047	1.012-1.084	0.008
拡張期血圧 (mmHg)	1.030	0.986-1.077	0.186
空腹時血糖 (mg/dl)	1.042	1.002-1.083	0.039
eGFR (ml分/1.73m ²)	0.983	0.962-1.005	0.132
血漿TGF- β 1 (ng/ml)*	1.948	1.015-3.740	0.045
心電図 sV ₁ +rV ₆ (mm)	1.020	0.970-1.072	0.439
LV mass index (g/m ²)	1.018	1.001-1.034	0.035
喫煙(なし=0あり=1)	1.782	0.741-4.285	0.197
飲酒(なし=0あり=1)	1.133	0.408-3.143	0.811

*Log-transformed values were used in analyses.

高血圧進展との関連を見た単変量解析では、

年齢、BMI、収縮期血圧、空腹時血糖、TGF-β1、LVMI に対して有意性を認めました。

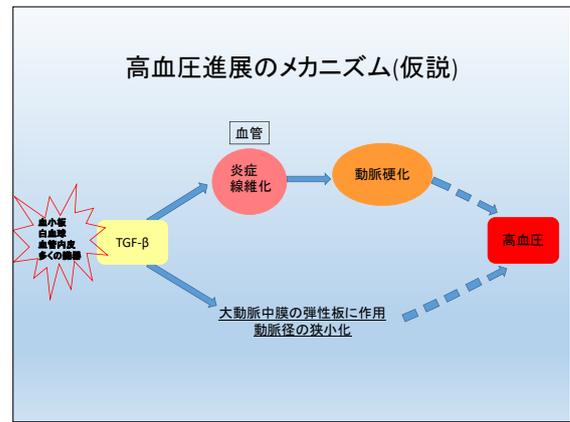


こちらは、高血圧進展のありなし群で分けたTGF-β1値の箱ひげ図です。高血圧進展群は進展なし群に比べて有意にTGF-β1値が高かったです。(P=0.030)

	Low group of TGF-β1	High group of TGF-β1	p
Models			
TGF-β1, ng/ml	1.4-8.9	9.0-46.5	
Number	113	20	
高血圧進展者数(%)	44 (38.9)	15 (75.0)	
Model 1	1.000	4.705 (1.597-13.860)	0.005
Model 2	1.000	4.283 (1.256-14.606)	0.020
Model 3	1.000	3.582 (1.025-12.525)	0.046

Model 1: 補正無し
 Model 2: 年齢、性別、収縮期血圧、BMI、空腹時血糖で補正
 Model 3: 年齢、性別、収縮期血圧、BMI、空腹時血糖、LVMIで補正

次に、スライドにはお示しできておりませんが、TGF-β1のcut off値をROC曲線を描いて検討すると、TGF-β1=8.9ng/mlにおいて感度、特異度が高いことが明らかになりました。この値を用いて、血漿TGF-β1が8.9ng/mlより高い高値群と低値群を比較検討すると、高血圧進展者の割合は、高値群で75%と高い値を認めておりました。また、TGF-β1高値群は補正なしで4.705、年齢、性別、収縮期血圧、BMI、空腹時血糖、LVMIで補正後も、高血圧進展のオッズ比は3.582と有意に高い結果が得られました。



メカニズムとしましては、血小板、白血球、血管内皮、その他多くの臓器から産生されたTGF-β1は、一つの経路として血管内の炎症、線維化に関与して動脈硬化を引き起こし高血圧へ、また大動脈中膜に直接作用し、動脈の狭小化を引き起こし、高血圧へ進展すると考えます。

14年後の高血圧進展者は、血漿TGF-β1が有意に高値でした。

高血圧進展において、ROC曲線を用いて得られた血漿TGF-β1のcut off値は8.9ng/mlでした。

血漿TGF-β1が8.9ng/mlより高い高値群と低値群を検討すると、さまざまな交絡因子で補正後も、オッズ比は3.582と有意に高かったです。

結 語

正常血圧者において、血漿TGF- β 1高値は、
高血圧進展の予知因子になり得ることが示
唆された。

以上で発表を終わります。ありがとうございました。

Elevated plasma transforming growth factor
 β 1 levels predict the development of
hypertension in normotensives in a general
population : - The 14-year follow-up study in
Uku town - Erika Nakao, Hisashi Adachi,
Mika Enomoto, Ako Fukami, Eita Kumagai,
Sachiko Nakamura, Yume Nohara, Shoko
Kono, Akiko Sakaue, Nagisa Morikawa,
Tomoko Tsuru, Yoshihiro Fukumoto
Department of Internal Medicine, Division of
Cardio-Vascular Medicine, Kurume University
School of Medicine, Kurume, Japan
Am J Hypertens. 2017;30(8):808-814.

奨励賞

高度架橋ポリエチレンはセメントレス人工股関節全置換術後のポリエチレン摩耗関連再置換率を低下させる



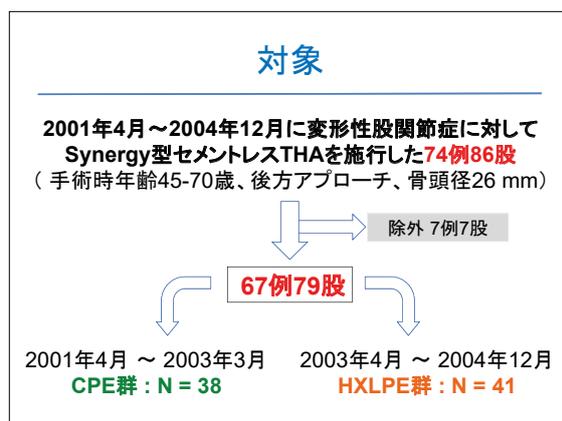
産業医科大学
整形外科

塚本 学

この度は、このような栄えある賞を賜り、誠に有難うございました。関係の皆様には厚く御礼申し上げます。

1960年以降、人工股関節全置換術（THA）の摺動面に用いられるポリエチレンの摩耗粉がインプラント周囲の骨溶解を引き起こし、再置換を余儀なくされる症例がありました。

2000年頃から摩耗の少ない高度架橋ポリエチレン（HXLPE）が臨床で使われ始め、徐々にHXLPEの耐摩耗性を示すデータが報告されてきました。さらに、摩耗の減少に伴い、骨溶解の減少も証明されてきました。ところが、インプラントの再置換率が低下したか否かに関しては一致した見解がなく、これを明らかにすることが本研究の目的でした。



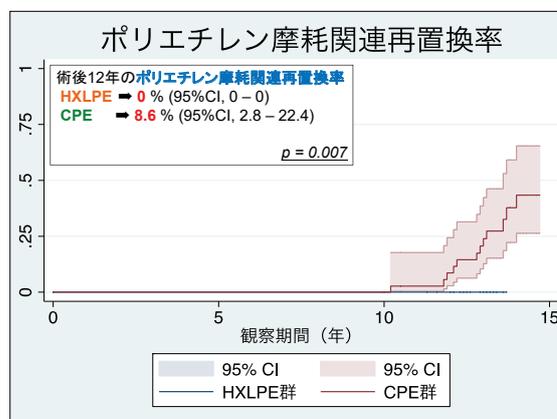
本研究は、後ろ向きコホート研究であり、変形性股関節症に対してSmith & Nephew社製のSynergy型セメントレスTHAを施行した74例86股（手術時年齢45-70歳、後方進入法、Co-Cr合金製ヘッド径26mm）の追跡調査を行いました。

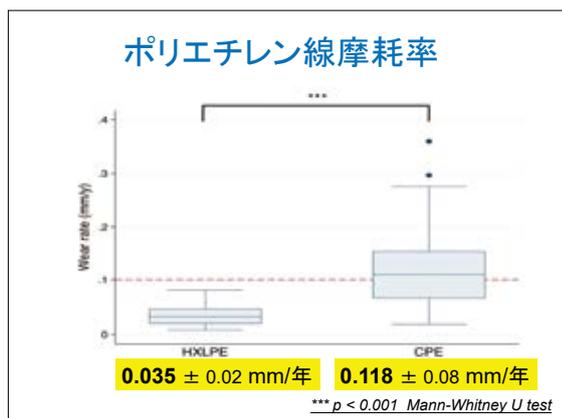
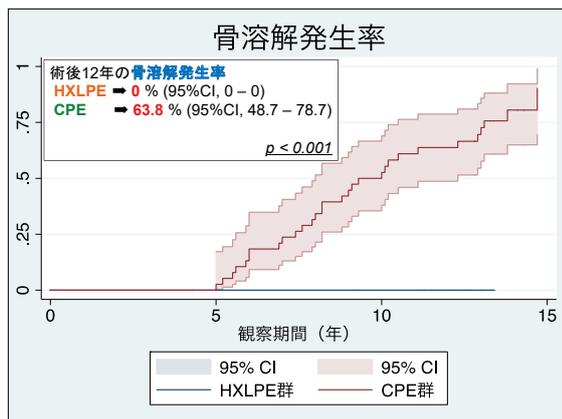
た。67例79股（追跡率91.9%）が10年以上追跡可能であり、2001年4月～03年3月に従来型ポリエチレン（CPE）を使用した38股をCPE群、2003年4月～04年12月にHXLPEを使用した41股をHXLPE群としました。

主要評価項目をポリエチレン摩耗に関連した再置換率、副次評価項目を骨溶解発生率、ポリエチレン線摩耗率とし、診療録の記録および電話での問診を基に調査を行いました。ポリエチレン過剰摩耗と進行性骨溶解を認める症例に対する再置換をポリエチレン摩耗関連再置換として定義し、以下の条件を満たしています。1) 痛みや違和感などの症状を有する、2) 摘出したポリエチレンに過剰な摩耗の所見を認める、3) インプラント周囲の進行性骨溶解がインプラントのゆるみを引き起こす可能性がある、4) 感染を示唆する所見はない。

全ての画像評価は、両股関節単純X線正面像で行いました。骨溶解発生の定義は、溶解部分の面積が1.5cm²以上の場合とし、ポリエチレン線摩耗率は専用計測ソフト（PolyWare Rev.7）で算出しました。

結果を以下に示します。平均観察期間は、HXLPE群が12.5年（11.3-13.7）、CPE群が13.0年（10.0-14.7）でした。年齢、性別、身長、体重、body mass index、modified Harris Hip Score、カップサイズ、ポリエチレンライナーの厚み、カップ設置角度において、両群間に有意差を認めませんでした。





THA術後12年におけるポリエチレン摩耗に関連した再置換率は、HXLPE群 0% (95% confidence interval [CI], 0%-0%)、CPE群 8.6% (95% CI, 2.8%-24.4%) ($p = 0.007$)、骨溶解発生率は、HXLPE群 0% (95% CI, 0%-0%)、CPE群 63.8% (95% CI, 48.7%-78.7%) ($p < 0.001$) でした。ポリエチレン線摩耗率は、HXLPE群 0.035 mm/年 (SD 0.018; range 0.008-0.075)、CPE群 0.118 mm/年 (SD 0.075; range 0.019-0.360) であり ($p < 0.001$)、年間0.1 mmを超える過剰なポリエチレン摩耗は、骨溶解発症に関連していました ($p < 0.001$)。

結語になりますが、THA術後12年におけるポリエチレン摩耗に関連した再置換率は、HXLPE群 0%、CPE群 8.6% でした。本研究は、HXLPE群の術後12年における再置換率の低下を示すことにより、THAに対してHXLPEを用いることの臨床的利点を明らかにした重要な報告であると考えています。

最後に、本研究の対象となった症例の手術をしていただいた産業医科大学整形外科の前教授であります中村利孝先生と門司メディカルセン

ター副院長の大西英生先生に感謝申し上げます。そして、研究全体を通して多大なるご尽力をいただきました新小倉病院人工関節センター長 森俊陽先生にも深く御礼申し上げます。

奨励賞

拡散強調・ASL灌流MR画像を用いた非痙攣性てんかん重積状態の病態診断



九州大学大学院医学研究院
脳神経外科
下川 能史

第11回 福岡県医学会総会

拡散強調・ASL灌流MR画像を用いた
非痙攣性てんかん重積状態の病態診断

九州大学大学院医学研究院
脳神経外科
下川 能史

九州大学脳神経外科の下川といます。

このたびは名誉ある賞をいただきまして、ありがとうございます。また、関係者の皆様にご場をかりて感謝します。

今回、MRI拡散強調画像とASL-MR灌流画像を用いて、非けいれん性てんかん重積状態、つまりけいれんを伴わないてんかん重積状態の病態診断を解析しましたので報告させていただきます。

非痙攣性てんかん重積状態
Nonconvulsive status epilepticus: NCSE

- 痙攣は認めないが、脳波上発作波が持続的に出現
- 意識・行動の変容、認知機能・言語機能の障害、運動・感覚障害などの多彩な発作症状を呈する状態
- NCSEの診断には脳波検査が必須
- しかし、発作時脳波所見を捉えるためには、迅速な脳波検査が必要であるが、多くの施設では不可能
- 脳波検査のタイミングが遅れて、NCSEが発作時から発作間歇期に移行した場合は、必ずしも突発性異常波が記録されるわけではない

脳波検査による迅速なNCSEの診断は難しい
診断の遅れは治療開始の遅れとなる

非けいれん性てんかん重積状態 (Nonconvulsive

status epilepticus:NCSE) は、けいれんを認めないけれども、脳波上、発作が持続的に出現している病態です。症状は多彩で、認知機能障害、言語機能障害、運動・感覚障害などを呈します。

診断には脳波検査が必須となります。発作時の脳波所見を捉えるためには迅速な脳波検査が必要ですが、施設の都合で脳波検査をすぐに行えないのが現状です。また、脳波検査を行えたとしてもタイミングが遅れた場合、NCSEが発作期から発作が終息しつつある状態に移行し、異常が記録されないこともあります。

つまり、脳波検査単体による迅速なNCSEの診断は難しいと言えます。診断の遅れは治療開始の遅れ、そして治療予後の不良にもつながると考えられます。

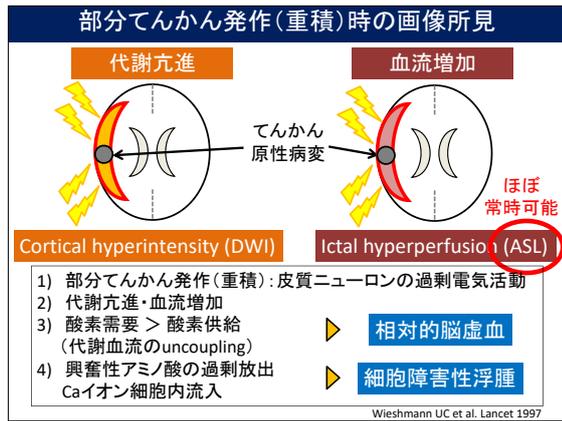
Arterial spin labeling (ASL) 法MRI灌流画像

Post labeling delay (PLD): 1.0/1.5/2.0/2.5/3.0 sec

- 動脈血を内因性tracerとして使用 **造影剤不要・非侵襲的**
- ルーチンMRI検査と同時に脳血流評価 **簡便・反復(時間:2分強)**

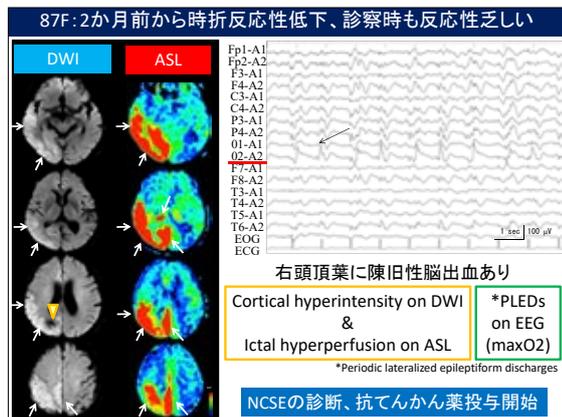
ASL画像を用いて、簡便に脳血流を評価できる

近年、ASL-MR灌流画像が普及しつつあります。ASL-MR灌流画像の仕組みとして、頸部の動脈血内のスピンを磁場でラベリングし、一定の時間をおいて（我々は1.5秒を採用しています）磁場でラベリングした血液をMRIで撮像します。そうすると、血流が低下した範囲や血流が増加した範囲が描出されます。ASL画像の最大のメリットは、造影剤や核種を使わずに非侵襲的に脳血流を測れること、簡便に繰り返し検査できることです。



これは、部分てんかん発作、特に重積時の画像所見の表れ方のメカニズムを簡単に示したものです。部分てんかん発作によって皮質ニューロンの過剰電気活動が起こると、代謝が亢進して血流が増加します。脳血流の増加がすすむと、酸素の供給を需要が上回るようになり、代謝血流の不均衡化 (uncoupling) が起こります。つまり、相対的な脳虚血が起こり、MRI拡散強調画像で皮質だけが高信号を呈します。また、血流増加に伴い、ASL画像で同部位は高信号を呈します。これらMRI画像を組み合わせ、部分てんかん発作の病態診断を行いました。

対象は、症状発現時にMRI及び脳波検査を施行してNCSEと診断した15症例です。



代表症例を示します。87歳の女性で、2カ月前から時折反応性が乏しくなることがあり、診察時も反応が乏しい状態でした。脳波よりもすぐにMRIを撮れる病院でしたのでまずMRIを撮像すると、陳旧性脳出血が右頭頂葉に存在し、それを囲むような形で拡散強調画像で皮質高信号を呈していました。ASLでは、同部位の(一部視床まで及んでいますが)脳血流は上昇して

いました。続いて脳波検査を行うと、O2を最大振幅とするような突発性異常波を認めました。最終的に、MRI画像と脳波の所見を組み合わせ、非けいれん性てんかん重積と診断し、抗てんかん薬を投与、速やかに症状は改善しました。

MRI 1st・EEG 2nd による非痙攣性てんかん重積状態の診断

- 症状発現時(意識・行動の変容、認知機能・言語機能の障害、運動・感覚障害等)に、MRIおよびEEGを施行してNCSEと診断した15症例
- 全15例が部分てんかん重積
- 発作時MRI所見

Focal NCSE		ASL ictal hyperperfusion	
		+	-
DWI cortical hyperintensity	+	11 (73%)	0
	-	4 (27%)	0

- 全例で、発作時MRI所見部位と脳波最大振幅部位は一致
- 転帰

	Complete recovery	10
全例でNCSEの診断確定後、速やかに抗てんかん薬投与開始	Aggravated Dementia	4
	De novo Dementia	1

15症例をまとめると、全例が部分てんかん重積であり、拡散強調画像とASL画像のどちらも陽性だった方が73%で、全例でMRIの発作所見部位と脳波の最大振幅部位は一致していました。転帰としてはNCSEの診断後、速やかに抗てんかん薬を投与し、大部分の方は症状の速やかな改善を認めました。

MRI 1st・EEG 2nd による非痙攣性てんかん重積状態の診断

- 神経救急の現場において、発作時MRI所見(DWI・ASL)は、非痙攣性てんかん重積の早期診断に寄与し、治療の早期開始と良好な転帰に繋がる

The initial use of arterial spin labeling perfusion and diffusion-weighted magnetic resonance images in the diagnosis of nonconvulsive partial status epilepticus

Shimogawa T et al. *Epilepsy Research*, 129;162-173;2017

結語として、神経救急の現場において、発作時のMRI所見、拡散強調画像とASL画像を用いることで、診断が困難である非けいれん性てんかん重積状態の早期診断が可能となり、治療の早期開始、さらには良好な転帰につながると考えられます。

以上です。ありがとうございました。

奨励賞

測定法の違いにより、HbA1c値は異なる ～施設間におけるHbA1c値の差はなぜ？～



医) 小田辺内科医院
理事長
小田辺 修 一

平成31年2月3日 日曜日
福岡県医学会賞 受賞講演

『測定法の違いにより、HbA1c値は異なる ～施設間におけるHbA1c値の差はなぜ？～』

医)小田辺内科医院 理事長
オタバ シュウイチ
小田辺 修一



おはようございます。私は、福岡市南区老司というところで内科を開業しております小田辺と申します。

このような発表の機会をお与えいただきました福岡県医師会会長 松田峻一良先生並びに今回の学会会長 朔啓二郎先生にとっても感謝しております。また、県医師会の理事の先生方、このたび私に荣誉ある賞をお与えいただきまして、誠にありがとうございます。

私は7年前にもこの賞をいただきました。そのときの賞は全く今回のものとは関係なく、『若年発症病の遺伝子検査』という内容でした。今回は私にとって2度目の受賞となります。

私の発表は、ほかの先生のアカデミックな発表内容と異なる単純なものです。しかし、結果的に英国の「Annals of Clinical Biochemistry」という学会誌に論文が掲載されましたので、今回、この場をおかりして発表させていただきたいと思っております。

まず、どうしてそのような疑問を呈したのか？



当院の患者さんに手渡す検査データ(HbA1c値)と他医療機関のデータ(HbA1c値)が大きく違うことがある。

他施設からも同様の声



皆様方、このような経験はございませんか？自院にやってくる患者さんのHbA1c値のデータがほかの病院の直近のデータとあまりにも異なっているのです。他施設からも同様の声はありましたが、当初はその差は誤差範囲内と考えられていました。

糖尿病に携わる全医療関係者向けの月刊新聞



また、同様に長野県の先生から、HbA1c値の施設間の違い、他院で測定された患者のHbA1c値が当院で測定した値と大きく異なることがあります。その差は誤差範囲内と考えてよいのでしょうか？という質問がありました。0.1%のHbA1c値の違いといっても、かなり大きさに考える患者さんもいて、誤差範囲では済まされないこともあります。

HPLC法

高速液体クロマトグラフィーという精密で分解能力の高い測定法で、HbA1cの標準測定法として、最も多くの検査室・検査センターで採用されています。ただし、一部の自動分析装置においては、HbA1c以外のHbを測定してしまいHbA1c検査値が影響を受ける場合があります。

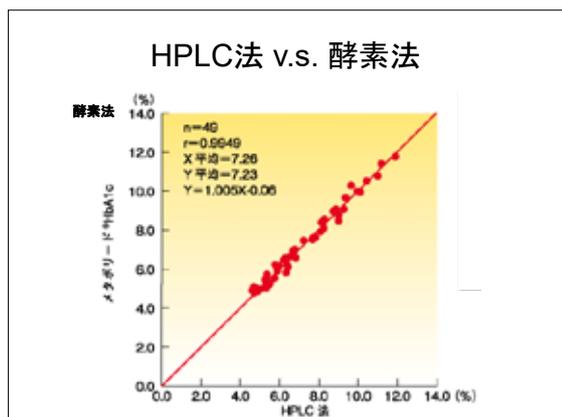
免疫法

抗原抗体反応を利用した測定法で、HbA1cを抗原として作成された抗体を用いた特異的な測定法です。そのためHbA1cのみを測定することができるため、一部のHPLC法のようにHbA1c検査値が影響を受けないと言われていました。また、免疫法はHPLC法に比較して、大量検体処理に適していて検査コストも安いいため、HPLC法に次いで多くの検査室・検査センターで採用されています。

酵素法

免疫法における抗原抗体反応と同様に特定の物質(基質)に対して特異的に反応する酵素反応を利用した測定法。HPLC法に比較して大量検体処理に適していて検査コストも安いため、今後酵素法を採用する検査室・検査センターが増えてくるとも思われます。

そこで、まず、私は一体どういった方法でHbA1cを測定しているのかを調べてみました。現在、測定法として、HPLC法、免疫法、酵素法というのがあります。10年ぐらい前まではほぼHPLC法しかありませんでしたが、今、コスト上の観点から、私たちは酵素法で測定している場合が多いと思います。



というのも、HPLC法で測定しても酵素法で測定しても同じ結果が出るというデータを検査センターが出してきたからです。同じ結果が出るのであれば安価が良いということで、HPLC法は次第に酵素法に取って代わられていました。もしかすると、この測定法の違いにより差が生ずるのではないかと思いついたのです。



【対象】

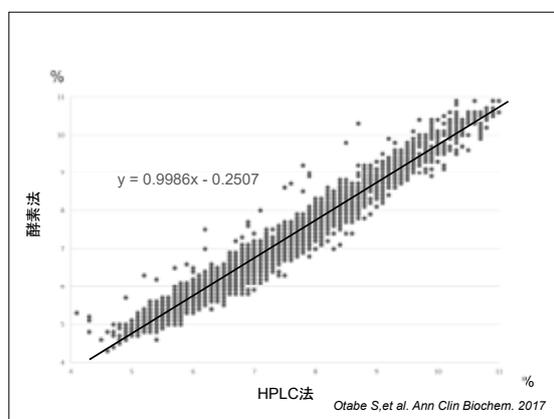
2014年4月から2015年3月までの1年間に、(医)小田辺内科医院に3回以上、HbA1c値を測定した1421名の外来患者を対象とした。

【方法】

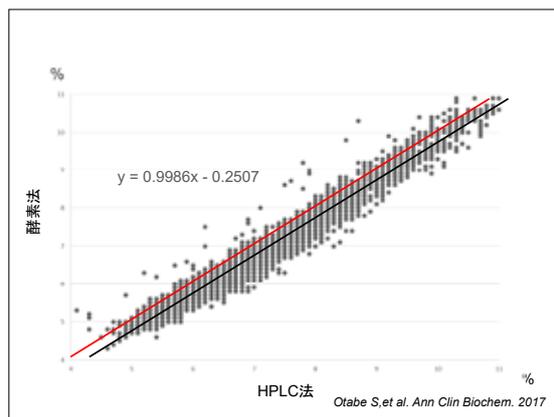
対象者が来院時に採血をした際、HbA1c値をHPLC法と酵素法で同時に合計6369検体を測定した。

Otabe S, et al. Ann Clin Biochem. 2017

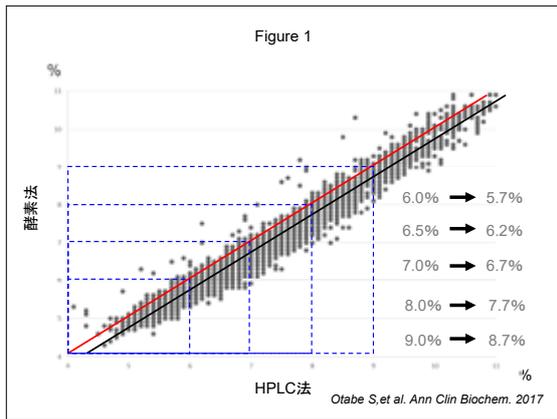
私のクリニックを1年間に3回以上受診した1,421名の患者さん、延べ6,369検体のHbA1c値をHPLC法と酵素法で同時に測定しました。



その結果、HPLC法で測定したもの、酵素法で測定したものは、一見すると相関関係が高く、非常に良好に測定されているように見えました。



しかし、元来は、この赤の線に乗らないといけ



どうして赤の線に乗らないといけないかをお話します。HPLC法で7%のものは、酵素法でも7%のはずです。HPLC法で8%のものは、酵素法で8%でなければなりません。本来はこの赤の線に乗らないといけないのです。ところが、実際は黒の線になってしまいました。HPLC法では6.5%だったのに、酵素法では6.2%になってしまうという0.3%の違いが生じています。ある病院で測定すると6.5%、私のクリニックで測定すれば6.2%ということはあり得ます。

Subject	Sample Number	Age (years)	Sex	HPLC HbA1c (%) (Average)	Enzyme assay HbA1c (%) (Average)	GA (%) (Average)	HbA1c (%) (converted by GA) (Average)	Hb variant
No.1	9	72	M	6.7	7.8	24.1	6.0	Hb-Toranomon
No.2	6	47	M	4.5	5.5	13.5	5.3	Hb-Toranomon
No.3	12	69	F	7.3	8.5	24.5	6.1	Hb-Ube-2
No.4	6	36	F	4.4	5.3	14.0	5.5	Hb-Toranomon
No.5	6	43	M	8.9	7.7	20.0	7.0	-77 (T=C) of δ -globin gene

Abbreviations: HPLC, high-performance liquid chromatography; GA, glycated albumin; Hb, hemoglobin

Otabe S, et al. Ann Clin Biochem. 2017

それ以外に、今回、1,421症例の中から5症例の異常ヘモグロビン症を発見しました。つまり300人に1人の割合になります。これは疾患ではありませんが、HbA1c値が測定法によって大きく変わる症例群です。

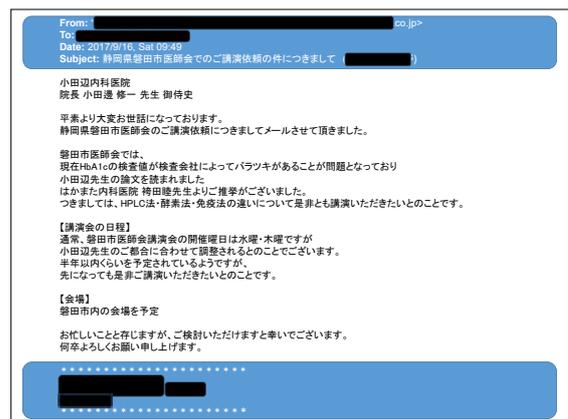
年月	グリコアルブミン	HbA1c(HPLC法)	HbA1c(酵素法)	量
2017年1月	12.9	6.9	6.2	0.3
2017年2月	12.7	6.9	6.2	0.1
2017年3月	12.6	6.4	6.2	0.2
2017年4月	12.1	6.3	6.0	0.3
2017年5月	12.3	6.3	6.2	0.1
2017年6月	12.2	6.2	6.2	0.0
2017年7月	12.2	6.4	6.2	0.2
2017年8月	12.5	6.9	6.3	0.2
2017年9月	12.1	6.9	6.2	0.1
2017年10月	12.2	6.9	6.0	0.3
2017年11月	12.1	6.2	6.2	0.0
2017年12月	12.4	6.4	6.2	0.2

年月日	グリコアルブミン	HbA1c(HPLC法)	HbA1c(免疫法)	量
2018年1月28日	12.4	6.4	6.1	0.3
2018年1月27日	12.4	6.4	6.3	0.1
2018年1月26日	12.3	6.4	6.3	0.1
2018年1月25日	12.7	6.9	6.1	0.2
2018年1月20日	12.2	6.9	6.0	0.3
2018年1月19日	12.2	6.9	6.2	0.1
2018年2月1日	12.5	6.9	6.1	0.2
2018年2月2日	12.2	6.9	6.1	0.2
2018年2月3日	12.2	6.4	6.2	0.2
2018年2月4日	12.2	6.9	6.2	0.1

本当にその結果が正しいのか、私自身でも毎月HbA1c値を測定してみました。その結果、HPLC法のほうが酵素法に比べて高い。毎日測定してもHPLC法の方が高値でした。



この結果を平成28年8月26日発行の西日本新聞の社会面にも掲載して頂きました。



静岡県磐田市医師会の先生方から検査法によってHbA1c値にばらつきがあるので、HPLC法と酵素法と免疫法の違いについては是非私に講演していただきたいという依頼があり、講演して参りました。今回、福岡県医師会から再び発表の機会を与えて頂きました。ご清聴誠にありがとうございました。

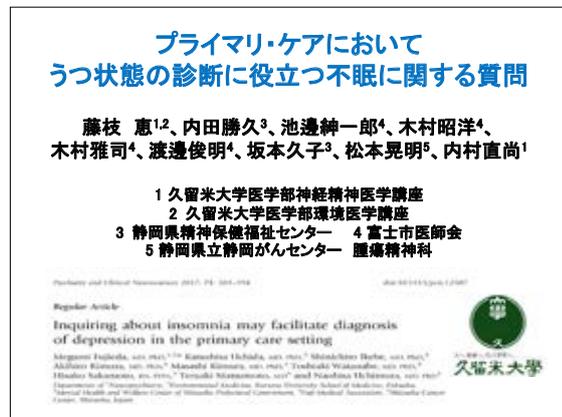
奨励賞

プライマリ・ケアにおいてうつ状態の診断に役立つ不眠に関する質問



久留米大学医学部
神経精神医学講座
助教

藤 枝 恵



久留米大学神経精神医学講座の藤枝です。
このたびはこのような荣誉ある賞をいただき、そしてこのような発表の機会をいただきまして、ありがとうございます。福岡県医師会長の松田先生、学会長の朔先生をはじめとして福岡県医師会関係の方々々に心よりお礼を申し上げます。
さて、今回の論文、「プライマリ・ケアにおいてうつ状態の診断に役立つ不眠に関する質問」について発表いたします。

【背景】
プライマリ・ケアではうつ状態の見逃しが多い
抑うつ気分、興味関心の低下等の症状に比べ不眠は尋ねやすく、患者にとっても答えやすい
そこで、プライマリ・ケアでうつ状態の診断に役立つ不眠に関する質問について検討した

【方法】
デザイン 横断研究
情報収集期間 2011.5~2012.5
場所 静岡県富士市内科診療所(3施設)
対象 初診・半年以上受診していない35~64歳

まず、背景です。プライマリ・ケアではうつ状態の見逃しが多いことが20年以上前から報告されています。抑うつ気分や興味関心の低下等の症状に比べ、不眠は非常に尋ねやすく、患者さんにとっても答えやすい質問です。そこで、プライマリ・ケアにおいてうつ状態の診断に役立つ不眠に関する質問について検討しました。

方法です。研究デザインは横断研究です。情報収集の期間は2011年5月から2012年5月です。情報収集の場所は静岡県富士市の内科診療所3施設としました。研究対象は、初診または半年以上当該医療機関を受診していない35歳から64歳としております。

うつ状態の定義 (①かつ②)

- ① 日本版Self-rating Depression Scale(SDS) ⇒40点以上
- ② 日本版Profile of Mood States(POMS)の抑うつスコア ⇒健常成人の平均+標準偏差 以上

【結果】
598人中153人がうつ状態(全体の25.6%)

日本版SDSで40点以上、かつ日本版POMSの抑うつスコアが健常成人の平均値+標準偏差以上、この1、2のいずれも満たす場合をうつ状態と定義しました。

結果です。598人の対象者中153人、全体の25.6%がうつ状態という結果となりました。

睡眠障害 (ピッツバーグ睡眠質問票6点以上)
598人中240人(40.1%)
このうち、不眠の訴え(主訴) 25人(10.4%)
⇒ 睡眠障害があっても、約9割は訴えない

睡眠障害についてはピッツバーグの睡眠質問票で評価いたしました。6点以上が睡眠障害となりますが、598人中240人(40.1%)が睡眠障害

という結果となりました。この240人中、不眠を主治医（担当医）に訴えた人は25人（10.4%）でした。つまり、睡眠障害があっても、約9割は訴えないことがわかりました。

うつ状態の判別に関する感度、特異度

睡眠の質（4つより選択）
 非常に悪い、かなり悪い、かなり良い、非常に良い

いずれかを選択
 （非常に良くはない）

感度 96.1% 陰性反応適中度は90.2%

睡眠の質「非常に良い」であれば
 さらなる問診を経て 早い段階で
うつ状態を除外できる可能性

次に、うつ状態の判別に関する感度と特異度です。睡眠の質をこのように調べました。睡眠の質を「非常に悪い」「かなり悪い」「かなりよい」「非常によい」の四つのうちから一つを選ぶ形式で調べたところ、「非常に悪い」「かなり悪い」「かなりよい」の三つのいずれかを選んだ人、つまり睡眠の質が非常によいとは言えない人たちについては、うつ状態の判別に関する感度が96.1%、陰性反応適中度が90.2%になりました。つまり、睡眠の質が非常によければ、さらなる問診を経て、早い段階でうつ状態を除外できる可能性があります。

うつ状態の判別に関する感度、特異度

睡眠の質が非常に悪い +

寝床について30分以内に眠れない(週3回以上)
 or
 夜間または早朝に目が覚める(週3回以上)

特異度 99.3~99.8%
 陽性反応適中度 72.7~87.5%

……うつ状態の可能性(高)

次に、「睡眠の質が非常に悪い」に加えて「週に3回以上、寝床についてから30分以内に眠ることができない」または「週に3回以上、夜間または早朝に目が覚める」、こういった人たちについては特異度が99.3%から99.8%、陽性反応適中度は72.7%から87.5%となりまして、このよ

うな症状を認める人たちはうつ状態の可能性が非常に高いという結果となっております（なお、陰性反応適中度および陽性反応適中度は有病率の影響を受けますことを申し添えます）。

うつ状態に対するオッズ比(OR)

寝床について30分以内に眠れない(週3回以上)
 OR:2.53 (95%CI:1.07-5.98)

夜間または早朝に目が覚める(週3回以上)
 OR:3.09 (95%CI: 1.58-6.05)

睡眠の質がかなり悪い
 OR:3.65 (95%CI: 1.34-9.96)

……いずれもうつ状態と有意な関連
 睡眠時間とは有意な関連はみられなかった

調整変数:性、年齢、婚姻状況、雇用形態、喫煙、一日あたりの平均アルコール摂取量、半年以内のライフイベント、人間関係の問題、経済的困難感、精神疾患の既往歴、登録時診断、睡眠薬の服用、過去1か月の平均睡眠時間

次に、うつ状態に対するオッズ比の計算を行いました。調整変数は以下のとおりです。「寝床についてから30分以内に眠ることができない(週3回以上)」、これは寝つきがいい人を1としたところ、オッズ比は2.53となり、有意なオッズ比の上昇を認めました。次に、「夜間または早朝に目が覚める(週3回以上)」、これは夜間または早朝に目が覚めない人を1とするとオッズ比は3.09と、有意なオッズ比の上昇がみられました。「睡眠の質がかなり悪い」、これは睡眠の質が非常によい人を1としますと、オッズ比は3.65となりまして、こちらも有意なオッズ比の上昇が認められます。

つまり、この3つの症状につきましては、いずれもうつ状態と有意な関連がみられました。しかしながら、睡眠時間（睡眠の問診で尋ねることの多い質問）についてはうつ状態と有意な関連はみられませんでした。

【結論】

睡眠障害の患者の 約9割が、訴えない
 ⇒ 医師が尋ねる必要あり

短い診察時間でも、尋ねやすく答えやすい

睡眠の質
 寝床について30分以内に眠れない(入眠困難)
 夜間または早朝に目が覚める(中途・早朝覚醒)
 うつ状態の診断に役立つと考えられる

【掲載雑誌】
 Psychiatry and Clinical Neurosciences 2017;71: 383-394

結論です。睡眠障害の患者の約9割が眠れないことを訴えないことがわかりましたので、医師が尋ねる必要があると考えられます。短い診察時間の中でも尋ねやすく答えやすい、「睡眠の質」「寝床についてから30分以内に眠ることができない（入眠困難）」「夜間または早朝に目が覚める（中途覚醒または早朝覚醒）」、これらの質問はうつ状態の診断に役立つと考えられます。

発表は以上です。ご清聴ありがとうございました。

次期学会長挨拶

産業医科大学医学部長 金 澤 保

次期学会長挨拶



産業医科大学医学部長 金澤 保

ただいまご紹介をいただきました産業医大の金澤といたします。

朔先生が先ほどおっしゃられたように、朔先生は第7回の学会長をされて、もう一回、第11回ということですが、私も実は第8回の学会長をしまして、来年度、第12回は2回目となります。

前回の学会長のときも感じたことですが、私自身は基礎の人間で、医師会の先生方と接触する機会は非常に少ないので、多少居心地が悪いのですが、松田会頭そのほか医師会の関係者の先生のご指示どおり、右を向けと言われれば右を向き、左を向けと言われれば左を向いて、大役を務めさせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

来年もまたこの場で皆様の元気な顔を拝見できればと思っております。よろしくお願いいたします。

ポスターセッション

テーマ

「地域医療に役立つ最新の医療」

Session A (内科1)

座長 九州大学大学院医学研究院生化学分野教授 住 本 英 樹

A 1. 2016/2017シーズンの一クリニックにおける インフルエンザの動向と考察

しばおクリニック

○芝尾 敬吾

インフルエンザは突然の高熱、全身倦怠感、関節痛、咳、鼻汁などにより診断されていたが、インフルエンザ迅速診断キットによる診断が可能となり高熱のない所謂『隠れインフルエンザ』も認められるようになった。そこで流行期において高熱のない患者にも迅速診断を行い、ウィルス分離同定とリアルタイムRT-PCRにより亜型を決定し、その実態を検討した。2016/2017シーズンのインフルエンザ患者はA型495例、B型143例で、その内同意が得られた125例を対象とした。A型は全例H3N2で79例、B型はYamagata27例、Victoria19例で、A型79例中10例、B型46例中3例で37.5度未満で、隠れインフルエンザはA型でもB型同様に認められた。最高体温が低い例では周囲での流行が診断の手助けになった。鼻汁量の検討では鼻汁が少ない例では迅速診断キットで陰性例が多い傾向にあった。過去3年間の追跡調査の結果、成人に比べ小児の方が反復感染が多い傾向にあった。

A 2. 尿中薬物簡易スクリーニングキットTriageの有効性－剖検事例における検討

1) 産業医科大学医学部法医学

2) 医療法人錦会 上曽根病院

○田中 敏子¹⁾、笠井 謙多郎¹⁾、吉住 潮美¹⁾、佐藤 寛晃¹⁾、
田中 宣幸²⁾

- 【目的】 Triage DOA[®] (Triage) は急性薬物中毒のスクリーニング検査法として多くの医療機関で使用されている。簡便・迅速である反面、実例での有効性の評価が十分になされているとは言い難い。法医解剖事例を用いて感度や特有の交差反応について機器分析と比較し検討した。
- 【方法】 当教室で扱った死後24時間以内の剖検事例106例のTriageによるベンゾジアゼピン類 (BZO)、覚せい剤 (AMP)、三環系抗うつ剤 (TCA) およびバルビツール酸類 (BAR) の結果と、試料抽出液のGC/MSおよびLC/MS/MSによるスクリーニング結果とを比較した。
- 【結果】 BZOはTriageの感度が低く陰性と判定される事例が散見され、AMPはエフェドリン服用で陽性事例があった。腐敗事例ではAMP、TCA、BARが偽陽性となる事例があった。
- 【結語】 Triageの使用はおおむね有効であるが、感度や偽陽性など留意すべき点があると判断された。

A 3. 女性における中性脂肪値と冠動脈プラーク組織性状との関連性

福岡大学病院心臓血管内科学

○山下 素樹、岩田 敦、桑野 孝志、池 周而、
杉原 充、三浦 伸一郎

- 【目的】** 中性脂肪 (TG) 高値は冠動脈疾患リスクの一つであり、女性でよりリスクとなることが報告されている。今回我々は、血管内超音波法 (IVUS) を用いて冠動脈プラーク性状とTGとの関連性を男女ごとに検討した。
- 【方法】** IVUSを使用して冠動脈インターベンション (PCI) を施行され、すでにスタチンが投与されていた378名の冠動脈疾患患者 (女性105名、男性273名) である。非責任病変のプラークをIB-IVUSを用いて解析した。
- 【結果】** 女性においてTG値は脂質性プラーク容積と有意な正の相関 ($r=0.40$, $p<0.001$)、繊維性プラーク容積と有意な負の相関 ($r=-0.37$, $p<0.001$) を有し、他の脂質プロファイルとプラークとの関連性は男女ともに認めなかった。多変量解析の結果、他の古典的な冠危険因子とは独立して女性のTG値は脂質性プラーク容積と関連していた ($\beta=0.31$, $P<0.001$)。
- 【考察】** スタチンがすでに投与されている女性患者において、TG値がスタチン投与後の残余リスクとして重要である可能性が示唆された。

A 4. 糖尿病・高血圧合併冠動脈疾患における慢性腎臓病の冠動脈プラークへの影響

福岡大学病院循環器内科

○重本 英二、山下 素樹、桑野 孝志、杉原 充、
池 周而、岩田 敦、三浦 伸一郎

- 【目的】** 慢性腎臓病 (CKD) は冠動脈疾患の危険因子である。私たちは、冠危険因子およびCKDの主な原因疾患である糖尿病と高血圧を共に有するハイリスク冠動脈疾患患者において、血管内超音波を活用してCKDと冠動脈硬化の関連性を検討した。
- 【方法】** 糖尿病と高血圧を共に有し、冠動脈インターベンションを施行された202名を対象に、冠動脈プラークを血管内超音波で評価した。対象患者をCKD群 ($n=106$) とnon-CKD群 ($n=96$) の2群に分け、プラーク性状を比較検討した。
- 【結果および考察】** CKD群は、non-CKD群と比較して有意に脂質プラーク容積が高値 ($53.7 \pm 16.5\%$ vs. $49.3 \pm 11.9\%$, $p=0.028$) であった。さらに、糸球体濾過量は、脂質プラーク容積と有意な負の相関関係を認めた ($r=-0.15$, $p=0.034$)。多変量解析では、CKDの合併は脂質プラーク容積増加の独立した予測因子であった ($\beta=0.15$, $p=0.047$)。
- 【結語】** 糖尿病・高血圧合併ハイリスク冠動脈疾患患者では、CKDの合併が冠動脈プラークの不安定化に寄与している可能性がある。

A 5. 長時間心電図記録器の有効性と症状頻度の相関

1) 産業医科大学医学部第二内科学

2) 産業医科大学医学部不整脈先端治療学講座

○塚原 慧太¹⁾、荻ノ沢 泰司¹⁾、大江 学治¹⁾、河野 律子²⁾、
安部 治彦²⁾、尾辻 豊¹⁾

【背景】 不整脈が疑われる症状の頻度と長時間心電図記録器の診断率との関連性はよく知られていない。

【方法と対象】 不整脈が疑われる症状をくり返し、当院で長時間心電図記録器検査（7日間ホルター心電図モードまたは21日間イベント心電図モード）を受けた連続43名を後ろ向きで解析。

【結果】 7日間ホルター心電図モードは32名。検査理由は意識消失25名、眩暈6名、眼前暗黒感3名、動悸12名、倦怠感3名。

頻度は1週間に1回以上20名（週群）、1週間～1ヶ月に1回13名（月群）、1ヶ月に1回以下10名（稀群）。

症状は平均4日目、23名に出現し、週群15名、月群5名、稀群3名。

症状頻度と症状出現時間は相関関係を認めた（相関係数=0.62）。

【結語】 症状頻度と症状出現時間は相関し、問診は検査器機の選択に重要である。特に週群において長時間心電図記録器は有効である。

A 6. 血中PCSK9濃度と冠動脈疾患の関係性

福岡大学医学部心臓・血管内科学

○野瀬 大補^{のせ だいすけ}、志賀 悠平、上田 容子、井手元 良彰、
田代 浩平、末松 保憲、桑野 孝志、北島 研、
朔 啓二郎、三浦 伸一郎

【背景】 PCSK9は、肝細胞表面に発現したLDL受容体と結合して複合体を形成することでLDL受容体の再利用を阻害する蛋白質である。血中PCSK9濃度と冠動脈疾患との関係性については様々な報告があり、確立されてはいない。今回、日本人におけるPCSK9の臨床的意義を明らかにするため冠動脈疾患の有無および重症度との関係性を検討する。

【方法】 2012-2014年に福岡大学病院を受診し、臨床的に冠動脈疾患の存在が疑われ、冠動脈CTを施行された20歳以上の男女423人。今回は参加者のうち基準を満たす393人に対しPCSK9濃度と50%以上の狭窄の有無、およびその重症度（病変数）を評価した。

【結果】 PCSK9はスタチン治療により有意に高値を示した。また、スタチン未治療群においてPCSK9は冠動脈疾患の有無と強い関係性を認めたが、一方でその重症度との間には有意な関係性は認められなかった。

【結論】 スタチン未治療群において血中PCSK9濃度は冠動脈疾患に対するマーカーとしての可能性が示唆された。

A 7. 当院での外来心臓リハビリテーションにおける5年間の推移と転帰の検討

- 1) 福岡大学病院循環器内科
- 2) 福岡大学病院リハビリテーション部
- 3) 福岡大学病院栄養部
- 4) 福岡大学病院心臓血管外科

○今泉 朝樹¹⁾、藤見 幹太^{1) 2)}、上田 隆¹⁾、北島 研¹⁾、
藤田 政臣²⁾、戒能 宏治²⁾、手島 礼子²⁾、氏福 佑希²⁾、
坂本 摩耶¹⁾、堀田 朋恵³⁾、松田 拓朗²⁾、塩田 悦仁²⁾、
和田 秀一⁴⁾、三浦 伸一郎¹⁾

- 【目的】** 当院での心臓リハビリテーション(心リハ)は開始後5年が経過した。今回、心リハの効果を検証するため心リハ介入患者の予後を検討した。
- 【方法】** 2011年4月1日から2016年3月31日までの心リハ介入患者を対象に、150日間心リハを継続した群(n=175)と継続しなかった群(n=157)での150日間および観察期間での全死亡・全再入院、心血管病(CVD)死、CVD再入院を比較検証した。
- 【結果】** 150日までの調査では全死亡+全再入院、CVD死+CVD再入院発生率は心リハ継続群で有意に減少を認めた。(p<0.01)しかし5年間の経過では全死亡・全再入院においてのみ有意な低下を認めた。(p<0.05)
- 【考察】** 150日間心臓リハを継続した群では全死亡・全入院の抑制効果が期待できるが、その効果は時間とともに減少しており、慢性期にも心リハを継続することが重要と考えられた。

A 8. シベンゾリン負荷、右室心尖部ペーシングにより左室-大動脈間圧較差の改善が認められた閉塞性肥大型心筋症の1例

福岡大学病院心臓血管内科学

○川平 悠人¹⁾、志賀 悠平、上田 容子、石田 紀久、
森井 誠士、杉原 充、三浦 伸一郎

- 【症例】** 86歳、女性
- 【主訴】** 失神、呼吸苦
- 【現病歴】** 労作時息切れを主訴に当院受診となり、心エコーで左室肥大及び左室流出路における圧較差を指摘し、閉塞性肥大型心筋症(HOCM)と診断した。その後、外出先で失神を来したため緊急入院となりβ遮断薬を導入した。しかし、退院後も圧較差は残存しており、うっ血性心不全を発症し再入院となった。心臓カテーテル検査にて左室-大動脈同時圧測定を施行したところ、平均圧較差71.7mmHgと高値を示し、シベンゾリン負荷、右室ペーシングにて圧較差は低下した。退院後はシベンゾリン内服導入を行い、心エコーによる圧較差のフォローアップを継続する方針とした。以後、突然死はもちろん、心不全による再入院なく経過良好であるが、ホルター心電図で非持続性心室頻拍を検出し、右室ペーシングを兼ねて植込み型除細動器(ICD)植込みの方針とした。
- 【考察】** 本症例は同時圧測定下で内服や右室ペーシングの有用性を確認できた一例であった。

A 9. 位相解析と瞬時血流予備量比 (iFR) での虚血所見に解離を認めた一例

福岡大学医学部心臓血管・内科学

○森田 絵衣、志賀 悠平、重本 英二、桑野 孝志、
岩田 敦、小川 正浩、三浦 伸一郎

【症例】 76歳、男性

【主訴】 労作時胸部違和感

【現病歴】 心房細動を指摘され、当科に紹介された。しかし、アブレーション施行後も胸部違和感は改善しなかった。術前の冠動脈CT検査にて左前下行枝 (LAD) に有意狭窄を疑われており、虚血機能評価目的に心筋シンチグラフィを施行された。心筋SPECTでは血流低下や再分布像はないものの、位相解析では前壁中隔心基部側に負荷時の位相遅延を認められ、LADの心筋虚血所見を疑われた。よって、冠動脈造影を施行されたところ、LAD Seg7に75%狭窄を認められ、PCI適応を考慮すべく、心筋シンチグラフィによる心筋SPECTと位相解析所見の解離も考慮され、引き続き、瞬時血流予備量比 (iFR) を測定された。しかし、iFRは0.93と心筋虚血は証明されず、薬物療法強化の上経過観察の方針とされた。

【考察】 心筋シンチグラフィによる位相解析は、より鋭敏に心筋虚血を検知していることや心筋虚血を引き起こす早期段階を評価している可能性を示唆した。

A 10. 高血圧治療が、脳細胞の神経活動性におよぼす効果の解明 ～脳FDG-PETと脳血流SPECTによる検討～

久留米大学医学部内科学講座心臓・血管内科部門

○本多 亮博、田原 宣広、田原 敦子、戸次 宗久、
中村 知久、杵山 陽一、新田 良和、福本 義弘

【背景】 中年期の高血圧症は、老年期の認知症発症の危険因子である。しかしながら、認知症が発症していない時期の高血圧治療が脳細胞の神経活動性におよぼす影響は明らかではない。

【方法と対象】 MMSEが24点以上、かつ未治療の本態性高血圧に対してアンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬 (ARB) またはカルシウム拮抗薬 (CCB) による6か月間の降圧治療を行い、治療前後で脳FDG-PETと脳血流SPECTを施行した。ブロードマン脳領域別にラジオアイソトープ値を定量化し、脳細胞の神経活動性を脳血流で補正した脳ブドウ糖代謝／血流活性比を算出した。本態性高血圧症44例 (平均年齢 58.7歳) を登録し、ARB群とCCB群を22例ずつに割りつけた。

【結果】 ARBとCCBによる降圧治療は、同等に血圧を低下させた。治療前後の海馬傍回の脳ブドウ糖代謝／血流活性比の変化は、ARB群がCCB群と比較して有意に増加した ($p<0.05$)。

【結論】 ARBは海馬傍回の脳細胞の神経活動性を改善させ、認知症の予防効果を示す可能性が示された。

A11. 直接経口抗凝固薬のXa因子阻害薬 (Rivaroxaban) が 脳梗塞急性期の線維化・組織修復に与える影響

九州大学大学院医学研究院病態機能内科学

○古森^{こもり} 元浩^{もとひろ}、吾郷 哲朗、芝原 友也、山中 圭、
高島 正光、脇坂 義信、北園 孝成

- 【背景・目的】** 脳梗塞後の組織修復には脳血管周皮細胞による梗塞内部線維化と梗塞周囲astrogliosisが重要な役割を果たす。凝固因子Xaはprotease activated receptor (PAR) -1、-2を介して炎症や線維化に関与するが、Xa阻害による脳梗塞組織修復への影響は不明である。そこで脳梗塞発症後のXa因子阻害薬 (Rivaroxaban) 投与と組織修復の関連を検討した。
- 【方法】** CB17マウスに対して脳梗塞 (中大脳動脈遠位部永久閉塞) を作成。脳梗塞後よりControl飼料 (C) 群とRivaroxaban混餌飼料群 (R) 群に分けて検討。
- 【結果】** 脳梗塞サイズは両群間で有意差を認めなかった。一方、R群ではC群に比し、梗塞内への軟膜側副血行の発達・梗塞周囲astrogliosis・梗塞内部線維性応答の抑制、また炎症細胞浸潤・炎症性サイトカインの上昇を認めた。
- 【結論】** 脳梗塞発症後のRivaroxaban投与は、梗塞内部炎症細胞浸潤を助長し、線維性応答およびastrogliosisによる組織修復を阻害する可能性がある。

Session B (内科2)

座長 産業医科大学医学部長 金澤 保

B 1. アザレアネットを用いた眼科地域医療連携の試み

久留米大学病院眼科学

○實吉 安信、吉田 茂生

- 【緒言】 最近、我が国の医療において、インターネット回線を利用した病診連携が可能となりつつあるが、眼科での使用報告は少ない。今回、久留米大学病院眼科(以下：当科)と近医眼科との間でアザレアネットを用いた病診連携を試みたので報告する。
- 【対象】 対象は2018年7月から、2018年12月に実吉眼科医院(福岡県久留米市)から当科に紹介となった患者15例(男性9例、女性6例、平均年齢 56.3 ± 24.2 歳)。全員にアザレアネットについての説明と利用の同意をすすめた。
- 【結果】 症例の内訳は斜視・弱視2例、白内障2例、緑内障2例、糖尿病網膜症4例、加齢黄斑変性1例、裂孔原性網膜剥離1例、ぶどう膜炎1例、その他の網膜硝子体疾患2例。15例全例でアザレアネットによる病診連携の同意を得られ、不同意の患者はいなかった。同意の取得および登録に際しては、診療の遅延などをきたすことなく、円滑に行うことができた。
- 【結論】 アザレアネットは、多くの眼疾患の地域医療連携にも有用である可能性が示唆された。

B 2. 当科で経験した青黛による有害事象についての検討

1) 九州大学大学院病態機能内科学

2) 九州大学病院国際医療部

○松野 雄一¹⁾、平野 敦士¹⁾、冬野 雄太¹⁾、岡本 康治¹⁾、
藤岡 審¹⁾、梅野 淳嗣¹⁾、森山 智彦^{1) 2)}、鳥巢 剛弘¹⁾、
北園 孝成¹⁾

- 【背景】 近年、生薬である青黛の潰瘍性大腸炎治療における高い有効性が示され、注目されている。一方で、その安全性については不明な点が多く、肺動脈性肺高血圧症等の重篤な有害事象も報告されている。青黛はインターネット等による自己購入が可能であり、地域医療においてもその有害事象についての認識が必要と考えられる。今回我々は青黛服用中に生じた有害事象について検討を行った。
- 【対象】 当科に通院中の炎症性腸疾患患者のうち青黛内服中の59例
- 【結果】 全体で28例(47%)に有害事象を認め、軽微なものとしては頭痛が11例、肝障害が10例、腹痛が9例、腎障害が2例にみられた。一方で重篤なものとしては急性腸炎を7例、腸重積を2例、虫垂炎を1例、門脈血栓症を1例に認め、うち9例で入院加療を、2例で外科的手術を要した。
- 【結論】 青黛は潰瘍性大腸炎に対する高い有効性が示唆されるが、その使用には十分な注意が必要と考えられる。

B 3. ウイルス性肝炎関連肝臓症例の通院状況に関する検討

産業医科大学第3内科学

○柴田^{しばた}道彦、本間^{みちひこ}雄一、阿部 慎太郎、久米 恵一郎、
原田 大

- 【目的】** HBVとHCVに対する行政対応が進んだが、通院歴がないまま肝臓と診断される例も多いため、肝臓診断までの通院歴等の実態調査を行った。
- 【対象と方法】** 2005年～2014年、初発HBV肝臓75人とHCV肝臓307人を通院歴により通院なしと通院ありに分類し、通院ありは内科、消化器科、肝臓専門医に細分化し比較検討した。
- 【結果】** HBV肝臓は通院なし40%、通院あり60%で、通院なしの57%が感染を認識していた。内科の50%、消化器科の18%が感染を認識されていなかった。肝臓の状況は通院なしが悪く、肝臓専門医が良い傾向であった。HCV肝臓は通院なし21%、通院あり79%で、通院なしの61%が感染を認識していた。内科の24%、消化器科の4%が感染を認識されていなかった。肝臓の状況はHBV関連肝臓と同様であった。
- 【考察】** 地域医療機関におけるスクリーニングから肝臓専門医へと密なる連携が重要である。

B 4. Rome III基準を用いたパーキンソン病における便秘と過敏性腸症候群の検討

福岡大学医学部神経内科

○三嶋^{みしま}崇靖、藤岡^{たかやす}伸助、井上 琴恵、深江 治郎、
坪井 義夫

- 【目的】** 便秘はパーキンソン病 (PD) の非運動症状で最も多い症状の一つである。近年、過敏性腸症候群 (IBS) もPDの発症リスク因子である可能性が報告されたが、PD患者におけるIBSの頻度について詳細に検討した報告はない。本研究では国際的に用いられている機能性消化管障害の診断基準Rome IIIを用い、PD患者の便秘とIBSの有病率を明らかにする。
- 【方法】** 2014年10月から2015年4月の期間に福岡大学病院で加療されたPD患者118名を対象とした。便秘とIBSの診断にはRome IIIを用いた。
- 【結果】** PDにおける便秘は27.1%、IBSは17.0%の頻度で、既報告における一般集団の頻度よりも高かった。最も多い症状は排便時のいきみ (77.1%) で、便秘の自覚症状と最も関連していた (オッズ比5.27、信頼区間1.475-18.811)。排便障害の重症度はPDの重症度およびレボドパ換算用量と相関がみられた ($p < 0.05$)。
- 【結論】** 我々はPDにおけるIBSの有病率を明らかにし、一般集団と比較して有病率が高い可能性を示した。

B 5. 高齢者機能評価 (GA) を用いた悪性腫瘍に対する治療戦略と地域連携への応用

1) 福岡大学病院腫瘍血液感染症内科

2) 福岡大学総合医学研究センター

○佐々木 秀法¹⁾、後藤 真喜¹⁾、中島 勇太¹⁾、工並 直子¹⁾、
正木 充生¹⁾、茂木 愛¹⁾、田中 俊裕¹⁾、田村 和夫²⁾、
高松 泰¹⁾

- 【背景と目的】** 高齢者悪性腫瘍に対する治療方針決定、経過フォロー時の評価として、高齢者総合機能評価 (以下GA) を用いた評価の有用性が報告されている。しかしGAを施行するには時間がかかるため簡便法の開発が必要である。我々は当科で診療したびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 (以下DLBCL) に対してGA簡便法の有用性を評価した。
- 【方法】** 2015年から2017年で診療した70歳以上のDLBCL患者31例を対象に、GA簡便法 (ADL, IADL, 併存症, 年齢でスコア化) を用いて治療法と予後について検討した。
- 【結果】** 年齢中央値は81歳、GA簡便法では点数の高い群で予後が悪かった。治癒的治療群、緩和治療群に分けると予後に差がみられた一方で、GA簡便法で点数の高い群においては治療法により予後には差が見られなかった。
- 【結語】** DLBCLに対するGA簡便法の有用性が示された。今後は本ツールを病診連携パスに組み込み、悪性腫瘍患者診療の地域連携に応用していく。

B 6. 不明熱の精査においてリンパ節腫脹がある患者の可溶性IL2-レセプター検査は診断に有用であるか

久留米大学医療センター総合診療科

○小楠 美帆、茂木 恒俊

- 【背景と目的】** sIL-2R高値の意義については今まで複数の報告例があるが、その数値のカットオフ値や悪性リンパ腫の診断に対する感度・特異度が示された報告はない。今回、当科で測定されていたsIL-2Rと過去の文献をもとに、sIL-2Rが悪性リンパ腫の診断にどの程度寄与するかについて検討する。
- 【方法】** 2017年4月1日から9月30日までの期間で当科においてsIL-2Rを計測し最終診断が確定している8名に加え、医中誌webを用いて検索を行い、sIL-2Rの数値と最終診断が確定している報告の文献レビューを行った。
- 【結果】** 感度と特異度はカットオフ値：2645 IU/mlとなり、感度64.7%と特異度：76.5%となった (YoudenIndex)。AUCは0.70であった。
- 【結論】** 感度・特異度から計算した陽性尤度比は2.75と実際には大きく診断に寄与するものではなく、文献レビューで得られた疾患からも病態生理学的にはTリンパ球が活性化されるような病態であれば当然ながらsIL-2Rは高値を示すことが再確認された。

B 7. SGLT2阻害薬の高齢者フレイルに対する予防効果について

- 1) 社会保険田川病院
- 2) 久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門

○安田 淳一¹⁾、和田 暢彦²⁾、蘆田 健二²⁾、坂本 萌子²⁾、
永山 綾子²⁾、後藤 由佳²⁾、中山 ひとみ²⁾、田尻 祐司²⁾、
野村 政壽²⁾

【背景】 高齢者糖尿病では筋力低下、転倒リスクの増加、認知症等のフレイルが多い。

【目的】 高齢者へのSGLT2阻害薬(S)の安全性、有益性を検討する。

【対象・方法】 2018年5月から2019年1月までの間に当院外来を受診した75歳以上の2型糖尿病患者14例のS投与前後の臨床検査、体組成(Inbody770)、安全性を検討した。

【結果】 S投与1ヶ月後の体脂肪量($19.8 \pm 6 \rightarrow 18.0 \pm 5.5\text{kg}$; $p=0.0525$)、骨格筋量($22.3 \pm 4.1 \rightarrow 22.4 \pm 4.1\text{kg}$; $p=0.453$)、体水分量($30.8 \pm 5.0 \rightarrow 30.9 \pm 5.0\text{kg}$; $p=0.779$)、HbA1c($7.8 \pm 1.4 \rightarrow 7.3 \pm 0.9\%$; $p=0.03$) ($M \pm SD$; paired-t検定p値)であった。

【考察】 高齢者でもSは安全に治療に用いることができ、健康長寿に寄与することが示唆された。

【結語】 高齢者糖尿病治療のフレイル予防にはSが有効な可能性がある。

B 8. 当院における1型糖尿病妊婦の周産期管理と分娩予後 ：20年間の解析を基にした次世代への健康の継代

- 1) 久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門
- 2) 久留米大学総合周産期母子医療センター

○松尾 裕子¹⁾、中山 ひとみ¹⁾、永山 綾子¹⁾、宮原 通夫²⁾、
上妻 友隆²⁾、吉里 俊幸²⁾、和田 暢彦¹⁾、蘆田 健二¹⁾、
田尻 祐司¹⁾、野村 政壽¹⁾

【背景・目的】 1型糖尿病合併妊娠の母児合併症は減少していない。1型糖尿病合併妊娠の周産期の管理と母児予後を調査し、その問題点を抽出する。

【対象と方法】 1997年以降当院で出産した1型糖尿病妊婦52名、年齢 31 ± 5 歳(Mean \pm SD)を対象とし、周産期管理と母児予後の関連を調査した。

【結果】 分娩日数は 264 ± 14 日であり、自然流産1例、人工妊娠中絶3例を除く48例が分娩に至った。インスリン治療はCSIIが7例、頻回注射が41例であり、頻回注射例では分娩前日の追加インスリン量は 38.5 ± 15.6 単位/日、基礎インスリン量は 21.1 ± 12.5 単位/日で、分娩後退院時にはそれぞれ分娩前の55%、56%に減量した。平均出生体重は3108g、Heavy for date児が17%、Light & Small for date児が13%みられた。平均グリコアルブミン値は15.7%であった。

【考察】 20年を経てSAPも含めたインスリン治療の進歩に伴い母児共に良好な予後が得られた。母体の周産期管理が児の予後を左右することが示唆された。

B9. 糖尿病と認知症の関連性とその対策に関する臨床的検討

九州大学大学院医学研究院病態制御内科学

○伊藤 淳、園田 紀之、坂本 竜一、小川 佳宏

- 【目的・背景】** 高齢化社会は地域医療の現場が抱える重要案件の一つである。糖尿病と認知症との強い関連性が指摘されており、近年、糖尿病性認知症という概念も提唱されている。今回我々は糖尿病と認知症の関連性を調査し、認知機能障害を抑制する糖尿病治療について検討を行った。
- 【方法・対象】** 九州大学内分泌代謝・糖尿病内科に定期受診する60歳以上の糖尿病患者を対象とした。161例に認知機能検査 (MMSE、MoCA-J検査) を施行し、基準点未満の患者に頭部MRI、SPECTを施行、病型診断を行った。目的変数を認知機能検査結果、説明変数を患者背景、血液検査結果として単変量解析、多変量解析を行い関連する因子を検討した。
- 【結果・考察】** 認知機能検査と随時血糖値、独居で強い相関を認めた。また、過去4年間のHbA1cの標準偏差が大きい群で有意に認知機能検査の得点が低かった。変動の少ない血糖コントロールを行い、独居を避けることが認知機能低下予防に望ましいと考えられる。

B10. 高齢糖尿病患者における睡眠の特徴

久留米大学医学部内分泌代謝内科

○岩田 慎平

- 【背景と目的】** 高齢糖尿病患者が増加しており、睡眠導入剤の処方も多い。今回、高齢糖尿病患者の睡眠の実態を調査した。
- 【方法】** 糖尿病患者346例 (2型252例、男性174例、年齢 63 ± 15 歳、BMI 24.4 ± 4.7 、HbA1c $7.21 \pm 1.06\%$) を対象とし、3次元睡眠スケールにより睡眠を質、量、位相に分けて評価した。各次元の結果を点数化および三段階評価 (良、注意、警戒) し、65歳以上 (高齢者、 $n=190$) と65歳未満 (非高齢者、 $n=156$) の2群でその特徴を検討した。
- 【結果】** 全体では位相は282例 (82%) が良の評価を示したが、質は163例 (47%)、量は198例 (67%) に留まった。位相が注意および警戒を示した患者は高齢者 (10%) が非高齢者 (29%) に比べて有意に少なかった ($P < 0.0001$)。高齢者において、質は不眠症治療薬使用例、夜間頻尿を認める症例、女性で低下していた。量は夜間頻尿を認める症例、糖代謝コントロール不良例、女性で低下していた。
- 【結論】** 高齢糖尿病患者の不眠症は量および質の改善を図る必要があると考える。

B11. コルチゾール/DHEA-S比は高齢者糖尿病のサルコペニアの予測因子

牟田病院 内分泌糖尿病内科

○柳田 育美、藤原 裕矢、北嶋 優一、田島 美涼、
本多 正直、浅川 英子、原田 真弓、義本 正二、
間 英二、柳瀬 敏彦、名和田 新、牟田 和男

【目的】 高齢者糖尿病患者におけるサルコペニアの予測因子を明らかにする。

【対象と方法】 対象は当院の65歳以上の高齢者2型糖尿病患者108人(平均年齢76歳)。年齢、性別、糖尿病罹病期間、体重、BMI、血圧、コルチゾールとDHEA-Sを含む血液検査成績、認知機能、椅子立ち上がり時間、2ステップ値、ABI、baPWV、骨密度、フレイル、薬剤を評価し、サルコペニアと重症度を診断した。

【結果と考察】 サルコペニアを目的変数とした重回帰分析の結果、血中コルチゾール/DHEA-S比 ≥ 0.2 (P=0.005)は、最も強いサルコペニアのリスク因子であった。高齢者糖尿病患者では、コルチゾール高値に伴う異化作用による骨格筋萎縮の増強とDHEA-S低値に伴う筋肉に対する同化作用の減弱の機序を介して、サルコペニアに至ることが考えられる。

【結語】 高齢者2型糖尿病患者において、血中コルチゾール/DHEA-S比 ≥ 0.2 、ABI < 1.0 、拡張期血圧 < 70 mmHg、Hemoglobin < 13 g/dlの順に、サルコペニアの独立した危険因子となることが分かった。

B12. 救急外来で乾燥濃縮人プロトロンピン複合体製剤(ケイセントラ[®])を使用して安全かつ迅速に治療介入できた2例

産業医科大学病院救急科

○手嶋 悠人、首藤 瑠里、成田 正雄、大竹 晶子、
樋渡 智香子、石川 成人、秋本 倫太郎、草永 真志、
花石 源太郎、宮川 一平、弓指 恵一、大坪 広樹、
真弓 俊彦

ワルファリン内服中に重篤な出血合併症が生じた場合、ビタミンKとプロトロンピン複合体製剤を併用してPT-INRを低下させることが推奨されている。今回、救急外来でビタミンKと乾燥濃縮人プロトロンピン複合体製剤(PCC:ケイセントラ[®])を使用し安全かつ迅速に治療介入できた2例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例1】 72歳男性。左室内血栓予防でワルファリン内服中に吐血と黒色便で救急搬送。来院時出血性ショックかつPT-INR 8.97であった。ビタミンKとPCCを投与し120分後のPT-INR 1.32であった。全身状態を安定化させ180分後に緊急上部消化管内視鏡検査を開始し、出血性胃潰瘍に対しクリッピングを行った。

【症例2】 87歳女性。持続性心房細動でワルファリン内服中に嘔吐とふらつきで救急搬送。頭部CTで第4脳室穿破を伴う小脳出血と急性水頭症を認め、PT-INR 3.72であった。ビタミンKとPCCを投与し90分後のPT-INR 1.30であった。120分後に緊急両側脳室ドレナージを開始した。

Session C (外科1)

座長 福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学教授 高松 泰

C1. 正常妊娠および妊娠高血圧症候群の胎盤における 3Dパワードプラ法による胎盤血流評価と胎盤構造に関する研究

産業医科大学産科婦人科学教室

○櫻木 俊秀

- 【目的】 妊娠高血圧症候群 (HDP) に対する子宮胎盤血流検査として3Dパワードプラ法による vascular index (VI)、flow index (FI)、Vascularization flow index (VFI) の計測が注目されている。今回、正常胎盤とHDP胎盤とのVI、FI、VFI値、組織学的構築について調べた。
- 【方法】 正常妊娠群 (n= 7) とHDP群 (n= 4) を対象とした。分娩入院時に3Dパワードプラ法にて胎盤の中心部から均等に4ヵ所のVI、FI、VFI値を測定し、平均値を比較検討した。さらに、分娩後、胎盤をホルマリン固定しHE染色を行い、画像解析を行いVI、FI、VFI値との相関性を分析した。
- 【結果】 平均VI、VFI値は共にPIH群で低い傾向であったが、FI値に差はなかった。平均VI、FI、VFI値と絨毛内血管数、絨毛管腔領域、絨毛内血管数+絨毛管腔領域、栄養膜細胞数、絨毛間質細胞数との相関はなかった。
- 【結論】 3Dパワードプラ法は胎盤内の血流変化を検出していると考えられたが、組織学的構築は反映していない可能性が示唆された。

C2. 遠隔転移および多発リンパ節転移を認めた子宮頸癌IA1期の一例

九州大学産婦人科

○福田 紗千、大神 達寛、堀 絵美子、井上 修作、
貴島 雅子、小玉 敬亮、山口 真一郎、八木 裕史、
安永 昌史、小野山 一郎、兼城 英輔、奥川 馨、
矢幡 秀昭、加藤 聖子

- 【目的または背景】 子宮頸癌IA1期で遠隔転移、多発リンパ節転移を有する症例を経験したので文献的考察を踏まえ報告する。
- 【方法と材料または対象】 症例は35歳、1妊1産。子宮頸部円錐切除術で子宮頸癌IA1期 (Squamous cell carcinoma) (拡がり1mm、深さ3mm、脈管侵襲陽性) と診断された。術前のCT検査で子宮外進展を認めなかったため、妊孕性温存手術を予定したが、センチネルリンパ節の術中迅速病理診断で転移を認め、準広汎子宮全摘出術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節郭清、傍大動脈リンパ節郭清を施行した。術後病理診断で骨盤リンパ節 (63個/79個)、傍大動脈リンパ節 (54個/57個) に転移を認め、術後PET-CT検査で縦郭リンパ節、肝S6にFDG異常集積を認めた。以上より子宮頸癌IA1期 (pT1aN1M1) と診断した。術後にPaclitaxel+Carboplatin+Bevacizumabによる化学療法を行った。
- 【結果および考察】 子宮頸癌IA1期の骨盤リンパ節転移は0-1%と低いが、脈管侵襲を認める症例では子宮外進展にも十分な注意が必要であると考えられた。

C 3. 経胎盤的抗不整脈薬投与による胎児頻脈性不整脈が奏効した一例

1) 久留米大学総合周産期母子医療センター産科

2) 聖マリア病院総合周産期母子医療センター新生児科

3) 久留米大学総合周産期母子医療センター新生児科

○石松 真人¹⁾、清水 隆宏¹⁾、前野 泰樹²⁾、木下 正啓³⁾、
横峯 正人¹⁾、吉里 俊幸¹⁾、牛嶋 公生¹⁾

【緒言】 胎児頻脈性不整脈は、胎児心不全から胎児水腫、子宮内胎児死亡を来し、胎児治療の適応となる。経胎盤的抗不整脈薬投与が奏効した症例を提示する。

【症例】 32歳、1 経妊 0 経産。妊娠24週 6 日に胎児腹水にて紹介され、胎児超音波検査で250bpmの頻脈、腹水、皮下浮腫を認めた。WPW症候群を疑い、25週 0 日よりジゴキシン0.75mg/日、ソタロール160mg/日の母体投与を開始し、頻脈と皮下浮腫は改善した。その後頻脈発作の増悪を認め、27週 3 日、ソタロールをフレカニド400mg/日に変更し、3 日後、頻脈発作は消失した。妊娠34週 0 日、陣痛発来、骨盤位のため帝王切開術を施行した。児は、2,695g、男児、1/5分後Apgar値6/8点であった。皮下浮腫、腹水は漸次改善し、30生日に退院した。

【結語】 胎児頻脈性不整脈に対する経胎盤的抗不整脈薬治療の標準治療の確立に向け、症例蓄積が必要である。

C 4. 全国周産期母子医療センターネットワークデータベースに基づいた 出生体重1,500g未満の極低出生体重児に対する気管切開の現況の検討、 および福岡県における小児在宅医療の取り組み

1) 九州大学病院小児科

2) 国立病院機構福岡病院小児科

○倉田 浩昭¹⁾、落合 正行¹⁾、井上 普介¹⁾、市山 正子¹⁾、
安岡 和昭¹⁾、藤吉 順子¹⁾、松下 悠紀¹⁾、本荘 哲²⁾、
酒井 康成¹⁾、大賀 正一¹⁾

【目的または背景】 新生児医療の進歩は、救命児と同時に在宅医療児を生み出した。そこで、新生児の気管切開の現況を明らかにする。

【方法と材料または対象】 対象は2003年から12年に、全国周母データベースに登録された極低出生体重児のうち、日齢28未満死亡と転院例を除いた34,674例。入院死亡と合併症を評価項目として、診療情報を解析した。

【結果および考察】 気管切開率は0.93%で期間中に増減なし、死亡率は気切例0.6%、非気切例0.9%と有意差は認められなかった。入院日数が気切児229日、非気切児83日と長期化していた。関連因子は低酸素性虚血性脳症(オッズ比10.98)、筋疾患(10.95)、重症気管支肺異形成(7.79)、染色体異常(4.43)および敗血症(1.78)であった。

【結論または結語】 救命率の上昇により気切児が発生するが、その発症率は増加していない。呼吸・神経合併症への更なる介入が望まれる。福岡県小児在宅医療推進事業では、在宅医療児の地域生活の充実に向けて、医療・福祉・教育体制の構築を進めている。

C 5. 頸動脈内膜剥離術後における認知機能低下の危険因子についての検討

国立病院機構九州医療センター脳神経外科、脳血管・神経内科

○林 大輔、中溝 玲、天野 敏之、松尾 諭、
矢坂 正弘、岡田 靖

- 【背景】 頸動脈狭窄症は血管性認知症の大きな原因の一つであるが、頸動脈内膜剥離術(CEA)により狭窄や塞栓源が除去されたにもかかわらず認知機能が低下する例が存在する。認知機能低下に関連するmodifiable factorを同定することは、CEA後の認知症を防ぐうえで重要である。
- 【対象】 CEAを施行した86例を対象とし、認知機能と危険因子について検討した。
- 【結果】 14.8%に認知機能低下が見られた。注意、記憶、概念化、抑制性制御に軽度の障害がみられたが保存群と差はなく、むしろプログラミングでは保存群より優れていた。多変量解析によると、深部白質病変と慢性腎臓病が認知機能低下の独立した危険因子であった($p=0.0011, 0.0183$)。
- 【結語】 深部白質病変あるいは慢性腎臓病を有する症例では、日常地域診療における注意深い経過観察や早期の介入が認知機能低下を防ぐために有用である可能性がある。

C 6. 髄液を用いた分子診断による、脳腫瘍の非侵襲的鑑別法

九州大学大学院医学研究院脳神経外科

○藤岡 寛、赤木 洋二郎、秦 暢宏、雨宮 健生、
空閑 太亮、溝口 昌弘、飯原 弘二

- 【目的】 脳腫瘍の中で最も多い疾患である神経膠腫は、画像所見が多様であり、感染症や炎症性の脳疾患との鑑別が困難で、日常診療において難渋する例も多く経験する。今回、脳腫瘍の非侵襲的鑑別診断を目指し、髄液による分子診断を試みた。
- 【方法】 16例の神経膠腫の手術中に採取した髄液からcell free DNAを抽出した。Quant studio 3D digital PCR systemを用いて、神経膠腫に特異的なIDHとTERT遺伝子の解析を行った。
- 【結果】 16例中、IDH変異を7例中7例(100%)、TERT変異8例中6例(75%)で正確に判定した。腫瘍本体で検出されなかった遺伝子異常が髄液より検出されることはなかった。
- 【結語】 最新の機器を導入することにより、髄液内の微量核酸からの遺伝子解析が可能となった。将来的に、腰椎穿刺からの髄液採取により脳腫瘍が鑑別可能となれば、日常診療における多大な恩恵が期待できる。

C7. 閉塞性睡眠時無呼吸症候群における鼻腔通気度検査とポリソムノグラフィーの関連について

久留米大学病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科

○中園^{なかぞの} 秀樹^{ひでき}、三橋 拓之、梅野 博仁

- 【目的】** 鼻閉症状を有する閉塞性睡眠時無呼吸症候群（以下OSAS）患者ではapnea hypopnea index（以下：AHI）が高く、CPAP治療での睡眠が改善しにくいと仮定し、鼻閉とポリソムノグラフィー（以下PSG）と関連があるか検討した。
- 【対象と方法】** 2016年1月から2017年5月まで当院睡眠外来で鼻腔通気度検査とPSG検査を施行しCPAPを導入したOSA患者328名。鼻腔通気度検査はアンテリオール法△P100Pa点の抵抗値を測定した。右側・左側・両側で抵抗値の最も高い値を最大抵抗値とした。最大抵抗値が0.5Pa/cm³/s以上の中等度鼻閉を基準にした。最大抵抗値とCPAP導入前後のAHI、睡眠効率、睡眠潜時、最低酸素飽和度の改善率を比較した。
- 【結果】** 最大抵抗値とAHI、睡眠効率、睡眠潜時、最低酸素飽和度の改善に有意差を認めなかったが、鼻閉の有無によらずCPAP治療でAHIと最低酸素飽和度の改善を認めた。
- 【まとめ】** OSAS患者における鼻腔通気度検査とPSG検査の関連性を検討した。鼻閉の有無によらずCPAP治療はAHIと最低酸素飽和度の改善に有用と考えられる。

C8. 腹膜透析の体液貯留における中枢性機序の基礎・臨床両面からの検討

1) 産業医科大学医学部第1生理学

2) 産業医科大学医学部第2内科学

○上野^{うえの} 啓通^{ひろみち}^{1) 2)}、真田^{まいた} 賢哉^{けんざい}^{1) 2)}、丸山^{まるやま} 崇^{たかし}¹⁾、宮本^{みやもと} 哲^{てつ}²⁾、尾辻^{おいつじ} 豊^{ゆたか}²⁾、上田^{かみうだ} 陽一^{やういち}¹⁾

- 【背景】** 腎代替療法の一つである腹膜透析は体液貯留を生じやすく臨床問題となることが多い。体液貯留は腹膜劣化や残腎機能低下による機序が報告されるが、多因子の関与が考えられ、今回我々は中枢性機序に関して検討した。
- 【方法・結果①】** ラットに対して短時間透析液として3%高張食塩水(H)、長時間透析液としてポリエチレングリコール(P)を腹腔内投与し、脳内の活性化領域を検討した。その結果、HおよびP群においてバソプレッシン(AVP)ニューロンと飲水中枢の活性化を認めた。さらにAVPを蛍光タンパクで標識したラットを用いてHおよびP群のAVP合成亢進を可視化した。
- 【方法・結果②】** 外来通院中の腹膜透析患者(n=20)において血漿AVP濃度と血漿浸透圧の増加を認め、両者は相関していた(Rho=0.56, P=0.02)。さらにAVP依存性に尿浸透圧は上昇し、AVPの抗利尿作用は残存していると考えた。
- 【結語】** 腹膜透析の体液貯留における中枢性機序、とくにAVPの関与が基礎・臨床両面から示唆された。

C9. 透析中の平均血圧モニタリングの重要性

- 1) 産業医科大学医学部第2内科学
- 2) 産業医科大学医学部第1生理学
- 3) 岡垣腎クリニック

○上野 啓通^{1) 2)}、村山 憲一³⁾、立川 裕³⁾、宮本 哲¹⁾、
上田 陽一²⁾、尾辻 豊¹⁾

- 【背景】** 現在の電子血圧計で算出される平均血圧 (mBP) は血管壁の振動を反映したカフ圧の変動が最大となる血圧値と定義される。mBPは臓器血流の決定因子とされ集中治療上も重要視されているが、この値は従来の計算値 (収縮期血圧×1/3+拡張期血圧×2/3) と必ずしも一致しない。透析中の血圧変動、特に血圧低下は生命予後に大きな影響を与えるため、我々は透析中のmBPモニタリングを行い、血圧低下との関連を検討した。
- 【方法】** 当院血液維持透析中に血圧低下イベントのあった連続80症例におけるsBPとmBPの推移を比較・検討した。
- 【結果・考察】** 透析中に血圧低下した際、mBP低下はsBP低下に先行した。この際、mBPは計算値と解離していた。sBPは脈拍・末梢血管抵抗の変化である程度調整可能であるのに対して、mBPは心拍出量によって規定される故に血管内容量の変化を鋭敏に捉えている可能性を考えた。
- 【結語】** 透析中のmBPモニタリングは血圧安定化に寄与する可能性が示唆された。

C10. 腎移植患者におけるCVD発症リスクスコアの作成

- 1) 九州大学大学院医学研究院病態機能内科学
- 2) 福岡大学腎臓・膠原病内科学
- 3) 九州大学大学院医学研究院臨床腫瘍外科学

○植木 研次¹⁾、土本 晃裕¹⁾、松隈 祐太¹⁾、中川 兼康¹⁾、
升谷 耕介²⁾、加来 啓三³⁾、土井 篤³⁾、岡部 安博³⁾、
中村 雅史³⁾、中野 敏昭¹⁾、北園 孝成¹⁾

- 【目的または背景】** 腎移植患者の死因として心血管病 (CVD) は頻度が高く重要である。
- 【方法と材料または対象】** 2006年から2012年に当院で腎移植を施行した387例のうち、2007年から2017年までの観察期間内に発症した心不全、虚血性心疾患、末梢動脈疾患、脳出血・脳梗塞をCVDと定義した。移植1年後をベースラインとしてロジスティック回帰分析を用いてCVD発症に関連する因子を抽出し、リスクスコアを作成した。
- 【結果および考察】** 平均年齢45歳、男性240例 (60.2%)、糖尿病性腎症82例 (21.2%)、CVD既往56例 (14.5%)であった。観察期間内に36例がCVDを発症した。CVD発症の危険因子としてCVD既往、糖尿病性腎症、年齢、透析歴、血清アルブミンを抽出し、最大値12点のリスクスコアを作成した。スコアが増加するに伴い、CVD発症率は直線的に上昇した (傾向性 $p < 0.01$)。Hosmer-Lemeshow検定 ($p = 0.81$) とROC曲線 (C統計量 0.81) による適合度は共に良好であった。
- 【結論または結語】** 腎移植1年後の危険因子から作成したCVD発症予測モデルの有用性が示唆された。

C11. 北九州地区における性感染症の発生動向調査－過去21年間の推移－

1) 産業医科大学泌尿器科

2) 国家公務員共済組合連合会新小倉病院泌尿器科、

3) 北九州市保健福祉局

○松本 正広¹⁾、濱砂 良一²⁾、富崎 一向¹⁾、藤本 直浩¹⁾、
松本 哲朗³⁾

- 【目的】** 1997年より毎年、北九州地区の性感染症発生動向調査を実施している。今回、2017年も含めた過去21年間の推移を報告する。
- 【方法】** 北九州地区の本研究参加に同意した29施設に対し、性感染症数を感染症別(淋菌、クラミジア、尖圭コンジローマ、性器ヘルペス、トリコモナス、梅毒、毛じらみ)、性別、年齢群別にアンケート形式で毎年調査した。
- 【結果】** 2017年は総数774例、男女比532：242、男性は非クラミジア性非淋菌性尿道炎37%、クラミジア22%、淋菌22%、尖圭コンジローマ6.2%、性器ヘルペス5.8%であり、女性はクラミジア41%、性器ヘルペス24%、トリコモナス14%、尖圭コンジローマ9.9%、淋菌9.5%であった。
- 【結論】** 総数は2001年の2,634例をピークに2002年以降減少し、2010年以降は概ね横ばいである。梅毒の増加は認められなかった。今後も調査を継続する予定である。

Session D (外科2)

座長 福岡県医師会理事 一 宮 仁

D 1. 当院のTAVIの初期成績

久留米大学外科

○押領^{おうれいようじ}司^{あつのぶ} 篤宣、高瀬谷 徹、田中 啓之

- 【目的】 久留米大学病院では2014年6月から経カテーテル大動脈弁植込み術(TAVI)を開始し4年が経過した。これまでの当院での成績について検討する。
- 【対象と方法】 2014年6月から2018年9月に当院で施行した重症大動脈弁狭窄症に対するTAVI 102例を検討した。
- 【結果】 平均年齢85.9歳、男：女比38：64、平均BSA1.40m²であった。アクセスは大腿動脈81例、その他21例(心尖部19例、大動脈1例、鎖骨下動脈1例)であった。使用した弁はバルーン拡張型(SapienXT 36例、Sapien3 36例)、自己拡張型(CoreValve 13例、EvolutR 17例)であった。平均手術時間は147分で101例(99%)の植え込みに成功した。30日死亡はなかったが、院内死亡は1例認めた。平均術後ICU滞在日数は2.1日、平均術後在院日数は17.3日、自宅退院率は82.0%であった。術後平均観察期間は495日で術後1年、2年、3年の生存率はそれぞれ88.2%、85.9%、77.7%であった。
- 【考察】 当院のTAVIの初期成績は良好であり、今後は緊急症例への対応など適応を拡大していきたい。

D 2. インフルエンザによる劇症型心筋炎に対する 体外設置型補助人工心臓の経験

九州大学病院心臓血管外科

○平山^{ひらやま} 和人^{かずと}、牛島 智基、帯刀 英樹、田ノ上 禎久、
塩瀬 明

- 【背景】 インフルエンザは呼吸器疾患以外にもウイルス性急性心筋炎を引き起こすことがあり、その頻度は0-10%ともいわれている。急性心筋炎の一型である劇症型心筋炎は、機械的循環補助を要する血行動態の急激な破綻を来し致命的経過をとることもある重篤な疾患である。
- 【目的】 2016年1月以降、当院ではインフルエンザによる劇症型心筋炎に対して体外設置型補助人工心臓治療(VAD)を5例に行っており、その治療の妥当性を検討した。
- 【結果】 平均年齢24歳(8-42歳)、来院時全症例に経皮的V-A ECMO(いわゆるPCPS)が挿入されていた。インフルエンザA型が2例、B型が3例であった。全例生存・自宅退院しており、5例中4例はVADを離脱、1例は心機能回復に乏しく、心臓移植登録の後、植込型左心補助人工心臓を装着した。
- 【結語】 当院では経皮的V-A ECMO使用下にも十分な循環補助を得られない場合には、安定した高流量補助を得るため、積極的に体外設置型補助人工心臓やcentral ECMOを導入し、良好な成績を得ている。

D3. 胸部X線にて発見された肺底動脈大動脈起始症に対して手術を施行した1例

九州大学消化器・総合外科(肺グループ)

○田中 健祐¹、小副川 敦、若洲 翔、小野 雄生、
木下 郁彦、上妻 由佳、松原 太一、赤嶺 貴紀、
高田 和樹、波呂 祥、田川 哲三、森 正樹

- 【背景】** 肺底動脈大動脈起始症は正常な気管支肺胞構造を有する肺底区への正常肺動脈の欠損を認め、肺底区が直接大動脈から血流を受け、正常肺静脈へ灌流する先天性奇形である。
- 【症例】** 53歳女性。主訴は特になし。健康診断の胸部X線で左下肺野の異常陰影を指摘された。胸部造影CTで左肺下葉に下行大動脈から分岐する動脈を認め、左肺底区域へ向かう肺動脈は途絶していた。静脈血流は左下肺静脈へと還流しており、左肺下葉の気管支の分岐異常や分画肺を認めなかった。以上から左肺底動脈大動脈起始症の診断となった。手術は完全胸腔鏡下に血管剥離、葉間形成を行い、異常血管は小開胸下に切離した後、左肺下葉切除術を施行し、術後合併症なく退院となった。
- 【考察】** 本症は肺高血圧による心不全や肺実質障害による咯血、呼吸器感染症増悪をきたすことがあり、無症状の場合でも手術を含めた治療介入の適応とされている。本症について文献的考察を踏まえて報告する。

D4. 当院における肥満外科手術（腹腔鏡下スリーブ状胃切除）の導入

- 1) 産業医科大学第一外科、2) 第一内科、3) 第二内科、4) 第三内科、5) 耳鼻咽喉科
6) 麻酔科、7) 放射線科、8) リハビリテーション科、9) 精神科、10) 栄養部

○佐藤 永洋¹、柴尾 和徳¹、満吉 将大¹、又吉 信貴¹、高橋 洋子¹⁰、
太田 紀子¹⁰、林 哲也⁶、緒方 裕一⁶、武永 芙美子⁵、竹内 頌子⁵、
黒住 旭²、白石 純一郎⁸、本間 雄一⁴、柴田 道彦⁴、岡田 洋右²、
川崎 貴士⁶、青木 隆敏⁷、佐伯 覚⁸、吉村 玲児⁹、尾辻 豊³、
平田 敬治¹

- 【背景】** 肥満外科手術は病的肥満患者に対する減量治療と糖尿病などの代謝異常治療に効果が証明されている。本邦では、腹腔鏡下スリーブ状胃切除術 (LSG) が保険収載となっており、今回LSGを当院でも導入した。倫理委員会での承認後に減量外科チームで症例検討を行い、2018年7月に第1例目を実施した。
- 【対象と結果】** 症例は51歳女性、初診時体重99.3kg、BMIは37.4。手術2週間前に内科へ減量入院。術直前は体重93.9kg、BMIは35.3。手術時間は236分、出血量20ml。術後入院期間は17日で、縫合不全などの合併症は認めなかった。術後94日現在、体重75.8kg、BMIは28.5。超過体重減少率は57%。糖尿病の改善を認め、インスリン治療を離脱しており、引き続き経過を観察する予定である。
- 【結語】** 当院にLSGを安全に導入した。今後も症例集積と検討を行い、減量手術の効果を検証していく予定である。

D5. 腸内細菌と心血管病との関連

九州大学消化器・総合外科(血管外科)

○中山 謙、黒瀬 俊、吉野 伸一郎、山下 勝、
吉屋 圭史、森崎 浩一、古山 正、森 正樹

- 【目的または背景】 近年、次世代シーケンサーの開発により腸内細菌の解析方法が進歩し、腸内細菌叢と様々な疾患との関連についての研究が飛躍的に発展している。当科では腸内細菌と動脈硬化との関連に注目している。今回は、当科の研究内容についての途中経過と今後の展望について紹介する。
- 【対象と方法】 腹部大動脈瘤開腹手術症例を対象とし、便、大動脈瘤壁、血液を試料として採取し、定量的RT-PCRにより腸内細菌の検出・定量を行う。
- 【結果】 大動脈瘤壁9検体中1検体(11%)、血液8検体中5検体(62.5%)において腸内細菌が検出された。
- 【結語】 大動脈瘤患者血液の細菌検出率は健常者血液の細菌検出率よりも高く、大動脈瘤への腸内細菌の関与が示唆された。今後は、さらなるデータ収集・解析を進め、腸内細菌に注目した薬剤や機能的食品などの開発につながることを期待される。

D6. 腹腔鏡下肝切除の定型化に向けた取り組み

九州大学大学院消化器・総合外科

○伊藤 心二、吉住 朋晴、栗原 健、吉屋 匠平、
間野 洋平、長尾 吉泰、武石 一樹、原田 昇、
池上 徹、副島 雄二、森 正樹

- 【目的】 我々は腹腔鏡下肝切除術に関して様々な手技および器具を考案してきている。今回、腹腔鏡下肝切除の定型化に向けた取り組みについて報告する。
- 【方法】 1. 術前カンファレンスで腹腔鏡手術の適応、難易度での術者の選択を全員で決定。2. 腹腔鏡下肝切除全例のビデオレビューを行う。執刀医自身で編集を行い、プレゼンテーションを行う。体位、ポート位置、脈管処理、肝離断の手技を中心に手術ビデオを供覧する。情報の共有および次の症例に向けた改善策を議論している。
- 【結果】 取り組み以降、213例の肝切除を施行し、腹腔鏡下手術は87例(40.8%)。2017年までの肝切除139例中、42症例(30.2%)が腹腔鏡下手術であったが、2018年においては74症例中、45症例(60.8%)で腹腔鏡下手術を行った。肝予備能低下症例に対しても腹腔鏡下手術を行っている。
- 【結論】 定型化の確立により低侵襲な腹腔鏡下肝切除が広く普及し、地域医療に貢献すると考える。

D7. 6つの進行大腸癌第Ⅱ相臨床試験を用いた各種画像評価法のpooled解析

九州大学大学院消化器・総合外科

○廣瀬 皓介、沖 英次、宮下 優、酒井 陽玄、
古賀 直道、栗山 直剛、野中 謙太郎、家守 智大、
藤本 禎明、松岡 弘也、春田 泰宏、佐々木 駿、
胡 慶江、津田 康雄、安藤 幸滋、中島 雄一郎、
佐伯 浩司、吉住 朋晴、森 正樹

- 【目的】** 分子標的薬登場後のCT画像評価法には様々な議論がある。今回、大腸癌臨床試験データを後解析し、各種画像評価法の有用性をサブセット毎に明らかにすることを目的とした。
- 【対象及び方法】** 6つの多施設共同第Ⅱ相臨床試験の計208例を対象とし、各症例毎にORR: Objective Response Rate, MR: Morphologic Response, ETS: Early Tumor Shrinkage, DpR: Deepness of Responseを評価し、OS: Overall Survivalをアウトカムとしてsubgroup毎に有用性を検討した。
- 【結果及び考察】** 全症例の解析では、ETS、DpR及びORRはいずれも生存率を反映したが、右側大腸癌では予後との関係は明らかではなかった。肝転移症例では、いずれの評価法もOSを反映した。本解析結果より、特に左側大腸癌におけるETS及びDpRの有用性が示唆された。

D8. 近年増加しているDPP-4阻害剤関連水疱性類天疱瘡 - 当科で経験した症例のまとめ -

久留米大学医学部皮膚科

○嘉多山 絵理、古賀 浩嗣、名嘉真 健太、石井 文人、
名嘉真 武国

- 【目的または背景】** dipeptidyl peptidase-4 inhibitor (DPP4i) は2010年に国内で承認されて以来、年々処方数が増加しており、糖尿病治療に頻用される薬剤となっている。しかし近年DPP4i内服中に発症する水疱性類天疱瘡 (BP) の報告が増加しており、DPP4i内服によるBP発症の危険性が注意喚起されている。そこで当科で経験したDPP4i関連BPの特徴を解析した。
- 【対象と方法】** 2012年から2016年の間に当科を受診した水疱性類天疱瘡患者の内、DPP-4i内服中であつた患者21名を対象として解析を行った。
- 【結果】** 4例 (19.0%) では保険収載されているBPの検査項目であるBP180CLEIA (ELISA) が陰性であつた。
- 【結論】** DPP4i関連BPでは通常の検査が陰性になることもあり注意が必要である。DPP4iを処方する際にはBP発症に注意しておく必要がある。

D9. 難治性足潰瘍に対するチーム医療と新しい治療戦略

1) 久留米大学医療センター足病変・皮膚潰瘍治療外来

2) 久留米大学形成外科・顎顔面外科

○井野 康^{1) 2)}、大北 美紀²⁾、神戸 優子^{1) 2)}、姉川 美奈^{1) 2)}、
守永 圭吾²⁾、力丸 英明²⁾、清川 兼輔²⁾

【目的】 昨今、難治性足潰瘍は多彩な背景を持った患者に見られる。これらの患者に対して2015年より他施設との医療連携とチーム医療での対応を開始し、その効果を検証した。

【方法と対象】 2016年4月より2018年3月までの2年間に当科の外来患者と入院手術症例について分析した。

【結果】 当科外来で処置を行った足潰瘍の患者数は2016年度では外来のべ1,100名、入院のべ551名であった。2017年度では外来のべ2,190名、入院のべ719名と増加していた。入院手術症例は2016年度の30例では治癒率73% (22/30)、再発率23% (17/22)、2017年度の27例では治癒率89% (24/27)、再発率21% (5/24)であった。また末梢神経障害を有する糖尿病男性患者に再発を多く認めた。

【結語】 高齢化社会と糖尿病などの生活習慣病の急増に伴い相談症例は年々増加しており、そのニーズは明らかに高まっている。また治癒率を73%から89%へと改善できたが再発率は20%代で推移しており、再発を繰り返す患者への個別対応の重要性が示唆された。

D10. チーム医療により救命し得たフルニエ壊疽の6症例

久留米大学形成外科・顎顔面外科

○山内 大輔、清川 兼輔、力丸 英明、守永 圭吾、
右田 尚、橋口 晋一郎、原 茂、坂田 憲亮、
大石 王、中村 薫乃

【背景】 フルニエ壊疽は会陰部を中心に筋膜上で感染が進展する致命的な重度軟部組織感染症として知られており、搬入から迅速な診断と十分なデブリードマンおよび基礎疾患をはじめとした全身管理を要する疾患である。

【方法】 2018年に当院救命センターへ搬入されフルニエ壊疽と診断された6症例(47-69歳：平均59.0歳、男女比=4:2)に対して、救命センターと形成外科を中心に搬入後24時間以内のデブリードマンを施行し、基礎疾患を含む全身管理を行った。その際、必要に応じて消化器外科、消化器内科、泌尿器科等の複数の診療科と共同でチームアプローチを行った。

【結果】 全例において重大な合併症を来すことなく救命することができた。

【結語】 フルニエ壊疽の治療においては、患者の基礎疾患の状況や病変の局在部位に応じて複数の診療科によって専門的に治療方針を検討することが救命のために重要であると考えられる。

D11. 腎癌 T1b症例に対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術の検討

九州大学大学院医学研究院泌尿器科学分野

○小林 武

- 【目的】** 腎癌T1b症例に対するロボット支援腎部分切除術の成績を検討し、安全性等について報告を行う。
- 【背景・対象】** 2013年1月から2018年5月までの期間に、腎癌に対してRAPNを施行した症例：144例、T1b(腫瘍径4 cm以上7 cm未満)：症例29例中、男19名、女10名、年齢(中央値)61.5歳、R.E.N.A.L. nephrometry score(中央値)8、C-index(中央値)2.0であった。
- 【結果】** 手術時間(中央値)は178分(コンソール時間118分、腎阻血時間20分)、出血量(中央値)150ml、断端陽性数0、3か月後腎機能保持率は77.1%であった。合併症は輸血2例、腎摘除術への移行1例、尿漏2例であった。
- 【結論】** 当科では過去に行ってきた開腹、腹腔鏡の腎部分切除術はほとんどがT1a(4 cm未満)であった。今回、腎癌T1b症例において、良好な成績であったことがわかった。しかし、腎摘などの合併症が起こりうることもわかり、慎重な適応症例の選択が必要であると考えられた。

研修医 Session

座長 久留米大学副学長・医学部長 内村 直尚

研1. 股関節症に対する他動的ジグリング運動（貧乏ゆすり様運動）における短期臨床評価

久留米大学医療センター

○林田 一友

- 【目的】 変形性股関節症の保存的治療としてジグリングの可能性が近年報告されてきている。自宅で器械使用他動的ジグリング運動を行い、その臨床評価を報告する。
- 【対象と方法】 対象は3か月経過観察できた44例54股関節。施行前、3か月の臨床的評価は日本整形外科学会股関節疾患評価質問票（JHEQ）を用いた。
- 【結果】 3か月でのJHEQ平均はVAS 68.0→58.8、疼痛13.1→15.8、動作8.3→9.5、メンタル13.6→15.2、合計35.4→40.5で、いずれも概ね3か月で改善していた。施行前疼痛点を3段階に分け疼痛群別での推移は、著明群平均5.1→9.1、中等度群10.7→15.6、軽度群16.6→17.6であり、施行前に疼痛の強い群における疼痛の改善が特徴的であった。
- 【考察と結語】 3か月時に疼痛2点以上悪化群が12%認められた。対象群の他に、途中でジグリングを中止した症例も4例認めた。股関節症に対して、他動的ジグリングにより早期に疼痛改善の可能性が示唆されたが、症例の選択検討と、関節症自体の改善の是非を含めた長期的経過観察が必要である。

研2. 内視鏡的経胃ドレナージで軽快した胃穿孔併発の多発腓仮性嚢胞の1例

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門

○吉尾 智一、安元 真希子、岡部 義信、桑野 徹、
石田 祐介、牛島 知之、深堀 理、阪上 尊彦、
島松 裕、荒木 俊博、鶴田 修、鳥村 拓司

- 【症例】 アルコール性急性膵炎の既往がある40代女性。以前より腓尾部に仮性嚢胞を指摘されていた。背部痛が出現し、CTで仮性嚢胞の増大を認め脾臓を圧排、さらに腓体部に新たな嚢胞が出現し当科紹介となった。まず経乳頭的ドレナージを試みたが縮小せず、腓尾部嚢胞に対してEUSガイド下経胃ドレナージを施行した。3ヶ月後に発熱及び上腹痛を認め、CTで腓体部嚢胞の増大が見られた。数日後に嘔気が出現し、EGDでは胃体部後壁に頂部に凹窩を有する隆起が見られた。EUSで胃壁と体部膵管との交通を確認し、仮性嚢胞の胃穿孔と診断し、同部にステントを留置した。しかし左側腹部痛の増悪を認め、腓体部嚢胞は増大傾向で、EUSガイド下経胃ドレナージを行った。以後、経過良好で外来経過観察中である。
- 【考察】 本症例は主膵管の狭窄を基軸に多発腓仮性嚢胞を形成した。多発腓仮性嚢胞はしばしば治療に難渋し、病態が急激に変化することもあるため迅速な対応が必要である。

研3. 非典型部位に発生したパラガングリオーマの3例

久留米大学医学部放射線医学講座

○田^た淵^{ぶち} 史^し典^{のり}、長^{ちやう}田^{てん} 周^{しゅう}治^ぢ、東^{とう}南^{なん} 辰^{ちん}幸^{けい}、田^{たなか}中^{なか} 法^{ほう}瑞^{ずい}、
藤^{ふじ}本^{もと} 公^{こう}則^{のり}、安^{あん}陪^{ばい} 等^{とう}思^し

【背景】 パラガングリオーマは傍神経節に発生し、カテコールアミンを過剰に分泌する稀な腫瘍である。副交感神経由来と交感神経由来に分類され、前者は頭蓋底や頸部に、後者は縦隔下部や腹部の傍脊椎軸に沿った領域に好発する。我々は、非典型部位である肝門部、大網、仙骨に発生し、病理学的にパラガングリオーマと診断された3症例を経験した。

研4. 気管支鏡下クライオ生検の経験

福岡大学病院卒後臨床研修センター、福岡大学病院呼吸器内科

○木^き村^{むら} 優^{ゆう}子^こ、島^{しま} 理^り佳^か子^こ、池^{いけ}田^た 貴^き登^と、中^{なか}尾^お 明^{あきら}、
井^い形^{かたち} 文^{ぶん}保^ぼ、串^{くわい}間^ま 尚^{しょう}子^こ、石^{いし}井^い 寛^{かん}、藤^{ふじ}田^た 昌^{しょう}樹^{じゅ}

【背景】 間質性肺炎の病理診断には外科的肺生検が必要だが、呼吸器外科医の存在が不可欠で、施行できない施設も多い。クライオ生検(cryobiopsy)は軟性気管支鏡を用いて内視鏡検査室で施行でき、使用機器が肺生検および異物除去を目的として2017年3月に薬事承認を受けた。

【方法】 2018年4月にクライオ生検を導入した。安全性と有用性について前向きに検討しており、2018年10月の時点で10症例のびまん性肺疾患患者に対して施行した。

【結果】 外科的肺生検に比べれば小さいが、径5mm前後(通常の鉗子生検に比べ体積比はおよそ15倍)の検体が得られる。出血や気胸といった合併症が増加するとされているが、これまで重篤な合併症は経験していない。

【考察】 鎮静方法、止血処置、検体処理方法などに工夫が必要であるが、本法は気道周囲の病変に適しており、挫滅の少ない大きめの組織が採取できる利点は大きい。

研5. 後腹膜脂肪肉腫に伴い発症した微小変化型ネフローゼ症候群の一例

- 1) 福岡大学医学部腎臓・膠原病内科学
- 2) 福岡大学医学部消化器外科学
- 3) 福岡大学医学部病理学

○柴田 稜子¹⁾、安井 裕貴¹⁾、氷室 尚子¹⁾、浜内 亜希¹⁾、
伊藤 建二¹⁾、安野 哲彦¹⁾、安部 泰弘¹⁾、三宅 勝久¹⁾、
升谷 耕介¹⁾、佐藤 啓介²⁾、濱崎 慎³⁾、久野 敏³⁾、
中島 衡¹⁾

症例は50歳代女性。過去に健診で検尿異常を指摘されたことはなかった。X年7月に腹部膨満と両下腿浮腫が同時に出現し、急速に進行した。近医で施行した腹部CTで巨大な腹腔内腫瘍を認め当院消化器外科に入院した。入院時、血清総蛋白4.4g/dL、アルブミン0.9g/dL、クレアチニン(Cr)1.4mg/dLと低蛋白血症および腎機能障害を認めていた。腹腔内腫瘍摘出術+臍体尾部・脾臓合併切除術を施行後、Cr 3.6mg/dLと腎機能障害がさらに増悪し、全身浮腫の改善もないため当科を受診した。高度の蛋白尿(14.5g/gCr)を認めネフローゼ症候群と診断した。腎生検の結果は微小変化群であり、プレドニゾロン100mg/日静注で治療を開始した。治療開始時の尿蛋白は12.6g/日で、2週間後には3.5g/日に減少し、2ヶ月後には陰性化した。ステロイドを経口薬に切り替えて漸減中であるが、X+1年4月現在、完全寛解を維持している。腫瘍は後腹膜由来で病理診断は分化型脂肪肉腫であった。本組織型に対する有効な化学療法が確立していないため、現在は術後再発の有無を画像検査で観察中である。ネフローゼ症候群は種々の固形腫瘍や造血器腫瘍に伴い発症するが、後腹膜脂肪肉腫と微小変化群の組み合わせは極めて稀であるため、文献的考察を加え報告する。

研6. 腹腔鏡下子宮体癌根治術後に傍大動脈リンパ節孤発性再発を認めた一例

九州大学病院産科婦人科

○中島 京¹⁾、矢幡 秀昭、堀 絵美子、井上 修作、
小玉 敬亮、山口 真一郎、八木 裕史、大神 達寛、
安永 昌史、小野山 一郎、権丈 洋徳、兼城 英輔、
奥川 馨、浅野間 和夫、加藤 聖子

【目的または背景】 傍大動脈リンパ節へ孤発再発を来した早期子宮体癌症例について報告する。

【方法と材料または対象】 症例は54歳、子宮体癌IA期に対して腹腔鏡下子宮体癌根治術を行い、術後病理診断は類内膜癌、G2で筋層浸潤は1/11mm、脈管侵襲(-)、骨盤リンパ節転移(-)であった。術後再発リスクは低リスク群であり外来で経過観察とした。

【結果および考察】 1年後のCT検査で傍大動脈リンパ節腫大が出現し、PET-CT検査でも同部位にのみ異常集積を認めた。傍大動脈リンパ節孤発性再発と診断し、開腹下に傍大動脈と骨盤リンパ節郭清と大網切除術を行った。腹腔内の播種病変は無く、傍大動脈リンパ節のみ転移を認めた。術後にTC療法を6コース行い、術後34ヶ月経過した現在無病生存中である。

【結論または結語】 保険適応下の腹腔鏡下子宮体癌根治術で傍大動脈リンパ節は扱えないが、子宮体癌では傍大動脈リンパ節への単独転移は2-4%の存在が報告されており、早期子宮体癌であっても傍大動脈リンパ節再発を含めた経過観察の必要性を再認識した。

研 7. 右室梗塞の合併が疑われた急性下壁心筋梗塞の一例

福岡大学病院循環器内科

○津田 真司、出石 礼仁、岩田 敦、桑野 孝志、
三浦 伸一郎

- 【背景】** 症例は75歳男性。胸部絞扼感と左肩の痛みを自覚したため近医を受診し、心電図でST上昇型心筋梗塞の所見が見られ当院搬送となった。冠動脈造影検査にてSeg3完全閉塞であり責任病変と考えられたが、ワイヤー通過困難のため待機的治療の方針となった。入院3日目より右室梗塞を疑う血圧低下が見られた。
- 【方法と対象】** 右室梗塞への治療として、利尿薬の投与を中止し大量輸液療法を行った。
- 【結果・考察】** 輸液負荷後血圧は安定した。過量輸液に伴う胸水貯留が見られたため、利尿薬を再開し輸液を漸減したところ、約2週間で胸水は消失した。全身状態改善後にSeg3に経皮的冠動脈形成術を施行し、経過良好として退院となった。
- 【結語】** 右室梗塞を疑う低血圧に対して、早期の大量輸液療法が奏功したため、文献的考察を加え報告する。

研 8. GLP-1受容体作動薬により血糖コントロールと アドヒアランスの改善を認めた一例

福岡大学病院内分泌糖尿病内科

○千田 友紀

- 【背景】** デュラグルチド(以下D)は2015年に発売されたGLP-1受容体作動薬であり週1回製剤で投与方法が簡便な製剤で投与される機会が多くなっている。自己管理の難しい高齢者において良好な血糖コントロールを得られた症例を経験したので報告する。
- 【対象・結果】** 症例は79歳の男性。X-11年に糖尿病と診断。食事運動療法のみで血糖コントロール良好であったが、X年10月採血にて随時血糖値：422mg/dL、HbA1c：10.1%と血糖コントロール増悪を認め当科入院となった。メトホルミン500mg/day及びインスリン療法で血糖コントロールし血糖良好となったが、患者のインスリンの拒否感が強く、Dを導入した。インスリンを中止しD 0.75mg/週とでの加療を開始し、インスリンと同等の血糖コントロールが得られた。入院期間中は悪心等の副作用の出現無く経過し、退院後1ヵ月後の採血にてHbA1cも8.2%まで改善を認めた。
- 【結論】** 週1回投与のGLP-1製剤を導入することで高齢者であっても良好な血糖コントロールおよび治療アドヒアランスが得られる可能性がある。

研9. 膵頭部癌の治療中に高度浮腫を来した一例

- 1) 福岡大学病院臨床研修医
- 2) 福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学

○小野 周子^{1) 2)}、正木 充生²⁾、知念 祥太郎²⁾、中島 勇太²⁾、
工並 直子²⁾、茂木 愛²⁾、尾畑 由美子²⁾、佐々木 秀法²⁾、
田中 俊裕²⁾、高松 泰²⁾

【症例】 75歳の男性。画像検査で膵頭部腫瘤を認め、膵頭部癌(膵管内乳頭粘液性腫瘍型)と診断。肺転移がありTS-1療法を開始した。両側下腿浮腫があり、利尿剤を内服したが全身性に浮腫が増悪。体重が1年間で20kg増加し、体動が困難となり入院した。血液検査で低アルブミン血症を認めたが、経口摂取は良好、肝・腎機能障害や蛋白尿、下痢はなかった。黄色浮遊便が見られ、脂肪染色が陽性であった。CTで膵頭部癌の増大はなく、膵管の拡張と膵組織の萎縮が認められた。血清リパーゼ、アミラーゼ、トリプシンが低下しており、膵外分泌機能障害による吸収不良症候群と診断。膵外分泌酵素補充療法を開始すると、脂肪便、低アルブミン血症、浮腫が改善し、2週間で体重が76kgから56kgに減少した。

【考察】 膵頭部癌により主膵管が圧排、膵液の排泄が障害され、慢性炎症が起こり膵外分泌機能障害を来して吸収不良症候群を起こしたと考えられた。

研10. 大動脈瘤に合併した播種性血管内凝固症候群(DIC)の一例

- 1) 福岡大学病院臨床研修医
- 2) 福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学

○山田 宗和^{1) 2)}、工並 直子²⁾、後藤 真喜²⁾、中島 勇太²⁾、
尾畑 由美子²⁾、佐々木 秀法²⁾、戸川 温²⁾、田中 俊裕²⁾、
高田 徹²⁾、高松 泰²⁾

【症例】 78歳の女性。動悸、ふらつき、黒色便、皮下出血を主訴に来院した。関節リウマチ、高血圧の加療中で、解離性大動脈瘤に対し人工血管置換術、オープンステント留置術を施行されている。1ヵ月前より動悸、ふらつき、黒色便、両下肢の皮下出血が出現した。血液検査で貧血、血小板減少が認められ、抗リウマチ薬による血球減少を疑い投薬を中止したが、症状が持続するため紹介受診した。出血傾向、血小板減少に加えてPT延長、フィブリノゲン低下、FDP上昇、TAT上昇、PIC上昇が見られ、線溶亢進型のDICと診断した。上部消化管内視鏡検査で十二指腸潰瘍を認めた。絶食、プロトンポンプ阻害薬の投与と抗線溶療法を行ったところ、貧血と血小板減少、出血傾向は改善した。

【考察】 大動脈瘤に伴う線溶亢進型の慢性DICがあり、消化管出血を契機として非代償性/顕在性となり、重篤な出血傾向を起こしたと考えられ、抗線溶療法が有効であった。

ランチョンセミナー

テーマ

「若手医師とこれからの地域医療」



JMA-JDN 代表
北海道大学病院内科 I
佐藤 峰 嘉

「地域で臨床をしつつ、国内外の同世代医師とつながる
～日本医師会ジュニアドクターズネットワークでの活動から～」

本日は貴重な機会を賜りまして、まことにありがとうございます。

私は北海道札幌市の出身で、現在も北海道で診療を行っております。大学病院や都市の関連病院で研鑽をしておりますが、本日は、その中でも砂川市というところで得た経験についてまずお話しします。

砂川市は札幌と旭川のほぼ中間に位置しており、札幌からおよそ80キロ離れている都市です。中空知二次医療圏にあり、人口は平成28年で1万7,000人です。昔は石炭を産出しており、かつてはすごくにぎわっていたと伺っていますが、現在は過疎や高齢化が大変著しく、高齢化率は40%に達するとも言われています。

砂川市立病院は25科498床あり、人口約10万人ほどの二次医療圏の地域中核病院、へき地医療支援病院となっています。北海道の中では定評のある卒後臨床研修病院でもあり、地域医療の最後のとりでと言われています。いわゆる野戦病院的な忙しさもあり、私はここで研修医として2年間、内科医として1年間を過ごしました。

働いてみてよかったこと、悪かったこと、個人的に感じたこととして、地域社会のために働いているというやりがいはずごくあったと思います。今もそこはいい思い出になっています。また、若くてもたくさんの役割を与えてもらい、感染対策チームとか研修医教育の機会も与えてもらいました。診療する機会も多く、自分の成長にすごく役に立ったと考えております。

一方で、よく診療ガイドラインに「ここからは専門家に相談しましょう」と書いてある疾患も多いですが、専門家が周りにいなかったり、ほんとうにここで診ることが患者さんにとっていいのか、どこかに送ったほうがいいのか、札

幌からもすごく離れている、高齢であるしというジレンマを感じたこともありました。時間が月に150～160時間くらいになることもありましたし、そのほか、勉強に行くとか学会発表する時間はあまりなかったと思います。

個人的な考えとしては、地域で働くということは、地域社会とのかかわりを認識したり、診療経験を増やすという意味で必要な期間であると考えておりますが、学術活動の指導、学会発表や論文の指導などの状況は、その業務や科によってさまざまであると考えております。また、今はインターネットもありますが、やはりほかの地域や診療科の同世代医師とのかかわりが限定的になりがちなところはあると考えております。

そういう中で、私は日本医師会ジュニアドクターズネットワークという若手医師のネットワークに携わるようになりました。幅広い視野を持って社会に貢献できる医師を育成するという理念を掲げ、日本医師会国際保健検討委員会のもと、卒後10年以内の有志で構成されています。

2010年10月
World Medical Association Junior Doctors Network設立



2010年10月に世界医師会の中で、若手の医師が保健医療について学んで、若手としてどういうふう世界をより健康な場所にしていくかを考えるための組織として、World Medical Association Junior Doctors Networkが設立されました。

2012年10月
Japan Medical Association Junior Doctors Network設立



2012年に日本でも設立されております。国際的な活動、地域への貢献、専門家を越えた学び、調査・提言、この四つを柱として、若手医師の成長のプラットフォームとなることを目指しております。

最近の国際的な活動としましては、世界医師会のジュニアドクターズネットワークとも共同して、ソーシャルメディア上で抗菌薬の適正使用の啓発を行うとか、世界医師会、またアジア大洋州医師会連合の会議に日本医師会から派遣していただいて、そちらで国内の医師と交流する。また、欧州にいるメンバーもあり、欧州日本人医師会の人とも交流も行ってあります。平成30年9月のアジア大洋州医師会連合のマレーシアの会議では、職場でのいじめやハラスメントに対する決議を作成し、採択されました。

地域での活動も、最近、北海道医師会で、医学生・若手医師のキャリアデザインセミナーで、自分のキャリアをどう考えていくかということについて考える機会をつくるなどの企画協力を行っています。また、11月に長崎県で行われました全国医師会勤務医部会連絡協議会後の勤務医交流会の企画の協力を行っています。

調査・提言

短報作成(謝辞)
若手医師の立場から、地域医療(福島県川内村)の現状を報告
Yoshitaka NISHIKAWA, Masaharu TSUBOKURA, Satoru YAMAZAKI,
Healthcare Delivery to a Repopulated Village after the Fukushima Nuclear
Disaster: A Case of Kawauchi Village, Fukushima, Japan, JMAJ 59(4):159-
161, 2016

Universal Health Coverage: Position Paper, Short Movie作成
Kazuhiro Abe, Daisuke Kato, Mineyoshi Sato, Tatsuki Ikejiri, Satoru Ueda,
Marimo Karaki, Momoka Kitani, Yuki Koyama, Shoko Sakuraba, Takanori
Takaki, Shoki Hamada, Japan Youth Statement Universal Health Coverage:
A chance for all
(UHC Forum 2017)

また、若手の声を吸い上げる調査・提言も行っており、幾つかの短報や2017年に東京で行われましたユニバーサル・ヘルス・カバレッジについてのフォーラムでは、医学生などの若手世代の団体のメンバーとともに意見書を発表しております。

調査・提言

阿部計大, 三島千明, 加藤大祐, 宮脇敦士, 赤星昂己, 齋藤宏子, 龍田ももこ, 塚田瓜歩, 小山裕基, 医師の長時間労働の法規制に関する若手医師と医学生からの提言書: 「壊れない医師・壊さない医療」を目指して, 第5回医師の働き方改革に関する検討会

阿部計大, 加藤大祐, and 園田健人. "若手医師と医学生を対象としたアドボカシースキルワークショップ: 活動評価と今後の課題." 日本健康教育学会誌 26.2 (2018): 155-161.

働き方についても、インターネット上でアンケート調査を行い、メディアに取り上げていただいたりしております。

また、医師会の中で専門家を越えた学びの機会も与えていただいております。グローバルファンドの國井修先生や、以前世界医師会の会長も務められたイギリスのマイケル・マーモット先生という健康の社会的決定要因で大変ご高名な先生に教を請う機会も設けております。

今後の展望

若手医師が社会課題に向きあい、視野を広め、その声を社会に発信したり、課題の解決の一助になりたい



このように多様な活動を行っていますが、今後の展望としましては、若手医師が社会課題に向き合って視野を広めて、若手医師としてどう考えるかという声を社会に発信したり、その課題の解決の一助になりたいと考えております。



日本医師会のホームページからメーリングリストに登録することもできますし、フェイスブックでもグループのページがありますので、そちらもご参照いただければ幸いです。ありがとうございました。



高知医療再生機構企画戦略室
特命医師
石井 洋介

「コーチレジ～医師の地域偏在問題を研修医が力を合わせて改善に導いた一事例～」

貴重な機会をいただきまして、ありがとうございます。

医師としてはとても散らかったキャリアを送っております石井と申します。高知大学卒で、そのまま近森病院という、当時の高知県ではブラックと噂されていた病院で働いていました。このブラックの原因というのは、一重に地方病院の医師不足に起因していると考えていました。このままブラックな病院が多数生まれてしまうと、誰も高知で医療をしたいと思える人がいなくなってしまうのではないかとと思うところがあり、初期研修医ながらに医者を集める活動をしようと試みました。コーチレジという活動ですが、その活動の延長で高知医療再生機構の職員をしながら、横浜市民病院で3年間外科医をしていました。やはり過重労働と評判の外科医でした。そのコーチレジの話が厚生労働省の職員が目にとまり、医系技官として地域医療計画課医師確保室という、現在の、医師の働き方改革などを立ち上げた部署等で2年間仕事をしました。ちなみに一番過重労働だったのは厚生労働省時代です。



医療には臨床と経営と政策の三つの層があり、これから地域包括ケア時代の医療を担うには、この三つの層における考え方の違いをしっかりと学んだほうが良いと学生時代に習いました。私はこの層を全部自分で見てみたいなと思い、

臨床も政策も経験し、今はクリニックを運営しながら、経営コンサルティングの会社で仕事もさせてもらっています。更に、これから地域包括ケアの次の時代を考えるに当たって、臨床・経営・政策でもない第三のアプローチとしてデジタルハリウッド大学院でデジタルヘルスとコミュニケーションデザインを学び学位を取りました。

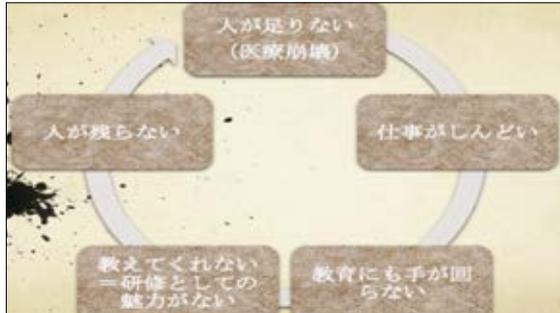
まとめると、臨床、経営、政策とデジタルコミュニケーションという特技がある医者だと思っただけであればと思います。



その中で、今回は初期研修医時代に行ったコーチレジという高知県の医師確保の話をしていきます。私が入学した2004年に初期臨床研修制度が始まり、それを機に自分の好きな病院で研修をできるようになった結果、高知大学の学生は高知県内の病院ではなく、有名な都会の研修病院に流れることが多くなりました。その結果、若手医師の数が減少していきましたが、高齢化の影響で医療需要は増え続け、医師の負担は増え続けていきました。悲しいことに、この影響もあってか2008年に県内の医師が過労死をしてしまいました。私はもともと消化器外科医になりたいと思っておりまして、症例数の多い都会の病院で修練を積む予定でしたが、何か少しでも高知の医療をよく出来ないかと思い高知に残ることになりました。

当時の実情は、2004年に800人いた40歳以下の医師が550人まで減ってしまいました。40歳以下の若手でばりばり働く先生が減っているの、書類を書いたり、研修医がするような仕事も、臨床や研究で一番大変な世代の先生がやらなきゃいけないような状態が続いていました。当然現場は疲弊してしまって、それを見ていた学生は更に高知県へ残る気持ちがなくなるといふ事態が起こりました。どこの病院に

行ってもハードワーク、そんな状況を鑑みて、結局学生が県外に流出していったという悪い状況が続いていました。ただ、当時、高知県でそんなことが起きていると理解していた人は少なかったと思います。



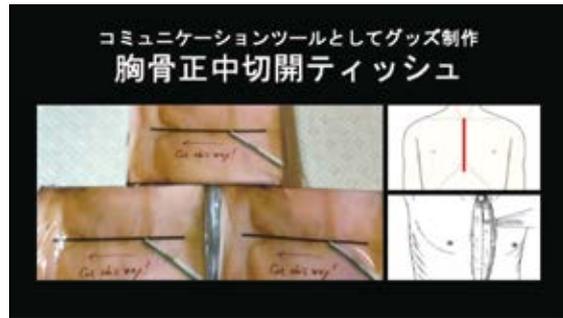
人が足りなくなると仕事が辛くなり、教育にも手が回らなくなり、研修としての魅力もなかなか感じられず、結果、さらに人が残らないという悪循環が続いていたと思っています。僕は急に偉い先生になって大きな改革をすとかはできなかったの、一研修医として残りたくなる魅力をどうやったら生み出せるのかという点だけを考えました。

まず、最初に「お互いに悪口を言うのをやめましょう」というところから始めました。研修医同士で飲み会を始めて、近隣の病院同士が仲よくなるとうところからスタートしたのです。県内の病院同士で悪口を言わない。逆に良い口コミをお互いによくする取り組みをしました。

次に、県外に向けたプロモーション戦略や、ブランディング向上を目指した活動をしました。都会のブランド病院であれば特に宣伝をしなくても名前が轟いていますが、当時は高知県の病院にあえて目にとめる研修医はいませんでした。そこで、研修内容や病院名以外の武器をつかって、高知県に目がとまるような活動を始めました。

例えば、初期研修病院の合同説明会の会場で、当時は「高知へようこそ」というような特に特徴のないティッシュを配っていました。研修医からすると、このティッシュは誰も要らない。そこで、思わず手にとりたくなるようなティッシュをつくってみようということで、「胸骨正中切開ティッシュ」という、胸骨正中切開創とティッシュの割れるラインが一致している

ティッシュをつくったところ、それまでの20倍はブースに人が来てくれるようになりました。



ほかにも「病院見学ようこそ、3万円補助しますよ」といった役所が作るような資料は誰もとってくれません。そこで、「ぶらり旅しませんか」といった旅行会社の作るようなポスターにしたところ見学者数も増えました。



ホームページも自力できれいに改訂し、当時流行り始めていたFacebookのようなSNSにも力を入れ始めました。

少しずつ高知県の医療が着目されていく中で、YouTubeを使って身体診察を学べる教科書「YouTubeでみる身体診察」を作るなど、次第に教育コンテンツにも手を伸ばせるようになりました。つかみのプロモーション活動だけでなく、女医さんのキャリアを考えるイベントや、臨床「酔」論とって飲みながらいろいろな勉強会をしたり、高知県内の医師が少しでも働きやすくなるような活動にも力を入れるようになっていきました。

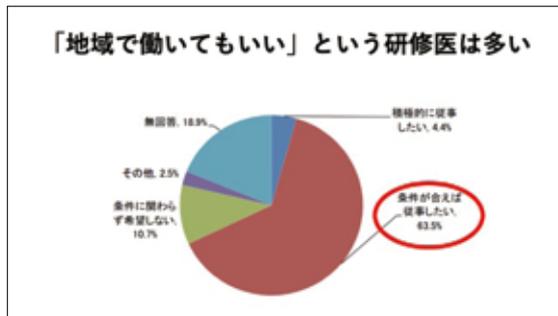


こうした研修医がはじめた活動の輪は少しずつ広がっていき、最終的には高知県内の臨床研修病院が手を組んで全病院が協力型になって研修先をビュッフェのように選べる、高知県独自の研修スタイルが確立していきました。

更にこのような活動から派生し、高知県全体で研修医を見守る活動として、精神科の先生と手を組み、セーフティスクラムという、体調が悪そうな研修医を早期に発見し、相談出来るような仕組みをつくりました。

このような立体的な活動は着実に実を結び、僕が卒業した2010年当時と比較すると約1.8倍の研修医が高知県に残ってくれるようになりました。見学者や説明会来場者は20倍とかの数字になっています。これらの取り組みは早期に実行可能な医師偏在対策ということで厚生労働省の医師確保の資料に載る程の活動になりました。

若手の医師は地方に残りたくないかというそんなことはなくて、アンケート結果では、条件がよければ地方で働いてもよいという人が63.5%います。積極的に働きたい人も合わせると7割近くは地域で働いてもよいと思っっているのです。要するにそのニーズをどうやって引き出していくかがすごく重要なのではないかと思います。



地域医療の偏在対策は、厚労省を主体に国をあげて手を打つことが課題の一つではありますが。ただ、国が動き出すまで何も出来ないかと言えればそんなことはありません。地域側からできることはまだまだ沢山あって、病院ごとにできることもまだまだ沢山あると思っています。若手のニーズは若手が一番よく知っているので、若手と対話しながら素直に取り入れていくことが非常に重要なのではないかと思います。今回の高知県の取り組みも私が提案した内容を、高知県全体を統括している先生や行政官が「面

白いね」と言ってくれて、フットワーク軽く取り入れていってくれたことが成功の要因になっています。

医師確保に対する意識が地域全体として希薄なところもあると思いますが、僕が必死に人の2倍働くよりも、医者数が1.1倍いたほうが絶対に持続可能性がある取り組みになります。医師の善意の上に成立する地域医療のモデルから一刻も早く脱却することを願います。

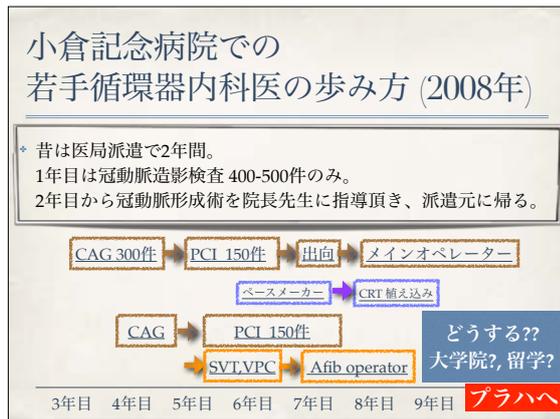
最後のメッセージですが、自分の病院だけが利益を奪うような考え方をしてしまうと、結果として地域全体が崩壊していくことを高知県は経験しました。自分の病院や目先の利益だけでなく、地域全体の最適化、地域全体の未来を考えていくことが、2025年、2040年とわたっていく地域包括ケア時代の医療においては非常に重要なのではないかと思います。福岡県全体でも手を取り合って、地域全体の最適化を目指した医療提供体制を築いていってもらえたら嬉しいです。



小倉記念病院循環器内科
副部長
福永 真人

「若手医師のキャリアパスと攻めの地域連携」

私は大学時代にバックパッカーで30カ国ぐらゐを回っており、今では訪問した国は50カ国ぐらゐになると思います。初期研修から小倉記念病院にずっと在籍しており、10年弱たったときに、海外で臨床をしたいと思い、珍しい留学先ではありますが、2年間プラハに行ってきました。今回は地域病院から世界に羽ばたくということで、東ヨーロッパに臨床留学した実際を紹介いたします。



私が研修を始めた2008年当時の小倉記念病院の若手循環器内科医の歩み方を示します。それまでの多くは医局の派遣で2年間で派遣元に帰るとするのが定番でした。私のキャリアは、虚血性心疾患から始まり、その後不整脈の疾患をメインにして、医師として10年目にプラハに留学しました。

プラハは、ヨーロッパの真ん中で世界一のものが二つあり、ビールの消費量と薄毛率です。現地の人々の性格はやや暗く、陽気でないドイツ人というのわかりやすいでしょうか。チェコは旧社会主義国ですが、きれいなショッピングセンターがあったり、マクドナルドもあって整っていて、今では西欧諸国と変わらず、生活環境としても素晴らしいところでした。

私のボスのジョセフ・カウツナー先生との出

会いは今から6、7年前の台湾の学会でした。小倉記念病院でも行っていた、難易度の高い心室頻拍のカテーテルアブレーション治療を年間100件以上行っていて、こういう high volume なところで経験を積みたいと思うようになりました。経緯としては、履歴書を持って突撃するというシンプルなやり方でしたが、その場で“オーケー、いつから来るんだ?”ということになりプラハに行くことがいきなり決まりました。



わたしは臨床をしたいと思っていたので、臨床の免許を取らなきゃいけなかったのですが、この8個が必要で、今までに日本人が留学したことがなかったため、大変苦勞をすることになりました。2014年3月に留学の許可をもらい、1年後に飛び立ちましたが、日本の大学とヨーロッパの大学の授業時間が違うという問題のため、なかなか免許が下りませんでした。滞在から9ヶ月間かかり、最終的には医師免許を取得することができました。臨床の実際ですが、6時半には起床、8時に1例目の症例が始まり、終わるのは大体16時で、日本より1時間ほど早いです。日本の先生が同時期にもう一人とアルメニア、モンテネグロ、スロベニア、ポーランドなどいろいろな友達ができ、非常に充実した生活を送ることができました。



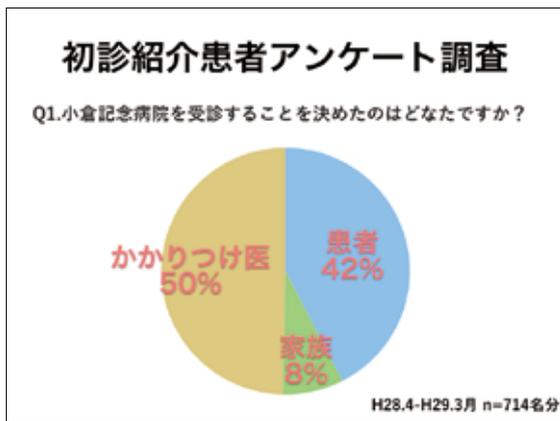
プラハにあるもう一つの病院にも日本から留学されている先生がおり、日本人が3人いるのは珍しいから日本人セッションを企画しようと教授に言われ、チェコ不整脈学会で、“ヤポンスキー（チェコ語で日本人という意味）ブロック”という日本人セッションをつくってくれました。招待されていた筑波大学の野上先生という有名な教授を前座にして、あとのフェロー3人がメインを話すという恐ろしい場になりました。現地のDrは日本語はわからないだろうということで、日本語のページを出したり、プレゼンテーションをチェコ語で少しだけ話したりして、良い思い出になりました。



また、同時にヨーロッパに留学している先生たちと集まって飲み会を定期的に行っていました。家族も同伴で色々な国、と言っても飛行機で2時間くらいでいけるのですが、皆さんそれぞれの土地で色々大変なことがありながらも頑張っていました。2年間のフェローシップが終わり、留学で何を学んだかという、日本と違う環境での刺激によって考え方が変わったということがあります。新たな医療機械が初めて人間に試される世界のアニマルラボのような所ですが、その現場を見て新たなアイデアや疑問が湧いてきました。なおかつ海外で臨床を行うこともでき、自分の技術がある程度通用するという自信もつきましたが、それ以上に家族との自由な時間を非常に大事にしていることが、日本にいるとなかなか気づけないことだったと思います。



2年前に帰国してまず最初に行なったことは、いかに効率的に仕事を行い、休める時にはみんなもっと休もうということで、院内のクリニカルパスを改訂したり、留学先で得たものと今までのやり方を融合したりして、今回の経験を生かしています。



もう一つ、地域連携ですが、これは前院長の延吉先生も、病院連携が大事だということをおっしゃっていましたが、これをもっと進めた形で、企画広報の松本さんが頑張っているのでご紹介いたします。新しい形のもっと攻めの姿勢での病院マーケティングの話です。実際、初診の患者さんにアンケートをとると、かかりつけ医からご紹介をいただく場合が約半分で、もう半分は患者さん自身が選んでいます。つまり生活者と医療機関という二つのターゲットがあって、もう一つの生活者のほうにアプローチをしようということになりました。タグラインという例えば、「マチのほっとステーションLAWSON」のようなキャッチフレーズですが、小倉記念病院は「いつもの暮らしに、いつものあなた」というタグラインになっています。インターネットで検索してもらおうと、病院名よりも先に「いつもの暮らしに、いつものあなた」と掲げています。そこをクリックすると、トップページにいきなり生活者の顔が出てきて、病院の情報は後から出てきます。



患者さんがホームページで何を見ているか、

ということも検索をかけました。解析結果は、どんな医者がそこで働いているのかを見たい人が大半であったため、医師の紹介ページを充実させています。



市民公開講座の広告も興味を引くように奇抜なポスターをつくったりして、1回あたり400人前後、年4,500人の参加があります。また、地域に出て交流をするため、医師が平日の昼間に時間を使って、市民センターや老人クラブで健康に関するお話をさせてもらっています。地域のイベント（黒崎こども商店街の職業体験）にも参加したり、サッカーチームともコラボレーションしています。



地元企業の方とも協力し、シャボン玉石けんとのコラボノベルティーや、病院監修のドレッシングや50%減塩焼き肉のたれをつくったりしました。このような形で、ただホームページだけ作って待っているのではなく、積極的に動いて徐々にファンとなってくれる方を増やしております。その一方で、医療機関、診療所の先生方との意見交換なども今まで以上に熱心に行なっています。

Take home message

* **“Think globally, act locally”**

* Our mission;

地域連携を通して

“福岡県の**健康寿命の延伸**に寄与する”

最後に、take-home messageとしては、地域にしながら世界的視野で頑張ろうということ、私たちのミッションは、地域連携を通して最終的には福岡県の健康寿命の延伸に寄与することだと考えております。

シンポジウム

テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」

【専門医共通講習－⑤地域医療（任意）】 1単位

「高齢化社会にも対応した低侵襲化心臓血管外科手術」



九州大学大学院
医学研究院循環器外科学分野教授
塩瀬 明

高齢化社会にも対応した 低侵襲化心臓血管外科手術

九州大学大学院医学研究院
循環器外科
塩瀬 明

九州大学心臓外科の塩瀬でございます。今回はこのような機会をいただきまして、まことにありがとうございます。

私は心臓外科医でございますが、皆さんの高齢者に対する我々の手術のイメージはいかがでしょうか。心臓外科手術はがさっと切って手術はかなり難しいのではないかとされているかもしれませんが、今はそんなことはなく、かなりの方が安全に手術を行って助かっております。しかしながら、高齢者に対応するという意味では、やはり低侵襲であるべきと考え、私は3年前に九大に戻ってきたのですが、それからほとんどの手術で低侵襲化を目指しております。

進む高齢化社会

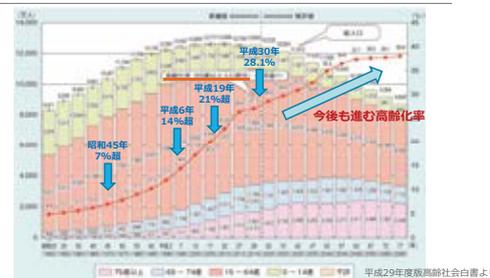
- ✓ 高齢化社会 65才以上の人口比率 **7%**以上
- ✓ 高齢社会 65才以上の人口比率 **14%**以上
- ✓ 超高齢社会 65才以上の人口比率 **21%**以上

The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

高齢化社会で、内科の先生などは当たり前

ご存じかと思いますが、65歳以上の人口比率が7%以上、高齢社会は14%以上、超高齢社会は21%以上です。

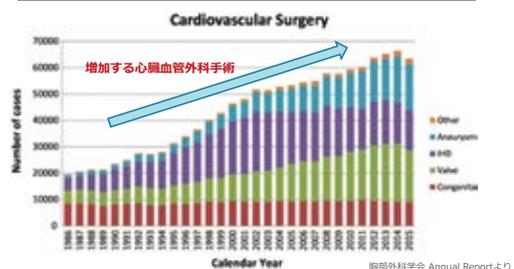
進む高齢化社会



The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

今どれぐらいの比率になっているかを調べてみたところ、この赤い部分が75歳以上で、ぐんぐん増えております。青いところが65歳から74歳、このオレンジになっているところが15歳から64歳で、緑の部分が0歳から14歳です。ちょうど2020年で、65歳以上が28%になります。5年後の2025年には30%、10人に3人は65歳以上になります。

心臓血管外科手術の発展

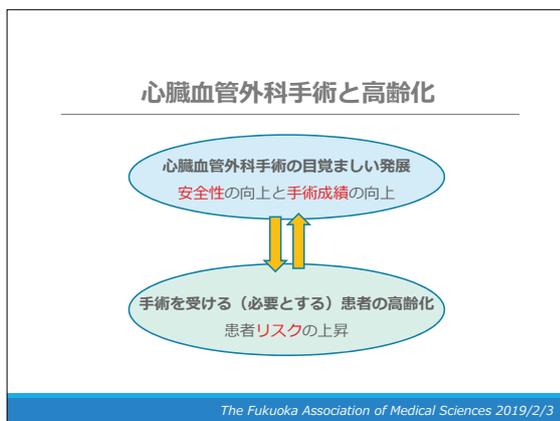


The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

心臓外科の話に戻りますが、皆さんのお近くに心臓の手術を受けられた方はどれぐらいいらっしゃるのでしょうか。実際に、日本では年間に6万例ほど心臓大血管の手術が行われております。30年程前には2万例もありませんでしたので、30年間で大体3倍ぐらいに増えています。

心臓大血管の手術は大きく四つに分けられます。この赤いところがcongenitalで先天性です。生まれたときに心臓に穴があいている方で、おもしろいことに、この30年ほどはほとんど数が変わっておりません。1万例弱です。ぐんぐん

と増えているこの緑が弁膜症です。2015年に統計のとり方が変わったので少なくなっているように見えますが、日本で1年間に大体2万例以上の弁膜症に対する手術が行われております。紫色がIHDです。Ischemic Heart Diseaseですので、我々であれば狭心症や心筋梗塞の患者さんに冠動脈バイパス術を行います。大体1万例です。この年代あたりでおそらく天皇陛下(現上皇陛下)が含まれていると思います。この最後の青い部分がaneurysm、大動脈瘤で、これも増えております。これらをトータルしますと大体6万例ぐらいになるわけです。



最初に申し上げたとおり、安全性と成績が向上しており、いまは普通の待機手術で亡くなることはほとんどありません。我々は昨年500例以上の心臓大血管手術を行いました。30日のmortalityは今1%を切って0%台です。100人やって99人以上の方が助かっているというところまでできております。

しかしながら、どうも昨今は相手が悪い。相手が悪いというのは、手術を受ける患者さんが高齢化し過ぎていて、我々はさらに技術と管理の質を上げていくしかありません。手術を受ける患者さん側のリスクが上がっているということです。

心臓血管外科手術と高齢化

現在、そしてこれからの心臓血管外科手術に求められるもの

手術の低侵襲化

特に**高齢者**では、
少ない身体的負担の軽減
早期離床と早期退院の実現

The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

これからの心臓血管外科に求められるのは、特に高齢者への身体的負担が軽い手術、そして早期離床を進めることです。低侵襲化するしかないわけです。

九州大学病院心臓血管外科での低侵襲化心臓血管外科手術

✓ 大動脈ステント内挿術	2008年～
✓ 経カテーテル的大動脈弁置換術	2014年～
✓ 右側開胸僧帽弁手術	2016年～
✓ 完全胸腔鏡下僧帽弁手術	2017年～
✓ 右肋間開胸大動脈弁手術	2018年～
✓ ロボット支援下心臓手術	2018年～

現在では、**75才以上の約50%**で、**85才以上の約80%**で何らかの**低侵襲化心臓血管外科手術**を行っている。

The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

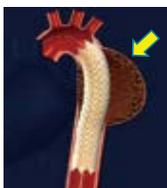
我々は、大動脈関連に関しては、ステント術を2008年、10年以上前に導入しました。大動脈弁に関しては、先ほどポスター発表もありましたが、TAVIを5年以上前から導入しています。右肋間開胸は昨年から導入し、僧帽弁手術もこのように正中をあけるのではなくて横から開胸手術、また完全胸腔鏡下、あとは心臓では行われなだらうと思われていたロボット手術も行っております。

低侵襲化心臓血管外科手術

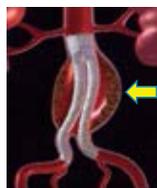
大動脈ステント内挿術

大動脈ステントグラフト内挿術 (TEVAR / EVAR)

胸部大動脈瘤



腹部大動脈瘤



経カテーテル的にステントグラフトを大動脈内に留置する

The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

大動脈のステント手術についてです。胸部大動脈瘤、腹部大動脈瘤、もちろん通常であれば瘤のところを切除して人工血管をつなぐわけですが、その際、経カテーテル的にステントグラフトを挿入します。なぜかという、結局、瘤というのは破裂を予防する、大動脈瘤壁の減圧によって破裂を防止することが最も大事です。瘤を全て取り除いて人工血管にかえるという固定観念を少し変えて、破裂を予防するという意味では、ステントグラフトが非常に有効だからです。

低侵襲化心臓血管外科手術

経カテーテル的大動脈弁置換術

大動脈弁狭窄症

近年、高齢化に伴い急激に増加している。



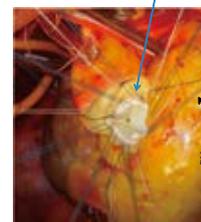
The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

基本は正中をあけて人工心肺を回す手術である大動脈弁置換術も、経カテーテル的に行えるようになりました。九大病院では200例以上のケースを経験しております。

これは正常な大動脈弁です。収縮期にはこういうふうに弁が開放するわけですが、拡張期にはバルサルバで血流が乱流を起こしてクローゼンクします。しかしながら、このように大動脈弁狭窄症になると、この弁が開かなくなります。そうすると、幾ら心臓が元気であったとしても、全身に血液が供給されません。これは人ごとではなく、加齢とともに必ず発生します。統計では75歳以上の方の大体5%、全ての弁膜症を含めると75歳以上の10%が弁膜症です。若年者には起こりません。

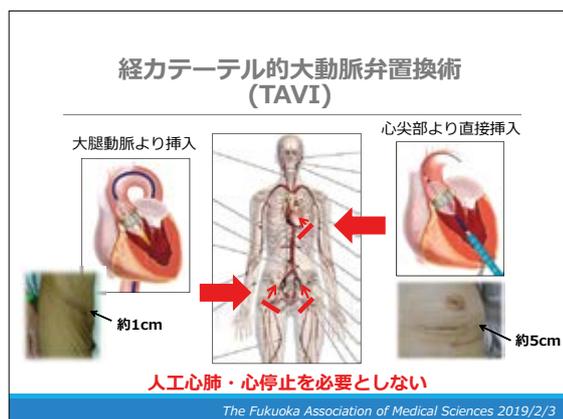
従来の大動脈弁置換術

石灰化した大動脈弁 → 切除 → 人工弁 (生体弁)



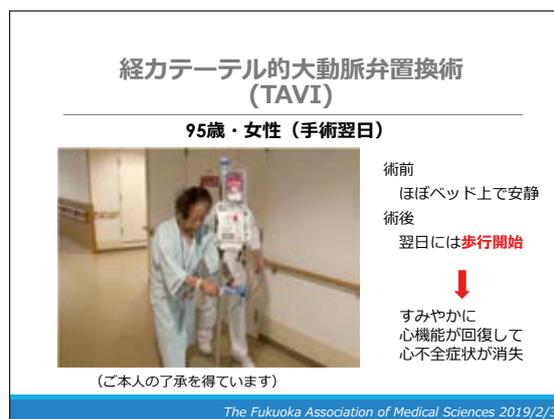
The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

これは我々の手術の写真で、ここに大動脈弁があります。三つの弁がありますが、石灰化しているのがわかるかと思います。この石灰化した3弁を全て取り除いて右のような生体弁を入れるというのが、昔から行われている、もちろん今も行われるゴールドスタンダードの手術です。



今回ご紹介するTAVIというのは、経カテーテル大動脈弁置換術です。先ほどと同じようにカテーテルを用いて、人工血管——ステントというのがありますが、今度はそのステントで人工血管の中に人工弁をつけるという発想です。したがって、カテーテルで大動脈弁のところまで持っていき、そこでオンして、人工血管と新しい弁を開くこととなります。可能であれば、鼠径部から大体1センチぐらいの傷でできます。大腿動脈からいくと、カテーテルを逆行性に進めていきますので、動脈硬化が強い人、プラークがある人などはいろいろなリスクがあり、その場合には、心尖部を切開しながらダイレクトに心臓にアプローチします。これは人工心臓、心停止を必要としません。

少しアニメーションを見ていただくとイメージできるかもしれません。これは大動脈弁ですが、非常に動きが悪くて心臓の中が見えない、重度の大動脈弁狭窄症です。これは心尖部アプローチをしています。このアプローチは外科医しかやらないのですが、このように心臓に直接針を刺して、そして大動脈弁のところに持っていき、最終的なものを留置する前にバルーンで一旦膨らませます。そこで状態を安定させておいて、これが本番ですが、TAVIと言われる弁を留置する。これだけです。あとはこのワイヤーを抜いて、この穴を閉じます。見てみると、先ほどほとんど動いていなかった弁は横に押しやられて左心室がよく見えるようになりました。



この方は95歳の女性の方です。重度の大動脈弁狭窄症で、術前はほとんどベッドから動けないような方でした。これは術翌日ですが、すぐ歩けるようになり、ちょっとしゃべり過ぎかなというくらいにお元気になり、家族もかなり驚かされていました。当院では90歳以上の方の手術を何例も行っております。

こうしていきますと、このカテーテルのTAVIと言われる治療法は魔法のような手術と思われるかもしれませんが、見えないところでやりますので、大動脈弁に破壊されたり、いろいろな合併症があり、初期は成績が非常に悪かったわけです。しかし今は1%も起きないぐらいまで技術も習熟しております。

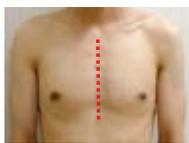
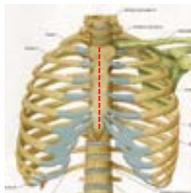
低侵襲化心臓血管外科手術

右肋間開胸大動脈弁手術

手術に耐えられる人は、やはり胸をあけて手術をするのがいいかと思います。なぜなら、さっきのTAVI弁というのは、まだ長期の成績がわかっておりません。実際に胸をあけて行う大動脈弁置換術というのは、15年、20年の成績がしっかり出ております。TAVIはまだ10年後の成績が出ていないので、生命予後が10年以上あり、手術に耐えられる人は、やはり手術で治

したほうがいいと思います。

従来の僧帽弁手術

約20-25cmの皮膚切開と胸骨全切開が必要

The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

この大動脈弁手術も、本来の手術は皆さん見られたかと思いますが、正中を切って、この胸骨を切ります。大体20センチから25センチの切開がスタンダードですが、できるだけ低侵襲で行いたいということで、上側半分だけ切るなどいろいろな切開があります。さらに進めて、最近では肋間からやっております。

右肋間開胸大動脈弁置換術




肋間からのアプローチ
約5cmの皮膚切開

The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

この方は80代後半の方ですけれども、経カテーテル的なTAVIでもよかったのですが、まだまだお元気でしたので約5センチぐらいの肋間開胸で手術を行っております。非常に元気になって帰られました。この方はスタンダードな弁を使っているのですが、間違いなく15年、20年は問題ないかと思えます。

僧帽弁閉鎖不全症



僧帽弁
逆流

可能なかぎり自己弁を修復して温存する

人工弁に関する合併症の心配がない
ワーファリンを飲み続ける必要がない



弁尖形成



腱索再建

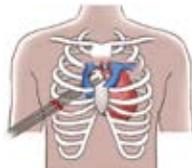


弁輪縫縮

The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

さて、ほかの弁膜症に僧帽弁というのがありますが、これも右開胸完全胸腔鏡下で行えるようになってきました。僧帽弁閉鎖不全症というのは弁が逆流を起こすもので、以前であれば人工弁である生体弁か機械弁を用いていました。エコーの発達と技術の向上により、悪いところを同定し、その部分だけを修復する、小細工というか、悪いところだけを切る、もしくは伸びている腱索を再建することによって閉鎖不全をコントロールすることができます。何がいかというと、人工弁に関する合併症の心配がないことです。機械弁はずっとワーファリンを飲まないといけない、生体弁はどこかで劣化する、形成術がうまくいけば、ずっと閉鎖不全症が起らないというデータがあります。

右側開胸僧帽弁形成術




特殊な手術器具を使用し、
直視下に肋間から心臓へアプローチ
7-8cmの皮膚切開

The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

この僧帽弁形成術というのも通常であれば正中でいくわけですが、私がアメリカから帰ってきたときに、こういった右開胸の手術を導入いたしました。まずは、九大のチームに慣れてもらうため右開胸から始めました。大体七、八センチの皮膚切開でやることができます。ただ、心臓までの距離が遠いので、鉗子などは全て長

いものを用います。大分慣れて、もう大丈夫だろうということで、最近は胸腔鏡下でやっております。



ポートを使いながら、一般外科と同じような手術でやっております。心臓を見ずにモニターを見ながらで、これは格好つけてサングラスをしているわけではありません。3Dの眼鏡です。3Dで見ながら手術を行うというところまで来ております。今までは僧帽弁というと、術者には見えますが、助手の先生にはほとんど見えませんでした。今はこういった大きなモニターに僧帽弁を映しながら行うので、教育的にも非常にいいツールではないかと思います。



傷は今四、五センチで、一番小さいので最近3.5センチというのがあり、それぐらいの傷でできるようになってきました。

低侵襲化心臓血管外科手術

ロボット支援下心臓手術

ロボット支援下心臓手術

外科医にとっての利点	患者にとっての利点
鮮明な3D画像による拡大視野	手術創が 小さい
両手首・指に合わせた 全方向性の動き に対応	術後の痛みが 少ない
モーションスケール機能により 精緻な動き が可能	出血量が 少ない
手振れ防止機能	縦隔炎のリスクが 少ない
	早期の退院・社会復帰が可能
	美容上の観点

The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

最後、ロボットです。ロボットは何がいいかと言いますと、先ほどの完全内視鏡とほとんど同じなのですが、手ぶれ防止がついたり、関節がいっぱいついているので、いろいろな動きができるというのが利点かと思えます。



昨年行いましたけれども、こうなってきますと大体三、四センチぐらいの傷でできます。

ロボット支援下心臓手術



The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

これは1年ぐらい前に行った、おそらく九州初のロボットによる心臓手術です。一般外科の先生はこういったのになれているかもしれませんが、動いている心臓を相手にロボットを使っています。

ロボット支援下心臓手術

ロボットの“アーム”が外科医の“手”として活躍する



The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

ここにASD——心房中隔欠損という穴があります。実際には胸壁から二、三十センチ先ですが、これぐらい大きな画像で、みんなで見ながら手術をすることができるようになりました。

本日のまとめ

手術の低侵襲化のメリット

術後の回復が早い

**低侵襲化心臓血管外科手術は、
高齢者が安全で効果的な手術を受ける
機会を増加させることができる**

呼吸器合併症の回避

筋力低下の予防

在院日数の短縮

The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

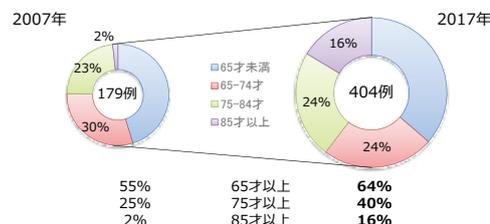
本日のまとめです。手術の低侵襲化はメリットが大きいと思います。術後の回復も早いです

し、離床、リハビリを早期から開始することができます。それによって在院日数を短縮でき、いろいろな合併症を回避することができると思います。この低侵襲化手術というのは、高齢者に安全かつ効果的な手術を受ける機会を増加させることができると思います。

がん患者とは違い、心臓の手術というのは少し考え方を変えないといけないと私は個人的に思います。がんであれば、もちろん取り除くことが大事だと思いますが、例えば、弁膜症には0、1、2、3、4のフェーズがあり、シビアな逆流がある方でも病院に歩いてこられるわけです。したがって、4を0にするのを目指するのではなく、4を1、2にすれば心臓の負担がものすごく軽減されて元気になられます。ここに出しましたけれども、高齢者の方に対しては、100点を狙う手術ではなく、80点、90点でも、安全性が確保された、効率のよい効果的な手術を提供することにフォーカスをするべきじゃないかと思います。

高齢化する心臓血管外科手術患者

九州大学病院心臓血管外科



The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

これは我々のデータですが、10年前は179例ぐらいでしたが、私が2016年に帰ってきて、今400例以上、昨年は500例以上の手術をさせていただきました。私もデータをとってびっくりしたのですが、75歳以上の方が40%、85歳以上の方が16%ということで、かなりの数の高齢者に手術を行っています。

九州大学病院心臓血管外科での 低侵襲化心臓血管外科手術

- ✓ 大動脈ステント内挿術 2008年～
- ✓ 経カテーテル的大動脈弁置換術 2014年～
- ✓ 右側開胸僧帽弁手術 2016年～
- ✓ 完全胸腔鏡下僧帽弁手術 2017年～
- ✓ 右肋間開胸大動脈弁手術 2018年～
- ✓ ロボット支援下心臓手術 2018年～

現在では、75才以上の約50%で、85才以上の約80%で
何らかの低侵襲化心臓血管外科手術を行っている。

The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

昔からビッグサーजन=ビッグインシジョンと言われておりました。大きく切れ、そしてしっかり手術をなさいということですが、そういう時代ではないのかもしれませんが、我々は75歳以上の50%の方に低侵襲の手術を行っていますし、85歳以上では80%にのぼります。やはり我々も進化しないといけないと思います。ウォルト・ディズニーの言葉ですけれども、現状維持は衰退なり、変化を選択しなければ成長はないと思って日々診療をしています。

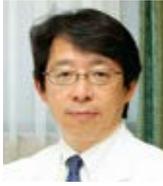
ご清聴ありがとうございました



The Fukuoka Association of Medical Sciences 2019/2/3

ご清聴ありがとうございました。

「超高齢社会の糖尿病対策と個別化医療」



久留米大学医学部
内科学講座内分泌代謝内科部門
主任教授
野村 政 壽

第11回 福岡県医学会総会
平成31年2月3日 福岡県医師会館
座長:福岡大学医学部長

朔啓二郎 先生

超高齢社会の糖尿病対策と個別化医療

久留米大学医学部内科学講座 内分泌代謝内科部門
野村政壽

KURUME UNIVERSITY 主催:福岡県医学会

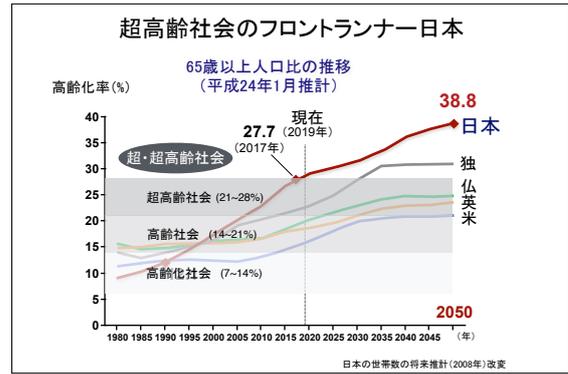
久留米大学の野村です。本日はこのような機会をいただきました朔先生、松田先生はじめ関係各位の先生方に深謝申し上げます。それでは、心疾患の原因となる糖尿病の話に移りたいと思います。

AGENDA

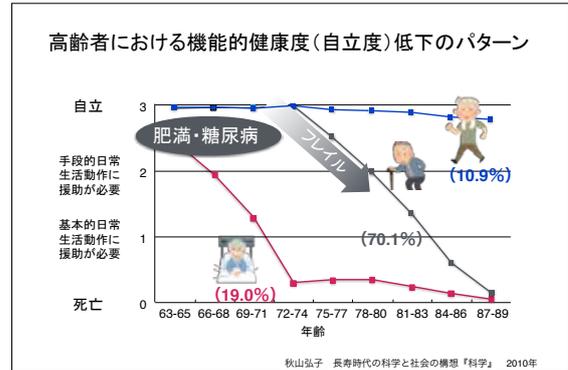
～高齢者糖尿病の克服・百寿社会を目指して～

- ① 糖尿病パンデミックと超高齢社会
- ② 高齢者糖尿病の治療薬選択
- ③ 超高齢社会の糖尿病対策

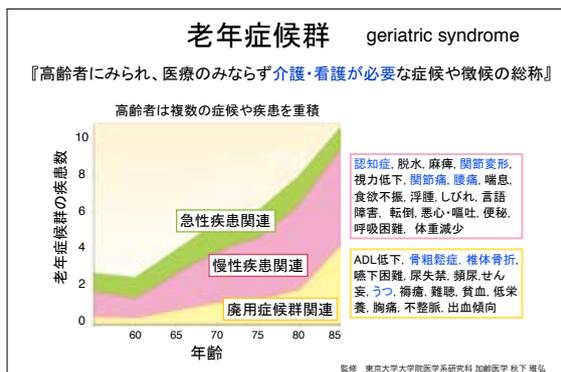
このような流れで糖尿病もパンデミックであるということと、その場合の治療薬、そして現在我々が行おうとしている糖尿病対策に関して少しお話しさせていただきたいと思います。



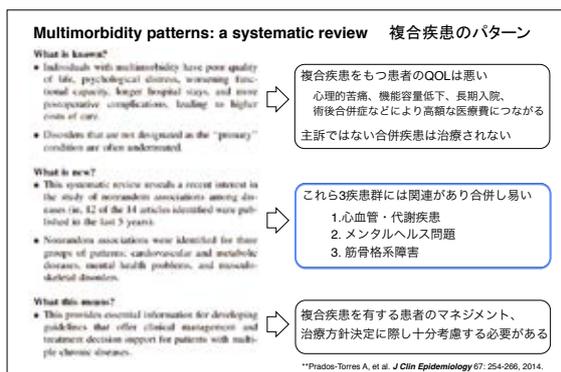
先ほども出てきましたが、日本は超高齢社会のフロントランナーです。7の倍数のアナロジーでいきますと、昨年、65歳以上の人口が27.7%でしたので、現在は28%を超えています。したがって、日本は超超高齢社会とすることができます。すなわち、ultra super-aged societyに突入しました。



このようなお元気な高齢者もおられますが、75歳を過ぎますとどうしても弱ってきます。これをフレイルと呼んでいるわけですが、その背景に何があるかということです。フレイルというのは正常な老化ではないわけです。僕らはこれが老化と思って、こういう方が特別元気な方と思っているかもしれませんが、ひょっとするとこの元気な方が正常な老化であり、フレイルに介入することで平均寿命自体がもっと延びる可能性があります。その背景にあるのは肥満、糖尿病を含めた生活習慣病で、それによりこのようなフレイルが促進されるだろうと思います。



急性疾患というのは年をとっても若い人でもある一定の確率で起こりますが、年をとると、やはり慢性疾患が重積してくるわけです。結果として、こういった廃用症候群関連疾患がどんどん重なり、老年症候群を呈してきます。横の各疾患を見てみると、認知症であったり整形外科疾患が目立ちます。したがって、これからは慢性疾患を管理していくことと、その重症化を予防することによって介護予防へつなげる必要があることがわかります。

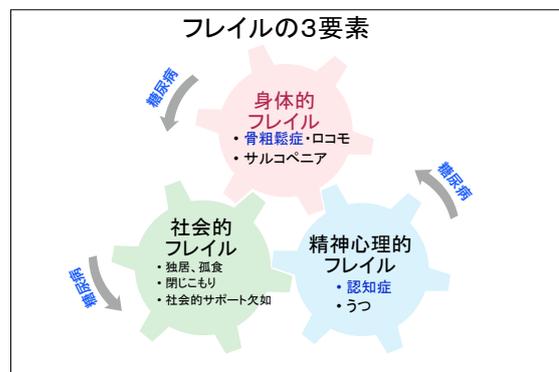


このような論文がございます。高齢者が合併する多様な疾患を解析してみると、心血管合併症と代謝疾患、すなわち糖尿病、メンタルヘルス、筋骨格系障害の三つはしっかりと関連し合って合併しやすいことがわかってきました。

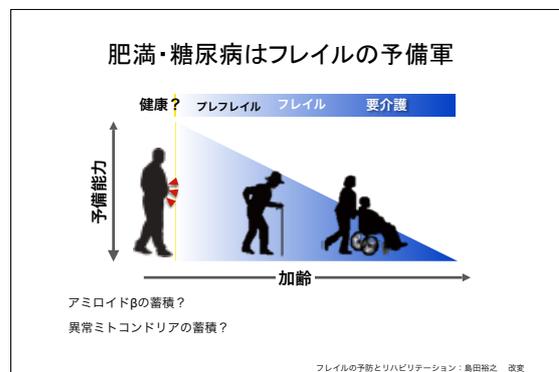


実際要介護の原因を見てみると、約4人に1

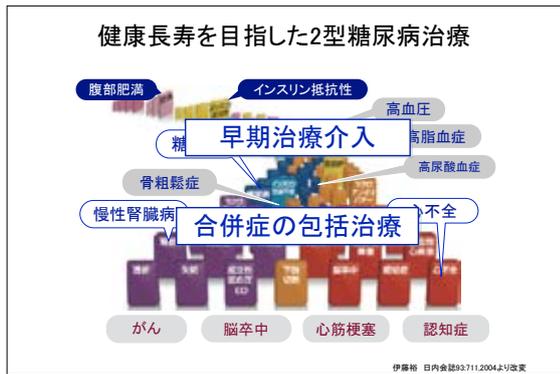
人は運動器障害があります。脳血管障害、認知症、老衰、全て合併しやすく、背景に糖尿病があるような疾患が並んでいることがわかってきます。



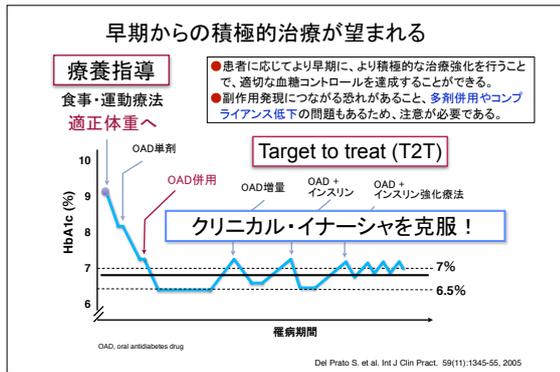
したがって、こういった身体的フレイルと言われるものに加え、精神的フレイル—認知症や鬱、そして最も重要な社会的フレイル—個食や閉じこもり、社会的サポートの欠如といったものを含めて、どれか一つでも悪くなったら全部が悪くなるというサイクルです。これを回しているのが、ひょっとすると糖尿病ではないかと考えています。



先ほどの図に戻りますと、このようにちょっとおながが出た方が健康かという話です。例えば、認知症であれば、10年以上前からアミロイドβが蓄積していることがわかってきました。ひょっとすると、こういった状態はプレフレイルのもっと前、すなわちフレイルの予備軍ではないかと考えられます。したがって、我々はこの段階から早期介入する必要があるかと思えます。



肥満やインスリン抵抗性からさまざまな生活習慣病が生じ、結果として、こういったいろいろな疾患で人は亡くなっていくわけですが、この図を見ますと、やはり早期介入が大事です。とはいえ、1,000万人いる糖尿病の患者さんは合併症を多数有しておりますので、それを包括的に治療するというのも必要かと思えます。



したがって、早期治療が最も大事で、詳細は割愛しますが、他職種連携による療養指導によって適正体重にすることが最も大事だと思います。そして、早期にTreat to Targetの概念で管理目標値を定めて治療して、今言われているClinical inertiaという状態を克服するのが最も大事だと思います。

AGENDA

～高齢者糖尿病の克服・百寿社会を目指して～

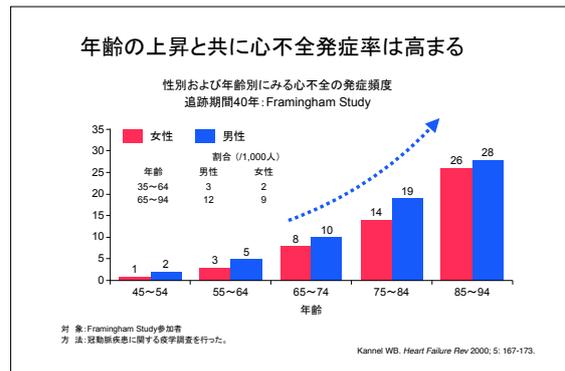
- ① 糖尿病パンデミックと超高齢社会
- ② 高齢者糖尿病の治療薬選択
- ③ 超高齢社会の糖尿病対策

高齢者糖尿病の特徴

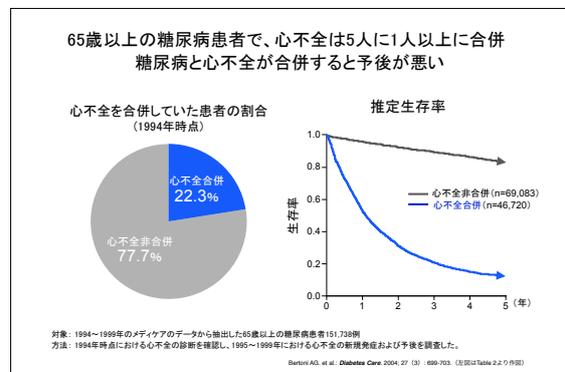
- ① 食後の高血糖や低血糖を起こし易く、**低血糖**に対する脆弱性を有する。
- ② 動脈硬化の合併症が多い。
- ③ 腎機能低下などにより薬物の有害作用が出現しやすい。
- ④ 認知症・認知機能障害、うつ、ADL低下、**サルコペニア**(肥満)などの老年症候群をきたしやすい。

日本糖尿病学会・日本老年医学会編「高齢者糖尿病診療ガイドライン2017」 P1

そういった糖尿病の患者さんに薬を使う際は、まず高齢者の糖尿病の特徴を把握する必要があります。一つは、低血糖に対する脆弱性があること、そして、ご存じのように、心血管合併症が多くて、腎機能が低下して、先ほど申したようなサルコペニア、認知症といった、いわゆる老年症候群を来しやすい点を鑑みながらお薬をチョイスしていく必要があります。

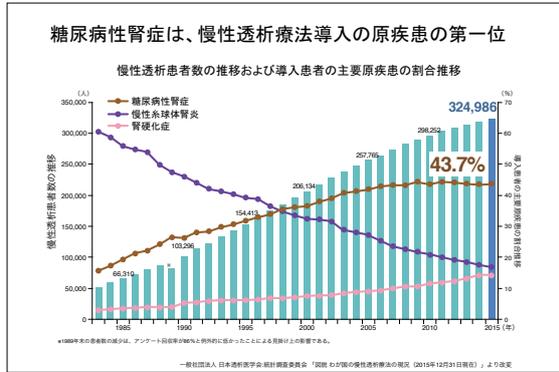


先ほど心疾患の話でありましたように、やはり年齢とともに心不全のリスクが高まります。75歳を過ぎると、15%から20%近くの患者さんは心不全を有しております。

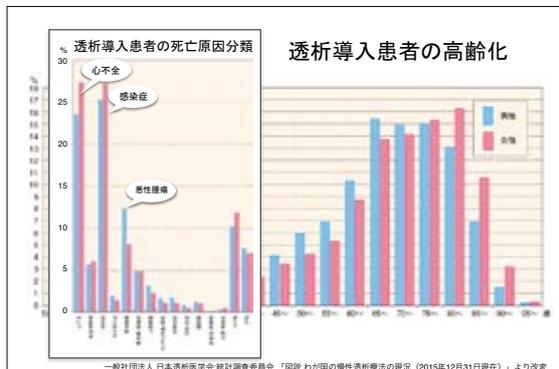


これは心不全を有する糖尿病の患者さんです。糖尿病だけであれば、生存率はこれぐらいなだらかに下がっていくわけですが、心不全合併によって5年生存率が20%を切る。これは肺がん

より予後が悪い疾患です。すなわち、実臨床で糖尿病の患者さんの足が浮腫み、心不全の診断に至れば、その患者さんは肺がんの診断を受けたのと同じぐらいのインパクトがあることを医療者側も認識すべきだと思います。



もう一つは腎疾患です。これは透析導入の疾患別の推移です。糖尿病性腎症はごらんのように増加してきましたが、最近ちょっと頭打ちです。これはARB等の治療薬によって、おそらくこうなっているんだと思います。1998年から慢性糸球体腎炎と逆転して、いまだに1位を占めています。



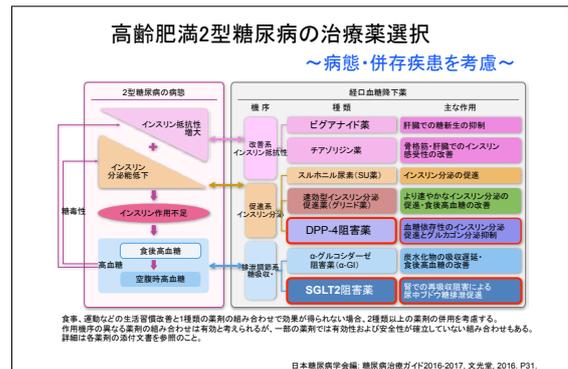
透析導入の患者さんを見てみますと、これも先ほどの外科疾患の患者さんと同じように、75歳以上が圧倒的に多いです。こういった患者さんは何で亡くなるかという、やはり心不全なんです。腎臓透析によって腎不全で亡くなることはなくなりましたが、心不全、そして悪性腫瘍もちろんあります。したがって、高齢者糖尿病患者さんと心不全というのは切っても切れない関係にあります。

患者の特徴・健康状態	カテゴリーⅠ	カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
	①認知機能正常かつ ②ADL自立	①軽度認知障害～軽度認知症 ②手段的ADL低下、基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 ②基本的ADL低下 ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤(インスリン製剤・SU薬・グリッド薬など)の使用	なし	あり	
年齢	65歳以上 75歳未満	75歳以上	
目標値	7.0%未満	7.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.5%)
重症低血糖	7.5%未満 (下限6.5%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

治療目標は、年齢、罹患期間、低血糖の危険性、サポート体制に加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

日本糖尿病学会 編・著 糖尿病治療ガイド2016-2017 P.88

高齢者糖尿病患者さんの血糖コントロールの目標値を示します。ここにあるように、中等度以上の認知症をもった患者さんや、基本的ADLが低下したような患者さんでは、HbA1cの目標は8%未満とし、そんなに下げなくていいというガイドラインです。そして、インスリンやSU剤といった低血糖を起こす可能性のあるお薬を使っている患者さんは心不全や心血管合併症のリスクがあるので、そういったことを避ける意味から、下限を決めて、7.5%より下げるときは注意しようというガイドラインです。すなわち、先ほども述べました管理目標値というのは、年齢や罹病期間、低血糖の危険やサポート体制、高齢者では認知症や基本的ADLといったものを鑑みながら、個別に対応していく必要があります。



どういった薬を使うか。さまざまあります。今日は時間の都合で、心不全との関係で今最も話題となっているSGLT2阻害薬について少し述べたいと思います。

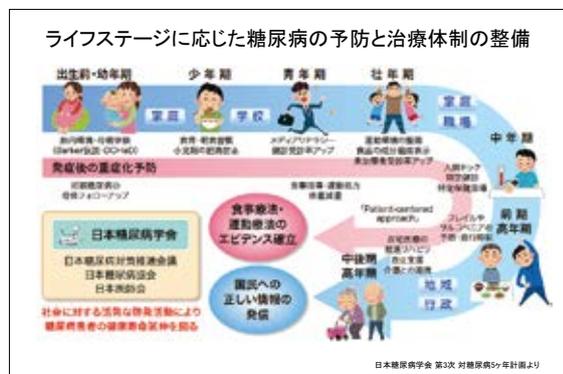
先ほど塩瀬先生の話で早期離床ということがありました。そういったことです。

したがって、筋肉をしっかりつけなければいけません。高齢者にはそういった療養指導と治療薬の選択をすべきだろうと考えます。

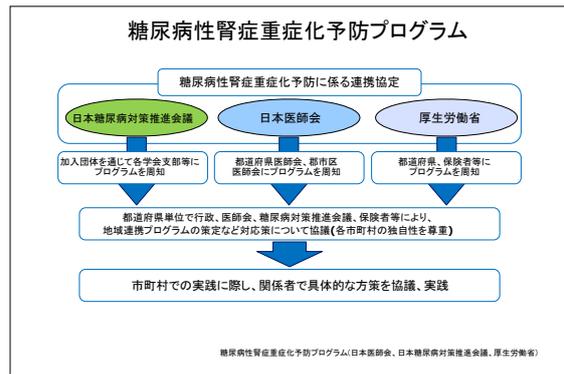
AGENDA

～高齢者糖尿病の克服・百寿社会を目指して～

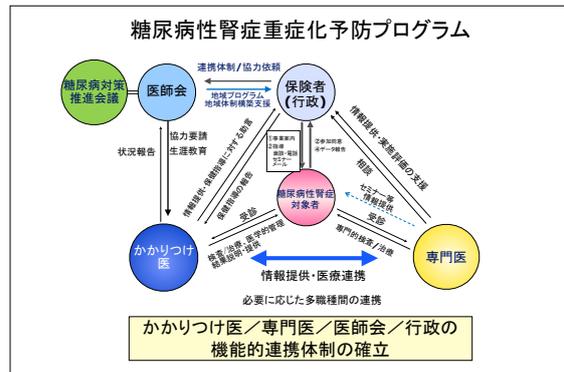
- ① 糖尿病パンデミックと超高齢社会
- ② 高齢者糖尿病の治療薬選択
- ③ 超高齢社会の糖尿病対策



これは糖尿病学会が示しているライフステージに応じた糖尿病の予防と治療体制の整備の必要性です。これまで我々はメタボ健診で中高年者の糖尿病を見つけることに一生懸命でした。これからは加えてフレイル、サルコペニア予防を考える必要があります。そして、最終的には、在宅医療やリハビリも含めて進めていく必要があります。そして、こういった研究の中から食事、運動療法のエビデンスを確立して、情報を発信していく必要があります。もっと言えば、胎児期に成人後の体質が決まることもわかってきました。したがって、胎児期、そして就学時の食育も含めた療養指導といえますか、食事に対する考え方を変えていく必要があるかと思っています。



平成28年から、横倉先生が会長をされております日本糖尿病対策推進会議と医師会と厚生労働省によって、糖尿病性腎症重症化予防プログラムが進められております。市町村で実践して、関係者で具体的な方策を決めようという話です。先ほど述べた糖尿病の重症化による透析導入を予防しようというわけです。



そして、行政と医師会、かかりつけ医と患者さん、専門医とで構成された、シエマが描かれています。健康診断を受けて二次健診に行くところの率を上げるために行政が一生懸命になるのはもちろんですが、実は、かかりつけ医と専門医のつながりがあまりないと感じています。したがって、これからは情報共有であったり、医療連携が重要になると思います。かかりつけ医の先生方と我々専門医、そして医師会、行政の機能的連携体制の確立が急務だろうと考えています。



これは、先生方ご存じのとおり、地域包括ケアシステムです。この中で、生活を支える上で最も重要なかかりつけ医の先生方と連携を深め、腎症重症化予防も地域包括ケアシステムと連動して進めていく必要があると思います。



最後のスライドですが、健康長寿社会の実現のためには脱糖尿病です。そのためには、先ほど申し上げたプライマリーケアであったり、慢性疾患を管理する機能が非常に重要です。そこから重症化を予防しようということです。したがって、医療機能の分化・強化と連携の推進が最も望まれます。こういった領域に我々は医師会と力を合わせて進んでいけたらと考えております。

SUMMARY

- ① 糖尿病パンデミックと超高齢社会
 中年期の肥満糖尿病はフレイル(老化)の原因
- ② 高齢者糖尿病の治療
 心・腎機能、フレイルを考慮した治療薬選択
 療養指導のギアチェンジ(個別化対応)
- ③ 超高齢社会の糖尿病対策
 かかりつけ医／専門医／医師会／行政の連携推進
 地域包括ケアシステムと連動

これはまとめです。パンデミック、超高齢化社会に向かって、中年期の時代の肥満、糖尿病が老化を進めている、フレイルの原因の可能性もあります。そして、高齢者糖尿病では心・腎、フレイルを考慮した治療薬を選択する。SGLT2阻害薬は非常に使いやすい薬です。先ほどポスターで社保田川病院の安田先生が高齢者での使用経験を発表されていましたが、シックデイにはしっかりやめることを念頭に置いてください。そして、高齢者への療養指導ではしっかり栄養をとることが大事になります。最後になりましたが、こういった地域包括ケアシステムの連動のもとに健康長寿社会が築かれるものと考えています。

ご清聴どうもありがとうございました。

「呼吸器内科領域の新規薬剤及び新規デバイス」

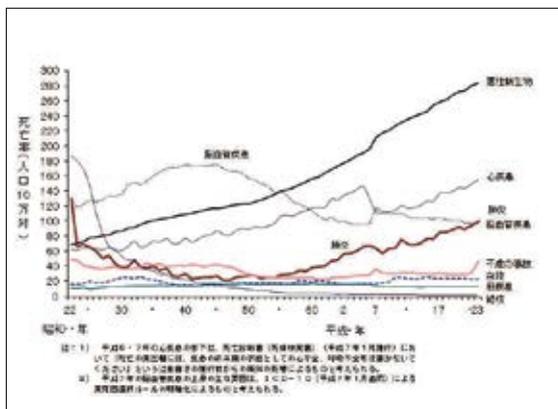


福岡大学医学部
呼吸器内科学教授
藤田 昌樹



福岡大学の藤田と申します。このような機会を与えていただきました松田医師会長、朔学部長に深謝申し上げます。

本日は、呼吸器内科領域の新規薬剤及び新規デバイスについてご説明をいたします。



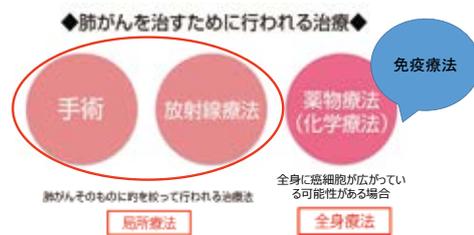
呼吸器内科はほとんど高齢者社会ということで、65歳未満の方の入院が非常に少ない領域です。昭和20年のころ、死因の1位が結核、2位が肺炎ということで、このあたりは呼吸器内科の医師に活躍の場があったのですが、かなり厳しい時代を長く過ごしてまいりました。今の時代、いろいろな機械、薬剤、デバイスが導入され、ようやく日の目を見つつあるのではないかと感じております。

内容

- 1 肺癌
- 2 喘息・COPD
- 3. 感染症
- 4. 間質性肺炎

本日は、肺がん、ぜんそく、COPD感染症、間質性肺炎について簡単に触れてまいりたいと思います。

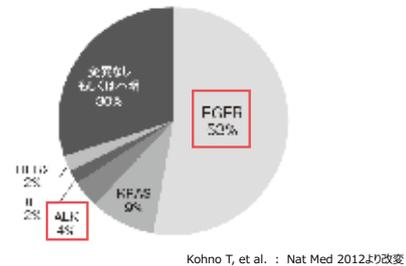
肺がんの治療法



肺がんの場合、手術、放射線療法、薬物療法に加えて、昨年ノーベル賞を受賞されたイムノチェックポイント阻害薬による免疫療法が導入をされております。

遺伝子変異

日本人肺腺癌における発ガン誘発遺伝子変異



Kohno T, et al. : Nat Med 2012より改変

その前の2002年にはEGFR阻害剤というのが導入され、今はEGFR、ALK以外にも

IV期非小細胞癌の標準治療 (遺伝子変異陽性)

- EGFR遺伝子変異 → EGFRチロシンキナーゼ阻害薬
- ALK遺伝子変異 → ALK融合タンパク阻害剤
- ROS-1
- BRAF
- (RET)



ROS-1阻害薬、BRAF阻害薬が導入されています。その結果、2002年には5年生存率が1%以下だったのが、このような遺伝子変異があると、5年生存率が30から40%と飛躍的に伸びております。

EGFR遺伝子変異

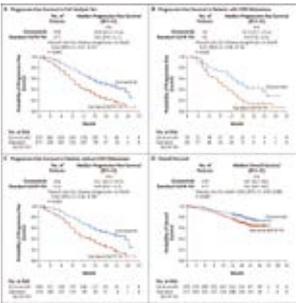
- 日本人
- 女性
- 腺癌
- たばこを吸わない人

75歳女性、腺癌



例えば、これはEGFR遺伝子変異です。これは治療前で、通常の抗がん剤を使ってもほとんど効果はないのですが、EGFRのTKIを使うことによって、2週間目でほとんど消えてしまう時代になっております。

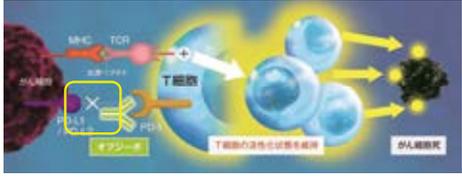
Osimertinib



N Engl J Med. 2018 Jan 11;378(2):113-125

昨年から導入されたオシメルチニブではもっといい成績が得られていますので、おそらく今後、EGFRのような遺伝子異常がある肺がんでは、5年生存率が50%を超えることが予想されております。

免疫チェックポイント阻害薬 (ICI)



PD-1抗体
MHC: 主要組織適合遺伝子複合体
TCR: T細胞受容体 PD-1: Programmed cell death-1
PD-L1: Programmed death-ligand 1
PD-L2: Programmed death-ligand 2

免疫チェックポイント阻害薬は去年ノーベル賞をとりましたが、臨床領域では数年前から導入が行われております。

Nivolumab登場

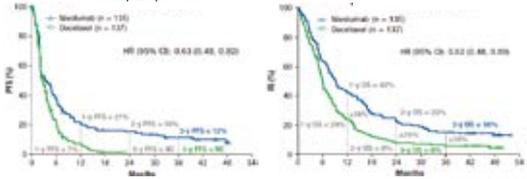
● Checkmate 017試験 (Squamous)

- Stage III B or IV Sq NSCLC
- 1 prior platinum based CTx
- Pre-treatment tumor samples (required for PD-L1 analysis)
- ECOG PS 0-1 N=272

randomize 1:1

- Nivolumab 3mg/kg q2w until PD
- DTX 75mg/m² q3w until PD

Primary Endpoint: OS



Felip E, et al. ESMO 2017; 1301PD.

Pembrolizumab登場

● KEYNOTE-010試験 (Squamous/Non-Squamous)

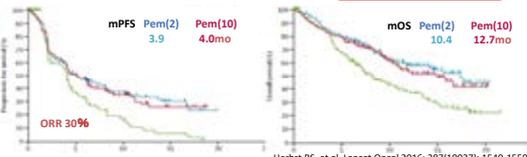
PD-L1 ≥ 1%を対象

- Stage III B or IV Non-Sq NSCLC
- 1 prior platinum based CTx
- Pre-treatment tumor samples (required for PD-L1 analysis)
- ECOG PS 0-1 N=272

randomize 1:1

- Pembrolizumab 2mg/kg q3w until PD
- Pembrolizumab 10mg/kg q3w until PD
- DTX 75mg/m² q3w until PD

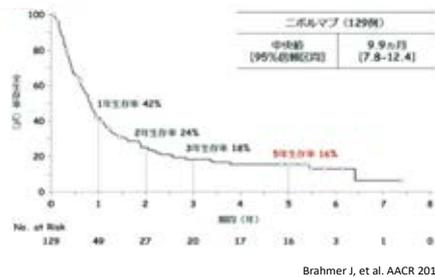
Primary Endpoint: OS



Herbst RS, et al. Lancet Oncol 2016; 38(10):1540-1550.

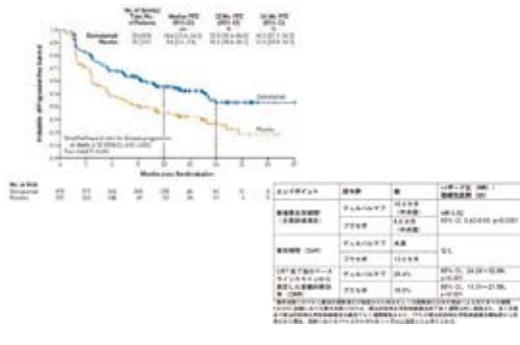
2次治療以降での長期生存のevidence

- Nivolumabに関しては、Checkmate 003試験の結果より2次治療からの5年生存率が約16%得られることが発表された。



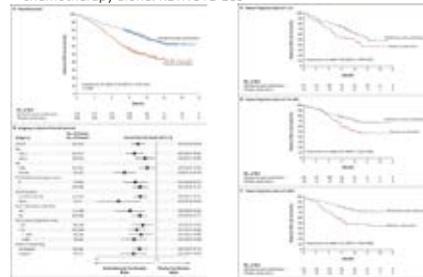
通常の治療薬よりはるかによくて、がんを全部殺すのはなかなか難しいのですが、がんと一緒に生活ができる、がんを生活習慣病の一つに持っていけるのではないかということが言われています。2年間使うことによって5年生存率が16%ということですので、6人に一人は長生きができるようになっていきます。このときには二次治療といって、まず抗がん剤を使ってから治療をするということだったのですが、今は一次治療にも用いられています。

デュルバルマブ 放射線化学療法後に使用



それから、これは昨年の秋から導入されていますが、放射線プラス抗がん剤治療をした後に使うようなお薬も出てまいりました。

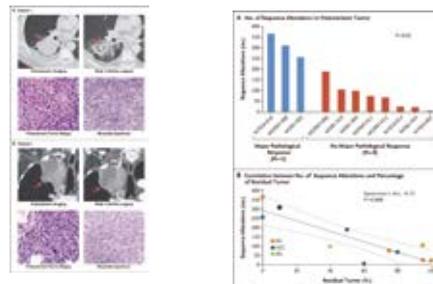
In patients with previously untreated metastatic nonsquamous NSCLC without EGFR or ALK mutations, the addition of pembrolizumab to standard chemotherapy of pemetrexed and a platinum-based drug resulted in significantly longer overall survival and progression-free survival than chemotherapy alone. KEYNOTE-189



N Engl J Med. 2018 May 31;378(22):2078-2092.

そして、昨年の12月からは、免疫チェックポイント阻害薬だけではなく、免疫チェックポイント阻害薬に抗がん剤をプラスして使うことにより、もっと寿命が延びる時代になっておりますし、

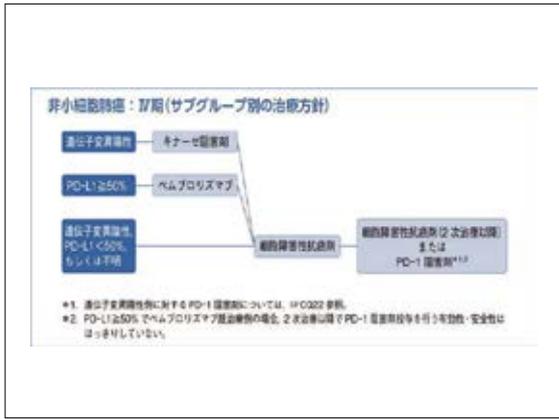
Neoadjuvant nivolumab was associated with few side effects, did not delay surgery, and induced a major pathological response in 45% of resected tumors.



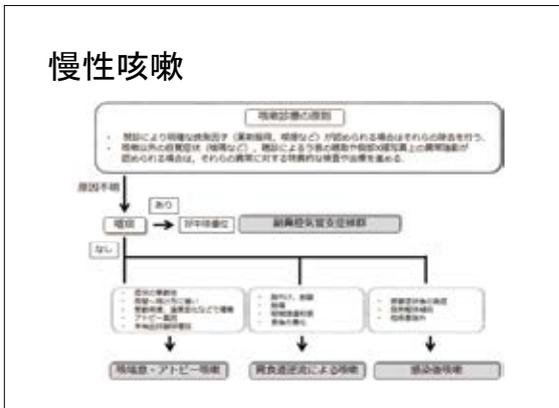
N Engl J Med. 2018 May 24;378(21):1976-1986.

また、手術の前に使うことにより、長期生存が期待できる時代になっております。

昔、私が研修医だった時代は5年生存率が1%以下だったのが、チロシンキナーゼ阻害薬を使うことにより30%、40%、その上、免疫チェックポイント阻害薬を使うことによって、もうちょっと長生きができる時代になっております。



肺がんといっても、私が研修医だったときは治療をするか、しないかという話だったのが、今は肺がんのIV期で転移があったとしても治療をする。遺伝子変異があればチロシンキナーゼ阻害薬を使う。このPD-L1というのは免疫チェックポイント阻害薬を使えるかどうかの目安なのですが、高値であれば免疫チェックポイント阻害薬を使う。不明であれば普通の抗がん剤を使うのですが、去年の暮れからは全部使って治療ができるようになってまいりました。



次は、ぜんそくCOPDの話です。開業の先生で一番お困りなのが慢性咳嗽ではないかと思えます。3週間以上続くのを遷延性咳嗽、それから8週間以上続くのを慢性咳嗽といいます。開業医の先生は慢性咳嗽を咳・ぜんそくとよく診断されるのですが、咳・ぜんそく以外にも、GERDに伴うもの、それから感染後咳嗽など、実は、8週間以上続く咳嗽というのはたくさんございます。あと副鼻腔気管支症候群です。

喘息管理のために有用な検査(2)

検査	概要	解釈	付記
喀痰中好酸球比率	自然脱落あるいは高濃度塩水を吸入して得た喀痰(唾液混入を除外)を用いる。	喀痰中の好酸球比率が2~3%以上あれば、好酸球性気道炎症が存在すると判定する。	診断とモニタリングに有用である。哮喘好酸球性気管支炎が原因として治療薬を調整して喘息増悪を抑制できたことが報告されている。
気道過敏性検査	気道刺激物質を吸入投与することによって生じる気道狭窄を評価し、その程度が気道過敏性の有無および程度を判断する。気管支炎性では必ず陽性となる。	COPOなどあらかじめ気道狭窄のある患者では陽性となるが、喘息患者は多くないが、感度が高いため陽性であれば喘息は、ほぼ肯定できる。	診断に有用である。治療が1(またはその程度)以上の程度は適度な気道狭窄が想定されるため気管支炎による気道過敏性発作が疑われる。
呼気中一酸化窒素濃度 (FeNO) 測定	簡便かつ非侵襲的に測定が可能で、迅速性と再現性にも優れている。呼吸器疾患や肺気腫などの診断や治療方針を決定するための測定条件を統一する(NIOX MINO™、NIOX VERO™、NIOX SENSA™)が推奨される。	およそその正常上層値は37ppbである。値の低下は気管支炎や気道過敏性の重症と相関し、値の上昇は喘息の悪化やステロイド治療の低下を示唆することから診断的有用性がある。	診断に有用である。治療の開始における有用性は確立しているが、重症化した場合ICSの使用と併用時には低下する可能性がある。
末梢血好酸球数	簡便・安価に測定できる。白血球数に相対する比率よりも絶対数での知見が蓄積している。	重症の場合、好酸球性気道炎症の存在を示唆し、特に300~400/μL以上では増悪傾向が強い。コントロール不良のリスク増加を示唆する。	診断とモニタリングに有用であるが、重症アルジーなどでも上昇するたため、重症例では治療薬の調整の有効性が期待できる。

JF-1040

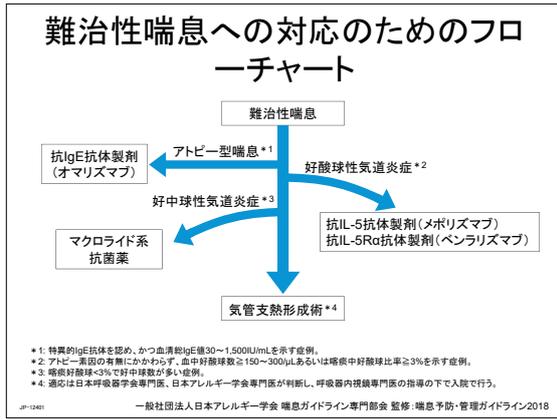
一般社団法人日本アレルギー学会 喘息ガイドライン専門部会 監修：喘息予防・管理ガイドライン2018

FeNO = (好酸球性) 気道炎症

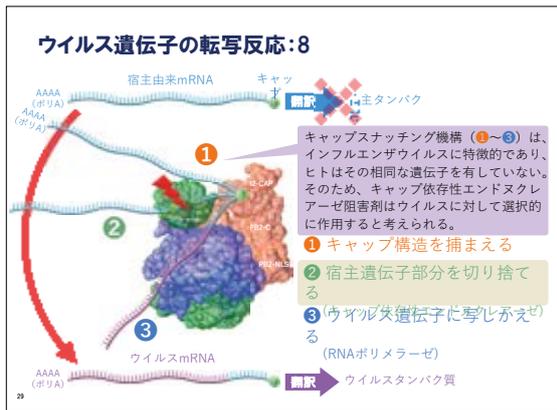
FeNO	35未満	35-50	50以上
	可能性低い		可能性高い



それらを判別するために、NO、一酸化窒素をはかる機械が導入されております。例えば、こんな簡単な機械で、ふーっと吹いて1分か2分ぐらいで測定ができ、35未満では好酸球性の気道炎症の可能性が低い。つまり、せきぜんそくの可能性が低い。それから、50以上であれば好酸球性の気道炎症の可能性が高い、つまり、せきぜんそくの可能性が高いということをあらわしております。これを使うことによって、例えば、喀痰中に好酸球が出ているかどうかなどで、せきぜんそくの治療をすべきかどうか、それともほかのGERD、もしくは感染性咳嗽、それから副鼻腔気管支症候群などを考えて治療をする時代になってまいりました。



通常の治療をしても残念ながらなかなか治らない10%ぐらいの方には、IgEの抗体を使ったり、IL-5の抗体を使う。それからサーモプラスティを使う。それでもだめだったときにはマクロライド系の抗菌薬を使って治療をする時代になってまいりました。



次は、感染症の領域です。今インフルエンザがすごくはやっておりますが、これがゾフルーザです。ゾフルーザを使うことによって、インフルエンザの増殖を防ぐことができます。

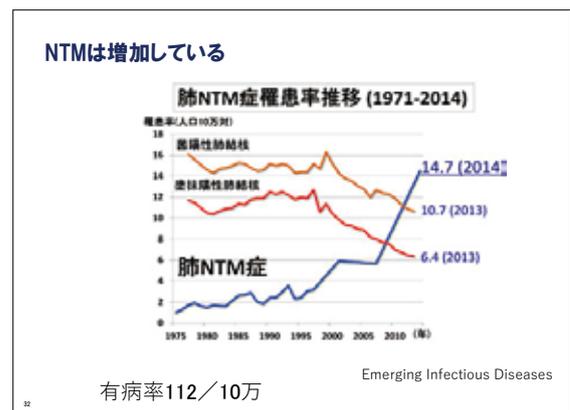


10年ぐらい前からインフルエンザの診断と治療が車の両輪のようにうまく回るようになって、

先生方及び国民の皆様方がインフルエンザにかかってもあんまり心配しなくなりましたが、現在、ほかのウイルスに対してもそういう試みがされています。



今マルチプレックスのPCRキットと申しまして、咽頭を拭いて大体1時間ぐらいで、どのウイルスが病原体かがわかる時代になりました。これはルミネックスです。車の両輪のもう一つとして、治療薬はどうかというと、これはRSウイルスに対する薬です。実は、数年ぐらい前から、基礎のほうではもう既にこのように報告がされております。実際治療も行われておりますので、おそらく数年以内には、例えば、RSウイルスに対するお薬で、診断もできるし、治療もできるような時代が迎えられるのではないかと思います。



それから、ウイルスではないのですが、非結核性抗酸菌症というのが今リバイバルしております。抗酸菌で結核はこのように非常に減ってまいりましたが、実は、結核以外の抗酸菌である非結核性抗酸菌症が今10万人当たり112人という確率で発症していて、非常に増えております。

最近報告されたNTM症

- 現在は180菌種に至る
- DDHでは17菌種のみ

33

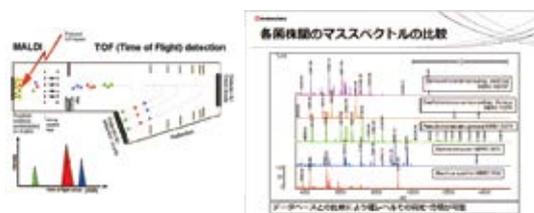
Liposomal amikacin for inhalation (LAI)



[Am J Respir Crit Care Med.](#) 2017 Mar
15;195(6):814-823

36

Matrix-Assisted Laser Desorption Ionization-Time of Flight Mass Spectrometry (MALDI-TOF/MS)



34

新分類？

- *Mycobacterium* based on the Tuberculosis-Simiae clade
- *Mycolicibacterium* based on the Fortuitum-Vaccae clade
- *Mycolicibacter* based on the Terrae clade
- *Mycolicibacillus* based on the Triviale clade
- *Mycobacteroides* based on the Abscessus-Chelonae clade

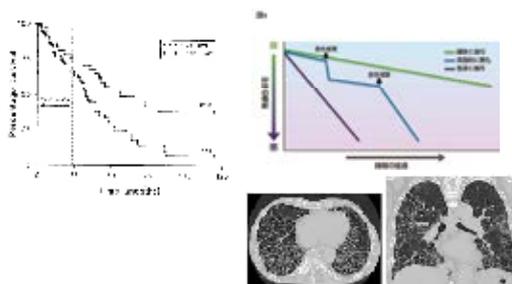
Gupta RS, Lo B, Son J (2018). *Front Microbiol.* 9:67. doi: 10.3389/fmicb.2018.00067

35

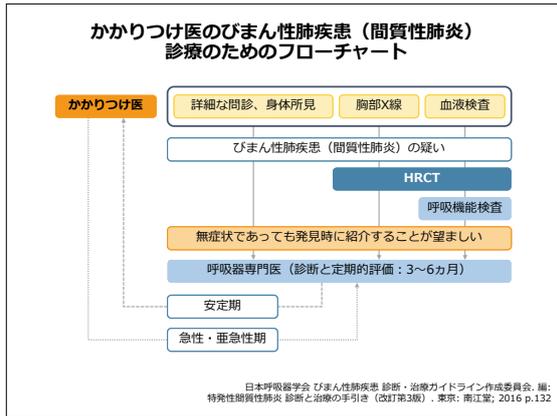
実は、この非結核性抗酸菌症は非常に種類が多くて、なかなか診断が難しいので、質量分析法で診断するような時代になりまして、分類のほうにもいろいろ問題が生じています。

おそらく今年の冬に新しいお薬が出てまいります。これはスライドに示してあるように吸入をするようなお薬で、非結核性抗酸菌症は頻度が非常に多くて治療に難渋しておりますが、それらに対しても、もう少し効果が出るような時代になってくると思います。

特発性肺線維症



最後に、間質性肺炎なのですが、これがなかなか難しい。開業の先生方も、背中を聞いていただいて音がする、ファインクラックルズが聞こえるという形で、実際レントゲン写真、CTを撮ると、蜂の巣みたいな形になっています。様子を見ていたら途中で急性増悪をして亡くられるケースが多いんですが、



実は、かかりつけの先生方の診断のためのフローチャートというのが出ております。かかりつけの先生は特に背中の方をぜひ聞いていただきたい。背中の方を聞いて音がするようであれば、専門医を受診して、専門医がCTを撮ったり肺機能をとったりします。安定期では、かかりつけの先生方と相談しながら様子を見ていただいたりします。

抗線維化薬

治療薬ですけれども、昔は間質性肺炎といっても何もせずに様子を見ていたのですが、抗線維化薬というのが出てまいりました。プレスパとオフエブという商標名がございますが、プレスパを使うことによって予後が改善しますし、

抗線維化薬

それから、こちらのオフエブを使うことによって急性増悪を防ぐことができます。

- 間質性肺炎の病理診断には外科的肺生検が必要だが、呼吸器外科医の存在と全身麻酔が不可欠。
- 肺癌ではバイオマーカー検査のためより大きな組織採取の重要性が増している。

↓

経気管支肺クライオバイオプシー (TBLC・TBCB)

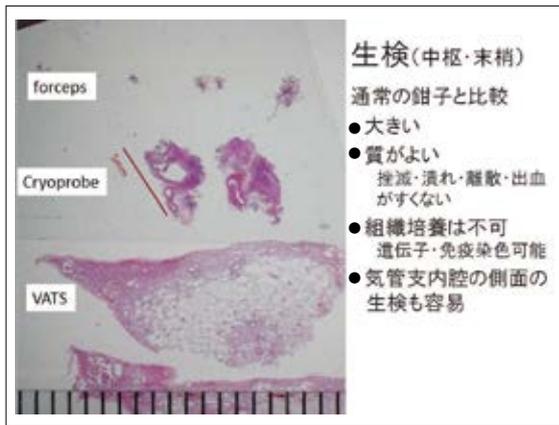
径2mm程度の経気管支肺生検 (TBLB) による検体に比べ、挫滅の少ない径5mm前後 (体積比は15倍) の検体が得られる。

本日、研修医の木村先生にポスター発表をしていただいておりますが、私たちのところでは、クライオバイオプシーを導入して確定診断をつけています。

クライオバイオプシー

Cryo(冷凍)+Biopsy(生検)
先端が凍る。
凍結させた組織を「引きちぎる」
軟性気管支鏡
鎮静・自発呼吸下
内視鏡検査室・1泊2日
2017年3月 薬事承認

これは冷凍させて肺を引きちぎる方法ですが、



今までのTBLBではこれくらいしかとれていなかったのが、クライオバイオプシーによるとかなりの大きさがとれます。残念ながら外科生検より量は少ないのですが、診断をするには十分です。



このように呼吸器領域は新規デバイス、新規治療がかなり導入されてきたのですが、実は非常に難しい問題を含有しております。2017年に肺炎の診療ガイドラインが改訂されました。

薬物治療しない選択肢を追加、予防を重視

個人の意思やQOLを考慮した治療・ケア

⇒ いわゆるターミナル肺炎に対して
予後改善の不透明さや
耐性菌の出現を考慮して
「抗菌薬治療をしない」選択肢を導入

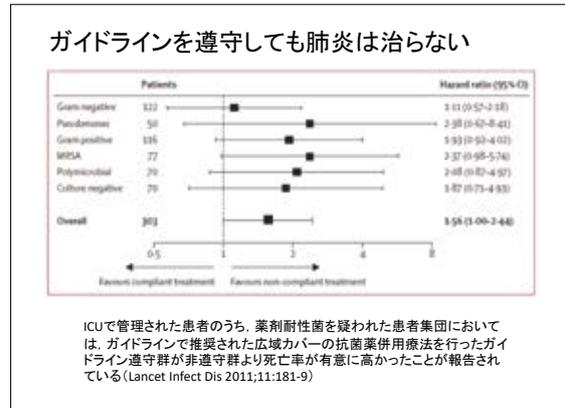
予防を重視!

新ガイドラインでは総論全体の1/4を「予防」で構成

- 1.市中肺炎
- 2.院内肺炎/医療・介護関連肺炎
- 3.人口呼吸器関連肺炎
- 4.肺炎予防

今回のガイドラインは予防を重視しようということになりました。例えば、高齢者はどうしても誤嚥性肺炎を起こすのですが、誤嚥性肺炎

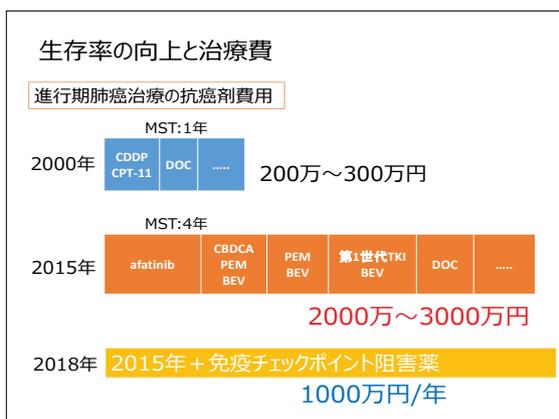
をどこまで治療するのか、なかなか難しいです。実は、大阪では、誤嚥性肺炎で亡くなられた方は、肺炎という診断をつけずに老衰という診断をつける流れになっています。現在日本全国では肺炎が死亡原因の3位なんですけど、大阪では老衰が肺炎を上回っています。



ガイドラインの改訂があったのですが、実は、ガイドラインを遵守したほうが予後が悪いというデータもあります。



実際こうやっていろいろな疾患の死亡率を見てみると、これは悪性新生物ですが、ここ20年そんなに変わっていない。脳血管障害だけが下がっていて、いろいろな疾患の死亡率は、医学の進歩にもかかわらず、実際はよくなっていません。予防をしても、10年先、20年先には結局同じような病気で亡くなられるという大きな問題がございます。



これは肺がんの治療にどれくらいお金がかかるのかを示しています。2000年のころは数百万円で済んでいたのですが、2015年の段階では、一つの治療をして、次の治療をして、またその次の治療をしてということで、結局生涯で2,000万円から3,000万円かかります。今は免疫チェックポイント阻害薬を加えているので、それにプラス1,000万円かかる。これは1年間で1,000万円プラスされるので、長期生存するとすごい金額です。

まとめ

- 肺癌、難治性喘息に対しては、ここ10年で飛躍的に治療・診断が進歩している。
- いままでは諦めていた呼吸器疾患に対しても、新たな診断・治療が進行中であり、今後10年間の進歩が期待できる。
- しかし、コストの観点も含め、どこまで診断・治療していくのか、一般の方々も含めて、検討していく必要があるだろう

まとめですが、肺がん、難治性ぜんそくに対しては、ここ10年でほんとうに飛躍的に診断・治療が進歩しました。今まではどうしようもないと思っていた呼吸器疾患に対しても新たな診断・治療が進行中で、今後10年間の進歩が期待できます。しかしながら、コストの観点がございますので、どこまで診断・治療していくのかは、一般の方々も含めて検討していく必要があると考えております。

ご清聴どうもありがとうございました。

終末期類似状態患者のCPA搬送

I. 終末期類似状態患者のCPA搬送

平成22年4月より2年間に搬送されたCPA334例のうち
 1) 悪性腫瘍等の不治の**進行性疾患終末期状態**
 2) 脳梗塞後や老衰等で寝たきり、意思疎通が図れない、胃瘻など食事介助が必要などの**疾病終末期類似状態** (Morleyらの臨床フレイルスケール7(**重度のフレイル**)以上)で過ごしていた患者
 について後方視的に集計

そこで、私は前任地で、終末期類似状態の患者さんが心肺停止になったときにどれくらい運ばれてくるか、そして、どのような状況であるかを検討しました。

臨床フレイルスケール

(Morley JE. J Am Med Dir Assoc 2013;14:392-397, 会田薫子. Geriatr Med 2015;53:73-76.)

臨床フレイルスケール (Clinical Frailty Scale)	
1	健康 (Healthy) この人が健康で、毎日活動し、一人で活動に満足し、活動の減少は通常観察されない。
2	軽度 (Mild) 軽度の活動制限を伴っているが、活動の減少は通常観察されない。通常、活動制限を伴っている場合も、機能がほぼ正常に保たれている。
3	軽度から中等度の脆弱性 (Moderate Frailty) 軽度の活動制限を伴っているが、活動の減少は通常観察されない。軽度の脆弱性を伴っている。
4	中等度 (Moderate) 中等度の活動制限を伴っているが、活動の減少は通常観察されない。中等度の脆弱性を伴っている。
5	中等度から重度の脆弱性 (Severe Frailty) 中等度の活動制限を伴っているが、活動の減少は通常観察されない。中等度の脆弱性を伴っている。
6	重度 (Severe) 重度の活動制限を伴っているが、活動の減少は通常観察されない。重度の脆弱性を伴っている。
7	非常に重度の脆弱性 (Very Severe Frailty) 非常に重度の活動制限を伴っているが、活動の減少は通常観察されない。非常に重度の脆弱性を伴っている。
8	終末期 (Terminally Ill) 終末期の活動制限を伴っているが、活動の減少は通常観察されない。終末期の脆弱性を伴っている。
9	終末期 (Terminally Ill) 終末期の活動制限を伴っているが、活動の減少は通常観察されない。終末期の脆弱性を伴っている。

臨床フレイルスケール 6以上を抜粋

(Morley JE. J Am Med Dir Assoc 2013;14:392-397, 会田薫子. Geriatr Med 2015;53:73-76.)

- 6 中等度のフレイル (moderately frail)**
屋外での活動全般および家事において支援を要する。階段の昇降が困難になり、入浴に介助を要する。更衣に関して見守り程度の支援を要する場合もある。
- 7 重度のフレイル (severely frail)**
身体面であれ認知面であれ、生活全般において介助を要する。しかし、身体状態は安定して、(半年以内の)死亡リスクは高くない。
- 8 非常に重度のフレイル (very severely frail)**
全介助であり、死期が近づいている。典型的には、軽度の疾患でも回復しない。
- 9 疾患の終末期 (terminally ill)**
死期が近づいている。生命予後は半年未満だが、それ以外では明らかにフレイルとはいえない。

これは臨床フレイルスケールです。6というのは中等度で、屋外での活動全般及び家事にお

いて支援を要するような状態、階段の昇降も困難です。7になると重度、8になると非常に重度ということで、全介助が必要になります。心肺停止になって運ばれてきた患者さんのうちの12.9%が重度以上のフレイルでした。

I. 終末期類似状態患者のCPA搬送

平成22年4月より2年間に搬送されたCPA334例のうち

- 悪性腫瘍等の不治の**進行性疾患終末期状態**
- 脳梗塞後や老衰等で寝たきり、意思疎通が図れない、胃瘻など食事介助が必要などの**疾病終末期類似状態** (Morleyらの臨床フレイルスケール7(**重度のフレイル**)以上)で過ごしていた患者
 について後方視的に集計

老健や訪問看護師からのCPA搬送 21例、
 自宅からのCPA搬送 22例、
 計43例(12.9%)

今日はデータをお示しできませんが、心肺停止となった終末期類似状態の患者さんでも、救命救急センターに搬送され、蘇生が行われていることが明らかになりました。

I. 終末期類似状態患者のCPA搬送 まとめ

- ✓ 終末期類似状態の患者がCPAとなった場合でも救命救急センターに搬送され、蘇生が行われている場合が少なくない
- ✓ 老人福祉施設や訪問看護師がDNARの事前表明や家族の意向を確認し把握できていることはほとんどない
- ✓ 心拍再開後例でも全例9日以内に死亡していた
- ✓ 心拍再開後に延命処置を希望されない場合がほとんどであった

このような場合、老人福祉施設、あるいは訪問看護師が、その方にDNARの事前意思表示があると家族の意向などを把握していることはほとんどない。そして、自己心拍が再開した後でも全例短期間で死亡していましたし、心拍再開後にご家族が延命処置はしないでくださいという場合がほとんどでした。

高齢者福祉施設に行ったアンケート調査

UOEH Department of Emergency Medicine, University of Occupational and Environmental Health

高齢者福祉施設に行ったアンケート調査

■ 高齢者福祉施設(老健)に行ったDNARの取得とCPA時の対応に関するアンケート調査

平成24年6月に一宮市内の老健181施設へ郵送無記名(希望者のみ記名)方式でアンケートを実施した。

UOEH Department of Emergency Medicine, University of Occupational and Environmental Health

そこで、前任地の一宮市の高齢者福祉施設である、181の老健施設へ郵送による無記名のアンケートを実施しました。

II. 高齢者福祉施設に行ったアンケート調査の結果

◆ 回答率59.8% (108/181)

1. 施設の形態(重複あり)

a. 特別養護老人ホーム	17
b. 養護老人ホーム	1
c. 軽費老人ホーム	7
d. 老人短期入所施設	20
e. 老人デイサービスセンター	39
f. その他、未記入	33

UOEH Department of Emergency Medicine, University of Occupational and Environmental Health

詳細に関してはお手元の資料にあるのでご覧いただければと思いますが、回答率が約6割で、いろいろな施設から回答をいただきました。

2a. 施設では、入所者に対し「延命処置を希望しない意志」の有無の確認をいつ行っていますか？

a. 確認は行っていない	52	(43.7%)
b. 入所前の申し込み時や手続きの際に行っている	14	(11.8%)
c. 入所時に行っている	25	(21.0%)
d. 入所後に行っている	25	(21.0%)
e. その他	3	(2.5%)

UOEH Department of Emergency Medicine, University of Occupational and Environmental Health

2b. 施設では、入所者に対し「延命処置を希望しない意志」の有無の確認をいつ行っていますか？

	特別養護老人ホーム* (N=18)	軽費老人ホーム (N=6)	老人短期入所施設(N=16)	デイサービスセンター (N=31)
a. 行っていない	2 (10.0%)	1 (14.3%)	14 (87.5%)	25 (86.2%)
b. 入所前	4 (20.0%)	2 (28.6%)		
c. 入所時	10 (50.0%)	2 (28.6%)		2 (6.9%)
d. 入所後	4 (20.0%)	2 (28.6%)	2 (12.5%)	2 (6.9%)

*養護老人ホーム 1施設を含む

UOEH Department of Emergency Medicine, University of Occupational and Environmental Health

まず、延命処置の希望をしない意思の有無の確認をいつ行っていますか？と尋ねたところ、約4割強が確認を行っていないということでした。もちろん申し込みのとき、あるいは入所時、あるいは入所後に確認を行った施設もあったのですが、これを施設の形態で見ると、特養や軽費老人ホームでは比較的行っていますが、老人短期入所施設、あるいはデイサービスではほとんどが行っていませんでした。

3a. 施設として、「延命処置を希望しない意志の表明」があった際のマニュアルや対応の仕方を定めていますか？

a. 対応マニュアルがある	19	(18.1%)
b. マニュアルはないが、対応の仕方は定まっている	37	(35.2%)
c. マニュアルも、対応の仕方も定まっていない	37	(35.2%)
d. その他	12	(11.4%)

d. とお答え頂いた方、どのように対応されていますか？

- 看取り指針があります。
- 急変時は全て救急車を呼ぶ(心肺蘇生も行う)。
- 家族に電話し対応を聞く。
- ケースに応じたマニュアルを定めている。
- 今まで延命処置を希望されない人がいない。
- ショートステイ利用の方で延命をどうするかという対象者は除外している。

UOEH Department of Emergency Medicine, University of Occupational and Environmental Health

一方、延命処置を希望しない意思の表明があった際のマニュアル、あるいは対応の仕方を定めていますかと尋ねたところ、対応マニュアルがあるところが2割、マニュアルはないけれども対応の仕方は定まっているところが35%、マニュアルも対応の仕方も定まっていないとこ

ろが35%でした。

3b. 施設として、「延命処置を希望しない意志の表明」があった際のマニュアルや対応の仕方を定めていますか？

	特別養護老人ホーム* (N=18)	軽費老人ホーム(N=6)	老人短期入所施設 (N=16)	デイサービスセンター (N=31)
a. マニュアルがある	10 (62.5%)		3 (25.0%)	1 (4.0%)
b. マニュアルはないが、対応は定まっている	6 (37.5%)	3 (50.0%)	3 (25.0%)	5 (20.0%)
c. 共に未定		3 (50.0%)	6 (50.0%)	19 (76.0%)

*養護老人ホーム 1施設を含む

これも施設によってその割合が違って、特養などはマニュアルがきちんと整備されていることが多かったのですが、それ以外の施設ではマニュアルも対応の仕方も定まっていなところが過半数でした。

4a. 施設として、「延命処置を希望しない意志の表明」があった方が、急変された場合にはどのように対応されていますか？

a. 全て嘱託医を呼ぶなど施設で対応	29 (28.2%)
b. 心停止の際のみ、施設で対応	7 (6.8%)
c. 心停止となった時点がわからない心停止時のみ、施設で対応(そうでない場合には救急車を呼ぶ)	5 (4.9%)
d. 心肺停止時には、全て救急車を呼ぶ	45 (43.7%)
e. その他	17 (16.5%)

そして、延命処置を希望しない意思の表明があった人が実際に急変された場合にどのように対応しているかを尋ねたところ、施設で対応するということもあったのですが、心肺停止時には全て救急車を呼ぶというのが4割強でした。

4b. 施設として、「延命処置を希望しない意志の表明」があった方が、急変された場合にはどのように対応されていますか？

	特別養護老人ホーム* (N=18)	軽費老人ホーム(N=6)	老人短期入所施設 (N=16)	デイサービスセンター (N=31)
a. 全て施設で対応	7 (46.7%)	1 (20.0%)		1 (4.5%)
b. 心停止の際のみ、施設で対応	1 (6.7%)	1 (20.0%)	1 (10.0%)	2 (9.1%)
c. 心停止時が不明の時のみ、施設で対応	4 (26.7%)		1 (10.0%)	1 (4.5%)
d. 心肺停止時には、全て救急車	3 (20.0%)	3 (60.0%)	8 (80.0%)	18 (81.8%)

*養護老人ホーム 1施設を含む

これも施設の形態によって違って、特養では約半数が全て施設で対応していましたが、それ以外の施設では心肺停止時には全て救急車を呼んでいました。

II. 高齢者福祉施設に行ったアンケート調査のまとめ

- 1) 入所者に対しDNARの有無の確認を行っていない施設が44%あった
- 2) DNAR表示時のマニュアルは18%の施設でのみで整備されていたが、35%の施設ではマニュアルがなく、他の35%の施設ではマニュアルも対応の仕方も定まっていなかった
- 3) DNAR表示患者が急変した場合でも、全例救急搬送依頼する施設が44%あった
- 4) これらの整備や対応は施設間格差が大きかった

これがそのアンケート調査のまとめですが、入所者に対しDNARの有無の確認を行っていない施設が44%でした。そして、マニュアルは18%の施設のみで整備されていましたが、35%の施設はマニュアルがなく、他の35%の施設ではマニュアルも対応の仕方も定まっていなかった。そして、DNAR表示患者が急変した場合でも、全例救急搬送を依頼する施設が44%、ただし、これらは施設間格差が大きかったということです。

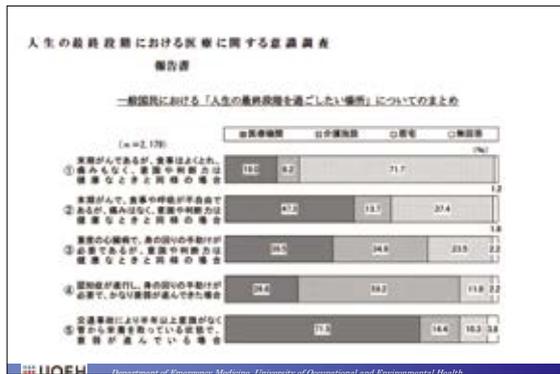
III. 高齢者福祉施設に行ったアンケート調査

(吉田昌文. 日救医学会誌 2015; 26: 687-701)

2012年10月に都内の高齢者施設を対象に医療準備および看取りを調査

- 1) 高齢者施設の入所者急変時のマニュアル整備率は94.5%
- 2) 職員への看取り教育は43.8%と低く、施設形態による格差が大。
- 3) 調査に回答した高齢者施設で年間死亡者8,573人のうち
 - 施設内で看取り 5,022人 (58.6%)
 - 心肺停止で救急搬送後 520人 (6.1%)
 - 心肺停止以外で救急搬送後死亡 2,771人 (32.3%)

これは他の研究者の発表ですが、マニュアル整備率が94.5%です。これは施設が違うということがあると思いますが、職員への看取り教育は4割強と、施設形態により格差は大きいです。施設内で看取りをしているのは6割弱でしたが、心肺停止、あるいは心肺停止以外で救急搬送されるという割合がそれなりにあったようです。



これは厚労省が行った人生の最終段階に皆さんはどこで亡くなりたいかという調査です。もちろん手がかかる場合には病院が多いですが、そうではなく、末期がんであるが食事はとれ、痛みもなく、意識や判断力が健康なときは、7割以上の方が自宅で過ごしたいと言われています。

これらから見えて来た現状

- 1) 終末期でも、DNARの**事前指示、確認**が少ない
- 2) DNARの**事前指示があっても対応が出来ていない**
- 3) 終末期（類似状態）でも、**急変時には、救急車**
- 4) 自己心拍再開しても、**延命希望は少ない**
- 5) 蘇生が行われても、**延命例はほとんどない**

CPAで来院すると、救急車は1時間使えない、骨折/気胸、医療費は8.5万円（平均）かかむ

✓ **誰にとっても無益な/有害な？救急搬送が少なくない**
 ✓ **病院で亡くなるのが最善ではない**

こういうことで、終末期でもDNARの事前指示や確認が少ない。DNARの事前指示があっても対応ができていない。終末期でも急変時には救急車を呼ぶ。自己心拍が再開しても延命希望は少なく、蘇生が行えても延命例はほとんどありません。実際心肺停止で患者さんが搬送されると、その救急車は1時間使えません。そして、心肺蘇生されると、救急隊員が一生懸命胸骨圧迫をしますので、肋骨骨折、あるいは気胸になったりして、医療費は平均8.5万円ぐらいかかります。誰にとっても無益で、そして有害な救急搬送が少なくない。そして、病院で亡くなるのが最善ではないと私は考えております。

高齢者救急

- 高齢化が進行
- 高齢者の搬送が増加
- 軽症、中等症の搬送が増加
(核家族化、高齢者福祉施設入所者の増加)
- 高齢者福祉施設からの搬送も増加
- 看取り希望者も搬送される

このように高齢者の救急というのは非常に数が増えておりますし、看取りを希望している患者さんも搬送されています。

学会名	形式	演題
第45回日本救急医学会(2017)	パネル	多死社会における救急医療のあり方
第44回日本救急医学会(2016)	パネル	終の棲家と高齢者救急-在宅医と救急施設の円滑な連携を目指して-
第43回日本救急医学会(2015)	パネル	高齢者の救急医療は適正に行われているか
第42回日本救急医学会(2014)	シンポジウム	超高齢化社会における医療資源投入のあり方~特に救急医療について
第41回日本救急医学会(2013)	シンポジウム	長寿社会に安心を届ける救急医療
第40回日本救急医学会(2012)	シンポジウム	救急医療における終末期医療と諸問題
第39回日本救急医学会(2011)	パネル関連	高齢社会を支える救急医療の現状と取り組み
第38回日本救急医学会(2010)	シンポジウム	救急医療における終末期
第21回日本臨床救急医学会(2017)	シンポジウム1, 2	高齢化社会における救急医療各施設の現状と取り組み1, 2
第20回日本臨床救急医学会(2017)	パネル	救急医療と在宅医療の連携
第20回日本臨床救急医学会(2017)	パネル	地域包括ケアシステムにおける救急医療のあり方
第19回日本臨床救急医学会(2016)	シンポジウム	高齢者救急の問題点と課題
第18回日本臨床救急医学会(2015)	ワークショップ	老人保健施設の救急対応はいかにあるべきか
第17回日本臨床救急医学会(2015)	パネル	高齢者救急事案に係る課題と今後の展望

実際、高齢者救急というのは救急領域では非常に問題視されていて、毎年、救急医学会、あるいはその関連学会の主題演題として取り上げられています。

高齢者救急

- 問題山積
- 救急担当者だけの協議では？

しかし、救急担当者だけで協議しても、これらの問題は解決しません。

日本救急医学会 高齢者救急特別委員会

- 2017年に結成
- 現在まで5回協議
- 高齢者救急問題点の抽出
 - 終の住処？ ACPが広まっていない・・・
 - 用語の混乱 (DNAR、延命治療、事前指示)
 - 救急、在宅、看護、介護、施設・・・多種環境
 - 施設基準に大きな差
 - 臨床現場で指針となるデータがない

そこで、私が日本救急医学会にお願いし、高齢者救急特別委員会をつくっていただきました。現在まで協議を重ねておりますが、そこでの問題点は、終の住処になるところ、あるいはACPが広まっていない。そして、市民だけでなく医療従事者の間でも用語の混乱がある。多死環境の整備が必要ですし、施設基準に大きな差があるとか、臨床現場で指針となるデータがないということです。

高齢者救急特別委員会 現在までの検討

- I) 現状把握、問題点の抽出
- II) 臨床の現場で指針となるデータ：フレイル状態と転帰の調査

そのデータに関しては、90歳以上の超高齢者の場合は非常に予後が悪くなるということが言われていますが、自宅から来た人よりも高齢者施設から来た人のほうが予後が悪い、あるいはADLが悪い人は非常に予後が悪いということで、我々もフレイルに注目しています。

フレイルとは

- ・ 加齢による心身機能・生理的予備能の低下

身体的要因
心理的要因
社会的要因 を含む

従来のADL評価だけではカバーできない
心理面、認知面、社会面を含む高齢者の脆弱性評価の可能性

フレイルというのは身体的、心理的、社会的要因を含むもので、ADLだけではカバーできない領域です。

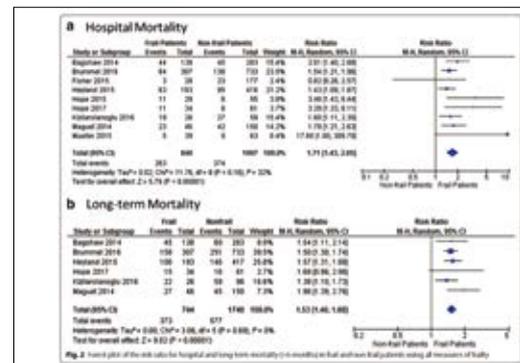
SYSTEMATIC REVIEW

The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis

John Muscedere^{1,2*}, Braden Walters¹, Aditya Varanambally¹, Sean M. Bagshaw¹, J. Gordon Boyd¹, David Meade¹, Stephanie Sibley¹ and Kenneth Rockwood¹

© 2017 The Authors. This article is an open access publication.

12論文のシステマティック
レビュー



これは既に報告がありましたが、システマティック・レビューで、どれぐらいフレイルが影響しているかをICUの入室患者で見たところ、入院死亡に関しても、フレイルが進んでいるほうが予後が悪い、あるいは長期の予後に関しても、フレイルが進んでいる患者さんのほうが予後が悪いことがわかっております。

高齢者救急特別委員会 現在までの検討

- I) 現状把握、問題点の抽出
- II) 臨床の現場で指針となるデータ：フレイル状態と転帰の調査
- III) 関係者を巻き込んだ協議

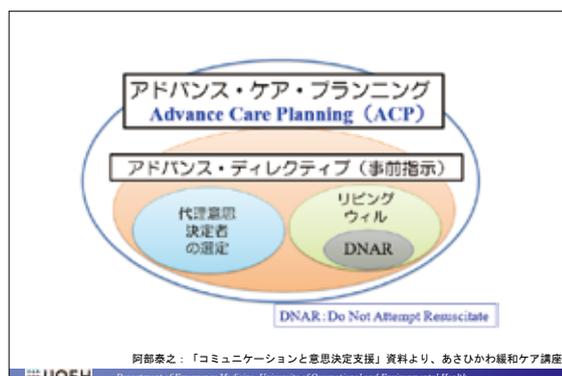
そのようなことで、我々の委員会でも、フレイル患者がどのような転帰をたどるかを調べようとして始めております。

高齢者救急問題を検討する懇話会

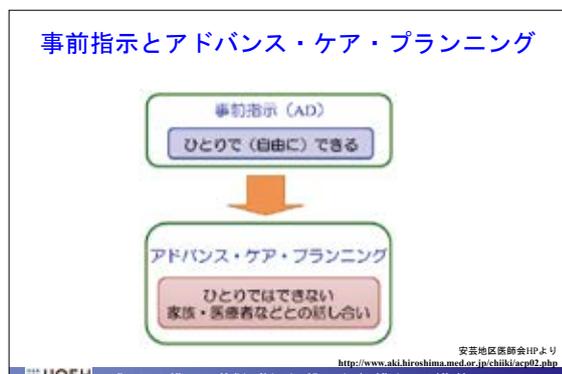
■ 日本救急医学会	■ 全国在宅療養支援診療所連絡会
■ 日本救急医学会	■ 日本プライマリ・ケア連合学会
■ 日本医師会	■ 日本慢性期医療協会
■ 日本臨床救急医学会	■ 日本ケアマネジメント学会
■ 日本集中治療医学会	■ 日本在宅救急研究会
■ 日本病院前救急診療医学会	■ 全国老人福祉施設協議会
■ 日本救急看護学会	■ 日本尊厳死協会
■ 日本在宅医学会	■ 日本弁護士連合会
■ 日本在宅看護学会	■ 日本医師会

今後、厚労省、消防庁にも参加し、行政へ提言

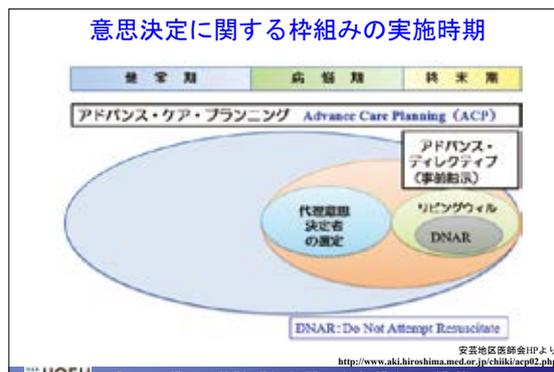
このような問題は救急領域だけでは解決しませんので、医師会の先生方、そして、関連する種々の組織の方々に入ってください、このような高齢者救急問題を検討する懇話会を立ち上げていただきました。今後は厚労省、消防庁にも参加していただき、行政に提言をしていきたいと考えております。



以前からDNRとかリビングウィルということは言われていました。事前指示とも言われますが、最近はさらに広い枠でACPということが言われています。



事前指示というのは一人で自由にできますが、アドバンス・ケア・プランニングというのは、家族や医療従事者なども交えて話し合っていくことです。



実際健康時からアドバンス・ケア・プランニングは進んできます。以前は、リビングウィル、アドバンス・ディレクティブなどは終末期になって初めて考えられていましたが、そうではなくもっと早い段階から自分の最期のときをどう迎えたいかを家族で話し合うことが必要です。

問題点と対策案 2

終活の促進

最期を迎える段階で本人の意向がわからない・・・
自己心拍再開すると延命治療は不要と・・・

- ◆ 死をどう迎えたいか普段から家族で話し合う文化
- ◆ 市民への普及
- ◆ 介護サービス導入時や施設入所時の確認を必須に

Department of Emergency Medicine, University of Occupational and Environmental Health

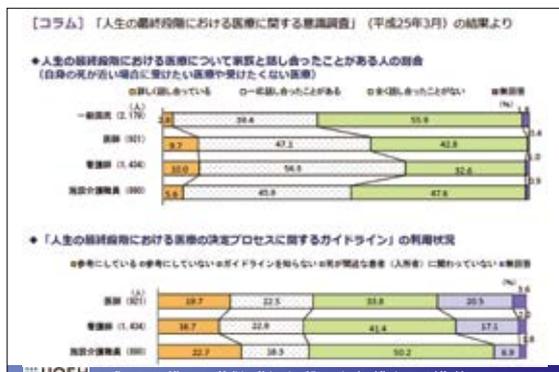
要するに、最期を迎える段階で、言葉も発せない、意識もないという状況では、本人の意向がわかりません。それから、自己心拍が再開しても延命治療は不要と言われることが少なくありません。ということで、死をどう迎えたいか、ふだんからご家族で話し合っていたくような文化をつくっていく必要があると思いますし、このようなことを市民へ普及し、介護サービス導入時、あるいは施設に入所するときには、このような確認を必須にする必要があるのではないかと思います。



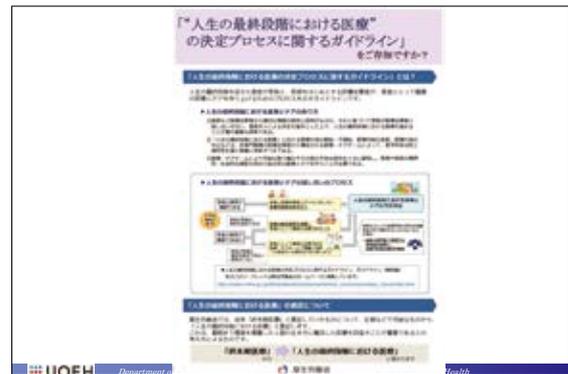
先ほど出てきていますが、地域包括ケアシステムということで、当然重症になれば医療の介入が必要ですが、そうではなくて、ふだんから地域として、在宅の先生はじめ開業の先生方にいろいろケアしていただくことが非常に大事であると思います。



このような人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインというのも出ていましたが、これは名前が変わりまして、医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインとなっております。



しかし、実際に国民、そして医師、看護師にも尋ねたところ、詳しく話し合っている人はいずれの職種においても10%未満ですし、一応話し合ったことがあるのも約半数でしかありません。



人生の最終段階における医療のガイドラインに関して厚労省からパンフレットも出ていますが、まだまだ進んでいません。

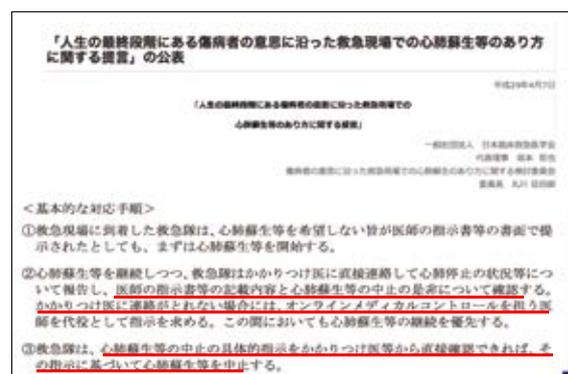
問題点と対策案 3

高齢者施設は終の住処とならない・・・?

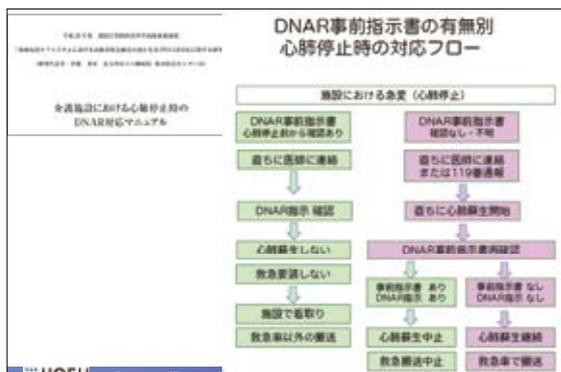
看取りを行えない施設

- ◆救急対応、看取りマニュアルの普及
- ◆施設職員の教育（急変時の対応、看取り）

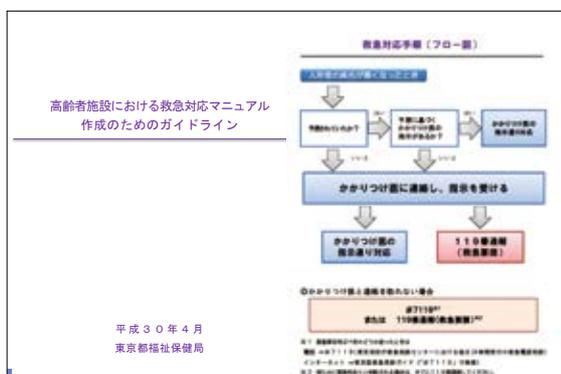
また、高齢者福祉施設というのは、まだ施設によって大きな差があり、看取りを行えない施設も少なくありません。救急対応、あるいは看取りのマニュアルを普及したり、あるいは施設職員の教育も必要だと思います。



実際にDNARの表示があるにもかかわらず救急の要請があった場合には、心肺蘇生をせずに搬送してもいいのではないかと日本臨床救急学会から提言しております。もちろん地域のメディカルコントロールの理解のもとに、このような行為が行われると思います。



これは北九州市立八幡病院の伊藤院長らがつ
くられている介護施設における心肺停止の
DNAR対応マニュアルです。心肺停止になっ
たときには、事前指示があるかどうか確認をし
て、もしDNAR指示があれば医師に連絡をする
ことになっています。



そして、これは東京都でつくられた高齢者福
祉施設における救急対応マニュアルです。こ
こでは、患者さんが急変した場合、予想され
ていた急変であるかどうかポイントです。予
想されていた急変であれば、かかりつけ医
に連絡をし、その指示を受けます。です
から、突然の予想されていない急変では
なく、予想されている急変であれば、か
かりつけ医に連絡をします。



ただ、DNARだからといって何でもかんでも

治療を放棄して、本来助かる患者さんを助け
ない事態は避けなければいけませんから、日本
集中治療学会から、安易にDNARの指示をする
べきではないという提言も行われております。

問題点と対策案 3

高齢者施設は終の住処とならない・・・？

看取りを行えない施設

- ◆救急対応、看取りマニュアルの普及
- ◆施設職員の教育（急変時の対応、看取り）
- ◆嘱託医の協力
 - 在宅医のサポートシステムが必要
 - 在宅医ネットワーク、IT利用によるカルテ共有

このようなことで、高齢者施設というのが非
常にポイントになってくると思います。また、
在宅医の先生方の協力が必要ですが、サポ
ートするシステムも必要になってくると思
います。そのためには、在宅医の先生方
のネットワーク、あるいはIT利用による
カルテ共有などが必要だと思
います。

緊急時のサポートシステム



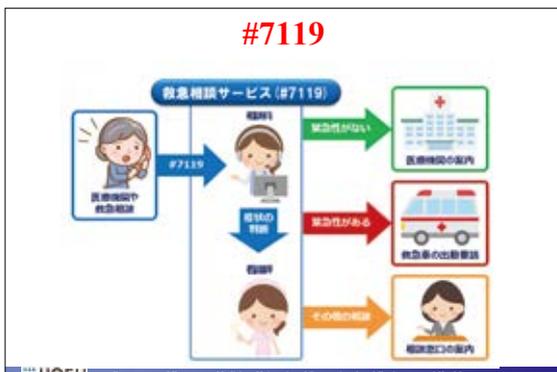
現在、東京消防庁、あるいは日本のいろ
いろなところで使われている救急受診
ガイドです。



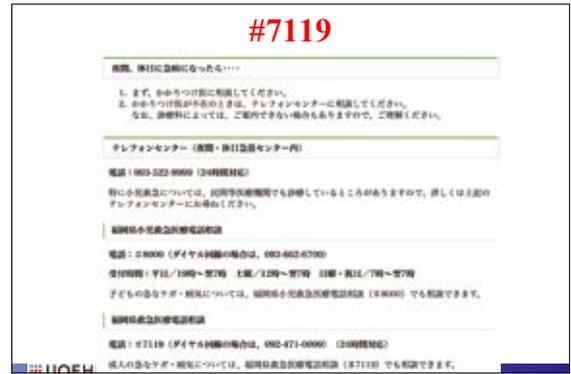
緊急度判定システム



これは、Web版、あるいはスマホ版がありますが、ご自分で症状をクリックしていくと、救急車を呼ぶべきである、明日受診でもいいとかいう緊急度を判定してくれるシステムです。このようなものも使えますが、高齢者の方がこれを使うのはなかなか難しいと思います。



もっと簡単なのは#7119です。これは福岡県などの主な都市で導入しております。このようなコマースもあります。(動画上映)ということで、福岡県でもこのように広報がされています。



#7119

高齢者の方が#7119にかけるのはなかなか難しいですが、高齢者福祉施設であれば、これを使って職員の方に緊急度を判定してもらうことも非常に大事だと思います。#7119にかけますと、1,000人の看護師が緊急度、重症度を判定してくれます。



とびうめネット

療を支援するために、医療情報を事前に登録。正な医療を支援するトワーク。



とびうめネット

さらに、福岡県には医師会の先生方がつくられたとびうめネットがあります。開業の先生方を通して医療情報を事前に登録すると、患者さんの状態が悪くなって救急病院に運ばれたときに、その情報をみんなで共有できます。

とびうめネット

- ◆救急医療支援システム
- ◆多職種連携システム（SNS方式）
- ◆災害時バックアップシステム
- ◆検診情報保存システム

こちらが有名ではありますが、実は、それ以外にも同じとびうめネットという名のもとにいろいろなシステムがあります。他職種連携システムということで、例えば、訪問看護師や介護の人、ドクターなどが情報を共有の上、SNSでやりとりをしたり、写真を共有できるシステムもあります。これは地元の医師会の先生方の同意が得られれば使えるシステムだそうです。それ以外に、患者さんの情報をバックアップしていけば、災害時にその患者さんの処方歴なども見ることができるシステムもありますし、あるいは、ふだんの健診情報を蓄積していくということも可能です。実は、とびうめネットにはこのようないろいろな機能があって、これらを活用していただきますと、高齢者福祉施設に入っている患者さんが急変したときも、それぞれの地域で情報を共有できるのではないかと考えます。

結 語

看取りの確認
や
急変時の対応指針の作成、普及など
市民、開業医、家庭医、老健施設、関連団体を
巻き込んだ整備が必要

↓

不要な救急搬送を減らし、搬送時間を短縮、
限られた医療資源を有効に活用

現在、看取りの確認、あるいは急変時の対応など行わなければいけないことはまだまだ多々ありますが、福岡県は環境も非常に恵まれております。そのようなものを有効に使うことによって、不要な救急搬送を減らして搬送時間を短縮し、限られた医療資源を有効に活用できる

ようにしていただければと考えております。

以上です。ご清聴どうもありがとうございました。

「アトピー性皮膚炎と食物アレルギーの新しい展開」



福岡県小児科医会
福岡市立こども病院
アレルギー・呼吸器科科長
手塚 純一郎

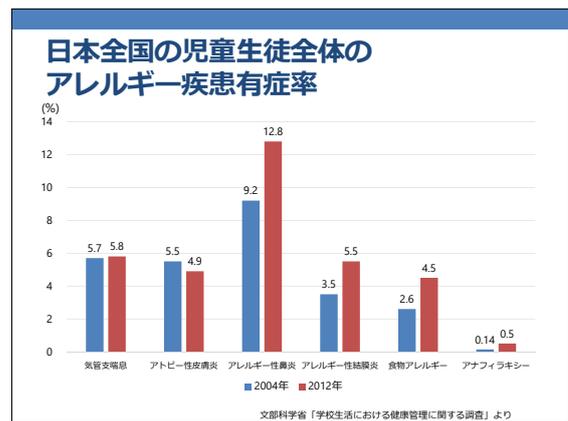
2019/2/3 第11回福岡県医学会総会 シンポジウム「地域医療に役立つ最新の医療」
福岡県医師会館 14:50-15:10

アトピー性皮膚炎と食物アレルギーの新しい展開

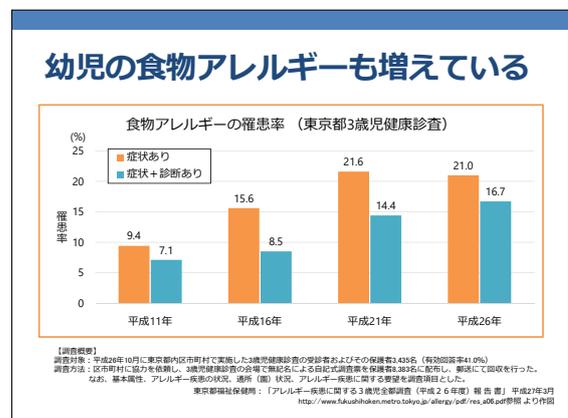
福岡市立こども病院 アレルギー・呼吸器科
手塚純一郎

福岡市立こども病院のアレルギー・呼吸器科の手塚です。本日はこのような機会を与えていただきました松田会長及び座長の労をとっていただきます朔先生に深謝申し上げます。このような機会を与えていただいた福岡県の小児科医会の会長である下村先生にも深謝いたします。

今まで高齢者のお話が続いてきましたけれども、私は小児科医でございまして、大分毛色が違います。アトピー性皮膚炎と食物アレルギーという宿題を下村先生よりいただきまして、実は、アレルギー、特に食物アレルギーに関しては、この10年ぐらいで我々が医学部で習ってきたことが180度と言っているぐらい変わってきたので、今日はその辺のお話をさせていただけたらと思います。



まず、アレルギーが増えてきている実感を生方もお持ちかと思いますが、これは全国の小中高の児童生徒に大体どれぐらいアレルギー疾患の患者さんがいらっしゃるかの調査結果です。2004年と2012年の間に、喘息やアトピー性皮膚炎というのは、実は頭打ちから少し減り出しています。これは先進諸外国どこも同じで、今増えてきているのは鼻炎とか結膜炎です。社会的に問題になっているのは食物アレルギーで、その中でも特にアナフィラキシーを起こすような患者さんが増えていて、今20人に一人ぐらい食物アレルギーの患者さんがいます。



これは東京都の3歳児健診のデータですが、平成11年から5年置きの調査で、こうやって見ていただくと、症状がある患者さん、症状があっかつか医師に診断を受けている患者さんというのがぐーっと増え、この15年間で倍ぐらいになり、症状だけで見ると、3歳のお子さんの5人に一人が食物アレルギーがあります。

アレルギー疾患対策基本法

(平成26年6月27日法律第98号)

第3章 基本的施策

- アレルギー疾患の重症化の予防および症状の軽減
(知識の普及・生活環境の改善)
- アレルギー疾患医療の均てん化の促進等
(専門医療従事者の育成・医療機関整備)
- アレルギー疾患を有する者の生活の質の維持向上
(保健師、助産師、管理栄養士、栄養士、調理師等の育成、
学校職員の研修、患者・家族への相談体制整備)
- 研究の推進等
(病態解明、予防・診断・治療に関する基礎・臨床研究の推進)

アレルギーというのは国民病とも言えるような状況ですが、これに対して国を挙げてやるべしということで、アレルギー疾患対策基本法というのが平成26年に策定されました。福岡県においても、医療機関整備が昨年末から動き始めていますけれども、近々アレルギー疾患の拠点病院というのが形になってくると思います。

臨床病型 (症状のパターン)	主な症状	主な年齢	アナフィラキシーショックの可能性	程度の高い食物
新生児・乳児 消化管アレルギー	下痢や血便	新生児 ～乳児	+/-	牛乳
食物アレルギーの関与する 乳児アトピー性皮膚炎	湿疹	乳児	+	鶏卵、牛乳、 小麦、大豆 など
即時型症状	蕁麻疹や 喉など様々	乳幼児 ～成人	++	年齢により 異なる
食物依存性運動誘発 アナフィラキシー	アナフィラキシー	学童 ～成人	+++	小麦、甲殻 類など
口腔アレルギー症候群 (花粉・フルーツアレルギー)	口の中の違和感	幼児 ～成人	+/-	果物、野菜 など

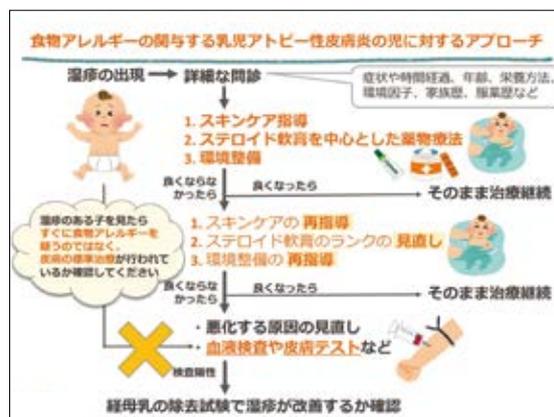
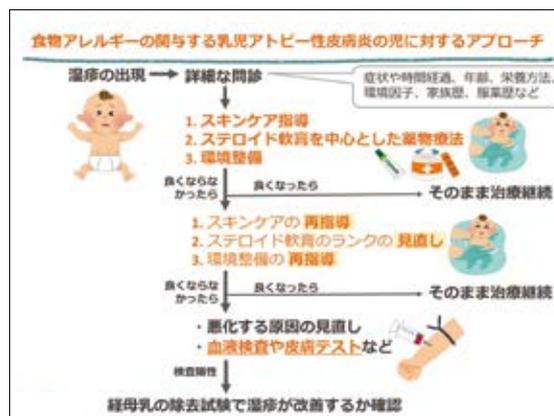
本題に入りますが、食物アレルギーとアトピー性皮膚炎の関係ということから少しお話をさせていただきたいと思います。食物アレルギーといってもいろいろなタイプがありますが、昔は小さいお子さんの食物アレルギーというイメージはこれだったんですね。赤ちゃんが何かを食べると湿疹が悪くなると。これについて、皮膚科ではアレルギーではなくてアトピーだ、小児科はアレルギーだということで、大分喧々譁々やった時代がありました。

食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎

- 乳児アトピー性皮膚炎に合併して認められる食物アレルギーのこと。
全ての乳児アトピー性皮膚炎に食物が関与しているわけではない。
- アレルゲン食品の除去により湿疹が軽快する。
- 湿疹に対する標準治療を行っても改善しないときに除去試験や誘発試験を行い、アレルゲンが確定すれば除去を行う。
- スキンケアをしっかりとることが必須である。
- 離乳食開始後頃から即時型アレルギーに移行することがあり注意する。



これはどういうものかという、アトピー性皮膚炎はアトピー性皮膚炎なんだけれども、食べるものをやめるとよくなるということで、やっぱり食物アレルギーでしようという理解だったのですが、このうち一部が即時型の食物アレルギー、いわゆるじんま疹が出たりするようなタイプの食物アレルギーに移行するという問題があります。

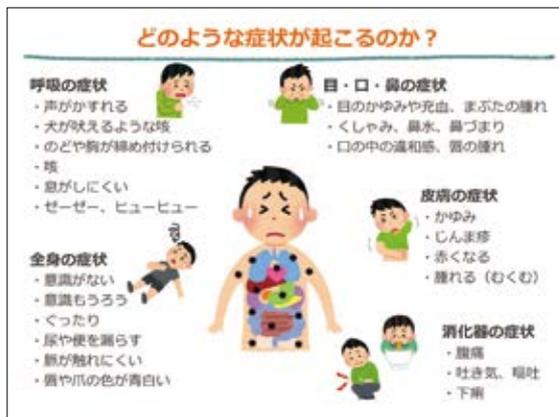


こういった患者さんたちを診るときにどうしたらいいかですが、まずは、しっかりとスキンケアをしていただくことが一番大事です。ここで往々にして現場が混乱するのは、いきなり食

物アレルギーを疑って血液検査をされるお子さんのケースです。そうすると、後々いろいろ面倒くさいことになりますから、まず検査をするのではなく、とにかく湿疹をよくしていただいたほうがいいと思います。実際の症例は後で少しお示しします。

臨床類型 (症状のパターン)	主な症状	主な年齢	アナフィラキシーショックの可能性	頻度の高い食物
新生児・乳児 消化管アレルギー	下痢や血便	新生児 ～乳児	+/-	牛乳
食物アレルギーの関与する 乳児アトピー性皮膚炎	湿疹	乳児	+	鶏卵、牛乳、小麦、大豆など
即時型症状	唇紅腫や 咳など様々	乳幼児 ～成人	++	年齢により異なる
食物依存性運動誘発 アナフィラキシー	アナフィラキシー	学童 ～成人	+++	小麦、甲殻類など
口腔アレルギー症候群 (花粉-フルーツ症候群)	口の中の違和感	幼児 ～成人	+/-	果物、野菜など

ここで、血液検査というのはどういうときに役に立つのかを少し考えてみますと、先生方にご存じのとおり、血液検査ではIgEを測っているわけです。当然IgEは湿疹に関係しているわけではなく、即時型のじんま疹とかアナフィラキシーとかに関係してくるわけです。



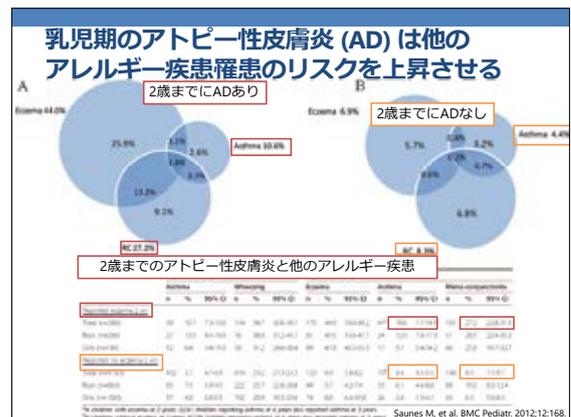
食物アレルギーの難しいところは、接触部位だけの症状、例えば、鼻炎とか花粉症だけであればいいけれども、食物アレルギーの場合は、食べた物が消化されて、吸収されて、最終的に全身に回り、全身に症状が出ます。そのため、食べた後にじんま疹が出てみたり、場合によってはぜんそく発作みたいな形でゼーゼー・ヒューヒューしてみたり、最悪アナフィラキシーになるわけです。まずは、このような症状があったという患者さんが、基本的に血液検査

の対象です。何かを食べて症状が出た患者さんが対象です。



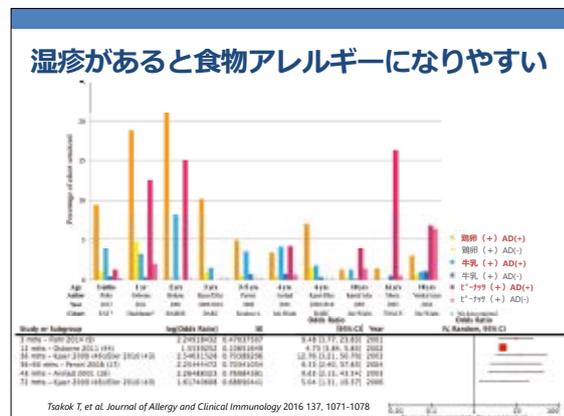
即時型の食物アレルギーの患者さんというのは、まず症状があって、しかも繰り返している。そのような場合に血液検査を行って、IgE抗体が証明された場合に食物アレルギーと診断していきます。

ここで、検査が陽性イコール食物アレルギーではないというのが一つのポイントです。血液検査が陽性であっても症状がない人が少なからずいます。感度の問題で、血液検査でひっかからなくても実は原因になっていることもありますから、まずは、血液検査ではなく、症状から疑っていくことが大事です。



アトピー性皮膚炎と食物アレルギーということで話を進めていきますと、赤ちゃんのころにアトピー性皮膚炎があると、いろいろなアレルギー疾患のリスクが上がることが報告されています。ちょっとビジーなスライドで申しわけないのですが、2歳までにアトピー性皮膚炎があったお子さんとなかったお子さんがその後どうなっていくかということ、喘息になるような患

者さんというのは、やっぱりある人、ない人で大分変わってきますし、結膜炎の患者さんなどいろいろなアレルギー疾患が、アトピー性皮膚炎で小さいころに湿疹があっただけでリスクが上がるのがわかります。



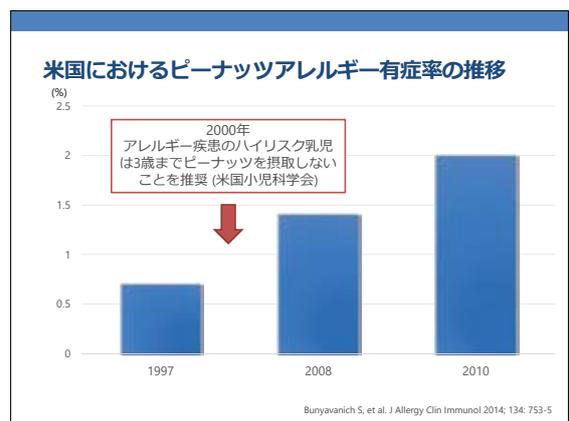
特にここでリスクが上がってくるのが食物アレルギーです。例えば、黄色でいくと、濃い黄色が卵のアレルギーがあってアトピー性皮膚炎がある人、アトピー性皮膚炎がなかった人がこの薄い黄色のほうです。こうやって見ると、2段階ずつ上がって行って、卵、牛乳、小麦で出していますが、全てのアレルギーに関して、アトピー性皮膚炎があるものすごくオッズ比が上がるのがわかってきました。

以前の食物アレルギーの治療方針

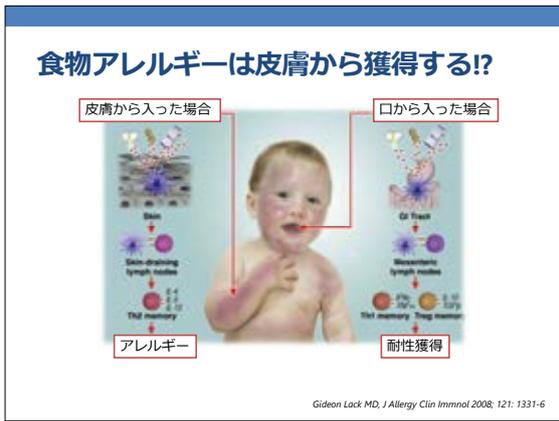
- ・食物アレルギーを起こしやすいものは赤ちゃんには与えない
- ・血液検査から疑わしいものは完全除去

じゃあ、湿疹と食物アレルギーはどう関係しているのか。赤ちゃんの湿疹というのは、食べたら悪くなる、食べるのをやめたらよくなるということだけで考えられていたのですが、どうも湿疹そのものが食物アレルギーの原因になっているのではないかというのが最近の主流の考え方です。昔は食物アレルギーというのは食べると基本的にみんな思っていたので、食べ

過ぎないようにということが指導の中心になっていました。なので、赤ちゃんに対しての指導は、食物アレルギーを起こしやすいようなものを赤ちゃんにあんまり早いうちに食べさせないほうが良いよと。例えば、そばとかエビとかというのは離乳食にはやめておきましょうというのが常識でしたし、湿疹があり、血液検査をして卵と牛乳の数字が陽性だったときは、一応食べさせるのはやめておきましょうというのが、ついこの間までの常識でした。



これはアメリカのデータです。アメリカでは、ピーナッツアレルギーが問題になるわけですね。20世紀の終わりぐらいにピーナッツアレルギーが社会的に問題になった中で、アメリカの小児科学会は2000年に、アレルギーになりやすそうな赤ちゃん、アトピー性皮膚炎があったり、上のお子さんにアレルギーがあったりというお子さんに関しては、3歳までピーナッツを食べさせるのを遅らせましょうという勧告を出しました。その勧告を出した結果、10年後どうなったかということ、食物アレルギー、ピーナッツアレルギーのお子さんが増え始めました。2008年にアメリカの小児科学会はこの勧告を取り下げていますけれども、取り下げたときには時既に遅しで、その後もどんどんどんどん増え続けました。



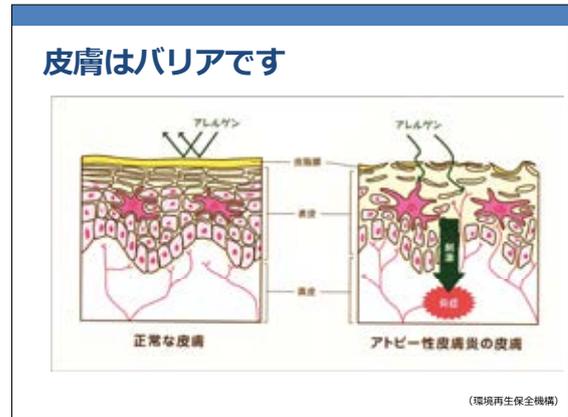
この中で、2008年に、ラックというアメリカの先生が、食物アレルギーは皮膚から獲得するのではないかという説を唱え始めました。ピーナッツオイルをスキンケアのための保湿剤として使っている赤ちゃんがピーナッツアレルギーになることが多いので、この先生はこういう説を唱え始めたのですが、この説を言い出したほんの10年前までは、世界中の小児科医が、顔に塗っていたら口にもちょっと入るでしょう、やっぱり口から食べているからなるのではないかと思っていました。この先生は、皮膚から入ると、そこからアレルギーが獲得される、食べると腸管の中でTregが誘導されて耐性獲得に働くということを言っていたのですが、このころ我々はまだ信じていませんでした。

日本発のエビデンス! ?

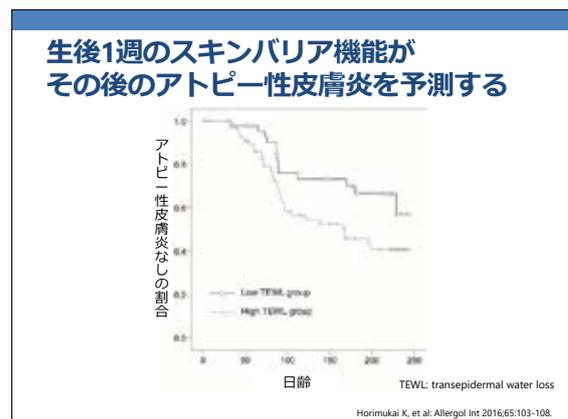
- 石鹸中に含有される小麦成分(グルバール19S)に対して、経粘膜・経皮的に感作
- それまで大丈夫だった小麦に対してアレルギーを発症
- 小麦摂取で即時型アレルギー、運動誘発アナフィラキシーを起こすようになる

しかし、実は、この直後ぐらいに事件が起きました。これは福岡の会社だったので患者さんを診たことがある先生もいらっしゃるかもしれませんが、大野城にあった「茶のしずく石けん」ですね。悠香の茶のしずくといってCMがバンバン流れていて、すごく売れました。売れたのですが、この石けんには実は問題が

あって、小麦由来の保湿成分が入っていたのです。それを毎日、毎日洗顔などで使っているうちに、小麦に対してそれまでどうもなかった大人の女性に症状が出るようになってきて、実際に皮膚に使い続けると大人でもそういうことが起こることが証明されてしまいました。

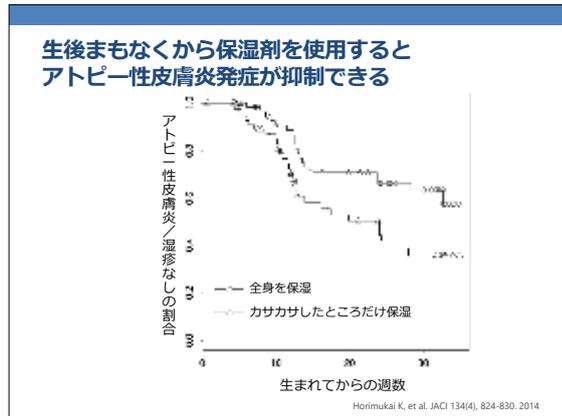


そういう状況の中で、皮膚というのは何なんだろうと考えてみると、皮膚というのはバリアなんですね。いろいろなものが体の中に入らないようにするためのバリアです。アレルギーの原因になるものをアレルゲンといいます。そのバリアが壊れているといろいろなものが入ってきてしまう。そこに炎症があっといういろいろなサイトカインが出てきている中で、どんどん感作が成立してしまうという理解がだんだん進んできました。



そうであれば予防が考えられないか。このTEWLというのはtransepidermal water lossといって皮膚のバリア機能の指標で、高ければ高いほど水分が失われやすい、バリア機能が低いということです。これを皮膚が強い人と弱い人で見ると、下に行けば行くほどアトピー性皮膚

炎になっている、弱い人のほうが、その後、やはりアトピー性皮膚炎になっている。



じゃあ、こういう赤ちゃんたちに生まれてからせつせと保湿剤を塗ったらどうなるだろうかということも、日本の成育医療研究センターを中心に介入研究が行われています。全身を保湿した赤ちゃんとかさかさしたところだけを保湿した赤ちゃんで見ると、全身を保湿した赤ちゃんのほうが、その後、アトピー性皮膚炎になる患者さんが少ないということで、生まれてすぐからバリア機能を補正してあげることが、その子の予後を変える可能性があることがわかってきました。

ピーナッツ摂取開始が早いとピーナッツアレルギーの有症率が下がる

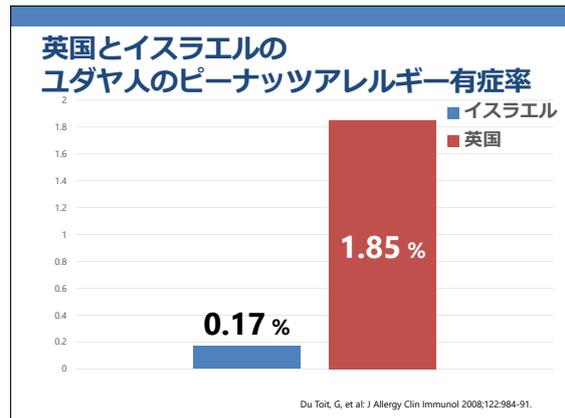
Original articles

Early consumption of peanuts in infancy is associated with a low prevalence of peanut allergy

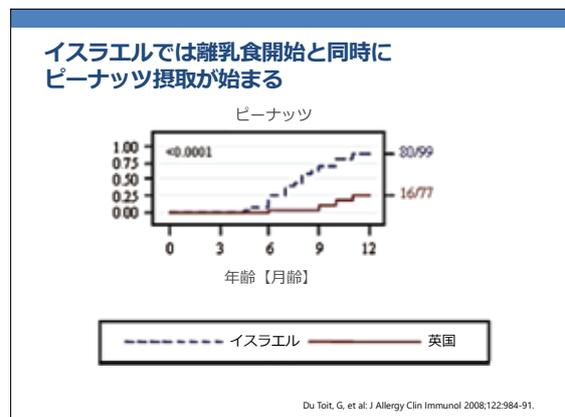
George Du Toit, FRCPCH,* Yitzhak Katz, MD, PhD,† Peter Savelkuy, PhD,‡ David Musher, MSc,§ Sahar J. Melnik, PhD,¶ Helen R. Fisher, BS,|| Adam T. Fox, FRCPCH,† Victor Tamaso, MD, PhD,† Tal Amir,† Galia Zada-Monkai, MD,† Adi Cohen, MD,† Irit Livni, MD,† and Gideon Lack, FRCPCH* London, United Kingdom, Tel Aviv, Haifa, and Amsterdam, Israel, and New Orleans, La

Du Toit, G, et al. J Allergy Clin Immunol 2008;122:984-91.

もう一つは、食べるものを遅らせましょうということに対するアンチテーゼが出てきました。ピーナッツを食べるとピーナッツアレルギーになりにくいという報告があります。



世界中にいるユダヤ人で、イギリスにいるユダヤ人とイスラエルにいるユダヤ人を比べてみると、ピーナッツアレルギーの有症率が10倍ぐらい違う。同じ素因を持っているはずなのに環境によってそれだけ発症率が違う。



その根本をいろいろ調べてみると、どうもイスラエルでは離乳食開始と同時にピーナッツを食べるという習慣があるんですね。なので、ピーナッツを食べているからイスラエルではピーナッツアレルギーのお子さんが少ないのではと考え、この先生方の偉いところは、介入試験をしています。

Learning Early about Peanut Allergy (LEAP) Study

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

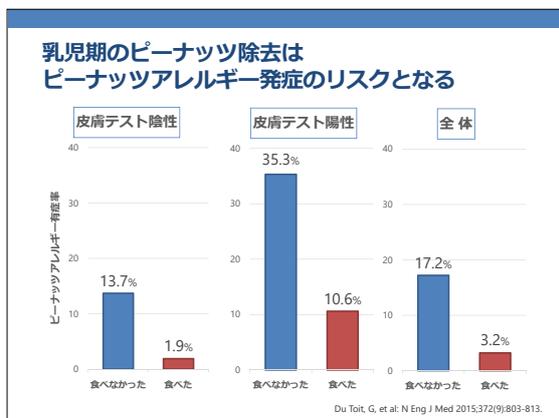
ピーナッツアレルギーのリスクを有する乳児におけるピーナッツ摂取の無作為化試験

対象 4~11か月の重症な湿疹 and/or 卵アレルギーがある乳児

方法 ピーナッツ摂取群（ピーナッツ蛋白 6g/s週以上）と回避群に無作為割り付け
60か月の時点での予後を調査

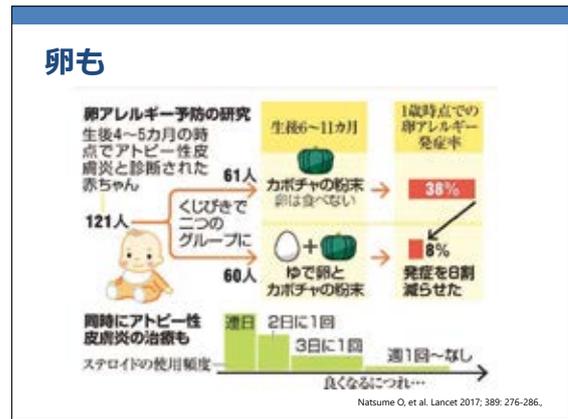
Du Toit, G, et al. N Eng J Med 2015;372(9):803-813.

実際に4～11カ月の、1歳前の湿疹がひどいとか卵アレルギーがあるような赤ちゃんを640人集めて、そういった赤ちゃんたちにピーナッツを食べさせる群と食べさせない群に分けて、5歳のときにどうなっているかを評価しています。このときに使ったのがバンバというスナック菓子で、この中にはピーナッツバターが入っています。離乳食でこのようなものを食べさせるので、イスラエルでは赤ちゃんのうちから自然とピーナッツを食べている。日本で赤ちゃん煎餅の中にピーナッツバターが入っているイメージですね。



実際どうなったかという、これは非常にハイリスクな赤ちゃんたちなのですが、食べないと17%ぐらいピーナッツアレルギーになっているのが、食べると5分の1に減る。

もう一つポイントがあり、皮膚テストであるプリックテストで陽性、要はIgEが検出されるような赤ちゃんに対しても食べさせています。日本だと、そういう赤ちゃんは一応ピーナッツなどは怖いからやめときましょうと言っていると思います。ただ、そういう赤ちゃんだと、食べさせないと3人に一人はピーナッツアレルギーになる。血液検査が陽性であっても、うまく食べさせれば10人に一人で済むんですね。食べさせる前に血液検査をして、それを根拠に除去を指導してしまうと、むしろその赤ちゃんをピーナッツアレルギーにさせるかもしれないことがわかってきたので、ピーナッツアレルギーの予防を目的とした除去は勧めないということが、世界中の幾つかのアレルギー学会の共同声明として出ています。



日本の場合に問題になるのは卵アレルギーです。卵アレルギーのお子さんが多いわけですが、これについても成育医療研究センターを中心に介入研究をやっています。これも同じようにリスクが高い赤ちゃんについて、卵を食べさせた赤ちゃん食べさせなかった赤ちゃんというところで見ると、これが8割ぐらい減るという結果で、きちんと食べておくということが大事なことがわかってきました。

食物アレルギー発症の予防には

・新生児期からのスキンケア

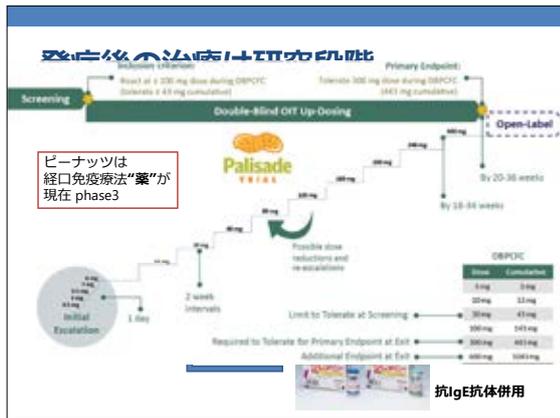
皮膚のバリア機能を意識して経皮感作を予防

・耐性獲得誘導を意識した離乳食

環境中に存在する抗原は積極的に摂取（経口免疫寛容）

赤ちゃんのスキンケアは積極的にいきましょう！

以上を踏まえてどう予防したらいいのか、ということでもいと、経皮感作を予防するために、生まれてすぐからきちんとスキンケアをしていきましょう。もう一つは、耐性獲得誘導をする。つまり、経口免疫寛容の機会を奪わないということです。食べさせないと機会を奪ってしまうということですから、きちんと何でも食べさせることになっています。



では、既になってしまった人に対してはどうかという点については、残念ながら、まだこうしたらいという方法は示されていませんが、一部の施設では経口免疫療法をやり始めています。アレルギーがある人に対しても食べさせていく。これと似たようなことで、舌下免疫療法——ミティキュアとかシダキュアというものを聞いたことがある先生もいらっしゃるかと思いますけれども、アレルギーがあるものを実際に摂っておく。ただ、食べ物の難しいところは、結構重篤なアナフィラキシーという全身症状が出る患者さんが多いんですね。そういった方たちに対して、先ほど喘息でも出ましたが、オマリズマブという抗IgE抗体を併用したらどうだろうかとか、皮膚に貼ったらどうだろうかという研究が進んできています。一つこれからだんだん形になってくるかなというのはお薬として摂っていく方法です。

ピーナッツに関しては、そのお薬が第Ⅲ相まで来ています。抗原が0.5ミリというと、ピーナッツにすると0.3グラムとか、絶対はかれないような重さです。それからだんだんだんだん一定のプロトコルに従って増やして、5粒ぐらいまで投与します。こういったものが薬として出てくると、だんだん治療ができようになると思います。

ステロイドバッシング!?



1992年 ニュースステーション

最後にスキンケアです。スキンケアの中でも、食物アレルギーを予防するという観点からアトピー性皮膚炎を考えるとという形でお話をして、終わりにしたいと思います。

ここでキーになるのは、バリア機能を補正することと炎症をコントロールすることです。実は、日本においては難しいバックグラウンドがあり、過去に久米宏がニュースステーションで、ステロイドは悪魔の薬だと言ったのです。これが1992年だったのですが、それから日本中で一斉にステロイドはよくないという風潮が広まりました。場合によっては、お医者さんもステロイドはあんまり使わないほうがいいよということをやっていたのですが、その結果、どういったことが起こったかという、

アトピー性皮膚炎乳児の死亡 2009年10月

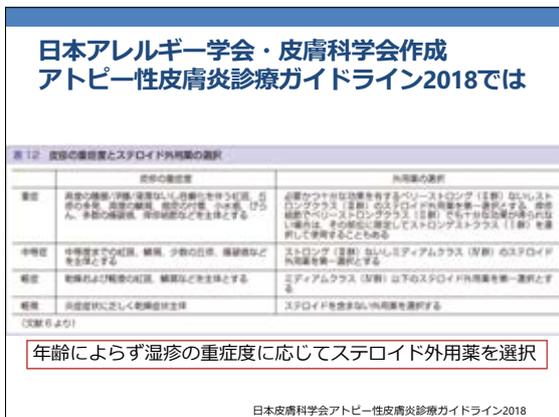


2010年7月17日 読売新聞

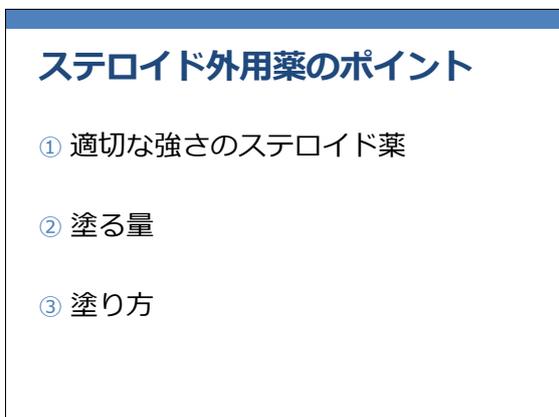
これは民間療法に走ったお子さんです。福岡県でこういったお子さんが出たのですが、赤ちゃんに手かざしをやっていたんですね。それによって、アトピー性皮膚炎が重症化して、結果として亡くなってしまったケースもあります。



これではまずいだらう、大事なのは標準化だということで、ガイドラインというのできるわけですが、やっとアレルギー学会と皮膚科学会が一緒になってつくったガイドラインが初めて出ました。



ポイントはここです。年齢が小さいから弱いステロイドを使おうというようなことはせずに、湿疹の強さに応じてステロイドの強さを決めましょう、よくなったらすぐにやめるようにしたらいいですよということです。

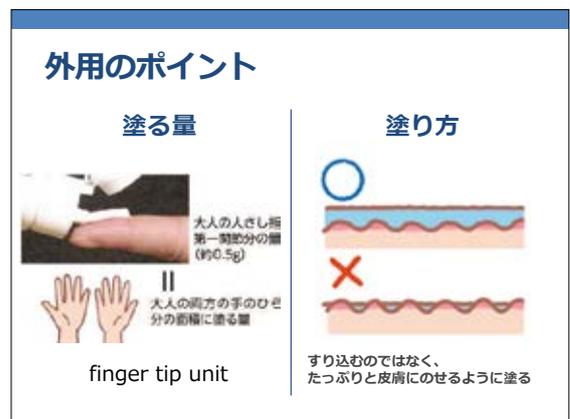


実際にステロイドを使うときのポイントは、湿疹の強さに応じた適切な強さのステロイド薬

を使うことです。塗る量と塗り方も大事です。



実際に使うお薬というのはI群からV群まであるわけですが、アトピー性皮膚炎には、大体III群、IV群ぐらいをよく使われると思います。リンデロンであったり、この辺のお薬を先生方はよく使われるのではないかと思います。小さいお子さんだからといって、いきなりIV群のロコイドとかアルメタのようなお薬を使うのではなくて、小さいお子さんであっても、まずきちんと湿疹をコントロールするためのお薬を出す。



お薬を出すだけでは不十分で、今度は塗り方と塗る量の指導もします。塗る量というのは、先生方もおそらく聞いたことがあるかと思いますが、フィンガーチップユニットといって、人さし指の第1関節までチューブから出した量が大体手のひら2枚分の量に相当しますよということをご指導します。その上で、塗るときはすり込むのではなく、たっぷり皮膚に乗せるように塗ってくださいねと指導します。

月齢4 女児



介入が不適切だと多抗原へ感作

月齢6 男児



IgE 8890 IU/ml

特異的IgE

卵白	>100	(6)
スギ	69.0	(5)
卵黄	>100	(6)
オボムコイド	57.0	(5)
オボムコイド	0.46	(1)
牛乳	10.3	(3)
小麦	95.7	(5)
グルテン	85.7	(5)
ω-5-グリアジン	4.71	(3)
大豆	94.8	(5)

標準的治療のみで

初診時



1週間後



そうすると、例えば、全身に湿疹がひどいという4カ月の赤ちゃんであっても、1週間後にはこれぐらいつるつるになります。そのように、しっかりと標準的な治療をしてあげることが大事です。

まとめ

- ・乳児期は免疫の学習が急速に行われている
- ・皮膚は内的・外的バリアで、乾燥・湿疹はバリア機能が低下・破綻した状態
- ・アレルギーは少なからず皮膚を介して獲得する（**経皮感作**）
- ・乳児期はステロイドの副作用を怖がるよりも正しいスキンケアでアレルギーの進展防止の方が重要
- ・アレルギー発症予防を目的とした摂取回避は勧められない（**経口免疫寛容誘導**）

4か月で既に感作は成立

初診時



(アレルギー関連)

IgE 279 IU/ml

特異的IgE

ダニ	<0.10	(0)
イヌ	20.1	(4)
ネコ	0.19	(0)
卵白	20.1	(4)
卵黄	1.03	(2)
オボムコイド	<0.10	(0)
牛乳	25.1	(4)
カゼイン	9.36	(3)
大豆	5.99	(3)
小麦	<0.10	(0)
ω-5-グリアジン	<0.10	(0)
サケ	<0.10	(0)
バナナ	<0.10	(0)

ただ、4カ月時点でこれくらい湿疹がひどいと、既に感作はいろいろなものに成立しています。じゃあ、介入が遅れるとどうなるかという

最後のスライドです。小さいお子さんでは、とにかく免疫の学習というのが感作と免疫寛容の両方を含めて急速に行われています。皮膚というのは内的・外的なバリアであって、乾燥、湿疹という状況はそれが破壊された状態であるというのが一つです。アレルギーというのは、少なからず皮膚を介して感作されます。大人であれば、花粉症であったり、金属アレルギーであったりも、こちら側がメインです。小さいお子さんのうちは、ステロイドの副作用を怖がるよりも、まずはしっかりとお肌をよくしてあげることがその子の一生にかかわりますし、ならないようにということで食べるのを遅らせると

いうことは、現時点では勧められていません。



以上です。ご清聴ありがとうございました。

— 総合討論 —

○**朔座長** それでは、総合討論に行きたいと思っておりますので、ご講演の先生方はステージのほうにお上がりください。フロアの先生方からのご質問を受けさせていただきたいと思っております。

今日のシンポジウムは高齢化をターゲットに話を進めました。最後の手塚先生は、高齢ではなくて赤ちゃんのスキンケアに関しての話でしたけれども、まず、順番に従って塩瀬先生からいろいろ質問していきたいと思っております。

塩瀬先生は高齢化社会に対応した低侵襲の心臓手術を心がけておられて、手術時間も短く、なるだけ低侵襲にと。心臓外科医というのはスキルが非常に重要であるわけですが、低侵襲化というのは簡単にやれるわけではないわけですよ。

○**シンポジスト (塩瀬)** 手技自体は簡単ではないです。むしろ難しくなります。

○**朔座長** 難しいけど患者さんにとってはメリットが大きいわけですね。

○**シンポジスト (塩瀬)** そうですね。外科医離れと言われてはいますが、今後どう教育をしていくかを本気で考えないといけないと思っています。

○**朔座長** 心臓外科医というのは、全世界的に少なくなっているのでしょうか。

○**シンポジスト (塩瀬)** 絶滅危惧種です。

○**朔座長** 患者さんが高齢化しているのみならず、ドクターも高齢化しているのでしょうか。

○**シンポジスト (塩瀬)** ドクターはどうでしょうか。心臓外科は命に直結するので、ほかの一般の外科と比べて、なかなか若い先生に執刀させません。我々も最初10年ぐらいはなかなか執刀のチャンスがなかった気がしますが、今はそういう時代でもないし、できるところはできるだけやらせてシェアしていかないと、待ったなしというか、症例も限られていますので、早く下の若い世代に回していかないといけないと考えております。

○**朔座長** 私は循環器内科医なんですけど、どうしても成功率96%より98%を選んでしまうわけ

です。先生の4を1にする、あるいは100点満点の手術ではなくて90点から80点でも、患者さんにとって効果的なオペをすることが重要であるという言葉は非常に印象的でした。

先生はアメリカでも随分長く手術をされているようですが、日本人とアメリカ人の血管といえますか、オペはどちらのほうがしやすいでしょうか。それから、ハートチームというのは、アメリカと日本でどう違うのでしょうか。

○**シンポジスト (塩瀬)** ありがとうございます。私は帰国前、アメリカで8年ほど臨床スタッフをやっていたんですが、なぜこんなに違うんだろうというぐらい違います。論文にはなかなかないのですが、欧米人はものすごく止血能力が高くて、我々だったらまだまだ時間をかけて止血をするようなところでも、すぐ閉めてしまって、これはタンポナーデで帰ってくるだろうという人たちが、そのまますすいと血が止まっていくという印象があります。血管自体、冠動脈なども大きいので、日本の成績と欧米の成績を直接比較するのは難しいと思います。海外でトレーニングした人が日本で必ず成功するかというと、そうでもないことがあり、その辺に原因があるのではないかと思います。

あと、海外のハートチームは完成しています。先生がおっしゃったように、だんだんと低侵襲化していくので、技術が向上しないと高齢化社会に対応できません。外科医が一番パフォーマンスを発揮できるのは手術室であると各病院のCEOがうたっており、できるだけ押し込めておけという労働環境に置かれているような気がします。もちろん私は自分の患者が気になってICUに見に行くわけですが、「おまえは俺らを信じていないのか」と言われることがあって、いやいや、「こういう手もあるのではないか」とリスペクトしながら働いておりました。

○**朔座長** 働き方改革も今いろいろ出てきていますが、アメリカでの心臓外科医の給与体系というのは、日本よりかなりいい状況にあるのでしょうか。

○シンポジスト（塩瀬） 間違いなくよくて、激減しました。病院長か医学部長がおられると思いますが、北園先生、よろしく願います。

○朔座長 給与が激減された塩瀬先生ですが、それでも日本に帰ってこられました。

何かフロアのほうからご質問はございますか。特に低侵襲性の経カテーテル大動脈弁留置術（TAVI）であるとか、90歳を超えて手術を行うことについて。TAVIも改良が進めば、当然若い人にも使われるようになるのですか。

○シンポジスト（塩瀬） 最後の方の僧帽弁手術のターゲットは若い人が多いので、もちろんその技術は全世代に適用されるのではないかと思います。実際、低侵襲なんですけど、在院日数というか、皆さん、今心臓外科はどれぐらいで退院しているのだろうと思われるかもしれませんが、去年はほとんどの患者さんが2週間以内に退院されています。先週アメリカに行っていたのですが、昔の同僚と話をしていたら、アメリカは大体1週間ぐらいで帰すのですが、今は大体二、三日だねと言われました。月曜日に行ったら、木曜、金曜には家に帰すよという話だったので、まだまだおくられていると思います。

○朔座長 ほんとうにそうですよね。私も、以前のアメリカのボスが心臓手術をしてお見舞いに行ったんですけども、すぐに退院していて、びっくりしました。

ほかにフロアのほうから。はい、どうぞ。

○会場参加者（後藤） 北九州戸畑で内科を開業しています後藤誠一と申します。

塩瀬先生、今日はお話がなかったのですが、僧帽弁閉鎖不全に対するマイトラクリップについては、今、東大の問題で中止になっているとお聞きしました。実は、初期の10例のうち3例をうちで見つけて小倉記念病院に送ったんですが、全部予後がいいんです。先生、マイトラクリップの現状というか、これからいろいろ問題があるということなのかどうなのか、いかがなものなのでしょうか。

○シンポジスト（塩瀬） 先生ありがとうございます。マイトラクリップは、私は外科で僧帽弁の手術をしますので、短期的にはおそらくいいと思います。僧帽弁閉鎖不全症は、弁尖であっ

たり、あと弁輪の拡大も複合して起きてまいりまして、マイトラクリップというのは弁を挟み込むだけで逆流を止めますが、例えば、弁輪が拡大してきたときにどうなるのか。あと、挟むので、少し血流が通りにくくなり僧帽弁狭窄症ぎみになります。1個かむだけで弁口面積が3分の2になるので、そのバランスだと思います。長期予後がわかっている僧帽弁閉鎖不全の手術ができる人は、10年、20年そのままずっと手術なしで問題がないため、私は手術をしたほうがいいと思います。新規治療のため様子を見ないといけません、手術適用にならないような方はトライしてもいいかなという現状だと思います。

○会場参加者（後藤） どうもありがとうございました。

○朔座長 ありがとうございます。

次に、超高齢社会の糖尿病対策ということで、久留米大学の野村先生にお話をいただきました。先生、今、糖尿病パンデミックですよ。一般には、特にアジア地区、それから発展途上国で糖尿病がどんどん増えていると言われてます。非感染性疾患のトップとしても出てくるわけですが、アジア地区や発展途上国で増えている原因をどう考えたらいいでしょうか。

○シンポジスト（野村） 一つは、遺伝的な体質だと思います。もう一つは、経済的にお金が入るとどこに使うかということ、やっぱり食生活が豊かになるのだと思います。その二つが相まって爆発的に増えているのではないかと考えています。例えば、肥満度は日本より米国が高いですが、糖尿病は日本のほうが多い。つまり、アジア人はちょっとした小太りでもインスリン抵抗性がすぐに生じて、β細胞に負荷がかかって糖尿病になりやすいという背景が大きいだろうと思います。ゲノムワイド関連解析（GWAS）の結果、いろいろな遺伝子が見つかっており、そういうことから外国と日本では全く違うことが最近わかってきました。

○朔座長 糖尿病というのは、ベースとして慢性炎症が存在すると。例えば、循環器の世界では、ポール・リドカーという人がカナキヌマブというCRPを下げるような薬を投与して心臓の再発作を抑えるということもやってるのです

が、そのような抗炎症薬を糖尿病に使うようなトライアルはあるのでしょうか。

○シンポジスト(野村) 幾つか過去にはありますが、うまくいった例はないと考えています。基本的に炎症をどう捉えるかです。どこから来ている炎症かと考えると、マクロファージや免疫の細胞、もしくは僕らの肝臓や筋肉、全ての細胞というのは炎症性のサイトカインを出す力がある。そのため、いわゆる抗炎症薬というよりは、食生活というか、ダイエットをすることによって実は炎症はおさまるんです。つまり、代謝と炎症というのは両輪なんですね。たくさん食べて代謝が進めば、当然炎症が起こるのです。ちょっと難しく言うと、ERストレスとかが起こってくるんです。細胞がいろいろなものをたくさん処理しようとするとう炎症が起こるので、入り口を閉める、すなわち代謝を少し落とせば炎症が少しおさまるといことだろうと思います。したがって、抗炎症剤というよりは、昔から言われている食事療法であったり、有酸素運動であったり、今言われたnon-communicable diseaseとしての糖尿病の抗炎症作用につながるのではないかと考えます。

○朔座長 早期介入するということですね。先生はSGLT2阻害薬に関する有用性をお話しされましたが、フロアの先生方から何か実質的な治療などに関してご質問はございますか。

先生、中年ぐらいまでは痩せたほうがいいのではないか、それから、ある程度年をとってくると、筋肉量(lean body mass)がどんどん下がってしまうかもしれませんが、むしろ太ったほうがいいのではないかと時々言われることもある。それはフレイルの世界においてどう解釈したらいいのでしょうか。

○シンポジスト(野村) 老化をどう捉えるかという視点だろうと思います。老化を疾患と捉えることができれば、治療が可能かもしれません。僕自身は、それは体組成の変化だと思えます。脂肪が増えれば筋肉が落ちる。筋肉を増やせば脂肪は落ちる。この二つは逆に動くんですね。したがって、筋肉を増やすのが大事だと思います。

いわゆる中年期の肥満というのは、筋肉もあ

りますが、余分な内臓脂肪などがたまっていきます。特に内臓脂肪は燃えやすいですから、減量を始めると、おそらく最初に減るので、減量という言葉で代表して内臓脂肪を減らせと言っているだけなんです。高齢者の場合は、内臓脂肪がある方もおられますが、筋肉内の脂肪であったり、いろいろなところにたまっているので、脂肪を落とすだけではなく、筋肉がついてこない、ほんとうにサルコペニアになるのです。したがって、高齢者ほど筋肉を増やす必要があると思います。

筋肉というのは内分泌臓器でして、運動などによってマイオカインと総称される様々な物質を出していることが最近わかってきました。実は、骨もそのようなものを出していることがわかってきました。すなわち、運動して筋肉がしっかりある人は非常に代謝状態がいいことがわかってきたのです。ですから、高齢化したときの生活習慣病のターゲットは、骨と筋肉です。これはフレイルの裏返しなんです。そう考えると、先生方も非常に腑に落ちるのではないかと思います。

○朔座長 ありがとうございます。非常にシャープなコメントだと思います。

フロアの先生方から何かございますか。はい、どうぞ。

○会場参加者(後藤) 戸畑で内科を開業しています後藤誠一です。

野村先生、いつも素晴らしいご講演をありがとうございます。私は糖尿病の患者をたくさん診ていて、特にサルコペニアとかフレイルなどに注目していますが、心不全になると、BDNFが骨格筋で低下してくるということをつい先日聞きました。糖尿病患者で何が問題かということ、FFが多いと言われていましたが、心不全が起こりやすいということで、やはりサルコペニアと関係があるだろうなど。栄養が筋肉に行っていないために糖尿病も悪化する。だから、高齢者、特に超高齢者においては、サルコペニアに注目して、そこにターゲットを絞って管理することが必要かと思うのですが、いかがでしょうか。

○シンポジスト(野村) 全く先生がおっしゃ

るとおりだと思います。答えになっていないですね。いろいろなガイドラインをのぞいてみますと、例えば、心不全の治療ガイドラインで1番目に挙げられているのは食事・運動療法です。糖尿病も食事・運動療法です。今問題のNASH、肝硬変も食事・運動療法です。先ほどちょっと肝臓の先生とお話しをしていましたが、例えば、運動すれば肝硬変が治るかという、ある一線を超えなければ治るとというのが一つの説です。あとは、NASH由来の肝がんがどうなるか。運動をすれば、ひよっとしたら制御できるかもしれない。一部の例ではそのようなことがあるようです。トータルとして、筋肉ほか、心臓、腎臓、全ての臓器がつながっていると思えば、運動を重要視する必要があると思います。

二足歩行で歩き出した我々は、倒れると死ぬということです。動物は食べられなければ死にます。すなわち、消化管と骨格筋運動というのは全ての病気につながっているのではないかと考えます。すみません、少し抽象的な話ですが。

○会場参加者（後藤） いえ、どうもありがとうございました。

それに関して、藤田先生、嚥下運動は骨格筋の運動ですので、高齢者の嚥下機能の低下には、ひよっとしたら筋肉の運動量が減ってくるのが関与しているかと思うのですが、いかがでしょうか。

○シンポジスト（藤田） 難しい質問ですが、私たちのところでは、例えば、サルコペニアは慢性閉塞性肺疾患（COPD）にも非常に関係しており、高齢になるとどうしても嚥下が落ちてしまう気がしています。あと、脳神経障害がある方は嚥下機能がかなり落ちます。筋肉量と嚥下機能が関係があるのかはわかりませんが、嚥下機能が悪い方は筋肉量が少ないというのは先生おっしゃるとおりですので、逆の視点から私たちも勉強をさせていただこうかと思います。答えになっていなくて申し訳ありません。

○会場参加者（後藤） どうもありがとうございました。

○朔座長 それでは、藤田先生に少しお聞きしたいと思いますが、先生のお話の中で、高齢者はがんと共に生活するというお話がありました。

非常に重要なポイントだと思います。今、抗がん薬と免疫チェックポイント阻害薬があり、かなり医療費が高騰しつつありますが、これに関して先生はどのようなご意見をお持ちですか。年齢によって適用などが決まるのかどうか、その辺をお聞きしたいと思います。

○シンポジスト（藤田） この後、羽生田先生からお話があるので、私もぜひ勉強させていただきたいですが、例えば、ヨーロッパ諸外国のように、何歳までは健康保険で診ますが、それ以降はご自分の負担ということであると、多分、予防して医療費を下げるということはものすごくコストエフェクティブだと思います。しかし、今の日本のシステムだと、予防して、例えば、70歳で発症していたのが80歳で発症する、85歳で発症するとしても、あまり医療費の軽減にはつながらないように思います。がんの治療も、昔私たちは75歳以上では抗がん剤の化学療法などは全然導入していなかったのに、今は平気で80、85歳でも導入してしまう。これについては、例えば、私個人ではなく、日本国民全体の総意で決まる話のような気がしております。

○朔座長 ありがとうございます。呼吸器疾患に関して先生方のほうから何か質問はございますか。肺炎のガイドラインを遵守しても死亡率が悪いというのは、どのように考えるのでしょうか。

○シンポジスト（藤田） 朔学部長がおっしゃるように、心不全になって1回退院してもまた心不全で再入院されるというのと全く一緒に、誤嚥性肺炎でご入院して、1回退院しても、また1カ月ぐらいすると誤嚥性肺炎で来られるということを何度も繰り返されます。これは多分宿主因子の問題で、その時点で治療をしたからといって治るものではなく、こんなことを言う大変申し訳ないのですが、宿主の限界を表しているのかと思います。ガイドラインで一律に決めて治療をしても、なかなか難しいことを指し示しているように思えます。

○朔座長 ありがとうございます。高齢というところにキーワードがあるかもしれません。

それでは、真弓先生に行きたいと思います。先生、今日は非常におもしろいお話を伺いまし

た。D N A R (do not attempt resuscitation) をある程度行っている、45%の患者さんが心肺停止になったときに救急車を呼んでいるというお話がありました。これは日本に特異的な現象なんでしょうか。

○シンポジスト (真弓) 日本に特異的かどうかはよくわかりませんが、ただ、施設によって全然違います。医師が開設した老健施設などではほとんど看取りをやっていただけるのですが、そうではなく事業者が開設したような施設ですと、全くそういう意識がありません。夜もアルバイトの職員がいて、ひどいと、その患者さんの名前、年齢、性別さえわからず救急車で運んできますので、その辺の平均化というか底上げが必要だと思います。

○朔座長 リビングウィルやACP (advance care planning) といったことが今から確立されると、法的にサポートされるかもしれません。そういったことを啓発する社会活動を今先生方はどういう形で行っているんでしょうか。

○シンポジスト (真弓) 救急関係だけでは非常に力が弱いので、先ほどお示したように、いろいろな関連組織の方々に入っていて懇話会をつくりました。そこから厚労省や消防庁などに施策を提言し、マスコミや医師会の先生方にもぜひご協力いただいて、我々もそうですが、市民皆が最後をどう迎えるかというのを家族で普通に話す文化が醸成されるのが一番いいのではないかと思います。

○朔座長 我々、医学部の学生には命の大切さをずっと教えていくわけですが、むしろいかに死んでいくかといったこともきちんと教えていけないといけないなど、先生のお話を聞いて感じました。

フロアの先生から何かございますか。はい、どうぞ。

○会場参加者 (後藤) 真弓先生、どうもありがとうございます。私は真弓先生と同じ北九州で開業している後藤誠一と申します。

施設の患者さんの看取りは、施設によって多様性がある、看取りができないところもあります。年月が10年程たつと最初に入居した時点と状態が全く異なります。ところが、その人を

特養に移そうとしても、あいていないので移せない。そのようなことでケアハウスにずっといるのですが、そこでは絶対看取りはできなくて、僕らが主治医で診ていても、間に合わなかった場合には救急車を呼んで、そこで検死という問題が発生しています。

在宅医療は、施設の職員が少ないなど各施設様々な多様性があり、救急車を呼んでいることもあると思います。その辺りの施設の多様性をもう少し平準化して、在宅医療を充実させ、看取りができるような社会的な整備がこれから必要ではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○シンポジスト (真弓) 全く先生がおっしゃられるとおりです。そこをいかに進めていくかということで非常に頭を悩ませていて、例えば、普通の老健施設などは厚労省管轄ですが、サービスつき住宅は国交省管轄で役所も違い、一斉に基準化することがなかなか難しいので、先生方から何かよいアイデアがありましたら、ぜひお教えいただきたいと思います。何とぞよろしくお願いします。

○会場参加者 (後藤) どうもありがとうございました。

○朔座長 それでは、最後に手塚先生のアトピー性皮膚炎と食物アレルギーの話です。非常に目の覚めるようなお話を聞かせていただきました。私と今日の司会をされている田中真紀先生は、ちょうど1歳半ぐらいの孫がいて、いつも写真を見せ合いながら自慢をしています。うちのお嫁さんは、孫がいるといつも、これ食べたらだめ、あれ食べたらだめと言うのですが、本当はケーキか何かを食べさせてあげたいです。ですが、ピーナッツの話や湿疹がアレルギーの原因になっているということ、それから、皮膚からアレルギーになるという話があって、全身の保湿は非常に重要なものであると。そうすると、昔我々がよくしていた乾布摩擦なんていうのはどういう位置づけになるのでしょうか。

○シンポジスト (手塚) ありがとうございます。私は、前、南福岡病院におりました。長期入院療法が行われていた、ぜんそく児たちがずっと何年も入院していた時代、薬がなかった

時代は、アトピーがある子たちもごしごしこすらせていたのですが、今から考えるとあり得ない話です。おそらく女性の先生方は「くれぐれもと」いろいろなところで言われると思いますが、ナイロンタオルで体をごしごしなんてあり得ない、体を洗うときは泡で手で洗いなさいというのが今の常識で、とにかく皮膚を傷つけずにスキンケアをすることが大事です。乾布摩擦というのは気合いが入るぐらいですかね。

○**朔座長** ありがとうございます。先生のお話を聞いていて非常に楽しかったのですが、そのようなアレルギーというのは、妊婦のときの栄養状態なども関係するのでしょうか。

○**シンポジスト（手塚）** ありがとうございます。妊娠中に何かをすることで食物アレルギーやアレルギー疾患を予防できないか、既にいろいろ試されてされています。少なくとも何か食べるのを避けることで食物アレルギーを予防することはできないということははっきりしています。それ以外にも、最近プロバイオティクスや不飽和脂肪酸など、いろいろな介入臨床がされていますが、これを行えばアレルギーが予防できるという方法はなかなかなく、どちらかといえば、妊娠中は普通にきちんと暮らしてくださいと。

最近少し気になっているのは、母乳栄養児のほうに湿疹が悪い赤ちゃんが多いことです。これは世界的に見ると日本がちょっと特殊なケースで、いろいろ見てみると、どうも今日本のお母様方は日やけを避けられるんですね。日やけを避けると何が起こるかという、ビタミンDが減ってしまい、母乳中のビタミンDが減る。ビタミンDというのは、実はアレルギーを抑制する物質ですから、日やけどめを塗り過ぎない、日光浴も適度にきちんとするなど、何でもしていいという方向がむしろいろいろうまくいくかと思えます。

○**朔座長** ありがとうございます。

今日は5人の先生方にシンポジウムをお願いし、高齢にターゲットを置いて話をさせていただきました。明日からの診療に大変役立つものではなかったかと思えます。5人の先生方にもう一度大きな拍手をお願いいたします。

どうもありがとうございました。

特別講演

テーマ

「医療政策のゆくえ～財政論に押される医療～」

【専門医共通講習－⑥医療福祉制度（任意）】 1単位

参議院議員 羽生田 俊

「医療政策のゆくえ ～財政論に押される医療～」



参議院議員
羽生田 俊



ご紹介を賜りました参議院議員の羽生田俊です。日本医師会の推薦でちょうど6年前の7月に参議院議員に当選させていただき、皆様方に大変お世話になっているところです。

私は、専門は眼科です。6年前の1月に日本医師連盟から半年後の7月の選挙に出ることが決まり、それ以来診療は一切しておらず、ポスターは白衣を着た写真にしましたが、6年ぶりに着た白衣で、自分でも何か気恥ずかしい思いがします。日本医師会にいたときには週に2日ぐらい診療ができたのですが、今は全くできない状態で、しっかりと全国を回れと横倉会長からも言われています。

今日は福岡医学会総会においてお話をする機会をいただきまして、ありがとうございます。私が今一番頭を悩ませているのは医師の働き方改革です。私が提案して自民党の中にプロジェクトチームをつくってもらったので、おまえが提案者だから座長をやれということで座長を仰せつかっていますが、考えれば考えるほど難しい問題であると思っています。その辺も少しお話をさせていただこうと思います。



これは、会長が山笠に乗ったときの写真をわざわざ取り寄せて表紙に使わせていただきました。会長になった年だったと思いますけれども、山笠に乗るんだぞというお話を聞いていたので、その写真を取り寄せました。



今年7月に参議院議員選挙があります。その候補予定者ということで改めまして日医連執行委員会において昨年7月にご推薦を賜り、もう一度挑戦する機会をいただきました。身の引き締まる思いです。実は、自民党の全国比例の候補者は原則70歳未満ということで、それに抵触しているわけです。7月の選挙のときには71歳ですが、その辺は見た目が少し若いということで勘弁してもらっているところです。しっかりと仕事をしてまいりたいと思います。

これは、会長や福岡県の先生方と写真を撮らせていただきました。

医師と議員	
【医師会歴】	
昭和48年 3月	東京医科大 医学科卒業
昭和62年11月	(社)前橋市医師会 理事
平成5年 4月	(社)群馬県医師会 理事
平成12年 4月	(社)日本医師会 常任理事
平成22年 4月	(社)日本医師会 副会長
【議員歴】	
平成25年 7月	参議院議員 初当選
平成25年10月	参議院厚生労働委員会 委員
平成26年 9月	参議院厚生労働委員会 理事
平成27年12月	参議院厚生労働委員会 筆頭理事
平成28年 9月	参議院厚生労働委員会 委員長
平成29年 9月	参議院財政金融委員会 理事
	自由民主党副幹事長
	参議院自民党副幹事長
平成30年10月	参議院財政金融委員会 理事
	自民党厚生労働部会長代理

会長からもお話をいただきましたけれども、私は今話題の東京医科大学の出身でございます。今、東京医科大学の公衆衛生学教室で客員教授をさせていただいて、年に1回、講義を行い、地域医療をテーマに話をさせていただいているところです。

医師会関係が非常に長く、30年以上になりました。昭和62年に出身の前橋市の医師会の理事になりまして、それからずっと医師会活動を続けています。前橋市医師会の理事になったときは39歳です。30代からそちらの道に行き、臨床よりむしろ医師会の活動のほうが長いです。現在は参議院議員として仕事をしており、厚生労働委員会に所属して、2年目に理事、3年目に筆頭理事、4年目に委員長という立場をいただきました。同期の中で一番早く委員長というポストについたものですから、そのときに初めて周りからの視線が頬に突き刺さる痛さを感じた次第です。

委員長になった年に自見はなこ議員も当選され、二人で厚生労働委員会に所属していましたが、同じ日本医師会推薦の議員二人が厚生労働委員会に所属することについて初めはだめだと言われましたけれども、委員長という立場は、質問が全くできず、委員会を運営するだけで、羽生田は発言権がないからいいだろうということで、自見はなこ議員も厚生労働委員を務めております。

そういったことでしたが、委員長をやめると、また委員として戻るわけにはいかず、今は財政金融委員会理事という立場をいただいております。財政面から医療に関していろいろと言

えるだろうということでこの委員会を選びました。

それから、昨年1年間は自由民主党の副幹事長という立場をいただきました。自由民主党の副幹事長は十数名おり、多数の中の一人ですが、同時に参議院自民党副幹事長もさせていただきました。

現在は、財政金融委員会の理事と自民党の厚生労働部会の部会長代理という立場をいただいています。厚生労働部会長は、皆さんがよくご存じである小泉進次郎議員です。小泉進次郎議員が部会長をやると内定した途端に、私はそばにいないかならぬと思ひ、部会長代理というポストをいただきました。できる限りそばにいて、しっかりと連携しようという意図です。

今国会 提出予定法案(厚労-5本)
●医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案
○障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律案
○女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律案
○医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律案
○児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律案

今回の通常国会は1月28日から始まり、厚生労働関係で5本の法案が出る予定です。一番上の丸、白丸といますか、黒丸といますか、これは予算が関係する法案がこれ一つであるということで、ほかは予算に関係しない法案です。そういったことで、いろいろな取り扱いが違ってきます。

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律は予算絡みです。カードリーダーを持っていらっしゃる医療機関はごく一部だと思いますが、これを全ての医療機関に置くということで、その基金ができるわけですが、そういったお金が絡むということで予算関連法案になっています。これによりナショナルデータベースを集約していこう、そして介護のほうからもデータを集めて、医療の場面と介護の場面とを比較して、ど

ういう医療をしたらどういう介護になるのか、介護が軽く済むのか、あるいは重くなってしまふのか、そういったところまで研究していきたいと厚生労働省は考えているわけです。

もう一つこの中で、審査委員会が行われていますが、実は、47都道府県全てに支払基金の事務所があります。それを中央に一括化して、その辺の事務を減らそうという魂胆です。ただ、審査委員会をそのまま残すことになっておりますので、審査委員会の事務はそのまま各県に置かれますが、全体は国でまとめるという方向になるというのがこの法案です。

2番目は、障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律です。これは、法案の所管が自分のところでひどいことをしたわけですから、そうならないようにしようという法案が出てくるということです。

それから、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律です。安倍総理はずっと一億総活躍社会、特に女性に活躍してほしいと言っていて、安倍総理のこの言葉を聞いたときに、「女性は働いて子供を産むな」というふうに私には聞こえとずっと部会等で言っています。働くことは非常に大変であるし、それ以上に大変なのはお産をすることですから、国としてその辺をもう少し真剣に取り上げなければ、少子化対策にならないのではないかと思います。

今、少子化対策として、保育所の増設や自由に選べる時間帯での働き方についてはどんどん法案や制度が設けられていますが、産むということに関してはほとんど支援がなくて、とにかく産んでもらわなければ少子化は解消しないということを根底に考えるべきだということを当選した6年前からずっと言い続けています。しかし、制度としては何も出てきません。

昨日、一昨日も部会でその辺の話がありました。フランスとロシアがある程度成功して、1.2ぐらいまで下がった出生率が今は1.8ぐらいまで回復しています。どうしてそうなったかを正確にいろいろ調べろということを厚生労働省に言いついて、今、調査をしているところですが、

簡単に言うと、出産一時金といいますか、金銭的な支援が出生率上昇の一番大きな要因になっているようです。その辺を日本もまねしなければ少子化は解消しない。お産した後の働きやすい体制をつくるのはもちろん大切ですが、それでは少子化は解消しないのであって、とにかく産んでいただくことを国としてどう支援するかが一番大切なことだと考えております。

これは早く許可をしてどんどん出していこうということです。

それから、児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律です。これは、目黒区で非常にかわいそうな虐待死があり、最近、ニュースで騒がれている虐待に対していろいろと考えていかなければならないということで、児童相談所に児童福祉司という職、正式な国家資格ではありませんが、児童福祉司をしっかりと配置し、弁護士や医師も児童相談所に絡めるようにする法律です。



これは、金融財政委員会では麻生財務大臣に質問している場面です。



これの次に出てきますのは、決算委員会で私

けませんでした。

薬局がOTC医薬品を売ったりトイレトーパーを売ったり、そういうものでお金をもうけるのは、会社だからいいんです。ただ、保険調剤で入ってくるお金と完全に分離できるはずで、薬事法人でも医療法人でもいいですので医療機関と同じように法人にすべきだと主張しましたが、厚生労働大臣からも的確な返事をいただけませんでした。ただ、これは言い続けていこうと思います。株式会社で配当に保険調剤のお金を使うなんていうことは全く許される話ではなく、まだまだ騒ぎ続けようと思っているので、皆様方にもぜひご支援を賜りたいと思います。



今、厚生労働部会長はこの方、小泉進次郎議員です。非常に人気があり、物事をはっきり言う、非常にマスク受けをする発言が多いということで心配しております。今回厚生労働部会長をする前は農林水産部会長でした。このときに、部会長になって何をしたいかと聞かれて、農協をぶっ壊すと言ったんです。本当に大分壊れましたけどね。今回正式に決定する前に「医師会を壊したい」と言ったといううわさが入ってきたものですから、そばにいつもいなければいけないと思って部会長代理にならせていただきました。確かにいろいろなことを言っております。

こちら側は患者団体、風疹症候群の子供さんを産んだお母さん方の集まりで、風疹症候群の赤ちゃんをゼロにしようという活動をずっと全国を行脚してやっておられます。彼女たちの団体が厚生労働部会長に面会を申し込んで実現しました。ここにあるのはマスクのマイクです。これまでの厚生労働部会では、多いときでせい

ぜい二、三社のマスクミが来る、カメラが来るぐらいでしたが、小泉議員の場合には、何の部会でも、開けばこれだけマスクミが集まります。今までと比べると3倍から5倍の数です。だから、彼もマスクミ受けする言葉を選んで話してしまうところがあり、何を言い出すかわからず心配ですので、しっかりそばについていようと思います。風疹症候群の話だったため、私も少し話をさせていただきました。

風疹症候群も、いわゆるワクチン行政を根本から変えたいと思って、これからむしろ小泉進次郎部会長を使ってやろうと思います。ワクチンの目的からすると、余って当然という程にワクチンをしっかりと供給しなければいけないと思い、そのために薬屋にワクチンをしっかりとつくらせて、損をさせないために国が買い上げる、そして無料で国民に打つ、そういうワクチン行政にしていきたいと思っています。これは小泉議員にぜひ協力してもらい、そのような方向に持っていきたいと思っていますところでは。

次期通常国会提出予定法案

- 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案
- 障害者の雇用の促進の促進等に関する法律の一部を改正する法律の一部を改正する法律案
- 女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律案
- 医薬品、医療機器などの品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律案
- 児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律案



私が6年前に当選したときに横倉会長から二つの宿題をいただきました。一つは、成育基本

法を法案として成立させろ、もう一つは、医療基本法を法案として成立させろということでした。どちらも当選してすぐに動き出したのですが、いろいろあって大変時間がかかってしまいました。

まずは自民党の中で成育基本法の議員連盟をつくっていただき議論をし、自民党としての結論を出した上で、超党派の議員連盟をつくらせていただきました。このときに来ていただいたのは、もちろん日本医師会長です。こちらは山口県の河村建夫議員で、議員連盟の会長をお願いしました。こちらは木下先生という産婦人科医会の会長です。こちらは松平先生で、当時の小児科医会の会長です。議員がいるところにこの方たちに来ていただいて、ここに並んでおりますけれども、こういった形で成育基本法の議論をしました。松平先生はよく、日本版のネウボラをつくるべきだと言われていまして、それに沿って法案をつくりました。

成育基本法ですから、まず妊娠から始まることが特徴的です。妊娠から始まって、おなかの中で順調に育ち、出産を迎え、出産からは成長していくわけです。そうしますと、乳幼児のときの母子保健法があり、児童福祉法などがあり、お勤めするところまで行けば労働基準法等々がかかわってくるわけですが、一連の過程を社会全体でしっかりと支えていく法律です。生まれた子供が成人して自分が子供をもうける立場になる、そういうサイクルを成育基本法では考えています。

もともとは小児科の先生を中心に小児保健法ということで議論が始まりました。当時、ちょうど老人保健法ができた後でした。老人保健法でどういったことを手当するというお金のことが随分出ているのに、小児科は何もないじゃないかということで、どういうものを手当てすべきだということを中心とした小児保健法を議論しましたが、色々な要因と政治背景もあり1回解散して、改めて成育基本法という名前で議論を始めたという背景があります。



自見はなこ先生がいらっしゃいます。こちらは小児科学会長の五十嵐先生です。そのほかに小児科の先生方がいらっしゃいます。この方が新しい日本小児科医会の会長です。

この法律を成育基本法と略して言っていますが、正式な名前は、ここにありますように、「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」です。1回では絶対に覚えられない名前です。残念なことに、最後のほうにあるように「推進に関する法律」なので、成育基本法と言っていますが、正確には基本法ではなくて推進法という略称を使わなければいけない法律になってしまいました。これは超党派で議論しているときにそういう形になりました。

昨年12月の臨時国会の終わりに近い時期の金曜日、朝10時から議論が始まって、対決法案が2本ほどありその議論を主にやりました。成育基本法ともう一つは脳卒中及び循環器の基本法、これは成育基本法よりもずっと長く議論されていましたが、その2本が議員立法で提出されて、対決法案のすき間で通りました。両方とも超党派の議員連盟が提出したので、本会議場全会一致で通りました。通った時間は9日の午前2時30分ごろでした。小児科医会の先生が数人傍聴席にその時間までいらして、結果を見てから帰られました。



成育基本法はいろいろもめて、超党派でやるときは必ず野党にも行って説明しなければいけなくて、それを私がずっと3年間やって、その後自民党から許可を得て超党派で議員連盟をつくるということになり、やっと昨年5月に超党派の議員連盟ができました。そのときには自見はなこ議員に事務局長をしてもらい議論をしていただきました。彼女は若くてばりばりと仕事をしますので、私の3倍ぐらいのスピードで物事が進んだということで、5月から始めて12月には法案が成立しました。

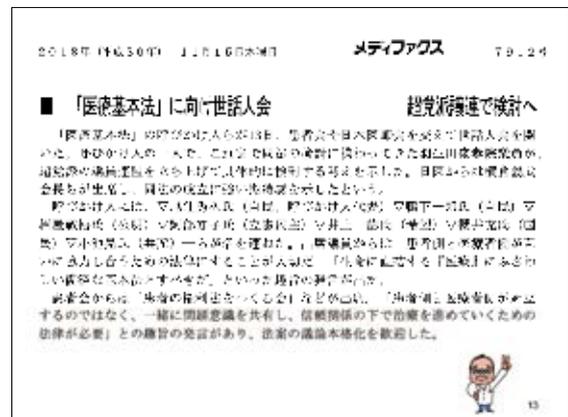
戻りますが、医療基本法をつくれという宿題をいただいております。これは2月6日、3日後に超党派の議員連盟の発会式を行い議論を始めようと思います。日本医師会に医事法関係検討委員会という委員会がありまして、横倉会長が日本医師会に来る前にその委員長をされました。そしてこの議論をしていたものですから、思い入れが強いわけで、何とか法案にしろということを強く言われていたわけです。

ハンセン病については、昭和28年にできた予防法に基づいて、今でいえば考えられないようなことが実際にあったわけで、患者は収容所に強制的に収容されたわけです。そして、その家族までもがいろいろな迫害を受けてきたということで、その法律が廃案になった後に、収容所に収容されていた期間の補償に関する訴訟が提起されました。今は旧優生保護法に関する訴訟が行われています。これは昭和23年にできた法律で、優生保護法という名前自体、優生を優先しろという法律ですから、障害がある方々に子供を産まないような手術等をしたわけで、

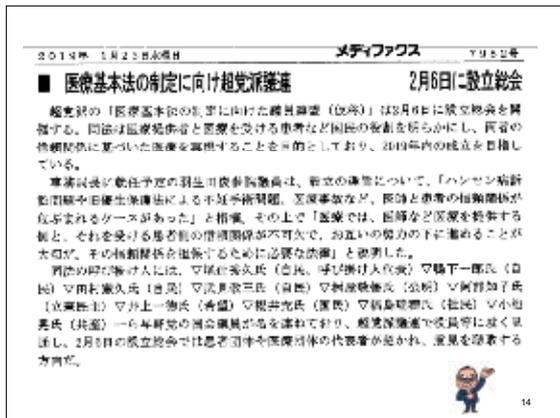
これが今新たに訴訟となって補償問題が始まっております。

そういったことが当時あったので、患者さんの側で患者の権利法という法律をつくるべくいろいろ議論をされておまして、小雑誌が数冊出ておりました。日本医師会からすると患者の権利法という患者団体の方々と議論を重ねてまいりました。全国でもシンポジウムを随分やりました。それで、患者さんのほうも納得してくれて、医療基本法という名前にすることでままりました。名前よりは内容が大切ですので、そういったことで納得していただいたわけです。

この方は、最初の医療訴訟を起こした、奥さんを亡くされた方で、東京で患者会の会長をされています。隣はそういった方々の弁護士で、この方が代表していろいろな交渉事に当たってくれました。この方も息子さんを亡くされたのかな。そういった方です。6日に超党派の議員連盟を立ち上げるときも、この方たちをお呼びして意見の発表をしてもらおう予定です。



医療基本法をつくるということで、これは世話人会という形で、議員連盟をつくる前段で各党に呼びかけていろいろな方に出ていただきました。代表で出ていただいた方はドクターが多いんですね。鴨下一郎議員や阿部知子議員、櫻井充議員、小池晃議員、みんなドクターです。今後、議員連盟が立ち上がったときにはそういった方々に幹事として役員になってもらおうと思っております。



この間、MEDIFAXからこのことについての質問を受けたものですから、2月6日に設立総会をやりますよということを上げたと記事になりました。

医療基本法については、先ほど横倉会長が医事法関係検討委員会の委員長をされたと言いましたけれども、その後の委員長のときに案が策定されています。患者の権利と医師の義務、医師の権利と患者の義務、こういったものが裏表になっているものですから、それをしっかりと書き込んだ案をつくっています。法案をつくる時は、参議院、衆議院それぞれの法制局と共に法案文を作成作業が必要なので、日本医師会の案を「こういう形で法案にしていきたいから見てくれ」と言って渡しました。翌日の朝に電話が来て「先生、この案で通したら完全に訴訟の根拠法になります」と言われまして、それは困ったということで、日本医師会に差し戻しをして改めて検討してもらいました。確かに権利と義務が裏腹に書かれていて、医者が義務を怠った場合は訴訟が起きますので、そういったことは避けなければいけないと思います。



続きまして、これが一番大変なものですけれども、医師の働き方改革についてずっと騒がれていましたので、昨年の通常国会で、一般の方の労働基準法に基づいた検討がされて法案ができました。一番は、時間外労働の上限規定です。ここにありますように、原則月45時間、年間360時間で、臨時的な特別な事情がある場合にはそれを超えることが許されますが、それに対して上限が設けられました。月100時間、連月であれば80時間です。そして年間720時間、これが上限としてはっきりと法案に書かれています。これを超えた場合には、監督者、管理者が法的な罰則を受けるという罰則まで書かれていますので、しっかりと守らなければいけません。

この法律は今年の4月1日から施行されます。ただ、中小企業は来年の4月1日です。医療機関をどこで仕切ると聞きまして、主として従業員100人で仕切るということで、100人以上のところでは今年の4月から適用、それ以下のところでは来年の4月から適用となりますので気をつけてください。

医師の働き方に関してだけ5年間の猶予があって、その間に医師の働き方を検討することになっております。5年間は現在の法律が医師には適用されるわけですが、5年後には、どこまで、どう規制をするか、結論を出さなければなりません。

医療機関は全部5年猶予があると思われている先生方もおられますが、事務員や看護師、検査技師は全部こちらの法律が今年の4月1日から来年の4月1日から適用されます。管理者は罪に問われますので、十分に気をつけなければいけません。



PTでいろいろヒアリングしました。同時に、厚生労働省の検討会ができて、いろいろな調査等々の結果も出されて議論しています。一般の方に対する労働関係の法案を審議しているときも、医師以外の国会議員から、医師の場合には一般の人と同じではまずいのではないかという意見が随分出まして、その結果が5年の猶予、それからこのPTとなりました。医師以外の国会議員の方々も、医者は大変だと、時間外労働がなければ今の日本の医療は回っていかないと、ことをかなり理解されていると思います。



ここにヒアリング結果があります。最初に日本医師会にヒアリングしました。たまたま委員会がこの直前に報告書を完成させていたので、その報告書についての説明をしていただきました。医療界の代表といえば日本医師会ですから、最初に日本医師会からヒアリングをしました。そのときの日本医師会の考え方は、二つの柱に基づいて医師の働き方改革をやるべきだと。一つは、医師の健康をしっかりと守ること、もう一つは、同じ重さで地域医療を守ることです。私もそのとおりだと思って、今のPTについても

そのように進めていくことにしています。

そのほかにも全国自治体病院協議会や四病院団体協議会、私立医科大学協会、全国医学部長病院長会議の方々もお呼びしてヒアリングをしました。特に大学病院に関しては、もちろん診療も大きな仕事ですが、そのほかに学生の教育があり、学会、研究がある。これをどこまで労働と認めるのかについては、まだはっきりと結論が出ておりません。全部仕事として認めると、とても1,000時間では足りないぐらいの時間外労働になってしまうわけで、どのようにすべきかを非常に悩んでおります。

研修医にしても自己研鑽をしなければいけないわけですから、それを労働時間として見るのかどうか、これも簡単に結論を出せない問題です。法的な解釈からいうと、上からの指示でやっている研究や残業は全て時間外労働です。ただ、自己研鑽は、言わなくても皆さんやっていますから、これをどのように解釈して時間外労働に換算していくかということは非常に難しい問題で、大学病院については一番大きい悩みだろうと思います。実際に大学で研修をされている若いドクターと教授は言うことが全然違い、教授は「研究は勤務ではない」と大体言われます。

そのほかには患者団体の方です。それから後期研修の方、救急や産科で実際に働いている若いドクターもお呼びして意見を聞きました。

最終日には、聖路加国際大学の学長で聖路加病院の病院長である福井先生をお呼びしました。ここは、実際に労働基準監督署の指導によって時間外手当を全額払ってしまっていて、どれだけの影響があったのかを聞きました。早い話、収入が激減しています。なぜかという、救急医療を制限し、土曜日の診療も8割方の診療科を閉じることによって、診療時間を減らし、時間外労働が生じないようにしたからです。そして、収入が減る中で時間外手当も全部払わなければいけないということで、福井先生みずからドクターと交渉して基本給を下げました。ドクターのほうもたまたまのものではないと思いますが、聖路加という名前がついていますので、何とか

納得してくれたのかと思います。それで何とかやりくりをしています。ただ、ドクターにとっては時間外手当がしっかり払われるようになりましたので、実際の手取り自体はそんなに減っていないようです。

今後、いろいろな形で医師の働き方改革をやっていくときに、財務省から医師の給与を下げたらどうかと言われるのが一番怖くて、そういう方向に持っていけないように何とか考えなければいけないと思います。

こちらは日本赤十字の先生です。それから、赤十字の看護師さんです。

こちらは医療事務です。日本医師会にも医療事務の学院がありますし、全国に相当数医療事務というふうに標榜している専門学校がありますが、カリキュラムが全部ばらばらです。日本医師会の場合は医療を教える時間がものすごく長くて、もう少しやれば准看護師の試験を受けられるぐらいのカリキュラムで日本医師会の場合はやっているの、医療現場に出ても、ほかの学校とは違って医療というものを十分わかっているはず。検定試験をやっ、よく理解している医療秘書を育てているわけです。

この方は日本医師会の医療秘書学院を出ています。どこまでどういう仕事をするのが医療秘書なのか、それに対してどういうカリキュラムでやるべきかを全国の医療秘書学院で集まって話し合ってくれとお願いしました。

今回、働き方改革と言っていますけれども、それ以前も医師の働く時間を少なくするためのいろいろな施策があって、時間外労働を一番減らしたのは医療事務です。医療事務を医者でない者ができると。例えば診断書です。最後に医者が確認をして判を押せばいいという形で、医療事務の人たちが実際に診断書を書くところまで許可されているわけで、医療事務補助という形で保険点数も認められました。これが今までの施策の中で一番医師の時間外労働を減らす効果がありました。

ただ、今、これは保険の適用になっていますが、ハードルが高過ぎて、ほとんどの病院では適用できません。救急医療をしていなければで

きないし、ベッドは幾つ以上とか、非常に適用が狭いわけです。そして、ベッドの数によってたしか9段階か10段階で点数が変わります。ベッド数が多いから事務が多いとは言えないとずっと言っていて、これは来年の診療報酬改定のときにはもう少しとりやすいように変えてもらおうと思いますが、今回、PTとしてどこまで言えるか。時間外を減らすためでしたら、どこまで言えるだろうと思いますし、どこまで言いたいと思います。私の個人的な考えでは、医療事務の補助が一番必要なのは開業医の先生だと思いますので、個人的な民間保険の診断書を書いているのは個人の先生が多いわけですから、そういった意味では、個人の先生まで全て医療事務補助加算の点数をとれるような診療報酬改定をしてほしいと希望しているところです。



これは厚生労働省がいろいろ分析をしたときに使った資料です。ここに1,920時間（のちに精査され1,860時間）とあります。これを上限にするのかということでマスコミが、ぱっと報道しましたがけれども、いろいろ時間を調べてみたら、1,920時間のところで区切りがあって、ここから上はちょうど1割の方、1割ということは2万人の医師がそれ以上の時間外労働をしているということでした。平均はここです。月80時間という過労死ラインがこれです。これの少し下のところが一番多いと言えます。

では、どこまで時間外労働を認めるのか。一般の方は720時間という上限をつくりましたが、医師の場合、すぐに720時間としたら地域医療は全く回らなくなりますから、5年間でどこまでどうできるのかを検討しなければいけません。

5年後の解釈が人によって違いまして、先ほど言った月100時間、1年間720時間、これを5年後には医師にも適用するというふうに使われている一般の方もいますが、そうではありません。それにできる限り近づけていく努力はしますが、一般の方と同じ時間にするのは大変難しい事であるので、いろいろ検討した末に決まっていくものと思います。



そういった中で、実際に、これは週20時間、年間960時間の時間外労働をやった場合、これは週40時間、年間1,900時間の時間外労働をやった場合、どれだけ働いてどれだけインターバルをとっているかをグラフにあらわしています。今後、ドクターの働き方もインターバルが非常に大切であるということで、睡眠時間も、いろいろな研究があるようですけれども、最低6時間必要だと言われています。そういったものをいろいろ加味していかなければいけません。

今言ったような時間外労働ではとても医療が追いつかないのは事実ですが、時間外労働をするために何をしなければいけないということも考えなければいけません。一つは健康管理です。必ず年1回以上の健診を受けて、健診結果や自分の健康について相談する場所をきちんとつくってほしい。こういった結果だから少し時間外労働を減らそうという人もいるでしょうし、まだまだできるという人も当然いるわけですが、個人が時間外労働をするためには健康診断の義務を果たさなければいけないと思います。実は、産業保険の中で一番受診率が低いのは医療関係者です。100%健診を受けて自分の体を把握してもらうことが時間外労働をしてい

ただ最低条件だと私は考えておりますので、そういった形に持っていきたいと思えます。

労働基準監督署の立ち入り調査の状況・対策			
案件	発覚	対象数 (医師ら)	病院名
医師の長時間労働是正のため、平成29年6月より土曜外来診療で約3分の2の診療料を廃止 (平成29年5月12日 聖路加国際病院発表)	—	—	聖路加国際病院
夜間や休日勤務等で割増賃金未払い (平成29年10月8日東京新聞等) ⇒約1億2,000万円支給済み	宿日直ではなく通常と同様の労働と判断	約130人	都立小児総合医療センター
36協定未締結かつ、時間外の割増賃金未払い (平成29年10月24日土岐市発表) ⇒1億1,600万円支給へ	電子カルテ記録や職員への聞き取り	216人	岐阜県土岐市立総合病院
時間外の割増賃金未払い (平成29年12月28日佐賀県医療センター発表) ⇒5億6,000万円支給へ	出勤簿と電子カルテ記録の相違	880人	佐賀県医療センター好生館

参照: 日本医師会資料 21

それから、労働基準監督署がばたばたと指導に入りました。時間外手当を払っていなかった医療機関が多かったものですから、多額の時間外手当を払って、非常に大変な状況でした。これは聖路加病院の話です。聖路加病院は金額までは出ていませんでしたが、ほかの病院でいいますと、都立小児総合医療センターは時間外手当を1億2,000万円全て払っています。岐阜県の土岐市立総合病院では1億6,000万円、ひどいのは佐賀県医療センターで、5億6,000万円払っています。大学でも、指導が入った大学病院は6億円前後の時間外手当を払っています。診療報酬でよく過誤だということで払わされますよね。あれは国に払うわけですが、この払い先は自分のところの職員ですから、嫌とも言えない金額で、払わなければならないわけで、痛しかゆしといえますか、大変です。実際にこういった金額を払った上に時間外労働をなくす努力をしろということを随分言われたようで、大変な思いをしています。

医療機関に監督署が入る機会が突然増えたように皆さん思われたかもしれませんが、増えたけれども、監督署自体は、調査をする権限を持っているかわりに訴えがあったときに必ず調査に入らなければいけないという法律に仕切られていて、その結果、今回のようになりました。働き方改革という法案を審議し、マスコミがそういうものをどんどん出したので、時間外労働が多いということで訴えた方が重なって、監督署が入る医療機関が非常に増えてしまったとい

うのが事実です。時間外労働をきちんと把握して払わなければならない、これは今の法律でもそう定められていますから、その辺はきちんとしていただかなければいけません。

**羽生田PT座長の提案により
現在出来る事案として厚労省が対応**

労働基準監督署が入るときに勤務環境改善支援センターにも必ず同席させる。
そうすれば勤務環境改善支援センターは医療現場を知ることができ、労働基準監督署は第三者がいることで高圧的な印象をあたえない。

私が座長をして今いろいろと言っていますが、時間外労働がなければ、今の地域医療は全く成り立ちません。逆に言うと、先生方のそういった時間外でのご努力があるからこそ今の日本の医療は回っていることを改めて感じまして、これは何とかしなければいけないということで、今、勤務環境改善支援センターの設置が法的に義務化されて、47都道府県全てにできております。このセンターにいる方々は社会保険労務士ですから、医療を知っている方はほとんどいないと思っていただかなければいけません。監督署が入るときは勤務環境改善支援センターのメンバーをそこに同席させるよう厚生労働省に言いました。これは実現して通知が出ています。

これは、監督署が医療機関の管理者だけを相手にしているときにはかなり高圧的に物を言っているほうですが、勤務環境改善支援センターという第三者が入ることにより言い方が少し柔和になるだろうということが一つの狙いです。もう一つは、勤務環境改善支援センターの方々は医療をほとんど理解していないので、監督署が入るときに、医療とはどういうものなのか、どうして時間外労働が増えるのか、その辺のことをぜひ聞いてもらいたくて、必ず同席させるように厚生労働省に言いまして実現しました。



これは、今回、部会長が橋本岳議員から小泉進次郎議員にかわって、部会としてのやり方もいろいろ変化しているので、担当者でいろいろと議論をしたということです。

医師の働き方改革PT「中間報告」

医師の健康と地域医療の確保を両立し、抜本的な医師の働き方改革を推進するための中間提言

平成30年12月18日
自由民主党 厚生労働部会
医師の働き方改革に関するプロジェクトチーム

本年6月働き方改革関連法が成立し、労働者がそれぞれの事情に応じた多様な働き方を選択できる社会を実現する働き方改革を総合的に推進するため、長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現、雇形態にかかわらず公正な待遇の確保等を行うこととされた。
医師に関しては、応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であるため、同法において、2024年4月から時間外労働規制を適用することとされ、規制の具体的な方等については、来年3月末を目途に結論を得るべく、現在、厚生労働省において検討が進められているところである。
医師の働き方改革は、単に働き方の改革にとどまらず、医療提供体制のあり方等厚生労働行政の根幹に関わるものであることから、自由民主党においては、厚生労働部会の下に医師の働き方改革プロジェクトチームを設置し、8回に渡り議論を重ね、様々な関係者から、医師の長時間労働の実態や、地域の医療機関が直面する課題、実態等についてヒアリングを行ってきたところである。
現在の医師の働き方は地域医療の確保や医療の公共性を考慮した上でも過酷である。何よりもまず国・医療界・個々の医療機関をはじめとする全ての関係者が、それぞれの立場から全力を挙げてその改革を進めることが大前提である。その上で、医師の働き方改革に関しては、医師の健康を確保することと同時に、地域医療の崩壊を絶対に防がなければならないとの結論に達した。
この二つの課題を両立するため、医師の働き方改革について、以下の取組を実現するよう、政府に強く求める。

中間報告を12月に出しました。その中で、時間外労働をどこまで減らせるかということが第1ですが、時間外労働の原因は何かということ、時間外に患者が来て、診療しなければならないということです。応召義務にも少しかかる話ですが、そういったことと、それから病院内のシステム、あるいは地域のシステムとして改善できる手だてがあるのではないかと、もう一つはほかの職種にお任せできる仕事はそちらに任せましょうというタスクシフト、この3種類に分けて議論を進めていきたいと思っています。医者でなければできないことはかなりあるわけですが、その中でも、例えば複数主治医制など実際の対応の仕方はあると思うので、4月以降になると思いますが、それぞれ細かく議論していきたいと思っています。

「いのちをまもり、医療をまもる」 国民プロジェクト宣言！

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト5つの方策

- ① 患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること
- ② 医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること
- ③ 緊急時の相談電話やサイトを導入、追加、活用すること
- ④ 情報できる医療情報を見やすくまとめて提供すること
- ⑤ チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること



それから、もう一つ私が厚生労働省に言ったのは、直接医師の働き方には関係ないけれども、患者のかかり方の検討会をつくってほしいと。それでできたのが「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言で、上手な医療のかかり方を広めるための懇談会をつくっていただきました。デーモン閣下も委員として参加していると聞いており、かなり大切な意見を言っていたそうです。

そして、五つの方策ということで、患者、家族の不安を解消する取組みを最優先で実施すること、医療の現場が危機的な状態であるということを国民に広く知らしめることが必要なこと、緊急時にすぐに救急車を呼んで病院に行くのではなくて、相談できるところを十分に利用するべきであること、厚生労働省や医師会が国民に対して十分な医療情報を提供すべきこと、チーム医療を徹底して、医師でなくてもできる仕事はそれ以外の方にやってもらうという結論を、この委員会ですべて出させていただきました。

今後3月までの「とりまとめ」にむけたスケジュール	
自民党PT・厚生労働部会	厚生労働省検討会
11月	9日 第11回検討会【労働時間短縮、健康確保対策】
	19日 第12回検討会【医師の特殊性、自己研鑽等】
12月	5日 第13回検討会
	17日 第14回検討会【上記時間短縮・健康確保対策の策、移行確保等】
	19日 第15回検討会
	27日 第16回検討会
1月	11日 第17回検討会
2月	1日 第18回検討会
	6日 第19回検討会
3月	(数回開催)
	【報告書とりまとめ】

PTにて厚生省の検討会に於いて検討すべき事項、盛り込むべき事項をPTとして「中間とりまとめ」を提言

PTで取りまとめをし、厚生省の検討会の方向性を見た上で、政治側としての提言をとりまとめる

3月にPTとしての結論を出すことになっていて、今取りまとめに入っているところですが、

まだ間に合うので、これはこうしたほうがいいということがあれば、ぜひ私に直接言っていただければと思います。3月に報告書を取りまとめて、今私が属しているPTは、自民党の政務調査会の下に厚生労働部会があって、その厚生労働部会の中に医師の働き方PTが構成されていますので、政務調査会の全体会議まで上げ、それを通ると総務会に上げて、そして閣議決定するわけです。そういう方向で進んでいく予定です。



そして、昨年11月25日に、日本医師会が初めて郡市区医師会役員を呼んで医療勉強会を行いました。今までは県医師会の方しかそういった会議には呼んだことがありませんでしたが、若手がつくっている医師会将来ビジョン委員会からの提案で、郡市区医師会長を呼んで日本医師会のいろいろな提案を勉強してもらうべきではないかということで、こういった会議がありました。

それが終わった後、私のパーティーを同じ会場、ニューオータニでさせていただいたのがこの写真です。私が今入っている清和研の細田議員、厚生労働大臣をやめた直後でしたが前厚生労働大臣で今自民党の総務会長である加藤議員、それから会長にも出ていただいてパーティーをいたしました。全国の大変多くの方に残っていただいて、パーティーは大成功に終わっております。



まとまらない部分がありましたけれども、ご清聴ありがとうございました。

ポスター優秀賞

第11回福岡県医学会総会ポスター優秀賞受賞者

しばおクリニック 芝尾 敬吾

2016/2017シーズンの一クリニックにおけるインフルエンザの動向と考察

福岡大学医学部心臓・血管内科学 野瀬 大補

血中PCSK9濃度と冠動脈疾患の関係性

久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門 松尾 裕子

当院における1型糖尿病妊婦の周産期管理と分娩予後：20年間の解析を基にした次世代への健康の継代

牟田病院内分泌糖尿病内科 柳田 育美

コルチゾール／DHEA-S比は高齢者糖尿病のサルコペニアの予測因子

九州大学病院小児科 倉田 浩昭

全国周産期母子医療センターネットワークデータベースに基づいた出生体重1,500g未満の極低出生体重児に対する気管切開の現況の検討、および福岡県における小児在宅医療の取り組み

産業医科大学医学部第1生理学／第2内科学 上野 啓通

腹膜透析の体液貯留における中枢性機序の基礎・臨床両面からの検討

久留米大学外科 押領司 篤宣

当院のTAVIの初期成績

九州大学大学院消化器・総合外科 伊藤 心二

腹腔鏡下肝切除の定型化に向けた取り組み

研修医部門

久留米大学医療センター 林 田 一 友

股関節症に対する他動的ジグリング運動（貧乏ゆすり様運動）における短期臨床評価

福岡大学病院卒後臨床研修センター・呼吸器内科 木村 優子

気管支鏡下クライオ生検の経験

九州大学病院産科婦人科 中 島 京

腹腔鏡下子宮体癌根治術後に傍大動脈リンパ節孤発性再発を認めた一例

福岡大学病院循環器内科 津 田 真 司

右室梗塞の合併が疑われた急性下壁心筋梗塞の一例

編集後記

さる平成31年2月3日に第11回福岡県医師会医学会を開催することができました。学会長を福岡大学医学部長の朔啓二郎先生、準備委員会委員長を飯塚医師会長の松浦尚志先生にお務めいただき、また福岡県内4大学医学部長ならびに各ブロック医師会長にもご尽力いただきまして、心から感謝申し上げます。

まず開会式の後の授賞式では、福岡県医学会特別賞を福岡大学病院神経内科学 准教授の緒方利安先生に、奨励賞を5名の先生方に表彰いたしました。

ポスターセッションでは、一般部門に45演題、研修医部門に10演題の計55題のご発表があり、これは過去最高のご応募だったため、ポスター会場を講堂のフロアーにまで広げるという嬉しい悲鳴まであがりました。改めまして、演題を提出していただきました先生方に感謝申し上げます。ご演題の中から、一般部門から8演題、研修医部門から4演題に対しポスター優秀賞表彰を行いました。

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名の先生方からご発表がなされ、すぐにでも臨床に役立つ興味深い内容でした。

特別講演では参議院議員の羽生田俊先生から「医療政策のゆくえ～財政論に押される医療～」と題しご講演を賜り医療情勢を垣間見ることができました。

このシンポジウムと特別講演を受講することで、専門医共通講習の2単位を獲得でき、先生方の専門医申請にも有用であったのではないかと思います。

来年は産業医科大学医学部長の金澤保先生が学会長を務められますが、皆様に盛り上げていただきますようお願いいたします。

令和元年5月
福岡県医師会学術担当理事 田中 眞紀

第11回 福岡県医学会

会 頭 松田 峻一良 学会長 朔 啓二郎

<準備委員会>

委員長 松浦 尚志 (筑豊ブロック)
委 員 住本 英樹 (九州大学 ~ H30.12.31)
北園 孝成 (九州大学 H31.1.1 ~)
金澤 保 (産業医科大学)
内村 直尚 (久留米大学)
高松 泰 (福岡大学)
江頭 芳樹 (内科医会)
笠 普一郎 (臨床外科医学会)
下村 国寿 (小児科医会)
光安 廣倫 (整形外科医会)
下河邊智久 (北九州ブロック)
長柄 均 (福岡ブロック)
杉 健三 (筑後ブロック)

<福岡県医師会役員>

上野 道雄
蓮澤 浩明
堤 康博
瀬戸 裕司
田中 眞紀
山本 英彦
青柳 明彦
一宮 仁
佐藤 薫

福岡県医学会誌 第11巻

発行年月日 令和元年6月1日
発 行 者 公益社団法人 福岡県医師会
会長 松田 峻一良
〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2-9-30
TEL 092-431-4564 FAX 092-411-6858
印 刷 所 祥文社印刷株式会社
〒812-0016 福岡市博多区博多駅南4-15-17

