第 86 回
神奈川県内科医学会集談会
現地開催
――――抄録集――――

開 催 日 時 ：令和６年３月２日（土曜日）　午後３時から７時
開 催 場 所 ：ユニコムプラザさがみはら　セミナールーム
〒 252-0303　相模原市南区相模大野3丁目3番2号 bono 相模大野サウスモール3階
ＴＥＬ：042-701-4370
電　車：相模大野駅（小田急線）徒歩３分

担当　第５地区（相模原市内科医会）

日本医師会生涯教育単位：3.5 単位予定　　カリキュラムコード：12・27・42・45・73・74・76

１．参加方法

現地会場での開催となります。下記会場にお越しください。
場所：ユニコムプラザさがみはら　セミナールーム
〒252-0303
相模原市南区相模大野３丁目３番２号
bono相模大野サウスモール３階

【受付について】
・ご来場後、会場（ユニコムさがみはら、セミナールーム）の受付にお立ち寄りください。受付にて、氏名・所属・日本医師会生涯教育単位の要否をご記帳ください。
・日本医師会生涯教育単位の参加証明が必要な先生は、後日、神奈川県内科医学会事務局より単位をメールで送付します。メールアドレスの記入もお願いします。

【感染対策について】
・対面形式での開催となります。発熱や咳などのある方のご出席はご遠慮ください。また会場内では、マスクの着用をお願いいたします。

２．演者の先生へ

・すべての発表は、会場（ユニコムプラザさがみはら　セミナールーム）での口演形式となります。
・演者の先生は、発表30分前までには会場にお越し下さい。

【受付について】
当日の講演データ受付につき、受付方法と注意事項を下記に記載いたしますので、必ずお読みください。
・当日会場へとお越しになった際に、必ず会場前の「PCデータ受付」へとお立ち寄りください。
その際に必ず
ご自身のお名前
講演プログラム　の２点をお伝えください。
＊適切にデータのお預かりが出来ませんので、必ず受付にお伝えください。

1）データのお渡し方法
USBにてお持ち込みください。データ受付のパソコンにデータの取り込みをいたします。
また、ご自身のパソコンを使用してご講演される際も、念の為のバックアップを取らせていただいております。

2）持ち込みパソコン使用時
必ず「HDMIケーブル」が刺さることをご確認下さい。一部USB-Cタイプを使用するパソコンの場合、変換アダプターの使用が必要になりますので、必ずご自身の使用されているUSB-C→HDMI変換アダプターを一緒にお持ち下さい。合わせて、事前に「スクリーンセイバー」をオフに、「通知オン」などもオフにしてください。
また、ご自身の充電ACアダプターも必ずお持ちください。

3）講演データの確認事項
当日データ受付にてご確認する内容になりますので、事前にご確認お願いします。

・使用ソフト
パワーポイント（2021や2019、office365など）

・パソコンのOS
WindowsかMacのどちらかをお伝えください。

・動画の有無
動画データの有無をお伝えください。スライドに入れる際は「埋め込み」にてお願いいたします。
ハイパーリンクの場合、データのリンクが外れて再生出来ない場合がございます。
また、動画の「元データ」も念のためにお渡しください。

・音声の有無
音声使用の有無をお伝えください。こちらも必ず「埋め込み」にてスライドに貼り付けをお願い致します。ハイパーリンクの場合、データのリンクが外れて再生が出来ない場合がございます。
また、音声の「元データ」も念のためにお渡しください。

【発表時間について】
・1題につき発表時間5分、質疑応答2分です。
・発表開始後4分で合図し、5分（制限時間）で再度、合図をします。質疑応答は2分以内とします。
・時間厳守にご協力いただきますようお願い致します。

【発表順番について】
・プログラムにそって、進行しますが、事情により、発表順番が変更することがありますので、ご了承ください。
・次演者の先生は次演者席に、着席になりお待ちください。

【抄録について】
・ご提出頂いている抄録は神奈川医学会雑誌にそのまま掲載されます。内容に変更のある場合は、当日受付にてお申し出下さい。大幅な変更がある場合は、下記の連絡先まで集談会後3日以内にメールで提出して下さい。

【その他】
・一般演題の内容や演者の変更が生じた場合は、下記までご連絡くださいますようお願いします。

【連絡先】〒 252-0333
神奈川県相模原市南区東大沼1-12-43
医療法人社団緑奏会　東大沼内科クリニック
神奈川県内科医学会幹事
高田信和
TEL042-767-0170　FAX042-767-0171
info@higashiohnuma-clinic.com

当日の緊急連絡先：090-3805-7157（高田携帯）

第 86 回集談会プログラム

15：00	司会 開会の辞 挨拶		相模原市内科医会　幹　事　美原　静香 相模原市内科医会　会　長　髙田　信和 神奈川県内科医学会　会　長　金森　　晃
一般演題			
15：10	15：10～	消化器１　座長 土橋　健	1　北里大学病院における肝性脳症の診断と治療 北里大学消化器内科学 ○日高　　央　　岩崎秀一郎　　窪田　幸介　　魚嶋　晴紀　　草野　　央
			2　発症前から治癒までの経過を追えたＢ型急性肝炎の１例 川崎市立多摩病院消化器内科１)、長瀬クリニック２)、川崎市立多摩病院総合診療内科３)、 聖マリアンナ医科大学消化器内科４） ○橋本　英篤１)、松永光太郎１)、青山　夏海１)、中村紗里香１)、黄　　世揚１)、長瀬　良彦２)、 奥瀬　千晃３)、立石　敬介４）
			3　切除不能転移性肝癌に対するラジオ波焼灼療法 渕野辺総合病院　内科 ○小池　幸宏
			4　腹腔鏡下胆嚢摘出後１か月でクリップが総胆管内に迷入した１例 独立行政法人地域医療推進機構 相模野病院　消化器内科１)、同外科２)、 北里大学医学部消化器内科３） ○野島　彩希１)、蓼原　将良１)、今泉　　弘１)、金　　明哲１)、三枝　陽一１)、山嵜　真希１)、 入江　　文１)、甲斐田武志２)、熊本　浩志２)、羽廣　健仁２)、石井健一郎２)、石崎あや那３)、 升谷　寛以３)、玉置　明寛３)、渡辺　真郁３)、奥脇　興介３）
	15：38～	消化器２　座長 安達　滋	5　バレット食道腺癌に神経内分泌癌が混在していた１例 北里大学医学部消化器内科学１)、北里大学病院病理部２） ○赤嶺　直哉１)、石戸　謙次１)、北原　　言１)、古江　康明１)、和田　拓也１)、渡邉　晃織１)、 高橋　博之２)、草野　　央１）
			6　生体腎移植後に発症した潰瘍性大腸炎に対してベドリズマブを投与した一例 北里大学医学部消化器内科学１)、同新世紀医療開発センター２） ○小野　高裕１)、堀井　敏喜１)、金澤　　潤１)、別當　朋広１)、池原　久朝１)、横山　　薫１)、 小林　清典２)、草野　　央１）
	15：52～	総合診療　座長 土肥　直樹	7　北里大学医学部相模原市寄附講座「地域総合医療学」の活動について：相模原市緑区中山間地域の将来の医療体制の構築に向けて 北里大学医学部総合診療医学 ○青山　直善
			8　全人的アプローチが必要であった独居高齢者の救急搬送症例 北里大学医学部相模原市寄附講座修学生１)、同修学研修医２)、総合診療医学３） ○長澤　　岳１)、添田良々華１)、前沢　柊平２)、古賀　　豊３)、青山　直善３）
			9　先端巨大症患者におけるインスリン抵抗性およびインスリン分泌能に関する検討 北里大学医学部医学科１)、北里大学医学部内分泌代謝内科学２） ○髙村　沙良１)、田口　朋２)、宮塚　健２）
			10　地方病院外来から見た病診・病病連携の現在・未来 JCHO 湯河原病院　内科非常勤医 ○井野元　勤
	16：20～	呼吸器・膠原病・その他　座長 髙田　信和	11　腎腫瘍からＢＨＤ症候群が疑われた高齢女性の一例 小林内科医院 ○小林　千里
			12　癌性腹膜炎との鑑別に審査腹腔鏡が有用であった結核性腹膜炎の１例 独立行政法人国立病院機構相模原病院消化器内科１)、同リウマチ科２)、同産婦人科３)、 同病理診断科４） ○久保川　俊１)、川岸　加奈１)、迎　　美幸１)、安達　　献１)、野木　真一２)、新井　　努３)、 堀田　綾子４)、齋藤　生朗４）
			13　関節リウマチ診療において好中球表面ＣＤ６４発現増加が結核症診断に有用であった４症例 独立行政法人国立病院機構相模原病院リウマチ科１)、臨床検査科２） ○亀村　太朗１)、野木　真一１)、伊藤　綾香１)、長谷　陸雄１)、谷村麻由佳１）矢野　裕介１)、 津野　宏隆１)、小宮　明子２)、松井　利浩１）
			14　重症難治性喘息と誤って診断されていた外国人気管・気管支結核の一例 独立行政法人国立病院機構相模原病院アレルギー・呼吸器内科 ○勝野　貴史　　古川　喜寛　　河崎裕一郎　　佐藤　　亮　　中村　祐人　　福冨　友馬 谷口　正実　　上出　庸介　　関谷　潔史
	16：48～	循環器・腎　座長 山内　貴雄	15　持続性心房細動の広範同側肺静脈隔離術後に急性心筋梗塞を発症した１例 独立行政法人国立病院機構相模原病院循環器内科 ○木根　佑奈　　森田有紀子　　福岡　雅浩　　山本明日香　　岡島　裕一　　関矢　圭祐
			16　特発性冠動脈解離のＡＣＳの１例 独立行政法人国立病院機構相模原病院循環器内科 ○関矢　圭祐　　木根　佑奈　　岡島　裕一　　山本明日香　　福岡　雅浩　　森田有紀子
			17　悪性腎硬化症に対してサクビトリルバルサルタンを使用し良好な血圧コントロールを達成できた一例 国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院腎臓内科１)、 横浜市立大学医学部　循環器・腎臓・高血圧内科教室２） ○千葉　恭司１，２)、神尾　彩花１)、福田　菜月１)、野崎　有沙１)、押川　　仁１）
			18　保存期慢性腎臓病患者の貧血治療状況に関する検討 相模原赤十字病院内科 ○伊藤　　俊
	17：16～	腎・代謝　座長 伊藤　俊	19　先行薬剤別にみた２型糖尿病症例におけるＳＧＬＴ２阻害薬とＧＬＰ－１受容体作動薬併用投与による腎保護効果の検討（ＲＥＣＡＰ研究） 東海大学医学部内科学系腎内分泌代謝内科学１)、横浜市立大学医学部循環器･腎臓･高血圧内科学２)、 小林病院３） ○豊田　雅夫１)、小林　一雄２)、羽鳥　信郎３)、塚本俊一郎２)、田村　功一２）
			20　Ｗｉｎ Ｒａｔｉｏ法を用いたＳＧＬＴ２阻害薬とＧＬＰ－１受容体アゴニスト併用療法における先行治療薬と腎予後の検討 横浜市立大学医学部循環器・腎臓・高血圧内科学１)、東海大学医学部腎内分泌代謝内科２） ○小林　一雄１)、塚本俊一郎１)、涌井　広道１)、田村　功一１)、豊田　雅夫２）
			21　血糖認識トレーニングの重要性が確認された一例 東海大学医学部腎内分泌代謝内科 ○勝田　芳樹　　豊田　雅夫　　伊藤　彩花　　松田　陽介　　木村　守次　　深川　雅史
			22　糖尿病クリニックでの個別運動療法により運動継続に繋がった症例 医療法人優雅　鶴間かねしろ内科クリニック ○佐藤亜希菜　　朝倉　太郎　　金城　瑞樹
17：55	17：55～	特別講演　座長 小林　一雄	データサイエンスによる生命科学研究の展開 北里大学未来工学部データサイエンス学科　　岡　浩太郎　先生
18：55	次期開催地区挨拶 閉会の辞		横浜内科学会　会　長　小野　容明 相模原市内科医会　幹　事　森田　有紀子

一　般　演　題

〔15：10 ～ 17：55〕

1　北里大学病院における肝性脳症の診断と治療

北里大学消化器内科学
○日高　　央　　岩崎秀一郎　　窪田　幸介
　魚嶋　晴紀　　草野　　央

【緒言】肝性脳症は、肝硬変症の重大な合併症の一つであり、食道胃静脈瘤出血・肝性胸腹水に並び患者の予後やQOLに影響を及ぼす。今回、当科における診断と治療を報告し、地域の先生方と肝性脳症の診断と治療の情報共有を行いたい。

【対象・方法】当科へ通院中の肝硬変症386例。平均年齢72歳、男性200、女性186。成因ではアルコール性28.8％、HCV 26.9％、HBV 9.8％、NASH 20.5％、AIH or PBC 7.8％、その他6.2％であった。肝癌合併は115（27.6％）であり、そのステージは0/Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ　67/16/4/11/17、腹水合併115（27.6％）、肝性脳症合併63（16.3％）。肝性脳症の診断は、家族からの自宅での様子の確認、診察時の意識状態、Flappingの有無、血液検査でのアンモニア値の上昇、ストループテストなどの神経心理学的検査、画像検査での他疾患の除外などを用いて総合的に行う。急性期には分岐鎖アミノ酸製剤の静脈内投与にて対処する。慢性期は蛋白制限による食事療法、非吸収性合成二糖類製剤での排便コントロール、分岐鎖アミノ酸製剤内服、腸管非吸収性抗菌薬（リファキシミン）内服、亜鉛製剤内服、カルニチン製剤内服等々を行い、それでも入退院を繰り返す肝性脳症に対しては、BRTOによるカテーテル治療を行う。

【結果】上記治療のうちリファキシミン投与歴のある患者83例を検討すると、有意にアンモニアの改善を認め、内服継続期間中央値：343日（0 － 2476）にて、1年再発率は20％であった。また肝性脳症再発に寄与する因子を検討したところ、BMIが23以上である事が有意な因子として抽出（P = 0.011）され、サルコペニアの予防が不可欠であると考えられた。【考案】今回は顕性脳症を中心に報告したが、肝性脳症の早期（非顕性肝性脳症）の発見のため、ストループテストなどの非顕性肝性脳症に対するスクリーニング の更なる導入やサルコペニアの診断と積極的な栄養療法による介入が必要と考えられる。

2　発症前から治癒までの経過を追えたB型急性肝炎の1例

川崎市立多摩病院　消化器内科[1)]
長瀬クリニック[2)]
川崎市立多摩病院　総合診療内科[3)]
聖マリアンナ医科大学　消化器内科[4)]
○橋本　英篤[1)]　松永光太郎[1)]　青山　夏海[1)]
　中村紗里香[1)]　黄　　世揚[1)]　長瀬　良彦[2)]
　奥瀬　千晃[3)]　立石　敬介[4)]

症例は30歳代の女性。HBVキャリア（genotype C）で定期通院中の男性パートナーがX-1年10月に避妊具なしでの性交渉があったと主治医に相談しX-1年12月に同院を受診した。肝酵素は正常値だがHBs抗原 0.137 IU/mL、HBV DNA 2.9 LogIU/mLとHBV感染が確認されたためX年1月に紹介受診となった。当院初診時、AST 18 U/L、ALT 13 U/Lと肝酵素は依然正常値であったがHBs抗原150 IU/mL以上、HBV DNA 4.9 LogIU/mLと増加していた。 HBe抗原は陽性でHBV genotypeはCであった。IgM型HBc抗体は未測定であったが、性交渉歴やHBs抗原/HBV DNAの推移から初感染が示唆され、肝炎発症を予測し追跡を開始した。当院初診から4週後にAST 155 U/L、ALT 210 U/L, HBV DNA 7.4 LogIU/mL とB型急性肝炎（AHB）と考えられる病態を呈した。7週後にAST 564 U/L、ALT 886 U/Lと肝炎がピークを迎えた時点でHBV DNAは3.0 LogIU/mLと減少しており、以後病勢は沈静化を認め、11週後にはHBe抗体が陽転化した。28週後のX年7月にはHBs抗体が出現しHBVの排除に至った。

HBVキャリアであるパートナーからの申告により経過の全容を捉えることができたAHBと推測される1例を経験した。小児に対するHBワクチンの定期接種が開始され小児期の水平感染の減少が期待される一方で、性感染症としてのAHBが依然蔓延している。青年期・成人期におけるワクチン接種や

避妊具の使用などの感染予防策の啓蒙を継続することが重要である。

3　切除不能転移性肝癌に対するラジオ波焼灼療法

渕野辺総合病院　内科
○小池　幸宏

【背景】Radio-Frequency Ablation（RFA）は 1999 年に日本に導入され、原発性肝癌（HCC）の局所制御を目的とした治療オプションとして広く国内に普及しているが、HCC はその主な病因である C 型肝炎、B 型肝炎ウイルスに対する抗ウイルス治療の進歩とともに発生数は減少傾向にある。一方で、肝臓は多くの癌種における転移先として最も頻度が高く、主な死亡原因となっている。外科的切除が治癒を目指した最も有力な治療方法であるが、肝転移は既に stage Ⅳでありその適応は限定的である。切除不能症例においては薬物治療が検討されるが、患者の高齢化もあり緩和治療が選択されることも多い。当院では切除不能転移性肝癌症例に対して積極的に RFA を施行しており、筆者個人の治療経験数は RFA4500 症例（内転移性肝癌約 2500 症例）を超えている。今回転移性肝癌に対する RFA の有効性に関して検討した。

【対象と方法】対象は 2018 年までに RFA で治療した切除不能転移性肝癌 706 名、2039 症例。内訳は肉腫 271 名、大腸癌 250 名、胃癌 44 名、泌尿器領域癌 26 名、膵癌 24 名、乳癌 23 名、婦人科領域癌 17 名、肺癌 12 名、胆嚢癌 11 名、食道癌 8 名、その他 20 名。その内、肉腫、大腸癌、胃癌について、具体的な症例提示を行い、肉腫、大腸癌症例に関しては局所制御率、合併症率、生命予後、予後因子に関して解析した。

【結果】肉腫症例の局所制御率は 99％、合併症率 2.7% だった。1, 2 年生存率はそれぞれ 86, 68% であった。年齢、性、腫瘍径、腫瘍数、肝外転移の有無、化学療法歴を用いて予後因子を解析したが、いずれも有意因子とはならなかった。

　大腸癌症例の局所制御率は 98％、合併症率 2.6% だった。1, 2 年生存率はそれぞれ 78, 50% であった。予後因子としては術前の化学療法歴の有無、腫瘍径が有意であった。

【結論】切除不能肝転移症例に対する RFA は安全に施行可能であり、高い局所制御が期待できる。予後改善に関しては前向き盲検試験による確認が必要である。

4　腹腔鏡下胆嚢摘出後 1 か月でクリップが総胆管内に迷入した 1 例

独立行政法人地域医療推進機構 相模野病院
消化器内科[1)]　同外科[2)]
北里大学医学部消化器内科[3)]
○野島　彩希[1)]　蓼原　将良[1)]　今泉　　弘[1)]
金　　明哲[1)]　三枝　陽一[1)]　山嵜　真希[1)]
入江　　文[1)]　甲斐田武志[2)]　熊本　浩志[2)]
羽廣　健仁[2)]　石井健一郎[2)]　石崎あや那[3)]
升谷　寛以[3)]　玉置　明寛[3)]　渡辺　真郁[3)]
奥脇　興介[3)]

【症例】60 歳代､男性。【主訴】右上腹部痛。【既往歴】18 歳時、急性虫垂炎で虫垂切除。【現病歴・経過】20XX 年 Y 月ころより胆石胆嚢炎を繰り返すようになり、他院で加療を受けていた。その 3 か月後に腹腔鏡下胆嚢摘出術目的で当院紹介受診となった。受診時の腹部 CT では胆嚢内に 10mm 大の石灰化を認め、体部でくびれを有していた。MRCP にて胆嚢管は総胆管の中部レベルで合流していた。再発性胆石胆嚢炎の診断で当院外科にて腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された。胆嚢は十二指腸、肝床との癒着が高度であり、剥離中に胆嚢壁の一部損傷がみられたが、胆嚢壁は残すことなく剥離は可能であった。胆嚢管は非吸収性ポリマークリップ（Hem-o-lok）で処理された。術後、軽度の腹痛が持続するも保存療法にて改善し術後 13 日目に退院となった。術後 26 日の外来受診の血液検査で肝機能障害と CRP の再上昇がみられた。また右上腹部に圧痛が認められた。MRCP を施行したところ遠位胆管に小結石が疑われ、結石性胆管炎の診断で ERCP を施行した。EST 施行後に採石用バスケットで採石したところ 2 個のクリップを回収した。

【考察】今回、腹腔鏡下胆嚢摘出後 1 か月でクリップが総胆管内に迷入した 1 例を経験した。胆嚢摘出

のための胆嚢管クリップが総胆管へ迷入した報告は散見されるが、その機序は明確ではない。若干の文献的考察を加え報告する。

5　バレット食道腺癌に神経内分泌癌が混在していた1例

北里大学医学部消化器内科学[1)]
北里大学病院病理部[2)]
○赤嶺　直哉[1)]　石戸　謙次[1)]　北原　　言[1)]
古江　康明[1)]　和田　拓也[1)]　渡邉　晃織[1)]
高橋　博之[2)]　草野　央[1)]

80歳台男性。糖尿病の悪化、体重減少（3kg/2ヶ月間）を認め、20XX年当院に紹介受診された。悪性腫瘍の精査目的で上部消化管内視鏡検査を施行したところ、バレット上皮を背景として食道胃接合部3時方向に約15mmの発赤調の隆起性病変を認めた。内視鏡診断では腫瘍性病変と判断され、生検結果は高分化型管状腺癌（tub1）の診断であった。CT検査上、明らかな転移を認めず、バレット食道腺癌、EG、Type0-IIa、15mm、cT1aと診断し、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）が施行された。病理組織学的所見は、バレット食道粘膜を背景に隆起部分に一致して粘膜上皮から粘膜固有層、一部粘膜筋板にかけて不整な管状構造を示して増殖するtub1 ＞ tub2成分を認めた。また、その深部にある粘膜固有層から粘膜筋板にかけてN/C比の高い異型細胞が充実性に密に増殖する像が認められた。充実成分はChromograninA陽性、Synaptophysin陽性、MIB-I index20-30%、核分裂像2-3個/HPFから神経内分泌癌（NEC）と診断された。NEC成分は全体の1-2割程度であったため、NEC成分を有するバレット食道腺癌、EG、Type0-IIa、13 × 9mm、pT1a-DMM、ly0、v0、pHM0、pVM0と最終診断された。ESDに伴う偶発症はなく退院され、年齢や患者、ご家族の意見を考慮し、追加手術や術後補助化学療法を行わず、慎重に経過観察する方針となった。ESD施行後2年3ヶ月経過しているが、転移再発なく、生存している。今回バレット食道腺癌に神経内分泌癌が混在していた1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

6　生体腎移植後に発症した潰瘍性大腸炎に対してベドリズマブを投与した一例

北里大学医学部消化器内科学[1)]
同新世紀医療開発センター[2)]
○小野　高裕[1)]　堀井　敏喜[1)]　金澤　　潤[1)]
別當　朋広[1)]　池原　久朝[1)]　横山　　薫[1)]
小林　清典[2)]　草野　　央[1)]

【症例】52歳男性
【主訴】血便
【現病歴】20XX-21年に生体腎移植を行い、タクロリムス4mg / 日、メチルプレドニゾロン4mg / 日、ミコフェノール酸モフェチル1000mg / 日の内服で当院泌尿器科にて管理されていた。20XX-6年より頻回な腹痛、水様便、血便を認めたため、当科に紹介され下部消化管内視鏡検査（CS）を施行した。S状結腸から直腸にかけてびまん性の発赤・びらんを認め、Mayo endoscopic subscore（MES）2の左側結腸炎型潰瘍性大腸炎の診断となった。生体腎移植後であったためメサラジン2000mg / 日とメサラジン注腸剤での加療を行ったところ、血便や水様便は消失した。しかし、治療開始2ヶ月後に症状が再燃したため、メチルプレドニゾロンからプレドニゾロン20mg / 日に変更した。プレドニゾロンに対する反応性は良好であったが、5mg / 日までを漸減すると症状の再燃を認めるため、低用量のプレドニゾロンを継続していた。また、20XX-4年および、20XX-1年に施行したCSでもMES 2の活動性炎症粘膜を認めていた。20XX年5月に排便回数が8回 / 日と増加し、血便を頻回に認めるようになったため、同年8月にCSを施行した。S状結腸から直腸にかけてMES 2の活動性炎症粘膜を認めたため、同年9月より治療強化目的にベドリズマブを導入した。初回投与日は排便回数10回 / 日、血便2回 / 日であったが、4回目の投与時には排便回数4回 / 日、血便は消失した。この時点まで感染症の発症はなく経過している。
【考察】併存疾患に対して中止困難な複数の免疫抑制剤を内服中の潰瘍性大腸炎患者に対して、腸管選択性の高いベドリズマブを投与することで、過剰な免疫抑制をせずに寛解導入・維持を行うことができ

ると考える。

7　北里大学医学部相模原市寄附講座「地域総合医療学」の活動について：相模原市緑区中山間地域の将来の医療体制の構築に向けて

北里大学医学部総合診療医学
○青山　直善

相模原市は、2014 年２月から相模原市の将来の地域診療を担う総合診療医を育成するために、相模原市寄附講座「地域総合医療学」を本学医学部に設立した。現在まで、15 名の修学医師と 12 名の修学生がおり、2020 年４月から相模原市立青野原診療所で修学医師の勤務が開始され、現在では青野原・千木良・藤野診療所の３つの市立診療所を担当している。修学生は、将来、自らが勤務することの決まっている緑区中山間地域（津久井地区、相模湖地区、藤野地区）について、サマースクールと称して夏季休暇中に、１）地域を構成する住民：人口動態、世帯構成、就学状況など、２）物理的環境：地理的条件や住環境など、３）経済：基幹産業、地場産業、流通システムなど、４）政治と行政：行政組織、政策、財政力、住民参加など、５）教育：学校教育機関、社会教育機関など、６）交通と安全；治安、災害時の安全、ライフライン、交通など、７）コミュニケーション・情報：地区組織、通信手段、近隣関係など、８）レクリエーション：レクリエーション施設と利用状況、９）保健医療と社会福祉：医療システム、保健システム、福祉システムなど、について、現地を訪問して研修を行い、成果について発表会を実施している。このサマースクールを介して、相模原市の地域診療を担うことの重要性、必要性を自覚してもらい、相模原市の地域診療を担う医師に必要なマインド形成を行っている。そして、将来、中山間地域の保健、医療、介護、福祉に関わる様々な課題を明らかにして、中山間地域の課題の解決に向けた計画の策定、実践、評価を繰り返し実施し、地域住民に寄り添う地域包括ケアシステムの構築を促進し、中山間地域の住民が慣れ親しんだ地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるような街づくりに貢献する専門家に育成していく所存である。

8　全人的アプローチが必要であった独居高齢者の救急搬送症例

北里大学医学部相模原市寄附講座修学生[1)]
同修学研修医[2)]
総合診療医学[3)]
○長澤　　岳[1)]　添田良々華[1)]　前沢　柊平[2)]
　古賀　　豊[3)]　青山　直善[3)]

【背景】 北里大学医学部相模原市寄附講座「地域総合医療学」では、夏季休暇中に修学生によるサマースクール研修を実施している。今回、私たちは、相模原赤十字病院にて救急診療の研修を行い、救急処置や治療を施すばかりでなく、全人的なアプローチが必要であった高齢者搬送例を経験したので、以下に報告する。
【症例】 82 歳の独居の男性。X 年 Y 月 Z 日午前、訪問看護師が訪問したところ、自宅ベッドによりかかっている状態の患者を発見し、意識低下を認めたため救急車搬送を要請した。来院時の意識レベルは JCS Ⅰ-3、血圧測定不能で、著明な口腔内乾燥を認めた。検査結果より重度の脱水による意識障害と診断され、急速輸液により血圧は速やかに回復、また、誤嚥性肺炎を併発していたことが分かり、禁食、輸液と抗生剤投与を行い、その後、順調に回復した。
【考察】 この患者が重度の脱水を起こした背景には、独居と日常生活活動の低下がかかわっており、食事や水分の摂取、エアコンをつける、などの基本的日常生活動作ができずに、脱水および誤嚥性肺炎を生じて緊急搬送された。退院後の方針について本人・家族と相談し、基本的日常生活動作ができない状況が継続しており、今後も脱水を繰り返す可能性が考えられたため、自宅退院は困難と判断し、施設入所の方針となった。このように、独居高齢者の場合、退院時の日常生活活動、精神的心理的状態、家族のサポートを含めた社会環境状態に配慮して、退院後の方針を決定する必要があることを学んだ。
【結語】 独居の高齢者の緊急搬送例を経験させてもらい、疾病・疾患の診断や治療はもちろん、患者の精神的・心理的状況や社会環境状況に配慮した全人

的なアプローチを必要とすることを学んだ。超高齢社会を迎え、さらに独居の高齢者が増えていく傾向にあるため、全人的なアプローチを必要とする症例が、今後、益々増えていくと思われた。

9　先端巨大症患者におけるインスリン抵抗性およびインスリン分泌能に関する検討

北里大学医学部医学科[1)]
北里大学医学部内分泌代謝内科学[2)]
○髙村　沙良[1)]　田口　　朋[2)]　宮塚　　健[2)]

【背景】先端巨大症は下垂体腫瘍から成長ホルモン（GH）の自律・過剰分泌を主態とする内分泌疾患であり、糖尿病を含む様々な合併症を呈する。先端巨大症ではインスリン抵抗性の指標であるHomeostatic Model Assessment for Insulin Resistance（HOMA-IR）が高値であることや、インスリン分泌能を反映するDisposition indexが低値であることが報告されている。しかし先端巨大症患者のGH値、IGF-1値とこれらの指標との相関の詳細は不明である。
【目的】先端巨大症におけるインスリン抵抗性およびインスリン分泌能とGH値、IGF-1値との相関を解析する。
【方法】2006年1月1日から2023年9月20日までに北里大学病院内分泌代謝内科を受診し先端巨大症と診断された患者のうち、HbA1c ＜6.5％であり、かつ血糖降下薬またはインスリンが投与されていないBMI 30 kg/m2未満の患者(男性2例､女性17例)を対象とした。75g経口ブドウ糖負荷試験（OGTT）施行時に、インスリン値を測定した先端巨大症患者のHOMA-IR, Disposition indexを算出し、GH値, IGF-1値との相関を解析した。
【結果】対象患者の平均年齢は58.7 ± 12.0歳、ブドウ糖負荷前のGH値 11.7 ± 17.9 ng/mL、IGF-1値 435 ± 199 ng/mL、空腹時血糖値 104.9 ± 15.5 mg/dL、HbA1c 5.8 ± 0.4%、Immunoreactive insulin（IRI）6.82 ± 2.99 μU／mL、HOMA-IR 1.77 ± 0.87、Homeostatic Model Assessment of beta cell function（HOMA-β）64.5 ± 29.8であった。また75gOGTTで、各時間にインスリン値を測定した10例においてMatsuda index 5.3 ± 2.5、Disposition index 5.6 ± 8.4であった。HOMA-IRとIGF-1値（r = 0.56, p = 0.023）、HOMA-IRとGH値（r = 0.59, p = 0.016）はそれぞれ有意な相関を示した。一方、HOMA-βとIGF-1値やGH値とは相関性はなかった。
【結論】先端巨大症では耐糖能異常が軽度の症例であってもGH、IGF-1によるインスリン抵抗性が存在する可能性が示唆された。

10　地方病院外来から見た病診・病病連携の現在・未来

JCHO湯河原病院　内科非常勤医
○井野元　勤

【目的】当院の地域で果たしてきた役割を振り返り、期待される役割を明らかにする
当院の位置付け：神奈川県西部で整形外科中心の病院 定床150 常勤内科医2名
当院の武器：協力的なコメディカル、MRI・CT当日可能、臨床検査院内実施・迅速報告
【対象】2023年1月18日～12月22日に当院内科外来を受診した患者の内、演者が担当した910人。水曜外来を基本とし、常勤医病欠などでの臨時外来を含む
【結果】

1　地域医療機関から画像依頼　頭部CT:3件
　頭部MRI：3件　胸腹部CT：30件
　腹部MRI：2件
2　地域健診機関から二次検診依頼
　肺異常影18件　大動脈異常：2件
　便潜血陽性：6件　胃異常：2件
　肝異常：1件　脂肪肝：1件
　肝機能異常：3件　脂質異常：2件
　尿潜血陽性：2件
3　到着時死亡　3件　到着せず1件
4　即時入院　6件
5　救急車受け入れ　17件
6　救急転送　11件
7　担癌患者　13件
8　癌治療の既往　12件

9　初診時癌診断　8件
10　癌疑いで経過観察中　肺がん疑１件
　　膵粘液産生腫瘍７件

【現状の考察】

1 地域医療機関から画像センターとしての役割が期待されている
2 健診機関から二次検診・精密検査の役割を期待されている
3 救急車受け入れは、入院体制が不十分で、地域の期待に十分に応えられていない
4 高齢化に伴い、担癌患者、癌既往患者の生活習慣病診療が増えている
5 協力的なスタッフと強力な検査機器により、受診当日の検査・診断が可能となっている

【未来に向けての考察】

1　地域に生きる病院としては、設備・人的資源を生かして、基幹病院の受け皿、担癌患者の管理など、複雑・重大な疾患管理が求められている
2　JCHO という組織は、地域医療の推進を目的としている。個々の病院は医師確保に大きな努力が注がれているが、果実はほとんどない。医師の充足は、本部の責任で行うべきである。
3　医師側の能力の向上、医師会との連携が求められるが、人数が確保されなければ、疲弊していくだけである。

11　腎腫瘍からＢＨＤ症候群が疑われた高齢女性の一例

小林内科医院
○小林　千里

症例は、診断時８５歳女性。既往に気胸の手術歴があり、長年当院で脂質異常症の内服治療中、市の検診で胸部異常陰影が疑われ、精査のため施行した胸部ＣＴ検査の腎腫瘍の所見から、Ｂｉｒｔ－Ｈｏｇｇ－Ｄｕｂｅ症候群（ＢＨＤ症候群）が疑われた。ＡＤＬ完全自立で認知機能の低下もないため、ご本人と相談の上、横浜市立大学附属病院泌尿器科ＢＨＤ外来にて診断・精査・加療が行われた。ＢＨＤ症候群は、皮膚症状、肺嚢胞／気胸歴、腎腫瘍を３徴とする常染色体優性遺伝の遺伝子疾患である。２００２年には、原因遺伝子も同定され、腫瘍抑制遺伝子であるＦＬＣＮ遺伝子の異常により生じるとされている。本症例も大腸ポリープや卵巣嚢腫を合併しており経過観察中である。文献では耳下腺腫瘍、甲状腺癌、大腸癌やその他の癌の合併の報告もある。本症例は高齢で出産歴のない女性であったが、本邦の症例報告では、３０～５０歳代で診断される報告が多く、若年で癌を発症することもある常染色体優性遺伝のため、診断は専門医の元で慎重に行われる必要がある。今回、珍しい疾患であるにもかかわらず、専門外来が神奈川県内にあり、ご本人が受診の必要性を理解し、診断治療することができたので症例として報告する。

12　癌性腹膜炎との鑑別に審査腹腔鏡が有用であった結核性腹膜炎の１例

独立行政法人国立病院機構相模原病院消化器内科[1)]
同リウマチ科[2)]
同産婦人科[3)]
同病理診断科[4)]
○久保川　俊[1)]　川岸　加奈[1)]　迎　　美幸[1)]
安達　　献[1)]　野木　真一[2)]　新井　　努[3)]
堀田　綾子[4)]　齋藤　生朗[4)]

【症例】76 歳、女性。【主訴】背部痛【現病歴】202X-2 年に関節リウマチ（RA）と診断され、メトトレキサート（MTX）の内服が開始された。その後は RA は安定して経過していた。202X 年４月に尿潜血陽性と背部痛を主訴に泌尿器科を受診した。単純 CT にて腹水貯留や腹膜肥厚を指摘されたため、精査加療目的に当科紹介受診となった。癌性腹膜炎も否定できないため、胸部～骨盤部造影 CT、上下部消化管内視鏡検査を施行した。しかし、内視鏡検査では原発巣となる病変は認められず、CT では肺野異常陰影もなく、原因の特定に至らなかった。確定診断のため婦人科に依頼し審査腹腔鏡を施行した。腹膜の病理組織学的検査で、ラングハンス型巨細胞を含む類上皮肉芽腫が指摘され、Ziehl-Neelsen 染色で抗酸菌が確認された。明らかな悪性所見は認めず、結核性腹膜炎の診断となった。結核性腹膜炎

に関しては治療目的に他施設に紹介となった。RAは現在MTXを中止しイグラチモドとサラゾピリン、NSAIDsの頓用内服にて寛解を維持している。【考察】結核性腹膜炎は全結核患者の0.04-0.5%とされており、その半数は肺病変を認めず、腹水や腹部感満感に加えてCA125 上昇を認めると報告されている。ただし癌性腹膜炎でも同様の所見を認めることから、確定診断は組織診断となり、審査腹腔鏡など外科的な処置を要することが多いため、複数料での連携も重要となる。

13　関節リウマチ診療において好中球表面CD64発現増加が結核症診断に有用であった4症例

独立行政法人国立病院機構相模原病院
リウマチ科[1)]　臨床検査科[2)]
○亀村　太朗[1)]　野木　真一[1)]　伊藤　綾香[1)]
長谷　陸雄[1)]　谷村麻由佳[1)]　矢野　裕介[1)]
津野　宏隆[1)]　小宮　明子[2)]　松井　利浩[1)]

【目的】関節リウマチ（RA）治療において潜在性結核の再燃には注意が必要である。しかし免疫抑制下ではツベルクリン反応やクオンティフェロン検査が偽陰性化することもあり時に診断に難渋する。今回、好中球表面マーカーCD64測定が結核診断において有用であった4症例を報告する。【症例1】74歳女性。RA活動性高く、アダリムマブ（ADA）やエタネルセプト（ETN）の治療を行っていた。ADA開始時にはイソニアジド（INH）の結核予防を6カ月間行った。感染性関節炎や尿路感染症を繰り返し、抗菌薬投与にて解熱、白血球数やCRP値は低下したがCD64発現は上昇し続けた。CRPとCD64の推移に乖離があり、精査にて粟粒結核および結核性脊椎炎・膿瘍と診断した。【症例2】73歳女性。メトトレキサートなどでRA活動性高くADA を開始した。ADA開始前のツベルクリン反応は弱陽性であったためINH結核予防を9ヶ月間行った。下腿に発赤出現し皮膚科にて蜂窩織炎の診断で抗菌薬を2ヶ月以上加療も改善乏しく好中球CD64発現が上昇し続けた。精査にて粟粒結核、さらに下腿皮疹は生検による病理組織でバザン硬結性紅斑と診断した。【症例3】49歳女性。RA活動性高いためETNを開始、その後、発熱遷延のため当院紹介された。CRPは1～2mg/dL前後を推移していたがCD64は高度高値が持続していた。嘔気や意識障害出現し、胃液、髄液検体精査し、結果、結核性髄膜炎と診断した。【症例4】68歳女性。RA活動性高く2014年6月からセルトリズマブ開始、CD64は329から9627へ増加あり、2013年12月にはT-SPOT陰性であったが2014年9月陽性となった。CRP1-10 mg/dL台で推移、同年11月精査で肺結核と診断した。
【考察】CRPと乖離してCD64増加や高値が結核などを疑うきっかけとなりその診断に至った4症例を経験した。

14　重症難治性喘息と誤って診断されていた外国人気管・気管支結核の一例

国立病院機構相模原病院アレルギー・呼吸器内科
○勝野　貴史　　古川　喜寛　　河崎裕一郎
佐藤　　亮　　中村　祐人　　福冨　友馬
谷口　正実　　上出　庸介　　関谷　潔史

X-19年に来日した68歳のフィリピン人女性。X-1年から慢性咳嗽が出現。次第に呼吸苦も出現するようになり、X年6月に近医で気管支喘息と診断され吸入ステロイド薬が開始されたが、症状は改善しなかった。喘息発作として全身ステロイド投与を行うと症状は一時的に軽快するものの、その後に症状の再燃を繰り返した。重症難治性喘息と判断され、症状が増悪するたびに全身ステロイド投与を反復されていたが、次第に安静時にも気道狭窄音を聴取するようになった。X年9月に抗TSLP抗体製剤が導入されたが、呼吸器症状の改善は得られず、重症難治性喘息の管理目的でX年10月に当科紹介受診となった。身体所見では、片側性に左主気管支領域でrhonchiを聴取し、前医の胸部単純ＣＴにおいて気管に潰瘍性病変と考えられる壁不整、左主気管支の狭窄化、両側上葉と左S6に粒状影、左下葉に石灰化病変を認めた。喀痰検体の抗酸菌塗抹で1+、核酸増幅検査で結核菌陽性であり、重症難治性喘息による症状ではなく、活動性肺結核および気管・気管支結核に伴う症状と判断し、結核病床を有する医療機関に転医となった。気管・気管支結核は、「区域

気管支より中枢側の気管･気管支の結核性粘膜病変」と一般的に定義されており、活動性結核の 10-40％に合併し、決して稀な疾患ではない。女性に多く、咳嗽、喘鳴が主な症状であるため、気管支喘息との鑑別が非常に重要となる。また、喀痰抗酸菌塗抹陽性率が高く、公衆衛生上あるいは院内における感染対策上非常に問題となる。本症例は教訓的症例であり、考察を加えて報告する。

15　持続性心房細動の広範同側肺静脈隔離術後に急性心筋梗塞を発症した 1 例

独立行政法人　国立病院機構相模原病院
循環器内科
○木根　佑奈　　森田有紀子　　福岡　雅浩
　山本明日香　　岡島　裕一　　関矢　圭祐

【症例】74 歳、男性　【主訴】なし　【現病歴】11 か月前に脳梗塞を発症し、その際に新規の心房細動を指摘された。心原性脳塞栓症と診断され、以降は直接経口抗凝固薬の内服を継続していた。持続性心房細動に対してカテーテルアブレーション目的に入院し、術前の経食道心エコーでは左心耳内に血栓を認めなかった。冠動脈 CT では右冠動脈の描出が一部不良であったが、有意狭窄はないと判断し、これまで胸部症状の自覚もなかった。術当日朝のみダビガトランを休薬し、手技中はヘパリン化を行い ACT>300sec で管理しながら拡大同側肺静脈隔離術を行った。帰室 3 時間後から胸背部痛と左上下肢のしびれの訴えがあり、12 誘導心電図でⅡⅢ aVF 誘導の ST 上昇とⅠ aVL 誘導の ST 低下を認めた。心エコーで下壁の壁運動低下があり、下壁の急性心筋梗塞と判断し緊急冠動脈造影検査を施行した。入室時は完全房室ブロックとなり、造影では右冠動脈 #1 の完全閉塞像を認めた。血栓吸引を行うと複数の赤色血栓を吸引でき、冠血流は TIMI grade3 まで改善した。血管内超音波では血栓だけではなく線維性プラークも認めたため、薬剤溶出性ステントを留置して終了した。心臓リハビリテーションを行い 5 日後に自宅退院した。

【考察】アブレーション手技に関連した急性冠症候群の報告は少ない。ガイドラインでは心房細動アブレーションにおいて、冠動脈近傍での高出力焼灼による冠動脈狭窄の発生率は 0.1％未満とされる。本例では焼灼部位と心筋梗塞発症部位には距離があり、関連は否定的と考えられた。アブレーション術前の冠危険因子や画像評価、自覚症状などを考慮してリスク評価をする必要がある。

【結語】アブレーション手技後急性期に急性心筋梗塞を発症した一例を経験した。

16　特発性冠動脈解離の ACS の 1 例

国立病院機構相模原病院循環器内科
○関矢　圭祐　　木根　佑奈　　岡島　裕一
　山本明日香　　福岡　雅浩　　森田有紀子

【症例】58 歳女性 当院職員　【主訴】胸痛　【現病歴】勤務中に突然の胸痛あり 12 誘導心電図を施行したところ，Ⅰ，Ⅱ ,aVL,V5,V6 で ST 上昇，V1―V4 での著明な ST 低下を認めた．心臓超音波検査で側壁の壁運動が低下しており緊急で冠動脈造影を行った．左冠動脈回旋枝にびまん性の 50％狭窄を認め、分岐する複数の鈍角枝が閉塞していた．血管内超音波（IVUS）で観察したところ主幹部から回旋枝末梢まで冠動脈が解離しており，鈍角枝の病変は解離に伴う側枝閉塞と考えられた．IVUS で左前下行枝にも広範な解離を認め，左主幹部病変の解離所見が進行した場合は致死的な病態になることが考えられたため，左冠動脈主幹部＃5 にステントを留置した．初回造影から 2 時間後の冠動脈造影で左前下行枝の遠位部の狭窄所見が進行しており，IVUS で解離が末梢側に進展していた．解離所見は広範であり前下行枝末梢の血流は確認できたため，これ以上の介入は行わなかった．初回造影から 12 時間後の冠動脈造影では更なる増悪所見は認めなかった．また CT で大動脈解離の所見は認めなかった．peek CK 値は 4653U/L だったが基準値に低下するまで時間がかかり，心臓超音波検査で広範に左室壁運動が低下していた。心不全を併発しカルペリチド，フロセミド，トルバプタンを投与して治療したが，循環動態管理に難渋した．時間をかけて心臓リハビリテーションを行い，心不全が落ち着いたところで自宅退院となった．2 か月後の冠動脈造影では狭窄病変は消失

し血流は改善していたが，心筋シンチグラフィーでは左回旋枝領域，左前下行枝の心尖部の広範な領域で心筋バイアビリティが消失していた．【考察】特発性冠動脈解離は中年女性に多いと言われ，動脈硬化性と異なり，ホルモンや血管異常，ストレスが要因と考えられている．ACS の際に特発性冠動脈解離の可能性を考慮することが重要である．【結語】特発性冠動脈解離の ACS の 1 例を経験した．

17　悪性腎硬化症に対してサクビトリルバルサルタンを使用し良好な血圧コントロールを達成できた一例

国家公務員共済組合連合会　横浜栄共済病院
腎臓内科[1)]
横浜市立大学医学部
循環器・腎臓・高血圧内科教室[2)]
○千葉　恭司[1) 2)]　神尾　彩花[1)]　福田　菜月[1)]
野崎　有沙[1)]　押川　仁[1)]

【症例】40 歳代女性．2 年前 Cr1.13mg/dL，1 年前 Cr1.15mg/dL であった．健診で Cr1.81mg/dL と上昇し，当科受診となった．受診時，血圧 274/174mmHg であり，高血圧緊急症の診断で緊急入院となった．血漿アルドステロン 245pg/mL（正常値：4 ～ 82.1），血漿レニン活性 12.8ng/mL/h（正常値：0.2 ～ 2.3），アルドステロン／レニン比＝19.1，コルチゾール 21.9 μ g/dL（正常値：6.24 ～ 18）であった．
【経過】入院後からニカルジピンの持続投与開始とした．第 2 病日ニフェジピン CR20mg 内服追加，第 3 病日ニフェジピン CR40mg に増量．第 5 病日オルメサルタン 20mg を追加，ニカルジピンの持続点滴は終了．血圧 171/114mmHg で退院とした．1 ヶ月後，血圧 147/82mmHg まで改善．肝機能障害を認め，ロサルタン K 25mg に変更した．2 ヶ月後，サクビトリルバルサルタン（ARNI）50mg に変更．3 ヶ月後，血圧 105/71mmHg になり，ニフェジピン CR20mg に減量した．5 ヶ月後，家庭血圧 105/71 ～ 121/82mmHg、Cr1.61mg/dL まで改善している．
ARNI 開始前，体重 63.8kg，BMI25.88，体脂肪量 22.71kg，体水分量 29.7L（46.3%），細胞外水分量 14.3L（22.2%）であった．ARNI 開始 1.5 ヶ月後，体重 59.9kg，BMI24.3，体脂肪量 20.40kg，体水分量 28.0L（46.4%），細胞外水分量 14.3L（23.0%）と著明に体重減少した．
【結論】ARNI は良好な降圧効果だけでなく，体重を減少させる効果もある可能性が示唆された．悪性腎硬化症において ARNI は降圧効果に優れており，とても有用であると考えられた．

18　保存期慢性腎臓病患者の貧血治療状況に関する検討

A study of on the treatment status of anemia in patients with conservative chronic kidney disease

相模原赤十字病院内科
○伊藤　俊

【目的】保存期慢性腎臓病（CKD）において目標 Hb への到達率が低いにもかかわらず赤血球造血刺激因子製剤（ESA 製剤）の使用頻度が低いことが指摘されている。
方法：対象は当科外来通院中で eGFR60 未満の症例 432 例（男性 228 例女性 204 例　年齢 75.1 ± 10.0 歳）。CKD ステージ別の人数と貧血の頻度、目標 Hb 値の維持割合、HIF-PH 阻害薬・鉄剤の使用率について検討した。また腎性貧血および鉄欠乏性貧血の平均血球容積（MCV）の分布についても検討した。
【結果】CKD 各ステージの頻度は G3a 期 236 例（男性 116 例、女性 120 例）、G3b 期 109 例（68 例、41 例）、G4 期 31 例（15 例、16 例）、G5 期 12 例（6 例、6 例）であった。貧血の頻度は G3a 期 19.5％、G3b 期 41.3％、G4 期 80.6％、G5 期 100％であった。目標 Hb 値維持割合は G3a 期 96.2％、G3b 期 90％、G4 期 93.5％、G5 期 75.0％であった。HIF-PH 阻害薬および鉄剤の使用割合は G3a 期 2.1％ /0.8％、G3b 期 8.3 ％ /7.3 ％、G4 期 32.3 ％ /25.8 ％、G5 期 91.7 ％ /33.3％であった。腎性貧血（103 例）および鉄欠乏性貧血（51 例）の MCV は小球性 1.9％ /9.8％、正球性 85.5％ /82.4%、大球性 12.6％ /7.8％であった。
【結語】：HIF-PH 阻害薬の使用率が高くまた鉄剤の適宜併用により貧血コントロールは既報に比べて改

善していた。またMCVからCKD合併貧血の種類を鑑別することは困難で鉄動態や血清エリスロポエチン濃度などの精査が必要であると考えられた。

19　先行薬剤別にみた2型糖尿病症例におけるSGLT2阻害薬とGLP-1受容体作動薬併用投与による腎保護効果の検討（RECAP研究）

東海大学医学部内科学系　腎内分泌代謝内科学[1)]
横浜市立大学医学部循環器・腎臓・高血圧内科学[2)]
小林病院[3)]
○豊田　雅夫[1)]　小林　一雄[2)]　羽鳥　信郎[3)]
塚本俊一郎[2)]　田村　功一[2)]

【目的】本報告では多施設共同研究「先行薬剤別にみた2型糖尿病症例におけるSGLT2阻害薬とGLP-1受容体作動薬併用投与による腎保護効果の検討」（RECAP study）の主要評価項目解析について報告する.
【方法】SGLT2iとGLP1Raの併用療法を1年以上継続している2型糖尿病患者（SGLT2i先行群319例,GLP1Ra先行群341例）を後ろ向きに解析した. 主要評価項目として腎複合アウトカム（アルブミン尿病期の1段階以上の進行またはeGFRの30％以上の低下）を定義した.多重代入法，傾向スコア重み付けを用い，一般線形化モデルにて解析した.
【結果】観察期間中に認められたSGLT2i先行群における腎複合アウトカムの発生頻度は26.9％、GLP1Ra先行群における腎複合アウトカムの発生頻度は25.6％，オッズ比[95％信頼区間]は1.50[0.89, 2.53]であった．副次評価項目についてはeGFR30%以上の悪化のオッズ比は0.96[0.47, 2.00]，アルブミン尿病期進行に関するオッズ比は1.76[0.97, 3.69]であった.
【結論】SGLT2iとGLP1Raの併用療法において先行治療の違いによる主要評価項目である腎複合アウトカムに差はなかった。

20　Win Ratio法を用いたSGLT2阻害薬とGLP-1受容体アゴニスト併用療法における先行治療薬と腎予後の検討

横浜市立大学医学部循環器・腎臓・高血圧内科学[1)]
東海大学医学部腎内分泌代謝内科[2)]
○小林　一雄[1)]　塚本俊一郎[1)]　涌井　広道[1)]
田村　功一[1)]　豊田　雅夫[2)]

【背景・目的】SGLT2阻害薬（SGLT2i）とGLP1受容体アゴニスト（GLP1Ra）の併用療法はより優れた腎保護効果の可能性が報告されている．我々は併用療法の際の薬剤介入順の違いは腎複合アウトカムに影響しなかったことを報告した．一方，複合アウトカムを用いた研究では個々のアウトカムの重みが十分考慮されておらず，アウトカムに順序を付けたWin Ratio法を用いた解析が注目されている.
【方法】SGLT2iもしくはGLP1Raを6か月以上先行投与後に，両者の併用療法を1年以上行った慢性腎臓病合併糖尿病患者,SGLT2i先行168例（S群），GLP1Ra先行189例（G群）を後ろ向きに解析した. 傾向スコア（PS）でマッチングされた2群において，腎アウトカムの重みを，50%以上のeGFR低下と顕性アルブミン尿への進展，50%以上のeGFR低下のみ，顕性アルブミン尿への進展のみ，の順とし，Win ratioを評価した.
【結果】PSマッチングされた132例ずつの2群で比較した．S群およびG群における「50%以上のeGFR低下」イベント数は，それぞれ12％，6％，また「顕性アルブミン尿への進展」はそれぞれ6％と5％であり,有意差は認めなかった（p=0.05/ 0.71）. アウトカムに重みを付けた場合のwin数は，G群にて2700，S群にて1479となり，G群におけるwin ratioは1.83 [95%信頼区間，1.71，1.95, p<0.001]であった.
【結論】アウトカムの重みの順番，観察研究といった課題は残るが，Win ratio法ではGLP1Raを先行させることで併用療法での腎イベントの有意な低下が示唆された.

21　血糖認識トレーニングの重要性が確認された一例

東海大学医学部　腎内分泌代謝内科
○勝田　芳樹　　豊田　雅夫　　伊藤　彩花
松田　陽介　　木村　守次　　深川　雅史

近年、持続血糖測定（CGM）が普及し、血糖変動を視覚的に把握することが可能となり、低血糖や高血糖が比較的リアルタイムに認識することが可能となった。一方で、医療スタッフ側が血糖認識トレーニングを患者教育に用いる機会が徐々に減っている現状も散見される。その結果、特に間歇スキャン式持続血糖測定（isCGM）の利用者の中には、必要最低限の血糖自己測定（SMBG）さえも実施せずに、インスリン量の調節等を行う患者も少なくない。

今回我々は、isCGM センサグルコース値と比べ SMBG の異常低値を認めるも、症状との比較から適切に SMBG を再検し安全確認を実施することが出来た症例を経験したので報告する。

症例は１型糖尿病患者で持続皮下インスリン注入療法（CSII）と isCGM を用いたインスリン療法を行なっていた。CSII 導入以前から糖尿病セルフケアの一環として血糖認識トレーニングを実践し、適切な血糖値の確認を指導されていた。

今回、複数回にわたり SMBG の異常低値から、isCGM と SMBG の乖離を経験するも、その都度適切に自覚症状との比較、さらには自己による予測血糖値と比較を行うことで、インスリン量の調整等不適切な操作を行わずに正しい対処をすることができた。

SMBG、isCGM において異常値が測定される可能性は多数存在する事から、自覚症状や血糖認識トレーニングの要素を取り入れた患者指導の重要性は変わらず、患者自身が様々な角度から総合的に血糖変動を評価する事で、より正確で安全な血糖モニタリング・コントロールが可能であり、本症例を通じて血糖認識トレーニングの重要性が改めて確認された。

22　糖尿病クリニックでの個別運動療法により運動継続に繋がった症例

医療法人優雅　鶴間かねしろ内科クリニック
〇佐藤亜希菜　　朝倉　太郎　　金城　瑞樹

【背景、目的】

糖尿病患者の運動療法継続率は他治療と比較して低いと言われている。理由として、必要な運動療法の選択・実施が困難なためである。そこで当院は理学療法士による個別運動療法を立ち上げた。週２回の利用により運動継続に繋がった症例について以下に報告する。

【症例と方法】

右上肢麻痺があり、分離運動障害・関節可動域制限を有する 80 代女性。

主訴は【どんな運動が良いのか分からない】であり、目標は【疲れにくい身体になりたい】であった。体力測定の結果、HbA1c6.3%・片脚立位 右 4.1 秒、左 7.7 秒･5m 快適歩行 6.0 秒、5m 速歩 3.8 秒であった。また体組成計にて骨格筋率は上肢 20.2%、体幹 13.8%、下肢 34.3% であった。結果より、下肢筋力低下・バランス能力低下・持久力低下が認められた。よって当院では３種類の運動療法を実施した。

１つ目は下肢粗大筋力のトレーニング、２つ目は感覚促通や姿勢の再学習によるバランストレーニング、３つ目は踏み台やバランスボールを使用した有酸素トレーニングを実施した。

運動方法や強度は適宜更新し、身体状況に合わせた運動療法を実施した。

また、開始１ヶ月後より自宅での運動も希望された。そのため自宅での運動プログラムの立案も適宜行った。

【結果】

5 ヶ月後、HbA1C-0.2%・片脚立位 右 +6.5 秒、左 +4.8 秒･5m 快適歩行 -0.2 秒、5m 速歩 -0.6 秒であった。また体組成計にて骨格筋率は、上肢 +0.5%、体幹 +0.7%、下肢 +0.6% であった。

更に疲労感の低下、歩行時のふらつき低下等の実感により、自宅での運動時間や頻度の増加も認められた。

【考察】

個別運動療法により各項目全て改善が認められた。更に目標に対し、数値・患者自身の実感共に改善が認められ、患者からの高い満足感も伺えた。そして個別運動療法をきっかけに運動習慣の確立にも繋がった。

個々の身体状況に合わせた運動療法の提供により、身体機能の改善・運動習慣の確立に繋がったと考える。よって個別運動療法は糖尿病内科クリニックに

おいて必要であると言える。

特　別　講　演

データサイエンスによる生命科学研究の展開

北里大学未来工学部データサイエンス学科
岡　浩太郎　先生

データサイエンスは人工知能（AI）とともに、現在様々なメディアで語られています。そのような中には、データサイエンスが何か人類にとって脅威となるなどの極端な言説も多いように思います。一方でデータサイエンスは、「データを用いて新たな科学的および社会に有益な知見を引き出そうとするアプローチのことであり、その中でデータを扱う手法である情報科学、統計学、アルゴリズムなどを横断的に扱う。」（Wikipedia よりの引用）と定義されていて、私の印象では最近は特に「情報科学」の部分が強く意識されているようです。「データから科学的な手法を用いて有益な知見を引き出そう」とするアプローチは、これまで少なくとも理系の現場では普通に行われてきました。医療に従事される方々は、様々な検査データから病因を探ることは日々の営みであると思います。それではなぜ今、データサイエンスが注目を集めてきているのでしょうか？

その要因の１つとしてビッグデータが挙げられると思います。ゲノム、プロテーム、トランスクリプトームなどにおける近年の生命科学における技術革新は、これまで研究者が入手できなかったような巨大なデータを生命科学の研究分野に提供できるようになりました。それに伴い、データを取得するだけでなく、それを理解する（私は「腹落ちする」とよく言っています）ための新しい手立てが必要となり、旧来の統計学の手法では扱い切れない課題に直面することが多くなってきています。例えば２つの変数の間の関係ならば、２次元のグラフを描くことにより、相関や因果関係を見出すことができました。しかし我々が理解できるのは、精々が図に描くことができる３つの変数の関係（３次元）までであり、それも非線形な関係ではお手上げでした。そのため「時事刻々と変わる数千次元のデータ」の塊の前では途方に暮れることになります。そのようなデータを縮約し、「要するに～」と説明してくれるツールが必要となります。そのような「要するに～」を手伝ってくれるツールとして、データサイエンスの手法や AI の利用が期待されています。

今回の講演では、以上述べたような現代の生命科学とデータサイエンスとの関係について紹介した後に、私がこれまでに行ってきた「生命画像に関する情報科学」（Bioimage Informatics）の例について解説したいと思います。また北里大学に昨年４月に開設された未来工学部データサイエンス学科についてもご紹介いたします。

健康にアイデアを
meji

アレルギー性疾患治療剤
処方箋医薬品（注意ー医師等の処方箋により使用すること） 薬価基準収載

ビラノア® 錠 20mg
OD錠 20mg
Bilanoa® tablets / OD tablets
ビラスチン錠 / ビラスチン口腔内崩壊錠

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等は電子添文をご確認ください。

販売元　文献請求先及び問い合わせ先
Meiji Seika ファルマ株式会社
東京都中央区京橋 2-4-16
https://www.meiji-seika-pharma.co.jp/
くすり相談室 電話(0120)093-396,(03)3273-3539

製造販売元
TAIHO 大鵬薬品工業株式会社
東京都千代田区神田錦町1-27

提携先 FAES FARMA スペイン

2022年11月作成

Symbicort®
budesonide/formoterol

AstraZeneca

ドライパウダー吸入式喘息・COPD治療配合剤 薬価基準収載 処方箋医薬品注)
ブデソニド/ホルモテロールフマル酸塩水和物吸入剤
シムビコード® タービュヘイラー® 30吸入 タービュヘイラー® 60吸入
Symbicort® Turbuhaler® 30・60 doses
注）注意ー医師等の処方箋により使用すること

■ 効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等は製品添付文書をご覧ください。

製造販売元
［文献請求先］
アストラゼネカ株式会社
大阪市北区大深町3番1号
TEL 0120-189-115
（問い合わせ先フリーダイヤル メディカルインフォメーションセンター）

2019年12月作成
SYM794A

処方箋医薬品注)

クロライドチャネルアクチベーター

薬価基準収載

アミティーザ®カプセル 12μg 24μg

ルビプロストンカプセル

Amitiza® Capsules 12μg 24μg

注)注意ー医師等の処方箋により使用すること

「2．禁忌」、「4．効能又は効果」、「5．効能又は効果に関連する注意」、「6．用法及び用量」、「7．用法及び用量に関連する注意」等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元　ヴィアトリス製薬株式会社

東京都港区虎ノ門5丁目11番2号

〔文献請求及びお問い合わせ先〕メディカルインフォメーション部

フリーダイヤル 0120-419-043

VIATRIS

AMT72N004

2023 年 1 月作成

選択的SGLT2阻害剤ー2型糖尿病・慢性心不全治療剤ー　薬価基準収載

ジャディアンス®錠10mg

選択的SGLT2阻害剤ー2型糖尿病治療剤ー

ジャディアンス®錠25mg

処方箋医薬品（注意-医師等の処方箋により使用すること）

Jardiance®　エンパグリフロジン製剤

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む
注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。

製造販売
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
東京都品川区大崎2丁目1番1号
資料請求先：DIセンター
0120-189-779

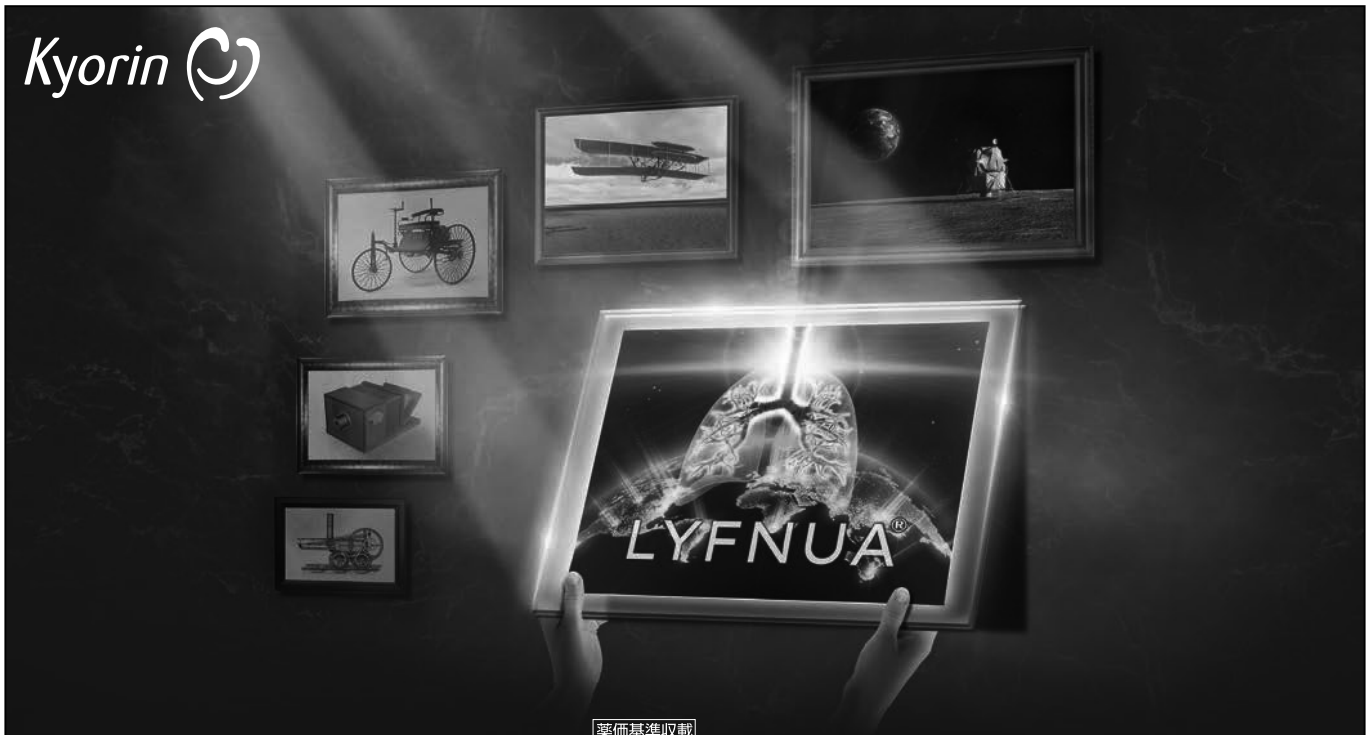
販売提携
日本イーライリリー株式会社
神戸市中央区磯上通5丁目1番28号

Boehringer Ingelheim

Lilly

2022年4月作成　PP-JAR-JP-1619

Kyorin



薬価基準収載
選択的P2X3受容体拮抗薬/咳嗽治療薬
リフヌア®錠45mg
LYFNUA® Tablets 45mg
ゲーファピキサントクエン酸塩錠
処方箋医薬品（注意ー医師等の処方箋により使用すること）

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。

発売元
杏林製薬株式会社
東京都千代田区神田駿河台四丁目6番地
〈文献請求先及び問い合わせ先：くすり情報センター〉

製造販売元
ＭＳＤ株式会社
東京都千代田区九段北1-13-12

作成年月:2023.10

塩野義製薬の
感染症領域におけるCSR*推進活動

塩野義製薬は「感染症の脅威からの解放」を取り組むべき社会課題の一つとし、感染症薬の研究・開発・適正使用の推進に努めています。

2018年4月に、CSR推進部 適正使用推進室を新設し、感染症に関する様々な問題に挑み、皆さま方の感染症対策に少しでも貢献できるように積極的に取り組んでいます。

＊ Corporate Social Responsibility（CSR）企業の社会的責任（社会・環境・経済等に対する企業の責任）

塩野義製薬 感染症関連サイト

災害・避難 感染症ナビ
高齢者感染症ナビ
女性感染症ナビ
こども感染症ナビ
マスギャザリング感染症ナビ
新型コロナウイルス感染症（COVID-19）

SHIONOGI

CAS-UK-0003(V02)
2022年7月作成【A4 1/2】

Sumitomo Pharma
Innovation today, healthier tomorrows

糖尿病でない人と変わらない人生のため、
私たちは「糖尿病のトータルケア」に貢献します

治療が進歩した今でも、
糖尿病を取り巻く課題は多くあります。
食事療法、運動療法、薬物療法、
安心して治療を続けられる環境、
そして個別化医療の実現へ。
私たち住友ファーマはこれらの課題に寄り添い、
薬物療法を中心にお役に立ちたいと考えています。

選択肢をつくる。
希望をつくる。

なんでも選べるこの時代に、
まだ選択肢が足りない世界があります。
そこでは、たったひとつの選択肢が生まれることが、
たくさんの希望につながります。
だから、田辺三菱製薬はつくります。

病と向き合うすべての人に、希望ある選択肢を。

この国でいちばん長く培ってきた
薬づくりの力を生かして、
さまざまな分野で、挑みつづけていきます。
そこに待っている人がいるかぎり。

田辺三菱製薬
https://www.mt-pharma.co.jp/

MITSUBISHI CHEMICAL GROUP

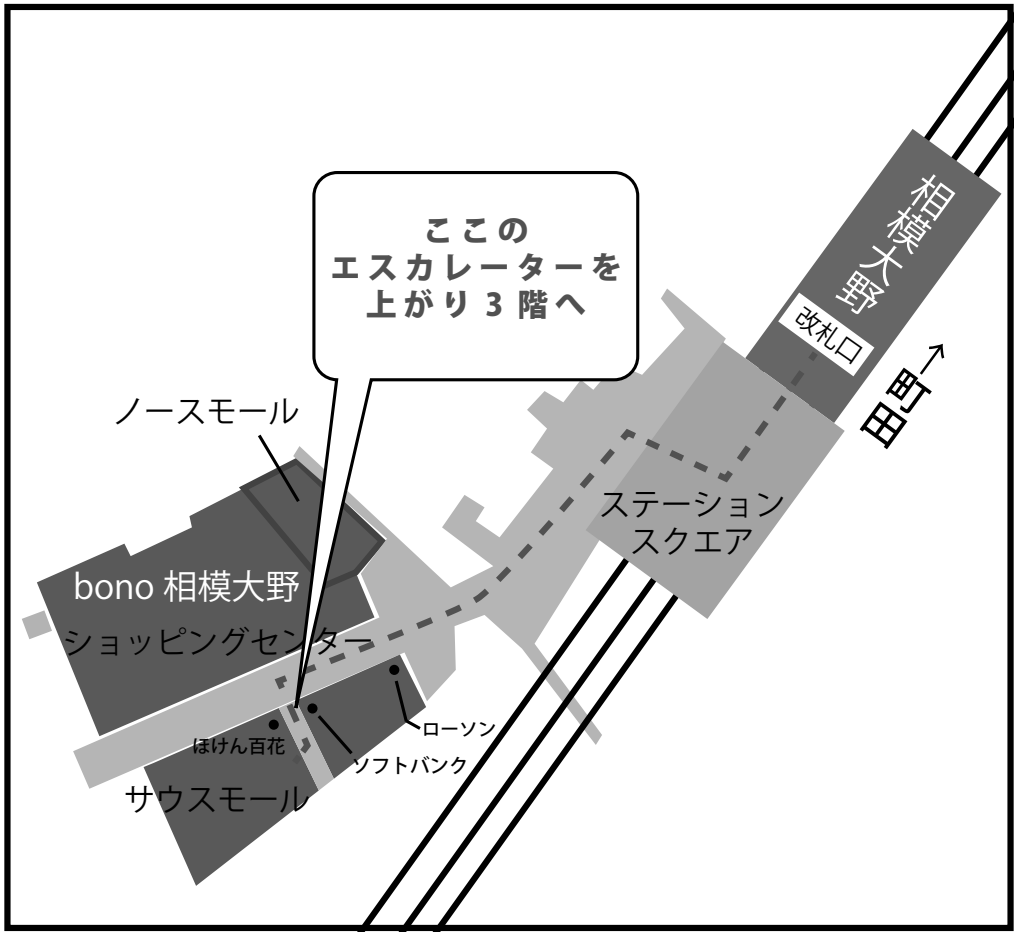
Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、
グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781 年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、
常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、
事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp

Takeda



開催場所：ユニコムプラザさがみはら　セミナールーム
〒 252-0303　相模原市南区相模大野3丁目3番2号 bono相模大野サウスモール3階
電話番号：042-701-4370
電　　車：相模大野駅（小田急線）徒歩３分