

第 16 回肝炎ネットワーク in 大分 議事録

日時：平成 30 年 2 月 15 日(木)19:00~20:30

場所：ホルトホール大分 408 会議室

(司会)

大分医療センター 消化器内科 部長

山下 勉 先生

大分大学医学部附属病院 肝疾患相談センター 診療教授

清家 正隆 先生

(演者)

大分県厚生連鶴見病院 肝疾患センター長

大河原 均 先生

山梨大学医学部附属病院 肝疾患相談センター センター長

坂本 穰 先生

(コメンテーター)

中津市民病院

横田 昌樹 先生

別府医療センター

鶴田 悟 先生

大分大学医学部附属病院

本田 浩一 先生

豊後大野市民病院

棚橋 仁 先生

(参加者)

アルメイダ病院

福地 聡士 先生

大分県厚生連鶴見病院

曾代 佳代 先生

大分県健康づくり支援課

岩武 仲恭 先生

大分大学医学部附属病院

遠藤 美月 先生

大分大学医学部附属病院

織部 淳哉 先生

大分大学医学部附属病院

所 征範 先生

大分大学医学部附属病院

藤田 莉穂 先生

大分大学医学部附属病院

川野 幸代 先生

織部病院

首藤 能弘 先生

みえ病院

松山 幸弘 先生

みえ病院

濱田 恵理 先生

正内科医院

正 宏樹 先生

中津市民病院

横田 昌樹 先生

ひがし内科医院

東 喬太 先生

《一般演題》

司会：大分医療センター 消化器内科 部長 山下 勉 先生

「当院における肝炎患者の掘り起こしの取り組み」

演者：大分県厚生連鶴見病院 肝疾患センター長 大河原 均 先生

・最近の肝炎治療について

肝炎治療、特に C 型肝炎は DAA s (Direct Antiviral Agents) の登場により経口薬治療で非常に高い治療成績を残せるようになった。現在、数多くの種類が発売されており、使い分けに悩むケースもあった。更に 2017 年 11 月にマヴィレット配合錠が発売され最短 8 週間の内服であること、1 型のみならず 2 型にも使用できること、腎機能悪化症例にも使用できるようになった。その状況下で 2017 年 12 月に C 型肝炎資料ガイドライン(第 6 版)が発表されたが、C 型肝炎治療に推奨される薬剤が限定されており治療が非常にシンプルになったことに大変驚かされた。経口薬治療を積極的に進め、治る病気は治す、ということがガイドラインのメッセージであると理解している。

今後は埋もれている患者さんをいかに掘り起こし治療に結びつけるかが重要なテーマであると考えます。

・鶴見病院での肝炎患者調査

当院では HCV 抗体陽性例の調査を行った。

対象：鶴見病院の採血で HCV 抗体陽性と判断された 255 例

方法：HCV 抗体 ELISA 法

期間：2015 年 4 月 1 日～2017 年 12 月 26 日

背景：平均年齢 74.2 歳(18 歳～90 歳)、男性 138 名 女性 117 名

患者数は肝臓内科、救急科、消化器外科、消化器内科の順で多かった。255 例を検討したところ 59 例が治療済、治療中もしくは治療予定の状況であった。一方で未治療が 196 例、内訳が死亡例 30 名(10 名は肝疾患関連死)、生存 166 例であった。生存例の内 151 例は HCV-RNA 未検査であった。そこから 80 歳以上や他院で何らかのフォローされている症例を除くと 36 名であった。

・鶴見病院での取り組み

2018 年 1 月より鶴見病院内にも肝炎コーディネーター 2 名配置、看護部長、事務部長の協力も得られる体制となった。また 2018 年 1 月 21 日に電子カルテシステム変更があった。変更後は肝炎陽性患者のカルテを開くと「肝炎受診勧奨対象患者」と青字で表記されるようになった。これにより肝疾患に対する意識が少ない医師も肝臓内科に紹介し治療に結びつけるという試みである。それらを活用し 36 名に対しどのようにアプローチして

いくつかが今後の課題である。

・当院でのナルフラフィンの使用経験について

①PBC 71 歳 女性 痒み有。エバスチン処方も効果不十分のためナルフラフィンを追加処方。現在は痒みがなく快適な生活を送られている。

②肝硬変 52 歳 女性 移植登録済 身体障害者手帳 2 級 黄疸有 痒み有 エバスチン処方も効果不十分のためナルフラフィンを追加。しかし黄疸が強い時には痒みを抑えられないこともありナルフラフィン 5 μ g 増量により症状緩和。ただし黄疸極めて強い場合にはコントロールに苦慮することもある。

③肝硬変 84 歳 男性 DAAs 治療により SVR 達成もアンモニア高値で痒み残存 フェキソフェナジン処方も効果不十分でナルフラフィンを追加。RFA、TACE を実施。現在は痒みに応じてナルフラフィンを処方。処方すると確実に痒みを抑えられる印象がある。

・質疑応答

質問：「肝炎受診勧奨対象患者」と青字で表記される仕様は電子カルテに元々搭載されている機能か？独自仕様であれば追加の費用は？

回答：独自仕様である。富士通のシステムであるが、こちらから要望して表記できるようにした。追加費用については不明であるが現在の機種であれば難なくできるのではないかと。腫瘍内科医よりステロイドなど処方している際に警告表記もあればなお良かったとの意見もあった。1 ヶ月経過したが既に 3 名ほど肝臓内科に紹介があった。

質問：未検査の 151 名で 36 名以外の方(115 例)でかかりつけ医に通院中で抗ウイルス療法がされていないケースの対処法は？

回答：親しいかかりつけ医にはコンタクトを取っている。しかし旅行ツアー者、他の肝臓専門医で治療中の場合は介入できていないケースがある。

質問：救急でかかりつけ医が不明の患者への対応は？

回答：そのようなケースを含む 36 名の対象者にどのような形ですべきか院内で検討中。まず現状把握できたという段階である。今後、肝炎コーディネーター、看護部、事務部と協力して対応していく。

《特別講演》

司会：大分大学医学部附属病院 肝疾患相談センター 診療教授 清家 正隆 先生

「 肝疾患診療と地域医療連携 ～Y-PERS から～ 」

演者：山梨大学医学部附属病院 肝疾患センター センター長 坂本 穰 先生

日本住血吸虫^{にほんじゆうけつきゅうちゅうびょう}病と C 型肝炎

山梨県は肝癌死亡率が高い。理由は寄生虫が多かったからである。寄生虫が門脈に寄生し肝硬変、肝繊維症、門脈圧亢進症の原因になった。山梨県では日本住血吸虫病の治療として集団治療を行ったが、その際に C 型肝炎感染者が増えてしまった。

・ Y-PERS

これまでに 1402 名の治療を行ってきた。現在は DAAs 製剤 3 種類の組合せで治療を行っている。肝炎ウイルス治療薬も当初は治る患者と治らない患者がいたが、原因をウイルス学の観点から調査し耐性の頻度、原因を追究。結果的に新しい薬剤（ハーボニー）を使って治療されることになった。残された課題は多々あったが結果的に全てのジェノタイプに効果がある薬剤が登場し、今後治療の効果が期待されている。

・ 症例報告

多重耐性の患者であったため、ハーボニーを使わずに GLE/PIB の治験に参加。最終的に SV1 に至った。その後 DAAs 製剤は HCC(肝細胞がん)の発症を促進するという報告があり衝撃を受けた。しかも非常に質の悪い肝癌がでるというものであった。しかし、反論する論文も発表され、当院でも調査することになった。「HCC 既往無し患者に DAAs 製剤で治療後に新規肝癌が発症するか」を調査したが、元々癌のなかった患者が新規肝癌を発症することはなかった。やはりウイルスが消滅してしまえば肝癌の発症は低いのではないかと考えられる。(ただし、観察期間が短いのでこれで全てというわけではない)一方、HCC 治療後に DAAs 製剤治療の患者は非常に肝がんの再発が多かった。現在は集中的に治療しているが、昔は肝癌発症後にウイルス治療をしていなかったのも、ある意味肝癌再発の報告が多いことは仕方がないことであり、はっきりと区別しなければいけない。

また、根治と思われる患者の初回再発までの期間を調査。(データスライド紹介) 早期に再発した患者は肝内微小肝癌が残っていたが分からずに転移で再発したと考えられる。微小の肝癌には注意が必要である。結果から DAAs 製剤治療は肝癌再発を遅らせることが出来ているのではないかという考えのもと、現在データの蓄積を行い継続調査中。

・地域医療連携

現在、専門医の先生方はどうにかして C 型患者さんの発掘を行っているのではないかと。そこで、C 型肝炎関連肝臓がんが発見された経緯を調査したところ、健康診断未受診で肝臓がんが見つかった患者さんは 3 % とほとんどおらず、健診を受けたが非専門医の治療を受けて肝臓がんを発症してから紹介が非常に多かった。つまり、肝臓がんになるまで我々専門医に辿り着けていなかった。問題は専門医未受診患者であり、非専門医からいかに紹介してもらうかである。

また、肝臓がんだけではなく肝硬変の様々な合併症の患者さんも地域連携を行っていただければいけない。特に問題になるのが腹水であり、入院しないといけない患者さんがいる。

薬剤：トルバフタン 欠点：入院が必要なため病病連携で 3 日入院等の依頼。

・忘れてはいけない症状：掻痒症

5 人に 1 人は痒みがある。患者さん自身から痒みを訴えることはほとんどないので肝疾患コーディネーターに「かゆくないですか？」と聞き取りを行ってもらっている。

肝疾患センターでは窓口受付、電話やネット、e-mail でも相談できる。内容は多岐にわたり医療費助成、治療について等。(相談件数：約 1000 件/年)

・山梨県における取り組み

年 2 ～ 3 回「肝臓がん何でも相談会」を開催。弁護士、社会保険労務士、看護師、検査技師も参加しての相談会。新聞での呼びかけや通院患者のための院内での相談会も開催している。

1. 市民公開講座「肝臓がん撲滅運動」

2. 肝疾患コーディネーターを養成(弁護士、社会保険労務士、看護師、検査技師等 351 名) 県知事の認定証発行。年 1 回スキルアップ講座実施。

3. 検査、受検、受診、それぞれの立場での役割を担っていただく。コーディネーター自ら主体的に行う。例) グループワーク：実施肝疾患患者さんに必要なサポートは？何ができるか？

4. 肝炎医療コーディネーターマニュアル(厚労省 HP から DL 可能)

5. 仕事と治療の両立支援。働き方改革の中にも「仕事と治療の両立」ということで肝疾患についても記載がある(肝疾患に関する留意事項) 治療をしながらでも仕事ができる。

6. 肝炎サポート外来：Fibrosis (F) 肝硬度測。治療後も医療費助成を利用した方に連絡し受診してもらう。発がんのリスクなどを説明、理解してもらう取り組みを実施している。

7. 治療により C 型肝炎ウイルスを排除できた県民の型を対象に年間 2 回まで無料で肝臓健康チェックを受けられる。(山梨県：現在 300 名終了)

・質疑応答（敬称略）

清家：本日は山梨県の医療連携のを中心にディスカッションしたい。まず Y-PERS が素晴らしい。どれぐらいの医療機関が利用しているのか？

坂本：Y-PERS が有名になったがインターフェロン使ってないので何とか名前は残しただけです。現在山梨県の医療機関の 7 割が Y-PERS 利用している。

清家：県のかかわりが非常に大きく、地元新聞の協力も得られているが？

坂本：山梨県は県民性が非常に強く、その県民性を利用して 8 割が取っている新聞に掲載。新聞社も協力的。県の協力も有り。

清家：大分県と山梨県のコーディネーターの認定制度が違うのでは？ハードルが高い気がしたが？条件は？

坂本：8 回講義全受講、テスト実施。合格で認定。（厳しくした）

岩武：大分県のコーディネーターの育成は看護師を中心に育成中。認定はハードルが高い。問題点として病院内での移動で肝疾患から離れることもあるので認定後に職場内の移動があると専門的に働けない。

清家：実際に認定者で知識を活かして仕事をしている人数は分かりますか？（山梨県）

坂本：認定の 351 名の中で実際に知識を活かして働いているのは 10 名程度ではないか。保健所の窓口に立つ保健士には全員資格を取ってもらった。県職員保険担当の方にもできるだけ受検してもらった。

清家：スキルアップ研修の参加率は？義務ですか？

坂本：参加率は 50% 程度。任意の参加。お知らせは行う。年 1 回スキルアップ研修実施。

清家：大分県の行政保健士のモチベーションが極めて低く、開催しても参加率は低い。

岩武：今後医療費をいかに抑えるかが課題であるし、肝疾患患者をコーディネーターが専門医に繋いでもらいたい。糖尿病の取り組みもあるので肝疾患だけみていくわけにはいかない。様々な疾患との連携も必要になってくる。

清家：治療後のサポート事業、フォローアップが効果的だと感じた。機械の購入は？

坂本：最初は研究費で購入（1500 万円）、県の補助もあった。現在は健康診断にも取り入れていただいている。検査に来てもらって状況を説明すると患者さんの満足度が高い。

清家：大分県では治療後のフォローが上手くできていないので県として協力してもらいたい。

横田：坂本先生の話聞いて山梨県の取組みに驚いている。行政の取組みにも驚いている。大分県では市民公開講座開催時に清家先生からだけでなく県の働き掛けも必要かと感じた。大分県では今後の課題。

清家：超高齢地域では活かせるか？

棚橋：私も健診未受診者からの発癌は少なく、地域の非専門医からの紹介での発癌が多いと感じる。非専門医の先生方への啓蒙が必要でないかと感じている。

坂本：Dr が Dr を教育するのは難しい。地域の医師会の利用などが必要。参加しない Dr はいつも参加しない。地域の医師会などで細かく取り決めを行うことも必要になるのではないかな。

棚橋：市民公開講座で新規の患者さんの発掘も必要になるが参加者が少ない。

坂本：市民公開講座への参加理由で一番多いのは Dr からの呼びかけ。非専門医からでも声かけが大事になる。

清家：周辺の先生方との連携はいかがですか？

鶴田：紹介をもらって取り組みが広がっているのは感じる。遠方だから行けない、かかりつけ医に戻ってしまう。フォローしたくても来院しなくなる等の問題あり。特に若い方などは治療が終わると途端に来なくなる。指導はどうしたらよいか？

坂本：F 検査（単位キロパスカル＝〇〇％）で発がん率を説明し、真剣に考えてもらう。何か検査や問診を行うことで患者さんの満足度が上がる。工夫が必要である。遠くから来るなら問診だけでなく何か検査が必要かもしれない。

本田：以前リーフレットを 1 度だけ送ったことがあるが医師会依頼だけでは保健所に来た人は 2～3 名だった。行政や医師会からの働き掛けも必要。大分県でも新聞に掲載することが他の医療機関の意欲につながるのではないかな。

松山：紹介してくれる Dr は決まっている。それ以外の Dr の取り込みが課題。

清家：治療について問題はないでしょうか？現在合併症の薬剤も多く出ているが薬価が高い。身体障がい者制度も浸透していないのでは？

坂本：治療については皆さんも良くご存知の通り。助成や身体障害者制度については私も詳しくは知らないのでお話しできない。ただし、使える制度があれば使わせてもらっている。

以上