

第4回大分肝炎ネットワーク in 植田

議事録

日時：平成24年1月17日（火）

場所：大分市植田市民行政センター 会議室1

司会：大分大学附属病院 肝疾患相談センター 清家 正隆 先生

演者：県立広島病院 消化器内科 部長 北本 幹也 先生
岩波内科クリニック 岩波 栄逸 先生

参加者：

大久保内科外科	大久保 卓次 先生
佐藤医院	佐藤 慎二郎 先生
多田胃腸科医院	多田 出 先生
大久保内科外科	石本 真理 先生

オブザーバー：

森内科医院	森 哲 先生
大分大学医学部	織部 淳哉 先生
大分循環器病院 消化器科	高橋 祐幸 先生
大分赤十字病院 消化器科	成田 竜一 先生
大分大学医学部	正 宏樹 先生
大分大学附属病院 肝疾患相談C	高根 栄子 先生

欠席：

秋吉医院	秋吉 達次郎 先生
大分記念病院	向井 隆一郎 先生
さとう消化器・大腸肛門クリニック	佐藤 浩一 先生
天心堂へつぎ病院	宮島 一 先生
何松内科循環器科	田泓 拓郎 先生
秦医院	秦 一敏 先生
宮崎医院	宮崎 士郎 先生
やない内科クリニック	柳井 莊緑 先生（順不同）

～開始にあたり～（清家先生）

診療連携を進める目的でこのような会を大分県内で行っているが、この植田の会が最もうまくいっている。先生方のおかげです。感謝しています。

大分全体の事業として、患者さん向けの公開講座、メディカルスタッフ向けの医療従事者セミナー、かかりつけ医向けの医療連携の会の3階建てで行っている。今回は患者さんに最も近い開業医の先生方向けの会で、最も重要な位置づけになっている。

「病診連携パスの有用性と課題」 岩波内科クリニック 岩波栄逸 先生

病診連携にはパスが登場してくるが、一般開業医として現状について述べる。

パスには、パスというものとパスポートがあり、パスは病院間で持ちまわるもので、パスポートは患者さんが持ち歩いて自分・家族が把握するもの。

診療の流れとして大病院（急性期）、中規模病院（回復期）、かかりつけ医（維持期）という順序がある。大病院ではスペシャルな仕事をしてもらい、開業医はケアをするという意味では開業医が患者さんに最も近い位置にある。最近開業医では介護・認知症に費やす時間があまりに大きく、IFN 連携を簡素化するためにパスが役立つ。

パスの原点として母子手帳がある。母子の健康を把握するものとして完成されており、非常に役立つ。パスの種類は糖尿病、血圧、不整脈、癌、脳卒中、肝炎などさまざまなものがある。

佐藤先生が作られたオレンジパスポートというものがある。認知症の患者さんのもので、内容とともに空欄があることが非常に大切。空欄に情報を書き込む人として医師・看護師だけでなく、ヘルパー・家族・友達などに記入してもらうことで多くの情報が共有でき、役立っている。

清家先生が作られた IFN パスがあり使いやすい。重要なところは IFN の減量基準の欄があり微調整ができるということである。

検診は行政が積極的には広めないのではと思われる。検診率を高めるためには患者さんを啓発し、スクリーニングしていくことが必要。

織部先生：実際にパスを使う中で、減量基準を無視しているが、開業医の先生方はそれに応じていただけるのか。

岩波先生：専門医の指示には従う。開業医に指示を出していただくことはありがたい。

清家先生：いろんな疾患に対するパスがたくさんある。統合は考えられるのか。

岩波先生：パスの本質は変わらないだろうが、使いやすいもの使いにくいものがあるのでは。疾患に応じてシンプルなものの方がよいが、シンプルにできないものもある。

清家先生：薬剤手帳が参考になるが、どうか。

岩波先生：副作用面で役立つ。しかしメインで治す疾患と慢性疾患があるため、全てパスというわけにはいかない。うまく使い分ける必要がある。

佐藤先生：書面媒体として持ち歩くことになるので情報漏洩の心配がある。電子媒体化すれば統合が可能になると思う。それは基幹病院でまとめていただければよいと思う。しかし手書きで書く部分が大切で、電子媒体では気持ちが伝わらない。試行錯誤しながら作っていきましょう。

成田先生：減量について、久留米大学との連携の時、専門医が責任を持ち減量せずに投与完遂したことがあり、心強かった。

清家先生：運用についていかがでしょうか。

岩波先生：カルテにもパスにも記入しなければならず、二度手間になってしまう。習慣づけしていくことが大切。

「これからの肝疾患の病診連携 ～肝炎から肝臓まで～」

県立広島病院 消化器内科 部長 北本幹也 先生

C 型慢性肝炎における病診連携について

県立広島病院での IFN 導入数は経時的に増えている。助成金が下りたということと発癌予防で使い始

めたということが背景にある。C型肝炎の患者さんのIFN導入は専門医が入院で行い、フォローを開業医でしていただいている。

広島県で使用しているパスはかかりつけの医師が記入する部分、専門医が記入する部分、患者さんが記入する部分が明確に分かれている。IFN投与においては体重が重要なので、必ず書いていただいている。

ペガシスの減量の際は180 μ gから90 μ gまで減らさずに135 μ gに減量する工夫や、RBVは3カプセルから2カプセルに減らさずに2カプセルと3カプセルの日を交互に設ける工夫を行っている。ペグインターフェロン・リバビリン併用療法は高いSVRが期待できるため、一度根治を目指して挑戦する価値がある。それでも根治出来ない場合はペガシスの少量長期投与が有用。

B型肝炎の治療について

ペガシスの適応が通り治療の選択肢が広がった。核酸アナログの治療の適応として急性増悪例、肝予備能低下例、肝癌合併例があたるのではと思う。そのような中でde novoのB型肝炎再活性化が危惧されている。免疫抑制剤・分子標的剤投与例には注意が必要で、ガイドラインでも策定されている。

肝細胞癌スクリーニングにおける画像診断反復の意義について。

画像診断を定期的に行っている群、慢性疾患のみの治療の通院群、初診群の3群で肝癌診断時のステージを見るという研究を行った。その結果、画像診断を行っていた群で早期に発癌を見つけることができたという結果だった。従って定期的な画像診断は必要である。IFN治療を受ける前から、肝癌根治後の経過観察までをパスを用いて連携することが病診連携の理想像なのではと考える。

岩波先生：画像診断はどのくらいの頻度で行えばよいか。現実的には頻繁には厳しいのではないか。

北本先生：最低、年に2回きちっと画像診断を行えばスクリーニングできると思う。1回はエコーであと1回はCTで行うのが望ましい。

佐藤先生：マーカーを診ていてフォローをしていたが、2例の発癌を経験した。腫瘍マーカーの意義はあるのか。

北本先生：マーカーでフォローしていると、異常値が出た時にはすでに癌が進行していることが多い。2~3カ月ごとに画像診断を行うことが望ましい。あくまでもマーカーは補助的な位置づけになる。

清家先生：テラビックについて主治医の視点から

正先生：今日で1週間経つが薬疹が出ている。1500mgから始めている。2剤併用よりも副作用が出やすい印象がある。薬疹は皮膚科の先生に診てもらい、ステロイドでかゆみも落ち着いている状況。

清家先生：IL28Bはあと1年程で保険に通る予定。Core70は保険に通る予定は今のところない。測定を希望される際は紹介ください。新しい治療ガイドラインも発表予定。

B型肝炎について、ペガシス投与対象は多くないと思われる。対象としては若くてウイルス量の低い人になるのではと思う。HBs抗原の定量も精密測定ができるようになった。経過の予測に有用なので定量測定も年に1回の頻度でフォローしていただきたい。

次回はB型肝炎のテーマで7月を考えています。第5回もご参加ください。