

富医ニュース

No.579 令和2年1月1日

一般社団法人 富田林医師会
会長 宮田 重樹
〒584-0082 富田林市向陽台1丁目3-38
TEL.(0721)29-1210 FAX.(0721)28-0858
E-mail: mail@tondabayashiishikai.jp

大阪府糖尿病性腎症重症化 予防アドバイザー事業 富田林地区説明会



この度、大阪府医師会の取り組みとして糖尿病重症化予防の更なる推進を図るため、糖尿病専門医の先生のご助言を頂いて糖尿病治療の向上を目的とした研修を始めることとなりました。今回は下記の通り大阪南医療センターの幸原先生に最新の糖尿病治療と病診連携について講演賜ることとなりました。内科医だけでなく眼科・泌尿器科・整形外科の先生方にも重症化予防にご尽力頂きたいので是非ともご参加くださいますようお願い申し上げます。

★日時 令和2年1月11日(土) 14:00～16:00

★場所 医師会 大会議室

次 第

1. 開 会

司会・挨拶: 富田林医師会会長 宮田 重樹先生

2. 説明会

座 長: 糖尿病性腎症重症化予防事業アドバイザー/
近畿大学医学部内分泌・代謝・糖尿病内科准教授 川畑由美子先生

① 事業説明

「令和元年度 大阪府糖尿病性腎症重症化予防アドバイザー事業」
大阪府健康医療部国民健康保険課総括主任 谷 智代先生

② 状況説明

「富田林市、太子町、河南町、千早赤阪村における状況について」
大阪府富田林保健所 浅井 多紀先生
富田林市保健年金課 中野 葉子先生

③ 講 演

「糖尿病性腎症の重症化予防について」
独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター
内分泌代謝内科医長・再生医療研究室長 幸原 晴彦先生

④ 総括(地域での課題抽出)・質疑応答

糖尿病性腎症重症化予防事業アドバイザー 川畑由美子先生



新年会のご案内



【日時】 令和2年1月25日(土) 18時～20時

【場所】 帝国ホテル大阪 4階 芙蓉の間

調 整 日

12月分 1月8日(水)
PM3:00まで

1月分 2月6日(木)
PM3:00まで

1 月 の 予 定

6日(月)・仕事始め
7日(火)・休日診療委員会
8日(水)・調整日
10日(金)・理事会
11日(土)・大阪府糖尿病性腎症重症化予防アドバイザー事業 富田林地区説明会
14日(火)・学校医部会
15日(水)・救急災害医療委員会
16日(木)・学術講演会
20日(月)・訪問看護ステーション
運営委員会
24日(金)・広報調査委員会
25日(土)・新年会
帝国ホテル大阪
28日(火)・休日診療委員会
・広報調査委員会
(校正)

令和元年 12月定例理事会

日 時 平成31年12月13日(金)
13:30より
場 所 医師会 特別会議室

会長挨拶

協議事項

- 1) 入退会の件
- 2) 医師会ホームページの活用について
- 3) 河南町健康づくり推進協議会委員の選任について
仲谷先生、広谷先生
- 4) 富田林社会福祉協議会等、市町村年末募金について
- 5) 台風第19号による被災医療機関に対する支援金について
- 6) 次期大阪府医師会代議員および同予備代議員について
- 7) 訪問看護ステーション運営について
- 8) 介護認定審査会委員について
- 9) 70周年記念事業について

富田林医師会学術講演会

日時 2020年1月16日(木) 14:00~15:00

場所 医師会 研修室

【特別講演】

座 長 やまもと整形外科医院 山本 善哉 先生

「外科医が考える神経障害性疼痛治療について」

演 者 済生会富田林病院

外科 副部長 吉川 浩之 先生

神経障害性疼痛は慢性疼痛に分類されるものですが、国際疼痛学会 (ISAP) では治療に要すると期待される時間の枠を超えて持続する痛み、あるいは進行性の非がん性疼痛に基づく痛みと定義されています。

慢性疼痛は

①一次慢性疼痛②がん慢性疼痛③術後痛 外傷後慢性疼痛④慢性神経障害性疼痛⑤慢性頭痛および口腔顔面痛⑥慢性内臓痛⑦慢性筋骨格系疼痛と分類されています。

要因としては侵害受容性 神経障害性 心理社会的などがありこれらは混在し密接に関連している場合も多いとされています。

痛み以外にも多くの症状・徴候を伴っていることが多く、それらにも対処することが必要となってきます。

神経障害性疼痛に焦点を当てると痛みの範囲が神経解剖学的に妥当である、および体性感覚神経系の病変あるいは疾患を示唆することが神経障害性疼痛の可能性がある事となります。

治療については痛みの軽減だけではなく治療による有害事象(副作用)をできるだけ少なくしながら痛みの管理を行い、患者の生活の質(QOL)や日常生活動作(ADL)を向上させることが重要です。

薬物療法、インターベンショナル療法、心理療法、運動療法などがあるがこれらを統合して行うことも効果的です。

我々が会おう神経障害性疼痛については多くは糖尿病性、帯状疱疹後神経痛ということになるでしょうか?ただ外科医がであう神経障害性疼痛についてはがん性のもも多く、薬物治療としては鎮痛補助薬としての効果も認められます。がん関連疼痛としてはがんの直接神経浸潤によるもの、あるいはがん治療によるもの(手術、化学療法、放射線治療など)であります。

※本会は生涯教育制度「1単位」取得カリキュラムコード「57・外傷」「63・四肢のしびれ」を申請中です。

死亡時画像診断 (Ai) 研修会報告

11月23・24日東京駒込の日本医師会館での死亡時画像診断 (Ai) 研修会を受講しました。死体検案書作成業務は事件性のない場合、監察医、警察医による死体検案(検屍)は体表からの観察が中心で判断が難しいこともままありますし、検視官の事件性の有無の判断間違えの可能性も否定できないこともあります。2007年の大相撲時津風部屋のリンチ事件のあと、死因究明、身元調査の精度向上目的としてDNA鑑定等に加えて死亡時画像診断 (Autopsy imaging) が犯罪死の見逃し防止目的で徐々に普及するようになりました。Aiというのは和製英語で作家でもある海堂尊先生の命名とのことですが、海外ではPostmortem imaging (死後画像診断)あるいはForensic radiology (法医放射線学)が一般的で、最初に行われることが多かったスイスでは Virtopsy (Virtual+autopsy)として広がりました。日本でも初期の頃は病院のCT装置の更新時のお下がりトラックの荷台に積み込み、バス検診車のような形で精度も曖昧なものでしたし、病院でするにしても生体と死者を同じ器械で検査するのか? 費用は誰が持つのか? などの問題でなかなか普及しませんでした。

平成25年4月から死因身元調査法が施行され法医解剖も司法・行政・承諾に加え新法(調査)解剖が所轄警察署長の判断でできることになり、解剖の前段階としてあるいは単独で Aiも推奨されることになり費用は警察の負担となりました。Ai情報センターはAiに関する診断、鑑定、相談を受ける施設で、日本のAiの重鎮の先生方が所属されていますが、なんと東京銀座4丁目三越の隣のビル6Fにあります。ここでの鑑定となると裁判仕様で費用が30万円からとのこと。東京では都監察医務院を中心に充実した施設を持っていますが、富田林警察を含め地方の警察では費用面、手続き、手間、時間、受け入れ施設の対応などの問題点もまだまだ多いのが現状です。まずは解剖施設をもった大学病院や公的病院のみならず一般民間病院にもご協力を期待しています。Aiの解析能力はめざましい進歩をとげています。主力はCTですが、MRIも使われ3Dを駆使した画像診断を行います。解剖に比べ体を傷つけることもなく(被曝を除けば)非侵襲でご遺族の同意も得やすいし、解剖はある

意味破壊検査であるのに対し、証拠保全ともなるし、解剖所見は執刀医しかわからないこともあります。Aiは第三者が判断することもでき中立性も担保できるのが最大の利点です。さらに令和2年4月1日に施行される死因究明等推進基本法第十五条(死因究明のための死体の科学調査の活用)にはAiが明文化されており、ますます需要が高まると思います。生体との器械共用も汚染・漏れ・においなどの問題もラバーシートや大きな袋(ZIP LOCのような)を用いることでクリアされています。

以下のAiの有用性を列記します。

Aiの有用性

- 1) 3D再構築を用いて複雑な損傷を容易にビジュアル化できる。
VR画像を用いることで3Dで骨折等の損傷を表現できる。
通常の解剖ではアプローチしない部分の骨折も容易に抽出できる。
損傷の立体的な位置がわかり、解剖との比較が容易になる。
裁判員裁判の証拠資料に用いることができる。
- 2) 計画的な解剖が可能になる。
あらかじめ体内の病変や損傷がわかると解剖執刀医の心理的負担の軽減につながる。
- 3) 解剖よりも診断能力に優れた病態がある。
CTは吸収度での診断能が高い。
例) 低吸収である気体が関わる病態(空気塞栓等)
高吸収である金属製異物の検出
体内異物の検索(銃弾や包丁等)
- 4) 解剖の必要性の判断材料になる。
外表所見から事件性の有無が判断できない事例について画像診断を行うことで病死と判断されたり、逆に事件性の確信が得られたりすることがある。
- 5) 解剖前の状態を撮影できる。
解剖という破壊検査によって失われてしまう状態を解剖前の状態のまま保存でき、証拠保全につながる。
- 6) データの永久保存が可能。
撮影さえしていれば長時間経過後に事件性が問題となっても見直しができる。
- 7) 個人識別に利用できる。
高度腐敗死体や焼損死体等では、外表から性別すらわからないことがある。Aiにより性別、年齢が推定できるほか、体内異物を検索することにより手術材料から既往がわかり、身元が判明することがある。
生前のCT画像との比較により身元が判明することもある。
- 8) 解剖執刀医の危険が防止できる。
体内に存在する鋭利な物体や危険な物体をあらかじめ把握することができ、執刀医への感染防止や危険物暴露の防止ができる。
- 9) 非医療関係者への説明に利用可能。
裁判員裁判では解剖写真は敬遠される傾向で、Ai画像がそ

の代替手段となる。

- 10) 全体像の把握が容易である。

解剖写真は局所の損傷や病変を撮影することが多いが、Ai画像は全身の損傷を1枚の画像で表すことができ、全体像の把握につながる。

Aiの限界

- 1) 死後変化の問題

撮影時血液就下や腐敗による変化を病変と見誤らないようにする。

- 2) 画像所見と解剖所見の不一致

蘇生術後変化を病変と見誤らないようにする。

- 3) Ai撮影でもわからないものはわからない。

Ai活用時の諸問題

- 1) 遺体の特殊性

死後経過時間が長い。(高度腐敗・ミイラ化・白骨化など)

臨床現場では遭遇することのない遺体(高度焼損・多発外傷など)

遺体そのものが犯罪の証拠(付随する物品も証拠品)

- 2) 撮影時の注意点

・遺体に新たな変化が生じないようにする。

無理な体位変換により硬直が緩む。

体位変換により体内の貯留液が体外へ流失する。

無理な体位変換により骨折が生じる(高度焼損死体)。

・遺体付属物を外したり、移動したりしない。

着衣等も重要な証拠である。

・全身を撮影する。

スライス厚を薄くすることで3D再構成画像が鮮明に。新たな証拠となる画像を保存するのも目的。

- 3) 撮影時の注意点

死因の種類(内因死か外因死か)

損傷(成傷器、成傷機転、生前・死後の鑑別、死因以外の小さな傷)

死後経過時間(血液就下、腐敗)

個人識別(焼死体、白骨死体、高度腐敗死体、年齢、性別、内性器、骨の特徴、歯科治療痕、体内の手術材料の有無)

病変や損傷の診断(動脈硬化、出血、骨折、体内異物) 読影結果を説明する相手は医療従事者では無いことが多い(検察、警察、裁判員)

死亡診断書作成、検屍による死体検案書作成にAi診断は今後さらに普及されなければならないし、死亡時の状況にしても家族や周りの人の証言、目撃談、情報提供が正しいとは限らず、あるいは解剖執刀医の所見も誤りが無いとも断言できないこと、特に小児では虐待等の可能性も高いことなどもあり、事件・事故の立証、医療訴訟等の証拠としても第三者の判断を仰ぐことができるのも利点です。

ただ、適応範囲が問題です。生体に行うわけではないので

12月行事・会合

- 2日(月)・会長副会長連絡会議
- 6日(金)・調整日
- 12日(木)・学術講演会
- 13日(金)・理事会
- 16日(月)・訪問看護ステーション運営委員会
- 20日(金)・広報調査委員会
- 23日(月)・広報調査委員会(校正)
- 27日(金)・会長副会長連絡会議
- ・事務所仕事納め

当然健康保険は適応されません。検案の場合では死後経過時間が長くなると死因がわからないものもあり、判断に苦慮し、結局不詳の死とせざるを得ないこともあります。Aiができれば診断可能かと思われるものも多いです。死因記入欄に推定病名しか書けないのは正直不本意です。

あくまで私見ですが、時間・手間・費用(公費負担が原則とは言え1件あたり約7万円前後では原則全例はとて無理)の問題、孤独死や身元引き受け人のないときなどはそこまでする必要があるのかと考えます。Aiを引き受けてくれる病院の確保も急がれます。一般病院も含めより多くの病院でもお願いできればと思いますが、地域行政、警察、消防、救急等の連携も不可欠ですし当然予算も必要となりなかなか困難です。正しい死因の究明、犯罪死の見逃し防止にも役立つAi撮影がより簡便に行えるようになることを期待しています。(藤岡 洋)

専門医より一言



「アレルギー性鼻炎・副鼻腔炎の病態と治療」

兵庫医科大学

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

准教授 都築 建三 先生

鼻副鼻腔は解剖学的に外界に接して頭蓋底・眼窩などの重要臓器と隣接し、呼吸機能と嗅覚機能を担います。呼吸機能は、鼻は気道フィルターの最前として、加湿・加温・除塵・共鳴声を担い、睡眠時の鼻呼吸は脳冷却や体内血循環の安定化をもたらします。上気道である鼻粘膜は、下気道粘膜よりも大きな外界の異物粒子(花粉25~40 μ m、ダニ虫体200~500 μ mなど)を吸着して排除します。これらがI型アレルギーを引き起こすアレルゲンとなればアレルギー性鼻炎が引き起こされます。嗅覚機能は、鼻孔から入った気体分子が嗅粘膜に分布する第I脳神経(嗅細胞)に付着するまでを鼻が担います。その刺激は嗅球へ伝わり、記憶と情動を司る大脳辺縁系を經由して前頭葉の嗅覚中枢へ伝導されて嗅覚を認識します。

これらの機能が障害される代表疾患にアレルギー性鼻炎、鼻副鼻腔炎があります。アレルギー性鼻炎は、三主徴(発作性くしゃみ・水様性鼻汁・鼻閉)と検査(鼻汁好酸球・血清特異的IgE値・皮膚試験など)の陽性所見から診断されます。治療は、アレルゲン回避、薬物治療(注射薬・内服薬・貼付薬・点鼻薬など)、アレルゲン免疫療法、手術(鼻中隔矯正術・後鼻神経切断術・下鼻甲介手術など)があります。鼻呼吸、睡眠障害の改善のために、鼻閉を改善させることが必要です。副鼻腔炎は鼻炎に続発して副鼻腔排泄路の狭窄~閉塞により生じることが多いことから、鼻副鼻腔炎と呼ばれます。4週

以内に治癒すれば急性鼻副鼻腔炎、3か月以上持続すれば慢性鼻副鼻腔炎とされます。慢性鼻副鼻腔炎の難治例である好酸球性副鼻腔炎は、診断(両側・鼻茸・篩骨洞優位・末梢血好酸球増多・鼻茸組織中の好酸球浸潤著明)が重要です。その治療は薬物治療(副腎皮質ステロイド)と内視鏡下副鼻腔手術を適切に組み合わせで行われます。手術は、鼻呼吸の改善、副鼻腔の病変除去・洗浄、術後副鼻腔へ薬物を直接投与できる利点があり、その意義は大きいです。近年では重症喘息に適応のある生物学的製剤の有効性も期待されています。

お詫び

富医ニュース No.577 3P 学術講演会記事中都築建三先生のお名前及び所属に誤りがありました。深くお詫びいたします。

- 会員数(1月1日現在) 188名
 - A会員 96名 B会員 91名 C会員 1名
- 入会 なし
- 退会 11月30日
 - 山本嘉一郎 A2B(富田林病院 産婦人科)
- 異動 なし

広報調査委員会

委員長	齊藤 謙介	副委員長	森井 秀樹
委員	青山 賢治 江村 俊也 遠山 佳樹 山本 善哉	天城 完二 奥野 敦史 中村 元 山村 友良	植村 匡志 尾多賀雅哉 藤岡 洋