

サルビア



第17号

平成26年10月1日発行

岐阜市民病院 代表電話 (058) 251-1101

地域連携部 電話 (058) 253-0890

FAX (058) 255-0504

renkei@gmhosp.gifu.gifu.jp



ごあいさつ

岐阜市民病院副院長
杉山 保幸

この秋から病床機能報告制度が始まり、そのデータの集計・分析結果に基づいて都道府県が地域医療構想（ビジョン）を策定することが改正医療法で定められました。また、医療介護総合確保促進法（医療・介護一括法）が成立し、医療と介護が連携して地域包括ケアを実現するという方針も示されました。地方創生をスローガンに、介護は在宅を中心とし、医療がしっかりと介護を支えて利用者が安心してサービスを受けられるシステム作りが進められようとしています。この大きな転換期を迎えている医療界におきまして、当院が地域の中での立ち位置の把握をどのように行い、来年4月に岐阜県によって示されるビジョンへの対応策をいかに講じるかが喫緊の課題となっています。そして、短期的ビジョンのみならず、団塊の世代が75歳以上の高齢者となる2025年の超高齢化社会到来に向けての長期的な視点での将来構想もしっかりと立てなければならないという厳しい局面にさらされております。

当院は地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、災害拠点病院として地域医療のお役に立てるよう努力いたしておりますが、地域の諸先生方に満足していただけるような連携の確立にはまだ解決すべき課題が山積いたしております。その一つとして、高齢化社会となり多くの併存疾患を有する患者さんをどの診療科宛にご紹介いただいたらよいか判然としないケースが少なくないものと存じます。当院では、本年4月より総合診療・リウマチ膠原病センターを開設し、受診診療科が確定できない患者さんの初療を担当いたしております。幅広い疾病の診断・治療や生活面のケアも含めて、患者さんの健康状態を全体的にケアできる「総合診療医」につきましては厚生労働省の「専門医の在り方に関す

る検討会」が今年の4月に、2017年度から総合診療医の専門教育を開始することを公表しておりますが、今後の日本の医療におきましては必要不可欠の領域かと考えられます。本紙では総合診療・リウマチ膠原病センターの診療内容やスタッフについて紹介させていただきました。ご一読の上ご活用いただけますと幸いです。

一方、当院ではリハビリテーションの充実も今年度の重要目標の一つとして掲げました。現在リハビリテーション科は、理学療法士：19名、作業療法士：7名、言語聴覚士：3名、鍼灸：1名、看護師：1名の計32名が専従スタッフとして診療を行っております。そして、この10月からは休日も早期のリハビリテーションを行うこととし、在院期間の短縮、在宅療養への移行に向けて積極的に取り組んでおります。

岐阜市は“医療・介護によって選ばれる都市”を目標に掲げて健康・福祉分野の充実を企図していますが、当院は市民の生命と健康を守る最後の砦（広報ぎふ 平成26年7月15日号：“市長の元気宅配便255”より引用）として、今後とも誠心誠意努力していく所存ですので、ご指導・ご鞭撻のほど何とぞ宜しくお願い申し上げます。



診療科・部門のご紹介



総合診療・リウマチ膠原病センター

センター長 石塚達夫

リハビリテーション科

部長 青戸寿之



総合診療・リウマチ膠原病センター

センター長

石塚 達夫



略歴

- 昭和50年 3月 岐阜大学医学部卒業
- 昭和50年 5月 岐阜大学医学部附属病院第三内科
- 昭和63年 1月 米国南フロリダ大学内分秘・代謝学教室research associate
- 平成 2年 4月 岐阜大学医学部 (第三内科)
- 平成 6年 9月 岐阜大学医学部 助教授 (第三内科)
- 平成11年 3月 岐阜大学医学部附属病院 教授 (総合診療部)
- 平成16年 4月 岐阜大学大学院医学系研究科 教授 (総合病態内科学分野)
- 平成19年11月 岐阜大学附属病院 科長 (総合内科)
- 平成26年 4月 岐阜市民病院 総合診療・リウマチ膠原病センター長

[専門分野]

1. 内分秘・代謝
2. リウマチ・膠原病
3. 消化器病

総合診療・リウマチ膠原病センタースタッフ



藤岡圭医長



田中皓一郎医師



村上大輔医師

平成26年4月より新たに開設された、総合診療・リウマチ膠原病センターをご紹介します。

これまで、岐阜市民病院で総合内科は、糖尿病・内分泌内科（山田浩司部長、丸山貴子副部長、藤岡圭医長）として、高齢化社会で増加する糖尿病と内分泌疾患を中心に診療を行ってきました。ここに、新たに総合診療・リウマチ膠原病センターが開設され、糖尿病に対する診療体制の増強を図るとともに、新たな診療領域として、不明熱などをはじめとする診断困難な疾患を総合的に診断・鑑別・治療し、また、リウマチや膠原病など自己免疫疾患を専門的に診療する体制をスタートしました。

総合診療について

今日、地域基幹病院における総合内科のあり方が臨床面、医師臨床教育、臨床研究などに関して問われています。昨年10月には“総合医の専門性”が厚生労働省で議論され、基幹18学会（内科、外科、小児科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科など）の19番目の専門医として“総合診療医”が位置づけられました。プライマリケアに携わる全ての英智を集めて、基本診療学会のプログラム作成が議論されています。

岐阜県は山岳地帯が多く、また、岐阜市などの市

部も郊外に出ると農村部が多くを占めています。その中で濃尾平野の北端に位置する岐阜市民病院は総合診療の必要性を身を以て感じることができる位置にあります。

総合診療・リウマチ膠原病センターでは、病院総合診療医にとって常に必要な内科診断能力のなかで、まず、地域基幹病院として担わなければならない領域である不明熱の診断と治療を担当します。診療所からの直接のご紹介患者はもちろん、診療所から他診療科に紹介を受けた患者についても院内連携で診療を担当しています。この体制のもとで、鑑別診断を行った患者が、当センターが得意とするリウマチ膠原病の場合は、専門的な治療を行い、感染症あるいは悪性腫瘍などが原因の場合には速やかに院内担当科に治療を引き継ぎ、岐阜市民病院としてご紹介を受けた患者に最適な医療の提供を図ります。

総合診療の目指す方向と研修医の指導

当院は平成16年の新医師臨床研修制度の導入以降、毎年10名を超える研修医を受け入れています。総合診療は全身性疾患に対して、問診、身体所見、検査所見を総合して診断、治療を行う診療科です。研修医が将来どの診療科に進むとしても、総合診療の知識、そして生活習慣病の中でも特に糖尿病診療は重要であり、当センターは医師として身につけなければならない基本を未来の医療を支える研修医に対して教育する重要な場でもあります。

さらに、総合内科には、果たすべき臨床的役割とそれをバネに、更なる進歩をとげるための臨床研究のありかたなどを探る必要性も問われています。あるべき病院総合診療医をどのように育成するかの検討と実践が、今後当センターが行うべき大切な役割と考えます。

リウマチ膠原病疾患の診断と治療

当センターは、岐阜県で初めてのリウマチ膠原病センターです。診療所ならびに県内の他病院から紹介を受ける、関節痛、筋肉痛の患者の臨床診断を実践し、関節リウマチ (RA:rheumatoid arthritis)、各種膠原病の鑑別診断を行い専門の治療を提供します。最近話題の血管炎症候群、更に全身の臓器障害を引き起こすIgG4関連疾患などの診断・治療も担当します。当センターは日本リウマチ学会の認定施設であり、研修医にとっては日本リウマチ学会専門医取得の為の研修が可能です。

特にRAは患者が日本に60~70万人いるといわれており、決して珍しい病気ではありません。40歳代の

年齢層にピークがあり、女性と男性の比は4：1です。生物学的製剤を含む治療薬が進歩し、早期診断、早期治療への導入が患者の予後改善に重要となっています。このため、一般臨床医がこの疾患の特徴を十分に理解し、専門医と連携して治療に当たっていただくことが重要です。

RAは、関節に痛みや腫れを起こす病気で、手足のみならず全身のどの関節も侵す可能性があります。適切な治療を受けないと、侵された関節は破壊され、関節としての機能が低下します。また、関節以外の臓器（肺、心臓、眼、神経、皮膚）などにも障害が起こることがあり、だるさや発熱、食欲不振、体重の減少、さらには貧血などがあられ、時には生命にもかかわる場合があります。RAの合併症としては、眼や口が乾燥する「シェーグレン症候群」や尿蛋白が続き、腎機能が低下する「アミロイドーシス」があります。

頸椎が亜脱臼を起こす環軸椎亜脱臼はRA長期罹患患者によく見られる症状です。骨粗鬆症は、RAの治療に用いられるステロイドの服用により起こる場合もあり、間質性肺炎やニューモシスチス肺炎などの感染症も、抗リウマチ薬などの服用により発症することがあります。

画像診断は、RAの診断や評価に不可欠なもので、関節の変形や破壊の程度、治療効果の判定など、広く一般的に用いられます。X線写真は、最も基本的かつ重要な検査で、関節破壊の程度を読み取ります。MRIや関節エコー（図1）は、X線写真では分かりづらい関節液や滑膜もはっきり写るため、早期診断を目的に近年用いられています。



(図1)

よく使われる関節リウマチの診断基準は米国リウマチ学会 (ACR) 1987年の診断基準ですが、一方、2010年にはACR/EULAR (ヨーロッパリウマチ学会) が診断基準を発表し (図2)、他の疾患では説明不可の滑膜炎の腫脹関節数、リウマトイド因子、罹病期間、急性炎症反応などをスコアリングして、6点以上を関節リウマチと診断する事を推奨しています。

2010 ACR/EULAR RA分類基準

腫脹関節数	スコア (0-10)
1	0
>1 大関節	1
1-3 小関節	2
4-10 小関節	3
>10 大小関節	5
リウマトイド因子 or 抗CCP抗体	
陰性	0
低値	2
高値	3
罹病期間	
<6 週間	0
>6 週間	1
急性炎症反応 (CRP or ESR)	
正常	0
異常	1

Atetaha D, et al. Arthritis Rheum, 62:2569-2581, 2010

(図2)

当センターでは、院内各部門と協力して検査を行い、RAの診断、疾患活動性の把握を行い、治療の適応を決定します。治療として、Disease-modifying anti-rheumatic drug (DMARD) を投与します。2年以内の投与継続率のもっとも高いのはメトトレキサートです。2011年2月には上限8mg/wから16mg/wに増量が認められています。効果不十分と判断されると、生物学的製剤治療導入となります (図3)。RAにおける炎症性サイトカインと抗炎症性サイトカインのアンバランスを是正するため、ターゲットは現時点ではTNF α 、IL-6に焦点が絞られ、生物学的製剤が使用されています。近年施行されている多くの臨床研究からは、生物学的製剤の緩解率は20-40%程度です。

RA適応生物学的製剤

標的分子	可溶性・膜結合性TNF- α	TNF- α (p75)	可溶性・膜結合性TNF- α	可溶性・膜結合性TNF- α	IL-6受容体	T細胞増殖抑制因子阻害剤
商品名	レミケード	エンブレル	ヒュミラ	シンボニー	アクテムラ	オレンシア
一般名	インフリキシマブ	エタネルセプト	アダリムマブ	ゴリムマブ	トリスマブ	アブセシオ
社名	田辺三菱	ライオン	アボット/エーザイ	田辺三菱/ヤンセン	中外	BMS
性状	牛の胚モノクローナル抗体	TNF受容体 (p75) / FC融合タンパク	ヒト型モノクローナル抗体	ヒト型モノクローナル抗体	ヒト化型モノクローナル抗体	CTL4A4融合タンパク
適応症	関節リウマチ クローン病 ペーチェット病 乾癬 強直性脊椎炎 潰瘍性大腸炎	関節リウマチ 若年性特発性関節炎	関節リウマチ 乾癬 クローン病	関節リウマチ	若年性特発性関節炎 キヤンセルマ病	関節リウマチ
投与方法	点滴静注	皮下注射	皮下注射	皮下注射	点滴静注	点滴静注
用法用量	2mg/kg 0週に1回 8週に1回 増量: 4mg/kgまで 短縮: 4mg/W (6mg/kgまで)	10-25mg 週に1回 増量: 25mgまで 短縮: 10mgまで	40mg 2週に1回 増量: 80mgまで (反リウマチ薬併用不可) 100mg/2週	10mg 4週に1回 増量: 30mgまで (反リウマチ薬併用不可) 100mg/2週	8mg/kg 2-4週に1回 (全身性リウマチ) 増量: 10mg/kgまで (反リウマチ薬併用不可) 8mg/kg/2週に1回	500mg/1-4週に1回 増量: 600mg/2週 100mg/2週

* 悪性性疾患、関節炎性疾患、感染症性疾患、乾癬併存に注意
* 2. 毒性性疾患、関節炎性疾患

(図3)

RAは40歳代、働き盛りの女性を中心に発症する身近な疾患で、早期診断、早期治療への導入が重要です。本年4月に新設された総合診療・リウマチ膠原病センターでは、診療所と連携し、合併症、副作用の発現に注意しつつRA患者に最適の治療を提供する専門的体制の構築を進めています。

以上、当センターをご紹介いたしました。原因不明の発熱疾患、筋肉痛、関節痛など疑問に思われたら、是非、当センターをご利用下さい。

リハビリテーション科



部長 青戸 寿之

早期リハビリテーション

高度急性期病院である当院では早期（急性期）リハビリテーションを行っています。発症直後であっても臥床していれば当然廃用は進行していきます。そればかりではなく脳卒中患者ではimmobilization（運動の欠如）やcentral disuse（中枢神経における廃用性現象）が生じ、機能低下が進んでしまいます。そこでなるべく早い時期からリハビリテーションを開始することが重要となります。当院では医師の指示のもと、リスク管理に注意しながら早期リハビリテーションを実施しています。

脳卒中患者には、全身状態が十分に安定しない、覚醒度が低い状態であってもバイタルサインを確認しながら、基本的に発症翌日から訓練を開始しています。胸部、腹部手術の場合は術前から呼吸訓練を行い、術後は翌日から開始しドレーンなどの各種ラインのついた状態で合併症の予防や離床訓練を早期に行っています。整形外科疾患では術後の関節拘縮を最小限にできるよう、患部のアイシングなど行いながら早期に訓練を開始しています。また、入院中の患者さんについては定期的にカンファレンスを行い多職種で情報交換しています。



部門紹介

＋理学療法

理学療法部門では近年のスタッフ増加に伴い、より専門的な治療を提供できるようグループ編成を行っています。主に整形疾患を扱う運動器グループ

と、脳外・呼吸器疾患を扱うグループとに分かれています。大腿骨頸部骨折や人工股関節置換術等の患者さんには術前よりリハビリ介入することがあります。



＋言語療法

主に成人の摂食嚥下障害と言語障害を中心にリハビリを実施しています。摂食嚥下障害に対しては医師、歯科医師、嚥下認定看護師、歯科衛生士、言語聴覚士のメンバーで摂食嚥下リハビリチームを構成しています。このメンバーで週1回のカンファレンスを開催し、一人一人の患者さんの摂食嚥下の状態を確認、検討を行うことにより、最適なりハビリが実施できる体制をとっております。また、患者さんが転院されるまでカンファレンスにおいてフォローされ、適切にリハビリが継続できるよう取り組んでおります。

＋作業療法

作業療法では脳血管疾患、整形外科疾患を中心にリハビリテーションを提供しています。脳血管疾患の作業療法は麻痺側上肢に対しては様々な作業課題の中から患者さんに合ったオーダーメイドの訓練を提供するように努めています。また食事動作、トイレ動作訓練を中心に行い、麻痺の機能回復だけでなく生活のリズムも整え、早期退院を目指しています。

整形外科疾患では手の外科に対する作業療法を提供しています。術前・術後の評価を行い早期から作業療法を開始することで拘縮予防に努め、症例によっては装具を作成しています。

