



## [特集] 副院長 大嶋 秀一先生 インタビュー

[P4] 小児科 河野 智康 医師 永野 幸治 医師

### これからの熊本中央病院の役割とは

—25年間を振り返って—

#### 剣道と読書一色の学生時代

学生の頃は読書会とか古典研究会に入っていてね。小林秀雄やソクラテスなどよく読んだ。剣道部でたまに飲みに行くことはあったけど、今思えば色気も何も無い学生時代だったな(笑)。でもそういったのが今のベースにある。好きだった科目は血液形態学と脳神経外科。本当は脳外科医になりたかったけど手先が不器用なんで(笑)。最終的には第二内科を選ぶことになった。

#### 循環器に進んだきっかけ

研修医2年目でじゃんけんに負けて済生会の循環器に行ったけど、最初は何も出来なくて本当にきつかった。1ヶ月ぐらいで十二指腸潰瘍になって、タガメット飲みながら仕事したよ(笑)。当時結婚して子供もいたけど、2日に1回は当直、

2020年3月をもって、副院長 大嶋秀一先生が熊本中央病院を離られることになりました。退職を前に、循環器領域においてPCI開始初期から成熟期へ急成長した時代を経て、医師として管理者として感じてきた想いと、これからの熊本中央病院へ期待することなどについて話を伺いました。

他にバイトもあるしとにかくハードだった。だけど一方で救急が面白くてやりがいもある、循環器は自分に合ってると感じたんだよね。その後は東京女子医大、熊大循内、国立循環器病センターを経て、福岡徳洲会病院に循環器科部長として赴任した。34歳ぐらいだったかな。

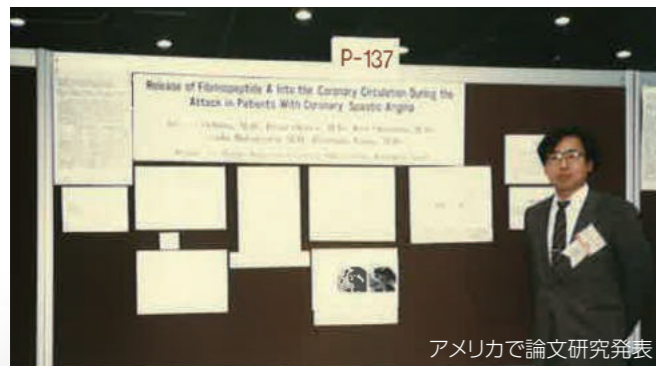




大嶋 秀一 Shuichi Oshima  
 [Profile]  
 熊本大学医学部臨床教授  
 日本循環器学会専門医  
 日本内科学会指導医・総合内科専門医・認定医  
 日本インターベンション治療学会専門医・認定医

PCI治療の変遷

国循、徳洲会とPCIの経験を積んで、1994年徳洲会病院から5人の部下を残して熊本中央病院に着任することになった。前はPCIと言えばバルーンだったけど、折しも入職した年にステントが開始され、以降様々なデバイスが出て、2003年に薬物溶出ステントが登場した。バルーンの始まりから成熟期までを経験できたのはラッキーだったね。



アメリカで論文研究発表

熊本中央病院の印象

伝統があり、近隣の先生や患者さんから信頼のある非常に良い病院というのが第一印象。うちの病院は九州でPCIが出来る数少ない病院の一つだったしね。また、当時故岩永勝義先生、斎藤太郎先生のような素晴らしい先輩方が活躍されていた。先輩方の下で充実した経験ができて今でも本当に感謝している。

心に残っていること、嬉しかったこと

野田君、掃本君らが頑張ってくれて、2006年のPCI症例が833例(九州で2番目)、翌年の日経新聞全国版にインタビュー記事が掲載されたこと。この頃から循環器科市民公開講座、2009年から熊本PADネットワークセミナーを開始し、下肢末梢動脈疾患の勉強会を立ち上げることができた。

苦労したこと

2003年突然前任の斎藤先生が退職され、循環器科部長を拝命したけど、その看板が非常に重くてね。当時熊大循内後援会長だった堀尾豊先生に相談して、熊中OBや同門の先生へ挨拶回りをした。先輩方からアドバイスや励ましの言葉を貰って有難いと身に染みたよ。今やっている院外訪問にもその時の経験が繋がっていると思う。それから5年程はPCI症例数は右肩上がりだったけど、そのうち徐々に減少してきた。その要因としては薬物溶出ステントや高性能なCTの出現だったり、カテラボが増えたことだったり。時代の流れだよ。うちはERが無いしどうするか悩んだね。

管理者となり力を入れたこと

2008年副院長に就任し、非救急の急性期病院としてどうやって存続させるかが病院全体の課題だった。まず、形成外科を開設してPADを開始、心臓と足の血管内治療が可能になった。その後内分泌科を充実、さらに脳神経外科開設、総合血管外来や下肢救済センターなどを立ち上げた。以降、乳腺外科開設、ハイブリッド手術室開設、不整脈のアブレーションやTAVIへと繋がっていった。とにかく就任後はジタバタしたよ(笑)

PCI…冠動脈インターベンション (経皮的冠動脈形成術)

熊本中央病院の未来に期待すること

存在価値のある病院として社会から評価されないといけないと思っている。地域への貢献や、病院の存在価値を高めるためにどうするか常に考える必要があると思う。例えば、うちの良さは丁寧な診療だよ。一つの疾患で来ても複合的な疾患がある場合、診療科の垣根を越えて診る。そういう伝統的な医療を継続しながら、TAVIのような新しい医療技術にもチャレンジしていくことが世間の評価に繋がる。また、熊本地震の際、多くの職員が自分も大変な状況にもかかわらず病院に駆けつけてくれた。そういった心映えの素晴らしい職員は大事にしないとイケないし、優秀な人材を確保するための新たな施策が必要と思う。是非次世代にお願いしたい。

これからの夢、新たな決意

これから心不全パンデミックと言われる時代に入り患者さんが増えていくので、それに対して何かしないとイケないと思う。そのために61歳で総合内科専門医、62歳で心臓リハビリ指導士をとった。今後は一内科医として、心リハと一般内科を勉強して地域に貢献していきたいと思う。目指すは“わが街の名医”!

患者さんの声

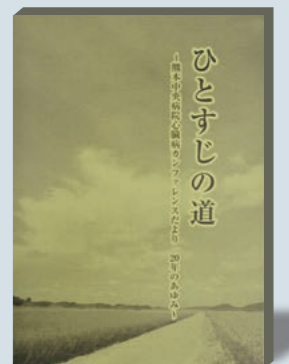
18年前にステント手術をした時から先生にお世話になっています。実は最初の手術から10年、病院にかかってなくて凄く怒られたんですよ(笑)。今はかかりつけに通院しながら、年に1回大嶋先生の外来に受診しています。何度か入院してますが、大嶋先生は主治医でなくても毎朝必ず病室に顔を出されるんですよ。「今日はゴルフだもんね」と、そんな時でも早朝や夕方とかに来てくださって安心して治療ができました。いつも大嶋先生の外来が多くてかなり待たんですけど、待ってでも診察してもらいたい、そんな先生です(笑)。



ひとすじの道

1999年から20年にわたり執筆してきた熊中心臓病カンファレンスだより(2012年よりくまちゅうNAVI)の編集後記をまとめて一冊の記念誌を作りました。タイトルは日本画家で随筆家の東山魁夷さんの「風景との対話：ひとすじの道」から引用させていただきました。これまで歩んできた道、これから未来に向けて歩む道に自分の半生を準えて熊本中央病院での25年間の一区切りとしました。これまで多大なご協力、ご指導を賜り、深くお礼申し上げます。今後とも変わらず熊本中央病院へのご紹介をよろしく申し上げます。

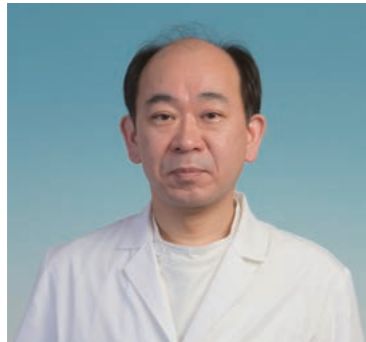
大嶋 秀一



「医の世にある人は人のためなり、  
己のためにあらずをその業の本旨となす」



## 小児科 小児の腎機能障害



小児科部長  
**河野 智康**  
TOMOYASU KAWANO

専門分野

小児科一般、小児腎疾患

指導医・専門医・認定医

日本小児科学会指導医・専門医  
日本腎臓学会指導医・専門医

いつもお世話になっております。昨年10月から前任の中村俊郎先生の退職に伴い、小児科部長に就任しました<sup>かわのともやす</sup>河野智康と申します。宜しくお願いいたします。私は平成元年に熊大医学部を卒業し、熊本大学病院で研修後は、熊本赤十字病院、国立病院西別府病院、熊本市市民病院、人吉総合医療センターに勤務しました。その後大学院へ進み、卒業後に熊本中央病院（1年半）、熊本大学病院への勤務を経て、平成22年10月当病院に戻ってまいりました。大学病院では慢性腎炎、慢性腎不全、膀胱尿管逆流・水腎症など腎奇形の診療を行っていました。

腎疾患について熊本市は全国でも珍しい一貫した学校検尿システムが構築されており、3次健診の段階から小児腎臓専門医が関与して早期発見に努めています。その効果もあって慢性腎炎を原因とする腎不全患者は減少傾向です。これに対し、周産期・新生児医療の発達に伴う低出生体重・早産による寡巨大系球体症、膀胱尿管逆流・水腎症などの先天性腎奇形から尿所見が乏しいまま、いつの間にか腎不全が進行する患者様の割合は増加傾向にあります。また、Hib、肺炎球菌の定期接種が始まって以降は小児の不明熱に占める尿路感染症の割合が増加してきています。小児は症状をしっかりと訴えることができませんので、咳嗽鼻汁などの呼吸器症状、咽頭発赤、鼓膜発赤などの明らかな感染がない場合は、安易に抗生剤を投与せず、まずは検尿を行い尿路感染症の有無を確認することが重要です。腎不全に至る危険性のある患者様の早期発見にご協力頂けたらと思います。

当科では小児の一般的な疾患（感染症、不明熱、膠原病、アレルギー疾患、呼吸器疾患、生活習慣病、心身症など）に加えて、小児腎疾患と小児内分泌疾患（低身長、糖尿病、甲状腺疾患、肥満など）を専門的に診療しています。お困りのことが有りましたらお気軽にご紹介ください。



◇小児科外来  
月～金 受付時間8時～11時  
◇勉強会「芝蘭会小児科懇話会」  
毎月第1木曜 19時～21時  
(祭日の時は第2木曜)  
場所：管理棟2階 大講堂

## 小児科 新しい呼吸療法のご紹介



小児科医長  
**永野 幸治**  
KOJI NAGANO

専門分野

小児科一般、小児腎臓疾患

指導医・専門医・認定医

日本小児科学会指導医・専門医  
日本腎臓学会指導医・専門医

2007年7月より当院小児科に勤務しています。当科には腎泌尿器、内分泌疾患の患者様を多くご紹介頂きますが、最も多い疾患は急性感染症、とくに呼吸器感染症となっています。10数年前の急性呼吸不全の管理と現在の呼吸療法についてご紹介します。

2007年当時は喘息性気管支炎等による低酸素血症に対して、まずフェイスマスクや鼻カヌラでの吹き付けによる酸素投与にて呼吸管理を行い、それでもSpO<sub>2</sub>が維持できない場合は酸素テントやインスピロン(一般名ベンチュリーマスク)を使用するのが一般的でした。しかしスタッフが少ない夜間帯に、SpO<sub>2</sub>の維持が困難になったり、高CO<sub>2</sub>血症を認めたりする場合は、気管内挿管をして熊本赤十字病院へ転院となる患者様もおられました。

現在当科では、3種類の呼吸療法のデバイスが利用可能です。

■**ネーザルハイフロー**(一般名high-flow nasal cannula)は、鼻カヌラから高流量の酸素投与を行う呼吸療法です。マスクフィッティング不要で閉塞感を感じにくく、導入し易いといったメリットがあります。その他にも、①高流量ガスが死腔のCO<sub>2</sub>を洗い出す、②PEEP効果(咽頭に陽圧を発生させ、肺泡虚脱予防効果がある)、③患者の影響を受けずに正確な酸素濃度を供給できる、④加温加湿器と熱線入り回路により十分な加湿能力がある、などが特徴として挙げられます。

■マスクを用いて肺に高頻度の陽陰圧をかけることで排痰を促すのが**肺内パーカッションベンチレーター**(Intrapulmonary Percussive Ventilator IPV)です。IPVは主に日中に短時間用いるため使用は容易で、排痰補助がなされることで酸素化が改善する症例があります。当科でも繊毛不動症候群や難治性の無気肺の患者様に効果を認めています。

■重症肥満による夜間睡眠時無呼吸の小児患者に対し**CPAP**(Continuous Positive Airway Pressure)の導入経験もあります。

今後も当科では、呼吸器科医師、看護師、臨床工学士、理学療法士などによる呼吸ケアサポートチーム(RST)と協力し、各症例に適切な呼吸療法を導入していく予定です。また、気管内挿管の頻度を減らし、当科で治療を完了するための努力を続けて参ります。今後とも患者様のご紹介をよろしくお願いいたします。



腎臓内科

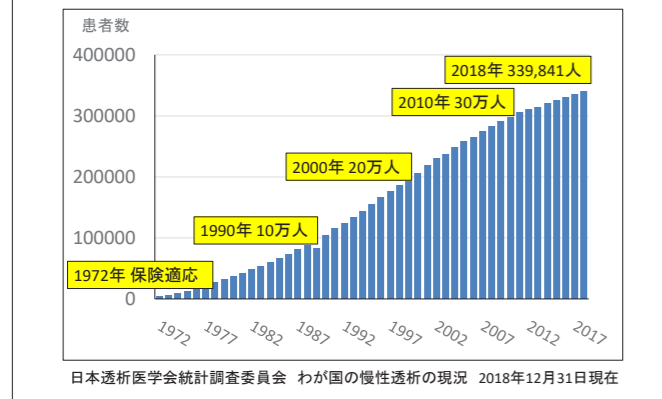
内科カンファレンスだより

令和時代の慢性腎臓病(CKD)への対応

はじめに

現在の日本において慢性腎臓病(CKD)の患者は推定1330万人。すなわち国民の約8人に1人はCKDに罹患している状態で、国民病のひとつに挙げられています。CKDは進行すると末期腎不全に至り、最終的には人生が終わるか腎代替療法(血液透析・腹膜透析・腎移植)を受け入れるかの二択を迫られます。2018年には40,468名が透析療法を開始しており、患者層の高齢化、腹膜透析の限界、腎移植のドナー不足などの理由で90%以上が血液透析を選択されています。医療全体及び透析療法が進歩したお陰で、ある程度安定した透析生活を送れるようになりました。それでも、例えば血液透析では4~5時間の透析を週3回行う必要があり、患者さんのQOLの低下は避けられません。維持透析を行っている患者さんは2018年末時点で約34万人となり図1、現在も増加傾向にあります。日本の透析関連医療費は1.7兆円程度と推定され、日本の医療費全体の4.0%を占めております。今後も少子高齢化傾向が続くことから、医療費の削減圧力はますます強くなり、透析医療に対する社会的な逆風は当分続く予想されます。

図1 慢性透析患者数の推移(1972~2018)



近年、腎機能保護が証明された薬剤も増えてきて、CKDへの更なる介入が可能になってきました。CKD対策で大切なことは「早期に対策を講じること」で、一般医家の先生のご協力があって初めて成立します。CKD対策は、社会の要請に応え、患者のQOLにも役に立ち、医療施設の顧客層の厚みを増す、という全てがWin-Winになれる状態なのです。

CKDの診断について

CKDは自覚症状に乏しく、早期では無症状のことが多いのが特徴です。そのため、血液検査(eGFR)・尿検査(尿蛋白・尿潜血)を元に診断を下すこととなります。CKD患者さんを専門医療機関に紹介すべきかどうかは、CKD診療ガイドライン2018の紹介基準を参考にして下さい。図2、図3。

CKDであることを診断した後は、どの疾患が原因になっているかを推定することが大切です。透析導入患者さんの原

野村 和史 腎臓内科部長

図2 CKDとは何か・どう評価するか

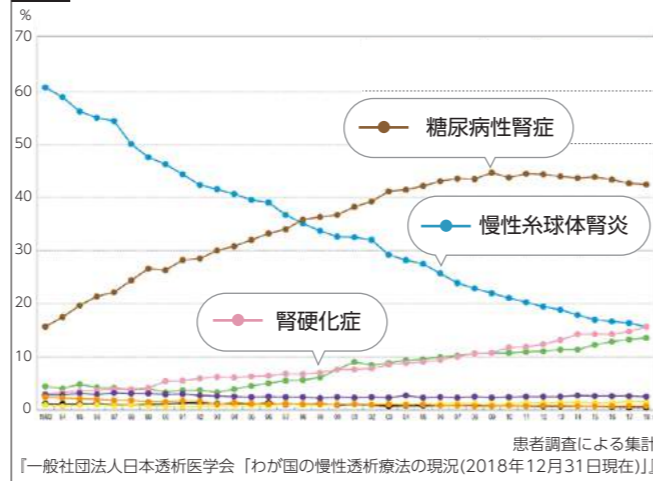
- 下記①かまたは②が3ヶ月以上持続すること。
① 血液・尿異常, 画像診断, 血液, 病理で腎障害の存在が明らか。特に0.15 g/gCr以上の蛋白尿の存在が重要。
② (e)GFR<60 mL/分/1.73 m2

CKDの重症度は、原疾患・腎機能・蛋白尿に基づく分類で評価する。

図3 CKDガイドライン2018での紹介基準

Table with columns for '原疾患' (Underlying disease), '尿蛋白区分' (Urine protein categories), and 'A1', 'A2', 'A3' (CKD stages). It details referral criteria based on eGFR and proteinuria levels.

図4 透析導入患者 原疾患割合の推移 1983-2018年



疾患割合図4をみると、糖尿病性腎症が首位(2018年:42.3%)ですが、ここ10年は頭打ちです。慢性糸球体腎炎は徐々に減少を続け2018年の時点で15.6%まで低下しました。これは慢性糸球体腎炎を早期に診断し適切な治療を行うことで、腎機能低下を避けることが可能になったからです。また、2018年に透析導入の原疾患第2位タイになったのが

腎硬化症です。腎硬化症は高血圧による動脈硬化が原因で徐々に腎機能低下をきたす病態であり、高齢者の腎障害(透析導入平均年齢75.4歳)の代表的なものです。血圧コントロール以外に有用な治療法が乏しく、今後の重要な課題になっています。

CKDの治療について

原疾患によらず全ての患者さんに行うべき治療と、原疾患に応じて行う治療の2つに分けることができます。そのうち原疾患によらず腎機能保護に効果がある治療は3つあります。(数値目標などはCKD診療ガイドライン2018で推奨されている内容です。)

1 血圧のコントロール

糖尿病合併または尿蛋白が0.15g/gCr以上の非糖尿病合併患者では降圧目標を130/80未満に、第一選択薬としてはACE阻害薬またはARBを推奨する。尿蛋白が0.15g/gCr未満の非糖尿病合併患者では降圧目標を140/90未満に、第一選択薬はACE阻害薬、ARB、Ca拮抗薬、サイアザイド系利尿薬を推奨する。

2 代謝性アシドーシスのコントロール

重曹などによる代謝性アシドーシスへの介入は腎機能低下を抑制するために推奨する。具体的にはHCO3-濃度が21mmol/Lを下回った時点で介入を検討する。新規治療薬を使用しないため喧伝されていませんが、昔からあるコストベネフィットに優れた治療です。

3 貧血のコントロール

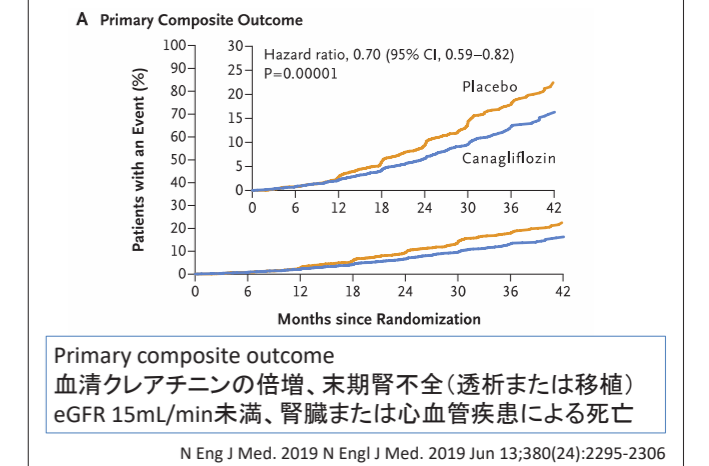
ESA治療により、目標ヘモグロビン値を11g/dL以上、13g/dL未満とすることを提案する。今後、新規経口腎性貧血治療薬であるHIF-PH阻害薬(2019年ノーベル生理学・医学賞)が上市されてきますので、治療選択の幅が広がるかもしれません。

糖尿病性腎臓病の治療が変わった

少なくとも10年前までは、一度進行した腎障害(クレアチニン上昇・蛋白尿)を血糖降下薬で抑えることができるといった高いレベルのエビデンスは見当たりませんでした。ところが、2014年に上市されたSGLT-2阻害薬が流れを変えようとしています。SGLT-2阻害薬は各種のスタディで腎障害の抑制が示唆されてきましたが、2019年には腎障害を有する糖尿病患者さんにターゲットを絞ったCREDESCENCE Trialが腎障害抑制を直接的に証明しました。その効果は腎臓関連リスクをハザード比で30%も減少させるという劇的なものでした。図5。

また、GLP-1受容体作動薬も2017年のLEADER研究においてCKDG3a群で腎機能低下を抑制するという結果が出ています。

図5 Canagliflozinは腎臓関連リスクを30%減少



最後に

CKD治療の進歩により、年齢調整を行うと2008年以降透析導入患者は減っています。図6。ただ、高齢化の勢いはそれ以上に強く透析導入患者の実数は現在も増加傾向にあります。

図6 年齢調整透析導入比の変化

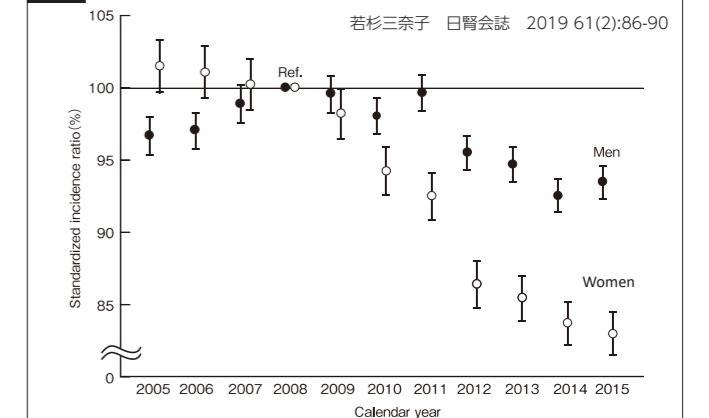


図1 Standardized incidence ratios for starting dialysis, relative to reference year 2008, by sex in Japan. Data obtained from reference 4. Standardized incidence ratios significantly decreased year by year after reference year 2008 in both men (closed circles) and women (open circles). Error bars show 95% confidence intervals.

小生も診察を行いながら、更なる治療法の進歩が必要だと日々痛感しております。熊本の腎臓医療の向上に向けて頑張ってください。今後ともよろしくお願いいたします。

くまちゅう内科カンファレンスのご案内

当院では内科の合同勉強会として、定期的に「くまちゅう内科カンファレンス」を行っています。日頃の診療に密着した内容をと考えておりますので、先生方のご参加をお待ちしております。

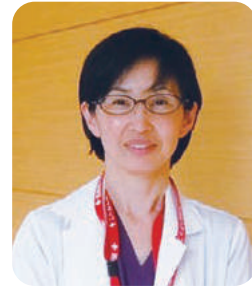
- 開催日程 毎月第2水曜(8,9,11,12月を除く)19時30分~
場所 熊本中央病院 管理棟2階 大講堂
診療科 呼吸器内科、循環器内科、腎臓内科、消化器内科、糖尿病内分泌科、放射線科など

# くまちゅう TOPICS

## 新入職医師のご紹介

呼吸器内科

さかみ あきこ  
坂上 亜希子



**昨年** 12月より当院呼吸器内科で勤務しております坂上亜希子と申します。平成11年に新潟大学を卒業し、卒後は主に新潟県内の病院で呼吸器・感染症内科として勤務、直近の数年間には新潟大学病院感染管理部でAST（抗菌薬適正使用推進チーム）/ICT（感染対策チーム）の一員として、感染症診療やコンサルテーション、院内感染対策に携わってきました。

**国立** 国際医療研究センターが先日、2017年1年間に国内で少なくとも約8,000人の方が薬剤耐性菌で死亡したとする推計結果を発表しました。また、30年後には世界で耐性菌による死亡者数が癌による死亡者数を超えるという予測もあります。このような背景もあり、

院内環境の整備とともに「抗菌薬の適正使用」に対する活動が活発になってきました。さらに最近ではCOVID-19などの影響で、日々の感染対策にも関心が高まってきています。

**今回** 当院でもAST/ICTのチームに参加させていただくことになり、現在院内での業務が主となっておりますが、診療科を問わず感染症の診断、治療に関するサポートや抗菌薬適正使用の推進、院内感染対策等お役に立てるよう努力したいと思っております。お困りのことがございましたらご相談いただくと幸いです。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

## くまちゅう Essay リレー

呼吸器内科（感染対策室） 平田 奈穂美

現在放送中の大河ドラマでは、出演者の衣装が鮮やかな色彩のもので、これまでにない印象を持ちますね。今季は例年のない暖冬で、新型ウィルスの感染もあり、いつもと違うとても不安な毎日です。このような気持ちの時に皆さんが眺める窓の外にはどんな風景が広がっていますか。ふと気付くと、私の眼前に広がる景色は、いつもよりも鮮やかさを欠いていました。人間（動物？）の感覚は脳の認知によるものですから、色彩の認識も気分の影響を受けやすいのでしょうか。未知の感染症との闘いは不安や恐怖に押しつぶされそうで、皆に大変な負担がのしかかっています。しかし、冬来りなば春遠からじ、新緑の木々や、風に揺れる桜をい

つも通りに「美しいな」と思える日がすぐそこに来ているに違いありません。鮮やかな色彩があふれる日々に向かって、手を取り合っこのトンネルをくぐり抜けていきましょう。

