

平成16年度十全医学会総会・学術集会報告

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-04 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/4646

平成16年度 十全医学会総会・学術集会報告

平成16年度 十全医学会総会次第

日 時 平成16年6月5日(土) 午後12時30分～午後1時

場 所 ウェルシティ金沢(石川厚生年金会館)

I・会 長 挨 拶
II・庶 務 報 告
平成15～16年度事業計画および報告
III・会 計 報 告
1. 平成15年度決算報告
2. 平成16年度予算計画
IV・編 集 報 告
V・そ の 他

I. 会 長 挨 拶

小泉晶一会長が挨拶された後、議長となられ議事を進行された。

II. 庶 務 報 告

中沼安二(庶務理事)が平成14・15年度事業として、次の報告をした。

(1)十全医学会の会員数と名誉会員について

会員数は平成15年3月1日現在で、約2,214名(学外1,795, 学内419名)である。名誉会員は西田尚紀名誉教授、岡田晃名誉教授、山口成良名誉教授である。

(2)役員人事について

後頁の役員一覧表(席上配布,平成16年6月1日現在)に記載される通り(任期は平成15年1月1日から平成16年12月31日まで)。平成16年1月1日より、小泉晶一教授が山下純宏教授の後を継いで会長に、井上正樹教授が並木幹夫教授の後を継いで集会担当理事に就任された。他の役員については継続である。新たに中村裕之教授(高知大学)、高橋啓介教授(埼玉医科大学)、入江 宏教授(帝京大学)、稲寺秀邦教授(富山医科薬科大学)、野々村昭孝教授(奈良医科大学)、藤井秀樹教授(山梨大学)、宮川眞一教授(信州大学)、神谷温之教授(北海道大学)が学外から、本学医学科より金子周一教授、また本学保健学科より関秀俊教授、永川宅和教授、小山善子教授、城戸照彦教授、高山輝彦教授、河原 榮教授、大竹茂樹教授、細 正博教授、染矢富士子教授、鈴木正行教授、高田重男教授、谷内江昭宏教授、立野勝彦教授、小林宣泰教授が評議員に就任された。

(3)会議開催について

平成15年度において、総会・学術集会は平成15年6月14日(土)(詳細は十全医学会雑誌112巻2,3合併号に掲載)、理事会は2回(平成15年2月27日と12月1日)、評議会は2回(平成15年3月20日と12月17日)、学術集会委員会(委員長 山下純宏教授)は平成15年9月9日に、それぞれ開催された。

(4)平成16年度事業計画について

基本的には、平成15年度と同じ。
以上が承認された。

III. 会 計 報 告

井関尚一会計担当理事により平成15年度十全医学会決算、特別基金報告および備品充実引当金(後頁の別表資料)が説明

され、承認された。引き続いて平成16年度同予算(案)が提案され、了承された。

IV. 編 集 報 告

加藤 聖編集担当理事が平成15年度における十全医学会雑誌の刊行について報告された。

学術集会報告

総会に引き続いて、渡辺洋宇金沢大学理事より日本学術会議の最近の動向の報告があった。午後1時00分よりウェルシティ金沢において「感染症ー最近のトピックス」という主題の下、学術集会(シンポジウム)が行われた。当学術集会の企画と準備等々において、集会担当理事の井上正樹教授と駒井清暢助教授、座長の坂井明美教授、金子周一教授、小泉晶一教授、市村 宏教授と集会担当の研究分野(旧講座)の先生方、そして事務担当の御福美香さんの多大な尽力を頂いた。また、各研究分野(同)と会社から協賛を頂いた。本年度も早期にポスターを掲示し、全講座・分野に予め送付した。また、会場においても配付した。

まず、小泉晶一会長が挨拶をされ、シンポジウムの趣旨を説明された。そして、多忙の中、遠路来沢された4人の講師の先生と学内から選ばれた指定発言の先生にお礼の言葉を述べられた。続いて、井上正樹集会担当理事がシンポジウム開催に至る経緯を説明され、シンポジストの講演に移った。セッションIでは、坂井明美教授(保健学科看護学)が座長席に着かれ、松倉俊彦先生(国立感染症研究所主任研究員)が紹介された。松倉先生は「ヒト乳頭腫ウイルス感染：いぼと子宮頸がん」と題して講演された。セッションIIでは、金子周一教授(がん局所制御学)が座長席につかれ、吉澤浩司先生(広島大学病態情報医科学)が「病因論に基づいたウイルス肝炎、肝がん対策一対策の基となった疫学的背景と今後の展開」と題して、講演された。20分間のコーヒープレイクの後に、セッションIIIに移った。小泉晶一教授(血管発生発達病態学,十全医学会会長)が座長席につかれ、木村 哲先生(国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター長)が紹介された。木村先生は「病院感染症と医療経済」と題して講演された。セッションIVでは、市村宏教授(ウイルス感染症制御学)が座長席につかれ、田代真人先生(国立感染症研究所村山分室ウイルス第三部部长)が「SARSと新型インフルエンザ」と題して、講演された。

セッションが終了した後、全体討論に入り、活発な質疑応答がなされた。最後に、座長である小泉晶一教授より講師にお礼の言葉を述べられた。午後5時30分に閉会した。多くの参加者があり、意義深い学術集会(シンポジウム)であった。

ヒト乳頭腫ウイルス感染：いぼと癌

国立感染症研究所客員研究員

松倉 俊彦

“感染症のシンポジウム”の一演題としてヒト乳頭腫ウイルスの話をするのは些か躊躇します。その訳は一生物学徒が十全医学会の諸先生に癌の臨床、病理についても講釈しなければならないからです。しかし、このウイルスは子宮頸部に癌を引き起こし人類の存続を危うくする蛮族であり、その生物学的性状を知っていただく為に猛意を奮い立たせ臨むしだいで。

おそらく多くの方は尖型コンジローマの起因子は6, 11型で、16, 18型⁽¹⁾は子宮頸癌に関わる高度危険群との認識を持って居られると思います。しかし、この既成概念は科学的に種々の点で疑問があります。その最大の根拠は、殆どの臨床、病理、疫学研究がウイルス遺伝子増幅検出法を拠り所として行われて来た点に有ります^(4,7)。少なくとも、病理組織学的に区別される頸部コンジローマや種々の異形成病変にどれだけの型がどの様に関与しているか未だに明らかではありません^(2,3,6)。また、細胞周期を攪乱する発癌ウイルスとして成されている基礎研究も子宮頸癌に比べ、膣癌、外陰癌の頻度が低く、更に陰茎癌はごく稀である事実をまったく説明出来ていません。

ヒト乳頭腫ウイルスは約8000塩基の二本鎖環状遺伝子を持ち、L1と称する外殻蛋白質の“読取り枠”の約1500塩基の類似性により、今日までに下に示した89種の遺伝子型が認定されています。ここでは子宮膣部異形成の起因子⁽⁵⁾を性器型とし48種を黒字で、皮膚のいぼの起因子を皮膚型として41種を灰色で示しました。

Human Papillomavirus Genotypes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92								

31. 03. 2004

この多様なウイルス型全てが世界中に偏在し、ヒトの重層扁平上皮を住家として人類の誕生以来共生して来たと考えられます。そして地域、人種の区別なく、また流行する事もなく、 6×10^9 塩基の遺伝子を持つ細胞群にウイルス型特異の臨床、病理組織変化を稀に、しかし蕭々と起こし続けているのです。講演では、自検例としてプロットハイブリダイゼーション法⁽³⁾でウイルス型を同定した様々な病変を紹介して、多様なウイルス型の生物学的差異を再認識していただきたいと思います。

パスツール、コッホの時代以来“病気と病原体”は一对一の関係で考えられて来ました。しかし、遺伝子増幅検出法ではたった一枚の病理組織切片から複数のヒト乳頭腫ウイルス遺伝子型が同定されます⁽⁶⁾。従って、病変の起因子型“driver”と病変に再感染した型“passenger”を区別する事が不可欠となります⁽⁶⁾。その区別はどの様に成されるべきかを念頭に置かれて、講演を聞いて頂けたら幸いです。話の鍵は言葉と数学です。



病因論に基づいたウイルス肝炎、肝がん対策 一対策の基となった疫学的背景と今後の展開一

広島大学大学院 疫学・疾病制御学

教授 吉澤 浩司

わが国では、肝がんによる死亡が1975年を境にして増加の一途を辿っており、2002年にはその数は34,637人と肺がん(56,405人)、胃がん(49,213人)に次いで第3位の位置を占めるに至っている。

他の臓器のがんと異なり、肝がんは1) そのほとんどが肝炎ウイルス(B型, C型)の持続感染者から発生すること。2) その好発年齢は、B型肝炎ウイルス(HBV)の持続感染に起因するもの(B型の肝がん)では50歳代の前半に、またC型肝炎ウイルス(HCV)の持続感染に起因するもの(C型の肝がん)では50歳代の終りから60歳代の前半に集中すること。3) いずれの肝がんも病期が比較的進展した(慢性の炎症の持続により線維化が進展した)肝臓を発生母地として発生すること。4) 抗ウイルス療法による肝炎ウイルスの駆除、あるいは抗炎症療法により、肝発がんの抑制ないしは遅延を図ることが可能であること。5) 肝がん死亡の増加に寄与しているのは主としてC型の肝がんであり、B型の肝がんは1970年代より増減がないまま今日に至っていること。などの特徴を有している。

一方、これまでの肝炎ウイルス感染に関するウイルス・血清学的調査の結果、1) 2000年の時点での年齢が15歳から69歳の人口93,325,570人中、自覚症状がないまま社会に潜在するHBVキャリア数は967,753人(806,760~1,128,745人:95%CI)、HCVキャリア数は884,954人(725,082~1,044,826人:95%CI)にのぼること。2) このうち、HBVキャリアの71%、HCVキャリアの86%は肝がんの好発年齢あるいはこれに近づきつつある40歳以上の年齢層に偏在すること。3) 1990年以降のわが国では、HBV、HCVキャリアの新規発生は、ともに極めて低率に止まっていること。などの特徴があることが明らかとなっている。

これらの臨床病理学的、ウイルス・血清学的知見を背景として、わが国では2002年(平成14年)4月より、全国規模でHBV、HCVキャリアの発見を起点として肝がん死亡の減少を目指す「肝炎ウイルス検診」が開始され、初年度には全国の3,208市町村のうちの91%がこれに参加、HBVキャリアが24,430人、



HCVキャリアが31,393人、それぞれ見出されている。

この検診は、1) 既存の「基本健康診査」に組み込んだ形で、40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳と、5歳きざみの節目検診の形で5年間かけて実施すること。2) HBV、HCV感染のリスクが高いと考えられる集団については節目(の年齢)外の検診受診が可能であること。3) 原則として1人1回の受診とし、HBVまたはHCVキャリアであるか否かまでを正しく判定する検査を行なうこと。4) 検診により見出されたHBV、HCVキャリアの保健指導、健康管理、必要に応じた適切な治療等を、それぞれの地区の保健、衛生担当者、医療担当者(医師)の協力の下に組織的に行なうこと、により、HBV、HCVキャリアのQuality of lifeの向上、ひいては肝がん死亡の減少を図ること。が骨子となっている。

今回は、ウイルス肝炎、肝がん対策推進の根拠となった様々なデータのうち、特に、わが国におけるHCV感染のウイルス・血清疫学的調査結果、C型肝炎の自然経過、肝がん死亡の時間的、空間的広がりとこれらの成績をもとにした病因論に基づいたウイルス肝炎、肝がん対策の理念について述べ、併せて肝炎ウイルス検診により見出されたHBV、HCVキャリアの県域単位での健康管理、治療ネットワーク構築のモデルケースの紹介と今後の展開について述べてみたい。

病院感染症と医療経済

国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター

木村 哲

病院感染症によってどれほどの医療費が余計にかかっているかを示すデータは日本にはまだ存在しない、それは極最近になるまで、系統的な病院感染症のサーベイランスが行われてこなかったからである。アメリカでは1970年からNational Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS) が機能し、継続的にサーベイランスが行われ、データが蓄積されている。1995年のデータでは3,600万件の入院の内、病院感染症が180万件(5%)にみられ、入院期間も数日延びている。病院感染症のため88,000人が死亡している。

日本ではどうなっているのでしょうか。入院日数の面においても、医療保険の制度においても日米間では大きな隔たりがあるのでアメリカのデータをそのまま日本に当てはめることは出来ない。従って、日本独自のデータを積み上げていくしかない。

また、日本でも昨年4月から大学病院など特定機能病院を対象に包括医療が始まった。包括医療では診療報酬が定額となるため、病院感染症のため治療費が高むと、その分は病院の持ち出しになる上、入院期間が長くなる。包括医療では在院日数が短く患者回転が早い程有利になっているので、この面でも病院感染症は大きなマイナス要因となる。病院感染症による医療費の増大、次の患者の入院の遅れは、日本の医療経済全体にも大きな悪影響を与えらると思われる。一方、感染対策の充実により上記のような弊害が軽減できるにしても、感染対策には経費がかかるのではないかと懸念を持つ向きもあるが、果たしてそうなのだろうか。検証してみる必要がある。

このようなことから、手許にある自前のサーベイランスデータなどから日本の状況を推定し、医療経済に対するインパクトを考えると共に、感染対策の経済性について検討してみた。

数年前、1,000床規模の病院で内科系入院患者を対象に、MRSA感染症の有無による入院日数の違いを厳密なmatched pair法で比較したところ、MRSA感染症のある群では、実に66日も入院日数が延長していた。最も著しいのがMRSAによる敗血症・菌血症の場合で133日、次いで尿路感染症の105日、消化管感染症の98日の延長であった。結局、この病院では内科系のMRSA感染症のために、年間2億3,100万円もの多額の医療費を過剰に使っていたと推定された。内科系全体の病院感染症の発生率が、米国のもと同じく5%とすると、MRSA以外の病院感染症による過剰分は年間4億円になる。

外科系についてはどうであろうか。消化管悪性腫瘍の手術例約300例について手術部位感染症のサーベイランスを行い、手術部位感染症の有無による術後の入院日数の差を検討した。消化管悪性腫瘍の手術の場合、手術部位感染症は13%にみられ、感染症を合併した群では術後の在院日数は35日長かった。また、その入院の医療費はレセプトからの計算で1人平均121万円過剰にかかっていた。当該病院では年間8,000例の手術を行っている。この中には大手術も小手術もあり、また、消化管の手術と異なり、無菌的清潔手術も多い、従って平均の手術部位感染症はこの例の13%よりは低いであろう。これについてもまだデータが乏しいので、米国の5%と同じと考え推定すると、この病院の外科系全体では4億8,400万円の医療費が手術部位感染症のために過剰に使われたことになる。

これら全体を合計すると年間11億を越える医療費が過剰に使われていたことになる。外科系では手術部位感染症以外の病院感染症もあるが、それは含まれていないのである。以上の数字は1,000床規模の病院の1例であり、これを日本全国に敷衍することには問題もあるが、全国の病床数を150万床として敢えて計算すると、総額1兆7,000億円近くになる。医療保険制度が破綻している日本の医療経済にとって、重い数字ではないだろうか。

病院感染症の全てが防止できる訳ではない。病院感染予防策の充実により防げるのは全体の約30%と考えられるので、日本全体では努力により5,000億円も節約できることになる。1,000床規模の病院では3億3,000万円の節約になり、包括医療下の病院にとっては大きなメリットである。これだけの経済効果があるのであるから、一病院で専任のICNやICDを置いても3億円以上のおつりがくる。包括医療でない場合でも感染症の合併と入院期間の延長は、病院の経営効率を悪化させ、患者さんに肉体的、経済的、時間的、精神的負担をかけ、結局は病院の信頼を失墜させる。



それぞれの病院の病院感染症による入院日数の延長やそれによる医療費の増加の程度を知るには、当然サーベイランスが必要であるが、サーベイランスは病院感染症対策の基本である。幸い、1999年にInfection Control Doctor (ICD) 認定制度が設立され、その後、ICNも生まれてきたことを契機に病院感染症サーベイランスが徐々に行われるようになってきた。これにより、日本の感染対策は力強く前進するのではないかと期待される。

インフルエンザとSARS

国立感染症研究所 ウイルス3部

田代 真人

今年は正月気分がまだ明けぬうちから、山口県の一養鶏場におけるH5N1型の高病原性鳥インフルエンザ流行のニュースがメディアをにぎわした。一万羽を超えるニワトリが次々と斃死している映像や、防護服に身を固めた作業員が残ったニワトリを殺処分し、隣接地に掘った大きな穴に投棄している映像は、食品としての鶏肉や鶏卵の安全性に関して大きな不安を与えた。さらに、半径30キロメートル以内でのニワトリや卵の移動禁止措置などを聞くと、感染がさらに身近にまで押し寄せるのではないかと不安をかきたてられた人も多かったろう。

インフルエンザは毎年のように流行し、その度に国内だけでも数百万人規模の感染患者と1万人にも及ぶ死亡者を出し、我々にもっとも身近で重要な感染症である。毎年流行して少なからぬ健康被害と社会的な影響をもたらすウイルスはA型とB型があるが、なかでもA型インフルエンザは、地球上最大規模の人獣共通感染症である。鳥インフルエンザウイルスはヒトの間で流行するA型インフルエンザの仲間である。むしろ、人のA型インフルエンザは遡ると鳥のウイルスに起源を持つと考えられている。この鳥インフルエンザの中で、H5、H7には高病原性(鳥に全身感染を起こし死に至らしめる強毒型ウイルス)が存在する。この高病原性鳥インフルエンザウイルスが、今アジアを中心に猛烈な勢いで拡大蔓延しているのである。このウイルスは、鶏や家鴨などの家禽に全身感染を起こして、養鶏業に壊滅的な打撃を加え、食糧自給や農業経済に極めて深刻な被害をもたらすことから、国際的にも厳しい監視と規制がなされてきた。

しかし、鳥インフルエンザの真の問題は、ウイルスが遺伝子の突然変異や遺伝子の交雑を起こすことによって、ヒト-ヒト

間の伝播能力を獲得し、鳥のウイルスに由来する新しい抗原性と病原性を兼ね備えた、ヒトに親和性を示すヒト型の新型インフルエンザとして人間社会に出現しうることである。この新型ウイルスが出現した場合、地球上の殆どの人が免疫を持っていないため、世界を席卷する大流行となる。更に、はじめて感染を経験する人では当然いままでに獲得した防御免疫も働かないので、一旦感染を受けると重症となる。その結果、新型インフルエンザの大流行はしばしば大きな健康被害と社会的影響をもたらすことになる。

さらに、過去において出現してきた新型インフルエンザは、スペインかぜ、アジアかぜとして大きな惨劇を残したウイルスであってさえ、弱毒型の鳥インフルエンザウイルス(鶏の腸管や呼吸器に限局した感染を起こすが鳥を殺さない)に由来した新型ウイルスであった。これに対して、もしも現在アジア諸国で流行している高病原性鳥インフルエンザ(鳥に全身感染を起こし、極めて高い致死率を示す)由来の新型インフルエンザが出現すれば、このような事態は有史以来始めてであろうと考えられ、想像を絶する惨禍が世界中を同時期一斉に起こることが危惧されるのである。

スペインかぜが新型インフルエンザとして出現した20世紀初頭以来85年を経た現在、人口増加や交通発達等により世界状況は一変している。地球の人口密度は3倍以上、人の動きはスピード・量ともに数百倍に増加したことから、空気感染に近い強い伝播力を持つインフルエンザウイルスの伝播効率は格段に高くなっている。スペインかぜが地球全体に拡がるには7ヶ月以上を要したが、現在ではおよそ4日から7日と推定されている。現在、スペインかぜ(基本的には弱毒型ウイルスであり、気道や肺の呼吸器感染に留まった)程度の新型インフルエンザが出現した場合には、地球全体で、同時かつ短期間に集中した大流行が起こり、全人口の25~40%(15~24億人)が罹患し、6千万人以上が死亡すると推定される。さらに、現在流行しているH5N1型のようなトリ強毒型ウイルスに由来する新型インフルエンザが大流行した場合には、高い致死率をしめすことから、最悪のシナリオとして、地球人口の10%近く(5~6億人)が死亡するとの試算もなされている。

この新型インフルエンザの出現こそが、鳥インフルエンザのヒト社会に与える重要かつ深刻な問題である。この鳥インフルエンザの本質は何かを説明する。

