

# 直方病院レター

## 「地域包括ケア病棟」を10月から設置します。

院長 坂本茂

今年度の診療報酬改定で厚労相は、7：1の急性期病床を減らす方針を明確にしました。これは、今から更に進む高齢者社会で、今までどおりの急性期医療を続けることが、経済的な面と、高齢者の人生を支える面とにそぐわないという判断があるのでしょう。保険医療を支えるのは若者の働きですが、若者に過重な負担を負わせて、高齢者の急性期医療を徹底するかどうかの、きわめて、深刻かつ微妙な問題があります。最近の私の病棟での経験は、高齢者の病氣と闘っているのではなく、とてつもなく、しぶとい寿命と戦っているという思いです。数回の入院を繰り返して、結局こちらが負けの結果です。正直言いますと、このような状況で高価な抗生剤の投与や画像検査を繰り返していいのかという疑問が出てくることがあります。難しい問題ですが、7：1急性期病棟の削減方針は、国として高齢者に過剰な急性期医療を行わないということなのではないでしょうか？ 高齢者も単に生かされるだけの医療はいやでしょう。一方で高齢者も充実した生活を送りたいと思っておられると思います。高齢者

が必要とされていることは生活支援です。病気になりますと、この生活がまず、維持できなくなります。病気になりますと、生活の自立度が低下します。入院は高齢者が生活の維持の仕方、自立の程度の変化を受け入れざるを得ない個人の人生の変換点となる場合が多いと思います。この変換点で高齢者の役に立つことを行うのが、病院の新しい役割と思います。今年度の診療報酬で新しく導入された地域包括ケア病床はこのような機能を期待されていると思います。地域包括ケア病棟の設置基準は、医療看護必要度A項目10%以上、在宅復帰率70%以上、リハビリ提供2単位/日 60日内の入院等です。この条件の中ではどのような医療を行ってもいいのでしょうか。高齢者への対応（地域包括ケア）は地域によってさまざまです。この自由度の下で、地域にあった地域包括ケア病棟を作り上げたいと思います。直轄地区の地域包括ケアもまだ、イメージがはっきりしてきていません。地域の皆様の希望、要望に合わせた病棟になればいいなと思っています。

## 経口剤だけで C 型肝炎が治る時代になりました

肝臓内科 東 宣彦

このたび、C型肝炎に対する新しい治療薬が発売になりました。今までは、C型肝炎ウイルスを駆除するためには、インターフェロン製剤の注射を少なくとも週1回行わないといけませんでした。新規治療薬の登場により、経口薬だけの治療が可能になりました。インフルエンザ様症状や血球減少、さらには自己免疫関連疾患など様々な副作用があるインターフェロン製剤を使用せずに治療することにより、より安全に安心して治療ができるようになります。また、注射のための週1回の通院も不要になりますので、通院回数も減り、仕事をしながらの治療も受けやすくなります。このように患者さんの負担が減るだけでなく、今までの治療以上の効果も示されています。今回認可されたダクラタスビル (DCV)・アスナプレビル (ASV) の保険適応はインターフェロン (IFN) を含む治療法に不適格の未治療あるいは不耐容の患者と IFN を含む治療法で無効となった患者となっています。C型肝炎の治療において、治療終了後 24 週まで血中 HCV RNA 陰性が持続することを SVR24 と呼び、治療効果の指標となっていますが、DCV・ASV 併用療法の治験においては、IFN 不適格未治療／不耐容患者の 87.4%、前治療無効患者の 80.5%が SVR24 を達成しています。もちろん、対象は難治性群と言われる 1 型、高ウイルス量の C 型慢性肝炎ですが、IFN が効きにくいと言われていた代償性肝硬変の患者も 10%含まれています。C 型慢

性肝炎に対する、週 3 回から 7 回の注射が必要な従来型 IFN による 24 週間の治療が 1992 年に認可されましたが、当時の治療法での難治性群における SVR24 達成率は 5%程度でした。その後の二十数年間で、リバビリンの併用が可能になり、週 1 回の注射で良いペグインターフェロンが認可され、そして 2011 年には DAA と呼ばれる C 型肝炎ウイルスに直接作用する薬剤の使用も可能になり、昨年認可されたペグインターフェロン・リバビリン・シメプレビル 3 剤併用療法では 80%以上の SVR24 達成率が得られるようになりましたが、IFN を用いた治療と言う点では変わりはありませんでした。すなわち、副作用が懸念されるために IFN が使用できない患者や実際に IFN 治療を行ったものの副作用で治療が継続できなかった患者に対しては新たな薬剤が出ても治療ができませんでした。また、患者の遺伝子多型や年齢、性、線維化の程度など患者側の要因やウイルス側の要因で IFN 治療が効きにくい患者が近年わかってきており、IFN を用いた治療としてはこれ以上の効果が期待できない状況になっていました。DCV・ASV 併用療法の治験では、今まで IFN 治療が効きにくいとわれていた、65 歳以上の高齢、女性、ウイルス量が多い患者、代償性肝硬変の患者、IL28B 遺伝子型がマイナーアリの患者でも同等の効果が得られることがわかっています。

この効果が高い DCV・ASV 併用療法は現時点で全ての C 型肝炎患者には使用できませんので、適応患者をあらためて説明いたします。まず、1 型であるこ

とが前提となります。2 型でも IFN 治療が効きにくい患者が少なくとも存在しますが、2 型に対する効果は今回の治験では示されておらず、むしろ 1 型より効果が低いとされています。2 型に関しましては、経口剤のみで治療可能な新たな薬剤が治験中であり、来年以降に認可されるのではないかと予想されています。また、日本人の 1 型のほとんどが 1b 型とされていますが、1a 型では治療効果が劣ることがわかっています。適応では、1 型の C 型慢性または C 型代償性肝硬変であり、以下のいずれかの患者とされています。(1) IFN を含む治療法に不適格の未治療あるいは不耐容の患者、(2) IFN を含む治療法で無効となった患者。このことを詳しく説明すると次のようになります。不適格の未治療患者：IFN による HCV 治療を受けたことがなく、例えば、貧血、好中球減少症、血小板減少症、うつ病、その他の合併症又は高齢などに理由により IFN を含む治療を受けることができない患者。不耐容の患者：IFN を含む治療を受けたが、副作用により治療を中止した患者。無効となった患者：IFN を含む治療を受けたが、効果不十分により HCV RNA が陰性にならなかった患者。すなわち、今までの治療において、治療終了時には HCV RNA が陰性であり、治療終了後に陽性となるいわゆる再燃例は適応外ということになります。

全ての患者に使用できるわけではなく、全ての患者が治るわけではありませんが、今まで治療ができなかった患者や全く効果が見られなかった多くの患者に対して治療が可能となり、また高い効果が期待できます。これから 1、2 年

の間に新たな C 型肝炎治療薬が多く使用可能になると言われています。今回の治療ができなくても次の治療があります。今まで治療をあきらめていた患者さんや希望しなかった患者さんも多くいると思いますが、一度当院をご紹介ください。その患者さんにとって最も良い治療が選択できると思います。まだ C 型肝炎ウイルスに感染しているものの、そのことが判明していない人も多数おり、またそれだけでなく、感染がわかっているながらも医療機関を受診していない人もまだまだ多いと言われています。このような患者さんの掘り起しや啓発に対してもご協力をお願いいたします。

 **社会保険直方病院**

〒822-0024

直方市須崎町 1 番 1 号

TEL 0949-22-1215

FAX 0949-24-1302