

第38回 日本老年医学会中国地方会 プログラム・抄録集

日 時：令和8年10月17日(土)

会 場：ツインリーブスホテル出雲

〒693-0007 島根県出雲市駅北町4番地1

会 長：吉野 純

島根大学医学部内科学講座腎臓内科学 診療教授

副会長：長井 篤

島根大学医学部内科学講座内科学第三 教授

事務局：〒693-8501 島根県出雲市塩冶町89-1

島根大学医学部内科学講座腎臓内科学

TEL:0853-20-2122 FAX:0853-88-3122

MGとNMOSDの患者さんのために アレクシオンファーマだからこそできること

「MGやNMOSDで苦しむ患者さんにご家族の切なる声に応えたい」

その思いを原動力に、私たちは日々

新たな希望となる治療薬を届けるために全力で取り組んでいます。

MG: 重症筋無力症 NMOSD: 視神経脊髄炎スペクトラム障害

アレクシオンファーマ合同会社

〒108-0023
東京都港区芝浦三丁目1番1号
田町ステーションタワーN

NU004 (3)-2408
2024年8月作成

ご案内とお願い

1. 参加の皆様へ

1) 参加受付

- ・事前登録はございません。当日会場へお越しください。
- ・会場へ着かれまして、2F ロビーに参加登録書がございます。必要事項をご記入のうえ、総合受付へお越しください。
- ・**8時30分**より受付を開始いたします。**参加費は無料です。**

2) 代議員会は11時25分より20分間、口演会場にて開催します。

3) ランチョンセミナーは12時開始です。お弁当を用意いたしますが、数に限りがありますのでご了承ください。整理券は配布いたしません。先着順とさせていただきます。なお、卵アレルギーなど食物アレルギーのある方は、ご遠慮ください。

4) 会場には駐車場（有料）がありますが、なるべく公共交通機関をご利用ください。

5) 会場内では携帯電話のスイッチを切っていただくか、マナーモードに設定してください。

6) 会場内での呼出しは行いません。緊急の場合に限り、総合受付にお申し出ください。

2. 発表者の皆様へ

1) 発表時間は1題につき発表6分・討論2分です。ただし、若手奨励賞候補は発表7分・討論2分です。発表終了1分前に黄ランプ、終了時に赤ランプでお知らせします。制限時間に適当と考えられるスライド枚数でお願いいたします。

2) 発表形式はすべて **Microsoft PowerPoint (Windows)** を使用したPCプレゼンテーションでお願いいたします。その他のファイル形式は受け付けできませんのでご注意ください。

3) 音声出力は対応しておりません。

4) セッションの進行および演台スペースの関係上「発表者ツール」は使用できません。

5) 発表に際し、利益相反（COI）の有無を必ずスライドに開示してください。

●申告すべきCOI状態(過去3年)がない場合

日本老年医学会 COI 開示 発表者名:老年太郎、東京次郎、◎京都三郎(◎代表者)
演題発表に関連し、発表者らに開示すべき COI 関係にある企業などはありません。

●申告すべきCOI 状態(過去3年)がある場合

日本老年医学会 COI 開示 発表者名:老年太郎、東京次郎、◎京都三郎(◎代表者)	
演題発表に関連し、発表者らが開示すべきCOI 関係にある企業などとして、 ①顧問: ②株保有・利益: ③特許使用料: ④講演料: ⑤原稿料: ⑥治験・受託研究・共同研究費: ⑦奨学寄付金: ⑧寄付講座所属: ⑨贈答品などの報酬:	開示すべき内容がある項目のみ (記載例) 講演料:平安製薬、縄文製薬 原稿料:平安製薬 奨学寄付金:鎌倉製薬、室町製薬

6) フォントは、文字化け・レイアウト崩れを防ぐために、OS 標準フォントの使用を推奨いたします。

- 7) 発表時刻 30 分前までに PC 受付へ発表データを USB メモリーでお持ちください。
発表データのファイル名は「演題番号 2 桁 - 筆頭演者氏名」にしてください。
例：01- 島根太郎
- 8) ご自身の発表の前の演者が登壇されたら「次演者席」にご着席ください。
- 9) **PC 持込での発表はできません。**
- 10) 抄録は日本老年医学会誌に掲載いたします。掲載用の抄録を CD-R で座長または演者・PC 受付まで提出してください。なお、プログラムの抄録と同じ内容で掲載を希望される場合は提出不要ですので、その旨受付にお申し出ください。
- 11) 若手奨励賞候補演題の中で最も優秀な演題 1 題に、日本老年医学会中国支部若手奨励賞が授与されます。若手奨励賞候補演題の演者の先生は、全プログラム終了後、表彰式を行いますので最後までお残りください。

3. 座長の皆様へ

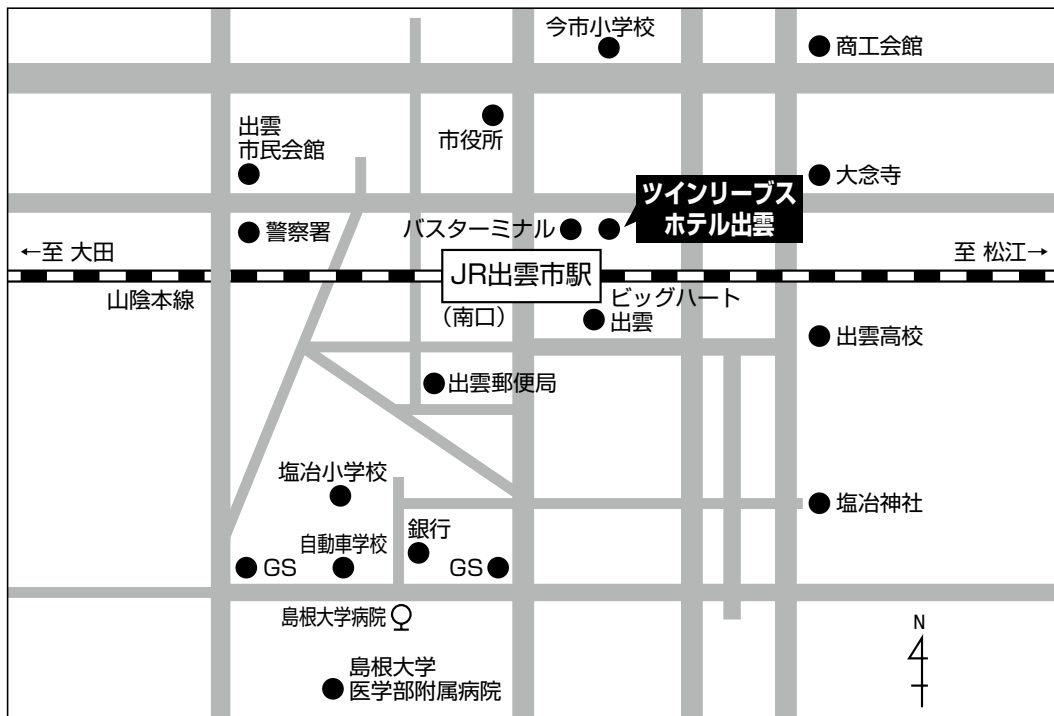
- 1) セッション開始の 15 分前までに「次座長席」にご着席ください。
- 2) 各セッションの進行は座長に一任いたします。セッションの時間を厳守いただくよう、お願いいたします。

4. 更新のための単位登録手続きのご案内

(老年科専門医・高齢者栄養療法認定医・老人保健施設管理認定医)

- 1) 専門医、あるいは認定医は、単位登録の手続きを行ってください。
- 2) 地方会参加の受付後、「**参加単位登録**」のデスクにて専門医カード、あるいは認定医カードをご提示ください。登録後に記録用紙をお渡しします（**登録は学会当日中に受付に提出して下さい**。学会終了後に個別に提出されても登録されませんのでご注意ください）。
- 3) 地方会参加：**7 単位**、教育企画参加：**3 単位**
教育企画については、対象の講演にご出席いただいた方にのみ取得いただける単位となります。教育企画対象講演の開始後（開始時間 14：00）、講演の 3 分の 1 が過ぎた段階で単位登録は終了となります。
※カードを忘れた場合は、単位登録票に手書きで記載して頂きます（地方会当日に受付に提出すること）。
- 4) 発表者：**2 単位**、自己申告により加算します。
抄録の部分のコピー等、発表者であることがわかるものを本部事務局へ提出してください。

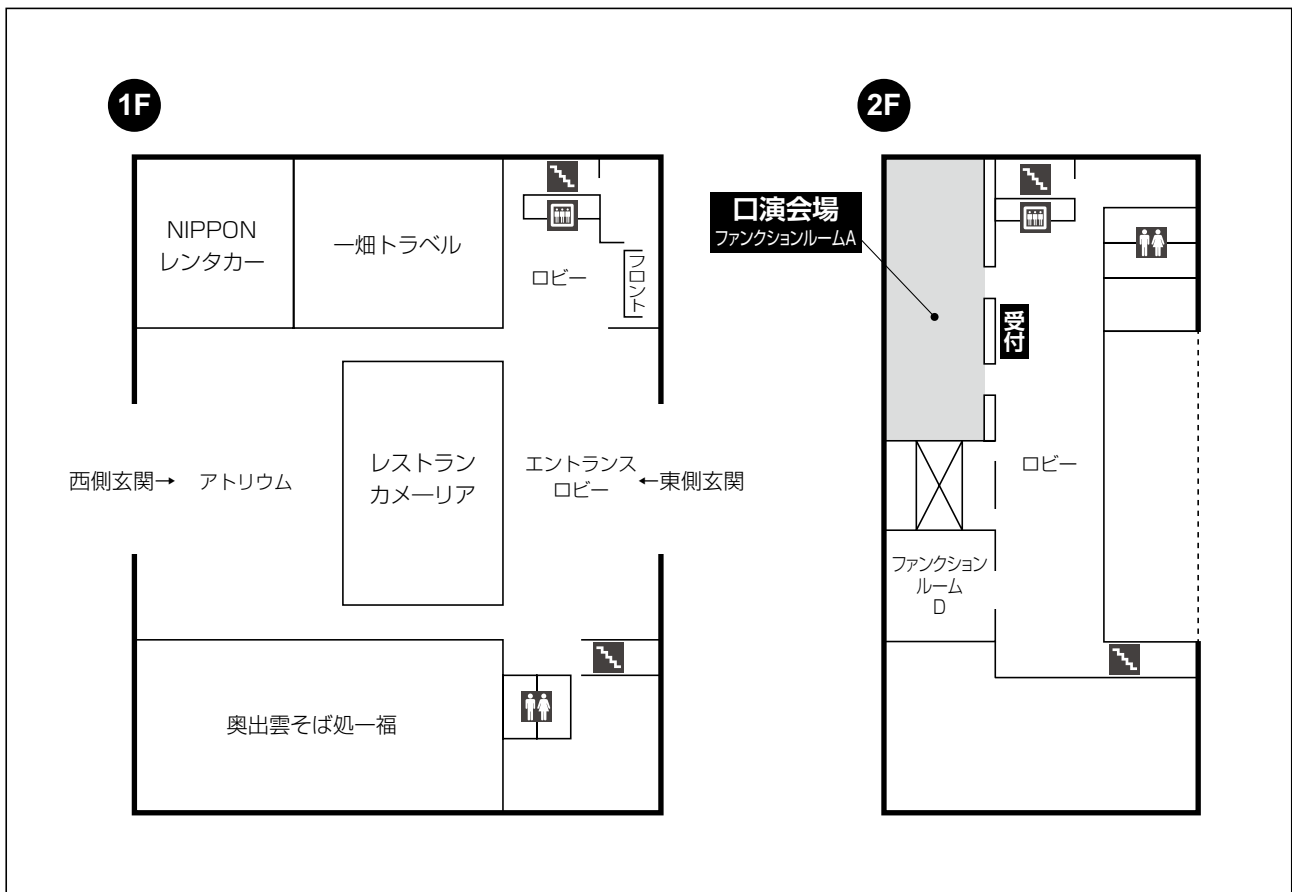
交通のご案内



【JRでお越しの方】 JR出雲駅北口 右手

【お車でお越しの方】 山陰自動車道 斐川 I.Cから約25分

会場のご案内



学会スケジュール

口演会場	
2F ファンクションルームA	
	8:30～ 受付開始
9:00	8:55～ 開会の挨拶
	9:00～9:40 01～05：糖尿病・代謝
10:00	9:40～10:12 06～09：神経
	10:15～11:18 10～16：若手奨励賞候補
11:00	11:25～11:45 代議員会
12:00	12:00～13:00 ランチョンセミナー 座長：長井 篤（島根大学医学部 内科学講座 内科学第三） 演者：田中 智貴（島根大学医学部 内科学講座 内科学第三） 共催：大塚製薬株式会社
13:00	13:10～13:50 17～21：腎臓・栄養
14:00	14:00～15:00 教育企画・特別講演 座長：吉野 純（島根大学医学部 内科学講座 腎臓内科） 演者：神田 武志（島根大学医学部 内科学講座 腎臓内科） 共催：アストラゼネカ株式会社
15:00	15:10～16:10 アフタヌーンセミナー 座長：安部 哲史（島根県立中央病院 脳神経内科） 演者：有竹 洵（島根大学医学部附属病院 高度脳卒中センター） 共催：アレクシオンファーマ合同会社
16:00	16:15～16:55 22～26：感覚器・感染症
17:00	17:00～ 若手奨励賞授与、閉会の挨拶

一般演題座長一覧

時間	セッション名	氏名	所 属
9:00～9:40	糖尿病・代謝	杉本 研	川崎医科大学 総合老年医学
		矢野 彰三	島根大学医学部 臨床検査医学講座
9:40～10:12	神経	長井 篤	島根大学医学部 内科学講座 内科学第三
		瀧川 洋史	鳥取大学医学部 脳神経医科学講座
10:15～11:18	若手奨励賞候補	長井 篤	島根大学医学部 内科学講座 内科学第三
		吉野 純	島根大学医学部 内科学講座 腎臓内科
13:10～13:50	腎臓・栄養	内田 治仁	岡山大学大学院医歯薬総合研究科 CKD・CVD地域連携包括医療学
		角谷 裕之	川崎医科大学 総合老年医学
16:15～16:55	感覚器・感染症	川井 元晴	脳神経筋センターよしみず病院
		沖本 民生	島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学

評価委員一覧

時間	セッション名	氏名	所 属
10:15～11:18	若手奨励賞候補	杉本 研	川崎医科大学 総合老年医学
		矢野 彰三	島根大学医学部 臨床検査医学講座
		長井 篤	島根大学医学部 内科学講座 内科学第三
		瀧川 洋史	鳥取大学医学部 脳神経医科学講座
		内田 治仁	岡山大学大学院医歯薬総合研究科 CKD・CVD地域連携包括医療学
		角谷 裕之	川崎医科大学 総合老年医学
		川井 元晴	脳神経筋センターよしみず病院
		沖本 民生	島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学
		吉野 純	島根大学医学部 内科学講座 腎臓内科

◆◆◆ ランチョンセミナー ◆◆◆

12:00～13:00

座長 島根大学医学部 内科学講座 内科学第三 長井 篤

「アルツハイマー病の“いま”を知る —高齢社会の課題—

演者 島根大学医学部 内科学講座 内科学第三 田中 智貴

共催：大塚製薬株式会社

◆◆◆ 教育企画・特別講演 ◆◆◆

14:00～15:00

座長 島根大学医学部 内科学講座 腎臓内科 吉野 純

「高齢者慢性腎臓病における治療目標の個別化 —腎保護、腎硬化症の血圧管理、腎代替療法選択を中心に—

演者 島根大学医学部 内科学講座 腎臓内科 神田 武志

共催：アストラゼネカ株式会社

◆◆◆ アフタヌーンセミナー ◆◆◆

15:10～16:10

座長 島根県立中央病院 脳神経内科 安部 哲史

「島根県の重症筋無力症診療の課題」

演者 島根大学医学部附属病院 高度脳卒中センター 有竹 洵

共催：アレクシオンファーマ合同会社

❖❖❖ 一般演題 ❖❖❖

9:00～9:40

糖尿病・代謝

座長：杉本 研（川崎医科大学 総合老年医学）
矢野 彰三（島根大学医学部 臨床検査医学講座）

- 01 Ca 感知受容体作動薬により症状が軽減した
高齢者原発性副甲状腺機能亢進症症例
島根大学医学部内科学講座内科学第一
野津 雅和、小川 典子、金崎 啓造
- 02 GLP-1 受容体作動薬を投与した高齢者 2 型糖尿病の自験例
島根大学医学部内分泌代謝内科
小川 典子、野津 雅和、金崎 啓造
- 03 「島根百寿者研究」の進捗
¹⁾ 島根大学医学部 腎臓内科、²⁾ 慶応義塾大学医学部 百寿総合研究センター
加堂 陽一¹⁾、吉野 純¹⁾、荒山 幸美¹⁾、丹野 翔伍¹⁾、花田 真季¹⁾、
新井 康通²⁾、神田 武志¹⁾
- 04 亜急性期回復期病床における入院患者の予後予測因子の検討：
入院時アルブミン値および高齢者総合機能評価(CGA)を用いた多変量解析
川崎医科大学高齢者医療センター高齢者総合診療科
山本 稔也、秋山 真樹、梅野 怜奈、安永 雅、角谷 裕之、杉本 研、
和田 健二
- 05 糖尿病患者における AWGS2025 によるサルコペニア評価のインパクト
川崎医科大学総合老年医学
杉本 研

9 : 40 ~ 10 : 12

神経

座長：長井 篤（島根大学医学部 内科学講座 内科学第三）
瀧川 洋史（鳥取大学医学部 脳神経医科学講座）

06 レボドパ・カルビドパ配合剤投与後に毛髪再色素化を認めた パーキンソン病の74歳女性例

島根大学医学部脳神経内科

有竹 洵、根本 卓也、福田 智信、大森 直樹、田部井 寛、青木 慶仁、
岩佐 憲一、金井 由貴枝、田中 智貴、長井 篤

07 痙攣を契機にラサギリシメシル酸塩による薬剤性起立性低血圧と診断した パーキンソン病の1例

鳥取大学医学部附属病院脳神経内科

岡田 直也、中村 知哉、徳田 直希、鈴木 有紀、竹内 裕彦、谷口 晃一、
種田 建太、河瀬 真也、瀧川 洋史、花島 律子

08 後天性血友病 A に対する止血治療後に脳梗塞を発症した1例

¹⁾ 広島大学病院 脳神経内科、²⁾ 広島大学病院 脳神経外科、

³⁾ 広島大学病院 血液内科

山崎 航太¹⁾、祢津 智久¹⁾、飯石 隼也¹⁾、杉本 太路¹⁾、桑原 政志²⁾、
土石川 佳世³⁾、藤井 輝久³⁾、丸山 博文¹⁾

09 脳アミロイド血管症の84歳男性例

脳神経筋センターよしみず病院脳神経内科

川井 元晴、高橋 志織、加藤 幹元、橋口 英志、神田 隆

10 : 15 ~ 11 : 18

若手奨励賞候補

座長：長井 篤（島根大学医学部 内科学講座 内科学第三）
吉野 純（島根大学医学部 内科学講座 腎臓内科）

10 機械学習を用いた認知症鑑別へ寄与する検査項目の解析

鳥取大学医学部保健学科認知症予防学講座

下田 有紀、浦上 克哉

11 緑内障患者における視野検査指標と高齢者機能評価スコアの関連

¹⁾ 島根大学医学科 6 年、²⁾ 島根大学眼科学講座

加藤 佑弥¹⁾、古江 真由美¹⁾、大谷 雛子²⁾、井田 千紗子²⁾、村上 華奈²⁾、
小池 みずき²⁾、高木 啓伍²⁾、吉田 悠人²⁾、杉原 一暢²⁾、谷戸 正樹²⁾

12 自己免疫性溶血性貧血に伴う血栓傾向が脳梗塞の進行に関与したと 考えられた一例

山陰労災病院脳神経内科

根鈴 怜治、中下 聡子、楠見 公義

13 原発開放隅角緑内障および落屑緑内障における DNA メチル化年齢の検討

¹⁾ 島根大学医学部眼科学講座、

²⁾ 東北大学東北メディカル・メガバンク機構 バイオバンク部門、

³⁾ 東北大学東北メディカル・メガバンク機構 ゲノム解析部門、

⁴⁾ 東北大学大学院医学系研究科 眼科学分野

杉原 一暢¹⁾、海津 幸子¹⁾、小巻 翔平²⁾、美辺 詩織³⁾、大桃 秀樹²⁾、
佐藤 孝太⁴⁾、横山 悠⁴⁾、中澤 徹⁴⁾、清水 厚志³⁾、谷戸 正樹¹⁾

14 サルコペニア診断における尿中タイチン濃度測定の有用性の検討

¹⁾ 島根大学大学院 医学系研究科、²⁾ 島根大学医学部臨床検査医学科、

³⁾ 島根大学 地域包括ケア教育研究センター (CoHRE)、

⁴⁾ 神戸常盤大学 保健科学部、⁵⁾ 島根大学医学部 内科学第一

原 加奈子¹⁾、矢野 彰三²⁾、宮崎 亮³⁾、安部 孝文³⁾、山崎 雅之³⁾、
磯村 実³⁾、大澤 佳代⁴⁾、松尾 雅文⁴⁾、金崎 啓造⁵⁾

15 繰り返す腹膜透析カテーテル関連腹膜炎のため血液透析に移行した一例

岡山大学病院 腎臓・糖尿病・内分泌内科

浅川 知彦、浅川 知彦、櫻武 敬真、片山 勝喜、大西 康博、
内山 奈津実、竹内 英実、梅林 亮子、内田 治仁、和田 淳

16 脊髄炎との鑑別を要した、維持血液透析患者における脊髄梗塞の一例

¹⁾ 島根大学医学部医学科 5 年、²⁾ 島根大学医学部 内科学第三 脳神経内科

田中 裕一郎¹⁾、金井 由貴枝²⁾、勝部 敦貴²⁾、有竹 洵²⁾、岩佐 憲一²⁾、
大森 直樹²⁾、田中 智貴²⁾、長井 篤²⁾

13 : 10 ~ 13 : 50

腎臓・栄養

座長：内田 治仁（岡山大学大学院医歯薬総合研究科 CKD・CVD 地域連携包括医療学）
角谷 裕之（川崎医科大学 総合老年医学）

17 介護老人保健施設入所高齢者における血清マグネシウム値の検討

介護老人保健施設倉敷あいあいえん

間木 啓史郎

18 高齢入院患者における eGFRcre と eGFRcys の CKD ステージ乖離と
腎機能悪化リスクの検討

川崎医科大学高齢者医療センター

梅野 怜奈、角谷 裕之、山本 稔也、杉本 研

19 病院食献立を活用した栄養食事指導が有効であった高齢慢性腎臓病患者の 1 例

¹⁾ 島根大学医学部附属病院 栄養治療室、²⁾ 島根大学医学部附属病院 腎臓内科

西島 香澄¹⁾、安原 みずほ¹⁾、吉野 純²⁾、神田 武志²⁾

20 高齢市中肺炎患者における Mini Nutritional Assessment-Short Form
(MNA-SF) と予後に関する研究

笠岡市立市民病院内科

高田 真吾、安藤 航、小野 彰範、谷本 安

21 「客観的咀嚼力を考慮した栄養指導」の取り組み

¹⁾ 島根大学医学部附属病院 栄養治療室、²⁾ 島根大学医学部附属病院 NST

矢田 里沙子¹⁾、黒田 和花¹⁾、間壁 見紗¹⁾、端本 洋子¹⁾、安原 みずほ¹⁾、
矢野 彰三²⁾

16 : 15 ~ 16 : 55

感覚器・感染症

座長：川井 元晴（脳神経筋センターよしみず病院）

沖本 民生（島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学）

22 高齢者ケア関連職員への感染対策教育の実践報告

倉敷スイートホスピタル 内科

田邊 昭仁、浅野 由珠子、土光 新也、瀧本 奈都子、大森 翔太、
延藤 文音

23 老老介護下での在宅管理手技の変容を背景に発症した 菌血症合併 Enterococcus faecalis 腹膜炎の一例

島根県立中央病院 腎臓科

加堂 陽一、乾 裕一郎、高瀬 健太郎、金 聲根

24 島根県における成人肺炎球菌ワクチンに関する医療従事者の認知度と 接種実施状況の経年変化

島根大学医学部内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学

沖本 民生、沖本 民生、吉原 健、濱口 愛、堀田 尚誠

25 島根大学緑内障点眼アドヒアランス質問票 (SU-GAQ) スコアと 高齢者機能評価スコアの関連

¹⁾ 島根大学医学科 6 年、²⁾ 島根大学眼科学講座

古江 真由美¹⁾、加藤 佑弥¹⁾、大谷 雛瑚²⁾、井田 千紗子²⁾、村上 華奈²⁾、
小池 みずき²⁾、高木 啓伍²⁾、吉田 悠人²⁾、杉原 一暢²⁾、谷戸 正樹²⁾

26 緑内障患者における高齢者機能評価スコアと角膜バイオメカニクス指標の関連解析

¹⁾ 島根大学 眼科学講座、²⁾ 島根大学医学科 6 年

吉田 悠人¹⁾、藤野 友里¹⁾、加藤 佑弥²⁾、古江 真由美²⁾、大谷 雛瑚¹⁾、
井田 千紗子¹⁾、高木 啓伍¹⁾、杉原 一暢¹⁾、谷戸 正樹¹⁾

教育企画・特別講演
抄録

高齢者慢性腎臓病における治療目標の個別化 —腎保護、腎硬化症の血圧管理、腎代替療法選択を中心に—

島根大学医学部 内科学講座 腎臓内科

神田 武志

高齢化の進展に伴い、慢性腎臓病(CKD)を有する高齢者は増加しており、保存期腎不全診療では、腎機能低下への対応のみならず、フレイル、サルコペニア、認知機能低下、心血管疾患、低栄養、独居や介護力などの生活背景を含めた包括的評価が重要となっている。高齢CKD患者では、標準的な腎保護治療を適切に行うことが基本である一方、若年者と同様の治療目標を一律に適用することが、必ずしも患者本人の最善利益につながるとは限らない。

本講演では、まず高齢者CKDを時間軸で捉える重要性について概説する。eGFRの単回値のみで判断するのではなく、eGFR slopeを用いて腎機能低下速度を評価することで、将来の腎代替療法の必要性や治療介入の意義をより具体的に把握することが可能となる。また、Long-term eGFR plot (LTEP)などを用いた腎機能の可視化は、患者本人の病状理解を促し、服薬、血圧管理、減塩、腎保護薬導入、療法選択に関する対話の契機となり得る。

治療戦略としては、血圧管理、RAS阻害薬、SGLT2阻害薬、利尿薬調整、貧血・CKD-MBD・代謝性アシドーシスへの対応など、包括的CKD管理が重要である。なかでも高齢者CKDでは、糖尿病性腎症や糸球体疾患だけでなく、長年の高血圧や動脈硬化を背景とした腎硬化症が多く、尿蛋白が乏しいにもかかわらず、加齢、血管病変、心腎連関、体液量変動により緩徐に腎機能が低下する症例が少なくない。このような患者では、尿蛋白を伴うCKDと同じ発想で腎保護を目的に過度な降圧を行うのではなく、腎血流低下、腎前性腎障害、起立性低血圧、転倒、食思不振、ADL低下を避ける視点が求められる。外来血圧だけでなく、家庭血圧、起立時血圧、体重変化、浮腫、脱水傾向、利尿薬使用状況、食事摂取量を確認しながら、個々の病態と生活機能に応じて血圧目標を調整することが重要である。

近年、SGLT2阻害薬は高齢CKD患者においても腎保護および心不全予防の有用性が期待されているが、フレイル、食思不振、脱水、感染症、ADL低下、ポリファーマシーには十分な注意が必要である。特に尿蛋白が乏しい腎硬化症では、薬物療法による腎保護効果だけに過度な期待を置くのではなく、血圧、体液量、栄養状態、併存疾患を総合的に評価し、治療による利益と負担のバランスを考える必要がある。

一方、超高齢者や高度フレイルを伴うCKDでは、腎機能を守る医療だけでなく、生活を支える医療へと視点を広げる必要がある。腎代替療法選択の場面では、血液透析、腹膜透析に加えて、保存的腎臓療法を含めた選択肢を早期から並列に提示し、患者本人が何を大切にしているかを確認することが重要である。意思決定は一度で完結するものではなく、症状、ADL、認知機能、家族の介護力、本人の価値観の変化に応じて繰り返し見直されるべきである。高齢者CKD診療では、「透析をするか、しないか」という二分法ではなく、腎機能、生命予後、症状負担、生活機能、本人の希望、家族支援を総合的に評価し、ACPと多職種連携のもとで方針を共有することが求められる。本講演では、高齢者CKD診療における治療目標の個別化、腎保護治療の適応と限界、ならびに生活機能やQOLを重視した意思決定支援のあり方について考察する。

MEMO

一般演題 抄録

1

Ca 感知受容体作動薬により症状が軽減した 高齢者原発性副甲状腺機能亢進症症例

島根大学医学部内科学講座内科学第一
野津 雅和、小川 典子、金崎 啓造

【症例】86歳男性。小腸閉塞既往あり。夜間頻尿、食思不振あり。以前より高Ca血症(12.2～13.1 mg/dL)を認めていたが、Intact PTH 高値が判明し当院紹介。164cm、58.5kg、BMI 21.7 kg/m²、ADL 自立、口腔内やや乾燥、頸部腫瘍触知せず、下腿浮腫なし、夜間尿3～4回/日。Ca 12.0 mg/dL、Intact PTH 252 pg/mL、FECa 3.5%から原発性副甲状腺機能亢進症と診断。大腿骨頸部 YAM 61%。前医 CT にて左頸部に 18mm 大の腫大副甲状腺疑いあり。摘出を相談するも、主に金銭的背景から手術は拒否。そこで、Ca 感知受容体作動薬であるエボカルセトを導入、4mg まで増量し補正 Ca 9.9～10.9mg/dL へと低下、食欲、夜間頻尿は軽減した。骨粗鬆症に対しては抗 RANKL 抗体を開始。

【考察】高Ca血症は頻尿、脱水、倦怠感をきたす。食思不振による筋量低下、夜間尿のための歩行は転倒が懸念され、ひとたび骨折を起こせば致命的となる。手術不能な場合であっても、症状改善やイベント抑制のため Ca 感知受容体作動薬が有用である可能性がある。

2

GLP-1 受容体作動薬を投与した高齢者 2 型糖尿病の自験例

島根大学医学部内分泌代謝内科
小川 典子、野津 雅和、金崎 啓造

【症例 1】85歳女性。病歴 20 年の 2 型糖尿病。末梢神経障害あり、網膜症なし、腎症 2 期、頸動脈プラーク。認知機能正常で ADL 自立。BMI 24.2 kg/m²。HbA1c 8.2% で、SU 薬、ビッグアナイド薬、SGLT2 阻害薬に加え経口セマグルチド 3 mg を開始、4 週後 7 mg へ増量後食欲不振が出現し体重が 4 kg 減少。3 mg へ戻すも血糖悪化、半年後と 3 年後に 7 mg を試みたが食欲不振で継続できず。

【症例 2】78歳男性。病歴 20 年の 2 型糖尿病。末梢神経障害あり、網膜症 A1、腎症 2 期、冠動脈疾患・末梢動脈疾患。認知機能正常で ADL 自立。BMI 23.6 kg/m²。HbA1c 9.3% で、SU 薬、SGLT2 阻害薬、イメグリミンに加えセマグルチド 0.25 mg 皮下注開始後食欲不振が出現し体重が 6 kg 減少。セマグルチド中止後血糖悪化しデュラグルチド 0.75 mg 皮下注開始。

【考察】GLP-1 受容体作動薬は高齢者への投与でも心血管疾患・認知症リスク低減、腎アウトカム改善などの利点がある。頻度の高い消化器症状に対し少量から時間をかけて漸増が推奨されているが、薬剤選択には個別に対応する必要がある。

3

「島根百寿者研究」の進捗

1) 島根大学医学部 腎臓内科、2) 慶應義塾大学医学部 百寿総合研究センター

加堂 陽一¹⁾、吉野 純¹⁾、荒山 幸美¹⁾、丹野 翔伍¹⁾、花田 真季¹⁾、新井 康通²⁾、
神田 武志¹⁾

百寿者(100歳以上)は、健康長寿のモデルとされ、老化・寿命研究において大きな注目を集めている。島根県は、百寿者の人口比率が全国平均の2倍以上で、13年全国最多を記録している。そこで我々は、慶應義塾大学医学部・百寿総合研究センターと共同し、出雲市役所の協力のもと、島根県の百寿者の特徴を調査する「島根百寿者研究」を行なっている。アンケート調査の結果(12名)、出雲市在住の百寿者は高血圧(67%)、白内障(67%)などの既往歴がある一方で、脳卒中や心筋梗塞などの重篤な心血管病の既往歴は少なかった(9%未満)。また、百寿者は、食事、トイレ動作、整容、など日常生活の活動度、認知機能が高い傾向を認めた。さらに、百寿者は、主食としてはご飯、副食としては緑黄色野菜、大豆製品を多く摂取する傾向を認め、アルコール・タバコを摂取せず(90%以上)、緑茶をのむ割合が高かった(90%以上)。これらの結果は、過去の百寿者に関する研究報告とも概ね合致しており、今後更なる検証を進め、島根県特有の百寿者の特徴を解明する予定である。

4

亜急性期回復期病床における入院患者の予後予測因子の検討：

入院時アルブミン値および高齢者総合機能評価（CGA）を用いた多変量解析

川崎医科大学高齢者医療センター高齢者総合診療科

山本 稔也、秋山 真樹、梅野 怜奈、安永 雅、角谷 裕之、杉本 研、和田 健二

【目的】入院時アルブミン (Alb) 値および CGA 指標が予後に与える影響を検討した。

【方法】当院に初回入院した 65 歳以上で、入院後 14 日以内に Alb 値を測定した 1061 例を対象とした。主要評価項目は死亡または病状増悪による転院とした。基本属性、併存疾患、意識障害、入院初回 Alb 値に加え、CGA 指標(MMSE、GDS-15、Vitality Index (VI)、せん妄評価尺度、MNA、Barthel Index (BI)、IADL)を各々投入した7つのロジスティック回帰モデルで多変量解析を行った。

【結果】全モデルで Alb 値は独立した予後予測因子であり、Alb 1g/dL 上昇あたりの予後悪化 OR は 0.275-0.398 (いずれも $P < 0.0001$)であった。CGA 指標では、VI (OR: 0.847, < 0.0001)、BI (OR: 0.983, < 0.0001)、IADL (OR: 0.835, < 0.005)が有意に関連した。

【結語】亜急性期回復期病床の高齢入院患者において、身体機能や意欲は予後と関連し、入院時 Alb 値は CGA 指標や併存疾患とは独立した強力な予後予測因子であった。

5

糖尿病患者における AWGS2025 によるサルコペニア評価のインパクト

川崎医科大学総合老年医学

杉本 研

昨年 AWGS2025 が発表され、サルコペニアがより簡便かつ適切に診断されるとともに早期介入の必要性が強調された。我々は糖尿病コホートにおける AWGS2025 の意義を検討した。60 歳以上の通院糖尿病患者 725 名(平均年齢 72.2 歳、平均 BMI24.4kg/m²)を対象に、AWGS2019 の身長 2 乗補正(2019/m²)と AWGS2025 の身長 2 乗補正(2025/m²)、BMI 補正(2025/BMI)、両者混合(2025Mix)の 4 つのサルコペニア診断と HbA1c、身体機能、転倒、合併症との関連を検討した。すべての診断で HbA1c 悪化とともにサルコペニアの頻度は有意に上昇したが、2025Mix で最も関連が強かった。歩行速度とはどの診断も関連したが、転倒と尿 Alb/Cr 比とは 2025BMI、2025Mix のみ関連した。2025Mix と転倒との関連は女性で、尿 Alb/Cr 比との関連は男性で強くみられた。BMI が比較的高い高齢糖尿病患者では、四肢骨格筋量の身長 2 乗補正より BMI 補正、または両者の混合を用いるほうが血糖管理状態との関連や転倒、アルブミン尿との関連するため、有用であると考えられた。

6

レボドパ・カルビドパ配合剤投与後に毛髪再色素化を認めた パーキンソン病の 74 歳女性例

島根大学医学部脳神経内科

有竹 洵、根本 卓也、福田 智信、大森 直樹、田部井 寛、青木 慶仁、岩佐 憲一、
金井 由貴枝、田中 智貴、長井 篤

【患者】74 歳女性【主訴】動作緩慢

【現病歴】45 歳頃より白髪化を認め、50 歳頃には完全白髪となった。初診約 1 年前にビタミン B12 欠乏症による大球性貧血で入院し、その頃より動作緩慢を認めた。その後、右上肢優位の安静時振戦が出現し、パーキンソン病を疑われ当科紹介。

【現症】頭髪は完全白髪。右優位の筋強剛、安静時振戦などのパーキンソニズムに加え、頻尿、便秘などの自律神経症状を認めた。頭部 MRI で特記すべき異常を認めず、DAT-SPECT で左線条体優位の集積低下を認めた。

【経過】レボドパ・カルビドパ配合剤を開始後、パーキンソニズムは改善。投与約 2 か月後より新たな黒髪が出現し、その後徐々に増加した。

【考察】本症例では、長年完全白髪であったにもかかわらず、レボドパ・カルビドパ配合剤投与後に毛髪再色素化を認めた。メラニンは L-DOPA を中間代謝産物とするチロシン代謝経路で産生されることから、外因性レボドパが毛包メラノサイトを活性化した可能性が考えられた。高齢者の毛髪再色素化は稀であり、レボドパ投与後の同様の報告は少数に限られる。本症例は、レボドパと毛髪色素代謝との関連を示唆する貴重な症例と考えられた。

7

痙攣を契機にラサギリンメシル酸塩による薬剤性起立性低血圧と診断したパーキンソン病の1例

鳥取大学医学部附属病院脳神経内科

岡田 直也、中村 知哉、徳田 直希、鈴木 有紀、竹内 裕彦、谷口 晃一、種田 建太、河瀬 真也、瀧川 洋史、花島 律子

パーキンソン病の86歳女性。X-4月にラサギリンメシル酸塩を追加された。X-3月に転倒し、大腿骨骨折を受傷したが、転倒の記憶はなかった。人工骨頭置換術後リハビリ療法を行っていた。X月Y日、Y+1日に10秒程度痙攣発作が出現し、当院へ搬送となった。脳波異常はないが、てんかん発作の可能性を考慮し、レベチラセタムを開始した。Y+2日にも痙攣発作があり当院入院となった。病歴上、端坐位となった際に発症し、臥位にすると速やかに意識の改善を認めていことから、痙攣性失神が想起された。前医での血圧の推移を確認すると、起立性低血圧を認めた。4か月前から開始されたラサギリンメシル酸塩による薬剤性の起立性低血圧を考慮した。同薬を中止したところ、起立性低血圧は改善し、レベチラセタム中止後も発作の再発なく経過した。痙攣性失神はてんかん発作と誤認されやすい。発作時の姿勢や発作時間、速やかな意識回復などが鑑別点となるため発作様式の確認が重要である。ラサギリンメシル酸塩による薬剤性起立性低血圧は2.4%と低頻度ではあるが、開始後に原因不明の転倒や痙攣を生じた場合は被疑薬にあげる必要がある。

8

後天性血友病 A に対する止血治療後に脳梗塞を発症した1例

1) 広島大学病院 脳神経内科、2) 広島大学病院 脳神経外科、3) 広島大学病院 血液内科

山崎 航太¹⁾、祢津 智久¹⁾、飯石 隼也¹⁾、杉本 太路¹⁾、桑原 政志²⁾、土石川 佳世³⁾、藤井 輝久³⁾、丸山 博文¹⁾

【症例】86歳、女性。X-12日、繰り返す口腔内血腫とAPTT単独延長を契機に後天性血友病A(AHA)と診断され、グルココルチコイドによる免疫抑制療法が開始された。X-1日、左大腿筋肉内出血で入院し、凝固第X因子加活性化第VII因子製剤(FX/FVIIa)が投与された。同日21時最終健常確認、X日2時40分、意識障害、顔面を含む左片麻痺で発見された。頭部MRIで右内頸動脈閉塞、右MCA領域のDWI/FLAIRミスマッチを認め、血栓回収療法により良好な再開通を得た。術後頭蓋内出血はなく、右内頸動脈起始部高度狭窄に対しDAPTを開始したが、X+1日、貧血進行のため輸血治療、遺伝子組み換え活性型第VII因子製剤(rFVIIa)による止血治療を行った。X+4日、くも膜下出血を発症し、DAPT中止、rFVIIa投与で対応したが、同日夜に死亡した。

【考察】AHAの止血治療には血栓症リスクが伴う。動脈硬化リスクが高い症例では、止血治療を見据えた血栓症リスクの事前評価が重要である。さらに血栓イベント発症後は、二次予防の抗血栓療法と止血治療のジレンマが生じるため、バランスの見極めが極めて重要である。

9

脳アミロイド血管症の84歳男性例

脳神経筋センターよしみず病院脳神経内科

川井 元晴、高橋 志織、加藤 幹元、橋口 英志、神田 隆

主訴は活動性低下、認知機能低下。アルツハイマー病の妻の介護をしながら自立していたが2026年1月頃からやる気が減少し、些細なことで怒りっぽくなり、自発言語が減少したため当科受診し、頭部MRIで出血性病変を認め入院となった。家族歴、既往歴に特記すべきことなく、高血圧症を指摘されたことはない。入院時現症では血圧169/104 mmHg、脈拍74/分、整。意識清明で脳神経に明らかな異常なし。筋緊張は正常で明らかな筋力低下はないが、仰臥位で左下肢が外旋位を呈していた。腱反射は正常で病的反射を認めない。歩行は軽度のふらつきがあったが、四肢失調や感覚障害はなかった。認知機能検査はHDS-R 10、MMSE 19、CDR 1であった。頭部MRIでは微小出血を多数認め、左後頭葉から頭頂葉にかけてT2*低信号病変を認めた。両側海馬は萎縮していた。脳アミロイド血管症と診断し、降圧薬を投与をしたが、脳表へモジデリン沈着および微小出血の新規出現を認めた。さらなる出血性病変を認めないことを確認し退院した。認知機能の改善はなかった。脳アミロイド血管症では、適切な降圧療法のほかに有効な治療法がないことが課題である。

10

機械学習を用いた認知症鑑別へ寄与する検査項目の解析

鳥取大学医学部保健学科認知症予防学講座

下田 有紀、浦上 克哉

【目的】認知症患者の生活習慣などに関するアンケート・感覚機能・認知機能の検査、既往歴・身長体重情報などの収集を実施した項目が実際の診断の予測に寄与するか機械学習にて解析すること。

【対象】2023年3月から2024年4月までに信生病院もの忘れ外来を受診、同意を取得し、アンケート項目・検査結果・カルテ情報が揃った122名を解析対象とした。データと診断の関連をpythonによる機械学習によってグループ分けし、それぞれのグループで最も診断と関連の深かった項目を解析した。

【結果】全てのグループでTouch panel type Dementia Assessment Scale(TDAS)が最も寄与したという結果となり、その他聴覚・Body Math Index(BMI)・視覚記憶能力などが関連深いと判明した。また、嗅覚機能が関連すると判断されたグループもあったが、正常・軽度認知障害(MCI)・アルツハイマー型認知症(AD)の全ての群で嗅覚機能異常が多く例でみられ、解析結果に反映されなかったのではないかと考察する。

【まとめ】診断の予測にはTDAS・聴覚・BMI・視覚記憶能力が有用と考えられた。

11

緑内障患者における視野検査指標と高齢者機能評価スコアの関連

1) 島根大学医学科 6 年、2) 島根大学眼科学講座

加藤 佑弥¹⁾、古江 真由美¹⁾、大谷 雛子²⁾、井田 千紗子²⁾、村上 華奈²⁾、小池 みずき²⁾、高木 啓伍²⁾、吉田 悠人²⁾、杉原 一暢²⁾、谷戸 正樹²⁾

【目的】緑内障患者における視野指標と認知機能、フレイル、併存疾患の関連を評価する。

【対象と方法】対象は、島根大学病院眼科を受診し、MiniCog、G8、年齢調整チャールソン併存疾患指標 (ACCI) による高齢者機能評価およびハンフリー視野検査を行った全症例 622 人 1125 眼(年齢 69.3 ± 12.6 歳、男性 522 人)。カルテを後ろ向きに調査し、年齢、性、Mini-Cog スコア(低値が認知機能低下の疑い)、G 8 スコア(低値がフレイル)、ACCI スコア(高値が生命予後不良)、視力、等価球面度数、緑内障病型、過去最高眼圧、眼軸長、視野パラメータを抽出した。

【結果】背景因子を調整した一般線形化混合モデルで、G8 低値と偽陰性高値($p=0.03$)、偽陽性低値($p=0.04$)、ACCI 高値と Mean Deviation 低値($p=0.004$)、パターン偏差高値($p=0.04$)、中心窩感度低値($p=0.01$)、偽陰性高値($p=0.003$)が関連した。

【結論】フレイルと視野検査の信頼性低下、全身疾患併存と視野の感度低下及び信頼性低下が関連する。

12

自己免疫性溶血性貧血に伴う血栓傾向が脳梗塞の進行に関与したと考えられた一例

山陰労災病院脳神経内科

根鈴 怜治、中下 聡子、楠見 公義

【症例】79 歳男性。【主訴】聴力低下、ふらつき。

【既往歴】2007 年に右小脳梗塞、両側椎骨動脈狭窄。

【現病歴】2026 年 5 月初旬より聴力低下、構音障害、ふらつきが出現し当科受診。左注視方向性眼振、構音障害、左上肢失調、体幹失調を認め、MRI で左小脳梗塞、MRA で両側椎骨動脈狭窄進行を認めた。1 週間で Hb は 13.5 から 10.1 g/dL へ低下し、LDH 696 U/L、総ビリルビン 4.51 mg/dL と上昇していた。消化管出血などを疑い抗血栓療法の強化は行わず入院加療とした。入院後、左優位の四肢麻痺、意識障害、呼吸障害が進行し、左小脳梗塞拡大と右優位の中脳大脳脚梗塞を認めた。直接クームス試験陽性で自己免疫性溶血性貧血(AIHA)と診断した。D-dimer も $7.2 \mu\text{g/mL}$ と高値で、AIHA に伴う血栓傾向が脳梗塞進行に関与したと考えられた。血液内科と協議しステロイドおよびヘパリンを開始したが改善なく第 4 病日に死亡した。AIHA では溶血に伴う炎症反応や凝固活性化を介し血栓症リスクが上昇する。急速な貧血進行や溶血所見を伴う脳梗塞では AIHA を鑑別に挙げ、早期診断および治療介入を検討する必要がある。

13

原発開放隅角緑内障および落屑緑内障における DNA メチル化年齢の検討

1) 島根大学医学部眼科学講座、2) 東北大学東北メディカル・メガバンク機構 バイオバンク部門、
3) 東北大学東北メディカル・メガバンク機構 ゲノム解析部門、
4) 東北大学大学院医学系研究科 眼科学分野
杉原 一暢¹⁾、海津 幸子¹⁾、小巻 翔平²⁾、美辺 詩織³⁾、大桃 秀樹²⁾、佐藤 孝太⁴⁾、
横山 悠⁴⁾、中澤 徹⁴⁾、清水 厚志³⁾、谷戸 正樹¹⁾

【目的】緑内障の病態には生物学的加齢の関与が示唆されている。本研究では日本人集団向けのエピジェネティック・クロックを用い、原発開放隅角緑内障(POAG)、落屑緑内障(EXG)、対照群の間で DNA メチル化年齢(DNAmeAge)を比較した。

【方法】対照群 65 名、POAG 群 68 名、EXG 群 57 名の計 190 名を対象とした。235 個の CpG サイトに基づく DNAmeAge を算出し、実年齢との差(Age gap)および年齢調整後の DNAmeAge 残差を求め、3 群間で比較した。

【結果】平均 DNAmeAge は対照群 66.7 歳、POAG 群 65.8 歳、EXG 群 67.6 歳で、3 群間に有意差はなかった($P=0.30$)。Age gap ($P=0.23$)と DNAmeAge 残差($P=0.48$)も同様であった。多変量解析でも緑内障病型と各老化指標に有意な関連はなかった。

【結論】血液由来の DNAmeAge は、POAG および EXG 間で差異を示さなかった。エピジェネティックな全身老化は緑内障サブタイプ間で大きく変わらず、終末糖化産物など、異なる指標が関与している可能性がある。

14

サルコペニア診断における尿中タイチン濃度測定の有用性の検討

1) 島根大学大学院 医学系研究科、2) 島根大学医学部臨床検査医学科、
3) 島根大学 地域包括ケア教育研究センター (CoHRE)、4) 神戸常盤大学 保健科学部、
5) 島根大学医学部 内科学第一
原 加奈子¹⁾、矢野 彰三²⁾、宮崎 亮³⁾、安部 孝文³⁾、山崎 雅之³⁾、磯村 実³⁾、
大澤 佳代⁴⁾、松尾 雅文⁴⁾、金崎 啓造⁵⁾

高齢化社会の近年において、サルコペニアに対する予防・早期介入は重要視されている。本研究では簡易に評価できるバイオマーカーとして、尿中タイチン濃度に焦点をあて、有用性を検討した。2023 年 6 月に健康診断に参加された 50 歳以上の人を対象とし、参加者 440 人のデータを解析した。尿中タイチン濃度は ELISA kit (IBL) を用いて測定、クレアチニンで補正し解析を行った。対象者の平均年齢は 75.7 ± 7.8 歳、全体の 40% が男性であった。尿中タイチン濃度と年齢・性別との関係を検討した結果、年齢が高くなるほど尿中タイチン濃度が高くなる傾向であり (相関係数 0.23, > 0.0001)、男女差はみられなかった ($p=0.54$)。サルコペニアの診断としては Asian Working Group for Sarcopenia にて診断基準が示されており、この基準をもとに健常群、サルコペニア群に分類し、尿中タイチン濃度を比較した。その結果、サルコペニア群で有意に尿中タイチン濃度が高値を示す結果となった ($p = 0.019$)。尿中タイチン濃度は、サルコペニア診断に活用することができる可能性が期待される。

15

繰り返す腹膜透析カテーテル関連腹膜炎のため血液透析に移行した一例

岡山大学病院 腎臓・糖尿病・内分泌内科

浅川 知彦、浅川 知彦、櫻武 敬真、片山 勝喜、大西 康博、内山 奈津実、
竹内 英実、梅林 亮子、内田 治仁、和田 淳

症例は82歳男性。X-1年2月に入院にて腹膜透析カテーテル留置・一期的腹膜透析導入を行っていた。その後APDを継続していたが、X年になり腹膜透析カテーテル関連腹膜炎を繰り返すようになった。妻によれば、最近は手元がおぼつかなくなっており、カテーテルを清潔に保つのが難しくなっているようだとのことで、訪問看護の介入も行なった。バンコマイシン腹腔内投与やミノサイクリン内服などでの抗菌薬加療を継続し薬効を得たが、最終的にはバイオフィーム形成が疑われたため、カテーテル抜去の方針となった。本患者では既に内シャントを作製していたため、カテーテル抜去の入院中に血液透析に移行した。腎機能の低下した高齢者では感染症を起こしやすいことに加えて、カテーテルの出口部の状態を正確に観察することが難しくなったり、手元の動作緩慢となることもあるので特に注意が必要である。

16

脊髄炎との鑑別を要した、維持血液透析患者における脊髄梗塞の一例

1) 島根大学医学部医学科5年、2) 島根大学医学部 内科学第三 脳神経内科

田中 裕一郎¹⁾、金井 由貴枝²⁾、勝部 敦貴²⁾、有竹 洵²⁾、岩佐 憲一²⁾、大森 直樹²⁾、
田中 智貴²⁾、長井 篤²⁾

【症例】77歳女性。糖尿病性腎症5期に対し維持血液透析中であった。

【現病歴】午前7時排便後臥床したところ、疼痛を伴わない左下肢の痺れ及び麻痺を感じ、次第に右下肢も同様の症状を自覚し、対麻痺を認め、救急要請を行なった。入院3日目撮像の脊髄MRIでは、Th10椎体高位から脊髄円錐下端にかけて拡散強調像高信号およびADCmap低値を疑う所見が見られた。また、脊髄横断的にT2強調像で高信号が認められ、脊髄梗塞が疑われた。髄液検査は髄液細胞数71 / μ L。広範な病変、発症時の疼痛が無いこと、髄液検査所見から脊髄炎も鑑別となった。バイアスピリンとエダラボンで治療を行い、運動機能の改善が見られ、感覚障害の範囲も縮小した。

【考察】維持血液透析中の患者では血行動態変動を背景に脊髄梗塞を来す可能性があり、髄液細胞数増多を認めても脊髄炎と即断せず、臨床経過、画像所見、髄液蛋白量を含めて総合的に評価することが重要である。

17

介護老人保健施設入所高齢者における血清マグネシウム値の検討

介護老人保健施設倉敷あいあいえん

間木 啓史郎

【緒言】高齢者において慢性便秘症は罹患率の高い病態である。内科的治療として下剤が投与されることが多いが、特に酸化マグネシウム(MgO)を初めとするマグネシウム(Mg)含有塩類下剤は高Mg血症をきたすことがあり、便通異常症診療ガイドラインでも定期的な血清Mg測定が推奨されている。介護老人保健施設(老健)では低薬価のMgOが頻用される傾向にあり、高Mg血症に注意が必要である。我々はMgO服用老健入所者の血清Mg値につき検討した。

【方法】2025年度の1年間に於いて、MgO服用中の老健入所者につき、MgO一日投与量、性別、年齢、腎機能別に血清Mg値を後ろ向きに比較検討した。

【結果】腎機能(eGFR)低下患者において血清Mg値はMgO投与量に関わらず異常高値になる傾向にあった。またMgO投与量の多い患者においても血清Mg値が高値になる傾向にあったが、中毒症状(倦怠感、嘔吐、徐脈、低血圧など)をきたすような血清Mg値はみられなかった。

【考察】老健ではMgOを投与する高齢者において、腎機能を考慮しつつ投与量は最小限とし、定期的な血清Mg測定を行い、異常高値の場合は減量中止する必要があると思われる。

18

高齢入院患者におけるeGFRcreとeGFRcysのCKDステージ乖離と腎機能悪化リスクの検討

川崎医科大学高齢者医療センター

梅野 怜奈、角谷 裕之、山本 稔也、杉本 研

【背景】高齢者では筋肉量減少の影響によりeGFRcreは腎機能を過大評価する可能性があり、eGFRcysとの乖離が生じる。本研究では、高齢入院患者におけるeGFRcreとeGFRcysのCKDステージ乖離を明らかにするとともに、eGFRcysによるCKDステージ別の腎機能悪化発症率およびサルコペニア有病率を検討した。

【方法】2024年11月～2025年7月に当院へ入院した236名(レスパイト・リセット入院を除く)を対象とした後ろ向き観察研究である。AWGS 2025に基づきサルコペニアを評価し、eGFRcreおよびeGFRcysでCKDステージを分類した。

【結果】eGFRcreではG2、eGFRcysではG3bが最多であり、CKDステージの乖離を認めた。腎機能悪化は27例(11%)、サルコペニアは53%に認めた。G2～G4ではCKDステージ進行に伴い腎機能悪化発症率は増加傾向を示し、サルコペニア有病率は46～59%と高率であった。

【結論】高齢者においてeGFRcysは腎機能悪化リスク評価に有用である可能性が示唆された。

19

病院食献立を活用した栄養食事指導が有効であった 高齢慢性腎臓病患者の1例

1) 島根大学医学部附属病院 栄養治療室、2) 島根大学医学部附属病院 腎臓内科
西島 香澄¹⁾、安原 みずほ¹⁾、吉野 純²⁾、神田 武志²⁾

【背景】高齢慢性腎臓病患者では低栄養や腎機能低下を防ぐため食事療法の継続が重要である。今回、食品構成表を用いた栄養食事指導が困難であった患者に対し、病院食献立を活用した指導が有効であった症例を報告する。

【症例】70代後半女性。身長147 cm、体重42 kg。CKD ステージ G3bA2、シェーグレン症候群、関節リウマチを合併。X-3年に当院へ紹介となり栄養食事指導を開始した。当初は食品構成表を用いて指導したが、食品の置き換えや献立作成が負担となっていた。そこで病院食を基にした献立表を提示し、そのまま実践可能な形で支援したところ、負担感が軽減し継続的な実践が可能となった。介入開始時のeGFRは32.0、X年時点では31.6 mL/min/1.73 m²であり、3年間にわたり腎機能は維持された。

【考察】本症例では患者自身による食品選択や献立調整が負担となっていたが、病院食の献立提示により実践への抵抗感が減り、食事療法の継続に繋がったと考える。

【結語】高齢慢性腎臓病患者では、患者特性に応じて指導媒体や支援方法を工夫し、実践しやすい形で提示することが食事療法継続に有用である可能性が示唆された。

20

高齢市中肺炎患者における Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) と予後に関する研究

笠岡市立市民病院内科

高田 真吾、安藤 航、小野 彰範、谷本 安

【目的】高齢市中肺炎患者における栄養状態の予後に対する影響について検討した。

【方法】2024年6月から2026年4月までに当院に入院した、高齢市中肺炎患者136例(生存例106例、死亡例30例、平均年齢86.2 ± 8.2歳)を対象とした。栄養スクリーニングはMini Nutritional Assessment-Short Form(MNA-SF)で行った。

【結果】栄養状態良好群16例(生存15例、死亡1例)、低栄養のおそれ(At risk)群69例(生存59例、死亡10例)、低栄養群51例(生存32例、死亡19例)で、栄養状態悪化に伴い死亡率は上昇した($p < 0.01$)。死亡に関するOdds比は、栄養状態良好群に比較して、低栄養群8.91と有意に高値であった($p < 0.05$)。死亡に対するAUCは0.680であった。平均在院日数は栄養状態良好群22.3 ± 15.6日、低栄養のおそれ(At risk)群24.1 ± 21.6日、低栄養群29.0 ± 22.4日と、栄養状態が悪化するにつれて延長傾向にあった。

【結論】MNA-SFは高齢市中肺炎患者の予後判定に有用であることが示唆された。

21

「客観的咀嚼力を考慮した栄養指導」の取り組み

1) 島根大学医学部附属病院 栄養治療室、2) 島根大学医学部附属病院 NST

矢田 里沙子¹⁾、黒田 和花¹⁾、間壁 見紗¹⁾、端本 洋子¹⁾、安原 みずほ¹⁾、矢野 彰三²⁾

口まわりの軽微な衰えが重なった状態をオーラルフレイルとよび、オーラルフレイルがある場合、その後の身体的フレイル、サルコペニア、要介護リスク、総死亡リスクが上昇する。オーラルフレイルを構成する要素の中で、「咀嚼力の低下」は非常に重要である。客観的咀嚼力が低下するほど、その後の要介護・死亡のリスクが上昇し、他の要素と比較して予測能が最善であった [Lancet Healthy Longevity 5(11): 100636, 2024]。また、咀嚼力が改善するとリスクが低下することも確認された。最近の研究から、噛む力が弱いと食事内容や調理法に変化が生じる可能性があることも分かってきた。これまで栄養指導において咀嚼力を意識することはあまりなかったため、客観的咀嚼力をグミテストで評価し栄養指導に取り入れた。グミテストは、グミを15秒間咀嚼後に何個の断片に分割されているかをグミマスターによって半定量的に判定する。問診による主観的咀嚼力とグミテストによる客観的咀嚼力から4群にカテゴライズし、食事内容を分析する。今回、現時点の私どもの取り組みを紹介するとともに、グミテストの有用性について論じたい。

22

高齢者ケア関連職員への感染対策教育の実践報告

倉敷スイートホスピタル 内科

田邊 昭仁、浅野 由珠子、土光 新也、瀧本 奈都子、大森 翔太、延藤 文音

感染性胃腸炎は高齢者施設では脱水、誤嚥、基礎疾患増悪を契機に重篤化し、集団発生時には施設機能にも影響しうる。当院および関連施設では集団発生を経験し、初動対応、PPE着脱、嘔吐物処理、体調不良時報告の標準化が課題となった。高齢者ケア関連職員382名を対象に、現地・Zoom併用研修、PPE着脱・嘔吐物処理の実演、視覚教材配布、確認評価を組み合わせた教育を実施した。現地参加者は32名、受講後アンケート回答者は28名であった。2025年度eラーニングの受講率は83.7%、平均正答率は93.7%で、現地確認クイズは32名全員が全問正解であった。受講後アンケートでは、講義内容のわかりやすさと手洗い重要性の理解はいずれも100%が肯定的回答であったが、PPE着脱の実践可能性は78.6%、嘔吐物初動対応への自信は85.7%であった。自由記載では継続教育、相談体制、施設訪問を求める意見がみられた。研修約2か月後の実技評価ではPPE脱衣の達成率が76.6%と相対的に低かった。感染性胃腸炎対策では、知識教育に加え、PPE脱衣など実践場面を想定した反復訓練とICTによる継続支援が必要と考えられた。

23

老老介護下での在宅管理手技の変容を背景に発症した菌血症合併 Enterococcus faecalis 腹膜炎の一例

島根県立中央病院 腎臓科

加堂 陽一、乾 裕一朗、高瀬 健太郎、金 聲根

妊娠高血圧腎症に伴う高血圧症を原疾患とする末期腎不全に対し、腹膜透析に週1回の血液透析を併用中の78歳女性。血液透析は長期留置カテーテルより施行していた。X年Y月20日、腹膜透析排液の混濁を主訴に当院救急外来を受診し、腹膜透析関連腹膜炎としてCEZ1 g/日およびCAZ1 g/日の腹腔内投与を開始した。排液培養及び血液培養からEnterococcus faecalisが検出され、VCM500 mg 週3回、腹腔内投与へ変更後、排液細胞数は速やかに低下した。Y月24日の血液培養再検で末梢血培養は陰性であったが、カテーテル血培養から同菌が検出され、菌血症の遷延またはカテーテル関連血流感染を疑いVCM500 mg 週3回、静注へ変更した。血液培養陰性化確認後に長期留置カテーテルを入れ替え、退院し外来で抗菌薬投与を継続した。発症背景として、夫の介助下で行う在宅PD管理において、出口部消毒の簡略化や気流下でのバッグ交換など、手技の標準手順からの逸脱が判明した。高齢PD患者では、導入時に確立した在宅管理手技が長期経過中に変容しうるため、本人のみならず介助者を含めた手技の継続的評価と再教育が重要である。

24

島根県における成人肺炎球菌ワクチンに関する医療従事者の認知度と接種実施状況の経年変化

島根大学医学部内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学

沖本 民生、沖本 民生、吉原 健、濱口 愛、堀田 尚誠

【目的】成人肺炎球菌ワクチンにはPPSVとPCVの2種類があり、高齢者肺炎予防に有効だが、複数ワクチンや逐次接種の推奨により接種判断は複雑化している。本研究では、島根県内医療機関におけるワクチン認知度と接種実施状況の経年変化を調査し、接種実施との関連を検討した。

【方法】2017年、2019年、2023年に県内医療機関へ質問票調査を行い、知識と接種実施状況を比較した。多変量ロジスティック回帰分析で認知度と接種実施との関連を評価し、公的統計から65歳以上のPPSV23接種率を解析した。

【結果】2023年では、PPSVとPCVの2種類の認知、PCV後のPPSV23追加接種に関する認知は2019年より有意に低下した。2種類の認知は肺炎球菌ワクチン接種実施と関連し、逐次接種の有効性の認知はPCV接種実施と強く関連した。65歳時のPPSV23接種率は約45%で推移した。

【結論】医療従事者の認知不足は接種実施の障壁となる可能性があり、ワクチンの種類と接種順序に関する継続的な情報提供が重要である。

25

島根大学緑内障点眼アドヒアランス質問票 (SU-GAQ) スコアと高齢者機能評価スコアの関連

1) 島根大学医学科 6 年、2) 島根大学眼科学講座

古江 真由美¹⁾、加藤 佑弥¹⁾、大谷 雛瑚²⁾、井田 千紗子²⁾、村上 華奈²⁾、小池 みずき²⁾、高木 啓伍²⁾、吉田 悠人²⁾、杉原 一暢²⁾、谷戸 正樹²⁾

【目的】緑内障患者で、知識および手技の 2 領域からなる緑内障点眼アドヒアランス質問票 (SU-GAQ) と、認知機能 (Mini-Cog)、老年評価指標 (G8)、併存疾患負荷 (年齢調整チャールソン併存疾患指標、ACCI) との関連を検討した。

【対象と方法】島根大学病院眼科を受診し、15 項目の質問票 (知識 Q1-5、手技 Q6-15) への回答、及び MiniCog、G8、ACCI による高齢者機能評価を行った全症例 187 人 (年齢 70.0 ± 13.1 歳、男性 103 人)。

【結果】SU-GAQ で問題がある項目数は、知識 0.6 ± 1.1 、手技 0.8 ± 1.4 、合計 1.3 ± 2.0 であった。一般化回帰モデルで、知識と MiniCog (推定値 -0.31)、手技と ACCI (0.16)、合計と MiniCog (-0.44) に有意な関連を認めた。探索的因子分析で、Q1-Q5 が知識に高負荷、Q7-Q13 が手技に高負荷、Q6、14、15 は両因子にクロスロードであった。

【結論】認知機能と点眼治療への理解度、全身疾患の併存と点眼手技の困難さが関連した。SU-GAQ は 2 つの異なる潜在構造を有し、各質問を別領域として扱う根拠が示された。

26

緑内障患者における高齢者機能評価スコアと角膜バイオメカニクス指標の関連解析

1) 島根大学 眼科学講座、2) 島根大学医学科 6 年

吉田 悠人¹⁾、藤野 友里¹⁾、加藤 佑弥²⁾、古江 真由美²⁾、大谷 雛瑚¹⁾、井田 千紗子¹⁾、高木 啓伍¹⁾、杉原 一暢¹⁾、谷戸 正樹¹⁾

【目的】緑内障患者における高齢者機能評価スコアと角膜バイオメカニクス指標との関連を検討した。

【方法】2023 ～ 2025 年に島根大学眼科を受診し、Mini-Cog、G8、Charlson Comorbidity Index (CCI) による高齢者機能評価と Ocular Response Analyzer (ORA) 測定を施行した緑内障患者を対象とした。ORA から角膜ヒステシス (CH)、角膜抵抗因子 (CRF)、角膜補正眼圧 (IOPcc)、Goldmann 換算眼圧 (IOPg) を取得し、年齢、性別、緑内障病型、点眼数で調整した混合効果線形モデルにより解析した。

【結果】280 例 456 眼 (平均年齢 70.2 ± 11.1 歳) を解析した。G8 スコアは CRF ($\beta = 0.18$, 95%CI: 0.05-0.30)、IOPg ($\beta = 0.62$, 95%CI: 0.25-1.00)、IOPcc ($\beta = 0.55$, 95%CI: 0.18-0.92) と有意に関連した。

【結論】緑内障患者では、フレイルを反映する G8 スコアが角膜抵抗性および眼圧関連指標と有意に関連していた。

MEMO

協賛企業

アストラゼネカ株式会社

アレクシオンファーマ合同会社

エーザイ株式会社

大塚製薬株式会社

協和キリン株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社

興和株式会社

住友ファーマ株式会社

ゼリア新薬工業株式会社

第一三共株式会社

田辺ファーマ株式会社

テルモ株式会社

東亜新薬株式会社

日本イーライリリー株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

バイエル薬品株式会社

ユーシービージャパン株式会社

(50音順・敬称略)

令和8年9月28日現在

第38回日本老年医学会中国地方会開催にあたり、上記の企業より多大なご支援をいただきました。

ここに銘記し、そのご厚意に深謝いたします。

第38回日本老年医学会中国地方会
会長 吉野 純

患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ

Quality time for better care

Quality time for better care は、Terumo Medical Care Solutions のブランドプロミスです。

TERUMO MEDICAL CARE SOLUTIONS

シンプルケア、みんなでケア だから続けられるテルモPDマイケア

患者向け
腹膜透析管理アプリケーション

テルモPDマイケア™

医療従事者向け
遠隔モニタリングアプリケーション

テルモPDマイケア™

for Hospital



一般的名称:自動腹膜灌流用装置 販売名:マイホームびこ 医療機器承認番号 21300BZZ00199000

ご使用の際は、電子添文、および取扱説明書、その他使用上の注意等をよくお読みの上、正しくお使いください。

製造販売業者 **テルモ株式会社** 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 www.terumo.co.jp

©テルモ株式会社 2024年4月
23RC018



薬価基準収載

ヒト化抗N3pGアミロイド β ^注モノクローナル抗体製剤

ケサソラ[®] 点滴静注液350mg

ドナネマブ(遺伝子組換え)注射液 kisunla[®] Intravenous Infusion

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品(注意・医師等の処方箋により使用すること)

最適使用推進ガイドライン対象品目 注) N末端第3残基がピログルタミル化されたアミロイド β

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については、電子添文をご参照ください。

製造販売元〈文献請求先及び問い合わせ先〉

日本イーライリリー株式会社

〒651-0086 神戸市中央区磯上通5丁目1番28号

日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口
medical.lilly.com/jp

(医療関係者向け)

0120-360-605^{*1}

受付時間 月曜日～金曜日 8:45～17:30^{*2}

^{*1} 通話料は無料です。携帯電話からでもご利用いただけます。

尚、IP電話からはフリーダイヤルをご利用できない場合があります。

^{*2} 祝祭日および当社休日を除きます。



そこにある幸せを、
尊ぶために。

私たちは、そこにある幸せを大切にします。
患者さんの笑顔のために、
私たちは科学の力で貢献しつづけます。

ユーシービージャパン株式会社



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**

たった一度の
いのちと
歩く。

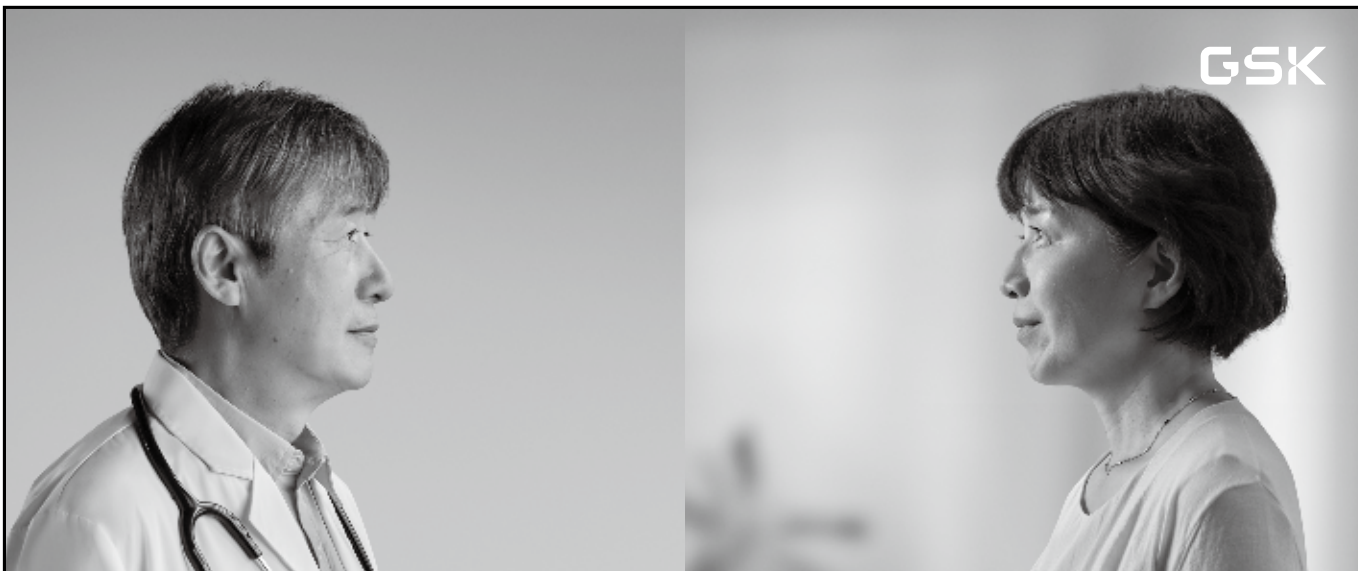


Kyowa KIRIN

私たちの志 検索 

2019年7月作成

GSK



ウイルスワクチン類

薬価基準未収載

生物由来製品 | 創薬 | 処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

シングリックス 筋注用
SHINGRIX for I.M. Injection

生物学的製剤基準 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(チャイニーズハムスター卵巣細胞由来)

「効能又は効果、用法及び用量、接種不適当者を含む注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。

製造販売元

グラクソ・スミスクライン 株式会社

〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文獻請求先及び問い合わせ先

TEL:0120-561-007(9:00~17:45/土日祝日及び当社休業日を除く)

PM-JP-SGX-ADVR-250002

改訂年月2026年4月



高脂血症治療剤

パルモディア[®]XR錠0.2mg・0.4mg

PARMODIA[®] XR TABLETS 0.2mg・0.4mg (ペマフィブラート徐放錠)

処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

高脂血症治療剤

パルモディア[®]錠0.1mg

PARMODIA[®] TABLETS 0.1mg (ペマフィブラート錠)

処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること

選択的SGLT2阻害剤－2型糖尿病治療剤－

デベルザ[®]錠20mg

DEBERZA[®] (トホグリフロジン水和物錠)

処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

アルツハイマー型認知症治療剤

アリドネ[®]パッチ27.5mg・55mg

ALLYDONE[®] Patches (ドネペジル経皮吸収型製剤)

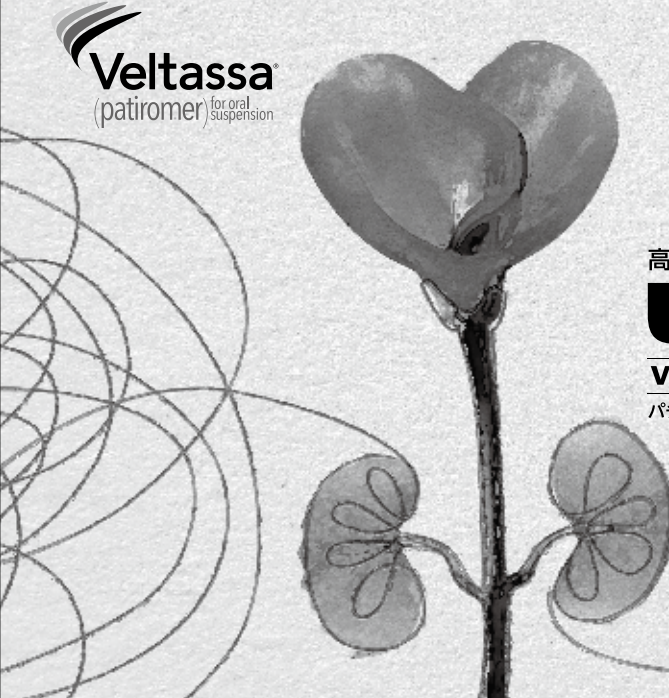
劇薬、処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること

製造販売元：帝國製薬株式会社、販売元：興和株式会社

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。

製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)
興和株式会社
東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

2024年5月作成



日本標準商品分類番号 87219

医薬品リスク管理計画対象製品

高カリウム血症改善剤

ビルタサ[®]懸濁用散分包8.4g

Veltassa 8.4g powder for suspension (Single-dose package)

パチロマーソルピテクスカルシウム

注) 注意－医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

処方箋医薬品(注)

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む
注意事項等情報等については電子添文を参照ください。

製造販売元
ゼリア新薬工業株式会社
東京都中央区日本橋小舟町10-11 〒103-8351
TEL.(03)3661-0277 / FAX.(03)3663-2352

〔文献請求先及び問い合わせ先〕お客様相談室

2025年12月作成



世界中の人々の
健康で豊かな生活に貢献する

イノベーションに情熱を。ひとに思いやりを。



第一三共株式会社

抗CD19モノクローナル抗体製剤
イネビリズマブ(遺伝子組換え)製剤

ユプリズナ® 点滴静注100mg

UPLIZNA® for Intravenous Infusion 一般名:イネビリズマブ(遺伝子組換え)

生物由来製品・劇薬・処方箋医薬品^注 注意-医師等の処方箋により使用すること **薬価基準収載**

本剤の効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む
注意事項等情報等については、製品電子添文をご参照ください。

製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)
田辺ファーマ株式会社
大阪市中央区道修町3-2-10

製品情報に関するお問い合わせ
TEL:0120-753-280(くすり相談センター)

2025年12月作成
(審)25IX158

薬価基準収載

活性生菌製剤 酪酸菌配合剤

ビオスリー® 配合OD錠

BIO-THREE® OD Tablets

b:
BIO-THREE®

「効能又は効果、用法及び用量、注意事項等情報」等については、電子化された添付文書をご参照ください。

2025年5月作成

発売元
文献請求先及び
問い合わせ先

東亜新薬株式会社

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 3-2-11
TEL 03(3347)0770 FAX 03(3347)0780
<https://www.toashinyaku.co.jp>

製造販売元  東亜薬品工業株式会社

販売  鳥居薬品株式会社

ブレイクスルーを 患者さんへ

バイエルのミッション「Health for all, Hunger for none(すべての人に健康を、
飢餓をゼロに)」の実現に向けて、患者さんの治療に変革をもたらすイノベーションを推進し、
人々のクオリティ・オブ・ライフの向上に貢献していきます。

バイエル薬品株式会社 <https://pharma.bayer.jp>

Health for all, Hunger for none



**第38回日本老年医学会中国地方会
プログラム・抄録集**

発 行 令和8年10月

編 集 島根大学医学部内科学講座腎臓内科学
TEL:0853-20-2122 FAX:0853-88-3122

制 作 アクティブ・プロ
TEL:0859-48-0700 FAX:0859-48-0600



持続性GIP/GLP-1 受容体作動薬 薬価基準収載

マンジャロ[®] アテオス[®]

皮下注

2.5mg
5mg
7.5mg
10mg
12.5mg
15mg

チルゼパチド注射液 Mounjaro[®] Subcutaneous Injection ATEOS[®]

劇薬 処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文を参照ください。

販売元（文献請求先及び問い合わせ先）

田辺ファーマ株式会社

製品情報に関するお問い合わせ

TEL: 0120-753-280（くすり相談センター）

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先）

日本イーライリリー株式会社

日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口

0120-360-605^{※1}（医療関係者向け）

受付時間 月曜日～金曜日 8:45～17:30^{※2}

※1 通話料は無料です。携帯電話からでもご利用いただけます。
※2 例、IP電話からはフリーダイヤルをご利用できない場合があります。

medical.lilly.com/jp



Life forward

かけがえのない日常のために

ベーリンガーインゲルハイムは、株式を公開しない独立した企業として、約140年にわたり人と動物の健康に取り組んできました。これまで多様な分野で培った経験やパートナーシップを生かし、未来を見据えて研究開発に注力しています。

詳細はこちらをご覧ください

boehringer-ingenelheim.com/jp/



日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

 **Boehringer
Ingelheim**