



この度、蓮田病院IBDセンター長を拝命致しました風間博正です。

IBD患者数は全世界で右肩上がりに増え続けており、その対策は急務と言われております。

私は長年、埼玉県内の病院でIBDの診療に従事して参りました。これからは生まれ育った蓮田の地でIBDの患者さんに、最新の治療をお届けし、生活の質（QOL）向上に努めていく所存です。

IBDセンターとは、IBDの診断と治療を行うための専門的な医療施設です。

IBDは、潰瘍性大腸炎とクローン病を指す慢性的な腸の炎症を伴う疾患です。IBDセンターでは、これらの疾患に特化した専門医や専門の医療スタッフが、患者さんの症状や状態に合わせた適切な治療を提供します。また近隣の大学病院/IBD専門施設と常に連携して参る所存です。

当院ではIBDの各種ガイドライン記載の治療方法を基本としながら、中等症以上のIBD患者さんにはバイオ製剤とGMAのインテンシブ療法の「コンビネーション療法」を積極的に導入します。

この「コンビネーション療法」は私が所属していた前施設で既にストラテジーを確立しており、寛解導入率及び寛解維持率は非常に高い結果でした。これらの経験を活かし、蓮田病院でIBDセンターを設立しIBD診療において最新の高度な治療を提供し、地域最大の専門施設にしたいと考えております。

【IBDチームメンバーの役割】

消化器内科

主治医を担当・IBDチームを統括
治療方針を決定及び指示
カンファランス開催

外科医

GMA・IVH兼用カテーテル挿入
合併症及び緊急手術等対応

看護師

投薬及び注射投与
看護記録

薬剤師

患者さんへの服薬指導
薬剤調整、投薬プロトコル整理

外科医



事務

看護師

薬剤師

消化器内科

臨床工学士

栄養士

臨床工学士

GMA治療の中心

栄養士

食事及び栄養指導

事務

指定難病申請の説明と準備
高額医療時対応及び説明
個々の相談

全体の役割 治療サポート及び患者さんへのメンタルケア

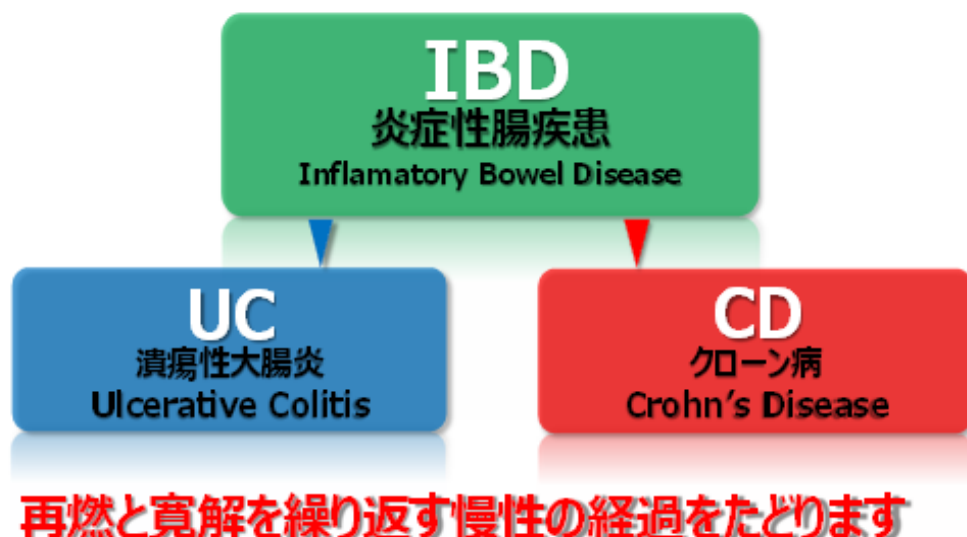
炎症性腸疾患（Inflammatory Bowel Disease : IBD）とは

腸の粘膜に炎症や潰瘍を生じる原因不明の慢性疾患です。狭義に潰瘍性大腸炎（UC）とクローン病（CD）の2つの病気をさしています。腸に炎症がおこると、下痢や腹痛、血便、発熱などの症状があらわれます。おもに10代～20代の若年層に発症し、病気は再燃と寛解を繰り返す慢性の経過をたどります。考えられる病因としては、遺伝適要素や環境因子が免疫機能異常をきたし、様々な症状を発症させると言われています。国内での患者数は、年々増加傾向を示しています。

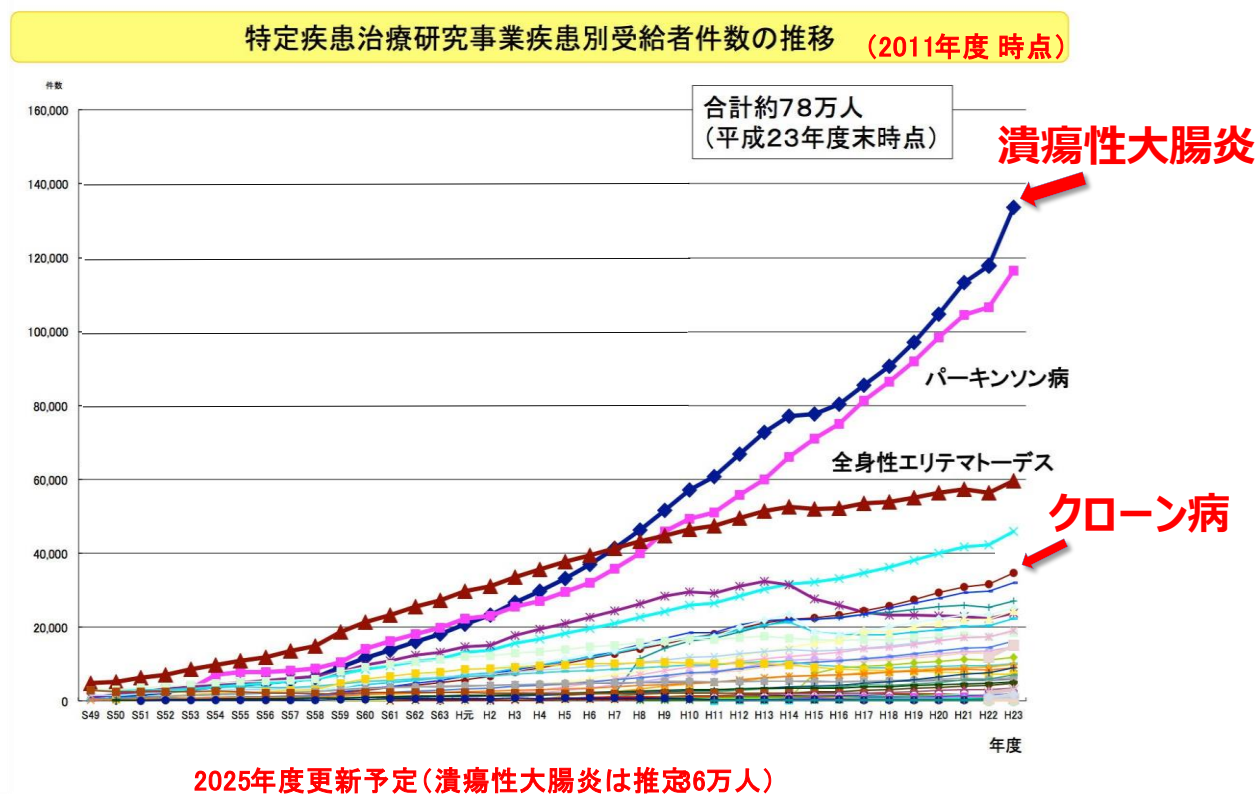
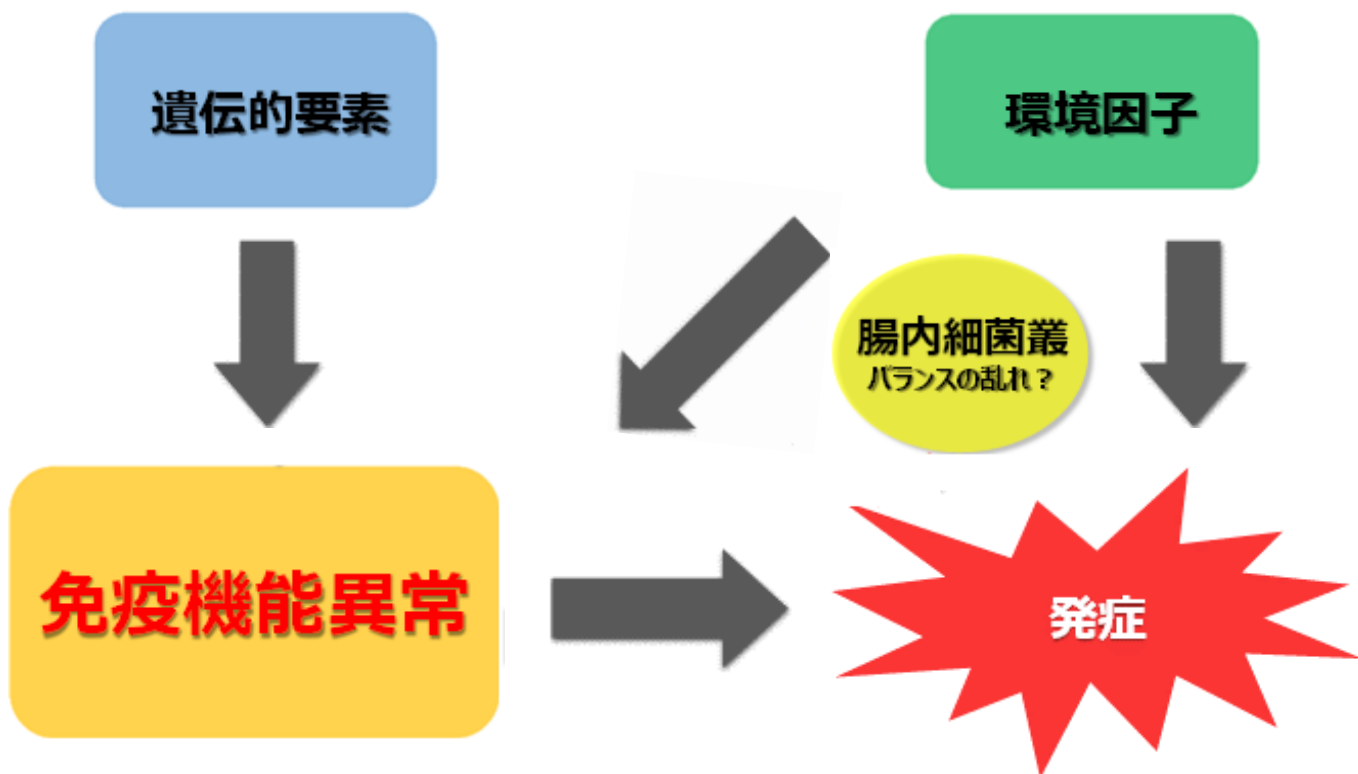
炎症性腸疾患について

腸の粘膜に炎症や潰瘍を生じる**原因不明**の慢性疾患です。

狭義に**潰瘍性大腸炎**と**クローン病**の2疾患を指しています。



炎症性腸疾患の考えられる病因



潰瘍性大腸炎 (UC)

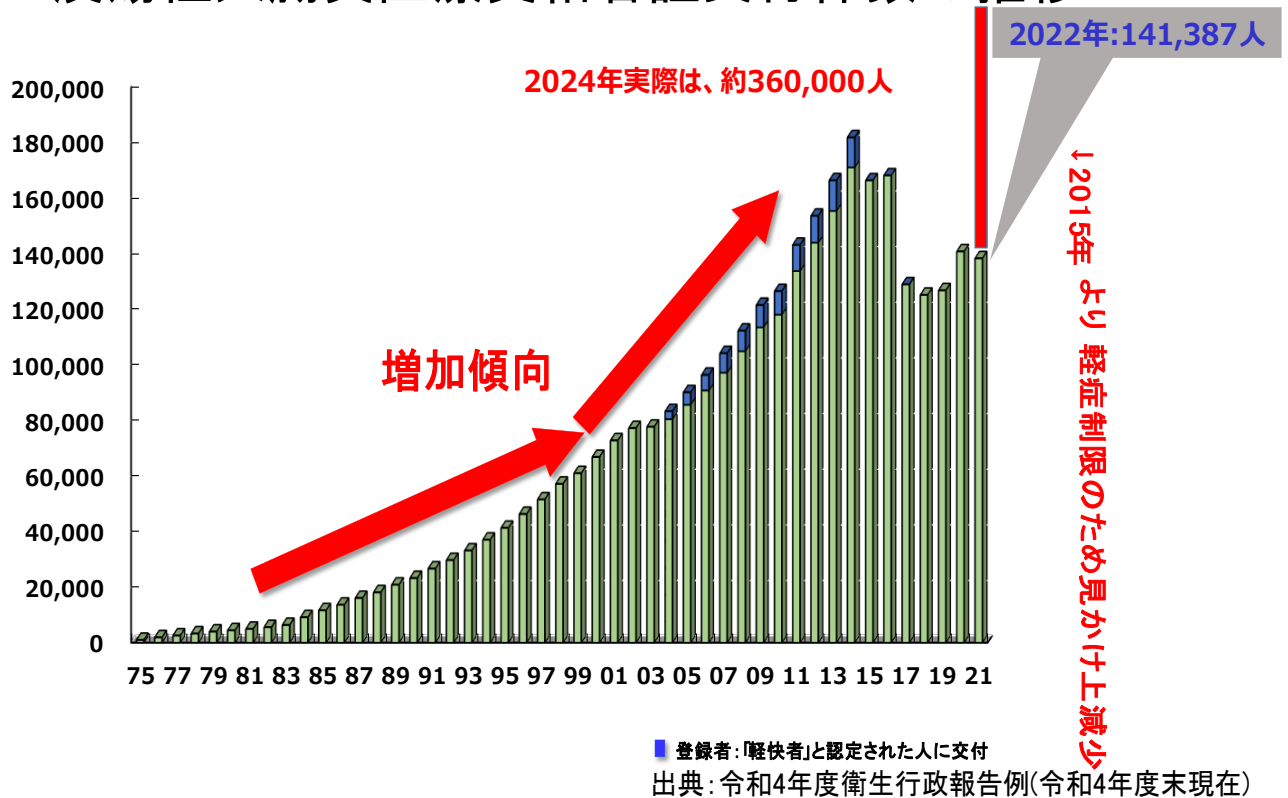
大腸に限局した潰瘍性病変を有します。

主として粘膜を侵し、しばしばびらんや潰瘍を形成する、大腸の原因不明のびまん性非特異性炎症です。その経過中に再燃と寛解を繰り返すことが多く、腸管外合併症を伴うことがあります。長期かつ広範に大腸を侵す場合には癌化する傾向があります。主な症状は、血性下痢、発熱、腹痛や頻回の便意を伴うこともあります。

潰瘍性大腸炎の患者数

2015年難病法改正に伴い潰瘍性大腸炎軽症者の多くに受給者証が交付されなくなった為、交付者数の患者数推測が困難となったが、2017年に報告された疫学調査においては約22万人と推定、**2023年は約36万人と推定され、米国に次いで世界で2番目に患者数が多い国になっている。**

潰瘍性大腸炎医療受給者証交付件数の推移



クローン病 (CD)

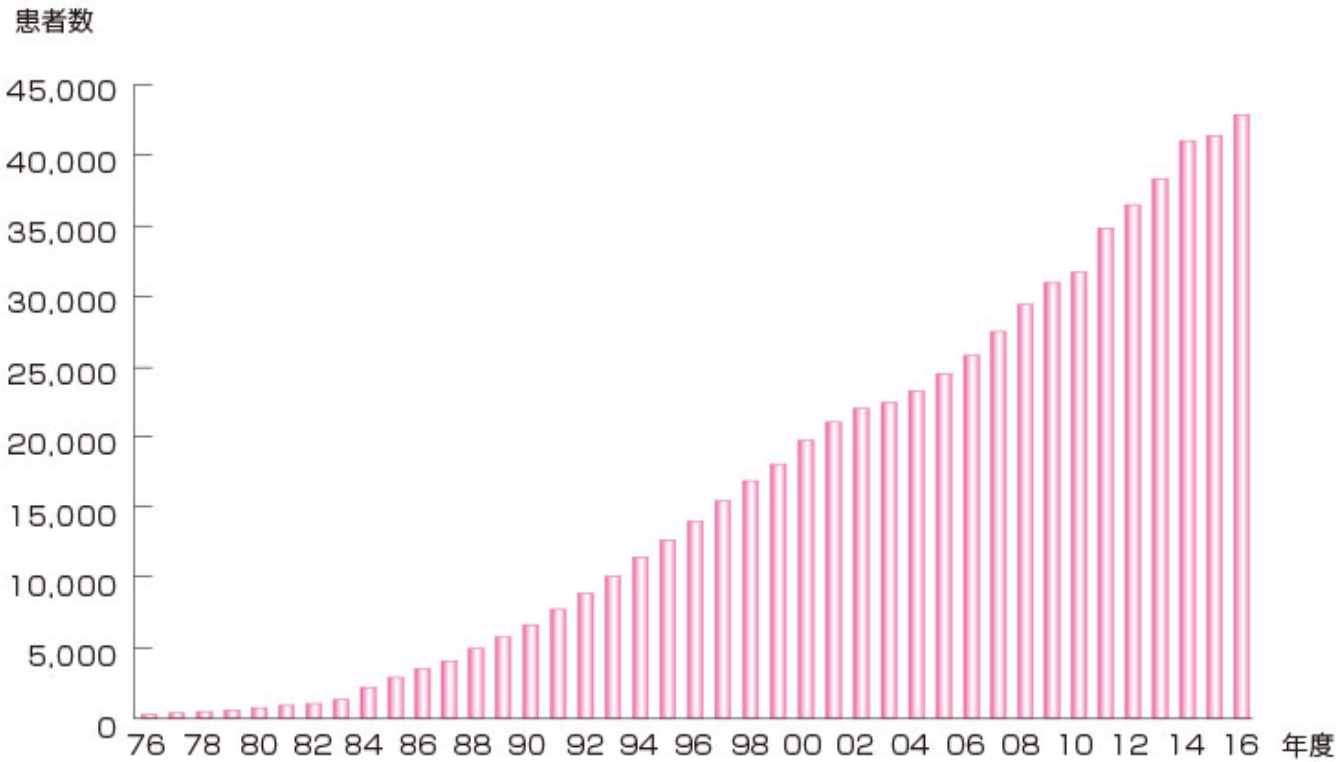
全消化管（口腔～肛門管）の非連続性の潰瘍性病変を伴います。比較的若年に発症し、腹痛、下痢、血便、発熱、肛門周囲症状、体重減少などの再燃・寛解を呈しながら慢性に持続するため、日常のQOL（生活の質）は低下することが多いと言われます。

潰瘍性大腸炎の国内患者数は、2023年の厚生労働省の患者調査によると、推計24万9000人となっています。近年、毎年約1万人の新規患者が増加しているため、この数字は増加傾向にあります。

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患政策研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」によればクローン病の患者数は最新では約7万人と推定されています。

クローン病の年度別患者数の推移

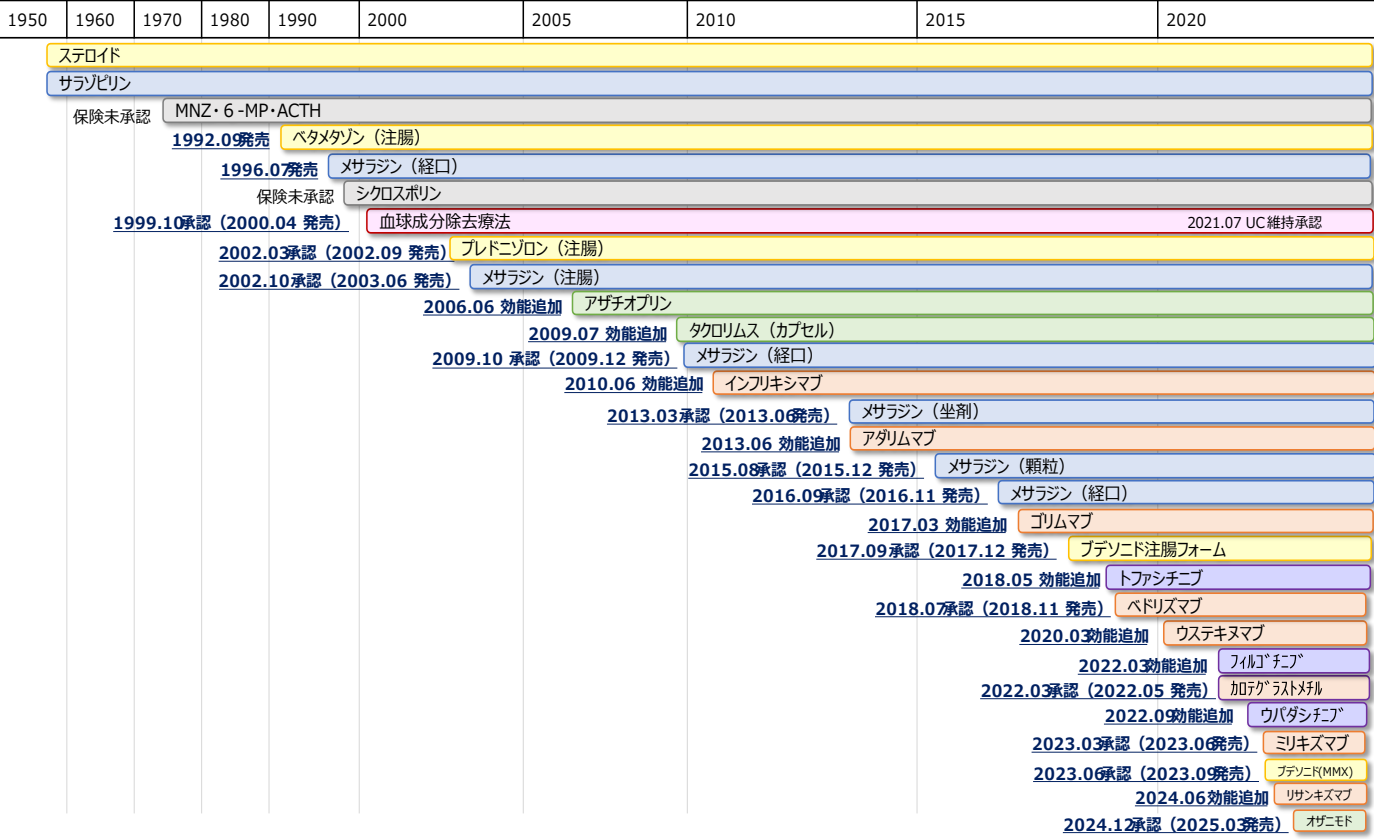
特定医療費（指定難病）受給者証所持者数 42,789人



出展：IBDってなんだろう？ | クローン病：クローン病ってどんな病気？

炎症性腸疾患の治療戦略について

潰瘍性大腸炎治療の変遷



IBDに用いる薬剤（作用機序による分類）

基本薬剤
 ・5-ASA製剤
 ・サラゾスルファピリジン

①免疫作用（免疫強化）

・ステロイド
 （プレドニゾン・ベタメタゾン・ブデソニド等）
 ・免疫調整薬
 チオプリン製剤
 （アザニン・イムラン・ロイケリン）
 ・免疫抑制薬
 カルシニューリン阻害薬
 （タクロリムス・シクロスポリン）

②生物学的製剤（抗TNFα）

・インフリキシマブ
 （レミケード・バイオ後続品）
 ・アダリムマブ
 （ヒュミラ・バイオ後続品）
 ・ゴリムマブ
 （シンボニー）

③生物学的製剤（免疫担当細胞関連）

・ウステキヌマブ
 （ステラーラ）
 ・ミリキズマブ
 （オンボー）
 ・リサンキズマブ
 （スキリージ）

④抗接着因子阻害剤＋S1P受容体調節薬

・ベドリズマブ
 （エンタイビオ）
 ・カロテグラストメチル
 （カログラ）
 ・オザニモド
 （ゼボジア）

⑤JAK阻害薬（炎症性サイトカイン産生抑制）

・トファシチニブ
 （ゼルヤンツ）
 ・フィルゴチニブ
 （ジゼレカ）
 ・ウバダシチニブ
 （リンヴォック）

寛解導入療法

IBDの寛解導入療法は炎症を速やかに抑えて症状（下痢、血便、腹痛など）を改善し、内視鏡的にも腸粘膜の治癒を目指す初期段階の治療です。

寛解維持療法

IBDの寛解維持療法は、寛解導入後の「再燃予防」と「粘膜治癒の維持」を目的とした長期管理です。再発率が高いため継続的かつ個別化された治療戦略が重要です。

第1章 UC維持療法の種類と課題

IBDの治療選択肢

一般名	寛解導入	寛解維持
5-ASA製剤	○	○
ステロイド	○	×
アザチオプリン・6-MP*	×	○
カロテグラストメチル	○	×
シクロスポリン*	○	×
タクロリムス	○	×
インフリキシマブ	○	○
アダリムマブ	○	○
ゴリムマブ	○	○
ベドリズマブ	○	○
オザニモド	○	○
ウステキヌマブ	○	○
ミリキズマブ	○	○
リサンキズマブ	○	○
トファシチニブ	○	○
フィルゴチニブ	○	○
ウバダシチニブ	○	○
血球成分除去療法	○	○（2022年1月保険適応）

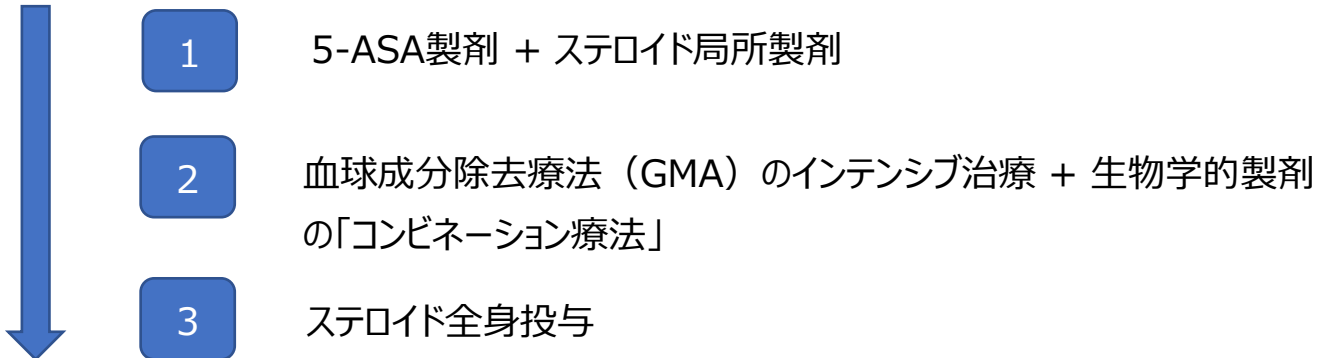
*保険適応外

「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」（久松班）令和3年度分担当研究報告書より作成
 適正使用につきましては各製品の電子添付文書をご確認ください

IBDの内科的治療について

IBDの治療指針に基づき、当院独自のストラテジーを決定しております。

重症度が中等症以上の患者さんに対して



寛解後、5-ASA製剤、生物学的製剤維持治療、GMA維持療法（2回 / 月）

ステップアップとトップダウンをうまく活用している治療を実施

生物学的製剤の治療について

IBDの治療方針に基づき、当院独自のストラテジーを決定しております。

患者さん個々の状態を考慮しIBDセンターチーム内で検討します。原則ステロイドを使わない治療を目指しています。

蓮田病院の生物学的製剤のストラテジー

① 軽症（ナীবのみ）：ベドリズマブ（製品名：エンタイビオ）



② 中等症（再燃含む）：リサンキズマブ（製品名：スキリージ）

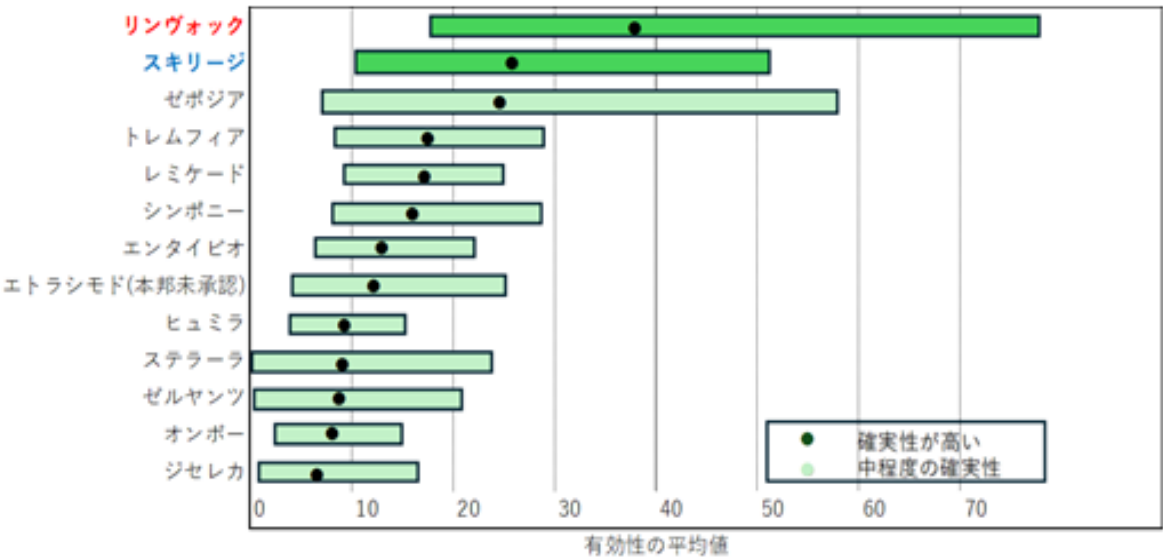
※まれに維持期の自己注を希望する患者さんにはミリキズマブ（製品名：オンボー）やゴリムマブ（製品名：シンボニー）を導入検討することもあります。



③ 重症（再燃含む）：ウパダシチニブ（製品名：リンヴォック）

蓮田病院では最も有効性の高い生物学的製剤 / JAK阻害剤を導入します！

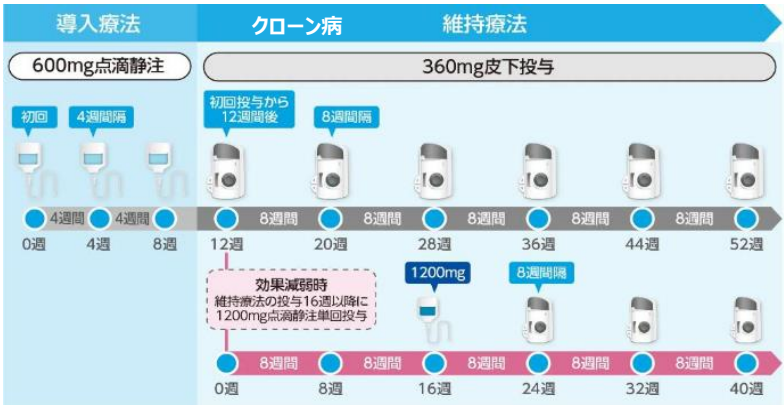
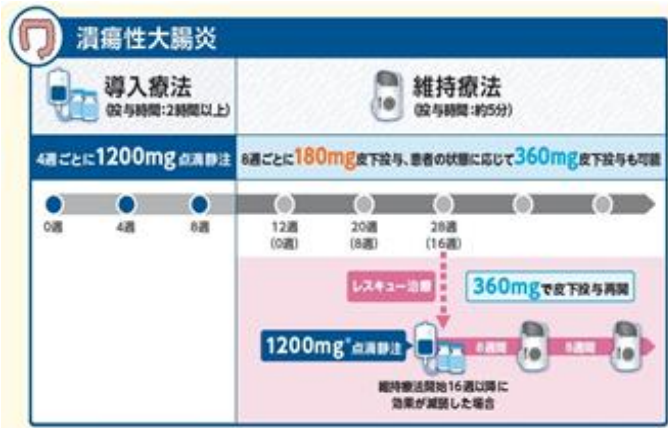
スキリージもリンヴォックもアメリカの消化器の学会の論文の中でIBDに対する有効性が最も高いランクに位置付けられています。副作用はスキリージでは比較的少ないと言われています。リンヴォックでは一部ニキビや感染症（特に帯状疱疹）が起きる可能性があります。



Comparative Efficacy of Advanced Therapies for Management of Moderate/Severe Ulcerative Colitis: 2024 American Gastroenterological Association Evidence Synthesis/Ashwin N./Gastroenterology 2024; 部改変

生物学的製剤「スキリージ」の投与方法

スキリージは潰瘍性大腸炎・クローン病いずれも使用可能です。
スキリージの治療スケジュールは、医療機関で投与してもらうお薬です。はじめの3回は点滴による導入療法、それ以降は「オートドーズー」という器具を使った皮下注射による維持療法をおこないます。導入療法は4週間隔、維持療法は8週間隔で投与します。なお効果が弱くなった場合は、維持療法の16週以降に再度点滴をおこない、8週間隔でオートドーズーにより注射を継続することがあります。

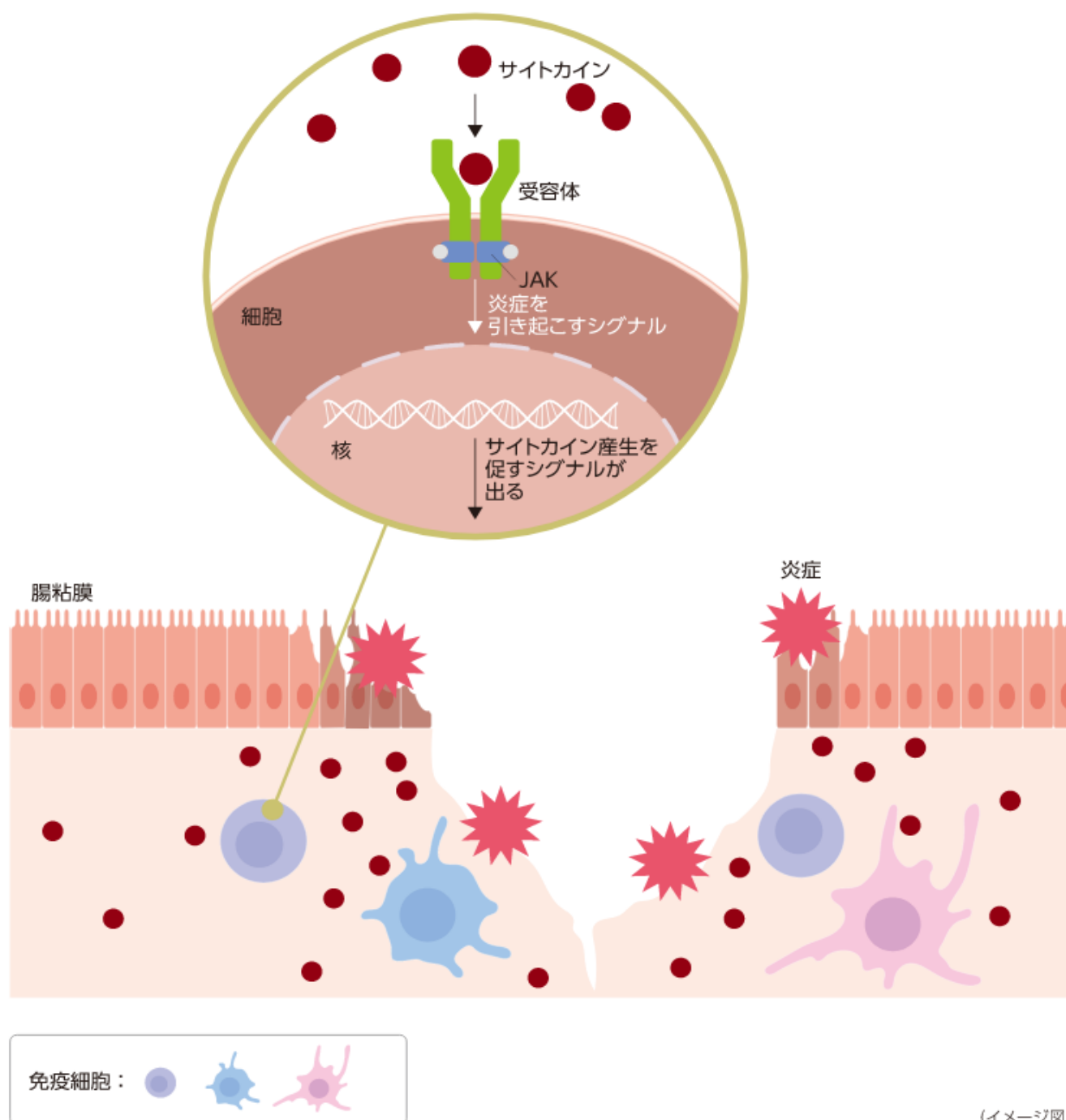


JAK阻害剤「リンヴォック」とは

IBDの患者さんの大腸では、炎症を引き起こす物質（炎症性サイトカイン）が大量に産生されています。炎症性サイトカインの刺激により、腸の粘膜が傷つくことで、下痢や血便、腹痛などの症状が引き起こされます。

また、炎症性サイトカインが免疫をつかさどる細胞の表面にある「受容体」に結合すると、細胞の中に信号が伝えられ、さらに多くのサイトカインが作られるようになります。

このくり返しにより、炎症は慢性化していきます。



(イメージ図)

JAK阻害剤「リンヴォック」の投与法

リンヴォックは潰瘍性大腸炎・クローン病いずれも使用可能です。

1日1回コップ1杯程度の水またはぬるま湯で毎日服用します。かみ砕かずに服用してください。
症状がない状態（寛解）を目指す治療では45mgを服用します。再燃を防ぎ、寛解を維持する治療では15mgまたは30mgを服用します。



JAK阻害剤「リンヴォック」の事前検査と副作用予防

リンヴォックは副作用もあるので導入前に下記項目を事前にスクリーニングします。

①結核スクリーニング検査

結核の既感染者では、結核を活動化させるおそれがあります。

②B型肝炎スクリーニング検査

本剤の臨床試験において、B型肝炎ウイルスの再活性化が報告されています。

③腎機能障害検査

腎機能が正常な患者に比べ、本剤の曝露量が増加し、副作用が強くあらわれるおそれがありますので、注意して投与します。

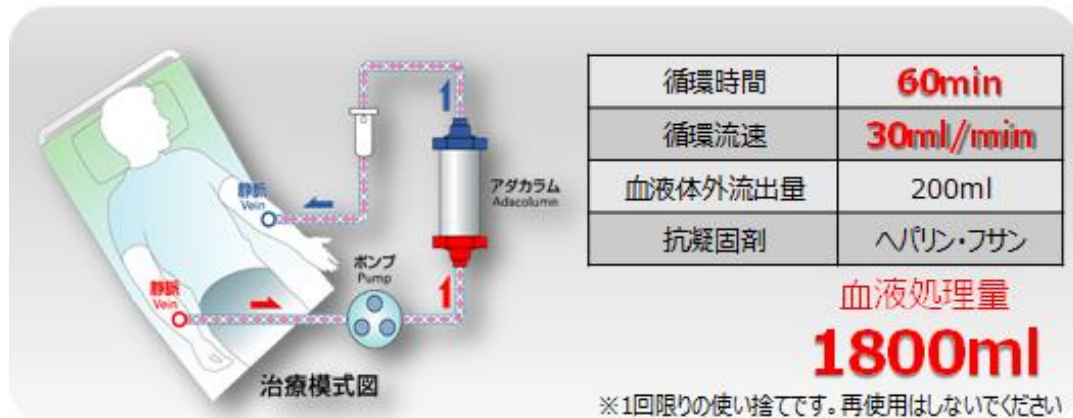
④肝機能障害検査

重度の肝機能障害（child-pugh分類C）の患者さんは臨床試験では除外されており、投与は推奨されません。

また帯状疱疹の副作用を予防するために当院ではシングリックスなどの帯状疱疹ワクチンも積極的に提案します。

顆粒吸着療法（GMA）とは

- ・GMAは、直接カラムに全血を流して使用する直接血液灌流用の**体外循環用カラム**です
- ・炎症性サイトカインを産生する**顆粒球・単球**を**選択的に吸着除去**する治療法
- ・腕などの**静脈から脱血**し、体外循環用カラムであるアダカラムに循環させ、**静脈に返血**します（シャントは必要ありません）



演者作成 投与法等の適正使用は、メーカーHP並びに添付文書 参照

顆粒吸着療法（GMA）

- ・2000年 4月：世界で初めて**潰瘍性大腸炎**の治療選択肢として認可された**日本初の体外循環療法**
- ・2009年 1月：**クローン病** に保険適用
- ・2012年10月：**膿疱性乾癬** に保険適用
- ・2019年11月：**関節症性乾癬** に保険適用
- ・2022年 1月：**寛解維持療法** に保険適用（原則として2回 / 月）

○ **GMA治療のポイント**

- ・潰瘍性大腸炎・クローン病においては、**週2回以上のインテンシブ治療**が効果的
- ・再治療導入が可能（再燃ごとに繰り返し治療し、効果あり）

＜潰瘍性大腸炎（重症例または難治例および劇症例）＞
一連の治療につき**10本**
（劇症は**11本**）まで

＜クローン病＞
一連の治療につき**10本**まで

＜膿疱性乾癬＞
一連の治療につき週1回で5週間に限る

＜関節症性乾癬＞
一連の治療につき週1回で10週間に限る

演者作成
投与法等の適正使用は、メーカーHP並びに添付文書 参照

<GMA療法の考えられる**メリット**・**デメリット**>

治療効果

- ・ステロイド減量の際に効果的
- ・ステロイドナীবでも有効
- ・バイオナীবでも有効
- ・約70%に効果発現

他薬剤との違い

- ・薬剤でない治療（処置）
- ・副作用が比較的少ない治療
- ・薬剤と併用が可能

治療環境

- ・穿刺部の痛みを伴う
（→穿刺部、疼痛緩和シールを使用）
- ・穿刺ルートが確保できないと治療が難しい
特に若い女性などに関して

非薬物的治療で副作用が少なく薬物治療との併用が可能

蓮田病院ではGMA治療を積極的に取入れます！

- ・副作用が少なく薬物治療との併用が可能。
- ・多数の臨床工学技士が在籍。密に連携します。
- ・速やかに導入できるよう、治療スケジュールを厳密に管理。
- ・外来/入院、どちらにも対応可能。

前施設 2024年度 治療件数

全国4位 / 北日本2位

蓮田病院では今後全国3位

※副作用はありませんでした



<蓮田病院 基本UC治療スケジュール スキリージ・入院21日以内>

月	火	水	木	金	土	日
1 新規受診後 入院時一式セット (採血・レントゲン・便培養 造影CT検査等)	2 入院1回目1day 下部内視鏡検査後 (病理組織学的検査) (DPC検査入院)	3 入院1回目2day 朝食後退院 退院処方(整腸剤・栄 養剤等)	4	5	6	7
8	9	10	11 (入院2回目1day) 外来受診後入院 指定難病様紙記載 血液検査 薬剤処方(5ASA等) MAP2単位 (出来高算定入院)	12 (入院2回目2day) IVH、GMA兼用トリプル ルーメンカテーテル挿入 家族より指定難病用紙保 健所に申請 MAP2単位	13 (入院2回目3day)	14 (入院2回目4day)
15 (入院2回目5day) GMA導入療法① 心臓超音波検査 腹部超音波エコー検査 頭部CT検査等	16 (入院2回目6day) GMA導入療法② 血液検査 バイオ寛解導入① (静注投与日)	17 (入院2回目7day) GMA導入療法③	18 (入院2回目8day) GMA導入療法④ 血液検査 下部内視鏡検査 (病理学的組織検査なし)	19 (入院2回目9day) GMA導入療法⑤ 栄養指導① 食事開始	2 (入院2回目10day)	21 (入院2回目11day)
22 (入院2回目12day) GMA導入療法⑥ 血液検査	23 (入院2回目13day) GMA導入療法⑦	24 (入院2回目14day) GMA導入療法⑧	25 (入院2回目15day) GMA導入療法⑨	26 (入院2回目16day) GMA導入療法⑩ IVH抜去	27 (入院2回目17day)	28 (入院2回目18day)
29 (入院2回目19day) 血液検査、午前病状説明 栄養指導②後、退院	30 (入院2回目20day) (予備)	十月/1	2 (外来再来) 血液検査 GMA維持療法① (1回/2w毎)	3	4	5



<蓮田病院 短期UC治療スケジュール リンヴォック内服 DPC11日以内>

月	火	水	木	金	土	日
4/1 (新規受診) 入院時一式セット (採血・レントゲン・便培養等)	2 造影CT検査 上部、下部内視鏡 (病理組織学的検査) エレンタール・整腸剤等	3	4 必要時、再来させ外来で輸 血	5	6	7
8 外来受診後 指定難病様紙記載 血液検査 薬剤処方(5ASA等)	9 (入院1日目) 薬剤処方1日目 (DPC入院)	10 (入院2日目) 薬剤処方2日目	11 (入院3日目) 薬剤処方3日目	12 (入院4日目) 栄養指導① 薬剤処方4日目	13 (入院5日目) 薬剤処方5日目	14 (入院6日目) 薬剤処方6日目
15 (入院7日目) GMA導入療法① 血液検査 薬剤処方7日目	16 (入院8日目) 薬剤処方8日目	17 (入院9日目) 薬剤処方9日目	18 (入院10日目) 退院日退院処方28日分 血液検査 薬剤処方10日目 栄養指導②後退院	19 (入院11日予備日)	20	21
22 (外来移行) GMA導入療法②	23	24	25 外来 GMA導入療法③	26	27	28
29 外来 GMA導入療法④	30	5/1	2 外来 GMA導入療法⑤	3	4	5
6 外来 GMA導入療法⑥	7	8	9 外来 GMA導入療法⑦	10	11	12
13 外来 GMA導入療法⑧	14	15	16 外来 GMA導入療法⑨	17	18	19
20 外来 GMA導入療法⑩	21	22	23 外来 GMA維持療法① (1回/2w毎)	24	25	26

「IBD患者様」 ～定期検査の流れ～

※指定難病申請のため、年に1回の検査が必須

- ① 再診時、継続申請用紙（4月～8月）
- ② 臨床症状の評価
 - ・ 血液生化学検査
 - ・ CT
- ③ 上部・下部内視鏡検査・生検（内視鏡を実施する意義）
- ④ 継続申請用紙記入（重症度判定・**軽症特例の評価**）
- ⑤ 患者さんより保健所へ申請
- ⑥ 加療継続

33,330円を超える月が
支給認定申請月以前の
12月以内に3回以上
ある場合をいいます。

（演者作成）

「IBD患者様」 ～当院での受診から治療の流れ～

- ① 外来受診 内視鏡検査予約 採血検査など
- ② 内視鏡検査（生検）等で、IBDの診断
- ③ 厚生労働省ホームページ 指定難病からダウンロードした
申請用紙に記入
- ④ 特定疾患申請準備の説明（住所最寄り保健所への指示）
- ⑤ 患者さんより保健所へ申請
- ⑥ 加療（受理前は高額医療申請、受理後より公費）

（演者作成）

当院の内視鏡検査の特徴

- ①同日に上部・下部内視鏡検査を施行します。
- ②少しでも、苦痛のないように、ご希望があれば、鎮静化で施行します。



【IBD治療後の経過】

血中LRG、便中カルプロテクチン、PGE-MUM等のバイオマーカーで経過観察します。

バイオマーカー	サンプル	長所	短所
カルプロテクチン	便	粘膜治癒の評価に有用、 再燃予測などエビデンスが豊富	採便・持参が必要 原則3ヵ月に1回の制限あり
便潜血検査	便	粘膜治癒の評価に有用 低コスト	採便・持参が必要
CRP	血液	急性期や重症例で有用 低コスト 繰り返し測定可能	感度が低い
LRG	血液	CRP陰性例においても活動性評価 に有用	原則3ヵ月に1回の制限あり
PGE-MUM	尿	採尿のみで簡便、低侵襲	エビデンスが少ない

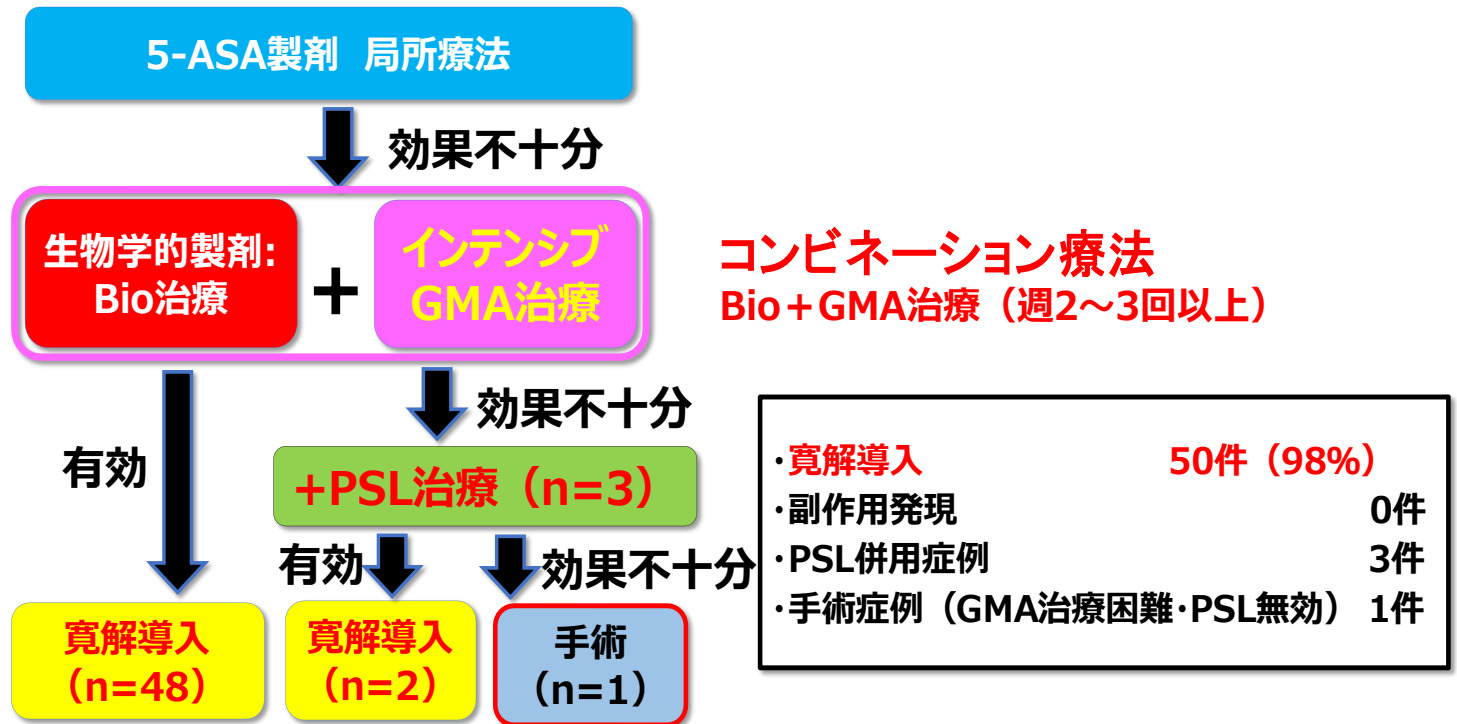
日本大腸肛門病会誌(年間1-10号)第76巻第10号 2023年10月・武富啓展ほか一部改変

※注意点

カルプロテクチン、LRG、PGE-MUMは内視鏡検査実施月は同時算定不可
医学的な必要性がある場合は1ヶ月に1回行うことも可能(病状詳記記載)

2022年から2023年度

前施設での重症度が中等度以上UC 51例（新規42例 再燃9例）の寛解導入時成績



【背景】

バイオ製剤（5-ASA併用・ステロイド無）で寛解導入率は約80%と言われている

1年後の寛解維持率（60～70%）

3年後の寛解維持率（50%～60%）

当院では寛解導入及び維持率を高めるためGMA療法とのコンビネーション療法を実施

→導入時バイオとGMAインテンシブ治療（入院中に10回）

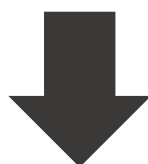
寛解後、維持治療のバイオ + GMA維持療法（2回 / 月）

2022年度から2023年度

【前施設における寛解後導入1年後の寛解維持療法成績】

寛解導入後、全症例に生物学的製剤の維持療法を継続

さらに症状に応じGMA維持療法（2回 / 月）を継続



**寛解導入1年後の寛解維持例47件（寛解導入50件）
（寛解維持率92%）**

【前施設での寛解導入3年後の寛解維持療法成績】

**2021年度の寛解維持率75%（20例中15例）
（インフリキシマブ・アダリムマブ・ウステキヌマブ・ゴリムマブ等）**

こんな患者様をご紹介します！

- 潰瘍性大腸炎、クローン病の患者様
- 潰瘍性大腸炎、クローン病の患者様で既存治療で上手くコントロールできない場合
- 潰瘍性大腸炎、クローン病の疑いのある患者様

IBDを疑う症状

血便、下痢、腹痛、発熱など

IBD外来

月曜日午後・木曜日午前
風間通常外来で対応します



※上記以外でも24時間対応します！お気軽にご連絡ください。

蓮田病院IBDセンターご紹介窓口



048-766-8111



〒349-0131 埼玉県蓮田市根金1662-1

公共交通機関のご案内

- ・JR宇都宮線「蓮田駅」より

タクシー 所要時間：約15分

- ・朝日バス（東武バス）東口3番のりば

所要時間：約20分

菖蒲仲橋行（西新宿経由）

下大崎行（西新宿経由） 蓮田病院前下車

- ・無料送迎バス（つばさ観光バス）

蓮田駅西口埼玉りそな銀行前

所要時間：約20分

お車をご利用の方へ

圏央道：白岡菖蒲ICより国道122号線岩槻方面

約10分

東北自動車道：久喜ICより県道3号線大宮方面

約15分

蓮田スマートインターチェンジより

約10分

※駐車場：当院では有料駐車場250台

（そのうち優先スペース7台）完備

（当院受診の患者様には割引あり）