

意見書

令和8年3月11日

大阪拘置所医務部保健課長

医師C

1 はじめに

私は、血液・腫瘍内科を専門とする医師であり、所属する特定機能病院（大学医学部付属病院等）における研究・指導のほか、地域医療支援病院（地域中核病院等）における臨床に携わっており、内科全般の診療経験を有しています。大阪拘置所では、平成21年7月1日付けで法務技官（医師）として、被収容者の医療に携わっており、患者■■■■氏（以下「原告」という。）の実情を知る立場の医師として、原告が提出した医師意見書（以下「原告医師意見書」という。）を踏まえ、意見を述べます。

2 胃食道逆流症（逆流性食道炎等）の食事療法に関して

一般には、高脂肪食、刺激性のある食べもの、甘味食、アルコール、カフェインなど胃酸の分泌を抑える食事指導がされます。原告医師意見書のような『揚げ物を控える配慮は不要』という指導はされず、『食事制限よりバランスのよい適量の食事や生活習慣の改善の方が治療の効果が大きい』という明確な根拠はありませんし、大阪拘置所の食事療法を『極端な食事制限』と表現している根拠については乏しいと言わざるを得ません。文献的にも、脂肪分は胃食道逆流症の症状を悪化させる要因と考えられており、市中のクリニックで臨床に携わる医師の多くが、前述の食事指導を推奨しています。GERD診療ガイドライン2015では、メタアナリシスの論文の結果から、実際に症状を悪化させるものとしてタバコ、アルコール、臥位が挙げられ、脂肪食は挙げられていませんが、否定する根拠もなく、今後の検討課題とされていると思われる。したがって、原告の＜医療上誤っている＞という結論は誤りです。

また、原告医師意見書では、一般論として、症状が憎悪する逆流性食道炎の患者が一定数いるが『本人が該当する食材を避ければ問題ない』と指摘されています。しかしながら、原告は、「自分は、PPIを内服していれば何を食べても大丈夫」と発言しており、とても本人に任せることができなかつたのが実情です。原告には、逆流性食道炎に対する不安を払拭するため、また、後述するPPIの長期使用の副作用のリスクなどの経過確認のため、上部内視鏡検査の実施を勧めまし

たが、それも拒否されました。このような原告のひどく不条理な主張からも食事療法を継続せざるを得ませんでした。

3 PPIの処方について

原告医師意見書では、一般論として、原告のようなPPIの減量により症状を再燃しやすい患者に『維持療法として処方する』と述べていますが、漫然と投与することが望ましくないとされるのも事実です。PPI長期内服に関しては、様々な疾患（脳卒中、認知症、市中肺炎、心筋梗塞、肝性脳症、貧血、胃底腺ポリープ、腎不全、慢性腎臓病、腸管感染症、骨折、骨粗鬆症、ビタミン・ミネラル吸収障害など）の発症との関連が指摘されています。GERD診療ガイドライン2015のステートメントでは、「PPIによる維持療法の安全性は高いが、長期投与に際しては注意深い観察が必要である。適切な適応症例においては、投与期間について明確な制限は存在しないが、必要に応じた最小限の用量で使用することを提案する。」とあります（否定する意見もありますが、実臨床の場面ではポリープの増加、市中肺炎の増加、危険な腸管感染症（偽膜性腸炎など）は、よく体験するところだ。）。

したがって、PPIの漫然とした投与を避けるためにも、本人に対して、＜食事療法を延々と続けるのではなく、症状がおさまっているのなら一旦、休薬して食事を通常食に変更する、その後症状が再燃すれば内服を再開する＞という方針を何度も説明しています。いわゆるオンデマンド療法です（PPIのオンデマンド療法：・オンデマンド療法とは内服薬でいったん症状が消失したら中止、胃酸逆流症状が再度出現した時に内服を速やかに再開し症状が消失すれば服薬を終了する。必要となしに必要な分だけ内服を服薬する治療法で、副作用の懸念を軽減させることができる。保険医療では認められていませんが一般的な対処方法。）。

しかしながら、原告は、「自分は1日でも休薬すると症状が強くなる。」と主張して一切受け付けません。また、長期使用の副作用のリスクも説明しましたが、「自分は副作用は熟知しているので大丈夫」などと主張して休薬を拒否していました。

4 上部内視鏡検査について

逆流性食道炎の診断時には上部内視鏡検査を行い、PPIの常用量の内服を終了すれば、日常生活に留意すれば症状が再燃することなく経過する人も多く見られますが、一方、症状が再燃する場合などのために維持療法を継続する人がいることも事実です。維持療法中、上部内視鏡検査をどの程度実施すべきかについては、一律にいうことはできませんが、PPIを内服しても症状の軽減が限定的である患者や、継続的に内服しないと症状が再燃する患者には、他の疾患を除外する目的で上部内視鏡検査の実施が考慮されることがあり、具体的な症状としては、吐血や下血、PPI内服中にも関わらず強い胃痛を認める場合、食物がつかえる感じなどが認められる場合などが考えられます。

大阪拘置所では、上・下部内視鏡検査を必要とする患者に対して、通常業務と

して実施しており、鎮静剤のリスクを考慮して、一般社会における検診の場合にならって鎮静剤を使用していませんが、実施者は、当然、経験が豊富の医師であり、極端な苦痛を訴える収容者はいません。原告が、本当に上部内視鏡検査を必要と感じているのであれば実施を希望するはずですし、試してみても、もし苦痛が強ければ途中で中止を訴えることもできます。原告が、上部内視鏡検査を拒否し続けた理由は不可解としかいいようがありません。

原告には、短期的に黒色便といった症状が見られたこともありましたが、特に上記のような症状の訴えはなく、何度か実施した血液検査でも、消化管出血などによる Hb（ヘモグロビン）値の低下など明らかな異常所見は認められませんでした。また、私から、原告に『自覚症状はどうか』と、再三、質問しましたが、上部内視鏡検査の実施に関わる症状の訴えも認められず、原告に鎮静剤を使用した上部内視鏡検査を実施する緊急性・重要性は認められないと判断できたものです。したがって、原告の＜鎮静剤を用いた内視鏡検査を行わなかった措置が医療上誤っている＞という結論は明らかに誤りです。

5 その他

原告は、令和7年5月頃から、低ナトリウム血症の症状「ふらつき、脱力感、めまい」等があり、軟菜食の栄養不足が原因だと主張しているようですが、原告の血中ナトリウム濃度が 134mmol/L を下回ったこともなく、原告には、診察時、他覚的にふらつき等を認めることもなく、低ナトリウム血症として緊急に対応すべきような症状も認められませんでした。

低ナトリウム血症とは、腎・心・肝障害、薬剤性、水分摂取異常、運動・下痢・嘔吐など様々な原因により血中ナトリウム濃度が低下した状態であり、血中ナトリウム濃度が 135mmol/L から 145mmol/L の間が基準値とされ、130mmol/L を下回る程度から症状の出現が見られるようになり、生理食塩水の点滴投与などで対処することになります。また、慢性より急性な濃度低下に危険が潜み、早期の対応が望まれます。

原告の血中ナトリウム濃度はほぼ基準値であり、症状その他検査結果等も踏まえ、低ナトリウム血症として対応すべき値ではなく、原告にもそのように説明した上、薬剤服用の継続により臓器障害を生じるリスクがあることを伝えています。