

厚生連 尾道総合病院医報

第 33 号

目 次

巻頭言田 中 信 治..... 1

原著

当院における小腸カプセル内視鏡検査の現況飯尾 澄夫ほか..... 3

認定看護師の継続的教育による効果東舎 見真ほか..... 5

症例報告

S 状結腸癌の孤立性副腎転移に対して腹腔鏡下摘除術を行った1例角西 雄一ほか..... 9

病型診断に苦慮した心アミロイドーシスの一例武市 一輝ほか..... 13

カンファレンス

高次脳機能障害を考える - 神経心理ピラミッドと対人関係の理解小 林 雄 一..... 17

JA 尾道総合病院における脳卒中治療について阿美古 将..... 19

(次頁つづく)

厚生連尾道総合病院医報
Med. Bulle. Onomichi Gener. Hosp.



HAND in HAND

発行者 厚生連尾道総合病院
発行日 令和 5 年 12 月 1 日

目 次 (つづき)

CPC

血痰を呈した急性心不全の一例	野上 剛ほか.....	21
鼠径部巨大腫瘍を認め突然死した一例	柴村 奈月ほか.....	27
原発性硬化性胆管炎の経過中に慢性肝不全の進行をきたし死亡した一例	石根 正顕ほか.....	33
腭頭部癌の経過中に消化管出血を来した1例	片山 大奨ほか.....	43
腹腔内出血による急激な転機を辿った腭癌多発肝転移の一例	安部倉 萌ほか.....	53
腭頭部癌術後残腭再発から肝転移・腹膜播種をきたし死亡した1例	中川 哲志ほか.....	63
著 書		75
論文発表		77
学会発表		86
メディア情報		115
院内カンファレンス		116
院内主要行事		118
職場だより		121
委員会報告		143
「厚生連尾道総合病院医報」投稿規定		154
編集後記		156

アフターコロナ時代の幕開け

JA 尾道総合病院 病院長 田 中 信 治

JA 尾道総合病院は1957年に農業協同組合によって開設され、2011年5月に平原台に新築移転し、今年で開設66年目を迎えました。諸先輩達による努力の継続の結果、現在、高度急性期に対応する公的病院としてチーム医療を実践しながら、①がん医療、②救急医療、③小児・産科医療、④災害医療の分野を重点的に担っています。現在、365日24時間の救急医療体制を整え可能な限り多くの急性期の患者さんを受け入れております。診療圏としては、尾道市を中心に広島県東部の地域医療を担っておりますが、⑤地域医療連携にも力を入れ、尾三地域および近郊全体の医療体制のサポートを行っております。2019年に政府が提案した「地域医療構想」につきましても、コロナ禍のために検討が中断されていましたが、現在の地域医療体制を堅持しながら対応できるよう今後広島県と協力して鋭意検討を重ねて努力して参ります。

一方で、当院は診療のみでなく、医育機関として次代を担う医療人を育成すべく医学生・研修医・専攻医の教育・指導も行っております。また、多職種がかかわるチーム医療教育を実践する臨床実習教育研修施設として、わが国の次世代医療人養成を通じた社会貢献も果たしております。

本誌は、尾三地域および近郊全体の地域医療を支える診療機関として、次代を担う医療人を育成する医育機関としての情報提供、地域や院内の情報共有・連携の手段として重要な存在です。本誌の歴史は古く、年1回の発刊ですが本号が第33号となります。学術論文、学術業績（令和4年4月～令和5年3月の期間分）などの医学情報も含めて、当院の理解を深めて頂く資料として活用頂けると幸いです。

約4年間続いたコロナ禍も、コロナウイルス感染症が2類から5類に変わり、まだまだ診療の現場では気の抜けない状況ではありますが、一般の社会活動や経済活動はほぼコロナ禍以前の状態に戻つつあります。アフターコロナ時代にスムーズに移行しながら、当院の理念「良質で安全な医療提供」を継承し、これまで同様に地元の皆様から信頼される医療機関として安全で質の高い診療に努め、常に新しい知識の習得と技術の研鑽に励むとともに生命の尊厳と人間愛を大切にして参ります。全力で社会貢献に努めて参りますので、今後とも従来と変わらぬご支援とご鞭撻を何卒宜しくお願い申し上げます。

原 著
症 例 報 告
カ ン フ ァ レ ン ス
C P C

当院における小腸カプセル内視鏡検査の現況

飯尾 澄夫¹・延藤 大樹¹・圓山 聡¹・池田 守登¹・若井 雅貴¹
平昭 衣梨¹・津島 健¹・清水 昇典¹・北村 正輔¹・片村 嘉男¹
小野川靖二¹・平野 巨通¹・花田 敬士¹・田中 信治¹

はじめに

カプセル内視鏡 (Capsule endoscopy, 以下 CE) はカプセル型の内視鏡で, 被験者がカプセルを嚥下し, 小腸を通過しながら連続して粘膜を撮影することが可能である。CE は小腸疾患が既知又は疑われる患者 (消化管の狭窄又は狭小かを有する又は疑われる場合にはパテンシーカプセルを使用する) に対して保険適応となっている。現在本邦ではコヴィディエン社製の PillCam®SB3 (図 1 a) とオリンパスメディカル社製の Endocapsule®, (図 1 b), CapsoVision 社製の CapsoCam Plus® (適応疾患は原因不明の消化管出血 (obscure gastrointestinal bleeding, 以下 OGIB)) (図 1 c) の 3 種類の CE が保険適応となっている。パテンシーカプセル (PillCam®パテンシーカプセル) とは消化管の狭窄又は狭小化を有する又は疑われる場合に小腸の開通性を評価するための自己崩壊性カプセルである。パテンシーカプセルは PillCam®SB3/

endocapsule® は同サイズで 26×11mm であり, 開通性がある場合は原型を留めて大腸まで流入する。その場合にはできるだけ間隔を空けずに CE を施行するようにする。

PillCam®SB3, Endocapsule® はカプセル先端にカメラが 1 つ搭載されており, 小腸内で撮影された画像を体外に貼付したセンサアレイで受信しデータレコーダに保存される。CapsoCam Plus® では周囲に 4 つのカメラを搭載することで 360 度高画像パノラマ撮影により撮影の死角を軽減し, 内部メモリーに画像を記録することで検査者がセンサアレイ・データレコーダを装着する必要がなく, 電波干渉による画像欠損がなくなる利点がある¹⁾。ただし, カプセルにメモリーが搭載されているため, 必ずカプセルを回収する必要があるため, 患者の居住環境を含めたコンプライアンスに考慮する必要がある。JA 尾道総合病院ではカプセル回収に難渋する可能性を考慮し, パテンシーカプセルを使用できることから PillCam®SB3 を使用している。



図 1

¹⁾JA 尾道総合病院 消化器内科科

対象と方法

当院にて2009年4月から2023年3月にCEを施行した361例（男性212例（59%），平均年齢62歳）について，主訴別内訳，over nightでCEを施行した群（以下ONCE）／日帰りでCEを施行した群別（以下N-ONCE）での全小腸観察率について検討した。なお，当院では全小腸観察率の向上及び，パテンシーカプセル施行患者の頻回な外来受診を軽減するために原則over nightでのCEを施行している²⁾。

結果と考察

主訴別内訳ではOGIB 209例（58%），炎症性腸疾患の病勢評価65例（18%），他検査で小腸病変指摘又は小腸腫瘍精査50例（14%），腹部症状30例（8%），その他7例（2%）であった（図2）。主訴別割合ではOGIBが58%と半数以上を占めていたが，ついで炎症性腸疾患の病勢評価・他検査で小腸病変指摘又は小腸腫瘍精査が多く，これは元々CEの適応はOGIBに限定されていたが2012年7月より適応が拡大され滞留のリスクが高いクローン病及びその疑いがある場合にも使用可能となったことを反映していると考えられた。今後は，炎症性腸疾患精査及び経過観察目的のCEの割合の増加が予想される。

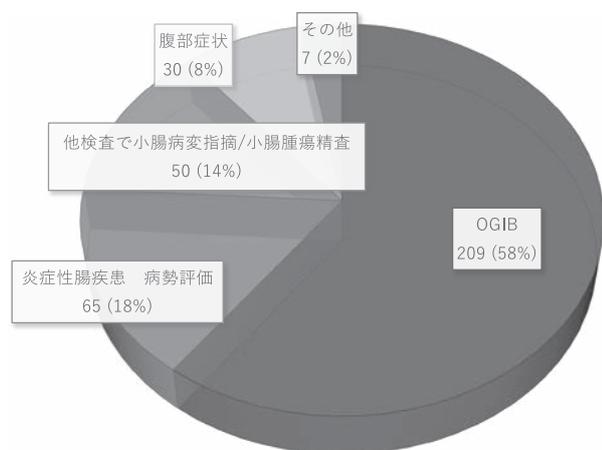


図2

ONCE群は316例，N-ONCE群は45例であった。全小腸観察率はONCE群で93%（293例），N-ONCE群で86%（39例）であった（表1）。両群ともに高い全小腸観察率を示したが，特にONCE群で高く，ONCEは全小腸観察率の向上に寄与すると考えられた。また，患者への来院日数の軽減にも寄与することから結果的に患者負担の軽減へつながると考えられた。

表1

	症例	全小腸観察率
ONCE	316	293 (93%)
N-ONCE	45	39 (86%)

引用文献

- 1) Pioche M, et al. Prospective randomized comparison between axial- and lateral-viewing capsule endoscopy systems in patients with obscure digestive bleeding. *Endoscopy*, 46, 479-484. 2014
- 2) Imagawa H, et al. A trial of the use of patency capsule in combination with overnight capsule endoscopy, *Digestion*. 2025;91 (1): 46-9

認定看護師の継続的教育による効果

東舎 見真¹・小林 雄一¹

キーワード：スタッフ教育 認定看護師活動 脳卒中 クリニカルパス 業務改善

【はじめに】

当院は地域の基幹病院であり、脳卒中患者に対しても急性期治療を積極的に行っている。2019年度より医師の異動が行われ、入院患者・検査・手術件数が増加した。

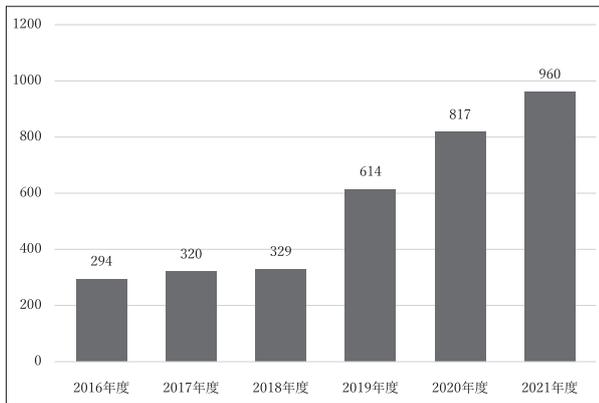


図1 脳神経外科の新規入院患者

2016～2018年	入院患者数	314件 / 年
	手術件数	67件 / 年
	血管内手術	26.6件 / 年
2019～2022年	入院患者数	691件 / 年
	手術件数	199.5件 / 年
	血管内手術	124件 / 年

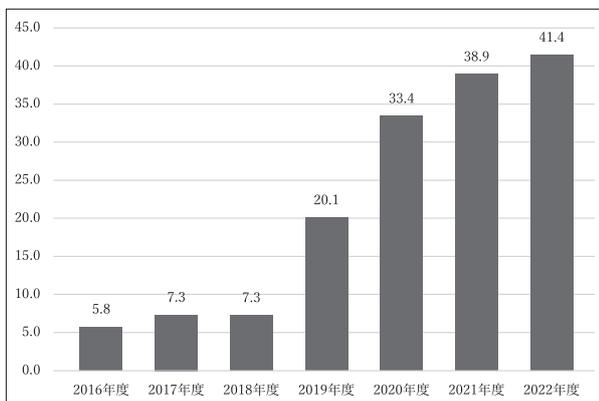


図2 1か月当たりの脳神経外科手術件数の推移

これに加え2018年から看護師の病棟異動・新規採用者増加の影響で、脳神経看護の経験が浅いスタッフが増え知識や技術の統一が図れていなかった。また入院・手術件数が増えたことで業務が多忙となり、看護師の脳神経看護に対する負担、苦手意識が生まれた。この度、認定看護師の継続的な勉強会の実施やクリニカルパスの作成・運用による看護師への教育・業務改善を行った結果、看護師の意識の変化が見られたので報告する。

【方 法】

アンケート調査：脳神経外科・泌尿器外科・歯科
混合病棟看護師36名
倫理的配慮：JA尾道総合病院 臨床研究倫理委員会承認

【結果・実施】

2019年からの脳卒中リハビリテーション看護認定看護師としての活動

- 新規クリニカルパスの作成
- 定期的な勉強会の実施（2019年4回，2020年5回，2021年6回，2022年6回）
- 他職種・医師勉強会の企画，運用
- 脳神経外科病棟，HCU，ICU ラウンド
2回 / 月程度
- リハビリカンファレンス 4回 / 月
- 他職種回診 4回 / 月
- ベッドサイドカンファレンス
を継続的に実施した。

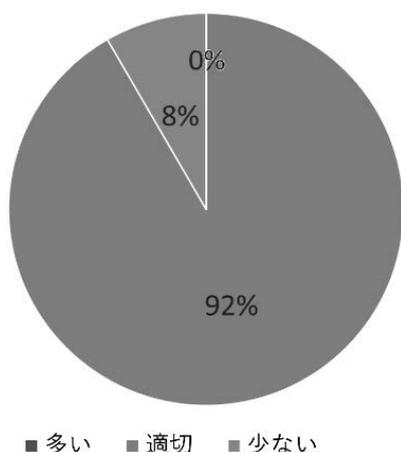
¹JA尾道総合病院 看護科

表1 クリニカルパス作成・修正

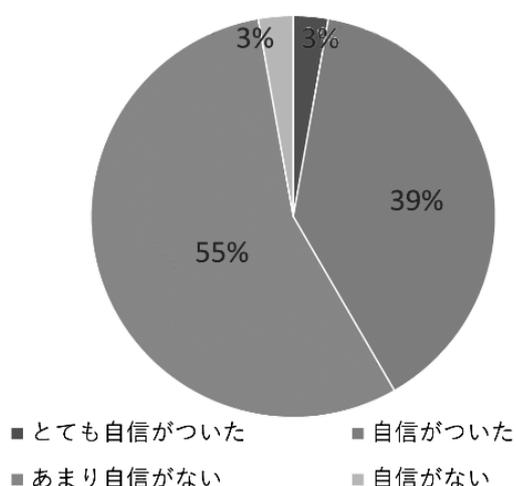
2019年～	脳神経外科チームと協力し作成 CAS・DSA パス作成・マニュアル修正 CEA マニュアル作成
2020年～	慢性硬膜下血腫・軽症脳梗塞パス作成 TAE・TVE パス作成 CAS パス運用開始
2021年～	開頭クリッピングパス作成 脳腫瘍・CEA パス作成運用開始 水頭症パス作成 動脈吻合術パス作成開始

2019年より継続的に行ってきた活動について病棟看護師にアンケート調査を行った。

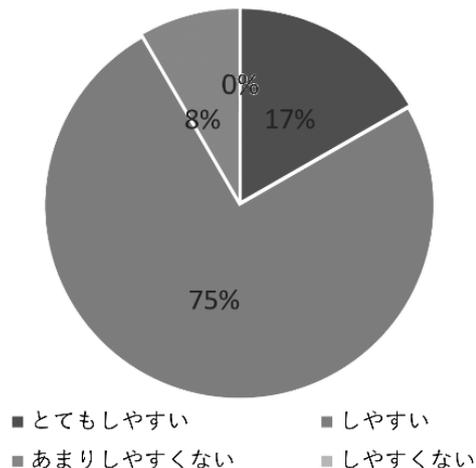
1.勉強会の回数は適切か



2.脳卒中の観察に自信が持てるようになったか



4.クリニカルパスによって術後管理が行いやすくなったか



3.勉強会により脳卒中に対する苦手意識は改善したか

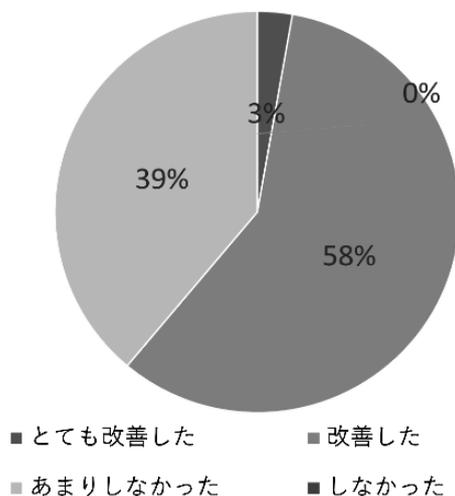


図3 アンケート調査結果

その他の意見として

- ・頻回に勉強会を行ってほしい。
 - ・勉強会というくりではなくても良いので、短時間での症例検討などをカンファレンスで取り入れてほしい。そうすることで患者のイメージがわきやすい。
 - ・画像診断を看護に生かすための勉強会を行ってほしい。
- という意見があった。

アンケートの結果より、定期的な勉強会を継続して行うことで、看護師の知識を高め脳神経看護に対する苦手意識を軽減する事ができたと半数以上の病棟看護師が回答した。

クリニカルパスを作成し使用することで、経験の差があっても一定の観察を行えるようになった。また医師への依頼事項が明らかとなり、スムーズに医師とコミュニケーションが取れるようになった。勉強会を通じて、早期離床・転院調整を意識するようになった。2016年から2018年までの平均在院日数は20.7日であった。早期離床・転院調整のための取り組みを行ったことで2019年から2021年では平均12.2日、2022年度の4月から12月までの平均在院日数は9.2日となった。また転院先の病院と密に連携を行い、転院先の受け入れ態勢が拡充したことで早期転院が行えるようになった。

【考 察】

2019年より継続的に勉強会を定期開催し、クリニカルパスの作成、マニュアルの作成を行った。これにより他部署からの異動や新人に対し、一定のレベルで指導を行うことができた。クリニカルパスを使用したことで、統一した術後観察ができるようになり脳神経看護に対する苦手意識が軽減したと考える。病棟に認定看護師が常駐していることで、タイムリーに相談が行えている。ベッドサイドカンファレンスを通じて患者をイメージすることで、脳神経看護へ対する苦手意識軽減につながったと考える。

転院調整への意識が向上したことで、早期離床の重要性についてスタッフ間で再認識できた。急性期の脳卒中患者に対しリスク管理を行い、早期から離床・ベッドサイドリハビリを積極的に行うようになった結果、合併症による入院の延長が少なくなった。また転院先の病院と連携を行うことでスムーズな転院調節が行えるようになり、平均在院日数が減少したと考える。

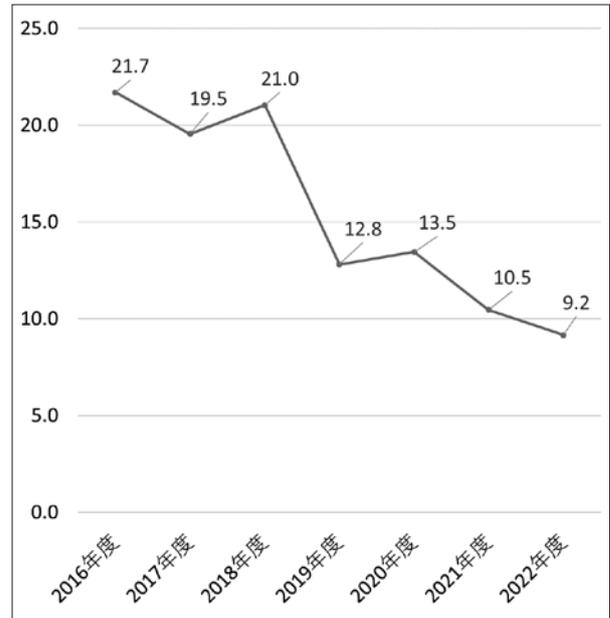


図4 平均在院日数 ～脳神経外科～

アンケートの結果から今後も認定看護師による勉強会は継続して定期的に行い、頻度や回数について検討していく。今後は、クリニカルパスの観察だけでなく、脳神経看護に対するアセスメント能力向上を病棟内で行っていく必要がある。病棟が多忙の際は勉強会の開催自体が困難になることもある。そのため、カンファレンスの時間を利用し短時間で症例検討や看護について病棟スタッフと情報共有を行っていく。病棟看護師の悩みや、観察点について不安に思っている事を共有し問題を解決できるよう今後も脳卒中リハビリテーション看護認定看護師として関わっていきたい。

S 状結腸癌の孤立性副腎転移に対して腹腔鏡下摘除術を行った 1 例

角西 雄一¹・白根 聡¹・岩本 秀雄¹・森山 浩之^{1*}
米原 修治²・倉吉 学³・中原 雅浩³

抄 録

S 状結腸癌術後の孤立性副腎転移に対して腹腔鏡下摘除術を行った 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

患者は74歳、男性で、S 状結腸癌診断時にはすでに右副腎腫瘍を認めていたが、この時点ではホルモン非活性副腎皮質腺腫の可能性が高いと判断していた。S 状結腸癌の術後、右副腎腫瘍には増大傾向を認めたため転移の可能性もあると考え腹腔鏡下副腎摘除術を施行したところ、S 状結腸癌の転移であることが病理組織学的に明らかとなった。術後は、外科にて補助抗癌化学療法が行われている。副腎摘除術後4ヵ月で行われた¹⁸F-FDG PET/CT では、新たな転移の出現はない。

I. 緒 言

悪性腫瘍剖検例における副腎転移の頻度は14.5%と報告されており¹⁾、比較的高頻度である。副腎転移が発見された場合には、肺や肝などの他臓器にも同時に転移を認めることが多く、副腎転移が外科的治療の対象になることは少ない。

今回われわれは、S 状結腸癌の孤立性副腎転移に対して腹腔鏡下副腎摘除術を行った 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

II. 症 例

患者：74歳、男性。

主訴：右副腎腫瘍。

既往歴：63歳時、胆石に対して単孔式腹腔鏡下胆嚢摘除術。当科受診の9ヵ月前、S 状結腸癌に対して腹腔鏡下 S 状結腸切除術を受けていた (Well differentiated tubular adenocarcinoma, pT3(SS), intermediate type, INF a, pLy0, pV0, N0[0/21], pPM0, pDM0, pRM0)。

現病歴：S 状結腸癌の診断時に右副腎の腫大を指摘されていたが、ホルモン非活性であり、またほかには S 状結腸癌の転移巣は認めなかったことから非機能性副腎皮質腺腫の可能性が高いと考えられ、経過観察となっていた。

S 状結腸癌術後4ヵ月の CT で右副腎腫瘍には増大傾向が認められたため、治療目的にて当科に紹介となった。

現症：身長166.0cm、体重70.2kg。体温36.7℃。血圧131/81mmHg、脈拍70/分。上腹部正中には、人工肛門閉鎖後の4cm 長の手術瘢痕を認めた。外陰部には特記すべき異常所見なし。表在リンパ節は触知せず。

検査所見：末梢血液検査、血液生化学検査では大きな異常値なし。血清 CEA は6.7ng/mL (正常5.5以下)と軽度上昇。副腎関連ホルモンでは、ノルアドレナリンのみ0.64ng/mL (正常0.06-0.50)と軽度上昇。

腹部造影 CT：右副腎の腫大を認め (図1)、S 状結腸癌の術前 CT と比較し増大傾向が明らかであった。

¹JA 尾道総合病院 泌尿器科 (※現籍：みどり病院)

²JA 尾道総合病院 病理研究検査科

³JA 尾道総合病院 外科



図1 腹部造影CT（冠状断像）
右副腎の腫大（矢印）を認め、S状結腸癌の術前CTと比較し増大傾向が明らかであった。

以上の検査結果から、ホルモン非活性副腎皮質腺腫である可能性はあるものの、増大速度の速さからS状結腸癌の転移も否定はできないと考えた。転移性副腎腫瘍の場合でも、ほかには転移を認めないことから手術の適応と判断し、腹腔鏡下右副腎摘除術を施行した。

手術所見：副腎腫瘍は肝下面と強固に癒着しており、剥離操作の際に肝損傷が発生した（図2A）。肝下面以外の部分では癒着はなく、摘除を終了することができた。肝損傷部からの出血に対してソフト凝固で止血を行った後（図2B）、タコシール[®]を貼付して手術を終了した（図2C）。

病理組織学的所見：副腎の腫瘍は、壊死傾向の強い腫瘍組織よりなっていた。腫瘍は高円柱状の腫瘍細胞が papillo-tubular structure を示して増殖する像より成り（図3A）、前回切除にみる sigmoid colon cancer（図3B）と同様の像であった。

経過：術前若干高値をとっていた血清CEAは、術後は4.2ng/mL（正常5.5以下）と正常化した。副腎病変がS状結腸癌の転移であることが判明後は、外科で補助抗癌化学療法（Capecitabine+Oxaliplatin→Capecitabine+Bevacizumab）が術後6か月間施行され、以後は無治療経過観察中である。副腎摘除術後3年経過したが、新たな転移の出現はない。

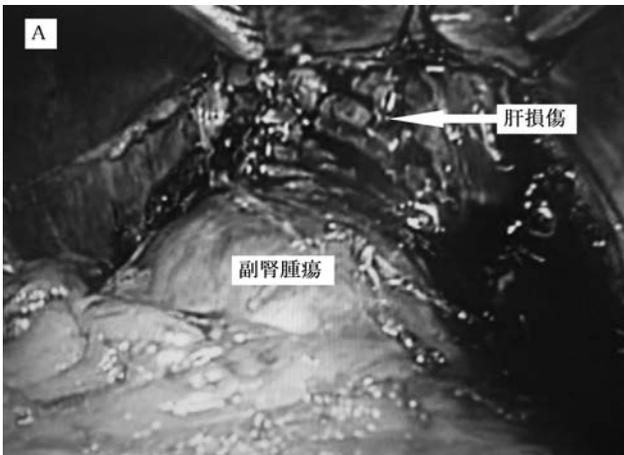


図2 手術所見

副腎腫瘍は肝下面と強固に癒着しており、剥離操作の際に肝損傷が発生した（A）。肝損傷部からの出血に対してソフト凝固で止血を行った後（B）、タコシール[®]を貼付して手術を終了した（C）。

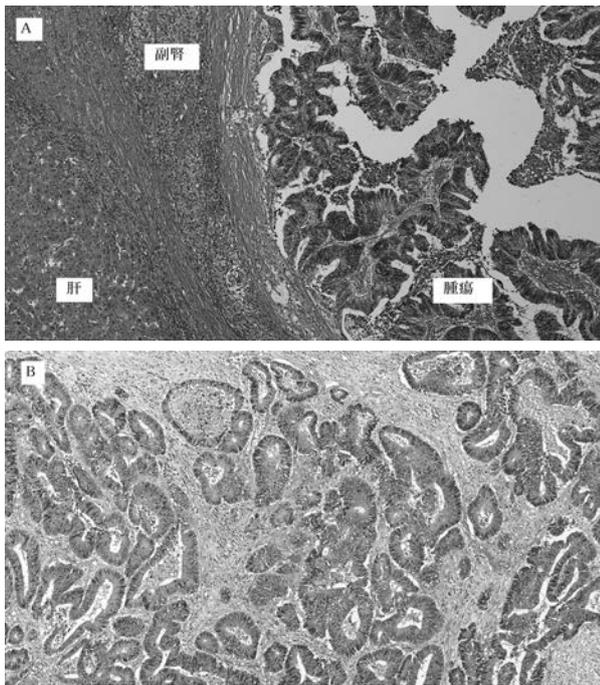


図3 病理組織学的所見 (HE 染色, 対物×5) 副腎の腫瘍は高円柱状の腫瘍細胞が papillotubular structure を示して増殖する像よりなり (A), 前回切除にみる sigmoid colon cancer (B) と同様の像であった。

Ⅲ. 考 察

副腎は比較的悪性腫瘍が転移しやすい臓器であり²⁾, その理由として様々な血行路が存在し血流が豊富であることや血管の類洞構造の存在などが考えられている³⁾。北村らの報告¹⁾によると, 悪性腫瘍剖検例70,804例において副腎転移の頻度は14.5%と報告されており比較的高頻度であるが, そのうち孤立性の副腎転移の頻度は1.8%と低い。

転移性副腎腫瘍に対する外科的治療の最大の目的は予後の改善である。孤立性副腎転移に対する手術は, 主に乳癌において1970年代に行われ始めた。1982年 Twomey ら⁴⁾ は, 大細胞肺癌の孤立性副腎転移切除後6~14年の無病生存している2例の患者を報告した。その後さまざまな悪性腫瘍においても孤立性副腎転移切除後の生存率の改善が諸家により報告されてきたが, これらの報告の多くは少数例の症例報告に過ぎなかった。1998年には Memorial Sloan-Kettering Cancer Center から, メラノーマや腎癌, 大腸癌,

乳癌など37名における5年生存率が24%と優れた手術成績を得られたことが報告された⁵⁾。最近では, Zheng ら⁶⁾ が, 転移性副腎腫瘍に対する外科切除群の平均生存期間は 33.8 ± 4.5 ヵ月, 非外科切除群の平均生存期間は 6.3 ± 2.7 ヵ月と報告し, 転移性副腎腫瘍摘除術が生存期間を延長させることができると結論づけている。

副腎腫瘍摘除術を成功させるための重要な要素は十分な切除マージンを確保し腫瘍の損傷を回避することである。従来は開腹手術で行われてきた転移性副腎腫瘍摘除術であるが, 近年は今回われわれが行った腹腔鏡下手術が選択される機会も増えている。2007年 Adler ら⁷⁾ は, 開腹手術例9例と腹腔鏡下手術例8例を97ヵ月の観察期間でレトロスペクティブに比較検討している。周術期の成績について手術時間に両群間に有意差はなく, 出血量や合併症, 入院期間では有意に腹腔鏡下手術群で少ないという結果であった。また, 癌なし生存期間や全生存期間など癌の転帰を見ても両者に統計学的有意差は認められず, 低侵襲治療として腹腔鏡下手術の有用性が証明され, 安全性や制癌効果についても開腹手術と遜色がないことが示された。その後 Marangos ら⁸⁾ は, 41例の転移性副腎腫瘍疑いに対し腹腔鏡下副腎摘除術を施行し, 腎静脈への浸潤があったため開腹に移行した1例以外は, 腫瘍径の大小にかかわらず手術を完遂できたと報告し, さらに腹腔鏡下副腎摘除術は開腹手術に比べて副腎転移患者の生存率を改善すると述べている。

転移性副腎腫瘍の場合は, 周囲組織との癒着がしばしば見られ適切な切除マージンの確保が困難であることが知られており⁹⁾, 周囲組織への癒着の可能性については十分に念頭に置いて手術を計画する必要がある。このため, 転移性副腎腫瘍に対する腹腔鏡下副腎摘除術は経験の豊富な腹腔鏡術者の執刀が望ましく, さらに必要であれば開腹手術への移行も躊躇すべきではない。自験例でも腫瘍は肝下面と強固に癒着していたため, 切除マージン確保のためには肝組織を一部腫瘍に付けて切除せざるを得なかったが, 幸運にも肝損傷部に対する処置も腹腔鏡下

に行うことができた。なお、右副腎摘除術において、副腎の最頭側部と肝下面間に強固な癒着を経験することは以前から指摘されていた。この癒着の原因と考えられるものに adreno-hepatic fusion (AHF) があるが^{10, 11)}、AHF は副腎および肝の被膜の一部が癒合あるいは欠損し、各々の臓器の実質細胞が混在する状態である。AHF の頻度は、以前の報告では10%以下であったが^{10, 11)}、最近では28.1%とも報告されており¹²⁾、その頻度は決してまれではない。AFH は若年者では極めて低頻度で、50歳台以降で増加が見られることより、AHF は後天的な発生が主体であると考えられている^{11, 12)}。以上から、転移性副腎腫瘍の場合のみならず中高年の右副腎摘除の際には、AHF の存在の可能性から肝下面との癒着については想定しておく必要がある。

また、腹腔鏡下手術に特有のポートサイト再発の可能性があるとされるが¹³⁾、悪性細胞が含まれるミストの発生とその散布を回避するためには、超音波駆動メスの非使用が重要であるとの警告がある¹⁴⁾。

転移性副腎腫瘍に対する副腎摘除後の生存率については、大腸癌で最も高く、非小細胞肺癌・メラノーマの生存率が最も低いと報告されている¹⁵⁾。

文 献

- 1) 北村慎治, 藤永卓治, 大川順正, ほか: 転移性副腎腫瘍の1例 - 5年間の日本病理解剖例輯報による統計的検討 -, 日泌尿会誌 73:1324-1332, 1982.
- 2) Abrams HI, Spiro R and Goldstein N : Metastasis in carcinoma: analysis of 1000 autopsied cases, *Cancer* 3: 74-85, 1950.
- 3) Greene FL, Kercher KW, Nelson H, et al. : Minimal access cancer management, *CA. Cancer J. Clin.* 57: 130-146, 2007.
- 4) Twomey P, Montgomery C and Clark O : Successful treatment of adrenal metastases from large cell carcinoma of the lung, *JAMA* 248: 581-583, 1982.
- 5) Kim SH, Brennan MF, Russo P, et al. : The role of surgery in treatment of clinically isolated adrenal metastasis, *Cancer* 82: 389-394, 1998.
- 6) Zheng QY, Zhang GH, Zhang Y, et al. : Adrenalectomy may increase survival of patients with adrenal metastases, *Oncol Lett* 3: 917-920, 2012.
- 7) Adler JT, Mack E and Chen H : Equal oncologic results for laparoscopic and open resection of adrenal metastasis, *J Surg Res* 140: 159-164, 2007.
- 8) Marangos IP, Kazaryan AM, Rosseland AR, et al. : Should we use laparoscopic adrenalectomy for metastases? Scandinavian multicenter study, *J Surg Oncol* 100: 43-47, 2009.
- 9) Castillo OA, Vitagliano G, Kerkebe M, et al. : Laparoscopic adrenalectomy for suspected metastasis of adrenal glands : our experience, *Urology* 69: 637-641, 2007.
- 10) Dolan MF, Janovski NA : Adreno-hepatic union (Adrenal dystopia), *Arch Pathol* 86: 22-24, 1968.
- 11) Honma K : Adreno-hepatic fusion. An autopsy study, *Zentralbl Pathol* 137: 117-122, 1991.
- 12) Sugimoto M, Hiramata H, Hayashida Y, et al. : Cellular intermingling between adrenal gland and liver : an infrequent cause of incomplete resection at right adrenalectomy, *J Endourol* 27: 804-808, 2013.
- 13) Suzuki K, Ushiyama T and Mugiya S : Hazards of laparoscopic adrenalectomy in patients with adrenal malignancy, *J Urol* 158: 2227, 1997.
- 14) Tsuru N, Ushiyama T and Suzuki K : Laparoscopic adrenalectomy for primary and secondary malignant adrenal tumors, *J Endourol* 19: 702-708, 2005.
- 15) Sebag F, Calzolari F, Harding J, et al. : Isolated adrenal metastasis : the role of laparoscopic surgery, *World J Surg* 30: 888-892, 2006.

病型診断に苦慮した心アミロイドーシスの一例

武市 一輝¹・重里 侑甫¹・木下 弘喜¹
大井 邦臣¹・大塚 雅也¹・森島 信行¹

I. はじめに

アミロイドーシスは折りたたみ異常を起こした前駆蛋白質が全身臓器に沈着し機能障害を起こす疾患の総称である。特に心筋間質にアミロイド線維が沈着し、形態的かつ機能的な異常をきたす病態を心アミロイドーシスと言う。心アミロイドーシスをきたす主要な病型は、ALアミロイドーシスとATTRアミロイドーシスに大別されるが、それぞれで治療戦略が異なってくるため正確な診断が重要とされる。

今回我々は病型診断に苦慮した心アミロイドーシスの一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

II. 症 例

患者: 77歳, 女性。

主 訴: 呼吸困難感

既往歴: 高血圧, 糖尿病, 脂質異常症

現病歴: 2022年9月より1ヶ月で+8kgの急激な体重増加を自覚。両下腿浮腫も認め、うっ血性心不全疑いとして近医にて利尿薬投与で加療されていたが改善しないため、2023年4月に精査加療目的に当科紹介受診した。

現症: 身長143cm, 体重80kg, 血圧116/66 mmHg, 脈拍78回/分・整, 呼吸数20回/分, SpO₂ 97% (室内気)

意識清明, 頸静脈怒張あり, 呼吸音: 呼気性喘鳴あり, 心音: I音・II音減弱, III音・IV音聴取, 眼瞼浮腫あり, 両下腿圧痕性浮腫あり。

血液学的検査所見: WBC 8130/ μ L, RBC 388万/ μ L, PLT 14.6万/ μ L, APTT 33.8秒, PT-INR 1.42, D-dimer 5.9 μ g/mL, TP 6.4g/dL, Alb 3.7g/dL, AST 26U/L, ALT 21U/L, LD 361U/L, ALP 134U/L, γ -GT 105U/L, Cre 0.98mg/dL, UA 8.4mg/dL, UN 12.2mg/dL, HbA1c 8.4%, T-Chol 130mg/dL, HDL-Chol 55.6mg/dL, LDL-Chol 52mg/dL, Na 133mEq/L, K 3.6mEq/L, Cl 94mEq/L, BNP 3,400pg/mL

尿検査: 蛋白定量 16mg/dL, 比重 1.003, pH 7, 白血球 1-4, 潜血 (3+), 赤血球 1-4個/HPF

12誘導心電図検査 (図1): 洞不全症候群によるHR40の接合部調律。左室低電位。

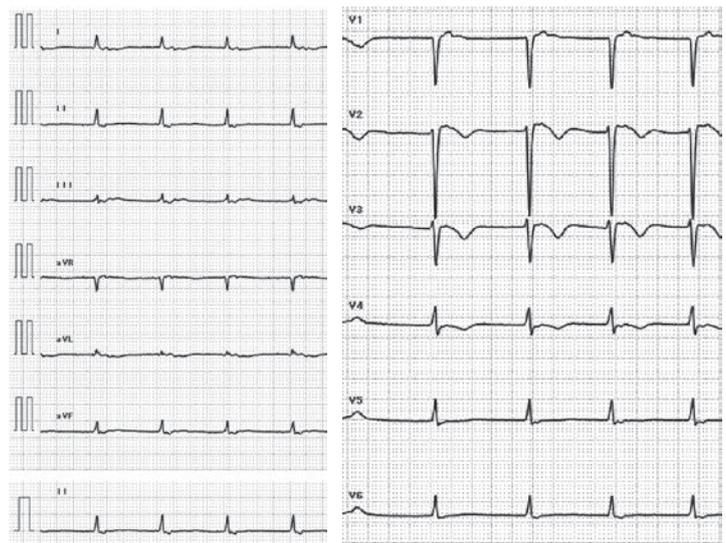


図1 12誘導心電図
洞不全症候群による接合部調律を認める

心臓超音波検査 (図2) : 左室駆出率49.0% (disk法), 明らかな壁運動異常はなし。拡張期心室中隔14.5mm, 後壁16.3mmと左室肥大あり。スペックルトラッキング法にて心尖部 apical sparing pattern あり。

胸部単純X線写真 (図3) : 肺うっ血あり。葉間胸水あり, 両側肋骨横隔膜角鈍, 心胸郭比65%。

臨床経過 : 検査結果よりうっ血性心不全と診断し, フロセミド20mgの静注, スピロノラクトン 25mg, カルベジロール 5mg, エナラプリル 5.0mgの内服にて入院加療を開始した。しかし徐々に尿量低下し, 第4病日に無尿となっ

ため, 利尿薬以外の内服を全て中止し, 持続的血液濾過透析 (CHDF) を導入した。徐々に尿量得られるようになり CHDF 離脱し, サクビトリルバルサルタン (ARNI) 開始したところ再度無尿となった。CHDF, 血液透析 (HD) を再導入し, その後は安定した尿量が得られるようになった。

また, 心エコー・心電図などから心アミロイドーシスが疑われたため, 心不全加療に並行しアミロイドーシスの精査を行った。血液検査では κ 有意に血清遊離L鎖の増加を認め, 尿中蛋白電気泳動では κ 型BJ蛋白が陽性であった。多発性骨髄腫が疑われ, 骨髄穿刺を施行したが形質細胞の上昇認められず, MGUS (単クローン性免疫グロブリン血症) と診断された。

また, 心筋生検にて, ヘマトキシリン・エオジン (HE) 染色で, 心筋細胞が一部線維のようにおきかわっていた。ダイレクトファーストスカーレット (DFS) 染色で赤褐色の染色像を認めた。免疫染色ではATTR, AL κ , λ 全てで陽性を確認した。(図4)

上記所見から, MGUS 合併のATTRアミロイドーシスもしくは原発性ALアミロイドーシスのいずれかが考えられたが, 発症から約半年で急激に増悪する臨床経過や尿中M蛋白陽性である点から原発性ALアミロイドーシスであ

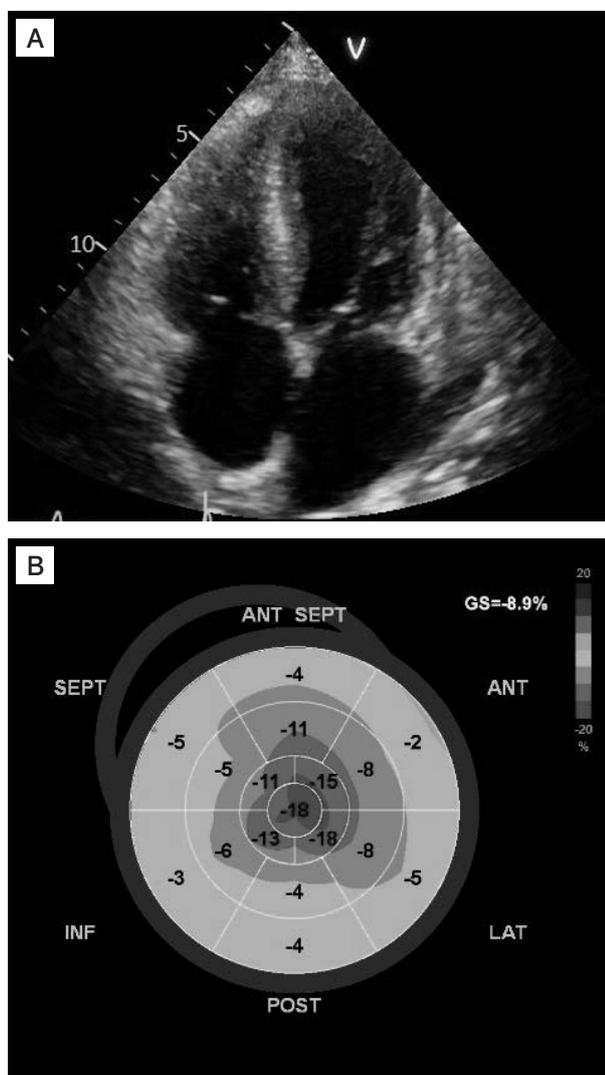
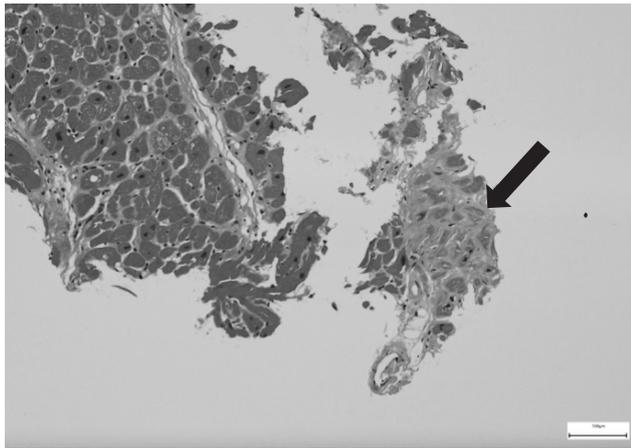


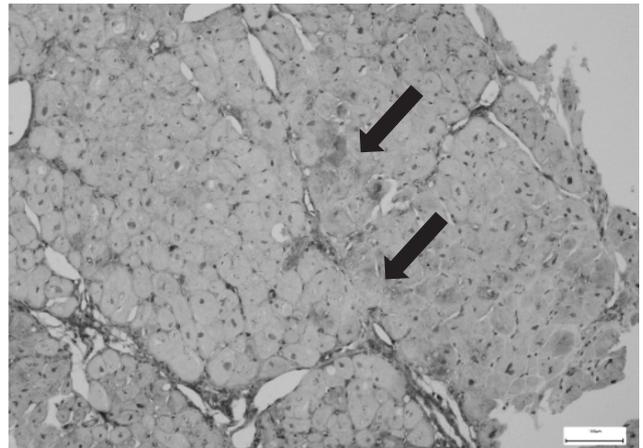
図2 心臓超音波検査
apical sparing pattern を認める
A : 心尖部4腔像
B : スペックルトラッキングによる左室長軸方向
ストレインの Bull's eye 表示



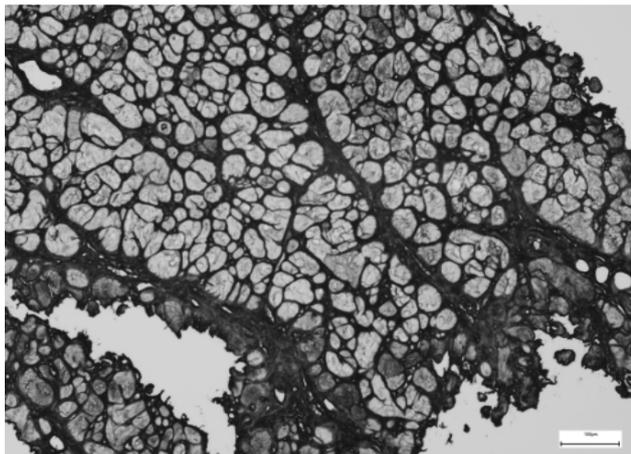
図3 胸部単純X線写真
肺うっ血、心拡大を認める



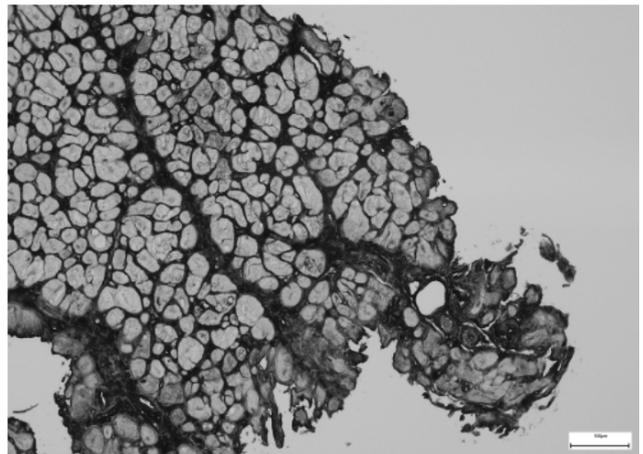
HE染色



TTR染色



κ染色



λ染色

図4 心筋生検の免疫組織化学的所見
心筋生検:HE 染色で、心筋細胞が一部線維 (矢印) のようにおきかわり TTR 染色で濃染を認め、
κ・λ共に陽性であった。

る可能性が高いと判断し、血液内科のある病院に転院加療を依頼した。転院先の病院にてALアミロイドーシスとして化学療法開始されたが、転院より約2ヶ月後に永眠された。

Ⅲ. 考 察

心臓の間質にアミロイド線維が沈着し、形態的かつ機能的な異常をきたす病態を心アミロイドーシスと呼ぶ。心アミロイドーシスをきたす主要な病型は、ALアミロイドーシスとATTRアミロイドーシスに大別される¹⁾。近年ALアミロイドーシスおよびATTRアミロイドーシスについて有効な治療手段が確立されてきており適切な診断が求められるようになってきている。一方で臨床徴候や検査所見は病型間で共通する点も多く、病型診断には組織学的診断が必

須である。日本循環器内科学会心アミロイドーシス診療ガイドラインにおいても、心アミロイドーシスの病型診断において病理学的診断の必要性について言及されている¹⁾。しかし、本症例では免疫染色にてATTR、ALκ、ALλいずれも陽性の判定がなされたため、最終的な病型診断に苦慮した症例であった。

免疫染色の正確性について、免疫組織化学的検査にて沈着した抗原性が変化している場合には偽陰性となることがあり、その他にも血清蛋白質の混入により組織に偽陽性反応がみられる場合がある^{2), 3)}。日本循環器内科ガイドラインにおいても、市販の抗軽鎖抗体では偽陽性・偽陰性となる可能性が明記されており、専門機構で用いられている抗体が有用であると示されている¹⁾。本症例は市販の抗体を使用してお

り、偽陽性であった可能性が高い。また、免疫染色では病型診断率が76%であったのに対して、質量解析による診断法では診断率が向上したという報告もあり⁴⁾、免疫染色で病型鑑別ができない場合には質量解析による沈着アミロイド蛋白の同定も有用である。その場合は熊本大学、信州大学にて病型診断の依頼をすることが推奨されている¹⁾。心アミロイドーシスは病型によって治療戦略が異なるため、正確な診断が求められるが、組織の免疫染色では偽陽性・偽陰性となりうることも考慮する必要がある。そのため、臨床経過と合致しない場合や十分な結果が得られなかった場合は病理学的診断の再評価をすべきである。その場合は質量解析なども含め、専門機構に病型診断を依頼することも考慮すべきである。

IV. 結 語

診断に苦慮した AL アミロイドーシスの一例を報告すると共に若干の文献的考察を加えた。

V. 参 考 文 献

- 1) 日本循環器内科学会 心アミロイドーシス 診療ガイドライン2020
- 2) 星井嘉信, 石原得博. 生検部位の選択とアミロイド蛋白の免疫組織化学的同定法. 池田修一編. アミロイドーシスの基礎と臨床. 金原出版 2005.
- 3) Hoshii Y, Setoguchi M, Iwata T, et al. Useful polyclonal antibodies against synthetic peptides corresponding to immunoglobulin light chain constant region for immunohistochemical detection of immunoglobulin light chain amyloidosis. *Pathol Int* 2001; 51: 264-270.
- 4) Gilbertson JA, Theis JD, Vrana JA, et al. A comparison of immunohistochemistry and mass spectrometry for determining the amyloid fibril protein from formalin-fixed biopsy tissue. *J Clin Pathol* 2015; 68: 314-317.

高次脳機能障害を考える - 神経心理ピラミッドと対人関係の理解

小 林 雄 一

現在, 日本は超高齢社会を迎えている。超高齢社会は認知症, または認知症予備軍 (MCI)の方が大変多い社会であり, 2012年既に65歳以上の人口のうち4人に1人が認知機能低下にあたる。認知症に加え, 脳卒中や頭部外傷などを原因とした高次脳機能障害などを合わせると, その対象は増加の一途を辿る。医療・介護の現場も10~20年前とは状況が一変しており, 看護師には疾患に関わる全身管理と同時に, 認知機能低下に起因する生活障害への対応が求められる。この結果, 看護師の役割は拡大し職務上の精神的負担増大が懸念されている。認知症による行動・心理症状 (BPSD) は, 臨床でしばしば経験するが, なかでも暴言・暴力・易怒性については対応する看護師の感情が消耗する大きな要因である。

行動・心理症状 (BPSD) は, 脳の損傷にストレスなどの心理的要因が加わり出現すると考えられ, 認知機能低下患者には起こりやすい症状である。これは適切に対応すれば悪化せず, 脳機能の回復・安定に伴い軽快・消失するものもある。ところがある程度の知識・技術を持っていて, さらに十分な臨床経験を積んでいるにもかかわらず, 看護師は行動・心理症状 (BPSD) を, 問題行動と断定し戦ってしまう。問題行動を叱責し・咎め・罰を与え・時には無視し, 患者に抵抗するという不毛な戦いである。不適切な対応の結果, 問題行動は悪化し, その対応に難渋するという負の連鎖に陥る。一方, その行動・心理症状 (BPSD) は, 看護師が適切な対応ができているとき, 起きなかったり, 起きても軽快したりと良い結果になることが多いと考えられる。

行動・心理症状 (BPSD) を含む認知機能低下の理解を深めるために, 『前頭葉機能不全その先の戦略』(立神祥子, 2010, 医学書院)で示された, ニューヨーク大学 Rusk 研究所の「認知機能の神経心理ピラミッド」を紹介する。この神経心理ピラミッドを理解すると, 患者の症状の本質的な課題や対処法がわかり, より正しい理解の上に適切な患者対応ができるようになる。誤った理解では看護師は患者の人格までも否定し, さらに自らの価値をも否定することになりかねない。認知機能低下の理解を深めることで対話が始まり, 対話により対人関係は構築される。対話を通じて看護師が自身の対人関係について洞察すること, それは認知機能が低下した生活者の理解と看護に繋がる。

神経心理ピラミッドを用いて対人関係の理解が深まり, 認知機能が低下した生活者との対話が「自分にはできる」という感覚を共有できれば幸いである。

JA 尾道総合病院における脳卒中治療について

阿 美 古 将

脳卒中とは、脳の血管が詰まったり破れたりして脳の血液循環に障害をきたし、様々な症状を引き起こす病態の総称である。「卒中」という言葉には「突然、あたる」という意味が込められており、急性発症することが脳卒中の特徴である。脳卒中は日本人の死因の第3位を占め、生存者にもしばしば重篤な後遺症が残る疾患である。寝たきり等、要介護者の原因の3割以上を占め、高齢化とともに、患者数の増加が予測される。また、国民医療費の1割を占めていることもあり、2018年12月10日に「健康寿命の延伸などを図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（脳卒中・循環器病対策基本法）が可決成立され、脳卒中に対して患者、医療者、行政が一体となって取り組んでいくことが求められている。

急性期脳卒中治療において、近年カテーテルの性能が向上したことで脳梗塞の予後改善が期待できるようになってきた。心原性脳梗塞など、頭蓋内血管にもともと異常がなく他の部位から飛んできた血栓が頭蓋内の血管に突然詰まった場合は、カテーテル治療にて再開通させることが高率に出来るようになった。統計上8～9割程度が再開通できるとされており、当院においても93%の再開通率が得られている。しかし、この治療は閉塞した末梢の脳がまだ生き残っている場合のみ有効である。2020年3月に改訂された経皮経管的脳血栓回収用機器適正使用指針第4版において、脳主幹動脈閉塞におけるカテーテル治療は、時間的制約において発症6時間以内に開始することが強く勧められている。その他、脳血流状態を考慮し、24時間以内であれば行うように勧められている。閉塞してから脳細胞壊死までは分単位で進行し、数時間経過

すると血流が行かなくなった領域のほとんどの脳細胞が壊死してしまう¹⁾。そのため発症から一秒でも早く治療を行うことが後遺症の程度に大きく影響する²⁾。また、カテーテルの性能が上がったとはいえ血栓を引き抜く時に血管損傷を来す可能性もあり、出血で死亡することも起こりうるため、慎重かつ迅速な治療が要求される。そのため、カテーテル治療に習熟した医師が行うべきとされている。こうした状況を踏まえて、今後脳卒中に迅速に対応できるスタッフを各地域の特定の病院に集中化（脳卒中センター化）させて治療成績を向上させようと関連学会は制度整備を進めている。

当院脳神経外科は2020年4月で2名から3名に増員となり、24時間/365日体制で脳卒中の対応が可能となっている。また、脳梗塞だけでなく、脳動脈瘤に対するクリッピングやコイル塞栓術、頭蓋内血管の狭窄に対するバイパス術など、患者さんの状態に合わせて幅広く外科的治療を行っている。最近の脳動脈瘤治療のトピックとしては巨大脳動脈瘤に対する flow diverter stent (FD) (Fig.) がある。FD という目の細かいステントを留置し治療せしめることが可能と

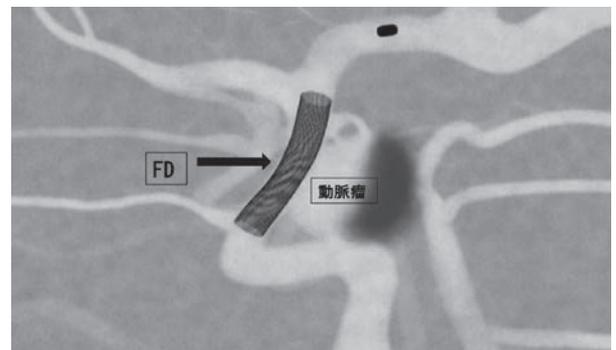


Fig.

なっており、当院でも2022年4月よりFD治療が可能となった。

また治療後の病棟での診療にも力をいれており、脳卒中リハビリテーション認定看護師2名により、スタッフ教育や現状の体制の見直しなどに力をいれている。

退院後のリハビリテーションや療養について地域連携室も入院時早期より介入していただき、生活期に向けたシームレスな診療ができるよう日々精進している。

参 考 文 献

- 1) JC Baron: Mapping the Ischaemic Penumbra With PET: Implications for Acute Stroke Treatment. *Cerebrovasc Dis.*:193-201, 1999
- 2) Prabhakaran S, Ruff I, et al: Acute Stroke Intervention: A Systematic Review. *JAMA.*: 1451-1462, 2015

血痰を呈した急性心不全の一例

野上 剛¹・中西 雄²・久保 瑠那²・露木 佳弘²
北島 拓真³・濱井 宏介²・西田 賢司⁴・米原 修治⁴

I. はじめに

急性心不全は「心臓に器質的および/あるいは機能的異常が生じて心ポンプ機能の代償機転が破綻した結果, 呼吸困難・倦怠感や浮腫が出現し, それに伴い運動耐用能が低下する臨床症候群」と定義されており, 患者数は120万人に達すると言われ, 比較的遭遇する機会の多い疾患である。今回, 我々は血痰の症状のある84歳男性が呼吸困難を主訴に救急外来を受診し, 肺炎の診断で入院加療を行ったが, その後心機能低下を来し, 急激に循環不全に陥り心停止に至った症例を経験した。血痰を認めており臨床的には肺炎が存在すると考えたが, 剖検を通して血痰及び死亡の原因は急性心不全であると考えられたため, 剖検結果を含めて報告する。

II. 症 例

患者: 84歳男性

主訴: 呼吸困難

現病歴: 当院受診の3日前から発熱, 咳嗽, 血痰, 呼吸困難, 心窩部痛が出現した。当院受診の前日に近医を受診し肺炎と診断され, 抗菌薬と止血剤を処方された。来院当日に呼吸困難が増悪したため, 当院へ救急搬送された。

既往歴: 脳梗塞, 両側内頸動脈狭窄, 十二指腸潰瘍, 脂肪肝, アスベスト肺, 左下肢閉塞性動脈硬化症, 高血圧, 脂質異常症

内服歴: シロスタゾール 200mg/日, イコサペント酸エチル 900/日, ラベプラゾールナトリウム 10mg/日, 麻黄附子細辛湯 6Cap/日, アモキシシリン・クラブラン 750mg/日, カルバゾクロムスルホン酸 90mg/日, ツロブテロール 2mg/日

生活歴: 喫煙歴; 20本/日×52年 (現在は禁煙), 飲酒歴; 不明, 職歴; 造船業

アレルギー: 食品・薬; なし

来院時現症: 意識清明, 血圧 131/69mmHg, 脈拍数 126回/分, 体温 37.3°C, 呼吸数 27回/分, SpO₂; 86% (カニューラ 2L/分)

来院時身体所見: 呼吸音; 両側 coarse crackles を認める, 両側下腿浮腫を認める

血液生化学所見 (表1): WBC 13,100/ μ L (%Ne; 78.6%), CRP 1.19mg/dL と炎症反応の上昇を認める。BNP 437.8pg/mL と上昇を認める。動脈血ガスでは pH 7.467, HCO₃⁻ 21.1mmol/L, PaO₂ 56.8mmHg, PaCO₂ 29.6mmHg と呼吸性アルカローシス, I型呼吸不全を認める。

表1 来院時血液生化学所見

▶ 血算		▶ 生化学			
WBC	13,100 / μ L	TP	6.4 g/dL	UN	13.7 mg/dL
RBC	379 $\times 10^4$ / μ L	Alb	3.4 g/dL	CRE	0.78 mg/dL
Hb	10.4 g/dL	T-BIL	0.53 mg/dL	CRP	1.19 mg/dL
Ht	33.2 %	AST	20 U/L	Na	137 mEq/L
PLT	32.1 $\times 10^4$ / μ L	ALT	11 U/L	K	3.6 mEq/L
%Ne	78.6 %	ALP	71 U/L	Cl	107 mEq/L
%Ly	10.4 %	γ -GTP	11 U/L	BNP	437.8 pg/mL
%Mo	10.4 %	LDH	236 U/L		
%Eo	0.1 %	CK	109 U/L		
%Ba	0.5 %	CK-MB	12 U/L		
				▶ 動脈血ガス	
				pH	7.46
				pO ₂	56.8 mmHg
				pCO ₂	29.6 mmHg
				HCO ₃ ⁻	21.1 mmol/L
				ABE	-1.5 mmol/L
				Glu	127 mg/dL
				Lac	2.0 mmol/L

¹JA 尾道総合病院 初期臨床研修医

²JA 尾道総合病院 呼吸器内科

³みつぎ総合病院 呼吸器内科

⁴JA 尾道総合病院 病理研究検査科

心電図 (図1) : 心拍数 119回 /分と頻脈を認め、調律は洞調律、胸部誘導で v4-v6に ST 低下を認める。

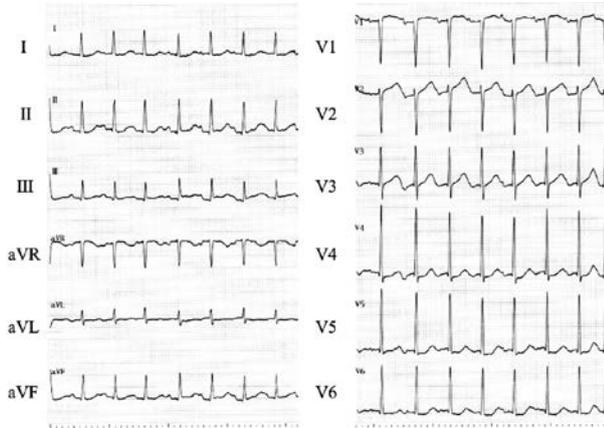


図 1 来院時心電図

心エコー : 左室のびまん性壁運動低下を認める。駆出率は描出不良により評価困難であった。弁膜症についても十分な評価が出来なかった。
胸部単純 X 線写真 (図2) : 心胸郭比 46.5%、両側中肺野にすりガラス影を認める。



図 2 来院時胸部レントゲン

胸腹部単純 CT (図3) : 両側上葉および下葉に中枢側優位のすりガラス影を認める。また上葉優位に血管陰影の増強、軽度両側胸水を認める。胸膜には一部肥厚と石灰化を認める。

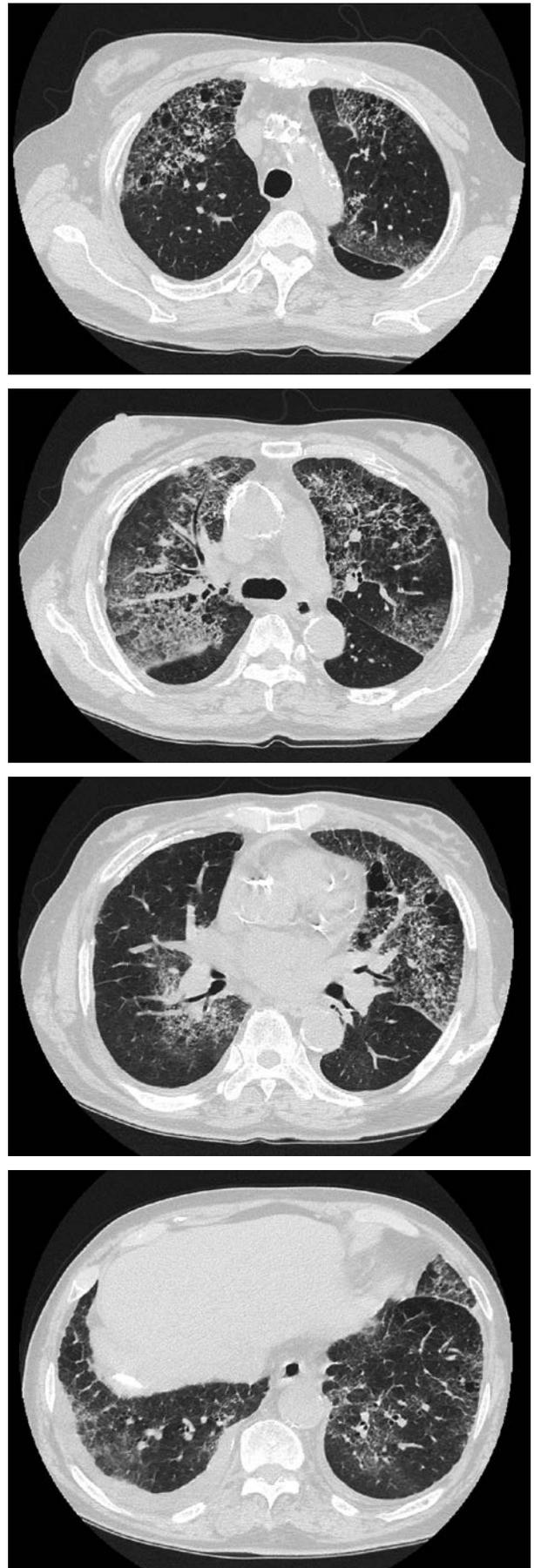


図 3 来院時胸腹部 CT

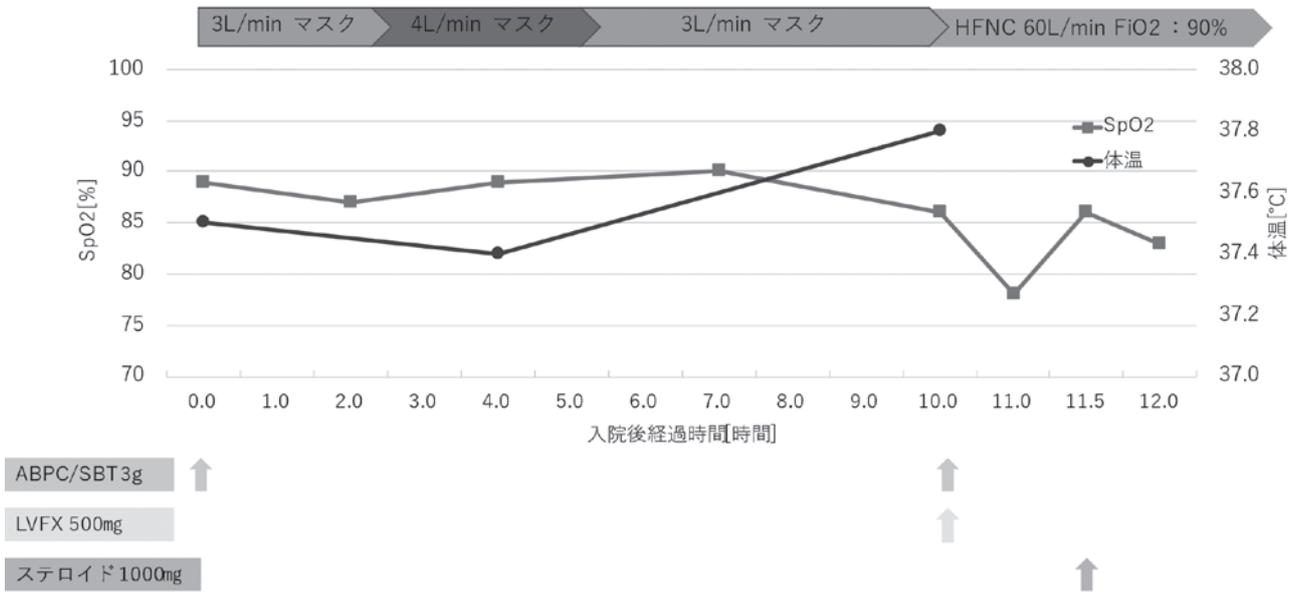


図4 入院後経過表

入院後経過 (図4)：細菌性肺炎と診断し、抗菌薬投与目的で入院とした。入院後はアンピシリン・スルバクタム3g × 3回/日で治療開始した。酸素化の改善を認めないため、酸素投与を酸素マスク3L/分と増量したが SpO₂は90%前後で推移した。夜間入眠中に酸素化が低下したため入眠中は酸素マスク4L/分とした。入院2日目の血液検査では WBC 16,000/ μ L, CRP 5.04 mg/dL と炎症反応の上昇を認めた。また、CK 413U/L, CK-MB 36U/L と心筋逸脱酵素の上昇、トロポニン I 7961pg/mLであった。さらにBNPも655.1pg/mLと上昇した。胸部単純X線写真(図5)は入院時に中肺野を中心に広がっていたすりガラス影が、右肺は肺野全体に、左肺は中肺野から下肺野まで拡大した。入院から約10時間後の時点で2度目のアンピシリン・スルバクタムに加えてレボフロキサシンの投与を行ったが、同時点から更なる酸素化低下を認め、酸素投与を酸素マスクから高流量鼻カニューラ酸素療法(酸素流量：60L/分, FiO₂；90%)へと変更した。酸素化の改善が得られないため、入院後11時間半の時点で間質性肺炎増悪の可能性も考慮しメチルプレドニゾン1000mgの投与を行った。入院後12時間頃よりピンク色泡沫痰が認められたため、心機能評価目的に経胸壁心エコー検査を行ったところ、心尖部を中心にびま

んに壁運動が低下を認めた。心エコー検査を行っていたところ急激に血圧低下・呼吸困難が増悪し心電図波形 pulseless electrical activity となった。速やかに挿管・胸骨圧迫を開始し、心肺蘇生を行ったが心拍再開せず死亡退院となった。



図5 入院7時間後胸部レントゲン

Ⅲ. 病理解剖所見

剖検時刻は死後2時間27分。外表の肉眼所見には特記所見は認めなかった。心臓は442gと重量増加を認め、左室壁は2cmと肥厚していた。また左室後壁には白色の線維化領域を認め、その内部は脂肪変性が生じていた(図6-(a))。変性部位の組織は肉眼所見同様に脂肪変性と線維化した癒痕組織を認め(図6-(b))、陳旧性梗塞巣の所見であった。また心筋の広い領域にわたって細胞収縮と核の脱落を認め、急性心筋梗塞を示唆する所見も得られた(図6-(c))。肺

は左が834g, 右946gと著明な重量増加を認めた。また肉眼像では両側ともに胸膜に白色のプラークの付着を認め、断面には炭粉沈着がみられ(図7-(a))。肺の組織像としては気腫性変化と思われる肺胞腔の拡大を認めた。また、肺胞腔内には赤血球が少量漏出しているが、肺胞出血が考えられるほどの漏出は認めなかった(図7-(b))。胸膜下に広く肺胞壁の線維化と壁肥厚を認め、usual interstitial pneumonia patternを呈した。さらに肺内には多数のアスベスト小体を認めた(図7-(c))。肝臓は1,324gと重量増加があり東洋溝を認めたが、組織的にはうっ血所

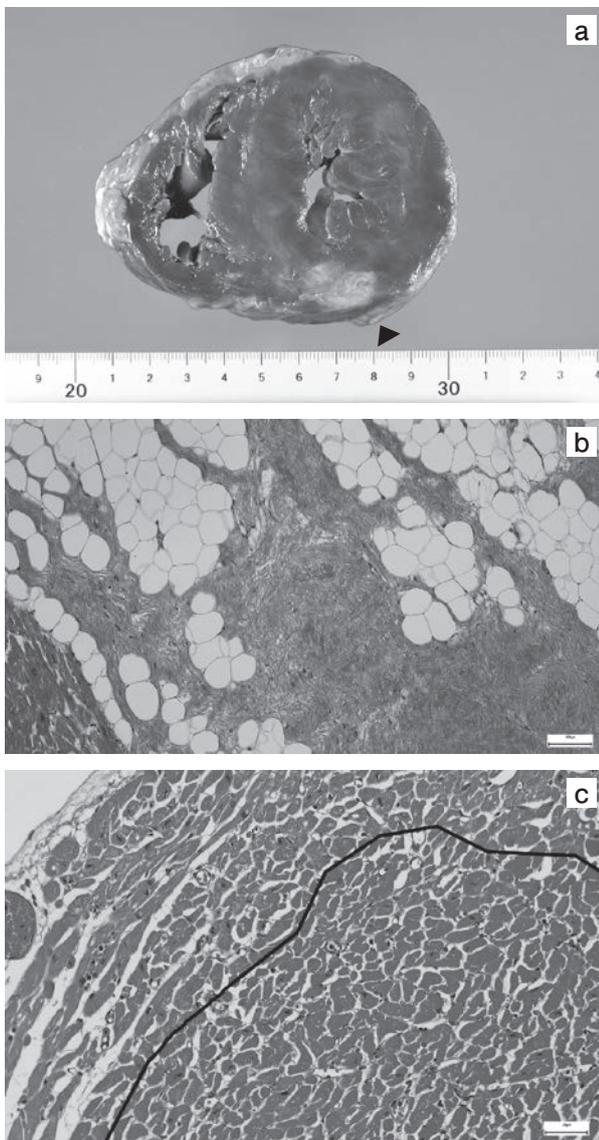


図6 心臓病理解剖所見

- (a) 左室壁肥厚を認め、左室後壁に線維化領域を認め、内部は脂肪変性している(矢印)
- (b) 脂肪変性および線維化した癒痕組織を認める
- (c) 細胞収縮と核の脱落が生じている(*)

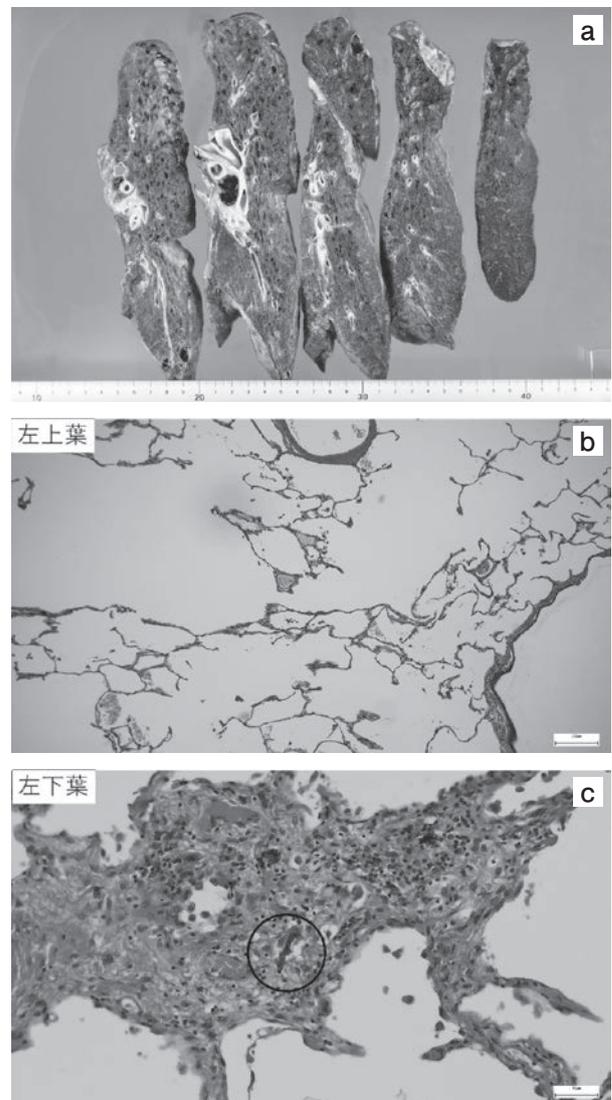


図7 肺病理解剖所見

- (a) 重量増加、胸膜プラーク(-)、炭粉沈着(▲)を認める
- (b) 肺胞腔の拡大を認め、気腫性変化を認める
- (c) 多数のアスベスト小体を認める

見を認めず, 三つ組み構造も保たれていた。その他大動脈や冠動脈, 腎動脈など全身性にアテローム性動脈硬化症を認めた。さらに前立腺には偶発的に前立腺癌が認められた。以上の病理所見をまとめると, 全身性動脈硬化症と冠動脈の動脈硬化による急性心筋梗塞, 左室後壁の陳旧性心筋梗塞が認められた。肺には両側下葉に usual interstitial pneumonia pattern が認められ, 胸膜には胸膜プラークが付着していた。しかし肺胞出血はなく, 血痰はうっ血性心不全による両側性肺水腫によるものと考えられた。

IV. 考 察

心不全診療ガイドラインによると¹⁾, 心不全で入院となった患者の原因疾患は虚血性心疾患, 高血圧, 弁膜症が多く, 特に虚血性心疾患が占める割合は47%と約半数を占めており, 心不全が疑われる症例では新規の虚血性心疾患の存在に留意する必要がある。本症例では, 高度喫煙歴に加えて過去に高血圧や高脂血症, 脳梗塞, 内頸動脈狭窄症, 下肢閉塞性動脈硬化症も指摘されている事から虚血性心疾患を起しやす背景を有する患者であった。検査歴がないため過去に陳旧性心筋梗塞を発症していたかどうか不明であったが, 今回の剖検所見からは, 病的に陳旧性ならびに急性の虚血性心疾患を指摘された事から, 今回の経過についても新たな急性心筋梗塞により心不全がさらに進行したと考えた。血痰を認めた事から大動脈弁領域の弁膜症も鑑別に挙げたが, 経胸壁心エコー検査, 剖検所見からも弁膜症の存在は否定された。急性心不全の胸部単純 X 線写真の所見²⁾としては, まず左心系の血流うっ滞を示唆する心拡大が認められ, 次に肺血流の再分布に伴う所見が得られる。これは血流のうっ滞により肺静脈圧が上昇し, 静水圧が上昇することで肺動脈のうっ滞を来すため, 上肺野の血管陰影増強, 肺静脈の拡張が認められるものである。さらに肺静脈圧が上昇していくと気管支周囲や小葉間隔壁, 気管支周囲の間質に浮腫が生じるため, 胸部単純 X 線では間接的に小葉間隔壁の肥厚や胸膜肥厚, 気管支周囲間質肥厚を認める。さら

に肺静脈圧が上昇すると肺胞内に液体貯留が生じ, 胸部単純 X 線所見として butterfly shadow を呈する。また, kristina らは急性心不全における胸部 CT 所見について報告しており, 陽性尤度比の特に高い所見として両側性小葉間隔壁肥厚, 血管陰影増強, 気管支血管束の肥厚を認める事を報告している³⁾。本症例においては小葉間隔壁の肥厚, 気管支血管束肥厚, 両側性すりガラス影, 両側性葉間胸水, 右優位の両側性胸水とほぼすべての特徴的所見が認められた。本症例は入院時の胸部単純 X 線写真では肺野全体にびまん性にすりガラス影を認めた事から心不全に特徴的な所見ではなかったと判断し心不全よりも肺疾患を疑い治療を開始されたが, 背景因子からは心不全や心筋梗塞などの虚血性心疾患を発症しやすい患者であった事, 胸部単純 CT では小葉間隔壁の肥厚, 気管支血管束肥厚, 両側性すりガラス影, 両側性葉間胸水, 右優位の両側性胸水を認めており心疾患の増悪に留意する事も必要であったと考えた。

V. 結 語

今回血痰により肺胞出血と鑑別を要したうっ血性心不全の剖検例を経験した。呼吸不全のような臨床所見を重視しすぎると, 本症例のように肺疾患との鑑別が困難になる場合がある。典型的な画像所見を把握し診断につなげることが大切であると考えられる。

参 考 文 献

- 1) 筒井裕之: 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版). 日本循環器学会, 日本心不全学会. 14-15. 2022
- 2) “肺水腫や心不全の胸部レントゲンや CT 画像診断のポイントは?”. 画像診断まとめ. 2022年9月7日.
<https://xn--olqq22cjlou16giuj.jp/archives/5955>, 2022年12月9日
- 3) Kristina Miger, et al: Chest computed tomography features of heart failure: A prospective observational study in patients with acute dyspnea. *Cardiol J* 29: 235–244, 2022.

鼠径部巨大腫瘍を認め突然死した一例

柴村 奈月¹・大和あずさ²・伊藤 晴菜²・木村 由紀²・西田 賢司³・米原 修治³

I. 緒 言

びまん性大細胞性 B 細胞リンパ腫 (Diffuse large B-cell lymphoma; DLBCL) は本邦における悪性リンパ腫の中で最も罹患率の高い病型である。今回われわれは、鼠径部巨大腫瘍として発見され急速な経過を辿った DLBCL の症例を経験したため報告する。

II. 症 例

患者：86歳男性

主訴：左鼠径部腫瘍

既往歴：慢性心不全，心房細動，大動脈弁閉鎖不全症，高尿酸血症

アレルギー歴：特記すべき事項なし

現病歴：来院6週間前，左鼠径部に鶏卵大の腫瘍を自覚した。来院2週間前，食欲不振と顔面神経麻痺が出現した。上記症状のため近医受診し，X日に左鼠径ヘルニア疑いで当院外科へ紹介受診した。

来院時現症：身長157cm，体重63kg，意識清明，体温37.0℃，血圧150/71mmHg，脈拍118回/分・不整，呼吸数<22回/分，SpO2 94%（室内気）。左鼠径部に発赤を伴う大きな皮下腫瘍を認めた（図1）。顔面神経麻痺を認めた。

検査所見（表1）：炎症反応上昇とLDH, UA, K, Caの高値を認めた。また腎機能低下を認めた。

腹部単純CT（図2）：左鼠径部に16x16x2.5cmの軟部腫瘍を認めた。総腸骨動脈周囲にリンパ節腫大を疑う複数の腫瘍を認めた。

経過：X日当院外科を紹介受診し単純CT撮影し，鼠径ヘルニアは否定的であったため当院皮膚科に院内紹介された。左鼠径部の軟部腫瘍に対し軟部悪性腫瘍の可能性を疑い，後日外来で精査予定とし同日は帰宅となった。X+4日再診時，左鼠径部の強い疼痛と紫色への色調変化を認めた（図3）。顔面神経麻痺の増悪も認めため単純MRI撮影し，新規の虚血巣および脳転移巣がないことを確認した。疼痛コントロールと鼠径部腫瘍の精査目的で入院した。

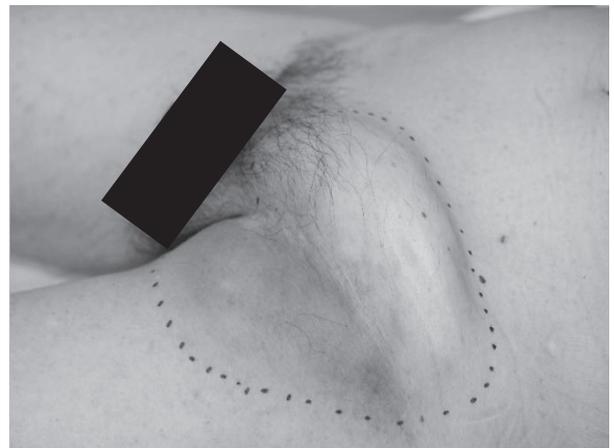


図1 左鼠径部肉眼所見
左鼠径部に一部発赤を伴う可動性不良で弾性硬の皮下腫瘍を認めた。

¹JA 尾道総合病院 初期研修医

²JA 尾道総合病院 皮膚科

³JA 尾道総合病院 病理研究検査科

表 1 来院時検査所見

血算		生化学		凝固	
WBC	15600/ μ L	TP	7.4g/dL	PT	40%
%Ne	63.3%	ALB	3.8g/dL	PT-INR	1.74
%Ly	22.2%	T-bil	1.2mg/dL	APTT	32.4秒
RBC	533×10^4 / μ L	AST	51U/L	D-dimer	1.2 μ g/mL
Hb	17.2g/dL	ALT	17U/L		
PLT	14.9×10^4 / μ L	ALP	78U/L		
		γ -GTP	25U/L		
	目視分類	LDH	1257U/L		
Myelocyte	1%	CK	5.3U/L		
Metamyelocyte	4%	UN	64mg/dL		
Band	3%	CRE	2.67mg/dL		
Segmented	60%	UA	12.5mg/dL		
Lymphocyte	19%	Na	139mEq/L		
Monocyte	10%	K	5.3mEq/L		
Esosinophil	2%	Cl	97mEq/L		
Basophil	1%	Ca	10.9mg/dL		
		CRP	1.88mg/dL		
		BNP	363.7pg/mL		

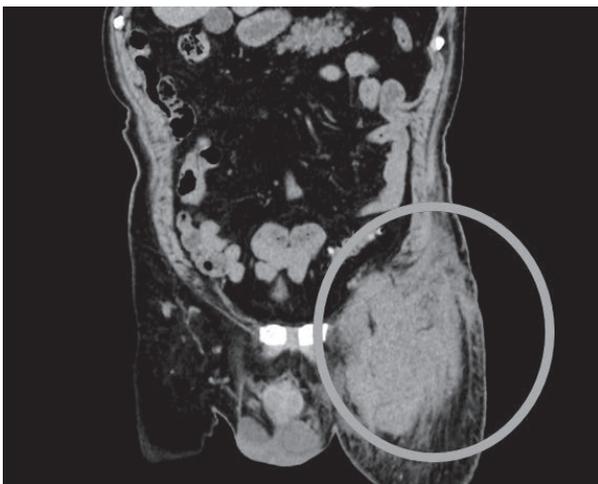
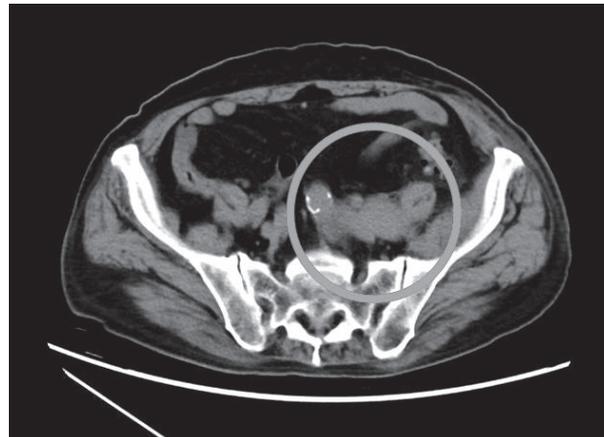
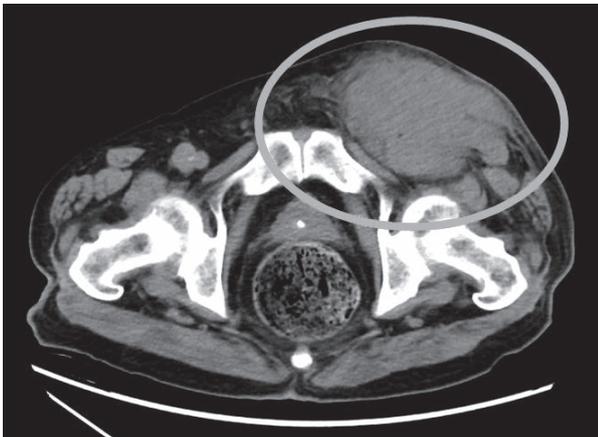


図3 X+ 4日 左鼠径部肉眼所見
左鼠径部に強い疼痛が生じ、皮膚表面に紫色の色調変化を認めた。

図2 来院時腹部単純 CT

左鼠径部に皮下組織を主座とする境界不明瞭な腫瘤があり、総腸骨動脈周囲にはリンパ節と思われる複数の腫瘤影を認める。

X+5日、血液検査でLDH, UA, K, Caのさらなる上昇を認め、腎機能低下・代謝性アシドーシスを認めた(表2)。同日、酸素化低下と頻脈を認めた。原因精査のため心エコー施行したが心機能低下は認めなかった。しかし下顎呼吸、

表2 追加検査所見

白血球, CRP は初診時と同程度の高値であった。目視分類で芽球様細胞の出現が見られた。LDH, CK, 尿素窒素, クレアチニン, 尿酸はさらに上昇していた。高カリウム血症, 高カルシウム血症の増悪を認めた。動脈血液ガス所見では pH 7.065の代謝性アシドーシスとラクトート高値を認めた。

血算		生化学		動脈血ガス	
WBC	14600/ μ L	TP	6.7g/dL	pH	7.065
%Ne	44.6%	ALB	3.6g/dL	pO2	57.8mmHg
%Ly	38.4%	T-bil	0.92mg/dL	pCO2	35.3mmHg
RBC	501 \times 10 ⁴ / μ L	AST	158U/L	cHCO3	9.6mmol/L
Hb	16.3g/dL	ALT	25U/L	ABE	-21mmol/L
PLT	6.7 \times 10 ⁴ / μ L	ALP	65U/L	Lac	14.7mmol/L
		γ -GTP	23U/L		
		LDH	1462U/L		
		CK	523U/L		
		UN	87.9mg/dL		
		CRE	2.99mg/dL		
		UA	20mg/dL		
		Na	140mEq/L		
		K	6.0mEq/L		
		Cl	100mEq/L		
		Ca	11.4mEq/L		
		IP	6.8mg/dL		
		CRP	1.61mg/dL		
		BNP	786.3pg/mL		

目視分類	
Myelocyte	2%
Metamyelocyte	3%
Band	10%
Segmented	43%
Lymphocyte	30%
Monocyte	7%
Esosinophil	4%
芽球様細胞	1%

全身チアノーゼ, 末梢冷感が出現し収縮期血圧 80mmHg 台まで低下し, その後徐々に心拍数低下し同日死亡した。死因・病態について医学的検討が必要と考えられたため, 主治医よりご家族に病理解剖について説明, 承諾が得られたため病理解剖が行われた。

Ⅲ. 病理解剖所見

X+ 5日, 死後3時間半後に病理解剖が実施された。左鼠径部腫瘍は皮下軟部組織に位置し, 灰白色で境界不明瞭な20x15x12cmの腫瘍であった。腫瘍内部にはN/C比の高い異型細胞がびまん性に増殖しており, 細胞間には組織球の浸潤を認めた(図4)。免疫染色ではB細胞マーカーであるCD20, CD79aが陽性であった(表3)。Ki67陽性細胞は全体の約70%に認め, Labeling index High Gradeであった(図5)。以上の所見よりDLBCLの診断に至った。同様の腫瘍細胞を左肺上葉, 右顎下腺, 胃, 肝臓, 胆嚢, 両腎臓, 前立腺, 両副腎, 腹膜, 心外膜, 骨髓(胸骨・肋骨・椎骨)および心室内に貯留していた血塊中に認めた(図6)。右肺上葉には8x5mmの上皮内癌を認めた(図7)。

病理解剖学的診断: DLBCL, 多臓器転移, 白血化

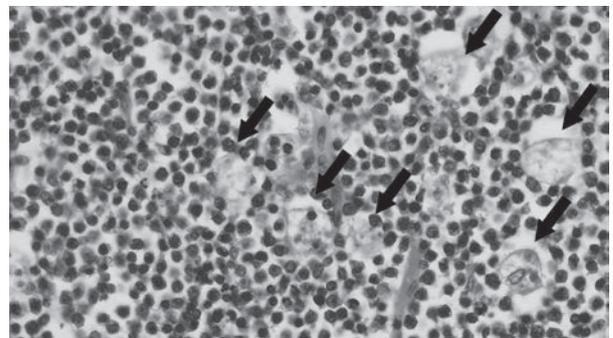


図4 左鼠径部腫瘍病理所見
腫瘍内部にはN/C比の高い異型細胞がびまん性に増殖していた。細胞間には組織球の浸潤が見られた。

表3 免疫染色

B細胞マーカーであるCD20, CD79aが陽性であった。

免疫染色			
CD10	—	CD5	—
CD20	+	CD68	—
CD79a	+	CyclinD1	—
CD3	—	Ki67	70%

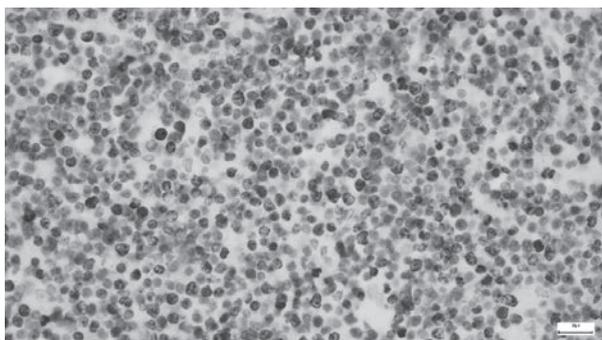


図5 免疫染色 Ki67
Ki67陽性細胞は全体の約70%であり、Labeling index は High Grade であった。

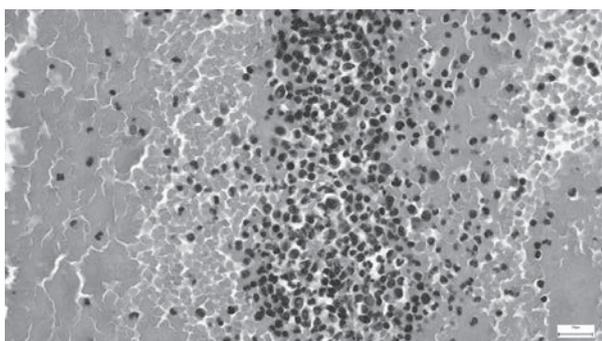


図6 心室内の凝血塊
心室内には凝血塊が貯留し、内部に腫瘍細胞を認めた。

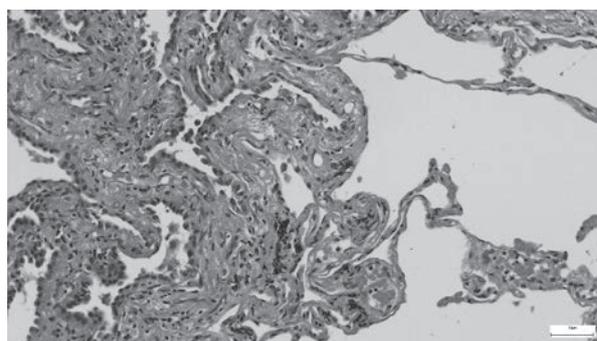
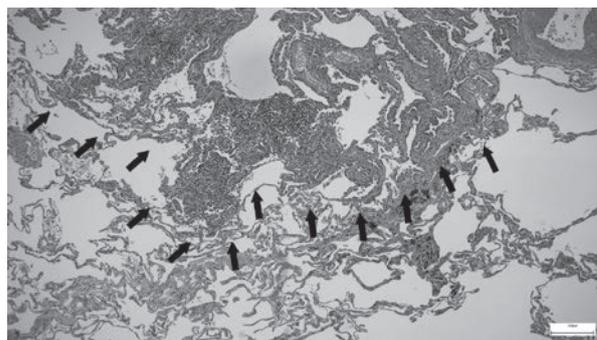


図7 右肺上葉上皮内癌
右肺上葉に8 x 5 mm 大の腫瘍性病変を認めた。肺胞上皮に異型細胞を認め、上皮内癌の所見であった。

IV. 考 察

悪性リンパ腫はホジキンリンパ腫と非ホジキンリンパ腫に分けられる。90%は非ホジキンリンパ腫であり、さらに発生源によりB細胞性、T細胞性、NK細胞性に分類される。また、悪性度、活動性、侵襲性により低悪性度、中悪性度、高悪性度に分類される。DLBCLは非ホ

ジキンリンパ腫のうち3割強を占める最も発生頻度の高いリンパ腫であり、中悪性度に分類され月単位で病状が進行するとされている。病期分類はAnn Arbor分類による。本症例では多臓器への浸潤、遠隔転移を認めており進行期とされるIV期に分類される。DLBCLのリスク分類は国際予後指標 (International Prognostic Index : IPI) により評価される (表4)。予後不良因子

表4 IPI

スコアの合計により4段階のリスク評価を行う。低リスク (low risk) : スコア0-1, 低中間リスク (low-intermediate risk) : スコア2-3, 高中間リスク (high-intermediate risk) : スコア4-5, 高リスク (high risk) : スコア6以上に分類される。

予後不良因子	スコア	
年齢	41歳~60歳	1
	61歳~75歳	2
	76歳以上	3
血清LDH	正常上限~正常上限の3倍	1
	正常上限の3倍を超える	2
病期IIIまたはIV	1	
節外病変(骨髄, 中枢神経, 肝臓/消化管, 肺)	1	
パフォーマンスステータス ≥ 2	1	

として年齢, 血清 LDH, 病期, 節外病変の有無, パフォーマンスステータスがあり, スコアの合計により4段階のリスク評価がされる。本症例ではパフォーマンスステータス以外の全項目が該当し, 合計7点の high risk であった¹⁾。

日本の B 細胞性悪性リンパ腫に対する大規模調査により, その臨床的特徴が報告されている。成人悪性リンパ腫を対象とした6つの多施設共同臨床試験に合計1,141名の患者が登録され, 829名が B 細胞性悪性リンパ腫と診断された。うち642名が DLBCL と診断された。B 細胞リンパ腫の5年 OS を比較すると, DLBCL 58.6%, マントルリンパ腫 59.2%, 濾胞性リンパ腫 76.2%, 辺縁帯リンパ腫 82.9% と DLBCL の5年 OS は他の B 細胞性リンパ腫より短いことが分かる。また DLBCL 患者の IPI によるリスク毎の5年 OS は low risk (全体の36.8%) で5年 OS 75.7%, low-intermediate risk (30.1%) で58.0%, high-intermediate risk (19.5%) で43.5%, high risk (10.4%) で22.4% であった²⁾。本症例は high risk 群の DLBCL であり急性経過を辿る非常に予後の悪い悪性リンパ腫であったといえる。

本症例では来院時には進行期の DLBCL であり, 非常に急激な経過を辿ったため診断・治療には至らなかったが, 生検により診断がついた場合の治療について考察する。本症例の腫瘍崩壊症候群 (TLS) リスク評価は LDH 高値, Bulky 病変のない成人 DLBCL で, 腎機能障害があるため高リスクとなる。よって TLS の発生頻度は5%以上と考えられる。本症例で化学療法を行う際には TLS 予防としてモニタリング, 補液, 尿酸降下薬投与を行う必要がある。TLS 高リスク群であるためこれに加えて大量補液とラスブリガーゼ投与が推奨される。また, 白血病・悪性リンパ腫の寛解導入療法における予防的透析療法の適応条件は巨大腫瘍例, 進行バーキットリンパ腫, 大量アルカリ輸液とアロプリノール投与で血清尿酸値の低下がない例, 入院時血清 K 高値 (4.5mEq/L 以上) を示す例とされる³⁾。本症例では巨大腫瘍, 高 K 血症を認めており, 寛解導入療法を施行する際には予防的透析療法の適応と考えられる。

V. 結 語

左鼠径部より発生した DLBCL の多臓器転移, 白血化により死亡した一例を経験した。来院時にはすでに進行期であり IPI 分類 high risk の非常に予後の悪い病変であったため診断・治療に至ることが出来なかった。悪性リンパ腫を疑った際には急激な経過を辿る病型が存在するため, 早期診断・早期治療開始に努める必要がある。

参 考 文 献

- 1) 日本血液学会: 造血器腫瘍診療ガイドライン, 2018年版補訂版, 金原出版, 2020
- 2) Kinoshita et.al: Japan Clinical Oncology Group – Lymphoma Study Group. Journal of clinical and experimental hematopathology61 (1) : 35-41, 2021.
- 3) Mitchell S. Cairo et.al: Recommendations for the evaluation of risk and prophylaxis of tumour lysis syndrome (TLS) in adults and children with malignant diseases: an expert TLS panel consensus. British Journal of Haematology149: 578-586, 2010

原発性硬化性胆管炎の経過中に慢性肝不全の進行をきたし死亡した一例

石根 正顕¹・清水 晃典²・小野川靖二²・平野 巨通²

I. はじめに

原発性硬化性胆管炎は肝内・肝外胆管の原因不明の炎症性疾患であり、胆管に線維性狭窄をきたし、進行性の胆汁うっ滞をもたらす疾患である。進行すると肝不全症状などをきたし、最終的には肝硬変に至る¹⁾。症状がないまま肝機能検査値異常などをきっかけに診断される症例が半数以上を占め、悪化した症例に対しては肝移植以外に救命の手段はなく、経過に個人差が大きいがいまだに予後不良の疾患である²⁾。また、肝不全は急性肝不全と慢性肝不全に分類され、黄疸、腹水、出血傾向、消化管出血、肝性脳症、腎不全、呼吸不全、感染症などの臨床症状がさまざまな組み合わせで出現する³⁾。

今回、原発性硬化性胆管炎の経過中に慢性肝不全の進行をきたし死亡し、その後病理解剖が実施された本症例について文献的考察を交えて報告する。

II. 症 例

症例：57歳 男性

主訴：倦怠感

既往歴：胃潰瘍穿孔術後、急性虫垂炎術後

内服薬：なし

初診時現症：意識清明、身長：169cm、体重：82kg、BMI：28.7、血圧：140/80mmHg、脈拍数：69回/分、体温：36.2℃、SpO₂：99% (room air)

生活歴：飲酒毎日、喫煙なし、アレルギーあり (サーモン)

職業：土木設計士

現病歴：

2年間続く倦怠感を主訴に近医受診。血液検

査で肝機能異常、貧血、高CEA値がみられ、精査加療目的に当院消化器内科を紹介受診した。

来院後経過：

検査値異常に対して、血液検査、造影CT、上部消化管内視鏡検査、肝生検が行われた。血液検査 (図1) では、Hb9.9g/dL、T-Bil 1.03mg/dL、AST 81U/L、ALT 127U/L、ALP 2090U/L、 γ -GTP 2714U/L、CEA 24.1ng/mLの異常値がみられた。HBs抗原、HCV抗体、抗核抗体、抗平滑筋抗体、抗ミトコンドリア抗体は陰性であった。また、IgG4 26.0mg/dLで正常値であった。造影CT (図2) では、肝左葉外側区・肝尾状葉腫大あり、脾腫、胆管壁の軽度肥厚、肝内胆管軽度拡張がみられたが、検査値異常の原因は不明であった。また、上部消化管内視鏡検査では萎縮性胃炎の所見のみであった。肝生検 (図3) では、慢性肝炎の所見を認めるのみで肝障害の原因不明であった。肝機能障害、貧血に対して利胆薬、鉄剤による内服加療を開始し、外来で経過観察の方針となった。

WBC	9820 / μ L	T-Bil	1.03 mg/dL	Na	139 mEq/L
RBC	436 万/ μ L	AST	81 U/L	K	4.1 mEq/L
Hb	9.9 g/dL	ALT	127 U/L	Cl	104 mEq/L
Plt	31.3 万/ μ L	ALP	2090 U/L	Ca	8.8 mg/dL
		γ -GT	2714 U/L	HbA1c	5.1%
PT	92%	LD	204 U/L	抗核抗体(ANA)	<40
PT-INR	1.02	CK	53 U/L	抗ミトコンドリアM2抗体	(-)
APTT	24.5 sec	Alb	3.7 g/dL	抗平滑筋抗体	(-)
Fib	224 mg/dL	AMY-B	55 U/L	抗HBs抗原	(-)
AFP	3.7 ng/mL	BUN	10.1 mg/dL	HCV抗体	(-)
CEA	24.1ng/mL	Cre	0.70 mg/dL		
CA19-9	23.0 U/mL	CRP	0.41 mg/dL		

図1 来院時血液検査

¹JA 尾道総合病院 初期研修医

²JA 尾道総合病院 消化器内科

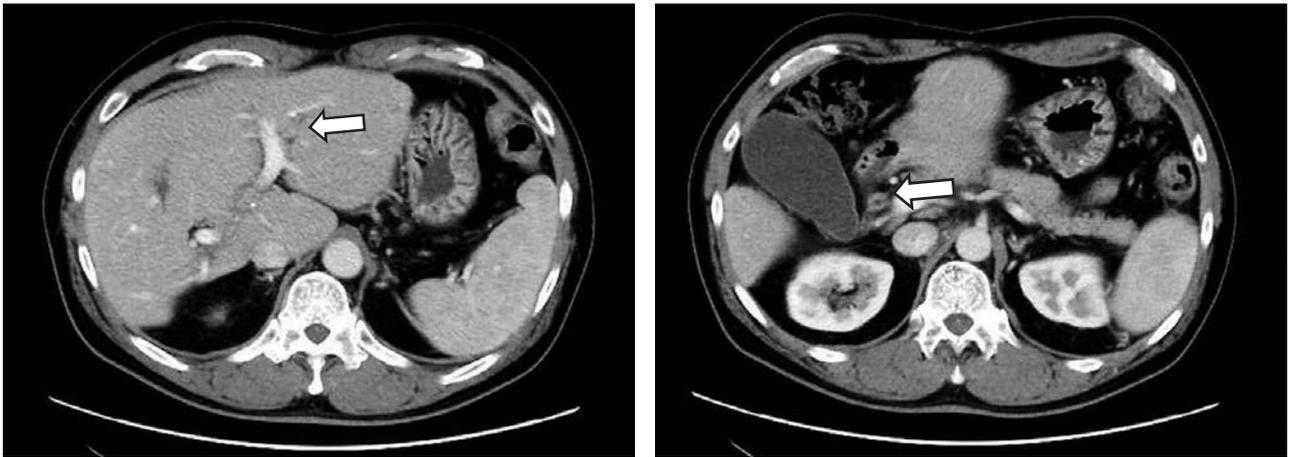
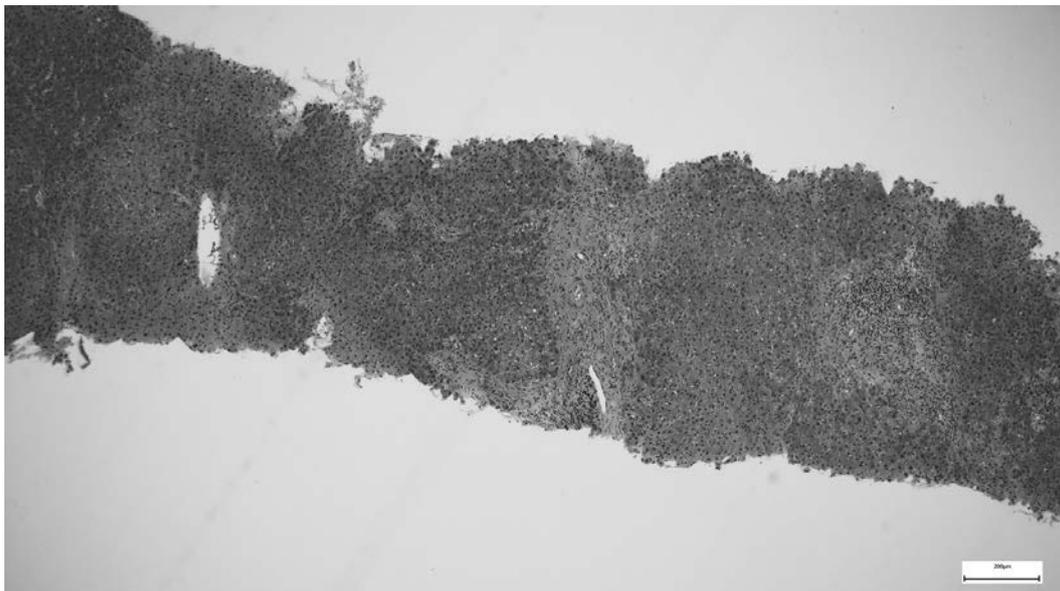
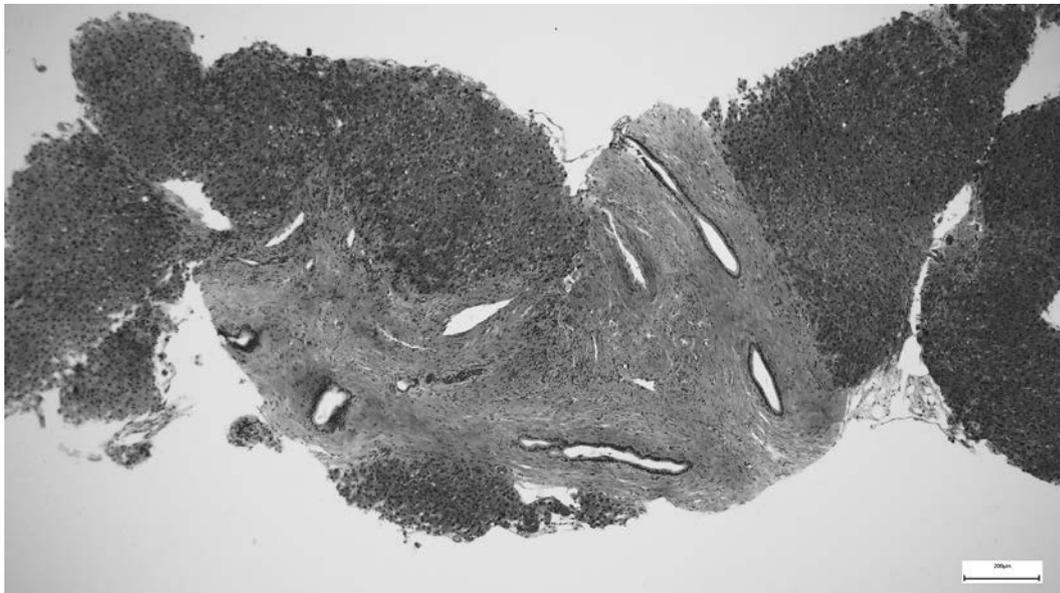
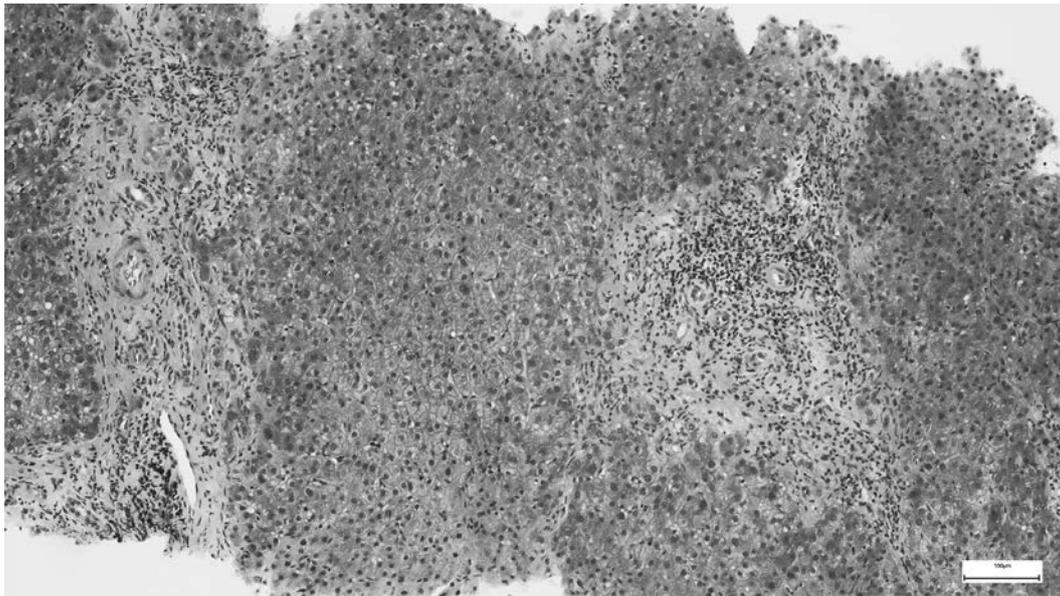


図2 来院時 CT 画像
肝左葉外側区と肝尾状葉腫大あり。脾腫，胆管壁の軽度肥厚，肝内胆管の軽度拡張あり。



肝生検組織 (HE 染色 50倍拡大)



肝生検組織 (HE 染色 100倍拡大) : リンパ球の浸潤がみられる。

図3 肝生検診断 : Chronic active hepatitis of liver, biopsy
肝生検所見 : 形質細胞浸潤を認めないリンパ球浸潤を認める肝組織。
グリソン鞘に線維性結合組織の増生を伴う拡大を認める。

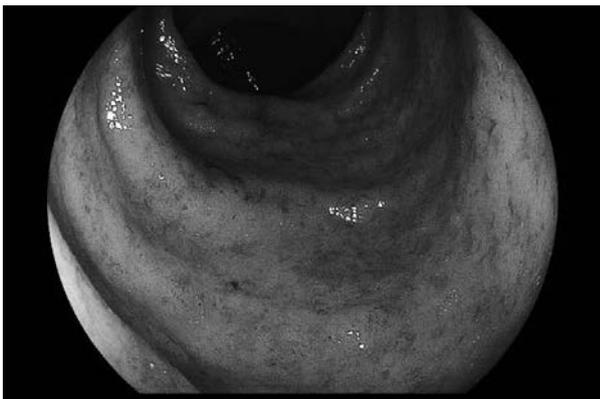


図4 下部消化管内視鏡像 : 粘膜の浮腫・発赤, 血管透見像の消失, ハウストラの消失を認める。

経過観察中に便潜血陽性がみられ, 反復性の血便の既往もあったことから, 下部消化管内視鏡検査を施行した。下部消化管内視鏡検査(図4)では全大腸に浮腫状, 発赤調の粘膜あり, 血管透見像消失もみられ, 潰瘍性大腸炎が疑われた。大腸生検(図5)では上行結腸, 横行結腸, 下行結腸, S状結腸, 直腸で大腸粘膜検体を採取し全てで陰窩炎を認めた。潰瘍性大腸炎と診断し, ペンタサ内服を開始した。肝機能異常については潰瘍性大腸炎に合併した原発性硬化性胆管炎を疑い, MRCPとERCPを施行した。MRCP(図6)では肝内・肝外胆管の口

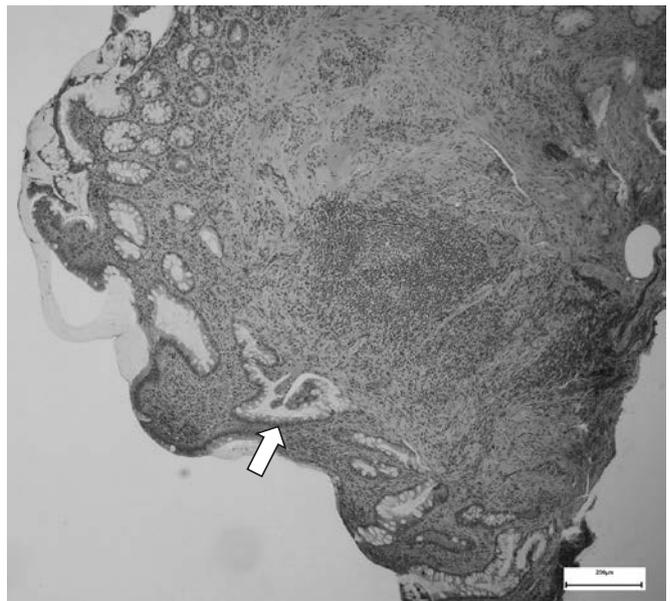


図5 大腸生検像(横行結腸 HE 染色 50倍拡大) : 陰窩の壁不整, 陰窩内の炎症細胞を認める。

径不同を認め, ERCP(図7)では枯れ枝状所見, 帯状狭窄, 総胆管での憩室様突出を認め, 原発性硬化性胆管炎に特徴的な所見であった。胆汁細胞診では悪性所見は認めなかった。初診から1年後, 原発性硬化性胆管炎と診断し, 肝移植を見越し大学病院へ紹介となった。同時期より急性胆管炎を繰り返しており, 抗生剤(CFPM, SBT/CPZなど)投与, 内視鏡的経鼻胆道ドレ

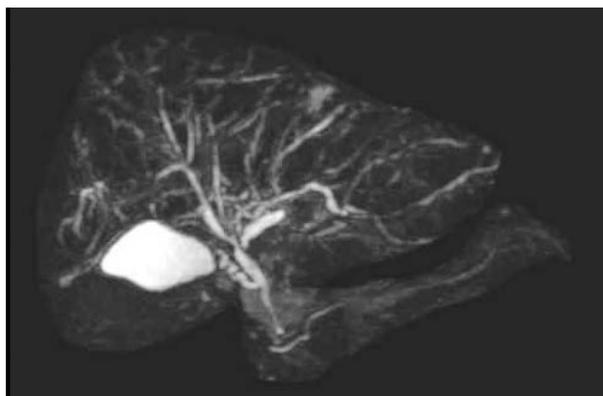


図6 MRCP像：
肝内胆管・肝門部胆管，肝外胆管に口径不同あり。

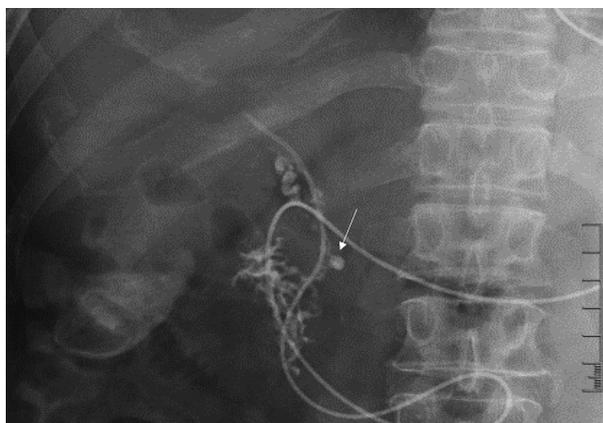
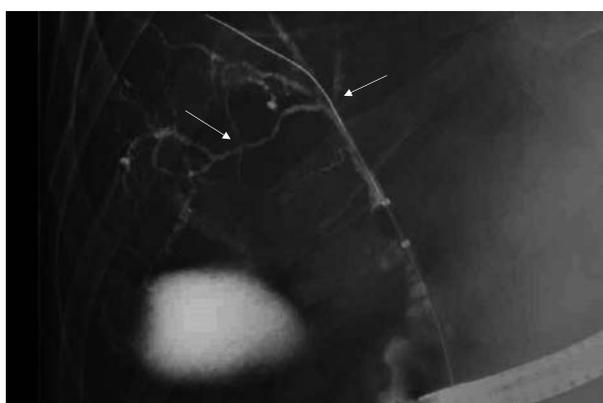


図7 ERCP像：
肝内胆管にて枯れ枝状所見，帯状狭窄，総胆管での憩室突出あり。胆汁細胞診：class II

ナージや胆管ステント留置など行われ，総ビリルビン値治療前5 mg/dL から治療後2 mg/dL ほどへ減黄見られたが，十分な減黄が得られないままであった。

初診から3年後，入退院を繰り返すうちに肝機能悪化で脳死肝移植レシピエント登録がされた。胸痛見られ，非ST上昇型心筋梗塞（AHA

分類#13 後側壁枝100%）の診断で，PCI（経皮的冠動脈形成術）施行され，冠動脈ステントを留置された。

初診から4年半後，外痔核腫脹による疼痛あり当院受診した。この頃より Child-Pugh 分類 C（11～13点）で非代償性肝硬変の状態であった。肝機能悪く手術困難であったため疼痛コントロール目的に入院加療の方針となった。

入院経過：

外痔核による疼痛に対してジクロフェナクナトリウム50mg 坐剤 2回/日から開始し，入院6日目にはトラマドール塩酸塩徐放錠100mg 1錠/日を追加内服した。入院10日目意識障害が出現し，血液検査（図8）を行いアンモニア200 μg/dL，Cre 3.02mg/dL がみられた。羽ばたき振戦もみられ，肝性脳症，肝不全進行，急性腎障害による病態が考えられた。ご家族へ説明し肝移植待ち目的の転院の選択肢を提示したが，当院での加療の継続を希望した。腎機能障害に対して，内服薬調整を行ったが内服・食事できず，浮腫の出現・進行を認めた。肝性脳症による意識障害進行を認め，徐々に血圧，酸素飽和度低下みられ，入院15日目に死亡確認した。死因や病態に関して医学的検討が必要と考えられ，主治医よりご家族に病理解剖について説明し，承諾得られたため病理解剖が行われた。

WBC	6790 /μL	T-Bil	11.60 mg/dL	Na	133 mEq/L
RBC	199 万/μL	AST	470 U/L	K	5.4 mEq/L
Hb	7.2 g/dL	ALT	277 U/L	Cl	108 mEq/L
Plt	3.5 万/μL	ALP	1188 U/L	Mg	3.5 mg/dL
		γ-GT	220 U/L	アンモニア	200 μg/dL
PT-INR	1.58	LD	827 U/L	FBS	83 mg/dL
PT	42%	TP	5.9 g/dL		
APTT	45.7 sec	Alb	1.6 g/dL		
%Ne	80.2	リパーゼ	46.1 U/L		
%Ly	8.4	BUN	81.9 mg/dL		
%Mo	5.6	Cre	3.02 mg/dL		
%Eo	5.6	CRP	7.54 mg/dL		

図8 血液検査（入院10日目）

Ⅲ. 病理解剖所見

病理解剖は死後7時間5分で行われた。解剖時の身長170cm, 体重65kgであった。

心臓の重量は464gで, 肉眼像では穿孔はなく, 右室拡大がみられる所見であった。心臓ミクロ画像では, 心室中隔, 左心室を中心に線維化巣が散見されたが, 塞栓源は見つからなかった。また, 冠動脈血管壁はプラークによる肥厚が目立った。肺重量は右肺680g, 左肺880gで著明な増加を認めた。肺の肉眼像では, 両肺と

も下葉を中心に暗赤色調の割断面を呈しており, ミクロ画像では毛細血管拡張によるうっ血像と肺水腫による無気肺像が目立つ所見であった。胃食道粘膜では, 胃粘膜の発赤, 食道静脈瘤が見られたが, 明らかな消化管出血は確認されなかった。肝臓重量は1350gで, 肉眼像(図9)では肝表面の軽度凹凸が見られた。肝右葉の萎縮と肝左葉の腫大がみられ, 黄色調の切断面がみられたが, 肝内肝外胆管ともに閉塞はみられなかった。肝臓ミクロ画像(図10, 図11)では, 末梢肝に胆管を中心とした線維化の強い所見

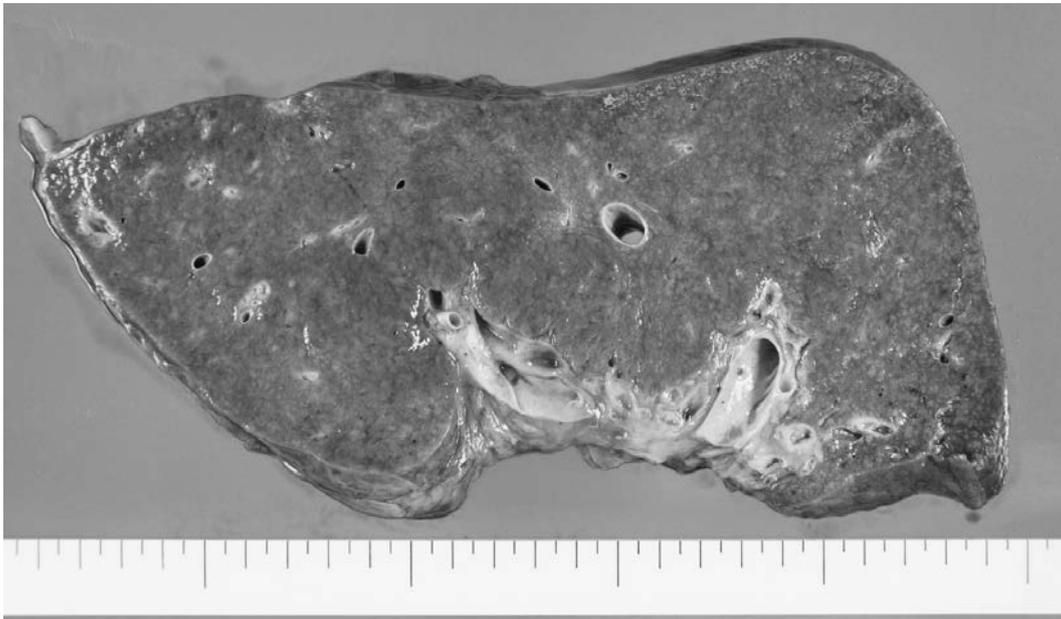


図9 病理解剖所見(肝臓肉眼像): 黄色調の切断面。肝左葉の腫大が目立つ。肝内胆管の明らかな閉塞像はみられなかった。

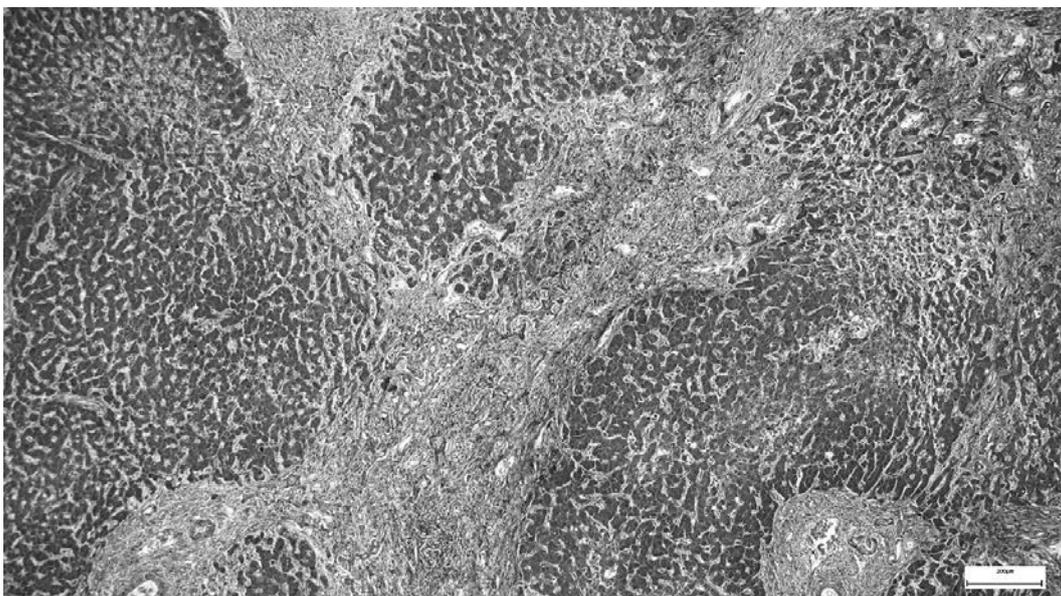


図10 病理解剖所見(肝臓 Masson 染色 50倍拡大): 末梢肝は線維化の強い所見。

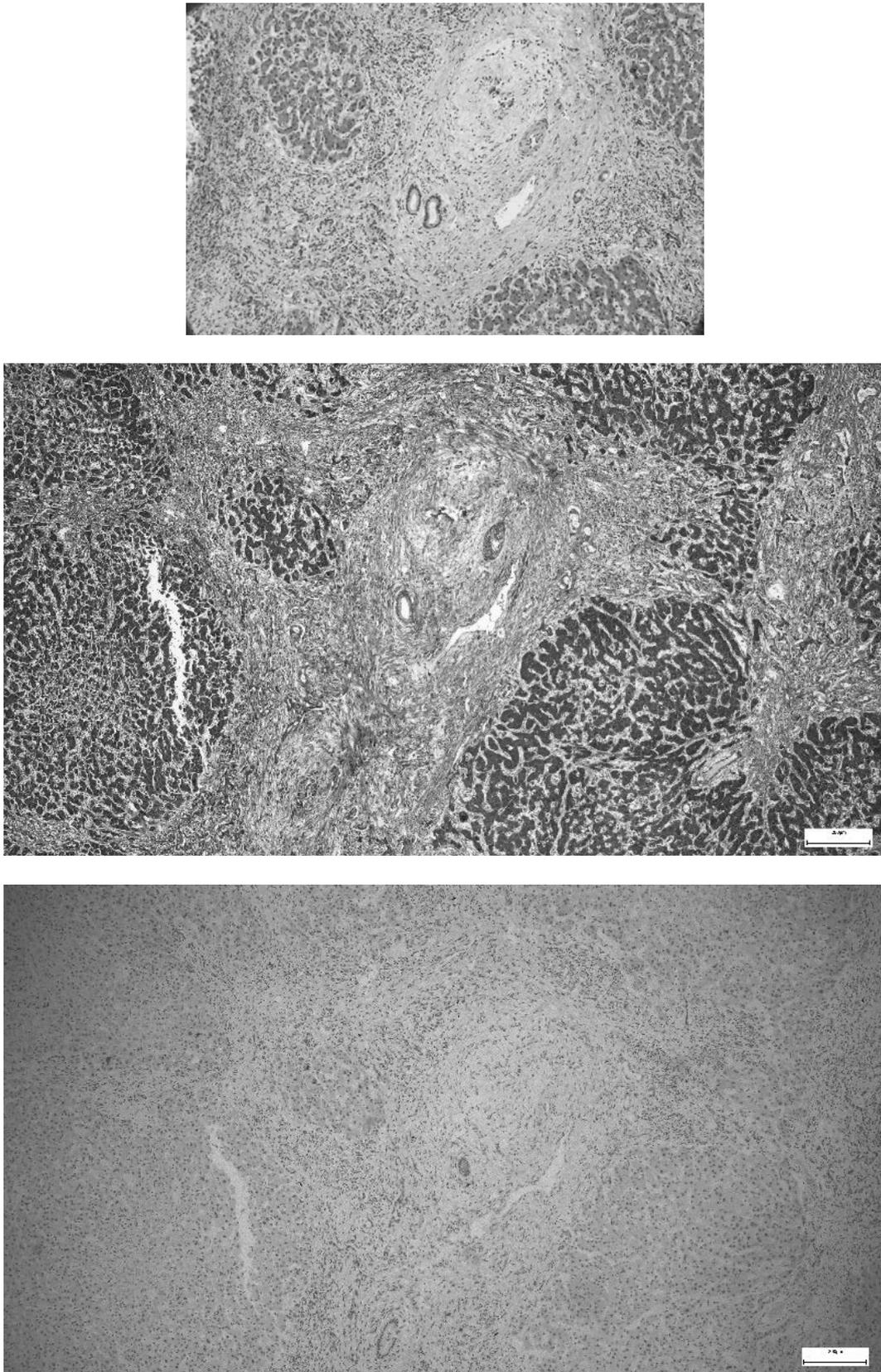


図11 病理解剖所見（肝臓 上：HE 染色 50倍拡大，中：Masson 染色 50倍拡大，下：免疫染色（IgG4）50倍拡大）：HE 染色で onion skin lesion がみられる。Masson 染色で偽小葉形成がみられる。

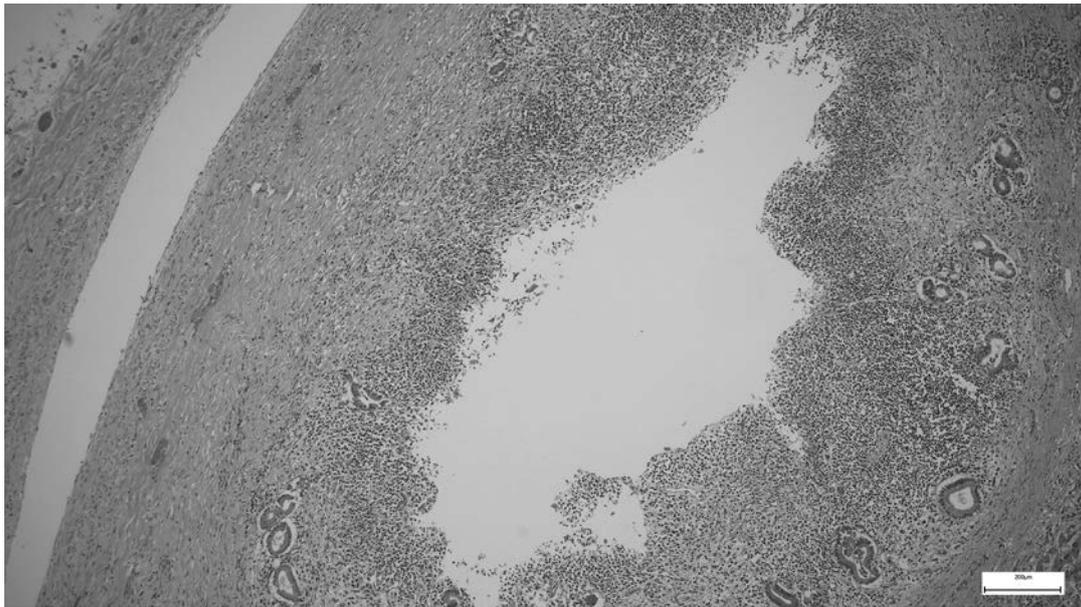


図12 病理解剖所見（肝内胆管 HE 染色 50倍拡大）：胆管粘膜に強い炎症所見が見られる。

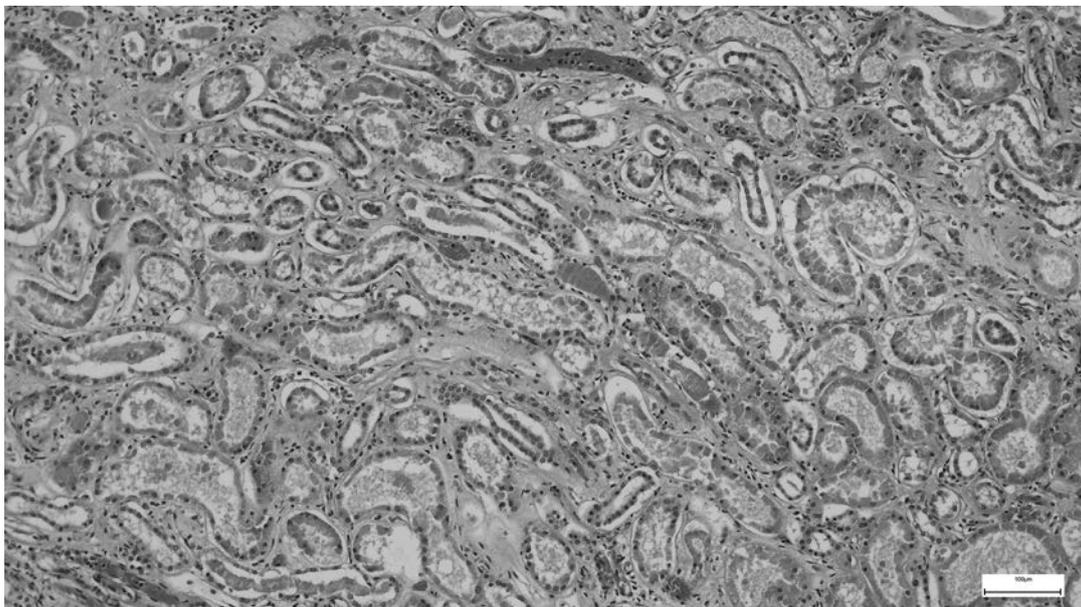


図13) 病理解剖所見（腎臓尿細管 HE 染色 100倍拡大）：尿細管内に胆汁の沈着がみられる。

(onion skin lesion), 肝内胆管の増生, 偽小葉形成が見られ, 中枢側胆管(図12)に胆管粘膜の炎症細胞浸潤がみられた。脾臓重量は1074gであり, 脾腫が見られ, 暗赤色調の割断面が見られた。腎臓重量は両腎とも270gであり, 茶褐色調の腎皮質がみられ, 割断面では腎盂周囲の脂肪組織沈着が目立った。腎臓のミクロ画像では胆汁のうっ滞がみられる糸球体硬化, 尿細管内の胆汁沈着(図13)がみられた。大腸では軽度の陰窩壁不整のみられる陰窩炎の所見と一部直腸の粘膜剥離が見られた。

以上の病理解剖学的所見では胆汁うっ滞, 肝不全の所見が見られる。病理解剖学的診断では直接死因として原発性硬化性胆管炎による肝内胆汁うっ滞と胆汁性肝硬変による肝機能不全が重視されると結論付けられた。

Ⅳ．考 察

今回の症例では、ERCPによって原発性硬化性胆管炎に特徴的な胆管像を認めたことALP値の上昇が見られたこと、炎症性腸疾患の合併を認めたことから原発性硬化性胆管炎（PSC）の診断基準を満たした⁴⁾。また、PSC診断基準にもあるIgG4関連硬化性胆管炎、発症原因の明らかな二次性硬化性胆管炎、胆管癌などの悪性腫瘍を除外するため、鑑別として挙げたIgG4関連硬化性胆管炎、原発性胆汁性胆管炎、胆道癌の診断基準、特徴を見直した。IgG4関連硬化性胆管炎はIgG4が正常値であったこと、MRCPやERCPでの胆管像が数珠状の狭窄であったこと、進行した線維化がみられることが今回の症例と合致しなかった⁵⁾。原発性胆汁性胆管炎は抗ミトコンドリア抗体が陰性であったこと、肝組織が慢性非化膿性破壊性胆管炎を特徴としない組織であったことが今回の症例と合致しなかった⁶⁾。胆道癌は画像検査、細胞診で悪性腫瘍を確認できなかったことと解剖所見で胆道の腫瘍組織を認められなかったことが今回の症例と合致しなかった⁷⁾。よって、鑑別疾患を除外した上で診断基準を満たすため原発性硬化性胆管炎であったと考えられる。

PSCの根治治療となるものは、肝移植のみである。日本では2015年全国調査においてグラフトロスに関する解析でMELDスコア高値（>=24）、一親等ドナーが独立したPSC再発後の危険因子であると報告された。PSCに対する生体部分肝移植の全国調査では1996年から2008年に行われた114例の5年生存率は70%、10年生存率は34%であり、PSC肝移植症例のグラフト生存率は成績が不良であることが示されている⁸⁾。本症例は、妻の生体肝移植に対する同意が得られず、一親等ドナーからの生体肝移植がグラフトロスの危険性が高く行えないため、脳死肝移植を希望していた待機期間中の死亡であった。PSCの診断後二年を経て日本臓器移植ネットワークへレシピエント登録されており、登録後一年半を経て死亡に至っている。二年間の登録までの期間については、厚生

労働省作業班がPSCの脳死肝移植のレシピエント登録基準を示しており、非代償性肝硬変に準じてChildスコア10点以上で肝移植適応となるため⁹⁾、登録基準に準じたと考えられる。また、厚生労働省臓器移植委員会は、レシピエント選択基準における優先順位を示しており、ドナーの親族、18歳未満のドナーの場合は18歳未満のレシピエント、ABO式血液型が一致する人、予測余命1か月以内の疾患群が優先される。1か月以上の余命が予測されるレシピエントの中でもMELDスコア（PT-INR、総ビリルビン値、クレアチニン値から計算される肝臓移植希望患者の重症度判定などに使われるスコア）の大きさによって順位付けがされる¹⁰⁾。本症例の患者はレシピエント登録時では脳死肝移植を希望し、1か月以上の余命が予測され、MELDスコア14点であった。脳死肝移植を受けるためにはレシピエント選択基準における優先順位が高くなかったこと、レシピエントの総数に対してドナーの総数が限られていたことが脳死肝移植を受けられなかった原因として推察される。

前述したように、PSC患者の経過は個人差大きいが予後不良とされている。本症例は、PSCと診断後3年半での死亡であるが、厚生労働省研究班の2015年の全国調査ではPSC症例全体では5年生存率81.3%、10年生存率69.9%という結果であり、PSCの肝移植を行わない症例では、5年生存率77.4%、10年生存率54.9%であった⁸⁾。PSCの代表的な予後予測式としてNew Mayo Model（年齢、T-Bill値、AST値、静脈瘤出血の既往歴、Aib値からなるPSC予後予測式）があげられるが、レシピエント登録時点で計算すると1年生存率77%、2年生存率55%であった¹¹⁾。全国調査、予後予測式より本症例は、死亡までの経過が早い症例であったと考えられる。死亡までの経過が早かった要因としては、急性胆管炎を繰り返しており、内視鏡的経鼻胆道ドレナージや胆管ステント留置、利胆薬投与によっても血中総ビリルビン値の十分な減少が得られていなかったこと、心筋梗塞や急性腎障害など様々な身体合併症を経過の中できたしていること、PSCの根治治療が肝移植のみであり、

肝移植を受けられなかったことが挙げられる。これらは、PSC, 肝不全進行例での加療の難しさが感じられるものであった。

原発性硬化性胆管炎は進行を抑えるために、ウルソデオキシコール酸やベザフィブラート内服の有効性の検討がされている⁸⁾。また、バンコマイシンやメトロニダゾールなど抗生剤の有効性も検討されており¹²⁾、本症例では急性胆管炎に対する抗生剤加療や内視鏡治療により一時的な減黄が見られた。しかし、進行を完全に抑えるほどの効果はなく肝不全に陥った場合には肝移植が唯一の治療法となる⁸⁾。日本は2010年の改正臓器移植法の施行により脳死下の臓器移植件数は増加しているが、2019年に行われた脳死肝移植の年間件数は88件であり、2020年11月30日時点で340人が脳死肝移植を希望して待機中であった。また、過去に脳死肝移植を希望して日本臓器移植ネットワークに登録した3424名のうち、実際に本邦で脳死肝移植をうけることができた人は644名(19%)に過ぎず、2020年11月30日時点で1445名(42%)が待機期間中に死亡していると報告されている¹³⁾。脳死肝移植、生体肝移植ともに行うことが難しい実情において、PSCの進行を抑えられるまたはPSC根治を期待できる治療法の開発が望まれる。

V. 結 語

原発性硬化性胆管炎の経過中に慢性肝不全の進行をきたし死亡に至った一例について文献的考察を交えて報告した。

VI. 文 献

- 1) LaRusso NF, Wiesner RH, et al: Current concepts. Primary sclerosing cholangitis. *N Engl J Med*, 310: 899-903, 1984
- 2) 原発性硬化性胆管炎(PSC)厚生労働省難治性疾患克服研究事業 難治性肝・胆道疾患に関する調査研究班
- 3) 高久史磨・尾形悦郎・黒川清・矢崎義雄: 新臨床内科学 第9版〈縮刷版〉p535 医学書院
- 4) 原発性硬化性胆管炎ガイドラインについて

日本消化器病学会雑誌 116巻 8号 p631-638

- 5) 深山正久・森永正二郎: 病理と臨床 2017 Vol.35 No.3, 文光堂
- 6) 原発性胆汁性胆管炎(PBC)診療ガイドライン(2017年)厚生労働省難治性疾患克服研究事業「難治性肝・胆道疾患に関する調査研究」班
- 7) 胆管がん 一般社団法人日本肝胆膵外科学会
- 8) 田中篤: 原発性硬化性胆管炎(PSC)の up-to-date 胆道 32巻 2号 241~250 (2018)
- 9) 脳死肝移植希望者(レシピエント)適応基準の改定 厚生労働省
- 10) 肝臓移植希望者(レシピエント)選択基準について 厚生労働省
- 11) 中村太郎・長井俊志・亀井秀弥・木内哲也: 原発性硬化性胆管炎の移植治療 胆道 22巻 4号 507~513 (2008)
- 12) Tabibian JH, Weeding E, Jorgensen RA, et al. Randomised clinical trial: vancomycin or metronidazole in patients with primary sclerosing cholangitis — a pilot study. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 37: 604-612
- 13) 赤松延久: ファクトブック 2020 一般社団法人日本移植学会 p20~30

膵頭部癌の経過中に消化管出血を来した1例

片山 大奨¹・清水 晃典²・池田 守登²
花田 敬士²・西田 賢司³・米原 修治³

キーワード：膵癌 (pancreatic cancer), 消化管出血 (gastrointestinal bleeding)

要 約

膵癌の経過中に消化管出血を合併する症例を経験することは少なくないが、多くの場合、消化管出血が直接死因となることは少ない。今回、膵頭部癌の経過中に消化管出血を来し、急性の転帰を辿った1例を経験したので、病理解剖の結果を踏まえた上で、考察を加えて報告する。

I. はじめに

膵癌の経過中に消化管出血を合併する症例を経験することは少なくない。一方で稀ではあるが、腫瘍の消化管への浸潤による消化管からの出血コントロール不良により致命的な転帰を辿る症例が散見される。今回、膵頭部癌の経過中に消化管出血を来し、急性の転帰を辿った1例を経験したので、病理解剖の結果を踏まえた上で、考察を加えて報告する。

II. 症 例

患者：90歳, 男性

主訴：吐血, 腹痛

現病歴：(X-1)年9月中旬, 心窩部痛が出現し、近医を受診したところ, 血液検査にてCA19-9高値, 腹部超音波検査にて膵頭部腫大を認めたため, 10月上旬, 当院へ紹介となった。超音波内視鏡下穿刺吸引生検 (EUS-FNAB: endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy) にて中分化型管状腺癌を認め, 腹部CT検査では膵頭部に限局し, 脈管浸潤, リンパ節転移,

他臓器転移を認めないことから cT2N0M0 stage I B と診断された。超高齢であり, 外科的治療は希望されず, 化学療法が選択され, 10月下旬からS-1単独療法を開始した。11月中旬, 心窩部痛と黒色便が出現し, 当院に救急搬送された。腹部CT検査にて十二指腸穿孔と診断され, 外科にて緊急手術となった。十二指腸前壁に穿孔があり, 緊急腹腔鏡下十二指腸穿孔部縫合閉鎖・大網充填術が施行された。その際に穿孔部には膵癌の浸潤の影響は認められなかった。術後経過は良好であったため, 11月下旬に退院となり, その後, 外来にて化学療法が再開された。

X年1月13日午前1時半頃, 突然強烈な腹痛が出現し, 吐血を認めたため, 当院に救急搬送された。

既往歴：十二指腸穿孔, 脳梗塞

内服歴：テガフル・ギメラシル・オテラシル (S-1), エソメプラゾール, レバミピド, ロキソプロフェン, シロスタゾール, プラバスタチン

生活歴：ADLは比較的自立しており, 杖歩行が可能な状態であった。認知機能は年齢相応であった。喫煙5本/日, 飲酒歴なし。

来院時現症：身長168cm, 体重69kg, BMI 24.4kg/m², JCS10, 体温33.9℃, 呼吸数26回/分以上, SpO₂測定不可, 脈拍数82回/分, 血

¹JA 尾道総合病院 初期臨床研修医

²JA 尾道総合病院 消化器内科

³JA 尾道総合病院 病理研究検査科

圧 62/40mmHg, 眼瞼結膜に蒼白あり, 四肢末梢に冷感を認めた。

血液検査所見 (表 1) : Hb 9.2g/dL, 動脈血液ガスでは pH 7.014, Lac 12.6mmol/L であった。

表 1 検査所見

血算		生化学			
WBC	7660 / μ L	T-BIL	0.47 mg/dL	Na	134 mEq/L
Ne	42.2 %	AST	26 U/L	K	3.6 mEq/L
RBC	249 $\times 10^4$ / μ L	ALT	21 U/L	Cl	103 mEq/L
Hb	9.2 g/dL	γ -GTP	44 U/L	Ca(補正)	9.6 mg/dL
Ht	28.7 %	LD	178 U/L		
PLT	17.3 $\times 10^4$ / μ L	TP	4.8 g/dL	動脈血液ガス(O ₂ 4L/min)	
凝固		ALB	2.8 g/dL	pH	7.014
PT	65 %	BUN	16.8 mg/dL	PaO ₂	147.0 mmHg
PT-INR	1.21	CRE	1.08 mg/dL	PaCO ₂	51.2 mmHg
APTT	26.3 秒	eGFR	49.0 IU/mL	HCO ₃ ⁻	12.4 mmol/L
		UA	5.4 mg/dL	BE	-17.0 mmol/L
		CRP	0.25 mg/dL	Lac	12.6 mmol/L

腹部 CT 検査 (図 1) : 胃内に高吸収内容物の貯留を認めた。腸管内に明らかな造影剤の血管外漏出像は指摘できなかつた。臍頭部に腫瘤影を認め、主臍管は拡張していた。肝実質内に多

発結節影を認めた。門脈系の側副血行路は認めなかつた。

入院後経過 : 末梢静脈路の確保後, 大量輸液を開始した。胃管挿入にて血性の残渣様排液を多量に認めた。腹部造影 CT 検査にて明らかな血管外漏出所見は認めなかつたが, 上部消化管出血に伴う循環血液量減少性ショックの状態が考えられた。直ちに赤血球濃厚液 6 単位, 新鮮凍結血漿 6 単位を, 鎮痛目的にフェンタニルを投与開始した。さらに中心静脈路を確保し, 大量輸液および輸血を継続したが, 収縮期血圧は 60mmHg 前後で推移し, 極めて不安定な循環動態であった。消化器内科内で協議をした結果, 超高齢, 全身状態などを考慮すると内視鏡的治療および血管内治療等の侵襲的治療の適応はないとの判断に至り, 家族とのインフォームドコンセントの結果, Best supportive care の方針とした。徐々に血圧が低下し, 心肺停止に至り, 搬送から約 7 時間後に死亡確認を行った。

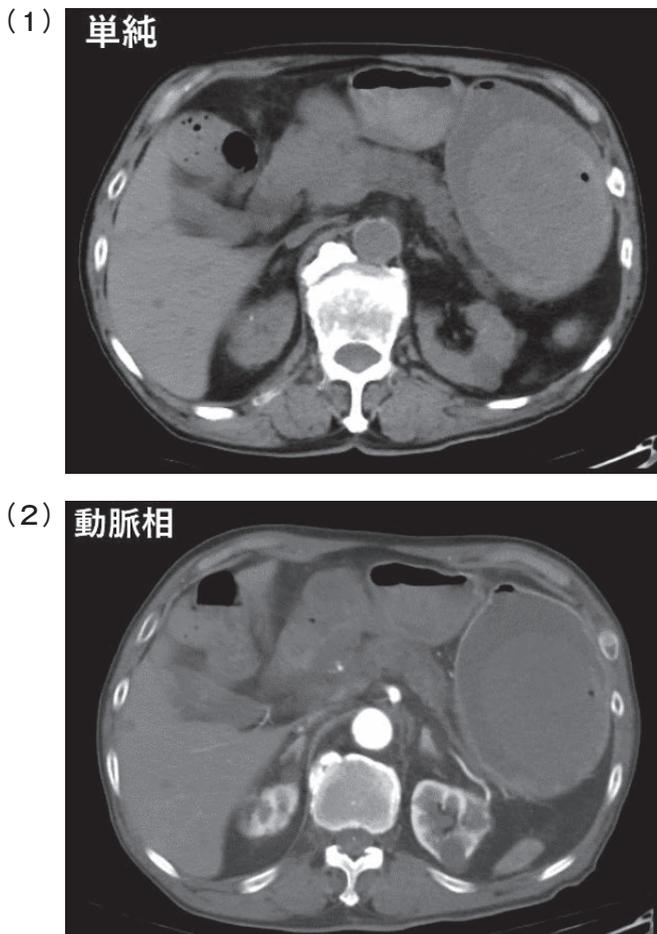


図 1 腹部 CT 検査

Ⅲ. 病理解剖学的診断

病理解剖は死亡から1時間56分後に実施された。外観上は超高齢の割に体格が良く、上腹部と下腹部に手術痕を認める以外に明らかな外表的な異常所見は認めなかった。胸水はわずか、心嚢水は20mL、腹水はわずかであったが、肝門部に暗赤色の血腫約100gを認めた。十二指腸球部に径1.0×1.0cmの潰瘍性病変を認めた(図2)。この潰瘍性病変とは異なる部位に初回手術によると思われる術後瘢痕および近傍の

大網との癒着を認めた(図3)。胃内には暗赤色の血液約1000mL、小腸内には暗赤色の血液1400mLが認められた。

膵臓は重量120gであった。膵頭部に径8.0×4.0×4.0cm大の灰白色腫瘍を認めた(図4)。十二指腸球部の潰瘍底には露出血管を認め、組織学的には長径約7.0mmの弾性動脈であった(図5)。同血管は解剖学的に後上膵十二指腸動脈と推定された。露出血管は膵頭部の腫瘍浸潤により壁構造は破綻しており、動脈性出血を来したことが示唆された(図5)。膵頭部の腺

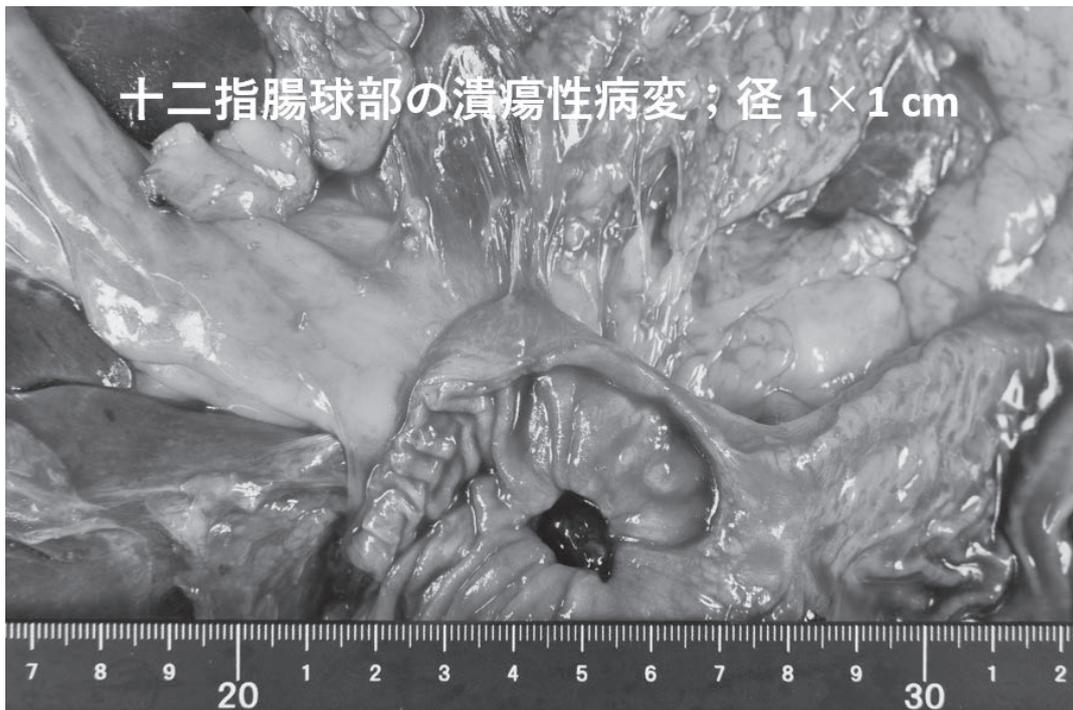


図2 十二指腸球部の潰瘍性病変

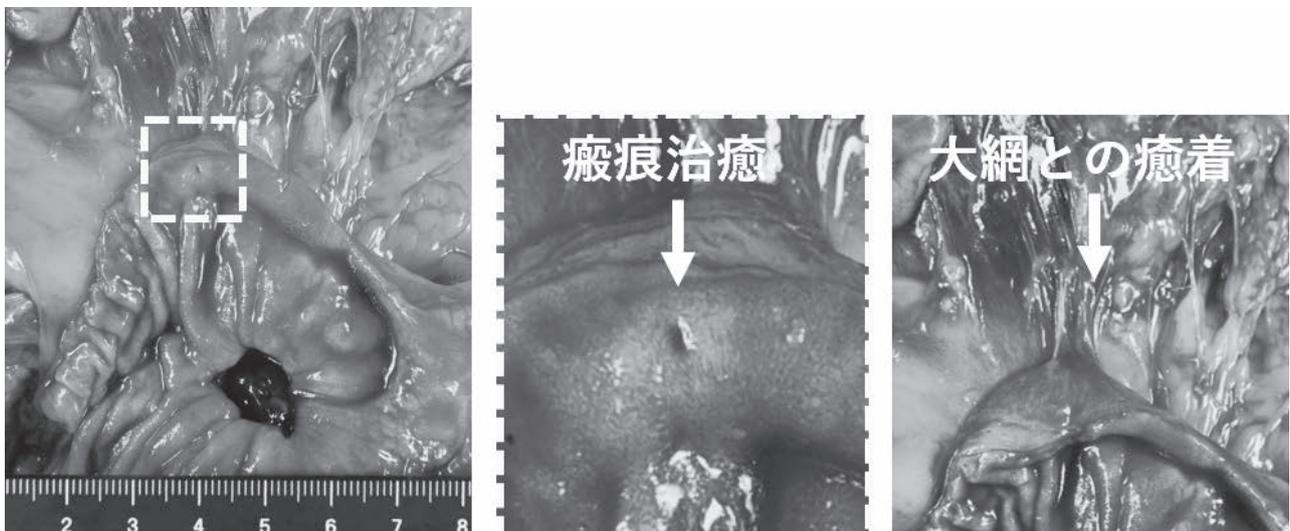


図3 (X-1)年11月の穿孔部位

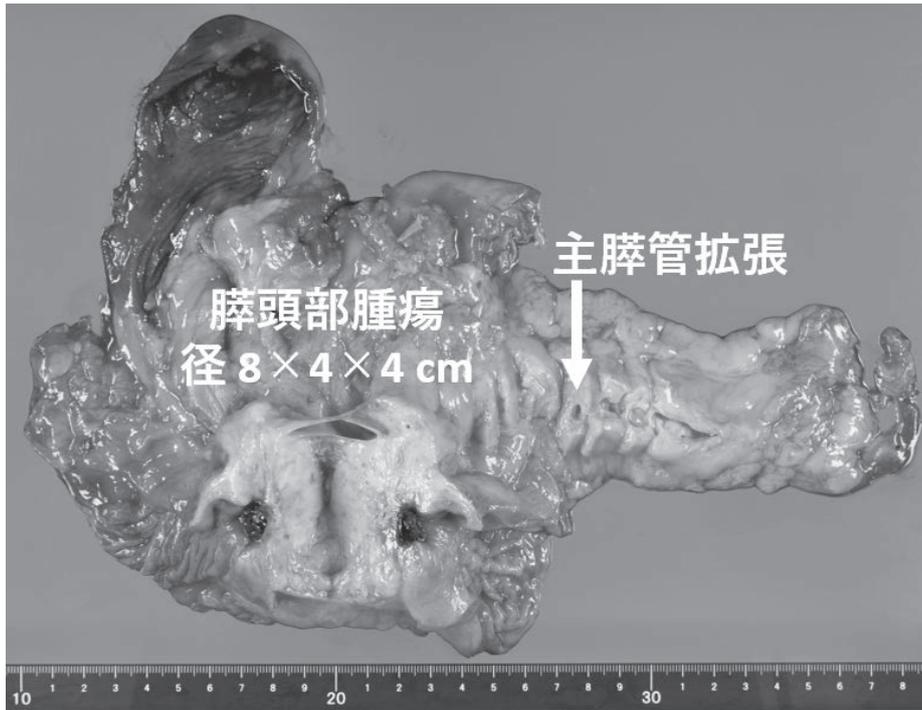


図4 膵頭部腫瘍

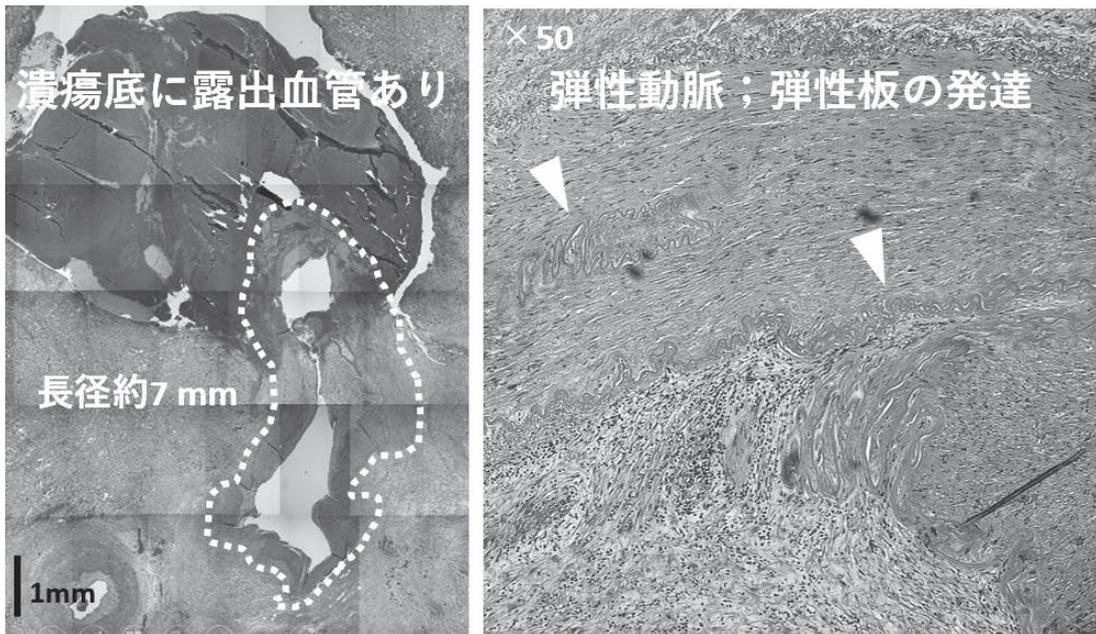


図5 十二指腸潰瘍の露出血管とその壁構造

癌細胞は膵頭部を中心に正常な組織構造を破壊し、十二指腸粘膜まで浸潤を来たしていた(図6)。膵頭部近傍のリンパ節にも直接浸潤を認めた。膵体尾部の膵管は拡張し、実質は炎症細胞の浸潤、線維化、腺房の萎縮や脱落等の慢性膵炎の病理像を呈しており、腫瘍浸潤による閉塞性膵炎の状態が示唆された。

肝臓は重量886gであり、割面に灰白色の多

発結節を認めた(図7)。結節病変の最大径は2.5cmであった。組織学的には背景肝の構造は比較的維持されていたが、結節に相当する領域で膵癌と同様の腺癌細胞による組織構造の破壊を認め(図7)、膵癌の多発肝転移が示唆された。心臓は重量368g、左室壁厚1.6cm、右室壁厚0.2cmであった。左室肥大を認め、組織学的には左室心筋に一部錯綜配列および好酸性物質

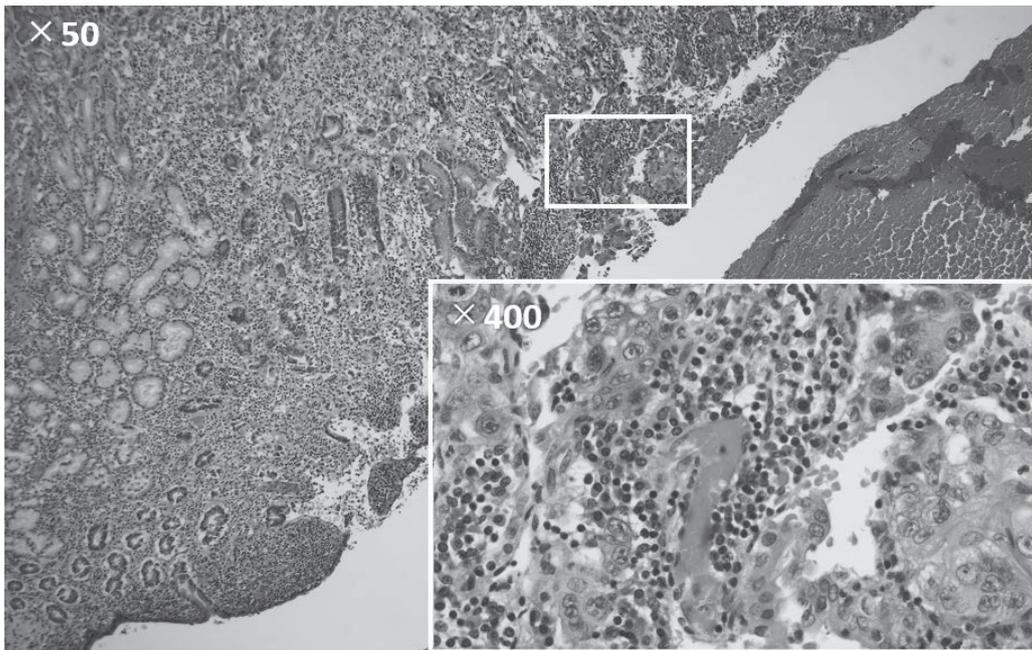


図6 十二指腸粘膜への浸潤

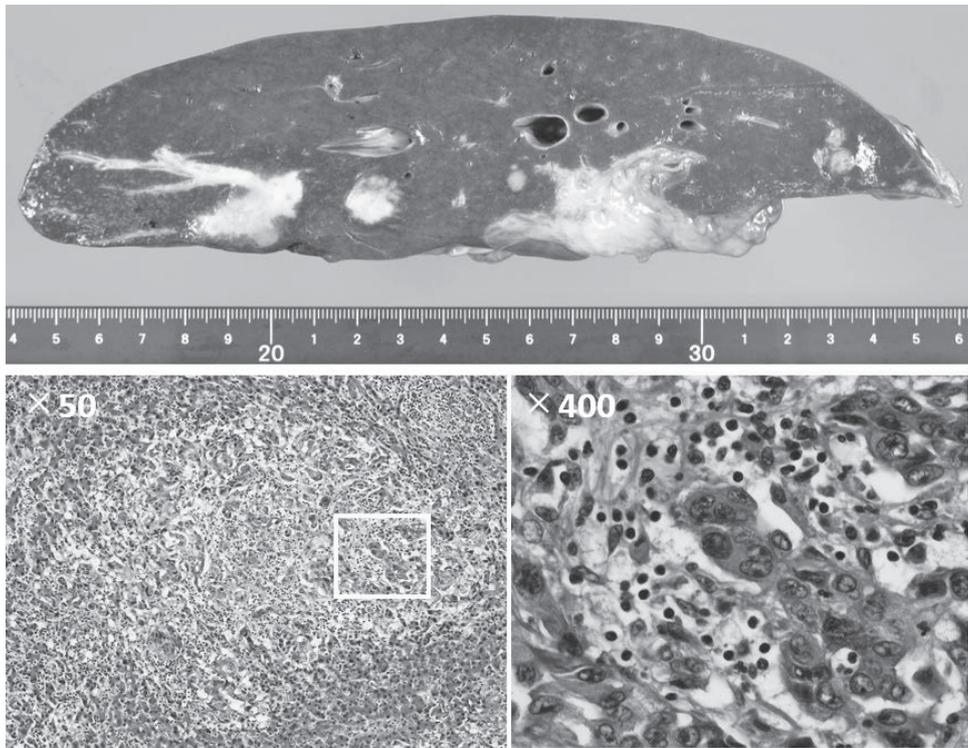


図7 肝臓の多発結節と結節病変の病理

の沈着を認めた。好酸性物質はDFS (direct fast scarlet) 染色陽性, 抗 Transthyretin (TTR) 抗体染色陽性であり, アミロイド沈着が示唆された(図8)。肺の重量は右が500g, 左が424gであった。組織学的には心臓と同様にDFS染色陽性物質の沈着を認めた(図9)。これらの所見から老人性全身性アミロイドーシスの状態であることが示唆された。その他の病理所見は表2に

記載する(表2)。

以上から, 直接死因は潰瘍底に露出した後脛十二指腸動脈の壁構造の破綻による動脈性の大量出血を契機とした循環不全であると推測された。これは膵頭部癌の浸潤により十二指腸球部で潰瘍性病変が形成されたことが原因であった。今回の潰瘍性病変は, (X-1)年11月に生じた穿孔後の癒痕組織とは異なる部位であること

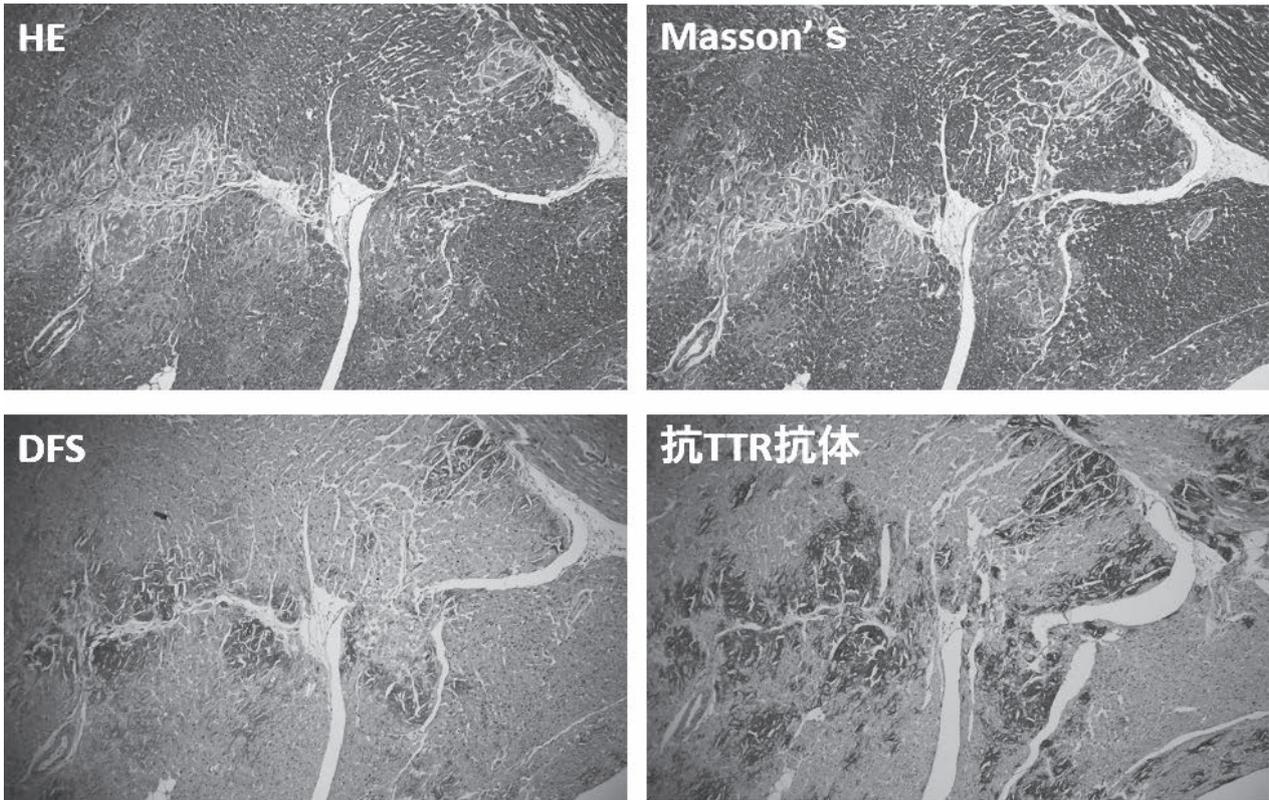


図8 心臓のアミロイド沈着

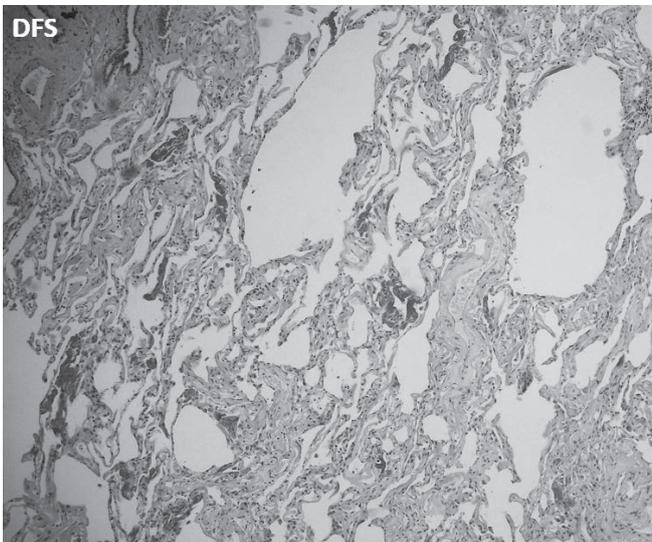


図9 肺のアミロイド沈着

から、この際の穿孔は消化性潰瘍によるものと推察された。また、アミロイドーシスは心肺予備能の低下に多少なりとも関与が疑われたが、今回の病態に直接関与した可能性は低いと考えられた。病理解剖学的診断を踏まえた病態図を図10に提示する（図10）。

表2 その他の病理所見

その他の所見	
前立腺癌(latent cancer)	浸潤や転移なし
動脈硬化(冠動脈, 大動脈, 動脈)	
両側の腎硬化症	中等度 腎臓重量: 128 g: 126 g
右腎の乳頭腺腫	
胃噴門腺過形成	
空腸の異所性膵	
S状結腸の管状腺癌および過形成性ポリープ	
虫垂切除後	
骨粗鬆症	

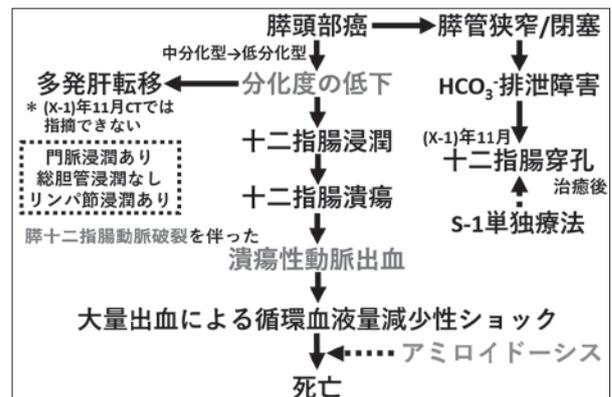


図10 病理解剖診断を踏まえた病態図

IV. 考 察

本症例は膵癌の加療中に腫瘍浸潤による十二指腸潰瘍性病変が形成され、潰瘍底の露出血管が破綻したことで動脈性の大量出血を来とし、出血性ショックによる循環不全で急性の転帰を辿った。

膵癌の胃・十二指腸浸潤による出血に対する内視鏡的止血術は組織が脆弱であることから止血に難渋し、無効となる場合が多い。また、血管内治療も膵臓自体が豊富な血流支配を受けており、その止血効果は一時的であり不十分になることが多く、出血源となる膵癌自体の外科的切除が不可能な場合は予後不良である¹⁾。一方でLissidiniら²⁾は、緊急膵頭十二指腸切除術は高侵襲であるため、致命的な病態で他の治療選択肢がない場合に習熟した外科医が存在する専門病院において施行されるべきものと位置付けている。そのため血管内治療により一時的な止血で全身状態の改善が得られた後に、永続的な止血として原発巣の切除が行われる例が多い³⁾。また最近では膵癌の十二指腸浸潤による消化管出血に対してcSEMS (covered self-expandable metallic stent) を用いた内視鏡的止血が報告されており原発巣の切除が困難な場合、治療法の選択肢となりうる可能性がある⁴⁾。

膵癌に合併する消化管出血は、大坪らの報

告⁵⁾によると、膵癌加療中の146症例に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、20例(13.6%)で消化管出血を合併しているとされる。その内訳と詳細を表3に示す。出血コントロール不良により死亡に至ったのは5例(3.4%)であった。この報告では膵癌の経過中に内視鏡検査を施行することで消化管出血の発症リスクを事前に予測し、症例によっては事前に治療方針を立てることで起こり得るリスクに備えることのできる可能性について考察されている。また、高橋らは切除不能膵癌の十二指腸浸潤による十二指腸狭窄を来した18例のうち出血性ショックを伴う十二指腸出血を来した5例と非出血群8例の比較を行った際に、CTでの十二指腸浸潤部の壊死所見、腫瘍内貫通血管所見、内視鏡像での穿通所見は十二指腸出血のリスクであったと報告している⁶⁾。

本症例のように突然発症した腫瘍浸潤による潰瘍性出血では、発症した時点での救命は困難である可能性も高いが、造影CTや上部消化管内視鏡検査を行うことで消化管出血のリスクの評価を行い、対策を行うことで予後の改善につながる可能性が示唆された。

次に2021年1月1日から2022年7月31日までの期間、当院で診療を行い死亡に至った膵癌患者45例における直接死因を検討した(表4)。死因の内訳は肝腎不全17例(38%)、循環不全

表3 膵癌症例の消化管出血合併例

消化管出血合併例20/146例(13.6%)	
消化管腫瘍浸潤6例	十二指腸浸潤5例うち2例死亡 腹膜播種による下部消化管浸潤1例
静脈瘤2例	食道静脈瘤2例うち1例死亡
放射線関連胃十二指腸粘膜病変4例	胃潰瘍2例 胃炎2例
放射性関連以外の消化性潰瘍5例	NSAIDs潰瘍3例 胆管ステント由来潰瘍1例
その他	門脈圧亢進症性胃症1例 原因不明の上部消化管出血2例死亡

表4 当院の膵癌死亡症例における直接死因の検討

膵癌死亡症例(2021.1.1-2022.7.31)	45例
年齢	43-91歳(中央値72)
性別	男性22例、女性23例
占拠部位	膵頭部23例、膵体部12例、膵尾部10例
診断時の病期	I 4例、II 9例、III 4例、IV 28例

11例（24%）、呼吸不全2例（5%）、不明15例（33%）であった（図11）。循環不全の死因の詳細に注目すると、循環不全11例のうち出血性ショックは4例であった（表5）。4例のうち消化管出血が直接死因であった症例は3例（6.7%）であった（表6）。検討した期間内では当院の消化管出血が直接死因となった症例

は前述の他施設の報告と比べて多い結果となった。

最後に、本症例における膵癌の分化度の変化について検討を行った。本症例は（X-1）年10月上旬の時点では、腹部エコーにて径28×25mm大、EUSにて径26.6mm大の膵頭部腫瘍を認めていた（図12）。生検による病理診断の

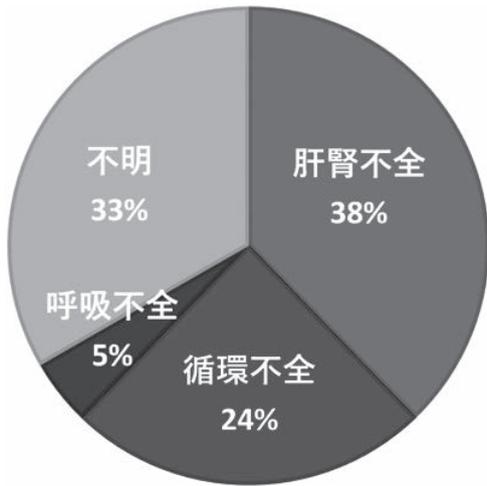


図11 当院の膵癌症例の死因内訳

表5 循環不全の内訳

循環不全11/45例		
循環血液量減少性ショック	出血性	4例
血液分布異常性ショック	敗血症性	6例
閉塞・拘束性ショック	心タンポナーデ	1例
心原性ショック	心不全	1例

表6 循環不全の詳細

循環不全11/45例		
出血性4例	腫瘍浸潤による十二指腸潰瘍性出血	2例
	食道静脈瘤破裂による出血	1例
	転移性肝腫瘍破裂による腹腔内出血	1例
敗血症性5例	逆行性胆管炎	3例
	細菌性腹膜炎	1例
	術後腹腔内膿瘍	1例
心タンポナーデ1例	癌性心膜炎	1例
心不全1例	心筋浸潤	1例

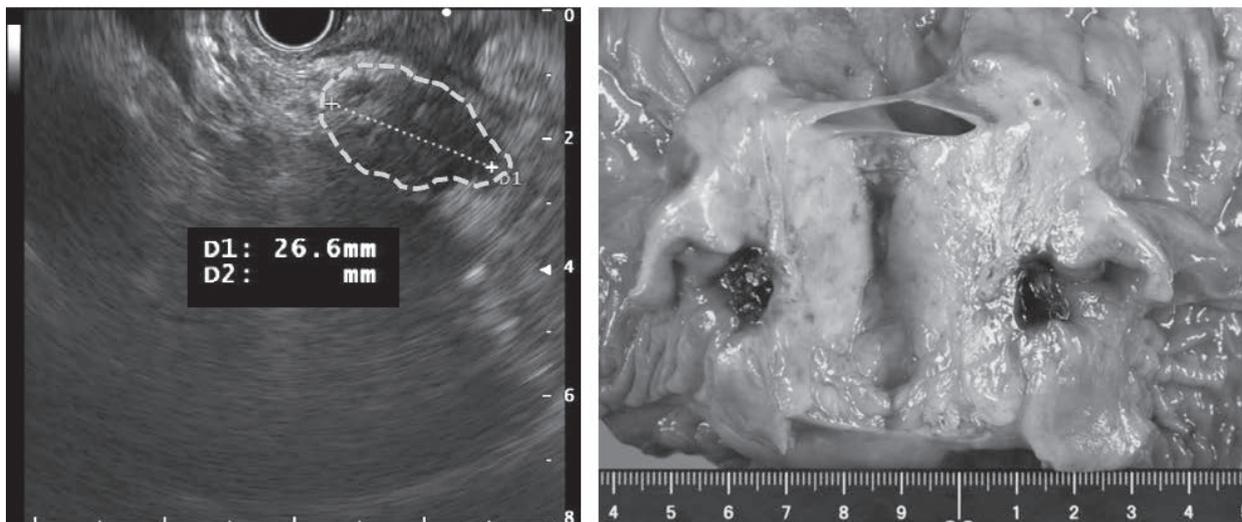


図12 腫瘍径の変化

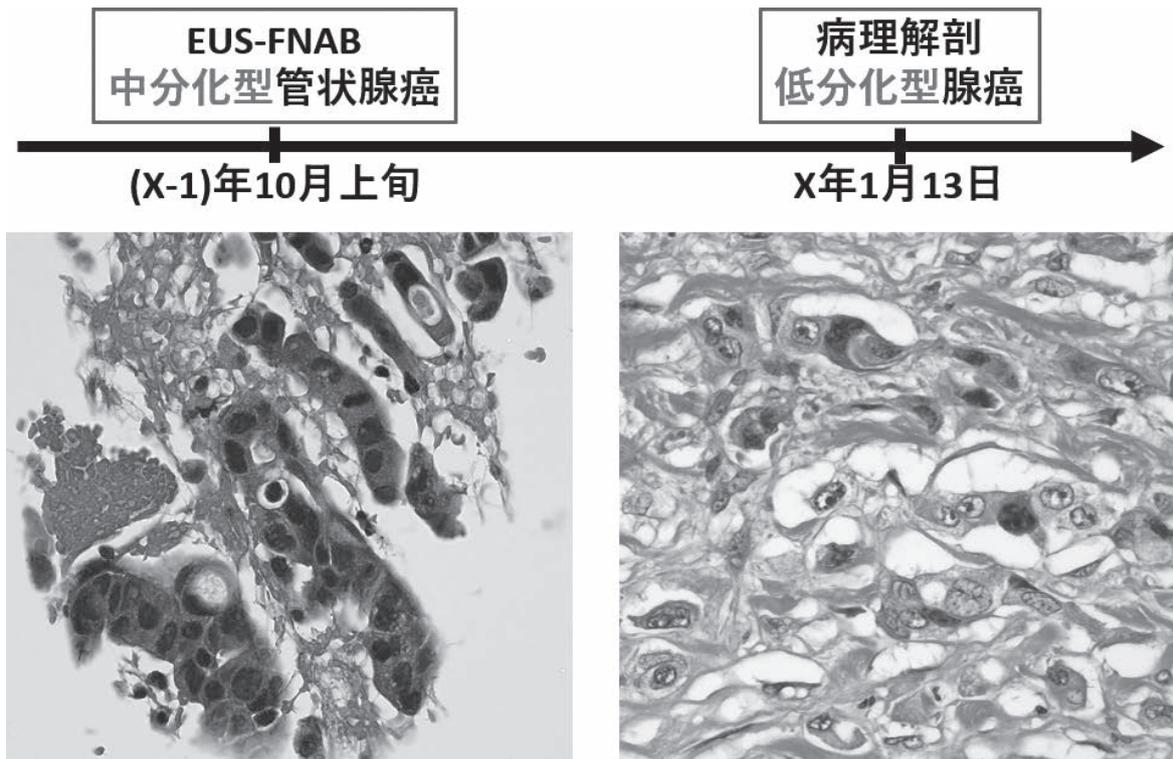


図13 分化度の変化

結果は中分化型管状腺癌であった(図13)。しかしながら、X年1月13日に行われた病理解剖学的診断の結果、腫瘍径は80×40×40mmに増大し、腫瘍細胞は低分化型腺癌へと分化度が変化していた(図12, 13)。さらに約2か月前の(X-1)年11月の時点のCT検査では肝転移を指摘し得るほどの所見は認めていなかった。このことから、本症例においては3か月の経過の中で腫瘍細胞の分化度が低下し、浸潤や転移を来しやすい状態へと病勢を強めていった可能性が考えられた。膵癌において分化度の変化が予後を左右する因子の1つであることが示唆された。膵癌の分化度の変化が起きる時期、その要因が何であるのか、更にはその変化を制御できる因子は存在するのかについての解明が今後の課題であると考えられる。

V. 結 語

膵頭部癌の経過中に消化管出血を来とし、急性の転帰を辿った1例を経験した。病理解剖の結果、直接死因は腫瘍浸潤による十二指腸の潰瘍性病変からの動脈性出血による循環不全であった。本症例のように腫瘍浸潤による消化管

出血が急性発症した場合は救命困難となる可能性があるが、症例によっては膵癌加療中に上部内視鏡検査を施行することで消化管出血の発症リスクの評価を行い、早期の治療加入が可能となり、予後の改善につながる可能性がある。

文 献

- 1) 宮田正年, 安田健治朗, 田中聖人ほか: 膵疾患に伴う出血に対する内視鏡の役割. 消化器内視鏡22(9). 1452-1456, 2010
- 2) Lissidini G, Prete FP, Piccini G, et al: Emergency pancreaticoduodenectomy: When is it needed? A dual non-trauma centre experience and literature review. Int J Surg21. S83-S88, 2015
- 3) 川野良寛, 片山敬久, 森田弘江, ほか: 悪性腫瘍の十二指腸浸潤からの大量出血に対する動脈塞栓術. 臨放49. 1826-1830, 2004
- 4) Mitsuru Sugimoto, Tadayuki Takagi, Rei Suzuki et al: The Dramatic Haemostatic Effect of Covered Self-expandable Metallic tenSts for Duodenal and Biliary Bleeding. Intern Med 60: 883-889, 2021

- 5) 大坪公士郎, 毛利久継, 山下要ほか: 膵癌症例に合併した消化管出血に関する検討. 日本消化器病学会雑誌110. 376, 2013
- 6) 高橋英, 深澤光晴, 川上智ほか: 膵癌十二指腸浸潤による十二指腸出血症例における画像的特徴. 日本消化器病学会雑誌113. 692, 2016

腹腔内出血による急激な転機を辿った膵癌多発肝転移の一例

安部倉 萌¹⁾・清水 晃典²⁾・西田 賢司³⁾・米原 修治³⁾

I. はじめに

一般に転移性肝腫瘍は原発性肝癌に比べ、破裂しにくいとされており、特に膵癌の転移性肝腫瘍の破裂による腹腔内出血を認めた報告は少ない。今回、腹腔内出血により急激な転機を辿った膵癌多発肝転移の一例を経験したので報告する。

II. 症 例

患者：55歳，女性

主訴：なし（膵腫瘍精査加療目的に紹介受診）

既往歴・併存症：気管支喘息，交通外傷

アレルギー：プレガバリン，セフジニル，アセトアミノフェン，エチゾラム，ジクロフェナク，ケトプロフェン，ブチルスコポラミン臭化物

現病歴：20XX年の2月Y日に言語障害が出現した。2月Y+3日に前医を受診した。明らかな麻痺はみられなかったが，感覚性失語がみられた。同日撮影された頭部MRI検査の拡散協調像，フレア画像で左側頭頭頂葉に高信号域がみられた（図1）。左側頭頭頂葉の急性期脳梗塞の診断で入院加療が開始された。血管に有意狭窄は指摘されなかったが，Dダイマーが21.49と高値であった。さらに精査を進めた結果，画像検査で膵腫瘍，多発リンパ節転移，多発肝腫瘍が指摘された（図2～6）。CEA 102.05，CA19-9>12000.00と高値であったことと併せて，脳梗塞の原因として膵癌に伴うTrousseau 症候群が疑われた。同年3月Z日に膵腫瘍の組織学的診断・加療目的に当院へ転院した。

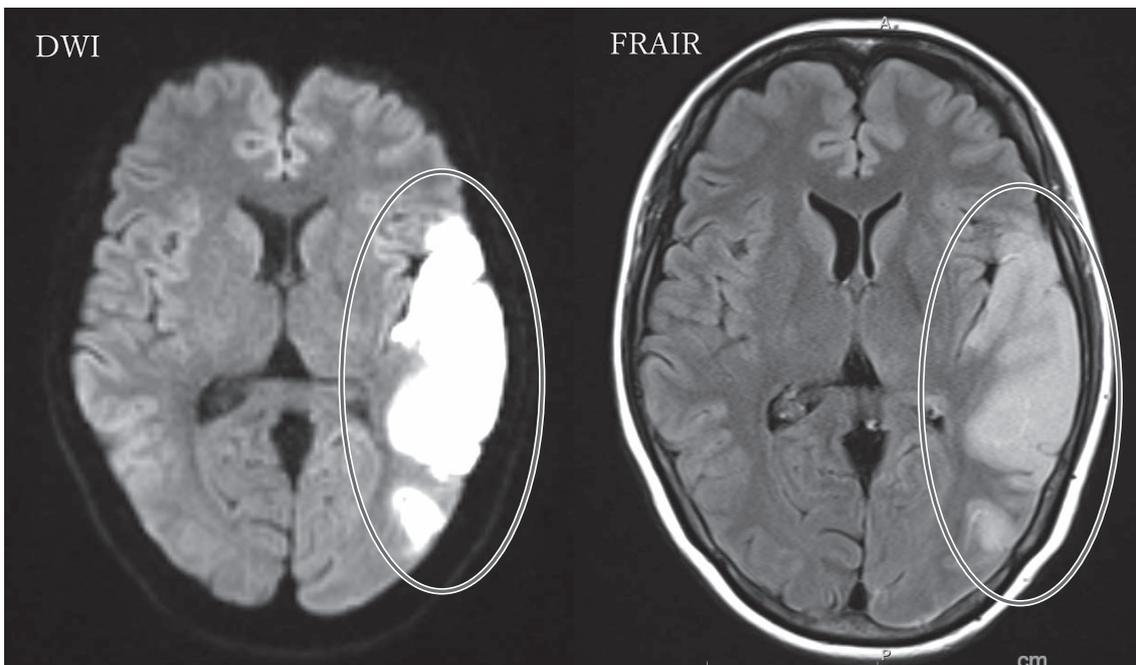


図1

¹JA 尾道総合病院 初期研修医

²JA 尾道総合病院 消化器内科

³JA 尾道総合病院 病理研究検査科

来院時現症：身長 150cm, 体重 59.6kg, 体温 36.2度, 血圧 136/101mmHg, 脈拍 106/分, SpO₂ 98% (room air), 嘔気・嘔吐なし, 腹痛なし, 心窩部違和感なし, 腹部は平坦・軟・圧痛なし, 表在リンパ節は触知しなかった。

血液生化学検査所見 (当院転院時, 表 1 - 1, 1 - 2): 貧血, PT 活性上昇, D ダイマー上昇, 炎症反応の上昇, 肝胆道系酵素の上昇がみられた。CEA, CA19-9, DUPAN-2, Span-1は異常高値であった。

腹部エコー (前医)：臍体部 (図 2) に辺縁不整で内部エコー不均一な腫瘤を認めた。主臍管の拡張は明らかではなかった。また肝臓 (図 3) には多発する bull's eye sign 陽性の腫瘤がみられ, 一部の腫瘤内には無エコーの液体貯留がみられた。

腹部単純 CT (前医)：臍体部に低吸収の腫瘤を認めたが主臍管の拡張は明らかではなかった。また肝臓に多発する腫瘤影がみられた。腹

水貯留はみられなかった (図 4)。

MRI (前医)：臍体部 (図 5) に T1強調画像で低信号, T2強調画像で高信号, 拡散強調画像で高信号を示す腫瘤影がみられた。肝内 (図 6) には T1強調画像で低信号, T2強調画像で高信号, 一部ニボ-陽性の著明な高信号, 拡散強調画像で高信号を示す多発する腫瘤がみられた。

入院後経過：第 1 病日に超音波内視鏡下穿刺吸引生検 (EUS-FNA: endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration) を施行した。臍体部に辺縁不整で内部不均一な腫瘤を認め, 腹腔動脈や門脈への浸潤も確認された (図 7, 8)。同腫瘤に対して EUS-FNA を施行したが, 壊死物質が多く迅速病理では診断がつかなかったため永久病理での診断を待つ方針とした。第 3 病日にヘパリンカルシウム皮下注をエドキサバントシル塩酸塩水和物 60mg 内服に変更した。第 5 病日に第 1 病日に行なった EUS-FNA による病理組織診断で高分化型管状腺癌 (ごく一部に中分

表 1 - 1 血液検査所見 (当院転院時)

【CBC】		【生化学】			
WBC	10200 / μ L	T-BIL	0.60 mg/dL	Na	139 mEq/L
RBC	343 $\times 10^4$ / μ L	D-BIL	0.04 mg/dL以下	K	4.2 mEq/L
Hb	11.1 g/dL	AST	78 U/L	Cl	103 mg/dL
PLT	15.9 $\times 10^4$ / μ L	ALT	113 U/L	FBS	121 mg/dL
		ALP	465 U/L	HbA1c	6.2 %
		γ -GT	564 U/L	AMY-B	47 U/L
【凝固】		LD	491 U/L	P-AMY	18 U/L
PT活性	125 %以上	TP	7.3 g/dL	リパーゼ	12.7 U/L
PT-INR	0.90	ALB	3.9 g/dL		
APTT	33.0 秒	UN	12.3 mg/dL		
Dダイマー	44.6 μ g/mL	CRE	0.69 mg/dL		
		CRP	2.99 mg/dL		

表 1 - 1 血液検査所見 (当院転院時)

CEA	227.5 ng/mL
CA19-9	19508500 U/mL
DUPAN-2	140000 U/mL
SPan-1	200000 U/mL

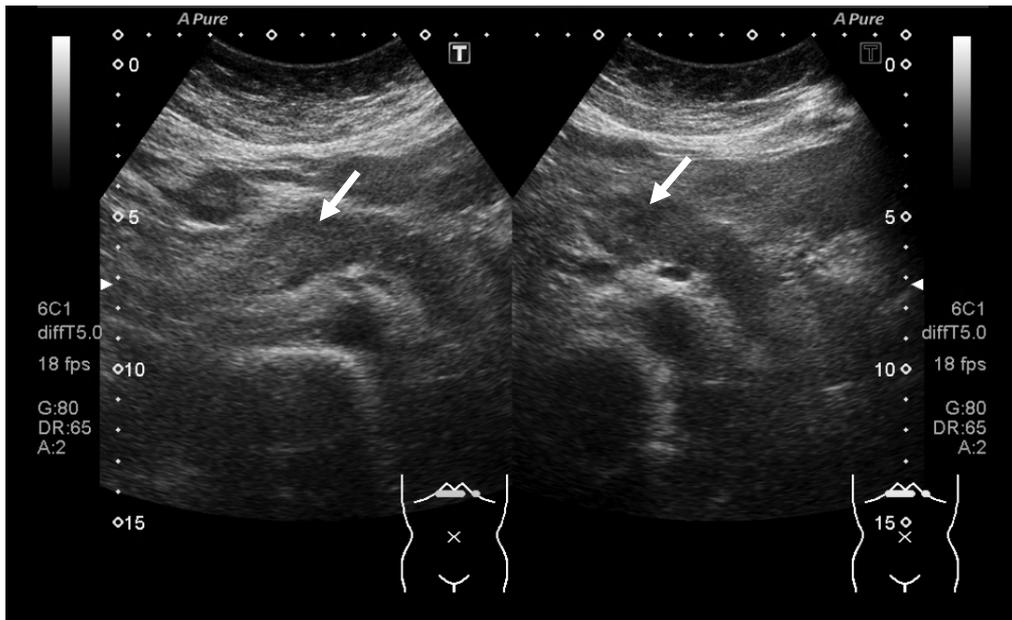


图2



图3

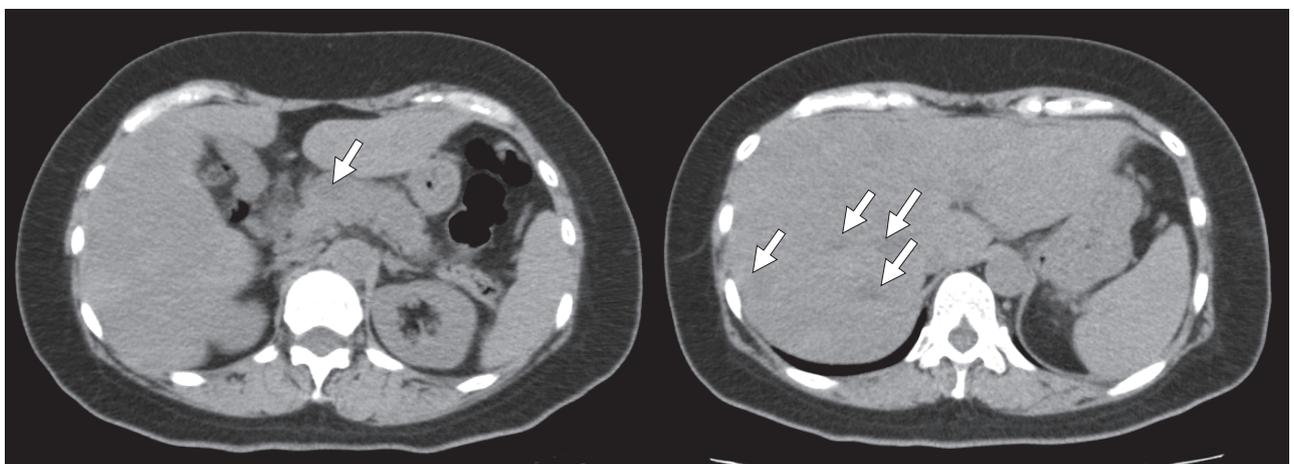


图4

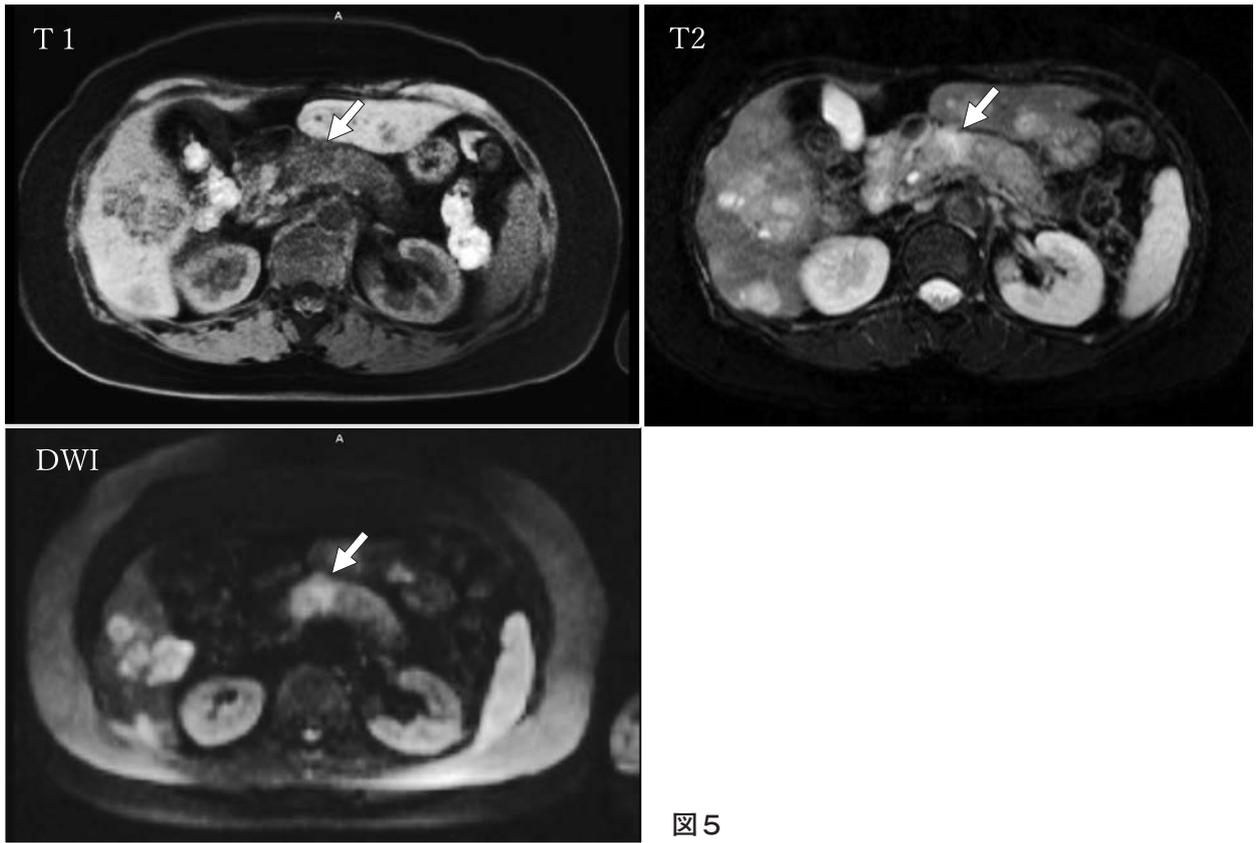


図5

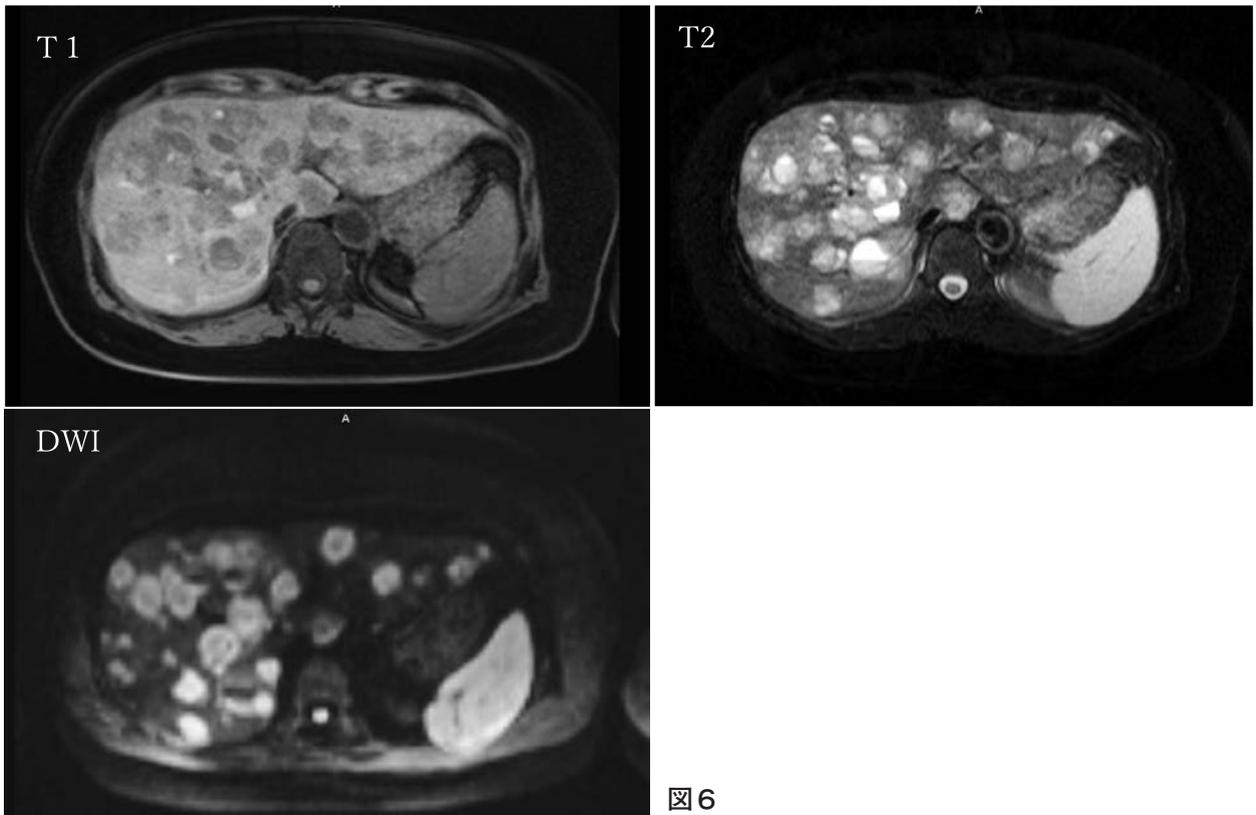


図6

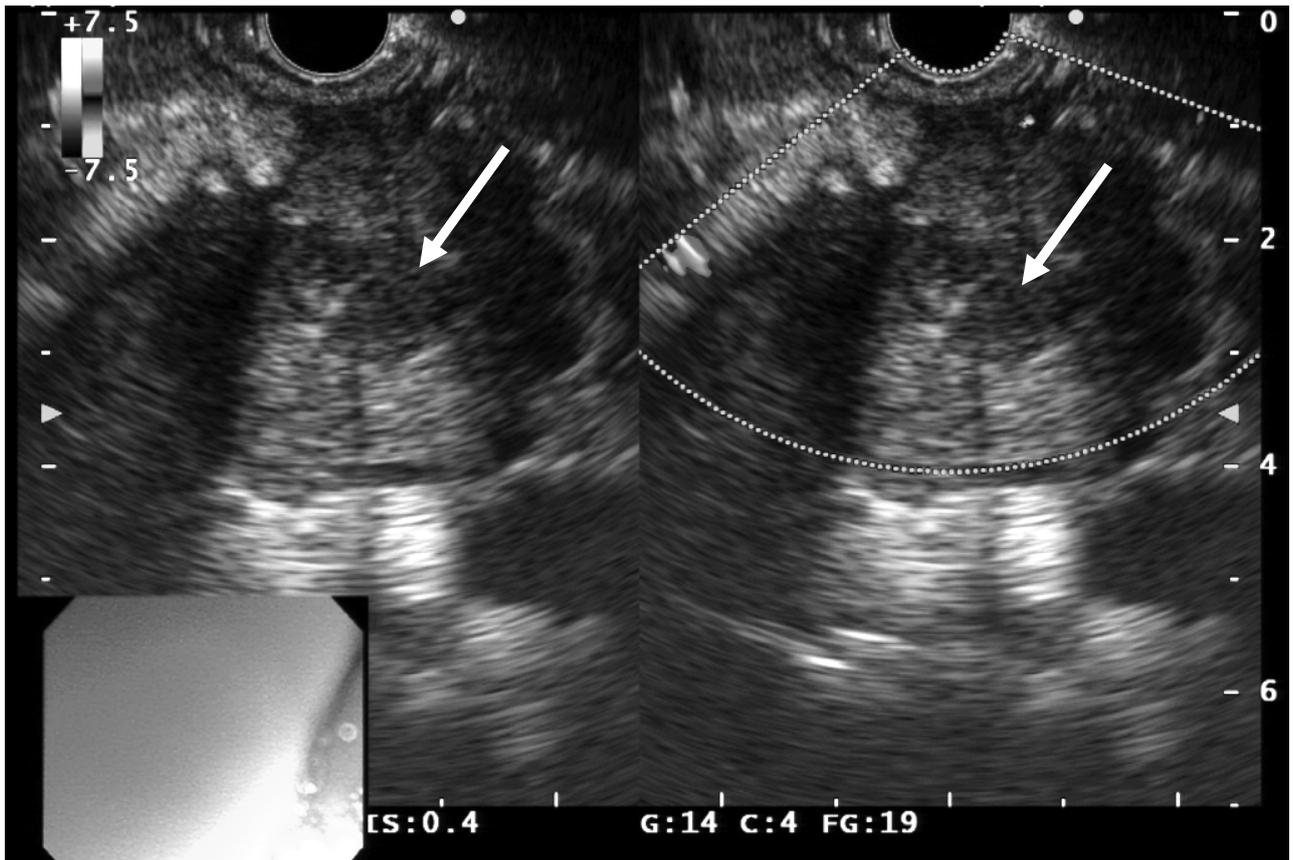


図7

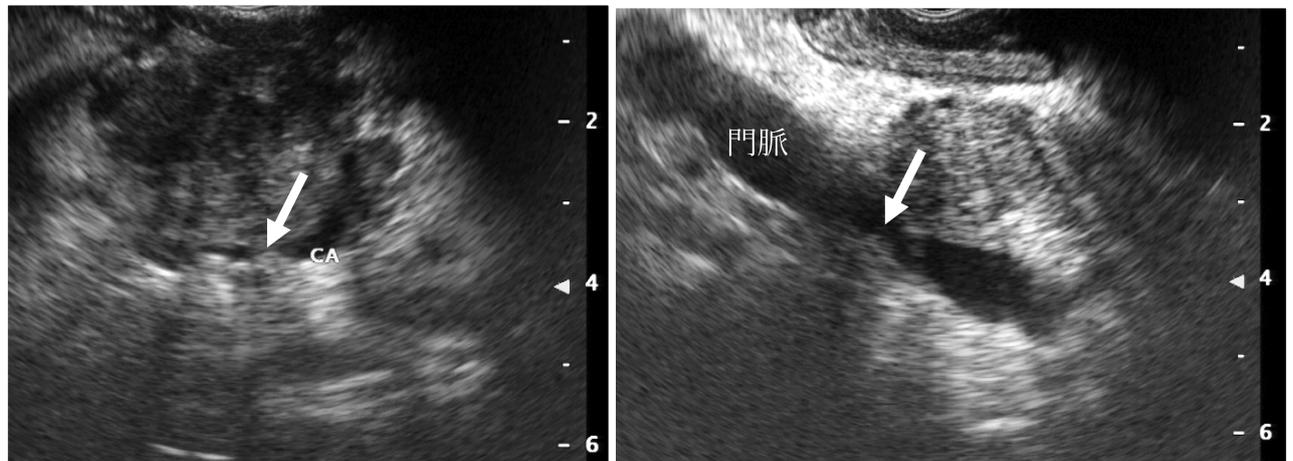


図8

化型腺癌の混在を認める)の診断に至った。第6病日に右顔面のしびれ増強や構音障害, 右口角下垂, 感覚性失語の増強がみられた。頭部MRIを撮影したが, 明らかな新規脳梗塞病巣は確認されず, 一過性脳虚血発作や微小梗塞を疑った。エドキサバントシル塩酸塩水和物内服は中止し輸液, エダラボン, ヘパリン持続静注を開始した。第7病日には運動性失語も出現し

た。頭部MRIを再検し, 左放線冠に新規脳梗塞巣がみられた。このMRI撮影中に仰臥位を維持できないほどの腹痛が出現した。腹部は高度に膨満しており, 高度の圧痛もみられた。腹部造影CTを撮影しようとしたが造影剤少量投与時に皮疹を認め, 造影剤アレルギーが考えられたため, 単純CTでの評価を行なった(図9)。腹腔内に液体貯留がみられた。試験穿刺では腹

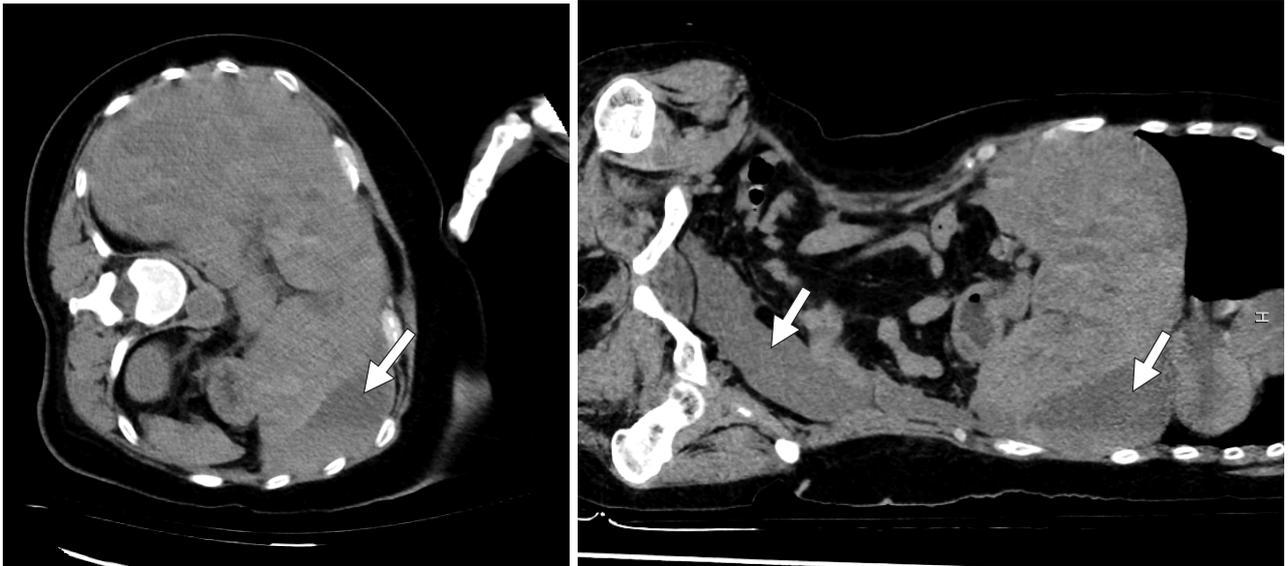


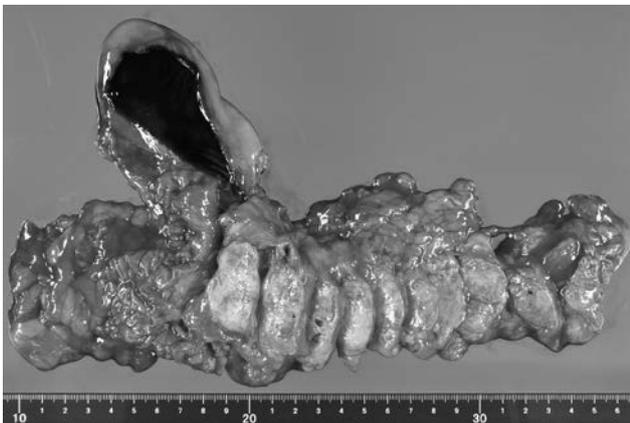
図9

水は血性であり肝転移巣からの出血が疑われた。Hb6.2g/dL までの貧血の進行もあったため治療継続は困難と判断し、ご家族に病状説明を行なった後、Best supportive care の方針とした。第8病日に急激な心拍数低下、血圧低下から心停止に至り同日永眠された。

Ⅲ. 病理解剖所見

剖検は死後1時間58分から開始した。栄養状態は良好、皮膚は蒼白、腹部には波動がみられた。

膵臓は大きさ10×4×3cm、重量150g、膵頭部から尾部にかけて灰白色・弾性硬・断面粘稠な主流に置換されていた。非腫瘍性膵実質は膵鉤部に一部残存していた。HE染色では線維性結合組織からなる間質の増生を伴い、立方状の腫瘍細胞が不正腺管を形成して増生する高分化型管状腺癌の像を認めた。腫瘍細胞が各個単離あるいは数個集簇して増殖する低分化型腺癌の像も混在していた。周囲神経組織への浸潤もみられた(図10)。



がん細胞の浸潤

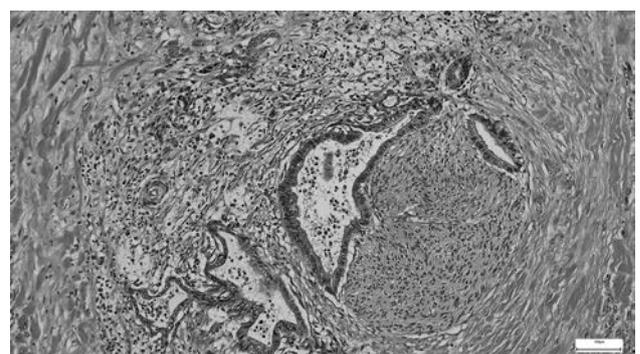
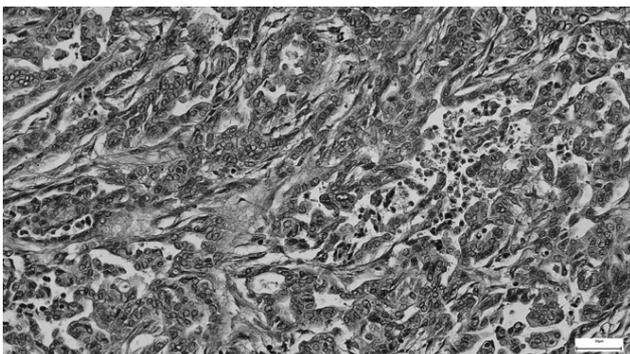


図10

肝臓は大きさ30×17×10cm, 重量2238gであった。肉眼的に灰白色の腫瘤を複数認め、一部は出血を伴っていた。また右葉外側に15×10cm, 左葉横隔面に15×9cmの被膜下出血がみられた。HE染色で管状腺癌細胞をみとめた(図11)。

右肺は大きさ20×13×5cm, 重量342g, 左肺は大きさ21×15×4cm, 重量332gと軽度の重量増加をみとめた。HE染色で水腫性変化や肺動脈に血栓がみられた(図12)。

右腎臓は大きさ10×4.5×3cm, 重量104gで15mmの嚢胞を認めた。左腎臓は大きさ10×5×3cm, 重量104gで被膜下出血がみられ

た。HE染色で核の脱落した尿細管細胞がみられ、糸球体係蹄にフィブリン血栓が散見された(図13)。

病理解剖の結果からは直接死因としては膀胱癌の肝転移巣からの大量出血による急性循環不全が推察された。

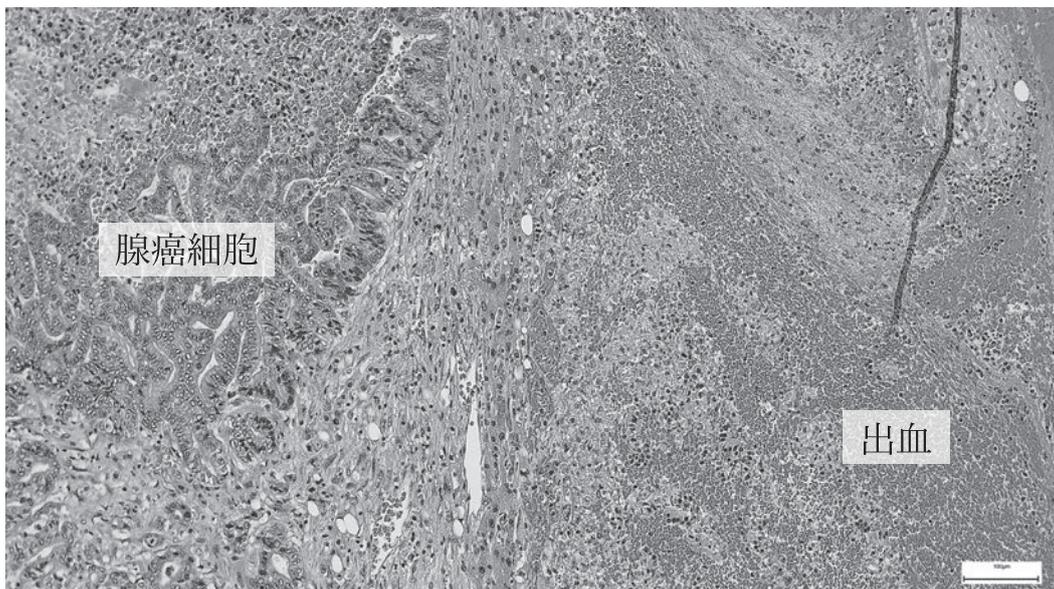
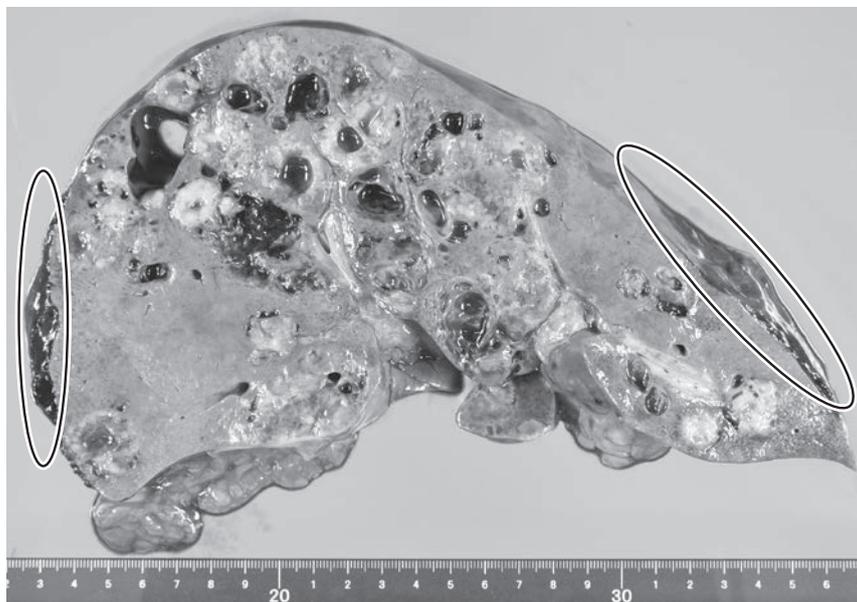


図11

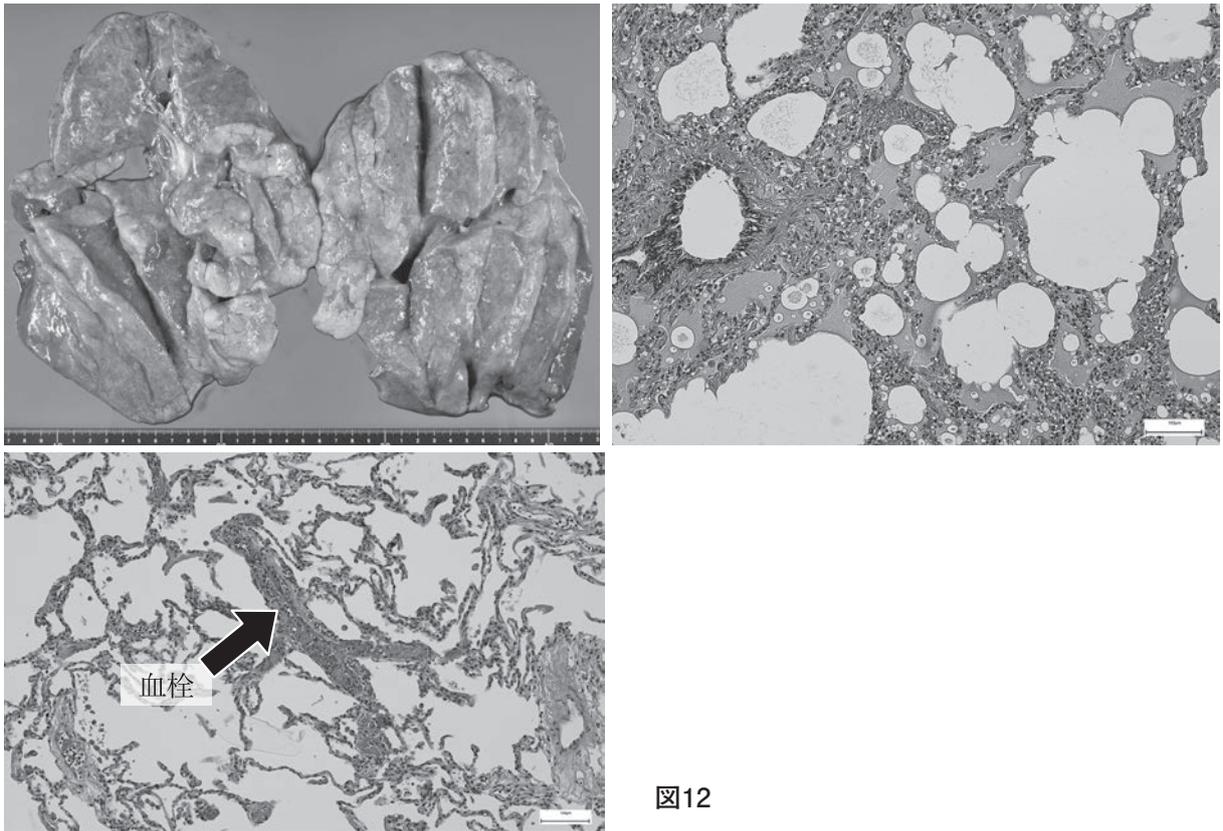


図12

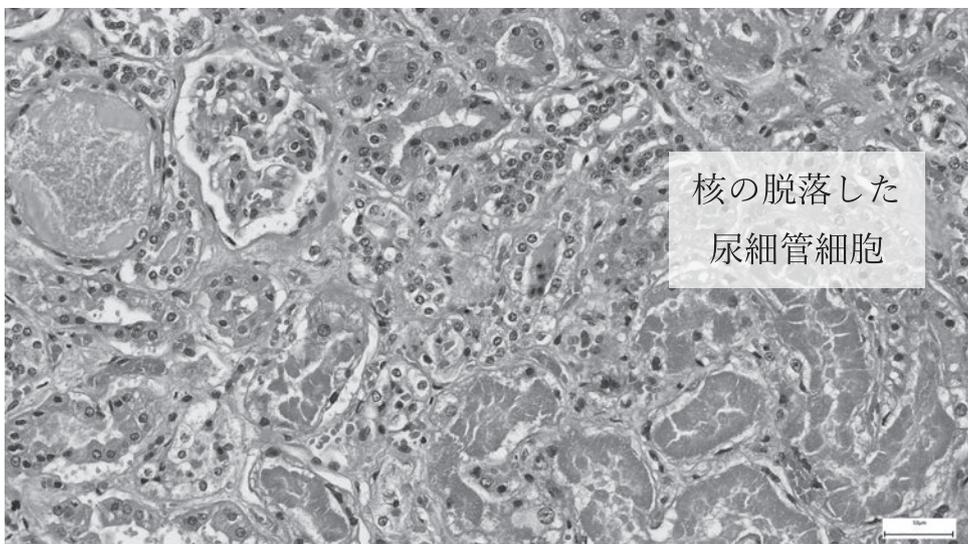
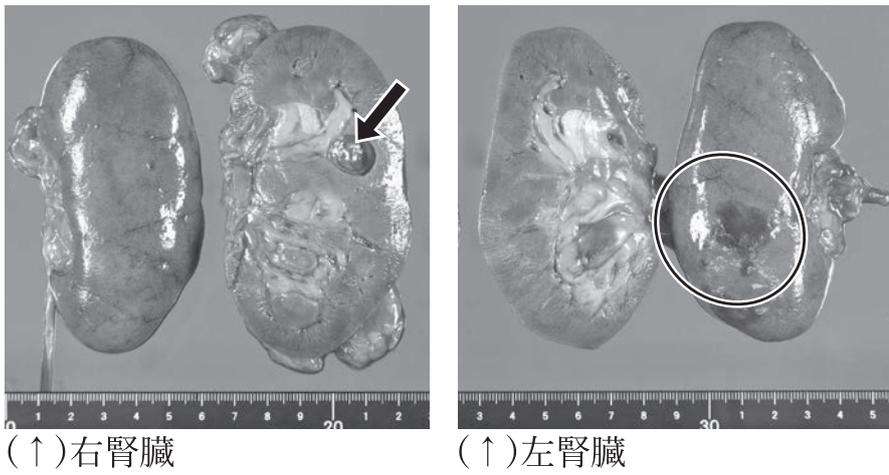


図13

IV. 考 察

原発性肝癌の破裂疑い及び破裂ありの症例は4.1% (18801例中580例) と報告されている¹⁾。一方, 転移性肝腫瘍は一般に vascularity が乏しく, 線維性に硬い被膜を有するため原発性肝癌に比べ破裂しにくいと考えられている^{2) 3)}。肝転移巣の機序については①腫瘍増大による壊死, ②腫瘍栓や静脈うっ滞などによる血管内圧の上昇, ③腫瘍増大による肝被膜の破綻, ④咳嗽・嘔吐・排便などによる腹腔内圧の上昇, ⑤針生検, 肝触診などによる医原性因子が考えられている^{4) 5)}。

医学中央雑誌で「肝転移」「破裂」で検索した結果, 1988年から2020年の間に会議録を除き36例の報告があった(表2)。原発巣としては胃のAFP産生腫瘍が5例, 子宮の絨毛癌が3例, 皮膚悪性黒色腫が3例と続いた。腓原発は神経内分泌腫瘍の1例のみであった。治療としては肝動脈塞栓術が24例, 手術が5例(うち3例は肝動脈塞栓術も実施)であった。ただしこれらの加療を行なっても, 少なくとも12例は加療後3ヶ月以内に全身状態悪化などで死亡していた。また本症例のように全身状態を考慮し, 対症療法のみを行なった症例は6例報告されていた。

本症例では腓癌を背景として血栓傾向となり脳梗塞を発症し, Trousseau 症候群としてヘパリンでの加療が開始された。臨床症状はみられていなかったが, 僧帽弁前尖の新鮮血栓, 肺動脈血栓, 左腎梗塞, 両糸球体係蹄のフィブリン血栓もみられた。また原発巣は低分化型腺癌も混在しており肝転移巣の急速な増大, 増大を認め, 肝転移巣の壊死を背景とした腫瘍内出血を多数認めたものとする。さらには肝転移巣の被膜の破綻による腹腔内への大量の出血を認め, 脳梗塞加療のためのヘパリンの影響もあり止血困難であり, 出血性ショックから循環不全, 死亡に至ったと考えられる。実際に循環不全の影響と考えられる尿細管壊死もみられていた。本症例のように転移性肝腫瘍の破裂による大量出血および出血性ショックへの移行が急激であ

り, さらに抗凝固療法が継続されている場合において救命が困難な場合もありうるが, 腹腔内出血に対して緊急の肝動脈塞栓術を行うことで救命に至り, 症状をコントロールし, 終末期のQOLを改善できる場合もある^{4) 5)}。そのため, 転移性肝腫瘍の破裂による腹腔内出血を認める患者に対しては全身状態が許せば, 肝動脈塞栓術は治療の選択肢の一つになりうる可能性が考えられた。

V. 結 語

腓癌肝転移巣破裂に伴う腹腔内出血により死亡に至った一例を経験した。

参 考 文 献

- 1) 第22回全国原発性肝癌追跡調査報告. (2012～2013) 日本肝癌研究会追跡調査委員会. 2020
- 2) 田中茉莉子, 山本康弘, 岡村幹郎, 他: 肝転移巣破裂をきたした再発胃癌の1例. 北外誌65 (1): 55-59, 2020
- 3) 竹田治彦, 喜多竜一, 金坂卓, 他. 肝転移巣の自然破裂により腹腔内出血をきたした胃原発 hepatoid adenocarcinoma の1剖検例. 日消誌110: 1625-163, 2013
- 4) 角南栄二, 平野謙一郎, 佐藤洋, 他: 乳癌肝転移巣の自然破裂に対し経カテーテル動脈塞栓術(TAE)を施行した1例. 日本腹部救急医学会雑誌40 (5): 625-628, 2020
- 5) 細田明秀, 田中究, 佐々木修一, 他: 経動脈的塞栓術が止血に有効であった食道癌の転移性肝癌破裂の1剖検例. 日消誌99: 593-599, 2002

膵頭部癌術後残膵再発から肝転移・腹膜播種をきたし死亡した1例

中川 哲志¹・津島 健²・花田 敬士²・西田 賢司³・米原 修治³

【はじめに】

膵癌の術後患者において、注目されている重要な問題点の一つに残膵再発がある。今回われわれは、膵頭部癌術後残膵再発から肝転移・腹膜播種をきたし死亡した1例を経験したため報告する。

【症 例】

患者：75歳，男性。

主訴：体重減少，血糖コントロール不良

既往歴：糖尿病，高血圧症，前立腺癌，腺腫様甲状腺腫，解放隅角緑内障

現病歴：糖尿病にて他院かかりつけの患者。X-5年9月頃より体重減少・糖尿病の増悪を認め、X-5年12月15日に造影CTを撮影したところ膵頭部腫瘍を指摘され，当院紹介となった。

来院時現症：血圧128/74mmHg，脈拍57回/分，BT：36.0℃，呼吸数：21回/min

SpO₂：96% (Room Air)。意識清明，腹部は平坦・軟で腹痛・圧痛を認めなかった。

入院時血液検査 (表1)：FBS, HbA1c, 腫瘍マーカーの上昇を認めた。

腹部造影CT検査 (初診時)：水平断の動脈相では膵頭体移行部に20mm大の乏血性腫瘍を認め，冠状断では尾側主膵管拡張を認めた。腹腔動脈・などの主要な動脈への浸潤は認めなかった (図1-a)。門脈相の冠状断では腫瘍が門脈・上腸間膜静脈に近接していた (図1-b)。

超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA)：病理組織診断目的にEUS-FNAを行い膵頭体移行部に22mm大の境界明瞭な腫瘍性病変を認めた。CTでは門脈・上腸間膜静脈への浸潤を疑ったが，EUSでは認めなかった。十二指腸球部からの走査で22Gの穿刺針を用いて腫瘍性病変から3回穿刺吸引を施行した (図2)。

経過：病理組織では中分化管状腺癌と診断され，画像病理所見からcT3N0M0 Stage II A resectable膵癌と診断した。腫瘍マーカーが高値であったことから，従来行っているGEM + TS-1併用療法ではなく，切除不能膵癌の標準療法であるGEM + nab-AB (ジェムザール + アブラキサ

表1 採血 FBS, HbA1c, 腫瘍マーカーの上昇を認めた。

WBC	6600 / μ L	UN	17.4 mg/dL	P-AMY	12 U/L
%Ne	67.7 %	Cre	0.67 mg/dL	FBS	210 mg/dL
RBC	398 万/ μ L	TP	6.1 g/dL	HbA1c	9.4 %
Hb	12.8 g/dL	Alb	3.8 g/dL	CEA	7.0 ng/mL
PLT	23.8 万/ μ L	Na	137 mEq/L	CA19-9	938.2 U/mL
		K	5.7 mEq/L	DUPAN-2	310 U/mL
		Cl	102 mEq/L		
		Ca	8.8 mg/dL		
		CRP	0.06 mg/dL		

¹JA 尾道総合病院 初期臨床研修医

²JA 尾道総合病院 消化器内科

³JA 尾道総合病院 病理研究検査科

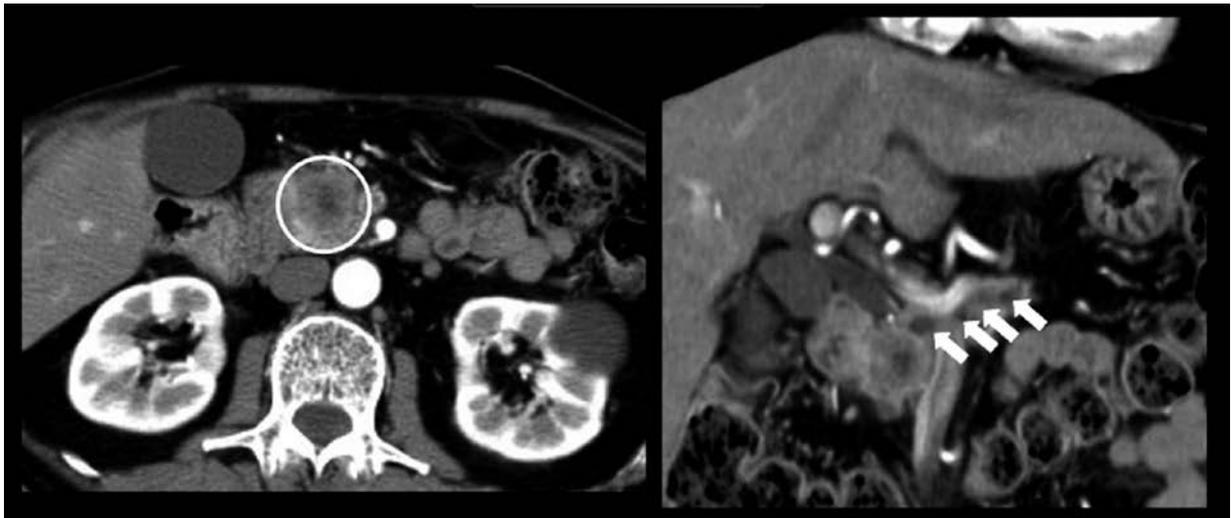


図 1-a 腹部造影 CT (初診時) 膵頭体部に乏血性腫瘍を認め、尾側主膵管拡張を認めた。



図 1-b 腹部造影 CT (初診時) 膵頭体部の乏血性腫瘍は、PV・SMV に近接していた。

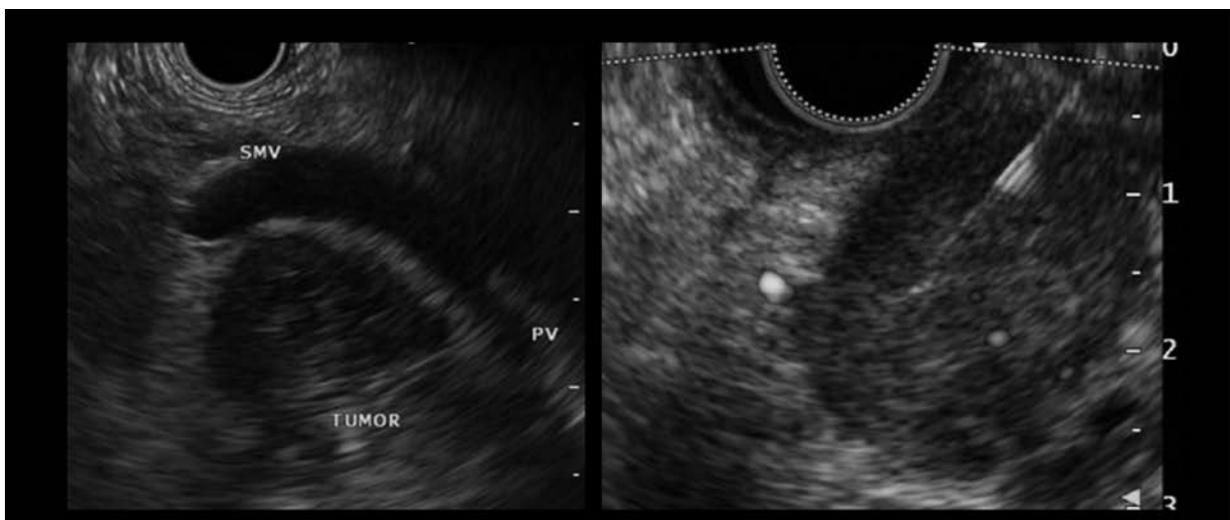


図 2 EUS -FNA 膵頭体移行部に22mm 大の腫瘍性病変。PV・SMV への浸潤は認められない。

ン) 併用療法を術前化学療法として行う方針とした。X-4年1月10日, 化学療法開始後に薬剤性皮疹・汎血球減少がみられ, 2投目で中止となった。X-4年2月27日, 亜全胃温存脾頭

十二指腸切除術 (SSPPD) を施行した。腫瘍は脾臓に限局しており (図3-a), HE染色では腫瘍細胞の脾実質への浸潤が見られ, 腫瘍細胞は腺管構造を形成していた (図3-b)。胆管・脾

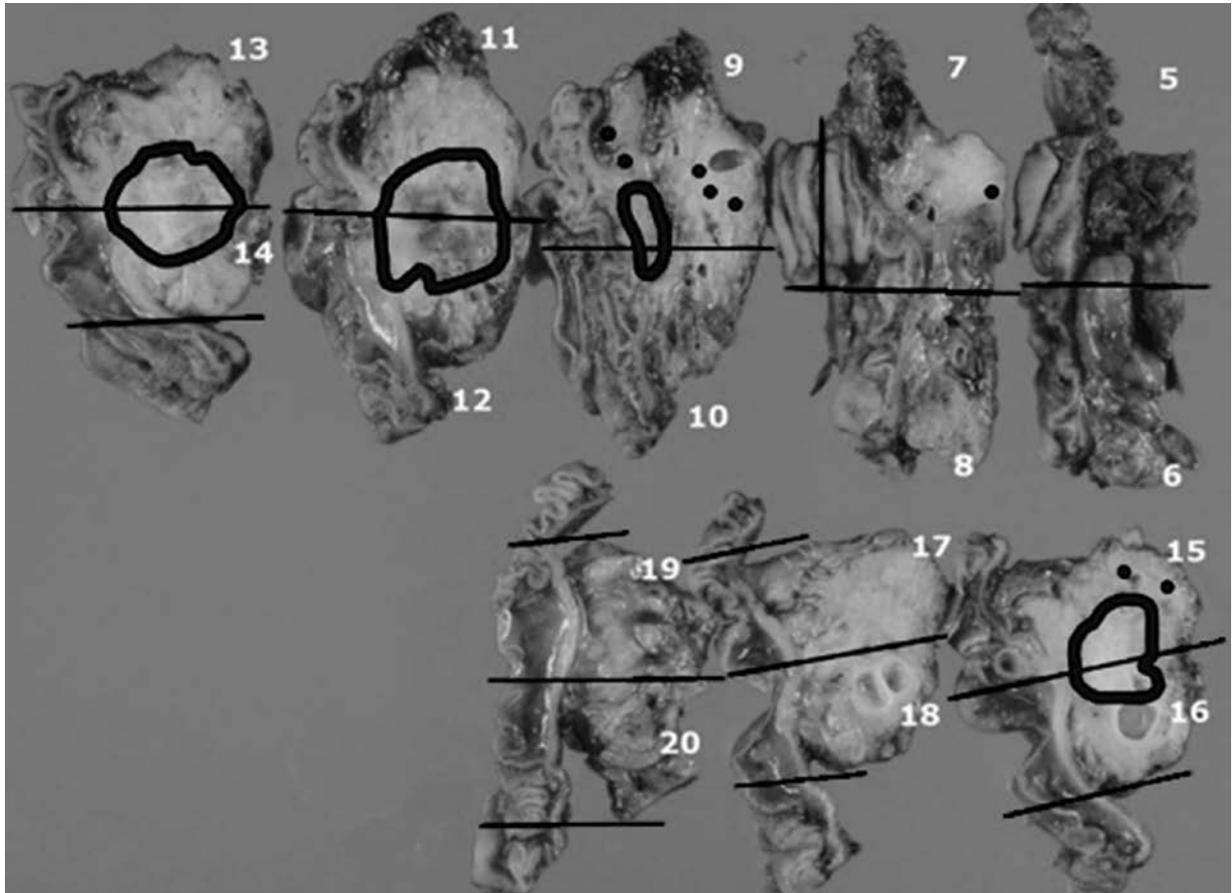


図3-a 腫瘍は脾臓へ限局していた。

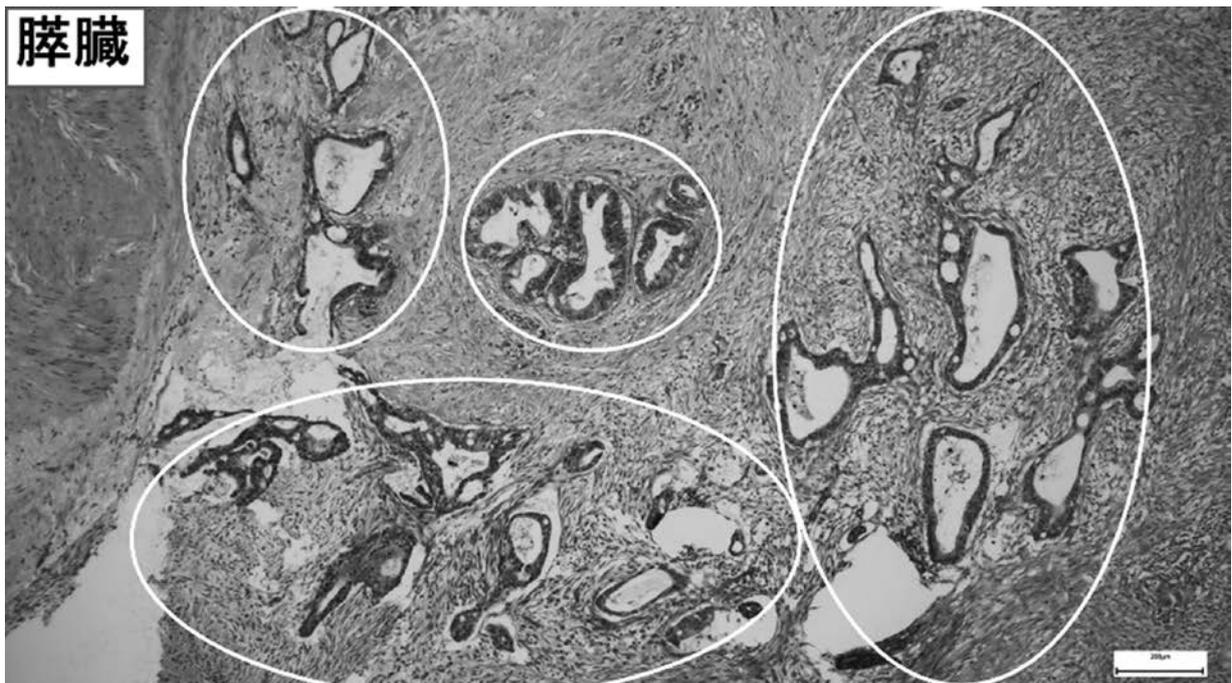


図3-b HE染色 腫瘍細胞の脾実質へ浸潤が見られ, は腺管構造を形成していた (黄色枠内)。

断端に腫瘍は認めず，リンパ節転移が2か所に認められた。最終的に病 pT3N1M0 Stage II B の膵癌（高分化管状腺癌）と診断された。術後補助化学療法は X-4 年 4 月 17 日より TS-1 内服を 1 年間行った。内服開始から 3 年間は再発なく経過していたが，X-1 年 6 月 8 日，糖尿病増

悪精査目的の CT で膵尾部に 9 mm 大の低吸収域を指摘され，再度当院紹介となった。リンパ節転移や遠隔転移は認められなかった（図 4）。EUS では残膵尾部に 15x12mm の腫瘍性病変を認め（図 5），EUS-FNA の結果，中分化管状腺癌と診断された。画像病理所見から膵尾部



図 4 腹部造影 CT（紹介時）膵尾部に 9 mm 大の低吸収域。リンパ節転移や遠隔転移は認められなかった。

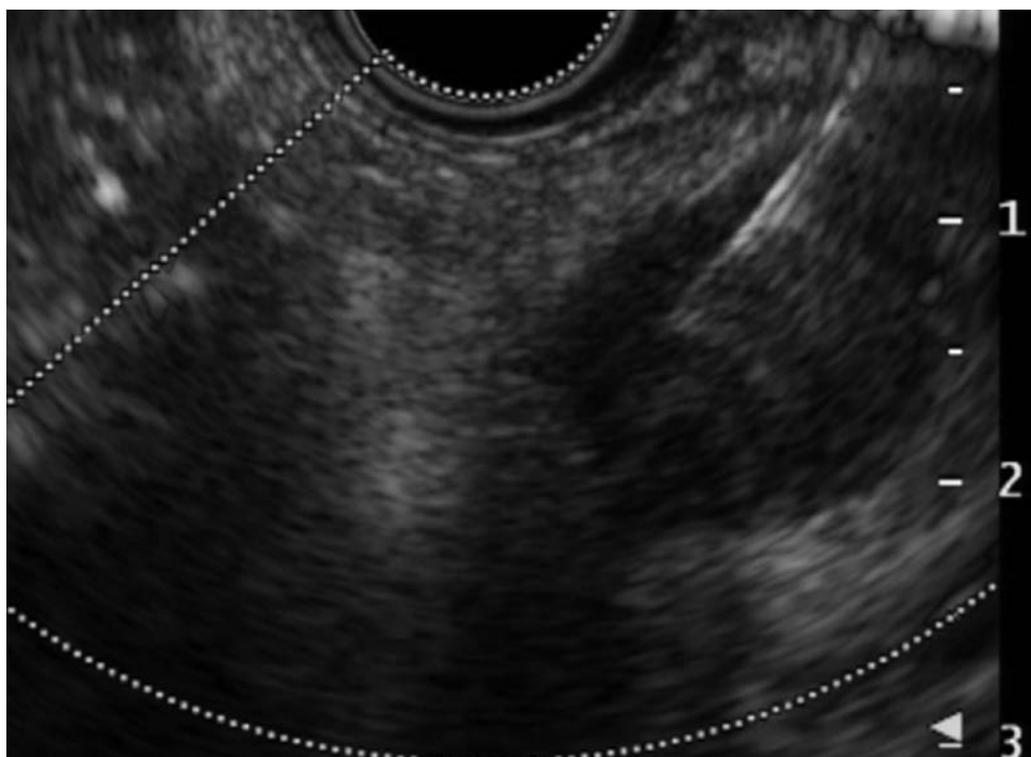


図 5 EUS-FNA 残膵尾部に 15x12mm 大の腫瘍性病変。脾静脈への浸潤は認めない。

癌 (cT1N0M0 Stage I A) と診断し, 手術の方針となった。X-1年8月3日, 手術を行ったが, 腹膜播種のため試験開腹にて終了となった。X年2月20日, 低血糖発作 (BS: 20mg/dL) による意識障害にて当院に救急搬送され, 同日入院。低血糖改善後に意識レベルは改善したが, 入院4日目に腹痛が出現, 採血 (表2)・造影CTを行った。造影CTでは膵尾部に増大した腫瘍を認め, 胃・左腎浸潤も認められた (図6-a)。さらに肝転移を疑う結節影と13x8cmの嚢胞性病変が見られた (図6-b)。また腹膜播種・腹水を認め (図6-c), 胸部には左肺優位の両側

胸水を認めた (図6-d)。その後, 全身状態が悪化し, X年3月1日, Best Supportive Careの方針となった。X年3月5日, 緩和ケア内科に紹介され疼痛コントロール, リハビリをしつつ在宅復帰を目指す方針となったが, 病状は急速に進行しX年3月13日に永眠された。再発病巣の質的診断 (異時性膵癌もしくは初回病変の再発), 肝転移巣の原発巣・後区域の嚢胞性病変の病理学的所見, 最終的な死因の3つについて医学的検討が必要と考えられたため, 家族の同意のもと病理解剖が行われた。

表2 採血 (腹痛増強時) WBC, CRP, LDH, Kの上昇を認めた。

WBC	11400 / μ L	T-Bil	0.89 mg/dL	UN	15.7 mg/dL
%Ne	79.9 %	AST	21 U/L	Cre	0.79 mg/dL
RBC	292 万/ μ L	ALT	12 U/L	TP	5.5 g/dL
Hb	10.9 g/dL	ALP	112 U/L	Alb	3.0 g/dL
PLT	6.7 万/ μ L	γ -GT	30 U/L	Na	138 mEq/L
		LD	261 U/L	K	5.0 mEq/L
		ChE	106 U/L	Cl	101 mEq/L
		P-AMY	3 U/L	Ca	9.0 mg/dL
				CRP	1.23 mg/dL

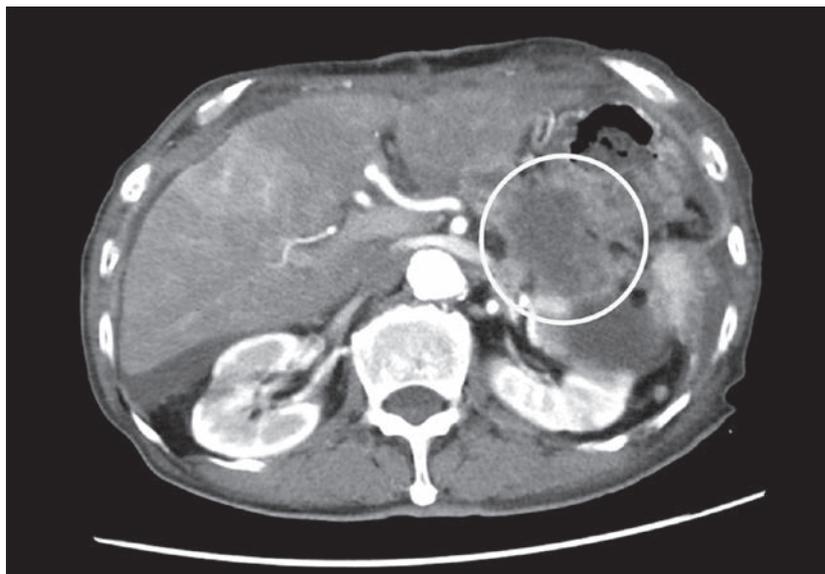


図6-a 腹部造影CT (腹痛増強時) 膵尾部に腫瘍影を認め, 胃・左腎浸潤を認めた。

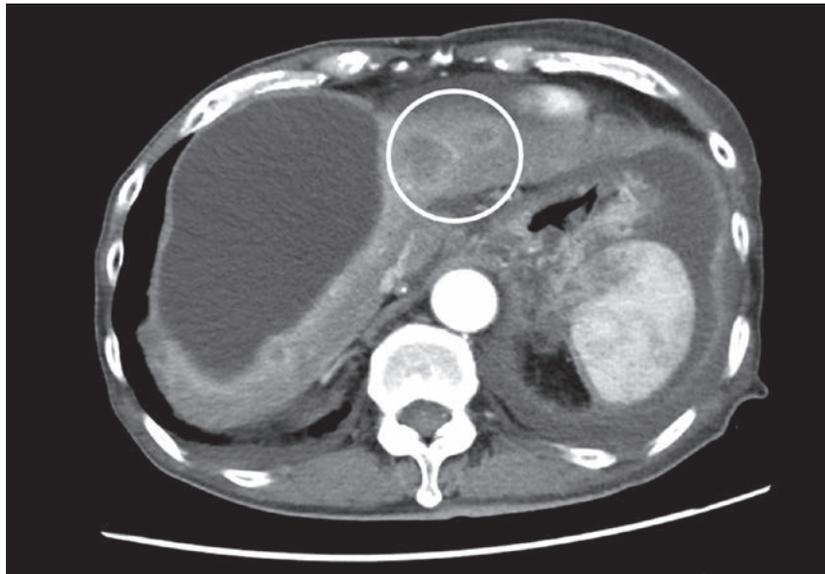


図 6-b 腹部造影 CT (腹痛増強時) 肝内に肝転移を疑う結節影, 肝臓に13x8 cm の嚢胞構造を認めた。

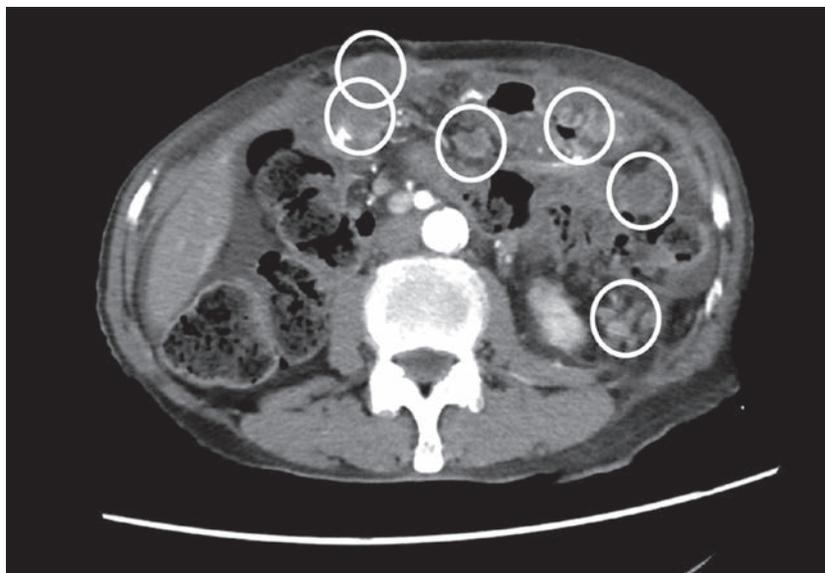


図 6-c 腹部造影 CT (腹痛増強時) 腹膜播種・腹水を認める。

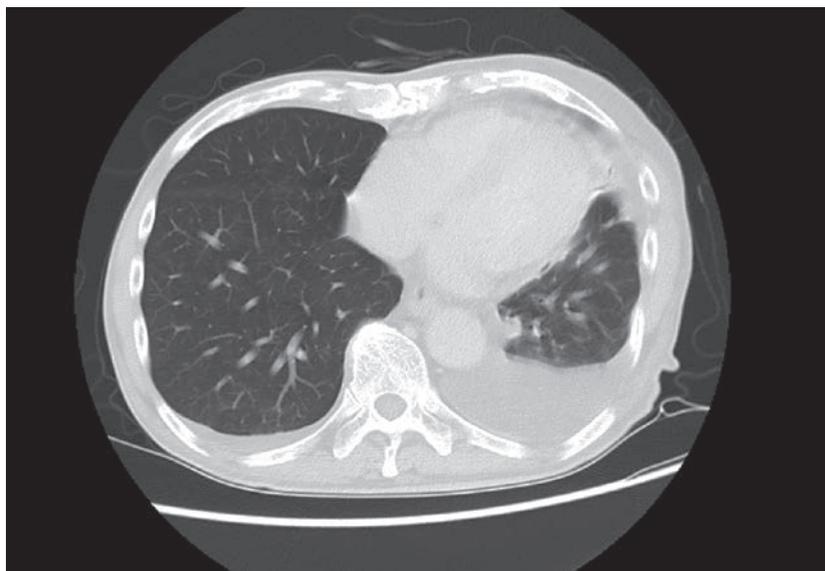


図 6-d 胸部造影 CT (腹痛増強時) 左肺優位の両側胸水を認める。

【病理学的所見】

死後4時間1分後に病理解剖が実施された。脾臓は大部分が灰白色の腫瘍により置換されており(図7-a), 脾静脈は腫瘍により閉塞していた(図7-b)。HE染色では腫瘍細胞の索状の増殖を認め(図7-c), 全体的に腫瘍細胞は低分化であった(図7-d)。肝臓には腫瘍の転移

が散見され, 一部横隔膜への転移巣の浸潤を認めた(図8-a)。後区域の嚢胞性病変の内腔は漿液性で横隔膜と肝被膜の間に存在していた。肝実質内に腫瘍細胞の転移を認め(図8-b), 全体的に低分化であった(図8-c)。同様の腫瘍転移・浸潤を胃, 左副腎, 左腎臓, 腹膜, 両肺, 胸膜, リンパ節に認め, 癌性胸膜炎・腹膜炎による胸水・腹水貯留の所見も認められた。

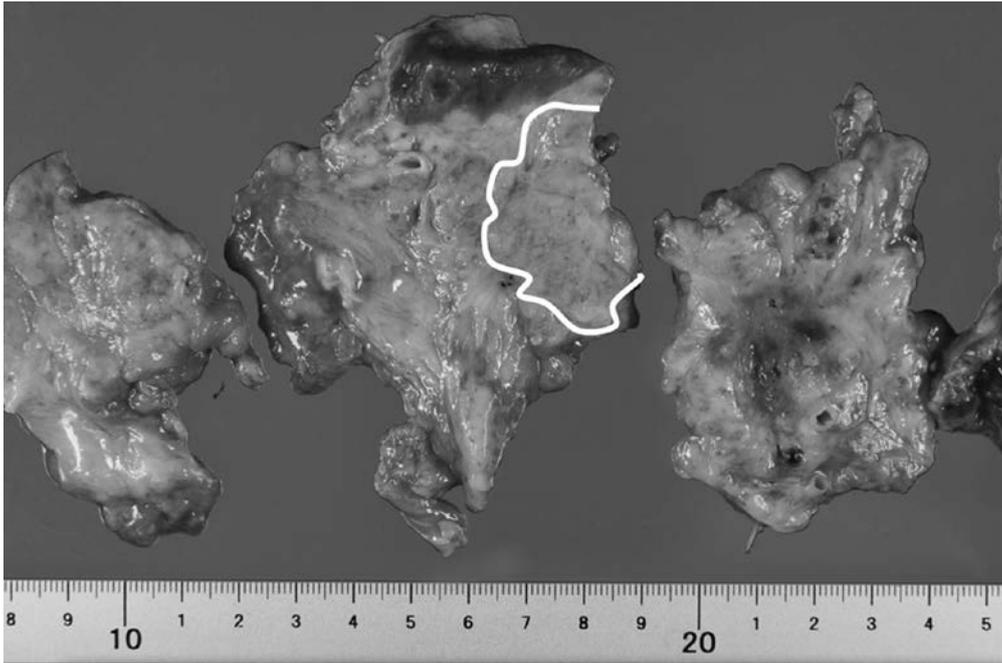


図7-a 脾臓(肉眼像) 灰白色の腫瘍による置換を認める。

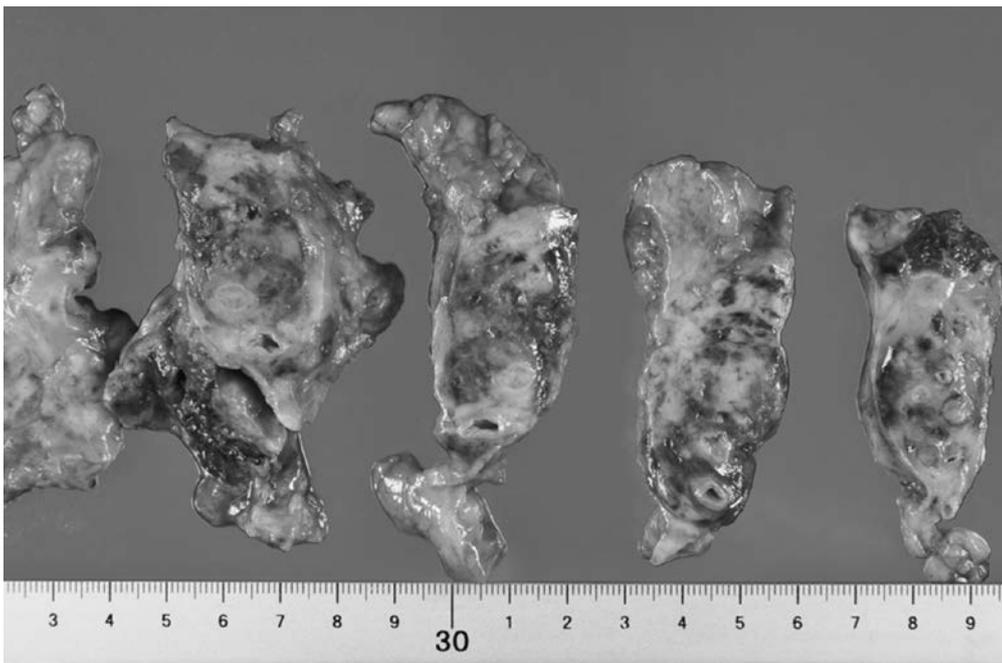


図7-b 脾臓(肉眼像) 脾静脈は腫瘍により閉塞していた。

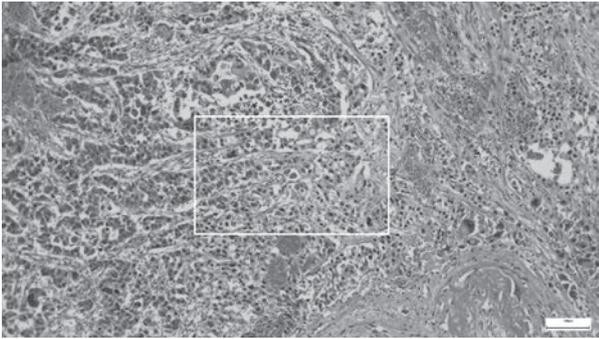


図7-c 膵臓 HE 染色では、腫瘍細胞が索状に増殖していた。

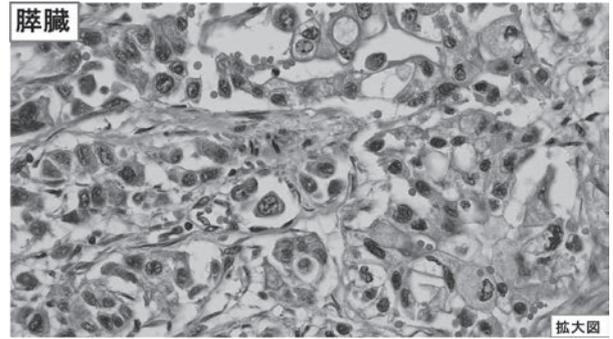


図7-d (拡大図) 膵臓 全体的に低分化な腫瘍細胞の増殖を認めた。

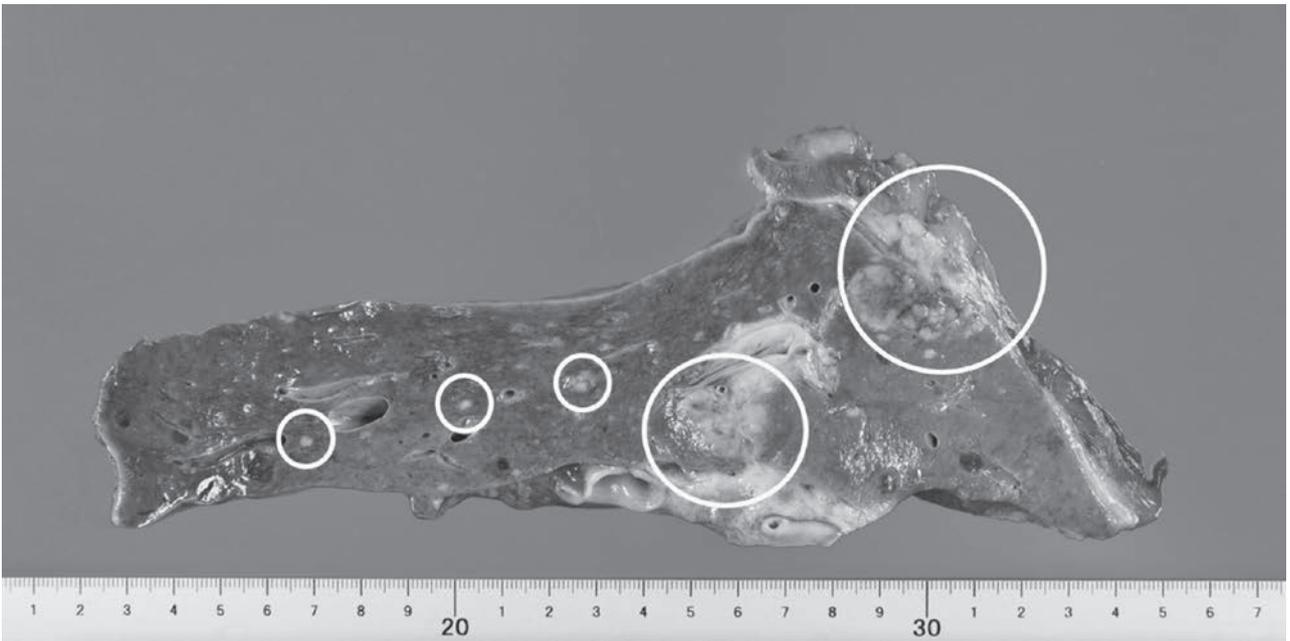


図8-a 肝臓 (肉眼像) 腫瘍の転移が散見された。一部、横隔膜への転移巣の浸潤を認めた。

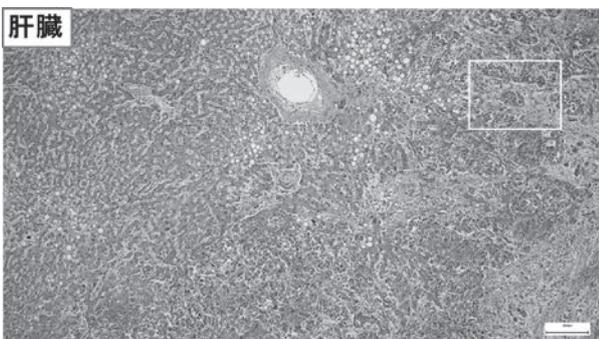


図8-b 肝臓 肝実質内に腫瘍細胞の転移を認めた。

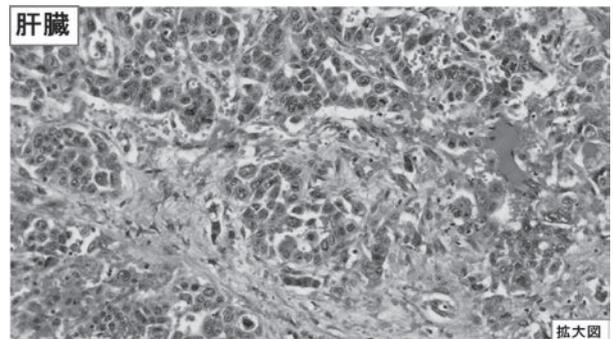


図8-c 肝臓 (拡大図) 肝実質内の腫瘍細胞は全体的に低分化で膵臓の腫瘍細胞と酷似していた。

【考 察】

臨床経過と解剖による病理学的所見から、本症例における3つの問題点に対する考察を行った。①再発病巣の質的診断：初回の手術時に切除断端陰性であること、初発の膵腫瘍と分化度が異なることから異所性再発が考えられた。また、初回の手術で膵液下流側である膵頭部を摘出していることから膵管内転移による初回再発は考えにくいと思われた。②肝転移巣の原発巣・後区域の嚢胞性病変の病理学的所見：肝転移の原発巣は膵腫瘍と同様の所見であり、原発巣は残膵と考えられた。後区域の嚢胞性病変の内腔は漿液性で横隔膜と肝被膜の間に存在して

おり、病理像で肝転移巣が横隔膜に浸潤している部分が見られたことから、浸潤部から作られた癌性腹水もしくは肝実質より染み出した漿液性分が貯留嚢胞を形成していたと推測された。③広範な腫瘍転移による全身衰弱に加え、大量の胸水・腹水による呼吸抑制が最終的な死因と推察された。

Egawaらの報告によると、Stage 0 膵癌の5年生存率は85%と非常に高いものとなっている¹⁾(図9)。膵癌は依然として進行癌が多いものの、近年、Stage0～Iの早期膵癌診断例が増加してきており、それに伴い5年以上の長期生存が得られるようになりつつある。一方で術後長期生存患者において晩期の再発が問題となっ

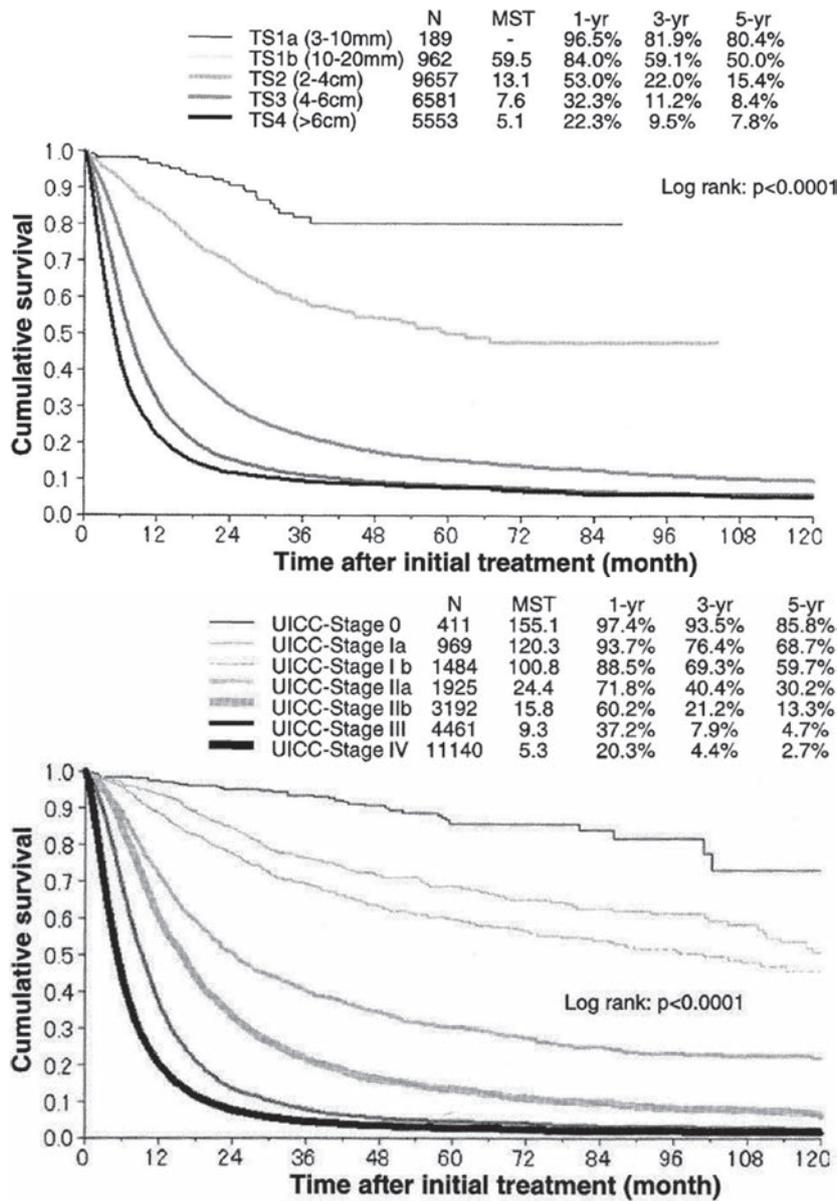


図9 Stage 0 膵癌の5年生存率は85%と非常に高いものとなっている。

てきており、臨床上残膵再発をしばしば経験する²⁾。Kanno らの報告では、早期膵癌切除後の患者のうち15.5%に残膵再発を認め³⁾、当院のIkemoto らの検討でも Stage 0, I 膵癌切除後5年以上の経過中での残膵再発が報告されている⁴⁾ (図10)。残膵再発には初回病変の残膵再発と、初回病変とは別の部位に発生する異時性残膵多発癌がある。後者は前者より遅く発症する傾向にあり、術後5年目以降に発症するものの多くは異時性多発癌であると考えられている。これらの再発巣が切除可能な場合に、切除を行うことで予後がある程度期待できるとの報告が多いが、長期生存者における晩期再発の正確な発生頻度は不明であり、再発巣を治療可能な状態で診断するための経過観察法も明確でないという問題がある²⁾。そのため再発巣の早期発見

のための観察間隔、経過観察方法などを見直ししていく必要があると考えられた。2022年の膵癌ガイドラインにおいては、膵癌切除後5年以上の経過観察が推奨されているものの²⁾ (図11)、残膵再発はCTのみでは発見しにくいことが問題として挙げられる。当院の Maruyama らの検討では、膵頭十二指腸切除、膵体尾部切除後、いずれも問題なく EUS で残膵の観察が高率に可能であるとされ、EUS は CT や MRI と比較して残膵癌指摘率が高かった⁵⁾ (図12)。このことから、少なくとも従来の造影 CT を用いた経過観察に加え、EUS を併用した経過観察方法が有効である可能性がある。現在、当院では半年ごとに採血と画像検査を行っており、画像検査として EUS と造影 CT を交互に行うことを推奨している。

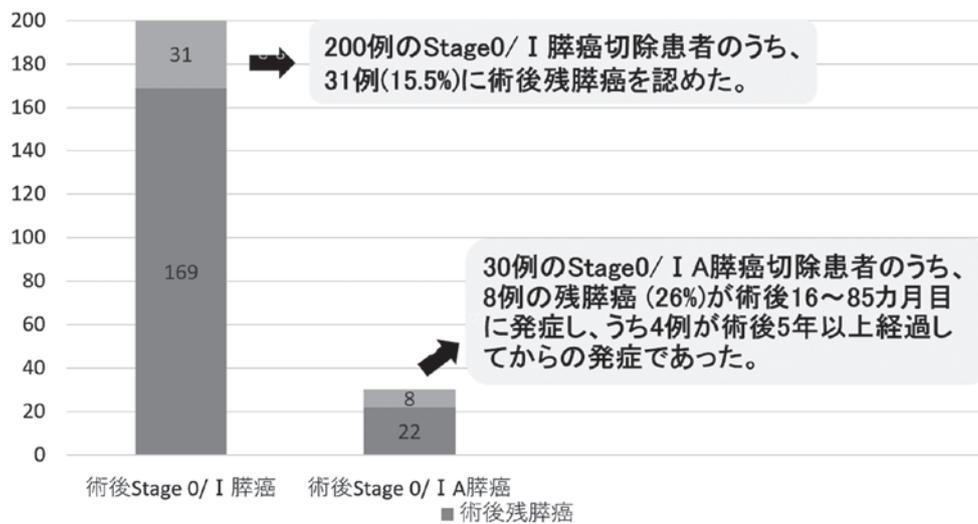
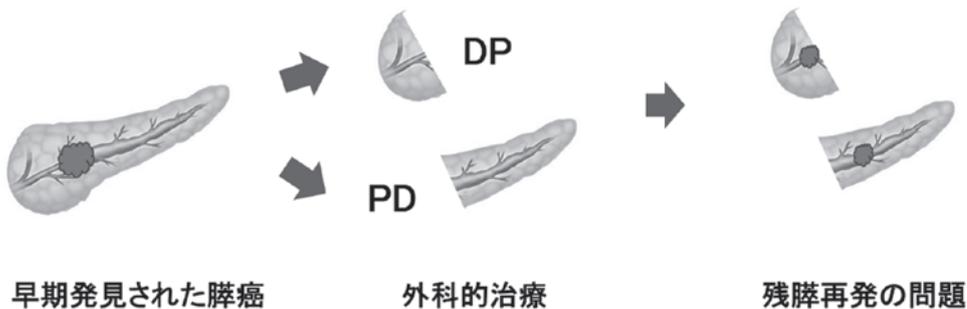


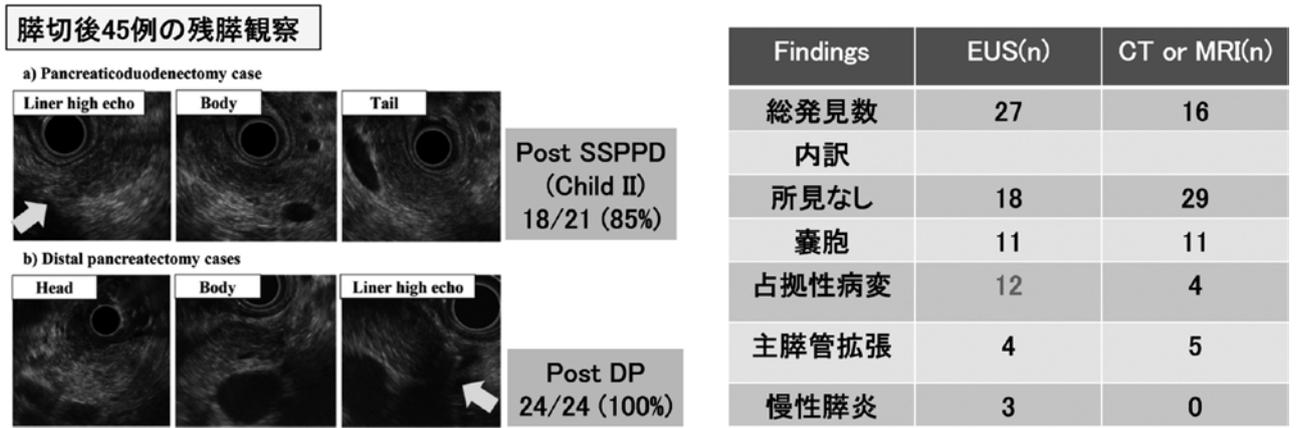
図10 術後残膵癌

CQ番号	CQ	ステートメント	推奨度/エビデンス
RO7	膵癌の切除後5年以上の定期的な経過観察は推奨されるか？	膵癌切除後5年以上生存者にも、引き続き長期にわたる定期的な経過観察を行うことを提案する。	弱/D



(膵癌診療ガイドライン2022年版)

図11 膵癌診療ガイドライン2022年版より引用



・PD・SSPPD・DP後、いずれにおいても問題なくEUSにてフォローができた。
 ・EUSはCTやMRIと比較して残膵癌指摘率が高かった。

(Maruyama et al. PLOS ONE 2021)

図12 経過観察における EUS の有用性

【結 語】

膵頭部癌術後再発から肝転移・腹膜播種をきたし死亡した1例を経験した。本症例は異時性残膵多発癌と考えられた。近年、膵癌切除後の残膵再発が問題となってきており、EUSを組み込んだ経過観察方法が有効である可能性が示唆されている。

【文 献】

- 1) Egawa S, Toma H, et al: Japan Pancreatic Cancer Registry; 30th year anniversary: Japan Pancreatic Society. *Pancreas* 41; 985-992: 2012.
- 2) 日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン改訂委員会. 膵癌診療ガイドライン2022年版. 東京. 金原出版株式会社, 2022.
- 3) Kanno A, Masamune A, et al: Multicenter study of early pancreatic cancer in Japan. *Pancreatology* 18(1); 61-67: 2018
- 4) Ikemoto J, Hanada K, et al: Prospective follow-up study of the recurrence of pancreatic cancer diagnosed at an early stage. The value of endoscopic ultrasonography for early diagnosis of recurrence in the remnant pancreas. *Pancreas* 2018; 482-488: 2018.

- 5) Maruyama H, Hanada K, et al: Value of endoscopic ultrasonography in the observation of the remnant pancreas after pancreatectomy. *PLOS ONE*: 2021. Jan 19; 16(1): e0245447.

著 書
論 文 発 表
学 会 発 表
メ デ ィ ア 情 報
院 内 カ ン フ ァ レ ン ス
院 内 主 要 行 事

(令和4年4月から令和5年3月まで)

著 書

内 科

《消化器内科》

- 1) 花田敬士, 清水晃典, 池田守登, 津島 健. 画像診断道場. 症例24. 膵体部の低吸収域はどのように読影すればよい?. 35, 126-127, 西野徳之, 日本医事新報社, 東京, 2023
- 2) 小野川靖二, 宍戸孝好, 中土井剛一, 花田敬士. 画像診断道場. 症例32. 繰り返す嘔吐の原因は?. 43, 142-143, 西野徳之, 日本医事新報社, 東京, 2023

【分担執筆】

- 1) 小野川靖二, 田妻 進. JSPEN コンセンサスブック. がん治療の検査の基礎知識. 血液検査・尿検査・バイタルサイン・血液ガス検査を読む. 9-13, 日本臨床栄養代謝学会, 医学書院, 東京, 2022
- 2) 花田敬士, 糸井隆夫, 加藤博也, 伊佐山浩通, 中井陽介. 膵癌診療ガイドライン2022年度版. 総論. スtent療法. 64-67, 金原出版, 東京, 2022
- 3) 花田敬士, 栗原啓介. 膵癌診療ガイドライン2022年度版. D17. 腫瘍はみられないが膵管の異常所見が認められる場合, ERCP を用いた膵液細胞診は推奨されるか?. 137-141, 金原出版, 東京, 2022
- 4) 大塚隆生, 蔵原 弘, 花田敬士. 膵癌診療ガイドライン2022年度版. RO7. 膵癌の切除後5年以上の定期的な経過観察は推奨されるか?. 177-180, 金原出版, 東京, 2022
- 5) 花田敬士, 清水晃典. 膵癌診療ガイドライン2022年度版. コラム1. 病診連携を生かした膵癌早期診断. 347, 金原出版, 東京, 2022
- 6) 花田敬士, 森 雅紀, 清水陽一, 藤森麻衣子, 眞嶋喜幸, 古谷佐和子, 長田昭二, 中村雅史, 奥坂拓志. 膵癌診療ガイドライン2022年度版. コラム7. 膵癌診療ガイドライン2022年度版における患者・市民グループの活動について. 353, 金原出版, 東京, 2022
- 7) 花田敬士, 森 雅紀, 清水陽一, 藤森麻衣子, 眞嶋喜幸, 古谷佐和子, 長田昭二, 中村雅史, 奥坂拓志. 膵癌診療ガイドライン2022年度版. コラム8. 臨床試験-患者・市民グループからの提言. 354-356, 金原出版, 東京, 2022
- 8) 花田敬士, 池田守登. 今日の臨床サポート. 膵癌 (診断). WEB コンテンツ. 下瀬川徹監修, エルゼビアジャパン, 東京, 2022
- 9) 花田敬士, 清水晃典, 津島 健, 池田守登, 田妻 進. 日本臨床, 増刊号膵癌・胆道癌2023上, 膵癌編. 膵癌の早期発見と病診連携. 513-518, 日本臨床社, 東京, 2023

薬 剤 部

- 1) 吉廣尚大. 月刊 薬事. 急変対応の Off-the-job training を薬剤師が学ぶ意義. 63-66, 武田信, 株式会社じほう, 東京, 2021.
- 2) 別所千枝, 栗原大貴, 高橋謙吾. 薬局. 治療継続のためのプロブレムがみえる! みつかる! 糖尿病, 話を聞いてくれない・答えてくれない. 患者へのコミュニケーションのコツ. 90-94, 武田信, 株式会社じほう, 東京, 2022.
- 3) 別所千枝. 精神科病棟ではたらく人のための感染対策きほんのき. 「精神科領域の感染対策の特

殊性と戦略 向精神薬を適切に使えていますか?」. 25-30, 長谷川翔, メディカ出版, 大阪, 2022.

- 4) 別所千枝. 薬局. 睡眠薬を選ぶ・使うに役立つ「これだけ!」DI. メラトニン受容体作動薬・オレキシン受容体拮抗薬. 睡眠薬のトリセツ. 48-52, 武田信, 株式会社じほう, 東京, 2023.

論 文 発 表

内 科

《消化器内科》

【欧文】

- 1) Itamoto S, Abe T, Oshita A, Hanada K, Nakahara M, Noriyuki T. Repeat pancreatic resection for metachronous pancreatic metastasis from renal cell carcinoma: A case report.
Int J Surg Case Rep. 94: 107022. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107022. 2022
- 2) Suzuki Y, Mori T, Momose H, Matsuki R, Kogure M, Abe N, Isayama H, Tazuma S, Tanaka A, Takikawa H, Sakamoto Y. Predictive factors for subsequent intrahepatic cholangiocarcinoma associated with hepatolithiasis: Japanese National Cohort Study for 18 years.
J Gastroenterol. 57(5): 357–395, 2022
- 3) Isayama H, Tazuma S, Kokudo N, Tanaka A, Tsuyuguchi T, Nakazawa T, Notohara K, Mizuno S, Akamatsu N, Serikawa M, Naitoh I, Hirooka Y, Wakai T, Itoi T, Ebata T, Okaniwa S, Kamisawa T, Kawashima H, Kanno A, Kubota K, Tabata M, Unno M, Takikawa H; PSC guideline committee Members: Ministry of Health, Labour and Welfare (Japan) Research Project, The Intractable Hepatobiliary Disease Study Group. Correction to: Clinical guidelines for primary sclerosing cholangitis 2017.
J Gastroenterol. 57(6): 453–454, 2022
- 4) Nishimura T, Onogawa S, Yamamoto T, Okuda Y, Ikeda M, Matsumoto N, Kurihara K, Shimizu A, Kitamura S, Katamura Y, Hirano N, Itamoto S, Nakahara M, Yonehara S, Shimamoto F, Hanada K. Acute necrotic disorder of the small intestine post-coronavirus disease-2019 vaccination.
DEN Open. 3(1): e137. doi: 10.1002/deo2.137, 2022
- 5) Hanada K, Shimizu A, Kurihara K, Ikeda M, Yamamoto T, Okuda Y, Tazuma S. Endoscopic approach in the diagnosis of high-grade pancreatic intraepithelial neoplasia.
Dig Endosc. 34(5): 927–93, 2022
- 6) Tanigawa M, Koga Y, Naito Y, Yamaguchi H, Iwasaki T, Kohashi K, Ohike N, Hanada K, Higashi M, Komatsu M, Imai H, Yamakita K, Nagakawa T, Okabe Y, Kato S, Noguchi H, Nakayama T, Yasuda M, Kusano H, Akiba J, Oda Y, Yano H. Pancreatic hamartoma: detection of harbouring NAB2::STAT6 fusion gene.
Histopathology. 81(3): 319–328, 2022
- 7) Kikuchi Y, Miyamori D, Kanno K, Tazuma S, Kimura H, Yoshimura K, Serikawa M, Chayama K, Ito M. Clinical utility of computed tomography-based evaluation of trunk muscles in primary sclerosing cholangitis.
Jpn J Radiol. 40(10): 1053–1060, 2022
- 8) Kawahara A, Kanno K, Yonezawa S, Otani Y, Kobayashi T, Tazuma S, Ito M. Depletion of hepatic stellate cells inhibits hepatic steatosis in mice.
J Gastroenterol Hepatol. 37(10): 1946–1954, 2022
- 9) Watanabe A, Abe T, Oshita A, Hanada K, Noriyuki T, Nakahara M. Delayed local recurrence of pancreatic adenocarcinoma after curative surgery: A case report.

- Int J Surg Case Rep. 100: 107735. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107735. Epub 2022 Oct 11, 2022
- 10) Abe T, Oshita A, Fujikuni N, Hattori M, Kobayashi T, Hanada K, Noriyuki T, Ohdan H, Nakahara M. Efficacy of bailout surgery for preventing intraoperative biliary injury in acute cholecystitis. Surg Endosc. 37(4): 2595–2603, 2022
- 11) Shibamura N, Miyamori D, Tanabe T, Yamada N, Tazuma S. Focal Neurological Symptoms at Initial Presentation Could Be a Potential Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Multiple Brain Abscesses by Streptococcus anginosus Group: A Case Report With Literature Review. Case Reports Cureus. 14(11): e32085. doi: 10.7759/cureus.32085. eCollection, 2022
- 12) Okuda Y, Abe T, Ikeda M, Kurihara K, Shimizu A, Oshita A, Yonehara S, Hanada K. Curative surgery for primary squamous cell carcinoma of the liver: a rare case study. Clin J Gastroenterol. 16(2): 263–269, 2022

【和文】

- 1) 田妻 進. 巻頭言
臨牀消化器内科 485–486, 2022
- 2) (栗原啓介), 清水晃典, 池田守登, 花田敬士. 胆道・膵病変に対する経乳頭的生検・細胞診-
ERCP
消化器内視鏡 34(4): 773–778, 2022
- 3) 小野川靖二, 田妻 進. がん治療の検査の基礎知識. 血液検査・尿検査・バイタルサイン・血液
ガス検査を読む
消化器内科 9–13, 2022
- 4) 飯尾澄夫, 岡 志郎, 平田一成, 隅岡昭彦, 壺井章克, 相方 浩, 田中信治.
多量の腹水により小腸カプセル内視鏡検査の受信障害を生じた1例
広島医学 75(5): 218–222, 2022
- 5) 花田敬士. 特集にあたって
消化器内科 2–3 2022
- 6) 清水晃典, 津島 健, 花田敬士. 膵癌早期診断を目指した病診連携
消化器内科 4(7): 82–87, 2022
- 7) 栗原啓介, 花田敬士, 清水晃典. 膵癌早期診断における ERCP の役割
消化器内科 4(7): 65–70, 2022
- 8) 清水晃典, 花田敬士. 胆・膵 膵癌早期診断のための取り組み
消化器内科学レビュー 23: 314–317, 2022
- 9) 菅野 敦, 安田一郎, 入澤篤志, 原 和生, 蘆田玲子, 岩下拓司, 竹中 完, 湯沼朗生,
滝川哲也, 窪田賢輔, 加藤博也, 中井陽介, 良沢昭銘, 北野雅之, 伊佐山浩通, 鎌田英紀,
岡部義信, 花田敬士, 大坪公士郎, 土井晋平, 久居弘幸, 渋谷悟朗, 今津博雄, 正宗 淳.
日本の三次医療機関における組織学的診断のための超音波内視鏡下穿刺吸引法による有害事象
多施設共同後ろ向き研究
Gastroenterological Endoscopy 64(7): 1371–1385, 2022
- 10) 池田守登, 花田敬士, 栗原啓介, 清水晃典, 田妻 進. 膵がん早期診断のための病診連携
内科 130(1): 49–53, 2022
- 11) 花田敬士. 膵癌早期診断の最前線
日本臨床細胞学会九州連合会雑誌 53: 1–4, 2022

- 12) 花田敬士. 膵酵素・腫瘍マーカー上昇, 膵管狭窄, 膵腫瘍, 糖尿病増悪で紹介された症例
胆と膵 43: 1335-1341, 2022
- 13) 岸 泰正, 栗原啓介, 奥田康博, 花田敬士, 西田賢司, 米原修治. 急性の転帰を辿った肝障害を伴うびまん性大細胞性B細胞性リンパ腫の1例
厚生連尾道総合病院医報 32: 41-50, 2022
- 14) 清水晃典, 田妻 進. 胆石症の疫学 -最近の動向-
肝胆膵 86(1): 7-11, 2023
- 15) 花田敬士. 巻頭言
臨牀消化器内科 38(2): 125, 2023
- 16) 花田敬士. 膵癌の早期診断はなぜ必要か
臨牀消化器内科 38(2): 127-130, 2023
- 17) 清水晃典, 花田敬士, 田妻 進. 地域発の膵癌早期診断プロジェクト
臨牀消化器内科 38(2): 158-164, 2023
- 18) 花田敬士, 清水晃典, 津島 健, 池田守登, 田妻 進. 膵癌の早期発見と病診連携
日本臨牀 81(2): 513-518, 2023
- 19) 花田敬士, 清水晃典, 津島 健, 池田守登, 田妻 進. 膵癌の早期診断を目指したスクリーニング
日本内科学会雑誌 112(2): 250-256, 2023
- 20) 山子泰加, 花田敬士, 山本卓哉, 奥田康博, 池田守登, 栗原啓介, 清水晃典, 松本 望, 片村嘉男, 田妻 進. 肝転移巣の破裂に対してTAEを施行し化学療法としてmodified FOLFIRINOXを導入した膵癌の1例
膵臓 38: 73-81, 2023
- 21) 花田敬士. 危険因子に着目した膵癌早期診断プロジェクト
日本乳癌検診学会誌 32(1): 1-4, 2023

《呼吸器内科》

【欧文】

- 1) Watari N, Yamaguchi K, Terada H, Hamai K, Masuda K, Nishimura Y, Sakamoto S, Masuda T, Horimasu Y, Miyamoto S, Nakashima T, Iwamoto H, Shoda H, Ishikawa N, Fujitaka K, Miyazaki K, Miyata Y, Hamada H, Awai K, Hattori N. Characteristic computed tomography features in mesenchymal-epithelial transition exon14 skipping-positive non-small cell lung cancer.
BMC Pulm Med. 22(1): 260, 2022
- 2) Tsubata Y, Hotta T, Hamai K, Furuya N, Yokoyama T, Saito R, Nakamura A, Masuda T, Hamaguchi M, Kuyama S, Honda R, Senoo T, Nakanishi M, Yamasaki M, Ishikawa N, Fujitaka K, Kubota T, Kobayashi K, Isobe T. A new risk-assessment tool for venous thromboembolism in advanced lung cancer: a prospective, observational study.
J Hematol Oncol. 15(1): 40, 2022
- 3) Tanimoto T, Tada S, Fujita S, Hirakawa T, Matsumura M, Isoyama S, Ueno S, Hamai K, Tsuji N, Hirosawa H, Taniguchi T, Okamoto T, Omoto T, Kusunoki S, Maeda H, Ishikawa N. Effect of baricitinib in patients with coronavirus disease 2019 and respiratory failure: A propensity score-matched retrospective cohort study.
Respir Investig. 60(3): 418-424, 2022

- 4) Masuda T, Fujitaka K, Suzuki T, Hamai K, Matsumoto N, Matsumura M, Isoyama S, Ueno S, Mito M, Yamaguchi K, Sakamoto S, Kawano R, Masuda K, Nishino R, Ishikawa N, Yamasaki M, Hattori N. Phase 2 study of first-line pembrolizumab monotherapy in elderly patients with non-small-cell lung cancer expressing high PD-L1.
Thorac Cancer. 13(11): 1611–1618, 2022
- 5) Isoyama S, Ishikawa N, Hamai K, Matsumura M, Kobayashi H, Nomura A, Ueno S, Tanimoto T, Maeda H, Iwamoto H, Hattori N. Switching Treatment from Mepolizumab to Benralizumab for Elderly Patients with Severe Eosinophilic Asthma: A Retrospective Observational Study.
Intern Med. 61(11): 1663–1671, 2022
- 6) Tsubata Y, Hotta T, Hamai K, Furuya N, Yokoyama T, Saito R, Nakamura A, Masuda T, Hamaguchi M, Kuyama S, Honda R, Senoo T, Nakanishi M, Yamasaki M, Ishikawa N, Fujitaka K, Kubota T, Ohtsu H, Kobayashi K, Isobe T. Incidence of venous thromboembolism in advanced lung cancer and efficacy and safety of direct oral anticoagulants: a multicenter, prospective, observational study (Rising-VTE/NEJ037 study).
Ther Adv Med Oncol. 14: 17588359221110171, 2022
- 7) Daido W, Masuda T, Imano N, Matsumoto N, Hamai K, Iwamoto Y, Takayama Y, Ueno S, Sumii M, Shoda H, Ishikawa N, Yamasaki M, Nishimura Y, Kawase S, Shiota N, Awaya Y, Suzuki T, Kitaguchi S, Fujitaka K, Nagata Y, Hattori N. Pre-Existing Interstitial Lung Abnormalities Are Independent Risk Factors for Interstitial Lung Disease during Durvalumab Treatment after Chemoradiotherapy in Patients with Locally Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer.
Cancers. 14(24): 6236, 2022
- 8) Nakanishi Y, Iwamoto H, Miyamoto S, Nakao S, Higaki N, Yamaguchi K, Sakamoto S, Horimasu Y, Masuda T, Matsumoto N, Nakashima T, Onari Y, Fujitaka K, Haruta Y, Hamada H, Hozawa S, Hattori N. Association Between Patient Preference for Inhaler Medications and Asthma Outcomes.
J Asthma Allergy. 15: 1539–1547, 2022

【和文】

- 1) 岡嶋瑠那, 山本翔太郎, 山本涼太郎, 脇本 旭, 迫友紀子, 中尾聡志, 奥本 賢, 吉田 敬, 佐々木俊雄, 渡辺章文. 腎生検が診断の契機となったエチレングリコール中毒の1例
広島医学. 73(7): 299–302, 2022
- 2) 根本陽奈, 北島拓真, 北島真紀子, 野村晃生, 川崎広平, 鈴木朋子, 米原修治, 西田賢司.
急性の経過で死亡した急性間質性肺炎の一例
厚生連尾道総合病院医報. 32: 35–39, 2022

《循環器内科》

【欧文】

- 1) Amioka M, Sanada R, Matsumura H, Kinoshita H, Sairaku A, Morishima N, Nakano Y.
Impact of SGLT2 inhibitors on old age patients with heart failure and chronic kidney disease.
Int J Cardiol. 370: 294–299, 2023

【和文】

- 1) 石橋直樹, 大塚雅也, 東儀浄孝, 網岡道孝, 木下弘喜, 山本 実, 佐藤克敏, 森島信行.
健康診断のCTを契機に発見された左内経動脈肺動脈瘻の一例

厚生連尾道総合病院医報 32: 11-14, 2022

- 2) 石橋直樹, 國田英司, 山根 彩, 永井道明, 香川英介, 小田 登, 加藤雅也, 青木義朗, 土手慶五. 急性心筋梗塞に特発性食道破裂を合併したが良好な転機を辿った1例
広島医学 75(9): 403-407, 2022

外 科

【欧文】

- 1) Une K, Sumi Y, Kurayoshi M, Nakanuno R, Nakahara M. Nonocclusive mesenteric ischemia during treatment for ketoacidosis associated with acute-onset type 1 diabetes mellitus: A case report.
Clin Case Rep. 10: e05714. DOI: 10.1002/ccr3.3513, 2022
- 2) Itamoto S, Abe T, Oshita A, Hanada K, Nakahara M, Noriyuki T. Repeat pancreatic resection for metachronous pancreatic metastasis from renal cell carcinoma: A case report.
Int J Surg Case Rep. 94: 107022. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107022, 2022
- 3) Shidahara H, Abe T, Oshita A, Sumi Y, Okuda H, Kurayoshi M, Yonehara S, Kobayashi T, Ohdan H, Noriyuki T, Nakahara M. Metachronous colorectal liver metastasis that occurred 10 years after laparoscopic colectomy: a case report.
Surg Case Rep. 8(1): 144, 2022
- 4) Otabe M, Abe T, Sumi Y, Yonehara S, Noriyuki T, Nakahara M. Abnormal growth of a pleomorphic leiomyosarcoma originating from the mesenteric vein associated with poor outcome after curative-intent resection: a case report.
Surg Case Rep. 8(1): 147, 2022
- 5) Watanabe A, Abe T, Oshita A, Hanada K, Noriyuki T, Nakahara M. Delayed local recurrence of pancreatic adenosquamous cell carcinoma after curative surgery: A case report.
Int J Surg Case Rep. 100: 107735. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107735. Epub 2022 Oct 11, 2022
- 6) Abe T, Oshita A, Fujikuni N, Hattori M, Kobayashi T, Hanada K, Noriyuki T, Ohdan H, Nakahara M. Efficacy of bailout surgery for preventing intraoperative biliary injury in acute cholecystitis.
Surg Endosc. 37(4): 2595-2603, 2022
- 7) Okuda Y, Abe T, Ikeda M, Kurihara K, Shimizu A, Oshita A, Yonehara S, Hanada K. Curative surgery for primary squamous cell carcinoma of the liver: a rare case study.
Clin J Gastroenterol. 16(2): 263-269, 2022

【和文】

- 1) 山木 実, 仁科麻衣, 則行敏生, 米原修治. 後縦隔気管支原性嚢胞からの発生が疑われた粘表皮癌
胸部外科 75(5): 344-347, 2022
- 2) 志田原幸稔, 安部智之, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 藤國宣明, 倉吉 学, 大下彰彦, 則行敏生, 中原雅浩. 子宮広間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性腸閉塞の1例
広島医学 75(6): 249-253, 2022
- 3) 満留絵莉子, 山木 実, 則行敏生, 西田賢司, 米原修治. 難治性気胸に対する胸腔鏡下手術後に呼吸不全となり死亡した一例
厚生連尾道総合病院医報 32: 27-34, 2022
- 4) 安原明宏, 安部智之, 西田賢司, 米原修治, 則行敏生, 中原雅浩, 田妻 進. 出血性ショックを

きたした大腸憩室出血の術後早期に急激な転帰を辿った1例

厚生連尾道総合病院医報 32: 51-57, 2022

- 5) 山木 実, 仁科麻衣, 則行敏生, 米原修治. 赤芽球癆と低ガンマグロブリン血症を合併した胸腺腫

胸部外科 76(2): 115-118, 2023

心臓血管外科

- 1) (小林 平), (高橋信也), 佐藤克敏 他.

末梢動脈疾患に対する広島県内多施設共同データベースの構築とその治療の現状 (原著)

広島医学, 75(8): 327-333, 2022

- 2) 野上 剛, 田邊輝真, 宇根一暢, 児玉裕司, 佐藤克敏.

保存的加療で軽快した孤立性内臓動脈解離の4症例 (症例報告)

日救急医学会誌, 33: 482-6, 2022

- 3) 石橋直樹, 大塚雅也, 東儀浄孝, 網岡道孝, 木下弘喜, 山木 実, 佐藤克敏, 森島信行.
健康診断のCTを契機に発見された左内胸動脈肺動脈瘻の一例 (症例報告)

厚生連尾道総合病院医報, 32: 11-14, 2022

脳神経外科

- 1) (三島寛人), 阿美古将, 山田直人.

脳底動脈先端部動脈瘤に対してパルスライダー支援下コイル塞栓術を行った1例

広島医学 75(6): 237-238, 2022

- 2) Shibamura N, (Miyamori D), (Tanabe T), Yamada N, Tazuma S.

Focal Neurological Symptoms at Initial Presentation Could Be a Potential Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Multiple Brain Abscesses by Streptococcus anginosus Group: A Case Report With Literature Review

Case Reports Cureus. 14(11): e32085. doi: 10.7759/cureus.32085. eCollection, 2022

麻 酔 科

【欧文】

- 1) Une K, Sumi Y, Kurayoshi M, Nakanuno R, Nakahara M.

Nonocclusive mesenteric ischemia during treatment for ketoacidosis associated with acute-onset type 1 diabetes mellitus: A case report

Clin Case Rep. 10(4): e05714. doi: 10.1002/ccr3.5714, 2022

【和文】

- 1) 片山大奨, 宇根一暢, 中布龍一.

COVID-19 感染症の1例

広島医学 (75)7: 309-312, 2022

産婦人科

- 1) 藤田真理子, 宇山拓澄, 三浦聡美, 田中教文, 坂下知久.
婦人科癌の全身検索における, DWIBS 法の有用性
現代産婦人科 70: 297-301, 2022
- 2) 宇山拓澄, 田中教文, 藤田真理子, 三浦聡美, 坂下知久.
術後の経過観察に MRI 検査 (DWIBS 法) の併用が有用であった子宮体部脱分化癌の 1 例
現代産婦人科 70: 283-288, 2022

救急科

【欧文】

- 1) Une K, Sumi Y, Kurayoshi M, Nakanuno R, Nakahara M.
Nonocclusive mesenteric ischemia during treatment for ketoacidosis associated with acute-onset type 1 diabetes mellitus: A case report.
Clin Case Rep. 10(4): e05714. doi: 10.1002/ccr3.5714, 2022
- 2) Shibamura N, Miyamori D, Tanabe T, Yamada N, Tazuma S.
Focal Neurological Symptoms at Initial Presentation Could Be a Potential Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Multiple Brain Abscesses by Streptococcus anginosus Group: A Case Report With Literature Review.
Cureus. 14(11): e32085. doi: 10.7759/cureus.32085, 2022

【和文】

- 1) 片山大奨, 宇根一暢, 中布龍一.
筋弛緩薬を併用し終日腹臥位療法を実施した重症 COVID-19 感染症の 1 例
広島医学 75(7): 309-312, 2022
- 2) 野上 剛, 田邊輝真, 宇根一暢, 児玉裕司, 佐藤克敏.
保存的加療で軽快した孤立性内臓動脈解離の 4 症例
日本救急医学会雑誌 33(9): 482-486, 2022
- 3) 日高 惟, 北島真紀子, 下宮誠司, 伊藤弥史, 佐藤裕子, 宇根一暢.
インフルエンザ感染後重症呼吸不全管理を通じて行った長時間腹臥位療法に対する当院の工夫
人工呼吸 39(2): 198-202, 2022

病理研究検査科

【欧文】

- 1) Shidahara H, Abe T, Oshita A, Sumi Y, Okuda H, kurayoshi M, Yonehara S, Kobayashi T, Ohdan H, Noriyuki T, Nakahara M.
Metachronous colorectal liver matastasis that occurred 10 years after laparoscopic colectomy : a case report.
Surgical case Report. 8(1): 144, 2022
- 2) Otabe M, Abe T, Sumi Y, Yonehara S, Noriyuki T, Nakahara M.
Abnormal growth of a pleomorphic leiomyosarcoma originating from the mesenteric vein associated with

poor outcome after curative-intent resection: a case report.

Surgical case Report. 8(1): 147

- 3) Okuda Y, Abe T, Ikeda M, Kurihara K, Simizu A, Oshita A, Yonehara S, Hanada K.
Curative surgery for primary Squamous cell carcinoma of the liver: a rare case study.
Clinical Journal Gastroenterology. 16(2): 263–269, 2023

【和文】

- 1) 羽原幸輝, 中嶋愛海, 相部晴香, 神田真規, 佐々木健司, 米原修治, 西田賢司.
膀胱原発明細胞癌の尿中細胞所見
広島県臨床細胞学会会誌 42: 20–26, 2022
- 2) 中嶋愛海, 羽原幸輝, 相部晴香, 神田真規, 佐々木健司, 米原修治, 西田賢司.
自然尿細胞診で組織型を推定し得た微小乳頭状尿路上皮癌の1例
広島県臨床細胞学会会誌 42: 27–32, 2022
- 3) 中嶋愛海, 羽原幸輝, 神田真規, 佐々木健司, 米原修治.
乳頭分泌癌の穿刺吸引細胞診の1例
日本臨床細胞学会雑誌 61(6): 407–412, 2022
- 4) 神田真規, 中嶋愛海, 羽原幸輝, 佐々木健司, 米原修治.
リンパ腫様型／形質細胞腫型尿路上皮癌との鑑別に苦慮した腎門部発生悪性リンパ腫の1例
日本臨床細胞学会雑誌 61(6): 419–423, 2022

臨床工学科

- 1) 川岡卓幸, 中村元彦, 西内亮太, 村上直己, 山田和典, 鮎本隆宏, 大野みなみ, 高垣友則.
低充填量回路による最適化された体外循環の取り組み
厚生連尾道総合病院医報 32: 15–17, 2022

臨床研修科

【欧文】

- 1) Shibamura N, Miyamori D, Tanabe T, Yamada N, Tazuma S.
Focal Neurological Symptoms at Initial Presentation Could Be a Potential Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Multiple Brain Abscesses by Streptococcus anginosus Group: A Case Report With Literature Review.
Case Reports Cureus. 14(11): e32085.doi: 10.7759/cureus.32085.eCollection, 2022

【和文】

- 1) 片山大奨, 宇根一暢, 中布龍一.
筋弛緩薬を併用し終日腹臥位療法を実施した重症 COVID-19 感染症の1例 論文奨励賞受賞
広島医学 75(7): 309–312, 2022
- 2) 野上 剛, 田邊輝真, 宇根一暢, 児玉裕司, 佐藤克敏.
保存的加療で軽快した孤立性内臓動脈解離の4症例
日本救急医学会雑誌 33(9): 482–486, 2022
- 3) 日高 惟, 北島真紀子, 下宮誠司, 伊藤弥史, 佐藤裕子, 宇根一暢.
インフルエンザ感染後重症呼吸不全管理を通じて行った長時間腹臥位療法に対する当院の工夫

人工呼吸 39(2): 198-202, 2022

- 4) 満留絵莉子, 山木 実, 則行敏生, 西田賢司, 米原修治.
難治性気胸に対する胸腔鏡下手術後に呼吸不全となり死亡した一例
厚生連尾道総合病院医報 32: 27-34, 2022
- 5) 根本陽奈, 北島拓真, 北島真紀子, 野村晃生, 川崎広平, 鈴木朋子, 米原修治, 西田賢司.
急性の経過で死亡した急性間質性肺炎の一例
厚生連尾道総合病院医報 32: 35-39, 2022
- 6) 岸 泰正, 栗原啓介, 奥田康博, 花田敬士, 西田賢司, 米原修治.
急性の転帰を辿った肝障害を伴うびまん性大細胞性 B 細胞性リンパ腫の 1 例
厚生連尾道総合病院医報 32: 41-50, 2022
- 7) 安原明宏, 安部智之, 西田賢司, 米原修治, 則行敏生, 中原雅浩, 田妻 進.
出血性ショックをきたした大腸憩室出血の術後早期に急激な転帰を辿った 1 例
厚生連尾道総合病院医報 32: 51-57, 2022
- 8) 寺本知生, 木下弘喜, 森島信行, 西田賢司, 米原修治.
突然心停止となり VA-ECMO を導入されるも救命し得なかった若年男性の一例
厚生連尾道総合病院医報 32: 59-66, 2022
- 9) 三島寛人, 坂下知久, 藤田真理子, 西田賢司, 米原修治.
子宮留膿症破裂に続発した, 壊死型虚血性小腸炎で死亡した長期透析患者の一例
厚生連尾道総合病院医報 32: 67-75, 2022

学 会 発 表

内 科

《消化器内科》

【国際学会】

- 1) International Conference of the Korean Pancreatobiliary Association 2022 (Seoul, Korea 2022.4.22)
Symposium. Screening of pancreatic cancer for early diagnosis
Hanada K
- 2) The 26th International Association of Pancreatology (Kyoto 2022.7.8)
Panel Discussion. Quest for early diagnosis of pancreatic cancer. Moderators
Hanada K
- 3) The 26th International Association of Pancreatology (Kyoto 2022.7.8)
Panel Discussion. Quest for early diagnosis of pancreatic cancer. Screening of pancreatic cancer for early diagnosis
Hanada K, Shimizu A, Tsushima K, Tazuma S
- 4) The 26th International Association of Pancreatology (Kyoto 2022.7.8)
Early Stage Pancreatic Cancer. Importance of medical cooperation system in early diagnosis of pancreatic cancer
Shimizu A, Hanada K, Ikeda M, Tazuma S

【全国学会】

- 1) 第108回日本消化器病学会総会 (東京 R4.4.21)
シンポジウム 基調講演 膵癌の病態を踏まえた術前治療の意義 ～内科の立場から～
花田敬士
- 2) 第108回日本消化器病学会総会 (東京 R4.4.21)
ワークショップ 膵癌の早期診断を目指した病態解明と診療戦略 司会
花田敬士
- 3) 第108回日本消化器病学会総会 (東京 R4.4.21)
ワークショップ 不整な膵管狭窄を呈し早期の膵癌を疑い初回 SPACE が陰性であった症例における再 SPACE の意義
池田守登, 清水晃典, 花田敬士
- 4) 第108回日本消化器病学会総会 (東京 R4.4.22)
パネルディスカッション IPMN に併存する早期の通常型膵癌の背景膵および膵液細胞診に関する検討
清水晃典, 花田敬士, 栗原啓介
- 5) 第103回日本消化器内視鏡学会総会 (京都 R4.5.14)
ワークショップ 膵疾患における内視鏡診療の役割 司会
花田敬士
- 6) 第103回日本消化器内視鏡学会総会 (京都 R4.5.14)
ワークショップ ENPD 留置下複数回連続膵液細胞診 (SPACE) の際の ENPD 留置位置に関する検討

清水晃典

- 7) 日本超音波学会第95回学術集会 (名古屋 R4.5.20)
パネルディスカッション 膵癌診療における超音波の役割 ～存在・鑑別・進行度・予後診断～
花田敬士
- 8) 第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会 (横浜 R4.5.31)
特別講演 座長
田妻 進
- 9) 第13回プライマリ・ケア連合学会学術大会 (横浜 R4.6.11)
日本版ホスピタリスト「病院総合診療専門医」への期待
田妻 進
- 10) 第53回日本膵臓学会大会 (京都 R4.7.8)
パネルディスカッション 膵癌克服に向けた患者会と学会のコラボレーション 患者・市民参画
診療ガイドラインの作成
奥坂拓志, 中村雅史, 眞島喜幸, 花田敬士
- 11) 第25回日本病院総合診療医学会学術総会 (web R4.8.20)
スポンサードシンポジウム 原因不明な繰り返す腹痛に潜在する希少疾患 座長
田妻 進
- 12) 第25回日本病院総合診療医学会学術総会 (web R4.8.20)
理事長講演 日本病院総合診療医学会「骨太の方針」
田妻 進
- 13) 第25回日本病院総合診療医学会学術総会 (web R4.8.20)
2022年 日本病院総合診療医学会 学会賞 受賞講演 寝たきり度・認知度の評価者間信頼性と他の客観的尺度との基準関連妥当性 座長
田妻 進
- 14) 第25回日本病院総合診療医学会学術総会 (web R4.8.20)
ランチョンセミナー 大阪モデルから見る, COVID-19 診療の医療提供体制を考える 座長
田妻 進
- 15) 第25回日本病院総合診療医学会学術総会 (web R4.8.20)
早期診断およびドレナージにより後遺症なく退院できた *Streptococcus anginosus* による多発脳膿瘍の一例
柴村奈月, 宮森大輔, 田邊輝真, 山田直人, 宇根一暢, 平野巨通, 田妻 進
- 16) 第46回日本消化器内視鏡学会セミナー (札幌 R4.9.4)
膵癌早期診断の現状と内視鏡的アプローチへの期待
花田敬士
- 17) 第58回日本胆道学会学術総会 (横浜 R4.10.13)
ワークショップ 良性および良悪鑑別困難な胆道狭窄に対するアプローチ 特別発言
田妻 進
- 18) 第58回日本胆道学会学術総会 (横浜 R4.10.14)
症例・胆道腫瘍 座長
花田敬士
- 19) 第58回日本胆道学会学術総会 (横浜 R4.10.13)
ワークショップ 良性および良悪鑑別困難な胆道狭窄に対するアプローチ 当院における親子式

胆道鏡による胆道狭窄の診断に関する検討

清水晃典

- 20) 第58回日本胆道学会学術総会（横浜 R4.10.13）

ワークショップ 胆道結石に対する治療戦略 当院における85才以上の超高齢者の総胆管結石に対する治療戦略

池田守登

- 21) 第32回日本乳癌検診学会学術総会（浜松 R4.11.11）

シンポジウム リスク層別化乳がん検診の基礎 危険因子に着目した膵癌早期診断プロジェクト

花田敬士

- 22) JDDW 2022（福岡 R4.10.29）

ワークショップ 膵小型腫瘍性病変の内視鏡診察の現状と展望 司会

花田敬士

- 23) JDDW 2022（福岡 R4.10.29）

ワークショップ 膵小型腫瘍性病変の内視鏡診察の現状と展望 当院における径10mm以下の膵癌の診断に関する検討

清水晃典, 花田敬士, 安部智之

- 24) JDDW 2022（福岡 R4.10.27）

サテライトシンポジウム 特別講演 胆膵癌領域 Up to date ～これからの時代に必要な視点とは～ 膵癌早期診断の現状と今後 ～膵癌診療ガイドライン2022の改訂を踏まえて～

花田敬士

- 25) 第50回日本集中治療医学会学術集会（京都 R5.3.2-4）

発熱性好中球減少症を伴う敗血症性ショック治療中にアナフィラキシーショックを生じた1例

小方智景, 田邊輝真, 宇根一暢, 池田守登, 平野巨通

- 26) 日本消化器内視鏡学会 第53回重点卒後教育セミナー（web R5.3.26）

スポンサーセミナー 司会/当番会長

花田敬士

【学会地方会】

- 1) 第126回日本内科学会中国地方会（web R4.5.7）

下腿蜂窩織炎を合併した covid-19 の1例

野上 剛, 田邊輝真, 岡田康平, 宇根一暢, 中布龍一, 花田敬士

- 2) 第117回日本消化器病学会中国支部例会（岡山 R4.6.11）

司会

花田敬士

- 3) 第128回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（広島 R4.7.3）

ワークショップ 総胆管結石治療の現状と展望 司会

花田敬士

- 4) 第128回日本消化器内視鏡学会中国支部例会「ワークショップ部門最優秀賞受賞」（広島 R4.7.3）

ワークショップ 総胆管結石治療の現状と展望 当院における超高齢者の総胆管結石に対する治療戦略

池田守登, 花田敬士, 田妻 進, 清水晃典, 栗原啓介

- 5) 第128回日本消化器内視鏡学会中国支部例会（広島 R4.7.3）

内視鏡診断後にステロイド治療にて症状改善を認めた好酸球性胃腸炎の1例

- 片山大奨, 小野川靖二, 山本卓哉, 奥田康博, 池田守登, 西村朋之, 松本 望, 栗原啓介,
清水晃典, 北村正輔, 片村嘉男, 平野巨通, 花田敬士, 米原修治
- 6) 日本消化器学会中国支部 第36回教育講演会 (ハイブリッド)
司会
田妻 進
- 7) 日本消化器内視鏡学会埼玉部会 第48回学術講演会 (大宮 R4.11.19)
特別講演 膵癌早期診断の現状と将来展望
花田敬士
- 8) 第129回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (山口 R4.12.10)
切除断端に High-grade PanIN を認めた Stage 0 膵体部癌術後の残膵に対して SPACE を施行した 1
例
久保浩介, 清水晃典, 津島 健, 池田守登, 圓山 聡, 飯尾澄夫, 平昭衣梨, 北村正輔,
片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 米原修二, 田妻 進
- 9) 第129回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (山口 R4.12.10)
若年女性に発症した胆嚢内乳頭状腫瘍 (intracystic papillary neoplasm : ICPN) の 1 例
谷 千尋, 花田敬士, 久保浩介, 圓山 聡, 池田守登, 飯尾澄夫, 平昭衣梨, 津島 健,
清水晃典, 北村正輔, 片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 真島宏聡, 大下彰彦, 米原修治,
田妻 進
- 10) 第129回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 (山口 R4.12.10)
嘔気を契機に診断に至った原発性小腸癌の 1 例
佐々木澄子, 飯尾澄夫, 久保浩介, 圓山 聡, 池田守登, 平昭衣梨, 津島 健, 清水晃典,
片村嘉男, 北村正輔, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 米原修治
- 11) 第127回日本内科学会中国地方会「奨励賞受賞」(web R4.12.17)
飼い猫の鼻汁に接触し重症熱性血小板減少症候群 (SFTS) ウィルスに感染した 1 例
谷本のりこ, 圓山 聡, 平野巨通, 花田敬士, 田妻 進
- 12) 日本皮膚科学会第152回広島地方会 (ハイブリッド R5.3.5)
潰瘍性大腸炎に対するインフリキシマブ投与が壊疽性膿皮症に奏功した 1 例
山本美月, 伊藤晴菜, 木村由紀, 久保浩介, 小野川靖二

【全国研究会】

- 1) 第 1 回胆膵内視鏡フロンティアセミナー in 沖縄 (那覇 R4.4.16)
座長
花田敬士
- 2) 膵癌早期発見シリーズキックオフセミナー in 東京2022 (web R4.4.30)
膵がんの早期発見-尾道方式とは
花田敬士
- 3) 第 3 回アクトメッド Web セミナー (web R4.5.25)
膵癌早期診断と地域医療圏におけるゲノム診療の現状
花田敬士
- 4) 膵がん早期発見セミナーシリーズ2022 in 神奈川 (web R4.5.29)
座長
花田敬士
- 5) ヴィアトリス WEB 講演会 (web R4.6.8)

地域で取り組む膵癌早期診断 UP-TO-DATE

花田敬士

- 6) 第15回膵癌早期診断研究会 (web R4.7.29)

ミニレクチャー 司会

花田敬士

- 7) 第22回臨床消化器病研究会 (web R4.7.30)

膵神経内分泌腫瘍 (PanNET) の診断・治療 UPDATE 司会

花田敬士

- 8) TAIHO Web Lecture on Pancreatic Cancer (web R4.8.3)

膵癌早期診断と高齢者膵癌のいまと今後～膵癌診療ガイドライン2022年改訂を踏まえて

花田敬士

- 9) 膵臓がん早期発見セミナーシリーズ in 大阪 (web R4.8.21)

座長

花田敬士

- 10) 第20回 FNA-ClubJapan (東京 R4.9.10)

当院における EUS 教育の現状と課題について

清水晃典, 花田敬士, 池田守登, 平昭衣梨, 津島 健

- 11) WEB Conference (Top Gain) (web R4.9.13)

EUS 穿刺吸引生検法について

清水晃典

- 12) 膵臓がん早期発見セミナーシリーズ in 沖縄 (web R4.9.18)

座長

花田敬士

- 13) 第74回日本消化器画像診断研究会 (新潟 R4.9.23)

ランチョンセミナー 座長

花田敬士

- 14) 第74回日本消化器画像診断研究会 (新潟 R4.9.23)

外科治療可能であった肝原発扁平上皮癌の一例

平昭衣梨, 池田守登, 津島 健, 清水晃典, 片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士,
大下彰彦, 米原修治

- 15) 膵臓がん早期発見セミナーシリーズ2022 (宮城 R4.10.23)

膵癌の治療成績向上に向けた思い 座長

花田敬士

- 16) 第11回 FNA masters (東京 R4.11.26)

世話人

花田敬士

- 17) 第16回膵癌早期診断研究会 (東京 web R5.1.28)

ミニレクチャー 司会

花田敬士

【地方研究会】

- 1) 漢方ベースキャンプ in 尾道 (web R4.4.13)

座長

田妻 進

- 2) 足立区医師会内科医会消化管研究会 (東京 R4.4.13)
膵臓がん検診 ～早期発見への連携～
花田敬士
- 3) IBD Clinical Seminar in Fukuyama (web R4.4.14)
～TNF 製剤がもたらした治療変化と新規薬剤を含めた今後の治療戦略～
小野川靖二
- 4) 第142回尾道消化器病同好会 (web R4.4.26)
座長
小野川靖二
- 5) 第142回尾道消化器病同好会 (web R4.4.26)
多量の腹水により小腸カプセル内視鏡検査の受信障害を生じた一例
飯尾澄夫
- 6) 第142回尾道消化器病同好会 (web R4.4.26)
当院における上部消化管診療
北村正輔
- 7) 第2回埼玉県消化器疾患セミナー (web R4.5.18)
特別講演 膵癌早期診断・慢性膵炎 UP-TO-DATE
花田敬士
- 8) 長崎県 AHP 疾患／診断啓発 Web セミナー (web R4.5.20)
特別講演 病院総合診療医として知っておきたい「急性腹症」の診かた ～希少疾患も見逃さない～
田妻 進
- 9) 尾三地区脳卒中セミナー (尾道 R4.5.24)
座長
田妻 進
- 10) 膵外分泌機能不全 (PEI) を考える会 in 中国 (web R4.5.26)
座長
花田敬士
- 11) Discussion on AHP clinical question seminar (web R4.5.27)
座長
田妻 進
- 12) Discussion on AHP clinical question seminar (web R4.5.27)
司会
田妻 進
- 13) 第161回備後内視鏡研究会 (ハイブリット R4.6.13)
座長
小野川靖二
- 14) 漢方ベースキャンプ in 尾道 (web R4.6.15)
座長
田妻 進
- 15) 岐阜県 AHP 疾患／診断啓発セミナー (web R4.6.17)

- 特別講演 病院総合診療医として知っておきたい「急性腹症」の診かた
田妻 進
- 16) 第16回広島 IPDN セミナー (広島 R4.7.16)
ウィズコロナの経腸栄養あれこれ
小野川靖二
- 17) 第4回尾道 IBD-Meeting (尾道 R4.7.21)
特別講演 座長
小野川靖二
- 18) 備後・尾三地区 UC カンファレンス (web R4.8.4)
座長
小野川靖二
- 19) 第162回備後内視鏡研究会 (web R4.8.18)
座長
花田敬士
- 20) 第162回備後内視鏡研究会 (web R4.8.18)
慢性膵炎に合併した下部胆管狭窄に対する胆道ステント治療の検討
池田守登
- 21) 第18回尾三炎症性腸疾患研究会 (尾道 R4.9.9)
座長
小野川靖二
- 22) Pancreatic Cancer Seminar in Kushiro 2022 (Web R4.9.28)
特別講演 膵癌の早期診断 UP-TO-DATE
花田敬士
- 23) 胆膵疾患フォーラム (川崎 (web) R4.10.4)
地域で取り組む膵癌早期診断 UP TO DATE
花田敬士
- 24) がん教育にかかわる講演会 尾道市立久保中学校 (尾道 R4.10.6)
がんを正しく知り, 予防する ~今, 中学生としてすべきこと~
花田敬士
- 25) JA 尾道総合病院オープンカンファレンス (web R4.10.6)
特別講演 司会
田妻 進
- 26) JA 尾道総合病院オープンカンファレンス (web R4.10.6)
司会
花田敬士
- 27) JA 尾道総合病院オープンカンファレンス (web R4.10.6)
当院におけるカプセル内視鏡の実績と課題
飯尾澄夫
- 28) 膵疾患での地域医療連携を考える会 (東京 (web) R4.10.21)
特別講演 地域で取り組む膵癌早期診断 UP-TO-DATE
花田敬士
- 29) 第20回広島 NST 研究会 (web R4.10.22)

特別講演 座長

田妻 進

- 30) がん教育にかかわる講演会 尾道市立向東中学校 (尾道 R4.10.26)
がんとは がんの予防 がんの早期発見とがん検診
花田敬士
- 31) 膵疾患エキスパートセミナー in 中国 (web R4.11.9)
座長
花田敬士
- 32) がん教育にかかわる講演会 尾道市立高西中学校 (尾道 R4.11.15)
がんを正しく知り, 予防する ~今, 中学生としてすべきこと~
花田敬士
- 33) 第47回美作消化器疾患研究会 (津山 (web) R4.11.17)
特別講演 膵癌早期診断 UP-TO-DATE ~膵癌診療ガイドラインの改訂を踏まえて~
花田敬士
- 34) 第75回広島医学会総会 (広島 R4.11.20)
ポスターセッション 座長
花田敬士
- 35) 第75回広島医学会総会 (広島 R4.11.20)
ビデオセッション 座長
小野川靖二
- 36) 第75回広島医学会総会「優秀賞受賞」(広島 R4.11.20)
急速に進行する意識障害に対して EUS-FNA で DLBCL と迅速診断し救命し得た1例
久保田綾乃, 飯尾澄夫, 北村正輔, 小野川靖二, 津島 健, 花田敬士, (牟田 毅)
- 37) 漢方ベースキャンプ in 尾道 (web R4.12.1)
座長
田妻 進
- 38) 第92回安佐消化器病フォーラム (広島 R4.12.8)
特別講演 膵癌早期診断の UP-TO-DATE
花田敬士
- 39) アッヴィ合同会社社外講師勉強会 (尾道 R4.12.13)
UC 治療方針について
小野川靖二
- 40) 地域がん診療病院の機能維持に係る研修会 (宮古島 R4.12.23)
膵癌診断ガイドラインの改訂
花田敬士
- 41) 第327回世羅郡医師会学術講演会 (web R4.12.23)
慢性便秘症診療を考える
小野川靖二
- 42) 第32回日本消化器内視鏡学会中国支部セミナー (松江 R5.1.9)
膵癌診断における内視鏡の役割 ~膵癌診療ガイドライン改訂を踏まえて~
花田敬士
- 43) Gastrointestinal Conference in East Sendai (仙台 R5.2.1)

膵癌早期診断 UP-TO-DATE

花田敬士

- 44) 漢方ベースキャンプ in 尾道 (web R5.2.9)

座長

田妻 進

- 45) 東葛南部消化器病セミナー in 2023 (市川 R5.2.17)

膵臓がんの早期発見に対する取り組み

花田敬士

- 46) 第18回岡山地区消化器内視鏡懇談会 (岡山 R5.2.18)

特別講演 膵癌診断における EUS の役割

花田敬士

- 47) 昭和大学医療啓発セミナー「消化器がん克服プロジェクト」(東京 R5.2.21)

膵癌早期診断 UP-TO-DATE

花田敬士

- 48) 尾道東ロータリークラブ第22回市民講演会 (尾道 R5.2.26)

もっと知ってほしいすい臓がんのお話

花田敬士

- 49) 福井赤十字病院主催地域がん診療研修会 (福井 (web) R5.3.3)

膵臓がんの早期診断について

花田敬士

- 50) IBD Conference in Bingo (福山 R5.3.3)

難治性潰瘍性大腸炎における JAK 阻害剤の有効性

小野川靖二

- 51) 第115回医療連携フォーラム (練馬 (web) R5.3.7)

特別講演 膵癌早期診断 UP-TO-DATE

花田敬士

- 52) 内視鏡学術セミナー in 防府 (防府 R5.3.10)

特別講演 膵癌診断における EUS の役割

花田敬士

- 53) 第15回近畿超音波内視鏡研究会 (大阪 R5.3.11)

特別講演 膵疾患診断における EUS の役割 ～EU-ME3 の使用経験も含めて～

花田敬士

- 54) 下関市医師会学術講演会 (下関 R5.3.14)

特別講演 膵癌早期診断 UP-TO-DATE

花田敬士

- 55) 我孫子医師会学術講演会 (我孫子 (web) R5.3.17)

特別講演 膵癌早期診断 UP-TO-DATE

花田敬士

- 56) DB-ERCP の最前線 (カネカ・メディックス) (大阪 R5.3.24)

司会

花田敬士

《腎臓内科》

【全国学会】

- 1) 第67回日本透析医学会学術集会・総会（横浜 R4.7.1-3）
座長
江崎 隆
- 2) 第28回日本血液透析濾過医学会学術集会・総会（岐阜 R4.10.15-16）
座長
江崎 隆
- 3) 第28回日本腹膜透析医学会学術集会・総会（岡山 R4.11.25-27）
長期 SMAP 法によるカテーテル埋没にて、カテーテルが屈曲し注排液困難となっていた一例
江崎 隆, 心石敬子, 則行敏生
- 4) 第37回日本静脈経腸栄養学会学術集会（横浜 R4.5.31-6.1）
COVID-19 患者の摂食状況について
城谷千尋, 江崎 隆, 加藤貴子, 中本智子, 藤本英子, 高橋謙吾, 下岡由紀, 柏原佳子,
吉岡佳奈子, 村上美香, 貝原恵子, 小野川靖二

【地方研究会】

- 1) 第7回備後アフェレシス研究会（福山 R4.4.14）
基調講演 アフェレシス療法の現在と新たなる展望
江崎 隆
- 2) 第36回 NST を本音で語る会（広島 R4.6.18）
基調講演 気づいてますか腎障害 ～評価と栄養管理～
江崎 隆
- 3) 第36回 NST を本音で語る会（広島 R4.6.18）
当院における便の性状評価と CD トキシン検査の現状
栗原映見, 江崎 隆, 羽原 茜, 加藤貴子, 城谷千尋, 小野川靖二
- 4) 第20回広島 NST 研究会（広島 R4.10.22）
COVID-19 患者の摂食状況について
城谷千尋, 江崎 隆, 加藤貴子, 中本智子, 藤本英子, 高橋謙吾, 下岡由紀, 柏原佳子,
吉岡佳奈子, 村上美香, 貝原恵子, 小野川靖二

《呼吸器内科》

【全国学会】

- 1) 第63回日本呼吸器学会学術講演会（東京 R4.4.28）
MSSA 肺炎に難治性気胸を合併した一例
露木佳弘, 中西雄, 久保瑠奈, 仁科麻衣, 山木 実, 濱井宏介

【学会地方会】

- 1) 日本内科学会第126回中国地方会（web R4, 5, 8）
COVID-19 治療後に外科的治療を施行した2症例の病理像
勝良 遼, 三宅慎也, 平川 哲, 上野沙弥香, 濱井宏介, 谷本琢也, 石川暢久, 西阪 隆,
平井伸司, 前田裕行
- 2) 日本内科学会第126回中国地方会（web R4.5.8）
労作時呼吸苦を主訴に来院し喘鳴を認め慢性血栓塞栓性肺高血圧症が疑われた1例

中西 雄, 松田智代, 北島拓馬, 川崎広平, 石山さやか, 長尾之靖, 鈴木朋子

3) 第127回内科学会中国地方会 (web R4.12.17)

チアマゾールによる無顆粒球症と SGLT2 阻害剤によるケトアシドーシスの合併が疑われた1例
露木佳弘, 中西 雄, 久保瑠那, 濱井宏介, 北島拓真, 児玉堯也

【地方研究会】

1) Lung Cancer Meet The Expert (web R4.8.20)

遺伝子タイプ別による治療を再考する～L858R に対する治療戦略～
濱井宏介

2) プライマリーケアのための間質性肺疾患セミナー in 尾道 (ハイブリッド R4.9.1)

間質性肺疾患の最近の知見
濱井宏介

3) COPD を考える in 尾道 (ハイブリッド R4.10.13)

座長
濱井宏介

《循環器内科》

【全国学会】

1) 第8回日本心筋症学会 (高知 R4.5.14)

コロナウイルス修飾ウリジン RNA ワクチン(SARS-CoV-2)接種後に急性心不全を発症した1例
木下弘喜, 石橋直樹, 東儀浄孝, 網岡道孝, 大塚雅也, 森島信行

2) 第30回日本心血管インターベンション治療学会学術集会 (横浜 R4.7.21-23)

One-year clinical outcomes after biodegradable polymer drug-eluting stent implantation in dialysis patients: in comparison with durable polymer everolimus-eluting stents.

Otsuka M, Jyuri Y, Takayama S, Shigehara M, Hyodo Y, Tomomori S, Higaki T, Oi K, Dai K, Kawase T, Suenari K, Nishioka K, Masaoka Y, Shiode N.

3) 第30回日本心血管インターベンション治療学会学術集会 (横浜 R4.7.21)

Triglyceride-Glucose Index: A strong Indicator of Plaque Rupture in ST Elevation Myocardial Infraction.

Ishibashi N, Nagai M, Dote K, Kato M, Oda N, Kunita E, Kagawa E, Yamane A, Shimajiri H, Hirokawa T, Takahashi K

4) 第70回日本心臓病学会学術集会 (京都 R4.9.24)

超巨大化した両心房拡大に対して外科治療が奏功した一例

石橋直樹, 國田英司, 高橋和希, 島尻寛人, 広川達也, 山根 彩, 香川英介, 永井道明, 小田 登, 加藤雅也, 土手慶五, 高田善章, 大下真代, 橘 仁志, 荒川三和, 片山 暁

5) 第87回日本循環器学会学術集会 (福岡 R5.3.10)

FIB-4 Index : A Marker of Reflecting Right Atrial Pressure Can Predict Clinical Outcomes in Elderly Patients with Heart Failure.

Ishibashi N, Otsuka M, Togi K, Amioka M, Kinoshita H, Morishima N

【学会地方会】

1) 第126回日本内科学会・中国地方会 (web R4.5.8)

座長
大塚雅也

- 2) 第120回日本循環器学会中国・四国合同地方会 (広島 R4.5.8)
Mid-Ventricular たこつば型心筋症を発症した若年女性の一例
石橋直樹, 永井道明, 高橋和希, 鳥尻寛人, 広川達也, 山根 彩, 香川英介, 國田英司,
小田 登, 加藤雅也, 土手慶五
- 3) 日本循環器学会 第121回中国地方会 (山口 R4.11.26)
高齢心不全患者における FIB-4 index と右房圧の関連について
石橋直樹, 大塚雅也, 東儀浄孝, 網岡道孝, 木下弘喜, 森島信行
- 4) 日本内科学会 第127回中国地方会 (web R4.12.17)
健康診断の CT を契機に発見された左内胸動脈肺動脈瘻の1例
石橋直樹, 大塚雅也, 東儀浄孝, 網岡道孝, 木下弘喜, 山木 実, 佐藤克敏, 森島信行

【地方研究会】

- 1) 広島大学循環器内科同門会総会第5回若手研究発表会 (広島 R4.6.18)
温故知新 ～急性心筋梗塞の梗塞サイズの再検討～
石橋直樹, 大塚雅也, 東儀浄孝, 網岡道孝, 木下弘喜, 森島信行
- 2) 第7回広島心不全治療講座 (広島 R4.6.24)
当院における虚血性心疾患を背景とする心不全の診療について
石橋直樹, 大塚雅也, 東儀浄孝, 網岡道孝, 木下弘喜, 森島信行
- 3) オトのチカラ ヒカリのチカラ ～Lesion Oriented Imaging Guided PCI～ OFDI Seminar
(web R4.11.30)
RCA の石灰化結節病変に対して Diamondback を使用し OFDI の観察が有用であった一例
石橋直樹, 大塚雅也, 東儀浄孝, 網岡道孝, 木下弘喜, 森島信行
- 4) 第67回広島循環器病研究会 (広島 R4.12.17)
右冠動脈に大量の血栓を伴う心筋梗塞に対して二期的に経皮的冠動脈形成術を行い奏功した2例
の報告
東儀浄孝, 大塚雅也, 石橋直樹, 網岡道孝, 木下弘喜, 森島信行

外 科

【全国学会】

- 1) 第39回日本呼吸器外科学会学術集会 (東京 R4.5.20)
気管狭窄を認め手術を施行した右胸腔内巨大腫瘍の1例
山木 実, 仁科麻衣, 則行敏生
- 2) 第39回日本呼吸器外科学会学術集会 (東京 R4.5.20)
原発性肺癌の両側多発肺転移との鑑別を要した肺 Hyalinizing Granuloma の一例
仁科麻衣, 山木 実, 則行敏生
- 3) 第34回日本肝胆膵外科学会・学術集会 (松山 R4.6.10)
MRI-guided hepatectomy as a navigation surgery for small liver tumors.
Mashima H, Kuroda S, Kobayashi T, Hashimoto M, Imaoka Y, Tanimae N, Ohira M,
Tahara H, Ohdan H
- 4) 第34回日本肝胆膵外科学会・学術集会 (松山 R4.6.10)
A rare case of intraductal tubular-papillary neoplasm of the bile duct with liver hamartoma.
Itamoto S, Abe T, Oshita A

- 5) 第34回日本小切開・鏡視外科学会 (web R4.6.14)
 ワークショップ 下部消化管：大腸癌の最新の治療戦略 座長
 中原雅浩
- 6) 第30回日本乳癌学会学術総会 (web R4.6.30)
 HER2 陽性再発乳癌で多レジメン施工後に T-DXd で CR となったが急速に進行した 1 例
 吉山知幸, 金子佑妃
- 7) 第30回日本乳癌学会学術総会 (web R4.6.30)
 乳癌に対する術後補助化学療法中に G-CSF 関連大型血管炎を発症した一例
 金子佑妃, 吉山知幸
- 8) 第77回日本消化器外科学会総会 (横浜 R4.7.21)
 cT4b 結腸癌に対する腹腔鏡手術および HALS の有用性
 倉吉 学, 中原雅浩, 寿美裕介, 小田部誠哉, 板本進吾, 渡邊淳弘, 柳川泉一郎, 藤國宣明,
 安部智之, 大下彰彦
- 9) 第77回日本消化器外科学会総会 (横浜 R4.7.21)
 肝内胆管癌に対するがん遺伝子パネル検査の経験
 真島宏聡, 小林 剛, 檜井孝夫, 橋本昌和, 谷峰直樹, 黒田慎太郎, 大平真裕, 田原裕之,
 井手健太郎, 大段秀樹
- 10) 第54回日本医学教育学会大会 (高崎 R4.8.5)
 シンポジウム 学会連携企画：外科教育の実践とキャリア 当科の初期研修医に対する外科教育
 の実践
 大下彰彦, 渡邊淳弘, 真島宏聡, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 山本悠司, 藤國宣明, 安部智之,
 倉吉 学, 中原雅浩
- 11) 第77回日本大腸肛門病学会学術集会 (千葉 R4.10.15)
 当院における90歳以上の超高齢者大腸癌手術の検討
 倉吉 学, 中原雅浩, 寿美裕介, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣,
 真島宏聡, 柳川泉一郎, 山本悠司, 吉山知幸, 山木 実, 大下彰彦, 則行敏生
- 12) 第50回日本救急医学会総会・学術大会 (東京 R4.10.19)
 急速進行型 1 型糖尿病に合併したケトアシドーシス治療中に発症した非閉塞性腸管虚血症の 1 例
 安部倉萌, 田邊輝真, 宇根一暢, 寿美裕介, 倉吉 学, 中布龍一, 中原雅浩
- 13) 第32回日本乳癌検診学会学術総会 (浜松 R4.11.12)
 地域におけるハイブリッド型画像勉強会～ニーズと現実
 野間 翠, 尾崎慎治, 難波浄美, 山口夏生, 西阪 隆, 末岡智志, 橋詰淳司, 恵美純子,
 福井佳与, 加納昭子, 花岡香織, 金子佑妃
- 14) 第84回日本臨床外科学会学術総会 (福岡 R4.11.26)
 座長
 大下彰彦
- 15) 第84回日本臨床外科学会学術総会 (福岡 R4.11.25)
 左肺下葉切除後に発症した腎梗塞の 1 例
 山木 実
- 16) 第84回日本臨床外科学会学術総会 (福岡 R4.11.26)
 ワークショップ 術中エコーで固定困難な微小肝腫瘍に対する MRI ガイド下肝切除術の開発
 真島宏聡, 黒田慎太郎, 中野亮介, 坂井 寛, 谷峰直樹, 大平真裕, 田原裕之, 井手健太郎,

小林 剛, 大段秀樹

17) 第84回日本臨床外科学会学術総会 (福岡 R4.11.25)

若年で発症した胆嚢内乳頭状腫瘍の2例

福元 壮, 大下彰彦, 真島宏聡, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 寿美裕介,
柳川泉一郎, 山本悠司, 吉山知幸, 山木 実, 倉吉 学, 中原雅浩, 則行敏生

18) 第63回日本肺癌学会学術集会 (福岡 R4.12.1)

診断に苦慮した肋骨腫瘍の1例

山木 実, 仁科麻衣, 則行敏生

19) 第95回日本胃癌学会総会 (札幌 R5.2.25)

80歳以上高齢者胃癌に対する胃切除術の短中期成績：後ろ向きコホート研究 (広島臨床腫瘍外科
研究)

山本悠司, 田邊和照, 佐伯吉弘, 徳本憲昭, 豊田和宏, 藤國宣明, 鈴木崇久, 杉山陽一,
志々田将幸, 岡野圭介, 堀田龍一, 福田敏勝, 今岡康博, 西原雅浩, 池田昌博, 柳川泉一郎,
大段秀樹

20) 第95回日本胃癌学会総会 (札幌 R5.2.25)

ワークショップ 腹腔洗浄細胞診陽性 (CY1) 症例の胃癌に対する予後の後ろ向き検討

柳川泉一郎, 網岡 潤, 山本悠司

21) 第95回日本胃癌学会総会 (札幌 R5.2.24)

Hepatoid adenocarcinoma of stomach 19例のまとめ：多施設共同研究

柳川泉一郎, 田邊和照, 加納幹浩, 堀田龍一, 藤國宣明, 山本悠司, 佐伯吉弘, 大段秀樹

22) 第95回日本胃癌学会総会 (札幌 R5.2.24)

CapeOX による術後補助化学療法で術後5年無再発生存を得た胃原発肝様腺癌の1例

網岡 潤, 柳川泉一郎, 山本悠司

【学会地方会】

1) 第6回日本集中治療医学会中国・四国支部学術集会 (岡山 R4.7.30)

早期胃癌術後に脾動脈瘤破裂から出血性ショックを来したものの集学的治療により救命に至った
1例

中川哲志, 田邊輝真, 宇根一暢, 板本進吾, 柳川泉一郎, 藤國宣明

2) 第14回日本臨床栄養代謝学会 中国四国支部学術大会 (web R4.8.27)

当院における臍頭十二指腸切除周術期管理に対する ERAS 導入の現状

大下彰彦, 真島宏聡, 安部智之, 中原雅浩, 黒田麻美, 児玉堯也, 貞安妙美, 佐藤一求,
柏原佳子, 村上みなみ, 城谷千尋, 吉岡佳奈子, 江崎 隆, 小野川靖二, 花田敬士

3) 第97回中国四国外科学会総会 第27回中国四国内視鏡外科研究会 (倉敷 R4.9.16)

呼吸器・縦隔 座長

則行敏生

4) 第97回中国四国外科学会総会 第27回中国四国内視鏡外科研究会 (倉敷 R4.9.16)

肝・胆・膵 座長

大下彰彦

5) 第97回中国四国外科学会総会 第27回中国四国内視鏡外科研究会 (倉敷 R4.9.15)

シンポジウム 当院における内視鏡外科教育の現状

倉吉 学, 中原雅浩, 寿美裕介, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣,
真島宏聡, 柳川泉一郎, 山本悠司, 吉山知幸, 山木 実, 大下彰彦, 則行敏生

- 6) 第97回中国四国外科学会総会 第27回中国四国内視鏡外科研究会 (倉敷 R4.9.16)
原発巣切除により神経症状の改善を認めた傍腫瘍性神経症候群の1例
網岡 潤, 仁科麻衣, 山木 実, 則行敏生
- 7) 第97回中国四国外科学会総会 第27回中国四国内視鏡外科研究会 (倉敷 R4.9.16)
待機的に腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した閉鎖孔ヘルニアの2例
鷹屋桃子, 倉吉 学, 網岡 潤, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 真島宏聡, 仁科麻衣, 寿美裕介,
柳川泉一郎, 山本悠司, 吉山知幸, 山木 実, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生
- 8) 第97回中国四国外科学会総会 第27回中国四国内視鏡外科研究会 (倉敷 R4.9.16)
Intraductal Tubulopapillary Neoplasm of the bile duct に対して尾状葉合併肝左葉切除を施行した1例
中川哲志, 安部智之, 大下彰彦, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 真島宏聡, 寿美裕介,
柳川泉一郎, 山本悠司, 吉山知幸, 山木 実, 倉吉 学, 則行敏生, 中原雅浩
- 9) 第43回日本臨床外科学会広島県支部学術総会 (広島 R5.3.4)
専攻医セッション 座長
吉山智幸
- 10) 第43回日本臨床外科学会広島県支部学術総会 (広島 R5.3.4)
妊娠期に指摘され出産後に摘出し診断された乳腺過誤腫の一例
鷹屋桃子, 金子佑妃, 吉山智幸, 網岡 潤, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 真島宏聡, 柳川泉一郎,
寿美裕介, 山本悠司, 倉吉 学, 山木 実, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生

【全国研究会】

- 1) The 9th Summer Seminar in Okinawa (那覇 R4.7.2)
当科における腹腔鏡下腓体尾部切除術の工夫
大下彰彦, 山本悠司, 真島宏聡, 安部智之, 濱岡道則, 眞次康弘, 鷹屋桃子, 網岡 潤,
渡邊淳弘, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 倉吉 学, 中原雅浩
- 2) 9th Surgical Education Summit (札幌 R4.9.17)
司会
大下彰彦
- 3) 9th Surgical Education Summit (札幌 R4.9.18)
肝胆膵外科学会高度技能専門医育成のための Gap analysis 活用の取り組み
大下彰彦, 真島宏聡, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 寿美裕介,
柳川泉一郎, 山本悠司, 吉山知幸, 山木 実, 倉吉 学, 中原雅浩, 則行敏生
- 4) 9th Surgical Education Summit (札幌 R4.9.17)
オンライン縫合・結紮選手権大会 『創』リンピック
真島宏聡, 岡田健司郎, 太田浩志, 吉川 徹, 上村健一郎, 小林 剛, 宮田義浩, 高梁信也,
大段秀樹, 岡田守人
- 5) 9th Surgical Education Summit (札幌 R4.9.17)
初期研修医に対する真皮縫合指導の工夫
渡邊淳弘
- 6) 第16回肝臓内視鏡外科研究会 (福岡 R4.11.23)
司会
大下彰彦

【地方研究会】

- 1) 第143回尾道消化器病同好会 (web R4.7.26)

司会

中原雅浩

- 2) 第143回尾道消化器病同好会 (web R4.7.26)

腹腔鏡下噴門側胃切除術における再建法

山本悠司

- 3) 第143回尾道消化器病同好会 (web R4.7.26)

急性胆嚢炎への取り組み

真島宏聡

- 4) Area Breast Cancer Web Meeting (web R4.9.6)

特別講演 座長

吉山知幸

- 5) 第124回尾道外科系懇話会 (尾道 R4.9.15)

司会

大下彰彦

- 6) 第14回備後大腸癌手術勉強会 (福山 R4.10.22)

司会

中原雅浩

- 7) 第14回備後大腸癌手術勉強会 (福山 R4.10.22)

肥満症例に対する「腹腔鏡下 S 状結腸切除術」

倉吉 学

- 8) 尾道産婦人科医会 (尾道 R4.11.18)

AYA 世代の乳癌

吉山知幸

- 9) 第75回広島医学会総会 **優秀賞受賞** (広島 R4.11.20)

若年で発症した胆嚢内乳頭状腫瘍の1例

福元 壮, 真島宏聡, 大下彰彦, 渡邊淳弘, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 山本悠司, 倉吉 学,
則行敏生, 中原雅浩

- 10) 第70回広島大学第二外科同門会研修会 (広島 R4.12.3)

シンポジウム 消化器悪性腫瘍に対する術前・術後治療 臍頭十二指腸切除周術期管理における
当院の取り組み

真島宏聡, 大下彰彦, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 寿美裕介,
柳川泉一郎, 山本悠司, 吉山知幸, 倉吉 学, 中原雅浩, 則行敏生

- 11) 第45回広島県農村医学研究会 (広島 R5.2.18)

腹膜転移を伴う胃癌に対する治療結果の検討

柳川泉一郎

- 12) 第15回備後大腸癌手術勉強会 (福山 R5.2.18)

当院における腹腔鏡下結腸右半切除の手術手技

寿美裕介

- 13) 中国中央病院オープンカンファレンス (福山 R5.3.13)

特別講演 がん性疼痛のマネージメント - 神経障害性疼痛から在宅管理まで -

則行敏生

- 14) 第125回尾道外科系懇話会 (尾道 R5.3.16)

若年で発症した胆嚢内乳頭状腫瘍の2例
真島宏聡

心臓血管外科

【全国学会】

- 1) 第50回日本血管外科学会学術総会（現地+Web R4.5.25-27）
3D-CT volumetry で腎動脈再建の必要性を検討した腹部大動脈瘤の2例
佐藤克敏

【地方研究会】

- 1) 第120回日本循環器学会 中国・四国合同地方会（R4.5.28-29）
心タンポナーデを伴わない外傷性心破裂の1例
児玉裕司
- 2) 第120回日本循環器学会 中国・四国合同地方会（R4.5.28）
座長 一般演題
佐藤克敏
- 3) 第31回広島心血管手術手技研究会（R5.2.4）
代表世話人 座長
佐藤克敏

整形外科

【全国学会】

- 1) 第14回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 第48回日本整形外科スポーツ医学学術集会（札幌 R4.6.16-18）
ACL 損傷に合併する外側半月板逸脱についての検討
清水 良, 数面義雄, 盛谷和生
- 2) 第48回日本骨折治療学会学術集会（横浜 R4.6.24-25）
大腿骨転子部不全骨折を手術時に完全骨折としてしまう症例の検討
松浦正己, 数面義雄, 盛谷和生, 田中 恒, 清水 良, 岡田康平

【学会地方会】

- 1) 第138回中部日本整形外科災害外科学会（名古屋 R4.4.8-9）
下肢痛にて整形外科を初診した成人急性リンパ性白血病の一例
松浦正己, 数面義雄, 盛谷和生, 田中 恒, 清水 良, 岡田康平
- 2) 第140回中部日本整形外科災害外科学会（大阪 R4.10.28-29）
短母指伸筋腱の機能不全に長母指伸筋腱の尺側脱臼を合併した症例
岡田康平, 盛谷和生, 田中 恒, 清水 良, 松浦正己

【地方研究会】

- 1) 尾道市医師会学術講演会（尾道 R4.7.20）
座長
清水 良
- 2) 第35回関西関節鏡・膝研究会（京都 R5.3.18）

離断性骨軟骨炎を合併したリング状半月形態を呈する外側半月板損傷に対し柄部分を温存させた
1例

松浦正己, 数面義雄, 清水 良

脳神経外科

【全国学会】

- 1) 第23回日本正常圧水頭症学会 (千葉 R4.6.18)
特発性正常圧水頭症 (iNPH) に対する当院の啓発活動
山田直人, 落合淳一郎, 阿美古将
- 2) 日本脳神経外科学会第81回学術総会 (横浜 R4.9.28-10.1)
急性期脳血栓回収療法における当院の取り組みとその成果
阿美古将, 大園伊織, 山田直人
- 3) 第38回日本脳神経血管内治療学会学術総会 (大阪 R4.11.10-12)
急性期脳血栓回収療法における当院の取り組みとその成果
大園伊織, 山田直人, 阿美古将
- 4) 第48回日本脳卒中学会学術集会 (横浜 R5.3.16)
くも膜下出血に対するクラゾセンタンの初期使用経験
阿美古将

【学会地方会】

- 1) 第93回日本脳神経外科学会 中国四国支部会 (愛媛 R4.4.2-3)
心筋梗塞を合併した急性期脳梗塞に対し一期的に血管内治療を行った一例
三島寛人, 阿美古将, 山田直人, 落合淳一郎

【全国研究会】

- 1) 第31回脳神経外科手術と機器学会 (東京 R4.4.15)
外減圧術における DuraGen とデュラシール併用の有効性
山田直人, 落合淳一郎, 阿美古将

【地方研究会】

- 1) 第47回備後地域連携を考える会 (web R4.4.21)
座長
阿美古将
- 2) 私のお気に入り 困難症例におけるアクセスデバイス (広島 R4.5.16)
AIS 症例における Ballon Guiding Catheter の使用変遷と「Branchor」の使用経験
阿美古将, 大園伊織, 山田直人
- 3) 尾三地区脳卒中セミナー (尾道 R4.5.24)
当院における脳卒中治療
阿美古将
- 4) 第2回山陰・山陽若手脳神経外科手術動画セミナー (広島 R4.7.23)
座長
阿美古将
- 5) 第2回山陰・山陽若手脳神経外科手術動画セミナー (広島 R4.7.23)
当院での開頭・閉頭について

大園伊織

- 6) 第35回中国地方脳神経外科手術研究会 (広島 R4.8.27)
橈骨動脈グラフトを用いた総頸動脈-椎骨動脈バイパス術が有効であった症候性椎骨脳底動脈循環不全の一症例
阿美古将, 山田直人, 落合淳一郎
- 7) 尾道市医師会学術講演会 (web R4.8.31)
座長
阿美古将
- 8) 第24回中国四国脳卒中研究会 (広島 R4.9.3)
急性期脳血栓回収療法における当院の取り組みとその成果
山田直人, 大園伊織, 阿美古将
- 9) 第1回中国・四国 skull base セミナー (岡山 R4.10.8)
血管外科手術における頭蓋底手技
阿美古将, 大園伊織, 山田直人
- 10) TERUMO Seminar 広島脳血管手術研究会 (広島 R4.11.29)
MeVO における Tron FX 2-15 の使用経験
阿美古将, 大園伊織, 山田直人
- 11) 尾道市医師会学術講演会 (ハイブリッド R4.11.30)
基調講演 当院におけるてんかん治療
山田直人

皮膚科

【学会地方会】

- 1) 日本皮膚科学会第151回広島地方会 (ハイブリッド R4.9.4)
座長
松阪由紀
- 2) 日本皮膚科学会第151回広島地方会 (ハイブリッド R4.9.4)
劇症型ざ瘡の1例
村田美月, 伊藤晴菜, 松阪由紀, (能宗紀雄)
- 3) 日本皮膚科学会第151回広島地方会 (ハイブリッド R4.9.4)
皮膚潰瘍を契機に診断されたウェルナー症候群の1例
伊藤晴菜, 村田美月, 大和あずさ, 木村由紀, 平野巨通, (上田武滋)
- 4) 日本皮膚科学会第152回広島地方会 (ハイブリッド R5.3.5)
座長
木村由紀
- 5) 日本皮膚科学会第152回広島地方会 (ハイブリッド R5.3.5)
潰瘍性大腸炎に対するインフリキシマブ投与が壊疽性膿皮症に奏功した1例
山本美月, 伊藤晴菜, 木村由紀, 久保浩介, 小野川靖二
- 6) 日本皮膚科学会第152回広島地方会 (ハイブリッド R5.3.5)
硝酸イソルビドテープにより難治性手指潰瘍が改善した全身性強皮症の2例
伊藤晴菜, 山本美月, 木村由紀

泌尿器科

【学会地方会】

- 1) 第168回日本泌尿器科学会広島地方会 (広島 R4.7.16)
当院における転移性尿路上皮癌に対するエンホルツマブ・ベドチンの初期経験
白根 聡, 岩本秀雄, 角西雄一
- 2) 第169回日本泌尿器科学会広島地方会 (広島 R4.12.11)
後腹膜脂肪肉腫再発の診断で摘除後, 反応性リンパ節腫大の病理診断がついた1例
白根 聡, 岩本秀雄, 角西雄一

【地方研究会】

- 1) UC Oncology Symposium in Hiroshima (広島 R4.9.16)
バベンチオ維持療法の実臨床での適応
岩本秀雄
- 2) 腎細胞癌薬物治療セミナー in 備後 (福山 R5.3.3)
当科でのIO-TKIの使用経験
岩本秀雄
- 5) 尿路上皮癌診療セミナー (福山 R5.3.29)
パドセブの使用経験から考える進行性尿路上皮癌の治療戦略
岩本秀雄

麻 酔 科

【全国学会】

- 1) 日本麻酔科学会第69回学術集会 (神戸 R4.6.16)
外筒目盛付き静脈留置針20Gの有用性の検討
筒井華子, (住井彩子), (三好寛二), (加藤貴大), (堤 保夫)
- 2) 日本ペインクリニック学会第56回学術集会 (東京 R4.7.7)
化膿性脊椎炎の診断・手術に至るまでの経過の検討
(片桐知明), 中布龍一, (岡野良子), 半田 舞, 撰 圭司, 瀬浪正樹
- 3) 日本ペインクリニック学会第56回学術集会 (東京 R4.7.7)
アルコール性および栄養障害性ニューロパチーによる下肢痛に対して脊髄硬膜外電気刺激療法が有効であった一例
半田 舞, 瀬浪正樹, (岡野良子), 片桐知明, 中布龍一
- 4) 第50回日本救急医学会学術集会 (東京 R4.10.19-22)
急速進行型1型糖尿病に合併したケトアシドーシス治療中に発症した非閉塞性腸管虚血症の1例
安部倉萌, 田邊輝真, 宇根一暢, 寿美裕介, 倉吉 学, 中布龍一, 中原雅浩
- 5) 第50回日本救急医学会学術集会 (東京 R4.10.19-22)
コロナ禍のメディカルラリー開催の工夫 ～チェコ, 鳥根, 広島ラリーから考察する～
(日下あかり), (楠 真二), (岩下義明), (山森祐治), (森 浩一), (佐藤真哉), (米井 徹),
(野崎 哲), (平田光博), 瀬浪正樹, (大橋教良)
- 6) 第50回日本集中治療医学会学術集会 (京都 R5.3.2-4)
高齢者に発症した多発外傷・胸郭動揺に対して外科的肋骨固定術を施行した3症例

佐々木澄子, 田邊輝真, 宇根一暢, 中布龍一

【学会地方会】

- 1) 第126回日本内科学会中国地方会 (web R4.5.7)

下腿蜂窩織炎を合併した covid-19 の1例

野上 剛, 田邊輝真, 岡田康平, 宇根一暢, 中布龍一, 花田敬士

【地方研究会】

- 1) 第67回広島麻酔医学会 (広島 R5.1.28)

座長

半田 舞

- 2) 第67回広島麻酔医学会 (広島 R5.1.28)

気管狭窄を伴う胸腔内巨大腫瘍に対して VA-ECMO 下に気管挿管した一症例

半田 舞, 中布龍一, 筒井華子, 藤田良子, 平林由紀子, 黒田皓二郎, 撰 圭司, 瀬浪正樹

- 3) 第67回広島麻酔医学会 (広島 R5.1.28)

脊髄不全損傷に伴う両上肢の急性期疼痛に星状神経節近傍レーザー照射が奏功した1例

筒井華子, 中布龍一, 平林由紀子, 黒田皓二郎, 半田 舞, 撰 圭司, 瀬浪正樹

産婦人科

【全国学会】

- 1) 第58回日本周産期・新生児医学会 (横浜 R4.7.10-12)

当院で経験した14歳以下の妊娠, 出産の2例

藤田真理子, 張本 姿, 上田明子, 坂下知久

- 2) 第64回日本婦人科腫瘍学会 (福岡 R4.7.14-16)

子宮体癌の再発診断において DWIBS 法が有用であった症例

上田明子, 野田望, 松島彩子, 張本 姿, 坂下知久

- 3) 第74回日本産婦人科学会学術講演会 (福岡 R4.8.5-7)

当院における oxytocin challenge test (OCT) の成績

張本 姿, 藤田真理子, 上田明子, 坂下知久

【学会地方会】

- 1) 第73回広島産科婦人科学会学術総会 (広島 R4.8.28)

多量の腔結石と膀胱・腔・直腸瘻を認めた一例

柴村奈月, 野田 望, 松島彩子, 張本 姿, 上田明子, 坂下知久

【地方研究会】

- 1) 夏季同門会 兼 第68回同門会総会 (広島 R4.7.3)

子宮圧迫縫合の経験

野田 望, 松島彩子, 張本 姿, 上田明子, 坂下知久

- 2) 尾道市民公開講座 (尾道 R4.8.17)

子宮頸癌と HPV ワクチンについて

坂下知久

- 3) 尾道産婦人科医会研修会 (尾道 R4.9.1)

本邦における HPV ワクチンの現状

上田明子

放射線科

【地方研究会】

- 1) 第65回広島県東部放射線医会 (福山 R4.6.10)
肝腫瘍性病変の一例
目崎一成
- 2) 第424回広島大学放射線診断科 Web カンファレンス (広島 R5.1.19)
心臓核医学の基本
森 浩希

救急科

【全国学会】

- 1) 第25回日本病院総合診療医学会学術集会 (web R4.8.19-20)
早期診断およびドレナージにより後遺症なく退院できた *Streptococcus anginosus* による多発脳膿瘍の一例
柴村奈月, 宮森大輔, 田邊輝真, 山田直人, 宇根一暢, 平野巨通, 田妻 進
- 2) 第50回日本救急医学会学術集会 (東京 R4.10.19-22)
急速進行型1型糖尿病に合併したケトアシドーシス治療中に発症した非閉塞性腸管虚血症の1例
安部倉萌, 田邊輝真, 宇根一暢, 寿美裕介, 倉吉 学, 中布龍一, 中原雅浩
- 3) 第50回日本集中治療医学会学術集会 (京都 R5.3.2-4)
発熱性好中球減少症を伴う敗血症性ショック治療中にアナフィラキシーショックを生じた1例
小方智景, 田邊輝真, 宇根一暢, 池田守登, 平野巨通
- 4) 第50回日本集中治療医学会学術集会 (京都 R5.3.2-4)
高齢者に発症した多発外傷・胸郭動揺に対して外科的肋骨固定術を施行した3症例
佐々木澄子, 田邊輝真, 宇根一暢, 中布龍一

【学会地方会】

- 1) 第126回日本内科学会中国地方会 (web R4.5.7)
下腿蜂窩織炎を合併した covid-19 の1例
野上 剛, 田邊輝真, 岡田康平, 宇根一暢, 中布龍一, 花田敬士
- 2) 第6回日本集中治療医学会中国・四国支部学術集会 (岡山 R4.7.30)
早期胃癌術後に脾動脈瘤破裂から出血性ショックを来したものの集学的治療により救命に至った1例
中川哲志, 田邊輝真, 宇根一暢, 板本進吾, 柳川泉一郎, 藤國宣明
- 3) 第14回日本臨床栄養代謝学会 中国四国支部学術集会 (広島 R4.8.27)
エンディングノートのあった祖母の栄養を振り返る
田邊輝真, 田辺裕雅, 田辺泰登, 田辺厚雄, 田辺ナオ
- 4) 第14回日本臨床栄養代謝学会 中国四国支部学術集会 (広島 R4.8.27)
当院の特定集中治療室における早期栄養介入管理加算の現状
田邊輝真, 宇根一暢, 城谷千尋, 村上みなみ, 柏原佳子, 吉岡佳奈子, 栗原大貴, 藤本英子,
高橋謙吾, 下岡由紀, 松谷郁美, 中本智子, 村上美香, 貝原恵子, 佐藤裕子
- 5) 第92回日本感染症学会西日本地方会学術集会 (長崎 R4.11.3)

同日に救急外来に来院された子宮留膿腫の2例

野上 剛, 宇根一暢

緩和ケア内科

【全国学会】

- 1) 第6回日本リンパ浮腫学会総会 (大阪 R5.3.4-5)

終末期浮腫の院内におけるケアシステムの構築

中上小百合, 山中香織, 古志千恵子, 來山美千子, 小田原めぐみ, 藤原ちえみ, 仁科麻衣,
吉山知幸, 則行敏生

【学会地方会】

- 1) 日本緩和医療学会 第4回中国・四国支部学術大会 (岡山 web R4.8.27)

身寄りのない生活保護受給がん患者のアドバンス・ケア・プランニング

小田原めぐみ, 豊田直之, 藤原ちえみ, 中上小百合, 則行敏生

【地方研究会】

- 1) 因島北中学校 (尾道 R4.6.3)

がん教育

則行敏生

- 2) がんサポーターケアを考える会 (web R4.7.29)

実践！がん治療期の症状マネジメント ～発症機序から考える OIC 治療～

則行敏生

- 3) 向島中学校 (尾道 R4.9.8)

がん教育

則行敏生

- 4) がん患者における疼痛緩和治療 Web Seminar (web R4.9.13)

緩和ケアにおける疼痛コントロールと地域連携

則行敏生

- 5) 因島薬剤師会学術講演会 (web R4.9.26)

緩和ケアにおける疼痛コントロールと地域連携

則行敏生

- 6) ACP 普及推進員・地域包括支援センター合同研修会「ACP 研修」(web R4.9.29)

今宵、家族でお酒を飲みながら Advanced care planning (ACP)

則行敏生

- 7) ACP 普及推進員・地域包括支援センター合同研修会「ACP 研修」(web R4.9.29)

意思決定支援と ACP 身寄りのない生活保護受給がん患者のアドバンス・ケア・プランニング

小田原めぐみ

- 8) 乳がんセミナー in 福山 (web R5.1.30)

尾道乳腺チーム医療 ～チームにおける看護師の役割～

中上小百合

- 9) 第45回広島県農村医学研究会 (広島 R5.2.18)

広がれっ！ ACP の輪

小田原めぐみ, 豊田直之, 藤原ちえみ, 重廣奈緒子, 中上小百合

- 10) 中国中央病院オープンカンファレンス (福山 R5.3.13)
がん性疼痛のマネジメント - 神経障害性疼痛から在宅管理まで -
則行敏生

看護科

【全国学会】

- 1) 第88回日本消化器内視鏡技師学会 (京都 R4.5.13-14)
内視鏡感染管理の現状と未来 ~当院の現状を振り返る~
楠見朗子, 花田敬士
- 2) 日本クリティカルケア看護学会 第18回学術集会 (北九州 R4.6.11-12)
おらが自慢大会: リハビリりぶちやっとなる!
竹田美徳
- 3) 日本認知症ケア学会 第23回大会 (web R4.6.18-10.31)
記憶障害があるがん患者のもてる力に焦点をおいた環境調整
浅利千晴, 光吉直子, 中原雅浩
- 4) 第44回日本呼吸療法医学会学術集会 (横浜 R4.8.6-7)
A 病院における3学会合同呼吸療法認定士の現状と課題
伊藤弥史
- 5) 第44回日本呼吸療法医学会学術集会 (横浜 R4.8.6-7)
腹臥位療法導入・継続の取り組み
伊藤弥史
- 6) 第71回日本農村医学会学術総会 (山口 R4.10.13-14)
COVID-19 患者に対する体位管理と呼吸リハビリテーションの報告
伊藤弥史
- 7) 第6回日本リンパ浮腫学会総会 (大阪 R5.3.4-5)
終末期浮腫の院内におけるケアシステムの構築
中上小百合, 山中香織, 古志千恵子, 來山美千子, 小田原めぐみ, 藤原ちえみ, 仁科麻衣,
吉山知幸, 則行敏生
- 8) STROKE 2023 第48回日本脳卒中学会学術集会 第52回日本脳卒中の外科学会学術集会
第39回 SAH/スパズム・シンポジウム (横浜 R5.3.16-18)
認定看護師の継続的教育による効果
東舎見真, 小林雄一

【学会地方会】

- 1) 日本集中治療医学会第6回中国・四国支部学術集会 (岡山 R4.7.30)
胃癌手術後に再手術と再挿管となった患者におけるチーム医療・多職種カンファレンスの効果
伊藤弥史

【地方研究会】

- 1) 第18回中国地区消化器内視鏡技師研究会 (web R4.9.11)
当院における内視鏡修理費用削減の取り組みと成果 ~先端保護チューブを導入して~
楠見朗子, 森田恵理子, 佐藤静江, 立花隆義, 増田尚美, 村上美香, 三島ユカリ, 舛本美鈴,
岡本幸恵, 花田敬士, 小野川靖二, 北村正輔

薬 剤 部

【全国学会】

- 1) 第37回日本環境感染学会総会・学術大会（横浜 R4.6.16-18）
合同シンポジウム1 コロナ禍を踏まえた精神科領域の感染対策
別所千枝
- 2) 第53回全国厚生連病院薬剤長会議学術大会（Web R4.9.22）
COVID-19の流行により通常の病院実務実習が困難な状況下での代替実習の試み
高橋謙吾，別所千枝，広瀬雅一，佐藤英治，長崎信浩，堀川俊二，安原昌子
- 3) 第32回日本医療薬学会年会（高崎 R4.9.23-25）
シンポジウム47 オンラインサロンを利用してシステムティックレビュー論文を執筆しよう！集中治療領域で経験したシステムティックレビューの過程で組み入れる研究の妥当性を顧慮する：Diversity と heterogeniety の間に
吉廣尚大
- 4) 第32回日本医療薬学会年会（高崎 R4.9.23-25）
シンポジウム19 意識に問題がある患者へ薬剤師ができること 集中治療領域の意識障害のある患者に対するアプローチ
吉廣尚大
- 5) 第32回日本医療薬学会年会（高崎 R4.9.23-25）
シンポジウム73 あなたの担当患者，飲酒量多すぎませんか？ 増加するアルコール関連疾患に対して薬剤師ができることを考える
別所千枝
- 6) BPCNPNP4 学会合同年会（日本精神薬学会）（東京 R4.11.4-6）
シンポジウム18 精神科薬物療法のポリファーマシーを再考する 精神科病棟を持たない一般病院におけるポリファーマシー対策
別所千枝

【学会地方会】

- 1) 日本集中治療医学会学術集会 中国四国支部会セミナー（Web R4.7.31）
急性期薬剤管理の実際
吉廣尚大
- 2) 第61回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会（広島 R4.11.5-6）
当院における中心静脈栄養法チェックリストの活用と課題の検討
高橋謙吾，栗原大貴，藤本英子，下岡由紀，（徳本和哉），別所和枝，安原昌子，小野川靖二
- 3) 第61回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会（広島 R4.11.5-6）
抗菌薬適正使用に関する教育・啓発および病棟薬剤師との連携による処方支援
岡崎華歩，井上雄平，世良真愛子，栗原大貴，藤本雅宣，栗原晋太郎，別所千枝，安原昌子，坂本卓也，棒田静香，宇根一暢，小野川靖二
- 4) 第61回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会（広島 R4.11.5-6）
がんゲノム医療拠点病院薬剤師との臨床試験情報共有が有効であった1例
栗原晋太郎，佐藤一求，比良大輔，別所千枝，安原昌子，（寺谷祐亮），（本永正矩），小野川靖二，坂下知久
- 5) 第61回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会（広島 R4.11.5-6）

外来がん化学療法トレーシングレポート専用シートを活用した地域保険薬局との連携

栗原晋太郎, 藤本雅宣, 川原邦仁, 比良大輔, 別所千枝, 安原昌子, 小野川靖二

- 6) 第61回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会 (広島 R4.11.5-6)
急性期領域におけるせん妄の考え方と連携

吉廣尚大

- 7) 第61回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会 (広島 R4.11.5-6)
さまざまな疾患領域におけるせん妄対策

別所千枝

- 8) 日本糖尿病学会中国四国地方会第60回総会 (広島 R4.11.11-12)

当院における高浸透圧高血糖状態を入院契機とした症例の背景調査

栗原大貴, 栗原直美, 藤原典子, 能登香代, 小林 泉, 岡野遥子, 貞安妙美, 児玉堯也,
黒田麻実

【全国研究会】

- 1) MSD Web セミナー ～不眠症と感染症～ (Web R4.7.12)

精神科病棟で働く人のための感染対策 ～COVID-19 対策も含めて～

別所千枝

- 2) MSD 最新薬学セミナー (広島 R4.11.11)

一般病院における精神症状との向き合い方

別所千枝

【地方研究会】

- 1) 長野県病院薬剤師会精神科薬剤師セミナー (長野 R4.5.14)

向精神薬の処方適正化 実践のイロハ

別所千枝

- 2) 第23回香川県観三薬剤師会 薬薬連携セミナー (Web R4.5.26)

ゆるりと実践！高齢者への睡眠薬・認知症治療薬の適正使用

別所千枝

- 3) 茨城県病院薬剤師会 認知症と不眠を考える in 鹿行 (Web R4.7.6)

不眠・せん妄に対する薬剤師の関わり方

別所千枝

- 4) 新潟県病院薬剤師会 第27回新潟県薬剤師のための精神科ハイブリッドセミナー (新潟 R4.9.18)

処方薬・アルコール依存への急性期病院薬剤師の関わり

別所千枝

- 5) 山口県病院薬剤師会 防府医療圏生涯学習研修会 (防府 R4.10.6)

明日からできる！不眠症への薬剤師の関わり方

別所千枝

- 6) 令和4年度岐阜県病院薬剤師会精神科病院業務委員会研修会 (Web R4.11.17)

地域生活を意識した精神科薬物治療のススメ ～急性期病院の視点より～

別所千枝

- 7) 静岡県菊川地区 薬薬連携研究会 (菊川 R5.2.2)

睡眠薬適正使用を再考する

別所千枝

- 8) 柳井薬剤師会 研修会 (柳井 R5.3.10)

在宅における睡眠障害・せん妄への薬剤師のかかわり方
別所千枝

9) 薬薬連携セミナー in 尾道 (尾道 R5.3.16)

座長

安原昌子

栄 養 科

【全国学会】

1) 第37回日本臨床栄養代謝学会 (横浜 R4.6.1)

COVID-19 患者の摂食状況について

城谷千尋, 江崎 隆, 加藤貴子, 中本智子, 藤本英子, 高橋謙吾, 下岡由紀, 柏原佳子,
吉岡佳奈子, 村上美香, 貝原恵子, 小野川靖二

【学会地方会】

1) 第14回日本臨床栄養代謝学会 中国四国支部学術集会 (Web R4.8.27)

当科における消化器外科手術の術前減量指導の現状

吉岡佳奈子, 大下彰彦, 藤國宣明, 中原雅浩, 柏原佳子, 金子美樹, 村上みなみ, 伊藤 栞,
浜本悠香, 城谷千尋, 江崎 隆, 小野川靖二

【地方研究会】

1) 第36回 NST を本音で語る会 (広島 R4.6.18)

基調講演 気づいてますか腎障害 ～評価と栄養管理～

江崎 隆

2) 第36回 NST を本音で語る会 (広島 R4.6.18)

当院における便の性状評価と CD トキシン検査の現状

栗原映見, 江崎 隆, 羽原 茜, 加藤貴子, 城谷千尋, 小野川靖二

3) 第16回広島 PDN セミナー (広島 R4.7.16)

PEG の概要・手技・将来

小野川靖二

4) 第20回広島 NST 研究会 (広島 Web R4.10.22)

COVID-19 患者の摂食状況について

城谷千尋, 江崎 隆, 加藤貴子, 中本智子, 藤本英子, 高橋謙吾, 下岡由紀, 柏原佳子,
吉岡佳奈子, 村上美香, 貝原恵子, 小野川靖二

5) 第13回市民公開講座2022 市民のためのがん最前線 (尾道 R5.2.4)

胃がんの食事療法

浜本悠香

看護専門学校活動報告

- 1) 進路説明会(総合技術 5.14 戸手 5.20 尾道国際ホテル 5.25 尾道商業 6.6 松永・福山・明玉台・盈進 6.17 尾道高校 6.18 尾道東三原・如水館・三原東 6.22 神辺・大門・銀河学院・福山葦陽 6.24 しまなみ交流館 6.25 御調・世羅・忠海・竹原・西条農業 6.25 向原・日彰館・三次・吉田・三次青陵・庄原格致・庄原実業 7.8 尾道商業 7.20)
畠ゆかり
- 2) JA 就職ガイダンス(学校 4.6)
畠ゆかり, 秋川聡子, 高橋 恵, 28期生
- 3) 新カリキュラム検討会議(学校 4.7 5.12・19 6.2・9・16・23 7.13 島根県リハビリ学院 見学 9.1・8・15・29 11.10・17 5.1.12・19・31 2.8・16 3.2)
畠ゆかり, 濱川英子, 船山幸代, 高橋 恵 得沢世津子, 米田瑞恵, 今岡みどり, 秋川聡子, 藤田由理香
- 4) 定例実習指導者会議(尾道総合病院 4.19 6.14 10.5 11.8 12.21 5.3.7)
畠ゆかり, 濱川英子, 船山幸代, 高橋 恵 得沢世津子, 米田瑞恵, 今岡みどり, 秋川聡子, 藤田由理香
- 5) オープンキャンパス(学校 4.29 6.4 7.16 WEB 8.27 WEB 9.17 学校 11.12 12.23)
畠ゆかり, 濱川英子, 船山幸代, 高橋 恵 得沢世津子, 米田瑞恵, 今岡みどり, 秋川聡子, 藤田由理香, 28期生, 29期生, 30期生
- 6) 保護者懇談会(学校 5.16 WEB 8.8 WEB 12.22 学校 5.3.22~24)
山下寿実, 畠ゆかり, 濱川英子, 船山幸代, 高橋 恵 得沢世津子, 米田瑞恵, 今岡みどり, 秋川聡子, 藤田由理香
- 7) ケーススタディ発表会(尾道 8.1 8.2)
田妻 進, 山下寿実, 畠ゆかり, 濱川英子, 船山幸代, 高橋 恵 得沢世津子, 米田瑞恵, 今岡みどり, 秋川聡子, 藤田由理香
- 8) 学校祭(学校 9.22 23)
田妻 進, 山下寿実, 畠ゆかり, 濱川英子, 船山幸代, 高橋 恵 得沢世津子, 米田瑞恵, 今岡みどり, 秋川聡子, 藤田由理香, 28期生, 29期生, 30期生
- 9) 尾道看護専門学校運営会議(WEB 7.15)
田妻 進, 山下寿実, 畠ゆかり, 濱川英子
- 10) 広島県看護学校研究発表会(WEB 9.27)
山下寿実, 畠ゆかり, 濱川英子, 船山幸代, 高橋 恵 得沢世津子, 米田瑞恵, 今岡みどり, 秋川聡子, 藤田由理香, 28期生, 29期生
- 11) 広島県実習指導者養成講習会助言者(10.20・25・27・31・11.4)
得沢世津子
- 12) 公開授業(学校6.16 11.16)
畠ゆかり, 濱川英子, 船山幸代, 高橋 恵 得沢世津子, 米田瑞恵, 今岡みどり, 秋川聡子, 藤田由理香
- 15) 実習宣誓式(尾道10.11)
田妻 進, 山下寿実, 畠ゆかり, 濱川英子, 船山幸代, 高橋 恵 得沢世津子, 米田瑞恵, 今岡みどり, 秋川聡子, 藤田由理香, 29期生, 30期生
- 13) 日本看護学校協議会中四国ブロック研修会(7.9)

畠ゆかり, 濱川英子, 船山幸代, 高橋 恵

14) 教員 FD 研修 (8.25 5.1.30)

畠ゆかり, 濱川英子, 船山幸代, 高橋 恵 得沢世津子, 米田瑞恵, 今岡みどり, 秋川聡子,
藤田由理香

15) 広島県農村医学研究会 (5.2.18)

「新カリキュラム改正に伴う『地域と暮らし』の教授内容と学生の学び」

今岡みどり, 船山幸代

メディア情報

内 科

《消化器内科》

- 1) 日本経済新聞. 田妻 進. R4.5.7, S7, 胆石症のしくみと治療
- 2) NHK きょうの健康 6月号. 田妻 進. R4.5, 105, 健康相談 Q&A
- 3) 週刊日本医事新報 No.5116. 花田敬士. R4.5.14, 3, 膵臓癌の早期診断に灯り
- 4) NHK-ETV「チョイス」. 花田敬士. R4.6.4, 放送, 見逃さない!すい臓がん
- 5) 日本経済新聞. 花田敬士. R4.7.26, 地域連携で膵臓がん発見
- 6) 韓国 KBS-TV「生老病死の秘密」. 花田敬士. R4.7.26, 放送, すい臓がんの早期発見
- 7) RCC テレビ“イマナマ!”. 花田敬士. R4.8.9, TV 放送, すい臓がんの早期発見 ～尾道方式～
- 8) NHK きょうの健康 9月号. 花田敬士. R4.8.21, 10-13, すい臓がん 早期発見 尾道方式
- 9) NHK Eテレ「きょうの健康 すい臓がん」. 花田敬士. R4.8.29, 放送, すい臓がんの危険因子
- 10) ひろしまの国保 No.816. 花田敬士. R4.8.1, 17-18, すい臓がんは危険な疾病 早期の検査と発見が大切
- 11) m3.com. 花田敬士. R4.11.11, web コンテンツ, 膵がんの早期診断病診連携システム「尾道方式」とは
- 12) m3.com. 花田敬士. R4.11.11, web コンテンツ, 地域の医師らにも膵がん早期発見の重要性を周知
- 13) 文藝春秋. 花田敬士. R4.12, 膵がん尾道方式で5年生存率が倍以上に
- 14) The Way Forward. 花田敬士. R4.12.1, 12-13, すい臓がんの早期発見の尾道方式とは
- 15) 読売新聞. 花田敬士. R5.2.8, 医療ルネサンス「膵臓がん」地域ぐるみで早期発見
- 16) 読売新聞. 花田敬士. R5.3.31, 膵臓がんの早期発見

院内カンファレンス

第284回尾道総合病院オープンカンファレンス ～特別講演～ (2022.6.10)

「ロボット支援手術の現状と展望」

広島大学腎泌尿器科学 教授 日向信之

研修医 CPC (2022.7.28)

「喀血と鑑別を要し心不全が疑われた一例」

研修医：野上 剛 / 指導医：中西 雄

「鼠径部巨大腫瘍を認め突然死した一例」

研修医：柴村奈月 / 指導医：松阪由紀

2022年度第1回地域連携パス勉強会 (2022.8.4)

「二次性骨折予防継続管理料について」

尾道市立市民病院 整形外科 医長 迫間巧将

研修医 CPC (2022.8.25)

「膣頭部癌の経過中に消化管出血を来した1例」

研修医：片山大奨 / 指導医：清水晃典

西消防署・尾道総合病院 (2022.9.2)

基調講演「JA 尾道総合病院における脳卒中治療について」

ハンズオン「実際のデバイスによる脳血栓回収療法を実体験」

JA 尾道総合病院 脳神経外科 主任部長 阿美古将

研修医 CPC (2022.9.22)

「腹腔内出血による急激な転帰を辿った膣癌多発肝転移の一例」

研修医：安部倉萌 / 指導医：清水晃典

第285回尾道総合病院オープンカンファレンス ～特別講演～ (2022.10.6)

一般演題「当院におけるカプセル内視鏡の実績と課題」

JA 尾道総合病院 消化器内科 部長 飯尾澄夫

特別講演「ダブルバルーン内視鏡を用いた小腸疾患に対する内視鏡診療 up to date」

広島大学大学院医系科学研究科 消化器・代謝内科 教授 岡 志郎

研修医 CPC (2022.10.20)

「膣頭部癌術後再発から肝転移・腹膜播種をきたし死亡した1例」

研修医：中川哲志 / 指導医：津島 健

2022年度第2回地域連携パス勉強会 (2022.12.22)

「高次脳機能障害を考える ～神経心理ピラミッドと対人関係の理解～」

JA 尾道総合病院 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 小林雄一

心臓いきいきキャラバン研修「地域で診る心不全 ～お薬と在宅での生活～」(2023.1.12)

一般演題「心不全の基本・治療と当院の心リハカンファレンスについて」

JA 尾道総合病院 薬剤部 井上雄平

特別講演「地域で診る心不全」

のぞみハートクリニック 課長・看護師長慢性心不全看護認定看護師 富山美由紀

2022年度第3回地域連携パス勉強会(2023.2.9)

「二次性骨折予防継続管理料 当院の状況報告」

尾道市立市民病院 整形外科 医長 迫間巧将

西消防署・尾道総合病院勉強会(2023.3.9)

第一部 症例提示 JA 尾道総合病院 脳神経外科 部長 山田直人

JA 尾道総合病院 脳神経外科 大園伊織

第二部 特別講演「救急隊にも知ってほしい最新の脳血管内治療」

五日市記念病院 脳卒中・血管内治療センター長 坂本繁幸

第三部 ハンズオン 実際のデバイスによる脳動脈瘤“頸動脈狭窄治療体験”

第4回 心臓いきいき症例検討会(オンライン開催)(2023.3.16)

「ACP(Advance Care Planning)の始め時」

JA 尾道総合病院 循環器科 部長 木下弘喜

研修医CPC(2023.3.24)

「肺がんに対する抗がん剤治療中に薬剤性肺炎となり死亡に至った一例」

研修医：柴村英真 / 指導医：露木佳弘

第4回しまなみオンコロジー薬剤師連携セミナー(2023.3.28)

「がん化学療法レジメンから考えるテレフォンプォローのポイント」

JA 尾道総合病院 薬剤部 川原邦仁

院内主要行事

令和4年度（令和4年4月1日～令和5年3月31日）

年月日	行 事	年月日	行 事
4.4.1	辞令交付式 (新採用医師及び昇進・異動者)	10.13	医療安全研修会
4.1	研修医オリエンテーション	10.14	アピアランスケア相談会
4.4	辞令交付式（新採用職員）	10.27	みのり IT 監査
4.4	新採用職員オリエンテーション	11.7	BCP 机上訓練
5.6	令和3年度期末監査予備監査	11.9	令和4年度第2・四半期末監事監査 予備監査
5.10	ふれあいサロン	11.17	研修医 CPC
5.13	令和3年度期末監事監査	11.21	令和4年度第2・四半期末監事監査
5.20	シティークリーニング	11.24	出前講座
6.6	アピアランスケア相談会	12.5	東部保健所立入検査
6.7	すいがん教室	12.8	医療安全研修会
6.10	第284回オープンカンファレンス	12.9	消防局立入検査
7.5	すいがん教室	5.1.10	内部監査
7.6	第26回参議院議員通常選挙不在者投票	1.10	ふれあいサロン
7.11	出前講座	1.24	出前講座
7.19	すいがん教室	2.4	市民公開講座
7.26	内部監査	2.6	アピアランスケア相談会
7.26	献血	2.9	出前講座
7.28	研修医 CPC	2.10	令和4年度第3・四半期監事監査
8.15	臨床研修医採用試験	3.2	内部監査
8.18	令和4年度第1・四半期監事監査	3.3	出前講座
8.19	第1回看護職員採用試験	3.14	ふれあいサロン
8.22	臨床研修医採用試験	3.20	出前講座
8.25	研修医 CPC	3.24	研修医 CPC
8.29	看護師採用試験		
10.3	永年勤続表彰		
10.6	オープンカンファレンス		
10.12	内部監査		

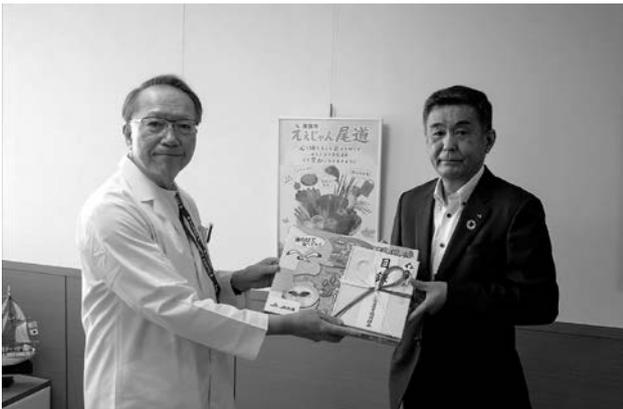
第36回尾道総合病院 ICLS 講習会



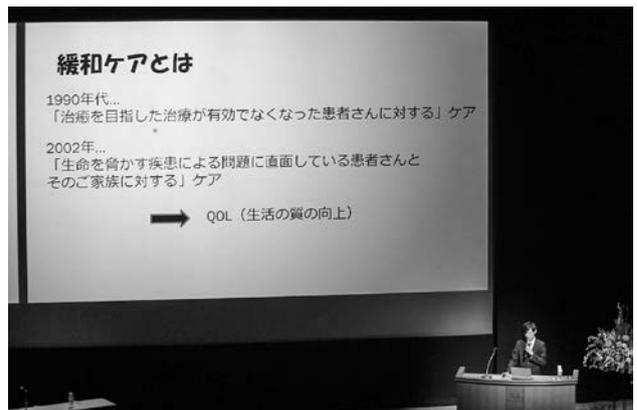
出前講座



JA 尾道市はっさくシャーベット贈呈式



第13回市民公開講座



西消防署・尾道総合病院 勉強会



職 場 だ よ り
委 員 会 報 告

職 場 だ よ り

消化器内科

主任部長 小野川 靖 二

2023年4月に医師の交代があり、院長以下14名の陣容で活動しております。当科は消化器内科の各分野である、肝臓、消化管、膵・胆道領域にそれぞれ経験豊かな指導医を配置しており、専門知識を活かしながら、日々の診療および研究に奮闘しています。

診療部門として、内視鏡センター、IBD（炎症性腸疾患）センター、肝臓病センターを展開しており、最新かつ高度な医療を実践しています。特に内視鏡センターは看護科との協働で24時間の対応が可能で、2022年は合計12154件の内視鏡検査を行いました。特に緊急内視鏡検査の増加は著しく、当地区の消化器急性期医療に貢献しております。

医師スタッフ一同、地域の皆様方の御期待に沿えるよう今後とも全力で頑張ります。何卒よろしくお願ひ申し上げます。

腎臓内科

主任部長 心 石 敬 子

2023年度も腎臓内科は医師の交代はなく、引き続き江崎医師と2人体制で診療しています。

当院の腎臓内科では糸球体腎炎や慢性腎機能障害の診断と治療、急性腎障害や敗血症、多臓器不全での急性血液浄化療法、また血漿交換やエンドトキシン吸着や顆粒球除去などの吸着療法を行っております。2022年度は腎生検13件、血液透析導入37件、腹膜透析導入3件、のべ血液透析回数は696件で例年より減少してはいましたが、外来患者数は初診、再診ともほぼ例年と同程度でした。コロナ禍で入院制限の影響もあったかと思いますが、通院患者は慢性疾患の管理が多く、外来診療は以前と同様に継続できているようです。

慢性腎臓病（CKD）の概念が提唱されて20年が経過し、CKDガイドライン2023が改訂されました。HIF-PH阻害剤、SGLT2阻害剤、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬、アンギオテンシン受容体ネプリライシン阻害剤など次々と腎保護や心血管合併症予防に有用な薬剤が適応となっております。

呼吸器内科

主任部長 濱 井 宏 介

呼吸器内科は現在、主任部長の濱井を筆頭に、阿部公亮部長、中西雄部長、角本慎治医師、露木佳宏医師の計5人体制で診療に当たっています。

振り返ってみると2022年を境に大きくメンバーが代わりました。まず中西が2022年1月にこの中で先陣を切って赴任し、同年4月より濱井と露木が、そして2023年4月より阿部と角本が赴任し、2021年以前に在籍していた医師は誰もいないという事態となりました。

2022年度は右も左もわからない状態で働いていた我々ですが、1年かけてやっと体制が整ってきました。そして臨床試験にも広く参加し、県外に尾道総合病院の名前をアピールすることができるようになりました。濱井は前任地の県立広島病院時代から西日本がん研究機構（West Japan Oncology Group = WJOG）の呼吸器グループの主要メンバーである WING（WJOG young Investigator club for Next Generation）の一員であり（もはや若手とはいえない年齢になりましたが）、これまでも多くの臨床試験に携わった経験があります。現在尾道総合病院でも WJOG をはじめ、North East Japan Study Group（NEJSG）などの複数の臨床試験に参加し、県内外の多くの専門医とも交流を持っています。

〈現在進行中のもの〉

- EGFR 遺伝子 L858R 変異陽性進行再発非扁平上皮非小細胞肺癌に対するエルロチニブ+ラムシールマブとオシメルチニブを比較する第Ⅲ相臨床試験（WJOG14420L 試験）
- ALK 陽性進行期非小細胞肺癌に対するブリグチニブに関する多施設共同前向き観察研究（WJOG11919L 試験）
- ALK 遺伝子転座陽性非扁平上皮非小細胞肺癌に対する、初回治療としての Brigatinib + Carboplatin + Pemetrexed と Brigatinib の非盲検化ランダム化第Ⅱ相試験（WJOG14720L 試験）
- 食欲不振を呈する進行肺癌患者に対する異なる用量のステロイド療法の有効性と安全性を検討する無作為化第Ⅱ相試験（NEJ031試験）
- 悪液質合併未治療進行非小細胞肺癌においてアナモレリンが初回化学療法の経過に与える影響を検討する前向き観察研究（NEJ050B 試験）
- PD-L1 発現50%以上の非扁平上皮非小細胞肺癌に対するペムブロリズマブ単剤とペムブロリズマブ+カルボプラチン+ペメトレキセド併用療法のランダム化第3相試験（NHO-Pembro NSCLC（LAPLACE-50）試験）

〈既に終了したもの〉

- 非小細胞肺癌に対する根治的放射線治療後のデュルバルマブ療法における間質性肺炎発症リスク因子の検討（VALUE 試験）
- 免疫チェックポイント阻害剤とプラチナを含む化学療法の併用療法による初回治療が無効もしくは治療後に再燃した切除不能な進行・再発の肺扁平上皮癌患者を対象としたシスプラチン、ゲムシタビン、ネシツムマブの3剤併用療法の多施設共同第Ⅱ相試験（WJOG14120L 試験）
- COVID-19 ワクチン接種後の進行・再発肺癌患者における免疫チェックポイント阻害剤の安全性及び有効性を評価する多施設後向き観察研究（NEJ061試験）

また広島県は呼吸器学会の会員・専門医が中四国で最も多いにもかかわらず、呼吸器内視鏡学会の評議員は4人と中四国で最も少ないというジレンマがありますが、そのうち一人として今後は広島県内でも施行可能な施設の少ない気道ステントや局所麻酔下胸腔鏡、そして今年度保険収載される予定の重症 COPD 患者に対する気管支バルブにも対応していきたいと考えています。

他にも阿部は喘息、COPD、間質性肺炎などの良性疾患を含めた呼吸器疾患全般に造詣が深く、中西は呼吸器のみならず総合診療的な面でも活躍してくれています。角本、露木も非常に優秀な若手医師で、アクティブに動いてくれています。広島県東部の呼吸器診療の中心になる病院として、今後も努力してまいりますので何卒よろしくお願いたします。

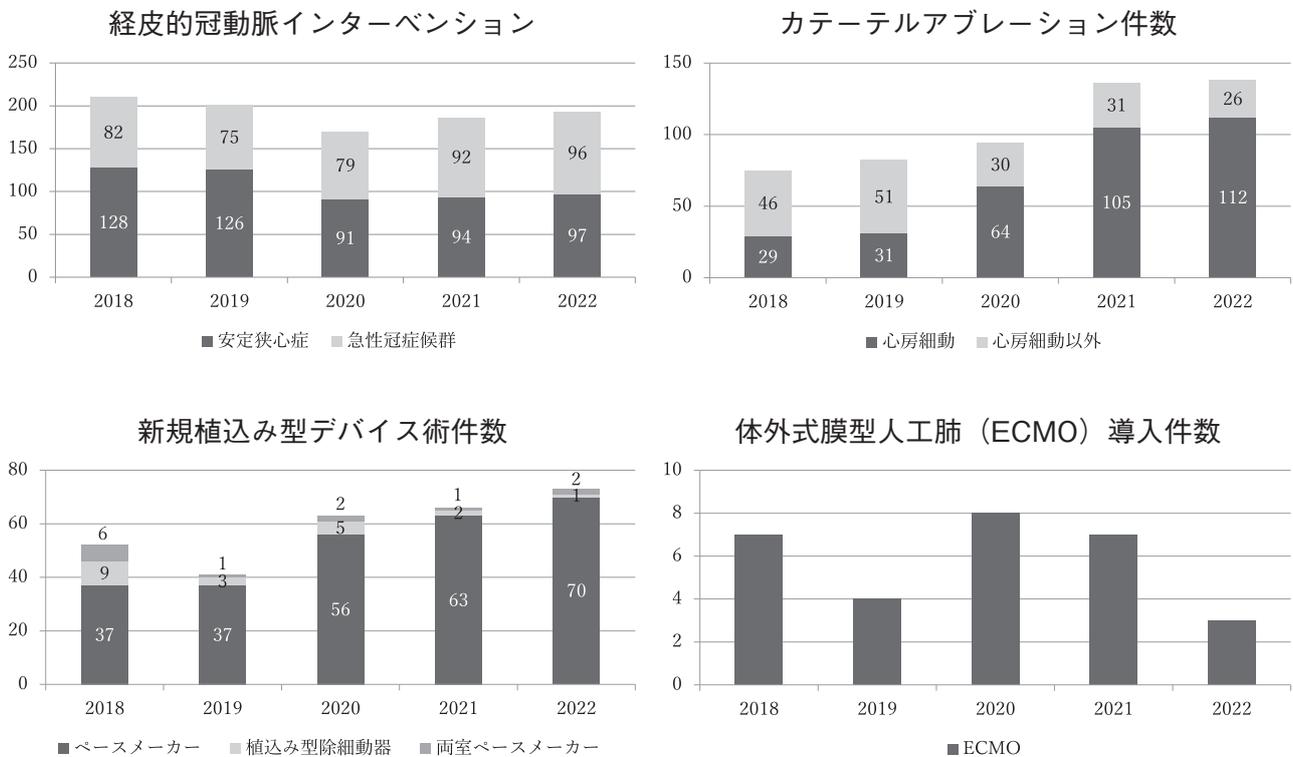
循環器内科

さらに高いモチベーションを持って

主任部長 大塚 雅也

当院循環器内科は、スタッフ6人体制で診療しています。近年カテーテルアブレーション件数や新規植込み型デバイス術件数は増加していますが、経皮的冠動脈インターベンション総数は横ばいの状態です。数年前から因島医師会病院で心臓リハビリ診療を行っており、昨年度からは世羅中央病院で外来診療の応援に行っています。当院への入院患者数増加に繋がっています。本年度は学術発表においても Award 受賞を目指し、スタッフ一同力を合わせて頑張っています。

2018～2022年診療実績



外科・内視鏡外科

ロボット支援手術時代となりつつ今…, どうする尾道総合病院!?

主任部長 中 原 雅 浩

昨年の医報で広島県東部地区の基幹病院である尾道総合病院へのロボット支援手術の導入の必要性を強く訴えました。その私の声が届いた?のか… (実際には日本社会の外科医療に対する更なる期待と JA 幹部の危機感でしょうが), 遅ればせながら当院のロボット支援手術の導入の機運が (私的にはまだまだで, 遅きに失した感がありますが) 高まってきていると感じます。

日本でのロボット支援手術時代は2009年11月に「ダヴィンチ S」が医療機器として薬事の承認から始まりました。2012年4月に最初に前立腺全摘術が保険承認され, 2016年4月には小径腎癌に対して

保険適応になり、泌尿器科領域の疾患においてロボット支援手術が徐々に広がってきました。その後は2018年4月には胃癌，食道癌，直腸癌，膀胱癌，肺癌，縦隔悪性腫瘍の悪性疾患に加え，子宮筋腫，心臓弁膜症，縦隔良性腫瘍の良性疾患にも適応拡大しました。2020年には膵臓癌，食道癌，2022年4月には結腸癌，咽頭・喉頭癌にも保険適応が広がり，外科系診療科にはロボット支援手術は必須となった状況です。その結果，我々の担当する消化器外科領域に対するロボット支援手術症例数も年々，右肩上がりに増加しています。また，2019年に手術支援ロボット「ダヴィンチ」の特許が切れたことにより，企業の手術支援ロボットの開発スピードが進み，2021年には国産初の手術支援ロボット「hinotori」が発表され，まだまだ「ダヴィンチ」に比べデバイスの種類は少ないのですが，国産品の安心感？，期待感？と「ダヴィンチ」よりかなり安価であるため，その導入も全国で進んで来ます。今後は，更に多くの手術支援ロボットが登場して来ると考えられます。まさに，消化器外科領域においてもロボット支援手術が主となる時代がもうすぐそこまで来ています。

尾道総合病院の外科・内視鏡外科は地方の一般病院でありながら腹腔鏡手術の症例数も多く，内視鏡外科技術認定医も多く輩出しおり，2000年初頭から文字通り中国・四国地方を牽引してきました。それは黒田元院長，倉西先生，漆原先生から受け継がれた「地方でも最先端，最高の医療の提供」という尾道魂に拠るところが大きいと考えています。個人的には自身の腹腔鏡手術手技の技量，残された外科医人生を考えると，正直な所ロボット支援手術の必要性は感じませんが，私は未来の尾道総合病院外科・内視鏡外科を引っ張って行く若い外科医達に尾道魂を継承させる責務があり，また現在の若い外科医達は，その次の世代に尾道魂を受け渡していかないとはいけません。そうでなければ，尾道総合病院の外科・内視鏡外科は，普通の田舎の地方病院となり衰退していくと思います。だから，今，この時点でロボット支援手術の導入は尾道総合病院の外科・内視鏡外科の未来を考えるとデッド・ラインと考えています。

さて，この状況に，どうする!？ JA 幹部の皆さん…。

最後に，2023年度の外科・内視鏡外科のスタッフを紹介します。消化器外科：上部消化管（山本，柳川），下部消化管（中原，倉吉，寿美），肝胆膵（大下，竹井），乳腺外科：橋詰，金子，呼吸器外科：則行，山木，仁科，後期研修医：渡邊（週に3.5日勤務），塩崎，中川，です。肝胆膵スタッフが真島（当院に1年間勤務）から竹井に替わりましたが，一時的であっても医療の質を落とすことなく，これからも更なる高みを目指し切磋琢磨して，引き続き地方の病院でも中央と同等レベル以上の医療の提供を行っていきたいと思っています。

外科・内視鏡外科年間手術症例数（2022.4—2023.3）

	手術件数	うち鏡視下手術件数
消化器：		
上部消化管（食道，胃，十二指腸）	93	91
下部消化管（小腸，大腸，肛門）	354	261
肝，胆，膵，脾	252	205
その他（鼠経ヘルニアなど）	153	101
乳腺：	107	5
呼吸器：	125	118
末梢血管（CAPD 関連）；	96	0
頭頸部，体表，内分泌；	0	0
小児外科；	5	0
外傷；	1	1
合計	1186	782

整形外科

主任部長 盛 谷 和 生

長年、整形外科部長であった数面先生が令和5年3月末に退職され、現在、田中先生、清水先生、松浦先生、岡田先生、そして私の5人体制で診療をおこなっています。一人減とはなりましたが、力をあわせて頑張らせて参りますので宜しくお願いします。

さて近年整形領域でもエコーが使用されることが多くなってきました。エコーを併用することで安全、かつ正確なブロック注射、関節注射、麻酔などが行え、また腫瘍や腱損傷など診断にも有用です。保険点数が取れるためほとんどの開業医がエコーを導入しています。当科では岡田 Dr が積極的にエコーを使用し、診断ならびに治療を行っていますが、当科で使用しているエコーは病院内で一番古く、修理がきかなくなったエコーです（他科で用済みになったエコー）。整形で使いやすいエコーを数年前から申請しているのですが、病院自体も資金が十分でなく、また優先順位が低いと判断されているため、新しい、機能が十分な、学会発表にも使用可能なエコーはしばらく当科にはやってこないとのことです。この職場だよりを読んだ方が、なんらかの働きかけをしていただき、当科に新しいエコーが導入されることを期待しながらこの職場だよりを書いています。今後とも宜しくお願いします。

脳神経外科

主任部長 阿 美 古 将

医療圏の特性上、脳卒中・頭部外傷などの救急医療を中心に診療をおこなうとともに、未破裂脳動脈瘤に対する開頭手術・血管内手術、血行再建術などの脳卒中予防のための治療に力を入れています。また地域の中核病院として脳神経外科手術全般に対応していますので、脳腫瘍手術や頭蓋底手術、三叉神経痛・顔面けいれんなどに関する治療を積極的におこなっております。また、小児科と連携し、小児神経外科にも対応しております。特殊外来として、第一金曜日午後には広島大学脳神経外科のてんかん外科専門医によるてんかん外来もおこなっております。日本脳神経外科医3名（うち、日本脳神経血管内治療学会専門医2名）に増員となり、365日24時間体制で脳神経外科診療をおこなっています。脳外科医師・病棟看護師・リハビリスタッフ・放射線技師・臨床工学技士・MSW（医療ソーシャルワーカー）など多職種と連携したチーム医療にて、日々努力邁進しております。

主な症状・対象疾患

脳卒中（くも膜下出血・脳梗塞・脳出血）全般

（脳動脈瘤に関しては開頭クリッピング術・血管内手術ともに対応。脳梗塞に関してはtPA静注療法、急性期血行再建術（カテーテル治療）にも対応。脳出血に対しては神経内視鏡を用いた低侵襲での血腫除去術にも対応。）

未破裂脳動脈瘤（脳動脈瘤クリッピング術・コイル塞栓術・フローダイバーター治療）

内頸動脈狭窄症（血栓内膜剥離術・ステント留置術）

頭蓋内主幹動脈閉塞・モヤモヤ病（バイパス術）

脳動静脈奇形・硬膜動静脈瘻（脳血管内手術・開頭手術）

脳腫瘍（良性・悪性脳腫瘍に対する開頭腫瘍摘出術、頭蓋底手術など）

頭部外傷（慢性硬膜下血腫・急性硬膜下血腫・硬膜外血腫）

顔面けいれん，三叉神経痛に対する神経血管減圧術，水頭症

専門分野

血行再建術（バイパス術・内頸動脈血栓内膜剥離術）をはじめ，頭蓋底手術，三叉神経痛や顔面けいれんに対する微小血管減圧術も積極的におこなっております。また，脳血管内手術についても積極的に行っております。術中モニタリング（SEP MEP VEP ABR AMR），蛍光血管撮影，ナビゲーションシステム，超音波血流計などを備え，安全かつ低侵襲な手術を心がけております。

診療実績：年間手術件数494件（うち，脳血管内手術228件，神経内視鏡手術16件）

医師資格

阿美古 将

- ✓日本脳神経外科学会 専門医・指導医
- ✓脳卒中の外科学会 技術認定医・指導医
- ✓日本脳神経血管内治療学会 専門医・指導医
- ✓日本脳卒中学会 専門医・指導医
- ✓日本神経内視鏡学会 技術認定医

橋本 幸繁

- ✓日本脳神経外科学会 専門医
- ✓日本脳神経血管内治療学会 専門医

光延 仁雄

泌尿器科

主任部長 角 西 雄 一

泌尿器科は，2022年4月からは角西雄一，岩本秀雄，白根 聡の常勤医3人体制で診療を行っており，2023年度も同じ体制を継続しております。COVID-19による入院制限や受診控えなどの影響にたいする懸念もありましたが，入院患者数・手術件数ともに大きく減少することなく業務を遂行することができました。

2022年の手術件数（ESWLを除く）は378件で，前年より1割減少しておりました。主な手術内容は経尿道的膀胱腫瘍切除術83件，腹腔鏡下前立腺全摘術43件，腹腔鏡下膀胱全摘術9例，腹腔鏡下腎摘除術7例，腹腔鏡下腎部分切除術12例，腹腔鏡下腎尿管全摘術13例などです。2022年の腹腔鏡手術件数は90例であり，これまでで最多となりました。年間100例を目指していますが，手術枠やマンパワーの関係でなかなか達成は困難です。また少数ですが腎盂形成術，尿管切石術，精索静脈瘤手術なども腹腔鏡下に行い，それぞれ術後経過は良好です。腎尿管結石にたいしては外来で体外衝撃波結成破碎術（ESWL）を行っております。2020年11月にEDAP社のSonolith i-moveに機種変更後は下部尿管結石へのESWLができなくなったため，2022年度の新規ESWL患者は21例に減少しました。ただし下部尿管結石にたいしての短期入院での経尿道的レーザー碎石術は増加しており，結石に対する治療は問題なく施行しております。

手術のみならず，限局性前立腺癌に対するホルモン併用放射線療法，去勢抵抗性前立腺癌に対する

新規ホルモン薬やドセタキセル・カバジタキセルによる化学療法, 進行腎癌や尿路上皮癌に対する免疫チェックポイント阻害薬での治療も積極的に行っています。2023年からは前立腺癌にたいする放射線治療時の直腸被爆を軽減させる直腸ハイドロゲルスパーサー注入や, 膀胱癌にたいする経尿道的手術時にアミノレブリン酸を用いた光力学的診断も開始いたしました。

常に最新の医療を提供できますよう, これからも日々努力し, 尾三地区の医療に貢献したいと考えておりますので今後とも宜しくお願い申し上げます。

麻 酔 科

主任部長 中 布 龍 一

麻酔科は主に手術麻酔業務に携わっています。当院でのR4年度の年間全手術症例は4898件で, コロナの影響で手術制限をせざるを得ない期間が生じたため, 全手術件数は前年度と比べて約4.5%減となりました。そのうち麻酔科関与症例は3005件で, こちらは約7.5%減となりました。R4年4月から筒井華子先生が, 10月から平林由紀子先生が赴任となり, 麻酔科の平均年齢は少し下がっています。若い二人が加わったことで科内の活気はアップしていますが, マンパワー的には依然厳しい状況が続いています。ローテーションの初期研修を含め麻酔科医全員で凌いで頑張っています。手術麻酔において硬膜外ブロックは勿論のこと, 最近では末梢神経ブロックを数多く行っています。高齢患者の場合, 抗血小板薬や抗凝固薬を内服しているため硬膜外麻酔が禁忌となる症例が多く, そのような症例に対しては積極的に末梢神経ブロックを併用しております。末梢神経ブロックの種類としては, 腹横筋膜面ブロックや前胸壁ブロック, 腕神経叢ブロックなどをよく施行しています。近年は高齢化に伴い, 麻酔リスクの高い症例がたくさんありますが, 患者様の安全第一を念頭に置いて, 麻酔科医全員で引き続き頑張っていきたいと思えます。

ペインクリニック外来はこれまで通り平日の午前中に行っています。帯状疱疹後神経痛や腰下肢痛といった慢性痛を診療することが多いですが, 顔面神経麻痺や突発性難聴など痛み以外の疾患も診ています。近年は薬物療法の比重が高まっているものの, 星状神経節ブロックをはじめ様々な神経ブロックを行ったり, スーパーライザー, レーザーなどの非侵襲的鎮痛療法を行ったりと様々な鎮痛機序の治療法を組み合わせることで疼痛管理を行っています。慢性痛をコントロールすることの困難さを日々痛感していますが, 疼痛を緩和させることで日常生活のQOLの改善・維持に貢献できるよう頑張っております。

産 婦 人 科

父子家庭

主任部長 坂 下 知 久

2022年3月末で藤田真理子先生が広島大学病院に異動になり, 後任として当院で初期研修(広大とのたすきがけ研修)を行った野田 望先生が繰り上がり産婦人科の仲間になりました。4月からは坂下, 上田明子, 張本 姿(しな), 松島彩子, 野田 望の5名体制でスタートしました。相変わらず「父親と4人姉妹」の状態です。

長女の明子(呼び捨てでごめんなさい)は, おっとりして見えますが, 几帳面で粘り強く, しっかり者です。優しい性格で妹たちの面倒見もよく, 慕われています。そして, 娘たちのまとめ役で私と

のパイプ役としての自覚を持って頑張ってくれています。婦人科腫瘍専門医を目指していますが、几帳面で粘り強い性格のおかげで手術の腕も確実に伸びています。いずれ嫁に出す（異動の）日が来ることはわかっていますが、その日のことを考えると泣けてきます。

次女の姿（しな）は、小さな体ですが、最もパワフルです。勉強熱心で自分の考えをはっきり言ってくれるため、全員の知識のアップデートに貢献しています。また、学生、研修医の指導にも熱心なおかげで、学生、研修医から人気の診療科になっています。また、2022年度に産婦人科専門医を取得しました。4月から三次への異動が決まってきました。性格は明るい反面、周囲に気を遣い過ぎてストレスを溜め込む性格なので心配しています。そういえば！嫁入り（本当の意味）が決まりました。近々入籍予定です。おめでとう！幸せになってください。

三女の彩子は、自由奔放でディズニー好き、「カワイイ」物好きなお嬢様(?)です。ピンチになるとどこからともなく現れる「爺や」に助けられてきたお嬢様で、今は私が「爺や」の役目を仰せつかっています。お嬢様である反面、意外な根性が明らかになっています。父親（私）の影響か、秋から始めたランニングにハマリ、（父親のコーチングで？）急速に上達しています。今ではハーフマラソンでは飽き足らず、フルマラソンでなければ満足できない身体になっています。マラソンで鍛えた精神力でどんな困難も乗り越えられるようになっていきます（もちろん、臨床も・・・念のため）。これからの成長が楽しみです（産婦人科医として・・・念のため）。

末っ子の望は、末っ子らしく「たいへんおっとりとした」性格です。3人の姉達からも「時間の流れるスピードが違う」ため、異星人ではないかとの疑惑がかけられ「りんご星人」と呼ばれています。ゆっくりと優しい口調で話しかけるため、患者さんに安心感を与えるようです。産婦人科医としてのスタートを切ったばかりなので、「伸び代しかない」状態です。真面目に臨床に取り組んでくれるので、ゆっくりでもいいので着実に実力をつけてくれることを願っています。

また、当院研修医の柴村奈月先生が産婦人科を選んでくれ、2023年4月からは産婦人科医として仲間に加わりました。ありがとうございます！

産婦人科は二人待機制をとっていますが、年上の4名（末っ子以外）で待機を回しており、働き方改革には程遠い状況ですが、みんな大きな不満も言わず耐えてくれています。また、姉妹の仲もよく、喧嘩もありません。みんなが立派に巣立ってくれることを願い、父親として優しく、時には厳しく見守っています。

さて、産婦人科としては、この1年間で分娩は399件、帝王切開96件、良性婦人科手術は231件、悪性腫瘍手術が70件を成し遂げました。婦人科手術では腹腔鏡手術が急増しており、その中でも全腹腔鏡下子宮全摘が63件で広島大学産婦人科の関連病院で最多でした。

これからも、地域の産婦人科医療を支えつつ、産婦人科専攻医にとって修行の場となるよう頑張っ

放射線科

臂（ただむき）の二本の骨が回り合い手首動かず掌（てのひら）返す

主任部長 森 浩 希

掲示画像は筆者本人の左前腕を撮影した単純X線写真です。Aは尺骨と橈骨が平行に並ぶ通常の正面撮影ですが、Bはその2本が交差した写真です。交差部分に病変が隠れてしまう恐れがあるので、通常はこのような撮影はしません。いわば失敗写真ですが、筆者が意図的に撮影してもらいました。Aは手のひらを上に向けた解剖学的肢位で、続いて肘を固定したまま手のひらを反転してBを撮影

しています。医学的にはこの動作を回内（かいない）といいます（逆は回外）。ドアノブを回す所作や、手をひらひらさせる「きらきらぼし」の振り付けがこの動きに相当します。

橈骨の近位端と尺骨の遠位端は、ともに円盤のような形状なので関節環状面と呼ばれますが、これらがお互いの周りを車軸状に回ります。このとき尺骨は動かず、橈骨が尺骨の上に乗るように回転します。立体交差の配置になるため、平面に投射するX線写真ではX字状に重なって写るのです。この動作をおこなうためには、当然ですが前腕に2本の骨が必要です。ここに1本の骨しかなければ、ヒトは手を自由に動かすことができない不器用な生物として進化していたでしょう。ではなぜここに2本の骨があるのでしょうか。

ヒトを含む陸上の脊椎動物は、およそ4億年前に海から進出してきた魚類の仲間が姿を変えたものとされています。四肢は魚のひれ（胸びれ、腹びれ）から進化して、体を支え移動するための構造として発達しました。ただし当時のひれは、今の薄いぺらぺらなものとは異なって、肉厚で内部に骨を有する分厚い構造でした（現在もシーラカンスと肺魚に肉鱗として残る）。化石から、その発達の段階がわかってきています。基部には体幹と結ぶ1本の太い骨があり、その次に2本、さらに数本の骨が分岐して続き、扇状に広がることで体を支えることができるようになります。先端は指に分化しますが、その数は分岐した骨の数で決定されます。最大で8本指の生物の化石が確認されていますが、最終的には5本指が基本になります（なぜ5本指が定着したのかはわかりません）。根元の太い1本は前肢では上腕骨、後肢では大腿骨となり、次の2本は尺骨と橈骨および脛骨と腓骨に、そして末梢では手根骨、足根骨や指趾の骨に移行していきます。つまり前腕に2本の骨があることに大した理由はないのです。

浅瀬では速く泳ぐより這って移動できる魚の方が生存に有利だったのでしょうか。そのためひれが大きく太い魚が生き残り、やがて地上に進出します。ひれはそのまま体肢に移行したため、基部から分岐を繰り返す骨の配置が保たれます。当然ですが前腕のために2本の骨が作られたわけではありません。たまたまあった2本が利用され、そのまま退化せずに残ったというだけなのです。ただしこのあたりの進化学は分かっていないことも多く、筆者の妄想が入り交じったトンデモ説かもしれません。

ウマは草原を速く走ることに特化した動物です。四肢を捻る動きは必要ないため、前肢の尺骨と後肢の腓骨はほぼ退化して痕跡としてしか残っていません。指も長く伸びた中指1本のみが残り、地面を力強く蹴るためだけに存在しています。進化の過程で不要なものは容易になくなってしまいます。ヒトの祖先はいつしか樹の上から降り、草原で暮らすようになりました。直立歩行により手が自由に使えるようになり、道具を使うことを覚えました。手指を精緻に動かすことで脳が発達して大きくなります。発達した脳はさらに細かい運動を制御することができます。こうして手指との相互作用で過剰に大きくなった脳はやがて知性を獲得します。知性は長足の進歩を遂げ、今や私たち生物の進化や物質の根源、宇宙の成り立ちまで解明しようとしています。ヒトの祖先の前腕にウマのように1本の骨しか残っていなければ、手指を細かく動かすことができず、道具をうまく操ることはできなかったと想像されます。大型肉食獣たちとの生存競争に勝ち残れず、絶滅していたかもしれません。生き残っていたとしても知性の獲得は遅れ、いまだに原始的な生活を送る弱小哺乳類の小集団に留まっていた



かもしれません。つまり前腕に2本の骨があることは、人類の進化の上で、極めて重大な条件であったものと考えられます。

さてここまで小難しいことを述べてきましたので、読んでいただいた方の脳はかなり疲労しているはずで、脳は多量のブドウ糖を消費する大食らいの器官です。脳が自分自身を維持するために、食べ食べと命令しているともいえます。日頃お世話になっている脳へのご褒美として、今晚のおかずを手羽先を勧めておきます。ニワトリの前肢で、ヒトの前腕と手にあたる部分です。食べ進めると2本の骨がでてきますが、



これが尺骨と橈骨です。カーネル・サンダースの某店ではニワトリの各部分が選べるメニューもあります。おいしく食べた後にそれらの骨を同定して、参考図書のように組み上げれば立派な骨格フィギュアを作ることができます。ぜひ挑戦してみてください。ニワトリの手羽とヒトの上肢は同じ設計図からできていることが実感できるはずです。

参考図書

- 森於菟ら 「分担解剖学1 総説・骨学・靭帯学・筋学 第11版」 金原出版 2009年
 ジャン＝バティスト・ド・パナフィュー 「骨から見る生物の進化」 河出書房新社 2011年
 マット・ウィルキンソン 「脚・ひれ・翼はなぜ進化したのか」 草思社 2019年
 犬塚則久 「『退化』の進化学」 講談社ブルーバックス 2006年
 川崎悟司 「カメの甲羅はあばら骨」 SB ビジュアル新書 2019年
 志賀健司 「作ろう！フライドチキンの骨格標本」 緑書房 2022年

歯科口腔外科

主任部長 伊 藤 翼

歯科口腔外科の伊藤です。

9月から新しい部長が着任されており、この医報が出る頃には私はすでに退職しています。前任の原先生から部長職を引き継いで7年、尾道に来てからの9年間の長きにわたりお世話になった病院関係者の皆さんにはとても感謝しています。この場を借りましてお礼申し上げます。これまでありがとうございました。

私事ですが、当院を退職し開業することとなりました。当院の近隣地域ですので、これからは地域の連携医としてお付き合いをよろしくお願いいたします。

歯科は原稿を記載している現在在籍中の二人の歯科医師（伊藤、林）が変更となり、新しい歯科医師に変更となるためこれまでよりもさらにパワフルに尾三地域に貢献できるようになるのではないかと考えています。

緩和ケア内科

オレンジバルーン 緩和の心

科 長 中 上 小 百 合

緩和ケアのシンボルマーク、『オレンジバルーン』をご存じでしょうか。オレンジ色の風船をじっくり見ると、穏やかな笑顔が描かれています。

2008年3月に、厚労省が「緩和ケア」啓発事業として「オレンジバルーンプロジェクト」を開始しました。①暖かい色であるオレンジには、すべての苦痛をほんわりとやわらげたい思い。②バルーンの顔には、緩和ケアによりバルーンに描かれたような表情に患者さんと一緒になりたいという思い。③メッセージには「緩和ケア」が、がんの治療を支える「もう一つの大切な医療」であることを正しく理解してもらいたいという思い。がこめられています。

がんになった患者さんは

『身体的』『精神的』『社会的』『霊的：スピリチュアル』な痛みが起こります。

- 痛みは患者さんの微笑みを奪います。
- 痛みは患者さんの生きる希望を奪います。

当院の緩和ケア内科では、がん患者さんの症状の緩和や精神的なフォローだけでなく「積極的緩和ケア」を目指し、緩和ケア治療としての化学療法や外科的手術などを取り入れ、患者さんの抱える問題を解決していきます。

緩和ケア＝終末期、あきらめの医療ではなく、緩和ケア内科＝がん医療に特化した診療科として、がん治療の窓口であり、希望でありたいと思っています。

昨年度の新規紹介患者 201名、延べ 832名の診療を行いました。緩和ケアはがん診断時からと言われていますが、新規患者の半数はがん治療終了後の紹介でした。がん治療中から関わることで、がんと共にどのように生きるかを共に考え治療や療養の場意思決定支援を行いたいと考えています。治療中の患者さんの『困ったサイン』をみつけたら、緩和ケアセンター PHS (7859 な・やみ・ごっ・くん) へご連絡ください。

看 護 部

看護の専門性を発揮した他職種との協働に向けて

護部副部長 柿 本 文 重

新型コロナウイルス感染症の拡大により、当院においてもこれまでの病院運営に関するさまざまな方針や体制を、瞬時に変えざるを得ない状況となった。

看護教育に関する集合研修では、席の配置を広くとり、室内の換気をこまめに行いながら実施した。また、多くの技術研修を OJT に切り替えて取り組んだ。しかし、その一方で看護師の業務が増え、負担増に拍車がかかった。

そのような背景のもと、今年度、看護科の取り組みとして、看護師の業務負担軽減と、他職種との業務役割分担を目標に置き、病棟にクラークと夜間専従看護補助者を配置した。

クラークと夜間専従看護補助者の導入に伴い、まずは、患者に対する生活援助行為が看護師でなければ行えない療養上の世話に当たるのか、看護補助者でも行い得る療養生活上の世話に当たるのかの検討を各部署内で行った。その後、科長会で意見交換し、看護師がすべき業務とクラーク・看護補助

者に任せられる業務の切り分けをし、役割の明確化を図った。現在、業務分担を行って半年が経過したが大きな問題もなく、看護師、看護補助者、そして、夜間専従看護補助者、クラークそれぞれの役割が定着してきたという評価を得ている。

今後も大きく変わる変化に対応し、より一層、入院医療、外来医療、そして在宅医療へ視点を当て、看護機能の強化を目指し、多くの方々と協働しながら、生活を支えていけるよう努めていきたい。

看護科 (ICU)

風通しのいい環境づくりを行い、よいコミュニケーションを図るために

看護科長 佐藤 裕子

当院のICUは、新築移転に伴い病床4床で新設されました。入室患者は大きな侵襲を伴う術後患者や生命の危機に値する救急搬送患者であり、小児を含む全科の患者を受け入れていて病院の重要な役割を担っています。

2022年度の年間受け入れ件数は541件でした。また、2017年からは早期離床リハビリテーション加算、2021年からは早期栄養介入管理加算を算定しており、それぞれ2022年度は911件、687件を算定しています。毎朝8:30に多職種（医師 看護師 理学療法士 薬剤師 栄養士 集中治療認定看護師）が集まりカンファレンスを開催して、患者の情報共有を行い治療・看護を実践しています。また、様々な病態の理解を深めるために毎月勉強会を開催しています。その他、院内外の研修・学会にも参加して学びを他のスタッフとも共有して知識の向上に努めています。今後もスタッフが専門職業人としての自覚をもち、自己研鑽して行ける環境を整えて看護レベルが維持・向上出来るようにしていきます。患者様の入室期間は短期間ではありますが、患者・家族にしっかりと寄り添いその人らしい生活に戻れるように関わっていく事をモットーとしています。面会禁止時には、突然のICU入室を余儀なくされた患者様やご家族の不安が少しでも取り除けるように、タブレット面会を実施してきました。また、ご家族には毎日電話での状態報告を行い、病状を少しでもご理解して頂けるように努力しました。しかし、電話やタブレットではお伝えしきれないことも多く、対面でのコミュニケーションの重要性を改めて感じる機会となりました。今年の4月からは面会が再開できて、本当に良かったと思います。

ICUに入室された患者様は、窓のない閉鎖的空間や多くの医療機器に囲まれて、不安や恐怖を感じる状況にあります。そういった不安を感知し、代弁出来るように細心の観察を行い看護実践することを目指しています。そのために毎月臨床倫理カンファレンスを開催して、患者様にとって最善の医療や看護を提供することができ、また各診療科の医師を含む多職種とのスムーズな連携がとれて意見交換ができるようにしっかりとコミュニケーションをはかり、良い人間関係を築き風通しの良い環境を作っていきたいと思います。

皆様 これからもどうぞ宜しくお願いいたします。

看 護 科 (救急室)

科 長 恩 田 華 恵

当院は尾三地域及び島嶼部を中心とした地域救命救急センターとして地域の医療・保険・福祉の貢献に努めています。

救急室では救急搬送・総合診療科・時間外 Walk in・小児救急・心臓カテーテル検査と治療・CT・MRI等の業務を行っています。

2022年度の救急搬送患者受け入れ数は3,893名, Walk in 患者の受診数は8,119名でした。

約3年間のCOVID-19感染患者の対応も激減し, 現在救急室での話題は「災害発生時の救急看護師としての役割」となっています。大地震の予測や近隣の空港での航空機事故, 西日本豪雨のような災害, 先日のG7サミットではテロの可能性も伝えられ, 災害はすぐ近くで起こりうるということを実感し, 日頃の準備の重要性を感じています。

今年度の救急室は業務を安全に行うために勉強会係, 心臓カテーテル係, 業務改善係, トリアージ係などの活動と, 災害係を中心にして, 災害時の対応についてのマニュアルの確認, 改定, シミュレーションを行い, いつその時が来ても対応のできるスタッフの育成を目標としています。もちろん, その時が来ないことを切に願っています。

また, 救急室に受診に来られる患者さんは苦痛や大きな不安を持っておられます。数時間という短時間の中でも出来る限り, 自分の思いや不安を表現することができるように, 思いやりのある, 患者に寄り添った看護の提供を目指していきます。

看 護 科 (5B病棟)

チーム一丸となって

5B病棟科長 桑 原 みち子

5B病棟は呼吸器内科, 消化器内科, 腎臓内科, 皮膚科の病棟です。院内では新型コロナウイルス感染症患者受け入れによる病棟編成が行われました。内科を主体とする病床数が減少となり, 当病棟で主に内科の重症患者や急性期の治療, 検査対象の患者を受け入れました。

令和4年度は, 病床利用率: 平均95%, DPCⅡ期以内の退院患者: 平均70%, 重症度, 医療・看護必要度: 平均45%を超えて推移しました。入退院が激しく, 重症患者やターミナル期の患者のケアを行う中, 忙しくても患者家族の思いに寄り添いたい, 患者と関わる時間を大切にしたいとのスタッフの思いから, 「一人ひとりの患者家族の思いが何かを考えよう」をテーマに1年間取り組みました。コロナ禍で面会制限がある中, 患者だけでなく家族と向き合う時間も大切にしました。入院時や入院1週間後にはプライマリーナースが責任を持ち患者家族の思いを確認しました。特に自分で家族に連絡を取ることが出来ない患者に対してはその後も日常の様子を伝えるよう心掛けました。

以前から, 笑顔と優しさに定評のある5B病棟ですが, 忙しさに負けてしまいそうになることがありました。その変化を多くのスタッフが自ら気づき「このままではよくない」「変えていきたい」と前向きに捉えています。令和5年度は, 患者家族そして, 働くスタッフが過ごしやすい環境でありたいと接遇・マナーの強化に取り組んでいます。看護の基本となることを大切に考えるスタッフとともに, これからも患者家族の思いに優しく寄り添える病棟を造りあげていきたいと思ひます。

薬 剤 科

科 長 別 所 千 枝

薬剤科は、3月にスタッフの退職もありましたが、その後4月には新しいスタッフを迎え、また新たな気持ちで業務に取り組んでいます。人員配置が十分ではないところもありますが、皆でできることを必死に頑張っています。

さて、3年以上続いた新型コロナウイルスへの危機対応が感染症法の5類に移行し、私たちの生活も平時の頃に戻りつつありますが、実はこの期間内、薬剤師の分野でもいろいろな変化がありました。まず、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」（薬機法）改正により、薬剤師が調剤時に限らず、必要に応じて患者さんの薬剤使用状況の持続的把握や薬学的知見に基づく指導を行うことが法律化されました。これは、処方箋に基づいて調剤した後も、継続的に服薬状況や患者さんの状態について把握することや、処方医へ情報をフィードバックすることを示しています。また、高齢者の人口割合が増加し、地域医療構想や地域包括ケアシステムが推進されていく中で、従来の「病院完結型」医療から、住み慣れた地域で病気と共存する「地域完結型」医療がより強く求められるようになりました。当院の在院日数は9日前後と短縮しており、入退院が頻繁に行われていますが、入退院時は薬物療法にとってリスクが高い時期でもあり、いかに正確な情報をつなげていくかがポイントになります。

これらの薬機法改正と地域包括ケアシステムの推進により、薬剤師の世界では地域で関わっている薬剤師と医療機関の薬剤師が連携して、シームレスな薬物療法を支援するというつながりが活発化してきました。病院で使用する化学療法レジメン内容の公開、保険薬局薬剤師による抗がん薬の副作用確認、入院前に病院薬剤師による服薬状況や副作用の確認など、患者さんの“地域”での生活を意識した取り組みを開始しました。また、トレーシングレポートや施設間情報連絡書などを通して、薬局と医療機関の間で患者情報をやり取りできるようになりました。これからは薬剤師同士だけでなく、地域内の多職種とも積極的につながっていくことが目標です。

今後も、これまで頑張ってきた新型コロナウイルスへの対応や様々な法改正、診療報酬改定など、医療従事者には変化を求められる場面が多くあると思われます。しっかりと未来を見据えて、変化に対応していける部署を目指していきたいと思えます。これからもよろしく願いいたします。

リハビリテーション科

リハビリテーション科の現況について

科 長 村 上 並 子

2022年度は、2021年同様に病院としてCOVID-19感染者を受け入れ、一病棟を感染病棟とした特別な病棟編成での対応継続となりました。また、病院機能評価受審年度ということで、受審に向けて準備が必要な年となりました。

2022年度リハビリテーション科年間収益については、人員不足により6月より脳血管疾患区分の施設基準がⅠ→Ⅱへ降下し、1単位当たりの点数が減少しました。また、市中でのCOVID-19感染者が激増し、院内でも感染が蔓延する中、特に8月～9月、1月は部内スタッフの感染者も多く、病欠が重複し、リハビリ実施軒数、単位数が前年度に比べて低下しました。

このような人員が少ない場合の対策として、各科からのリハビリオーダーを受けながら、出来るだ

け効率よく、より必要性の高い患者に必要なリハビリを提供するため、どのように運用していくか部内スタッフ全員で考える機会となりました。1日スタッフ1人あたりの実施患者数の上限設定、患者状態から必要性を考慮した頻度の設定、職種間での業務分担の設定等を決めて対処しました。

効率性、収益アップに向けての取り組みでは、心大血管疾患リハビリテーションについて、病棟の協力により集団療法の運用が定着し、件数、単位数が増加となりました。

その他、GHCからの助言をもとに、事務作業時間のロス対策として、特にリハビリ記事入力時間の削減のため、テンプレートの整備を行い、疾病ごと、職種ごとに必要な評価項目や記載内容の統一ができ、効果がでております。更にカンファレンスや回診の書類整備でスタッフ間の情報伝達に費やす時間が短縮できています。

12月に受審予定だった病院機能評価は、院内患者・スタッフのCOVID-19感染者の蔓延により、2023年度に延期になり、今後、新たなバージョンに向けて、多職種との連携の再考やマニュアルの見直しをしていく予定です。

〈2022年度リハビリテーション科 実績〉

- 年間処方件数 : 3,300件 (2021度 3,428件)
- 自宅復帰率 : 63.6% (2021年度 64.7%)
- 診療報酬点数合計 : 10,514,892点 (2021年度 12,152,763点)

〈2022年度疾患区分別リハビリテーション実施件数・単位数 (2021年度)〉

○リハビリテーション疾患区分	実施件数	単位数
運動器疾患区分	6,625 (7,438)	9,673 (10,717)
脳血管疾患等区分	8,515 (10,425)	13,020 (15,822)
廃用症候群	2,851 (3,054)	3,194 (3,506)
呼吸器疾患区分	2,707 (4,052)	2,978 (4,708)
心大血管疾患区分	3,063 (2,549)	5,496 (4,006)
癌のリハビリテーション	2,978 (2,531)	3,298 (2,796)
リハビリテーション実施合計	27,077 (29,846)	38,526 (41,555)

臨床工学科

臨床工学技士 西 内 亮 太

2022年度臨床工学科は科長1名、主任2名、科員7名（うち嘱託職員1名、再雇用職員1名）の計10名体制で心臓カテーテル室、血液浄化センター、手術室等での臨床支援業務、MEセンターでのME機器の保守管理、点検等のME機器管理業務を担わせていただいております。さらに2022年度より科員1名に新たに臨床工学技士専門職が与えられ、益々、臨床支援業務、ME機器保守管理業務への充実が図られております。

2022年度MEセンターで登録管理している機器台数は892台、貸出件数10687件/年、総点検件数514件/年、院内修理件数52件/年でした。前年度に引き続き、院内修理を充実させることで保守管理費用の削減や、機器のダウンタイムの短縮に努め医療機器の適正な運用を行います。

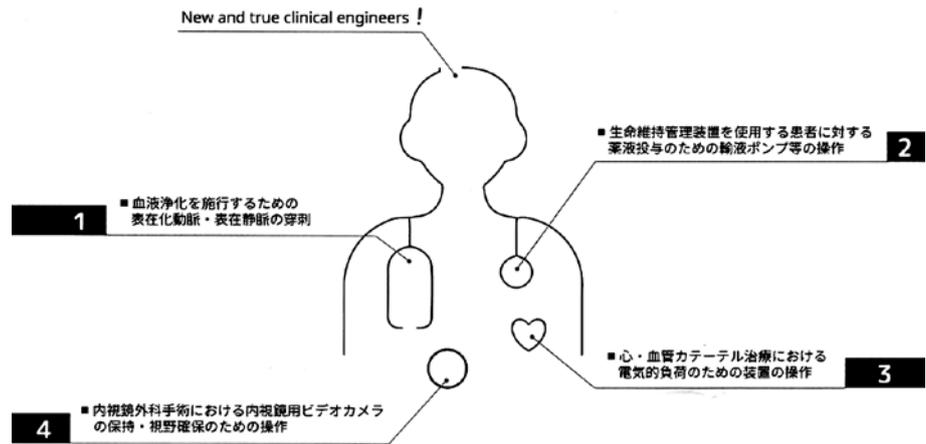
近年の臨床工学技士の話題としまして、2021年5月28日に公布された、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号）」に基づき、医師のタスク・シフト／シェアに貢献することが求められたことにより、2021年10月より特定の研修を修了した技士に対して、新たに4つの行為が業務範囲として追加され、シン・臨床工学技士にアップグレードされます。

当科では2022年度末までに、2名のスタッフが所定の研修を終了しており、シン・臨床工学技士として活躍しております。今後も他のスタッフが研修への参加予定です。

当科は「いのちを支えるエンジニア」としてのプライドを持ち、適切な地域医療の維持・確保、医療機器を通して適切かつ、安全な医療環境のさらなる向上を目指したいと思っております。

shin clinical engineer

シン・臨床工学技士



4 new tasks

臨床研究検査科

科 長 金 本 隆 司

令和4年度は平野巨通臨床研究検査科主任部長、和田知久検査医を筆頭に34名のスタッフで検査室を運営してきました。令和4年度も新型コロナウイルス感染症に始まりましたが、年度末ごろには2類相当から5類に移行するのではないかとニュースが全国を駆け巡りました。

令和4年に入り院内での感染拡大が増え、検査室においても感染拡大を経験することとなりました。改めて新型コロナウイルスの感染力の強さを身に沁みました。

令和4年度、検査室における新規機器購入についてはありませんでした。しかし、病院移転から11年が経過し、検査機器の老朽化が進んできています。修理対応不能な測定機器も年々増加しており機器の入れ替え等が今後発生してくると思われます。その時にはご迷惑をおかけすることがあるかもしれませんがよろしくお願いいたします。機器更新等がある場合には診療の先生方にもご相談することもあるかと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

令和3年10月、院内に2週間に1回ではありますが血液内科が設立され、骨髄検査が令和3年度は年間14件でしたが令和4年度は28件と倍増しました。また、がんゲノム医療連携病院に指定され後、がんゲノム関連検査件数も徐々に増えてきました。今後は新たな検査等も開発が進むと思われますのでしっかり対応できるようやっていきたいと思っております。ご迷惑をおかけしないようにスタッフ一同頑張っていきますのでよろしくお願いいたします。

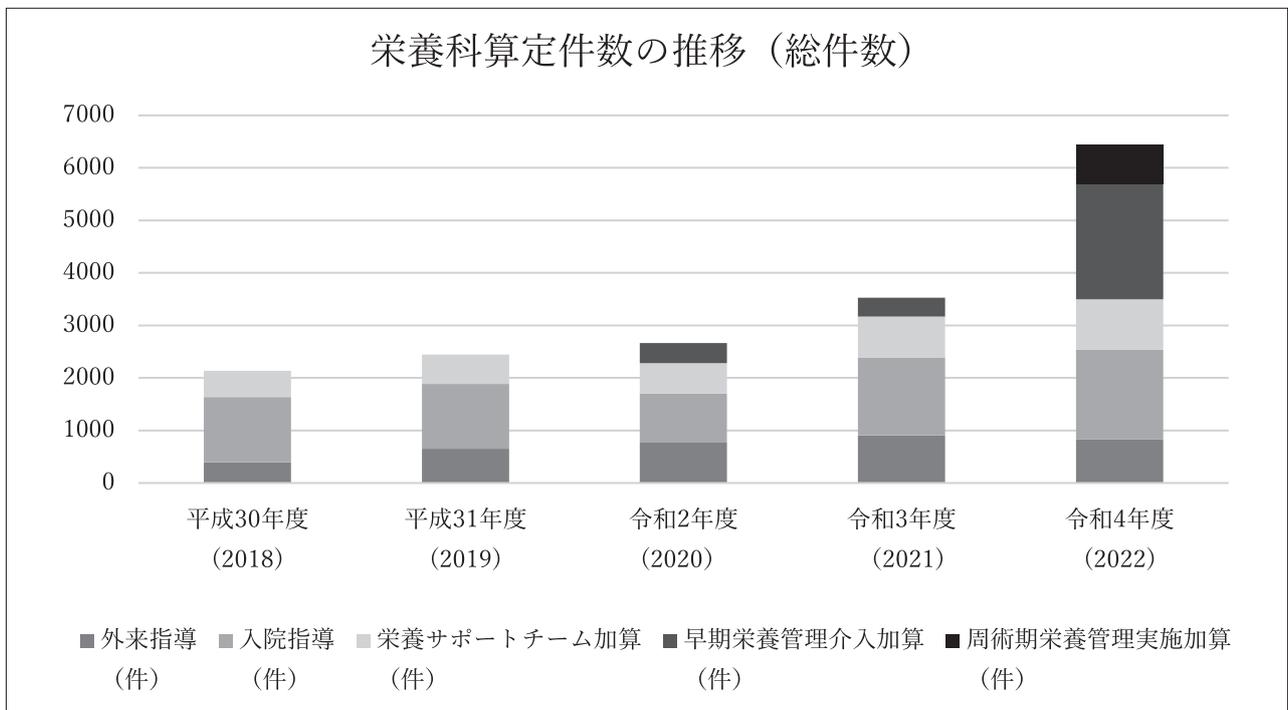
検査科では信頼性のある正確なデータを迅速に報告するよう努力していますので今後ともご指導、ご鞭撻のほどを賜りますようお願い申し上げます。

栄 養 科

科 長 吉 岡 佳 奈 子

病院における栄養科の役割は、栄養管理と栄養指導、給食管理に大別されるようになってきました。当科では 管理栄養士7名が病棟で栄養管理に従事する時間が増え、チーム活動に参加し、さまざまな職種から刺激を受けながら、ICU/HCUでの早期栄養管理、周術期栄養管理、入院中の栄養管理に奮闘しています。さらに栄養指導では質的向上を図りたいと考え、外来、入院中、退院後での栄養指導のつながりに力を入れています。

■栄養科 業績



地域周産期母子医療センター

センター長 坂 下 知 久

周産期母子医療センターは小児科の新生児部門および産科部門から構成されています。当院は地域周産期母子医療センターとしての責務を負っています。尾三地区を始め、西は竹原、北は県北部、南はしまなみ海道周辺の島嶼部、東は福山の一部まで幅広い地域から妊婦さんが受診されます。2022年度は分娩数399件、母体搬送受け入れ47件、新生児入院数358件、新生児搬送受け入れ12件などの実績を挙げています。

近年、出生数の減少が問題になっています。尾三地区も例外ではなく急速に減少しています。しかし、少子化ですが周産期医療の重要性は変わりません。多様化する患者ニーズに応えるため「量から

質」への転換を進める必要性を感じています。尾三地区を「安心して産み育てられる」地域にするため、少しでもお役に立てるよう出来ることを地道にやっけていくつもりです。

また、2021年4月から発足した周産期母子医療ワーキンググループの活動も軌道乗ってきました。医療の質の向上のみならず、経営改善に成果が上がっています。

医療福祉支援センター（地域医療連携室・入退院支援室）

地域医療連携室課長	岡	田	安	則
入退院支援室科長	西	田	朋	美

医療福祉支援センターでは盛谷センター長を中心に、看護師11名、医療ソーシャルワーカー5名、事務職7名のスタッフで構成されています。急性期病院である当院の特徴を踏まえ、医療依存度の高い患者およびその家族が、安心して療養を継続できるよう、地域の医療機関や介護・福祉・行政機関等と連携を図り、早期より支援をしています。

【地域医療連携室】

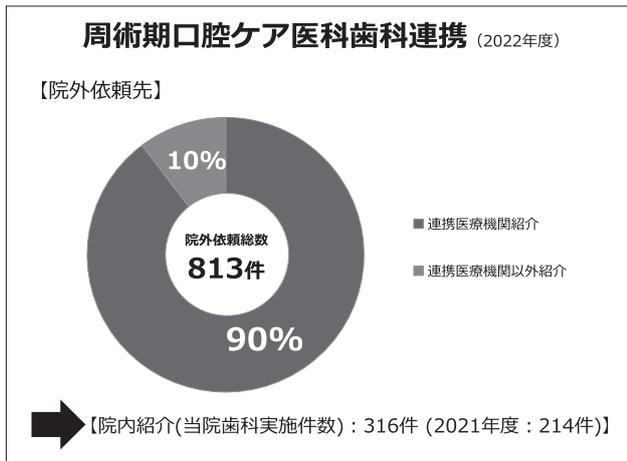
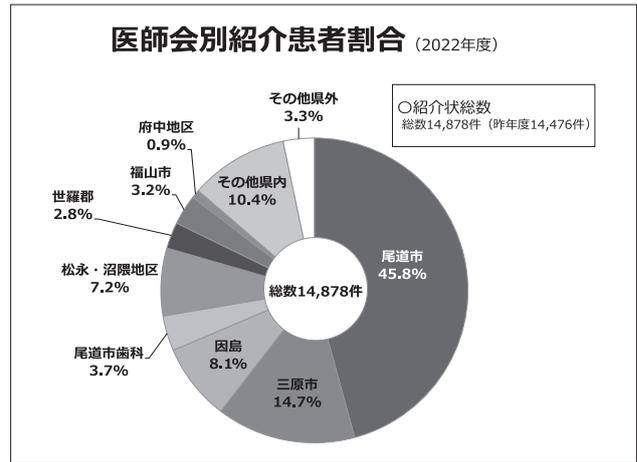
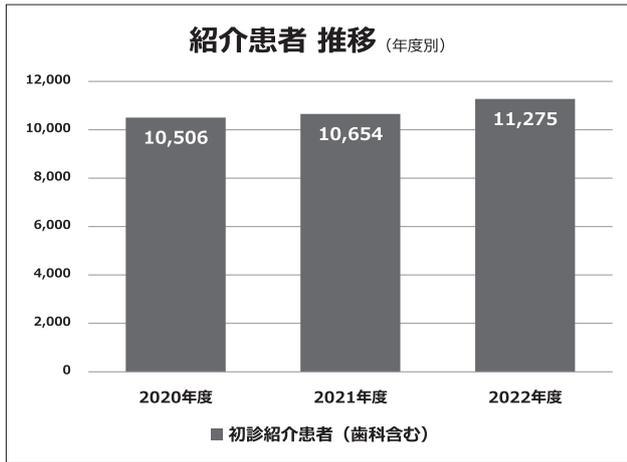
令和4年度は、新型コロナウイルス感染症感染拡大が続く中ではありましたが、紹介患者件数は徐々に回復してきております。また開催を見合わせておりました患者・家族向けの「ふれあいサロン」や「すいがん教室」もWEBを利用しながら、再開することができました。そして2月にはしまなみ交流館での市民公開講座「市民のためのがん最前線」を感染対策に十分留意しながら、3年ぶりとなる集合形式での開催に至り、約200名の方のご参加をいただきました。地域の医療機関等の研修会は、対面や集合形式を避け、WEBを通じた形式が中心となっており、当センターの医療相談についても、電話による相談件数が昨年度に引き続き増加しております。開業医の先生方との連携について、医療連携ニュースを発刊し、紙面により各診療科の紹介や新任医師の挨拶等を行ないました。

今後も院内・院外の連携を大切にして患者・家族が安心して治療ができるよう支援していきたいと思えます。

【入退院支援室】

入退院支援室では、入院前から退院後の生活を見据えた退院支援を行っています。患者さんが安心・納得して入院治療をうけ、退院後住み慣れた地域での療養や生活ができるように2023年4月からは退院困難となる要因を入院前から抽出するために、入院前スクリーニングの改訂を行いました。また、患者さんの元々の生活状況を把握したうえで入院治療ができるよう、在宅医療者と入院前から情報を共有する取り組みを開始しています。患者さんやそのご家族、また地域で患者さんを支える在宅支援者の情報をもとに、退院後の生活を見据え、入院病棟と情報共有を行なうことで治療が円滑にすすみ退院できるよう取り組んでいます。また、入院前・入院時には患者さんやご家族と面談を行い、入院中に必要な支援を多職種で介入できるよう情報共有を行っています。このことによって、入退院支援加算に貢献できるようになりました。

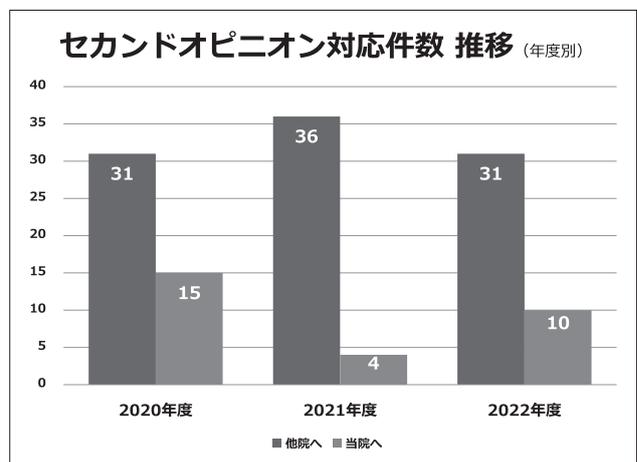
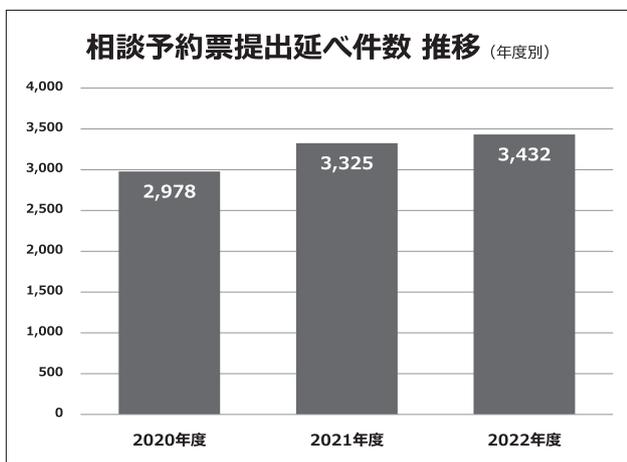
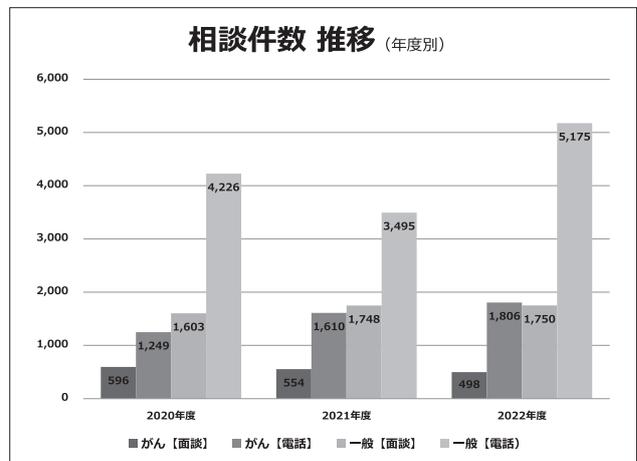
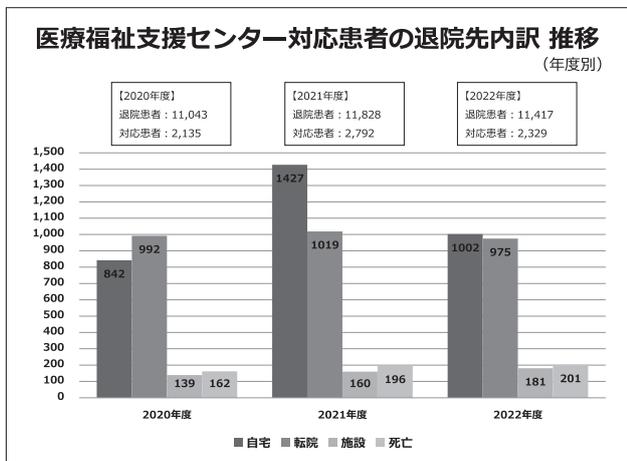
これからも患者さんが住み慣れた地域での生活が送れるよう、退院後の生活を見据えた退院支援を継続していきます。



病床管理 (2022年度)

○平均在院日数: 平均9.0日
○病床稼働率: 平均81.2%
○在宅復帰率: 平均94.0%

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
平均在院日数	9.0	9.2	9.3	9.3	9.2	8.8	8.5	8.9	8.9	9.8	8.8	8.7	9.0
病床稼働率	87.9	82.0	85.8	86.6	75.4	81.3	79.6	79.1	78.8	79.0	81.3	77.3	81.2
在宅復帰率	93.3	93.4	95.3	94.2	94.3	94.6	93.6	94.1	94.3	93.7	92.6	94.0	94.0



医療安全管理室

医療安全管理者 高 橋 忍

2022年度インシデント・アクシデント件数1429件（前年度1542件）の報告がありました。病床数の5倍そのうち1割が医師からの報告であると医療安全活動の透明性があると言われていています。22年度の活動目標は、インシデント・アクシデント報告総数1600件、医師からの報告件数の増加を目標としました。幹部会議、主任部長会議にて合併症事例についても報告をしてもらうよう伝達し、医師の報告件数は60件（前年37件）の報告がありました。患者・家族からカルテ開示を求められる事例もあります。迅速な対応を行う上でも報告・連絡・相談をお願いします。

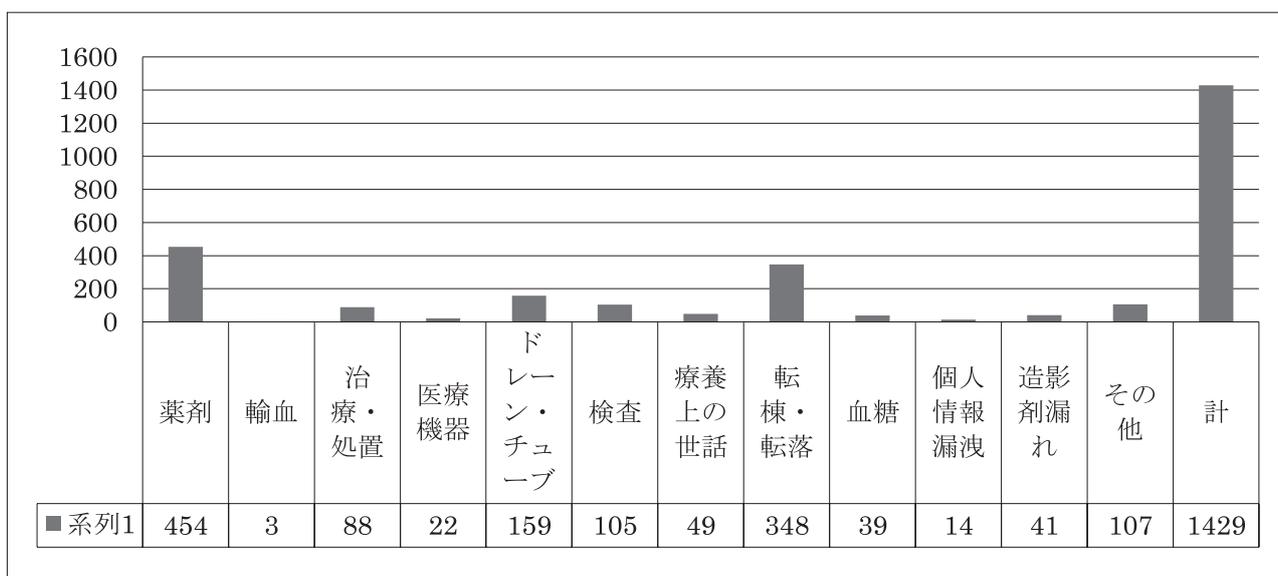
病理・画像レポートの見落とし対策として、毎月の医療安全管理会議で既読率を提示、また、2022年6月より胸部レントゲン撮影 AI 診断を導入しました。画像診断報告書の確認不足により、想定していなかった診断に気付かず治療の遅れを生じた事例、胸部写真の病変見落とし事例もありました。これらは、訴訟に繋がった事例もあります。見落とし防止の観点から、可能な限り複数人での画像チェックや AI 診断を参考にしてください。

2022年12月機能評価受審に向けて、説明と同意に関する運用と書式統一、口頭指示運用、誤認防止対策、持参薬指示書の運用等を整備、病院全体の課題解決に取り組みました。今後は、定着できるよう適宜診療録監査が必要と思います。

最後に、2019年2月から2023年3月まで、多職種の皆さんにご協力いただき医療安全管理者として業務しました。多くの事例を通してPDCAサイクルを回し、再発防止対策を検討することの重要性を学ぶことができました。「患者さんが安心して医療を受けられる環境を整え、各医療現場において安全で確実な医療を実践できる」を当院の医療安全管理指針としています。今後も、高度化複雑化する医療現場でスタッフが高い専門性を発揮し、医療の質・安全性の向上には、良好なコミュニケーションと情報の共有が重要と考えます。

患者安全・職員の安全を担保するために、引き続き医療安全活動ご協力をお願いします。

(2022年 インシデント・アクシデント報告)



健康管理課

課 長 山 根 保 博

健康管理課では、がんドック・2日ドック・1日ドック・健康保険組合健診・協会けんぽ健診を中心とした『施設内健診』を実施しています。

施設内健診では、2013年4月に「がんドック」がスタートして10年が経過しました。専門チームによる診断と高性能医療機器を使用し、がんの早期発見による更なる受診率の向上に取り組んでいます。また、JA 組合員・役職員を対象とした人間ドックやレディース検診を実施しており、各JAのニーズに対応した健診に取り組んでいます。

院外ではJA 組合員・役職員を中心とした生活習慣病予防健診・職員健診を『巡回健診』にて実施しています。

2022年度の健診活動においては、新型コロナウイルス感染症の拡大による健診延期・中止はなく、受診者の受入れを行うことができました。職員は感染防止対策を徹底して健診業務に励みました。

その他にも、巡回健診後の事後指導・健康教育・農業祭への参加・出前講座等、厚生連の病院にふさわしい保健予防活動を展開しています。

近年は新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、健診控え、人が集まる行事は中止となっていました。コロナ禍も収束が見えてきており、少しずつではありますが、従来の保健予防活動を行うこ

施設内健診	2021年度	2022年度
	受診者数	受診者数
がんドック	214	209
1日ドック	3,234	3,505
2日ドック	113	99
協会けんぽ健診	1,999	1,902
被爆者健診	4	2
子宮がん検診(単独)	799	780
乳がん検診(単独)	1,196	1,107
脳ドック	705	719
特定健診(単独)	299	373
計	8,563	8,696

施設内活動	2021年度	2022年度
	受診者数	受診者数
特定保健指導	86	87
保健指導	2,005	2,228
計	2,091	2,315

施設外活動	2021年度	2022年度
	受診者数	受診者数
保健事後指導	196	168
健康教育	0	65
健康祭・農業祭	0	0
計	196	233

巡回検診	2021年度	2022年度
	受診者数	受診者数
巡回健診	4,237	4,215
大腸がん健診	3,784	3,752
前立腺がん検査	337	336
その他	501	497
計	8,859	8,800

施設内検査	2021年度	2022年度
	受診者数	受診者数
胃内視鏡	4,300	4,303
胃 X-P	1,126	1,235
腹部エコー	4,460	4,716
大腸 CT	115	90
MRI	707	721
MRCP	49	47
肺 CT	494	454
(PET-CT)	19	12
乳がん MMG	2,291	2,256
乳腺エコー	1,009	992
子宮頸がん検査	2,897	2,504
子宮体がん検査	136	124
子宮エコー	249	265
頸動脈エコー	267	277
DXA	201	198
計	18,320	18,194

とができると考えています。

今後も JA 尾道総合病院の中の健康管理センターとしての強みを生かし、安全で体にやさしい健診を皆さんの協力を頂きながら実施していきます。

広島県厚生連尾道看護専門学校

いよいよ第5次改正カリキュラムが始動しました

教務課長 濱 川 英 子

2022年4月からいよいよ看護基礎教育は第5次改正カリキュラムによる運営が始まりました。

改正の主旨は ①地域医療構想の実現、地域包括ケアシステムの構築に向けた人材育成 ②AI や ICT の急速な導入に伴う看護師の就業場所の拡大 ③多様な場において多職種と連携し適切な保健・医療・福祉の提供への期待です。

私たちは、これらを踏まえて4年前からカリキュラム検討会を立ち上げ、JA 広島厚生連の組織の一員として地域に貢献できる看護師の育成を目指してきました。

特に設置主体が JA であるということ、設置場所が尾道市にあるということにはこだわって検討を重ねました。

まず、JA スピリッツである、人々の暮らしを「食とみどりを守る」という視点で、農業体験を取り入れました。

学生は体験を通して、農業に携わる方の暮らしを知り、作物を育てる大変さ、収穫の喜びとやりがいを知ることができました。そして同時に、日々の暮らしが健康に大きく影響を及ぼす点に気づいていました。

これらの学びは、地域の特性により人々の生活はさまざまであること、そして健康への価値観や受診行動に影響すること、さらに地域の医療体制にはその地域ならではの課題があり、自分たちはその課題に取り組む専門職であるという学びに発展させていきたいと思えます。

また地域に貢献する人材育成のために、身近な尾道市を知ろうという目的で、尾道の歴史や文化に造詣の深い方の話や、尾道市観光課の方に尾道の産業や観光について講義をしていただく機会を設けました。

さらにフィールドワークや、地域の方に健康についてインタビューを行い、学んだことを尾道新聞としてまとめました。

このように2022年はいよいよ第5次カリキュラムが始まったなという1年であり、自分たちが作ったカリキュラムで学生がどのように成長していくのか楽しみな1年となりました。

看護教員としては、時代に合わせた看護基礎教育を皆で考え、実践していくプロセスは大変な作業ではありますが、最もやりがいのあることです。

特に学生が看護を学び成長していく姿をみることはとても嬉しいです。

また、今回のカリキュラム改正では、教員自身が JA の組織理念を確認することで、自分たちのミッションを明確にし、尾道という地域を改めて知ることで愛着を持つことができたと感じています。

私たちは、第5次改正カリキュラムとともにこれからも地域に貢献できる看護師の育成に、皆で力を合わせて取り組みたいと思えます。

委員会報告

地域周産期母子医療センター運営委員会

昨年における委員会の活動状況, 委員会からの提言

委員長 坂 下 知 久

当委員会は、従来は不採算部門とされてきた新生児医療を、医療の質の向上を図りつつ、収益性を改善し採算部門にすることに取り組んでいます。

まず、NICU、新生児回復室の入院基準を見直すことで、新生児の安全性を改善しつつ、NICUの病床利用率を上げる取り組みを行いました。これによりNICUの病床利用率は約90%に達し、新生児特定集中管理加算は月1000万円に達しました。また、新生児回復室の利用率は45%に上昇し、新たに加算を開始した小児入院医療管理加算4の算定は月200万円で推移しています。

近年、少子化(出生数の低下)が予測を上回る速度で進んでいます。地方都市ではこの傾向は著しく、尾三地区でも毎年10%以上減少しています。一方で、分娩取り扱い施設の減少も進んでいます。尾三地区でも10年前は10件あった分娩取り扱い施設が、今では4件にまで減少しています。地域によっては「近くでお産」ができなくなったことで、「産み控え」が進んでいる可能性もあります。利便性を改善しつつ、安心して産める環境を作ることが、少子化に歯止めをかける一助になると考えています。そこで、昨年からは「妊婦さんに優しい病院」を目指すべく、いくつかの取り組みを進めています。その一つとして、当院に通院している妊婦さんにアンケートを実施しました。その結果、公共交通機関の利便性が悪いことから、ほぼ全ての妊婦さんが自家用車で通院していることがわかりました。通院における問題点として病院駐車場の渋滞を挙げる方が多かったため、妊婦さん優先の駐車場を作りました。また、新たに産後に「お祝い膳」の提供を開始し、概ね好評です。

一方で医療の質の向上も進めています。

早産の予防と帝王切開率の低減に取り組んでいます。

早産予防では約9年前から地域の一次施設と連携して取り組んでおり、切迫早産での入院期間が有意に短縮していることがわかりました。また、帝王切開率低減の取り組みとして、帝王切開意思決定の一元化、ロブソン分類を用いた評価、双胎の経膈分娩、骨盤位に対する外回転などにより実績を上げています。

今後も更にサービス、医療の質の向上を進めることで、「妊婦さんに選ばれる病院」となるよう努めて参ります。

臓器提供対応委員会

臓器提供対応委員会の活動状況

麻 酔 科 中 布 龍 一

厚労省の示す「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針」のなかで、脳死下での臓器提供施設として「救命救急センターに認定された施設」が挙げられている。当院に臓器移植提供対応委員会が設置されているのはそのためである。

令和4年度は日本臓器移植ネットワークが実施する「院内体制整備支援事業」に再々度応募し、そ

の支援を受けて臓器提供に関する院内整備をさらに進めていく予定であった。臓器提供者が院内で発生した場合に少しでも多くの委員が関わるができるよう、様々な院内シミュレーションや研修会への出張参加をいくつも計画していたが、残念ながらコロナの影響で達成することはできなかった。令和4年度は、臓器提供者が出た場合の手術室での手順をシミュレーションを通じて確認しただけで、令和3年度と同様目立った活動はできないまま次年度に突入してしまった。今後、日本臓器移植ネットワークホームページに掲載されている「脳死下臓器提供における手術室対応」や「法的脳死判定の手順」といった映像ギャラリーや臓器移植に関する様々なマニュアルを活用し、院内整備を進めることができたらと考えている。

委員会の真の目的は、「院内で臓器提供の事例が生じた場合、その妥当性について審議を行い、臓器提供時の対応を円滑に進めること」である。当院は未だ脳死下臓器提供の経験はないが、県下の相当数の病院が臓器提供を経験している状況である。ドナー候補者が発生したときには、臓器提供の妥当性を審議し、法的脳死判定、臓器摘出と滞りなく粛々と事が運べるように引き続き整備をすすめていきたい。

薬事委員会

(委員長 平野 巨通)

薬剤部長代理 安 原 昌 子

薬事委員会の活動内容は医薬品の新規採用、採用中止の検討、副作用情報の共有等、医薬品に係る諸問題など多岐に渡ります。

メンバーは各科主任部長、薬剤師、看護師、事務部門で構成され、令和4年度は6回開催、21の新規医薬品、13の新規後発医薬品の採用が承認されました。令和4年度の1年間の医薬品購入金額は約20億9千万円となり、令和3年度に比べ約9千6百万円の減少となりました。この医薬品費の減少は新型コロナウイルス感染拡大による病床数の調整や病棟閉鎖の影響が要因の一つと考えられます。一方でオプジーボ[®]、キイトルーダ[®]、イミフィンジ[®]など免疫チェックポイント阻害剤等の高額医薬品の購入費は前年度に比べ約1億3千万円増加となっています。また、最近では様々な医薬品の供給が不安定な事態となり先生方には大変ご迷惑をおかけしております。

平野委員長をはじめ各薬事委員会委員の先生方にご指導を受けながら病院の健全な運営に貢献すべく委員会を運営していく所存でございます。

今後ともご協力の程、よろしくお願い致します。

輸血療法委員会

(委員長 佐藤 克敏)

事務局 金 本 隆 司, 青 山 奈 央 子

輸血はヒト由来の血液または血液成分で補う治療法です。輸血で補うことができる成分は主に赤血球・血漿成分および凝固因子・血小板です。医療にとって不可欠ではありますが、一定のリスクを伴うことから安全かつ適正に使用する必要があります。

輸血療法委員会では、「輸血療法の実施に関する指針」(厚生労働省医薬食品局血液対策課)に基づき血液製剤の使用状況調査、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握と対策、適正使用の推進、

血液製剤の安全性に関する情報収集などを行っています。

2022年度は6回の委員会を開催しました。その協議事項について報告します。

1. 血液製剤の使用状況

2022年度に使用した血液製剤は、赤血球液（以後 RBC）2661単位（前年度 3400単位）、新鮮凍結血漿（以後 FFP）1040単位（前年度 1540単位）、濃厚血小板（以後 PC）1710単位（前年度 1910単位）、自己血 16単位（前年度 20単位）で、洗浄赤血球は使用がありませんでした（前年も使用なし）。RBC・FFP 比は 0.37（昨年 0.45〔基準値 0.54未満〕）でした。血漿交換は 1 件ありました。RBC, FFP, PC, 自己血すべての製剤において前年度より使用が減少していました。新型コロナウイルスの影響による予定手術延期などが原因と考えられます。

廃棄血は RBC 26単位（前年度 24単位）、FFP 18単位（前年度 16単位）、PC 10単位（前年度 30単位）、自己血 15単位（前年度 10単位）で、廃棄率はそれぞれ RBC 0.98%（前年度 0.71%）、FFP 1.73%（前年度 1.04%）、PC 0.58%（前年度 1.57%）であり、廃棄製剤の合計金額は 482,358円（前年度 609,202円）となりました。全体としての廃棄率は前年度を下回り 1.10%（前年度 1.11%）となりました。

今年度の廃棄率は全国平均の 1% を超えてしまいましたが、廃棄量としては年々減少傾向にあります。廃棄金額を見ても 5 年前と比べると半分以下の額となっています。これは先生方のご協力により血液製剤の適正使用を遵守して頂いた結果であると思われます。血液製剤は善意によって献血された大変貴重なものであり、この度の新型コロナウイルスのような未知のウイルスが再びパンデミックを起こした際に製剤の安定供給が困難になると考えられますので、引き続き血液製剤の適正使用のご協力をよろしくお願い致します。

2. 輸血副作用報告

輸血副作用の報告は計52件でしたが、輸血による感染が疑われ「詳細調査」を行った症例はありませんでした。

報告回収率は2022年度も100%でした。今後ともご協力よろしくお願い致します。

3. 協議事項

• 輸血・血漿分画製剤・自己血の説明書と同意書の変更について

機能評価にむけて2022年から協議し、変更しました。同意書は概ね一週間有効であり、製剤使用の目的が変わるたびに患者様へ説明が必要となります。「単位数」の記載も必須ですのでご協力をお願い致します。

• 製剤使用同意書の運用基準変更

医療安全マニュアル（総論）「V-①患者への説明と同意について」を参照し病院全体の書式に統一、変更しました。

• 広島県合同輸血療法委員会の協議事項で広島県は「災害時などにおける医療機関間の輸血用血液製剤の譲受・譲渡に関する指針」を作成中です。災害時のシュミレーションを含めて実際に災害が起こった時にどういう対応をしていくのか院内ルールが必要と思われます。今後検討が必要な事項です。

• 輸血実施運用マニュアル変更

看護手順書の変更に伴い、輸血実施の見直しを行いました。簡易マニュアルとして見目にわかり

やすく表記しました。ぜひご活用下さい。

- 遡及調査について

病原体の存在が疑われた血液製剤に関する情報および当該製剤が投与された患者感染に係る情報などを血液センターに提出し分析・評価されます。病原体に関しては HBV・HCV・HIV および HEV が対象となります。

今年度は2件の遡及調査があり、どちらも HEV 関連検査で陽性となり遡及調査の対象となりました。その後の検査で患者さんへの感染は確認されませんでした。

4. その他事項

3年続いた新型コロナウイルスの影響で今年度も献血率の低下があり、特に濃厚血小板製剤について先生方には早目の予約にご協力ありがとうございました。今後ますます高齢化が進む中、血液製剤を確保することが難しくなってくると予想されます。また、免疫性、感染性などの副作用や合併症が生じる危険性や、致命的な転機をとることもまれにあることから、血液製剤が本来的に有する危険性を改めて認識し、より適正で安全な医療を行っていただけるように今後も情報を発信しながら活動していきたいと思えます。

臨床検査適正化委員会

(委員長 平野 巨通)

事務局 金 本 隆 司

令和4年度の検体数は昨年度同様新型コロナウイルスの流行は治まることはなかったですが、徐々に対応にも慣れてきましたがしかし令和4年7月ごろから再度流行し始めた第7波と第8波では今までにはなく院内での感染が広まりました。今年度も新型コロナウイルス感染拡大により多少の影響を受けましたがほぼ例年並みの検体数で推移していきました。

令和4年度冬季は季節性インフルエンザが新型コロナウイルスの感染拡大が始まって以来の全国的な流行となりましたが、その他感染症は前年同様流行することなく令和4年度は終了しました。

令和3年度4月にゲノム連携病院に認定され検査室においても遺伝子パネル検査等の検査項目が追加され、遺伝子検査件数も徐々に増加してきました。

令和4年度外部精度管理では日本臨床検査会精度管理調査267点中263点で、微生物検査で1件、血液検査で2件、生理検査で1件のD評価がありました。原因として設問の解釈を誤り、結果判定を誤っており、是正として設問内容を正しく理解する事を徹底しました。令和4年度より始まったPOCT精度管理調査では当院で使用している迅速キットを使用し調査を行いました。日本医師会精度管理調査655点中634点（総合評点96.8点）でD評価はなく良好な結果となりました。広島県臨床検査精度管理調査115点中115点となり満点を取ることができました。令和4年度の外部精度管理全体ではD評価が4件ありましたが、良好な結果が得られたと思えます。また、令和4年度末から日臨技品質保証施設認証の更新を行っていきます。施設認証を受けることにより検査値の品質保証が増すと考えます。今後も正確で迅速な結果報告に努めていきたいと思えます。

早朝緊急検査は非常に多い状態が続いています。検体が多い時には電話対応もできない場合もあり、本来の緊急検査が遅れる事例も発生しています。早朝検査は最小限、必要な検体だけを提出していただきますようご協力をお願いします。

【協議事項】

1. CK-MB について

当院ではCK-MBを免疫阻害法にて測定を行っておりますが、令和4年4月1日より診療報酬改定に伴い保険請求できなくなるため、測定法を蛋白量測定へ変更した。今後試薬に関して今よりも安価なメーカーの検討も進めていくこととした。

2. 肺機能検査について

新型コロナウイルス感染拡大に伴い原則中止し、どうしても必要な患者さんには新型コロナウイルスPCR検査を受けて陰性確認を行った後に肺機能検査を行う流れとなっていたが、生理検査室の感染対策としてクリーンパーティションを導入することにより7月4日より肺機能の一部再開されました。また、基本最低限必要な患者さんに限定にし、コロナ検査は不要とした。

3. 機器更新について

病院が移転して11年経過したが、検査室においても移転時に多くの機器が更新時期を迎えている。特に免疫測定機器の更新においては使用するメーカーで値が変わる場合があることに承知いただいた。本来ならば何か月か同時併用していきたいが大型機器の為困難な場合も考えられ、その時期が来れば改めて相談をさせていただくこととした。

4. 呼気テストについて

消化器内科より呼気テストの結果を現在 (+), (-) で返しているが、これだと治療効果がどの程度あったかわからない為、数値か、(+) でも (1+) や (2+) などと表記してもらえないかとの要望があった。メーカーに確認するとオンラインで行っているところは測定結果に表示される数値を返しているところもあり、数値はある程度菌量を反映しており、治療効果の確認に使用できるのではないかとの回答があり、数値も返す方向で検討していくこととした。

(令和4年度)

委員長	平野 巨通 (検査科主任部長)		
委員	和田 知久 (検査医)	吉山 知幸 (外科)	濱井 宏介 (内科)
	岩瀧真一郎 (小児科)	阿美古 将 (脳外科)	巴 宣人 (医事課)
	中村 明彦 (総務課)	松村真由美 (6 A)	小林 雄一 (5 A)
	佐々木健司 (病理検査科)	永金 理恵 (検査科)	事務局 金本 隆司 (検査科)

クリニカルパス委員会・診療情報管理委員会

委員長 森 浩 希

診療情報管理会議は月一回の定期で開催されています。重要議題のひとつが退院時サマリー作成状況の審査です。「退院後14日以内でのサマリー作成率が90%以上」が診療録管理体制加算の必要条件です。年間の集計では達成できていますが、月々の分析では、年度替わり直後に低下する傾向にあります。入院中の診療行為を振り返って評価・記録・公表することは医療の根幹であり、医師の責務です。忙しいことは重々承知していますが、速やかな作成をお願いいたします。

2022年度のクリニカルパス委員会は、経費節減委員会と共同して、パス内容の見直しをおこなってきました。経費節約の観点から内容を吟味することにより、いくつかの課題が浮かび上がりました。

使用材料をより安価なものに変更すれば経費節約につながることで、入院期間が短すぎるとかえって売りに上げに寄与しないこと、などです。手間を省く自動化手段として導入されたパスですが、適切な運用や使用後の評価も求められています。さらに委員会で検討を重ねていきます。

これらの委員会から派生した「複雑性係数向上のためのワーキンググループ」も一定の成果をあげつつあります。

院内感染対策委員会

(委員長 宇根 一暢)

医療安全管理室 感染管理科 棒 田 静 香

令和4年度においても新型コロナウイルス感染症対応の迅速化を図るため、1回/週（必要時、臨時招集あり）「新型コロナウイルス感染症対策会議」を開催し、会議内では協議された内容や方針・対策の周知徹底を図りました。

約3年間にわたって対応してきた新型コロナウイルス感染症も、2023年5月8日より感染症分類が5類相当に引き下げられました。今後の動向を注視しながら、院内で安全に医療が提供できるよう対応していきたいと思えます。

また、令和4年度の大きなトピックスとして診療報酬改定がありました。これまでの『感染防止対策加算』から、より地域の医療施設間の連携を重要視した『感染対策向上加算』への変更です。この『感染対策向上加算』には、加算1、加算2、加算3、外来加算の分類があり、それぞれに役割が課せられています。また、新興感染症や院内でアウトブレイクが発生した場合に、速やかに対応できるよう平時から連携を図り有事を想定した訓練も必要となります。当院は地域の感染対策を牽引する役割の『加算1施設』として、感染対策チーム（ICT）と抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が主体となり、連携する加算2・3施設や外来加算算定クリニックと一つのチームとして、地域全体の感染対策の向上を目指す活動を行っています。内容としては、4回/年連携施設と合同カンファレンスを開催し、各施設が実践している感染症対応や問題点について意見交換を行っています。また、抗菌薬の適正使用にむけ各施設の使用状況をデータ化しフィードバックしています。連携する施設からはこの取り組みに対し好意的な評価を頂いています。また、この連携は連携施設間だけにとどまらず、尾道市医師会や東部保健所とも情報共有を図っています。

今回の新型コロナウイルス感染症の経験が、感染対策の重要性を再認識させる起点になったと考えます。感染は突発的に発生し即時対応が必要となります。その際に慌てることがないように、日頃からの訓練と地域全体で対応できる『仲間』作りを行っていきたくと考えています。

化学療法運営・レジメン委員会

(委員長 濱井 宏介)

薬剤師 栗 原 晋 太 郎

本委員会は、がん化学療法を安全に行うにあたりレジメンの有効性、安全性および化学療法運用について検討するため、キャンサーボード運営会議の下部組織として2013年4月に設置された。抗悪性腫瘍薬適正使用および、ガイドラインに準じた標準的治療の推進を行っている。事務局を薬剤科とし、化学療法センター長をはじめとする複数診療科の医師、薬剤師、看護師、栄養士を中心とした組織で

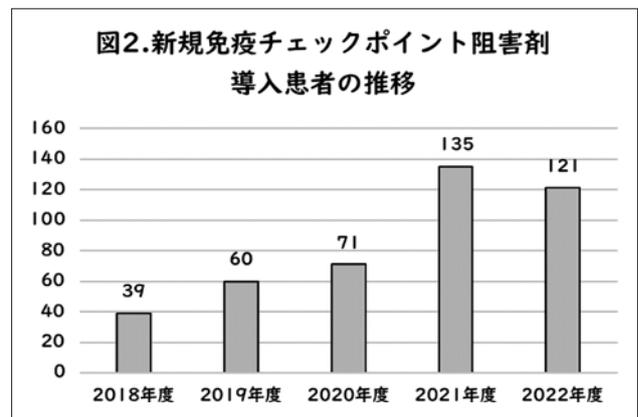
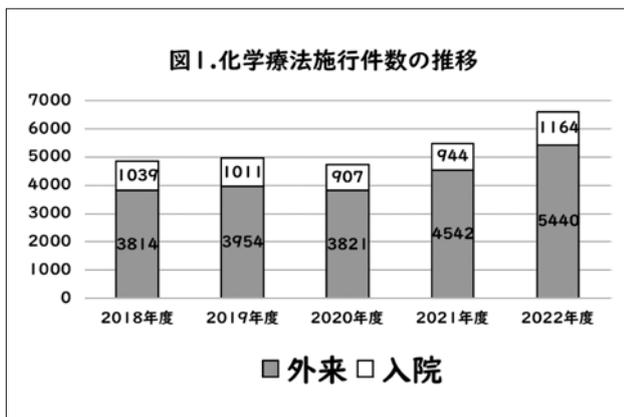
ある。

2022年度は27レジメンが承認され、2023年3月31日現在、総レジメン数は346レジメンとなった。化学療法施行件数は6,604件（外来5,440件、入院1,164件）で前年度に比べ外来・入院患者共に大幅に増加した（図1）。

昨今、免疫チェックポイント阻害薬は癌種横断的な適応拡大、さらに術前・術後補助薬物療法に適応を拡大している。2022年度新規の免疫チェックポイント阻害薬導入患者は121名であった（図2）。免疫チェックポイント阻害薬の特徴的な副作用として、稀ではあるがirAE（免疫関連有害事象）が発現し、従来の殺細胞性抗悪性腫瘍薬では経験したことのない副作用が報告されている。当院では2022年度PMDA（医薬品医療機器総合機構）に10件（肝炎4件、肺障害3件、I型糖尿病・ギランバレー症候群・腸炎各1件）を報告した。免疫チェックポイント阻害薬は、単剤治療のみならず複数剤併用（①PD-1阻害薬+CTLA-4阻害薬、②①の治療法に殺細胞性抗がん薬を加えた併用療法、③殺細胞性抗がん薬+PD-1阻害薬、④③の治療法に血管新生阻害薬を加えた併用療法、⑤マルチキナーゼ阻害薬+PD-1阻害薬）など組み合わせのバリエーションが複雑となり、副作用プロファイルは、ますます多様化している。

今年度、irAE対策小委員会において、院内連携シートを更新し、重篤なirAEが発生した際の報告体制および専門科との院内連携システムを構築した。

今後も安全で効果的ながん医療に貢献できる体制整備に努めていきたい。



緩和ケアセンター運営委員会

（委員長 則行 敏生）

事務局 井田 隆代

令和4年度において、緩和ケアセンター運営委員会は主に地域がん診療連携拠点病院と院内外の緩和ケアの質の向上と普及を目的として、毎月第1火曜日に開催しています。

【委員の構成】

メンバーは医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、理学療法士、歯科衛生士、公認心理師、社会福祉士及び事務職で構成されています。

【令和4年度の検討課題と結果】

(1) 緩和ケア医師（PEACE）研修について

緩和ケア普及のために、2022年11月27日(日)に緩和ケア研修を開催しました。集合研修で医師・研修医10名、看護師等コメディカル7名、院外コメディカル1名の計18名で研修を行いました。来年度以降も多職種の参加に向けて取り組みを行っていきます。

(2) マニュアルやテンプレート等について

化学療法テンプレートの作成や、医療用麻薬のマニュアル改正を行いました。また、がん病態栄養専門管理栄養士の研修が当院で行えるようになったため、院内各部署にご協力いただき来年度より研修を開始することとなりました。

(3) 各職種データ報告について

毎月の各職種のデータを集計し、課題や見直し等に役立てていましたが、令和4年度のより各職種の負担軽減のため3か月に1度の報告へ変更いたしました。

(4) PCDA サイクルについて

前年度に引き続き、緩和ケア診療に関する PDCA サイクルについて、積極的に活動を行いました。今年度の相互評価病院は県立広島病院であり、実施計画に対する評価は高評価をいただきました。また、今年度は歯科と栄養科にご協力いただき、がん診療連携拠点病院職員研修を実施いたしました。新型コロナウイルス対策として紙面研修とし、ポストテストを行いました。次年度のテーマは「医療用麻薬について」に決定したため、引き続き次回研修に向けても取り組んでいきます。

【まとめ】

令和4年度緩和ケアセンター運営委員会では、主に上記の取り組みを行いました。今後も引き続きがん拠点病院として進めてきた取組等の評価や病院の各部署・各医療職において緩和ケアへの理解と知識の普及を進めていきたいと考えております。

手術部運営委員会

手術部運営委員会の活動状況

麻 酔 科 中 布 龍 一

手術部運営委員会は毎月第3水曜日に開催している。委員は手術に関わる外科系の部長を中心に看護科長、臨床工学科長、施設資材課長など18名で構成されている。委員会では、手術室全体・診療科別の手術件数、手術室の稼働状況、手術室全体の収支データを月毎に示し、前年度の平均値や前年度の同時期の数値と比較をしながら供覧している。そのほか、手術部における運営上の問題点があれば取り上げて協議したり、連絡事項があればそれを伝達したりしている。

令和4年度はコロナが収束に向かっている状況であることを肌で感じてはいたが、凶らずも入院制限・手術制限をせざるを得ない時期が生じてしまった。また、ウクライナ情勢の改善の兆しが見られない中、一部の物品・薬剤の供給が制限されることが再々あった。最終的に年間手術件数は4898件（前年比約4.5%減）で、過去3番目であった令和2年度並みの手術件数となった。今後も With コロナが続く中、不安定な世界情勢が続く中、状況によっては多少の手術制限が必要となるかもしれないが、地域医療を支える重要な一部門として機能を維持できるよう努めていきたい。

令和4年度は、収入面でも令和2年度並みの収入となった（前年比約5.2%減）。材料費は収入と概ね正の相関を示すが、この1年間は収入に占める材料費の割合に注目して月毎の手術部運営資料を確認してきた。令和4年度は材料費とくに非償還材料費は前年比6.5%減と、収入減以上に非償還材料費をより減じることとなっていた。各診療科のコストカットに対する意識の表れだと考えている。手

術部運営委員会規定の中に委員会の任務として「コスト管理にかかわる使用材料の検討」が挙げられている。引き続き各診療科のご協力をお願いします。今後も高い手術ニーズが続く中で、来年度は働き方改革に向けて時間外業務の削減を進めていくという難題と向き合わないといけないが、特別な策があるわけではない。我々は緊急手術の件数をコントロールすることはできないので、予定手術を日勤帯中に終了できるよう各診療科にお願いし続けるほかないのが現状である。こちらもまた引き続きご協力をお願いします。

図書委員会

昨年における委員会の活動状況 図書委員会からの提言

放射線科 目 崎 一 成

現在の図書関連の状況につき報告させていただきます。

今年はコロナも5類に引き下げになって、規制緩和の兆しの見える一年となりました。諸事情により図書委員会での討議はままなりませんでしたが、利便性の高い電子図書を活用し、臨床に活用いただければ幸いです。

さて例年のお願いとしては、貸し出された図書が返却されず、製本時に欠けてしまう問題があります。お手元に長期借りている図書があれば返却をお願いいたします。特に異動される前には私物に紛れていないかご確認をお願いします。

図書について何かありましたら総務の図書担当あるいは目崎にご連絡戴ければ対応しますのでよろしくをお願いします。

NST 運営委員会

(委員長 小野川靖二)

NST 専従 城 谷 千 尋

令和4年度は主に以下の活動を行いました。

1. NST 回診

令和4年度は合計495名の患者に対して栄養学的な助言を行いました。対象患者の入院診療科は合計13診療科にわたっています。

2. 栄養サポートチーム加算

平成22年度よりNST回診に対して保険点数が認められるようになり、当院では平成22年7月より栄養サポートチーム加算を取得しています。令和4年度は合計で956件の加算を取得しています。令和4年度はCOVID-19患者に多く介入した年となりました。

3. 消化態栄養剤

令和2年度より消化態栄養剤である「ペプタメン AF」の使用を開始していましたが、令和4年度より本採用として使用することが決まりました。消化態栄養剤は窒素源がアミノ酸やペプチド（ペプチドやトリペプチド）に分解されているため、消化・吸収がされやすいという特徴があります。また、

ペプチドはアミノ酸とは別の吸収ルートがあるため、たんぱく質を効率よく消化吸収することが出来ると考えられています。ペプタメン AF の特徴としては、①1.5kcal/mL 濃縮タイプ②高たんぱく質含有、6.3g/100kcal③乳清たんぱく質のためカード化しにくく酸性化で液体④吸収効率の良い中鎖脂肪酸（MCT）20%配合（脂質中50%）⑤抗炎症作用のある n-3 系脂肪酸（EPA・DHA）の配合 があります。

その他当院で採用している消化態栄養剤としては、胃内で半固形化する特徴のある「ハイネックス イーゲル」があります。他にも半消化態栄養剤を複数採用しています。病態の特徴にあわせて適切な栄養管理が行えるよう、適宜見直しを行っていききたいと思います。

4. NST 教育・資格

当院は、日本臨床栄養代謝学会認定の「栄養サポートチーム（NST）専門療法士認定教育施設」であり、NST 専門療法士資格取得をめざす看護師・薬剤師・管理栄養士・臨床検査技師などの教育を行っています。令和4年度は9名（うち院内より1名）の NST 専門療法士研修（40時間）を受け入れ、研修を行いました。

また、当院の NST 専門療法士の資格保有者は管理栄養士3名、看護師3名、薬剤師4名の計10名です。令和4年度は管理栄養士・薬剤師の2名が新たに資格取得しました。

5. NST 勉強会

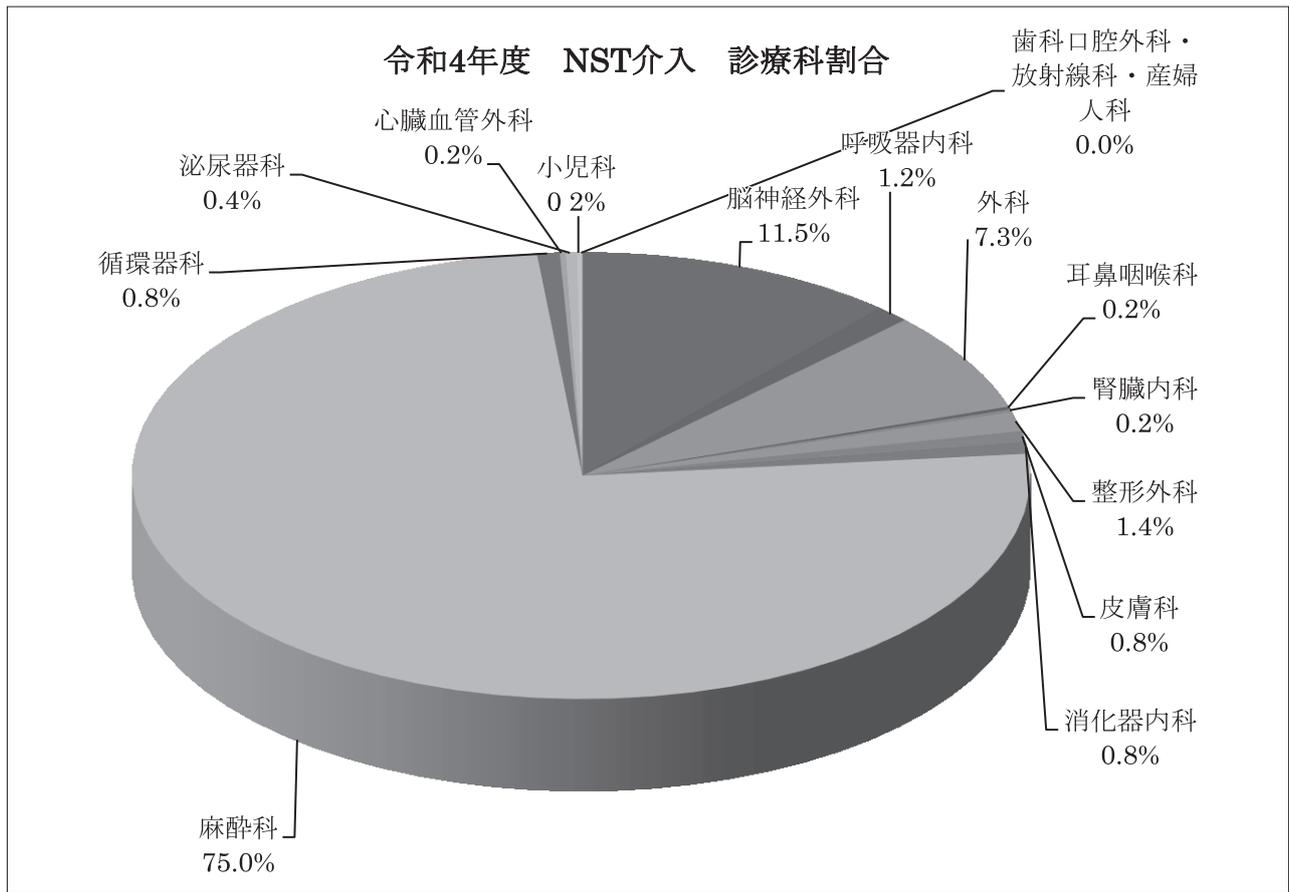
令和4年度は合計6回の勉強会を行いました。令和4年度より2ヶ月に1回、偶数月での開催としています。適切な栄養療法を実施していくための知識や技術の習得を目的として、栄養に関する基礎知識から最新の話題まで幅広い内容を取り入れて実施しています。

6. 学会・研究会活動

令和4年6月18日に第36回 NST を本音で語る会が開催され、当番病院として当院 NST 運営委員会は企画・運営を行いました。また、その会の中で当院より基調講演と一般演題の2題を発表しています。上記以外にも NST に関する様々な学会・勉強会に参加し、新しい知識の習得に努めました。今後も院内・院外ともに活発な委員会活動を行っていききたいと思います。

令和4年度 NST 介入 診療科別割合

診療科	脳神経外科	外科	呼吸器内科	消化器内科	皮膚科	腎臓内科	泌尿器科	整形外科	耳鼻咽喉科	循環器科	小児科	麻酔科	心臓血管外科	合計
人数（人）	57	36	6	4	4	1	2	7	1	4	1	371	1	495
割合（%）	11.5	7.3	1.2	0.8	0.8	0.2	0.4	1.4	0.2	0.8	0.2	74.9	0.2	100



「厚生連尾道総合病院医報」 投稿規定

1. 投稿者は、本院職員あるいは関係者とする。
2. 原稿の種類は、図説、原著、総説、CPC、看護研究、論文発表、学会発表、各科紹介、その他とする。
3. 原稿の採否については、編集委員会に一任のこと。
4. 原稿は、オリジナルの他、データ（ワードもしくはテキスト形式で保存し、図表はパワーポイントに保存されているものでも可）を保存したメディア（USBもしくはCD-R）もあわせて直接持参するか下記へ送付する。

送付先 〒722-8508 尾道市平原1-10-23 尾道総合病院内 医報編集委員会

原著、総説、CPC、看護研究の原稿は、原則として400字詰原稿用紙15~20枚程度（刷り上がり4~5頁）とする。図表の1枚は原稿用紙1枚と換算して、原稿枚数に含める。

5. 図・表・写真は、本文中に貼り付けしないで、必ず1枚ずつA4判の別紙に貼り付けること。本文の欄外に挿入箇所を指示すること。
*パワーポイント等で発表したスライドでの提出も可、その際プリントした図表を添付のこと。
6. 図・表・写真は、図1、表2のように記載し、第1図、第2表などとはしない。
なお、写真は図とする。
7. 本文中に引用した文献は、引用順に番号をつけ、本文中に1)、2)として引用箇所を明示すること。

・雑誌は

著者名：標題、雑誌名 巻：頁-頁、西暦年とする。

例) 1) 上野沙弥香, 佐上晋太郎, ら：当院における家族性腓癌の一家系例. 広医 65(7): 532-538, 2012.

2) Grines CL, Browne KF, et al: A comparison of immediate coronary angioplasty with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. N Engl J Med 328 : 673 - 679, 1993.

・著者（単行本）は

著者（編集者）名：書名、版数、所在地、発行所、引用頁、西年暦とする。

例) 1) 呉 建, 沖中重雄：自律神経系総論. 6版, 東京, 金原出版, 355-393, 1965.

2) Scher AM : Physiology and Biophysics. 19th Ed, Philadelphia, Saunders, 365 - 599, 1965.

・単行本にある論文の引用については

例) 1) 鳥飼龍生：甲状腺機能低下症. 甲状腺叢書第2巻 甲状腺の臨床. 久保政次ほか編, 東京, 協同医書出版社, 82-103, 1957.

2) Furth J, Lorens E : Carcinogenesis by ionizing radiations. In Radiation Biology, ed by Hollaender A, New York, McGraw-Hill, Vol 1, pt 2, 1145-1201, 1954.

註) 1. 著者名は姓名の順とする。

2. 著者名は2名まで記載し、3人目以降は省略して“ら”または“et al”とする。

3. コンマ、ピリオドに十分注意すること。

8. 「論文発表」に関しては, 著者名, 標題, 雑誌名をそれぞれ改行して記載する。著者名は全ての姓名を記載
雑誌名は, 雑誌名 卷: 頁-頁, 西暦年とする。
例) 7) 八幡 浩, 黒田義則, 土肥雪彦
胃癌における CDDP 術中腹腔内洗浄の検討
消化器癌 5 : 19-21, 1995.
8) Takasi Urushihara, Kazuo Sumimoto, Ryo Sumimoto, Masanobu Ikeda,
Yasuhiko Fukuda and Kiyohiko Dohi
Prevention of reperfusion injury after rat pancreas preservation using rinse solution
containing nafamostat mesilate.
Transplantation Proceedings 28 : 1874-1875, 1996.
9. 「学会発表」に関しては, 学会名, 演題, 発表者をそれぞれ改行して記載する。学会の開催地・開催年月日(元号年)を()書きする。発表者名は全ての姓名を記載する。
例) 1) 第84回日本病理学会総会(名古屋 H7.4.17-19)
原爆被爆者における中枢神経系腫瘍の発生率研究
米原修治, 藤井秀治, 岸川正大, 小武家俊博, 徳永正義, 徳岡昭治,
Dale L. Preston, 馬淵清彦
2) 第36回日本肺癌学会総会(千葉 H7.10.17-18)
シンポジウム1 悪性中皮腫最近の知見
悪性中皮腫の遺伝子異常
米原修治, 井内康輝
10. 「各科紹介」に関しては, 各科の現況, 動き, 話題などについて記載してください。
記載者の職名を必ず記載してください。
11. 執筆された原稿のコピーを1部お手元にお置きください。
12. 投稿規定をよく読んで, 規定にしたがってご執筆くださるようお願いします。

編 集 後 記

編集委員長 森 浩 希

医学を修める者が最初に学ぶのは解剖学であり、解剖学は基礎中の基礎とみなされている。画像診断を生業とする以上、筆者の座右にも解剖に関する書物や図譜がいくつかある。そのうち最も高名で教科書中の教科書といえる書は「分担解剖学」（金原出版）であろう。名の通り複数の専門家による分担執筆書であるが、筆頭著者に挙げられているのは森於菟である。肩書きは東邦大学名誉教授で日本の解剖学の泰斗であるが、文豪森鷗外の長男という方が有名かもしれない。於菟（おと）とは珍しい名前であるが、本人の著書（「父親としての森鷗外」ちくま文庫、1993年、原書は1969年発行）によれば、中国の古い典籍から引用した虎を意味する漢語であり、寅年生まれにちなんだ命名とのことである。ただしOttoと書けば、これはドイツに多い男性名であり、鷗外が国際的に通用する名を付けたのが本意であろうと記してある。事実、鷗外は自分の子と孫には悉く外国語読みが可能な名前を付けた。長女茉莉（Marie）、次男不律（Fritz）、次女杏奴（Anne）、三男類（Louis）、そして孫は真章（Max）、富（Tom）と。今ならキラキラネームとして揶揄されそうだが、当時は文豪ならではの銜学趣味に溢れた敬虔な命名とみなされていたかもしれない。

「分担解剖学」の初版は昭和25年（1950年）である。筆者が所有する第11版（昭和57年発行）には歴代の序文が並べてあり、それによれば、戦後の混乱期に取り急ぎ作られたため不備な点が多く、版を改めるごとに完全の域に近づけたい、と記されている。これまでの改訂で於菟の記述がどの程度残っているのかは残念ながら不明だ。ただし古めかしい記述は残っているので、筆者の興味を引いた腰椎の項目から引用してみる。

「横突起は短く、後方に向い、上関節突起の外面に癒合して独立した突起とならない。（中略）横突起尖端の下部は、その外下方から出る小さな棘状の副突起をつくる。副突起のすぐ前から側方に長く突出する扁平な突起は腰部の肋骨が癒合したもので、肋骨突起と呼ばれる」

胸椎の側方への突起は横突起と呼ぶのに対して、腰椎のそれはなぜ肋骨突起と呼ぶのか。漠然と疑問に思っていたが、既に半世紀以上前の教科書に答えが記してあった。つまり横突起と肋骨（突起）は別物で、胸椎には両者が併存するが、腰椎の横突起は痕跡のみで本来の肋骨が肋骨突起として単独で存在している、という訳だ。自分の無知を恥じるとともに、医学的な常識のようにさりりと書いてあることに驚く。

医学の知識や技術は日進月歩であり、とかく最新の知見が重んじられる。10年前の教科書の記述はもはや通用せず、最新の雑誌や論文の内容に精通していなければ振り落とされる世界である。その中で70年以上前の教科書がいまだに読み継がれ、読み込む度にそれまで気付かなかった知見が得られるのは驚異的なことであろう。

本書「厚生連尾道総合病院医報」の役割は解剖学の教科書とは異なるが、少しでも長く読み続けられるよう、編集者として努力していきたい。

本書に寄稿していただいた方々に感謝いたします。

【編集委員会】

委員長：森 浩希 診療部長

委員：花田 敬士 副院長

小野川靖二 消化器内科主任部長

中原 雅浩 診療部長

安原 昌子 薬剤部長代理

柿本 文重 看護部副部長

金本 隆司 臨床研究検査科長

濱川 英子 看護学校教育課長

中村 明彦 事務部長・総務課長

巴 宣人 事務次長・医事課長

道面 勇貴 総務課員

竹内 礼子 総務課員



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

循環器領域で
医療に貢献する。



トアエイヨーは

「循環器領域を中心に独創的な新薬を通して
人々の健康に寄与する」を企業理念に掲げ、
循環器領域を中心とした

医療用医薬品の製造販売を行っております。

「患者さまの“QOL”(クオリティオブライフ)を
支えるのは私たちである。」

そうした使命と自覚のもと、

当社はこれからもハート(循環器)の

“A”(エース)であり続けます。

トアエイヨー
www.toaeiyo.co.jp



なんとかしたい。
だから、挑む。

人類の歴史にはさまざまな挑戦者がいた。どんなに失敗しても、彼らの熱意や想いが何度も立ち上がらせ、その結果、常識を打ち破り新しい世界を見せてくれた。医薬はどうだ。空を自由に飛び、宇宙にまで届く時代に、私たちの体の中には未解決の課題が山積している。私たちにはやるべきことがある。助けなければならない人がいる。だから、挑む。住友ファーマは、精神神経領域およびがん領域を重点疾患領域とし、これまで紡ぎあげてきた当社の経験と知識を最大限生かせるこれらの領域において、引き続き、医薬品、再生・細胞医薬、非医薬等の研究開発に挑み続けます。

 **Sumitomo Pharma**
Innovation today, healthier tomorrows



詳しくはこちら

医療・健康ニーズに对应て、
人々の健康・福祉にいっそう貢献したい。



患者さんのために、わたしたちにできることがきっとある。
これからも医療・健康ニーズをとらえ、独創的な新薬を開発してまいります。



MOCHIDA

持田製薬株式会社

<https://www.mochida.co.jp/>



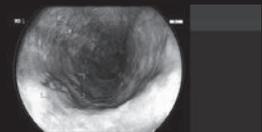
AIが見つめる、内視鏡検査の未来

CAD EYEとは富士フィルムの内視鏡診断支援機能のブランド名称です。膨大な臨床データから深層学習(Deep Learning)を活用して開発。内視鏡検査における病変の検出と鑑別をサポートします。

検出用上部内視鏡画像診断支援プログラム

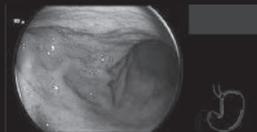
検出支援モード

食道扁平上皮癌疑い領域検出支援



食道扁平上皮癌または、胃腫瘍性病変である可能性のある領域を検出し、その結果を内視鏡画像に重ねてリアルタイムにモニターに表示します。

胃腫瘍性病変疑い領域検出支援



検出・鑑別用下部内視鏡画像診断支援プログラム

検出支援モード



大腸ポリープの可能性のある領域を検出し、その大腸ポリープが腫瘍性または非腫瘍性である可能性を推定し、リアルタイムに推定結果をモニターに表示します。

鑑別支援モード



機能拡張ユニット EX-1

EX-1にプログラムをインストールすることで様々な機能をご提供します。

動画静止画保存・ネットワークプログラム

EW10-SC01

静止画記録 動画記録 ネットワーク機能

検出用上部内視鏡画像診断支援プログラム

EW10-EG01

病変検出支援機能

検出・鑑別用下部内視鏡画像診断支援プログラム

EW10-EC02

病変検出支援機能 疾患鑑別支援機能

一般的名称: 病変検出用内視鏡画像診断支援プログラム
販売名: 内視鏡検査支援プログラム EW10-EG01
承認番号: 30400BZX00217000 JANコード: 4547410477122

一般的名称: 疾患鑑別用内視鏡画像診断支援プログラム
販売名: 内視鏡検査支援プログラム EW10-EC02
承認番号: 30200BZX00288000 JANコード: 4547410425949

富士フィルムメディカル株式会社 〒106-0031 東京都港区西麻布2丁目26番30号 富士フィルム西麻布ビル tel.03-6419-8045(代) <https://fujifilm.com/fms/>



遺伝子組換え天然型ヒト成長ホルモン製剤 ソマトロピンBS皮下注5mg・10mg「サンド」シュアパル専用注入器

シュアパル[®] 5 シュアパル[®] 10

SurePal[®] 5・10

■ 操作方法又は使用方法、禁忌・禁止を含む使用上の注意等については、取扱説明書・添付文書をご参照ください。

シュアパル 医療機器認証番号 227ADBZX00080000 管理医療機器 医薬品ペン型注入器

製造販売
サンド株式会社
東京都港区虎ノ門1-23-1

サンド株式会社 オムニコールセンター
フリーダイヤル:0120-062-256 受付時間(土・日、祝日及び当社休日を除く) (薬剤に関するお問い合わせ) 9:00~17:00
(シュアパルに関するお問い合わせ) 8:30~22:30 URL:<http://www.sandoz.jp>

2021年11月作成

処方箋医薬品^{注)}
クロライドチャンネルアクチベーター

薬価基準収載

ルビプロストンカプセル Amitiza Capsules 24 μ g

注)注意—医師等の処方箋により使用すること

「2. 禁忌」、「4. 効能又は効果」、「5. 効能又は効果に関連する注意」、「6. 用法及び用量」、「7. 用法及び用量に関連する注意」等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元 ヴィアトリス製薬株式会社
東京都港区虎ノ門5丁目11番2号
〔文献請求及びお問い合わせ先〕メディカルインフォメーション部
フリーダイヤル 0120-419-043

AMT72N019
2023年1月作成

 VIATRIS

選択肢をつくる。 希望をつくる。

なんでも選べるこの時代に、
まだ選択肢が足りない世界があります。
そこでは、たったひとつの選択肢が生まれることが、
たくさんの希望につながります。
だから、田辺三菱製薬はつくります。

病と向き合うすべての人に、希望ある選択肢を。

この国でいちばん長く培ってきた
薬づくりの力を生かして、
さまざまな分野で、挑みつけていきます。
そこに待っている人がいるかぎり。

 田辺三菱製薬
<https://www.mt-pharma.co.jp/>

 MITSUBISHI
CHEMICAL
GROUP



薬価基準収載

日本化薬の 消化器がん領域 製品ラインナップ

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品*

シスプラチン製剤

動注用アイエーコール[®] 50mg
100mg

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品*

シスプラチン製剤

ランタ[®] 10mg/20mL
25mg/50mL
50mg/100mL

抗悪性腫瘍剤/抗VEGFヒトモノクローナル抗体 生物由来製剤・創薬・処方箋医薬品*

ペバシズマブ(遺伝子組換え) [ペバシズマブ後続4]製剤

ペバシズマブ[®] BS点滴静注 100mg
400mg [CTNK]

抗HER2ヒトモノクローナル抗体 抗悪性腫瘍剤 生物由来製剤・処方箋医薬品*

トラスツズマブ BS点滴静注 60mg
150mg [NK]

トラスツズマブ(遺伝子組換え) [トラスツズマブ後続1]製剤

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品*

パクリタキセル注射液

パクリタキセル[®] 注 30mg/5mL
100mg/16.7mL [NK]

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品*

オキサリプラチン点滴静注液 50mg
100mg
200mg [NK]

オキサリプラチン点滴静注液

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品*

日本薬局方 イリノテカン塩酸塩注射液

イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg
100mg [NK]

製造販売元 マイラン製薬株式会社

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品*

(チロシンキナーゼインヒビター)

イマチニブメシル塩酸塩

イマチニブ[®] 錠 100mg [NK]

代謝拮抗剤 創薬・処方箋医薬品*

テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合口腔内崩壊錠

エヌケ-エスワン[®] 配合OD錠 T20
T25

テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合口腔内崩壊錠

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品*

カベシタピン錠

カベシタピン[®] 錠 300mg [NK]

製造販売元 マイラン製薬株式会社

タキソイド系抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品*

ドセタキセル[®] 点滴静注液 20mg/1mL
80mg/4mL [NK]

ドセタキセル注射液

代謝拮抗剤 抗悪性腫瘍剤 創薬・処方箋医薬品*

ゲムシタピン点滴静注液 200mg/5mL
1g/25mL [NK]

ゲムシタピン塩酸塩注射液

製造販売元  **日本化薬株式会社**
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

【文献請求先及び問い合わせ先】

日本化薬株式会社医薬品情報センター
0120-505-282

*注意—医師等の処方箋により使用すること

日本化薬株式会社医療関係者向け情報サイト

<https://mink.nipponkayaku.co.jp/> '23.8作成

※効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については、電子添文をご参照ください。

抗悪性腫瘍剤

毒薬、処方箋医薬品^(注) (注)注意—医師等の処方箋により使用すること

エルプラット[®] 点滴静注液 50mg
100mg
200mg

一般名：オキサリプラチン

薬価基準収載

製造販売元(資料請求先)

株式会社ヤクルト本社

〒105-8660 東京都港区海岸1-10-30

☎ 0120-589601 (くすり相談窓口)

【受付時間】10:00~16:00 (土・日・祝日ならびに当社休日を除く) 2023年4月作成

人も地球も健康に

Yakult



※「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」等については電子化された添付文書をご参照ください。



// より良い明日へ

バイエルはイノベーションや治療法の提供を通じて、患者さんのための治療に変革をもたらす持続可能な取り組みを推進しています。私たちの目的“Science for a better life”に沿って、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>

 Science for a better life

PR-BEN-JP-03/19-20-11

理 念

- ・私たちは生命の尊さと人間愛を基調に、力を合わせて病める人々を守ります。
- ・私たちは、地域の基幹病院としての自覚を持ち、常に新しくより高い知識の習得と技術の研鑽に励みます。

基 本 方 針

農業協同組合員によって創設されたJA尾道総合病院は、その組合員及び地域すべての住民のための保健・医療・福祉・介護活動を通じて、医師会と連携し地域に貢献します。

JA 尾道総合病院