

行きたい病院には^{わけ}理由がある。_____



済生会病院の **実力**

CONTENTS



ごあいさつ	群馬県済生会前橋病院 院長 吉永 輝夫…………… 3
血液内科	副院長 (兼)血液内科代表部長 (兼)白血病治療センター長 高田 覚…………… 4
総合内科	総合内科代表部長 直田 匡彦…………… 5
内分泌・糖尿病内科	内分泌・糖尿病内科代表部長 荻原 貴之…………… 6
腎臓リウマチ内科	腎臓リウマチ内科代表部長 (兼)透析センター長 三島敬一郎…………… 8
消化器内科	院長 吉永 輝夫……………10 消化器内科代表部長 (兼)内視鏡センター長 田中 良樹 消化器内科部長 畑中 健
循環器内科	循環器内科代表部長 中野 明彦……………12
外科・腹腔鏡外科センター	院長補佐 (兼)外科・腹腔鏡外科センター長 (兼)患者サポートセンター長 細内 康男……………14 外科代表部長 藍原 龍介
呼吸器外科	副院長 (兼)呼吸器外科代表部長 茂木 晃……………16
眼 科	眼科代表部長 中村 春香……………17
整形外科	整形外科代表部長 後藤 涉……………18
麻酔科	麻酔科代表部長 中島 邦枝……………20
麻酔科 ペインクリニック	麻酔科代表部長 中島 邦枝……………21
リハビリテーション科	リハビリテーションセンター長 (兼)リハビリテーション科代表部長 白倉 賢二……………22
放射線科	放射線科代表部長 久保田 潤……………23
病理診断科	病理診断科代表部長 (兼)検査科長 柏原 賢治……………24
緩和ケア内科	緩和ケア内科代表部長 平山 功……………25
検診センター	検診センター長 (兼)循環器内科部長 池田 士郎……………26



ごあいさつ



群馬県済生会前橋病院
院 長

吉 永 輝 夫

令和3年は昨年にも増して大変な年になっています。執筆時点では新型コロナの強烈な第4波が医療を席卷し、ワクチン接種が行き渡る前に日本を未曾有の危機にさらしています。当院に呼吸器内科の常勤医はおりませんが、本年2月24日から中等症までの陽性患者の受け入れを開始しました。現場の緊迫した状況はこれまでと同様ですが、抗原検査やPCR検査も整備され迅速に陽性確認が行えるようになりました。3月からは緊急・予約すべての入院患者に対して入院前にコロナのスクリーニング検査を実施しています。新型コロナそのものの治療はもちろんですが、それ以外の通常診療をいかに適切に維持し続けるかという視点が医療崩壊を防ぐという意味で重要性を増しております。病院の掲げる「断らない医療」の実現に向けた体制の構築は、新型コロナに積極的に向き合うことで強化されつつあると実感しています。

一昨年のいわゆる再編統合問題は新型コロナの影響で相変わらず延び延びになっています。以前からお示しさせていただいている専門医療の実績を踏まえ、再編統合には該当しないことを調整会議では御理解いただいておりますが、ポストコロナを想定した次世代の地域医療構想に向けて更なるバージョンアップが必要と考えています。

こんな慌ただしいコロナ禍ではありますが、嬉しいニュースもありました。念願の医師の補充が実現し、内分泌・糖尿病内科の青木先生が常勤として参加していただけるようになりました。荻原部長の一人体制から二人体制に充実することで診療内容の幅が広がり、登録医の先生方のニーズにより的確に対応できるはずと期待を寄せています。これに関しては、今後も適宜アナウンスさせていただきます。

例年6月に開催してきた登録医大会は、新型コロナの影響で昨年に引き続き今年度も中止となりました。症例検討会や学術講演会も従来の対面ではなくWEBあるいはハイブリッド開催で行うなど、思うに任せない状況が続いております。従来は登録医大会で先生方にお配りしている本冊子ですが、本年も例年通り更新させていただくことになりました。当院の現況、あるいは将来に向けて努力している姿をご理解いただければ幸甚です。今後とも済生会前橋病院をご支援いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。





群馬県における急性白血病の中核病院として



副院長
(兼)血液内科代表部長
(兼)白血病治療センター長

高田 覚

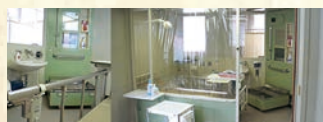
はじめに

造血器腫瘍の発症頻度は低く、また、群馬県内で造血器腫瘍を診療できる病院も多くありません。そのため群馬大学血液グループでは、造血器腫瘍別に中核病院を決めており、当院は急性白血病を担当しております。多くの急性白血病の患者さんを診療することにより、急性白血病の診療レベルを向上させることができています。さらに、high volume centerであるため、新薬の治験にも参加しやすくなり、治療法がなくなってしまった患者さんに治療を提供できる可能性が生まれます。

当院では、「全ての急性白血病の患者さんに対して最良の医療を自施設で提供できる」ことを目指しています。治癒を目指せる患者さんに対しては積極的に強力な化学療法及び造血幹細胞移植を実施しています。残念ながら治癒を望めない患者さんに対しては、QOLを保ちながら輸血を中心とするBest supportive care (BSC) を行っています。

診療体制

当センターの常勤医は6名です。そのうち4名が血液専門医で3名が造血細胞移植専門医です。外来は毎週火曜日の午後に血液専門外来を行っています。加えて月、水、木、金にも各一名の血液内科医が外来を担当しています。白血病が疑われる患者さんは月曜から金曜まで毎日対応可能です。急ぎの場合は直接ご連絡ください。入院はB棟3階に47床のベッドを有しており、一般病床が24床、写真に示している移植用完全無菌室 (class100) が3床、化学療法用無菌室 (class1000) が20床です。治療に際しては、医師と看護師に加えて薬剤師、栄養士、理学療法士等の多職種スタッフが直接患者さんとの関わりを持ちながら診療を行っています。



移植用無菌室 (class 100)



化学療法用無菌室(class 1000設計)

診療実績

2020年度はのべ630人の患者さんが入院治療を受けています。群馬県内に加えて埼玉県、栃木県からも患者さんを受け入れています。上位3疾患は急性骨髄性白血病、骨髄異形成症候群、急性リンパ性白血病でした。新規の急性白血病の患者さんは66名で、急性骨髄性白血病が64人、急性リンパ性白血病が19人、その他の急性白血病が4人でした。

a. 化学療法

2020年度はのべ240人の急性白血病患者さんが入院治療を受けています。2019年度の厚労省のデータでは、全国にDPC算定病院が5147あり、当院の急性白血病患者さんの入院数は第14位でした。また、成人白血病治療共同研究機構にも属しており、治療成績の向上を目指して臨床試験も行っています。

b. 造血幹細胞移植

白血病治療のもう一つの柱である造血幹細胞移植は、例年20名前後の患者さんに実施しています。これまでに630人の方が移植を受けられています。このうち、196人が血縁者間移植、275人が非血縁者間（骨髄バンクからの）移植でした。2005年からは臍帯血移植も実施しており、これまでに157人の方に臍帯血移植が実施されています。

c. BSC

高齢や全身状態不良で抗癌剤治療が受けられない方、治療抵抗性となってしまった方に対しては出来るだけ在宅で過ごしていただくために外来での輸血を行っています。通院が困難な方につきましては近隣の医療機関を紹介し、ご本人とご家族の負担軽減を図っています。

d. 薬剤の開発治験

急性白血病の薬物療法はここ数年、急速に進歩しています。分子標的治療薬や抗体医薬に加え、遺伝子工学を用い改変した第三者の細胞や培養細胞を用いた細胞用法が開発されつつあります。当院は製薬企業の薬剤の開発治験に積極的に協力しています。2020年度の新規治験参加者は第1/2相治験が1名、第2相治験が4名、第3相治験が2名でした。

セカンドオピニオンについて

当センターでは既に他医で白血病の治療を受けている方に対して、セカンドオピニオン（予約制）を受け付けております。ご希望がありましたら地域連携課へご連絡ください。



総合内科

スペシャリズムとジェネラリズムの架け橋として



総合内科代表部長
直田 匡彦

当院における“総合内科像”

いままで循環器内科医として勤務をさせていただいておりましたが、昨年より主に初診患者様に対応させていただくようになり、本年4月より総合内科を掲げさせていただいております。直田と申します。内科学の発展により臓器別の専門分化が進む昨今ですが、未曾有の高齢化社会では全身多臓器に疾患を合併し、その各々が見過ごすことができない症例に遭遇する機会もまた増加している実感があります。治療介入すべき対象疾患を計画的に治癒させていくためのコーディネーターとしての役割を担う医師が必要なのでは？と思ったことが契機でした。医療ニーズは医師ではなく、当院を紹介して下さる家庭医の先生方や患者様方が決めることであると考えています。日本内科学会専門医制度でも、「総合内科専門医」の置かれている診療現場によって、「総合内科専門医」に求められる具体的医師像が異なることこそが、generalityを基盤にする「総合内科専門医」の特徴・本質である。と述べられており、柔軟な対応を心掛けております。

診療体制

医師一人の診療科です。もちろん他科との連携が必須ですが、標的臓器が不明確な病態例や臓器横断的な視点での加療が必要な患者様を主に担当させていただいております。入院が必要であるが疾患病態・当該科が不明である患者様など、当科へご紹介いただければ幸いです。

臨床教育

当院は初期研修医を受け入れている基幹病院であります。高分解能CTや進歩著しい血清学的指標を駆使し正診を得、最先端の内科的・外科的治療に帰結するように思われますが、あくまで基本は的確な問診と診察による内科診断的技術であり、至適薬物療法であり、そこに選択の余地はないように思います。研修医の先生方は、総合内科外来と当直にて初期対応と診断技術を学びます。

以上の観点から総合内科専門医とは、地域医療・外来診療・病棟において、患者の診断・治療を総合的に判断できるホスピタリストとして、地域医療ネットワーク、病院内の医療チームの要として機能する一内科医であると考えます。

よろしくご指導のほどお願い申し上げます。





糖尿病・内分泌疾患ってどんな病気？



内分泌・糖尿病内科代表部長

荻原 貴之

➤ 糖尿病、内分泌疾患とは ➤

現在、糖尿病の患者数の増加は世界的な問題となっています。本邦も例外ではなく、2016年の国民健康栄養調査では糖尿病が強く疑われる人は約1000万人、糖尿病の可能性を否定できない人は約1000万人とおよそ2000万人、即ち国民の6人に1人が耐糖能障害を有すると推計されています。

糖尿病の最大の問題は血糖値が高いことだけではなく、高血糖が持続することにより惹起される合併症であり、それに伴ういわゆる健康寿命の短縮、さらにその治療に要する医療費を含めた経済的損失です。糖尿病の合併症は、古くからいわれている糖尿病網膜症、腎症、神経障害といった比較的細い動脈が障害される細小血管障害のほか、虚血性心疾患など比較的太い動脈が障害される大血管障害がありますが、最近では癌、感染症、認知症や骨粗鬆症なども糖尿病に合併する危険性が高いことが明らかになり、現在の糖尿病診療ではこのような疾患も視野に入れた治療が求められるようになってきました。

一方、身体の恒常性を維持する物質の一つにホルモンがあり、その異常によって発症する病気が内分泌疾患です。代表的なものとして甲状腺疾患、副腎疾患、副甲状腺疾患などがあり、症状としても疲れやすい、元気がない、いらいらする、体重が減ってきた、血圧が高いといったつかみどころのないようなものが多いですが、治療により症状が劇的に改善することが多いです。

➤ 当院における糖尿病並びに内分泌疾患の診療 ➤

当院内分泌・糖尿病内科では荻原とこれまで非常勤医師として勤務しておりました青木智之医師が常勤医となり2名で診療にあたっています。

現在およそ1200名の方が当科外来に定期的に受診されおり、そのおよそ8割の方が糖尿病に罹患された方です。糖尿病診療では、経口血糖降下薬による治療だけでなく、外来でのインスリン療法の導入も積極的に行っています。また、ただ単に血糖値のコントロー

ルを行うだけでなく、定期的な栄養指導や服薬指導、透析防止指導、フットケアも行っております。

2020年から新型コロナウイルス感染症が流行したことからいわゆる受診控えなどがみられ、当科でも一時的に受診間隔を延長することなどを行い対処致しました。そういったことから一時的には当科の受診者数も減少を見せましたが、同年夏からは受診者数の回復をみると同時にそういった環境の中でも、当科の特徴である外来での療養指導件数や糖尿病の栄養指導件数、フットケアの施行件数は例年と大きな変化を見せることは無く推移しており、当科における外来診療のクオリティを維持できたものと考えております。特に栄養指導は外来だけでなく入院中もきめ細かく行われ、当科での入院ではなく糖尿病の食事療法の指導が疎かになりがちな他科入院中の方を対象にした集団栄養指導も充実させました。更に、透析防止指導の件数は県内随一と考えられ、当院における糖尿病診療は血糖コントロールだけでなく様々な合併症に対してきめ細かく対応できるシステムとなっているといえます。今年度からは近隣の先生方からのアクセスをより簡便にした栄養サポート外来、療養指導外来やフットケア外来を新たに開設し当院での療養指導の裾野を広げる試みを行っております。

また、当科では病診連携にも力を入れており、後に述べます教育入院に引き続き連携バスを用いた病診連携で診療を行っている方がおよそ40名おり、連携バスを用いない形での病診連携で診療を行っている方も多数おります。

内分泌疾患については診断のための検査はなるべく外来で行っており、糖尿病診療と同様に入院して行う治療、検査は最小限に留めるなどの工夫をしています。具体的な例としましては甲状腺疾患の診断はもとより、近年は血中メタネフリン2分画の測定が保険適応となったことから内分泌性高血圧症の鑑別診断のための検査の殆どを外来で完遂できるようになりました。内分泌性高血圧症の中でも比較的頻度が高いとされている原発性アルドステロン症の診断においても、カプトプリル負荷試験、立位フロセミド負荷試験、生理食塩水負荷試験を外来で行い診断を確定する様に務めております。原発性アルドステロン症の診断が確定した方で手術療法による治療のご希望をお持ちの方には選択的副腎静脈サンプリングの検査を一泊二日の入院で行っており、その病巣の局在診断まで最短の入院期間で可能となるよう

に工夫しております。ちなみにここ3年間の選択的副腎静脈サンプリングの検査件数は11例(2018年)、6例(2019年)、5例(2020年)と推移しております。

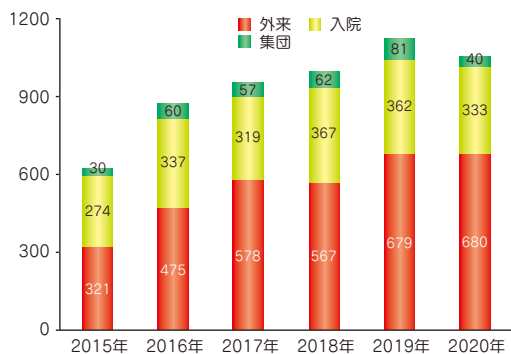
糖尿病教育入院

糖尿病は教育の病気であると言われており、糖尿
病診療において患者教育は重要な位置を占めていま
す。当院では教育入院にも力を入れており、3日間
あるいは1週間の入院期間の内に医師だけでなく看護
師、栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士
といった専門の職員から糖尿病治療に関しての講義
を受けることができます。昨年度は新型コロナウイルス
感染症の影響もあり例年よりは少なく糖尿病教育
のために入院された方は23名にとどまりました。
外来ではどうしても診療時間が短くなりがちで、糖
尿病の合併症の詳細な説明を始め糖尿病に関連した
臨床検査成績の評価の方法、セルフケアについての
詳しい説明はなかなか困難であります。教育入院
の機会を利用して糖尿病治療に関する知識を習得す
ることにより、外来での治療内容についてもより深
く理解していただけるものと考えております。

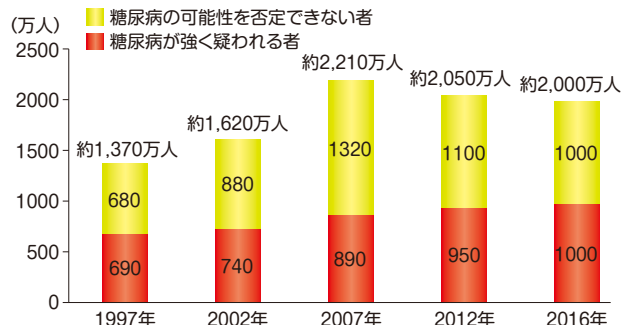
終わりに

最新の糖尿病治療ガイドでは、糖尿病治療の目標
は健康な人と変わらない人生を送る（送ることを支
援する）ことと掲げられるようになりました。決して
低いHbA1cを維持することではありません。糖尿
病や内分泌疾患は生命の維持に直結するものでは
ない場合が多いと考えられますが、的確な診断並び
に治療を施すことによっていわゆる生活の質（Qual
ity of Life）が改善され健康な人と変わらない人生
を送ることを手助けできるものと信じております。

栄養指導件数の推移



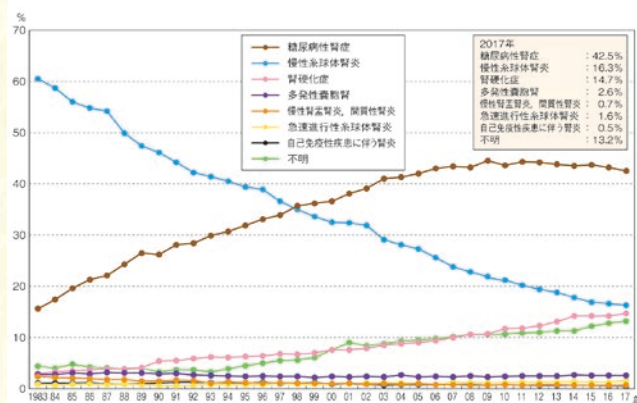
日本における糖尿病人口の推移



糖尿病の可能性を否定できない者:HbA1c (NGSP) 値が6.0%以上、6.5%未満 (2007年
まではHbA1c (JDS) 値が5.6%以上、6.1%未満) の者。
糖尿病が強く疑われる者:HbA1c (NGSP) 値が6.5%以上 (2007年まではHbA1c (JDS)
値が6.1%以上)、または、これまでに医療機関や健診で糖尿病といわれたことがあり、「糖
尿病の治療を受けている」と回答した者。
※1997年、2002年、2007年はJDS値、2012、2016年はNGSP値を用いて判定。

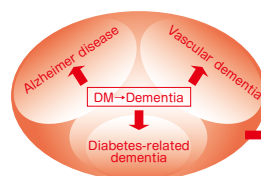
2016年国民健康・栄養調査 (厚生労働省)

透析導入の主要原因疾患の推移



日本透析医学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現状」

糖尿病性認知症



- ・高齢
- ・HbA1cが高い
- ・糖尿病の罹病が長い
- ・インスリン治療例が多い
- ・海馬萎縮は軽度
- ・ApoE4保有者が少ない
- ・注意力障害は高度・遅延再生障害は軽度
- ・進行が緩やか

糖尿病性認知症の臨床診断ガイドライン

1. 2型糖尿病：コントロールは不良のことが多い。
2. 認知症：記憶障害より注意・集中力の障害が目立ち、進行はやや緩徐である。
3. CT/MRI：血管性病変や白質病変は軽微で、大脳萎縮はみられるが海馬領域の萎縮は軽度である。
4. SPECT/PET：大脳後方連合野の血流/代謝の低下を認めず、アミロイドPETは陰性である。
5. 脳脊髄液：リン酸化タウ蛋白の上昇やAβ42の低下はみられない。
6. アポリポ蛋白E (ApoE) 遺伝子多型：ApoE4キャリアは少ない。(せいぜい30%以下)
7. 除外基準：甲状腺機能低下症、ビタミンB1・B12低下症、アルコール中毒、頭部外傷、血管性認知症、その他の変形型認知症

日本内科学会雑誌104巻9号



腎臓リウマチ内科

腎臓病・リウマチ膠原病の診療について



腎臓リウマチ内科代表部長
(兼)透析センター長

三島 敬一郎

腎臓リウマチ内科・透析センター

当科・当センターは腎臓病・リウマチ膠原病を専門とする4名の医師で構成されていて、腎疾患では急性/慢性腎炎・ネフローゼ症候群、糖尿病性腎症、さらには透析療法（血液透析、腹膜透析、血漿交換療法など）に対応しています。透析センターは維持透析のみではなく、合併症の治療が可能です。

一方、リウマチ膠原病関連では関節リウマチや全身性エリテマトーデス、ANCA関連血管炎などの精査加療を行っており、その症例数は漸増しています。

1. 検尿異常から腎不全まで

最新の治療法も積極的に取り入れており、患者さん個々に合わせた最適の治療をめざしています。医師を中心に、専門性の高い看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床工学技士が連携し、腎臓病に必要な治療・教育を行っています。（2018年より慢性腎臓病教育入院を導入いたしました。右頁スケジュール参照）。腎臓病の治療はむろん大切ですが、その予防はより大切です。

2. 患者さん自身による透析療法の選択

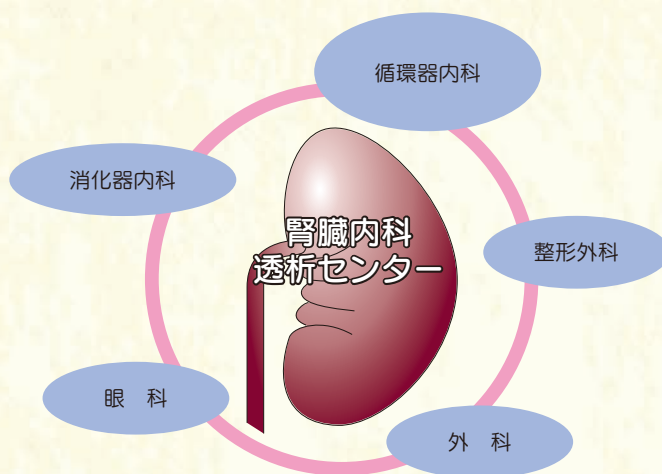
透析というと血液透析を思い浮かべる方が多いと思います。当院では血液透析・腹膜透析のどちらも可能で、患者さんの希望を尊重し、医学的・社会的

な判断を行ったうえで透析の方法を決定しています。

腹膜透析は、尿量の維持、血管の保存、生活の自由度が高いなどの利点を持ち、適応のある方には積極的に検討したい治療法です。

3. 多様な血液浄化療法

院内の各科と協力して、血漿交換、エンドトキン吸着、白血球吸着、LDL吸着、持続血液透析濾過など多様な血液浄化療法を行っています。



4. 合併症を持った透析患者さんの治療

県内各地の医療機関から以下のような合併症で紹介される透析患者さんが多数いらっしゃいます。治療後、落ち着いた段階でもとの医療機関にもどり、透析を継続していただいています。

- ①心筋梗塞、狭心症、閉塞性動脈硬化症など（循環器内科、心臓血管外科）
- ②消化管疾患、胆嚢・膵臓疾患、肝腫瘍など（消化器内科・外科）
- ③骨折・下肢壊疽など（整形外科）
- ④白内障・網膜症など（眼科）




5. 原因不明の発熱、関節痛、筋肉痛の原因は？

膠原病患者さんの非特異的所見として、しばしば上記のような訴えを起こす方がいらっしゃいます。もし「いろいろ対応してみたけどなかなか熱が下がらない、関節痛・筋肉痛が改善しない」というような患者さんがいらっしゃいましたら、一度ご相談いただければ何かしらお手伝いできるかもしれません。



最新の血液浄化装置

慢性腎臓病（CKD）教育入院 スケジュール

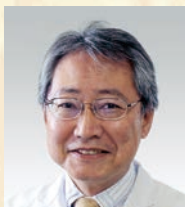
	外来	入院日	入院 2日目	入院 3日目
		水曜日	木曜日	金曜日
検査	<input type="checkbox"/> 身長・体重測定 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 身長・体重測定	<input type="checkbox"/> 蓄尿開始 <input type="checkbox"/> 体重測定	<input type="checkbox"/> 蓄尿提出 <input type="checkbox"/> 体重測定
食事		<input type="checkbox"/> 腎臓病食開始(昼～) <input type="checkbox"/> 飲水制限		
学習			<input type="checkbox"/> 食事療法について <input type="checkbox"/> 運動療法について <input type="checkbox"/> 腎不全基礎知識 パンフレット説明	<input type="checkbox"/> 療法選択説明 <input type="checkbox"/> 腎不全治療法 (DVD視聴)
その他		<input type="checkbox"/> 検査結果説明 <input type="checkbox"/> 持参薬確認		
	入院 4日目	入院 5日目	入院 6日目	退院日
	土曜日	日曜日	月曜日	火曜日
検査	<input type="checkbox"/> 外泊前 体重測定		<input type="checkbox"/> 体重測定 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> ABI検査	<input type="checkbox"/> 体重測定
食事		<input type="checkbox"/> 外泊中食事記録確認		
学習			<input type="checkbox"/> 薬剤療法について	<input type="checkbox"/> 食事療法について
その他	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 土曜日：朝食後、9時～外泊 日曜日：20時帰院 </div>			<input type="checkbox"/> アンケート回収 <input type="checkbox"/> 次回外来予約 <input type="checkbox"/> 退院



消化器内科

ベーシックな治療から最先端技術まで

県内トップレベルの水準



院長
吉永 輝夫



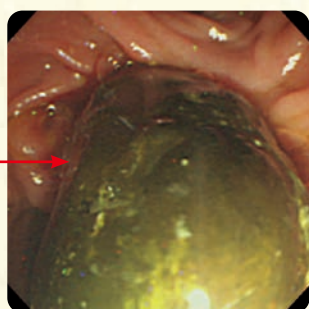
消化器内科代表部長
(兼)内視鏡センター長
田中 良樹

胆膵疾患の内視鏡治療

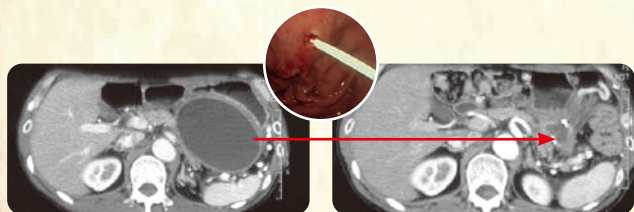
当科では胆膵疾患の内視鏡治療を積極的に行っています。2020年のERCP検査は517件でした。内訳はEST（乳頭括約筋切開術：総胆管結石を摘出します。）204件、EBD（胆管ドレナージ：癌などによる胆管狭窄によって閉塞した胆管の胆汁を十二指腸に流します。）296件でした。超音波内視鏡（EUS）、管腔内超音波検査（IDUS）、超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）、胆道鏡なども併用し、胆膵疾患に対して病態に応じた診断方法を選択しています。また、難治性の膵仮性嚢胞に対しては、超音波内視鏡下に膵嚢胞ドレナージ術を施行しています。



EST：
総胆管結石（20×14mm）
もっと大きいものは破碎して
摘出します。



超音波内視鏡下膵嚢胞穿刺



ドレナージ行い、膵嚢胞縮小認めた

食道、胃、小腸、大腸の内視鏡治療

がん検診や人間ドックの普及により、無症状の早期胃癌が発見される機会が多くなっています。わが国ではまだしばらくはこの状態が続くと推測されます。

わが国の胃癌治療レベルは世界最高水準ですが、その代表の一つとしてわが国で開発された内視鏡的粘膜下層剥離術（Endoscopic Submucosal Dissection; ESD）という手技があります。2006年には保険収載され全国的に普及しています。

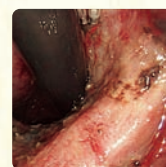
ESDを用いると日本胃癌学会の提唱する胃癌治療ガイドラインに記載されている従来の内視鏡治療の適応病変だけでなく、より大きな病変に対しても切除が可能になります。すなわち以前なら外科手術を行わなければ治癒切除出来なかった病変も内視鏡的に治癒切除できる可能性が広がりました（図参照）。胃の粘膜だけを大きく切除する方法ですので、約8日間程度で退院できますし、術後のQOLの低下もありません。2020年のESD症例は45例でした。昨年までに570例の早期胃癌に対してESDを行っております。ESD前に、切除する範囲は拡大内視鏡とNBI（NarrowBand Imaging）を用いて正確に判断して、確実な切除を目指しています。

また当院では大腸内視鏡検査は全て拡大機能をもつ内視鏡で行っており、病変の発見と同時に拡大観察とNBI観察ができるようになってきました。これにより腫瘍と非腫瘍の判別が即座に出来るようになり、効率的な大腸粘膜切除術が可能となりました。

その他、ヘリコバクター感染診断における尿素呼吸試験なども積極的に行っております。



胃体部小弯のIIc病変



ESD後の胃潰瘍



切除粘膜、赤の部分が癌



消化器内科部長
畑中 健

非アルコール性脂肪性肝疾患とフィブロスキャン

近年、非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）が注目を集めています。NAFLDは検診者の男性の約4割、女性の約2割を占め、日本で約1000万人以上いるとされています。このうち10～20%に予後不良な非アルコール性脂肪肝炎（NASH）が含まれていますが、多くの患者さんは正しい診断が得られずに見過ごされている現状があります。当院では、2018年4月より非侵襲的肝高度測定装置（フィブロスキャン）を導入いたしました。これは肝の脂肪量と肝硬度を測定可能で、痛みを伴うことなく外来で実施でき、NASHの拾い上げに貢献できると考えられます。全国で約100台、前橋・高崎市内では当院にのみある機器です。



フィブロスキャン

ラジオ波焼灼療法と次世代マイクロ波凝固療法

ラジオ波焼灼療法（RFA）は肝切除術に比べ身体の負担が少なく、かつ確実な焼灼域を得られる治療法です。当院は、RFA専用室を完備し、ソナゾイド造影エコーやCT/MRI画像と対比できるfusion imagingを用いて、積極的にRFAを実施しています。人工胸水/腹水や体位変換により、肝臓内の局在によらずに治療を行います。患者さんにできるだけ苦痛がないように、ドルミカムを用いた静脈麻酔で無

痛RFAを実施しています。また、次世代のマイクロ波凝固療法（MWA）も行なっています。

MWAの特徴は1回に最大4.2cm（RFAは3cm）まで焼灼可能です。MWAは県内で当院でのみ実施しております。2017年4月から2020年3月までの3年間でRFAとMWAをあわせて337件実施しており、県内で最多です。





Saiseikai Maebashi Style



循環器内科代表部長
中野 明彦

今回も『tailor-made PCI~non-stent strategy~』についてup-gradeして紹介いたします。

PCIの歴史と日本の現状

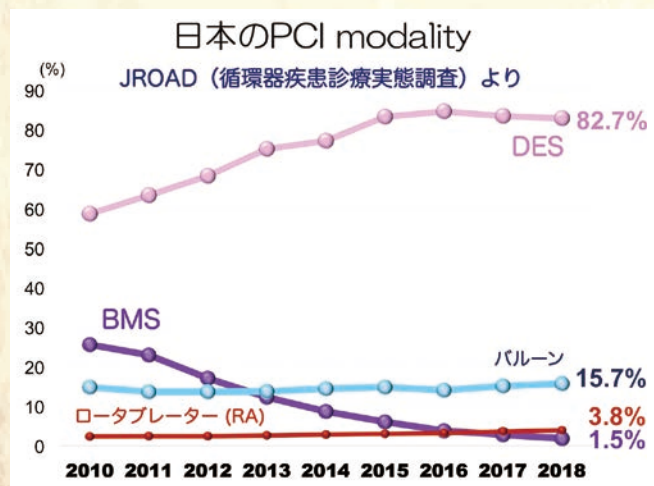
1977年、世界で初めて経皮的冠動脈拡張術(PCI)が行われました。日本の第一例は1981年、当科では1988年7月から始まりました。当初のバルーン(POBA)治療のみでは急性冠閉塞や拡張不良、高い再狭窄率が大きな課題となり、1990年代前半に金属ステント(BMS)やDCA(Directional Coronary Atherectomy; 方向性冠動脈粥腫切除術)・RA(Rotational Atherectomy)などの“New Device”が導入されました。結果拡張不良や緊急手術は大幅に減少しましたが再狭窄はコントロールできず、POBAで40~50%、DCA・BMSでも20~30%の再治療が当たり前でした。21世紀に入って登場したDES(Drug eluting-stent: 薬剤溶出性ステント)の効果は衝撃的で、再狭窄は10%以下に抑制できるようになりました。その後薬剤・ポリマー・ステント材質・デザインが少しずつ進化して現在に至っています。DESの導入により治療成績が安定しPCI治療の裾野が広がり、国内では年間約27万例が施行されています。毎年報告される

JROAD(循環器疾患治療実態調査)でもDESがいかに頻用されているかがわかります(図1)。しかしDES以降イノベーションは頭打ちで、2014年にステント再狭窄に対するDCB(薬剤コーティングバルーン)が上梓されるに留まっています。

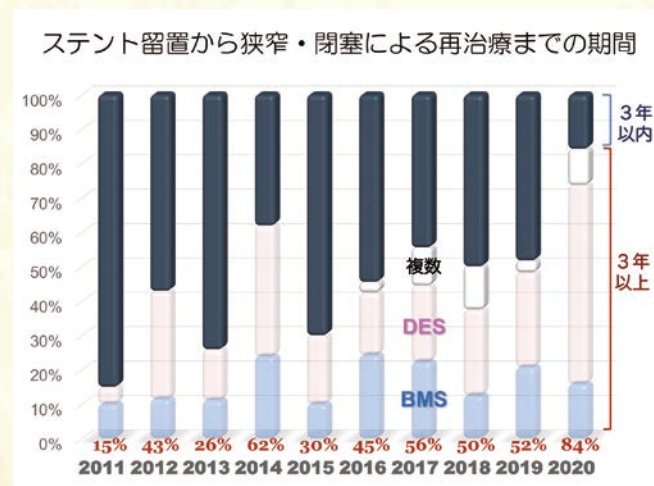
DESのアキレス腱

DESにより再狭窄というPCIのアキレス腱は払拭されましたが、また新たな問題点も指摘されています。①内膜が張ってこないために生じる慢性期ステント血栓症: VLST(very late stent thrombosis)、②これを予防するための長期二重抗血小板療法(DAPT)が出血性合併症を引き起こしたり侵襲的治療への障壁となる、③安易なステント多用(不適応症例への治療、医療費高騰)、④内皮機能障害によるステント内新規動脈硬化症(→超慢性期再狭窄・再治療)、等々です。②については、ステント植え込み後毎年5%の症例が観血的処置を受けるというデータがあり、どこの施設でもDAPT症例の取り扱いに苦労していると思います。④に関しては当科のデータを示します(図2)。

ステント再狭窄や閉塞に対して再PCIを行った病変の44%は留置後3年以上経過しており、最近その



(図1)



(図2)

傾向が強まっています。その約6割はDESで、さらに直近3年間では半数近くが長期成績に優れるはずの第二世代以降DESでした。つまり（薬剤溶出性）ステントを留置するとたとえ短期間の再狭窄は抑制できていつまた狭窄が出現するかもしれない、という懸念はあります。

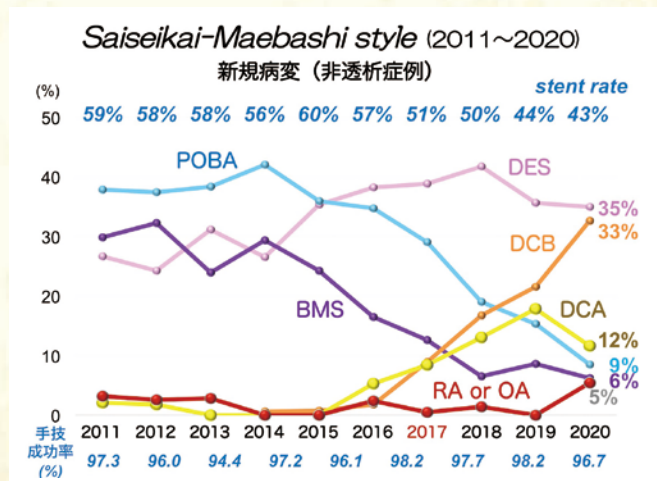
❧ Saiseikai Maebashi Style (図3) ❧

冠動脈病変は脂質プラーク・線維性プラーク・石灰化プラークや（器質化）血栓などで構成されますがその比率・分布はまちまちで、偏心性や血管サイズもさまざまです。従ってバルーン拡張への反応も病変ごとに異なります。急性閉塞に直結する大きな解離を生じる病変もあればステント留置後と遜色ない良好な拡張が得られる病変もあります。その結果は術前の血管内イメージングである程度予想がつきます。『Saiseikai Maebashi Style』はtailor-made PCI；全ての病変にステントは不要で病変の性状や症例の状況に合わせた治療を選択すべきではないか、という単純な発想から出ています。図3に非透析症例新規病変に用いた主要デバイスの経年変化を示します。

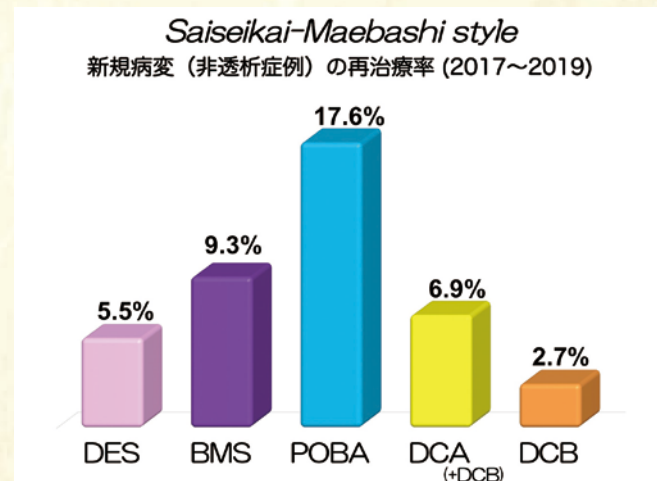
2016年にDCAが再認可され、2020年には石灰

化を切削するRAやOA（Orbital Atherectomy）の施設基準が緩和されました。最近では約2割の病変でこれらプラーク切除法を併用しています。プラーク容積を減らせば大きな解離を合併することなくバルーン拡張のみで良好な結果が期待できます。さらに2016年にDCBが新規小血管病変（3.0mm未満）に適応となり、一方すべてのメーカーがBMSの製造を中止しました。結果としてPOBAとDESの一部がDCBに取って代わり、DES併用率は全国平均の4割程度になっています。

とは言え、stent-less PCIの評価はこれからです。1年以内の成績は比較的良好で、急性冠閉塞は皆無、再治療率も許容できる範囲と考えています。図4に2017～2019年の病変におけるPCI後再治療率を示しました。ステント群：6.3% vs. 非ステント群：9.7%とまだ差はありますが、再治療に至った要因を分析しstep-by-stepで治療戦略を見直しながら両群をさらに近づけたいと考えております。超遠隔期の再治療・血管イベントについては今後比較検討することになります。もしステントレスが叶えば高齢者ほど増加する抗血小板剤の合併症やステント血栓症が回避されることになり、エポックメイキングになる可能性があるかと期待しています。



(図3)

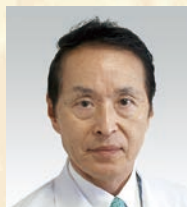


(図4)



最先端外科治療・安全安心を担保された高難度手術

肝胆膵手術および単孔式腹腔鏡下手術から進行癌腹腔鏡下手術まで



院長補佐
(兼) 外科・腹腔鏡外科センター長
(兼) 患者サポートセンター長
細内 康男



外科代表部長
藍原 龍介

がん治療は腹腔鏡下手術とともに当院の根幹を占める重要な柱です。2019年4月に前群馬大学総合外科学講座准教授兼呼吸器外科診療科長であった茂木晃医師が当院に着任し、肺癌診療も充実しました。群馬県がん診療連携推進病院として、治療管理委員会を組織し、がん登録事業の整備、がん化学療法のリジメン管理、緩和ケアの推進、がん連携など有用で安全ながん治療を行っています。

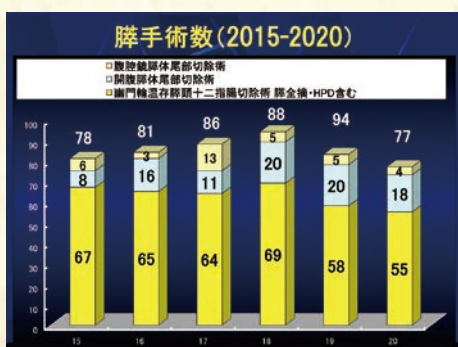
当院は日本肝胆膵外科学会高度技能専門医制度において、高難度手術を50例以上行い、全例登録の上合併症率、死亡率など厳しい審査基準を満たした施設が指定される修練施設A施設(全国で125施設)に認定され、肝胆膵外科学会高度技能指導医および高度技能専門医が在籍している施設でもあります。認定施設は高難度肝胆膵手術を安心、安全に行うことができる施設として専門学会が認定したものであり、当院は毎年多くの高難度肝胆膵手術を安全にこなしています(図1)。また、膵癌治療ガイドラインでは、(幽門輪温存)膵頭十二指

腸切除術を年間20例以上行っている施設をハイ・ボリュームセンターとして、ハイ・ボリュームセンターでの手術を推奨しています。当院は膵癌・胆道癌に対する本手術(膵全摘を含む)を年間60例前後に施行し、膵体尾部切除術を含め北関東3県で最も多くの膵癌、胆管癌手術を行い、ハイ・ボリュームセンターとしての機能を果たしています(図2)。5年生存率が低いとされる通常型膵管癌例でもリンパ節郭清・術後化学療法の徹底により40%以上の5年生存率を得るなど、実績を積み上げ、群馬県全域から多くの患者さんが来院されています。現在では、切除可能膵癌でも術前補助化学療法後に手術を行う方針とし、更なる治癒率向上が期待されます。

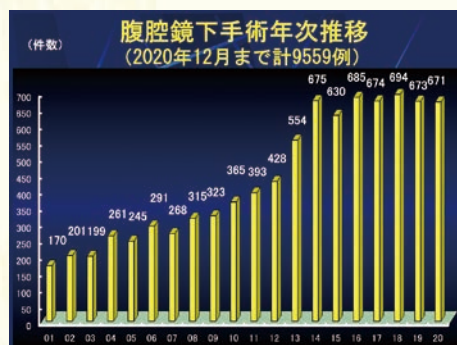
当科が得意とする腹腔鏡下手術は2020年12月までの累積施行数は9,559例に及び、全国トップクラスの施行数となっています。取得が難しい日本内視鏡外科学会の技術認定医が3名在籍しており、安全で低侵襲な腹腔鏡下手術を日々行っています(図3)。腹腔鏡下胆嚢摘出術の施行数は、2014年以来全国で2番目の施行数とな



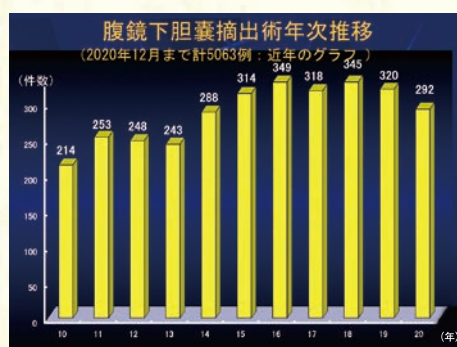
(図1)



(図2)



(図3)

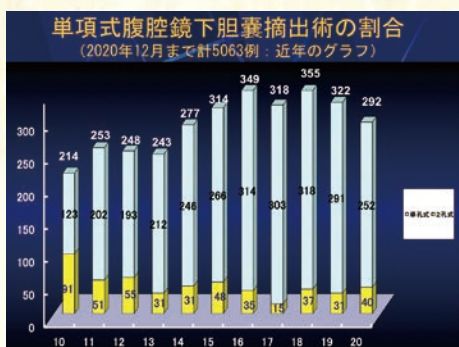


(図4)

っています(図4)。

多数の手術を安全で速やかに行うためには、最新機器の充実が不可欠であり、当科では最新ハイビジョン腹腔鏡下手術セット(オリンパスエリート)3セットが設置され、最新の超音波凝固切開装置をフル稼働し、常に安全な手術が行われており、これまでに腹腔鏡下手術での手術関連死はゼロである点も強調しておきます。

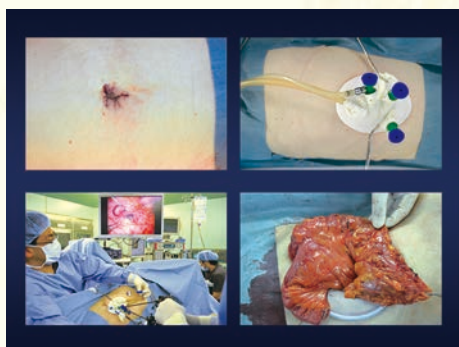
1997年から当院で開発した針型臓器把持器具ミニループトラクターを用いた2孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術を数多くに施行してきましたが、2009年からは術式をさらに工夫考案し、徹底的に整容性を追及した、傷跡が全く残らない単孔式腹腔鏡下手術を開始、胆嚢摘出術・虫垂切除術の90%が単孔式術式となっています(図5・図6)。大腸癌でも多くの単孔から3孔式のport reduced surgeryが行われています(図7・図8)。



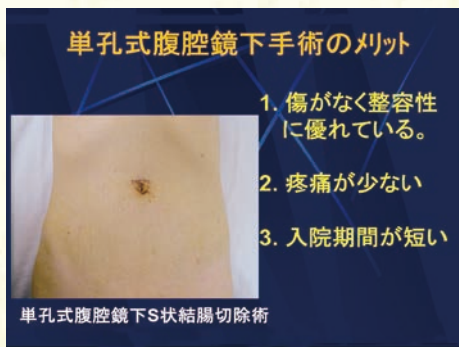
(図5)



(図6)

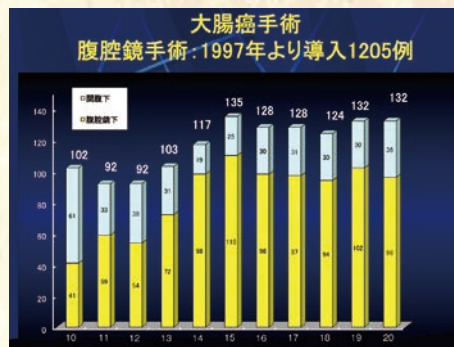


(図7)



(図8)

大腸癌の腹腔鏡下手術は1997年から開始しており、進行癌に対しても可能な限り、傷が目立たなく患者負担が少ないreduced port surgeryを早期から開発導入し、75-85%は腹腔鏡下手術で行われています(図9)。



(図9)

胃癌手術も1997年8月腹腔鏡下幽門側胃切除術を県内で最初に施行して以来、胃癌の75-80%が腹腔鏡下手術で行っており、2020年末までに650例程の施行数となっています。

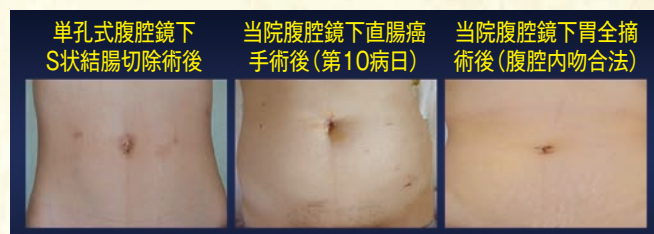
ソケイヘルニア手術は、ほぼ全例で腹腔鏡下手術が行われ、全国でも有数の施行数となり、再発率が少ない有用な術式となっています。

2020年は1年間で671例の腹腔鏡下手術が施行されました(図10)。

	総数	うち腹腔鏡下手術数
胆嚢摘出術	302	292 (97%)
大腸癌	120	91 (76%)
胃癌	43	30 (70%)
虫垂摘出術	43	43 (100%)
鼠径ヘルニア	123	115 (93%)
PpPD,膵全摘	57	0 (0%)
腓体尾部切除術	22	6 (27%)
肝切除術	21	1 (5%)
他を含めた合計	1008	672 (75%)

(図10)

ただ腹腔鏡下手術を行うことではなく、腹腔内吻合法を多用するとともに臍部縦切開法などの工夫により、同じ腹腔鏡下手術と名が付いていてもより傷が少なく目立たないなど整容性に優れた、体に負担が少ない腹腔鏡下手術が行われています(図11)。



(図11)

一方、進行癌に対してはリンパ節郭清を徹底的に行い開腹術と同等以上の成績を残しています。胃癌、大腸癌は、まず消化器内科で内視鏡的治療の適応を判断します。体の負担が少ない低侵襲治療が多く行われることで患者さんのメリットは大きいものと確信しています。

今後もスタッフ一同、患者さんのメリットを重視した安全安心な医療を行います。



呼吸器外科

より安心・安全な外科治療を目指して



副院長
(兼)呼吸器外科代表部長

茂木 晃

2019年4月1日より済生会前橋病院に呼吸器外科部長として赴任し、およそ2年間経過しました。その間、登録医の先生方を中心として当院の地域医療連携に多大なご協力を頂いた医療機関の関係者の方々に対しまして、紙面を借りまして心より感謝申し上げます。

この2年間は、呼吸器外科の立ち上げから始まり“より安全な医療を提供する”体制を確立する事を最重要課題として取り組んで参りました。その一つとして、術前リハビリテーションを積極的に導入しました。すでに周術期合併症予防のための多職種による周術期外来が、日本においても浸透しつつあり、当院でも手術患者さんには入院前からリハビリテーション外来を受診の上、主に呼吸訓練を短期集中的に受けてもらっています(写真1)。その結果、赴任後2年間における呼吸器外科手術症例において、Clavien-Dindo分類Ⅲ度以上の術後合併症は1例も認めませんでした。勿論、ガイドラインに準拠した厳密な手術適応の決定や周術期管理の徹底も大きく寄与しているものと思います。また、侵襲の少ない胸腔鏡下手術を積極的に施行していることも大きな要因と考えます(写真2)。原発性肺がん手術においても、ほぼすべての患者さんが術後1週間以内に退院されております。さらに、地域の歯科口腔外科の医療機関と連携して、術後肺炎の原因の一つとなり得る齲歯や口腔内汚染のスクリーニングを導入し、手術患者さんには、可能な限り術前診察を受けてもらっております。

また、地域の基幹病院としての役割を果たすべく、全国多施設共同臨床試験も昨年より引き続いて参加しております。これは、非喫煙～軽度喫煙者に対する低線量CTによる肺がんスクリーニング試験です。日本人において高頻度で認められる高分化腺癌をターゲットとして、CT検診による早期発見が予後に寄与するか否かを検証する試験です。登録医の先生方におかれましてもご興味をお持ち頂ければ是非ご連絡下さい。何卒よろしくごお願い申し上げます。

お蔭様で呼吸器外科手術症例は着実に増加傾向に

あります(表1)。今後も初心を忘れず、より安心・安全で確実な医療を提供出来るよう、済生会前橋病院呼吸器外科のより一層の充実を図って参ります。

10年余りの群馬大学病院での臨床経験を含め、これまでの呼吸器外科としての経験を最大限活かしつつ、群馬県の地域医療、特に肺がんを中心とした呼吸器疾患の早期発見や治療に貢献出来るように、全力を尽くして参りますので、引き続きご指導賜りますようお願い申し上げます。



(写真1)



(写真2)

	2018年度 (例)	2019年度 (例)	2020年度 (例)
原発性肺がん	6	16	28
転移性肺腫瘍	7	10	15
縦隔腫瘍	0	4	1
気胸	3	5	5
その他	1	15	8
合計	17例 うち胸腔鏡 17例	50例 うち胸腔鏡 44例	57例 うち胸腔鏡 53例

(表1)



眼 科

当院眼科での治療のご紹介



眼科代表部長
中村 春香

当院では新病棟眼科開設時の1998年から現在まで硝子体手術と白内障手術を継続的に行っております。2020年の観血的手術の内訳は硝子体手術26眼（硝子体手術単独&硝子体手術+白内障手術同時施行）、白内障手術208眼、その他5件です。緊急を要するもの、さらに高度な処置が必要な症例は群馬大学付属病院眼科と連携して治療させていただいております。網膜光凝固術や後発白内障切開術は外来で通院加療可能です。加齢黄斑変性症などに対する抗血管内皮増殖因子硝子体注射を各種行っております。

糖尿病網膜症について

国民病である糖尿病の約35%に糖尿病網膜症があると言われております。そのうちの10%は視力低下の恐れのある病態で、糖尿病網膜症は失明につながる病気でありながら、初期には自覚症状が乏しく、気づかないうちに進行してしまい、症状が出てから眼科受診されたときには手遅れになっていることのある恐ろしい病気です。

当科では糖尿病網膜症に対してレーザー治療、糖尿病黄斑浮腫に対して抗血管新生療法、増殖性糖尿病網膜症に対する硝子体手術も行える、県内でも数少ない施設です。しかし網膜症が軽度か無い状態で糖尿病をコントロールすることが病気の進展阻止にとっても大切です。糖尿病患者さんには症状がなくとも定期的に眼科受診を受けていただきたいと思っております。最近コロナ禍で眼科外来受診が減っていると感じます。特に例年多かった糖尿病網膜症の方のレーザー治療が減少しており、潜在的な受診控えが予想されます。糖尿病網膜症は見えなくなってから受診されると手遅れになることがあり、登録医の諸先生にかかれる糖尿病の患者さんにひとこと眼科にも最近通院しているかお声がけいただきたいと思っております。

【白内障手術】

白内障手術は高齢でもQOLを良好に保つため希望者が多く、超高齢社会の現在、コンスタントに需

要があります。患者さんからのニーズにより、日帰り、1泊入院も行ってありますが、2泊3日を選ばれる方が多いです。各科のバックアップのもと、腎不全による維持透析中、糖尿病、心疾患、血液疾患などの持病をお持ちの患者さんがたにも安心して手術が行えます。

【硝子体手術】

硝子体とは、眼球の中にある透明なゼリー状の組織のことで、その奥に網膜というものを見る神経の膜があります。ものを見る中心硝子体手術部を黄斑と呼びます。網膜疾患には硝子体が関与している病気が多くあり、手術の適応になります。当院で施行されている硝子体手術の対象疾患は下記の通りです。



1. 黄斑円孔（黄斑に穴があき中心が見えなくなる）
2. 増殖糖尿病網膜症
3. 糖尿病黄斑症（黄斑の浮腫により見づらくなる）
4. 黄斑前膜（黄斑に膜がはり、ものが歪む）
5. 硝子体出血、硝子体混濁

硝子体手術はおおむね3泊4日で退院可能です。近年日帰り硝子体手術施設も出てきていますが高齢者の連日の通院は本人、家族とも大変な負担です。入院日数についても希望をうかがっており延長も可能です。

今後も、より安全で患者さんの負担を軽減できる治療を目指していきたいと思っております。

医療体制

現在常勤医1名ですが、前橋中央眼科から週一回、群馬大学眼科名誉教授の岸章治先生（木曜日午前：網膜硝子体外来）と福地真理子先生（水曜日）にお越しいただき、その曜日は2診察対応しています。月曜日非常勤医師の欠員により常勤医が第2第4月曜日をカバーしています（大変申し訳ありませんが第1・3・5月曜日の眼科一般外来は休診です）。1人常勤でできることは限られていても、当院の専門性を活かして地域医療に貢献していきたいと思っております。



整形外科

手のスペシャリスト

切断した四肢をつなぐスーパーテクニック

整形外科



整形外科代表部長
後藤 渉

手外科・ハンドセラピイ(手のリハビリ)

当科は上肢の機能再建を目的とする手外科を専門領域としており、他の病院で手の負えない重度の手の外傷患者（手指の切断や挫滅など）や、血行再建や知覚再建を要する外傷などの患者さんが多く紹介されて受診し、外来・入院患者の半数近く、手術患者の7~8割、緊急手術のほとんどが手外科の患者さんです。具体的には、手指・足趾の切断・挫滅、手指の血管・神経・腱の損傷・骨折・脱臼、手指のしびれや痛み、手指・手首・肘等の動きの制限（拘縮・麻痺）、などが対象になります。

手指の怪我は、指の切断を例にとっても、どの指の切断なのか？指のどの部位の切断なのか？切断のされ方はどうなのか？他の指に怪我があるのか？利き手なのか？どういう仕事をしているのか？年齢・性別は？などにより手術の時にゴールを設定し、またその後のリハビリの進み具合によりそれを修正しながら二次的・三次的手術を計画していく、という過程に専門的な判断と技術が必要です。当院の整形外科医は、日本手外科学会認定手外科専門医および、手外科を研修している医師ばかりですので、安心して委せていただけたらと思います。また手外科の治療にはリハビリが不可欠ですが、当院のリハビリスタッフ全員がハンドセラピスト（手専門の療法士）としての経験が豊富で、絶えず医師と情報交換しながら治療にあたっています。県内でこれほどハンドセラピストが充実している病院は他にありません。

また前橋救急本部の要請により、県内および北埼玉の各救急本部から再接着が必要と思われる患者さん限定で当番医直通の携帯電話に連絡が入る24時間オンコール体制をとっています（ただし常に院内で日当直をしているわけではありません）。

マイクロサージェリー(顕微鏡を用いた手術)

手外科の手術には高性能の顕微鏡を必要とすることもあります（マイクロサージェリー）。当院にはそのような顕微鏡が2台あり、スタッフも多いことから、状況が許せば顕微鏡を要する手術を並行して行うこともできます。



関節鏡視下手術(関節鏡を用いた手術)

手関節・肘関節用の関節鏡を備えており、必要に応じて行っております。

筋電計・MRIによるしびれや麻痺の診断

手のしびれや麻痺の診断にはMRIや筋電計(筋電図・神経伝導速度・体性感覚誘発電位等)を用いて神経や筋肉のどこにどのような異常があるかを調べることがあります。筋電計を備えていても検査を技師に任せている病院がほとんどですが、結果の数値そのものだけでなく、その出方といった数値に表れないことも判断材料となるなど結果の解釈にかなりの経験が必要です。当院では治療にあたる医師自らが検査を行い、治療に役立てています。

顕微鏡を用いたシャントの作成・修理

当院腎臓内科と協力して、透析が必要な患者さんにシャントを作成や、その修理を行っています。最近では透析が必要となる患者さんの高齢化や、透析の進歩による透析の長期化等により、血管の状態が不良な場合(動脈硬化等)も多く、顕微鏡を用いて少しでも状態のよいシャントを作ることを心懸けています。

DPCコードに基づく治療実績(2019年度)

公表されているDPCコードに基づく当院の治療実績を群馬県・全国と比較してみると、上肢疾患・外傷のほとんどが群馬県では1位もしくは2-3位であり、全国でみてもトップクラスの症例数を誇っています。

DPCコードに基づく治療実績(2019年度)	群馬	全国
上肢末梢神経麻痺 手根管開放術等	1位	5位
手関節症	2位	-

DPCコードに基づく治療実績(2019年度)	群馬	全国
骨折変形癒合、癒合不全などによる上肢変形	1位	11位
その他の筋骨格系・結合組織の疾患	2位	-
手関節周囲の骨折・脱臼	1位	21位
前腕の骨折・脱臼	3位	-
肘関節周囲の骨折・脱臼	3位	25位

上肢以外でも、「脊椎骨粗鬆症」は群馬県1位で、うち「手術なし」でも群馬県1位、全国でも21位の症例数でした。

また、「股関節・大腿骨近位の骨折」自体は群馬県10位でしたが、うち「手術なし」では群馬県3位、全国でも21位の症例数であり、当院が循環器疾患や、透析等の合併症を抱える、手術のできないhigh risk患者が多いことを反映しているものと考えられます。

DPCコードに基づく治療実績(2019年度)	群馬	全国
脊椎骨粗鬆症	1位	35位
脊椎骨粗鬆症 手術なし	1位	21位
股関節・大腿近位の骨折 手術なし	3位	21位



麻酔科

安心して手術を受けられるように



麻酔科代表部長
中島 邦枝

当院に赴任して5年目に入りました。今年度より代表部長となりましたが引き続き周囲のスタッフやコメディカルの皆様と協力しながら仕事をさせていただきたくお願い申し上げます。

2020年度の麻酔科実績は、麻酔科管理が1,353件です。外科と整形外科が主な手術内容ですが他にも眼科、一部の内科や骨髄採取、一昨年から始まった呼吸器外科などにも対応しています。



近年は心血管系疾患や腎機能低下症例などハイリスクの麻酔が多く、またご高齢の患者も増えていきます。そのため、血行動態管理に難渋することも多くありますが様々なモニターを用いて安全を確保しながら日々麻酔を行っています。また、術中管理だけでなく、術後の鎮痛管理も麻酔科の重要な役割と考えています。術後鎮痛をしっかり行うことが早期離床につながり術後合併症を減らせることが報告されており、当科では術後鎮痛に重点をおいています。例えば開腹手術には硬膜外麻酔を行うことが多いですが、近年抗凝固内服中の患者が増えてきたことや、術後早期に抗凝固療法を開始することも多く硬膜外麻酔が難しい状況が増えてきました。その代替として近年は創部周囲に行う超音波ガイド下神経ブロックが行われるようになっていきます。静脈から持続的に鎮痛薬を注入する小型ポンプと組み合わせ、硬膜外麻酔と遜色のない鎮痛方法を行っています。

その他骨折の手術などでも術直後は強い痛みが生

じます。術後から翌朝くらいまでの一番痛い時間を少しでも減らせるように腕あるいは足などの神経周囲に神経ブロックを行うこともあります。こちらも合併症を起こさないよう慎重に超音波装置を使いながら行います。



手術前に患者さんが不安に思うことの一つに術後の痛みがよく挙げられます。また、手術そのものが初めてですと何を訊いていいのかも分からないこともあるようです。麻酔科医と看護師とが協力し手術全体を通しての患者さんの不安を払拭するべく務めて参ります。

最後になりますが、当院麻酔科は、安全な周術期管理と質の高い術後鎮痛を目標に日々麻酔を行っています。皆様と協力しながらやっていきたいと考えておりますので今後ともよろしくお願い申し上げます。





麻酔科 - ペインクリニック ペインクリニックとは



麻酔科代表部長
中島 邦枝

2017年6月よりこの済生会前橋病院にペインクリニック外来を新設致しました。ペインクリニックとはなかなか取り切れない痛みを和らげるために内服薬の調整や、場合によっては神経ブロックと言われる注射をし、痛みを緩和するところです。

痛みの原因は様々ですが明らかな原因がないのに痛みが出たり、怪我が治っても痛み痺れが続いたり、身体の中で神経が病んでしまっている場合が多く見られます。一般的な鎮痛薬が効かない痛みもありますので効果が見られないときは一度ご相談下さい。主な疾患には急性期の帯状疱疹痛や続いて発症する帯状疱疹後神経痛、腰痛、坐骨神経痛、三叉神経痛、虚血による痛み、術後の痛み、原因不明の神経障害性疼痛などが知られています。

当院には超音波装置と高周波熱凝固装置が備えてあります。超音波装置を用いることで神経を確認しながら安全性の高い神経ブロックを行うことが出来ます。また、高周波熱凝固は痛みを伝える神経を一時的に焼灼することで鎮痛効果を起こします。なかでもパルス波による治療では運動神経麻痺を起こさずに痛みを感じる神経だけを一時的にブロックする

ことが可能です。これらを適宜組み合わせて治療を行います。

昨年度の実績では硬膜外ブロック、坐骨神経ブロック、脊髄神経後枝内側枝ブロック、肋間神経ブロック、腕神経叢ブロックなどを行っております。ただし神経ブロックには適応がありますので誰にでもブロック注射するわけではありません。症状を見ながら相談して行います。ブロックが出来ない場合もありますのでご了承下さい。

そのほか顔面痙攣、眼瞼痙攣、脳梗塞後の痙攣などボトックス治療が適応となるような疾患も扱っております。

慢性化した痛みをゼロにするのは難しいですが日常生活が少しでも楽になれるようにお手伝い出来ればと考えております。

尚、ペインクリニック外来は完全予約制となっておりますので電話連絡で予約をお願いします。残念ながら入院対応はしていませんが必要があれば近隣の施設への紹介なども可能です。今後ともよろしくお願い申し上げます。





リハビリテーション科

すべての領域の疾患に対するリハビリテーション医療を提供いたします。

栄養管理を含め内部疾患に対するリハビリテーションを充実させました。



リハビリテーションセンター長
(兼)リハビリテーション科代表部長
白倉 賢二

済生会病院リハビリテーション科は脳血管疾患リハⅠ(脳卒中など)、運動器リハⅠ(骨折など)、呼吸器リハⅠ(周術期、慢性呼吸器疾患など)、心大血管疾患Ⅰ(心疾患など)と、廃用症候群、がんリハの施設認定を受けております。通常のリハビリテーションとともに脳血管疾患、脳性麻痺、頭部外傷、脊髄疾患等で発症後長期間経過し、手足の変形(握ったままの手指、曲がったままの肘、膝や尖足等)を残して症状固定した患者さんの筋(痙縮)に注射をして、痙縮を抑える治療を行っています。(図1)



図1 ボトックス治療

運動器疾患については手足の骨折などの他に、本院は手外科の専門病院であり、手の外傷・障害の患者さんが県内外の病院から紹介されて来ます。手の治療には高度な専門性が要求されます。当院は手外科の治療経験豊富な理学療法士、作業療法士を配置しております。

近代医療では内部障害のリハとして呼吸器や循環器疾患のリハの有用性が証明されております。呼吸器リハは主に胸部、腹部の周術期、肺炎後や人工呼吸器からの離脱、慢性呼吸器疾患の治療に大きな成果を上げております。従来は安静が重要であるとされた肝疾患、腎疾患、血液疾患に対してもそれぞれに適した運動療法があり、腎障害に対する運動療法は透析への導入を遅らせる効果があるとされております。透析患者さんには、透析中の運動療法を指導して、廃用障害に対するリハビリテーションを行っています。

心筋梗塞、心不全や心臓手術、心血管カテーテル治療の術前後における心大血管疾患リハもその有用性が証明されております。CPX装置 (Cardiopulmonary Exercise) により適切な評価、運動処方を行っています。入院中ばかりでなく、通院による心臓リハビリテーションも行われ、患者さんのニーズに対応しております。(図2)



図2 Cardiopulmonary Exercise testing

当院では摂食嚥下障害への対応に力を入れております。言語聴覚士を配置し、嚥下障害の診断には嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査を導入し、治療を行っています。少数ですが、外来での嚥下障害評価、治療の依頼も受けております。(図3)



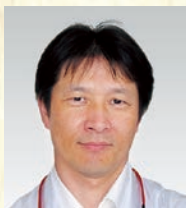
図3 ベッドサイドでの嚥下内視鏡検査

がんリハは、白血病を含むがんの特殊性に配慮したもので、多くの患者さんのQOL向上に欠かせないものとなっています。

理学、作業、言語聴覚療法に合わせて、内部疾患を有する患者さんに対しては、専任の管理栄養士が患者さんの状態に応じた栄養指導を行っており、いつでもどなたでもリハ室で栄養相談が出来る環境にあります。済生会病院リハビリテーション科はすべての領域の疾患に対するリハビリテーション医療を提供します。



画像の窓からのぞく人体の宇宙



放射線科代表部長
久保田 潤

放射線科はハブ

当院には、画像診断を専門に行う放射線科医＝「放射線診断専門医」がいます。CTやMRIを中心に、目的にあった検査計画を立て、技師や看護師とともに検査を行います。そして、得られた多数の画像から異常を拾い出し、症状や経過の情報などを加えて解釈し、画像診断報告書を主治医に届けます。

すべての診療科の疾患を扱うので、それぞれの専門科の疾患の知識が蓄積され、それが他の科の疾患の診断にも役立ちます。放射線科は、すべての科の情報が集まり、すべての科へ情報を発信するハブ（車軸）の役目をしながら、病院全体の医療の質の向上を支えています。

画像の窓から人体の宇宙をのぞく「画像診断」

近年の画像診断装置の技術は非常に発達していますが、人体は技術の進歩ほど急激に進化はしていません。より細かく大量の情報が得られるようになったとしても、その意味を知ることができなければ、それはただのデータにすぎません。人体そのものへの深い理解や考察を背景に、画像を通して人体の中で起こっていることの意味を知ろうとすることが、「画像診断」の大切な姿勢だと思います。



画像診断する放射線科医

地域と画像診断

(1) 装置だけでなく、画像診断レポートを共有

近隣のかかりつけ医からの依頼により、CT、MRIの検査と画像診断を行っています。画像診断装置が地域で共有されていることは当然ですが、私たちがかつとも大切にしているのは、画像診断報告書（レポート）が共有されていることです。

患者さんが放射線科で検査を受けると、画像とともに画像診断レポートがかかりつけ医のもとへ届けられます。当院へ入院し検査を受けると、それまでの画像診断レポートと比較することによって入院中の診療に利用されます。退院してかかりつけ医へ戻り、再び放射線科で検査を受けると、今度は入院中の画像診断レポートと比較することによってかかりつけ医での診療に役立てられます。

この繰り返しにより、診療所と当院との間に有機的な連携がはぐくまれます。

(2) 「画像・病理カンファレンス」

毎月定期的に、院内・院外の医師らと、画像・病理を中心に症例を検討する「画像・病理カンファレンス」（主催：放射線科・病理診断科）を行っています。1978（昭和53）年から42年間行われている、おそらく群馬でもっとも歴史のある画像カンファレンスです。初診時の症状、かかりつけ医での診断と治療、紹介時の状態、当院での経過、画像診断での見解、手術時の所見、病理診断までの全過程を、全科の医師がそれぞれの視点から多角的に検討します。

病態への理解を深めるという目的の前では、研修医からベテランまで誰がどんな発言をしてもかまわない、“敷居が低くレベルの高い”、自由なスタイルをモットーとしています。活発な議論から多くの示唆が得られます。こうした丁寧な振り返りが、明日の診療を支える底力になっています。地域の先生方にも、紹介患者さんがテーマの時はもちろんそれ以外でも、ぜひ足を運んでくださいますよう、ご案内いたします。





病理診断科

病理診断科について

形態に基づいて病気をみつめ、患者を診療するための多角的な切り口を提供する



病理診断科代表部長
(兼)検査科長

柏原 賢治

日頃診療している患者さんをどこの病院に紹介したらよいか、あるいは御自身がどの病院で診療を受けようか、その選択にあたっては、診療科の得意分野を見極めることはいうまでもありませんが、その病院で、放射線科、麻酔科などの、「インフラ診療部門」がきちんと整備されているかを見ること、とくに、病理診断部門があり、機能しているのかを調べることも大切です。

病気で生じたからだの変化を、病理形態学的に把握し、それに基づいて適正な医療を行なうことの意味は、臨床検査学や画像医学が進歩した今日でも、なお変わりありません。がんの診療の第一歩は、組織や細胞などの検体を形態学的に観察し、がん細胞を発見し、組織学的に分類することです。次に、摘出されたがんを含む臓器を検索して、病理学的病期を分類することが、患者個々の術後治療方針の決定や予後の推測に欠かせません。また、がん登録事業等公衆衛生の方面においても、病理診断の役割は少なくありません。

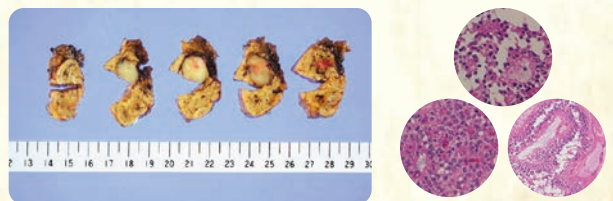
当院では、血液の異常やリンパ節の腫大の精査で訪れる患者さんや、黄疸、肝機能異常を指摘されて来院する患者さんが多いので、病理診断科では、骨髄生検、リンパ節生検、膵液や胆汁、胆管の細胞診検体、肝生検といった病理組織、細胞検査をみる機会が多いのが特徴であります。膵占拠性病変の穿刺吸引細胞診の件数も増加してきています。白血病、MDSの骨髄移植、膵膵血移植後のfollowのための皮膚生検や消化管生検、膵、胆道がんの手術検体の病理検査の実績については、近隣随一と考えます。また、胆のう結石症の胆嚢摘出材料、胃、大腸がんの切除検体、胃、大腸のESD、EMR検体の診断も数多く手がけております。これらの検体を診断するために、病理専門医1名と3名の臨床検査技師3名（うち2名は細胞検査士）が、通常の標本作製はもとより、免疫染色、凍結標本による術中迅速検査を実施しております。ここで、病理診断科の運営上、

留意していることをご紹介します。

まずは「敏捷さ」。病理検査が速やかに実施され、検体採取から診断報告までの時間が短ければ、診療がスピードアップし、ひいては患者サービスに寄与するものと考えております。平均すると、内視鏡生検組織などは検査日から1-2日後、腹腔鏡下胆嚢摘出材料やESD検体は2-3日後には病理結果が判明いたします。胃や大腸、膵臓などの大きな手術材料でも、摘出後2-7日後にはがんの組織型や病期が記載されたレポートが臨床医に送付されます。「速さ」にもまして求められるのは、診断内容の「的確さ」であります。普段より、精度の高い診断を提供できるよう、心がけておりますが、<ひとり病理医>体制にありがちな見落としや、偏った判断に陥ることがないように、群馬大学や近隣市中核病院に勤務する病理医の協力を得て、ダブルチェックによる見直しもおこなっています。また、近隣医療機関の病理医と月例の症例検討会を開催し、あるいは県内外の熟練した病理医へのコンサルテーションを行い、診断困難例に対応する用意もあります。

最後に、登録医、連携医の方々にご案内申し上げます。病理診断科と放射線科では、月1回程度、「画像・病理カンファレンス」と称する症例検討会を行っており、複数の診療科領域にまたがる疾患や患者を取り上げ、画像医学と病理所見の比較、診断への手がかりを模索しております。この会は、臨床医と病理医、医療技術者の意見交換の場となっておりますが、登録医、連携医の方々の参加もお待ちしております（詳細は当院地域連携課にお尋ねください）。また、病理診断科では、連携医などで採取された検体の標本の作成や診断、他所でなされた病理診断の再検討（いわゆるセカンドオピニオン）も受け付けております。

病理診断でお困りの際には、是非ご相談ください。



男性の発生した膵 solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) の切除例。画像所見等はSPNとしては非典型的であり、切除され、病理組織で診断確定した。男性のSPNは稀である。



緩和ケア内科

緩和ケア病棟

がんとともに生きることへの援助



緩和ケア内科代表部長

平山 功

当院の緩和ケア病棟は、高崎前橋地域では初めてとなる施設として2011年1月に開棟いたしました。病院によってはホスピスとも呼ばれる緩和ケア病棟ですが、当院ではがんの患者さんに特化した病棟として運用し、緩和ケア内科が担当しております。

がんという大病を患えば、誰でも心配でどうしようもない気持ちになります。治療の段階では、病気の克服を目標に何とか頑張れた患者さんも、病気に対して根治が難しくなったとき、自分の体と気持ちにどう向き合っているかを見失ってしまいます。いわば自分の生きる意味を見失うと言ってもいいかもしれません。そのようなとき、支えになれるような取り組みを、との考えからつくられたのが当院の緩和ケア病棟です。

緩和ケア病棟は、手術・抗がん剤や救急対応は行いませんが、“何もしない病棟”ではありません。つらい症状を和らげる医療（緩和医療）を行います。そして静かにゆっくりと、ときにはご家族やスタッフとともに過ごしていただく中で、つらい体験を続けてきたきもちが少しでも「緩」み「和」らいだとき、患者さんはご自身が見失いかけた生きる意味をもう一度考えてみるのかもしれない。それらすべてを私たちスタッフは支えていきたいと思うのです（緩和ケア）。そのために、病棟スタッフも時間的配分を考慮した人員配置となっています。

病棟は当院C棟2階です。南窓の個室を中心とした16床の病棟です。明るく広い面会スペース・自由に利用できるキッチン・ご家族休憩室など、施設基準に則した設備を整えており、個室は木目を取り入れた雰囲気のある設計となっております。専従スタッフは、医師1名・看護師15名・看護助手1名です。

緩和ケア病棟への入院は、緩和ケア外来を受診いただいでご相談します。週2日の予約制ですが、紹介状が必要となりますので、現在の主治医の先生から予約をお取りいただくこととなります。

患者さんに、がん療養場所の選択肢として緩和ケ

ア病棟を考えていただくためには、「済生会の緩和ケア病棟」ではなく「地域の緩和ケア病棟」でありたいと考えております。開棟より多くの医療機関からご紹介を賜り、院外紹介率は約7割となっております。これもひとえに地域の先生方のご理解・お力添えのお蔭と、深く感謝申し上げます。

がんに向き合う方々への援助とはどういうことかを真剣に考え、その一方で何でもお話しただける雰囲気も大切にして、スタッフは日々研鑽に努めております。今後とも何卒宜しくお願い申し上げます。



談話室



病室





検診センター

COVID-19の影響



検診センター長
(兼)循環器内科部長

池田 士郎

健康診断や人間ドックは、自分の健康状態を知って生活習慣病を予防したり、隠れた病気を早期に発見するために役立ちます。これらの実施は私たちの健康を確認・維持するために必要だと考えております。それを多くの方々にご理解いただき、当院の検診センターも人間ドックの業務にあたっております。

しかし昨年からは日本のみならず世界がコロナウイルス(SARS-CoV-2)による感染症(COVID-19)に脅かされております。周知のように、この感染症は人から人に伝染するものであり、罹患しないためには他人との接触をできるだけ避けることが大切です。すなわち「不要不急の外出や用事を避けること」「(いわゆる)密を避けること」が強調されています。加えて緊急事態宣言も出されたため当院の人間ドックも昨年春は約半月のあいだ、休止していました。

その後、以下のような注意をしながら人間ドック業務を再開しました。

- ・ 受診前にあらかじめ体温測定をしていただき、熱があれば予めご相談いただく。
- ・ 来院時にはマスク着用をお願いする。
- ・ 密を避けるため、着席・受付は間隔をあける。
- ・ 更衣室は最大3名ずつの入室。
- ・ 当初上部消化管内視鏡検査は経口のみとしていた。現在は経鼻も再開している。
- ・ 肺機能検査は中止している。喀痰検査は屋外で採取とした。
- ・ 待合室のレイアウトを変更し、人が滞りにくいようにした。

以上のような注意をしつつ、業務を再開して約1年が経過しました。利用者の方々のご協力やスタッフの注力もあり、感染事例を起こさずに業務を続けることができております。感染の早期の終息を願いつつ、さらに業務を続けてゆく所存です。

当院の検診センターは1978年に業務を開始し、経験と実績に基づく精度の高い健康診断を提供してきました。特定健診を基本にした事業所健診と生活習慣病予防健診(協会けんぽ)、日帰り・一泊二日の2つのコースの人間ドックにより、時代の必要性にこたえて健康管理と予防医療を目指しております。これからも利用者の方々のニーズに応えていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。



外来医師診療表

◆休診日：第2・4・5土曜日、日曜日、祝日、年末年始（12/29～1/3）、第1・3土曜日の午後は休診となります。
 【午前】受付：午前8時30分～午前11時（診察開始：午前9時）・内科総合外来以外は予約制
 【午後】完全予約制

2021年7月1日現在

診療科	午前/午後	月	火	水	木	金	土(第1・3)
内科総合外来	9:00 午前 初診	小池*	直田	直田	交替制 三島	清水*	交替制
	10:30 初診	直田					
	午後(再診)			直田(再診)	直田(再診)		
血液内科	午前	星野			高田	初見	
	午後		高田・初見・星野 飯野・寺崎・杉崎	飯野			
腎臓 リウマチ内科	午前	馬場	木村(10:30～紹介)・真下	三島	三島(10:30～紹介)		
	午後	木村				三島	
内分沁・ 糖尿病内科	午前		青木			荻原	青木(第1)・荻原(第3)
	午後	荻原		青木	荻原		
呼吸器内科	午前				久田*(第3休診)		岡山*
	午後			岩崎*		岡山*(第2)	
消化器内科	午前	【胆・膵・胃】 中野(佑)*	【肝臓】畑中	【胆・膵・胃】 吉永・吉田・樋口*	【大腸】 蜂巢	【胃・大腸・胆・膵】迫 【肝臓】齋藤	
	午後			【大腸】家崎*	【肝臓】 畑中・齋藤 高木*(第1・3)		
循環器内科	午前	池田・舘野	中野・福田 戸島	中野・福田 戸島	中野・舘野 土屋	池田・土屋	交替制 〔福田/池田〕
	午後	【禁煙外来】 池田		【パースメーカー外来】池田 【弁膜症・先天性心疾患外来】舘野			
外科	午前	【胃・大腸】 藍原・松村	【肝胆膵・大腸】細内 【乳腺】鈴木	西田 【胃・大腸・ヘルニア】 藍原・松村	【肝胆膵・大腸】細内 【食道】鈴木	【肝胆膵・大腸】細内 【肝胆膵】久保	再診予約
	午後	大木	【肝胆膵】久保		大木・細井	細井	
緩和ケア外来	午前					久保	
ストーマ外来	午前	○		○	○		
呼吸器外科	午前		茂木			茂木	
整形外科 《完全予約制》	午前	後藤・長谷川	中島・矢内	中島・大倉 長島	長谷川・矢内	後藤・大倉 長島	第1:中島・長谷川 【脊椎】井野* 第3:後藤・矢内
	午後	白倉	白倉	金谷	白倉	白倉	再診予約のみ
リハビリテーション科	午後	【痙縮・嚥下】金谷			【装具】金谷		
小児科	午前/午後					【循環器】鈴木*(第1・3・5)	
眼科	午前	中村(第1・3・5特殊検査のみ)	中村	中村・福地*	中村・岸*	中村	
泌尿器科	午前	鈴木*					
麻酔科ペインクリニック (完全予約制)	午前			〈再診〉中島	〈再診〉中島	〈初診〉中島	
緩和ケア内科 (完全予約制)	午後		平山		平山		
栄養サポート外来	午前/午後	○	○	○	○	○	午前
療養指導	午前/午後	○	○	○	○	○	午前
フットケア	午前/午後	午後	午後	午後	午後	午前	

※担当医師は変更することがあります。

【*：非常勤医師】



理念

愛と希望

使命

濟生(国民の生を救うこと)の心のもとに医療・福祉の充実と弱者救済事業を推進し、社会の発展に尽くします。

基本方針

- 一、私たちは、患者さんの権利と意思を尊重し、公平・安全な医療を提供します。
- 一、私たちは、地域の医療機関との連携を深め、中核病院として地域の皆様に必要とされる医療を提供します。
- 一、私たちは、医療人としての誇りと責任を持ち、医療の質の向上・教育・研修に取り組みます。
- 一、私たちは、互いに協力・信頼し、感謝する心でチーム医療に取り組みます。

群馬県済生会前橋病院



社会福祉法人 恩賜財団 済生会

群馬県済生会前橋病院

〒371-0821 群馬県前橋市上新田町 564-1

TEL 027-252-6011 (代表)

FAX 027-253-0390 (代表)

TEL 027-252-1751 (地域連携課直通)

FAX 027-252-6102 (地域連携課直通)

<http://www.maebashi.saiseikai.or.jp>

■院長

吉永 輝夫