

行きたい病院には^{わけ}理由がある。

済生会病院の**実力**

2025

CONTENTS

| | | | |
|--------------|---|------------------------|----|
| ごあいさつ | 群馬県済生会前橋病院 院長 | 細内 康男 | 3 |
| 血液内科 | 血液内科代表部長(兼)白血病治療センター長 | 高田 寛 | 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 | 副院長(兼)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)血液・腹膜透析センター長 | 三島敬一郎 | 8 |
| 呼吸器内科 | 呼吸器内科代表部長 | 宇津木光克 | 10 |
| 消化器内科 | 特別顧問(兼)消化器内科上席部長 消化器内科代表部長(兼)内視鏡センター長 消化器内科部長 | 吉永 輝夫 田中 良樹 畑中 健 | 12 |
| 循環器内科 | 循環器内科代表部長 | 中野 明彦 | 14 |
| 外科・腹腔鏡外科センター | 院長(兼)外科・腹腔鏡外科センター長 外科代表部長 | 細内 康男 藍原 龍介 | 17 |
| 呼吸器外科 | 副院長(兼)呼吸器外科代表部長(兼)患者サポートセンター長 | 茂木 晃 | 21 |
| 整形外科 | 整形外科代表部長 | 後藤 渉 | 22 |
| 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 | 24 |
| 眼 科 | 眼科代表部長 | 中村 春香 | 25 |
| 麻酔科 | 麻酔科代表部長 | 中島 邦枝 | 26 |
| 麻酔科 ペインクリニック | 麻酔科代表部長 | 中島 邦枝 | 27 |
| 放射線科 | 放射線科代表部長 | 久保田 潤 | 28 |
| 病理診断科 | 病理診断科代表部長(兼)検査科長 | 柏原 賢治 | 29 |
| 緩和ケア内科 | 緩和ケア内科代表部長 | 平山 功 | 30 |
| 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 | 31 |

ごあいさつ



群馬県済生会前橋病院
院長
細内 康男

登録医、関係各位におかれましては当院の運営にあたり多大なる御理解、御協力を頂いており、感謝申し上げます。

当院は地域包括ケア病床、回復期リハビリ病床を全く持たない専門性の高い急性期病床のみで運営しており、将来を見据えた急性期病院としての発展を目指し、医師の確保に努め、2022年度から2024年度にかけて計10名の医師数増加となりました。年々入院患者数は増加し、患者増に見合うよう常勤職員数は2023年度24人増、2024年度17人増で680人となり、2025年度も常勤数680人でのスタートとなりました。地域の基幹病院として体制が強化され、更なる高度専門医療を提供できるものと思います

さて、本年も済生会前橋病院の実力-2025年度版を発行させて頂きました。病診連携、病病連携にお役立て頂ければ幸いです。

DPCデータにおいて当院は県内ランク消化器癌治療数1位、消化器癌手術数4位、肝癌RFA治療北関東1位（全国14位）、膵癌手術数北関東1位（直近5年間累計）、更に全国ランキング上位の白血病治療、全国トップレベルの手の外科、全国1-2位の腹腔鏡下胆嚢摘出術など全国有数の領域をもち、緩和ケア病棟、透析も多くの実績を有しております。

2025年も当院の専門医療は深化を続けております。一部を列挙しましたが、詳細は本書を御参照頂ければ幸いです

- ・外科腹腔鏡外科センター：2023年2月から運用した内視鏡手術支援ロボット（ダビンチXi）は全国的にも珍しい消化器外科単独で使用しているため症例数の蓄積が早く、2024年の1年間で163例（内訳：胃30例、大腸80例、膵頭十二指腸切除術20例、膵体尾部切除術19例、肝11例）の実績となりました。これまでに13000例を超える鏡視下手術を行ってきた基幹施設として、多くの患者さんに安全、安心な最新低侵襲手術を提供することは我々の責務の一つです。
- ・血液内科：白血病センターでは多くの全国規模治験に参加し、他院では導入できない最先端医療を行っており、臨床、学術において群馬県のトップリーダーとして活動しています。
- ・腎臓リウマチ内科では、血液透析に加え、腹膜透析で先進的取り組みを行なっています。慢性腎疾患（CKD）にも注力、地域の先生方と連携し、早期の患者発見に努めています。
- ・消化器内科：胃癌、大腸癌に対するESDの症例数を着実に伸ばし、また当院の得意とするERCP治療、肝癌治療で地域に貢献し続けています。
- ・呼吸器内科、総合内科：それぞれ医師2名体制となりました。増え続ける患者さんに積極的に対応しております
- ・優秀なスタッフが揃う整形外科、循環器内科、内分泌内科、県央唯一の緩和ケア内科も活発に活動しています。

これからも更なる質の高い高度専門医療を安心、安全に提供できるよう努力してまいります。引き続き済生会前橋病院へのご支援を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



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（class 100）が3床、化学療法用無菌室（class 1000）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の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

2024年度は延べ705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、急性リンパ性白血病、悪性リンパ腫でした。

新規の急性白血病患者さん81名で、急性骨髄性白血病が67人、急性リンパ性白血病が14人でした。

a. 化学療法

DPCのデータでは2023年度は延べ221人の急性白血病患者さんが入院で治療目的で入院しています。2023年度の厚労省のデータでは、全国にDPC参加病院が1760あり、当院の急性白血病患者さんの入院患者数は第17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724の方が移植を受けられています。このうち、208人が血縁者間移植、306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210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

急性白血病の治療薬として、分子標的治療薬や抗体医薬等が続々と創薬されています。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。

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。

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”

循環器内科専門医として医業をさせていただいておりましたが、2021年4月より総合内科を掲げさせていただいております。2024年4月から消化器内科・とくに上部消化管、肝疾患の専門医でもある齋藤 直人先生が総合内科に加わって頂けることとなりました。

内科学の発展により臓器別の専門分化が進む昨今、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、いわゆる多病な症例に遭遇する機会も明らかに増加しています。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？と確信するに至りました。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、齋藤先生のご助力により、一層見落としのないcase by caseな適切な対応が可能となりました。

診療体制

総合内科医2人体制となりましたが、もちろん他科との連携が必須であり、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。入院が必要であると思われるが疾患病態・当該科が不明確である患者様など、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ありません。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(Primary care)。

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分野であると考えます。

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？



副院長（兼）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非常勤医師の青木智之医師、そして2024年度より石田恵美医師の3名で診療にあたっています。

現在およそ1000名の方が当科外来に定期的に受診されており、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昨年度の外來での療養指導件数は94件、糖尿病をはじめとする当科の栄養指導件数は705件、フットケアの施行件数は866件と例年同等から増加しており、当科における外來診療のクオリティを維持できたものと考えております。特に栄養指導は外來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892件と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。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來、療養指導外來やフットケア外來も継続し当院での療養指導の裾野を広げる試みも行っております。

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く連携パスを用いた病診連携でも診療を行っています。一昨年、昨年は連携先医院の閉院などもあり25名に減少いたしましたが、連携パ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來で行っており、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來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を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。

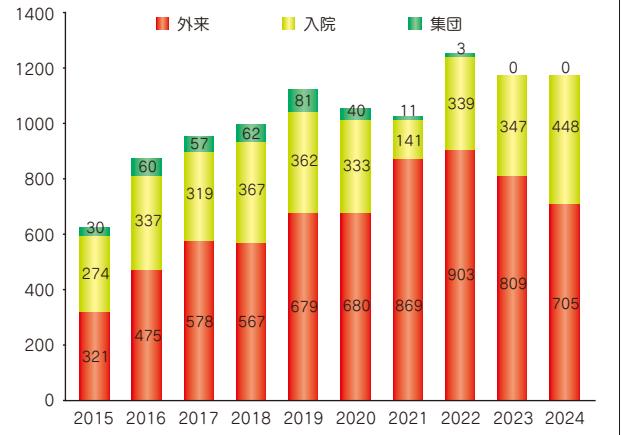
糖尿病教育入院

糖尿病は教育の病気と言われており、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する講義を受けることができます。昨年度は糖尿病教育のために入院された方は16名でした。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。

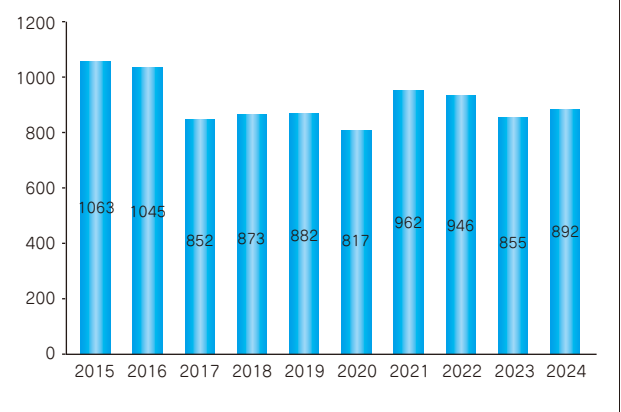
終わりに

最新の糖尿病治療ガイドでは、糖尿病治療の目標は糖尿病でない人と変わらない寿命と日常生活の質（Quality of Life : QOL）を実現する（実現することを支援する）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QOLが改善され糖尿病でない人と変わらない人生を送ることを手助けできるものと考えております。

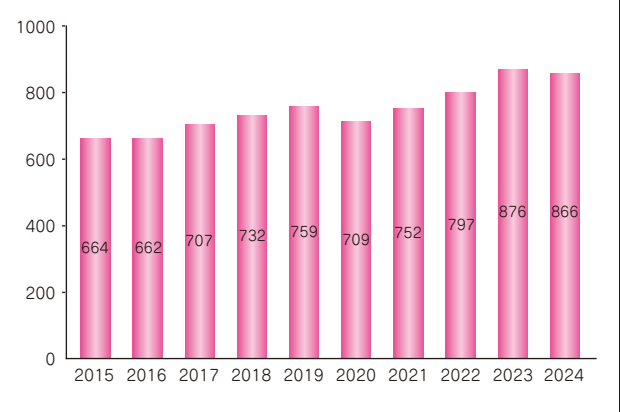
当科外来における栄養指導件数の推移



当科外来における透析予防指導件数の推移



当科外来におけるフットケア件数の推移



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）血液・腹膜透析センター長 三島 敬一郎

腎臓リウマチ内科、血液・腹膜透析センター

当科・当センターは、腎疾患では慢性腎臓病（CKD）をはじめ、急性/慢性腎炎・ネフローゼ症候群、糖尿病腎症、さらには血液浄化療法（血液透析、腹膜透析、血漿交換療法など）などにも対応しております。透析療法は血液透析のみならず、腹膜透析の管理も行っており、また急性期疾患の血漿交換等、合併症の治療も可能です。ここ数年で腹膜透析患者数は飛躍的に増加し、患者さん方には腹膜透析の長所（後述）を活かしながら生活を送っていただいております。引き続き当センターの強みを地域へ発信していければと思っております。

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、近隣の連携施設などからのご紹介を通じるなどして診療にあたっております。

1. 検尿異常から腎不全まで

どの疾患にも言えることですが、腎臓病も早期介入がとても重要です。軽度でもタンパク尿や腎障害等がみられた際には一度当科へご紹介いただき、腎生検等の精査ならびに治療を検討していきたいと思っております。また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・教育を行っております。2018年より慢性腎臓病教育入院を導入いたしました。腎臓病は、治療はもちろんですが、その予防も重要となってきます。

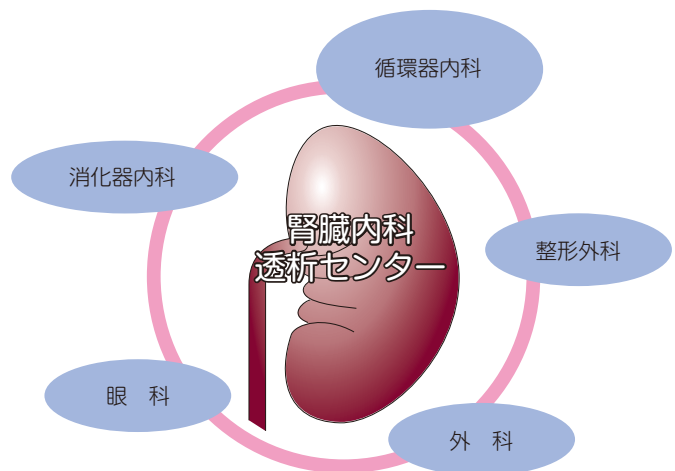
2. 患者さん自身による透析療法の選択

透析というと血液透析を思い浮かべる方が多いかと思いますが、当院では血液透析のみならず、腹膜透析の導入ならびにその管理にも力を注いでおり、その患者数も漸増しております。腹膜透析は、尿量の維持、血管の温存、生活の自由度の確保などの利点を持ち、適応のある方には積極的に検討したい腎代替療法となっております。

患者さん方のライフスタイルに合わせた腎代替療法を提供すべく、透析センタースタッフらによる療法選択説明の機会も十分に設けております。

3. 多様な血液浄化療法

当院内の各科と協力して、血漿交換、エンドトキソ吸着、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おります。



腎臓内科多職種カンファレンス

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、落ち着いた段階で逆紹介とし、透析を継続していただいております。

- ①心筋梗塞、狭心症、閉塞性動脈硬化症など
(循環器内科)
- 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)



RO装置



血液・腹膜透析センター



血液浄化装置

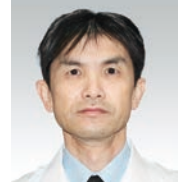
5. 原因不明の発熱、関節痛、筋肉痛の原因は？

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。



透析供給装置

呼吸器内科の診療について

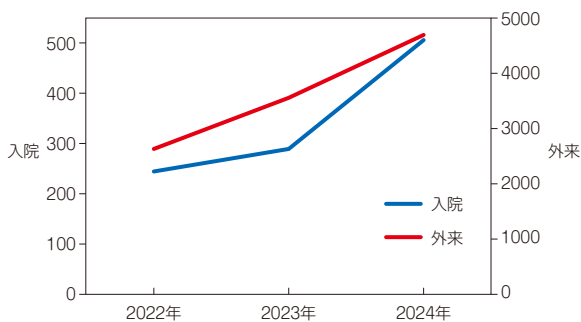


呼吸器内科代表部長 宇津木 光克

はじめに

2022年4月に私が呼吸器内科へ常勤として赴任し、さらに昨年4月からは河俣貴也先生が赴任され2名体制となりました。常勤医師が増員となったことで、救急対応などのニーズにより的確に対応できるようになり、入院・外来患者数ともに着実に増加しております（図1）。

図1 入院・外来患者数推移（延べ数）



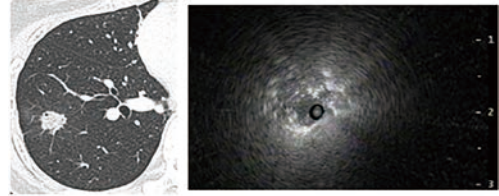
呼吸器内科が診療する疾患としては、肺がんをはじめとした悪性疾患、気管支喘息・慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの閉塞性肺疾患、特発性肺線維症などの間質性肺疾患、肺炎・胸膜炎などの感染症等、多くの疾患があります。当科医師2名とも日本呼吸器学会専門医であり、またいずれか1名は日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本呼吸器内視鏡学会専門医、日本アレルギー学会専門医、日本喘息学会専門医、日本結核・非結核性抗酸菌症学会認定医の資格を有しており、これらの疾患について専門的診療を行うことが可能です。そこで、各疾患における当科での診療実績について述べさせていただきます。

悪性疾患（主に肺がん）

肺がんが疑われ、ご紹介をうける症例のほとんどがレントゲンやCTによる画像所見の異常です。当科では、できるだけ早く「がん」の診断を行い、病期に応じて外科的療法、放射線療法、内科的療法が適切かつ早期に開始できることを心掛けております。侵襲の少ない鎮静下での気管支鏡下生検、エコーガイド下の経皮的リンパ節生検、胸水検体でのセルブブロック作成などを行っています。気管支鏡下生検においてはガイドシース併用気管支内超音波断層法を

用いて生検診断率の向上を図っています（図2）。

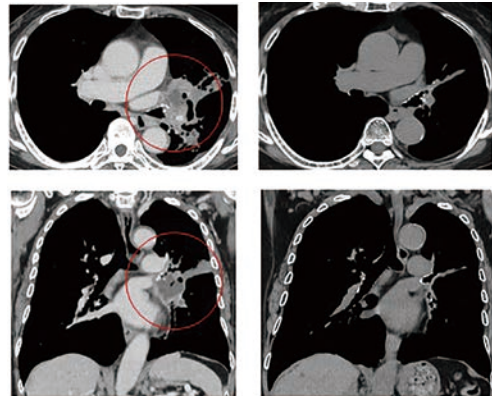
図2 ガイドシース併用気管支内超音波断層法（EBUS-GS）



CTでの病変（図左）に対して、EBUS-GSにて病変を描出（図右）ガイドシース留置により同一部位での複数回生検が可能

内科的治療に関しては、近年、従来の殺細胞性抗がん剤だけでなく分子標的治療薬（EGFRチロシンキナーゼ阻害薬やALK阻害薬など）や免疫療法（抗PD-1抗体、抗PD-L1抗体、抗CTLA-4抗体）の進歩により、長期にわたり著明な縮小効果が得られる症例が増加しております（図3）。採取された組織検体を用いて分子標的治療薬や免疫療法の治療効果予測が可能となっており、緊急を要する症例以外はその結果を元に治療方針を決定しております。

図3：肺腺がん 免疫療法（抗PD-1抗体）使用



治療前

治療開始1年6か月後

左上下葉分岐部の腫瘍がほぼ消失し、縮小を維持している

気管支喘息

気管支喘息においては、吸入ステロイド薬の開発により多くの症例で症状のない状態を保てるようになりました。一方で、経口ステロイドを含む多くの薬剤を併用しても症状のコントロールが不能な「難治性喘息」症例が、喘息患者さんの5～10%程存在しています。当科ではこのような難治性喘息症例に対して、生物学的製剤の導入も行いながら症状のコントロールや経口ステロイドの減量を行っています。生物学的製剤は抗IgE抗体、抗IL-5抗体、抗IL-5受

容体 α 抗体、抗IL-4受容体 α 抗体、抗TSLP抗体が保険適応となっており、それぞれの特徴を踏まえて使用しております。実際、経口ステロイドが中止できない難治性喘息症例のうち、生物学的製剤を導入した症例の約70%で経口ステロイドが中止できています。

慢性閉塞性肺疾患 (COPD)

COPDはタバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生ずる肺の炎症性疾患であり、非可逆的な気流閉塞を示します。このため、薬物療法のみでは体動時の呼吸困難が改善できない症例も多く認められ、運動療法をはじめとしたリハビリテーションも重要な役割を果たしています。当科では呼吸リハビリテーション入院など、多職種と連携した疾患管理を行っています。

最近ではCOPDと気管支喘息の合併例 (Asthma and COPD Overlap : ACO) が注目され、増悪の頻度が高く、QOLも低いことから、いかに両疾患合併例を発見するかが重要となっています。当科ではCOPD患者さんに対して、気管支喘息で陽性となる呼気中一酸化窒素濃度測定や喀痰中好酸球検査を行いACO症例の拾い上げを行っています。

間質性肺疾患

間質性肺疾患は乾性咳嗽や労作性呼吸困難を症状として、胸部画像上は網状影やすりガラス影を呈する疾患群です。間質性肺疾患の原因は細かく原因分類を行うと100を超えと言われるそうですが、おおまかに自己免疫性、職業環境性、薬剤性、放射線、特発性 (原因不明) があります。原因によって治療法は異なりますが、いずれの原因によっても急性増悪の可能性があり、その際には呼吸管理の上でステロイドパルス療法を行うことがあります。

慢性的な進行に対しては抗線維化薬による治療があります。特に進行の早い特発性肺線維症に対しては肺機能の低下を抑制する報告は蓄積されており、急性増悪の頻度も抑制し予後改善に寄与すると考えられます。その抗線維化薬も適応が拡大し、特発性肺線維症だけではなく膠原病肺でその効果が蓄積されてきていますが、原因によらず肺病変の進行を認

める際には進行性肺線維症として処方が可能になっています。長期的な効果を期待するには内服継続が必要ですが、まだ高額な薬剤ですので指定難病・特性疾患の申請を行い経済的な態勢を整えることが重要です。

急性期では呼吸不全管理として高流量鼻カニューレで治療を行うことや慢性期には気管支鏡検査も含めて精査を行うことが可能です。息切れや咳でお困りの際には間質性肺炎の可能性もございますので、ご相談いただければ幸いです。

呼吸器感染症 (肺炎、胸膜炎、膿胸、非結核性抗酸菌症など)

呼吸器感染症は急性発症のことが多く、予約外診療が必要な場合があります。治療の遅れは重症化や、胸膜炎、膿胸については胸腔ドレナージが必要となる場合もあります。このため、地域連携課を通じたスムーズな入院対応を心掛けております。

非結核性抗酸菌症については、緩徐な進行のため症例ごとに加療開始のタイミングが異なるのが現状です。胸部CTでの非結核性抗酸菌症の疑い症例の診断・治療だけでなく、加療開始についてのご相談をお受けすることも可能です。

呼吸器サポートチーム (Respiratory Support Team: RST)

当院では呼吸器サポートチームが活動しています。医師、看護師、理学療法士、臨床工学技士などの多職種が様々な知識を持ち寄り、院内における呼吸療法、呼吸器ケアが安全で効果的に行われるようサポートするチームです。当院の呼吸器サポートチームは2016年に設立され、県内4番目の「呼吸器サポートチーム認定施設」にも認定されています。

地域の先生方へ

慢性呼吸器疾患である気管支喘息・COPDの有病率は高く、診療所で診療されている症例も多いと思います。しかし、時に急性増悪を生じ入院加療が必要となる場合もあります。その際も、地域連携課を通じてスムーズに入院対応が可能となるよう配慮致します。将来的にはこれらの疾患についての病診連携を構築し、患者様の安心・安全へと繋がればと考えております。

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



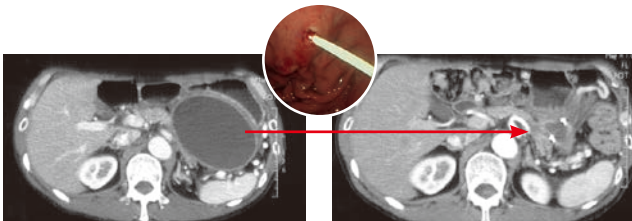
特別顧問 (兼) 消化器内科上席部長 吉永 輝夫

胆膵疾患の内視鏡治療

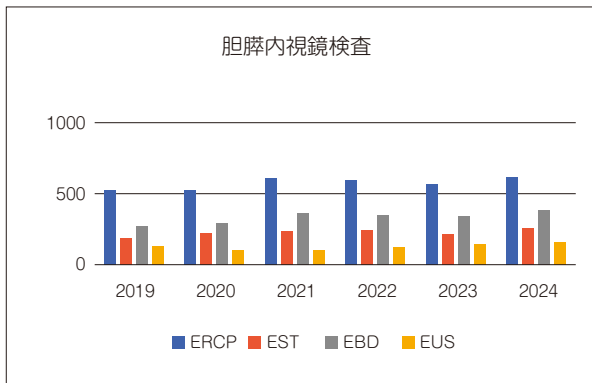
当科では胆膵疾患の内視鏡治療を積極的に行っています。2024年度のERCP検査は618件でした。内訳はEST（乳頭括約筋切開術：総胆管結石を摘出します。）244件、EBD（胆管ドレナージ：癌などによる胆管狭窄によって閉塞した胆管の胆汁を十二指腸に流します。）376件でした。超音波内視鏡（EUS）、管腔内超音波検査（IDUS）、超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）、胆道鏡なども併用し、胆膵疾患に対して病態に応じた診断方法を選択しています。また、難治性の膵仮性嚢胞に対しては、超音波内視鏡下に膵嚢胞ドレナージ術を施行しています。



超音波内視鏡下膵嚢胞穿刺



ドレナージ行い、膵嚢胞の縮少を認めた

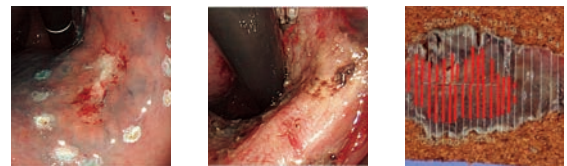


消化器内科代表部長
(兼) 内視鏡センター長
田中 良樹

食道、胃、大腸の内視鏡治療

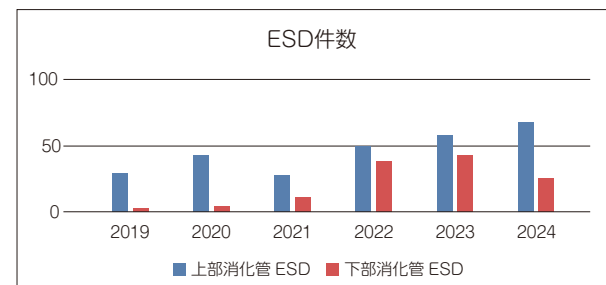
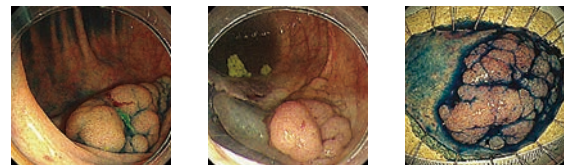
がん検診の普及により、無症状の早期癌が発見される機会が多くなっています。早期癌の内視鏡的治療として内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）という手技があります。2006年には早期胃癌の治療として保険収載され、現在では上部・下部消化管ともに保険収載され全国的に普及しています。ESDによって大きな病変に対しても一括切除が可能になります。すなわち以前なら外科手術を行わなければ治癒切除出来なかった病変も内視鏡的に治癒切除できる可能性が広がりました（図参照）。2024年度の当院のESD症例は98例でした。98例中、上部消化管（食道13例・胃55例）68例、下部消化管（大腸）25例であり、近年増加傾向にあります。ESD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。

【上部消化管ESDの症例；早期胃癌病変】



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

【下部消化管ESDの症例；盲腸部のLST病変】





消化器内科部長
畑中 健

● 脂肪性肝疾患とフィブロスキャン ●

近年、脂肪性肝疾患をSLD (steatotic liver disease) と総称し、従来の非アルコール性脂肪性肝疾患 (NAFLD) と非アルコール性脂肪肝炎 (NASH) はメタボリック症候群の基準を満たす場合に限定して、metabolic dysfunction associated steatotic liver disease (MASLD)、metabolic dysfunction associated steatohepatitis (MASH) と診断されることとなりました。

このように新たな病名と分類法が提唱され、SLDは大きな注目を浴びるようになった一方、肝の線維化が予後を規定する因子であることには変わりはありません。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) を導入しております。これは前橋・高崎市内では当院にのみある機器で、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、予後不良のMASLDの拾い上げに貢献できると考えられます。



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への負担が少なく、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。

令和6年度のDPCデータにおいて、当院の肝臓に対するアブレーション治療の件数は、全国で10位、群馬県内では1位となっています。



Saiseikai Maebashi style

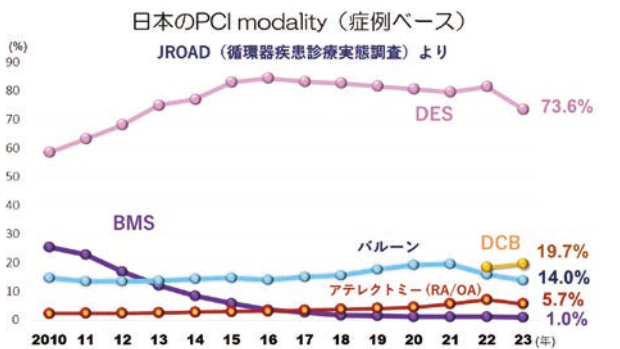
～透析症例にはステントを入れない方が良い!?～

循環器内科代表部長 中野 明彦

ここ数年、本紙面にて当科でのstent-less PCIへの取り組みを紹介してきました。今回は透析症例にフォーカスして我々のデータをお示ししたいと思います。それは世界のどこでも通用している“常識”を覆す結果です。

● 本邦におけるPCIの現状 (全症例) ●

日本循環器学会による実態調査 (JROAD) によると、バルーンによってPaclitaxelを塗布して再狭窄予防を図るDrug-coating balloon (DCB) の頻度が徐々に増えて20%程度、Drug-eluting stent (DES) は減少傾向ですが依然として70%を超えています。また前治療として石灰化を削るRotational Atherectomy (RA) やOrbital Atherectomy (OA) の併用が増加しています (Fig 1)。



(Fig 1)

● 透析症例と冠動脈疾患、その特殊性 ●

透析症例はそれに至る高血圧や糖尿病などの基礎疾患を有し、加えて腎機能の低下そのものが血管内皮機能障害、酸化ストレスの亢進、炎症性サイトカインの慢性上昇を引き起こし、アテローム形成を加速させます。さらにカルシウム-リン代謝異常に起因する動脈中膜の石灰化、貧血やアルブミン低下、ビタミンD不足といった栄養・内分泌的因子も心血管系への慢性的なストレス因子として作用します。結果として透析症例では冠動脈硬化の「早期発症・急速進展・治療抵抗性」といった特徴を有します。実際、米国のUSRDSデータによれば、透析導入時点で冠動脈疾患合併が40～50%にのぼり、導入後5年以内の心血管死が全体

の30～40%を占めています。さらにその冠動脈病変は多枝病変、石灰化病変、長病変が多く、DESがその標準治療となる必然性があります。しかし透析患者に対するPCIは非透析患者に比して複雑であり、合併症リスクや再狭窄、長期予後において依然として課題が多いのが現状です。DES使用下における透析患者のTLR (Target Lesion Revascularization; 標的病変血行再建) 率は非透析症例の3-4倍、1年で約15～20%に達するとの報告もあります。またステント血栓症のリスクも高く、2年以内に2～4%の発症が報告されています。

● DESのデメリットとstent-lessのメリット ●

DES留置後、内膜増殖による再狭窄・TLRは1年以内に生じますが、それ以降には新規動脈硬化 (neoatherosclerosis) が進行します。当科のデータでは透析症例のDES後TLRの3割は留置後1年以上の病変で、そのほとんどがneoatherosclerosisに起因していました。再狭窄していないDESでも時間経過とともに高率にneoatherosclerosisが確認され、石灰化を伴うのが透析症例の特徴です。neoatherosclerosisは薬剤・ステント金属・ポリマー等による内皮機能障害、慢性炎症、血管平滑筋の分化異常などがその成因と分析されています。

ステントを入れないメリットは他にもあります。

- ・抗血小板剤が弱くて済む：ステント血栓症は起こらないのでPCI後からの二種類の抗血小板剤は期間短縮しており、手術・内視鏡治療等で必然性があれば中断も可能となります。また墮薬しやすい症例にはより安心です。当然ながらPCI後の出血性合併症は減少します。

- ・将来のバイパス手術の邪魔にならない

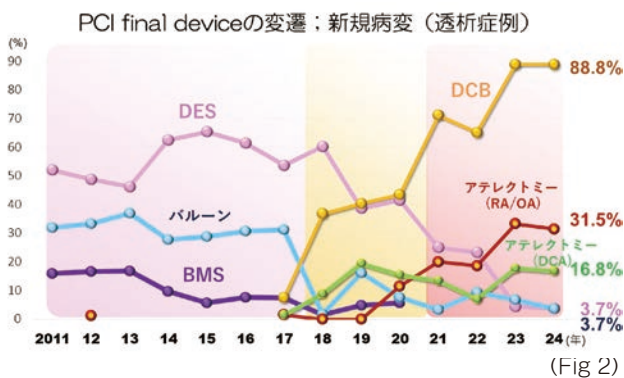
- ・本来の動脈に備わっている血管運動機能を保てる：冠攣縮に代表される血管運動障害は様々な疾患 (急性冠症候群・MINOCA [MI with Non-Obstructive Coronary Arteries]) ・心不全・致死性心室性不整脈・突然死など) の基礎病態になり得ると最近注目されています。

さらにDCB独自のメリットとして1/3-1/2の病変で慢性期に内腔が拡がるLLE (Late Luminal

Enlargement) が確認されています。血管に枠をはめるステントと異なり冠動脈自体が太くなることを妨げません。また薬剤によりプラークの退縮やバルーンによって生じた解離の修復も加わって、治療直後より内腔が拡大する現象です。

当科での透析症例に対するPCIの推移

Fig 2に当科での新規病変に対する治療デバイスの推移を示します。Fig 1と重ねて比較していただくとその特異性がご理解いただけると思います。ステント内再狭窄にのみ適応されていたDCBが小径の新規病変に適用拡大された2017年後半からDES・バルーン使用率が減少しDCBが徐々に増えています。またその前年からDCA (Directional Coronary Atherectomy) が使えるようになり、2020年からはRA/OAの施設基準が緩和され、当施設でも導入に至りました。近位部の柔らかいプラークはDCAで、近位・遠位に関わらず高度石灰化病変はRA/OAで削り、可能な限りプラーク減らしてから最終デバイスを用いるようにしています。特に高度石灰化を伴うことの多い透析症例では後者を併用することが多く、偏心性石灰化の減少によって病変の拡張が容易になりDESが大幅に減少しています。

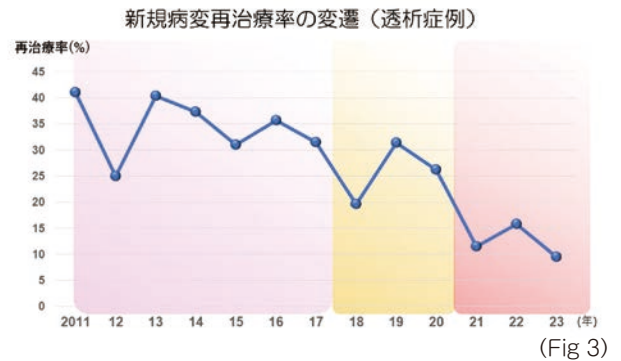


(Fig 2)

透析症例に対するstent-less PCIの有効性

結果どうなったか？ Fig 3に新規病変再治療 (TLR) 率の年次変遷を示します。再造影を終えた症例だけで解析したため再治療率が高めですが、DCB施行率と逆相関するように全体の再治療率が減少しています。DCB導入前2017年までのDES

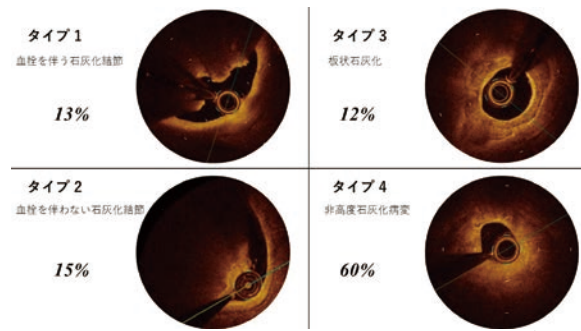
後TLRは34% (非透析症例では8%)、RA/OA前の2018-2020年は27% (同5%) でした。これに対して2021-2023年の全病変のTLRは12%と明らかに減少し非透析症例 (8%) に肉薄しています。この劇的な改善は想定以上でした。



(Fig 3)

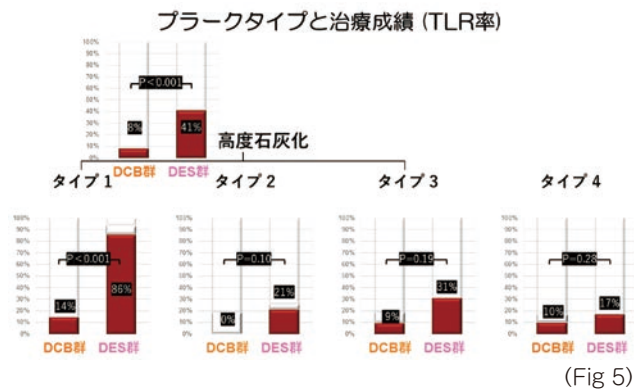
DES<stent-lessの理由

つまり透析症例の病変はDESではコントロールしきれない、ということになります。その機序の一端を解明するために、我々是对象病変の石灰化に注目し、光干渉断層法 (Optical Coherence Tomography : OCT) を用いて対象病変を4つのタイプに分類して治療成績を比較検討しました。高度石灰化は偏心性の石灰化結節 (calcified nodule ; CN) と全周性あるいはそれに近い広範囲に存在する板状石灰化 (タイプ3) に分けられ、さらにCNは表在性に血栓が認められるタイプ1と認められないタイプ2に分類されます。CNは非透析症例の数倍の頻度で認められる透析症例に特異的な病変です。タイプ4は高度でない石灰化を含む線維性プラークや脂質プラークで、非透析症例に多い最も一般的な性状です (fig 4)。我々の症例では高度石灰化が40%に及び、CNが3割近くを占めていました。



(Fig 4)

fig 5にブランクタイプ別のTLR率を示します。タイプ4に対するTLRは両群で差はありませんでしたが、高度石灰化に対してのTLRはDCB群8.3% vs DES群41.2%とその差は歴然でした。タイプ1に至ってはDCB群14% vs DES群86%とDESにとっては絶望的な結果でした。さらにタイプ1のDES後再狭窄病変には類似の血栓が再燃し、その後何度も再治療を繰り返す難治性病変となります。つまり「DESを留置してはいけない」病変なのです。



我々がRA/OAの対象としているのはまさにこれら高度石灰化病変です。石灰化を可能な限り削除することでタイプ1～3病変をタイプ4病変に近づけ、さらにDESを入れないことで血栓形成を予防したいと考えています。高度石灰化病変の石灰化を減らすのは、透析症例の病変を非透析症例の病変に近づけているのかもしれない。

今後の課題

透析症例に対するRA/OA-DCBの有効性・安全性については一般にはほとんど検討されていません。今回も約300症例程度での結果のため、症例数を増やした多施設での研究が必要になります。また歴史の浅いDCBについては5年を超える長期安全性データがありません。薬剤(Paclitaxel)が塗布されている事でDESと同じようにneoatherosclerosisが生じるのか？数年以上経過したら一定数で再治療が必要となるのか？実はまだ解っていません。

透析症例にはDESを入れないほうが良いのか？
…本当の答えが出るのはもう少し先になります。

最後に

我々も以前は「透析症例の冠動脈は硬いのでステント留置は大前提」とか、「透析症例はPCIの成績が悪いのは仕方ない」と考えていました。他に方法が思いつかなかったからです。しかしここ数年で使えるようになったDCBやアテレクトミーが考え方を教えてくれています。副産物として抗血小板剤のジレンマも減りました。“Taylor-made PCI”が当科での基本コンセプトです。お仕立てが必要な症例がいらっしゃいましたらお声がけください。

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ロボット支援下手術まで



院長（兼）外科・腹腔鏡外科センター長 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。当院は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、がん化学療法のレジメン管理、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。

2025年度は9人体制で外科診療を行っており、関連学会の専門医・指導医取得数が県内基幹病院で最多であることから診療レベル、安全性が担保されています。技量が高い消化器内科とのスムーズな連携により治療開始までの期間が短いことも利点となっています。また、当科には消化器外科領域での取得が困難とされる日本内視鏡外科学会の技術認定医が4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1）。得意とする腹腔鏡下手術は2024年12月までの累積施行数は12757例に及び、全国トップクラスの施行数となっています。2024年は1年間で760例の腹腔鏡下手術を施行しました（表1）。



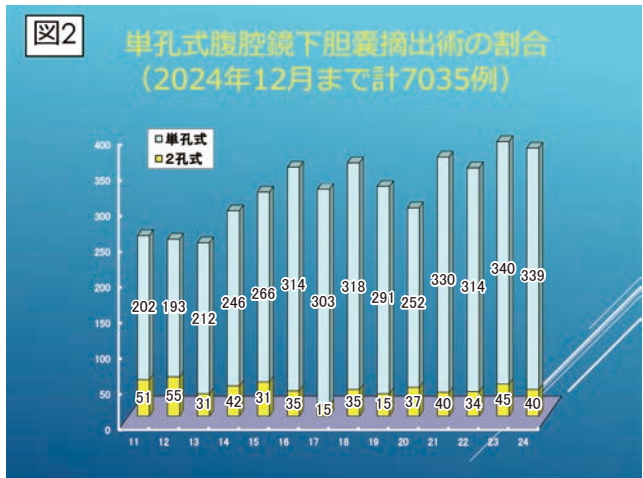
腹腔鏡下胆嚢摘出術に関しては、1997年から当院で開発した針型臓器把持器具ミニループレトラクターを用いた2孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術を導入しました。2009年からは術式をさらに工夫考案し、徹底的に整容性を追及した、傷跡が全く残らない

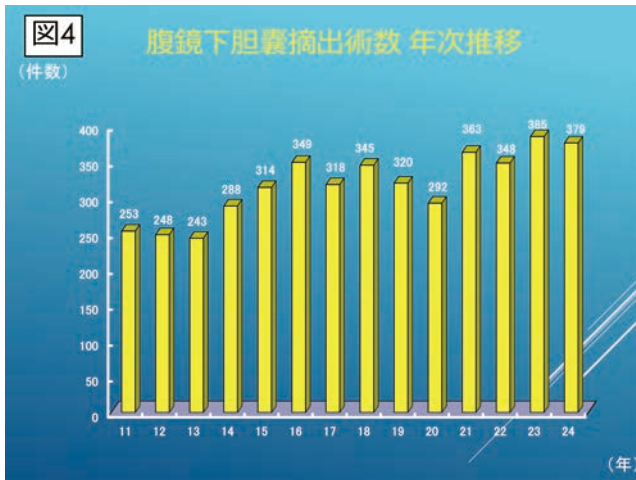
単孔式腹腔鏡下手術を開始し、現在では胆嚢摘出術・虫垂切除術の90%以上が単孔式術式となっています（図2・図3）。その結果、腹腔鏡下胆嚢摘出術の施行数は、2022年度に念願の全国1位を獲得しました（図4）。

表1 2024年の手術割合 (全麻手術総数1054件)

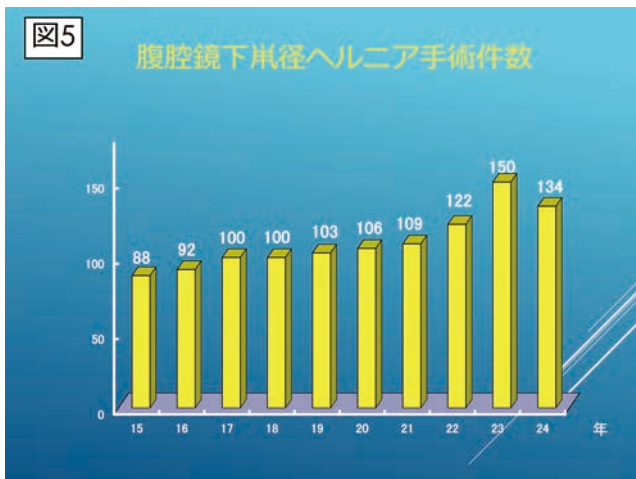
| 項目 | 総数 | 鏡視下手術数 (ロボット支援下) | % |
|-----------|------------|------------------|-------------|
| 胆嚢摘出術 | 376 | 376 (0) | 100.0 |
| 大腸癌 | 114 | 106 (83) | 81.6 |
| 胃癌 | 43 | 41 (28) | 95.3 |
| 虫垂切除術 | 38 | 38 | 100 |
| 単径ヘルニア | 141 | 134 | 95.0 |
| PpPD,膵全摘 | 50 | 21 (21) | 42.0 |
| 膵体尾部切除術 | 25 | 19 (19) | 76.0 |
| 肝切除術 | 36 | 25 (12) | 69.5 |
| 合計 | 823 | 760 | 92.3 |

*呼吸器・その他も含めた手術総数 1186

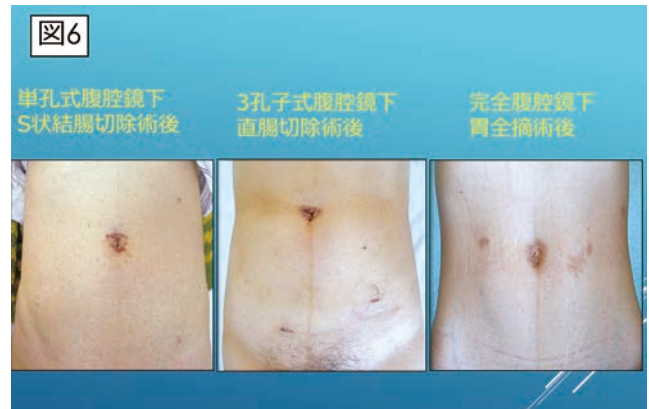




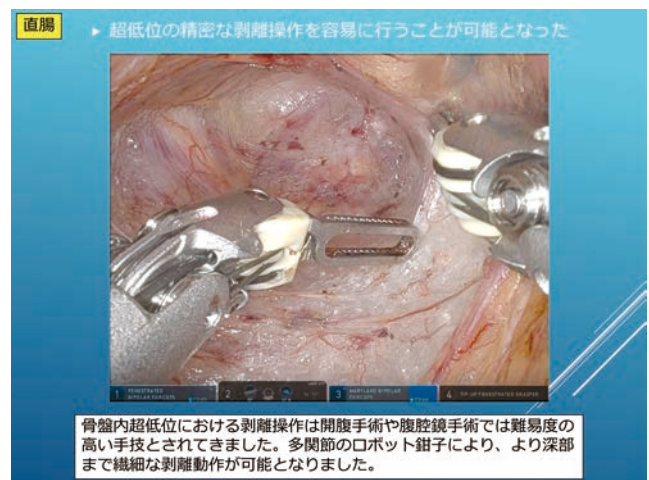
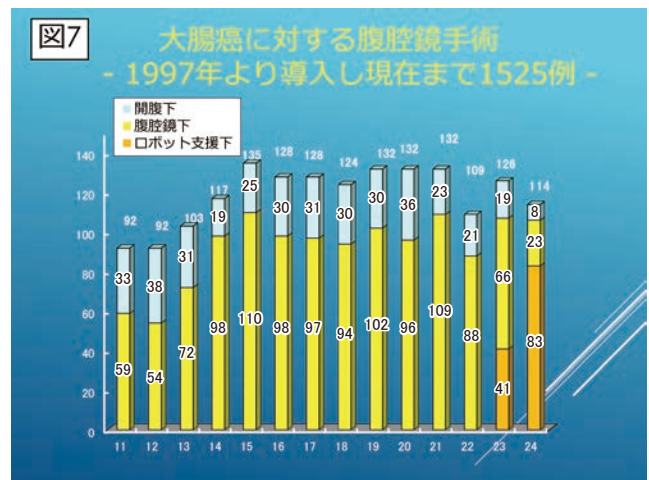
ソケイヘルニア手術は、ほぼ全例で腹腔鏡下手術が行われ、全国でも有数の施行数となり、再発率が少ない有用な術式となっています（図5）。



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が、手術を要する場合も、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。当院では、整容性も重視しており、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小さく、体に負担が少ない腹腔鏡下手術が行われています（図6）。



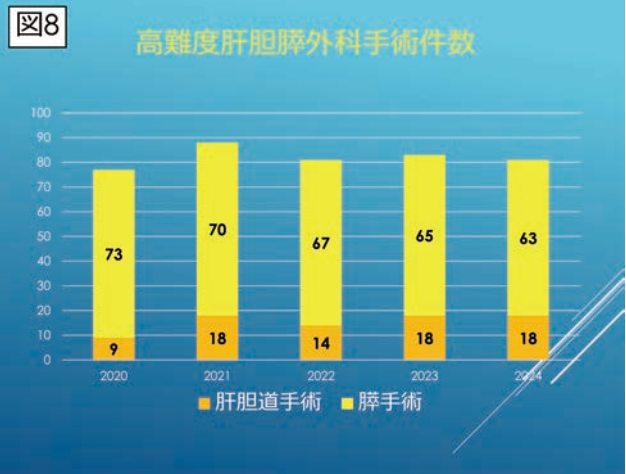
大腸癌の腹腔鏡下手術は1997年から開始しており、進行癌に対しても可能な限り、傷が目立たなく患者負担が少ないreduced port surgeryを早期から開発導入し、75-85%は腹腔鏡下手術で行われています。2023年2月よりロボット支援下手術が導入され、現在では大腸癌手術の第1選択肢となっております（図7）。





胃癌手術は、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%を腹腔鏡下手術で行っており、2024年末までに818例程の施行数となっています。胃癌に対するロボット支援手術は2023年5月に導入し現在は胃癌のほぼ全てをロボット支援手術で施行しております。

また、当院は日本肝胆膵外科学会が指定する修練施設A施設に認定されております。当認定は高難度肝胆膵手術を年間50例以上行いかつ合併症率、死亡率の低さなど厳しい審査基準を満たした施設のみならず与えられます。当院には肝胆膵外科学会高度技能指導医1名および高度技能専門医3名が在籍し、毎年多くの高難度肝胆膵手術を安心・安全に実施しております（図8）。



2024年には日本膵臓学会指導施設にも認定され、膵癌の手術数は北関東3県で最も多く、難治とされる膵管癌例でも術前化学療法→手術→術後化学療法により良好な成績、実績を積み上げ（表2）、県内外から多くの患者さんが来院されています。

表2 膵腫瘍手術件数

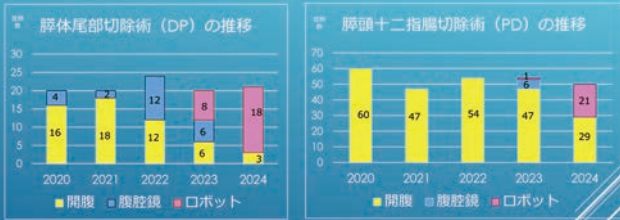
| 膵癌手術件数 | | | | | |
|--------|------|------|------|------|------|
| (年) | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| (人) | 56 | 56 | 46 | 48 | 44 |

2013年～2022年 膵癌手術患者
5年疾患特異生存率 **52.2%**

肝胆膵領域癌は進行が早く、治療困難な疾患とされ、侵襲の高い術式が必要となることも多いですが、当院は北関東で唯一、膵臓領域での日本内視鏡外科学会技術認定医が在籍する他、同領域のロボット手術指導資格取得者が3名おり、根治性・安全性に配慮しつつ、低侵襲治療を行うことが可能となっております。ロボット支援下（ダヴィンチ）による膵頭十二指腸切除は2023年12月に群馬県内で当院が初めて導入し、現在まで31症例に対して安全な手術が施行されております（図9）。

図9

低侵襲脾切除（MIS）の導入過程

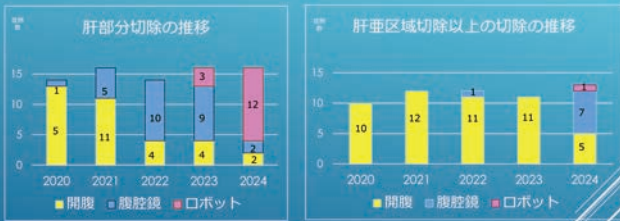


・2024年度はDPの85.7%、PDの42.0%にMISを施行。

肝切除に関しても7割前後の症例に腹腔鏡下手術を施行し、2024年12月にロボット支援下による肝垂区域切除術を導入後は、肝右葉切除術を含めた大量肝切除症例に対しても安全に低侵襲治療を行っております（図10）。

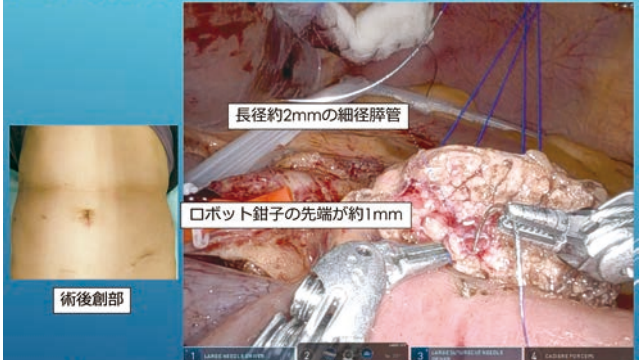
図10

低侵襲肝切除（MIS）の導入過程



・2024年度は肝部分切除の87.5%、肝垂区域以上の切除の61.5%にMISを施行。

脾臓 ▶ 細径脾管と空腸の吻合を鏡視下手術で行うことが可能となった



細径脾管と空腸の吻合は開腹手術や腹腔鏡手術では非常に困難とされてきました。ロボット支援下手術では、超拡大視効果と手振れのない動きで、より精密な吻合が可能となりました。

2023年2月21日に初症例を施行したロボット支援手術ですが、症例を順調に積み重ね2025年4月に300症例を達成いたしました。現在は消化器外科の主要領域（胃、結腸、直腸、肝臓、胆道、脾臓）の手術をロボット支援下に施行する事が可能です。今後も腹腔鏡手術におけるロボット支援手術の増加が見込まれます。

多くの選択肢の中から最適な療法を提案させていただきます。



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

根治性と先進性を両立させた低侵襲手術の実践



副院長（兼）呼吸器外科代表部長（兼）患者サポートセンター長 茂木 晃

2019年4月1日より、私自身の赴任に伴い済生会前橋病院に呼吸器外科が独立した診療科として発足して、早いもので6年が経過しました。その間、呼吸器外科の充実に対し、登録医の先生方を中心として多大なご協力を頂いた医療機関の関係者の方々に對しまして、あらためて心より感謝申し上げます。

この6年間のうち、最初の2年間は、呼吸器内科の常勤医が不在という事もあり、呼吸器外科立ち上げに際し、“より安心・安全な医療を提供する”体制を確立することを最優先課題として取り組んで参りました。立ち上げ当初から積極的に導入した、周術期呼吸リハビリテーションも重要な要素です。呼吸器外科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います（写真1）。また、患者さん毎に術前呼吸器カードを作成し、NCDデータベースに基づいた術後合併症リスクの客観的評価を、すべての手術患者さんに対して行い、その詳細を説明しております。その上で、最新のガイドラインに準拠した治療方針の決定や周術期管理の徹底を心掛けております。また、患者さんの負担軽減に繋がる低侵襲な胸腔鏡下手術を施行していることも術後合併症が少ない大きな要因と考えます（写真2）。さらに、根治性を担保した上で、肺機能を極力温存することによる低侵襲手術として、肺区域切除を積極的に導入しております。早期肺癌に対する積極的區域切除の妥当性が、より高いエビデンスレベルで証明され、今後更なる増加が見込まれています。区域切除は、肺葉切除と比較して、より複雑で難易度の高い手術ですが、術前3D-CT画像で切除ラインのシミュレーション、及び術中のICG静注による区域間同定を行うことにより、正確かつ安全に施行出来ております（写真3a,3b）。手術アプローチ・術式の両面からの低侵襲手術を施行することにより、現在、肺癌手術のほぼすべての患者さんが術後4日以内に退院出来ております。

当院赴任以来、呼吸器外科手術症例は着実に増加してはりましたが、新型コロナウイルスの流行時（再流行含め）においては、減少傾向となりました。しかしながら、令和5年度からは、再び増加傾向に転じております（表1）。また、昨年4月より呼吸器内科常

勤医が1名増え、2名体制となったことから、今まで以上に登録医の先生方からのご紹介にお応え出来るようになりました。高齢化社会において増加傾向著しい、呼吸器疾患の患者さんの診療をより充実させて参ります。院内の連携を綿密に行い、“呼吸器センター”的な存在に発展させていきたいと考えております。今後も初心を忘れず、より安心・安全かつ低侵襲な医療を提供出来るよう、済生会前橋病院呼吸器外科の一層の充実を図って参ります。

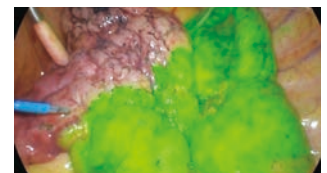
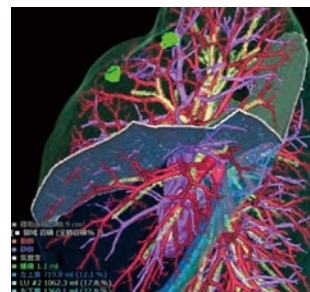
これまでの呼吸器外科としての経験を最大限活かしつつ、群馬県の地域医療、特に肺がんを中心とした呼吸器疾患の早期発見や治療に貢献出来るように、全力を尽くして参りますので、引き続きご指導賜りますよう何卒宜しくお願い申し上げます。



(写真1)



(写真2)



▲写真3b：術中ICG静注による区域間同定 切除予定の上大区のみ緑色の励起発光を認めない

◀写真3a：左上葉転移性肺腫瘍（複数）に対する上大区切除の3D-CT

| | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 | 2024年度 |
|--------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 原発性肺がん | 16 (16) | 28 (25) | 32 (31) | 27 (25) | 24 (24) | 33 (33) |
| 転移性肺腫瘍 | 10 (8) | 15 (14) | 16 (15) | 11 (9) | 10 (10) | 6 (6) |
| 縦隔腫瘍 | 4 (3) | 1 (1) | 3 (3) | 2 (1) | 0 | 3 (3) |
| 気胸 | 5 (5) | 5 (5) | 6 (6) | 5 (5) | 4 (4) | 6 (6) |
| その他 | 15 (12) | 8 (7) | 10 (8) | 2 (2) | 13 (10) | 11 (9) |
| 合計 | 50例 (胸腔鏡44例) | 57例 (胸腔鏡53例) | 67例 (胸腔鏡63例) | 47例 (胸腔鏡42例) | 51例 (胸腔鏡48例) | 59例 (胸腔鏡57例) |

(表1)

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



整形外科代表部長 後藤 渉

手外科・ハンドセラピー(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。

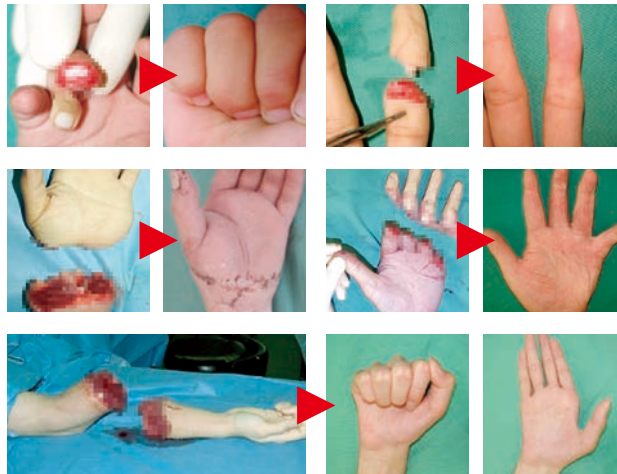
また前橋救急本部の要請により、県内および北埼玉の各救急本部から再接着が必要と思われる患者さん限定で当番医直通の携帯電話に連絡が入る24時間オンコール体制をとっています（ただし常に院内で日当直をしているわけではありません）。

手外科専門医・指導医

当院には日本手外科学会認定の手外科専門医が4名常勤しており（うち1名は指導医）、全国的にも手外科専門医が4名以上いる病院はほんのわずかです。

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。



メノポハンド

近年、女性に特有な手の障害として「メノポハンド」が認知されてきています。具体的には手根管症候群、ばね指（腱鞘炎）、ヘバーデン結節、母指CM関節症などが含まれます。これらの疾患も手外科で扱う疾患であり、適切な治療法の提示やアドバイスをしています。

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

当院腎臓リウマチ内科と協力して、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（2023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1位と僅差の2位・3位であり、全国でもみてもトップクラスの症例数を誇っています。特に手根管症候群の手術数は108例で群馬県では断トツの1位（2位は藤岡総合病院32例）、全国でも上位常連で2位と僅差の3位でした。

| DPCコードに基づく治療実績（2023年度） | 群馬 | 全国 |
|------------------------|----|----|
| 上肢末梢神経麻痺 手根管開放術等 | 1位 | 3位 |
| 手関節周囲の骨折・脱臼 手術あり | 2位 | — |
| 前腕の骨折・脱臼 手術あり | 3位 | — |
| 肘関節周囲の骨折・脱臼 手術あり | 3位 | — |
| 骨折変形癒合、癒合不全などによる変形 | 1位 | 2位 |
| 四肢筋腱損傷 手術あり | 4位 | — |

上肢以外でも、「脊椎骨粗鬆症 手術なし」でも群馬県1位、全国でも24位の症例数でした。

また、「股関節・大腿骨近位の骨折 人工骨頭置換術など」は群馬県9位でしたが、「手術なし」では群馬県4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（2023年度） | 群馬 | 全国 |
|------------------------|----|-----|
| 脊椎骨粗鬆症 手術なし | 1位 | 24位 |
| 股関節・大腿近位の骨折 手術あり | 9位 | — |
| 股関節・大腿近位の骨折 手術なし | 4位 | — |
| 骨盤損傷 手術なし | 3位 | — |

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に注射をして、痙縮を抑える治療、ボツリヌス療法を行っています。（図1）



図1 ボツリヌス治療

運動器疾患については手足の骨折などの他に、当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。

運動器疾患については手足の骨折などの他に、当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、運動処方を行っております。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。

当院眼科での治療のご紹介



眼科代表部長 中村 春香

当院では眼科常勤医一人体制ではありますが眼科の幅広い眼科一般診療と白内障手術を継続的に行っております。糖尿病網膜症や緑内障など一般的な疾患のほか慢性眼GVHDや甲状腺眼症、プラケニル眼科検査など当院他科とかがわる専門的な疾患の眼科フォローもおこなっております。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附属病院眼科や関連病院、疾患別高度専門病院・医院など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

国民病である糖尿病の約35%に糖尿病網膜症があるとされています。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。

現在では失明を防ぐために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で加療することができるようになってきました。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います。血糖コントロールが良好な患者さんでも年に1回の眼科検査をおすすめします。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、登録医の先生がたに受診さ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ければ幸いです。眼科と各科の連携をより強めていき、一人でも糖尿病での失明を減らしていきたいと思っています。

抗癌剤と眼障害

昨今抗癌剤が発達し、癌治療後の生存率が伸びる傾向にあります。命が助かったあと、患者は普通の生活をしたいと望むはずですが。その中で多くの薬剤が眼に与える影響も無視できないものになってきています。TS1治療後1割の患者に急速に進行する涙道閉塞がおり、早期発見治療に結びつかなければ流涙という永続的な障害を残します。TS1の角膜上皮障害の副作用は視力低下を起こすことがありますが大抵は可逆性です。ただし点眼だけでは改善せず休薬が必要になります。様々な抗癌剤使用中に眼の症状があるかたは早期の眼科紹介をお願いいたします。

慢性眼GVGD

当院は国内でも有数の白血病治療病院であり、多くの移植後サバイバーがいらっしゃいます。移植後患者の50%に慢性眼GVHDとしてドライアイが発症します。重症のものになると涙液分泌がなくなり、点眼だけでは眼表面のコントロールができなくなり、視力が低下し日常に支障をきたすため追加の外科処置を要することもあります。急激に多量の眼脂（偽膜性結膜炎）をきっかけに眼GVHDが悪化することもあり、移植後の患者が結膜炎症状を訴えているときは注意が必要です。

白内障について

白内障は長生きしていればどなたでもかかる加齢性の病気です。眼科受診した際には白内障以外の病気があるかどうか初診時の各種検査で調べられますのでどうぞお気軽にご紹介ください。白内障手術は高齢でもQOLを良好に保つため超高齢社会の現在では多くの需要があります。今までは入院での白内障手術も対応しておりましたが、昨今の病院を取り巻く事情により、今年度からは日帰り手術をお願いすることになりました。病院の方針で決定されたこととしてご了承ください。

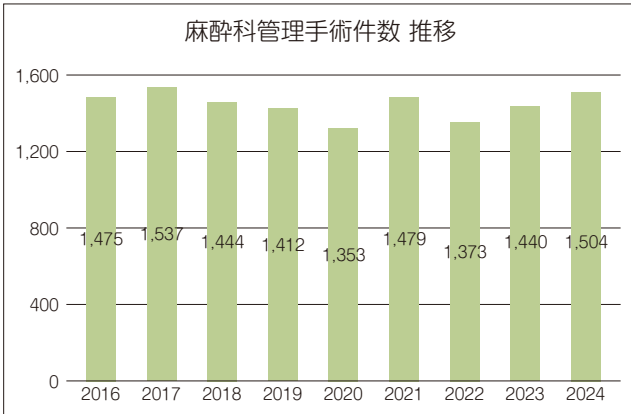
安心して手術を受けられるように



麻酔科代表部長 中島 邦枝

当院に赴任して9年目に入りました。

2024年度の麻酔科実績は、麻酔科管理が1504件でここ数年は微増傾向にあります。外科と整形外科が主な手術内容ですが他にも呼吸器外科、眼科、一部の内科や骨髄採取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きました。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。



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できます。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、脳梗塞後の痙縮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。

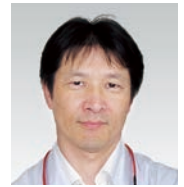
慢性化した痛みをゼロにするのは難しいですが日常生活が少しでも楽になれるようにお手伝い出来ればと考えております。

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。



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、私たちがもっ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40年以上行われている、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。



病理診断科について

形態に基づいて病気をみつけ、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、特に、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、最近のトピックでありますがんのコンパニオン診断を適正に実施するためには、病理検査室における組織、細胞の迅速な処理が必要となってきました。その他、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、臍帯血移植後のfollowのための皮膚生検や消化管生検、胆のう結石症で摘出された胆嚢、膵、胆道がんの手術検体の病理検査の実績については、近隣随一と考えていますし、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。さらに、本院では呼吸器疾患を専門とする常勤医師が充実してきたため、肺癌をはじめとする呼吸器系の病理検査数も増加してきています。

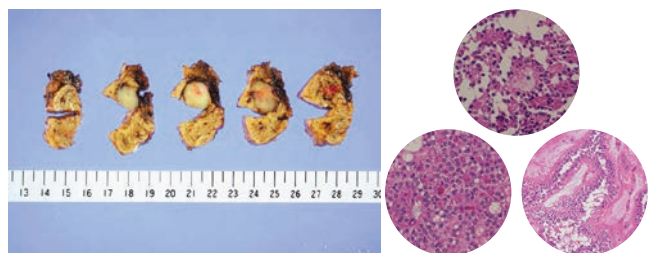
これらの検体を診断するために、病理専門医2名と臨床検査技師4名（うち3名は細胞検査士）が、

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。この点に関しては、令和五年度からは、病理専門医が1名増員となり、常勤医2名で診断することになり、さらなるレベルアップをめざす体制が整いつつあります。

とはいえ、私どもの力量では病理診断が難しいケースはございます。このような診断困難例については、近隣医療機関の病理医と定期的に症例検討会を開催して検討する、あるいは県内外のエキスパート病理医へコンサルテーションを行うことを心がけております。

最後になりますが、病理診断科では、登録医様で採取された検体の標本の作成や病理診断、他所でなされた病理診断のセカンドオピニオンも受け付けておりますので、何かお困りのことがあれば是非ご相談ください。当院が病理診断を通じて皆様の日々の診療にお役に立てれば幸いです。



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。



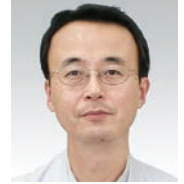
談話室



病室



2025年検診センター



検診センター長（兼）循環器内科部長 池田 士郎

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ながら、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。

当センターの受診者数は2020年にコロナウイルス感染症の影響で1年だけ減少したものの、2007年以降少しずつですが増え続けております。2024年度の受診者は3,427人と過去最多となりました。ひとえに受診していただく企業・事業者さまや個人の皆さまのおかげであります。ハード面の限界（施設手狭）などの問題をカバーすべく日々動いてくれているスタッフにも感謝しております。

さて人間ドックにて皆さまのニーズに応えるうえでオプション検査は欠かせませんが、ここでは新しく加わったオプション検査をご紹介します。

「MCIスクリーニング検査プラス」という、軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment）のリスクを評価する検査です。これはアルツハイマー型認知症の原因の一つであるアミロイドβの蓄積を阻害するタンパク質や、アミロイドβが蓄積する前のリスクとなる血管の損傷や炎症に関連するタンパク質の血中量を測定し、MCIのリスク値を4段階で評価するものです。

リスクを評価することで健常あるいはMCIの段階で認知症発症を予防する生活・治療へのモチベーションになれば、と期待しているものです。検査結果を踏まえて将来の健康をめざす、という健康診断・人間ドックの趣旨に合うものだと思います。

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皆さまのご要望に応じ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。





理念

済生の心とともに質の高い医療を提供し、地域社会に貢献します。

基本方針

高度医療

患者さんの権利と意思を尊重し、安全で高度な先進医療を提供します。

救急医療

24時間断らない医療を行い、急性期病院としての役割を担います。

地域連携

地域の医療機関との連携を推進し、中核病院としての機能を果たします。

人材育成

確かな技術と共感の心を習得し、誇りと責任感を持つ医療人を育てます。

健康経営

全職員が心身ともに明るく希望を持って働ける職場環境作りを行います。

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

細内 康男