

診 療 部

診療部の概要

統括診療部長 松井 弘稔

東京病院診療部は、患者さんを中心に診療科どうしが円滑な連携をとりつつ、各診療科が十分に実力を発揮できるように、平成24年度より、4つのセンター(呼吸器、喘息・アレルギー、消化器、総合診療)に編成され、平成25年度より放射線診療センター、平成28年度より臨床検査センター、腫瘍センターが加わり、計7つのセンターで運用されている。また、平成29年度途中より、喘息・アレルギーセンターは喘息・アレルギー・リウマチセンターに変更となり、新たにリウマチ科を標榜している。

平成30年度の診療科・診療部門は以下の構成である。

呼吸器内科	放射線科
アレルギー科	リハビリテーション科
リウマチ科	眼科
総合内科	麻酔科
神経内科	歯科
循環器内科	病理診断科
消化器内科	緩和ケア内科
呼吸器外科	感染症内科
消化器外科	皮膚科 (入院患者対応のみ)
整形外科	糖尿病代謝科(非常勤医師のみ)
泌尿器科	耳鼻咽喉科(非常勤医師のみ)
ICU	

各診療センターと各診療部門の詳細については、次項以降を参照されたい。

当院の二次救急については、平成30年度は1,559件の救急車を受け入れ、内訳は東久留米市298件、東村山市277件、清瀬市261件とこの3市からの受け入れで約半数を占める。続いて西東京市126件、小平市124件、所沢市86件、練馬区47件、新座市42件と続く。北多摩北部医療圏を中心に、圏域以外の埼玉県や東京23区内からも救急患者を受け入れていることがわかる。救急車以外の救急患者の受け入れも積極的に行っており、平成29年度は2,398名を診療し、536名が入院となった。

また、時間外の救急車の受け入れ率は76.7%で、ほぼ東京都の平均受け入れ率に近い数字であった。受け入れられなかった症例として、当院に医師のいない、脳神経外科、精神科、産婦人科などの診察が必要と思われた例が多かった。

市民公開講座は、病院祭とは別に年2回行われている。

第11回市民公開講座 平成30年7月22日(日)

講演1 喘息の治療 ～重症喘息への取り組み～

講師:内視鏡室長 田下 浩之

講演2 胃がんに対する最新の内視鏡治療

講師:消化器センター部長 喜多 宏人

第12回市民公開講座 平成31年3月3日(日)

講演1 「この息切れで病院に行ったほうがいいですか」

講師:統括診療部長 松井 弘稔
講演2 「もの忘れ? 認知症? ～ 気になる症状について」
講師:脳神経内科医長 小宮 正

結核研修セミナーは東京都医師会と東京病院の共催で、毎年2月に行われており、平成31年2月3日に第16回が、学士会館で開催された。プログラムは以下のとおりである。

1. 東京都の結核の現状 東京都福祉保健局健康安全部感染症対策課長 杉下 由行
2. 結核診断のコツ
 - 2-1;画像診断において見逃してはいけないポイント 東京病院 呼吸器内科 佐藤 亮太
 - 2-2;IGRAの適正な解釈と活用について 東京病院 呼吸器内科 武田 啓太
3. 結核治療のコツ
 - 3-1;『結核医療の基準』の改訂－2018年について 東京病院 呼吸器内科医長 成本 治
 - 3-2;肝疾患・腎疾患を有する結核患者の治療と結核治療中に起きた肝障害・腎障害対策
東京病院 呼吸器内科 島田 昌裕
4. 骨・関節結核 国立病院機構村山医療センター 整形外科医長 金子 慎二郎

当院では平成 30 年度においても 7 つのセンターの下、各診療科が有機的に連携することで、一人一人の患者さんに最適と思われる医療を提供してきた。

7 センターのうち最も大きい呼吸器センターでは、呼吸器内科と呼吸器外科のみならず、放射線科、リハビリテーション科、緩和ケア内科も構成診療科と位置づけられており、あらゆる呼吸器疾患について専門的かつ総合的な診療が行われている。個々の診療実績の詳細は各診療科の紹介文を参照されたいが、昨年度同様、呼吸器センターとしての連携状況を、呼吸器内科の視点から簡潔に記載する。

現在、各診療科の連携が最も多く行われているのは肺癌診療であり、診断と薬物療法を主として呼吸器内科が、手術療法を呼吸器外科が、放射線療法を放射線科が行っているほか、リハビリ科、歯科、緩和ケア内科も様々な領域で肺癌診療に関与している。近年の肺癌の増加を背景に 30 年度の新規肺癌症例数は 278 例、うち切除は 80 例、定位照射可能装置に更新された放射線治療は 106 例（うち根治照射 27 例）、入院および外来化学療法室での肺癌抗がん剤調整件数 1805 件であり、北多摩地区における東京都がん診療連携協力病院（肺がん）としての役割を果たしている。放射線・化学療法中の口腔機能管理の重要性が周知されるとともに歯科による診療件数は年々増加し 877 件に達した。個々の症例における診療方針は呼吸器内科、呼吸器外科、放射線科、病理診断科、薬剤部が参加して週 1 回開催されている肺癌キャンサーボードで決定されている。なお緩和ケア病棟入院 194 例のうち肺癌患者が 105 例、呼吸器内科病棟からの転棟が 66 例を占めるなど、緩和ケア内科と呼吸器内科の協力体制も整っている。近年、肺癌治療方針の決定には各種バイオマーカーの評価が必須となっており、正確かつ十分な量の検体を採取することが重要であるが、気管支鏡検査 881 例（うち EBUS-TBNA28 例、EBUS-GS314 例）、局所麻酔下胸腔鏡検査 73 例も行われ、診断、治療への積極的対応を行った。

結核診療のメッカであった歴史的な背景から、当院では以前より肺結核症はもとより、肺非結核性抗酸菌症や肺アスペルギルス症などの慢性肺感染症の診療経験も豊富であり、近隣地域のみならず広く関東甲信越から紹介される患者さんに対して種々の薬物療法の他、手術療法（肺非結核性抗酸菌症 22 例、肺アスペルギルス症 15 例等）、咯血に対する気管支動脈塞栓術（138 例）などが行われている。また様々な原因による急性呼吸不全症例、COPD や結核後遺症などによる慢性呼吸不全急性増悪例ではリハビリテーション科による呼吸器リハビ

リテーション（総件数 24051 件）が積極的に行われ、右心カテーテルも 16 件行われている。この他、呼吸器内科医が中心となっている RST、NST、MIST（分子標的治療・免疫治療支援チーム）、緩和ケアチーム、による病棟回診など、多職種チーム医療も診療の質の向上に大きく寄与している。

なお気管支喘息やその他アレルギー疾患についてはアレルギー科と連携しつつ診療にあたっているが、その詳細については喘息・アレルギーセンターの項に譲る。

平成30年度の呼吸器内科は39名の医師が在籍した。大田前院長が平成29年度をもって退職された。慈恵医大からは新福が常勤医となり佐藤(研)が退職した。非常勤医として、平野が新たに加わった。東邦大学大森病院から来ていた後町は7月に退職し、代わって、中村澄江が非常勤から常勤に変更となった。後期研修医の、城、山本、宮川、河野、横須賀、名越、松木が退職し、伊藝、榎本、木村、中野、川内が採用された。また、平成30年度から新たに始まった、新内科専攻医制度の第1期生として、小岩、山口の2名が採用された。呼吸器科レジデントとして東邦大学大橋病院から1人の研修医が派遣された。

診療方針

診療方針の変更はない。腫瘍、感染症、びまん性肺疾患、COPD、喀血・肺循環の5部門にそれぞれ責任者を置いている。腫瘍は田村を責任者とし、肺癌の診断治療、緩和ケアなどを行っている。感染症は、永井を責任者とし、結核・非結核性抗酸菌症をはじめ、アスペルギルス症などの真菌症、肺炎、HIV感染症などの診療を行っている。びまん性肺疾患部門は成本・佐藤を責任者とし、間質性肺炎、膠原病に合併した肺疾患、サルコイドーシス、更には、各種の難治性のまれな疾患の診療を中心に活動している。COPD部門は、松井を責任者とし、COPDを中心に、呼吸不全・呼吸管理も担当し、さらに、睡眠時無呼吸症候群の診療も行っている。肺循環・喀血部門は、益田、守尾を中心とし、紹介患者を中心に当院の看板診療科目になり、遠方からの紹介も増加している。

診療内容

当科の病棟体制は昨年度から引き続き、呼吸器内科病棟4病棟、計200床と、結核病棟2病棟、計100床に加えて、ICUや緩和ケア病棟、他病棟に入院する呼吸器内科患者も含めて、約300床を継続して受け持った。呼吸器内科一般床は、1日平均184.8人と昨年より、一日当たり約10名の入院患者の減少があった。外来は1月当たり、3723～4440人で、1日当たりでは196.9人で昨年度より若干増加した。

外来体制は、専門外来として間質性肺炎外来、非結核性抗酸菌症外来、いびき・COPD外来、喀血外来、肺高血圧症外来、肺癌セカンドオピニオン、感染症外来、禁煙外来を行った。また、紹介患者や新患患者に対応する当番外来は、引き続き午後2時まで受け付け時間を延長し、2名体制で行った。

救急患者を365日24時間体制で積極的に受け入れてきた結果、年間2703人の救急患者を呼吸器科外来で受け入れ、昨年度より100人増加した。そのうち、1127人(昨年度より30人増加)の入院があった。

在宅酸素療法(HOT)は月平均290人で昨年度より45人増加している。NPPVは月平均37.2人、CPAPは月平均372人であり、いずれも昨年度より増加した。在宅診療への移行という流れによる影響も考えられる中で、当院のCPAPの患者数が増えていることは特筆に値する。

検査では、気管支鏡検査は3年前に1000件の大台を超えたのちに減少していたが、ようやく今年度は878件と増加に転じた。右心カテーテル検査16件で、昨年度と同じであり、胸腔鏡検査81件と19件増加した。気管支動脈塞栓139件で、20件増加した。

救急受入患者数(1日当たり)	7.40人
気管支鏡検査数	878件
局麻下胸腔鏡検査	81件
右心カテーテル検査数	16件
気管支動脈塞栓術	139件
人工呼吸器:侵襲的	30件
人工呼吸器:非侵襲的	53件
在宅酸素患者数(月平均)	290人
在宅NPPV患者数(月平均)	37.2人
在宅CPAP患者数(月平均)	372人

業績

研究の詳細については、業績集を参考にさせていただきたいが、国内、海外の学会に積極的に参加している。また、鈴川は臨床研究部での活動を主とし、当院における基礎研究部門と臨床研究部門を発展させた。

H30年度呼吸器内科入退院患者数(月別、一般及び結核)						
	呼吸器内科(全体)		呼吸器内科(一般)		結核	
	入院	退院	入院	退院	入院	退院
4月	298	303	244	259	54	44
5月	334	313	273	272	61	41
6月	280	279	237	249	43	30
7月	358	327	298	284	60	43
8月	351	373	296	327	55	46
9月	304	329	245	275	59	54
10月	383	337	334	294	49	43
11月	370	373	311	338	59	35
12月	326	362	254	308	72	54
1月	367	312	313	263	54	49
2月	299	307	250	260	49	47
3月	361	358	301	320	60	38
合計	4,031	3,973	3,356	3,449	675	524

H30年度呼吸器内科退院患者病名一覧	
病名	件数
肺の悪性腫瘍	1136
呼吸器の結核	425
肺炎等	393
間質性肺炎	288
抗酸菌関連疾患(肺結核以外)	244
呼吸器のアスペルギルス症	116
喘息	112
誤嚥性肺炎	108
慢性閉塞性肺疾患	83
気管支拡張症	79
睡眠時無呼吸	59
心不全	51
肺・縦隔の感染、膿瘍形成	49
胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	49
気道出血(その他)	39
気胸	34

重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患	24
胸水、胸膜の疾患(その他)	19
肺高血圧性疾患	18
その他の感染症(真菌を除く。)	17
呼吸不全(その他)	13
腎臓または尿路の感染症	13
インフルエンザ、ウイルス性肺炎	12
急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道感染症(その他)	11
循環器疾患(その他)	10
脳腫瘍	10
その他の悪性腫瘍	7
その他の呼吸器の障害	6
胃の悪性腫瘍	6
脳卒中の続発症	6
敗血症	6
気管支狭窄など気管通過障害	6
乳房の悪性腫瘍	6
非ホジキンリンパ腫	6
脳の障害(その他)	5
肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	5
直腸肛門(直腸S状部から肛門)の悪性腫瘍	5
縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜の悪性腫瘍	5
食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	5
体温異常	5
結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍	4
2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)(末梢循環不全なし。)	4
呼吸器系の良性腫瘍	4
腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	4
その他の真菌感染症	4
脊椎骨粗鬆症	4
胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄(穿孔を伴わないもの)	4
急性腎不全	4
前庭機能障害	4
膵臓、脾臓の腫瘍	3
慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	3
膿皮症	3
急性呼吸窮<促>迫症候群	3
体液量減少症	3

喉頭・頸部気管損傷	3
膀胱腫瘍	3
前立腺の悪性腫瘍	3
滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症(上肢以外)	3
股関節・大腿近位の骨折	3
リンパ節、リンパ管の疾患	3
一過性脳虚血発作	3
食道の悪性腫瘍(頸部を含む。)	2
肥満症	2
骨髄異形成症候群	2
伝染性単核球症	2
出血性疾患(その他)	2
小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍	2
骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	2
卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	2
精神作用物質使用による精神および行動の障害	2
手術・処置等の合併症	2
その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害	2
上気道炎	2
後天性免疫不全症候群	2
非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	2
扁桃周囲膿瘍、急性扁桃炎、急性咽頭喉頭炎	2
関節リウマチ	2
その他の糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)(末梢循環不全なし。)	2
白血球疾患(その他)	2
脳梗塞	2
詳細不明の損傷等	2
血管腫、リンパ管腫	2
肺塞栓症	2
その他	44
合計	3651

日本は、徐々に結核低蔓延国すなわち結核罹患率（人口 10 万あたりの年間新登録患者数）が 10 未満の国へと向かっている。2018 年の疫学統計では日本の結核罹患率は 12.3 でその前年に比べて 1.0 の減少を認めている。しかし、85 歳以上の結核患者数は 10 年前に比べて著増しており、結核患者全体に占める高齢者の比率が年々上昇している。また、若年齢層の結核患者に占める外国出生者の割合が急増していることが近年の傾向である。

当院の結核病床は 100 床で、2000 年以降入院棟の最上 7 階東西の 1 フロア 2 病棟（各 50 床）を占めている。病棟は特別換気となっていて、各病室を陰圧、エレベータホールとナースステーションを陽圧とし、HEPA フィルターを通して排気するよう気流がコントロールされ、結核の空気感染を防止する構造になっている。

結核病棟では呼吸器内科医が中心となって診療に当たっている。近年の結核患者は、高齢で重症の合併症を抱えている人が多く、多くの専門分野の医師や医療スタッフと連携して治療にあたっている。難治結核についても集学的治療ができることが当院のメリットである。

2018 年度（2018.4.1～2019.3.31）の結核病棟入院患者総数は 687 名で、前年度より 39 名増加した。その内訳は、活動性結核 439 名（新規 409 名）、非結核患者 249 名だった。結核患者は 8 名、非結核患者は 32 名増加した。

前述のように結核新規発生患者は全国的には減少傾向にあり、東京都でも年々減少しているが、当院での結核入院患者数は増加傾向にある。これは、他院における結核病床がここ数年で急速に減少していることによるものと考えられる。

また、当院の結核病棟には、すでに肺結核と確定診断が下った患者の他に、結核が疑われたために入院が必要と考えられた患者も数多く入院する。このような患者は、診断が確定するまでは隔離あるいは逆隔離で個室に収容する必要がある。2018 年度には、結核疑いで入院したが結果的には非結核であった患者が前年度よりも増加した。結核が疑われる患者を受け入れる病院が数少ないことを鑑みると、このような患者の収容も当院の大切な仕事であると考えている。

結核の治療においては、患者一人一人の治療を完遂することが最優先事項である。抗結核薬の内服では、治療初期には全員 DOT（直接服薬確認療法）を行っている。その後、退院後の自主管理を目的として準 DOT に移行する。退院後の服薬支援には保健所との連携が必須であり、2004 年より保健所との連携会議

を毎月開催し、患者ごとに最善の支援方法を検討している。しおり

今後の結核は外来治療に置き換わっていく方向にあるが、高齢者結核や難治性結核などの入院治療は必要である。当院の結核病棟もこのような社会的ニーズを満たしていく必要がある。限られたマンパワーをいかに合理的に有効に運用するかは、医療従事者への産業衛生も含めて今後の課題である。

当院は全国でも最も多くの結核患者を治療している施設の一つである。東京都内はもとより埼玉県・神奈川県・千葉県からの入院患者も治療している。別表に管轄保健所別の結核入院者数を示す。

2018年度に結核病棟へ入院した新規活動性結核患者409名の分析結果を表1、表2に示した。

結核症のうち肺結核は393名(96.1%)で、そのうち入院時の喀痰塗抹陽性は275名(67.5%)であった。喀痰塗抹陽性患者の比率は前年度よりやや減少した。

入院患者の性別は男性265名、女性144名で、年齢分布は男女ともに80代にピークがあった(図1)。平均年齢は67.9歳、中央値75歳であった。

治療は、376名(93.1%)が標準治療(4剤治療)または準標準治療(3剤治療)で開始された。特に最も推奨されている標準4剤治療は270名の患者で行われていた。これは治療全体の66.5%を占め、標準4剤治療の割合は増加傾向にある。

転帰は、多くの例において自宅へ退院し外来治療を継続したが、高齢者や合併症のある患者は他院へ転院した例や、介護施設へ入所した例も多く見られた。死亡退院も少なくなく、これは諸外国に比べて高齢者結核が多い我が国の特徴の一つである。

図1

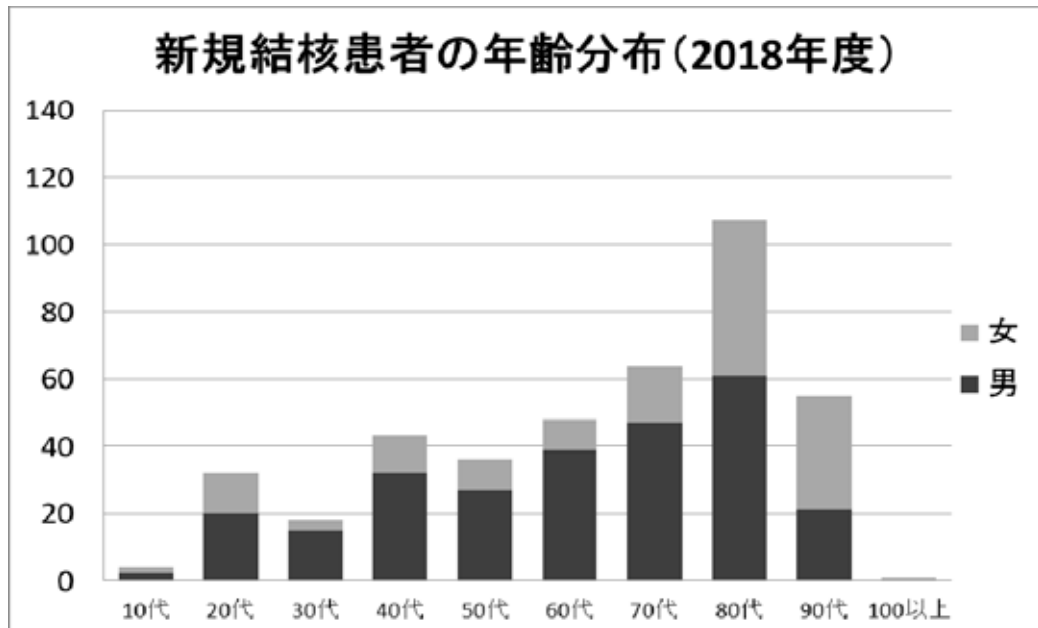


表1 2018年4月～2019年3月 結核病棟入院患者687名の内訳

結核 439	新規活動性結核 409	肺結核 393	喀痰塗抹陽性 275
		肺外結核 93	粟粒結核 38 リンパ節結核 10 結核性胸膜炎 44 上気道結核 2 骨関節結核 4 尿路性器結核 2 結核性髄膜炎 6 腸結核 5 結核性腹膜炎 4 結核性心膜炎 1
	外来結核治療中のトラブル、合併症、再燃 30		
非結核 203	非結核性抗酸菌症 39 肺癌・転移性肺腫瘍 33 肺炎・肺化膿症 62 肺真菌症 12 陳旧性肺結核 7 間質性肺炎・塵肺 12 膿胸・胸水 18 気管支拡張症 6 血痰・喀血 8 その他(検査入院など) 49		

表2 2018年度新規結核入院患者の集計

	100床
患者数	409人
男女比	265:144
年齢 (中央値)	67.9±21.6 75
65歳以上	260(63.7%)
80歳以上	163(40.0%)
合併症	
糖尿病	61
肝疾患	21
悪性疾患	74
腎疾患	29
間質性肺炎・塵肺	16
COPD	17
HIV	3
外国人	34
入院時排菌状況(肺結核)	
喀痰塗抹 陰性	123
±	19
1+	96
2+	92
3+	68
病型	
I	15
II	155
III	223
肺外病変	16
治療のレジメン	
標準4剤	270
準標準3剤	123
その他	13
治療なし	3

表3 保健所別当院新規活動性結核患者数

地域	保健所	人数
東京23区	練馬区	33
	杉並	24
	足立	18
	板橋区	18
	台東	17
	大田区	16
	北区	13
	世田谷	12
	新宿区	10
	荒川区	9
	江戸川	9
	中野区	9
	池袋	7
	江東区	7
	葛飾区	5
	渋谷区	5
	墨田区	5
	みなと	4
	目黒区	4
文京	3	
品川区	2	
中央区	0	
千代田	0	
東京都下	多摩小平	41
	多摩府中	17
	多摩立川	14
	八王子市	13
	西多摩	9
	南多摩	9
	町田市	3
埼玉県	朝霞	41
	狭山	26
	川越市	9
	川口市	8
	さいたま市	5
	南部	3
	鴻巣	1
	坂戸	1
	東松山	1
	越谷市	1
神奈川県	横浜市	2
	川崎市	2
千葉県	松戸	1

1. 診療体制

医長: 深見 武史

医員: 井上 雄太

柴崎 隆正

吉田 大介

数年来での常勤医 4 人体制となった。新患・再診外来を深見、井上で担当し、病棟業務、手術業務は4人で1チームとして遂行している。今年度は柴崎隆正医師が慈恵医科大学呼吸器外科より国内留学という名目で H30 年4月から1年間の勤務となり、通常通り東京大学呼吸器外科より同時期に吉田大介医師が派遣された。

手術日: 月～木曜日、金曜日 (比較的簡便な手術のみ)

外来: 火曜日 井上雄太医師

金曜日 深見武史医師

2. 診療方針

部位別悪性疾患死亡率が第 1 位である原発性肺癌については非小細胞肺癌であれば、外科的切除なしに根治は望めないため、積極的な外科治療を考えている。しかし、外科的治療は呼吸機能を損なう治療であるので、根治性、安全性、患者さんのQOLを考慮し呼吸器内科とのカンファレンスにより決定している。小細胞肺癌でもI期であれば、切除対象としている。

肺結核、肺非結核性抗酸菌症、肺アスペルギルス症、慢性膿胸などの炎症性疾患は当科の伝統的な治療対象である。内科治療抵抗性で炎症が限局している症例において、外科的切除を加えることでさらに一步状態が改善する症例が多く見られる。呼吸器内科との緊密な関係を構築しているからこそ可能なオプションである。

その他、空気漏れが持続する高齢者の気胸、確定診断が得られていない縦隔腫瘍、間質性肺炎の確定診断目的など呼吸器外科領域のほぼ全ての疾患を対象として手術を行っている。

従来3人体制であって、手術中の救急外来対応が取れないことも多く、呼吸器内科にファーストタッチしていただくことも多かったが、今年度は若干人間的余裕があった。若年者の気胸に関しては、受診日に入院、翌日手術して、術翌日ドレイン抜去。術翌々日退院と受診から最短4日で退院が可能であった。

3. 診療内容

手術症例数の内訳は以下のとおりである。

年度	H25	H26	H27	H28	H29	H30
肺悪性腫瘍						
1.原発性肺癌	87	95	99	106	80	90
2.転移性肺癌	5	7	4	2	7	5
3.その他	0	1	0	1	2	0
炎症性肺疾患						
1.アスペルギルス	11	13	12	6	8	16
2.結核	1	0	1	0	2	0
3.非結核性抗酸菌症	9	19	25	16	19	22
4.肺化膿症	3	1	6	0	0	4
5.気管支断端瘻	0	3	1	0	0	0
6.その他	3	9	2	9	3	7
嚢胞性肺疾患						
1.気胸	29	53	46	49	60	40
2.その他	1	0	0	0	0	2
その他の肺疾患						
1.間質性肺炎など	8	0	0	0	5	0
2.その他	4	5	7	8	10	12
縦隔腫瘍						
1.胸腺腫	3	4	5	1	3	4
2.胸腺癌	0	1	0	1	0	0
3.その他	5	5	2	2	4	1
胸壁腫瘍	2	2	1	0	4	0
胸膜疾患						
1.悪性胸膜中皮腫	3	2	1	1	1	1
2.その他	0	3	0	1	1	0
その他						
1.膿胸	10	6	3	4	1	10
合計	184	229	215	207	210	214

4. 業績

学会発表

深見 武史、井上 雄太、四元拓真

「肺癌術後フォロー中に肺アスペルギルス症に罹患した症例の検討」

第 35 回日本呼吸器外科学会総会 H30 年 5 月 千葉市

四元拓真、井上雄太、深見武史

「胸腔鏡下に切除した肺葉内肺分画症の 4 例」

第 35 回日本呼吸器外科学会総会 H30 年 5 月 千葉市

井上雄太、深見武史、四元拓真

「当院における続発性気胸の臨床的検討」

第 35 回日本呼吸器外科学会総会 H30 年 5 月 千葉市

日野春秋、唐崎隆弘、吉田幸弘、深見武史、佐野厚、田中真人、古畑善章、
柏原康佑、一瀬淳二、川島光明、中島淳

「80 歳以上高齢者肺癌手術症例の死因別リスク解析 多施設共同研究より」

第 35 回日本呼吸器外科学会総会 H30 年 5 月 千葉市

田村厚久、河野史歩、金野史、新福響太、松木明、武田啓太、赤司俊介、成
本治、田下浩之、川島正裕、山根章、松井弘稔、永井英明、赤川志のぶ、深
見武史、木谷匡志、蛇澤晶、大田健

「肺腺癌における EGFR 変異と潜在性結核感染症」

第 93 回 日本結核病学会総会 H30 年 6 月 大阪市

深見武史、井上雄太、四元拓真、赤川志のぶ、大島信治、川島正裕、鈴木真
穂、鈴木純子、田下浩之、田村厚久、永井英明、成木治、益田公彦、松井弘
稔、守尾嘉晃、山根章、小林信之、庄司俊輔、大田健、蛇澤晶、木谷匡志

「当院における慢性肺アスペルギルス症に対する肺切除例の検討」

第 93 回 日本結核病学会総会 H30 年 6 月 大阪市

井上 雄太、吉田 大介、柴崎 隆正、深見 武史

「術後早期に再発した巨大肺嚢胞の 1 例」

第 6 回多摩呼吸器外科医会 H30 年 7 月 東京

井上雄太、深見 武史、柴崎 隆正、吉田 大介
「炎症性肺疾患の外科療法 当院における肺非結核性抗酸菌症に対する外科的治療」

第 80 回日本臨床外科学会総会 H30 年 11 月 東京

吉田大介、柴崎隆正、四元拓真、井上雄太、深見武史
「空洞性結節を呈した肺原発悪性リンパ腫にアスペルギルス感染を併発した一例」

第 59 回日本肺癌学会学術集会 H30 年 11 月 東京

井上雄太、深見武史、柴崎隆正、吉田大介、大島信治、川島正弘、鈴木真帆、鈴木純子、成木治、守尾嘉照、山根章、永井英明、松井弘稔、小林信之
「原発性肺癌手術時における胸腔内洗浄細胞診陽性例の検討」

第 59 回日本肺癌学会学術集会 H30 年 11 月 東京

四元拓真、井上雄太、深見武史
「前縦隔腫瘍が疑われた卵巣癌術後晩期再発の 1 例」

第 59 回日本肺癌学会学術集会 H30 年 11 月 東京

田村厚久、池田みき、平野悠太、伊藝博士、武田啓太、日下圭、島田昌裕、川島正裕、山根章、井上雄太、深見武史
「最近の肺癌患者における LTBI」

第 59 回日本肺癌学会学術集会 H30 年 11 月 東京

吉田大介、柴崎隆正、井上雄太、深見武史
「血痰を伴う肺アスペルギルス症はどこまで外科治療をすべきか？」

第 7 回 多摩呼吸器外科医会 H30 年 1 月 東京

吉田大介、柴崎隆正、井上雄太、深見武史、扇谷昌宏、田下浩之、金子仁
「TBLB による大咯血に対し ECMO 下に緊急左肺下葉切除を施行した一例」

第 184 回日本肺癌学会関東支部学術集会 H31 年 3 月 東京

論文

Hino H, Karasaki T, Yoshida Y, Fukami T, Sano A, Tanaka M, Furuhashi Y, Ichinose J, Kawashima M, Nakajima J.

Risk factors for postoperative complications and long-term survival

in lung cancer patients older than 80 years.
Eur J Cardiothorac Surg. 53(5):980–986, 2018

Yano T, Shimokawa M, Kawashima O, Takenoyama M, Yamashita Y, Fukami T, Ueno T, Yatsuyanagi E, Fukuyama S; National Hospital Organization Network Collaborative Research–Thoracic Oncology Group.

The influence of comorbidity on the postoperative survival in elderly (≥ 75 years old) with lung cancer.

Gen Thorac Cardiovasc Surg. 66(6):344–350, 2018

喘息・アレルギー・リウマチセンター

センター長 當間 重人

平成 27 年 7 月に「喘息・アレルギーセンター」が開設されていたが、平成 30 年 1 月にリウマチ専門医が赴任したこと、同年 3 月からリウマチ外来が開設されたこと、そして同じく免疫異常疾患を担当することなどから、平成 30 年度には「喘息・アレルギーセンター」を「喘息・アレルギー・リウマチセンター」と改名した。

診療科の構成は、アレルギー科・リウマチ科・眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科である。

アレルギー科は、常勤 3 名と非常勤 2 名体制であり、呼吸器内科とも連携し、気管支喘息はじめ種々の呼吸器疾患にも対応している。薬物治療抵抗性を示す症例に対する治療法としての「気管支熱形成術：気管支サーモプラスチック」も可能な体制となっている。

新しく標榜開設したリウマチ科は、平成 30 年度現在において担当医が 1 名であったことから、地域への貢献度はまだまだ低かったと思われるが、令和元年 7 月からは 2 名体制となり、さらなる貢献が期待できる状況にある。

眼科は、常勤 2 名体制である。アレルギー性疾患を含めた眼疾患に対応している。手術対応としては白内障が最多であり、患者希望やリスク評価に基づいて入院あるいは外来での手術適応を決定している。

耳鼻咽喉科は、非常勤医師 2 名体制で週 2 日外来診療を行っている。

皮膚科は、非常勤医師が専ら入院患者診療を行っており、一般外来対応は行っていない。

臨床研究に関してはアレルギー科・リウマチ科が積極的に推進しており、国立病院機構ネットワーク共同研究など多くの研究が進行中である。

アレルギー科

アレルギー科医長 田下 浩之

アレルギー科は平成 20 年 4 月に発足し、日本アレルギー学会認定教育施設として、今年で 11 年目を迎えた。庄司副院長が退職され、大田院長も名誉院長となり週 1 回の外来となった。アレルギー科外来担当は、大田、小林、大島、田下、鈴川である。当科の主な対象疾患は気管支喘息であるが、遷延する咳嗽や8週間以上続く慢性咳嗽の診断ために受診されるケースも多い。当科では気道可逆性検査(スパイログラフ、モストグラフ)、気道過敏性検査(アストグラフ)、呼気中一酸化窒素(FeNO)測定などにより紹介患者の鑑別診断を進めている。本年度のモストグラフ、FeNOの実施件数はそれぞれ 3,250、2,252 件であり、いずれも前年度の件数を上回っていた。

呼吸抵抗(モストグラフ)実施件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
28年度	230	246	273	248	261	232	273	266	225	241	226	323	3044
29年度	218	281	273	245	229	254	331	241	277	312	201	259	3127
30年度	261	288	263	295	279	196	319	261	271	330	229	258	3250

呼気中一酸化窒素(FeNO)測定件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
28年度	131	131	157	137	146	139	157	98	134	132	130	133	1625
29年度	135	168	141	137	172	141	185	149	179	153	137	167	1864
30年度	163	180	1182	203	180	152	218	190	192	236	167	189	2252

当科に通院中の喘息患者は重症喘息が多く、その中でも通常の治療ではコントロールできない難治性喘息も多い。重症難治性喘息に対しては、抗 IgE 抗体、抗 IL-5 抗体、抗 IL-5 受容体 α 抗体などの生物学的製剤、気管支温熱療法(気管支サーモプラスティ)などを、患者に合わせて使い分けている。気管支サーモプラスティについては 30 年度 7 名の患者に実施しており、全国でも有数の症例数を誇っている。

平成 26 年 10 月より、スギ花粉症に対するアレルゲン舌下免疫療法を導入している。現在はスギに加えて、ダニの舌下免疫療法も行っている。また、成人の食物アレルギー、アナフィラキシー患者に関しては、コンポーネントも含めた特異的 IgE 検査による原因検索、生活指導、食事指導を行い、エピネフリン自己注射の処方、指導も行っている。

リウマチ科

院長 當間 重人

平成 30 年 1 月 1 日、東京病院にリウマチ専門医として私（當間）が赴任した。同年 3 月には、東京病院で初めて「リウマチ科」を標榜し、外来を開設した。1 名での対応であること、リウマチ・膠原病診療を行うに必ずしも十分な診療科が揃っていないことなどから、疾患や臓器障害の種類や程度によっては、近隣他施設との協力が必要な状態であるが、外来患者は徐々に増加している。

患者の多くは関節リウマチであり、他には多発性筋炎・皮膚筋炎・全身性エリテマトーデス・リウマチ性多発筋痛症・ANCA 関連血管炎・ベーチェット病・シェーグレン症候群・乾癬性関節炎などである。

特筆すべきは当院が呼吸器疾患を多く診ていることから、上記疾患患者で間質性肺炎や肺非結核性抗酸菌症を合併している症例が多いことであろう。緊張感の高い外来診療が続くわけであるが、呼吸器内科/外科のバックアップがあることは、むしろ心強い環境であると言える。

肺非結核性抗酸菌症の合併はリウマチ・膠原病治療に大きな制限を生じていることから、解決策を講じる必要がある。東京病院は呼吸器内科/外科が充実していること、検体材料が豊富に保存保管されていること、臨床研究部に BSL2 の実験室が装備されていることなどから、創薬はじめ実効ある研究にも力を入れたいところである。令和元年 7 月の臨床研究部長（リウマチ科）赴任に臨床/研究のさらなる活性化を期待している。

1. 概要

消化器系の臓器は、食道、胃、小腸（十二指腸含む）、大腸、肛門、肝臓、胆嚢、膵臓と多彩であり、各々の臓器に腫瘍や感染症、循環障害、アレルギー、外傷などに加え、消化器に特有な病態である消化性潰瘍、胆石、膵炎、腸閉塞など、多様な疾患が生じる。また、同じ疾患であっても、病態に応じて内科治療を要するものから外科治療を要するものまで経時的に速やかに対応を変化させる必要がある。特に、近年の内視鏡治療の進歩は、従来外科手術適応であった病態の低侵襲治療を可能とし、化学療法は、従来外科手術では治療困難な進んだ病態に対する治療効果を発揮している。

当院では、消化器内科と消化器外科が消化器センターとして組織化され、一人の患者に対する両診療科による共同診療がルーチン化された。更に、放射線科、病理検査科、薬剤部などを加えた合同カンファランスを毎週定期的に行うなど他部門との連携も強化し、特に集学的治療を必要とする癌患者の治療を中心に、消化器疾患に対するチーム医療体制を実践している。

2. 診療実績

消化器内科、消化器外科の項参照

1. 診療体制

喜多宏人(消化器センター部長)、上司裕史(外来診療部長)、佐藤宏和(消化器内科医長)、染村祥、鈴木真由の5名である。

2. 診療内容

ほぼ全ての消化器疾患を対象としている。外来は、月曜日から金曜日までの初診および再診外来を担当している。

3. 入院患者数、検査数、治療数

延入院患者：6890名、死亡退院患者：46名、

上部消化管内視鏡：1501件

下部消化管内視鏡：762件

ERCP：71件

4. 認定施設、指導医、専門医

認定施設：日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本肝臓学会

日本消化器病学会指導医：1名、専門医：5名

日本消化器内視鏡学会指導医：2名、専門医：5名

日本肝臓学会指導医：2名、専門医：3名

消化管学会指導医：1名、専門医：1名

1. 診療体制

医長 元吉 誠、中田 博

医員 高井 彩

2. 診療内容

消化器・一般外科手術、検査、癌化学療法

3. 診療実績

手術対象疾患

- ・胃癌、大腸癌（腸閉塞、穿孔）、肝癌（破裂）、胆管癌、膵癌
- ・消化管穿孔（十二指腸潰瘍、大腸憩室）
- ・消化管出血（直腸出血）
- ・腸閉塞（癒着性、絞扼性）
- ・胆嚢胆管結石
- ・急性虫垂炎
- ・S状結腸軸捻転
- ・食道裂孔ヘルニア
- ・メッケル憩室
- ・ヘルニア（嵌頓）
- ・痔核
- ・その他

手術術式

- ・食道 1
 - 食道裂孔ヘルニア修復＋噴門形成 1
- ・胃、十二指腸 21
 - 胃全摘 10（横行結腸合併切除 2）
 - 幽門側胃切除 9
 - 胃部分切除 2
- ・小腸 10
 - 小腸切除 2
 - 腸閉塞解除（癒着剥離、絞扼解除） 5
 - ストーマ造設 3
- ・大腸、肛門 71
 - 回盲部切除 1
 - 右半結腸切除 11
 - 横行結腸切除 6（小腸合併切除 1、肝合併切除 1）
 - S状結腸切除 8（ハルトマン 1）

- 直腸切除 20 (マイルズ 4、ハルトマン 3、超低位前方切除＋一時的回腸スト
ーマ造設 3、小腸合併切除 1)
- 経肛門切除 1
- 経肛門止血 1
- ストーマ造設 8
- ストーマ閉鎖 5
- 虫垂切除 9
- 痔核切除 1
- ・ 肝臓 14
 - 左葉切除 1
 - 外側区域切除 1
 - 亜区域切除、部分切除 10
 - 肝嚢胞開窓 1
 - ラジオ波焼灼 1
- ・ 胆道 52
 - 胆嚢摘出 45
 - 胆管切除 1
 - 胆管切開結石摘出 6
- ・ 脾臓 1
 - 脾全摘 1
- ・ ヘルニア修復 41
 - 鼠径ヘルニア 37
 - 閉鎖孔ヘルニア 1
 - 臍ヘルニア 1
 - 腹壁癒痕ヘルニア 2
- ・ その他 63
 - 腹腔ドレナージ、試験開腹、胃瘻造設、中心静脈ポート造設、腫瘍摘除、膿
瘍ドレナージ、リンパ節生検、異物摘除、気管切開
- ・ 計 274

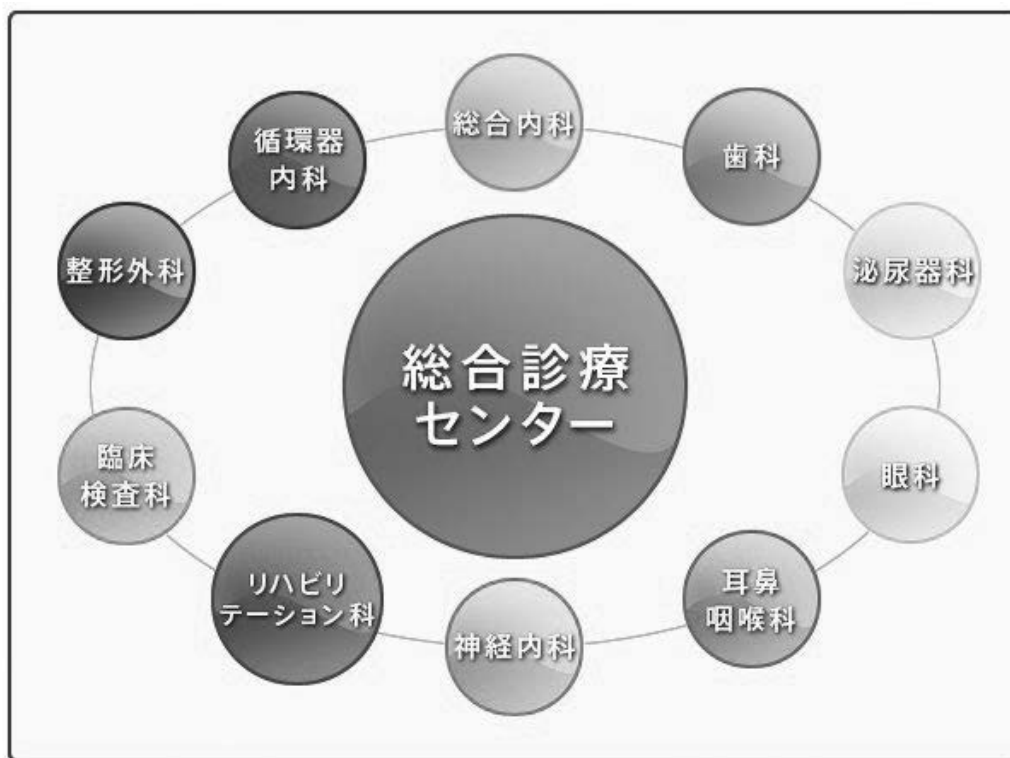
総合診療センター

総合診療センター部長 青木 和浩

診療体制:総合診療センターは総合内科、循環器内科、神経内科、整形外科、放射線科、リハビリテーション科、緩和ケア科、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科、歯科、臨床検査科などを包括している。

診療方針:平成 24 年 7 月に発足した総合内科は、紹介状を持参あるいは直接来院された内科系疾患のうち当院の専門外来に当てはまらない疾患の初期診療・初期治療を担当した。総合診療センターとしては患者様のニーズに応えられるよう、各診療科の特徴を生かし診療の質の充実と、効率化を目指した。

診療内容:総合内科外来は平日 8 時 30 分から 14 時までの初診受付を行った。内科系のすべての疾患を対象としており、患者様に対して疾患や臓器に偏らない全人格的医療を実施した。当院の専門外来に必ずしも当てはまらない患者様の診療を主に行い、必要に応じ、専門外来に紹介した。



総合内科

総合診療センター部長 青木 和浩

総合内科は、診療情報提供書の持参がなく症状からは診療科を特定できない内科患者、あるいは「内科」宛の紹介状を持参してくる患者の診療を行っている。また、連携医の先生からは紹介状の宛先、診療科の選定に困る患者、不明熱などの原因不明の症状や解釈が困難な検査値異常のある患者を紹介されることがあり、そのような場合は総合内科で診療を行う。診察の結果、当院に適切な診療科があれば、初期診療を行ったあとに該当する診療科に依頼をすることになる。当院の内科は、専門領域を診療する科として、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、神経内科、アレルギー科があるが、血液、腎臓、内分泌・代謝、膠原病などの専門領域ではスタッフが揃っていない。また、当院では扱っていない内科以外の領域の疾患、たとえば産婦人科疾患、血管外科疾患、精神科疾患などが疑われ、専門的診療が必要と考えられる場合は適切な医療機関に紹介している。

当院の外来初診受付は14時までとなっているが、14時以降に来院した患者の診療については、受診する診療科を特定できない場合は、診療情報提供書の持参の有無にかかわらず総合内科外来が対応している。総合内科の外来は、内科の医師が当番制で担当している。そのほか総合内科外来では、会社の健診や中国入国のための健診（中国健診）、ワクチン接種、画像診断（MRI、CT）の依頼なども受け付けている。平成30年度の総合内科受診者数は933名であった。平成26年10月より開始した人間ドックの受診者数は82名であった。（患者数は下表のとおりである。）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
総合内科診療	54	47	46	70	91	46	79	153	115	118	56	58	933
人間ドック	6	8	9	7	6	5	3	12	8	8	6	4	82
清瀬市特定健診			264	277	320	282	341	338	109				1931
清瀬市健診土曜			30	29	13	37	26	35					170
清瀬市紹介眼底			3	3	1	2	1	1					11
就職検診	1		2									1	4
中国検診										1			1
計	61	55	354	386	431	372	450	539	232	127	62	63	3132

1. 診療体制

2018年度の診療体制は、常勤スタッフとして小宮 正、椎名盟子、中村美恵、石津暢隆の4名、および内科専攻医1名(循環器内科、消化器内科と合同の研修で4-10月山口美保、11月-3月小岩智大)、また2月より非常勤として眞喜志直子が病棟業務に従事した。外来診療については2016年度同様、上記常勤4名に加え、前神経内科医長である栗崎博司医師が非常勤医師として月の第1, 3週木曜日に外来(神経内科外来、および高次機能外来)を担当した。常勤医師4名および栗崎医師はいずれも日本神経学会認定の神経専門医、および指導医の資格を有している。

神経内科全般の責任者としては2017年に引き続き小宮が任に当たっている。

外来診療については、原則連日2枠で行い、特別外来として高次脳機能外来、物忘れ外来を開設している。

施設認定としては、日本神経学会認定の教育施設、東京都神経難病医療ネットワーク事業難病協力病院となっている。

地域医療への貢献については、北多摩北部医療圏における東京病院神経内科の役割として北多摩北部脳卒中ネットワーク委員会の急性期部会に委員として、北多摩認知症を考える会にも世話人として小宮が参加し、また、清瀬市の認知症カフェにも定期的にスタッフが関係している。東京都には在宅難病支援事業があるが、東久留米市医師会の同事業にも小宮が関わっており、年4回ずつの検討会議と実際の在宅診療に参加している。

2. 診療方針

当院神経内科診療の中心疾患は、いわゆる神経難病(パーキンソン病関連疾患、多系統委縮症、脊髄小脳変性症、筋萎縮性側索硬化症など)であるが、加えて、プリオン病などの治療法未確定、原因不明の難病の診療や脳血管障害の診療(tPAの適応患者は除く)、神経難病患者の合併症治療などを積極的に行う。

地域医療連携室との連携により神経難病の在宅療養患者短期療養の受け入れも病床の許す限り行う。

介護保険制度の成熟、在宅医療の充実など医療環境の変化、およびMSW、在宅看護などスタッフの尽力により、当科の入院も在院日数が短縮してきている。そのせいもあり、今年度の新入院患者は233例であった。(下表のとおり)

年度	2014	2015	2016	2017	2018
新入院数	130	170	197	203	233

外来診療については上記難病や、脳血管障害慢性期、てんかんなどの発作性疾患の診療が中心となっているが、近年、認知障害患者の初診が増加している。認知症の診断、治療計画の内容充実は切実な事項であり、今後、科としての主要な柱になると考えられる。治験に関しては、現在アルツハイマー病に対する治験を行っている。

3. 診療内容

神経内科病棟(2病棟)における入院加療は当科の歴史的経緯から、神経難病の長期療養が中心となっているが、他院より地域連携室を通して神経疾患の診断や嚥下障害により経口摂取が困難になった症例の胃瘻造設などを積極的に受け入れ、地域における神経内科の拠点としての役割も担っている。

本年度も、外来経由や当直帯での緊急入院も少なくなく、4階東西病棟などの一般病床を救急では利用することも多かった。複数名の他病棟入院患者の診療を担うこともまれでなく、そのような救急患者の内訳としては、脳血管障害やめまい、意識障害などの急性期の神経疾患に加え肺炎など神経難病患者の内科系疾患による入院などであった。また、重症筋無力症やギランバレー症候群、自己免疫性脳炎などの積極的な治療が必要である疾患の入院加療にも積極的に取り組み良好な成績をあげている。

入院患者に関しては ADL の低下した症例がほとんどであるため、大部分がリハビリテーション科に依頼してリハビリの介入をしている。また、退院支援についてはその都度 MSW との連携を行っている。このように神経内科診療において多職種介入は必要不可欠であり、それらの部門とのカンファレンスなども積極的に行っている。

外来では、社会の高齢化にもより認知症の割合が多かった。近医からの紹介が多かったが、患者の増加とともに綿密な地域連携をもととした紹介、逆紹介の推進が必要である。

1. 診療体制

青木、岡橋、小川、本間の 4 名で診療体制は変化ない。本年度より新研修医制度が始まり、年度前半1名、後半1名、合計2名後期研修医が70疾患群のうちの循環器疾患症例を担当した。

病棟診療は、主として 5 東病棟で診療を行っている。

外来診療は、初診患者(外来 10 診)と再診予約患者(外来 7 診・外来 9 診)の 2 診察室で診療を行うとともに、救急当番医兼他科患者往診当番医において急患に対応している。

画像診断と血管内治療はアンギオ室において主に火木曜日、心臓カテーテル検査、PCI 手術、ペースメーカー移植術を行っている。また心臓冠動脈 CT 検査を月曜日と水曜日に、負荷心筋シンチ検査を水曜日に、経食道心エコーを水曜日、金曜日に行っている。

2. 診療実績

下記の表の通り。

調査年 (実態調査対象期間の年)	2013	2014	2015	2016	2017	2018
入院心不全患者数	69	141	194	107	142	93
急性心不全患者数	6	7	0	17	13	15
慢性心不全患者数	63	122	62	90	129	78
循環器疾患入院中死亡数	10	19	14	20	25	13
心不全入院中死亡数	6	11	10	14	14	9
循環器疾患剖検数	0	0	0	1	3	1
循環器専門医師数	2	3	3	3	3	3
循環器内科 医師数	4	4	4	4	4	4
循環器内科 年間入院患者数	187	250	213	191	163	183
循環器内科 平均入院日数	14.3	15.2	13.6	16.7	18.9	22.9
心電図マスタ-負荷試験	682	961	931	875	880	878
林タ-心電図	623	919	813	777	877	772
経胸壁心E-	2199	2818	2466	2589	2584	2286
経食道心E-	9	14	12	22	11	19
冠動脈造影検査	36	67	73	54	31	21
FFR件数				1	4	0
左心室造影件数	0	23	15	18	12	3
右心系造影件数		2	20	19	17	17
安静時心筋血流シ-	3	4	33	47	1	1
運動負荷心筋血流シ-	1	3	14	2	11	26
薬物負荷心筋血流シ-	58	125	96	143	124	131
肺血流シ-	66	121	93	74	91	66
冠動脈CT	61	159	154	92	52	46
大血管CT	38	42	85	45	11	14
緊急PCI	0	2	3	2	2	0
待期的PCI	12	16	14	10	11	6
POBA(患者単位)		0	0	0	3	0
BMS(患者単位)		1	0	0	0	0
DES(患者単位)		17	17	12	10	6
AMI患者に対する緊急PCI		1	3	2	2	0
PTA (患者単位)		1	1	0	0	0
ペースメーカー植え込み(新規)	1	9	7	5	4	6
ペースメーカー植え込み(交換)	2	3	5	3	2	0

【整形外科】

平成 30 年度の報告を申し述べる。

当院整形外科では、脊椎疾患の神経症状、並びに四肢関節疾患に伴う、疼痛、しびれ、外傷等など、各疾患の保存的治療から、手術まで幅広く行っている。

外来診療は、堀が、木曜日以外の平日を外来担当日として診療を行った。当科で扱う対象疾患は、変形性関節症、変形性脊椎症、骨粗鬆症等の慢性疾患の方が多く、主として投薬治療を中心とした保存的治療で対応した。関節リウマチの治療として、平成 20 年より生物学製剤を導入し、当科で作成したプロトコールに従い継続実施した。

今年度も、東京大学病院整形外科教室より、非常勤医の派遣を継続して頂いた。

4 月から、西村医師の後任として、小峰医師に赴任して頂き、毎週水曜日の外来診療を引き継いで頂いた。平成 27 年 8 月以後より、手術日は水曜日午後のみとなり、手術は、堀と小峰医師で行った。

9 月よりは、小侯医師に毎週金曜日に勤務して頂く事となった。以後、金曜日の午後でも手術を行える診療体制となった。小侯医師は、東京大学病院整形外科ご所属で、関節リウマチの基礎研究でドイツに留学され、帰国後、当院に非常勤医として勤務して頂いている。関節リウマチに代表される関節疾患を専門とされ、最新知見に基付き、臨床診療して頂ける医師である。(尚、平成 31 年 4 月以後も、金曜日にご勤務頂いている。)

実施手術としては、骨折が多く、観血的整復内固定術 10 例(大腿骨 5 例、上腕骨 1 例、肘頭 1 例、手関節 2 例、槌指 1 例)、大腿骨頸部骨折に対する人工骨頭挿入術 7 例、末梢神経除圧術 4 例(手根管症候群 2 例、肘部管症候群 2 例)、頸髄症・頸髄損傷に対する頸椎椎弓形成術 2 例、関節リウマチ手関節滑膜切除 1 例、結核性関節炎に対する搔爬術 3 例(肩 1 例、手関節 2 例)、膝関節鏡下半月板切除術 1 例、肩関節受動術 1 例、足趾骨髄炎搔爬術 1 例、アキレス腱縫合術 1 例、鎖骨抜釘術 1 例、また、外来手術として、ばね指の腱鞘切開術 2 例など、合計 32 症例の手術を施行した。例年に比して、大腿骨骨折が 12 例と多い傾向にあった。結核性関節炎は、一般病院では殆ど治療されない疾患で、当科の特徴的な手術症例ある。

尚、当科で対応が困難な手術の場合には、他の医療機関へ紹介をした。

現在の整形外科診療では、手術実施病院と、その後のリハビリテーション実施病院が異なるため、術後早期にリハビリテーション病院へ転院が必要なことが多い。しかし、当科では、リハビリテーション科や 3 西回復期病棟と連携を図り、当科にて実施した手術患者さん全例のリハビリテーションを、当院にて実践した。特に大腿骨頸部/転子部骨折術後の患者さんは、全例、回復期リハビリテーション対象患者さんとして、3 西病棟にて退院まで回復期リハビリテーションを実施した。

また、他医療機関で手術された患者さんの、術後の回復期リハビリテーションも積極

的に受け入れ実施した。

退院に際しては、例年通り退院前カンファレンスを実施した。必要に応じ、理学療法士や作業療法士が、患者さん宅に出向き、家屋評価をし、適切な家屋改築、修繕の助言をし、安心して退院して頂く環境を整える手助けを行った。また施設への退院患者さんに対しては、MSW(医療社会事業専門官)の早期介入により、円滑に入所できるよう対応した。

【スタッフ】

医長 堀 達之 (ホリ タツユキ) (外来担当日：月、火、水、金曜日)

非常勤医師 小峰 彩也香 (コミネ サヤカ) (勤務日：水曜日外来・手術)

非常勤医師 小俣 康德 (オマタ ヤスノリ) (勤務日：金曜日外来・手術)

・主な紹介先病院：

多摩総合医療センター、武蔵野赤十字医療センター、村山医療センター、
多摩北部医療センター、国立国際医療研究センター、公立昭和病院、西埼玉病院

・主な紹介元病院：

多摩総合医療センター、多摩北部医療センター、武蔵野赤十字医療センター、
公立昭和病院、保谷厚生病院、前田病院、順天堂練馬病院、
西東京中央総合病院、一橋病院、新座志木中央総合病院、西埼玉病院

(文責：整形外科医長 堀 達之)

1. 診療体制

医長 瀬口 健至(せぐち けんじ)

平成3年卒 医学博士、日本泌尿器科学会泌尿器科専門医・指導医、日本泌尿器内視鏡学会泌尿器腹腔鏡技術認定医、身体障害者福祉法指定医、日本透析医学会認定医、防衛医科大学校泌尿器科非常勤講師

医長 山中 優典(やまなか まさのり)

平成8年卒 医学博士、日本泌尿器科学会泌尿器科専門医・指導医

平成27年4月から増員し、常勤医2名体制となった。月、(09:00～14:00)、火、水、金(09:00～12:00)の週4日の外来診療を行っている。木曜日を終日手術日とし、主に火曜日、水曜日、金曜日の午後も予定手術を施行することにより手術待機期間を短くするよう配慮している。防衛医科大学校病院泌尿器科の教育関連施設となっており、後期研修医、後期研修を修了した専門医の教育も積極的に行っている。

2. 診療方針

良性疾患、悪性疾患を問わず、受診された方の迅速な診断・治療を心掛けている。破碎が必要な尿路結石症、血液浄化療法が必要な腎不全、外科的治療が必要な骨盤臓器脱など、当院で対応できない病態がある場合には、対応可能な施設への円滑な紹介を行っている。

悪性疾患については、他院から根治手術目的で紹介いただく患者が増加しており、迅速に適切な手術を行うよう配慮している。

3. 診療内容

泌尿器科疾患全般にわたり診療している。良性疾患では、前立腺肥大症、過活動膀胱などの排尿障害、前立腺炎、腎盂腎炎、膀胱炎などの尿路感染症、自排石可能な尿路結石症が主な対象である。

前立腺癌、膀胱癌、腎癌、腎盂尿管癌、精巣癌などの悪性腫瘍について、診断、治療(外科的治療、抗癌剤治療、内分泌療法など)を行っている。平成27年5月から、腎癌、腎盂尿管癌に対する腹腔鏡手術を導入し、患者の速やかな回復に寄与している。腎部分切除術についても、可能な症例は腹腔鏡下手術にて行っている。

また切除不能な転移性腎癌に対する分子標的薬治療、免疫チェックポイント阻害薬による治療も行い、症例を積み重ねている。

4. 診療実績 手術 165件（平成29年度 194件）

術式	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年
副腎摘除術（鏡視下）	0	0	0	1
根治的腎摘除術（開腹）	1	1	1	1
根治的腎摘除術（鏡視下）	6	5	8	7
腎部分切除術（開腹）	0	0	2	2
腎部分切除術（鏡視下）	0	0	0	2
腎尿管全摘除術（開腹）	1	0	3	1
腎尿管全摘除術（鏡視下）	4	4	10	8
経尿道的膀胱腫瘍切除術	31	31	40	42
根治的膀胱全摘術	1	2	9	5
高位精巣摘除術	1	0	1	2
経尿道的前立腺切除術	6	11	14	12
根治的前立腺全摘除術	4	4	2	2
腎瘻造設術	4	1	5	2
膀胱瘻造設術	1	0	1	1
尿管ステント留置術	16	24	26	12
陰嚢部手術	0	7	4	3
前立腺生検	56	60	53	60

リハビリテーション科

リハビリテーション科医長 伊藤 郁乃

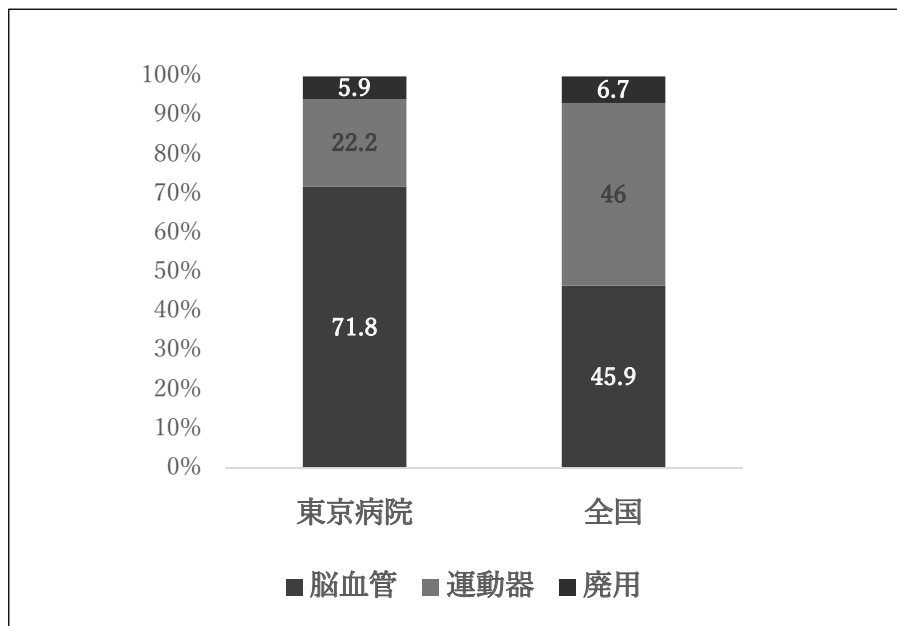
1. 診療体制と基本方針

平成 30 年度は「回復期リハビリテーション病棟」開設して 6 年目になる。平成 29 年度 6 月に回復期Ⅱ→回復期Ⅰと上位基準を取得しその後も安定的な運用ができています。平成 30 年度の診療報酬改定にて回復期病棟の基準が 3 段階から 6 段階へと移行し、上位基準の維持には重症度や在宅復帰率、実績指数という厳しいノルマが課せられたが、必須の条件をクリアし回復期Ⅰとして病棟運営を続けている。平成 30 年の春に西坂智佳・吉川二葉医師が異動になり、代わりに澤田祐介、金川泰大医師が常勤医師として赴任した。また佐藤・濱田（パート）は、ボトックス治療を含めた外来診療や院内のリハビリテーション依頼への訓練処方に対応している。

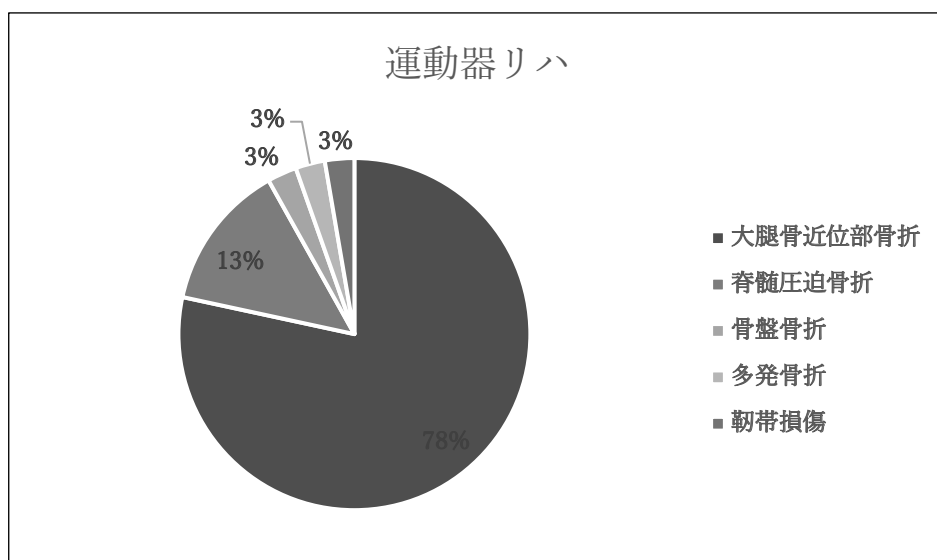
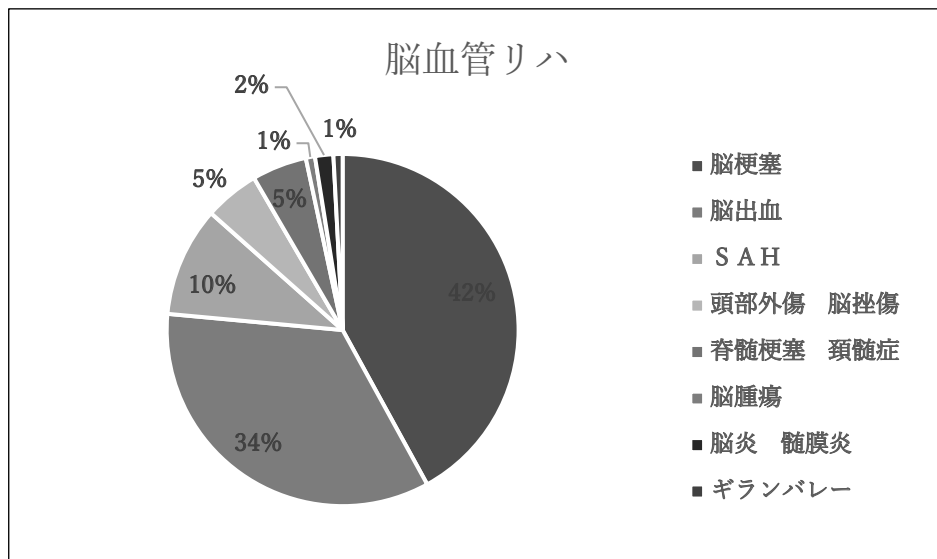
平成 30 年度の大きなイベントとしてはリハビリテーション部門の病院機能評価（副機能・付加機能）を受けたことで双方ともに認定を受けることができた。診療の質向上のために指摘された事項の改善に取り組んでいきたい。

【専門病棟】

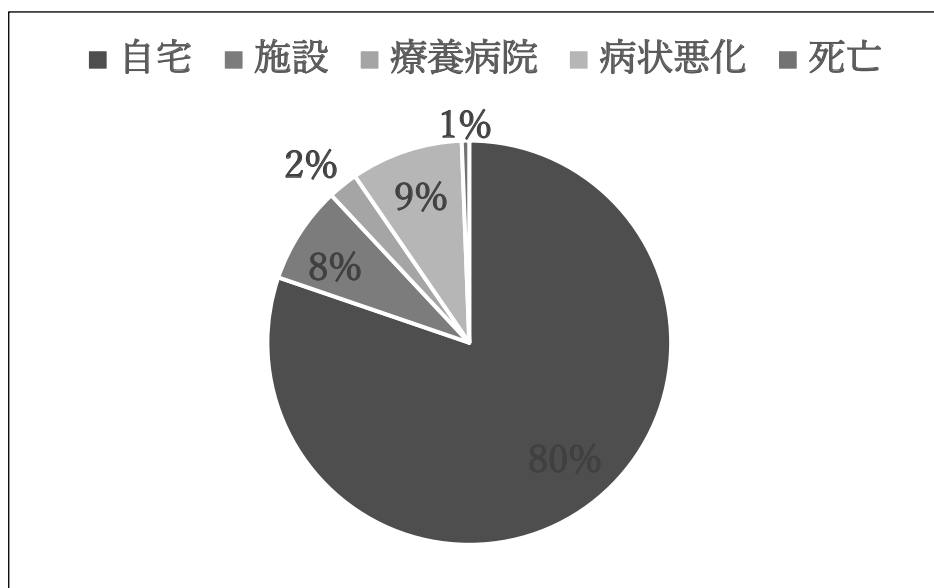
平成 30 年度の回復期病棟退棟患者については全 167 名（脳血管 120 名、運動器 37 名、廃用 10 名）、男性 78 名・女性 89 名、平均年齢 67±15 歳、自宅復帰率 80%、平均在院日数 97 日、入院時平均 FIM71 点、退院時平均 FIM101 点、重症度割合 34%、平均 FIM 利得 30 点である。全国と比較して対象患者が若く、脳血管疾患が多いのが特徴である。



回復期病棟の対象疾患内訳



転帰



2. 研究

研究活動としては、「亜急性期病床から回復期リハビリテーション病棟への移行に伴う患者属性・在院日数・自宅復帰率・ADLの変化に関する調査」、「HOT導入中の患者のADLに関する実態調査」「入浴動作が呼吸器疾患患者の身体へ及ぼす影響と入浴訓練の安全性に関する検討」「脳卒中回復期患者の麻痺側下肢への機能的電気刺激の即時効果」「脳卒中後の嚥下障害に対する電気刺激療法の即時効果の検証」の研究を行った。また「左肺全摘出術後に嚥下障害を呈した肺アスペルギルス症の一症例 嚥下障害の臨床経過」「労作時酸素化低下に伴い呼吸苦が少ない間質性肺炎患者に対して療養日誌による相互的自己管理教育が有効であった1症例」「公共交通機関利用に向けてルート検索アプリ導入が有効だった高次脳機能障害の一例」「作業療法が処方された新規HOT導入患者の特徴 患者台帳」「左被殻出血により右片麻痺を呈した患者に機能的電気刺激療法を用いて麻痺側手指の痙縮抑制、機能維持を図っている1例」について学会発表を行った。

3. 教育

毎年、国立病院機構主催の「急性期リハビリテーション研修会」の企画運営に協力しているが、本年度は療法士を対象に平成30年11月11日（木）～12日（金）研修会を開催し、全国から83名が参加した。

PT/OT/STの学生実習についても多施設から受け入れて指導している。また、東大病院リハ部の学生実習の一環として医学生の見学実習も受け入れている。

新入職者を対象に、毎年「リハビリテーション・セミナー」をシリーズで行い、リハビリ関連職種の基礎的知識並びに共通言語の習得を図り、科内のレベルアップをはかっている。学会・研修会への参加は積極的に行ってもらうように励行している。

4. 対外活動

「北多摩北部脳卒中ネットワーク」回復期部会代表（新藤）ならびに「北多摩北部地域リハビリテーション支援事業」の幹事として、技術研修・市民公開講座・リハ手帳普及などに協力した。また、東京都の高次脳機能障害支援事業の北多摩北部医療圏の担当施設を多摩北部医療センターから引き継ぎ、「北多摩北部高次脳機能障害者支援ネットワーク」協議会方式で運用し、研修会の開催、事例検討・市民交流事業の支援を行った。

1. スタッフ

眼科医長 上甲 覚

眼科医師 中山 馨

視能検査技師 (常勤1名)

2. 診療方針

平成 29 年 4 月から**白内障**と**眼瞼下垂手術**を中心とした診療を行っている。抗 VEGF 薬物療法は、**糖尿病網膜症**と**網膜静脈閉塞症**の黄斑浮腫に限定して行っている。地域医療に貢献しつつ、得意分野でのレベルの高い診療・治療を提供できるよう日々努めている。

3. 診療内容

初診・再診を含めた一般外来は、月から金曜日の午前中に行っている。ただし、

第 1・3・5 火曜日は手術日のため外来は予約検査の患者のみ対応している。

午後は、手術・レーザー治療・抗 VEGF 薬物療法や視野検査等の予約検査を行っている。白内障と眼瞼下垂手術は、日帰り、又は 1～2 泊入院で対応している。

4. 手術件数

水晶体再建術、眼瞼下垂、その他 計 308 件

レーザー手術 57 件

診療体制

皮膚科診療は、国立療養所多磨全生園 皮膚科医長 1 名が非常勤体制で担当し、東京病院各科担当医師から依頼の入院中の患者さんが対象で、一般外来診療としての受付は行っていない。

月2回:第1・第3水曜日午後、1 階診察室で診療。病棟から移動できない患者さんには、病室へ往診に伺う。

診療内容・診療方針

診療内容は一般的な皮膚病変から難病疾患に伴う皮膚病変と多岐にわたり、比較的高齢の患者さんが多い。加齢・乾燥に伴う皮脂欠乏性皮膚炎。歩行により痛みを伴いリハビリに支障をきたすような鶏眼・胼胝(うおのめ・たこ)。足白癬(水虫)を長期に患い、靴の着用や歩行が困難なほどに肥厚変形した爪白癬。おむつ着用や下痢による肛門・外陰部のカンジダ性皮膚炎や、びらん・潰瘍に進展した皮膚病変。細菌・ウイルス感染症等の内科・皮膚科急性期病変。基礎疾患の感染症や悪性腫瘍への治療により、やむなく生じた薬疹、等。

診療時間と予約枠に限りがある非常勤診療体制、各科担当医から依頼の入院患者さん対象の診療であることから、皮膚科の役割は、各依頼診療科へのサポートであると認識している。

継続して治療・処置が行われるよう、チーム医療に心がけ、東京病院退院後も皮膚科処置・治療を要する場合や、より専門的な皮膚科診療を要する際は、各科担当医・地域医療連携室を通じ、医療機関施設に紹介依頼している。

1. 診療体制

麻酔科医 3 名: 菅原手術部長(麻酔指導医)、福田医長(麻酔指導医)、石神医員(麻酔専門医)が在籍している。

臨床工学士(ME)2名: 宮本、小川の両名が所属している。

平成 21 年 10 月 1 日以降は麻酔科認定病院認定施設として日本麻酔科学会より許可され、現在に至る。

2. 診療

東京病院手術室におけるすべての全身麻酔、硬膜外麻酔、脊髄くも膜下麻酔(腰椎麻酔)を管理し、その他のブロック手技等をおこなう。各科からの依頼により、疼痛管理を行うこともある。

現在は麻酔科医が ICU 医長に任命され、ICU 入退室決定その他の運営についての責任を負うことになっている。

平成 22 年からは東京都の救急指定を受け、夜間休日の緊急手術にも対応している。東京病院は慢性病床型から急性期対応型へと役割変換を試みているが、外科系医師の人員不足もあって足踏み状態が続き、手術件数は緩やかな増加に留まっている。

平成30年度の手術件数は、麻酔科によるもの590件、当科(局所麻酔)466件、合計1056件で麻酔科件数、局所麻酔件数ともに増加し開院以来ようやく1000件を超えることとなった。

3. 研究

東京病院の特徴である重症例、或いは呼吸器感染症の肺手術症例は、国内でも稀な麻酔症例の集積である。そもそも日本における気管挿管下全身麻酔による肺手術症例は東京病院をもって嚆矢となす。また、麻酔臨床においては日本における筋弛緩薬使用の先駆けでもある。これら先人の伝統を引き継ぐ臨床研究を志したい。

4. その他

麻酔科では東京都の救命士挿管研修を積極的に受け入れ、消防庁との交流を保ち、東京病院が救急指定を受ける際の橋渡しの役割を果たした。現在までに平成 22 年度 2 名、平成 23 年度 2 名、平成 24 年度 2 名、平成 25 年度 1 名、平成 26 年度 1 名、平成 27 年度 1 名、平成 28 年度 1 名、平成 29 年度 1 名、平成 30 年度 1 名、令和元年 1 名の実習修了者を送り出している。

平成 28 年度より新たな研修制度が開始され、東京病院麻酔科は現在埼玉医科大学国際医療センターを基幹病院としている。

平成30年度に報告すべき麻酔事故は発生していない。

(2018年4月～2019年3月)

統括診療会議資料

手術部長 菅原真哉

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
	診療科	13	10	16	12	22	18	22	23	24	22	16	15	213
手術件数 (麻酔科)	呼吸器外科	14	17	19	15	18	16	18	11	10	20	11	14	183
	消化器外科	1	4	2	2	2	1	5	1	3	3	2	4	30
	整形外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	呼吸器内科 (他)	14	11	15	21	15	17	12	12	13	10	11	12	164
	泌尿器科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	眼科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	耳鼻咽喉科	42	42	52	50	57	52	57	48	50	55	40	45	590
	計	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3
手術件数 (局麻)	呼吸器外科	3	9	7	7	7	3	6	2	5	3	4	2	58
	消化器外科	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	4
	整形外科	5	6	7	9	4	1	10	5	7	5	6	12	77
	呼吸器内科 (他)	1	1	3	2	0	1	0	2	1	1	3	1	16
	泌尿器科	25	30	25	28	26	23	25	28	21	24	25	28	308
	眼科	34	46	43	48	38	28	41	37	34	35	38	44	466
	耳鼻咽喉科	13	10	17	13	22	18	22	23	24	22	16	16	216
総手術件数	呼吸器外科	17	26	26	21	25	19	24	13	15	23	15	16	240
	消化器外科	1	4	2	3	3	1	5	1	3	5	2	4	34
	整形外科	5	6	7	9	4	1	10	5	7	5	6	12	77
	呼吸器内科 (他)	15	12	18	23	15	18	12	15	14	11	14	13	180
	泌尿器科	25	30	25	28	26	23	25	28	21	24	25	28	308
	眼科	76	88	95	98	95	80	98	85	84	90	78	89	1056
	耳鼻咽喉科	43h34	26h16	48h13	39h17	56h42	63h40	66h22	64h28	73h12	59h49	49h16	41h51	632h40
総手術時間	呼吸器外科	28h38	42h45	40h54	49h37	46h30	36h08	49h33	31h32	29h24	56h43	29h53	38h57	480h34
	消化器外科	1h51	3h33	3h23	4h44	4h41	1h45	9h44	0h52	4h29	7h32	1h58	4h40	49h12
	整形外科	4h45	3h46	4h58	9h05	3h19	0h39	10h36	5h13	6h01	4h40	3h38	11h19	67h59
	呼吸器内科 (他)	23h37	27h39	17h59	33h09	25h17	35h06	17h21	18h03	6h07	9h23	17h32	6h54	238h07
	泌尿器科	6h39	8h31	7h07	8h28	11h19	7h51	7h17	7h53	6h12	7h31	8h34	9h59	97h21
	眼科	109h04	112h30	122h34	144h20	147h48	145h09	160h53	128h01	125h25	145h38	110h51	113h40	1565h53
	耳鼻咽喉科	計												

1. 診療体制

井関史子(常勤、入院患者を対象に病棟への往診を担当)
高島真穂(常勤、入院・外来患者を対象に診療室での治療を担当)
中村きく江(常勤、入院患者を対象に口腔ケアを担当)
中島純子(非常勤、口腔外科専門、毎週(月)午後勤務)

2. 診療方針

入院、外来を問わず、主に全身疾患を有する患者の歯科的対応を行っている。入院患者の場合は主治医より依頼を受け介入している。外来患者の場合は主に当院内の併科受診ではあるが、地域の歯科医院からの依頼も受けている。

3. 診療内容

周術期の口腔管理および化学療法中・放射線治療中の口腔管理に積極的に取り組んでいる。特に化学療法・放射線療法導入に伴う口腔管理は主に呼吸器内科患者を対象に年々増加傾向であり、平成28年度:574件、平成29年度:809件、平成30年度は877件となっている。

その他、ビスフォスフォネート製剤導入前の口腔評価、ステロイド療法中の口腔管理、閉塞性睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置作成、シェーグレン症候群疑いでの口唇生検、入院患者への口腔ケアを積極的に行っている。特に口腔ケアに関しては、診療科に寄らず入院患者に対する感染予防対策の観点から重点的に行っており、平成28年度:1498件、平成29年度:1361件、平成30年度は1310件に介入した。ただ、口腔ケアの介入数は減少傾向であり、歯科依頼の出た患者に対しては少なくとも一度は介入するなどの工夫が今後は必要と考える。

上記の他、齶蝕治療、義歯治療、抜歯等の一般歯科治療も行っている。

4. 院内活動

RST(呼吸サポートチーム)、NST(栄養サポートチーム)、緩和ケアチーム、リハビリテーションカンファレンス、緩和ケア病棟合同カンファレンス＋口腔ケア回診、VF(嚙下造影)、VE(嚙下内視鏡)

1. 人員

平成 30 年度は医師2名(木谷匡志・蛇澤晶医師)のほか, 6 月末まで東邦大学大森医療センター呼吸器内科 清水宏繁医師, および7~8月の2か月間に国立国際医療研究センター呼吸器内科 松林沙知医師が病理診断学の研修目的にて業務に参加していた。臨床検査技師は, 昨年度と同様, 浦田兼司主任および我妻美由紀主任が担当していた。

なお、平成 30 年度 3 月末において蛇澤晶医師、浦田兼司主任の退職となった。それに伴い平成 31 年度 4 月よりは木谷匡志が新たに臨床検査センター科長となった。また病理診断科の臨床検査技師として池田美穂子主任が院内配置換えで業務を行うこととなった。

2. 病理検査室の運営方針

以下の理念に従い運営している。なお平成 31 年度も引き続き以下の運営方針を継続し、業務にあたっている。

[当検査室の運営方針]

- i) 診断は迅速・正確に
- ii) 臨床情報を重視する
- iii) 自分たちの能力を過信せず, 自分の能力を超える検体と判断した場合には他施設の助言を得る
- iv) 間違いは誰にでもある。間違いに気づいたあとの対応が重要であることを肝に銘じ, 決してごまかさない

3. 業務の概要

- 1) 病理部門システムは問題なく運用された。
- 2) 病理検体数および細胞診検体数, 剖検数を表1に示した。
- 3) 手術材料および剖検例の切り出し・下書きは主として木谷医師および清水医師・松林医師が担当し, 蛇澤医師がチェックしている。細胞診標本の診断業務に関しては, 両主任技師のいずれかがスクリーニング後, すべての医師・技師が同時に顕微鏡で標本をみながら議論し, 診断している。

4. 臨床との協力

臨床家の学会発表・論文作成を援助しているほか、日常的には、生検・手術材料を対象とした臨床・病理検討会やCPCを行っており、平成30年度には、呼吸器内科生検カンファランスを9回(計27症例)、切除肺を対象とした検討会を2回(計6症例)、CPCを5回(計5症例)開催した。また、Cancer Boardにも参加した。

5. 今後の課題

検体数が減少しているが、豊富な種類の興味ある疾患が病理検査に提出されているため、カンファランスをさらに充実し、臨床家に情報を提供したい。

表1:平成30年度 病理検査室 検体数

細胞診件数 (担当医の所属別)	3216
呼吸器内科	2109
呼吸器外科	156
消化器内科	113
消化器外科	18
泌尿器科	685
耳鼻咽喉科	16
循環器内科	13
その他	106
肺切除件数(部切を含む)	256
生検例および肺以外の切除例 (担当医の所属別)	1,548
呼吸器内科	728
呼吸器外科	22
消化器内科	432
消化器外科	169
泌尿器科	161
整形外科	7
耳鼻咽喉科	8
その他	21
うち、標本持ち込み	14
迅速件数(肺・その他の検体を含む)	38
剖検数	12

放射線診療センター

放射線診療センター部長 三上 明彦

<放射線診断部門> 担当医 堀部光子

放射線診断専門医による常勤医師 1 名、非常勤医師 3 名で対応し RI、一部の CT、MRI の造影剤の注射を行いながら CT, MRI, RI の読影依頼があったものを当日読影を行っている。その他に、腹部エコーを行っている。読影所見は H22 年 12 月よりフィルムレスおよび電子カルテによる運用が行われており、H30 年 3 月に画像解析ソフトを含む PACS の更新が行われ読影に大いに役立っている。また、医療安全対策にも重点をおき勉強会を行っている。

症例研究等としては、院内で行われている TBLB 検討会、肺デモ検討会、CPC 等のカンファレンスおよび治験に参加している。院外では 3 つの研究会の幹事として参加、発表等を行っている。

読影レポート発行件数

	H26 年	H27 年	H28 年	H29 年	H30 年
CT	14032	14492	14351	14231	14833
MRI	3633	3547	3506	3348	3485
RI	1339	1161	1085	1007	976
計	19004	19200	18942	18586	19294

<放射線治療部門> 担当医 三上明彦

放射線治療専門医 2 名(常勤1名、非常勤 1 名)と専任の診療放射線技師 2 名が担当している。

新規登録患者の原発巣は、65%が肺癌であった。肺定位照射は 10 例、前立腺根治照射は 23 例と、前立腺癌が急増した。高精度放射線治療が可能となったためと思われる。

また全部位の照射標的は肺癌、転移性骨腫瘍、転移性脳腫瘍で全体の 70%を占めていた。照射目的は根治照射 5.0%、姑息(緩和)照射 91%、術後(予防)照射 3.5%、術前照射 0.5%であった。

緩和ケア病棟入院患者に対しては 3 例に対して行った。

		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度
新規登録患者数 (原発巣別)	肺	70(81%)	108(72%)	96(65%)
	うち肺定位	1	9	10
	縦隔・胸膜	0	3	1
	乳房	1	7	5
	肝・胆道・膵	1	7	4
	うち肝定位	0	3	0
	食道	2	2	1
	胃	0	5	1
	大腸	5	2	3
	泌尿性器	5	11	30
	うち前立腺	2	5	27
	頭頸部	0	0	1
	子宮	2	4	4
	軟部組織	0	0	0
原発不明	0	0	1	
計		86 (装置更新工事あり)	149	147

		平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度
照射部位数 (標的別)	肺癌	32(32%)	56(28%)	43(20%)
	骨転移	36(37%)	75(38%)	71(33%)
	脳転移	15(15%)	24(12%)	36(17%)
	乳癌	0	7	6
	前立腺癌	1	3	24(11%)
	その他	13	33	34
計		97	198	214

当センターは平成 28 年 4 月 1 日に臨床検査科を発展させた形で設置された。

平成 30 年度の構成員は、技師 17 名および非常勤技師 2 名、検査助手 2 名、医師 2 名、研修医師 1 名(8 月まで)であり、生理・一般・生化学・血清・免疫・細菌(抗酸菌)・病理の各検査を行っている。各検査の件数など詳細については、本誌の臨床検査科および病理診断科の項を参照されたい。

臨床検査部門における最大の使命は、信頼性のある結果を迅速に報告することである。そのため当センターでは、機器の管理や必要であれば機器の更新に努めているほか、manual の作成を含めた検査の均一化・統一化によりセンター職員が一体となって業務を行っている。講習会・学会へ能動的に参加して職員個人の能力向上も図っており、臨床検査の進歩に対応した新しい検査の取り込みも常に検討している。ただ、まれに検査に不備を生じさせることがあるが、このような事態が発生した際には、すばやく関係者や医療安全管理室に報告するとともに事後の対策を立てている。また、検査科業務の中で、採血や心電図、超音波検査など、患者さんと接する業務が増えてきており、接遇に留意し、患者さんの信頼も得るように努めている。

当センターは、医師や看護師、事務職員などを含めた他職種と検査部門との連携が病院運営に重要であることを十分に認識しており、臨床検査運営委員会を開き他職種との議論を行っているほか、チーム医療 (ICT や NST) や各種カンファレンスにも積極的に出席して検査科の立場から意見を述べている。さらには治験や臨床研究に関しても協力を惜しまず、多くの検査を引き受けている。

検査部門は病院を支える立場であるが、病院運営に必要不可欠な部門でもある。今後は診療部の影に隠れてばかりではなく、病院の前面に立つほどの気概を持って業務に邁進したい。

腫瘍センター

呼吸器センター長 田村 厚久

当院では呼吸器がん（肺がん、悪性胸膜中皮腫など）、消化器がん（胃がん、大腸がん、肝臓がんなど）、泌尿器がん（前立腺がん、腎臓がんなど）に対して各診療科による専門的ながん診療が行われているが、その診療を横断的に支援・統括するため、腫瘍センターが設置されている。腫瘍センターには外来化学療法室、緩和ケアチーム、分子標的治療・免疫治療支援チーム（molecular-target therapy immunotherapy support team : MIST）、抗がん剤レジメン管理部会などが置かれ、各診療科に加えて病理診断科や薬剤部が参加する週 1 回のキャンサーボードの運営、診療情報管理士によるがん登録の管理、がん患者リハビリテーションなどにも関与している。またがん患者を地域全体で支えていくため、多職種チームによる地域連携やセカンドオピニオン外来にも積極的に取り組んでいる。各科診療実績については他に譲るが、以下に腫瘍センターの平成 30 年度活動実績を記載する。

抗がん剤無菌調整件数	2532
うち外来化学療法室担当件数	969
抗がん剤レジメン使用種類数	64
緩和ケアチーム病棟介入件数	129
MIST 病棟介入件数	262
がん患者リハビリテーション件数	728
がん退院支援介入件数	312
肺がんセカンドオピニオン外来件数	34

なお当院は東京都がん診療連携協力病院（肺がん、呼吸器がん）に指定されており、今後消化器がんや泌尿器がんなどへと指定を拡大していく予定である。

緩和ケア内科

病棟医長 三上 明彦

2018年度の新規に緩和ケア病棟に入院した患者は、194名と増加した。退院者は死亡退院の割合が81%と減少し、平均入院日数が32.6日と短縮した。

緩和ケア医療においては在宅療養への移行が推進されているが、当病棟においても患者さんの意向を確認しながら病状に応じた療養先を提案し、積極的な転医をはかっており、在宅医療や療養型病床への移行が増加した。

緩和ケア病棟新規入院患者数

病名	2016年度	2017年度	2018年度
脳腫瘍	0	2	0
頭頸部癌	5	3	6
肺癌・縦隔腫瘍	74	74	105
乳癌	6	1	10
食道癌	0	4	3
胃・小腸・結腸・直腸癌	17	21	24
肝・胆・膵癌	21	26	20
婦人科腫瘍	5	2	7
泌尿器系腫瘍	19	15	12
造血器リンパ系腫瘍	4	1	1
皮膚・骨・軟部腫瘍	2	2	3
原発不明癌	2	2	3
AIDS	0	0	0
HIV感染者(再掲)	3	0	0
合計	155	153	194

緩和ケア病棟退院患者数

転帰	2016年度	2017年度	2018年度
死亡退院	149(96%)	134(88%)	159(81%)
在宅医療または療養転院	6	11	26
一般転院		4	4
外来通院		4	7
合計	155	153	196
退院者平均入院日数	40.9日	41.3日	32.6日

1. はじめに

本年は当院 ICU にとって、施設基準の見直しに伴い、ICU から HCU へ変貌し術後患者や重症患者にとって大きく貢献できる年となった。今までは ICU として院内の手術侵襲の大きい症例、重症患者、急変患者を入室の対象としており、一般的に知られている循環動態変動が厳しい症例や呼吸状態、精神状態の不安定な症例を入院の対象としていた。

しかし、当院は呼吸器病センターが病院の中核であるため、肺癌や喘息、アレルギー疾患といった内科的呼吸器疾患、呼吸器外科症例だけでなく、結核や非定型抗酸菌症、肺アスペルギルス症、慢性膿胸などの呼吸器感染症も入院の対象となることが多く、特に内科的治療抵抗性の重症感染症疾患に対する手術の術後管理も行っている。また上述した呼吸器疾患を合併している消化器病手術、整形外科手術、泌尿器科手術の症例も多く、これら呼吸器疾患を合併している症例の多くは、一旦気管挿管をした全身麻酔を行ってしまうとなかなか抜管基準を満たせず、術後長期にわたって人工呼吸管理となり反って肺炎などの新たな呼吸器合併症も併発する危険性があるため、可能ならば気管挿管をしない局所麻酔のみで行うこともたびたび要求される。

しかし保険請求の観点から考えると、今までの ICU 入室基準では気管挿管したままの入室か、動脈圧ライン、CV ルートなど侵襲的な処置を行なうか、または輸血しながらの入室でなければコストが請求できず、局所麻酔のみで全身状態を安定させた症例では、ICU 入室できないかまたは入室させてもコスト請求はできないというジレンマを抱えていた。だが、ICU から HCU になり入室基準が緩和されたことで、コスト請求が可能となりより現場に即した改革になつと言える。

病院を取り巻く医療情勢は年々厳しくなっている。医療訴訟では年々医療側の責任も高くなり賠償額も増加しているが、一方コスト請求に関しても厳しくなっている。このように口は出すが金は出さない環境が続けばいずれ病院自体が疲弊し、それは患者の安全に跳ね返ってくる。巷では、未病（病気ではないが健康でもない）という言葉がはやっているが、HCU は臨床的未病（重症だが

重篤ではなく症状も安定している)をも収容することで、致命的な合併症を起こす前に監視と治療を行うことで予防できると考えている。

今後は院内の中核病棟として手術室や各病棟、各部門と連携を取り東京病院の安全と活性化に貢献していきたい。

2. 診療体制

当院における高度治療室（以下 HCU: high care unit）は、重症呼吸器病患者もしくはハイリスク手術患者を対象として集中治療を展開する部門である。診療は各科主治医が責任を持って行い、時間外は主治医もしくは HCU 当直医師が担当する。

3. 診療内容

基本的に全身麻酔を施行した患者、または麻酔科依頼の重症呼吸器合併手術患者、呼吸不全の患者、循環不全の患者、ショック患者などを当院の基準を設定し入室させている。

HCU の入室基準は東京病院運営規則を参照されたい。

II. 入室基準（注 1）

1. 入室の手続き

- 1) 主治医が HCU 看護師長に患者の入室を依頼する。
- 2) 病床の状況を踏まえ、HCU 病棟医長および看護師長が入室を決定する。ただし、入室希望が重複している場合には、HCU 病棟医長または麻酔科医が入室患者を最終決定する。
- 3) HCU 病棟医長および麻酔科医、看護師長の不在時には、代行者(HCU 当直医・夜勤看護師長等)が入室を決定する。
- 4) 主治医は、患者が HCU に入室する理由を医師記録に記載する。
- 5) 代行者が夜間、休日あるいは緊急時にやむを得ず入室要件に合わない患者を入室させた場合は翌診療日に、緊急時には速やかに HCU 病棟医長もしくは HCU 看護師長に報告する。ただし、入室要件の 1) は、例外を認めない。

2. 入室要件

下記の 1) 及び 2) を全て満たす者とする。

1) 医師が特定集中治療管理を必要と認め、次の状態にある者。

- (1) 意識障害または昏睡
- (2) 急性呼吸不全または慢性呼吸不全の急性増悪。
- (3) 急性心不全(心筋梗塞を含む)
- (4) 急性薬物中毒
- (5) ショック
- (6) 重篤な代謝障害(肝不全 腎不全 重症糖尿病等)
- (7) 大手術後
- (8) 救急蘇生後
- (9) その他外傷、破傷風等で重篤な状態

2) ハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」の評価において A 項目 3 点以上かつ B 項目 4 点以上の者とする。(ハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」参照)

III. HCU 入室患者の主治医及び担当医

各診療科医師が担当する。診療時間外における患者の治療は、HCU 当直医師が責任を持つ。

IV. 退室基準

ハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」参照

V. 病床管理

ハイケアユニット用の「重症度、医療・看護必要度」参照

VI. 在室期間

原則として、特定集中管理料が算定できる 21 日を目安とする。しかし、病状により、集中治療が必要な場合には主治医および HCU 病棟医長が決定し、各科主治医が統括診療部長に報告する。

4. 診療実績

診療科別、疾患別内訳は「看護部 HCU」の項を参照。