

公立能登総合病院 医療雑誌

第35巻

Medical Journal of Noto General Hospital

令和8年2月

能登病院医誌
Vol. 35 FEB. 2026

巻 頭 言

第33巻（2024年発刊）の巻頭言では、「本誌を手にする方が、戦争、テロ、気候変動、生成AI、社会の分断、社会保障負担、医療Dx、働き方改革、ジャニーズ問題 etc.といった2022～2023年頃のキーワードを思い浮かべつつ、当院と世界の過去未来に思いを馳せていただければ幸いです」と記しました。しかし、2024年に大震災や豪雨被害といった苛烈な現実を間近に経験した後では、当事者性を持って過去未来を語らなければならないと考えるようになりました。

物事の本当の深刻さは、実際に経験しない限り理解できません。災禍を通し初めて、災害に対する共感力と謙虚な心構えが培われたように思われます。

能登の未来にどのような医療を提供していくべきかを自問自答しつつ、本誌にまとめられた原著論文と業績集をご覧くださいと思います。

2026年2月

公立能登総合病院 副院長 喜 多 大 輔

目 次

巻 頭 言

公立能登総合病院 副院長 喜多 大輔

原 著

S 状結腸間陥凹ヘルニアの 1 例	2
公立能登総合病院 外科 新保 敏史 他	
バイオサイコソーシャルモデルが退院支援に有効だった脊髄性筋萎縮症の 1 例	4
公立能登総合病院 小児科 長岡 義晃 他	
Merkel細胞癌の治療中に同時に出現した左下腿の皮膚転移と 右下腿のEBウイルス陽性粘膜皮膚潰瘍	8
公立能登総合病院 臨床研修医 長谷部芳典 他	
能登半島震災後のDVT検診活動参加報告	12
公立能登総合病院 臨床検査部 杉本 真希 他	

C P C 報告

「公立能登総合病院 C P C 報告」	16
---------------------------	----

業 績 報 告

論文、学会発表、講演	48
------------------	----

資 料

.....	58
-------	----

原 著

令和6年4月1日～令和7年3月31日

S 状結腸間陥凹ヘルニアの 1 例

公立能登総合病院 外科

新保敏史、中社泰雅、石黒 要、守友仁志

【緒 言】

S 状結腸間陥凹ヘルニアの 1 例を報告する。

【症 例】

症例：83歳、男性

主訴：腹痛、嘔吐

既往歴：脳梗塞、心筋梗塞、認知症

現病歴：昼食後より心窩部痛および嘔吐を認め、当院を受診した。

身体所見：身長165cm、体重51.6kg、BMI 19.0kg/m²

腹部：膨満、左腹部に圧痛を認めた。

血液検査所見：WBC 10,900/ μ L (Neu 82.6%)、Hb 11.1g/dL、Plt 18.9×10^4 / μ L、CRP 0.06mg/dL、逸脱酵素異常なし、Lac 16mg/dL

腹部CT所見（図1）：S 状結腸外背側の嚢状構造内に拡張した小腸の集簇を認めた（sac-like appearance）。

以上より、S 状結腸間膜が関与する絞扼性腸閉塞と診断し、緊急手術を施行した。

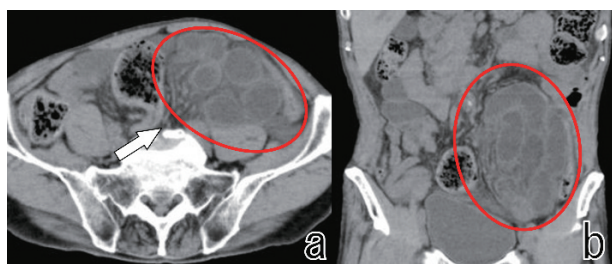


図1 腹部CT

S 状結腸外背側の嚢状構造内に拡張した小腸の集簇を認めた（赤円）。絞扼部（矢印）。

手術所見（図2）：下腹部正中切開で開腹した。腹腔内には血性腹水を認めた。S 状結腸間膜外側付着部に約 2 cm のヘルニア門を認め、S 状結腸間陥凹に小腸が嵌頓していた。S 状結腸間膜は絞扼された小腸により背側から圧排されていた。S 状結腸間陥凹ヘルニアと診断した。手動的に小腸を還納し、壊死した小腸を 40cm 切除した。ヘルニア門は fusion fascia を切開剥離

して開放した。手術時間は 1 時間 26 分、出血量（血性腹水を含む）は 700mL であった。

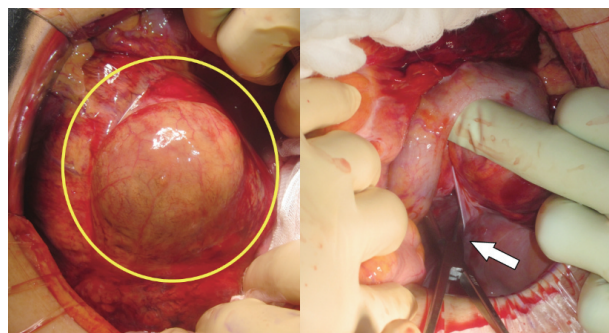


図2 手術所見

S 状結腸間膜が絞扼された小腸によって背側から腹側へ圧排されている（黄色円）、S 状結腸間膜外側付着部に約 2 cm のヘルニア門を認めた（矢印）。

術後経過：経過は良好で術後 12 日目に退院となった。

【考 察】

S 状結腸間膜が関与するヘルニアは Benson と Killen によって、① S 状結腸間陥凹（間膜窩）ヘルニア、② S 状結腸間膜内ヘルニア、③ S 状結腸間膜裂孔ヘルニアに分けられる¹⁾。

S 状結腸間陥凹ヘルニアは発生学的に下行結腸の後腹膜との癒合不全によって形成される陥凹（S 状結腸間陥凹：intersigmoid recess）に小腸が入り込むことで起こる。本疾患は S 状結腸間膜窩ヘルニアの名称で呼ばれることがあるが、三毛は、この名称は S 状結腸間膜内ヘルニアと同義であり、先に述べた陥凹の定義から S 状結腸間陥凹ヘルニアの名称が正しいと主張している²⁾。1983 年から 2025 年 3 月までの期間で、「S 状結腸間陥凹ヘルニア」および「S 状結腸間膜窩ヘルニア」を検索用語として医学中央雑誌で検索したところ、57 例の報告が見られた。千葉ら³⁾は本邦における S 状結腸間膜が関与するヘルニアの 143 例について詳細にまとめており、それによると、S 状結腸間陥凹（間膜窩）ヘルニアは 53 例（37%）を占めた。

術前診断として内ヘルニアや腸閉塞と診断はされているものの、S 状結腸間陥凹ヘルニアと正確に診断されたものは53例中6例（11%）と低く、術前診断が困難であることが推定される。

Tashiroら⁴⁾は、S 状結腸間陥凹ヘルニアの特徴的なCT所見として、以下の5つの所見が診断に有用であると報告している。①下腸間膜動静脈が上直腸動静脈とS 状結腸動静脈に分岐する部位の背側で小腸が走行する、②左尿管腹側で腸管の絞扼部がある、③嚢状構造内（sac-like appearance）に絞扼された小腸が存在する、④性腺静脈の内側に小腸が存在する、⑤左腰筋とS 状結腸の間に絞扼された小腸が存在する。本症例では造影CTを施行していないが、②、③、⑤の所見が確認され、診断に有用であった。

治療は保存的治療の成功報告例はなく、手術治療が原則である。千葉ら³⁾の報告では腸管壊死による腸管切除例は、S 状結腸間陥凹ヘルニアで17%（53例中9例）であった。大部分は嵌頓解除のみの治療で完遂していることから、腹腔鏡手術が有用である。また同報告ではヘルニア門の大きさは中央値2 cm（1-3 cm）とされ、ヘルニア門の処理は縫合閉鎖60%（32例）、開放34%（18例）であった。どちらの方法でも治療成績に差はないため状況に応じて判断するのが望ましい。ただし閉鎖する場合は腸骨血管・尿管などの損傷に注意が必要である。

【結 語】

S 状結腸間陥凹ヘルニアの症例を経験した。CT所見などの特徴を熟知し、早期の診断で適切な治療を行うことが重要である。

本論文の要旨は第61回日本腹部救急医学会総会（名古屋）で発表した。

【引用文献】

- 1) Benson JR, Killen DA : INTERNAL HERNIAS INVOLVING THE SIGMOID MESOCOLON. *Annals of surgery* 1964 ; 159 : 382-384.
- 2) 三毛牧夫：腹腔内ヘルニア大全：中外医学社、2021.
- 3) 千葉小夜、猪瀬悟史、田中保平、ほか：術前診断し腹腔鏡下に整復したS 状結腸間膜窩ヘルニアの1例. *日本消化器外科学会雑誌* 2024 ; 57 : 151-157.

- 4) Tashiro Y, Takeyama N, Kachi M, et al : Computed tomography findings of intersigmoid hernia. *Pol J Radiol* 2023 ; 88 : e231-e237.

バイオサイコソーシャルモデルが退院支援に有効だった 脊髄性筋萎縮症の1例

公立能登総合病院 小児科

長岡義晃、橋 孝典、釜蓋明輝、池野 郁、和田英男

【要 旨】

バイオサイコソーシャル（BPS）モデルとは、患者を取り巻く問題を生物学的・心理学的・社会的な視点から統合的に把握する考え方である。症例は脊髄性筋萎縮症の25歳男性。喀痰貯留によるSpO₂低下が頻回となり、呼吸状態評価や人工呼吸器管理の見直しを目的に入院した。高二酸化炭素血症は改善したが、常時人工呼吸器が必要であり、経管栄養や頻回な吸痰など医療的ケアが多く、理学療法や呼吸器リハビリテーションを定期的に必要とした。施設入所が望ましいと考えたが、母子ともに自宅退院を強く希望した。母子二人暮らしのため自宅で医療的ケアを担うのが母のみであり、自宅生活や今後の病状等に関する問題は多岐にわたった。我々はBPSモデルに基づいて問題を整理することで、人工呼吸器設定の変更や排痰管理、母子の思いの傾聴、通所施設との連携等を多職種で実施し、退院支援を行うことができた。

【キーワード】

バイオサイコソーシャルモデル、脊髄性筋萎縮症

【はじめに】

BPSモデルとは、患者を取り巻く問題を生物学的・心理学的・社会的な視点から統合的に把握する考え方である¹⁾。生物学的視点としては、年齢や重症度に応じた疾患の治療や医療的ケア、呼吸・循環・栄養といった全身状態の評価などが挙げられる。心理学的視点としては、小児にとっては疾患や処置に伴う疼痛・苦痛のコントロールや、成長や発達の度合いに応じた声掛けが重要である。特に小児科では保護者の思いを傾聴することも必須である。社会的視点としては、急性期から慢性期まで病勢に応じた医療機関の連携が必要である。行政や教育などの分野を含めた多職種連携も不可欠である¹⁾。今回、BPSモデルの導入が退院支援に有効だった脊髄性筋萎縮症の1例を経験したため

報告する。

【症 例】

症例：25歳男性。

主訴：なし（呼吸管理評価目的）。

既往歴：0歳9か月で脊髄性筋萎縮症と診断。4歳で気管切開。9歳で胃瘻造設。

生活歴：母と二人暮らし。

現病歴：3か月前に高二酸化炭素血症に伴う心室性期外収縮による動悸を主訴に当院を受診し、入院管理を行った。自宅では夜間のみ人工呼吸器を使用していたが、入院中は常時人工呼吸器を使用したことで、高二酸化炭素血症が改善した。その後、人工呼吸器を夜間のみの使用に戻しても呼吸状態は安定したため、約2週間で退院した。退院後から喀痰が増加して頻回にSpO₂が低下したため、吸痰頻度が増えた。自家用車での移動中のSpO₂低下に対する母の不安から、通所サービス利用を控えるようになった。社会的に母子が孤立気味となり、母の心理学的・身体的ストレスが高まった。1か月前に通所施設に向かう自家用車内でSpO₂が50%台まで低下し、通所施設での吸痰やカフアシストで回復した。呼吸状態評価や人工呼吸器管理の見直しを目的に当院に入院した。

現症：身長133cm、体重15kg、体温36.1℃、脈拍80回/分、呼吸数30回/分、持続的気道陽圧換気（CPAP）モードでSpO₂ 84～89%（FiO₂ 0.30）。意識清明で年齢相当の会話が可能だが、高度側弯と全身高度筋萎縮および運動麻痺があり、顔面の筋肉および右第1指のみわずかに動作可能であった。顔色は良好で、心音肺音ともに異常はなかった。

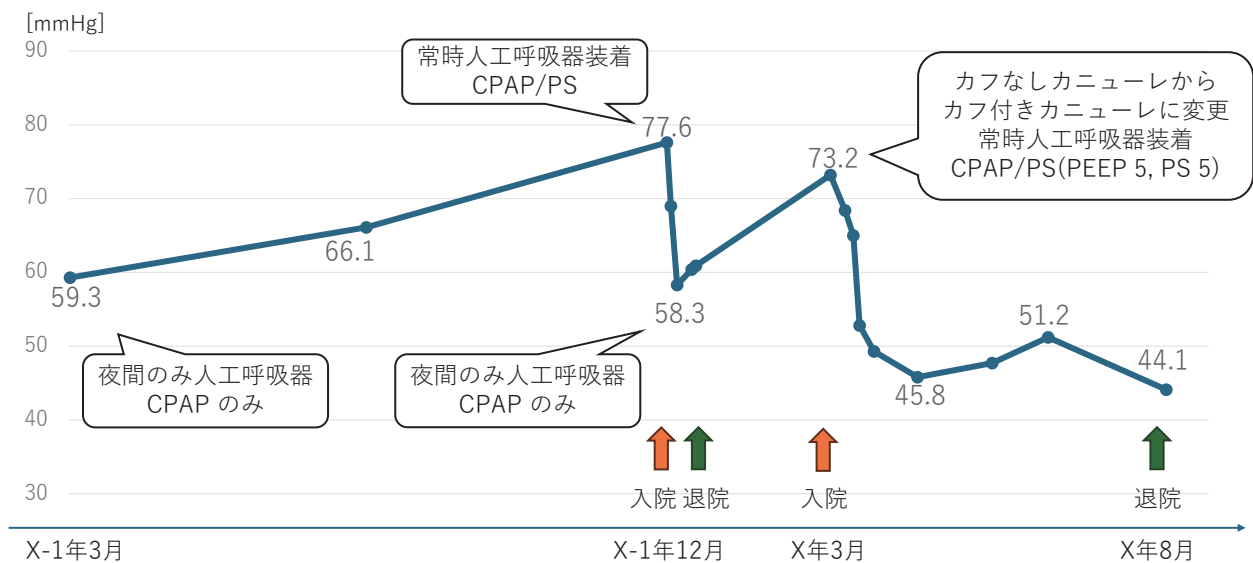
検査所見：血液検査では血算と一般生化学検査には異常を認めなかった。静脈血ガス分析では二酸化炭素分圧高値と代償性の重炭酸イオン高値を認めた（表1）。胸部単純X線写真では右肺尖部に無気肺があり、新規浸潤影は認めなかった（図1）。

表1 入院時血液検査

<血算>		<生化学>				<静脈血液ガス分析>	
WBC	6.4×10 ³ /μL	TP	7.0 g/dL	AST	14 U/L	pH	7.329
Neu	72.8 %	Alb	3.7 g/dL	ALT	14 U/L	pCO2	73.2 mmHg
Lym	17.1 %	BUN	12.0 mg/dL	LDH	133 U/L	HCO3	37.5 mmol/L
RBC	4.58×10 ⁶ /μL	Cre	0.1 mg/dL	CPK	17 U/L	BE	8.5 mmol/L
Hb	14.7 g/dL	UA	2.6 mg/dL	CRP	0.01 mg/dL	AG	7.8 mEq/L
Ht	46.7 %	Na	138.0 mmol/L			Glu	80 mg/dL
Plt	273×10 ³ /μL	K	4.4 mmol/L			Lac	5 mg/dL
		Cl	97.0 mmol/L				
		Ca	9.0 mg/dL				
		IP	4.2 mg/dL				



図1 入院時胸部単純X線写真



CPAP：持続的気道陽圧換気、PS：圧補助、PEEP：呼気終末陽圧

図2 静脈血二酸化炭素分圧の推移

臨床経過（図2）：常時人工呼吸器を装着し、持続的気道陽圧換気（CPAP）＋圧補助換気（PSV）モードに変更した。リーク減少を目的に気管カニューレをカフ無しからカフ付きのものに変更した。理学療法による呼吸器リハビリテーションを行った。入院後約2週間で静脈血二酸化炭素分圧が正常化した。常時人工呼吸器の装着が必要で理学療法を定期的に必要とし、経管栄養や頻回な吸痰など医療的ケアが多いため、退院後は施設入所が望ましいと考えた。一方で、母子はともに今まで通り自宅での生活を強く希望した。それでも、自宅で医療的ケアを担うのが母のみであり今後の生活や病状進行に対する不安や心配も多く、退院調整は難渋した。

そこで、BPSモデルに基づいて自宅退院に関わる問

題点を整理した。生物学的問題としては、常時人工呼吸器装着が必要なことに加えて低栄養を挙げた。心理学的問題としては、今後の病状進行や自宅退院への取り組みに対する母子の不安感や焦燥感、カフ付き気管カニューレの交換など手技に対する不安があった。社会的問題としては、自宅生活に向けた退院の準備や、入浴や口腔ケアなどの日常的ケア、通所サービス利用や通院のための安全な移動方法の模索などを挙げた。まず、生物学的問題に対しては人工呼吸器設定の変更に加えて、在宅人工呼吸器を最新型に更新した。MCTオイルを摂取し体重増加を得た。次に、心理学的問題に対しては自宅退院に向けた母子の不安や問題点を医療スタッフが協力して抽出し、時間をかけて母子の思いに寄り添うことで心理学的負担を軽減した。

自宅で必要な手技や新しい在宅人工呼吸器の操作を医療スタッフの見守りのもとで母親が練習して自信をつけた。社会的な問題に対しては、ソーシャルワーカーを通して通所リハビリテーションができる近隣施設と連携し、状態悪化時の対応などを母子と医療スタッフ間で確認した。また、日常的ケアや医療的ケア、人工呼吸器を装着した状態での自家用車による移動などは当院の訪問看護ステーションスタッフが主に支援した。様々な課題を解決したのち数回の試験外泊を経て、入院から約5か月後に自宅退院した。

【考 察】

脊髄性筋萎縮症 (spinal muscular atrophy : SMA) は、脊髄の前角細胞の変性による筋萎縮と進行性筋力低下を特徴とする下位運動ニューロン病である。発症年齢や最高到達運動機能により、0型からIV型に分類される。原因遺伝子はSMN1遺伝子であり、常染色体劣性遺伝形式をとる²⁾。本症例はSMAⅡ型 (Dubowitz病) である。Ⅱ型は生後6～18か月で発症し、座位保持まで獲得するが支えなしの起立や歩行はできない。呼吸不全や嚥下障害は特に重症度の高い表現型でよくみられ、傍脊柱筋の筋力低下による側弯が生じると呼吸不全が悪化する³⁾。本症例も上記の身体的問題を多く抱えていたため、人工呼吸器管理や栄養管理などの生物学的介入を行った。

SMAは身体的問題だけではなく、心理学的・社会的な問題も伴う。患者は、筋萎縮により行動が制限されることへのフラストレーション、疾患で周囲に負担をかける罪悪感、周囲からの偏見などに苛まれる。SMAは筋萎縮を伴うため介助者が必須であり、介助者には日常的ケアや医療的ケアに対する不安や疲労感が伴う⁴⁾。また、車椅子使用による病院や地域社会におけるアクセシビリティの問題や経済的問題、教育や就労の問題、社会的交流の希薄さの影響なども重要である⁴⁾⁵⁾。

BPSモデルとは1977年にジョージ・エンゲルが提唱した概念である。当時の精神医学界では、生物学的還元主義の考え方と心理学的な側面を重視する考え方の2つの主義が席巻しており、折衷案として提唱されたのがBPSモデルであった。エンゲルは、個人としての「人」を中心に連続性のある上位階層 (家族、地域、文化、社会、生物圏) と下位階層 (臓器、組織、細胞、分子、原子) の各レベルが存在し、それらは相互に影響し合っているとした。BPSモデルは全人的な

医療を行う基本的な概念として受け入れられ普及した⁶⁾。本症例でも高二酸化炭素血症などの生物学的問題 (個人以下のミクロな問題) を解決してもなお心理学的・社会的問題 (個人以上のマクロな問題) は残存し、それは生物学的問題以上に解決に難渋するものであった。母子二人暮らしであることや近隣地域に母以外に頼れる存在がいなかったこと、母の体調不良時に本患者が救急要請などの社会的システムに直接アプローチする手立てがなかったことなど、家族や近隣地域、社会などのマクロな問題が山積していた。

さらに問題を複雑にするのは、これらの問題が独立したものではなく、相互に影響しあっていることである。冒頭でBPSモデルを「患者を取り巻く問題を生物学的・心理学的・社会的な視点から『統合的に』把握する考え方である」と述べたとおりである。原子のふるまいから個人は形成され、個人が社会を形成する。逆に、社会の在り方が個人の生き様に影響し、個人の行動が原子のふるまいに影響を与える。本症例でも、母子の社会的孤立が退院への焦燥感という心理学的問題を生み出した。本症例に対して我々は生物学的視点のみではなく、BPSモデルに基づいて心理学的・社会的視点でも介入を行った。例えば、人工呼吸器設定の調整で高二酸化炭素血症が是正されたことはもとより、吸痰頻度も減少したことで手技への母の不安感を減らすことにつながった。母の不安感が減ることによって母の視点は外向的となり、近隣地域や社会に助けを求めることにも近づけた。これらの問題を認識し、一つ一つ解決に努めたことで本症例では退院までつなげられた。

BPSモデルは日本では浸透率の低い概念であるが、米国では多くの小児科医に浸透している。米国では出生から3歳までにかかりつけ医による12回の健診、3歳から21歳になるまで年1回の健診が行われ、いずれも30分程度の時間を設けている。これにより、学校や地域での活動の評価、うつを含めた精神面の健康度の評価、たばこ・アルコール・違法薬物の使用、妊娠、性感染症、シートベルトやヘルメットの着用状況、暴力やいじめといった、短時間の診察だけでは捉えられない心理学的・社会的側面を評価することができる⁷⁾。日本でも今後BPSモデルに基づいた健診制度が充実すれば、本症例のような心理学的・社会的問題もより早期な解決を図れる可能性がある。

【結 語】

脊髄性筋萎縮症患者の高二酸化炭素血症に対して入院治療を行ったが、自宅退院の調整に難渋した。BPSモデルを意識した多職種連携で問題を克服して退院支援を行うことができた。

【文 献】

- 1) 島袋林秀：医療的ケアを必要とする児. 小児内科 51(11):1812-1817. 2019
- 2) 脊髄性筋萎縮症（SMA）診療の手引き編集委員会：脊髄性筋萎縮症（SMA）診療の手引き. 4-6. 松岡武志. 東京. 2022
- 3) Keinath MC, Prior DE, Prior TW : Spinal Muscular Atrophy: Mutations, Testing, and Clinical Relevance. Appl Clin Genet 14:11-25. 2021
- 4) de Lemus M, Cattinari MG, Pascual SI, et al. : Identification of the most relevant aspects of spinal muscular atrophy (SMA) with impact on the quality of life of SMA patients and their caregivers: the PROfuture project, a qualitative study. J Patient Rep Outcomes 8(1):78-88. 2024
- 5) Xiao L, Djordjevic D, Kang S, et al. : Disease-modifying therapies for spinal muscular atrophy: Family experience, ethical considerations, and the role of social determinants of health. J Neuromuscul Dis. 2025 Sep 3
- 6) 稲毛康司：バイオサイコソーシャルモデル（BPS model）とは. 小児内科51(11):1723-1729. 2019
- 7) 五十嵐隆：序－Biopsychosocial modelで行う小児科診療とは. 小児内科 51(11):1720-1722. 2019

Merkel細胞癌の治療中に同時に出現した左下腿の皮膚転移と右下腿のEBウイルス陽性粘膜皮膚潰瘍

公立能登総合病院 臨床研修医¹⁾、公立能登総合病院 形成外科²⁾、公立能登総合病院 病理診断科³⁾
長谷部芳典¹⁾、栗津百香¹⁾、吉田智香子²⁾、佐藤勝明³⁾

【キーワード】

EBウイルス陽性粘膜皮膚潰瘍EBV-positive mucocutaneous ulcer (EBVMCU)、メトトレキサート、関節リウマチ、Merkel細胞癌

【要 旨】

症例は83歳女性。左頬部のMerkel細胞癌に対して放射線・薬物療法が施行されていた。併存症に関節リウマチがあり、免疫抑制薬の多剤併用療法にて加療されていた。左頬部腫瘍の再発と食思不振を主訴に当院を受診し入院となった。両下腿に皮下腫瘍を認め、Merkel細胞癌の皮膚転移疑いとして切除された。病理組織学的に、右下腿病変はMerkel細胞癌の皮膚転移、左下腿病変はEBウイルス陽性粘膜皮膚潰瘍EBV-positive mucocutaneous ulcer (EBVMCU) と診断された。EBVMCUは免疫抑制状態の患者の口腔粘膜や皮膚に限局性の潰瘍を伴う病変で、免疫抑制薬の中止ないし減量で改善される予後良好な疾患である。病理組織像は、化学療法を必要とするびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫やHodgkinリンパ腫と類似しており、両者の鑑別は形態像のみでは困難である。EBVMCUの治療はMerkel細胞癌やリンパ腫とは異なるため、診断には臨床所見と病理所見との総合的な判断が必要であり、臨床情報の共有が重要である。

【はじめに】

EBウイルス陽性粘膜皮膚潰瘍EBV-positive mucocutaneous ulcer (EBVMCU) は、免疫抑制薬の服用や加齢による免疫抑制状態の患者にみられる限局性の潰瘍性病変である。今回、Merkel細胞癌の治療中に、両下腿に同時に出現した皮下腫瘍が、右側はMerkel細胞癌の皮膚転移、左側はEBVMCUであった症例を経験したため報告する。

【症 例】

症例：83歳、女性。
主訴：左頬部腫瘍の再発、食思不振。
既往歴・併存症：関節リウマチに対しメトトレキサート（12年間服用しており、現在6 mg/週の服用）、トファシチニブ、プレドニゾロンにて加療中。
現病歴：左頬部の皮下腫瘍を主訴に当院を受診し、病変の生検からMerkel細胞癌と病理診断され、放射線照射とアベルマブ投与が施行され腫瘍は縮小した。治療開始から5か月後より左頬部腫瘍の再発と食思不振を主訴に当院を受診した。血液検査で電解質異常を認めたため、精査加療目的に入院となった。入院翌日、シーツの汚染をきっかけに左下腿に潰瘍を伴う皮下腫瘍を、また右下腿に可動性の乏しい皮下腫瘍を認めた。Merkel細胞癌の皮膚転移を疑い、両下腿腫瘍を切除した。
現症：身長145cm、体重49.1kg、体温36.0℃、心拍数80回/分・整、血圧108/70mmHg。左頬部に発赤を伴う50mm大の腫瘍があり、左頸部リンパ節が腫脹していた。左下腿に比較的境界明瞭な潰瘍を伴う20mm大の皮下腫瘍を、右下腿に可動性の乏しい15mm大の皮下腫瘍を認めた。
血液検査所見：血清Na, K, Cl低値を認めた。炎症所見は目立たず、LDの単独高値を認めた（表1）。
超音波検査所見：右下腿皮下腫瘍は比較的均一な低エコー像で、腫瘍の辺縁に沿って血流信号を認めた（図1 a, b）。初診時の左頬部Merkel細胞癌の所見と類似していた（図1 c, d）。

表1 入院時採血検査

WBC	4100 / μ L	AST	42 U/L	Na	134 mEq/L
RBC	3.64×10^6 / μ L	ALT	10 U/L	K	3.1 mEq/L
Hb	11.8 g/dL	LD	827 U/L	Cl	89 mEq/L
Ht	36.1 %	BUN	17 mg/dL	CRP	0.02 mg/dL
Plt	229×10^3 / μ L	Cre	0.56 mg/dL		

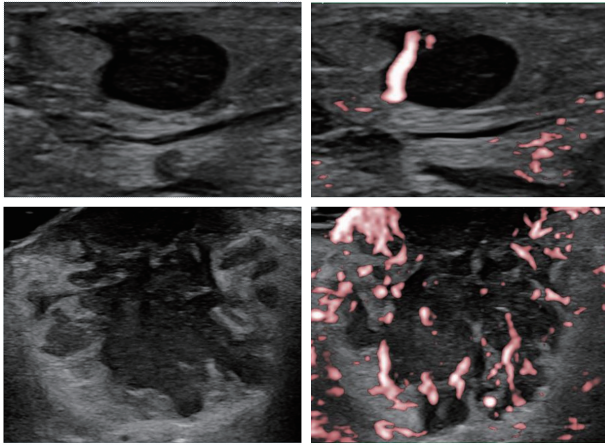


図1 超音波画像

右下腿皮下腫瘍は比較的均一な低エコー像で (a)、腫瘍の辺縁に沿って血流信号を認めた (b)。初診時の左頬部Merkel細胞癌も同様に低エコー腫瘍で (c)、辺縁に血流信号が目立った (d)。

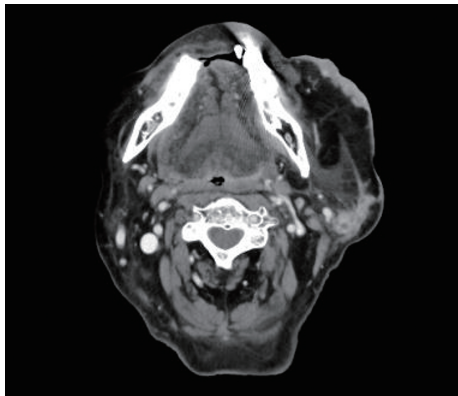


図2 造影CT像

左頬部腫瘍再発と所属リンパ節転移を認めた。

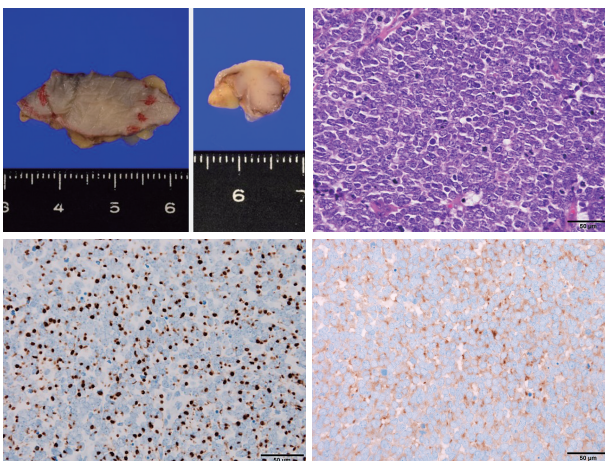


図3 右下腿皮下腫瘍の病理所見

(a) 切除標本の肉眼像では、表皮が保たれ、皮下組織を主体とし真皮へ進展するような均一に灰白色充実性で10mm大の腫瘍を認めた。(b) HE染色像では、N/C比が大きい腫瘍細胞がびまん性充実性に増殖していた。(c) CK20免疫染色では、腫瘍細胞の核周囲に点状の陽性像を認めた。(d) Synaptophysin免疫染色では、細胞質に陽性であった。



造影CT所見：左頬部Merkel細胞癌の局所再発と所属リンパ節転移 (図2)、多発骨転移を認めた。腹部と骨盤内のリンパ節腫大は認めなかった。

病理所見：右下腿皮下腫瘍は、表皮が保たれ、皮下組織を主体とし真皮へ進展するような均一に灰白色充実性で10mm大の腫瘍が見られた (図3a)。組織学的には、N/C比が大きい腫瘍細胞がびまん性充実性に増殖していた (図3b)。免疫染色では、CK20が腫瘍細胞の核周囲に点状に陽性 (図3c) で、Synaptophysin (図3d) とCD56が陽性で神経内分泌系への分化が確認され、Merkel細胞癌の皮膚転移と診断された。左下腿皮下腫瘍は、中央に境界が比較的明瞭な5mm大の潰瘍を伴っており、内部には出血をともなった境界不明瞭な腫瘍が認められた (図4a)。腫瘍細胞は複数の核小体をもつ腫大した核を有しており、大型のリンパ球様細胞であった (図4b)。免疫染色では、CD20陽性のB細胞系列の細胞がシート状に増殖していた (図4c)。一部の細胞でin situ hybridization for EBV-encoded small RNA (EBER) 陽性となり (図4d)、EBV感染が確認されEBVMCUと診断された。

入院後経過：食思不振による電解質異常を疑い、補液にて加療した。電解質異常は改善したが、多発骨転移による疼痛が強く、ADLの著明な低下を認めた。本人と家族に多発転移の病状を説明し、緩和ケアを希望されたため他院へ転院となった。

【考 察】

Merkel細胞癌は、皮膚原発の神経内分泌癌であり、紅色の弾性硬結節として発症することが多い¹⁾。臨床的特徴としては、無症候性／圧痛なし (Asymptomatic/lack of tenderness)、急速な増大 (Expanding rapidly)、免疫抑制 (Immune suppression)、50歳以上 (Older than age 50)、紫外線暴露部位 (UV-exposed site on a person with fair skin) の頭文字をとったAEIOUが診断に有用とされる²⁾。しかし、臨床所見は非特異的で肉眼的観察のみでは他腫瘍との鑑別は困難である。画像所見は、細胞密度の高い腫瘍であることからリンパ腫との鑑別も難しく、確定診断には病理組織学的な検討が必須である。治療は、病期に応じて原発巣切除および術後放射線療法、根治的放射線療法、免疫チェックポイント阻害薬であるアベルマブの投与が選択される¹⁾。しかしその再発・転移の多さから予後不良とされている³⁾。

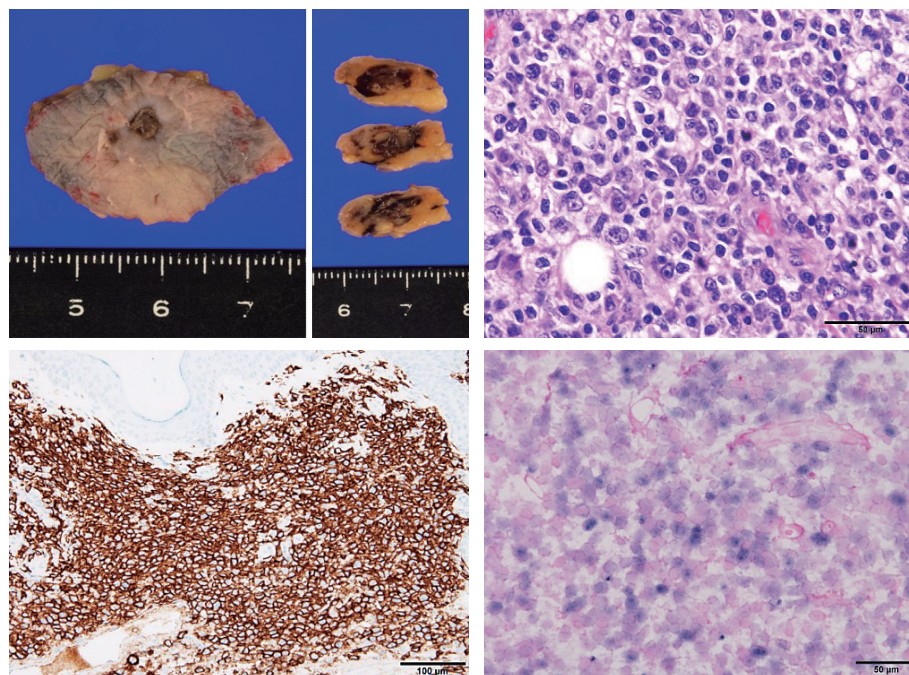


図4 左下腿皮下腫瘍の病理所見

(a) 切除標本の肉眼像では、中央に5 mm大の潰瘍があり、出血をともなった境界不明瞭な腫瘍であった。(b) HE染色像では、腫瘍細胞は複数の核小体をもつ腫大した核を有しており、大型のリンパ球様細胞であった。(c) CD20免疫染色では、大型細胞がシート状にびまん性に陽性であった。(d) In situ hybridization for EBV-encoded small RNA (EBER) では、一部の細胞で核に陽性像を認め、EBV感染が確認された。

a	b
c	d

EBVMCUは、2010年にDojcinovらによって提唱され⁴⁾、2017年のWHO分類第4版でEBウイルス陽性リンパ増殖性疾患EBV-positive lymphoproliferative disorder (EBVLPD) の1亜型として新たに分類され、2024年のWHO分類第5版⁵⁾では免疫不全に関連したリンパ増殖性疾患とリンパ腫の項目に分類された。EBVMCUは、口腔・消化器粘膜や皮膚に限局性・単発性の境界明瞭な潰瘍性病変を形成する⁴⁾。Ikedaら⁶⁾によると発生部位は、口腔・咽頭粘膜が最も多く68.8%で、ついで消化器粘膜が20.4%、皮膚が10.2%と報告されている。EBVMCUは免疫抑制状態と関連が強く、背景は免疫抑制薬投与(64.0%)や加齢(24.7%)が多く、他に原発性免疫不全、臓器移植後、HIV感染患者の報告もある⁶⁾。治療は、免疫抑制薬服用中の場合は主としてその中止ないし減量であり、91.8%に症状改善が見られたとされ、予後良好な病変である。また、経過観察のみで寛解を得る症例も少なくないが、薬物療法、放射線、切除によって治療された報告もある。加齢による免疫抑制患者も65.2%が何らかの治療ないし経過観察で症状改善が得られている⁶⁾。

EBVMCUの病理組織像は、大型でリンパ球様の異型細胞の浸潤やHodgkin/Reed-Sternberg (H/RS) 様細胞の出現を認め、免疫染色を含めても形態像のみではびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫やHodgkinリンパ腫との厳密な鑑別が困難である⁷⁾。約半数では免疫グロブリン遺伝子の再構成が検出され⁵⁾分子病理学的にもリンパ腫を否定することが不可能である。高齢、メトトレキサート等の免疫抑制薬服用中、LDやsIL-2の増加が乏しい⁷⁾、病変は局所的で比較的境界明瞭な有痛性潰瘍を形成し、全身リンパ節腫脹や肝脾腫がない等の臨床情報と総合的な判断が必要となるため、確定診断には病理医との情報共有が必須となる。両者の鑑別は、化学療法など不要な侵襲的治療を避けるために重要である。

本例は、Merkel細胞癌の治療中に両側の下腿に同時に腫瘍が出現したため、臨床的には両者ともにMerkel細胞癌の皮膚転移と考えた。右下腿腫瘍の超音波像は、初診時の左頬部Merkel細胞癌の検査所見と類似していた。しかし、体表からの病変の肉眼像は、右下腿腫瘍は表皮が保たれた境界明瞭な充実性の皮下腫瘍で、左下腿腫瘍は中央に潰瘍を伴っている境

界不明瞭な皮下腫瘍という点で異なっていた。確認のために両者を切除し病理組織学的に検討したところ、右下腿腫瘍はMerkel細胞癌の皮膚転移、左下腿腫瘍はEBVMCUと診断され、両者は異なる病変であった。Merkel細胞癌に対する治療ではEBVMCUは改善されないため、正確に診断されたことは有意義であったと考えられる。また、Merkel細胞癌患者は二次癌を罹患するリスクが高く、その癌種は唾液腺癌、胆道部癌、非Hodgkinリンパ腫で有意にみられた⁹⁾。Merkel細胞癌患者に新規病変が出現した際は、再発、転移、または新規の癌種なのかも含めて慎重に判断する必要がある。

EBVMCUの発症リスクについては、高齢で、関節リウマチに対しメトトレキサートを服用中だけでなく、多発転移をとまなうMerkel細胞癌を合併し放射線照射と薬物療法を受けているという点で複数の免疫抑制要因が本例にはあった。複数の免疫抑制薬を使用している患者も単剤療法等に切り替えることによってEBVMCUが改善したという報告もあり¹⁰⁾、本例も同様にメトトレキサートのみを中止することによってEBVMCUが改善する可能性が考えられるが、担癌状態は改善されていないため再発する可能性も考慮しておかなければならない。

【ま と め】

Merkel細胞癌の再発・多発転移を来した患者の両下腿に、Merkel細胞癌の皮膚転移とEBVMCUという異なる腫瘍が見られた一例を経験した。EBVMCUは、免疫抑制薬の中止あるいは減量のみで改善する予後良好な病変であり、Merkel細胞癌とは治療法が異なり、また過度な治療を防止するためにリンパ腫等との鑑別が重要であるため、その正確な診断のため臨床所見を病理医と共有することが重要である。

本論文の要旨は、第257回日本内科学会北陸地方会(2025年9月)において発表した。

【文 献】

- 1) 中村元樹、他：皮膚がん診療ガイドライン第4版
Merkel細胞癌診療ガイドライン 2025. 日皮会誌
135(2)：213-256, 2025
- 2) Heath M, et al：Clinical characteristics of Merkel cell carcinoma at diagnosis in 195 patients: the AEIOU features. J Am Acad Dermatol 58(3)：375-81, 2008
- 3) Lemos BD, et al：Pathologic nodal evaluation improves prognostic accuracy in Merkel cell carcinoma: analysis of 5823 cases as the basis of the first consensus staging system. J Am Acad Dermatol 63(5)：751-61, 2010
- 4) Dojcinov SD, et al：EBV Positive Mucocutaneous Ulcer - A study of 26 cases associated with various sources of immunosuppression. Am J Surg Pathol 34(3)：405-17, 2010
- 5) Natkunam Y, et al：EBV-positive mucocutaneous ulcer. Haematolymphoid tumours. WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol.11, 565-567. International Agency for Research on Cancer, Lyon (France), 2024
- 6) Ikeda T, et al：Epstein-Barr Virus-Positive Mucocutaneous Ulcer: A Unique and Curious Disease Entity. Int J Mol Sci 22(3)：1053, 2021
- 7) Ikeda T, et al：A review of EBV-positive mucocutaneous ulcers focusing on clinical and pathological aspects. J Clin Exp Hematop 59(2)：64-71, 2019
- 8) Ikeda T, et al：Clinicopathological analysis of 34 Japanese patients with EBV-positive mucocutaneous ulcer. Mod Pathol 33(12)：2437-48, 2020
- 9) Howard RA, et al：Merkel cell carcinoma and multiple primary cancers. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 15(8)：1545-9, 2006
- 10) Hayashi I, Toida M：Epstein-Barr Virus-Positive Mucosal Skin Ulcer Resulting in Oral Lesions During Concomitant Use of Tacrolimus and Prednisolone. Cureus 16(3)：e57091, 2024

能登半島震災後のDVT検診活動参加報告

公立能登総合病院 臨床検査部

杉本真希、白山 修、松本牧子、野村由紀恵、
坂本純子、鈴木 孝、元橋由紀

【要 旨】

2024年1月に発生した能登半島地震、9月の豪雨災害により被災者は避難所や、仮設住宅での生活を余儀なくされ、生活環境の悪化や精神的ストレスなどにより健康リスクが高まった。災害関連疾患のひとつである深部静脈血栓症（deep vein thrombosis：DVT）は2004年の新潟県中越地震以降に注目され、被災地の避難所や仮設住宅での静脈血栓塞栓症（venous thromboembolism：VTE）の発症予防を目的としたDVT検診が実施されるようになった¹⁾。今回、能登半島地震後のDVT検診の支援活動に参加し、ポータブル超音波装置で下肢静脈エコーを主に行ってきた。1年経過してもDVT陽性率の高い仮設住宅地域が依然としてあり、今後もDVT検診活動を継続して行う必要があると考える。災害医療チームの一員として参加することでDVT検診および問診、弾性ストッキングの配布や着用指導、会場設営など新たな役割を見出すことができた。

【キーワード】

エコノミークラス症候群、DVT検診

【はじめに】

避難所生活において、エコノミークラス症候群が危惧される。その早期発見、予防の支援活動に参加した経験を報告する。

【エコノミークラス症候群】

エコノミークラス症候群は、航空機利用に伴い生じたVTEを指す名称である。長時間の同一姿勢や機内の低湿度、脱水傾向などが原因として考えられている。さらには、長時間の移動の場合には航空機に限らず、自動車、列車、船舶などでも起こり得ることより、総じて旅行者血栓症（traveler's thrombosis）と呼ばれている。避難所生活では、活動量の低下による血流の

停滞や、トイレ事情から水分の摂取不足による血液の濃縮が生じやすい。主に下肢の深部静脈や骨盤内の静脈で形成された血栓が遊離して肺動脈へ流入し、肺塞栓を誘発する恐れがある²⁾。

【DVT検診活動プロジェクトの成り立ち】

石川県JMAT（日本医師会災害医療チーム）本部より日本臨床衛生検査技師会へDVT検診活動の協力要請があった。新潟JMATとして活動を実施する新潟大学の榛沢和彦医師を中心とし、避難所の状況を確認の上、人的支援活動を行うことになった³⁾。石川県臨床衛生検査技師会員にも協力要請があり、人的支援者に登録し、参加することになった。

JMAT活動終了後の4月以降は石川県臨床衛生検査技師会が窓口となり新潟大学の榛沢医師を中心としたDVT予防検診活動、福井大学医学部地域医療推進講座の支援活動に参加した。

【活動の経過】

震災後の令和6年1月20日（初回検診）から検診活動を実施した。検診場所は避難所である学校や公民館などの公共施設であったが仮設住宅の建設によりその集会所へと移行した。基本1チーム医師1～3人と臨床検査技師4～6人とした。参加者が多いときは複数のチームに分かれ、多職種（看護師、保健師など）と協力し活動することもあった。

【必要物品】

ポータブル超音波装置（Viamo）、採血用具一式、D-ダイマー携帯型測定器（Cobas h 232）、弾性ストッキング、血圧計、酸素飽和度測定器、エコーゼリー、キッチンペーパー、ゴミ袋、延長コード、ガムテープ、ウェットティッシュ、手袋、ボールペン、問診板、カイロなど。

【検診方法】

会場設営（設営前に会場責任者に使用可能なスペースを確認・撤収時元の位置に戻すため写真に記録）し、準備が出来次第受付を開始した。受診者には、血圧及び酸素飽和度の測定後、問診票、同意書の記入をしてもらい、ポータブル超音波装置を使用し、座位にて下肢静脈エコー検査を施行した（写真1）。検査部位は両下肢の膝窩部と下腿部中心に実施し、静脈内に内部エコーを認め、圧迫法により静脈内腔不変または残存するものを陽性と判断した。血栓は2名でダブルチェックし、画像を保存した。陽性者には採血を行い、携帯型測定機器によるD-ダイマー測定値 $2.5\mu\text{g/ml}$ 以上の場合、かかりつけ医または近隣の病院を紹介した。また、血管拡張（ひらめ静脈径 $>9\text{mm}$ ）、静脈瘤などの有所見者には、弾性ストッキングの配布と装着指導や体操指導を実施した。検査結果に対する説明は医師が行った。撤収時、忘れ物がないかを物品チェックリストを用いて確認し、会場は使用前と同じ状態に戻した³⁾⁴⁾。



写真1 検査風景

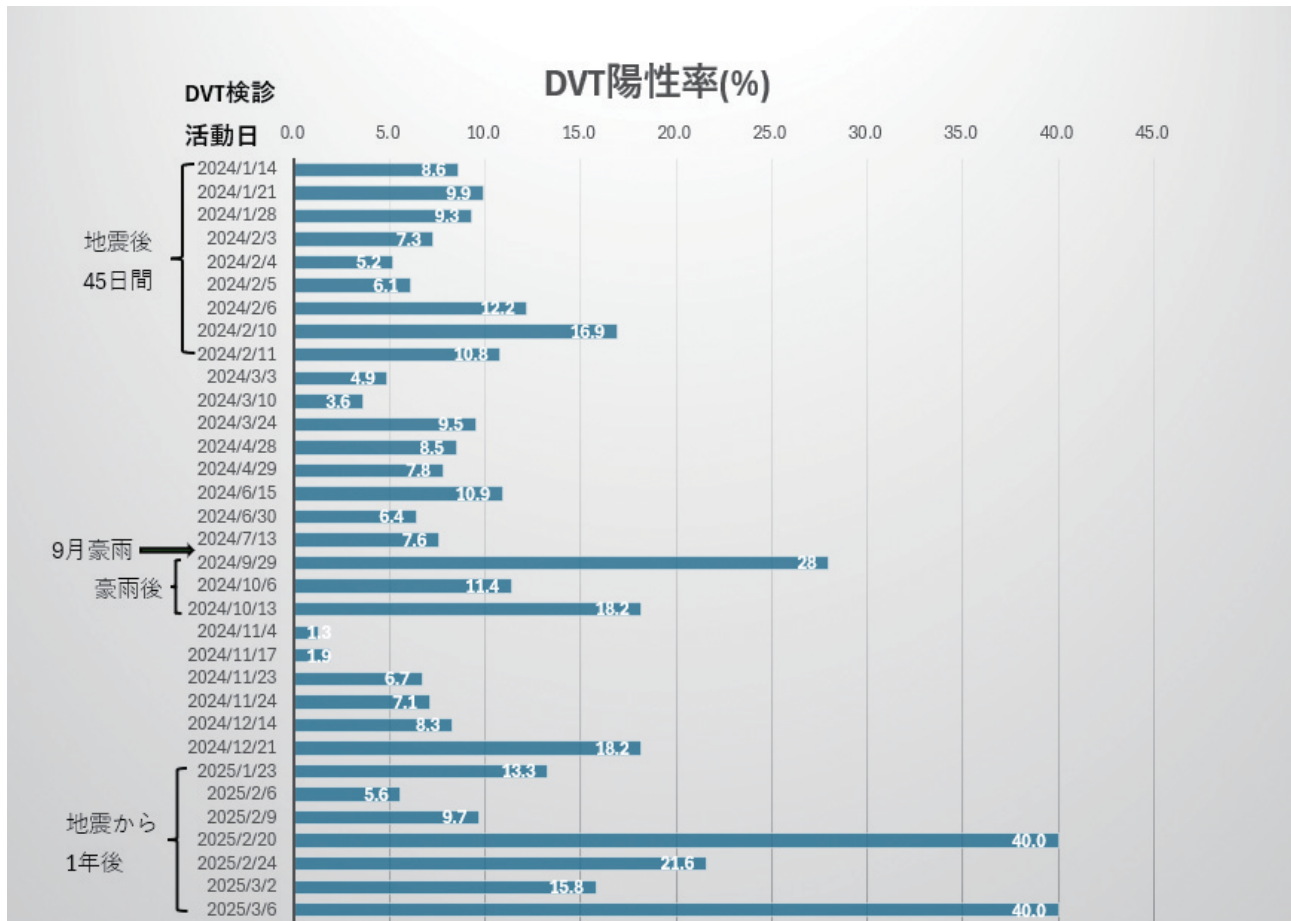


表1 DVT陽性率

【活動実績とDVT陽性率】

活動期間：2024年1月～2025年3月

集合場所：8時半に穴水総合病院に全員集合し、ミーティング後現地へ出発

17時頃穴水総合病院に全員集合し、ミーティング後解散

検診場所：10時頃から15時半頃まで避難所、仮設住宅、公共施設（延べ52ヶ所）

DVT陽性率：地震発災後45日間：9.1%

9月の豪雨災害後：14.9%

地震から1年後：16.0%

【考 察】

近年の大きな地震災害である熊本地震の発災から45日間の報告（DVT陽性率9.5%）⁵⁾と今回（DVT陽性率9.1%）は同様の結果となった（表1）。

今回、DVT検診を行ったところ、検診場所によってDVT陽性率に差が認められた。また、9月の豪雨災害後や地震から1年経過後にDVT陽性率の経時的低下を認めなかったのは、避難所や仮設住宅団地ごとの生活環境の違いや高齢者の活動性低下が要因と考える。

【DVT検診の振り返り】

活動当初は道路状況（写真2）が悪く、集合場所、検診場所へ行くのに時間を要した。断水のため飲み水用と手洗い用の水を持参した。コロナ、インフルエンザ、ノロなどの感染対策としてN95マスク、ゴーグル、手袋の装着および手指消毒を行った。当初、ポータブル超音波装置を明るい部屋で使用することに慣れていたが、チームの協力により行うことができた。寒い時期は、エコゼリーの容器にカイロを巻いて温めて使用した。弾性ストッキングの履き方などの指導、エコノミークラス症候群を予防する運動指導の重要性を改めて感じた。その他に室内履きの準備、DVT検診マニュアル⁴⁾、参加者の経験談が非常に役立った。

【ま と め】

DVT検診において早期に介入することは重要であるが、災害から1年経ってもDVT陽性率の高い仮設住宅地域がある。今後も検診活動の継続が望まれ、多職種チームでDVT予防についての啓発や指導が大事になってくると考える。なお、令和7年4月以降もDVT検診活動は行っている。



写真2 被災地に向かう道路状況

【参考文献】

- 1) 榛沢和彦：新潟県中越地震時における急性肺・静脈血栓塞栓症. 心臓 39(2) : 104-109. 2007.
- 2) 日本循環器学会／日本高血圧学会／日本心臓病学会合同ガイドライン：肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2017年改訂版）6-9.
- 3) 日本臨床衛生検査技師会：能登半島地震における活動報告書 R 6.4.25
<https://www.jamt.or.jp/notoeq/docs/9d1c650bd5ac2eb8aebfec0b3989c9bae16c9ab3.pdf>
- 4) 日本臨床衛生検査技師会：日臨技DVT検診マニュアルVer.1 2016.5
<https://www.jamt.or.jp/data/asset/docs/%E2%98%85DVT%E6%A4%9C%E8%A8%BA%E3%83%9E%E3%83%8B%E3%83%A5%E3%82%A2%E3%83%AB.pdf>
- 5) 坂本賢治、掃本誠治、橋本洋一郎、榛沢和彦、辻田賢一：熊本地震後に発生した静脈血栓塞栓症と対策プロジェクト. 日本血栓止血学会誌 33(6) : 648-654. 2022.

C P C 報告

令和6年4月1日～令和7年3月31日

公立能登総合病院 C P C 報告

第204回

2024年 4 月18日

確定診断困難な肝腫瘍の 1 例

主 治 医：消化器内科 山宮 大典
病 理 医：病理診断科 佐藤 勝明

臨床担当研修医：知念 幹
病理担当研修医：勝山 裕翔

<症例のまとめ>

臨床的には、心不全の精査目的の画像診断で、偶発的に肝右葉に 7 cm 大の腫瘍が発見された。腫瘍性病変が考えられ、原発性肝癌と転移性肝癌の鑑別が問題となった。上咽頭癌の既往があったがその再発は考えにくく、消化管ほかの精査でも原発病変は指摘されなかった。画像では、周囲に多発する小病変があり、原発性肝癌としても非典型的像で肝細胞癌の多発と肝内胆管癌の肝内転移との鑑別は困難であった。

肝腫瘍針生検組織では、胆管上皮由来の低分化型腺癌の浸潤像が認められ、肝内胆管癌と診断された。

切除術が計画されたが、8 か所の転移病変が見つかり化学療法に変更された。

【症 例】75歳 男性

【主 訴】なし（肝腫瘍生検目的で入院）

【現病歴】

X-1/12/11、胸痛を主訴に当院に救急搬送され、発作性頻脈性心房細動、慢性心不全急性増悪にて入院となり、コアテック、オノアクト、フロセミド、サマタスの投与で加療となった。大動脈解離など胸部症状の除外目的で施行された胸部単純CTで偶発的に肝右葉後区域に 6 cm 大の軽度分葉状で内部不均一低吸収を呈する腫瘍を指摘され、12/14に腹部造影CT施行。12/15に消化器内科に紹介された。12/21日に肝臓の腫瘍性病変の精査目的に造影MRI施行。12/28には心不全は改善し退院となった。X/1/9にPET-CTを施行し、1/24に肝腫瘍生検目的で入院となった。

【生活歴】飲酒 2 合弱/日、喫煙：10本/日

【既往歴】

上咽頭癌（放射線治療後）、慢性心不全急性増悪、発作性心房細動、糖尿病、高血圧症、血小板増多症、感音性難聴（中等度）

【内服薬】

アゾセミド60mg1T、ジャディアンス10mg1T、リクシアナ30mg1T、エンレスト100mg0.5T、ベニジピン 2 mg1T、カルボシステイン250mg3T、ビラノア20mg1T

【アレルギー】なし

【入院時現症】

身長：158.0cm、体重：51.3kg、BMI：20.5kg/m²
心：雑音なし、肺：雑音なし、wheezes：なし
腹部：圧痛なし、肝触知せず、腫瘍触知せず
四肢：浮腫なし、冷感なし

【検査所見】

●血液検査：T-Bil 1.1mg/dL、AST 29U/L、ALT 23U/L、LDH 212U/L、ALP 65U/L、 γ -GTP 48U/L、CK 70U/L、AMY 51U/L、BUN 12mg/dL、Cr 0.54 mg/dL、eGFR 110.7mL/min/1.73m²、尿酸 4.2mg/dL、Na 139mmol/L、K 4.8mmol/L、Cl 102mmol/L、HDL-Chol 50mg/dL、LDL-Chol 114mg/dL、TG 105 mg/dL、Alb 4.2g/dL、CRP 0.13mg/dL、NT-proBNP 1130pg/mL、血糖 99mg/dL、HbA1c 5.2%、WBC 5000/ μ L、RBC 54.9万/ μ L、Hb 16.1g/dL、Ht 48.1%、Plt 70.4万/ μ L、PT(%) 64.0%、PT-INR 1.260、HCV抗体定性（－）、HBsAg定性（－）、CEA 5.5ng/mL、AFP 1.6ng/mL、CA19-9 18.4U/mL、高感度PIVKA II 19mAU/mL

- 腹部US：〈肝〉表面：整、辺縁：鈍化、実質：均一。〈胆〉結石：なし、壁肥厚：なし、胆嚢胆管拡張：なし、壁在に高エコー結節多発、ポリープ疑い。右葉後区に分葉系の内部無エコーを呈する嚢胞性腫瘍あり、この嚢胞性腫瘍には周囲を取り囲むようにこれも分葉形の低～等エコーを呈する充実様領域あり、後方エコー不変～やや増強。周囲正常肝実質との境界に低エコー帯を伴っており境界は比較的明瞭。辺縁および充実部に血流あり。
- 造影CT：肝右葉後区に7 cm大の腫瘍あり、腫瘍は比較的境界明瞭で分葉状の形態、辺縁の軽度低吸収部と内部の著明低吸収部からなる。内部低吸収は造影効果を認めない。辺縁の軽度低吸収部は単純では周囲肝実質よりやや低吸収、肝動脈相で周囲肝実質より若干強く濃染され、門脈相～後期相では不均一な造影効果が遷延するが周囲肝実質より相対的に低吸収。辺縁部の性状として分葉状～一部に結節集簇様の形状も見られる。肝門部に小リンパ節あるが、有意なリンパ節腫大は指摘できない。
- 造影MRI：辺縁部はT1強調像で低信号、T2強調像では中間信号を呈し、拡散強調像で高信号、ADC mapで低信号化、ダイナミックスタディは特に造影早期相で呼吸性アーチファクトが強く評価難しいが、門脈相～移行相でwashoutを呈する。肝細胞相で取り込み低下する。内部にT2強調像で著明高信号かつ造影不良呈する領域あり、背側にはT2強調像で低信号の液面形成あり、US所見も併せ液状/高度壊死を伴う領域と考えられるが、拡散制限に乏しく、背側のT2強調像低信号の成分併せ出血変性を反映と考えます。この他にもS5やS6に拡散強調像で高信号、ADC mapで低信号示す微小結節が複数あり、基本的には上記一連の病変を考える。
- PET-CT：肝S7の腫瘍にSUVmax10の集積あり、その他集積乏しい
- EGD：萎縮性胃炎O-2
- TCS：大腸：下行結腸に3 mm大Is腺腫（→病理で低異型度の管状腺腫を認める）、S状結腸に5 mm大Is腺腫（→病理で高異型度の管状腺腫を認める）肛門：内痔核

【臨床的最終診断】

#1. 肝細胞癌あるいは胆管細胞癌

【病理診断】

Liver, needle biopsy: Intrahepatic cholangiocarcinoma, poorly differentiated adenocarcinoma
[原発性肝癌取扱い規約第6版]

＜病理組織所見＞

検体は、肝腫瘍針生検組織3本です。

検体適正

判定：悪性

繊細なクロマチンと1個の明瞭な核小体からなる核および淡明から弱好酸性の少量の細胞質からなる腫瘍細胞が、充実性胞巣を形成して増殖しています。

浮腫線維性の間質も豊富に認められます。

腺腔形成や細胞質内粘液は確認されません。

免疫染色では、腫瘍細胞は、CK（AE1/AE3）陽性、CK19陽性、CK7陰性、CK20陰性、vimentin陰性、AFP陰性で、抗hepatocyte抗体への反応はありません。

肝細胞由来よりは胆管上皮由来で、肉腫様癌とまでは言えない低分化型腺癌と考えます。

【生検後の経過】

肝生検の病理あり。その後、肝外転移の可能性は否定的であったため、肝切除目的で他院に紹介することとなった。紹介先の病院で肝臓に少なくとも8カ所の腫瘍を認めたため、化学療法の方針に切り替えとなった。

【考 察】

本症例は、偶発的に見つかった7 cm大の肝腫瘍の症例であった。肝腫瘍の鑑別として、肝細胞癌/胆管細胞癌、転移性肝癌、肝膿瘍、肝嚢胞、肝血管腫などが鑑別に挙げられる。肝炎ウイルスは陰性で、アルコール多飲はなく、脂肪肝はなく、背景肝はほぼ正常であった。また、自覚症状や身体所見はみられず、血液検査で肝胆道系酵素の上昇はなかった。肝嚢胞や肝血管腫は画像所見で否定的であった。発熱やCRPの上昇がないことから肝膿瘍の可能性は低い。また、AFPやPIVKA-IIは上昇がなく、背景肝が正常であったことから原発性肝癌を積極的に疑う所見は認めなかった。上咽頭癌の既往があり転移が考えられるが、頸部リンパ節腫脹やPET-CTで集積を認めなかったため上咽頭癌の転移は考えにくい。また、内視鏡検査では消化管からの転移性肝癌も否定的であった。胆管細胞癌について

ては、画像所見的には典型的な所見ではなかった。以上より、臨床的に確定診断を行うのは困難であった。

画像検査で、原発性の肝細胞癌／胆管細胞癌、転移性肝癌を鑑別に挙げ考察する。

腹部超音波検査では、一般的に肝細胞癌は、内部はモザイク状（低～高エコー）、辺縁低エコー帯（halo）、後方エコーの増強がみられる。胆管細胞癌は、内部は低エコー、境界は不鮮明なことが多い。転移性肝癌はbull's eye sign（辺縁は低エコー、中心部は高エコー）がみられる。本症例では、内部壊死を伴った肝腫瘍も考えられるが、内部が大きな嚢胞成分とその周囲辺縁の充実部との境界が明瞭過ぎて非典型的のように考える。

腹部造影CT検査では一般的に、肝細胞癌は早期濃染、後期でwash out、平衡相で腫瘍周囲の被膜が染まる。胆管細胞癌は早期相で内部の造影効果は乏しく、辺縁がリング状に濃染するが、門脈相～平衡相にかけて腫瘍内部が漸増性に造影される。転移性肝癌は早期相で辺縁が濃染され、後期相で内部は低エコーのままの多発腫瘍を認める。本症例では、原発性の肝細胞癌／胆管細胞癌としては非典型的な所見である。内部低吸収は造影効果を認めないことから、腫瘍の内部壊死／膿瘍／嚢胞等が鑑別に挙げられる。

腹部造影MRIで、本症例では内部に出血変性を伴う充実性腫瘍があると考え。多発する小病変もあり、一元的に多発肝転移あるいは原発性肝腫瘍の多発肝転移状態を考える。ただし、肝細胞癌・胆管細胞癌としても非典型像と考える。

原発性もしくは転移性の肝細胞癌／胆管細胞癌は画像検査では判断がつかないため、確定診断目的に肝生検を行った。

第205回

2024年 5 月16日

濾胞辺縁帯リンパ腫の1例

主 治 医：血液内科 細川 晃平
病 理 医：病理診断科 佐藤 勝明

臨床担当研修医：佐藤 弘基
病理担当研修医：長谷部芳典

<症例のまとめ>

臨床的には、8年前にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL）を発症し化学療法により寛解状態であった。3年前より、脾臓、両側腋窩と右肺門部リンパ節にリンパ腫の再発を疑うFDG集積を認め経過観察されていたが増悪はなく、DLBCLの再発は考えにくかった。今回、頸部のリンパ節腫脹が出現し、画像的にリンパ腫再発と診断された。

左腋窩リンパ節の針生検組織では、低悪性度B細胞性リンパ腫で、濾胞辺縁帯リンパ腫が示唆された。身体的状況を総合的に配慮し、経過観察となった。

高悪性度リンパ腫の寛解後、低悪性度リンパ腫を再発したため診断が困難な症例であった。

【症 例】84歳 男性

【主 訴】頸部リンパ節腫脹

【現病歴】

X-8/9/1循環器内科にて精査のため撮影された胸腹部CTにて偶然右鼠径部の皮下結節を指摘され10/27外科を受診、11/18に大腿部軟部腫瘍切除術を施行された。病理診断にてびまん性大細胞性B細胞リンパ腫（DLBCL-NOS non GCB type CS I A）と診断され、11/30に当院血液内科を紹介受診。12/19化学療法目的に大学病院を紹介受診した。化学療法適応ありとして同病院入院しR-THPCOP 3 コース施行され、X-7/2/24に退院。3/2地固め目的に当院放射線科にて放射線療法を受けた（IFRT 2Gy×20fr=total 40Gy）。治療終了後、4/19PET-CTでFDG集積なしと確認され、定期外来受診および1年ごとのPET-CTにて経過観察となった。

X-3/4/14に施行されたPET-CTにて脾臓（eSUVmax 約4.0）、両側腋窩、右肺門部リンパ節（eSUVmax 約2.4）に悪性リンパ腫再発を疑うFDG集積を指摘され、半年後にPET再検する予定となった。同年10/14の

PET再検査では画像所見から再発は否定的であったため、採血にて腫瘍マーカー、1年ごとのPET-CTで経過を観察する方針となった。

X-2/10/4PET-CTにて左腋窩リンパ節や脾臓のFDG集積は減弱しており再発否定。

X-1/7/11発熱で救急受診。肺炎として入院した。この時撮影したCTにて両腋窩リンパ節の腫大を指摘された。8/10の採血にてsIL2R 3801U/mL（前回2939U/mL）と著増したが2ヶ月後の10/4にsIL2R 3500U/mLと微減したことで増悪は否定的と考えられた。

12/20に本人から首のリンパ節が腫れていると連絡あり、12/22にPET-CT検査を施行したところ悪性リンパ腫 Lugano分類Ⅲ S 期と画像診断された。

X/01/17当院で左腋窩リンパ節針生検施行。

【身体所見】

身長167cm、体重91.9kg、意識清明、BT 35.7℃、HR 85/min、BP 101/75mmHg、鼠径部に腫瘍なし。頸部リンパ節腫脹軽快か。

【既往歴】

慢性腎機能障害、労作性狭心症（#7にステント留置後）、脂質異常症、高血圧

【内服薬】

ビソプロロール 5 mg/0.5T、トルバプタン15mg/1T、フェブキソスタッド40mg/1T、アゾセミド60mg/0.5T、ハルナール0.1mg/1T、トビエース 4 mg/1T、パリエット20mg/1T、ジャディアンス10mg/1T、ベリキューボ2.5mg/1T、硝酸イソソルビド20mg/1CP、リクシアナ15mg/1T、デエビゴ 5mg/1T、センノシド12 mg/2T、ビソテープ 2 mg、ミオコールスプレー0.3mg

【検査所見】

●血液検査：T-Bil 0.8mg/dL、AST 47U/L、ALT 56U/L

L、LDH 344U/L、ALP 88U/L、 γ -GTP 65U/L、BUN 65mg/dL、Cr 3.16mg/dL、eGFR 15.4mL/min/1.73m²、尿酸8.3mg/dL、Na 142mmol/L、K 4.5mmol/L、Cl 110mmol/L、TP 6.7g/dL (A/G比 1.20、分画Alb 54.5%、 α 1 3.8%、 α 2 9.1%、 β 1 7.5%、 β 2 1.9%、 γ 23.2%) Alb 3.65g/dL、CRP 0.09mg/dL、血糖107mg/dL、WBC 10800/ μ L、RBC 33.6万/ μ L、Hb 9.9g/dL、Ht 30.7%、Plt 9.5万/ μ L、MCV 91.4fL、MCH 29.5pg、MCHC 32.2g/dL、赤血球分布幅-SD56.9fL、赤血球分布幅-CV 17.2%、血小板分布幅13.1fL、平均血小板面積9.8fL、網赤14.1‰、網赤数4.74/ μ L、RET-He 34.2pg、末梢血液像（分節好中球42.0%、好酸球3.0%、リンパ球45.0%、単球9.0%、異形リンパ球1.0%）、総リンパ球4878/ μ L、HBV-DNA定量（-）、sIL2R 4456U/mL

- 胸腹部CT：右肺底部にわずかに斑状すりガラス影。両側腋窩リンパ節腫大。その他非特異的サイズの範疇ながら両側鎖骨上窩、縦隔・肺門部、心横隔膜角、腹部傍大動脈～両側腸骨領域、鼠径部に軽度腫大したリンパ節散在。
- PET-CT：両側顎下、内深頸、後頸部間隙、腋窩、鎖骨上、鎖骨下、縦隔リンパ節、傍腹部大動脈リンパ節、骨盤リンパ節等にFDG集積（eSUVmax約6）の指摘あり。Lugano分類Ⅲ S期。

【臨床的最終診断】

濾胞辺縁帯リンパ腫（Low-grade B-cell lymphoma, suggestive of marginal zone lymphoma）

【診断後経過】

既往のリンパ腫と異なる、低悪性度のB cell lymphomaであることに加え、治療に伴う身体的負担などを理由に経過観察の方針となった。

【病理診断】

Lymph node, left axilla, needle biopsy: Low-grade B-cell lymphoma, suggestive of marginal zone lymphoma

<病理組織所見>

検体は、左腋窩リンパ節の針生検組織2本です。

針生検組織では、低悪性度リンパ腫の診断には限界があります。

胚中心をともなう明瞭なリンパ濾胞構造は確認されません。

比較的均一な像の中型リンパ球様細胞が、びまん性に浸潤して見られます。

核分裂像やアポトーシス像は目立ちません。形質細胞への分化は形態的には不明瞭ですが、Dutcher体が少数ですが散見されます。

免疫染色では、リンパ球様細胞は、CD20陽性、bcl-2陽性、CD3陰性、CD5陰性、CD10陰性、CD23陰性、cyclin D1陰性です。

MUM1陽性の領域を認めます。

Ki-67標識率は20%未満であり、既往のリンパ腫像とは異なり低悪性度病変です。

低悪性度B細胞性リンパ腫で、濾胞辺縁帯リンパ腫が示唆されます。

【考 察】

本症例は初発DLBCL、再発MZLと悪性度の異なるリンパ腫を発症した。DLBCLは30～40%が再発するとされており、その経過は急性・高悪性である。本症例は再発までの経過が長かったことからDLBCLの再発を積極的に疑うものでなく、高悪性度から低悪性度という再発経過を辿る症例も報告が少ないことから低悪性度リンパ腫の発症を疑いづらい症例であった。文献にて低悪性度→高悪性度→低悪性度の転帰を辿った症例の報告¹⁾があったため、本症例も同じような経過であった可能性も考えられる。

【参考文献】

- 1) Suresh Babu MC, Thottian AGF, Lokanatha D, Jacob LA, Lokesh KN, Rudresha AH, Rajeev LK, Smitha S, Hassan SA, Ashok KP, Premalatha CS, Suma MN. Follicular lymphoma transforming to DLBCL and reverting back to follicular lymphoma at relapse-a case report. J Egypt Natl Canc Inst. 2020 May 14;32(1):22. doi: 10.1186/s43046-020-00035-3. PMID: 32410046.

第206回

2024年 6 月20日

急性虫垂炎により発見された虫垂癌の1例

主 治 医：外科 石黒 要
病 理 医：病理診断科 佐藤 勝明

臨床担当研修医：勝山 裕翔
病理担当研修医：知念 幹

<症例のまとめ>

臨床的には、急性虫垂炎の診断で虫垂切除術が行われた。

虫垂切除組織では、壁内に中分化管状腺癌の浸潤像を認め、同心円状に全周性に壁肥厚していたが粘膜内病変が明らかではなく、他臓器腺癌の転移が示唆された。全身検索でも原発病変が確認されなかったため、虫垂原発の腺癌で、虫垂杯細胞型腺癌（低悪性度）と診断された。

切除断端は陰性であり、経過観察となった。

【症 例】46歳 男性

【主 訴】腹痛

【現病歴】

X年11月13日、腹痛、嘔吐で当院救急外来に受診した。心窩部痛があり、虫垂炎が疑われ、採血、腹部CTが行われた。採血では炎症反応が上昇しており、CTで、虫垂は腫大、内部に液体の貯留がみられ、周囲に脂肪織濃度の上昇が見られた。虫垂炎と診断され、手術加療目的に入院した。

【既往歴】なし

【内服歴】なし

【来院時現症】

身長172.0cm、体重60.2kg、体温36.5℃、血圧101/71mmHg、SpO2：99%（RA）

腹部：蠕動音聴取なし。平坦軟、圧痛なし。

【検査所見】

- 心電図：洞性徐脈
- 腹部CT：虫垂に9mm径の腫大と軽度壁肥厚あり。
周囲脂肪織混濁はほぼ認めないが、thin sliceではわ

ずかに毛羽立ちがあるようにみえる。明らかな糞石はなし。急性虫垂炎を疑う所見である。

- 血液検査：↑ WBC 12800/μL、RBC 501万/μL、Hb 15.1g/dL、HCT 43.6%、MCV 87.0fL、MCH 30.1pg、MCHC 34.6g/dL、PLT 20.9万/μL、↑ 総Bil 3.6mg/dL、↑ 直接Bil 0.7、AST 24U/L、ALT 21U/L、LDH 178U/L、γ-GTP 23U/L、AMY 68U/L、BUN 13mg/dL、Cr 0.85mg/dL、Cr-eGFR 77.2mL/min/1.73m²、Na 141mmol/L、K 3.7mmol/L、Cl 104mmol/L、Ca 9.5mg/dL、P 3.5mg/dL、血清総蛋白6.6g/dL、CRP 0.02mg/dL、↑ 血糖131mg/dL

【プロブレムリスト】

#1 急性虫垂炎 #2 洞性徐脈 #3 高ビリルビン血症

【入院後経過】

第1病日、腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。予定通り手術を終え、切除した虫垂を病理に提出した。第4病日、手術時の虫垂の病理結果でInvasion of adenocarcinomaの診断結果を得た。病理像は腺癌の浸潤像を認め、他臓器からの転移が考えられたが、外来で検査を行う方針となった。

【最終臨床的プロブレム】

#1 虫垂癌

【病理依頼事項】

急性虫垂炎の診断で虫垂切除術を施行。病理での評価を依頼。

【病理診断】

Appendix, appendectomy:

a) Invasion of adenocarcinoma:

(Appendiceal goblet cell adenocarcinoma, low-grade; pT3(SS), INFb, Ly0, V0, Pn1a)

b) Acute catarrhal appendicitis

＜病理組織所見＞

検体は、虫垂（6 cm長）です。

虫垂壁内に、中分化管状腺癌（tub2）から粘液癌（muc）の形態をもつ腺癌の浸潤像を認めます。

虫垂粘膜には腫瘍性病変はなく、他臓器の腺癌からの転移を考えます。

漿膜面には腹膜播種を示唆するような像は見られません。

原発は、消化管、胆道や膵臓が疑われます。

粘膜内には好中球浸潤を認めますが、壁内の炎症細胞浸潤は乏しく、カタル性虫垂炎の状態です。

＜追加報告（X.12.15）＞

他臓器に原発となるような病変が現時点で指摘されないようですので、免疫染色を追加検討しました。

腺癌細胞には、一部のみですが、chromogranin Aとsynaptophysinの発現を認めました。

今後の経過でも他臓器癌が指摘されないようであれば、虫垂原発の杯細胞型腺癌（従来は杯細胞型カルチノイド）として対応ください。

腺癌の形態としては、中分化管状腺癌（tub2）成分と粘液癌（muc）成分が見られます。

癌細胞は、粘膜下層から固有筋層を同心円状に浸潤性増殖しており、一部虫垂間膜へ浸潤していますが、漿膜表面には露出していません。

リンパ管侵襲像と静脈侵襲像は見られませんが、筋層間神経叢を置換するような神経侵襲が認められます。

切除断端に癌は達していません。

【考 察】

今回の症例の問題点は、病理所見では原発性虫垂癌よりかは転移性虫垂癌を疑う所見であること。それにも関わらず、原発巣が見つからなかったことである。病理学的には病巣が粘膜ではなく、粘膜下層・固有筋層中心に存在している。上皮性悪性腫瘍である癌は、粘膜表面から発生するため、一部を除いて粘膜から深部へと連続性に病変が広がる。一方、粘膜下層には細静脈・リンパ管が存在するため、血行性・リンパ行性転移の場合、病変が粘膜下層を中心にひろがる。以上のことより病理学的には転移性虫垂癌が疑われる病変。しかし、临床上では虫垂癌への転移は血行性、リ

ンパ行性的には転移しづらい部位である。転移性の癌は血管、リンパ管に流れた腫瘍細胞が毛細血管や細リンパ管でトラップされて成立する。そのため、肝臓や肺の毛細血管、細リンパ管でトラップされずに虫垂まで転移するのは临床上考えづらい。

以下論文のデータ抜粋

虫垂悪性腫瘍	180/7759 (2.3%)	転移
	122/180 (67.7%)	2000-2007年
	17/8699 (0.19%)	転移
	12 / 17 (70.6%)	1949-1972年

原発巣 1 位卵巣、2 位大腸、3 位胃、その他（子宮、胆嚢、乳房）

虫垂への単独転移 2 例、ほとんどが腹膜播種を起こしている。

Secondary Appendiceal Tumors: A Review of 139 Cases. Gut Liver. 2010 Sep; 4(3): 351-356. Won Jae Yoon, et al.

Tumors of the appendix. K J Schmutzer, et al. 1975 May-Jun; 18(4): 324-31.

第207回

2024年 7 月18日

高熱、痙攣、ショック状態で発症し高度肝障害で死亡した1例

主 治 医：消化器内科 山宮 大典

臨床担当研修医：長谷部芳典

病 理 医：病理診断科 佐藤 勝明

病理担当研修医：佐藤 弘基

<症例のまとめ>

臨床的には、SLEで通院中に、急性に発熱、痙攣、意識障害を発症し、ショック状態で入院した後、高度の肝障害に加えて腎障害が生じ死亡した。

剖検では、広汎な肝細胞壊死が認められ、急性肝不全が死因と考えられた。原因としては薬剤性肝傷害の可能性が推察されるが、該当する薬剤がなければ不明と言わざるを得ない。

【症 例】54歳 女性

【主 訴】痙攣、発熱

【現病歴】

幼少期に種痘接種後脳炎に罹患し、右上下肢の不全麻痺と高次機能障害が残存していた。X-29年からてんかん、SLEで当院通院歴あり。X-13年に腎生検にてループ腎炎Class Vと診断され、PSLにてX-13年からX-8年まで加療。てんかんについてはX-29年に発症、X-22年を最後にしばらく発作が出ていなかったが、X-5年に痙攣重積で入院となった。髄液IgGやIL-6 高値であり、経過からも症候性てんかんでは無くNPSLEや何らかの免疫介在性脳症が疑われた。それ以降、20回以上痙攣発作にて救急搬送され入院になっていた。X年3月16日、痙攣、発熱、ショック状態で救急搬送された。

【既往歴・併存症】

SLE、MCTD、APS、種痘接種後脳炎後遺症（右上下肢不全麻痺、高次機能障害）、症候性てんかん、左緑内障術後

【内 服】

レベチラセタム錠500mg 6錠、バルプロ酸100mg 1錠、ガバペンチン300mg 2錠、その他眼科で点眼薬

【アレルギー・嗜好】

【アレルギー】カルバマゼピン（血小板減少）、ゾニサミド（無顆粒球症）、ホスフェニトイン（発熱）、セフトリアキソン（薬疹）、牡蠣、アルコール

【嗜好】飲酒なし、喫煙なし

【入院時現症】

身長148cm、体重44kg、JCS 300、体温41.7℃、血圧60/41mmHg、心拍数165/min、SpO2 95%（酸素4L）呻吟あり、頻呼吸、チェーンストークス様呼吸。痙攣おさまっている。

【検査所見】

- 血液検査：T-Bil 0.8mg/dL、AST 110U/L、ALT 38U/L、LDH 519U/L、ALP 81U/L、 γ -GTP 16U/L、CK 354U/L、AMY 281U/L、BUN 24mg/dL、Cre 1.82mg/dL、eGFR 23.7mL/min/1.73m²、Na 143mEq/L、K 4.7mEq/L、Cl 113mEq/L、Ca 10.0mEq/L、P 1.2mg/dL、Alb 4.6g/dL、TP 9.6g/dL、CRP 0.01mg/dL、Glu 120mg/dL、プロカルシトニン0.08ng/mL、NT-proBNP 453pg/mL、IgG 2764mg/dL、IgA 738mg/dL、IgM 95mg/dL、C3 101mg/dL、C4 18mg/dL、CK-MB 5.0ng/mL、心筋トロポニンT 0.241ng/mL、CH50 27U/mL、WBC 2.9x10³/ μ L、RBC 3.97x10⁶/ μ L、Hb 12.7g/dL、Hct 37.9%、Plt 180x10³/ μ L、pH（動）7.463、pCO₂（動）20.6mmHg、pO₂（動）75.0mmHg、HCO₃（動）14.6mEq/L、乳酸37mg/dL、PT 102.9%、PT 10.8秒、PT-INR 0.980、APTT 19.0秒、Fib 177mg/dL、D-dimer 59.8 μ g/mL
- 尿検査：混濁（－）、pH5.5、蛋白（＋－）、糖（－）、潜血（2＋）、ウロビリノーゲン（＋－）、ケトン（－）、ビリルビン（－）、比重1.009、亜硝酸塩（－）、白血球反応（－）
- 心電図：sinus（161bpm）、ST-dep。
- 心エコー：左室壁運動良好、EF 74.6%、疣贅なし、

心膜液貯留なし、IVC拡大なし

●胸部Xp：胸水なし、浸潤影なし

●頭部・胸部単純CT：頭部：前回と著変なし。胸部：右肺上葉に濃厚陰影、右肺下葉に斑状陰影。肺炎疑い。

●頭部MRI：DWI異常高信号なし、左側頭葉の一部でFLAIR高信号が前回より目立つ、明らかな急性期病変は指摘できず。

【プロブレムリスト】

意識障害 # 発熱、ショックバイタル # D-dimer 高値 # 肝機能障害、腎機能障害 # 呼吸不全

【入院後経過】

第1病日：症状の原因不明ながら、尿路感染からの敗血症性ショックを疑い、抗菌薬投与、抗てんかん薬で加療開始。解熱し、呼吸状態も安定。補液と昇圧剤で血圧もおおむね80mmHg（普段通り）を維持できていたが、意識回復はなかった。夕方の採血でK 3.3mEq/L、Plt 99x103/μLの低下を認め、輸液にてK補充を行った。

第2病日：早朝採血でAST 2109U/L、ALT 1544U/L、LDH 2872U/L、CK 14955U/L、WBC 9.0x103/μL、Neut 91.8%、Plt 75x103/μL、D-dimer 93.7μg/mLの変化を認めた。NH3 30μg/dLとアンモニアの上昇は無く、貧血も無かった。日中から再度熱発、血圧低下、呼吸促進がみられ、重症低血糖、咯血も出現した。

第3病日：T-Bil 3.2mg/dL、D-Bil 1.5mg/dL、AST 15249U/L、ALT 10685U/L、LDH 14338U/L、CK 13594U/L、AMY 848U/L、Cre 4.36mg/dL、eGFR 9.1mL/min/1.73m²、K 6.6mEq/L、NH3 110μg/dL、プロカルシトニン 1.91ng/mL、WBC 9.4x103/μL、RBC 3.01x106/μL、Hb 9.9g/dL、Hct 31.2%、Plt 33x103/μL、pH（動）7.272、pCO2（動）17.6mmHg、pO2（動）69.9mmHg、HCO3（動）7.9mEq/L、乳酸83mg/dL、PT 2.3%、PT 181.3秒、PT-INR 19.570、Fib 50mg/dL以下、FDP 120μg/mL以上、の変化を認めた。肝障害、腎障害、貧血が進行し、凝固はほぼ機能していないという状態であった。全身CTで右肺陰影の増悪、肝の腫大と低吸収化、両腎腫大が指摘された。DICによる多臓器不全、ショック肝、急性腎不全の状態と考えられた。ショックバイタルのため、血漿交換困難であり、リコモジュリンは

出血助長の可能性あったため、ステロイドパルス200mg、FFP8単位、γグロブリン製剤投与を施行した。K高値には経鼻胃管でのロケルマ投与を考慮したが、鼻出血のため困難と判断しCV挿入後にGI療法を開始した。肺炎増悪に対してはMEPMへ変更した。下肢静脈エコー、心エコーで血栓無し。SLE、APSの自己抗体陰性。症状としては口腔に多量の血餅あり、気道閉塞で酸素化不良になることが増えてきた。

第4病日：T-Bil 5.0mg/dL、UA 14.2mg/dL、K 4.0mEq/L、WBC 11.0x103/μL、RBC 1.26x106/μL、Hb 4.1g/dL、Hct 12.8%、Plt 13x103/Lとなり貧血が高度に進んだ。鼻腔以外の目立った出血は無かった。呼吸状態不安定になり気管挿管を実施したが、その際にCPAになり、アドレナリン2A投与後ROSC。FFP8単位、RCC6単位、PC10単位投与。

第5病日：T-Bil 10.8mg/dL、D-Bil 3.6mg/dL、AST 3501U/L、ALT 3101U/L、LDH 5154U/L、RBC 2.26x106/μL、Hb 7.0g/dL、Hct 19.9%、Plt 17x103/μL、PT 16.1%、PT 32.9秒、PT-INR 3.200と間接ビリルビン優位の上昇あるが、AST/ALT/LDHはピークアウトした様であった。輸血により赤血球上昇、凝固改善傾向見られたが、血小板は変動見られなかった。FFP4単位、RCC2単位投与した。

第6病日：血圧低下あり。

第8病日：死亡確認。病理解剖について同意いただいた。第1病日に採取した血液、尿、便の培養はすべて陰性であった。

【剖検診断】

臨床診断：多臓器不全

剖検診断*：広汎性肝細胞壊死＋カンジダ性肺炎

主病変

I. 広汎性肝細胞壊死（肝重量 770g）

1. 小葉中心性の広汎な肝細胞の凝固壊死
2. 胆汁うっ滞
3. 肝脂肪沈着（大滴性）
4. [出血傾向]

II. カンジダ性肺炎（肺重量 左535g、右545g）

両肺に出血をともなうカンジダ性肺炎が点在

副病変

1. 急性尿細管壊死（腎重量 左140g、右115g）
2. [ループス腎炎治療後]
3. [種痘接種後脳炎後遺症]、[症候性てんかん]
4. [全身性エリテマトーデス、混合性結合組織病、

抗リン脂質抗体症候群]

*開頭なし

<肉眼所見>

肝臓は、表面平滑で、断面では全体で血量が低下し網状に黄色調に変色していた。固定後は全体に緑色変化が目立ち、強い胆汁うっ滞を認めた。

両肺は、うっ血により重量が増加しており、出血巣が散見された。

両腎は、表面平滑で、皮質は軽度萎縮し、出血巣が散見された。

心外膜に点状出血が散見されたほかは、心臓に器質的異常は認めなかった。

食道には粘膜下出血が散見され、胃体中下部には粘膜出血が目立った。

<病理組織所見>

肝臓では、小葉中心性に出血をともなった時相が一致した広汎な肝細胞の凝固壊死を認めた。小葉内には炎症細胞浸潤は乏しかった。門脈域周囲に残存する肝細胞は少量で、強い胆汁うっ滞と好中球浸潤をともなう高度の胆細管増生が見られ、壊死領域との境界は明瞭であった。うっ血や門脈域内の炎症反応は乏しかった。肝細胞には、中等度の大滴性脂肪沈着像を認めた。

両肺に点在する出血病変には、肺胞腔内の好中球浸潤とともにカンジダの増殖像が見られた。気管支内にも同様の病変が認められ、誤嚥が示唆された。

両腎には、近位尿細管の凝固壊死像が領域性に認められた。残存する糸球体には形態的異常は見られず、DICを示唆するようなフィブリン血栓は確認されなかった。

心臓には、ショック状態となるような病変は確認されなかった。

<死 因>

本例の死因は、広汎な肝細胞壊死による急性肝不全と考えられる。

腎機能低下は、血圧低下とそれにとともなう急性尿細管壊死も大きく関与したと推測される。

発熱の原因については、検索しえた範囲では両肺に点在する出血をともなったカンジダ性肺炎の可能性があるが臥床後の誤嚥とも考えられ、急性肝不全の一症状とも推察される。

痙攣については、(剖検では頭蓋内は未検索であるが)、もともと種痘接種後脳炎後遺症による症候性てんかんを起こしやすい器質的病変があり、ほかにあらたな病変が発生していなければ、急な発熱による熱性痙攣の可能性はある。

意識障害については、急性肝不全による肝性脳症と推測される。

広汎な肝細胞壊死は、時相が一致し明瞭な境界をもった肝全体に及ぶ壊死で、小葉内や門脈域内にはリンパ球等の炎症細胞浸潤が乏しく、高度の胆汁うっ滞をとめない、肝細胞には大滴性脂肪沈着を認めることから、投与されていた薬剤による臓器傷害の可能性が推察されるが、該当する薬剤がなければ成因不明と言わざるを得ない。

【考 察】

本症例の問題点は、来院時の症状(発熱、意識障害、ショック)と入院後に出てきた症状(高度肝障害など)が一元的に説明できない点である。意識障害、ショック状態という症状をベースとし、検査データがめまぐるしく変動していった症例であり、その病態の評価は非常に困難を極めた。以下想定される疾患と、所見の相違点を列挙する。

- ・敗血症によるショックおよびDIC：本症例は最期まで敗血症によるショックおよびDICとして加療を行っていた。来院時は軽度肝障害、腎機能障害、凝固異常以外の目立った検査所見は無く、身体所見や各種生理・画像検査からもショックの鑑別では敗血症性ショックまたは循環血流量減少性ショックがあげられた。来院時赤血球保たれており、敗血症性ショックと考えざるを得ない状況であった。しかしCRP、WBC、プロカルシトニンすべて陰性であり、CTでも軽微な肺炎像、尿検査でもUTIを積極的に疑う所見は得られなかった(最終的には各種検体培養陰性であった)事を踏まえると、その他の病態を考えるべきだっただろう。しかし入院後は好中球優位(左方偏位あり)な白血球上昇が見られたこと、重症肝不全によりCRP値が参考にできなかったことにより敗血症を除外することは当時困難であっただろう。また本症例のDICの病型分類であるが、DD著増、Fbg著減していた点では線溶亢進型DIC様であるが、より正確にはTAT、PICなどの検査が必要であった。
- ・薬剤性劇症肝炎：敗血症と診断しTAZ/PIPCを開始

した。著明な肝障害はこの翌日から発生しており、被疑薬はTAZ/PIPCとなる。当時はショック肝またはDICによる肝障害と疑われていたため薬剤中止の判断は難しかった。この劇症肝炎も経過がとても早く、高度肝障害発覚翌日にはPTの著明な延長を示している。PT延長に関わる第VII因子は半減期が早く3時間前後のため、肝障害は肝全体に、また肝としての機能をほぼ無くすほど強烈なものだったと推察される（最終的にはビリルビン上昇しAST/ALT低下傾向であったので、傷害される肝細胞が枯渇しているのでは無いかと考える）。劇症肝炎により入院後の経過はある程度説明することはできるが、来院時の意識障害、発熱、軽度肝障害、腎機能障害、凝固異常は説明ができない。薬剤性劇症肝炎があるとするならば、来院時は別の疾患による病態であるが、それと偶然重なったという可能性は否定できない。

- ・悪性症候群（横紋筋融解症）：悪性症候群は発熱、意識障害、錐体外路症状などを引き起こす疾患である。横紋筋融解症を合併することが知られており、それにより腎不全や代謝性アシドーシス、DICにいたることもある（第6病日ミオグロビン 17000ng/mL）。症状としては錐体外路症状を除き合致するところが多いが、来院時段階では血尿あるもののCK値はほぼ上昇しておらず、その機序から考えると来院時の症状は合致しないところがある。
- ・血栓性微血管障害症（TMA）など：発熱、意識障害、腎障害、貧血、Plt減少など多くの病態を説明できる疾患であるが、来院時は本疾患で必発しなければいけない血球減少が見られていないこと、貧血進行時に間接ビリルビン優位でないこと、塗抹標本で巨大血小板、破碎赤血球など見られなかった点でやや否定である。その他RBCとPltの減少を起こす病態としては、HIT、CAPS、ITP+AIHAなどがあるが、自己抗体や所見、経過からも積極的には疑わない。

これらの疾患が入院後の病態を説明しうるが、来院時の症状と合致せず臨床所見からは一元的な説明は困難であると考ええる。

各臓器に障害を起こす要因として、薬剤、血圧、微小血栓などがあげられるが、本症例ではそれらを絞り込むことが非常に難しかった。病理学的検査からこれらの経過を説明できる所見を得られる事を期待し本症例は病理解剖に進んだ。

第208回

2024年9月12日

胃の充実型低分化腺癌とリンパ腫について

主 治 医：消化器内科 山宮 大典

臨床担当研修医：村中 貴

病 理 医：病理診断科 佐藤 勝明

病理担当研修医：上田 峻輝

<症例のまとめ>

臨床的には、両症例ともに進行した胃腫瘍であり、肉眼像のみでは確定診断は困難であった。

腫瘍生検組織では、症例1は充実型低分化腺癌、症例2はびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫であった。両者ともに間質成分が乏しく細胞密度の高い像で病理組織学的にも類似の像を呈し、限られた組織のHE像のみでは鑑別が難しい場合もあり、確定診断のためには免疫染色の追加検討が必要となる。

癌は上皮由来の悪性腫瘍であり、粘膜病変から深部へ進展する。悪性リンパ腫は粘膜下病変が主体となる場合が多い。粘膜の詳細な観察が鑑別に必要とされる。

【症例①】86歳 男性

【主 訴】食欲不振

【現病歴】

3ヶ月前からの食欲不振で前医を受診。貧血を認め、腹部触診で腫瘍を触知した。腹部CTでも胃の腫瘍が疑われた。精査加療目的で当院紹介受診し、緊急入院となった。

【既往歴・併存症】なし

【内 服】なし

【アレルギー・嗜好】

[アレルギー] なし

[嗜好] 飲酒：なし 喫煙：1～2本/日

【入院時現症】

身長162cm、体重47.3kg、体温36.9℃、血圧115/77mmHg、心拍数92/min、SpO2 94% (room air)

呼吸音異常なし、腹部平坦軟、上腹部に腫瘤あり、圧

痛なし。

【検査所見】

●血液検査：T-Bil 0.4mg/dL、AST 17U/L、ALT 11U/L、LDH 228U/L、ALP 62U/L、 γ -GTP 8U/L、AMY 35U/L、BUN 21mg/dL、Cr 1.34mg/dL、eGFR 39.2mL/min/1.73m²、Na 141mmol/L、K 4.1mmol/L、Cl 107mmol/L、Ca 8.3mg/dL、P 2.7mg/dL、TP 5.3g/dL、CRP 2.21mg/dL、RPR定性(+)、TP抗体定性(+)、血糖123mg/dL、NT-proBNP 674pg/mL、WBC $10.1 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、SEG 69%、EOSINO 1%、LYMPH 22%、MONO 8%、RBC $3.44 \times 10^6/\mu\text{L}$ 、Hb 6.4g/dL、HCT 23.7%、PLT $359 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、MCV 68.9fL、MCH 18.6pg、MCHC 27g/dL、RDW-S 48.3fL、RDW-C 19.6%、PDW 8.4fL、MPV 8.9fL、PT (秒) 11.9秒、PT-INR 1.09、Fib 352mg/dL、D-dimer 2.1 $\mu\text{g/mL}$ 、CEA 1.6ng/mL、CA19-9 8.2U/mL、CA125 69.4U/mL

●尿検査：色調 淡黄色、混濁(－)、pH 5.5、蛋白定性(1+)、糖定性(－)、潜血(－)、ウロビリノーゲン(+-)、ケトン体(－)、ビリルビン(－)、比重1.022、亜硝酸塩(－)、白血球反応(－)。

●ECG：洞調律、narrow QRS、ST低下。

●心エコー：左室壁運動良好、EF 63%、明らかな心内血栓なし。

●胸腹部CT：胃幽門部を中心に全周性の不整な壁肥厚を認め、進行胃癌疑い。胃周囲リンパ節転移疑い。粗大な播種病変は指摘できないが、腹水貯留あり。明らかな肺転移は指摘できず。縦隔リンパ節腫大あり。両側少量胸水あり。

[ES] 体上部～胃角にかけて小弯を中心に大きな腫瘍病変あり。易出血性で中央に潰瘍を伴う3型腫瘍の疑い。胃体部で内腔狭窄あり。前庭部は膨らむが大弯側に別の隆起性腫瘍あり。

【プロブレムリスト】

進行胃癌疑い # 癌性腹膜炎疑い # 高度貧血 # 慢性腎機能障害

【病理診断】

Adenocarcinoma of the stomach, Group 5

＜病理組織所見＞

検体は、胃腫瘍生検組織 4 個です。

①：腫瘍性病変は含まれていません。

②-④：充実型低分化腺癌 (por1) を認めます。免疫染色にて、腫瘍細胞がCK (CAM5.2) 陽性であることを確認しました。

【入院後経過】

第 1 病日：Hb6.4を認めたため赤血球輸血を実施。
第 2 病日：赤血球輸血を実施。胸腹部CTで胃体部の進行胃癌が疑われた。胃周囲リンパ節転移、癌性腹水、肺転移が疑われた。第 3 病日：ESで 3 型腫瘍を認めた。腫瘍 4 カ所で生検を実施し、病理検査に提出した。第 8 病日：遠隔転移疑い、貧血もあるため手術困難が予想され、本人の希望で積極的加療は行わない方針となり、家族を交えてICの上退院となった。第 9 病日：Adenocarcinoma of the stomach、Group 5の病理診断となった。

【症例②】 84歳 男性

【主 訴】 易疲労感、食欲低下

【現病歴】

半年前から疲労感があり、1 時間程度の散歩で疲れやすくなったため当院受診。

【既往歴・併存症】

大腸腺腫 (X-4 年に当院にてEMR施行後)

【内 服】 なし

【アレルギー・嗜好】

[アレルギー] なし

[嗜好] 飲酒：なし 喫煙：なし

【入院時現症】

身長160cm、体重39.5kg、体温36.4℃、血圧

140/83mmHg、心拍数109/min、SpO2 96% (room air)

徒歩にて入室、顔色やや不良。結膜：貧血 (±) 頸部リンパ節腫脹なし、甲状腺腫大なし。呼吸音正常、ラ音なし、喘鳴なし。

【検査所見】

●血液検査：T-Bil 0.9mg/dL、AST 19U/L、ALT 12U/L、LDH 304U/L、ALP 89U/L、 γ -GTP 14U/L、AMY 32U/L、BUN 18mg/dL、Cr 0.94mg/dL、eGFR 58.2mL/min/1.73m²、Na 139mmol/L、K 4.8mmol/L、Cl 104mmol/L、Ca 8.6mg/dL、P 3.7mg/dL、Alb 2g/dL、TP 5.7g/dL、CRP 5.65mg/dL、NT-proBNP 1938pg/mL、血糖110mg/dL、HbA1c 6.5%、WBC 8 10³/ μ L、NEUT 78.9%、EOSINO 0.1%、BASO 0.5%、LYMPH 13.6%、MONO 6.9%、RBC 3.85 10⁶/ μ L、Hb 10.2g/dL、HCT 31.6%、PLT 277 10³/ μ L、MCV 82.1fL、MCH 26.5pg、MCHC 32.3g/dL、PT (秒) 13.8秒、PT-INR 1.28、APTT 30.2秒、Fib 338mg/dL、D-dimer 4.6 μ g/mL、sIL2R 2418U/mL

●尿検査：色調 黄褐色、混濁 (－)、pH 5.5、蛋白定性 (1+)、糖定性 (－)、潜血 (－)、ウロビリノーゲン (＋－)、ケトン体 (－)、ビリルビン (－)、比重1.024、亜硝酸塩 (－)、白血球反応 (－)。

●ECG：心房細動あり、RR間隔不整。ST変化なし。

●胸部Xp：CP angle dull、明らかな結節影を認めない。

●胸腹部CT：胃体部から噴門部を中心にびまん性の不整な壁肥厚を認め、進行胃癌疑い。明らかに壁外浸潤を認めており、左横隔膜への腫瘍の突出が目立ち、左肺底部の部分無気肺が認められるため横隔膜浸潤が否定できない。また、脾臓や脾弯部結腸とも一部境界が不明瞭で浸潤の疑い。胃周囲や大動脈近傍には軽度腫大リンパ節散見。リンパ節転移の疑い。左腎周囲腔に主座を有する不整形軟部濃度腫瘍あり。左腎を腹側へと圧排し一部境界不明瞭、左腸腰筋とも境界不明瞭。後腹膜転移あるいは腎癌の重複を疑うが、右腎周囲筋膜に沿っても不整形結節を認め、後腹膜転移が疑われた。少量腹水貯留あり。腹膜播種を疑う結節も散見。癌性腹膜炎疑い。明らかな肺転移は指摘できず。縦隔リンパ節腫大なし。心嚢水貯留あり。左胸水貯留あり。

●ES：噴門部から体部全周性に潰瘍を伴う 3 型腫瘍

を認め、周囲隆起から生検3カ所実施。前庭部にも小さな3型腫瘍あり。

【プロブレムリスト】

進行胃癌疑い # 隣接臓器浸潤 # 癌性腹膜炎

【病理診断】

Stomach, biopsy: **Diffuse large B-cell lymphoma, germinal center B-cell-like**

検体は、胃生検組織3個です。

①-③：核小体が明瞭な不整な大型核をもつリンパ球様の異型細胞が密に浸潤する領域を認めます。

免疫染色では、異型細胞は、CD20陽性、CD3陰性、CK (CAM5.2) 陰性です。

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と考えます。

<追加報告>

追加の免疫染色では、異型細胞は、bcl-2陽性、bcl-6陽性、CD5陰性、CD10陰性、CD30陰性、MUM1陰性で、Ki-67標識率は80%以上と高率です。

【来院後経過】

第1病日：胸腹部CTで胃体部に進行胃癌疑いの腫瘍が認められた。複数の隣接臓器への浸潤があり、腹部リンパ節転移、後腹膜転移、癌性腹膜炎も疑われた。外来で各種検査の方針。第2病日：ESで3型腫瘍を認めた。腫瘍周囲3カ所で生検を実施し、病理検査に提出した。第6病日：食欲低下が続き、倦怠感を訴え、長男と共に来院した。腫瘍は切除不能であり、全身状態も悪いため積極的加療は行わず外来でBSCの方針となった。第9病日：Diffuse large B-cell lymphomaの病理診断が判明した。

【考 察】

いずれも進行胃癌と臨床診断され、BSCの方針となった3型腫瘍の症例。本症例における問題点として、「進行胃癌と胃悪性リンパ腫は病理結果を待たずに内視鏡的に鑑別することは可能か」、が挙げられる。

胃悪性リンパ腫と進行胃癌は全く系統の異なる疾患であるが、内視鏡的な肉眼所見はしばしば類似する。一般的に用いられる進行胃癌の形態分類としてBorrmann分類があるが、それと対比できる形で胃悪性リンパ腫の肉眼的分類である佐野分類が示されている。Borrmann分類-佐野分類の対応関係を示すと、0型（早期胃癌）-1。表層型、1型（限局隆起型）

-2。隆起型、2型（限局潰瘍型）・3型（浸潤潰瘍型）-3。潰瘍型・4。決壊型、4型（びまん浸潤型）-5。巨大皺襞型となる。しかし両疾患は自然史的にはまったく異なる。成熟途中のT細胞やB細胞といったリンパ系細胞が腫瘍化した疾患が悪性リンパ腫であり、Waldeyer輪、胃、小腸、甲状腺、乳腺、骨、副鼻腔、大腸、中枢神経系、睾丸の順の発生頻度で、全身の様々な臓器に出現する。胃に出現する悪性リンパ腫にはいくつか種類があるが、臨床的に重要なのはびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫（DLBCL）とMALTリンパ腫である。

胃癌と悪性リンパ腫の肉眼的鑑別のために理解すべきこととして、正常胃粘膜の組織構造がある。H. pylori未感染の正常胃粘膜は、胃体部では胃底腺、胃前庭部では幽門腺で構成されている。胃酸とペプシンの分泌を担う胃底腺は、内視鏡像では円形の腺開口部とそれを取り巻く毛細血管が整然と配列しており、毛細血管が合流する集合細静脈が粘膜下層に見られる。これをRAC（regular arrangement of collecting venules）という。一方幽門腺は、蠕動で食物を輸送する働きがある。そのため粘膜は伸縮可能なアコーディオン状の構造であり、内視鏡では溝状の模様を呈する。H. pylori感染により胃粘膜に炎症細胞浸潤が生じると、胃体部では胃底腺が消失し幽門腺に類似した腺への変化、次いで溝状模様が不整な腸上皮化生となり、幽門腺の場合も腸上皮化生が起こる。

大多数の胃癌はH. pylori感染性胃炎に続発し、腫瘍周囲の拡大像では不整な模様の粘膜像、微小血管像が見られる。また萎縮により粘膜が硬くなっていることに由来して、送気時の壁の伸展性不良や襞の肥厚、腫瘍近辺での粘膜皺襞の途絶などが見られる。一方、悪性リンパ腫では、粘膜の線維化が少ないため病変の大きさの割に壁の伸展がよく、潰瘍辺縁が平滑で正常胃に近い粘膜所見があり、周堤の幅が狭く耳介様の見た目となる。また多発病変が多く、潰瘍部には粘膜下の成分が多いことも特徴となる。

以上の様に、胃粘膜の拡大観察と、萎縮や腸上皮化生による性状の変化から、進行胃癌と悪性リンパ腫の鑑別はある程度可能と考えられる。症例①では、潰瘍辺縁の粘膜の肥厚が見られ、近接像でも模様の不整が確認できることから進行胃癌であることが示唆された。一方症例②では、潰瘍辺縁の粘膜が平滑で、近接像でもRACがほぼ保たれており、また多発病変であることから悪性リンパ腫であることが示唆された。

注意点として、例えばH. pylori陽性の萎縮性胃炎の

患者に悪性リンパ腫が生じた場合には、上述の胃粘膜の性状からの鑑別は難しい。確定診断はあくまで病理検査の結果を待つのが望ましいと思われる。

【参考文献】

「消化器内視鏡」編集委員会編（2022）『消化器内視鏡2022年34巻増刊号 胃疾患アトラス改訂版』東京医学社.

第209回

2024年10月17日

左頬部皮下腫瘍の一例

主 治 医：形成外科 吉田智香子
病 理 医：病理診断科 佐藤 勝明

臨床担当研修医：知念 幹
病理担当研修医：長谷部芳典

<症例のまとめ>

臨床的には、左頬部に急激に増大する皮下腫瘍を認めた。画像検査では、細胞密度の高い腫瘍で、リンパ腫が考えられた。

生検組織では、N/C比が高い腫瘍細胞が密に増殖しており、核分裂像も多数観察され増殖活性の高い悪性腫瘍であった。免疫染色では、神経内分泌系マーカーが陽性で、細胞質にCK20がドット状に陽性であることから、メルケル細胞癌と診断された。

【症 例】82歳 女性

【主 訴】左頬部腫瘍

【現病歴】

X年6月28日、2ヶ月ほど前から自覚していた左頬部の皮下腫瘍を主訴に当院形成外科を、急激に増大したとのことで、悪性を疑い来院した。超音波検査、造影MRIを施行し、悪性リンパ腫が第一に疑われた。7月3日、腫瘍の自壊部を一部切除し病理検査に提出した。

【既往歴】

うっ血性心不全、高血圧、心房細動、関節リウマチ、左大腿骨骨折

【内服薬】

エリキュース5mg分2、エチゾラム0.5mg分2、ネキシウムカプセル20mg分1、ラシックス40mg分1、リウマトレックスカプセル2mg分2、フォリアミン5mg分1、プレドニン5mg分2、ゼルヤンツ5mg分1、デパス0.5mg分2、レバミピド100mg分2、テリボン皮下注28.2μgオートインジェクター、ノイロトロピン錠4単位4錠、トアラセット配合錠1錠

【現 症】

身長145cm、体重62kg、BMI 29.5kg/m²

左頬部に発赤あり皮下に直径約30mm×30mmの腫瘤触れ、易出血性で、圧痛なし

【入院時検査】

- 血液検査：T-Bil 1.0mg/dL、AST 26U/L、ALT 16U/L、LDH 306U/L、ALP 81U/L、γ-GTP 73U/L、CK 66U/L、AMY 71U/L、BUN 13mg/dL、Cr 0.66mg/dL、eGFR 63.8mL/min/1.73m²、尿酸6.4mg/dL、Na 144mmol/L、K 3.3mmol/L、Cl 101mmol/L、アルブミン3.9g/dL、血清総蛋白6.6g/dL、CRP 0.03mg/dL、WBC 6300/μL、RBC 378万/μL、Hb 12.3g/dL、Ht 38.1%、Plt 29.0万/μL、MCV 100.8fL、可溶性IL2レセプター120U/mL
- 左頬部表在超音波：左頬部皮下に直径22mm大の腫瘍性病変があり。内部は比較的均一な軽度低エコーで後方エコーの増強を伴っており、嚢胞成分を反映していることが考えられる。隔壁様の構造と同部にほぼ一致した血流シグナルあり、多血性である。皮膚直下には液体貯留を疑う均一な低エコー域を認め、自壊による液体貯留を疑う。周囲脂肪組織の腫脹とエコー輝度上昇あり、炎症や浮腫による変化を疑う。
- 左頬部造影MRI：左頬部皮下に直径24mm大の充実性の分葉状腫瘍あり。内部は均一でT1WI低信号、T2WI中間信号を示す。T2WI脂肪抑制像で抑制されず。DWI高信号及びADC map低信号で、均一に高度拡散制限を伴う。ダイナミックでは漸増性に均一に濃染する。その他、明らかな異常なし。
- 全身造影CT：有意腫大とは言えないサイズ（短径10mmを超えるリンパ節は指摘できない）だが、左顎下部や側頸リンパ節が片側性にやや目立つ。明らかなリンパ節転移は認めない。

【臨床診断】左頬部皮下腫瘍

【病理診断】

Skin, left cheek, biopsy: Merkel cell carcinoma

＜病理組織所見＞

検体は、左頬部皮膚腫瘍の生検組織です。

真皮内に、表皮との連続性がない細胞密度の高い腫瘍を認めます。

腫瘍細胞には、核小体が目立たない繊細なクロマチンからなる類円形核と乏しい細胞質を認め、核分裂像やアポトーシス像が多数観察されます。

免疫染色では、CD56陽性、CK20およびCK（CAM 5.2）がドット上に陽性で、Ki-67の標識は強弱はありますが80%以上と高率です。

Merkel細胞癌と考えます。

【考 察】

2ヶ月の比較的急速な経過で増大し、易出血性で、潰瘍を形成していることなど臨床的な所見も考慮して、有棘細胞癌、基底細胞癌、メルケル細胞癌、感染性粉瘤、DFSP（隆起性皮膚線維肉腫）などが考えられた。通常は、進行の速さが遅く、血液検査で可溶性IL2レセプターは高値である悪性リンパ腫や、進行は早いが視診上は異なる悪性黒色腫は積極的には疑わなかった。

画像検査について、超音波検査では、膿瘍形成など炎症性変化を疑うが、疼痛に乏しく嚢胞変性を伴う腫瘍性病変が鑑別に挙がった。造影MRIでは、DWIで拡散制限が強く、①細胞の浮腫、②細胞密度が高い悪性腫瘍、③粘稠性が高い膿瘍の3つが考えられる。全体に均一に造影される充実性腫瘍で、悪性の可能性が高いと考える。画像検査のみで総合的に考えると、超音波検査では典型的な悪性リンパ腫の所見とは言えないが、低エコーかつ後方エコー増強がみられ、一部、悪性リンパ腫の所見に一致していることと、MRIでは充実性腫瘍で、均一に高度拡散制限があることから悪性リンパ腫の可能性が考えられ、悪性リンパ腫でなくとも、類似するような高細胞密度を呈する悪性腫瘍が疑われる。

まとめると、形成外科の見立てとして、視診上は、有棘細胞癌、基底細胞癌、メルケル細胞癌、感染性粉瘤、DFSP（隆起性皮膚線維肉腫）などが考えられる。放射線科の見立てでは、MRIの所見だけで考えれば悪

性リンパ腫が一番疑わしいが、超音波検査では典型的な悪性リンパ腫とは言えず乖離がみられる。

最終的に視診や画像検査から診断はつけられず、病理組織検査での確定診断が必要である。

【今後の方針】

腫瘍性病変は全切除するとなると組織欠損が大きくなることや、メルケル細胞癌は放射線感受性が高いため、治療目的で大学病院に紹介となった。今後は、PET-CT、拡大切除・センチネルリンパ節生検、化学療法、放射線治療などが必要であると考えられる。

第210回

2024年11月21日

肺炎と腎機能障害で死亡した一例

主 治 医：内科 白木 重光
病 理 医：病理診断科 佐藤 勝明

臨床担当研修医：佐藤 弘基
病理担当研修医：村中 貴

<症例のまとめ>

臨床的には、末期腎不全の状態、播種性血管内凝固、発熱性好中球減少症を合併した左肺の重症肺炎の診断で入院した。治療効果なく、入院後3日で死亡した。

剖検では、死因は両肺の重症誤嚥性肺炎による呼吸不全であり、乳頭壊死をともなう高度の急性腎盂腎炎および膿腎症による腎機能障害も大きく影響したと考えられる。背景の糖尿病および骨髄異形成症候群による易感染状態があったことが推察された。

【症 例】76歳 男性

【主 訴】意識障害、発熱、低酸素血症

【現病歴】

介護医療施設に入所中。X/04/25から慢性腎不全による高K血症、肺炎、腎盂腎炎に対して当院で入院加療しており、06/10に施設へ退院してかかりつけ医に定期通院していた。X/08/02に発熱、酸素化不良が出現し意識レベルが低下したためかかりつけ医を受診。採血で炎症反応高値であったほか、BUN 115.3 mg/dL、Cre 3.3mg/dL、推定GFR 15mL/min と腎機能増悪を認めたため、透析導入の可能性を考慮し当院へ紹介搬送された。

【来院時身体所見】

身長168cm、体重33.2kg、BMI 11.7、JCS I-3、BT 36.3℃（前医でアセトアミノフェン坐薬200mg使用後）、HR 89/min（不整）、BP 118/72mmHg、SpO2 84%（リザーバマスク8L）、RR 19/min心雑音なし、左肺呼吸音減弱、四肢浮腫なし、皮膚ツルゴール低下あり

【生活歴】

喫煙歴：60歳まで15本/日、飲酒：なし、アレルギー：甲殻類

【既往歴・併存疾患】

2型糖尿病、糖尿病性腎症、慢性腎不全、糖尿病性網膜症、認知症、胃術後

【内服薬】

シロドシン4mg2T/朝夕、タケキャブ20mg1T/夕、フェロミア50mg1T/夕

【検査所見】

- 血液検査：T-Bil 0.4mg/dL、AST 9U/L、ALT 12U/L、LDH 151U/L、ALP 132U/L、 γ -GTP 35U/L、CK 28U/L、BUN 113mg/dL、Cr 3.09mg/dL、eGFR 16.3mL/min/1.73m²、尿酸8.7mg/dL、Na 125mmol/L、K 4.1mmol/L、Cl 96mmol/L、Ca 7.4mg/dL、P 4.7mg/dL、Fe 14 μ g/dL、Mg 1.6mg/dL、TP 4.9g/dL（蛋白分画：A/G比0.66、分画Alb 39.8%、 α 1 11.8%、 α 2 11.2%、 β 1 6.0%、 β 2 10.0%、 γ 21.2%）Alb 1.95g/dL、CRP 17.95mg/dL、血糖148mg/dL、フェリチン502ng/mL、NT-pro BNP 40000以上pg/mL、TIBC 128、エリスロポエチン37.3mIU/mL、WBC 1700/ μ L、RBC 245万/ μ L、Hb 7.1g/dL、Ht 20.5%、Plt 2.7万/ μ L、MCV 83.7fL、MCH 29.0pg、MCHC 34.6g/dL、赤血球分布幅-SD 45.7fL、赤血球分布幅-CV 14.7%、末梢血液像（桿状好中球11.0%、分節好中球56.0%、リンパ球31.0%、単球2.0%）、総リンパ球527/ μ L、PT 57.5%、PT 15.0秒、PT-INR 1.320、APTT 44.8秒、Fib 482mg/dL、D-dimer 13.6 μ g/mL
- 尿検査：色調 淡黄色、混濁（1+）、pH 5.5、蛋白定性（+-）、糖定性（-）、潜血（2+）、比重 1.008、亜硝酸塩（-）、白血球反応（3+）、RBC 26/ μ L、WBC 596/ μ L、EC 1/ μ L、CAST 1/ μ L、BACT 18149/ μ L、尿中肺炎球菌莢膜抗原（-）、尿中レジオネラ抗原（-）
- 動脈血ガス分析：pH 7.358、PCO2 25.6mmHg、

PO2 53.7mmHg、HCO3 14.0mmol/L、AG 10.7、
乳酸14mg/dL、Na 123mEq/L、K 4.0mEq/L、Cl
98mEq/L

- 心電図：HR 95bpm、sinus、正軸、narrow QRS、
ST-T（－）
- 頭部・胸腹部 CT：〈頭部〉側脳室周囲～心部白質
に慢性虚血性変化あり。脳室拡大なし。両側眼球萎
縮あり。〈胸部〉肺気腫あり。左肺気道分布に沿っ
た浸潤影・粒状影あり、肺炎疑い。左気管支内に軟
部影充填像あり。喀痰・誤嚥物疑い。左胸水貯留。
右微量胸水疑い。〈腹部〉胃術後。胆嚢内に偽胆石
あり、胆管拡張なし。両側水腎尿管あり、閉塞起
点ははっきりせず。直腸に糞塊貯留、拡張あり。全
身うろみあり。
- 各種培養（後日判明） 血液：Streptococcus
agalactiae（GBS）、尿：Klebsiella aerogenes（4
＋）、喀痰：Klebsiella pneumoniae（2＋）、
astreptococcus（2＋）

【プロブレムリスト】

播種性血管内凝固症候群（DIC score 7点）、# 左誤
嚥性肺炎、# I型呼吸不全、# 尿路感染症、# 菌血
症、# 発熱性好中球減少症（FN）、# 正球性貧血、#
低Na・Cl血症、# 低Mg血症、# 低栄養状態

【診断後経過】

急性肺炎に対してリネゾリド（LZD）600mg×2/
日、DICに対してリコモジュリン3840U/日で加療を
開始した。08/03早朝にsBP 70mmHg台まで血圧が
低下し、敗血症性ショックと考えられたためノルアド
レナリン持続投与を開始した。同日採血でWBC 900/
μLまで低下しており、血圧維持のため昇圧剤漸増し
ていく状態が継続、酸素化不良も進行した。08/04早
朝に心肺停止し、06：13に死亡確認した。家族に原
因検索のため病理解剖を提案し了承されたため、同日
病理解剖を施行した。また、後日血液培養からGBSが
検出されたため劇症型溶連菌感染症として保健所に報
告した。

【剖検診断】

臨床診断：播種性血管内凝固

剖検診断*：誤嚥性肺炎＋膿腎症

主病変

I. 誤嚥性肺炎（肺重量 左740g、右1055g）

1. 両肺の誤嚥性肺炎
2. 両側胸水貯留（左500ml、右400ml）
3. 肺気腫

II. 膿腎症（腎重量 左140g、右115g）

1. 両側の膿腎症と膿尿管症
2. 両腎の急性腎盂腎炎による乳頭壊死
3. 左尿管口の出血

副病変

1. 骨髄異形成症候群
2. [2型糖尿病]、膵島アミロイド沈着
3. 低栄養状態、全身脂肪萎縮
4. 胃垂全摘術後、ルーワイ再建状態
5. 前立腺動脈内血栓
6. 膀胱憩室
7. 大動脈粥状硬化、軽度

*開頭なし

＜肉眼所見＞

るいそう状態で、皮下脂肪は少なく栄養不良であっ
た。

上腹部正中に15cmの手術痕を認めた。胃は垂全摘
術後のルーワイ再建状態であり、その際の手術痕と考
えられる（病名については不明）。剖検時の残胃には
潰瘍や腫瘍性病変は確認されなかった。

両肺は、重量増加し水腫状で、両下葉で含気が特に
低下していた。両上葉には炭粉沈着をとまなう中等度
の肺気腫を認めた。

左優位に両側の尿管および腎盂・腎杯が拡張し、膿
が貯留していた。黄変し壊死した腎杯が多く認められ
た。膀胱左尿管口付近に出血を認めた。腎臓は大小不
同や変形はなく、表面は平滑で、被膜の剥離も容易で
あった。

肝臓は、被膜が横隔膜と線維性に癒着しており、胃
手術後の影響と推測された。肝実質には著変はなかつ
た。

心臓は、表面をおおう脂肪組織に膠様変性を認める
以外は著変はなかった。

＜病理組織学的所見＞

両肺には、ほぼ全葉にわたり肺炎像が認められた。
肺炎領域では、気管支内および肺胞腔内に好中球や赤
血球を多数含んだ滲出物が充満しており、含気が高度
に低下し換気不良の状態が推測された。気管支内には
食物残渣が確認され、誤嚥性肺炎と考えられた。

両腎には、細菌増殖をともなう高度の腎盂腎炎を認め、乳頭壊死をともなっていた。細菌はグラム陰性菌で、桿菌と球菌が混在していた。膀胱の左尿管口の出血部位には、細菌増殖像と急性炎症像が見られたが、腫瘍性病変は確認されなかった。全節性硬化した糸球体は全体の1/4以下であり、年齢に比して機能している糸球体の数は保たれていた。残存する糸球体の係蹄壁の肥厚は見られず、軽度のメサングウム基質の増加を認める程度であった。糖尿病性腎症を示唆する像には乏しく、慢性腎不全の原因とは考えにくかった。

骨髓は、年齢に比して過形成髄で造血細胞の密度は高く三系統の細胞ともに増多しており、脂肪髄は低栄養のため膠様変性していた。赤芽球島は小型だが比較的保たれていた。骨髓球系細胞は幼若なものが多く、成熟した好中球は高度に減少しており分化障害が示唆された。巨核球は小集簇像が散見され、小型で低分葉核が多く認められ、CD42b陽性の微小巨核球も観察された。CD34陽性の芽球の増多はなかった。汎血球減少の状態であり、総合的には骨髓異形成症候群が考えられた。

脾島にはアミロイド沈着像を認め、2型糖尿病に合致した。

前立腺周囲の径2 mmほどの動脈内に器質化が始まった陳旧性の血栓を認めたが、病的意義は不明である。

<死 因>

本例の死因は、両肺の重症肺炎による呼吸不全と推測されるが、乳頭壊死をともなう高度の腎盂腎炎による腎機能障害も大きな影響を与えたと考えられる。その背景としては、糖尿病および骨髓異形成症候群による易感染状態があったことが推察される。

【考 察】

本症例のプロブレムリストについて死因となった病態を考察する。本症例は左誤嚥性肺炎を主とする重症感染症が呼吸不全、DICを引き起こし、経過で敗血症性ショックに陥り、最終的に呼吸不全増悪や循環不全により死に至ったものと推察される。

FNの併発がこの急激な経過に寄与した可能性について言及する。本症例は来院時採血で好中球数1139/ μL <1500/ μL とFNの診断基準を満たしていた。この時点でのMASCC scoreは11点<21点であり、高リスクFNと判断できた。American Society of Clinical Oncology (ASCO) による報告を参考にするとFN発症

リスクについて、65歳以上であること、PS低下、腎機能障害、感染症などが本症例に当てはまる¹⁾。FNはその好中球減少の度合いに関わらず細菌感染による死亡リスクを引き上げ、菌血症を伴う場合では死亡率が24.4%に上ると報告されている²⁾。すなわち先に挙げたようなリスクの多い患者背景によって感染症を契機としたFNを発症し、細菌感染が重症化したと考えられた。

続いて、貧血について考察する。患者背景として当院初診 (X/4/26) 時の採血結果とその後の経過から慢性的に貧血状態にあり、Fe低値を確認し鉄欠乏性貧血として鉄剤内服投与が行われていた。X/08/02来院時の採血の結果を参照すると、MCV 83.7 fLの正球性貧血であり、Fe低値、フェリチン高値、TIBC低値、エリスロポエチン高値であった。これは鉄剤投与と胃切除後の鉄吸収不良の拮抗状態や慢性腎不全による慢性炎症の影響として矛盾しない結果であり、他疾患の存在を疑うのは難しかったと推察される。病態を説明しうる鑑別として挙げられるのは癌転移や白血病などの骨髓浸潤、再生不良性貧血、骨髓異形成症候群 (MDS) などである。血液疾患について、前回入院時の採血結果を参照すると白血球や血小板数に異常は認めておらず、可能性が高いのはMDSと言える。MDSは平均発症年齢76歳と高齢発症を典型とする骨髓造血異常疾患である。汎血球減少をきたすのは症例のうち47.9%である一方で貧血は96%の症例に認められる。またMDSは白血球の減少や機能異常により感染リスクを増加させることが知られている。MDS患者の死亡原因の38%は感染症が占めており、非MDS患者と比較して感染症発症率が4倍弱増加 (22.5% vs 6.1%) する³⁾。FN重症化リスクについて、MDS患者はそれだけで高リスク群と判断される⁴⁾。よって本症例の慢性貧血の原因としてMDSが寄与していた場合、汎血球減少を引き起こしていた可能性や白血球機能低下による感染症重症化に繋がっていたことが考えられる。

1) J Clin Oncol. 2012; 33:3199-212

2) J Infect Public Health. 2019 May-Jun;12(3):364-366

3) Haematologica 2012 Oct;97(10):1459-70

4) 発熱性好中球減少症診療ガイドライン (改訂第3版)

第211回

2024年12月19日

虫垂粘液性腫瘍の二例

主 治 医：外科 新保 敏史、守友 仁志
病 理 医：病理診断科 佐藤 勝明

臨床担当研修医：上田 峻輝
病理担当研修医：知念 幹

<症例のまとめ>

臨床的に、虫垂粘液産生性腫瘍の2例であり、症例1は画像検査で偶然に指摘され、症例2は絞扼性腸閉塞で発症し緊急で回盲部切除術が行われた。

病理学的には、症例1は高異型度の虫垂粘液性腫瘍で、症例2は低異型度の虫垂粘液性腫瘍であった。

【症例1】70歳 女性

【主 訴】血尿、左腰部違和感

【現病歴】

1週間ほど持続する血尿、左腰部違和感を主訴に当院泌尿器科を受診。腹部造影CTにて偶発的に虫垂粘液産生腫瘍を指摘され外科へ紹介、手術の方針となった。

【既往歴・併存症】

掌蹼膿疱症、右足関節外果骨折、高血圧症

【内 服】アムロジピンOD錠2.5mg 1錠 朝食後

【アレルギー・嗜好歴】

[アレルギー] なし

[嗜好歴] 喫煙なし、飲酒：たまに

【入院時現症】

身長163cm、体重47.2kg、意識清明、体温36.6℃、血圧134/81mmHg、心拍数73回/分、SpO2 98%、腹部：平坦・軟、圧痛なし、明らかな血管雑音は聴取せず。

【検査所見】

●血液検査：WBC 4.3x10³/μL、RBC 4.36x10⁶/μL、Hb 12.1g/dL、HCT 38.4%、PLT 176x10³/μL、MCV 88.1fL、MCH 27.8pg、MCHC 31.5g/dL、

BUN 17mg/dL、Cr 0.74mg/dL、eGFR 58.9mL/min/1.73m²、UA 3.4mg/dL、Na 144mmol/L、K 4.0mmol/L、Cl 107mmol/L、Ca 9.5mmol/L、P 3.0mmol/L、T-Bil 0.7mg/dL、ChE 292U/L、AST 24U/L、ALT 17U/L、LDH 323U/L、ALP 117U/L、γ-GTP 14U/L、CK 511U/L、AMY 61U/L、T-Chol 225mg/dL、HDL-Chol 74mg/dL、LDL-Chol 147mg/dL、TG 42mg/dL、TP 7.4g/dL、Alb 4.14g/dL、CEA 3.2ng/mL、CA19-9 0.2U/mL

- 尿検査：色調 赤色、混濁（2+）、pH 7.0、蛋白定性（2+）、糖定性（-）、潜血（3+）、ウロビリノーゲン（+-）、ケトン体定性（-）、ビリルビン（-）、比重1.014、亜硝酸塩（-）、白血球反応（-）、RBC 52521/μL、WBC 64/μL、EC 7/μL、CAST 0/μL、BACT 167/μL、RBC info 非糸球体由来、赤血球 多数、白血球 識別困難、扁平上皮<1/HPF
- 心電図：sinus（64bpm）、左室高電位
- 心エコー：EF 67%、左室壁運動良好、明らかな血栓像なし
- 腹部造影CT：虫垂に嚢状拡張と内腔液体貯留あり、壁の一部に石灰化あり。周囲脂肪組織濃度上昇は乏しい。虫垂盲端部に造影される壁肥厚あり。周囲に被包化液体貯留や、粗大な播種を疑う病変は指摘できず。左腎結石。
- 腹部エコー：虫垂：右下腹部に頭尾方向で5cm程度の嚢胞性病変あり。尾側で充実部が目立つ。巨視的な壁外浸潤は指摘できない。明らかな血流信号なし。
- TCF：回腸末端：異常なし。虫垂開口部：異常なし、明らかな粘稠粘液も認めず。大腸：横行結腸に5mm大Is腺腫、S状結腸に5mm大Is腺腫
- GIF：萎縮性胃炎（C-2）

【プロブレムリスト】

虫垂粘液産生性腫瘍 # 本態性高血圧症 # 腎機能

障害

【病理診断】

Appendix, appendectomy: High-grade appendiceal mucinous neoplasm

＜病理組織所見＞

検体は、虫垂切除組織（6.5cm長）です。

肉眼的に、粘膜面に広がる3.7x2.0cm大の粘液性腫瘍を認めます。

組織学的には、粘膜には縦長に腫大し偽重層が目立つ核と杯細胞を含む細胞質からなる異型円柱上皮を認め、微小乳頭状構造を呈しています。

核分裂像は見られませんが、核のアポトーシス像が散見されます。

虫垂壁全層性から周囲脂肪組織へ、上皮成分を含まない粘液が浸潤しています。

漿膜面に粘液が少量付着して見えます。

高異型度虫垂粘液性腫瘍と考えます。

切除断端に腫瘍成分は見られません。

＜追加報告（X.5.1）＞

免疫染色では、p53の発現は軽度上昇しており、Ki-67は浮遊した核に標識が見られます。癌といえるほどの所見ではありません。

【入院後経過】

第3病日：腹腔鏡下盲腸部分切除術施行した。第8病日：経過良好であり、自宅退院。

【症例2】84歳 女性

【主 訴】腹痛、嘔吐

【現病歴】

夜間から突発的に腹痛、嘔吐あり、翌朝A病院を受診。CTにて絞扼性腸閉塞が疑われたため、当院へ転院搬送となった。

【既往歴・併存症】定期通院なし、手術歴なし

【内服薬】なし

【アレルギー・嗜好歴】

【アレルギー】なし

【嗜好歴】喫煙：なし、飲酒：なし

【入院時現症】

身長150cm、体重41.4kg、意識清明、体温37.0℃、血圧137/75mmHg、心拍数73回/分、SpO2 95%、腹部：膨満、圧痛あり。腸蠕動亢進。

【検査所見】

- 血液検査：WBC 12.4x10³/μL（NEUT 92.5%、EO 0.0%、BA 0.0%、LY 4.6%、MO 2.9%）、RBC 4.32x10⁶/μL、Hb 13.6g/dL、HCT 39.1%、PLT 281x10³/μL、MCV 90.5fL、MCH 31.5pg、MCHC 34.8g/dL、PT-INR 0.990、APTT 23.4s、フィブリノーゲン282mg/dL、D dimer 1.2 μg/mL、BUN 19 mg/dL、Cr 0.80mg/dL、eGFR 51.3mL/min/1.73m²、UA 4.7mg/dL、Na 138mmol/L、K 4.6mmol/L、Cl 102mmol/L、Ca 8.9mmol/L、P 3.9mmol/L、T-Bil 1.0mg/dL、AST 31U/L、ALT 21U/L、LDH 229U/L、ALP 65U/L、γ-GTP 13U/L、CK 87U/L、TP 7.0g/dL、Alb 4.0g/dL、CRP 0.07mg/dL、NT-proBNP 606pg/mL、BS 148mg/dL、HbA1c 6.2%
- 尿検査：混濁（－）、pH 5.5、蛋白定性（1＋）、糖定性（1＋）、潜血（＋－）、ウロビリノーゲン（＋－）、ケトン体定性（－）、ビリルビン（－）、比重1.031、亜硝酸塩（－）、白血球反応（－）、RBC 58/μL、WBC 5/μL、EC 2/μL、CAST 1/μL、BACT 22/μL、赤血球5-9/HPF
- 血液ガス：pH 7.432、pCO2 37.4mmHg、pO2 84.8mmHg、HCO3 24.4mmol/L、Anion gap 8.0、Glu 158mg/dL、乳酸19mg/dL
- 心電図：sinus（75bpm）、右脚ブロック
- 腹部CT：小腸の拡張あり、腸閉塞状態。右下腹部でclosed loopを疑う箇所あり、閉塞起点となっている。

【プロブレムリスト】

絞扼性腸閉塞 # 腎機能障害

【病理診断】

Low-grade appendiceal mucinous neoplasm, ileocecal resection.

検体は、回盲部切除組織（回腸19.5cm長＋盲腸・

上行結腸8cm長)、虫垂(7.5x4.2x3.5cm大)です。

肉眼的に、虫垂は粘液貯留により内腔が高度に拡張しています。漿膜面に粘液の漏出は確認されません。

回腸は暗赤色に変色しています。

組織学的には、虫垂の上皮は剥離した部分が多く、残存する上皮は異型に乏しい粘液性の円柱上皮で、上皮下には硝子化傾向のある線維性間質を認めます。壁内への粘液の漏出は見られますが、漿膜面には達していません。上皮の浸潤像も認めません。低異型度虫垂粘液性腫瘍と考えられます。

回腸には、うっ血と粘膜出血を認めますが、上皮の形態は保たれていました。

【入院後経過】

第1病日：絞扼性腸閉塞に対して、緊急で回盲部切除術施行した。虫垂腫瘍を認め、回腸末端部は虫垂根部により絞扼されていた。第16病日：経過良好であり、自宅退院。

【考 察】

虫垂粘液性腫瘍は低異型度虫垂粘液腫瘍LAMN (Low-grade Appendiceal Mucinous Neoplasm) と高異型度虫垂粘液性腫瘍HAMN (High-grade Appendiceal Mucinous Neoplasm) の2種に分類されるまれな腫瘍であり、女性にやや多く、50~60代に好発する。多くは無症状であるか、右下腹部痛などの非特異的症状を呈することもある。まれに腸閉塞を呈する場合や、粘液嚢胞の腸重積に伴う断続的な疝痛や消化管出血、右尿管閉塞による泌尿生殖器症状を呈する患者もいる。そして、穿孔により内部の粘液が腹腔内に流出し、腹膜偽粘液腫PMP (pseudomyxoma peritonei) をきたすこともある。通常、無関係の症状に対する放射線学的、または内視鏡的評価中に偶然発見されるか、虫垂切除術の病理標本で発見される。虫垂粘液性腫瘍は限局している場合には初期治療として虫垂切除術が行われ、その切除病変の病理学的所見からその後の追加治療や経過観察の方針を検討する。

虫垂粘液性腫瘍は、浸潤性増殖や破壊的侵襲は示さないものの、虫垂壁内へ圧迫するような広がりを示す。リンパ節転移や血行性転移はまれであるが、PMPにより直接転移を来す場合があるため、PMPをきたしている場合には再発リスクが高く、慎重な経過フォローが必要となる。HAMNはLAMNと同様の特徴を持ち、高度の細胞異型や複雑な構造性を有する場合

に診断される。HAMNはLAMNと比べて再発リスクが高いとされているが、比較的新しい疾患概念でもあり、まだ治療法などは明確に定まっていない疾患でもある。LAMNもHAMNも限局性で完全切除され、断端陰性の場合には盲腸切除や回盲部切除などの追加治療は必要ないとされている。ただし、臓側腹膜への腫瘍の浸潤(虫垂または虫垂間膜の漿膜まで無細胞性粘液や粘液性上皮が浸潤した場合も含む)が認められた場合には再発リスクが高いとされており、慎重な経過フォローが必要となる。本症例に関しては、症例2では断端陰性かつ漿膜への浸潤は認めていないため、追加治療の必要はなく再発リスクも低いと考えられる。症例1では断端陰性であるので追加治療の必要はないが、まずHAMNの診断がされていること、そして虫垂壁全層性から周囲脂肪組織へ上皮成分を含まない粘液の浸潤、漿膜面への粘液の付着が認められていることから再発リスクは高いと考えられ、慎重に経過のフォローを行う必要があると考える。

【参考文献】

- Umetsu SE, Kakar S. Staging of appendiceal mucinous neoplasms: challenges and recent updates. Hum Pathol. 2023 Feb; 132: 65-76.
- Shaib WL, et al. Appendiceal Mucinous Neoplasms: Diagnosis and Management. Oncologist. 2017 Sep; 22(9): 1107-1116

第212回

2025年1月16日

Wilson病患者に発生した頬粘膜結節

主 治 医：歯科口腔外科 小林 一彦

病 理 医：病理診断科 佐藤 勝明

臨床担当研修医：長谷部芳典

病理担当研修医：佐藤 弘基

<症例のまとめ>

臨床的に、Wilson病で、銅キレート薬のD-ペニシラミンを44年間、塩酸トリエンチンを15年間服用していた。左側頬粘膜に無痛性の小結節を自覚し誤咬するようになったため来院し、良性腫瘍の診断で切除された。

病理学的には、皮膚における蛇行性穿孔性弾力線維症に相当する病変と診断された。

D-ペニシラミンの服用による皮膚病変はよく知られているが、口腔粘膜内の発症は非常に稀である。発症原因としては、銅キレート効果による粘膜下組織の弾性線維の変性と義歯による慢性刺激が考えられた。

【症 例】70歳 男性

【主 訴】左頬粘膜結節の精査

【現病歴】

10歳時にWilson病を発症。X年5月1日、左側頬粘膜に違和感を訴え、紹介医受診。左側口角付近の頬粘膜に6mm程度の白色楕円形の痛みのない硬結を認め、精査加療目的に5月2日当院歯科口腔外科紹介受診となった。

D-ペニシラミン（メタルカプターゼ）11歳から55歳まで44年間内服。55歳で病状悪化。頸部に皮膚症状あらわれたとのこと（詳細不明）。その時点でD-ペニシラミン中止し、塩酸トリエンチン（メタライト）に変更。皮膚症状は速やかに消退した。塩酸トリエンチンは現在70歳まで内服継続中。D-ペニシラミン内服中止してから15年後の70歳で頬粘膜病変発生。

【家族歴】血縁者に同一疾患発症あり

【既往歴】

Wilson病、代償性肝硬変、球麻痺（構音障害）外耳

道真珠腫、背部神経線維腫、手指尋常性疣贅

【内 服】

トリエンチン塩酸塩（メタライト）2500mg、フェブキソスタット10mg、アゾセミド60mg、フロセミド20mg、ポノプラザン20mg、ジフェニドール塩酸塩50mg、レバミピド300mg、ビオスリー配合OD錠3錠、リセドロン酸ナトリウム75mg（月1回）

【現 症】

身長154cm、体重43.9kg、左頬粘膜（口角付近）に小指頭大の硬結腫瘍（+）

【検査所見】

- 血液検査：T-Bil 1.0mg/dL、AST 21U/L、ALT 15U/L、LDH 233U/L、ALP 95U/L、 γ -GTP 78U/L、CK 138U/L、AMY 175U/L、BUN 22mg/dL、Cre 1.64mg/dL、UA 6.4mg/dL、Na 138mEq/L、K 3.9mEq/L、Cl 103mEq/L、Ca 9.2mEq/L、TP 7.0g/dL、CRP 0.09mg/dL、Glu 129mg/dL、HbA1c 5.9%、WBC $7.1 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、RBC $3.41 \times 10^6/\mu\text{L}$ 、Hb 10.1g/dL、Hct 31.2%、Plt $183 \times 10^3/\mu\text{L}$
- 尿検査：有意所見なし
- エコー：左頬粘膜は対側に比してわずかに腫脹、エコー輝度低下して見えるが、US上腫瘍の同定困難。

【プロブレムリスト】

頬粘膜結節 # Willson病 # D-ペニシラミン長期内服中止後

【経 過】

5月24日病変切除。その後同部位経過良好であったが、11月5日再燃の疑いあり、11月13日追加切除。その後経過良好。

【病理診断】

Buccal mucosa, left, tumor resection: Elastosis perforans serpiginosa

＜病理組織所見＞

検体は、左頬粘膜腫瘍の切除組織（1 cm大）です。

全体に、上皮下における弾性線維の増生が目立ちます。

中心部では、上皮脚が延長肥大し上皮が肥厚しています。

肥大した上皮脚の先端部位では、フィブリンの析出と好中球浸潤をともなう壊死巣を形成するとともに変性した弾性線維が上皮内に取り込まれており、経上皮性排泄される像も認めます。

蛇行性穿孔性弾力線維症と考えます。

皮膚においては、Wilson病に対するD-ペニシラミンの長期内服により発症（内服中止後でも）する例が報告されていますが、口腔粘膜病変は稀と思われます。

【考 察】

蛇行性穿孔性弾力線維症（Elastosis perforans serpiginosa:EPS）は角化性小丘疹が弧状ないし環状に配列して局面をなし、全体的に蛇行状の外観を呈する。頸部、体幹、四肢などに好発する。結合組織の異常による反応性、D-ペニシラミンに誘発される薬剤誘発性、遺伝的背景が推定される特発性の3型に分類される。ビタミンD3外用、冷凍凝固、レーザー照射など様々な治療が行われることがあるが難治性¹⁾。口唇粘膜に発症した例もある²⁾。D-ペニシラミン使用中にEPSを発症した場合、内服中止が提案されている¹⁾が、治療中止しても改善しない場合もある³⁾。また中止後数ヶ月から数年たってからEPSを発症する例もある。

本症例はWilson病に対するD-ペニシラミン長期内服中止後に頬粘膜という非典型的部位に現れたEPSの一例である。Wilson病自体の病勢の悪化は特に認めず明らかな誘因は不明であるが、義歯使用していることから慢性的な機械的刺激が発症に関与した可能性は否定できない。（咬合による刺激ではなく、金属部の擦過は疑われる）

1) 穿孔性皮膚症（perforating dermatosis）の診療の手引き．川上民裕ら．日皮会誌．2020 130(9):2007-16

2) Penicillamine-induced elastosis of the mucosal lip. BKH Lewis, et al. J Am Acad Dermatol. 2009 60(4):700-3

3) Wilson病診療ガイドライン2015

第213回

2025年2月20日

右胸痛後に死亡した心破裂が疑われた一例（剖検例）

主 治 医：循環器内科 八重樫貴紀
病 理 医：病理診断科 佐藤 勝明

臨床担当研修医：村中 貴
病理担当研修医：上田 峻輝

＜症例のまとめ＞

臨床的に、右胸痛を自覚したため当院に搬送された。画像検査で血性心膜液貯留を認め、心破裂が考えられた。

剖検では、心嚢内に血液と凝血が貯留し心タンポナーデの状態に合致した。急性心筋梗塞病変は確認されず、左室後壁心筋内の心外膜側に認めた動静脈奇形／血管腫からの出血が原因と推察された。

【症 例】86歳 女性

【主 訴】右胸痛

【現病歴】

施設入所中。X年Y月Z-1日夜中から全身の疼痛、特に胸痛の訴えがあった。

X年Y月Z日、朝食前に右胸痛、嘔吐、発汗が生じ、当院循環器内科受診のため9：38来院した。当初BT 36.4℃、BP 161/84mmHg、SPO2 94%であり、肺炎と胸膜炎の合併や急性膵炎、胆管炎が疑われ、採血、胸部Xp、胸腹部CT、ECGが予定された。10：52待合室で意識低下、BP 84/34mmHgに低下し、10：55喘ぎ呼吸が出現しSpO2 69%に低下したため処置室でモニター開始、酸素経鼻投与3 L、輸液が開始された。意識が改善しBP 107/74mmHgに上昇したため、11：13にCT撮影し、11：20外来に帰着した。来院した孫と医師で少量の心嚢液貯留を確認した。その後不穏が出現し、11：30眼球上転し、BP 90/67mmHgまで低下、死戦期呼吸が出現した。11：39心室細動の出現と共に、呼吸停止した。同席した孫と主治医が延命措置を行わない旨確認し、11：53孫見守りのもと永眠された。

死因の究明のため主治医から孫に病理解剖が提案され、了解された。

【既往歴】

高度房室ブロック（X-5年PM植込後、半年1回のフォロー中） 慢性心不全 大動脈弁閉鎖不全症 高血圧症 慢性腎不全 脂質異常症 潜在性甲状腺機能低下症 うつ病

【内 服】

センノシド12mg1T オルメサルタン20mg1T ソリフェナシン2.5mg1T エシタロプラム10mg1T スボレキサント15mg1T アセトアミノフェン200mg2T トラセミド4mg1T フォリアミン5mg2T メチコパール500μg2T ダパグリフロジン10mg1T

【検査所見】

●血液検査：WBC $7.1 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、SEG 87.0%、EOSINO 0.0%、LYMPH 11.2%、MONO 1.4%、RBC $4.17 \times 10^6/\mu\text{L}$ 、Hb 13.9g/dL、HCT 42.1%、PLT $205 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、MCV 101.0fL、MCH 33.3pg、MCHC 33.0g/dL、CRP 0.05mg/dL、BUN 17mg/dL、Cr 1.06mg/dL、eGFR 37.5mL/min/1.73m²、UA 5.0mg/dL、Na 141mmol/L、K 4.2mmol/L、Cl 109mmol/L、T-Bil 0.7mg/dL、AST 20U/L、ALT 10U/L、LDH 155U/L、ALP 116U/L、γ-GTP 12U/L、CK 76U/L、CK-MB 7.8ng/mL、トロポニンT 0.044ng/mL、HDL-C 152、LDL-C、LDL/HDL 2.9、TG 82、150TP 7.0g/dL、血糖136mg/dL、NT-proBNP 890pg/mL。

●ECG：Ap-Vp（60bpm）、Ⅱ・Ⅲ・aVF及びV4-V6に陰性T波が出現

●胸腹部CT：心嚢水が前回CTより増加、CT値で40～50HUと濃度が高い。

→血性心嚢水の疑い。少なくとも明らかな大動脈解離は指摘できず。心筋梗塞後・微小な心破裂後の可能性あり。化膿性心膜炎など混濁した心嚢水も否定できず。

【臨床診断】

特発性心破裂の疑い。

ECG、CTでペースメーカーリード穿孔を疑う所見なし。CRPの上昇はなく、心膜炎があったエピソードなし。ACSの可能性は否定できない。

【本症例の問題点】

亜急性～慢性に進行する心タンポナーデの原因は何か。

【剖検診断】

臨床診断：心臓破裂

剖検診断*：[心タンポナーデ]

主病変

[心タンポナーデ]（心重量355g）

1. [心タンポナーデ]、心嚢内に血液110ml＋凝血160g貯留
2. 心臓血管腫（動静脈血管腫型）からの出血；左室後壁
3. 出血周囲の急性心筋虚血、約2.5cm
4. 左室内膜下の陳旧性微小心筋虚血巣
5. 冠動脈粥状硬化、軽度-中等度

副病変

1. 高度房室ブロックに対しペースメーカー植込後（X-5年）
2. [慢性心不全]、[高血圧]
3. 大動脈粥状硬化
4. 両肺胸膜の線維素性癒着（肺重量 左170g、右235g）
5. 胆嚢結石症
6. 胆汁中、肝内門脈中の細菌増殖、膵管中の細菌塊
7. 大腸管状腺腫
8. 甲状腺腺腫様結節、左葉
9. 子宮平滑筋腫
10. 腎嚢胞（腎重量 左70g、右70g）
11. 胃潰瘍癒着、胃体中部小弯
12. [右大腿骨頸部骨折術後、左大腿骨転子部骨折術後]

*開頭なし

＜肉眼所見＞

栄養状態は良好であった。左鎖骨下にペースメーカーが埋め込まれていた。

両臀部に5cmほどの手術痕を認めた。

心嚢内に血液110ml＋凝血160gが貯留し、心タンポナーデの状態に合致した。

左室後壁の心外膜面に3cmほどの出血領域を認めた。固定後の断面では、左室後壁に局限した心筋内では2cmほどの出血病変が見られ、出血は心外膜側優位の像で、心外膜面では3cmに拡大していた。出血周囲の心筋の色調変化は不明瞭であった。心筋には陳旧性の虚血病変を示唆するような線維化は確認されなかった。

両肺の含気は良好で、うっ血や水腫の所見はなかった。

胆嚢内に5mmほどの黒色結石が10個ほど認められた。

両腎には、3cmまでの嚢胞が多発していた。

大動脈には、全長で脆弱な粥腫と石灰化をとともう中等度の動脈硬化を認めた。

＜病理組織学的所見＞

左室後壁の出血部位には、通常よりも大型の動脈および静脈を認め、静脈は内膜が線維性に高度に肥厚していた。周囲には脂肪組織が多く見られ、同部位では心筋が減少しており左室壁厚は減少していた。動静脈奇形／血管腫に類似した像を呈する、限局性の心臓血管腫（動静脈血管腫型）からの出血と推測された。出血は心外膜側および心内膜側へ達しており、心膜腔内への血液の貯留を生じたと考えられた。出血周囲には波打ち好酸性が増し萎縮性の心筋細胞からなる領域を認め急性期の心筋虚血像と考えられたが、壊死にいたった心筋は確認されず、出血にとともう相対的な虚血からなる二次的な像と推測された。

心内膜下には微小な心筋虚血巣が観察され、軽度の慢性心筋虚血状態はあったと推測されるが、冠動脈三枝の粥状硬化は軽度から中等度で、急性心筋梗塞を説明できるような高度狭窄から閉塞像は確認されなかった。

洞房結節および房室結節は萎縮性であったが、病的意義は不明であった。

胆嚢内の胆汁、肝内門脈内には細菌増殖像が見られ、膵管中には細菌の小集塊が観察された。炎症細胞浸潤は乏しく、炎症反応は生じていなかったと推測される。

<死 因>

本例の死因は、左室後壁の限局性の心臓血管腫（動脈血管腫型）からの出血が心外膜および心内膜に達したことにより心膜腔内に血液が貯留し、心タンポナーデの状態から発症した急性心不全と推測される。

【考 察】

心タンポナーデとは、何らかの原因で血液、心嚢液（滲出液）、膿、または空気が心膜腔内に徐々に蓄積して内圧が上昇し、心室の拡張期充満が障害され、心拍出量が低下した状態を指す。詳細な病態生理として、心嚢液貯留→心膜腔圧↑→右房圧排→右室圧排→右室拡張期圧↑→左室拡張期圧→心拍出量↓→閉塞性ショック、が考えられている。心膜腔内圧の上昇には、貯留液の量、貯留速度、心膜の伸展性の3つの因子が関わっており、少量の貯留でも急速であれば心タンポナーデを来す一方、多量の貯留でもゆっくりとであれば心膜が伸展するため心タンポナーデには至らない。

心タンポナーデの原因は多様であるが、時間経過からは以下のように整理できる。

①急速に貯留（血液のことが多い）：急性心筋梗塞の心破裂、急性大動脈解離の心腔内破裂、胸部外傷、心臓カテーテルの壁穿孔など（医原性）、開心術後など

②亜急性～慢性に貯留：悪性腫瘍の心膜転移、心膜・心臓腫瘍（悪性：血管肉腫、悪性中皮腫、悪性リンパ腫 良性：出血性心膜嚢胞、血管腫）、薬剤性（抗凝固薬）、ウイルス性心膜炎、結核性心膜炎、尿毒症、膠原病など

急性の心タンポナーデを疑う症状として、Beckの三徴（急速な血圧低下、心音減弱、頸静脈怒張）、奇脈（吸気時の10mmHg以上の収縮期血圧の低下）、Kussmaul徴候（吸気時の頸静脈怒張）、呼吸困難、パニック感、四肢冷感、意識消失などが挙がる。

慢性の心タンポナーデの症状として、緩徐に進行する血圧低下、呼吸困難、食欲不振、体重減少などが挙がる。

心タンポナーデを疑った際に有用な検査として心電図や心エコーがある。心電図では血圧低下に伴う反射性洞性頻脈、低電位、電氣的交互脈などの所見があり、心エコーではecho-free spaceの他、病態の進展に伴って心膜腔の内圧上昇所見（右心系の陥凹や虚脱）が見られる。治療の原則は心膜腔内の減圧であるが、

予後は原因によって異なり、急速に進行する心タンポナーデでは救命の可能性は高くない。

本症例では、前日から胸痛が出現していたが、当日のCTで見られた血性心嚢水貯留とどのように関連していたかは明らかではない。当日11：13までは、上記②のような病変のために心嚢内に少量の血性心嚢液が貯留していたのではないかと想像されるが、その後17分間に心膜腔内に急速に血液が貯留する心破裂が生じたと考えられる。しかし本患者はこれまで悪性腫瘍の転移や心臓腫瘍、心膜炎や膠原病の指摘はなかった。そのため本患者で慢性的な心嚢液貯留の原因となるような病変が存在すること、それが破綻して急速な転帰となるようなことを多忙な外来診療中に想像することは困難だと考えられる。

【参考文献】

内田敬二：急性心筋梗塞後左室破裂．日本冠疾患学会誌 2022; 4: 25-28

狩野実希、浅野充寿、松村 穰、村松賢一、佐藤明、大和恒博、武居一康、新田順一、浅川喜裕、牛木真理子、高橋雅弥、木村知恵里：心嚢内出血により繰り返し心タンポナーデをきたし、最終的には観血的止血術を要した1例．心臓 2013; 45: 329-335

第214回

2025年 3月13日

感染性心内膜炎の一例

主 治 医：内科 山端 潤也
病 理 医：病理診断科 佐藤 勝明

臨床担当研修医：上田 峻輝
病理担当研修医：佐藤 弘基

<症例のまとめ>

臨床的に、うっ血性心不全と慢性腎不全で通院中であったが、発熱と頸部痛を発症し、全身状態が悪化したため入院した。血液培養で腸球菌が検出され、大動脈弁に疣贅を認めたため感染性心内膜炎と診断され治療されたが、出血性脳梗塞も指摘され死亡した。

剖検では、大動脈弁に疣贅形成が確認され、感染性心内膜炎に合致した。形態的にはグラム陽性菌は確認されず、通常細菌よりも大きくグロコット染色陽性の類円形の小型酵母型の真菌と推測される病原体が観察された。ホルマリン固定パラフィン切片による真菌遺伝子解析を依頼したが、検出および同定はできなかった。

【症 例】86歳 男性

【主 訴】全身倦怠感、呼吸困難、頸部痛

【現病歴】

67歳～ 慢性腎不全、腎性貧血、高血圧症、脂質異常症で近医に通院。

X-8年～ 慢性腎不全増悪、貧血のため当院へ紹介（血清Cr 2.30→3.88、Hb 10.8→9.1）。エコーにて腎萎縮があり、腎硬化症として当院にて加療開始となった。

X-2/05/19-06/18 うっ血性心不全で入院。入院中に脳幹梗塞併発し、t-PA投与。

X-2/08/24-09/23 うっ血性心不全で入院。ベリキューボ（sGC刺激剤）開始。

X/09/27-10/05 カンピロバクター腸炎にて入院。

X/11/30-12/10 11/22に起き上がり困難となったため、近医整形外科を受診。L3圧迫骨折と診断され、対症薬処方。その後、経口摂取不良、呼吸困難感、喘鳴、頸部痛あり11/30に当院受診された。

【既往歴・併存症】

うっ血性心不全、慢性腎不全、高血圧症、腎性貧血、鉄欠乏性貧血、脂質異常症、高尿酸血症、腰痛症、限局性前立腺がん、環軸椎亜脱臼、脳幹梗塞

【内 服】

ベリキューボ錠2.5mg 4錠 朝夕食後、ビカルタミド錠8mg 1錠 朝食後、トルバプタンOD錠7.5mg 1錠 朝食後、エンレスト錠100mg 4錠 朝夕食後、ビオスリー配合OD錠 3錠 毎食後、カルベジロール錠2.5mg 1錠 朝食後、トラセミドOD錠4mg 1錠 朝食後、クロピドグレル錠25mg 2錠 朝食後、フェブキソスタットOD錠10mg 1錠 朝食後

【アレルギー・嗜好歴】

【アレルギー】なし

【嗜好歴】喫煙なし、飲酒なし

【入院時現症】

身長162cm、体重45.5kg、意識清明、体温37.6℃、血圧124/52mmHg、心拍数82回/分、SpO2 94%（room air）、頸部：運動制限、疼痛あり。腹部：平坦・軟、圧痛なし

【検査所見】

●血液検査：WBC 3.6x103/μL、RBC 3.58x106/μL、Hb 10.3g/dL、HCT 34.3%、PLT 123x103/μL、MCV 95.8fL、MCH 28.8pg、MCHC 30.0g/dL、PT-INR 1.270、フィブリノーゲン299mg/dL、D dimer 6.1μg/mL、CRP 13.05mg/dL、BUN 82mg/dL、Cr 6.31mg/dL、eGFR 7.2mL/min/1.73m²、UA 9.8mg/dL、Na 139mmol/L、K 4.6mmol/L、Cl 109mmol/L、Ca 8.5mmol/L、AST 29U/L、ALT 11U/L、LDH 239U/L、ALP 72U/L、γ-GTP 25U/L、CK 102U/L、AMY 74U/L、T-Chol 161mg/dL、TG 234mg/dL、TP 6.1g/dL、Alb 2.8g/dL、心筋トロポニンT

定量0.150ng/mL、NT-proBNP 12354pg/mL、プロカルシトニン1.84ng/mL

- 尿検査：色調 淡黄色、混濁（－）、pH 5.5、蛋白定性（1＋）、糖定性（－）、潜血（3＋）、ウロビリノーゲン（＋－）、ケトン体定性（－）、ビリルビン（－）、比重1.012、亜硝酸塩（－）、白血球反応（3＋）
- ガス分析：pH 7.261、pCO₂ 24.9mmHg、pO₂ 85.0mmHg、HCO₃ 10.8mmol/L、Anion gap 13.2、Glu 86mg/dL、乳酸 7 mg/dL
- 心電図：sinus（69bpm）、不整、四肢誘導低電位
- 胸部Xp：CTR 63.2%、両側胸水貯留あり。
- 頸椎・腰椎CT：変形脊椎症。crowned dense syndromeを唆する所見は認めず。

【プロブレムリスト】

発熱 # 頸部痛 # 慢性腎不全増悪 # うっ血性心不全増悪 # L3圧迫骨折

【入院後経過】

発熱に対してCTRX 1g×1回/日にて治療開始。第3病日に頸部MRIにて頸長筋腱炎、心エコーにて大動脈弁に疣贅を認め、感染性心内膜炎の診断となった。また血液培養にてGPC陽性であったため、抗菌薬をVCMへ変更した。第5病日には原因菌がEnterococcus faecalis（D）と判明したため、ABPC＋CTRXに抗菌薬を変更した。第7病日にMRI撮影したところ、右基底核に急性期～亜急性期の出血性梗塞、および左慢性硬膜下血腫を認めた。その後徐々に意識レベルの低下あり、第11病日に心肺停止し、死亡確認。同日病理解剖が行われた。

【剖検診断】

臨床診断：出血性脳梗塞

剖検診断：感染性心内膜炎＋前立腺癌

主病変

I. 感染性心内膜炎

1. 大動脈弁に疣贅形成
2. 疣贅に膿瘍形成と小型酵母型真菌増殖

II. 前立腺癌

1. 両葉後部に腺房型腺癌、前立腺外進展あり
2. 前立腺癌に対する治療（ホルモン療法）状態（X-6年診断後）
3. 遠隔転移なし

副病変

1. [慢性うっ血性心不全（心重量345g）]
2. 左室後壁の高度線維化（心内膜側優位）
3. 冠動脈粥状硬化；右冠動脈と左回旋枝に高度狭窄
4. 老人性心アミロイドーシス；軽度、心室中隔の右室側、僧帽弁乳頭筋
5. 臓器の急性うっ血：肝臓、脾臓
6. [慢性腎不全（腎重量 左75g、右155g）]、腎硬化症と腎嚢胞
7. 陳旧性脳梗塞：右基底核
8. 脳動脈粥状硬化
9. 慢性硬膜下血腫、左頭頂部
10. 直腸管状腺腫
11. 腺腫様甲状腺腫（甲状腺重量 21.4g）
12. 過形成性骨髄、骨髄異形成症候群疑い

<肉眼所見>

大動脈弁の弁口を塞ぐように弁尖に5mmほどの疣贅が形成されていた。

左室後壁には線維化による白色領域が認められた。

両腎には大小の嚢胞が多発していた。

左頭頂部に8×7cmほどの慢性硬膜下血腫が形成されていた。右基底核には陳旧性梗塞と推察される1cmの軟化巣を認めたが、出血は確認されなかった。左椎骨動脈から脳底動脈にかけて強い粥状硬化が見られた。

前立腺の腫瘍性病変ははっきりしなかった。

<病理組織学的所見>

大動脈弁の疣贅には、膿瘍とフィブリンにくわえて菌体の増殖像を認めた。菌体は、グラム染色陰性、PAS弱陽性、Grocott染色陽性で小型酵母様真菌が疑われた。形態上は、類円形で、通常の細菌よりは大きい、Cryptococcusよりは小さかった。県外の研究センターに依頼し、パラフィン切片からの真菌遺伝子解析を試みていただいたが、検出および同定はできなかった。

前立腺癌に対してはホルモン療法が行われていたが、両葉の後部に位置するGleason pattern 4の腺房型腺癌が確認され、神経周囲浸潤像をともなう前立腺外進展が認められた。遠隔転移は確認されなかった。

左室後壁には心内膜下優位に高度の線維化を認め、慢性うっ血性心不全の原因と考えられた。右冠動脈と左回旋枝に粥状硬化による高度狭窄があり、陳旧性の

梗塞巣であった。心室中隔の右室側と僧帽弁乳頭筋には、トランスサイレチン陽性のアミロイド沈着像が散見されたが、心不全への関与は少なかったと推測される。

両腎には動脈硬化性変化も強く、腎硬化症と多発嚢胞が慢性腎不全の原因として考えられた。

右基底核の軟化巣には、わずかにヘモジデリンが確認されたが、明瞭な出血は見られなかった。細菌や真菌の菌体は確認されなかった。中脳を含め脳幹には、梗塞あるいは虚血性などの形態的な変化は認めなかった。

直腸には、4 mmまでの低異型度管状腺腫が3個認められた。

甲状腺は腺腫様甲状腺腫の状態であった。

骨髄は年齢に比して過形成髄であり、巨核球には円形分離核が散見され骨髄異形成症候群が疑われたが、形態のみでは断定はできなかった。

<死 因>

基礎疾患のうっ血性心不全にくわえて、大動脈弁の感染性心内膜炎による弁機能障害が生じ、心機能の高度の悪化により死亡したと推測される。

【考 察】

感染性心内膜炎 (Infectious Endocarditis : IE) は弁や心内膜、大血管内膜に細菌集簇を含む疣腫を形成し、菌血症、血管塞栓、心障害など多彩な臨床症状を呈する全身性敗血症性疾患である。原因菌としては、レンサ球菌、黄色ブドウ球菌、腸球菌が多く、腸球菌は全体の約10%を占める。本症例ではEnterococcus faecalisが血液培養から検出されており、侵入門戸としては消化管や尿路感染症などが考えられる。

IEにおける合併症としては心不全、腎障害、塞栓症 (中枢神経、腎、脾臓など) などが挙げられる。本症例は入院時点でうっ血性心不全と慢性心不全の増悪を認めており、精査で脳塞栓症に伴うと考えられる出血性脳梗塞も指摘されている。塞栓症の合併率は20～50%であり、そのうち中枢神経系が60～70%と最も多く、中枢神経合併症を有するIE患者では生命予後が不良になると報告されている。もともとうっ血性心不全、慢性腎不全の既往がある方であり、IEにて容易に増悪するリスクを抱えていた所に出血性脳梗塞も重なったことで、今回のような急速な全身状態の悪化を認めたと考えられる。

脳塞栓症の予防としては、適切な抗菌薬投与、疣贅が10mm以上であった場合の外科的手術などが考えられる。中枢神経合併症は抗菌薬治療開始前～開始後2週間以内に発症することが多く、適切な抗菌薬投与によってリスクは減少するとされる。また、手術に関しては、重度の弁機能障害を伴う10mm以上の疣贅を伴う自己弁IEには早期手術は推奨される。しかし、本症例のように頭蓋内出血を伴う場合には手術自体の延期が推奨されており、さらにもととの年齢が高齢である点からも手術は困難であったと考えられ、入院後にできる脳塞栓症の予防介入としては抗菌薬の投与以上の手術などの選択肢は困難であったと考えられる。

業 績 報 告

令和6年4月1日～令和7年3月31日

論文・学会発表・講演

◎内 科

〈学会発表〉

1) 山端潤也

令和6年能登半島地震の被災施設としての経験（過去の災害に学び 活かし 伝える）

第54回日本腎臓学会西部学術大会 会長企画
2024年10月5日 兵庫県 アクリエひめじ

2) 長谷部芳典、山宮大典、中村勇一、高畠 央

超高齢者に対する胆膵内視鏡の当院での現状
第123回日本消化器内視鏡学会北陸支部例会
2024年12月1日

金沢市 石川県地場産業振興センター

3) 村中 貴、白木重光、山端潤也、吉村光弘

メトトレキサート投与中に出現した汎血球減少に対し、レボホリナートで加療した関節リウマチの1例
第9回石川県研修医学会

2025年1月18日 金沢市 石川県立中央病院

4) 上田峻輝、山宮大典、高畠 央、八重樫貴紀、山

端潤也、中野 学、泉谷省晶、中村勇一、吉村光弘

回腸脂肪腫により反復した若年成人の腸重積症に対して内視鏡的整復術を行った1例

第255回日本内科学会北陸地方会

2025年3月9日 金沢大学医学類教育棟

〈講 演〉

1) 山端潤也

令和6年能登半島地震の経験 ～過去の災害に学び 活かし 伝える～

NPO法人富山県腎友会 第54回定期大会
2024年6月9日 富山市 とやま自由館

2) 吉村光弘

危機管理 ～過去の震災の教訓は能登半島地震に活かされたか？～

第22回全国病院事業管理者事務責任者会議 シンポジウム講演

2024年8月29日 北海道 函館国際ホテル

3) 山端潤也

令和6（2024）年1.1能登半島地震を振り返る

富山県臨床工学技士会 第1回災害研修会

2024年9月8日 富山市 ボルフアートとやま

4) 山端潤也

令和6年能登半島地震の経験 ～過去の経験から学

び 活かし 伝える～

第3回慢性腎臓病を考える会 in 敦賀

2024年11月25日 福井県 敦賀市医師会館

5) 吉村光弘

能登半島地震余話～この教訓を生かすには
市立敦賀病院 災害拠点病院企画

2024年12月18日 福井県 市立敦賀病院

6) 山端潤也

令和6年能登半島地震の経験（Updated）～過去の災害に学び 活かし 伝え 遺す～

富山県透析医会Webセミナー

2025年3月16日 富山市 ボルフアートとやま

◎精 神 科

〈講 演〉

1) 栃本真一

精神科医の立場から

令和5年度石川県かかりつけ医等認知症対応力向上研修（座学）

2023年8月9日 金沢市（石川県庁）

2) 栃本真一

発達障害の子どもたちとの関わり方

やすらぎ羽咋教室研修会

2023年11月8日

羽咋市（石川県立羽松高等学校）

3) 栃本真一

認知症治療薬と睡眠薬の種類と効果について

令和5年度第1回かかりつけ医等認知症対応力向上研修事例検討会

2023年12月1日 七尾市（七尾市役所）

4) 栃本真一

医学的視点からみた発達障害のある生徒の学校における支援

令和6年度第2回高等学校における通級指導連絡協議会

2024年11月15日

金沢市（石川県立金沢中央高等学校）

5) 栃本真一

アルコールと認知症との悩ましい関係について

令和6年度第1回かかりつけ医等認知症対応力向上研修事例検討会

2024年12月13日 七尾市（七尾市役所）

◎ 循環器内科

〈学会・研究会発表〉

- 1) 知念 幹、八重樫貴紀、白木重光、杉本寛之、山宮大典、高島 央、山端潤也、中野 学、泉谷省晶、吉村光弘

大腿部の筋サルコイドーシスが出現するとともに難治性浮腫を来した1例

医学生・研修医・専攻医の日本内科学会ことはじめ
2024東京

2024年4月13日 東京国際フォーラム

- 2) 八重樫貴紀、野口寛昌、中野 学

当院における2024年能登半島地震前後の心血管・脳血管疾患に関する報告

第148回日本循環器学会北陸地方会

2024年6月22日 氷見市芸術文化館

- 3) 八重樫貴紀

能登半島震災後に当院循環器内科医・脳神経外科医ができたこと

KCC2024 特別シンポジウム“未曾有の大禍に遭遇して”その時なにを思い、何を諦め、なにに努めたか

2024年9月7日

金沢市 石川県地場産業振興センター

- 4) 佐藤弘基、八重樫貴紀、山宮大典、高島 央、山端潤也、中野 学、泉谷省晶、中村勇一、吉村光弘

SAPHO症候群によって特発性冠動脈解離(SCAD)が惹起された1例

第254回日本内科学会北陸地方会

2024年9月8日 福井大学医学部

- 5) 北野広巳¹⁾、近藤奈美子¹⁾、岡崎里紗¹⁾、岩島 誠²⁾、野口昌寛³⁾、八重樫貴紀³⁾、中野 学³⁾

公立能登総合病院 看護部¹⁾、リハビリテーション部²⁾、循環器内科³⁾

令和6年能登半島地震による退院先の変更による患者への影響

第10回日本心臓リハビリテーション学会北陸支部地方会

2024年11月9日

金沢市 石川県地場産業振興センター

〈講演〉

- 1) 八重樫貴紀

能登半島震災後の心・脳血管疾患患者の推移と抗凝固療法の現状

石川県臨床内科医会 第233回中央地区研修会

2024年6月28日

- 2) 八重樫貴紀

能登半島震災後の心・脳血管疾患患者の推移と抗凝固療法の現状

Cardiology Update Web Conference

2024年8月23日

- 3) 八重樫貴紀

不整脈の成り立ちと診断

CV-NET研修会

2024年11月30日

◎ 小児科

〈原著・論文〉

- 1) 西尾梨花、谷山雄一、山上綾子、池野 郁、和田英男

被災病院における震災後急性期小児科診療を振り返る

小児科 65(9):878-882, 2024

- 2) 谷山雄一、西尾梨花、山上綾子、池野 郁、和田英男、喜多大輔

下垂体茎のラトケ嚢胞

公立能登総合病院医療雑誌 34:4-6, 2024

- 3) 橋 美香、山上綾子、釜蓋明輝、池野 郁、和田英男

ジアフェニルスルホンが奏功したステロイド依存性IgA血管炎の女児例

公立能登総合病院医療雑誌 34:7-9, 2024

- 4) 西尾梨花、谷山雄一、山上綾子、池野 郁、和田英男、高山 茜、谷内克成、森田絹代

Streptococcus dysgalactiae sbsp. *equisimilis* (SDSE) による蜂窩織炎の男児

公立能登総合病院医療雑誌 34:10-13, 2024

〈学会・研究会発表〉

- 1) 橋 美香、山上綾子、釜蓋明輝、池野 郁、和田英男

ジアフェニルスルホンが奏功したステロイド依存性IgA血管炎の女児

第31回日本小児科学会石川地方会

2024年9月15日 金沢（現地開催）

- 2) 和田英男

令和6年能登半島地震の経験 その時、何をすべきか 病院小児科医の立場

日本小児科医会第8回小児救急研修会

2024年9月29日（オンライン開催）

3) 和田英男

被災地の急性期病院としての役割

石川県小児等在宅医療連携プロジェクト・いしかわ
医療的ケア児支援センター合同研修会

2024年11月10日 金沢

◎ 外 科

〈原著・論文〉

1) 新保敏史、上野雄平、石黒 要

敗血症性ショックをきたした非穿孔性急性虫垂炎の
1 例

日本腹部救急医学会雑誌

44巻 5 号：737-740 (2024.07)

2) 石黒 要、新保敏史、守友仁志

腹腔鏡下に手術を行ったWinslow孔胆嚢ヘルニアの
1 例

日本内視鏡外科学会雑誌

29巻 6 号：405-412 (2024.11)

3) 新保敏史、富田瑞歩、石黒 要、徳染正人、守友
仁志

腹腔鏡下結腸癌術後に発生した腹腔内デスマイオイド腫
瘍の 1 例

公立能登総合病院医療雑誌

Vol.34：2-3 (2025.3)

〈学会・研究会発表〉

1) 石黒 要、上野雄平、新保敏史、守友仁志

令和 6 年能登半島地震、一外科医の経験を通して
第86回日本臨床外科学会学術集会

2024年11月 宇都宮

2) 新保敏史、上野雄平、石黒 要

高異型度虫垂粘液性腫瘍の 1 例

第86回日本臨床外科学会総会

2024年11月 宇都宮

3) 石黒 要、上野雄平、新保敏史、守友仁志

令和 6 年能登半島地震を経験して 手術支援ロボッ
トの震災時の対応と備え

第37回日本内視鏡外科学会総会

2024年12月 福岡

4) 新保敏史、上野雄平、石黒 要

S 状結腸間陥凹ヘルニアの 1 例

第61回日本腹部救急医学会総会

2025年 3 月 名古屋

◎ 脳神経外科

〈原著論文〉

1) 喜多大輔

特発性正常圧水頭症の外科治療 (総説)

Brain and Nerve, 2024, 76 (2), 159-166

2) D Kita, Y Aida, F Enkaku

Successful endoscopic third ventriculostomy in a
patient with 40 years of ventriculoperitoneal shunt
dependency since infancy: a case report

Child's Nervous System 2025, 41 (1), 60

〈取 材〉

1) 喜多大輔

丈夫がいいね 特別編 震災と脳卒中

北國新聞 2024年 4 月 9 日

2) 喜多大輔

能登半島地震で災害対応した医師「タフでいるため
にスポーツが必要」

日経ビジネス 大人のトライアスロン

2024年 4 月18日

3) 圓角文英、喜多大輔、品川 誠、八十川雄図

能登地震で災害医療はどう行われたか

月刊保険診療 (医学通信社) 2025年 2 月号

〈学会・研究会・講演会等〉

1) 会田泰裕、喜多大輔、勝山裕翔、圓角文英

地震に負けない！のと脳卒中スクランブルによる
DTP短縮への挑戦

第59回日本脳神経血管内治療学会中部地方会学術
集会

2024年 4 月 6 日 名古屋

2) 会田泰裕、喜多大輔、勝山裕翔、圓角文英

令和 6 年能登半島地震後 1 か月間の脳卒中患者の特
徴について

第105回日本脳神経外科学会中部支部学術集会

2024年 4 月13日 福井

3) 会田泰裕

田鶴浜高校専攻科授業 脳神経外科総論、脳血管障
害

2024年 5 月31日

4) 会田泰裕

時間を制する者は脳梗塞治療を制す ～当院におけ
るのと脳卒中スクランブル体制について～

能登脳卒中地域連携セミナー

2024年 6 月19日 七尾

- 5) 会田泰裕
能登半島地震後の脳卒中診療
第5回同門会カンファレンス
2024年7月14日 金沢
- 6) 会田泰裕
のと脳卒中スクランブル1年の成果と課題 そして
能登半島地震
CERENOVUS AIS Webinar Cover Japan Advanced in
能登 4th ～過疎地域における脳卒中症例を攻略せ
よ～
2024年7月30日 七尾
- 7) 会田泰裕
CEREGLIDE71の使用経験
Follow Up Advisory Meeting
2024年10月1日 WEB開催
- 8) 会田泰裕、喜多大輔、勝山裕翔、圓角文英
令和6年能登半島地震後3か月間の脳卒中患者の特
徴について
第83回日本脳神経外科学会学術総会
2024年10月17日 横浜
- 9) 会田泰裕、喜多大輔、圓角文英
少ない専門医でDTP短縮を成し上げた脳卒中スクラ
ンブル体制
第40回日本脳神経血管内治療学会学術集会
2024年11月22日 熊本
- 10) 上田峻輝、会田泰裕、喜多大輔、圓角文英
高血圧性脳症にて重度の視覚障害を発症した症例
第100回石川脳血管障害研究会
2025年3月1日 金沢
- 11) 会田泰裕
地震後の脳卒中診療とのと脳卒中スクランブルにつ
いて
金沢市医師会脳神経・精神疾患談話会
2025年3月12日 金沢
- 12) 会田泰裕
能登地域における脳卒中治療の革新的進歩 ～脳血
管内治療～
能登脳卒中地域連携市民公開講座
2025年3月15日 七尾
- 13) 喜多大輔
令和6年能登半島地震の話題 ～災害医療と社会課
題～
京都髄液フォーラム2024（ランチョンセミナー）
2024年8月4日 京都
- 14) 喜多大輔
特発性頭蓋内圧亢進症との鑑別を要した中脳水道狭
窄症例
第25回石川CSFフォーラム
2024年8月9日 金沢市
- 15) 喜多大輔
金沢医科大学医学科3年講義「水頭症」
2024年9月11日 金沢医科大学
- 16) Daisuke Kita, Yasuhiro Aida, Fumihide Enkaku
Successful Endoscopic Third Ventriculostomy for a
Patient with 40 Years of Ventriculoperitoneal Shunt
Dependency: A Case Report
Hydrocephalus 2024, Sep.16-18, Nagoya, Japan
- 17) Daisuke Kita, Yuya Yoshida, Yasuhiro Aida,
Fumihide Enkaku
Extradural Arachnoid Cyst: An Extremely Rare
Complication Associated with Lumboperitoneal
Shunt
Hydrocephalus 2024, Sep.16-18, Nagoya, Japan
- 18) 喜多大輔、会田泰裕、圓角文英
40年のシャント依存を経て第3脳室底開窓術によ
りシャント離脱が得られた1例
第31回日本神経内視鏡学会
2024年11月7～8日 東京
- 19) 喜多大輔
壮年期の遅発性特発性中脳水道狭窄症（LIAS）の
診断と治療に関する考察
第16回日本水頭症脳脊髄液学会
2024年11月10日 名古屋
- 20) 喜多大輔
能登地震と脳卒中
能登脳卒中連携フォーラム
2024年11月16日 七尾
- 21) 喜多大輔
転落外傷による後頭蓋窩小脳挫傷症例
第202回救急事例検討会
2024年12月23日 公立能登総合病院
- 22) 喜多大輔、会田泰裕、圓角文英、町谷知彦
シャント手術を受けた特発性正常圧水頭症の母息子
症例
第24回石川CSFフォーラム
2025年1月10日 金沢市
- 23) 喜多大輔、会田泰裕、圓角文英、町谷知彦
シャント手術を受けた特発性正常圧水頭症の母息子
症例
第26回正常圧水頭症学会
2025年2月7日～9日 東京

- 24) 喜多大輔
能登半島地震とてんかん
Epilepsy Area Conference in 能登 (第一三共・UCB
ジャパン共催)
2025年2月26日 WEB
- 25) 喜多大輔
令和6年能登半島地震における救急・脳神経疾患への対応
第257回福井脳・神経疾患談話会
2025年2月26日 WEB
- 26) 喜多大輔
基調講演：令和6年能登半島地震の被害と対応
「地域医療BCPの展開」
京都iMED研究会シンポジウム
2025年3月1日 京都大学稲盛ホール
- 27) 喜多大輔、会田泰裕、圓角文英、町谷知彦
令和6年能登半島地震における公立能登総合病院での脳卒中診療体制
Stroke 2025
2025年3月7日～9日 大阪
- 28) 圓角文英
令和6年能登半島地震対応 DMAT活動拠点本部から能登中部保健医療福祉調整本部へ
七尾市医師会 緊急時医療研修会
2024年3月15日 七尾市
- 29) 圓角文英
田鶴浜高校専攻科授業「脳神経外科総論、頭部外傷」
2024年5月13日
- 30) 圓角文英
公立能登総合病院活動拠点本部活動報告
令和6年能登半島地震におけるDMAT活動検証会
2024年6月15日
石川県地場産業振興センター 第一研修室
- 31) 圓角文英
2024年能登半島地震 被災地の医療者が過ごした6ヶ月 ―受援のノウハウ―
令和6年能登半島地震最終報告会
2024年7月8日 日本赤十字社医療センター
- 32) 圓角文英
四天王寺大学看護学部実習 能登半島地震対応について
2024年7月3日 大阪
- 33) 圓角文英
令和6年能登半島地震を受けた災害対応、DMATや患者の動向、不足資料

Cover Japan advanced in 能登

2024年7月30日 公立能登総合病院

- 34) 圓角文英
令和6年能登半島地震対応報告 被災しながら活動するためには ～能登から南海トラフを考える～
四国災害医療セミナー
2024年8月24日 高知市ちより街テラス
- 35) 圓角文英
令和6年能登半島地震対応報告 絵に描いた餅は食えない：より良いBCP作成のために
第20回日本医療マネジメント学会
高知県支部集会
2024年8月25日 高知市文化プラザカルポート
- 36) 圓角文英
金沢医科大学医学科3年講義「災害医学と脳神経外科」
2024年9月20日
- 37) 圓角文英
石川県消防学校講義 令和6年奥能登地震対応について
2024年10月3日
- 38) 圓角文英
新潟医療福祉大学 令和6年奥能登地震対応について
2024年11月11日 新潟
- 39) 圓角文英
能登半島地震における多種職連携
第72回日本職業災害医学会学術大会
2024年11月24日 昭和大学上條記念館
- 40) 圓角文英
能登半島地震後の脳血管疾患の動向
第30回日本災害医学会総会・学術総会
2025年3月6日 ポートメッセなごや

◎皮膚科

〈原著論文〉

- 1) 高山 茜、藤井 皓、谷内克成 (能登総合)、古木 遥、吉田智香子 (同形成外科)
グラム陰性桿菌による壊死性軟部組織感染症の2例
臨皮 78:959-963, 2024
- 2) 藤井 皓、谷内克成、荒井美奈子 (能登総合)
腹部症状を繰り返した遺伝性血管性浮腫の1例
皮膚臨床 66:1359-1361, 2024

〈学会発表〉

- 1) 今崎克也、高山 茜、谷内克成（能登総合）、望月 隆（金沢医大）
能登半島地震被災後にカポジ水痘様発疹症、伝染性膿痂疹、食道カンジダ症を併発した尋常性乾癬合併 Hailey-Hailey病の一例
日本皮膚科学会北陸地方会第484回例会
2024年12月15日 金沢
- 2) 今崎克也、高山 茜、谷内克成（能登総合）
抗BP180抗体陽性を伴ったSuperficial mucocoeleの1例
日本皮膚科学会北陸地方会第485回例会
2025年2月16日 金沢

◎ 泌尿器科

〈学会発表〉

- 1) 能崎将一、大筆光夫、上木 修
膀胱悪性リンパ腫の一例
第478回日本泌尿器科学会北陸地方会
2024年7月20日 金沢
- 2) 能崎将一、大筆光夫、上木 修
Moses technologyを使用したTULについての当院での初期経験
第74回日本泌尿器科学会中部総会
2024年11月21日 金沢

◎ 眼 科

〈発表等〉

- 1) 得能裕子
「携帯型拡大読書器事例発表」
ロービジョン研修会
2025年3月2日
金沢市（石川県視覚情報文化センター）

◎ 能登島診療所

〈報告〉

- 1) 山下 朗
令和6年能登半島地震診療所活動報告
公立能登総合病院医療雑誌 34:19-22, 2025

〈学会発表〉

- 1) 山下 朗
防災直後から時系列でみた能登島地区指定避難所で

の傷病者発生状況—令和6年能登半島地震時の医療
救護活動報告
第52回日本救急医学会総会・学術集会
2024年10月13日 仙台市

〈講演〉

- 1) 山下 朗
経験から見直す災害時の備えと行動
—本場に役立つ救急箱と応急手当とは—
能登島地区健康まちづくり推進連絡会講演会
2024年11月18日
七尾市（能登島生涯学習総合センター）

◎ 臨床検査部

〈学会・研究会発表〉

- 1) 武田 遼
細胞診で指摘できた子宮頸部微小上皮内腺癌の一例
第73回日本医学検査学会
2024年5月11日 金沢市
- 2) 真智俊彦、森田絹代
医師との連携により正確な菌名同定につながった脳膿瘍の一症例
第73回日本医学検査学会
2024年5月12日 金沢市
- 3) 鈴木 孝
震災を経験して感じたこと
令和6年度日臨技 第62回中部圏支部医学検査学会
輸血細胞治療部門企画
2024年11月2日 名古屋市
- 4) 元橋由紀、白山 修
初めて経験したPOSの症例
The Echo WEBセミナー「あつまれエコーの森」
2024年11月26日 Web発表
- 5) 鈴木 孝
震災を経験して
令和6年度福井県合同輸血療法委員会 学術集会
2024年12月21日 福井県

◎ 栄養部

〈講演〉

- 1) 本多美紀
「災害時の要配慮者への栄養アセスメントと栄養指導・相談」

但馬地域栄養士会研修会

オンライン：2025年3月30日

◎ 診療情報管理室

〈学会・研究会発表〉

- 1) 稲垣時子、土倉洋一、小林宏行、上野美和、吉川隆太郎、吉村光弘

電子カルテシステム更新に伴う文書コンテンツのスリム化

第49回日本診療情報管理学会学術大会

2023年9月14日 青森県十和田市

- 2) 稲垣時子

JOANR運用5年目の現状と今後の展望 ～JOANRデータクレンジングから見えてくる問題点と課題～
第97回日本整形外科学会学術総会

2024年5月25日 福岡県福岡市

- 3) 稲垣時子

ICD-11導入に向けたJOANRデータクレンジングの考察

第50回日本診療情報管理学会学術大会

2024年8月23日 福岡県福岡市

〈講演〉

- 1) 稲垣時子

第2章ICD-Oと病期分類、第4章がん診療に沿った診療記録の読み方、情報の抽出、演習
診療情報管理士腫瘍学分類コース

2024年4月12日 Web講演

- 2) 稲垣時子

ICD-11について ～がん領域の情報を含み～
富山県診療情報管理研究会

2024年12月14日

富山市 富山県立中央病院診療棟5階ホール

◎ 看護部

〈学会発表・研究会発表〉

- 1) 矢田真紀

COVID-19クラスターを経験した精神科病棟スタッフ教育に机上訓練を取り入れて

第39回日本環境感染学会総会・学術集会

京都府：2024年7月26、27日

- 2) 高橋祐子

緊急透析が出来るポリバレンタナス育成の取り組み
一定期的なシミュレーションによる教育を導入

してー

第69回日本透析学会学術集会

神奈川県：2024年6月8、9日

- 3) 北方 渚

冠動脈疾患治療で短期入院となった患者における糖尿病指導の実態調査

第11回JADEC年次学術集会

京都府：2024年7月19、20日

- 4) 鉾田瑞枝

新型コロナウイルスの2種類から5類移行後の専用病棟に継続勤務する看護師が感じる思い

第65回全日本病院学会in京都

京都府：2024年9月28、29日

- 5) 川瀬知世

患者の尿道留置カテーテル抜去を躊躇する要因

第65回全日本病院学会in京都

京都府：2024年9月28、29日

- 6) 宮田愛美

小児看護実習における学生の小児科外来での学び

第55回日本看護学会学術集会

熊本県：2024年9月26～28日

- 7) 谷雅由佳

救命病棟で勤務する看護師のプリセプター役割への葛藤
ーコロナ禍で臨地実習の経験が少ない新人看護師のプリセプターに焦点を当ててー

第55回日本看護学会学術集会

熊本県：2024年9月26～28日

- 8) 関森紀子

統合失調症で水中毒を有した家族の思い

第55回日本看護学会学術集会

熊本県：2024年9月26～28日

- 9) 三輪 亘

精神科の時間外相談で患者のニーズを汲み取った対応を行うための考え方
ー病棟看護師へのインタビューを通してー

第55回日本看護学会学術集会

熊本県：2024年9月26～28日

- 10) 櫻井美幸

ノロウイルス胃腸炎のアウトブレイクにおけるリスク因子の検討

第17回看護実践学会学術集会

金沢市：2024年9月14日

- 11) 泉 美香

医療的ケアが必要な消化器患者が終末期に移行になり入退院を繰り返しながら在宅療養を継続できた要因

第19回中能登看護研究発表会

七尾市：2024年10月26日

12) 北野広巳

令和6年能登半島地震による退院先の変更による患者への影響

日本心臓リハビリテーション学会第10回北陸支部
地方会

金沢市：2024年11月9日

13) 白山早苗

能登半島地震が人工透析に立ちはだかる危機の中、
繋いだ医療

第31回石川県看護学会

金沢市：2024年11月16日

14) 大松由香子

令和6年能登半島地震発生時の透析患者への初期対
応を振り返る

第31回石川県看護学会

金沢市：2024年11月16日

<講師・シンポジスト>

1) 澤味小百合

被災地では何が起こり、何が求められるか ―能登
半島地震での体験を共有しこれからに備える―

日本精神保健看護学会第34回学術集会・総会

千葉県：2024年6月2日

2) 関利志子

能登半島地震を振り返って ―被災下でも守り続け
てきたこと―

日本老年看護学会第29回学術集会

高知県：2024年6月30日

3) 澤味小百合

能登半島地震のリアル ―大規模災害のじぶんごと
― 看護管理者・一住民としての体験

令和6年度第1回地域サポート研修会

静岡県：2024年7月21日

4) 澤味小百合

能登半島地震における病院での取り組み

富山県立富山いずみ高等学校との交流会

七尾市：2024年7月24日

5) 澤味小百合

「支援する側」と「される側」が備えること 孤立
での自助から連携への転換

第28回日本看護管理学会学術集会

愛知県：2024年8月23日

6) 折田 緑

能登半島地震の振り返りと今後の手術室の災害対策

について

日本手術看護学会北陸地区研修

河北郡：2024年8月24日

7) 澤味小百合

災害発生時の看護管理者のマネジメント

令和6年度静岡県看護協会防災会議

オンライン：2024年9月10日

8) 横山美奈子

令和6年能登半島地震での実践報告 ―看護副部長
の立場から―

2024年認定看護管理者会北陸ブロック研修会

金沢市：2024年10月26日

9) 北原雅恵

能登半島地震の被災の実際と経験から学ぶ手術室の
防災対策

日本手術看護学会東海北陸地区学会

愛知県：11月9日

10) 内山広志

能登半島地震を経験して ―手術滅菌部の平時の備
え―

兵庫県臨床工学技士会第63回定期学習会

オンライン：2024年11月16日

11) 小島礼奈

能登半島地震の経験 ―急性期病院の立場から―

第1回北陸・新潟地方部会脳神経看護セミナー

オンライン：2024年11月23日

12) 櫻井美幸

令和6年能登半島地震に関する報告

感染管理認定看護師教育課程修了生フォローアップ
研修

富山県：2024年11月30日

13) 澤田明美

能登半島地震における公立A総合病院の現状と今後
の課題 ―断水下の感染対策を経験して―

令和6年度石川県院内感染対策講習会

金沢市：2024年12月14日

14) 内山広志

能登半島地震を経験して ―滅菌領域の平時の備え
と対応―

第81回岐阜県滅菌業務研究会

岐阜県：2025年2月8日

15) 澤味小百合

職種の垣根を乗り越える有事のリーダーシップ

第16回日本臨床看護マネジメント学会学術研究大
会

河北郡：2025年2月9日

16) 北原雅恵

経験から学ぶ災害対策

日本手術看護学会認定看護師委員会情報交換会

オンライン：2025年2月22日

17) 澤味小百合

能登半島地震での体験の共有 ―災害時の看護職の
対応とこれからに向けて―

令和6年度野田保健所健康危機管理推進会議・看護
管理者会議

オンライン：2025年2月27日

〈そ の 他〉

1) 澤味小百合

震災後1年を振り返って

石川県病院協会第2集能登半島地震記録集

寄稿：2024年12月

資 料

令和6年4月1日～令和7年3月31日

地域医療支援センター実績

◇ 高額医療機器利用(CT)

(件)

	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
R6年度	24	25	31	26	20	34	33	30	23	32	27	26	331
R5年度	37	29	40	27	31	35	45	33	38	2	22	26	365
比較	▲13	▲4	▲9	▲1	▲11	▲1	▲12	▲3	▲15	30	5	0	▲34

◇ 高額医療機器利用(MRI)

(件)

	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
R6年度	11	9	6	6	12	12	15	12	9	8	9	10	119
R5年度	12	13	10	12	5	7	10	14	10	1	12	12	118
比較	▲1	▲4	▲4	▲6	7	5	5	▲2	▲1	7	▲3	▲2	1

◇ 高額医療機器利用(その他)

(件)

	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
R6年度	4	14	9	7	7	13	4	9	11	5	4	5	92
R5年度	6	11	3	8	11	10	13	15	5	1	3	8	94
比較	▲2	3	6	▲1	▲4	3	▲9	▲6	6	4	1	▲3	▲2

◆ 高額医療機器利用(合計)

(件)

	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
R6年度	39	48	46	39	39	59	52	51	43	45	40	41	542
R5年度	55	53	53	47	47	52	68	62	53	4	37	46	577
比較	▲16	▲5	▲7	▲8	▲8	7	▲16	▲11	▲10	41	3	▲5	▲35

◇ 開放病床利用患者数(新入院)

(人)

	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
R6年度	3	6	0	4	2	0	6	2	2	2	4	0	31
R5年度	4	1	2	4	4	0	0	2	1	2	0	0	20
比較	▲1	5	▲2	0	▲2	0	6	0	1	0	4	0	11

◇ 開放病床利用患者数(在院患者延数)

(人)

	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
R6年度	38	38	0	10	3	0	18	5	4	12	19	1	148
R5年度	26	2	4	14	24	0	0	38	4	5	0	0	117
比較	12	36	▲4	▲4	▲21	0	18	▲33	0	7	19	1	31

◇ 紹介患者数(初診、再診含む)

(人)

	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
R6年度	370	421	397	467	437	445	463	438	429	453	345	407	5,072
R5年度	417	371	368	398	432	344	390	383	402	312	328	350	4,495
比較	▲47	50	29	69	5	101	73	55	27	141	17	57	577

◇ 逆紹介患者数(初診、再診含む)

(人)

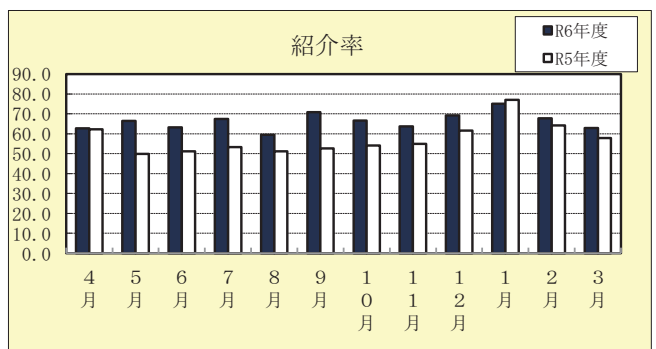
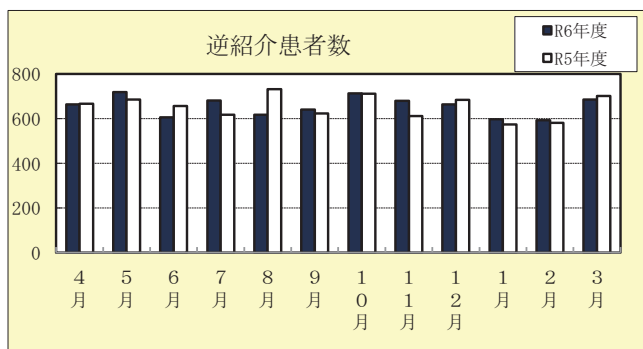
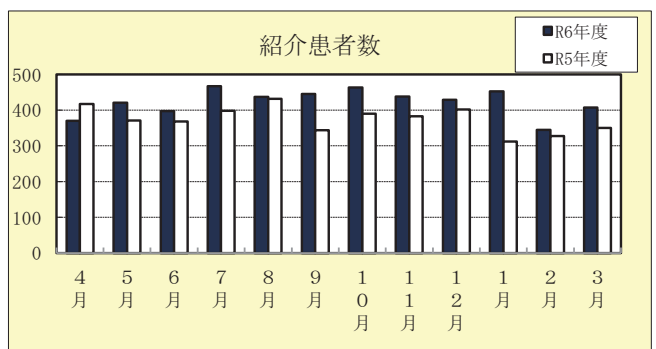
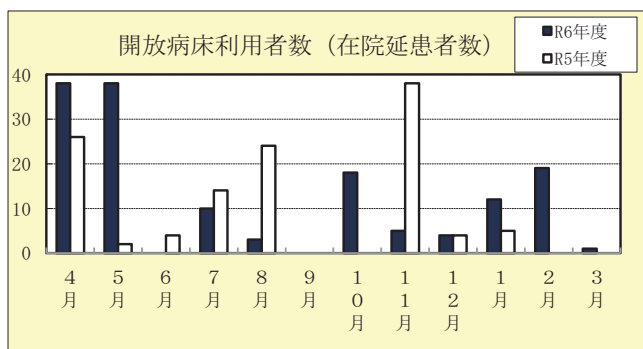
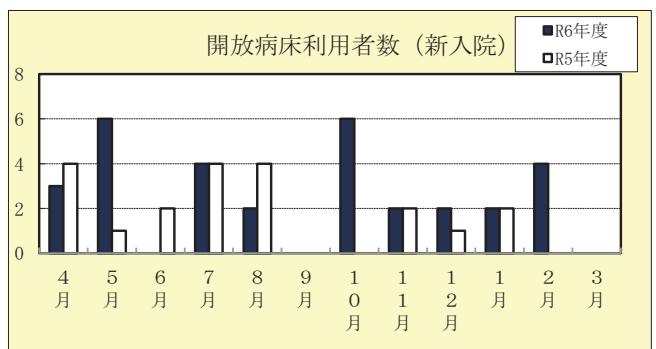
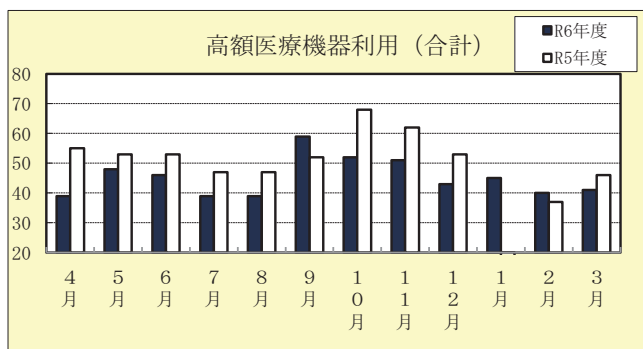
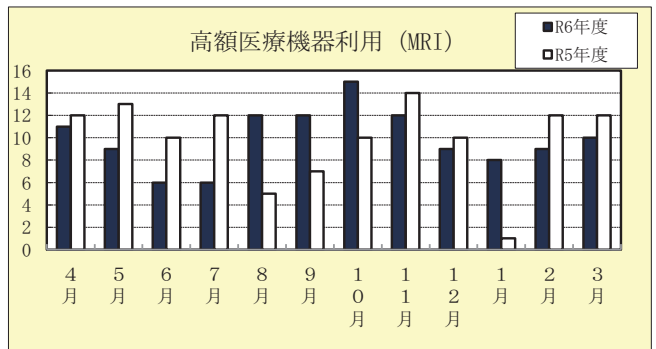
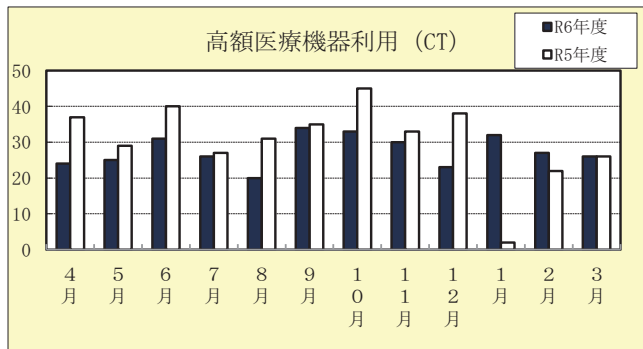
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	663	718	605	681	618	641	713	679	664	597	592	685	7,856
R5年度	667	685	657	618	732	623	711	612	684	574	581	702	7,846
比較	▲4	33	▲52	63	▲114	18	2	67	▲20	23	11	▲17	10

◇ 紹介率

(%)

	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
R6年度	62.8	66.5	63.2	67.4	59.5	70.9	66.7	63.7	69.3	75.1	67.8	62.9	
R5年度	62.3	49.9	51.2	53.3	51.2	52.6	54.2	55.0	61.6	77.0	64.2	57.8	
比較	0.5	16.6	12.0	14.1	8.3	18.3	12.5	8.7	7.7	▲1.9	3.6	5.1	

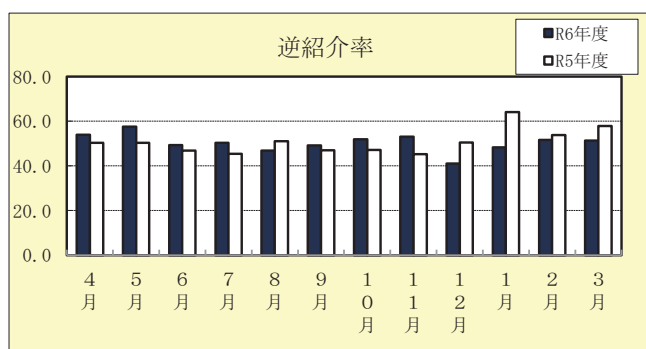
地域医療支援センター



◇ 逆紹介率

(%)

	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
R6年度	54.0	57.6	49.3	50.4	46.8	49.2	52.0	53.1	41.1	48.3	51.6	51.3	
R5年度	50.4	50.3	46.9	45.4	51.0	47.0	47.2	45.3	50.5	64.1	53.8	57.9	
比較	3.6	7.3	2.4	5.0	▲4.2	2.2	4.8	7.8	▲9.4	▲15.8	▲2.2	▲6.6	



◇ 新規連絡票提出数

(件)

	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
R6年度	238	248	213	258	238	242	201	197	190	244	195	198	2,662
R5年度	196	243	195	238	278	235	269	226	225	284	257	227	2,873
比較	42	5	18	20	▲40	7	▲68	▲29	▲35	▲40	▲62	▲29	▲211

◇ 相対対応件数

(件)

	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
R6年度	614	630	466	526	563	497	610	594	528	573	537	591	6,729
R5年度	630	645	640	572	662	489	523	572	567	388	560	543	6,791
比較	▲16	▲15	▲174	▲46	▲99	8	87	22	▲39	185	▲23	48	▲62

◇ 相談内容

(件)

	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
R6年度	1,079	1,057	794	855	978	893	1,078	1,138	968	992	1,004	1,061	11,897
R5年度	1,019	1,038	1,011	1,053	1,119	808	890	958	1,052	691	944	970	11,553
比較	60	19	▲217	▲198	▲141	85	188	180	▲84	301	60	91	344

◇ 退院支援計画書作成件数

(件)

	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
R6年度	80	103	84	80	95	78	95	89	109	53	84	106	1,056
R5年度	107	97	119	94	130	99	73	78	111	113	68	88	1,177
比較	▲27	6	▲35	▲14	▲35	▲21	22	11	▲2	▲60	16	18	▲121

◇ 連携カンファレンス件数

(件)

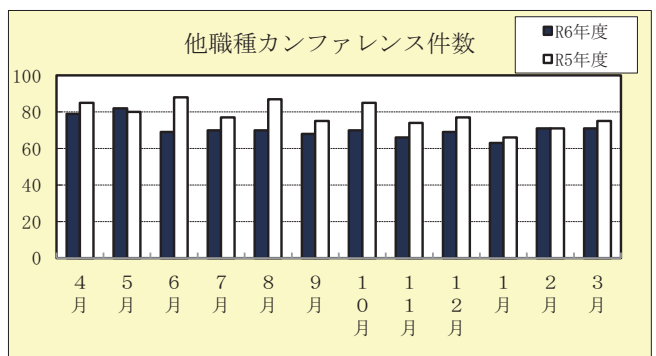
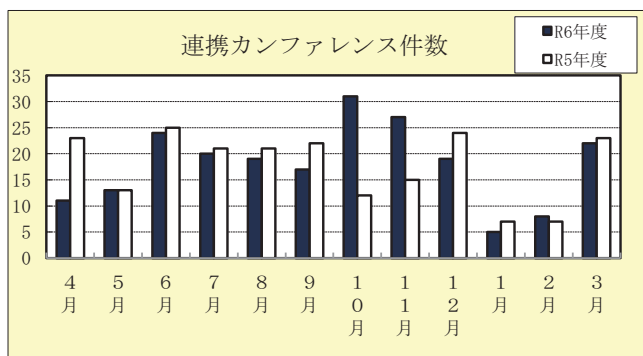
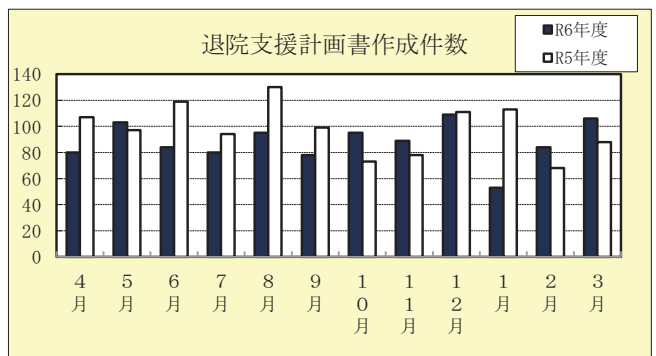
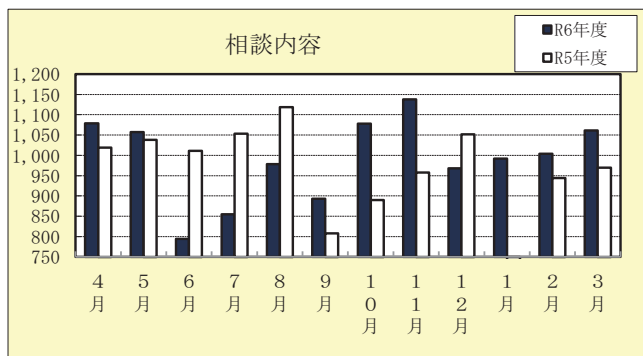
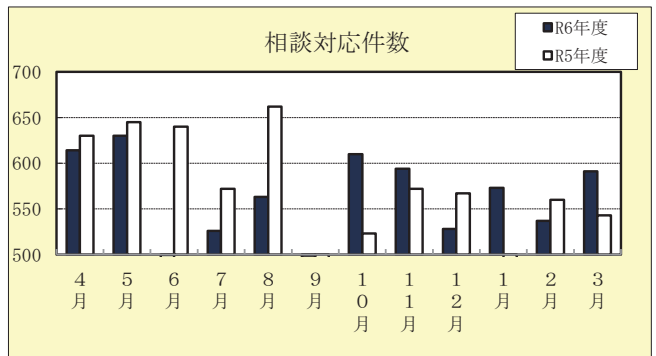
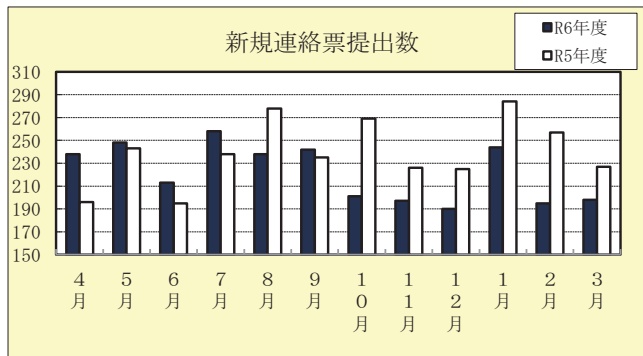
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	11	13	24	20	19	17	31	27	19	5	8	22	216
R5年度	23	13	25	21	21	22	12	15	24	7	7	23	213
比較	▲12	0	▲1	▲1	▲2	▲5	19	12	▲5	▲2	1	▲1	3

◇ 他職種カンファレンス件数

(件)

	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
R6年度	79	82	69	70	70	68	70	66	69	63	71	71	848
R5年度	85	80	88	77	87	75	85	74	77	66	71	75	940
比較	▲6	2	▲19	▲7	▲17	▲7	▲15	▲8	▲8	▲3	0	▲4	▲92

地域医療支援センター



訪問診療等件数

◇ 訪問診療 (人)

	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
R6年度	8	6	7	11	14	13	12	12	10	8	8	9	118
R5年度	15	12	13	12	11	10	10	9	9	10	9	9	129
比較	▲7	▲6	▲6	▲1	3	3	2	3	1	▲2	▲1	0	▲11

◇ 訪問看護(医療)利用回数 (人)

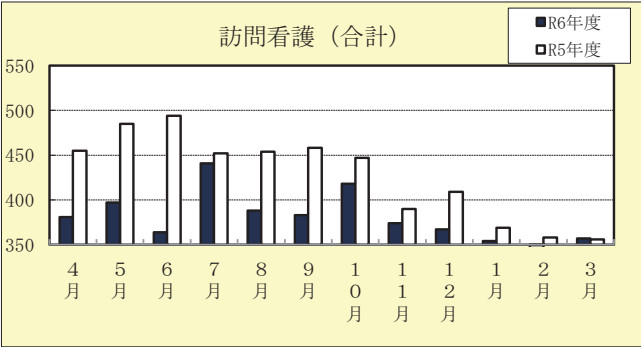
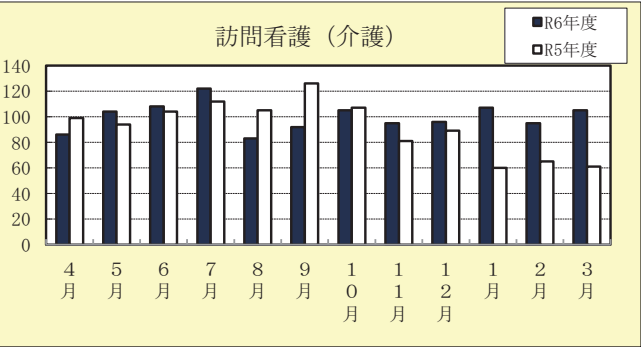
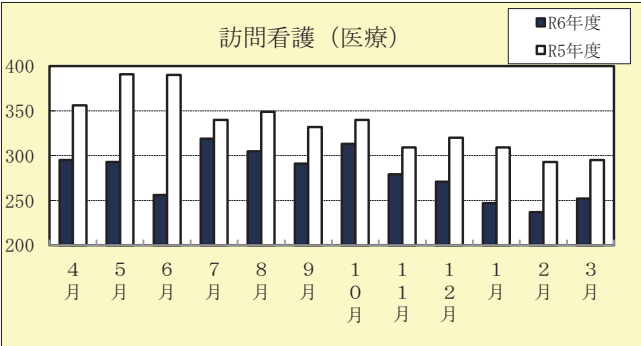
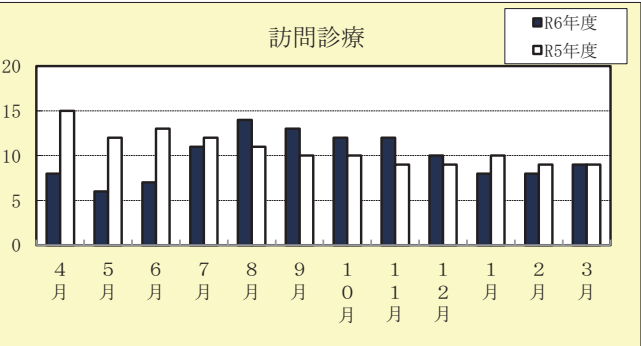
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	295	293	256	319	305	291	313	279	271	247	237	252	3,358
R5年度	356	391	390	340	349	332	340	309	320	309	293	295	4,024
比較	▲61	▲98	▲134	▲21	▲44	▲41	▲27	▲30	▲49	▲62	▲56	▲43	▲666

◇ 訪問看護(介護)利用回数 (人)

	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
R6年度	86	104	108	122	83	92	105	95	96	107	95	105	1,198
R5年度	99	94	104	112	105	126	107	81	89	60	65	61	1,103
比較	▲13	10	4	10	▲22	▲34	▲2	14	7	47	30	44	95

◆ 訪問看護(合計) (人)

	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
R6年度	381	397	364	441	388	383	418	374	367	354	332	357	4,556
R5年度	455	485	494	452	454	458	447	390	409	369	358	356	5,127
比較	▲74	▲88	▲130	▲11	▲66	▲75	▲29	▲16	▲42	▲15	▲26	1	▲571



健 診 件 数 実 績

◇ 1泊2日ドック

(件)

	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
R6年度	17	17	13	20	15	13	6	15	26	19	13	5	179
R5年度	13	21	5	9	25	14	7	12	20	6	14	7	153
比較	4	▲4	8	11	▲10	▲1	▲1	3	6	13	▲1	▲2	26

◇ 半日ドック

(件)

	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
R6年度	44	35	42	42	29	14	15	23	40	27	19	15	345
R5年度	48	40	40	24	27	16	14	26	41	3	29	16	324
比較	▲4	▲5	2	18	2	▲2	1	▲3	▲1	24	▲10	▲1	21

◇ 脳ドック

(件)

	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
R6年度	9	9	12	6	19	12	2	9	16	14	12	7	127
R5年度	7	11	6	8	18	5	3	2	19	4	14	5	102
比較	2	▲2	6	▲2	1	7	▲1	7	▲3	10	▲2	2	25

◆ ドック計

(件)

	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
R6年度	70	61	67	68	63	39	23	47	82	60	44	27	651
R5年度	68	72	51	41	70	35	24	40	80	13	57	28	579
比較	2	▲11	16	27	▲7	4	▲1	7	2	47	▲13	▲1	72

◇ その他健診

(件)

	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
R6年度	219	262	283	337	304	309	342	315	259	227	243	212	3,312
R5年度	241	262	293	301	327	283	295	296	257	41	243	216	3,055
比較	▲22	0	▲10	36	▲23	26	47	19	2	186	0	▲4	257

◇ 集団検診(管理健診・B肝等)

(件)

	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
R6年度	20	32	48	46	20	27	247	1,139	241	60	11	23	1,914
R5年度	47	574	384	168	50	249	1,413	759	113	274	31	12	4,074
比較	▲27	▲542	▲336	▲122	▲30	▲222	▲1,166	380	128	▲214	▲20	11	▲2,160

◇ 乳・妊・産婦検診

(件)

	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
R6年度	106	114	119	123	134	107	107	118	138	128	137	134	1,465
R5年度	119	121	126	115	121	77	85	69	0	129	60	104	1,126
比較	▲13	▲7	▲7	8	13	30	22	49	138	▲1	77	30	339

◇ 個人妊産婦検診

(件)

	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
R6年度	129	136	138	143	158	129	162	239	232	170	154	144	1,934
R5年度	136	156	147	133	141	87	159	246	99	138	71	114	1,627
比較	▲7	▲20	▲9	10	17	42	3	▲7	133	32	83	30	307

◇ ワクチン

(件)

	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
R6年度	111	181	68	73	113	109	146	207	152	102	106	119	1,487
R5年度	150	136	127	145	159	154	213	330	206	88	106	87	1,901
比較	▲39	45	▲59	▲72	▲46	▲45	▲67	▲123	▲54	14	0	32	▲414

◇ イルカ受託

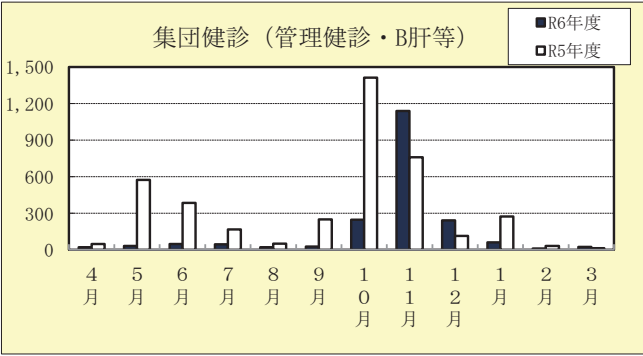
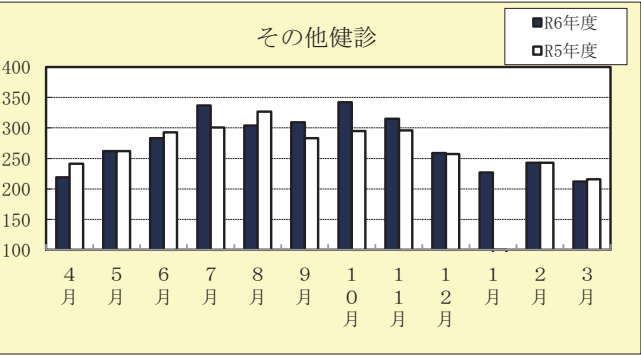
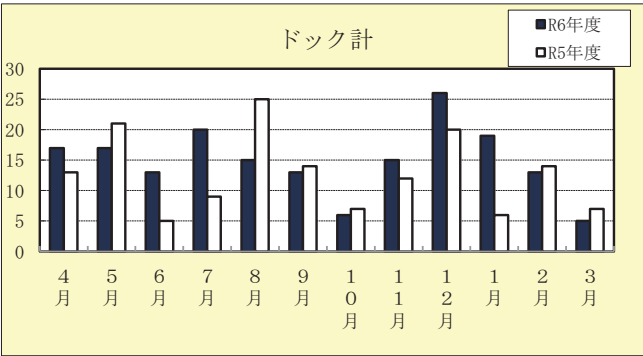
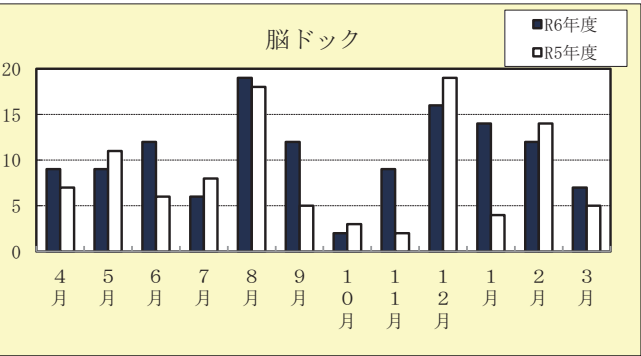
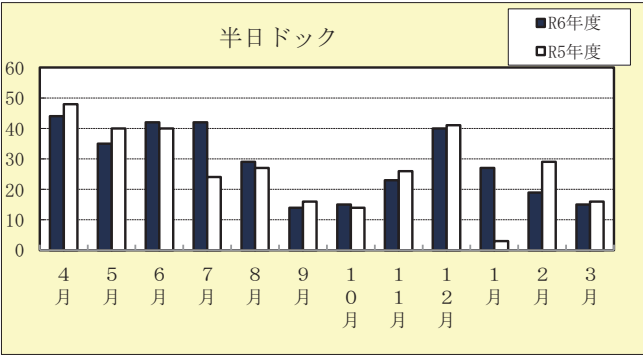
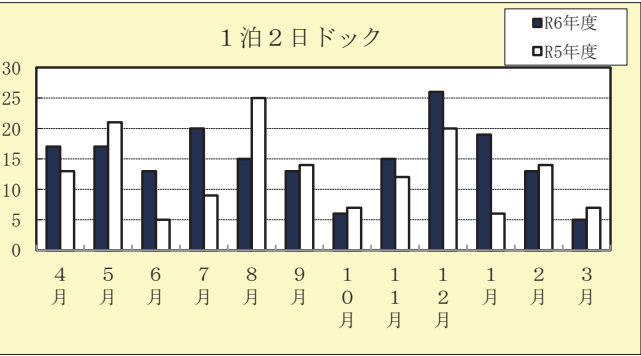
(件)

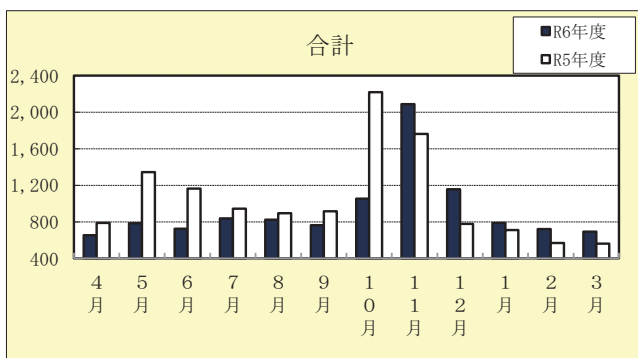
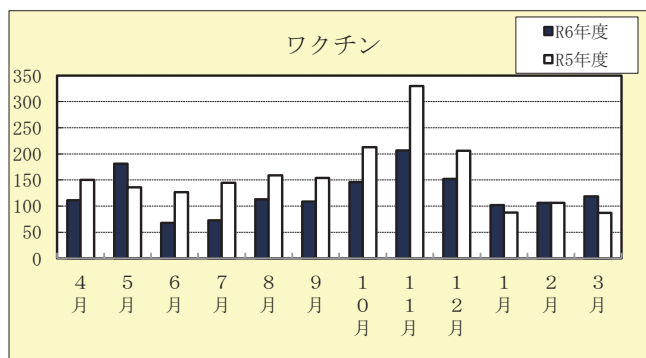
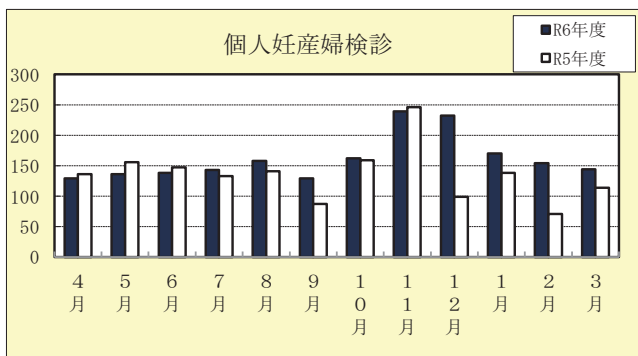
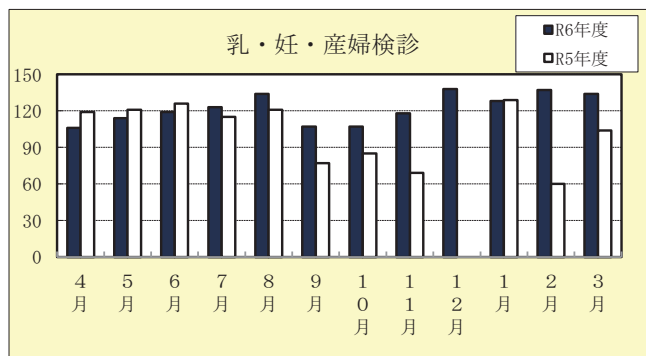
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	0	0	0	48	32	42	28	23	52	40	27	33	325
R5年度	28	24	36	39	27	30	31	22	23	26	1	0	287
比較	▲28	▲24	▲36	9	5	12	▲3	1	29	14	26	33	38

◆ 合計

(件)

	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
R6年度	655	786	723	838	824	762	1,055	2,088	1,156	787	722	692	11,088
R5年度	789	1,345	1,164	942	895	915	2,220	1,762	778	709	569	561	12,649
比較	▲134	▲559	▲441	▲104	▲71	▲153	▲1,165	326	378	78	153	131	▲1,561





臨床検査部月別年度比較（件数）

◇ 一般検査

（件）

	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
R6年度	5,574	5,468	5,387	5,679	5,451	5,565	5,810	5,447	5,830	5,588	4,996	5,601	66,396
R5年度	5,302	5,675	5,938	5,682	6,046	5,435	5,790	5,690	6,301	3,808	4,989	5,463	66,119
比較	272	▲207	▲551	▲3	▲595	130	20	▲243	▲471	1,780	7	138	277

◇ 血液検査

（件）

	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
R6年度	31,873	32,142	31,529	34,428	34,349	33,534	34,258	32,092	33,598	33,773	30,457	32,612	394,645
R5年度	31,452	33,454	33,041	33,010	36,364	32,189	33,878	33,911	33,555	23,573	30,000	30,517	384,944
比較	421	▲1,312	▲1,512	1,418	▲2,015	1,345	380	▲1,819	43	10,200	457	2,095	9,701

◇ 化学・免疫検査

（件）

	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
R6年度	100,189	99,519	97,565	106,408	105,056	103,062	104,393	98,286	104,434	103,360	92,714	100,148	1,215,134
R5年度	101,052	105,442	103,939	102,890	113,482	100,461	105,000	105,533	104,948	69,263	92,213	94,130	1,198,353
比較	▲863	▲5,923	▲6,374	3,518	▲8,426	2,601	▲607	▲7,247	▲514	34,097	501	6,018	16,781

◇ 輸血検査

（件）

	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
R6年度	409	446	444	482	483	408	456	427	445	453	431	409	5,293
R5年度	348	339	303	322	336	293	355	314	327	293	385	333	3,948
比較	61	107	141	160	147	115	101	113	118	160	46	76	1,345

◇ 細菌検査

（件）

	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
R6年度	1,217	1,408	1,394	1,384	1,559	1,340	1,393	1,257	1,470	1,625	1,392	1,302	16,741
R5年度	1,487	1,236	1,340	1,276	1,537	1,331	1,577	1,325	1,487	1,230	1,211	1,525	16,562
比較	▲270	172	54	108	22	9	▲184	▲68	▲17	395	181	▲223	179

◇ 病理検査

（件）

	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
R6年度	1,164	1,251	1,099	1,321	1,260	1,308	1,366	1,370	1,181	1,186	1,096	1,246	14,848
R5年度	1,262	1,233	1,187	1,199	1,193	1,053	1,446	1,345	1,282	697	1,048	967	13,912
比較	▲98	18	▲88	122	67	255	▲80	25	▲101	489	48	279	936

◇ 生理検査

（件）

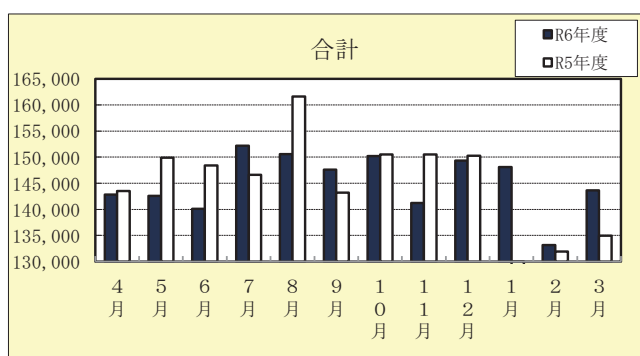
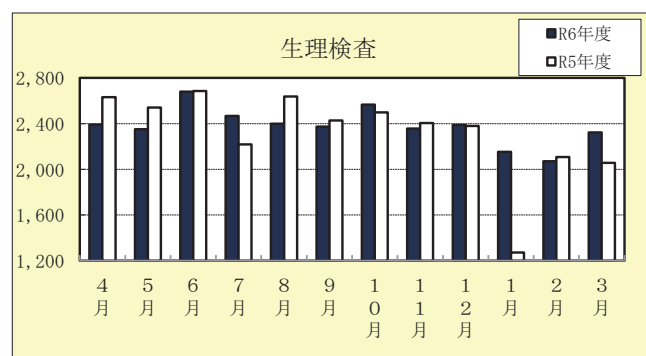
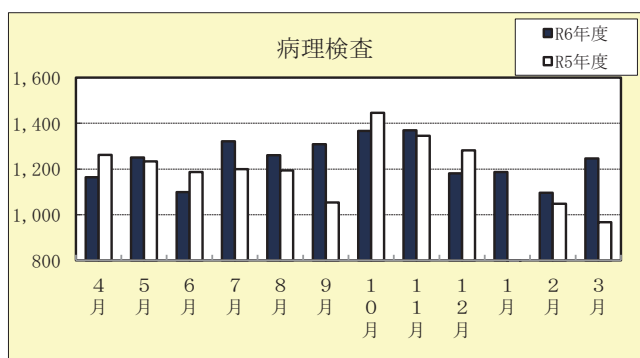
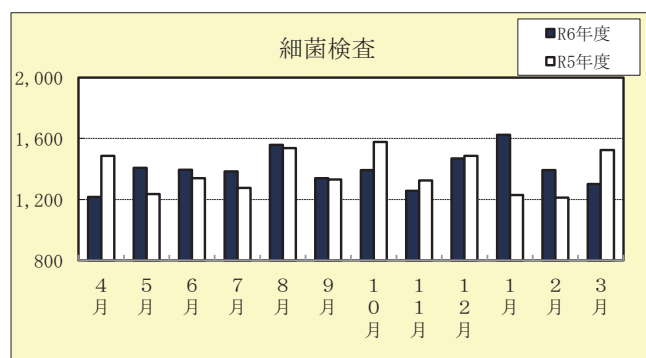
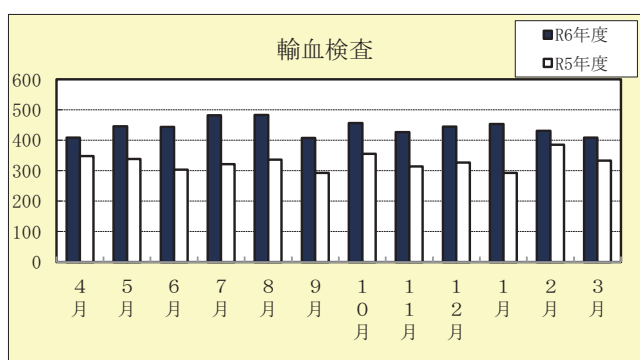
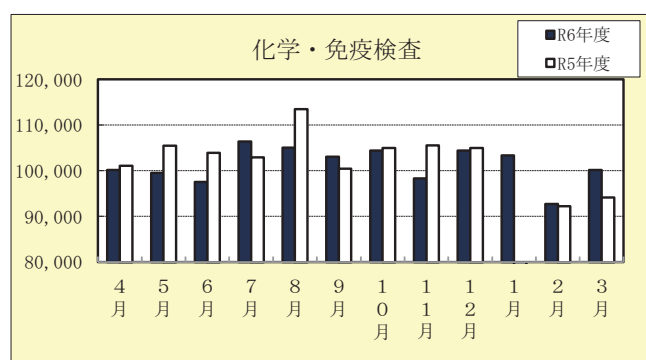
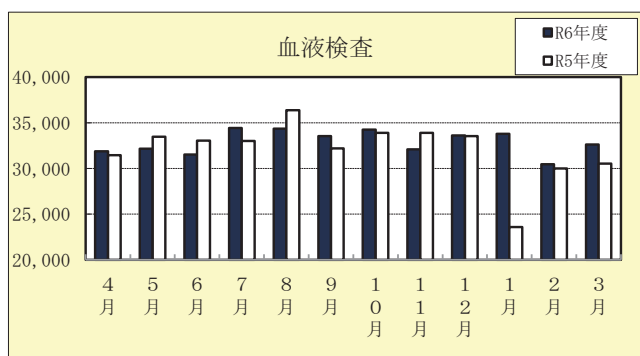
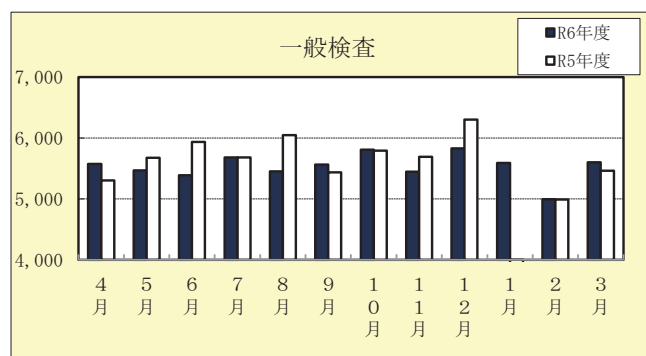
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	2,391	2,351	2,679	2,466	2,399	2,373	2,566	2,356	2,389	2,153	2,069	2,323	28,515
R5年度	2,630	2,542	2,684	2,219	2,636	2,427	2,499	2,406	2,380	1,272	2,108	2,057	27,860
比較	▲239	▲191	▲5	247	▲237	▲54	67	▲50	9	881	▲39	266	655

◆ 合計

（件）

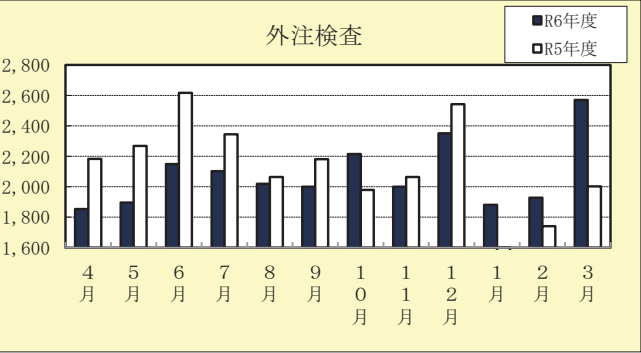
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	142,817	142,585	140,097	152,168	150,557	147,590	150,242	141,235	149,347	148,138	133,155	143,641	1,741,572
R5年度	143,533	149,921	148,432	146,598	161,594	143,189	150,545	150,524	150,280	100,136	131,954	134,992	1,711,698
比較	▲716	▲7,336	▲8,335	5,570	▲11,037	4,401	▲303	▲9,289	▲933	48,002	1,201	8,649	29,874

臨床検査部



◇ 外注検査 (件)

	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
R6年度	1,854	1,897	2,149	2,103	2,020	2,001	2,215	2,001	2,352	1,882	1,928	2,569	24,971
R5年度	2,184	2,269	2,617	2,344	2,064	2,181	1,979	2,064	2,543	1,063	1,742	2,003	25,053
比較	▲330	▲372	▲468	▲241	▲44	▲180	236	▲63	▲191	819	186	566	▲82



リハビリテーション部実績

◇ 運動療法

(人)

	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
R6年度	2,735	2,725	2,394	2,791	2,620	2,624	3,028	2,864	2,640	2,606	2,689	2,821	32,537
R5年度	2,537	2,828	3,010	2,565	2,676	2,283	2,581	2,570	2,571	1,693	2,580	2,731	30,625
比較	198	▲103	▲616	226	▲56	341	447	294	69	913	109	90	1,912

◇ 作業療法

(人)

	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
R6年度	1,324	1,593	1,379	1,645	1,626	1,478	1,663	1,495	1,252	1,375	1,274	1,412	17,516
R5年度	1,188	1,162	1,341	1,066	1,511	990	1,176	1,111	1,118	866	1,180	1,255	13,964
比較	136	431	38	579	115	488	487	384	134	509	94	157	3,552

◇ 言語療法

(件)

	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
R6年度	535	596	407	424	388	400	496	440	381	347	295	381	5,090
R5年度	340	334	432	466	424	339	338	362	397	295	410	577	4,714
比較	195	262	▲25	▲42	▲36	61	158	78	▲16	52	▲115	▲196	376

◇ 摂食機能療法

(件)

	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
R6年度	93	119	157	143	142	137	151	112	87	90	73	36	1,340
R5年度	110	148	130	122	130	82	141	125	101	154	115	124	1,482
比較	▲17	▲29	27	21	12	55	10	▲13	▲14	▲64	▲42	▲88	▲142

◆ 合計

(件)

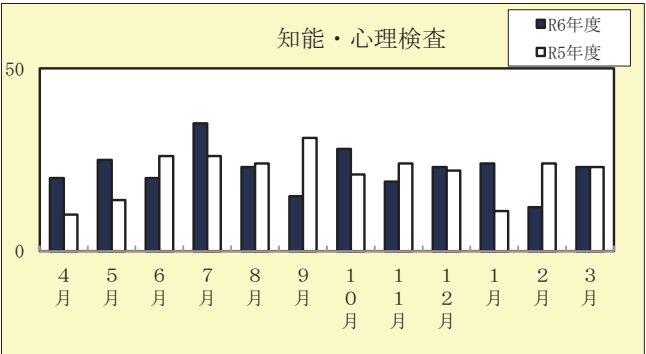
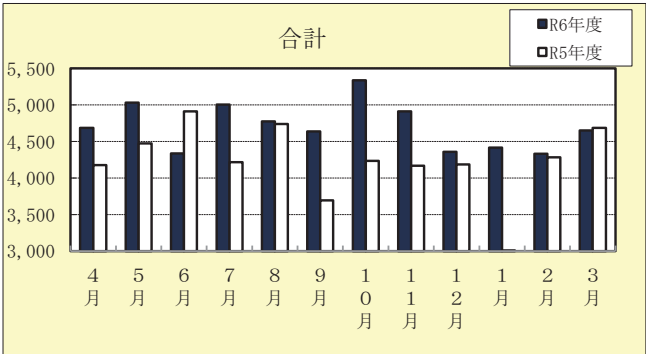
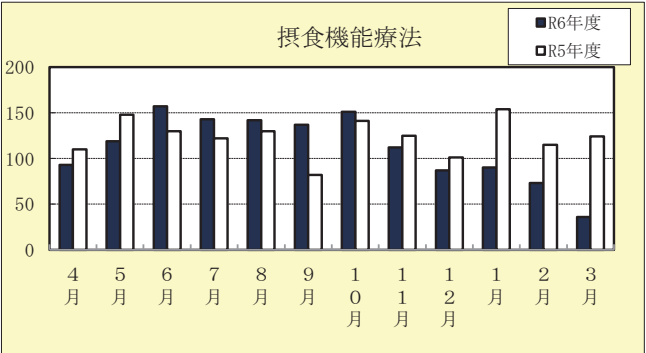
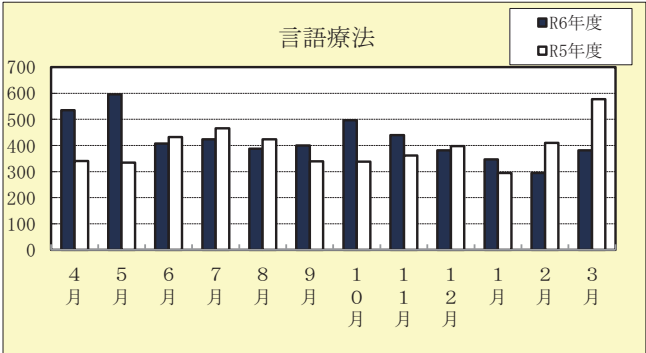
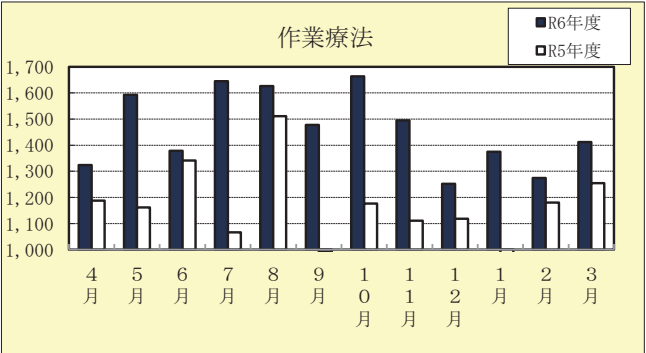
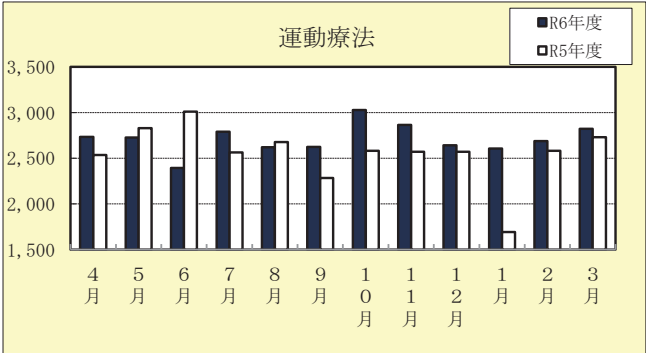
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	4,687	5,033	4,337	5,003	4,776	4,639	5,338	4,911	4,360	4,418	4,331	4,650	56,483
R5年度	4,175	4,472	4,913	4,219	4,741	3,694	4,236	4,168	4,187	3,008	4,285	4,687	50,785
比較	512	561	▲576	784	35	945	1,102	743	173	1,410	46	▲37	5,698

◇ 知能・心理検査

(件)

	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
R6年度	20	25	20	35	23	15	28	19	23	24	12	23	267
R5年度	10	14	26	26	24	31	21	24	22	11	24	23	256
比較	10	11	▲6	9	▲1	▲16	7	▲5	1	13	▲12	0	11

リハビリテーション部



栄 養 部 実 績

◇ 一般食

(件)

	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
R6年度	8,122	8,218	8,373	8,727	9,076	8,304	8,876	8,548	7,562	7,569	8,538	8,568	100,481
R5年度	7,611	8,062	8,879	9,172	9,641	8,086	7,373	7,200	7,850	7,081	7,897	7,589	96,441
比較	511	156	▲506	▲445	▲565	218	1,503	1,348	▲288	488	641	979	4,040

◇ 特別食

(件)

	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
R6年度	12,829	12,447	10,263	10,833	11,523	12,238	11,787	11,774	11,072	12,359	11,375	12,385	140,885
R5年度	11,485	12,909	11,198	11,264	12,669	11,520	12,448	13,168	12,510	11,186	12,419	14,018	146,794
比較	1,344	▲462	▲935	▲431	▲1,146	718	▲661	▲1,394	▲1,438	1,173	▲1,044	▲1,633	▲5,909

◇ 検食

(件)

	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
R6年度	150	155	150	155	155	150	155	150	155	155	145	155	1,830
R5年度	150	155	150	155	155	150	155	150	155	155	145	155	1,830
比較	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

◆ 入院計

(件)

	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
R6年度	21,101	20,820	18,786	19,715	20,754	20,692	20,818	20,472	18,789	20,083	20,058	21,108	243,196
R5年度	19,246	21,126	20,227	20,591	22,465	19,756	19,976	20,518	20,515	18,422	20,461	21,762	245,065
比較	1,855	▲306	▲1,441	▲876	▲1,711	936	842	▲46	▲1,726	1,661	▲403	▲654	▲1,869

◇ デイクア食

(件)

	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
R6年度	301	294	279	285	252	255	323	278	288	274	242	287	3,358
R5年度	266	304	363	301	317	304	355	345	323	148	195	240	3,461
比較	35	▲10	▲84	▲16	▲65	▲49	▲32	▲67	▲35	126	47	47	▲103

◆ 外来計

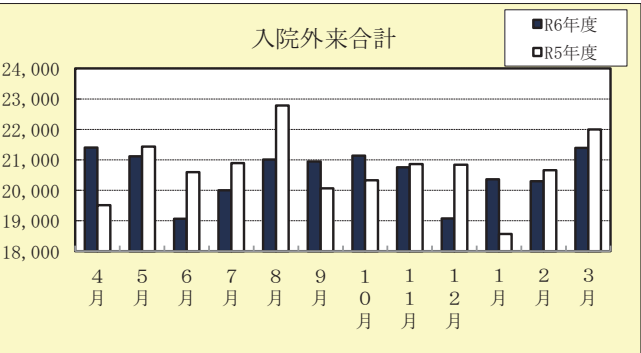
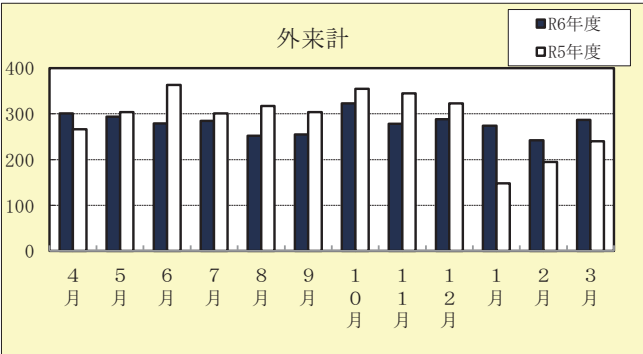
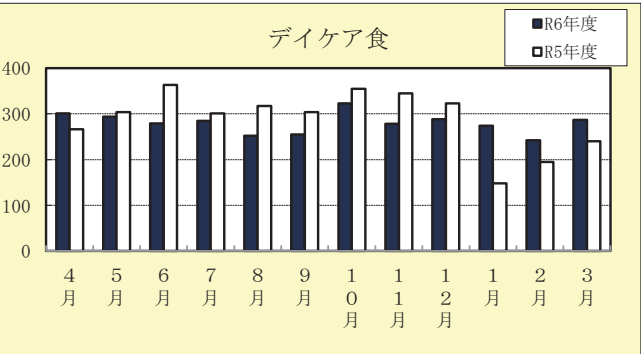
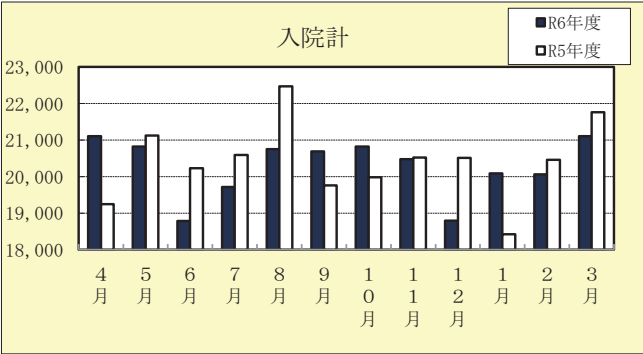
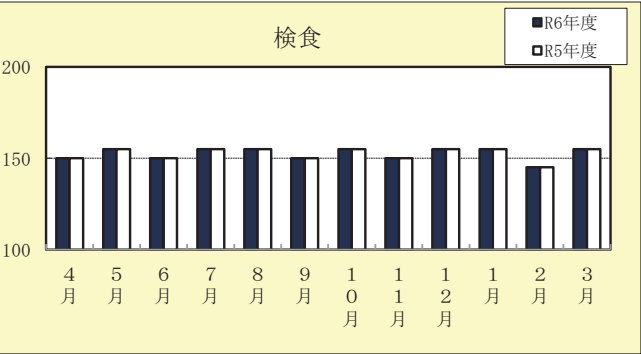
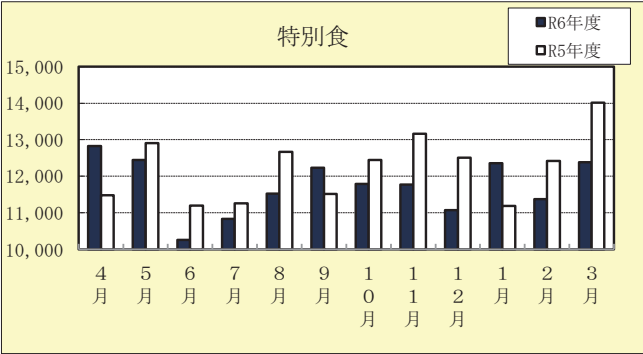
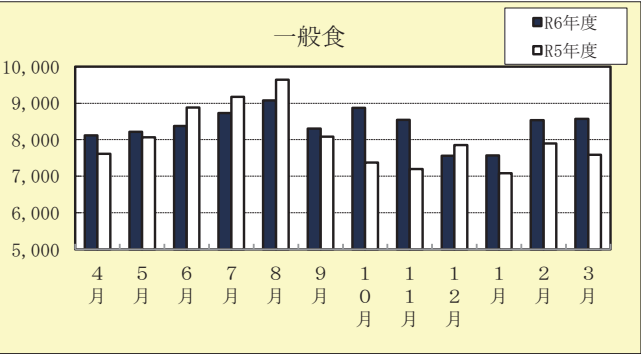
(件)

	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
R6年度	301	294	279	285	252	255	323	278	288	274	242	287	3,358
R5年度	266	304	363	301	317	304	355	345	323	148	195	240	3,461
比較	35	▲10	▲84	▲16	▲65	▲49	▲32	▲67	▲35	126	47	47	▲103

◆ 入院外来合計

(件)

	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
R6年度	21,402	21,114	19,065	20,000	21,006	20,947	21,141	20,750	19,077	20,357	20,300	21,395	246,554
R5年度	19,512	21,430	20,590	20,892	22,782	20,060	20,331	20,863	20,838	18,570	20,656	22,002	248,526
比較	1,890	▲316	▲1,525	▲892	▲1,776	887	810	▲113	▲1,761	1,787	▲356	▲607	▲1,972

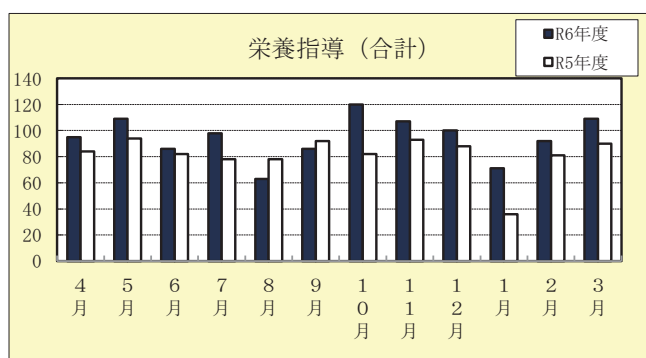
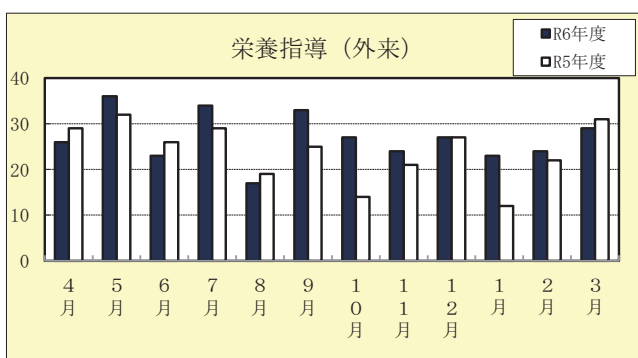
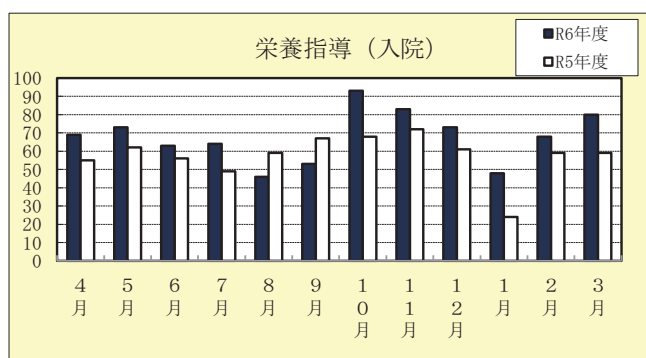


栄 養 部

◇ 入院	個人												(人)
	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
R6年度	69	73	63	64	46	53	93	83	73	48	68	80	813
R5年度	55	62	56	49	59	67	68	72	61	24	59	59	691
比較	14	11	7	15	▲13	▲14	25	11	12	24	9	21	122

◇ 外来	個人												(人)
	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
R6年度	26	36	23	34	17	33	27	24	27	23	24	29	323
R5年度	29	32	26	29	19	25	14	21	27	12	22	31	287
比較	▲3	4	▲3	5	▲2	8	13	3	0	11	2	▲2	36

◆ 計													(人)
	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
R6年度	95	109	86	98	63	86	120	107	100	71	92	109	1,136
R5年度	84	94	82	78	78	92	82	93	88	36	81	90	978
比較	11	15	4	20	▲15	▲6	38	14	12	35	11	19	158



処方及び薬剤管理指導件数

◇ 処方件数(入院)

(件)

	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
R6年度	5,780	5,850	4,999	6,220	5,462	5,565	6,109	5,508	5,956	5,369	5,665	5,666	68,149
R5年度	5,293	6,197	5,850	4,981	6,108	5,327	5,622	5,567	5,923	4,781	5,412	5,582	66,643
比較	487	▲347	▲851	1,239	▲646	238	487	▲59	33	588	253	84	1,506

◇ 処方件数(外来)

(件)

	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
R6年度	477	565	526	638	786	673	474	412	1,007	1,094	460	452	7,564
R5年度	554	648	490	791	750	580	500	586	783	914	746	768	8,110
比較	▲77	▲83	36	▲153	36	93	▲26	▲174	224	180	▲286	▲316	▲546

◆ 合計

(件)

	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
R6年度	6,257	6,415	5,525	6,858	6,248	6,238	6,583	5,920	6,963	6,463	6,125	6,118	75,713
R5年度	5,847	6,845	6,340	5,772	6,858	5,907	6,122	6,153	6,706	5,695	6,158	6,350	74,753
比較	410	▲430	▲815	1,086	▲610	331	461	▲233	257	768	▲33	▲232	960

◇ 院外処方発行率

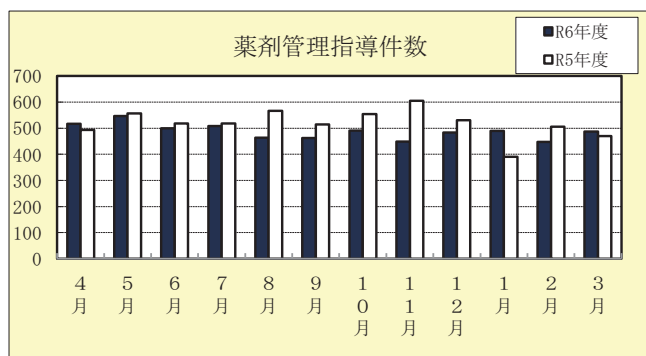
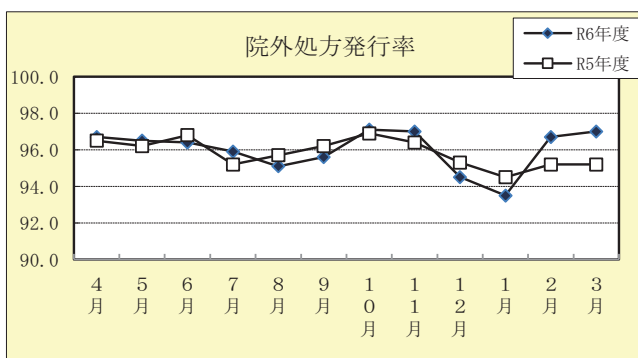
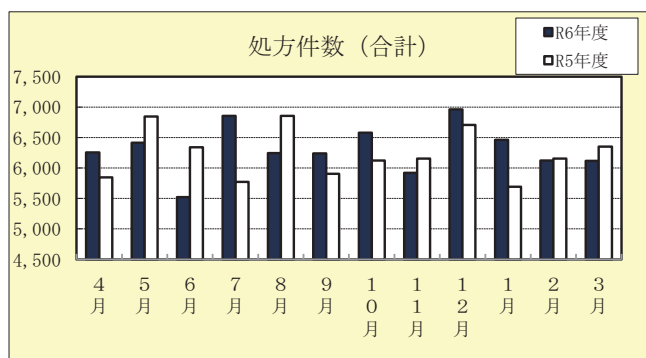
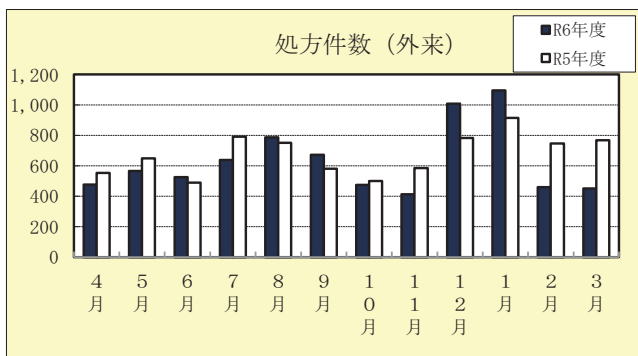
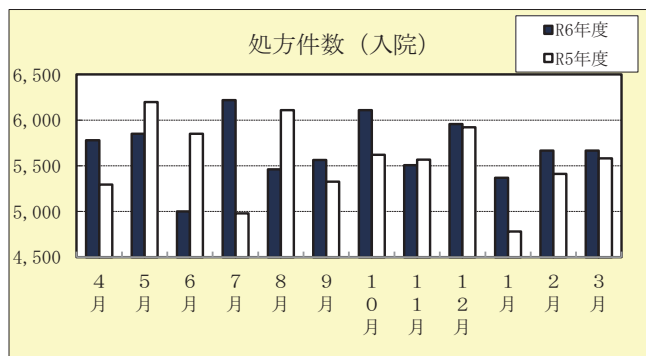
(%)

	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
R6年度	96.7	96.5	96.4	95.9	95.1	95.6	97.1	97.0	94.5	93.5	96.7	97.0	96.0
R5年度	96.5	96.2	96.8	95.2	95.7	96.2	96.9	96.4	95.3	94.5	95.2	95.2	95.9
比較	0.2	0.3	▲0.4	0.7	▲0.6	▲0.6	0.2	0.6	▲0.8	▲1.0	1.5	1.8	0.1

◇ 薬剤管理指導件数

(件)

	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
R6年度	517	546	499	508	463	462	491	448	483	490	447	487	5,841
R5年度	493	557	518	518	566	514	554	605	530	390	505	470	6,220
比較	24	▲11	▲19	▲10	▲103	▲52	▲63	▲157	▲47	100	▲58	17	▲379



放 射 線 件 数

◇ 単純撮影

(件)

	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
R6年度	2,407	2,480	2,480	2,562	2,446	2,475	2,630	2,489	2,610	2,388	2,223	2,503	29,693
R5年度	2,483	2,684	2,755	2,587	2,738	2,401	2,611	2,434	2,446	1,773	2,275	2,389	29,576
比較	▲76	▲204	▲275	▲25	▲292	74	19	55	164	615	▲52	114	117

◇ ポータブル

(件)

	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
R6年度	289	265	242	256	257	292	300	272	287	309	265	284	3,318
R5年度	290	375	262	286	306	256	331	314	279	240	269	269	3,477
比較	▲1	▲110	▲20	▲30	▲49	36	▲31	▲42	8	69	▲4	15	▲159

◇ マンモグラフィ

(件)

	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
R6年度	44	49	50	66	61	57	63	61	56	48	43	48	646
R5年度	43	45	55	51	59	59	58	59	55	13	44	40	581
比較	1	4	▲5	15	2	▲2	5	2	1	35	▲1	8	65

◇ 造影透視

(件)

	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
R6年度	62	74	57	59	62	78	68	59	60	53	59	73	764
R5年度	75	72	67	50	56	65	70	74	64	37	47	43	720
比較	▲13	2	▲10	9	6	13	▲2	▲15	▲4	16	12	30	44

◇ 血管造影

(件)

	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
R6年度	44	57	60	46	44	41	69	52	52	60	61	57	643
R5年度	43	42	44	36	53	62	54	59	57	45	60	40	595
比較	1	15	16	10	▲9	▲21	15	▲7	▲5	15	1	17	48

◇ CT(頭部)

(件)

	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
R6年度	297	362	380	420	405	417	418	429	426	339	340	370	4,603
R5年度	399	427	285	399	338	349	365	387	396	310	345	385	4,385
比較	▲102	▲65	95	21	67	68	53	42	30	29	▲5	▲15	218

◇ CT(身体)

(件)

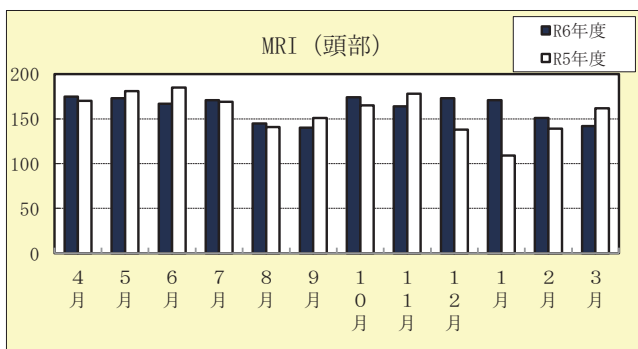
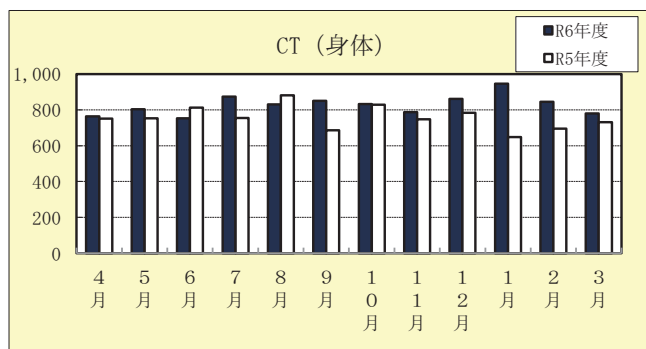
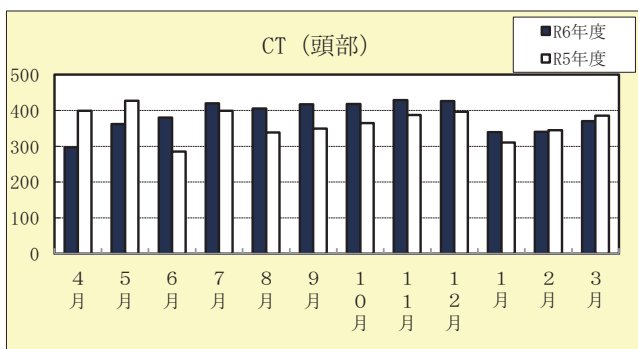
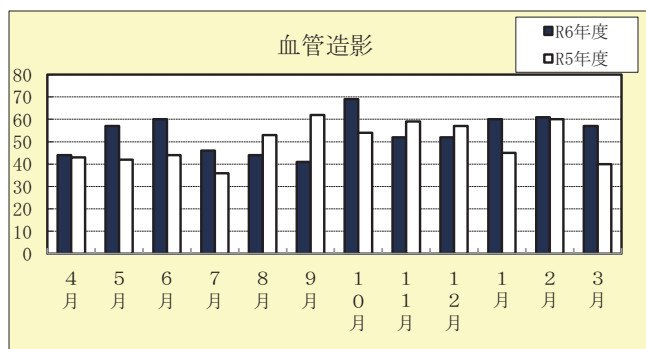
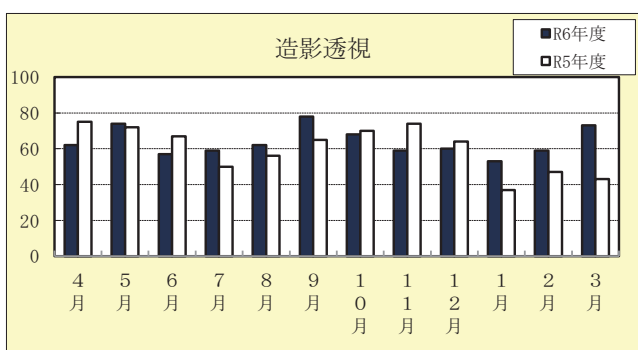
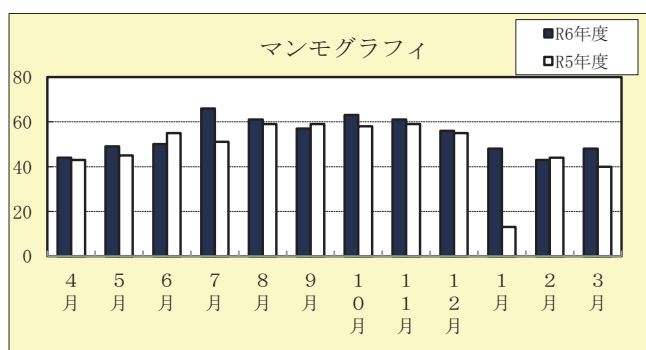
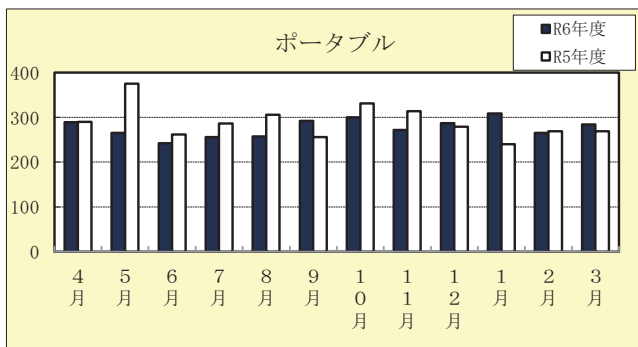
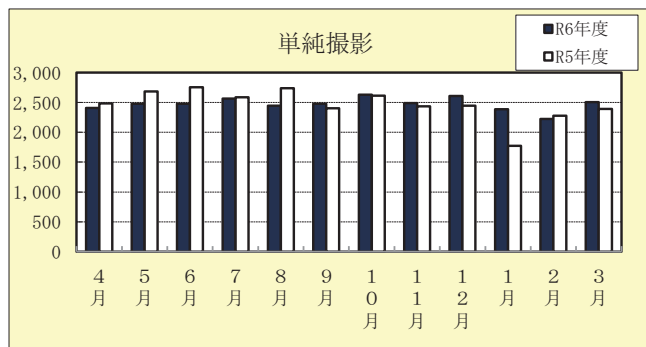
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	764	804	754	875	831	851	833	787	862	947	845	780	9,933
R5年度	751	753	812	755	882	686	829	747	783	648	695	731	9,072
比較	13	51	▲58	120	▲51	165	4	40	79	299	150	49	861

◇ MR(頭部)

(件)

	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
R6年度	175	173	167	171	145	140	174	164	173	171	151	142	1,946
R5年度	170	181	185	169	141	151	165	178	138	109	139	162	1,888
比較	5	▲8	▲18	2	4	▲11	9	▲14	35	62	12	▲20	58

放射線部



◇ MR(その他)

(件)

	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
R6年度	144	130	133	160	146	129	147	137	130	130	104	133	1,623
R5年度	134	131	149	135	140	124	136	121	165	38	158	135	1,566
比較	10	▲1	▲16	25	6	5	11	16	▲35	92	▲54	▲2	57

◇ 超音波

(件)

	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
R6年度	289	313	289	343	309	243	301	289	309	257	250	279	3,471
R5年度	294	276	306	255	277	240	262	280	300	129	196	239	3,054
比較	▲5	37	▲17	88	32	3	39	9	9	128	54	40	417

◇ 核医学検査

(件)

	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
R6年度	52	46	40	54	40	47	52	52	46	48	47	71	595
R5年度	55	52	57	40	53	47	41	50	45	32	39	59	570
比較	▲3	▲6	▲17	14	▲13	0	11	2	1	16	8	12	25

◇ 骨塩量

(件)

	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
R6年度	62	97	63	67	51	63	61	75	59	32	50	59	739
R5年度	68	71	78	83	57	55	79	73	0	0	48	92	704
比較	▲6	26	▲15	▲16	▲6	8	▲18	2	59	32	2	▲33	35

◆ 合計

(件)

	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
R6年度	4,629	4,850	4,715	5,079	4,797	4,833	5,116	4,866	5,070	4,782	4,438	4,799	57,974
R5年度	4,805	5,109	5,055	4,846	5,100	4,495	5,001	4,776	4,728	3,374	4,315	4,584	56,188
比較	▲176	▲259	▲340	233	▲303	338	115	90	342	1,408	123	215	1,786

◇ 放射線治療

(件)

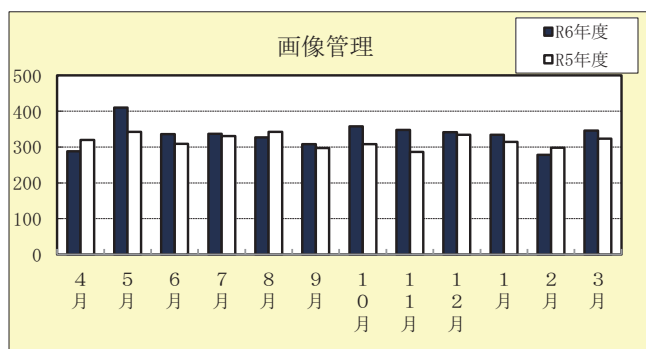
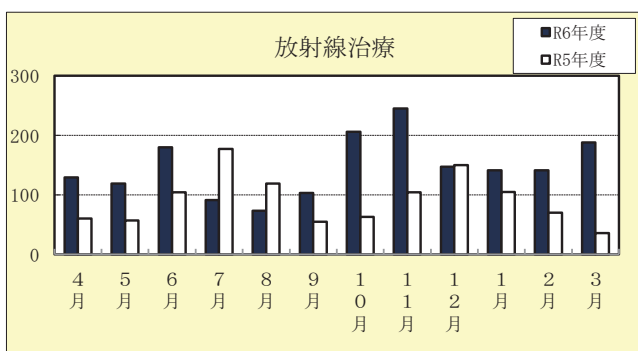
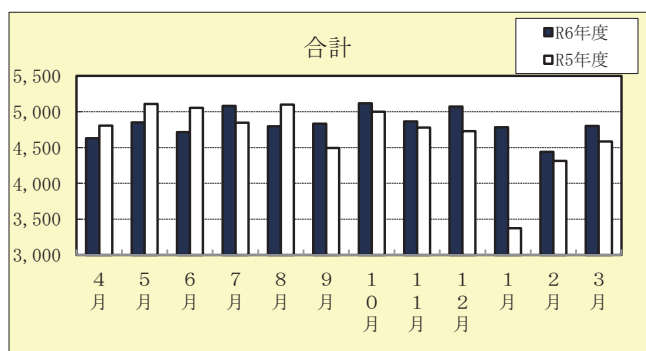
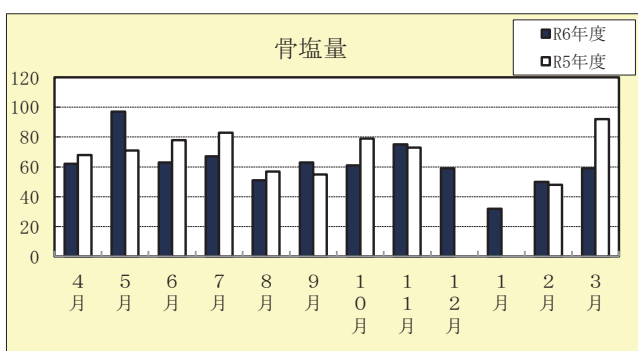
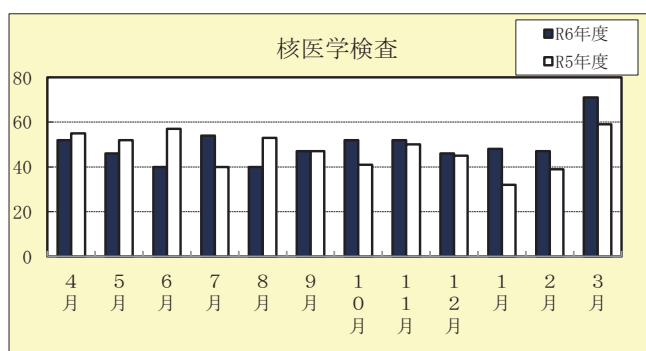
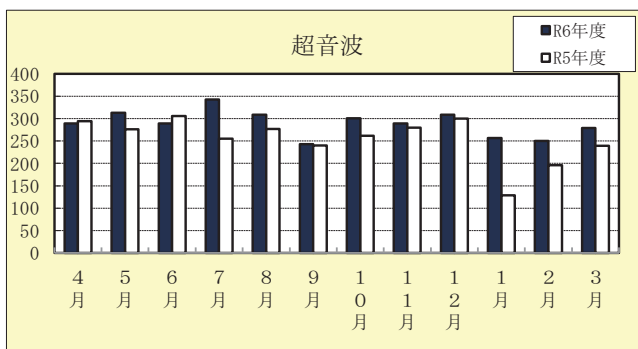
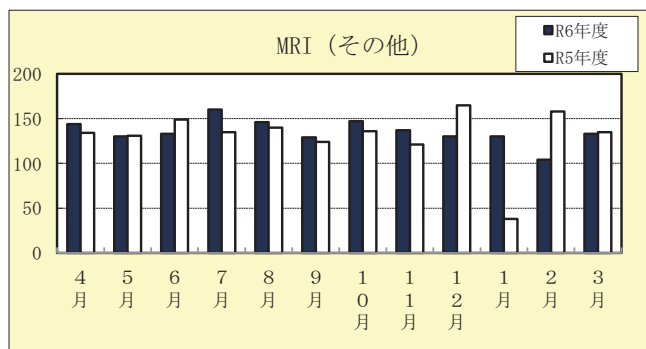
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	129	119	180	91	73	103	206	245	147	141	141	188	1,763
R5年度	60	57	104	177	119	55	63	104	150	105	70	36	1,100
比較	69	62	76	▲86	▲46	48	143	141	▲3	36	71	152	663

◇ 画像管理

(件)

	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
R6年度	288	410	336	337	327	308	358	348	341	334	278	346	4,011
R5年度	320	342	309	331	342	297	308	286	334	314	298	323	3,804
比較	▲32	68	27	6	▲15	11	50	62	7	20	▲20	23	207

放射線部



内 視 鏡 件 数

◇ 上部消化管(一般)

(件)

	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
R6年度	267	323	333	385	363	351	395	351	320	287	273	256	3,904
R5年度	312	316	329	326	304	323	359	356	337	88	284	237	3,571
比較	▲45	7	4	59	59	28	36	▲5	▲17	199	▲11	19	333

◇ 上部消化管(治療)

(件)

	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
R6年度	19	34	24	22	22	24	38	27	17	25	26	31	309
R5年度	32	24	17	10	13	12	17	25	30	14	25	23	242
比較	▲13	10	7	12	9	12	21	2	▲13	11	1	8	67

◆ 上部消化管(小計)

(件)

	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
R6年度	286	357	357	407	385	375	433	378	337	312	299	287	4,213
R5年度	344	340	346	336	317	335	376	381	367	102	309	260	3,813
比較	▲58	17	11	71	68	40	57	▲3	▲30	210	▲10	27	400

◇ 下部消化管(一般)

(件)

	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
R6年度	85	75	75	82	70	77	77	82	97	76	56	68	920
R5年度	66	79	68	66	73	74	79	67	94	26	67	57	816
比較	19	▲4	7	16	▲3	3	▲2	15	3	50	▲11	11	104

◇ 下部消化管(治療)

(件)

	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
R6年度	26	24	21	40	33	30	32	31	47	35	25	26	370
R5年度	32	35	30	23	42	17	38	27	34	14	22	24	338
比較	▲6	▲11	▲9	17	▲9	13	▲6	4	13	21	3	2	32

◆ 下部消化管(小計)

(件)

	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
R6年度	111	99	96	122	103	107	109	113	144	111	81	94	1,290
R5年度	98	114	98	89	115	91	117	94	128	40	89	81	1,154
比較	13	▲15	▲2	33	▲12	16	▲8	19	16	71	▲8	13	136

◆ 消化管(合計)

(件)

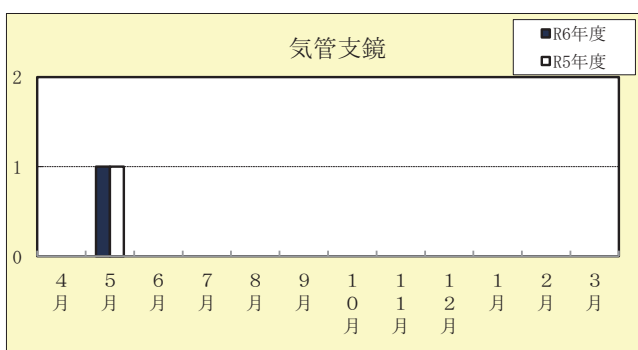
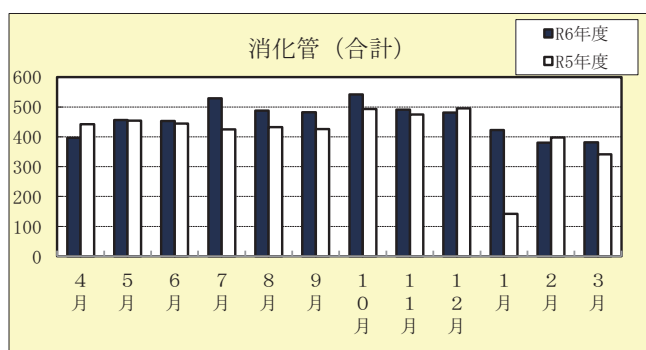
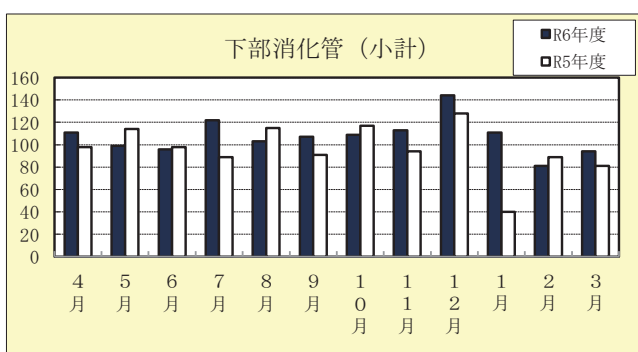
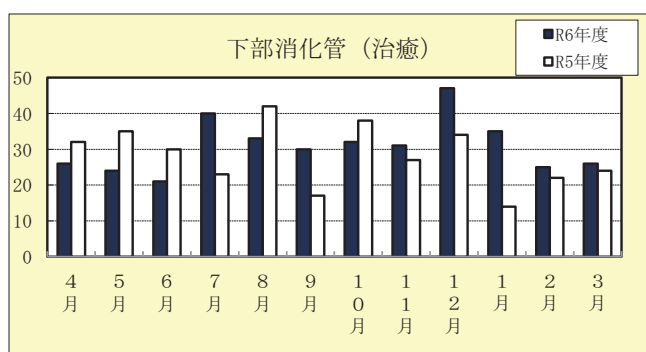
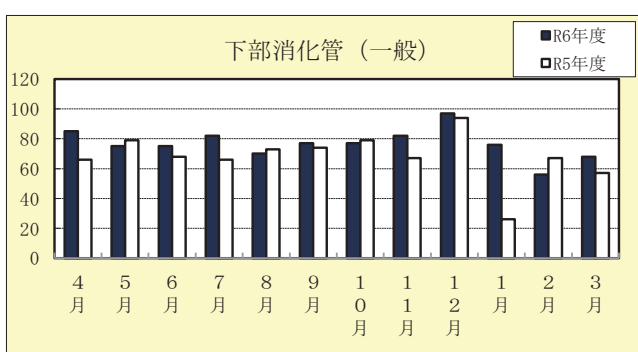
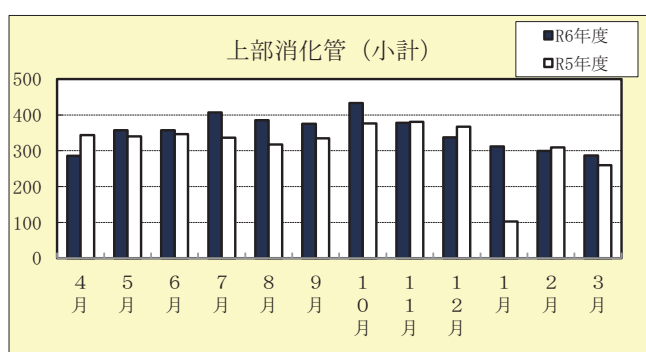
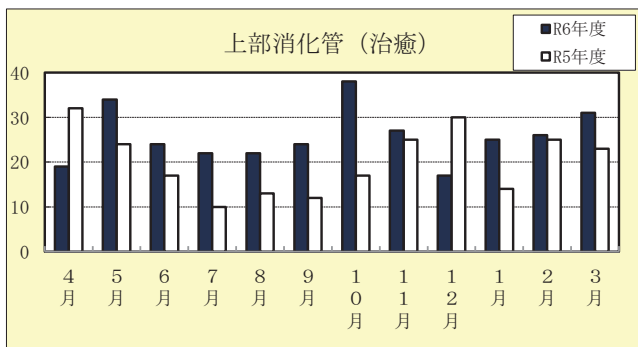
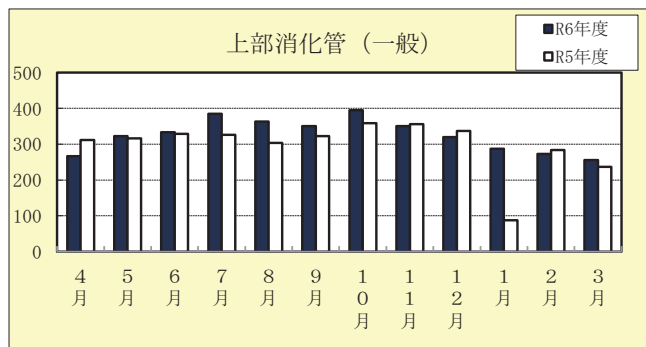
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	397	456	453	529	488	482	542	491	481	423	380	381	5,503
R5年度	442	454	444	425	432	426	493	475	495	142	398	341	4,967
比較	▲45	2	9	104	56	56	49	16	▲14	281	▲18	40	536

◇ 気管支鏡

(件)

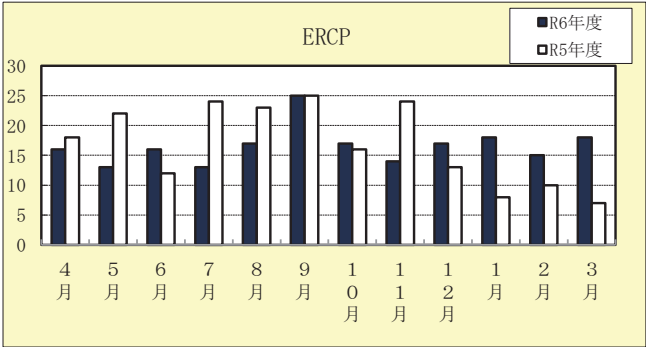
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
R5年度	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
比較	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

内視鏡部



◇ ERCP (件)

	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
R6年度	16	13	16	13	17	25	17	14	17	18	15	18	199
R5年度	18	22	12	24	23	25	16	24	13	8	10	7	202
比較	▲2	▲9	4	▲11	▲6	0	1	▲10	4	10	5	11	▲3



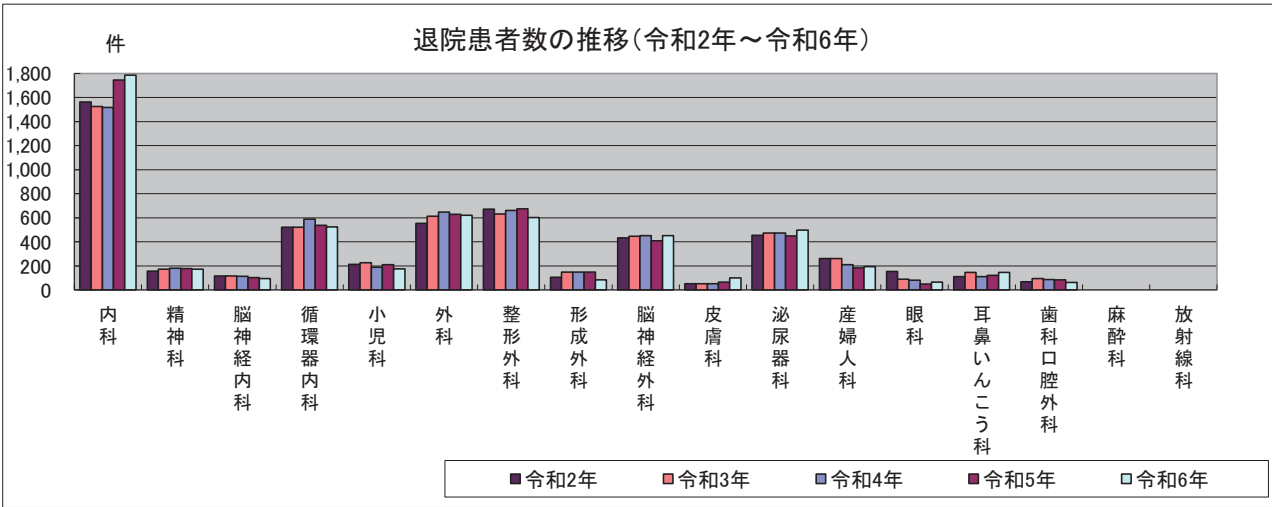
退院患者医療行為概要

項 目		平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	計算方法
病 床 数	床	434	434	434	434	434	434	434	434	434	
総 退 院 患 者 数	人	6,304	6,257	6,048	6,063	5,432	5,509	5,506	5,581	5,571	各診療科で集計した患者数 (延べ人数)
実 退 院 患 者 数	人	6,115	6,056	5,851	5,859	5,250	5,332	5,282	5,409	5,407	最終退院診療科で集計した患者数 (実人数)
平 均 在 院 日 数	日	一般 18.1 精神 81.0	一般 17.6 精神 120.8	一般 17.5 精神 133.2	一般 17.1 精神 125.4	一般 17.8 精神 82.4	一般 16.7 精神 74.0	一般 17.4 精神 71.0	一般 16.7 精神 62.4	一般 15.9 精神 64.3	$\frac{\text{総退院患者の入院延日数}}{\text{総退院患者数}}$
死 亡 患 者 数	人	346	307	270	295	291	294	287	310	280	48時間以内死亡+その他死亡
死 亡 患 者 の 平 均 在 院 日 数	日	43.7	30.5	35.4	31.6	40.0	30.4	31.0	29.3	24.6	
48 時 間 以 内 死 亡	人	58	57	48	50	58	68	54	54	61	
術 後 48 時 間 以 内 死 亡	人	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
術 後 10 日 以 内 死 亡	人	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
術 後 30 日 以 内 死 亡	人	11	—	—	—	—	—	—	—	—	
入 院 48 時 間 以 超 死 亡	人	288	250	222	245	233	226	233	256	219	
粗 死 亡 率	%	5.7%	5.1%	4.6%	5.0%	5.5%	5.5%	5.4%	5.7%	5.2%	$\frac{\text{死亡患者数} \times 100}{\text{実退院患者数}}$
精 死 亡 率	%	4.7%	4.1%	3.8%	4.2%	4.4%	4.2%	4.4%	4.7%	4.1%	$\frac{\text{入院48時間超死亡数} \times 100}{\text{実退院患者数}}$
剖 検 数	件	10	—	10	10	12	—	—	—	—	
剖 検 率	%	2.9%	2.0%	3.7%	3.4%	4.1%	1.7%	2.4%	0.6%	0.4%	$\frac{\text{剖検数} \times 100}{\text{死亡患者数}}$
紹 介 入 院 率	%	20.9%	21.2%	22.2%	25.1%	26.6%	23.3%	21.1%	17.1%	22.6%	$\frac{\text{紹介入院患者数} \times 100}{\text{実退院患者数}}$
救 急 入 院 率	%	62.6%	64.1%	65.2%	67.6%	65.4%	63.1%	61.2%	55.6%	64.3%	$\frac{\text{予定以外の入院患者数} \times 100}{\text{実退院患者数}}$
対 診 件 数 (患 者 数)	件	1,862	1,753	1,709	1,776	1,697	1,796	1,606	1,840	2,223	
対 診 率	%	29.5%	28.0%	28.3%	29.3%	31.2%	32.6%	29.2%	33.0%	39.9%	$\frac{\text{対診件数} \times 100}{\text{総退院患者数}}$
分 娩 数	件	190	194	193	176	153	144	103	114	102	
帝 王 切 開 分 娩 数	件	37	53	36	39	28	42	24	23	35	
帝 王 切 開 分 娩 率	%	19.5%	27.3%	18.7%	22.2%	18.3%	29.2%	23.3%	20.2%	34.3%	$\frac{\text{帝王切開分娩数} \times 100}{\text{分娩数}}$
妊 産 婦 死 亡 率	%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	$\frac{\text{妊産婦死亡数} \times 100}{\text{出生数}}$
新 生 児 死 亡 率	%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	$\frac{\text{新生児死亡数} \times 100}{\text{出生数}}$

※件数10未満は、「—」で表示してあります

退院患者数の推移（総数）

	内科	精神科	脳神経内科	循環器内科	小児科	外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻いんこう科	歯科口腔外科	麻酔科	放射線科	計
令和2年	1,564	157	115	522	213	554	671	106	433	52	454	262	152	109	68	0	0	5,432
令和3年	1,526	172	116	520	226	613	630	147	445	50	474	261	89	146	94	0	0	5,509
令和4年	1,518	180	114	589	188	648	660	147	452	50	474	210	80	111	85	0	0	5,506
令和5年	1,745	178	101	538	211	628	673	149	408	66	449	183	48	121	83	0	0	5,581
令和6年	1,786	171	95	524	174	620	603	83	452	100	498	193	64	146	62	0	0	5,571
計	8,139	858	541	2,693	1,012	3,063	3,237	632	2,190	318	2,349	1,109	433	633	392	0	0	27,599



※疾病分類及び集計方法について
・令和2年1月1日～令和6年12月31日に退院した患者を対象とした。
・疾病分類はICD-10に準じ医師退院要約より主病名を集計(疑い病名を含む)。
・実数(最終退院診療科で集計した患者数)
・総数(各診療科で集計した患者数)

疾病分類別・診療科別・退院患者数（総数）

2024/01/01-2024/12/31

	総数	内科	精神	脳内	循環	小児	外科	整形
総数	5,571	1,786	171	95	524	174	620	603
I 感染症及び寄生虫症	164	94	—	—	—	24	—	—
II 新生物＜腫瘍＞	887	256	—	—	—	—	270	—
III 血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	46	32	—	—	—	—	—	—
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	169	152	—	—	—	—	—	—
V 精神及び行動の障害	163	—	156	—	—	—	—	—
VI 神経系の疾患	162	15	14	39	—	—	—	—
VII 眼及び付属器の疾患	69	—	—	—	—	—	—	—
VIII 耳及び乳様突起の疾患	56	—	—	—	—	—	—	—
IX 循環器系の疾患	839	75	—	25	465	—	—	—
X 呼吸器系の疾患	545	371	—	—	27	50	14	—
X I 消化器系の疾患	687	371	—	—	—	—	264	—
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	82	—	—	—	—	—	—	—
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	214	16	—	—	—	10	—	172
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	468	211	—	—	—	—	—	—
X V 妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	128	—	—	—	—	—	—	—
X VI 周産期に発生した病態	26	—	—	—	—	26	—	—
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	—	—	—	—	—	—	—	—
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	62	—	—	—	—	20	12	—
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	649	38	—	—	10	14	32	405
X X I 健康状態に影響をおよぼす要因及び保健サービスの利用	—	—	—	—	—	—	—	—
X X II 特殊目的用コード	145	133	—	—	—	—	—	—

	形成	脳外	皮膚	泌尿	婦人	眼科	耳鼻	歯科
総数	83	452	100	498	193	64	146	62
I 感染症及び寄生虫症	—	—	24	—	—	—	—	—
II 新生物＜腫瘍＞	25	12	—	262	37	—	—	16
III 血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	—	—	—	—	—	—	—	—
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	—	—	—	—	—	—	—	—
V 精神及び行動の障害	—	—	—	—	—	—	—	—
VI 神経系の疾患	—	61	—	—	—	—	19	—
VII 眼及び付属器の疾患	—	—	—	—	—	63	—	—
VIII 耳及び乳様突起の疾患	—	—	—	—	—	—	46	—
IX 循環器系の疾患	—	270	—	—	—	—	—	—
X 呼吸器系の疾患	—	—	—	—	—	—	73	—
X I 消化器系の疾患	—	—	—	—	—	—	—	39
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	11	—	55	—	—	—	—	—
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	—	—	—	—	—	—	—	—
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	—	—	—	219	25	—	—	—
X V 妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	—	—	—	—	128	—	—	—
X VI 周産期に発生した病態	—	—	—	—	—	—	—	—
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	—	—	—	—	—	—	—	—
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	—	—	—	—	—	—	—	—
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	38	90	15	—	—	—	—	—
X X I 健康状態に影響をおよぼす要因及び保健サービスの利用	—	—	—	—	—	—	—	—
X X II 特殊目的用コード	—	—	—	—	—	—	—	—

※件数10未満については、「—」で表示してあります

疾病分類別・年齢別・退院患者数（実数）

2024/01/01-2024/12/31

	総数	平均年齢	0-28日	29日-11月	1-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-29歳	30-39歳
総数	5,407	69.9	29	17	72	47	48	35	126	169
I 感染症及び寄生虫症	158	61.9	—	—	10	—	—	—	—	—
II 新生物＜腫瘍＞	876	74.0	—	—	—	—	—	—	—	—
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	45	72.8	—	—	—	—	—	—	—	—
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	160	75.0	—	—	—	—	—	—	—	—
V 精神及び行動の障害	154	62.0	—	—	—	—	—	—	—	17
VI 神経系の疾患	156	70.0	—	—	—	—	—	—	—	—
VII 眼及び付属器の疾患	69	75.4	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII 耳及び乳様突起の疾患	56	58.3	—	—	—	—	—	—	—	—
IX 循環器系の疾患	805	78.2	—	—	—	—	—	—	—	—
X 呼吸器系の疾患	534	69.5	—	—	24	—	—	—	22	10
X I 消化器系の疾患	667	69.2	—	—	—	—	—	—	24	14
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	76	62.3	—	—	—	—	—	—	—	—
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	211	67.7	—	—	—	—	—	—	—	—
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	451	71.4	—	—	—	—	—	—	—	15
X V 妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	128	31.9	—	—	—	—	—	—	40	80
X VI 周産期に発生した病態	26	0.0	26	—	—	—	—	—	—	—
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	—	30.5	—	—	—	—	—	—	—	—
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	60	50.8	—	—	14	—	—	—	—	—
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	623	68.7	—	—	—	14	10	12	14	12
X X I 健康状態に影響をおよぼす要因及び保健サービスの利用	—	73.3	—	—	—	—	—	—	—	—
X X II 特殊目的用コード	142	78.6	—	—	—	—	—	—	—	—

	40-49歳	50-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳-
総数	204	403	280	408	686	866	779	622	616
I 感染症及び寄生虫症	—	—	10	—	21	10	20	18	23
II 新生物＜腫瘍＞	13	55	44	95	176	206	157	84	33
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	—	—	—	—	—	10	—	—	—
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	—	10	14	—	18	24	30	16	30
V 精神及び行動の障害	18	18	14	16	14	25	12	—	—
VI 神経系の疾患	—	17	—	12	29	22	24	17	10
VII 眼及び付属器の疾患	—	—	—	—	14	19	—	13	—
VIII 耳及び乳様突起の疾患	—	11	—	—	—	10	—	—	—
IX 循環器系の疾患	15	52	31	58	92	133	153	132	136
X 呼吸器系の疾患	22	18	17	26	36	60	71	89	112
X I 消化器系の疾患	34	63	42	57	89	117	80	58	69
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	—	15	—	—	—	—	—	—	—
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	—	23	23	25	37	38	17	15	13
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	23	41	29	44	54	88	56	45	46
X V 妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X VI 周産期に発生した病態	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	—	—	—	—	—	—	10	—	—
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	31	51	34	38	74	80	86	74	84
X X I 健康状態に影響をおよぼす要因及び保健サービスの利用	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X X II 特殊目的用コード	—	—	—	—	10	15	35	32	27

※件数10未満については、「-」で表示してあります

疾病大分類別・診療圏別・退院患者数（実数）

2024/01/01-2024/12/31

	総数	七尾市												
			袖ヶ江地区	御祓地区	徳田地区	矢田郷地区	東湊地区	西湊地区	石崎地区	和倉地区	南大畚地区	北大畚地区	崎山地区	高階地区
総数	5,407	2,926	150	126	361	684	191	162	178	112	43	52	77	69
I 感染症及び寄生虫症	158	81	—	—	12	22	—	—	—	—	—	—	—	—
II 新生物＜腫瘍＞	876	504	27	27	53	120	28	27	32	14	—	—	17	—
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	45	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	160	95	—	—	13	22	—	10	—	—	—	—	—	—
V 精神及び行動の障害	154	75	—	—	12	21	—	—	—	—	—	—	—	—
VI 神経系の疾患	156	80	—	—	—	26	—	—	—	—	—	—	—	—
VII 眼及び付属器の疾患	69	44	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII 耳及び乳様突起の疾患	56	33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX 循環器系の疾患	805	427	28	14	55	99	43	28	20	—	—	—	18	—
X 呼吸器系の疾患	534	325	14	12	52	80	13	13	13	19	—	—	—	—
X I 消化器系の疾患	667	332	15	11	36	68	21	24	24	15	—	—	—	—
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	76	43	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	211	133	—	—	15	27	13	10	14	—	—	—	—	—
X IV 泌尿路生殖器系の疾患	451	254	18	12	34	63	22	—	15	10	—	—	—	—
X V 妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	128	50	—	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—
X VI 周産期に発生した病態	26	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	60	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	623	301	11	13	42	60	10	16	12	10	11	—	—	11
X X I 健康状態に影響をおよぼす要因及び保健サービスの利用	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X X II 特殊目的用コード	142	79	—	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—

	七尾市			中能登町				羽咋市	羽咋郡	輪島市	珠洲市	鳳珠郡	その他県内	県外	該当無し
	田鶴浜地区	中島地区	能登島地区	島屋地区	鹿島地区	鹿西地区									
総数	216	322	183	833	273	381	179	131	721	247	58	327	53	105	—
I 感染症及び寄生虫症	—	—	—	32	14	12	—	—	22	—	—	—	—	—	—
II 新生物＜腫瘍＞	43	61	32	133	37	80	16	22	116	31	11	54	—	—	—
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	—	—	—	23	13	—	—	—	21	—	—	—	—	—	—
V 精神及び行動の障害	—	—	—	24	15	—	—	—	17	11	—	13	—	—	—
VI 神経系の疾患	—	10	—	27	12	—	—	—	18	16	—	—	—	—	—
VII 眼及び付属器の疾患	—	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII 耳及び乳様突起の疾患	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX 循環器系の疾患	31	46	17	118	33	52	33	29	111	49	—	49	—	13	—
X 呼吸器系の疾患	23	31	28	97	25	51	21	16	53	13	—	15	—	—	—
X I 消化器系の疾患	22	42	24	84	19	41	24	13	111	33	12	68	—	10	—
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	—	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	—	16	—	26	—	13	—	—	27	—	—	—	—	—	—
X IV 泌尿路生殖器系の疾患	23	20	11	71	26	29	16	10	55	21	10	23	—	—	—
X V 妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	—	—	—	25	—	12	—	—	12	—	—	—	12	—	—
X VI 周産期に発生した病態	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	25	43	24	92	34	37	21	—	98	27	—	41	10	44	—
X X I 健康状態に影響をおよぼす要因及び保健サービスの利用	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X X II 特殊目的用コード	—	—	—	28	—	15	—	—	20	—	—	—	—	—	—

※件数10未満については、「-」で表示してあります

疾病分類別・科別・死亡病名数（実数）

2024/01/01-2024/12/31

	総数	死亡計	死亡率 (%)	内科	精神	脳内	循環	小児	外科	整形	形成	脳外	皮膚	泌尿	婦人	眼科	耳鼻	剖検
総数	5,407	280	5.2	156	-	-	37	-	33	-	-	26	-	-	-	-	-	-
I 感染症及び寄生虫症	158	11	7.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II 新生物<腫瘍>	877	79	9.0	41	-	-	-	-	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	154	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V 精神及び行動の障害	152	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI 神経系の疾患	154	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VII 眼及び付属器の疾患	69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII 耳及び乳突突起の疾患	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IX 循環器系の疾患	794	57	7.2	12	-	-	23	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-
X 呼吸器系の疾患	543	57	10.5	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X I 消化器系の疾患	664	13	2.0	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X IV 泌尿路生殖器系の疾患	452	13	2.9	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X V 妊娠、分娩及び産じょく<褥>	128	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X VI 周産期に発生した病態	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X VII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	77	18	23.4	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	620	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X X I 健康状態に影響をおよぼす要因及び保健サービスの利用	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X X II 特殊目的用コード	141	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

※件数10未満については、「-」で表示してあります

疾病分類別・年齢別・死亡病名数（実数）

2024/01/01-2024/12/31

	総数	死亡計	死亡率 (%)	平均 年齢	0-11 月	1-4 歳	5-9 歳	10- 14歳	15- 19歳	20- 29歳	30- 39歳	40- 49歳	50- 59歳	60- 64歳	65- 69歳	70- 74歳	75- 79歳	80- 84歳	85- 89歳	90 歳～	剖検
総数	5,407	280	5.2	81.7	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	11	32	40	49	57	72	—
I 感染症及び寄生虫症	158	11	7.0	81.9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II 新生物＜腫瘍＞	877	79	9.0	77.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	13	18	15	—	—
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	46	—	—	77.2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	154	—	—	78.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V 精神及び行動の障害	152	—	—	78.7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI 神経系の疾患	154	—	—	64.4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII 眼及び付属器の疾患	69	—	—	0.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII 耳及び乳様突起の疾患	56	—	—	0.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX 循環器系の疾患	794	57	7.2	84.7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	20	—
X 呼吸器系の疾患	543	57	10.5	85.4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	18	—
X I 消化器系の疾患	664	13	2.0	81.3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	76	—	—	0.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	210	—	—	0.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	452	13	2.9	88.8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X V 妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	128	—	—	0.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X VI 周産期に発生した病態	26	—	—	0.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	—	—	—	0.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	77	18	23.4	86.7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	620	—	—	64.9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X X I 健康状態に影響をおよぼす要因及び保健サービスの利用	—	—	—	0.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X X II 特殊目的用コード	141	—	—	90.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

※件数10未満については、「—」で表示してあります

悪性新生物の部位別・科別・退院患者数（総数）

2024/01/01-2024/12/31

	総数	内科	脳内	循環	小児	外科	整形	形成	脳外	皮膚	泌尿	婦人	耳鼻	歯科
総数	813	241	—	—	—	267	—	—	10	—	257	19	—	10
002 舌のその他及び部位不明の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
003 歯肉の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
006 その他及び部位不明の口腔の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
015 食道の悪性新生物<腫瘍>	29	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
016 胃の悪性新生物<腫瘍>	119	69	—	—	—	50	—	—	—	—	—	—	—	—
017 小腸の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
018 結腸の悪性新生物<腫瘍>	124	30	—	—	—	94	—	—	—	—	—	—	—	—
019 直腸S状結腸移行部の悪性新生物<腫瘍>	26	—	—	—	—	26	—	—	—	—	—	—	—	—
020 直腸の悪性新生物<腫瘍>	64	11	—	—	—	52	—	—	—	—	—	—	—	—
022 肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>	42	42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
023 胆のう<嚢>の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
024 その他及び部位不明の胆道の悪性新生物<腫瘍>	15	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
025 膵の悪性新生物<腫瘍>	36	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
031 副鼻腔の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
032 喉頭の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
034 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	17	—	—	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—
041 その他及び部位不明の骨及び関節軟骨の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
043 皮膚の悪性黒色腫	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
044 皮膚のその他の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
048 後腹膜及び腹膜の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
050 乳房の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
053 子宮頸部の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
054 子宮体部の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
056 卵巣の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
060 陰茎の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
061 前立腺の悪性新生物<腫瘍>	130	—	—	—	—	—	—	—	—	—	130	—	—	—
062 精巣<睾丸>の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
064 腎盂を除く腎の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
065 腎盂の悪性新生物<腫瘍>	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—
066 尿管の悪性新生物<腫瘍>	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—
067 膀胱の悪性新生物<腫瘍>	82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	80	—	—	—
071 脳の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
077 リンパ節の続発性及び部位不明の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
078 呼吸器及び消化器の続発性悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
079 その他の部位及び部位不明の続発性悪性新生物<腫瘍>	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
080 悪性新生物<腫瘍>、部位が明示されていないもの	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
082 ろくさ<癌性リンパ腫>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
085 非ホジキン(non-Hodgkin)リンパ腫のその他及び詳細不明の型	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
088 悪性免疫増殖性疾患	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
006 子宮頸(部)の上皮内癌	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

※件数10未満については、「-」で表示してあります

診療情報管理室

悪性新生物の部位別・診療圏別・退院患者数（総数）

2024/01/01-2024/12/31

	総 数	七尾市																中能登町			羽 昨 市	羽 昨 郡	輪 島 市	珠 洲 市	鳳 珠 郡	そ の 他 県 内	県 外	
		袖ヶ 江地区	御 祓地区	徳 田地区	矢 田郷地区	東 湊地区	西 湊地区	石 崎地区	和 倉地区	南 大呑地区	北 大呑地区	崎 山地区	高 階地区	田 鶴浜地区	中 島地区	能 登島地区	鳥 屋地区	鹿 島地区	鹿 西地区									
総計	813	472	28	24	47	111	26	26	28	12	—	—	19	—	44	56	29	124	37	73	14	19	108	29	—	47	—	—
口唇、口腔及び咽頭の悪性新生物＜腫瘍＞	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
消化器の悪性新生物＜腫瘍＞	464	284	13	13	25	75	21	16	13	—	—	—	14	—	21	24	26	82	24	54	—	11	57	—	—	22	—	—
呼吸器及び胸腔内臓の悪性新生物＜腫瘍＞	20	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
骨及び関節軟の悪性新生物＜腫瘍＞	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
皮膚の悪性新生物＜腫瘍＞	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
中皮及び軟部組織の悪性新生物＜腫瘍＞	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
女性生殖器の悪新物＜腫瘍＞	17	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
男性生殖器の悪新物＜腫瘍＞	133	60	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	17	—	—	—	—	23	11	—	13	—	—
腎尿路の悪性新生物＜腫瘍＞	119	63	—	—	—	12	—	—	10	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	21	—	—	10	—	—
眼、脳及び中枢神経系のその他の部位の悪性新生物＜腫瘍＞	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
部位不明確、続発部位及び部位不明の悪性新生物＜腫瘍＞	27	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
原発と記載された又は推定されたリンパ組織、造血組織及び関連組織の悪性新生物 ＜腫瘍＞	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
上皮内新生物＜腫瘍＞	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

※件数10未満については、「—」で表示してあります。

悪性新生物の部位別・年齢別 退院患者数（総数）死亡数（実数）

2024/01/01-2024/12/31

	総数	平均年齢	0-9歳	10-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳-	死亡計
総計	813	75.2	-	-	-	-	-	44	36	90	171	197	151	85	32	78
口唇、口腔及び咽頭の悪性新生物＜腫瘍＞	-	81.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
消化器の悪性新生物＜腫瘍＞	464	75.4	-	-	-	-	-	30	10	49	113	106	78	51	24	52
呼吸器及び胸腔内臓の悪性新生物＜腫瘍＞	20	74.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
骨及び関節軟の悪性新生物＜腫瘍＞	-	88.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
皮膚の悪性新生物＜腫瘍＞	-	74.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
中皮及び軟部組織の悪性新生物＜腫瘍＞	-	76.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞	-	72.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
女性生殖器の悪新物＜腫瘍＞	17	68.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
男性生殖器の悪新物＜腫瘍＞	133	73.7	-	-	-	-	-	-	12	17	25	49	18	-	-	-
腎尿路の悪性新生物＜腫瘍＞	119	77.1	-	-	-	-	-	-	-	-	18	29	34	15	-	-
眼、脳及び中枢神経系のその他の部位の悪性新生物＜腫瘍＞	-	81.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
部位不明確、続発部位及び部位不明の悪性新生物＜腫瘍＞	27	74.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
原発と記載された又は推定されたリンパ組織、造血組織及び関連組織の悪性新生物＜腫瘍＞	-	77.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
上皮内新生物＜腫瘍＞	-	69.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

※件数10未満については、「-」で表示してあります

診療科別・手術数（総数）

2024/01/01-2024/12/31

	総数	内科	精神	脳内	循環	小児	外科	整形	形成	脳外	皮膚	泌尿	婦人	眼科	耳鼻	歯科
総計	1,808	309	—	—	114	—	249	347	62	152	—	259	83	61	127	31
I 皮膚・皮下組織	59	—	—	—	—	—	—	—	31	—	—	—	—	—	—	—
II 筋骨格系・四肢・体幹	356	—	—	—	—	—	—	335	19	—	—	—	—	—	—	—
III 神経系・頭蓋	133	—	—	—	—	—	—	—	—	131	—	—	—	—	—	—
IV 眼	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	61	—	—
V 耳鼻咽喉	140	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	127	—
VI 顔面・口腔・頸部	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31
VII 胸部	24	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII 心・脈管	149	41	—	—	104	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IX 腹部	505	239	—	—	—	—	241	—	—	12	—	—	—	—	—	—
X 尿路系・副腎	193	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	191	—	—	—	—
X I 性器	152	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	68	83	—	—	—

※入院中他科手術を含む

※件数10未満については、「—」で表示してあります

※令和4年よりKコード分類で集計

年齢別・手術数（総数）

2024/01/01-2024/12/31

	総数	0～ 11月	1-4歳	5-9歳	10-14 歳	15-19 歳	20-29 歳	30-39 歳	40-49 歳	50-59 歳	60-64 歳	65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85-89 歳	90歳～
総数	1,808	—	—	18	15	14	43	69	90	158	126	164	249	337	245	158	119
I 皮膚・皮下組織	59	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II 筋骨格系・四肢・体幹	356	—	—	—	—	—	—	—	17	32	24	31	56	62	39	33	34
III 神経系・頭蓋	133	—	—	—	—	—	—	—	—	19	10	—	18	21	24	16	—
IV 眼	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	18	—	11	—
V 耳鼻咽喉	140	—	—	—	—	—	11	12	20	18	20	13	12	—	10	—	—
VI 顔面・口腔・頸部	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII 胸部	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII 心・脈管	149	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	15	22	28	26	23	11
IX 腹部	505	—	—	—	—	—	—	—	—	40	23	48	81	113	82	52	43
X 尿路系・副腎	193	—	—	—	—	—	—	—	14	13	13	22	23	40	35	13	14
X I 性器	152	—	—	—	—	—	12	37	10	11	12	17	12	32	—	—	—

※入院中他科手術を含む
※件数10未満については「—」で表示してあります
※令和4年よりKコード分類で集計

科別上位疾病と退院件数

内科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	J69	固形物及び液状物による肺炎	114	102	76	119	156
2	U07	コロナウイルス感染症	18	128	160	136	133
3	J18	肺炎、病原体不詳	140	114	78	105	110
4	K80	胆石症	101	127	114	126	103
5	N18	慢性腎臓病	41	38	31	36	90
6	C16	胃の悪性新生物＜腫瘍＞	43	35	54	52	69
7	N39	尿路系のその他の障害	41	38	47	54	58
8	E86	体液量減少(症)	26	32	35	42	55
9	E11	2型＜インスリン非依存性＞糖尿病＜NIDDM＞	45	28	45	39	48
10	C22	肝及び肝内胆管の悪性新生物＜腫瘍＞	15	27	22	32	42

脳神経内科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	I63	脳梗塞	33	20	23	17	18
2	I61	脳内出血	—	—	—	—	—
3	G93	脳のその他の障害	—	—	—	—	—
4	G40	てんかん	—	14	12	17	—
4	G20	パーキンソン＜Parkinson＞病	—	10	—	—	—
6	J69	固形物及び液状物による肺炎	—	—	—	—	—
6	G71	原発性筋障害	—	—	—	—	—
6	A86	詳細不明のウイルス(性)脳炎	—	—	—	—	—
9	G35	多発性硬化症	—	—	—	—	—
9	G04	脳炎、脊髄炎及び脳脊髄炎	—	—	—	—	—

循環器内科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	I50	心不全	177	183	209	204	196
2	I20	狭心症	78	85	109	82	87
3	I21	急性心筋梗塞	39	44	46	42	38
4	I70	アテローム＜じゅく＜粥＞状＞硬化(症)	17	19	26	26	27
5	I48	心房細動及び粗動	11	14	10	—	23
5	I44	房室ブロック及び左脚ブロック	11	13	17	25	19
7	J18	肺炎、病原体不詳	26	17	12	10	12
8	I25	慢性虚血性心疾患	21	13	10	—	11
9	I49	その他の不整脈	—	17	17	13	11
9	I71	大動脈瘤及び解離	—	10	14	12	10

小児科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	R56	けいれん＜痙攣＞、他に分類されないもの	14	19	28	25	16
1	J21	急性細気管支炎	—	12	—	26	13
3	P59	その他及び詳細不明の原因による新生児黄疸	13	16	—	10	12
4	J18	肺炎、病原体不詳	—	—	—	—	12
5	T78	有害作用、他に分類されないもの	18	—	10	—	10
6	M30	結節性多発(性)動脈炎及び関連病態	—	—	—	—	—
7	J46	喘息発作重積状態	—	—	—	—	—
8	J20	急性気管支炎	—	—	11	—	—
8	B34	部位不明のウイルス感染症	—	27	—	11	—
10	J45	喘息	—	—	—	—	—

外科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	C18	結腸の悪性新生物＜腫瘍＞	71	76	99	90	94
2	K56	麻痺性イレウス及び腸閉塞、ヘルニアを伴わないもの	50	49	55	38	55
3	C20	直腸の悪性新生物＜腫瘍＞	37	63	75	100	52
4	K35	急性虫垂炎	27	33	35	43	52
4	C16	胃の悪性新生物＜腫瘍＞	54	71	59	51	50
6	K40	そけい＜鼠径＞ヘルニア	47	62	55	57	47
6	K80	胆石症	38	41	29	43	47
8	C19	直腸S状結腸移行部の悪性新生物＜腫瘍＞	—	20	35	19	26
9	C34	気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	26	20	33	16	16
10	K81	胆のう＜嚢＞炎	—	16	—	10	13

整形外科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	S72	大腿骨骨折	108	91	110	123	101
2	S32	腰椎及び骨盤の骨折	88	66	80	71	80
3	S52	前腕の骨折	61	75	54	76	56
4	M51	その他の椎間板障害	29	20	36	35	44
5	S42	肩及び上腕の骨折	43	42	46	49	44
6	S82	下腿の骨折、足首を含む	54	41	53	44	42
7	M48	その他の脊椎障害	38	37	38	28	36
8	S22	肋骨、胸骨及び胸椎骨折	30	40	27	25	25
9	M17	膝関節症[膝の関節症]	41	35	30	35	25
10	M16	股関節症[股関節部の関節症]	19	—	13	12	16

科別上位疾病と退院件数

脳神経外科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	I63	脳梗塞	159	161	170	163	162
2	S06	頭蓋内損傷	63	56	60	68	80
3	I61	脳内出血	62	82	61	50	72
4	G40	てんかん	22	23	23	15	21
5	I60	くも膜下出血	28	21	14	20	18
6	G41	てんかん重症(状態)	—	—	—	—	14
6	G45	一過性脳虚血発作及び関連症候群	—	—	—	—	10
8	G91	水頭症	—	—	11	10	—
9	G79	その他の部位及び部位不明の続発性悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—
10	I65	脳実質外動脈(脳底動脈、頸動脈、椎骨動脈)の閉塞及び狭窄、脳梗塞に至らなかったもの	15	15	—	11	—

皮膚科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	L03	蜂巣炎<蜂窩織炎>	19	16	13	25	34
2	B02	帯状疱疹[帯状ヘルペス]	—	—	—	—	17
2	T63	有毒動物との接触による毒作用	—	—	—	—	—
4	T78	有害作用、他に分類されないもの	—	—	—	—	—
5	A46	丹毒	—	—	—	—	—
6	L74	エクリン汗腺の障害	—	—	—	—	—
7	L63	円形脱毛症	—	—	—	—	—
7	L27	摂取物質による皮膚炎	—	—	—	—	—
7	L52	結節性紅斑	—	—	—	—	—
7	L12	類天疱瘡	—	—	—	—	—

泌尿器科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	C61	前立腺の悪性新生物<腫瘍>	38	48	114	107	130
2	N20	腎結石及び尿管結石	61	71	74	108	90
3	C67	膀胱の悪性新生物<腫瘍>	73	68	55	63	80
4	N40	前立腺肥大(症)	17	20	26	33	38
5	N10	急性尿細管間質性腎炎	15	16	10	21	23
6	C66	尿管の悪性新生物<腫瘍>	—	13	10	—	14
7	C65	腎盂の悪性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	14
7	N21	下部尿路結石	—	—	11	10	13
9	N41	前立腺の炎症性疾患	12	16	10	—	—
9	N31	神経因性膀胱(機能障害)、他に分類されないもの	—	—	—	—	—

産婦人科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	O80	単胎自然分娩	113	92	53	78	65
2	O34	既知の母体骨盤臓器の異常又はその疑いのための母体ケア	10	16	11	10	13
3	O68	胎児ストレス[仮死<ジストレス>]を合併する分娩	—	—	—	—	11
4	D25	子宮平滑筋腫	—	16	20	—	—
5	N87	子宮頸(部)の異形成	—	—	—	—	—
6	C56	卵巣の悪性新生物<腫瘍>	17	19	16	—	—
7	D27	卵巣の良性新生物<腫瘍>	—	—	—	—	—
8	N81	女性性器脱	—	—	—	—	—
9	O20	妊娠早期の出血	—	—	—	—	—
10	O82	帝王切開による単胎分娩	—	14	—	—	—

眼科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	H25	老人性白内障	135	86	78	47	63
2	E05	甲状腺中毒症[甲状腺機能亢進症]	—	—	—	—	—

耳鼻いんこう科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	J32	慢性副鼻腔炎	12	10	15	19	41
2	H66	化膿性及び詳細不明の中耳炎	—	—	—	—	18
2	G47	睡眠障害	—	21	16	19	12
4	H91	その他の難聴	—	—	—	—	—
5	H81	前庭機能障害	—	19	16	10	—
6	J36	扁桃周囲膿瘍	15	22	20	—	—
7	J35	扁桃及びアデノイドの慢性疾患	—	—	—	—	—
8	J03	急性扁桃炎	—	—	—	10	—
9	H65	非化膿性中耳炎	—	—	—	—	—
9	J34	鼻及び副鼻腔のその他の障害	—	—	—	—	—

科別上位疾病と退院件数

形成外科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	D17	良性脂肪細胞性新生物＜腫瘍＞ （脂肪腫を含む）	—	—	—	—	13
2	S02	頭蓋骨及び顔面骨の骨折	—	11	15	13	—
3	C44	皮膚のその他の悪性新生物＜腫瘍＞	19	15	17	11	—
4	S62	手首及び手の骨折	—	—	—	—	—
5	M72	線維芽細胞性障害	—	—	—	—	—
5	H02	眼瞼のその他の障害	—	10	16	18	—
7	D23	皮膚のその他の良性新生物＜腫瘍＞	—	—	—	—	—
7	L89	じょくく褥瘡性潰瘍及び圧迫領域	—	—	—	—	—
9	S66	手首及び手の筋及び腱の損傷	—	—	—	—	—
10	S01	頭部の開放創	—	—	—	—	—

歯科口腔外科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	K01	埋伏歯	15	19	13	11	12
2	K07	歯顎顔面（先天）異常[不正咬合を含む]	17	30	19	25	—
3	K09	口腔部のうく囊＞胞、他に分類されないもの	—	—	—	—	—
4	K06	歯肉及び無歯顎堤のその他の障害	—	—	—	—	—
5	C02	舌のその他及び部位不明の悪性新生物＜腫瘍＞	—	—	—	—	—
5	L03	蜂巣炎＜蜂窩織炎＞	—	—	—	—	—
7	K10	顎骨のその他の疾患	—	—	10	—	—
7	Q38	舌、口（腔）及び咽頭のその他の先天奇形	—	—	—	—	—
9	D48	その他及び部位不明の性状不詳又は不明の新生物＜腫瘍＞	—	—	—	—	—
9	K05	歯肉炎及び歯周疾患	—	—	—	—	—

精神科

			R02	R03	R04	R05	R06
1	F20	統合失調症	51	43	46	47	34
2	F31	双極性感情障害＜躁うつ病＞	24	19	21	20	33
3	F32	うつ病エピソード	26	30	36	26	25
4	F00	アルツハイマー＜Alzheimer＞病の認知症（G30. ー†）	17	45	23	13	13
5	G30	アルツハイマー＜Alzheimer＞病	—	—	—	20	—
6	F01	血管性認知症	—	—	—	—	—
7	F10	アルコール使用＜飲酒＞による精神及び行動の障害	—	—	—	—	—
8	F02	他に分類されるその他の疾患の認知症	—	—	10	—	—
9	F03	詳細不明の認知症	—	—	—	—	—
9	F43	重度ストレスへの反応及び適応障害	—	—	—	—	—

※件数10未満については、「-」で表示してあります

※科別上位疾病の年別推移は

令和6年の上位疾病を基に作成しました。

手術各科実績

◇ 内科

(件)

	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
R6年度	49	51	59	70	65	65	69	58	72	66	54	53	731
R5年度	62	81	49	51	69	54	72	71	61	27	57	51	705
比較	▲13	▲30	10	19	▲4	11	▲3	▲13	11	39	▲3	2	26

◇ 循環器内科

(件)

	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
R6年度	9	21	14	17	22	10	21	14	17	13	19	17	194
R5年度	17	10	10	10	17	21	11	13	17	18	22	15	181
比較	▲8	11	4	7	5	▲11	10	1	0	▲5	▲3	2	13

◇ 小児科

(件)

	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
R6年度	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R5年度	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	4
比較	▲1	0	0	0	0	0	▲1	▲1	▲1	0	0	0	▲4

◇ 外科

(件)

	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
R6年度	35	34	28	29	39	45	37	45	32	38	31	43	436
R5年度	40	39	41	42	35	32	42	37	39	22	28	26	423
比較	▲5	▲5	▲13	▲13	4	13	▲5	8	▲7	16	3	17	13

◇ 整形外科

(件)

	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
R6年度	45	49	51	41	47	48	60	53	43	61	66	53	617
R5年度	50	52	41	60	64	64	77	65	61	39	43	51	667
比較	▲5	▲3	10	▲19	▲17	▲16	▲17	▲12	▲18	22	23	2	▲50

◇ 形成外科

(件)

	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
R6年度	52	69	67	77	80	89	65	45	66	64	50	59	783
R5年度	65	70	68	75	88	60	85	67	53	48	55	52	786
比較	▲13	▲1	▲1	2	▲8	29	▲20	▲22	13	16	▲5	7	▲3

◇ 美容外科

(件)

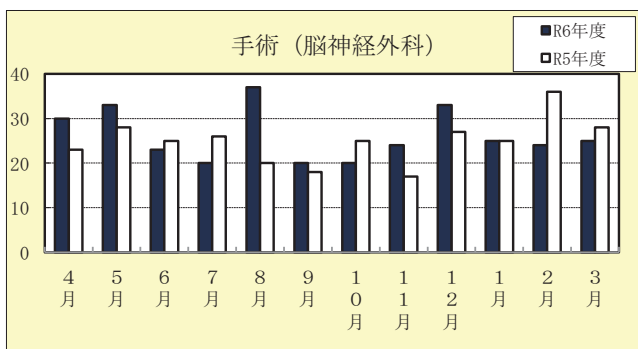
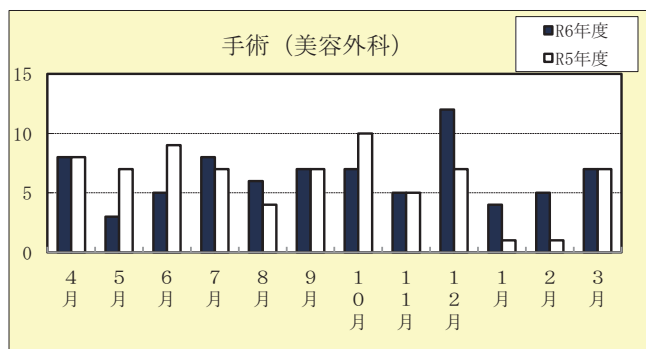
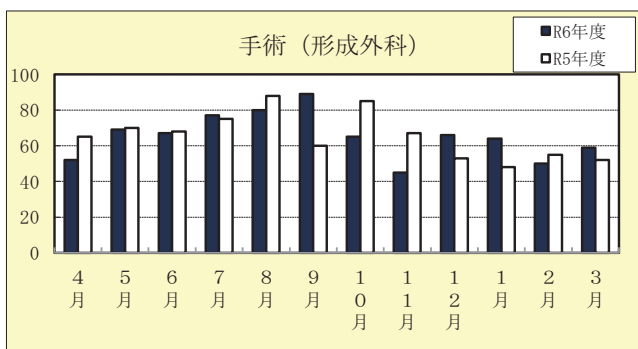
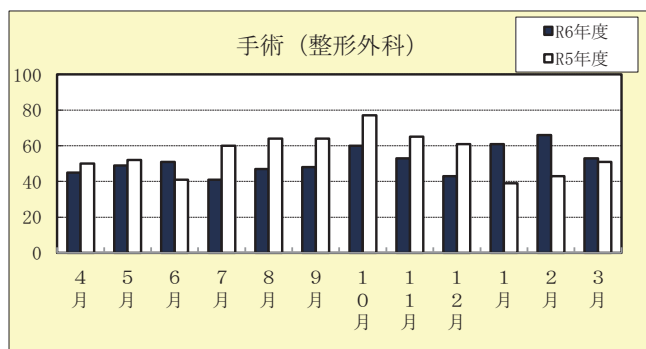
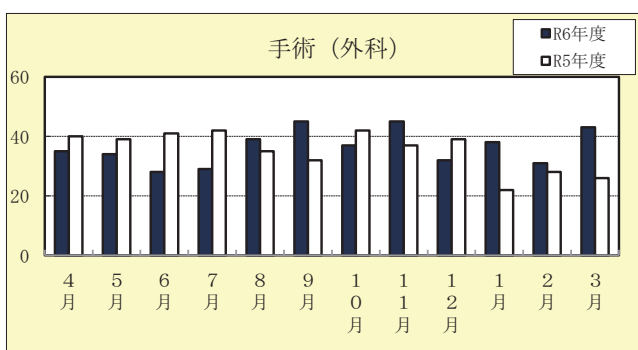
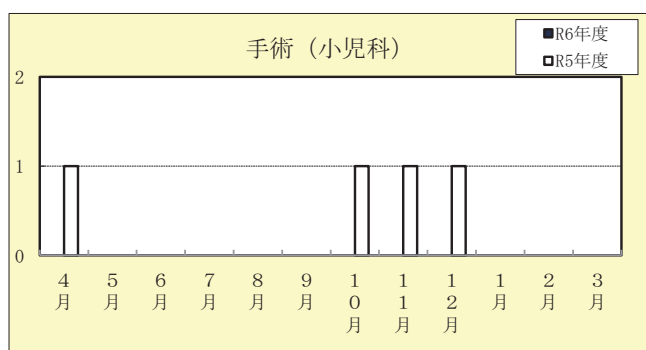
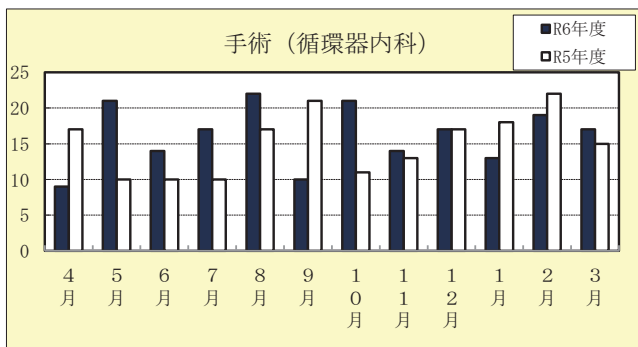
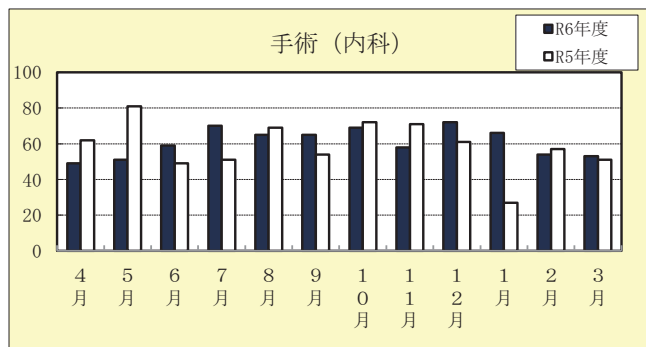
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	8	3	5	8	6	7	7	5	12	4	5	7	77
R5年度	8	7	9	7	4	7	10	5	7	1	1	7	73
比較	0	▲4	▲4	1	2	0	▲3	0	5	3	4	0	4

◇ 脳神経外科

(件)

	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
R6年度	30	33	23	20	37	20	20	24	33	25	24	25	314
R5年度	23	28	25	26	20	18	25	17	27	25	36	28	298
比較	7	5	▲2	▲6	17	2	▲5	7	6	0	▲12	▲3	16

手術各科



◇ 皮膚科

(件)

	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
R6年度	11	7	8	12	13	7	10	4	12	4	9	4	101
R5年度	7	5	6	6	9	11	5	9	7	10	6	6	87
比較	4	2	2	6	4	▲4	5	▲5	5	▲6	3	▲2	14

◇ 泌尿器科

(件)

	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
R6年度	33	33	31	33	28	28	31	31	43	38	42	35	406
R5年度	15	24	15	23	20	24	37	35	27	18	26	19	283
比較	18	9	16	10	8	4	▲6	▲4	16	20	16	16	123

◇ 産婦人科

(件)

	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
R6年度	10	8	8	16	17	14	18	20	18	16	12	15	172
R5年度	12	8	8	13	11	6	11	11	10	14	13	7	124
比較	▲2	0	0	3	6	8	7	9	8	2	▲1	8	48

◇ 眼科

(件)

	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
R6年度	5	3	8	23	22	28	31	22	21	27	26	21	237
R5年度	27	5	3	1	9	2	3	3	2	1	4	2	62
比較	▲22	▲2	5	22	13	26	28	19	19	26	22	19	175

◇ 耳鼻咽喉科

(件)

	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
R6年度	26	26	25	27	16	19	23	16	20	27	28	21	274
R5年度	15	11	15	14	11	13	14	20	11	4	15	20	163
比較	11	15	10	13	5	6	9	▲4	9	23	13	1	111

◇ 歯科口腔外科

(件)

	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
R6年度	125	144	132	159	121	138	147	137	110	137	115	158	1,623
R5年度	144	172	150	135	136	155	127	135	133	49	94	114	1,544
比較	▲19	▲28	▲18	24	▲15	▲17	20	2	▲23	88	21	44	79

◇ その他

(件)

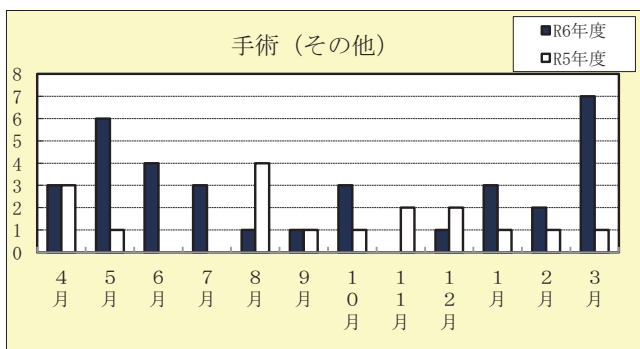
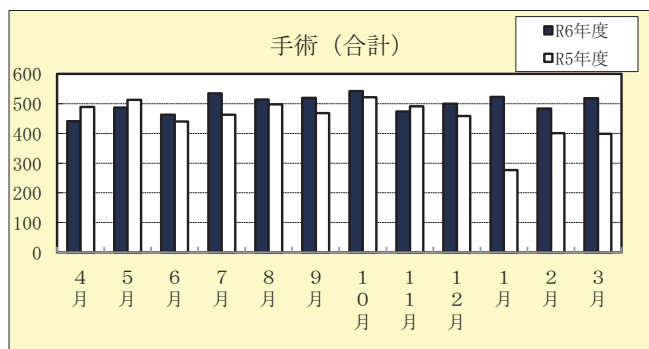
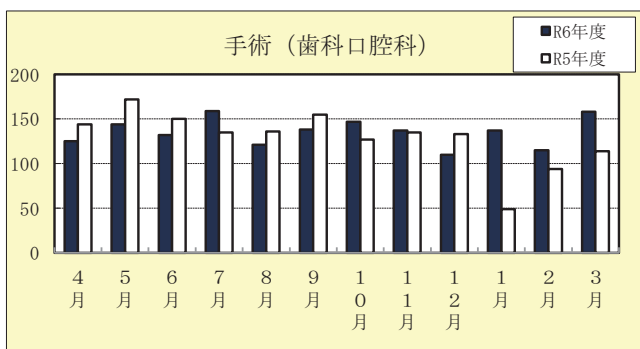
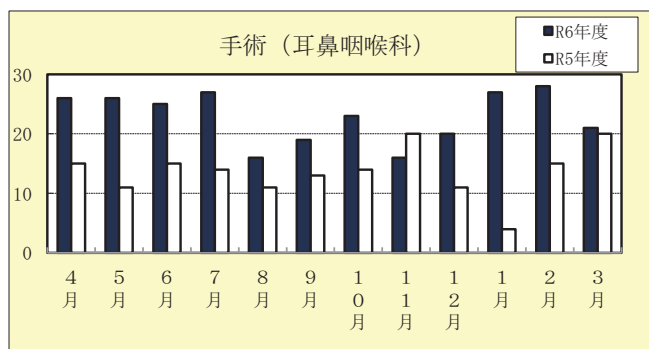
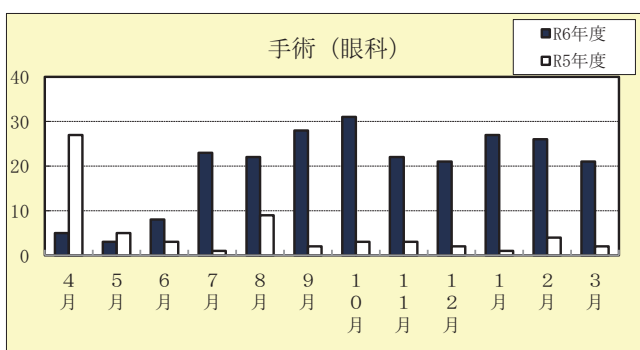
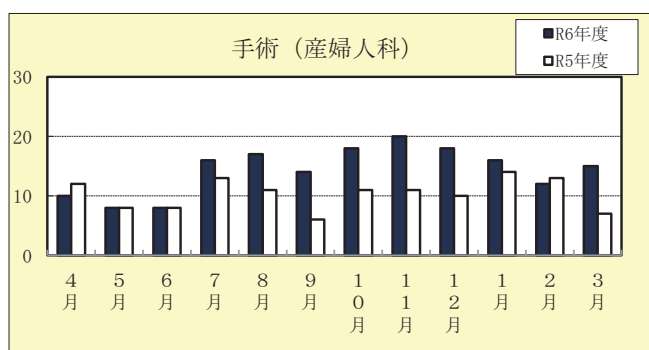
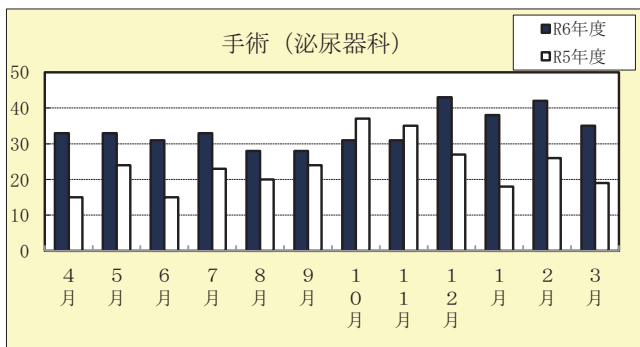
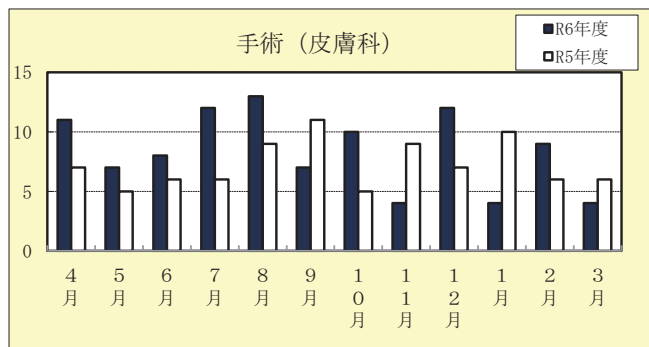
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	3	6	4	3	1	1	3	0	1	3	2	7	34
R5年度	3	1	0	0	4	1	1	2	2	1	1	1	17
比較	0	5	4	3	▲3	0	2	▲2	▲1	2	1	6	17

◆ 合計

(件)

	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
R6年度	441	487	463	535	514	519	542	474	500	523	483	518	5,999
R5年度	489	513	440	463	497	468	521	491	458	277	401	399	5,417
比較	▲48	▲26	23	72	17	51	21	▲17	42	246	82	119	582

手術各科



O P 室

◇ 外科

(件)

	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
R6年度	19	24	18	21	33	26	28	27	25	27	25	29	302
R5年度	25	24	27	23	23	21	25	26	24	14	23	17	272
比較	▲6	0	▲9	▲2	10	5	3	1	1	13	2	12	30

◇ 産婦人科

(件)

	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
R6年度	7	4	6	8	10	8	10	9	10	10	11	10	103
R5年度	8	6	3	8	2	2	3	6	4	6	6	5	59
比較	▲1	▲2	3	0	8	6	7	3	6	4	5	5	44

◇ 整形外科

(件)

	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
R6年度	35	34	37	31	29	33	45	38	32	38	47	35	434
R5年度	29	32	36	42	46	42	47	48	37	15	31	32	437
比較	6	2	1	▲11	▲17	▲9	▲2	▲10	▲5	23	16	3	▲3

◇ 形成外科

(件)

	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
R6年度	12	20	22	17	24	28	19	14	15	15	15	13	214
R5年度	16	19	27	24	21	19	20	20	15	7	16	13	217
比較	▲4	1	▲5	▲7	3	9	▲1	▲6	0	8	▲1	0	▲3

◇ 泌尿器科

(件)

	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
R6年度	35	21	28	31	32	25	28	29	29	31	36	36	361
R5年度	21	22	18	21	19	23	32	29	30	13	26	24	278
比較	14	▲1	10	10	13	2	▲4	0	▲1	18	10	12	83

◇ 脳神経外科

(件)

	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
R6年度	11	14	12	7	15	10	10	11	8	9	8	8	123
R5年度	7	9	13	7	9	7	5	6	10	5	13	11	102
比較	4	5	▲1	0	6	3	5	5	▲2	4	▲5	▲3	21

◇ 耳鼻咽喉科

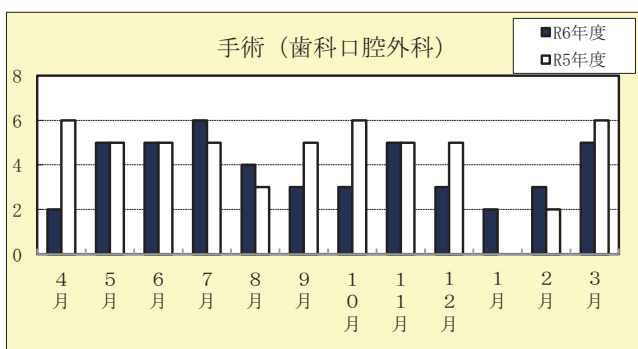
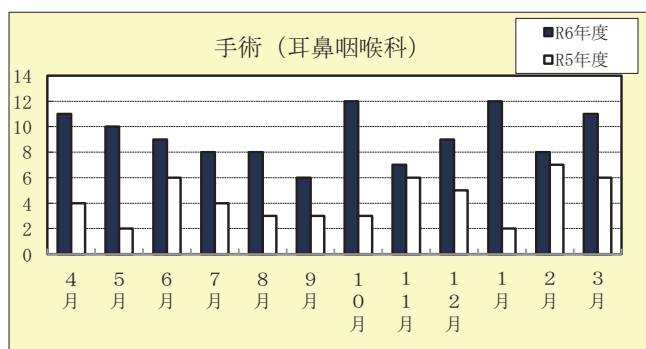
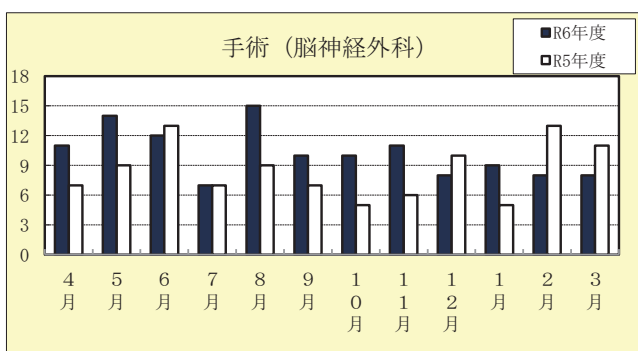
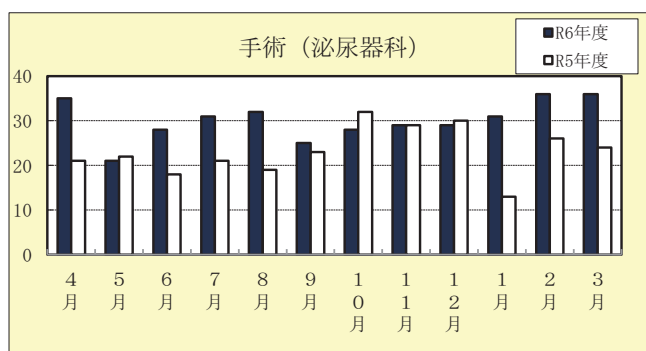
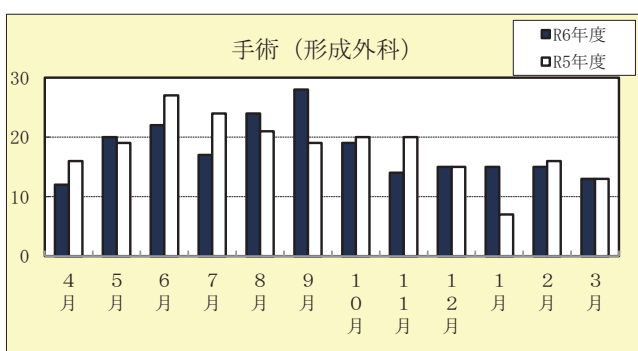
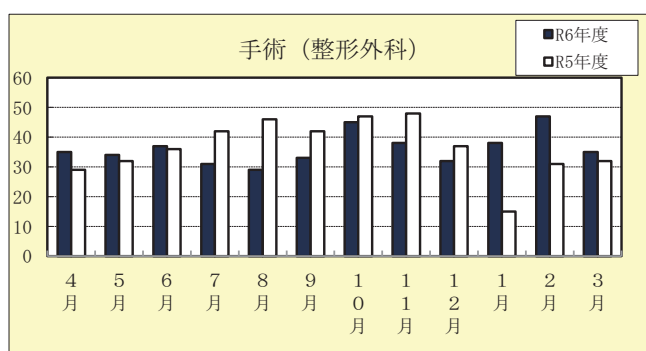
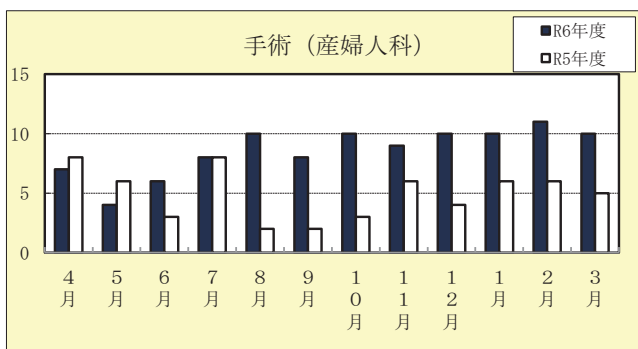
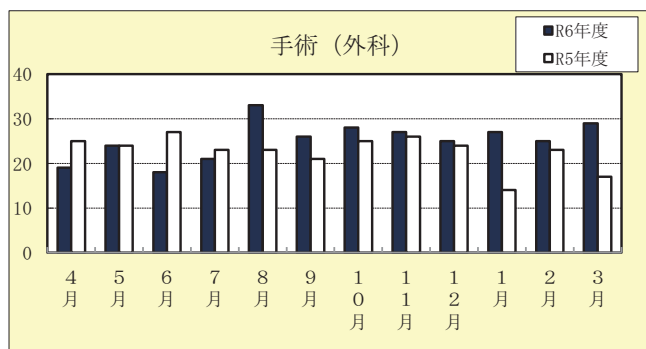
(件)

	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
R6年度	11	10	9	8	8	6	12	7	9	12	8	11	111
R5年度	4	2	6	4	3	3	3	6	5	2	7	6	51
比較	7	8	3	4	5	3	9	1	4	10	1	5	60

◇ 歯科口腔外科

(件)

	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
R6年度	2	5	5	6	4	3	3	5	3	2	3	5	46
R5年度	6	5	5	5	3	5	6	5	5	0	2	6	53
比較	▲4	0	0	1	1	▲2	▲3	0	▲2	2	1	▲1	▲7



◇ 眼科 (件)

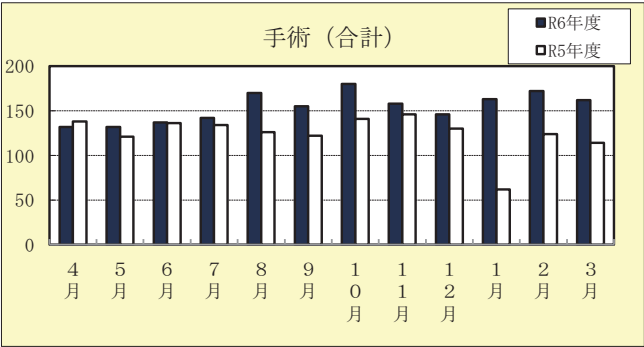
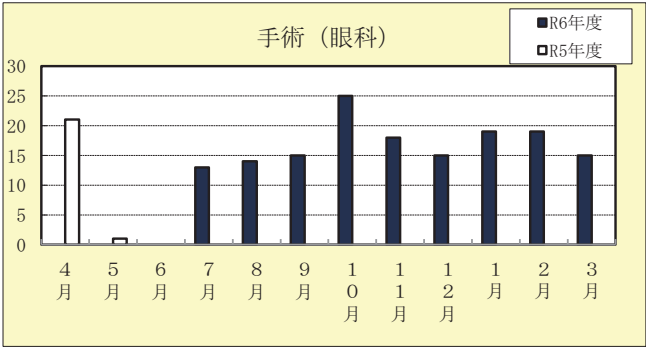
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	0	0	0	13	14	15	25	18	15	19	19	15	153
R5年度	21	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
比較	▲21	▲1	0	13	14	15	25	18	15	19	19	15	131

◇ その他 (件)

	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
R6年度	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
R5年度	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
比較	▲1	▲1	▲1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	▲1

◆ 合計 (件)

	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
R6年度	132	132	137	142	170	155	180	158	146	163	172	162	1,849
R5年度	138	121	136	134	126	122	141	146	130	62	124	114	1,494
比較	▲6	11	1	8	44	33	39	12	16	101	48	48	355



分 娩 実 績

◇ 正常分娩

(人)

	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
R6年度	3	8	4	6	6	9	3	7	5	11	5	8	75
R5年度	3	9	8	10	7	7	8	5	5	5	5	6	78
比較	0	▲1	▲4	▲4	▲1	2	▲5	2	0	6	0	2	▲3

◇ 帝王切開

(人)

	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
R6年度	5	3	4	5	5	4	3	2	2	6	4	3	46
R5年度	6	3	1	4	0	0	1	2	1	0	1	1	20
比較	▲1	0	3	1	5	4	2	0	1	6	3	2	26

◇ 死産

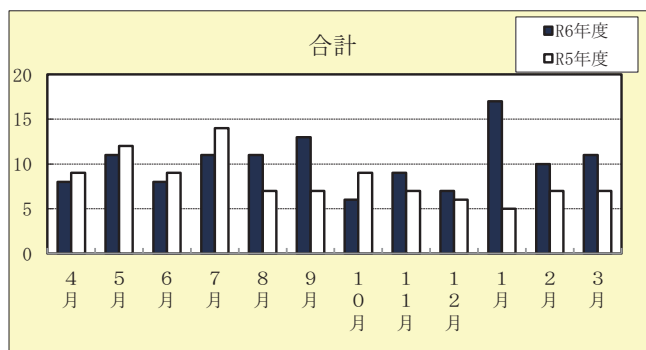
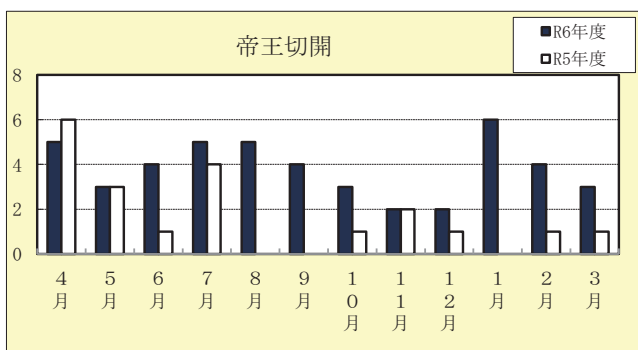
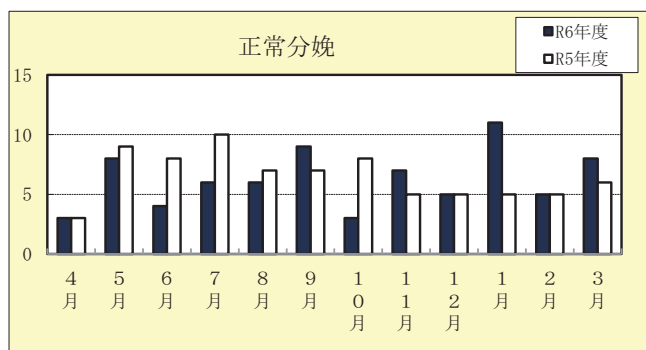
(人)

	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
R6年度	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
R5年度	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
比較	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

◆ 合計

(人)

	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
R6年度	8	11	8	11	11	13	6	9	7	17	10	11	122
R5年度	9	12	9	14	7	7	9	7	6	5	7	7	99
比較	▲1	▲1	▲1	▲3	4	6	▲3	2	1	12	3	4	23



人工透析実績

◇ 入院

(人)

	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
R6年度	102	110	99	76	123	80	121	103	81	112	108	95	1,210
R5年度	55	66	55	39	36	40	63	122	103	3	35	113	730
比較	47	44	44	37	87	40	58	▲19	▲22	109	73	▲18	480

◇ 外来

(人)

	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
R6年度	1,071	1,155	1,067	1,202	1,163	1,143	1,054	1,153	1,177	1,207	1,068	1,158	13,618
R5年度	1,238	1,404	1,357	1,364	1,387	1,360	1,320	1,249	1,240	64	672	1,108	13,763
比較	▲167	▲249	▲290	▲162	▲224	▲217	▲266	▲96	▲63	1,143	396	50	▲145

◆ 合計

(人)

	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
R6年度	1,173	1,265	1,166	1,278	1,286	1,223	1,175	1,256	1,258	1,319	1,176	1,253	14,828
R5年度	1,293	1,470	1,412	1,403	1,423	1,400	1,383	1,371	1,343	67	707	1,221	14,493
比較	▲120	▲205	▲246	▲125	▲137	▲177	▲208	▲115	▲85	1,252	469	32	335

◇ 急性透析件数(入院外来含む)

(人)

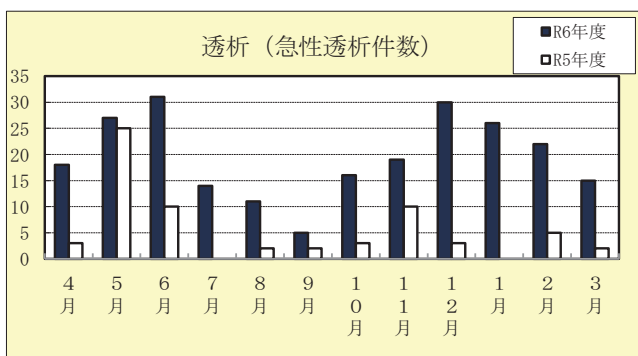
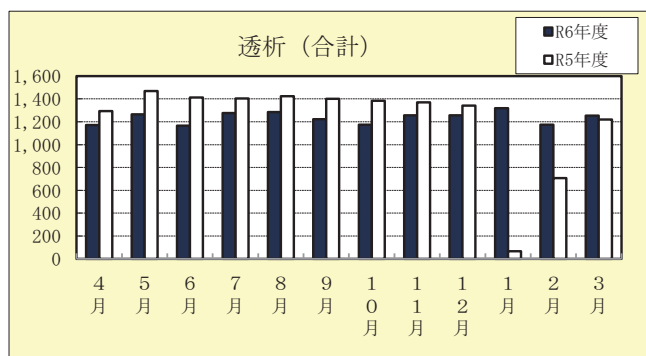
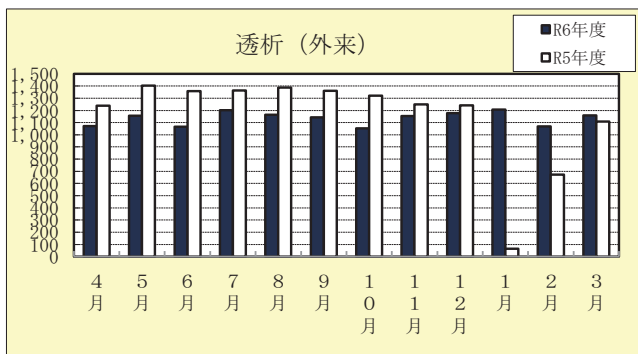
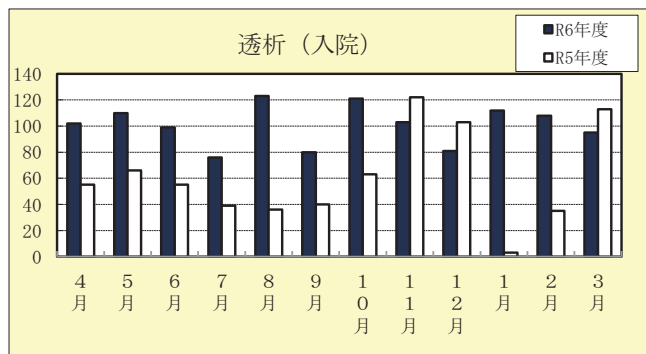
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	18	27	31	14	11	5	16	19	30	26	22	15	234
R5年度	3	25	10	0	2	2	3	10	3	0	5	2	65
比較	15	2	21	14	9	3	13	9	27	26	17	13	169

◇ 一日平均

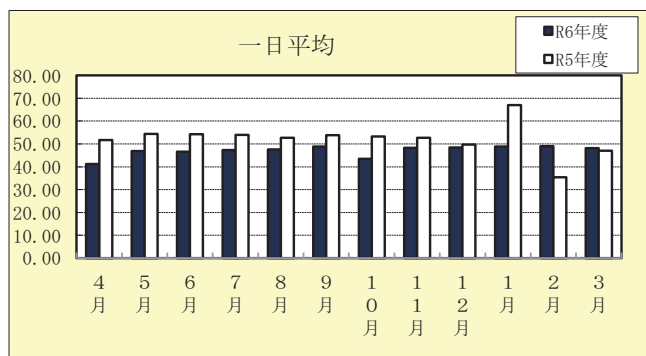
(人)

	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
R6年度	41.15	46.85	46.64	47.30	47.62	48.92	43.52	48.30	48.38	48.85	49.00	48.19	47.06
R5年度	51.72	54.44	54.30	53.90	52.66	53.80	53.19	52.73	49.74	67.00	35.35	46.96	52.15
比較	▲10.57	▲7.59	▲7.66	▲6.60	▲5.04	▲4.88	▲9.67	▲4.43	▲1.36	▲18.15	13.65	1.23	▲5.09

人工透析部



※ 急性透析件数は透析（入院）、透析（外来）の内数。



化学療法件数

◇ 延患者

(人)

	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
R6年度	298	200	297	278	274	235	232	282	315	242	228	202	3,083
R5年度	213	200	213	190	191	213	233	213	204	203	202	195	2,470
比較	85	0	84	88	83	22	▲1	69	111	39	26	7	613

◇ 延ベッド数

(床)

	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
R6年度	168	168	168	176	168	160	176	168	176	152	152	160	1,992
R5年度	160	152	176	160	184	144	160	168	152	248	152	176	2,032
比較	8	16	▲8	16	▲16	16	16	0	24	▲96	0	▲16	▲40

◇ 稼働率

(%)

	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
R6年度	177.4	119.0	176.8	158.0	163.1	146.9	131.8	167.9	179.0	159.2	150.0	126.3	1,855.3
R5年度	133.1	131.6	121.0	118.8	103.8	147.9	161.8	126.8	134.2	81.9	132.9	110.8	1,504.6
比較	44	▲13	56	39	59	▲1	▲30	41	45	77	17	15	350.7

◇ 点滴

(件)

	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
R6年度	122	132	113	112	123	107	108	145	158	128	115	98	1,461
R5年度	75	87	95	72	84	86	96	94	83	76	91	78	1,017
比較	47	45	18	40	39	21	12	51	75	52	24	20	444

◇ CVポート

(件)

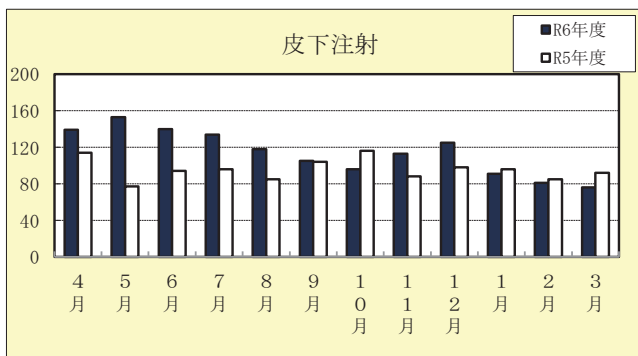
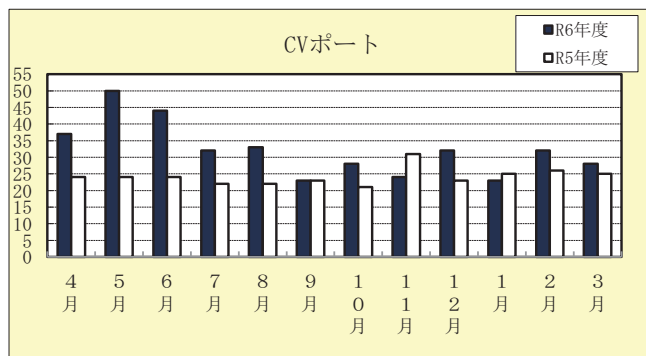
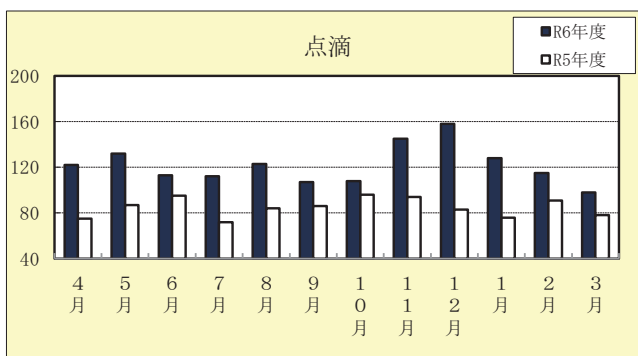
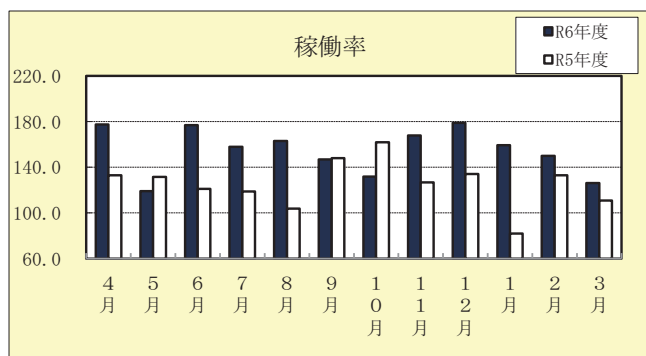
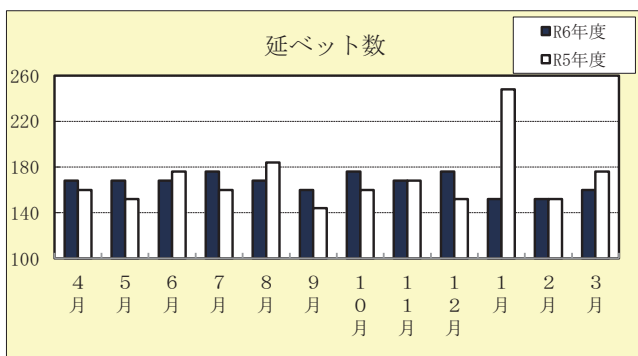
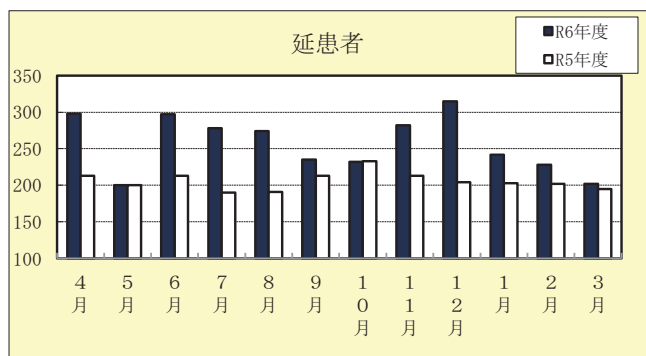
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	37	50	44	32	33	23	28	24	32	23	32	28	386
R5年度	24	24	24	22	22	23	21	31	23	25	26	25	290
比較	13	26	20	10	11	0	7	▲7	9	▲2	6	3	96

◇ 皮下注射

(件)

	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
R6年度	139	153	140	134	118	105	96	113	125	91	81	76	1,371
R5年度	114	77	94	96	85	104	116	88	98	96	85	92	1,145
比較	25	76	46	38	33	1	▲20	25	27	▲5	▲4	▲16	226

外来化学療法室



麻 酔 実 数

◇ 全身麻酔 (件)

	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
R6年度	96	107	100	96	106	113	124	107	105	114	121	113	1,302
R5年度	93	92	96	109	102	91	118	120	111	53	104	91	1,180
比較	3	15	4	▲13	4	22	6	▲13	▲6	61	17	22	122

◇ 硬麻/腰麻 (件)

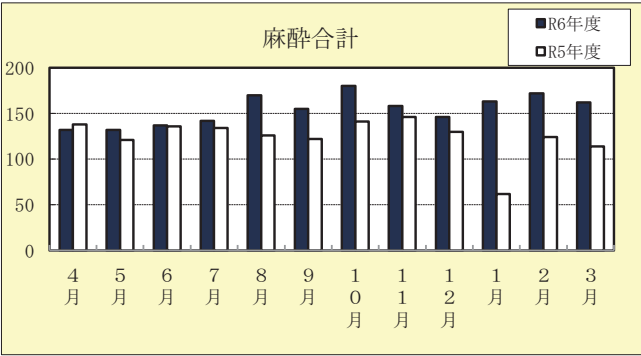
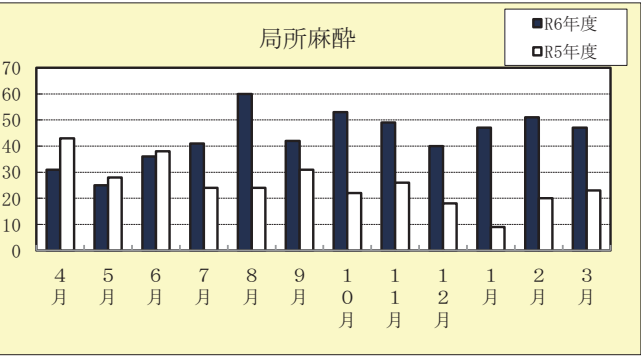
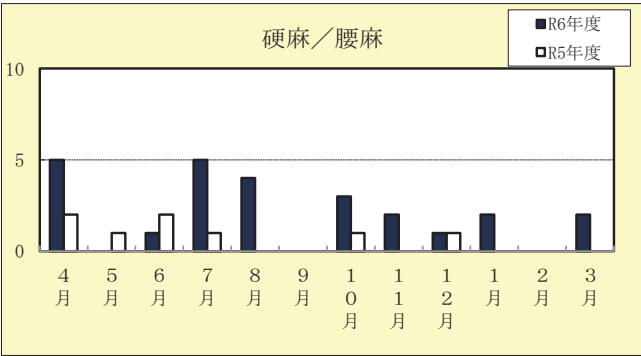
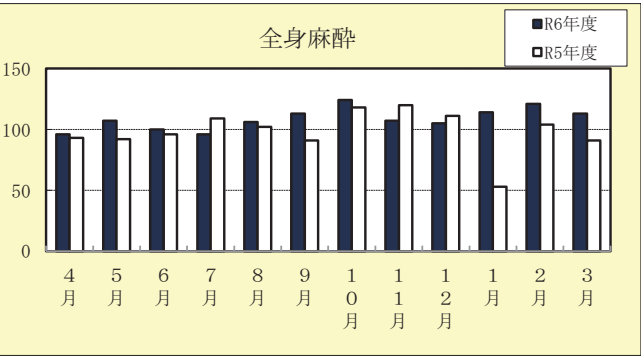
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	5	0	1	5	4	0	3	2	1	2	0	2	25
R5年度	2	1	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	8
比較	3	▲1	▲1	4	4	0	2	2	0	2	0	2	17

◇ 局所麻酔 (件)

	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
R6年度	31	25	36	41	60	42	53	49	40	47	51	47	522
R5年度	43	28	38	24	24	31	22	26	18	9	20	23	306
比較	▲12	▲3	▲2	17	36	11	31	23	22	38	31	24	216

◆ 麻酔合計 (件)

	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
R6年度	132	132	137	142	170	155	180	158	146	163	172	162	1,849
R5年度	138	121	136	134	126	122	141	146	130	62	124	114	1,494
比較	▲6	11	1	8	44	33	39	12	16	101	48	48	355



滅菌実績

◇ オートクレーブ

(件)

	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
R6年度	4,124	4,895	4,212	5,103	5,268	4,840	5,231	4,750	4,702	4,641	3,928	4,531	56,225
R5年度	4,709	4,772	4,465	4,583	4,905	4,739	4,860	4,971	4,993	2,620	3,957	3,781	53,355
比較	▲585	123	▲253	520	363	101	371	▲221	▲291	2,021	▲29	750	2,870

◇ ガス滅菌

(件)

	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
R6年度	10	1	0	1	1	0	9	5	2	7	5	0	41
R5年度	9	0	1	1	2	0	9	0	2	0	2	1	27
比較	1	1	▲1	0	▲1	0	0	5	0	7	3	▲1	14

◇ プラズマ滅菌

(件)

	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
R6年度	428	596	398	371	335	437	445	337	402	421	456	414	5,040
R5年度	361	420	332	364	326	307	449	405	341	379	282	295	4,261
比較	67	176	66	7	9	130	▲4	▲68	61	42	174	119	779

◇ 消毒物品

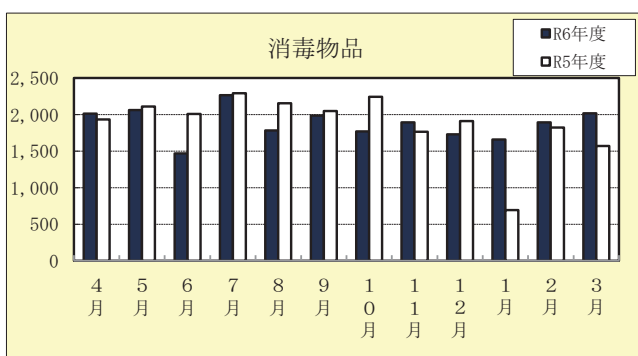
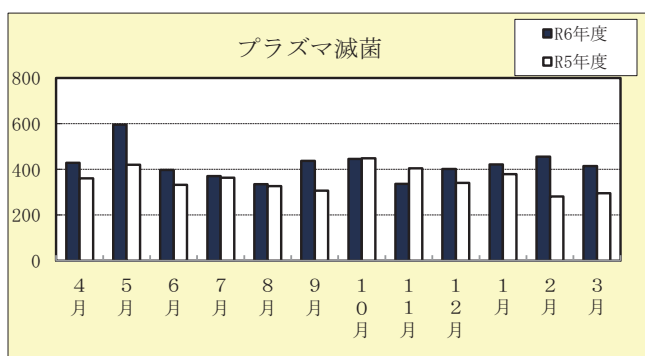
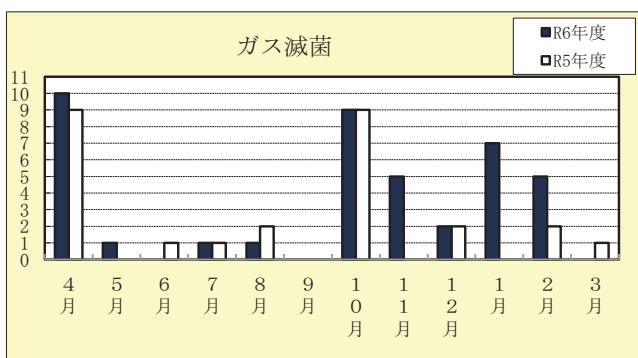
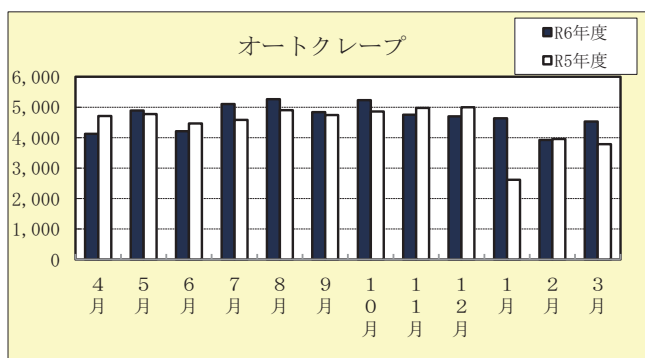
(件)

	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
R6年度	2,013	2,063	1,466	2,266	1,781	1,985	1,769	1,892	1,729	1,659	1,891	2,016	22,530
R5年度	1,933	2,112	2,007	2,293	2,153	2,047	2,243	1,763	1,912	692	1,823	1,569	22,547
比較	80	▲49	▲541	▲27	▲372	▲62	▲474	129	▲183	967	68	447	▲17

◆ 合計

(件)

	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
R6年度	6,575	7,555	6,076	7,741	7,385	7,262	7,454	6,984	6,835	6,728	6,280	6,961	83,836
R5年度	7,012	7,304	6,805	7,241	7,386	7,093	7,561	7,139	7,248	3,691	6,064	5,646	80,190
比較	▲437	251	▲729	500	▲1	169	▲107	▲155	▲413	3,037	216	1,315	3,646



医療機器管理運用実績

◇ 輸液ポンプ (件)

	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
R6年度	310	314	321	390	360	365	344	334	356	361	296	354	4,105
R5年度	279	293	273	302	290	271	296	319	327	270	294	275	3,489
比較	31	21	48	88	70	94	48	15	29	91	2	79	616

◇ シリンジポンプ (件)

	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
R6年度	41	38	26	34	32	38	17	25	36	34	43	35	399
R5年度	27	29	28	28	32	20	32	34	34	41	45	47	397
比較	14	9	▲2	6	0	18	▲15	▲9	2	▲7	▲2	▲12	2

◇ 人工呼吸器 (件)

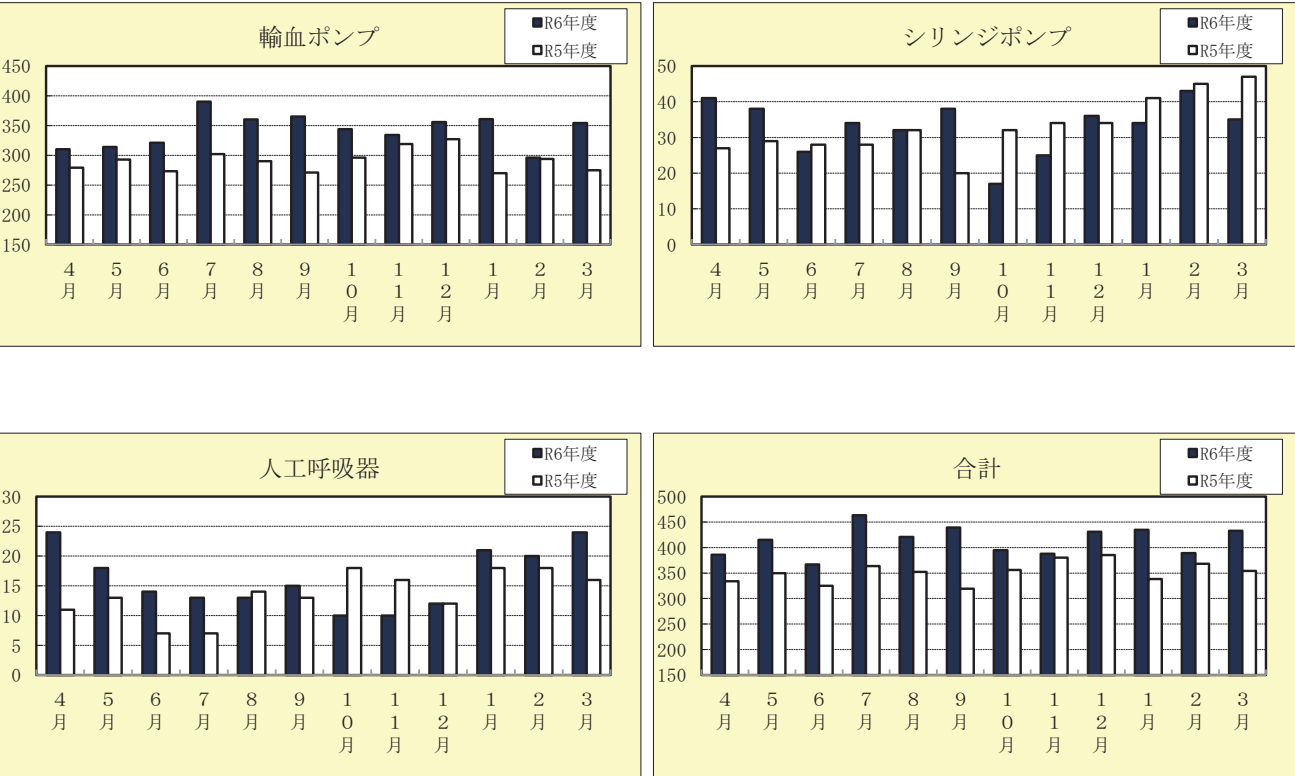
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	24	18	14	13	13	15	10	10	12	21	20	24	194
R5年度	11	13	7	7	14	13	18	16	12	18	18	16	163
比較	13	5	7	6	▲1	2	▲8	▲6	0	3	2	8	31

◇ その他 (件)

	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
R6年度	11	45	6	26	16	21	24	19	27	19	30	20	264
R5年度	17	15	17	27	16	15	10	11	12	9	11	16	176
比較	▲6	30	▲11	▲1	0	6	14	8	15	10	19	4	88

◆ 合計 (件)

	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
R6年度	386	415	367	463	421	439	395	388	431	435	389	433	4,962
R5年度	334	350	325	364	352	319	356	380	385	338	368	354	4,225
比較	52	65	42	99	69	120	39	8	46	97	21	79	737



医師事務作業補助者文書作成件数

◇ 自賠責診断書

(件)

	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
R6年度	34	6	18	25	31	25	32	22	27	41	32	40	333
R5年度	25	26	14	15	21	29	23	28	22	25	26	28	282
比較	9	▲20	4	10	10	▲4	9	▲6	5	16	6	12	51

◇ 入院証明書

(件)

	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
R6年度	89	93	82	88	83	70	69	83	100	83	80	83	1,003
R5年度	101	99	77	72	106	93	96	99	91	49	74	105	1,062
比較	▲12	▲6	5	16	▲23	▲23	▲27	▲16	9	34	6	▲22	▲59

◇ その他コード付き文書作成数

(件)

	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
R6年度	141	150	133	145	151	137	168	121	142	154	159	194	1,795
R5年度	112	144	187	183	199	181	166	166	169	110	166	172	1,955
比較	29	6	▲54	▲38	▲48	▲44	2	▲45	▲27	44	▲7	22	▲160

◆ コード付き文書作成数 合計

(件)

	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
R6年度	264	249	233	258	265	232	269	226	269	278	271	317	3,131
R5年度	238	269	278	270	326	303	285	293	282	184	266	305	3,299
比較	26	▲20	▲45	▲12	▲61	▲71	▲16	▲67	▲13	94	5	12	▲168

◇ コードなし文書作成数

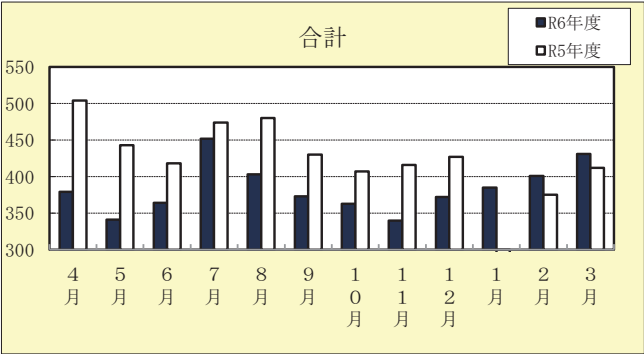
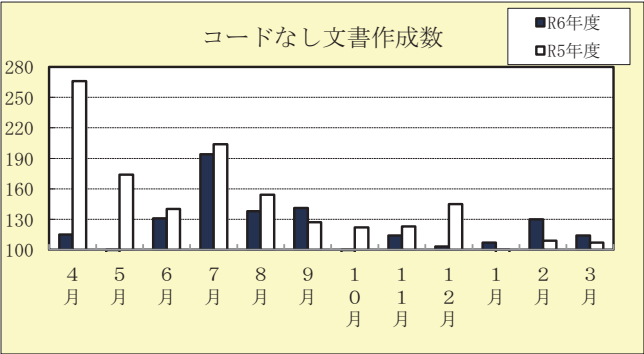
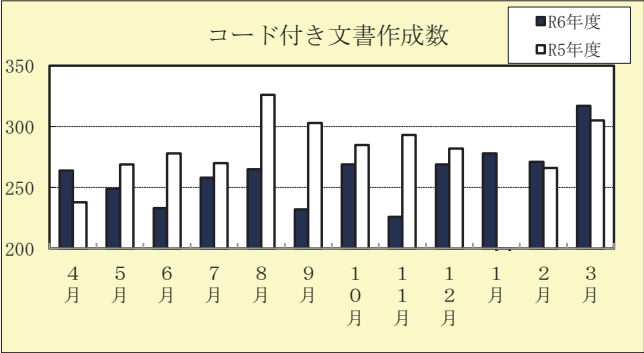
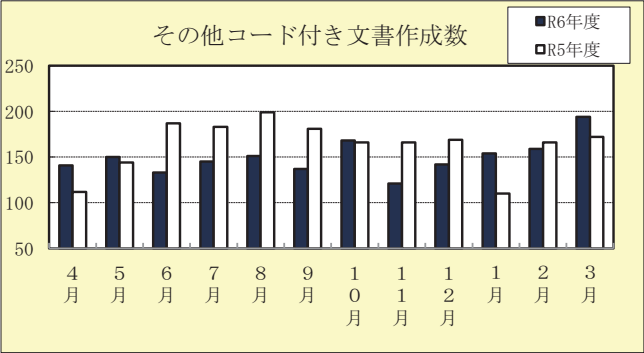
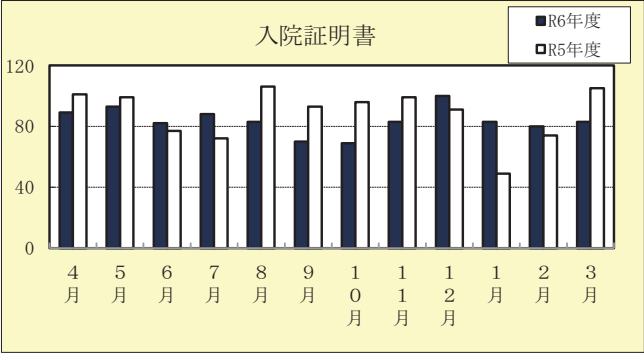
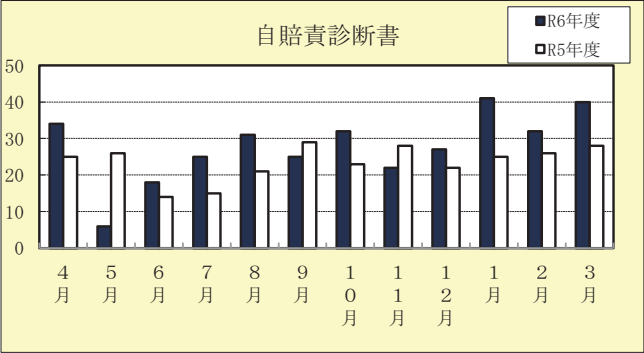
(件)

	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
R6年度	115	92	131	194	138	141	94	114	103	107	130	114	1,473
R5年度	266	174	140	204	154	127	122	123	145	88	109	107	1,759
比較	▲151	▲82	▲9	▲10	▲16	14	▲28	▲9	▲42	19	21	7	▲286

◆ 合計

(件)

	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
R6年度	379	341	364	452	403	373	363	340	372	385	401	431	4,604
R5年度	504	443	418	474	480	430	407	416	427	272	375	412	5,058
比較	▲125	▲102	▲54	▲22	▲77	▲57	▲44	▲76	▲55	113	26	19	▲454



令和6年度 インシデント集計結果

発生場所／職種	医師	歯科医師	助産師	看護師	准看護師	薬剤師	管理栄養士	調理師・調理従業者	診療放射線技師	臨床検査技師	理学療法士（PT）	作業療法士（OT）	臨床工学技士	事務職員	総計
（記入なし）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
感染症病棟	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
救命救急病棟	0	0	0	122	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	122
ハイケアユニット	0	0	0	85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	85
4階西病棟	0	0	7	112	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	119
4階東病棟	0	0	0	198	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	198
5階西病棟	0	0	0	131	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	131
5階東病棟	0	0	0	181	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	181
6階西病棟	0	0	1	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	89
6階東病棟	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
精神2階病棟	0	0	0	97	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99
麻酔科	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
歯科口腔外科	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
診療部	39	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42
内視鏡部	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
手術滅菌部	0	0	0	57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	57
人工透析部	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
臨床検査部	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	8
放射線部	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
薬剤部	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
栄養部	0	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	7
リハビリテーション部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37	10	0	0	47
健診部	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
臨床工学技士室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7
Aブロック	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Bブロック	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
救急外来	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
採血室	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
地域連携室	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
訪問看護ステーション	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
委託部門	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10
外来化学療法室	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
外来	0	0	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
総計	41	4	8	1158	2	2	3	4	3	7	38	10	7	10	1297

発生場所／事故内容	指示出し、 情報伝達過程に関する 内容（含P C 操作・不具合）	処方・与薬に関する 内容	注射薬・点滴薬に関する 内容	調剤・製剤管理等に関する 内容	輸血に関する 内容	診療・治療・処置に関する 内容	医療用具・機器の使用管理に 関する 内容	チューブ・ドレーン類の使用 管理に関する 内容	検査に関する 内容	患者誤認に関する 内容	転倒・転落に関する 内容	療養上の世話・療養生活の場 面に 関する 内容	給食・栄養に関する こと	患者・家族への説明、接遇に 関する 内容	施設・設備・搬送に関する こと	その他	褥瘡に関する 内容	針刺し・切創・皮膚粘膜曝露	総計
（記入なし）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
感染症病棟	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
救命救急病棟	9	27	19	3	0	9	3	18	6	8	6	8	2	2	1	0	1	0	122
ハイケアユニット	4	10	21	0	0	7	3	14	5	3	1	7	1	0	0	5	4	0	85
4階西病棟	4	26	19	0	0	7	7	3	7	6	29	4	2	0	1	4	0	0	119
4階東病棟	9	35	19	0	0	9	3	14	3	6	69	13	9	2	4	2	1	0	198
5階西病棟	5	11	7	0	0	5	3	7	4	1	76	7	1	3	0	0	1	0	131
5階東病棟	5	21	14	0	0	6	3	17	2	1	94	12	2	0	1	1	2	0	181
6階西病棟	0	16	6	0	0	2	1	6	2	1	50	1	0	2	0	2	0	0	89
6階東病棟	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	9	4	0	0	0	0	0	0	16
精神2階病棟	0	19	4	0	0	5	0	1	0	6	55	8	0	1	0	0	0	0	99
麻酔科	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
歯科口腔外科	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
診療部	3	4	2	0	0	21	2	0	2	5	1	0	0	0	1	1	0	0	42
内視鏡部	2	1	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	8
手術滅菌部	4	1	5	0	0	9	31	0	2	1	0	1	0	0	2	1	0	0	57
人工透析部	0	0	1	0	0	2	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7
臨床検査部	2	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
放射線部	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
薬剤部	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
栄養部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	7
リハビリテーション部	0	0	2	0	0	20	2	2	0	0	5	14	0	0	0	2	0	0	47
健診部	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
臨床工学技士室	0	0	2	0	0	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Aブロック	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Bブロック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
救急外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
採血室	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
地域連携室	5	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	10
訪問看護ステーション	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
委託部門	1	0	0	0	0	0	0	0	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	10
外来化学療法室	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4
外来	6	1	4	0	0	4	2	1	4	3	1	0	0	2	1	0	0	0	29
総計	62	175	126	5	0	111	66	85	54	55	399	80	24	14	11	21	9	0	1297

職種・事故レベル別

職種	0	1	2	3a	3b	4	5	総計
医師	4	18	6	2	7	2	2	41
歯科医師	0	1	1	2	0	0	0	4
助産師	0	7	1	0	0	0	0	8
看護師	59	265	734	95	4	1	0	1158
准看護師	0	0	2	0	0	0	0	2
薬剤師	1	0	1	0	0	0	0	2
管理栄養士	0	3	0	0	0	0	0	3
調理師・調理従業者	0	3	1	0	0	0	0	4
診療放射線技師	0	3	0	0	0	0	0	3
臨床検査技師	1	4	2	0	0	0	0	7
理学療法士(PT)	1	10	17	10	0	0	0	38
作業療法士(OT)	0	5	3	1	1	0	0	10
臨床工学技士	1	1	4	1	0	0	0	7
事務職員	0	9	1	0	0	0	0	10
総計	67	329	773	111	12	3	2	1297

事故内容・事故レベル別

事故内容	0	1	2	3a	3b	4	5	総計
指示出し、情報伝達過程に関する 内容(含PC操作・不具合)	7	29	24	2	0	0	0	62
処方・与薬に関する内容	7	38	127	3	0	0	0	175
注射薬・点滴薬に関する内容	5	38	78	5	0	0	0	126
調剤・製剤管理等に関する内容	1	1	3	0	0	0	0	5
診療・治療・処置に関する内容	6	34	50	8	9	2	2	111
医療用具・機器の使用管理に関する 内容	16	28	17	5	0	0	0	66
チューブ・ドレーン類の使用管理 に関する内容	1	8	53	22	1	0	0	85
検査に関する内容	4	37	13	0	0	0	0	54
患者誤認に関する内容	8	21	25	1	0	0	0	55
転倒・転落に関する内容	0	19	342	36	2	0	0	399
療養上の世話・療養生活の場面に 関する内容	2	34	26	17	0	1	0	80
給食・栄養に関すること	0	11	11	2	0	0	0	24
患者・家族への説明、接遇に関する 内容	1	11	2	0	0	0	0	14
施設・設備・搬送に関すること	7	4	0	0	0	0	0	11
その他	2	16	0	3	0	0	0	21
褥瘡に関する内容	0	0	2	7	0	0	0	9
総計	67	329	773	111	12	3	2	1297

令和6年度 精神センター研修会実績報告書

【場所】 精神センター研修室

【日時】 不定期

【対象】 精神センター職員

【研修担当者】 医局:小坂Dr、看護部:濱口Ns、福祉部:木下PSW

月 日(曜)	研修内容	講師	担当部署	参加人数
・6月13日(木)15:30～16:00	『自分の居場所が嫌な患者をどうする?』	小坂Dr	医局	19名
・7月11日(木) 15:00～ 15:30～ 16:00～ ・7月12日(金) 15:00～ 15:30～ 16:00～	『精神保健福祉法改正について学ぼう』 (録画視聴)	木下PSw	精神保健福祉部	48名
・9月5日(木)15:00～16:30	『包括的暴力防止プログラムCVPPP』 (実技)	石川県立こころの病院 山本 守 先生 竹澤 翔 先生	看護部	27名
・10月10日(木) 15:00～ 15:30～ 16:00～ ・10月11日(金) 15:00～ 15:30～ 16:00～	『行動制限最小化マニュアルについて』 (録画視聴)	濱口看護師	看護部	52名
・11月7日(木)15:30～16:00	『思春期の患者の支援』	檜村CPP	精神保健福祉部	17名
・2月14日(金)15:30～16:00	『2年間の振り返りと今後の抱負』	栃本Dr	医局	24名

令和6年度 地域住民等への啓発活動

講 演

項 目	対 象	日 ち	講師等	場 所
-----	-----	-----	-----	-----

精神保健福祉士

中能登町・認知症サポーター フォローアップ講座	認知症 サポーター	R6.7.4	田辺PSW	中能登町 ラピア鹿島
志賀町認知症サポーター養成講座	一般住民	R6.7.25		志賀町文化ホール 32研修室
「オレンジ・ランプ」 映画上映会 若年性認知症の理解や予防について	医療関係者 行政担当者 介護職員 一般住民	R6.12.1		矢田郷地区 コミュニティー センター
石川県介護支援専門員協会 能登中部支部・能登北部支部 「ケアマネcafé」	能登中部・北部 介護支援専門員	R7.1.17		矢田郷地区 コミュニティー センター

公認心理師

小児慢性特定疾病をもつ児と兄弟・ 家族の心理的支援について	支援関係者	R6.10.18	桎村CPP	能登中部保健福祉 センター
七尾市自殺対策事業 こころの健康づくり	中島小学校5, 6 年児童および保 護者	R6.11.1		中島小学校
真宗大谷派 能登教区 公開講演 こころの広場 震災後のこころのケア	一般市民	R6.12.7	嶺藤CPP	能登教務所

令和6年度 病院家族会（クローバーの会）定例会の参加状況

	内 容	詳 細	参加者
5 月	「今年度の初顔合わせとプログラム作り」	今年度のプログラム、運営について話し合う	4 名
7 月	「清掃ボランティア」	地下駐車場の清掃活動を実施する	4 名
9 月	「OT 体験」	OTR による認知機能リハビリテーションの説明と実践をする	2 名
11 月	「Dr.との談話会（土田先生）」	土田先生に講師をしていただき、会員さんからの相談や質問に回答していただく	3 名
1 月	（会員さんのみでの新年会）	—	—
3 月	「今年度の振り返りと来年度のプログラム作り」	今年度定例会についての感想、来年度のプログラム、運営について話し合う	3 名
参加者合計			16 名

＊病院家族会（クローバーの会）定例会 隔月（奇数月）第3日曜日に開催。

◎ クローバーの会定例会参加者数（のべ）推移

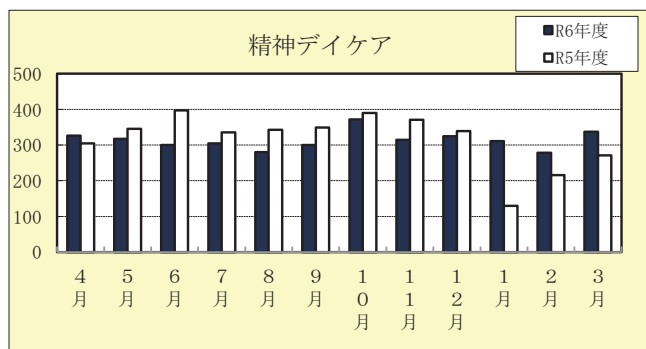
	6 年度	4 年度	3 年度	2 年度	31/元年度	30年度	29年度	28年度	27年度	26年度
参加者合計数	16名	24名	23名	4 名	78名	71名	83名	69名	93名	121名

精神科デイケア・ショートケア利用者

◇ 外来

(人)

	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
R6年度	326	317	300	305	280	300	372	315	325	311	278	337	3,766
R5年度	305	345	397	335	343	349	390	371	339	130	216	271	3,791
比較	21	▲28	▲97	▲30	▲63	▲49	▲18	▲56	▲14	181	62	66	▲25



精神作業療法件数実績

◇ 開放病棟 (人)

	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
R6年度	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R5年度	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
比較	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

◇ 閉鎖病棟 (人)

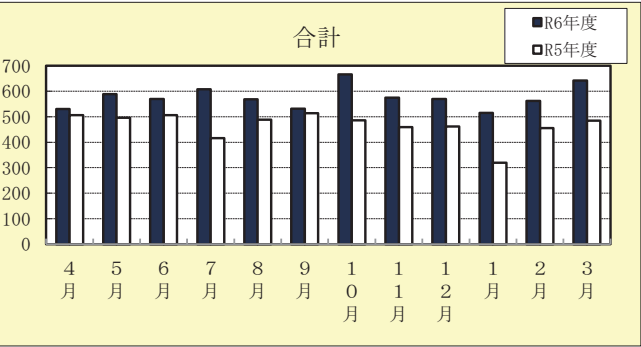
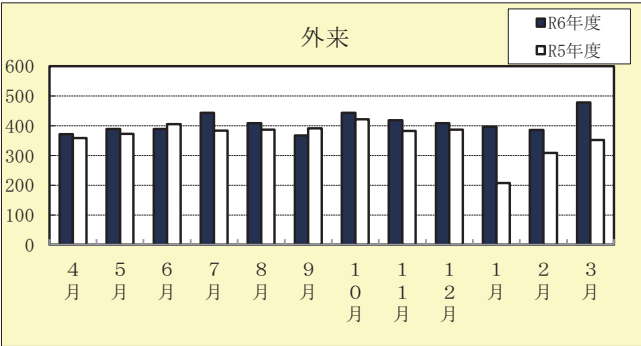
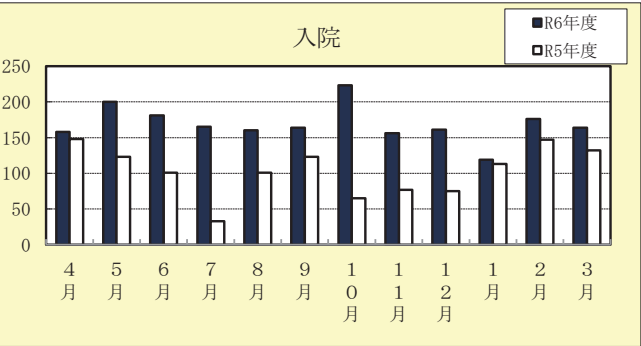
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
R6年度	158	200	181	165	160	164	223	156	161	119	176	164	2,027
R5年度	148	123	101	33	101	123	65	77	75	113	147	132	1,238
比較	10	77	80	132	59	41	158	79	86	6	29	32	789

◇ 外来 (人)

	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
R6年度	372	389	389	443	408	367	443	418	409	396	386	478	4,898
R5年度	358	373	405	383	387	391	421	382	387	207	308	352	4,354
比較	14	16	▲16	60	21	▲24	22	36	22	189	78	126	544

◆ 合計 (人)

	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
R6年度	530	589	570	608	568	531	666	574	570	515	562	642	6,925
R5年度	506	496	506	416	488	514	486	459	462	320	455	484	5,592
比較	24	93	64	192	80	17	180	115	108	195	107	158	1,333



令和6年度 能登認知症疾患医療センター報告書

R7.3 現在の活動状況

1. 会議等の開催状況

項 目	参加者	日にち	場 所
公立能登病院 精神センター 運営委員会報告	病院内関係職員 精神センター 医師・事務等	令和6年4月～令和7年3月 (毎月第一水曜実施) ※1月は休み	公立能登総合病院 精神センター会議室
項 目	参加者	日 時	場 所
能登中部圏域 連携会議 (上半期)	能登中部圏域認知症ケ ア関係者等	R6.9.13 栃本Dr ミニ講座 「震災後の認知症ケアにおける能登中部圏域の現状と課題」	Zoomにて連携協議
能登中部圏域 連携会議 (下半期)		R7.3.19 栃本Dr ミニ講座 「認知症診療新時代に期待されること」	Zoomにて連携協議
能登北部圏域 連携会議	能登北部圏域認知症ケ ア関係者等	R7.3.21 栃本Dr ミニ講座 「アルコールと認知症との悩ましい関係について」	Zoomにて連携協議
項 目		日にち	参加者
第1回認知症サポート委員会		R6.5.13	田 辺 ※当院(一般病棟)における認知症患者の 処遇についての会議
第2回認知症サポート委員会		R6.6.3	
第3回認知症サポート委員会		R6.7.1	
第4回認知症サポート委員会		R6.8.5	
第5回認知症サポート委員会		R6.9.2	
第6回認知症サポート委員会		R6.10.7	
第7回認知症サポート委員会		R6.11.11	
第8回認知症サポート委員会		R6.12.2	
第9回認知症サポート委員会		R7.1.6	
第10回認知症サポート委員会		R7.2.3	
第11回認知症サポート委員会		R7.3.3	
※認知症ケア加算によるラウンドチーム(一般科)週一回同行			

2. 研修会企画・参加

項 目	対 象	日 時	講師等	場 所	参加者人数
認知症新薬説明会	医療関係者全職員 (公立能登総合病院)	R6.4.18 17:15~	レケンビ®点滴の有効性と安全性 レケンビ®点滴静注投与に関して 主催: エーザイ株式会社	公立能登総合病院 第3会議室	40名
認知症新薬説明会	精神センター (コメディカル)	R6.5.16 16:00~	レケンビ®点滴 説明会 主催: エーザイ株式会社	精神センター 会議室	12名
かかりつけ医等 認知症 対応力向上研修 第1回「座学」	医療関係者 行政担当者 介護職員	R6.6.25	「アルツハイマー病治療について」 ～レカナマブ治療外来を含めて～ 講師: 金沢大学付属病院 准教授 篠原 もえ子先生 「疾患修飾薬の時代だからこそ、認知症の非薬物医療法 が重要になる」 講師: 県立こころの病院 院長 北村 立先生 「認知症に対するかかりつけ医の役割」 講師: 松沼医院 院長 松沼 恭一 先生	Zoomオンライン研修	
全国認知症疾患医療 センター連絡協議会	全国の認知症疾患医療 センター職員	R6.8.8	令和6年度 第18回全国認知症疾患医療センター連絡協議 会 ～認知症疾患医療センターの新たな役割～ 抗Aβ抗体薬治療と診断後支援	Zoomオンライン研修	田 辺 嶺 藤
認知症サポート委員会 企画研修会	医療関係者全職員 (公立能登総合病院)	R6.9.24	「認知症の主な疾患と症状、治療について」 公立能登総合病院 精神科医: 和田 侑也先生	第1会議室 DVD視聴	
認知症地域支援推進員研 修	認知症地域支援推進員 市町職員 地域包括支援センター	R6.10.18 13:30~16:00	「レカナマブ治療について」 石川県認知症疾患医療センター 副所長: 神川 繁利 氏 「認知症の人への受診支援について」 グループワーク	石川県立こころの病院	田 辺
認知症新薬説明会	医療関係者全職員 (公立能登総合病院)	R6.10・31 15:00~15:30 15:30~16:00	「レケンビ®点滴静注の治療」 協賛: エーザイ株式会社	公立能登総合病院 第3会議室	
県民公開講座	医療関係者 行政担当者 介護職員 一般住民	R6.12.1 14:00~16:00	「オレンジ・ランプ」 映画上映会 若年性認知症の理解と予防について 講師: 田辺 めぐみ	矢田郷コミュニティセン ター視聴覚室	田 辺
かかりつけ医等認知症 対応力向上研修 七尾地 区事例検討会	医療関係者 行政担当者 介護職員	R6.12.13	令和6年度 第1部かかりつけ医等 認知症対応力向上研修会 ミニ勉強会 「アルコールと認知症との似ましい関係について」 講師: 公立能登総合病院精神センター長 板本 真一先生 事例検討会 「若年でアルコールに関連する認知症機能の低下がみら れる方への支援について」 演者: 公立能登総合病院 能登認知症疾患医療センター 精神保健福祉士 木下 真由美	Zoomオンライン研修	板本Dr 田 辺 木下
認知症サポート委員会 企画研修会	医療関係者全職員 (公立能登総合病院)	R6.12.20	令和6年度 認知症ケア 行動制限最小化に関する研修会 「身体的拘束最小化に向けて」	第3会議室 DVD視聴 (1/24まで視聴 可)	
全国認知症疾患医療 センター連絡協議会	全国の認知症疾患医療 センター職員	R7.1.25	第12回 認知症疾患医療センター 全国研修会 長野大会 認知症の初期支援から見取りまで 真の地域包括ケアシステムを目指して	Zoomオンライン研修	田 辺 嶺 藤
ななお紫蘭の会 リーダー研修会	医療関係者 介護職員 福祉従事者 行政関係	R7.2.7	令和6年度 ななお紫蘭の会リーダー研修会 人生の最終段階での意思決定支援 講師: 株式会社あおいけあ 代表取締役 加藤 忠 氏	Zoomオンライン研修	田 辺 大 貝
かかりつけ医等 認知症 対応力向上研修	医療関係者 行政担当者 介護職員	R7.2.12	令和6年度 第2回 かかりつけ医等認知症対応力向上研修会 ～事例を通して学ぼう～ 第1部: 「性的言動を伴う一人暮らしの認知症高齢者へ の支援」 在宅支援サービスステーションえんやま 蒔田 次郎 氏 第2部: 「若年性認知症の残された能力を活かした居場 所を考える」 中能登町訪問看護ステーション 中村 氏	Zoomオンライン研修	田 辺 木 下

精神センター

項 目	対 象	日 時	講師等	場 所	参加者人数
認知症対応エキスパート研修	認知症サポート医 日本認知症学会認定専門医 日本老年精神医学会認定専門医	R7.3.6	認知症患者への対応力向上に繋がる事例検討 座長：公立能登総合病院精神センター長 栃本 真一先生	Zoomオンライン	栃本Dr
能登エリア認知症連携セミナー	医療関係者	R7.3.24	能登エリア認知症連携セミナー 座長：円山病院 院長 円山 寛人先生 早期アルツハイマー病について ～当院の治療外来の紹介も含めて～ 演者：恵寿総合病院 副院長 川北 慎一郎先生 座長：公立能登総合病院 精神センター長 栃本 真一先生 MCIの早期診断意義とレカネマブの有効性と安全性について 演者：金沢大学病院 脳神経内科 准教授 篠原 もえ子先生	恵寿総合病院 第5病棟 2階講堂	栃本Dr
認知症疾患医療センター連携 認知症講演会	医療関係者	R7.3.25	認知症疾患医療センター連携 認知症講演会 座長：金沢大学医薬保健研究域 神経科精神科教授 菊知 充 先生 「抗Aβ抗体レケンビによるアルツハイマー病のこれからの治療戦略」 演者：金沢大学 脳神経内科学 教授 小野 賢二郎先生 座長：石川県立こころの病院 病院長 認知症疾患医療センター センター長 北村 立 先生 「精神科における早期AD患者さんとの関わり」 演者：大阪大学 キャンパスライフ健康支援 准教授 鏡本 英輝 先生 「石川県内の認知症疾患医療センターの役割」 司会：公立能登総合病院精神センター 認知症疾患医療センター センター長 栃本 真一 先生 演者：石川県立こころの病院 病院長 認知症疾患医療センター センター長 北村 立 先生 演者：加賀こころの病院 認知症疾患医療センター 副院長 喜多 克尚 先生	WEB配信	栃本Dr 田 辺

3. 地域活動等の状況

項 目	対 象	日 ち	講師等	場 所
地域包括支援センター 連携会議	七尾市	R6.6.28	七尾市地域包括支援センター	書面にて共有 ZOOM (ホスト)
		R7.3.7		
	中能登町	R6.6.26	中能登町高齢者支援センター	書面にて共有 ZOOM (ホスト)
		R6.12.20		
		R7.2.27		
中能登町・認知症サポーター フォローアップ講座	認知症サポーター	R6.7.4	田 辺	中能登町 ラピア鹿島
志賀町認知症サポーター養成講座	一般住民	R6.7.25		志賀町文化ホール 32研修室
七尾市認知症サポーター養成講座 (オンライン講座)	七尾中能登薬局 歯科診療所	R6.10.29	田 辺	パトリア3F・会議室4
在宅医療・介護連携推進協議会	医療介護 関係者	R6.8.23	田 辺	パトリア3F
	医療介護 関係者	R6.9.2	田 辺	パトリア3F
		R7.2.28		パトリア3F
地域ケア会議	中能登町	R6.12.11	田 辺	中能登町役場 行政サービス庁舎
石川県介護支援専門員協会 能登中部支部・能登北部支部 「ケアマネcafé」	能登中部・北部 介護支援専門員	R7.1.17	田 辺	矢田郷地区 コミュニティセン ター
認知症初期集中支援会議	七尾市	R7.2.19	栃本Dr・田 辺	精神センター 会議室

4. 認知症カフェ開催の状況

項 目	対 象		内 容	場 所
出張 認知症カフェ		R.6.6.22	いきき健康教室 資生堂ジャパン(株) 伊藤 由美子先生	志賀町 百浦地区
認知症カフェ なおほっとカフェ	認知症の人と その家族 地域住民等	R6.6.19	風船バレー	旧石崎保育園
		R6.7.17	「ストレスの話」 公認心理師 嶺藤 景 「朝顔うちわづくり」 精神保健福祉士 田辺 めぐみ	
		R6.9.18	レクリエーション	
		R6.10.16	いきき健康教室 資生堂ジャパン(株) 伊藤 由美子先生	
		R6.11.20	「クリスマス飾り」 精神保健福祉士 田辺 めぐみ	
		R6.12.18	「お正月飾り」 精神保健福祉士 田辺 めぐみ	
		R7.2.19	「認知症の話」 精神保健福祉士 田辺 めぐみ	
		R7.3.19	「春のリース作り」 精神保健福祉士 田辺 めぐみ	
		R6.9.26	「健康体操」 作業療法士 今井 透 「レクリエーション」 精神保健福祉士 田辺 めぐみ	蓮聖寺
		R7.3.27	「健康体操」 作業療法士 今井 透 「創作活動」 精神保健福祉士 田辺 めぐみ	

公立能登総合病院医療雑誌投稿規定

(令和7年改訂)

1. 本誌は、当地域の医療全般に密接に関係のある総説・原著研究・症例報告・経験・技術・創意工夫で未発表のものを掲載しますから、進んで投稿してください。
2. 編集委員から論文執筆を依頼する場合があります。
3. 論文の採否は、編集委員長が指定する複数名による査読者の意見を参考にして編集委員会で決定します。論文掲載の決定のあとで、改めて原稿、図表の訂正、追加、削除をお願いすることがあります。また不的確な用字、用語等は編集委員会で訂正する場合がありますので、予めご了承ください。
4. 原稿は、原則として次の要領で書いてください。
 - (1) 原稿はA4判横書きとしてください。
 - (2) 原稿はワードで作成し、提出はUSB、CDまたは指定したアドレス(※)へメールで送信してください。※ikyoku@noto-hospital.jp
 - (3) 図表及び写真は簡単な説明を付け、挿入個所を本文中に明示してください。また、図表及び写真は、スライドで提出されても結構です。その際、上下裏表がわかるように記載をお願いします。
 - (4) 投稿原稿(原著研究・症例報告等)においては、400字以内の要旨・要約及び数語のキーワードを付けて提出してください。
 - (5) 論旨について、原著・研究の場合は、はじめに・対象と方法(研究方法)・結果(成績)・考察・まとめ・文献の形で構成してください。症例報告の場合は、はじめに・症例呈示・考察・まとめ・文献の形式をお願いします。
 - (6) 文献は、引用順に番号を付けて本文末尾にあげ、下記のと通りの記述に統一してください。

[雑誌の場合] 著者名：論文名 雑誌名 巻数：初頁～終頁 発行年

[単行本の場合] 著者名：論文名 書籍名(編集署名) 初頁～終頁 発行者名 発行地 発行年の順に掲載してください。
5. 令和7年3月以前の実績を掲載しますので、それぞれの部署及び科において院外活動記録、院内活動記録、資料等を締切日までに提出してください。
6. 校正は初校のみ原著校正、再校以後は編集委員会に一任してください。
7. 原稿は巻末記載の編集委員にお渡しください。また不明な点は編集委員にご相談ください。
8. 公立能登総合病院医療雑誌に掲載後の論文・抄録の著作権は公立能登総合病院医療雑誌編集委員会に帰属するものとします。しかし、教育、研究、学会活動を目的に著者(共著者を含む)が論文・講演原稿の全部もしくは一部の複製を行なうことは、公立能登総合病院医療雑誌編集委員会の許諾なしに認めます。

編集後記

能登半島地震から2年近くたちますが、依然として復旧作業が続いています。

今回も、皆様のご協力により、公立能登総合病院医療雑誌第35巻を無事に刊行することができました。ここには貴重なデータや報告が多数掲載されていますので、一人でも多くの人に読んでいただきたいと思います。御意見などがありましたら編集委員までお願いいたします。

執筆者、査読者、編集委員の皆様、ならびに斎藤印刷出版様に、心より御礼申し上げます。

医療雑誌編集委員長

外科 守友 仁志

【編集委員】

委員長 守友 仁志

委員	池野 郁	小間 麻衣	木村 太郎	室谷 一樹	小林 厚子
	川端 広実	赤坂 俊介	竹本 明美	上野 美和	

【査読者（順不同、敬称略）】

病院事業管理者 吉村 光弘 院長 上木 修
部長 守友 仁志

公立能登総合病院医療雑誌 (第35巻)

令和8年2月発行

発行所 (別刷請求先)

七尾市 公立能登総合病院

〒926-0816

石川県七尾市藤橋町ア部6番地4

TEL(0767)52-6611 FAX(0767)52-9225

印刷所 有限会社 斉藤印刷出版

石川県七尾市古府町れ部41-4

TEL(0767)53-3393
