

ISSN 1348-6551

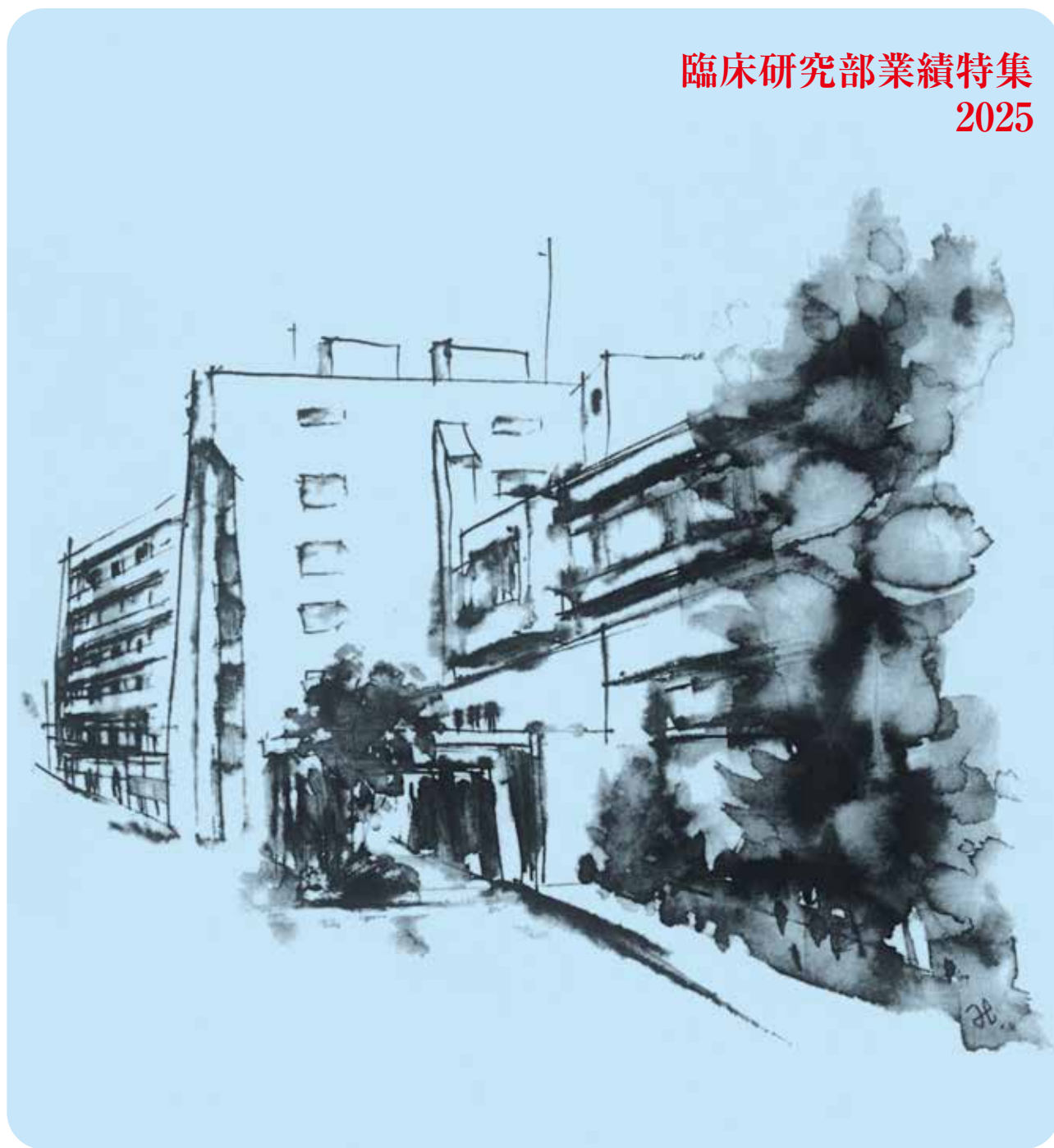
THE JOURNAL OF NATIONAL OKINAWA HOSPITAL

国立 沖縄病院醫學雜誌

第 46 卷

2026年9月

臨床研究部業績特集
2025



ISO9001 : 2015

独立行政法人国立病院機構
沖縄病院臨床研究部

外来診療科担当医表

診療受付時間

内科 8時30分～12時まで
外科 8時30分～12時まで

2026年8月1日現在

診療科（受付時間）		曜日	月	火	水	木	金
内科	呼 吸 器 内 科 （紹介状あり） （8：30～12：00）		久田 友哉 （第1.3.5）	知花 賢治	【交代制】 ①大湾 勤子 ②比嘉 太 ③知花 賢治 ④比嘉 太 ⑤大湾 勤子	久田 友哉	兼久 梢
			名嘉山裕子 （第2.4）				
	呼 吸 器 内 科 （紹介状なし） （8：30～12：00）		知花 賢治	大湾 勤子 藤田 香織 （午前） 久田 友哉 （午後・再診のみ）	※再診予約制 名嘉山 裕子 （午後）	大湾 勤子 比嘉 太 ※再診予約制 知花 賢治 （午後）	名嘉山裕子 比嘉 太 （午前）
			比嘉 太 （午前）				
	消 化 器 内 科 （火・木 8：30～12：00）			樋口 大介	樋口 大介 （再診のみ）	樋口 大介	
	ピロリ菌・大腸CT外来			樋口 大介 （8：30～12：00）		樋口 大介 （8：30～12：00）	
	循 環 器 専 門 外 来				比嘉 富貴 （13：00～17：00）		
	非結核性抗酸菌外来				金城 武士 月2回（9：00～12：00）		
	糖 尿 病 外 来			屋比久賢光 （14：00～17：00）			
脳神経内科	新 患 （予約制） （8：30～12：00）		橋口 昭大 （午前） 藤原 善寿 大屋祐一郎 山城 志織	城戸美和子 藤原 善寿		妹尾 洋 當銘大吾郎 （午前） 山城 志織 （午前）	藤崎なつみ 水田 若奈
	※神経疾患の新患の方は、地域医療連携室を通してかかりつけ医からの紹介状（診療情報提供書）をもとに「予約枠」をお取り下さい。 ※予約時刻前に採血等の診療準備を行う場合がありますので、お時間に余裕をもってお越しください。						
	再 診 （予約制）		渡嘉敷 崇 藤崎なつみ	藤崎なつみ 妹尾 洋 水田 若奈		（午前） 橋口 昭大 （午後） 渡嘉敷 崇 大屋祐一郎 山城 志織	橋口 昭大 城戸美和子 藤原 善寿
外科	外 科 呼 吸 器 外 科 （8：30～12：00） ※紹介の新患は予約制		星野 浩延 久志 一郎 （消化器）	饒平名知史	仲宗根尚子	川畑 勉 久志 一郎 （消化器）	河崎 英範
	乳腺・甲状腺外来 （予約制）						蔵下 要 第1.3.5金曜 （14:00～17:00）
整形	整 形 外 科 ※新患受付は9：00まで		勝木 亮		勝木 亮		勝木 亮
	骨 軟 部 腫 瘍 （9：00～10：00） ※新患受付は9：00まで			當銘 保則 午後手術			
※予約時刻前にレントゲン等の診療準備を行う場合がありますので、お時間に余裕をもってお越しください。							
緩和医療外来（予約制）			久志 一郎		久志 一郎	久志 一郎	
放射線	放 射 線 科 （画像診断）		大城 康二	大城 康二	大城 康二	大城 康二	大城 康二
		※ C T ・ M R I ・ R I 検査・骨密度は随時受付					
	放 射 線 治 療 科		橋本 成司	橋本 成司	橋本 成司	橋本 成司	橋本 成司
※ 新患は、予約制です。							
が ん 検 診 （予約制）					藤田 香織 9：00～12：00		
肺ドック（予約制）						9：00～10：00	

※予約変更又はキャンセルについては、下記の専用番号にお電話ください。

外来予約変更専用電話 098-898-2181

受付時間 13:00～15:00（土日・祝日、年末年始を除く）

※セカンドオピニオンは病院間の調整で予約を受け付けております。



目 次

巻頭言	大 湾 勤 子	1
目で見る胸部疾患（151）高分化肺腺癌が疑われた 限局性peribronchiolar metaplasia(PBM)の1例	饒平名 知 史	2
原著論文		
当院における間質性肺疾患の現状 —診断と抗線維化薬の使用状況について—	大 湾 勤 子	6
AIを活用した遺伝性疾患専用法系図作成ツールの開発	長 山 あゆみ	13
電話面談による入院受け入れの取り組み	久 志 一 朗	21
症例報告		
急速に進行し短期間で死亡に至った緑膿菌肺炎の一例	兼 久 梢	24
初診から15年間治療介入なく無増悪で経過している 右肺底動脈大動脈起始症の1例	川 畑 大 樹	29
末梢神経障害が疑われたLambert-Eaton筋無力症候群の1例	藤 原 善 寿	33
『抗Ro-52抗体と抗HMGCR抗体が共陽性となった壊死性ミオパチーの一例』	平 良 克 哉	38
国立病院機構沖縄病院 業績集（2025年度）		42
沖縄病院倫理審査委員会 承認事項（2025年度）		57
報 告 国立病院機構沖縄病院 脳神経内科 退院患者統計（2025年）		61
国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科 退院患者統計（2025年）		62
国立病院機構沖縄病院 呼吸器外科 退院患者統計（2025年）		63
国立病院機構沖縄病院 手術・検査統計（2025年）		64
国立沖縄病院医学雑誌 投稿規定		65
沖縄病院医師診療分野一覧		66
編集後記	河 崎 英 範	72

考える葦として－技と記録の継承

国立病院機構沖縄病院

院長 大 湾 勤 子

2019年10月31日、沖縄の象徴ともいえる首里城は、正殿を含む七つの施設が全焼しました。映画のワンシーンのような炎の映像は今も脳裏に焼き付いており、当時受けた衝撃の大きさを思い返します。あれから7年の歳月を経て、2026年11月22日には正殿が再び姿を取り戻す予定です。

首里城は第二次世界大戦前に二度、戦後になって今回を含め三度復元されています。大戦で焼失したのち、昭和期に一部が復元され、1992年（平成4年）には現在の首里城の基盤となる正殿を含む主要建物が本格的に再建されました。この平成の復元では、設計図、工法、材料、工程、職人の技術などが体系的に記録され、詳細な資料として残されています。今回の三度目の復元では、これらの記録が「教科書」として活用され、伝統技法から最新技術まで幅広い知見が参照されました。

首里城には琉球建築特有の技術が多く、漆塗り、宮大工、琉球赤瓦などを担う専門職人の力は欠かせません。彼らは伝統技法を駆使するだけでなく、後継者の育成にも力を注ぎ、記録と技術と人材育成を三位一体として復元に取り組んできました。

こうした努力と最新技術の導入により、首里城は再びその姿を取り戻しつつあります。これは単なる建物の再建ではなく、沖縄の文化・技術・歴史を未来へつなぐ長い道のりそのものです。

今回、沖縄病院医学雑誌は第46巻の発刊となります。先輩方が築いてきた当院の臨床の歴史は、記録として次代へ受け継がれていきます。昨今は生成AIが目覚ましい進歩により、迅速に大量の情報が得られるようになりました。新しい技術を取り入れながらも、ロボットではない「考える葦」として、日々の診療と研究を重ね、後進へ継承していくことの大切さを改めて心に留めたいと思います。本誌が臨床の現場で役立つことを願っています。

目で見える胸部疾患 (151)

高分化肺腺癌が疑われた 限局性 peribronchiolar metaplasia(PBM) の 1 例



Fig.1 左下葉胸膜下に 9×5mm(浸潤径 4.5mm) のすりガラス結節が認められる。

患者：77 歳，男性

主 訴：なし

現病歴：2022 年 5 月，検診の胸部 CT 検査で左下葉に約 7mm のすりガラス結節が指摘され当院内科へ紹介。以後，画像フォロー開始となった。2023 年 6 月の胸部 CT フォローで約 9mm へサイズ増大が認められ，気管支鏡検査が施行されたが，確定診断に至らず。画像上，悪性が示唆された為，VATS 肺生検を含めた精査加療目的で外科紹介となった。

既往歴：高血圧症，高脂血症，高尿酸血症

喫煙歴：Never-smoker

理学所見：身長 162cm，体重 59.5kg，体温 36.5℃，
血 圧 130/73 mmHg，脈 拍 56 回 / 分，SpO2
98%(ルームエアー)

【検査所見】

胸腹部 CT：左下葉胸膜下に 9×5mm(浸潤径 4.5mm) のすりガラス結節が認められる。有意な肺門，縦隔リンパ節腫大は認められない (Fig. 1)。
PET/CT：左肺下葉背側胸膜下にすりガラス結節が認められる。有意な FDG 集積は認められないが，

分化度の高い腺癌の可能性は否定できない。有意な腫大および FDG 集積を伴うリンパ節病変は認められない。びまん性 FDG 集積を伴う前立腺肥大が認められるが (SUVmax=3.51)，局所的な高集積は認められない。

頭部 MRI：頭蓋内に転移を疑う所見は認められない。脳血管障害も認められない。

骨シンチ：右眼窩下内側縁，腰椎に集積亢進像が認められるが，直近 CT で病変ははっきりせず，腰椎の集積は退行変性と思われる。明らかな骨転移を示唆する所見は認められない。

腫瘍マーカー：CEA 4.1(5.0 以下)，シフラ 3.82(2.08 以下)，ProGRP 40.9(81 未満)

【全身状態】

PS=0

【心肺機能検査】

呼吸機能：VC 3540(%VC 114.9)，FEV1.0 2760 (FEV% 81.9)，DLCO 14.94(%DLCO 108.7)，DLCO' 17.97(%DLCO' 130.0)

血液ガス：pH 7.38，pCO2 41.1，pO2 71.0，HCO3

23.6, SatO2=94.2

ECG; ; N.S.R., HR=66, ST-T 変化 (-)

Echo; 【計測値】 EF 72%(55-85) 【wall motion】 no asynergy 【wall thickness】 正常範囲 【Chamber size】 正常範囲 【AV】 organic lision(-), AS(-), AR(-) 【MV】 organic lision(-), MR(trivial) 【TV】 organic lision(-), TR (trivial) 【PV】 PS(-), PR(-) 【IVC】呼吸変動 (+), 拡大 (+), IVC 18/12mm 【P.E】 Pericardial effusin(-)

以上より，左下葉に 9mm のすりガラス結節が存在し，肺癌疑い (cT1miNOM0, stage IA1) と診断．遠隔転移は認めず，耐術能も保たれている為，診断と治療を兼ねた手術を行う方針となった．術中，視認および触診での同定は困難と判断された為，術前バリウムマーキングも行う予定とした．

【術式】

胸腔鏡下左下葉部分切除術施行．

【病理】

Peribronchiolar metaplasia with pulmonary alveolar proteinosis-like reaction.

・ 断面にて 0.7x0.7x0.5cm 大の茶褐色調部分が見られ，近傍にはバリウムマーキングも認められる (Fig.2)．上記部分では，比較的広汎な peribronchiolar metaplasia と考えられる細気管支上皮化生を肺胞上皮に認め，肺胞腔内には好酸性物質（液状から一部顆粒状）の貯留も認められる．内部にはマクロファージが散在性に存在し，細気管支上皮化生を疑う部分で p40 が基底細胞に染まり，腫瘍は否定的と判断される．周辺にも peribronchiolar metaplasia が散見されるが，悪性所見は明らかではない．好酸性物質は PAS 染色 (+)，SP-A(+) を呈し，肺胞蛋白症の変化と考えられる (Fig.3)．

【経過】

術後経過は良好で，2POD に胸腔ドレーン抜去，8POD に退院となった．



Fig.2 断面にて，0.7 × 0.7 × 0.5cm 大の茶褐色調の病変が認められる．その近傍にはバリウムマーキングも認められる．

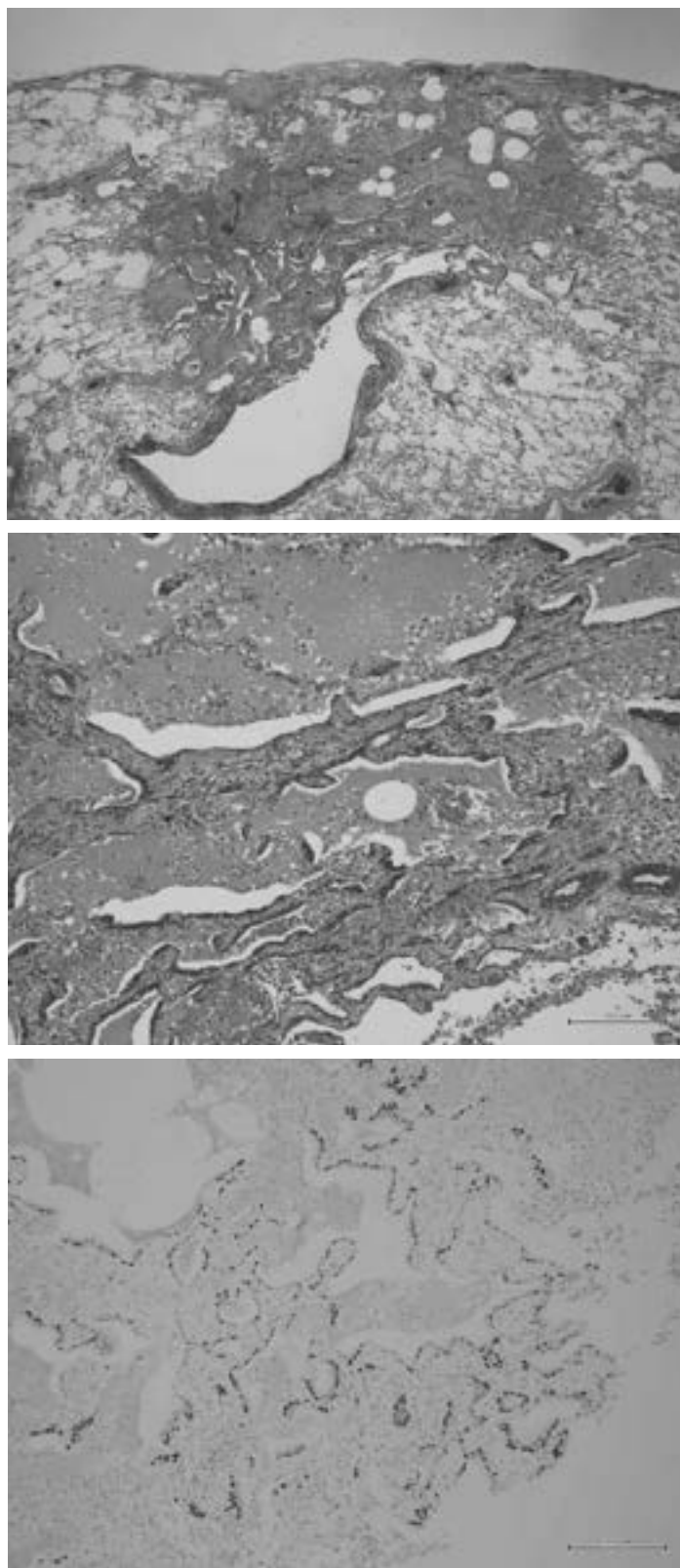


Fig.3 軽度腫大した上皮が肺胞上皮を置換している。病変部の上皮に線毛が認められ、核異型は目立たない。細気管支上皮化生が認められ、p40 が基底細胞に染まる。

【考察】

Peribronchiolar metaplasia(PBM)は、細気管支周囲における肺胞上皮が気道上皮様へと置換する非腫瘍性変化であり¹⁾、主として慢性的な吸入抗原曝露や炎症に関連し、過敏性肺炎などのびまん性肺疾患の一所見として発見されることが多い²⁾。発見動機は多くの場合、呼吸器症状に対する精査やびまん性陰影の評価過程であり、外科的治療後の切除標本において偶発的に確認されることも少なくない²⁾。画像所見としては、小葉中心性結節、モザイクパターンや air trappingなどを伴うびまん性変化として指摘される場合が多く³⁾、本症例のようにPBMが限局性に出現し、孤立性すりガラス結節として描出される例は稀である。これまでに、孤立性あるいは部分充実結節として発見され、肺腺癌との鑑別が問題となった症例が国内外で報告されており⁴⁻⁶⁾、特に経時的な増大を示す場合にはAISやMIAを含む高分化型肺腺癌との鑑別が重要となる⁷⁾。本症例でも、孤立性すりガラス結節として描出され、増大傾向を示すことより、診断と治療を兼ねて外科的切除が選択されたが、結果的にはPBMであった。このような症例は肺癌類似病変として重要であり、臨床判断に影響を与えうるが、現時点では限局性PBMを画像的に鑑別する指標は確立しておらず、悪性の可能性を考慮した外科的アプローチは妥当と考えられる。今後、症例の蓄積によりその臨床像および画像的特徴の明確化が期待される。

参考文献

- 1) Fraire AE, Greenberg SD. Peribronchiolar metaplasia. A common histologic lesion in hypersensitivity pneumonitis and other forms of diffuse lung disease. *Hum Pathol.* 1981; 12: 632-639.
- 2) Fukuoka J, Franks TJ, Colby TV, et al. Peribronchiolar metaplasia: histologic and clinical significance. *Semin Diagn Pathol.* 2010; 27: 141-149.
- 3) Travis WD, Brambilla E, Burke AP, et al. WHO Classification of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart, 4th ed. Lyon, IARC Press, 2015.
- 4) 渡邊裕陽, 斉藤彰俊, 井口垂以里, ほか. 限局性すりガラス濃度を呈した peribronchiolar metaplasia の1例. *臨床放射線*, 2020; 65: 61-65.
- 5) 種井沙希, 大村兼志郎, 荒井弘侑, ほか. 画像上早期肺腺癌との鑑別が困難であった Peribronchiolar Metaplasia の1切除例. *肺癌*, 2025; 65: 1060-1064.
- 6) Yasuura Y, Kayata H, Mizuno K, et al. Solitary peribronchiolar metaplasia showing a sub-solid nodule on computed tomography. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2019; 67: 1026-1030.
- 7) Henschke CI, Yankelevitz DF, Mirtcheva R, et al. CT screening for lung cancer: frequency and significance of part-solid and nonsolid nodules. *AJR Am J Roentgenol.* 2002; 178: 1053-1057.

国立病院機構沖縄病院 外科
 饒平名 知史, 川畑 大樹, 星野 浩延,
 仲宗根 尚子, 河崎 英範

当院における間質性肺疾患の現状 —診断と抗線維化薬の使用状況について—

国立病院機構沖縄病院¹⁾ 呼吸器内科,²⁾ 病理診断科,³⁾ 放射線科,⁴⁾ 臨床研究部

大湾 勤子¹⁾, 知花 賢治¹⁾, 比嘉 太¹⁾, 名嘉山 裕子¹⁾, 藤田 香織¹⁾, 久田 友哉¹⁾
兼久 梢¹⁾, 熱海 恵理子²⁾, 大城 康二³⁾, 長山 あゆみ⁴⁾

要 旨

目的：間質性肺疾患（interstitial lung diseases: ILDs）は多様な病因を背景とする疾患群であり、その中核を占める特発性間質性肺炎（idiopathic interstitial pneumonias: IIPs）、特に特発性肺線維症（idiopathic pulmonary fibrosis: IPF）は近年有病率の増加が報告されている。本研究では、当院における ILDs の病型分布、特徴、ならびに抗線維化薬の使用状況を明らかにすることを目的とした。

方法：2024 年 12 月 1 日～2025 年 11 月 30 日にレセプト病名で ILDs と新規に登録された症例を後方視的に抽出し、診療録より臨床的に整合する ILDs を同定した。診断は ERS/ATS 2025 新国際分類ならびに ATS/ERS/JRS/ALAT 2022 CPFE の定義と分類基準に基づき、CT 所見・臨床所見・気管支鏡検査を参考に可能な限り MDD により行った。抗線維化薬投与例については、背景疾患、投与量、継続状況、副作用を後方視的に評価した。

結果：対象 218 例中、臨床的に ILDs と診断されたのは 111 例であった。IIPs が 67 例（60.4%）と最多であり、内訳は IPF 32 例、CPFE 15 例、PPFE 6 例、NSIP 5 例、COP 4 例、分類不能 5 例であった。膠原病関連 ILD（CTD-ILD）は 21 例で、関節リウマチ（RA）が最多（9 例）であった。肺がん合併は 17 例（15.3%）で、特に CPFE で高率（41.2%）であった。抗線維化薬は 21 例に投与され、IIPs の 14 例（IPF 11 例、CPFE 2 例、NSIP 1 例）および PPF の 7 例（RA 3 例、PM/DM 2 例、Sjögren 1 例、LCH 1 例）が対象であった。継続率は 76.2% であったが、半数が副作用により減量を要した。難病申請は 14 例で実施され、未申請例は RA や肺がん合併例が中心であった。

結語：当院における ILDs は IIPs が中心であり、特に IPF の頻度が高かった。抗線維化薬は副作用や経済的負担により減量・中止を要する例もみられたが、適切な調整により多くの症例で継続可能であった。今後、新規抗線維化薬の導入により治療選択肢の拡大が期待される。

キーワード：間質性肺疾患 特発性肺線維症 進行性肺線維症 抗線維化薬

目 的

間質性肺疾患（interstitial lung diseases: ILDs）は、胸部放射線画像上、両側びまん性の陰影をみとめる疾患のうち肺の間質を炎症の場とする疾患である。本疾患の原因は多様であるが、その中核を占めるのは、原因が不明である特発性間質性肺炎、中でも特発性肺線維症である¹⁾。日本の国民健康保健データベースを用いた解析²⁾では、近年、特発性間質性肺炎の有病率が増加しており、高齢化、診断技術の向上、認知度が上昇したことがその要因と推定されている。当院における間質性肺疾患患者の現状につい

て、その種類と特徴、抗線維化薬の使用状況について検討した。

対象と方法

2024 年 12 月 1 日から 2025 年 11 月 30 日の期間、レセプト病名で新規に間質性肺疾患、間質性肺炎、肺線維症の病名が登録された症例を後方視的に検索し、診療録より疑い病名や嚢胞性疾患などを除外し、臨床的に整合した間質性肺疾患症例をリストした。間質性肺炎の診断は、ERS/ATS で発表された 2025 年新国際分類³⁾ならびに ATS/ERS/JRS/ALAT

2022 CPFE の定義と分類基準⁷⁾に基づき, CT 画像所見, 臨床所見, 気管支鏡検査などの補助所見を参考に可能な限り MDD で実施した. また, 薬物治療として抗線維化薬が投与された症例の背景や投与量, 投与経過を診療録より後方視的に検討した (I2026-18).

結 果

1) 間質性肺疾患の種類

上記の期間, レセプト病名で間質性肺疾患, 間質性肺炎, 肺線維症と登録されていた 218 人中, 臨床的に整合した間質性肺疾患症例は 111 人. 特発性間質性肺炎 (Idiopathic Interstitial Pneumonias:IIPs)

は 67 人と最多であり, 次いで膠原病関連間質性肺炎 (connective tissue disease -associated interstitial lung disease: CTD-ILD) は 21 人, 間質性肺異常 (Interstitial Lung Abnormalities : ILA) 15 人, その他 8 人 (過敏性肺炎 2 人, 感染後 3 人, 膠原病疑い, 嚢胞合併, びまん性すりガラス陰影, 各 1 人) であった (Fig.1). 全体のうち肺がん合併は 17 例であった.

特発性間質性肺炎の内訳は特発性肺線維症 (Idiopathic pulmonary fibrosis:IPF) 32 人, 特発性非特異性間質性肺炎 (Idiopathic Nonspecific Interstitial Pneumonia: NSIP) 5 人, 気腫合併肺線維症 (Combined pulmonary fibrosis and emphysema



Fig. 1 間質性肺疾患 (ILDs) の分類

: CPFE) 15 人, 特発性器質化肺炎 (Cryptogenic Organizing Pneumonia: COP) 4 人, 胸膜肺実質線維弾性症 (Pleuroparenchymal Fibroelastosis: PPFE) 6 人, 分類不能 5 人であった (Fig.2). IPF32 人において, 画像所見のガイドライン⁴⁾に照らし合わせて確信度を診断すると definite15 人, probable14 人 indeterminate3 人であった。

膠原病合併間質性肺炎 21 人の膠原病の内訳を

Fig.3 に示す. 関節リウマチ (Rheumatoid arthritis: RA) 9 人, Sjögren 症候群 4 人, 強皮症, ANCA 関連血管炎は各 2 例, 多発性筋炎 / 皮膚筋炎 (Polymyositis/ Dermatomyositis: PM/DM), 抗 ARS 抗体陽性, 混合性結合組織病, SLE 各 1 人であった。

肺がん合併間質性肺炎は 17 人 (15.3%) 存在し, 間質性肺炎の背景としては IPF2 人, CPFE7 人, NSIP2 人, 膠原病合併 4 人, ILA2 人であった (Fig.4)。

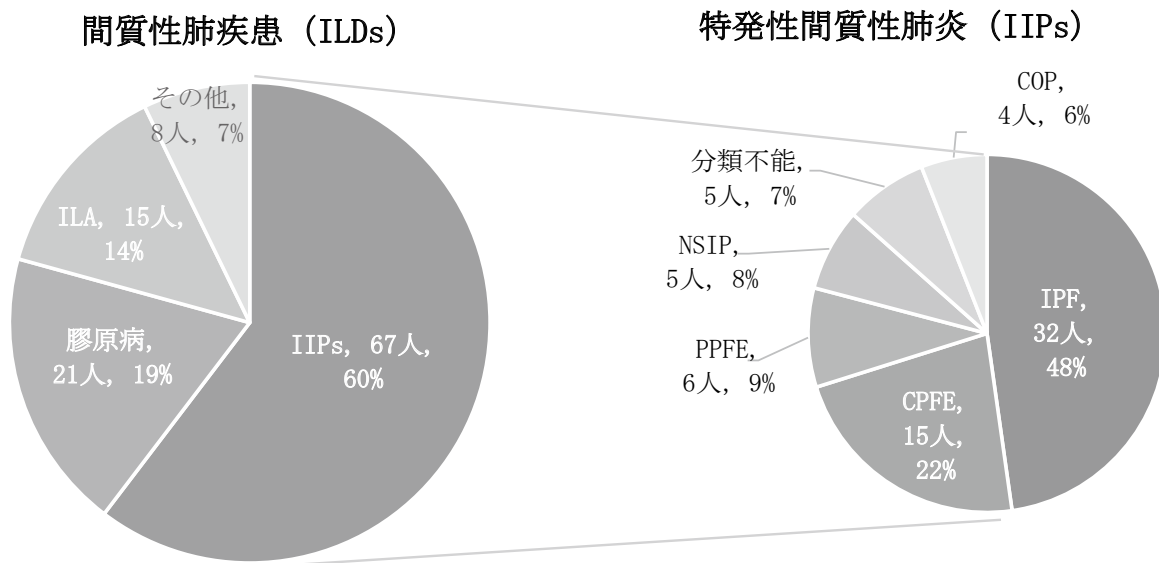


Fig. 2a 間質性肺疾患 (ILDs) の内訳

Fig. 2b 特発性間質性肺炎 (IIPs) の内訳

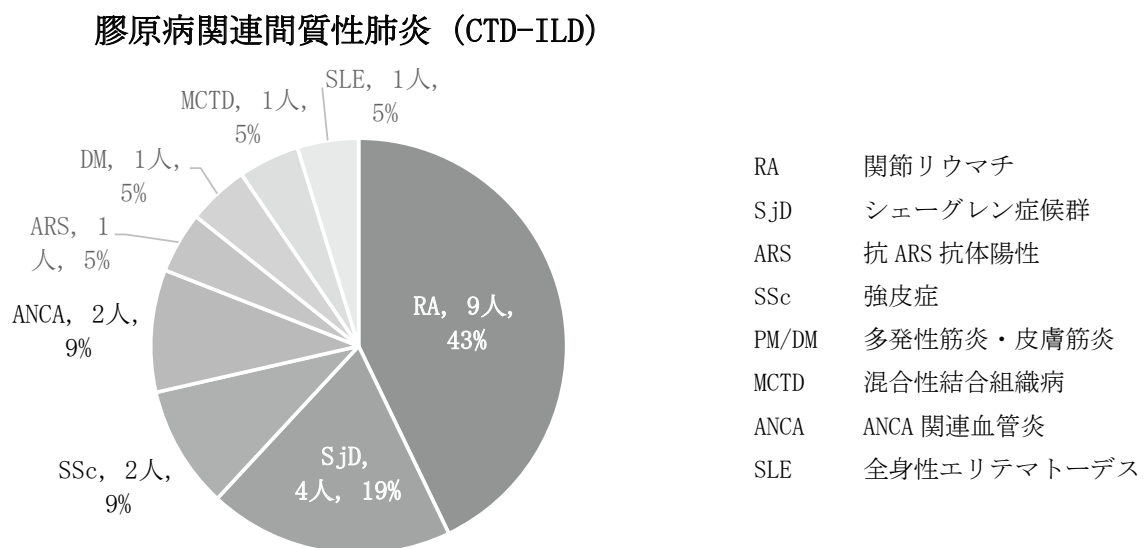


Fig. 3 膠原病関連間質性肺炎 (CTD-ILD) の内訳と略語

肺がん合併間質性肺炎

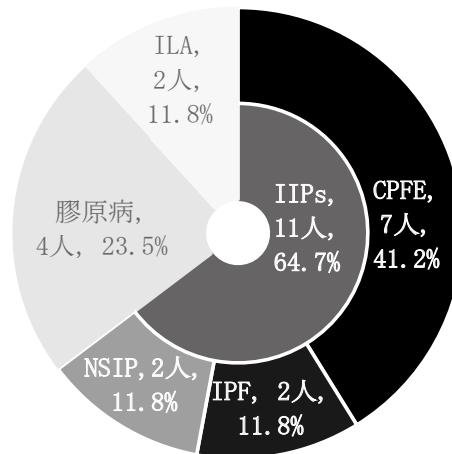


Fig. 4 肺がん合併間質性肺炎の内訳

2) 抗線維化薬投与の状況

抗線維化薬を処方されていたのは21人。全例ニンテダニブが処方されていた。性別は男性13人、女性8人、年齢中央値は73歳。投与対象疾患は、IIPs67人中14人（20.9%）で内訳はIPF11人、CPFE2人、NSIP1人であった。進行性肺線維症（Progressive Pulmonary Fibrosis:PPF）では7人で、RA3人、PM/DM2人、Sjögren 症候群1人、肺ランゲルハンス細胞ヒスチオサイトーシス（LCH）1人であった（Fig.5）。内服が継続できていたのは16人（76.2%）

であったが、内服量は標準量である300mg 8人、減量では200mg 3人、150mg 3人、100mg 2人で減量した8人は全員女性であった。一方、継続できなかった5人は、その理由として副作用2人（肝障害、下痢各1人）、経済的負担1人、病状進行1人、1人は転医のため follow 中止となった。

抗線維化薬処方された者のうち特定疾患申請をしていたのは14人、未申請者は7人（RA3人 がん合併3人 LCH 1人）であった。

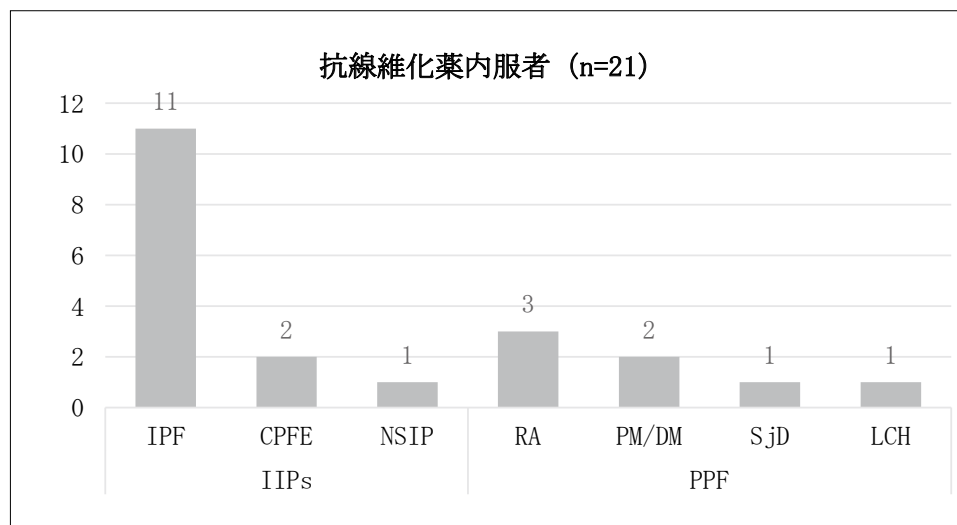


Fig. 5 抗線維化薬投与の状況

考 察

間質性肺疾患は、肺の間質（狭義では肺胞隔壁、広義では小葉間間質、胸膜近傍などを含む）を炎症の場とする多様な疾患群である。その病因は自己免疫疾患、環境曝露、薬剤、遺伝的素因、感染症など多岐にわたる。これらの疾患は、臨床像・画像所見・病理組織像が重複することが多く、正確な病型分類と病因の同定が診療上重要である。

この広範なILDsの中で、特発性間質性肺炎は、明確な原因を特定できない一群として位置づけられ、特に特発性肺線維症は、進行性の線維化を特徴とする代表的疾患である。IPFは予後不良であり、急性増悪を含む病態進行が患者の生命予後に大きく影響する。

近年、日本を含む世界各国においてIPFの有病率が増加していることが複数の疫学研究で示されている^{1) 2)}。その背景として、人口の高齢化、HRCTを中心とした診断技術の向上、疾患認知度の上昇、さらには抗線維化薬の導入による診断機会の増加などが複合的に寄与していると考えられている。これらの要因により、臨床現場ではILDsの鑑別診断の重要性が一層高まり、早期診断と適切な病態評価に基づいた治療戦略の構築が求められている。

今回、当院で2024年12月から2025年11月までに新規登録された間質性肺疾患の症例について、後方視的に検討した。当院では間質性肺疾患ILDsのうち60.4%が原因不明特発性間質性肺炎IIPsであり、さらにその中でも特発性肺線維症IPFが47.8%を占めていた。また、次いで気腫合併肺線維症が22.4%、胸膜肺実質線維弾性症が約9%と続いていた。これら3種類の肺線維症は、いずれも線維化が進行し予後不良のタイプであり、当院ではIIPsの8割を占めていた。

膠原病合併間質性肺炎の原因となる膠原病では関節リウマチが最多で42.9%、Sjögren症候群19%と続いていた。当院は、膠原病内科はないため肺疾患の精査目的で紹介になるケースが大半を占めている。膠原病の中で有病率が高い関節リウマチ、Sjögren症候群が肺病変合併の原疾患として多いと考えられた。一般的に膠原病の側からみると強皮症で47%、特発性炎症性筋疾患で41%、混合性結合組織病で56%、関節リウマチで11%、Sjögren症候群で17%に肺病変の合併がみられると報告されている⁵⁾。

IPFは肺がん合併が10～20%とされているが、今回の検討では、広くILDsにおける肺がんの合併症

例は15.3%であった。特に、CPFEに合併した肺がん症例は17例中7人（41.2%）と多かった。またCTD-ILDも4人（28.6%）おり、当院には、肺がん症例が多く紹介されるという背景もあって、間質性肺炎に合併した肺がん症例は多く見られた。

ILA症例も肺がん合併のリスクがあると言われており、当院でも2例（11.8%）いたが、1例は術後に間質性肺炎の急性増悪をきたしていた。今回は、肺がんに対する治療については検討を行っていないが、間質性肺炎の重症度によって治療選択には、配慮が必要であることは言うまでもない。

IIPsもしくはPPFにおいて薬物治療を選択する際に、炎症の要素が大きい場合には、ステロイドや免疫抑制剤を優先することが多く、線維化の要素が大きい場合には抗線維化薬を選択することが多い。本薬剤は特に病気の早期に投与を開始すると疾患進行を抑制する効果が期待される⁶⁾。一方、高額な薬剤であるため、指定難病の手続きを行い医療費助成制度を利用して治療をすることが多い。IIPsのうちIPF32人中11人（34.4%）に、PPFにおいてはCTD-ILD21人中6人（28.6%）に抗線維化薬のニンテダニブが投与されていた。また、抗線維化薬の副作用として下痢や消化器症状などの合併症で、内服を継続できたのは76.2%であるが、おおむね他施設の報告でも同様である。投与継続のために、減量しているのは継続者の半数であり、本薬剤の忍容性を確認しながら投薬に工夫がいる現状が確認された。なお、今回の対象の期間で、以前より抗線維化薬を内服している者のうち3例は、ピルフェニドンが継続されていた。

抗線維化薬が処方された際に難病申請を実施していなかったのは、特定疾患の対象でない関節リウマチ患者や、高額な治療を併用しているがん合併の患者であり、その他は医療費助成制度を利用していた。

結 語

今回の間質性肺疾患の検討では、IPFが頻度としては多く、抗線維化薬の投与も工夫しながら対象者に届けるよう努めていた。さらに抗線維化薬の新薬が上梓される予定であり、難病である本疾患にもより治療介入する機会が増えることを期待する。

文 献

- 1) Fujisawa T, Mori K, Mikamo M, et al. Nationwide cloud-based integrated

- database of idiopathic interstitial pneumonias for multidisciplinary discussion. *European Respiratory Journal*. 2019;53(5):1802243.
- 2) Miyashita K, Inoue Y, Yasui H, et al. Epidemiology of interstitial lung diseases in Japan: A nationwide database analysis. *Respir Investig*. 2026;64(2):101367.
- 3) ATS/ERS/JRS/ALAT International Statement. 2025 International Classification of Interstitial Lung Diseases. *Am J Respir Crit Care Med*. In press.
- 4) Diagnosis of Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2018;198:e44–e68.
- 5) Joy GM, Arvib OA, Wong CK, et al. Prevalence, imaging patterns and risk factors of interstitial lung disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir Rev*. 2023;32:220210
- 6) Brown KK, Flaherty KR, Cottin V, et al. Lung function outcomes in the INPULSIS trials of nintedanib in idiopathic pulmonary fibrosis. *Respir Med*. 2019;146:42–48.
- 7) Cottin V, Inoue Y, Selman M, et al. Syndrome of Combined Pulmonary Fibrosis and Emphysema An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Research Statement. *Am J Respir Crit Care Med*. 2022; 206:e7–e41.

Interstitial Lung Diseases: Diagnostic Patterns and Antifibrotic Use

National Hospital Organization Okinawa hospital.

¹⁾ Division of pulmonary medicine ²⁾ Division of pathology

³⁾ Division of Radiology ⁴⁾ Division of clinical research

Isoko Owan¹⁾, Kenji Chibana¹⁾, Futoshi Higa¹⁾, Yuko Nakayama¹⁾, Kaori Fujita¹⁾, Tomoya Kuda¹⁾,
Kozue Kaneku¹⁾, Eriko Atsumi²⁾, Yasuji Ohshiro³⁾, Ayumi Nagayama⁴⁾

Abstract

Background: Interstitial lung diseases (ILDs) comprise a heterogeneous group of disorders characterized by inflammation and fibrosis of the pulmonary interstitium. Among them, idiopathic interstitial pneumonias (IIPs), particularly idiopathic pulmonary fibrosis (IPF), represent the major disease entities, and recent epidemiological studies in Japan have demonstrated an increasing prevalence of IIPs, attributed to population aging, advances in diagnostic imaging, and improved disease recognition. This study aimed to clarify the current status of ILDs in our institution, focusing on disease distribution and the use of antifibrotic therapy.

Methods: We retrospectively reviewed patients registered with ILD-related diagnostic codes between December 1, 2024, and November 30, 2025. Clinically confirmed ILD cases were identified through chart review. Diagnosis was based on the 2025 ATS/ERS/JRS/ALAT International Classification and 2022 ATS/ERS/JRS/ALAT criteria for CPFE, incorporating CT findings, clinical features, and bronchoscopic data, and multidisciplinary discussion (MDD) was performed whenever possible. For patients receiving antifibrotic agents, background characteristics, dosing, treatment continuation, and adverse events were evaluated.

Results: Of 218 registered cases, 111 were clinically diagnosed as ILDs. IIPs accounted for 67 cases (60.4%), including IPF (32), combined pulmonary fibrosis and emphysema (CPFE) (15), pleuroparenchymal fibroelastosis (PPFE) (6), nonspecific interstitial pneumonia (NSIP) (5), cryptogenic organizing pneumonia (COP) (4), and unclassifiable IIPs (5). Connective tissue disease-associated ILD (CTD ILD) was observed in 21 cases, most commonly rheumatoid arthritis (9 cases). Lung cancer was present in 17 ILD patients (15.3%), with a notably high frequency in CPFE (41.2%). Antifibrotic therapy was administered to 21 patients: 14 with IIPs (IPF 11, CPFE 2, NSIP 1) and 7 with progressive pulmonary fibrosis (PPF) associated with CTD ILD or other etiologies. Treatment continuation was achieved in 76.2%, although dose reduction was required in half of the patients due to adverse effects. Fourteen patients applied for financial support through the designated intractable disease program.

Conclusions: In our institution, IIPs—particularly IPF—constituted the majority of ILDs, with a substantial proportion of fibrotic phenotypes such as CPFE and PPFE. Antifibrotic therapy was generally feasible with appropriate dose adjustment, although adverse effects and financial burden remained challenges. The anticipated introduction of new antifibrotic agents may further expand therapeutic options for patients with fibrotic ILDs.

Keywords: Interstitial Lung Diseases, Idiopathic Interstitial Pneumonias, Idiopathic Pulmonary fibrosis, Antifibrotic Agents

AIを活用した遺伝性疾患専有家系図作成ツールの開発

独立行政法人国立病院機構 沖縄病院 ¹⁾ 臨床研究部, ²⁾ 脳神経内科, ³⁾ 呼吸器内科

長山 あゆみ¹⁾, 藤崎 なつみ²⁾, 大湾 勤子³⁾

要 旨

遺伝性疾患の診療・研究における家系図管理は重要な実務課題であるが、希少遺伝性神経筋疾患 HMSN-P の長期コホートを有する当院では、既存の電子カルテ機能の世代数制限や遺伝カウンセラー不在などの制約から、手書きした文書をスキャンして保管するため、更新タイムラグや情報の属人化が生じていた。本報告では、プログラミング経験を持たない医療職員が会話型生成 AI との自然言語対話のみを用いて、HMSN-P コホート管理に特化した家系図作成ツールを開発した過程と実装結果を報告する。開発言語は HTML/JavaScript とし、ブラウザ上で完結する形式を採用した。約 1 ヶ月の開発期間を経て、8 世代対応・国際標準記号準拠・施設固有情報の表示・PDF/PNG 出力・症例検索機能を実装したツールを実務運用に導入した。ツール導入により家系図更新のタイムラグが解消され、複数担当者による分業体制が実現した。本事例は、専門的な開発体制を持たない医療現場においても、生成 AI の活用によって現場課題に即した独自ツール開発が可能であることを示すものである。

キーワード：生成 AI, プログラミング, 家系図, HMSN-P

1. Introduction

遺伝性疾患の診療と研究において、家系図は疾患の遺伝形式の把握、未発症者の早期同定、および長期コホート管理の基盤となる情報ツールである。特に常染色体顕性遺伝性疾患では、複数世代にわたる発症者の分布と表現型の記録が、自然歴解析に不可欠である。

当院は、TFG 遺伝子変異を原因とする希少遺伝性神経筋疾患 HMSN-P (hereditary motor and sensory neuropathy with proximal dominant involvement) の国内最大規模のコホートを有し、1978 年以降の長期追跡データを蓄積している¹⁾²⁾。本疾患は南九州・沖縄に集積する地域特異性を持ち、複数の家系が数世代にわたって当院に通院していることから、家系図の継続的な管理・更新は診療・研究両面における実務上の重要課題となっている。

しかし既存の手段はいずれも不十分であった。当院の電子カルテに搭載された家系図機能は 4 世代表示に限定されており、1978 年代から続く 6 世代以上の家系情報を一元的に表現できない。市販の家系図作成ソフトウェアは価格・導入手続き・施設固有データとの連携の点で障壁が大きく、また当院には遺伝カウンセラーが在籍しないため専門的な家系図

管理の体制も整っていない。そのため、手書きした家系図をスキャンし PDF として保存する方法が長年続けられていた。次世代の来院や家系の拡大によって積み重なる情報量の中、29 家系すべての管理や更新作業が医師一人に任されており、作業負担は膨大であった。また作成後、再度各個人の文書棚に取り込むため、更新には大きな時間を要しタイムラグが発生していた。

近年、会話型生成 AI の普及により、自然言語による対話のみでプログラムコードを生成することが技術的に可能となった³⁾。インターネット上には生成 AI を活用した家系図作成サービスが複数存在するが、これらは外部サービスへの依存、施設固有情報のカスタマイズの困難さ、個人情報取り扱いといった問題を抱えている。一方、生成 AI との対話によってプログラムコード自体を開発し、施設内で完結して稼働する独自ツールを構築した報告は、医療家系図の領域では見当たらない。

本稿では、プログラミング経験のない担当者が会話型生成 AI との対話のみを用いて、HMSN-P コホート管理に特化した家系図作成ツールを開発した過程と、その実装結果を報告する。

2. Methods

2.1 開発の背景と要件定義

本ツールの開発は、HMSN-P コホート管理における実務上の必要性から着手した。開発にあたり、まず既存の手書き家系図および電子カルテ情報を参照し、実装すべき機能要件を担当者が言語化した。主な要件として、① 8 世代以上への対応、② 医学的標準表記（米国遺伝カウンセラー学会が定める国際的な家系図記号体系⁴⁾に準拠した正方形・円形・塗りつぶし等の記号）、③ 当院固有情報（施設患者 ID・TFG 遺伝子検査結果・初発症状・死因等）の表示、④ PDF・PNG 形式での出力、⑤ JavaScript Object Notation（以下 JSON）形式によるデータ保存と再読み込み、⑥ 症例検索機能、⑦ 離婚・再婚・死亡等の複雑な関係性の表現、を設定した。また、初めて使

用する担当者が単独で操作できるよう、折りたたみ式の凡例・操作ガイドを設けることとした。（Figure 1）

2.2 開発環境と開発手法

開発には HTML/JavaScript を使用し、追加のソフトウェアインストールや外部サーバーへの接続を要さず、ブラウザ上で完結して動作する形式とした。開発コストはゼロである。担当者はプログラミングの専門的な教育を受けておらず、コーディング経験を持たない医療職員 1 名である。開発手法として、会話型生成 AI（Claude, Anthropic 社）との自然言語対話のみを用いた。実装したい機能や発生したエラーを日本語で記述して AI に送信し、AI が生成したコードをブラウザ上で動作確認するというサイクルを反復した（Figure 2）。開発時に用いる匿名

家系図作成ツール（8世代対応）

▼ 使いかたと凡例

使い方

- 「始祖を追加」ボタンで最初の人物を追加します
- 人物カードをクリックして選択し、「子を追加」「配偶者を追加」で家系を広げます
- 人物カードをダブルクリックで情報を編集できます
- 施設ID：受診患者のみ入力（赤字で表示）
- 遺伝子検査：TFG(+)を選択すると自動的に発症者（斜線パターン）になります
- 複数配偶者・離婚：配偶者を追加すると本人の隣に並びます。「離婚」ボタンで関係を解除でき、線に//マークが表示されます（子供との関係は維持）
- 子供の順序：子を追加する際に既存の兄弟がいる場合は挿入位置を選択できます
- 検索：氏名または施設IDで検索するとカードがオレンジ色でハイライトされます

凡例（医学系家系図表記）

- □ 四角：男性 / ○ 丸：女性
- 斜線パターン（図形内）：発症者
- 斜線（図形を横断）：故人
- 白抜き：非発症者
- 赤字：施設ID、TFG(+) / 黒字：TFG(-)

Figure 1. ツールの操作画面（凡例・操作ガイド表示時）

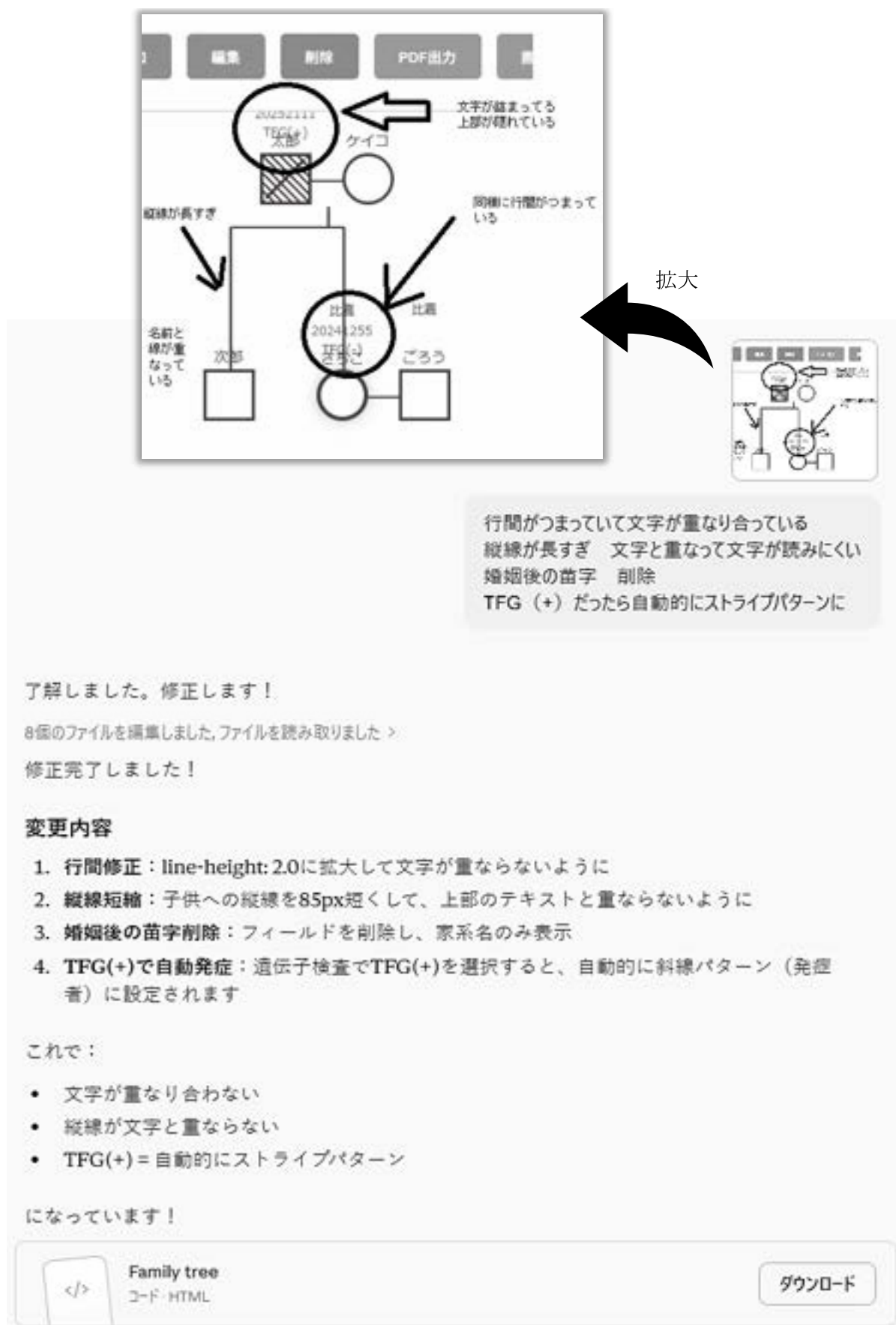


Figure 2. 開発サイクルのフロー (担当者と AI とのやりとり)

化のダミーネームはAIで作成し、世代が描写できるよう各時代の流行りや、地域性・実在数に沿った苗字など500名ほどの中から選択して利用した。開発の全過程において、実際の患者情報・個人情報にはAIとの対話に一切使用していない。

2.3 開発期間

集中開発期間として約1週間を要して基本機能を実装した。その後約3週間をバグ修正および機能追加に充て、実務運用開始までの総開発期間は約1ヶ月であった。

3. Results

3.1 完成したツールの機能

同一家系の表現を、電子カルテの既存ツールと開発した家系図作成ツールで比較した。

既存ツールでは、4世代表示の限界、国際標準に非準拠の記号体系、離婚・再婚の表現不可、子が多い場合のレイアウト崩壊といった問題があり、実用に耐えなかった (Figure 3)。

家系図作成ツールでは、8世代までの表示が可能であり、当院が1978年以降に追跡してきたHMSN-P家系の全情報を一枚の家系図として表現できる。記号体系は、Bennett et al.⁴⁾による米国遺伝カウンセラー学会の国際標準に準拠し、性別 (正方形・円形)、罹患状況 (塗りつぶし)、死亡 (斜線)、離婚・再婚、双子 (一卵性・二卵性) を表現できる (Figure 4)。

当院に受診歴があれば施設IDを記録、症状や死因について自由に記載できるスペースを設けた。

HMSN-P家系に特化した情報としては、遺伝子検査結果についてTFG陽性 (赤)・陰性 (青) と別カラー表示で区別できる (本誌掲載上は白黒となるが、ツール上はカラー表示に対応している)。また、兄弟が多く120名を超える家系もあるため、症例検索機能で氏名/施設IDを入力すると家系図上で該当者が即時に特定できるよう機能を追加した。編集の際に兄弟間の入れ替えを可能にする、データを読み込んだ際に登録者をカウントするなど、順次アップグレードにも対応している。

データの保存と出力については、作成した家系図をJSON形式でローカル保存し、次回以降に再読み込みして編集を継続できる。完成した家系図はPDF形式およびPNG形式で出力可能であり、診療録への添付や研究資料としての利用に対応している。

3.2 業務改善への効果

電子カルテの主治医の記事を参照しながら、開発した家系図作成ツールを用いて、別の担当者が家系図の作成・更新ができるようになった。文書棚に後日スキャンされた紙媒体が取り込まれるのを待つことなく、即座に閲覧・更新が可能となる。一度作成した家系図はJSON形式で保存されているので、更新がある際にはツール内で前回のデータを読み込み追加・上書きをするため、リアルタイムでの反映が可能となった。情報の属人化が解消され、担当者間での分業体制が実現した。現在はAMED研究班における家系図管理に本ツールを実際に使用している。業務改善の前後比較をTable 1に示す。

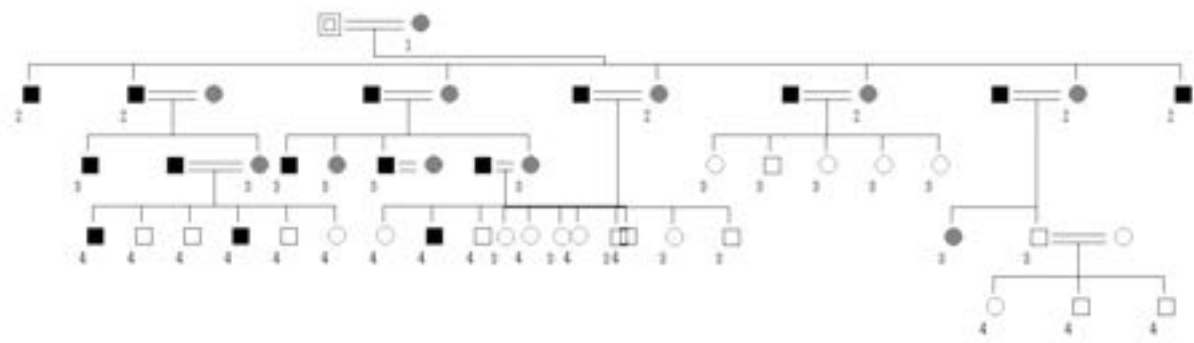


Figure 3. 導入前の電子カルテ既存機能

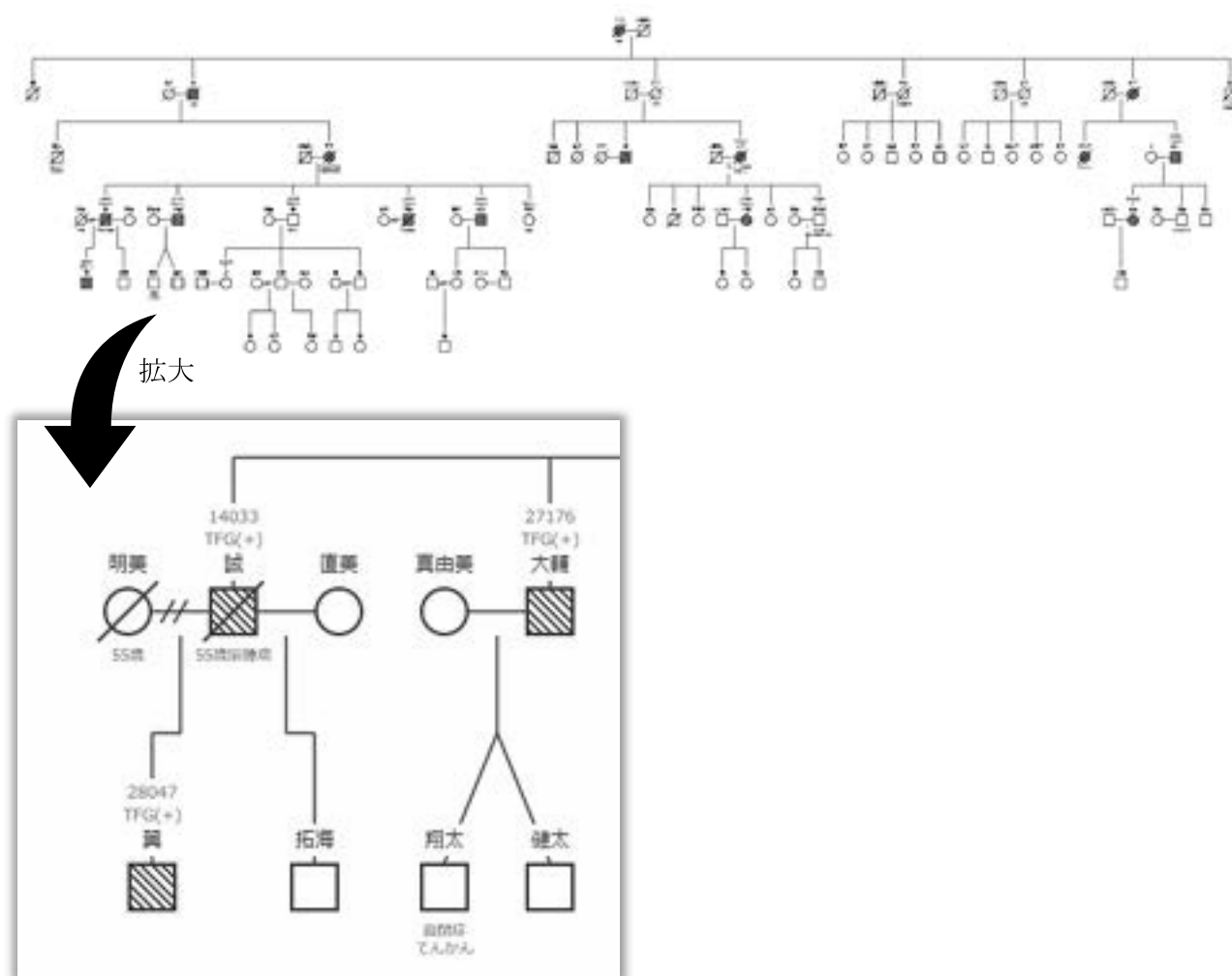


Figure 4. 完成した家系図作成ツールの画面例（導入後）

Table 1. ツール導入前後の比較

	電子カルテの家系図機能	生成 AI による家系図ツール
家系図作成方法	用途の違いや機能の制限より、活用されていなかった	ブラウザ上でデータ入力・即時反映
更新担当者	不在	複数担当者で分業可能
更新タイムラグ	記載自体されていなかった	即日対応可能
世代対応	4 世代まで	8 世代まで
記号体系	国際標準に非準拠	NSGC 国際標準に準拠
離婚・再婚表記	不可	可能
出力形式	なし（画面に表示のみ）	PDF・PNG・JSON

4. Discussion

4.1 開発の実現可能性

本報告の最も重要な点は、プログラミング経験を持たない担当者が、会話型生成 AI との対話のみを用いて、実務運用に耐える疾患特異的ツールを開発できたという点である。従来、医療現場における独自ツールの開発には情報システム部門や外部業者への依頼が必要であり、費用・時間・要件伝達の困難さが障壁となっていた。本事例はその障壁が生成 AI の活用によって大幅に低下しうることを示している。

開発において重要だったのは、プログラミング知識よりも「何が必要か」を言語化する能力であった。実装すべき機能、解決したい問題、発生したエラーの状況を日本語で具体的に記述することが AI への適切な指示につながり、開発を前進させた。言い換えれば、現場の業務を最もよく知る担当者自身がツールを開発することで、要件と実装の乖離が生じにくいという利点もあった。

4.2 生成 AI 活用における留意点

生成 AI との対話による開発には固有の困難も伴った。AI が生成したコードが意図した動作をしない、あるいは誤った処理を行う場面が繰り返し発生した。基本機能の実装よりバグの修正に 3 倍の時間と労力を要し、繰り返しの動作確認とエラーの報告・修正という反復作業は精神的負荷が大きかった。問題を適切に言語化する能力や、プログラミングの基礎知識があれば、こうした場面での試行錯誤を大幅に短縮できたと考えられる。

また、生成 AI の医療応用においては、ハルシネーション (hallucination: AI が事実と異なる情報を生成する現象)、データプライバシー、およびバイアスといったリスクが広く指摘されている⁵⁾。担当者にプログラミング知識がない場合、生成されたコードの誤りを見抜くことが困難であり、十分な動作検証なしに運用することは危険である。本ツールでは患者の個人情報扱うため、データはすべてローカル環境で管理し外部サーバーへの送信は行っていない。具体的には、完成したツールは電子カルテシステム内のローカル環境上で動作し、入力された個人情報が院外のサーバーや AI サービスに送信される経路は存在しない。開発段階においても実患者の情報は一切使用せず、AI との対話にはダミーデータを用いた。生成 AI を医療現場で活用する際には、開発時・運用時それぞれの段階における情報管理を明確にしておくことが重要である。

4.3 本ツールの位置づけ

本ツールは HMSN-P コホート管理という極めて限定的な用途のために開発されたものであり、他施設や他疾患への直接的な転用は想定していない。しかし「遺伝カウンセラーが不在で専用ソフトも導入できない施設が、疾患固有の要件に対応した家系図管理を必要としている」という状況は、希少遺伝性疾患を扱う施設に共通しうる課題である。生成 AI を用いた独自ツール開発というアプローチ自体は、同様の状況にある現場研究者にとって参考となりうると思う。

4.4 本ツールの限界と今後の課題

近親婚表記および複雑なレイアウトの自動調整については、開発過程で繰り返し改善を試みたが解決に至らなかった。特に近親婚については、地域的・歴史的背景から複雑な家系構造が存在するケースがあり、国際標準の二重線表現を複数世代にわたって正確に実装することが難しい。本ツールの限界として、現時点では図中コメントによる補完対応としていく。また業務改善効果の定量的評価は今後の検討課題である。

5. Conclusion

プログラミング経験を持たない担当者が、会話型生成 AI との対話のみを用いて、希少遺伝性疾患 HMSN-P のコホート管理に特化した家系図作成ツールを開発し、実務運用に導入することができた。生成 AI の活用は、専門的な開発体制を持たない医療現場における独自ツール開発の障壁を低下させる可能性を示すものである。

参考文献

- 1) 末原雅人．沖縄型家族性神経原性筋萎縮症．医療．2001;55(2):101-103.
- 2) Fujisaki N, Suwazono S, Suehara M, et al. The natural history of hereditary motor and sensory neuropathy with proximal dominant involvement (HMSN-P) in 97 Japanese patients. Intractable Rare Dis Res. 2018 Feb;7(1):7-12. doi: 10.5582/iridr.2017.01084
- 3) Rodriguez DV, Lawrence K, Gonzalez J, et al. Leveraging Generative AI Tools to Support the Development of Digital Solutions in Health Care Research: Case Study. Observational Study JMIR Hum Factors.

- 2024 Mar 6;11:e52885. doi: 10.2196/52885.
- 4) Bennett RL, French KS, Resta RG, Doyle DL. Standardized human pedigree nomenclature: update and assessment of the recommendations of the National Society of Genetic Counselors. J Genet Couns. 2008 Oct;17(5):424-33. doi: 10.1007/s10897-008-9169-9.
- 5) Templin T, Perez MW, Sylvia S, et al. Addressing 6 challenges in generative AI for digital health: A scoping review. PLOS Digit Health. 2024 May 23;3(5):e0000503. doi: 10.1371/journal.pdig.0000503. eCollection 2024 May.

Development of an AI-Assisted Pedigree Creation Tool for Hereditary Diseases

Ayumi Nagayama, Natsumi Fujisaki, Kinuko Owan

Abstract

Pedigree management is a critical challenge in the diagnosis and research of hereditary diseases. At our institution, which maintains a long-term cohort of patients with the rare hereditary neuromuscular disease HMSN-P, existing electronic medical record systems were limited in the number of generations they could display, and the absence of genetic counselors compounded the difficulties. As a result, we had long relied on hand-drawn pedigrees saved as scanned PDFs, leading to update delays and information silos. In this report, we describe the development of a pedigree creation tool tailored specifically for HMSN-P cohort management, built by a medical staff member with no programming experience using only natural language dialogue with a generative AI. The tool was developed in HTML/JavaScript and runs entirely within a web browser. After approximately one month of development, we successfully deployed a tool capable of displaying up to eight generations, compliant with international pedigree nomenclature standards, and incorporating institution-specific data fields, PDF/PNG export, and case search functionality. Following implementation, update delays were eliminated and a collaborative workflow among multiple staff members was established. This case demonstrates that even in clinical settings without dedicated development resources, generative AI can enable the creation of practical, problem-specific tools tailored to real-world needs.

電話面談による入院受け入れの取り組み

独立行政法人国立病院機構沖縄病院¹⁾ 緩和医療科, ²⁾ 看護部

久志 一朗¹⁾, 宮木 史華²⁾, 平安名 常勝²⁾

【目的】

ホスピス、緩和ケア病棟への転院・入院を希望する場合、面談日までに数週間の時間を要することがありその調整期間内に死亡する症例も少なくない。今回、当院緩和ケア病棟への入院を希望された患者を滞りなく受け入れるため、電話面談での取り組みを開始したので評価する。

【活動の概要】

通常、緩和ケア病棟・ホスピスへの転院・入院受け入れは紹介元からの患者情報提供後、患者または患者家族との外来面談日程調整を行う。当院でも同

様に外来で面談を行っているが、面談までの期間内に重症化し転院困難または死亡され面談中止となったケースを毎月経験しており何らかの工夫が必要と感じていた。

2026 年 3 月から当院緩和ケア病棟への入院希望がある入院適応症例に対して、早期の入院受け入れを目的に患者情報提供後、電話での面談を開始した。電話面談の対象は、がん、後天性免疫不全症候群(AIDS)で主治医の予後予測が短く、患者もしくは患者家族が早めの転院・入院を希望している症例とした(表 1 参照)。

電話での緩和ケア面談の取り組み内容と方法(表 1)

1. 速やかな転院・入院調整を行うため患者、もしくは患者家族(キーパーソン)と電話での面談を検討する。
2. 患者は緩和ケア病棟入院適応疾患(がん、後天性免疫不全症候群)があり、患者もしくは家族が当院への転院・入院希望があること(患者・家族用の緩和ケアシートが作成されていることが望ましい)。
3. 患者や患者家族が緩和ケア病棟への転院・入院を迷っている場合には、電話での面談は積極的には行わない(対面での面談を選択する)。

方法:

- ①当院緩和ケア病棟への転院・入院希望に関して、紹介元の連携室から患者本人・患者家族へ聞き取りして頂き情報を得る。
- ②当院緩和ケア病棟への転院・入院希望が確認出来た場合、患者本人・患者家族(キーパーソン)の連絡先を教えて頂き当院から電話がある旨を伝えて頂く。
- ③担当医師、病棟師長が患者もしくは患者家族に電話での面談を行う。

電話での主な確認項目:

- ☐キーパーソンの確認、患者との関係
- ☐病歴、主治医の予後予測
- ☐モニター監視(心電図、酸素飽和度など)は行わず、急変時の心肺蘇生術も施行しない
- ☐緩和ケア病棟では、リハビリは行えない(加算が取れないため)
- ☐病状によっては、医療用麻薬、鎮静剤を使用することがある
- ☐患者、または家族の要望など
- ☐転院、入院の日程調整
- ☐当院入院規則の説明(面会時間、

【成果】

当院緩和ケア外来の状況は、患者情報提供は 300 件以上あるが面談まで行えたのは 2023 年度以降徐々に減少している(表 2)。過去 3 年間を検討してみたところ、患者情報提供から面談日までに死亡または状態悪化した症例(面談中止症例)は、2023 年度 14.1% (56/397 例)、2024 年度 12.4% (40/323 例)、2025 年度 13.9% (50/360 例)であった。患者情報提供を受けた日から外来面談日までは平均で 2023 年度 14.5 日 (1～45 日)、2024 年度 11.1 日

(0～38 日)、2025 年度 11.4 日 (0～57 日)であった。外来面談施行後から入院までの入院待機日数は、平均で 2023 年度 11.3 日、2024 年度 8.7 日、2025 年度 9.3 日であり、患者情報提供から入院までは 3 週間前後を要している。

今回の新たな取り組みである電話面談を行った症例は 7 件であるが、患者情報提供から電話での面談まで平均 3.8 日 (1～8 日)、電話面談から入院までは平均 3.3 日 (1～8 日)と短縮されていた(表 3)。

表 2 緩和ケア外来の紹介件数と面談件数、面談後入院件数、総入院件数



表 3

通常面談症例 (数値は平均値)			
	情報提供から 面談までの日数	面談から 入院までの日数	在院日数
2023年度	14.5	11.3	30.4
2024年度	11.1	8.7	35.5
2025年度	11.4	9.3	33.2

電話面談症例 (N=7)			
1	1	3	—
2	1	1	12
3	1	2	14
4	3	4	17
5	6	8	—
6	8	3	40
7	2	2	20
	平均3.8日	平均3.3日	

【考察】

癌の終末期の軌跡モデルでは、亡くなる2～3か月間で急激に変化するとされており¹⁾、療養場所に関しても本格的に検討され始める時期である。しかしながら、緩和ケア病棟やホスピスへの転院・入院を希望していても予後が短い症例においては諸事情で調整が出来ず患者・家族の希望が叶えられない事例も経験する。患者情報を提供して頂いても状態悪化で面談まで至らない症例は、前述のごとく2023年度から12～14%で推移、件数では40～56件となっている。これらは、病状悪化時点で今後の治療や療養場所を含めた話し合いが十分持ておらず、紹介が遅くなった可能性が考えられる。延命治療の希望や療養場所などについて話し合うEnd of Life Discussion（以下、EOLDと略す）は、患者・家族にとってとても有意義な時間である。しかしながら、EOLDに関しての遺族アンケートでは、生前の患者と終末期医療・介護の希望や意思について話しあった時期がやや遅かった・とても遅かったと答えたのが計25%、同様に十分に話し合えたかの点では計30%が余り十分ではなかった・十分でなかったとの報告²⁾されており、EOLDにはじっくり話し合う時間的猶予が必要と思われる。

緩和ケア病棟への転院・入院受け入れに電話面談を用いた報告は、検索した限りでは見当たらず、新た

な取り組みとして開始し実証中である。今回の電話面談を用いた入院までの経過は、患者情報提供から電話面談までの平均日数、電話面談から入院までの平均入院待機日数は通常の対面面談よりも短かった。最後の療養場所として緩和ケア病棟・ホスピスを希望する患者・家族の意向を実現するため、円滑な転院・入院の受け入れを行う目的の電話面談は有用な手段のひとつと思われる。また、患者や家族にとっては来院するための時間的調整も軽微である。懸念される点は、概ねキーパーソンの一人と電話面談を行うため複数の質問や説明事項に理解が得られているか不明瞭な点が挙げられる。これらに対しては、転院・入院した直後に患者もしくは患者家族と対面で面談を行い再確認しており現時点で問題は生じていない。これからも工夫しながら電話面談を継続して、問題点や有用性に関して評価していきたい。

参考文献

- 1) June R Lunney, Joanne Lynn, Daniel J Foley, et al. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA. 2003 May 14;289(18):2387-92
- 2) 辰巳 有紀子 患者・家族のEnd of Life Discussionについての遺族の評価. J-HOPE4 報告書 2020

急速に進行し短期間で死亡に至った緑膿菌肺炎の一例

国立病院機構 沖縄病院 呼吸器内科

兼久 梢, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 知花 賢治, 藤田 香織, 比嘉 太, 大湾 勤子

要 旨

60代, 男性. 近医にて胸部レントゲン写真で間質陰影を指摘されX年3月に当科紹介受診となった. 胸部CT検査で両側下葉にすりガラス影, 縦隔リンパ節腫大を認め, 血液検査でKL-6 3152 U/mL, CEA 914 ng/mLと高値であり, 気管支鏡検査を施行し器質化肺炎の診断で4月よりプレドニゾロン(PSL)を開始した. 間質陰影は改善傾向でPSL漸減したが, CEA高値が持続しており6月18日に縦隔リンパ節腫大に対し超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を施行し悪性所見を認めた. EBUS-TBNAの前後では予防的に抗菌薬を投与しており, 検査後も呼吸器症状なく外来で経過観察されていたが, 6月24日朝より呼吸困難出現, 咯血したため救急搬送された. 右上葉に空洞を伴う浸潤影がみられ, 気管支鏡検査では右上幹から血液の流出を認めた. グラム染色でグラム陰性桿菌が検出され, 敗血症性ショックを合併した細菌性肺炎として抗菌薬治療を開始したが同日夜に気管挿管・人工呼吸器管理となった. 翌日, 血液培養と気管支洗浄液から緑膿菌を疑うグラム陰性桿菌が検出された. 集学的な治療を継続したが, 救急搬送後1日半後に永眠された. 本症例は受診後速やかに集学的治療を行ったが急速に進行し死亡に至った. 緑膿菌は市中肺炎の起炎菌に占める割合は低いが死亡率が高く, 急激な経過を辿り集学的治療を要することが多い. 本症例は悪性疾患や免疫抑制状態を背景に急速な細胞壊死, 全身播種, 敗血症が誘発され, 急速に進行し短期間で死亡に至った可能性が考えられた.

序 文

緑膿菌は日和見感染症の代表的な起炎菌の1つであり, 市中肺炎の起炎菌に占める割合は0.1~2%と低いものの¹⁾, ICU入室を要する肺炎では起炎菌の頻度が1.8~8.3%とされ, 死亡率は50~100%と非常に高い²⁾. その特徴として急速な細胞壊死, 全身播種, 敗血症が誘発される³⁾とされている. 今回我々は速やかに集学的な治療を行ったが急速に進行し短期間で死亡に至った緑膿菌肺炎の一例を経験したので報告する.

症 例

症 例: 65歳, 男性.

主 訴: 呼吸困難, 咯血.

既往歴: 高血圧, 慢性膿胸(X-6年, 保存的加療で軽快).

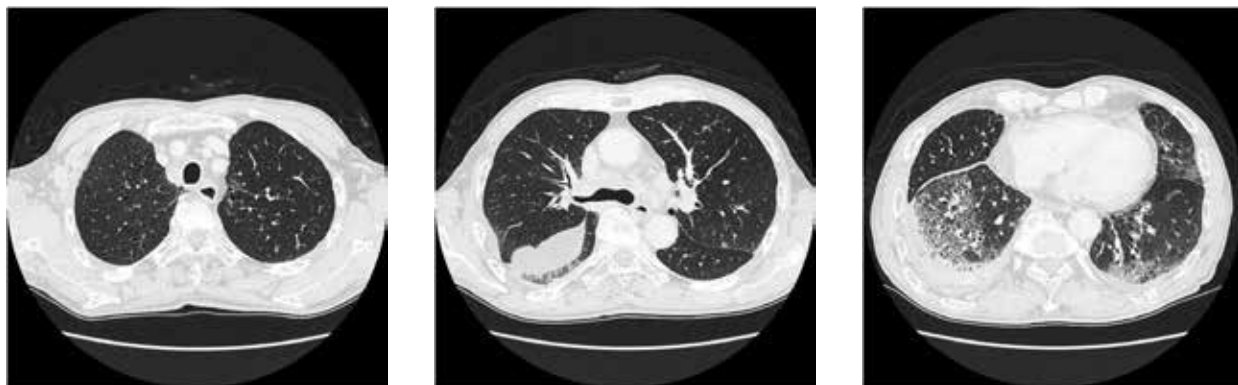
生活歴: 喫煙30本/日×45年, アレルギー無し. 職業 塗装業.

現病歴: X年1月より労作時の息切れを自覚し3月に近医を受診した. その際に胸部レントゲン写真

で間質陰影を指摘されX年3月に当科紹介受診となった. 胸部単純X像で右下肺野浸潤影(図1a), 胸部CT検査で両側下葉にすりガラス影, 縦隔リンパ節腫大(図2a)を認め, 血液検査でKL-6 3152 U/mL, CEA 914 ng/mLと異常高値であった. 4月に右下葉で経気管支肺生検, 右中葉で気管支肺胞



初診時胸部単純X像(図1a): 右下肺野に浸潤影を認めた.



初診時胸部 CT 像 (図 2a) : 両側下葉特に右下葉に浸潤影, 右下葉に膿胸の治療後と考えられる右胸水が少量貯留していた。

洗浄を施行し, 器質化肺炎の診断で 4 月より PSL 30mg/day を開始した。PSL 開始後より両側下葉の間質陰影は改善傾向 (図 1b) であり, PSL を漸減し 6 月より 15mg/day へ減量した。一方で CEA 高値が持続しており 6 月 18 日に縦隔リンパ節腫大に対して EBUS-TBNA を施行したところ悪性所見を認めた (adenocarcinoma)。EBUS-TBNA の検査前後で予防的に抗菌薬が投与されており 6 月 19 日に自宅退院し外来で経過観察され呼吸器症状なく経過していたが, 6 月 24 日朝より急に呼吸困難出現, 大量喀血したため救急搬送された。

来院時現症: 意識清明。体温 38.0 °C, 脈拍 140/分, 血圧 112/66 mmHg, 呼吸数 40/分, SpO₂ 94 % (リザーバーマスク 10L)。右肺野で coarse crackles 聴取。全肺野で wheeze 3 度聴取。心音異常なし。明らかな皮疹なし。下腿浮腫なし。

来院時胸部単純 X 像 (図 1c) : 右上肺野に新規の浸潤影, 右下肺野に既知の浸潤影を認めた。

来院時胸部 CT 像 (図 2b) : 右上葉に空洞形成と周囲の浸潤影と air bronchogram を伴う広範な浸潤影を認めた。両側下葉には当院初診時よりみられていた器質化肺炎像を認めた。EBUS-TBNA を行った縦隔リンパ節周囲に縦隔炎を疑う所見はみられなかった。

来院時血液検査所見 (表 1) : 血算は白血球減少を呈し, 生化学では腎機能障害, 炎症反応高値を認めた。

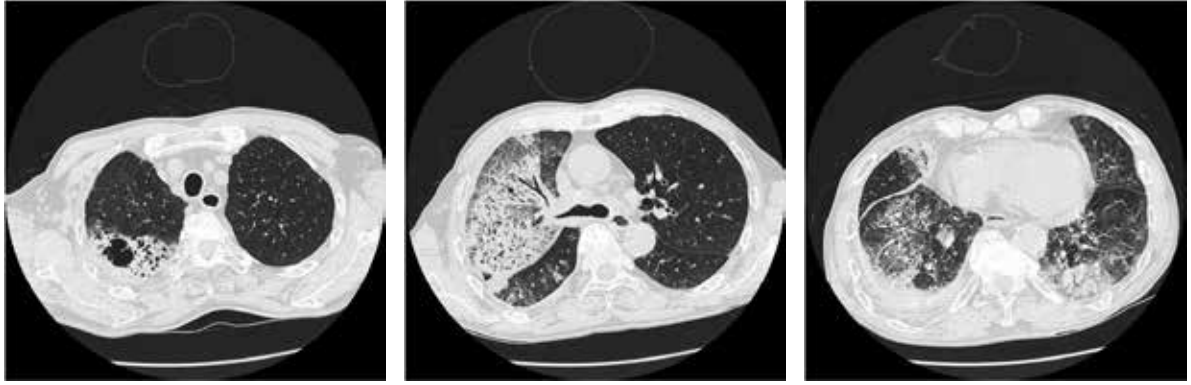
来院時細菌検査所見 (表 2) : 気管支洗浄液培養, 血液培養ともに緑膿菌が検出された。抗菌薬感受性に特記事項はなかった。過去 2 回の気管支鏡検査時の細菌検査では一般細菌・抗酸菌ともに菌の検出はなかった。



EBUS-TBNA 前胸部単純 X 像 (図 1b) : 右下肺野に浸潤影は改善傾向であった。



来院時胸部単純 X 像 (図 1c) : 右上肺野に新規の浸潤影, 右下肺野に既知の浸潤影を認めた。



来院時胸部 CT 像 (図 2b) : 右上葉に空洞形成と周囲の浸潤影と air bronchogram を伴う広範な浸潤影を認めた。両側下葉には当院初診時よりみられていた器質化肺炎像を認めた。EBUS-TBNA を行った縦隔リンパ節周囲に縦隔炎を疑う所見はみられなかった。

表 1 血液検査

血液検査所見			
血算		生化	
WBC	2.6×10 ³ / uL	ALB	3.3 g/dL
Neu	75.3 %	T-Bil	0.8 mg/dL
Ly	22.4 %	AST	22 U/L
Mon	1.9 %	ALT	27 U/L
Eo	0.0 %	γGTP	37 U/L
RBC	491×10 ⁴ / uL	Na	133 mEq/L
Hb	13.7 g/dL	K	4.4 mEq/L
Plt	26×10 ⁴ / uL	BUN	27.1 mg/dL
凝固		Cre	1.32 mg/dL
PT-INR	0.97	LDH	208 U/mL
APTT	24.6 sec	Glu	119 mg/mL
DD	1.6 mg/mL	その他	
		CRP	7.22 mg/dL
		PCT	21.15 ng/mL

表 3 入院経過

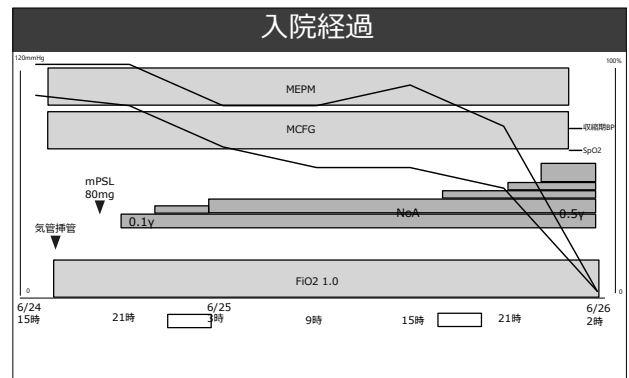


表 2 細菌検査

細菌検査			
気管支洗浄液 (右上葉)		薬剤感受性	
Pseudomonas aeruginosa (緑膿菌)		PIPC	8 S
		TAZ/PIPC	8 S
		CAZ	4 S
		CTRFX	>=64 R
		SBT/CPZ	<=8 S
		CFPM	2 S
		CZOP	<=2 S
		AZT	4 S
		IPM/CS	2 S
血液培養		MEPM	<=0.25 S
Pseudomonas aeruginosa (緑膿菌)		AMK	<=2 S
3/4本検出		GM	<=1 S
		CPFX	<=0.25 S
		LVFX	1 S
		MINO	>=16 R

考 察

緑膿菌は自然界に広く存在し、主に好中球減少や慢性閉塞性肺疾患や気管支拡張症などの呼吸器疾患、免疫不全などの背景をもつ患者の呼吸器感染症の起炎菌として重要である²⁾。市中肺炎の起炎菌に占める割合は0.1～2%と低いものの¹⁾、ICU入室を要する肺炎では起炎菌の頻度は1.8～8.3%と上昇し、死亡率は50～100%と非常に高い²⁾。健康者に発症した緑膿菌市中肺炎12症例の分析では⁴⁾、多くの症例において、主な病変が右肺上葉、ほとんどが菌血症を合併し、死亡率は33%であり短期間で死亡に至る重篤な転帰を辿っていた。本症例も右肺上葉に病変を認め、菌血症を合併し急速に進行し死亡に至った。緑膿菌市中肺炎が右肺上葉に病変が多い原因は明らかになっていないが、小児の肺炎の画像所見についての解析において、重症例において右上葉病変の頻度が有意に高かったと報告されており^{5,6)}、緑膿菌に限らず重症肺炎は右肺上葉病変が多い可能性がある。

入院後経過 (表 3) : 救急搬送 2 時間後に気管内挿管・人工呼吸器管理となった。緑膿菌や真菌菌感染を想定して抗菌薬メロペネム (MEPM)、抗真菌薬ミカファンギン (MCFG) を速やかに投与開始した。大量補液を行うも血圧低値が続き、昇圧剤 (ノルアドレナリン) の使用も開始した。集学的な治療を継続したが呼吸不全・循環不全は進行し救急搬送から 1 日半で死亡した。

次に微生物側の要因について考察する。緑膿菌のⅢ型毒素分泌機構は ExoS, ExoU, ExoT, ExoY の4つの毒素が同定されており⁷⁾、細菌菌体から標的細胞の細胞質へ直接病原体毒素を注入し、毒素が細胞の細胞質に転移した後に活性化因子により活性化されて酵素作用を発揮するとされている³⁾。特に細胞壊死を引き起こす ExoU と血管透過性亢進を引き起こす ExoY が⁸⁾、Ⅲ型毒素分泌機構の組織侵襲性や致死率に寄与し、急速な細胞壊死、全身播種、敗血症を誘発するとされている³⁾。特に ExoY は凝固障害や心血管障害の発生に関連している可能性も報告されている⁸⁾。Ⅲ型毒素分泌機構を有する緑膿菌の有病率は慢性緑膿菌感染よりも急性感染において有意に高かったと報告されており⁹⁾、緑膿菌市中肺炎の重症化に関連していると考えられる。市中緑膿菌肺炎の感染経路については温泉などのエアロゾルへの曝露が報告されている⁴⁾。本症例の感染経路ははっきりしないが、過去の培養検査で緑膿菌の検出歴はないことから慢性緑膿菌感染は考えにくく、肺炎発症の約1週間前に気管支鏡検査を行っており環境曝露のリスクはあったと考えられた。

本症例では分離された緑膿菌の詳細な細菌株の同定は行っていないが、免疫抑制状態や悪性疾患といった背景にⅢ型毒素分泌機構、特に入院翌日に凝固障害が悪化したことから ExoY あるいは同様の機序を有する緑膿菌に感染し、急速に進行し短期間で死亡に至ったと推察された。このような経過を辿る症例においては、菌株を保存し遺伝子解析することは今後の治療や臨床経過の予測に応用でき得る意味でも有用であると考えられた。また市中緑膿菌肺炎とⅢ型毒素分泌機構を有する緑膿菌との関連について解明できる可能性もある。

今回我々は急速に進行し短期間で死亡に至った緑膿菌肺炎の一例を経験した。本症例は救急搬送後2時間以内に広域抗菌薬の投与を開始し集学的治療を行ったが致死的な経過を辿った。敗血症性ショックを合併した市中緑膿菌肺炎に対してエンドトキシン吸着療法を施行し救命できた報告もあり¹⁰⁾、時間単位で急速に進行する肺炎の場合、エンドトキシン吸着療法が施行可能な高度医療機関への搬送を検討しても良いかもしれない。このような症例では市中緑膿菌肺炎を念頭に置き一刻も早く集学的な治療を行うことが重要であるが、致死的な経過を辿る可能性も十分考慮する必要がある。

なお、本論文で提示した症例は第95回日本呼吸

器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会・日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会 九州支部秋季学術講演会(2025年10月、沖縄)にて発表した。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

引用文献

1. File TM: Community-acquired pneumonia. *Lancet*. 2003; 362: 1991-2001.
2. Shigeki Fujitani, Hsin-Yun Sun, Jeremy A. Weingarten: Pneumonia due to *Pseudomonas aeruginosa*: part I: epidemiology, clinical diagnosis, and source. *Chest*. 2011; 139: 909-19.
3. 佐和貞治: 緑膿菌性肺炎・敗血症とⅢ型分泌システム. *日集中医誌*. 2001; 8: 305-10.
4. Hatchette TF, Gupta R, Marrie TJ: *Pseudomonas aeruginosa* community-acquired pneumonia in previously healthy adults: case report and review of the literature. *Clin Infect Dis*. 2000; 31: 1349-56.
5. Ferrero F, Nascimento-Carvalho CM, Cardoso MR, Camargos P, March MF, Berezin E, et al: Radiographic findings among children hospitalized with severe community-acquired pneumonia. *Pediatr Pulmonol*. 2010; 45: 1009-13.
6. Kin Key N, Araujo-Neto CA, Nascimento-Carvalho CM: Severity of childhood community-acquired pneumonia and chest radiographic findings. *Pediatr Pulmonol*. 2009; 44: 249-52.
7. Hauser AR: The type III secretion system of *Pseudomonas aeruginosa*: infection by injection. *Nat Rev Microbiol*. 2009; 7: 654-65.
8. Wagener BM, Anjum N, Christiaans SC, Banks ME, Paeker JC, Threet AT, et al: Exoenzyme Y contributes to end-organ dysfunction caused by *Pseudomonas aeruginosa* pneumonia in critically ill patients: an exploratory study. *Toxins (Basel)*. 2020; 12: 369.

9. Teiji Sawa, Masaru Shimizu, Kiyoshi Moriyama, Jeanine P Wiener-Kronisg: Association between *Pseudomonas aeruginosa* type III secretion, antibiotic resistance, and clinical outcome: a review. *Critical Care*. 2014; 18: 668
10. 佐々木 朗, 柳 重久, 長野 健彦, 松元 信弘, 落合 秀信, 中里 雅光: 健常者に発症し, 敗血症性ショックと急性呼吸促拍症候群から救命しえた緑膿菌市中肺炎の一例. *日呼吸誌*. 2015; 4 (1) : 110-5.

初診から 15 年間治療介入なく無増悪で経過している 右肺底動脈大動脈起始症の 1 例

国立病院機構沖縄病院 外科

川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史, 河崎 英範

要 旨

症例は 70 歳代, 女性. 55 歳時に右肺底動脈大動脈起始症が疑われ, 当院へ紹介となった. 胸腹部造影 CT 検査を施行し, 腹部大動脈から分枝する短径 7mm の異常動脈を認め, 異常動脈は右 S10 区域のみに流入していた. 臨床症状は認めず, 本人と相談の上 1 年ごとのフォローアップを行い, 臨床症状や異常動脈径の拡張など増悪所見があれば手術介入を行う方針となった. 5 年間のフォローでは増悪なく, その後は自己判断により外来通院を中断したためフォローが途絶えていた. 初診から 15 年後に健診にて胸部異常陰影を指摘され, 当院を受診したが異常動脈径の拡張や肺野に異常は認めず, 臨床症状の出現も認めなかった. 今後も経過観察を行う方針である. 一般的に肺底動脈大動脈起始症は左 - 左シャントに伴う肺高血圧症や心不全, 動脈瘤出現への懸念から発見時点で手術治療が選択されることが多い. しかし本症例のように経過観察が可能な症例も存在するため, 異常動脈の灌流域や, 異常動脈の血管径, 臨床症状の有無を考慮して治療方針を選択する必要がある.

Key words: 肺底動脈大動脈起始症, 経過観察

Anomalous systemic arterial supply to the basal segment of the lung, Conservative management

はじめに

肺底動脈大動脈起始症は, Pryce I 型肺分画症として知られていた肺の先天異常である. 近年では, 正常肺組織が体循環から血液供給を受ける肺底動脈大動脈起始症は独立した疾患として扱われる. 一般的には外科的切除の適応とされるが, 無症候性で有害事象なく経過し経過観察を行っている症例も報告されている. 今回我々は 15 年間治療介入なく無症候で経過している右肺底動脈大動脈起始症の 1 例を経験したので報告する.

症 例

症例: 70 歳代, 女性.

主訴: 胸部異常陰影.

既往歴: 特記事項なし.

家族歴: 特記事項なし.

生活歴: 喫煙歴なし, 飲酒歴なし.

現病歴: X 年, 近医にて施行された胸部 CT で肺底動脈大動脈起始症が疑われ精査加療目的に当院へ

紹介となった.

現症:

身長 157 cm, 体重 65.6 kg, BMI 26.6, 血圧 109/63 mmHg, 脈拍 81 回 / 分 整, 呼吸数 18 回 / 分, SpO2 97 % (室内気).

呼吸音正常, 頸静脈怒張なし

血液生化学検査: 特記異常なし.

胸部単純 X 線写真 (Fig.1): 特記すべき異常所見は認めなかった.

胸腹部造影 CT 検査所見: 腹腔動脈の右側・腹部大動脈から分枝する短径 7mm の異常動脈を認めたが, 肺動脈径に拡大は認めなかった (Fig.2A). 異常動脈は右 S10 区域のみに灌流していた (Fig.2B, 2C, 2D). 肺野に浸潤影は認めなかった (Fig.2E).

経過: 異常動脈の灌流域が右 S10 区域のみに限定され, 血痰の出現や肺高血圧症, 心不全を示唆する明らかな臨床所見・画像所見を認めなかったことより経過観察を選択した. 1 年ごとのフォローアップにて異常動脈径の拡張や臨床症状の出現が



Fig.1 初診時胸部単純 X 線写真
特記すべき異常所見は認めなかった。

あれば手術を考慮する方針となった。初診から 5 年間はフォローが行われ、著変なく経過していた。しかし以後の外来を自己中断したためフォローが途絶えていた。初診から 15 年後、健診の胸部単純 X 線写真で右肺尖の結節影を指摘され、当院受診となった。

血痰の出現や労作時呼吸困難感、SpO₂ 低下などの心不全を疑う臨床所見の出現は認めず、胸部単純 X 線写真でも初診時と比較して心拡大は認めなかった。胸部単純 CT 検査が施行されたが肺尖部に結節影は認めず肺底区域にも新規浸潤影は認めなかった。また初診時と比較して異常動脈径に変化は認めず、肺動脈の拡大も認めなかった。初診時と比較し右肺底動脈大動脈起始症の臨床経過に進行は認めないことから本人と相談し、経過観察を継続する方針とした。

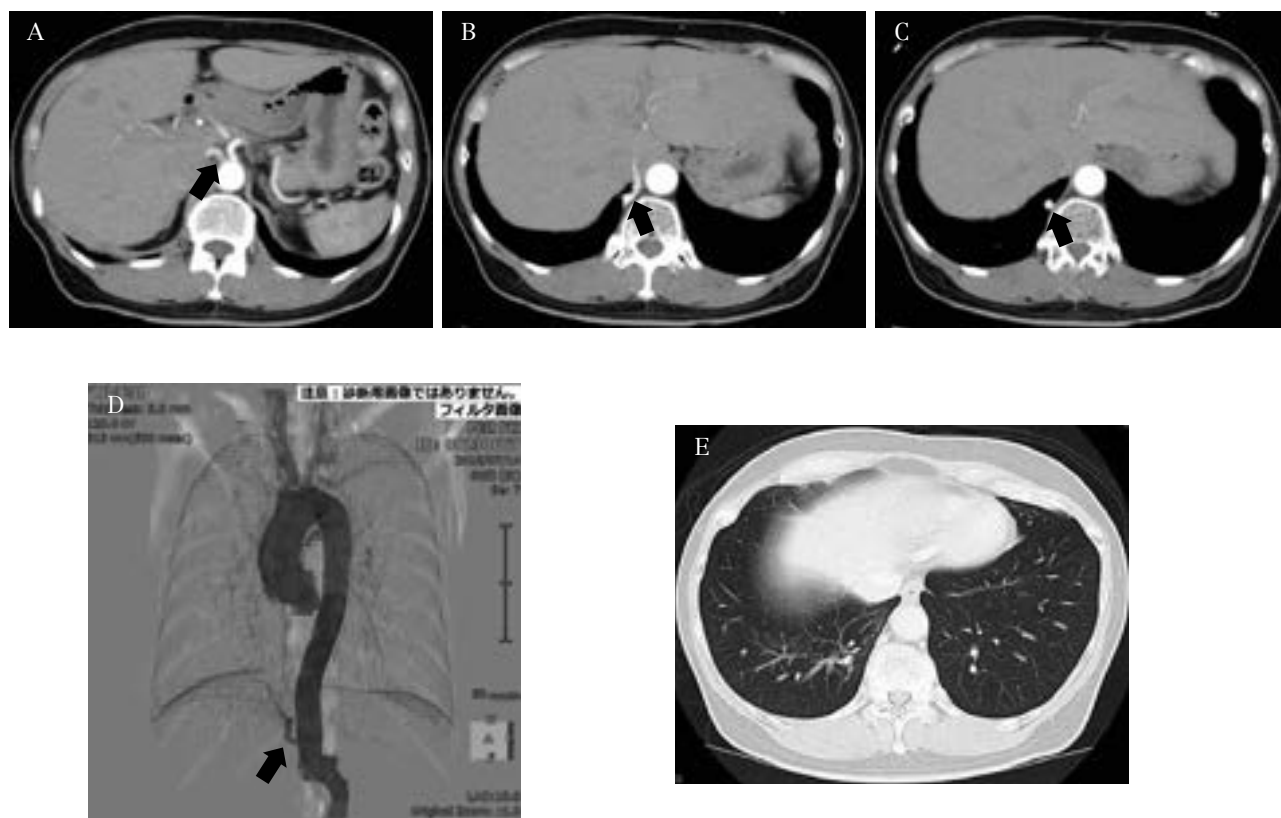


Fig.2 初診時胸腹部造影 CT 所見

- A：腹腔動脈の右側・腹部大動脈から分枝する異常動脈を認めた。
- B・C・D：異常動脈は S 10 区域のみに流入していた。
- E：肺野に浸潤影は認めなかった。

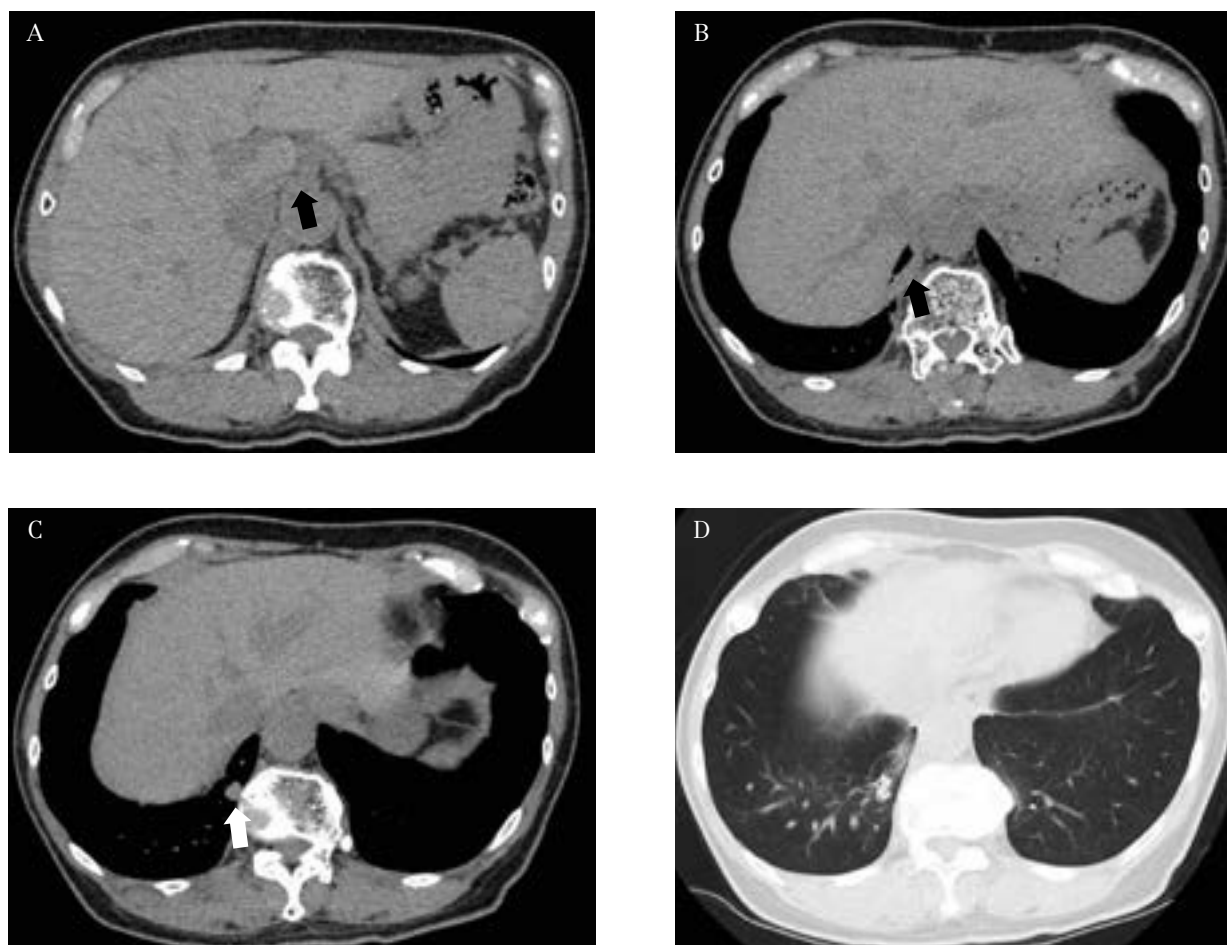


Fig.3 初診から 15 年後の胸腹部単純 CT

A：腹部大動脈からの分枝レベルでの異常動脈径に変化は認めなかった。

B・C・D：肺底区域に流入するレベルでも異常動脈径に変化は認めず，肺野に新規浸潤影なども認めなかった。

X+15 年の胸腹部単純 CT 所見 (Fig.3A, 3B, 3C, 3D)：異常動脈径に変化は認めず肺野にも特記異常所見は認めなかった。

考 察

肺底動脈大動脈起始症は Pryce I 型肺分画症として分類されていた肺の先天性異常であり，正常な気管支肺胞構造を有する肺底区が体循環から血液供給を受け，正常肺静脈へ還流する．気管支の走行異常がなく，分画肺を有さないことから肺分画症とは独立した疾患と捉えられており，1968 年に Painter らが本症を anomalous systemic arterialization of the lung without sequestration と提唱し¹⁾，本邦でも 1985 年に小川らが肺底動脈大動脈起始症を提唱した²⁾。

胎生期の原始肺毛細血管は背側大動脈からの分枝と肺動脈系の 2 つの血管系から構成されているが，肺底区において何らかの要因で肺動脈系が消失し大

動脈の分枝が残存すること起因すると考えられている³⁾。

本疾患は血痰・咯血・呼吸器感染症を契機に判明することが多く，発見動機として自覚症状を伴うものは 66.7% を占めるが，無症状で経過し胸部異常陰影などで指摘された症例もある⁴⁾。

病変部は左側が多く，89.7% を占めるとされる．異常動脈の大部分は胸部下行大動脈から分岐するが，右側では胸部下行大動脈以外に腹部大動脈，腹腔動脈，横隔膜からの分枝も報告されている⁴⁾。

病変肺野への正常肺動脈の有無で分類され，肺動脈が欠損している場合を完全型，存在している場合は不完全型と定義される⁵⁾。

自験例は右側の症例でかつ，腹部大動脈から異常動脈が分枝しており，稀な症例であると考えられた．また肺動脈は欠損せず，不完全型であった。

一般的に肺底動脈大動脈起始症は体動脈から供給された血流が肺静脈へ灌流することで左→左シャ

トを呈し、当該肺区域では容量負荷を生じ肺高血圧や心不全へ進行する可能性や異常血管の瘤化が生じる懸念が指摘され、発見段階で手術を基本とした治療適応と判断される場合が多い。

治療法としては①異常血管の切離とあわせ肺葉切除・区域切除などの肺切除を行う外科的治療、②肺切除を行わず異常血管の切離のみ行う外科的治療、③異常血管をコイル・プラグなどのデバイスを用いて経カテーテル的に塞栓する方法、④異常血管と肺動脈を吻合する外科的方法などが報告されている⁶⁾。しかし各施設での臨床的判断で治療法が選択されており明確な基準は定まっていない。治療法としては①が最も選択されており、異常血管でのみ栄養される肺区域が存在する場合、異常血管切離のみだと残存した肺組織が虚血に陥り感染母地となるリスクがある。そのため残存肺機能に支障がない場合には最も選択される外科的治療である。②は異常動脈を遮断しても肺組織が壊死しないと考えられる場合に選択され、残存肺機能を保てる利点がある。③はデバイスの発達に伴い、近年増加している治療法であり、整容面から手術に同意が得られなかった若年女性に行った症例などが報告されている。注意点としては遠隔期における肺梗塞や呼吸器感染症、気管支動脈の発達に伴う血痰の再燃が懸念されており、特に正常肺動脈が欠如した完全型で注意が必要である⁷⁾。

本症例は55歳時に指摘されたが無症状かつ右S10区域のみの灌流で異常動脈の瘤化も認めなかったことから、本人相談の上経過観察を選択していた。5年のフォローで増悪傾向は認めなかったが、以後は本人判断で外来を自己中断しておりフォローが途絶えていた。今回他疾患精査で初診時から15年ぶりに受診したが胸部CT検査で異常動脈の径に変化はなく肺高血圧症や心不全を疑う所見や、血痰などの臨床症状も認めなかった。長期間のフォローとなっても異常動脈の径に変化がなく、遠隔期に問題になるとされる左→左シャントに伴う肺高血圧症や心不全を認めなかった背景として、本症例は異常動脈の灌流は右S10区域に限局されており、シャント負荷

として軽度であった可能性が考えられた。一般的に肺底動脈大動脈起始症は発見時点で手術適応とされることが多いが、本症例のように発見時に臨床症状や異常動脈の瘤化を認めず、異常動脈の灌流区域が限られている症例は、異常動脈径が増大傾向を示す場合や心不全徴候、血痰など臨床症状が出現した際に手術やコイル塞栓などの侵襲的治療を行うことを考慮しつつ、慎重に経過観察を行うことも可能であると考えられた。

結 語

15年間治療介入なく無増悪で経過している右肺底動脈大動脈起始症の1例を経験した。

参考文献

- 1) Painter RL, et al. Anomalous systemic arterialization of the lung without sequestration. N Engl J Med 1968; 279: 866-7
- 2) 小川純一, 他. 肺底区動脈大動脈起始症に対し、肺動脈再建を行った1例. 胸部外科 1985; 38: 316-21
- 3) Mori S, et al. Anomalous systemic arterial supply to normal basal segments of the lung: Feasible thoracoscopic surgery Ann Thorac Surg 2013; 96: 990-4.
- 4) 江崎紀浩, 他. 肺底動脈大動脈起始症が高齢(69歳)で発見された1例と本邦症例のまとめ. 日呼吸会誌 2011; 49: 528-33
- 5) Yamanaka A, et al. Anomalous systemic arterial supply to normal basal segments of the left lower lobe. Ann Thorac Surg 1999; 68: 332-8.
- 6) 高森信吉, 他. 肺底動脈大動脈起始症の1手術例. 日呼外会誌 2016; 30: 236-42
- 7) 萩原哲, 他. 左肺底動脈体動脈起始症に対し異常血管の塞栓術を行った1例. 日呼外会誌 2021; 35: 286-91

末梢神経障害が疑われた Lambert-Eaton 筋無力症候群の 1 例

国立病院機構沖縄病院 脳神経内科

藤原 善寿, 橋口 昭大, 山城 志織, 大屋 祐一郎, 妹尾 洋,
藤崎 なつみ, 城戸 美和子, 渡嘉敷 崇

要 旨

68 歳男性。飲酒歴は毎日泡盛 1 合以上。8 ヶ月前から下肢の脱力を自覚し歩行時にふらつくようになった。6 ヶ月前、下肢に力が入らず膝が崩れるような転倒がふえたため、近医を受診した。下肢筋力低下、腱反射消失、ロンベルグ徴候陰性で神経伝導検査 (NCS) からアルコール性 / ビタミン欠乏性末梢神経障害が疑われた。5 ヶ月前、洗髪時に上肢が動かしづらくなった。3 ヶ月前から独歩困難になり精査目的で当院へ紹介となった。診察では脳神経では右眼瞼下垂、上方注視で複視、構音障害を認め、運動系では下肢近位筋に筋力低下を認めた。感覚系では明らかな異常は認めないが四肢腱反射は消失していた。自律神経系は正常範囲であった。歩行は大股筋歩行様で、しゃがみ立ちや継ぎ足歩行は困難であった。再度、NCS を施行したところ、上下肢とも CMAP 振幅は筋力と不釣り合いなほど低値で感覚神経活動電位は正常範囲であった。反復刺激試験 (RNS) では低頻度刺激で 10% 以上の漸減現象、10 秒間の最大随意収縮後に 60% 以上の漸増現象を認めた。血液検査で P/Q 型カルシウムチャネル (voltage-gated calcium channel: VGCC) 抗体が陽性で Lambert-Eaton 筋無力症候群 (LEMS) と診断した。

LEMS はシナプス前終末のアセチルコリン放出障害により筋力低下及び自律神経症状を呈する自己免疫疾患である。ただ、病原性自己抗体として知られている P/Q 型 VGCC 抗体は LEMS だけに検出される特異的自己抗体ではないため、RNS で神経筋接合部の障害を示す必要がある。本症例は LEMS が多彩な神経症状を呈しうること、さらに神経学的所見を踏まえた上での NCS や RNS の重要性を改めて認識させるものであり、日常診療において LEMS を見逃さず早期診断へつなげるための重要な示唆を与える症例と考えられたため報告する。

キーワード：Lambert-Eaton 筋無力症候群、漸増現象、P/Q 型 VGCC 抗体

【症例報告】

患者：68 歳男性

主訴：歩行障害

既往歴：高血圧症、パニック障害

生活歴：アレルギーなし、

喫煙歴：20 本×48 年、飲酒：泡盛 1 合以上 / 日

家族歴：神経疾患なし、類症なし

現病歴：毎日泡盛 1 合以上を飲むがそれ以上の量はわからない酒豪。受診 8 ヶ月前から下肢に脱力を自覚した。歩行時にふらつくこともあり、日課にしていたジョギングがうまくできていないと感じるようになった。6 ヶ月前、下肢に力が入らず膝が崩れるような転倒がふえたため、近医を受診し

た。神経学的所見では下肢筋力低下、腱反射消失、ロンベルグ徴候陰性を認め、神経伝導検査 (NCS) で上下肢とも複合筋活動電位 (CMAP) 振幅が低下していたことからアルコール性 / ビタミン欠乏性末梢神経障害が疑われ、食事指導とビタミンの補充が行われた。5 ヶ月前、洗髪時に上肢が動かしづらくなった。3 ヶ月前から独歩困難になり近医を受診し精査目的で当院へ紹介となった。

身体所見：身長 170cm、体重 68.2 kg、血圧 130/88 mmHg、脈拍 96 回 / 分、体温 36.8℃、SpO₂ 97% (室内気)。頭頸部、胸腹部に明らかな異常なし。
神経学的所見：脳神経で眼瞼下垂 + / ±、瞳孔 3/3mm、対光反射 (迅) / (迅)、眼球運動制限は

ないが正中上方視で複視の訴えあり，ラ行で軽度の構音障害を認めるが嚥下障害や舌萎縮，線維束性収縮は認めなかった．運動系では上肢に明らかな筋力低下は認めないが，下肢では腸腰筋と大腿屈筋群が MMT4 レベルと近位筋の一部で筋力低下がみられた．腱反射は四肢消失し病的反射は認めなかった．感覚系は表在覚，深部覚に明らかな異常は認めない．協調運動は指鼻指試験，膝踵試験，回内・回外試験とも左右差を認めず正常範囲であった．歩容は腹部を前に突き出すように歩き，しゃがみ立ちや継ぎ足歩行はできなかった．自律神経系では明らかな異常は認めなかった．

主要な検査所見：心電図，胸部 X 線に異常は認めな

かった．血算，生化学，FT4，TSH は正常であった．神経伝導検査（NCS）（Table 1）は上下肢とも複合筋活動電位（CMAP）振幅は著明に低下，運動神経伝導速度（MCV）は低下，遠位潜時は延長していたが 感覚神経では明らかな異常は認めなかった．MMT に不釣り合いな CMAP 振幅（Figure 1）であったため，小指外転筋において 10 秒間の最大収縮による運動負荷を行ったあと，同部位を再度刺激したところ，CMAP 振幅は 0.2 mV から 1.0 mV へと著明に増大した．反復刺激試験では低頻度刺激（3Hz）で 57 % 以上の漸減現象（Figure 2,3）を，高頻度刺激（50Hz）で 100 % 以上の漸増現象（Figure 4）を認めた．抗アセチルコリン

Table. 1 神経伝導検査

運動神経	DL _(msec)	CMAP _(mV)	MCV _(m/s)	感覚神経	SNAP _(μV)	SCV _(m/s)
右正中神経	7.8(<4.6)	0.3(>3.0)	42		5.0	50
右尺骨神経	5.0(<3.8)	0.2(>5.8)	42		4.6	46

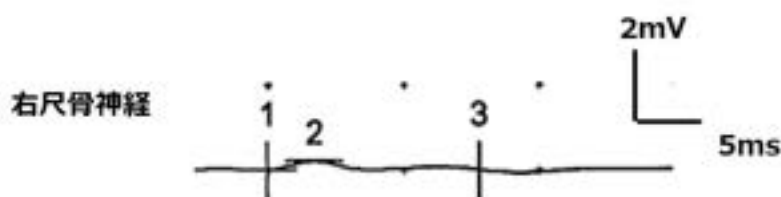


Figure. 1 神経伝導検査



Figure. 2 低頻度反復刺激

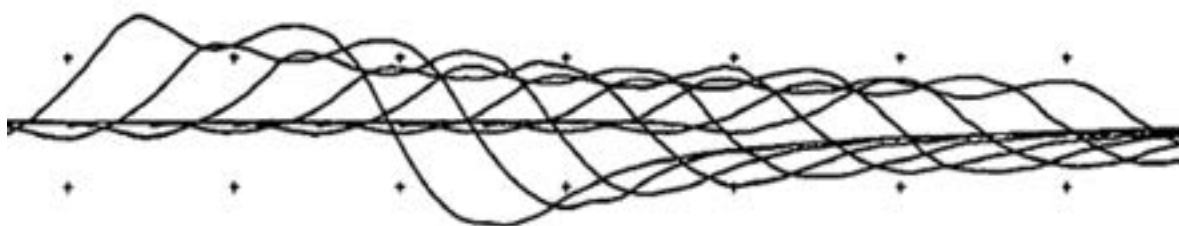


Figure. 3 10 秒の最大収縮後，低頻度反復刺激 3Hz

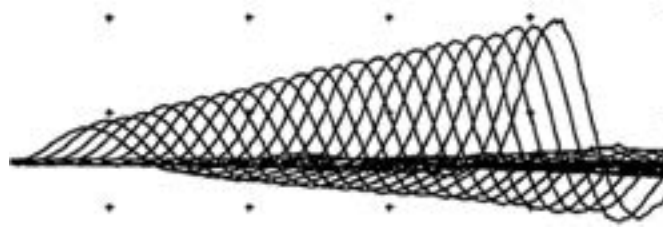


Figure. 4 高頻度刺激 50Hz

受容体抗体と抗 MuSK(筋特異的チロシンキナーゼ)抗体は陰性であったが、後日、P/Q 型カルシウムチャネル (voltage-gated calcium channel: VGCC) 抗体が陽性と判明し Lambert-Eaton 筋無力症候群 (LEMS) と診断した。

入院後経過：LEMS には肺癌の合併が多いため、胸部 CT 検査を行ったところ右下葉に 5mm 大の小結節影と縦隔リンパ節の腫大を認めた。Pro-GRP: 541.2pg/mL と上昇を認め、超音波気管支鏡ガイド下針生検により肺小細胞癌の診断となった。転移の評価に PET-CT 検査を行ったところ直腸に FDG の集積を認め、下部内視鏡検査で直腸癌の診断となった。当院では直腸癌に対応することができないため、対応可能な施設へ転院することになった。

考察：Lambert-Eaton 筋無力症候群 (LEMS) は、神経終末の活性帯に存在する抗 P/Q 型電位依存性カルシウムチャネル (VGCC) に対する自己抗体により、アセチルコリンの放出が障害される自己免疫性疾患である¹⁾。本邦における有病率は人口 10 万人あたり 0.27 人と推定²⁾されており、極めて希少な疾患に分類される。そのなかでも悪性腫瘍 (特に肺小細胞癌) を合併する、古典的な「腫瘍随伴性 LEMS (P-LEMS)」と、合併しない「自己免疫性 LEMS (AI-LEMS)」に大別され、P-LEMS は男性、高齢、喫煙者に多い傾向があるとされている³⁾⁴⁾⁵⁾³⁾。本症例は重度の喫煙歴を有する高齢男性であり、背景因子から P-LEMS が強く疑われた。腫瘍検索を行ったところ肺小細胞癌と直腸癌を認めたが、当院では対応困難なため重複癌に対応可能な施設へ転院することになった。

LEMS の中核症状は、四肢近位筋の筋力低下、腱反射の低下または消失、および口渴などの自律神経症状でありこれらは診断基準にも含まれている。本症例も下肢近位筋優位の筋力低下と四肢の腱反射消失が認められ、典型的な臨床像を呈していた。

ただ臨床の現場では下肢の近位筋の評価を丁寧に行わないと四肢腱反射の消失から末梢神経障害を想起してしまい誤診へとつながってしまいかねない。現に鑑別に注意すべき疾患として Guillain-Barré 症候群 (GBS)、慢性炎症性脱髄性多発神経炎 (CIDP)、運動ニューロン疾患などが挙げられている⁵⁾。一方、報告により多少頻度の差があるものの、Table2 に示すように LEMS はさまざまな症状を呈することも留意しておかなければならない。特に眼筋症状の合併率は比較的高頻度でみられており後に述べる反復刺激試験との兼ね合いから重症筋無力症 (MG: myasthenia gravis) との鑑別においても重要になってくる。

LEMS の病態は神経筋接合部の障害であり、その証明は電気生理検査による。『重症筋無力症／ランバート・イートン筋無力症候群診療ガイドライン 2022』¹²⁾ の診断基準に記載されているように反復刺激試験を施行すればいいのだが、実臨床で反復刺激試験を行うきっかけとしては通常の神経伝導検査が非常に重要になってくる。神経伝導検査において筋力低下に不釣り合いの複合筋活動

Table. 2 LEMS の臨床症状 改変^{6,7,8,9,10)}

臨床症状	頻度(%)
下肢筋力低下	83~100
腱反射低下	85~92
上肢筋力低下	78~82
複視	5~48
眼瞼下垂	21~46
構音障害	12~68
自律神経障害	19~80

電位 (CMAP) 振幅低下がみられ、その筋を強収縮させると CMAP 振幅が増大するのを確認できれば LEMS を疑い反復刺激試験まで行うことがすすめられている¹³⁾。また、感覚神経活動電位が正常範囲内に保たれていれば GBS や CIDP といった末梢神経障害はほぼ否定的である。本症例も同様な流れから反復刺激試験を行い、低頻度刺激 (3Hz) において 40% 以上の漸減現象 (waning) と高頻度刺激において漸増現象 (waxing) を確認することで確定診断とした。漸減現象は MG でよく知られている所見であるが、MG では手内筋で異常所見が出にくいのにに対して LEMS では手内筋でも確認できる¹³⁾ 点も重要な鑑別点である。

病原性自己抗体としては抗 P/Q 型 VGCC 抗体が知られており、LEMS 患者の約 90% で陽性となる¹⁴⁾。本抗体がカルシウムチャネルをダウンレギュレーションさせることで、膜電位変化に伴うカルシウム流入が不足し、シナプス小胞のアセチルコリン放出が阻害されるとされている⁵⁾¹³⁾。本症例においても同抗体が 1144.9 pmol/L と極めて高値を示しており、病態を直接的に裏付けている。

本症例は自覚がないものも含めて多彩な神経症状を呈していたが、丁寧な神経学的診察がきっかけで反復刺激試験を行うことになり確定診断につながった。ガイドライン¹²⁾からもわかるように、確定診断には抗体の有無より、神経診察とその所見に基づいた反復刺激試験を重視している。本症例を通して日頃の診療から小さな気づきや違和感を大切にすることで真の病態、ひいては確定診断に近づくことができることを認識できた。

【参考文献】

- 1) 日本神経学会監修：重症筋無力症／ランバート・イートン筋無力症候群診療ガイドライン 2022. 重症筋無力症／ランバート・イートン筋無力症候群診療ガイドライン作成委員会編. 南江堂，東京，154-158.
- 2) Yoshikawa H, Adachi Y, Nakamura Y, et al. Nationwide survey of Lambert-Eaton myasthenic syndrome in Japan. *BMJ Neurol Open*. 2022;4(2):e000291.
- 3) Wirtz PW, Willcox N, van der Slik AR, et al. HLA and smoking in prediction and prognosis of small cell lung cancer in autoimmune Lambert-Eaton myasthenic syndrome. *J Neuroimmunol*. 2005;159(1-2):230-237.
- 4) Takamori M. Lambert-Eaton myasthenic syndrome: search for alternative autoimmune targets and possible compensatory mechanisms based on presynaptic calcium homeostasis. *J Neuroimmunol*. 2008;201-202:145-152.
- 5) Titulaer MJ, Lang B, Verschuuren JJ. Lambert-Eaton myasthenic syndrome: from clinical characteristics to therapeutic strategies. *Lancet Neurol*. 2011;10(12):1098-1107.
- 6) Kiernan MC, Vucic S, Cheah BC, et al. Amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet*. 2011;377(9769):942-955.
- 7) O'Neill JH, Murray NM, Newsom-Davis J. The Lambert-Eaton myasthenic syndrome. A review of 50 cases. *Brain*. 1988;111 (Pt 3):577-596.
- 8) Nakao YK, Motomura M, Fukudome T, et al. Seronegative Lambert-Eaton myasthenic syndrome: study of 110 Japanese patients. *Neurology*. 2002;59(11):1773-1775.
- 9) Titulaer MJ, Wirtz PW, Kuks JB, et al. The Lambert-Eaton myasthenic syndrome 1988-2008: a clinical picture in 97 patients. *J Neuroimmunol*. 2008;201-202:153-158.
- 10) Abenroth DC, Smith AG, Greenlee JE, Austin SD, Clardy SL. Lambert-Eaton myasthenic syndrome: Epidemiology and therapeutic response in the national veterans affairs population. *Muscle Nerve*. 2017;56(3):421-426.
- 11) Liu Y, Xi J, Zhou L, et al. Clinical characteristics and long term follow-up of Lambert-Eaton myasthenia syndrome in patients with and without small cell lung cancer. *J Clin Neurosci*. 2019;65:41-45.
- 12) 日本神経学会監修：重症筋無力症／ランバート・イートン筋無力症候群診療ガイドライン 2022. 重症筋無力症／ランバート・イートン筋無力症候群診療ガイドライン作成委員会編. 南江堂，東京，159-162.
- 13) 幸原伸夫，川本未知，石井淳子ほか.

- Lambert-Eaton 筋無力症候群. 臨神生. 2016; 44 : 28-35.
- 14) Lennon VA, Kryzer TJ, Griesmann GE, et al. Calcium-channel antibodies in the Lambert-Eaton syndrome and other paraneoplastic syndromes. N Engl J Med. 1995;332(22):1467-1474.

『抗 Ro-52 抗体と抗 HMGCRC 抗体が共陽性となった 壊死性ミオパチーの一例』

独立行政法人 国立病院機構 沖縄病院 脳神経内科

平良 克哉, 大屋 祐一郎, 山城 志織, 橋口 昭大, 諏訪園 秀吾, 渡嘉敷 崇

要 旨

抗 Ro52 抗体は別名抗 SS-A 抗体として知られており, シェーグレン症候群をはじめとした多くの自己免疫疾患で陽性となることがある. 今回, 抗 Ro52 抗体と抗 HMGCRC 抗体が共陽性となった壊死性ミオパチーの一例を経験したため, 免疫学的観点から考察を行った.

キーワード: 抗 Ro52 抗体, 抗 HMGCRC 抗体, 壊死性ミオパチー

【症例提示】

症例: 58 歳 女性

主訴: 全身倦怠感

現病歴: 幼少期の発達に異常はなかった. X-4 年に COVID-19 に罹患後, 労作時呼吸困難および易疲労感が持続し, 近医内科を受診, 甲状腺機能亢進症を指摘された. 倦怠感が増悪し, X-2 年に血液検査で CK 高値を指摘され, 前医紹介となった. 労作時呼吸困難と四肢近位筋優位の筋力低下があり, X 年 9 月に当院紹介となった.

既往歴: 甲状腺機能亢進症, 気管支喘息, 副鼻腔炎, 腰椎ヘルニア

アレルギー: 指摘なし

嗜好歴: 喫煙歴: 15 本/日×35 年 (16-50 歳 15 本/日), 飲酒歴: 飲酒しない

家族歴: 神経筋疾患の家族歴なし, 母が甲状腺機能亢進症

内服薬: 鎮痛薬 (トラマドール, プレガバリン), メコバロミンの頓用のみ

神経学的所見 (右/左): 意識清明, コミュニケーションに問題なし. 脳神経系に特記異常なし. 運動系は徒手筋力テストは頸部屈筋 4, 頸部伸筋 4, 三角筋 4/4, 上腕二頭筋 5/4, 上腕三頭筋 5/5, 棘上筋 4/4, 棘下筋 4/4, 大胸筋 4/4, 菱形筋 4/4, 手根伸筋 5/5, 手根屈筋 5/4, 短母指外転筋 5/5, 浅指屈筋 5/5, 母指対立筋 5/5, 骨間筋 5/5, 腸腰筋 4/4, 大腿屈筋群 4/4, 大腿四頭筋 4/4, 腓腹筋

5/5, 前脛骨筋 5/5. 握力は 13.8 kg/10.1 kg だった. 腱反射は上腕二頭筋反射 +/+, 上腕三頭筋反射 +/+, 腕橈骨筋反射 +/+, 膝蓋腱反射 +/-, アキレス腱反射 +/-, 病的反射は陰性. 感覚系は表在感覚の低下や位置覚の異常はなかったが, 手指や足趾末端に異常感覚を認めた. 振動覚や協調運動, 自律神経は異常はなかった. しゃがみ立ちは不可能で, 歩容は軽度の動揺性歩行だった.

血液所見: 白血球 11200 / μ L, Hb 14.7 g/dL, Ht 46.6%, 血小板 30.6 万 / μ L. 血液生化学所見: T-Bil 0.52 mg/dL, AST 84 U/L, ALT 80 U/L, LDH 587 U/L, γ -GTP 33 U/L, CK 4870 U/L, CK-MB 136 U/L, BUN 10.8 mg/dL, Cr 0.56 mg/dL. 免疫血清学所見: CRP 0.53 mg/dL, TSH 0.807 IU/mL, FT4 1.32 μ IU/mL, 抗 TPO 抗体 9.6 IU/mL, 抗 Tg 抗体 127 IU/mL, TSAb 110 %, 抗 SS-A 抗体 陰性, 抗 SS-B 抗体 陰性, IgG4 24.9 mg/dL, KL-6 177 U/mL.

筋炎関連・特異的自己抗体: 抗 Ro52 抗体 (2+), 抗 HMGCRC 抗体 1.7 IU/mL, その他筋炎関連・特異的自己抗体は陰性.

呼吸機能検査: % VC 64.9%, % FVC 73.3%, FEV1/FVC 79.4%.

十二誘導心電図・経胸壁心臓超音波検査: 特記所見なし.

画像所見: CT では間質性肺炎や悪性腫瘍を疑う所見はなかったが, 耳下腺と顎下腺に低吸収域を認め

た。MRI では上下肢筋肉に炎症を示唆する所見があり、左上腕二頭筋より筋生検を行なった (Fig1)。病理検査: 筋病理では CD3 陽性の T 細胞を中心とした炎症細胞の浸潤と、HE 染色で壊死線維に T リンパ球の集簇を認めた。追加の検査で抗 HMGCRC 抗体も陽性となり、抗 HMGCRC 抗体および抗 Ro52 抗体の double positive の免疫介在性壊死性ミオパチーの診断となった (Fig2)。

治療経過: 壊死性ミオパチーに対して、メチルプレドニゾロン 1000mg/ 日を 3 日間投与するステロイドパルス療法 (Intravenous methylprednisolone: IVMP) を 3 クールと、免疫グロブリン療法 (Intravenous Immunoglobulin: IVIg) 5 日間を 2 クール施行、メトトレキサート内服 (Methotrexate: MTX) を開始し、CK は正常化した (Fig3)。治療経過で労作時呼吸困難に関しては著変ないものの、両側大腿の把握痛は軽快し、大胸筋、棘上筋、棘下筋の徒手筋力テストは各々 4 から 5 に改善した。

【考察】

抗 Ro52 抗体は別名抗 SS-A 抗体として広く知られている。抗 Ro52 抗体の標的抗原である Ro52 は通常細胞質内に存在するが、核内にも存在しており¹⁾、ユビキチン化などの免疫応答に関与しているとされている²⁾。抗 Ro52 抗体が陽性となりうる疾患として、全身性エリテマトーデス (Systemic Lupus Erythematosus: SLE)、シェーグレン症候群³⁾ や筋

炎、間質性肺炎、QTc 延長症候群⁴⁾ などが知られており、筋炎関連抗体として他の筋炎関連・特異的抗体との共陽性が多いとされている⁵⁾。本症例では抗 Ro52 抗体と抗 HMGCRC 抗体の筋病変への寄与の程度、抗 Ro52 抗体の唾液腺病変、他の自己抗体との関与があるかといった疑問が生じたため、これらに関して考察を行った。本例では抗 Ro52 抗体の関与として、間質性肺炎や不整脈、SLE を示唆する所見は認めなかったが、唾液腺の病変には関与した可能性があると考えた。筋病理は壊死性ミオパチーであり、抗 HMGCRC 抗体の関与がより強いと考え、抗 Ro52 抗体は Fig4 に示したような間接的な関与をしていたのではないかと考えた。抗 Ro52 抗体は I 型インターフェロンシグナルを抑制している^{6,7)} が、このタンパクの阻害によりインターフェロン経路が過活性化する^{8,9)}。この状況下で、樹状細胞の IL-23 分泌が亢進し、Th17 細胞が過活性化する^{8,10)}。過活性化した Th17 細胞から IL-17・IL-21 の分泌が亢進、自己反応性 B 細胞が活性化される^{11,12)}。その結果、自己抗体産生が過剰化、様々な自己免疫性疾患が惹起される可能性があると考えられた。本症例でもこの経路で過剰な自己抗体が産生された結果、複数の自己抗体の陽性化と壊死性ミオパチーを合併したと考えた。

* 本稿の内容は第 352 回日本内科学会九州地方会 (2026 年 1 月 24 日) で報告した。

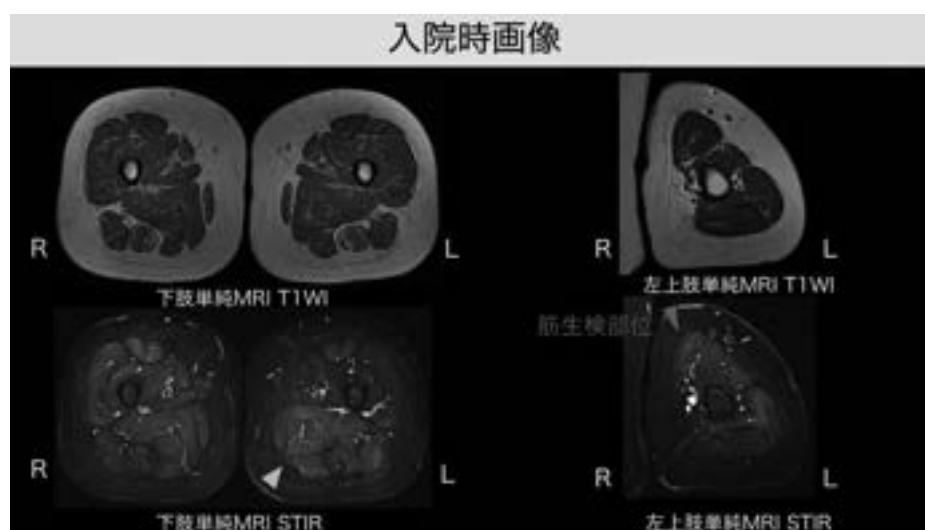


Fig1

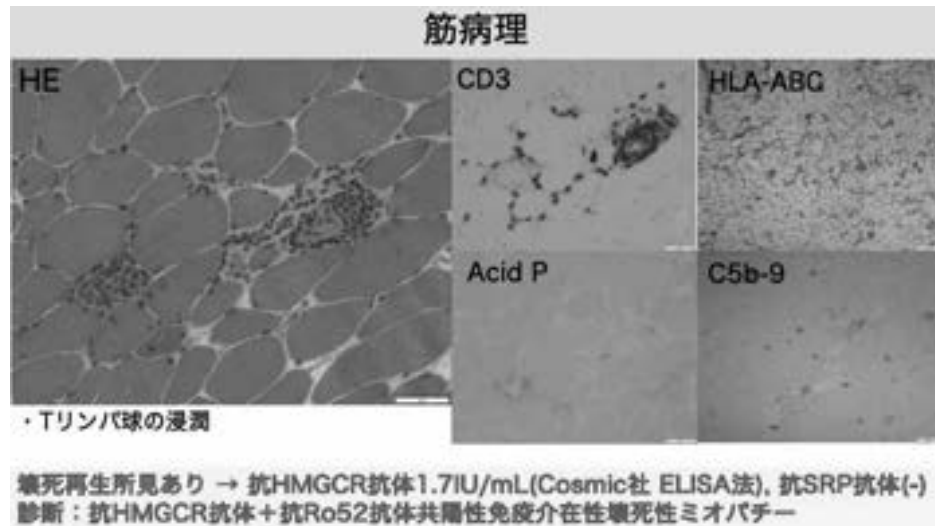


Fig2

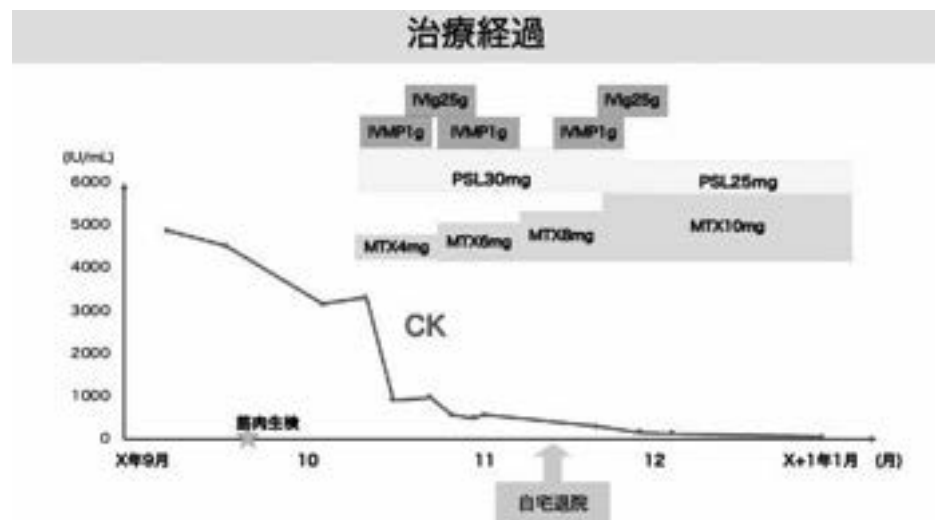


Fig3

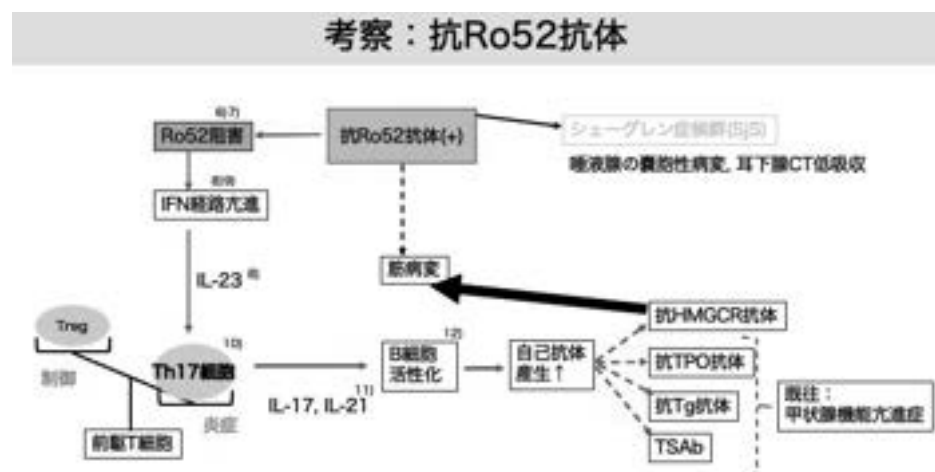


Fig4

参考文献：

- 1) Routsias JG et al, Clin Rev Allergy Immunol, 2007;32:238-251
- 2) Jones EL et al, Front Immunol. 2021;12:738473
- 3) Nocturne G. Nature Review of Rheumatology, 2018;14:133-145
- 4) P.E.Lazzerini et al, Frontiers in Medicine, 2021: Vol 8:Article 730161; 1-12
- 5) Sugita T. Modern Rheumatology, 2024;35:118-125
- 6) P.D.Burbelo et al, Scientific Reports, 2018;8:3345; 1-12
- 7) A.Espinosa et al, Journal of Biological Chemistry, 2011; 36478-36491
- 8) A.Espinosa et al, The Journal of Experimental Medicine, 2009; 1661-1671
- 9) R.Yoshimi et al, Clinical and Development Immunology, 2012; 1-12
- 10) 野間剛 . 日本臨床免疫学学会会誌 . 2010; Vol.33 No.5; 262-271
- 11) J. Marschall et al. Journal of Investigative Dermatology, 2025;146;973-985
- 12) S. Brauner et al, Clinical and Experimental Immunology, 2018; 194: 315-326

国立病院機構沖縄病院業績集 (2025 年度)

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
呼吸器内科 論文		
Extranodal natural killer/T-cell lymphoma with lung involvement in a young adult with suspected mosquito bite hypersensitivity: A case report	Respir Investig. 2025 Sep;63(5): 872-876. doi: 10.1016/j.resinv. 2025.07.002. Epub 2025 Jul 9. 2025/6/9	Mariko Higa 1, Eriko Atsumi, Hironobu Hoshino, Mahito Yamashiro, Tomo Nakajima, Mariko Tomita, Hiroaki Masuzaki, Naoki Wada, Isoko Owan
Partial Response to Nivolumab and Ipilimumab in a Patient With Malignant Pleural Mesothelioma and Pre-Existing Myasthenia Gravis Without Severe Flares or Immune-Related Adverse Events: A Case Report	Respirol Case Rep. 2025 Aug 19;13(8):e70297. doi: 10.1002/rcr2.70297. eCollection 2025 Aug.	Higa M, Kuda T, Ohya Y, Kawasaki H
Bacterial pneumonia co-infection in adult inpatients with coronavirus disease 2019 during the Omicron variants epidemic in Okinawa, Japan: risk factors and clinical outcomes	Respir Investig. 2025 Nov;63(6): 1087-1092. doi: 10.1016/j.resinv. 2025.08.006. Epub 2025 Sep 3.	Kami W, Ideguchi S, Miyagi K, Tasato D, <u>Higa F</u> , Nakamura H, Kinjo T, Nakamatsu M, Haranaga S, Tokushige A, Fujita J, Yamamoto K
Evaluation of Legionella diagnostic prediction score in patients with SARS-CoV-2 Omicron pneumonia	J Infect Chemother. 2025 Mar; 31(3):102566. doi: 10.1016/j.jiac. 2024.11.016. Epub 2024 Nov 22.	Miyashita N, <u>Higa F</u> , Aoki Y, Kikuchi T, Seki M, Tateda K, Maki N, Uchino K, Kiyota H, Watanabe A
Evaluation of Legionella Diagnostic Prediction Score in patients with Chlamydia psittaci pneumonia	J Infect Chemother. 2025 Apr; 31(4):102640. doi: 10.1016/j.jiac. 2025.102640. Epub 2025 Jan 30.	Miyashita N, <u>Higa F</u> , Aoki Y, Kikuchi T, Seki M, Tateda K, Maki N, Uchino K, Kiyota H, Watanabe A
The JRS guideline for the management of pneumonia in adults 2024	Respir Investig. 2025 Sep;63(5): 811-828. doi: 10.1016/j.resinv. 2025.06.014. Epub 2025 Jul 3.	Mukae H, Iwanaga N, Horita N, Komiya K, Maruyama T, Shindo Y, Imamura Y, Yatera K, Yamamoto Y, Yanagihara K, Shime N, Senda K, Takahashi H, <u>Higa F</u> , Matsumoto T, Miki M, Teramoto S, Tsukada H, Yoshida M, Miyashita N, Japanese Clin Practice Guidelines Pneumonia Adults 2024

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
Atezolizumab with carboplatin plus nab-paclitaxel combination therapy for TTF-1 negative advanced nonsquamous non-small cell lung cancer: A multicenter, single-arm phase 2 trial (F1NE TUNE, LOGiK 2102)	Eur J Cancer. 2025 Oct 16;229:115779. doi: 10.1016/j.ejca.2025.115779. Epub 2025 Sep 12.	Shiraishi Y, Shimose T, Tachihara M, Tsuchiya-Kawano Y, Morinaga R, Inoue H, Toi Y, Yamada T, Yamaguchi M, Kashiwabara K, Tobino K, Ishii H, Sakata Y, Inaba M, Nakashima K, Chibana K, Fukui T, Izumi M, Saito R, Ishii H, Omori S, Ogusu S, Furuyama K, Miura S, Harada T, Okamoto I
Immune checkpoint inhibitor-induced interstitial lung disease with and without CTLA-4 regimen in non-small cell lung cancer patients and PD-L1 < 1 %: A multicenter, retrospective study	Lung Cancer. 2025 Nov;209:108772. doi: 10.1016/j.lungcan.2025.108772. Epub 2025 Sep 26.	Murata D, Azuma K, Murotani K, Ito K, Nomizo T, Yamada K, Imabayashi T, Iwanaga K, Chibana K, Ota T, Nishii Y, Nakao A, Okada A, Hamai K, Tanimura K, Yoshimine K, Tamura Y, Takaki R, Goto Y, Hibino M, Oba T, Sumi T, Kaneda H, Nishioka N, Yamada T, Takayama K
High Serum TSLP Is Characteristic of Late-Onset, Long-Duration, Eosinophilic Asthma	Allergy. 2026 Feb;81(2):402-412. doi: 10.1111/all.70109. Epub 2025 Oct 21.	Suzukawa M, Ohta K, Tashimo H, Narumoto O, Hashimoto H, Kita T, Takato H, Nagase H, Kobayashi K, Yamaguchi M, Abe M, Ito R, Endo T, Yanai H, Chibana K, Hizawa N, Tanimoto Y, Takagi K, Oguma T, Harada N, Sagara H, Kato A, Takata S, Komase Y, Hyodo K, Matsunaga K, Tsujino K, Niimi A, Wakamatsu K, Sugiura H, Sakakibara Y, Kamimura M, Shibata Y, Tanaka G, Nakamoto K, Tamaki S, Minakata Y, Numata T, Saito AM, Kobayashi N, Taniguchi M, TNH-Azma Res Grp TARG
Prospective validation study of nutritional and immunological predictors in immune checkpoint inhibitor efficacy for non-small cell lung cancer	Int J Cancer. 2026 Feb 1;158(3):799-810. doi: 10.1002/ijc.70170.	Takamori S, Shimokawa M, Yamaguchi M, Mori M, Kuyama S, Oki M, Nishimura Y, Nakatomi K, Yanai H, Sukoh N, Hatakeyama N, Kita T, Fujiwara K, Chibana K, Okamoto M, Takenoyama M

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
Intermittent versus Daily Therapy for Noncavitary <i>Mycobacterium avium</i> Complex Pulmonary Disease An Open-Label Randomized Trial	Ann Am Thorac Soc. 2025 Aug;22(8):1183-1192. doi: 10.1513/AnnalsATS.202406-6260C.	Nakagawa T, Fujita K, Miki M, Ito A, Namkoong H, Asakura T, Morimoto K, Hasegawa N, Kita T, Watanabe A, Tsuyuguchi K, Kawashima M, Shiozawa A, Watanabe S, Sato A, Kato T, Kimizuka Y, Harada H, Fujita K, Saito AM, Hashimoto H, Inoue Y, Ogawa K
長期経過観察をした慢性好酸球性肺炎症例の検討	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)45 巻 Page14-19(2025.09) 2025/9/1	大湾 勤子, 知花 賢治, 比嘉 太, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 久田 友哉, 兼久 梢, 熱海 恵理子, 大城 康二
【感染症・抗菌薬・抗微生物薬 2026】感染症管理 Update 誤嚥性肺炎の診断と治療 (解説)	救急・集中治療 (1346-0935)37 巻 5-6 号 Page848-853(2026.02) 1900/1/0	比嘉 太
3: 治療 2) 治療継続の期間は?	非結核性抗酸菌症マネジメント2 版 (978-4-7849-4938-0) 日本医事新報社 菊池利明, 渡辺彰 編	比嘉 太
目で見る胸部疾患 健診契機に判明したアレルギー性気管支肺真菌症 (ABPM) の一例	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)45 巻 Page9-13(2025.09) 2025/9/15	兼久 梢, 久田 友哉, 知花 賢治, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 比嘉 太, 大湾 勤子, 大城 康二, 熱海 恵理子
生物学的製剤使用により関節リウマチの悪化が疑われた 1 例	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)45 巻 Page33-36(2025.09) 2025/9/1	知花 賢治, 兼久 梢, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 比嘉 太, 大湾 勤子
学会		
Waterborne infection とその対策 レジオネラ症対策	第 99 回日本感染症学会総会・学術講演会 / 第 73 回日本化学療法学会総会 合同学会 2025/5/8-5/9 神奈川	比嘉 太
長期経過観察をした慢性好酸球性肺炎症例の検討	第 65 回日本呼吸器学会学術講演会 2025/4/11-4/13 東京	大湾 勤子, 知花 賢治, 仲本 敦, 比嘉 太, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 久田 友哉, 比嘉 真理子, 兼久 梢, 山本 和子
悪性胸膜中皮腫に対する免疫チェックポイント阻害薬の使用経験	第 65 回日本呼吸器学会学術講演会 2025/4/11-4/13 東京	知花 賢治, 兼久 梢, 比嘉 真理子, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子
当院における肺非結核性抗酸菌症症例の治療状況の検討	第 100 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会学術講演会 2025/6/5-6/7 神奈川	知花 賢治, 比嘉 真理子, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子, 金城 武士

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
抗 GLP-coreIgA 抗体陰性で肺 MAC 症と診断された症例の検討	第 100 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会学術講演会 2025/6/5-6/7 神奈川	名嘉山 裕子, 大湾 勤子, 藤田 香織, 知花 賢治, 金城 武士, 比嘉 真理子, 仲本 敦, 比嘉 太, 山本 和子
当院における MAC 抗体陽性例の検討	第 100 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会学術講演会 2025/6/5-6/7 神奈川	藤田 香織 大湾 勤子, 名嘉山 裕子, 比嘉 真理子, 知花 賢治, 仲本 敦, 比嘉 太, 金城 武士, 山本 和子
MET 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌に対してテポチニブとカプマチニブを使用した一例	第 138 回沖縄県医師会総会 2025/6/8 南風原	兼久 梢, 知花 賢治, 比嘉 真理子, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子, 山本 和子
急速に進行し短期間で死亡に至った緑膿菌肺炎の 1 例	第 95 回日本呼吸器学会・日本結核 非結核抗酸菌症学会 日本サルコイドーシス / 肉芽腫疾患学会 九州支部秋季学術講演会 2025/10/31-11/1 宜野湾	兼久 梢, 知花 賢治, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 比嘉 太, 大湾 勤子, 山本 和子
ICD-11 における呼吸器疾患等のコーディングに関する検討	第 95 回日本呼吸器学会・日本結核 非結核抗酸菌症学会 日本サルコイドーシス / 肉芽腫疾患学会 九州支部秋季学術講演会 2025/10/31-11/1 宜野湾	藤田 香織
Afatinib 後 disease flare を来した EGFR uncommon 遺伝子変異陽性肺癌の一例	第 95 回日本呼吸器学会・日本結核 非結核抗酸菌症学会 日本サルコイドーシス / 肉芽腫疾患学会 九州支部秋季学術講演会 2025/10/31-11/1 宜野湾	久田 友哉, 兼久 梢, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 知花 賢治, 比嘉 太, 大湾 勤子
当院のテゼペルマブ使用症例の臨床的検討	第 95 回日本呼吸器学会・日本結核 非結核抗酸菌症学会 日本サルコイドーシス / 肉芽腫疾患学会 九州支部秋季学術講演会 2025/10/31-11/1 宜野湾	知花 賢治, 兼久 梢, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 比嘉 太, 大湾 勤子, 喜舎場 朝雄
留意すべき小病名を ICD-11 でコードする	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	藤田 香織
当院においてオシメルチニブ＋プラチナ製剤＋ペメトレキセド併用療法を導入した症例の検討	第 66 回日本肺癌学会学術集会 2025/11/6-11/8 東京	兼久 梢, 知花 賢治, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子, 山本 和子
生物学的製剤の使用後に心機能障害を発症した 1 例	第 8 回日本アレルギー学会九州・沖縄支部地方会 2026/2/28	知花 賢治, 兼久 梢, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 比嘉 太, 大湾 勤子
気管支喘息合併の慢性好酸球性肺炎に対して生物学的製剤を使用した症例の検討	第 95 回日本呼吸器学会九州支部春季学術講演会 2026/3/14	知花 賢治, 兼久 梢, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 比嘉 太, 大湾 勤子

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
講演会等		
喘息の薬物療法について	第 121 回那覇地区薬剤師会臨床講座 2025/12/18 那覇	知花 賢治
喘息病態における TSLP とテゼスパイア使用症例の臨床的検	第 118 回福岡南呼吸器検討会第 52 回筑紫呼吸器検討会 2026/2/4 web	知花 賢治
市民公開講座：知って安心！肺と健康のおはなし 腰の痛み、体重減少・・・それは肺がんかもしれません！「明日から役立つ患者さんと家族の肺癌診療について」	第 95 回日本呼吸器学会・日本結核 非結核抗酸菌症学会 日本サルコイドーシス / 肉芽腫疾患学会 九州支部秋季学術講演会 2025/10/31-11/1 宜野湾	知花 賢二
市民公開講座：知って安心！肺と健康のおはなし 間質性肺炎って知っていますか？「息切れや乾いた咳を引き起こす原因の一つ」	第 95 回日本呼吸器学会・日本結核 非結核抗酸菌症学会 日本サルコイドーシス / 肉芽腫疾患学会 九州支部秋季学術講演会 2025/10/31-11/1 宜野湾	大湾 勤子
早期診断と治療に向けた間質性肺疾患の地域連携	北部地区間質性肺疾患病診連携 Seminar 2026/3/5 名護	大湾 勤子
沖縄県保健医療介護部地域保健課 結核相談事業	結核の基礎知識 2025/5/15 那覇	大湾 勤子
こんな患者さんいませんか ー 間質性肺疾患の早期発見を考えるー	沖縄県びまん性肺疾患セミナー 2025/6/26 西原	大湾 勤子
一般演題 化学療法③ 座長	第 66 回日本肺癌学会九州支部学術集会・第 49 回日本呼吸器内視鏡学会九州支部総会 2026/2/12-2/14 福岡	知花 賢治
当院におけるサルグマリン® の使用経験	LOGIK グループ会議 2025/10/18 web	大湾 勤子
“最適な治療方針を検討する” ディスカッション	第 2 回周術期 Forum in 沖縄 2025/12/22	久田 友哉
イムデトラの当院における安全管理体制について	IMDELLTRA Symposium 2025/8/8 宜野湾	兼久 梢
COPD の初回治療導入内訳	LOGIK スポンサーセミナー 2025/5/17 浦添	知花 賢治
喘息病態における TSLP とテゼスパイアの使用について	TEZESPIRE web Seminar 2025/6/17 浦添	知花 賢治

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
最新の肺がん薬物療法について	第3回 がん化学療法看護認定 看護師勉強会 2025/7/12 那覇	知花 賢治
重症喘息の治療目標（レミッション）を考える	Severe Asthma Expert Meeting in Kyushu 2025/9/12 web	知花 賢治
当院の使用経験からみた免疫複 合療法の治療戦略	第5回離島肺がん Seminar 2025/9/26 宮古	知花 賢治

外科・呼吸器外科

論文

Impact of the IASLC Grading and Other Pathological Features on Relapse and Survival in Completely Resected Lung Adenocarcinoma by EGFR Mutation Status: A Supplementary Analysis of the CReGYT-01 EGFR Study	Pathol Int . 2025 Sep;75(9):451-458. doi: 10.1111/pin.70044. Epub 2025 Aug 13.	Hoshino H, Katsumata S, Hamada A, Haratake N, Takegahara K, Nakasone S, Kawasaki H, Shimokawa M, Shiono S, Soh J, Ohde Y
目で見る胸部疾患 縦隔卵黄囊 腫初回治療 12 年後に切除した Growing Teratoma Syndrome の 1 例	国立沖縄病院医学雑誌 (1348- 6551)45 巻 Page2-4(2025.09) 2025/9/1	河崎 英範, 川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史, 熱海 恵理子
目で見る胸部疾患 胸腺腫に合 併した肺良性転移性平滑筋腫の 1 例	国立沖縄病院医学雑誌 (1348- 6551)45 巻 Page5-8(2025.09) 2025/9/1	饒平名 知史), 川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 河崎 英範
EWS 充填術で気管支瘻を閉鎖 後, 保存的治療で治癒しえた ADL 不良の有瘻性膿胸の 1 例	国立沖縄病院医学雑誌 (1348- 6551)45 巻 Page42-46(2025.09) 2025/9/1	川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚 子, 饒平名 知史, 河崎 英範

学会

肺良性転移性平滑筋腫の 3 例	第 42 回日本呼吸器外科学会学術 集会 2025/5/31-6/1 東京	饒平名 知史, 川畑 大樹, 星野 浩 延, 仲宗根 尚子, 河崎 英範, 熱 海 恵理子
限局性肺アミロイドーシスの 3 例	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	饒平名 知史, 川畑 大樹, 星野 浩 延, 仲宗根 尚子, 河崎 英範, 熱 海 恵理子
胸骨正中切開前縦隔腫瘍切除後 の深部胸骨創感染 (DSWI) に対 して保存的加療で治癒した 2 例	第 66 回日本肺癌学会学術集会 2025/11/6-11/8 東京	星野 浩延, 川畑 大樹, 仲宗根 尚 子, 饒平名 知史, 河崎 英範

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
転移性肺腫瘍に対して胸腔鏡下補助下右肺 S7 区域切除を施行した 1 例	第 58 回日本胸部外科学会九州地方会総会 2025/7/24-7/25 福岡	星野 浩延, 川畑 大樹, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史, 河崎 英範
巨大肺嚢胞の 1 切除例, 嚢胞内脱気の工夫	第 58 回日本胸部外科学会九州地方会総会 2025/7/24-7/25 福岡	河崎 英範, 川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史
保存的治療にて閉鎖可能であった肺癌術後気管支断端瘻 (BPF) の一例	第 58 回日本胸部外科学会九州地方会総会 2025/7/24-7/25 福岡	饒平名 知史, 川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 河崎 英範
胸膜中皮腫の術後腹膜播種再発の 1 例	第 90 回沖縄県外科学会 2025/9/20 南風原	川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史, 河崎 英範
胸腺腫に合併した肺良性転移性平滑筋腫の一例	第 138 回沖縄県医師会総会 2025/6/8 南風原	饒平名 知史, 川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 河崎 英範, 熱海理恵子
胸腔鏡下手術後の気胸再燃に対し EWS 充填術で治癒した難治性気胸の 1 例	第 139 回沖縄県医師会総会 2025/12/14 南風原	川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史, 河崎 英範
APTT 延長を伴った肺癌に対して区域切除を行った 1 例	第 66 回日本肺癌学会九州支部学術集会・第 49 回日本呼吸器内視鏡学会九州支部総会 2026/2/12-2/14 福岡	饒平名 知史, 川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 河崎 英範
講演会等		
研修医セッション 1 発表審査員	第 66 回日本肺癌学会九州支部学術集会 2026/2/13 福岡	河崎 英範
一般演題 24 肺悪性腫瘍 2 座長	第 58 回日本胸部外科学会九州地方会総会 2026/7/25 福岡	河崎 英範
非小細胞肺癌 EGFR 遺伝子変異陽性臨床病期 II - III 期の術前 ivonescimab+ 化学療法の有効性を検討する単群第 II 相試験	呼吸器外科塾 (JET) 2025/7/5-7/6 東京	星野 浩延
非小細胞肺癌 EGFR 遺伝子変異陽性臨床病期 II - III 期の術前 ivonescimab+ 化学療法の有効性を検討する単群第 II 相試験	呼吸器外科塾 (JET) 2025/10/4-10/5 東京	星野 浩延
非小細胞肺癌 EGFR 遺伝子変異陽性臨床病期 II - III 期の術前 ivonescimab+ 化学療法の有効性を検討する単群第 II 相試験	JCOG 肺がん外科グループ若手の会 (JET-STAR) 2026 年 1 月 2026/1/17-1/18 東京	星野 浩延

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
------	-----------	---------

脳神経内科

論文

Global trends in dementia strategies	Vas-Cog Journal 11 (0), 3-5, 2025-04-01	Takashi Tokashiki
A case of coexisting heterozygous <i>NOTCH3</i> and <i>HTRA1</i> mutations in cerebral small vessel disease	Hum Genome Var. 2025 Jul 9;12(1):13. doi: 10.1038/s41439-025-00317-z.	Yamashiro M, Yasutomi D, Ohya Y, Ohyama S, Takashima H, Tokashiki T
Charcot-Marie-Tooth-like presentation in giant axonal neuropathy: clinical variability and prevalence in a large Japanese case series	J Neurol. 2025 Jul 16;272(8):514. doi: 10.1007/s00415-025-13243-5.	Hobara T, Ando M, Higuchi Y, Yuan JH, Yoshimura A, Saito T, Shihara T, Okuda S, Fukushima N, Awano H, Inoue T, Yano C, Kojima F, Kodama K, Hiramatsu Y, Nozuma S, Nakamura T, Sakiyama Y, Hashiguchi A, Mitsui J, Tsuji S, Takashima H
Respiratory complex I deficiency caused by a novel multi-exonic <i>PUS1</i> deletion	J Hum Genet. 2026 May;71(5):275-282. doi: 10.1038/s10038-025-01437-8. Epub 2025 Dec 8.	Yuan JH, Higuchi Y, Ando M, Hashiguchi A, Okamoto Y, Hiramatsu Y, Yoshimura A, Kodama K, Sakiyama Y, Mitsui J, Tsuji S, Takashima H
Optimal blood pressure target for patients with prior stroke: A systematic review and meta-analysis	Hypertens Res. 2025 Mar 17. doi:10.1038/s41440-025-02183-2. Online ahead of print. PMID: 40097615	Maeda T, Ohya Y, Ishida S, Inoue Y, Fujii T, Sakamoto Y, Okina N, Nijima T, Arima H, Toyoda K, Kai H, Koga M
Sensory ataxia にご用心 末梢神経障害による感覚性運動失調 (Sensory ataxia) を来す原因疾患の検討	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)45 巻 Page20-23(2025.09) 2025/9/1	城戸 美和子, 渡嘉敷 崇, 玉城 浩平, 安富 大悟, 大屋 祐一郎, 妹尾 洋, 藤原 善寿, 崎なつみ, 諏訪園 秀吾, 橋口昭大
本態性振戦と考えられていた神経核内封入体病の 1 例	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)45 巻 Page37-41(2025.09) 2025/9/15	藤原 善寿, 橋口 昭大, 山城 志織, 大屋 祐一郎, 妹尾 洋, 安富 大吾, 藤崎 なつみ, 城戸 美和子, 諏訪園 秀吾, 渡嘉敷 崇

学会

全身性疾患としての SMA 治療戦略	第 66 回日本神経学会学術大会 2025/5/21-5/24 大阪	橋口 昭大, 渡嘉敷 崇, 藤原 善寿, 城戸 美和子, 山城 志織, 大屋 祐一郎, 安富 大悟, 藤崎 なつみ, 奥間 めぐみ, 長山 あゆみ
NHO 沖縄病院における抗 A β 抗体治療の現状	第 44 回日本認知症学会学術集会 2025/11/21-11/23 新潟	橋口 昭大, 渡嘉敷 崇, 藤原 善寿, 城戸 美和子, 山城 志織, 大屋 祐一郎, 安富 大悟, 藤崎 なつみ, 奥間 めぐみ, 長山 あゆみ

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
脳脱髄性末梢神経障害を来とし、抗 GAD 抗体を認めた 2 症例の検討	第 66 回日本神経学会学術大会 2025/5/21-5/24 大阪	城戸 美和子, 渡嘉敷 崇, 大屋 祐一郎, 山城 正喬, 山城 志織, 安富 大悟, 妹尾 洋, 藤原 善寿, 藤崎 なつみ, 諏訪園 秀吾
免疫加療後に神経根の肥厚が改善した神経サルコイドーシスの一例	第 248 回日本神経学会九州地方会 2025/7/19 北九州	安富 大悟, 橋口 昭大, 藤崎 なつみ, 藤原 善寿, 城戸 美和子, 山城 志織, 大屋 祐一郎, 渡嘉敷 崇,
多発変形性脊髄症から診断に至った SCN4A c.3917G>C 遺伝子変異症例	第 249 回日本神経学会九州地方会 2025/12/5-12/7 佐賀	大屋 祐一郎, 橋口 昭大, 山城 志織, 妹尾 洋, 安富 大悟, 藤原 善寿, 藤崎 なつみ, 城戸 美和子, 諏訪園 秀吾, 渡嘉敷 崇
末梢神経障害が疑われた Lamberd-Eaton 筋無力症候群の 1 例	第 139 回沖縄県医師会医学会総会 2025/12/14 南風原	藤原 善寿, 大屋 祐一郎, 橋口 昭大, 山城 志織, 妹尾 洋, 安富 大悟, 藤崎 なつみ, 城戸 美和子, 諏訪園 秀吾, 渡嘉敷 崇
複数の自己免疫疾患と overlap した Ro-52 抗体	第 352 回日本内科学会九州地方会 2026/1/23-1/25 福岡	平良 克哉, 大屋 祐一郎, 山城 志織, 橋口 昭大, 諏訪園 秀吾, 渡嘉敷 崇
講演会等		
シャルコー・マリー・チュース症について理解を深める	第 11 回 Healthcare Cafe 武田薬品工業株式会社 2026/3/4 神奈川	橋口 昭大
SMA と疲労	SMA シンポジウム 2025 2025/5/12 WEB	橋口 昭大
MCI の診断、レカネマブの適する患者像について	早期アルツハイマー病診療を考える会 2025/6/24 浦添	橋口 昭大
SMA と疲労 治療反応性のマーカーとしての可能性	SMA Expert Seminar 2025 2025/7/31 WEB	橋口 昭大
NHO 沖縄病院における認知症診療	認知症セミナー 2025/9/2 那覇	橋口 昭大
SMA と疲労 全身性疾患としての SMA	神経難病治療講演会 in Okinawa 2025/9/5 那覇	橋口 昭大
遅発型ポンペ病症例のライフイベントへの向き合い方	Pompe Expert Web Seminar 2025/9/17 WEB	橋口 昭大
神経疾患の治療における最新情報	離島における神経難病を考える会 in 宮古島 2025/11/14 宮古島	橋口 昭大

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
抗アミロイド抗体薬時代におけるアルツハイマー病の診断プロセス、ストラテジー	第 421 回沖縄県神経内科懇話会 2025/12/13 那覇	橋口 昭大
シャルコー・マリー・トゥース病について理解を深める	第 11 回 HealthcareCafe 2026/3/4 藤沢	橋口 昭大
認知症早期診断の意義 ～レカネマブ導入の考察を踏まえて～	Alzheimer's Disease Network Conference 2026/3/12 浦添	橋口 昭大

脳・神経・筋疾患研究センター

学会

在宅人工呼吸器装着患者の事前避難入院の実際 - 台風避難入院の実践経験から	第 79 回国立病院総合医学会シンポジウム 2025/11/7-11/8 金沢	諏訪園 秀吾
チュートリアル: 基礎から学ぶ脳波・事象関連電位の理論と実践 2025	第 27 回認知神経心理学研究会 2025/9/7-9/8 岡山	諏訪園 秀吾

総合診療科

論文

【一度は見ておきたい小腸疾患 - 非腫瘍性疾患を中心に】小腸感染症の臨床像と画像所見	胃と腸 (0536-2180)60 巻 12 号 Page1661-1670(2025.12) 2025/12/15	金城 徹, 大平 哲也, 伊良波 淳, 平田 哲生, 馬淵 仁志, 本部 卓也, 永村 良二, 中村 弘, 金城 健, 樋口 大介, 座覇 修, 豊見山 良作, 外間 昭, 金城 福則
健常若年者に発症した孤発性クリプトスポリジウム症の 1 例 ISOLATED CRYPTOSPORIDIOSIS IN A HEALTHY YOUNG INDIVIDUAL	日本消化器内視鏡学会雑誌 2025 年 67 巻 5 号 p. 1083-1089 Gastroenterological Endoscopy 2025/5/1	樋口 大介, 久志 一朗, 大城 康二, 熱海 恵理子 Daisuke HIGUCHI, Kazuaki KUSHI, Yasuji OOSHIRO, Eriko ATSUMI

緩和治療科

学会

緩和ケア目的に当院緩和医療科へ紹介となった患者に対する放射線治療の考察	第 90 回沖縄県外科会 2025/9/20 南風原	久志 一朗, 大湾 勤子, 前本 均
-------------------------------------	-------------------------------	--------------------

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
------	-----------	---------

放射線診断科

論文

【まとめておさえておきたい感染症の画像診断】肺寄生虫疾患

臨床画像 (0911-1069)41 巻 10 月増刊 Page86-92(2025.10)

大城 康二

【まとめておさえておきたい感染症の画像診断】肺寄生虫疾患（解説）

臨床画像 (0911-1069)41 巻 10 月増刊 Page86-92(2025.10)
2025/10/15

大城 康二

整形外科

学会

サルコーマの緩和ケア：臨床的特徴と転帰の単施設報告

第 9 回サルコーマ治療研究学会
学術集会
2026/3/5-3/6 大分

勝木 亮, 當銘 保則, 大城 裕理,
水田 康平, 吉川 誉士郎, 西田 康太郎

非けいれん性のもやもや病が多発疼痛の原因であった一例

第 149 回西日本整形・災害外科学会学術集会
2025/6/7-6/8 福岡

勝木 亮, 當銘 保則, 大城 裕理,
宮師 雄太, 吉川 誉士郎, 西田 康太郎

薬剤部

論文

Effect of antiemetic corticosteroids on the development of immune-related adverse events caused by chemioimmunotherapy: a multicenter retrospective study

Support Care Cancer . 2025 Feb 19;33(3):204. doi: 10.1007/s00520-025-09268-1.

Fujimoto A, Koutake Y, Tsutsui Y, Nakahara M, Matsuo K, Yabuuchi Y, Kamimura G, Kawamata Y, Uehara T, Ikari A, Endo S, Oyamada J

円滑な連携充実加算導入のための説明文書を用いた退院前説明の効果

国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)45 巻 Page29-32(2025.09)
2025/9/1

池上 幸恵, 津曲 恭一, 上原 智博,
荒木 志乃, 石新 あおい, 黒原 健,
谷口 潤

学会発表

経口ステロイド長期服用患者に対する薬物治療向上への取り組み

第 79 回国立病院総合医学会
2025/11/7-11/8 金沢

上原 智博, 東盛 裕里, 荒木 志乃,
池上 幸恵, 石新 あおい, 黒原 健,
寺島 明日香, 宮里 征武, 徳元 翼,
山本 泉美, 渡嘉敷 崇, 津曲 恭一,
谷口 潤

ステロイド長期服用患者に対する骨密度測定と骨粗鬆症治療の実施率向上の取り組みと評価

第 35 回医療薬学会年会
2025/11/22-11/24 兵庫

上原 智博, 東盛 裕里, 荒木 志乃,
池上 幸恵, 石新 あおい, 黒原 健,
寺島 明日香, 宮里 征武, 徳元 翼,
山本 泉美, 渡嘉敷 崇, 津曲 恭一,
谷口 潤

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
転移性去勢抵抗性前立腺癌に対するプレドニゾン減量投与時のアビラテロンの安全性と有効性の検討	第 35 回医療薬学会年会 2025/11/22-11/24 兵庫	谷口 潤, 栢木 太郎
沖縄病院における近隣医療機関と協働して被験者エントリーに繋がった 1 課題	第 25 回 CRC と臨床試験のあり方を考える会議 2025in 大宮 2025/9/14 埼玉	上原 智博, 東盛 裕里, 荒木 志乃, 池上 幸恵, 黒原 健, 石新 あおい, 藤田 香織, 大湾 勤子, 津曲 恭一, 谷口 潤

看護部 学会

他職種チームラウンドによる転倒防止対策強化に向けた取り組み	第 23 回国立病院看護研究学会学術集会 2025/12/20 熊本	山本 泉美
看護師長が看護管理を実践するための、ベッドミーティングのあり方の検討	日本医療マネジメント学会第 22 回九州・山口連合大会 2025/11/28-11/29 大分	高尾 珠江
身体拘束最小化に向けた取り組み～副看護師長が行う病棟ラウンドの効果～	第 23 回国立病院看護研究学会学術集会 2025/12/20 熊本	鶴賀 叶女
筋ジス病棟における長期療養患者の身体拘束解除ができた 3 事例の検証	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	大嶺 あゆみ
外来看護師による ACP の取り組みと課題－神経難病患者への継続的な支援に向けて－	第 5 回沖縄緩和ケア研究会 学術集会 2025/11/3 南風原	平良 恵
摂食嚥下チームの活動実績と今後の課題	第 41 回日本栄養治療学会学術集会 2026/2/13-2/14 横浜	大村 葉子

講演会等

令和 7 年度認定看護管理者教育課程 ファーストレベル 教科目：組織管理論 I	沖縄県看護協会（南風原町） 2025/6/30	高尾 珠江（認定看護管理者）
令和 7 年度認定看護管理者教育課程 ファーストレベル 第 2 回教科目：統合演習 I	沖縄県看護協会（南風原町） 2025/10/12 2025/10/18 2025/10/24 2025/10/29 2025/11/5 2025/11/7	高尾 珠江（認定看護管理者）

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
新人看護職員研修Ⅱ 医療安全と安全管理	沖縄県看護協会（南風原町） 2025/6/18	座波 宏明（感染管理認定看護師）
サーベイランスデータ収集方法について	社会医療法人友愛会 友愛医療センター 2025/5/22 2025/11/21	瀬底 大介（感染管理認定看護師）
「がん薬物療法」出前講座	乳腺甲状腺クリニック うらそえ 2025/11/28	高良 尚龍（がん薬物療法認定看護師）
「がん放射線療法」出前講座	乳腺甲状腺クリニック うらそえ 2025/11/28	米須 詩織（がん放射線療法認定看護師）
「感染予防について」出前講座	大謝名区自治会 2025/7/29	座波 宏明（感染管理認定看護師）
地場ふれあいミニデイサービス事業 ボランティア研修会「BLS講習会」	社会福祉法人南城市社会福祉協議会 2025/7/31	東江 信生（災害支援ナース）

栄養管理室

学会

PDCA サイクルを用いた業務効率化の取組み、患者満足度と収益に繋げる栄養管理業務の仕組み作りと今後の課題	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	赤坂 さつき，福田成美，大村葉子，城間啓多，池上幸恵，荒木寛崇，大湾勤子
PDCA サイクルを用いた業務効率化の取組み、患者満足度と収益に繋げる栄養管理業務の仕組み作りと今後の課題	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	赤坂 さつき，福田 成美，大村 葉子，城間 啓多，池上 幸恵，荒木 寛崇，大湾 勤子
栄養介入を起点とした診療報酬増加の取組みから見えてきた課題	第 41 回日本栄養治療学会学術集会 2026/2/13-2/14 神奈川	赤坂 さつき，福田成美，飯干知美，大村葉子，城間啓多，池上幸恵，上原智博，妹尾洋，樋口大介，大湾勤子

講演会等

医師とメディカルスタッフで共に栄養療法を考える	Ryukyu ILD Supprtive Care Seminar 2026/2/17 宜野湾	赤坂 さつき
多職種連携による栄養介入の活性化と患者満足度向上の取り組み	第 19 回沖縄 NST フォーラム 2026/3/7 豊見城	福田 成美

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
------	-----------	---------

リハビリテーション科

論文

進行性神経筋疾患における HAL トレーニングの長期効果と介入 時期による検討 (原著論文)	医療の広場 65 巻 12 号 Page31- 33(2025.12) 2025/12/15	福満 俊和, 西濱 佑斗, 速水 慶太, 中川 恵嗣, 橋口 祐輔, 松本 涼太
--	--	---

学会

パーキンソン病患者における胃 瘻造設に関連する因子の検討	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	城間 啓多, 諏訪園 秀吾, 赤坂 さ つき, 福田 成美, 大村 葉子
リハビリテーション科独自の医 療安全対策と転倒事故予防	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	宮崎 啓文, 中川 恵嗣, 福満 俊和
口演 24 [理学療法 管理・運営] 座長	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	福満 俊和

療育指導室

学会

死生観について考える いまで きること	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	松田 直樹
行事開催に伴う多職種連携につ いて	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	石垣 里奈

診療放射線科

学会

ステロイド長期内服患者への骨 密度検査推進に伴う件数増加の 取り組みについて	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	寺島 明日香, 上原 智博, 松井 謙 典, 宮里 征武
hybrid iterative reconstruction の再構成強度がアーチファクト に及ぼす影響の検討	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	後藤 寛明, 松井 謙典, 宮里 征武
肺野照射の呼吸性移動対策	令和 7 年度第 1 回沖縄放射線治 療技術研究会 2025/10/25 南風原	松井 謙典

臨床検査科

学会

胸水（腺癌）と腫瘍捺印（硬化性 肺胞上皮腫）の症例検討	日本臨床細胞学会九州連合会 沖 縄県臨床細胞学会 定例会 2025/10/20 那覇	渡口 貴美子
--------------------------------	--	--------

タイトル	学会名 / 雑誌名	著者 / 演者
------	-----------	---------

臨床研究部

論文

高齢者における睡眠の質・睡眠時間と身体機能との関連	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)45 巻 Page24-28(2025.09) 2025/9/1	長山 あゆみ, 渡嘉敷 崇, 石田 明夫
【AI 広報 Keyword は「速・深・温」病院広報最新事例】(事例 1) AI 活用による病院ホームページ改善と SEO 対策 専属の Web クリエイターが不在でも広報を強化できる可能性	医事業務 33 巻 707 号 Page20-23(2026.02) 2026/2/15	長山 あゆみ, 藤田 香織, 大湾 勤子

学会

AI 活用による病院ホームページの改善と SEO 対策	第 75 回日本病院学会 2025/7/24-7/25 長崎	長山 あゆみ, 藤田 香織, 渡嘉敷 崇, 大湾 勤子
高齢者の睡眠時間とフレイル評価 - 認知機能との関係性 -	第 14 回日本認知症予防学会学術集会 2025/9/12-9/14 東京	長山 あゆみ, 渡嘉敷 崇, 橋口 昭大, 石田 明夫
高齢者の睡眠の質・睡眠時間と身体機能との関連	第 79 回国立病院総合医学会 2025/11/7-11/8 金沢	長山 あゆみ, 渡嘉敷 崇, 橋口 昭大, 石田 明夫
外部機関の倫理審査受け入れにおける支援体制構築の課題と展望	日本医療マネジメント学会 第 22 回九州・山口連合大会 2025/11/28-11/29 大分	長山 あゆみ, 大湾 勤子

沖縄病院倫理審査委員会 承認事項(2025年度)

課題：2025-01

HAL の標準的長期使用法確立のための他施設共同観察研究・実態調査 <HAL 長期>

実施責任者 藤崎 なつみ

承認

課題：2025-02

長期経過観察をした慢性好酸球性肺炎症例の検討

実施責任者 大湾 勤子

承認

課題：2025-03

悪性胸膜中皮腫に対する免疫チェックポイント阻害薬の使用経験

実施責任者 知花 賢治

承認

課題：2025-04

当院における肺非結核性抗酸菌症の治療状況の検討

実施責任者 知花 賢治

承認

課題：2025-05

筋ジストロフィー患者の歩行能喪失年齢と大動脈径との関連性の検討

実施責任者 大屋 祐一郎

承認

課題：2025-06

膿胸に対する早期手術介入の有用性の検討

実施責任者 川畑 大樹

承認

課題：2025-07

胸壁浸潤(肺尖部胸壁浸潤癌を除いた)を伴う非小細胞肺癌患者に対する治療の実態に関する多施設共同後向き観察研究

実施責任者 河崎 英範

承認

課題：2025-08

背部弾性繊維腫の胸腔内ヘルニアおよびその他の部位の弾性繊維腫の画像所見の検討

実施責任者 大城 康二

承認

課題：2025-09

抗 GPL-IgA 抗体測定患者における MAC 症の診断と治療経過の関連性の検討

実施責任者 大湾 勤子

承認

課題：2025-10

エンシトレルビル フマル酸の COVID-19 罹患後症状に対する有効性の検証

実施責任者 大湾 勤子

承認

課題：2025-11

背部弾性繊維腫の胸腔内ヘルニアおよびその他の部位の弾性繊維腫の画像所見の検討

実施責任者 大城 康二

承認

課題：2025-12

末梢小型肺癌に対する肺葉切除と区域切除の侵襲を反映する新規指標に関する多機関共同前向き観察研究

実施責任者 星野 浩延

承認

課題：2025-13

長期入院中の筋ジストロフィーにおける骨粗鬆症

実施責任者 勝木 亮

承認

課題：2025-14

がん診療均てん化のための臨床情報データベース構築と活用に関する研究

実施責任者 徳元 翼

承認

課題：2025-15

自己免疫性脳炎における抗神経表面抗体の診断および長期予後に関する多施設共同研究

実施責任者 大屋 祐一郎

承認

課題：2025-16

HAL の標準的長期使用法確立のための他施設共同観察研究・実態調査 <HAL 長期>

実施責任者 橋口 昭大

承認

課題：2025-17

高齢非小細胞肺癌患者の患者満足度に対する機能評価（Geriatric Assessments）の有用性を検討するクラスターランダム化第3相比較臨床試験 <ENSURE-GA study>

実施責任者 大湾 勤子

承認

課題：2025-18

ALK陽性進行期非小細胞肺癌に対するブリグチニブに関する多施設共同前向き観察研究 <ABRAID_WJOG11919L>

実施責任者 知花 賢治

承認

課題：2025-19

看護師長が看護管理を実践するための、ベッドミーティングの在り方の検討

実施責任者 高尾 珠江

承認

課題：2025-20

筋ジス病棟における長期療養患者の身体拘束介助ができた3事例の検証

実施責任者 大嶺 あゆみ

承認

課題：2025-21

キャリア開発に対する意識調査 看護管理者に求められる支援

実施責任者 西濱 るみ子

承認

課題：2025-22

多施設共同レジストリによる脊髄性筋萎縮症成人例の長期フォローアップ研究 Japan REgistry for Adult subjects SMA <jREACT-SMA>

実施責任者 橋口 昭大

承認

課題：2025-23

胸部悪性腫瘍臨床試験データ統合プロジェクト

実施責任者 河崎 英範

承認

課題：2025-24

身体拘束最小化に向けた取り組み～副看護師長が行う病棟ラウンドの効果～

実施責任者 鶴賀 叶女

承認

課題：2025-25

免疫チェックポイント阻害薬導入後の胸部 CT 椎体 CT 値 (HU) 変化と脆弱性骨折リスク

実施責任者 勝木 亮

承認

課題：2025-26

脊髄萎縮の定量的評価についての検討

実施責任者 大屋 祐一郎

承認

課題：2025-27

当院における特発性正常圧水頭症 (iNPH) 症例の臨床的特徴の検討

実施責任者 城戸 美和子

承認

課題：2025-28

摂食嚥下チームの活動実績と今後の課題

実施責任者 大村 葉子

承認

課題：2025-29

アルツハイマー病およびアルツハイマー病理に基づく軽度認知障害に対する抗アミロイド抗体療法の有効性と安全性に関する研究

実施責任者 渡嘉敷 崇

承認

課題：2025-30

リハビリテーション科独自の医療安全対策と転倒事故予防

実施責任者 宮崎 啓文

承認

課題：2025-31

パーキンソン病患者における胃瘻造設に関連する因子の検討

実施責任者 城間 啓多

承認

課題：2025-32

多職種チームラウンドによる転倒防止対策の強化に向けた取り組み

実施責任者 山本 泉美

承認

課題：2025-33

HMSN-P 患者における疾患進行関連因子の探索：過去起点コホート研究

実施責任者 長山 あゆみ

承認

課題：2025-34

筋萎縮性側索硬化症における標準化位相角およびクレアチニン / シスタチン C 比の経時的変化と機能低下速度の関連

実施責任者 藤原 善寿

承認

課題：2025-35

HAL の標準的長期使用法確立のための他施設共同観察研究・実態調査 <HAL 長期>

実施責任者 橋口 昭大

承認

国立病院機構沖縄病院 脳神経内科 退院患者統計 (2025年)

A 神経変性疾患	325	
1 筋萎縮性側索硬化症		61
2 脊髄性筋萎縮症		19
3 パーキンソン病		134
4 脊髄小脳変性症		40
5 多系統萎縮症		22
6 進行性核上性麻痺		23
7 大脳皮質基底核変性症		4
8 不随意運動		9
9 神経変性疾患 その他		13
B 末梢神経疾患	235	
1 慢性炎症性脱髄性多発神経炎		107
2 多巣性運動ニューロパチー		19
3 沖縄型神経原性筋萎縮症		39
4 その他の HMSN		7
5 ギランバレー症候群		12
6 末梢神経疾患 その他		51
C 筋疾患	176	
1 筋ジストロフィー		62
2 神経筋接合部疾患		43
3 筋疾患 その他		71
D 免疫関連性中枢神経疾患	63	
1 HTLV-I 関連脊髄症		33
2 多発性硬化症		14
3 アクアポリン 4 抗体関連疾患		6
4 免疫関連疾患 その他		10
E 内科疾患に伴う神経障害	44	
1 膠原病・血管炎		41
2 代謝性疾患		1
3 内科疾患に伴う神経障害 その他		2
F 認知症性疾患	139	
1 びまん性レビー小体病		3
2 正常圧水頭症		4
3 アルツハイマー型認知症		90
4 認知症性疾患 その他		42
G 脳血管性障害	7	
H 神経感染症・脳症	9	
1 クロイツフェルトヤコブ病		3
2 神経感染症・脳症 その他		6
I 脊髄疾患	18	
1 脊髄炎		12
2 脊髄疾患 その他		6
J 機能性疾患	5	
1 てんかん		4
2 機能性疾患 その他		1
K その他	51	
1 整形外科疾患		9
2 腫瘍		4
3 その他		38
統計	1,072	

2025年1月1日～12月31日までに脳神経内科を退院したのべ1,072人の主病名を集計した。

国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科 退院患者統計 (2025 年)

A 感染症		224	
	1 結核		55
	2 COVID 19		24
	(うち COVID19 肺炎		3)
	3 非結核性抗酸菌症		9
	4 肺炎		106
	5 真菌症		6
	6 感染症 その他		24
B 気道疾患		81	
	1 気管支喘息		44
	2 慢性閉塞性肺疾患		29
	3 気道疾患 その他		8
C 肺腫瘍		761	
	1 原発性肺癌		741
	2 縦隔腫瘍		12
	3 腫瘍 その他		8
D 胸膜疾患		38	
	1 悪性胸膜中皮腫		37
	2 胸膜疾患 その他		1
E びまん性肺疾患		89	
	1 特発性間質性肺炎		29
	2 好酸球増多性肺疾患		1
	3 サルコイドーシス		10
	4 薬剤性肺障害		2
	5 肺血管炎症候群		1
	6 膠原病関連肺疾患		10
	7 びまん性 その他		36
F 睡眠呼吸障害		3	
	1 睡眠時無呼吸症候群		3
G その他		109	
	1 呼吸不全		5
	2 胸水貯留		3
	3 その他		101
統計		1,305	

2025 年 1 月 1 日～ 12 月 31 日までに呼吸器内科を退院したのべ 1,305 人の主病名を集計した。

国立病院機構沖縄病院 呼吸器外科 退院患者統計 (2025年)

A 腫瘍（胸膜腫瘍を除く）	239	
1 原発性肺癌		188
2 転移性肺腫瘍		18
3 縦隔腫瘍		17
4 腫瘍 その他		16
B 胸膜疾患	25	
1 悪性胸膜中皮腫		2
2 気胸		20
3 胸膜疾患 その他		3
C 感染症	25	
1 肺化膿症・膿胸		16
2 肺炎		6
3 感染症 その他		3
D その他	22	
1 気道疾患		4
2 びまん性肺疾患		4
3 その他		14
統計	311	

2025年1月1日～12月31日までに呼吸器外科を退院したのべ311人の主病名を集計した。

手術・検査統計（2025年1月1日～12月31日）

国立病院機構沖縄病院

I 胸部外科（200例）

良性肺腫瘍手術例	6例
肺癌手術例	79例
術式	
肺葉切除	35
うち血管形成あり	1
気管支形成を伴う肺切除	3
うち血管形成あり	2
心膜合併切除を伴う肺切除	1
区域切除	24
うち血管形成あり	1
部分切除	14
試験・心膜開窓・その他	2
組織型	
腺癌	61
扁平上皮癌	8
腺扁平上皮癌	2
大細胞癌	1
多形癌	2
小細胞癌	1
カルチノイド	2
その他	2
転移性肺腫瘍	18例
大腸	7
骨軟部	5
その他	6
胸膜腫瘍	2例
胸壁腫瘍	3例
縦隔腫瘍	14例
胸腺腫	4
胸腺癌	2
重症筋無力症に合併した胸腺腫	1
その他	7
炎症性疾患に対する手術	5例
気胸	18例
膿胸	20例

気管・気管支内治療	26例
気管支瘻孔閉鎖	14
ステント	5
スネア切除	3
その他	4
その他	9例

II 消化器・一般外科（1例）

開腹胃瘻造設術	1例
---------	----

III 整形外科（137例）

骨腫瘍	3例
軟部腫瘍	63例
皮膚・皮下腫瘍	63例
皮膚皮下粘膜下血管腫	1例
骨折に対する観血的手術	5例
その他	2例

IV 神経内科（15例）

筋生検	13例
神経生検	2例

V その他（57例）

気管切開	11例
ポート埋め込み	37例
ポート抜去	9例

VI 内視鏡（777例）

気管支鏡	268例
うちEBUS-TBNAあり	19
上部消化管	314例
うち胃瘻造設術あり	26
下部消化管	195例

国立沖縄病院医学雑誌投稿規定

I. 原稿募集

「原著」、「症例報告」、「総説」、「目で見る胸部疾患」などの原稿を募集する。

1) 筆頭著者は国立病院機構沖縄病院職員に限る。但し、編集委員会の承認を得て院外の医師も筆頭者になりうる。

2) 論文の採否は編集委員会が決定する。編集方針に従って現行の修正、加筆、削除などを求める場合がある。

3) 下記の指針を遵守すること

①倫理審査に関する記述：人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針、遺伝子治療臨床研究に関する指針等の最新版および個人情報保護法やヘルシンキ宣言の倫理綱領。

②利益相反に関する記述：必要と考えられる論文は利益相反状況を記載する。

4) 応募論文は他の雑誌に発表または投稿でないものを原則とするが、抄録、翻訳などの二次引用の場合、初版出版物と本誌読者層の差異を考慮し、採否は編集委員会が決定する。その場合、初版発行元の許諾および引用であることを明記する。

II. 原稿規定

原 著 A4版 1頁1,000文字×10枚（図、表、写真・文献・要旨／英文抄録を含む）

症例報告 A4版 1頁1,000文字×6枚（図、表、写真・文献・要旨／英文抄録を含む）

総 説 A4版 1頁1,000文字×12枚（図、表、写真・文献・要旨／英文抄録を含む）

目で見る胸部疾患

A4版 1頁1,000文字×3枚（図、表、写真、文献を含む）

※使用フォント 本 文：MS明朝10ポイント

見出し：MSゴシック10.5ポイント

III. 原稿の形式

1) 和文表記の論文において、現代仮名遣いによる口語体の文章とし簡潔平易を心掛けること。

2) 英文、和文を問わず、読点はコンマ（,）に、句点はピリオド（.）の英文表記に統一すること（本規定の文章を参考とする）。

3) アルファベット、数字はすべて半角に統一する。

4) 薬品名は、一般名を使用する。

5) 本文における文献引用は、引用順に番号を付し、引用箇所の文末右肩に以下のように示すこと。¹⁾ ^{2, 3)} ¹⁻³⁾ ^{1, 3-5, 15, 20)} など。

6) 写真、図、表の挿入位置を指示する場合は、本文欄外にFig. 1, Table 1のように朱書する。また本文中に表示する場合には和文論文であっても Fig.1, Table 1のように英語表記とする。

7) タイトルページ

題名（和・英文）、著者名（和・英文）、所属名（和・英文）の順に列記する。

8) 要旨、キーワード（和文、英文）

400字以内で書き、要旨の下にキーワード（3個以内）を重要な順に列記する。

9) Abstract（英文）、KeyWords

250wordsで書き、Abstractの下にKey Words（3個以内）を重要な順に列記する。

10) 本文

原稿は口語体、現代仮名遣い、平仮名交じり横書き楷書として、句読点、かっこは1字を要し、改行の際には冒頭1字分をあける。外国語は必要最小限にして、図、表は可能な限り日本語とし、日本語化したものはカタカナを用い、それ以外の人名、雑誌などは言語で記述する。

11) 参考文献

〈雑誌〉著者氏名、題名－副題－、誌名、西暦発行年；巻数：頁。

〈書籍〉著者氏名、題名、書名、版数、発行地：発行所名；西暦発行年、巻数、引用頁。

引用文献の著者氏名は、4名以内の場合は全員を書き、5名以上の場合は3名連記の上、邦文は“ほか”、欧文は“et al”とする。

引用文献は下記の例にならい、引用順に番号を付し、論文の最後にまとめて記載する。

例) 雑誌

1) 石川清司, 国吉真行, 川畑勉, ほか. 肺癌に対する胸腔鏡下手術の適応と手技. 外科治療, 2000; 87: 463-8.

2) Kato H, Ichinose Y, Ohta M, et al. A randomized trial of adjuvant chemotherapy with uracil-tegafur for adenocarcinoma of the lung. N Engl J Med. 2004; 350: 1713-21.

例) 書籍

3) 国吉真行, 気管腕頭動脈瘤. 人見滋樹監修, 呼吸器外科の手技と方法, 京都: 金芳堂; 1996. 235-239.

沖縄病院医師診療分野一覧

2026 年 7 月 1 日現在

氏 名・職 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
院長 おおわん いそこ 大湾 勤子 琉球大学（昭和 62 年卒） 琉球大学大学院（平成 3 年卒） 呼吸器内科 緩和医療 びまん性肺疾患の診断と治療 呼吸器感染症 肺癌	日本呼吸器学会 呼吸器専門医・指導医 日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医・指導医 日本感染症学会 感染症専門医・指導医 日本結核・非結核性抗酸菌症学会 結核・抗酸菌症指導医 評議員 インфекションコントロールドクター（ICD）制度協議会 認定医 日本がん治療認定機構 がん治療認定医 日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医・指導医 日本肺癌学会 九州支部評議員 日本医師会 認定産業医 日本緩和医療学会 日本医療マネジメント学会
副院長 ひが ふとし 比嘉 太 琉球大学（昭和 63 年卒） 琉球大学大学院（平成 5 年卒） 呼吸器内科 呼吸器感染症 肺癌	日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医・指導医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本呼吸器学会 呼吸器専門医・指導医 日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医 日本感染症学会 感染症専門医・指導医・評議員 日本化学療法学会 抗菌薬臨床試験指導医・評議員 日本環境感染学会 評議員・ICD 制度協議会 認定医 日本結核・非結核性抗酸菌症学会 評議員 日本肺癌学会 九州支部評議員 肺炎診療ガイドライン作成委員会 委員
特命副院長 統括診療部長 と か しき たかし 渡嘉敷 崇 琉球大学（平成 4 年卒） 琉球大学博士（平成 11 年） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療 臨床神経学 神経変性疾患 認知症 高齢者の認知機能と生活習慣	日本神経学会 神経内科専門医・指導医 日本認知症学会 専門医・指導医 日本認知症予防学会 専門医・評議員 日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医 日本神経治療学会 評議員 日本ボツリヌス治療学会 代議員 日本脳血管・認知症学会（Vas-Cog Japan）評議員 日本頭痛学会 日本老年精神医学会 日本老年学会 日本パーキンソン病・運動障害疾患学会（MDS-J）
臨床研究部長 かわさき ひでのり 河崎 英範 琉球大学（平成 2 年卒） 琉球大学博士（平成 14 年） 琉球大学医学部臨床教授（医学） 呼吸器外科 呼吸器インターベンション 一般外科 肺癌の診断と治療 縦隔腫瘍の診断と治療 発癌と前癌病変	日本外科学会 外科専門医・指導医 日本胸部外科学会 専門医・九州支部評議員 日本呼吸器外科学会 指導医 呼吸器外科専門医合同委員会 呼吸器外科専門医 日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医・指導医 日本肺癌学会 暫定指導医・九州支部評議員 日本臨床外科学会 日本胸腺研究会

外科・呼吸器外科

氏 名・職 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
外科部長 よ へ な とち ふみ 饒平名 知史 琉球大学（平成 7 年卒） 九州大学大学院（平成 19 年卒） 呼吸器外科 一般外科 呼吸器外科手術の安全性の確立 喫煙と発がん	日本外科学会 外科専門医・指導医 日本呼吸器外科学会 評議員・胸腔鏡安全技術認定医 呼吸器外科専門医合同委員会 呼吸器外科専門医 日本胸部外科学会 専門医・九州支部評議員 日本肺癌学会 暫定指導医・九州支部評議員 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本癌治療学会
外科医長 ほし の ひろ のぶ 星野 浩延 順天堂大学（平成 25 年卒） 順天堂大学大学院（平成 31 年卒） 呼吸器外科 一般外科	日本外科学会 外科専門医 日本呼吸器外科学会 専門医 日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医
呼吸器外科医長 なか そ ね しやう こ 仲宗根 尚子 琉球大学（平成 22 年卒） 順天堂大学大学院（令和 3 年卒） 呼吸器外科 一般外科	日本外科学会 外科専門医 日本呼吸器外科学会 専門医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
呼吸器外科医師 かわ ばた ひろ き 川畑 大樹 弘前大学（平成 29 年卒） 呼吸器外科 一般外科	日本外科学会 外科専門医
名誉院長 かわ ばた つとむ 川畑 勉 名古屋大学（昭和 59 年卒） 呼吸器外科 一般外科 血管外科 肺・縦隔病変の診断と治療 末梢動脈再建後の晩期閉塞に 関する研究	日本外科学会 認定登録医・指導医 日本呼吸器外科学会 特別会員・指導医・評議員 日本臨床外科学会 評議員 肺がん CT 検診認定機構 肺がん CT 検診認定医 日本総合健診学会 総合健診医 日本スポーツ協会 スポーツドクター認定医 日本肺癌学会

内科・呼吸器内科

氏 名・職 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
内科部長 知花 賢治 琉球大学（平成 12 年卒） 呼吸器内科 肺癌 喘息・アレルギー 呼吸器感染症	日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本呼吸器学会 呼吸器専門医・指導医 日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医 日本結核・非結核性抗酸菌症学会 結核・抗酸菌症指導医 日本アレルギー学会 専門医・指導医 日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医・指導医 日本肺癌学会 暫定指導医・九州支部評議員 肺がん CT 検診認定機構 肺がん CT 検診認定医
総合診療科医長 内科医長 藤田 香織 琉球大学（平成 11 年卒） 琉球大学大学院（平成 16 年卒） 呼吸器内科 呼吸器感染症 診療情報管理	日本呼吸器学会 呼吸器専門医 日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医 日本結核・非結核性抗酸菌症学会 結核・抗酸菌症 指導医 日本感染症学会 インフェクションコントロールドクター（ICD）制度協議会 認定医 日本診療情報管理学会 理事 厚生労働省 社会保障審議会（統計分科会疾病、傷害及び死因分類専門委員会）委員 厚生労働省 社会保障審議会（統計分科会生活機能分類専門委員会）委員 国立研究開発法人等審議会（国立研究開発法人等審議会）委員 厚生科学審議会（がん登録部会）臨時委員
呼吸器内科医長 呼吸器腫瘍科医師 久田 友哉 長崎大学（平成 16 年卒） 呼吸器内科 肺癌 呼吸器感染症	日本呼吸器学会 呼吸器専門医 日本内科学会 認定内科医 日本肺癌学会 日本臨床腫瘍学会 日本呼吸器内視鏡学会
呼吸器内科医師 名嘉山 裕子 琉球大学（平成 13 年卒） 琉球大学大学院（平成 26 年卒） 呼吸器内科 肺癌・呼吸器感染症	日本呼吸器学会 呼吸器専門医 日本内科学会 認定内科医 日本結核・非結核性抗酸菌症学会 結核・抗酸菌症 指導医 日本肺癌学会
呼吸器内科医師 兼久 梢 琉球大学（平成 26 年卒） 呼吸器内科 肺癌 呼吸器疾患の診断と治療	日本呼吸器学会 呼吸器専門医 日本内科学会 総合内科認定医 日本感染症学会 日本肺癌学会

脳神経内科

氏 名・職 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
脳神経内科部長 はしぐち あきひろ 橋口 昭大 鹿児島大学（平成 10 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療 認知症	日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医 日本神経学会 神経内科専門医・指導医・代議員 日本認知症学会 専門医・指導医 日本神経治療学会 日本人類遺伝学会 日本末梢神経学会 日本筋学会 日本難病医療ネットワーク学会
脳神経内科医長 ふじさき 藤崎 なつみ 琉球大学（平成 21 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療	日本内科学会 認定内科医 日本神経学会 神経内科専門医・指導医 日本神経免疫学会
脳神経内科医長 ふじわら よしひさ 藤原 善寿 琉球大学（平成 23 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療	日本内科学会 認定内科医 日本神経学会 神経内科専門医 日本臨床神経生理学会 専門医 日本認知症学会
リハビリテーション科医長 脳神経内科医師 きど みわこ 城戸 美和子 愛媛大学（平成 12 年卒） 愛媛大学大学院（平成 24 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療	日本内科学会 認定内科医 日本神経学会 神経内科専門医・指導医 日本臨床神経生理学会 専門医 日本認知症学会
脳神経内科医師 せの お ひろし 妹尾 洋 琉球大学（平成 25 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療	日本内科学会 認定内科医 日本神経学会 神経内科専門医
脳神経内科医師 おおや ゆういちろう 大屋 祐一郎 琉球大学（平成 25 年卒） 九州大学大学院（令和 5 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療	日本内科学会 認定内科医 総合内科専門医 日本脳卒中学会 専門医 日本神経学会 神経内科専門医
脳神経内科医師 みずた わかな 水田 若奈 琉球大学（平成 29 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療	日本内科学会 内科専門医

氏 名・職 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
脳神経内科医師 やましろう しおり 山城 志織 琉球大学（平成 30 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療	日本内科学会 内科専門医
脳神経内科医師 はまき きわこ 濱崎 希和子 琉球大学（令和 2 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療	
脳神経内科医師 たいら かつや 平良 克哉 琉球大学（令和 3 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療	

放射線科・放射線治療科

氏 名・職 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
放射線科医長 おおしろ やすじ 大城 康二 琉球大学（平成 6 年卒） 放射線診断学 呼吸器疾患の画像診断	日本医学放射線学会 放射線診断専門医 日本肺癌学会
放射線治療科医長 はしもと せいじ 橋本 成司 琉球大学（平成 23 年卒） 琉球大学大学院（平成 29 年卒） 放射線治療学	日本専門医機構認定 放射線科専門医 日本医学放射線学会 放射線治療専門医 日本医学放射線学会 放射線科研修指導者 日本禁煙学会 認定指導者

消化器・一般内科

氏 名・職 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
総合診療科部長 ひぐち だいすけ 樋口 大介 琉球大学（平成元年卒） 総合診療内科・消化器内科 早期胃癌の内視鏡的治療 大腸癌の内視鏡的治療 肝胆膵疾患の診断と治療	日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医 日本消化器病学会 消化器専門医 日本消化器内視鏡学会 消化器内視鏡専門医

緩和医療科

氏 名・職 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
緩和医療科医長 消化器外科 ひさし かずあき 久志 一郎 佐賀大学（平成 6 年卒） 緩和医療科 消化器外科 消化器癌の集学的治療	日本緩和医療学会 緩和医療認定医 日本外科学会

病理診断科

氏 名・職 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
病理診断科医師 あつみ えりこ 熱海 恵理子 浜松医科大学（平成 8 年卒） 琉球大学博士（平成 22 年） 病理診断科	日本臨床細胞学会 細胞診専門医 日本呼吸器学会 呼吸器専門医 日本内科学会 認定内科医 日本病理学会 病理専門医研修指導医・病理専門医・分子病理専門医

整形外科

氏 名・職 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
整形外科医師 かつき りょう 勝木 亮 琉球大学（平成 27 年卒） 整形外科	日本整形外科学会 専門医

麻酔科

氏 名・職 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
麻酔科部長 とみやま ひろし 富山 洋 琉球大学（平成 10 年卒） 麻酔・周術期管理	日本麻酔科学会 麻酔科専門医・指導医

編集後記

ご多忙のなか第46巻 国立病院機構沖縄病院医学雑誌へご投稿いただいた職員の皆様にお礼申し上げます。今年も大変興味深い報告が寄せられました。大湾らは当院における間質性肺疾患の実態と抗線維化薬の使用状況をまとめ、今後の新規薬剤導入を見据えた上でも、日常診療における適切な病態評価と副作用を考慮した治療調整の必要性を提示する内容です。長山らの論文はプログラミング経験のない医療スタッフが生成AIとの対話で家系図作成ツールを開発した報告です。専門的な開発体制がない医療現場におけるAI応用の新たな可能性と業務改善のモデルを示す画期的な取り組みです。久志らは緩和ケア病棟への転院・入院調整における電話面談の有用性を実証した活動報告です。終末期患者さんにご家族の希望を少しでも早く叶えるための円滑なシステム構築について述べた内容です。また症例報告からも興味深く訓示的な報告が寄せられ、それぞれに深い考察や新たな視点を見出すことができます。

2015年から本誌の編集に携わってまいりましたが、私が担当するのは今年が最後となります。臨床研究部発足にあたり「よりそう探究心」という理念を掲げました。日々の診療の中の疑問や患者さんの抱える悩みに気づき、課題として明確化していく。そして解決策を見出し記録として残し、より良い医療を患者さんへ還元していく。これが臨床研究だと考えています。臨床研究部では、病院全体で臨床研究の気風を根付かせ、次世代へ継承していけるよう尽力してまいりました。沖縄病院医学雑誌は日々の研鑽を記録し、未来へ継ぐため重要な役割を担っています。これからも沖縄病院の伝統として本誌が継続・発展していくことを心より願っております。

長年にわたるご支援、誠にありがとうございました。

2026年8月

河崎英範

THE JOURNAL OF NATIONAL OKINAWA HOSPITAL

国立 沖縄病院医学雑誌

第46巻
2026年9月1日発行

発行者 大湾 勤子
発行所 国立病院機構沖縄病院 臨床研究部
〒901-2214 沖縄県宜野湾市我如古3丁目20-14
TEL 098-898-2121 (代)
印刷所 株式会社 東洋企画印刷
〒901-0306 沖縄県糸満市西崎町4-21-5
TEL 098-995-4444

国立病院機構沖縄病院の理念

患者さまの立場を尊重し
高度で良質の医療を提供します。

国立病院機構沖縄病院は下記の指定医療施設です。

日本外科学会専門医制度修練施設
日本胸部外科学会指定施設
日本呼吸器外科学会認定施設
呼吸器外科専門医合同委員会認定専門研修基幹施設
日本呼吸器学会認定施設
日本呼吸器内視鏡学会認定施設
日本感染症学会認定研修施設
日本神経学会認定施設
日本がん治療認定医機構認定研修施設
日本病理学会研修登録施設
日本緩和医療学会認定研修施設
日本内科学会教育関連施設
日本臨床神経生理学会認定施設
日本アレルギー学会専門医教育研修施設

専門外来を開設しております。
お気軽に、ご相談ください。

乳 腺 ・ 甲 状 腺 外 来
気 管 支 喘 息 ・ 咳 外 来
呼 吸 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン
禁 煙 外 来
ア ス ベ ス ト 検 診
肺 ド ッ ク
ピ ロ リ 菌 外 来
セ カ ン ド オ ピ ニ オ ン 外 来
糖 尿 病 専 門 外 来
循 環 器 専 門 外 来

独立行政法人国立病院機構沖縄病院

〒901-2214

沖縄県宜野湾市我如古3丁目20番14号

TEL 098-898-2121 FAX 098-897-9838

