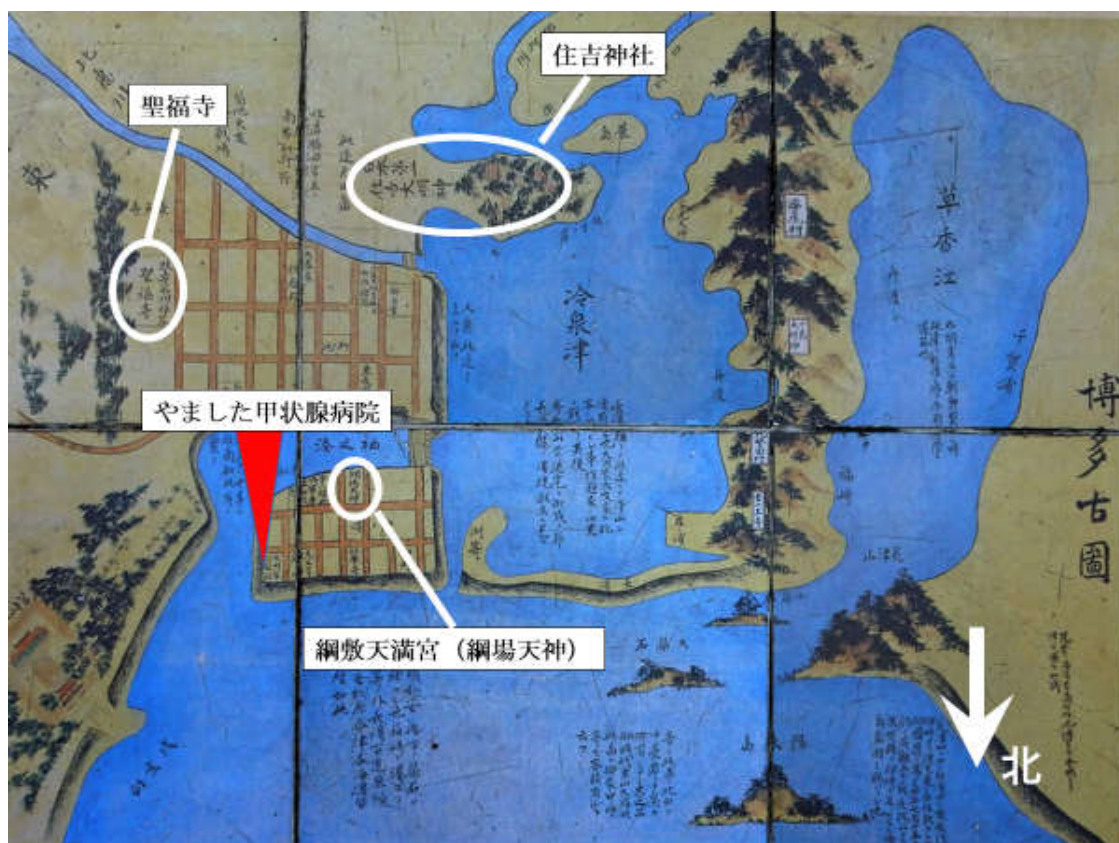


福甲会 やました甲状腺病院

2019 年 年報



博多古図

地下鉄呉服町駅を出てすぐの所に面白い古地図が展示されています。今から約 800 年前の鎌倉時代の博多周辺を描いた絵図です。その図に当院のおおよその位置を当てはめてみました。一般に昔からある寺や神社はその位置が変わることがほぼないので、その位置情報を元に作りました。ちなみに、当院から最も近い網敷天満宮は菅原道真が左遷され太宰府に向かう途中で博多に上陸した際に、漁人が舟の綱を輪にして敷物を作って出迎えたという伝説の残る神社です。江戸時代には綱輪天神と呼ばれていましたが、次第に綱場と呼ばれるようになり、現在も町名として残っています（福岡市ホームページより）。

巻頭言



今回、佐藤副院長の提案で 2019 年の年報を作成することになりました。年報は病院にとって重要なデータの宝庫です。中規模以上の基幹病院では年報を公表しているところが多く、当院もそれに値する施設になりつつあります。まずは病院の発展に御尽力いただきました職員みなさんに感謝申し上げます。巻頭として、病院に至るまでの開設者の心の内を簡単に記します。

平成 18 年 7 月 1 日にやましたクリニックを開院しましたが、以下がそのときの挨拶の内容になります。「九州大学腫瘍外科（旧第一外科）を経て、平成 7 年より 11 年間別府の野口病院（平成 11 年より副院長として）で甲状腺・副甲状腺を患った患者さんの内科・外科治療（年間約 400 名の患者さんの手術を担当）を行なってきました。これまでの臨床経験を生かして、甲状腺・副甲状腺疾患の専門医療で貢献したいと考えています。」自分の経験を少しでも患者さんに役立てたいという思いだけで、今の施設を想像したことさえありませんでした。開院 5 年後の挨拶は診療実績とクリニックの役割を述べた後に、以下の内容が続きます。「当院の役割を発展・継続していくには、現状のままでは困難になることが予想されます。甲状腺・副甲状腺の患者さんへ適切な治療を継続するには甲状腺内科医・外科医を育てることが必要と考えています。大学病院や総合病院外科では、一般的に甲状腺・副甲状腺疾患はマイナーな分野として考えられており、乳腺・内分泌外科と標榜し、乳腺疾患を主としているところが大半です。専門医師が一時的にいても診療が継続されているところは非常に少ない状況です。そういう状況の中で、日本では甲状腺・副甲状腺疾患に特化した専門病院が重要な役割を担っています。上記のことを考慮し、甲状腺・副甲状腺を病む患者さんへ適切な治療を継続するために、新たな施設づくりを検討しています。」この時点では、経験を一代で終わらせたくない思いが芽生え、継続していける施設開設への強い気持ちを察することができます。その後、平成 24 年 1 月に医療法人 福甲会 やましたクリニックとなり、平成 29 年 4 月よりやました甲状腺病院と発展してきました。現在の診療体制は佐藤副院長が詳述していますので割愛致します。

さて、結果的には短期間で甲状腺専門病院を設立したことになりますが、その間まずは診療を充実させることに集中せざるを得ませんでした。病院開設から 3 年近く経過し、経営や診療体制については少し安定してきました。今後は診療以外の分野にも資本（ヒト、モノ、

カネ)を投下していきたいと考えていたところです。そういう意味では、今回の年報編集はまさに好機です。年報のデータは診療計画の立案や院外への発信に役立ちます。担当の方だけではなく全職員が関与していただきたく願います。継続が重要なので、最初から欲張らず少しずつ充実させていくことも良いのではないのでしょうか？

以上ですが、宜しくお願いいたします。

目次

2…巻頭言

4…目次

6…A 各部署の紹介

6…A-1 診療部

内科

外科

麻酔科

10…A-2 診療技術部

検体検査室

生理・超音波検査室

放射線検査室

病理検査室

15…A-3 看護部

外来看護

病棟看護

手術室看護

19…A-4 薬局

21…A-5 医事課

22…A-6 情報管理課

24…A-7 栄養課

25…B 統計

1 外来患者数

2 入院患者数

3 主な検査件数

4 手術件数

29…博多街歩き① 博多小学校、神屋宗湛屋敷跡

30…C 臨床指標

1 入院日数

2 入院延長件数とその要因

32…D 特別寄稿

32…D-1 佐藤伸也

医師生活 20 年を振り返って

—大阪から北海道、そして福岡のやました甲状腺病院へ—

42…D-2 佐藤裕

橋本策と橋本病の歴史

55…E 2019 年学会発表・論文・著書

58…編集後記

A 各部署の紹介

1 診療部

2017年4月より有床診療所から病院へと移行し、2020年3月時点でベッド数38床を運用しています。そのうち2床が放射性ヨウ素大量療法専用の病室です。外来は現在1階で4つの診察室、2階で1つの診察室を使用して外来診療を行っています。2階の診療医は超音波検査や放射線検査のチェック、補助なども同時に行っています。現在、常勤医は院長以下9名で、内科医2名、外科系（外科医、耳鼻咽喉科医）5名、麻酔科医2名です。対象疾患は当然のことながら甲状腺疾患が主体ですが、当院は副甲状腺疾患の診療にも力をいれているのが特徴です。また、耳下腺や顎下腺などの頸部の腫瘍性疾患にも対応しております。しかしながら、放射線外照射や抗癌剤治療などが必要な頭頸部癌、悪性リンパ腫については、必要な検査の後に信頼のおける耳鼻咽喉科、血液内科施設へ紹介しております。また、甲状腺未分化癌につきましても頭頸部癌同様、放射線治療や抗癌剤治療、分子標的薬などの治療が必要なことから、提携施設と連携を取りながら診療しております。甲状腺疾患とひとことで言いましても非常にバラエティに富んでおり、また内科と外科で取り扱う疾患もいくぶんか異なります。麻酔科は外科治療の全身麻酔を担当しており、高齢者、心疾患患者、透析患者、高度肥満患者などの管理困難例についても対応しています。以下、各科紹介を御参照ください。

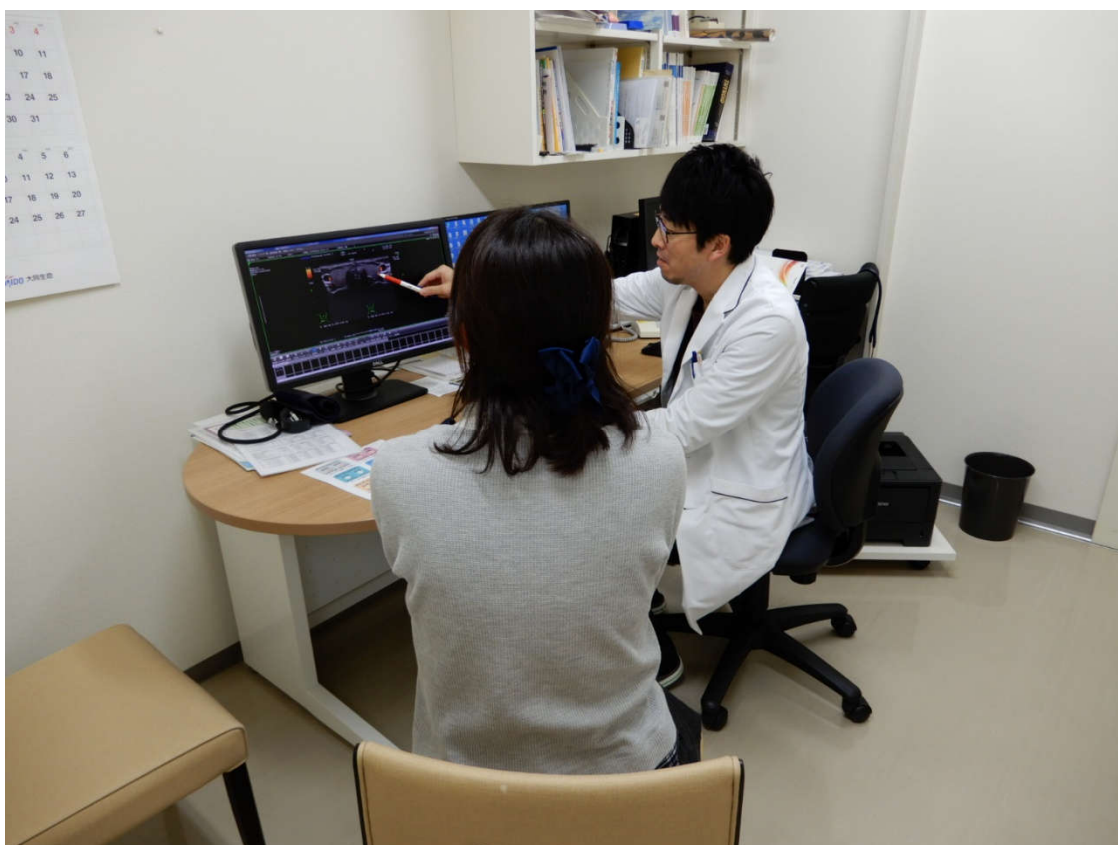
（副院長 佐藤伸也）



内科

当院の内科では、バセドウ病、慢性甲状腺炎を始めとした機能性の甲状腺疾患を中心に診療に当たっています。甲状腺の腫瘍性疾患、副甲状腺疾患に関しても症例に応じて外科と密に連携しながら管理を行っております。2019年より大迫医師（甲状腺専門医、内分泌代謝科内科専門医・指導医）が加わり、診療の幅を少しずつ広げることができております。バセドウ病の放射性ヨウ素内用療法は症例数が増加傾向にあり、近隣の不妊症専門施設から御紹介頂いております不妊症の患者さんの甲状腺機能管理の症例数も増加しております。また、内科医の人数が増えたことで副腎、下垂体などの他の内分泌疾患の精査も行う余裕が生まれてきており、今後は近隣の内分泌代謝科専門医の先生方と連携、対応していける環境をより一層整えていければと考えております。甲状腺疾患は非常に頻度が高い疾患ですが、それを専門的に扱う施設が限られているのが現状です。甲状腺・副甲状腺を始めとした内分泌疾患で悩む患者さんの助けとなれるよう努力していきたいと思っておりますので、よろしくお願い致します。

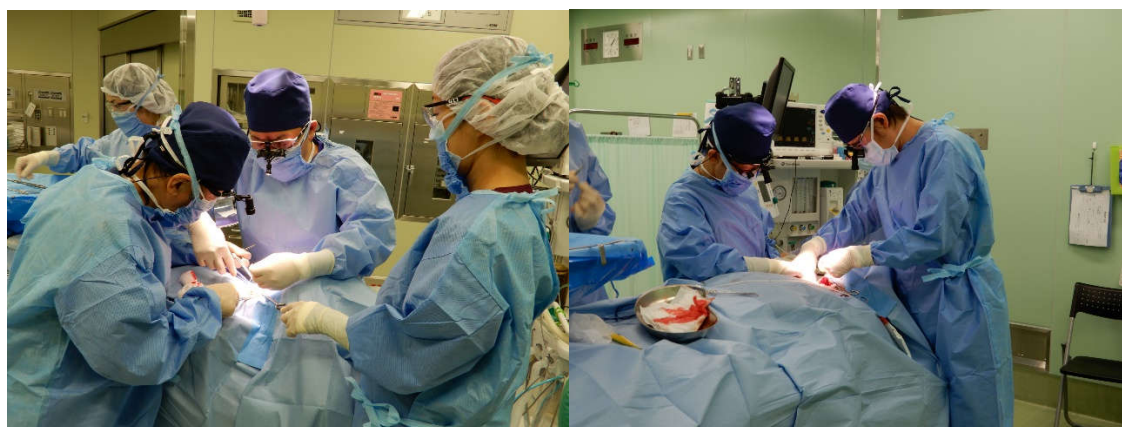
（内科部長 橘正剛）



外科

当院外科（外科系）は、外科専門医 3 名、外科専門医・耳鼻科専門医 1 名、耳鼻科専門医 1 名の計 5 名体制で甲状腺・副甲状腺手術を担当しています。出身医局や経歴が異なりますが、全員が日本内分泌外科学会の専門医の資格を有しており、お互いが術者と助手の業務を分担することで、甲状腺専門病院としての手術のクオリティーの向上及び均てん化に努めています。胸骨切開や鎖骨切除を要する縦隔リンパ節転移や縦隔甲状腺腫のような外科医が得意とする拡大手術を行っている一方で、頭蓋底近傍も含めた上頸部の頸部郭清術などの耳鼻科医が得意とする拡大手術も行っており、このような外科医と耳鼻科医のハイブリッドが当院外科の特長です。2020 年夏からは甲状腺内視鏡手術及び胸腔鏡下の上縦隔手術も導入する予定で、これで甲状腺・副甲状腺手術のほぼすべてに対応できるものと考えています。これらの手術を安心して行えるのは、麻酔科常勤医 2 名体制のお陰でもあります。また甲状腺機能管理に難渋する症例や周術期の血糖管理は、甲状腺・内分泌内科医に協力してもらい、ONE TEAM で甲状腺・副甲状腺手術に臨んでいます。外来で手術説明を行い、人間関係を構築した医師が手術を担当するので、患者さんに安心して手術を受けてもらえると考えています。低リスク微小癌に対するアクティブサーベイランス（積極的経過観察）も外科が担当しており、手術に移行する際も一貫した診療を心がけております。

（外科部長 進藤久和）

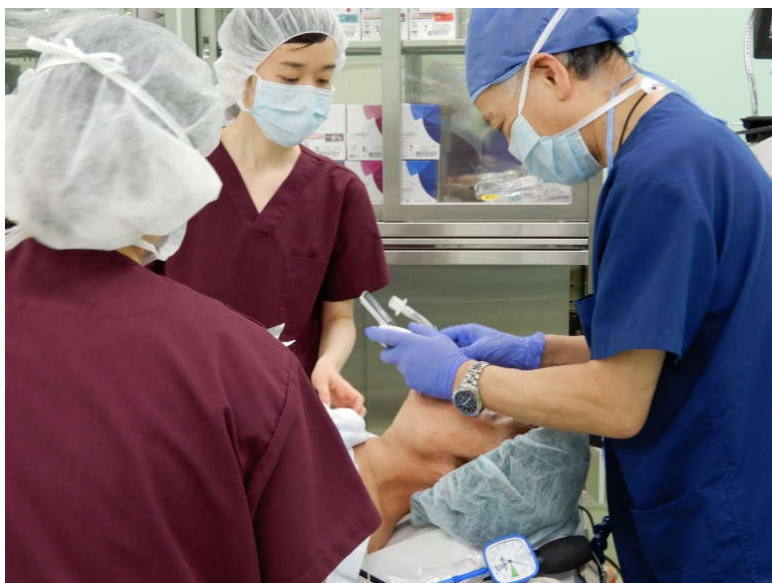


麻酔科

当院では常勤麻酔科専門医 2 名で 900 例前後の麻酔管理を行っています。麻酔症例はほぼすべてが静脈内麻酔薬を用いた全身麻酔です。手術日が週 3 日で 900 例ということなので、一般病院でいえば年間 1500 例前後の症例に匹敵します。しかしながら、外科の先生たちの卓越した技術によって短時間でほぼ予定通りに進んでいくので、2 名で十分対処可能な症例数と考えています。患者さんの特徴としては、他の手術に比べ比較的若い女性が多いということです。また、甲状腺疾患なので気道系の管理が問題となることもありますが、ビデオ喉頭鏡やパーカーチューブを使用することで気道確保は比較的容易に行えています。若年患者さんがメインで併存疾患が比較的少ない方が多いこと、出血量が少ない手術であることから、麻酔自体の難易度は高くはありません。しかしながら、EMG 気管内チューブを用いた神経モニターを用いるため筋弛緩剤を術中に使用できないとか、麻酔法が基本全身麻酔しか選択できず、神経ブロックや硬膜外麻酔など他の手術で多用されるテクニックを使用できないといった難点があります。このような点に配慮しつつ、患者さんの快適さや手術のやり易さに主眼に置いた麻酔を心がけています。甲状腺・副甲状腺専門病院としての責任を果たすことに使命を感じている外科の先生たちの努力に十分見合う麻酔をこれからも提供していきたいと考えています。

当院は 2019 年 4 月から麻酔科学会認定病院に登録されました。2016 年から麻酔専門医が 2 名となり、ゆくゆくは認定病院の登録をすべきとは考えておりました。しかし、認定病院では麻酔偶発症の報告が義務化され、2019 年の報告から麻酔科学会配布の麻酔台帳ソフト（PIMS）での集計が必須となることが決まっていたので、認定病院としての登録に躊躇していました。今回、電子麻酔チャートソフトとの連携が可能と確信できましたので、このたび申請に踏み切ることができました。今後ともよろしくお願いいたします。

（麻酔科部長 山岡厚）



2 臨床検査部

当院の臨床検査部は、8名のスタッフで検体検査、超音波検査、生理機能検査、病理検査を担当していますが、すべてのスタッフが複数の検査技術を習得することを目指して、通常業務に加えて研修を継続しています。全検査業務のうち、検体検査（血液学的検査、生化学的検査、免疫学的検査）を全員が行えるコア業務とすることで、フレキシブルに業務ローテーションができる体制を整えてきました。2019年は4月に中途採用職員1名（今吉）が入職し、前職で経験のある検体検査、生理機能検査を担当しながら、2020年4月までには病理検査へ完全ローテーションができるように研修中です。研修指導に当たっては、既存のスタッフがこれまでの指導経験を活かして、研修対象者の性格や技能に沿って細やかな指導を行っています。

（猪俣）

検体検査室

検体検査室の活動としては、2018年12月に医療法が一部改正され、検体検査における精度管理や試薬・機器管理の記録が細かく規定されたことから、施行前の2018年9月から中心スタッフが研修会に参加して情報収集を行ったり、内部勉強会を開催したりして内容理解に努めるなどスタッフ全員で準備を行ってきました。医療法改正から1年が経過し、規定された記録を行うことで精度管理状況を遡ってチェックできることや、測定機器の状況が確認しやすくなったなどのメリットを実感している一方で、膨大な試薬の管理を手書きで行うことの負担も感じており、今後、記録のシステム化なども検討すべき課題と考えています。2019年は、検体検査専任担当者が生化学検査の初級者研修（生化学アカデミー 九州義塾）に半年間参加して終了認定を受けましたが、他のスタッフも積極的に技師会等の研修会に参加するなど、技術を支える知識の習得に努めています。業務に加えて学術的な活動も継続して行っていくようこれからも努めていきたいと考えています。

（猪俣）



検体検査室の様子

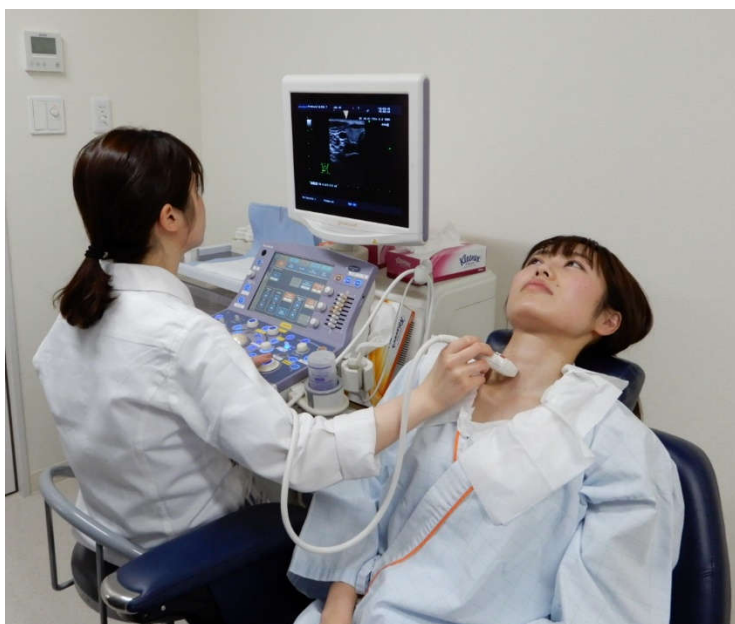
生理・超音波検査室

生理・超音波検査室では、超音波検査を主として、心電図、呼吸機能検査、眼症検査（眼圧・複視検査）、喉頭内視鏡検査のサポートなど複数の業務を行っています。超音波検査は、現在4台の超音波診断装置が稼働しており、臨床検査技師3名（うち超音波検査士1名）、診療放射線技師1名が検査を担当しています。当院では初診時に必ず超音波検査を行います。技師による検査の後に検査担当の医師がダブルチェックを行い、必要に応じて穿刺吸引細胞診を行っています。当院での心電図・呼吸機能検査は、術前の全身評価のために行われることがほとんどですが、バセドウ病に伴う不整脈や頻脈などの際にも行われています。また、喉頭内視鏡検査は手術の前後で全例に行っており、声帯麻痺の有無を正確に評価しています。甲状腺眼症はバセドウ病（まれに橋本病）に伴って起こる眼窩組織の自己免疫性疾患ですが、甲状腺眼症の有無および重症度がバセドウ病の治療方針にも影響しますので、眼症検査として複視検査、眼圧測定などを必要に応じて行っています。

2019年は、2020年以降の超音波診断装置の増設を見据えて、装置の選定を行いました。最新のモダリティが増えることで、検査の質の向上と待ち時間の短縮につながればと考えています。また、今年は腹部など他領域の超音波検査経験者2名が入職しましたので、今後は少しずつ他領域の検査も行える体制を整えていくと同時に、積極的に症例検討などを行い、個々のスキルアップも図りたいと考えています。

生理・超音波検査は患者さんと直接関わる検査ですので、正確・スムーズな検査を行うだけでなく、気持ちよく、安心して検査を受けていただけるよう、これまで以上に努めていきたいと思います。

（安藤）



超音波検査の様子

病理検査室

病理検査室では2名のスタッフで組織検査、細胞診検査を担当しており、2019年の組織検査は878件、細胞診検査は1319件でした。2019年は3月にパートスタッフ1名の退職により、標本や組織ブロックの整理、その他の病理業務に一時的な滞りが起きましたが、他業務を担当している検査科スタッフとの業務協力・調整により対応してきました。さらに組織標本作製、細胞診診断などの病理業務でもローテーションが行えるように、現在は複数のスタッフで業務分担をしつつ研修も行っています。

組織検査は、手術で摘出された臓器をホルマリン固定し、切り出し・標本作製、診断という行程で行います。標本作製までを検査技師が行い、診断は病理専門医（2018年より長崎大学原研病理に依頼）が行います。組織検査では組織型の最終確定、病変の広がり、転移の有無の判定などが行われ、その後の治療方針決定に役立つ情報を臨床に報告します。組織検査は疾患の確定診断を行う重要な検査ですので、検体の取り扱いには細心の注意を払い、検体取り間違いなどが無いよう慎重に確認作業を行っています。また診断に支障がないように出来上がった標本のチェックには特に注意しています。最近では診断確定及び治療方針の決定のために免疫組織化学染色や遺伝子検査の重要性が高くなっていますので、その件数も増えてきています。現在、診断データのやり取りをメールで行っていますが、よりスムーズな運用ができるよう今後は病理システムの導入を検討しています。病理システムの導入により、業務の効率化、診断・画像の一元管理、検査結果報告の迅速化が期待でき、また診断のデータベース化に貢献できると考えています。

細胞診検査は、超音波検査で確認された病変部に直接針を刺して、注射器で吸引した細胞を顕微鏡で調べ、細胞の形状や性質を見て良悪性の診断を行う検査です。細胞診の診断は検査技師（細胞検査士）がスクリーニングを行い、医師が確定診断を行います。診断精度を高めるためにスタッフ間でディスカッションを行い、知識、技能の向上に努め、より正確な診断を臨床に還元できるよう取り組んでいます。

（猿渡）



病理検査室の様子

3 放射線部

2012 年 1 月に当院は無床診療所から有床診療所へ移行し再スタートしました。その際の放射線関連設備は単純レントゲン撮影装置と骨密度測定装置（DEXA: Dual Energy X-ray Absorptiometry）しかありませんでした。

2013 年 3 月にガンマカメラ装置、64 列マルチスライス CT 装置を導入しました。ガンマカメラ装置の導入により、バセドウ病と無痛性甲状腺炎の鑑別などに重要な役割を果たすテクネシウム（ $^{99m}\text{TcO}_4^-$ ）や放射性ヨウ素（ ^{131}I 、 ^{123}I ）などを用いたシンチグラフィーが可能となりました。また、原発性副甲状腺機能亢進症の局在診断において重要な ^{99m}Tc -MIBI を用いたシンチグラフィーも可能となりました。それらに加えて外来での放射性ヨウ素内用療法（30mCi）の実施が可能となった点も大きな進歩でした。64 列マルチスライス CT 装置は高精細な画像を高速で撮影することが可能であり、患者さんへの身体的負担が少なくかつ情報量の多い画像検査です。この検査は頸部病変の解剖学的評価、甲状腺癌の肺転移の検索などに使用しています。さらに進行甲状腺癌や原発性副甲状腺機能亢進症では造影剤を用いて時間的空間的により精度の高い画像情報を獲得し、それらを画像処理ワークステーションで 3 次元構築することで、解剖学的な位置関係が把握しやすく、患者さんにも直感的に理解しやすい画像を提供しています。2013 年は甲状腺専門病院としての根幹的機能がほぼ整った年でした。

2017 年 4 月に当院が「医療法人 福甲会 やました甲状腺病院」に移行すると同時に、放射線管理病室が新設されました。これまで外来では不可能であった大量（30mCi 以上）放射性ヨウ素内用療法が当院でも可能となりました。大量の放射性物質を使用するためには、放射線の外部への影響を防止するために様々な設備や、厳格な放射線安全管理が必要となります。そのようなこともあり、このタイミングで診療放射線技師も 1 名増員され 3 人体制となり現在に至っています。

2020 年 4 月 1 日施行の医療法施行規則の一部改正では、診療用放射線の安全管理体制を確保して、放射線診療を受ける患者さんの医療被ばく防護を目的に診療用放射線の安全で有効な利用に努めることが義務付けられました。当院でも厚生労働省医政局が後援した「医療放射線安全管理責任者講習会」での研修を修了した者が、医療放射線安全管理責任者として配置され、新たに医療放射線管理委員会を発足し、患者さんの過剰な医療被ばくを防ぐよう医療放射線安全管理体制を整えています。今後も患者さんはもちろん、当院スタッフや一般公衆の方々にとっても安全かつ、きめ細やかな放射線管理を日々心掛けていく所存です。（山口）



RI 検査室の様子



CT 検査室の様子と 3 次元画像構築ワークステーション

4 看護部

I 業務体制

1 看護配置

急性期一般病棟入院基本料 4 2 人夜勤、2 交代制

2 看護職員構成（2020 年 3 月 1 日在籍者数）

1) 看護師 27 名（常勤：19 名、非常勤：8 名）

2019 年 新入職者 2 名、退職者 3 名

2) 看護補助者 4 名（常勤：3 名、非常勤：1 名）

2019 年 新入職者 3 名、退職者 3 名

II.看護部構成

1 外来看護

看護師は常勤者 1 名＋常勤者 1～2 名(外来、病棟、手術室ローテーション)＋非常勤者 5 名（ローテーション出勤）が日々業務を担当しています。当院の外来受診者数は年々増加傾向にあります。前身であるクリニックの開設年である 2006 年は一日平均 10 名程度でしたが、2019 年は一日平均 102.3 名でした。2019 年の初診患者は一日平均 10.4 名でした。患者さんの年齢層は、年齢は小児から高齢の方まで幅広く様々です。通院歴も様々で、病気がわかってすぐ来院された方から甲状腺疾患との付き合いが数十年という方までいらっしゃいます。また、最初から当院を直接受診される方がいる一方で、他の医療施設（かかりつけの開業医から基幹病院、大学病院など様々）からの紹介の方も多数いらっしゃいます。やました甲状腺病院の顔として、患者さんの心身に寄り添い、病気の不安や通院ストレスの軽減、医師や他関連部門との懸け橋になれるようにと考え、日々の看護業務を行っています。

2019 年は、より良い外来診療を行うことを目標に外来診療関連部門で「外来診療委員会」を立ち上げました。外来診療は看護だけでなく、様々な関連部署（受付事務・検査部・放射線部・診療医師・外来看護）で支えています。部署間での要望や意見交換、情報交換を行うことで、今まで以上に良い外来診療が遂行されると考えています。

（森）



2 病棟看護

病床数は 38 床で病床稼働率 44%

一般病床 36 床：稼働率 43%

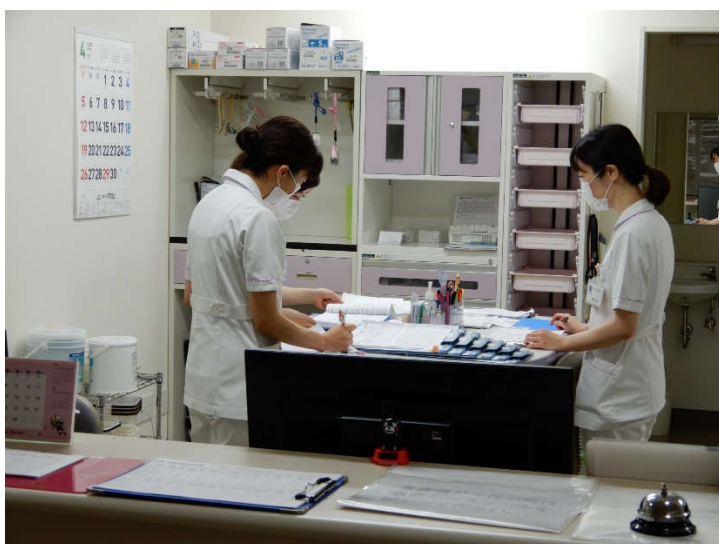
RI 病床 2 床：69%

病棟看護師数は、常勤 9 名（外来兼任交代制）、看護補助者 4 名（手術室兼任交代制）

2019 年の入院患者総数は 978 名で、手術目的が 872 名、放射線ヨウ素内用療法（以下 RI 療法）目的が 98 名、内科疾患の検査入院が 2 名、その他の入院が 8 名でした。病院全体としての 1 日あたりの平均入院患者数は 15.9 名でした。手術患者さんの入院日数が 7 日間、RI 療法患者さんの入院日数が 5・7 日と全体的に入院日数が短いので、患者さんの不安を最小限にし、安全に退院が迎えられ、自宅でも安心して過ごすことができるような看護を心がけています。

手術日が火曜、水曜、木曜日で入院期間が原則 1 週間ですので、病棟も 1 週間サイクルで動いています。特に火曜、水曜は患者の入院と手術室への入室、帰室および術後ケアなどが重なり、非常に多忙であります。しかし、甲状腺・副甲状腺の手術に特化し、基本的な看護業務はクリニカルパスで運用されていることから、スムーズに業務がこなされているものと考えています。また、疾患の特性もあってパス逸脱例も極めて稀です。2020 年は甲状腺内視鏡手術の導入が予定されていますので、病棟でもそれに対応した看護を現在検討中です。

（白木）



4F ナースステーション 申し送りの様子

3 手術室看護

手術室看護師は、常勤スタッフ（病棟・外来兼任交代制）、非常勤スタッフ、看護補助者の交代制です。時間外の緊急手術に対してはオンコールにて対応しています。2019年の手術件数は872件で、1日平均約6件の手術（3日/週）を約7名のスタッフで対応しました。昨年の術後の再手術（すべて術後出血に対するもの）は5件（0.57%）で、いずれも就業時間内に対応を開始できていました。時間外手術（17時を超える手術、麻酔の延長）は8件と少なく、外科医・麻酔科医と協力して綿密にスケジュールを作成したことで手術室を円滑に運営できていたものと考えています。また手術室看護師として術前訪問を行い、周術期の患者さんの不安軽減につとめ、寄り添う看護を心掛けています。当院へ入職してくる看護師で手術室経験のあるスタッフは少ないのですが、それら入職者の手術室業務の見学・実習指導も私たちが行っています。これによって甲状腺専門病院の業務全体を理解し、外来、病棟、手術室のどこでも職務を十分全うできるように努めています。中央材料室の運営も私たちの業務です。中央材料室では、病棟・手術室の器材を洗浄から滅菌までの工程を一括管理し、院内の医療材料の発注、払い出し等を行っています。

（森木）



手術室の様子 てきぱきとした働きの直介ナース

Ⅲ. 看護部係活動（2019 年）

1 医療安全

スタッフ一人一人が、医療安全の必要性・重要性を認識し安全な医療の遂行ができるように情報の共有、分析、対策の立案、マニュアルの整備を行ってきました。具体的には内服管理のマニュアル作成、手術室・検体取り扱いマニュアルの作成、転倒転落アセスメント用紙の作成、年 2 回の院内全体の講習会の開催を行いました。

2 感染症対策、手術室

院内感染対策委員と協力し、年 2 回の講習会、院内ラウンド、手指消毒剤使用状況の報告などの啓蒙活動を行うことで、スタッフの感染対策への意識向上に努めてきました。また術前説明のパンフレットや手術室・中央材料室の手順マニュアルの見直しを行い、業務改善を図りました。

3 褥瘡対策

入院中に褥瘡を発生させないために、入院時の評価・看護計画の立案を行っています。2019 年の褥瘡発生はありませんでした。

4 記録、看護必要度

スタッフ全体が統一した看護記録ができるように、記録マニュアルを作成しました。また入院時の患者さんの情報収取を行いやすいように細分化し、患者さんが理解しやすいようアナムネ用紙の改訂に取り組みました。看護必要度の勉強会を開催し、スタッフが評価・記録漏れがないように記録の監査を行い、教育・指導に努めました。看護必要度指導者研修を受講し、3 名で勉強会・指導を行っています。

5 パス・看護計画

医療の標準化・効率化を目的としクリニカルパスの見直しを行ってきました。入院期間も短く看護計画の活用ができていなかったため、既存の看護計画の見直しを行い、活用できる看護計画を作成していきました。

6 手順

各部署の手順を見直し、統一した看護ができるようにマニュアル改定を行いました。

7 RI

RI 入院患者の看護がスムーズかつ統一したものとなるように業務の見直しを行い、資料・パンフレットの改善を行っていきました。

Ⅳ. 看護師勉強会内容(2019 年)

- 3 月 副甲状腺ホルモンについて（検査科）
- 5 月 バセドウ病について（大迫医師）
- 7 月 続発性副甲状腺機能亢進症(佐藤医師)
- 8 月 看護必要度（看護必要度指導者）
- 9 月 AED の取り扱いについて（医療機器安全講習会合同）

5 薬局

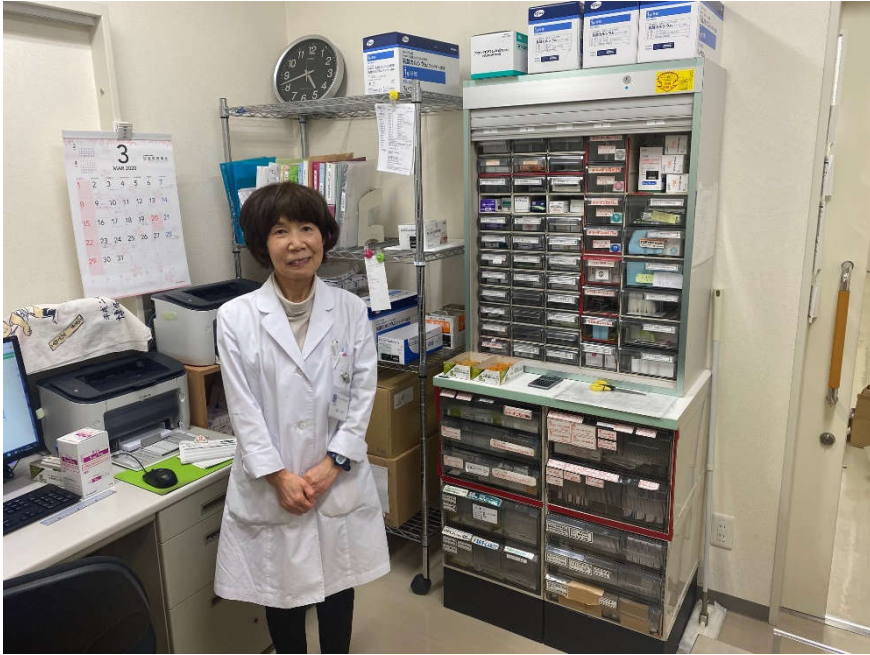
薬局は調剤業務および病棟業務を中心に活動しています。昨年までは薬剤師 2 名で行っていましたが、退職に伴い現在は 1 名で業務を行っております。当院は患者さんの経済的、時間的負担を考慮し、外来における甲状腺・副甲状腺関連薬剤については原則院内調剤を行うようにしていました。しかし、上記理由のため現在は一時中断しております。この場を以てお詫び申し上げます。

当院薬局の基本的な業務ですが、調剤業務につきましては電子カルテを活用し、処方箋の内容についてチェックを行い、患者さんに適した形で調剤を行っています。薬局窓口では薬の使用法や一般的注意などの説明を行っています。病棟業務についてですが、当院の入院はそのほとんどが全身麻酔での手術を目的としたものであるため、必ずアルチバ®などの麻薬を使用することになります。そのため日々の麻薬の保管、管理が重要になりますが、当院では薬局が中心となって法律に則した麻薬管理業務を行っています。また、毎週行われる術前カンファレンスに参加し、医師や看護師など他職種と情報共有を行っています。その一環として手術予定患者の内服薬をすべて再確認し、術前に中止を要する薬剤の休止指示がきちんと出ているかをチェックしています。当院の手術患者では術後に甲状腺機能低下や副甲状腺機能低下のために、症例に応じて甲状腺ホルモン製剤や活性型ビタミン D 製剤 (VD)、カルシウム製剤の投与が行われます。VD やカルシウム製剤は少しずつ減量していき、最終的に内服が終了することが多いのですが、その減量の仕方は患者さんの状況によって異なります。当院ではいくつかの決まったプロトコールがありますので、薬剤師は退院の際にそのプロトコールに沿って服薬指導を行っています。放射性ヨウ素内用療法も当院での入院目的の 1 つですが、これを行うにあたっては放射性ヨウ素投与の 2 週間前から食事、薬剤のヨウ素制限が必要です。この際に患者さんが現在服用している薬剤のヨウ素含有の有無を事前にチェックすることも当院薬剤師の重要な業務の 1 つです。

院内委員会活動ですが、医薬品安全管理委員会は薬局が中心となり業務手順書を作成し、適正な運用を図ることで、安全かつ安心な薬物療法が提供できるよう努めています。その他に委員会活動、研修会にも参加し、チーム医療に取り組んでいます。今後も医薬品管理に細心の注意を払い、患者さんの安全でより良い薬剤管理のためにチーム医療を心がけていく所存です。

(飯盛)

外来院内調剤処方せん枚数	(1 日平均)	71.5 枚		
	入院処方箋枚数	(1 日平均)	16.3 枚	
	入院注射箋枚数	(1 日平均)	8.9 枚	
(2018.11～2019.10 までの 1 年間)				



薬局の様子

6 医事課

医事課は、現在 9 名(育児休暇 1 名を含む)のスタッフで受付業務ならびに医療事務全般を行っています。具体的に述べますと、外来/入院受付や会計精算、電話対応、患者相談の調整など、全ての患者さんの窓口としての業務を行っています。また、病院の施設基準の管理や診療報酬請求の処理など、病院収入の根幹に関わる業務も行っています。大きな病院では受付業務と医療事務は 2 つの部署として機能しているところもありますが、当院では人的資源の有効活用の意味も含めて完全に一体化して運用しております。このようにすることでスタッフはオールラウンダーとして業務することが可能となり、患者さんへ途切れなく対応できるものと考えております。

2017 年 4 月に有床診療所から病院となり診療報酬の算定要件の大幅な変更に対応することになりましたが、この事は事務スタッフにとって貴重な経験となりました。また、病院となり業務量が増えてきたことから、2019 年 4 月に 2 名の新入社員を迎え入れ、人員強化を計ることになりました。一方で、勤続年数が長く経験豊富なスタッフもおりますので、その経験を皆で共有し、スタッフ全員で力を合わせ **one team** として今後も患者さんへの丁寧かつスムーズな対応を心がけていきたいと思っております。2019 年 6 月には後方事務室を設置しました。診療行為を保険請求上のルールに従って正確に請求することは医療事務の基本であり、凡ミスは許されませんが、今回の後方事務室の設置によって、診療報酬請求のような緻密な作業を余裕を持って行えるようになり、スタッフの精神的負担を軽減できたと考えています。

今後は個々の業務の見直しを行い、さらなる業務の効率化を目指したいと考えております。また、患者さんが継続して利用しやすい病院窓口を目指し、今まで以上に接遇にも留意していきたいと思っております。

(山田貴明)



笑顔が素敵な医事科スタッフの皆さん

7 情報管理課

情報管理課は有床診療所時代の 2015 年にできた部署です。他のスタッフからも何をやっているのか分からないと思われやすい部署ですので、この機会に業務内容を紹介させていただきます。当部署では IT 機器やソフトウェアの管理、ホームページの管理、各種帳票出力、レセプト関連業務、etc を山下と山田（医事課兼任）の 2 名で行っております。

① IT 機器やソフトウェアの管理について

パソコンは電子カルテサーバー等の業者管理分を除いても 60 台以上あり、それらのセットアップや故障時の対応等を行っております。ここ 1、2 年で Windows7 から Windows10 への置き換えを進めてきましたが、ライセンスの問題で置き換えが難しい端末を除いて 50 台を置き換えることになりました。ソフトウェアに関しては手術管理ソフトや各種便利ツールの開発を院内で行ったり、オープンソースソフトウェアを入れたりして業務改善を図っております。しかしながら、電子カルテや予約システムのように業者から買っているソフトウェアでは勝手に改良できないので、どうしても不便な部分が残ってしまっているのが現在の課題です。

② ホームページの管理について

当院は商業媒体へ広告宣伝を一切出していないので、患者さん向けに当院の情報を発信する唯一の媒体がホームページです。以前は大変扱いにくいホームページ作成ソフトと日々格闘しておりましたが、2019 年のホームページリニューアルに伴い作成方法も変えたことでかなり管理が容易になりました。今後も外来変更の情報や疾患情報などを逐一更新していく予定です。

③ 各種帳票出力について

当院では主に電子カルテ・手術・レセプトの 3 つのデータベースを運用しており、ここから様々な情報を取り出すことができます。NCD（National Clinical Database: 日本外科学会が行っている全国的な手術症例登録事業）症例のアップロード、病院報告、病床機能報告、DPC 調査データ提出、がん登録のための集計はもちろん、医事スタッフや医師からのデータ集計依頼にも対応しております。当院の手術件数からするとなかなか厳しいのですが、DPC 調査データ提出とがん登録に関しては現状 1 名で行っております。病院になって以降、これらの業務が格段に増え、大きな負担となっております。

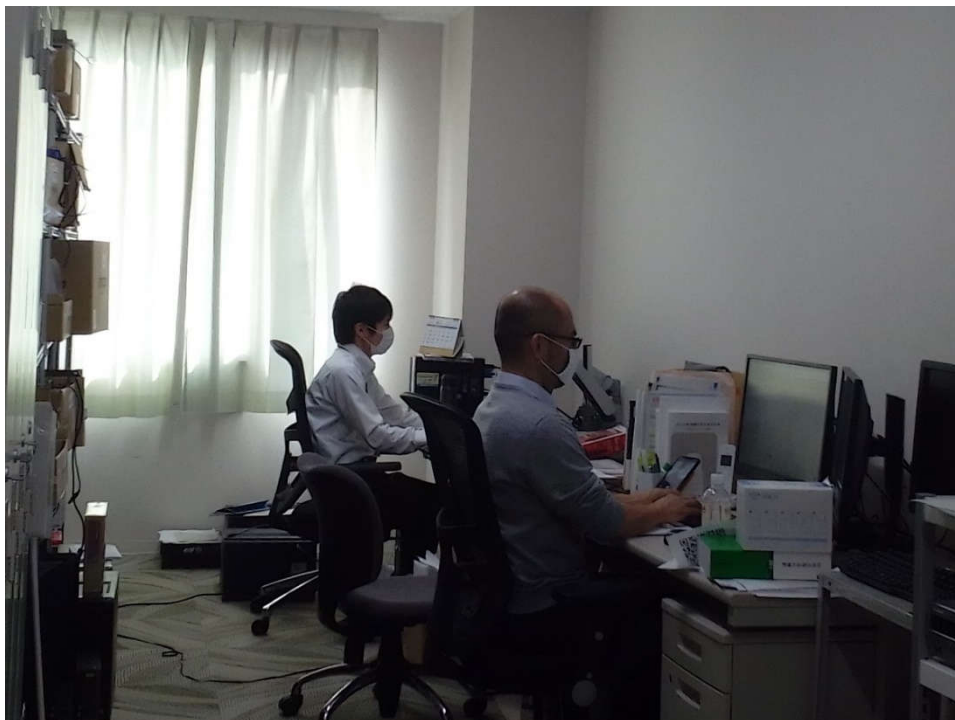
④ レセプト関連業務について

レセプトの作成は医事スタッフが最初に行い、その内容のチェックとオンライン請求を情報管理課で行っております。チェック項目が増えてしまってもチェックプログラムを一度作成すれば後は勝手にパソコンが仕事をするのですが、紙伝票と照らし合わせるといった人の力が必要なチェック項目が発生してしまっていることが現在の悩みです。以前は施設基準の管理から診療報酬改定の影響調査までしておりましたが、現在は医事課課長に任せております。

以上が情報管理課の主な業務内容となりますが、その他にも院内工事の日程管理や駐車

場のトラブル対応、ラックの組み立て、高い場所の電球交換といった施設管理的な仕事も行ったりしております。業務内容が煩雑になってきているので、そろそろ組織改変を検討すべき時期にきているのかもしれません。

(山下明大)



情報管理課の様子

8 栄養課

栄養課の主な業務内容は入院患者の給食管理と外来患者の栄養指導です。当院では入院患者の給食は外部に委託していますので、院内では給仕配膳のみを行っております。糖尿病や腎臓病などで厳密な食事療法が必要な患者さんの入院はさほど多くはないですが、入院された際に適切な食事が提供されるように委託施設と調整しております。また、当院には甲状腺癌の放射性ヨウ素内用療法の治療室が 2 室ありますので、そちらに入院される患者さんへ適切な食事が供されるよう十分留意しております。また、当然のことながら、給仕室、デイルーム、配膳機材などの衛生管理も当課の業務であり、十分配慮して行っています。外来では医師の指示のもと、放射性ヨウ素内用療法のためのヨウ素制限食の説明を行っています。バセドウ病やプランマー病などの機能性疾患、甲状腺癌の遠隔転移では放射性ヨウ素を用いての検査や治療が必要となりますが、それらが適切に行われるためにはヨウ素制限を厳格に行い、体内のヨウ素量をできるだけ減らしておく必要があります。ヨウ素制限は難しく面倒だと受け取られる方もいらっしゃいますが、幾つかのポイントを押さえておけば決して難しいものではありませんので、患者さんに御理解頂けるよう、パンフレットを使用して分かりやすくお話しすることを心掛けています。

(後藤)



4F デイルームの様子

B 統計

1 外来患者数 (2019 年 初診、再診)

1 日平均 初診 10.4 人/日、再診 102.3 人/日

月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
受診者数	2385	2289	2810	2709	2491	2778	2936	2589	2697	2912	2764	2983	32343
初診	204	208	259	260	253	266	285	255	230	267	256	244	2987
再診	2181	2081	2551	2449	2238	2512	2651	2334	2467	2645	2508	2739	29356
受診日数	23	23	25	24	22	25	26	23	23	25	24	24	287
初診平均	8.9	9.0	10.4	10.8	11.5	10.6	11.0	11.1	10.0	10.7	10.7	10.2	10.4
再診平均	94.8	90.5	102.0	102.0	101.7	100.5	102.0	101.5	107.3	105.8	104.5	114.1	102.3

2 入院患者数 (2019 年)

入院患者 (手術、RI) 総数 978 人 (入院延べ患者総数 5793 人)

1 日あたりの平均入院患者数 15.88 人

2019	日数	入院患者数	入院患者 延べ数	入院患者 1日平均
1	31	80	437	14.10
2	28	80	475	16.96
3	31	94	583	18.81
4	30	82	500	16.67
5	31	80	451	14.55
6	30	79	462	15.40
7	31	100	533	17.19
8	31	68	449	14.48
9	30	89	510	17.00
10	31	70	422	13.61
11	30	75	471	15.70
12	31	81	500	16.13

3 主な検査件数（2019 年 1 月～12 月）

1) 超音波検査 14,133 件

2) エコーガイド下細胞診 1,319 件

3) 病理組織検査 878 件

4) 喉頭内視鏡検査 外来 712 件、入院 564 件

（福岡県では他県と異なり診療報酬として喉頭内視鏡検査が認められないことが多く、上記は保険で認められた検査件数です。実際の件数は外来・入院合わせて 1900 件ほどです。）

5) 遺伝子検査 21 例（23 件、2 例で 2 つの遺伝子を検索）

内訳：MEN1：9 件、RET：6 件、TRβ：3 件、CaSR（FHH）：4 件、Tg：1 件

うち遺伝子変異あり 9 件

6) アイソトープ検査（¹³¹I 治療含む） 279 件

区分	2019年
	件数
RI 検査(RAIU.MIBI.骨シンチなど)	151
RI パセドウ病RAIT	25
RI 甲状腺がん術後RAIT（外来）	6
RI 甲状腺がん術後RAIT（入院）	97
合計	279

7) CT 検査 2703 件

（1 部位を 1 件として計算し、単純と造影も 1 件ずつで計算しています。頸部と胸部を同時に単純撮影した場合は 2 件、単純と造影で頸部と胸部を撮影した場合は 4 件としています。）

区分	2019年
	件数
単純CT_頸部	1203
単純CT_その他(頭部、胸部、腹部など)	1218
造影CT_頸部	153
造影CT_その他(頭部、胸部、腹部など)	129
合計	2703

8) 骨密度検査 1460 件

(1 部位を 1 件として計算しています。腰椎が基本ですので 654 例ということになりますが、腰椎術後のために腰椎の検査を省いていることもありますので、多少前後するかもしれません。)

区分	2019年
	件数
前腕骨	343
腰椎	654
大腿骨	463
合計	1460

4 手術件数

2019 年の手術症例は 872 例でした。悪性腫瘍手術は 443 件で手術件数の約 50%を占めていました。悪性腫瘍手術において甲状腺全摘術と甲状腺片葉切除術（峡部切除含む）はそれぞれ 50%、46%とほぼ同じくらいの割合で実施されていました。また、頸部郭清術の件数は甲状腺悪性腫瘍手術の 21%となっていました。バセドウ病手術の件数は 2018 年より 19 例ほど少なくなっていますが、甲状腺良性腫瘍手術は前年とほぼ同様でした。副甲状腺手術は手術全体の 10%ほどを占めており、他施設と比較してもこの割合は高く、原発性副甲状腺機能亢進症手術は当院の特徴とも言えます。2018 年と比較し原発性副甲状腺機能亢進症手術はほぼ同じ件数でしたが、二次性（腎性）副甲状腺機能亢進症手術は前年より 4 例減少しています。カルシメテックス治療が普及してきた昨今では二次性副甲状腺機能亢進症手術は今後も症例数が少ない状態が続くと予想されます。

（外科医長 森祐輔）

大区分	小区分	症例数（件）
1) 甲状腺悪性腫瘍手術（M：malignancy）	1（初回）全摘（準全摘）	225
	2（初回）片葉切除、峡部切除	210
	3（初回）亜全摘	0
	4（残葉、2回目）残葉全摘	7
	5 生検（未分化癌、悪性リンパ腫）	1
2) バセドウ病手術（B：Basedow）	1（初回）全摘（準全摘含む）	120
	2（初回）亜全摘	1
	3（残葉、2回目）残葉切除	1
3) 甲状腺良性腫瘍初回手術（N：nodule）	1（初回）全摘（準全摘含む）	37
	2（初回）片葉切除・亜全摘	179
	3（残葉、2回目）残葉全摘	1
4) 補完全摘（C：complete thyroidectomy）		2
5) 原発性副甲状腺機能亢進症手術（P：primary hyperparathyroidism）		90
6) 二次性（腎性）副甲状腺機能亢進症手術（S：secondary hyperparathyroidism）		3
7) 頸部リンパ節郭清術、リンパ節摘出術（ND：neck dissection）		96
8) 上縦隔郭清術もしくは縦隔腫瘍（胸骨切開、鏡視下）（MD：mediastinum）		5
9) その他の手術（耳下腺腫瘍、顎下腺腫瘍、正中頸嚢胞など）（O：other）		4

1 症例あたり 2 件以上の手術が行われている場合があり、上記は重複を含みます

博多街歩き①（福岡市立博多小学校、神屋宗湛屋敷跡）



上の写真（図1）は大博（たいはく）通り（太閤町割りの基本となった道路。戦国時代に焼失した博多は1587年に豊臣秀吉の命で区画整理されましたが、それを太閤町割りと呼びます。）を介して当院の真正面にある博多小学校を当院5階の医局より撮影したものです。ここは博多の歴史を象徴する場所の1つです。博多小学校の敷地内の地下には石塁遺構展示室というものがあります（図2）。これは鎌倉時代の元寇の際に博多湾一帯に作られた防塁の遺構で、福岡市内には同様の遺構があちこちに残っています。一方で、この遺構の上には秀吉時代の博多三大豪商の1人である神屋宗湛（かみやそうたん）屋敷跡もあったとのことで（図3、4）、その名残として小学校の裏手には豊国神社（図5）があります。この神社は神屋宗湛が屋敷内に祀っていた祠（ほくら）を元に1886年に創建されたとのことです。このように博多はミルフィーユのように何層にも歴史が積み重なった場所です。

年報の表紙の図に示した住吉神社は日本で最も古い住吉三神を祀る神社と言われており、「続日本紀」天平9年（737年）4月乙巳朔条に記録が残るとのことです。また聖福寺は建久6年（1195年）に日本における臨済宗の開祖栄西禅師が創建した日本最初の禅寺です。いずれも長久の時を経てかの地に深く根を下ろし、開祖からの生業を継承している（神社仏閣に対して失礼な言い方かもしれませんが…）ことに驚きを禁じえません。一方で神屋家は5代当主の宗湛の時期を最盛期として徐々に凋落していくこととなります。鎖国により博多が貿易港でなくなったこと、黒田藩に重用されなかったことなどがその理由です。神社仏閣以外でその地にあって生業を長く営むことがいかに難しいかを示していると言えるでしょう。当院は2020年6月で創立14年です。博多の中ではまだまだ駆け出しですね。

（佐藤伸也）

C 臨床指標 (Clinical indicator)

2019 年 1 月～12 月の入院 (のべ 978 件)

1) 入院日数

① 手術目的入院 : 872 件	平均 7.05 日、中央値 7 日 (4—14 日)
② 放射性ヨウ素治療目的入院 : 98 件	平均 6.12 日、中央値 5 日 (5—8 日)
③ その他の入院 : 8 件	平均 6.12 日、中央値 5 日 (2—26 日)
検査入院 (内分泌学的検査目的)	2 件
術後創部感染で再入院	1 件
術後テタニーで再入院	1 件
バセドウ病に伴う周期性四肢麻痺	1 件
細胞診で甲状腺腫脹 (経過観察目的)	1 件
手術目的で入院も発熱のため延期、翌日退院	2 件

2) 入院延長件数とその要因

当院の手術症例では入院期間 7 日間のクリニカルパスを運用しています。今回、入院期間延長 (入院 8 日以上) となった症例について検討してみました。

入院 8 日以上 33 件 (手術目的入院の 3.8%)

- ① 術後出血 : 0 件
- ② 術後副甲状腺機能低下症 (テタニー) : 7 件
- ③ 反回神経麻痺、咽喉頭浮腫 : 3 件
- ④ 拡大手術 (胸骨切開、気管合併切除など) : 6 件
- ⑤ 血液透析 : 4 件
- ⑥ 術前管理目的 (コントロール不良のバセドウ病など) : 5 件
- ⑦ 創部感染症 : 1 件
- ⑧ 本人・家族の都合 : 4 件
- ⑨ その他 : 3 件

8 日間以上の入院を要したのは上記のごとく 33 件でした。2019 年は 5 例の術後出血がありましたが、入院期間の延長を要した症例はありませんでした。術後出血は手術当日から翌日にかけて生じるので、入院期間の延長につながることはまずありません。逆に最も多いのが術後副甲状腺機能低下症によるもので、テタニー症状がある間は入院管理としています。しかしながら、活性型ビタミン製剤やカルシウム製剤の増量などによってコントロールがつくことがほとんどなので、退院予定日より 2、3 日程度の延長で済んでいます。2019 年の

症例で術後の両側反回神経麻痺に伴う気管切開を行った症例はありませんでしたが、広汎な手術による咽喉頭浮腫と片側反回神経麻痺を同時に生じたために、気道の安全性を考慮して入院期間を延長した症例が 3 例ありました。胸骨切開や気管合併切除を伴う拡大手術では元々入院期間を 10 日程度に設定しているため上記に含まれていますが、いずれも入院期間は 14 日間以内でした。慢性腎不全で血液透析中の方もあらかじめ入院期間を 8 日間としているので今回含まれました。当院ではコントロール不良のバセドウ病でも外来で抗甲状腺剤、ヨウ化カリウム、ステロイドなどを調整することで手術前日の入院を基本としていますが、それでも全く改善しないために入院管理後に手術となった症例が数例ありました。結局甲状腺ホルモン高値のまま手術となっていますが、全身状態が落ち着いた状態にして手術を行っていますので、術後に甲状腺クリーゼなどを生じることなくほぼ通常通り退院となっています。

(進藤久和、山下弘幸、佐藤伸也)

D 特別寄稿

① 佐藤伸也

医師生活 20 年を振り返って

—大阪から北海道、そして福岡のやました甲状腺病院へ—

(大阪大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科同窓会、参九会誌第 69 号：107-113、2017 より転載)

はじめに：

はじめて参九会誌に寄稿させていただき佐藤伸也と申します。私は医師になって今年（2017 年）で丸 20 年になりました。年齢がある程度いきますと勤務先の広報活動の一端を担わなければならない立場になるのが勤務医の常ではありますが、私もそのような年代に入ってきました。通常は学会活動や論文投稿などがその種の活動のメインとなるのですが、今回はその代わりと言ってはなんですが、参九会誌の紙面の一部を拝借して私が現在勤務している「やました甲状腺病院」を参九会の先生方に宣伝できればと思い寄稿する次第です。私自身が阪大耳鼻科の医局に所属していたのは 6 年弱と非常に短かったこともあり、私を知らない先生がほとんどかと思しますので、まずは自分の経歴を含めて自己紹介をさせていただき、最後に近況報告として、現在勤務している「やました甲状腺病院」の紹介をしたいと思います。私は耳鼻科から外科に転科したという、医師としてはあまり一般的ではない人生を送ってきており、また北海道や福岡という関西圏とは異なる環境で医師として働いてきましたので、その辺についても触れながら書きたいと思います。長文で私小説的になってしまっていますが、ちょっとした読み物と思って最後までお読みいただければ幸いです。

阪大耳鼻科時代：

私は平成 9 年に阪大を卒業してそのままあまり何も考えずに阪大耳鼻科に入局しました。入局当初は喜井正士先生（現、大阪国際がんセンター副部長）に先輩研修医として色々と教えていただき、その後 1 年間は大学で研修医として過ごしました。同期入局は 8 名でしたが、そのうち 4 名（近藤千雅、和泉直樹、小林礼子、寺本和弘、敬称略）は学年が上で、同学年は宇野吉裕、大草守、川本将浩、私の 4 人だけでした。同学年のものが少なかったこともあり、この 4 人は仲が良く、大学在籍の 1 年間は忙しいながらも同期と楽しく過ごせた今となっては私の何よりの思い出です。私は学生時代から不勉強で、頭を使うことより手足を使うことの方が向いていると思っていましたので、2 年目は大学院ではなく、市中病院に出ることを希望しました。当初は国立大阪病院（現、大阪医療センター）にレジデントとして行く予定になっていたのですが、その頃に人事上のひと悶着が大学医局と国立大阪病院の間であり、急遽阪大から国立大阪病院に医師を派遣しないことになりました。そのため、

面接試験の前日に久保教授に呼び出され、「明日の面接試験には行かないように。仕事もその日は来なくていい。君の行き先はまた決めるから。」と言われました。若干釈然としないものを感じながらも、医者の人事ってこんなものかなと思い、言われた通りにしましたが、当日は私が朝寝坊して面接に行けなかったのではないかと病棟でちょっとした騒ぎになったそうです（日頃の行いがそのように判断させたのでしょうか?）。そんなこんなでしばらく2年目の行く先が決まらず宙ぶらりんの状態で、田村学先生（現、おおさか往診クリニック院長）に心配されて飲み連れて行って頂いたりもしましたが、最終的に2年目は大阪府立母子保健総合医療センター（現、大阪母子医療センター）でお世話になることになりました。

大阪府立母子保健総合医療センターは当時、佐野光仁先生が部長で、そこにもう1人非常勤がいるという2人体制でした。仕事は大学時代とは全く異なり、ひたすら新生児、乳児、小児が相手で、しかも外来は先天奇形の子供達ばかりで、何をしたいのか分からず最初は面喰らいました。カルテを見ても私の知識不足と部長の難しいドイツ語記載のため内容が今一つ理解できない状態です。しかし、佐野先生に懇切丁寧に教えてもらい、なんとか外来も少しずつできるようになり、耳鼻科の基本手術である扁桃摘、鼓膜チュービングはほぼ一手にさせていただき、狭い領域ではありますが色々と成長できた1年でした。

3～6年目までは大阪府立病院（現、大阪府立急性期総合医療センター）に勤務しました。現在は耳鼻科医が7、8名も勤務するかなりの大所帯となっているようですが、その時は部長を含め4人体制でした。また、私の在職中に石田稔先生が開業で退職されて次の部長の宮原裕先生が奈良医大から赴任されるまで半年弱ほど部長不在の時期がありましたので、実質3人の時期もありました。この時の府立病院はまんべんなく耳鼻科領域を網羅していた上に、梶川泰先生（現、岸和田市民病院部長）が耳科疾患に積極的に取り組んでおられたので、幅広く耳鼻科疾患全般を学ぶことができました。この時期はお酒が入った後に梶川先生や坂本邦彦先生（現、坂本耳鼻咽喉科院長）から色々と御指導（御説教?）頂くこともしばしばでしたが、今となってはよい思い出です。さて、宮原先生が赴任されると以前に増して頭頸部腫瘍の患者さんが増えてきました。府立病院は歯科口腔外科があったこともあり口腔癌を診る機会は割と少なかったのですが、咽頭癌特に下咽頭癌が多くなってきました。下咽頭癌のその当時の府立での治療はドセタキセル（TXT）が上梓されてすぐということもあり、TXT+CDDP+5-FU 同時/逐次投与 radiation による selection therapy を行い、有効例はそのまま治療を継続し、無効例は手術（咽喉食摘、頸部郭清、遊離空腸による再建）を行うというものでした。その当時の私の印象としてケモラジの治療効果は高く、将来的に頭頸部癌の手術は激減していくのかなと思ったものです。また、この手術の際に外科に遊離空腸の採取および腸管吻合を、形成外科に血管吻合を依頼するのですが、それが個人的に違和感を覚えるものでした。現在ではチーム医療として当たり前の構図ではありますが、私自身としては皮切から最後の皮膚縫合までの全てを自己完結できる医者になりたいとの思いがありましたので、そのようなことができる（と思われた）外科への思いが日増しに強くな

っていました。そういったこともあり、久保教授と宮原部長にお願いして阪大耳鼻科を退局し、外科医の道を歩むことにしました。行き先は阪大の外科でも良かったのですが、同級生が多数阪大の第一、第二外科に入局していたので、学年差がつくと色々と気まずいかなと思ったことや、生まれ故郷の北海道に戻るのも親孝行かと考え、最終的に北海道大学第一外科に再入局することにしました。

北大一外時代と北海道の医療事情：

私が入局した北海道大学第一外科（北大一外）は北海道全域、特に札幌市内に多数の関連病院を持つ北海道の外科の中では最大の医局になります。大学内では消化器外科、乳腺・甲状腺外科、小児外科を標榜していました。昔から移植医療への関心が高い医局であったこともあって、私が在籍していた当時、北大一外は北海道における唯一の肝臓移植施設でした。また移植医療との兼ね合いから腎不全の血液透析を外科で行っている関連病院が道内に多数あり、実際に外科で腎移植を行っている施設もありました。それと北大一外が肝臓をメインテーマの 1 つとしていたこともあり、肝細胞癌に対しての肝動脈塞栓術（TAE：Transcatheter Arterial Embolization）を外科医自身が行っている施設が関連病院にいくつかあったことも特徴で、私も実際に手掛けることができました。関西圏では医療施設もスタッフも多く、交通アクセスが良いのでこのようなことはまずないと思いますが、札幌以外の地方都市では放射線科医や透析医（泌尿器科医含む）などのマイナー科の常勤医がいる病院は少なく、いても 1 人だけということがほとんどなので（私が勤務した病院では外科医は必ず複数名おりましたが）、必然的にこのようなシステムになったのだと思います。私が短期間勤務していた地方病院の外科では、それ以外の科ということで内科やマイナー科の先生が診てくれない患者さん（具体的には巻き爪、熱傷、骨折、変形性膝関節症、前立腺肥大、脳出血、自殺企図など）をとりあえず外科医が診療し、手に負えない時は近郊の都市部の病院（といっても車で片道 1 時間以上、しかも場合によっては救急車に同伴しなければなりません）に紹介していました。また、他院マイナー科の悪性腫瘍のターミナル患者も外科宛てで紹介されてくることがしばしばありました。もちろん、普通に消化器・一般外科だけをやっていればいいという病院もありましたが。あと、阪大時代と大きく違っていたのが大学勤務時のアルバイトです。阪大耳鼻科では、今もそうだと思うのですが、大阪府下、一部兵庫県下の関連病院や開業の先生の外来の御手伝いするのが一般的かと思いますが、北大一外のアルバイトは週末の日当直がほとんどで、それも地方の町立病院の日当直を金曜夕方から日曜昼までするというのが多かったです。私が行った最も遠いバイト先は知床半島の付け根にある羅臼町の町立病院で、昼頃に札幌の丘珠空港から道東の中標津空港に行き、そこから送迎車で 1 時間ほどかけてバイト先に行っておりました。そういうのが大学勤務時代は月 2 回ほどありまして、飛行機で行く場合は飛行機の中で眠れたので良かったのですが（飛行時間は 30 分ほど）、車で 3 時間ほどかかるバイト先に行く時は居眠り運転しそうでつらかったです（大学勤務時代はとにかく雑用で忙しく、睡眠時間がありませんでした）。

北大の他科のバイトも札幌から地方病院への出張という点では同じということでした。そんなこんなで色々と大変な面もありましたが、**general surgeon** として色々と勉強できる環境でもありました。結局、大学で1年半、地方および札幌の関連病院で4年半、外科医としてお世話になることになりました。

私が北大一外に入局した当時の教授は藤堂省（さとる）先生（現、聖マリア病院研究所所長）で、世界の肝臓移植のメッカであるピッツバーグ大学で臓器移植の父とされる **Thomas Startzl** 氏の右腕として活躍されていた移植外科の中では超のつく有名人です。昔ながらの豪快な外科医という風貌で、愛煙家（院内禁煙の病棟の当直室でよくタバコ吸われておりました）で、かつ電話魔です（大学の当直医は夜9時に、行きつけの焼き鳥屋？にいらっしゃる藤堂教授に当直の報告をするのが **duty** でした。病棟患者に関して時々質問され、きちんと把握してないと叱られるので、電話をかけるのをためらっていると、教授からかかってくるという感じです…。風貌はいいオヤジ風なのですが、仕事に関してはとても厳しく、より教授の近くで働く人ほどしんどそうでした。とは言っても基本的に筋の通った先生で、下の者が何かやりたいことがあればそれを全面的にバックアップしてくれる鷹揚さのある先生であったと思います。私は6年間の基本的な外科研修を終えた後、外科の **subspecialty** を伸ばしていくか、それとも **general surgeon** として地方の関連病院でやっていくかを選択する時期にきていたのですが、色々と考えた末に甲状腺専門病院（いわゆる甲状腺の3大病院の1つです）での勤務を希望し、医局人事とは別に **apply** し、そこに入職する段取りをある程度まとめておりました。そこは医局の関連病院ではなく当然医局人事からはずれることになるので、そのあたりで波風が立ちそうな所なのですが、教授と医局長のところに面談に行き、甲状腺外科を専門にしたい旨を話したところ、「よっしゃ、佐藤君は経歴的にもそういうのいいかもしれないな、了解、了解。」とあっさり **OK** していただきました。藤堂先生ならば多分そのようにおっしゃってくれるだろうと私も予想していたので、ここまではこちらの予定通りだったのですが、ここからが当方の予想と異なっておりました。教授はやおら九州大学の同窓会名簿をめぐり出して（教授は九州大学第一外科の御出身）名簿の電話番号のひとつに電話をかけて話し始めます、「藤堂ですが、・・・先生かね？うちにこういう子（教授からすれば私は子供扱いです）がいるんだが君のところかどうかね云々」と。そういった感じで教授に御紹介頂いたのが現在勤務している「やました甲状腺病院（その当時はまだ無床のクリニック）」です。一応、教授からは見学に行って、君が良いと思う方に行きなさいと言われましたので、実際に福岡まで足を運び、やましたクリニックとそことセットになっていた原三信（はらさんしん）病院（九州大学第一外科の関連病院です。福岡黒田藩の御典医の子孫が代々の院長で、その院長の名前が代々原三信を名乗っていました。九州初の私立病院でもあります）を見学しました。全体としての雰囲気や症例数、上司になる人の対応などを色々考慮し、最終的に福岡で働くことに決めました。勿論、私が当初入職することにしていただいていた病院には丁重にお断りの連絡を入れることとなりましたが。結局、研修医の時と同じで、直前に急遽勤務先が変わったわけです。

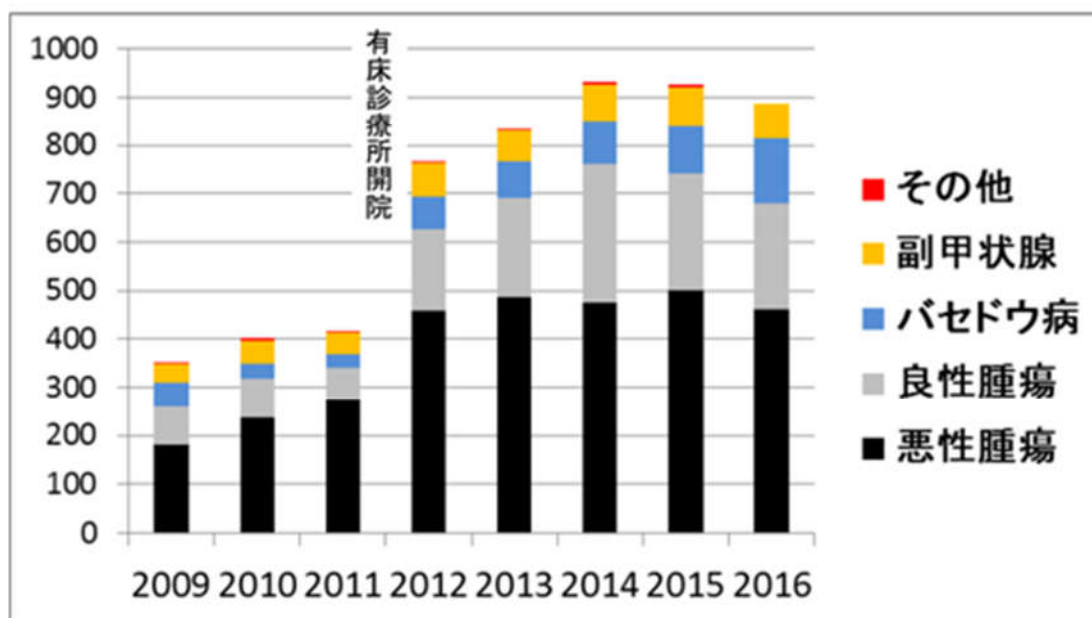
福岡で知ったこと—開放型病床—：

上記のような経緯で、2009 年 4 月から福岡市博多区にある原三信病院の外科に常勤で勤務し、やましたクリニックに非常勤で働くこととなりました。私が赴任した当初より、やましたクリニックの外来で診た患者を原三信病院の開放型病床を利用して山下院長と原三信病院外科のスタッフが手術し（執刀は山下院長）、退院後はやましたクリニックで外来フォローするという体制が出来上がっていました。この開放型病床というシステムをあまり御存じでない先生方もいらっしゃるかもしれませんが、簡単に言うと開業の先生が自身で診ていた患者さんを提携している病院に入院させて、その患者を病院の担当医と共同で診療するというシステムです。クリニック側と開放型病院側には入院 1 日あたり一定の診療報酬（開放型病院共同指導料）が入ります。また手術料の何割かが病院側からクリニック側に支払われます。このシステムだと若干患者さんの金額負担が増えますが、熟練した技術を持った開業医の先生が総合病院の病棟管理及び麻酔管理体制を利用して手術を行うことができ、退院後のフォローアップもスムーズとなりますので、腕に覚えのある開業外科医が患者さんを集めて手術を行うにはよいシステムだと思います。特に耳鼻科系の 1 人～2 人でやる手術にはうってつけかもしれません。病院側としても一定数の入院患者を紹介してもらえることになり、それなりのメリットがありますので、開放型病床を開設している施設は最近増えているようです（といっても特別な病棟である必要はなく、一般の病床でよいのですが）。私が原三信病院に入職してからは、やましたクリニックからの手術症例の大半を病院側の担当医として受け持ち、週 1 回、クリニックに外来勤務するという形で働き始めました。この体制はやましたクリニックが有床診療所として再スタートする 2012 年まで 3 年ほど続けました。

やました甲状腺病院（前、やましたクリニック）について：

「やました甲状腺病院」は甲状腺・副甲状腺疾患の専門施設で、2006 年 7 月に山下弘幸院長（以下院長、徳島大卒、九州大学第一外科同門、別府の野口病院元副院長）が原三信病院の隣の区画にビル診の無床診療所（やましたクリニック）としてスタートした施設です。当初から福岡近隣の内分泌内科の施設と連携していたこともあり、初年度から年間 200 例強の甲状腺・副甲状腺手術を手掛けておりました。その後も手術件数は着実に増加し、私が福岡に赴任した 2009 年には手術症例は年間 350 例に達しておりました（表 1）。しかしながら、この頃から開放型病床での手術枠の確保が難しくなり、手術待ちの期間も長くなってきていました。そこで私が入職して人材の目途がある程度たった時期から院長は有床診療所への移行を本格的に模索し始めました。ただ、福岡地区は病床過剰地域であるため、有床診療所の新規開設は普通に申請しただけでは到底認められない状況です。そこでほとんど使用されていない有床診療所の権利を譲りうける（売買？昔の相撲部屋の親方株のような感じでしょうか）ということも一時検討されましたが、院長が時間をかけて福岡県庁の担当者や医師会の幹部らと交渉を重ね、当院のそれまでの実績も認められた結果、

年間手術件数の推移



(表 1) 年間手術件数の推移



(図 1) 手前の建物が有床診療所開院時からの建物。奥の建物が病院への移行時に増築した建物。

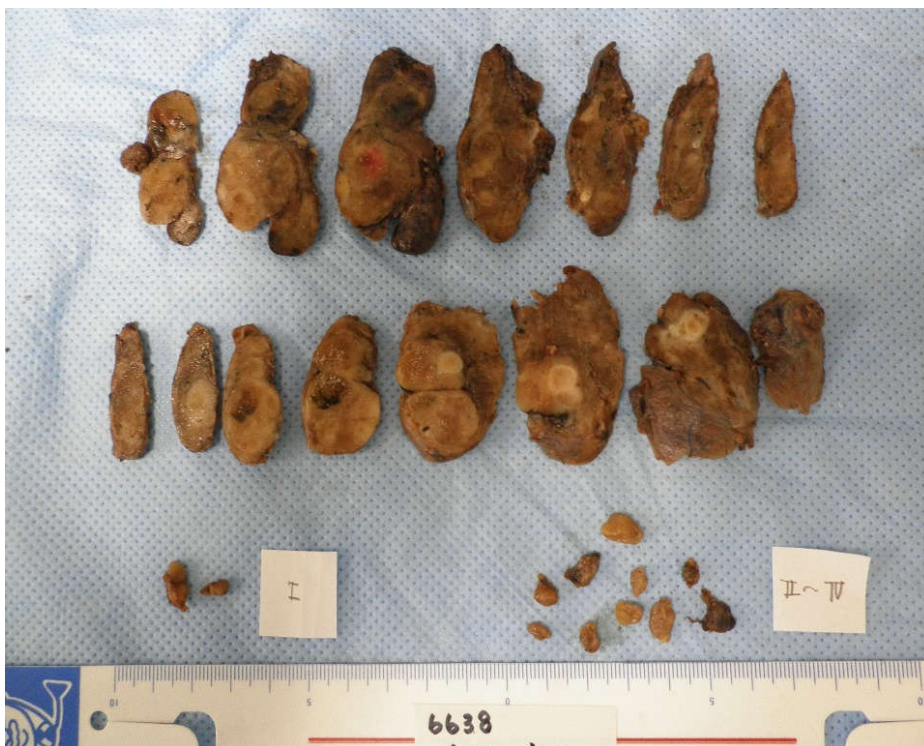
晴れて有床診療所設置の認可が下り、2012 年 1 月に現在地の福岡市博多区下呉服町で 19 床の有床診療所として新たにスタートしました。有床診療所開院に合わせて私は原三信病院からやましたクリニックの常勤として異動しましたが、その時の医師は院長以下、私を含め 4 名（外科 3、内科 1）でした。その後はスタッフが少しずつ増え、2017 年 12 月 1 日の時点で、外科系 5 名（私以外に耳鼻科医が 1 名）、内科 1 名、麻酔科 2 名となっています。2012 年の有床診療所スタート時はスタッフが少なく、1 日 7 例の甲状腺・副甲状腺手術を 2 名の外科医で縦 1 列（正確に言うと手術台を 2 台並列させ、時間差で麻酔の導入、覚醒を行ってもら。麻酔科はこの時は非常勤）で行っていましたが（表 2、図 2）。開院当初の 2 週間くらいは患者の搬入や機材の運用などがうまくいかず、PM7 時くらいまで手術がかかっていましたが、その後は徐々に慣れていき、AM9 時から始めて PM5 時くらいにはすべての手術が終了するようになりました。また、検査技師が少なかったため、摘出標本の切り出しや写真撮影（図 3）、パラフィン包埋までの病理標本の作成なども外科医が主体とな行わなければなりませんでしたが、放射線業務も開院直後の 3 ケ月ほどは放射線技師が不在であったため、その間は医師が行っていました。その他、緊急手術の全身麻酔や細胞診の診断などの業務を私が行っていましたが、コメディカルを含めた医療スタッフが徐々に充足してきたため、今は外来と手術、研究活動にほぼ専念できる体制となっております。

手術日	順番	ID	名前	年齢	性別	病名	主な術式	郭清	手術時間	バス	術前説明
3月6日(火)	1	6800		47	F	結節性甲状腺腫	甲状腺全摘		0:50	B	佐藤
	2	7037		61	F	甲状腺乳頭癌	甲状腺全摘	気管周囲	1:00	全摘	横井
	3	7128		31	F	甲状腺乳頭癌	甲状腺右葉切除	気管周囲	0:50	葉切	佐藤
	4	6031		58	F	原発性副甲状腺機能亢進症	右下副甲状腺摘出		0:30	pHPT	佐藤
	5	6672		47	F	結節性甲状腺腫	甲状腺右葉切除		0:40	葉切	横井
	6	6913		50	F	甲状腺乳頭癌	甲状腺全摘	気管周囲 左側頸部	2:00	全摘	横井
	7	6406		51	F	結節性甲状腺腫	甲状腺左葉切除		0:40	葉切	山下
合計手術時間									6:30		
3月7日(水)	1	6151		75	F	バセドウ病 結節性甲状腺腫	甲状腺全摘		0:50	B	横井
	2	6562		36	F	バセドウ病	甲状腺全摘		1:10	B	佐藤
	3	7157		84	F	甲状腺乳頭癌	甲状腺全摘	気管周囲	1:00	全摘	佐藤
	4	7146		51	F	原発性副甲状腺機能亢進症 甲状腺乳頭癌	右下副甲状腺摘出 甲状腺右葉切除	気管周囲?	0:50	pHPT	横井
	5	7170		59	M	甲状腺乳頭癌	残存右葉切除		0:50	全摘	横井
	6	7143		39	F	甲状腺乳頭癌	甲状腺全摘	気管周囲 左側頸部	2:00	全摘	佐藤
	7	7004		49	F	結節性甲状腺腫	甲状腺全摘		0:50	B	山下
合計手術時間									7:30		

(表 2) 開院して 2 ケ月ほどの時点での手術予定表



(図2) 手術室は2つあり、1つの手術室に手術台が2台あります。時間差で交互に使用します。開院当初、外科医は手術台を交互に移り、絶え間なく手術をしていました。

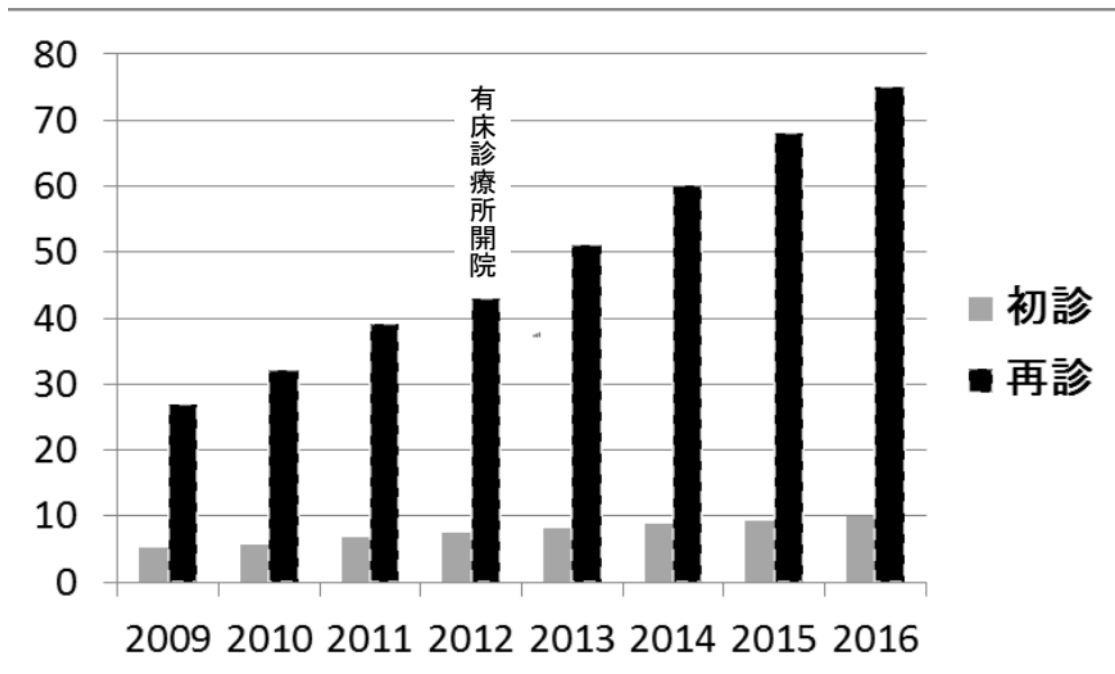


(図3) 開院当初の標本写真です。目盛りや背景もまだきちんとした機材がなく、手作り感タップリですが、今となっでは学会など表に出せない写真です。

有床診療所開院初年（2012 年）の 1 年間の手術件数は 747 例でした（表 1）。19 床あれば何とさばける数字（実働 16 床、1 週間入院、年間 50 週の手術で年間 800 例）ではありますが、今後の手術数の増加や診療報酬上の問題（有床診療所は病院と比較して 1 日あたりの患者の診療単価が安い）、放射性ヨウ素大量療法施設の設置などを見越し、院長はこの時点で病院への移行を目標に着々と歩を進めておりました。とは言っても無床から有床診療所への移行以上に病院の新規開設は難題でした。クリニックに隣接する土地の所有者との交渉がまとまり、比較的早期に用地の目途はついたのですが、まともに県に病院の新規開設を申請しても今度ばかりはさすがに却下です。病院（正確に言うと病床）の権利を移行（売買？）するルートが銀行経由であるらしいのですが、なかなかよい情報は入ってきません。そんな暗中模索の中、九大第一外科の先輩が運営していた有床診療所（19 床）の権利を譲ってもらえる話が院長の地道な努力が実りうまくまとまりました。この場合、譲るといっても金銭的な売買ではなく、企業（法人）と企業（法人）の合併のような形を取り、その先輩は当法人の社員（勤務医）として働く体制になるということです。このような合併話は他に聞いたことがなく、医療関係の法律を細かく見ても有床診療所同士が合併して病院になることを禁じる法律はどこにもありませんでした。念のため、院長が厚労省に確認したところ、前例はないが禁止するものではないとのお墨付きをいただきました。それを受けてこの手続きを進め、県の担当者の御協力も頂き、先輩の法人（有床診療所）と当法人の合併が成立しました。そのうえで先輩の有床診療所から当診療所へ 16 床のベッドを移行するという形で、やました甲状腺病院（35 床）が 2017 年 4 月に開院となりました。

病院とはなりましたが、診療内容そのものに大きな変更はありません。敢えて言えば放射性ヨウ素大量療法（入院）が 2017 年 6 月から可能となり（2 床）、週 1 例ほど治療している点の変更点でしょうか。また、病院への昇格に伴う診療報酬の増収に伴ってスタッフの増員が可能となり、ゆとりのあるスタッフ体制が取れるようになってきました。現在は病床の枠を気にする必要がなくなったこともあって、週に 21 例ほどの手術を行っており（週 3 日が手術日）、今年度は年間手術件数が 900～950 例程度になりそうです（表 1）。そのうち甲状腺の悪性腫瘍が 50%ほど、良性腫瘍が 25%ほどです。院長の専門の 1 つである副甲状腺疾患が他施設と比べて多いのが特徴で、原発性と二次性（腎性）をあわせて全手術例の 1 割弱を占めております。悪性腫瘍については縦隔郭清、喉頭気管の合併切除再建などの進行例まで対応しており、甲状腺・副甲状腺疾患に対しては北部九州地区の最後の砦と自負しております。超音波検査を多数していると顎下腺や耳下腺の腫瘍がたまに見つかりますので、適応があれば当院で私ともう一人の耳鼻科医で手術を行っております。NIM（Nerve Integrity Monitor3.0、メドトロニクス社）が当院には 2 台あるので、久々に耳下腺の手術をやってもストレスなくできます。手術数や入院患者が多い一方で外来患者数は 1 日平均 80 名ほどと、他の甲状腺専門病院などと比較するとまだまだ少ないですが（表 3）、1 日あたりの平均新患患者数は 2017 年の上半期では 10 名ほどと毎年 1～2 名ほど増加して

1日あたりの平均患者数の推移



(表 3) 1日あたりの平均患者数の推移

おり、福岡近隣の住民や甲状腺を専門としない医師の方々にも甲状腺疾患なら「やました甲状腺病院」ということが認識されてきているように感じております。参九会の中では関西近隣に甲状腺専門病院の隈病院が参九会の関連病院としてあり、笹井先生が派遣されていますので、甲状腺外科を学ぶにはそちらの施設に行かれるのが良いかと思いますが、施設によって手術法や臨床的対応もいくぶんか異なりますので、参九会所属の甲状腺に興味のある、もしくは実家が九州にある若手医師は機会があれば当院へ見学に来られることをお勧めします。メールで御連絡いただければいつでも対応いたしますので。

おわりに：

この20年間、自身の決断と教授の裁量により私の医者人生も紆余曲折を経ましたが、何とか大過なく臨床医として過ごすことができました。これも最初の6年間に参九会の先生方に色々と御指導頂いたお蔭かと思っております。紙面では名前を挙げる事ができなかった先生方も含めてここで改めて御礼申し上げます。あと最後になりましたが、私の勤務先である「やました甲状腺病院」も是非ともよろしく願いいたします。転居などで福岡に引っ越しされる甲状腺の患者さんがいらっしゃいましたら是非御紹介下さい。

② 佐藤裕

橋本策と橋本病の歴史

(1) 橋本策の経歴と橋本病発見にいたる経緯



図1: 橋本策(ゲッティンゲン大学留学中: 1912)

1912 年ドイツの外科系医学誌にそれまで知られていなかった「リンパ腫性甲状腺腫 (Struma lymphomatosa) : 後の橋本病」を発見・報告した橋本策(はしもと はかる: 図 1)は、明治 14 年 (1881) に三重県阿山郡西柘植村御代(現在の三重県伊賀上野市)において、医師橋本謙之助と妻ゆりの三男として出生。旧制津中学校旧制第三高等学校を経て、東京帝国大学、京都帝国大学に続いて 1903 年に国立大学として新設された京都帝国大学福岡医科大学(現在の九州大学医学部)に第一期生として入学 (図 2)。明治 40 年 (1907) 卒業とともに主任教授の三宅速(みやけ はやり: 1866-1945)の主宰する第一外科に入局し、外科医として第一歩を踏み出した (図 3)。世界的にその名を馳せていたドイツ・ブレスラウのミクリッチ教授(Johannes von Mikulicz-Radecki : 1850-1905 : Mikulicz' Disease の報告者)に師事した新進気鋭の外科医であり、基礎的な研究を重要視していた三宅教授から、教室に保存してあった甲状腺腫の切除標本の病理組織学的研究を命じられたのであった。そして、1911 年福岡医科大学集談会においてまず 3 例について「甲状腺ノリンパ腫様変化ニ関スル組織学的並ビニ臨床的知見ニ就イテ: 図 4」を発表した。発表内容を要約すると「三宅外科において摘出した甲状腺腫を病理組織学的に検索し、あたかもリンパ腫のようにリンパ濾胞が数多く存在し、かつ甲状腺実質にも一定の病理学的変化を伴う 3 症例を見出した。これまで、このように広範なリンパ腫様変化をきたした甲状腺腫の症例は報告されていない

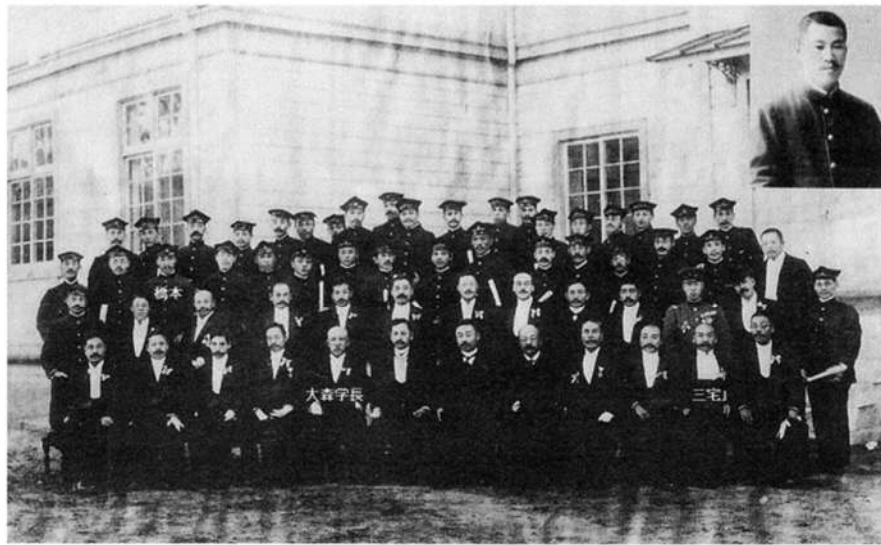


図2: 明治40年(1907年) 12月12日 福岡医科大学第一回卒業式



図3: 三宅外科教室スタッフ (1910年頃)

ので、”リンパ腫様甲状腺腫(Struma lymphomatosa)”と命名して報告する」である。ついで1912年にはさらに一例を加えた4例について研究結果をまとめ、ドイツの外科系臨床医学雑誌の”Archiv fur klinische Chirurgie”に「Zur Kenntnis der lymphomatosen Veranderung der Schilddruse (Struma lymphomatosa): 図5」と題して発表。同年、ドイツ・ゲッティンゲン大学に留学することとなり、病理学のカウフマン教授 (Eduard Kaufmann : 1860-1931) に師事した(図6)。ゲッティンゲン大学を留学先として選んだのは、カウフマン教授がその当時ドイツでトップクラスの病理学者であったことや、この年に「Probleme der Scilddrusenpathologie」を上梓していたこと、また三宅速のもとで助教

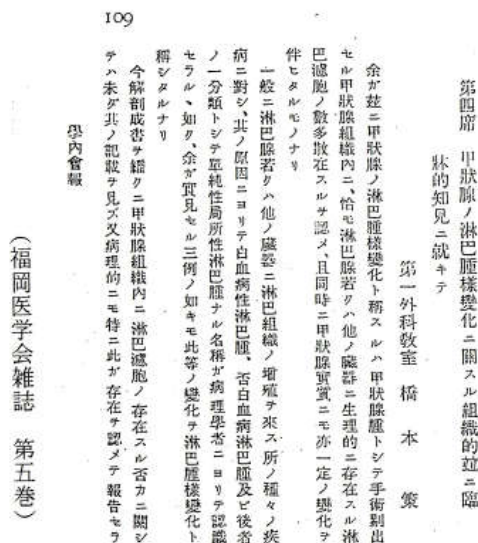


図4: 福岡医科大学 第17回集談會 橋本策の演題抄録

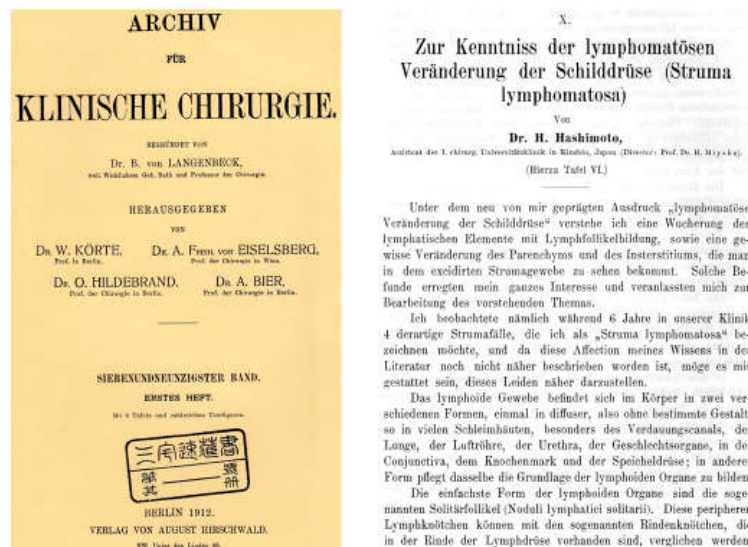


図5: Archiv f Klinische Chirurgieの表紙と橋本論文のタイトル頁

授を務めていた住田正雄（1878-1946：後、九州帝国大学に整形外科教室開設）が、先年カウフマン教授のもとで甲状腺と骨代謝の関連について研究を行っていたことも関係しているようである。ちなみに、Kaufmann はとくに骨や軟骨の先天性代謝疾患研究を進め、四肢短縮型小人症となる「胎児性軟骨異形成症(Chondrodysplasia foetalis)」には「Kaufmann's syndrome」、「軟骨無形成症(Achondroplasia)」には「Parrot-Kaufmann syndrome」という冠名が残っている。

ただ、ゲッティンゲン大学では2年間主として尿路結核の研究に従事したが、結局は論文作成にまでは至らず、1914 年第一次世界大戦の勃発により帰国を余儀なくされた。ロン

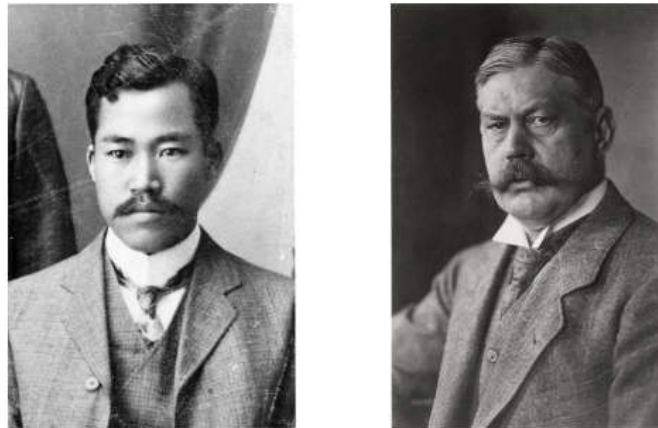


図6: 留学直前の橋本策(左)とゲッティンゲン大学のKaufmann教授(右)

ドン経由で帰国後は短期間三宅外科教室に留まったが(図7)、父親の死のため郷里で家業を引き継ぎ開業することとなった。1917年には母校九州帝国大学から「リンパ腫性甲状腺腫の発見」という業績により学位を授与され、以後も橋本策は帝大出の名外科医としてその名を馳せて橋本病院(図8)は門前市を為すほどに栄えた。しかし、1934年1月9日に往診先の患家からうつったと思われる腸チフス(typhoid fever)のため急逝。享年52歳であった。なお、策の病気が重篤になったため関係者が京都の大病院を訪ね、「どなたか、重篤な患者を治すいい先生はいないか」と助言を求めたところ、「それなら伊賀町に、橋本策という名医がいるでしょう!」と言われ、「その橋本先生ご自身が重篤なんです」と応えたというような逸話が残っている。

(2) 橋本ドイツ語論文の解説

橋本論文の比較論(今日的には考察に相当)を読むと、今回の新種の甲状腺腫発見きっかけとなったのが、三宅の恩師であったミクリッチが発表していた唾液腺と涙腺が対称性にしかも無痛性に腫脹する「ミクリッチ病(Mikulicz disease): 図9」にあることが判る。すなわち、罹患器官こそ違え、またその当時病因も不明であるが、両者ともに当該器官が硬く腫脹するものの、悪性新生物ではなくて良性の経過を辿り、さらに組織学的には著明な円形細胞浸潤、リンパ濾胞形成と結合組織増生に伴う硬化による実質の退化が顕著にみられる点が一致している、と述べている。逆に言うと、以下は多分に推論になるが、三宅は留学時の恩師ミクリッチが唾液腺と涙腺において認めたのと同じような病理組織学的変化が、福岡医科大学三宅外科に保存していた甲状腺腫切除標本にも認められることに気付いた(であろう)ことが背景にあり、橋本策にそれらの病理学的検索を命じたと思われる。なお、病理組織学的検索に関しては、病理学の中山平二郎教授と解剖(組織)学の桜井恒二郎教授の指導を仰いでいる。



図7:昭和初頭 三宅外科同門会集合写真

赤岩八郎 三宅 速 野口雄三郎 橋本 策 隈 鎮雄

・上記写真は橋本病の発見者である橋本策先生、日本の甲状腺三大病院の創始者の2名（野口雄三郎先生…別府の野口病院初代院長、隈鎮雄先生…神戸の隈病院の初代院長）と一緒に写った貴重な写真。



図8: 橋本病院全景と晩年の橋本策

次いで、その他の多くの甲状腺腫脹をきたす感染症、悪性新生物(腫瘍)や既報の甲状腺腫との鑑別診断であるが、最も重点をおいて考察しているのが、Bernard Moritz Carl Ludwig Riedel (1846-1916 : 図 10) が 1896 年に発表した「慢性甲状腺炎(eisenharter Strumitis chronica)」と、Fritz de Quervain (1868-1940 : 図 11) が 1904 年に発表していた「亜急性甲状腺炎 (nicht eiterige thyroiditis)」との鑑別である。

まず、Riedel 甲状腺炎との異同であるが、Riedel 甲状腺炎は”鉄のごとく硬く、かつ周囲との著明な癒着によって可動性に乏しい腫瘤を形成する”のが特徴的で、この点が



図9: Mikuliczと論文に載ったミクリッチ病の臨床像と組織所見



図10: Bernhard Riedel肖像



図11: Fritz de Quervain

「eisenharter Strumitis」すなわち「鉄のように硬い甲状腺腫」と呼ばれる所以でもある。さらにその強固な癒着のためにはときには切除不能な悪性腫瘍とみなされることもあり、また、組織学的には著明なリンパ球浸潤と結合組織の増生による強固な線維化、硝子様変化や石灰化などがみられる。なお、Riedel は虫垂炎や胆嚢炎に対する外科治療のドイツにおける先駆者の外科医であり、1888 年には初めて総胆管十二指腸吻合を行っている。さらに、肝

臓の先天的形成異常で胆嚢付着部の肝臓が舌状に下垂する「リーデル葉 (Riedel' s lobe)」に冠名としてその名を残している。

次に de Quervain 甲状腺炎との異同であるが、de Quervain 甲状腺炎は” 30～50 歳代の女性に多く、しばしば上気道感染に引き続いておこる有痛性の甲状腺腫脹をきたす” もので、病理組織学的には多核巨細胞の出現が特徴的である。濾胞破壊による甲状腺ホルモンの漏出による重篤な甲状腺中毒症状が出ない限り、通常は一般的な対症療法によって軽快する。このド・ケルヴァン(de Quervain)は 1892 年から 1894 年までの二年間、1909 年に「甲状腺腫の病態生理を明らかにし、それらに対する安全な外科手術を開発した功績 (甲状腺の生理学、病理学及び外科学的研究)」によりノーベル生理学・医学賞を受賞することになる Theodor Kocher(1841-1917)に師事しており、それ以後は主として甲状腺疾患の診療に尽力した。前述した「亜急性甲状腺炎」の報告もその一環の業績であり、さらに内陸国であるスイスに多く見られるヨウ素不足による甲状腺腫の発症を予防するために「ヨード加食塩」の普及に努めたのもこの de Quervain であった。なお整形外科領域において、手首の部位で母指に繋がる筋腱が通過する腱鞘に起こる炎症である「狭窄性腱鞘炎(stenosing tenosynovitis)」は、その報告者を記念して「de Quervain disease」という冠名で呼ばれているのは衆知のごとくである。

これら鑑別すべき二大疾患の臨床像や病理組織学的変化を十分に比較検討して、今回自分が発見した” リンパ腫様の変化を伴う” 甲状腺疾患の独自性を確固たるものとして、「Struma lymphomatosa (リンパ腫性甲状腺腫)」と命名して論文発表したのであった。なお、報告した症例の術前診断の内訳は、実質性甲状腺腫 (Struma parenchyma) 1 例、線維性甲状腺腫 (Struma Fibrosa) 2 例と悪性甲状腺腫の疑い 1 例の計 4 例であるが、悪性疑いの症例では甲状腺全体が硬く腫脹していたため、悪性を疑って切除手術を施行したが、組織学的に悪性が否定されたものであった。そして、これら切除症例においては、多少の期間の差があるものの、甲状腺腫大は時間的経過とともに自然に消退していき、その予後は概ね良好であったとしている。

(3) 橋本論文発表後

1912 年の橋本論文はあまり関心を引かなかったようで、日本では昭和 6 年(1931)に橋本策の同級生で同じく三宅外科に入局した赤岩八郎が教授として三宅の後を継いでいたが、その同教室の葛原輝が、「所謂淋巴腫性甲状腺腫(Struma lymphomatosa)に就いて」を発表しており、これが数少ない日本における「リンパ腫性甲状腺腫」の続報の一つである。しかし、橋本策が報告した「リンパ腫性甲状腺腫(Struma lymphomatosa)」に関しては、1922 年に米国のコーネル大学病理学教授の James Ewing (1866-1943)が、自著の「Neoplastic disease : a treatise on tumors」において「橋本の報告した” リンパ腫性甲状腺腫” は Riedel 甲状腺炎の初期像に過ぎない」と述べたことから、しばらくの間 ” リンパ腫性甲状腺腫” は独立した疾患概念としては認められることなく経過した。なお、Ewing の名前は、小児や若年者の四肢骨に発生する非上皮性悪性腫瘍である「Ewing sarcoma (ユーイング肉

腫)」に冠名として残っている。

ところが、1931年に米国クリーブランド・クリニックの甲状腺外科医 Allen Graham が、橋本論文中の4例と Graham 自身が経験した4例を合わせた計8例について臨床病理学的に再検討した結果を、「Atrophy and fibrosis associated with lymphoid tissue in the thyroid. Struma lymphomatosa (Hashimoto): 図12」として発表したのである。ここで Graham は結論として以下のごとく、すなわち①甲状腺両葉がびまん性に硬化・腫大する、② (Riedel 甲状腺炎ほどではないが)、下方の器官壁に密着する、③中年以降の女性に好発する、④軽い気管圧迫の症状がでることがある、⑤ (悪性疾患ではないので)、周辺のリンパ節に著変を認めない、⑥全身状態は良好である、⑦局所に感染所見はない、などをあげることによって Ewing 説を翻したのである。すなわち、「橋本論文における結論での論述は、非の打ちどころのない完璧で適格なものである」と述べるとともに、「中年女性に好発する橋本のリンパ腫が、若年者に好発する Riedel 甲状腺炎の初期像である」とする Ewing 説の方が間違いであるとしたのである。そして、この Graham 論文以後、橋本の提唱した”リンパ腫性甲状腺腫”は「橋本病 (Hashimoto Disease)」という冠名で呼ばれるようになり、世界的に広まっていくことになる。

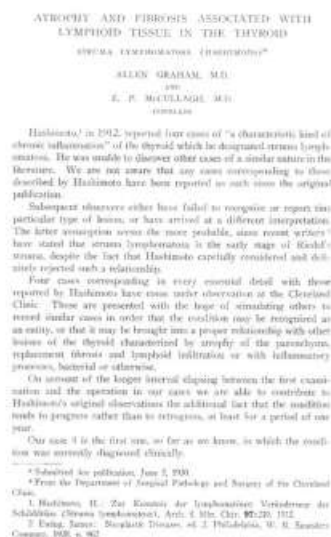


図12: Graham論文

その後、日本ではほとんど医学者の間で人口に膾炙することのなかった「橋本病」を逆輸入して、さらに日本に広く知らしめたのが、橋本と同門の九州大学第一外科の秋田八年(あきた はちねん)である。昭和16年に九大第一外科に入局した秋田は、昭和26年第一外科四代目の三宅博教授(初代教授三宅速の長男)の命により、米国・デトロイトのウェイン大学に留学することになり、そこで件の「橋本病」に巡り合ったのである。「橋本病(Hashimoto Disease)」の名祖である橋本策が偶然にも九州大学第一外科(三宅外科)の同門であったと

いう奇縁から、留学を終えて帰国してから秋田は精力的に橋本策の顕彰に努め、昭和 32 年に九州大学第一外科の助教授として、“臨床の日本” 誌に「橋本氏病-その提唱者の面影と概要:図 13」を公表したのであるが、この論文には橋本が成し遂げた不朽の業績である「リンパ腫性甲状腺腫」の詳細と、今まで日本ではほとんど知られていなかった橋本策の肖像写真が掲載されている。なお、1951 年に弘前大学の槇哲夫教授が、自身が行った臨床講義の中で、日本においてほとんどの医学者が世界的な業績を為した橋本策の名前を知らないことに関連して、「外国人が注目しなかった新しい甲状腺疾患についてその所見を明らかにし、世界にこれを知らしめた橋本策の功績をここに改めて明記しようと思う。我々が、日本人が打ち立てた立派な業績について外国人より認識がなかったとすれば、大いなる遺憾とすべきである。こういう点について学生諸君と大いに反省しよう」と語っている。



図13:秋田による橋本顕彰論文

橋本の発表以後、橋本病の病因についてはいわゆる”炎症説”が言われてはいたが、1956年にロンドン・ミドルセックス病院の Roitt & Doniach が、橋本病患者の血清中に自己抗体(抗サイログロブリン抗体)を見出し、これを Lancet 誌の Preliminary Communication に「Auto-antibodies in Hashimoto's Disease (Lymphadenoid goiter): 図 14」として発表したのである。なお、同年 Witeby らが、ウサギにおいて甲状腺エキストラクトを注射して作った自己抗体を用いて実験的甲状腺炎を作成するのに成功していた。

これらの論文により橋本病が自己免疫疾患であることが明確に示され、さらに 1962 年に同じく Doniach & Roitt が、Lancet 誌の「LETTER TO THE EDITOR」欄に秋田氏から提供された橋本策の肖像写真入りの「HAKARU HASHIMOTO」という短文(図 15)を載せたことにより、短報ながら橋本策の人物像が世界的に知られるようになった。それまでほとんど知られていなかった橋本策自身の人物像と彼の成し遂げた不朽の業績を海外から逆輸入し、さらに日本中に広く知らしめていった秋田は、その後も献身的に橋本策の顕彰を続けていった

が、1973 年によく郷里の伊賀市伊賀町において阿山医師会(現伊賀上野医師会)と共同して橋本策顕彰事業が執り行われることとなった。この顕彰事業の一環として記念文集である「偲徳」が刊行され、さらに伊賀町町民センターの一角に顕彰胸像が、そして旧橋本病院跡地には「医学博士 橋本策先生生誕の地」の顕彰碑が建立された(図 16)。なお、この顕彰事業に際して、イギリスの Doniach 博士から秋田に宛て、「親愛なる秋田八年殿 橋本策博士の没後 50 年に際して、郷里の伊賀町に阿山医師会の尽力により顕彰胸像が建立されたことは誠に悦ばしい限りで、お慶び申し上げます。橋本病という冠名病名の淵源となった氏の論文は、世界中の甲状腺学者を鼓舞しました。論文の組織像や臨床像には非の打

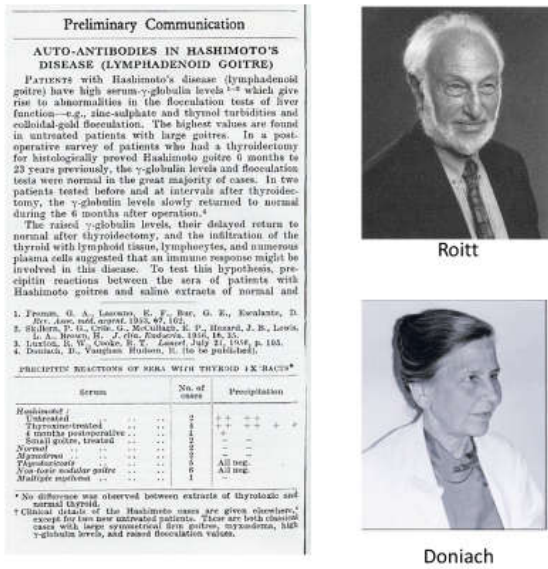


図14: Roitt & Doniach 論文

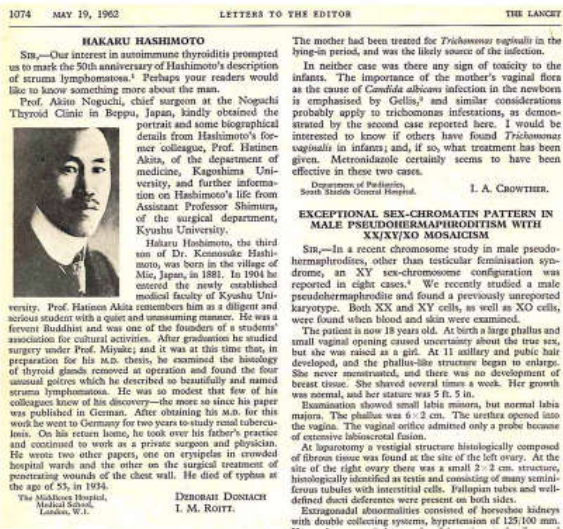


図15: Doiach & Roitt論文



図16: 郷里 伊賀における橋本策の顕彰
 左: 橋本策の胸像と秋田八年氏
 右: 橋本病院跡地に建つ橋本策顕彰碑

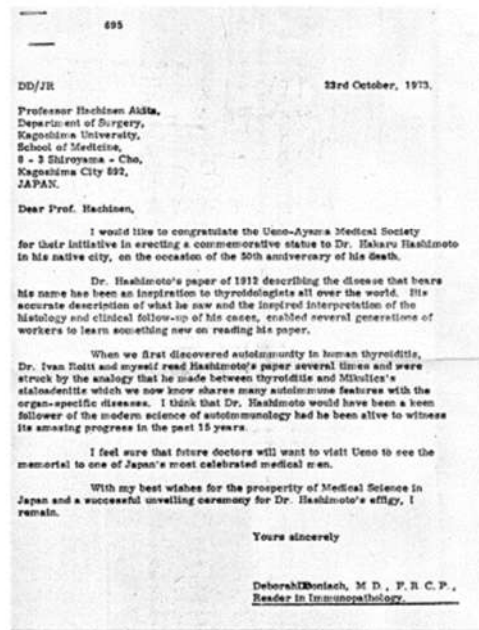


図17: Doniachが秋田に宛てた手紙(全文)

ちどころがなく、我々は多くのものを学び取りました。同僚の Roitt 博士と一緒にヒトの甲状腺炎において自己免疫が関与していることを見出した頃、我々は幾度となく橋本論文を紐解き、これ(リンパ腫性甲状腺腫)とミクリッチ病の類似性に衝撃を受けました。泉下の橋本博士も最近 15 年間の自己免疫学の進歩には目を見張っておられるでしょう。(今回の顕彰を機会に)今後、日本が世界に誇る医学研究者である橋本策博士を訪ねて、世界中の医学者が伊賀上野の地を訪れることでしょう。最後になりますが、日本における医学研究のさら

なる進展と、橋本策顕彰式典のご成功を心より祈念いたします。」としたためられた親書が送られてきたのであった (図 17)。

以後、「橋本病 (Hashimoto Disease)」は自己免疫疾患 (Auto-immune Disease) の代表格として、また日本人の名前が付された数少ない病名 (eponymous name) であるにも関わらず、日本においてその患者数が比較的多いことから、「バセドウ病 (Basedow Disease)」とともに、ポピュラーな甲状腺疾患として広く知られるようになったのである。

参考文献

- 1) 葛原輝: 所謂淋巴腫性甲状腺腫 (Struma lymphomatosa) に就いて. グレンツ・ゲビート 5:133-140, 1931
- 2) Mikulicz, J. Über eine eigenartige symmetrische Erkrankung der Thranen und Mundspeicheldrüsen. Beitrage Zur Chirurgie. Festschrift gewidmet Theodor Billroth von seinen dankbaren Schülern zur feier des vollendeten funfzigsten Semesters seines akademischen Wirkens in Wien., Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892, pp610-630
- 3) Graham, A & McClaugh, EP. : Atrophy and fibrosis associated with lymphoid tissue in the thyroid. Struma lymphomatosa (Hashimoto). Arch Surg 22: 548-567, 1931
- 4) 榎哲夫. 橋本氏病について. 医学 11: 240-243, 1951
- 5) 秋田八年. 橋本氏病-その提唱者の面影と概要. 臨床の日本 3: 417-421, 1957
- 6) Roitt, IM & Doniach, D. Auto-antibodies in Hashimoto's disease (Lymphadenoid goiter). Lancet 2: 820-821, 1956
- 7) Doniach, D & Roitt, IM. Haku Hashimoto. Lancet (MAY 19), 1074, 1962
- 8) 徳 (橋本策博士顕彰記念), 阿山医師会編, 上野印刷(株), 昭和五十一年(非売品)
- 9) 秋田八年. 橋本策の不朽の業績. 臨床と研究 62: 2239-2245, 1985
- 10) YEARS OF HASHIMOTO DISEASE, Editors, S. NAGATAKI, T. MORI and K. TORIZUKA, INTERNATIONAL CONGRESS SERIES 1028, EXCERPTA MEDICA, 1983
- 11) Kazuo Hashimoto. My father and his teachers. Endocrine J. 49: 389-391, 2002
- 12) 佐藤 裕. 橋本病発見者—橋本 策. 医学のあゆみ 207: 116-120, 2003
- 13) 橋本和夫. 橋本策伝記等目録. 北陸医史学会雑誌 31: 135-141, 2009
- 14) 佐藤 裕. 橋本病の歴史-その始まりと定着過程. 臨床と研究 87: 831-837, 2010
- 15) Satoh, H & Tanaka, M. History of Hashimoto's Disease: From Its Beginning as Struma lymphomatosa to the Establishment of a New Diagnosis of Hashimoto's

Disease with a Biography of Hakaru Hashimoto and Brief History of Fukuoka
Medical College. J Jap Thyroid Association 4: 4-13, 2013

E 2019 年学会発表、論文

1 学会発表、講演

- ・第 56 回九州外科学会・第 55 回九州内分泌外科学会（2019.5.17 鹿児島）

「前頸静脈角周囲リンパ節郭清の臨床的意義」（口演）

佐藤 伸也、進藤 久和、山下 弘幸

- ・第 42 回日本乳腺甲状腺超音波医学会学術集会（2019.5.25-26 東京）

「甲状腺専門病院におけるコードレス型ポータブル超音波診断装置の活用法」（口演）

進藤 久和、森 祐輔、高橋 広、大迫 智弘、橘 正剛、佐藤 伸也、山下 弘幸

- ・第 31 回日本内分泌外科学会総会（2019.6.13-14 東京）

「原発性副甲状腺機能亢進症に対する 造影 CT 検査での局在診断向上に向けて」（口演）

進藤 久和、森 祐輔、高橋 広、佐藤 伸也、山下 弘幸

「甲状腺癌上縦隔リンパ節転移における経頸部アプローチ法の検討」（口演）

森 祐輔、大迫 智弘、橘 正剛、進藤 久和、佐藤 伸也、高橋 広、山下 弘幸

「前頸静脈角周囲リンパ節郭清の臨床的意義」（口演）

佐藤 伸也、森 祐輔、進藤 久和、高橋 広、山下 弘幸

- ・第 11 回二次性副甲状腺機能亢進症に対する PTX 研究会（2019.9.28 名古屋）

「カルシウム感受受容体（CaSR）の遺伝子解析により FHH type1 と最終診断した 4 例」（口演）

佐藤 伸也、大迫 智弘、森 祐輔、橘 正剛、進藤 久和、高橋 広、山下 弘幸、
菱沼 昭

- ・第 23 回臨床内分泌病理学会（2019.10.5 東京）

「臨床医と病理医のより良きコミュニケーションのために：甲状腺専門病院での経験から」（ワークショップ）

佐藤 伸也、山下 弘幸

- ・第 43 回日本乳腺甲状腺超音波医学会学術集会（2019.10.5-6 福島）

「甲状腺穿刺吸引細胞診における医療安全 穿刺における感染対策」（教育セミナー）

進藤 久和、森 祐輔、高橋 広、大迫 智弘、橘 正剛、佐藤 伸也、山下 弘幸

「原発性副甲状腺機能亢進症の 局在診断における超音波検査の役割」(口演)

進藤 久和、森 祐輔、高橋 広、大迫 智弘、橘 正剛、佐藤 伸也、山下 弘幸

・第 62 回日本甲状腺学会学術集会 (2019.10.10-12 群馬)

「バセドウ病放射性ヨウ素内用療法後の TRAb・TSAb 上昇例に関する検討」(ポスター)

橘 正剛、大迫 智弘、佐藤 有希、江藤 剛、山口 誠二、森 祐輔、進藤 久和、高橋 広、佐藤 伸也、山下 弘幸

「バセドウ病患者における放射性ヨウ素内用療法後の TRAb・TSAb 上昇に関する検討」(ポスター)

大迫 智弘、橘 正剛、佐藤 有希、江藤 剛、山口 誠二、森 祐輔、進藤 久和、高橋 広、佐藤 伸也、山下 弘幸

・第 52 回日本内分泌外科学会学術集会 (2019.10.17-18 東京)

「原発性副甲状腺機能亢進症の 局在診断向上にむけて」(シンポジウム)

進藤 久和、森 祐輔、高橋 広、佐藤 伸也、山下 弘幸

「甲状腺癌における頸部郭清術後乳糜胸症例の検討」(口演)

森 祐輔、大迫 智弘、橘 正剛、進藤 久和、佐藤 伸也、高橋 広、山下 弘幸

「Calcimimetics 全盛時代の二次性副甲状腺機能亢進症の手術術式：PTX の簡易化、定型化を目指して」(口演)

佐藤 伸也、森 祐輔、進藤 久和、高橋 広、山下 弘幸

・第 54 回日臨技九州支部 医学検査学会 (2019.11.2 熊本)

「これからの時代に必要なノンテクニカルスキルを実感する」(ワークショップ)

猪俣 啓子

「総合管理部門企画 検査技師の働き方を考える『新たな扉への挑戦を支えるゴールデンサークル理論とノンテクニカルスキル』」(シンポジウム)

猪俣 啓子

・第 29 回臨床内分泌代謝 Update (2019.11.29-30 高知)

「甲状腺全摘術を必要とした橋本病急性増悪の一例」(ポスター)

大迫 智弘、橘 正剛、森 祐輔、進藤 久和、高橋 広、佐藤 伸也、岡村 美砂、山岡 厚、山下 弘幸

「臨床内分泌代謝入門（ABC） 実症例に学ぶ甲状腺ホルモン検査の解釈の仕方ー正確な診断のためにー」

橘 正剛

2 発表論文、著書

- ・超音波 TECHNO 31 (3) 52-56, 2019

進藤 久和、山下 弘幸. 甲状腺専門病院における超音波検査の役割ー超音波検査報告書の活用法-

- ・臨床で使える！甲状腺疾患診療のテキスト 128-130, 2019

橘 正剛. ちょっと視点を変えて(25) TRAb を効果的に減少させるには？

- ・Thyroid FNA cytology -Differential diagnosis and pit fall- 2nd edition Kakudo K 編, Springer 2019 Chapter 58: 433-442

Satoh S, Yamashita H, and Kakudo K. Biochemical tests of fine-needle aspirates as an adjunct to cytologic diagnosis for patients with thyroid cancer or primary hyperparathyroidism.

- ・甲状腺学会雑誌 10(1) : 40-46, 2019

猪俣 啓子、永淵 正法、山下 弘幸. IgG4 甲状腺炎における IgG4 自己抗体の標的抗原の同定

編集後記

今回、当院はじめての年報をなんとか仕上げることができました。やました甲状腺病院としての病院年報作成を構想し、院長および病院総会で提案したのは1年以上も前でしたが、他の業務の多忙さにかまけて私自身が先延ばしにしておりました。2019年3月の年度末という切りのよい時期に何とか原稿を取りまとめることができ、一安心しているところです。

院内業務で報告書などを作成することはあってもこのような形で文章を作成するのがはじめてのスタッフもありましたので、院長も巻頭言で述べております通り今回は「簡潔でもよいからまずは始めてみましょう」というスタンスで作成しました。昔で言えばサントリー初代社長鳥井信治郎氏の「やってみなはれ」、最近ならジャニー喜多川氏の「You、やっちゃいなよ」の精神でしょうか。そうは言いつつも各部署とも自分達が常日頃行っている業務内容および今後の展望をうまくまとめて頂いたかと思います。内容的に少し乏しいところもあるかもしれませんが、今後少しずつ充実させていければと思っています。

今回、特別寄稿として2つの原稿を載せることに致しました。1つは私（佐藤伸也）の医者としての20年の成長？記です。これは私の元々の出身医局である大阪大学耳鼻咽喉科の同門会誌に2017年に寄稿したものです（大阪大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科同窓会、参九会誌第69号：107-113、2017）。今回、これを転載しようと考えた理由は、やました甲状腺病院の成立、発展の経緯が原稿の後半にコンパクトにまとまっていたので、当院スタッフの方々にも読んでいただこうと思ったからです。もう1つは佐藤裕先生が当院のために寄稿された「橋本病の歴史」です。佐藤裕先生は山下院長と同じ九州大学第一外科の同門で、医学の歴史に関して極めて造詣の深い先生であり、外科だけではなく他科の学会などにも招聘され、多数の医学史に関する講演をされています。今回は甲状腺と九州大学第一外科に関係の深い橋本策先生（橋本病の発見者）について、今まで「臨床と研究誌」や「日本甲状腺学会雑誌」などで執筆されてきた内容に加筆して寄稿していただきました。当院職員だけでなく甲状腺疾患に関わる全ての人に読んでいただきたい内容と思います。

今回、年報としての大まかなアウトラインを作ることができました。これを基に少しずつ内容を充実させて毎年作成していければと考えています。また、年報を作成することによって日々の診療業務の改善も図っていければと考えております。

（副院長 佐藤伸也）