第248回日本泌尿器科学会東海地方会

（2010年6月12日（土），於　中外東京海上ビルディング）

結節性硬化症を伴った，両側腎血管筋脂肪腫の1例：荒瀬栄樹，鈴木竜一，荒木富雄（鈴鹿中央総合），**谷 龍一郎，明星匡郎，泰　良行**（同放射線）　［症例］39歳，女性．［主訴］右下腹部腫脹［既往歴］特記すべきことなし［現病歴］2009年6月，右下腹部腫脹にて当院外科受診．CT にて両側多発性腎腫瘍を認め，当科紹介．［理学的所見］右下腹部腫脹あり，顔面・爪周囲に腫瘤あり．［画像所見］両側腎に脂肪を含有する腫瘍が多発．右腎下極に最大径11 cm 大の腫瘍あり．［臨床経過］両側腎に多発する血管筋脂肪腫（AML）と診断．肺嚢胞性病変，大脳皮質結節，顔面血管線維腫，爪周囲線維腫を合併しており，結節性硬化症と診断．右腎下極の AML に対して選択的腎動脈塞栓術（TAE）を選択．［術中所見］2009年7月23日，右下極枝のうち右上方の正常腎実質を保つように，腫瘍を栄養する動脈を選択的に TAE した．［術後経過］2009年8月5日，症状なく退院．現在34％の縮小率を認め，腎機能良好である．［考察］今回のような巨大な AML に対しても，安全で低侵襲な TAE が技術的に可能であり，腎機能温存に貢献した．

突然死を来たした左腎細胞癌の1例：宇佐美雅之，安積秀和，加藤文英（名古屋市立緑）　76歳，女性．体重減少と嘔気を主訴に前医受診し，精査目的にて紹介受診．CT にて，左腎下極に直径 8 cm の充実性腫瘍ならびに左腎静脈内に腫瘍塞栓を疑う所見を認め，左腎細胞癌の診断にて精査・治療目的に入院．入院4日目朝，心肺停止状態にて発見され，心肺蘇生するも改善なく死亡．剖検を行ったところ，左腎下極に直径 8 cm 大の充実性腫瘍，左腎から腎静脈にかけての腫瘍塞栓を認めた．また，両肺に虚血性変化はないものの，割面にて両側肺動脈内に白色～赤色塞栓が広範囲に認められた．病理所見において，左腎腫瘍は紡錘型腎細胞癌と診断．左腎静脈内および肺動脈内の塞栓物も，腎腫瘍と同様の紡錘型の異型細胞が認められた．以上より，左腎細胞癌（紡錘型），左腎静脈内浸潤，肺動脈腫瘍塞栓と診断．直接死因は，肺動脈内腫瘍塞栓に伴う循環・呼吸不全と考えられた．

腎部分切除後に仮性動脈瘤を来たした1例：井上　聡，藤田高史，坂元史稔，鈴木晶貴，石田昇平，小松智徳，木村　亨，辻　克和，絹川常郎（社保中京）　66歳，男性．1994年検診にて左腎腫瘍（血管筋脂肪腫）を指摘され定期通院していた．2010年2月当科受診時のエコー所見で異常を認め，ダイナミック CT で2年前と比べて軽度増大する，35×27 mm 大の低吸収腫瘤を左腎下極に認めた．充実性腫瘤の形態が不整形となっていたため血管筋脂肪腫と腎細胞癌の鑑別は困難であった．2010年4月左開放腎部分切除術施行．手術時間は227分，温阻血時間は28分，出血量は 323 g，病理は血管筋脂肪腫であった．術後10日目，2回肉眼的血尿あり．ダイナミック CT で切除部位周囲に 7×5 mm 大の仮性動脈瘤が疑われたため緊急で IVR 施行．腎下極枝の末梢に動脈瘤を，また動静脈瘻の合併も認めた．コイルを用いて塞栓し，良好な止血をえた．

Sorafenib の低用量投与で手術可能となった右腎癌の1例：米田達明，藤田知哲，吉田将士，今井　伸，工藤真哉（聖隷浜松）　70歳，男性．2008年4月に後頭部腫瘤を自覚し，腫瘤の増大を認めて同年10月に当院形成外科を受診．腫瘍生検が施行され，転移性腎細胞癌の疑い．全身検索の PET/CT で右腎下極に径 5 cm 大の腫瘍と多発性肺転移，肝転移，腹壁転移，腹膜播種，後頭部腫瘍を認めて当科に紹介．Sunitinib（50 mg）を開始したが，グレード3の血小板数減少で投与中止．その後も消化器症状や発熱など様々な有害事象が持続し継続治療を断念して，sorafenib（800 mg）に変更．肝機能障害，膵酵素上昇のため 200～400 mg まで減量して低用量で投与を継続．1年後に原発巣不変も，転移巣の縮小や消失を認め，原発巣に対して後腹膜鏡下腎摘除術を施行した．術後5カ月目の現在 sorafenib（400 mg）を投与中であるが，転移巣の増大なく経過良好である．

Neoadjuvant に Sunitinib 使用後，下大静脈腫瘍塞栓を合併切除した右腎癌の1例：山口朝臣，上平　修，平林裕樹，守屋嘉恵，木村恭祐，深津顕俊，吉川羊子，松浦　治（小牧市民）　61歳，女性．2009年11月，右腎癌にて紹介．精査にて下大静脈腫瘍塞栓，肺転移あり，右腎癌 cT3bN0M1 と診断．手術の際に腹腔内より下大静脈を遮断できるよう副肝静脈下方まで腫瘍塞栓を縮小させる目的で neoadjuvant 療法として sunitinib を2コース施行するも腫瘍塞栓は進展し，肺転移巣は著変なかった．Neoadjuvant 療法無効として2010年4月，開胸開腹にて右腎摘出および腫瘍塞栓摘出術施行．腎摘出物 946 g，病理診断は RCC，clear cell carcinoma，G3＞G2 であった．術後経過良好であり肺転移巣に対し手術を予定したが，胸部 CT 再検にて右肺動脈に腫瘍塞栓を認めたため今後 IFN あるいは Everolimus を導入する予定である．

腹腔鏡下により摘除した骨盤内多嚢腎の1例：西尾英紀，戸澤啓一，中岡和徳，岩月正一郎，小林大地，濱本周造，窪田泰江，小島祥敬，佐々木昌一，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋市大）　5カ月，女児．2008年12月嘔吐を主訴に近医受診し，超音波検査で右腎を認めなかったため，精査目的で当科紹介受診となった．MRI で骨盤内に嚢胞性病変を認めたものの診断に至らなかったため，2010年2月診断目的で腹腔鏡下にて腹腔内を観察．後腹膜下に嚢胞およびそれにつながる腎動静脈と尿管と思われる構造物を認めたため，これを摘除した．摘出標本は約 4×2 cm 大の表面平滑な黄色腫瘤で，病理結果は多発性の嚢胞を伴う異形成腎であった．本症例では，腹腔鏡下により画像では判断しえなかった骨盤内の多嚢腎を診断することができ，また摘除治療を低侵襲に施行することができた．腹腔鏡下摘除術は，小児多嚢腎に対する治療選択肢になりうると考えられた．

IgG4 関連腎炎の1例：池上要介，神谷浩行，橋本良博，岩瀬　豊（豊田厚生）53歳，男性．近医にて IgG 高値を指摘され当院受診し，画像上，両腎に占拠性病変を認めた．腎生検施行し IgG4 関連腎炎と診断した．現在ステロイドによる治療中である．

膀胱低悪性度乳頭状尿路上皮腫瘍の1例：山田佳輝，高木公暁，増栄成泰，宇野雅博，藤本佳則（大垣市民）　33歳，男性．腹部不快あり，内科にて腹部超音波検査を行ったところ膀胱内に腫瘍を認め当科紹介受診．初診時尿定性・沈渣で異常を認めず，尿細胞診 class 1，尿中 NMP 22 陰性であった．膀胱鏡にて後壁に小豆大の有茎性乳頭状腫瘍を2個認め生検にて尿路上皮癌・G1＞G2・pTa と判明した．CT では明らかな浸潤・転移を認めず表在性膀胱癌と診断し経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行，病理診断は Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential であった．外来経過観察中であるが現在までに再発を認めていない．

BCG 初回膀注後にライター症候群を発症し治療に難渋した膀胱癌の1例：西野　将，深見直彦，引地　克，平野泰広，和志田重人，有馬　聡，丸山高広，佐々木ひと美，日下　守，石川清仁，白木良一，星長清隆（保健衛生大）　50歳，男性．2009年8月膀胱腫瘍に対し TUR-Bt 施行．外来にて BCG 療法開始．翌日より発熱・関節炎・結膜炎出現したため，精査加療のため緊急入院．BCG 膀注後のライター症候群と診断．NSAIDS 投与したが症状改善せず，発症後18日目にソルメドロール 500 mg を3日間投与し21日目にプレドニゾロン 40 mg より内服開始．漸減したところ症状改善し，白血球・CRP も正常値を示した．BCG 初回膀注後に発症した例はわれわれが調べた限り，本邦で初であった．今回の症例では，ライター症候群を発症したため，BCG 療法を中断せざるをえず，cancer control に苦慮し根治的手術をせざるをえなかった．

膀胱肉腫様癌の1例：惠谷俊紀，坂倉　毅，阪野里花，金本一洋，矢内良昌（江南厚生）　52歳，男性．2008年5月に肉眼的血尿を認め，近医を受診し抗生剤などを投薬されたが改善しないため，同年6月に当科を紹介受診した．膀胱鏡やCT，MRI 検査で膀胱壁外浸潤を伴う非乳頭状腫瘍を認め，尿細胞診は陰性であったが，膀胱悪性腫瘍の臨床診断で同年7月に膀胱全摘除術，代用膀胱造設術を施行．摘出標本では膀胱の右側壁に広基性非乳頭状腫瘍を認め，組織診断は sarcomatoid carcinoma で一部に神経内分泌癌様成分を含んでいた（膀胱癌取り扱い規約第2版に準拠）．術後17カ月，20カ月での CT 検査

において肝臓 S6 領域に転移が疑われ，GC 療法を 2 コース施行し，肝転移巣は不明瞭化した．GC 療法を継続中である．膀胱の肉腫様癌は稀な膀胱悪性腫瘍であり，若干の文献的考察を交えて報告した．

前立腺小細胞癌の 1 例：福田勝洋，廣瀬真仁，成山泰道，窪田裕樹，山田泰之（海南）　59歳，男性．2005年 6 月に顕微鏡的血尿を主訴に近医を受診した．PSA 高値（119.2 ng/ml）にて前立腺針生検を施行され，前立腺癌と診断された（Gleason score 3＋4＝7）．T2N0M0 の診断であったが，患者の希望にてホルモン療法を施行されていた．2009年 9 月に転居に伴い当科紹介受診となった．当科受診時は PSA 0.01 以下であったが，尿閉であったため，前立腺癌の再燃と考えた．そこでホルモン療法から estramustine＋steroid 療法に変更し，尿閉に対しては間欠自己導尿で対応した．2009年12月に全身倦怠感が増強したため，CT を施行したところ，前立腺腫瘍の増大と，肝転移を認めた．NSE，ProGRP が異常高値を示したため，前立腺小細胞癌を疑い，2010年 1 月に前立腺針生検を施行した．病理組織学的に神経内分泌腫瘍のマーカーであるクロモグラニン A および CD56 が陽性であったため，前立腺小細胞癌と診断した．

同時両側性精巣腫瘍の 1 例：水谷晃輔，久保田恵章，前田真一（トヨタ記念），**北川　諭**（同臨床検査科病理）　41歳，男性．2009年10月に左精巣腫大を主訴に当科受診．採血結果と MRI により左精巣腫瘍と診断．MRI では右精巣内部の不整も認められたが，精巣容積 8 ml と萎縮しており確定診断には至らなかった．左高位精巣摘除後，Mixed germ cell tumor（Embryonal carcinoma，Immature teratoma，York sac tumor），病期 I と診断した．その後外来にて経過を観察していたところ，2010年 4 月，右精巣腫大，MRI にて右精巣腫瘍が疑われ右高位精巣摘除術施行．病理結果は Seminoma であった．以上の経過より同時両側性精巣腫瘍と診断した．　両側の精巣腫瘍は 2 ～ 5 %に見られ，組織型の異なるものは稀であると報告されている．本症例は組織型の異なる同時両側性精巣腫瘍としては本邦23例目であった．

陰茎 Verrucous carcinoma の 1 例：豊田将平，高田俊彦，宇野裕巳，米田尚生（岐阜市民），**山田鉄也**（同病理）　58歳，男性．2005年頃から陰茎亀頭に腫瘍を自覚していた．その後徐々に巨大化し悪臭を伴う浸出液が出るようになり2009年12月 3 日に皮膚科を受診した．12月 9 日に病変より生検し尖圭コンジローマと診断され，治療目的で当科へ12月16日に紹介となった．亀頭に外方増殖性で乳頭状，分葉状の腫瘍を認め，一部から生検を施行し尖圭コンジローマとの病理診断であったが，病変は大きく臨床的に悪性と診断した．2010年 1 月 6 日に腫瘍より margin を 1 cm とり陰茎部分切除術を施行した．摘出標本の病理では表皮索の棍棒状の肥厚，基底層での細胞異形が認められ Verrucous carcinoma と診断された．術後約半年を経過し再発は認めていない．

選択的動脈塞栓術が奏功した小児外傷後動脈性持続勃起症の 1 例：中根明宏，廣瀬泰彦，安藤亮介，秋田英俊，岡村武彦（安城更生）　7 歳，男児．初診10日前に外陰部を打撲し，3 日前から続く勃起状態で当科受診した．初診時のドップラーエコーにて右陰茎海綿体に動脈性の血流信号を認め，臨床経過と併せて外傷後の動脈性持続勃起症と診断した．3 日間の保存的治療で改善を認めず，全身麻酔下で左大腿動脈から 3 Fr シースを挿入し，2.4/2.0 Fr のマイクロカテーテルにより血管造影で右海綿体動脈から右陰茎海綿体への瘻孔を確認し，吸収性ゲル（スポンゲル®）により選択的陰茎海綿体動脈塞栓術を施行した．術直後から勃起状態が消失し，合併症を認めなかった．術後 4 カ月経過し再発を認めていない．AUA ガイドラインに則り診断し，保存治療にて軽快しない動脈性持続勃起症において選択的陰茎海綿体動脈塞栓術を行うことは，小児症例においても有効である．

腎淡明細胞肉腫の 1 例：田口和己，小島祥敬，守時良演，藤井泰普，山田健司，岡田淳志，梅本幸裕，安井孝周，河合憲康，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋市大）　2 歳，男児．近医小児科にて右腎腫瘤を指摘され当院紹介受診．右腹部に小児頭大の腫瘤を触知し，CT・MRI 上 17×13×11 cm 大の右腎腫瘍を認めた．経腹的右腎摘除術を施行．病理組織学的検査から日本 Wilms 腫瘍スタディグループ中央病理により腎淡明細胞肉腫と診断された．染色体検査にて末梢血での相互転座（1：6）を認め，免疫組織学的検査とウエスタンブロットにて分子標的薬の標的分子である EGFR・KIT 蛋白の高発現を認めた．Stage I として全身化学療法と放射線治療を施行，術後11カ月の現在，再発・転移を認めていない．腎淡明細胞肉腫は Wilms 腫瘍に比べ予後不良で，独自の治療プロトコルは確立していない．分子生物学的解析を加える事で発症要因の解明や新たな治療プロトコルの確立が期待された．

遺伝子診断で診断された腎原発滑膜肉腫の 1 例：引地　克，丸山高広，西野　将，平野泰広，和志田重人，深見直彦，佐々木ひと美，日下　守，石川清仁，白木良一，星長清隆（保健衛生大）　50歳代，男性，肉眼的血尿を主訴に外来初診．造影 CT にて左腎上極内側に 60 mm の造影効果不良な腫瘍を認め，左腎癌，T1bN0M0 と診断し 2010 年 2 月腹腔鏡下左腎摘出術を施行．腫瘍割面は灰白色で出血を伴い，免疫染色にてbcl-2，vimentin，sytokeratin いずれも陽性．RT-PCR 法にて SYT-SSX の fusion gene の発現を確認し synovial sarcoma monophasic fibrous type と診断された．

右心房内に転移を来たした腎細胞癌の 1 例：中根慶太，佐藤啓美，菊地美奈，清家健作，石田健一郎，小島圭太郎，三輪好生，安田満，横井繁明，仲野正博，出口　隆（岐阜大），**石田成吏洋，竹村博文**（同高度先進外科）　61歳，女性．子宮体癌精査中に左腎癌を指摘．広汎子宮全摘除術，根治的左腎摘除術施行．肋骨転移が出現し放射線および分子標的薬治療中であった．左下肢痛を自覚し，静脈血栓症を疑い精査したところ，造影 CT 検査，心臓超音波検査で右心房内に占拠性病変を認めた．PET-CT 検査で右心房に異常集積を認めたため，右心房腫瘍切除術を施行．病理診断は腎癌の右心房転移であった．腎癌が心臓に転移を来たすことは稀である．検索しえた限りでは，本症例は世界で29例目であった．腎癌心臓転移は心不全，塞栓症状を来たす可能性がある．外科的切除術が可能な場合，腫瘍塞栓による突然死のリスクを低下させることが期待できるため，選択肢の 1 つとして考慮すべきかもしれない．

膀胱転移を来たした腎細胞癌の 1 例：三木　学，舛井　覚，加藤学，吉尾裕子，長谷川嘉弘，神田英輝，山田泰司，曽我倫久人，木瀬英明，有馬公伸，杉村芳樹（三重大）　74歳，男性．肺炎にて CT 撮影時偶然に右腎癌を指摘された．2008年 9 月根治的右腎摘および左傍大動脈リンパ節郭清を施行．術後アジュバント療法として IFN-α，600万単位を週 3 回投与していたが，副作用が強く，6 カ月後に中止した．その翌月に肺転移を来たし，RFA を施行した．さらに，7 カ月後のフォローアップ CT にて膀胱後壁に非乳頭状有茎性腫瘍を認め，TUR-Bt を施行したところ病理組織結果は，転移性膀胱腫瘍，淡明細胞癌であった．腎癌の遠隔転移は肺，肝，骨に多く見られるが，膀胱転移は稀で，本邦報告例は約46例である．今回われわれは根治的腎摘除術後膀胱内再発を認めた症例を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告した．

全尿路全摘除後に生体腎移植を行った 1 例：松尾一成，加藤真史，大藪真理子，萩倉祥一，佐々直人，松川宜久，小川輝之，水谷一夫，吉野　能，山本徳則，服部良平，後藤百万（名古屋大）　52歳，男性．2001年左尿管腫瘍にて腹腔鏡下左腎尿管摘除術施行．膀胱腫瘍再発にて TURBT・BCG 療法を繰返し，2005年 1 月BCG 治療抵抗性膀胱腫瘍にて断端陰性を確認した上で右腎尿管温存し，膀胱全摘除術と代用膀胱造設術（Studer 法）を施行．同年12月右腎盂尿管癌再発にて右腎尿管摘除術施行（代用膀胱温存）．以降，血液透析導入．術後 4 年間腫瘍の再発なく，2009年80歳の母親を donor として生体腎移植を行った．高齢 donor の腎機能をイヌリンクリアランスで厳密に評価し，術前クロスマッチ陰性だが抗体陽性例のため脱感作療法を実施し，移植腎尿管を代用膀胱の chimney に吻合して速やかに腎機能発現．レシピエント・ドナーとも術後経過良好であった．

精巣転移を来たした前立腺癌の 1 例：川合健太，伊藤寿樹，石郷岡秀俊，鈴木孝尚，松本力哉，杉山貴之，永田仁夫，大塚篤史，高山達也，古瀬　洋，麦谷荘一，大園誠一郎（浜松医大）　63歳，男性．2007年に検診で PSA 17.2 ng/ml を指摘され当科受診．前立腺生検の結果，低分化型腺癌，gleason 5＋4，cT4N1M0，stage D1 の診断に対して内分泌化学療法，放射線療法などを施行（PSA nadir 0.05 ng/ml）．2009年 1 月に PSA が再上昇し，胸部 CT で多発肺転移を認め，同時期に右精巣の無痛性腫大と硬結を自覚．両側精巣摘除術の結果，右精巣は病理組織学的に PSA 染色陽性の低分化型腺癌であり，

前立腺癌の右精巣転移と診断．術後も PSA は漸増傾向であり，現在化学療法施行中である．前立腺癌の精巣転移は比較的稀であり，文献上，本邦53例目であった．

精索に発生した富細胞性血管線維腫の 1 例：西川源也，中村小源太，吉澤孝彦，加藤義晴，渡辺将人，勝田麗美，全並賢二，飛梅基，青木重之，伊藤要子，山田芳彰，本多靖明（愛知医大）　65歳，男性．右陰嚢痛を主訴に受診．右陰嚢内に精巣とは異なる，精索に沿った鳩卵大，表面不整，石様硬の腫瘤を触知し，右高位精巣摘除術を施行．病理検査にて精索から発生した富細胞性血管線維腫と診断した．

特別企画：地域連帯パス現状と問題：白鳥義宗（岐阜大医療情報部）　以前より日本の医療は自分の病院や医院においての医療を中心に考え，出来るだけそこですべてを完結することを目指す傾向が強かった．しかしながら，医療の内容が高度化，専門化する中，十分な医療リソースを整えることが難しく，自院だけで医療を完結することが困難となり，他院との連携の重要性がよりクローズアップされてきている．そのような中で，地域医療の均てん化や医療リソースの有効利用のために地域連携パスの整備や積極的な利用が推進されつつある．2006年の診療報酬改訂で大腿骨頸部骨折が認められてから，脳卒中，がん，認知症など徐々に領域が拡大されつつある．本講演では，まだまだ歴史の浅いこの地域連携パスについて，今一度原点の目的に立ち戻り，現状と問題点を岐阜地域での経験をもとに整理し，みなさんと振り返る機会にしたいと考えている．

特別企画：岐阜地域における地域連帯パス：竹内敏視（泌尿器科皮膚竹内クリニック），**石山俊次**（石山泌尿器科皮膚科），**出口　隆**（岐阜大）　岐阜地域では岐阜市医師会を中心に2006年 8 月岐阜医療連携実務者協議会が発足され，地域の統一連携パス作成と運用が行われている．一方，われわれ，泌尿器科医も2007年より病院とかかりつけ医，診療所の機能分化の推進を目的に泌尿器疾患連携パスの検討を重ね，岐阜市医師会との協議のうえ，2008年 1 月より PSA 検査，前立腺癌治療，尿路上皮癌，前立腺肥大症・排尿障害の 4 つの泌尿器疾患連携パスを作成し運用している．また PSA 検査パスは岐阜県がん診療連携拠点病院協議会のもと県内13施設の「PSA 地域連携パスに関する アンケート」に基づき，前立腺がん検診連携パス検討会において作成されている．2010年 4 月までに278例が登録され，尿路上皮癌（17例）および前立腺癌治療（56例）では泌尿器科専門医と多く連携されていたものの，PSA 検査では79％がかかりつけ内科医と連携されていた．そこでこれまでの立ち上げの経緯および運用上の問題点を中心に述べた．

特別企画：トヨタ記念病院での地域連携パスの経験：清家健作（岐阜大），**前田真一**（トヨタ記念）　前立腺癌検診の普及に伴い前立腺癌患者は増加しており，外来診察に占める割合の増加は外来診療時間および待ち時間の延長にもつながっている．高齢者や手術高リスク患者で，内分泌療法を受けている患者の通院負担の軽減をも考え，内分泌治療施行中の安定した患者を対象に循環型の地域連携パスの作成と導入を試みた．適応基準は，1）前立腺癌にてホルモン治療中の患者，2）PSA が 0.2 ng/ml 以下，3）副作用を十分理解し，日常生活に支障を来たしていない，4）1)～3）を満たし 3 カ月以上安定している患者とした．かかりつけ医での治療継続と当科への逆紹介の基準を明確にすることで治療の標準化を図った．2008年 2 月の連携パスの運用開始しから2009年12月31日まで38人を適応した．適応は患者に不安を持たせないよう順調に行え，開始初期からかかりつけ医での治療も特に問題なく開始でき，地域で前立腺癌患者を診ていく上で，当パスは有用な連携となりうると思われた．

特別企画：地域連携パスを用いた前立腺癌診療による病診連携推進のための取り組み：平野恭弘（藤枝市立総合）　前立腺癌診療における病診連携推進のために，4 種類の地域連携パスを作成した．バリアンス発生時は速やかに，バリアンスなく経過した場合は紹介 1 年後に当科受診を指示するよう紹介医に依頼した．2010年 3 月現在，94人の患者に地域連携パスを用いた当科と診療所双方による前立腺癌診療を行っている．紹介先は泌尿器科 7 カ所，非泌尿器科 6 カ所であった．22症例が紹介 1 年後に当科を受診し，全例において依頼した診療が適正に行われており引き続き診療継続を依頼した．バリアンスを 6 件認めた．その内訳は PSA 再燃，前立腺全摘後 PSA 再発，放射線治療後直腸障害の疑い，他因死が各 1 件，他の 2 件は当科で再び治療を受けたいと患者が自己判断で戻ってきたものであった．的確なバリアンス設定により診療が適正に行われることで，拠点病院とかかりつけ医による地域連携パスを用いた標準的で効率的な前立腺癌診療が可能と思われた．

特別企画：社会保険中京病院での地域連携パスへの取り組み：木村亨，井上　聡，坂元史稔，鈴木晶貴，石田昇平，藤田高史，小松智徳，辻　克和，絹川常郎（社保中京）　愛知県がん診療連携協議会の決定に従い，当院では地域連携クリティカルパスの作成・運用に取り組んでいる．当科でも前立腺癌に対する地域連携パスの立ち上げを計画しているが，院内で使用するパスとは違ったいくつかの疑問や問題に直面し，思いのほか準備に手間取っている．例えば，周辺にパスに協力してくれるかかりつけ医がいることが必要で，かかりつけ医も前立腺癌診療に関する知識が求められるが，中京病院周辺には泌尿器科を標榜している開業医がほとんどいないのが現状である．またパスの形式についても，種々の状態の患者を 1 つ形式のパスで取り扱おうとするとパスが複雑になる可能性が高くなり無駄も増えるが，患者の状態によってパスを使い分けることになれば，使用するパスの種類が増え，それはそれで煩雑となる．こういった問題点に対する当院での取り組みやパスの試案などについて報告させて頂く．