

1. 診療科目目標

保土ヶ谷中央病院外科は、地域の病院連携・協力体制を維持し、診療体制の充実に努める。また、横浜市ならびに神奈川県内での消化器疾患診療の中核施設として、高度な医療を提供し、市民のニーズや期待に応えられるセンターを目指す。

(1) 外科部門の機能向上推進

他部門、他業種との連携を十分にはかり、一つの目標に向かって邁進する必要がある、それを個々のスタッフに啓蒙、教育することが非常に重要と考える。それぞれの医療現場において個の発展ならびに組織の発展という発想に切り替えられるような教育をしたい。それにより組織力を高められるよう努力する。

(2) 入院治療の充実と効率的な外来診療について

病床利用率の向上と在院日数の短期化を両立させることを目標とする。そのためには、入院前の外来での術前評価を確実に行うこと、周術期管理を安定化させ、術後在院日数をクリニカルパスどおりにすること必要となる。したがって、若手スタッフにも十分に教育を行う。また、外来では定期的な通院を行うが、経過が安定している患者様は積極的に開業クリニックに逆紹介をはかる。また、化学療法を可能な限り外来でおこなえるように、化学療法室も拡充を図る。

(3) 社会貢献として、市民や医療従事者対象の講演会やセミナーを開催し、消化器疾患の予防や早期発見の啓蒙活動を行い、さらには医療の地域連携を促進する。

(*) 院内の各種ルール、マニュアル、業務手順等を遵守する。

2. 診療体制

A. 入院診療に関する役割と責任体制

(1) 医師の責任体制

保土ヶ谷中央病院外科は、病棟および外来ともに各医師が患者に責任を持って診療にあたる。最終責任者は部長であり、部長不在時もしくは委嘱された場合においては病棟主治医が代行する。

部長—病棟主治医—チーム担当医

(2) 病棟診療に関する役割と責任体制

部長—病棟主治医—チーム担当医で診療にあたる。主治医とは、患者の診療に主たる責任を有する医師を指す。原則として主治医以外の医師はチーム担当

医となる。チーム担当医は、主治医の指示の下、主治医の診療を補佐、あるいは自ら診療を実施する医師を指すが、主治医資格のある担当医は検査・診療等の診療行為を直接行なうことができ、各検査および治療の指示、患者への説明、インフォームドコンセントの取得をする。患者の入退院は主治医の責任で決定する。オーダーリング画面・入院診療計画書・入院指示簿に主治医、担当医名が明記される。

(3) 治療方針の決定

治療方針は部長の責任のもとで決定される。主治医、チーム担当医は毎日担当患者を診察して病状を把握し、所見を速やかに診療録に記載する。部長および主治医、チーム担当医は、原則1日1回以上の回診を行い、外科の全入院患者に対する個々の医師の診療状況を把握し、助言・指導するとともに、主治医やチーム担当医と常に意見交換を行い適切な治療方針を決定する。

手術などの治療方針の最終決定は、毎週水曜日、15:00 から、全員で検討し行うことを原則とする。また、医師・病棟看護師との全体病棟カンファレンスも原則として毎週開催し、術後診療計画、見直しを計り、常に診療科として統一された診療提供に努める。この他、必要時には不定期で症例カンファレンスを行う。

(4) 病棟カンファレンスの開催と意義

入院患者について医師と病棟看護師等のスタッフとの全体カンファレンスを以下の目的で週一回定期開催する。また、各スタッフが必要と判断した際には不定期で開催することが可能である。

(ア) 患者に対する検査・治療方針の検討

(イ) 医師・病棟看護師・薬剤師等と患者の病態・情報の共有

(ウ) 患者・家族の希望・要望を共有し、またがん治療の継続、終末期医療、呼吸器装着などについて検討する

(エ) 各医師間における診療の質の向上と均一化。

(5) 退院の決定

患者の退院は、チームカンファレンスで各病棟チーム長の指導の下、入院診療主治医の責任で決定する。必要に応じて、毎週行われる全体カンファレンスで部長に相談・報告を行う。また、退院日については、病棟師長と相談して最終決定する。

B. 外来診療の主治医および外来診療体制

(1) 外来診療に関する役割と責任体制

外来担当医は原則として一人の診療医が主治医として決定され、診察、検査、治療を行う。判断に迷う場合には、部長または、チーム担当医に相談して治療

方針を決定する。専門医・指導医以外の医師が外来診療を行う際には、必要に応じて診療方針を相談・確認するようにし、かつ専門医・指導医はこれを指導する。入院患者の退院後の外来診療主治医は、入院診療主治医と相談して決定する。また、必要に応じて、外来患者クリニカルカンファレンスを随時開催することができる。

(2) 治療方針の決定

主な疾患の治療はガイドラインに沿って行う。判断に迷う場合には専門医・指導医に相談、あるいは全体カンファレンスで検討して各医師との情報共有を図る。

(3) 入院の決定

各外来担当医師の判断で入院の適応を決定する。決定に迷う場合は部長に相談する。入院後の検査・治療方針の説明は原則として入院前に本人および家族によく説明し承諾を得る。全患者に入院診療計画書を渡し入院の目的、計画を明確に伝え、署名していただく。

(4) セカンドオピニオン

診療にあたっては患者の権利としてセカンドオピニオンを聞く権利があることが保証されている。治療内容についてのインフォームド・コンセントに際し、セカンドオピニオンを聞く権利についても説明し、セカンドオピニオンを希望する患者には速やかにセカンドオピニオンのための紹介状、検査資料を用意する。また、他院からのセカンドオピニオン希望には原則、紹介元への返事を即日患者さんに手渡す。

(5) 時間外・緊急時の対応

C. 検査・手術・治療の説明と同意

手術、侵襲を伴う処置・検査を行う場合や癌治療の際には、それらの内容・必要性・安全性・代替治療等について説明書を用いて事前に患者・家族に良く理解できるよう十分説明する。治療方針の決定・計画には患者・家族の意見を尊重し、理解・同意が得られたことは同意書により確認して電子カルテに綴じる。また、疑問点が解決できない場合や納得できない場合など、セカンドオピニオンという方法があることを説明し、患者の自己決定権を尊重する。

D. 倫理的に問題になりやすい事柄に対する対策

(1) 診療の妥当性

(ア) 患者に不利益をもたらさないため、検査・治療の適応を医学的に的確に判断する。

(イ) 患者の意思や患者の社会性を考慮した治療計画を立案する。

(ウ) 十分に説明し理解を得るインフォームド・コンセントを行う。

(エ) 高難度医療技術を用いた治療や保険適応外診療が必要な場合には、院内

の当該委員会に申請し、許可を得る

(2) 倫理的問題

癌の治療法の選択、癌治療の継続の必要性、終末期医療、延命処置などに対し、患者の意思を尊重し、患者・家族・看護師等と相談して検討する。

(3) 臨床研究

研究を行う場合には、倫理委員会の承認を得て、患者に不利益を与えることなく、患者に十分な理解と文書による承諾を得た後、遂行する。

E. 外科科における代表的疾患の治療ガイドライン

代表的疾患として疾患を下記に挙げる。原則的には各学会より出版されている治療ガイドラインに従う。

<食道癌>

・内視鏡的切除

リンパ節転移の可能性が非常に低い Stage0 症例を対象とする。狭窄予防処置を行うことで、全周性の病変であっても積極的に施行している。内視鏡的切除後に病理検査でリンパ節転移のリスクが高いと診断された場合には、手術もしくは化学放射線療法による追加治療を施行する。

・手術治療（＋補助化学療法）

耐術可能な Stage I～III の症例を対象とする。Stage II, III の症例では手術単独では再発の可能性が高いため、術前補助化学療法 (FP 療法あるいは DCF 療法) を原則的に行う。Stage I 症例では、化学放射線療法と手術療法の治療成績が同等であることを説明し、手術同意の得られた症例を対象とする。

・化学放射線療法

原則的に放射線化学療法により病巣の制御が期待でき、治癒が望める場合に適応となる。根治目的の化学放射線療法の適応は、手術治療を希望されない Stage I, II, III 症例、および局所進行のため切除不能な Stage IVa 症例である。同時併用を原則とするが、高齢者、全身状態不良な症例では、放射線照射を先行で行い、その後化学療法を行う逐次併用療法を行っている。また、遠隔転移を伴う Stage IVb 症例は基本的に適応外であるが、通過障害を伴う場合には緩和的放射線療法の適応となる場合がある。

・放射線単独療法

耐術不能、もしくは化学療法併用不能な Stage I～IVa 症例を対象とする。通過障害を伴う Stage IVb 症例に対して緩和目的に施行することもある。

- ・薬物治療（免疫チェックポイント阻害剤を含む）

狭窄のない Stage IV 症例を対象とする。また、上記の化学放射線療法の対象症例のうち、照射予定部位にすでに放射線治療歴があるなどの放射線照射が不可能な症例も対象となる。

<食道粘膜下腫瘍>

- ・手術治療

つかえ感などの症状がある、増大傾向にある、悪性が疑われる場合に適応となる。胸腔鏡下腫瘍核出術を原則とし、リンパ節郭清は行わない。

<食道アカラシア>

- ・手術治療

手術リスクが低く、内視鏡治療に抵抗性の症例を対象とする。術式は腹腔鏡下筋層切開、噴門形成術（Heller-Dor 手術）を原則とする。

<食道裂孔ヘルニア>

- ・手術治療

食道胃接合部のうち、薬物治療に抵抗性の滑脱型（I 型）、傍食道型（II 型）、自覚症状を伴う混合型（III 型）、胃以外の臓器の脱出を伴う複合型（IV 型）を対象とする。腹腔鏡下手術による食道裂孔の縫縮と噴門形成を原則とする。症例により Mesh を用いた修復を行う場合もある。

<食道憩室>

- ・手術治療

嚥下痛、嚥下困難、食物の停滞感、逆流・嘔吐などの症状を伴う場合に手術適応となる。憩室切除に加え、発生部位・成因により付加手術を行う。咽頭食道憩室では輪上咽頭筋切離を、横隔膜上憩室では筋層切開、形成術を行う。

<胃癌>

- ・手術治療

1. Stage I （第 15 版）：腹腔鏡下胃切除を適応としている。
2. Stage II～III （第 15 版）：腹腔鏡下胃切除あるいはロボット支援下胃切除を適応としている。
3. 周囲への浸潤傾向の強い症例、合併切除症例は開腹術を適応としている。
4. 術式選択：U 領域に局限している症例は噴門側胃切除・double tract 再建/食道胃吻合を、ML 領域に局限している症例は幽門側胃切除を、それ以外に進展している症例は胃全摘を適応としている

- ・化学療法

1. Stage III SOX 療法、大型 3 型/4 型症例には DOS vs FLOT 療法、食道胃接合部癌には DOS vs FLOT 療法をそれぞれ多施設共同試験（JCOG 1509,

2204, 2203)として行う。

2. Stage IV (第 15 版) : 全身化学療法を行う。遠隔転移巣が制御されている症例 (CY1 単独症例、単発肝転移、16a2/b1 転移、腹膜播種消失、Virchow 転移消失など) に対しては積極的に conversion surgery を行っている。

< 結腸癌 腹腔鏡/ロボット手術 >

・手術療法

1. 原則的には、ステージ 0-Ⅲすべての症例に適応となる。切除不能の stage IV 症例であっても R0 切除が可能と判断される場合は切除の適応とする。また原発巣の切除は腹腔鏡手術、ロボット支援下手術の適応である。
2. 高度心機能、または肺機能低下症例で気腹困難な場合は開腹手術を選択することがある。

< 直腸癌 腹腔鏡/ロボット手術 >

1. 原則的には、ステージ 0-Ⅲすべての症例に適応となる。切除不能の stage IV 症例であっても R0 切除が可能と判断される場合は切除の適応とする。また原発巣の切除は腹腔鏡手術、ロボット支援下手術の適応である。
2. 膀胱部分切除、子宮、付属器合併切除、骨盤内臓全摘術も適応となる。
3. 高度心機能、または肺機能低下症例で気腹困難な場合は開腹手術を選択することがある。
4. 直腸癌 taTME
 - ・原則的には、肛門温存を予定する肛門縁から 6cm までのステージ 0-Ⅲ直腸癌症例に適応となる。
 - ・切除不能の stage IV 症例であっても肛門温存を予定する肛門縁から 6cm までの直腸癌原発切除には適応である。
 - ・肛門縁から 6cm までの症例以外の症例であっても、再手術症例、拡大切除など taTME が有用と考えられる症例には適応となる。
5. 術前化学療法
 - ・下部直腸を主座とするステージⅢ直腸癌症例、かつ、術前 MRI による評価で CRM が 1mm 以上と予想されるが、広範なリンパ節転移陽性と診断される症例が適応である。
 - ・Xelox (もしくは FOLFOXIRI) + 分子標的薬で行う。化学療法終了後、2-4 週後に手術を施行する。
6. 直腸癌 化学放射線療法
 - ・原則的には、術前化学放射線療法として行う。年齢は 80 歳までを適応とする。
 - ・下部直腸を主座とするステージⅡ、Ⅲ直腸癌症例、かつ、術前 MRI による評価で CRM が 1mm 未満と予想される、もしくは側方リンパ節転移陽性と診断される症例が適応である。
 - ・カペシタビン (D 法) 内服 + long course RT (45-50.4Gy) で行う。
 - ・化学放射線治療終了後、8-12 週後に手術を施行する。
7. 直腸癌 Total Neoadjuvant Therapy (TNT)

- ・ 原則的に TNT は臨床試験として施行する。
- ・ 8. 直腸癌 腹腔鏡/ロボット側方郭清術
 - ・ 下部直腸を主座とするステージⅢ直腸癌症例、かつ、術前 MRI、CT 検査による評価で側方リンパ節転移陽性と診断される症例が適応である。
 - ・ 術前 MRI、CT 検査において側方リンパ節が指摘されない症例に側方郭清は行わない。

<切除不能・進行再発大腸癌 化学療法>

1. 患者の状態に応じてレジメン選択を行うが、原則オキサリプラチンベース ➡イリノテカンベース ➡TAS-102/レゴラフェニブが適応となる。
2. 左側大腸癌 RAS wild では抗 EGFR 抗体薬、右側大腸癌は抗 VEGF 抗体薬を使用する。
3. 全身化学療法施行前に RAS, BRAF, MSI, HER2 のステータスを確認し、そのステータスに応じてガイドラインでの推奨治療を施行する。

<肝細胞癌>

肝障害度 AB の腫瘍個数 3 個以下の症例に対しては、原則肝切除を考慮する。また、切除に際して、兵庫医大予後得点 ($-84.6 + 0.933 \times (\text{肝実質切除率}) + 1.11 \times (\text{ICGR15}) + 0.999 \times (\text{年齢})$) 40 点以上あるいは予定残肝 ICGK <0.05 を満たすような過大肝切除が必要な場合には、門脈塞栓術を考慮する。また、部分切除が可能な症例に対しては腹腔鏡下肝切除を考慮する。

<転移性肝癌（大腸癌肝転移）>

再発巣が片葉あるいは 3 個以内にとどまる場合は、原則切除療法を考慮するが、両葉 4 個以上・主幹脈管への浸潤・肝外転移を伴う場合には、術前化学療法を検討する。なお、切除に際して、肝細胞癌と同様、門脈塞栓術や腹腔鏡肝切除を考慮する。

<膵臓癌>

膵癌取り扱い規約(第 7 版)における切除可能膵癌 (resectable) に対しては、切除療法を先行させる。ただし、切除可能境界膵臓癌 (borderline resectable)、切除不能膵癌 (unresectable) に対しては、化学療法を先行させる。化学療法は GEM±nab-PTX を原則として行う。化学療法の結果、切除可能となれば手術療法を検討する。また、切除後は、補助化学療法として S-1 投与 4 コース施行を検討する。

<Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN;膵管内乳頭粘液性腫瘍)>
主膵管型; IPMN 国際診療ガイドライン (2017 年版) に基づき、主膵管径 $\geq 10\text{mm}$, 黄疸、壁在結節を認める症例で切除療法を考慮する。膵切除断端は術中迅速に提出し、low grade dysplasia 以下を確認できるまで追加切除を検討する。

分枝膵管型；膵液細胞診にて high grade dysplasia 以上あるいは壁在結節を認める症例では切除を考慮する

<Solid-pseudopapillary neoplasm>

原則的に切除療法を行う。腫瘍の完全切除を行えば95%以上で根治可能であり、リンパ節転移頻度は低く予防的リンパ節郭清は不要で、各種縮小手術を検討する。

<Mucinous cystic neoplasma (MCN) >

膵体尾部に発生することが多く、悪性の疑いがない場合には、腹腔鏡下脾温存尾側膵切除を行う。

悪性の疑いがある場合には、通常型膵癌に準じた術式を行う。

<非機能性膵 NET>

NET 診療ガイドラインに基づき、原則として切除療法を検討する。

腫瘍径により、以下の術式を検討する。

< 1 cm：膵切除(核出)

1cm≦ <2cm 膵切除(核出)+リンパ節郭清

2cm≦ 定型的膵切除+リンパ節郭清