心がけてきたこと
～分断しないこと～

神栖市きらっせプロジェクト コーディネーター
茨城県立中央病院 名誉院長
地域医療振興協会 練馬光が丘病院 管理者
永井秀雄

1. 自己紹介

2. 専門医と総合医

3. 日本の医療提供体制
～急性期・回復期・慢性期～

4. 分断しない医療
～症例を通して～

自己紹介

1973年9月　　東京大学医学部医学科卒業
1974 – 1978年　社会保険群馬中央総合病院外科医員
1978 – 1980年　東京大学医学部附属病院外科医員
1980 – 1983年　東京都老人総合研究所臨床病理
1983 – 1984年　東京大学医学部第一外科助手
1986 – 1987年　ドイツ・ヴュルツブルク大学フンボルト奨学生
1988 – 1991年　国立療養所東京病院外科医長
1991 – 1999年　自治医科大学消化器・一般外科助教授
1999 – 2007年　自治医科大学消化器・一般外科主任教授
2007 – 2015年　茨城県立中央病院院長
2015 – 現在　茨城県立中央病院名誉院長
2019 – 2023/3 さいたま記念病院院長
2023/4 – /8　さいたま記念病院診療統括部長・名誉院長
2023/9 – 2024/6 地域医療振興協会練馬光が丘病院副管理者
2024/7 – 現在 地域医療振興協会練馬光が丘病院管理者

Ann Surg 204:65-71, 1986

Lymphatic and Local Spread of T1 and T2 Pancreatic Cancer

A Study of Autopsy Material 小膵癌のリンパ節転移および局所進展

HIDEO NAGAI, M.D.*† AKIRA KURODA, M.D. YASUHIKO MORIOKA, M.D.†

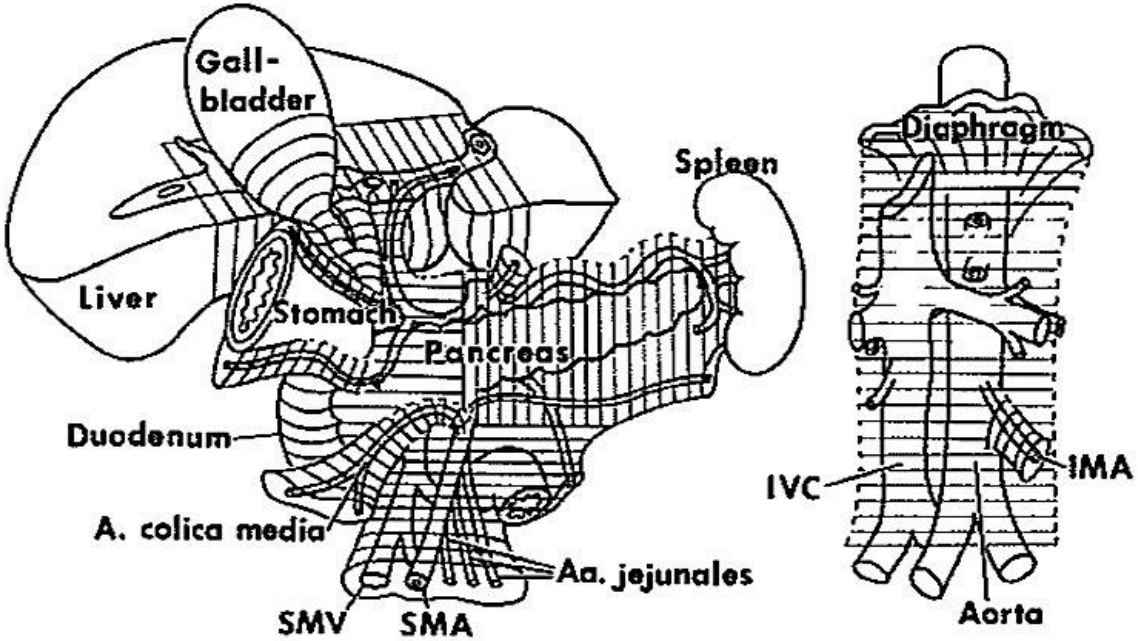


FIG. 1. Schematic drawing of serial step sectioning of the pancreas and its surrounding structures. IMA = inferior mesenteric artery. IVC = inferior vena cava. SMA = superior mesenteric artery. SMV = superior mesenteric vein.

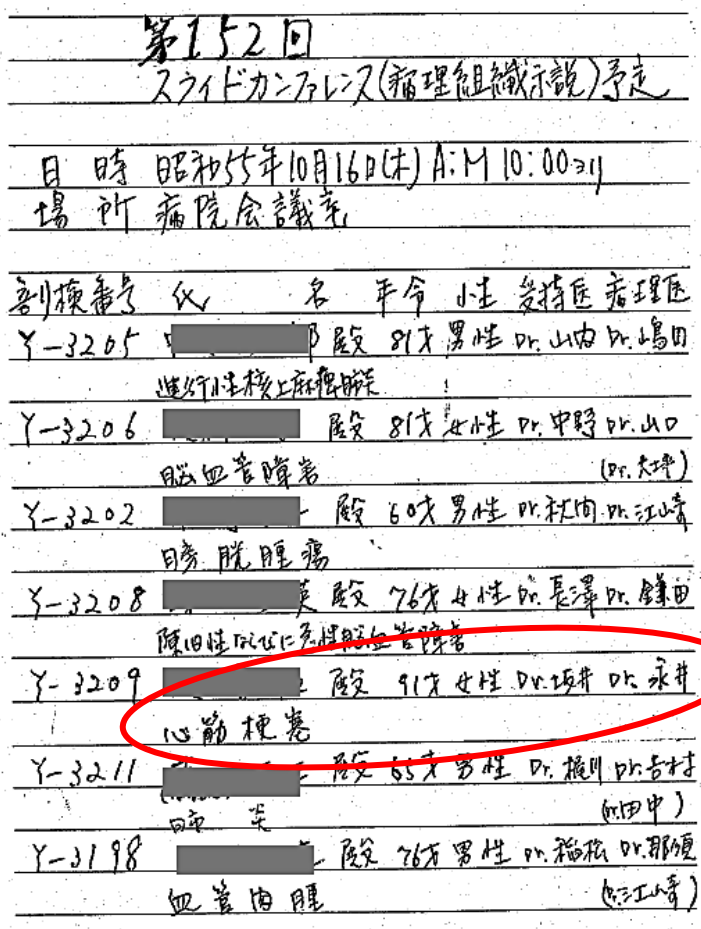
From our study, although it is composed of a small number of cases, it has been suggested that some of T1 and most of T2 pancreatic cancers have a rather extensive spread, such as para-aortic lymph node metastasis and major vascular involvement. This means that pancreatic cancer, even of small size and with macroscopically localized extension, has an extremely malignant nature, which results in a very low rate of long-term survival in patients with this disease. However, as demonstrated by our two T1 cases with primary tumors less than 1 cm in diameter, extremely small pancreatic cancers may have a limited extension, which is most likely to be resected with a chance for cure. In this respect, early diagnosis of pancreatic cancer is urgently needed.

小膵癌であっても想定外の進展を示し、予後不良の原因はここにある。
しかし1cm以下であれば手術で根治できる可能性がある。
そのためには1cm以下の膵癌の早期発見が強く望まれる。

病理解剖[1980-83年]

（東京都立老人総合研究所臨床病理）

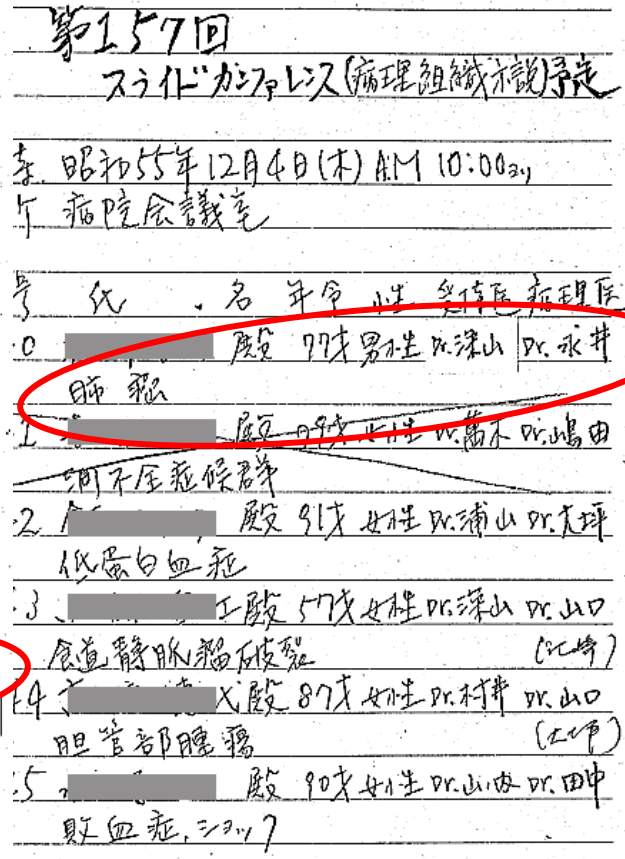
現 東京都長寿健康センター研究所


第152回
スライドカンファレンス(病理組織示説)予定

日時 昭和55年10月16日(木) A.M 10:00ヨリ
場所 病院会議室

剖検番号 氏名 年令 性 臨床医 病理医
Y-3205 [redacted] 殿 81才 男性 Dr.山内 Dr.嶋田
進行性核上麻痺症候群
Y-3206 [redacted] 殿 81才 女性 Dr.中野 Dr.山口
脳血管障害 (Dr.大坪)
Y-3202 [redacted] 殿 60才 男性 Dr.秋山 Dr.江崎
肝 脂肪腫瘍
Y-3208 [redacted] 殿 76才 女性 Dr.長澤 Dr.鎌田
陳旧性および急性脳血管障害
Y-3209 [redacted] 殿 91才 女性 Dr.坂井 Dr.永井
心筋梗塞
Y-3211 [redacted] 殿 65才 男性 Dr.横川 Dr.吉村
肺 癌 (Dr.田中)
Y-3198 [redacted] 殿 76才 男性 Dr.稲垣 Dr.那須
血管肉腫 (Dr.江崎)

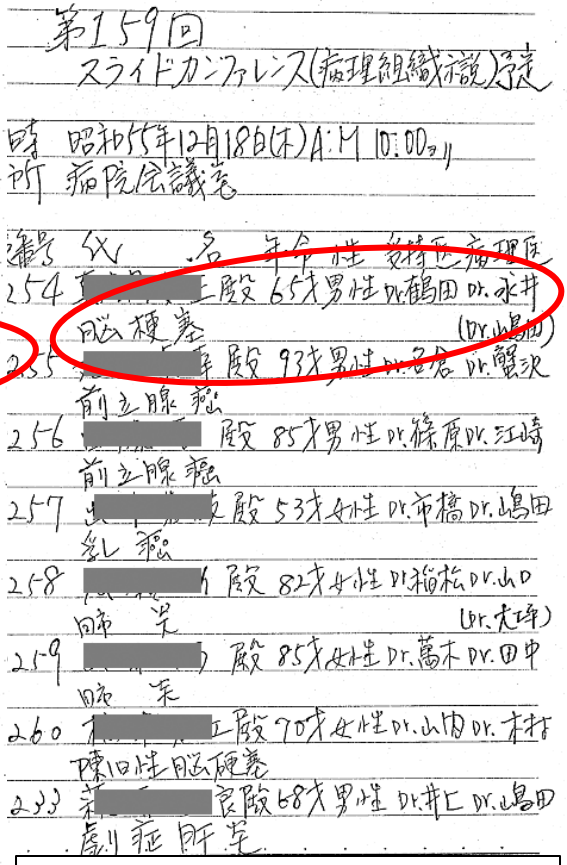
心筋梗塞（病理医 永井）


第157回
スライドカンファレンス(病理組織示説)予定

日 昭和55年12月4日(木) A.M 10:00ヨリ
所 病院会議室

氏名 年令 性 臨床医 病理医
0 [redacted] 殿 77才 男性 Dr.深山 Dr.永井
肺 癌
1 [redacted] 殿 [illegible]才 女性 Dr.高木 Dr.嶋田
~~間質性腎炎候群~~
2 [redacted] 殿 91才 女性 Dr.浦山 Dr.大坪
低蛋白血症
3 [redacted] 殿 57才 女性 Dr.深山 Dr.山口
食道静脈瘤破裂 (江崎)
4 [redacted] 殿 87才 女性 Dr.村井 Dr.山口
胆管部腫瘍 (江崎)
5 [redacted] 殿 90才 女性 Dr.山内 Dr.田中
敗血症, ショック

肺癌（病理医 永井）


第159回
スライドカンファレンス(病理組織示説)予定

時 昭和55年12月18日(木) A.M 10:00ヨリ
所 病院会議室

氏名 年令 性 臨床医 病理医
254 [redacted] 殿 65才 男性 Dr.鶴田 Dr.永井
脳梗塞 (Dr.嶋田)
255 [redacted] 殿 93才 男性 Dr.[illegible] Dr.蟹沢
前立腺癌
256 [redacted] 殿 85才 男性 Dr.篠原 Dr.江崎
前立腺癌
257 [redacted] 殿 53才 女性 Dr.市橋 Dr.嶋田
乳癌
258 [redacted] 殿 82才 女性 Dr.稲垣 Dr.山口
肺 癌 (Dr.大坪)
259 [redacted] 殿 85才 女性 Dr.高木 Dr.田中
肺 癌
260 [redacted] 殿 70才 女性 Dr.山内 Dr.大村
陳旧性脳梗塞
233 [redacted] 殿 68才 男性 Dr.井上 Dr.嶋田
劇症肝炎

脳梗塞（病理医 永井）

武田勝男編. 新病理学各論、1979年、南山堂

bleeding, hypertensive cerebral hemorrhage

普通**脳出血**といえば，この型の大出血をさす．日本では死因別統計で主位を占め年齢的に 50～60 歳台に多く，女性より男性に多い．高血圧者に卒中発作 apoplectic fit or attack は突然おこるのが特徴である．大量出血の場合は直ちに死の転帰をとるか，またはある時期の後に死亡する．ことに脳室内に破れたものはいわゆる**脳室タンポナーデ** ventricular tamponade のため死を免れることはできない．しかし比較的小さい出血の場合では吸収されてある程度の半身不随 hemiplegia を残して治癒する．

図 557. 脳 出 血
被殻および内包部に出血して側脳室にも血腫形成．

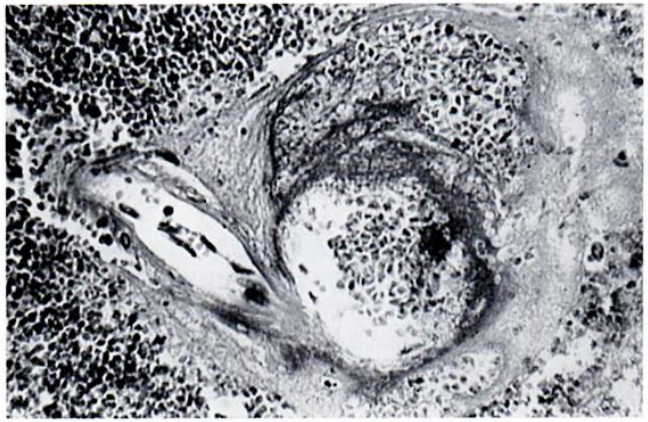


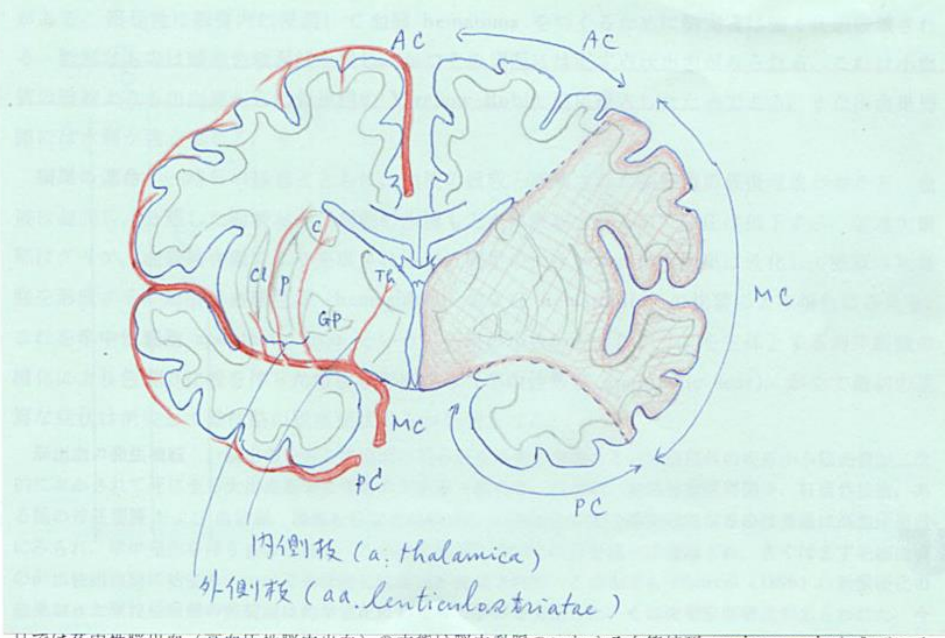
図 558. 脳出血の組織像
出血巣内にみられた小動脈の破綻像で血管壊死→動脈瘤様拡張→破綻の経過をとったものと思われる．

出血の好発部と血管

脳出血はレンズ核領域の外側に好発し，とくにレンズ核，被殻の外側と外包にそっておこる．大出血では周囲脳組織に拡大して内包，脳幹さらに脳室内にも侵入する．

従来内包 capsula interna が好発部位といわれていたが内包に原発することはまれで，二次的に波及するに過ぎないという（松岡）．その他脳橋 pons にもおこるが，小脳や大脳核以外の大脳の部分におこることはまれである．出血部位は脳動脈分布と密接な関係があり，中大脳動脈から枝分れして脳幹核に分布する枝に頻発する．外側枝はとくに出血をおこしやすいので**脳出血動脈** artery of cerebral hemorrhage とよばれる．

肉眼的所見　出血の大きさは帽針頭大から胡桃，リンゴ大から脳半球の大部分にわたるもの



日では卒中性脳出血（高血圧性脳内出血）の本態は脳内動脈のいわゆる血管壊死 angionecrosis ならびにそれに基因した真性小動脈瘤の破綻性出血であると信じられている（松岡，大根田）．その脳出血の直接原因である血管壊死は類線維素変性にほかならないという（大根田）．この血管壊死は出血例では中型動脈（直径 150～500 μ），小型動脈（50～150 μ），細血管（50 μ 以下の細動脈と毛細血管）のすべてにみられるが小型および中型動脈の血管壊死が脳出血の原因として重要であるという（大根田）．血管壊死の成り立ちはさまざまな原因による血管透過性亢進の結果，血漿蛋白質ことに線維素が内腔から内膜へ侵入し沈着することである．

3. 脳梗塞 cerebral infarction **および脳軟化** encephalomalacia, cerebral softening, *Hirnerweichung*

脳は血液の欠乏に敏感で，動脈が閉鎖されるとその支配下に直ちに壊死がおこり，さらに軟化する．これを脳軟化という．**肉眼的**に貧血性梗塞であるため局所の病巣は蒼白で白色軟化とよぶが，ときに出血のため赤褐色を呈する場合（赤

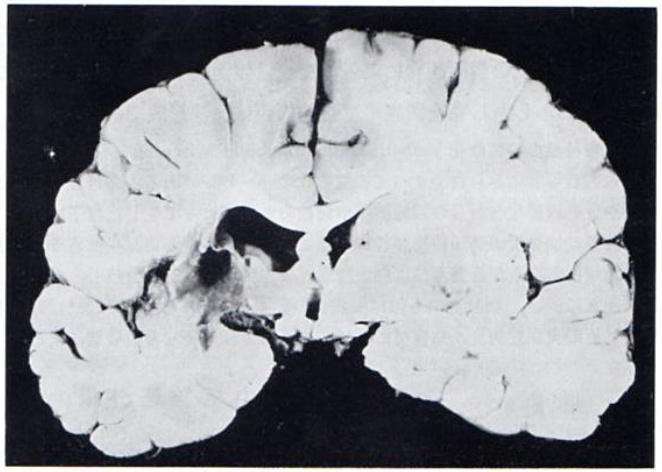


図 559. 脳 軟 化
左側において軟化嚢胞が認められる．

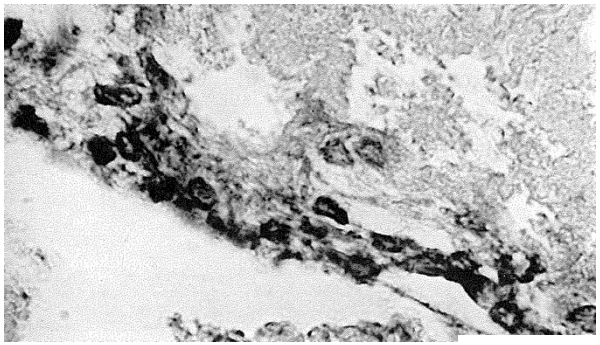
西ドイツ・ヴュルツブルク大学外科留学の成果

Gastroenterology. 1989 Mar;96(3):838-47.

Role of pancreatic enzymes and their substrates in autodigestion of the pancreas. In vitro studies with isolated rat pancreatic acini.

Nagai H[1], Henrich H, Wünsch PH, Fischbach W, Mössner J.

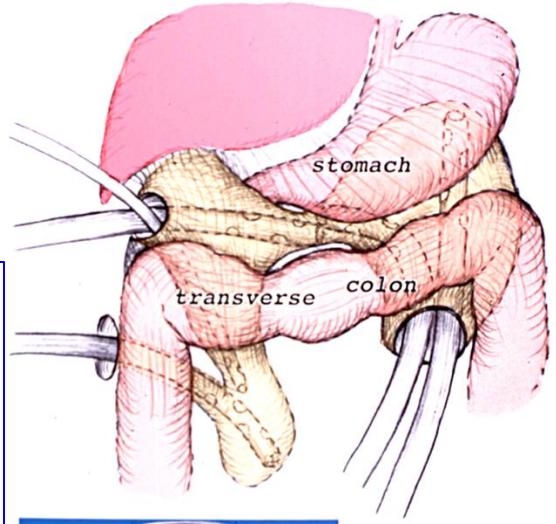
Activated trypsin



Lipase + fat

→急性膵炎の病態の主因となる膵酵素はトリプシン等のプロテアーゼではない。リパーゼ＋脂肪組織だ！

重症急性膵炎は、なぜ肥満者に多いか、なぜ肥満者で重症化するのか、なぜ「アリの巣」状の壊死通路ができるのか、なぜ膵臓はほぼ正常の形態で残るのか、を説明するには「リパーゼ＋脂肪組織」説がもっとも妥当。「最初に膵臓壊死」では説明がつかない。



◀necrotic masses of fatty tissues

重症急性膵炎における膵周囲壊死脂肪組織の除去・ドレナージ

J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2003;10(1):48-56.

Configurational anatomy of the pancreas: its surgical relevance from ontogenetic and comparative-anatomical viewpoints.

Hagai H[1].

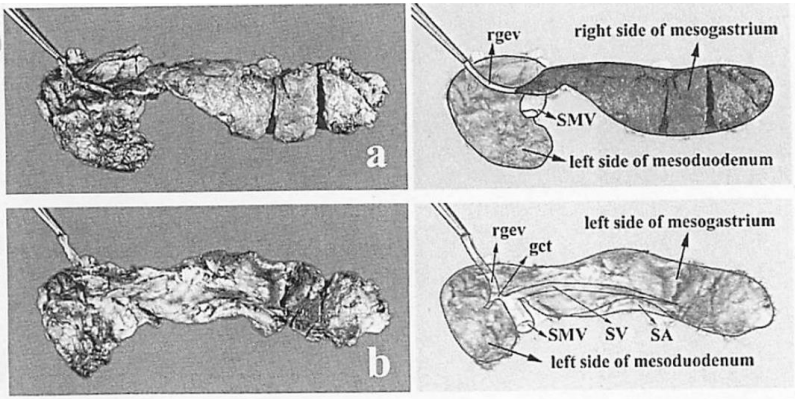
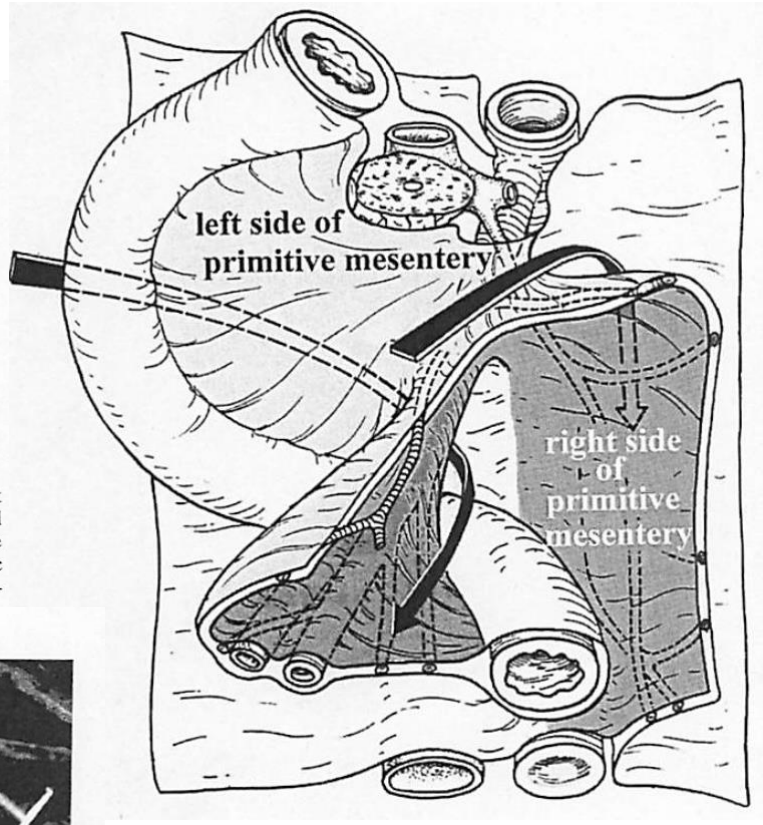


Fig. 2a,b. Demonstration of distal pancreas rotation using autopsy material. **a** In-situ appearance of the pancreas (anterior view). There is an abrupt transition at the neck between the head (*light tone*) and the distal part (*dark tone*) of the pancreas. **b** Assumed prototypic appearance of the pancreas after "corrected" rotation of the distal panc

One can see a smooth transition from the anterior surface (left side of the embryonic mesoduodenum) of the pancreatic head to the posterior aspect (left side of the mesogastrium) of the pancreatic body and tail. *gct*, gastrocolic trunk; *SA*, splenic artery; *rgev*, right gastroepiploic vein; *SMV*, superior mesen-



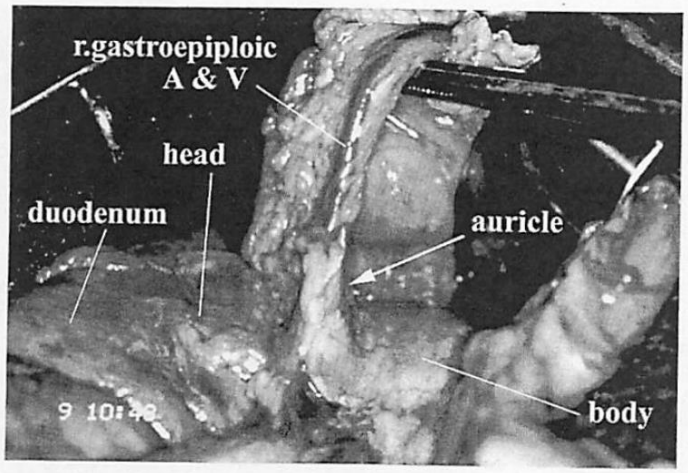


Fig. 3. Auricle or ear of the pancreas. A pyramidal projection of the pancreatic neck is extended upward along the right gastroepiploic artery and vein (*A & V*)

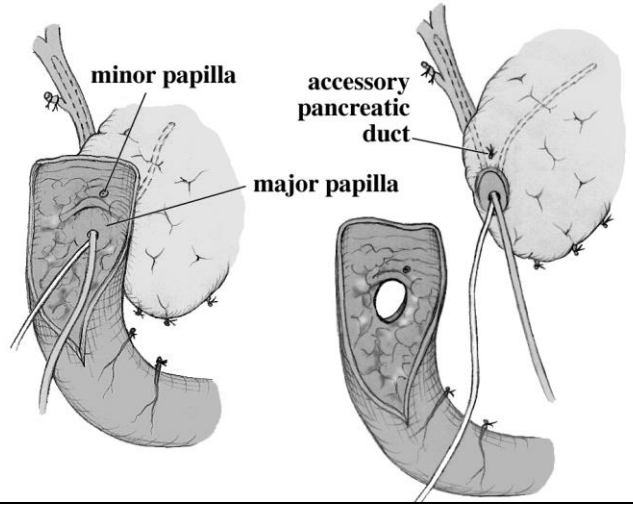
回り道の3年半
に学んだ病理
解剖の成果

Hepatogastroenterology. 1999 May-Jun;46(27):1953-8.

Pancreas-sparing duodenectomy: classification, indication and procedures.

Nagai H[1], Hyodo M, Kurihara K, Ohki J, Yasuda T, Kasahara K, Sekiguchi C, Kanazawa K.

回り道の病理医時代に得た知見をもとに、新術式を提案。



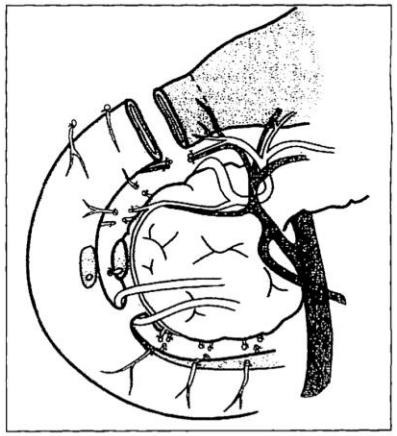


FIGURE 4 Dissection of the duodenum from the pancreas for type III pancreas-sparing duodenectomy. The extraduodenal portion of the major papilla is taped.

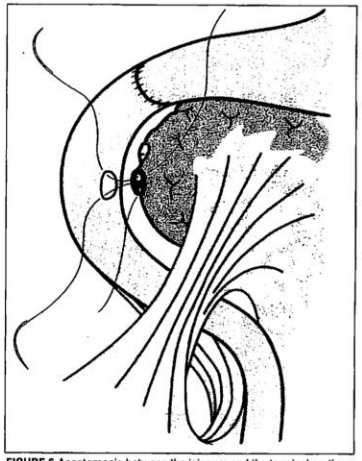


FIGURE 6 Anastomosis between the jejunum and the terminal portions of the bile and pancreatic ducts after type III duodenectomy.

Ann Surg. 1996 Feb;223(2):194-8.

Pancreatoduodenectomy with preservation of the pylorus and gastroduodenal artery.

Nagai H[1], Ohki J, Kondo Y, Yasuda T, Kasahara K, Kanazawa K.

Ann Surg. 1995 Apr; 221(4): 359–363. PMCID: PMC1234584

Study of surgical anatomy for duodenum-preserving resection of the head of the pancreas.

W Kimura and H Nagai

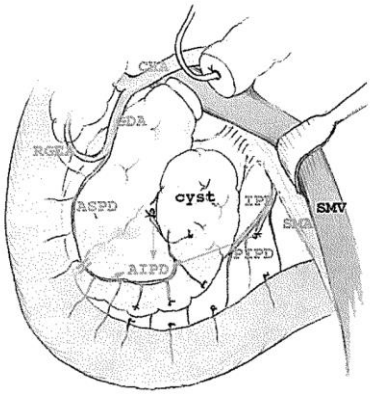
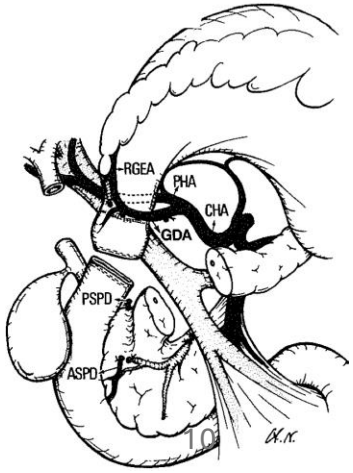


Figure 2. Schema of gastroduodenal artery dissection from pancreas and severance of duodenum. ASPD: anterior superior pancreaticoduodenal artery; CHA: common hepatic artery; GDA: gastroduodenal artery; PHA: proper hepatic artery; PSPD: posterior superior pancreaticoduodenal artery; RGEA: right gastroepiploic artery.



自治医大外科 助教授～教授時代の手術
16年間（1991/4 ～ 2007/3）

総手術数　2390例

腹腔鏡下胆道手術	877
胃・大腸他 鏡視下手術	425
膵頭十二指腸切除	225

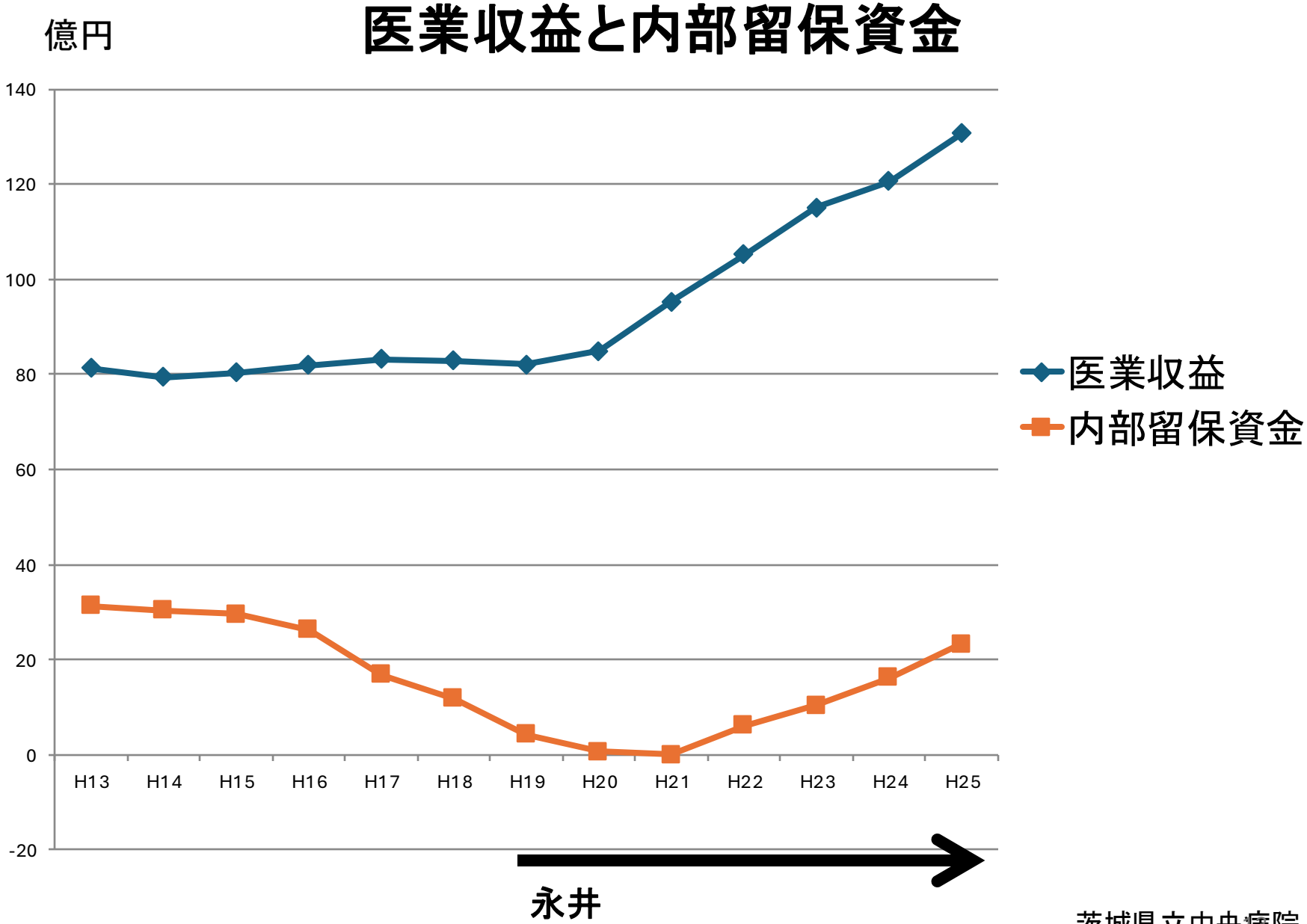
茨城県立中央病院院長時代の手術支援・手術教育（8年間・1036例*）

2007年度	52例
2008年度	76例
2009年度	119例
2010年度	140例
2011年度	167例
2012年度	178例
2013年度	169例
2014年度	135例

*

腹腔鏡下胆道手術572、胃・大腸他鏡視下手術76、開腹胆摘33、膵頭十二指腸切除92、膵体尾部切除18、肝切除43、胆道癌切除23、その他179（胃切除、大腸切除、イレウス・虫垂切除・脾摘・副腎摘除・腹膜炎手術 etc.）

医業収益と内部留保資金



茨城県立中央病院

199床（一般病棟 104床、療養型病床 40床、回復期リハビリテーション病棟 55床）

常勤職員数 約300名

医師 10（内科・総合診療科 6、外科 2、整形外科 1、泌尿器科 1）

多職種カンファレンス（毎週火曜日）

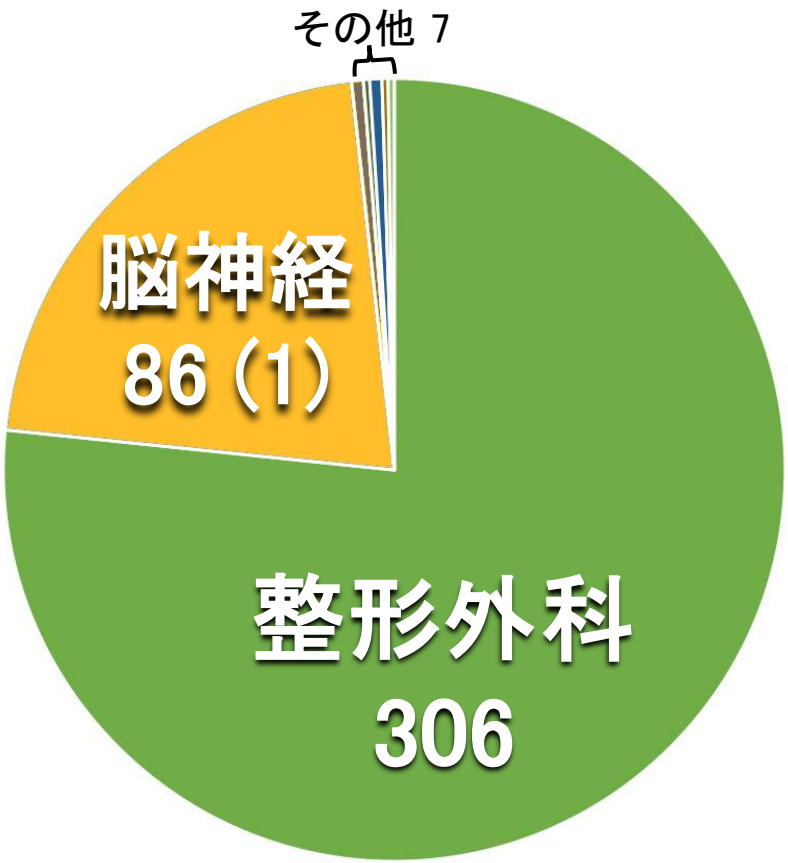
永井担当・入院患者の疾患別割合（延1053名）

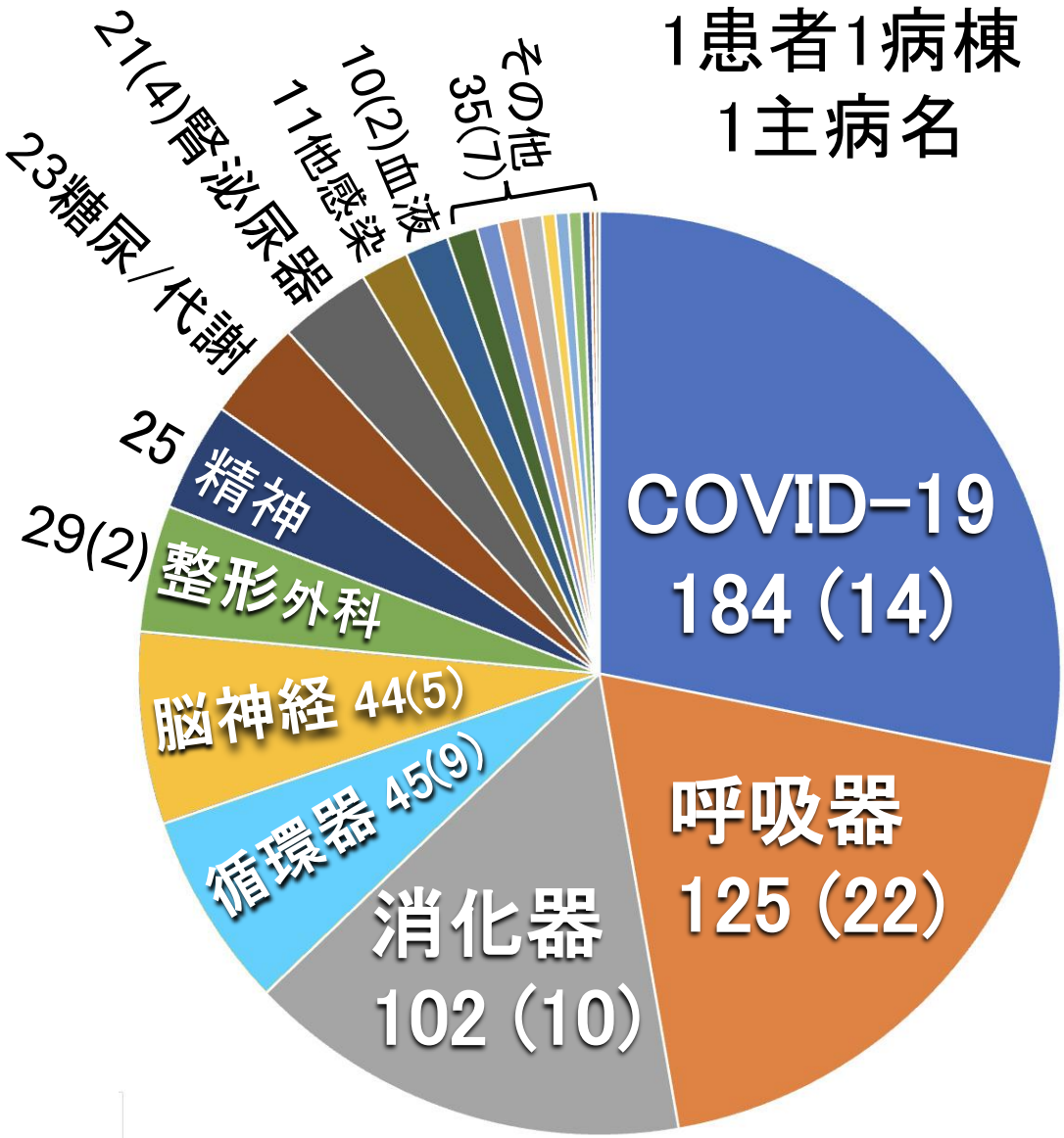
（2019.4.5-2023.8.5）

（ ）内は死亡退院数

（N=76）

1患者1病棟
1主病名





回復期リハ（N=399）

内科（N=628）・療養（N=26）

Sub-sub-subspecialty：膵臓外科

Sub-subspecialty：肝胆膵外科

内視鏡外科

Subspecialty：消化器外科

基本領域専門医:外科

心がけてきたこと

人間をトータルにみること

「みる」

見る、観る、視る、診る、看る

高みを極めるには・・・

医学生・研修医・専門医の時代を通して自分が意識して来たこと

上部消化管外科 -- 食道外科
下部消化管外科 -- 肛門外科
肝胆膵外科 -- 肝移植

サブスペシャルティ領域専門医

基本領域専門医取得後、専門科目を選定し研修

サブスペシャリティ領域（24領域）

- 糖尿病内科
- 内分泌代謝内科
- 消化器内視鏡
- 肝臓内科
- 内分泌外科
- 腫瘍内科
- 老年科
- 感染症
- アレルギー
- 放射線治療
- 放射線診断
- 乳腺外科
- 小児外科
- 心臓血管外科
- 呼吸器外科
- 消化器外科
- 膠原病・リウマチ内科
- 腎臓内科
- 脳神経内科
- 内分泌代謝・糖尿病内科
- 血液内科
- 呼吸器内科
- 循環器内科
- 消化器内科

基本領域専門医

基本領域専門医取得のための研修（3年以上）

臨床研修終了（2年間）

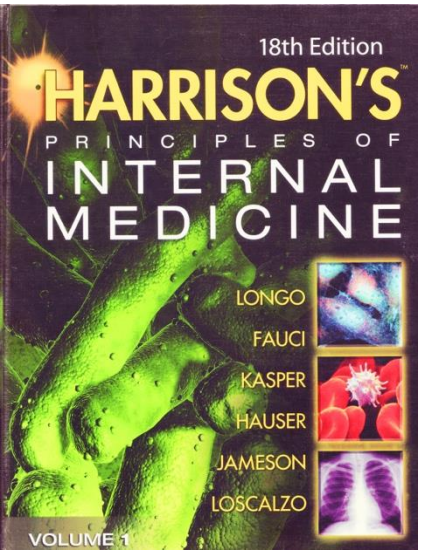
基本領域（19領域）

- 総合診療
- リハビリテーション科
- 臨床検査
- 病理
- 眼科
- 麻酔科
- 救急科
- 精神科
- 皮膚科
- 放射線科
- 耳鼻咽喉科
- 形成外科
- 整形外科
- 脳神経外科
- 泌尿器科
- 産婦人科
- 小児科
- 外科
- 内科

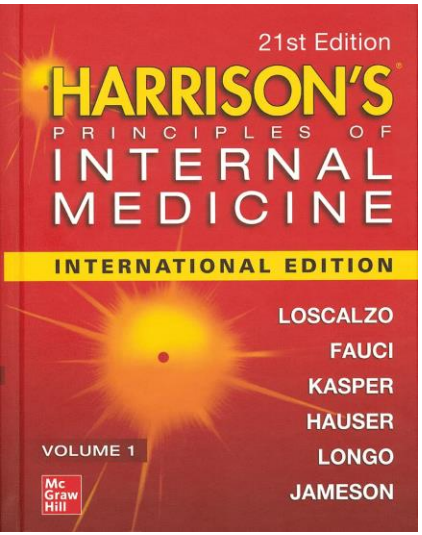
専門医 vs 総合医

専門医 ＆ 総合医

医学生時代の教科書・参考書（臨床）



Harrisonの Internal Medicine（内科学）を読んで思うのは、これはInternal Medicine（内科学）ではなくClinical Medicine（臨床医学）だということです。このClinical Medicine（臨床医学）を学んだ上に外科があり、整形外科があり、眼科があり、精神科があり、小児科がある、という考えです。従来の内科専門領域の消化器内科、循環器内科、呼吸器内科などは外科、小児科、精神科等と並存する形になるのではないかと考えるのです （下図）。（さいたま記念病院院長ブログ）



総合診療科
臨床検査科
病理科
形成外科
リハビリテーション科
救急科
放射線科
眼科
整形外科
精神科
小児科
麻酔科
脳神経外科
耳鼻咽喉科
産婦人科
外科
消化器科
内分泌代謝科
腎臓科
リウマチ膠原病科
循環器科
血液科
脳神経科
呼吸器科
感染症科
腫瘍科

臨床医学（旧内科学）

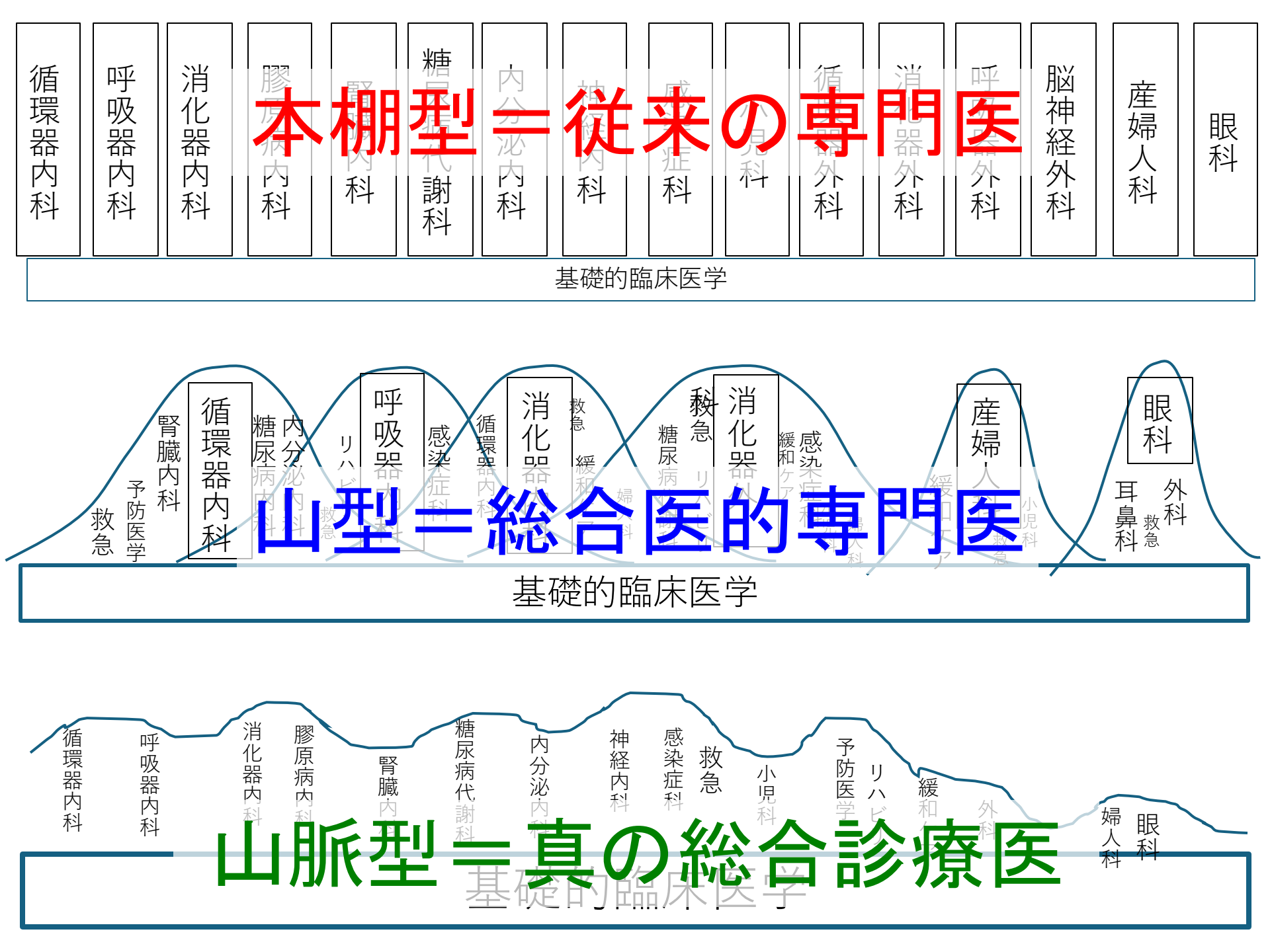
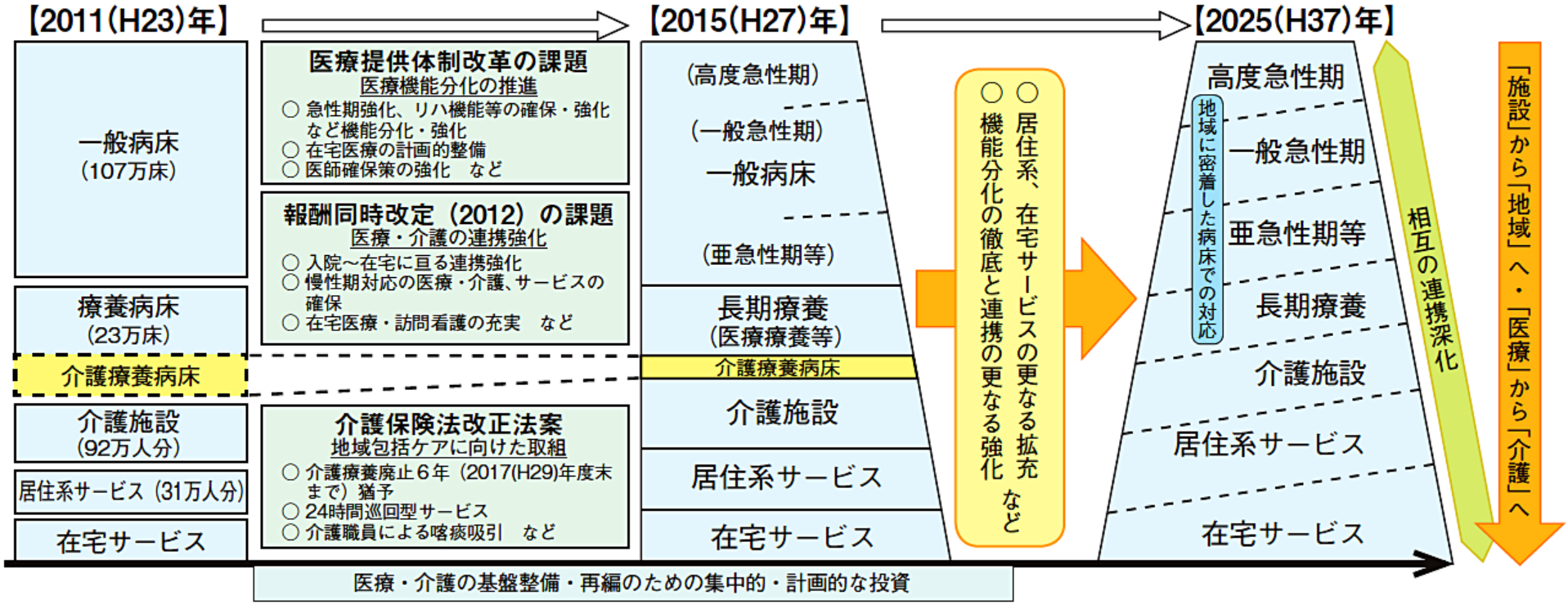

循環器内科
呼吸器内科
消化器内科
膠原病内科
腎臓内科
糖尿病代謝科
内分泌内科
神経内科
感染症科
小児科
循環器外科
消化器外科
呼吸器外科
脳神経外科
産婦人科
眼科
基礎的臨床医学
本棚型＝従来の専門医
循環器内科
腎臓内科
予防医学
救急
内分泌内科
糖尿病内科
呼吸器内科
リハビリ
感染症科
消化器内科
救急
緩和ケア
消化器外科
救急
糖尿病
感染症科
緩和ケア
産婦人科
眼科
外科
耳鼻科
救急
基礎的臨床医学
山型＝総合医的専門医
循環器内科
呼吸器内科
消化器内科
膠原病内科
腎臓内科
糖尿病代謝科
内分泌内科
神経内科
感染症科
救急
小児科
予防医学
リハビリ
緩和ケア
外科
眼科
婦人科
基礎的臨床医学
山脈型＝真の総合診療医

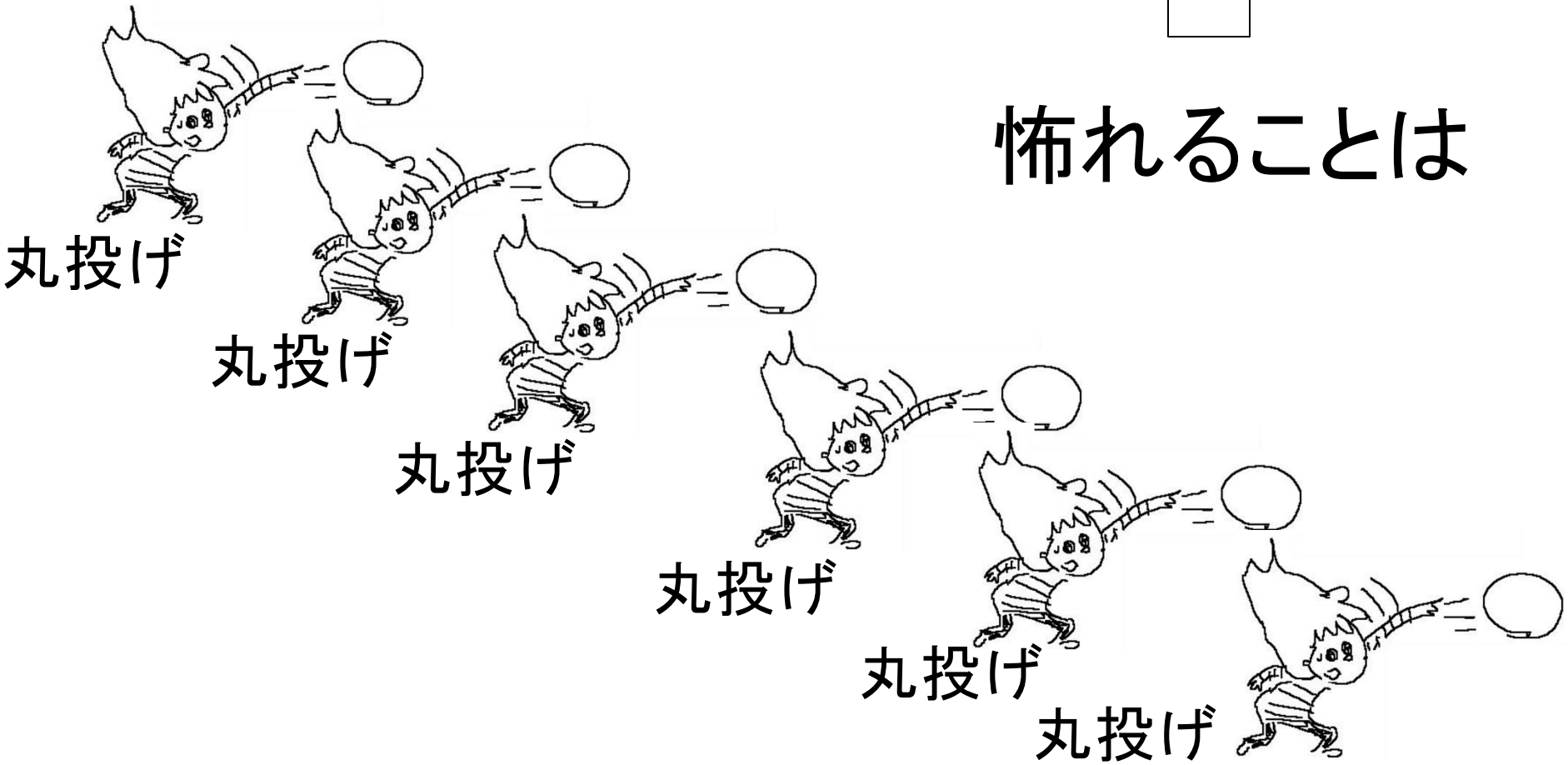
図　将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ



医療・介護機能再編についての国の方向性（本棚型の分断連携？）

高度急性期 → 一般急性期 → 亜急性期等 → 長期療養 → 介護施設 居住系サービス 在宅サービス

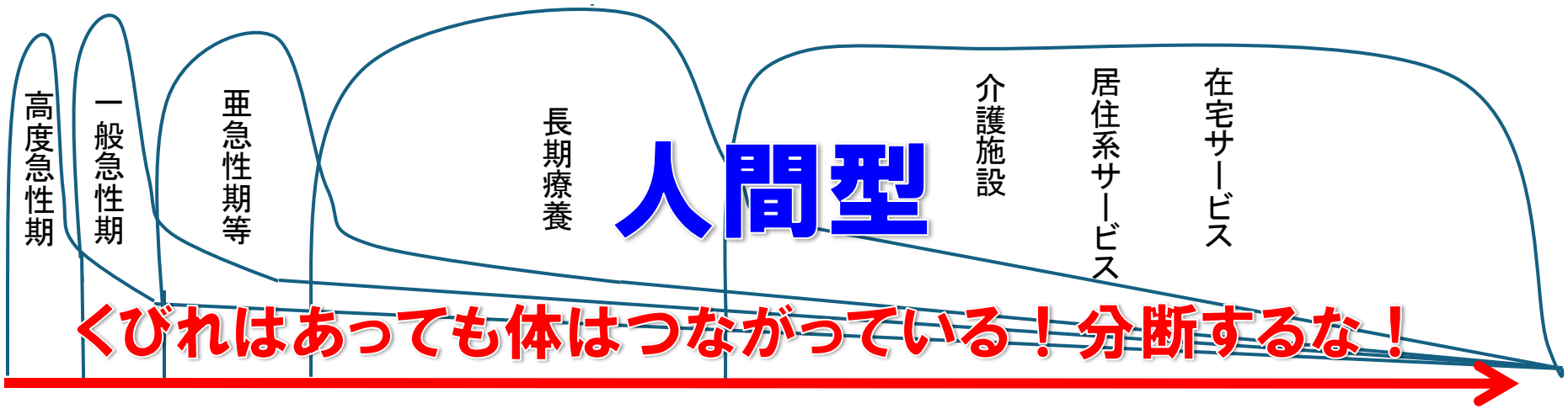
怖れることは



医療・介護機能再編についての国の方向性（本棚型の分断連携？）

高度急性期 → 一般急性期 → 亜急性期等 → 長期療養 → 介護施設

居住系サービス

在宅サービス

真のシームレスな連携（丸投げとならないために）：重なりと1本のスジ