



EDUCATIONAL COURSES of JUA 2025 in FUKUOKA

日本泌尿器科学会

2025年卒後教育プログラム

2025年4月17日(木)～19日(土)

福岡:福岡国際会議場・福岡サンパレス ホテル&ホール

第112回日本泌尿器科学会総会における「卒後教育プログラム」の担当講師のご紹介と内容の概説(シラバス)をお届けいたします。会員の皆様方のご参加をお待ちいたしております。

本総会における卒後教育プログラムでは、日本専門医機構による専門医制度に対応したプログラムとして、泌尿器科領域講習19コース、共通講習として5コースの24コースを設定しています。

本プログラムの実施にあたりましては、総会会長の江藤 正俊教授(九州大学)および教室の先生方より全面的なご支援とご協力を頂いておりますことを申し添えるとともに、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

三宅 秀明 (教育委員会委員長)

開催概要

1. 開催日時およびコース

会場 4月17日(木)～19日(土) 福岡国際会議場・福岡サンパレスホテル&ホール

4月17日(木) [1] [2] [5] [6] [7]:福岡国際会議場 [3] [4]:福岡サンパレスホテル&ホール

[1] 前立腺がん薬物療法 up to date	泌尿器科腫瘍
[2] マイクロバイオーム研究の基礎と実践	基礎研究
[3] 前立腺がん検診のすべて	泌尿器科腫瘍
[4] 「薬剤耐性 (AMR)」ってなんだろう?	尿路性器感染症
[5] 医療安全の国際潮流について	共通講習(必修A): 医療安全
[6] 泌尿器科専門医として知っておくべき排尿生理の最前線	排尿機能・神経泌尿器科
[7] 高齢泌尿器がんの実臨床: 対策とピットフォール	老年泌尿器科・前立腺肥大症

4月18日(金) 福岡国際会議場

[8] 私たちに求められている感染対策活動	共通講習(必修A): 感染対策
[9] 尿路結石症治療に必要な解剖	尿路結石
[10] 女性泌尿器科 総論	女性泌尿器科
[11] 泌尿器科領域における希少がんの診断と治療(陰茎がん、尿膜管がん、副腎皮質がん、など)	泌尿器科腫瘍
[12] 泌尿器外傷 1	外傷・救急医療・再建
[13] 転移性腎癌の薬物療法	泌尿器科腫瘍
[14] 保険診療のポイント	医療制度・保険等=共通講習(必修B): 医療経済(保険医療)
[15] 治療と仕事の両立支援 ～背景とその実際～	共通講習(必修B): 両立支援
[16] 新たな停留精巣診療ガイドライン	小児泌尿器科
[17] 腎代替療法における選択のポイント - 透析療法と腎移植の選択の境界は? 保存的腎臓療法も含めて議論する -	腎不全・腎移植

[18] 診療の倫理と研究の倫理：わが国における今日的課題と展望	共通講習（必修 A）：医療倫理
[19] ED 以外の性機能障害：ペロニー病、持続勃起症、慢性陰嚢痛	内分泌・生殖機能・性機能
[20] オフィスウロロジーに必要な性感染症の知識	オフィスウロロジー
[21] 進行性精巣がんの集学的治療	泌尿器科腫瘍
[22] 副腎腫瘍の病理診断	副腎・後腹膜
[23] 尿路上皮癌の画像診断	泌尿器科腫瘍
[24] ロボット支援尿管全摘除術を安全に施行する基本手技	エンドウロロジー・腹腔鏡

2. チケット発券および会場について

- ・ 卒後教育プログラム受講チケット発券機（福岡国際会議場 1F）にて講義当日のチケットを発券してください。
事前予約はありません。
- ※ チケット発券には会員証アプリまたは会員カードが必要です。
- ※ 2025年度 JUA academy 年間利用料10,000円をお支払いいただいていることが必要です。当日までに入金
の確認ができない場合は会員 My Web にてクレジット決済いただき、管理デスクに支払い完了画面をご提
示ください。
- ※ 総会参加受付がお済みでない場合はチケットの発券はできません。
- ※ 各会場定員になり次第締め切りとなります。
- ※ チケット発券は各コース開講時間で終了いたします。キャンセル待ちはございません。

【注意事項】

- ・ チケット発券開始時刻は総会参加受付開始時刻と同じです。
- ・ 移動時間を考慮しておりますが、講義開始までにご入場されますよう、時間に余裕をもってお手続きください。
- ・ 同じ時間帯に実施されるコースの発券はいずれか1コースのみとなります。発券後、同じ時間帯の別のコー
スへの変更をご希望の場合は、卒後教育プログラムチケット管理デスクでキャンセルの手続きを行い、改め
て発券機にてチケット発券をしてください。
- ・ 発券後受講をとりやめた場合は、卒後教育プログラムチケット管理デスクでキャンセルの手続きを行って
ください（チケットをご返却ください）。

【4月17日～19日】

開催日時		コース No	会場	当日分チケット発券時間
4月17日（木）	16：50～17：50	1	第13会場	7：30～16：50
		2	第14会場	
	18：00～19：00	3	第3会場	7：30～18：00
		4	第4会場	
		5	第11会場	
		6	第13会場	
		7	第14会場	
4月18日（金）	8：00～9：00	8	第11会場	7：30～8：00
		9	第13会場	
		10	第14会場	
	9：10～10：10	11	第13会場	7：30～9：10
		12	第14会場	
	16：20～17：20	13	第13会場	7：30～16：20
		14	第14会場	
	17：30～18：30	15	第11会場	7：30～17：30
		16	第13会場	
		17	第14会場	
4月19日（土）	8：00～9：00	18	第11会場	7：30～8：00
		19	第13会場	
		20	第14会場	
	9：10～10：10	21	第13会場	7：30～9：10
		22	第14会場	
	14：30～15：30	23	第13会場	7：30～14：30
		24	第14会場	

第3会場：福岡サンパレスホテル&ホール 2階 パレスルーム B（定員：210名）

第4会場：福岡サンパレスホテル&ホール 2階 平安（定員：100名）

第11会場：福岡国際会議場 4階 413+414（定員：210名）

第13会場：福岡国際会議場 5階 502（定員：100名）

第14会場：福岡国際会議場 5階 503（定員：100名）

発券後に変更・キャンセルする場合は、必ず卒後教育プログラムチケット管理デスクにてキャンセルの手続きをお願いいたします。

3. 受講方法

- ①総会参加登録（受付）のうえ、*チケットを発券してください。
*チケット発券については、上記「2. チケット発券および会場について」をご参照ください。
- ②開講時間までにチケットを持って会場前にお越しください。入場時にチケットを確認いたします。
※開講時間過ぎて入場された場合、立席での受講となる場合があります。ご了承ください。
※開講20分後までに入場してください。チケットをお持ちの場合でも、開講20分後以降は入場できません。
天候、交通事情等については考慮しません。
- ③退場時には当該コースのチケットを回収いたします。

4. 研修単位について

- ・専門医のための研修単位（講習単位）：1コース 1単位
- ※共通講習は、コース No.5・8・14・15・18です。
そのうち、*必修講習 A は、コース No. 5・8・18 です。
*必修講習 B は、コース No.14・15 です。
*「必修講習 A」・「必修講習 B」については、「5. 共通講習について」をご参照ください。
- ※共通講習以外のコースは泌尿器科領域講習です。
- ※退場時に回収したチケットにて単位登録をいたしますので、必ずご提出ください。退場時以外に卒後教育プログラムチケット管理デスク等にお持ちいただいても単位となりません。
- ※講義終了時（質疑応答を含む）より前に退場した場合は単位となりません。
- ※途中一時退場は原則として認めません。お手洗いや電話などで一時的に会場の外に出た場合、10分以内にお戻りにならない場合は単位となりません。
- ※講義終了予定時刻10分前以降は講義終了までにお戻りにならない場合を想定し一時退場を認めておりません。予定時刻より早く講義が終了した場合でも終了時にお戻りにならない場合は単位となりません。
- ※単位は後日 Web サイト JUA academy「研修単位・業績登録」にて専門医研修単位として反映されますのでご確認ください。（単位反映は、オンデマンド配信終了後1～2か月後を予定しております。）

5. 共通講習について

- ・「共通講習」の区分が変わりました。詳しくは学会 Web サイトをご確認ください。
- ・「必修講習 A（医療安全・感染対策・医療倫理）」は、従来通り、専門医認定・更新申請時に各1単位が必須です。専攻医・専門医の全員が対象となります。
- ・「必修講習 B（医療制度と法律・地域医療・医療福祉制度・医療経済（保険医療等）・両立支援）」は、専門医認定・更新申請時に各1単位、下記に該当する方のみ必須となります。
※ 2022年度以降に専門医を取得した方で、2027年度以降に更新をする方
（2021年度以前に専門医を取得した方は対象となりません。）
※ 2018年度以降に研修開始登録をして、2026年度以降に専門医認定申請（受験申請）をする方
- ・「必修講習 B」は、必須対象でない方も受講いただけます。受講いただきますと、ii）共通講習の単位となります。
- ・「必修講習 B」のうち、当総会卒後教育プログラムで実施する項目以外の項目は毎年、日本泌尿器科学会卒後教育プログラムで順次実施いたします。
- ・共通講習は、後日 e ラーニング化を予定しております。

6. オンデマンド配信について

- ・本総会においては、ビデオ講習の実施はありません。総会終了後、オンデマンド配信による受講が可能です。
- ・オンデマンド配信の受講の際も、総会参加受付をされていること、2025年度の JUA academy 年間利用料をお支払い済みであることが必要です。
- ・配信日時等の詳細に関しましては、総会 Web サイトにてご確認ください。

7. その他注意事項

- ・2025年度 JUA academy 年間利用料をお支払い済みの方は、講習の資料（ハンドアウト）を学会 Web サイトよりダウンロードいただけます。総会の開催およそ1週間前に掲載予定です。講義の際に必要な方は事前にご自身でご用意ください。
- ・受講対象者は日本泌尿器科学会の正会員および名誉会員です。初期研修医の先生におかれましては、座席に余裕のある場合にのみ1日2コースまで先着順で受講可能です（無料）。初期研修医であることの証明書をお持ちになり、卒後教育プログラムチケット管理デスクにて確認してください。

[1] 前立腺がん薬物療法 up to date

近年、転移性前立腺癌に対する一次治療として、従来からの ADT や CAB に代わり、AR シグナル阻害剤（アピラテロン、エンザルタミド、アパルタミド）を ADT に併用したダブルット治療や、AR シグナル阻害剤（ダロルタミド）とドセタキセルを ADT に併用するトリプレット治療が標準治療となり、去勢抵抗性前立腺癌（CRPC）までの期間と生存期間の延長がみられている。また、非転移性 CRPC の治療においても、PSA ダブリングタイムが10ヵ月以下の場合、AR シグナル阻害剤（ダロルタミド、エンザルタミド、アパルタミド）を ADT に上乗せすることで無転移生存期間および生存期間の延長が示されている。

しかしながら、多くの転移性前立腺癌および非転移性 CRPC は転移性 CRPC へと進展してしまう。転移性 CRPC に対して、AR シグナル阻害剤（アピラテロン、エンザルタミド）に加え、タキサン系抗癌剤のドセタキセルやカバジタキセル、骨転移を有する CRPC に対してはラジオアイソトープ治療であるラジウム-223が推奨される。また、BRCA 遺伝子変異陽性の場合には、PARP 阻害剤のオラパリブエアピラテロンやタラゾパリブ+エンザルタミドといった新規治療も登場した。さらに、がんゲノムプロファイリング検査にて高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-H）や高腫瘍変異量（TMB-H）の場合には、標準治療終了後に抗 PD-1 抗体のペムブロリズマブが臓器横断的に保険承認されており、有効性が期待できる。

さらに、複数の新規治療薬の開発が進んでおり、本プログラムでは“前立腺がん薬物療法 up to date”と題して、最新の前立腺がん薬物療法について概説する。



塩田 真己

2001年 九州大学医学部卒業
2010年 九州大学大学院医学系学府修了（医学博士）
2010年 日本学術振興会海外特別研究員（Vancouver Prostate Centre, University of British Columbia, Canada）
2018年 九州大学病院泌尿器・前立腺・腎臓・副腎外科 講師
2024年 九州大学大学院医学研究院泌尿器科学分野 准教授

基礎研究

4月17日(木) 16:50~17:50

[2] マイクロバイオーム研究の基礎と実践

腸管はヒトの最大の細菌叢（Flora）であり、腸管内には約10兆から100兆の細菌が存在している。腸内細菌叢はヒトから棲み処や栄養分を得ているが、腸内細菌叢はヒトにビタミン B2, ビタミン B12, ビタミン K の提供やヒトが消化できない植物性炭水化物や乳製品の消化を行い、ヒトにカロリー全体の10%程度を提供している。以前は腸内細菌叢の研究は菌種ごとに培養を行うか、それぞれの細菌に対するプライマーを作成し、PCR 検査により解析を行っていた。培養では培養が困難な細菌や少数の細菌の検出ができず、菌叢を包括的に解析することが困難であった。しかし近年、次世代シーケンサーの登場によりゲノムを基にした細菌叢全体の解析が可能になり、飛躍的に細菌叢の研究が進んだ。それにより腸内細菌叢と様々な疾患との関連が明らかになり、大腸癌や炎症性腸疾患など直接腸内細菌叢と接している臓器の疾患以外に、アルツハイマー病や、糖尿病などの多様な疾患に腸内細菌が関わっていることが明らかになってきた。

微生物群の遺伝子シーケンスによる解析はメタゲノム解析と呼ぶ。腸内細菌叢のメタゲノム解析には16S リボソーム RNA（16SrRNA）シーケンスとショットガンシーケンスがある。16SrRNA シーケンスでは属レベルまでの細菌の同定が可能であるが、細菌叢の代謝経路の研究ではデータベースを用いた予測の検討になる。一方ショットガンシーケンスでは細菌由来の DNA を全てシーケンスするため、種レベルまでの細菌の同定や細菌の代謝にかんする詳細な解析が可能である。

腸内細菌は、居住地域、人種、食事や運動などの生活習慣、内服薬などの様々な外的要因により変化する。食事や運動などの生活習慣は、腸内細菌叢に大きな影響を与え、変化した腸内細菌叢が、宿主の免疫系や疾患に影響を及ぼす。本講演では発症に生活習慣が大きな要因を占める前立腺癌において、腸内細菌叢が果たす役割をヒトおよびマウスの研究で得られた知見を基に講演する。



藤田 和利

1999年 大阪大学医学部医学科卒業
2006年 Johns Hopkins Medicine, Department of Urology Postdoctoral fellow
2012年 大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学 助教
2020年 近畿大学医学部泌尿器科 准教授
2024年 近畿大学医学部泌尿器科 主任教授

[3] 前立腺がん検診のすべて

先進国であり超高齢化社会を迎えている本邦では、健康寿命延伸のための方策として、がん対策の社会的・医学的優先順位は高い。旧老健法の時代から実施している5つのがん検診は、海外あるいは国内で実施された無作為化比較対照試験（RCT）、地域相関研究、症例対照研究でがん死亡率低下効果が証明されていることを導入の根拠としている。前立腺特異抗原（PSA）検査を基盤とした前立腺がん検診は、すでにRCTを含むいくつかの質の高い研究により、がん死亡率低下効果が明らかになったが、最近是国家レベルでの対策型検診の実施、さらにはリスク細分型検診の実施で、優れた質調整生存年（QALY）延長効果が期待できるとの研究結果が出ている。

一方で、歴史を振り返ると、PSA 検診の功罪については、国内外でこれまでも多くの議論がなされてきたが、PSA 検診に批判的なグループと、PSA 検診を推奨している日本泌尿器科学会の利益・不利益バランスの見解は大きく異なっていた。前者の主張は基本的に厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班が2008年に発刊した「有効性評価に基づく前立腺がん検診ガイドライン」（2011年に更新ステートメント追加）に基づいているが、現時点での科学的整合性については、すでに日本泌尿器科学会の関連ガイドラインにおいて、詳細な批判的検証が行われ、結論が出ている。

本講演では、本邦での前立腺がん検診の歴史を振り返り、住民検診、人間ドックでの PSA 検診の普及率、受診者の特徴、精度管理の現況と問題点を検証し、国内外の対立してきたガイドラインの歴史について考察するとともに、本邦で進行中の大規模疫学研究の意義、最新のエビデンスに基づいた日米欧の泌尿器科学会ガイドラインによる評価を基に、適切な前立腺がん検診の方向性を概説する。



伊藤 一人

1990年 群馬大学医学部 卒業
2002年 オランダ・エラスムスメディカルセンター泌尿器科 研究員
2005年 群馬大学泌尿器科学 准教授
2018年 医療法人社団美心会 黒沢病院 病院長
2021年 群馬バース大学附属研究所 先端医療科学研究センター 研究教授（兼任）

[4] 「薬剤耐性(AMR)」ってなんだろう？

泌尿器科医が扱う感染症には、膀胱炎、腎盂腎炎などの尿路感染症、前立腺炎、精巣上体炎などの性器感染症、そして尿道炎、梅毒などの性感染症が主に挙げられるが、その多くで抗菌薬による治療がなされる。そしてそれらの大半は主治医が選択した抗菌薬が病原微生物に対して感受性を有し、治療が奏功するが、時に抗菌薬が効かない、すなわち薬剤耐性（Antimicrobial resistance：AMR）菌が原因のため、治療に難渋する場合がある。その際、抗菌薬処方もしくは投与時に尿培養、血液培養を採取し、同時に薬剤感受性検査を提出し、その結果により抗菌薬を同耐性菌に感受性があるものに変更して治療を継続するが、時に培養検査・薬剤感受性試験を提出できなかった場合や感受性のある抗菌薬が存在しない場合はさらに治療に難渋する。現在尿路性器感染症での代表的な薬剤耐性菌として、キノロン耐性大腸菌や基質拡張型βラクタマーゼ（ESBL）産生腸内細菌目細菌などがあり、実際に JAID/JSC 感染症治療ガイド2023においても、これら薬剤耐性菌の存在を意識した形の推奨薬の設定となっている。さらには普段の日常診療においても、薬剤耐性菌の産生を惹起しない抗菌薬の使用法も重要である。例を挙げると、泌尿器科清潔もしくは準清潔手術での周術期感染予防目的の抗菌薬使用は単回もしくは24時間以内の使用が一般的になっているが、時にハイリスクでない症例で長期間投与されるケースもあり、注意が必要である。さらに上述した感染症治療時に培養検査が明らかな理由なく提出されていないケースも散見され、こちらも注意が必要である。

本プログラムでは、「薬剤耐性（AMR）」についての考察ならびに最近の抗菌薬使用のガイドラインについても紹介したい。



重村 克巳

1999年 高知医科大学医学部医学科 卒業
2004年 Emory University School of Medicine 研究員
2012年 神戸大学大学院医学研究科腎泌尿器科学分野 特定助教
2023年 神戸大学大学院医学研究科医療創成工学 教授
2024年 帝京大学医学部泌尿器科学講座 教授

[5] 医療安全の国際潮流について

医療安全を確保する仕組みとして第三者評価があり世界各国で広く行われている。我が国では日本医療機能評価機構（JQ）が病院機能評価事業で第三者評価を行っている。アイルランドに本部を置く ISQua は各国の認定組織を国際認定する組織である。演者は2017年・2024年に ISQua の役員として ISQua の運営全般に従事してきた。その関係で国際的にヘルスケア領域で仕事をする機会をいただくことになった。また JQ においては、医療事故情報収集等事業や産科医療補償制度（無過失補償制度）などの創設と運営などの仕事に従事してきた。それらは今でも我が国のヘルスケアシステムの中で機能し続けている。各国が直面する医療安全上の課題には共通点が多いことから、我が国の経験をもって国際的な議論の輪に参加し受け入れられてきた。例えば WHO では、2019年に WHO の公式な記念日である世界患者安全の日を制定し、2021年には患者安全の10年計画である Global Patient Safety Action Plan 2021-2030を承認した。この過程に日本政府とともに演者も関与するとともに現在もその運営に参画している。この他にも2016年に開始され2018年に東京で開催された閣僚級世界患者安全サミットの運営委員や、ISO の新たなスタンダードである ISO7101等、公的・私的の別を問わず様々な動きがある中で仕事を続けている。さらに2021年には、分娩事故の訴訟改革をテーマとする英国議会下院の特別委員会から我が国の産科医療補償制度を説明するために証人として招致を受けたり、英国保健省の研究所管部門である NIHR が開始する患者安全プロジェクトの国際審査委員を務めたりする機会があった。このような高所得国同士が連携する活動は特に興味深い。講演ではこのような仕事の内容やその中で得た経験をお話したい。



後 信

1991年 九州大学医学部卒業、医学博士
1997年 米国ニューヨーク大学留学
2005年 日本医療機能評価機構部長を経て平成23年（2011）理事
2017年 九州大学病院医療安全管理部教授・部長に就任
2022年 九州大学病院副病院長、医療安全管理責任者に就任

排尿機能・神経泌尿器科

4月17日(木) 18:00~19:00

[6] 泌尿器科専門医として知っておくべき排尿生理の最前線

我々は1日に7回程度の排尿をし、それ以外は蓄尿をしている。尿意は、膀胱及び尿道に端を発する求心性神経の発火が脳皮質に至って最終的に感覚として認知される。排尿反射は自律神経系の中でも独特と考えられる。なぜなら、蓄尿・排尿という相反する反射を、尿意を感じてから排尿まで意識的に行うことが出来るからである。具体的には、下部尿路から上行する末梢および中枢神経の複雑な協調によって成立している。副交感神経は仙髄核（S2-S4）から出て骨盤神経となり、尿排出を制御する。交感神経は胸腰髄核（T10-L2）から出て、下腹神経となり膀胱・尿道の蓄尿機能を制御する。仙髄 S2-S4 の Onuf 核から出る陰部神経は外尿道括約筋の緊張制御に関与し、自律神経以外に体性神経の要素を有する。これら神経回路網同士はシナプスで結合し、シナプス間の情報伝達は神経伝達物質と特異的受容体を介して行われる。この経路のいずれに障害が存在しても正常な排尿反射を得ることは出来ない。排尿生理のメカニズム解明のために、これまで多くの研究がなされてきた。膀胱・尿道の研究は早期に進み、末梢へ作用する治療薬の開発に大きく貢献した。しかし、難治性の下部尿路機能障害が一定数存在することから、下部尿路機能障害における上位中枢への理解・介入が必要であることに疑いの余地はないだろう。上位中枢である脳に対する検討もこの20年で大きく進展した。近年のヒトに対する非侵襲的な測定・介入によって、我々は下部尿路機能障害の個別化と個別治療といった次のステージへの足掛かりを手につく。脳研究の発展によって、複雑・精緻な排尿メカニズムへの理解が深まるだけでなく、その知識を応用することで、下部尿路機能障害を患う多くの患者に、より効果的な治療を提供することができる。

本卒後教育プログラムでは、泌尿器科専門医として知っておくべき排尿生理について、最新の研究を含め概説する予定である。



橘田 岳也

1998年 北海道大学医学部医学科卒業
2008年 米国ピッツバーグ大学泌尿器科リサーチスカラー
2015年 北海道大学病院泌尿器科 講師
2021年 北海道大学大学院医学研究院 特任准教授
2022年 旭川医科大学腎泌尿器外科学講座 准教授

[7] 高齢泌尿器がんの実臨床：対策とピットフォール

本邦における泌尿器がんの罹患数および死亡数は、高齢者が大きな割合を占めている。そのため、泌尿器がんの対策には、老年腫瘍学への理解が求められる。高齢者は、単に年齢を重ねただけの非高齢者とは異なり、身体的、精神的、社会的に多様な特性を有しており、それらを十分に考慮した上で治療方針を決定することが極めて重要である。

このため、治療に際しては高齢者総合機能評価（CGA）を導入し、患者ごとの状態に応じた治療計画を立案することが不可欠である。CGAを用いることで、患者の全身状態が同年齢の高齢者と比較して良好か、普通か、悪いかを判断し、その患者の大まかな余命を推測することが可能である。しかしながら、CGAは多くの時間を要し、日常臨床において標準的に実施することは容易ではない。このため、Geriatric 8などの簡易スクリーニングが、日常診療で広く用いられるようになっている。

さらに、高齢者では抗血栓薬を服用しているケースが多く、周術期における出血リスクや術後せん妄の発症リスクが高いことが知られている。抗血栓薬の休薬や継続に関する判断は、術後の合併症リスクと塞栓症リスクのバランスを慎重に考慮しながら、個別に対応する必要がある。術後せん妄は、その予防が重要な課題である。

放射線療法に関しては、年齢による制限がないため、高齢者にも適応が広がりつつある治療法である。特に前立腺がんや膀胱がんの治療において、その有効性が確認されている。

このように、高齢者に対するがん治療方針の決定には、がんのステージや治療適応を考慮するだけでなく、患者の期待余命、身体機能、認知機能、さらには意思決定能力をも含めた総合的なアプローチが求められる。本プログラムでは、高齢者における泌尿器がん治療の現状と課題について、対策や注意点を中心に概説する。



大日方 大亮

2004年 日本大学医学部 卒業
2010年 日本大学大学院医学研究科博士課程外科系泌尿器科学 修了
2015年 モナッシュ大学医学部解剖学・発生生物学 客員研究員
2017年 日本大学医学部泌尿器科学系泌尿器科学分野 助教
2020年 日本大学医学部泌尿器科学系泌尿器科学分野 准教授

感染対策

4月18日(金) 8:00~9:00

[8] 私たちに求められている感染対策活動

感染対策は、医療現場における感染リスクを低減し、患者や医療従事者の安全を守るために重要である。以下の主な感染対策について発表する。

1. 標準予防策と感染経路別予防策

標準予防策は、すべての患者に対して適用され、血液、体液、粘膜、損傷した皮膚との接触による感染を防ぐための手洗いや手袋、マスク、ガウンを使用する。これに加えて、感染経路に応じて感染経路別予防策として、接触感染（手袋、ガウン）、空気を介する感染（サージカルマスク、N-95マスク、陰圧室）などの対策を追加して行うことになる。

2. 感染対策におけるチーム医療（ICT 活動と AST 活動）

感染対策においてもチーム医療が重要である。ICT（感染制御チーム）、AST（抗菌薬適正使用チーム）としての活動が求められている。Diagnostic stewardship（DS：診断支援）も重要で、迅速かつ適切な検査により、適切な治療に繋げ、耐性菌の発生も抑制することになる。

3. 薬剤耐性菌の現状と抗菌薬の適正使用

薬剤耐性菌は、世界的に極めて深刻な問題である。泌尿器科領域で問題となる大腸菌は、ESBL 産生菌やキノロン耐性菌などの頻度が高く、特に注意が必要である。抗菌薬の適切な使用が求められている。

4. 院内感染上、注意すべき病原体への対応

薬剤耐性菌はもちろん、結核やインフルエンザ、COVID-19、麻疹や水痘なども院内感染のリスクがあり、感染対策が必要である。泌尿器領域ではキノロン系抗菌薬を使用することも多いが、結核も鑑別に挙がる時には、診断の遅れにも繋がりがねず、注意が必要である。

5. 職業感染予防策

医療従事者は、職業感染のリスクが高く、ワクチン接種が推奨される。MMRV（麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘）やHBV（B型肝炎）ワクチン接種を考慮すべきである。



下野 信行

1986年 九州大学医学部卒業
1998年 University of California, Berkeley 留学
2002年 九州大学病院 免疫膠原病感染症内科
2013年 九州大学病院 グローバル感染症センター・センター長
2021年 九州大学病院 総合診療科教授

[9] 尿路結石症治療に必要な解剖

上部尿路結石症に対する治療は、自然排石（薬物排石促進療法）、体外衝撃波碎石術（ESWL）、尿路内視鏡治療、そして開放下、ロボット支援下尿管切石や腎切石術と幅が広い。しかし多くの場合、尿管・腎切石は侵襲度が高く、そして良性再発性疾患である尿路結石には望まれない治療方法であろう。そのため ESWL と尿路内視鏡治療が第一選択になりやすい。ただし、無闇矢鱈に結石があれば ESWL で、レーザーで碎石するだけでは治療効果・効率には上がらないし、思いもよらない合併症を引き起こす可能性もある。ESWL と尿路内視鏡治療での結石治療（特に腎結石治療）においては、腎臓の解剖を知る必要がある。それは決して尿路の解剖だけにとどまらない、腎実質、腎の血管走行、腎周囲、そして腎周囲臓器の解剖にまで至る。それらを術前に画像検査（基本的に Non-contrast CT と超音波、稀に IVP/ 造影 CT）でシミュレーションする必要がある。特に尿路内視鏡治療の進歩はここ数年劇的な変化を遂げて続けている。様々な医療機器の進歩により体腔内治療から管腔内治療へ積極的に移行する中、腎・尿路の解剖においてもいろいろなことが分かってきた。本セミナーでは、今まで報告されてきたエビデンスを振り返り、多くの症例を経験してきた中で新たにわかってきた腎と尿路の解剖についてお話ししたいと思います。



井上 貴昭

2005年 関西医科大学腎泌尿器科 入局
2018年 関西医科大学腎泌尿器科 講師
2019年 原泌尿器科病院 副院長 院長代理、神戸大学泌尿器科 客員准教授
2023年 神戸大学泌尿器科 客員教授

[10] 女性泌尿器科 総論

女性泌尿器科とは女性の下部尿路や骨盤底の疾患を総合的に扱う分野で、生活の質（QOL）を大きく障害し、加齢とともに罹患率が上昇するため超高齢化社会を迎えている本邦において重要な分野である。また下部尿路症状による困窮度は男女ともに同等でも医療機関の受診率は女性は男性の1/5で、さらに女性は3倍何らかの行動を制限し対処しており、特に女性において啓発、積極的な治療介入は重要である。

おもな疾患には過活動膀胱（OAB）、腹圧性尿失禁（SUI）、骨盤臓器脱（POP）、間質性膀胱炎/膀胱痛症候群（IC/BPS）、女性性機能障害（FSD）そして近年疾患概念が提唱された閉経関連尿路性器症候群（GSM）などがある。このうち前者の3疾患が多くみられ、いずれも骨盤底筋群の脆弱化が大きく関連するため合併しやすいことにも留意し、診断・治療に望むことが必要である。女性下部尿路診療ガイドラインにおいて一般医における診断には問診、尿検査、残尿検査は必須であるが、専門医の診断には台上診（尿道の可動性やPOPの有無の確認）、尿路・骨盤底の画像評価や尿流動態検査を必要に応じて行う。いずれの疾患もQOL疾患のため、QOL評価が必須であり患者の困窮度、患者主体の治療介入が重要である。OAB、SUIにおける治療はまず行動療法（生活指導、膀胱訓練、骨盤底筋訓練など）を行うべきであり、無効・効果不十分で困窮度が高ければ薬物療法や手術療法を検討する。POPは解剖学的位置異常が疾患の本体であるため根治には手術治療が必要であるが、軽症であれば行動療法（生活指導、骨盤底筋訓練）も有効であり、手術を希望しない、手術が出来ない症例にはペッサリー治療が多くの場合有効である。様々な疾患が含まれる分野であるがその代表疾患であるOAB、SUI、POPを中心に解説し、新たな疾患概念として提唱されたGSMについても述べる。



金城 真実

1996年 杏林大学医学部医学科卒業。同年杏林大学医学部泌尿器科入局
2002年 杏林大学大学院医学研究科博士課程卒業
2002年 杏林大学医学部付属病院泌尿器科助手
2015年 杏林大学医学部付属病院にて女性骨盤底専門外来を開設
2018年 杏林大学医学部泌尿器科講師

[11] 泌尿器科領域における希少がんの診断と治療(陰茎がん、尿膜管がん、副腎皮質がん、など)

陰茎がん・尿膜管がん・副腎皮質がんは、比較的稀な疾患ではあるものの、泌尿器科医であれば数年に1回は出会う悪性腫瘍であり、そのたびに国内外の文献を必死に調べて治療に当たった経験のある泌尿器科医も多いのではないと思われる。そういった現状を踏まえ、本邦での治療基盤の確立のため、厚生労働省のがん対策推進総合研究事業『希少癌診療ガイドラインの作成を通じた医療提供体制の質向上』の一環として泌尿器科希少がん領域でも治療指針の作成が進められた。その結果、陰茎癌に関しては、2021年に日本泌尿器科学会が主体となり、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本放射線腫瘍学会、日本医学放射線学会の協力を得て「陰茎癌診療ガイドライン」が作成され、尿膜管癌に関しては膀胱癌診療ガイドライン(2019年版)の改訂に際し、希少がんとして尿膜管がんの項目が追加されている。副腎皮質がんに関しても、2022年に日本泌尿器科学会と日本内分泌外科学会の協力のもと作成された内分泌非活性副腎腫瘍診療ガイドライン内に取り上げられる形となった。

希少がんであるため高いエビデンスレベルの標準治療の確立は未だに困難な面はあるものの、多施設での症例集積に伴い徐々にその病態が明らかにされ、ガイドラインの普及に伴い治療方針のばらつきも少なくなりつつあるのではないと思われる。

本教育プログラムでは、この三疾患を中心に泌尿器科領域希少がんの診断と治療の現状を解説し、さらに国内外で行われている前向き試験や、希少がん横断的なレジストリー研究などの取り組みについても紹介したい。



松井 喜之

1996年 京都大学医学部卒業
2010年 京都大学大学院医学研究科 助教
2014年 同 講師
2016年 国立がん研究センター中央病院 泌尿器後腹膜腫瘍科 医長
2020年 同 科長

[12] 泌尿器外傷1

外傷1のプログラム内容は、一般泌尿器科医による泌尿器科外傷診療についてである。

泌尿器科の救急・外傷領域は、腫瘍、排尿、尿路結石など他の専門領域に比べてマイナーな領域かもしれない。たしかに交通事故による外傷は減少傾向であり、泌尿器科医が外傷患者を見る機会も減少するであろう。しかしながら、泌尿器科が単独で外傷をマネージメントする機会は必ずある。また多発外傷患者に合併する尿路外傷について相談を受ける機会もある。もちろん、医原性の外傷も日々経験される。我々、泌尿器科医が適切な管理を知らないことにより病状の悪化、後遺症が発生する危険性がある。本プログラムではそのような症例も提示したい。2022年には『泌尿器科外傷診療ガイドライン』が発刊され、その内容を実際の症例写真・動画を通して解説したい。この患者に遭遇したらどうするか?を一緒に考えながら聴講していただければ幸いです。

(本講座は2024年11月21日より開催された第74回中部総会でのプログラムと重なる内容となります)



八木橋 祐亮

1999年 帝京大学医学部医学科卒業
1999年 沖縄県立中部病院 外科研修医
2012年 沖縄県立中部病院 泌尿器科副部長
2016年 Clinical fellow, Department of Urology, China Medical University Hospital
2020年 静岡市立静岡病院 泌尿器科科長

[13] 転移性腎癌の薬物療法

転移性腎細胞癌に対する薬物療法はがん複合免疫療法の時代を迎えている。現在、本邦の腎癌診療ガイドラインにおいては全てのリスクにおいてIO+TKI療法（ペムプロリズマブ+アキシチニブ、アベルマブ+アキシチニブ、ニボルマブ+カボザンチニブ、ペムプロリズマブ+レンパチニブ）が推奨治療薬として挙げられており、Intermediate および Poor リスクに対してはIO+TKIに加えてIO+IO療法（ニボルマブ+イピリムマブ）が推奨されている。併存疾患などにより免疫チェックポイント阻害薬の使用が困難な場合はTKI単剤を用いることが実臨床においても広く受け入れられている。がん複合免疫療法は各大規模臨床試験において、これまでの標準的な1次治療であったスニチニブと比較し、生存期間の延長が確認されているが、IO+TKIとIO+IOを直接比較した臨床試験は存在せず、両者の薬剤選択に関する明確な基準は存在しない。しかし、近年の臨床試験や実臨床データの解析から各種レジメンの利点、欠点が明らかとなりつつある。IO+IOレジメンでは、奏効例において持続的な効果が期待でき、長期の生存が期待できるといった利点があるものの早期病勢進行や免疫関連有害事象のリスクが高いといった欠点が指摘されている。一方、IO+TKIレジメンには、奏効率が高いという利点があるものの、PFSのtail plateau効果はどのように達成されるのかについては未だ議論の余地がある。レジメンの選択においては、腫瘍量、臨床症状、免疫関連有害事象に対する忍容性、QOLへの影響のみならず患者の社会的背景や、さらには二次治療以降の治療戦略など様々な因子を多角的に検討し、患者・家族と十分協議したうえで判断することが重要となる。本プログラムでは、転移性腎細胞癌における薬物療法のエビデンスを供覧し、今後検討すべき課題につき概説していきたい。

**植田 浩介**

2007年 久留米大学医学部医学科 卒業
2009年 久留米大学医学部泌尿器科学講座 助教
2013年 久留米大学大学院医学研究科病理学講座 博士課程 終了
2019年 Institut Gustave Roussy 留学
2022年 久留米大学医学部泌尿器科学講座 講師

[14] 保険診療のポイント

本講演では、まず保険診療の基本的な仕組みと医療費の流れについて解説します。特に、泌尿器科医が知っておくべき療養担当規則やレセプト審査の流れについて、実践的な観点から説明します。次に、令和6年度診療報酬改定における泌尿器科領域の主要な改定内容を概説します。高額な薬剤や医療機器を用いた新規技術が次々と登場する中、有効性・安全性・効率性を考慮した保険診療の実施方法について具体的に示します。

さらに、診療報酬改定において近年重要視されているガイドラインとレジストリの活用に基づいた医療技術評価の方法や、新規技術の保険収載要望における実態調査の重要性について説明します。

【講演内容】

- ・保険診療の基本的な仕組みと医療費の流れ
- ・療養担当規則の重要ポイント
- ・レセプト審査の実際と注意点（査定や返戻）
- ・泌尿器科領域における主要な改定内容
- ・新規技術の保険収載に向けて…新しい医療技術評価や、実態調査の重要性

我が国はこれから、団塊世代の後期高齢者移行に伴う医療需要の増加が予測される中、少子化による保険財政や医療現場の人的資源の不足が深刻化する時代を迎え、診療報酬のあり方も今後おおきく影響を受けるものと考えられます。

本講演を通じて、適正な保険診療の実施方法を理解していただくとともに、今後の診療報酬改定要望の提案に活かせる情報提供を行いますので、将来にわたって持続可能な医療制度の中で、質の高い泌尿器科医療を提供するための一助としたいと思います。

**杉原 亨**

2005年 東京大学 医学部医学科 卒業 三井記念病院にて臨床初期研修
2008年 東京大学 医学部附属病院 泌尿器科 助教
2013年 米国 クリーブランドクリニック Department of Quantitative Health Sciences. リサーチフェロー
2014年 東京医科大学 泌尿器科 助教
2018年 自治医科大学 腎泌尿器外科 学内講師（2022年～講師）

[15] 治療と仕事の両立支援 ～背景と実際～

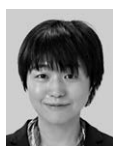
治療と仕事の両立支援は、患者の要望に応じて医療機関と職場が連携し、患者が生き生きと働き続けることを目指す取り組みである。この支援は、医療の進歩により不治の病が長期的に付き合う病気になったことや、日本の生産年齢人口減少という課題を背景に注目されている。2017年に閣議決定された「働き方改革実行計画」の項目に、病気の治療と仕事の両立支援も挙げられた。がん対策推進基本計画においても、第2期から「がん患者の就労を含めた社会的な問題」が取り上げられ、第4期でも就労支援の充実が継続して重視されている。

就労は患者の精神状態や生活習慣、治療のアドヒアランス、並びに経済的な問題にも影響する。働く意欲がある患者の就労を支援することは、関連する問題を改善することで、医療機関にとっても意義がある取り組みとなりうる。

医療機関と職場の連携を推進するため、2018年度の診療報酬制度改定で「療養・就労両立支援指導料」が新設された。対象疾患は段階的に拡大され、2022年度には心疾患、糖尿病、若年性認知症が追加された。この指導料は、患者と企業が共同で作成した勤務情報提供書に基づき、主治医が患者に指導を行い、企業に診療情報を提供した場合に算定される。情報提供のために、医学的に避けるべき作業内容や作業環境の調整などを意見書に記載する。

医療機関で両立支援に取り組む際のポイントとして、経営層の理解を得ること、担当者を決めて成功体験を積むこと、関係者を増やしながら院内の仕組みを構築することが重要である。がん相談支援センターの看護師や医療ソーシャルワーカーが両立支援コーディネーターなど多職種の関わりが必要であり、医師のリーダーシップも求められる。

本プログラムでは、治療と仕事の両立支援が求められている背景とともに医療機関での取り組みについて紹介する。



永田 昌子

2001年 産業医科大学医学部医学科卒
2004年 パナソニックコミュニケーションズ(株) 産業医
2008年 産業医科大学 産業医実務研修センター 助教
2020年 産業保健経営学 学内講師
2022年 産業医科大学医学部 両立支援科学准教授

小児泌尿器科

[16] 新たな停留精巣診療ガイドライン

停留精巣は小児の泌尿器科領域で最も遭遇する疾患です。男児100人に1人程度の発症率であり、胎児期の精巣が陰嚢内に下降しない病態でいまだ発症原因に関しては明確化していませんが、出生後、陰嚢内に精巣が固定不良で陰嚢内に精巣が触知されないこともある遊走精巣や、もともと陰嚢内に存在した精巣が成長と共に上昇してしまう上昇精巣も知られ、これらの病態も停留精巣の類縁疾患として理解しておく必要があります。

一般泌尿器科医としては、たとえ手術を行わなくても停留精巣の予後、特に精巣腫瘍・男性不妊の観点で疾患の治療すべき時期、診療方針の理解は必須です。

停留精巣の治療時期に関して、海外のガイドラインでは生後6か月以降と早い時期の治療が推奨されていますが、その根拠や治療リスク、また社会的背景も含めて治療の至適時期が考慮される必要があります。また、非触知精巣のような病態に対してどのように治療され、精巣への血行の変化がどうなっているのか理解していない場合、その後の別の泌尿器科疾患も含めた治療の際にトラブルになる可能性さえもあります。

日本小児泌尿器科学会では2005年に停留精巣診療ガイドラインが作成しましたが、19年経過し新たなエビデンスを踏まえて基礎医学や不妊症の専門の先生方の御協力までいただき第2版を作成いたしました。新たなガイドラインは疫学・定義を総説的に示したうえで、診断・治療・長期経過、遊走精巣、非触知精巣のテーマに沿ったCQの形でまとめてあり、一般泌尿器科医師が知りたい停留精巣のトピックが理解しやすい形になっていると思っております。

本プログラムでは、停留精巣診療ガイドラインに提示した新たな知見も含めて本疾患に関して概説させていただきます。



佐藤 裕之

1996年 慶應義塾大学医学部卒業
2001年 東京都立清瀬小児病院泌尿器科医員
2008年 東京都立清瀬小児病院泌尿器科医長
2010年 東京都立小児総合医療センター 泌尿器科・臓器移植科医長
2021年 東京都立小児総合医療センター 泌尿器科・臓器移植科部長

[17] 腎代替療法における選択のポイント - 透析療法と腎移植の選択の境界は？ 保存的腎臓療法も含めて議論する -

慢性腎臓病（CKD）の原因は多彩であるが、各種疾患の病態解明と特異的な治療が進歩し、レニン-アンジオテンシン系抑制薬を中心とする高血圧治療や sodium glucose co-transporter 2阻害薬阻害薬のCKDに対する適応拡大など非特異的な治療にも進歩が見られる。その結果、末期腎不全に到達する患者の年齢が上昇し、腎代替療法の選択困難な例が増加している。QOL、生命予後、医療経済、小児の成長発達、女性の妊娠出産において有利な腎移植は、数ある腎代替療法の中でも第一選択であることに疑いはないが、他の治療法と比べて最もハードルの高い治療法でもある。レシピエントでは併存する悪性腫瘍や心血管病の問題をクリアしなくてはならないが、より深刻な問題はドナー不足である。成人の献腎移植では十数年以上の待期間が必要となり、生体腎移植を希望する場合も親族に適切なドナーが見つからないことがある。透析療法については、従来から施設血液透析が全国に普及しているが、一部の施設では深夜長時間血液透析を行っており、治療量の増加とQOL向上の両立を目指している。近年、条件を整えば在宅血液透析も実施可能となっている。腹膜透析はもとより在宅で治療を行うことを想定した透析療法で、生体適合性の良い透析液、接続デバイスの進歩、遠隔医療の導入など技術革新が目覚ましい。一方、高齢CKD患者の一部には認知機能障害、各種疾患の終末状態など、いずれの腎代替療法も選択困難な患者が存在し、保存的腎臓療法を選択するケースが増加している。本プログラムでは多様化する腎代替療法と治療法選択における共同意思決定（SDM）プロセスについて、当院での試みを交えて概説する。



升谷 耕介

1994年 九州大学医学部卒業
2006年 九州大学病院腎疾患治療部助教
2016年 九州大学病院腎疾患治療部講師
2017年 福岡大学医学部腎臓・膠原病内科学准教授
2020年 福岡大学医学部腎臓・膠原病内科学主任教授

[18] 診療の倫理と研究の倫理：わが国における今日的課題と展望

本講演では、診療の倫理と研究の倫理、それぞれの基本事項をふまえて、今日のわが国の診療と研究のそれぞれの問題状況を整理するとともに、それらの課題と展望について述べるものである。

まず、診療の倫理においては、医学的適応とともに、患者の意向やQOL、家族を含む周囲の状況など、関係者間の多様な価値に関わる倫理的諸問題が扱われることになる。併せて、当該医療行為の医学的合理性、その利点、不利益性・危険性、実施にあたっての準備状況などについても、国内外の関連ガイドラインや文献等に照らして検討されることになる。近年では、全国的にも臨床倫理委員会の整備のみならず、臨床倫理コンサルテーションに係る取組みも進められており、それらの制度・運用のあり方も議論となっているところである。本講では、これらの動向をふまえ、診療の俎上で留意されるべき倫理的な価値判断のあり方について述べるものである。

他方、研究の倫理については、今日の規制に係る枠組みも多岐に及ぶことから、個々の医学研究の規制を俯瞰しつつ、それぞれの共通する点や異なる点等を確認しておくことが重要となる。本講では、こうした状況をふまえ、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に着眼しつつ、臨床研究法や薬機法との関係、個人情報保護に係る対応、インフォームド・コンセント、オプトアウトのあり方に係る問題状況について整理を行うものである。

いずれにしても、診療と研究、それぞれの俎上での倫理・規制の枠組みも異なることがあることに注意しておく必要がある。昨今では、試料・情報の目的外利用や、第三者提供の可能性について随所で議論されているところである。また、アカデミアのみならず、企業等の関与の仕方によって種々の規制が複雑に絡む状況が生じ得ることに留意しておくべきであろう。



河原 直人

2001年 早稲田大学人間総合研究センター助手（バイオエシックス）
2004年 国立成育医療センター研究所 共同研究員
2005年 早稲田大学 先端科学・健康医療融合研究機構 講師（2007年：准教授）
2010年 神戸大学大学院 医学研究科 地域社会医学・健康科学講座 客員准教授
2014年 九州大学病院 ARO 次世代医療センター 特任講師（倫理ユニット長）

[19] ED 以外の性機能障害：ペロニー病、持続勃起症、慢性陰嚢痛

性機能障害に関する本卒後教育においては、圧倒的に勃起障害(ED)や性腺機能低下症(LOH 症候群)についての解説が多く、それ以外の性機能障害については十分に解説される機会は少なかった。性機能障害診療はEDの他にも、性欲障害、早漏や遅漏などの射精障害、ペロニー病、持続勃起症、女性性機能障害、そして前立腺癌との関連を中心とした oncosexology 領域など多岐に亘り、かつ決して稀な疾患ではない。AUA やEAUにおいては、これらについての詳細なガイドラインが充実していることは、性機能障害についての幅広いメディカルニーズが存在することの裏返しである。

これらの性機能障害疾患の中から、今回は比較的頻度の高いペロニー病と、日常診療においてすべての泌尿器科医が突然遭遇する持続勃起症、また今まで置き去りにされていた慢性陰嚢痛を中心に解説する。本邦でのペロニー病の有病率は0.6%と報告されているが、本当に欧米諸国との人種差はあるのか、または明らかな硬結を形成する前の陰茎の違和感やEDを見落としているだけなのか。薬物療法や手術療法にはどのようなものがあるのか。虚血性および非虚血性持続勃起症の対応は全く異なるが、その鑑別は的確にできるか。インパウンドの増加に伴い、鎌状赤血球症の持続勃起症にももしかしたら遭遇するかもしれない。Stuttering priapism とは何か。遠位および近位シャント術の適応や手技はどのようなものか。慢性陰嚢痛の診断や保存的治療および手術適応にはどのようなものがあるのか。精巣摘除を行ったりしていないか。顕微鏡下精索除神経術とはどのようなもので、その効果は。

本講演ではペロニー病、持続勃起症および慢性陰嚢痛についての疫学や病態、基本的な診察や初期対応および専門的治療について解説し、これらの疾患に突然遭遇した際に自信をもって対応できるようになることを目的とする。



白石 晃司

1995年 山口大学医学部卒業

2004年 Iowa 大学薬理学ポストドク

2013年 山口大学泌尿器科講師、Cornell 大学・Rush 大学泌尿器科(AUA/JUA Exchange scholar)

2017年 同 准教授

2017年 同 教授

オフィスウロロジー

4月19日(土) 8:00~9:00

[20] オフィスウロロジーに必要な性感染症の知識

性感染症はオフィスウロロジーにおいて頻度が高い疾患であり、正確かつ最新の知識を持って診断・治療を行う事が必要である。本プログラムでは特に扱うことの多い尿道炎と近年増加中の梅毒を中心に解説する。

尿道炎は淋菌による淋菌性尿道炎とそれ以外の非淋菌性尿道炎に大別し検査・治療を進めていく。診断には問診と所見が重要であり、潜伏期7日以内、症状が強く、尿道分泌物も膿性、多量の場合は淋菌性尿道炎を、潜伏期7日以上で症状が軽く、漿液性、少量の尿道分泌物の場合は非淋菌性尿道炎を強く疑う。淋菌は尿道分泌物染色標本の鏡検での迅速診断が可能のため強く推奨される。非淋菌性尿道炎の原因菌であるクラミジア・トラコマティス(CT)、マイコプラズマ・ジェニタリウム(MG)および脛トリコモナス(TV)は核酸増幅検査によって同定が可能である。淋菌性尿道炎の治療は淋菌性尿道炎の約3割に合併する咽頭感染を考慮し、CTR を第一選択とする。非淋菌性尿道炎に対しては、診察時には原因菌不明であるため、通常は頻度の高いCTをターゲットに治療を開始する。MGは薬剤耐性が顕著であり、CTに対する抗菌薬では治療に失敗することが多い。従って、初回治療の際には症状が軽快したとしても必ず再診し、検査結果の説明を受け場合によっては治療を行うことを強く説明する必要がある。

梅毒は全数把握疾患となっているにもかかわらず、実際に把握されているのは1/3~1/4程度であることがわかっている。梅毒の症状は非典型的な症状のみを示す場合があるため、The great imitator (偽装の達人)ともいわれる。従って梅毒を疑い検査を行うのは、梅毒に典型的な症状の場合のみならず、感染の機会がある場合も考慮する。現時点での診断は梅毒抗体によって行う事がほとんどであるが、細かく変動が捉えられ、測定誤差の少ない自動化法で測定することが強く勧められている。



安田 満

1993年 岐阜大学医学部医学科卒業

2012年 岐阜大学医学部附属病院泌尿器科講師

2020年 岐阜大学医学部附属病院生体支援センター准教授

2021年 札幌医科大学医学部感染制御・臨床検査医学講座 准教授

2023年 札幌医科大学医学部感染制御・臨床検査医学講座 病院教授

[21] 進行性精巣がんの集学的治療

精巣がんは発生率が人口10万人あたり1-2人であるいわゆる希少癌であり、我々泌尿器科医が日常的に治療する疾患ではない。好発年齢のピークが30-40歳と若年であり、診断時点で約30%が転移性病変を伴う進行癌である。このような転移を伴う進行性精巣がんにおける治療のゴールは、根治したうえでの社会復帰と非常に高いハードルである。しかしながら、精巣がんは抗癌剤の感受性が非常に高く、抗癌剤治療を中心とした集学的治療により多くの症例で根治を目指すことが可能である。

進行性精巣がんの治療は高位精巣摘除による病理組織確認を行ったうえでの抗癌化学療法が中心となるが、非セミノーマにおいては残存腫瘍切除も重要な役割を担っており、これらの治療を間断なく適切なタイミングで施行することが求められる。導入化学療法としてBEP療法が施行されるようになり、近年では救済化学療法としてTIP療法が導入されたことで進行性精巣がんの治療成績が向上しているのは間違いのない事実であるが、縦隔原発の性腺外胚細胞腫瘍に代表されるIGCC分類で予後不良群にあたる症例の予後は依然として不良である。抗癌剤治療以外の新規薬剤の有効性は報告されていないことから、このような症例には現状の治療手段を適切に施行する以外に治療成績の向上は望めない。また、希少癌であることから、進行性精巣癌の治療は専門性の高い施設と連携して施行することが肝要となる。

本プログラムでは進行性精巣がんの集学的治療につき概説し、我々の施設の診療連携及び治療成績、そして難治症例の紹介を行う予定である。

**永原 啓**

2001年 大阪大学医学部 卒業
2010年 大阪大学大学院医学系研究科 博士課程 修了
2011年 Paterson Institute for Cancer Research, the University of Manchester, UK, Honorary Research Fellow
2013年 大阪大学大学院医学系研究科 器官制御外科学講座(泌尿器科学) 助教
2019年 大阪国際がんセンター 泌尿器科 副部長

[22] 副腎腫瘍の病理診断

副腎腫瘍の病理診断の update に関する最近の流れとしては、WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs, 5th ed. (WHO 分類2022) が電子版として公開されたこと、また現在副腎腫瘍取扱い規約第4版の作成が進められていることが重要である(2025年発刊予定)。これらの一連の改訂により、副腎皮質・髄質に発生した各種腫瘍に対する新しい病型分類とその組織学的評価方法の変更が明瞭化された。さらに、従来行われてきたHE標本での形態学的評価に加え、様々な免疫組織化学的検討を併用することの必要性も提唱された。悪性腫瘍に関しては、副腎皮質癌での病理診断確定方法(Weiss criteria、Lin-Weiss-Bisceglia criteria、Helsinki score、reticulin algorism など)の使用法、また褐色細胞腫に対し用いられてきた転移・再発予測に関する評価方法(the Pheochromocytoma of the Adrenal gland Scaled Score (PASS)、the Grading system for Adrenal Pheochromocytoma and Paraganglioma (GAPP)、the Composite Pheochromocytoma/paraganglioma Prognostic Score (COPPS) など)の見直しについて言及されている。以上を踏まえ、本講演では主に1) 非腫瘍性副腎皮質結節性病変、2) 原発性アルドステロン症病変、3) 副腎皮質癌、4) 褐色細胞腫(副腎内パラガングリオーマ)の病理診断の update と今後の課題について概説する。

**中村 保宏**

1996年 東北大学医学部卒業
2004年 東北大学大学院医学系研究科博士課程卒業
2006年 米国ジョージア医科大学生理学講座博士研究員
2014年 東北大学大学院医学系病理診断学分野准教授
2016年 東北医科薬科大学病理学教授 (現在に至る)

[23] 尿路上皮癌の画像診断

腎盂・尿管・膀胱癌は同一の取扱い規約上で扱われるが、診療ガイドラインは、膀胱癌と腎盂・尿管癌とは別に取り扱われる。画像診断は、疾患の診療戦略を考えるために重要であり、診療ガイドラインにそって、膀胱と上部尿路上皮癌（腎盂・尿管癌）とに分けて適応や実際を考えたい。

膀胱癌の画像診断は、局所進達度診断においては、造影ダイナミック撮像と拡散強調画像とを組み合わせた mp-MRI が有用で、標準化として VI-RADS が提唱されている。本講演では、VI-RADS スコアリングの実際を概説する。また検査精度向上のため、依頼時に泌尿器科医に留意してほしい点、特に造影について、なぜ mp-MRI を勧めるのか、その背景を説明したい。その上で、VI-RADS の応用や現状、成績について文献レビューする。

上部尿路上皮癌の画像診断では、病変の検出を目的とする CTU の有用性は広く認知され、実際にすでに広く臨床応用されている。本講演では、CTU 読影の実際や留意点を概説すると共に、現状の成績を文献レビューする。また実臨床では、尿路全体の CTU での描出が不完全なことも多く、撮像時での現場対応、検査依頼時の留意事項について、情報を共有したい。MR urography は、造影剤を使用せず被ばくのない CTU の低侵襲な代替検査と考えられているが、CTU と比較し制約が多く、その限界を理解する必要がある。また現状の画像診断はリンパ節郭清の可否を判断できる staging 精度はない事は認識しておく必要がある。

最後に、尿路多発病変スクリーニングとしての CTU の役割、遠隔・リンパ節検索、治療後経過観察における画像診断の適応の考え方も紹介したい。



高橋 哲

1992年 大阪大学医学部卒業
1998年 大阪大学医学部医学科放射線医学教室 助手
2005年 UMS St Radboud (オランダ) Research Physician
2014年 神戸大学医学部附属病院放射線部 特命教授
2017年 愛仁会高槻病院イメージングリサーチセンター センター長

[24] ロボット支援腎尿管全摘除術を安全に施行する基本手技

ロボット支援腎尿管全摘除術 (RANU) は、2022年より本邦でも保険診療にて手術が実施可能となった。海外では腹腔鏡下腎尿管全摘除術 (LNU) と比較して RANU は徐々に増加傾向にあると報告されている。近年では、低リスク上部尿路上皮癌 (UTUC) に対する治療では腎温存療法が選択肢となっているが、高リスク UTUC の標準術式は腎尿管全摘除術であり大きな変化はない。cT3 や cN+ に対する LNU や RANU などの低侵襲手術による治療成績に関するエビデンスは未だ低く、解放手術による腎尿管全摘除術が好ましいとされる症例は一定数存在すると思われるが、現時点においてその優劣の判断は困難である。LNU や RANU では鉗子で腫瘍に直接触れない、腫瘍の摘出には回収バックを使用する、尿管切除は膀胱カフ切除で行うことが推奨されている。RANU は LNU と比較して繊細な操作や縫合操作が得意であり、膀胱カフ切除や膀胱縫合などその威力を発揮する場面は多い。また、UTUC に対するリンパ節郭清の治療的価値に関するエビデンスは未だ高くないものの、RANU では LNU と比較してリンパ節郭清の実施頻度や郭清個数が多いことが報告されている。

RANU では術野が広い経腹膜アプローチを選択する術者が多いが、後腹膜アプローチでも実施可能である。RANU はあらゆる術式の中で鉗子操作範囲が最も広範囲であり、体位やポート配置が大切となる。また、下部尿管処理では腸管が視野を妨げることがあり、経腹膜アプローチでは10度程度の頭低位が必要となる。近年、ダビンチのみならず hinotori や Hugo といった新規手術支援ロボットも利用可能となっており、本プログラムでは機種によるポート配置の違いなども提示する。また、本プログラムでは、泌尿器腹腔鏡技術認定を目指した腎摘除術に関する基本手技やリンパ節郭清、下部尿管処理における注意点などについても概説する。



森實 修一

2001年 鳥取大学医学部卒業
2005年 鳥取大学医学部附属病院泌尿器科 助手
2006年 鳥取大学大学院医学系研究科外科系専攻博士課程修了 (医学博士)
2016年 鳥取大学医学部附属病院泌尿器科 講師
2023年 鳥取大学医学部附属病院泌尿器科 准教授