

第
198回

関東支部会
日本呼吸器内視鏡学会

The Japan
Society for Respiratory Endoscopy

2026年

9月19日(土)

12:10~18:40

品川シーズンテラスカンファレンス

〒108-0075 東京都港区港南 1-2-70 品川シーズンテラス 3F

TEL. 03-6433-1905

会長 **新海 正晴**

(東京品川病院治験開発・研究センター)

品川駅

プログラム・抄録集

品川宿



第198回
日本呼吸器内視鏡学会
関東支部会
プログラム・抄録集



日 時： **2026年9月19日(土)**

会 場： **品川シーズンテラスカンファレンス**
〒108-0075 東京都港区港南1-2-70 品川シーズンテラス 3F

会 長： **新海 正晴**
東京品川病院治験開発・研究センター

事務局： **社会医療法人社団 東京巨樹の会東京品川病院**
〒140-8522 東京都品川区東大井6-3-22
TEL. 03-3764-0511

新たな 日常の1枚を



薬価基準収載

選択的P2X3受容体拮抗薬/咳嗽治療薬

リフヌア[®]錠45mg

LYFNUA[®] Tablets 45mg

ゲーファピキサントクエン酸塩錠

処方箋医薬品（注意－医師等の処方箋により使用すること）

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと） 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【4. 効能又は効果】

難治性の慢性咳嗽

【5. 効能又は効果に関連する注意】

最新のガイドライン等を参考に、慢性咳嗽の原因となる病歴、職業、環境要因、臨床検査結果等を含めた包括的な診断に基づく十分な治療を行っても咳嗽が継続する場合に使用を考慮すること。

【6. 用法及び用量】

通常、成人にはゲーファピキサントとして1回45mgを1日2回経口投与する。

【7. 用法及び用量に関連する注意】

重度腎機能障害（eGFR 30mL/min/1.73m²未満）で透析を必要としない患者には、本剤45mgを1日1回投与すること。[9.2、9.2.1、9.8、16.6.1参照]

【8. 重要な基本的注意】

本剤による咳嗽の治療は原因療法ではなく対症療法であることから、漫然と投与しないこと。

【9. 特定の背景を有する患者に関する注意】

9.1 合併症・既往歴等のある患者

9.1.1 スルホンアミド系薬剤に過敏症の既往歴のある患者

交叉過敏症があらわれる可能性がある。本剤の有効成分であるゲーファピキサントは、スルホンアミド基を有する。

9.2 腎機能障害患者

腎機能検査を定期的に実施することが望ましい。なお、味覚異常は曝露量依存的に増加する傾向が認められている。[7.、9.8、15.1.1、15.2参照]

9.2.1 重度腎機能障害（eGFR 30mL/min/1.73m²未満）で透析を必要としない患者

ゲーファピキサントの曝露量の上昇が認められた。[7.、9.8、16.6.1参照]

9.2.2 透析を必要とする末期腎不全患者

推奨される用法及び用量の調節を設定するための十分なデータは得られていない。[13.1参照]

9.5 妊婦

治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。ラット及びウサギにおいて胎盤移行が認められた。臨床用量（1回45mgを1日2回投与）の約12倍（ラット）の曝露量では、胎児体重の軽度の減少が認められた。

9.6 授乳婦

治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。ラットで乳汁中への移行が報告されている。

9.7 小児等

18歳未満の患者を対象とした臨床試験は実施していない。

9.8 高齢者

腎機能に注意し、必要に応じて用法及び用量を調節すること。本剤は腎排泄型の薬剤である。一般に腎機能が低下していることが多いので、本剤による副作用のリスクが増加するおそれがある。[7.、9.2、9.2.1、16.6.1参照]

【11. 副作用】

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

11.2 その他の副作用

	5%以上	5%未満
胃腸障害	悪心、口内乾燥	下痢、上腹部痛、消化不良、 □の感覚鈍麻、流涎過多、 □の錯感覚
感染症及び寄生虫症		上気道感染
代謝及び栄養障害		食欲減退
神経系障害	味覚不全（40.4%） [†] 、 味覚消失 [†] 、味覚減退 [†] 、 味覚障害 [†]	浮動性めまい
呼吸器、胸部及び縦隔障害		咳嗽、口腔咽頭痛

[†] 味覚不全は、主に苦味、金属味及び／又は塩味としても報告された。味覚関連の副作用（味覚不全、味覚消失、味覚減退、味覚障害）の発現割合は63.1%であった。大多数は、ゲーファピキサントの投与開始後9日以内に発現し、軽度又は中等度であり、ゲーファピキサントの投与中又は投与中止により改善した。なお、味覚関連の副作用は曝露量依存的に増加する傾向が認められている。

【21. 承認条件】

医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

●その他詳細につきましては電子添文をご参照ください。

電子添文の改訂に十分ご留意ください。

2025年6月改訂（第5版）

発売元

杏林製薬株式会社

東京都千代田区大手町一丁目3番7号

〈文献請求先及び問い合わせ先〉：〈すり情報センター〉

東京都新宿区左門町20番地

製造販売元

MSD株式会社

東京都千代田区九段北1-13-12

作成年月：2026.1

会場ご案内図

品川シーズンテラスカンファレンス

〒108-0075 東京都港区港南 1丁目2番70 品川シーズンテラス 3階



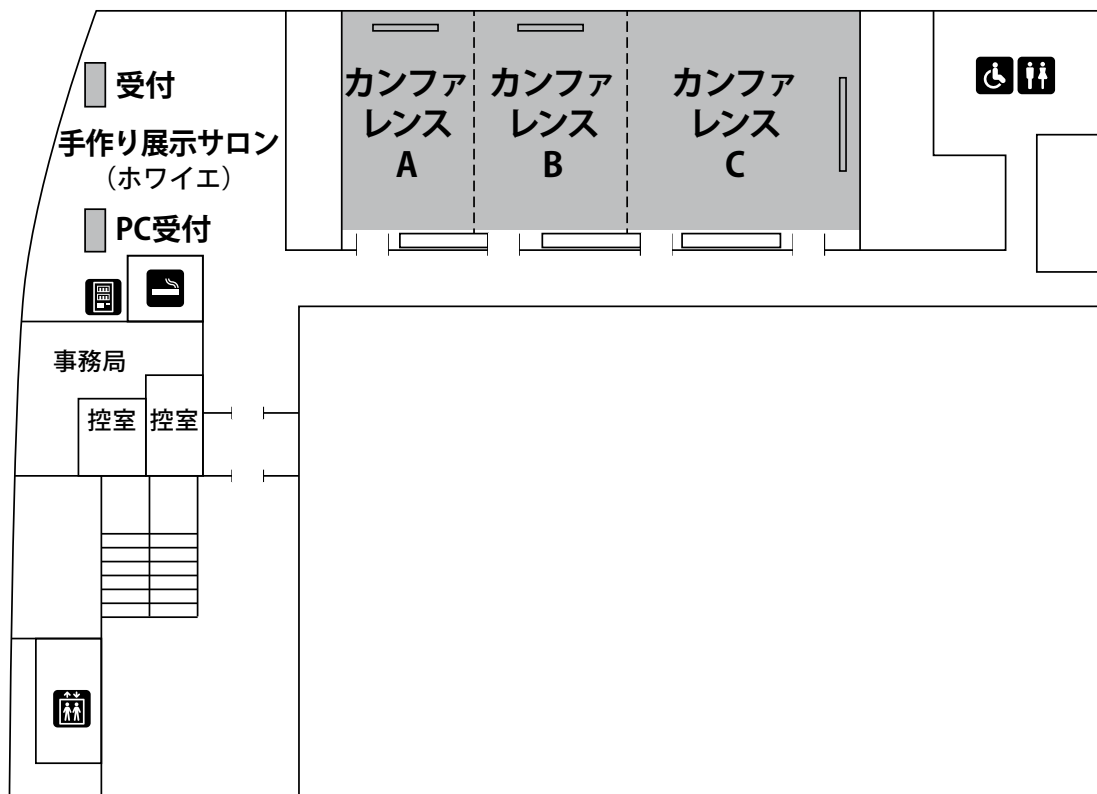
■JR品川駅「港南口」(東口)より徒歩6分

■京浜急行 品川駅「高輪口」より徒歩10分

フロアご案内図

品川シーズンテラスカンファレンス

タワー棟 3F



手作り展示サロン会場 (ホワイエ)



第198回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会

座長・演者の皆様へ

■開催形式について

本支部会は完全現地開催となりオンラインでの配信はございません。
発表者の方は現地参加をお願いいたします。

■座長の皆様へ

- ・座長受付は、担当セッション開始予定の30分前までに、ホワイエ内総合受付にて行います。
その際、セッション全員の採点表をお渡しします。
担当セッション開始予定の3分前までに、会場前方の評価席（座長席）にご着席ください。
進行は、外科、内科2名の担当座長をお願いいたします。
採点は、セッション全員の採点が50点満点となります。採点基準は後述します。
セッション終了後事務局担当が回収にお伺いしますので、採点表をお渡しください。
- ・進行は、進行担当座長に一任しますので、演者の発表時間を管理し、質疑応答を含めて
時間内に終了するようご配慮、ご協力をお願いいたします。
- ・評価基準は、下記5項目を10点ずつ（合計50点）で採点してください。
平均を6点、最も優れている場合を10点、評価できない場合を0点でお願いします。
 1. 題材の質（新規性、興味深さ等）、
 2. 発表内容（スライド及びプレゼンテーション）
 3. 学術的な価値
 4. 患者、医療、社会への貢献度
 5. 質疑・応答

■演者の皆さまへ

- ・当日は座長全員の厳正な採点により、全演題から最上位1チームに第198回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会賞が授与されます。
- ・学生・初期研修医セッションおよび専門研修医セッションより上位5チーム、一般演題より上位1チームへ賞状および賞金が授与される予定です。
全ての発表が終了した18時25分から12チームを表彰予定ですので、お手数ですが、各チームから1名は表彰式にご参加ください。
関東支部会の活性化の試みのひとつですので、是非、ご協力ください。
表彰式に不在の場合、賞状は各施設に郵送とさせていただきますが、賞金は呼吸器内視鏡学会関東支部会に寄付させていただきます。

■発表時間について

各演題の発表時間は7分（おおよそ発表4分、討論3分）。時間厳守をお願いいたします。

■発表データについて

- ・発表予定時刻の30分前までにUSBメモリーをPC受付にお持ちいただき、受付・試写を済ませてください。
- ・ファイル名は【演題番号】【氏名】としてください。（例）B-1東京太郎.ppt
- ・運営事務局にて用意する発表用PCをご使用ください。会場にご用意するPCのOSはWindows11、アプリケーションはPower Point365となります。
- ・フォントはWindowsに標準搭載されているものをご使用ください。
- ・動画や音声をご使用になる場合は、受付にて必ずオペレーターにお申し出ください。
- ・メディアを介したウイルス感染の恐れがありますので、予め最新のウイルス駆除ソフトでチェックをお願いいたします。
- ・必ずバックアップデータをお持ちください。

■ご発表スライドでのCOI開示につきましては、タイトルスライドの次(2枚目)に挿入してください。

詳細につきましては下記「第198回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会」のホームページをご参照ください。

<https://procomu.jp/jsrekanto198/coi.html>

■個人情報保護法に関するお願い

2006年4月より、上記法律が施行されております。個人が識別され得る症例の提示に関しては、ご発表内容に関して演者が患者のプライバシー保護の観点から十分な注意を払い、ご発表いただくようお願いいたします。

■「気管支学」への抄録原稿掲載について

すでに提出されている抄録原稿を「気管支学」へ掲載いたしますが、訂正のある場合は、当日までにword形式で入力した訂正版をPC受付までお持ちください。

■参加登録について

会期までにオンライン上で事前参加登録にご協力をお願いいたします。

参加登録および参加証・領収書については「参加者の皆様へ」をご確認ください。

参加者の皆様へ

■会期

- ・会場開催：2026年9月19日（土）12：10～18：40
（会場開催のみとなりますので、オンライン配信はございません）

■参加登録

本支部会ホームページ「参加登録」ページよりオンラインでのお申込みとなります。

※当日現地での参加登録・支払いも可能ですが、混雑緩和の為、会期までにオンライン上で事前参加登録にご協力をお願いいたします。

【ご注意】

お支払いはクレジット決済のみとなります。

オンラインでの事前登録、ならびにクレジットでの支払いが難しい場合、当日受付にてお問い合わせください。

<参加登録ページ>

<https://procomu.jp/jsrekanto198/registration.html>

■参加登録期間

【クレジット決済のみ】2026年6月15日（月）～9月19日（土）

※支払期日までに決済を完了していない場合、参加登録は無効となりますのでご注意ください。

■参加費

会員	1,000円
非会員	1,000円
学生・初期研修医、 専門研修医およびメディカルスタッフ、 品川区医師会・荏原医師会 会員、 スタッフ・その他（企業等）	無料

■参加証・領収書

参加証は引換券と交換で、会期当日に受付でお渡しいたします。

ログインページへログイン後、右上に表示される「マイページ」より「参加証引換券」がダウンロード・印刷可能となります。

ご来場の際は引換券をお持ちくださいますよう、ご協力をお願いします。

「領収書」は参加費お支払い後、「マイページ」よりダウンロード・印刷が可能です。

■ご注意事項

事前参加登録時の登録内容の変更や参加取り消しをされる場合は、メールにて運営事務局までご連絡ください。

ただし、一度納入された参加費は、理由の如何に関わらず返金できません。あらかじめご了承ください。

また、虚偽の申請あるいは会場での無断録画や撮影などは一切禁止しております。

上記の不正行為や迷惑行為などが発覚した場合は、参加権利が取り消され、一切返金できませんのでご了承ください。

手作り展示サロン・リフレッシュメント

手作り展示サロンの場をホワイエに設けました。

18の小展示ブースがありますので、活発なご活用をお願いします。

また、手作り展示サロン内に軽食、お飲み物等のリフレッシュメントをご用意していますので、ご自由にお取りください。

聴講中の水分補給にもご活用ください。

幹事会のお知らせ

■日時：2026年9月19日（土）11：30～12：00

（ご出席の先生には昼食の用意をいたします。）

■場所：品川シーズンテラスカンファレンス3F「カンファレンスC」

■開催方法：現地開催

幹事会につきましては現地開催といたします。

幹事会にどうしても現地出席ができない場合は、後日、議事決裁書類をお送りいたしますので、後に定める期日までに書面での議決権行使（メール添付による提出）によりご意見を反映させていただきます、また出席として扱います。

なお、現幹事のみが議決権を持ちます。

今後とも支部会運営にご理解とご協力のほどお願いいたします。

お問合せ先：関東支部事務局

E-mail：jsre_kanto@convention-plus.com

関東支部ホームページ：https://www.jsre-kanto.com/

■事前参加登録について

第198回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会へのご参加には別途オンライン参加登録が必要です。

下記URLより参加登録をお願いいたします。

<https://procomu.jp/jsrekanto198/registration.html>

※当日の幹事会参加方法等につきましては、関東支部事務局からの開催に関するご案内メールを必ずご確認ください。

第198回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 日程表

	カンファレンスA	カンファレンスB	カンファレンスC	
9:00	9:00-11:30 気管支鏡講習会			9:00
10:00				10:00
11:00				11:00
12:00			11:30-12:00 幹事会	12:00
		12:10-12:25 開会の辞、幹事会報告		
13:00		12:30-14:00 学生・初期研修医セッション 座長：池村 辰之介 菅井 和人 藤井 裕明 横手 芙美	12:30-13:00 アフタヌーン教育セミナー1 座長：多賀谷 悦子、演者：杉野 圭史 共催：日本ペーリンガーインゲルハイム株式会社	13:00
			13:05-13:35 アフタヌーン教育セミナー2 座長：鹿毛 秀宣、演者：関 順彦 共催：日本イーライリリー株式会社	
14:00			13:40-14:10 アフタヌーン教育セミナー3 座長：小林 正嗣、演者：田中 一大 共催：MSD株式会社	14:00
		14:00-14:30 アフタヌーン教育セミナー11 座長：權 寧博、演者：新海 正晴 共催：塩野義製薬株式会社	14:15-14:45 コーヒーブレイク教育セミナー4 座長：坂尾 幸則、演者：福井 麻里子 共催：アストラゼネカ株式会社	
15:00	座長：寺田 二郎 江里口 大介 木村 泰浩 草野 萌 高坂 美央 森本 淳一	14:40-15:20 専門研修医セッション	14:50-15:20 コーヒーブレイク教育セミナー5 座長：長瀬 洋之、演者：田中 明彦 共催：サモフィッシャーダイアグノスティクス株式会社	15:00
		15:25-15:55 コーヒーブレイク教育セミナー12 座長：三浦 和裕、演者：高橋 宜聖 共催：Meiji Seika ファルマ株式会社	15:25-15:55 コーヒーブレイク教育セミナー6 座長：吉岡 弘鎮、演者：村上 修司 共催：日本化薬株式会社	
16:00	15:45-17:30 一般演題 座長：森川 慶 小森 和幸 出嶋 仁 日鼻 涼	16:00-16:30 イブニング教育セミナー13 座長：蒲池 健一、演者：太田 真一郎 共催：富士通Japan株式会社	16:00-16:30 コーヒーブレイク教育セミナー7 座長：牧野 崇、演者：峯岸 健太郎 共催：コヴィディエンジャパン株式会社	16:00
17:00		16:45-18:00 専門研修医セッション 座長：寺田 二郎、江里口 大介、 木村 泰浩、草野 萌、 高坂 美央、森本 淳一	16:35-17:05 イブニング教育セミナー8 座長：猶木 克彦、演者：山田 勝雄 共催：インスメッド合同会社	17:00
			17:10-17:40 イブニング教育セミナー9 座長：岸 一馬、演者：塩澤 利博 共催：Johnson & Johnson	
18:00	17:45-18:20 イブニング教育セミナー14 座長：鈴木 拓児、演者：松瀬 厚人 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社		17:45-18:20 イブニング教育セミナー10 座長：峯下 昌道、演者：森川 美羽 共催：サノフィ株式会社/ リジェネロン・ジャパン株式会社	18:00
		18:25- 表彰式、閉会の辞		
19:00				19:00

プログラム一覧

9月19日(土) 会場：カンファレンスB

12:10-12:25

開会の辞、幹事会報告

12:30-14:00

学生・初期研修医セッション

座長：池村 辰之介 慶應義塾大学医学部 呼吸器内科 助教
菅井 和人 筑波大学附属病院 呼吸器外科
藤井 裕明 横浜市立大学附属病院 呼吸器内科 助教
横手 芙美 帝京大学医学部外科学講座 助教

進行：池村 辰之介 慶應義塾大学医学部 呼吸器内科 助教
菅井 和人 筑波大学附属病院 呼吸器外科

研-1 EGFR 遺伝子変異陽性気管腺癌の1例

松浦 柚奈 防衛医科大学校病院 呼吸器外科

研-2 気管内進展と上大静脈症候群を来した胸腺腫の1例

大竹 もも 東京品川病院 呼吸器病センター

研-3 気管支鏡下生検により診断した慢性リンパ性白血病の気管支浸潤の1例

井口 紗良 済生会横浜市南部病院

研-4 気道狭窄を伴う気管内腫瘍に対して高周波スネアを用いた気管支鏡下腫瘍切除を行った1例

横江 杏音 国際医療福祉大学 医学部 呼吸器外科学

研-5 中心型早期肺扁平上皮癌に対する複数回の光線力学療法後に局所進行をきたし

左上葉管状切除・肺動脈形成により肺全摘を回避した1例

門井 寛太 自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門

研-6 食道癌術後縦隔リンパ節再発による気管胃管瘻に対し、硬性気管支鏡下にシリコンY字ステントを留置した1例

宮里 侑志 獨協医科大学埼玉医療センター 臨床研修センター

進行：藤井 裕明 横浜市立大学附属病院 呼吸器内科 助教

横手 芙美 帝京大学医学部外科学講座 助教

研-7 肺野末梢小型肺癌に対してCone Beam CTを併用して部分切除した2例

渡邊 悠斗 新久喜総合病院

研-8 外科治療を含めた集学的治療により根治が得られた肺Mycobacterium.Abscessus症の一例

佐藤 耀太 東京品川病院 呼吸器病センター

研-9 気管支鏡検査にてカンジダ気管支炎・肺炎を診断し得た一例

佐々木 恒 東京科学大学病院 総合教育研修センター

研-10 びまん性多発粒状影を呈し、クライオ生検で診断した肺腺癌術後再発の一例

渡邊 昇 日本大学 医学部附属 板橋病院 研修センター

研-11 抗MDA5陽性皮膚筋炎合併質性肺炎の加療中に合併した肺アスペルギルス症に対してEBUS-GSによる診断、治療が有用であった一例

折敷 凜 東京品川病院 呼吸器病センター

研-12 術前療法施行予定の局所進行非小細胞肺癌に対する診断的気管支鏡検査の安全性に関する検討

土井 康寛 昭和医科大学病院 医師臨床研修センター

14:00-14:30

アフタヌーン教育セミナー11

座長： 権 寧博 日本大学医学部 内科学系呼吸器内科学分野 主任教授

検査・手術前に、同居人がインフルエンザ・コロナウイルス感染症を発症した際の予防および治療の現状

演者： 新海 正晴 東京品川病院 副院長 治験開発・研究センター長

共催：塩野義製薬株式会社

14:40-15:20

専門研修医セッション

座長： 寺田 二郎 成田赤十字病院 副院長 呼吸器内科 部長
江里口 大介 東京医科大学病院 呼吸器外科 助教
木村 泰浩 済生会横浜市南部病院 呼吸器内科 副部長
草野 萌 東京品川病院 呼吸器病センター呼吸器外科
高坂 美央 東京品川病院 呼吸器病センター呼吸器内科 医長
森本 淳一 千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科 助教

進行： 寺田 二郎 成田赤十字病院 副院長 呼吸器内科 部長
江里口 大介 東京医科大学病院 呼吸器外科 助教

専-1 食道壁内膿瘍による気管穿通・食道穿通に対し、保存的治療により改善した一例
加藤 俊平 東京品川病院 呼吸器病センター

専-2 多発すりガラス結節影を呈し、気管支鏡で多発色素性病変を認めた悪性黒色腫の1例
西 由紘 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科

専-3 硬性鏡下腫瘍減量術後に気管管状切除を施行した気管腺様嚢胞癌の1例
螺良 浩一 自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科

専-4 オキシドトレオチドによるペプチド受容体放射性核種療法（PRRT）治療後
遅発性に縮小を認めた気道狭窄を伴う気管支カルチノイドの一例
高良 知大 聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科

専-5 高度気道狭窄を伴う声門直下気管癌に対して硬性気管支鏡下気道開大術を施行した一例
猪野 凌太 日本医科大学 呼吸外科

15:25-15:55
コーヒーブレイク教育セミナー12

座長：三浦 和裕 品川区医師会会長 三浦医院院長

レプリコンワクチンの免疫学的エビデンスと今後の展望
— 非臨床・臨床データから見えてきた有効性と安全性 —

演者：高橋 宜聖 国立健康危機管理研究機構 国立感染症研究所
ワクチン開発研究センター センター長

共催：Meiji Seika ファルマ株式会社

16:00-16:30
イブニング教育セミナー13

座長：蒲池 健一 社会医療法人社団東京巨樹の会 理事長

「温故知新」で切り拓くびまん性肺疾患診療
～類似画像症例検索で紡がれる診療経験の集合知～

演者：太田 真一郎 東京品川病院 呼吸器病センター センター長

共催：富士通 Japan 株式会社

16:45-18:00
専門研修医セッション

座長：寺田 二郎 成田赤十字病院 副院長 呼吸器内科 部長
江里口 大介 東京医科大学病院 呼吸器外科 助教
木村 泰浩 済生会横浜市南部病院 呼吸器内科 副部長
草野 萌 東京品川病院 呼吸器病センター呼吸器外科
高坂 美央 東京品川病院 呼吸器病センター呼吸器内科 医長
森本 淳一 千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科 助教

進行：木村 泰浩 済生会横浜市南部病院 呼吸器内科 副部長
草野 萌 東京品川病院 呼吸器病センター呼吸器外科

専 -6 成人気道異物に対する気管支鏡下異物摘出における回収デバイス選択の検討
塩尻 和宏 済生会横浜市南部病院

専 -7 病理学的な検討を行うことができた気道異物の一例
田中 良磨 日本大学 医学部 内科学系 呼吸器内科学分野

専 -8 気管支鏡検査により診断に至ったスエヒロタケによるアレルギー性気管支真菌症の1例
藤田 弘輝 独立行政法人国立病院機構茨城東病院

専 -9 非挿管下ガイドシース併用経気管支クライオ肺生検（GS-TBLC）による過敏性肺炎の
診断確信度向上と安全性の検討
米岡 遼太郎 成田赤十字病院 呼吸器内科

専 -10 漏斗胸根治術後の高度胸腔内癒着例に対し Cone-beam CT ナビゲーション下に多発肺結節を
完全切除し得た1例
山元 幹太 帝京大学 医学部 外科学講座

進行： 高坂 美央 東京品川病院 呼吸器病センター呼吸器内科 医長
森本 淳一 千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科 助教

専 -11 右中葉低形成を伴う右上葉肺癌に対して右 S3 区域切除を施行した一例
内田 正之 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野

専 -12 血中循環腫瘍 DNA 解析により耐性機序を考察しえた MET exon 14 skipping 変異陽性肺腺癌の 1 例
安田 拓実 東京品川病院 呼吸器病センター

専 -13 演題取り下げ

専 -14 急速進行し呼吸不全を呈した若年発症激症型特発性器質化肺炎の一例 ―多職種連携による診断―
胡田 理佳子 聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科

専 -15 高エネルギー外傷後の多発肋骨骨折に対し、肋骨固定用プレートを使用し奏功した一例
井上 航貴 日本大学 呼吸器外科学分野

18:25-
表彰式、閉会の辞

11:30-12:00

幹事会

12:30-13:00

アフタヌーン教育セミナー1

座長：多賀谷 悦子 東京女子医科大学 内科学講座 呼吸器内科学分野 教授・基幹分野長

ILD 診療における積極的な診断アプローチと多職種連携の重要性

演者：杉野 圭史 一般社団法人慈山会医学研究所附属坪井病院 院長

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

13:05-13:35

アフタヌーン教育セミナー2

座長：鹿毛 秀宣 東京大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学 教授

今こそ考える！RELAY レジメンの使いどころとは？

演者：関 順彦 帝京大学医学部 内科学講座 腫瘍内科 教授

共催：日本イーライリリー株式会社

13:40-14:10

アフタヌーン教育セミナー3

座長：小林 正嗣 昭和医科大学医学部外科学講座呼吸器外科学部門 教授

目指せ根治！NSCLC 周術期治療の最前線～Tumor-draining lymph nodes を意識したICI 治療戦略～

演者：田中 一大 名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 講師

共催：MSD 株式会社

14:15-14:45

コーヒースペイク教育セミナー4

座長：坂尾 幸則 帝京大学医学部外科学講座呼吸器外科 教授

術前ICI投与から根治手術に繋げるためのTips - AEGEAN がもたらす新たな展望 -

演者：福井 麻里子 順天堂大学大学院医学研究科 呼吸器外科学講座 准教授

共催：アストラゼネカ株式会社

14:50-15:20

コーヒーブレイク教育セミナー5

座長：長瀬 洋之 帝京大学医学部内科学講座 呼吸器・アレルギー学 教授

喘息およびアレルギー性気管支肺アスペルギルス症（ABPA）診療におけるアレルギー検査のコツとピットフォール

演者：田中 明彦 昭和医科大学医学部内科学講座 呼吸器・アレルギー内科学部門 教授

共催：サーモフィッシャーダイアグノスティックス株式会社

15:25-15:55

コーヒーブレイク教育セミナー6

座長：吉岡 弘鎮 獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器・アレルギー内科 主任教授

眠れる選択肢を呼び覚ます～肺扁平上皮癌におけるポートラザ戦略～

演者：村上 修司 神奈川県立がんセンター 呼吸器内科 部長

共催：日本化薬株式会社

16:00-16:30

コーヒーブレイク教育セミナー7

座長：牧野 崇 東京品川病院 呼吸器外科 部長

脆弱肺に対する stapling ～自動縫合器の進歩とリンフォースの有用性～

演者：峯岸 健太郎 自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

16:35-17:05

イブニング教育セミナー8

座長：猶木 克彦 北里大学医学部 呼吸器内科 主任教授

難治性肺非結核性抗酸菌症に対する外科治療－現状と課題－

演者：山田 勝雄 社会医療法人宏潤会 大同病院
呼吸器・心臓血管外科 主任部長
肺 NTM 症センター 副センター長

共催：インスメッド合同会社

17:10-17:40
イブニング教育セミナー9

座長： 岸 一馬 東邦大学医学部 内科学講座 呼吸器内科学分野（大森）教授

MARIPOSA レジメンがもたらす EGFR 陽性肺癌治療のパラダイムシフト

演者： 塩澤 利博 筑波大学 医学医療系 呼吸器内科 講師

共催：Johnson & Johnson

17:45-18:20
イブニング教育セミナー10

座長： 峯下 昌道 聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科 主任教授

重症喘息への分子標的薬治療

ー重症喘息患者さんが呼吸器内視鏡検査、手術を安全に施行するためにー

演者： 森川 美羽 東京品川病院 総合内科部長／総合健診センター長

共催：サノフィ株式会社／リジェネロン・ジャパン株式会社

9:30-11:30
気管支鏡講習会

15:45-17:30
一般演題

座長： 森川 慶 聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科 講師
小森 和幸 宇都宮記念病院 呼吸器外科 科長
出嶋 仁 新久喜総合病院 呼吸器外科 部長
日鼻 涼 日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器内科

進行： 森川 慶 聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科 講師
小森 和幸 宇都宮記念病院 呼吸器外科 科長

- O-1 気管支鏡検査で診断した多剤耐性肺結核の1例
兵頭 健太郎 国立病院機構 茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター
- O-2 気管支肺胞洗浄液（BAL）で著明な好酸球増加を認め、フローサイトメトリー提出の
必要性が後方視的に示唆された肺原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例
吉澤 剛 東邦大学医療センター 大橋病院 呼吸器内科
- O-3 クリプトコッカス脳髄膜炎の治療経過中に両肺多発陰影を認めた HIV/AIDS の一例
野村 祥加 自衛隊中央病院 呼吸器内科
- O-4 ダトボタマブ デルクステカン投与後に生じたサイトメガロウイルス肺炎の一例
恒原 莉桜 東邦大学 医学部 内科学講座 呼吸器内科学分野（大森）
- O-5 腫瘍性中枢気道狭窄に対してクライオバイオプシーを施行し診断および治療に至った
非小細胞肺癌の1例
吉田 悠人 東邦大学医療センター 大橋病院 呼吸器内科
- O-6 経食道超音波気管支鏡にて大動脈浸潤を否定し Extended sleeve lobectomy type C を施行した一例
湯川 仁広 千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科

進行： 出嶋 仁 新久喜総合病院 呼吸器外科 部長
日鼻 涼 日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器内科

- O-7 直視困難な末梢気道異物に対し細径気管支鏡と透視下の細径バスケット鉗子による異物除去が
有効であった1例
入江 祐介 新百合ヶ丘総合病院 呼吸器内科
- O-8 気道に対する irAE から気管支軟化症となり気管支ステント留置を行った1例
松本 健太郎 筑波大学附属病院 呼吸器外科
- O-9 胃癌の気管分岐部リンパ節転移再発による中枢気道狭窄に対し硬性鏡下デバルキング
及び Dumon Y ステント留置により全身治療を再導入し得た一例
神谷 侑樹 慶應義塾大学医学部外科学（呼吸器）

- O-10 経気管支肺生検後に大量の粘液性胸水貯留をきたした粘液産生性肺腺癌の1例
神津 吉基 順天堂大学 医学部 順天堂江東高齢者医療センター 呼吸器外科
- O-11 慢性炎症性肺疾患における咯血死症例のCT画像の検討
島矢 未奈子 公益財団法人 結核予防会 複十字病院 呼吸器内科
- O-12 術前免疫化学療法後の左下葉切除、心膜横隔膜合併切除再建に対する術後合併症予防・
早期回復を目指した当院における周術期リハビリテーションの1例
幕田 彩夏 東京品川病院 呼吸器病センター

17:45-18:20

イブニング教育セミナー14

重症喘息診療の課題と新たな選択肢

座長：鈴木 拓児 千葉大学大学院医学研究院 呼吸器内科学 教授

重症喘息治療の新たなステージ

ー喘息患者の気道内処置の経験も合わせてー

演者：松瀬 厚人 東邦大学医療センター大橋病院 呼吸器内科 教授

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

研 -1 EGFR 遺伝子変異陽性気管腺癌の 1 例

防衛医科大学校病院 呼吸器外科

○松浦 柚奈、橋本 博史、亀田 光二、古木 凌真

症例は 80 歳男性。15 年前に左上葉肺腺癌に対して左肺上葉切除術の既往（p-T2aN0）があり、右肺中葉の陰影を経過観察していた。同陰影の経時的な増大および気管左側内腔に軟部陰影の増大を認めたため、精査目的で入院となった。気管支鏡検査で気管左側、分岐部を形成するリングから手前 2 リングにかけて隆起性上皮型病変を認めた。生検で EGFR 遺伝子変異陽性腺癌（Exon19 del.）と診断された。当初、中葉病変の気管転移の可能性も考えて EGFR-TKI（オシメルチニブ）による治療を開始した。気管腫瘍については治療が奏効し明らかな縮小を認めたが、中葉の病変は縮小を認めなかった。そのため中葉病変に対して肺部分切除術を施行し、その結果、遺伝子変異の無い腺癌の診断であった。気管原発腺癌は稀な腫瘍と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

研 -2 気管内進展と上大静脈症候群を来した胸腺腫の 1 例

東京品川病院 呼吸器病センター

○大竹 もも、田口 皓太、佐藤 耀太、安田 拓実、森本 瑠美奈、加藤 俊平、廣瀬 龍太郎、

鳥羽 直弥、古川 佳奈子、草野 萌、高坂 美央、森川 美羽、牧野 崇、太田 真一郎、新海 正晴

77 歳、男性。4 年前に前縦隔腫瘍を指摘されていた。嚔声により当院耳鼻科受診、当科紹介となった。初診時に顔面及び右腕の腫脹を来していたため、縦隔腫瘍による上大静脈症候群と判断し、oncologic emergency として上大静脈ステント留置、同日にエコーガイド下生検を実施した。緩和照射開始と並行して実施した気管支鏡検査では、気管内に乳頭状に進展する組織をみとめ、同部位から直視下生検した。いずれの病理組織からも、B3 型胸腺腫の診断が得られた。病期は正岡分類Ⅲ期、cT4N1M0,stage IV a と診断した。計 30Gy の追加照射後に、ADOC 療法 4 コース施行した。治療開始後 11 か月の内腔観察では気管内病変は縮小していた。現在 1 年 4 か月が経過しており、病勢安定が得られている。気管内進展をきたした胸腺腫は稀と考えられたため報告する。

研-3 気管支鏡下生検により診断した慢性リンパ性白血病の気管支浸潤の1例

¹⁾ 済生会横浜市南部病院、²⁾ 済生会横浜市南部病院 呼吸器内科

○井口 紗良¹⁾、木村 泰浩²⁾、三神 直人²⁾、大津 佑希子²⁾、塩尻 和宏²⁾、曾我 由奈²⁾、宮沢 直幹²⁾

【症例】78歳女性。

【主訴】胸部異常陰影。

【現病歴】X-2年より慢性リンパ性白血病（CLL）に対し当院血液内科で経過観察中であった。X年10月の胸部CTで右中間気管支幹内に軟部陰影を指摘され、精査目的に当科紹介となった。気管支鏡検査では右中間気管支幹に局限するポリープ型腫瘍を認めたが、内腔の閉塞所見はなかった。直視下生検の病理組織診では小型リンパ球主体の浸潤があり、免疫染色ではCD20陽性、BCL-2陽性であった。病理学的にRichter transformationを示唆する所見はなく、CLLの気管支浸潤と診断した。その後も増悪なく経過観察されている。

【結語】CLLに気管・気管支病変を伴う肺浸潤は稀である。本症例では気道病変を認識し直視下生検を行うことで診断に至った。CLL患者の肺病変では、早期の気管・気管支病変の評価が診断に有用である可能性が示唆された。

研-4 気道狭窄を伴う気管内腫瘍に対して高周波スネアを用いた気管支鏡下腫瘍切除を行った1例

国際医療福祉大学 医学部 呼吸器外科学

○横江 杏音、和田 啓伸、穴山 貴嗣、大塚 貢広、小野里 優希、鎌田 稔子、吉野 一郎、吉田 成利

症例は60代女性。4年前に間質性肺炎合併左肺癌（扁平上皮癌、pT2aN0M0, IB期）に対し胸腔鏡下左肺底区切除＋リンパ節郭清が施行され経過観察中であった。1週間前から労作時呼吸困難が出現し増悪したため救急搬送された。搬送時、酸素化は保たれていたが、呼気時に著明な気道狭窄音を認めた。胸部CTでは気管分岐部直上に有茎性1.4cmの結節を認め高度気道狭窄を呈していた。気道狭窄解除目的に全身麻酔下に軟性気管支鏡を用いた気管腫瘍切除を行う方針とした。陽圧換気による完全閉塞の危険性を考慮し自発呼吸を温存して気道確保を行った。腫瘍は膜様部に基部を有し、高周波スネアで分割切除後にバスケット鉗子で摘出した。病理検査で縦隔リンパ節再発の気管内進展と診断した。治療後呼吸状態は速やかに改善し、術後3日で退院、以降、再発病変に対する治療を継続し得た。麻酔科との連携による適切な呼吸管理戦略が安全な周術期管理に有効であった。

研-5 中心型早期肺扁平上皮癌に対する複数回の光線力学療法後に局所進行をきたし左上葉管状切除・肺動脈形成により肺全摘を回避した1例

自治医科大学 外科学講座 呼吸器外科学部門

○門井 寛太、高瀬 貴章、丹羽 薫那、横田 菜々子、堀切 映江、滝 雄史、金井 義彦、坪地 宏嘉

症例は69歳、男性。4年前に他院で左上区気管支入口部の中心型早期肺扁平上皮癌に対して光線力学療法（PDT）を施行された。遺残病変に対して複数回の追加PDTが施行されたが、CTで肺門部への進展を認め、手術目的に当院紹介となった。胸部CTでは左上葉に5cmの腫瘤影を認め、肺門リンパ節と一塊となっていた。気管支鏡下生検で扁平上皮癌を認め、rcT3N1M0, Stage IIIAと診断した。CDDP + GEM + Pembrolizumabによる周術期免疫化学療法後にPRを得た。左第4肋間前側方開胸で左上葉管状切除術および肺動脈形成術を施行し、肺全摘を回避した。最終病理診断はypT3N1M0, Stage IIIA。治療効果はEf.1aであった。PDT後に局所制御が得られない症例では、気管支鏡に加えCTを含めた慎重な経過観察を行い、局所進行化する前に外科切除への移行を検討することが重要と考えられた。

研-6 食道癌術後縦隔リンパ節再発による気管胃管瘻に対し、硬性気管支鏡下にシリコンY字ステントを留置した1例

¹⁾ 獨協医科大学埼玉医療センター 臨床研修センター、²⁾ 獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器外科

○宮里 侑志¹⁾、小川 佳宏²⁾、齋藤 倫人²⁾、清水 裕介²⁾、原澤 徹²⁾、石川 菜都実²⁾、西平 守道²⁾、
荏部 陽子²⁾、小林 哲²⁾

【背景】気管食道瘻は感染を繰り返す予後不良な病態である。今回、食道癌術後再発による気管胃管瘻に対し、硬性気管支鏡下にシリコンステントを留置した1例を経験したので報告する。

【症例】74歳男性。X-2年6月食道癌に対し食道亜全摘・胃管再建術を施行。X年9月多発肝転移と縦隔リンパ節転移を認め、ICI併用化学療法を開始した。1週間後に血痰が出現し、CTで左主気管支入口部と胃管に瘻孔を認めた。慢性誤嚥による肺炎を繰り返し、胃管へのステント留置を検討したが、逸脱のリスクが高く、気道ステントの留置を選択した。硬性気管支鏡で約1cmの瘻孔を確認し、軟性気管支鏡をガイドとしてシリコンY字ステントを留置した。術後は気道への流れ込みが消失し、経口摂取を再開できた。食道癌は緩和治療の方針となり、自宅療養となった。

【考察】気管胃管瘻に対する気道ステント留置は、経口摂取可能となり、QOL向上に有用であった。

研-7 肺野末梢小型肺癌に対して Cone Beam CT を併用して部分切除した 2 例

¹⁾ 新久喜総合病院、²⁾ 新久喜総合病院 呼吸器外科、³⁾ 新久喜総合病院 病理診断科、
⁴⁾ 帝京大学医学部附属溝口病院 外科、⁵⁾ 帝京大学医学部 内科学講座
○渡邊 悠斗¹⁾、香丸 真也²⁾、竹山 諒²⁾、割栢 健史³⁾、市村 隆也³⁾、齋藤 雄一⁴⁾、関 順彦⁵⁾、
出嶋 仁²⁾

【背景】現行ガイドラインでは臨床病期 I A1-2 期、充実成分最大径 / 腫瘍最大径比 (CTR) ≤ 0.25 の肺野末梢非小細胞肺癌に対して縮小手術が強く推奨されているが、術中の同定が困難な場合がある。

【症例】60 代、女性。左肺下葉結節影、充実成分最大径 2.5mm、腫瘍最大径 12mm (CTR 21%)。70 代、女性。左肺下葉結節影、充実成分最大径 3mm、腫瘍最大径 14.5mm (CTR 21%)。側臥位に体位変換後 1st scan を行い体表マーキング。2 例とも術中の視触診で病変を同定できなかった。体表マーキングと術前 CT 画像から病変の想定部位に金属クリップでマーキングして 2nd scan を行い、クリップの位置と病変の位置関係を CBCT で確認し、margin を確保しつつ部分切除した。病理診断はそれぞれ MIA、AIS であり、現在再発なく通院中である。

【考察】CBCT は術中にリアルタイムに病変位置を確認できるため、人員の限られた医療機関でも施行可能である。ハイブリッド手術室の普及に伴う術中マーキング法の工夫に関し、文献的考察を加えて報告する。

研-8 外科治療を含めた集学的治療により根治が得られた肺 Mycobacterium.Abscessus 症の一例

東京品川病院 呼吸器病センター

○佐藤 耀太、廣瀬 龍太郎、大竹 もも、安田 拓実、森本 瑠美奈、田口 皓太、加藤 俊平、
鳥羽 直弥、古川 佳奈子、草野 萌、高坂 美央、森川 美羽、牧野 崇、太田 真一郎、新海 正晴

50 歳女性、慢性気道炎症としてフォローされていたが X-1 年 10 月に胸部 X 線写真にて中葉の陰影増悪を認めた。X 年 3 月に施行した気管支洗浄の検体で抗酸菌培養陽性であり、質量分析にて M.Abscessus が検出されたため肺 M.Abscessus 症と診断した。本症例は単一病巣であり外科治療の適応と考えられたため、X 年 4 月より術前治療として IMP/CS、AMK、CAM を開始し、同月胸腔鏡下右中葉切除術を施行した。検体の組織培養では抗酸菌陰性であった。翌月より術後療法として CAM、STFX を開始した。その後外来にて治療継続し X+1 年 5 月に培養陰性を確認したため治療終了し、現在も再発なく経過している。M.Abscessus は NTM の中でも多剤耐性を示す迅速進行性の抗酸菌に分類され、予後の悪い疾患として知られている。本症例では外科治療によって再発なく経過しており肺 M.Abscessus 症に対しては外科治療を含めた集学的治療が必要と考えられた。

研-9 気管支鏡検査にてカンジダ気管支炎・肺炎を診断し得た一例

¹⁾ 東京科学大学病院 総合教育研修センター、²⁾ 東京科学大学病院 呼吸器内科

○佐々木 恒¹⁾、園田 史朗²⁾、芳賀 右京²⁾、伊藤 達哉²⁾、伊藤 優²⁾、望月 晶史²⁾、本多 隆行²⁾、石塚 聖洋²⁾、岡本 師²⁾、立石 知也²⁾、古澤 春彦²⁾、宮崎 泰成²⁾

62 歳男性。特発性間質性肺炎の診断にてニンテダニブ内服にて経過観察をしていたが、CT で左肺に広範な浸潤影を認め入院の方針となった。入院後は細菌性肺炎の診断で ABPC/SBT、CFPM を使用するも不応であり、入院時の血液・痰培養でも原因菌が判明しなかった。精査のために気管支鏡を施行したところ、左肺上区の気管支上皮に白色病変の付着を認めたため生検を施行した。同部の培養にて *Candida albicans* が検出されたことから、*Candida* 気管支炎・肺炎の診断となった。MCFG を開始し、炎症反応の低下をみとめ、胸部 X 線で浸潤影の改善が得られた。*Candida* による気管支炎・肺炎は稀であり、本症例は気管支鏡所見が診断の契機になった症例として報告する。

研-10 びまん性多発粒状影を呈し、クライオ生検で診断した肺腺癌術後再発の一例

¹⁾ 日本大学 医学部附属 板橋病院 研修センター、²⁾ 日本大学 医学部 内科学系 呼吸器内科学分野、

³⁾ 日本大学 医学部 病態病理学系 腫瘍病理学分野

○渡邊 昇¹⁾、日鼻 涼²⁾、西巻 はるな³⁾、清水 哲男²⁾、権 寧博²⁾

【症例】73 歳男性。

【現病歴】X-2 年 3 月に右下葉結節影に対し胸腔鏡下補助右肺下葉切除術を行い、肺腺癌 pT1bN0M0 pStage I A2 と診断した。X 年 4 月の胸部 CT で両側肺にびまん性に多発する粒状影を認めた。PET-CT で直腸に集積を認め下部消化管内視鏡検査を行い、直腸癌と診断した。肺病変の由来を画像所見のみで確定することは困難であり、気管支鏡検査を行った。左 B8bi、B4a でクライオ生検を施行し、免疫染色で、TTF-1 陽性、Napsin-A 陽性、CDX-2 陰性、p40 陰性であり、肺腺癌術後再発と診断した。

【考察】びまん性多発粒状影を呈する疾患は多岐にわたり、本症例では新たに診断された直腸癌との関連も考慮する必要があった。クライオ生検により免疫組織化学的検討に十分な組織を採取でき、再発と診断し得た。複数の悪性腫瘍を有する症例ではクライオ生検は有用な診断手段となり得る。

研-11 抗 MDA5 陽性皮膚筋炎合併質性肺炎の加療中に合併した肺アスペルギルス症に対して EBUS-GS による診断、治療が有用であった一例

東京品川病院 呼吸器病センター

○折敷 凜、太田 真一郎、安田 拓実、田口 皓太、森本 瑠美奈、加藤 俊平、廣瀬 龍太郎、古川 佳奈子、鳥羽 直弥、草野 萌、高坂 美央、森川 美羽、牧野 崇、新海 正晴

抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎は免疫抑制療法中の日和見感染にも強い注意が必要である。今回、治療中に侵襲性肺アスペルギルス症を発症したものの、気管支鏡介入により手術を回避できた症例を報告する。

60 代女性。X-4 ヶ月に RP-ILD を発症、抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎と診断。ステロイドパルス、IVCY、血漿交換にて改善し X ヶ月目に退院。外来では PSL20mg、JAK 阻害薬、シクロスポリンにて管理されていた。退院日までの採血で β -D グルカンの上昇、新規すりガラス影を認め、フォロー日を早めた。外来では左上葉に空洞を伴う腫瘤を認めた。真菌症が疑われ外科手術も検討されたが、RP-ILD 後の価機能を鑑み保存加療の方針となった。EBUS-GS を実施し、with-in を確認した。シースからは膿性の内容物を吸引でき、腫瘤縮小も得られた。内容液からはアスペルギルス培養陽性となり、ポリコナゾール投与後更に縮小した。

研 -12 術前療法施行予定の局所進行非小細胞肺癌に対する診断的気管支鏡検査の安全性に関する検討

¹⁾ 昭和医科大学病院 医師臨床研修センター、²⁾ 昭和医科大学病院 呼吸器アレルギー内科、

³⁾ 昭和医科大学病院 呼吸器外科

○土井 康寛^{1,2)}、楠本 壮二郎²⁾、卜部 峻一²⁾、田胡 花純²⁾、川船 早絵²⁾、佐藤 奈緒²⁾、
島村 美理²⁾、望月 薫²⁾、吉津 千慧²⁾、江波戸 貴哉²⁾、能條 眞²⁾、松永 智宏²⁾、内田 嘉隆²⁾、
眞鍋 亮²⁾、氷室 直哉³⁾、岸野 康成²⁾、渡部 良雄²⁾、遠藤 哲哉³⁾、小林 正嗣³⁾、田中 明彦²⁾

【緒言】術前療法を予定する非小細胞肺癌に対する診断的気管支鏡検査では、病理組織診断のみならず、バイオマーカー検査に必要な組織量の確保、内腔観察など多くの点が要求される。しかし検査自体の安全性については十分に検討されておらず、今回の後方視検討を行うに至った。

【対象と方法】2024 年 4 月から 2026 年 4 月の期間、昭和医科大学病院で術前療法を施行した非小細胞肺癌を対象とし、診断的気管支鏡検査での合併症を後方視的に解析した。

【結果】15 例が対象となった。重篤な合併症は認められなかったが、組織採取にともなって検査中 SpO2 90%以下となる症例は 7 例（46.7%）、うち 5.0L/min 以上の酸素投与を必要とする症例は 5 例（35.7%）であった。

【考察と課題】検査中の SpO2 低下は高頻度であり、安全性確保の点から事前に行うべき検査手技の優先順位をつけておく必要があると考えた。

専 -1 食道壁内膿瘍による気管穿通・食道穿通に対し、保存的治療により改善した一例

東京品川病院 呼吸器病センター

○加藤 俊平、鳥羽 直弥、草野 萌、安田 拓実、田口 皓太、森本 瑠美奈、廣瀬 龍太郎、
古川 佳奈子、高坂 美央、森川 美羽、太田 真一郎、牧野 崇、新海 正晴

症例は生来健康な 60 代女性。咽頭痛に続く呼吸不全および敗血症性ショックのため前医に入院したが、気管食道瘻が疑われ当院へ転院搬送された。胸部造影 CT および気管支鏡・上部内視鏡検査にて、食道壁内膿瘍に伴う食道解離と、膿瘍腔を介した気管・食道間の交通を認めた。臨床経過から、咽頭炎からの下行性感染により食道壁内膿瘍が形成され、気管および食道へ穿破したものと診断した。気管側と食道側の各瘻孔部は膿瘍腔を介して解剖学的に離れていたため、感染制御により膿瘍腔の縮小と瘻孔の自然閉鎖が期待できると判断し、瘻孔遠位での気管挿管管理および抗菌薬等による保存的加療を選択した。治療経過は比較的良好で瘻孔は第 46 病日に両瘻孔部がいずれも自然閉鎖し、経口摂取も可能となり自宅退院に至った。食道壁内膿瘍を経て気管および食道へ穿破するも、適切な保存的加療により治癒し得た稀な 1 例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

専-2 多発すりガラス結節影を呈し、気管支鏡で多発色素性病変を認めた悪性黒色腫の1例

¹⁾ 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科、²⁾ 聖マリアンナ医科大学病院 病理診断科

○西 由紘¹⁾、森川 慶¹⁾、木田 博隆¹⁾、野呂瀬 朋子²⁾、峯下 昌道¹⁾

症例は60歳の外国人男性。11年前に悪性黒色腫の治療歴がある。今回、健診の胸部単純写真で異常陰影を指摘され、胸部CTでびまん性にすりガラス主体の多発結節を認めた。1か月後の再検CTで陰影の増大を認め、診断目的に当院へ紹介となった。6年前のCTでは結節や縦隔リンパ節腫大は認めず、紹介時に腫瘍マーカーはSLXのみ上昇、縦隔肺門リンパ節腫大は認めなかった。気管支鏡検査では、右披裂喉頭蓋ひだと右主気管支膜様部に茶褐色の色素沈着を認め、悪性黒色腫の転移が疑われた。左下葉の結節にrEBUSを挿入しwithin、ROSEで悪性細胞を確認し生検を追加した。右主気管支病変は膜様部であり擦過にとどめた。病理組織学的に悪性黒色腫と診断され、さらにTBB時に採取したブラッシング検体による遺伝子パネル検査（肺がんコンパクトパネル）でBRAF V600E陽性（変異アレル比27.7%）であり、分子病理学的にも悪性黒色腫を支持する所見と考えられた。悪性黒色腫肺転移は一般に充実性結節として認められることが多く、本症例のようにびまん性のすりガラス影主体の多発結節を呈し、かつ気管支鏡で複数の色素性気道病変を観察し得た報告は稀少であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

専-3 硬性鏡下腫瘍減量術後に気管管状切除を施行した気管腺様嚢胞癌の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 呼吸器外科

○螺良 浩一、峯岸 健太郎、須藤 圭吾、佐藤 誉哉、曾我部 将哉、坪地 宏嘉、遠藤 俊輔

症例は37歳、男性。呼吸困難を主訴に前医を受診した。気管支喘息として6カ月間加療されたが改善せず、症状の増悪を認めた。胸部CTで下部気管左壁に基部を有する腫瘍を認め、気管内腔の高度狭窄を呈していたため、当院へ転院搬送となった。気道確保を目的として硬性鏡下腫瘍減量術を施行し、病理組織学的に腺様嚢胞癌と診断した。遠隔転移を認めなかったことから、外科的切除の方針とした。手術は、気管吻合部の減張を目的として胸腔鏡下左肺門授動術を施行した後、右側方開胸下に気管管状切除再建術を施行した。手術時間は408分、出血量は382mL。術後19日目に退院した。術後病理組織診断では、末梢側気管切除断端が顕微鏡的断端陽性であった。術後約1カ月に吻合部周囲へ60Gyの放射線治療を施行した。術後4カ月現在、無再発生存中である。高度気道狭窄を伴う気管腺様嚢胞癌に対し、硬性鏡下腫瘍減量術を先行することで、安全に外科的切除へ移行し得た1例であり、文献的考察を加えて報告する。

専-4 オキシドトレオチドによるペプチド受容体放射性核種療法（PRRT）治療後遅発性に縮小を認めた気道狭窄を伴う気管支カルチノイドの一例

聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科

○高良 知大、鶴岡 一、半田 寛、峯下 昌道、金子 省太朗

36 歳男性。右気管支狭窄を伴う肺腫瘍に対する呼吸器インターベンション目的に当院へ紹介となった。気管支ステント留置術を施行して気道を確保し、生検により気管支カルチノイドと診断した。エベロリムスによる治療を開始し、腫瘍縮小が得られたためステントを抜去した。しかし、治療開始 1 年後に重症心不全を発症したためエベロリムスを中止し心機能は改善した。1 年後の気管支鏡検査で腫瘍による気管支狭窄の再増悪を認め、ルテチウム（ ^{177}Lu ）オキシドトレオチドによるペプチド受容体放射性核種療法（PRRT）を開始した。計 4 回の PRRT を完遂したが、治療終了直後には腫瘍増大による気管支狭窄の進行を認めたため、再度気管支ステントを留置した。その後、PRRT 終了 6 か月後に画像上明らかな腫瘍縮小を認め、気道狭窄の改善が得られたことからステントを抜去した。本症例は PRRT 治療と呼吸器インターベンションの修学的治療にて病勢制御ができた一例である。

専-5 高度気道狭窄を伴う声門直下気管癌に対して硬性気管支鏡下気道開大術を施行した一例

日本医科大学 呼吸外科

○猪野 凌太、町田 雄一郎、大國 愛、吉川 綾音、鈴木 健人、園川 卓海、白田 実男

声門直下気管腫瘍では、高度気道狭窄に加え、麻酔導入時の気道閉塞や術中の換気維持が課題となる。今回、気管切開を先行することで安全に硬性気管支鏡下に気道開大を行った 1 例を経験したので報告する。症例は 70 歳女性。1 年前より呼吸苦・咳嗽が出現し近医で喘息として治療されていたが、改善に乏しく、CT で声帯直下に 20mm 大の腫瘍を認め精査加療目的に当院へ転院となった。腫瘍は声門直下に位置し、完全気道閉塞を来す可能性が懸念された。そのため、まず気管切開を施行して確実な気道を確保した後、人工呼吸管理下に硬性気管支鏡下気道開大術を施行した。術後経過は良好で、再発および気道狭窄を認めなかった。声門直下気管腫瘍に対する内視鏡的治療では、腫瘍の大きさや局在、気道狭窄の程度を踏まえた気道確保および麻酔管理が重要である。本症例では、気管切開を先行する治療戦略により、換気を確実に維持しながら安全に硬性気管支鏡下治療を施行することができた。

専-6 成人気道異物に対する気管支鏡下異物摘出における回収デバイス選択の検討

済生会横浜市南部病院

○塩尻 和宏、宮沢 直幹、木村 泰浩、三神 直人、大津 佑希子

【背景】正常気道異物に対する軟性気管支鏡下異物摘出では、異物の性状に応じた回収デバイスの選択が摘出成功の鍵になる。当院で経験した成人気道異物 6 例について検討した。

【症例】対象は餅 1 例、ピーナッツ 1 例、錠剤 1 例、義歯 3 例で全例を軟性気管支鏡下で摘出した。餅では鰐口鉗子による細分化と吸引を併用し摘出。ピーナッツと錠剤では鰐口鉗子、義歯では五又鉗子で摘出が有効であった。

【考察】餅は時間経過に伴い粘着性や硬度が変化し有効な回収デバイスも変化した。本症例では初期はバスケット鉗子や吸引では垂れ込んでしまい摘出できず、鰐口鉗子による細分化を行い、その後硬化した餅に対して吸引も併用することで摘出し得た。異物摘出では摘出過程で変化する性状に応じて回収デバイスを柔軟に変更することが安全かつ確実な摘出につながると考えられた。

専-7 病理学的な検討を行うことができた気道異物の一例

¹⁾ 日本大学 医学部 内科学系 呼吸器内科学分野、

²⁾ 日本大学 医学部 病態病理学系 人体病理学分野

○田中 良磨¹⁾、中川 喜子¹⁾、菅谷 健一¹⁾、野本 正幸¹⁾、日鼻 涼¹⁾、宮本 一平¹⁾、中山 龍太¹⁾、
小野 瑞季¹⁾、水野 悠¹⁾、中山 康平¹⁾、安田 久美奈¹⁾、石塚 麻理子²⁾、中野 雅之²⁾、
羽尾 裕之²⁾、清水 哲男¹⁾、辻野 一郎¹⁾、權 寧博¹⁾

症例は85歳男性。X月Y-7日から咳嗽を認めており、X月Y日に発熱、咳嗽を主訴に前医に救急搬送された。胸部CTで右肺B10に脱落歯と思われる高CT値を示す1cm大の異物を認め、それより末梢側に肺炎像を認めた。脱落歯の誤嚥による気管内異物と、それによる閉塞性肺炎と考えられた。同日当科に転院となり、気管支鏡検査を実施した。右B10の末梢に気管内異物を認め、把持鉗子を用いて異物除去を試みたが、鉗子で把持することができず除去困難であり、そのまま保存的加療を行った。X月Y+6日に気管支鏡検査を再検したがやはり異物除去は困難であった。感染のコントロールもつかず、外科的治療を行う方針となり、X月Y+31日に胸腔鏡下右下葉低区域切除術を施行した。外科的切除を行った気管内異物とその周囲の肺組織における病理学的変化につき、文献的考察を加えて報告する。

専-8 気管支鏡検査により診断に至ったスエヒロタケによるアレルギー性気管支真菌症の1例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院

○藤田 弘輝、兵頭 健太郎、崔 虎眞、高橋 優太、名和 日向子、久保田 翔太、松田 峰史、野中 水、
荒井 直樹、金澤 潤、南 優子、林原 賢治、齋藤 武文、石井 幸雄

88歳女性。20歳代に気管支喘息を指摘されるも症状に乏しく吸入治療は行われていなかったが咳嗽の悪化を自覚した。喘息発作として気管支拡張薬の吸入を行い一時的に症状は軽快したが残存し、胸部CTで左上葉の無気肺を認めた。保存的に経過をみるも症状の改善はなかった。治療開始後2週間程度で左上葉の無気肺は自然軽快したが、胸部CTを再評価したところ左下葉に部分的な無気肺が指摘された。気管支鏡検査を行ったところ左B9に粘液栓を認め、培養で*Schizophyllum commune*が同定されたことからスエヒロタケによるアレルギー性気管支肺真菌症（ABPM）と診断した。同類の疾患としてアレルギー性気管支肺アスペルギルス症（ABPA）が代表的であるが、スエヒロタケによるABPMは本邦でしばしば報告される。気管支鏡検査が診断に有用であったスエヒロタケによるABPMについて、文献的考察を含めて報告する。

専 -9 非挿管下ガイドシース併用経気管支クライオ肺生検（GS-TBLC）による 過敏性肺炎の診断確信度向上と安全性の検討

¹⁾ 成田赤十字病院 呼吸器内科、²⁾ 成田赤十字病院 病理部、³⁾ 成田赤十字病院 放射線科

○米岡 遼太郎¹⁾、竹下 友一郎¹⁾、安部 光洋¹⁾、河野 励哉¹⁾、村上 悠¹⁾、伊藤 拓¹⁾、鈴木 友里¹⁾、
小川 真毅²⁾、眞山 靖史³⁾、寺田 二郎¹⁾

【背景】非挿管下 GS-TBLC は末梢肺病変では報告があるが、間質性肺炎、特に過敏性肺炎（HP）における診断確信度への影響は明らかでない。

【目的】非挿管下 GS-TBLC が HP の診断確信度に与える影響と安全性を検討する。

【方法】2025 年 8 月～2026 年 5 月に TBLC を施行した 40 例中、GS-TBLC および多分野集学的検討(MDD)後に最終的に HP と診断した 12 例を後方視的に解析した。GS-TBLC 病理所見の追加が、臨床・HRCT・BAL 所見に基づく診断確信度に与える影響と手技関連合併症を評価した。

【結果】病理学的 HP 分類は typical HP 3 例、probable HP 6 例、indeterminate for HP 3 例で、9 例（75%）で診断確信度が上昇した。また、indeterminate for HP のうち 2 例は、HP の部分像を捉えた病理所見と示唆された。全例で細気管支・肺胞を含む検体採取が可能で、気胸は無く、挿管や ICU 入室を要するような重篤な出血も認めなかった。

【結論】非挿管下 GS-TBLC は HP 診断確信度の向上に有用で、安全に施行可能である可能性がある。

専 -10 漏斗胸根治術後の高度胸腔内癒着例に対し Cone-beam CT ナビゲーション下に 多発肺結節を完全切除し得た 1 例

¹⁾ 帝京大学 医学部 外科学講座、²⁾ 帝京大学 医学部附属病院 病院病理部、

³⁾ 帝京大学 医学部附属溝口病院 外科

○山元 幹太¹⁾、山内 良兼¹⁾、久保田 魁¹⁾、守田 静樺¹⁾、香丸 真也¹⁾、高橋 光¹⁾、春木 朋広¹⁾、
森田 茂樹²⁾、田口 登和子²⁾、齋藤 雄一^{1,3)}、坂尾 幸則¹⁾

【背景】当科では、病変近傍にクリップを留置し術中 Cone-Beam CT（CBCT）で位置を再確認してクリップごと切除するサンドイッチマーキング法を報告してきた。

【症例】60 代男性。胸部 CT で偶発的に右肺結節を指摘され当院紹介。右上葉 20mm、右中葉 15mm の結節を認め、増大傾向から同時性多発原発性肺癌が疑われた。若年時の胸骨翻転法による漏斗胸根治術の既往があり、高度胸腔内癒着が予想されたため、ハイブリッド手術室にて CBCT ナビゲーション下に胸腔鏡下手術を施行した。胸腔内癒着は広範で鋭的剥離を要し、両病変とも触知困難であったが、本法により全病変を同定し上中葉部分切除を完了した。病理では上葉病変が肺腺癌、中葉病変は非腫瘍性であり、右上葉切除を追加実施した。現在、術後補助化学療法を継続中である。

【結論】高度胸腔内癒着例においても、術中 CBCT を用いたサンドイッチマーキング法により確実な全病変同定と十分なマージン確保が可能であった。

専-11 右中葉低形成を伴う右上葉肺癌に対して右 S3 区域切除を施行した一例

¹⁾ 東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野、²⁾ 東京医科大学 放射線医学分野

○内田 正之¹⁾、江里口 大介¹⁾、村上 浩太郎¹⁾、山田 隆文²⁾、雨宮 亮介¹⁾、高橋 聡¹⁾、
古本 秀行¹⁾、垣花 昌俊¹⁾、大平 達夫¹⁾、池田 徳彦¹⁾、工藤 勇人¹⁾

症例は 80 歳代女性。咳嗽を主訴に施行された CT で胸部異常陰影を指摘され、当院に紹介となった。胸部 CT では右 S3 に腫瘍径 1.8 cm の部分充実性結節を認めた。また、右肺門部に気管支透亮像を伴う肺硬化像を認め、中葉低形成が疑われた。経気管支肺生検で右上葉肺癌 (cT1bN0M0 stage IA2) と診断され、同時に観察した右中葉気管支の内腔に異常所見は認めなかった。右上葉肺癌に対し胸腔鏡下右 S3 区域切除を施行した。術中所見では、中葉は術前 CT 所見と一致して低形成を呈していたが、区域切除後の含気は良好であった。低形成肺葉を伴う肺手術では、低形成肺の合併切除を考慮する報告もみられる。今回、中葉低形成を伴う右上葉肺癌に対し右 S3 区域切除を施行した一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

専-12 血中循環腫瘍 DNA 解析により耐性機序を考察しえた MET exon 14 skipping 変異陽性肺腺癌の 1 例

東京品川病院 呼吸器病センター

○安田 拓実、太田 真一郎、田口 皓太、森本 瑠美奈、加藤 俊平、廣瀬 龍太郎、古川 佳奈子、
鳥羽 直弥、草野 萌、高坂 美央、森川 美羽、牧野 崇、新海 正晴

80 代男性。前立腺癌で当院泌尿器科通院中。胸腹部 CT で右上葉に 15mm 大の結節影を認め当科紹介。PET-CT で同部位に集積認めたが、患者の意向により経過観察となった。6 か月後の胸腹部 CT で右上葉の結節影増大しており左上葉に新規の結節影も出現したため、患者が精査加療を希望された。右上葉腫瘤影に対して EBUS-GS 施行し、肺腺癌 cT1N0M1a, stage IV A MET exon14 skipping 陽性 PD-L1 60-70% の診断となる。Tepotinib を 9 カ月間投与したが、左中葉に新規の結節影が出現し PD と判断した。また治療前より認めていた左上葉病変に対して CT ガイド下生検施行したが気胸を合併したため、胸腔鏡下左上葉部分切除術施行された。左上葉病変は組織像および免疫組織学的所見は右上葉病変と類似しており肺内転移が示唆された。一方、MET exon14 skipping は検出されなかった。Tepotinib によるクローン選択あるいはクローン進化、腫瘍内不均一性が関与した可能性が考えられる。MET 阻害薬の耐性機序を考察する上で示唆に富む症例と考える。

専 -13 演題取り下げ

専 -14 急速進行し呼吸不全を呈した若年発症激症型特発性器質化肺炎の一例 —多職種連携による診断—

¹⁾ 聖マリアンナ医科大学 呼吸器内科、²⁾ 聖マリアンナ医科大学 病理診断科、

³⁾ 聖マリアンナ医科大学 救急医学科

○胡田 理佳子¹⁾、森川 慶¹⁾、沼田 雄¹⁾、西山 和宏¹⁾、鶴岡 一¹⁾、大池 信之²⁾、藤谷 茂樹³⁾、
峯下 昌道¹⁾

30 歳男性。発熱、咳嗽を主訴に発症し、抗菌薬不応の肺炎として前医で加療されたが、短期間で両肺びまん性陰影と低酸素血症が急速に進行し当院へ転院となった。画像上、多発浸潤影およびすりガラス影の急速な拡大を認め、感染性肺炎に加え間質性肺炎やリンパ増殖性疾患などを鑑別に挙げた。呼吸不全進行のため救命科と連携し、気管挿管管理下に透視室で経気管支肺生検および気管支肺胞洗浄を施行した。気管支内腔には小結節が散在し、末梢肺生検では肺胞腔内に Masson 体を主体とする器質化像を認めた。Fibrin balls や硝子膜形成は認めず（AFOP や DAD は否定的）、特発性器質化肺炎と診断した。ステロイド治療により速やかな改善を認め、1 か月後に多発陰影はほぼ消失した。劇症型の特発性器質化肺炎は希少であり、特に若年の場合、多職種連携下で安全な診断的介入を要する。若干の文献的考察を含めて報告する。

専 -15 高エネルギー外傷後の多発肋骨骨折に対し、 肋骨固定用プレートを使用し奏功した一例

日本大学 呼吸器外科学分野

○井上 航貴、佐藤 大輔、林 浩平、寺田 宜敬、今中 大起、鈴木 淳也、林 宗平、中村 梓、
河内 利賢、櫻井 裕幸

40 歳代女性。飛び降りによる高エネルギー外傷で当院救急救命センターに搬送された。左多発肋骨骨折、外傷性気胸、下顎骨折、骨盤骨折と診断された。搬送時 CT では肋骨骨折に明らかな偏位を認めなかったが、入院 8 日目の CT で左第 3 ～ 7 肋骨に著明な偏位を認めたため、肋骨固定術を施行した。後側方切開（20 cm）でアプローチし、第 3 ～ 7 肋骨を肋骨固定用プレートで整復固定した。術後は疼痛が軽減し、人工呼吸器から離脱可能となり、リハビリ目的に転院した。偏位を伴う多発肋骨骨折では、胸郭不安定性や強い疼痛により呼吸障害や肺合併症を来すことがある。肋骨固定術は胸郭の安定化と疼痛軽減に有用であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-1 気管支鏡検査で診断した多剤耐性肺結核の1例

¹⁾ 国立病院機構 茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 内科診療部呼吸器内科、

²⁾ 国立病院機構 茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 病理診断科

○兵頭 健太郎¹⁾、崔 虎眞¹⁾、藤田 弘輝¹⁾、高橋 優太¹⁾、久保田 翔太¹⁾、松田 峰史¹⁾、野中 水¹⁾、
荒井 直樹¹⁾、金澤 潤¹⁾、南 優子²⁾、斎藤 武文¹⁾、石井 幸雄¹⁾

症例は31歳女性。4ヶ月前に中国から来日し、無症状だったが検診で胸部単純X線の異常を指摘され当院受診した。左上肺野に粒状影を認め、結核が疑われ入院となった。3回の喀痰と1回の胃液で抗酸菌塗抹陰性、結核菌とアビウム、イントラセルラー核酸増幅は陰性だった。そのため気管支鏡検査を施行した。左B1+2 ab、cからの気管支洗浄液の結核菌核酸増幅が陽性となり、HREZ4剤で治療を開始した。治療開始2週間以上過ぎた時点で肝障害が出現し、治療中止となった。その後、結核菌培養陽性、薬剤感受性が判明し多剤耐性結核と診断した。本例は喀痰で早期に診断できなかったために気管支鏡検査を施行した。肺結核疑いの患者に気管支鏡検査を施行する際は、検査を施行する医療従事者はN95マスクを着用している。結核疑い患者と他の患者との接触を避け、検査後30分の換気を施行している。気管支鏡検査後の経過も含めて報告する。

O-2 気管支肺泡洗浄液（BAL）で著明な好酸球増加を認め、フローサイトメトリー提出の必要性が後方視的に示唆された肺原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

¹⁾ 東邦大学医療センター 大橋病院 呼吸器内科、²⁾ 東邦大学医療センター 大橋病院 病理診断科

○吉澤 剛¹⁾、山田 有佳¹⁾、吉田 悠人¹⁾、篠澤 早瑛子¹⁾、渡邊 賀代¹⁾、中野 千裕¹⁾、小高 倫生¹⁾、
横内 幸²⁾、松瀬 厚人¹⁾

症例は74歳男性。労作性呼吸困難を主訴に受診し、胸部CTで左下葉B9の腫瘤影と両側肺に中枢優位のすりガラス陰影を認めた。腫瘤影は肺癌を疑い、すりガラス陰影については末梢血好酸球増多も認めたため好酸球性肺炎を疑い、ステロイド治療を開始したうえで呼吸器内視鏡検査を施行した。左B9の腫瘤影は生検により、肺原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断された。一方、すりガラス陰影に対して施行したBALでは45%と著明な好酸球増加を認め、細胞診はclass IIで悪性所見は認めなかった。悪性リンパ腫の肺浸潤のBAL所見ではリンパ球優位が想定されるが、本症例では好酸球優位であり、好酸球性肺炎と悪性リンパ腫の肺浸潤との鑑別は困難であり、本症例のすりガラス陰影に関しては明確に結論づけることはできなかった。BAL検体にフローサイトメトリーを提出していれば、腫瘍細胞関与の評価に有用であった可能性があり、文献的考察を加えて報告する。

O-3 クリプトコッカス脳髄膜炎の治療経過中に両肺多発陰影を認めた HIV/AIDS の一例

自衛隊中央病院 呼吸器内科

○野村 祥加、谷垣 智美、加藤 雄大、江崎 詩、黒川 敦志

【症例】31 歳男性。X 年 1 月 18 日に頭痛を主訴に受診、頭部 MRI 上、脳炎が疑われ、HIV 陽性が判明、精査加療目的で入院となった。髄液および血液からクリプトコッカスが検出され、クリプトコッカス脳髄膜炎をきたした HIV/AIDS と診断、抗真菌薬を開始した。症状および髄液所見の改善を認め、2 月 19 日から抗 HIV 薬を開始した。4 月末頃より発熱および頭部 MRI 上、脳炎所見の増悪を認めるも、髄液培養は陰性であり、免疫再構築症候群が疑われた。胸部 CT で両肺野に多発するすりガラス～浸潤影を認め、気管支肺胞洗浄液でグルコット染色陽性の類円形物質を認めた。プレドニゾン内服を開始し、頭部・胸部ともに画像所見の改善を認めた。

【考察】HIV/AIDS に対し抗 HIV 治療を開始した後に日和見感染症が発症または再増悪する現象を免疫再構築症候群と呼ぶ。本症例では気管支肺胞洗浄がクリプトコッカス以外の感染症の除外診断に有用であり、免疫再構築症候群による肺病変に矛盾しない経過と考えられた。

O-4 ダトポタマブ デルクステカン投与後に生じたサイトメガロウイルス肺炎の一例

¹⁾ 東邦大学 医学部 内科学講座 呼吸器内科学分野（大森）、

²⁾ 東邦大学 医学部 外科学講座 乳腺・内分泌外科分野（大森）

○恒原 莉桜¹⁾、飯塚 昇¹⁾、古川 千明¹⁾、吉田 博道¹⁾、安西 七海¹⁾、清水 宏繁¹⁾、三好 嗣臣¹⁾、
ト部 尚久¹⁾、一色 琢磨¹⁾、坂本 晋¹⁾、緒方 秀昭²⁾、岸 一馬¹⁾

【背景】ダトポタマブ デルクステカン（Dato-DXd）は進行乳癌を対象として 2024 年 12 月に国内承認された抗 TROP2 抗体薬物複合体である。2025 年 3 月に日本呼吸器学会より間質性肺疾患（ILD）の発現に注意が喚起されている。

【症例】51 歳女性。術後再発乳癌に対して X 年 4 月より Dato-DXd が投与された。X 年 6 月 1 日より眼痛、6 月 11 日より微熱や咳嗽、口内炎が出現した。6 月 23 日の胸部 CT ではびまん性すりガラス病変を認め、血液検査でサイトメガロウイルス（CMV）pp65 抗原（C7-HRP）51/50000 個であった。気管支鏡検査を行い、気管支肺胞洗浄液で CMV DNA-PCR 陽性と判明した。6 月 30 日からバルガンシクロビルを投与し、速やかに自覚症状と画像所見が改善した。

【考察】臨床所見や血液・画像所見に加え、気管支鏡検査により ILD ではなく CMV 肺炎と診断することが可能であった。

O-5 腫瘍性中枢気道狭窄に対してクライオバイオプシーを施行し診断および治療に至った非小細胞肺癌の1例

東邦大学医療センター 大橋病院 呼吸器内科

○吉田 悠人、吉澤 剛、山田 有佳、塩澤 早瑛子、今泉 知里、新妻 久美子、齊藤 千裕、
渡邊 賀代、小高 倫生、横内 幸、松瀬 厚人

【背景】経気管支鏡下クライオバイオプシー（TBLC）はびまん性肺疾患や悪性腫瘍の診断および腫瘍減量、異物除去における有用性が報告されている。

【症例】63歳男性。1ヵ月前からの咳嗽と呼吸困難の増強あり当科受診。胸部CTにて右上葉気管支起始部の腫瘍性病変と右上葉全体の無気肺を認めたため気管支鏡検査を施行した。右上葉気管支入口部に腫瘍性病変を認め、同部位のAFIによる紫色の色調変化を確認後TBLCを施行した。その後呼吸困難改善あり、非小細胞肺癌（PDL1 TPS>50%、MET 遺伝子エクソン14スキッピング変異）の診断がつき術前化学療法施行し、根治的手術目的に外科紹介となった。

【結語】TBLCは悪性腫瘍の診断において組織型だけでなく免疫染色や遺伝子検査等の正確な診断に寄与すると考えられる。腫瘍性中枢性気道狭窄に対しては、繰り返し生検を行うことで呼吸不全の改善を認めたという報告もあり、診断だけでなく呼吸困難症状の緩和にも有用な手技である可能性も示唆される。

O-6 経食道超音波気管支鏡にて大動脈浸潤を否定し Extended sleeve lobectomy type C を施行した一例

千葉大学医学部附属病院 呼吸器外科

○湯川 仁広、稲毛 輝長、菊地 創太、大谷 祐介、佐藤 祐太郎、祖父江 晃向、中山 浩介、
今林 宏樹、植松 靖文、海寶 大輔、佐田 諭己、豊田 行英、田中 教久、森本 淳一、千代 雅子、
松井 由紀子、鈴木 秀海

70代男性。咳嗽を主訴に受診した前医での胸部CTにて、左肺下葉に下降大動脈と接する118×67mmの腫瘍と縦隔リンパ節腫大所見を認め、精査加療目的に当科紹介となった。気管支鏡検査では原発巣の下葉支より舌区枝への進展所見を認め、EBUS-TBNAにて#4L、#7より扁平上皮癌が検出されたことから左肺扁平上皮癌（cT4N2bM0, cStage III B）と診断した。術前免疫化学療法（CDDP+GEM+Pembro）が計4コース施行され、部分奏効（52.5%減少）であった。経食道超音波気管支鏡にて原発巣と大動脈のsliding signが陽性であったことから浸潤無しと判断し、ycT2bN2bM0 Stage III Bと診断された。開胸下にType C extended sleeve lobectomyが施行され、術後第10病日に自宅退院となった。超音波気管支鏡による周囲臓器浸潤評価につき、文献的考察を加えて報告する。

O-7 直視困難な末梢気道異物に対し細径気管支鏡と透視下の細径バスケット鉗子による異物除去が有効であった 1 例

新百合ヶ丘総合病院 呼吸器内科

○入江 祐介、内海 健太、山本 祥暉、石井 真央、松本 美結、島田 絢子、赤司 俊介、青山 梓、中嶋 賢尚、永井 厚志

【症例】71 歳男性。歯科治療中に歯科処置具「金属バー」を誤嚥した。誤嚥 10 日後に胸部 CT 検査で右下葉気管支末梢側に 20 × 2 mm の針状異物を認め当院紹介となった。細径気管支鏡で観察し直視下で異物を確認できなかった。気管支鏡実施直前の CT 画像に基づき異物の局在気管支を同定、細径気管支鏡を挿入し透視下で細径バスケット鉗子を用いて異物を把持摘出した。

【考察・結語】気道異物は気管支鏡で様々な処置具で摘出する。直視困難な末梢気道異物は、透視下に把持鉗子やバルーンカテーテル、電磁石吸着などの摘出が報告されている。今回、直視困難な末梢気道異物に対し、thin-slice CT 画像に基づき局在気管支を同定し、透視下で細径バスケット鉗子を目標気管支に挿入し把持摘出が有効であった。

O-8 気道に対する irAE から気管支軟化症となり気管支ステント留置を行った 1 例

筑波大学附属病院 呼吸器外科

○松本 健太郎、小林 尚寛、藤原 大悟、皆木 健治、佐藤 沙喜子、黒田 啓介、関根 康晴、菅井 和人、柳原 隆宏、市村 秀夫、佐藤 幸夫

免疫チェックポイント阻害剤は多彩な免疫関連有害事象（irAE）を来すが、気道病変は比較的稀である。今回、irAE によって気管支軟化症に進展した 1 例を報告する。症例は 77 歳男性。膀胱癌に対し Pembrolizumab を 10 コース施行後、呼吸困難が出現した。CT で気管・気管支壁の広範な全周性壁肥厚、気管支鏡で気管・気管支壁の浮腫・発赤を認め、気管支壁生検では CD8 陽性リンパ球浸潤を認めたことから、irAE による気管・気管支炎と診断した。プレドニン 40mg/ 日で軽快したが、8mg/ 日まで漸減後に再燃し、気管支鏡で主気管支以遠に右優位の呼吸性動脈的狭窄を認め、気管支軟化症と診断した。ミコフェノール酸モフェチルとプレドニンの併用療法を行ったが労作時呼吸困難が持続し、右中間幹の高度狭窄に対して硬性気管支鏡下にシリコンステントを留置した。気道 irAE では気管・気管支軟骨の高度な傷害により気管支軟化症へ進展する可能性があり、注意を要する。

O-9 胃管癌の気管分岐部リンパ節転移再発による中枢気道狭窄に対し硬性鏡下デバルキング及び Dumon Y スtent留置により全身治療を再導入し得た一例

慶應義塾大学医学部外科学（呼吸器）

○神谷 侑樹、大久保 祐、上田 裕貴、實方 秀道、木村 征海、寄森 駿、青木 優介、杉野 功祐、渡邊 真祥、鈴木 嵩弘、鈴木 繁紀、政井 恭兵、加勢田 馨、朝倉 啓介

症例は 79 歳男性。食道癌術後の再建胃管癌に対し ESD が施行された。術 4 年後に気管分岐部リンパ節転移再発を認め、S-1 単剤療法が開始されたが、病変は増大傾向を示した。気管支鏡検査では、気管分岐部から両側主気管支内腔へ進展する易出血性腫瘍を認め、左主気管支優位の両側主気管支狭窄を呈していた。気道確保目的に当科紹介となり、硬性鏡下に腫瘍デバルキングを行った後、Dumon Y スtentを留置した。周術期合併症を認めず、stent留置後 5 日目より FOLFOX 療法を開始し、留置後 11 日目に自宅退院した。現在も外来で化学療法を継続中である。胃管癌の気管分岐部リンパ節転移再発による中枢気道狭窄に対し、硬性鏡下デバルキングおよび Dumon Y スtent留置により安全に気道を確保し、全身治療を再導入し得た一例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

O-10 経気管支肺生検後に大量の粘液性胸水貯留をきたした粘液産生性肺腺癌の 1 例

順天堂大学 医学部 順天堂江東高齢者医療センター 呼吸器外科

○神津 吉基、金野 智明

【背景】経気管支肺生検（transbronchial lung biopsy: TBLB）の稀な合併症として腫瘍内容物の胸腔内穿破がある。

【症例】76 歳男性。喀痰を契機に発見された左肺下葉腫瘍に対して TBLB が施行された。翌日に退院となったが、TBLB 後 13 日目に気管支漏と呼吸困難を訴え再入院となった。CT で左大量胸水とその中に浮遊する左肺下葉腫瘍を認めた。TBLB に伴う胸膜損傷が原因として考えられたことから、診断治療と症状緩和目的に手術を施行した。開胸すると大量の粘液性胸水が認められ、予期していた通り左肺下葉の胸膜欠損部位より粘液が漏出していた。左肺下葉切除にて患者の症状は劇的に改善された。病理診断は粘液産生性肺腺癌（pT4N0M1a）であった。術後 7 ヶ月目に左多発肺内転移を認めたが治療希望は無く、その後近医で経過観察中である。

【結論】胸膜直下に大量の粘液を含む粘液産生性肺腺癌を強く疑った場合には、TBLB を省略して診断的治療目的の手術を考慮すべきである。

O-11 慢性炎症性肺疾患における咯血死症例の CT 画像の検討

¹⁾ 公益財団法人 結核予防会 複十字病院 呼吸器内科、

²⁾ 公益財団法人 結核予防会 複十字病院 放射線科、

³⁾ 公益財団法人 結核予防会 複十字病院 呼吸器外科

○島矢 未奈子¹⁾、竹内 均²⁾、遠島 由佳²⁾、下田 真史¹⁾、大澤 武司¹⁾、下田 清美³⁾、
田中 良明¹⁾、吉森 浩三¹⁾

咯血は呼吸器疾患診療における重要な病態の一つであり、致死的大咯血は稀であるが、発症後は短時間で窒息やショックに至るため救命が困難である。慢性炎症性肺疾患の咯血では、結核後遺症や慢性肺アスペルギルス症などによる慢性的な肺構造破壊を背景に持つことが多いが、咯血死に至る症例の背景肺の画像的特徴については十分明らかではない。今回、当院で経験した慢性炎症性肺疾患（陳旧性・活動性肺結核、慢性肺アスペルギルス症、非結核性抗酸菌症、慢性細菌感染など）による咯血死例と比較対象症例を対象に、destroyed lung、空洞、菌球、中枢気道内血液・血餅などの CT 所見を後方視的に比較し、咯血死症例に特徴的な画像所見について探索的に検討する。

O-12 術前免疫化学療法後の左下葉切除、心膜横隔膜合併切除再建に対する術後合併症予防・早期回復を目指した当院における周術期リハビリテーションの 1 例

東京品川病院 呼吸器病センター

○幕田 彩夏、牧野 崇、草野 萌、加藤 俊平、根岸 克也、山本 賢汰、星 智也、太田 真一郎、
新海 正晴

【背景】開胸左下葉切除、心膜横隔膜合併切除再建後では、術後合併症リスクがあり早期の 6 分間歩行距離（以下 6MWD）は低下すると報告がある。周術期リハビリテーション（以下リハビリ）を行い、術後合併症予防・早期回復を認めた症例を経験したため報告する。

【症例】肺癌（cT4N0M0 stage3A）と診断された 60 代男性。術前免疫化学療法後の開胸左下葉切除、心膜横隔膜合併切除再建術、リハビリ目的で入院となった。術前 8 日より開始し「普段動いているからやらなくても」との発言があった。

【結果・考察】肺癌への開胸術による術後合併症率は 24.6% であり、6MWD は術後 1 週間以内では有意に低下するという報告があるが、エビデンスに基づくアプローチが行われ、合併症がなく 6MWD は術後 5 日で術前と同様まで回復した。また行動変容ステージは無関心期から実行期と移行し、「術前からリハビリをして良かった」との発言があり、術前リハビリによる行動変容は有用だと考えられた。

日本呼吸器内視鏡学会関東支部会 開催予定

回数	会 長	開催日	会 場
第199回	市村 秀夫 先生 筑波大学医学医療系 呼吸器外科学	2026年12月12日	京王プラザホテル 東京新宿区西新宿2-2-1
第200回	蜂谷 勤 先生 諏訪赤十字病院	2027年3月6日	砂防会館別館 シェーンバッハ・サボー 東京都千代田区平河2-7-4
第201回	田中 良明 先生 複十字病院 呼吸器センター	2027年9月4日	砂防会館別館 シェーンバッハ・サボー 東京都千代田区平河2-7-4

気管支鏡講習会 開催予定

回数	上級／初級	開催日	会 場
第87回	上級 ステント／硬性鏡	2026年12月12日	京王プラザホテル 東京新宿区西新宿2-2-1
第88回	上級 (EBUS／クライオ)	2027年3月6日	砂防会館別館 シェーンバッハ・サボー 東京都千代田区平河2-7-4
第89回	上級 (EWS／バルブ)	2027年9月4日	砂防会館別館 シェーンバッハ・サボー 東京都千代田区平河2-7-4

協賛企業一覧

(五十音順)

大会を開催するにあたり、これまでに下記の企業・団体より多大な御援助を賜りました。
謹んで感謝の意を表します。

第198回日本呼吸器内視鏡学会関東支部会
会長 新海 正晴

■共 催

アストラゼネカ株式会社
インスメッド合同会社
MSD株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
コヴィディエンジャパン株式会社
サノフィ株式会社／リジェネロン・ジャパン株式会社
サーモフィッシャーダイアグノスティックス株式会社
塩野義製薬株式会社
Johnson & Johnson
日本イーライリリー株式会社
日本化薬株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
富士通Japan株式会社
Meiji Seika ファルマ株式会社

■展 示

エア・ウォーター東日本株式会社
杏林製薬株式会社
帝人ヘルスケア株式会社

■広告掲載

ギリアド・サイエンシズ株式会社
杏林製薬株式会社
第一三共株式会社
中外製薬株式会社
東レ・メディカル株式会社
日本光電工業株式会社
ビー・ブラウンエースクラブ株式会社
ファイザー株式会社
ブリistol・マイヤーズ スクイブ株式会社

2026年8月20日現在

限界を超える。人生を変える

What science can do

アストラゼネカの歴史は、サイエンスと向き合い、不可能を可能にしてきた革新の軌跡だ。
日本の医療課題に、医薬品で解を示す。がん治療の既成概念を超える。
腎臓・心臓疾患により良い予後を可能にし、豊かに暮らせる明日に向けて、治療を変える。
感染症の脅威を抑制し、呼吸器・免疫疾患治療に新たな治療アプローチをもたらす。
患者さんの人生を変える、そのために。



insmed®



医療従事者向け製品情報サイト

アリケイス.jp

<https://arikayce.jp/>



呼吸器内科医向けポータルサイト

最新知見がわかる

ARIKAYCE® Online Summit

<https://arikayce.jp/online Summit/>



アミノグリコシド系抗生物質製剤

薬価基準収載



アリケイス®吸入液590mg

ARIKAYCE®

アミカシン硫酸塩 吸入用製剤

処方箋医薬品[※]

注) 注意一 医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元

インスメッド合同会社

東京都千代田区永田町二丁目10番3号

東急キャピトルタワー13階

<https://insmed.jp>

〔文献請求先及び問い合わせ先〕
メディカルインフォメーションセンター
電話：0120-118808

当社からの情報提供をご希望の方は
こちらよりお申し込みください。



Insmed®, Insmed logo, インスメッド®, ARIKAYCE® and アリケイス®
are registered trademarks of Insmed Incorporated.

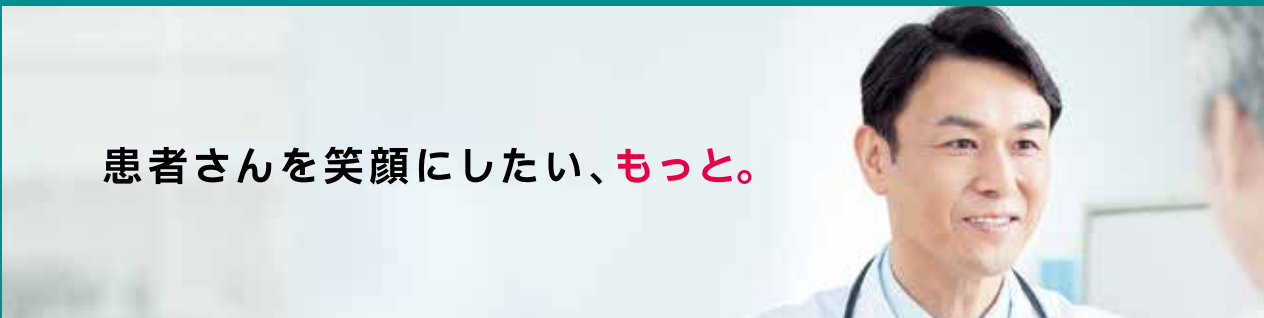
2026年1月作成
PP-ARIK-JP-01180
© 2026 Insmed GK. All Rights Reserved.



がんに勝ちたい、**もっと**。



家族と一緒にいたい、**もっと**。



患者さんを笑顔にしたい、**もっと**。



革新的な薬を届けたい、**もっと**。

がんと向き合う 一人ひとりの想いに応えたい。

私たちMSDは、革新的ながん治療薬を開発する情熱を抱き、
一人でも多くの患者さんに届けるという責任をもって
がん治療への挑戦を続けています。

WINNING

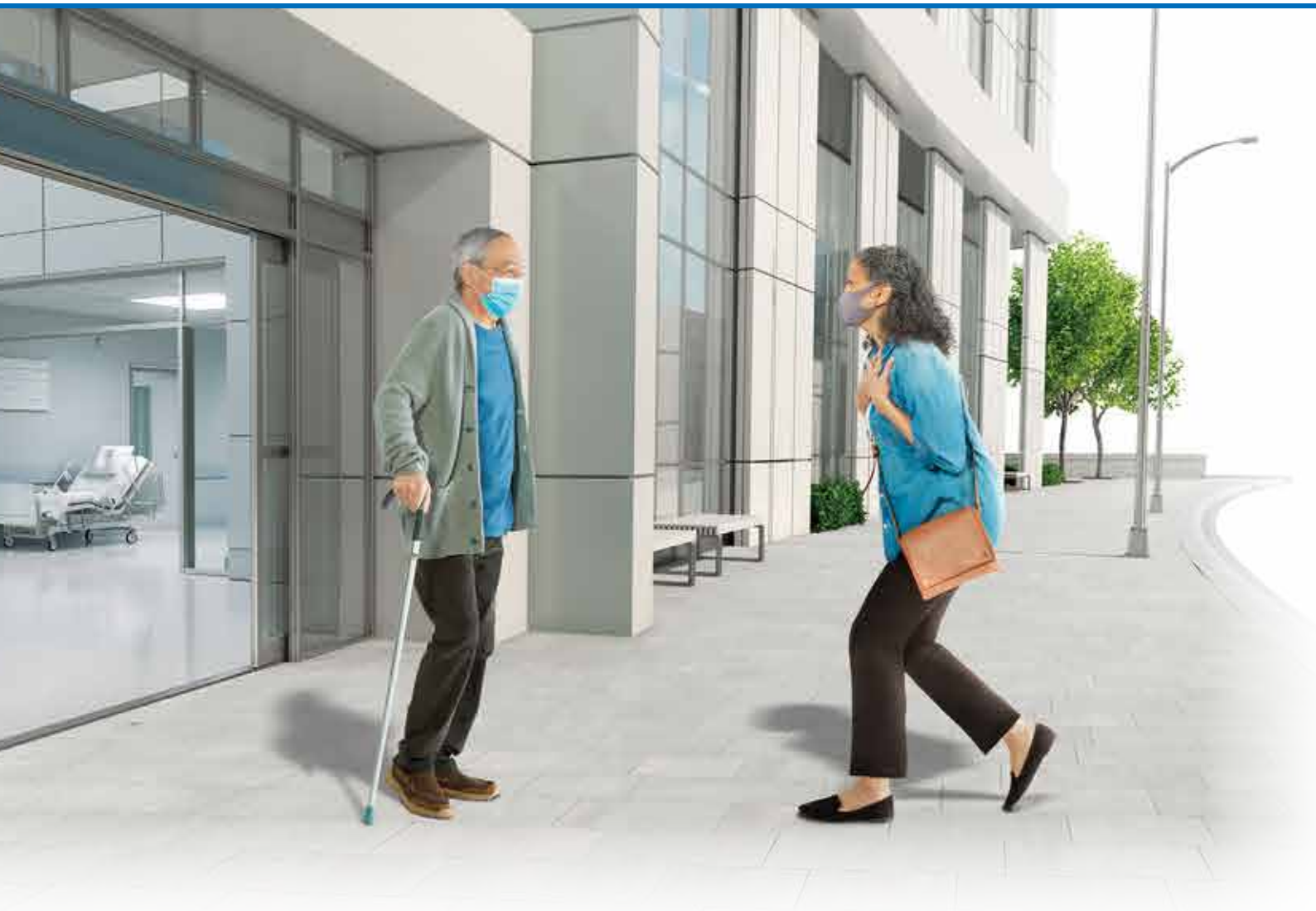
MORE

AGAINST

CANCER

MSD株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア
<http://www.msd.co.jp/>



抗ウイルス剤

処方箋医薬品^{注)}

ベクルリー[®] 点滴静注用 100mg

VEKLURY[®] for Intravenous Injection [薬価基準収載]

(レムデシビル・注射用凍結乾燥製剤)

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

※効能又は効果、用法及び用量、「禁忌を含む注意事項等情報」等につきましては電子添文をご参照ください。

製造販売元

ギリアド・サイエンシズ株式会社

〒100-6616 東京都千代田区丸の内1-9-2 グラントウキョウサウスタワー

<https://www.gilead.co.jp/>

文献請求先及び問い合わせ先

ギリアド・サイエンシズ株式会社
メディカルサポートセンター

フリーダイヤル: 0120-506-295 9:00-17:30(土日祝日及び会社休日を除く)

VKY22DS0178AD

2022年12月作成



最適使用推進ガイドライン対象品目

ヒト化抗IL-5モノクローナル抗体

薬価基準収載

生物由来製品

劇薬

処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

エキシデンサー皮下注100mgペン

EXDENSUR solution for s.c. injection デペモキマブ(遺伝子組換え)製剤


ヒト化抗IL-5モノクローナル抗体

薬価基準収載

生物由来製品

劇薬

処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

エキシデンサー皮下注100mgシリンジ

EXDENSUR solution for s.c. injection デペモキマブ(遺伝子組換え)製剤


※「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。

専用アプリ「添文ナビ」でGS1バーコードを読み取ることで、最新の電子添文等を閲覧できます。



(01)14987246790182

(エキシデンサー皮下注100mgペン・エキシデンサー皮下注100mgシリンジ)

製造販売元

グラクソ・スミスクライン株式会社

〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文献請求先及び問い合わせ先

TEL: 0120-561-007 (9:00~17:45/土日祝日及び当社休業日を除く)
<https://jp.gsk.com>

新発売

A SMART STAPLER IN YOUR HANDS



Signia™ ステープリングシステム

販売名: Signiaステープリングシステム 医療機器認証番号: 228AABZX00088000 クラス: II
販売名: Signiaマニュアルアダプタツール 医療機器届出番号: 13B1X00069US023A クラス: I

お問い合わせ先
コヴィディエンジャパン株式会社

Tel: 0120-998-971

medtronic.co.jp

Medtronic

イムノキャップTM アレルゲンコンポーネント m218 Asp f 1 (アスペルギルス由来)

アレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) の
診断補助を目的とした特異的 IgE 検査



View アレルギー39TM

一度に39項目のアレルゲンに対する感作を確認できる特異的 IgE 検査

吸入系・その他				食物系			
室内塵	ヤケヒョウヒダニ ハウスダスト1		イネ科 植 物	カモガヤ オオアワガエリ			
動 物	ネコ皮膚 イヌ皮膚		雑 草	ブタクサ ヨモギ			
昆 虫	ガ ゴキブリ		真 菌	アルテルナリア (ススカビ) アスペルギルス (コウジカビ) カンジダ、マラセチア (属)			
樹 木	スギ、ヒノキ ハンノキ (属) シラカンバ (属)		職業性	ラテックス			
卵	卵白 オボムコイド		豆 類	大豆 ピーナッツ			
牛 乳	ミルク		肉 類	鶏肉 牛肉 豚肉			
穀 類	小麦 ソバ 米		魚 類	マグロ サケ サバ			
甲殻類	エビ カニ		果 物	キウイ リンゴ バナナ			
			その他	ゴマ			

一般向けウェブサイト

アレルギーについてもっと詳しく知りたい方は

みんなのアレルギー情報室

検索

医療従事者向け
ウェブサイト



Learn more at thermofisher.com/hcp-jp

thermo scientific

サーモフィッシャーダイアグノスティックス株式会社

info-jp.idd@thermofisher.com



●

We chase the *miracles* of science to improve people's lives

私たちは人々の暮らしをより良くするため、科学のもたらす奇跡を追求します。

●

サノフィ株式会社

〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号 東京オペラシティタワー

www.sanofi.co.jp

sanofi



あしたの感染症と、 たたかっている。

感染症がこの世からなくなることはない。
パンデミックも、きっとまた起こる。
だからこそ、SHIONOGIは逃げずに向き合い続けます。
その時私たちの創るワクチンが、治療薬が、
強く、強く、ひとつでも多くのいのちを守れるように。
薬ができることの、その先へ。





抗悪性腫瘍剤 抗ヒトEGFR及び抗ヒトMET
ヒト二重特異性モノクローナル抗体／ヒアルロン酸分解酵素配合剤

薬価基準収載

リブ"ロファズ"® 配合皮下注

RYBROFAZ® Combination Subcutaneous Injection

アミバンタマブ(遺伝子組換え)・ボルヒアルロニダーゼ アルファ(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品※

※注意一医師等の処方箋により使用すること

新発売



抗悪性腫瘍剤
チロシンキナーゼ阻害剤

薬価基準収載

ラズ"クルーズ"錠 80mg・240mg

LAZCLUZE® tablets

ラゼルチニブメシル酸塩水和物錠

劇薬 処方箋医薬品※

※注意一医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。

製造販売元(輸入)

(文献請求先・製品情報お問合せ先)

Johnson & Johnson Innovative Medicine

ヤンセンファーマ株式会社

〒101-0065 東京都千代田区西神田3-5-2

<https://innovativemedicine.jnj.com/japan/>

<https://www.janssenpro.jp> (医療関係者向けサイト)

2026年3月作成

©Janssen Pharmaceutical K.K. 2025-2026

Johnson & Johnson



病気だけでなく、
創薬の常識にも立ち向かう。
未知のイノベーションで、
病気より先に未来へ行く。
できそうもない薬でなければ
私たちが生み出す意味はない。

創造で、想像を超える。



CHUGAI

中外製薬

 ロシュ グループ

世界中の人々の
より豊かな人生のため、
革新的医薬品に
思いやりを込めて



日本イーライリリーは製薬会社として
人々が健康で、より豊かな生活を送れるよう
がん、糖尿病、自己免疫疾患、
アルツハイマー病などの中枢神経系疾患を含む
幅広い領域で革新的な医薬品を提供し
日本の医療に貢献しています。

日本イーライリリー株式会社

〒651-0086 神戸市中央区磯上通 5-1-28
<https://www.lilly.com/jp/>

薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤 生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品[※]
ヒト型抗EGFR^{注1)}モノクローナル抗体
ネシツムマブ（遺伝子組換え）注射液

ポートラーザ[®] 点滴静注液 800mg

Portrazza[®] Injection

注1) EGFR: Epidermal Growth Factor Receptor（上皮細胞増殖因子受容体）

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品[※]
点滴静注用ゲムシタビン塩酸塩

ゲムシタビン 点滴静注用 200mg/1g 「NK」

Gemcitabine for I.V. Infusion 200mg・1g 「NK」

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤 劇薬・処方箋医薬品[※]
ゲムシタビン塩酸塩注射液

ゲムシタビン 点滴静注液 200mg/5mL 1g/25mL 「NK」

Gemcitabine I.V. Infusion 200mg/5mL・1g/25mL 「NK」

抗悪性腫瘍剤 毒薬・処方箋医薬品[※]
シスプラチン製剤

ランダ[®] 10mg/20mL
25mg/50mL
50mg/100mL

Randa[®] Injection 10mg/20mL・25mg/50mL・50mg/100mL

注) 注意－医師等の処方箋により使用すること

製造販売元  **日本化薬株式会社**
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

文献請求先及び問い合わせ先
日本化薬株式会社医薬品情報センター
0120-505-282

日本化薬株式会社医療関係者向け情報サイト
<https://mink.nipponkayaku.co.jp/>

'25.7 作成

※効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。



Life forward

かけがえのない日常のために

ベーリンガーインゲルハイムは、株式を公開しない独立した企業として、約140年にわたり人と動物の健康に取り組んできました。これまで多様な分野で培った経験やパートナーシップを生かし、未来を見据えて研究開発に注力しています。

詳細はこちらをご覧ください

boehringer-ingenelheim.com/jp/



日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

 **Boehringer
Ingelheim**

Precise dissecting

Articulating

Strong grasping

Seal & Cut

Laparoscopic
surgery

AESCULAP® Caiman Articulating Maryland

Advanced Bipolar Seal and Cut Technology

AESCULAP® - a B. Braun brand

製造販売元

ビー・ブラウンエースクラップ株式会社

〒113-0033 東京都文京区本郷2-38-16

カスタマーサービスセンター

TEL: 0120-401-741 (フリーダイヤル)

販売名: ベッセルシーリングシステム Caiman
承認番号: 30300BZX00290000

www.bbraun.jp

私たちは、 医療の未来を共に創る 「ヘルスケアパートナー」を 目指しています。

富士通は、医療の未来を医療従事者と共に創ります

医療現場は少子高齢化を背景に複雑さを増し、新たな対応力が求められています。

富士通は50年以上の医療現場との歩みで培ったナレッジ、テクノロジー、豊富な人材といった強みを生かし、課題解決策を提供してきました。これからも、医療現場の課題に真正面から向き合い、医療従事者とともにデータドリブンな医療の実現を目指します。医療をとりまく全ての人が幸せに働き、社会にさらなる進化と変革をもたらすこと、DXで病院経営の変革、スタッフの働き方改革、安心安全な医療サービス、持続的な医療の発展をサポートします。



詳しくは、二次元バーコードまたは
下記キーワードよりご覧ください。

富士通ヘルスケア

検索

富士通株式会社

〒212-0014 神奈川県川崎市幸区大宮町1-5 (JR川崎タワー)

https://global.fujitsu/ja-jp/industries/healthcare-pharma/healthcare?utm_source=magazine&utm_medium=print&utm_campaign=hc202403

© Fujitsu Limited





Immuno-Oncology

未来をひらくがん免疫療法



が	私
ん	の
と	免
闘	疫
う	力
力	に
を	、
。	

患者さん自らが持つ免疫力を、
がん治療に大きく生かすことはできないだろうか——。
小野薬品とブリストル・マイヤーズ スクイブは、
従来のがん治療とは異なる
「新たながん免疫療法」の研究・開発に取り組んでいます。

ONO 小野薬品工業株式会社

 ブリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社

2023年3月作成

次世代の国産ワクチンをつくる。

世界の片隅で発生した感染症が短期間で世界中に広がる。

グローバル化は、感染症の拡がりも加速させた。

製薬において「安全」は、もちろん最優先。

その上で、これからのワクチン開発に求められるのは、

感染症拡大に負けない「スピード」であると私たちは考えます。

世界では、新型コロナウイルスだけでなく、

エムボックス(サル痘)やデング熱など感染症の脅威は続いている。

さらに気候変動などの影響で、

未知の感染症が発生するリスクも指摘されている。

コロナ禍において日本はワクチン開発で他国に遅れを取り、

海外のワクチンに頼らざるを得ませんでした。

次の感染症流行への備えとして。

国内で必要な時に必要なワクチンを開発し、生産できる体制を

私たちMeiji Seika ファルマは目指します。

未来まで守れ。



サイエンスから医薬を創り出し 患者さんの人生を変える

リジェネロンは、重篤な疾患をもつ患者さんの生活や人生を大きく変える治療薬の創薬・開発・事業化に取り組むバイオ医薬品のリーディングカンパニーです。1988年の米国での設立以来、サイエンスから医薬を創り出す独自の能力を培ってきました。その結果、多くの新薬が世界各国の規制当局に承認され、開発中の医薬品候補も多数にのぼります。そして、それら医薬品のほぼすべては、リジェネロンの自社研究所で創薬・開発されたものです。眼疾患、アレルギー・炎症性疾患、がん、循環器・代謝性疾患、血液疾患、感染症および希少疾患の患者さんのアンメットニーズに応えるべく、私たちは日々サイエンスの限界に挑んでいます。

リジェネロン・ジャパン株式会社
〒105-5518
東京都港区虎ノ門二丁目6番1号
虎ノ門ヒルズステーションタワー18階
03-6630-7478
www.regeneron.co.jp

REGENERON®



抗悪性腫瘍剤－抗HER2※抗体
トポイソメラーゼⅠ阻害剤複合体

薬価基準収載

エンハーツ® 点滴静注用100mg

一般名／トラスツズマブ デルクステカン(遺伝子組換え)
(Trastuzumab Deruxtecan (Genetical Recombination))
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること
※HER2：Human Epidermal Growth Factor Receptor Type 2
(ヒト上皮増殖因子受容体2型、別称：c-erbB-2)

●「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む
注意事項等情報」等については電子添文をご参照
ください。



製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先を含む)

第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1

2024年7月作成

東レの急性血液浄化製品ラインナップ

急性血液浄化 Web サイト▶



東レ独自のNVポリマー技術により性能劣化を防ぎ
持続性の向上を図りました

HEMOFEEL® SNV

承認番号：23000BZX00297000
一般的名称：持続緩除式血液濾過器
販売名：ヘモフィール SNV
クラス分類：高度管理医療機器（クラスⅢ）
特定保険医療材料：Ⅱ040(4) 持続緩除式血液濾過器 ①標準型



東レ独自の膜設計により、
各種の病因物質除去特性を有します

HEMOFEEL® CH

承認番号：20300BZZ00624000
一般的名称：持続緩除式血液濾過器
販売名：ヘモフィール CH
クラス分類：高度管理医療機器（クラスⅢ）
特定保険医療材料：Ⅱ040(4) 持続緩除式血液濾過器 ①標準型



グラム陰性菌感染症あるいはエンドトキシン血症に伴う
重症病態の改善に

トレミキシン®

承認番号：20500BZZ00926000
一般的名称：エンドトキシン除去向け吸着型血液浄化用浄化器
販売名：トレミキシン
クラス分類：高度管理医療機器（クラスⅢ）
特定保険医療材料：Ⅱ047 吸着式血液浄化用浄化器（エンドトキシン除去用）

医療機器の使用にあたっては電子添文等を、保険適用については厚生労働省より提出されている最新の関連通知をご確認ください。

TORAY
Innovation by Chemistry

製造販売業者：東レ株式会社 <https://www.toray.co.jp/>
販売業者：東レ・メディカル株式会社 <https://www.toray-medical.com/>

The next generation of intelligent ICU ventilators

HAMILTON-C6

HAMILTON-C6 は、

ブロワ駆動・バッテリー内蔵の人工呼吸器です。

さまざまな機能(オプション含む)を組み合わせることで、

個々の患者さんの状況に合わせた人工呼吸管理をサポートします。

- 成人、小児、新生児*の人工呼吸に対応
- 個々の患者さんの状況に合わせ肺保護換気を提供する換気モード、ASVとINTELLiVENT-ASV*
- IntelliSync+*による患者同調性 ●ハイフローセラピー*に対応
- P/V Tool Pro*による肺アセスメントとリクルートメント
- カフ圧コントロール(インテリカフ)機能* ●加温加湿器 HAMILTON-H900 との接続*

*オプション



販売名：人工呼吸器 HAMILTON-C6
外国製造業者：HAMILTON MEDICAL AG (スイス)

医療機器承認番号 30100BZX00183000

高度管理医療機器 / 特定保守管理医療機器

75A-0107 広告管理番号：NKC0B010-250847

販売名：加温加湿器 HAMILTON-H900
外国製造業者：HAMILTON MEDICAL AG (スイス)

医療機器認証番号 227ADBZX00048000

管理医療機器 / 特定保守管理医療機器

〈製造販売〉

日本光電

東京都新宿区西落合1-31-4
〒161-8560 ☎03(5996)8000

*カタログをご希望の方は当社までご請求ください。

<https://www.nihonkohden.co.jp/>



注意—特例承認医薬品

抗ウイルス剤

薬価基準収載

パキロビッドパック[®] 600/300

Paxlovid[®]PACK

ニルマトレルビル錠/リトナビル錠

劇薬、処方箋医薬品¹⁾

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、
「禁忌を含むその他の注意」等
については、電子添文をご参照ください。

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先：
Pfizer Connect/メディカル・インフォメーション 0120-664-467
<https://www.pfizermedicalinformation.jp>

販売情報提供活動に関するご意見：
0120-407-947
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

PAX72P001A
2025年9月作成