



# EDUCATIONAL COURSES of JUA 2026 in KYOTO

日本泌尿器科学会

## 2026年卒後教育プログラム

2026年4月23日(木)～26日(日)

京都府：国立京都国際会館

第113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。また、なるべく多くの受講機会ができるよう最終日に各コースをビデオ講習として実施するほか、会期終了後には一定期間オンデマンド配信をいたします。

本プログラムの実施にあたりましては、総会会長の浮村 理 教授(京都府立医科大学)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とともに、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

安井 孝周 (教育委員会委員長)

### 開催概要

#### 1. 開催日時およびコース

#### 4月23日(木) 国立京都国際会館

- |  |         |
|--|---------|
| [1] 泌尿器科専門医に必要な小児領域の知識と小児サブスペシャリティへの準備 | 小児泌尿器科  |
| [2] 尿路結石症 どう予防する?もう一度成因から考える           | 尿路結石    |
| [3] 筋層非浸潤性膀胱がんに対する膀胱内注入療法の現状と治療開発状況    | 泌尿器科腫瘍  |
| [4] 性感染症、耐性菌とどう対峙する?                   | 尿路性器感染症 |

#### 4月24日(金) 国立京都国際会館

- |  |                |
|--|----------------|
| [5] 遺伝性腎腫瘍の基礎  | 基礎研究           |
| [6] 医療倫理の基本原則・パターンリズムと自律・臨床倫理の方法論・ACP 共通講習(必修A):医療倫理 | 共通講習(必修A):医療倫理 |
| [7] 腎盂・尿管がんの診断と治療                                    | 泌尿器科腫瘍         |
| [8] 性別不合(GI)の診断と治療                                   | 内分泌・生殖機能・性機能   |
| [9] 下部尿路機能障害の評価:何を行いその結果をどう生かすか?                     | 排尿機能・神経泌尿器科    |
| [10] 泌尿器科医として知っておきたい新興・再興感染症と薬剤耐性(AMR)の最前線           | 共通講習(必修A):感染対策 |
| [11] 精巣がんの病理学  | 泌尿器科腫瘍         |
| [12] 泌尿器がん治療におけるIVRの役割                               | 泌尿器科腫瘍         |
| [13] 褐色細胞腫/パラガングリオーマの診断と治療                           | 副腎・後腹膜         |

#### 4月25日(土) 国立京都国際会館

- |                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| [14] 医療安全を推進するための心理的安全性      | 共通講習(必修A):医療安全                |
| [15] 泌尿器科保険診療の基礎と診療報酬改定のポイント | 医療制度・保険等=共通講習(必修B):医療経済(保険医療) |

[16]	ロボット支援後腹膜・骨盤リンパ節郭清術を安全に施行するために	エンドウロロジー・腹腔鏡
[17]	医療制度と法律	共通講習（必修 B）：医療制度と法律
[18]	前立腺肥大症標準的治療のアップデート：薬物療法と手術	老年泌尿器科・前立腺肥大症
[19]	腎移植における機械灌流の変遷と我が国における臨床	腎不全・腎移植
[20]	泌尿器科尿路再建	外傷・救急医療・再建
[21]	泌尿器がん薬物療法における皮膚有害事象とその対策	泌尿器科腫瘍
[22]	泌尿器骨盤手術に役立つ外科解剖学の知識～大腸外科医の視点から	泌尿器科腫瘍
[23]	骨盤臓器脱の診断・治療	女性泌尿器科
[24]	外来診療における患者さんとのコミュニケーションの取り方	オフィスウロロジー

#### 4月26日（日） 国立京都国際会館（ビデオ講習）

[25]	筋層非浸潤性膀胱がんに対する膀胱内注入療法の現状と治療開発状況	泌尿器科腫瘍
[26]	尿路結石症 どう予防する？もう一度成因から考える	尿路結石
[27]	性感染症、耐性菌とどう対峙する？	尿路性器感染症
[28]	医療倫理の基本原則・パターナリズムと自律・臨床倫理の方法論・ACP	共通講習（必修 A）：医療倫理
[29]	腎盂・尿管がんの診断と治療	泌尿器科腫瘍
[30]	遺伝性腎腫瘍の基礎	基礎研究
[31]	泌尿器科医として知っておきたい新興・再興感染症と薬剤耐性（AMR）の最前線	共通講習（必修 A）：感染対策
[32]	精巣がんの病理学	泌尿器科腫瘍
[33]	性別不合（GI）の診断と治療	内分泌・生殖機能・性機能
[34]	医療制度と法律	共通講習（必修 B）：医療制度と法律
[35]	泌尿器がん治療における IVR の役割	泌尿器科腫瘍
[36]	下部尿路機能障害の評価：何をを行いその結果をどう生かすか？	排尿機能・神経泌尿器科
[37]	泌尿器科専門医に必要な小児領域の知識と小児サブスペシャリティへの準備	小児泌尿器科
[38]	褐色細胞腫／パラングリオーマの診断と治療	副腎・後腹膜
[39]	医療安全を推進するための心理的安全性	共通講習（必修 A）：医療安全
[40]	泌尿器がん薬物療法における皮膚有害事象とその対策	泌尿器科腫瘍
[41]	ロボット支援後腹膜・骨盤リンパ節郭清術を安全に施行するために	エンドウロロジー・腹腔鏡
[42]	泌尿器科尿路再建	外傷・救急医療・再建
[43]	前立腺肥大症標準的治療のアップデート：薬物療法と手術	老年泌尿器科・前立腺肥大症
[44]	泌尿器科保険診療の基礎と診療報酬改定のポイント	医療制度・保険等＝共通講習（必修 B）：医療経済（保険医療）
[45]	泌尿器骨盤手術に役立つ外科解剖学の知識～大腸外科医の視点から	泌尿器科腫瘍
[46]	外来診療における患者さんとのコミュニケーションの取り方	オフィスウロロジー
[47]	腎移植における機械灌流の変遷と我が国における臨床	腎不全・腎移植
[48]	骨盤臓器脱の診断・治療	女性泌尿器科

## 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（国立京都国際会館 1F アネックスホール1）にて講義当日のチケットを発券してください。

※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。

※2026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 MyWeb にてクレジット決済いただき、卒後教育プログラム受講チケット発券機付近に設置のデスクにて、支払い完了画面をご提示下さい。

※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発券機付近に設置の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発券機付近に設置の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23日～25日】

開催日時		コース No	会場	当日分チケット 発券時間
4月23日 (木)	13 : 10～14 : 10	1	第13会場	7 : 30～13 : 10
		2	第15会場	
		3	第16会場	
		4	第18会場	
4月24日 (金)	8 : 00～9 : 00	5	第13会場	7 : 30～8 : 00
		6	第14会場	
		7	第15会場	
		8	第16会場	
		9	第17会場	
		10	第18会場	
	9 : 15～10 : 15	11	第15会場	7 : 30～9 : 15
		12	第16会場	
		13	第17会場	
4月25日 (土)	8 : 00～9 : 00	14	第14会場	7 : 30～8 : 00
		15	第15会場	
		16	第16会場	
		17	第17会場	
		18	第18会場	
	9 : 15～10 : 15	19	第14会場	7 : 30～9 : 15
		20	第15会場	
		21	第16会場	
		22	第17会場	
		23	第18会場	
	13 : 30～14 : 30	24	第16会場	7 : 30～13 : 30

- 第13会場 : 国立京都国際会館 2階 RoomI (定員 : 90名)
- 第14会場 : 国立京都国際会館 2階 RoomJ (定員 : 90名)
- 第15会場 : 国立京都国際会館 2階 RoomK (定員 : 90名)
- 第16会場 : 国立京都国際会館 1階 RoomF (定員 : 90名)
- 第17会場 : 国立京都国際会館 1階 RoomG (定員 : 90名)
- 第18会場 : 国立京都国際会館 1階 RoomH (定員 : 90名)

【ビデオ講習】

開催日時		コース No	会場	当日分チケット 発券時間
4月26日（日）	8：15～9：15	25	第4会場	7：45～8：15
		26	第5会場	
		27	第8会場	
	9：30～10：30	28	第4会場	7：45～9：30
		29	第5会場	
		30	第8会場	
	10：45～11：45	31	第4会場	7：45～10：45
		32	第5会場	
		33	第8会場	
	13：15～14：15	34	第4会場	7：45～13：15
		35	第5会場	
		36	第8会場	
		37	第9会場	
		38	第10会場	
	14：25～15：25	39	第2会場	7：45～14：25
		40	第5会場	
		41	第8会場	
		42	第9会場	
		43	第10会場	
	15：35～16：35	44	第2会場	7：45～15：35
45		第5会場		
46		第8会場		
47		第9会場		
48		第10会場		

第2会場：国立京都国際会館 2階 RoomA（定員：490名）

第4会場：国立京都国際会館 1階 アネックスホール2（定員：340名）

第5会場：国立京都国際会館 2階 RoomB-1（定員：200名）

第8会場：国立京都国際会館 2階 RoomB-2（定員：140名）

第9会場：国立京都国際会館 1階 RoomC-1（定員：120名）

第10会場：国立京都国際会館 1階 RoomC-2（定員：120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発券機付近に設置の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。

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.6・10・14・15・17・28・31・34・39・44です。

そのうち、\*必修講習 A は、コース No. 6・10・14・28・31・39です。

\*必修講習 B は、コース No.15・17・34・44 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

・「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

・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、2026年度 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

・2026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受講チケット発券機付近に設置のデスクにて確認してください。

## [1] 泌尿器科専門医に必要な小児領域の知識と小児サブスペシャリティへの準備

数ある泌尿器科のサブスペシャリティの中で、小児泌尿器科の魅力は何でしょうか？

小児泌尿器科は、新生児から思春期に至るまでの小児を対象とし、主として先天性尿路・性器疾患や小児における下部尿路機能障害、泌尿器腫瘍、尿路感染症、性分化疾患、尿路結石、腎不全などの泌尿器科疾患を診療するサブスペシャリティとして位置づけられます。小児泌尿器科領域は単なる成人泌尿器疾患の縮小版ではなく、成長発達段階に応じた長期的視点を必要とする独自の専門分野です。

私自身が考える小児泌尿器科の魅力は、以下の項目が挙げられます。

- 精緻な外科的技術：機能的な側面を考えながら形成外科的要素を含む精緻な外科手技を行えることに魅力があります。その分、習得に時間がかかるのは事実ですが、この技術は成人における手術にも応用できます。
- 長期的なフォローアップの必要性：小児泌尿器科では、外科的治療のアウトカムは思春期・成人期になることが少なくありません。そのため、移行期医療に至るまで、長期間にわたり継続的に診療する必要があります。この縦断的診療は、成長とともに変化する患者の発達過程を支えるという点で、他の泌尿器科領域とは一線を画す点かと考えています。
- 多診療科・多職種連携：他診療科の医師はもちろん、看護師や心理士、さらに教育機関の関係者など、多職種と連携し包括的診療を行うことが特徴として挙げられます。このような学際的協働は診療の幅を広げ、医師としての視野を拡大することができると考えています。

このように、小児泌尿器科は高度な外科技術を習得できるばかりでなく、児の成長や発達を観察しながら長期にわたり患者と関わることができる遣り甲斐のあるサブスペシャリティです。本講演では、「泌尿器科専門医に必要な小児領域の知識と小児サブスペシャリティへの準備」について、そのエッセンスをお話したいと思います。

**三井 貴彦**

1993年 北海道大学医学部 卒業  
2007年 北海道大学病院 助教  
2015年 山梨大学医学部附属病院 講師  
2016年 山梨大学大学院総合研究部 准教授  
2020年 山梨大学大学院総合研究部 教授

## 尿路結石

4月23日(木) 13:10~14:10(ビデオ講習 4月26日 8:15~9:15)

## [2] 尿路結石症 どう予防する？もう一度成因から考える

尿路結石症は再発率が高く、生涯罹患率も上昇傾向にある。さらに高齢化により結石と共存する期間が延びた結果、長期的な再発予防の重要性が一段と増している。この背景を受け、第3版尿路結石症診療ガイドラインでは再発予防に関する記述が大幅に拡充され、新たに6つの再発予防アルゴリズムが提示された点が大きな特徴である。本講演では、結石形成の三要素である「尿中成分の過飽和」「結晶化」「結晶保持・成長」を踏まえ、再発予防に関する最新エビデンスを改めて検討する。

まず、尿量確保はすべての予防の基本であり、尿中成分の濃度を低下させ過飽和を抑制する最も確実な方法である。疫学研究では尿量1.6L/日以上からリスクが低下し始めるが、再発抑制が明確に示されたランダム化比較試験の結果から、1日2.0L以上の尿量を目標とした水分摂取が推奨される。カルシウム結石においては、高ナトリウム食や動物性蛋白の過剰が尿中カルシウム排泄や尿酸生成を促すため、食事指導が予防の中心的役割を果たす。しばしばカルシウム摂取を控えるべきと誤解されるが、適量のカルシウム摂取は腸管におけるシュウ酸吸収を抑制し、低カルシウム食では逆に尿中シュウ酸が増加することが報告されており、この点は患者指導上の重要なポイントである。

尿酸結石においては尿 pH 管理とアルカリ化療法のエビデンスが整理され、さらにメタボリックシンドロームやインスリン抵抗性による尿 pH 低下が重要な病態として位置付けられた。生活習慣介入の科学的妥当性が明確になった点も第3版の特徴である。

本講演では、第3版で刷新された6つの再発予防アルゴリズムを中心に、成因と尿化学に基づいた尿路結石症予防の実践的アプローチについて再考する。

**若井 健**

2014年 千葉大学医学部附属病院泌尿器科入局 東京地方会ベストプレゼンテーション賞受賞  
2015年 東邦大学医療センター佐倉病院 医員  
2018年 千葉大学大学院医学研究院 腫瘍病理学講座  
2022年 帝京大学ちば総合医療センター泌尿器科助教 千葉大学医学部附属病院泌尿器科特任助教  
2023年 日本泌尿器科学会総会 International Session Award 受賞

## [3] 筋層非浸潤性膀胱がんに対する膀胱内注入療法の現状と治療開発状況

初診断される膀胱癌のうち約80%を占める筋層非浸潤性膀胱癌(NMIBC)は、筋層浸潤癌~切除不能/転移性膀胱癌の未病状態といつてよい。一般的に予後良好とされるNMIBCではあるが、特に高~超高リスクNMIBCにおいては、初期診断・治療を誤ると疾患進行につながり致命的疾患に変貌し得る。画像検査による病期診断、経尿道的膀胱腫瘍切除術(TURBT)に始まり、セカンドTUR、術後補助療法(抗癌剤またはBCG膀胱内注入療法)、膀胱鏡検査・尿細胞診検査・画像検査を用いた治療後経過観察によって組み立てられる診療シーケンスのどこにおいても手を抜けない。膀胱癌は手術だけでは治癒せしめない、これまで膀胱内薬物注入療法はTURBT後の補助治療として重要な役割を担ってきた。アンスラサイクリン系、マイトマイシンといった抗癌化学剤、そして1976年Moralesらが報告して以来、50年間主軸でありつづけているBCGがある。そしてついに、BCG膀胱注入療法に免疫チェックポイント阻害剤が併用される時代が幕を開けようとしている。また、NMIBC診療における一丁目一番地のアンメットニーズともいえるBCG unresponsive疾患に対する膀胱温存治療として、アデノウイルスベクター製剤の膀胱注入療法(nadofaragene firadenovec や cretostimogene grenadenorepvec)、抗癌剤膀胱内送達システム(TAR-200)に大きな期待が寄せられている。筋層浸潤癌そして切除不能/転移性癌の未病であるNMIBCの再発・進展を減らし、膀胱癌診療全体の底上げのために、理解すべき事項は多い。本プログラムでは、近年の膀胱注入療法にまつわる最新情報をアップデートする。



## 三宅 牧人

2006年 栃木県立がんセンター研究所 がん遺伝子研究室・がん予防研究室 リサーチレジデント  
 2011年 MD アンダーソン癌センターオランダ癌研究所 リサーチサイエンティスト  
 2013年 奈良県立医科大学 泌尿器科 助教  
 2022年 奈良県立医科大学 泌尿器科 講師  
 2024年 奈良県立医科大学 泌尿器科 准教授

## [4] 性感染症、耐性菌とどう対峙する？

性感染症のうち、薬剤耐性が問題となっているのは尿道炎原因菌である *Neisseria gonorrhoeae* (淋菌:NG) と *Mycoplasma genitalium* (マイコプラズマ・ジェニタリウム:MG) である。

NGに対する治療指針を策定するためには、薬剤感受性サーベイランスが必須であり、世界的にも各国や各地域で実施されている。しかしわが国においては公的機関による薬剤感受性サーベイランスは実施されていない。そのため研究グループの結果を統合し、わが国のデータとしてWHOに報告している。その2023年のデータによるとPCG、TC、AZM、CPFX、CFIXに対してそれぞれ99.5%、87.7%、55.1%、57.5%、18.9%が非感受性であった。一方CTRXおよびSPCMにはほとんどが感受性であった。薬剤感受性サーベイランスの結果からするとJAID/JSCおよび日本性感染症学会のガイドラインにおいて淋菌性尿道炎初期治療薬として推奨されているCTRXおよびSPCMは妥当である。しかし過去にはわが国でCTRX耐性菌が出現、さらに感受性が低下した株も散見されている。

わが国におけるMGのマクロライドおよびフルオロキノロン耐性に関与する遺伝子変異の頻度は、約8割に達している。わが国ではMG検出にコバス®TV/MGとMEBRIGHT™ ジェニタリウム plus DRキットが保険適用されているが、POCT化されていない。MGの薬剤耐性化は顕著しく、もはや100%の効果を有する薬剤はない。そのためテトラサイクリン系抗菌薬からフルオロキノロン系抗菌薬へのシーケンシャル療法試みられている。

薬剤耐性菌の増加を受け、世界的にNGやMGに対する新規抗菌薬開発が試みられているが、未だ有望な抗菌薬は上市されていない。そこで既存薬の有効利用が考えられている。つまり、治療開始前に既存薬に対する感受性を判定し、感受性であれば使用するということであり、Resistance-guided therapyと呼ぶ。しかしResistance-guided therapyは大前提として感受性か耐性化を判定するPOCTが必要であるが、現時点では上市されておらず、今後開発・普及が望まれる。



## 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

## [5] 遺伝性腎腫瘍の基礎

遺伝性腎癌は、腎癌全体の5~8%を占めるとされます。1993年にVHL病の家系解析から最初の腎癌抑制遺伝子であるVHLが同定されました。VHLの発見当時、本邦では遺伝性腎癌がほとんど見つかっていませんでしたが、近年では認知度の向上とともに、泌尿器科と、遺伝性腎癌に特徴的な全身徴候の診療に関わる診療科とが連携して、遺伝性腎癌の家系を同定し、発端者ならびに血縁者の介入や検診に繋げることができるようになりました。また、がんパネル検査の二次的所見から、腎癌関連遺伝子に生殖細胞系列病的バリエーションが指摘される症例も増えつつあります。

遺伝性腎癌の原因遺伝子には、代謝経路やエピゲノム制御に関わるものが多く、これは腎細胞において、エネルギー状態の感知とその調節の破綻が、腫瘍化に深く関わることを示唆しています。VHLやFLCNといった遺伝子の機能解析は、血管新生阻害薬、HIF阻害薬、mTOR阻害薬といった新規腎癌治療薬の開発に理論的根拠を提供してきました。すなわち、遺伝性腎癌の腫瘍化機構解明は、散発性をも含めた腎癌全体の治療成績向上に寄与します。

遺伝性腎癌の管理において重要なことは、可能であれば腎癌発生前から腎検診を開始し、腎癌の発生を認めた際には各遺伝性腎癌の特性に応じた治療介入を行い、外科療法では特に腎機能の温存に最大限配慮することにあります。また、昨年上市されたHIF阻害剤は、これに化学的予防という新しい概念をもたらしました。

本講座では、主要な遺伝性腎癌について、それぞれの全身徴候や推奨される管理法について解説します。また、各遺伝性腎癌における責任遺伝子の機能や、その欠失が引き起こす腫瘍化機構について、最新の分子生物学的知見を交えてご紹介します。日常診療において見逃されやすい遺伝性腎癌に対する理解を深め、早期診断・適切な治療介入・家系全体への対応を行うための知識を提供することを目的とします。



## 蓮見 壽史

1997年 横浜市立大学医学部卒業  
横浜市立大学附属病院および関連病院・泌尿器科診療医  
2007年 米国立癌研究所 泌尿器腫瘍科 フェロー  
2014年 横浜市立大学 泌尿器科学 助教  
2022年 横浜市立大学 泌尿器科学 准教授

## 共通講習(必修A):医療倫理

4月24日(金) 8:00~9:00(ビデオ講習 4月26日 9:30~10:30)

## [6] 医療倫理の基本原則・パターナリズムと自律・臨床倫理の方法論・ACP

本講習では以下のことについての理解と重要性の認識を深めることを目的とする。

- (1) 医療倫理の4原則(自律尊重・無危害・善行・正義)の正しい理解を促し、具体的な事例を示しながら、これらの原則間の対立により生じる倫理的ジレンマと相互調整の必要性について理解する。
- (2) これらの原則間の対立と倫理的ジレンマに向き合い解決していく方法論としての臨床倫理の4分割法アプローチやナラティブアプローチについて理解する。
- (3) 日本の伝統的な医療倫理では、医師のパターナリズムは患者の自己決定を否定するものとして、その負の側面ばかりが強調され、自律尊重の原則に反するものとして一面的に誤って認識されていることを学術的なパターナリズム論に基づいて理解する。すなわち医師の専断的医療としてパターナリズムは否定的に捉えられてきたが、法制度や社会保障の多くはパターナリズムがその規制根拠とされていること、パターナリズムは必ずしも自律に反するものではなく、患者の長期的自律や人格的統合を補完するために必要な場面があることを理解する。
- (4) 医学教育モデルコアカリキュラムでは、行動科学の教育が必要とされている。行動科学の主要領域である認知心理学の知的洞察を経済学に取り入れた行動経済学の知的洞察は、人びとの行動変容を促す手段として、医療政策や医療現場に取り入れられている。人間の意思決定には多様な認知バイアスが存在し、本人の意向に従うことが必ずしも本人の最善にならない場合があることが学術的に示されており、医療専門職にはリバタリアン・パターナリズムによる「ナッジ」の意思決定支援への活用が提唱されておりその意義を理解する。
- (5) 臨床におけるインフォームド・コンセントの形骸化や限界を補うためにアドバンス・ケア・プランニング(ACP)や協働的意思決定(SDM)など医療プロフェッションが担うべき患者や家族の意思決定支援の意義について理解する。



## 瀬戸山 晃一

2004年 米国 University of Wisconsin-Madison Law School 修了(M.L.L., LL.M)  
2005年 大阪大学大学院法学研究科修了(法学博士)  
2008年 大阪大学留学生センター 准教授  
2015年 京都府立医科大学大学院医学研究科 医学生命倫理学(人文・社会科学教室) 主任教授  
現在 京都府立医科大学医学基盤教育部長、医学哲学倫理学会理事・会長、臨床倫理学会理事、医事法学会理事

## [7] 腎盂・尿管がんの診断と治療

上部尿路上皮癌は、膀胱癌と発生母地を同じくしながらも、解剖学的制約や遺伝子プロファイルの違いにより、診断および治療のいずれにおいても特有の課題を抱えている。尿管や腎盂は壁が薄く管腔が狭いため、画像診断では深達度や微小病変の評価が難しく、尿管鏡検査も術者の技量に大きく依存する。生検による組織診断も採取量や評価精度に限界があり、術前リスク層別化が十分に確立されていないことが根本的な問題である。さらに、有病率の低さから前向き試験は限られ、治療方針の多くが膀胱癌の知見を基盤に推定的に決定されているのが現状である。

一方で、近年の技術革新により、これらの課題は克服の兆しを見せつつある。診断面では、CT urography を基盤とした radiomics 解析やリキッドバイオプシーなど、腫瘍の分子特性を非侵襲的かつ定量的に把握する新たな手法が登場し、質的診断や再発リスク予測の精度向上が期待されている。治療面では、UGN-101などの局所デリバリー薬剤や光線力学的治療 (Vascular-Targeted Photodynamic Therapy など) を応用した腎温存療法が開発され、手技依存性の軽減や根治性向上への可能性が示されている。さらに、進行例では Enfortumab vedotin + Pembrolizumab など高奏効率を示す薬剤の登場により、奏効例を対象とした consolidative surgery や集学的戦略の確立が模索されている。

本講演では、上部尿路上皮癌診療における現状の課題を整理し、最新の技術革新がいかに診断・治療のパラダイムを変えつつあるかを概説する。



## 吉田 崇

2011年 関西医科大学医学部医学科卒業  
2014年 関西医科大学腎泌尿器外科学講座 助教  
2022年 関西医科大学大学院医学研究科博士課程(甲)修了  
2023年 Henry Ford Health, Vattikuti Urology Institute (AUA/JUA Academic Exchange Scholar)  
2024年 鳥取大学工学部工学専攻博士課程(後期)早期修了

## [8] 性別不合(GI)の診断と治療

ICD-11においては性同一性障害との病名は削除され、代わって性別不合 (gender incongruence: GI) との用語が登場した。GIは、実感する性別 (experienced gender) と出生時に割り当てられた性 (assigned sex) との間で不一致が認められるものである。一般的に、出生時に割り当てられた性は男性であるが実感する性別が女性の場合を assigned male at birth (AMAB)、この逆を assigned female at birth (AFAB) と呼称する。性別違和を訴えるトランスジェンダーが医療機関を受診した場合、「性別不合に関する診断と診療のガイドライン(第5版)」にしたがって診断を進める。GIの治療は、身体的特徴を自身が望む性別に近づけることが原則となっている。ホルモン療法、胸壁男性化手術 (AFAB)、性別適合手術などの身体的治療が施行される。

2018年4月より、一定の条件を満たした認定施設においては、身体的治療である胸壁男性化手術や性別適合手術に対する健康保険の適用が承認された。一方、ホルモン療法に関しては、いまだに健康保険の適用が認められていないのが現状である。この状況は、混合診療との観点から現場に多大なる影響を与えている。2023年10月に最高裁判所は特例法の第4号要件(生殖不能要件)を違憲と判断した。さらに、2024年7月に広島高等裁判所はホルモン療法を施行しているが性別適合手術を行っていないAMABの性別変更を認め、第5号要件は違憲の疑いがあるとした。2025年10月には札幌家裁においてホルモン療法と性別適合手術の双方未施行のAMABの性別変更を認めている。当事者、医療者、法曹、社会(一般市民)のそれぞれの立場により、第5号要件の解釈には大きな差異を認め、今後の展開が注視される。



## 舩森 直哉

1988年 札幌医科大学卒業  
1988年 札幌医科大学泌尿器科入局  
1998年 Dept. of Urologic Surgery, Vanderbilt University, Nashville, TN, Research Fellow  
2013年 札幌医科大学泌尿器科 教授

[9] 下部尿路機能障害の評価：何をを行いその結果をどう生かすか？

泌尿器科医が最も診療機会を多く持つ下部尿路機能障害（Lower Urinary Tract Dysfunction：LUTD）は、多様な背景を含み、その正確な評価が診断および治療方針決定の基盤となる。超高齢社会を迎え、LUTDの背景には、加齢とともに増加する骨盤臓器脱、前立腺肥大症に加え、脳血管障害や脊髄疾患などの神経疾患、心不全や糖尿病といった循環器・代謝性疾患、整形外科的疾患やフレイルなど、様々な全身要因が関与する。このような背景を考慮したエビデンスに基づく体系的な評価の重要性が高まっている。

本セミナーでは、LUTD診療における評価手順を再確認し、「何を」「どこまで」「どのように活用するか」という観点から実践的に解説する。まず、問診や標準化された質問票（IPSS、CLSS、OABSSなど）による症状評価、尿検査および身体所見などの基本評価を整理する。さらに、排尿記録から得られる情報、画像検査による器質的異常の評価について概説する。

専門的評価としては、尿流動態検査（Urodynamic study：UDS）の適応と解釈を中心に取り上げる。尿流測定（Uroflowmetry：UFM）と残尿測定は簡便かつ非侵襲的であり、初期評価として有用である。一方、尿道カテーテル挿入を伴う膀胱内圧測定、内圧尿流検査、ビデオウロダイナミクス、尿道内圧測定など侵襲を伴う検査は、その利点と負担を考慮して適応を選択する必要がある。

最後に、得られた情報をいかに治療方針（保存的治療・薬物療法・手術療法）に結びつけるか、症例を交えて解説する。下部尿路機能障害の「評価」と「活用」を結びつけ、より精度の高い個別化医療の実現を目指す。



山本 恭代

1996年 佐賀大学医学部（現佐賀医科大学）卒業、千葉大学医学部泌尿器科 入局  
 1999年 徳島大学泌尿器科 入局  
 2008年 徳島大学病院 卒後臨床研修センター 助教  
 2011年 徳島大学 泌尿器科 講師  
 2022年 徳島大学 泌尿器科 准教授

[10] 泌尿器科医として知っておきたい新興・再興感染症と薬剤耐性(AMR)の最前線

ポストコロナにおいて、インバウンドの急激な回復に伴い新興・再興感染症ならびに薬剤耐性菌の国内流入リスクが再び高まっている。泌尿器科診療は外来・周術期・尿道留置カテーテル管理を通じてこれらの感染症に遭遇する機会が多く、迅速かつ適切な初動が患者予後の向上、院内伝播防止のためには重要である。

本講習では、近年世界的アウトブレイクが認められた M pox（エムボックス）、高病原性鳥インフルエンザ、蚊媒介性ウイルス感染症などを概説し、渡航歴の聴取、潜伏期間の目安、発熱・発疹・関節痛など初期所見から疑うべき状況、必要な検査と感染対策、保健所等への速やかな相談・届出について整理する。とくに M pox については、外陰部・肛門病変や強い疼痛を主訴に泌尿器科を受診し得る点に着目し、皮疹からの検体採取時の留意点、患者説明、接触者管理の要点を提示する。

さらに、国内で問題となる基質特異性βラクタマーゼ（ESBL）産生菌やカルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）の検出動向を概説し、尿路感染症などにおける初期抗菌薬治療の選択、デエスカレーション、必要な感染対策について、明日からの診療に直結する問題を考察する。



貫井 陽子

1999年 秋田大学医学部卒業 国家公務員共済組合連合会虎の門病院内科レジデント  
 2006年 東京大学大学院医学系研究科内科学専攻 博士課程修了  
 2009年 東京大学医学部附属病院 感染制御部 助教  
 2015年 東京科学大学附属病院 感染制御部 部長・准教授  
 2021年 京都府立医科大学大学院医学研究科 分子病態感染制御・検査医学 教授

## [11] 精巣がんの病理学

シラバス執筆中の2025年10月現在、精巣癌取扱い規約第5版(以下、取扱い規約)の作成が進んでおり、本プログラムの講演時には出版されている見込みである。病理に関する事項としては、2022年 WHO Classification of Tumours, Urinary and Male Genital Tumours 第5版(以下、WHO2022)に準拠した組織分類、および2025年 UICC TNM 分類第9版による進行度分類、また抗腫瘍治療後の病理学的治療効果判定の改訂が行われる。

胚細胞腫瘍は、精細管内の腫瘍性胚細胞増殖である germ cell neoplasia in situ (GCNIS) との関連の有無により、GCNIS 由来胚細胞腫瘍と GCNIS 非関連胚細胞腫瘍に大別される分類が前規約に続いて採用されているが、その分類の背景や臨床的意義は病理医間ですら周知されているとはいえない現状がある。再発胚細胞腫瘍の標準治療抵抗性の原因の1つである体細胞型悪性腫瘍についても、その稀少性や多彩な組織像から診断困難例が多く存在する。性索間質性腫瘍は、Leydig 細胞腫と Sertoli 細胞腫がその多くを占めるが、WHO2022後の新規組織型として inflammatory and nested testicular sex cord tumor と呼ばれる悪性度の高い腫瘍群が注目されている。この腫瘍は、演者が中央病理診断を担当した JUOG の精巣性索間質性腫瘍の多施設研究でも、従来分類不能であったものの20%を占め、全例が悪性経過を示していた。

UICC TNM 分類第9版の改訂では、白膜を越える鞘膜浸潤、ないしは脈管侵襲により定義されていた pT2に、「精巣周囲軟部組織」と「精巣上体」への浸潤が加わった。また pT3の精索浸潤の一部が、その進展形式によって異なる category に分類されることとなった。病理学的治療効果判定については、国際的にコンセンサスが得られた評価方法がない現状があるが、「viable な残存腫瘍細胞の有無」「残存腫瘍の組織型の存在と割合」「組織球集簇、瘢痕形成の有無」の記載を求める、実用性に重点をおいたシンプルなものとなった。

本講演では、以上の取扱い規約改定事項を基軸に、臨床的意義を踏まえた精巣がん病理診断のトピックスについて解説したい。



## 宮居 弘輔

2006年 防衛医科大学校卒業  
2013年 メソジスト病院(ヒューストン、テキサス) 訪問研究員  
2014年 防衛医科大学校医学研究科修了(病理学)  
2018年 防衛医科大学校臨床検査医学講座 助教  
2022年 防衛医科大学校病院検査部 講師

## [12] 泌尿器がん治療における IVR の役割

IVR (Interventional Radiology: 画像下治療) は、X 線、超音波、CT などの画像を用いて針やカテーテルを操作する低侵襲治療であり、局所麻酔下で実施できることから身体的負担が少ない治療法として注目されている。創部は針穴程度と小さく、全身のほぼすべての臓器が対象となる。画像診断技術や治療デバイスの進歩により、泌尿器がん診療における IVR の適用範囲は年々拡大している。

泌尿器がんに関連する IVR の役割は、大きく7つに分類される。①診断: 経皮的生検では、画像ガイド下に生存腫瘍部を正確に標的し、病理診断や遺伝子解析に必要な組織を安全に採取できる。②局所抗腫瘍治療: 小径腎がんに対する凍結治療やラジオ波焼灼療法(RFA)をはじめ、肺・肝・骨などのオリゴ転移にも応用される。経動脈的には、抗がん剤動注療法や動脈塞栓術が行われる。③ドレナージ: 膿瘍、胸水、腹水、リンパ嚢胞などの液体貯留に対し、画像下で安全かつ確実な排液を実施でき、深部病変にも対応可能。④リンパ漏: 術後あるいは腫瘍性リンパ漏に対し、リンパ管造影や塞栓術が有効。⑤支持療法: 中心静脈カテーテルや CV ポート留置、胃瘻、経食道胃管(PTEG)などにより、抗がん治療や栄養管理を支援する。⑥静脈血栓治療: 血栓除去術や下大静脈フィルター留置による合併症予防。⑦緩和治療: 疼痛、臓器閉塞、破綻などに対して症状緩和を目的とした多様な介入が可能である。

IVR は、泌尿器がん患者の治療成績のみならず QOL の維持・改善にも寄与し得る重要な選択肢である。一方で、その実施体制や適応判断には施設間差が存在する。泌尿器科医をはじめとする多職種が IVR の特性と可能性を正しく理解し、連携して最適なタイミングで活用することが、今後のがん医療の質向上に直結すると考えられる。



## 曾根 美雪

1988年 岩手医科大学医学部卒業 岩手県立中央病院 臨床研修医  
2000年 岩手県立北上病院放射線科 医長  
2003年 岩手医科大学放射線科 講師  
2012年 国立がん研究センター中央病院 放射線診断科 医長  
2025年 同 放射線診断科長

## [13] 褐色細胞腫／パラングリオーマの診断と治療

2025年5月に褐色細胞腫・パラングリオーマ (PPGL) 診療ガイドライン2025が発刊された。PPGL 診療は過去10年間に新しい検査、治療法、病因にかかわる知見が加わり大きく進歩した。2017年改訂の WHO 腫瘍分類で、すべての PPGL が転移の可能性を潜在的に有することから全例が悪性腫瘍に分類された。新 PPGL 診療ガイドラインでは「良性」「悪性」の表現は用いず、明らかな転移や局所浸潤を有する例は「転移性 PPGL」と表現するなど用語が改訂された。診断の契機は発作性高血圧や副腎偶発腫瘍である。術前診断には PPGL を疑う腫瘍 (CT 値高値、内部の嚢胞形成など) の確認、腫瘍からのカテコールアミン (CA) 過剰産生の確認が必要である。ホルモン検査は CA より診断精度が高い血中、尿中メタネフリン分画が推奨される。スクリーニング検査には随時尿メタネフリン分画 /Cr 補正値が簡便である。CA 過剰を呈する症例の腫瘍径は 2~3 cm 以上であることが多い。画像検査は CT が第一選択である。CT 造影剤添付文書の「PPGL に原則禁忌」の記載が削除されたが、施行時には血圧・脈拍変動に注意が必要である。CA 産生腫瘍の生検は高血圧クリーゼのリスクがあるため禁忌である。123-I-MIBG シンチグラフィは PPGL の確認や転移巣検索に有用であるが、約 20% の PPGL は陰性、さらに正常副腎にも集積するため結果判定は慎重に行う。診断が確定し腫瘍の局在診断がつけば速やかに外科的摘出術を施行する。術中に著しい血圧変動が生じる可能性があるため PPGL 手術の経験が豊富な外科医、麻酔科医のもとで手術を行う。術前の循環動態安定、循環血漿量増加のために、十分量の  $\alpha$  あるいは  $\alpha\beta$  受容体遮断薬を投与する。CA 過剰症状が既存の交感神経受容体遮断薬でコントロールできない場合には、2019年に保険適用となった CA 合成阻害薬 (メチロシン) を併用する。全例が転移・再発の可能性を有する腫瘍であるため、術後は全例で生涯にわたる再発・転移の経過観察が必要である。転移の予測に関連遺伝子解析が有用であるが保険適用はない。



田辺 晶代

1989年 東京女子医科大学 内分泌疾患総合医療センター内科 入局  
 2009年 東京女子医科大学 内分泌疾患総合医療センター内科 講師  
 2015年 国立国際医療研究センター病院 糖尿病内分泌代謝科 医長  
 2023年 国立国際医療研究センター病院 内分泌・副腎腫瘍センター センター長  
 2024年 国立国際医療研究センター病院 糖尿病内分泌代謝科 診療科長

## 共通講習(必修 A):医療安全

4月25日(土) 8:00~9:00(ビデオ講習 4月26日 14:25~15:25)

## [14] 医療安全を推進するための心理的安全性

医療では、多職種の医療者が互いに影響を及ぼしながら関わり合い、患者にとって「善いこと (Do Good)」を行い、健康の維持・増進に努めている。その前提として「安全を何よりも大切にす」姿勢が不可欠であり、これが安全文化である。安全文化を組織やチームに根づかせるには、安心して話せる環境=心理的安全性が必要であり、これは優れた組織に共通する力とされる。

しかし、心理的安全性の確保と維持は容易ではない。人は人間関係のリスクを避けようとし、意見表明をためらいがちである。率直な発言が「和を乱す」と見なされ、排除されることもある。こうした文化の中で心理的安全性を育むには、リーダーが「Just culture (公正な文化)」を浸透させることが重要である。Just culture の下では、失敗を安心して語ることができ、前向きに捉えて組織改善の機会とすることができる。

また、よいチームには、適切な批判を行い主体的に関わる「模範型フォロワー」が必要であり、課題を「自分事」として捉えるオーナーシップも欠かせない。心理的安全性とオーナーシップが両立することで、強くなやかで信頼できるチームが育つ。

チーム医療は、単に多職種が集まるだけでは成立しない。リーダーが安心して意見を言える場をつくり、専門領域の境界を越えて協働することで、医療の質と安全が向上する。心理的安全性を理解し、行動に移すことは、すべての医療者に求められる。

本講演では、心理的安全性の有無が影響を与えた航空事故の事例や、医療現場における具体的な影響を紹介しながら、その本質と重要性について理解を深めることを目的とする。さらに、研修参加者が自身のチームの現状を客観的に振り返り、必要に応じて関わり方を見直し、より良い関係性を築くための視点と行動のヒントを得ることを目指す。



松村 由美

1994年 京都大学医学部卒業  
 1994年 京都大学医学部皮膚科  
 2001年 京都大学大学院医学研究科博士課程修了  
 2003年 京都大学大学院医学研究科皮膚科  
 2017年 京都大学医学部附属病院 医療安全管理部 教授・部長

## [15] 泌尿器科保険診療の基礎と診療報酬改定のポイント

近年、我が国では物価や人件費、光熱費、資材の急激な高騰が続いており、タイムリーに診療報酬改定がなされない保険医療機関では経営に苦しんでいるというニュースを毎日のように目や耳にすることと思われる。経営にあまり関わらないような医師にとっては実感がわかないかもしれないが、勤務している医療機関が赤字になれば、自身の収入が減る、あるいは最悪の場合、勤務先が倒産し、失職してしまうこともあり得るため、他人事で済む者はいないはずである。したがって、適正な診療報酬を獲得するというタスクはこれまで以上に重要になっている。

そこで、本プログラムでは保険診療の基本をあらためて振り返り、適正な保険診療を行っていくことを目標に、下記の内容について解説する。

1. 保険診療の基本的な仕組みと医療費の流れ
2. レセプト審査の流れと査定
3. DPC/PDPSの仕組み

主な対象として、経営にあまり関わらないような医師、すなわち保険医療の知識が比較的少ない若手医師を念頭に置いた話を考えているが、ベテラン医師にとっても、今後の診療、あるいは若手医師への教育に役立つ知識を得てもらえるような内容にしたいと考えている。

また、本総会の行われる2026年4月は、6月から運用される診療報酬改定が発表される直後であり、泌尿器科関連の診療報酬改定の内容について、改定がかなわなかった提案も含め、解説したいと考えている。

しかし、保険医療機関に勤めるすべての医療従事者が上記を理解し、実践するだけで現在の苦しい経営状況が抜本的に解決すると断言することは難しい。現状の診療報酬体制に限界はあり、それを打破するためには、診療報酬を改定することが一つの方策である。本プログラムでは、演者がこれまでの診療報酬改定に携わった経験についても報告する。



横山 みなと

2000年 東京医科歯科大学 医学部医学科卒業  
2017年 東京医科歯科大学医学部附属病院 泌尿器科 講師  
2020年 東京医科歯科大学医学部附属病院 保険医療管理部 副部長・講師  
2021年 同 副部長・准教授  
2023年 帝京大学医学部附属溝口病院 泌尿器科 教授

## エンドウロロジー・腹腔鏡

4月25日(土) 8:00~9:00(ビデオ講習 4月26日 14:25~15:25)

## [16] ロボット支援後腹膜・骨盤リンパ節郭清術を安全に施行するために

泌尿器癌手術において、ロボット支援手術は現在、標準的な術式として広く普及している。ロボット技術の進歩により、精緻な操作が可能となり、従来に比べて低侵襲で再現性の高い手術が実現してきた。近年では、若手泌尿器科医がロボット手術から手術手技を学び始める機会も増えている。一方で、ロボット手術には独自の課題も存在する。触覚フィードバックの欠如、鉗子の強い把持力、鉗子同士の干渉、術者と助手間の情報共有の難しさなどが挙げられ、これらは術中トラブルや合併症につながる潜在的リスクを内包している。したがって、安全性を確保するためには、ロボット手術の特性を十分に理解し、計画的かつ慎重な操作を行うことが不可欠である。本講演では、泌尿器癌における重要な手術手技である後腹膜・骨盤リンパ節郭清術を安全に施行するためのポイントを整理し、実践的な観点から解説する。第一のポイントは、解剖学的ランドマークの理解である。術前画像で血管走行を十分に把握し、後腹膜では腸管の受動と癒合筋膜に沿った展開、骨盤では膀胱下腹筋膜および尿管下腹神経筋膜に沿った展開を意識することが重要である。第二のポイントは、血管周囲の剥離操作である。血管は決して直接把持してはならない。過度な牽引を避け、必要に応じて血管テープを用いて安全に牽引することが重要である。また、血管に直接エネルギーデバイスを当てることは避け、周囲のリンパ組織を十分に剥離したうえで切離を行うことが望ましい。また、後腹膜および骨盤郭清における患者体位やポート配置の工夫についても紹介する。さらに、出血や臓器損傷などのトラブルや手術合併症を避ける工夫、各癌腫におけるリンパ節郭清の意義と郭清範囲についても言及する。ロボット手術の特性を踏まえ、安全で確実なリンパ節郭清を実現するための実践的要点について分かりやすく解説したい。



波多野 浩士

2003年 大阪大学医学部医学科卒業  
2013年 Johns Hopkins 大学(米国) 留学  
2015年 大阪府立成人病センター(現 大阪国際がんセンター)  
2019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  
2022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 講師

**[17] 医療制度と法律**

医療制度に関連する主な法律には、医療法、医師法、健康保険法、国民健康保険法の他に、要介護高齢者に関する介護法がある。さらに2024年に医師の働き方改革が開始されたため、働き方改革関連法の知識も求められる。

医療法は、医療提供施設(病院、診療所など)の開設・管理・監督に関する法律で、患者の利益保護と良質かつ適切な医療の効率的な提供を確保し、国民の健康維持に寄与することを目的とする。医療提供体制の確保、医療安全の確保などが主な内容で、病院と診療所の定義が規定されている。

医師法により、医師は医療と保健指導を担い、公衆衛生の向上に寄与して国民の健康な生活を確保する責務が求められる。その理念に基づいて、正当な理由なく診療を拒否してはならない応召義務や、秘密保持義務が定められている。

健康保険法は会社員や公務員とその扶養家族が加入する被用者保険で、保険料は勤務先と折半される。国民健康保険法は自営業者や退職者が加入し、市区町村が運営する。いずれも医療費の自己負担を軽減する制度である。

介護保険法は、加齢による病気などで介護が必要な人を社会全体で支えるため、40歳以上から保険料を徴収し、認定を受けた人に介護サービスを提供する制度を定めている。自立支援と尊厳保持が基本理念である。

働き方改革関連法は、長時間労働の是正、多様な働き方の実現、雇用形態に関わらない公正な待遇確保などを目的とする法律群である。時間外労働の上限規制や有給休暇の取得義務化などが含まれる。2024年4月に医師の働き方改革が開始され、医師の健康と医療の質・安全を確保するため、勤務医の時間外労働に上限規制が導入された。業務を医師以外の職種に移行するタスクシフト、チーム制によるタスクシェアが推進され、持続可能な医療提供体制を目指している。このように働き方改革は医師の長時間労働を是正し、多様な働き方を可能にすることで医師のダイバーシティも推進する。多様な背景を持つ医師が働くことで、包容力のある質の高い医療現場が実現される。

**高橋 悟**

1985年 群馬大学医学部卒業  
1993年 米国メイヨークリニック泌尿器科リサーチフェロー  
2003年 東京大学医学部泌尿器科助 教授  
2005年 日本大学医学部泌尿器科学系 主任教授  
2021年 日本大学医学部附属板橋病院長 (~2024年)

**老年泌尿器科・前立腺肥大症**

4月25日(土) 8:00~9:00(ビデオ講習 4月26日 14:25~15:25)

**[18] 前立腺肥大症標準的治療のアップデート:薬物療法と手術**

前立腺肥大症(BPH)は、中高年男性に特有の進行性疾患にして、加齢に伴い発症頻度が増す傾向にある。近年、若年層においても下部尿路症状(LUTS)の有病率が高いことが報告されており、BPH診療の重要性はますます増している。初期治療の多くは薬物療法より開始されるが、長期服用による中断率の高さや症状の進行により、手術的介入を要する症例も少なくない。

薬物治療においては、2023年改訂の国内およびAUAガイドラインにおいて、PDE5阻害薬や $\beta$ 3アドレナリン作動薬の役割が明確化され、これらを用いた併用療法の有効性が示されている。とりわけタダラフィルは、平滑筋弛緩や炎症抑制など多面的作用を有し、BPHのみならず肺動脈性肺高血圧症等にも適応がある点が注目される。一方、 $\beta$ 3作動薬は、排尿相の筋収縮機能を温存しつつ、蓄尿相における排尿筋の過活動を抑制する特性を有し、抗コリン薬とは異なる作用機序によって過活動膀胱(OAB)症状の改善が期待される。

合併症を有する高齢者などリスクが高い症例の手術治療に対する低侵襲手術(MIST)や新しい術式であるAquablationの役割が急速に拡大しており、従来のTURPに加えて複数の選択肢が臨床の場で活用されている。UroLiftシステムは、肥大した前立腺組織を牽引することで尿道を拡張し、Rezumシステムは、103℃の高温水蒸気を用いて前立腺組織に凝固壊死を生じさせ、自然吸収を待つことで排尿症状の改善を図る術式である。さらに、Aquablationは、リアルタイム超音波ガイド下に高速の水流で組織を切除する新技術にして、熱損傷を伴わず、広範囲の前立腺サイズに適応しうる利点を有する。

本講演においては、2023年の国内外ガイドライン改訂の要点を踏まえ、前立腺肥大症に対する薬物療法の進展と新しい手術療法の現況を概説する。

**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

## [19] 腎移植における機械灌流の変遷と我が国における臨床

移植医療の大きな課題の一つであるドナー不足を解決するために、欧米では高齢者、心停止ドナーなどの臓器に対し単純冷却保存ではなくポンプを用いて臓器内に保存液を循環させる機械灌流保存が急速に臨床現場に導入されてきている。その理由は、灌流保存中に臓器機能 (Viability) を客観的に測定して安全な移植手術が可能となること、臓器保存液に酸素や栄養や薬剤を入れることにより機能を改善させ、虚血再灌流障害を軽減することができる事にある。特に、8~10℃の低温領域において、灌流液を酸素化 (Hypothermic oxygenation perfusion ; HOPE) することの重要性が近年提唱され、腎臓、肝臓移植において数多くの臨床比較試験によりその有効性が証明された。さらに、その有効性は内因性免疫反応の抑制にもあるという新しい概念も提唱された。一方、37℃の常温灌流保存では1週間保存の成功例など、長期間保存の可能性が現実味を帯びてきている。その先には障害臓器に対する遺伝子、細胞などの体外治療による臓器創出の研究に拍車がかかるものと考えられる。我が国においては、演者らによる献腎移植における機械灌流保存が多施設臨床試験において16例に実施され、単純冷却のみの対側腎の移植成績との比較が行われた (松野ら、移植2025)。機械灌流群において、保存時間が長いにもかかわらず、統計学的有意差はないが透析離脱日数が短く、術後血清 Cr も低値であった。さらに単純冷却群に無機能腎が1例発生した。この結果を受け、装置、回路とも国産として初の薬事承認がなされた。また海外のHOPE用機械灌流装置も国内に搬入され試験が行われている。機械灌流保存技術は、移植外科領域において保存に留まらず保存免疫ともいべき領域を開き、臓器修復まで可能性を秘めた技術と考えられる。



松野 直徒

1985年 東京医科大学 卒業  
1986年 岡山大学第一外科 (現 消化器外科) 外科研修医  
1989年 東京医科大学外科学八王子医療センター外科学講師を経て2003年助教授、准教授  
2017年 旭川医科大学 移植医工学治療開発講座特任教授 (肝胆臓、移植外科 講師兼任)  
2019年 国立成育医療研究センター臓器移植センター 臨床共同研究員、

## [20] 泌尿器科尿路再建

Reconstructive urology とは、尿路に発生した問題を外科的手法により解決する泌尿器科の subspecialty である。我々泌尿器科医は、尿路や男性生殖器を外科的に扱う専門集団であり、悪性腫瘍に対する臓器摘出とそれに引き続いた再建手術という流れの中で、自然と尿路再建手術の素養は高められているはずである。一方で、尿道狭窄や尿管狭窄といった疾患での再建手術は普及の途上である。このアンバランスの原因に、こうした疾患の散発性に加え、手術において要される特有の術理があるだろう。

2024年に本邦からも尿道狭窄診療ガイドラインが発表され、尿道形成術は少しずつ普及しつつある。尿道形成術の基本は狭窄部切除端々吻合術 (EPA) であり、狭窄が長く吻合が困難なケースや陰茎部尿道などでは代用組織を用いた尿道形成術が行われる。この原則は変わらないが、尿道血流の維持という大きな利点をもつ non-transsecting EPA (nt-EPA) が、EPA に取って代わりつつある。従来は非外傷性での症例に適用されることが多かったが、瘢痕化の少ない騎乗型尿道外傷や骨盤骨折による尿道外傷への再建手術においてですら nt-EPA の有用性が示されつつある。

尿管狭窄に対する再建手術は、海外では手術支援ロボットで行うことが一般的となっているが、本邦ではまだ保険収載されていない。尿管再建においては狭い術野のなか精密な縫合技術を求められており、まさにこれはロボット手術の得意とするところである。将来的には、本邦でも保険適用となる可能性が高い。しかし、ロボットでの時代に入ったとしても、開放視野における再建手術での考え方が重要であることには変わりはない。

本プログラムでは、このような背景のもと、尿道・尿管の再建手術の基本的な術式の紹介に加え、適応の考え方、周術期管理のポイントを概説する予定である。



田部井 正

2009年 横浜市立大学医学部 卒業  
2014年 大口東総合病院泌尿器科  
2016年 横須賀共済病院泌尿器科  
2022年 防衛医科大学校泌尿器科 助教  
2023年 藤沢湘南台病院泌尿器科 担当部長

## [21] 泌尿器がん薬物療法における皮膚有害事象とその対策

私たち皮膚科医が経験してきた多くのアレルギー性薬疹マネージメントは、重症薬疹の合図である粘膜疹やその臨床を見逃さないこと、そして薬歴から被疑薬を見抜き、その薬剤を中止することが重要な役割であった。しかし、新薬とともに薬疹は変遷し、分子標的薬の出現以降は非アレルギー性の薬疹が増え、被疑薬はすでに確定し、薬疹は認めるが、できるだけその被疑薬を続けるための治療法を検討するようになった。後者のような分子標的薬の薬疹は、被疑薬の中止を必要とするアレルギー性薬疹と区別し、原疾患の治療妨げにならないように皮膚障害と呼んでいる。皮膚障害であれば、治療薬の段階的な減量を行い、できる限り治療を継続することが望ましいと思われる。しかしながら、2021年に発売となったエンホルツマブ・ペドチン (EV) が使用されるようになると、皮膚障害の中にも重症薬疹である中毒性表皮壊死症 (TEN) の報告が相次いだ。TEN と EV の重症皮膚障害 (Severe skin toxicity induced by targeted therapy) は、臨床像は同じような全身の表皮剥離を呈するが、発症の病態は異なる。そこで2025年に更新された Stevens-Johnson 症候群・TEN ガイドライン補遺には『遅延型アレルギーではなく、細胞障害性の薬理作用による皮膚障害を除外できる』という一文が追記され、表皮剥離をもって安易に SJS/TEN と診断することは控えるべきであるとされた。また、2024年に EV と免疫チェックポイント阻害薬であるペムプロリズマブの併用治療が可能になった。ペムプロリズマブ存在下においては、炎症を増強させる可能性があり、さらに皮膚障害の病態は複雑になっている。

本講演では、当院の泌尿器科の先生方よりご紹介をいただいたパドセブの皮膚障害やアバルタミドの薬疹症例を提示し、その際の皮疹経過や治療をご紹介したい。泌尿器科の先生方と連携を取り、できる限り患者さんの有益性の高い治療の継続ができるように協力していきたいと考えている。



## 勝田 倫江

1998年 杏林大学医学部卒業  
2005年 杏林大学大学院 医学研究科卒業  
2005年 公立阿伎留医療センター 皮膚科 科長  
2017年 東京慈恵会医科大学 皮膚科学講座 講師  
2025年 東京慈恵会医科大学 皮膚科学講座 准教授

## [22] 泌尿器骨盤手術に役立つ外科解剖学の知識～大腸外科医の視点から

本講演では「泌尿器骨盤手術に役立つ外科解剖学の知識—大腸外科医の視点から」と題し、直腸癌手術を通じて理解された骨盤内自律神経・筋膜構造の臨床的意義を概説する。直腸周囲の神経は交感・副交感および体性神経から成り、下腹神経と骨盤内臓神経が交わる骨盤神経叢が排尿・排便・性機能に深く関与する。骨盤神経叢から前立腺後外側に走る神経血管束 (NVB) は勃起機能温存の鍵であり、Denonvilliers 筋膜外側縁での鈍的操作やエネルギーデバイス使用により容易に障害されうる。

筋膜解剖では、直腸固有筋膜を中心に壁側筋膜群との関係が重要である。直腸後方では仙骨前筋膜および下腹神経前筋膜が層をなすが、S4付近では癒合しやすく出血や神経損傷の危険が高い。側方ではいわゆる側方靱帯部が直腸固有筋膜・Denonvilliers 筋膜・骨盤神経叢の移行域をなし、鋭的切開が必要である。Denonvilliers 筋膜は前壁操作の指標であり、腫瘍前方進展の有無に応じて前立腺側または直腸側を選択することが機能温存と根治性のトレードオフとなる。

さらに肛門管・括約筋群の局所解剖も術式選択に不可欠である。肛門管前壁では直腸尿道筋と外尿道括約筋が連続し、陰茎海綿体神経損傷が腹会陰式直腸切断術 (APR) 後の勃起障害の一因となる。肛門尾骨靱帯は直腸括約筋切除 (ISR) での層同定に有用で、腹側層を切離することで内外括約筋間に到達できる。肛門拳筋群は恥骨直腸筋を中心に排便禁制に寄与し、陰部神経および肛門拳筋神経の走行理解が手術安全性に直結する。泌尿器外科領域でも同様の神経・筋膜が共有されており、双方の視点からの相互理解が骨盤内手術の質向上に資する。



## 金光 幸秀

1990年 名古屋大学医学部卒業、市中病院研修、国立がんセンター外科レジデントを経て  
1998年 名古屋大学医学部附属病院第二外科勤務  
2000年 愛知県がんセンター中央病院消化器外科部長  
2013年 国立がん研究センター中央病院大腸外科科長  
2025年 国立がん研究センター中央病院副院長 / 大腸外科科長併任

**[23] 骨盤臓器脱の診断・治療**

骨盤臓器脱 (pelvic organ prolapse : POP) は、加齢、分娩、肥満、閉経などを契機に骨盤底支持組織が脆弱化し、膀胱・子宮・直腸などが陰外へ下垂・脱出する疾患である。高齢女性の増加に伴い有病率は上昇し、生活の質 (QOL) を著しく低下させることから、泌尿器科においても重要な疾患として位置づけられている。

治療は保存的治療と手術療法に大別される。保存的治療として骨盤底筋訓練やペッサリー療法が一般的であるが、従来の長期留置型ペッサリーは感染や陰壁穿孔、性機能への影響が問題であった。近年は、自己着脱を前提として感染予防・性機能温存が推奨されつつある。また、磁気刺激装置を用いた骨盤底筋トレーニングが導入され、従来法に比べて筋収縮の自覚促進や改善率向上が報告されている。

一方、手術療法も大きく進歩している。Native tissue repair (従来法) は腹腔鏡下あるいは経腔的内視鏡手術 (vNOTES) により可視化が進み、経腔メッシュ手術では日本で開発されたポリテトラフルオロエチレン (PTFE) 製メッシュが良好な成績を示している。一方、海外ではポリプロピレン (PP) やポリビニリデンフルオライド (PVDF) 素材の新規メッシュキットが普及しつつある。

さらに、腔尖部挙上術として標準とされてきた腹腔鏡下仙骨脛固定術やロボット支援仙骨脛固定術に加え、より安全性を重視した Lateral suspension 法が注目されている。これにより、患者の解剖学的特徴や背景に応じた個別化手術戦略の選択肢が拡大している。

本セッションでは、POP の病態生理から保存療法・手術療法の進歩、メッシュ素材の比較、各術式の適応と合併症対策までを概説し、泌尿器科医が知っておくべき最新の診療知識と実践的アプローチを紹介する。

**成本 一隆**

2001年 金沢大学医学部卒業  
 2014年 金沢大学大学院医学系研究科集学的治療学 (泌尿器科) 助教  
 2017年 金沢大学大学院医学系研究科集学的治療学 (泌尿器科) 講師  
 2017年 聖路加国際病院泌尿器科 / 女性泌尿器科 医幹  
 2022年 聖路加国際病院泌尿器科 / 女性泌尿器科 副院長

**[24] 外来診療における患者さんとのコミュニケーションの取り方**

外来診療において、コミュニケーションをうまく取れるかの重要性は計り知れない。

検査データや画像データだけではわからない患者さんの生活背景や現時点での主観的苦悩を知るために、患者さんとのコミュニケーションは今でも必須のもので、それをしないと逆に「電子カルテばかり見ている医者」扱いされかねない。

患者さんとのコミュニケーションを円滑にし、ラポールを築くのに重要な手段として共感がある。

これは現在のカウンセリング心理学のトピックワードと言っているもので、近年人気が高まっているアドラー学派でも、現代精神分析学で最もトレンドなものとしてされるコフォート学派でも、相手の身に自分をおいて相手の体験世界を想像することと考えられている。

これによって多少は相手の (具体的には患者さんの) 心理世界の想像が的外れなものでなくなり、コミュニケーションの質が変わる。患者になって初めて患者の気持ちがかかるというのを、患者になる前に始めようというものだ。

もう一つ、重要なコミュニケーション術に挙げたいのは、相手のレスポンスの観察だ。

筆者も講演会などで、聴衆の受けを観察することを心がけている。

現在、病院やクリニックでは患者さんがマスクをしていることが多く、相手の表情がよみづらいが、やはり相手の反応を何らかの形で知らないことには、関係性をうまく続けていくことが困難になる。マスクを強要するなら、相手への問いかけを増やして、ことばによる反応をつかむように心がけたい。

もう一つ、筆者が最近、重要性を再評価しているものに笑いがある。

もともと精神科では治療者の笑顔が患者さんの緊張をやわらげ、コミュニケーションを円滑にすると考えられてきたが、やはり治療者もマスクをすることが多くなった今、ちょっとしたジョークが同じ効用をもつものと信じている。

そのほか臨床に役立つコミュニケーション術をいくつか伝えていきたい。

**和田 秀樹**

1985年 東京大学医学部卒業  
 1991年 東京大学医学部精神神経科 助手  
 1991年 米国カール・メニングァー精神医学校国際フェロー  
 2007年 国際医療福祉大学大学院臨床心理学専攻 教授  
 2010年 和田秀樹こころと体のクリニック院長