



RESEARCH

お知らせ

Kyushu Medical Center

今年も新年度を迎えました。新規に入職された方々も多数いらっしゃると思いますが、心より歓迎いたします。本年令和7年は昭和にすると100年の節目の年になります。昨年30周年を迎えた当九州医療センターですが、福岡陸軍病院と久留米陸軍病院にルーツがあり、それを考慮すると100年を超える歴史があるのです。NHOグループはこういった多様なルーツを持つ全国100以上の病院群ですが、今年度のグループ全体のビジョンとして臨床研究については別項のとおり示されています。研究は基本的に自らの興味を赴くままにやるもので自己研鑽の範疇ですが、臨床、研究ともに国策を担っている当センターでは働き方改革のなかでどこまで自己研鑽の範疇かは個々に悩ましいこともあるかと思えます。歴史とルーツを自覚して頑張っていたくようただただお願いする次第です。

NHOグループのビジョン

- NHOのネットワークやスケールメリットを活用した研究の推進
- 国が進める高度で実践的な医療提供のための研究や疫学研究の取組を実施
- NHO-CRB（中央治験審査委員会）の活用推進、一層の治験事務の合理化や透明性の向上

令和7年4月
臨床研究推進部長 杉森 宏

海外学会報告

Kyushu Medical Center

FACS授与式に参加して感じたこと

消化管外科

太田 光彦

先日、アメリカの外科学会の国際フェロー（Fellow of American College of Surgeons, FACS）授与式に出席するため、サンフランシスコを訪れました。式典では、由緒あるマントを身にまとい、厳かな雰囲気の中で式典が執り行われました。世界75か国から集まった異なる文化や背景を持つ1900人余りの医師たちが、一つの場で共に喜びを分かち合う光景は、非常に印象的でした。

この授与式で強調されていたのは、資格が単なる技術や知識の証明にとどまらず、医療者としての誇りや国際的なコミュニティの一員であることを象徴するものであるという点でした。厳粛な場に身を置くことで、自分自身のキャリアを振り返り、これまでやってきたことの意義を改めて実感しました。また、周囲からの祝福を受けることで、自分の成長が認められたように感じられ、非常に感慨深いものがありました。

一方、日本における専門医資格の取得は、実務的な意義が非常に高いものの、それを祝う場や社会的なステータスとして意識する文化はあまり根付いていないように思います。この違いを目の当たりにし、こうしたセレモニーが個人の達成感を高めるだけでなく、医療者全体のブランド価値を向上させる重要な役割を果たしているのではないかと考えさせられました。

かつて「外科医」はあこがれのブランドでした。自らの手術技術と知識を駆使し、患者さんの病気を治す手助けをする。そして、患者さんの回復を励みに、日々の診療に向き合ってきました。しかし現在の日本では、外科医の担い手が減少していることが大きな課題となっています。外科医を取り巻く環境に解決すべき課題もありますが、外科医としてのやりがいや誇りを再認識してもらうためには、「ブランディング」という視点も必要なのかもしれません。

サンフランシスコの美しい街並みを歩きながら、外科医としての誇りとは何か、そしてその価値を次世代にどう伝えていくべきかを改めて考えました。外科医としての成長を続けるとともに、患者さんだけでなく外科医にとってもより良い未来を模索していきたいと思えます。



科長就任挨拶

消化管内科

吉村 大輔

2 024年度より消化管内科科長に就任いたしました吉村大輔です。

当科はこれまで消化器疾患の診断と治療において専門的な知識と先進的な技術を有する施設として、地域の皆様から信頼を頂いてきました。消化管表在癌の内視鏡診断と治療、若年者を中心とする炎症性腸疾患の診療、外科との円滑な連携など、引き続き最適な治療の提供にあたり努力する所存です。さらに、そこから得られた知見を情報発信することで医療に貢献することも重要と考えます。



今後この基幹を維持し、当科の強みを更に発展させるため尽力いたします。

当院の役割として将来の消化器病診療を支える後進の育成も重要です。これも皆様のご支援があって達成できるものと考えます。どうぞ今後ともご指導、ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。

消化器内科 肝胆膵部門

国府島 庸之

この度消化器内科 肝胆膵部門 科長に就任いたしました国府島庸之です。2024年3月より消化器内科は消化器内科(消化管)と消化器内科(肝胆膵)に再編されました。前任の中牟田誠先生の後任として、消化器内科 肝胆膵領域の医療体制

充実と地域医療の拠点として九州医療センターの更なる発展に貢献していく所存です。

臨床研究としては、当科は引き続き国立病院機構共同研究を含め多施設共同研究に積極的に参加して参ります。また、これまで行ってきた生検・手術組織や培養細胞を用いた当院独自の基礎研究に加えて、当院に2016年に設置された質量分析計を活用し、化学療法時の薬物血中濃度と肝細胞癌治療効果に対する臨床研究を実施することで、肝細胞癌治療のテーラーメイド化を推進して参ります。

今後とも引き続き倍旧のご指導・ご鞭撻を賜りたく、切にお願い申し上げます。

質量分析計を活用した抗体医薬品の高精度検査

臨床研究センター質量分析ラボ

古川 克己・田中 良秀

現在、抗体医薬品は日米欧で120品目以上が承認¹⁾され、がんや自己免疫疾患の治療に不可欠な存在となっています。抗体医薬品の測定には主にLBA (Ligand-Binding Assay) が用いられますが、抗薬物抗体が産生されること、および抗体の交差反応により、目的の抗体医薬品が結合阻害を受け、定量値が変動する課題があります。その解決策として質量分析法 (LC-MS/MS) が注目されています。LC-MS/MSは高い選択性を持ち、LBA法と比較して定量範囲が広く、類似構造を持つ抗体の識別や微量成分の測定、複数成分の同時分析が可能という利点があります。

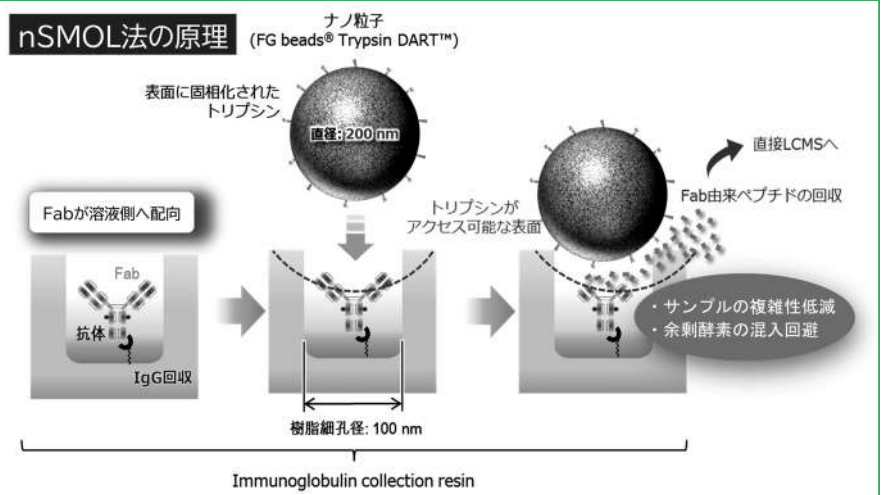
従来のLC-MS/MSを用いた抗体医薬品分析では、酵素消化によるペプチド生成のばらつき、大量の血液成分に由来する生物学的マトリックスの混入が課題となっていました。その解決策として、前処理法にnSMOL (nano-surface and molecular-orientation limited proteolysis) を採用したnSMOL Antibody BA Kit (株式会社 島津製作所) が開発され、簡便かつ高感度な測定が可能であることが報告されています^{2,3)}。nSMOL Antibody BA Kitは、血液などの生体試料からモノクローナル抗体をImmunoglobulin collection resinにより回収し、FG beads® Trypsin DART™によってFab領域を選択的に

消化するReady-to-use試薬キットです。この技術により、抗体のFc領域を選択的に消化し、一定のペプチド断片を安定して得ることができます。これにより、一貫性のある定量分析が可能となり、測定の実験性が飛躍的に向上します。

質量分析計とnSMOLを組み合わせたこの技術は、バイオ医薬品の開発、臨床試験、さらには治療モニタリングにおいて極めて有用です。

九州プロサーチ有限責任事業組合では、この技術を用いた受託サービスを今後予定しており、まずはペバズマブ、アテゾリズマブの測定を開始します。さらに、ニボルマブやイピリムマブへと対象を広げ、今後も順次測定対象薬物を拡充していく予定です。

- 1) 国立医薬品食品衛生研究所 生物薬品部資料より引用 https://www.nihs.go.jp/dbcb/TEXT/biologicals_250106.pdf
- 2) Analyst (2014)
- 3) Methods Mol Biol (2022)



令和6(2024)年度科研費採択課題について

整形外科・リウマチ科

田丸 哲弥

この度、科学研究費助成事業(科研費)若手研究に「転写因子IRF8が高齢発症関節リウマチに及ぼす影響の解析」という研究課題が採択されましたので内容をご紹介します。

関節リウマチ(Rheumatoid Arthritis; RA)は免疫異常により多関節炎を来す全身性炎症疾患です。RAの好発年齢は30代~50代で女性に多い疾患ですが、近年、60歳以降に発症するRA(elderly-onset RA; EORA)が増加してきています。EORAは若年で発症したRA(younger-onset RA; YORA)に比べて、やや男性に多く、リウマトイド因子、抗CCP抗体の陽性率については共にEORAがYORAよりも低いとする報告が多いです。EORAはYORAと異なる臨床的特徴を有しており、多彩な合併症を有するケースが多く治療に難渋するため、病態メカニズムの解明と新規治療法の開発が望まれています。マクロファージなどの骨髄系細胞の分化を制御するIRF(interferon regulatory factor)ファミリーのひとつであるIRF8はマクロファージの活性化、抗原の補足など免疫応答に必要です。関節リウマチの炎症の首座である滑膜にはマクロファージが存在しており、滑膜マクロファージにおけるIRF8の活性化がEORAの病態に関与しているのではないかと仮説

を立てました。人工膝関節置換術の際に採取したEORA、YORA滑膜サンプルを使用し滑膜組織におけるIRF8の発現の局在を調べ、マクロファージ特異的なIRF8の発現を調べます。IRF8が調整している標的遺伝子をChipデータベースであるChip-Atlasを用いて調べたところIL-18(Interleukin-18)の発現に関与していることがわかりました(図)。このようにIRF8の下流の遺伝子発現を調べることでIRF8がEORAの病態へ及ぼす影響とそのメカニズムを明らかにし、EORAに対する新規治療法の開発を目指しています。

最後になりましたが本研究課題採択にご尽力いただいた整形外科・リウマチ科 福士純一 科長、臨床研究センターの方々に感謝いたします。

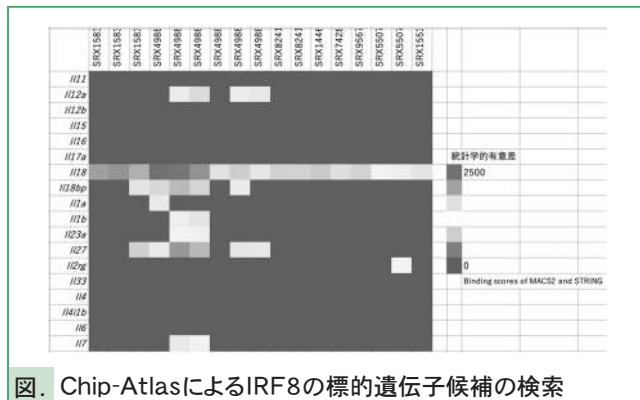


図. Chip-AtlasによるIRF8の標的遺伝子候補の検索

臨床研究報告 学術賞

Kyushu Medical Center

我が国における左冠動脈主幹部インターベンションに対するコホート研究 Cohort Study of Left Main Coronary Intervention in Japanese National Hospital Organization Group (LM-JANHO)

循環器内科

村里 嘉信

本研究は、平成29年度NHO-EBM研究の中間解析で、令和5年度学術賞に選出されたので、報告します。

【研究の背景、目的】

薬剤溶出性ステントの出現により、左主冠動脈経皮的冠動脈インターベンション(LM-PCI)の成績は向上し、単純病変では、冠動脈バイパス術と同様に、Class IIに推奨されるようになった。LM-PCIにおいて、死亡や再狭窄を減少させるとして冠動脈内イメージングガイドが推奨されているが、すべての実臨床の現場での有効性は未だ不明である。この研究の目的は、冠動脈内イメージングガイドがルーチンに採用された日本の国立病院機構コホートにおけるLM-PCIのアウトカムを調査することである。

【方 法】

19の国立病院で行われた連続806例の新規LM病変に薬剤溶出ステント留置を受けた患者のうち、エントリー基準非合致やフォローアップ不完全である63例を除外し、総計743例を解析した。主要エンドポイントは、PCI1年後の主要有害心血管および脳血管イベント(MACCE)であり、全死亡、臨床的な冠動脈血行再建、心筋梗塞、および脳血管障害を含む複合エンドポイントとした。

【結 果】

コホートでは糖尿病(49.3%)、心筋梗塞既往(25.2%)、および血行再建既往(43.6%)の頻度が高かった。急性冠症候群は31.2%で、カナダ心臓病学会機能性狭心症(CCS)クラス≥IIIは39.3%と高頻度であった。冠動脈イメージングガイドは、97.7%で施行されていた。LM分岐病変が78.0%で存在したが、血管造影上、LMには有意病変を持たない分岐病変が30.9%を占めた。2-stent留置は8.8%と少なかった。MACCEは患者の17.5%で発生

し、対象病変再血行再建および心臓死亡率はそれぞれ2.0%および3.4%と、低値であった。MACCEの独立したリスク因子としては、CCSクラス≥III(ハザード比[HR]、2.07)、心臓サポートデバイスの使用(HR、2.17)、2-stent留置(HR、2.49)、左室駆出率10%増加(HR、0.72)、および橈骨動脈アクセス(HR、0.62)が判明した。

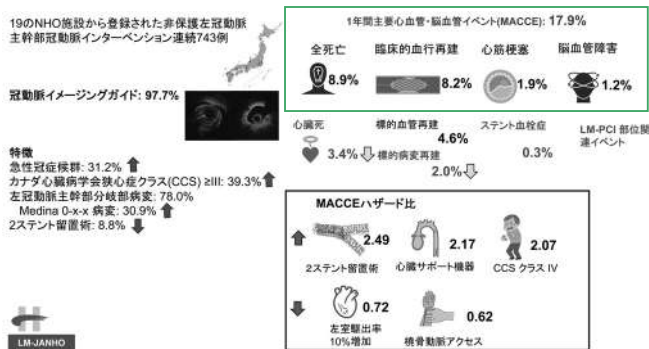
【考 察】

本研究では、連続LM-PCIをエントリーしたため、急性冠症候群、重症血行動態破綻例を多く含んでいた。そのため、CCSクラス≥III、左室駆出率低値、橈骨動脈触知不能なショック症例では、総死亡率が高値となった。冠動脈イメージングガイドをルーチンで行うLM-PCIでは、心臓死、標的病変血行再建の発生が低く、適正サイズのデバイス選択、十分なステント拡張・圧着、ステント変形の迅速な検出、過剰な側枝へのステント留置の抑制が寄与していると考えられた。しかしながら、血行動態破綻した急性冠症候群、多枝病変では、イメージングガイドによりLM周囲のPCI成績を改善しても、死亡および再血行再建のリスクが高かった。

【結 論】

冠動脈イメージングガイドをルーチンで行うLM-PCIは、対象病変再血行再建および心臓死亡の発生率が低い。ただし、重度左室機能障害と多枝病変は、死亡および再血行再建のリスクが高く、イメージングガイドPCIを超えた包括的な管理が必要である。

我が国における左冠動脈主幹部インターベンション



急激な経過を辿った間質性肺炎急性増悪の剖検例

呼吸器内科

西井 裕哉・岡元 昌樹・南野 高志・児嶋 隆

病理診断科

大石 智恵美・藤原 美奈子

70歳代 男性

臨床診断 #1. 間質性肺炎 (probable UIP pattern)
#2. 中等度肺高血圧症
#3. Propionibacterium avidum菌血症

既往歴 急性好酸球性肺炎 (AEP)、早期胃癌 (ESD後)、萎縮性胃炎 (ピロリ除菌後)、大腸ポリープ、S状結腸憩室症、胆嚢ポリープ、皮脂欠乏症、脂漏性皮膚炎

家族歴 父親：肺癌で他界、母親：大動脈解離 (A) で他界 肺疾患歴あり (詳細不明)

薬剤歴 プレドニゾロン3mg、ピルフェニドン、新規薬剤なし

生活嗜好歴 喫煙：30本/日×10年 (20-30歳)
飲酒：機会飲酒
アレルギー：ニンテダニブ (好酸球性肺炎)

職業歴 鉄工所 (-26歳)、仏壇墓石の販売 (-65歳)、コンビニエンスストア店長、粉塵暴露なし

その他 ペット飼育歴：ハト (中学生頃) トリの飛来：ハト 自宅：以前は木造 築60年、現在はマンション 築4年 海外渡航歴：中国、東南アジア (2016年)

現病歴 死亡4年前、検診で間質性を指摘され精査するも症状なく経過観察された。死亡3年前、乾性咳嗽と労作時呼吸困難 (mMRC1) が見られるようになり、進行性の間質性肺炎 (PF-ILD) としてニンテダニブを開始されたが、ニンテダニブ開始後に発熱と呼吸困難の増悪あり、前医CTにて両肺びまん性に収縮傾向を伴うすりガラス陰影を認め、間質性肺炎急性増悪としてステロイドパルス、抗生剤で加療された。ニンテダニブによる薬剤性肺炎の可能性も否定できず、ニンテダニブは中止され、在宅酸素導入、ステロイド、タクロリムス、ピルフェニドンで加療され、以後再燃なく経過した。死亡7カ月前に四肢の感覚障害が出現するようになり、タクロリムス中止。死亡10日前、帯状疱疹に罹患しアメナビルが投与されたが、労作時呼吸困難が出現、徐々に増悪しmMRC3まで増悪したため、死亡2日前当院へ緊急入院となった。

入院時現症 (死亡2日前) 身長：172cm 体重：58kg 意識レベル：JCS 1-3 体温：37.7℃ 心拍：98bpm 血圧：154/63mmHg 呼吸数：35/min SpO₂ 70% (room air) → SpO₂ 96% (NHF 60L/O₂ 100%)

頭頸部：眼瞼結膜蒼白なし、頸静脈怒張なし

胸部：心音 整、呼吸音 両側fine crackles聴取

腹部：平坦、軟 四肢：下腿浮腫なし、ばち指なし

膠原病所見：Gottoron/逆Gottoron徴候なし 爪周囲紅斑なし 手指潰瘍なし 機械工の手なし ヘリオトロープ疹なし Raynaud現象なし dry-eye/mouthなし

検査所見

<血液検査 (死亡2日前)>

[血算] WBC 12,200/ μ L (Neut 85.9%, Lymph 7.3%, Mono 5.5%, Eosi 1.1%, Baso 0.2%), RBC 438万/ μ L, Hb 12.8g/dL, Plt 23.4万/ μ L.

[生化学] TP 6.4g/dL, Alb 3.2g/dL, T-Bil 1.2mg/dL, AST 22 U/L, ALT 15U/L, γ -GTP 46U/L, ALP 170U/L, LDH395 U/L, BUN 20mg/dL, Cr 0.62mg/dL, Na 135mmol/L, K 4.4mmol/L, Cl 98mmol/L, CK 42U/L, Glu 165mg/dL, CRP 17.34mg/dL, KL-6 1968U/mL, SP-D 534ng/mL, BNP 18.8 pg/mL.

[凝固] PT 12.6 sec, PT-% 81%, PT-INR 1.12, APTT 28.4sec, D-ダイマー 14.7 μ g/mL.

[その他] PR3-ANCA(-), MPO-ANCA(-), 膠原病マーカー(-), トリ/セキセイインコ抗体(-), β Dグルカン(-), C7-HRP(-).

<培養 (死亡2日前)>

血液培養：Propioni. Avidum (1/4), 尿培養・喀痰培養：陰性 <心エコー (死亡2日前)> moderate PH

EF 70.4%, no local asynergy, TR-PFV 3.86m/s, TRPG 59.7 mmHg, RAP 5mmHg

<CT (死亡4年前) 肺所見> (図1)

容量減少, irregular line (+), 牽引性気管支拡張 (tBE) (+), abrupt change (+), 蜂巣肺 (+), mosaic (-), 粒状影 (-), 肺高血圧 (+), 右肺優位の陰影, 両肺下葉にすりガラス影 (+)

<CT (死亡2日前) 肺所見> (図1)

右肺優位に容量減少著明, 牽引性気管支拡張 (tBE) (+), 両側びまん性に収縮傾向を伴う浸潤影・すりガラス影 (+)

入院後経過

入院時II型呼吸不全を認め、最大限に酸素化を図るも反応は鈍かった。CTで両側びまん性に収縮傾向を伴う浸潤影とすりガラス陰影が広がり、両側fine cracklesを聴取。血液検査より間質性肺炎急性増悪と考え、ステロイドパルスとポリミキシン療法、TAZ/PIPCおよびアジスロマイシンの投与を開始するも奏功せず永眠された。

剖検の目的

- ・急性呼吸不全の原因精査
- ・感染症の関与の確認

解剖所見

死後3時間40分で解剖。両肺とも萎縮著明で、左肺505g、右肺395gと重量増加を認め、表面は微細顆粒状で固く含気不良であった。左肺の断面は大部分黒褐色調〜うっ血調で、左肺上葉の末梢と右肺全体は断面黄白色調で臓器様であった。臓器様であった領域は組織学的に、広範な線維化、著明な平滑筋増生を伴い、肺胞構造の高度なりモデリングが認められた。慢性期の間質性肺炎に矛盾しない所見であった。リモデリングで形成された大きな気腔には好中球を含む膿性物質の貯留を認めたが、病原菌は同定できなかった。左肺の黒褐色調ないしうっ血調であった領域では、肺胞腔内に硝子膜形成やフィブリン血栓、線維芽細胞巣が見られ、間質性肺炎の急性増悪 (急性期びまん性肺胞障害) として矛盾しないと考えられた。びまん性肺胞障害により形成された血栓が比較的広範囲に認められ、この血栓形成が死亡直前の肺高血圧に関与したと推測する。剖検にて間質性肺炎急性増悪の直接原因は明らかにはできなかったが、数年の経過で両肺の線維化が進行し、2度目の間質性肺炎急性増悪により急激な酸素化不良、びまん性肺胞障害の状態となり死亡するに至ったと考えられた。

病理診断

[主病変] 1. 両肺間質性肺炎、急性増悪 (診断後3年の状態、肝虚血・肺高血圧症を伴う)

[副病変] 1. 求心性心肥大 (左室壁厚が15mm) 2. 動脈硬化症 (左右冠動脈 (中等度)、胸部・腹部大動脈 (中等度から高度))

死因

間質性肺炎急性増悪による呼吸不全

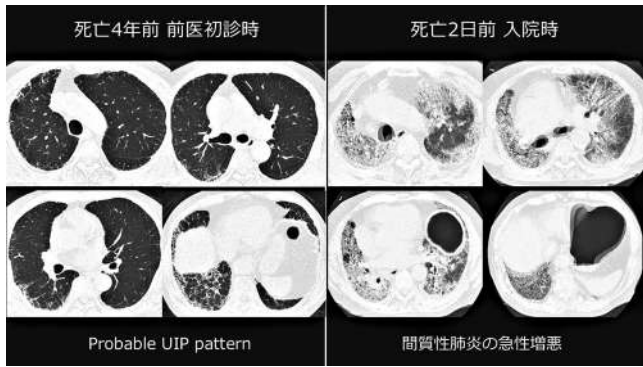
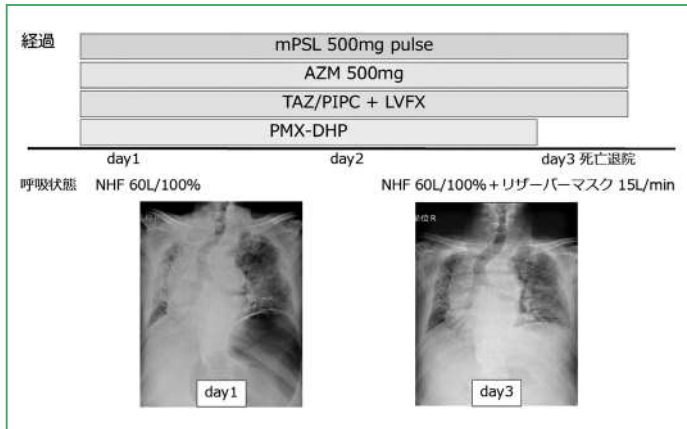


図1. 胸部CT：死亡4年前に比べて右肺優位に容量が著明に減少し、牽引性気管支拡張、両側びまん性に収縮傾向を伴う浸潤影・すりガラス影を認める。



特発性間質性肺炎 (IPF) の急性増悪 (AE : acute exacerbation)

年間発症率：4.8~15.7%
 発症後死亡率：60~85.7%
 日本人のIPFの死因：AE 40%, 呼吸不全 24%, 肺癌 11%
 病理所見：Diffuse alveolar damage (DAD : びまん性肺胞障害)

1) IPF経過中に1ヵ月以内の経過で、
 ①呼吸困難の増強
 ②HRCT所見で蜂巣肺所見+新たに生じたすりガラス陰影・浸潤影
 ③動脈血酸素分圧の低下 (同一条件下でPaO₂ 10mmHg以上)
 2) 類似疾患の除外
 肺感染症、気胸、悪性腫瘍、肺塞栓、心不全

参考所見：(1) CRP, LDHの上昇 (2) KL-6, SP-A, SP-Dの上昇

診断基準：1)と2)の全てを満たす。

図3. 考察：本邦における特発性肺線維症の急性増悪の年間発生率は4.8~15.7%であり、急性増悪によって死亡する割合は40%と高い。急性増悪が発症する毎に次回発症までの期間は短縮し、肺のコンプライアンスは発症ごとに低下する¹⁾。エビデンスのある治療法はまだ確立されていない。経験的にステロイドパルス療法 (mPSL 500mg or 1g×3日) やアジスロマイシン投与、PMX-DHPなどが行われている。

図2. 経過：入院後の治療により1日目の右肺の著明な萎縮は改善したように見えるが、左肺のびまん性すりガラス影は増悪している。

参考文献

1) Homma S, et al. Respir Investig. 2022; 60: 798.

臨床試験支援センター

Kyushu Medical Center

新しい医薬品や医療機器を患者の皆様へ届け続けるために

臨床試験支援センター

大丸 資子

厚生労働省および文部科学省を主体として平成15年から始まった「治験活性化計画」等により日本の治験環境は改善が進み、数多くの医薬品が治験を経て使用できるようになりました。しかし、日本の創薬力や市場性の低下等の国内的な問題と、海外と比較してコストが高い、治験開始までに要する時間が長い等の国外的な問題など、日本での治験実施を妨げる要因が依然として多くあると言われています。また、近年では海外においても、革新的な新薬のシーズを創薬ベンチャーに依存するビジネスモデルに転換している等の創薬環境の構造変化もあり、日本での開発にメリットを感じられずに治験が実施されない医薬品が増えています。

その結果、ドラッグラグ (海外で承認された新薬が日本で使えるようになるまでに、長い時間がかかってしまう問題) に加えて、「ドラッグロス」 (海外ではすでに使われている治療薬が、日本では開発着手されていない、利用できない状態のこと) の医薬品も増え、日本で使用できない薬が今後ますます増えてしまう可能性が高くなってきました (表1)。

表1. 日米欧のドラッグラグ・ロスの状況 (2023年)

| | 承認済 | 未承認合計 | 未承認の内数 (品目数) | |
|----|-----|-------|--------------|---------|
| | | | 開発中 | 未着手 |
| 米国 | 136 | 7 | 3 | 4 |
| 欧州 | 86 | 57 | 26 | 31 |
| 日本 | 0 | 143 | 57 | 86 (品目) |

出典：「創薬力の強化・安定供給の確保のための業事規制のあり方に関する検討会」報告

また、分散型治験やプラットフォーム型治験など、新たな形態の治験がCovid-19の流行を機に大きな注目を浴び、米国や欧州では導入が進みつつあります。

日本では現在、それらに対応できる環境整備や体制整備に加え、前出の様々な課題をクリアし、日本の国際競争力を向上させる手段の一つとして以下のような「治験エコシステム※」の導入を進めています。

①中央IRBの普及

国立病院機構では、本部で行うCRBの活用が進んでいますが、更なるIRBの効率化を目指して、最終目標としてはSingle IRB (1試験1 IRB) の促進も検討されています。

②治験実施 (書類等) の更なる合理化

【一例】同意説明文書のひな形を統一化し、各医療機関での作成に係る時間・労力を削減します。当院でも共通テンプレート (日本製薬協版) の使用を開始しました。

③治験費用の算定方法の合理化

業務量や市場価格に基づいた算定 (欧米ではFair Market Value と呼ばれ、広く浸透している概念) の国内への導入が検討されています。既に外資系企業によって、日本においても試験的に導入が進んでいます。

ドラッグラグ/ロスの背景には様々な要因があるため、産官学のみならず、治験の重要性に関する国民全体の意識改革も合わせて、社会全体の問題として早急に取り組むことが求められています。当院でも引き続き、一医療機関として対応可能な改善策について真摯に取り組み、新しいお薬・機器を必要とされている方の一助となれるよう、センター一同努めて参ります。

※治験エコシステム：国民にいち早く治験薬を届けるため、製薬企業、医療機関、規制当局、被験者等あらゆるステイクホルダーが協力して効率的に治験を行うシステムのこと

第62回 日本癌治療学会学術集会 Young oncologist award

2024年 10月 表彰者名 瀧川 彩 (腫瘍内科)

演題 高齢者切除不能肺癌に対するNAL-IRI/FU/LV療法の効果と安全性の最終解析

第38回 日本エイズ学会学術集会・総会 優秀演題賞

2024年 11月 表彰者名 中嶋 恵理子 (免疫感染症内科)

演題 血友病Aの周術期管理にエファネソクトコグアルファを用いた4症例

第38回 日本エイズ学会学術集会・総会 優秀演題賞

2024年 11月 表彰者名 大里 文誉 (免疫感染症内科MSW)

演題 HIV陽性者を初めて受け入れた施設で対応苦慮された事例ー患者さんを支える施設を拠点病院がどう支えるか、地域支援者と拠点病院の関係性を再確認する

第17回 福岡県医学会総会 優秀演題賞

2025年 1月 表彰者名 河東 美菜 (呼吸器内科)

演題 軽症の間質性肺疾患のプライマリーケアにおける患者質問票の重要性

第61回 九州外科学会・第61回 九州小児外科学会・第60回 九州内分泌外科学会 研修セッション 優秀演題賞

2025年 2月 表彰者名 衣笠 哲矢 (乳腺外科)

演題 術前化学療法中にPegfilgrastim投与後大動脈炎を発症した浸潤性乳管癌の1例

令和7(2025)年度 科学研究助成事業 科研費 採択

2025年 2月

研究課題 免疫療法による新規動脈瘤治療薬の開発

研究種目 基盤研究(C)

研究代表者 松原 裕 (血管外科)

研究課題 MMP2/MT1-MMP活性化障害による骨・関節破壊の機序の解明

研究種目 基盤研究(C)

研究代表者 福士 純一 (整形外科・リウマチ科)

研究課題 次世代プロテオミクスによる膠芽腫由来エクソソーム解析に基づく微小環境制御の解明

研究種目 基盤研究(C)

研究代表者 溝口 昌弘 (脳神経外科)

研究課題 BCL2 ファミリーによるアポトーシス制御機構の解明

研究種目 若手研究

研究代表者 中尾 文彦 (血液内科)

科研費
KAKENHI

あとがき



今年入職の皆さんの多くは平成生まれでしょうからまったく実感は湧かないでしょうけれども、お知らせにも述べたとおり今年には昭和にするとちょうど100年になる節目の年です。歴史の中の出来事として習う戦争をもちろん経験はしていませんが、それを潜り抜けた人たちの話を直接聞くことができ、そしてパブルと

その後の停滞を経験した私を含む昭和生まれの世代にとっては、いぶんな時間が経ったなあと感じずにはいられません。この間医療も随分と変化し進歩してきました。国民皆保険が導入される前の医療など恐らく現在から見ると想像もつかない代物でしょう。医療は人の営みと無縁でいられません。次の100年、いや20年くらいできっと日本社会の変化に少しずつ遅れながらも合わせて変わっていくでしょう。行く末を見守られるくらい長生きしたいものです。

臨床研究推進部長 杉森宏

発行責任者: 臨床研究センター長
副センター長

各研究室室長・副室長: がん臨床研究部長
組織保存移植
動態画像
研究企画開発
化学療法
放射線治療開発
システム疾患生命科学推進
医療情報管理
臨床試験支援センター

甲斐哲也
杉森 宏
播本憲史
福士純一、高瀬 謙
野口智幸、桑城貴弘
中島寅彦、長谷川英一
田村真吾、武岡宏明
大賀才路、小川伸二
國府島庸之、渡邊哲博
福泉公仁隆、
甲斐哲也、大丸實子、麻生嶋和子

臨床研究企画運営部長
臨床研究推進部長
医療管理企画運営部長
病態生理
生化学免疫
情報解析
臨床腫瘍病理
先端医療技術応用
医療システムイノベーション
教育研修

甲斐哲也
杉森 宏
福泉公仁隆
村里嘉信、岡元昌樹
中山 勝、石田素子
福泉公仁隆、西坂賢一
桃崎征也、岩熊伸高、名本路花、藤原美奈子
古山 正、瓜生英興
溝口昌弘、徳永 聡
宮村知也、金子大祐



独立行政法人 国立病院機構 九州医療センター

〒810-8563 福岡市中央区地行浜1丁目8番1号

TEL: 092-852-0700(代)
FAX: 092-846-8485

九州医療センターでは研究活動・研究費に関する不正を起こさせない組織風土を形成するためにコンプライアンス教育と啓発活動を実施しています。過去の臨床研究センター便り(Research)をホームページでご覧頂けます。
<https://kyushu-mc.hosp.go.jp/about/kohoshi.html#research>

九州医療センター
臨床研究センター便り で検索