第 41 巻（通巻 59 号） 2021 年（令和 3 年）

ISSN 0286-1356

京都市立病院紀要

The Journal of Kyoto City Hospital

第 41 巻 ２０２１

目　　次

巻 頭 言 …… 黒田　啓史

研　　究

院内フローサイトメトリーによる造血器腫瘍診断の取り組み…… 宮原　裕子，他 …… 1

当院で入院加療を行った新型コロナウイルス感染症 278 例の検討…… 後藤　健一，他 …… 5

症　　例

川崎病が疑われ，血球貪食性リンパ組織球症様の病態を示した急性炎症性疾患の 1 例
…… 松浦　　周，他 …… 13

慢性好中球性白血病の一例
…… 松井　道志，他 …… 18

頭蓋内外に腫瘍性病変を形成した慢性リンパ性白血病の一例…… 奥田　健大，他 …… 23

特集：第31回京都市立病院地域医療フォーラム

〔特別講演〕

生と死を支える…… 大坂　　巌 …… 29

〔一般演題〕

当院における緩和ケアの取組～緩和ケア病棟開設から 1 年を経過して～…… 大西　佳子 …… 42

緩和ケアにおける食支援の取組…… 植木　　明 …… 46

当院における緩和的放射線療法…… 平田希美子 …… 50

第18回院内合同研究発表会集録

急性期脳卒中患者のトイレ動作と転倒の関連について…… 日下部和貴，他 …… 54

CT カンファレンスの効果について …… 澁谷　祥子，他 …… 59

当院におけるホルマリン管理と紛失防止策…… 田中　志穂，他 …… 65

内視鏡センターへの臨床工学技士（CE）の介入…… 福元　竜成，他 …… 70

京市病紀
J Kyoto City Hosp.

京都市立病院

外来化学療法センターから院外処方せんを FAX 送信することによる患者待ち時間の変化
…… 大野　恵一，他 …… 73
病院厚生会事業の在り方と重要性…… 廣瀬　梨奈，他 …… 77
外来化学療法室での栄養指導の取り組み…… 片山さくら，他 …… 79
医師・看護師・ホスピタルプレイスペシャリストによる協働
～処置を受ける子どもへのプレパレーション，ディストラクションの取り組み～
…… 中村公光子 …… 82
頭頸部癌放射線療法後の晩期有害事象に対する看護支援…… 杣岡かおる，他 …… 86
リンパ浮腫外来を始めて…… 荻野　葉子 …… 91
訪問看護研修報告　小児科病棟での継続支援…… 岡本友美子 …… 94
がん化学療法看護認定看護師教育課程修了報告とその後の活動…… 大柿　深雪 …… 97
がん放射線療法看護認定看護師教育課程修了報告…… 中川　紀直 ……100

ＣＰＣ報告

2020 年度 CPC 報告 …… 嶋田　恵理，香月奈穂美，岸本　光夫 ……104

院内研修会開催記録（令和２年度）……106

研究業績目録

原　　著……148
学　　会……156
マスメディア……166

THE JOURNAL OF KYOTO CITY HOSPITAL

Vol.41 2021

CONTENTS

Foreword

Hiroshi Kuroda

Originals

Initiation of a Flow Cytometry System for the Diagnosis of Hematological Malignancies

Yasuko Miyahara
Masako Maeda and Noriko Murakami
Hiroyuki Ishida
Mitsuru Itoh ····· 1

Clinical Status and Prognosis of 278 Patients with COVID-19 Hospitalized and Treated in Our Hospital

Kenichi Goto, Syungo Yamamoto, Takashi Muramatsu, Nozomi Goto, Mayu Morita, Hidekazu Kumahara,
Tamao Matsunaga, Masashi Yamada, Tatsunori Murata, Shinri Kayahara, Aoi Murakami and Kentaro Tochiya
Nobuki Iwamoto, Kazuaki Aoki, Hiroshi Motobayashi, Aoi Yogo and Tsunehiro Shimizu ····· 5

Case Reports

A Case of Acute Inflammatory Disease Suspected to be Incomplete Kawasaki Disease and with a Clinical Course Resembling Hemophagocytic Lymphohistiocytosis

Amane Matsuura, Eriko Amaya , Shinichi Tamura, Hiroyuki Ishida, Sozo Okano and Hiroshi Kuroda ····· 13

A Case of Chronic Neutrophilic Leukemia

Masashi Matsui, Naoki Tamura, Yuta Inoue, Takehiro Okuda, Yasuko Miyahara and Mitsuru Itou
Hiroki Yamaguchi ····· 18

A Case of Chronic Lymphocytic Leukemia with Intracranial and Extracranial Neoplastic Lesions

Takehiro Okuda, Naoki Tamura, Yuta Inoue, Akifumi Oba,
Yoshihito Horisawa, Masashi Matsui, Yasuko Miyahara and Mitsuru Itoh ····· 23

Topics. The 31th Forum for the Community Medicine at Kyoto City Hospital

〔Lecture〕

Supporting Life and Death

Iwao Osaka ····· 29

〔Lecture〕

Palliative Care at Our Hospital – A Year after Starting the Palliative Care Unit –

Keiko Onishi ····· 42

Contents of Food Support in Palliative Care

Akira Ueki ····· 46

Palliative Radiation Therapy at Our Hospital

Kimiko Hirata ····· 50

Reports of Joint Annual Meeting for Research Work at Kyoto City Hospital

Relationship between Toilet Activities and Falls in Acute Phase Brain Stroke Patients

Kazuki Kusakabe, Miho Kubo, Youichi Harada, Souichiro Kobayashi, Chinatu Hagura, Saki Yasuda and Hiroshi Tada
Shinya Kawakatu and Mika Ueno ····· 54

Outcome of Computed Tomography Conference
Sachiko Shibutani, Yusuke Ohmachi, Akitoyo Yamamoto, Hirohiko Ozeki and Kazuo Tsugawa
Masato Tanikake ····· 59
Measures for Management and Prevention of Loss of Formalin at our Hospital
Shiho Tanaka, Tamiaki Kawabe, Miyuki Noda, Tomohiro Takegoshi, Kaya Koichi, Kanako Miyagi,
Masashi Yamada and Noriko Murakami ····· 65
Result of Intervention by the Clinical Engineer in the Endoscopy Center
Ryusei Fukumoto, Yusuke Inoue, Takaaki Aikawa, Kouhei Shiroyama and Yoshiaki Itou ····· 70
Reduction of the Patient's Waiting Time by Sending the Prescription by FAX from Outpatient Chemotherapy Center
Keiichi Ohno, Yuji Meguro, Shinji Honda, Shino Mimatsu, Mihoko Saburi, Yuka Jikko, Mai Naito,
Yasushi Sunda and Junji Muraoka
Kaoru Honda
Toshihiko Kirishima····· 73
Importance of Hospital Welfare Activities
Rina Hirose, Naomi Kawasaki and Miyako Nakajima ····· 77
Nutritional Guidance in the Outpatient Chemotherapy Room
Sakura Katayama, Akira Ueki, Takane Hanakawa, Yumi Higuchi, Asako Harada, Mamiko Hirano,
Kana Nakamura, Mizuho Sawamoto and Kenta Naka ····· 79
Cooperation with Physicians, Nurses and Hospital Play Specialist
– Preparation and Distraction for Children Receiving Treatment –
Kumiko Nakamura ····· 82
Nursing Support for Late Adverse Events after Radiotherapy for Head and Neck Cancer
Kaoru Sugioka and Akiyo Moriwaki
Kimiko Hirata, Masaru Narabayashi and Shuji Ohtsu ····· 86
Start of New Lymphedema Outpatient Clinic
Yoko Ogino ····· 91
Report on Home-Visiting Nurse Training – Continuous Support in the Pediatric Ward –
Yumiko Okamoto····· 94
Report on Activities after Completing the Curriculum for Cancer Chemotherapy Nursing for the Certified Nurse
Miyuki Ohgaki····· 97
Report on Activities after Completing the Curriculum for Cancer Chemotherapy Nursing for the Certified Nurse
Norinao Nakagawa ····· 100

Annual Reports of the Clinico-pathologic Conference (CPC) in Kyoto City Hospital
Eri Shimada, Naomi Katsuki and Mitsuo Kishimoto ····· 104

Annual Reports of the Clinical Conference in Kyoto City Hospital ····· 106

List of Research Activities of Staff at Kyoto City Hospital
Published articles····· 148
Presentations at academic meetings ····· 156
Massmedia ····· 166

京都市立病院紀要　第 41 巻　2021

目　　次

巻 頭 言 ……黒田　啓史

研　　究

院内フローサイトメトリーによる造血器腫瘍診断の取り組み
……宮原　裕子
前田　雅子，村上　典子
石田　宏之
伊藤　　満…… 1

当院で入院加療を行った新型コロナウイルス感染症 278 例の検討
……後藤　健一，山本　舜悟，村松　高志，後藤　　希，森田　眞由，熊原　秀和
松永　珠青，山田　　雅，村田　龍宣，萱原　慎理，村上あおい，栃谷健太郎
岩本　伸紀，青木　一晃，元林　　寛，輿語　　葵，清水　恒広…… 5

症　　例

川崎病が疑われ，血球貪食性リンパ組織球症様の病態を示した急性炎症性疾患の 1 例
……松浦　　周，天谷英理子，田村　真一，石田　宏之，岡野　創造，黒田　啓史……13

慢性好中球性白血病の一例
……松井　道志，田村　直紀，井上　雄太，奥田　健大，宮原　裕子，伊藤　　満
山口　博樹……18

頭蓋内外に腫瘍性病変を形成した慢性リンパ性白血病の一例
……奥田　健大，田村　直紀，井上　雄太，大庭　章史
堀澤　欣史，松井　道志，宮原　裕子，伊藤　　満……23

特集：第31回京都市立病院地域医療フォーラム

〔特別講演〕

生と死を支える
……大坂　　巖……29

〔一般講演〕

当院における緩和ケアの取組～緩和ケア病棟開設から 1 年を経過して～
……大西　佳子……42

緩和ケアにおける食支援の取組
……植木　　明……46

当院における緩和的放射線療法
……平田希美子……50

第18回院内合同研究発表会集録

急性期脳卒中患者のトイレ動作と転倒の関連について
……日下部和貴，久保　美帆，原田　洋一，小林宗一郎
羽倉　千夏，安田　早希，多田　弘史
川勝　伸也，上野　美香……54

CT カンファレンスの効果について
……澁谷　祥子，大町　優介，山本　晃豊，尾関　裕彦，津川　和夫
谷掛　雅人……59
当院におけるホルマリン管理と紛失防止策
……田中　志穂，川辺　民昭，野田みゆき，竹腰　友博
古市　佳也，宮城華那子，山田　　雅，村上　典子……65
内視鏡センターへの臨床工学技士（CE）の介入
……福元　竜成，井上　雄介，相川　孝彰，白山　幸平，伊藤　禎章……70
外来化学療法センターから院外処方せんを FAX 送信することによる患者待ち時間の変化
……大野　恵一，目黒　裕史，本多　伸二，三松　史野，佐分利美帆子
實光　由香，内藤　　舞，寸田　　靖，村岡　淳二
本田　　薫
桐島　寿彦……73
病院厚生会事業の在り方と重要性
……廣瀬　梨奈，川﨑　尚美，中島美弥子……77
外来化学療法室での栄養指導の取り組み
……片山さくら，植木　　明，花川　卓子，樋口　由美，原田　麻子
平野真美子，中村　佳菜，沢本　瑞穂，中　　謙太……79
医師・看護師・ホスピタルプレイスペシャリストによる協働
～処置を受ける子どもへのプレパレーション，ディストラクションの取り組み～
……中村公光子……82
頭頸部癌放射線療法後の晩期有害事象に対する看護支援
……枡岡かおる，森脇有希代
平田希美子，楢林　正流，大津　修二……86
リンパ浮腫外来を始めて
……荻野　葉子……91
訪問看護研修報告　小児科病棟での継続支援
……岡本友美子……94
がん化学療法看護認定看護師教育課程修了報告とその後の活動
……大柿　深雪……97
がん放射線療法看護認定看護師教育課程修了報告
……中川　紀直…… 100

ＣＰＣ報告
2020 年度 CPC 報告
……嶋田　恵理，香月奈穂美，岸本　光夫…… 104

院内研修会開催記録（令和２年度）…… 106

研究業績目録
原　　著…… 148
学　　会…… 156
マスメディア…… 166

巻　頭　言

京都市立病院紀要41巻をお届けいたします．本誌は1982年3月17日に創刊され40年の節目を迎えました．元々年1回，主に診療部の業績報告としてスタートしましたが，2003年からは看護部の看護研究収録集を1号として位置づけ，冊子として年2回刊行してまいりました．この間，2004年には各部門の研究内容をポスターセッション研究発表会集録として，また翌2005年からは院内合同研究発表会集録と発展的に改名して掲載，以後他の部門からの投稿も徐々に増え，2009年からは2号に地域医療フォーラムの内容を加えた今の形になっています．

以前からペーパーレス化の議論を重ねてきましたこの紀要ですが，いよいよ今年度より完全電子化を図る事になりました．それに伴い発刊も年1回とし，ホームページ上に公開させていただきます．掲載内容については，2回分の内容を1つにまとめた形となり，41巻には第18回院内合同研究発表会と第31回地域医療フォーラムの内容，2編の研究と3編の症例報告が掲載されています．これで印刷代等のコストの削減や資源の消費を抑えることにつながり，利便性も向上しますが，私個人としては紙ベースの書物の良さを味わえなくなる寂しさも感じます．

本紀要に限らず，最近ではいろいろなところでアナログからデジタルへの転換の流れがあります．一昨年から始まった新型コロナウイルスのパンデミックで，学会，講演会，研修会などの現地開催がことごとく制限を受けている状況ですが，こういう事態になったからこそ，WEB開催の導入が急速に進んだとも言えます．時代はいずれポストコロナを迎えますが，IT化はその経済性，利便性ゆえにますます加速していくでしょう．

これが社会の進歩と捉えるべきなのでしょうが，便利になる反面，直接会って顔を見合わせ関わり合う機会が減り，現場の雰囲気，臨場感，相手の細かな表情の動きなど，人の感性に関わる部分の経験値が減っていく事になり，ひいては人間関係の希薄な社会になっていくのではないかと一抹の不安を禁じ得ません．もちろん，IT化に反対しているわけではなく，この流れを止めることはできませんが，だからこそ余計にそういう面での配慮が必要になると思います．人と人との付き合いを大切にし，お互いを思いやる気持ちを失わない社会であってほしいと願っています．

最後になりましたが，本紀要41巻の執筆，校正，編集に携わっていただいた皆さんに深謝いたします．

令和4年1月

京都市立病院機構京都市立病院

院長　　黒　田　啓　史

院内フローサイトメトリーによる造血器腫瘍診断の取り組み

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　血液内科）
宮原　裕子

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　臨床検査技術科）
前田　雅子　　村上　典子

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　小児科）
石田　宏之

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　血液内科輸血・造血幹細胞移植科）
伊藤　満

要　　旨

京都市立病院血液内科及び小児科において，当院に設置されているベクトン・ディッキンソン（Becton Dickinson：BD）FACSLyric フローサイトメーターを用いた白血病，悪性リンパ腫を中心とした造血器腫瘍の免疫表現型診断を開始した．これは，一刻を争う疾患に対する根拠に基づいた治療の迅速な開始に大きく寄与した．今後は診断のみならず，治療後の微小残存病変同定の目的も含め検査範囲を拡大していきたい．
（京市病紀 2021；41：1-4）

Key words：造血器腫瘍，フローサイトメトリー

緒　　言

当院は京都府で唯一小児，成人ともに造血幹細胞移植が可能な一般病院であるため，ベクトン・ディッキンソン（Becton Dickinson：BD）FACSLyric フローサイトメーターが設置されている．これは通常，末梢血幹細胞採取における CD34 陽性細胞の計測に使用しているが，これに加えて同時に 6 色までの蛍光色素を判別することが出来ることから，一度に多数の染色を必要とする造血器腫瘍の診断に極めて有効な装置である．造血器腫瘍は，待ったなしである．速やかに診断し治療を開始する必要があり，1 日の違いで命に関わることも少なくない．この度，これまで外注検査のみであったことから，結果報告まで 24 時間を要した細胞表面抗原検査（フローサイトメトリー）を BD FACSLyric フローサイトメーターを用いた院内検査で施行することにより 2 時間程度で結果を得ることが可能となった．

フローサイトメトリー法とは何か

フローサイトメトリー法は造血器腫瘍の診断時に腫瘍細胞の免疫表現型を細胞単位で解析する方法である[1]．免疫表現型の指標は細胞表面形質であるが，細胞表面形質とは細胞の表面に存在する抗原の中で細胞の機能や活性化に関連し細胞帰属や分化段階の同定，細胞特性の指標となるものである．細胞形質として，細胞表面上にエピトープが露出している細胞外成分，細胞内成分の細胞膜，細胞質に存在する内在性成分があるが，フローサイトメトリーは主に細胞外成分を検索する方法である．ただし急性白血病などのように細胞内抗原の解析が欠かせない疾患については，細胞内成分の解析を同時に行う必要がある．

1．方法

末梢血，骨髄液，リンパ節生検検体，体腔液などの腫瘍細胞から作成した腫瘍細胞浮遊液を蛍光色素で標識し各抗原に対するモノクローナル抗体と反応させる．細管内を通過させる間にレーザー光を照射し，一細胞ずつの散乱光と表面抗原に反応した抗体の蛍光を検出する．サイトグラム上に展開し腫瘍細胞集団を判別，セルソーターで選択（ゲーテイング）後に抗原特異性を解析する[2]．基本的な健常人末梢血と骨髄中芽球の解析のためのサイトグラムを図 1 に示す[3]．

2．細胞の帰属

抗原は cluster of differentiation（CD）と表記される

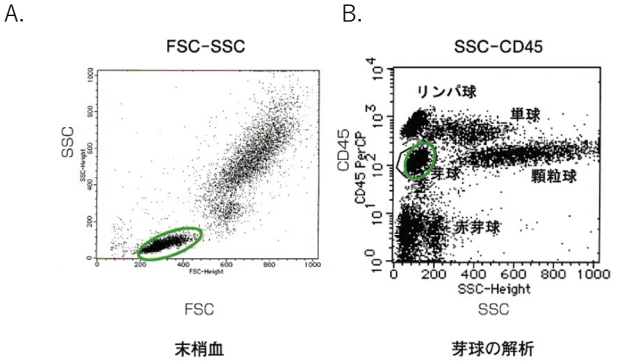


図 1　A．末梢血 FSC-SSC スキャッタグラム
B．骨髄 SSC-CD45 スキャッタグラムにおける芽球解析（FSC : forward scatter SSC : side scatter）

が，造血細胞はまず CD45 陽性細胞で振り分ける．CD45 は，造血細胞に広く発現し血液細胞の同定に用いられる．免疫学的な表面抗原解析を行う時には正常造血細胞の発現を知っておく必要がある．例えば，T 細胞は CD2，3，4，5，7，8，TCR$\alpha\beta$，B 細胞は CD19，20，21，HLA-DR，sIg，CD5，形質細胞は CD19，38，138，NK 細胞は 2，7，16，57，8 などが代表抗原である[2]．

3. 異常細胞の同定

標準的な抗体パネルとして決まったものはないが，正常細胞の発現を基準にして各施設で決定している．主に造血器腫瘍の解析に用いられる抗体を表 1 に示す[3]．当院ではまだ全ての症例ではなく，緊急の診断を要する白血病，悪性リンパ腫の主に B 細胞性のものに限定しているため抗体数は限られている．当院での抗体パネルを表 2 に示す．FITC，PE，PerCP-Cy5.5，PE-Cy7，APC，APC-H7 は蛍光色素を示している[4]．異常細胞の特徴としては，たとえば免疫グロブリン軽鎖発現の偏りは B 細胞のクロナリティの目安となる．また本来発現すべき抗原の欠失，強弱，逸脱，通常では発現しない表現型，例

表 1　造血器腫瘍マーカー検査に用いる CD 分類（文献 3 より改変）

		リンパ球系					骨髄系	
	T1/NK細胞系		B細胞系		顆粒球系	単球系	赤芽球系	巨核球系
汎系統	2 5 7		19 24			13 33		
				45 34 HLA-DR	MPO			
系統特異	TcR 3	10 TdT	cIg cCD79			36 14	36	61 41 36
	cCD3		22 20					
分化・機能	1a 4 8		sIg 21 23	38 25			117	
	45RA 45RO		38 138	45RA 45RO	11b c 2 66c	15 64 65 4	235a	42a 42b 36
その他	21 25 122 16		5 11c 15 25	11b c 66c 56	56		11b	
	56 57 28 30 11b		28 56 103 30		203c			
			58 66c					

表 2　当院の抗体パネル　A. 白血病　B. 悪性リンパ腫

A.

	FITC	PE	PerCP-Cy5.5	PE-Cy7	APC	APC-H7
Tube 1	HLA-DR	CD13	CD34	CD19	CD33	CD45
Tube 2	CD3	CD56	CD34	CD19	CD10	CD45
Tube 3	CD41a	Gly-A	CD34	CD16	CD117	CD45
Tube 4	CD14	CD64	CD34	CD16	CD11 c	CD45
Tube 5	CD5	CD7	CD20	CD19	CD10	CD45
Tube 6	CD3	CD8	CD4	CD19	CD25	CD45
Tube 7	TdT	MPO	cyCD79a		cyCD3	CD45

B.

	FITC	PE	PerCP-Cy5.5	PE-Cy7	APC	APC-H7
Tube 1	Kappa	Lambda	CD20	CD19	CD10	CD45
Tube 2	CD5	CD23	CD20	CD19	CD22	CD45
Tube 3	CD3	CD8	CD4	CD19	CD25	CD45
Tube 4	Sm Kappa	Sm Lambda		CD19		CD45
Tube 5	Sm-IgA	Sm-IgD	Sm-IgM	CD19	Sm-IgG	CD45

えば骨髄系とリンパ系の表現型が同時に発現している，などの異常な抗原発現を呈する集団の有無を判断する．

当院での解析例

2020 年 6 月より開始し，2020 年度は 12 例施行，2021 年度は 10 月現在までで 9 例施行している．疾患は急性白血病が 8 例，悪性リンパ腫が 8 例，多発性骨髄腫 2 例，炎症性疾患 3 例である．診断目的は緊急の診断が多数を占める．

代 表 的 症 例

1. 急性骨随単球性白血病

初診時 WBC 49690/μl と著増し末梢血中に芽球を 26.8%，単球を 60% 認め，骨髄検体よりフローサイトメトリーを施行．結果を図 2 に示す．CD13，CD56，HLA-DR 部分陽性，CD33，CD11c，CD64，CD117，MPO 陽性，CD34，CD41，CD14 陰性であり鏡検上診断と矛盾しないことを確認，急性骨髄単球性白血病と診断した．

2. Burkitt リンパ腫／白血病

初診時 WBC 30980 /μl と著増し末梢血中に異常リンパ球を 27.5% 認めた．

骨髄検査にて鏡検上はリンパ芽球様であったが，フローサイトメトリーにて CD10，CD19，CD20，CD79a，HLA-DR 陽性，TdT，CD3，CD4，CD25 陰性であり成熟 B 細胞由来と診断しステロイド療法を開始した．後に FISH 法にて Myc-IgH 転座陽性であったため Burkitt lymphoma/leukemia と診断した．結果を図 3 に示す．

今後におけるフローサイトメトリーの応用と展望

以上のように当院ではまず緊急の診断が必要な症例を

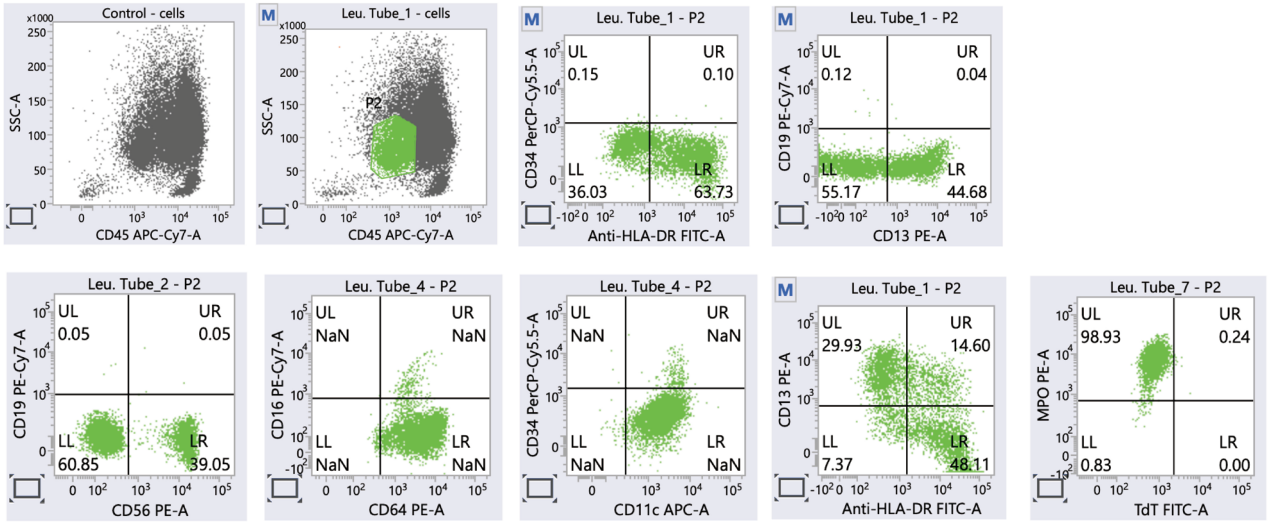


図 2　急性骨髄単球性白血病

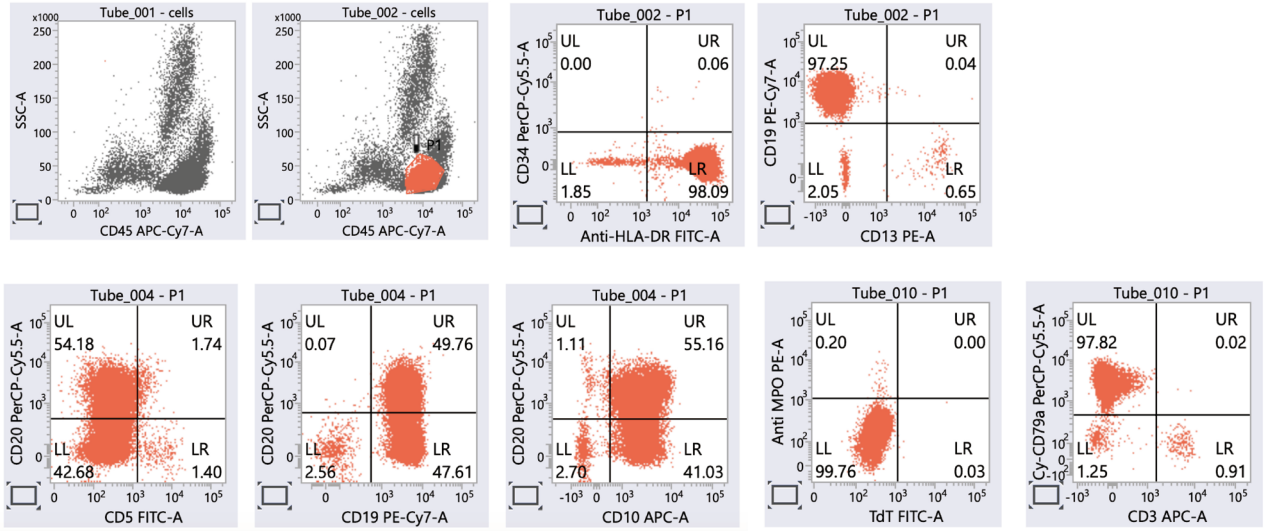


図 3　Burkitt リンパ腫

中心に開始したが，現在白血病領域においては微小残存病変の同定が診断のみならず治療効果判定に大変重要となっている．血液学的寛解が得られたあと，微小残存病変と称する骨髄中に残存するごくわずかな白血病細胞，これを同定する方法の一つがフローサイトメトリーである．また，この微小残存病変同定は多発性骨髄腫においても極めて重要である．多発性骨髄腫では，近年多数の分子標的薬が登場し予後が改善し，慢性疾患のように捉えることが可能となってきたが，経過の中で長く安定した状態を維持するには，深い奏功状態をできるだけ長く継続する必要がある．その病態把握にフローサイトメトリーでの精査が大変有効となる[5)]．

当院においても今後初診時診断のみならず，血液疾患治療における寛解，再発の評価も含め院内検査数の拡大を目指していきたい．

引　用　文　献

1）日本リンパ網内系学会教育委員会：レベルアップのためのリンパ腫セミナー，南江堂，2014，p14-21.
2）新津望編著：悪性リンパ腫診療スキルアップ，中外医学社，2012，p15-18.
3）日本サイトメトリー技術者認定協議会編：スタンダードフローサイトメトリー第 2 版，医歯薬出版株式会社，2017, p7-97.
4）室井一男，小沢敬也：フローサイトメトリーを用いた造血器腫瘍の診断，医薬ジャーナル社，2006，p9-44.
5）松村　到：急性白血病診療テキスト，中外医学社，2020，p243-256.

Abstract

Initiation of a Flow Cytometry System for the Diagnosis of Hematological Malignancies

Yasuko Miyahara
Department of Hematology, Kyoto City Hospital
Masako Maeda and Noriko Murakami
Department of Clinical Laboratory, Kyoto City Hospital
Hiroyuki Ishida
Department of Pediatrics, Kyoto City Hospital
Mitsuru Itoh
Department of Hematology and Blood and Hematopoietic Stem Cell Transplantation, Kyoto City Hospital

An attempt to diagnose hematological malignancies using a BD FACSLyric flow cytometry system was started in our departments of hematology and pediatrics. Cell analysis using this system substantially contributed to the prompt initiation of therapy of hematological malignancies. We would like to expand the indication of this system to not only diagnose but also to detect minimum residual disease in the near future.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:1–4)

Key words: Hematologic malignancies, Flow cytometry

当院で入院加療を行った新型コロナウイルス感染症 278 例の検討

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　新型コロナ対策専門調整部会）
後藤　健一　　山本　舜悟　　村松　高志　　後藤　希
森田　眞由　　熊原　秀和　　松永　珠青　　山田　雅　　村田　龍宣
萱原　慎理　　村上　あおい　　栃谷　健太郎

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　感染症科）
岩本　伸紀　　青木　一晃　　元林　寛　　輿語　葵　　清水　恒広

要　旨

2020 年 1 月 31 日から 2021 年 3 月 9 日までに入院した新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019：COVID-19）患者につき，後方視的に検討した．軽症が 84 例，中等症Ⅰが 113 例，中等症Ⅱが 67 例，重症が 14 例，人工呼吸器使用が 13 例，死亡が 17 例あった．経過中に，14 例の院内発症症例を加療している．入院時及び入院後の重症化や死亡率は，血液での予測マーカー及び年齢とよく相関していた．
（京市病紀 2021；41：5–12）

Key words：新型コロナウイルス（coronavirus disease 2019：COVID-19）

緒　　言

新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019：COVID-19）は，Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2（SARS-CoV-2）による感染症と定義され，2019 年 12 月に中国・武漢市で報告された後，全世界へ拡大した．本邦でも 2020 年 1 月の報告以来急激な拡大が続いている．

京都府では 2020 年 4 月 7 日から 5 月 21 日まで緊急事態宣言が発令されている．その後も感染者数の増加により，12 月 21 日から 2021 年 1 月 13 日まで時短要請，同 14 日から 2 月 28 日までは 2 回目の緊急事態宣言が発出されている．

当院は京都府における第二種感染症指定医療機関として，2020 年 1 月 31 日に京都府の第 1 例目を受け入れ後，2021 年 3 月 9 日までに 278 例の入院加療を行った．その間の 7 月 17 日には職員の SARS-CoV-2 PCR 陽性が確認され，関連する職員，患者，患者家族など計 29 例が陽性となるクラスターが発生し，内 14 例の入院加療を行い，8 月 10 日まで外来診療及び新規の COVID-19 入院症例の受け入れを中止した．

COVID-19 の重症化因子や治療成績について多くの報告が集積されつつあるが，地域での診療実態を明らかにするために，当院における患者背景，重症化や死亡に関連する因子について後方視的に検討を行った．

研究対象，方法

2020 年 1 月 31 日から 2021 年 3 月 9 日までに当院に入院した COVID-19 確定診断例 278 例について，診療記録から情報を収集し検討を行った．診断は，当院，他院，行政検査で行われた RT-PCR，または抗原キット陽性例で確定診断としている．治療は「新型コロナウイルス診療の手引き」[1]に基づく重症度により，「COVID-19 に対する薬物治療の考え方」[2]などを参考にして行った．また，同ガイドラインに重症化マーカーとして示される血液マーカー（白血球，リンパ球，ヘモグロビン，血小板，アルブミン，LDH，D–ダイマー，フェリチン）[1),3)]，また併存症として示される悪性腫瘍，慢性閉塞性肺疾患，慢性腎臓病，高血圧，喫煙歴などについて，重症化や死亡との関係を評価した．

統計処理は解析ソフト「JMP5.1」（SAS 社）を使用した．群間比較は，連続変数では Wilcoxon/ Kruskal-Wallis の検定，離散変数の場合は X^2 検定及び Fisher の正確検定を行った．

倫 理 的 配 慮

本研究は，ヘルシンキ宣言に基づき，「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠して行った．

成　　績

2020 年 1 月 31 日に，京都府の診断 1 例目の加療を開始し，2021 年 3 月 9 日までに中等症を中心に計 278 例の入院加療を行った（図 1）．患者背景を表 1 に示す．

入院時の重症度の内訳は，軽症が 84 例，中等症Ⅰが 113 例，中等症Ⅱが 67 例，重症が 14 例であった．年齢は 60.2 歳 ± 22.2，男性 171 例（61.5％），喫煙歴 126 例（51.0％），人工呼吸必要例 13 例（4.7％，うち 8 例が入院 24 時間以内に導入），死亡は 17 例（6.1％）であった．発症から入院までの平均期間は 6.35 日 ± 4.25 であった．入院時点で重症であった 14 例では，中等症Ⅱまでと比較し，男性が多く（13 例，$p = 0.013$），年齢が高く（mean 73.4 ± 9.50，$p = 0.027$），59 歳未満の例はなかった．発症から入院まで平均 9.25 ± 4.25 日を要していた（表 1）．

中等症Ⅱ以上では，Remdesivir，Tocilizumab，ステ

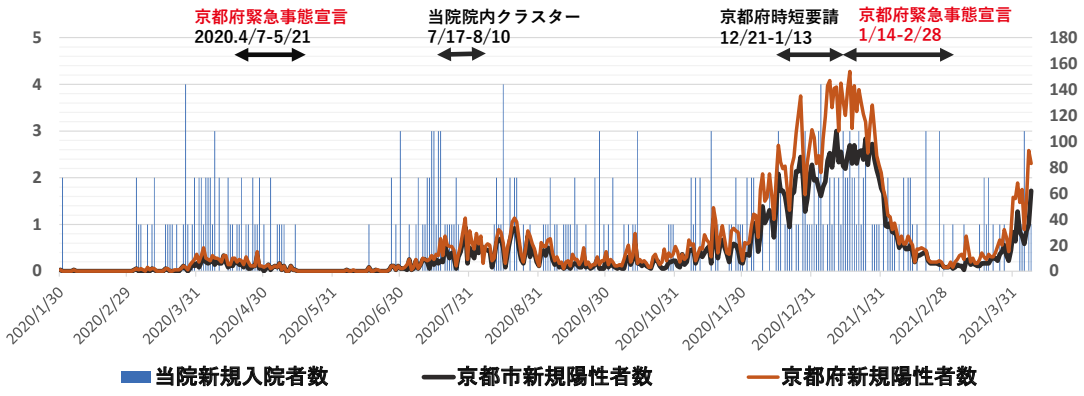


図 1　1 日あたり感染者数：当院，京都市，京都府

表 1　患者背景：入院時重症度別

	全症例	軽症、中等症	重症	*p*-value
人数	278	264	14	
入院時重症度 軽症／中等症Ⅰ／中等症Ⅱ／重症	84/113/67/14			
年齢（歳）※	60.2 ± 22.2	59.5 ± 22.7	73.4 ± 9.5	0.013
性別：男／女	171/107	158/106	13/1	0.027
A-DROP スコア※	0.89 ± 1.10	0.82 ± 1.07	2.14 ± 1.10	<0.0001
人工呼吸（+/−）	13/265	5/259	8/6	<0.0001
死亡（+/−）	17/262	12/252	5/10	<0.0001
発症から入院までの期間（日）※	6.35 ± 4.25	6.21 ± 4.21	9.25 ± 4.25	0.015
喫煙歴（過去及び現喫煙／喫煙歴なし）	126/121	117/118	9/3	0.088
心疾患（+/−）	19/259	18/246	1/13	0.936
慢性呼吸器疾患（+/−）	23/255	22/242	1/13	0.875
糖尿病（+/−）	57/221	53/211	4/10	0.443
悪性腫瘍（+/−）	29/249	27/237	2/12	0.219
高血圧（+/−）	89/189	84/180	5/9	0.761
WBC ※（/μL）	5983.3 ± 3361.4	5763.5 ± 3034.4	9907.9 ± 5893.1	0.0005
neutro ※（/μL）	4391.5 ± 3309.4	4143.3 ± 2940.3	8840.0 ± 5815.4	0.0002
lymph ※（/μL）	1078.0 ± 773.0	1088.1 ± 782.0	898.2 ± 585.2	0.413
eosin ※（/μL）	34.1 ± 60.8	34.0 ± 62.0	16.2 ± 28.1	0.07
Hb ※（g/dL）	14.0 ± 2.1	14.1 ± 2.1	13.8 ± 2.1	0.582
Plt ※（$\times 10^4/\mu L$）	20.7 ± 8.1	20.6 ± 7.9	22.8 ± 11.7	0.7
D-dimer ※（μg/ml）	2.00 ± 5.26	1.58 ± 3.07	9.49 ± 17.7	0.0002
ferritin ※（ng/ml）	515.3 ± 567.2	465.7 ± 517.4	1172.7 ± 517.4	<0.0001
CRP ※（mg/dL）	6.92 ± 21.6	6.42 ± 22.1	15.85 ± 8.41	<0.0001
LDH ※（U/L）	301.6 ± 173.9	285.3 ± 173.6	591.4 ± 348.2	<0.0001
Lactate ※（mmol/L）	2.02 ± 1.15	1.78 ± 0.69	3.12 ± 2.11	0.025
Alb ※（g/dL）	3.54 ± 0.63	3.59 ± 0.62	2.82 ± 0.23	<0.0001
NLR ※	7.03 ± 15.60	6.50 ± 15.43	16.40 ± 16.24	0.0003

※ Plus-minus values are means ± SD.
NLR: neutrophil-to-lymphocyte ratio

ロイド，ヘパリンが多く使用されていた（図２）．

入院時に軽症から中等症Ⅱまでであった 264 例について，入院後に死亡または重症まで悪化した 25 例を，それ以外の 239 例と比較した（表２）．増悪した例では年齢がより高く（mean 81.0 ± 9.23，$p < 0.0001$），56 歳未満の例はなかった．A-DROP が高く（1.96 ± 2.10，$p < 0.0001$），心不全（$p = 0.006$），腫瘍（$p = 0.017$），高血圧（$p = 0.0064$）のある例で多かった．血液マーカーとしては，白血球，好中球，リンパ球，好酸球，ヘモグロビン，血小板，D ダイマー，フェリチン，CRP，LDH，アルブミン，リンパ球／好中球（NLR）で有意に相関がみられた．発症から重症化までの日数は，平均 9.37 ± 5.03 日であった．薬剤については，Favipiravir（15/78 例），Remdesivir（14/42 例），Tocilizumab（10/14 例），ステロイド（19/74 例），ヘパリン（6/49 例）は，重症化した例で多く投与されていた．

死亡した 17 例とそれ以外との比較を行った（表３）．

年齢がより高く（84.9 ± 7.00，$p < 0.001$），68 歳未満での死亡はなかった．血液マーカーとしては，白血球，好酸球，血小板，LDH，CK，D- ダイマーとの相関がみられた．Remdesivir（9/52 例），Tocilizumab（5/18 例），ステロイド（7/71 例），ヘパリン（11/85 例）は，死亡例で多く投与されていた．

入院時に重症であった 14 例について，死亡例（５例）との比較を行った（表４）．年齢がより高く（81.0 ± 7.25，$p = 0.039$），ヘモグロビン（$p = 0.013$），アルブミン（$p = 0.003$）と相関がみられた．ステロイド（2/11 例）では死亡が有意に少なく，ヘパリン（3/12 例），Remdesivir（2/12 例）及び Tocilizumab（1/4 例）を投与した例でも死亡が少なかった．

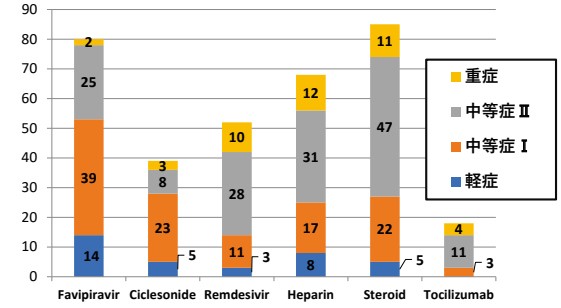


図 2a　処方薬：重症度別

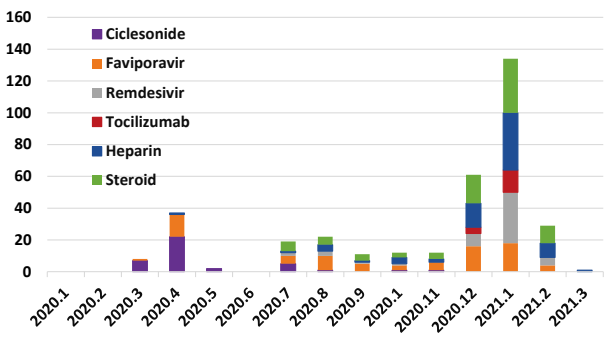


図 2b　月ごと入院者数：処方薬別

考　　察

当院は第二種感染症指定医療機関として，感染症（８床）及び結核（12 床）の計 20 床での診療を行っている．京都府の第一種（２床），及び第二種感染症病床（36 床），結核病床（93 床）の合計 131 床の 15.2％を占める[4]．当院は３月９日時点で 278 例，４月８日時点では 294 例の COVID-19 診療を行い，４月８日時点の京都府の入院症例 3226 例の 9.11％を占めた．

また，同日時点での入院死亡率は，当院が 5.44％，京都府が 5.36％（173 例 /3226 例）であり，大きく乖離のない成績と考えられる．

当院での入院例は年齢が平均 60.2 歳と高く，中等症Ⅰが 40.2％を占め，発症から入院まで，約 6.35 日を要していた．

入院時点で重症であった症例は，より年齢が高く，発症から入院までの期間が長かった．入院後に重症化した症例でも年齢が大きく関与していた．また，既報で挙げられている血液マーカーも重症化に強く相関していた．年齢は死亡に関しても強く相関を示していた．

いずれの治療薬も，入院時または入院後の重症化症例や，死亡症例で多く使用されていた．薬剤投与により悪化したというよりは，重症化する症例に対して薬剤を投与しているための結果と思われた．

このバイアスを避けるため，入院時に重症であった症例における死亡と薬剤投与を観察すると，ステロイド，ヘパリン，Remdesivir 及び Tocilizumab 投与症例では死亡が少なかった．

今回解析を行った 278 例の最終入院日となる３月９日時点では，「COVID-19 に対する薬物治療の考え方」[2]は 2021 年２月１日の第７版が最新であった．Remdesivir については，主に低用量の酸素投与例について，症状の改善の有[5),6)]無[7)]についての報告や，死亡率に差がない報告[8)]が記載されている．その後，中等症から重症例の生存率を改善した報告などが見られる[9)]．今回は，重症例では投与による死亡率の減少傾向が見られ，同報告に沿った結果となった．

同ガイドラインでは Tocilizumab について，総死亡率を減らした報告はないと記載されているが[10),11)]，その後，入院例や ICU 加療例での死亡率の低減に寄与するとされた[12)]．今回は重症例においては，投与例での死亡が少ない傾向にあり，これらの報告と矛盾せず，効果を期待させる結果となったと考えられる．

今回は，いずれの薬剤も全症例で観察すると死亡例及び入院時や入院後の重症例で多く投与されており，後ろ向き研究での効果の評価の困難さが示されたものと考える．重症例に関しては薬剤の効果が示されたが，症例が少ない事から，より大規模で，前向きの評価が必要であると考えられる．

また，同疾患では，発症初期はウイルス増殖，後期は宿主免疫による炎症反応が主病態であるとされ，時相により病態が異なる[13)]．発症からの時期により病態の異なる例を比較する事となるため，薬剤の効果判定には前向

表2 患者背景（入院時軽症～中等症）：重症化の進行有無別

	重症化なし	重症化あり	*p*-value
人数	239	25	
年齢（歳）※	57.2 ± 22.5	81.0 ± 9.23	<0.0001
性別：男／女	149/99	18/7	0.193
入院時重症度 軽症／中等症Ⅰ／中等症Ⅱ	81/107/51	3/6/16	<0.0001
A-DROP スコア※	0.70 ± 0.99	1.96 ± 1.10	＜ 0.0001
人工呼吸（+/-）	239/0	20/5	＜ 0.0001
死亡（+/-）	0/239	12/13	＜ 0.0001
院内感染（+/-）	11/228	2/23	0.711
発症から入院までの期間（日）※	6.10 ± 4.11	7.30 ± 5.04	0.302
喫煙歴：（+/-）	106/112	11/6	0.201
心疾患（+/-）	13/226	5/20	0.006
慢性呼吸器疾患（+/-）	18/221	4/21	0.145
糖尿病（+/-）	53/211	7/18	0.299
悪性腫瘍（+/-）	21/218	6/19	0.017
高血圧（+/-）	70/169	14/11	0.0064
WBC ※（/μL）	5612.6 ± 2935.6	7121.6 ± 3598.9	0.0272
neutro ※（/μL）	3918.6 ± 2757.8	6195.6 ± 3746.2	0.0012
lymph ※（/μL）	1123.1 ± 801.1	768.5 ± 484.2	0.0007
eosin ※（/μL）	37.7 ± 64.3	10.7 ± 23.0	0.0019
Hb ※（g/dL）	14.2 ± 2.1	13.2 ± 1.93	0.037
Plt ※（$\times 10^4/\mu L$）	20.9 ± 8.0	18.0 ± 6.0	0.016
D-dimer ※（μg/ml）	1.36 ± 2.70	3.44 ± 4.97	<0.0001
ferritin ※（ng/ml）	438.2 ± 489.0	711.5 ± 695.8	0.02
CRP ※（mg/dL）	5.93 ± 23.1	10.8 ± 7.16	<0.0001
LDH ※（U/L）	275.9 ± 173.9	369.6 ± 150.0	0.0006
Lactate ※（mmol/L）	1.75 ± 0.73	1.88 ± 0.59	0.31
Alb ※（g/dL）	3.64 ± 0.61	3.06 ± 0.46	<0.0001
NLR ※	6.11 ± 15.90	10.32 ± 9.50	0.0002
処方薬			
Favipiravir（+/-, %）	63/176（26.4%）	15/10（60%）	
Remdesivir（+/-, %）	28/211（11.7%）	14/11（56%）	
Tocilizumab（+/-, %）	4/235（1.7%）	10/15（40%）	
Steroid（+/-, %）	55/184（23.0%）	19/6（76%）	
Heparin（+/-, %）	43/196（18.0%）	6/19（24%）	

※ Plus-minus values are means ± SD.
NLR: neutrophil-to-lymphocyte ratio

表3　患者背景：死亡有無別

	非死亡例	死亡症例	*p*-value
人数	261	17	
年齢（歳）※	58.6 ± 22.1	84.9 ± 7.00	＜ 0.001
性別：男／女	158/103	13/4	0.191
入院時重症度 軽症／中等症Ⅰ／中等症Ⅱ／重症	83/107/62/9	1/6/5/5	＜ 0.001
A-DROP スコア※	0.78 ± 1.02	2.53 ± 1.01	＜ 0.0001
人工呼吸（ +/− ）	9/252	4/13	＜ 0.0001
院内感染（ +/− ）	13/248	16/1	0.869
発症から入院までの期間（日）※	6.26 ± 4.15	7.81 ± 5.60	0.352
喫煙歴 :（ +/− ）	117/119	4/7	0.392
心疾患（ +/− ）	15/2246	4/13	0.005
慢性呼吸器疾患（ +/− ）	22/239	1/16	0.712
糖尿病（ +/− ）	51/210	6/11	0.12
悪性腫瘍（ +/− ）	25/236	4/13	0.068
高血圧（ +/− ）	81/180	8/9	0.17
WBC ※（ /μL ）	5798.0 ± 3087.1	8675.9 ± 5565.7	0.0068
neutro ※（ /μL ）	4176.6 ± 2981.7	7702.2 ± 5752.1	0.0018
lymph ※（ /μL ）	1085.6 ± 781.5	961.6 ± 639.1	0.426
eosin ※（ /μL ）	36.0 ± 62.1	4.47 ± 23.0	0.0005
Hb ※（ g/dL ）	14.1 ± 2.06	12.7 ± 1.94	0.0078
Plt ※（ $\times 10^4/\mu L$ ）	20.0 ± 8.0	16.7 ± 7.90	0.019
D-dimer ※（ μg/ml ）	1.88 ± 5.29	3.82 ± 4.62	0.0001
ferritin ※（ ng/ml ）	489.2 ± 530.5	894.1 ± 907.9	0.126
CRP ※（ mg/dL ）	6.74 ± 22.3	9.57 ± 5.55	0.0015
LDH ※（ U/L ）	288.6 ± 178.5	490.4 ± 339.2	0.0007
Lactate ※（ mmol/L ）	1.99 ± 1.17	3.06 ± 1.15	0.32
Alb ※（ g/dL ）	3.58 ± 0.63	3.06 ± 0.40	0.0004
NLR ※	6.77 ± 15.7	11.4 ± 13.1	0.029
処方薬			
Remdesivir（ +/−, % ）	43/218（ 16.5% ）	9/8（ 47% ）	
Tocilizumab（ +/−, % ）	13/248（ 5.0% ）	5/12（ 29.4% ）	
Steroid（ +/−, % ）	74/187（ 28.4% ）	11/6（ 64.7% ）	
Heparin（ +/−, % ）	62/199（ 23.8% ）	12/5（ 70.6% ）	

※ Plus-minus values are means ± SD.
NLR: neutrophil-to-lymphocyte ratio

表4 患者背景（重症症例）死亡有無別

	非死亡例	死亡症例	*p*-value
人数	9	5	
年齢（歳）※	69.1 ± 7.98	81.0 ± 7.25	0.039
性別：男／女	9/0	1/4	0.164
A-DROP スコア※	1.67 ± 0.87	3.00 ± 100	0.315
人工呼吸（+/−）	4/5	4/1	0.186
喫煙歴：（+/−）	10.8 ± 3.81	6.25 ± 3.77	0.877
心疾患（+/−）	6/3	0/3	0.248
慢性呼吸器疾患（+/−）	0/9	1/4	0.164
糖尿病（+/−）	1/7	0/5	0.439
悪性腫瘍（+/−）	2/7	2/3	0.48
高血圧（+/−）	0/19	2/3	0.04
Hypertension:（+/−）	4/5	1/4	0.36
WBC ※（/μL）	9190.0 ± 4415.7	11200.0 ± 8403.8	1
neutro ※（/μL）	7882.6 ± 4364.2	10994.3 ± 8691.2	0.758
lymph ※（/μL）	862.9 ± 519.8	977.8 ± 798.3	1
eosin ※（/μL）	23.4 ± 31.6	16.3 ± 28.14	0.132
Hb ※（g/dL）	14.8 ± 1.78	12.0 ± 1.28	0.013
Plt ※（$\times 10^4/\mu L$）	25.2 ± 11.7	18.3 ± 11.7	0.205
D-dimer ※（μg/ml）	12.2 ± 20.1	3.37 ± 1.94	0.643
ferritin ※（ng/ml）	1213.7 ± 792.4	1049.6 ± 926.0	0.782
CRP ※（mg/dL）	17.9 ± 9.07	12.2 ± 6.27	0.317
LDH ※（U/L）	497.4 ± 210.2	790.6 ± 499.9	0.462
Lactate ※（mmol/L）	4.24 ± 3.32	2.56 ± 1.58	0.355
Alb ※（g/dL）	2.74 ± 0.25	2.96 ± 0.09	0.03
NLR ※	14.9 ± 15.7	19.7 ± 19.3	0.537
処方薬			
Remdesivir（+/−, %）	8/1（88.9%）	2/3（40%）	
Tocilizumab（+/−, %）	3/6（66.7%）	1/4（20%）	
Steroid（+/−, %）	9/0（100%）	2/3（40%）	
Heparin（+/−, %）	9/0（100%）	3/2（60%）	

※ Plus-minus values are means ± SD.
NLR: neutrophil-to-lymphocyte ratio

き試験が必要であると考える．

入院後重症化した症例では，発症日から平均9.37 ± 5.03日で重症化しており，入院時重症例の発症日から入院日までの平均9.25 ± 4.25日と同等であった．既報に沿った経過であるが，重症化に至る時期として，より早期からの観察が望ましいと示唆される．

当院は京都府における第二種感染症指定医療機関として，中等症を中心に，京都府における標準的な診療を行うことができたものと考えられる．血液マーカーでの予後予測や，薬剤の効果については，既報と矛盾しない効果が確認された．

国内の単施設での報告としては症例数が多く，地域での診療実態と既報の内容に大きく乖離がない点を示すことができたと考える．

薬剤による効果判定には，より大規模で前向きの研究が必要と考えられた．

謝　　辞

新型コロナウイルス感染症の入院病棟である6AB病棟スタッフの方々，感染症科の先生方を始め診療に当たられた方々，ご教授頂きました感染症科の先生方に深謝致します．

引 用 文 献

1）診療の手引き検討委員会：新型コロナウイルス感染症COVID-19診療の手引き第4.2版．2021，p1-54.
2）日本感染症学会：COVID-19に対する薬物治療の考え方　第7版．2021，p1-16.
3）Sugiyama M, Kinoshita N, Ide S, et al：Serum CCL17 level becomes a predictive marker to distinguish between mild/moderate and severe/critical disease in patients with COVID-19. Gene 2021；766：14515.
4）厚生労働省：感染症指定医療機関の指定状況［internet］．https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou15/02-02.html［accessed2020.10.01］
5）Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, et al：Remdesivir for the Treatment of Covid-19 -Final Report. N Engl J Med 2020；383(19)：1813-1826.
6）Spinner CD, Gottlieb RL, Criner GJ, et al：Effect of Remdesivir vs Standard Care in Clinical Status at 11 Days in Patients With moderate COVID-19：A Randomized Clinical Trial. JAMA 2020；324(11)：1048-1057.
7）Wang Y, Zhang D, Du G, et al：Remdesivir in adults with severe COVID-19：a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. Lancet. 2020；395(10236)：1569-1578.
8）Pan H, Peto R, Henao-Restrep AM, et al：Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19- Interim WHO Sokidarity Trial Results. N Engl J Med 2021；384：497-511.
9）Sarfez A, Sarfez Z, Sanchez-Gonalez M, et al：Turk J Emerg Med. 2021；21(2)：43-50.
10）Stone JH. Frigault MJ, Serling- Bpyd NJ, et al：Efficacy of Tocilizumab in Patients Hospitalized with Covid-19. N Engl J Med 2020；383(24)：2333-2344.
11）Salama C, Han J, Yau L, et al：Tocilizumab in Patients Hpspitalized with Covid-19 Pneumonia. N Engl J Med 2021；384(1)：20-30.
12）RECOVERY coravorative Group：Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19（RECOVERY）：a randomized, controlled, open-label, platform trial. Lancet 2021；397(10285)：1637-1645.
13）Cevic M, Kuppalii K, Kudrachuk J, et al：Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. BMJ 2020；371：m3862.

Abstract

Clinical Status and Prognosis of 278 Patients with COVID-19 Hospitalized and Treated in Our Hospital

Kenichi Goto, Syungo Yamamoto, Takashi Muramatsu, Nozomi Goto,
Mayu Morita, Hidekazu Kumahara, Tamao Matsunaga,
Masashi Yamada, Tatsunori Murata, Shinri Kayahara,
Aoi Murakami and Kentaro Tochiya
Committee for COVID-19, Kyoto City Hospital
Nobuki Iwamoto, Kazuaki Aoki, Hiroshi Motobayashi,
Aoi Yogo and Tsunehiro Shimizu
Department of Infectious Diseases, Kyoto City Hospital

We retrospectively assessed the clinical status and prognosis of 278 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) who were admitted to our hospital from January 31, 2020 to March 9, 2021. At the time of admission, 84, 113, 67 and 14 patients had mild, moderate stage I, moderate stage II, and severe disease, respectively. Seventeen patients died and 13 patients received mechanical controlled ventilation. During this period, we treated 14 patients who were infected in our hospital. Severity and mortality correlated well with serum biomarkers and age.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:5–12)

Key words: Coronavirus disease 2019: COVID-19

川崎病が疑われ，血球貪食性リンパ組織球症様の病態を示した急性炎症性疾患の１例

（地方独立行政法人京都市病院機構京都市立病院　小児科）
松浦　周※　　天谷　英理子　　田村　真一　　石田　宏之　　岡野　創造　　黒田　啓史

要　　旨

症例は７歳女児．臨床所見から不全型川崎病を疑い免疫グロブリン療法（intravenous immunoglobulin：IVIG）を施行されたが，高熱と２系統の血球減少が進行し両肺に多発結節影を認めた．血球貪食性リンパ組織球症（hemophagocytic lymphohistiocytosis：HLH）も疑われたため，両者に有効なステロイドパルス療法を施行したところ，臨床症状は改善し肺結節影は消失した．川崎病および HLH は共通する臨床症状，検査所見があり，また両者を合併することもあるため，診断や治療選択に苦慮することも多い．今回川崎病が疑われ，HLH 様の病態を示した急性炎症性疾患の１例を報告する．
（京市病紀 2021；41：13–17）

Key words：川崎病，血球貪食性リンパ組織球症，肺結節
※　現　市立大津市民病院　小児科

は　じ　め　に

川崎病は乳幼児に好発する原因不明の全身性血管炎で，ときに冠動脈瘤などの心合併症をきたす．炎症を早期に終息させ冠動脈瘤の発生を抑制することが治療の主な目的である．診断基準を満たさない疑い例でも冠動脈瘤を生じることがあり，治療開始の判断が急がれる．稀に血球貪食性リンパ組織球症（hemophagocytic lymphohistiocytosis：HLH）や多発肺結節を合併し非典型的な臨床所見を呈して診断に苦慮することがある．今回，川崎病が疑われ HLH 様の病態を示した急性炎症性疾患の１例を経験したので報告する．

症　　例

症　例：７歳　女児
主　訴：発熱，眼球結膜充血，紅斑，活気低下
既往歴：先天性股関節脱臼（Riemenbugel 装着）
家族歴：特記事項なし
現病歴：当院入院９日前（この日を第１病日とする）から発熱し活気が低下した．高熱が持続したため第５病日に前医を受診したが，血液検査で白血球数 1860 /μL（好中球 45.2%，リンパ球 50.0%），ヘモグロビン 12.9 g/dL，血小板数 17.0×10^4 /μL，CRP 0.69 mg/dL とウイルス感染が示唆される所見であった．同日夕方から眼球結膜充血，紅斑が出現し，第７病日に前医入院となった．咽頭 A 群 β 溶連菌迅速検査，アデノウイルス迅速検査は陰性であった．川崎病の主要症状４項目（発熱，両側眼球結膜の充血，口唇・口腔所見：口唇の紅潮・いちご舌，発疹）があり，心臓超音波検査で冠動脈の輝度上昇，心嚢液の貯留を認め，川崎病が疑われた．大量免疫グロブリン療法（intravenous immunoglobulin：IVIG）2 g/kg とアスピリン 30 mg/kg/day の治療を開始したが発熱が持続し，２系統の血球減少の進行，フェリチン上昇（620 ng/mL）があり，第９病日に当院へ転院となった．

転院時現症：心拍数 84 / 分，血圧 92/40 mmHg，体温 39.2℃，SpO2 99%（室内気）．意識清明，両側眼球結膜の充血あり，いちご舌と咽頭の発赤を認めた．頸部リンパ節腫脹なし．呼吸音は清でラ音なく，心音は整で雑音なし．腹部は平坦で軟，肝臓と脾臓を触れなかった．四肢に硬性浮腫なく髄膜刺激徴候を認めなかった．顔面頬部，体幹，四肢に紅斑を認めた．

検査所見：血液検査（表１）：白血球数 1320 /μL（好中球 68.0%，リンパ球 25.5%，単球 6.0%，好塩基球 0.5%），血小板数 13.8×10^4 /μL と２系統の軽度の血球減少，アルブミンの低下と肝逸脱酵素の軽度上昇を認めた．またフィブリノーゲンは 147.8 mg/dL と低下し，D-dimer 5.78 g/mL，フェリチン 543.0 ng/mL，尿 β2 ミクログロブリン 37,865 g/g・Cre，可溶性インターロイキン２受容体（sIL-2R）は 1850 U/mL と上昇していた．リウマチ因子，抗核抗体，抗 ds-DNA 抗体，PR3-ANCA，MPO-ANCA はいずれも陰性であった．

胸部レントゲン検査：肺血管陰影は増強し，両肺野に多数の小結節陰影を認めた（図 1A）．

心臓超音波検査：少量の心嚢液が貯留し，左冠動脈壁の輝度上昇を認めた．左冠動脈主幹部の最大径は 3.4 mm（Z スコア　+2.3），左前下行枝の最大径は 2.5 mm（Z スコア　+1.3）であり主幹部は軽度の拡大を認めた（図 1 B, C）．

感染症検査：喀痰抗酸菌培養と T-SPOT は陰性，β–D グルカンは 9.2 pg/mL であった．また EB ウイルス VCA-IgG，EBNA，サイトメガロウイルス IgM はいずれも感度未満で血清 EB ウイルス定量 PCR は 100 copies/mL 未満であった．

転院後経過（図２）：非典型的な検査所見で除外診断すべき疾患も残っていたが，川崎病の診断基準に合致したため，第 10 病日から IVIG（２g/kg/day）の追加投与，

表 1　転院時血液検査

（血算）		（生化学）			（自己抗体）		
WBC	1320 /μL	CRP	1.04	mg/dL	RF	2.7	IU/mL
Stab	19.0 %	Ferritin	543	ng/mL	抗核抗体	<40	倍
Seg	49.0 %	Cre	0.41	mg/dL	抗dsDNA抗体	2.0	IU/mL
Lymph	25.5 %	BUN	7.6	mg/dL	PR3-ANCA	0.5	IU/mL
Mono	6.0 %	Na	136	mEq/L	MPO-ANCA	<0.5	IU/mL
Hb	11.9 g/dL	K	3.6	mEq/L	（感染症）		
PLT	13.8×10^4 /μL	Cl	104	mEq/L	T-SPOT	0/0	パネルA/B
（凝固）		T-Bil	0.4	mg/dL	β-Dグルカン	9.2	pg/mL
PT-INR	1.15	Alb	2.9	g/dL	アスペルギルス抗原	0.4	index
APTT	45.5 sec	AST	65	U/L	クリプトコッカス抗原	陽性	
Fibrinogen	147.8 mg/dL	ALT	33	U/L	EB VCA IgG	<10	倍
D-dimer	5.78 μg/mL	LD	553	U/L	EBV EBNA	<10	倍
（培養検査）		CK	63	U/L	CMV　IgG	10.2	index
血液培養	陰性	NT-proBNP	91	pg/mL	CMV　IgM	<0.8	index
喀痰培養	陰性				マイコプラズマ核酸	検出せず	
					（尿検査）		
					β2-マイクログロブリン	37,865	μg/g・Cre

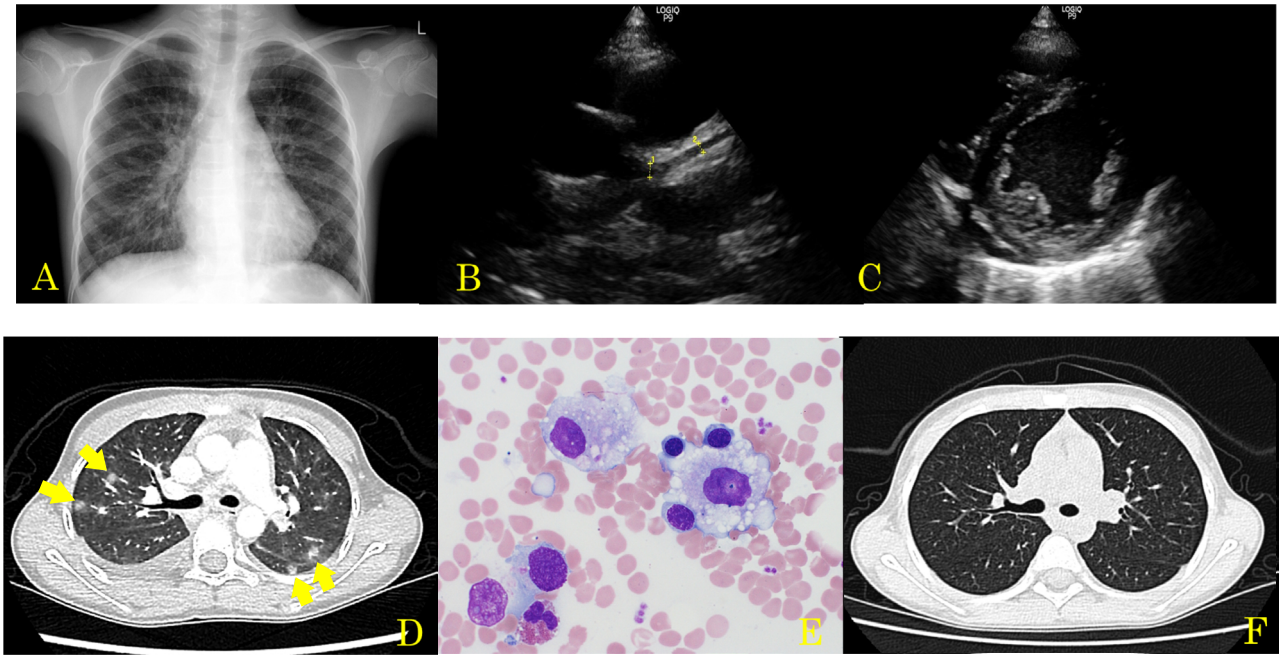


図 1　検査画像一覧
A．胸部レントゲン検査：杯血管陰影は増強し，両肺野に小結節陰影を指摘された．
B，C．心臓超音波検査：左冠動脈壁の輝度上昇を認めたが，差冠動脈主幹部の最大径は 3.4 mm，左前下行枝の最大径は 2.5 mm であり，主幹部の軽度の拡大が示唆された．少量の心嚢液が貯留を認めた．
D．入院時胸部 CT 検査：両肺に周囲にすりガラス陰影を伴う 3〜13 mm の結節影が，非小葉中心性に広範囲に散見された．
E．骨髄検査：芽球の増加はなく，血球貪食像も見られなかった．
F．第 19 病日胸部 CT 検査：両肺の結節影は消失していた．

第 11 病日からウリナスタチン（15000 U/kg/day）の投与を開始した．しかし 39℃ 以上の高熱が持続し肝脾腫が出現した．感染症，HLH や膠原病・血管炎の鑑別のため各種検査を施行した．胸部 CT 検査では周囲にすりガラス陰影を伴う 3〜13 mm の結節影を両肺，非経気管分布性・非小葉中心性に多数認めた（図 1D 矢印）．骨髄検査は細胞数 7.7 万 /μL と軽度の低形成，M/E 比 7.3 で芽球の増加はなく，血球貪食像は明らかではなかったが活性

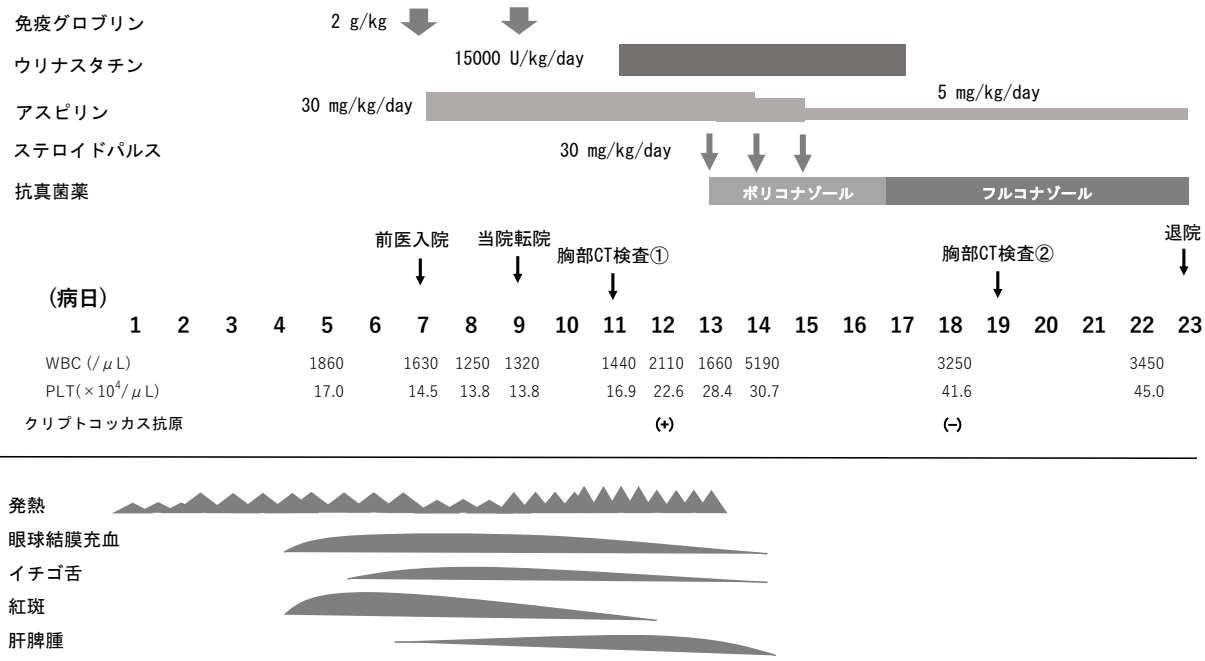


図2　経過表

化したマクロファージを1.2%認めた（図1E）．眼底検査では網膜に血管炎や滲出斑を認めなかった．第12病日も高熱が持続し，HLHの診断基準の4項目（38.5℃以上の発熱の持続，脾腫，フィブリノゲン≦150 mg/dL，フェリチン≧500 ng/mL）に合致した．HLHの診断基準は満たさなかったが，末梢血での血球減少とsIL-2R高値から，不全型川崎病またはHLHの可能性を考慮し両者に有効なメチルプレドニゾロンパルス（methylprednisolone pulse : mPSLパルス）療法（30 mg/kg，3日間）を開始した．第13病日には解熱し，臨床症状は速やかに改善した．両肺結節影は川崎病やHLHに伴う炎症性病変と考えられたが，真菌感染症の可能性を否定できずボリコナゾールを併用したが，入院時のクリプトコッカス抗原が弱陽性と判明しフルコナゾールに変更した．変更直後の第18病日の再検で同抗原は陰性であり，第19病日の胸部CT検査で肺結節影は消失していた（図1F）．心臓超音波検査では冠動脈瘤を生じることなく，第23病日に退院した．抗真菌剤中止後の外来フォローでも，呼吸器症状や胸部写真に異常陰影を認めていない．現在発症後2年経過したが，症状の再燃はなく全身状態は良好である．

転院時サイトカイン結果：IL-6 23.3 pg/mL（参考基準値< 4.0），IL-18 3690 pg/mL（参考基準値< 661），TNF-α26.4 pg/mL（参考基準値2.27–11.2）．

考　　察

本症例では軽度の肝脾腫や血球減少，高フェリチン血症や低フィブリノーゲン血症などHLHを示唆する所見と両肺多発結節陰影という通常の川崎病の経過ではみられない特徴がみられた．川崎病の主要所見4つと冠動脈の拡張所見を認めており，川崎病の診断基準を満たすが，汎血球減少など検査所見は非典型的で，他疾患（病原抗原・培養検査や臨床経過から猩紅熱，ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群，麻疹，薬物反応，若年性特発性関節炎は否定的）の除外後も確定診断できなかった．しかし，転院時のサイトカイン検査で認めたIL-6の軽度上昇に比べ優位なIL-18やTNF-αの高値は，通常の急性期川崎病ではなくHLHを合併した川崎病を示唆する結果であった[1]．

一方，HLHは感染症，悪性腫瘍，自己免疫疾患などが原因で生じる．感染症関連HLHでは様々なウイルス，細菌，原虫および真菌が原因となるが，ウイルスが原因のことが多い．感染症治療に加えてステロイドまたはIVIGの使用が推奨されている[2]．川崎病にHLHを合併した症例の報告では川崎病の1.1～1.9%にHLHを合併し，5歳以上に多い[3]．73%が川崎病の診断後にHLHを発症しているが，HLHの診断後に川崎病の診断基準を満たした症例も6%みられる．診断基準のうち発熱，高フェリチン血症，骨髄での貪食像，脾腫などが頻度の多い所見とされる[4]．治療法としてIVIGに加え87%にステロイド，次いで49%にシクロスポリンが選択されるが，それでも冠動脈病変を生じるリスクが高いとの報告がある[1]．川崎病，感染症関連HLHの両者の併存が疑われる場合，適切な治療開始の遅れにより深刻な合併症，転帰となるおそれがある．川崎病関連HLHではステロイド治療が[3),4)]，感染症関連HLHではステロイドまたはIVIGがそれぞれ第一選択となる．診断基準を完全に満たさない場合でも，原疾患の検索を行いながら遅滞なく治療を開始すべきであり，IVIG投与後には冠動脈瘤形成がない限りステロイド療法が比較的安全に行える点で第一選択として考慮される．

表 2　肺結節を伴った川崎病の既報まとめ

報告者	年齢	性別	不完全型川崎病	治療	肺結節の確認時期	肺病変の改善・消失日	冠動脈瘤
Freeman[7]	4ヶ月	男	x	IVIG	3週	NA	有
	6ヶ月	男	○	IVIG	2ヶ月	1年	有
	5ヶ月	男	○	IVIG	14日	3週	有
河井[8]	3ヶ月	女	○	ウリナスタチン	15日	43日	有
Itani[9]	4ヶ月	男	○	IVIG	15日	1年	−
五十嵐[10]	8ヶ月	男	x	IVIG	5日	18日	無
Akagi[11]	4ヶ月	女	○	IVIG	40日	130日	無
	5ヶ月	女	○	IVIG	9日	20日	有
Higuchi[12]	9歳	女	○	IVIG	（入院後）2日	（入院後）13日	無

小児の多発肺結節の鑑別診断として，肺結核，アスペルギルスやクリプトコッカスなどの感染症，敗血症性肺塞栓，ウェゲナー肉腫症やサルコイドーシスなどに伴う肉芽腫性病変やランゲルハンス細胞性組織球症があげられる．本症例では β-D グルカンが陰性であったが画像所見から肺真菌症を否定できず，mPSL パルス療法に抗真菌薬を併用した．治療後肺結節が速やかに消失したこと，通常クリプトコッカス抗原は症状改善後も数ヶ月陽性となることが多い[5]にも関わらず数日後の再検で陰性だったこと，悪性腫瘍や全身性エリテマトーデスなどの基礎疾患により偽陽性となりうる[6]ことから，初回の同抗原は偽陽性と考えられ，川崎病や HLH による炎症性病変が示唆された．

川崎病では単純レントゲン写真で 15% に何らかの肺病変が認められるが，両側性の肺結節影は非常に稀である[7]．川崎病に伴う肺結節陰影は，組織学的に肺胞と周囲の小中動脈へのリンパ球，マクロファージ，IgA 形質細胞と少数の好中球の浸潤を主とする炎症性病変と報告されている[7]．肺結節を伴う川崎病の既報をまとめると，8/10 例が不全型川崎病であり，診断がつかず治療開始に 2 週間以上を要した症例を除外すれば，IVIG 療法後 3 週で主要症状・肺結節影とも改善した[7~12]（表 2）．一方，HLH でも両肺多発結節影を合併した報告がある[13),14)]．Epstein-Barr ウイルス（EB ウイルス）による HLH で両肺多発結節影を生じた報告では，肺病変の生検で血管への組織球，リンパ球浸潤を認め，mPSL パルス療法後 HLH 症状改善とともに両肺結節影は速やかに消失している[14)]．本症例も mPSL パルス療法後川崎病様，HLH 様症状の改善とともに肺結節が速やかに消失した．両肺結節病変は川崎病もしくは HLH の病態との関与を示唆する経過であり，川崎病，HLH といった急性炎症性疾患に伴う炎症性結節であった可能性が高いと考えられた．

結　　語

今回川崎病が疑われ，HLH 様の病態を示した急性炎症性疾患の 1 例を経験した．本症例は川崎病，HLH のいずれの診断基準をも満たさず，また両肺結節性病変など非典型な症状を合併し診断に苦慮した．重症化や後遺症を防ぐには早期に炎症を抑える必要があり，鑑別診断を的確に行いながら治療方針を決定することが重要と考えられた．

論文投稿に際し，御家族から論文掲載についての承諾を得ている．

引　用　文　献

1）Jinkawa A, Shimizu M, Nishida K, et al: Cytokine profile of macrophage activation syndrome associated with Kawasaki disease. Cytokine 2019；119：52–56.
2）日本小児血液・がん学会 組織球症委員会：小児 HLH 診療ガイドライン 2020 Vr.1.0 [internet]. https://www.jspho.org/pdf/journal/hlh/hlh2020_v1.pdf [accessed 2021. 04. 13]
3）Latino GA, Manlhiot C, Yeung RSM, et al：Macrophage activation syndrome in the acute phase of Kawasaki disease. J Pediatr Hematol Oncol 2010; 32: 527–531.
4）Garcia-Pavon S, Yamazaki-Nakashimada M, Baez M, et al: Kawasaki disease complicated with macrophage activation syndrome：a systematic review. J Pediatr Hematol Oncol 2017；39：445–451.
5）道津安正，石松祐二，高谷洋，他：肺クリプトコッカス症 16 例の臨床的検討―血清クリプトコッカス抗原価の推移に着目して―．感染症誌　2005；79：656–663.
6）Isseh IN, Bourgi K, Nakhle A, et al：False-positive cerebrospinal fluid cryptococcus antigen in Libman-Sacks endocarditis. Infection 2016；44：803–805.

7）Freeman AF, Crawford SE, Finn LS, et al：Inflammatory pulmonary nodules in Kawasaki disease. Pediatric Pulmonology 2003；36：102-106.
8）河井容子，岡達二郎，小澤誠一郎，他：肺野に結節病変を認めた川崎病の1例．Prog Med 2008；28：1665-1668.
9）Itani MH, Zakhour RG, Haddad MC, et al：Prolonged fever with pulmonary nodules in a 4-month-old baby. Pediatr Infect Dis J 2010；29：784.
10）五十嵐梨紗，清水博之，神垣佑，他：両肺にびまん性肺結節陰影を認めた川崎病の1例．小児感染免疫 2016；28：265-270.
11）Akagi K, Abe J, Tanaka K, et al: Kawasaki disease with pulmonary nodules and coronary artery involvement: a report of two cases and a review of the literature. Int J Rheum Dis 2017；20：1862-1864.
12）Higuchi Y, Ochi M, Shimizu J, et al：A 9-year-old girl with Kawasaki disease and pulmonary nodules. Clinl Rheumatol 2020；12：1-2.
13）Tateishi U, Nishihara H, Okano M, et al: High-resolution CT findings of macrophage activation syndrome：a case report. Pediatr Radiol 2000；30：699-701.
14）Zayed Y, Osman M, Kheiri B, et al：Bilateral pulmonary nodules and intravascular pulmonary histiocytosis：a rare presentation of hemophagocytic lymphohistiocytosis secondary to Epstein-Barr virus infection. Respiratory Medicine Case Reports 2019；26：11-13.

Abstract

A Case of Acute Inflammatory Disease Suspected to be Incomplete Kawasaki Disease and with a Clinical Course Resembling Hemophagocytic Lymphohistiocytosis

Amane Matsuura*, Eriko Amaya , Shinichi Tamura,
Hiroyuki Ishida, Sozo Okano and Hiroshi Kuroda
Department of Pediatrics, Kyoto City Hospital

A 7-year-old girl was suspected of having incomplete Kawasaki disease. We started treating her with intravenous immunoglobulin (IVIG), but her fever and thrombocytopenia progressed and multiple pulmonary nodules were found on her chest computed tomography. Methylprednisolone pulse therapy, which is effective against both Kawasaki disease and hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) was added because HLH was also suspected. After treatment, there was immediate improvement in her symptoms and the bilateral pulmonary nodular shadows had completely disappeared. Kawasaki disease and HLH have similar symptoms and sometimes the two diseases coexist. It is sometimes difficult to distinguish Kawasaki disease from HLH, and to decide which treatment to use. This was a case of acute inflammatory disease suspicious of incomplete Kawasaki disease that had a clinical course similar to that of HLH.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:13–17)

Key words: Kawasaki disease, Hemophagocytic lymphohistiocytosis, Pulmonary nodules

* Department of Pediatrics, Otsu City Hospital

慢性好中球性白血病の一例

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　血液内科）
松井　道志　　田村　直紀　　井上　雄太　　奥田　健大　　宮原　裕子　　伊藤　満

（日本医科大学　血液内科）
山口　博樹

要　旨

82 歳男性．節性濾胞辺縁帯リンパ腫 stage Ⅳに対し R-CVP 療法 6 コース施行後，完全寛解の治療効果を得た．治療終了約 2 年後，PET/CT 検査で骨髄への FDG 集積の亢進と末梢血中好中球数 57,000/μl までの増加を認めた．悪性リンパ腫の再燃は否定的で，臨床所見と CSF3R 遺伝子変異を認めたことから慢性好中球性白血病（chronic neutrophilic leukemia：CNL）と診断した．Hydroxycarbamide と cytarabine ocfosphate hydrate の投与では病勢コントロールが困難であり，経静脈 cytarabine 療法を併用したが徐々に治療抵抗性となり，診断から 2 年後に死亡した．CNL はまれな疾患であり報告する．
（京市病紀 2021；41：18–22）

Key words：慢性好中球性白血病，CSF3R 遺伝子変異

緒　　言

慢性好中球性白血病（chronic neutrophilic leukemia：CNL）は，末梢血での遷延する好中球増加と骨髄での顆粒球系細胞を主体とした過形成，および肝脾腫を特徴とするまれな骨髄増殖性腫瘍の病型である．診断においては反応性好中球増加や他の骨髄増殖性腫瘍の除外が必要になる．

2013 年に慢性好中球性白血病の発症に CSF3R 遺伝子変異が責任変異として発見され，WHO 分類 2017 で診断基準に組み込まれるようになった．CNL は非常にまれな疾患であり不明な点も多い．

症　　例

82 歳，男性．家族歴は特記事項なし．2016 年高ガンマグロブリン血症で当院を受診，精査の結果節性濾胞辺縁帯リンパ腫 stage Ⅳの診断となった．Rituximab，cyclophosphamide，vincristine，および prednisolone (R-CVP) 療法を 6 コース施行し完全寛解の治療効果を得た．2018 年 2 月に白血球 12,000/μl に上昇，好中球優位の上昇で幼若球の出現は認めず，貧血や血小板減少も認めなかった．同年 12 月の PET/CT でリンパ節への集積亢進は認めなかったが全身の骨髄に FDG 集積亢進を認めた（Fig. 1）．2019 年 1 月には白血球 57,000/μl まで上昇を認めた．

現　症：身長 154 cm，体重 60 kg．意識清明，血圧 112/60 mmHg，体温 36.9 度，脈拍 88 回 / 分，呼吸回数 16 回 / 分，SpO_2 95%（室内気），眼瞼結膜は貧血，黄疸ともなし．表在リンパ節触知せず，腹部触診では平坦，軟，圧痛を認めなかった．肝脾は触知せず．皮疹は認めなかった．浮腫を認めなかった．神経学的に異常所見を認めなかった．

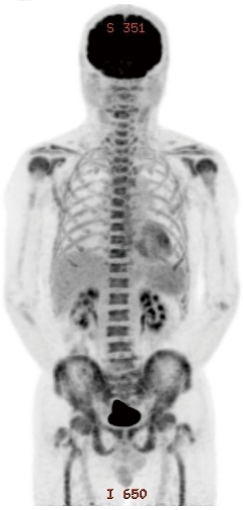


Fig. 1．PET/CT

検査所見：末梢血では白血球 57,810/μl，好中球 51,740/μl と増加していた．幼若球は後骨髄球 0.5% の出現を認めた．Hb 11.3 g/dl と軽度の貧血を認めた．血小板数は 22.5×10^4 /μl だった（Table. 1）．生化学では ALP 1,092 U/L，LDH 367 U/L と高値を認めた．既知の腎障害（Cre 1.12 mg/dl）は変動なかった．肝機能は AST 43 U/L と軽度の肝トランスアミナーゼ上昇を認めるのみだった．末梢血顆粒球コロニー刺激因子（granulocyte-colony stimulating factor：G-CSF）濃度は感度以下であった．骨髄検査では有核細胞数 65.4×10^4/μl で過形成，巨核球 94 /μl と増加を認めた（Table. 2）．骨髄中芽球は 0.2% で増加を認めなかった．三系統に異形成はなく，リンパ腫細胞の浸潤や形質細胞の増加を認めなかった．染色体検査では 46, XY で正常核型であった．FISH では PDGFRα，PDGFRβ，FGFR1 転座と BCR/ABL 融合遺伝子は認めなかった．JAK2 V617F 遺伝子変異は認めな

Table. 1.　末梢血検査

[CBC]			[生化学]			[その他]	
WBC	57810	/μL	AST	43	IU/L	IgG	2987 mg/dL
Neut	89.5	%	ALT	18	IU/L	IgA	85 mg/dL
Stab	11.0	%	LDH	367	IU/L	IgM	652 mg/dL
Seg	78.5	%	TP	8.2	g/dL	sIL2-R	2730 U/mL
Metamy	0.5	%	ALB	3.3	g/dL	G-CSF	<4.69 pg/mL
Mono	0.5	%	T-Bil	0.7	mg/dL		
Lymph	8.0	%	Cre	1.12	mg/dL	HBs抗原	(-)
RBC	418	×10⁴/μL	eGFR	48.73	**mL/min**	HBs抗体	(-)
Hgb	11.3	g/dL	BUN	17.4	mg/dL	HBc抗体	(-)
MCV	84.9	fL	Na	140	mEq/L	HCV抗体	(-)
PLT	22.5	×10⁴/μL	K	4.5	mEq/L		
			Cl	104	mEq/L		
			Ca	9.8	mg/dL		
			血清血糖	113	mg/dL		
			CRP	1.02	mg/dL		

Table. 2.　骨髄検査

[骨髄塗抹標本]		
NCC	65.4	×10⁴/μL
MK	94	/μL
M/E	13.03	

Erythroidseries			Myeloidseries			Mono-immature	0.0	%
proerythroblast	0.0	%	myeloblast	0.2	%	Mono-mature	0.2	%
Basochromatic erythroblast	0.2	%	Promyelocyte	1.8	%	Lymph-immature	0.0	%
Polychromatic erythroblast	6.2	%	myelocyte	15.8	%	Lymph-mature	7.0	%
orthochromatic erythroblast	0.2	%	metamyelo	7.6	%	Plasma cell	0.0	%
Megalo erythroblast	0.0	%	M.band	21.4	%	macrophage	0.0	%
E.total	6.6	%	M.segmented	38.0	%	Reticlum cell	0.0	%
			Eo-immature	0.2	%	Mast cell	0.0	%
			Eo-mature	0.0	%	NEC	93.4	%
			Baso	1.0	%			
			M.total	86.0	%			

かった．以上の所見より CNL の診断基準のうち，この時点では CSF3R　T618I 変異は未解析だったがその他の基準は満たされたことから CNL と診断した（Table. 3）．

経過：2019 年 2 月より白血球数コントロールのため hydroxyurea　500 mg～1,500 mg/ 日，cytarabine ocfosphate hydrate　100～300 mg の用量で内服を開始したが 2019 年 10 月には白血球数 120,000/μl まで上昇，Hb 6.0 g/dl，Plt 2.0×10⁴/μl まで減少を認めた．骨髄は過形成髄であり，顆粒球系細胞の増加を認めたが芽球増加や異形成は認めなかった．末梢血を用いた CSF3R　T618I 遺伝子解析で変異を認めたため診断確定とした（Fig. 2）．内服薬に加え，cytarabine 100 mg/body × 3 days 点滴を併用した化学療法を開始した．3 週間後に白血球 26,000/μl まで減少したもの，その 1 週間後に 153,000/μl まで再度上昇したため cytarabine 200 mg/body × 2 days 点滴を投与した．その後白血球数は減少に転じた．3 剤を併用し治療を継続していたが徐々に薬剤抵抗性となった．細菌性肺炎を合併し 2020 年 12 月永眠された．

考　　察

CNL は末梢血中では成熟好中球の増加を認め，骨髄中では顆粒球系細胞の過形成を認める骨髄増殖性腫瘍の一病型である．CNL に特徴的な遺伝子変異として CSF3R 遺伝子変異が報告され，CSF3R T618I 遺伝子変異もしくは他の CSF3R 遺伝子の活性化をきたす変異の存在が，WHO 分類 2016 年版の CNL 診断基準として追加されるようになった[1]．これまでに世界で 200 例以上の症例報告がなされているが，2016 年版の WHO 分類基準を満たしている症例は 150 例程度と考えられており，非常にまれな疾患である[2]．

本症例は節性濾胞辺縁帯リンパ腫への化学療法後に CNL を発症した．CNL と他の造血器腫瘍の合併に関しては，CNL 様の好中球増加を形質細胞性腫瘍や悪性リンパ腫に合併したという報告がある．しかし，これらの報告では，形質細胞性腫瘍の治療とともに好中球の減少を認めたこと，合併例で CSF3R 遺伝子変異を認めなかったことより反応性好中球増加の可能性が高いと考えられている[3),4)]．

一方固形腫瘍や悪性リンパ腫の化学療法において

Table. 3.　CNL 診断基準

＜WHO分類2016年版　CNL診断基準＞

1.末梢血白血球数≧25000/μl
- -桿状球と分葉核球合わせて白血球の80%以上を占める
- -幼若な顆粒球系細胞(前骨髄球、骨髄球、後骨髄球)が白血球の10%未満を占める
- -骨髄芽球をほとんど認めない
- -末梢血単球数＜1000/μl
- -顆粒球系細胞の異形成を認めない

2. 過形成骨髄
- -好中球の割合と絶対数の増加を認める
- -骨髄中全有核細胞の内、骨髄芽球が5%未満
- -好中球の分化・成熟様式は正常

3. Ph陽性CML、PV、ET、PMFのWHO分類診断基準を満たさない
4. PDGFRα、PDGFRβ、FGFR1、PCM1-JAK2の再構成を認めない
5. CSF3R T618I変異もしくはその他のCSF3R活性化変異を認める
- -CSF3R変異を認めなくとも、3か月以上持続する好中球増多、脾腫を認め、形質細胞系腫瘍を含む反応性好中球増多を来しうる疾患の否定、もしくは分子細胞遺伝学的に骨髄系細胞のクローナリティが証明されるなら診断基準を満たす

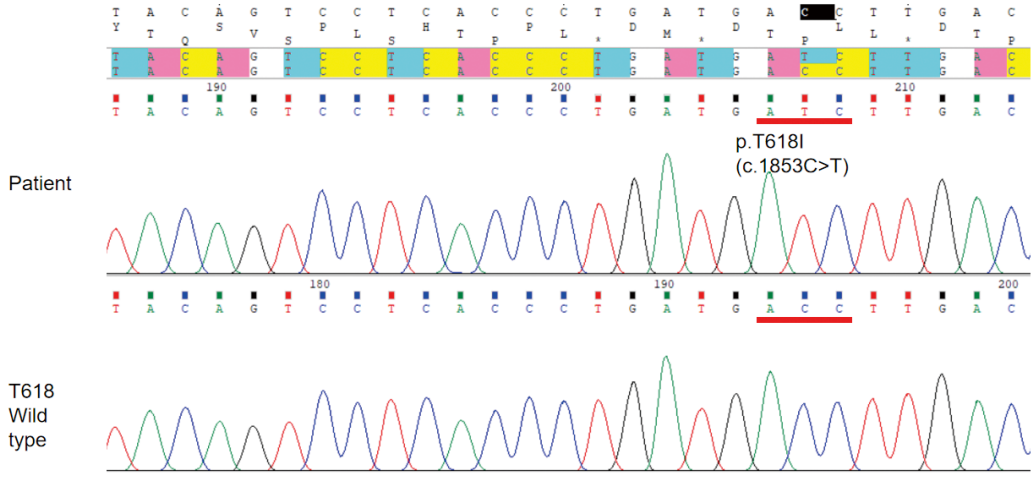


Fig. 2.　CSF3R T618I 変異

G-CSF 製剤を使用した場合，行わなかった場合に比べ急性骨髄性白血病や骨髄異形成症候群の発症率が 0.36% から 0.79% に増加したとのメタアナリシスが報告されている．このようなリスクの増加が G-CSF そのものによる影響なのかは不明であるとされている[5]．本症例に関して，悪性リンパ腫の既往や化学療法時の G-CSF 製剤の併用が CNL 発症にどの程度影響があったかは不明である．

2013 年に Maxon らは 2008 年版の WHO 分類で CNL と診断された患者を解析し，患者のほぼ 90% に CSF3R 遺伝子異常を認めたと報告した．CSF3R 遺伝子は染色体 1p34 に存在し，17 個のエクソンで構成されている G-CSF 受容体をコードしている遺伝子である[6),7)]．CSF3R は G-CSF が結合すると 2 量体を形成し，JAK の活性化を誘導する．そして JAK/STAT 経路，PI3-kinase 経路，Src ファミリーのチロシンキナーゼが活性化し，顆粒球前駆細胞から好中球への分化と成熟を促すとされている[8)]．

CSF3R 遺伝子変異には，細胞外または膜貫通ドメインの点突然変異するものと，ナンセンス変異やフレームシフト変異により細胞内ドメイン領域欠失をきたすものがこれまで報告されている[9)]．点突然変異型としては T618I 変異と T615A 変異の 2 つが報告されており T618I 遺伝子変異がもっとも高頻度である[4)]．マウスの骨髄移植モデルでは致死的な好中球増加を引き起こすとされている[10)]．これらの変異によって恒常的に JAK/STAT 経路が活性化されることにより，好中球増加が惹起され CNL を発症すると考えられている．

CNL は無症状の例が多く，偶然白血球増加が判明し診断される症例が多い．診断時の年齢中央値は 62.5 歳であり，男女比は 2：1 で男性に多い[11)]．有症状の場合は疲労感，体重減少，腹部膨満感，盗汗，骨痛，掻痒，痛風などを認める．診断時にはほとんどの患者に触知可能な脾腫が認められるが，リンパ節腫脹や肝腫大を認めることは少ない[12)]．

中央値 21 か月で急性骨髄性白血病へ移行し，生存期間の中央値は 2 年未満（1-106ヶ月）であるとされている．死因としては脳出血などの出血，急性骨髄性白血病への進展による汎血球減少，臓器浸潤による多臓器不全である[13)]．

CNL はまれな疾患であり，前向きな臨床研究はほとんど行われていない．これまでは他の骨髄増殖性疾患に準じた治療が行われ，hydroxyurea による細胞減少療法が多く使用され 75% の症例に白血球減少と脾腫の縮小を認めた．しかし治療効果は一時的（奏功中央期間 12ヶ月）であり最終的には治療抵抗性となる[13]．唯一の根治治療は同種造血幹細胞移植である．若年の CNL 患者に対して同種造血幹細胞移植を施行した症例が複数報告されている[14),15)]．

近年，CNL の CSF3R 遺伝子変異に対する分子標的薬の検討が行われている．点突然変異型である CSF3R T618I 遺伝子変異と CSF3R T615A 遺伝子変異では，JAK/STAT 経路が恒常的に活性化されているため，JAK1/2 阻害薬である ruxolitinib が効果的であると考えられる．CNL 患者に ruxolitinib を投与し，白血球減少と血小板数が正常化したと報告されている[6)]．ただし CNL に対する ruxolitinib の投与は現在本邦では保険未承認である．

結　　語

今回我々は CSF3R T618I 遺伝子変異を認めた CNL を経験した．CNL は非常にまれな疾患であり，標準治療も確立されていない．CSF3R 遺伝子異常が発症に関与していることが判明したことで症例の蓄積がすすみ，今後の疾患理解を進めていくことが重要と考えられる．

引 用 文 献

1）Arber DA, Orazi A, Hasserjian R, et al: The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. Blood 2016; 137: 2391–2405.

2）Bain BJ, Ahmad S. : Chronic neutrophilic leukemia and plasma cell-related neutrophilic leukaemoid reactions. Br J Haematol 2015; 171: 400–410.

3）Uppal G, Gong J. : Chronic neutrophilic leukemia. J clin Pathol 2012; 68: 680–684.

4）Pardanani A, Lasho TL, Laborde RR, et al: CSF3R T618I is a highly prevalent and specific mutation in chronic neutrophilic leukamia. Leukemia 2013; 27: 1870–1873.

5）Lyman GH, Dale DC, Wolff DA, et al: Acute myeloid leukemia or myelodysplastic syndrome in randomized controlled clinical trials of cancer chemotherapy with granulocyte colony-stimulating factor: a systematic review. J Clin Oncol. 2010; 28: 2914–2924.

6）Maxson JE, Gotlib J, Pollyea DA, et al: Oncogenic CSF3R mutations in chronic neutrophilic leukemia and atypical CML. N Eng J Med 2013; 368: 1781–1790.

7）Metcalf D: The granuloicyte-macrophage colony stimulating factors. Science 1985; 229: 16–22.

8）Manz Mg, boettcher S: Emergency granulopoiesis. Nat Rev Immunol 2014; 14: 302–314.

9）Maxon JE, tyner JW: Genomics of chronic neutrophilic leukemia. Blood 2017; 129: 715–722.

10）Fleischman AG, Maxson JE, Luty SB, et al: the CSF3R T618I mutation causes a lethal neutrophilic neoplasia in mice that is responsive to therapeutic JAK inhibition. Blood 2013; 122: 3628–3631.

11）Ahang H, Wilmot B, Bottomly D, et al: Genomic landscape of neutrophilic leukemias of ambiguous diagnosis. Blood 2019; 134: 867–879.

12）Elliott MA, Tefferi A: Chronic neutrophilic leukemia 2014: Update on diagnosis, molecular genetics, and management. Am J Hematol 2014; 89: 651–658.

13）Elliott MA, Hanson CA, Dewald GW, et al: WHO defined chronic neutrophilic leukemia: a long term analysis of 12 cases and a critical review of the literature. Leukemia 2005; 19: 313–317.

14）Itonaga H, Ota S, et al: Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for the treatment of BCR-ABL1-negative atypical chronic myeloid leukemia and chronic neutrophil leukemia: A retrospective nationwide study in Japan. Leuk Res. 2018; 75: 50–57.

15）Uygun V, Daloğlu H, et al：Chronic neutrophilic leukemia, an extremely rare cause of neutrophilia in childhood: Cure with hematopoietic stem cell transplantation. Pediatr Transplant. 2018; 22: e13199.

Abstract

A Case of Chronic Neutrophilic Leukemia

Masashi Matsui, Naoki Tamura, Yuta Inoue, Takehiro Okuda, Yasuko Miyahara and Mitsuru Itou
Department of Hematology, Kyoto City Hospital
Hiroki Yamaguchi
Department of Hematology, Nippon Medical School

A case of stage IV nodal marginal zone lymphoma in an 80-year-old male showed complete remission after 6 courses of R-CVP (rituximab. cyclophosphamide. vincristine sulfate and predinosone). Two years after the treatment, positron emission tomography/ computed tomography revealed increased accumulation of 2-deoxy-2-[18F]fluoroglucose to bone marrow and increase of neutrophils in peripheral blood to 57,000/μl. The possibility of recurrence of malignant lymphoma was considered low. The diagnosis of chronic neutrophilic leukemia (CNL) was made from the clinical findings and discovery of CSF3R gene mutation. The disease was difficult to control with hydroxycarbamide and cytarabine ocfosphate hydrate. Cytarabine therapy was applied in combination but resistance to treatment gradually developed, and the patient died 2 years after diagnosis. We report this rare case of CNL.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:18–22)

Key words: Chronic neutrophilic leukemia, CSF3R gene mutation

頭蓋内外に腫瘍性病変を形成した慢性リンパ性白血病の一例

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　血液内科）
奥田　健大　　田村　直紀　　井上　雄太　　大庭　章史
堀澤　欣史　　松井　道志　　宮原　裕子　　伊藤　満

要　　旨

症例は 81 歳男性．羞明症状を主訴に近医を受診し，血液検査にてリンパ球著増，頭部単純 CT にて頭蓋占拠性病変を指摘された．血液疾患が疑われ当科紹介，精査入院．血液検査にて白血球数 104240/μl（リンパ球 97.5%），骨髄検査にて小～中型の成熟異型リンパ球を 96.8%認め，フローサイトメトリーの結果から慢性リンパ性白血病（CLL）と診断した．MRI で頭蓋内，頭蓋骨外皮下，後頚部，眼窩部に拡散制限を伴う腫瘍性病変を認め，皮下結節生検では白血病浸潤の所見，髄液中にも白血病細胞を認めた．以上よりこれらも白血病病変と診断した．週 1 回の髄注および cyclophosphamide 連日内服を開始し，髄液所見は著明な改善を認めたが，感染症により死亡．CLL の髄外腫瘤及び中枢神経浸潤は非常に珍しく，さらなるデータの蓄積が期待される．

（京市病紀 2021；41：23-28）

Key words：慢性リンパ性白血病（CLL），髄外腫瘤，中枢神経浸潤

緒　　言

慢性リンパ性白血病（chronic lymphocytic leukemia：CLL）は小型の成熟リンパ球の形態を示す B 細胞が末梢血中でクローン性増殖する疾患であり，高齢者に多い．CLL では髄外病変を伴うことは非常に少なく，その中でも中枢神経浸潤の報告はまれである．今回我々は眼症状を主訴に頭蓋内外腫瘤を形成した CLL の一例を経験したので，若干の考察をつけて報告する．

症　　例

患者：81 歳男性
主訴：羞明
家族歴：特記事項なし
既往歴：高血圧，2 型糖尿病，白内障，心筋梗塞，B 型肝炎

現病歴：X 年 4 月に羞明症状を主訴に近医眼科を受診し，白内障と右黄斑上膜，うっ血乳頭を指摘され，6 月に前医紹介となった．血液検査にてリンパ球著増，頭部単純 CT にて頭蓋占拠性病変を指摘された．血液疾患が疑われたため当院血液内科紹介，精査入院となった．

入院時現症：身長 166.5 cm，体重 76.4 kg，ECOG PS 1，JCS 0，体温 36.5℃，血圧 196/95 mmHg，脈拍 81/min，SpO_2 98%（室内気）．眼瞼結膜に貧血なし，眼球結膜に黄染なし．口腔内に潰瘍白苔なし，咽頭発赤・扁桃腫大なし．両側頸部に約 1 cm の無痛性リンパ節数個触知．腋窩鼠径リンパ節触知せず．呼吸音清，心音整，雑音なし．腹部平坦軟，圧痛なし，腸音減弱，肝脾腎触知せず．下肢浮腫軽度あり．紫斑皮疹なし．

画像所見：CT では肝脾腫認めず，両側頸部，腋窩，両側腸骨鼠径部にやや腫大したリンパ節を散見した．左頭蓋骨内に高濃度病変を認め，頭蓋骨外の皮下や左眼窩にも同様の病変を認めた．頭部 MRI では頭蓋骨はびまん性に T1W1 低信号であり，頭蓋内外にわたり拡散制限を伴う腫瘤を認めた（図 1A）．左眼窩や後頚部皮下にも拡散制限を伴う病変を認めた（図 1B）．PET/CT では両側頸部，腋窩，縦郭，両側腸骨から鼠径部に腫大したリンパ節を認め，SUVmax 2～3 程度の集積を伴っていた（図 2A）．縦郭や後腹膜に同程度の集積を伴う濃度上昇域も認めた．頭蓋外の軟部影は一部で SUVmax 5.59 の集積を認めた（図 2B・C）．頭蓋骨を含めた骨髄の集積は高度ではなかった．

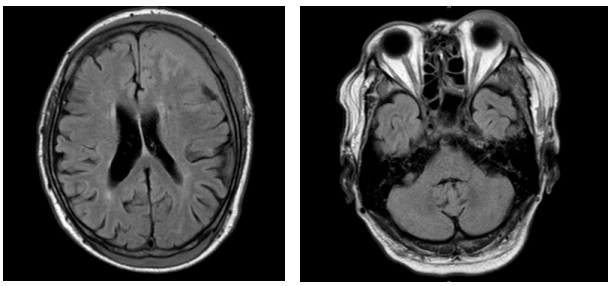


図 1．頭部 MRI 画像
（A）頭蓋内外にわたり拡散制限を伴う腫瘤を認める．
（B）左眼窩にも同様の拡散制限を伴う病変を認める．

検査所見：白血球数は 104240/μl と著増しており，そのほとんどがリンパ球であった．ヘモグロビン値は 10.6 g/dl と軽度の正球性貧血を認めた．生化学検査では LDH の軽度上昇，Cr の上昇，可溶性 IL-2 レセプターの上昇を認めた（表 1）．骨髄検査では有核細胞数 47.4 万/μl と過形成骨髄であり，小～中型で核にくびれを有する成熟異型リンパ球が 96.8%と著増していた．フローサイトメトリーでは，CD5，CD19，CD20，CD23，SmIg-λ，HLA-DR 陽性，CD10 陰性の monoclonality を有する細胞集団を認めた．FISH 法では t（14；18）転座，TP53 欠失は陰性であった．G バンド分染法による染色体検査では 11 q 欠失を疑う核型異常を認めた（図 3）．また頭蓋内

病変の評価のため髄液検査施行したところ，細胞数の上昇を認め，全てリンパ球であった．フローサイトメトリーでは，CD5，CD19，CD20，CD23，SmIg-λ 陽性であり骨髄検査と同様の所見であった（図 4）．右後頭部の皮下腫瘤の病理組織検査では，正常な濾胞構造は消失し，tangible body macrophage やマントル層を有さない偽濾胞が形成されていた．偽濾胞周囲には明瞭な核小体，細顆粒状のクロマチンを示す小型リンパ球が増殖していた（図 5）．免疫染色では CD5，CD20，CD23，MUM-1 陽性，CD3，CD10 陰性であった．Ki-67 は 30％であった．フローサイトメトリーでは，CD5，CD19，CD20，CD23，SmIg-λ 陽性であり，CD3，CD10，bcl-6，cyclin D1 は陰性であった．以上から，髄外腫瘤および中枢神経浸潤を伴う CLL（改定 Rai 分類 I 期）の診断となった．

臨床経過（図 6）：頭蓋内外に腫瘤を形成しており，羞明症状もあるため治療適応と考えられた．入院第 7 病日から cyclophosphamide 50～100 mg/日の内服療法と週 1 回の髄腔内投与（髄注：methotrexate 15 mg，cytarabine 40 mg，prednisolone 20 mg）を開始した．末梢血のリンパ球数は経時的に緩徐に低下し，治療効果と考えられた．翌週から cyclophosphamide 100 mg/日に増量した．治療開始後の頭部 CT では頭蓋内外腫瘤の大きさは著変なかったが，髄液所見は細胞数が 0 となり，著明な改善を認めた．第 28 病日に好中球低下を伴う発熱認め，発熱性好中球減少症（FN）として対応し，治療を中断した．好中球が回復してから再度化学療法を施行する予定で

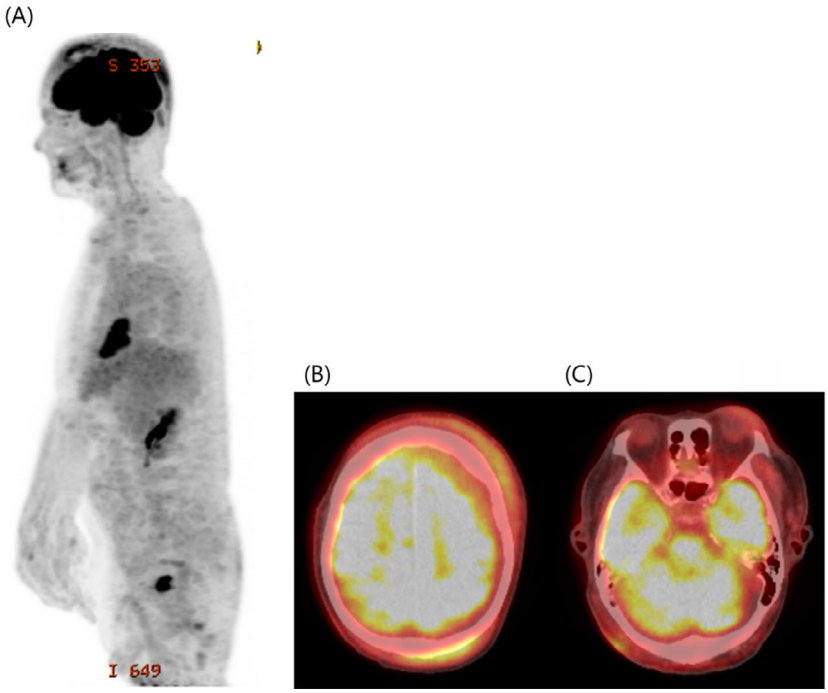


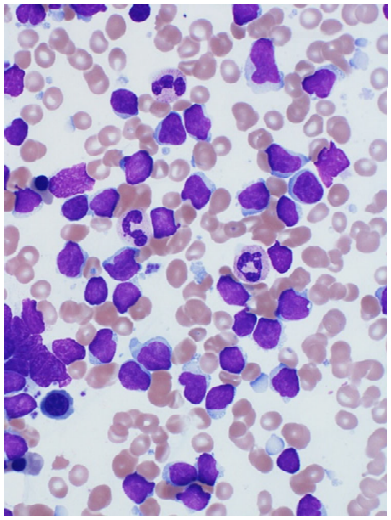
図 2．FDG-PET 画像
（A）SUVmax 2～3 程度の集積を伴う両側頸部，腋窩，縦郭，両側腸骨から鼠径部に腫大したリンパ節を認める．
（B）（C）MRI で認めた病変部と一致して SUVmax 5.59 の集積を認める．

表 1．入院時血液検査所見

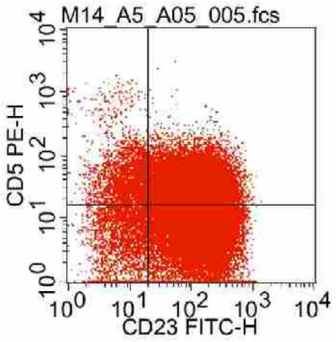
＜血算・血液像＞		
WBC	104240	/μl
Neut	2.5	%
Eosino	0	%
Baso	0	%
Lymph	97.5	%
Mono	0	%
RBC	3.48	×10⁶/μl
Hb	10.6	g/dl
Ht	33.8	%
Retics	1.4	%
MCV	97.1	fl
MCH	30.5	pg
MCHC	31.4	g/dl
Plt	19.4	×10⁴/μl

＜生化学・免疫＞		
T-BIL	0.7	mg/dl
TP	6.2	g/dl
ALB	3.3	g/dl
AST	17	U/l
ALT	10	U/l
ALP	224	U/l
γ-GTP	32	U/l
LDH	231	U/l
BUN	21.6	mg/dl
Cr	2.23	mg/dl
UA	5.8	mg/dl

Na	141	mEq/l
K	4.2	mEq/l
Cl	108	mEq/l
CRP	0.19	mg/dl
sIL-2R	2820	U/ml
β2MG	10.9	mg/l
フェリチン	418.8	ng/ml
HTLV-1	陰性	
＜凝固＞		
PT-INR	0.95	
APTT	26.2	sec
Fib	411.9	mg/dl
FDP	7.3	μg/ml
D-dimer	1.82	μg/ml



NCC	47.4	$\times 10^4/\mu l$
MK	6	/μl
M/E比	1.80	
Erythroblast	1.0	%
Myeloblast	0.2	%
Other myeloid cells	1.6	%
Monocyte	0.2	%
Lymphocyte	96.8	%
Plasma cell	0.2	%



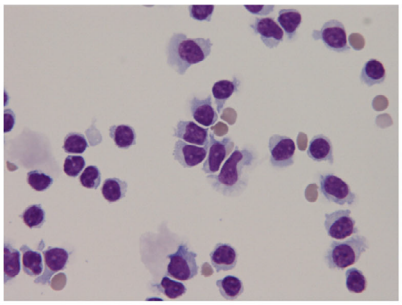
G-band : 46, XY del(11)(q?) [3/18] /46, XY [15/18]

図 3. 骨髄検査所見

【初診時】

細胞数	42	/μl
リンパ球	100	%
糖	77	mg/dl
蛋白	44	mg/dl
LDH	24	U/l

Flow cytometry:
CD5, CD19, CD20, CD23, SmIg-λ陽性



【髄注 3 回終了後】

細胞数	0	/μl
リンパ球	0	%

図 4. 髄液検査所見

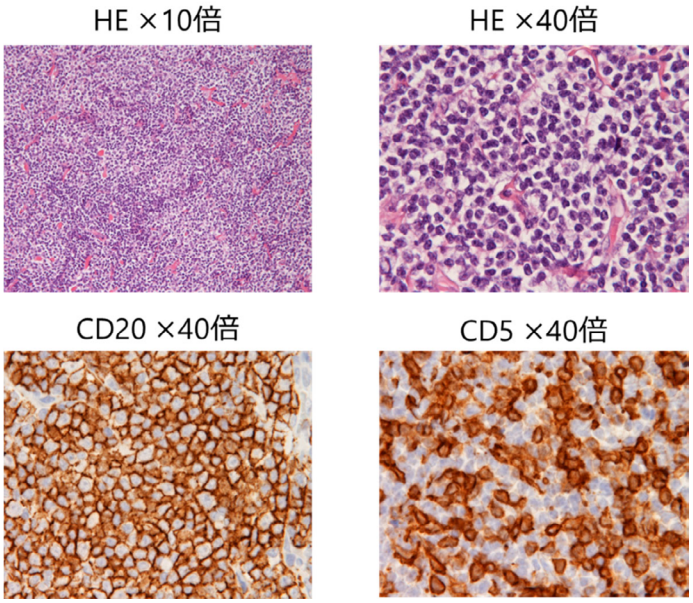


図 5.　後頚部リンパ節病理
正常濾胞構造は消失，偽濾胞形成，小型リンパ球が増殖している．免疫染色では CD5，CD20，CD23，MUM-1 陽性，CD3，CD10 陰性である．

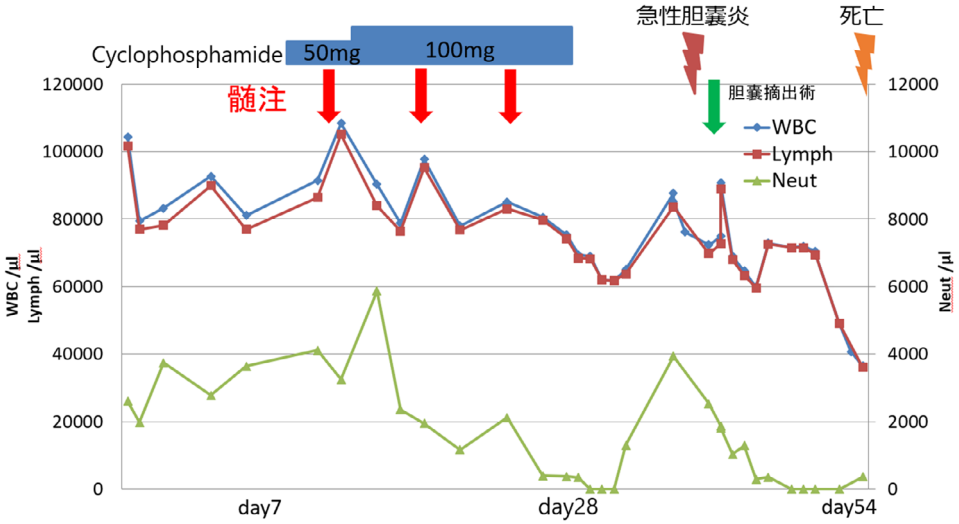


図 6.　臨床経過

あったが，第 38 病日に急性胆嚢炎を併発した．抗生剤治療後，第 42 病日に胆嚢摘出術を行ったが，その後再度 FN となり，第 54 病日に感染症による全身状態悪化で永眠された．

考　　察

CLL は欧米では一般的な疾患であるが本邦の罹患率は欧米の 1/10 程度と少ない[1)]．CLL は無症状の場合は健康診断などで白血球増加を指摘されて診断されることが多く，症状がある場合は，リンパ節腫大，貧血，血小板減少による出血症状，脾腫による腹部膨満感などを契機として診断される．自己免疫疾患を合併することもあり，易感染性を認め肺炎など感染症を合併することが多い．CLL の平均予後は約 7 年であり，予後不良群では約 1.5 年である．死因は感染症が多い[1)]．CLL は末梢血，骨髄，脾臓，リンパ節などのリンパ組織に浸潤し，骨髄やリンパ組織で増殖する．本症例のような CLL の髄外病変は非常にまれであり，Ratterman らの報告では 37 年間で 192 例であった．最も多かった浸潤臓器は皮膚であり，次に中枢神経が多く，予後は中枢神経浸潤が最も悪かった．消化管浸潤は最も予後が良かった．中枢神経浸潤の症状としては，構音障害，視野障害，頭痛，記憶障害などが報告されている[2)]．本症例は皮膚病変と中枢神経病変が組み合わさったものと考えられた．

Cramer らの報告では，CLL 症例 20000 例のうち中枢神経浸潤を認めたのは 18 例のみであった．CLL の中枢神経浸潤の様式は，（1）脳血管を貫通してくも膜下腔へ

の浸潤，（2）播種された髄膜から髄液への直接浸潤，（3）脳神経および脊髄神経根の髄鞘から神経周囲への浸潤，の三つが考えられており[3]，本症例では（1）と（2）によるものと推察された．中枢神経浸潤のリスク因子に関しては，過去のデータからは共通の特徴を特定することができず，年齢，性別，神経学的症状，発症時の Rai 分類病期との明確な相関関係は認められなかった．髄液の細胞診では腫瘍細胞と反応性のリンパ球との区別が難しく，中枢神経の診断には本症例で使用したフローサイトメトリーでの評価が有用であった．中枢神経症状の改善を認めた報告では，髄注または放射線照射が行われていた症例のみであり，その有効性が考えられた．髄注が施行されていた症例は殆どが本症例のように髄液細胞が著減した．放射線照射は脳に直接浸潤していた症例に有効であった[4]．本症例では高齢で認知機能の低下もあったため全脳照射は選択しなかった．

結　　語

頭蓋内外に腫瘤病変を形成した CLL の一例を経験した．CLL の髄外腫瘤形成は非常に珍しく，中枢神経浸潤は最も予後が悪い．治療に関しては髄注や放射線照射が有用であり，本症例も髄液所見では改善を認めた．治療成績のさらなる改善のため，症例の蓄積が期待される．

引　用　文　献

1）Chihara D, Ito H, Matuda T, et al：Differences in incidence and trends of haematological malignancies in Japan and United States. Br J Haematol 2014；164：536–545

2）Ratterman M, Kruczek K, Suela S, et al：Extramedullary chronic lymphocytic leukemia：systematic analysis of cases reported between 1975 and 2012. Leuk Res 2014；38：299–303

3）Cramer SC, Glaspy JA, Efird JT, et al：Chronic lymphocytic leukemia and central nervous system：a clinical and pathological study. Neurology 1996；46：19–25

4）Moazzam AA, Drappatz J, Kim RY, et al：Chronic lymphocytic leukemia with central nervous system involvement：Report of two cases with a comprehensive literature review. J Neurooncol 2012；106：185–200

Abstract

A Case of Chronic Lymphocytic Leukemia with Intracranial and Extracranial Neoplastic Lesions

Takehiro Okuda, Naoki Tamura, Yuta Inoue, Akifumi Oba, Yoshihito Horisawa, Masashi Matsui, Yasuko Miyahara and Mitsuru Itoh

Department of Hematology, Kyoto City Hospital

An 81-year-old man visited his local doctor with a complaint of photophobia. His blood test showed marked increase in lymphocytes, and plain computed tomography scan of the head showed occupying cranial lesions. He was referred to our hematology department and hospitalized for further examination.

His blood test showed a white blood cell count of 104,240 /μl (97.5% lymphocytes), and 96.8% of bone marrow cells were small to medium-sized mature atypical lymphocytes. Based on the results of flow cytometry our diagnosis was chronic lymphocytic leukemia (CLL). Magnetic resonance imaging showed neoplastic lesions with restricted diffusion in the intracranial, extracranial subcutaneous, posterior cervical, and orbital regions. The subcutaneous nodal biopsy showed infiltration of leukemia, and leukemic cells were observed in the cerebrospinal fluid (CSF). Based on these results, we diagnosed these lesions as leukemia. Weekly intrathecal infusion and daily oral cyclophosphamide administration were started, and the CSF findings improved significantly. However, he died of infection. Extramedullary tumors and central nervous system involvement of CLL are rare, and accumulation of further data is awaited.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:23–28)

Key words: Chronic lymphocytic leukemia (CLL), Extramedullary tumors, Central nervous system involvement

特別講演

生と死を支える

（社会医療法人 HITO 病院　緩和ケア内科統括部長）
大坂　巌

○座長　副院長の森です．

本日の特別講演は，愛媛県にある社会医療法人 HITO 病院，緩和ケア内科統括部長の大坂巌先生にお願いいたします．

今日はようやく先生にお会いできて，大変うれしい気持ちです．実は，昨年のフォーラムが 2 月に予定されていたのですが，コロナ禍のため中止，9 月に延期になったのですが，これも中止となりました．今回のフォーラムには先生に京都に直々にお越しいただく予定だったのですが，緊急事態宣言のために，急遽，オンライン開催となりました．度重なる変更をご了解いただいて，本当に先生に感謝申し上げます．

それでは，恒例によりまして，先生のご略歴を紹介させていただきます．先生は 1987 年に筑波大学第二学郡生物学類をご卒業になりました．その後大学院で研究された後，1995 年 3 月に千葉大学医学部をご卒業になり，その後，放射線科研修医として勤務されました．沼津市立病院，千葉大学医学部附属病院などに放射線科医として勤務された後に，2002 年 4 月に静岡県立静岡がんセンター緩和医療学部医長として赴任され，2010 年 4 月には部長となられました．現在の石川記念会 HITO 病院には 2018 年 10 月から緩和ケア内科統括部長として勤務されております．そのほか，先生は，学会でも緩和ケア学会，緩和ケア専門医大学院，日本ホスピス緩和ケア協会理事，緩和 IVR 研究会世話人などを務めておられますし，たくさんの著書も書いておられます．「緩和ケア患者説明ガイド」ということで，患者さん向けの説明文書がいっぱい入っている本も書かれています．一読させていただきましたが，とても興味深い本だと思いました．

それでは先生，本日の講演「生と死を支える」というテーマで始めさせていただきます．先生，よろしくお願いします

○講師（大坂）　HITO 病院緩和ケア内科の大坂と申します．どうぞよろしくお願いいたします．

初めに，大西先生に大変ありがたいご縁をいただきまして，このような機会を設けさせていただきましたこと，関係者の皆様に改めて御礼申し上げます．森先生，ご丁寧なご紹介，どうもありがとうございます．

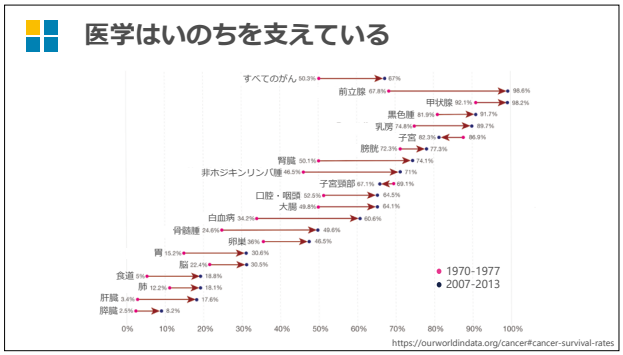
それでは，始めさせていただきます．今日のテーマとしましては，「生と死を考える」というところで，少し私なりに考えてみました．日ごろの臨床と，今まで私が考えながらやってきたことを，少し皆様と共有させていただく時間となればありがたいと思います．

「生と死を支える」という言葉なのですが，「生を支える」ことと「死を支える」ことを同時に，たぶん私たちは行っているのではないかと思います．おそらく，「生を支える」ということは皆さんよくお分かりだと思うのですが，「死を支える」というのは，実は分かりにくいです．もっと言ってしまうと，死の過程というのでしょうか，「亡くなっていく過程を支えていく」のほうが分かりやすいかもしれません．

まず，「生を支える」ほうですが，英語で言うと「support one's life」という言葉が出てきますが，「life」は，多分 3 つくらい意味があって，「いのち」，「生活」，｛人生｝という言葉が出てくると思うのですが，ここでは「いのちと生活を支える」ことを少し考えてみたいと思います．

医学は「いのち」を支えております．これはあらゆるがん種の 5 年生存率を図に表しております［スライド 1］．左側のピンク色のところ，ここは 1970 年から 77 年までの 5 年生存率，そしてこの矢印の先の青いところは 2007 年から 2013 年の 5 年生存率を示しております．あらゆるがん種におきまして，5 年生存率は，いずれも延びております．これは，やはり医学の進歩により，患者さんたちが仮にがんになられたとしても治療の効果によって命を長らえることができる，命を支えている，ということの証拠ではないかと思います．

がんの治療の進歩はすごく命を支えている，ということを最近の論文でお示しします［スライド 2］．これは肺がんなのですが，いわゆるカプラン・マイヤーで全生存率が示されています．一番下の赤い線は 95 年から 99 年です．そして 5 年おきくらいにずっと並んでおりまして，この論文が 2019 年ですから，当時追えたのは多分 2017 年ぐらいまでだと思うので，まだまだ先が延びているはずなのですが，いずれの線も非常に 5 年ごとにきれいに命が延びています．全生存率が延びているグラフが見て取れると思います．特に最近のがん治療は進んでおりま



【スライド 1】

すので，それによって，患者さんたちは仮に肺がんになられたとしても，昔に比べるとはるかに長生きできる状態にはなっていると思います．これはとても喜ばしいことだと思います．おそらく，このなかには，がん治療の専門の先生もおられるかもしれませんが，先生方のサポート，あるいはがん治療に携わる看護師さん，薬剤師の方々，皆さんの力で，患者さんは 20 年，30 年前に比べると，はるかに長生きできるようになっています．私たちが命を支えているのは間違いないと思います．

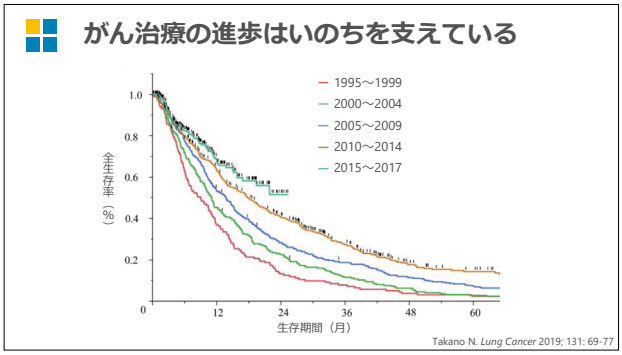
一方で，こんな問題も出てまいります．がんのサバイバーの方，痛みを抱えている方が意外といるという研究結果です．2 年前の研究ですが，アメリカのがんサバイバー4,500 名位の方を対象として，慢性痛がある方はどれくらいおられると思われますでしょうか．実は，3 人に 1 人が慢性痛を抱えておられるらしいのです．そして，日常生活や仕事に影響があるほどの痛みを感じていらっしゃる方は，なんと 6 人に 1 人おられます．すなわち，長生きはできたんだけれども，痛みを抱えながら生きておられます．なかには，仕事や生活がしにくい方も 6 人に 1 人おられます．この事実というのは，私たちは肝に銘じておかなければいけないと思います．命が長らえたのだけれども，QOL が低いまま生きていかなければいけない．もちろん，途中で再発，転移ということなどにも怯えながら生きていかなければいけない時代でもあります．非常に難しい時代を迎えているのではないかと思います．

［スライド 3］これはよく目にすることがあると思います．いろいろな病気，いろいろな疾患を経時的に追うとどんなことが言えるかというのが書かれています．これは 2001 年ですから，もう 20 年以上前にリンという方が描いたものなんですけれども，よくご存じかもしれませんが，認知症とか老衰というのは，ADL が低いまま，ずっと推移していって最期を迎えます．一方で，臓器不全，例えば腎不全，心不全というのは急激に悪くなるのですが，積極的な治療によってまた回復して，それを繰り返していくうちに，だんだんと右肩下がりで ADL は落ちていって，やがて死を迎えてしまうということになります．一方で，がんは比較的元気なのです．ところが，大体亡くなる一月から二月ぐらいの間で急激に ADL が低下してしまう，こういうのが，がんの特徴であるということが以前から指摘されております．

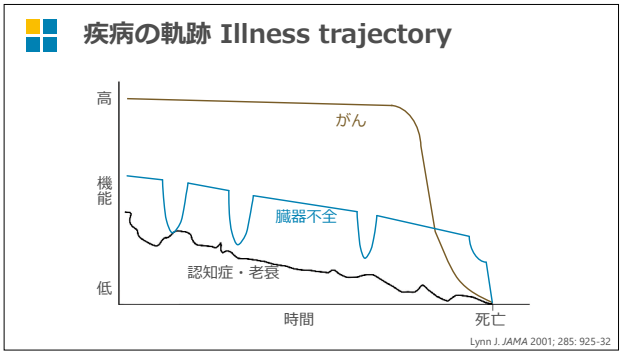
先ほどのは，あくまでも関連図というか，イメージの図だったのですが，実はこれが 2011 年に観察研究で明らかにされました［スライド 4］．青い線が ADL と一緒です．黄色い線は症状です．スコアリングしてありますが，これは，「Palliative Performance Scale（緩和医療行動スケール）」という PS を表していますけれども，これが急にガクッと下がるのが，大体 4 週間くらい，すなわち 1 か月ぐらいのところで患者さんたちは急に元気がなくなってしまいます．そして，終末期を迎えるにしたがって，症状は強くなるということが見て取れると思います．これは，先ほどお出しした図とほぼ同じ走向を示すと思われますので，やはり，患者さんたちは 1 か月くらいで急に元気がなくなっていく，というのは観察研究からも明らかにされているわけです．

問題はここです．この変化点，あるいは変異極点というのでしょうか，このカーブが変わるところです．ここをどうサポートするか，なのです．

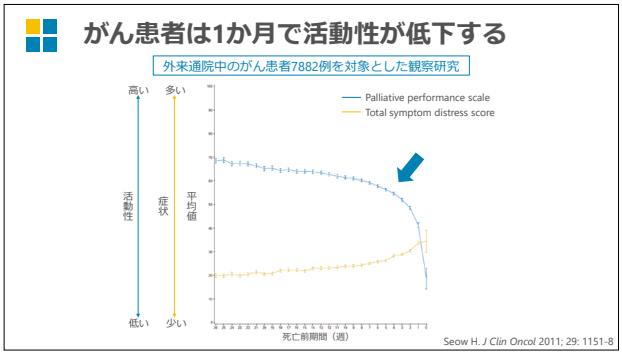
東京ディズニーシーにあるスプラッシュマウンテンというアトラクション，皆さんどうでしょうか．乗ったことがある方おられますでしょうか．もし，今日 Web でなければ，直接会場にお伺いして皆さんに手を挙げていただきたいところなのですが．ご存じの方も多いと思います．最後，落ちるのです．乗ったことがある方おられますか．あるいは何の情報も知らずに乗ってしまったという方はおられますでしょうか．大体 100 人に 1 人くらい，そういう方がおられるのですが，最後に落ちるということを知らなければ，怖いですよね．もしかしたら，スリルを楽しんでいる人もいるかもしれませんが，スプラッシュマウンテンはもう一回乗れます．何度でも乗れます．でも，命はどうでしょうか．人の一生は 1 度落ちたらそれまでです．もしかしたら，落ちていく途中で「こんな



【スライド 2】



【スライド 3】



【スライド 4】

はずじゃなかった」と思うのではないでしょうか．あるいは，「落ちるのだったら誰かに教えといてもらいたかった」と思うかもしれません．「もう少しゆっくり景色を見ておけばよかった」とか，「落ちる前の時間を楽しむべきだった」とか，いろいろなことを考えるかもしれません．でも，人生は，おそらく１回きりです．

がんです，手術しましょう，抗がん剤をやりましょう，効かなくなったから放射線をやりましょう．こんなことがあるかもしれません．

これはトライアスロンですが，トライアスロンの選手はゴールを知っています［スライド５］．そして，スイミング，サイクリング，最後はマラソン，と種目が決まっていて，おそらく，それぞれのポストポストで道を示してくれる方がいます．だから距離が大切だと思うのです．もしうまくいかなかったとしても，もう一回，また来年，あるいは，ほかの大会にチャレンジすればいいかもしれません．私たちができることは何でしょう．横断幕を作るか，街道沿いに声援を送るか，水を湿らせたスポンジを持って喉の渇きを潤す，あるいは，身体を冷やすことをお手伝いする，いろいろなやり方があると思います．皆さんは，目の前を一生懸命泳いで，自転車を漕いで，走っている患者さんたちをたくさん見ているはずです．どうやってサポートしましょうか．

正解というのはないと思います．それなりのサポートの仕方があると思うのですが，もしかしたら，ときどきは，もう一回，歩んできた道，走ってきた道を示して差し上げて，今どこにいるんだ，あるいは，高いところだから気をつけてください，とか，風が強いから気をつけましょう，みたいなアドバイスをする．場合によっては，この先に救護班がいるからそこまで頑張りましょう，お水が得られるのはもうちょっと先ですから，そこまで頑張ってください，というアドバイスができるかもしれません．おそらく，がんという一連の旅でしょうか，それに沿って歩いている方にとって，何らかの道しるべは，やはり必要だと思いますし，辛くて一生懸命頑張っている方，その方々に対してできるサポートというのは，その場その場で変わってくるのかもしれません．

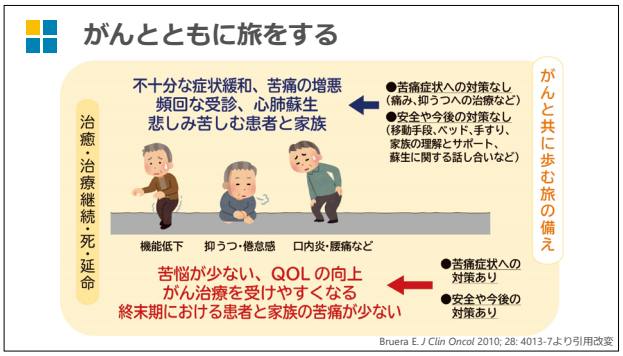
車で旅をする場合はこんな感じだと思います．例えば，エアコン，クッション等がなくて，自動車保険にも入らず，ベルトもせず，エアバッグもない状態，これが走っているとします．途中，道が熱くて，でこぼこ道だったり，オイルが漏れたりで事故に遭う．そうすると，せっかくのドライブが台無しになってしまうわけです．一方で，装備を十分に蓄えて，安全対策も行ったうえで，異常な暑さがあったとしても，そこはエアコンで快適にできますし，でこぼこ道であったとしても，スペアタイヤがあったら何とかなる．いろいろな策を練っておくことによって，より快適なドライブをすることができるのではないでしょうか．

病気も一緒だと思うのです［スライド６］．苦痛症状への対策がない，すなわち，痛みとか，抑鬱とか，こういうものに対する手だてをせぬまま，あるいは，移動手段，車椅子とか，ベッドとか，手すりとか，こういうものも一切使わずに，ご家族とも話もせずに，そのままの状態でいってしまうと，症状緩和は十分されませんし，苦痛は強くなります．受診する機会も増えてしまいますし，場合によっては，望まなかったにもかかわらず，心肺蘇生を受けることになるかもしれません．当然ご家族も苦しくて，亡くなった後，辛くなってしまうわけです．こういうことが起こりかねません．

一方で，ここで苦痛の対策を十分に行って，安全対策，今後の対策，こういうものを十分に考えながらやっていけば，途中途中でいろいろ嫌なことが起きたとしても，それなりに QOL を維持したまま，より，がんの治療を受けやすく，なおかつ，最期，ご本人もご家族も，気持ちも体も辛くなく過ごせるのではないでしょうか．ここに出てくる赤字のところが恐らく緩和ケアだと思います［スライド６］．まさに，ここのところ，生活を私たちが支えているというのは間違いないのではないか，と考えております．

「ばんそうしゃ」という言葉を聞くと，箱根駅伝の「伴走車」があります．大学の監督がメガホンを持って車で声援を送ります．「あと何分」とか，「後ろはどれぐらい空いているよ」とか，「このピッチならいいよ」みたいな言葉をかけて，その声がなかったら，もしかしたらいい記録が残せないのかもしれません．でも，「ばんそうしゃ」というのは，時に，視覚障害者の方などは，１本のロープを一緒に握り，ゴールまで伴走する，こういう「伴走者」もあるかもしれません．私たちは，患者さんたちに対して，後ろから声援を送るのもいいかもしれないし，一緒に歩く，共に歩く姿勢も悪くないかもしれません．でも，大切なことは，たぶん「主旋律」は患者さんとご家

【スライド５】



【スライド６】

族だと思いますので，そこを邪魔してはいけません．あくまでも，私たちのすることは「伴奏」なのではないかと思います．同じ「ばんそうしゃ」という言葉にも 3 つの意味があることに，ある日気づきまして，これをご紹介したわけです．

今度は「life」，「人生を讃える」ということです．ここは「支える」でもいいのですが，敢えて「讃える」という言葉でまとめさせていただきました．

これは聖隷三方原病院の森田先生が以前「精神医学」という雑誌に載せていたのが非常に分かりやすかったので，お借りしております［スライド 7］．がんの患者さん 89 例，その中には緩和ケアというか，いわゆる終末期の方も入っておりますが，89 例を対象として構造化面接を行っております．どんなものが抽出されたかというと，大体この 8 つのことくらいが上がってきたようです．「関係性」，身体的なコントロール感がなくなってしまう，将来に対するコントロール感がなくなる，あとは「役割」，「楽しみ」，「自分らしさがなくなってしまう」．「負担」，ご家族，経済的な負担もあるかもしれません．そして重要なことが，「未完成」，まだやっていないことがあるとか，「希望がない」，「死の不安」，こんな 8 つのことが患者さんから声として上がってきたそうです．

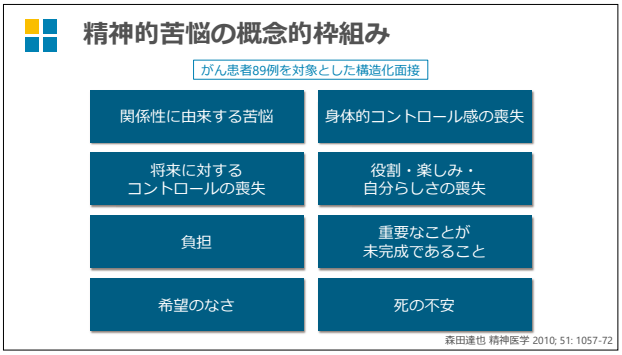
それに対する方策です．じゃあ，どうしたらいいのか，と患者さんたちに聞いたそうなのです．確か，38 くらいの項目が上がってきたそうなのですが，そのうちの 3 分の 1 くらいを，今日はご紹介します．ひとつひとつ見ていくと，「病気以外のこともよく聞いてくれる」，「関心を持っていることが伝わる」，「朗らかで親しみやすい」，これはきっと「笑顔」でしょうね．それから，「意思が尊重されること」，「気持ちを分かって一緒に考えてくれる」，「日々の生活の中に楽しみを努力して探していくこと」，それから「家族と一緒に過ごすこと」，「家族に気持ちを自然体で伝えたい」，「医療者が家族との気持ちの橋渡しをしてくれること」，「できることではなくて存在に価値がある」．恐らくこれは非常に重たい言葉で，簡単にできることができなくなってきますので，そのときに自分自身の存在というものを改めて考え直すのではないかと思うのです．これがとても大切である．それから，「長さではなくてどう生きるか」．「命が限られたとしてもその間をどう生きるか」，そういうふうにシフトしていくみたいです．それから，「伝えて残していきたいことを残しておく」．「言いたいことは言っておく，伝えたいことは伝える」．この辺が大事であろう．この 2 倍ぐらいのものが上がっているのですが，こういうところを，実は患者さんたちは求めているということが分かります．

ご自身で解決しなければいけないこともあるかもしれません．あるいは，ご家族が解決しなければいけないこともあるかもしれません．私たちができることで一番簡単なことは多分右上です．「朗らかで親切」，「笑顔」です．そして，「優しい丁寧な言葉がけ」，これだったらば，多分今すぐにでもできると思うのです．ここはとても大切なところではないかと思います．

ここはどこだかお分かりでしょうか．瀬戸内海なんです．岡山県に長島という島がございまして，そこが以前，いわゆるハンセン病の療養の島でした．愛生園というのがございまして，ここに写っている絵は崩壊してしまった桟橋なんです［スライド 8］．ハンセン病に罹患した患者さんたち，小さい子供もいます．そういう方々は皆この桟橋まで船で連れてこられて，そこで親とお別れなのです．そこには看護師さんたちが待っていて，患者さんだけを連れていく．今生の別れです．ここで別れた場所らしいです．

本当にのどかな穏やかな湾で，カキの養殖の場所かなと思うのですが，瀬戸内海ですから，海はとても穏やかで，水もきれいな場所でした．なぜ私がここに行ってみたかというと，ここに，ある精神科医がおりました．その方は神谷美恵子さんという方です．ご存じかもしれません．この方は「生きがいについてというもの」をハンセン病の患者さんと向き合う中で考えていったそうです．「わざわざ研究などしなくても初めから言えることは，人間がいきいきと生きていくために生きがいほど必要なものはないという事実である．それゆえに，人間から生きがいを奪うほど残酷なことはなく，人間に生きがいを与えるほど大きな愛はない」．彼女は生きがいというものをすごく大切に考えていました．こんな病気になって，こんな大変な状態なのに，また生きていこうという強い精神力をどうして持っているのだろうか，と考えていったときに，生きがいがある人は生きていけることに気づきました．これはおそらく，「夜と霧」のフランクルが言った言葉とも共通するものがあるのではないかと思います．

生きがいというものを果たして見つけ出すことができるか．自分で見つける方もいますし，私たちが何かしら



【スライド 7】

【スライド 8】

気づいて，ちょっとしたことで自分らしさを取り戻して生きがいをもう一回見つめる，自分の生きがいを考え直すことができるかもしれません．こういうところに手を差し伸べるのがとても大切なケアではないかと考えます．

実践的なスピリチュアルケアとしてこういうものが上がっています．「ライフ・レビュー・セラピー」というのは生きてきた証です．人生の歴史を紐解いて，それの意味づけを行っていく方法の１つと言われています．それから，「ミーニング・センタード・サイコセラピー」，これも，人生の意味合い，平穏，目的，こういうものを強化することによって患者さんをサポートしていく心理療法と言われています．「ディグニティ・セラピー」は，カナダのチョチノフ先生という精神科医が始めたものなのです．「あなたの人生において特に記憶に残っていることや最も大切だと考えていることは何ですか」，「あなたの人生のアルバムを一緒にここの場所で紐解いてみませんか」というような言葉から始まって，その方の大切な思い出を少しずつ聞きながら，最終的には文章にまとめます．それを大切な人にお渡しする，というような治療が「ディグニティ・セラピー」と言われています．こういうモデルとなるような治療は確かに存在しています．それによってできることは，ちょっと難しいかもしれませんが，スピリチュアルケアです．先ほどの，生きがいというところにも通じるのかもしれません．あるいは，自分が生きてきた意味というものを，もう一度見つめ直すことができるのだと思います．

難しいのはもちろんそうなのですが，ここでご紹介したいのですけれども，最近こういうものをやっています．「ZEN タイル」といいまして，福井県の方が考えられたボードゲームです［スライド９］．下は時間の軸です．０時から始まって夜の 11 時までになっているのですが，一個一個のタイルに一文字ずつ文字が刻んであります．それをめくって出てきます．例えば「熱」，「パッション」という言葉が出てきたときに，「１日の中であなたが今日パッションを感じたところ，熱い思いをしたところはどこですか」と聞きます．例えば，「お昼前くらいに，患者さんからすごくいい言葉を言われてとても気持ちが熱くなりました」と言ったりするかもしれない．あるいは，「ちょっと苦手だなという看護師さんと話をしているうちにちょっと嫌な思いをした」とか，「すごく楽しいことがあって笑った」とか，「最後，夜１人で寂しくなっちゃいました」．こんなものを並べてみるということがゲームとしてあります．これはよく見ると，上に「ライフ」とあって，10，20，30 と年齢が刻んであります．80 以上の方は延長を作らなければいけないのですが，実は，これを病棟で試してみたことがあります．患者さんには出てきたカードを意味づけしていただきます．例えば，「人生で一番笑った瞬間はいつですか」，「今思い出せるときで笑った時期はいつですか」と聞くわけです．「60 手前，何がありましたか」．「ちょうど孫ができてね，何があっても一番面白かったよ」と言うかもしれない．あるいは，「嫌なこと，辛かったことは何ですか」と聞くと，そのときに「人に騙された」と言うかもしれない．そういうところで，歴史を少し紐解いていくきっかけができるかもしれません．

実際，私の患者さんに，試していただきました．手前におられるのは大学の学生さんです［スライド 10］．学生さんが実習に来られたのですが，患者さんと話してもらうために，ちょっときっかけがあったほうがいいかなと思って，このゲームを持っていって試してみて，患者さんと話をしてみたら，という話をしました．最初は 10 分でも 20 分でもいいよ，と言ったのですが，１時間以上ずっと話をしてくれて，患者さんも非常に協力的だったのですが，自分の気持ちを揺さぶられたそのときの思い出，こういうものを一緒に共有してくれる，しかも，お孫さんくらいにあたる若い学生さんが行って話を聞いてくれる，と非常に喜んでおられました．こんなゲームもあります．

それから，「橋を架ける」［スライド 11］．この橋が先ほど申し上げた長島という島に架かっている橋です．人

【スライド 10】

【スライド９】

【スライド 11】

間回復の橋とも言われております．ハンセン病が社会的に認められたというか，ハンセン病の患者さんたちに対する対応が間違っていたと国が認めた後にできた橋ですが，この橋は海でわずか 200 メートルくらいしか離れていないのですが，そこに行くまで手段がなかったところに橋ができたということです．

柏木哲夫先生は，来日したシシリー・ソンダースから「架け橋としての緩和ケア」をお聴きになられたそうです．「聴くという橋を架ける」，「痛みの基礎研究に橋を架ける」，「地域に橋を架ける」，「急性期医療に橋を架ける」，「スピリチュアルという側面に橋を架ける」，最後は，「喪失を乗り越えて成長するための橋を架ける」．一つ一つどれも大切で，シリー・ソンダースという方はすごいなと思うんですね．痛みの基礎研究，もちろん，彼女は経口のモルヒネの研究を最初にやった方ですし，とにかく患者さんの痛みを取る，全治的な苦痛を取る，ということに注目していますし，既にこのときに，「急性期医療に橋を架ける」という言葉が出ています．今でこそ，「救急と緩和」ということがうたわれていますが，既にこのときから，シシリー・ソンダースは言っていた．先見の明があるな，と改めて思いました．

以前，私が勤めていた病院で「橋を架けた」という実例がありました．お母さんが亡くなる寸前で，ほとんど意識がない段階だったと思います．そのときに，確かこのとき小学校 6 年生くらいの女の子だったと思うのですが，当時，チャイルドライフ・スペシャリストという，患者さんのまだ小さいお子さんに対してケアを行う専門職がおりまして，その専門職の方が子供さんと一緒に遊ぶなかで，「お母さんに手紙を書こうか」というような話になって，絵を描いて，メッセージを書いてくれました．すごいことが書いてあります．「産んでくれてありがとう，育ててくれてありがとう，病気になって 5 年，今までよくがんばったね．天国へ行ってもいつもの元気なママでいてね」．さよならするということをしっかりと受け止めているんですね．「コイさん，キンギョさんもおつかれと言っているよ」と言っています．放っておいて何もしなかったら，もちろん悲しさは変わらないと思いますが，この子はこういうメッセージをお母さんに送ることはできなかったと思いますね．そこに誰かが手を差し伸べて橋を架けた．それによって，天国に行った母親との橋を架けることもできましたし，おそらく，私たちにとっても，この少女の思いというのは繋がった．こういう，ありがたいことも時にはあります．そういう面では緩和ケアというのは，先ほどの柏木先生のお言葉を借りると，「橋を架ける」というのはとても大切な作業なのではないかなと思います．

最期の楽しみ，「pleasure」．皆さん，最期の楽しみは何がいいと思いますか．もし，ご自身が寝たままの状態，ベッドから離れられない状態で，何を楽しみにしましょうか．当然，体がだるくて，あるいは痛かったり苦しかったりして楽しみではないかもしれないけれども，もしかしたら，何か時間的な余裕ができて，何かいいこと，というか，自分にとってワクワクできることがまだできるかもしれない．今のうちから考えておくのも悪くないかなと思います．本はあまり向いていないと思うのです．なぜなら，持つのが大変ですし，目が疲れます．眼鏡をかけていることすら辛くなってきますから，あまり本はおすすめではないですね．私は決めているものが 1 つあります．落語です．もう耳だけでいいのです．目を瞑っていても聞こえますし，やはり，日本の噺家というのは世界に誇るものだと思います．話術 1 つでもってそのシーンをありありと目に浮かべることができます．ただ，突然聞いても分からないと思いますので，できれば今のうちから落語に親しんでおいて，お気に入りの噺家を 1 人，2 人決めておくといいと思います．私はもう決めていまして，古今亭志ん生という方が大好きで，もちろん生ではありませんが，その方の落語を何度も聞いたことがあって，最期，もし自分が動けなくなったら，目を閉じてこの志ん生の声を聞きたいな，というふうに思っています．

楽しみを演出することもできます．私が趣味でやっていました沖縄の三線という楽器です．この方も PS4 でほとんど寝たままの方だったのですが，お部屋にお邪魔して三線を弾かせていただきました［スライド 12］．始めたきっかけは，緩和ケア病棟でも周りに邪魔することなく，しかも，歌も歌えて，遊びとして患者さんに喜んでもらえるものは何かないか，と考えて，この沖縄の三線を選びました．ピアノなどは運べないですし，管楽器だと音が大きくなってしまいますが，この三線は悪くないかなと思います．ギターは，もちろんいいと思うのですが，3 本なので簡単かなと思って始めたところ，ちょっと大間違いでした．ときどき弾いたりしています．寝ているだけだった方が，手を上げてリズムを取っていただいたようなことが思い出として残っています．

言葉というのは面白くて，辛いところから普通に戻るのは「らく」だと思います．そして普通のところから上に行くと「たのしみ」に変わります．「楽」という字は 1 語で 2 つの意味があります．おそらく，緩和ケア病棟でできること，外来でできること，あるいは，サポート緩和ケアチームでできること，というのはここだと思います．辛いところから普通に戻すところまでです．ほとんどの病院は多分これですよね．でもこの先です．普通から楽しいところに持っていくのは病院の仕事ではないと思うのです．でも，先ほどの大西先生のお話にもありましたが，何か，プラス α のところを考えていく意義はも

【スライド 12】

ちろんあるのかもしれません．

最初のほうに戻りますが，患者さんが，いよいよ，となったときに何を考えるか．日常の中にも何か楽しみとか喜びとか，そういうものを求めていくというのも入っていると思うのです．こういうものが，もし何かプラスαでできるのであれば，患者さんにとって楽しい，もう一回楽しいと思っていただけるようなものを考えていく，提供するのも緩和ケアの役割なのかもしれません．

私が研修医1年目のときですから，もう20数年前ですが，ある方を診させていただきました．その頃はまだ，私のいた大学病院には，モルヒネの持続皮下注射という概念が全くございませんでして，夜に26ゲージか25ゲージの細いトンボ針を探してきて，ポンプをくっつけて，初めて，自分でモルヒネの持続皮下注射を見よう見まねで始めたという経験がございます．そのときに，ある患者さんがこうおっしゃいました．頭頸部がんの方だったので会話ができずに筆談だったのですが，「私は安楽死は望みません」と書いてありました．「そのかわり，延楽死をお願いしたいです」と書いてあったのです．いい言葉だと思いました．先ほどの「楽」ということから考えますと，楽な状態を延ばしてから亡くなっていく，あるいは楽しいのを延ばしてから亡くなっていく，これはとてもいい言葉だと思ったので，もちろん特許などは取っていませんが，その方に教えられました．本当に医者の駆け出しのときに教えていただいた，とても大切な言葉だなと思って，ときどきこういう形で皆様にお披露目させていただいております．

今度は，「死」を支えていくほうです．受け継ぐという言葉です．先ほどのディグニティ・セラピーというところで，文章を作って，それをどなたかに伝える．ご家族だったり，息子さん，娘さんかもしれません．友人かもしれません．受け継ぐ，というのはとても大事な意味があると思うのですが，吉田松陰がこんなことを言っています．「留魂録」といって，ご存じだと思いますが，吉田松陰が牢屋に入れられて，牢獄の中でしたためた文書と言われています．「もし同志の士，その微衷あわれみ，継紹の人あらば，すなわち後来の種子いまだ絶えず，自ら禾稼の有年に恥じるなり」．自分の考えてきたこと，大切にしてきたことを誰かが汲んでくれて，それを継いでくれる人がいれば，自分の今まで考えてきたものが無駄にならず，それが将来的に伝わっていくであろう，それもいいじゃないか，という見方だと思うのですが，おそらく，皆さんの中にもあると思うのです．皆さん，「ご自身はどんな人ですか」と言われて，「1分間で話してください」と言われたら何と答えるでしょうか．所属とか，業績とか，交友関係とか，Facebookの「いいね」の件数とか，売れた本の数とか，そういうものではないのです．「自分が考えてきて大切にしているもの，あなたという人はどんな人ですか，どんなことをしてきた人ですか」と言われたときに，パン，と答える方はそう多くないのではないか，と思うのです．でも，そんな中で，自分が一生懸命大切にしてきたもの，というのはあると思いますので，それはおそらく，友達，親兄弟，あるいは医療従事者，そういう方々に何らかの形で伝えていきたい，生きてきた証を残したい，という思いは根源的に持っているのではないかと思うのです．伝える，ということはとても大切なことかもしれません．

別のことがありまして，これはテレビなどでも放映されたのですが，いい話だったのでご紹介します．エレナちゃんという子なのですが，6歳くらいだったと思います．脳腫瘍のお子さんだったようです．この子が，家でお父さんとお母さんと妹と4人で暮らしていたそうなのですが，彼女は家に病気でずっと1人でいるわけです．そこで，最後亡くなっていくのですが，あることをしたのです．脳腫瘍があるので字も十分書けなくて，ここに書いてあるのはお父さんお母さんと自分と妹だと思うのですが，「アイラブユー，マム，ダッド，グレイス」というメッセージをメモにして，家中に隠したのだそうです［スライド13］．箪笥とか，食器棚の中とか，衣類の中とか，いろいろなところに，ものすごくいっぱい隠したらしいのです．当然，ご家族，ご両親はみんな悲しむのですが，何かの拍子にメモが見つかって，あれっと思うわけですね．また別のところへ行くとこれも出てきて，あれも出てきた，いっぱい出てくる，ということがあったそうです．これはテレビでも放映されて本にもなっていますが（パパ，ママ，あいしてる：エレナが残したメッセージ，2010），すごいなと思ったのです．後々こういうのが響くと思うのです．そのときに思っていることを言うのも大切ですが，亡くなった後からもメッセージが出てくることは，もしかしたらまだ繋がっている，どこかにいて，こっそりいまだに隠しているのかもしれない，みたいな，そういうポエムというか，そういうものを少し思い起こさせてくれて，とっても優しいメッセージだなと思いました．こういうのも自分で架けちゃう橋，自分でできちゃう橋かもしれません．とてもいいなと思いました．

一方で，こういうものもあります．亡くなっていくというか，親の立場から子供に書いた手紙というのもありまして，いろいろ調べたのですが，詠み人知らずということでインターネット上には上がっています．私もある方から教わって，ちょうど昼間に読んだのですが，涙が出てしまったのです．ちょっと読んでみます．

手紙～親愛になる子供たちへ～

年老いた私が，ある日，今までの私と違っていたとしても，どうかそのままの私のことを理解してほしい．私

【スライド13】

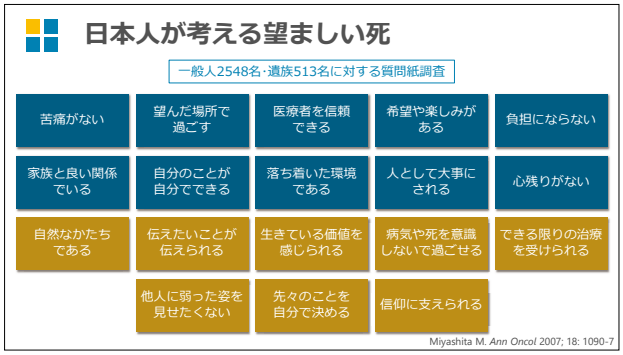
が服の上に食べ物をこぼしても，靴紐を結び忘れても，あなたにいろいろなことを教えたように，見守ってほしい．あなたと話すとき，同じ話を何度も何度も繰り返しても，その結末をどうか，遮らずに，頷いてほしい．あなたにせがまれて繰り返し読んだ絵本の温かな結末はいつも同じでも，私の心を平和にしてくれた．悲しいことではないんだ．消え去っていくように見える私の心へと励ましの眼差しを向けてほしい．楽しいひとときに私が思わず下着を濡らしてしまったり，お風呂に入るのを嫌がるときには，思い出してほしい．あなたを追い回し，何度も着替えさせたり，様々な理由をつけて嫌がるあなたとお風呂に入った懐かしい日のことを．悲しいことではないんだ．旅立ちの前の準備をしている私に祝福の祈りを捧げてほしい．いずれ歯も弱り，飲み込むことさえできなくなるかもしれない．足も衰えて，立ち上がることすらできなくなったなら，あなたがか弱い足で立ち上がろうと私に助けを求めたように，よろめく私にどうかあなたの手を握らせてほしい．私の姿を見て，悲しんだり自分が無力だとは思わないでほしい．あなたを抱きしめる力がないのを知るのは辛いことだけど，私を理解して支えてくれる心だけを持っていてほしい．きっとそれだけで，それだけで私には勇気が湧いてくるのです．あなたの人生の始まりに私がしっかりと付き添ったように，私の人生の終わりに少しだけ付き添ってほしい．あなたが生まれてくれたことで私が受けた多くの喜びとあなたに対する変わらぬ愛を持って笑顔で答えたい．私の子供たちへ，愛する子供たちへ．

こういうメッセージです．これは，先に自分が老いていくことを見越して，その前に子供に書いたメッセージだと思いますが，おそらく，皆さん自分の中で，自分の親の姿が思い浮かんだり，あるいは子供の姿が思い浮かんだりされたと思います．私もこれを読んだときに，自分の父親が目に浮かんできたりしました．今，「人生会議」とか「アドバンス・ケア・プランニング」とか言われていますが，大切なのはこういうことなのではないかと思います．日常を大切にして寄り添ってもらいたい．自分がどんどん機能的に落ちていくんだけれども，そこを少しでもいいから手を貸してほしい，ということこそ，もっともっと伝えていかなければいけない．私たちは，療養場所がどうとか，今後どうしますかとか，どこで過ごしますか，治療しますか，とか，そういうことも，もちろん大事かもしれませんが，それ以上に，残されていくご家族，兄弟，友達，そういう人たちへのメッセージ，そういう方への橋渡しをしていくのがすごく大切なのではないかと考えています．

「良い死」という概念があります．「good death」です．これは 2000 年くらいから論文が出ているのですが，アメリカで「good death study」というのが流行りました．それを汲んで，日本でも東北大学の宮下光令先生が中心になられて，「日本人はどういうものを望ましい死と考えるか」という研究がございました（看護技術 65(14), 1476–1483, 2019）．一般人，遺族，合わせて合計 3,000 名，大規模な質問紙調査です．そのうちから出てきたのは，上の青いほうが共通する項目です．10 個あります．下の黄色いほうが 8 つです．人によってそれぞれ違うけれども，大事にしていることを 8 つ挙げられています［スライド 14］．苦痛がないこととか，望んだ場所で過ごすとか，医療者を信頼できる，希望・楽しみがある，人として大切にされる，心残りがない，先程の，森田先生が出された精神医学の中に書かれていたものと，ほぼ裏返しに近いと思います．一方で，自然な形で過ごしたい，という方もいれば，できる限り治療は何でも受けたい，という人もいるかもしれません．あるいは，弱った姿を見られたくない，いろいろな思いがあるようです．こういうものがあると，1 つの臨床を行っていく上での手がかりになるのではないかな，と思います．

ところが，本当にそれでいいのだろうかと疑問を呈している人がいます．この本を読まれた方はおられますでしょうか，「死にゆく人と共にあること（J. ハリファックス：春秋社，2015）．著者のジョアン・ハリファックス先生は，曹洞宗のお坊さんですが，社会学者でもありまして，素晴らしい方です．数年前に奈良県のお寺で 2 泊 3 日のワークショップがありまして，3 回くらい参加したのですが，そのときにお会いしました．彼女はこの本の中でこんなことを言っています．「良い死とは．良い死も悪い死もない．死にゆくプロセスとともにあることは，ただ死にゆくプロセスとともにあるということ．それぞれの人が自分なりの死を迎える．どのように死んでいくべきか，ということにまつわる概念，考え，期待を手放す」と書いてあります．非常に仏教的な見方だと思いますね．いわゆる執着をしないということです．

私たちは，先程の研究から，これがいい死なのではないか，というイメージを持っています．でも，それを決して押しつけてはいけない．もちろんできるサポートはしなければいけませんが，それを押しつけてはいけない，ということだと思います．そうならなかったからといって，自分たちを責めてもいけない．あくまでも，良い死も悪い死もないんだよ，ということを伝えています．どちらかというと，ジョアン・ハリファックスさんがつくられたプログラムというのは，良い死を万能としない，というのが前提にあったと思います．多分，心残りは皆さんあると思うのです．兄弟に会わせることができなかったとか，最期の思いを遂げることができなかった，残念だと思うかもしれないけれども，それはそれで，そこま



【スライド 14】

では皆で一生懸命考えたのであれば，結果にはあまりこだわらなくてもいいのではないか，こんなことをハリファックス氏は教えてくださいました．興味があったらぜひ手に取って読んでいただければと思います．

そうは言っても，なかなか難しいですよね．特に，「なぜ私がこんな病気になったんだろうか」とか，「死んだらどうなるんだろうか」とか，そういうのを聞かれたときはみんな困ると思うのです．あるいは，「あとどれくらいですか」と聞かれると，先生方も多分，ドキッとして答えにくくなる方がすごく多いのではないかと思います．「なぜ私が」とか，それから「私の人生は何だったんだろうか」みたいなことを言われたときに，言葉に詰まると思うのです．どうしようもないですよね．それは，医学教育，看護教育の中には出てきていなかったと思います．そうすると何が起きるかというと，答えることができない自分は駄目だ，となってしまうと思います．でも，そんなに深く考えなくても，深刻に考えなくてもいいかもしれない，というヒントを以前教わりました．それがこの「ネガティブ・ケイパビリティ」という言葉です．

これは何だと思われますか［スライド 15］．もし，今日の私の講演がこれで，「皆さんお疲れ様でした，ありがとうございます」で終わったら，ものすごく皆さん気持ち悪いと思います．いろいろ考えて，あれは何だろう，何だったんだろうか，これで終わってしまうと，私のお話は全て台無しになってしまうんじゃないか，と思うのですが，これが見方を変えて，これだったらどうでしょう［スライド 16］．雲ですよね．分かったから，恐らく皆さんほっとすると思うのです．私たちは，何だか分からないものが出てくるとすごく不安になって，人によっては恐怖を覚えるかもしれない．いてもたってもいられない，落ち着かなくなるということがあります．

なぜか．理由は簡単です．私たちは常に正解があることを強いられてきたからです．幼稚園，小学校，公文式みたいなものもあるかもしれませんし，小学校，中学，高校，大学，受験，受験，受験で計算ドリルをやってきました．英語の単語もたくさん覚えたかもしれません．でも，必ず正解があったわけですね．正解がある世界で生きてきました．高校になっても，大学になっても，ちょっと難しい式が出てきて，それを解いて答えを求めるのが正解，できたら合格，という世界で生きてきました．問いには必ず答えが用意されている．だから，それが出れば，すっきりして満足感があって達成感もある．もちろんこれは間違いではないですし，生きていくうえでは必要なことも多分にあると思いますが，どうでしょう，私たちが生きていくなかで問題があったときに，全てきれいさっぱり解決できるものでしょうか．意外ときれいさっぱり答えられるものはないのではないでしょうか．特に人の気持ち，人の心，人との関係性，こういうものは，きっぱりと答えは出ないのではないかと思います．割り算して済むのものではないと思います．

特に，患者さんから聞かれた難しい問題をぶつけられると，答えを持っていないわけですから，そこに対してはものすごく不安になると思います．そこで，この言葉です．「今は理解できない事柄でも，不可思議さや神秘に対して拙速に解決策を見出すのではなく，興味を抱いて，その宙ぶらりんの状態を耐える力，これがネガティブ・ケイパビリティです」と言っています．これは詩人のジョン・キースという方，20 代で亡くなった方ですが，ジョン・キースが言った言葉らしいのですが，その言葉が着目されてきました．要するに，分からないけども，分からないということはあなたが駄目だというわけではなくて，その状態でもいていいんですよ，ということだと思います．それは能力なんです，ということだと思います．答えが出ない問いに対しては，いつか答えが出るかもしれない．でも，そこを切り捨てるのではなくて，関心を抱いたまま，興味を抱いたまま，そのままの状態にしておく，というのも 1 つの能力としては良いということを，肯定的に背中を押してくれるような言葉ではないかなと思います．私自身も，この言葉を数年前に知りまして，臨床をやっているなかで，果たしてこれでよかったのかなと思ったときに，この言葉があることによって，だいぶ救われるようになりました．何か臨床のお役に立つことがあればと思います．

そんななかでも，「死んだらどうなるのか」という問いがあると思います．直接聞かれる方もおられますし，何となく遠回しに聞かれる方もおられます．おそらく，これは死生観と言っていいのかしれませんが，正解はないんですよね．あの世はどうなる，死んだ後どうなる，というのはないのです．ときどき，生還した人でよく共通しているのは，「光が見えた」とか，「三途の川を渡る前に呼び止められた」とか，いろいろなことを言う人がいますが，実際は経験しないと分かりません．だから別に

【スライド 15】

【スライド 16】

何を言っても正解だと思うのです．だれも咎めることはできません．けれども，患者さんがどう思っているかは，もしかしたら直接聞く必要はないかもしれませんが，私たちに対して問いを持ってくる方がおられるかもしれません．そのときに何と答えるかですね．願わくば，自分なりのものを持っていたほうがいいのではないかと思います．全く分からないものを言ってもしょうがないのですが，自分のイメージでもいいと思います．例えば，星になる，でもいいかもしれない，天国に上がっていく，でもいいかもしれない，いろいろな考えがあると思いますが，私はこの方の言葉が好きです．

スティーブン・ラバージ，「明晰夢」，夢であることを夢だと分かりながら見ている夢のことを明晰夢と言うのですが，それの研究家です．彼がこんなことを言っています．「自分は，ずうっと落ちていく雪のようなもので，最後に海にポチャンと溶けて自分がなくなってしまう．そして最後に，自分は海だったと思い出す」．とてもいい表現だと思うのです．雪の状態で空中を舞っている間はみんなそれぞれバラバラで，もしかしたら，「あいつのほうがかっこいいな」，「俺のほうが小っちゃいな」とか，「あいつのほうがきれいだな」とか，みんな，いがみ合ったりしているかもしれない．でも，それがどうなるんだろうか，と分かりながら落ちて，落ちたらどうなるのだろうかと分からない．でも，海に溶けた瞬間に，「ああ，みんな海だったじゃないか」と思う．そこでみんなと繋がることもできる．全体性を取り戻すこともできるかもしれないし，今まで比較していたことが，「なんて小さい世界のことを考えていたんだろうか　」と思うかもしれない．でも，なにか安心感といいますか，そういうものがこの言葉の中にはあるかなと思っています．

ヒントは，文学や，宗教，芸術などにあるのではないかなと思っています．皆さんもご自分なりの「座右の銘」がありますよね．自分の気に入っている言葉みたいなもの，同じように，「座右の死生観」と言ったら変かもしれませんが，あの世について自分はどう思うか，みたいなものは何か見つけておくと，それを自分の考えではないけれど，「この人はこんなことを言っていました，こういう考えがあるみたいですよ」と患者さんに伝えてあげると，少し安心される部分が，「怖い怖い」と言っておられる方が安心されるかもしれないな，と思っています．どうぞ皆様も見つけていただけるといいのではないかなと思います．

最後です．「おもてなし」という言葉です．「ホスピタリティ」という言葉が英訳に当てはまる場合もあります．東京オリンピックのプレゼンテーションのときに滝川クリステルさんが，手で「お・も・て・な・し」とやったのは懐かしいと思いますが，この「おもてなし」という言葉でも最近通用するようになってきているみたいですね．ちなみに，先ほどの「生きがい」という言葉も，日本語なのですが，それが海外でも通じるようになって，今，生きがい研究というものが盛んに行われているみたいです．

「おもてなし」ですけれども，実は，これは緩和ケアと切っても切れない縁がございます．緩和ケアの原点は，実は「おもてなし」だそうです．「ホスピス」というのが今でもありますが，もともとの語源は「客を温かくもてなす」という言葉だったそうです．その「ホスピス」は何ものかというと，中世の巡礼者，十字軍の兵士の方々がエルサレムを目指して歩いていく途中に休む場所として使われたのが「ホスピス」と言われたそうです．語源としては，ほかに「ポスペス」という言葉もあって，主と客の両方を意味するそうです．それから，「ポスピティウム」，厚遇．「ホスピタリティ」，もてなし．さらには，私たちが働いている「ホスピタル」，病院．これも同じ語源だそうです．ここで着目すべきなのは，実は「ホスペス」という言葉の中には「ストレンジャー」，よそ者という言葉も入っています．これはすごく大切な意味だと思うのです．というのは，巡礼者の方々というのは，エルサレムへ行く間にホテルなんか予約できる時代ではないはずなのです．電話もない，インターネットもない，郵便も，もちろんそんなに発達していなかったと思いますから，いついつどこどこで泊まるので宿を予約します，ということは多分できなかったのではないかと思います．歩いて行って日が暮れて，夜になって疲れたなと思ったときに，一軒の家があるかもしれない．そこでコンコンと叩いて，「エルサレムに行くんだけれども泊めてくれませんか」．「どうぞどうぞ」と迎え入れる．これが「ストレンジャー」，よそ者です．この言葉はすごく意味があります．緩和ケアではこの「ストレンジャー」という言葉が私は大切かなと思います．

近代の緩和ケアの発展をつくってきたメアリー・エーケンヘッドという方がアイルランドにおられました．彼女は修道女だったのですが，自分たちの施設に病の方々を招き入れてケアをしたと言われています．それだけではなくて，町の中に歩いていって，困っている人はいないかと探しに行きました．すなわち，訪問看護の“はしり”みたいなことをしていたそうです．当然，よそ者です．なおかつ，アイルランドは当時イギリスから迫害されていました．その自分たちを迫害していたはずのイギリス人でさえも困っていたら助けた，と書いてあります．ここが緩和ケアのすごいところではないかなと思っています．これが多分本当の「おもてなし」だと思います．

したがって，緊急で受診したがんの患者さんが突然やってきた，腹水が溜まっていてお腹がパンパンで，苦しくて息も苦しい，お腹も張って痛い，「何とかしてください」，「いや，あなたはまだ緩和ケア病棟の患者さんに登録していないから駄目ですよ．すみません，元の病院に戻ってください」とやっていたのが数年前の私たちでした．以前いたところはがん専門病院ですので，本当に枠もなくて，紹介状とは全く違う状態の方が何人も来られて，ベッドがなくてすみませんといって謝っていることがありました．今，思うと，何て冷たいことをしていたかなと思って反省しています．先ほど大西先生のお話の中で，一般の病棟で受け入れることも，とおっしゃっていましたけれども，こういうところが本当の意味での緩和ケアの原点なのではないかなと思っております．

したがって，こういうことができるというところがあるだけで，患者さんは安心して家で過ごせるかもしれません．在宅・訪問診療をやっている先生方，訪問の看護師さんも，何かあったときにここで助けてもらえるところがあれば，安心して在宅医療ができるのではないかと思っています．それの反省も含めまして，今，私がいるところでは全く紹介状がない状態で来られた方も入院していただいたことがあります．この精神を貫くのはいつまでできるか分かりませんけれども，本当に大切だというのは，タイムリーに，必要な人に必要なケアを提供することこそ尊いものはないなと思って，今はこういう緩和ケアを提供しております．

四国はお接待という文化が進んでおります．お遍路さんが歩いておられると，食べ物や飲み物を差し上げたり，場合によっては，宿を提供する方もおられたみたいです．お遍路さんは，まさに先ほどの「ストレンジャー」なのです．お遍路さんの格好をしていますが，どんな人か，素性は全く分かりません．そういう方々が来たときに，どうぞどうぞ，とおもてなしをするわけです．これはすごい文化だと思いました．もっともこれは，背景には同行二人，お遍路さんをする方々は隣に必ず弘法大師様がおられて一緒に歩いておられる，だから同行二人なんですけれども，その弘法大師様への功徳，「おもてなし」，というのもあると思います．それもあるので大切にしてくださるみたいです．私も車で２回ほどお遍路を回りましたが，行く先々で，確かに，お茶をいただいたり，飴をいただいたり，爪楊枝をいただいたり，いろいろなものをいただいたことがあります．すごいなと思ったのです．

これが緩和ケアの原点なんだと思っていたのですが，最近ちょっと考えが変わったのです．それが「お節介」という言葉です．多分，緩和ケアというのは，十分なお接待，十分なおもてなしと，ほんのちょっとのお節介が必要なのではないか，ということを思いだしました．目の前に困っているがんの患者さんがいる．でもうちの患者さんではない．まだ呼吸器内科の患者さんで，がんの治療をやっている．主治医は向こうだから，ちょっと声を出すのは憚られるな，我慢しようかな，と遠目で見ているケースが，私は今までありました．正直に申し上げます，ありました．そのときに一歩踏み込んでいって，「先生，ちょっとこれ困ってそうだけれど，何かできることはないですか，手伝いましょうか」．こういうのはお節介だと思うのです．いい意味でのお節介．お接待とお節介ができて，本当のおもてなしではないかなと思っています．

そのエビデンスはこれです．石川県の和倉温泉にある加賀屋という旅館に泊まられたことはありますか．加賀百万石の加賀です．私は泊まったことはないのですが，毎年，日本の宿でランキングのトップのほうに入っている宿です．そこのホームページを見ていましたら，加賀屋のポリシー，加賀屋が言うおもてなしというのは，「宿泊客が求めていることを求められる前に提供すること」だそうです．すごいと思いました．あまりにもすごいと思って感動したので，その日の夜 11 時くらいに加賀屋さんにメールをしました．「おたくのポリシーはすばらしいと思います．実は，私はこういう者で緩和ケアをやっています．講義とか講演のときに，スライドでおたくのホームページからの写真をお借りできませんか．ご紹介してもいいでしょうか」と言ったら，夜中の 11 時ですよ，30 分後くらいにメールが返ってきたのです．「ホームページの写真は残念ながらお使いいただくことはできないのですが，よろしければ加賀屋のほうで用意してある写真を差し上げます」と言っていただきました．その写真がこれです［スライド 17］．お使いくださいと言ってこられたのです．すごいと思いましたね．一度も泊まったことがない，得体の知れない「ストレンジャー」がメールしても，ちゃんと返ってくる．それも瞬時に返ってくる，というのは素晴らしいと思いました．

患者さんが求めていることを求められる前に提供する，これですよね．よく病棟なんかではあると思うのです．ご家族がお見舞いに来られた，ちょっと患者さんの様子がおかしいな，というときに顔が曇った，そのとき間髪入れずに，「もし，心配でしたら何か先生からお話をお伺いしますか」という一言，あれですよね．あれはおもてなしだと私は思うのです．今まで私は，その一言があることでどんなに救われてきたことでしょうか．もちろん，突然の緊急の面談で，忙しいときには「この間話したんだけどな」と思っても，「先生何か今日は違うから」と言われて話をすると，大体その日に亡くなる，ということがよくありました．こういうのはすごく大切だなと思います．たくさんのお接待とほんのちょっとのお節介，というのが，おもてなしでは，緩和ケアではとても大事なことかなと思いました．

全ての医療に欠かせないということは以前から言われています．「緩和ケアアプローチ」です．一般的によく言われるのは，専門的な緩和ケアと基本的な緩和ケアの２つに分かれていますが，一番大事なのがここかなと思っています．上は，がん治療の先生方，看護師さんたちは提供しなければいけないと言われています［スライド 18］．専門的な緩和ケアは，緩和ケア病棟とか，緩和チームとか，外来とか，専門的な知識を持って訓練，トレーニングを積んできた人たちが提供するべきものとなっていますが，実は，がんの患者さんにかかわらず，全ての医療従事者であれば持っていなければいけないお作法みたいなものでしょうか．「緩和ケアアプローチ」という言葉が

【スライド 17】

海外では言われています．

最近，こんな図を書いてみました［スライド 19］．「緩和ケア」という雑誌にコラムを書いてくださいと言われて一生懸命考えたのですが，緩和ケアの大元は，私はやっぱり「エンド・オブ・ライフケア」でいいと思うのです．看取り，終末期に関するものを今までやってきましたから，そこは間違いではないと思うのです．でも，その周りには，例えば，がんであればいわゆるサポーティブケア，がんの治療を受ける状態なのだけど，まだできる症状緩和をしなければいけないとか，最近心不全や救急も言われていますし，今のコロナなんかでもそうだと思うのです．感染症の先生が，とことん治療はしてくださるのですが，残念ながら，もしかしたら難しい方もいるかもしれない．そういう方々へのケア，そういうものを一緒に考えていくのも，やはり緩和ケアの役割かなと思います．それを広げていくと，全てのあらゆる疾患が含まれると思うのですが，その大元にあるもの，「緩和ケアアプローチ」というものを，私たち医療従事者が学ぶべきではないかと思っています．

具体的には，良好な QOL の重視，全人的なアプローチ，そして患者さんとご家族を一緒に見ていくケア，自立と選択を尊重する態度，そして最後，率直かつ思いやりのあるコミュニケーション．今すぐにでもできることは，笑顔です．冒頭にお出ししたように，患者さんたちが求めているものの一番のものは，優しさだったり笑顔だったりすると思うのです．それは，練習を積むまでもなく，今すぐ鏡を見て，こういう顔で行こう，というのがいいと思うのです．外来のちょっと前にふと鏡を見て，今日は笑顔で行こう，その心掛けだけでも，どんなに患者さんとご家族が救われることでしょうか．そういうものを私たちが意識していくことが，これからもっともっと大切になっていきます．今まで緩和ケアを一生懸命専門的にやってきた方々は，自分たちがやってきたことを広めていくためにはこういうアプローチをもっともっと訴えていかなければいけないのではないかなと，こんなふうに考えています．

最後です．今，コロナで大変な時期です．皆さんもすごくご苦労なさっていらっしゃると思います．本当に辛い大変な時期で，おそらく，今も診療に当たっていらっしゃる方がたくさんおられると思います．場合によっては，コロナでもって大切な方を亡くされた方もおられるかもしれません．どうしてこんなについていないのだろうか，自分だけがこんなことになるのだろうか，と思うかもしれない．あるいは，日々仕事が忙しくて大変で，給料も減って，ボーナスもカットされて，どうしてこんな時代に看護師になっちゃったんだろうか，という人もおられるかもしれません．この答えではないのですが，こんな見方があったらちょっといいかなと思います．

要するに，私たちの人生は美しい刺繍を裏から見ているようなものではないか．その模様が何を意味しているのか，そのままでは分からない．だけど，いつかそれを表から見ることができる．見ることができるようになったときに，その意味とその美しさを理解することができる．こんなふうに言われています．何年か先に，このコロナがあったことで，私たちは実はこんな美しい刺繍を編んでいたんだ，ということが表から見ることができればありがたいなと思います．

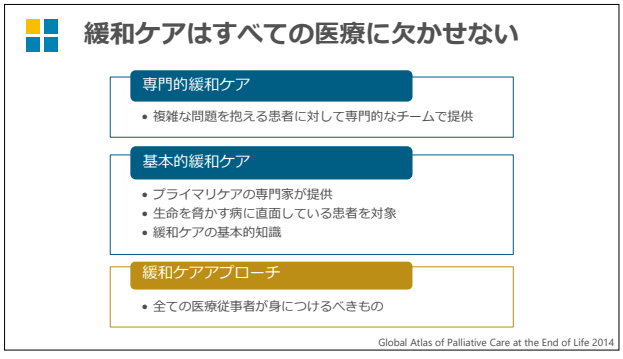
長々とどうもありがとうございました．これで私の話は終わりになります．ありがとうございました．

○座長　先生，すばらしい話をありがとうございました．ずっとお話を伺いながら，今まで自分が出会った患者さんのことが頭の中に次々浮かんできました．

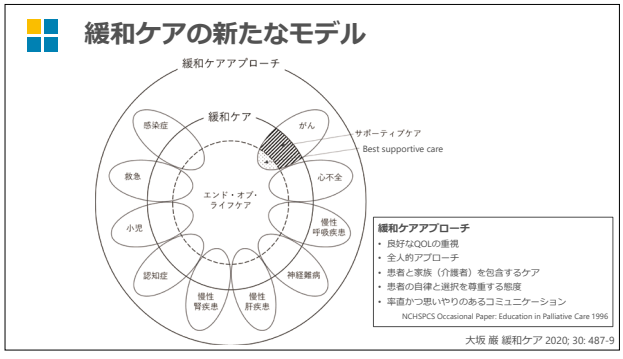
今日参加された方皆さんそれぞれに，感想なり，いろいろ感じられたと思います．ぜひどなたかご発言いただいて，皆さんの思いを共有していただきたいと思います．

私のほうから質問させていただいてよろしいでしょうか．緩和ケア病棟に入る前には ONAR を取得すること，ということがよく言われています．最近出会った患者さんですが，とても死が怖い，自分の人生がなかなか見つめられない，という方がおられました．患者さんにはっきりストレートに話をしてよいのかということをすごく悩んで，みんなでカンファレンスをしました．先生だったらそういうとき，どういうふうにアプローチされますでしょうか．

○講師（大坂）　ありがとうございます．難しい方の場合には，シナリオを 2 つお伝えします．今日は 2 月 13 日ですから，「うまくいけば 4 月頃に家が新築できるので，そのときまで頑張りたいと思うんだけど，先生，大丈夫ですよね」と言われた場合には，シナリオを 2 つ用意します．「私もそれを期待している．私もそれを願っている．だから，あなたのためにできる治療は何でもするし，そ



【スライド 18】



【スライド 19】

れを支えたいと思います．だけど，もしかしたら，ということもあるかもしれない．その場合には，こうなって，こうなって，こういう時間を過ごすかもしれません．大変かもしれないけど，２つのことを一緒に考えておいたらどうでしょうか」というアドバイスをするのではないかなと思います．

○**座長**　ありがとうございます．大変参考になりました．

○**質問者**　特にこのコロナの時期で，病院に入院されると面会ができないということで，まだ在宅のほうで見させていただいているケースはないのですが，本当に社会情勢に応じて，在宅で見ていく看取りの患者様が変わっていくのかなと思います．その方の生活の場をいかに守るといいましょうか，保障していけるのか．先生が「十分な接待とちょっとしたお節介」というふうに言っていただいたことがとても参考になりました．感想です．失礼します．

○**講師（大坂）**　ありがとうございます．

○**座長**　黒田院長，いかがでしょうか．

○**院長**　大坂先生，今日は本当にありがとうございました．

実は，私もまだ院長になって駆け出しなのですが，職員の皆さんに「心に笑顔を」ということを折に触れて言わせていただいています．先生の今日の講演を聞きまして，その辺り，マインドという意味ですごく共感する事が多く，大変感銘を受けました．結局，緩和ケアというのは，必ずしも緩和ケアというものがあって，それを実行するということでは多分ないのだろうなと，それぞれの人の心の中にあるものだろう，と思うのです．だから，基本的なところ，そういう一人一人が持っているはずのマインドを，いかに表に出すかということなのかな，というふうに感じました．どうもありがとうございました．

○**講師（大坂）**　ありがとうございます．

○**座長**　黒田院長，ありがとうございました．

まだまだ皆さんの質問をお受けしたいのですが，時間が迫ってまいりました．今日のお話は私の人生を変えるようなお話だったと感じております．今日ここで一緒にお話を聞かせていただいた皆さんも，いろいろな思いをお持ちだと思います．

それでは，今日の特別講演を終了させていただきます．先生ありがとうございました．

一般演題

当院における緩和ケアの取組～緩和ケア病棟開設から１年を経過して～

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　緩和ケア科）
大西　佳子

緩和ケアにおける食支援の取組

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　栄養科）
植木　明

当院における緩和的放射線療法

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　放射線治療科）
平田　希美子

○座長　皆さん，こんにちは．京都市立病院副院長の森です．今日の一般演題，特別講演の座長を務めさせていただきます．

当院の緩和ケア病棟ができて１年が過ぎました．一般演題として，これまでの取組について３名の演者からお話をさせていただきます．

それでは第１席，緩和ケア科部長，大西佳子先生に「当院における緩和ケアの取組～緩和ケア病棟開設から１年を経過して～」というテーマでお話をいただきます．大西先生，よろしくお願いいたします．

「当院における緩和ケアの取組～緩和ケア病棟開設から１年を経過して～」

○講師（大西）　よろしくお願いします．京都市立病院緩和ケア科の大西です．

それでは，早速始めさせていただきます．

本日の内容は，こういう形になります［スライド１］．緩和ケアをやっている方以外の方も聞いていらっしゃいますので，まずは基本的なところからお話しさせていただきます．

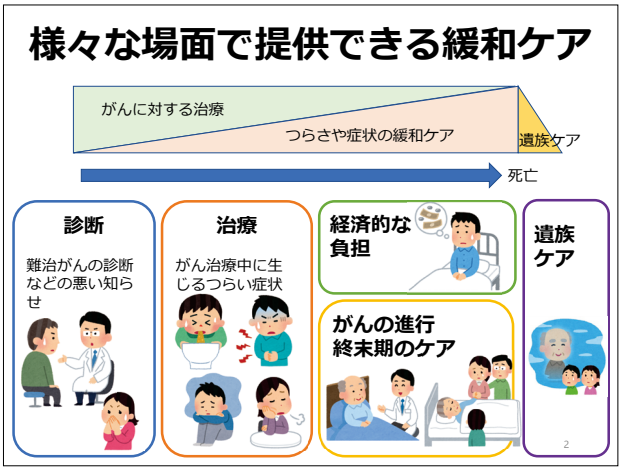
緩和ケアとは，2002年のWHOでは「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み，その他の身体的，心理社会的，スピリチュアルな問題を早期に同定し，適切に評価し対応することを通して，苦痛を予防し緩和することにより，患者と家族のQuolity of Lifeを改善する取組である」と定義しています．しかし，非常に長いので，なかなかこれを覚えることは難しいと思います．そこで，日本緩和医療学会が市民に向けた説明をこのように定義しました．「重い病を抱える患者さんやご家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ，より豊かな人生を送ることができるように支えていくケア」と簡単に説明しています．しかし，これでも長いので，私は外来のときには，「重い病に伴って，いろいろなつらさがあると思いますが，そのつらさをやわらげるのが緩和ケアです．そして，患者さんだけではなくて，ご家族さんも一緒に支えていくのが緩和ケアになります．」とお伝えしています．

緩和ケアというのは，様々な場面で提供できますが，昔はマイナスのイメージ，死の恐怖や非常に暗いイメージがあったのですが，今は必ずしもそういうわけではありません．最近では，「診断されたときから緩和ケアも治療と一緒に始まっています」と，いろいろなところで説明されています［スライド２］．やはり，診断されたとき，がんと言われたら，命の危険もありますし，非常にショックを受けたりします．そういうときはつらいですよね．そのときも緩和ケアは支えになります．もちろん，治療中，抗がん剤などで，吐き気，髪の毛が抜ける，夜眠れない，食欲が落ちるというかたちで，つらさは出てきます．もちろん，痛みも出てくるので，つらさが出てきます．治療が長引いてくると，今度は経済的な負担が心配になってきます．お金のことをどうしよう，そして，仕事をしていたら，役割が果たせない，また家族の中で父親として，母親としての立場を全うできない，そういうつらさも出てきますし，もちろん，終末期になっては，だんだんいろいろなことが１人でできなくなって，みんなの世

本日の内容

１．緩和ケアとは
２．緩和ケア病棟の紹介
３．実績
４．当院における緩和ケアの取り組み
５．まとめ

【スライド１】



【スライド2】

話になってしまい，自分は役に立たないのではないか，何のために生きているのだろう，というようなつらさが出てきたりします．患者さんが亡くなられた後は，ご家族さんもつらい思いを持っているので，遺族ケアも緩和ケアの中に入ってきます．

緩和ケアというのは，専門的な緩和ケアをしている医療者からでないと受けることができないのかというと，そんなことはありません．どんな方でも，緩和ケアの知識がない方でも，緩和ケアを提供できます．もちろん，1人でつらいときにそばにいるとか，手を握る，話を聞く，こういうことも緩和ケアです．ただし，基本的な緩和ケアだけで，症状，つらさを和らげられるというわけではありません．その時は専門的緩和ケアを受けられるところにアプローチすることで，よりつらさを和らげることができるのです．

一般病棟では，例えば，医師，看護師，薬剤師，栄養士，心理士，ソーシャルワーカーなど，いろいろな職種が集まった緩和ケアチームが主治医や病棟の看護師と一緒に患者さん，ご家族をサポートしていくという形でも受けられますし，緩和ケア病棟では，主に看取りが中心になるかもしれませんが，症状緩和も含めて，より専門的な緩和ケアを受けることができます．もちろん，できるだけ最期まで家で過ごしたいという方もいらっしゃるので，そういうときに，お家に来てくれる先生や看護師さん，訪問診療，訪問看護などでも，専門的な緩和ケアを受けることができます［スライド3］．ですので，ホスピス，緩和ケア病棟，あるいは在宅緩和ケアというのが，暗いとか辛いイメージではなく，最期まで自分らしく生きることができる場所である，ということを分かっていただければ結構です．

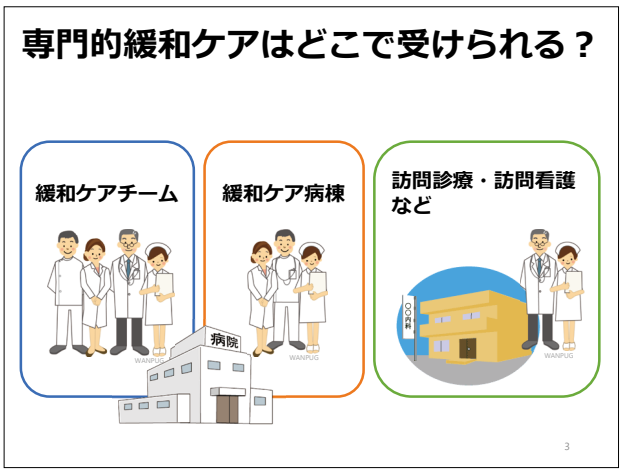
治療科の先生が，「最期のときにホスピスや緩和ケア病棟を紹介するのは，なかなか結構つらいんだよね」と言われる方がいらっしゃいますが，最期の時でなくても，診断のときから緩和ケアは始まっていますので，「つらさを和らげるところがあるよ」というふうに緩和ケアを紹介していただければと思います．

緩和ケア病棟の紹介です．京都市立病院では，2013年4月から緩和ケア病床としてオープンしました．全室10床でオープンしたのですが，病棟ではなくて病床だったので，一般病棟の中に設置されていました．ですので，一般病棟と同じく化学療法や外科処置なども可能だったのです．主治医は持ち上がり制で，緩和ケアチームが日々サポートするという形でした．緩和ケア病床だとデメリットがあります．言い方は悪いのですが，治療中の主治医の先生が，せっかく治療が終わって手が離れたと思っているのに，院内にいると自分が主治医にならないといけない．忙しいのにそういう患者さんもケアしないといけないというところで，主治医にとってなかなかメリットが少なかったり，緩和ケア病床がある病棟は血液内科と緩和ケア病床がくっついているので，血液内科の移植などで，結構，看護師さんが忙しかったりします．そうすると，緩和の患者さんにゆっくりお話を聞いてあげることができない，ということで，看護師自体もジレンマを抱えているところがありました．また，個室料が結構高くて，なかなか手が出せないということで，患者さんからも敬遠されていて，十分に緩和ケア病床が使われていない状態でした．京都市立病院は，生まれたときから最期まで市立病院で患者さん，ご家族さんを支えていく，というのが目指すところですので，緩和ケア病棟の設立は重要課題でした．

そこで，2020年の1月から緩和ケア病棟としてオープンしました．緩和ケア病床があったところを少し改築して，全部で14床，有料個室が7部屋，無料個室が3部屋，そして，特室があったところを2人部屋に改装して，全部で14床でオープンしました．個室料の値段も高かったので，そこも値下げしました．

中はこのような形になっています［スライド4］．各部屋にはトイレやシャワーがありますし，デイルームや家族控え室もあります．通常のお風呂だけでなく，少し離れたところにあるのですが，寝たまま入れるお風呂も用意しています．窓からはウッドデッキ，左大文字が臨める形なので，たまに小鳥などがテラスにやってきては患者さんが「毎日来てくれるんやで．それが癒しになっているんやで．」と言ってくださいます．

当院の緩和ケア病棟の理念です．「緩和ケア病棟では，思いやりを持って，患者さん，ご家族の辛さを和らげ，患



【スライド3】

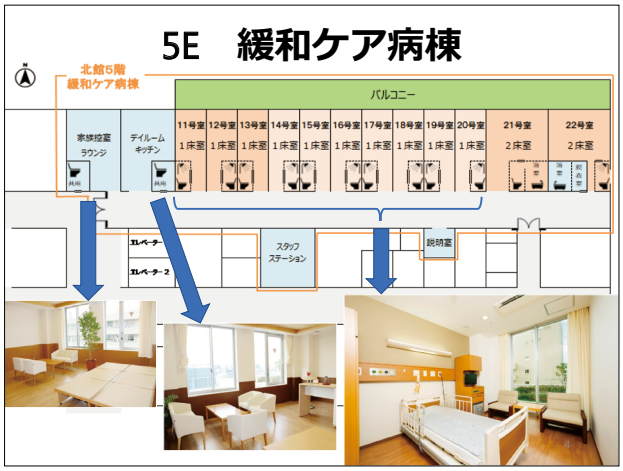
者さんの大切な時間を自分らしく過ごせる場となることを目指しています.」

基本方針です.「心や体の痛み，その他の辛さを和らげる治療とケアを行います．患者さんの意向や希望を尊重し，尊厳を大切にします．対話を通して患者さんの思いも支えます．地域における緩和医療の普及と向上に貢献します.」こういうところを掲げています.

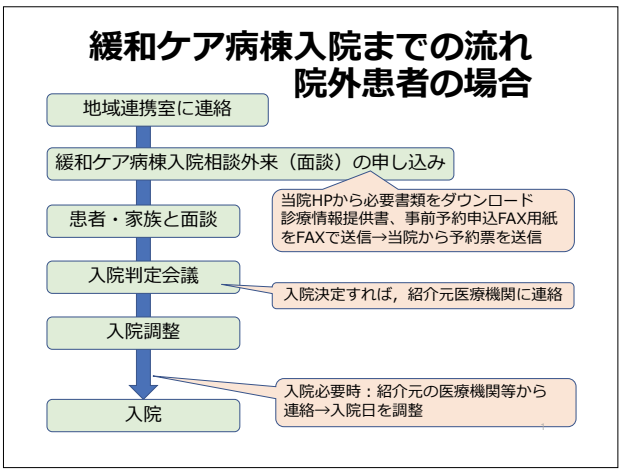
緩和ケア病棟は，がんに伴う様々な辛さを和らげるための病棟です．緩和ケア病棟に入れる患者さんは，保険上はがんの患者さんとエイズの患者さんだけです．近年，非がんの緩和ケアにも力を入れており，心不全，腎不全，呼吸不全，認知症の緩和ケアがあるのですが，そういう方がこの緩和ケア病棟に入ることはできません.

入院の目的は主に 4 つあります．症状緩和のための入院，症状緩和したあとに在宅療養移行の目的での入院，そして，家で過ごされていて介護しているご家族さんが非常に疲れ果ててしまった，そのご家族さんが休憩したいというときの休憩目的のレスパイト入院，そして，人生の最期を穏やかに過ごすための看取りの目的の入院，主に 4 つになります.

申込みの流れを説明いたします．まずは地域医療連携室に連絡をください．スライド 5 のように平日の日勤帯



【スライド 4】



【スライド 5】

でやっておりますので，緩和ケア病棟について，と伝えていただけると，相談・面談の外来の方法をお知らせいたします．そして，面談を申込みしていただき，院外からの受付は月火木，そして，当院の通院外来患者さんに対しては月火木金，という形で面談を行っています．入院の患者さんは，適宜しています．ホームページから必要書類をダウンロードしていただき，主治医の先生に書いていただくことと，ご本人さんとご家族さんのアンケートもあり，記載していただきます．そして，日程が決まりましたら，患者さん，ご家族さんと面談していきます．この面談においてどういうことを確認しているか，といいますと，悪性腫瘍と診断されているということで，患者さんが病状について十分理解しているかどうか，というところですね．たまに，患者さんが高齢なので，伝えないでほしい，とか，認知症があるから多分分からないだろうから伝えないでほしい，伝えていない，というケースもあるのですが，そうではなくて，分かる分からないは別にして，ご本人さんにちゃんと伝えているかどうか，というところを確認させていただいています．そして入院の目的は，①症状緩和，②在宅療養への移行支援，③レスパイト入院，④看取りの 4 つであるということもお伝えしています．緩和ケア病棟では，延命治療（心臓マッサージや人工呼吸器，昇圧剤，透析など）は体の負担になるため行いませんということもご了解いただいています．もちろん，緩和ケア病棟への入院を希望しているというところも確認しています．たまに，緩和ケア病棟の入院をお願いします，といって依頼が来るのですが，これは誰が希望しているかというところが，ちょっとグレーになることがあります．医療者がいろいろな都合で緩和ケア病棟へとしているのではないか，というところもたまに見られますので，本当にご家族さんやご本人さんが望んでいるのかを確認させていただいています.

緊急入院は，治療元の病院に入院し，以後，緩和ケア病院に転院調整となります．看取りだけではなくて，症状緩和目的で入っていただくこともあります．症状を緩和して，また元気になって手術や化学療法がしたい，というような積極的治療が必要な場合，希望がある場合は，一般病棟に入っていただきます．ただし，疼痛コントロール目的での放射線治療は，緩和ケア病棟入院中でも併用できますので，外来の放射線治療に毎日通院するのが体にとって非常に負担である，というときなども緩和ケア病棟をご利用ください．病状が安定したら，希望される療養先へ転院，退院になったり，家に帰りたいという希望があれば在宅調整をします．状態が落ち着いている場合などは，当院では緩和ケア病棟は 14 床しかない，数が少ない病棟ですので，より重症な方を優先して受け入れるために，少し状態が落ち着いている方は，場合により療養型の病院に移っていただき，またしんどくなったら緩和ケア病棟に戻って来ていただく，という形で調整させていただいています.

面談が終わった後，入院判定会議を必ず行います．緩和ケア医や病棟師長，地域連携，緩和ケアチームなどが集まって，どれくらいのタイミングで入っていただこう

か，ベッドの空き具合や病態を見ながら入院調整をしていきます．

当院に入院中の患者さんに関しては，面談の申込みと緩和ケアチームの申込みを同時にしていただいています．面談や判定会議などの流れは一緒なのですが，申込みした後の入院までの間，必要があれば，緩和ケア病棟に入るまでも緩和ケアチームがサポートしています．ですので，例えば，痛みが強い場合，緩和ケアチームが介入し，あらかじめ症状緩和をしたうえで緩和ケア病棟に入っていただく，という流れになります．

緊急入院に関してです．当院の緩和ケア病棟の入院歴がある方，ない方に分けさせていただいています．入院歴がない方で院内からの紹介のときは，まず一般病棟に入っていただいた後で緩和ケア病棟に入る，という流れになっています．外の病院からの紹介のときも，まず，紹介元のところに一旦入ってください，というふうにお伝えしていまして，紹介元の病院から転院調整という形になります．緩和ケア病棟の入院歴がある方に関しては，緊急入院も緩和ケア病棟でお受けしています．ですので，たまに訪問在宅医からの紹介があって，紹介元の治療の病院の先生とは，ほとんど今，接点がないという方もいらっしゃいます．そういう方の緊急入院をどうしようかなと思うのですが，そういう方は，一旦，今後の緊急入院に備えて，2泊3日というお試し入院をしてはどうですか，という提案をさせていただいています．入院歴があれば今後の緊急入院に関してお受けしますので，患者さんにとっても安心です．

入院中は症状評価や苦痛緩和のための治療やケアはもちろんですが，毎日様々なカンファレンスをしています．予後予測ツールに関しては，書いてあるものは全部電子カルテの中に入っていますので，大体これくらいの目安ではないか，こういう状態だったらこういう治療を一度ケアしていくことが大事かな，ということを考えながらやっていきます．

看護師の中で一番力を入れているというのが，意思確認，意思決定支援です．患者さんがどうしたいのか，どういうことを思っているのか，何を望んでいるのか．最初に緩和ケア病棟に来られて，家族さんも，「こんな状態だったら家とかは絶対無理です，」という方も，状態が落ち着いてくると，患者さんも「家に帰りたいな」とか，ご家族さんも「長期間は難しいとしても短期間は受け入れてもいいかな」という思いが出てきます．そういう思いを大切にしながら調整していきます．もちろん病状説明もしていきます．

緩和ケア病棟のイベントは，数は少ないのですが，節分やお花見などにもやっています．この真ん中の上の皆が持っているものはトーンチャイムという楽器です［スライド6］．クリスマスのときにハンドベルを使うことも多いとは思いますが，結構，どこの病院でもあります．トーンチャイムはハンドベルに比べるとすごく音色が優しくていい感じなので，当院にはハンドベルもあるのですが，トーンチャイムを使っています．

病状が落ち着いたときは，一旦家に帰るとか，外来通院とか，療養型という感じで希望に沿った場所で過ごせるように，地域の連携を取りながらやっています．ですので，退院のときは退院前カンファレンスなども行っています．

ここで緩和ケア科の紹介をさせていただきます．今，話しているのは私，大西です．当院の緩和ケア科はいろいろな出身の科が集まっているというところが特徴になります．私は麻酔科・ペインクリニック出身ですので，痛みに対して腹腔神経叢ブロックや，難治性疼痛でどんなにオピオイドを大量に入れても疼痛コントロールが難しいというときに脊髄鎮痛などもしていますので，ご相談ください．医長は高井孝治先生です．高井先生は内科の出身ですので，消化器系を得意とされています．緩和ケア担当部長は山本栄司先生です．外科の出身です．外科の治療などは得意なので，静脈血栓症なども対応します．臨床心理士の高橋可奈子先生はカウンセリングをやっています．緩和ケアチームは身体科医師4名，精神科医師1名，看護師2名，薬剤師4名，臨床心理士1名，栄養士1名，MSW1名の計14名でやっています．

実績についてです．当院の1月から12月までで，緩和ケア病棟に関しては1年で188人の入院がありました．

当院の緩和ケア病棟の緩和ケアの取組です．臨床心理士がおりますので，心理士は心理面をサポート，カウンセリングしています．緩和ケア病棟や緩和ケアチーム，緩和ケア外来などでもカウンセリングをしていますし，アートセラピーは緩和ケア病棟だけにあるのですが，月2回，アートを通じて心を癒したり，自分の考えを整理して思考をはっきりさせることができたり，アイディアが生まれたり，ちょっと心にゆとりが生じるようなケアができます．今後，心理士による遺族ケアの外来をやっていこうかと試みています．

院内ではホスピタルアートも取り組んでいます．なかなか専門の方にご協力を得るのは難しいのですが，私たちで，オリジナルでマスキングテープを使ってこのような形で病棟の中でやっています［スライド7］．また，患者さんのご好意によって，季節の風景を描いた絵画の貸出しなどもやっています．

音楽療法は，今までもやっており，月2回だったので

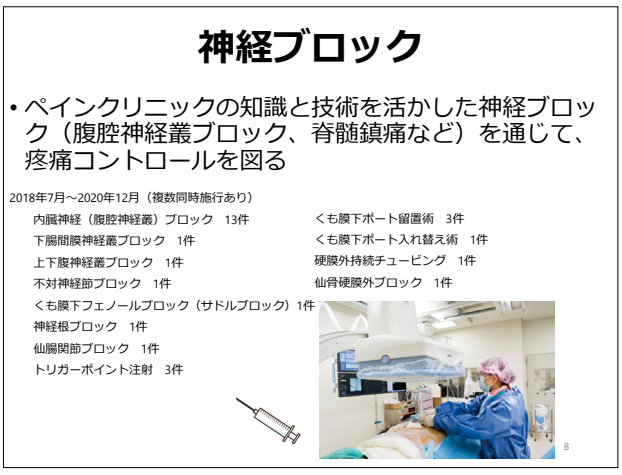
【スライド6】

すが，去年の 4 月から毎週実施に拡大しました．今，コロナの影響のため，リモートで音楽療法を実施しています．なかなか難しいのですが，それでも，やはり音楽というところを通じて患者さんがすごく喜んでくださったりしています．

あとは神経ブロックです．ペインクリニックで，こういうブロックができるところはなかなか少ないと思います．緩和ケア＋ペインクリニックができる施設は少ないのですが，ペインクリニックの知識と技術を生かして，神経ブロックを通じて疼痛コントロールを図っています．私は 2018 年の 7 月からこちらに赴任しているのですが，実績としてはこのような形になっています［スライド 8］．

緩和ケアにおける神経ブロックは非常に大事です．なかなか，痛みは厄介なものです．薬だけでコントロールできない場合，1 つの方法として神経ブロックも頭に入れていただければと思います．ペインクリニック，神経ブロックの紹介が遅かったために全身状態が悪くなり，ブロックの適応から外れることがあります．ブロックは針を刺すので侵襲的ではあるのですが，適切な時期に行うことで極めて有効な鎮痛が得られるために，早いうちに緩和ケアチームやペインクリニックに紹介することが望ましいです．神経ブロックができる施設は限られています．当院でも，私が 1 人なので，できることが限られてはいるのですが，市立病院，または洛和会音羽病院や京都府立医科大学などが神経ブロックができる施設ですので，どうぞご相談ください．

【スライド 7】



【スライド 8】

まとめです．緩和ケアについてと，緩和ケア病棟の紹介，実績と取組の説明をさせていただきました．今後とも緩和ケア科，緩和ケア病棟，緩和ケアチームをよろしくお願いいたします．

以上です．ありがとうございました．

○座長　大西先生，ありがとうございました．当院の緩和ケアの取組について分かりやすく説明していただきました．

続きまして第 2 席，栄養科栄養管理係長，植木明さんから「緩和ケアにおける食支援の取組」というテーマでお話をいただきたいと思います．植木さんよろしくお願いします．

「緩和ケアにおける食支援の取組」

○講師（植木）　栄養科の植木と申します．本日はよろしくお願いいたします．

本日は，「緩和ケアにおける食支援の取組」としてお話をさせていただきます．

本日のテーマですが，1 つ目として「緩和ケアと栄養管理」，2 つ目として「栄養食事相談の実際」，3 つ目として，「緩和ケア病棟開棟に合わせた食事支援の取組」についてお話をさせていただきます．

まず 1 つ目の「緩和ケアと栄養管理」ですが，がん診断早期からの緩和医療の提供が進められています．同じ緩和ケアの患者さんでも，診断早期の治療が中心の患者さん，緩和ケアが主体の患者さんもいらっしゃいますが，そこの根底にあるものが栄養管理になります．

緩和ケアの栄養管理の特徴ですが，例えば，がんの治療を行っている場合は，十分な栄養補給が必要な段階であり，終末期の患者さんであれば，過剰な栄養投与を控える状態という場合もありますので，治療方針や予後を考慮しながら栄養管理を行うことが大切になります．

日本緩和医療学会のがん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン 2017 年版では，予後が 2 か月以上ある場合には，食事に関する苦痛や味覚・嗅覚の変化に配慮し，早期からの食事指導を積極的に行いましょう，と言われています．一方，予後が 2 か月未満，週単位ということであれば，栄養面よりも食事制限を緩和し，食を楽しむこと，味わうことを重視しましょう，と記載があります．

それでは，栄養食事相談の実際についてお話をさせていただきます．これは，がん患者さんの QOL の決定因子を示したもので，2004 年の海外データになりますが［スライド 9］，がんの存在部位が 30%，それに続いて，体重減少が 30%，食事摂取量が 20%となります．実に 50%が栄養関連の因子になりますので，いかに患者さんの体重減少を食い止めていくか，それから，食事摂取量を保っていくか，というのがとても大切なことになります．

そして，この栄養食事相談ですが，緩和医療学会のガイドラインでは，個別の食事指導で栄養摂取量の増加や食欲不振を緩和，体重増加などの栄養状態の改善・維持が期待できるとされています．そして，それが治療効果や治療継続，合併症予防などに好影響を与え，患者の予後や QOL 改善につながる可能性があるとされています．

これらを踏まえまして，当院では，がんの食事療法について積極的な情報提供と食事相談を行って，食べやすい食事の提供に努めています．

こちらが患者さん向けの食事関連資料になります［スライド 10］．平成 31 年 4 月に発刊した「がん対策食冊子」です．医師，認定看護師，地域連携室のスタッフ，管理栄養士が共同作成しております．こちらは当院のホームページの栄養科のページに PDF で載せておりますので，ぜひご覧いただければと思います．

こちらが，がん対策食冊子の見開きですが，患者さんがよく疑問に思われる症状別の Q & A をとりあげて，写真やイラストを用いて分かりやすく作成しています［スライド 11］．また，実際の当院の病院食の献立，栄養科のスタッフが考案したレシピを，写真やイラスト入りで

がん患者のQOL決定因子	
がんの存在部位	30%
体重減少	30%
食事摂取量	20%
化学療法	10%
手術	6%
病悩期間	3%
がんのステージ	1%

（頭頸部腫瘍、食道がん、胃がん、結腸がんの271例のデータ）

Ravasco P et al : Cancer : disease and nutrition are key determinants of patients quality of life. Support Care Cancer12: 246-252, 2004

【スライド 9】

【スライド 10】

ご紹介しています．こちらの冊子につきましては，2019 年 9 月に地元新聞社の取材をいただきました．やはりがんの患者さんにとっては食事の調整が大切であるということが言えるかと思います．

それでは，ここからは少し実際のお食事の工夫を簡単にご紹介させていただきます．

まず，食欲の低下への対策ですが，食べられそうなものを優先していただくこと，それから，自分に合った味付けで召し上がっていただく，量が多いと負担に感じる方も多いですので，少量ずつ盛りつけをしていただく，主食を変えるなどの方法があります．日本人のお食事だとご飯食が多いかと思いますが，麺であるとかパン，また同じご飯であっても，お寿司とかカレーライスなどは比較的食べやすいという方が多いかと思います．箸休めとして，酢の物，佃煮，果物や汁物などを取り入れていただいてもいいかと思います．

吐き気や嘔吐への対策ですが，体調のいいときに少しずつ食べていただくこと，それから，冷たく口当たりのいいもの，具体的にはアイスやゼリー，果物，卵豆腐などが好まれるかと思います．それから，油が少し多い食事になると，胃の中の滞留時間が長いので嘔気を催す場合もあります．なるべく油を抑えたシンプルなお料理がおすすめかと思います．

味覚異常への対策になります．味覚異常はかなり個人差がありますので対策が難しいところもありますが，例えば，味が薄い，味を感じないといった場合には，味を濃くしていただく場合もあります．病気の治療のため，塩分制限がある患者さんもいると思いますが，そのときは主治医の先生とご相談しながら，塩分制限を緩和して少し味を濃くしていただくというのも 1 つの方法だと思います．それから，人肌程度の温度が一番味を感じやすいと言われていますので，お料理の温度にも配慮していただくとよいかと思います．酸味も比較的感じやすいと思いますので，酸味を利用する方法もあります．口に何もないのに嫌な味であるとか苦味を感じる患者さんもいらっしゃいますが，こういった場合はうがいをする，ガムを噛む，舌をティッシュで拭う，という方法があります．食べ物としては果物などのさっぱりしたものが好まれると思いますし，ラーメンや牛丼など味の濃いもので苦味を

【スライド 11】

打ち消すという方法もあります．それから，食べ物本来の味がしないという場合もあります．これはなかなか対策が難しいのですが，だし汁の香りなどを活用するのがおすすめです．

次に，嗅覚の異常，においへの対策です．不快に感じるにおいやお料理，一方であまり不快に感じないようなお料理も分かってきております［スライド 12］．不快に感じるものとしては炊き上がりのご飯のにおいがあります．本来，日本人であれば炊き上がりのご飯のにおいをかいでお腹が空くということがあると思うのですが，がんの治療をされていますと，このにおいが気になってくる場合があります．そういった際は主食を麺類とかパンに変えていただくというのもよいと思います．それから，だし汁や肉や魚が加熱されたにおいも鼻につくという患者さんもいらっしゃいますので，お魚であれば，例えばお刺身にする，またはお豆腐や卵など別のたんぱく質食品を使っていただいてもいいかと思います．それから，温めたお料理は基本的にはにおいがよく上がってきますので，少し冷ましてから召し上がっていただくことで，においの軽減が期待できます．一方で不快に感じにくいお料理ですが，果物が食べやすいという方が多いかと思います．塩やコショウなどで味付けをしたシンプルな料理，冷たいお料理としてサンドイッチ，サラダ，酢の物などが比較的食べやすい印象があります．

今，対策をいろいろお話しさせてもらいましたが，当院ではそれを踏まえまして，食欲が低下した患者さん向けの食事を準備しています［スライド 13］．通常の病院食のご飯とおかずの組合せではなく，麺類やお寿司，サンドイッチ，洋風料理を 28 日のサイクルメニューで提供しております．さらに個別対応として，患者さんの中には，果物が食べやすい，ご飯の添えがあると食事が進むという方，それからアイスやゼリーが食べやすいという方もいらっしゃいますので，こういったものを希望に応じて提供できるように体制を整えております．

それから，お食事だけでは栄養状態の改善が難しいという方の場合には，患者さんとご相談しながら少量・高栄養の栄養補助食品を適宜活用しています．

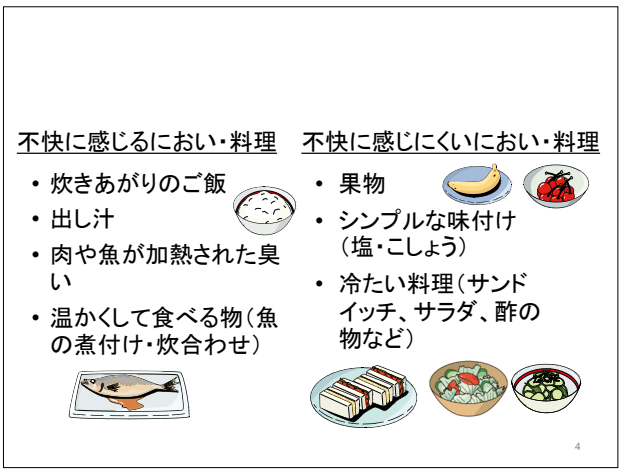
そして，これは患者さんのベッドサイドで食事相談するときの患者さん向けの媒体になります［スライド 14］．口頭でお料理を説明するのは難しいので，この媒体を患者さんのベッドサイドまでお持ちします．患者さんに「当院でこんなものが出せますよ」と説明すると，「こういうのは食べやすそうだね」と指を差したりしてくれることもありますので，なるべく患者さんに視覚的に分かりやすいような食事相談を心がけています．

例えば，食事相談の例ですが，「食欲がなくて，ご飯より麺類が食べやすいです」ということであれば，病院の食事を麺類で調整させていただきます．また「食事のにおいが気になっているので，何か食べやすい料理はありませんか」というご質問があれば，先ほどお話ししたように，お寿司であるとかサンドイッチのようなものが食べやすいので，そういったメニューはどうでしょうか，というご提案もさせていただきます．

それから，栄養科では地域連携も非常に重要視しており，例えば，京都市立病院で治療されている患者さんが在宅に戻られて開業医の先生のお世話になる，もしくは，施設ですとか療養型病院にお世話になる，といったときに，患者さんの食事や栄養情報の提供を行っております．

これが具体的な書式になりますが［スライド 15］，栄養情報提供書，いわゆる栄養サマリというものですが，こちらで患者さんのお名前と実際に当院で召し上がってお

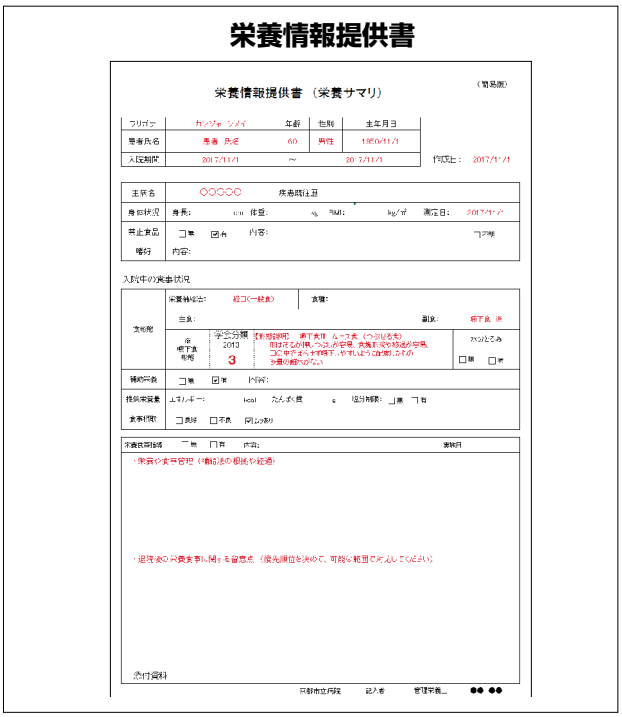
【スライド 13】



【スライド 12】

【スライド 14】

られたお食事の内容，それから食事のアレルギーや嗜好，好き嫌いがあればそういったものも書いて，食欲が低下した場合には具体的にどういう対応をしていたかということも書いて，次の施設に情報提供しております．こちらは添付する資料の例になります［スライド 16］．例えば，当院で胃の切除をされた患者さんがいらっしゃれば，この患者さんは胃の手術をされていますので，こういったお食事がおすすめです，ということで資料を提供しています．



【スライド 15】

【スライド 16】

最後に，緩和ケア病棟が開棟してから約 1 年になりますが，そのときに行った食支援の取組について一言加えさせていただきたいと思います．もともと，当院では，お話をさせてもらったように個別対応の食事を行っていたのですが，実際に緩和ケアチームの中でどういうお食事が出ていたのかということを 2018 年 12 月から 19 年 3 月の間で調べております．先程ご紹介させていただいた麺類やサンドイッチなどのメニューの方もいれば，常食を半分にした常食ハーフ，流動食など，さまざまなお食事が提供されていました．また，果物をつけたり，茶碗蒸しや豆腐などの一品料理を追加するなど個別対応を行っていました．

一方，他院の取組も参考にしたところ，選択メニューを用いていたり，患者さんのリクエストに応えるようなお食事を提供しているところ，当院と同じように麺類やお寿司を出しているところがありました．また，複数の病院では，たこ焼きやお好み焼きを提供されていることが分かりました．

このあたりを踏まえて，緩和ケア病棟の患者さんの食事をさらに改善することとしました．基本的には今までどおり患者さん個別の対応を継続していくということになりましたが，新しく設定した食事として，クォーター食があります．従来から量が食べられない方に向けてハーフ食という半分量のお食事があったのですが，患者さんから，「もっと少なくていい」との言葉を何度もいただき，クオーター食という 4 分の 1 量の食事を新たに設定しています．常食と軟食に設定をして，小型の食器に盛りつけています．また，新規採用の料理として，お好み焼きやたこ焼きを導入しました．

これを緩和ケア病棟開棟に合わせてオーダーできるようにしました．食事変更は非常に細かい調整が必要ですので，管理栄養士が食事相談を行って，代行オーダーを行う形にしております．

こちらはクオーター食の盛り付け例です［スライド 17］．常食や軟食の内容を 4 分の 1 にして提供しています．

それぞれ右側が常食の盛り付け量，左側がクオーター食の料理です．見た目のボリューム感に配慮しています．

こちらは新規採用した簡易料理で，他院の緩和ケア食

【スライド 17】

で人気の高い料理を導入しています［スライド 18］.

それから，緩和ケアの患者さんですと，飲み込みが難しくなる嚥下困難な患者さんも多くいらっしゃいますので，そういった方でもできるだけ口から召し上がっていただけるように学会基準のレベル別の嚥下調整食を用意しております．ゼリー，ペースト，ムースなどの様々な食事を用意しています［スライド 19］.

先程，先生の発表でもありましたが，緩和ケア病棟のイベントを開催していますので，そのときに栄養科からおやつの提供を行っています．お食事はなかなか食べられないけれども，甘いものであれば少し召し上がれるという患者さんもいらっしゃるようですので，そういった取組を続けています.

本日のまとめになりますが，1 つ目としては，緩和ケアの栄養管理については治療方針や予後を考慮して行う，2 番目として，早期から積極的な栄養介入が必要である，3 番目として，終末期には細やかな食事相談で食べることを支えていく，ということになろうかと思います.

以上になります．本日は，ご清聴ありがとうございました.

○座長　植木さん，どうもありがとうございました．がん患者さんがお亡くなりになる理由に，「食べられない」ということがあります．最期まで食べ続けられるように様々な工夫をしていただいていること，本当によく理解できました.

一般演題最後の演題です．放射線治療科医長，平田希美子先生に「当院における緩和的放射線療法」についてご発表いただきます．先生よろしくお願いいたします.

「当院における緩和的放射線療法」

○講師（平田）　京都市立病院放射線治療科の平田です．私からは，当院における緩和的放射線治療についてお話をさせていただきます.

緩和的放射線療法とは，痛みなどの身体症状の改善や QOL の向上を目的として行われる放射線療法のことです．それには，現在ある症状だけではなく，今後起こり得る症状への対応も含まれます.

緩和的放射線療法の適応を決めるには，様々な要因を考える必要がありますが，メリットがデメリットを上回る場合に治療の適応となります．緩和的放射線療法の場合には，メリットとデメリットが症例に応じて様々ですので，症例ごとに丁寧に適応を検討する必要があります.

こちらに一般的な緩和的放射線療法のメリットとデメリットを上げました［スライド 20］．部位や症状に応じて様々な場面で放射線治療が行われます．またそれぞれに有害事象がありますし，どの部位の放射線治療でも照射体位保持の負担ですとか，入院もしくは通院の負担，それから費用の負担などがございます．放射線療法のこうした負担を減らすために私たちが取り組んでいることは，症例ごとに照射の方法や回数，線量といったものを決めていますし，疼痛や咳嗽などで安静保持が難しい場合には，事前に鎮痛薬や鎮咳薬の投与を検討しております.

当院で行っている放射線治療のうち約 3 分の 1 が，緩和的な放射線治療です．その照射の部位としましては，骨転移が約半数を占めます．そのほか，リンパ節転移や脳転移などに照射することが多いです．全疾患別に見ますと，肺がん，泌尿器系のがんが多く，その次に消化器系のがんや乳がんが続きます.

さて，ここから緩和的放射線療法の頻度が高い骨転移と脳転移についてお話をさせていただきます.

【スライド 18】

【スライド 19】

【スライド 20】

まず骨転移ですが，骨転移に対する放射線治療の目的は，疼痛の緩和，神経障害の改善や予防，そして病的骨折の予防といったものが挙げられます．放射線治療だけではなく，整形外科的治療や骨修復薬，鎮痛薬などと組み合わせた集学的な治療が必要になる場合もあります．

放射線治療は，古典的には1日に1回，1回に3 Gy，それを10回繰り返すという線量分割が広く行われておりまして，これを分割照射と呼んでおります．近年こうした分割照射のほかに，8 Gyを1回照射する単回照射という方法が行われるようになってきました．単回照射と分割照射を比較した試験のメタアナライシスでは，疼痛の緩和効果に関して単回照射と分割照射では差がないと報告されております．

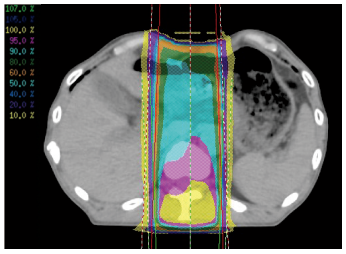
こうした結果を受けまして，WHOのがん性疼痛に関するガイドラインにも，骨転移による疼痛改善において放射線治療が施行できる場合には，単回照射を行うべきであると強く推奨されています．当院では，例えば地域の病院様から患者さんをご紹介いただく際には，受診していただいた日に放射線治療科から説明をさせていただいて，CTシミュレーションという放射線治療の準備をさせていただきます．その数日後にもう一度お越しいただいて，8 Gy×1回の放射線を照射します．患者さんには正味2日間の受診で放射線治療が済むというようなスケジュールも可能になっております．

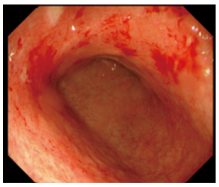
疼痛緩和効果については，単回照射と分割照射に差はないと報告されておりますが，骨折の予防や脊髄圧迫の予防に関しましては，分割照射のほうが効果が高いという傾向にございますので，症状や治療の目的に応じて線量分割を決める必要があります．

放射線療法の有害事象についてですが，有害事象は部位によって症状が様々異なりますけれども，基本的には軽度なものが多いです．例えば脊椎転移に放射線治療を行うことが多いですが，頸椎や上位胸椎に照射をする際には，咽頭炎ですとか，食道炎といったものが起こり得ますし，下位の胸椎の場合には胃炎が起こり得ます．腰椎や骨盤骨に照射する場合には，大腸や小腸といったものが照射範囲に含まれますので，そういったところの粘膜炎というのが起きる可能性があります．

また化学療法との併用には注意が必要です．肺毒性が強い薬剤と胸部への照射ですとか，消化管毒性が強い薬剤と腹部への照射には注意が特に必要になります．

こちらのCT画像で示している症例［スライド21-A］は肺がんの患者さんで，腰椎転移に対して放射線治療を行いました．椎体だけに放射線を当てられたらいいのですが，それはなかなか難しく，周囲にある臓器にも放射線が当たりますので，この患者さんの場合にはそこにある胃に放射線が当たっていることになります．通常放射線治療単独では，あまり有害事象は起きないのですが，この患者さんは放射線治療と同時にベバシズマブの投与がされておりまして，こちらの内視鏡画像［スライド21-B］で示すような胃の粘膜炎を来したというふうに考えております．近年，免疫チェックポイント阻害剤や，様々な新規薬剤が登場しており，こうした新しい薬に対して放射線治療との併用に関する安全性というものが担保されていないことが多く，慎重な対応が必要と考えております．


A


B

【スライド21】

骨転移に対する放射線治療で最近のトピックスとしまして，オリゴ骨転移に対する根治的緩和照射というものがあります．根治的なのに緩和照射というのは矛盾するようにも感じるのですが，骨転移があって，ステージ4で，緩和的治療ではあるけれども，転移個数が少数であったり，ほかの病変がコントロールされているという場合に，骨転移病変を制御できるほどの大線量を当てて骨転移の病変の根治を目指そうという試みです．診療報酬上は，5 cm以下の転移性脊椎腫瘍と5個以内のオリゴ転移に対して体幹部定位放射線照射というものが適応となっております．照射の際に高精度に位置合わせを行い，1回に大線量，例えば12 Gyを2回，9 Gyを3回などの大線量を照射する方法です．当院では，長期生存が見込める単発の骨転移の患者さんに対して放射線照射を行っております．

次に，脳転移に対する放射線治療についてお話をさせていただきます．転移性脳腫瘍の局所治療としては手術と放射線治療がありますが，放射線治療は定位的放射線照射と全脳照射に分けられます．症状や全身状態，予後などを考えて治療方法を検討することになります．

脳腫瘍診療ガイドラインによりますと，脳転移の個数によって治療方法の推奨グレードが様々に分かれております．単発の場合には，手術，定位放射線照射，全脳照射がいずれも推奨グレードBで，科学的根拠があり行うように勧められるとされております．転移個数が2個から4個の場合には手術の推奨は1つ下がりまして，定位放射線照射と全脳照射が推奨グレードBとなっております．転移個数が5個以上の場合には全脳照射が推奨Aということで，行うよう強く勧められると書かれています．

肺がん診療ガイドラインの非小細胞肺がんの脳転移に対する治療の項でも，先ほどの脳腫瘍ガイドラインと基本的には同じような内容が書かれております．定位放射線照射はサイズが3 cm以下で個数が4個以下，頭蓋外の病変がコントロールされていて，全身状態が保たれているという場合に行うことになります．最近では，最大径が3 cm未満，最大体積が10 cc以下，合計の体積が15 cc以下の場合の個数が5個から10個の転移についても，定位照射が適応になる場合があります．

当院では，基本的には4個以下の病変には定位放射線

照射を行っております．その中でも 3 個までの病変でしたら，3 か所同時に放射線を行うことが可能で，必要な場合にはそれをさせていただいております．数が 4 個以上となりますと，当院での放射線治療の装置では治療が技術的に難しく，京大病院に紹介させていただいております．

こちらの症例［スライド 22］は 2 個の脳転移に対して一括に定位放射線照射を行った症例です．MRI で前頭葉と小脳に造影される病変に対して一括で放射線を当てました．2 か所の病変だから照射時間が 2 倍とか，2 か所の病変だから回数が 2 倍とか，そういったことはなく，1 か所の場合と同じ時間や回数で照射をすることができます．

こちらは別の症例で，定位放射線照射後の経過をお示ししています［スライド 23］．肺がんの単発の脳転移の患者さんで，7.5 Gy × 3 回の定位放射線治療を行いまして，3 か月後の画像を示していますが，病変はかなり縮小していることが分かるかと思います．

次に，全脳照射ですが，全脳照射に関しては，個数の多い転移ですとか，予後不良例，髄膜播種に対して適応となりますが，ベストサポーティブケアと迷うことも多いです．非小細胞肺がんの脳転移に対してサポーティブケアのみとサポーティブケア＋全脳照射を比較したランダム化第 3 相試験の結果では，プライマリー・エンドポイントであるクオリティ・アジャステッド・ライフ・イヤーズは，全脳照射を追加しても 4.7 日しか延長しなかったと報告されています．

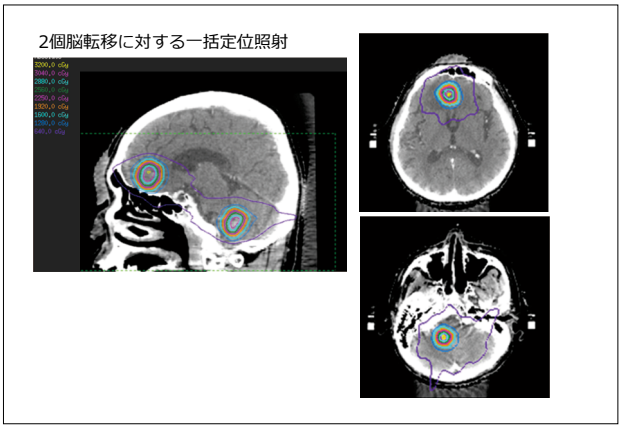
こうしてみると，全脳照射のメリットはあまりないようにも見えるのですが，この試験のサブグループ解析の結果を見ますと，70 歳未満，または頭蓋外の転移がないとか，脳転移の個数が 5 個以上といった症例で，全脳照射のメリットがあるような傾向になっております．

こちらの症例は 50 歳代の肺がんの患者さんで，9 個の多発脳転移がありました［スライド 24］．薬物療法で頭蓋外の病変はコントロールされておりまして，全脳照射を行って，2 か月後に病変はかなり縮小いたしました．この患者さんは全脳照射後約 2 年間お仕事を続けながら生活されておりました．

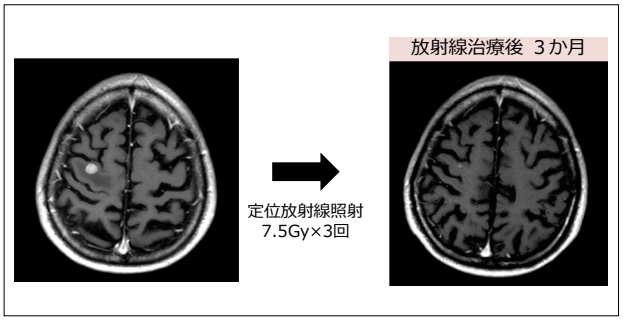
最後に，骨転移と脳転移以外の病変に対する緩和的放射線療法の症例を少しご覧いただきたいと思います．こちらは上顎歯肉がんの原発巣に対して緩和照射を行った症例です［スライド 25］．ご高齢のこともあって手術適応がないということで，私たちの外来に紹介されてきた患者さんです．口腔内の腫瘤のため，疼痛や食事の摂取のしにくさがありまして，緩和照射をさせていただいたところ，3 か月半で右側の写真に示すように腫瘤は縮小しました［スライド 25］．その後半年経った現在も，再増大なく経過されております．

次の症例は卵巣がんの腹壁転移の症例ですが，急速に増大する下腹部の腫瘤のために疼痛があり，こちらに対して放射線をさせていただき，4 か月後の CT 画像を右にお示ししておりますが，腹壁転移が縮小したことがお分かりいただけるかと思います［スライド 26］．

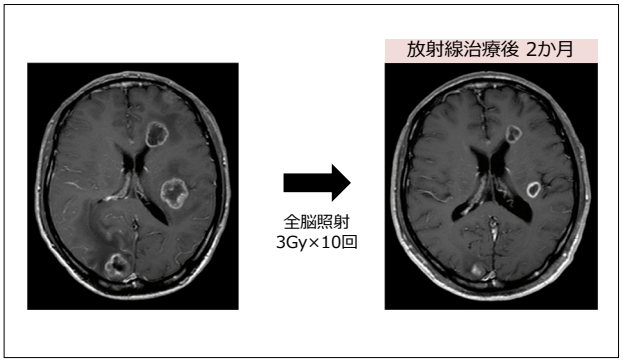
次の症例はびまん性大細胞リンパ腫の縦隔病変のために不整脈や胸水の貯留があり，呼吸困難を来していたという症例です．悪性リンパ腫は比較的放射線感受性が高く，実際に 2 Gy を 5 回という少ない線量でも放射線の効果が出ますので，今回は 10 Gy という少ない量を当てさせていただいたところ，3 週後には右側のレントゲン写真に示すように，腫瘍が縮小しました［スライド 27］．不



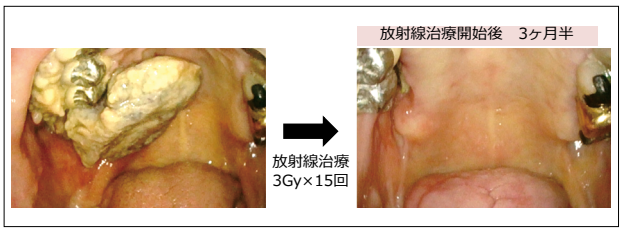
【スライド 22】



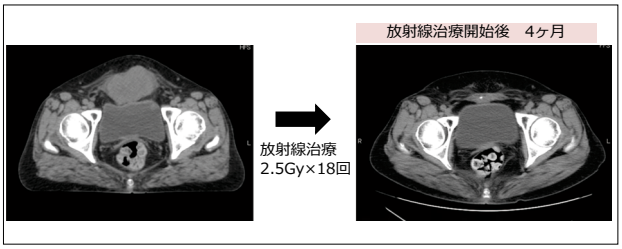
【スライド 23】



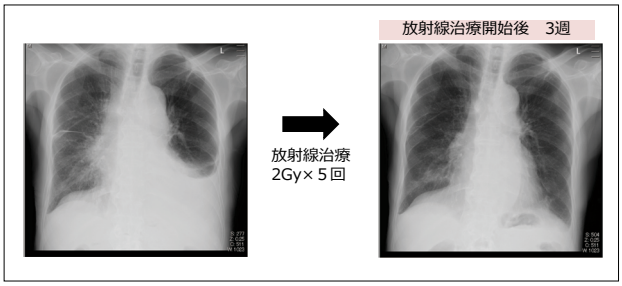
【スライド 24】



【スライド 25】



【スライド 26】



【スライド 27】

整脈も消失し，胸水も減り，ADL がかなり改善したという症例です．

駆け足でしたが，当院での緩和的放射線治療についてお話をさせていただきました．照射方法や照射回数など，症例ごとに検討しておりますし，骨転移に対する疼痛緩和目的での外来での単回照射というのも行っております．適応と考えられる症例がございましたら，お気軽にご相談いただけますと幸いです．

以上です．ありがとうございました．

○**座長**　平田先生，どうもありがとうございました．がんの症状を緩和する様々な放射線による治療を用いて最新の治療も含めてご紹介いただきました．

今日は当院の緩和ケア病棟の紹介から，様々な治療の中で放射線治療，がんの治療はいろんな職種が関わるわけですが，１つの例として栄養科の取組について紹介をさせていただきました．当院はいろいろな診療科，部門でがん患者さんの症状を緩和する，がん患者さんに１日でも苦痛なく過ごしていただくためにいろいろな努力をしております．もし，地域の先生方，看護師さんで介護職の方が，がんの患者さんの苦痛でお悩みのことがありましたら，どうか当院のほうにご紹介，ご相談いただければよろしいかと思います．

それでは，これで一般演題を終わりたいと思います．どうもありがとうございました．

急性期脳卒中患者のトイレ動作と転倒の関連について

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　リハビリテーション科）
日下部　和貴　　久保　美帆　　原田　洋一　　小林　宗一郎
羽倉　千夏　　安田　早希　　多田　弘史

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　看護部）
川勝　伸也　　上野　美香

要　旨

当院医療安全管理委員会の報告では，転倒転落事例における患者の行動目的で最も多いのは排泄行動に起因するものだが，急性期脳卒中患者のトイレ動作に起因した転倒事例の分析研究は少ない．急性期脳卒中患者のトイレ動作に起因する転倒の特徴と傾向を明らかにし，症例を通して作業療法士の視点と病棟連携の視点で転倒対策を検討した．トイレ動作に起因して転倒した急性期脳卒中患者の診療録を後方視的に調査した結果，午後，意識レベルの変動，軽度下肢麻痺，トイレ動作訓練中・歩行訓練中の4項目が転倒の危険因子と考えられた．作業療法士は，転倒リスクのある患者を専門的に評価し，トイレ動作訓練を重点的に行うことで，病棟連携ではその情報を多職種スタッフと共有，検討することで転倒リスクが軽減されると考えた．
（京市病紀 2021；41：54–58）

Key words：急性期脳卒中患者，トイレ動作，転倒

緒　　言

急性期脳卒中患者のリハビリテーション（リハビリ）では早期の日常生活動作（activities of daily living：ADL）向上と社会復帰を図るために，十分なリスク管理のもとにできるだけ発症早期から積極的なリハビリを行うことが強く勧められている[1]．

ADLの中でも排泄は人間の尊厳に関わる動作であり，急性期脳卒中患者においてもトイレでの排泄を希望する例は多い．そのため急性期作業療法ではADL訓練，中でもトイレ動作や移乗動作など排泄関連動作訓練を重点的に行うことが多い．

先行研究では転倒した際の行動目的として排泄が最も多く[2]，当院医療安全管理委員会の報告でも，転倒転落事例における患者の行動目的で最も多いのは排泄行動に起因する[3]．しかし，急性期脳卒中患者のトイレ動作に起因した転倒事例の分析研究は少ない．

そこで本研究では急性期脳卒中患者のトイレ動作に起因する転倒転落に対して，特徴・傾向を明らかにすること，症例を通して作業療法士の視点，病棟連携の視点で転倒対策を検討することを目的とした．

対 象 と 方 法

2020年1月から12月までの急性期脳卒中入院患者で排泄に関連する動作で転倒した11例を対象とした．方法は患者情報をカルテより後方視的に調査分析した．

調査項目は 1．病巣部位，2．年齢，3．性別，4．入院から転倒までの期間，5．転倒時刻，6．入院からリハビリ開始までの期間，7．リハビリ開始から転倒までの期間，8．転倒時Japan Coma Scale（JCS）と入院時からの変化，9．転倒時下肢Brunnstrom stage[4]（表1），10．転倒時の主なリハビリ訓練内容とした．

表1　Brunnstrom stage[4]

stage Ⅰ	随意運動なし
stage Ⅱ	下肢の随意運動がわずかに可能
stage Ⅲ	座位や立位で股，膝，足関節の屈曲が可能
stage Ⅳ	座位で足を床上に滑らせながら，膝屈曲90°以上可能 座位で踵を床につけたまま，足関節の背屈が可能
stage Ⅴ	立位で股関節を伸展したまま，膝関節の屈曲が可能 立位で患側足部を少し前方に出し，膝関節を伸展したまま，足関節の背屈が可能
stage Ⅵ	立位で股関節の外転が，骨盤挙上による外転角度以上に可能座位で内側， 外側のハムストリングの交互収縮により，下腿の内旋・外旋が可能(足関節の内返し・外返しを伴う)

結　　果

結果一覧を表２に示す．

病巣部位は右半球５例，左半球５例，両側半球１例であり，病巣の左右優位性は認めなかった．転倒患者の年齢は，50代１例，70代５例，80代３例，90代２例であった．転倒時刻は12時から23時に多くの割合を占めた（図１）．入院から転倒までの期間は，７日目以内が６例，８日目から14日以内が２例，15日目から21日目以内が３例であった．転倒時JCSは，JCS １が４例，JCS ２が４例，JCS ３が３例であった．また９例が入院時より意識レベルに日ごとの変動を認めた（表3）．下肢Brunnstrom stageはstage IIが１例，stage IVが３例，stage Vが３例，stage VIが４例であり，軽度下肢麻痺患者に転倒を多く認めた．転倒時の主なリハビリ訓練内容は，作業療法部門ではトイレ動作訓練６例，移乗訓練４例，上肢機能訓練１例であった．理学療法部門では歩行訓練８例，移乗訓練２例，立位訓練１例であった（図２）．

考　　察

急性期脳卒中患者は意識障害が生じやすく，また田中らの研究では注意障害やバランス能力に必要な下肢の身体機能の低下によって転倒が引き起こされることが示されている[5]．本研究でも転倒要因を精神機能面，運動機能面から考察する．転倒要因として 1. 転倒時刻， 2. 転倒時JCSと入院時からの変化， 3. 下肢Brunnstrom stage， 4. 転倒時の主なリハビリ訓練内容について重点的に述べると共に， 5. 病巣部位について文献的考察をふまえ追加検討した．

転倒時刻に関して，12時から16時の食事や処置・検査，リハビリ等が行われる時間帯，また20時から23時の病棟看護師の準夜勤務帯に多く転倒する傾向にあった．つまり，日中の患者の活動性が高くなる時間帯や，人手

表２　転倒症例結果一覧

	病巣部位	病巣半球	年齢	性別	入院から転倒まで	入院からリハビリ開始まで	リハビリ開始から転倒まで	転倒時刻	転倒時JCS	下肢Brs	リハビリ内容（OT/PT）
症例1	左前頭葉皮質下出血	左半球	91歳	女性	18日目	3日目	16日目	7:20	3	VI	トイレ動作訓練/歩行訓練
症例2	右視床梗塞	右半球	91歳	女性	8日目	2日目	7日目	12:00	1	VI	移乗訓練/歩行訓練
症例3	左前頭葉・頭頂葉皮質下出血	左半球	84歳	女性	3日目	2日目	2日目	16:40	2	V	トイレ動作訓練/移乗訓練
症例4	右前頭葉皮質下出血	右半球	82歳	男性	15日目	6日目	10日目	21:20	2	V	上肢機能訓練/歩行訓練
症例5	右中脳・左中大脳動脈梗塞	両側半球	81歳	女性	3日目	1日目	3日目	2:45	1	VI	トイレ動作訓練/立位訓練
症例6	右中大脳・後大脳動脈梗塞	右半球	77歳	女性	16日目	3日目	14日目	13:00	2	IV	移乗訓練/歩行訓練
症例7	左被殻出血	左半球	74歳	女性	6日目	2日目	5日目	16:40	1	IV	トイレ動作訓練/歩行訓練
症例8	左視床出血	左半球	73歳	男性	5日目	1日目	5日目	23:45	3	IV	トイレ動作訓練/歩行訓練
症例9	左内頚動脈狭窄	左半球	71歳	男性	6日目	2日目	5日目	23:30	1	V	上肢機能訓練/歩行訓練
症例10	右視床出血	右半球	71歳	女性	7日目	2日目	6日目	20:45	2	II	移乗訓練/立位訓練
症例11	右被殻出血	右半球	50歳	男性	9日目	2日目	8日目	21:50	3	VI	トイレ動作訓練/歩行訓練

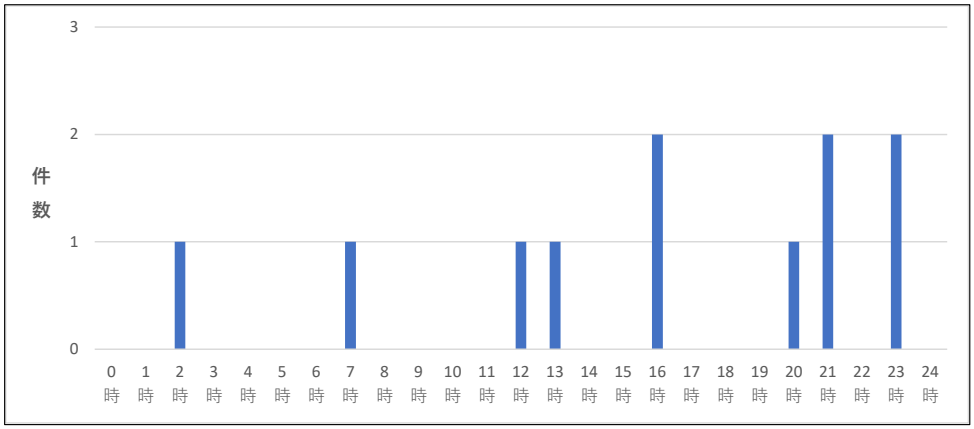


図１　転倒時刻

が少なくなる準夜帯を含む午後に転倒リスクが高まると考える．

転倒時 JCS に関して，鈴木は高次脳機能には階層性があり，基盤となる機能には意識や全般性注意があると述べている[6]．意識レベルと全般性注意は関連し，意識障害があれば全般性注意障害を呈することが多い．実際に検討症例でも訓練場面で車椅子ブレーキのかけ忘れ，フットレストに足をのせたまま立ち上がる，注意散漫で動作を誤る，立位保持しながら下衣操作の二重課題ができない等が見受けられ，全般性注意障害はトイレ動作能力を低下させ，転倒リスクが高まると考える．

急性期脳卒中患者は病態が安定しておらず，意識レベルが変動することも特徴の一つである．検討症例の約半数で転倒時の意識レベルが前日よりも悪化しており，日差変動を認めた．意識レベルが変動すればトイレ動作能力も変動する．昨日できていたことが今日もできるとは限らず，トイレ動作介助量増大に介助スタッフが対応できずに転倒する可能性が考えられる．

また意識レベルの改善に伴い，運動機能が低下している状態だが患者がそれを自覚せず活動的になることで転倒することも考えられる．下肢 Brunnstrom stage に関して，軽度下肢麻痺に多く転倒を認めた．高杉らは患者は急性期疾患に罹患する前の可動能力をイメージしており，認識のずれにより転倒を引き起こすと述べている[7]．検討症例でも麻痺が軽度なため自力で起居動作やトイレ動作が可能な部分もあり，運動機能が低下しているにも関わらず発症前と同様な動作をとろうとすることで転倒が生じたと考える．

転倒時訓練内容に関して，トイレ動作訓練中・歩行訓練中に多く転倒を認めた．鴨下らは転倒には患者自身の

表 3　転倒時 JCS と入院時からの変化

day-7	day-6	day-5	day-4	day-3	day-2	day-1	転倒時	変化
3	3	3	3	3	3	2	3	
1	1	1	1	1	1	1	1	
					1	1	2	
2	2	2	2	2	2	2	2	
					1	0	1	
2	2	3	3	3	2	1	2	
			10	1	1	1	1	
			3	2	2	2	3	
			2	2	1	1	1	
	30	10	2	2	1	2	2	
10	20	3	3	3	3	3	3	
3	3	3	2	2	3	3	2	

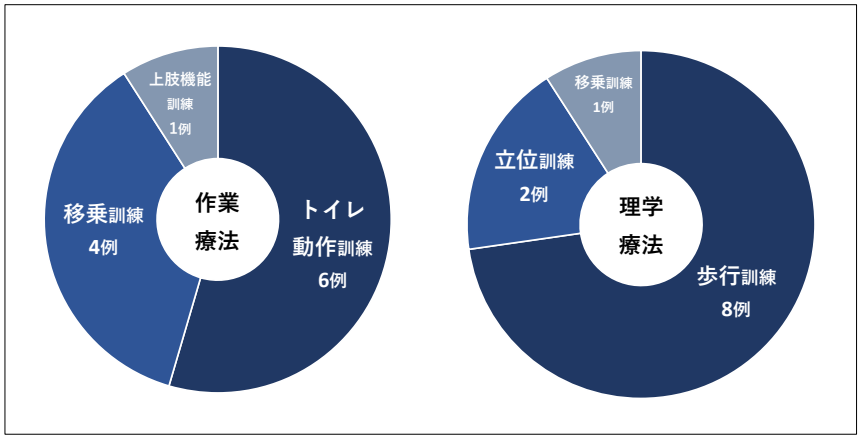


図 2　転倒時リハビリ内容

身体機能の把握が十分ではなく，動作時の注意の欠如や過信が生じている可能性があると述べている[8]．検討症例でもリハビリにより患者の活動性が向上し，無理な行動をとる，また訓練では介助により可能であった動作を患者が一人でも可能だと判断を誤ることで転倒が生じたと考える．

病巣部位に関して，本研究では病巣の左右優位性を認めなかった．しかし，高峰は右大脳半球障害に起因する左半側空間無視などにより，自己の身体空間イメージの歪みや病態失認のためにベッドなどから転倒・転落を生じやすくなると述べている[9]．左半側空間無視は方向性注意機能障害であり，右側の刺激に引きつけられ，また右側の刺激から注意が解放されにくい状態である[10]．実際に検討症例でも訓練場面で身体を手すりや便座へ誘導するがその場所に気付かない，身体の位置関係の把握不足などが見受けられた．今回の調査では病巣の左右優位性は認めない結果であったが，右半球病巣が転倒に関与している可能性は十分にあると考え，今後調査を検討したい．

以上より，転倒の危険因子は 1．午後， 2．意識レベルの変動， 3．軽度下肢麻痺， 4．トイレ動作訓練中・歩行訓訓練中の 4 項目である．これらの 4 項目の危険因子に対して作業療法士として行える転倒対策を検討する．

転倒対策として第一に，作業療法士の視点からは転倒の特徴と傾向を有する患者を専門的に評価し，トイレ動作訓練を重点的に行う必要がある．まずは意識レベルの変動の有無を確認し，次にトイレ移乗・下衣操作・会陰部の清潔・ナースコールの操作等の一連のトイレ動作が全般性・方向性注意機能低下や運動機能低下の影響なく遂行できているかを評価する．そして明らかとなったトイレ動作での問題点を重点的に訓練する．

第二に病棟連携の視点として，作業療法士の評価・訓練した情報を病棟スタッフにカルテ等を通じて周知し，転倒対策を協同して行う必要がある．適宜トイレ動作訓練を病棟看護師と共に実施し，直接的に介助量や介助方法を情報共有する．また意識レベルが変動した場合のトイレ動作能力も情報共有したり，環境調整としてベッド位置変更や緩衝マット，ポータブルトイレの設置，ナースコールの使用方法の検討等の環境調整が挙げられる．

このような作業療法の実施と病棟連携により，患者の転倒を未然に防ぎ，安全なトイレ動作遂行に繋がると考える．

結　　語

当院における急性期脳卒中患者のトイレ動作と転倒の関連について分析した．その結果， 1．午後 2．意識レベルの変動 3．軽度下肢麻痺 4．トイレ動作訓練中・歩行訓練中に該当する患者は転倒リスクが高くなる可能性があった．転倒対策として，トイレ動作等の ADL を専門的に評価訓練する作業療法の実施と病棟連携が重要であると考えた．

引 用 文 献

1）日本脳卒中学会　脳卒中ガイドライン委員会：脳卒中治療ガイドライン 2009．協和企画，2009；p283
2）佐藤瑞騎：当院における転倒・転落患者の現状－ 291 件のインシデント・アクシデントレポートから－．日農医誌 2019．11；68(4)：510-516.
3）独立行政法人京都市立病院機構　京都市立病院　医療安全委員会：令和元年度転倒転落報告．2020；6-7.
4）Brunnstorom S：Movement Therapy in Hemiplegia. New York, Harper & Row Publishers, 1970
5）田中貴士：脳血管障害患者における注意機能・身体機能が転倒に及ぼす影響．理学療法科学 2010；25(2)：199-202.
6）鈴木匡子：やさしい高次脳機能の診かた．神経心理学 2016；32(3)：224-228.
7）高杉紳一郎，武藤芳照，征矢野あや子：病棟での転倒リスク評価と予防介入．骨粗鬆症治療 2008；7(3)：33-37.
8）鴨下雅子：脳血管疾患患者における転倒に関する自己効力感と動作遂行能力の関係．理学療法－臨床・研究・教育 2011；18(1)：35-38.
9）高峰一雄：脳血管障害患者における転倒・転落の危険因子：特に高次脳機能障害との関連性について．Kitakanto Med J 2005；55：1-4.
10）石合純夫：脳血管障害（右半球損傷）－半側空間無視と関連症状－．Jap J Rehabil Med 2016；53(4)：266-272.

Abstract

Relationship between Toilet Activities and Falls in Acute Phase Brain Stroke Patients

Kazuki Kusakabe, Miho Kubo, Youichi Harada, Souichiro Kobayashi,
Chinatu Hagura, Saki Yasuda and Hiroshi Tada
Department of Rehabilitation, Kyoto City Hospital
Shinya Kawakatu and Mika Ueno
Department of Nursing, Kyoto City Hospital

According to the report of the Medical Safety Management Committee at our Hospital, the major cause of fall incidents is related to toilet activities. However, there have been few studies on the fall incidents caused by toilet activities in acute phase brain stroke patients. We examined the characteristics and tendencies related to the fall incidents caused by toilet activities in acute phase brain stroke patients. Then the best measures to prevent falls were considered from the viewpoint of the occupational therapist in collaboration with the ward. Retrospective analysis of the medical charts of the acute phase brain stroke patients who had falls related to the toilet activities revealed 4 risk factors for falls: afternoon, fluctuation in the level of consciousness, mild paralysis of lower limbs, toilet activity training and·walking training. The occupational therapist professionally evaluates the patients with a risk of falling, and focuses on toilet activity training. By sharing the information with the staff in various disciplines, the risk of falls was reduced.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:54–58)

Key words: Acute phase brain stroke patients, Toilet activities, Falls

CT カンファレンスの効果について

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　放射線技術科）
澁谷　祥子　　大町　優介　　山本　晃豊
尾関　裕彦　　津川　和夫

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　放射線診断科・IVR 科）
谷掛　雅人

要　　旨

平成 22 年 4 月の厚生労働省通達にて，診療放射線技師のさらなる役割として画像診断における読影の補助と検査説明が明記された．放射線技術科では救急業務として CT 画像の撮影を行っているが，最近では撮影した画像に異常所見を指摘する能力を求められることもある．そこで平成 30 年 4 月より教育システムの一環として放射線診断科医師に協力を依頼して，CT カンファレンスを行うことになった．カンファレンスの概要と参加したことで異常所見に気付けた成果について報告する．
（京市病紀 2021；41：59-64）

Key words：急性腹症，救急 CT 画像，読影補助

諸 言 ・ 目 的

放射線技術科では救急業務として CT 検査を行っており，その需要も高まっている．最近では，撮影した画像に異常所見があるかを指摘する能力が問われる場面も多く出てきている．

以前の実情として，「この画像が診断に適しているのか分かっていない」や，「異常所見の有無に反応できない」などの意見があった．そこで，教育システムの一環として放射線診断科医師に協力を依頼して，平成 30 年 4 月より CT カンファレンスを開催する運びとなった．

カンファレンスでは，実際に検査を行った症例を基に，まず参加技師が読影を行って気付いた部分に対して発言をする．次に，放射線診断科医師の視点からその症例について解説していただき，さらに読影の進め方・考え方について講義を受けている．特に緊急を要する症例の検査を行った際は，迅速に依頼医師へ異常所見を指摘できることを目的のひとつとしている．また，読影に適した撮影方法や造影方法も同時に学んでいる．

今回は，カンファレンスの概要と，参加したことで異常所見に気付けた成果について報告する．

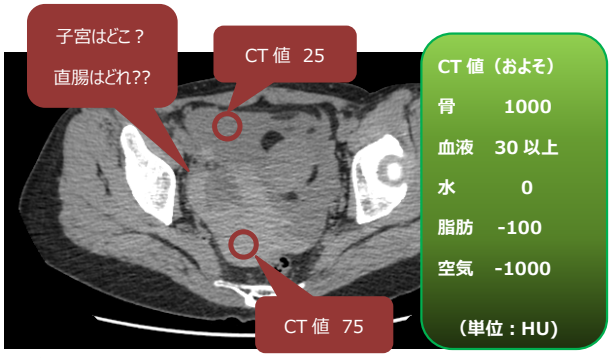
【これだけは外せない！急性腹症の教え 1】

まず，「単純画像をしっかりと確認すること」，それから「液体を見たら CT 値を測ること」，さらに「境界不明瞭な骨盤は出血を疑うこと」などを教わった．

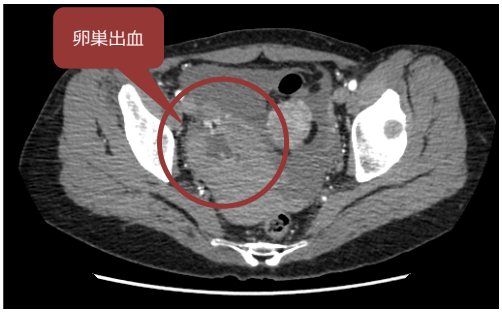
例．「境界不明瞭な骨盤は出血を疑う」について

図 1A に女性骨盤の単純（造影前）CT 画像を示す．子宮や直腸の境界がはっきりしておらず，どこに何があるかよく分からない画像である．

そこで，「液体を見たら CT 値を測ること」に則り，臓器ではなく液体のようなところを選んで CT 値（単位 Hounsfield Unit：HU）を測定する．すると，腹側では 25 HU くらい，背側では 75 HU くらいであった．CT 値は水が 0 HU，血液は 30 HU 以上と高くなってくるため，背側の腹水は出血を疑う数値になることが分かる．



A　単純



B

図 1　A　女性骨盤の単純（造影前）CT 画像と主な CT 値
　　B　造影後の画像

造影後，図 1B のような画像となった．骨盤腔右側に造影剤の血管外漏出像を認め，卵巣出血を疑う所見であった．

【これだけは外せない！急性腹症の教え 2】

造影後に必ずチェックする項目に以下のものがある．

まず，命にかかわる疾患を見落としてはいけないので，「上腸間膜動脈（SMA）の血栓閉塞や解離がないか」，「心筋梗塞（心筋虚血）はないか」，「大動脈解離がないか」を確認するよう教わった．

例 1．SMA の血栓閉塞

図 2 の A～E へ順に示すように，腹部大動脈から分岐するところから足側に画像を追っていくと D～E に移行する部分で造影効果が確認できなくなる．

これは SMA の血栓閉塞症で，すみやかに治療を行わなければ腸管が壊死していき死に至るため，早く異常所見を見つけることが重要となる．

本症例を早期診断する方法の 1 つとして，3D 画像（Volume Rendering：VR）で確認する方法も教わった．図 2F で示すように，SMA の途絶している様子が容易に観察できる．撮影装置で簡単に作成できるため，頻用している．

例 2．心筋梗塞

急性腹症を疑って CT を撮影する場合，ほとんどが腹部骨盤部の撮影依頼になるが，横隔膜を確実に含めて撮影するため，結果として心臓の一部が撮影範囲に含まれる．

そこで，撮影範囲に含まれた心臓もチェックする必要がある．図 3A に造影後の心臓が写った画像を示す．左心室の周囲を見ると，中隔寄りの腹側の一部分だけ低吸収に（黒く）なっている．これは心筋の造影効果が均一でない，つまり血液が行き渡っていない状態の画像になる．場所は左前下行枝の領域なので，この部分の虚血が疑われる画像となる．

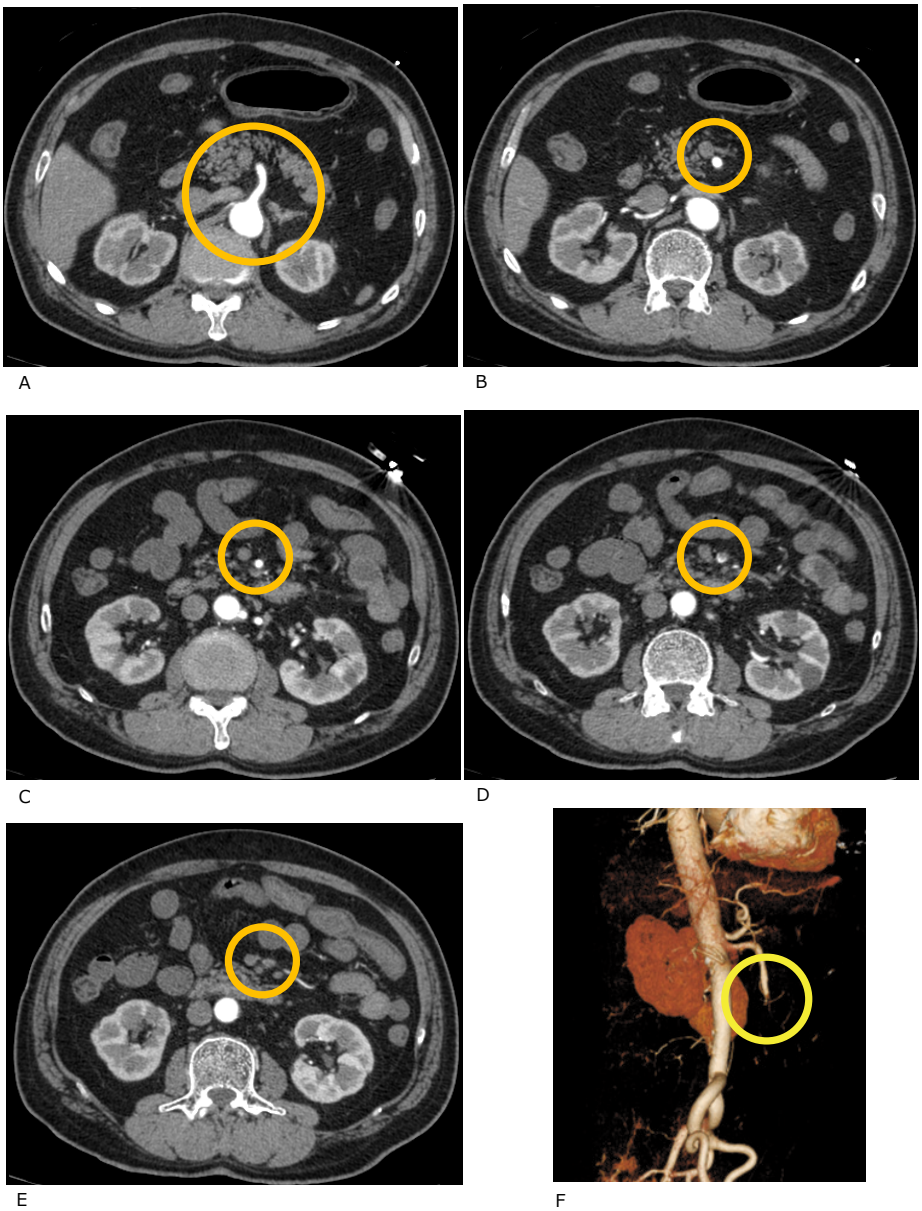
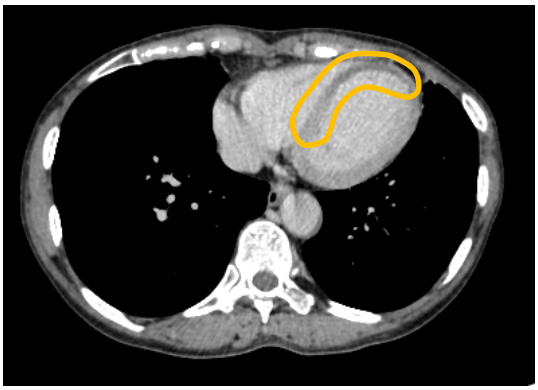
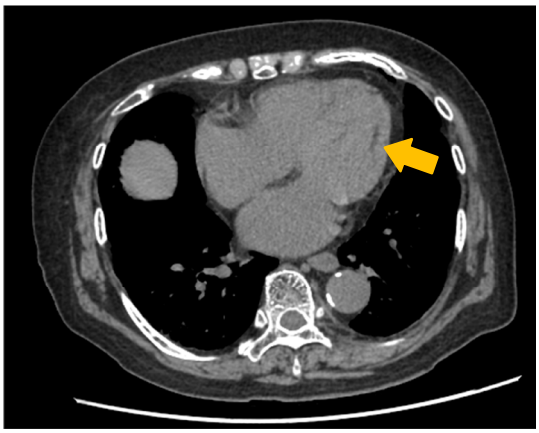


図 2　A～E　腹部造影 CT 早期相での SMA の造影効果（腹部大動脈～足側まで）
F　3D 画像（VR）SMA が途絶している



A



B

図 3　A　造影 CT 画像で示される急性心筋虚血
　　B　単純 CT 画像で確認できる陳旧性心筋梗塞

また，単純でも低吸収な場合は脂肪に変性していると考えられる（図 3B）．この場合は梗塞が起こってから時間が経過しているため，陳旧性の心筋梗塞であることがわかる．

【我々が異常所見に気付けた例 1】

次に，カンファレンスに参加したことで異常所見に気付くことができた例を紹介する．

下腹部痛と嘔吐で受診，超音波検査でイレウスなどの所見は無く，動脈閉塞などによる腹痛原因除外目的のために CT 撮影依頼があった．

単純 CT・ダイナミック造影検査を施行．当初疑っていた動脈閉塞はなさそうとのことで検査を終わり患者は退室した．

その後画像を確認していると，腎臓の造影効果に左右差があるように見えたので（図 4A），冠状断の画像で左右を比較した（図 4B）．右腎は，中心部の髄質が十分濃染しているのに対し，左腎は髄質の濃度が低く，水腎症による機能低下が疑われた．

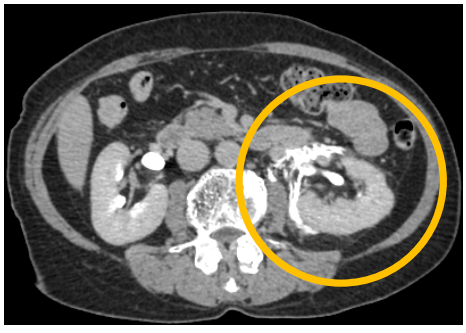
排泄相を追加撮影すれば，遅かった左腎の状態や造影剤の流れがより分かると考え，医師に提案し，再度撮影を試みた．

すると，左腎の周囲に造影剤の漏出像が認められた（図 4C・D）．これにより，尿路閉塞によって尿管が損傷して後腹膜腔に尿が漏れ出ている状態との診断に至った．

排泄相を追加撮影したことで，異常所見があることを証明できた例である．単純 CT で見つけられなかった尿

A

B



C

D

図 4　A　腹部造影 CT 後期相（左腎の造影剤到達が遅い）　　B　後期相の冠状断（左右を比較しやすい）
　　C　造影開始 17 分後の排泄相　　D　排泄相の冠状断

管結石が原因と考えられると後で教えていただいた.

【我々が異常所見に気付けた例 2】

頭部外傷で救急搬送された方で，CT を撮影すると，左のシルビウス裂や前頭葉の表面などに，異常な高吸収（白く写っている）部分を見つけた（図 5A・B）.

その場で研修医と確認して，高吸収な部分があるので，出血が疑われることを伝えることができた.

その後，患者が退出してから画像を確認していると，右側頭部に骨折線らしきものを認めた（図 5C）.

拡大画像を再構成して，さらに詳しい画像を表示させて（図 5D），骨折を疑うことを医師に伝えた．その後，上級医師も含めて，画像を見ながら骨折を疑う部分の説明をした.

外傷性くも膜下出血と急性硬膜下血腫に加えて，右側頭骨骨折もある症例だった.

出血のある左側だけでなく，常に病変を疑いながら画像を確認することが体に染みついてきたと実感する症例であった.

結 果 ・ 結 語

CT カンファレンスを開催して令和 3 年末で 140 回を迎えることができた．これまで 100 回以上の内容をデータベース化して参加できなかった技師にも閲覧できるシステムを構築した（図 6A・B・C）.

このカンファレンスの成果としては，単に診断能力の向上のみではなく，撮影技術の向上にも繋がると考える．例えば造影 CT における撮影タイミングも個々の症例に合わせて行うことで，診断価値の高い画像を得られることを学習し，撮影に臨むことができている.

また，今回は救急 CT 検査において我々が気付いた 2 症例を提示した．本カンファレンスに継続的に参加することにより，知見を深めて多くの症例に対し指摘を行うことで読影補助の分野でも発揮できると考える．読影補助を行うことにより，救急患者がより早く治療に辿り着ける一因になるよう研鑽したいと考える.

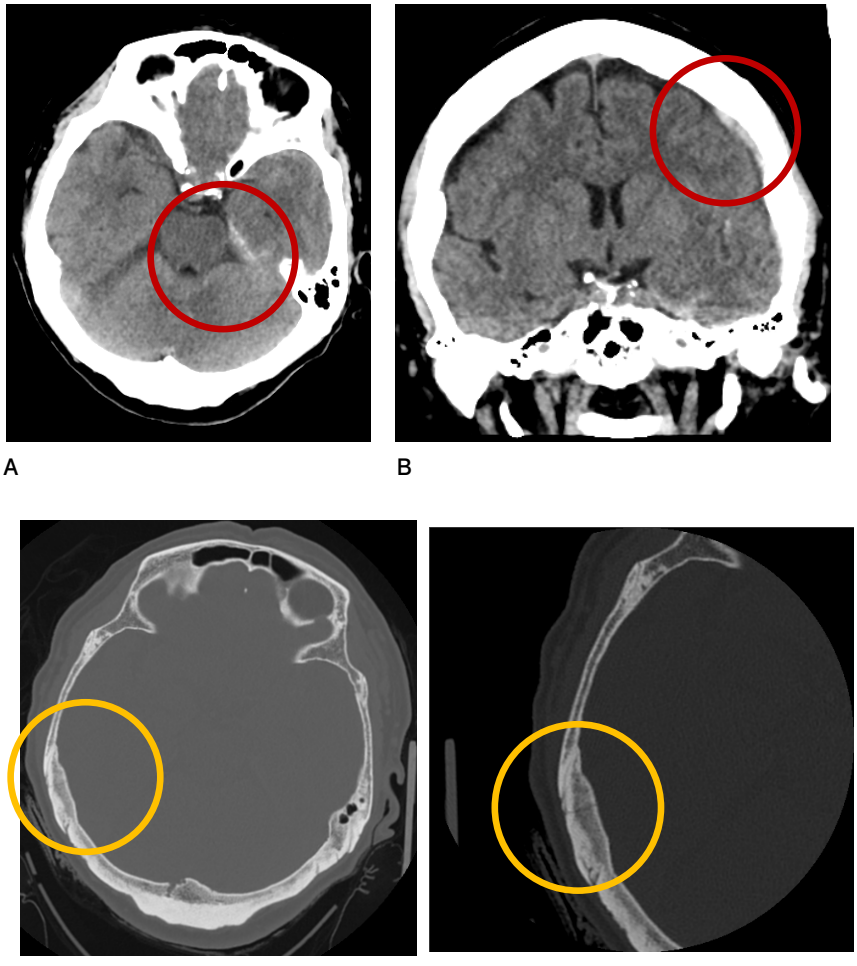


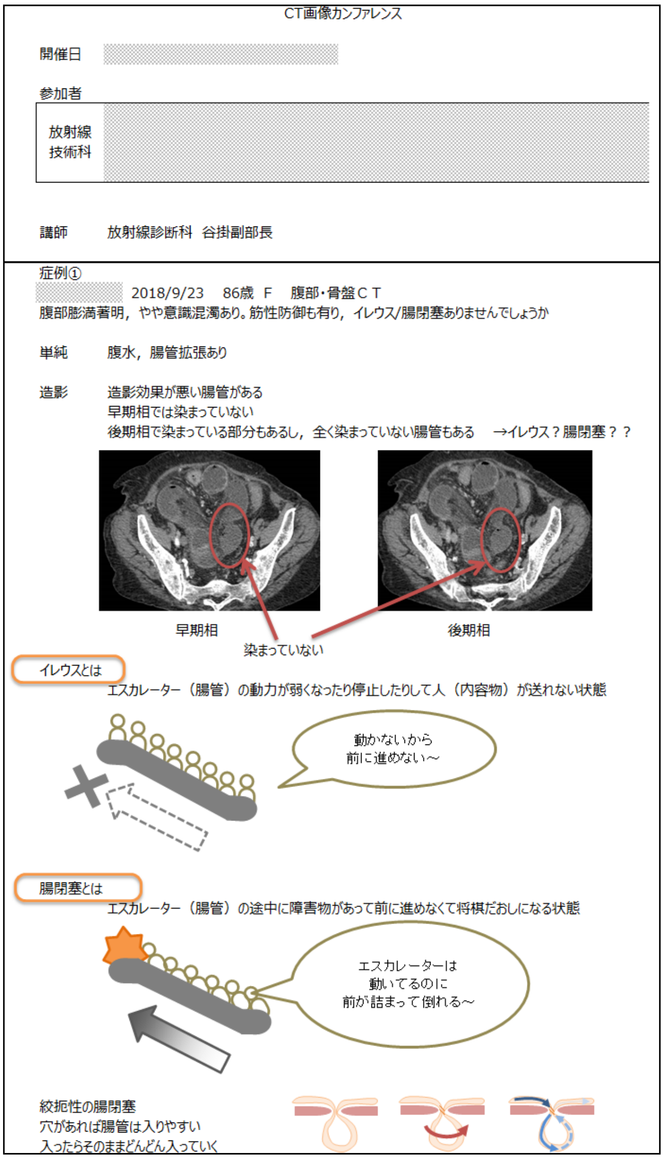
図 5　A　くも膜下出血　　B　急性硬膜下血腫
C　右側頭骨に発見した骨折線　　D　追加で作成した拡大再構成画像

第73回	2020.1.16	頸部の血腫	仮性動脈瘤	気管圧排	
第74回	2020.1.20	胃切除後患者の腸閉塞・S状結腸穿孔	胃切除後の腸閉塞	腹膜内フリーエア	腸管内の壁構造
第75回	2020.2.10	偽腔閉塞型大動脈解離とフリーエア（分かりにくい）	血清の心嚢水	閉塞型大動脈解離	術後のフリーエア+腹水
第76回	2020.3.2	虫垂炎（見落としそうになるモノ）	虫垂炎のCT所見	心窩部痛	肝静脈に造影剤が流れたら
第77回	2020.3.16	憩室出血　腎盂腎炎	下部消化管出血疑いの病態	活動性出血	腎皮質の造影ムラ
第78回	2020.3.19	虫垂炎・S状結腸捻転	虫垂炎は造影を	S状結腸捻転	コーヒービーンズサイン
第79回	2020.3.26	壊死性の虚血性腸炎	横行結腸に腸管壁の浮腫	壊死性虚血性腸炎	
第80回	2020.4.6	血性腹水	腹部大動脈瘤破裂	血腫を単純で見逃さない	
第81回	2020.4.9	フリーエアと腸管気腫　その鑑別	層構造が見えるエアー	腹腔内ガス	「穿孔」と「穿通」の違い
第82回	2020.4.16	虫垂炎穿孔による膿瘍形成，胆管炎	虫垂炎穿孔→膿瘍形成	肝静脈に造影効果があり	
第83回	2020.4.27	虫垂炎疑いと腹腔内出血の見え方	虫垂の場所	腹腔内出血	
第84回	2020.4.30	S状結腸穿孔	フリーエアの判断	上部・下部消化管のの穿孔	
第85回	2020.5.7	EBウイルスによる急性肝障害	肝の濃度が低下	脾臓が大きい	門脈の周りに浮腫
第86回	2020.5.14	絞扼性の腸閉塞	ワールサイン	クローズドループ	
第87回	2020.5.21	外傷性脾損傷	外傷	腹水	正常臓器のCT値
第88回	2020.5.28	うず	上腸間膜動脈・静脈うず状の走行	循環障害	腸間膜捻転
第89回	2020.6.4	虫垂炎の穿孔	虫垂があるところ	腸管が張っている→大腸？小腸？	小児虫垂炎穿孔
第90回	2020.6.8	消化管出血（上行結腸）	肝臓内のガス	ガスと脂肪の見分け方	下血と聞いてどういう所見を見るか
第91回	2020.6.11	尿管結石（依頼文に騙されない）	腎臓の染まりに左右差があるか	結石と静脈石	馬蹄腎
第92回	2020.6.15	腸炎だとおおざっぱです	肝炎・胆管炎の造影	虫垂の位置	腸炎の所見
第93回	2020.6.18	肝内ガス（門脈ガス・胆管内ガス）	門脈ガス・胆管ガスの見分け方		
第94回	2020.6.22	術中出血（左股関節置換術）	血性腹水	腎臓の位置	静脈性出血
第95回	2020.6.25	胆のう癌，落石後の尿管結石，腎動静脈瘻	胆嚢内に強い造影効果　肝臓のSOL	胆嚢内に巨大な腫瘤	単純で腎盂に高吸収域
第96回	2020.6.29	心臓も忘れずに	大動脈解離	肺塞栓の有無	心筋の低吸収
第97回	2020.7.2	大動脈解離	解離疑いの造影CT画像の見方	右ルートからの撮影が推奨される理由	造影剤が背側に回った症例
第98回	2020.7.6	大動脈解離 Part2	右腕頭動脈、左総頸動脈の解離		
第99回	2020.7.9	単純で見つけよう	壊疽性胆嚢炎	VP shunt tube断裂	
第100回	2020.8.17	捻転	若い女性が七転八倒	→ 卵巣腫瘍の捻転を視野に入	精巣捻転
第101回	2020.8.20	大動脈解離(保存的治療後）SMAの閉塞	保存的治療の場合に見られる所	イレウス→原因（腹膜炎やSMAの閉塞など）	
第102回	2020.8.31	交通外傷による出血	シートベルトの部位に損傷がないか		

A

血管	上腸間膜動脈解離	第34回	2018.12.3	上腸間膜動脈解離
血管	上腸間膜動脈解離	第70回	2019.12.16	上腸間膜動脈・腹腔動脈の解離
血管	大動脈解離	第28回	2018.9.2	憩室出血、大動脈解離
血管	大動脈解離	第29回	2018.10.17	後腹膜血腫と大動脈解離
血管	大動脈解離の種類	第23回	2018.7.30	消化管穿孔・大動脈解離
血管	肺塞栓の橋渡し所見	第72回	2020.1.9	腹部大動脈破裂、重度の肺塞栓
血管	腹腔動脈解離	第70回	2019.12.16	上腸間膜動脈・腹腔動脈の解離
血管	卵巣腫瘍+肺動脈塞栓症	第68回	2019.11.28	異常所見は複数個ある場合もある
出血	活動性出血	第77回	2020.3.16	憩室出血　腎盂腎炎
出血	憩室出血	第5回	2018.4.18	フリーエア＆出血＆胆嚢炎
出血	血清の心嚢水	第75回	2020.2.10	偽腔閉塞型大動脈解離とフリーエア（分かりにくい）
出血	血便	第22回	2018.7.25	腸炎
出血	黒色便→上部消化管出血	第69回	2019.12.12	消化管出血と尿管結石による尿漏出
出血	骨盤内臓器不明瞭	第15回	2018.6.7	卵巣出血
出血	出血源検索	第25回	2018.8.9	造影タイミングとアレルギーによる腸炎
出血	食道静脈瘤出血を疑う場合	第57回	2019.8.1	二次性の胆嚢炎，食道静脈瘤
出血	腸腰筋血腫	第58回	2019.8.8	同定困難な消化管穿孔＆腸腰筋膿瘍？
出血	腹腔内出血	第83回	2020.4.27	虫垂炎疑いと腹腔内出血の見え方
出血	下血と聞いてどういう所見を見るか	第90回	2020.6.8	消化管出血（上行結腸）
出血	気管支動脈瘤（喀血）	第6回	2018.4.23	胆嚢炎＆気管支動脈瘤
出血	憩室出血	第16回	2018.6.11	憩室出血（脚から造影剤を注入）とHCC rupture
出血	憩室出血	第20回	2018.7.9	憩室出血・虚血性腸炎
出血	憩室出血	第28回	2018.9.2	憩室出血、大動脈解離
出血	憩室出血	第49回	2019.5.20	消化管出血，腎損傷・肝損傷
出血	血腫を単純で見逃さない	第80回	2020.4.6	血性腹水
出血	後腹膜出血	第29回	2018.10.17	後腹膜血腫と大動脈解離

B



CT画像カンファレンス

開催日

参加者

放射線
技術科

講師　放射線診断科　谷掛副部長

症例①

2018/9/23　86歳　F　腹部・骨盤ＣＴ

腹部膨満著明，やや意識混濁あり。筋性防御も有り，イレウス/腸閉塞ありませんでしょうか

単純　腹水，腸管拡張あり

造影　造影効果が悪い腸管がある
早期相では染まっていない
後期相で染まっている部分もあるし，全く染まっていない腸管もある　→イレウス？腸閉塞？？

イレウスとは
エスカレーター（腸管）の動力が弱くなったり停止したりして人（内容物）が送れない状態

腸閉塞とは
エスカレーター（腸管）の途中に障害物があって前に進めなくて将棋だおしになる状態

絞扼性の腸閉塞
穴があれば腸管は入りやすい
入ったらそのままどんどん入っていく

C

図６　A　カンファレンスもくじ
B　分類別検索ページ
C　ある日の１例

Abstract

Outcome of Computed Tomography Conference

Sachiko Shibutani, Yusuke Ohmachi, Akitoyo Yamamoto,
Hirohiko Ozeki and Kazuo Tsugawa
Department of Radiologic Technology, Kyoto City Hospital
Masato Tanikake
Department of Diagnostic Radiology and Interventional Radiology, Kyoto City Hospital

According to the notification of the Ministry of Health, Labor and Welfare issued in April 2010, radiographic image interpretation support and explanation of the examination became further roles of the radiologic technologist. The department of radiologic technology has been conducting computed tomography (CT) as a service in the emergency room, but the ability to point out abnormal findings on the CT image is also a demand. From April 2018 we have been having CT conferences with the cooperation of the radiologist as part of the education system. Here we report a summary of the conferences and the abnormal findings that could be obtained as a result of participation in the conference.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:59–64)

Key words: Acute abdomen, Emergency CT image, Image interpretation support

当院におけるホルマリン管理と紛失防止策

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　臨床検査技術科）
田中　志穂　　川辺　民昭　　野田　みゆき　　竹腰　友博
古市　佳也　　宮城　華那子　　山田　雅　　村上　典子

要　　旨

病理検査で使用するホルマリンは，毒物及び劇物取締法において「医薬用外劇物」に指定されており，紛失・盗難の防止策等を講じることが義務付けられている．今回我々は，ホルマリンの紛失防止策の強化を行った．従来は，出入庫管理のみであったが，独自のホルマリンチェック表（チェック表）を用いて，検体提出数も記録することにより，ホルマリン管理を強化することができ，紛失防止に繋がった．
（京市病紀 2021；41：65-69）

Key words：病理検査，ホルマリン管理，医薬用外劇物，毒物及び劇物取締法

は　じ　め　に

ホルマリンには，毒物及び劇物取締法[1)]において盗難・紛失防止策を講じる義務，漏洩防止の義務，表示の義務等が課せられている[2)]．医薬用外劇物であるホルマリンは，鍵のかかる保管庫に保管し，出入庫の管理簿をつけることが義務化されている．万が一紛失した場合には，所轄の警察署へ届け出なければならない．

手術等で摘出された臓器は，ホルマリンに浸漬され病理検査室に検体として提出される．当院で使用するホルマリンは，10 L の箱からタッパウェアなどの容器へ分注して使用する場合と，30 ml の小瓶に入った状態で使用する場合がある．今回我々は，30 ml ホルマリン小瓶（ホルマリン）の紛失防止等の対策を行った．

当院では盗難・紛失防止のため，ホルマリンを鍵のかかる保管庫に入れて管理している．ホルマリン保管庫は，病理検査室と手術室，医師が手術検体の処理を行う標本説明室の 3 カ所に設置している（図 1）．鍵のかからない場所での長時間のホルマリン保管を避けるため，鍵のかかる保管庫を持たない外来や病棟での日跨ぎの保管は，当院のルールとして禁止している．つまり，始業時に外来や病棟に必要数のホルマリンを出庫し，終業時に未使用のホルマリンを返却する運用としている．病理検査室の保管庫からホルマリンを出庫する場合は，管理簿に「出庫先部署名」と「出庫数」を記入し，出庫数を差し引いた計算上の在庫数を，病理検査技師が管理簿に記入し，保管庫内の実際の在庫数と合致させている（図 2）．始業時に使用予定数よりも多めに出庫し，使用しなかった残りは終業時に返却される場合が多い．また，使用しなかったホルマリンを返却する際も，管理簿に「返却部署名」と「返却数」を記入し，出庫時と同様に病理検査技師が，管理簿の計算上の在庫数と保管庫内の実際の在庫数とを合致させている．ホルマリンは，全て病理検査室より出庫され，1 日に約 100 個出庫し，検体が入った状態で病

図 1　病理検査室のホルマリン保管庫

ホルマリン出入庫表

月 日	担当者	科名	出庫数	返却数・入庫数	残量	確認
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						
／						

10%緩衝ホルマリン液（ホルムアルデヒド3.6%溶液）　　出庫単位：個（約25ml/個）

図 2　病理検査室保管庫のホルマリン出入庫管理簿

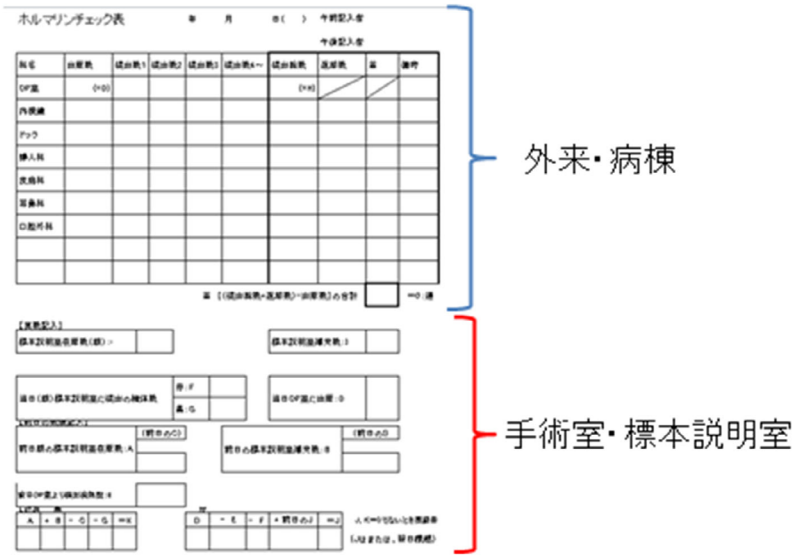


図 3　当院独自のホルマリンチェック表

理検査室へ提出される．

従来は，ホルマリンを出庫した際や返却された際など，ホルマリン保管庫の中の在庫数が変動した時に，実際の保管庫内のホルマリン在庫数と管理簿のホルマリン在庫数に差がないことを確認して，ホルマリン管理を行っていた．しかし，この従来の方法では出庫したホルマリンが全て使用されたかが不明であった．出庫先でホルマリンの紛失・盗難があったとしても把握できず，ホルマリン管理上問題であると思われた．そこで我々は，従来のホルマリン管理方法に加え，独自のチェック表（図 3）を用いて，検体として提出されたホルマリン数も記録し，出庫数が提出数と返却数の和に合致することを確認することとした．

方　　法

2019 年 4 月より，独自のチェック表を用いる運用を開始した．まず，始業時に病理検査室のホルマリン出入庫管理簿を元に，チェック表に出庫先部署名とホルマリン出庫数を転記する．次に，検体が提出された際には，チェック表に出庫先（外来や病棟）ごとに検体提出数を随時カウントして記録する．終業時に，返却数も病理検査室のホルマリン出入庫管理簿を元にチェック表に転記する．その後，各部署へのホルマリン出庫数が，総検体提出数と返却数の和と等しいことを確認する（図 4）．差が生じた場合は，検体未提出やホルマリン紛失の可能性があるため当該部署に連絡し，その日中に差が生じた原因究明を行う．

出庫先	出庫数	提出数	返却数	差
婦人科	10	6	4	0
皮膚科	5	4	1	0
口腔外科	3	3	0	0
3C	12	12	0	0
1C	2	1	1	0

出庫数＝提出数＋返却数

図 4　チェック表　外来・病棟の適正時の具体例

当院では，手術室にも鍵のかかるホルマリン保管庫を設置している．手術室でも独自のホルマリン受払表（図 5）をホルマリン出入庫管理簿として，手術室師長が定数管理している．当院手術室のホルマリンの定数は 40 個であり，前日手術室で使用された総数を，当日始業時に手術室師長が受払表を元に算出し，定数になるよう不足分を病理検査室に請求する仕組みとなっている．また，病理検査室から手術室へホルマリンを出庫する際は，提出元が手術室であるとわかるように，ホルマリン瓶の蓋に赤い印をつけて出庫する．手術室と同様に，標本説明室に出庫する際は，蓋に黒い印をつけて出庫する．こうすることで，外来や病棟から提出された検体ではなく，手術室や標本説明室から提出された検体であるとわかるようにしている（図 6）．また，その目印を元にして，提出数のカウントを行う．

さらに，手術室からホルマリンの請求を受ける際には，手術室で記入された前日の受払表（手術室ホルマリン保管庫の出入庫管理簿）も病理検査室に提出してもらうことにしている．手術室のホルマリン受払表には，ホルマリンを使用した患者名と出庫数が記入されている．つまり，誰に何個ホルマリンを使用したかがわかる仕組みとなっている．前日の手術室での総使用数と，ホルマリンの請求数（病理検査室からのホルマリン出庫数）に差が生じた場合，検体未提出やホルマリン紛失の可能性があるため，受払表を確認して原因究明を行う．

また，不要となり破棄する場合や容器の破損などがあった場合も，必ず病理検査室へ返却するように周知している．さらに，ホルマリンの不適切な保管や現場での廃棄

ホルマリン受払表（OP室内）　　年　　月　　日

（小）受払表

日付	患者名（カタカナ）	持出時間 返納時間	持出数（個） 返納数（個）	持出者 返納者	OP室No 担当科

（中）受払表

日付	患者名（カタカナ）	持出時間 返納時間	持出数（個） 返納数（個）	持出者 返納者	OP室No 担当科

図５　手術室受払表（手術室ホルマリン保管庫の出入庫管理簿）

図６　ホルマリンの蓋につける印
手術室には赤い印，標本説明室には黒い印，外来・病棟には特に印をつけず出庫している．

があった際は全て追跡し，いつどの部署が不適切な扱いをしたかを記録し，随時その部署に連絡して注意喚起を行っている．

結　　果

従来のホルマリン管理方法では，外来や病棟でホルマリンの返却忘れによる鍵のかからない場所での長期保管があったとしても把握することができなかった．しかし，チェック表を併用する運用を開始してからは，終業時に提出数と返却数を確認しているため，外来や病棟でのホルマリンの日跨ぎの長期保管は激減した．もしも，検体提出忘れがあった場合は，病理システムのオーダ画面より確認し，提出を促す連絡をしている．

運用を開始してから 2020 年 12 月時点で，病理検査室

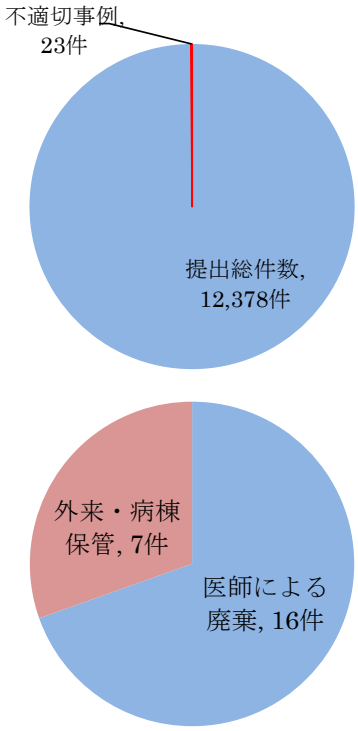


図７　提出総数における不適切事例の割合と件数の内訳

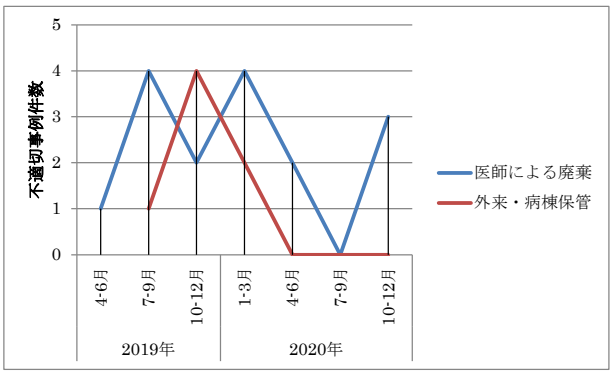


図８　不適切事例件数の経時変化

から出庫したホルマリン容器総数は 12,378 件（34,474 個）であり，その中で不適切なホルマリン取り扱い事例に該当するホルマリン数は，23 件（40 個，0.11％）であった（図７）．一番多い不適切事例は，手術室と標本説明室へ出庫分の医師等による廃棄で 16 件（18 個，0.05％）であった．チェック表の運用開始後から発生頻度はほぼ横ばいである（図７，８）．廃棄が発生するケースとしては，不要となったホルマリン容器も病理検査室に返却するという院内ルールを知らずに，大きな手術材料のタッパウェアに小瓶のホルマリンを混ぜ，容器は廃棄してしまう事例が多くみられた．

次に多い不適切事例は，外来・病棟でのホルマリンの日を跨いでの保管が７件（22 個，0.06％）あったが，全てチェック表の運用開始後 10 カ月以内に起こっており，その日中に当該部署に連絡することを徹底した 2020 年２月から現在までは０件である（図８）．全体として不適切事例は減少傾向であるが，未だ現場での破棄が０件では

ない．しかし，チェック表と手術室の受払表を確認することで，不適切事例の起こった個数や，患者名から主治医も判明可能であり，紛失防止の啓発に役立っている．

考　　察

外来や病棟など鍵のかかる保管庫を設置していない部署に，ホルマリンを出庫する場合は，1 日ごとに検体提出数と返却数の和が，出庫数と合致していることを確認し，完結させなければならない．差が生じた場合，当日中に当該部署へ連絡し，解決することが不可欠である．そうすることにより，日跨ぎの保管はほぼなくなると思われる．

鍵のかかるホルマリン保管庫を持つ手術室は，24 時間稼働しており，終業時に手術中の場合，検体が提出されていないため，病理検査室での出庫数との数が合わずに差が生じる．そのため，手術室での提出数と出庫数が合致しているかの確認は，翌朝に行うことで解決可能となる．つまり，定数在庫を所有し保管庫で管理する部署で，提出が時間外となる場合は，翌朝に提出数と出庫数を合致させるとうまく運用できると考える．他院では，内視鏡室にもホルマリン保管庫を設置しているところもある[3]．検体提出数をカウントするこのチェック表の運用において最も重要な点は，鍵のかかる保管庫を設置しており，ホルマリンを定数保管している部署にホルマリンを出庫する際は，ホルマリンに目印をつけ，検体の提出元を明らかにすることである．例えば，皮膚科の日帰り手術の症例で，手術室に出庫したホルマリンを使用し，皮膚科外来の看護師が提出したとしても，瓶につけた目印により，手術室からの提出ホルマリンであると判断することができる．

また，手術室や内視鏡室のホルマリン保管庫の出入庫管理簿も，翌日始業時に病理検査室に提出してもらい，病理検査室での出庫数との差が生じた際に，原因究明を行えるようにすることも重要である．手術室の出入庫表には患者名を記入することで，たとえ病理診断依頼が未オーダであっても，検体提出忘れを指摘することが可能である．このことは，病院機能評価で高く評価された（図 9）．提出されたホルマリンが，どこから提出されたものなのかを常に把握することで，不適切事例がどの部署で発生したものかが判断でき，不適切事例の防止を啓発することができると考える．しかし，未だ不適切事例として手術室と標本説明室出庫分の廃棄があり，適正化に向けて周知を続けたい．

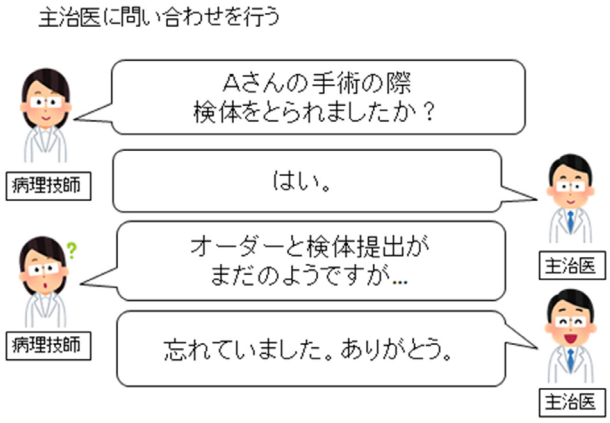


図 9　主治医への問い合わせ例
手術室受払表とチェック表に差が生じ，未オーダで未提出が判明した場合，主治医にオーダ依頼と検体提出を促す．

結　　語

当院独自のホルマリンチェック表を用いることで，ホルマリンをどの患者にどこでどれだけ使われたかが明確に判断可能となった．差が生じた場合は，終業時に連絡することで未使用の返却忘れや検体提出忘れ，さらに手術室に関しては，未オーダの検体提出忘れも把握でき，ホルマリンの不適切な保管を防げている．チェック表の運用はホルマリン管理の適正化に有用であると考える．

引　用　文　献

1）毒物及び劇物取締法［internet］
https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=325AC0000000303［accessed2021.05.10］
2）一般社団法人　日本臨床衛星検査技師会：病理検査技術教本 丸善出版株式会社，2017 年，pp8-13，24-27
3）ホルマリンの取り扱いと管理［internet］
https://core.ac.uk/download/pdf/304931398.pdf［accessed2021.05.10］

Abstract

Measures for Management and Prevention of Loss of Formalin at our Hospital

Shiho Tanaka, Tamiaki Kawabe, Miyuki Noda, Tomohiro Takegoshi,
Kaya Koichi, Kanako Miyagi, Masashi Yamada and Noriko Murakami
Department of Clinical Technology, Kyoto City Hospital

Formalin used for pathological examinations is a non-medicinal deleterious substance according to the Poisonous and Deleterious Substances Control Law; and, measures to prevent loss and theft are required by law. Here we report the step-up measures we introduced to prevent loss of formalin. Previously, only the storage and retrieval were checked. Now we record the number of specimen filed using an original formalin checklist to strengthen the management of formalin and were able to prevent loss of formalin.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:65–69)

Key words: Pathological examination, Management of formalin, Non-medicinal deleterious substance, Poisonous and Deleterious Substances Control Law

内視鏡センターへの臨床工学技士（CE）の介入

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　臨床工学科）
福元　竜成　　井上　雄介　　相川　孝彰
白山　幸平　　伊藤　禎章

要　　旨

内視鏡センターではスコープを始めとする高額医療機器の故障・修理が多い．修理件数・修理費と医療機器トラブルについて臨床工学技士（clinical engineer：CE）が介入する前後 1 年間で比較し，機器トラブルがどの程度減少したかや内視鏡中の患者へ生じるトラブル等を未然に防ぐことができたかなどを評価した．

また，内視鏡センターのスタッフにアンケートを行い，実際に変化を感じたかをまとめた．

（京市病紀 2021；41：70–72）

Key words：医療機器トラブル，修理費用，アンケート

諸　　言

内視鏡センターではスコープを始めとする高額医療機器の故障・修理がたびたび発生しており，高額な修理費用を要することが院内で問題視されていた．また，1 件当たりの修理金額では院内で最も高い部署となっている．

機器トラブルを未然に防ぎ安全に検査・処置を行うことを目的に，2019 年 4 月 1 日より臨床工学技士（clinical engineer：CE）1 名が内視鏡センター業務に従事し，医療機器管理と臨床支援を行っている．

目　　的

内視鏡センターで発生している機器トラブルの内訳を割出し，CE の介入によって機器トラブルがどの程度減少したかについて検討した．

また，内視鏡センタースタッフが CE にどのようなことを期待しているのかを知る．

評　価　方　法

修理件数・修理費とスコープや内視鏡装置をはじめとする医療機器関連トラブルについて，CE が介入する前後 1 年間（2018 年度と 2019 年度）で比較し評価した．

また，医師・看護師・洗浄員の内視鏡センターのスタッフにアンケートを行い，実際に変化を感じられたのかをまとめた．

結　　果

CE 介入前後で修理件数は 32 件から 42 件へ上昇し，修理費もおよそ 820 万円からおよそ 1000 万円へと上昇した．比較のため 2020 年 4 月 1 日から 12 月 31 日の期間では，修理件数は 14 件で修理費は約 500 万円だった（図 1）．

しかし，修理 1 件あたりの修理費で見ると 18 年度から 19 年度では約 26 万円から約 24 万円と約 2 万円減額していた．また 20 年度も修理件数及び修理費は抑えられていた．

次に，医療機器トラブルの内訳（図 2）の比較では，CE が常駐を開始していない 18 年度のデータは無かったため比較はできなかったが，19 年度の開始前のトラブル

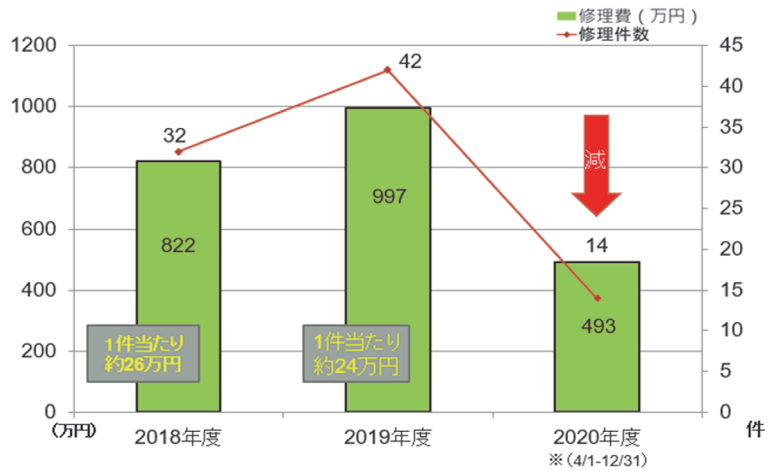


図 1　医療機器の修理件数と修理費の比較

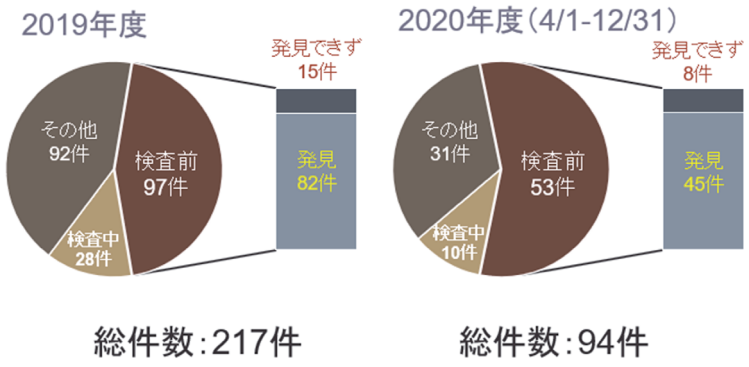


図２　医療機器トラブルの内訳

n=8 検査中のトラブルはどう変化したか	増えた	やや増えた	変化なし 2	やや減った 3	減った 3
n=11 検査・処置中のトラブルに対する対応	遅い	やや遅い	普通 1	やや早い 3	早い 7
n=12 スコープ等の医療機器の不良の変化	増えた	やや増えた 1	変化なし 4	やや減った 6	減った 1
n=11 EMR等の処置にCEが介入することで安心して処置を行えるか	思わない	変化なし	思う 11	－ －	－ －
n=15 CEの内視鏡センター従事する適性人数	1名 2	2名 12	3名	4名以上 1	－ －
n=4 スコープ洗浄機、またはデバイスの洗浄でのトラブルが起きた際の対応	遅い	やや遅い	普通	やや早い	早い 4

図３　アンケート結果

件数は 97 件であり，約 85％に当たる 82 件に対応することができていた．

最後に内視鏡センター勤務の医師と看護師，洗浄員へ，図３に示す６項目のアンケートを行った結果として，検査中のトラブルは減ったとの回答が多かった．また検査中のトラブルに対する対応としても，適切に対応し滞りなく検査を続行することができており，内視鏡的粘膜切除術（EMR）等の処置に CE が介入することで安心して処置が行えているとの回答を得た．続いて，今後 CE に介入すべき業務のアンケートでは，医師はすべての EMR へ介助に入ってほしいとの回答が１番多く，看護師は夜間の緊急対応に入ってほしいとの回答が１番多い結果となった．

考　　察

以前，故障時に業者の介入により現場のスタッフがそれぞれ対応していた際は，スコープのアングル不良等の重度の障害が現れない限り修理していなかった．

しかし CE 介入後，より軽微な障害から発見できるようになり修理件数と修理費が上昇した．ただし修理費が高額になる前に対応できたため修理一件当たりの修理費は約２万円減額できていた．

次にアンケート結果から，“検査中のトラブルはどう変化したか”では“やや減った”もしくは“減った”とポジティブな回答が８名中６名であり，スコープをはじめとする医療機器の日常的な点検・修理対応が行えていると考えられる．また，“検査・処置中のトラブルに対する対応”についても“やや早い”もしくは“早い”との回答が 11 名中 10 名であり，安全で安楽な検査処置の一助になっていると考えられた．

最後に医師，看護師ともに治療の介助に入ってほしいとの回答が多く，上記の理由より臨床支援１名，医療機器対応１名の計２名を希望する声が多かった．

結　　語

現在，機器の異常を早期に対応することにより，修理費用を抑えるだけではなく，患者に使用する前に検知することによって患者の安全を担保している．今後は検査前に対応することができる機器トラブルを全て対処できるよう，検査前の点検を必ず行い確実に対応することによって，より安全な検査・処置の提供に繋げていきたい．

また，現在は常駐 CE1 名で対応しているため医療機器の点検・管理が主であるが，内視鏡スタッフが希望している治療の介助や夜間の緊急症例に対応していくため，内視鏡センター業務に対応できる CE 増員の必要性を感じた．

Abstract

Result of Intervention by the Clinical Engineer in the Endoscopy Center

Ryusei Fukumoto, Yusuke Inoue, Takaaki Aikawa, Kouhei Shiroyama and Yoshiaki Itou

Department of Clinical Engineering, Kyoto City Hospital

The endoscopy center handles expensive medical equipment including the endoscope. We examined the incidences involving equipment trouble, the number of repairs and the cost of repairs the year before and the year after the start of intervention by the clinical engineer. Then we evaluated whether the trouble the patient encounters during the endoscopy could be prevented.

We summarized the actual changes recognized by the staff at the endoscopy center obtained by a questionnaire survey.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:70–72)

Key words: Medical equipment trouble, Cost of repairs, Questionnaire

外来化学療法センターから院外処方せんをFAX送信することによる患者待ち時間の変化

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　薬剤科）
大野　恵一　　目黒　裕史　　本多　伸二　　三松　史野
佐分利　美帆子　　實光　由香　　内藤　舞　　寸田　靖
村岡　淳二

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　看護部）
本田　薫

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　腫瘍内科）
桐島　寿彦

要　旨

外来化学療法センターで治療を受ける患者は，院外処方せんが交付された場合，保険薬局における薬剤交付までの待ち時間も，帰宅までの時間が遅くなる要因となる．このたび，治療時間を活用した待ち時間の負担軽減を期待して，外来化学療法センターから院外処方せんのFAX送信を開始した．開始前後での保険薬局における待ち時間の変化およびFAX送信の利便性を調査したところ，平均待ち時間の短縮が認められ，利便性については高評価を得られた．外来化学療法センターからのFAX送信により，外来化学療法患者の身体的・精神的負担の軽減につながると考えられた．
（京市病紀 2021；41：73-76）

Key words：外来化学療法，待ち時間，保険薬局，FAX

緒　　言

外来化学療法センターで治療を受ける患者は，通常，検査・診察の後に点滴治療が実施されるため，治療内容によっては，来院から帰宅まで長時間を要することがある．さらに院外処方せんが交付された場合は，保険薬局における薬剤交付までの待ち時間も，帰宅時間が遅くなる要因となる．

院外処方せんを事前に保険薬局へFAX送信することで，保険薬局では処方せん原本を受け付ける前に薬剤の準備が可能となり，その分待ち時間短縮が期待できる．多くの病院には院外処方せん送信用のFAXコーナーが設置されており，当院でも以前から院外処方せんの事前FAX送信は可能であった．しかし当院では会計後に院外処方せんが患者に交付されるため，FAX送信先が近隣の薬局の場合は，一定の待ち時間が発生すると考えられる．そこで外来化学療法患者の点滴治療時間を活用し，保険薬局における待ち時間短縮による負担軽減を期待して，外来化学療法センターから院外処方せんをFAX送信できる環境を整備し，2020年3月より運用を開始した．

今回，外来化学療法センターから院外処方せんをFAX送信することによる保険薬局における待ち時間の変化および利便性を評価するため，アンケート調査を実施した．

方　　法

1. 対象患者および調査方法

2020年3月2日から2020年4月30日の期間に外来化学療法センターで治療を受けた患者318名のうち，今回運用を開始したFAX送信を利用した全患者を対象に，アンケートを配布した．また，アンケートの回収期間は2020年3月2日から2020年5月31日とした．

2. 調査内容

アンケートにおける調査項目は，普段薬剤を受け取っている保険薬局（かかりつけ薬局）名，FAX利用前・利用後のかかりつけ薬局における待ち時間，外来化学療法センターからFAX送信を利用できることの利便性，その他自由記載の5項目とした（図1）．

3. 統計解析

かかりつけ薬局における待ち時間の変化は，Wilcoxonの符号付き順位検定を用いて解析した．解析には，SPSS® Statistics 20（IBM，Armonk，NY，USA）を用い，危険率5％未満（$p < 0.05$）を統計学的に有意と判定した．

4. 倫理的配慮

アンケートは無記名の自己記入式で行うことにより，個人の特定ができないようにした．また，当アンケート調査は京都市立病院臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（受付番号533）．なおデータ解析に際して，かかりつけ薬局名は匿名とした．

お薬待ち時間に関するアンケート

このたび、外来化学療法センターに FAX を設置しました。よろしければ、お薬待ち時間に関する以下のアンケートにお答えください。質問は5つあります。
なお当アンケートの結果は、院内資料として使用するほか、学会発表等に使用することがあります。学会発表等への使用に同意されない方は、右下のチェックボックスに ☑ を入れてください。

学会発表等への使用に同意されない方はチェック→ ☐

●質問 1
いつもお薬を受け取られている薬局はどちらですか？　該当する薬局に○を付けてください。その他の薬局の場合は、薬局名を記載してください。

たんぽぽ薬局　ファーマシー薬局　オーツカ市立病院前薬局
御前ゆう薬局　アイランド薬局　アイン薬局西大路五条店
壬生ゆーあい薬局　アイン薬局五条御前店
その他の薬局：＿＿＿＿＿＿＿＿

●質問 2
今まで、薬局でのお薬待ち時間はどの程度でしたか？　該当する時間に○をつけてください。

5 分　10 分　15 分　20 分　25 分　30 分
35 分　40 分　45 分　50 分　55 分　60 分以上

裏面に続きます

●質問 3
FAX を利用した場合の、薬局でのお薬待ち時間はどの程度でしたか？　該当する時間に○をつけてください。

5 分　10 分　15 分　20 分　25 分　30 分
35 分　40 分　45 分　50 分　55 分　60 分以上

待ち時間について、何かご意見などあれば自由に記載してください。

●質問 4
化学療法センターから処方せんを FAX 送信できることを便利だと思いましたか？　1～5 のいずれかに○をつけてください。また、その理由があれば自由に記載してください。

1 便利でない　2 あまり便利でない　3 普通　4 ある程度便利　5 大変便利

理由 ＿＿＿＿＿＿＿＿

●質問 5
その他、ご意見などあれば自由に記載してください。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

図 1　アンケート

結　　果

1. 回答率

対象期間に FAX 送信を利用した患者は 28 名であり，そのうち 14 名から回答を得た（回答率 50%）．アンケートのデータ利用に同意を得られた 13 名のデータを解析した．

2. かかりつけ薬局

FAX 利用患者のかかりつけの薬局の内訳は，近隣の薬局（概ね病院から 500 m 以内）が 10 名，近隣以外の薬局が 3 名（500 m から 2 km 以内：2 名，2 km 以上：1 名）であった（図 2）．

3. FAX 利用前後の待ち時間の変化

かかりつけ薬局における平均待ち時間は，FAX 利用前は 27.7 分，利用後は 10 分であり，有意な短縮が認められた（$p < 0.01$）（図 3）．

4. 利便性の評価

5 段階の評定尺度法を用いて評価したところ，「5：大変便利」の回答が 12 名，「4：ある程度便利」の回答が 1 名であった．また，「3：普通」，「2：あまり便利でない」，「1：便利でない」との回答はなかった（図 4）．

5. 自由意見

自由意見としては，待ち時間の短縮に関連した言及が見られた（表 1）．

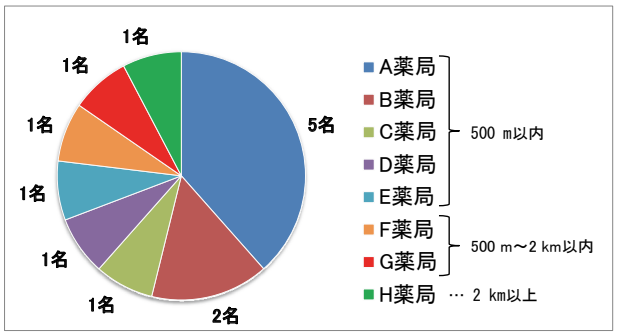


図 2　かかりつけ薬局と当院からの距離

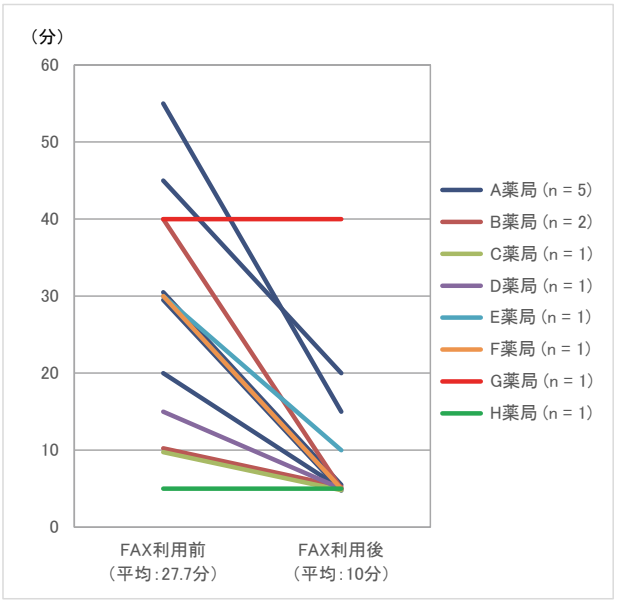


図 3　FAX 利用前後の待ち時間の変化

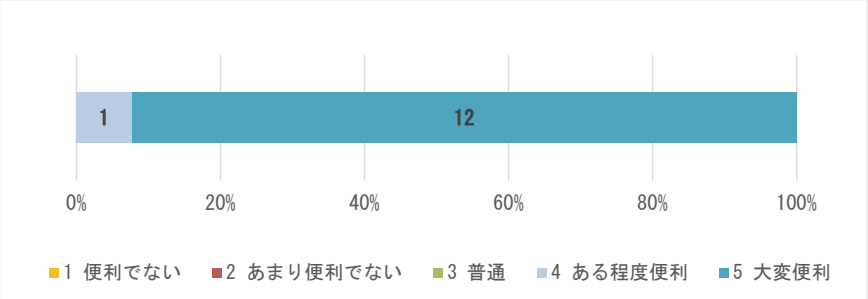


図４　外来化学療法センターからFAX送信できることの利便性の評価

表１　自由意見

自由意見（一部抜粋）
・診療、治療などが17時前後まで及ぶ時には、待ち時間の短縮と薬局の営業時間に影響を与えることも軽減でき、便利である。
・治療の後の予定をたてやすい。
・終わってからFAX送信していると遅くなる。待ち時間が長くなる。ただし、FAXを受信されても、見逃しがあれば何にもならない。これをきちっとしていただければ大変待ち時間が早くなる。
・点滴後、しんどい状況で待たなくていいのが助かります。
・FAX送信後薬局へ行くのに20分ぐらいだからそう変わらない。

考　　察

FAX送信の利点は，患者が処方せん原本を持って薬局に到着するまでの時間に薬剤の準備をできることであり，多くの患者が利用している．当院では通常，外来診察の流れの最後に院外処方せんが交付される．処方せん交付窓口前にFAX送信機が設置されているが，送信後すぐに近隣の薬局に行く場合は短時間で到着するため薬剤の準備ができておらず，FAX送信を有効活用できない可能性が考えられる．今回外来化学療法センターからFAX送信を利用した患者のかかりつけ薬局は，多くが当院の近隣の薬局であった．したがって治療時間なども含めて時間を有効活用できたため，近隣の薬局を利用している患者では特にFAX利用後の時間短縮が認められたと思われる．またあらかじめ近隣の薬局へは今回のFAX送信が化学療法患者の負担軽減を目的としていることを情報提供しており，薬剤の準備を優先するなどの協力を得られたことも待ち時間が短縮した一因となった可能性も考えられる．一方で，待ち時間が短縮しない患者も認められた．これらの患者のかかりつけ薬局は当院から遠方であり，元々薬局への移動に要する時間内に薬剤の準備ができていたことから，待ち時間への影響は少ないと考えられた．

外来化学療法センターからFAX送信できることの利便性については高評価が得られ，待ち時間の短縮につながることや，治療後の予定を立てやすいなどの意見が挙がった．一方で，処方の見落としについて言及した意見もあった．事前にFAX送信した場合であっても，薬局到着後に処方もれに気づいた場合などで疑義照会を要する際は，それらの対応と調剤により待ち時間が発生する．またFAX運用開始後に，治療終了直前にFAX送信依頼があり有効活用できる時間が短縮した事例があった．当院の外来化学療法センターには薬剤師が常駐しており，患者に生じた副作用の確認等を実施している．その際に処方内容の確認や必要に応じた疑義照会，FAX送信希望の確認なども行っており，今後も継続することで，かかりつけ薬局において余分な待ち時間を要することのないよう，患者負担の軽減に努めていきたいと考える．

なお今回解析したアンケートは13名分であり，少数例での検討であった．また外来化学療法センターで治療を実施した患者へはFAX送信が可能であることを周知していたが，実際にFAX送信を利用した患者自体が少数であった．したがって，以前から待ち時間が長いと感じていた患者の利用が多かったことで，待ち時間の短縮が認められた可能性も考えられた．

今回，外来化学療法センターから院外処方せんのFAX送信を開始したことで，保険薬局における薬剤交付までの待ち時間が短縮し，外来化学療法患者の身体的・精神的負担の軽減につながったと考えられる．

Abstract

Reduction of the Patient's Waiting Time by Sending the Prescription by FAX from Outpatient Chemotherapy Center

Patients receiving chemotherapy in outpatient chemotherapy center must wait at the pharmacy to receive their medicines after treatment, which further delays the time they return home. As an attempt to shorten this waiting time, we started sending the prescription by FAX from outpatient chemotherapy center, while the patient was receiving treatment. We examined the change in the waiting time at the pharmacy before and after this attempt. The results showed that the waiting time was reduced and the evaluation of usefulness was high. We considered that the physical and mental burden of the patient receiving chemotherapy was reduced by sending the prescription by FAX from outpatient chemotherapy center.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:73–76)

Key words: Outpatient chemotherapy, Waiting time, Pharmacy, FAX

Keiichi Ohno, Yuji Meguro, Shinji Honda, Shino Mimatsu,
Mihoko Saburi, Yuka Jikko, Mai Naito, Yasushi Sunda and Junji Muraoka
Department of Pharmacy, Kyoto City Hospital
Kaoru Honda
Department of Nursing, Kyoto City Hospital
Toshihiko Kirishima
Department of Medical Oncology, Kyoto City Hospital

病院厚生会事業の在り方と重要性

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　事務局総務担当）
廣瀬　梨奈　　川﨑　尚美　　中島　美弥子

要　　旨

病院職員が職種の垣根を越えて多職種との交流を図り，福利厚生の一環として事業を行っているのが病院厚生会である．コロナ渦で20年以上もの間行われていた事業が中止となった今，いかに福利厚生の充実を図るかが問われ，事業の継続のために病院厚生会の評議員と検討した．その結果，年末贈答品と相互親睦補助事業は例年通り行う方針とした．事業の実施が減少した分，年末贈答品に関しては例年より増額し，福利厚生の還元率の増加を図った．病院厚生会事業が病院職員の福利厚生と大きく寄与しているものであることを実感することができた．
（京市病紀 2021；41：77-78）

Key words：病院厚生会評議員，年末贈答品，相互親睦補助事業

は　じ　め　に

病院厚生会は，主にアルバイト職員以外の病院職員（例外を除く）で構成されており，2020年12月現在の総会員数は1087人である．各所属長は職場代表，組合は組合代表を決定し，職域代表（各所属長），組合代表，職場代表として合計22名の評議員が選出される．2020年度は雇用体制の変更によって病院厚生会員の対象者も変更となり，病院厚生会員は約200人増加した．病院厚生会の事業（以下「事業」）では，病院職員の福利厚生の一環としてビアパーティー，ボウリング大会，文化祭などを行っており，それぞれの職種の垣根を越えて多職種との交流を図っている．

しかし2020年度は，新型コロナウイルス感染症の影響により，事業を再検討する必要があった．これを機に改めて事業の在り方を考え，病院職員にとっての重要性を掘り下げていく．

2020年度の事業について

例年であれば全事業を行い，多職種の交流を図り，親睦を深めたいところだが，感染拡大防止のため，2020年度は会食や三密となる事業は中止とし，その他の事業でいかに福利厚生を充実していくかを考え，年度初めの総会で5つの案（①相互親睦補助，年末贈答品（3,000円相当），②年末贈答品（4,000円相当），文化祭，③年末贈答品（4,000円相当）のみ，④相互親睦補助のみ，⑤事業無し）を示した．

5つの案については，総会前に評議員に周知し，各所属で検討いただいた結果を総会で最終決定することとした．

総会で検討した結果，新型コロナウイルス感染症の感染を防止するため，ビアパーティー，ボウリング大会，文化祭は実施しないとし，年末贈答品と相互親睦補助事業は例年通り行う方針とした．一部の事業を中止する代わりに年末贈答品に関しては例年より増額し，事業の実施が減少した分，福利厚生の還元率の増加を図った．

また，病院厚生会員が増加したため，「病院厚生会事業とは何か」を改めて職員に院内情報webの掲示板にて周知し，事業を広く知ってもらい，活用していただけるよう周知方法を工夫することで，福利厚生の充実を保てるようにした．

考　　察

事業は福利厚生の一環であり，コロナ禍により全事業中止という決断はできない．事業を制限せざるを得ない中で，いかに病院職員の福利厚生の充実を図るかが問われた．多職種の交流を図るため，また日々の業務の労いのために，20年以上もの間さまざまな事業を行ってきたが，今回のコロナ渦でその事業の重要性が露わになり，改めて事業の在り方を深く追求することができた．例年よりもより多くの時間をかけて事業を検討，評議員とも協議し，事業を見直すよい機会となった．

Abstract

Importance of Hospital Welfare Activities

Rina Hirose, Naomi Kawasaki and Miyako Nakajima

Secretariat General Affairs, Kyoto City Hospital

The hospital welfare association supports the welfare activities of the hospital workers to interact with each other in multidisciplinary fields. The welfare activities have continued for over 20 years, but had to be cancelled due to Covid-19. We discussed how to continue the operation with the hospital board. As a result, the traditional year-end gifts and support of interaction were continued as usual. Although the activities decreased, the year-end gifts increased, and the return rate was not changed greatly. We felt that the hospital welfare activities contributed to the welfare of the hospital workers.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:77–78)

Key words: Hospital ward, Year-end gifts, Mutual fellowship assistance

外来化学療法室での栄養指導の取り組み

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　栄養科）
片山　さくら　　植木　明　　花川　卓子　　樋口　由美
原田　麻子　　平野　真美子　　中村　佳菜　　沢本　瑞穂
中　謙太

要　　旨

2020 年度の診療報報酬改定では，外来でのがん化学療法の質向上のための総合的な取り組みの一環として，外来化学療法患者に対して専門的な知識を有する管理栄養士が患者の状態に合わせて継続的な栄養指導を行うことが評価された．診療報酬改定を機会に，外来化学療法室での継続した栄養指導を開始するために準備を進め 2020 年 4 月から実施した．継続的な栄養指導により食事内容の改善がみられ，食事に関する不安の軽減につながった症例もあった．一方で指導件数は伸びず，がん患者を十分に支援できたとは言えない．管理栄養士の人員の増加や業務調整により対象症例を増やすこと，栄養状態の変化や QOL の向上などの栄養指導介入効果の検証を行うこと等の課題がみえた．
（京市病紀 2021；41：79-81）

Key words：外来化学療法，栄養食事指導

は　じ　め　に

2020 年度の診療報報酬改定では，外来でのがん化学療法の質向上のための総合的な取り組みの一環として，外来化学療法患者に対して専門的な知識を有する管理栄養士が患者の状態に合わせて継続的な栄養指導を行うことが評価された．がんの化学療法は，外来での治療が主流となってきているが，副作用による食欲不振は栄養状態の低下を来し，がん治療の継続に大きな影響を与えるため，個々の患者に対応した栄養食事指導が重要となる．しかし，外来化学療法の患者は，副作用による体調不良等により，栄養食事指導を計画的に実施することができないことから，患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が実施できるよう，外来栄養食事指導料について要件が見直された[1)]．

栄養科では従来がんの入院患者に対する積極的な食事相談・栄養指導を行ってきたが，外来患者への食事支援が十分にできていないことが課題となっていた（図１）．今回の診療報酬改定を機会に，抗がん剤投与中のベッドサイドで栄養指導を行える体制づくりに取り組んでいる病院の報告もある[2)]．当院でも外来化学療法室での継続した栄養指導を開始するために準備を進めてきた．運用開始までの経緯と栄養指導症例の紹介，今後の課題を報告する．

運用開始までの取り組み

まず多職種で課題を抽出した．抽出された課題は主に３つあった．１つ目は栄養指導の必要性の高い症例を把握することである．現在の栄養科のマンパワーでは全症例に介入することは現実的でなく，ある程度対象症例を絞る必要があった．医師からは「まずは診療科を限定して開始し，栄養科のマンパワーに合わせて対象を拡大してはどうか」という意見を頂いた．またがん化学療法看護

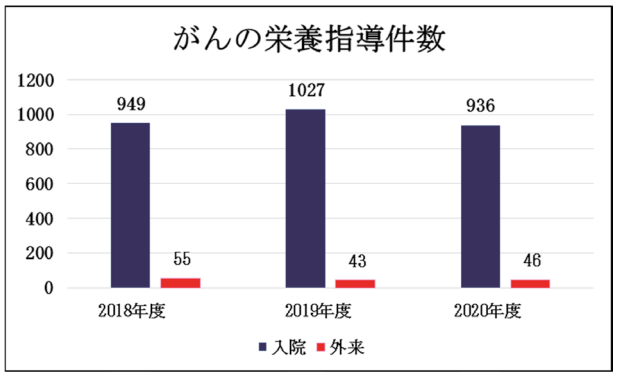


図１　がんの栄養指導件数

認定看護師からは，「胃がん，大腸がんの患者は術後の体重管理が重要である．また食事制限緩和のタイミングに迷うことが多い」，「膵臓がん，胆管がんは悪液質になる可能性が高い」という意見を頂いた．２つ目は栄養指導のオーダー方法についてである．医師は栄養指導の必要性に理解があるが，外来業務中は多忙であり医師からの栄養指導のオーダーを待っているだけでは必要な患者に十分に支援ができない可能性もある．３つ目は管理栄養士の配置についてである．現在栄養指導の担当は，入院患者は病棟担当の管理栄養士，外来患者は日毎に振り分けられた外来栄養指導担当者が行っている．外来化学療法室での栄養指導は抗がん剤投与中のベッドサイドで行うため，新たに担当を決める必要があった．

次に，これらの課題について栄養科内の週１回のカンファレンスで対応策を継続して検討した．１つ目の課題である対象患者のピックアップについては，対象症例を胃がん術後，大腸がん術後，膵臓がんの比較的栄養指導の必要性の高い症例に絞って実施することとした．２つ目の課題である栄養指導のオーダー方法については，管理栄養士が電子カルテの外来化学療法コンサルテーション一覧から上記の３病名を確認し代行オーダーすること

とした．3 つ目の課題である管理栄養士の配置については，給食業務担当者，外来栄養指導担当者以外のフリーの日勤担当者の中から前日に担当を決定することとした（図 2 ）．

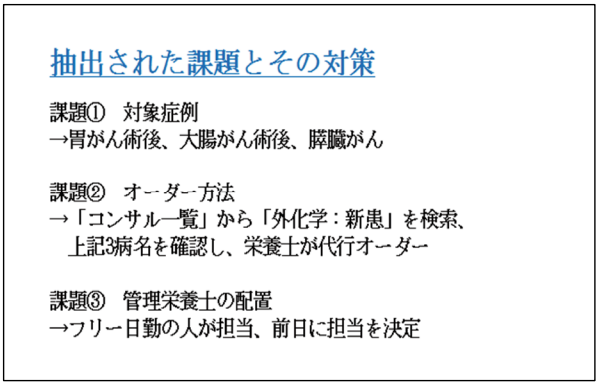


図 2　抽出された課題とその対策

これら科内で検討した対策案を令和元年度第 5 回栄養業務委員会，令和元年度第 10-12 回化学療法レジメン委員会で協議し承認を得て 2020 年 4 月 1 日より運用を開始した．

運 用 開 始 後

2020 年 4 月 1 日～2020 年 9 月 30 日の期間に当院で外来化学療法が施行され，栄養指導を実施した対象者は 11 例（女性 8 症例，男性 3 症例），平均年齢は 56.2 ± 12.4 歳，平均栄養指導回数は 2.1 回であった（図 3 ）．対象となる 3 病名以外でも医師や看護師から依頼のあった症例については栄養指導を実施した．

No.	年齢	性別	病名	指導回数
1	66	男	膵臓がん	2
2	48	男	回盲部がん術後	7
3	33	女	S 状結腸がん	1
4	64	男	膵臓がん	1
5	62	女	膵臓がん	3
6	73	女	横行結腸がん術後	2
7	73	女	直腸がん術後	1
8	40	女	乳がん	1
9	48	女	S 状結腸がん術後	2
10	55	女	幽門前庭部がん	1
11	56	女	S 状結腸がん術後	2

図 3　栄養指導患者の一覧

症　　例

化学療法開始から終了まで継続して栄養指導を行った症例について報告する．

症例：40 代男性．大腸癌術後，頻回の下痢で体重減少があり継続した指導を希望されたため外来化学療法に合わせて 7 回栄養指導を行った．下痢の状況に応じて食物繊維や脂質の調整を行うことや選択する食品の幅を広げるアドバイスを行ったことで，指導回数を重ねる毎に摂取栄養量は増加した．指導終盤には初回時より 500 kcal 程度の摂取量増加がみられ，体重は術前には至らなかったが増加がみられた（図 4 ）．また，栄養指導により食事の不安が軽減したとの発言が聞かれた．

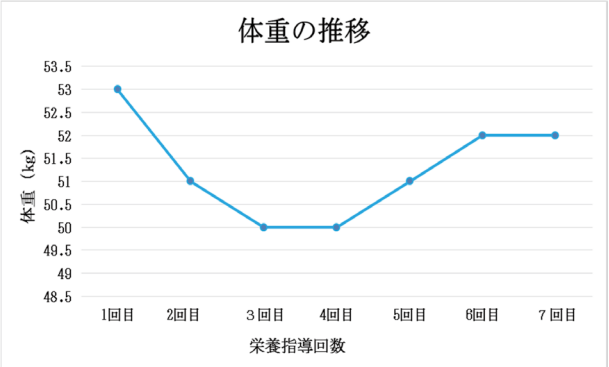


図 4　体重の推移

ま　と　め

診療報酬改定を機会に，以前から課題であったがんの外来栄養指導件数増加に向けて取り組みを行った．継続的な栄養指導により食事内容の改善がみられ，食事に関する不安の軽減につながった症例もあった．当院の外来化学療法患者は増加しており，現在の対応は十分ではない．より多くの患者の支援につながるよう対象症例の拡大が必要と思われる．そのために管理栄養士の増員や業務調整，外来化学療法室の他職種との連携が必要となる．また栄養状態の変化や QOL の向上などの栄養指導介入効果の検証を行うことが課題である．早期からの栄養管理・指導を実施し，化学療法患者の QOL 向上と治療完遂に貢献していきたい．

引　用　文　献

1 ）厚生労働省ホームページ［ internet ］. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html［ accessed 2021.5.4 ］
2 ）小俣季和：外来化学療法を支える管理栄養士の役割. 臨床栄養 2020；137：168-174.

Abstract

Nutritional Guidance in the Outpatient Chemotherapy Room

Sakura Katayama, Akira Ueki, Takane Hanakawa, Yumi Higuchi, Asako Harada,
Mamiko Hirano, Kana Nakamura, Mizuho Sawamoto and Kenta Naka
Department of Nutrition, Kyoto City Hospital

The 2020 medical fee revision included the evaluation of continuous nutritional guidance provided by a registered dietician with professional knowledge concerning patients receiving chemotherapy as an out-patient according to each individual patient's symptoms, as part of the comprehensive effort for improvement of the quality of chemotherapy for cancer in the outpatient clinic. Taking this medical fee revision as an opportunity, we have been preparing to provide continuous nutritional guidance in the out-patient chemotherapy room, and started providing the guidance in April 2020. Each patient's diet was improved by the continuous nutritional guidance and there were cases in which the anxiety towards eating was mitigated. On the other hand, the number of patients who received the guidance was limited, and the cancer patients were not provided with sufficient support. The issues that became clear were the need to increase the number of registered dieticians, increase the number of patients receiving guidance by adjusting the shift, and evaluate the outcome of nutritional intervention on the nutritional condition and on the quality of life of the patient.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:79–81)

Key words: Outpatient chemotherapy, Nutritional and dietary guidance

医師・看護師・ホスピタルプレイスペシャリストによる協働
～処置を受ける子どもへのプレパレーション，ディストラクションの取り組み～

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　看護部 4A 病棟）
中村　公光子

要　　旨

小児医療現場では，病気や処置に対して不安や苦痛を感じている子ども達が不安な状態のままで治療が実施されていることが少なくない．その経験が嫌な体験として記憶に残った子どもは治療に対し，恐怖感を抱きやすく，その後の成長に影響を与えかねない．

ホスピタルプレイスペシャリスト（hospital play specialist：HPS）は，「遊び」の持つ力を使い，処置への心の準備としてのプレパレーションや薬物を使用せずに遊びで気をそらして痛みを軽減するディストラクションの技術を用いて子どもを支援している．遊びを通して，子どもは今後行われる医療プロセスを理解し，不安感を軽減することが可能となる．こうした HPS の理論と技術を活用した取り組みについて報告する．

（京市病紀 2021；41：82-85）

Key words：小児医療，プレパレーション，ディストラクション，遊び

は　じ　め　に

私は 2020 年 4 月にホスピタルプレイスペシャリスト（hospital play specialist：HPS）資格を持つ小児病棟保育士として入職した．ホスピタルプレイとは，英国発祥の病気の子どもに対する遊びによる支援である．HPS という，直接的な医療行為を行わない医療チームの一員が病棟にいることにより，子どもや家族が相談しやすい環境を提供し，医療者とのより良い信頼関係作りへの架け橋の役目を担っている．子どもの療養環境が，日常の遊びを身近に感じられるチャイルドフレンドリーなものとなるよう改善に取り組んだ．その一つとして，採血・ルート確保等の処置時にプレパレーション，ディストラクションの支援導入を開始した．これまで当院小児科病棟の子どもは，処置時に親と分離され，主に抑制ネットで固定されて処置を受けることが多く，不安軽減を目的としたプレパレーションの実施や処置中の援助体制は十分とは言えない状況であった．そのため，子どもが少しでも処置に対するストレスを軽減し，主体的に臨めるよう，看護師や医師と取り組む必要性を感じた．

方　　法

医療を受ける子どもの苦痛を軽減するためにプレパレーションが推奨され，子どもに情報を与えることや痛い，怖いといった子どもの思いを表現させること，親と分離させないことが重要とされている[1)]．

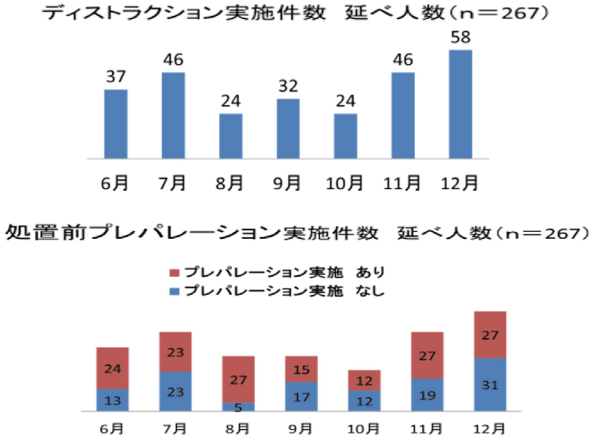
看護師と HPS で導入・連携方法について話し合い，小児科医師を含む病棟内で勉強会を開催した．医療者が子どもの目線に降り立ち，支援することの意義を伝えた．また，プレパレーション，ディストラクション方法について人形を使って実演し，親子の安全な体勢，効果的なディストラクションツールの使用方法を周知した．2020 年 6 月～12 月に入院した子どもが処置を受ける際，プレパレーション，ディストラクションを実施した時の様子を記録・集計し，効果や課題についてプレパレーションチームで振り返った．

結　　果

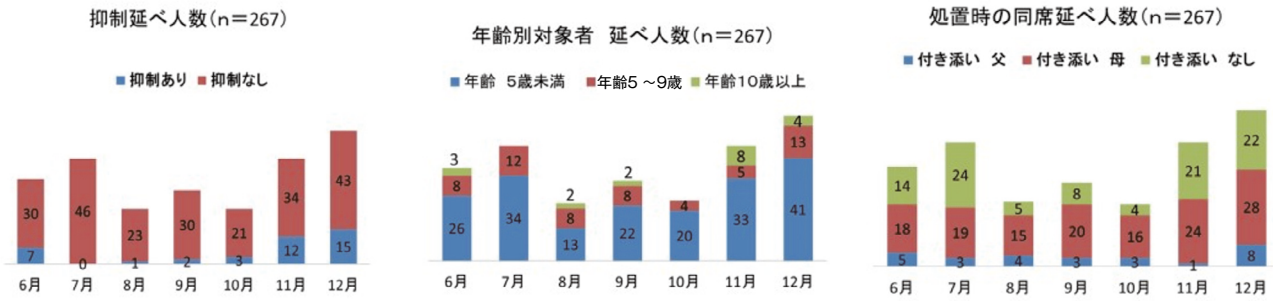
2020 年 6 月～12 月の実施患者合計数は 267 名であった．夏に新型コロナウィルス感染症の影響で入院人数が減少したが，外来でもディストラクションが実施されるようになったため実施数が増加した．プレパレーション実施件数では処置前プレパレーションを実施していない件数が多かった．理由として業務が煩雑になるとプレパレーションを省くことが考えられるため，今後改善していく必要がある（表 1）．

年齢別対象者では 5 歳未満が多く，処置時の家族同席数は増加した．プレパレーションで子ども達は，抑制の拒否・家族の同席・親に抱っこをされる体勢で採血して

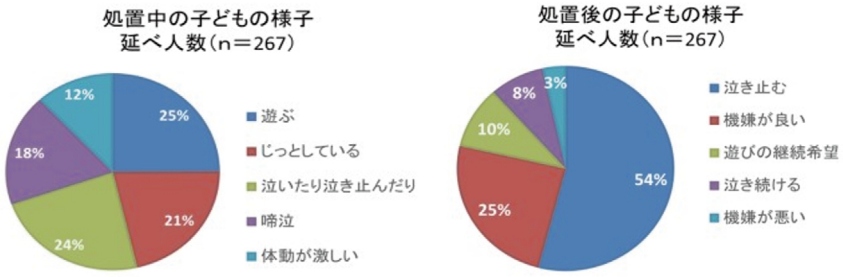
（表 1）プレパレーション・ディストラクションの実施件数



（表２）年齢別対象者・抑制実施数・処置時の同席数



（表３）処置中・処置後の子どもの様子



ほしい等の希望を示し，多くの家族は処置への同席を選択した．家族の同席増加に伴い，抑制実施数は減少したが 12 月には増加している．年末年始は緊急入院が増え，ディストラクションの対応が難しい５歳未満児が増加する．HPS の技術が必要となるが不在日と重なり，抑制による処置や親との分離が増加していると分析する．これらのデータは日勤帯の件数であり，夜間の処置を集計すると抑制の実施数が更に増加すると考えられる．HPS が不在でもプレパレーション・ディストラクションを提供することが課題である（表２）．

処置中は 54％の子どもが不安や恐怖を感じ，泣くなどの感情表出が見られた．「遊ぶ」は 25％，「じっとして遊びを見ている」は 21％，「泣いたり泣き止んだりしながら遊びを見ている」は 24％で，全体の 70％の子どもがディストラクションを行うことで遊びに集中し，動かずに処置を受けていた．その一方，拒否による体動が激しく抑制が必要となったケースは 12％であった．統計からディストラクションを行うことで遊びに集中し，じっと動かずに処置を受けられることが明らかになった．

処置後の子どもの様子では「処置後すぐに泣き止む」は 54％，「機嫌が良い」は 25％，「もっと遊び続けたい」は 10％であり，ディストラクションを受けた 89％が処置後の様子は安定していたという姿が結果に現れた（表３）．

記録から抜粋した子どもや家族の姿では，同席した母親が「以前は処置室から泣いている声が聞こえて辛かったが，側にいられるようになって良かった．子どもの注射は難しいのですね」と小児医療に理解が深まる場面も見られた．母親が付き添うことで子どもが暴れたり泣き叫んだりすることが減少し，注射をする時に母と手をつなぐと医師に手を差し出せるなど子どもの対処行動が見られた．

また，退院後に「採血の時に遊んでもらってありがたかった」，「今後も続けてほしい」とメッセージカードが届くなど好評であった（表４）．

医師からは，親の同席の効果を感じた感想が聞かれた．HPS がいると処置に集中できるという意見では，ディストラクションは子どもの緊張や不安感を軽減させるだけでなく，医療者側も安定して処置を短時間で行えると実感した（表５）．

看護師の感想では，抑制せずに親が同席することの効果や子どもの変化，また看護師の意識の変化を感じた意見が聞かれた．

導入時，新しい取り組みが浸透するには時間がかかり，連携が取れないことがあったが子どもの変化を体験した看護師が他の看護師に伝え合い，徐々にコミュニケーションがとれるようになった．HPS 不在時や外来での採血時に看護師がディストラクションを行うようになり，子どもの目線に立って考える支援が広がっていった．医師からも介入依頼が増え，覚醒下での CT・MRI 画像検査，骨髄検査の麻酔導入時に不安の強い子どもへ介入するようになった（表６）．

考　　察

急性期病院は入院期間が短い中で，子ども達にとって侵襲的な処置が続いて行われるため，入院生活にマイナスの思いを持ったまま退院を迎える恐れがある．そのため，発達年齢を考慮し正しい理解を促したり，納得して検査や処置に臨めるよう支援したりすることが重要となる．ホスピタルプレイでは，医療を受ける子ども達がその経験を肯定的なものとして受け止められるよう子どもの人格を守り，安心感や信頼感を作り出すための遊びが必要であるとしている[2)]．

今回，プレパレーション・ディストラクションを導入

（表 4）記録から抜粋した子どもや家族の姿

1 歳	母に抱きしめられ，じっと動かずに遊びを見ていた
4 歳	遊びに夢中になり，穿刺に気づかなかった
6 歳	母と手をつなぐと医師に手を差し出せた
7 歳	「一緒にゲームしながらしたいな，前みたいに」処置前の発言
14 歳	「針を刺すときは言ってほしい」呼吸法や言葉がけで励ます

（表 5）ディストラクション　医師の感想

A 医師	やってみると思ったほど難しくはない．親の同席は医師が緊張し，子どもが暴れてもっとやりにくいかと思っていたがトラブルはなかった．時代はそういう流れになっている．
B 医師	HPS がいると家族と子どもに対応してくれるので処置に集中でき，やりやすい．親が同席すると医療への理解が深まって良い． 抑制をしない処置は低年齢児でも可能だ．
C 医師	親の同席は子どもの不安軽減になる
D 医師	医師の経験値によるのでは． 研修医による採血への指導時は親が同席していると正直やりにくい．

（表 6）ディストラクション　看護師の感想

A 看護師	怖がって処置室に入ろうとしない子をよく見かけたが，実施後は処置室に遊びがあるので頑張ろうとする子が増えている印象だ．
B 看護師	今までは，抑制して迅速に処置を済ませることが当たり前だった．抑制ネットを使わない方法があると知った．
C 看護師	子どもが主体的になること，最善の方法を考えることが大切だと分かった．看護師の意識が変化し，子どもの頑張る力を引き出す工夫をするようになった．

し，実施記録・統計から親や子どもの精神的苦痛が軽減されたと考えられ，支援の必要性が認識された．医師の感想からは HPS が医師と子ども・家族の間をつなぐ役目であることが示され，多職種の連携が機能するようになった．今回の取り組みは，家族や医療者が一つのチームになり，子どもを支える一歩となったと考えられる．

HPS は子どもとの信頼関係を築くことを大切にし，入院生活に必要な遊びの環境を臨機応変に提供している．今後も医療者が連携をとり，子どもへの支援が実現するよう，HPS として橋渡しの役割が必要であると考える．

お　わ　り　に

遊びによる支援は，検査や手術，医療的ケアが必要な子どもの退院後の在宅支援など，子どもがストレスを感じるあらゆる場面において効果があると考える．今後も HPS の専門性を多職種に周知し，協働しながら子どもに優しい医療の実現を目指していきたい．

引　用　文　献

1）リチャード・H・トムソン＆ジーン・スタンフォード（訳，野村みどり）：病院におけるチャイルドライフ―子どもの心を支える「遊び」プログラム．中央法規出版株式会社　2003，p53
2）松平千佳：実践　ホスピタル・プレイ．株式会社創碧社　2012，p25

Abstract

Cooperation with Physicians, Nurses and Hospital Play Specialist — Preparation and Distraction for Children Receiving Treatment —

Not a few children in the pediatric ward feel anxiety and pain from their illnesses and treatment, but are being treated in this state of psychological anxiety. When the experience remains as a traumatic memory, the child will fear further treatment, and this can affect the normal growth of the child.

The hospital play specialist (HPS) supports children by making the most of play for preparation and distraction to prepare the mentality for treatment. The play technique helps children understand the process of medical treatment to be provided, and this helps reduce their anxiety.

This report describes the attempts made concerning the theory and techniques of HPS.

Kumiko Nakamura

Ward4A Department of Nursing, Kyoto City Hospital

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:82–85)

Key words: Pediatric medicine, Preparation, Distraction, Play

頭頸部癌放射線療法後の晩期有害事象に対する看護支援

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　看護部）
杣岡　かおる　　森脇　有希代

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　放射線治療科）
平田　希美子　　楢林　正流　　大津　修二

要　旨

頭頸部癌の根治的放射線療法を受けた患者は，口腔乾燥や味覚障害，嚥下障害，皮膚の線維化による苦痛を抱えているが，看護支援が十分とは言えない状況である．看護師は，治療終了後経過観察の診察に同席し，症状とセルフケアの確認および不足しているケアについての説明を行っているが，当院の実情はこれまでまとめられていなかった．

全頸部に 60 Gy 以上の放射線療法を受けた患者の晩期有害事象と看護支援を調査した結果，治療後 3 か月，12 か月，24 か月それぞれで Grade 2 の口腔乾燥は，43%，10%，10%の患者で，味覚障害では 33%，10%，5%の患者で持続していた．

看護支援では，3 か月，12 か月，24 か月それぞれ Grade 2 の口内乾燥の対処方法は 30%，10%，10%の患者に提供できていた．口腔環境は治療後 18 か月までケア提供できていた．味覚障害，嚥下障害，頸部の硬さに対する支援はできていなかった．診察に同席する看護師の知識の習得とケアに用いるツールの検討を行い，多職種を巻き込んだ支援の検討が必要である．
（京市病紀 2021；41：86–90）

Key words：頭頸部癌，放射線療法，晩期有害事象，看護支援

緒　　言

頭頸部癌は多くが，放射線感受性の比較的良好な扁平上皮癌が主体であるため，根治的放射線療法ではその最大の特徴である機能温存，形態温存のプレゼンスが最大に発揮される[1]．頭頸部癌の多くは早期発見されることが少なく，局所進行癌であるため化学療法併用が標準治療として行われることが多い．

頭頸部の根治的放射線療法は，2008 年から強度変調放射線治療（intensity-modulated radiation therapy：IMRT）で行われるようになった．IMRT は晩期有害事象の軽減に有用と言われており IMRT により Grade 2 以上の唾液腺障害は優位に減少した[2]．しかし，患者は治療終了後も長期にわたり唾液分泌減少による口腔乾燥や味覚障害，嚥下障害，皮膚の繊維化などの晩期有害事象による苦痛を抱えているのが現状である．

当院においては，頭頸部癌の放射線療法を受ける患者は，治療開始前から歯科を受診している．治療開始後も歯科，栄養士または栄養サポートチーム，薬剤師，言語聴覚療法士などが医師，看護師と連携し，ここ 3〜4 年で急性期有害事象への多職種による支持療法の提供は充実してきている．しかし，治療終了後から数年にわたる患者の QOL に影響を及ぼす晩期有害事象に対する支援が十分とは言えない状況である．

頭頸部癌で，手術療法と化学放射線療法を受けた女性患者が治療後の経過観察のために受診するたびに，「頸が締まってとても苦しい．見た目は大丈夫だから，先生に言っても，大丈夫ですと言われてしまう．病気が治っているのである程度仕方ないと言われるのがとても辛いです，マッサージをしたり，頸を動かしたりしているけど，なかなか良くならなくて」と晩期有害事象による身体的な辛さと気持ちの辛さを訴えていた．また，化学放射線療法後再発し，手術を受けた女性患者が「頸が硬く，動かすと痛いのでテニスもやめました．車の運転も頸が回らないからすごく不便で，結構辛い」と訴えていた．仕方のないことと受け入れつつも，生活の質の低下に対する辛さがあった．この 2 人の患者の言葉はとても印象深く，看護支援の不足を痛感した事例であった．

急性期有害事象に関するデータや支持療法に関する先行研究は多くある．しかし，晩期有害事象に対する支援に関したデータを出している施設は多くないのが現状である．晩期有害事象である口腔乾燥への支援について，竹井らは，頭頸部癌の中の疾患分類や照射部位，線量などの放射線治療の全体像を見てあらかじめ口腔乾燥のリスクを予測すること可能であるため，その予測をもとに重要度をつけて，よりリスクの高い患者には早期から晩期有害事象のリスクを見越した介入をする必要があると考えられると述べている[3]．治療計画が立案された時点から予測される晩期有害事象を念頭に，可能な限り生活の質を低下させない，そして，生活を再構築するための看護支援を行う必要がある．

2015 年から，看護師は頭頸部癌放射線療法終了後の経過観察の診察に同席し，症状の観察を行い，セルフケアの継続について確認している．そして，不足しているケアの説明を行い，生活上の困難と工夫を聞き取っているが，当院の実情はこれまでまとめられていなかった．そこで，看護師の実践内容から当院における頭頸部癌放射線療法後の晩期有害事象と看護師による看護支援の実際を明らかにし，今後の晩期有害事象へのケアの在り方を検討することとした．

研　究　目　的

頭頸部癌放射線療法後の晩期有害事象と看護支援の実

際を明らかにし，ケアの在り方を検討する．

研　究　意　義

頭頸部癌放射線療法を受けた患者の晩期有害事象の実際と看護師による支援を明らかにすることで，晩期有害事象に対するケアの在り方の示唆を得ることができる．

研　究　方　法

1. 研究期間：2020 年 3 月～4 月
2. 研究対象：2015 年 4 月から 2018 年 12 月にかけて全頸部に 60 Gy 以上の放射線療法を受けた患者 20 名
3. 研究デザイン：後ろ向き観察研究（実践報告）
4. 方法：

2015 年 4 月から 2018 年 12 月にかけて全頸部に 60 Gy 以上の放射線療法を受けた患者20名の晩期有害事象と看護支援について診療録，看護記録を用いて調査した．

① 2015 年 4 月から 2018 年 12 月で全頸部に放射線療法を受けた患者の治療内容（併用療法，総線量）

②治療後，経過観察診察時の診療録（放射線治療科，耳鼻科），看護記録から，放射線療法後の晩期有害事象の Grade 評価（ CTCAE v4.0 使用）．
有害事象の調査項目は，a 口内乾燥，b 咽頭痛（0～10 段階評価：0＝0，1～4＝1，5～7＝2，8～10＝3 とする），c 開口障害，d 嚥下障害，e 味覚障害，f 倦怠感，g 食欲不振，h 放射線皮膚炎の 8 項目．

③看護師が同席した時に，患者に提供した支援内容を分類
a 口腔乾燥，b 口腔環境，c 頸部の硬さ，d 嚥下障害，e 皮膚，f 味覚障害，g その他．

5. 分析方法
   1）4.①について症例ごとに抽出した．
   2）4.②について症例ごとに晩期有害事象を数値化したものを抽出し，経年変化をみた．
   3）4.③看護支援を内容ごとに分類・数値化し，晩期有害事象と看護支援との関連性をみた．

倫　理　的　配　慮

1. 研究者は人格尊重の理念に基づいて臨床研究に関する倫理指針及び地方独立行政法人京都市立病院機構個人情報保護方針に従い，対象個人の情報保護に努めた．
2. 京都市立病院臨床研究倫理審査委員会，看護部倫理審査委員会の承認を得た．

結　　果

1. 対象者の概要

対象者は 20 名で，中咽頭癌 9 名，下咽頭癌 8 名，喉頭癌 2 名，原発不明癌 1 名であった．治療方法は，化学療法併用が 19 名，放射線治療単独が 1 名であった．手術療法との併用では 3 名が併用しており，17 名が併用していなかった．照射総線量は，70 Gy が 19 名，66 Gy が 1 名であった（表 1 ）．

表 1　対象者の概要

病名	中咽頭癌	9
	下咽頭癌	8
	喉頭癌	2
	原発不明癌	1
治療方法	CDDP併用	15
	セツキシマブ併用	4
	照射単独	1
照射総線量	70Gy	19
	66Gy	1
手術有無	OPなし	17
	OPあり	3

2. 放射線療法後の晩期有害事象 Grade 評価（ CTCAE v4.0 ）と経年変化

治療後 3 か月，12 か月，24 か月それぞれで Grade 2 の口内乾燥は，43%，10%，10%の患者に持続しており，Grade 1 は 24 か月で 57%の患者に持続していた（図 1 ）．味覚障害では治療後 3 か月，12 か月，24 か月それぞれで 33%，10%，5%の患者に持続しており，Grade 1 は 24 か月で 26%の患者に持続していた（図 2 ）．嚥下障害は，3 か月以降いったんなくなるが，18 か月，24 か月で 10%，5%の患者で出現があった（図 3 ）．咽頭痛は 12 か月後まで残存した患者もいたが Grade 1 までであった．倦怠感，皮膚炎は Grade 1 のみであり，食欲不振についても 6 か月後 Grade2 が 5%で以降は Grade 1 のみであった．開口障害については持続していなかった．

3. 晩期有害事象と看護支援との関連性

看護支援では，3 か月，12 か月，24 か月それぞれで Grade 2の口内乾燥の対処方法としては30%，10%，10%の患者に提供できていた．具体的な対処方法では，含嗽継続，保湿剤使用，食事内容変更，唾液腺マッサージ実施の説明を行っていた．口腔環境への対処方法は，治療後 18 か月まで提供できていた．具体的には，毎食後の歯磨き継続，定期的な歯科受診継続，禁煙継続の説明を行っていた．味覚障害，嚥下障害，頸部の硬さに対する看護記録はわずかであった（図 4 ）．

考　　察

1. 放射線療法後の晩期有害事象 Grade 評価（ CTCAE v4.0 ）と経年変化

口内乾燥は，治療後 24 か月以降も 30%の患者に Grade 2 の症状が残っていたと報告されていた[4]．今回の結果でも Grade 2 の口内乾燥は，全患者の 10%に，Grade 1 は 57%の患者に見られ，治療後も長期にわたり残存することが明らかになった．

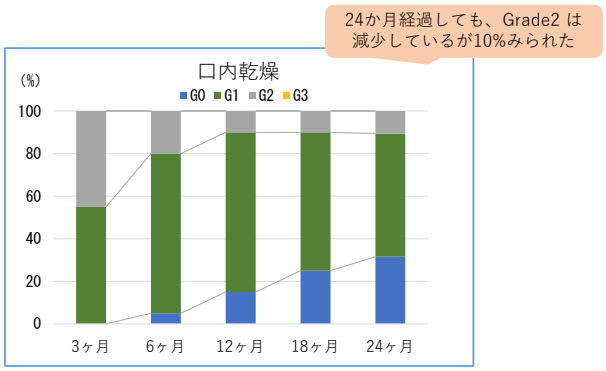


図 1　口内乾燥の経年変化

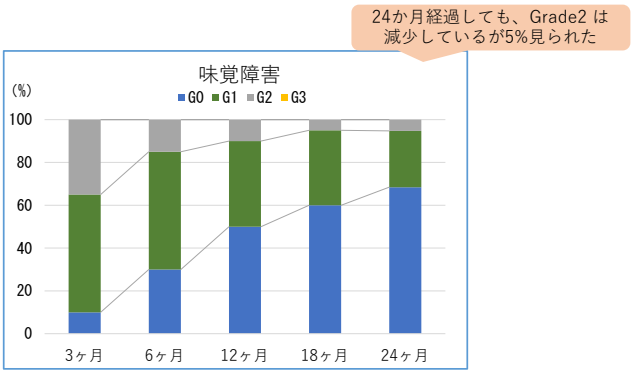


図 2　味覚障害の経年変化

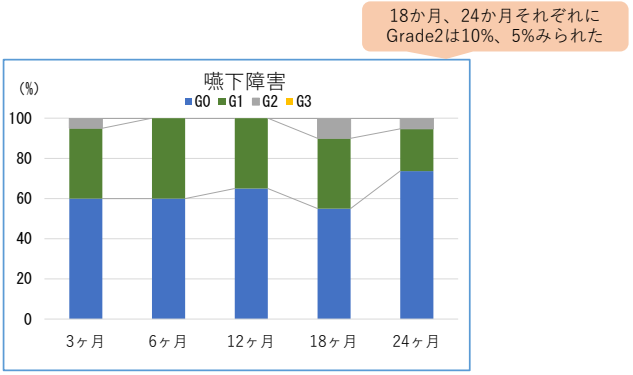


図 3　嚥下障害の経年変化

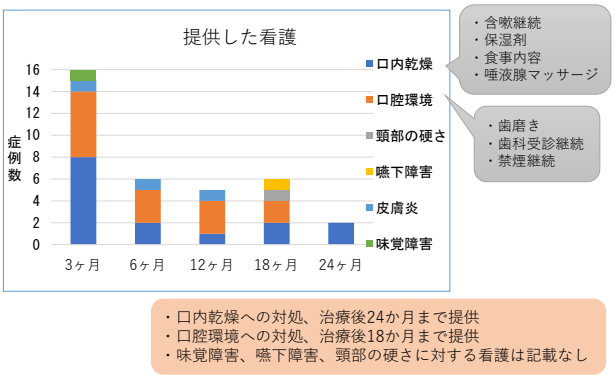


図 4　晩期有害事象に対して提供した看護

味覚障害は，一般的に半年程度で改善するが，3，4 年まで改善がみられたとの報告がある[5]．今回の結果でも Grade 2 は，24 か月以降も 5%程度の患者で残っていたが，3，4 年までさらに回復する可能性があるため，長期にわたる支援を検討する余地がある．

嚥下障害は，化学療法同時併用により嚥下障害の頻度が高くなり，誤嚥性肺炎や肺障害による全生存率への悪影響が示唆されている[6]．今回の結果でも 18 か月，24 か月以降も少ないながらも見られ，化学療法同時併用の症例では早期から嚥下訓練を取り入れる検討も必要と思われる．

咽頭痛は，治療後 3 か月以前の早期に消失しており，倦怠感，食欲不振，皮膚炎についても Grade 1 までで経過しており，急性期有害事象の一般的な経過と同様であった．

今回の対象者おいて，開口障害は，治療後早期から Grade 0 で経過していた．しかし，上中下咽頭，喉頭癌にシスプラチンを用いた化学療法と IMRT による放射線療法を実施した症例の 10.9%に Grade 1 以上の開口障害が発症しており，中咽頭原発と若年がリスク因子になっている．咀嚼筋の中でも同側内側翼突筋への線量を 68 Gy 以上照射される体積を 10%以下とするように IMRT による線量制約が提案されている[7]．このことから，原発部位や 68 Gy 以上照射する体積によっては起こりうる有害事象であることは治療計画が立案された時点で予測できるため，治療早期から開口訓練開始することも検討が必要である．

2．晩期有害事象と看護支援との関連性

口内乾燥に対しては，含嗽の継続，保湿剤の使用，水分を多く含む食事内容の工夫，唾液腺マッサージの指導など介入できていた．口腔環境に対しても，定期的な歯磨き，定期的な歯科受診，禁煙指導などの介入ができていたが，味覚障害，嚥下障害に対する支援に関する看護記録はわずかであった．味覚障害は，舌が照射野に入っている場合だけでなく，口内乾燥も影響するため口内乾燥改善のケアを行うとともに，改善には長期間要することを説明し，長期的な支援が必要である．

嚥下障害においては 24 か月以降も持続している症例があり，基本的欲求である「食べる」ことが障害されている．文化的生活において，食事の時間は，親密さや暖かさのシンボルを分かち合う社会的な意味を持つ．それゆえに，「食べる」ことができないということは，身体的だけではなく，心理的健康面においても社会的ハンディキャップを表すと述べられており[8]，患者の QOL へ及ぼす影響は大きいと考える．治療初期から言語聴覚士による嚥下訓練の導入や栄養士の食事形態への介入も必要と考える．

頸部の硬さや絞扼感を訴える症例もあり介入の必要性も示唆された．診察に同席する看護師は，放射線治療が患者の生活に与えている影響と苦痛を聞きとり，その苦痛を緩和するための知識の習得とケアに用いるツールの検討を行うとともに多職種を巻き込んだケアの検討が必

要である．今後評価項目に追加し，支援を検討したい．

結　　語

晩期有害事象のうち，口内乾燥や口腔環境に対しては，一定の看護支援ができていた．味覚障害や嚥下障害は，改善に数年かかることも報告されており，多職種を含めた長期的支援の検討をしたい．

本研究の限界と今後の課題

今回，診療録，看護記録を用いた後ろ向き調査であり，患者の思いや困難さを結果に十分反映できていない可能性がある．また，20 名と症例数が少ないため，一般化するには偏りがある可能性がある．今後，前向きに調査を行い，検証を重ねていくことが課題である．

引　用　文　献

1）古平毅：頭頸部腫瘍：総論．がん放射線療法 2017，大西洋，唐澤久美子，唐澤克之編，東京，学研メディカル秀潤社，2017，P658.

2）Marta GN, Silva V, de Andrade Carvalho H, et al.：Intensity-modulated radiation therapy for head and neck cancer: systematic review and meta-analysis. Radiother Oncol 2014；110(1)：9–15.

3）竹井友理，荒尾晴惠：頭頸部放射線療法後にみられる口腔内乾燥を訴える患者の日常生活における問題と対処行動．大阪大学看護学雑誌　2013；19(1)：37.

4）Nutting CM, Morden JP, Harrington KJ, et al.：Parotid-sparing intensity modulated versus conventional radiotherapy in head and neck cancer（PARSPORT）：a phase 3 multicentre randomised controlled trial. Lancet Oncol　2011；12(2)：127–136.

5）Stieb S, Mohamed ASR, Deshpande TS, et al.：Prospective observational evaluation of radiation-induced late taste impairment kinetics in oropharyngeal cancer patients: Potential for improvement over time?. Clin Transl Radiat Oncol 2020；22：98–105.

6）Forastiere AA, Zhang Q, Weber RS, et al.：Long-term results of RTOG 91–11：a comparison of three nonsurgical treatment strategies to preserve the larynx in patients with locally advanced larynx cancer. J Clin Oncol 2013；31(7)：845–852.

7）Rao SD, Saleh ZH, Setton J, et al.：Dose-volume factors correlating with trismus following chemoradiation for head and neck cancer. Acta Oncol 2016；55(1)：99–104.

8）小野二美，上月正博，志賀清人，他：頭頚部癌治療後の摂食嚥下リハビリテーションが摂食嚥下機能とQOL に及ぼす効果．頭頚部癌　2010；36(1)：117.

Abstract

Nursing Support for Late Adverse Events after Radiotherapy for Head and Neck Cancer

Kaoru Sugioka and Akiyo Moriwaki
Department of Nursing, Kyoto City Hospital
Kimiko Hirata, Masaru Narabayashi and Shuji Ohtsu
Department of Radiotherapy, Kyoto City Hospital

After curative radiotherapy for head and neck cancer, patients have complaints of dry mouth, dysgeusia, dysphagia, and fibrosis of skin. However, the patients are not given sufficient support. We have checked the symptoms and selfcare and explained the cases in which care was insufficient. However, the actual state at our hospital has not been recorded.

Survey of the late adverse events and nursing support given to the patients who received whole neck radiotherapy of 60 Gy or more revealed that dry mouth was seen at a rate of 43, 10 and 10% at 3, 12 and 24 months after radiotherapy, respectively, and dysgeusia persisted in 33, 10 and 5% of the patients, respectively.

Nursing support for grade 2 dry mouth was provided in 30, 10 and 10% of the patients at 3, 12 and 24 months after radiotherapy. Support for oral environment was provided for 18 months after radiotherapy. Support for dysgeusia, dysphagia and hardness of the neck was insufficient. Improving nurses' knowledge about the adverse events and considering the tools for patient support are important. Multidisciplinary approaches should also be considered.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:86–90)

Key words: Head and neck cancer, Radiotherapy, Late adverse event, Nursing support

リンパ浮腫外来を始めて

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　看護部　外来）
荻野　葉子

要　　旨

リンパ浮腫は患者の QOL を低下させる．リンパ浮腫は発症すると治らずケアを継続しながら付き合っていく必要がある．リンパ浮腫外来を開設してから利用した 11 名を経験した．高齢や独居であってもセルフケアを継続できるように，患者にあったケア方法を提案していくことが必要である．
（京市病紀 2021；41：91-93）

Key words：リンパ浮腫外来，セルフケア

は　じ　め　に

続発性リンパ浮腫は，日本においては悪性腫瘍手術後かリンパ節転移や腫瘍による圧迫で起こることがほとんどである．リンパ浮腫が起こると，むくんだ部分が重い，今まで来ていた服が着られない，包丁が持ちにくい，字が書きにくい，正座ができない，自転車に乗れないなど，QOL が低下することもある．リンパ浮腫は発症すると治らずケアを続けながら付き合っていく必要がある．リンパ浮腫ケアには複合的理学療法がある．複合的理学療法とは，スキンケア，マニュアルリンパドレナージ（manual lymph drainage，MLD），圧迫療法，圧迫下での運動である[1)]．最近ではリンパ管静脈吻合など手術適応がある場合もあるが，手術後に圧迫療法は必要である．また，「むくみ」はリンパ浮腫だけでなく，心性浮腫，腎性浮腫，静脈性浮腫などさまざまな要因によって発症するため，複合的理学療法の開始にあたっては，リンパ浮腫であることの診断と禁忌事項についての正確な知識が必要である．

私が当院に就職した 2013 年には，リンパ浮腫予防指導については乳がん術後患者に行われていた．リンパ浮腫発症後のケアは主治医や担当科の看護師が行っていた．その後，婦人科癌でも術後の予防指導を行うようになった．リンパ浮腫発症後のケアについては，がん関連の認定・専門看護師が主治医からの指示で行っていた．

2019 年リンパ浮腫複合的治療料が保険収載され，当院でも施設基準をみたすように準備を進め，リンパ浮腫外来が開設された．主治医からリンパ浮腫外来コンサルテーションがされれば，リンパ浮腫外来担当医師が診察・検査を行う．リンパ浮腫と診断され，ケアの禁忌事項（感染症による急性炎症，心性浮腫・心不全，下肢静脈の急性疾患，閉塞性動脈硬化症など）がなければ，セラピスト（研修をうけた看護師）による複合的理学療法が開始される．今回リンパ浮腫外来を利用した 11 名の患者の特徴やケア状況を振り返り報告する．

対　象　と　方　法

2019 年のリンパ浮腫外来開設以降に利用された 11 名を対象とし，リンパ浮腫外来を利用した患者の特徴やケア内容を振り返った．リンパ浮腫外来開設以前からリンパ浮腫ケアを継続している患者は今回の対象から除外した．

結　　果

リンパ浮腫外来に紹介された患者 11 名は，婦人科，皮膚科，泌尿器科，緩和ケア科からの紹介であった．皮膚科からの患者の原疾患は子宮癌，緩和ケア科からの原疾患は膵癌だった（図 1）．男女の内訳は女性 9 名，男性 2 名だった．以下のリンパ浮腫でなかった 1 名とすぐに来院を中断された 1 名を除く 9 名について検討した．リンパ浮腫病期は，国際リンパ学会病期分類で Ⅰ 期 0%，Ⅱ 期 22%，Ⅱ 期後期 67%，Ⅲ 期 11% であった（図 2）．年齢は 50 代～80 代までであった．独居，あるいは家族も高齢で協力が得られず，リンパ浮腫ケアは自分でおこなわなければならない患者が多かった．男性 2 人は家族の協力が得られたが，車いす利用者でリンパ浮腫外来コンサルテーションがあった時点で，既に日常生活には家族の介助を必要としていた（図 3）．MLD・圧迫療法の禁忌となる血栓がある患者または血栓の存在が疑われる患者が 4 名いた．そのうち 1 名は器質化血栓となった後，複合的理学療養を開始した．もう 1 名は ADL が低下しており，検査のための来院が難しく，血栓が疑われていたため，スキンケアと皮膚保護とリンパ漏予防のための弱圧での圧迫を行った．残り 2 名は血栓治療を行っている．

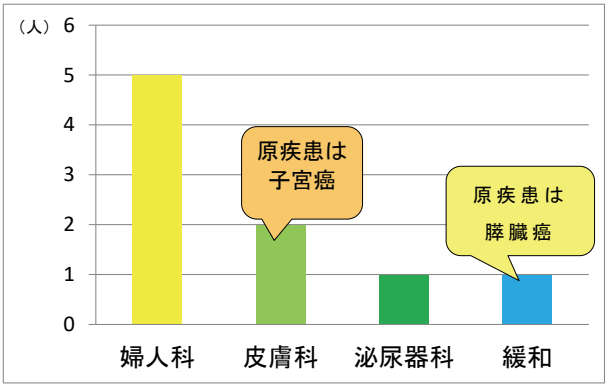


図 1　紹介元診療科

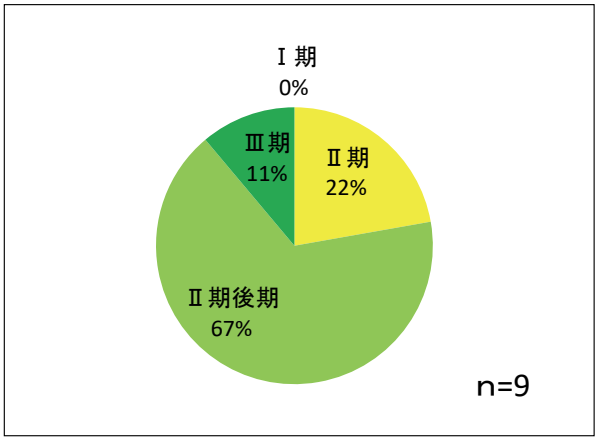


図 2　受診者のリンパ浮腫病期

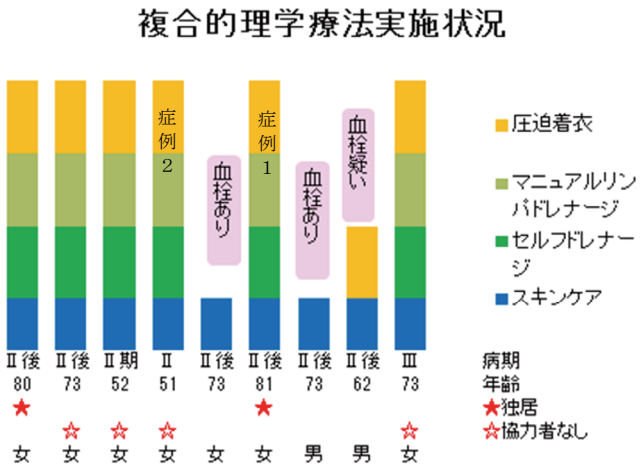


図 3　複合的理学療法実施状況

禁忌がない患者 5 名には複合的理学療法を行った．周径の減少や，足が動かしやすくなった，靴が履きやすくなった等自覚症状が軽減した．

複合的理学療法を行った患者の中で，対照的な 2 症例を紹介する．

症例 1，81 歳女性，リンパ浮腫 stage Ⅱ期後期，陰部～両下肢にリンパ浮腫あり．59 歳で子宮頸癌手術（術式不明）施行，20 年ほど前から両下肢炎症と浮腫があり，蜂窩織炎で繰り返し入院している．圧迫療法は包帯法・ストッキングの使用歴あるが，サイズが合わず継続できていなかった．家族は子供と孫がいるが独居で，リンパ浮腫ケアは自分で行う必要があった．無職で自宅で過ごす時間が多い．

この患者のリンパ浮腫ケアは，指導後スキンケアは行えていた．セルフドレナージは，指導を行ったが全ての手順を行うことは難しく，特にむくみの気になるところのみ行ってもらった．圧迫療法の指導としては，本来であれば圧クラス 3 のパンティストッキングを着用してもらいたかったが，「トイレに行ってパンストがすぐに脱げないと困る．」と言われ，試着した際にも「パンスト履けないです．無理です．」と言われ，圧クラス 3 の着脱はできなかった．弾性着衣は継続して使用できなければ有効ではないため，毎日の着用ができるように圧迫圧が弱く，さらにストッキングタイプへと形を変更した．また自宅にいる時間が多いため，より着脱が簡単で夜間も使用できる弱圧製品エアボウェーブ®も使用した．

さらに，セルフケアが困難であり，来院してのマニュアルリンパドレナージを行う回数を増やしたり，ストッキングの着脱の練習を行うなど提案したが，交通の便が悪く頻回な来院は困難だった．この症例は，リンパ浮腫外来での介入後 6 か月経過，改善はまだ見られていないものの悪化することなくすごしている．

症例 2，51 歳女性，リンパ浮腫 stage Ⅱ期後期，両下腿にリンパ浮腫あり，49 歳時に子宮体癌・大腸癌で開腹下左半結腸切除＋子宮全摘・両側付属器切除・骨盤リンパ節廓清を施行された．術後 2 年目に下肢の重さとだるさ（左＞右），浮腫を自覚した．右ひらめ筋に血栓あり．夫と子供 2 人と同居している．術後化学療法中より休職中であった．

		9 月	12 月
右（cm）	足背	22	22
	足関節	23.7	22.7
	下腿	37.7	36.8
左（cm）	足背	21.4	22
	足関節	24.3	23.2
	下腿	40.1	36.8

図 4　症例 2　下肢集計値の変化

この患者は，右ひらめ筋に血栓があったので，当初は右下腿はスキンケアのみ行った．左下腿には血栓はなかったが，本人の自覚も集計値も左の方が大きかった．左鼠径部にリンパ節腫大があったため，左は弱圧のハイソックスを使用した．介入当初は，MLD やセルフドレナージは行わなかった．

その後右下腿の血栓が器質化し，弾性着衣，MLD，セルフドレナージが可能になった．患者は来院時にはセルフドレナージでわからないことを積極的に質問したため，間違っていることを修正してそれを意欲的に行っていた．弾性着衣は下腿にハイソックスを使用した．ハイソックスだったこともあり着脱は問題なく行えた．50 代と若く，手指の握力も問題なく，継続してセルフケアが行えていた．下腿の集計値も減少した（図 4）．

今回の集計では，高齢で，独居あるいは同居の家族がいてもケアは一人で行わなければならない患者が多かった．セルフケアが難しければ，来院しセラピストの介入を増やす方法も考えたが，来院するにも，公共交通機関を乗り継いだり，タクシーの利用が必要であったりと，誰もが気軽に来院できるとは限らなかった．

考　　察

リンパ浮腫病期が進んでいても，リンパ浮腫ケアを自分自身で行わなければならない患者が多い．リンパ浮腫

ケアとして複合的理学療法がおこなわれるが，推奨されている方法が難しいこともある．

椎名らは「リンパ浮腫を理解し，各個人に適した日常生活での注意やセルフケアを導入することが重要である．その結果，ケア継続の可能性を高めるものと考えられる」と述べている[2)]．

リンパ浮腫ケアに対する複合的理学療法を行う際には，なるべくなら改善を目標として効果が高いものをできるだけ行ってもらおうと考えるが，患者が継続できる指導を行う必要がある．患者一人一人に合わせて，リンパ浮腫の病期だけでなく，セルフケアをどのくらいの期間で行えるようになるのか，どの程度のセルフケアならば行えるのか，セルフドレナージをパンフレット通りに全部行えるのか，できないのであればどこまでならできるのか，どのくらいの期間来院してもらうのがいいのか，などを考慮する必要がある．どこができないのか，どうしたらできるのか，他の方法ならできるのかを考えていくことが重要で，とくに弾性着衣は，1つの製品が着用できなくても，他の提案ができるように，引き出しの数を増やすようにしていきたい．

結　　語

それぞれの身体的状況や生活環境にあわて，患者がセルフケアを継続できるように，どのようにケアを行うのか，どこに重点を置くのかを考えて指導していくことが必要である．

引 用 文 献

1）日本リンパ浮腫学会ガイドライン委員会編：リンパ浮腫ガイドライン 2018 年版．東京，金原出版，2018；p18-28.
2）椎名昌美，久保孝子：外来指導が困難だった子宮体癌術後リンパ浮腫の一症例．日本リンパ浮腫治療学会雑誌 2017；1(1)：102-105.

Abstract

Start of New Lymphedema Outpatient Clinic

Yoko Ogino
Outpatient Clinic, Department of Nursing, Kyoto City Hospital

The onset of lymphedema lowers the quality of life in lymphedema patients. It is necessary to be able to provide continuous care since the edema does not heal easily after onset. The eleven patients visiting the lymphedema outpatient clinic after it was started were retrospectively analyzed. It is important to provide each patient with adequate suggestions on the method of care so that the patient can continue selfcare even if they are elderly or living alone.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:1–93)

Key words: Lymphaedema out-patient clinic, Selfcare

訪問看護研修報告

小児科病棟での継続支援

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　看護部）
岡本　友美子

要　旨

地域では，少子高齢化・核家族化が進み，在宅ケアの必要性が高まっている．小児でも，医療的ケア児等の増加に伴い，訪問看護を利用した継続支援の需要が高まっている．入退院支援看護師は，スムーズな入院・治療・退院をめざして活動しており，在宅に向けての支援について学ぶために研修を受講した．その学びを部署での退院支援に生かしている．
（京市病紀 2021；41：94–96）

Key words：退院支援，継続看護，訪問看護，医療的ケア児

はじめに

当院では，2019年7月に入退院支援看護師が活動を開始，11月に患者支援センターが開設された．入退院支援看護師は，入院前から患者のリスクを把握し，スムーズな入院治療，早期退院，在宅転院移行をめざし，院内・地域スタッフと多職種で連携して活動している．

私は，小児科病棟の入退院支援看護師として，退院支援業務を行ってきたが，退院後在宅ではどのように支援が継続されているのかが分からず，具体的な取り組み方法に迷うことがあった．そこで，在宅に向けての支援について学ぶために訪問看護研修を受講した．受講で得られた知識をふまえて，部署で行った退院支援症例と合わせて報告する．

研修期間

2020年7月9日から10月5日，Web開催された訪問看護eラーニングを受講した．

研修での学び

1）訪問看護の視点

訪問看護の対象者となる療養者は，医療的ケアや障害があっても，役割と個性を持ち，自分の家または希望する場所で，自分らしく生活している人であると言われていた．支援者は，療養者の価値観や希望を尊重し，療養者自身が主体的に生活できるように支援することが求められる．そのためには，療養者自身の能力を引き出す関わりが必要になる．

訪問看護は，全ての自立度，全ての健康レベル，全ての年齢が対象になる．

要介護状態になっても，住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続けることができるように地域内で助け合う地域包括ケアシステムがある．必要性が高い高齢者を対象としてシステムの整備が先に進められているが，小児も含めた真の地域包括ケアシステムが進んでいくことが期待されている．

2）小児の訪問看護

6歳未満の訪問看護の利用者は，2010年と2016年で比較すると約3倍に増えている．これは，新生児医療の進歩により，早産や障害があり助からなかった命が助かるようになってきたためだと言える．人工呼吸器を装着していたり，日常生活を営むために医療を要する状態にある児のことを「医療的ケア児」と言う．新生児医療の進歩により，低出生体重児・障害のある小児・医療的支援を必要とする医療的ケア児は増加している．それに伴い，小児在宅移行支援の需要は高まり，小児の訪問看護ニーズも高まっている．しかし，小児の訪問を実施している訪問看護ステーションは37.1%，医療依存度の高い重症児を受け入れたことのある訪問看護ステーションは23.6%と半数以上の訪問看護ステーションは，小児を受け入れたことがないという現状がある．

3）医療的ケア児に必要な支援

医療的ケアが必要となる障害につながりやすい疾患等は，神経系疾患（水頭症，てんかん，髄膜炎，脳性麻痺），先天奇形（胎児期における臓器の形成異常），染色体異常（症例数が少なく多発奇形を伴うことが多い），脳腫瘍，筋疾患（筋ジストロフィー），内分泌疾患（Ⅰ型糖尿病，低身長），不慮の交通事故（交通事故，溺水による低酸素脳症）などがある．

医療的ケア児の特徴は，予備力が少なく病態が急変しやすい，非特異的な初期症状から発症する，本人からの説明が期待できない，理解力・協力性が期待しにくい，保護者への対応も必要，年齢・体格により薬剤の処方が異なる，感染による抵抗力が弱いなどがあげられる．

このような小児や家族が必要とする支援は，①障害や疾病・治療についての理解，②在宅生活に必要な医療的ケア技術獲得，日常生活援助の技術獲得，③成長発達を促す関わり，④家族が現状を理解し，それぞれの役割を発揮できるような支援，⑤地域のサポート体制・保健・福祉サービスの紹介，⑥家族が休息できるような支援，⑦

親が過剰な責任感を持たないような支援があげられる．

研修では，医療的ケア児のケアを在宅で行ってきた家族の声として，「初めは，人工呼吸器を持って家に帰るなんて考えられなかった，家で体調に変化があるたび不安になり往診医や訪問看護師の存在が心強かった，訪問教育により子供の成長を実感できた，家に帰ると子供の表情が良くなり嬉しい」と紹介されていた．

これらのことから，ケアの大変さはあるが在宅での生活は家族の喜びにつながっており，医療的ケア児の在宅ケア支援の必要性をあらためて感じた．

小児科病棟での退院支援

1）症例

切迫早産・前期破水にて救急車内で墜落分娩，24 週 700 g 台で出生した重症低酸素性虚血脳症の患児．分泌物により気道閉塞となるため気管切開術施行．医療的ケアは，気管切開管理，在宅酸素，吸引，経鼻栄養が必要になった．家族が自宅に連れて帰ることを希望したため，自宅から近い当院へ在宅管理目的で転院．

まず，NICU で母へ医療的ケアの手技を指導，育児ケアの練習を面会時に実施した．入浴時の椅子購入など，自宅の準備も進めた．MSW は小児慢性特定疾患手続きや医療器具購入補助申請，往診医や訪問看護との連携を開始．ST，PT によるリハビリも開始した．約 1 ヶ月間 NICU で過ごし，ひと通り母の手技が確立した頃に小児科病棟へ転棟し，母が 24 時間付き添いをして児と一緒に過ごした．酸素や吸引器をベビーカーに積んでのお散歩も練習した．自宅の生活準備が整った頃，退院目標日を両親とともに設定し，退院前カンファレンスを実施，外泊に合わせて退院前訪問で自宅へ行き，往診医と訪問看護師も一緒に訪問した．

母への指導は順調に進んだが，父はほとんど来院されず，医療的ケアに対して目を背ける様子があり，父へは全く指導が行えていなかった．24 時間医療的ケアが必要な子供を自宅に連れて帰るうえで，母しか医療的ケアが行えない事に，病院スタッフは強い不安を感じていた．しかし退院前カンファレンスで，訪問看護師は「お母さんではなく，病院の看護師さんが不安なんやね．私たちが家でお父さんにもケアに参加してもらえるように頑張る」と言われた．入院中に無理やり父へ指導することを母も望んではおらず，家に帰ってから何とかするという発言もあったため，その両親の思いを尊重し，継続した指導・支援を訪問看護師に引き継げばいいのだと気付いた．そして，入院中，父へは医療的ケアの指導を行えなかったが，退院前の外泊時，父は自宅で訪問看護師に促され，気管吸引を実施することができた．

外来でも，訪問看護の調整，保育園・療育・デイサービスの紹介，家族の思いを傾聴する関わりなど支援を継続している．

2）研修の学びをふまえて

訪問看護研修で学んだ「医療的ケア児や家族が必要とする支援①～⑦」が，部署でどのような支援に生かせたかを振り返る．

①障害や疾病・治療については，医師から説明され，理解や思いを看護師が確認するように関わった．②在宅生活に必要な医療的ケアや日常生活援助は，NICU で技術指導を行い，小児科病棟で実践確認していった．③成長発達を促すために，転院早期からリハビリを開始，病棟保育士も介入した．そして在宅移行後は往診医，訪問看護，訪問リハビリと多職種での支援を継続した．④⑤家族が地域のサポートを受けながら，それぞれの役割を発揮するためには，保育園・療育・デイサービス・ヘルパーなどの紹介を行政と連携しながら行っている．⑥家族が休息できる支援は，レスパイト制度，受け入れ施設を紹介した．⑦退院後，体調不良で入院した際や外来受診時には，在宅での様子に耳を傾け，家族の頑張りを認める関わりが，親の過剰な責任感を持たないような関わりにつながっているのではないかと考える．

入院中から退院後も，全ての支援は，家族の意向を確認しながら，価値観や希望を尊重した形で行うように心がけている．

考　　察

訪問看護研修と症例を通して，医療的ケア児・小児在宅支援の視点で大切なことは，患者家族の希望を尊重しその人らしく生活するための支援，患者家族が望む場所での支援，家族だけという狭い視野ではなく，早期から社会とのつながりをもてる支援，成長・発達・生活スタイルや気持ちの変化に伴う個別性のある継続した支援，入園入学といった人生の節目など適切な時期を意識した介入であると考える．

医療的ケア児の支援にあたっては，医療・行政・福祉・療育・教育などのさまざまな機関が，それぞれの専門に応じた支援を行っている．複数の領域が関わるということは，立場や役割の違いから，子どもと家族のとらえ方や子育てに対する考え方，支援者としての価値観が異なることがある．よりよい支援を行うためには，互いの価値観を尊重しながらチームとして連携していく必要がある．退院支援看護師は，このチームで初めから患者家族に関わるスタッフの一人だと言える．患者家族の希望に耳をかたむけ，院内多職種に働きかけ，必要に応じて院外機関とも情報交換・支援調整の検討を働きかけることが退院支援看護師の重要な役割だと考える．

結　　語

病棟で支援を行っている時は退院することがゴールだと思っていた．確かに退院はひとくぎりだが，患者家族にとっては退院から新たな自宅での生活が始まる．病棟での支援期間はその準備期間なのだということに気付いた．つまり「退院はスタート」であると言える．

患者家族が少しでも不安なく退院後の生活をスタートでき，継続していけるように今後も取り組んでいきたい．

Abstract

Report on Home-Visiting Nurse Training
— Continuous Support in the Pediatric Ward —

Yumiko Okamoto

Department of Nursing, Kyoto City Hospital

Low birthrate and advance of age in the local community accompanied by the growing number of nuclear families have increased the need of home care. With the increase in the number of children receiving medical care, the demand for continuous support by home-visiting nurse has increased even for children. The nurse in charge,has been working to support the patient receiving treatment from hospitalization to discharge. I took part in a training course on home care. I have been able to use the knowledge I obtained to support the discharge of patients in my ward.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:94–96)

Key words: Discharge support, Continued nursing, Visiting nurse, Children receiving medical care

がん化学療法看護認定看護師教育課程修了報告とその後の活動

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　6D 病棟）
大柿　深雪

要　　旨

がん薬物療法を受ける患者と関わる中で，治療に伴う副作用に対するセルフケアが行えるように支援することは，患者の QOL を向上し治療を継続していく上で重要であると考えた．そのため，がん化学療法看護に関するより専門的な知識と看護実践能力の向上，患者のセルフケア支援やスタッフの教育・指導方法に繋ぎたいと考え，本教育課程を受講した．その中で患者の背景やセルフケアレベルを見極め，副作用に対するセルフケア支援を行っていくことが重要であると学んだ．日々新規の抗がん剤が採用され，レジメン登録されている中で，院内外で患者が安心して治療を受けられるように院内スタッフの教育や，患者への情報提供，多職種との連携を行い，患者・家族の意向に沿った意思決定支援を行っていくことを課題とする．
（京市病紀 2021；41：97–99）

Key words：がん化学療法看護認定看護師教育課程

は　じ　め　に

がんの治療には，手術療法，薬物療法，放射線療法，免疫療法の 4 つがあり，それらを組み合わせた集学的治療が行われている．その中でも薬物療法は，従来の殺細胞性抗がん剤に加え，分子標的薬などの様々な薬剤が開発されている．看護師は実臨床の中で，使用される薬剤の効果や副作用を理解し，患者が安全安楽に治療を継続できるように支援していく必要がある．

私はがん化学療法を受ける患者と関わる中で，使用される薬剤の副作用などを理解し，その情報提供や患者の生活にあわせた副作用対策をともに考え実行することは，患者の苦痛を軽減し QOL の向上に繋がり，治療を継続していく上で重要であると考えた．そのため，がん化学療法看護に関するより専門的な知識と看護実践能力の向上，またそれを言語化することによって，患者のセルフケア支援やスタッフの教育・指導方法に繋ぎたいと考え，本教育課程を受講した．その中で，患者の拝啓やセルフケアレベルを見極め，副作用に対するセルフケア支援を行っていくことが重要であると学んだので報告する．

認定教育課程の研修期間

2019 年 6 月 3 日～2019 年 11 月 29 日

研修内容と学び

研修は共通科目，専門基礎科目，専門科目に分かれ，共通科目や専門基礎科目ではがん化学療法看護・がん放射線療法看護・緩和ケア分野合同でグループワークなどが行われた．

専門科目については，各種がんに対する主要ながん化学療法レジメンが治験結果から標準レジメンになるまでの過程を含めた講義を受け，レジメンについて理解を深めることができた．また，がん化学療法剤の経静脈投与時の血管アセスメントの方法や穿刺手技，CV ポートのトラブルやその管理方法について学んだ．レジメンの特徴や患者の個別性をアセスメントした上でルート確保を行うことは，安全で安楽な投与管理を行う上で重要であると感じた．

曝露対策については組織横断的な対策や個人防護具の使用方法，排泄物などの取り扱いなどについて講義や演習が行われた．当院では全ての抗がん剤に対し閉鎖式薬物移注システム：CSTD（Closed System Transfer Device）が導入され，医療従事者に対する曝露対策がとられている．現在，治療の場は外来へ移行し，経口抗がん剤も増加している．そのため，患者に対しても自宅での経口抗がん剤の管理方法や曝露対策などの支援を強化していく必要があると考える．

臨地実習では血液内科病棟と外来化学療法センターで治療を受ける患者を受け持った．60 歳代の女性，びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 Stage ⅣA に対し，根治目的の R-CHOP 療法を受ける患者であった．職業は元小学校の教員で，退職後学童の指導員として働いていた．治療に伴う副作用として脱毛，便秘，悪心などの副作用について説明されていたが，その中でも脱毛に対し治療前からウィッグを準備するなどの対策を行っていた．治療終了後は職場復帰を考えており，「仕事に復帰するときはウィッグを使おうと思っています．」と話していた．

患者は脱毛することによって，学童の子供達との人間関係が変化することに不安を感じ，そのような対処行動をとっていることが考えらえた．そのため，患者の気がかりは脱毛であると考え，症状マネジメントの統合的アプローチ：IASM（The Integrated Approach to Symptom Management）を使用しセルフケア能力を判断した上で必要なセルフケア支援を行った．この事例を通して，患者の置かれている背景を深くアセスメントすることは，先を見据えた個別的な支援へ繋ぐことができること，脱毛に対する支援は医学・整容的な支援を行うと同時に患者背景を理解した心理社会的な支援が重要であることを学んだ．

研修終了後の自己の課題

認定教育課程の6月から8月の研修ではがんの理解に必要な基礎知識やがん看護の基盤となる考え方，がん看護の実践の基本について学ぶことができた．自分が今までに経験している診療科の疾患については，より学びを深めることができ，経験したことのない診療科の疾患については実臨床に沿った新たな知識を得ることができた．講義を受け知識が増えてくると，明確な根拠もなく，経験したことを元に看護を実践していた自分に気づくことができた．また，それと同時に自分が実践していた看護と講義で学んだ理論に沿って振り返ることができ，自分が行っていた看護が意味づけされ，学びを深めることができた．

臨地実習の教育セッションでは実習先のニーズを調査し，外来化学療法センターの看護師を対象に勉強会を行った．自分が伝えたいことを相手にわかりやすく伝えることの難しさや，自分では対象者のニーズや臨床レベルを把握していたつもりであったが，実際は自分が伝えたいことを優先していたことに気がついた．対象者のニーズや臨床レベルを見極め，対象者に合わせた教育や指導を行っていくことは，認定看護師として活動していく中で重要である．また，看護師の指導だけではなく，患者へのセルフケア支援の際にも同様のことが言える．患者の価値観やニーズを大切にしながら，セルフケアレベルを見極め支援していく必要がある．そのためには今まで学んできた知識だけでは足りておらず，患者が実行可能なセルフケアの方法を提供できるように，自身の知識やスキルを更に向上していく必要がある．

研修修了後の活動

当院に登録されているがん化学療法のレジメンは300件（2021年3月現在）をこえており，日々新規の抗がん剤が採用され，レジメン登録されている．病棟には，消化器内科・血液内科のレジメンに詳しいスタッフもいれば，今までにがん化学療法の投与経験がないスタッフや，化学療法の投与経験はあっても，他の診療科からの異動者で血液内科や消化器内科のレジメンを取り扱ったことのないスタッフが混在している．そのため，スタッフがレジメンについて理解を深め，誰もが安全にがん化学療法剤の投与管理ができ，患者も安心して治療を受けることができるように，スタッフとともにがん化学療法看護レジメンマニュアルの新規作成と見直しを行っている．

また，疾患別標準レジメンの一覧表の作成を通して，患者がどのような治療を受け，どのようなケアが必要になるのかを予測して支援できるように繋げていきたいと考える．

外来化学療法センターで治療を行う患者は年々増加している．外来で治療を継続するためには，自宅でのセルフケア管理が重要となってくるが，外来化学療法センターで治療を受ける新規患者（2020年8月から2021年8月）では70歳代の高齢者が最も多く，経口抗がん剤・支持療法の服薬管理や副作用に対するセルフケアが困難な患者もいる．外来化学療法センターで治療を受ける患者に対するオリエンテーションを通して，患者の気がかりを確認し，必要に応じて薬剤師やMSWなどの多職種と連携することで患者が安心して外来で治療を継続できるように支援を行っている．

今後は，外来や病棟での病名告知のインフォームド・コンセントの場に同席し，必要時情報提供や多職種との連携を行い，患者・家族の意向に沿った意思決定支援ができるようにしていきたいと考えている．

最後になりましたが，このような長期研修を受講する貴重な機会を与えてくださった皆様に心から感謝いたします．

Abstract

Report on Activities after Completing the Curriculum for Cancer Chemotherapy Nursing for the Certified Nurse

Miyuki Ohgaki

Ward 6D, Department of Nursing, Kyoto City Hospital

As a nurse attending patients undergoing cancer chemotherapy, I considered it important to support the patient to conduct self-care for the side effects occurring with the therapy in order to improve the patient's quality of life and enable continuation of the therapy. I decided to take the training course for cancer chemotherapy nursing to gain professional knowledge on chemotherapy nursing and practical nursing skills to support the patient's selfcare and to train and educate the staff. I learned the importance of analyzing the patient's situation and level of selfcare to help the patient attend to the side effects. With the constant appearance of new anti-cancer drugs and registration of new regimes, the important tasks are to educate the hospital staff and conduct multidisciplinary collaboration to help the patient receive treatment safely as an inpatient and outpatient and support the decision-making process according to the intensions of the patient and family.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:97–99)

Key words: Curriculum for Cancer Chemotherapy Nursing for the Certified Nurse

がん放射線療法看護認定看護師教育課程修了報告

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　看護部　7D 病棟）
中川　紀直

要　　旨

がん患者が治療を継続していく中で，自分らしく生きていける支えになりたいと思い，福岡県久留米市にある久留米大学認定看護師教育センターで，がん放射線療法看護認定看護師課程を受講した．有害事象に対して予測した予防対処を実践し，患者に寄り添った支援をしていく必要性について学んだ．セルフケアを確立し意思決定を支えていくことが自身の役割であると認識することができた．患者の生活に合わせたケアの実践，多職種との連携の強化，病棟・外来・地域にわたる継続的な看護を行い，地域がん診療連携拠点病院の役割を担っていくことを今後の課題としたい．
（京市病紀 2021；41：100–103）

Key words：がん放射線療法看護認定看護師課程

は　じ　め　に

厚生労働省の第 3 期がん対策推進基本計画の中に「がん医療の充実」があり，その中でがん治療は手術療法，放射線療法，化学療法，免疫療法の記載がある．がん治療は単独で行うのではなく集学的治療が必要とされている．本院は 2007 年に地域がん診療連携拠点病院に指定され，地域のがん医療の拠点としての役割を担っている．2017 年度に当院で放射線療法を受けた新規患者は 403 名，2018 年度は 415 名，2019 年度は 409 名であった．患者にとって放射線療法は，就労を継続しながらできる治療の一つであり，当院の放射線治療室でも就労支援の一環として，照射時間枠を延長し就労と治療を両立できる取り組みを行なっている．低侵襲でがん治療をすることができるため患者の負担が少なく，身体機能を概ね維持できることは放射線治療の大きなメリットである．しかし副作用として皮膚トラブルや嚥下障害などの有害事象が出現する可能性がある．出現部位によっては，日頃の生活を有害事象に合わせて変更しなければならないことがある．患者自身が有害事象に対するセルフケアを実践し，日常生活に取り入れることで，生活の質を落とすことなく過ごすことができる．看護師は患者に放射線治療の情報を正確に提供し，有害事象を予測し対処方法を知ってもらうことで，患者は安心して治療を受けられるのではないかと考えた．放射線治療を正しく理解し，治療期間に起こる事象に対し一緒に考え，患者に寄り添い治療を支える役割を担いたいと思うようになった．

また，男性患者より手術後の性生活や治療後の妊孕性などセクシャリティーな問題の相談を多く受けることがあり，実際に患者からの声を聞くことで，身体的だけでなく精神的にも負担があると改めて感じた．治療部位によっては，治療後の性生活が制限される場合がある．セクシャリティーの問題は，治療前から理解度を確認しながら関わる必要がある．がん看護分野の認定看護師として，放射線療法を受ける患者だけでなく，がん患者が治療を継続し，自分らしく生きていくための支えになりたいと思い，がん放射線療法看護認定看護師を目指した．

今回私は，福岡県久留米市にある久留米大学認定看護師教育センターで行われたがん放射線療法看護認定看護師課程を受講し，がん患者の治療にはセルフケアの獲得が必要であると学んだので報告する．

教育課程の研修期間

2019 年 6 月 1 日～2019 年 11 月 31 日

がん放射線療法看護認定看護師の教育目的

1. がん放射線療法を受ける患者と家族の QOL 向上に向けて，水準の高い看護実践ができる看護職者を育成する．
2. がん放射線療法を受ける患者の看護において，看護実践を通して他の看護者に対して指導ができる能力を育成する．
3. がん放射線療法を受ける患者の看護において，看護実践を通して他の看護職者に対して相談・対応・支援ができる能力を育成する．

がん放射線療法看護認定看護師課程での学び

当初は放射線治療による有害事象のセルフケアについて根拠のある説明をすることにより，患者は不安なく放射線療法が受けられるのではないかと考えていたが，認定看護師教育課程研修を受け，治療を行なっていく中で必ず出現する有害事象に対して予測した予防対処を実践し，患者に寄り添った支援をしていくことの必要性を理解した．照射範囲や照射方法・処方線量を考慮し個々の患者に対し，予測的な介入が必要で，照射部位による有害事象の予防・対処方法の実践と指導が，治療後の QOL 向上につながる．患者の価値観を尊重し治療後のライフスタイルを患者や患者を支える家族とともに考え，主体的に治療が受けられる援助について考える機会となった．

がん患者は，治療選択だけではなく説明や指導に対しても意思決定を繰り返している．その思いを，共感の姿

勢を持って受け止め，患者の生活にどのように取り入れていくかを一緒に考え，セルフケアを確立し意思決定を支えていくことが自身の役割であると認識することができた．

1）共通科目

共通科目では臨床病態生理学・フィジカルアセスメント・臨床薬理学といった基礎知識を学んだ．がん看護に特化したアセスメントにつながる知識が得られた．臨床のエビデンスを元に，多角的なアセスメントを通して患者を捉えることが必要である．

認定看護師の役割である指導・相談では化学療法分野と合同で演習を行い，化学療法の観点からみた患者の捉え方などについてディスカッションすることでより深く患者像を理解でき，多職種で患者と関わることの必要性を学んだ．また，「聞く」という行為も認定看護師として必要な関わりの一つである．例えば，患者の「いつから髪の毛が生えますか」という質問に，看護師はウィッグの紹介など行うことがあるが，実際は髪の毛が生え揃う時期に合わせて仕事の再開を検討されているのであった．日頃，患者の話を遮ってしまったり，きっと患者はこうだろうという思い込みの援助をしていることがあることに気付いた．この事例では，患者の話を聞くことで，就労支援の紹介などが患者の意向に沿った支援につなぐことで，治療を安心して受けることができる関わりであった．

倫理については緩和ケア分野も参加し教育課程の他分野合同での演習を行なった．Jonsen らの 4 分割法を用いて患者理解を行った．「自律尊重の原則と善行・無害の原則，自律尊重の原則と公正・正義」の各原則を守るためのメリット・デメリットについて検討を行った．がん看護を行っていく上でも倫理的な問題も多く患者像を捉える上でとても重要になる．がんの告知は死を連想させるとして，家族の強い希望により未告知を希望される場合がある．近年はがん治療の進歩や情報の普及により病状の把握が容易にできる．患者の権利意識を尊重し関わることが必要であり，認定看護師として，高い倫理観を持ち患者と患者を支える家族の声を聞き関わることが重要である．

2）専門科目

専門科目では，腫瘍概論・放射線物理，治療計画など放射線の専門的な知識を学んだ．専門基礎科目では，大分県立大学看護科学大学にて線源を用いて鉛やアクリル板で放射線遮蔽の実験を行った．放射線防護についての学びを深めた．医療における放射線は治療だけではなく診断に面においても担っている．患者だけでなく放射線を扱う医療者も医療被曝の危険性は十分にある．放射線被曝予防の三原則を実行し，いかに医療被曝を低減できるかを理解できる演習であった（図 1）．

放射線治療に伴う有害事象のケアについては，専門的アセスメントし作用機序を元に対応方法などディスカッションで知識を深めた．治療計画については実際に治療

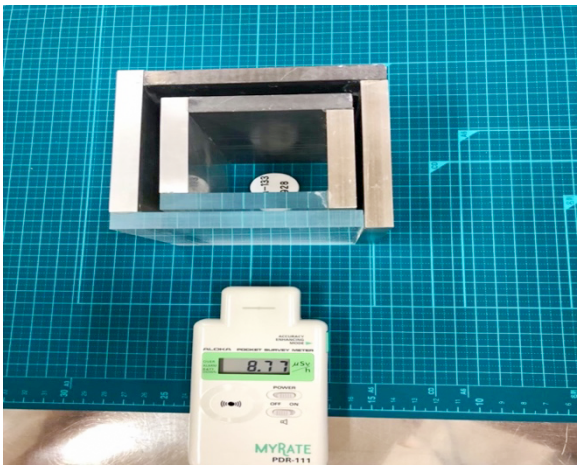


図 1

図 2

計画から照射される臓器や危険臓器を割り出し，処方線量から今後出現する可能性がある有害事象についても理解が得られた．臨床の場では個々の治療計画の内容を十分に理解しケアに繋げる必要がある．実際に治療台に臥床し患者体験を行うことで，治療中に感じうる恐怖感や圧迫感を体験し，治療前のオリエンテーションでもより現実的に伝えていけると感じた（図 2）．

重粒子線治療施設の見学実習として，九州国際重粒子線がん治療センターでは，最新の施設や治療を見学することができた．治療に来られた患者の状態をアセスメントし，「治療を完遂するためにはどのような支援が必要か」，「安全安楽に治療を受けるにはどのような関わりを行ったらいいのか」など，放射線治療を受ける患者の看護として共通していると感じた．がん放射線法看護認定看護師として偏った視点ではなく，患者が何を求めているのか，そしてどのような情報を提供する必要があるのかを考え，患者にとって適切な情報を伝えられるように最新の情報を常に更新していくことが必要であると考える（図 3）．

図３　九州国際重粒子線がん治療センター

３）臨地実習

臨地実習では「集学的治療の化学放射線療法を受ける患者の看護」,「肝内胆管がんによる左大腿骨転移に緩和照射を受ける患者の看護」の２事例を受けもった.

「集学的治療の化学放射線療法を受ける患者の看護」では，頸部食道がんの患者を担当した．頸部食道がんの照射部位は標的臓器にあり，ガイドラインでは有害事象が強く出現する．実際に担当した患者も，治療を進めていく中で食道狭窄が出現した．患者は，主治医から手術を勧められたものの，食事をこれまで通り摂り続けたいという希望から化学放射線療法を選択された．治療前から腫瘍による食道狭窄あったが食事形態を自身で調節することで摂取できていた．治療が進むにつれて放射線による粘膜浮腫が出現し，固形物の摂取ができなくなった．患者の希望されていた「食事をしたい」という思いを尊重し，経腸栄養剤のエンシュア・リキッドを凍らせて摂取する提案を行った．初めのうちは凍らせたエンシュア・リキッドを好んで摂取されていたが，さらに食道狭窄が増悪し唾液を飲み込むことも時間を要した．栄養状態改善を目的に，入院管理しながら治療を継続することとなった．病棟看護師に患者の治療に対する思いや放射線療法による有害事象について，入院時にカンファレンスを行った．結果的に胃管で注入食を併用しながら治療を完遂できた．患者の治療選択された思いを聞き，寄り添うことで意思決定を肯定し，その関わりが治療意欲を継続することにつながったと考える.

有害事象が日々強くなっていく中で，予測した症状コントロールを行い，身体的苦痛を最小限にすることが重要であると学んだ.

「緩和目的で放射線治療を受ける患者の看護」では，左大腿骨転移に緩和照射を受ける患者を担当した．医療麻薬による疼痛コントロールや外来治療の日常生活の注意点について家族を含め指導を行った．通院治療される際の交通手段と医療用麻薬の投与時間について家族と確認し適切に行えるよう説明した．治療室では放射線技師と車椅子から治療台に乗り移る際の注意点について再確認した．治療前から終了後の日常生活を予測し，社会資源が必要であると判断し，ソーシャルワーカーに介入依頼し，介護保険の導入を行った．緩和照射途中で手術適応となり術後に緩和照射を再開する方針となった．治療室の看護師に治療後の生活を見据えた援助についてカンファレンスを通して指導を行い継続看護を図った．多職種や他部署との連携を行い介入し支えて行くことの重要性を学んだ.

今回の実習で，患者にとっての意思決定は，治療選択だけでなく経管栄養で治療を継続していくなど日々選択を行っている．その意思決定を支え治療を完遂していくために個々ではなく，チームで患者を支えることの重要性を学んだ．また，治療中の急性期有害事象だけではなく，治療終了後も晩期有害事象が出現する可能性がある．その症状をできる限り軽減するためにも適切なセルフケア獲得が必要であると学んだ.

振り返りと今後の課題

久留米大学認定看護師センターの特徴でもある，がんに特化した３分野が併設されていることにより，本分野だけでなく，化学療法分野・緩和ケア分野の仲間と共に協同し学び振り返ることで広い視野で支援ができると実感した．患者はがん治療の中で，放射線療法だけではなく手術療法や化学療法など患者自身が選択し治療を受けることとなる．治療を継続していく中で起こる問題に対して一人で解決できない場合は，話し合いを行いコンセンサスを得て最善の方策を模索していくことが必要である.

講義や演習・実習では根拠をもとに，ケアの必要性や専門性のある実践を理論付けて行なっていくことが，認定看護師の役割であると学んだ．がん放射線療法看護認定看護師として実際に実践することで実践モデルとしてスタッフと共に指導・実践していきたいと考える.

今後の課題としてまず，自部署の放射線療法を受ける患者のケアの質の向上をあげる．有害事象の出現は，患者の身体的な苦痛だけではなく精神的な苦痛にもつながり，治療完遂にも影響する可能性がある．患者ごとの治療計画を把握し，今後出現する有害事象に対して，予測して関わることが必要と考える．有害事象についてのケア方法の勉強会を実施し，病棟看護師が根拠をもとに有害事象を理解し患者の生活に合わせたケアの方法を実践できるように関わりたい.

二つ目の課題として，意思決定時のインフォームドコンセントの同席をあげる．がん告知は意思決定を行う上で重要な時期である．また，治療変更や再発など治療選択する時の患者の精神的・心理的負担は大きい．患者・患者家族が十分にメリット・デメリットを理解し治療を受けることで，自身で意思決定を行い治療が遂行できると考える．また，認定看護師が同席し，専門的関わりを提供することで，がん治療に伴う副作用の不安や就労の不安などを記録に残し，多職種で連携できるような働きかけを行っていきたい.

最後に，病棟・外来・地域にわたる継続看護をあげる．現在の放射線治療の傾向として，単回照射が多くなって

いている．これは照射期間が短くなり患者は短期の入院で，治療を受けられるメリットがある．しかし，放射線療法に伴う有害事象は，退院後に出現する可能性がある．患者が退院後に自身で有害事象の観察やケアをしていかなければならなくなる．今後の放射線治療の傾向からも退院後のセルフケア支援の確認が重要となる．入院中に行ったセルフケア支援が退院後も適切に実施できているか外来で評価されていない現状ある．外来との連携を行いセルフケアの状況確認と必要時には再指導・調整を行っていき，地域とは看護サマリーを用いて継続するケア方法を情報提供していく仕組みを作りたい．このような関わりを行うことで，治療後のセクシャリティーの問題に対しても相談できる場として活動したいと考える．

おわりに：がん看護とがん放射線療法看護認定看護師の役割について

研修を受講し，工夫次第で，患者はがんサバイバーとしてその人らしい生活が送れると学んだ．そのためには病院だけではなく，患者の生活を取り巻く生活環境との調整が重要だと学んだ．患者の思いを傾聴・共感し，患者と共同して生活を支える実践している姿を見せることが，がん看護に関わる看護師の実践モデルとして人材育成にも繋がると考える．私自身のがん放射線療法看護認定看護師としての自己課題として取り組んでいきたい．

今回，本教育課程において，がん放射線療法看護を学び深める機会を与えていただいたことに感謝いたします．

Abstract

Report on Activities after Completing the Curriculum for Cancer Chemotherapy Nursing for the Certified Nurse

Norinao Nakagawa

Ward 7D, Department of Nursing, Kyoto City Hospital

I enrolled in the Curriculum for Cancer Chemotherapy Nursing at the Education Center for the Certified Nurse in Kurume City, Fukuoka Prefecture in order to obtain further skills to help each patient continue cancer therapy and live life as each wills. I learned the need to practice preventive measures foreseeing the adverse events and to understand the patient's feelings. I was able to recognize my role in establishing the patient's selfcare and supporting the patient's decision-making process. My future project is to provide care according to the patient's lifestyle, strengthen the multidisciplinary cooperation, and improve nursing care in the ward, the out-patient care and regional nursing care as a member of the designated cancer hospital.

(J Kyoto City Hosp 2021; 41:100–103)

Key words: Curriculum for Cancer Chemotherapy Nursing for the Certified Nurse

2020 年度 CPC 報告

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　病理診断科）
嶋田　恵理　　香月　奈穂美　　岸本　光夫

第 1 回　2020 年 12 月 3 日

間質性肺炎の急性増悪の 1 例

［担当医］小畑僚平，笹倉美咲，服部響子，藤井洸，藤村祐斗，山崎伸悟（研修医），高田直秀（呼吸器内科）

［病理医］嶋田恵理，香月奈穂美（病理診断科）

［症例］70 代男性

［臨床診断］間質性肺炎急性増悪

［臨床経過］関節リウマチ・間質性肺炎に対して 3 年前から他院で加療されていた．死亡約 2ヶ月前に前医での右股関節手術後に呼吸不全を来たし，死亡 17 日前に当院に転院，間質性肺炎の急性増悪の臨床診断で，ステロイドパルス・免疫抑制剤，抗生剤等で加療されたが病勢のコントロールつかず呼吸不全が進行し死亡された．

［臨床上の問題点］肺の状態の評価，肺血栓塞栓症の所見の有無

［病理所見］

主病変

Ⅰ．両側の肺障害（左：788 g，右：873 g ）

A．びまん性肺胞障害器質化期～線維化期（両側の肺全葉に及ぶ）

B．大葉性肺炎（両側の肺全葉に及ぶ）

C．びまん性肺胞障害浸出期（左肺上葉）

D．肺胞出血（両側肺）

E．肺構築の破壊とリモデリング（両側の肺下葉）

F．胸水（左側，黄色透明，300 mL ）

副病変

Ⅰ．食道びらん（ 2 カ所，5 × 3 mm，2 × 2 mm ）

Ⅱ．管状腺腫（上行結腸，15 × 10 mm ）

Ⅲ．大腸憩室症（上行結腸）

Ⅳ．肝内胆管結石

［死因］間質性肺炎の急性増悪として生じた両側のびまん性肺胞障害による呼吸不全の状態に，大葉性肺炎が加わったことによる呼吸状態の増悪．

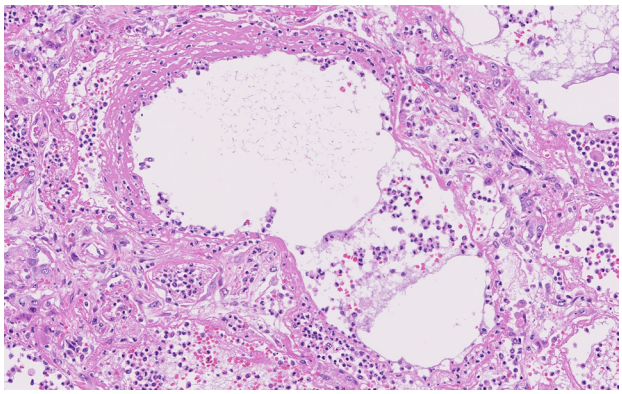


図 1．びまん性肺胞障害（浸出期）

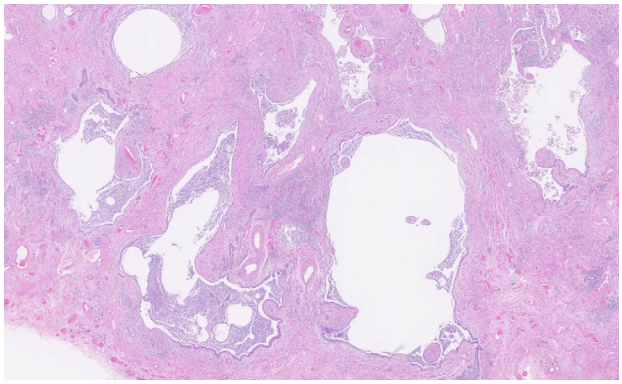


図 2．びまん性肺胞障害（器質化期～線維化期）

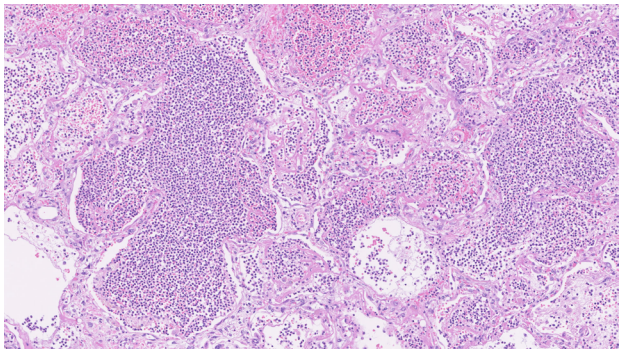


図 3．肺胞性肺炎

第 2 回　2021 年 2 月 4 日

数年前から原因不明の胸水貯留が増悪し，呼吸不全で死亡した透析患者の剖検症例

［担当医］奥田健大，澤杏樹　小西拓馬，髙木翔太，深江舜也，松田稜（研修医），鎌田正（腎臓内科）

［病理医］嶋田恵理，岸本光夫（病理診断科）

［症例］70 代男性

［臨床診断］両側胸水貯留，糖尿病性腎症（疑い）・維持透析中

［臨床経過］糖尿病性腎症（疑い）による腎機能低下に対し近医で維持透析中で，死亡約 2 年前より両側胸水が出現し経過観察中であった．死亡 3 日前に両側の大量の胸水貯留，呼吸不全により入院し，酸素吸入や透析による除水がはかられたが，呼吸状態が増悪し死亡された．

［臨床上の問題点］胸水の原因，死因

［病理所見］

主病変

Ⅰ．両側の胸膜炎

A．胸腔内フィブリン析出（右側 > 左側）

B．壁側および臓側胸膜の線維性肥厚，石灰化，癒着

C．胸水貯留（左：460 mL，淡黄色　右：550 mL，血性）

副病変

Ⅰ．過形成性骨髄

Ⅱ．部分的な肺胞出血（右肺下葉・左肺上葉）（左肺 795 g，右肺 589 g ）

Ⅲ．軽度の左室肥大（左室壁厚 1.5 cm，心重量 362 g ）

Ⅳ．冠動脈左前下行枝および大動脈の粥状硬化

Ⅴ．透析腎（左 49 g，右 42 g ）

［死因］両側の大量の胸水貯留による拘束性障害による呼吸状態の悪化

検索範囲では胸水の原因として，悪性胸膜中皮腫・癌性胸膜炎・胸腔内感染症・アミロイドーシスの所見は見いだせない．最終的には臨床上の除外診断が必要だが尿毒症性胸膜炎としても矛盾はしないと考えられた．

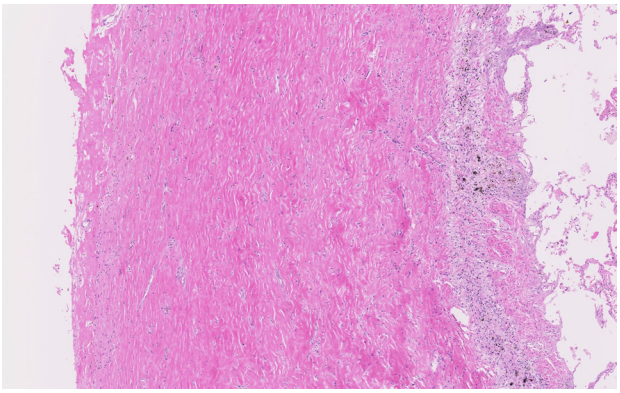


図 4．胸膜肥厚

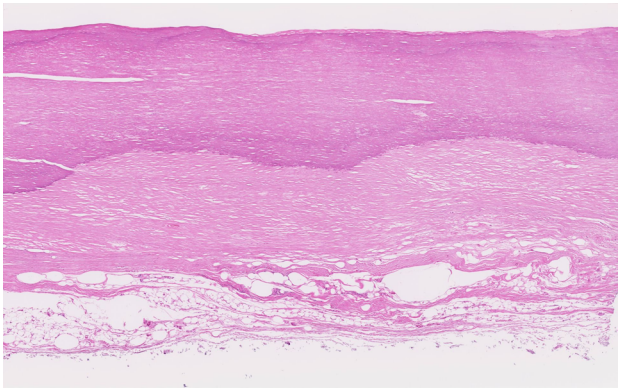


図 5．胸膜プラーク

定例臨床研修案内

（R3. 改正）

月　曜　日	火　曜　日	水　曜　日	木　曜　日	金　曜　日
整形外科術後症例検討会 am7:45 循環器新患症例検討会 am8:00 泌尿器科入院・術前カンファレンス am8:00 感染症科 microbiology round am8:20 脳外科 Journal Club am8:30 神経内科カンファレンス am8:30 麻酔科術前カンファレンス am8:30 ＊ICU モーニングラウンド am8:45 ＊ICU 術前カンファレンス am11:00	整形外科術前カンファレンス am7:25 ＊呼吸器画像カンファレンス（偶数週） am8:00 外科抄読会 am8:00 泌尿器科病棟カンファレンス am8:00 感染症科 microbiology round am8:20 神経内科カンファレンス am8:30 麻酔科術前カンファレンス am8:30 ＊ICU モーニングラウンド am8:45 ＊ICU 術前カンファレンス am11:00	＊消化器 CBM am8:00（現在休止中） 泌尿器科抄読会 am8:00 感染症科 microbiology round am8:20 麻酔科術前カンファレンス am8:30 ＊ICU モーニングラウンド am8:45 ＊ICU 術前カンファレンス am11:00	泌尿器科手術ビデオカンファレンス am7:30 ＊消化器 CBM am8:00 ＊脳卒中センター合同カンファレンス am8:00 乳腺外科抄読会 am8:00 循環器内科症例検討会 am8:00〜9:00 整形外科輪読会 am8:15 感染症科 microbiology round am8:20 ＊脳外科画像カンファレンス am8:30 麻酔科術前カンファレンス am8:30 ＊ICU モーニングラウンド am8:45 感染症科 meeting am9:30 ＊ICU 術前カンファレンス am11:00 呼吸器外科抄読会 am11:00	泌尿器・病理カンファレンス（泌尿器科 CBM） am8:00 産婦人科症例検討会（術前，入院カンファレンス） am8:00 乳腺外科抄読会 am8:00 Radiographics テスト会（隔週） am8:00 消化器内科内視鏡治療術前カンファレンス am8:00 感染症科 microbiology round am8:20 神経内科カンファレンス am8:30 麻酔科術前カンファレンス am8:30 緩和ケア科カンファレンス am8:45 ＊ICU モーニングラウンド am8:45 ＊ICU 術前カンファレンス am11:00 放射線治療カンファレンス am11:00
放射線診断カンファレンス（隔週） pm12:15 腎内病棟カンファレンス pm3:30・pm4:00 内分泌内科症例検討会 pm3:30 呼吸器 CBM pm4:00 HBOC カンファレンス（月 1 回第 2 月曜日） pm4:30 外科手術ビデオカンファレンス pm4:30 皮膚科症例検討会 pm4:30 放射線科産婦人科画像カンファレンス（月 1 回第 4 月曜） pm4:30 麻酔科症例カンファレンス pm4:30 消化器内科症例検討会 pm4:30 病理診断科放射線科カンファレンス（月 1 回） pm4:45	放射線診断カンファレンス pm12:15 血液内科 5B 病棟カンファレンス pm1:30 血液内科 6D 病棟カンファレンス pm2:45 腎臓カンファレンス pm3:00 血液内科症例検討会・抄読会 pm3:00 外科術前術後カンファレンス pm3:30 呼吸器内科症例検討会 pm4:00	放射線診断カンファレンス pm12:15 緩和ケアチームカンファレンス pm1:00 歯科口腔外科カンファレンス pm1:00 皮膚科カンファレンス pm1:30	感染症科読書会 pm12:00 放射線診断カンファレンス pm12:15 糖尿病・代謝内科症例検討会 pm1:30 小児血液がんカンファレンス pm2:00 神経内科脳波カンファレンス pm2:00 消化器がん化学療法カンファレンス pm4:00 ＊乳腺 CBM pm4:15 消化器がん薬物療法カンファレンス pm4:20 外科症例検討会 pm4:30 麻酔科勉強会 pm4:30	放射線診断カンファレンス pm12:15 呼吸器外科症例検討会 pm3:00 神経内科 RI カンファレンス pm3:00 透析カンファレンス pm3:00 精神科症例検討会 pm4:00 耳鼻いんこう科病棟カンファレンス pm4:00 ＊血液内科病理検討会（CBM）（隔週） pm4:30 消化器内科内視鏡フィルムカンファレンス pm4:30 頃（検査終了後） 外科症例検討会 pm4:30 血液内科骨髄標本検討会 pm4:45
小児科症例検討会 pm5:00 ＊ICU イブニングラウンド pm5:00 耳鼻いんこう科症例カンファレンス pm5:00 呼吸器外科抄読会 pm5:30	＊ICU イブニングラウンド pm5:00 神経内科電気生理検査検討会 pm5:00 ＊腎病理カンファレンス pm5:00 ＊造血幹細胞移植 CBM（第 2 火曜日） pm5:00 脳外科術前カンファレンス pm5:00 整形外科術前症例検討会 pm5:00 泌尿器・放射線診断科カンファレンス pm5:15 甲状腺穿刺細胞診レビュー pm5:30 がんゲノムエキスパートパネル pm5:30 感染症研修会 pm5:30 眼科症例カンファレンス pm6:00	＊ICU イブニングラウンド pm5:00 内分泌内科 Journal Club pm5:00 循環器科シネ・RI カンファレンス pm5:00 呼吸器内科抄読会 pm5:00	＊ICU イブニングラウンド pm5:00 内科系カンファレンス pm5:00 フィルム整理前カンファレンス pm5:00 小児科病棟カンファレンス pm5:00 脳外科術前カンファレンス pm5:00 ＊ CPC（年 5 回） pm5:00 泌尿器・放射線治療科カンファレンス（CBM）（隔週） pm6:00	＊ICU イブニングラウンド pm5:00 放射線科アンギオカンファレンス pm5:00

CBM: Cancer Board Meeting
＊複数診療，多職種合同カンファレンス

研修会講演報告（Ｒ２年度）

院内講演研修会

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	主催者名／参加人数
2021年2月6日	第18回院内合同研究発表会　第1部				
9:00-12:00	9:00　開会挨拶　院長　黒田　啓史				
	第Ⅰ群　9:05　座長　診療部統括部長　岡野　創造				
	1. 豚ラボを経験して	診療部（研修医1年目）	上野　昌太朗 金星　幸栄 神谷　尚吾 馬奈木　彰弘		
	2. 当施設における再発難治性多発性骨髄腫に対する新規薬剤の使用経験	血液内科（専攻医）	井上　雄太		
	3. 急性期脳卒中患者のトイレ動作と転倒の関連について	リハビリテーション科	日下部　和貴		
	第Ⅱ群　9:45　座長　放射線技術科技師長　津川　和夫				
	4. CTカンファレンスの効果について	放射線技術科	澁谷　祥子		
	5. 当院におけるホルマリン管理と紛失防止策	臨床検査技術科	田中　志穂		
	6. 内視鏡センター業務へCEの介入	臨床工学科	福元　竜成	病院全職員	生涯教育委員会／59名
	7. 外来化学療法センターから院外処方せんをFAX送信することによる患者待ち時間の変化	薬剤科	大野　恵一		
	第Ⅲ群　10:35　座長　事務局総務担当課長　久保　憲司				
	8. 新型コロナウイルス専門調整部会のロジスティック支援について	事務局総務担当	萱原　慎理		
	9. 病院厚生会事業の在り方と重要性	事務局総務担当	廣瀬　梨奈		
	10. 外来化学療法室での栄養指導の取り組み	栄養科	片山　さくら		
	11. 医師・看護師・ホスピタルプレイスペシャリストによる協働～処置を受ける子どもへのプレパレーション，ディストラクションの取り組み～	4A病棟保育士	中村　公光子		
	第Ⅳ群　11:25　座長　外来師長　森脇　有希代				
	12. コロナ禍での終末期患者の看取りについて	救急科	長﨑　有		
	13. 頭頸部癌放射線療法後の晩期有害事象に対する看護	外来	杣岡　かおる		
	14. リンパ浮腫外来をはじめて	看護部管理室	荻野　葉子		
2021年2月6日	第18回院内合同研究発表会　第2部				
13:30-17:00	看護実践報告会　座長　7D病棟師長　谷口　裕美 7C病棟師長　黒木　さや子				
	13:30　開会挨拶　副看護部長　村上　あおい				
	Ⅰ　研修報告				
	1. 訪問看護	4A病棟	岡本　友美子		
	2. 患者経験価値	3C病棟	山口　達也		
	3. 専門・認定看護師教育課程	3C手術看護認定看護師	堤　佳代子	病院全職員	生涯教育委員会／不明
		5Bがん化学療法看護認定看護師	大柿　深雪		
		6ABがん放射線療法看護認定看護師	中川　紀直		
	Ⅱ　委員会実践報告				
	Ⅲ　賞状授与				
	17:00　閉会挨拶　副院長　半場　江利子				

医療安全管理委員会主催研修会

日 程	テーマ：要旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2020年10月21日 2020年10月28日 2020年10月30日	患者・家族との良い関係を築くコミュニケーションチームステップス	医療安全推進室	川勝 伸也	病院全職員	357名
2020年10月30日 –2020年12月27日 eラーニング				病院全職員	712名
2021年2月22日 –2021年3月31日 eラーニング	STOP！患者誤認	医療安全推進室	川勝 伸也	病院全職員	725名
2021年3月17日	麻薬・向精神薬の適正な取り扱いについて	薬剤科	實光 由香	病院全職員	63名

褥瘡対策リンクナース会

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2020年5月19日 16:00–17:00	・リンクナースの役割・褥瘡対策リンクナース会目標 ・リンクナースからの質問；Q & A ・褥瘡対策関連の情報共有 ・事例紹介 ①危険因子評価が適切でなかった症例 ②広範囲で深い新規発生褥瘡	看護部	谷口 裕美 白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース	20名
2020年9月15日 16:00–17:00	・褥瘡対策関連の情報共有 ・褥瘡予防対策マニュアル改訂 ・電子カルテバージョンアップ予定 ・車いす用除圧クッション，エクスジェルマット購入に関する情報 ・褥瘡新規発生状況 ・リンクナース活動中間評価について	看護部	谷口 裕美 白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース	19名
2020年11月17日 16:00–17:00	・部署での褥瘡対策ケア実践状況を全体ワークで共有，フィードバック，意見交換；「うまくいったこと」「うまくいかなかったこと」	看護部	谷口 裕美 白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース	20名
2021年1月19日 16:00–17:00	・褥瘡対策関連の情報共有 ・電子カルテバージョンアップに伴う変更点 ・詳細検索設定方法 ・文書「褥瘡対策に関する診療計画書」運用説明 ・DESIGN-R2020公表 ・弾性ストッキング装着中の褥瘡新規発生情報共有	看護部	谷口 裕美 白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース	20名
2021年3月16日 16:00–17:00	・褥瘡対策関連の情報共有 ・前腕スキン－テアリスクアセスメントツール紹介 ・グループワーク；実践状況と変化や効果、課題 ①消退する発赤の報告や相談 ②写真での記録 ③詳細検索方法の周知状況 ④事前に褥瘡対策に関する診療計画書を作成する ⑤自部署で取り入れられそうな項目	看護部	谷口 裕美 白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース	19名

医療安全管理委員会問題症例検討委員会

日 程	テーマ：要旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2020年4月15日	心不全患者のリハビリ後の急変事例	医療安全推進室	森 一樹	当該科医師・当該部署看護師	11名
2020年12月23日	後頭下開頭小脳摘出術の左右間違い	医療安全推進室	森 一樹	当該科医師・当該部署看護師	14名
2021年3月9日	PCI後の急変事例	医療安全推進室	森 一樹	当該科医師・当該部署看護師	9名
2021年3月26日	5A急変事例	医療安全推進室	森 一樹	当該科医師・当該部署看護師	13名

ＮＳＴ委員会主催研修会

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	参加人数
2020年７月16日 ①11:40-12:15 ②12:40-13:15	口腔ケア	歯科口腔外科	小林　安奈	病院全職員	16 名
2020年９月17日 （院内情報web上にスライド掲載）	摂食嚥下リハビリテーション	リハビリテーション科	長光　未央	病院全職員	―
2020年11月21日 ①11:40-12:15 ②12:40-13:15	経管栄養の手技と基本	看護部	長谷川　優子	病院全職員	29 名
2020年12月10日 17:30-18:00	水分管理	腎臓内科	山本　耕治郎	病院全職員	49 名

緩和ケア研修会

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	参加人員
2020年10月30日 18:00-19:30	緩和ケア勉強会（特別版） 「音楽療法」	洛和会京都音楽療法研究センター	柴田　恵美 安達　紗代	病院全職員，地域の医療従事者	25 名
2020年11月19日 18:00-18:30 18:30-19:00	緩和ケア勉強会 「放射線治療」	放射線治療科	平田　希美子	病院全職員，地域の医療従事者	17 名
	緩和ケア勉強会 「リハビリテーション」	リハビリテーション科	中西　俊祐	病院全職員，地域の医療従事者	
2020年12月17日 18:00-18:30 18:30-19:00	緩和ケア勉強会 「口腔ケア」	歯科衛生士	崔　伽耶	病院全職員，地域の医療従事者	11 名
	緩和ケア勉強会 「栄養」	栄養科	植木　明	病院全職員，地域の医療従事者	
2021年１月21日 18:00-18:30 18:30-19:00	緩和ケア勉強会 「コミュニケーション」	臨床心理士	高橋　可奈子	病院全職員，地域の医療従事者	16 名
	緩和ケア勉強会 「不安・抑うつ」	精神神経科	宮澤　泰輔	病院全職員，地域の医療従事者	
2021年２月13日 15:00-16:00 16:15-17:30	第 31 回京都市立病院地域医療フォーラム 「当院における緩和ケアの取り組み～緩和ケア病棟開設から１年経過して～」 「緩和ケアにおける食支援の取り組み」 「当院における緩和的放射線療法」	緩和ケア科 栄養科 放射線治療科	大西　佳子 植木　明 平田　希美子	病院全職員，地域の医療従事者	110 名
	特別講演 「生と死を支える」	HITO 病院 緩和ケア内科	大坂　巌	病院全職員，地域の医療従事者	
2021年２月18日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会 「社会的問題」	MSW	藤川　敦子	病院全職員，地域の医療従事者	25 名
2021年３月18日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会 「家族へのケアと遺族へのケア」	看護部	緩和ケア病棟看護師	病院全職員，地域の医療従事者	15 名

CBM記録

日 程	対 象 癌 腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
造血幹細胞移植合同カンファレンス					
2020年4月14日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	5名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	12名
2020年5月12日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	4名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	12名
2020年6月9日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	2名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	12名
2020年7月14日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	4名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	11名
2020年9月8日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	5名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	8名
2020年10月13日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	4名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	9名
2020年11月10日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	4名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	11名
2020年12月8日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	3名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	10名
2021年1月12日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	2名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	12名
2021年2月9日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	4名	小児科 血液内科	田村 真一 伊藤 満	12名
2021年3月9日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	3名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	9名
血液内科・病理合同カンファレンス					
2020年4月24日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	8名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	10名
2020年5月29日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	9名
2020年6月19日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	10名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	8名
2020年7月17日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	9名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	11名
2020年8月21日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	8名
2020年9月4日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	7名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 松井 道志	9名
2020年9月18日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	6名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 宮原 裕子	8名
2020年10月2日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	8名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	9名
2020年10月16日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	8名
2020年11月6日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	6名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	8名
2020年11月20日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	11名
2020年12月4日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	4名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	11名
2020年12月18日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	2名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	12名

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2021年１月15日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	６名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	９名
2021年１月29日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	７名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	12名
2021年２月12日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	２名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	９名
2021年２月26日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	８名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	11名
2021年３月12日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	８名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	10名
2021年３月26日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	７名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	11名
乳腺キャンサーボードミーティング					
2020年４月２日	乳がん	４名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	10名
2020年４月９日	乳がん	４名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 森澤　信子 岸本　光夫	５名
2020年４月16日	乳がん	２名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	８名
2020年４月23日	乳がん	６名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	９名
2020年４月30日	乳がん	２名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 平田　希美子 岸本　光夫	７名
2020年５月７日	乳がん	４名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	８名
2020年５月14日	乳がん	４名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	８名
2020年５月21日	乳がん	４名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	７名
2020年５月28日	乳がん	６名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	７名
2020年６月４日	乳がん	４名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	８名
2020年６月11日	乳がん	４名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	７名
2020年６月18日	乳がん	４名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 平田　希美子 岸本　光夫	６名
2020年６月25日	乳がん	５名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	７名
2020年７月２日	乳がん	４名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	９名

日 程	対 象 癌 腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2020年7月9日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	8名
2020年7月16日	乳がん	3名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	10名
2020年8月20日	乳がん	2名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 平田 希美子 岸本 光夫	7名
2020年8月27日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 森澤 信子 岸本 光夫	8名
2020年9月3日	乳がん	3名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	9名
2020年9月10日	乳がん	2名	外科 放射線科 病理診断科	西村 祥子 森澤 信子 岸本 光夫	7名
2020年9月17日	乳がん	1名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	5名
2020年9月24日	乳がん	2名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	9名
2020年10月1日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	8名
2020年10月8日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	12名
2020年10月15日	乳がん	5名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 香月 奈穂美	5名
2020年10月22日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	8名
2020年10月29日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	7名
2020年11月5日	乳がん	3名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	9名
2020年11月12日	乳がん	5名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	9名
2020年11月19日	乳がん	5名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	8名
2020年11月26日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	9名
2020年12月3日	乳がん	3名	外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 森澤 信子 岸本 光夫	7名

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2020年12月10日	乳がん	6名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	9名
2020年12月17日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	9名
2020年12月24日	乳がん	6名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	10名
2021年1月7日	乳がん	5名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	8名
2021年1月14日	乳がん	3名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	9名
2021年1月21日	乳がん	5名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	7名
2021年1月28日	乳がん	3名	外科 放射線科 病理診断科	西村　祥子 平田　希美子 岸本　光夫	7名
2021年2月4日	乳がん	6名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	8名
2021年2月18日	乳がん	6名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	9名
2021年2月25日	乳がん	6名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 森澤　信子 岸本　光夫	9名
2021年3月4日	乳がん	5名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	7名
2021年3月11日	乳がん	5名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 森澤　信子 岸本　光夫	9名
2021年3月18日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 河合　真喜子 岸本　光夫	9名
2021年3月25日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 河合　真喜子 岸本　光夫	7名
呼吸器キャンサーボードミーティング					
2020年4月6日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 里上　直衛	9名
2020年4月13日	肺がん	10名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	五十嵐　修太 宮原　亮 大津　修二	10名
2020年4月20日	肺がん	8名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	14名
2020年4月27日	肺がん	4名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	12名

日 程	対 象 癌 腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2020年5月11日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 村西 佑介 大津 修二	10名
2020年5月18日	肺がん	12名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	14名
2020年6月1日	肺がん	6名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	15名
2020年6月8日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	16名
2020年6月15日	肺がん	9名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	15名
2020年6月22日	肺がん	10名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	13名
2020年6月29日	肺がん	12名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	17名
2020年7月6日	肺がん	11名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	16名
2020年7月13日	肺がん	13名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	16名
2020年8月17日	肺がん	12名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	18名
2020年8月24日	肺がん	10名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	12名
2020年8月31日	肺がん	8名	呼吸器内科 呼吸器外科	江村 正仁 宮原 亮	13名
2020年9月7日	肺がん	12名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	14名
2020年9月14日	肺がん	11名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	15名
2020年9月28日	肺がん	7名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	中村 敬哉 宮原 亮 大津 修二	10名
2020年10月5日	肺がん	6名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 里上 直衛	11名
2020年10月12日	肺がん	11名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 楢林 正流	10名
2020年10月19日	肺がん	12名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	11名
2020年10月26日	肺がん	10名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 大津 修二	12名

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2020年11月２日	肺がん	５名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 河野　朋哉 大津　修二	７名
2020年11月９日	肺がん	７名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 里上　直衛	10名
2020年11月16日	肺がん	10名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	11名
2020年11月30日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 里上　直衛	11名
2020年12月７日	肺がん	11名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	11名
2020年12月14日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	14名
2020年12月21日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	11名
2020年12月28日	肺がん	５名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 河野　朋哉 大津　修二	９名
2021年１月４日	肺がん	９名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 里上　直衛	10名
2021年１月18日	肺がん	18名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 里上　直衛	16名
2021年１月25日	肺がん	11名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	12名
2021年２月１日	肺がん	12名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 里上　直衛	14名
2021年２月８日	肺がん	11名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	五十嵐　修太 宮原　亮 大津　修二	13名
2021年２月15日	肺がん	10名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 村西　佑介 大津　修二	11名
2021年２月22日	肺がん	10名	呼吸器内科 呼吸器外科	江村　正仁 宮原　亮	７名
2021年３月１日	肺がん	11名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	13名
2021年３月８日	肺がん	８名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	15名
2021年３月15日	肺がん	11名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	14名
2021年３月22日	肺がん	10名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	10名

日 程	対 象 癌 腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2021年3月29日	肺がん	7名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村 正仁 宮原 亮 里上 直衛	9名
消化管キャンサーボードミーティング					
2020年4月2日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 大津 修二	24名
2020年4月8日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 大津 修二	28名
2020年4月15日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 大津 修二	28名
2020年4月16日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 藤本 良太	32名
2020年4月23日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科	元好 貴之 山本 栄司 大津 修二	29名
2020年4月30日	消化管癌	3名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 大津 修二	28名
2020年5月7日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 大津 修二	29名
2020年5月14日	消化管癌	5名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 藤本 良太	33名
2020年5月21日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 大津 修二	26名
2020年5月28日	消化管癌	3名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 大津 修二	34名
2020年6月4日	消化管癌	3名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 大津 修二	34名
2020年6月18日	消化管癌	5名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 大津 修二	35名
2020年6月25日	消化管癌	5名	消化器内科 外科 放射線科	桐島 寿彦 山本 栄司 大津 修二	32名
2020年7月2日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 大津 修二	27名
2020年7月9日	消化管癌	3名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 藤本 良太	29名
2020年7月16日	消化管癌	1名	外科 放射線科	山本 栄司 藤本 良太	28名
2020年7月22日	消化管癌	4名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 山本 栄司 藤本 良太	26名

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2020年８月13日	消化管癌	４名	消化器内科 外科 放射線科 病理診断科	桐島　寿彦 山本　栄司 大津　修二 岩佐　葉子	35名
2020年８月20日	消化管癌	２名	消化器内科 外科 放射線科	桐島　寿彦 山本　栄司 大津　修二	26名
2020年８月27日	消化管癌	２名	消化器内科 外科 放射線科	桐島　寿彦 山本　栄司 大津　修二	26名
2020年９月10日	消化管癌	３名	消化器内科 外科 放射線科	山下　靖英 山本　栄司 大津　修二	25名
2020年９月17日	消化管癌	１名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 山本　栄司 大津　修二	26名
2020年９月24日	消化管癌	１名	消化器内科 外科 放射線科	桐島　寿彦 山本　栄司 大津　修二	28名
2020年10月１日	消化管癌	２名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 山本　栄司 大津　修二	33名
2020年10月８日	消化管癌	５名	消化器内科 外科 放射線科 病理診断科	吉波　尚美 山本　栄司 大津　修二 岩佐　葉子	28名
2020年10月15日	消化管癌	５名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 山本　栄司 大津　修二	35名
2020年10月22日	消化管癌	３名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 山本　栄司 大津　修二	26名
2020年10月29日	消化管癌	１名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 山本　栄司 藤本　良太	20名
2020年11月５日	消化管癌	２名	消化器内科 外科 放射線科	山下　靖英 山本　栄司 藤本　良太	24名
2020年11月12日	消化管癌	２名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 山本　栄司 大津　修二	29名
2020年11月19日	消化管癌	２名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 山本　栄司 大津　修二	27名
2020年12月３日	消化管癌	４名	消化器内科 外科 放射線科	桐島　寿彦 山本　栄司 大津　修二	25名
2020年12月10日	消化管癌	３名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 山本　栄司 大津　修二	28名
2020年12月17日	消化管癌	２名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 山本　栄司 大津　修二	32名
2020年12月24日	消化管癌	４名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 山本　栄司 藤本　良太	28名

日 程	対 象 癌 腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2021年1月7日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 佐藤 誠二 大津 修二	28名
2021年1月14日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 山本 栄司 大津 修二	24名
2021年1月28日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 山本 栄司 藤本 良太	22名
2021年2月4日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科	桐島 寿彦 山本 栄司 谷掛 雅人	27名
2021年2月10日	消化管癌	3名	消化器内科 外科 放射線科	桐島 寿彦 佐藤 誠二 藤本 良太	22名
2021年2月18日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 大津 修二	28名
2021年2月25日	消化管癌	3名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 藤本 良太	27名
2021年3月4日	消化管癌	3名	消化器内科 外科 放射線科	桐島 寿彦 山本 栄司 谷掛 雅人	23名
2021年3月11日	消化管癌	3名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 藤本 良太	25名
2021年3月18日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 藤本 良太	21名
2021年3月25日	消化管癌	3名	消化器内科 外科 放射線科	吉波 尚美 山本 栄司 大津 修二	24名
肝臓キャンサーボードミーティング					
2020年4月3日	肝臓がん	2名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 谷掛 雅人	9名
2020年4月10日	肝臓がん	2名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	10名
2020年4月17日	肝臓がん	2名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	9名
2020年4月24日	肝臓がん	1名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	14名
2020年5月8日	肝臓がん	3名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	7名
2020年5月15日	肝臓がん	2名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	10名
2020年5月22日	肝臓がん	1名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	8名
2020年5月29日	肝臓がん	3名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	11名
2020年6月5日	肝臓がん	1名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	9名
2020年6月12日	肝臓がん	2名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	9名

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2020年７月10日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	10名
2020年７月17日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	９名
2020年８月14日	肝臓がん	２名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	７名
2020年８月21日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	７名
2020年９月４日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	７名
2020年９月11日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	７名
2020年10月16日	肝臓がん	２名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	６名
2020年11月13日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	７名
2020年11月20日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	６名
2020年12月４日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	９名
2021年１月８日	肝臓がん	４名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	８名
2021年１月22日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	５名
2021年２月５日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 山下　彩子	６名
2021年２月12日	肝臓がん	３名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	８名
2021年２月26日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	８名
2021年３月５日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	10名
2021年３月12日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	７名
2021年３月26日	肝臓がん	１名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	６名

内分泌抄読会（水曜／17:00-17:30）

日 程	テーマ／典拠	所 属	講 師	対象者	参加人員
2020年4月8日 17:00-17:30	Thigh muscle fat infiltration is associated with impaired physical performance despite remission in Cushing's syndrome. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e2039–e2049	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	3名
2020年4月15日 17:00-17:30	Time to diagnosis in Cushing's syndrome: a meta-analysis based on 5367 patients. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e12-e22	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4名
2020年4月22日 17:00-17:30	Urinary norepinephrine is a metabolic determinant of 24-hour energy expenditure and sleeping metabolic rate in adult humans. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: 1145–1156	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4名
2020年4月28日 17:00-17:30	Associations between maternal thyroid function in pregnancy and obstetric and perinatal outcomes. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e2015–e2023	内分泌内科	木村 英人	内科医師，専攻医，研修医	4名
2020年5月13日 17:00-17:30	Objective response and prolonged disease control of advanced adrenocortical carcinoma with cabozantinib. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: 1461–1468	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	4名
2020年5月20日 17:00-17:30	Effects of mineralcorticoid and AT1 receptor antagonism on the aldosterone-renin ratio in primary aldosteronism - the EMIRA study. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: 2060–2067	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	3名
2020年5月27日 17:00-17:30	NPR2 variants are frequent among children with familiar short stature and respond well to growth hormone therapy. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e746-e752	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2020年6月3日 17:00-17:30	Prevention of adrenal crisis: cortisol responses to major stress compared to stress dose hydrocortisone delivery. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: 2262–2274	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	4名
2020年6月10日 17:00-17:30	Effect of basal insulin on lipid profile compared to other classes of antihyperglycemic agents in type 2 diabetic patients. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: 2225–2532	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4名
2020年6月17日 17:00-17:30	PD-1 inhibitor immune-related adverse events in patients with preexisting endocrine autoimmunity. ／Nat Sci Rep. 2020;10: 3985–3993	内分泌内科	深江 俊也	内科医師，専攻医，研修医	5名
2020年6月24日 17:00-17:30	Effects of free fatty acids on insulin sensitivity and hemodynamics during mental stress. ／J Clin Endocrinol Metab. 2001;86: 124–128	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	5名
2020年7月1日 17:00-17:30	The role of delayed bone age in the evaluation of stature and bone health in glucocorticoid treated patients with Duchenne muscular dystrophy. ／Int J Ped Endocrinol. 2019;4: doi: 10. 1186/s13633-019-0070-0	内分泌内科	馬奈木 彰弘	内科医師，専攻医，研修医	5名
2020年7月8日 17:00-17:30	Diabetes mellitus itself increases cardiocerebrovascular risk and renal complications in primary aldosteronism. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: dgaa177	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	5名
2020年7月15日 17:00-17:30	Hashimoto thyroiditis in primary thyroid non-Hodgkin lymphoma. ／Am J Clin Pathol 2020;153: 156–164	内分泌内科	奥田 健太	内科医師，専攻医，研修医	4名
2020年8月5日 17:00-17:30	Prevalence and incidence of atrial fibrillation in a large cohort of adrenal incidentalomas: a long-term study. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e2770-e2777	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	3名
2020年8月12日 17:00-17:30	Biomarkers and noncalcified coronary artery plaque progression in older men treated with testosterone. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: 2142–2149	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名

日　程	テーマ／典拠	所　属	講　師	対象者	参加人員
2020年 8 月19日 17:00-17:30	Glucocorticoid excess in patients with pheochromocytoma compared with paraganglioma and other forms of hypertension. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e3374-e3383	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	3 名
2020年 8 月26日 17:00-17:30	Bone evaluation by high-resolution peripheral quantitative computed tomography in patients with adrenal incidentaloma. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e2726-e2737	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	3 名
2020年 9 月 2 日 17:00-17:30	Effect of arginine on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in individuals with and without vasopressin deficiency. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e2327-e2336	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3 名
2020年 9 月 9 日 17:00-17:30	Pain in patients with type 2 diabetes-related polyneuropathy is associated with vascular events and mortality. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: 3005-3014	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	3 名
2020年 9 月18日 17:00-17:30	Associations between antihypertensive medications and severe hyponatremia: a Swedish population-based case-control study. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e3696-e3705	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2020年 9 月25日 17:00-17:30	Deep mutational scanning of SARS-CoV-2 receptor binding domain reveals constraints on folding and ACE2 binding. ／Cell. 2020;105: 1-7	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3 名
2020年 9 月30日 17:00-17:30	Does obesity cause thyroid cancer? A mendelian randomization study. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e2398-e2407	内分泌内科	島田　拓央	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2020年10月 7 日 17:00-17:30	Serum parathyroid hormone predicts mortality in coronary angiography patients with type 2 diabetes. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e3874-e3881	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2020年10月21日 17:00-17:30	Methimazole treatment and risk of acute pancreatitis: a population-based cohort study. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e4527-e4530	内分泌内科	中尾　幸嗣	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2020年10月28日 17:00-17:30	Oral bisphosphonate use reduces cardiovascular events in a cohort of Danish patients referred for bone mineral density. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: 3215-3225	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2020年11月 4 日 17:00-17:30	Nomogram-based preoperative score for predicting clinical outcome in unilateral primary aldosteronism. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e4382-e4392	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2020年11月11日 17:00-17:30	Determinants of bone mineral strength and cortical porosity in patients with type 2 diabetes mellitus. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e3718-e3729	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2020年11月18日 17:00-17:30	Vital sign tirage to rule out diabetic ketoacidosis and non-ketotic hyperosmolar syndrome in hyperglyceic patients. ／Diab Res & Clin Prac. 2010: 87: 366-371	内分泌内科	伊藤　誠朗	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2020年11月25日 17:00-17:30	Effect of diet on insulin resistance in polycystic ovary syndrome. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: 3346-3360	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	2 名
2020年12月 2 日 17:00-17:30	Postoperative day 1 morning cortisol value as a biomarker to predict long-term remission of Cushing disease. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106: e94-e102	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	3 名

日 程	テーマ／典拠	所 属	講 師	対象者	参加人員
2020年12月 9 日 17:00-17:30	Serum thyroid hormone balance in levothyroxine monotherapy- treated patients with atrophic thryoid after radioiodine treatment for Graves' disease. ／Thyroid. 2019;29: 1364-1370	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2020年12月16日 17:00-17:30	Impacts of type 2 diabetes on disease severity, therapeutic effect, and mortality of patients with COVID-19. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e4219-e4229	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	3名
2020年12月23日 17:00-17:30	Persisting muscle dysfunction in Cushing's syndrome despite biochemical remission. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105: e4490-e4498	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年 1 月 6 日 17:00-17:30	Comparative evaluation of clinical manifestations and risk of death in patients admitted to hospital with covid-19 and seasonal influenza cohort study. ／BMJ. 2020;371: m4677	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年 1 月13日 17:00-17:30	Phase 1-2 trial of a SARS-CoV-2 recombinant spike protein nanoparticle vaccine. ／N Engl J Med. 2020;105: 1-7	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年 1 月27日 17:00-17:30	11-beta HSD1 inhibition with AZD4017 improves lipid profiles and lean muscle mass in idiopathic intracranial hypertension. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106: 174-187	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年 2 月 3 日 17:00-17:30	SARS-CoV2 neutralizing antibody LY-CoV555 in outpatients with Covid-19. ／N Engl J Med. 2021;384: 533-538	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年 2 月10日 17:00-17:30	Association of thyroid hormone therapy with mortality in subclinical hypothyroidism: a systematic review and meta-analysis. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106: 292-303	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年 2 月17日 17:00-17:30	Denosumab safety and efficacy among participants in the freedom extension study with mild to moderate chronic kidney disease. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106: 397-409	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年 2 月24日 17:00-17:30	Antibody status and incidence of SARS-CoV-2 infection in health care workers. ／N Engl J Med. 2021;384: 533-540	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年 3 月 3 日 17:00-17:30	Quality of life and its determinants in patients with treated acromegaly: a cross-sectional nationwide study in China. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106: 211-225	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年 3 月10日 17:00-17:30	Acceleration of gastric emptying by insulin-induced hypoglycemia in dependent on the degree of hypoglycemia. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106: 364-371	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年 3 月17日 17:00-17:30	Mental health in patients with adrenal incidentalomas: is there a relation with different degrees of cortisol secretion? ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106: e130-e139	内分泌内科	小間 淳平	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年 3 月24日 17:00-17:30	Multiple SAS-CoV-2 variants escape neutralization by vaccine-induced humoral immunity. ／Cell. 2020;105: 1-7	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年 3 月31日 17:00-17:30	Vitamin D status in hospitalized patients with SARS-CoV-2 infection. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106: e1343-e1353	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4名

外科抄読会（火曜／8:00-8:30）

日　程	テーマ／典拠	所　属	講　師	対象者	参加人数
2020年４月７日	外科会議				
2020年４月14日	外科会議				
2020年４月21日	外科会議				
2020年４月28日	外科会議				
2020年５月12日	外科会議				
2020年５月19日	外科会議				
2020年５月26日	外科会議				
2020年６月２日	外科会議				
2020年６月９日	外科会議				
2020年６月16日	外科会議				
2020年６月23日	外科会議				
2020年６月30日	外科会議				
2020年７月７日	外科会議				
2020年７月14日	外科会議				
2020年７月21日	外科会議				
2020年７月28日	外科会議				
2020年８月４日	外科会議				
2020年８月11日	外科会議				
2020年８月18日	外科会議				
2020年８月25日	外科会議				
2020年９月１日	外科会議				
2020年９月８日 8:00-8:30	Electrocautery, Diathermy, and Surgical Energy Devices Are Surgical Teams at Risk During the COVID-19 Pandemic? ／Annals of Surgery. 2020;272(3):e257-e262	専攻医	増尾　彰彦	外科医師，専攻医，研修医	14名
2020年９月15日 8:00-8:30	Predictors for prolonged length of stay after laparoscopic appendectomy for complicated acute appendicitis in adults. ／Surg Endosc. 2021;35(7):3628-3635	研修医	伊藤　誠朗	外科医師，専攻医，研修医	16名
2020年９月29日 8:00-8:30	Childhood appendectomy and adult mental disorders：A population-based cohort study. ／Depress Anxiety. 2020;37(11):1108-1117	研修医	金星　幸栄	外科医師，専攻医，研修医	11名
2020年10月６日	外科会議				
2020年10月13日 8:00-8:30	Rose of robot-assisted distal gastrectomy compared to laparoscopy-assisted distal gastrectomy in suprapancreatic nodal dissection for gastric cancer. ／Surg Endosc. 2016;30:1547-1552	専攻医	庄野　孝仁	外科医師，専攻医，研修医	12名
2020年10月20日	外科会議				
2020年10月27日 8:00-8:30	Risk factors for prolonged postoperative ileus after laparoscopic sphincter-saving total mesorectal excision for rectal cancer：an analysis of 428 consecutive patients. ／Surg Endosc. 2018;32:337-344	研修医	小間　淳平	外科医師，専攻医，研修医	12名
2020年11月10日 8:00-8:30	Long-term Oncologic Results After Stenting as a Bridge to Surgery Versus Emergency Surgery for Malignant Left-sided Colonic Obstruction. ／Annals of Surgery. 2020;272(5):703-708	専攻医	塩見　慶	外科医師，専攻医，研修医	13名
2020年11月17日	外科会議				
2020年11月24日 8:00-8:30	Safety and effectiveness of higt ligation of the inferior mesenteric artery for cancer of the descending colon under indocyanine green fluorescence imaging：a pilot study. ／Surg Endosc. 2021;35(4):1696-1702	研修医	上野　昌太郎	外科医師，専攻医，研修医	12名

日 程	テーマ／典拠	所 属	講 師	対象者	参加人数
2020年12月1日	外科会議				
2020年12月8日 8:00-8:30	Propensity-score-matched analysis of short-and long-term outcomes in patients with an ileocolic artery crossing anterior vs posterior to the superior mesenteric vein during curative resection for right-sided colon cancer. ／Surgical Endoscopy. 2020;34:5384-5392	専攻医	増尾 彰彦	外科医師，専攻医，研修医	11名
2020年12月15日	外科会議				
2020年12月22日 8:00-8:30	Disease burden of appendectomy for appendicitis：a population-based cohort study. ／Surgical Endoscopy. 2020;34:116-125	研修医	島田 拓矢	外科医師，専攻医，研修医	12名
2021年1月5日	外科会議				
2021年1月12日	外科会議				
2021年1月19日 8:00-8:30	Step-by-step guide to safe removal of pre-peritoneal inguinal mesh. ／Surgical Endoscopy. 2019;33:2680-2685	専攻医	庄野 孝仁	外科医師，専攻医，研修医	10名
2021年1月26日 8:00-8:30	Is interval appendectomy really needed? A closer look at neoplasm rates in adult patients undergoing interval appendectomy after complicated appendicitis. ／Surg Endosc. 2021;35(7):3855-3860	研修医	毛戸 奈菜葉	外科医師，専攻医，研修医	10名
2021年2月2日	外科会議				
2021年2月9日	外科会議				
2021年2月16日 8:00-8:30	Is It Safe to Manage Acute Cholecystitis Nonoperatively During Pregnancy?：A Nationwide Analysis of Morbidity According to Management Strategy. ／Annals of Surgery. 2020;272(3):449-456	研修医	木村 英人	外科医師，専攻医，研修医	11名
2021年3月2日	外科会議				
2021年3月9日 8:00-8:30	A secondary learning curve in 3D versus 2D imaging in Laparoscopic training of surgical novices. ／Surgical Endoscopy. 2021;35:1046-1051	専攻医	塩見 慶	外科医師，専攻医，研修医	10名
2021年3月16日	外科会議				
2021年3月23日	外科会議				
2021年3月30日	外科会議				

放射線技術科研修会

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2020年5月18日 18:00-18:45	MRI撮影技術～息止めMRCP検査の撮影条件の大切なポイント	Siemens WEB		病院全職員	5名
2020年5月19日 18:00-18:45	CT撮像パラメーター編 CT装置のパラメーターの基礎について	Siemens WEB		病院全職員	5名
2020年5月20日 18:00-18:45	1から学ぶPET基礎講座～PET収集原理編～ PETの計測イベントや3D収集の基礎原理について	Siemens WEB		病院全職員	6名
2020年5月22日 18:00-18:45	Siemens Healthineers製マンモグラフィ装置の特徴・機能装置の基本的な機能や安全機能に関して	Siemens WEB		病院全職員	6名
2020年5月25日 18:00-18:45	COVID-19および関連する臨床検査項目について	Siemens WEB		病院全職員	4名
2020年5月26日 18:00-18:45	MRI撮影技術～Radial－GRE編～ なんと，最新息止めなし，ECG同期無しの胸部血管撮像の方法	Siemens WEB		病院全職員	4名
2020年5月27日 18:00-18:45	CARE Dose4D編Simens Healthineersの CT－ACE（Auto Exposure Control）について	Siemens WEB		病院全職員	10名
2020年5月28日 18:00-18:45	血管撮影の基本講座～PET画像再構成編～ PETのRawデータであるSinogramや画像再構成方法について	Siemens WEB		病院全職員	4名

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	参加人数
2020年5月29日 18:00-18:45	血管撮影の基本ワークフロー3D プログラムの使い分けのポイント，活用法について WEB 版　in vivo 講習会「核医学検査の基礎」～ビギナー向け～　画像収集に関して　Part.1	Siemens WEB 富士フィルム富山化学株式会社		病院全職員	10 名 6 名
2020年6月1日 18:00-18:45	Mammo 施設認定の申請手順　申請に際し準備する内容や日常点検評価に関して　Part.1	Siemens WEB		病院全職員	6 名
2020年6月2日 18:00-18:45	Atellica Solution 装置の特徴・機能　Atellica Solution の基本的な特徴・機能について	Siemens WEB		病院全職員	10 名
2020年6月5日 18:00-18:45	WEB 版　in vivo 講習会「核医学検査の基礎」～ビギナー向け～　画像収集に関して　Part.2	富士フィルム富山化学株式会社		病院全職員	5 名
2020年6月12日 18:00-18:45	WEB 版　in vivo 講習会「核医学検査の基礎」～ビギナー向け～　画像再構成に関して　Part.1	富士フィルム富山化学株式会社		病院全職員	4 名
2020年6月19日 18:00-18:45	WEB 版　in vivo 講習会「核医学検査の基礎」～ビギナー向け～　画像再構成に関して　Part.2	富士フィルム富山化学株式会社		病院全職員	4 名
2020年6月26日 18:00-18:45	WEB 版　in vivo 講習会「核医学検査の基礎」～ビギナー向け～　画像再構成に関して　Part.3	富士フィルム富山化学株式会社		病院全職員	4 名
2020年9月11日 17:30-18:00	画像の確認してますか？～PET 検査の症例を経験して感じたこと～ ダイヤモンドプリンセスにおける DMAT 活動報告	放射線技術科	山本　晃豊 宮﨑　吉博	病院全職員	17 名
2020年10月8日 17:40-18:10	RI 検査の基礎知識（PET・心筋シンチ） 初学者向けの PET・心筋シンチについて	放射線技術科	臨床編 宮﨑　吉博 被曝・防護編 山本　晃豊	病院全職員	14 名
2020年10月22日 18:30-20:10	撮影教科書に書いてなかった！頚椎，胸椎，腰椎の撮影技術	大阪慈慶歯性学園　大阪ハイテクノロジー専門学院放射線技師学科　専任教員	安藤　英次	病院全職員	6 名
2020年12月22日 17:30-18:10	当直で役に立つ MRI	放射線技術科	大町　優介	病院全職員	14 名
2021年1月13日 2021年1月20日 2021年1月27日 17:30-18:10	【COVID-19 肺炎の画像診断　－帝京大学の取り組み－】 【放射線検査部門における COVID-19 患者への対応】		オンデマンド（eラーニング）	病院全職員	12 名
2021年1月29日 17:30-18:15	Dual Energy CT 装置　Revolution HD 研修会	GE ヘルスケア・ジャパン株式会社	末永　武雄	病院全職員	19 名 ＋放射線科医 3 名
2021年2月17日 17:30-18:00	造影 CT の運用について 次期導入予定の RIS について	放射線技術科 インフォコム	柳川　雅夫 インフォコム担当者	病院全職員	24 名 ＋救急科看護師 6 名

薬剤科院内研修会

日　程	テーマ：主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	参加人数
2020年8月24日 18:00-19:00	研修医薬剤講義 「麻薬について」 「糖尿病薬について」	薬剤科	實光　由香 近藤　沙耶	研修医 病院全職員	22 名

日 程	テーマ：主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2020年9月28日 18:00–18:30	研修医薬剤講義 「循環器薬について」	薬剤科	長戸 優也	研修医 病院全職員	16名
2020年10月17日 15:00–17:00	第34回京都市立病院 地域医療連携における薬剤業務研修会－肝がん治療について－	消化器内科 薬剤科 たんぽぽ薬局五条御前店	宮川 昌巳 目黒 裕史 松本 百合	薬剤師	62名
2020年10月26日 18:00–18:30	研修医薬剤講義 「抗がん剤について」	薬剤科	目黒 裕史	研修医 病院全職員	15名
2020年11月30日 18:00–18:30	研修医薬剤講義 「静脈・経腸栄養について」	薬剤科	山南 貴一	研修医 病院全職員	15名
2021年2月22日 18:00–18:30	研修医薬剤講義 「小児薬物療法について」	薬剤科	楠川 侑吾	研修医 病院全職員	9名

臨床検査技術科研修会

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2020年7月16日 17:15–18:20	採血室での事例に対しての患者さんからのご意見に対して臨床検査技術科内での情報共有と意見交換	臨床検査技術科	全員で意見交換	臨床検査技術科職員	18名
2020年8月13日 17:30–18:15	PCRを用いた新型コロナウイルスの検査原理	臨床検査技術科	林 彰彦	臨床検査技術科職員	18名
2020年8月19日 17:30–18:00	66歳女性に認めた膝窩動脈捕捉症候群の下肢動脈超音波検査による考察	臨床検査技術科	宮川 大樹	臨床検査技術科職員	22名
2020年9月25日 17:30–18:15	当院の神経伝導検査について	臨床検査技術科	坂本 竜也	臨床検査技術科職員	15名
2020年11月11日 17:30–18:00	睡眠時無呼吸症候群へのC-PAP療法	帝人ヘルスケア株式会社	宮口 善行	臨床検査技術科職員	17名
2020年12月21日 17:30–18:30	生理検査室での対応～何らかの懸念～	看護科	寺崎 昌美	臨床検査技術科職員	17名
2021年1月18日 17:30–18:10	当院におけるホルマリン管理と紛失防止策	臨床検査技術科	田中 志穂	臨床検査技術科職員	15名
2021年1月28日 17:30–18:20	救急医療現場での臨床検査技師の役割と展望	救急科	國嶋 憲	臨床検査技術科職員	20名
2021年2月4日 17:30–18:30	ロシュ社の自動免疫染色装置とLBC装置について	ロシュ社	有吉 佐知子	臨床検査技術科職員	16名
2021年3月4日 17:30–18:15	SARS-CoV-2抗原，抗体，核酸検出検査 ～ピットフォールと精度管理～	臨床検査技術科	林 彰彦	臨床検査技術科職員	18名

臨床工学科研修会

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2020年5月13日 2020年5月22日 16:30–17:30	Covid-19対応用エアーコンプレッサー取扱研修		メーカー担当者	臨床工学技士	13名
2020年9月1日 15:30–16:30	NPPV勉強会	臨床工学科	乗松 康平	7D病棟看護師	11名
2020年9月1日 16:30–17:00	在宅用排痰管理装置説明会		メーカー担当者		4名
2020年10月27日 10:00–11:00	クリティカル看護研修会	臨床工学科	伊藤 禎章	看護師	31名
2020年12月24日 16:00–17:00	搬送用人工呼吸器「パラパックプラス」研修会	臨床工学科	鵜飼 將平 乗松 康平	DMAT職員	10名
2021年1月28日 16:00–17:30	個人用透析装置NCV-3＋水処理装置納品時説明会		メーカー担当者	臨床工学技士	11名
2021年2月15日 16:30–17:30	人工呼吸器 NV-500 納品時説明会		メーカー担当者	臨床工学技士	12名

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	参加人数
2021年３月18日 −2021年３月31日 e-learning	補助循環研修会（ｅラーニング）	臨床工学科	山口　侑承	医師 看護師 臨床工学技士	52名
2021年３月25日 16:30−17:00	マウスピース一体型 EtCO2 センサー取扱説明会		メーカー担当者	看護 臨床工学技士	12名

看護部研修実施報告

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	登録人数
2020年４月13日 8:30−17:00	専門職としてのスタート〈学生から社会人への移行〉：社会人基礎力，PNS 看護体制と PNS マインド	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	33名
2020年４月14日 8:30−17:00	看護実践演習：静脈ルート確保，採血，ミキシング，輸液・シリンジポンプの使用方法 オリエンテーション：薬剤管理，医療情報，防火・防災管理体制，医療用ガス，認知症サポート	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	33名
2020年４月15日 8:30−15:00	看護記録，個人情報の取り扱い 電子カルテによる情報収集，クリニカルパスについて	看護部	新人教育委員会 リンクナース 記録委員会 電子カルテ委員会	ラダーⅠ	33名
2020年５月12日 9:00−17:00	看護業務計画立案（多重課題） 重症度医療看護必要度について	看護部	新人教育委員会 リンクナース 必要度適正化推進委員会	ラダーⅠ	33名
2020年６月１日 13:30−16:30	継続課題の進捗状況	看護部	教育委員会ラダーⅣ担当者	ラダーⅣ−②	12名
2020年６月２日 13:30−17:00	研修ガイダンス 自己のキャリア開発 ［ねらい］ キャリアイメージを再構築しリーダーとしての役割と視点を考えることができる	看護部	教育委員会ラダーⅤ−①	ラダーⅤ−①	２名
2020年６月２日 13:30−17:00	研修ガイダンス 自己のキャリア開発 ［ねらい］ キャリアイメージを再構築しリーダーとしての役割と視点を考えることができる	看護部	教育委員会ラダーⅣ−①担当者	ラダーⅣ−①	19名
2020年６月４日 9:00−12:30	・看護業務基準をもとに指示受けの法的根拠について ・チーム活動とメンバーシップ／リーダーシップを知る ［ねらい］ ・指示受けにおける基準・手順が理解できる ・実現可能なメンバーシップを具体化することができる	看護部	教育委員会ラダーⅡ担当者	ラダーⅡ−①	38名
2020年６月５日 13:30−17:00	EBP に基づく看護実践の計画立案 文献検索方法の説明 ［ねらい］ 文献検索方法の理解 臨床疑問の明確化	看護部	教育委員会ラダーⅡ担当者	ラダーⅡ−②	34名
2020年６月16日 9:00−17:00	急変対応	看護部	新人教育委員会 リンクナース 救急看護認定看護師	ラダーⅠ	33名
2020年６月26日 13:30−17:00	・リーダーとして提供する看護を再考する ・倫理チームの講義と JONSEN4 分割の実践 ・リーダーに求められる対人能力 　アサーティブコミュニケーション ［ねらい］ リーダーに必要なコミュニケーション能力を身につけることができる	看護部	教育委員会ラダーⅢ担当者 看護部倫理委員会	ラダーⅢ−①	17名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2020年6月29日 9:00-11:30	看護研究計画書の書き方 倫理審査について ［ねらい］ 看護研究の進め方を知る 問題発見の過程を知る	看護部	教育委員会ラダーⅢ-②担当者	ラダーⅢ-②	24名
2020年7月3日 13:00-17:00	看護のあるべき姿と問題点の認識 リーダーとしての視座と視野の拡大：病院機能の理解と地域における自部署の役割再考 ［ねらい］ 部署目標決定の過程を知ることから問題点を考えることができる	看護部	教育委員会ラダーⅣ-①担当者	ラダーⅣ-①	19名
2020年7月20日 9:00-11:30	計画書をもとに研究の相談を行う リサーチクエスチョンを絞り込み計画書を作成する ［ねらい］ 臨床疑問を研究疑問にするための文献検索方法を知る	看護部	教育委員会ラダーⅢ-②担当者	ラダーⅢ-②	24名
2020年7月27日 13:30-17:00	・ミッションに基づく役割理解：部署目標達成と自己の役割・課題の設定 ・組織と自己のつながり：組織から求められている役割の認識と私のビジョン ・勉強会の企画・運営を考える ・退院支援における多職種カンファレンスのロールプレイング ［ねらい］ 目標をもって行動することができる 求められていることを考えることができる	看護部	教育委員会ラダーⅢ担当者 入退院支援看護師	ラダーⅢ-①	17名
2020年7月29日 13:30-17:00	組織変革理論の活用：周囲を巻き込み問題解決を組織的に進める ［ねらい］ 変革理論が理解できる	看護部	教育委員会ラダーⅤ-①	ラダーⅤ-①	2名
2020年7月30日 13:30-17:00	継続課題の進捗状況	看護部	教育委員会ラダーⅣ担当者	ラダーⅣ-②	12名
2020年8月18日 9:00-17:00	災害看護研修	看護部	新人教育委員会リンクナース 災害看護・DMAT看護師	ラダーⅠ	33名
2020年9月4日 13:30-16:30	問題発見：あるべき姿と現状（実態）から問題を構造化する ロジックツリーの理解 ［ねらい］ 看護の質を維持するためにデータの分析から根拠が理解できる	看護部	教育委員会ラダーⅣ-①担当者	ラダーⅣ-①	19名
2020年9月10日 9:00-12:30	EBPの理解と臨床実践への活用 ［ねらい］ 臨床疑問の絞り込み	看護部	教育委員会ラダーⅡ担当者	ラダーⅡ-②	34名
2020年10月1日 13:30-17:00	問題解決過程：看護の質を維持させるための問題の明確化 ［ねらい］ 部署の看護を振り返り問題をみつけることができる	看護部	教育委員会ラダーⅤ-①	ラダーⅤ-①	2名
2020年10月2日 9:00-12:30	・地域医療について（前方連携，患者支援センター，後方連携，相談窓口） ・メンバーシップを実践して ［ねらい］ ・地域医療や多職種の役割について理解できる ・メンバーシップを理解し発揮できる	看護部	教育委員会ラダーⅡ担当者 地域連携室担当者 患者支援センター担当者	ラダーⅡ-①	38名
2020年10月5日 13:30-16:00	継続課題の進捗状況	看護部	教育委員会ラダーⅣ担当者	ラダーⅣ-②	12名

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	登録人数
2020年10月６日 13:30-17:00	リーダー役割と自己の課題：課題解決策の立案急変時対応の取り方 ［ねらい］ チームリーダーの役割をはたし，チーム内で発生した問題の解決について考える	看護部	教育委員会ラダーⅡ担当者 救急看護認定看護師 ICU・救急室看護師	ラダーⅢ-①	17名
2020年10月14日 13:30-17:15	看護の質管理のための基礎知識：データに基づく室管理・標準化／ベンチマーク 看護のあるべき姿と問題の認識 ［ねらい］ 看護の質を維持するためにデータの分析から根拠が理解できる	看護部	教育委員会ラダーⅣ-①担当者	ラダーⅣ-①	19名
2020年10月20日 9:00-17:00	患者情報の統合とアセスメント：看護過程を通して 看護上の問題を解決する	看護部	新人教育委員会 リンクナース 記録委員会	ラダーⅠ	33名
2020年10月29日 13:30-17:00	リーダーシップ基礎編 EBPに基づく看護実践計画修正 ［ねらい］ リーダー役割の理解 看護実践計画立案	看護部	教育委員会ラダーⅡ担当者	ラダーⅡ-②	34名
2020年11月９日 9:00-11:30	プレゼンテーションと研究発表方法について学ぶ ［ねらい］ 効果的な発表について検討し実践できる	看護部	教育委員会ラダーⅢ-②担当者	ラダーⅢ-②	24名
2020年12月１日 9:00-17:00	自部署のあるべき姿から導き出した問題発見・原因追及報告会	看護部	教育委員会ラダーⅣ担当者	ラダーⅣ-②	12名
2020年12月８日 13:30-17:00	急変対応 ［ねらい］ メンバーシップを発揮したチーム活動の実践	看護部	教育委員会ラダーⅡ担当者	ラダーⅡ-①	38名
2020年12月25日 13:30-17:00	勉強会企画・実践の発表	看護部	教育委員会ラダーⅡ担当者	ラダーⅢ-①	17名
2020年11月５日 13:30-17:00	外部講師 後輩育成を支援するためのコーチングコミュニケーション	京都橘大学 看護学部 看護学科　教授	梶谷　佳子	ラダーⅣ-①	19名
2020年11月５日 13:30-17:00	外部講師 後輩育成を支援するためのコーチングコミュニケーション	京都橘大学 看護学部 看護学科　教授	梶谷　佳子	ラダーⅤ-①	２名
2020年12月４日 13:30-17:00	問題解決過程：変革理論８ステップ実践への戦略 ［ねらい］ 変革理論が理解できる問題解決に向けた戦略を考えることができる	看護部	教育委員会ラダーⅤ-①	ラダーⅤ-①	２名
2021年１月14日 10:00-12:00	リーダー実践後評価	看護部	教育委員会ラダーⅡ担当者	ラダーⅡ-②	34名
2021年１月29日 9:00-17:00	臨床倫理研修	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	33名
2021年２月１日 13:30-16:00	年間振り返り 看護実践報告会 EBNの進め方 ［ねらい］ １年間の実践内容を振り返ることができる 次年度の研修内容に向けて準備ができる	看護部	教育委員会ラダーⅡ担当者	ラダーⅡ-①	38名
2021年２月２日 13:30-17:00	看護研究発表（進捗報告）	看護部	教育委員会ラダーⅢ-②担当者	ラダーⅢ-②	24名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2021年2月4日 9:00-17:00	リーダーとしての問題発見過程実践報告会	看護部	教育委員会ラダーⅣ-①担当者	ラダーⅣ-①	19名
2021年3月2日 9:00-17:15	EBPに基づく看護実践報告会 ［ねらい］ 看護実践に活かすことができる	看護部	教育委員会ラダーⅡ担当者	ラダーⅡ-②	34名
2021年3月16日 13:30-17:15	看護実践事例報告：対象の状態に合わせた看護過程	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	33名

がん看護研修会（基礎編）

日程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2020年9月27日 17:30-18:15	緩和ケア・痛みの症状マネジメント ・緩和ケアの位置づけと基本的な考え方について概説できる ・苦痛症状を多面的にアセスメントし、ケアと結び付けて考えることができる ・痛みの発生機序について理解し概説できる ・がん患者が抱える痛みの症状マネジメントとそのケアについて理解できる	6AB病棟	吉田 克江	院内看護師	31名
2020年10月20日 17:30-18:30	がん手術療法と看護 ・がん手術療法の基礎知識を理解し概説できる ・手術の合併症とそのケアについて理解できる	看護部管理室	荻野 葉子	院内看護師	27名
	がん放射線療法と看護 ・がん放射線療法の基本的な考え方が理解できる ・急性有害事象のアセスメントとそのケアについて理解できる	放射線治療室	杁岡 かおる		
2020年12月1日 17:30-18:30	がん患者の退院支援と地域連携 ・がん相談と医療連携の実際を知ることができる ・がん患者がたどる療養のイメージを治療期から持つことができるように関わる必要性が理解できる ・在宅療養希望するがん患者の退院支援について理解することができる ・地域・病棟・外来間の情報共有の必要性について理解できる	地域連携室 MSW 6D病棟	藤川 敦子 池田 麻保	院内看護師	36名
2021年1月26日 17:30-18:15	看取り期の看護とエンゼルケア ・看取り期にある患者の変化に対するアセスメント方法とケアについて理解できる ・看取り期における家族ケアの重要性が理解できる ・エンゼルケアのを行う意義と方法を理解することができる	6AB病棟	吉田 克江	院内看護師	中止
2021年2月2日 17:30-18:15	がん化学療法と看護 ・がん化学療法の基礎知識を理解し概説できる ・抗がん剤の作用・副作用出現のメカニズムとそのケアについて理解できる	5B病棟 6AB病棟	乾 和江 本田 薫	院内看護師	24名

患者・市民のための研修会報告（Ｒ３年度）

出前講座

日　程	時　間	会の形態	テーマ	所　属	講　師	対象者	主催者名	参加人数
2020年 10月24日	14:00- 15:15	出前講演	新型コロナウイルス感染症（WEB 開催）	感染症科	山本　舜悟	生　徒・ PTA・教師	京都府洛北高等学校附属中学校	32 名
2020年 11月20日	14:50- 16:10		COVID-19　クラスター発生を防ぐ働き方（WEB 開催）	看護部	村上　あおい	ＫＥＳ 所属の審査員	ＫＥＳ 環境機構事務局	30 名
2020年 11月27日	20:00- 22:00		歯科診療・ケアで必要な感染対策の基礎知識	副院長	清水　恒広	歯科医師	京都市中京歯科医師会 京都市下京歯科医師会	50 名

母親教室

	日　程	会の形態	テーマ	所　属	対　象	主催者名	参加人数
後期	毎月 水曜日	講話 面談	分娩の経過 楽なお産をするために 入院病棟案内	助産師	分娩予約をしている妊婦が対象	看護部 4B 病棟	63 名

＊コロナ感染予防のため、集団指導ではなく個別の指導とした.

がん患者・家族のサロン「みぶなの会」学習会　　奇数月の第３水曜日／15:00-15:30

日　程	テーマ	所　属	講　師	参加人数
2021 年 03 月 17 日	お花に癒されて	園芸家	四方　美希先生	8 名

「地域医療フォーラム」開催内容

日　程	テーマ	所　属	講　師	参加人数
2021年2月13日 Web会議システム （webex）	テーマ「あなたのそばに，緩和ケア」 第Ⅰ部 一般演題 「当院における緩和ケアの取り組み ～緩和ケア病棟開設から1年経過して～」 「緩和ケアにおける食支援の取り組み」 「当院における緩和的放射線療法」 第Ⅱ部 特別講演 「生と死を支える」	 京都市立病院　緩和ケア科部長 京都市立病院　栄養科栄養管理係長 京都市立病院　放射線治療科　医長 社会医療法人石川記念会HITO病院 緩和ケア内科　統括部長	 大西　佳子 植木　明 平田　希美子 大坂　巌	110名

みぶ病診連携カンファランス実施状況

日　程	テーマ	所　属	講　師	参加人数
2020年9月24日 16:00-17:00	当科における腹腔鏡下手術について	産婦人科	小木曽　望	11名 （内院外4名）
2020年10月22日 16:00-17:00	コロナ禍の放射線治療	放射線科	楢林　正流	8名 （内院外4名）
2020年11月26日 16:00-17:00	①入退院を繰り返す若年女性の一例 ②糖尿病患者における血圧管理 ③高齢者2型糖尿病について	糖尿病・代謝内科	冨田　麻優子 坂井　亮介	16名 （内院外8名）
2020年12月24日 16:00-17:00	新しい市立病院眼科のご紹介 ①難治性緑内障に対するマイクロパルス毛様体レーザー ②斜視について ③当院における硝子体手術について ④眼科でよく遭遇する疾患（眼部帯状疱疹，甲状腺眼症） ⑤糖尿病網膜症・糖尿病黄斑浮腫・加齢黄斑変性	眼科	鈴木　智 南　泰明 張　佑子 中路　進之介 曽田　里奈 柴田　学	15名 （内院外6名）
2021年1月28日 16:00-17:00	最新の腎がん手術に迫る～ロボット支援手術下腎部分切除（RAPN）の実際～	泌尿器科	増田　憲彦	6名 （内院外2名）
2021年2月25日 16:00-17:00	①頭頸部外科手術の現状～機能温存を目指した甲状腺手術を中心に～ ②手術用顕微鏡システム（ORBEYE）の使用経験	耳鼻咽喉科	森岡　繁文 大西　俊範	15名 （内院外7名）
2021年3月25日 16:00-17:00	①診療に苦慮した顆粒球肉腫の1例 ②頬部に生じた紡錘細胞脂肪腫の1例	歯科口腔外科	渡辺　猛寛 大西 ゆりあ	13名 （内院外6名）

令和３年度 ラウンド実績

AST ラウンド実績

内　容

【実施日時】毎週　火・金曜日　13:30～15:30
【参加職種】医師・薬剤師・検査技師・看護師

【ラウンド対象者】
①血液培養陽性患者　②指定抗菌薬使用患者　③コンサルト症例　④耐性菌による感染症患者
⑤髄液培養陽性患者　⑥15日以上の注射抗菌薬使用患者

【ラウンド内容】
・感染症の病巣が不明の場合は，感染症診療３点セット検査（血液培養２セット，検尿・沈渣／尿培養，胸部レントゲン検査）を常に実施することを強調し，深部膿瘍を疑う場合にはさらに画像検査を追加することも提案している．ある感染症が臓器別に判明すれば，おのずとその感染症の起炎菌が推定できる．
・推定起炎菌の院内での抗菌薬感受性に基づき，その感染症治療に最もふさわしい抗菌薬を選択し，各患者の腎機能，肝機能に合わせて，十分な１回投与量を，適切な投与間隔で使用するよう提案している．・バンコマイシンやアミノグリコシド系抗菌薬などでは，感染症治療上十分な血中抗菌薬濃度が得られているかどうか，あるいは高濃度による副作用が出現しないかどうか，血中濃度測定が必要となる．これらの抗菌薬使用患者に対し，AST が介入することにより適切な治療計画を立案している．
・バンコマイシン濃度は院内で24時間測定することが可能で，予想に反する血中濃度が得られた場合には，今までの投与実態と血中濃度測定値結果から，薬剤科主導で投与シミュレーションを行い，以後の投与スケジュールを提案している．
・院内では特に感染源隔離が必要となる多剤耐性菌保菌者が発生する．MRSA を始めとして，ESBL 産生グラム陰性桿菌，VRE，多剤耐性緑膿菌などがそれに相当する．これらの保菌者が発見されると，当該病棟へ迅速に出向き，病棟内での伝播防止目的に，必要な感染対策（主として接触予防策）の指導を行っている．
・アドバイスを行った患者に関しては定期的にフォローアップを継続している．

日　程	患者数	日　程	患者数	日　程	患者数
2020年４月３日	36名	2020年８月14日	33名	2020年12月８日	53名
2020年４月７日	41名	2020年８月18日	36名	2020年12月11日	46名
2020年４月10日	48名	2020年８月21日	38名	2020年12月15日	51名
2020年４月14日	46名	2020年８月25日	46名	2020年12月18日	50名
2020年４月17日	48名	2020年８月28日	43名	2020年12月22日	56名
2020年４月21日	40名	2020年９月１日	46名	2020年12月25日	54名
2020年４月24日	41名	2020年９月４日	47名	2021年１月５日	65名
2020年４月28日	36名	2020年９月８日	39名	2021年１月８日	42名
2020年５月１日	41名	2020年９月11日	34名	2021年１月12日	41名
2020年５月８日	57名	2020年９月15日	38名	2021年１月15日	32名
2020年５月12日	61名	2020年９月18日	36名	2021年１月19日	41名
2020年５月15日	54名	2020年９月25日	41名	2021年１月22日	44名
2020年５月19日	43名	2020年９月29日	39名	2021年１月26日	48名
2020年５月22日	42名	2020年10月２日	45名	2021年１月29日	41名
2020年５月26日	49名	2020年10月６日	50名	2021年２月２日	52名
2020年５月29日	50名	2020年10月９日	45名	2021年２月５日	39名
2020年６月２日	41名	2020年10月13日	40名	2021年２月９日	38名
2020年６月５日	49名	2020年10月16日	48名	2021年２月12日	36名
2020年６月９日	54名	2020年10月20日	40名	2021年２月16日	46名
2020年６月12日	46名	2020年10月23日	43名	2021年２月19日	35名
2020年６月16日	49名	2020年10月27日	55名	2021年２月26日	47名
2020年６月19日	40名	2020年10月30日	48名	2021年３月２日	37名
2020年６月23日	50名	2020年11月６日	57名	2021年３月５日	34名
2020年６月26日	54名	2020年11月10日	52名	2021年３月９日	35名
2020年６月30日	64名	2020年11月13日	60名	2021年３月12日	31名
2020年７月３日	64名	2020年11月17日	55名	2021年３月16日	36名
2020年７月７日	65名	2020年11月20日	47名	2021年３月19日	36名
2020年７月10日	53名	2020年11月24日	49名	2021年３月23日	38名
2020年７月14日	58名	2020年11月27日	49名	2021年３月26日	38名
2020年７月17日	46名	2020年12月１日	54名	2021年３月30日	36名
2020年８月11日	64名	2020年12月４日	49名		

NST ラウンド実績

日　程	対　象　病　棟	対象患者数	ラウンドメンバー	内　容
2020年4月1日	3A　3C　3D　5A　5B 6A　6C　6D　7C　7D	30名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	SGA，ODAによるスクリーニングや病棟からの依頼を元に対象患者を選定している． 提案及び活動内容 ・栄養状態の評価． ・必要エネルギーとバランスの設定． ・3大栄養素，水分，ビタミン，ミネラルや微量元素の投与量の提案 ・経腸・静脈栄養剤の種類，投与量・投与スピード・経路の提案． ・食型の提案． ・栄養強化食品の提案． ・半固形化の提案． ・栄養指標検査のオーダ． ・嚥下評価の提案．
2020年4月8日	3A　3C　3D　5A　5B 6A　6C　6D　7C　7D	31名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年4月15日	3A　3C　3D　5A　5B 6A	19名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年4月17日	3A　3C　3D　6C　6D 7C　7D	11名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年4月22日	3A　3C　3D　5A　5B 6A　6C　6D　7D	31名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年5月1日	3A　3C　3D　5A　5B 6C　6D　7D	30名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年5月8日	3A　3C　3D　5A　5B 6D　7C　7D	30名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士	
2020年5月13日	3A　3C　3D　5A　7C 7D	17名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年5月15日	3B　6C　6D　7C　7D	16名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年5月20日	3A　3C　3D　5A　6C 6D　7C　7D	30名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年5月27日	3A　3C　3D　5A　6A 7C　7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年5月29日	3C　6C　6D　7C　7D	14名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年6月3日	3A　3B　3C　3D　6C 6D　7C　7D	19名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年6月5日	3C　5B　6C　6D　7C 7D	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年6月10日	3A　3C　3D　5A　6C 7C　7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年6月12日	3A　6A　6C　6D　7C 7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年6月17日	3A　3C　3D　5A　6C 7C	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年6月19日	3A　3B　3D　5E　6A 6D　7C　7D	17名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年6月24日	3A　3C　3D　5A　6A 6C　7C　7D	21名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年6月26日	6C　6D　7C　7D	10名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年7月1日	3A　3C　3D　5A　6A 6C　7C　7D	30名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年7月8日	3A　3C　3D　5A　6A 6D　7D	22名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年7月10日	5A　6A　6C　6D　7C 7D	9名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年7月15日	3A　3C　3D　5A　6A 6C　6D　7D	24名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年7月17日	5A　6C　6D　7C　7D	7名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年7月22日	3A　3C　3D　5A　6A 6C　6D　7C　7D	19名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年7月29日	3A　3C　3D　4B　5A 6C　6D　7D	17名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	

日　程	対　象　病　棟	対象患者数	ラウンドメンバー	内　容
2020年7月31日	3C　6D　7D	3名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	SGA，ODAによるスクリーニングや病棟からの依頼を元に対象患者を選定している． 提案及び活動内容 ・栄養状態の評価． ・必要エネルギーとバランスの設定． ・3大栄養素，水分，ビタミン，ミネラルや微量元素の投与量の提案 ・経腸・静脈栄養剤の種類，投与量・投与スピード・経路の提案． ・食型の提案． ・栄養強化食品の提案． ・半固形化の提案． ・栄養指標検査のオーダ． ・嚥下評価の提案．
2020年8月5日	3A　3C　3D　4B　5A 6C　6D　7D	20名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年8月7日	3D　5A　6A　7D	5名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年8月12日	3A　3C　3D　5A　6A 6D　7D	20名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年8月14日	3B　6C	2名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年8月19日	3A　3B　3C　3D　5A 6A　6D	16名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年8月21日	6C　6D　7C　7D	9名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年8月26日	3A　3C　3D　5A　6A 6D　7D	16名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年8月28日	3B　4B　6A　6D　7C 7D	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年9月2日	3A　3C　3D　4B　5A 6A　7D	21名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年9月4日	3A　3B　6D　7C　7D	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年9月9日	3A　3B　3C　3D　5A 6A　6D　7C　7D	17名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年9月11日	5A　6A　6D　7C　7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年9月16日	3A　3C　3D　5A　5B 6A　6D　7C	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年9月18日	3A　3D　6C　6D　7C 7D	14名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年9月23日	3A　3C　3D　4B　5A 5B　6A　7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年9月25日	3C　5A　6C　6D　7C 7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年9月30日	3A　3B　3C　3D　4B 5A　5B　6A　7D	22名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年10月2日	6C　6D　7C　7D	10名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年10月7日	3A　3C　3D　5A　5B 6A　6D　7C　7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年10月9日	3C　5A　5B　6C　6D 7C　7D	14名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年10月14日	3A　3C　3D　5A　5B 6A　6D　7C　7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年10月16日	3D　6C　6D　7C　7D	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年10月21日	3A　3B　3C　3D　5A 5B　6A　6D　7C　7D	24名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年10月23日	5A　6C　6D　7C　7D	10名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年10月28日	3A　3C　3D　5A　5B 6A　7D	19名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年10月30日	3C　6C　6D　7C　7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2020年11月4日	3A　3B　3C　3D　5A 5B　6A　7D	22名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	

日 程	対 象 病 棟	対象患者数	ラウンドメンバー	内 容
2020年11月6日	6A 6C 6D 7C 7D	12名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	SGA，ODAによるスクリーニングや病棟からの依頼を元に対象患者を選定している． 提案及び活動内容 ・栄養状態の評価. ・必要エネルギーとバランスの設定. ・3大栄養素，水分，ビタミン，ミネラルや微量元素の投与量の提案 ・経腸・静脈栄養剤の種類，投与量・投与スピード・経路の提案. ・食型の提案. ・栄養強化食品の提案. ・半固形化の提案. ・栄養指標検査のオーダ. ・嚥下評価の提案.
2020年11月11日	3A 3C 3D 5A 6A 6C 7C	20名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年11月13日	3D 6C 6D 7C 7D	10名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年11月18日	3A 3C 3D 5A 6A 7D	18名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年11月20日	6C 6D 7C 7D	14名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年11月25日	3A 3C 3D 5A 6A 6C 6D 7D	20名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年11月27日	6C 6D 7C 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年12月2日	3A 3C 5A 5B 6A 6D 7D	19名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年12月4日	5E 6C 6D 7C 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年12月9日	3A 3C 3D 5A 5B 6A 6C	20名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年12月11日	3A 3D 6A 6C 6D 7C 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年12月16日	3A 3C 3D 5A 6A 6C	18名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年12月18日	5A 6A 6C 6D 7D	12名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年12月23日	3A 3C 3D 5A 6A 6C 7C	19名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2020年12月25日	5B 6C 6D 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年1月6日	3A 3C 3D 4B 5A 5B 7D	21名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年1月8日	6C 6D 7C 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年1月13日	3A 3D 4B 5A 5B 6D 7D	19名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年1月15日	6C 6D 7C 7D	12名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年1月20日	3A 3C 3D 4B 5A 5B 6C 7D	20名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年1月22日	6C 6D 7C 7D	13名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年1月27日	3A 3D 4B 5A 5B 7C 7D	20名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年1月29日	6C 6D 7C 7D	12名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年2月1日	3A 3D 4B 5A 5B 7C 7D	19名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年2月3日	3A 6C 6D 7C 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年2月12日	3A 3D 4B 5A 5B 6C 6D 7C 7D	30名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年2月17日	3A 3D 4B 5B 6C 6D 7C 7D	30名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2021年2月24日	3A 3C 3D 5A 6D 7C 7D	17名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	

日　程	対　象　病　棟	対象患者数	ラウンドメンバー	内　容
2021年2月26日	3C　5A　6C　6D　7C 7D	14名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	SGA，ODAによるスクリーニングや病棟からの依頼を元に対象患者を選定している． 提案及び活動内容 ・栄養状態の評価． ・必要エネルギーとバランスの設定． ・3大栄養素，水分，ビタミン，ミネラルや微量元素の投与量の提案 ・経腸・静脈栄養剤の種類，投与量・投与スピード・経路の提案． ・食型の提案． ・栄養強化食品の提案． ・半固形化の提案． ・栄養指標検査のオーダ． ・嚥下評価の提案．
2021年3月3日	3A　3C　3D　5A　6A 6C	22名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年3月5日	5A　6D　7C　7D	14名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年3月10日	3A　3C　3D　4A　4B 5A　6A　7D	21名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年3月12日	5A　6C　6D　7D	11名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年3月17日	3A　3C　3D　4A　4B 5A　6A　7D	21名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年3月19日	3A　6C　6D　7D	9名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年3月24日	3B　3C　3D　4A　5A 6A　7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年3月26日	3B　3D　6A　6C　6D 7C　7D	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年3月31日	3A　3B　3C　3D　4A 4B　5A　6A　6C　7D	23名	医師　薬剤師　栄養士　看護師	

緩和ケアラウンド実績

日　時	病　棟	患者数	担　当　者	内　容
2020年4月1日	3A　3C　4A　4B 6D　7C	8名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて，週1～5回，医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして，緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている． ・緩和ケアチームの介入にあたり，ラウンド開始前に主治医や担当医，担当看護師を交えたカンファレンスを行い，患者の状態等の把握につとめる． ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には，担当看護師を交えて情報共有を行った後，ベッドサイドに行き，直接患者や患者家族の希望を確認している． ・疼痛コントロールの依頼では，薬剤の種類（NSAIDs，オピオイド，鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に，神経ブロックの適応などについても提案を行っている． ・精神症状ケアでは，不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を，不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている． ・食事状況を確認し，栄養相談にのり，本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている． ・患者の希望に寄り添いながら，退院調整や社会資源の情報提供を行っている．
2020年4月3日	6D	1名	医師　薬剤師　臨床心理士	
2020年4月6日	4A	1名	臨床心理士	
2020年4月7日	4B	1名	医師　精神神経科医師　薬剤師 臨床心理士	
2020年4月8日	4A　4B　6D　7D	6名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年4月13日	4B　6D	4名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年4月14日	3C　4B	2名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年4月15日	3C　4A　4B　6D	7名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年4月16日	3C　4B　6D	4名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年4月17日	4B	1名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年4月20日	4B　6D	3名	医師　薬剤師　臨床心理士	
2020年4月21日	4B	1名	臨床心理士	
2020年4月22日	3C　4A　4B　6D	7名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年4月24日	4B　6A　6D	5名	医師　薬剤師　臨床心理士	
2020年4月27日	4B　6A	3名	医師　薬剤師　臨床心理士	
2020年4月28日	3C	1名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年4月30日	6C	1名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW	
2020年5月1日	3C　6A　6C	3名	医師　精神神経科　医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年5月6日	6C	1名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年5月8日	6D	1名	医師　臨床心理士	
2020年5月12日	6A　6C　6D	3名	医師　臨床心理士	
2020年5月13日	3C　4A　4B　6C 7C	6名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年5月14日	3C　6D	2名	医師　臨床心理士	
2020年5月15日	6D	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年5月20日	3C　4A　4B　6C 6D　7C	7名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年5月21日	3C　4B　6C　6D 7C	5名	医師　看護師　薬剤師　臨床心理士	
2020年5月22日	6C　7C	2名	医師　看護師	
2020年5月27日	3C　4A　6C　7C	4名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年5月28日	3C　6C　7C	3名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年5月29日	6C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年6月1日	6C　6D　7C	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年6月2日	6C　7C		医師　臨床心理士	
2020年6月3日	4A　6C　7C	5名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年6月4日	6A　6C　7C	5名	医師　看護師　薬剤師　臨床心理士	

日　時	病　棟	患者数	担　当　者	内　容
2020年6月5日	7C	1名	医師　看護師　臨床心理士	・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて，週1～5回，医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして，緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている． ・緩和ケアチームの介入にあたり，ラウンド開始前に主治医や担当医，担当看護師を交えたカンファレンスを行い，患者の状態等の把握につとめる． ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には，担当看護師を交えて情報共有を行った後，ベッドサイドに行き，直接患者や患者家族の希望を確認している． ・疼痛コントロールの依頼では，薬剤の種類（ＮＳＡＩＤｓ，オピオイド，鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に，神経ブロックの適応などについても提案を行っている． ・精神症状ケアでは，不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を，不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている． ・食事状況を確認し，栄養相談にのり，本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている． ・患者の希望に寄り添いながら，退院調整や社会資源の情報提供を行っている．
2020年6月8日	6A　7C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年6月9日	7C	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年6月10日	4A　6A　6C　7C	7名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年6月11日	7C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年6月12日	3D　7C	2名	医師　看護師　薬剤師　臨床心理士	
2020年6月15日	4B　7C	4名	医師　看護師　薬剤師　臨床心理士	
2020年6月16日	6A　7C	9名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年6月17日	3C　4A　4B　6A 6C　7C　7D	11名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年6月18日	3C　4B　6C　7C	6名	医師　看護師　薬剤師　臨床心理士	
2020年6月22日	4B　6A　6D　7C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年6月23日	3D　6C　6D　7C	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年6月24日	3D　4A　4B　6A 6C　6D　7C	10名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年6月25日	3D　4B　6C　6D	10名	医師　看護師　薬剤師　臨床心理士	
2020年6月26日	3D　4A　6C　6D	9名	医師　臨床心理士	
2020年6月29日	3D　6C　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年7月1日	6D　7C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年7月2日	3C　3D　4A　4B 6A　6C　6D　7C	9名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年7月3日	3C　6C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年7月6日	6A　6C　7D	3名	医師　臨床心理士	
2020年7月7日	3C	1名	医師　臨床心理士	
2020年7月8日	3C　4A　4B　6C 6D　7C	11名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年7月9日	3C　4B　6C　6D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年7月10日	3C　4B　6C　6D 7D	6名	医師　看護師	
2020年7月13日	3C　4B　6C　6D	7名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年7月14日	3C　6D	3名	医師　臨床心理士	
2020年7月15日	3C　4A　4B　6C 6D　7C	9名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年7月16日	3C　4B　6C　6D	7名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年7月17日	3C　4B　6C　6D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年7月20日	6C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年7月21日	4B	1名	医師　臨床心理士	
2020年7月22日	4B　3C　6C	4名	医師　臨床心理士	
2020年7月27日	3C　6C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年7月29日	3C　4A　4B　6C 6D	9名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年7月30日	3C　6C　6D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年7月31日	3C　6C	7名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年8月3日	6C　6D	2名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年8月4日	6C	1名	医師　臨床心理士	
2020年8月5日	3C　4A　4B　6C 6D	7名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年8月6日	3D　6D　6C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年8月7日	3C　4B　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年8月11日	7C	1名	医師　看護師　臨床心理士	

日　時	病　棟	患者数	担当者	内　容
2020年8月12日	4A　6C　6D	3名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて，週1～5回，医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして，緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている． ・緩和ケアチームの介入にあたり，ラウンド開始前に主治医や担当医，担当看護師を交えたカンファレンスを行い，患者の状態等の把握につとめる． ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には，担当看護師を交えて情報共有を行った後，ベッドサイドに行き，直接患者や患者家族の希望を確認している． ・疼痛コントロールの依頼では，薬剤の種類（ＮＳＡＩＤｓ，オピオイド，鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に，神経ブロックの適応などについても提案を行っている． ・精神症状ケアでは，不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を，不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている． ・食事状況を確認し，栄養相談にのり，本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている． ・患者の希望に寄り添いながら，退院調整や社会資源の情報提供を行っている．
2020年8月13日	3C　6D	1名	医師　看護師	
2020年8月14日	3C	1名	医師　看護師	
2020年8月15日	3C	1名	医師	
2020年8月17日	3C	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年8月18日	3C	2名	医師　臨床心理士	
2020年8月19日	3C　4A　4B　6C	6名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年8月20日	3C	2名	医師　看護師	
2020年8月21日	3C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年8月24日	3C	2名	医師　臨床心理士	
2020年8月25日	3C	1名	医師　臨床心理士	
2020年8月26日	3C　4A　6C　6D	7名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年8月27日	3C　6D　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年8月28日	3C　6C　7C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年8月31日	3C	1名	医師　臨床心理士	
2020年9月2日	3D　4A　6A　6C　6D　7C	7名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年9月3日	6A　6C　7C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年9月4日	3C　6C　7C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年9月7日	3C　6A　6C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年9月8日	6C	1名	医師　臨床心理士	
2020年9月9日	3C　3D　4A　6C　6D	7名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年9月10日	3C　3D　6C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年9月11日	3C　6C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年9月14日	3C　6C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年9月15日	6D　6C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年9月16日	3C　3D　4A　6C 6D	6名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年9月17日	6C	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年9月18日	3C　6C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年9月23日	3C　3D　6C	5名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年9月24日	3C　6C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年9月25日	6D　7C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年9月28日	3C　3D　6A　7C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年9月29日	4A	1名	医師　臨床心理士	
2020年9月30日	3D　3C　6A　6C 6D　7C	7名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年10月2日	3C　6A　6C　7C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年10月5日	3C　6A　6C　7C	4名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年10月6日	4A	1名	医師　臨床心理士	
2020年10月7日	3C　3D　6A　6C 7C	5名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年10月8日	7D	1名	医師　看護師　臨床心理士　薬剤士	
2020年10月9日	3C　6A　7C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年10月12日	3C　6A　6B　7C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年10月13日	4A　6C	2名	医師　臨床心理士	

日　時	病　棟	患者数	担 当 者	内　容
2020年10月14日	3C　6A　6B　6C	6名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて，週1～5回，医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして，緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている． ・緩和ケアチームの介入にあたり，ラウンド開始前に主治医や担当医，担当看護師を交えたカンファレンスを行い，患者の状態等の把握につとめる． ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には，担当看護師を交えて情報共有を行った後，ベッドサイドに行き，直接患者や患者家族の希望を確認している． ・疼痛コントロールの依頼では，薬剤の種類（ＮＳＡＩＤｓ，オピオイド，鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に，神経ブロックの適応などについても提案を行っている． ・精神症状ケアでは，不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を，不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている． ・食事状況を確認し，栄養相談にのり，本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている． ・患者の希望に寄り添いながら，退院調整や社会資源の情報提供を行っている．
2020年10月15日	3C　6A	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年10月16日	3C　6A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年10月19日	7D	1名	医師　臨床心理士	
2020年10月20日	3C　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年10月21日	3C　3D　6C	5名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年10月22日	3C　6A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年10月23日	3D　3C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年10月26日	3C　4B　6A	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年10月27日	3C　4A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年10月28日	3C　3D　4B　6A 6C　6D	11名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年10月29日	4B　6A　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年10月30日	3C　6C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月2日	3A　6C　6A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月3日	3A　3C　3D　6A 6C　6D	11名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年11月4日	3C　3A　6A　6C 6D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月5日	3C　3A　6A　6C	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月6日	3C　3A　6A　6C 6D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月9日	3A　3C　6A　6C 6D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月10日	3A　3D　6A　6C 6D	9名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年11月11日	4A　6D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月12日	3A　6D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月13日	3A　5B　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月16日	3A　5B　6A　6C 6D	7名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月17日	4A　6A	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月18日	3D　6A　6C　6D	8名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年11月19日	3A　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月20日	3A　6A　6C　6D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月24日	4A	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月25日	3A　6C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月26日	3A　6C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月27日	3C　3A　6C　6D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年11月30日	3C　3A　6C　6D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月1日	6C　6D　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月2日	3A　3C　6C　6D 7D	13名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年12月3日	3A　3C　6C　6D 7D	10名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月4日	3C	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月7日	3C	1名	医師　看護師　薬剤士　臨床心理士	
2020年12月8日	3C　4A　6C　7D	5名	医師　看護師　薬剤士　臨床心理士	
2020年12月9日	3C　4B　6C　6D 7C	10名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	

日　時	病　棟	患者数	担当者	内　容
2020年12月10日	3C　4B　6C　7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて，週1～5回，医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして，緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている． ・緩和ケアチームの介入にあたり，ラウンド開始前に主治医や担当医，担当看護師を交えたカンファレンスを行い，患者の状態等の把握につとめる． ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には，担当看護師を交えて情報共有を行った後，ベッドサイドに行き，直接患者や患者家族の希望を確認している． ・疼痛コントロールの依頼では，薬剤の種類（ＮＳＡＩＤｓ，オピオイド，鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に，神経ブロックの適応などについても提案を行っている． ・精神症状ケアでは，不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を，不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている． ・食事状況を確認し，栄養相談にのり，本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている． ・患者の希望に寄り添いながら，退院調整や社会資源の情報提供を行っている．
2020年12月11日	3C　4B　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月14日	3C　4B　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月15日	4A	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月16日	3C　4B　6C	5名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年12月17日	3C　4B　6C　6A	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月18日	3C　4B　6C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月21日	3C　4B　6C　6A	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月22日	4B　3C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月23日	3C　6A　6D　7C 7D	8名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2020年12月24日	3C　6D　6A　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月25日	3C　6A　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2020年12月28日	3C　6A　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月4日	6A	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月5日	4A　3C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月6日	4B　6C　6D　6A	5名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2021年1月7日	3A　4A　6A　6C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月8日	3C　4B　6A　6C 6D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月12日	4A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月13日	3A　3C　4B　6D	5名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2021年1月14日	3A　3C　4B　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月15日	3A　3C　4B　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月18日	4B　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月19日	3C　4B	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月20日	3A　3C　4B　6D 7D	6名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2021年1月21日	3A　3C　4B　6C 6D　7D	8名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月22日	3C　6C　6D　5B	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月25日	3C　3A　6C　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月26日	3C　4A		医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月27日	3C　4B　6C　6D 7D	8名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2021年1月28日	3A　3C　4B　6C 6D　7D	7名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年1月29日	3C　4B　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月1日	3C　4B　6D　7D	8名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月2日	3C　6C　4A	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月3日	3C　4B　6C　6D 7D	8名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2021年2月4日	3C　6C　6D　7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月5日	6D　6C　4B	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月6日	6C	1名	医師	
2021年2月8日	4B　6C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月9日	4A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月10日	4B　6C	4名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	

日　時	病　棟	患者数	担当者	内　容
2021年2月12日	3A　4B　6C　7C	4名	医師　看護師　臨床心理士	・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて，週1～5回，医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして，緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている． ・緩和ケアチームの介入にあたり，ラウンド開始前に主治医や担当医，担当看護師を交えたカンファレンスを行い，患者の状態等の把握につとめる． ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には，担当看護師を交えて情報共有を行った後，ベッドサイドに行き，直接患者や患者家族の希望を確認している． ・疼痛コントロールの依頼では，薬剤の種類（ＮＳＡＩＤｓ，オピオイド，鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に，神経ブロックの適応などについても提案を行っている． ・精神症状ケアでは，不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を，不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている． ・食事状況を確認し，栄養相談にのり，本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている． ・患者の希望に寄り添いながら，退院調整や社会資源の情報提供を行っている．
2021年2月15日	3A　4B　7C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月16日	4A	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月17日	3A　4B　5B　6D 7C	5名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2021年2月18日	3A　6C　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月19日	3A　4B　6C　7C	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月22日	6C　6D　5A	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月24日	3A　4B　6C　7C	6名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2021年2月25日	6C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年2月26日	3A　6C　6D　5A	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月1日	4B　6C　6D　5A	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月2日	4A　4B　6D	7名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月3日	3C　5A　6A　6C 6D　7C　7D	9名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2021年3月4日	3C　6C　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月5日	6D　6A　4B	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月8日	3C　4B　6A　6C 6D	7名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月9日	4A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月10日	3C　4B　5A　6A 6D　7C　7D	9名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2021年3月11日	5A　6A　6C　6D 7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月12日	3C　4B　6A　6C 6D　7C　7D	9名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月15日	3C　4B　5A　6D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月16日	4A　4B	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月17日	3C　4B　5A　6A 6D　7C	7名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2021年3月18日	4B　6C　6D　7C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月19日	4B　7C　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月22日	3C　4B　6A　6C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月23日	4A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月24日	3C　6A　6C　7C	6名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2021年3月25日	3C　6C　3A　7C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月26日	3C　3A　4B　6A 6D　7C	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月29日	3A　4B　5B　6A 6C　6D　7C	8名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年3月31日	3A　4B　6A　6C 6D　7C	7名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	

褥瘡ラウンド実績

日　程	病　棟	患者数	担当者	内　容
2020年4月10日 14:30～15:00	6A	3名	皮膚科医師 奥沢 康太郎 高溝 真成 古谷 佳美 看護師 白岩 喜美代 長野 萌 薬剤師 小野 勝 管理栄養士 花川 卓子	褥瘡の評価，治癒判定1名，栄養管理の提案3名 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価⑤自宅退院予定患者の療養環境・介護状況等確認について
2020年4月24日 14:30～15:10	6C　7C	2名		褥瘡の評価，栄養管理の提案1名，ポケット計測，ポジショニング検討 滲出液が多い褥瘡の薬剤変更 リンクナース・担当看護師へ指導①脆弱な皮膚の損傷予防・看護計画追加② SGA 評価③ DESIGN-R 評価
2020年5月8日 14:30～15:15	3A　5E	3名		褥瘡の評価，治癒判定2名，栄養管理の提案1名 リンクナースへ指導① DESIGN-R 評価②退院支援・自宅での再発予防③ SGA 評価
2020年5月22日 14:30～15:20	3D　6C　7C	3名		褥瘡の評価，治癒判定1名，栄養管理の提案2名 リンクナースへ指導① SGA 評価②褥瘡サイズ計測③ DESIGN-R 評価④看護指示入力
2020年6月12日 14:30～15:10	3A　6A	3名		褥瘡の評価，治癒判定1名・褥瘡除外1名，栄養管理の提案2名 リンクナースへ指導① SGA 評価②看護指示入力③ DESIGN-R 評価
2020年6月26日 14:30～15:15	7C　7D	2名		褥瘡の評価，治癒判定1名，栄養管理の提案1名 リンクナースへ指導① d1 褥瘡のスキンケア② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価
2020年7月10日 14:30～15:10	5A　6B	2名		褥瘡の評価，褥瘡除外1名，栄養管理の提案2名 リンクナースへ指導①付加食摂取状況の記録② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価
2020年7月17日 14:30～15:30	6C　6D　7C　7D	6名		褥瘡の評価，治癒判定1名，栄養管理の提案4名，褥瘡ハイリスク患者の対策相談対応1名 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価
2020年8月28日 14:30～15:00	7D	3名		褥瘡の評価，治癒判定1名・褥瘡診断1名，栄養管理の提案2名 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価
2020年9月11日 15:00～15:20	3A	2名		褥瘡の評価，褥瘡診断1名，栄養管理の提案1名 周囲皮膚浸軟・壊死組織のある褥瘡の薬剤変更 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価
2020年9月25日 14:30～16:00	3D　6C　6D　7D	4名		褥瘡の評価，栄養管理の提案3名 多発褥瘡の DESIGN-R 評価見直し実施 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価
2020年10月9日 14:30～14:45	6A	1名		褥瘡の評価，栄養管理の提案1名（嗜好調査・在宅でも継続できる内容の検討） リンクナース・病棟看護師へ指導① SGA 評価②おむつの選択と装着
2020年10月23日 14:30～14:50	3C	2名		褥瘡の評価，栄養管理の提案2名 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価⑤保湿ケア強化⑥創傷処置・重度褥瘡処置コストチェックについて
2020年11月13日 14:30～15:00	5E	3名		褥瘡の評価，栄養管理の提案3名，乾燥している褥瘡の薬剤変更 リンクナースへ指導① DESIGN-R 評価② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価⑤おむつの種類選択⑥創傷処置コストチェックについて
2020年11月27日 14:30～15:10	3D　7D	3名		褥瘡の評価，栄養管理の提案3名 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価⑤在宅療養に向けた情報収集⑥褥瘡新規発生時の対応
2020年12月25日 14:30～15:30	3D　7D	4名		褥瘡の評価，栄養管理の提案3名 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価⑤保湿ケア強化

日　程	病　棟	患者数	担当者	内　容
2021年1月8日 14:30～15:20	3A　5A	3名	皮膚科医師 奥沢 康太郎 高溝 真成 古谷 佳美 看護師 白岩 喜美代 長野 萌 薬剤師 小野 勝 管理栄養士 花川 卓子	褥瘡の評価，栄養管理の提案3名，壊死組織デブリードマン実施 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価⑤保湿ケア強化⑥留置カテーテル固定方法⑦スキン－テア発生時の処置方法
2021年1月22日 14:30～15:45	3C　3D　6D	3名		褥瘡の評価，栄養管理の提案3名 滲出液が多い症例と一部深い潰瘍の症例の薬剤変更 リンクナース・病棟看護師へ指導①看護計画修正②SGA 評価③看護指示入力④弾性ストッキング装着中ケア⑤褥瘡新規発生時の適切な報告や計画立案⑥ DESIGN-R 評価⑦滲出液 E6 レベル褥瘡の保護方法
2021年2月12日 14:30～15:40	3A　5E	6名		褥瘡の評価，褥瘡除外1名，栄養管理の提案4名 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価
2021年2月26日 14:30～16:40	3C　3D　6C　6D 7D	9名		褥瘡の評価，栄養管理の提案7名，褥瘡処置開始指示2名 処置に伴う苦痛が強い症例の処置変更；創傷被覆材使用へ変更ポケットサイズ計測 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価⑤褥瘡処置指示が出ない場合の対応や相談方法⑥褥瘡サイズに合わせた被覆材のサイズ選択，滲出液が多い場合の処置方法
2021年3月12日 14:30～15:35	3A　4B　5A　5E 6A	5名		褥瘡の評価，褥瘡除外1名，栄養管理の提案2名 壊死組織が出現した症例の薬剤変更；ゲーベンクリームへ リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価⑤ポジショニング⑥皮膚損傷予防ケア⑦褥瘡保有者のコスト入力⑧滲出液の多い褥瘡の被覆方法
2021年3月26日 14:30～15:40	3D　6D　7D	5名		褥瘡の評価，栄養管理の提案4名 滲出液が多い症例の薬剤変更；ネグミンシュガーへ リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価⑤転倒リスクの高い褥瘡保有者のマット選択とエアマットの設定⑥重度褥瘡保有者のコスト入力

呼吸ケアサポートチーム ラウンド実績

日 程	病 棟	患者数	担 当 者	内 容
2020年4月2日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	呼吸ケアサポートチームは，医師・看護師・理学療法士・管理栄養士・臨床工学技士で構成されたチームであり，人工呼吸器からの早期離脱および呼吸ケアの向上を目指し，週2回定期的にラウンドを実施し呼吸管理や安全管理のサポートを行っている． 具体的なサポート内容 1. 人工呼吸器の安全管理 人工呼吸器の設定を再確認し，血行動態の把握・意識レベル・鎮静レベルなどから病態の把握と人工呼吸器の安全管理を図る． 2. 合併症予防 適切な口腔ケアの実施と痰の性状確認を行い，看護計画に反映する． 3. 呼吸リハビリテーションの積極的な早期介入 介入中の評価とリハビリプログラムの確認を行い，積極的な呼吸リハビリテーションを行っていく．
2020年4月9日	3A	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2020年4月14日	3B	1名	医師 管理栄養士 理学療法士 臨床工学技士	
2020年5月12日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2020年5月14日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2020年5月21日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2020年6月2日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2020年6月16日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2020年6月23日	3B	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年6月30日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年7月7日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年8月18日	6D	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2020年8月25日	6D 7C	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年8月27日	3D	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年9月1日	7D	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2020年9月3日	3D	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年9月8日	3A 7D	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年9月15日	7D	2名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2020年9月29日	7D	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年10月6日	7D	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年10月6日	6D	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2020年10月13日	5B 6A	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年10月20日	6A	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年10月27日	3D 7D	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年11月5日	7D	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年11月12日	7D	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2020年11月17日	7D	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	

日　程	病　棟	患者数	担 当 者	内　容
2020年12月１日	3B　7D	３名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	呼吸ケアサポートチームは，医師・看護師・理学療法士・管理栄養士・臨床工学技士で構成されたチームであり，人工呼吸器からの早期離脱および呼吸ケアの向上を目指し，週２回定期的にラウンドを実施し呼吸管理や安全管理のサポートを行っている． 具体的なサポート内容 1. 人工呼吸器の安全管理 人工呼吸器の設定を再確認し，血行動態の把握・意識レベル・鎮静レベルなどから病態の把握と人工呼吸器の安全管理を図る． 2. 合併症予防 適切な口腔ケアの実施と痰の性状確認を行い，看護計画に反映する． 3. 呼吸リハビリテーションの積極的な早期介入 介入中の評価とリハビリプログラムの確認を行い，積極的な呼吸リハビリテーションを行っていく．
2020年12月３日	3D	１名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2020年12月10日	3D	１名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2020年12月15日	3B	２名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2020年12月22日	3B	１名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2021年１月12日	3B	１名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年１月19日	5B	１名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年１月21日	3B	１名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2021年１月26日	3B　5B	２名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年１月28日	7C	１名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2021年２月２日	5B	２名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2021年２月４日	7C	１名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2021年２月９日	6D	１名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2021年２月18日	3B　7C	２名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年２月25日	7C　7D	２名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年３月４日	3B　7D	２名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年３月９日	7C	１名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2021年３月16日	3B	１名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年３月18日	3A　3B	２名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2021年３月23日	3B　4A	２名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年３月25日	3B	１名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年３月30日	4A　6D	２名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	

研　究　業　績　目　録
（2021）

1）原　　著

＊院外の著者・演者

論　　題	著　者　名	誌名　巻（号）：ページ，年
血液内科		
環境は変えられる．情熱をもってアクティブに．	宮原裕子	臨床血液 61(4):406-408，2020
Risk factors and appropriate therapeutic strategies for thrombotic microangiopathy after allogeneic HSCT.	Matsui M*，Arai Y*， Imoto H*，Mitsuyoshi T*， Naoki Tamura，Kondo T*， Kanda J*，Ishikawa T*， Imada K*，Ueda Y*， Toda Y*，Anzai N*， Yago K*，Nohgawa M*， Yonezawa A*， Tsunemine H*， Mitsuru Itoh， Yamamoto K*，Tsuji M*， Moriguchi T*， Takaori-Kondo A*， Kyoto Stem Cell Transplantation Group（KSCTG）	Blood Advances 4(13):3169-3179，2020
Impact of Donor Source on Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation for Mature T Cell and Natural Killer Cell Neoplasms in the Kyoto Stem Cell Transplantation Group.	Watanabe M*，Kanda J*， Arai Y*，Hishizawa M*， Nishikori M*， Ishikawa T*，Imada K*， Ueda Y*，Akasaka T*， Yonezawa A*， Nohgawa M*，Kitano T*， Mitsuru Itoh，Takeoka T*， Moriguchi T*，Yago K*， Arima N*，Anzai N*， Watanabe M*，Kondo T*， Takaori-Kondo A*， Kyoto Stem Cell Transplantation Group（KSCTG）	Biology of Blood and Marrow Transplantation 26(12):2346-2358，2020
内分泌内科		
原発性アルドステロン症診療の現状と課題―MRB への期待	小松弥郷	中西医報 141:2-3，2020
糖尿病代謝内科		
当院における糖尿病受診中断予防の取り組み ～再受診勧奨の効果検討～	近藤有里子*，細尾真奈美， 和田英美子*，安威徹也， 小暮彰典	京都市立病院紀要 40(2):24-28，2020
腎臓内科		
N-methylthiotetrazole 基を持つセフメタゾールの投与を契機に判明した短腸症候群患者のビタミン K 欠乏	山本耕治郎，細川真弥， 内村恭子，小野　勝， 長谷川優子，樋口由美， 望月貴子，植木　明	学会誌 JSPEN 2(3):202-205，2020
常染色体優性多発性嚢胞腎の診療の取り組み ～専門外来を開設して～	富田真弓，池田紘幸， 谷口智基，上松瀬良， 山本耕治郎，志水愛衣， 矢内佑子，鎌田　正， 家原典之	京都市立病院紀要 40(2)，20-23，2020
水中毒後の多尿による急激な血清ナトリウム上昇に対して血液透析を施行し血清ナトリウムを管理した 1 例	上松瀬良，池田紘幸， 谷口智基，山本耕治郎， 矢内佑子，鎌田　正， 家原典之	腎と透析 88(5):699-702，2020
穿刺針先端の超音波視認性に対する送信周波数・穿刺針の影響　基礎的検討	鎌田　正，富田真弓， 家原典之	日本透析医学会雑誌 53(3):125-131，2020

論　　題	著　者　名	誌名　巻（号）：ページ，年
呼吸器内科		
第24回アジア太平洋呼吸器学会（24th Congress of the Asian Pacific Society of Respirology：APSR 2019）に参加して	太田登博	京都市立病院紀要 40(1):46-47，2020
Behçet 病に伴う器質化肺炎の一例	髙田直秀，西川圭美， 太田登博，吉岡秀敏， 五十嵐修太，小林祐介， 後藤健一，中村敬哉， 江村正仁	京都市立病院紀要 40(2):33-37，2020
感染症科		
Imported and locally transmitted mild SARS-CoV-2 pneumonia cases in Japan.	Kentaro Tochitani, Nobuki Iwamoto, Hirofumi Motobayashi, Shungo Yamamoto, Tsunehiro Shimizu	Journal of infection and chemotherapy 26:854-7，2020
Longitudinal association between mental health and future antibiotic prescriptions in healthy adults：Results from the LOHAS.	Kentaro Tochitani, Shungo Yamamoto, Kamitani T*, Yamazaki H*, Fukuhara S*, Yamamoto Y*	PLoS One 15：e0240236，2020
Geriatric Nutritional Risk Index（GNRI）and Creatinine Index Equally Predict the Risk of Mortality in Hemodialysis Patients：J-DOPPS.	Yamada S*, Shungo Yamamoto, Fukuma S*，Nakano T*, Tsuruya K*，Inaba M*	Scientific reports 10:5756，2020
Clinical characteristics of peripheral venous catheter-associated gram-negative bloodstream infection among patients with malignancy.	Sasaki T*，Harada S*, Yamamoto Shungo, Ohkushi D*，Hayama B*, Takeda K*，Hoashi K*, Shiotani J*，Takehana K*, Doi Y*	PLoS One 15：e0228396，2020
Changes in Quality of Life in Older Hemodialysis Patients：A Cohort Study on Dialysis Outcomes and Practice Patterns.	Ishiwatari A*, Yamamoto Shungo, Fukuma S*，Hasegawa T*, Wakai S*，Nangaku M*	American journal of nephrology 51:650-658，2020
Diagnostic test accuracy of jolt accentuation for headache in acute meningitis in the emergency setting.	Iguchi M*，Noguchi Y*, Yamamoto Shungo, Tanaka Y*，Tsujimoto H*	The Cochrane database of systematic reviews. 6：CD012824，2020
Mycobacterium avium complex症治療中にクラリスロマイシン併用下でリファブチンによる薬剤性多発関節痛／関節炎症状を発症したHIV感染者の1例	篠原　浩，寺前晃介， 村田龍宣，清水恒広	結核 95:109-114，2020
【初心者さん大歓迎！「患者への対応」と「環境整備」のツボが分かる!ICTのための薬剤耐性菌対応ポイントブック31】患者への対応編　抗菌薬適正使用のポイント（5）	住吉翔元，岸田直樹	INFECTION CONTROL 29:689-694，2020
2 頭痛	山本舜悟	外来で診る感染症 感染症診療コツのコツ．（具芳明 編），日本医事新報社，東京 ：pp7-13，2020
第4章，第5章.	山本舜悟	系統看護学講座専門分野Ⅱアレルギー　膠原病　感染症：成人看護学［11］．第15版，（岩田健太郎ら著），医学書院，東京 ：pp270-287，303-306，316-318，333-340，2020
第2章 感染症治療薬の概要	山本舜悟	レジデントのための感染症診療マニュアル 第4版，（青木眞 編著），医学書院，東京 ：pp39-312，360-380，2020
消化管寄生条虫症	清水恒広	今日の治療指針　私はこう治療している（総編集　福井次矢，高木　誠，小室一成），医学書院，東京 ：pp253，2020

論　　題	著　者　名	誌名　巻（号）：ページ，年
京都府内における流行性耳下腺炎の実態調査	伊藤陽里 *，松田義和 *， 禹　満 *，清水恒広， 竹内宏一 *	小児感染免疫 32：170–178，2020
新型コロナウイルス感染症の最新知見と当院での診療状況	清水恒広	京都小児科医会会報　特集：新型コロナウイルス感染症 64：19–23，2020
小児科		
Hematopoietic stem cell transplantation for pediatric acute promyelocytic leukemia in Japan.	Yamamoto S*, Tomizawa D*，Kudo K*, Hasegawa D*，Taga T*, Yanada M*，Kondo T*, Nakazawa Y*，Eto T*, Inoue M*，Kato K*, Atsuta Y*, Hiroyuki Ishida	Pediatr Blood Cancer 67：e28181，2020
Leukemic cells expressing NCOR1-LYN are sensitive to dasatinib in vivo in a patient-derived xenograft mouse model.	Tomii T*，Imamura T*, Tanaka K*，Kato I*, Mayumi A*，Soma E*, Mio Yano，Sakamoto K*, Mikami T*，Morita M*, Kiyokawa N*，Horibe K*, Adachi S*，Nakahata T*, Takita J*，Hosoi H*	Leukemia 35：2092–2096，2021
Prednisolone poor response is not an indication for HSCT in pediatric B-cell precursor acute lymphoblastic leukemia in first remission: results from JACLS ALL-02 study.	Ishida H*，Mio Yano，Hasegawa D*，Hori T*, Hashii Y*，Kato K*, Deguchi T*，Saito A*, Sato A*，Hori H*, Horibe K*，Imamura T*	Int J Hematol. 113：893–902，2021
緩和ケア科		
がん疼痛の薬物治療〈非オピオイド鎮痛薬，鎮痛補助薬〉～患者説明や医師への提案に役立てる～	大西佳子	YoRi-SOU がんナーシング l10(5)：490–496，2020
外科		
膜解剖に注目した腹腔鏡下胃全摘における脾門郭清	奥村公一，佐藤誠二	消化器外科 43(7)：1387–1400，2020
呼吸器外科		
A case of intrapulmonary lymphangioma surrounded by pulmonary hilar structures.	Muranishi Y*，Tanaka N*, Kono T*，Ryo Miyahara	Respir Investig 20(6)：S2212–5345，2020
Extended pleurectomy decorication for Masaoka stage Ⅳa thymoma with massive pleural and pericardial dissemination.	Ryo Miyahara, Hasegawa S*, Kono T*，Muranishi Y*, Miyamato H*，Tanaka N*	Gen Thorac Cardiovasc Surg 68(12)：1569–1572，2020
皮膚科		
Subcutaneous nodule showing loss of BAP1 in large plaque-type blue nevus：Melanoma or not ?	Takashima A*，Wada M*, Asai J*，Hideya Takenaka, Katoh N*	J Dermatol 47：e437-e438，2020
小線源治療が有効であった外陰癌の 1 例	沢田広子 *，小森敏史 *, 浅井　純 *，竹中秀也, 加藤則人 *，増井浩二 *	Skin Cancer 34：243–247，2020
熱傷瘢痕に複数回有棘細胞癌と悪性黒色腫が生じた 1 例	沢田広子 *，小森敏史 *, 浅井　純 *，竹中秀也, 加藤則人 *	Skin Cancer 35：52–57，2020

論　　題	著　者　名	誌名　巻（号）：ページ，年
泌尿器科		
Feasibility of laparoscopic adrenalectomy for metastatic adrenal tumors in selected patients：a retrospective multicenter study of Japanese populations.	Goto T*, Inoue T*, Kobayashi T*, Yamasaki T*, Ishitoya S*, Takehiko Segawa, Ito N*, Shichiri Y*, Okumura K*, Okuno H*, Kawakita M*, Kanaoka T*, Terada N*, Mukai S*, Sugi M*, Kinoshita H*, Kamoto T*, Matsuda T*, Ogawa O*	Int J Clin Oncol 25(1):126-134, 2020
Trifecta' outcomes of robot-assisted partial nephrectomy：a large Japanese multicenter study.	Furukawa J*, Kanayama H*, Azuma H*, Inoue K*, Kobayashi Y*, Kashiwagi A*, Takehiko Segawa, Takahashi Y*, Horie S*, Ogawa O*, Takenaka A*, Shiroki R*, Tanabe K*, Fujisawa M*	Int J Clin Oncol 25(2):347-353, 2020
Trp53 mutation in Krt5-expressing basal cells facilitates the development of basal squamous-like invasive bladder cancer in the chemical carcinogenesis of mouse bladder.	Norihiko Masuda, Murakami K*, Kita Y*, Hamada A*, Kamada M*, Teramoto Y*, Sakatani T*, Matsumoto K*, Sano T*, Saito R*, Okuno Y*, Ogawa O*, Kobayashi T*	Am J Pathol 190(8):1752-1762, 2020
Cognitive behavioral therapy for overactive bladder in women：study protocol for a randomized controlled trial.	Funada S*, Watanabe N*, Goto T*, Negoro H*, Akamatsu S*, Ueno K*, Uozumi R*, Ichioka K*, Takehiko Segawa, Akechi T*, Furukawa TA*, Ogawa O*	BMC Urol 20(1):129, 2020
ロボット支援前立腺全摘除術後の骨盤内ドレーン留置の必要性に関する検討	牧田哲幸，久保田聖史 *，村田詩織 *，鈴木一生 *，土肥洋一郎 *，杉野善雄 *，井上幸治 *，川喜田睦司 *	泌尿器科紀要 66(9):283-287，2020
ロボット支援前立腺全摘除術における鼠径ヘルニア予防－後腹膜アプローチと経腹膜アプローチでの予防処置	井上幸治 *，村田詩織 *，牧田哲幸，鈴木一生 *，久保田聖史 *，土肥洋一郎 *，杉野善雄 *，川喜田睦司 *	泌尿器科紀要 66(10):331-335，2020
産婦人科		
術前化学療法によって腫瘍縮小化が図られ，有効な治療を完遂し得た子宮頸部内膜腺癌の 1 例	大井仁美，坪内万祐子，山田惇之，山本　櫻，小木曽望，山田義治，山本浩之，藤原葉一郎，楢林正流，平田希美子，大津修二	京都市立病院紀要 40(2):29-32，2020
Letter to the editor Prevalence of SARS-CoV-2 among pregnant women in Kyoto，Japan：Is universal screening for SARS-CoV-2 before delivery necessary ?	Sawada M*，Waratani M*，Yoichiro Fujiwara, Okubo T*，Kondoh E*	Hypertension Research in Pregnancy 8(2):61-62，2020
眼科		
The Microbiome of the Meibum and Ocular Surface in Healthy Subjects.	Tomo Suzuki，Sutani T*，Nakai H*，Shirahige T*，Kinoshita S*	Investigative Ophthalmology and Visual Science 61(2):18，2020

論題	著者名	誌名 巻（号）：ページ，年
Cutibacterium modestum sp. nov.，isolated from meibum of human meibomian glands，and emended descriptions of Cutibacterium granulosum and Cutibacterium namnetense.	Dekio I*，Sakamoto M*，Tomo Suzuki，Yuki M*，Kinoshita S*，Murakami Y*，Ohkuma M*	International Journal of Systematic and Evolutionary Microbiology 70(4):2457-2462，2020
Comprehensive profiling of Asian and Caucasian meibomian gland secretions reveals similar lipidomic signatures regardless of ethnicity.	Butovich IA*，Tomo Suzuki，Wojtowicz J*，Bhat N*，Yuksel S*	Scientific Reports 10(1):14510，2020
Delineating a novel metabolic high triglycerides-low waxes syndrome that affects lipid homeostasis in meibomian and sebaceous glands.	Butovich IA*，Tomo Suzuki	Experimental Eye Research 199(10):108189，2020
Anterior and posterior ratio of corneal surface areas: A novel index for detecting early stage keratoconus.	Itoi M*，Kitazawa K*，Yokota I*，Wakimasu K*，Yuko Cho，Nakamura Y*，Hieda O*，Teramukai S*，Kinoshita S*，Sotozono C*	PLOS One 15(4)：e0231074，2020
磁気共鳴化像法による眼窩開き角計測の再現性に関する検討	池田敏英*，稗田 牧*，鎌田さや花*，小島美帆*，中村 葉*，中井義典*，張 佑子，外園千恵*	日本眼科学会雑誌 124(6):479-483，2020
周辺部角膜浸潤，角膜フリクテン	鈴木 智	前眼部アトラス（大鹿哲朗，外園千恵：編），総合医学社，2020
頸動脈海綿静脈洞瘻，マイラゲル	張 佑子	前眼部アトラス（大鹿哲朗，外園千恵：編），総合医学社，2020
涙液層の検査，涙の検査，角膜知覚検査，マイボグラフィー	鈴木 智	みんなの眼科検査メモ（千原悦夫，辻川明孝，谷戸正樹：編），南江堂，2020
健常者におけるマイボーム腺分泌脂，結膜嚢，眼瞼皮膚のマイクロバイオームについての検討	鈴木 智，須谷尚史*，中井浩子*，白髭克彦*，木下 茂*	外国誌要覧 日本眼科学会雑誌 124(7):577，2020
マイボーム腺と角膜	鈴木 智	眼科 62(8):775-780，2020
特集 よくわかる屈折矯正手術 屈折異常と屈折矯正手術	張 佑子，稗田 牧*	OCULISTA 85(4):1-9，2020
放射線治療科		
放射線治療の有害事象とその対策・治療② 放射線肺障害	平田希美子，山内智香子	乳癌の臨床 35(3):219-224，2020
Application and limitation of radiomics approach to prognostic prediction for lung stereotactic body radiotherapy using breath-hold CT images with random survival forest：A multi-institutional study.	Ryo K*，Mitsuhiro N*，Takamasa M*，Takashi S*，Masaki K*，Yoshiharu N*，Masato F*，Masakazu O*，Satoshi I*，Chikako Y*，Shuji Otsu，Takashi S*，Masato S*，Norio A*，Hideaki H*，Takanori A*，Yukinori M*，Takashi M*	Medical Physics 47(9):4634-4643，2020
麻酔科		
Hypotension caused by oral administration of 5-aminolevulinic acid persists after surgery in patients undergoing transurethral resection of bladder tumor under spinal anesthesia.	Masami Sato，Tsutomu Yanagisawa，Sonoko Minamino，Toshiyuki Arai	J Anesth Clinical Reports 6:92，2020
病理診断科		
消化器腫瘍Ⅰ 新WHO分類のポイント 消化管編 虫垂	岸本光夫	病理と臨床 38(11):1001-1005，2020
The efficacy of tumor characterization and tumor detectability of linked color imaging and blue laser imaging with an LED endoscope compared to a LASER endoscope.	Yoshida N*，Dohi O*，Inoue K*，Sugino S*，Yasuda R*，Hirose R*，Naito Y*，Inada Y*，Murakami T*，Ogiso K*，Morinaga Y*，Mituo Kishimoto，Itoh Y*	Int J Colorectal Dis 35:815-825，2020

論　　題	著　者　名	誌名　巻（号）：ページ，年
MRI features of the nested variant of urothelial carcinoma of the urinary bladder：report of four cases.	Yamada K*，Sasakura Y*，Yamada S*，Nagano H*，Terayama K*，Fujita M*，Kozawa N*，Mituo Kishimoto，Yamada K*	Abdom Radiol（NY） 45:2279-2285，2020
Local recurrence and its risk factors after cold snare polypectomy of colorectal polyps.	Murakami T*，Yoshida N*，Yasuda R*，Hirose R*，Inoue K*，Dohi O*，Kamada K*，Uchiyama K*，Konishi H*，Naito Y*，Morinaga Y*，Mituo Kishimoto，Konishi E*，Ogiso K*，Inada Y*，Itoh Y*	Surg Endosc 34:2918-2925，2020
ANO9 Regulated Cell Cycle in Human Esophageal Squamous Cell Carcinoma.	Katsurahara K*，Shiozaki A*，Kosuga T*，Kudou M*，Shoda K*，Arita T*，Konishi H*，Komatsu S*，Kubota T*，Fujiwara H*，Okamoto K*，Mituo Kishimoto，Konishi E*，Marunaka Y*，Otsuji E*	Ann Surg Oncol 27:3218-3230，2020
Efficacy and safety of endoscopic submucosal dissection using a scissors-type knife with prophylactic over-the-scope clip closure for superficial non-ampullary duodenal epithelial tumors.	Dohi O*，Yoshida N*，Naito Y*，Yoshida T*，Ishida T*，Azuma Y*，Kitae H*，Matsumura S*，Takayama S*，Ogita K*，Mizuno N*，Nakano T*，Majima A*，Hirose R*，Inoue K*，Kamada K*，Uchiyama K*，Takagi T*，Ishikawa T*，Konishi H*，Morinaga Y*，Mituo Kishimoto，Itoh Y*	Dig Endosc 32:904-913，2020
救急科		
アドバンス・ケア・プランニングの実践と課題	國嶋　憲	京都市立病院紀要 40(2):11-19，2020
集中治療科		
そのまま使える災害対策アクションカード＋はじめての病院BCP　Ver. 2（小尾口邦彦編）	小尾口邦彦，吉田　修*，横田耕治*，加藤之紀*	そのまま使える災害対策アクションカード＋はじめての病院BCP　Ver. 2 中外医学社 ：1-218，2020
ER・ICU診療を深める2　リアル血液浄化　Ver. 2	小尾口邦彦	ER・ICU診療を深める2　リアル血液浄化　Ver. 2 中外医学社 ：1-544，2020
こういうことだったのか！！　ECMO・PCPS	小尾口邦彦	こういうことだったのか‼　ECMO・PCPS 中外医学社 ：1-176，2020
持続的血液浄化療法とモニタリング	小尾口邦彦	レジデントノート 22(9):1715-22，2020
第3章　人工呼吸器の設定1　人工呼吸モードと設定	小尾口邦彦	わかって動ける！人工呼吸管理ポケットブック改訂版 羊土社，65-75，2020
第6章　トラブルシューティング	小尾口邦彦	わかって動ける！人工呼吸管理ポケットブック改訂版， 羊土社，165-177，2020

論　　題	著　者　名	誌名 巻（号）：ページ，年
てんかん重積状態と当初考えられたが持続脳波モニタリングにより心因性非てんかん発作と診断した1例	千葉玲哉*，小尾口邦彦，中島聡志*，川合喬之*，福田将啓*，岡　翔*，松本悠吾*，小田隆太郎*	日本集中治療医学会雑誌 27:117-8，2020
バルプロ酸多量服薬に対しL-カルニチン補充療法を行った2症例	福田将啓*，小尾口邦彦，加藤之紀*，千葉玲哉*，中島聡志*，小田隆太郎*，岡　翔*，川合喬之*	日本集中治療医学会雑誌 27:227-8，2020
タゾバクタム／ピペラシリンによる薬剤性腎障害に対して尿量増加と尿中好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン減少により腎代替療法を回避し得た1例	川合喬之*，小尾口邦彦，千葉玲哉*，中島聡志*，小田隆太郎*，福田将啓*，岡　翔*，松本悠吾*	日本集中治療医学会雑誌 27:283-4，2020
High flow nasal cannula（HFNC）のエビデンスをどのように集積するのか？	小尾口邦彦	日本集中治療医学会雑誌 27:445-6，2020
敗血症および急性腎傷害併発と尿中ゲラチナーゼ関連リポカリン（neutrophil gelatinase-associated lipocalin，NGAL）値：後方視的研究	藤野光洋*，細川康二*，大手裕之*，志馬伸朗*，西山　慶*，小尾口邦彦，福井道彦*	日本集中治療医学会雑誌 27:483-5，2020
Molecular diversity of extended-spectrum β − lactamases and carbapenemases，and antimicrobial resistance.	Sawa T*，Kunihiko Kooguchi，Moriyama K*	Journal of Intensive Care 8:13，2020
臨床検査技術科		
エコーセンター開設7年目を迎えて～臨床検査技術科の現状と課題～	安部有希，森恵里子，坂本竜也，宮川大樹，本田法子，明山純子，園山和代，後藤　希，山田　雅，村上典子	京都市立病院紀要 40(1):18-22，2020
放射線技術科		
呼吸性移動を伴った腫瘍に対する高精度呼吸管理システムを代替する廉価な簡易呼吸管理システム照射法の検討	田中和徳，小菅友裕，福本賢大，宮井　明，津川和夫	京都市立病院紀要 40(1):12-17，2020
栄養科		
放射線化学療法施行中の頭頸部癌患者への栄養介入の効果および課題について	中村佳菜，花川卓子，樋口由美，植木　明，望月貴子，片山さくら，沢本瑞穂，中　謙太，林　聡志	京都市立病院紀要 40(1):23-26，2020
薬剤科		
Evaluation of anti-infective-related Clostridium difficile-associated colitis using the Japanese Adverse Drug Event Report database.	Nakao S*，Hasegawa S*，Shimada K*，Mukai R*，Tanaka M*，Matsumoto K*，Uranishi H*，Mayuko Masuta，Ikesue H*，Hashida T*，Iguchi K*，Nakamura M*	International Journal of Medical Sciences 17(7):921-930，2020
アブラキサン® 再溶解時間に対する側孔型プラスチック製注射針の有用性に関する検討	大野恵一，村田龍宣，近藤　篤*，尾上雅英*，松本公佑*，渡邊裕之*，星田唯史*，眞下惠次*，平　大樹*，角本幹夫*，菅野清彦*，本多伸二	医療薬学 46(7):367-372，2020
認知症サポートチームにおける薬剤師の関わり	細川真弥，山南貴一，原田若奈，大野恵一，吉村光弘，村岡淳二，坂口かおり，北川陽子，中谷嘉文	京都市立病院紀要 40(1):8-11，2020
看護部		
【こちら“がん看護CNS”奮闘中！～CNSの役割を言語化する～】第6回倫理調整に焦点をあてて　患者の「過去」と「現在」と「未来」をつなぐために	松村優子	がん看護 25(8):752-753，2020

論　　題	著　者　名	誌名　巻（号）：ページ，年
【新人スタッフのための！ダイアちゃんと一緒に“これだけ”理解　イラストでなっとく糖尿病講座　治療・ケア編】糖尿病のフットケア	山内光子	糖尿病ケア 17(5):451-455，2020
効果的な臨地実習に向けて実施した看護系大学と実習病院との協働学習会の効果　－看護教員の視点から－	領家　健，岩﨑由美子， 森田志保，伊勢戸和美， 森川久美，吉岡洋子， 半場江利子	京都市立病院紀要 40(1):27-33，2020
PAID を用いた糖尿病患者の心理的側面に与える因子の検討	山内光子，清水　茜， 青木加奈，上山晃太朗， 濱澤悠佑，冨田麻優子， 安威徹也，坂井亮介， 小暮彰典	京都市立病院紀要 40(1):34-35，2020
患者支援センター現状と課題	森川久美	京都市立病院紀要 40(1):36-39，2020
認知症看護認定看護師活動報告 ～短期病棟配属でみえた各病棟で必要な認知症ケアの違いとカンファレンスの重要性～	坂口かおり	京都市立病院紀要 40(1):40-45，2020
【第一特集　新型コロナウイルス危機に病院はどう対応したか いま問われる危機管理力・危機対応力】 （3）院内クラスター発生から収束まで病院・看護師の経験をどう活かすか	半場江利子	ナーシングビジネス 14(11):974-980，2020
【コロナ禍で求められる人材マネジメント】スタッフの離職防止と採用の新たな視点コロナ禍における看護師のジレンマをやりがいにつなげる ECT の活動	半場江利子，西木小百合	看護展望 45(14)，1299-1304，2020

2) 学　　会

＊院外の著者・演者

演　　題	演　者　名	学会名／開催地	月　日
血液内科			
3回の同種造血幹細胞移植を行った急性骨髄性白血病の1例	伊藤　満，川畑徳浩，赤荻杏奈，田村直紀，大庭章史，堀澤欣史，松井道志，宮原裕子	第7回KSCTG研究会／大阪	2020. 2. 1
当院でのオビヌツズマブの使用経験	宮原裕子	第18回京滋血液腫瘍懇話会～悪性リンパ腫～／京都	2020. 2.28
同系末梢血幹細胞移植後に生着症候群を認めた最重症再生不良性貧血の一例	田村直紀，川畑徳浩，赤荻杏奈，大庭章史，堀澤欣史，松井道志，宮原裕子，伊藤　満，中尾眞二＊	第42回日本造血細胞移植学会総会／東京・誌上	2020. 3. 5 -7
頭蓋内外に腫瘍性病変を形成した慢性リンパ性白血病の一例	奥田健大，田村直紀，赤荻杏奈，川畑徳浩，大庭章史，堀澤欣史，松井道志，宮原裕子，伊藤　満	第117回日本内科学会講演会 医学生・研修医の日本内科学会ことはじめ2020東京／東京（オンライン）	2020. 8. 8
腹膜透析中のPh陽性ALL患者でDasatinib+ステロイドで深い奏功が得られた症例	井上雄太，疋田涼介，赤荻杏奈，大庭章史，川畑徳浩，堀澤欣史，松井道志，宮原裕子，伊藤　満	Next Generation Hematologist Seminar／オンライン	2020. 9.12
節性濾胞辺縁帯悪性リンパ腫治療後に慢性好中球性白血病の合併を認めた一例	田村直紀，松井道志，山口博樹＊，赤荻杏奈，川畑徳浩，大庭章史，堀澤欣史，宮原裕子，伊藤　満	第82回日本血液学会学術集会／オンライン	2020.10.10 -11. 8
当院でのオビヌツズマブの使用経験	宮原裕子	第18回京滋血液腫瘍懇話会～Webセミナー～／オンライン	2020.10.26
寛解導入療法中に多発結腸憩室炎を合併，回腸ストーマを造設して化学療法を継続した急性骨髄性白血病の一例	疋田涼介，川畑徳浩，井上雄太，赤荻杏奈，大庭章史，堀澤欣史，松井道志，宮原裕子，伊藤　満	第114回近畿血液学地方会／オンライン	2020.11.28
当施設における再発難治性多発性骨髄腫に対するelotuzumabの経験	井上雄太，川畑徳浩，疋田涼介，赤荻杏奈，大庭章史，堀澤欣史，松井道志，宮原裕子，伊藤　満	第114回近畿血液学地方会／オンライン	2020.11.28
当院におけるElotuzumabの使用経験	川畑徳浩，井上雄太，疋田涼介，赤荻杏奈，大庭章史，堀澤欣史，松井道志，宮原裕子，伊藤　満	BMS Young Hematology Web Symposium／オンライン	2020.12.12
内分泌内科			
甲状腺原発MTX関連リンパ増殖性疾患の一例	小松弥郷，小嶋勝利，森岡繁文，大西俊範，末松真弓，木村有佐，豊田健一郎	第42回京都甲状腺研究会／京都	2020. 2. 8
女性はなぜ骨粗鬆症になるのか？ホルモンから骨の健康を考える	小松弥郷	女性の骨粗鬆症を考える会／岐阜	2020. 2.13
大規模レジストリから見えてくるMRBの位置づけ	小松弥郷	MRB New Frontier／京都	2020. 2.21
後大脳動脈領域の脳萎縮による先天性弱視を伴った下垂体機能障害の一例	小松弥郷，小嶋勝利	第98回京都内分泌同好会／京都	2020. 2.29
MetSについての考察ー副腎皮質ホルモンをめぐる最近の知見から	小松弥郷	Kyoto Metabolic Forum／京都	2020. 3. 5

演　　題	演　者　名	学会名／開催地	月　日
褐色細胞腫にて診断された神経線維腫症１型の一例	小松弥郷，小嶋勝利， 吉川武志，増田憲彦， 羽間悠祐，清川岳彦	第 93 回日本内分泌学会学術総会／浜松	2020. 6. 5
ヒトはなぜ骨粗鬆症になるのか？～ホルモンから骨の健康を考える	小松弥郷	山科整形外科医の集い／京都	2020. 8.27
原発性アルドステロン症診療の現状と課題，MRB への期待	小松弥郷	中京西部医師会第 164 回学術集会／京都	2020. 8.29
特発性血小板減少性紫斑病にバセドウ病を併発し thiamazole 投与と補中益気湯の併用で血小板上昇を認めた一例	小嶋勝利，小松弥郷	第 19 回日本内分泌学会近畿地方会／京都	2020.11. 7
甲状腺全摘術およびステロイドパルス療法後の経過をフォローしたバセドウ病による前脛骨粘液水腫の一例	小松弥郷，小嶋勝利， 尾藤美佳，竹中秀也	第 63 回日本甲状腺学会学術総会／奈良	2020.11.21
糖尿病代謝内科			
高カルシウム血症で発症し，FDG-PET 検査が診断に有用であった筋サルコイドーシスの一例	濱澤悠佑	第 17 回院内合同研究発表会／京都	2020. 2. 1
対照的な経過をたどった高度肥満の２症例	小暮彰典，濱澤悠佑， 冨田麻優子，安威徹也， 坂井亮介，高倉康人	第 227 回日本内科学会近畿地方会／誌上	2020. 3. 7
外来診療にて大幅な減量に成功した肥満２型糖尿病の１例	小暮彰典，濱澤悠佑， 冨田麻優子，安威徹也， 坂井亮介，高倉康人	第 63 回日本糖尿病学会年次学術集会／オンライン	2020.10. 5 –16
壊死性食道炎を呈した糖尿病性ケトアシドーシス症例 .	安威徹也，塩田晃史， 蔵本　希，冨田麻優子， 坂井亮介，小暮彰典	第 57 回日本糖尿病学会近畿地方会／オンライン	2020.10.17 –31
糖尿病患者の血圧管理～当院での検討も含めて～	坂井亮介	MEET　THE EXPERT／京都	2020.11.17
腎臓内科			
糖尿病の治療と合併症のマネージメント	家原典之	WEB セミナー／オンライン	2020.10.12
当院の血液透析導入患者に対して施行した冠動脈造影検査 63 例の考察	池田紘幸，谷口智基， 上松瀬良，山本耕治郎， 志水愛衣，矢内佑子， 富田真弓，鎌田　正， 家原典之	日本透析医学会／オンライン	2020.11. 2 –24
消化器内科			
進行・再発胃癌における免疫チェックポイント阻害の位置づけ	桐島寿彦	消化器がん免疫療法勉強会	2020. 2.20
リンパ節腫大を契機に EUSFNA で診断した膵神経内分泌腫瘍の一例	尾崎信人，西方　誠，伊藤正浩， 岩破敏郎，宮川昌巳，高田　久， 元好貴之，山下靖英，桐島寿彦， 吉波尚美	第 104 回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会	2020. 6.27
当院におけるゲノム医療の現状	宮川昌巳	C 型肝炎治療フォーラム	2020. 9.11
肝がん治療について	宮川昌巳	第 34 回　京都市立病院地域連携における薬剤業務研修会	2020.10.17
十二指腸内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）における OTSC トラブルの一例	小畑僚平，伊藤正浩，元好貴之， 中尾幸嗣，福間泰斗，岩破敏郎， 尾崎信人，陶山遥介，宮川昌巳， 高田　久，西方　誠，山下靖英， 桐島寿彦，吉波尚美	第 105 回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会	2020.12.19
呼吸器内科			
ベーチェット病に合併した肺病変	高田直秀	京都呼吸器合同カンファレンス／京都	2020. 1.24
PeriView FLEX を用いた経気管支吸引生検で診断できたエコー描出困難な末梢 GGN 病変の１例	太田登博，吉岡秀敏， 五十嵐修太，小林祐介， 中村敬哉，江村正仁	第 43 回日本呼吸器内視鏡学会学術集会／誌上	2020. 6.21

演題	演者名	学会名／開催地	月日
当院におけるイミフィンジの使用経験	太田登博	Lung Cancer Seminar in Kyoto ～切除不能III期非小細胞肺癌の根治を目指して 高齢者肺がんを中心に～／京都	2020. 7. 8
当院における外国出生者の入院患者の検討	中村敬哉，江村正仁，小林祐介，五十嵐修太，吉岡秀敏，太田登博，西川圭美，高田直秀，松山碧沙	第60回日本呼吸学会学術講演会／オンライン	2020. 9.20–22
当院における外国出生者の結核患者の検討	中村敬哉，江村正仁，小林祐介，五十嵐修太，吉岡秀敏，太田登博，西川圭美，高田直秀，藤井博之	第95回日本結核・非結核性抗酸菌症学会総会・学術講演会／オンライン	2020.10.11–12
切除不能III期非小細胞肺癌における治療の現状	太田登博	オンラインで学ぶ肺がん薬物療法／オンライン	2020.10.29
肺癌に対してPembrolizumab投与中に発症したニューモシスチス肺炎の二例	高田直秀，西川圭美，吉岡秀敏，太田登博，五十嵐修太，小林祐介，中村敬哉，江村正仁	第61回日本肺癌学会学術集会／オンライン，岡山市	2020.11.14
生命（いのち）のがん教育	太田登博	京都市蜂ケ丘中学講演／京都	2020.11.19
感染症科			
感染症の基本的な考え方	清水恒広	令和元年度 中京区在宅医療センター 第2回研修会／オンライン	2020. 1.16
不明熱患者のアプローチ	山本舜悟	IDATENウィンターセミナー／福知山	2020. 1.18
カテーテル関連血流感染症	栃谷健太郎	IDATENウィンターセミナー／福知山	2020. 1.18
ステロイド投与患者の発熱	山本舜悟	第5回びわこ若手腎臓内科医カンファレンス／オンライン	2020. 9. 1
新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の現状と課題	清水恒広	亀岡市・船井医師会合同災害医療講演会 ～コロナ禍をどう乗り切るか～／亀岡	2020. 9. 5
新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療で役立つ知見 UPDATE	清水恒広	京都府病院協会主催新型コロナウイルス感染症対策研修会／京都	2020.10. 2
子どものためのワクチン接種最新情報2020 ―コロナ流行に打ち勝つための体づくり―	清水恒広	令和2年度子どもの健康週間（日本小児科学会）行事 子育てシンポジウム／オンライン，京都	2020.10.10
コロナ流行下で考えなおす職場における感染症対策	清水恒広	京都産業保健推進センター 産業医産業看護職研修／京都	2020.10.15
新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の現状と今後の課題	清水恒広	第33回中京西部医師会症例検討会／京都（ハイブリッド）	2020.10.17
新型コロナウイルス感染症について	山本舜悟	出前講座：洛北高等学校附属中学校／オンライン	2020.10.24
新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染対策－院内発生から学ぶこと－	清水恒広	宇治徳州会病院感染対策研修会／京都，オンライン	2020.11.12
新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の現状と問題点	清水恒広	左京医師会講演会／京都	2020.11.14

演　　題	演　者　名	学会名／開催地	月　日
歯科診療・ケアで必要な感染対策の基礎知識	清水恒広	下京歯科医師会・中京歯科医師会合同研修会／京都	2020. 11. 27
PCR 検査で確定診断したアメーバ肝膿瘍の 2 例	元林寛文，岩本伸紀，尾崎信人，栃谷健太郎，山本舜悟，清水恒広，所　正治 *	第 230 回日本内科学会近畿地方会	2020. 12. 12
不明熱へのアプローチ	山本舜悟	IDATEN セミナー／オンライン	2020. 12. 13
小児科			
小児同種造血細胞移植経験者における頚動脈エコーの有用性	田村真一，石田宏之，大曽根眞也 *，黒田啓史	第 42 回日本造血細胞移植学会総会／誌上	2020. 3. 5 -7
A case of abdominal epilepsy 腹部てんかんと考えられた 1 例	松下浩子，岡野創造	第 62 回日本小児神経学会学術集会／オンライン	2020. 8. 18 -9. 20
過去 5 年間における小児傍咽頭間隙膿瘍及び蜂巣炎 5 例の検討	佐々木真之	第 123 回日本小児科学会学術集会／オンライン	2020. 8. 21 -23
Bortezomib 併用寛解導入療法後に blinatumomab を使用し同種移植を行った治療中再発 B 細胞性急性リンパ性白血病	田村真一，石田宏之，友安千紘，矢野未央，今村俊彦，黒田啓史	第 62 回日本小児血液・がん学会学術集会／オンライン	2020. 11. 20 -22
食物アレルギーが関与したと考えられる急性膵炎の一例	矢野由依，友安千紘，佐々木真之，塩見　梢，田村真一，石田宏之，岡野創造，黒田啓史	第 444 回日本小児科学会京都地方会／オンライン	2020. 12. 13
緩和ケア科			
「お別れの作業」に緩和ケアチームが寄与できること～こどもとの別れに焦点をあてて～	高橋可奈子，大西佳子，藤川敦子，吉田克江，庄野孝仁，三松史野，實光由香，佐分利美帆子，内藤　舞，植木　明	緩和・支持・心のケア合同学術大会 2020（第 5 回日本がんサポーティブケア学会学術集会，第 33 回日本サイコオンコロジー学会総会，第 25 回日本緩和医療学会学術大会）／オンライン	2020. 8. 9 -10
総合病院の中で緩和ケア科臨床心理士が考えていること	高橋可奈子	京都文教大学臨床心理学研究科　心理実習代替プログラム／京都	2020. 12. 10
難治性のがん疼痛で高用量オピオイドを必要としたが，くも膜下鎮痛法により減量できた 1 例	大西佳子	日本ペインクリニック学会第 54 回大会／オンライン	2020. 11. 14 -15
外科			
セッション：術後合併症 IVR 術後合併症の IVR ～作っている張本人 外科医の視点から	上　和広	第 49 回日本 IVR 学会総会　第 20 回技術教育セミナー6／神戸	2020. 8. 27
ダビンチ Xi の特性に着目したロボット支援下胃切除術の標準化	庄野孝仁	第 46 回京都医学会／京都，オンライン	2020. 9. 27 -10. 31
パルボシクリブ投与中の病状進行に対してエベロリムスが有効であった 1 例 A case in which Everolimus was effective against disease progression during Palbociclib therapy	末次 弘実	第 28 回日本乳癌学会総会／オンライン	2020. 10. 9 -10. 31
化学療法後にレトロゾールとフルベストラントの併用療法が奏 功した転移性乳癌の一例 A case of MBC successfully treated with letrozole and fulvestrant after chemotherapy	西村　祥子	第 28 回日本乳癌学会総会／オンライン	2020. 10. 9 -10. 31
線維腺腫内に発生した非浸潤性乳管癌、非浸潤性小葉癌の 1 例 A case of ductal carcinoma in situ and lobular carcinoma in situ arising within a fibroadenoma	森口　喜生	第 28 回日本乳癌学会総会／オンライン	2020. 10. 9 -10. 31
Does the complete sac dissection prevent seroma after laparoscopic indirect inguinal hernia repair ?	庄野孝仁	第 75 回日本消化器外科学会総会／和歌山	2020. 12. 15 -12. 17

演　　題	演　者　名	学会名／開催地	月　日
盲腸捻転症に対して鏡視下体腔外結紮で結腸固定術を施行した1例	庄野孝仁	第45回日本外科系連合学会学術集会／大阪，オンライン	2020. 12. 22 –12. 24
ダヴィンチシステムのAir dissectorとしての特性に着目したロボット支援下幽門側胃切除術の定型化	前川久継	第75回日本消化器外科学会総会／和歌山（オンラインとハイブリッド開催）	2020. 12. 22 –12. 24
呼吸器外科			
ロボット手術向き不向き～適材適所～	河野朋哉，田中伸岳，村西佑介，宮原　亮	日本呼吸器外科学会／オンライン	2020. 09. 29
リハビリテーション科			
血液がん患者におけるECOG-PS別でのSPPBとcFAS，BIの関連について	中西俊祐，岡田礼，尾﨑紘平，松原彩香	第9回日本がんリハビリテーション研究会／オンライン	2020. 1. 9 –31
理学療法実施中の皮膚損傷の発生分析と その対策について～医療安全レポートの分析から～	藤田康孝	第18回院内合同研究発表会／京都	2020. 2. 1
人工膝関節全置換術後に反復性膝蓋骨脱臼を呈した症例	岡村尭朗，松原彩香，岡田あゆみ，畑　智予，櫻井桃子，多田弘史，鹿江　寛	第6回京都リハビリテーション医学会学術集会／京都	2020. 2. 2
運動負荷調整により独歩獲得に至った重症急性膵炎の一症例	徳安寛之，久田祥寛，岡田　礼，尾﨑紘平，金山達登，櫻井桃子	第6回京都リハビリテーション医学会学術集会／京都	2020. 2. 2
大腿骨近位部骨折患者における術後7日のトイレ動作獲得に関連する因子の検討	岡田健吾，藤田康孝，中西俊祐，櫻井桃子	第6回京都リハビリテーション医学会学術集会／京都	2020. 2. 2
Trousseau症候群における早期ADL獲得の重要性	松原彩香，中西俊祐，藤田康孝，櫻井桃子，多田弘史	第57回日本リハビリテーション医学会学術集会／京都	2020. 8. 19 –22
血液がん患者におけるSPPBの有用性	尾﨑紘平，中西俊祐，松原彩香，櫻井桃子，多田弘史	第57回日本リハビリテーション医学会学術集会／京都	2020. 8. 19 –22
高齢血液がん患者の退院時ADLに影響を及ぼす因子の検討	中西俊祐，尾﨑紘平，金山達登，松原彩香，櫻井桃子，多田弘史	第57回日本リハビリテーション医学会学術集会／京都	2020. 8. 19 –22
血液疾患患者におけるリハビリテーション処方の有無からみたADLと身体機能の比較検討	金山達登，中西俊祐，松原彩香，櫻井桃子，多田弘史	第57回日本リハビリテーション医学会学術集会／京都	2020. 8. 19 –22
高齢血液がん患者における入院時BMIが治療後ADLに及ぼす影響について	中西俊祐，松原彩香，櫻井桃子，多田弘史	第3回日本リハビリテーション医学会秋期学術集会／静岡	2020. 11. 15
皮膚科			
中足骨短縮症のある足に生じた両母趾陥入爪の治療経験―京都市立病院における陥入爪･巻き爪の治療法について―	高溝真成，奥沢康太郎，田浦麻衣子，塩見真佑，竹中秀也	第1回橘藍会皮膚科勉強会／京都	2020. 1. 25
背部に生じた先天性agminated blue nevusの1例	高溝真成，奥沢康太郎，古谷佳美，竹中秀也	第71回日本皮膚科学会中部支部学術大会／オンライン	2020. 10. 11
泌尿器科			
褐色細胞腫を契機に発見された神経線維腫症1型（von Recklinghausen病）の1例	羽間悠祐，村嶋隆哉，増田憲彦，吉川武志，小松弥郷，竹中秀也，藤原葉一郎，清川岳彦	第243回日本泌尿器科学会関西地方会／京都	2020. 02. 15
ロボット支援根治的膀胱全摘除術・尿路変向術	清川岳彦	第33回近畿内視鏡外科研究会／大阪	2020. 09. 27
まずは血液検査から　前立腺がんの早期発見・適切治療	清川岳彦	第1回市民公開講座／京都	2020. 10. 17

演　　題	演　者　名	学会名／開催地	月　日
京都市立病院における 5-ALA 併用 TURBt の初期成績	西川信之，羽間悠祐，村嶋隆哉，増田憲彦，砂田拓郎，吉川武志，清川岳彦	第 6 回日本泌尿器腫瘍学会学術集会／京都	2020. 10. 24
非転移性去勢抵抗性前立腺癌に対するアパルタミドの初期使用経験	牧田哲幸，小林　恭，高森　一，後藤崇之，赤松秀輔，山﨑俊成，井上貴博，小川　修	第 6 回日本泌尿器腫瘍学会学術集会／京都	2020. 10. 24
腹腔鏡手術の基礎から応用まで	清川岳彦	第 8 回泌尿器内視鏡手術セミナー／川崎	2020. 11. 01
Very high risk 前立腺癌に対するロボット支援前立腺拡大摘除術（後方アプローチ）導入前後の手術成績の比較	村嶋隆哉，牧田哲幸，増田憲彦，西川信之，羽間悠祐，砂田拓郎，吉川武志，清川岳彦	第 70 回日本泌尿器科学会中部総会／金沢	2020. 11. 12
京都市立病院における 5-ALA 併用 TURBt の初期成績	西川信之，羽間悠祐，村嶋隆哉，増田憲彦，砂田拓郎，吉川武志，清川岳彦	第 34 回日本泌尿器内視鏡学会総会／岡山	2020. 11. 19
当院でのロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘除術における腔内回腸導管造設術の初期成績	増田憲彦，羽間悠祐，池内亮介，村嶋隆哉，砂田拓郎，吉川武志，西川信之，吉田 徹，清川岳彦	第 34 回日本泌尿器内視鏡学会総会／岡山	2020. 11. 19
Very high risk 前立腺癌に対する，ロボット支援腹腔鏡下前立腺摘除術による拡大切除術の手術成績	吉川武志，羽間悠祐，砂田拓郎，村嶋隆哉，増田憲彦，清川岳彦	第 108 回日本泌尿器科学会総会／神戸	2020. 12. 24
薬剤抵抗性過活動膀胱女性に対する認知行動療法の実施可能性　パイロット試験	船田　哲，赤松秀輔，渡辺範雄，古川壽亮，市岡健太郎，中川裕美子，清川岳彦，小川　修	第 108 回日本泌尿器科学会総会／神戸	2020. 12. 24
当院での ECIRS 初期経験	村嶋隆哉，羽間悠祐，増田憲彦，吉川武志，清川岳彦	第 108 回日本泌尿器科学会総会／神戸	2020. 12. 24
産婦人科			
先天性サイトメガロウイルス感染症の一例	中川　郁，山田惇之，山本　櫻，坪内万祐子，山本浩之，山田義治，藤原葉一郎，塩見　梢	第 33 回 KFG 研究会／京都	2020.　2. 29
当科における腹腔鏡手術について	小木曽望	令和 2 年度第 1 回みぶ病診連携カンファレンス／京都	2020.　9. 24
遺伝カウンセリングの必要性　～患者さんが希望する医療に適切につなげるために～	藤原葉一郎	がんゲノム医療相談支援研修会／京都	2020. 10.　9
Parasitic leiomyoma の 1 例	山田惇之，山本　櫻，小木曽望，坪内万祐子，大井仁美，山本浩之，山田義治，藤原葉一郎	京都産婦人科学会／TKP 四条烏丸	2020. 10. 17
眼科			
点状表層角膜症の鑑別診断と治療	鈴木　智	ドライアイ研究会主催講演会／東京	2020.　2. 16
マイボーム腺のマイクロバイオームの加齢性変化についての考察	鈴木　智，須谷尚史 *，中井浩子 *，白髭克彦 *，木下　茂 *	角膜カンファレンス 2020／オンライン	2020.　4.　5 –5. 11
過去 5 年間に経験した霰粒腫 206 例の臨床的特徴についての考察	堤　亮太，鈴木　智，後藤　周，川端真理子，曽田里奈，小泉　閑	角膜カンファレンス 2020／オンライン	2020.　4.　5 –5. 11
Orbscan と Pentacam による角膜形状異常検出の互換性	張　佑子，稗田　牧 *，脇舛耕一 *，山村　陽 *，山崎俊秀 *，中村　葉 *，木下　茂 *，外園千恵 *	角膜カンファレンス 2020／オンライン	2020.　4.　5 –5. 11

演　　題	演　者　名	学会名／開催地	月　日
全層移植後のホモ接合型顆粒状角膜ジストロフィ再発への多重エキシマレーザー切除術	稗田　牧 *，中村　葉 *，張　佑子，脇舛耕一 *，中山智佳 *，木下　茂 *，外園千恵 *	角膜カンファレンス 2020／オンライン	2020. 4. 5 –5. 11
PTK 術後眼に対する眼内レンズ度数計算	山村　陽 *，稗田　牧 *，張　佑子，脇舛耕一 *，中村　葉 *，山崎俊秀 *，外園千恵 *，木下　茂 *	第 124 回日本眼科学会総会／オンライン	2020. 4. 27 –5. 18
マイボーム腺常在細菌叢と meibum の脂質組成との関連についての一考察	鈴木　智，須谷尚史 *，白髭克彦 *，中井浩子 *，木下　茂 *，Igor Butovich*	第 124 回日本眼科学会総会／オンライン	2020. 4. 27 –5. 18
LASIK 後 Percent tissue altered（PTA）と 10 年後の角膜形状変化の関連について	青木崇倫 *，稗田　牧 *，脇舛耕一 *，張　佑子，中村　葉 *，山村　陽 *，山崎俊秀 *，木下　茂 *	第 56 回日本眼光学学会／オンライン	2020. 9. 5
白内障周術期における結膜嚢細菌叢についての考察	塚本倫子，張　佑子，曽田里奈，柴田　学，中路新之助，南　泰明，鈴木　智	第 89 回京都府立医科大学同窓眼科集団会／京都	2020. 9. 22
京都市立病院眼科における感染性角膜炎の起炎菌と薬剤感受性の考察	柴田　学，南　泰明，張　佑子，塚本倫子，曽田里奈，中路新之助，鈴木　智	第 89 回京都府立医科大学同窓眼科集団会／京都	2020. 9. 22
眼表面マイクロバイオームの加齢性変化についての検討（優秀演題賞受賞）	鈴木　智，須谷直史 *，白髭克彦 *，木下　茂 *	第 20 回日本抗加齢医学会総会／東京	2020. 9. 27
特異な脂質組成を示したマイボーム腺機能不全の一症例	鈴木　智，Igor Butovich*	第 74 回日本臨床眼科学会／オンライン	2020. 11. 5 –12. 5
Ocular Surface の症例検討会　2nd Session（インストラクションコース　木 -IC05）	鈴木　智，後藤秀樹 *，山口昌彦 *，福田　憲，近間泰一郎 *，重安千花 *	第 74 回日本臨床眼科学会／オンライン	2020. 11. 5 –12. 5
麻酔科			
経尿道的膀胱腫瘍摘出術施行前のアミノレブリン酸塩酸塩の内服が脊髄くも膜下麻酔施行後の血圧に及ぼす影響	柳澤　力，佐藤雅美，南野園子，荒井俊之	日本麻酔科学会第 67 回学術集会／オンライン	2020. 7. 1 –8. 31
手術室入室直後に急性心不全を発症し手術中止となった中等度大動脈弁狭窄症の 1 症例	高倉竜彦，佐藤雅美，深見紀彦，角山正博	日本臨床麻酔学会第 40 回大会／オンライン	2020. 11. 12 –14
病理診断科			
症例 1．病理診断と所見の解説	岸本光夫	第 2 回奈良拡大内視鏡研究会／オンライン	2020. 10. 17
病理講習会 3．虫垂腫瘍 ― 虫垂は小さな大腸ではない	岸本光夫	第 91 回日本病理学会近畿支部学術集会／オンライン	2020. 12. 5
救急科			
訪日外国人傷病者に対する ACP を模索した事案について振り返る	國嶋　憲	第 23 回日本臨床救急医学会総会・学術集会／オンライン	2020. 8. 27
救急医療における ACP の準備段階としてスタッフの感性を涵養する試み	國嶋　憲	第 23 回日本臨床救急医学会総会・学術集会／オンライン	2020. 8. 27
診療放射線技師対象「救急 CT 画像カンファレンス」の成果について	尾関裕彦	第 23 回日本臨床救急医学会総会・学術集会／オンライン	2020. 8. 27
ハチ刺傷による多臓器不全で死亡に至った一例	清水　晶，國嶋　憲	第 23 回日本臨床救急医学会総会・学術集会／オンライン	2020. 8. 27
集中治療科			
NPPV を成功させるためのコツ	小尾口邦彦	京都府臨床工学技士会第 17 回人工呼吸器安全管理セミナー／京都	2020. 1. 26

演　　題	演　者　名	学会名／開催地	月　日
急性期医療において，臨床工学技士に求めるもの・CRRTの圧解釈	小尾口邦彦	第1回京都急性血液浄化セミナー／京都	2020. 1.26
CRRTを上手く運転するために	小尾口邦彦	びわこ若手腎臓内科医カンファレンス／滋賀	2020. 2. 4
重症患者の生体反応と全身管理のポイント	小尾口邦彦	日本総合研究所セミナー／大阪	2019. 2.16
急性呼吸不全における酸素療法・人工呼吸管理のポイント	小尾口邦彦	日本総合研究所セミナー／東京	2020.10.17
こういうことだったのか呼吸管理	小尾口邦彦	第42回日本呼吸療法医学会学術集会／京都	2020.12.21
急集中治療における臨床倫理コンサルテーションの現状	下新原直子，小尾口邦彦，恒石鉄兵	第47回日本集中治療医学会／名古屋	2020. 3. 8
臨床検査技術科			
2019年度　腹部エコー実技研修会（実技指導）	本田法子	大阪府臨床検査技師会／大阪	2020. 1.12
エコーセンター開設から7年目を迎えて ～臨床検査技術科の現状と課題～	安部有希	第17回院内合同研究発表会／京都	2020. 2. 1
今日の経験を明日の糧に！実体験から考える生理機能検査！	宮川大樹	第8回臨床検査セミナー／京都 医師の相談に応えられる臨床検査技師へ	2020. 2.15
病理検査室におけるホルマリン出入庫管理と紛失防止のためのトレーサビリティに対する取り組みの強化について	竹腰友博	第17回日本医療マネジメント学会学術総会／京都	2020. 2.15
EGFRの陽性率について	野田みゆき	京都肺癌病理検体処理を考える会／京都	2020. 7.27
臨床検査技師として静脈血栓塞栓症のチーム医療に参画した10年間の活動報告	山田　雅	第84回日本循環器学会学術集会／オンライン	2020. 7.27 -8. 2
細胞診スライド模試	竹腰友博	京都府臨床検査技師会細胞分野研修会／京都	2020. 9.27
66歳女性に認めた膝窩動脈捕捉症候群の下肢動脈超音波検査による考察	宮川大樹	第66回日本医学検査学会／オンライン	2020.10. 1 -31
病理検査室におけるチェック表を用いたホルマリン瓶管理の取り組みについて	古市佳也	第22回日本医療マネジメント学会学術総会／京都	2020.10.21
臨床検査技術科における医療安全・業務改善の取り組み	山田　雅	第22回日本医療マネジメント学会学術総会／京都	2020.10.22
臨床工学科			
高齢者総合的機能評価を用いた遠隔モニタリング	石原太輔，古川　修，乗松康平，山口侑承，岡田　隆	第30回日本臨床工学会／名古屋	2020. 9.29 -30
オペラマスターを利用した医療機器使用状況の把握	小林陽平，荒井俊之，伊藤禎章	第42回日本手術医学界総会／香川	2020.12. 4 -5
放射線技術科			
監視モニタ下における低コスト材を用いた簡易息止め照射法の構築	田中和徳，小菅友裕，福本賢大，宮井　明，津川和夫	第17回院内合同研究発表会／京都	2020. 2. 1
治療用MVビーム照射中に同時取得したKV-CBCT画像の最適管電流時間積の探索	田中和徳	日本放射線腫瘍学会第33回学術大会／オンライン	2020.10. 1 -3
栄養科			
放射線化学療法施行中の頭頚部癌患者への栄養介入の効果および課題について	中村佳菜，花川卓子，樋口由美，植木明，望月貴子，片山さくら，沢本瑞穂，中　謙太，林　聡志	第17回院内合同研究発表会／京都	2020. 2. 1

演　　題	演　者　名	学会名／開催地	月　日
薬剤科			
認知症サポートチームにおける薬剤師の関わり	細川真弥，山南貴一， 原田若奈，大野恵一， 吉村光弘，坂口かおり， 北川陽子，中谷嘉文， 村岡淳二	第 17 回院内合同研究発表会／京都	2020. 2. 1
昨シーズンにおける当院のインフルエンザ患者診療における取り組み	本多あずさ，大橋正和， 森田眞由，村田龍宣， 金沢律子，水野幸子， 村上あおい，栃谷健太郎， 清水恒広	第 35 回日本環境感染学会総会・学術集会／横浜	2020. 2.14 -15
クロストリディオイデス・ディフィシル感染症に関する院内感染防止対策マニュアルとガイドラインとの比較検討	大橋正和，村田龍宣， 森田眞由，本多あずさ， 水野幸子，金沢律子， 村上あおい，栃谷健太郎， 山本舜悟，清水恒広	第 35 回日本環境感染学会総会・学術集会／横浜	2020. 2.14 -15
当院におけるアミノレブリン酸塩酸塩顆粒剤使用患者への薬剤師の関わり	實光由香，本多伸二， 大野恵一，目黒裕史， 内藤　舞，佐分利美帆子， 三松史野，寸田　靖， 村岡淳二	第 41 回日本病院薬剤師会近畿学術大会／神戸	2020. 2.15 -16
当院における抗結核薬による有害事象の発現状況調査	森田眞由，村田龍宣， 村岡淳二	第 41 回日本病院薬剤師会近畿学術大会／神戸	2020. 2.15 -16
当院におけるイリノテカン投与患者への抗コリン薬の使用実態調査	石野　良，本多伸二， 内藤　舞，佐分利美帆子， 三松史野，目黒裕史， 實光由香，大野恵一， 寸田　靖，村岡淳二	第 41 回日本病院薬剤師会近畿学術大会／神戸	2020. 2.15 -16
当院手術センターでの ivPCA ポンプ調製について	江波瑞生，吉村光弘， 村田龍宣，佐藤雅美， 村岡淳二	第 41 回日本病院薬剤師会近畿学術大会／神戸	2020. 2.15 -16
京都市立病院における睡眠薬の処方状況調査	原田若奈，大橋正和， 細川真弥，山南貴一， 吉村光弘，村岡淳二	第 41 回日本病院薬剤師会近畿学術大会／神戸	2020. 2.15 -16
術後疼痛管理チーム（ APS ）の患者への関わり	近藤沙耶，多留木崇志， 三松史野，藤田博巳， 村岡淳二	第 55 回京都病院学会／オンライン	2020. 6.14 -7.12
VTE 対策チーム病棟ラウンドを開始して見えたがん関連血栓症における多職種連携	本多あずさ，村岡淳二， 山本栄司，井上　歩， 園山和代，谷掛雅人， 津川和夫，新田梨奈， 正木元子，宮川大樹， 山田　雅	第 3 回日本腫瘍循環器学会学術集会／オンライン	2020. 9.11 -12
当院小児科病棟におけるブリナツモマブ投与時の問題点とその対策	楠川侑吾，田村優衣， 三松史野，本多伸二， 村田龍宣，村岡淳二	第 30 回日本医療薬学会年会／オンライン	2020.10.24 -11. 1
冷所医薬品管理システム：Cubixx® 導入における業務負担軽減と経済効果に関する検討	升田万祐子，大橋正和， 楠川侑吾，藤田博巳， 村田龍宣，村岡淳二	第 30 回日本医療薬学会年会／オンライン	2020.10.24 -11. 1
外来化学療法センターにおける抗EGFR抗体薬による低Mg血症と Mg 製剤の使用実態調査	内藤　舞，本多伸二， 佐分利美帆子，三松史野， 目黒裕史，實光由香， 大野恵一，寸田　靖， 村岡淳二	第 30 回日本医療薬学会年会／オンライン	2020.10.24 -11. 1
経口第 3 世代セファロスポリン系薬の使用量削減への取り組み	森田眞由，大橋正和， 本多あずさ，村田龍宣， 村岡淳二	第 30 回日本医療薬学会年会／オンライン	2020.10.24 -11. 1
看護部			
効果的な臨地実習に向けて実施した看護系大学と実習病院との協働学習会の効果 - 看護教員の視点から -	領家　健	第 17 回院内合同研究発表会／京都	2020. 7. 1

演　　題	演　者　名	学会名／開催地	月　日
PAID を用いた糖尿病患者の心理的側面に与える因子の検討	山内光子	第 17 回院内合同研究発表会／京都	2020. 7. 1
患者支援センター現状と課題	森川久美	第 17 回院内合同研究発表会／京都	2020. 7. 1

3)　マスメディア

＊院外の著者・演者

論　　題	著　者　名	書誌名	発行日
血液内科			
新時代における Ph 陽性白血病の治療戦略－第 3 世代 TKI アイクルシグの役割－	近藤忠一 *，北脇年雄 *，東條有伸 *，伊藤　満，赤坂尚司 *，竹岡友晴 *	大塚製薬座談会記録集	2020. 6
実臨床におけるキムリア治療と施設間連携 キムリア治療のための円滑な施設間連携体制の構築に向けて	高折晃史 *，北脇年雄 *，今田和典 *，辻　将公 *，伊藤　満，上田恭典 *，米谷　昇 *，直川匡晴 *	ノバルティスファーマ座談会記録集	2020. 10
感染症科			
「15 分でわかる」新型肺炎　かぜ専門医がスライド解説	山本舜悟	朝日新聞デジタル	2020. 2. 5
緩和ケア科			
特集：癌合併症に立ち向かう新たな連携～ Onco-Cardiology ～「VTE で患者をひとりも亡くさない」病院横断型チーム医療で早期発見・治療に専心する	山本栄司，谷掛雅人，本多あずさ，園山和代	みるみる Vol.3，2020	2020. 10. 1
小児科			
身体の仕組みと疾患の基礎知識 .	岡野創造	京都市医療通訳派遣事業　医療通訳養成講座	2020. 1. 18
臨床検査技術科			
【特集】京都市立病院　未知のウイルスとの闘い	清水恒広，山本舜悟，栃谷健太郎，水野幸子，村田龍宣，林　彰彦，山田　雅，萱原慎理，熊原秀和，松永珠青	mews フェイス／ KBS 京都テレビ	2020. 5. 29
【特集】新型コロナ最前線で奮闘の保健師	林　彰彦	mews フェイス／ KBS 京都テレビ	2020. 6. 12

京都市立病院紀要投稿規定

1．本誌は京都市立病院の機関誌として年１回発行する．

2．**原則として**投稿者は本院の職員とする．但し当院職員以外の者であっても編集委員の承認を得た場合はこの限りでない．

3．本誌の内容は主に医学およびこれに関連ある内容の論文とし，その他学術活動を広く記録する．なお論文は他誌に未発表のものに限る．

内容は，総説・研究・症例報告・院内合同研究発表会の論文・海外研修報告とCPC報告・院内研修会報告・研究業績集（原著・学会報告等）を中心とする．

また，本誌に投稿される研究・症例等患者を対象とした研究については，「執筆要領の倫理規定」を遵守すること．

4．掲載論文の採否は編集委員が査読したうえで編集委員会で決定する．また，審査の結果，修正，削除，加筆を依頼することがある．内容等については著者が全責任を負うものとする．

5．原稿執筆の要領は次のとおりとする．（詳細は「執筆要領」参照）

1） 原稿はワープロ原稿で，A4版サイズを用い，原則として邦文とし，横書き，平カナ，当用漢字，現代カナ使いを使用する（**デジタルデータ**をメールあるいはCD-Rにて提出すること．入力方法等については，別に定める）．

2） 論文には英文タイトルおよびローマ字による著者名を併記する．

3） 論文には５コ以内の日本語キーワードとそれに対応する英語のキーワードを，それぞれの要旨，Abstractのあとにつける．

4） 論文には最初200字程度の和文要旨と最後に英文抄録をつける．

5） 論文は総説，原著は400字詰め原稿用紙15枚，図表10枚以内，症例報告の場合は原稿用紙図表をあわせ15枚以内を原則とする．

6） 図表原稿は明瞭に書き標題をつける（図は下方に，表は上方に）．写真は手札型のものをA4版用紙に貼付する．**デジタル原稿（画像・図表）はデータファイルとプリントをつける．**

7） 図表，写真の挿入箇所は原稿用紙の右欄に朱書する．

8） 日本語で表せる用語は，できるだけ日本語で表し，外国語をさける．ただし，外国人名，地名，酵素名，生化学的な物質名，薬品名は原語またはカタカナを用いる．また，略名は最初の表記をフルネームにし括弧して略語を書くこと．

9） 度量衡はC.G.S単位とし，km，mm，l，dl，kg，g，mg，mEp/l，mg/dlなどを用い，数字は算用数字を用いる．

10） 文献は出現順に番号を付し，本文の終わりにまとめて記載する．

外国誌はList of Journals indexed for Medline，邦文誌は公式の略称または医学中央雑誌収載目録による．

雑誌の場合：著者名は３名までを全員を記載する．４名以上の著者の場合は３名までを記載し，「他」あるいは外国語文献の場合は「et al」とする．：表題．雑誌名 年号（西暦）；巻：頁–頁．

単行本の場合：著者名：題名．（in）書名，編著者名，出版地，出版社，出版年号（西暦），頁–頁．を記入する．

6．編集の都合により原文の論旨を変えない範囲で著者に訂正を求めることがある．

7．校正は著者が行い，誤植の訂正程度にとどめる．版の組みかえは行なわない．

8．掲載料は無料とする．

9．掲載原稿は原則として返還しない．返還を希望するものはあらかじめ編集委員に申し出ること．

10. 論文提出期日，編集要旨については編集委員会より別に定め掲示する．〆切りは厳守されたい．

［**執筆要領**］

11. 倫理規定

医学研究のための研究・症例報告は，医学・医療の進歩に貢献するための重要な役割を果たしている．

しかし，患者の生命，健康，プライバシーおよび尊厳をまもることは，医療者・研究者側の責務である．本誌に掲載する論文等において，特定の患者の疾患や治療内容に関する情報には十分な配慮をしなければならない．患者のプライバシー保護のために以下のとおり定めます．

1）患者個人の特定が可能な氏名，ID，イニシャルまたは「呼び名」などの愛称は記載しない．

2）患者の住所は記載しない．ただし，疾患の発生場所が病態等に関与する場合は区域までは記載することを可とする．（京都府，京都市など）

3）治療経過の日付は，臨床経過を知る上で必要となることが多いので，個人が特定できないと判断される場合はよい．

4）他の情報と診療科名を照合することにより患者が特定され得る場合，診療科名は記載しない．

5）既に他施設において診断・治療を受けている場合は，その施設名ならびに所在地を記載しない．
ただし，救急医療などで搬送元の記載が不可欠の場合は，この限りではない．

6）人物写真の使用が不可欠な場合，目の部分を隠すなど対象者の身元が特定できないように配慮する．目疾患の場合は，顔全体がわからないように考慮する．

7）症例を特定できる生検，手術摘出標本，剖検，画像情報などに含まれる番号などは削除する．

以上の事項を配慮してもなお個人が特定化される場合には，発表に関する同意を患者（あるいは　家族）から得るか，当院の倫理委員会に検討を要請し承認を得ることとする．同意を得た場合は，その旨掲載記事に示さされていることとする．

すべての医学研究のための基本原則は，世界医師会総会において承認されたヘルシンキ宣言に基づいており，「WMA医の倫理マニュアル　日本語版／日本医師会　編」を参考にされたい．

12. 著作権

1）本誌掲載された論文の著作権は京都市立病院に帰属する．（著作権法　第27条翻訳権・翻案権，第28条二次的著作物の利用に関する原著作権者の権利）なお本誌に掲載された論文等の著作物は，原則として電子化（PDF形式等）し，病院ホームページ・近畿病院図書室協議会共同リポジトリを通じてコンピュータネットワーク上に公開する．

2）投稿する前に考慮すべき点として，重複または二重掲載のないこと（既に掲載されたことのある論文と本質的にオーバーラップしない）．学術集会において発表された報告など会議録もしくはそれに類似する形式の掲載以外正式に出版されていない場合は，その投稿を妨げる者ではない．

3）投稿する論文に載せる図表（写真も含む）が既に公表されたものである場合，オリジナルの出典を明示し，必要に応じ，著作権所有者の書面による承諾を得ること．万一，執筆内容が第三者の著作権を侵害するなどの指摘がなされ，第三者に損害を与えた場合は執筆者がその責を負う。

編 集 委 員 会

委員長	竹 中 秀 也		
委 員	岡 野 創 造	田 村 真 一	森 友 彦
	小 芝 泰	坪 内 万祐子	長谷川 和 昭
	熊 原 秀 和	前 田 景 子	岸 本 怜 美
	山 口 伸 枝	森 恵里子	原 田 真 帆
	谷 口 美 樹	岡 村 寿 子	

編 集 後 記

岡野創造前編集委員長の後任として紀要編集委員長を拝命致しました．微力ながら歴史と伝統のある京都市立病院紀要の編集に尽力したいと思います．

京都市立病院紀要はこれまで年に2回紙の冊子として発刊されてきました．本誌の第40巻第2号の編集後記にありますように，岡野先生の進めてこられました改革により，印刷や郵送にかかるコストの削減と紙の消費を抑える目的で，本誌がペーパーレス化されることになりました．本年度（令和3年度，2021年度）から紙による冊子の発行を止め，インターネット上の公開だけになりました．すでに論文に関しては，平成30年よりKINTORE（近畿病院図書室協議会共同リポジトリ）を通じて全世界に公開されています．インターネットで「KINTORE」と検索すれば，「京都市立病院」の入り口がみつかります．今後は，「KINTORE」はそのまま残したうえで，論文だけではなく病院の業績などを含めた京都市立病院紀要の内容全部を病院のホームページ上で閲覧できるようになります．また，紙に印刷して製本する必要がなくなったので，発刊は年に1回にまとめることになりました．本誌の構成は，①総説・研究・症例，②地域医療フォーラム，③院内合同研究発表会論文，④海外研修報告，⑤CPC記録，⑥院内研修開催記録，⑦研究業績集となります．

さて本号第41巻では，論文や講演などいずれも興味深く読める内容となっております．ただ昨今の事情によりまして，海外研修は実施されておりませんので報告はありません．

末筆ながら紙面をお借りして，ご投稿いただいた皆さんや査読・校正・編集に携わって頂いた編集委員の方々に深謝致します．また，今回ホームページで閲覧できるようにご努力頂いた方々に感謝申し上げます．

紀要編集委員長　竹中秀也（皮膚科部長）

京都市立病院紀要　第41巻（通巻59号）2021年（令和3年）

編 集 者　京都市立病院紀要編集委員会

発 行 者　黒 田 啓 史