第 42 巻（通巻 60 号） 2022 年（令和 4 年）

ISSN 0286-1356

京都市立病院紀要

The Journal of Kyoto City Hospital

第 42 巻 ２０２２

目　　次

巻 頭 言 …… 黒田　啓史

症　　例

頬部に発生した紡錘細胞脂肪腫の 1 例…… 大西ゆりあ，他 …… 1

原発性マクログロブリン血症を背景にびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫を発症した一例
…… 鹿野　　恵，他 …… 4

c-KIT exon 10 遺伝子変異陽性の t(8;21) を伴う急性骨髄性白血病の 1 例
…… 松井　道志，他 …… 10

特集：第32回京都市立病院地域医療フォーラム

日本初！　京都における病診行政連携のコロナ対策最前線

「京都府における COVID-19 入院医療コントロール：独自の取組」 …… 山畑　佳篤 …… 14

「自宅療養者を守れ！　新型コロナ訪問診療チーム」…… 守上　佳樹 …… 19

「新型コロナのこれまでとこれから」…… 山本　舜悟 …… 25

特集：第33回京都市立病院地域医療フォーラム

〔特別講演〕

これだけは知ってほしい！小児・AYA 世代のがん生殖医療 …… 堀江　昭史 …… 35

当院乳腺外科の治療戦略と今後の展望…… 森口　喜生 …… 41

当院の乳がんに対する放射線療法…… 平田希美子 …… 44

当院での乳がん看護の実践…… 石川　悦子 …… 49

当院での乳がん患者の相談支援…… 坂東千鶴佳 …… 52

第18回院内合同研究発表会集録

新型コロナウイルス専門調整部会のロジスティックス支援について…… 萱原　慎理 …… 55

京市病紀
J Kyoto City Hosp.

京 都 市 立 病 院

第19回院内合同研究発表会

気管内挿管抜管後の嚥下障害について…… 原田みのり，他 …… 59
MRI の吸引力についての検討 …… 大町　優介，他 …… 63
救急室における臨床検査技師の役割と活動報告…… 森　恵里子，他 …… 67
ペースメーカー外来における患者満足度アンケート結果と遠隔モニタリングの有用性について
…… 古川　　修，他 …… 71
医薬品情報担当薬剤師と病棟薬剤師間カンファレンスが医薬品副作用事例の収集に与える影響について
…… 本多あずさ，他 …… 74
造血細胞移植コーディネーターの役割と今後の課題…… 沖田　正樹　　…… 79
外来化学療法センター栄養指導の取り組み（第２報）…… 原田　麻子，他 …… 84
患者参画型転倒転落防止多職種カンファレンス～COVID-19 患者とビデオ通話でカンファレンス～
…… 大倉　香代　　…… 89
COVID-19 ケアの経験がスタッフに与えた影響～教育計画と看護師のモチベーション～
…… 坂口かおり，他 …… 93

ＣＰＣ報告

2021 年度 CPC 報告 …… 尾松　　憩，他 ……101

院内研修会開催記録（令和３年度）……103

研究業績目録

原　　著……150
学　　会……159
マスメディア……173

THE JOURNAL OF KYOTO CITY HOSPITAL

Vol.42 2022

CONTENTS

Foreword

Hiroshi Kuroda

Case Reports

A Case of Spindle Cell Lipoma of the Cheek
Yuria Onishi, Takehiro Watanabe and Yoko Shirai ····· 1

A Case of Diffuse Large B-Cell Lymphoma Transformed from Waldenström Macroglobulinemia
Megumi Shikano, Takehiro Okuda, Yuta Inoue, Rina Nakayama, Naoki Tamura, Akifumi Oba, Yoshihito Horisawa, Masashi Matsui, Yasuko Miyahara and Mitsuru Itoh ····· 4

Case Report of Acute Myeloid Leukemia with *c-KIT* t(8;21) Exon10 Mutation
Masashi Matsui, Kenjiro Hino, Naoki Tamura, Yasuko Miyahara and Mitsuru Ito
Yoshiaki Okuno ····· 10

Topics. The 32th Forum for the Community Medicine at Kyoto City Hospital

First in Japan: Hospital-Clinic and Administrative Collaboration at the Frontline of Covid-19 Control
Yoshihiro Yamahata,Yoshiki Morikami and Shungo Yamamoto ····· 14

Topics. The 33th Forum for the Community Medicine at Kyoto City Hospital

〔Lecture〕

Cancer Reproductive Medicine for Children, Adolescent and Young Adults
Akihito Horie ····· 35

Treatment Strategies and Future Prospects in Breast Surgery at Our Hospital
Yoshio Moriguchi ····· 41

Radiation Therapy for Breast Cancer at Our Hospital
Kimiko Hirata ····· 44

Nursing Care for Breast Cancer at Our Hospital
Etsuko Ishikawa ····· 49

Consultation Support for Breast Cancer Patients at Our Hospital
Chizuka Bando ····· 52

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

Logistics Support of the COVID-19 Expert Committee
Shinri Kayahara ····· 55

Dysphagia after Extubation of the Endotracheal Intubation
Minori Harada, Rei Satoh, Mio Hata, Keiko Ueno, Mizuki Murakami and Hiroshi Tada ····· 59

Examination of the Magnetic Attraction of the Magnetic Resonance Imaging Device
Yusuke Ohmachi, Fumie Maeda and Kazuo Tsugawa ····· 63

Role of the Clinical Technician in the Emergency Room and Reports of their Activities
Eriko Mori, Ayumu Inoue, Kazuyo Sonoyama, Daiki Miyakawa and Masashi Yamada ····· 67

Results of Questionnaire Survey on Patient's Satisfaction at the Pacemaker Outpatient Clinic and Evaluation of Remote Monitoring
Osamu Furukawa, Daisuke Ishihara, Kouhei Norimatsu and Yusuke Yamaguchi ····· 71

The Outcome of the Conference of Pharmacists in Charge of Drug Information and the Ward Pharmacists on the Collection of Incidents of Adverse Drug Effects
Azusa Honda, Yugo Kusukawa, Mayuko Masuta, Takashi Taruki, Tatsunori Murata and Junji Muraoka ····· 74
The Role of the Hematopoietic Stem Cell Transplant Coordinator and Future Tasks
Masaki Okida ····· 79
Ongoing Nutritional Guidance in the Outpatient Chemotherapy Room Part 2
Asako Harada, Takane Hanakawa, Yumi Higuchi, Kana Nakamura, Sakura Katayama, Mizuho Sawamoto, Kenta Naka and Akira Ueki ····· 84
Multidisciplinary Conference on Fall Prevention with Patient Participation – Conference with COVID-19 Patient –
Kayo Okura ····· 89
How the Experience of COVID-19 Care Affected the Staff – Education Plan and Motivation of the Nursing Staff
Kaori Sakaguchi, Sayuri Nishiki and Kayo Okura ····· 93

Annual Reports of the Clinico-pathologic Conference (CPC) in Kyoto City Hospital
Ikoi Omatsu, Naomi Katsuki and Mitsuo Kishimoto
Shotaro Ueno, Akihiro Manaki, Yukie Knaboshi, Yoshiaki Kitazawa, Takuya Shimada, Yuji Shimamura, Kimika Shirahase, Masao Ito, Shogo Kamiya, Hideto Kimura, Nanaha Kedo, Junpei Koma and Sakuya Shimizu ····· 101

Annual Reports of the Clinical Conference in Kyoto City Hospital ····· 103

List of Research Activities of Staff at Kyoto City Hospital
Published articles ····· 150
Presentations at academic meetings ····· 159
Massmedia ····· 173

京都市立病院紀要　第 42 巻　2022

目　　次

巻 頭 言 ……黒田　啓史

症　　例

頬部に発生した紡錘細胞脂肪腫の 1 例
……大西ゆりあ，渡辺　猛寛，白井　陽子…… 1

原発性マクログロブリン血症を背景にびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫を発症した一例
……鹿野　　恵，奥田　健大，井上　雄太，中山　理菜，田村　直紀
大庭　章史，堀澤　欣史，松井　道志，宮原　裕子，伊藤　　満…… 4

c-KIT exon 10 遺伝子変異陽性の t(8;21) を伴う急性骨髄性白血病の 1 例
……松井　道志，日野賢次郎，田村　直紀，宮原　裕子，伊藤　　満
奥野　芳章……10

特集：第32回京都市立病院地域医療フォーラム

日本初！　京都における病診行政連携のコロナ対策最前線

「京都府における COVID-19 入院医療コントロール：独自の取組」
……山畑　佳篤……14

「自宅療養者を守れ！　新型コロナ訪問診療チーム」
……守上　佳樹……19

「新型コロナのこれまでとこれから」
……山本　舜悟……25

特集：第33回京都市立病院地域医療フォーラム

〔特別講演〕

これだけは知ってほしい！小児・AYA 世代のがん生殖医療
……堀江　昭史……35

当院乳腺外科の治療戦略と今後の展望
……森口　喜生……41

当院の乳がんに対する放射線療法
……平田希美子……44

当院での乳がん看護の実践
……石川　悦子……49

当院での乳がん患者の相談支援
……坂東千鶴佳……52

第18回院内合同研究発表会集録
新型コロナウイルス専門調整部会のロジスティックス支援について
……萱原　慎理……55

第19回院内合同研究発表会集録
気管内挿管抜管後の嚥下障害について
……原田みのり，佐藤　　玲，秦　　未央，上野　啓子，村上　瑞季，多田　弘史……59
MRI の吸引力についての検討
……大町　優介，前田　富美恵，津川　和夫……63
救急室における臨床検査技師の役割と活動報告
……森　恵里子，井上　　歩，園山　和代，宮川　大樹，山田　　雅……67
ペースメーカー外来における患者満足度アンケート結果と遠隔モニタリングの有用性について
……古川　　修，石原　太輔，乗松　康平，山口　侑承……71
医薬品情報担当薬剤師と病棟薬剤師間カンファレンスが医薬品副作用事例の収集に与える影響について
……本多あずさ，楠川　侑吾，升田万祐子，多留木　崇志，村田　龍宣，村岡　淳二……74
造血細胞移植コーディネーターの役割と今後の課題
……沖田　正樹……79
外来化学療法センター栄養指導の取り組み（第２報）
……原田　麻子，花川　卓子，樋口　由美，中村　佳菜，片山さくら，沢本　瑞穂
中　　謙太，植木　　明……84
患者参画型転倒転落防止多職種カンファレンス
～COVID-19 患者とビデオ通話でカンファレンス～
……大倉　香代……89
COVID-19 ケアの経験がスタッフに与えた影響
～教育計画と看護師のモチベーション～
……坂口かおり
西木小百合
大倉　香代……93

ＣＰＣ報告
2021 年度 CPC 報告
……尾松　　憩，香月奈穂美，岸本　光夫
上野昌太朗，馬奈木彰弘，金星　幸栄，北澤　良明，島田　拓矢
嶋村　優志，白波瀬公香，伊藤　誠朗，神谷　尚吾
木村　英人，毛戸奈菜葉，小間　淳平，清水　咲耶…… 101

院内研修会開催記録（令和３年度）…… 103

研究業績目録
原　　著…… 150
学　　会…… 159
マスメディア…… 173

巻　頭　言

京都市立病院紀要42巻をお届けいたします．本42巻には院内合同研究発表会（第18回1編，第19回9編）と，第32回と第33回の地域医療フォーラムの内容，そして診療科から3編の症例報告が掲載されています．いずれも力作揃いですが，フォーラムはテープ起こし原稿をまとめた内容になっていますので，参加されなかった方には現場の臨場感も伝わりますのでぜひご一読ください．

最近の国内外を見渡しますと落ち着かない状況が続いています．新型コロナウイルス感染症のパンデミックが始まって3年が経過しました．当時，100年前に全世界を席巻し，2年の経過で収束したスペイン風邪と比較され，2年も続くのかと思っていましたが，とんでもない事に，3年経過した現在もまだ終息したとは言えない状況にあります．国は5月のゴールデンウィークあけに感染症法上の分類を2類相当から5類に変更すると明言していますが，5類にしたからといって新型コロナウイルスの感染力が変わるわけではないので，少なくとも医療機関においてはしっかりとした対策の継続が必要です．

また国外では，2022年2月から始まったロシアのウクライナ侵攻がすでに1年を経過しても終息の見込みはなく泥沼化しています．今回のロシアのウクライナ侵攻は，プーチンという独裁者の暴走としか思えません．聞くところによると，ウクライナ国内で抑圧されている人々を開放するために行っていると公言しているようですが，荒唐無稽な話に聞こえます．現実にウクライナの罪のない多くの住民が，ロシアの攻撃によって命を落としている現実は，いかに正当化しようとも許されるものではありません．

このような不安定な情勢の中で，国内の医療体制に目を向けますと，ここ数年来，医師をはじめとする労働者の働き方改革の必要性が叫ばれています．2035年度中には全ての勤務医の時間外労働時間を年間960時間以内にするという目標に向けて，いよいよ2024年度から，医師の時間外労働の上限規制が始まります．今まで，労働基準監督署から業務と判断されていた夜間の救急診療が，当直と認めてもらえるケースも増えていますが，帳尻合わせの働き方改革ではなく，本当の意味での働き方改革を進めていかなければなりません．取り組みの一つとして当院でも，2024年度を見据えたこの1年，看護師の特定行為研修を始めに，いろいろな部門でのタスクシフト・タスクシェアを進めていく必要があります．そのためにはますます職種間の連携，協働が重要になりますが，全職員がそれぞれ高い意識を持って積極的に取り組んでいただける事を期待しています．また，その成果について公表する機会としても本紀要を利用していただければと思っています．

最後になりましたが，本紀要42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5年3月

京都市立病院機構京都市立病院

院長　　黒　田　啓　史

頬部に発生した紡錘細胞脂肪腫の１例

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　歯科口腔外科）
大西　ゆりあ　　渡辺　猛寛　　白井　陽子

要　　旨

脂肪腫の一亜型である紡錘細胞脂肪腫は，顎口腔領域に発生することはきわめてまれである．今回われわれは，頬部に生じた紡錘細胞脂肪腫の１例を経験したので報告した．患者は59歳男性で，左側頬部の無痛性腫瘤を自覚し，当科に紹介受診した．触診にて左側頬部に直径約20 mm，境界明瞭で可動性のある無痛性の腫瘤を認めた．全身麻酔下にて腫瘍摘出術を施行した．摘出標本の組織病理学的検査にて紡錘細胞脂肪腫の診断であった．術後約２年経過しているが，再発はなく経過良好である．
（京市病紀 2022；42: 1-3）

Key words：紡錘細胞脂肪腫，頬部

は　じ　め　に

紡錘細胞脂肪腫（spindle cell lipoma: SCL）は，1975年にEnzingerら[1]によって提唱された脂肪腫の一亜型で，成熟脂肪細胞と紡錘形細胞が混在して増殖する組織像を特徴としている．中年男性の後頚部，肩部，背部に好発するとされ，顎口腔領域に発生することは稀である[2]．

今回われわれは，頬部に生じた紡錘細胞脂肪腫の１例を経験したので報告する．

症　　例

【患者】59歳，男性．
【主訴】左側頬部腫瘤．
【既往歴】特記事項なし．
【現病歴】X年５月頃から左側頬部に腫瘤を自覚し，徐々に増大を認めたため，精査目的にて当科受診した．
【現症】

全身所見；体格中等度，栄養状態良好で，顔貌は左右対称であった．

口腔外所見；所属リンパ節に異常は認めず．触診にて左側頬部に弾性軟，可動性の腫瘤を触知した．表面皮膚は健常色で顔面神経麻痺や知覚異常は認めなかった．

口腔内所見；左側頬粘膜は健常色を呈し，弾性軟，可動性の腫瘤を認めた（図１）．

【画像所見】MRI所見；左下顎角部に22×13×18 mm大の病変を認め，T1強調，T2強調画像ともに高信号の中に低信号を認めた．いずれも完全に均一な高信号ではなく，内部に細やかな低信号の模様を認めた（図２）．
【臨床診断】左側頬部良性腫瘍．
【処置および経過】術前に穿刺生検を行ったが確定診断には至らなかった．X年７月に全身麻酔下にて口腔内より腫瘍摘出術を施行した．左側頬粘膜に耳下腺乳頭直下から外斜線に向かい切開を加え，鈍的に剥離を行った．腫瘍は薄い被膜を有しており，被膜に沿って剥離をすすめた．剥離は比較的容易であった．摘出標本は22 mm×18 mm大で薄い被膜に包まれ，黄色を呈していた（図３）．現在，術後約２年経過しているが再発傾向及び，機能障害は認めていない．
【病理組織学的所見】成熟した脂肪細胞の増生よりなる腫瘍で，大小不同はみられるが，異型細胞は認められなかった．分葉状に脂肪細胞が増殖する腫瘍で，葉間隔壁には紡錘形細胞の増殖がみられた．核の異型性，分裂像は認めず，紡錘形細胞はCD34に陽性を示した（図４）．
【病理組織学的診断】紡錘細胞脂肪腫．

図１　初診時口腔内写真
左側頬粘膜に弾性軟で可動性の腫瘤を認めた．

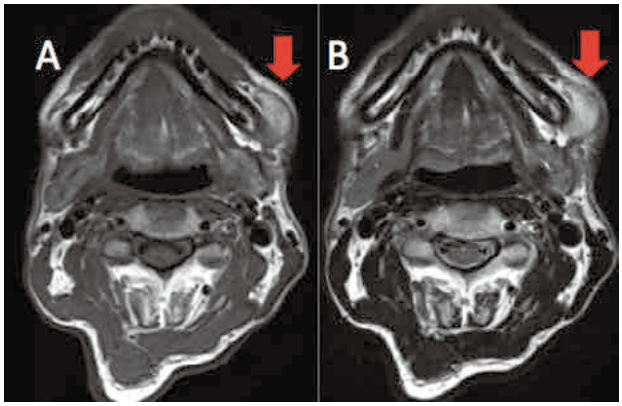


図２　MRI画像（A：T1強調像　B：T2強調像）
左下顎角部に22×13×18 mm大の病変を認め，T1強調，T2強調画像ともに高信号の中に低信号を認めた．

図 3　摘出標本
大きさは 22 mm × 18 mm 大で薄い被膜に包まれていた．

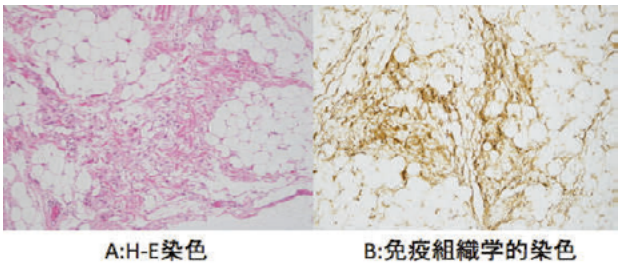


図 4　病理組織学的所見（A：H-E 染色　B：免疫組織学的染色）
分葉状に脂肪細胞が増殖する腫瘍で，葉間隔壁には紡錘形細胞の増殖がみられた．免疫組織学的染色では CD34 に陽性を示した．

考　　察

脂肪腫は脂肪組織に由来する非上皮性腫瘍で，良性軟部組織腫瘍のなかで最も多いものの 1 つである．脂肪組織由来であるため，全身に発生する非上皮性の良性腫瘍であるが，顎口腔領域での発生頻度は全脂肪腫の 0.6–2.2 % とまれである[3]．脂肪腫の組織型として，成熟した脂肪細胞のみであるものを単純性脂肪腫とし，成熟した脂肪細胞の増殖の中に他の成分が混在している場合には，その成分により線維脂肪腫，血管脂肪腫，筋脂肪腫，粘液脂肪腫，骨脂肪腫，軟骨脂肪腫，紡錘細胞脂肪腫に分類される[4),5)]．

紡錘細胞脂肪腫は，1975 年に Enzinger らによって提唱された脂肪腫の一亜型で，成熟脂肪細胞と紡錘形細胞が混在して増殖する組織像を特徴としている[1)]．紡錘細胞脂肪腫の発生頻度は全脂肪性腫瘍の約 1.5 % であり，脂肪腫の 60 分の 1 の頻度で発生し，40–70 歳の男性に好発すると報告されている[1),2)]．好発部位は後頚部，肩部，背部の皮下とされるが，口腔内での発生報告は少ない．口腔内での SCL が発症する部位は，舌が 37 %，頰粘膜が 31 %，口底が 15 % と報告されている[6)]．

SCL の組織学的鑑別診断としては，多形性脂肪腫，線維脂肪腫，脂肪肉腫，神経線維腫，平滑筋腫，神経鞘腫が挙げられる[7)]．脂肪肉腫は，最も重要な鑑別診断である．SCL と臨床的および組織学的に誤診されやすいが[8)]，治療法や予後は非常に異なるため，注意が必要である．

病理組織学的には，成熟脂肪細胞と紡錘形細胞が混在しており，間質に膠原線維の増生と粘液基質を伴う像を特徴としている．また肥満細胞を随伴することも多く，リンパ球浸潤は認められないことが多い[9)]．

紡錘形細胞の起源については，間葉系細胞から分化した線維芽細胞であるという説が有力である[1)]．免疫組織学的染色では，CD34 とビメンチンに陽性を示し，S-100 タンパク質，アクチン，デスミン，ラミニンに陰性を示すことが多い[10)]．本症例でもこれらの特徴と一致する所見を示した．

治療法としては外科的切除が一般的である．本症例では，腫瘍が口腔内から触知されたことや，手術後に瘢痕が残らないことから，口腔内からの腫瘍切除を選択した．腫瘍摘出時に，被膜を壊さないように慎重に剥離した．

SCL の予後は良好とされている．再発はまれであり[11)]，悪性化は報告されていない[1)]，本症例でも術後 2 年経過しているが，再発や悪性化は認めていない．

結　　語

今回，頰部に発生した紡錘細胞脂肪腫の 1 例を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告した．

引　用　文　献

1）Enzinger FM, Harvey DA：Spindle cell lipoma. Cancer 1975；36(5)：1852–1859.
2）Fletcher CD, Martin-Bates E：Spindle cell lipoma：a clinicopathological study with some original observations. Histopathology 1987；11(8)：803–817.
3）Hatziotis JC：Lipoma of the oral cavity. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1971；31(4)：511–524.
4）Bajpai M, Kumar M, Agarwal D：Osteplate of the palate -An unusual presentation. Natl J Maxillofac Surg 2014；5(2)：250–251.
5）Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al：Oral and Maxillofacial Pathology, 3rd ed, Saunders Co, Philadelphia, 2008, p523–524.
6）Girgis S, Cheng L：Rare Occurrence of Lip Spindle Cell Lipoma. Case Rep Oncol Me 2015, doi：10.1155/2015/382925.
7）山田学，杉山優子，小林大輔，他：頰部に生じた紡錘細胞脂肪腫の 1 例．日口外誌　2011；57(7)：401–404.
8）Baumann I, Dammann F, Horny HP, et al：Spindle cell lipoma of the parapharyngeal space：first report of a case. Ear Nose Throat J 2001；80(4)：244, 247–250.
9) Lever WF, Schaumburg-Lever G：Histopathology of the Skin. 6th Ed, Lippincott, Philadelphia, 1983, p654.
10）Enzinger FM, Weiss SW：Benign Lipomatous

Tumors. 3rdEd, Mosby, St Louis, 1995, p590–597.
11）Júnior OC, de-Aguiar EC, Sartori JH, et al：Spindle cell lipoma of the tongue：A case report of unusual occurrence. J Oral Maxillofac Pathol 2013；17(1): 148.

Abstract

A Case of Spindle Cell Lipoma of the Cheek

Yuria Onishi, Takehiro Watanabe and Yoko Shirai
Department of Dental and Oral Surgery, Kyoto City Hospital

Spindle cell lipoma, a subtype of lipoma, is rarely found in the oral cavity. We report a rare case of spindle cell lipoma of the cheek. A 59-year-old man was referred to our department because of a painless mass of the cheek. A clinical examination revealed a mobile, well-demarcated, 20 mm-diameter mass in the left cheek. The tumor was removed under general anesthesia. A histopathological examination of the surgical specimen showed spindle cell lipoma. There have been no signs of recurrence for approximately 2 years after the resection.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:1–3)

Key words: spindle cell lipoma, cheek

原発性マクログロブリン血症を背景に びまん性大細胞型B細胞リンパ腫を発症した一例

（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）
鹿野　恵　　奥田　健大　　井上　雄太　　中山　理菜　　田村　直紀
大庭　章史　　堀澤　欣史　　松井　道志　　宮原　裕子　　伊藤　満

要　旨

症例は85歳男性．X-15年10月に原発性マクログロブリン血症（Waldenström macroglobulinemia: WM）と診断された．自覚症状はなく外来での経過観察を継続していたが，X年7月より顔面浮腫，下腿浮腫が出現した．CTでは胸腹水，脾腫，全身リンパ節腫大（肝門部～膵周囲，腸管膜，傍大動脈，縦隔）を認めた．PET-CTでは同部位への高度集積を認め，右鎖骨上窩リンパ節生検にて既知のWMを背景としたびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（diffuse large B-cell lymphoma: DLBCL）と診断した．R-CHOP療法を計6コース施行し，体液貯留や脾腫，全身リンパ節腫大は改善した．WM患者の形質転換例においてもR-CHOP療法が標準治療とされるが，de novoのDLBCLと比べ予後が悪いとされている．*MYD88*^{L265P}変異陽性例についてはブルトン型チロシンキナーゼ（Bruton's tyrosine kinase: BTK）阻害剤の有効性が報告されており，形質転換を疑った場合，積極的に遺伝子解析を含めた病理学的検査を実施するべきと考える．
（京市病紀 2022；42: 4-9）

Key words：原発性マクログロブリン血症（WM），びまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL），R-CHOP療法

緒　　言

原発性マクログロブリン血症（Waldenström's macroglobulinemia: WM）はモノクローナルなIgMを産生するBリンパ球の腫瘍性増殖と，その骨髄浸潤を特徴とする疾患である．低悪性度リンパ腫に属し，生存期間の中央値は10年を超えるが，低確率で形質転換を起こすことが知られている．WMからびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（diffuse large B-cell lymphoma: DLBCL）へ形質転換を起こした場合，de novoのDLBCLに比べ予後が悪いとされる[1]．今回，未治療のWMを背景に発症したDLBCLに対して，化学療法が奏功した1例を経験したので，文献的考察を踏まえて報告する．

症　　例

患者：85歳男性
主訴：体液貯留，皮膚腫瘤
既往歴：原発性マクログロブリン血症，帯状疱疹，急性穿孔性虫垂炎，高血圧，降圧剤による無顆粒球症
内服薬：なし
家族歴：特記事項なし
生活歴：喫煙なし，飲酒なし．
現病歴：X-15年10月にWMと診断された．その後外来での経過観察を継続していたが，X年7月より顔面浮腫，下腿浮腫が出現した．躯幹部単純CTにて胸腹水貯留，脾腫，肝門部～膵周囲リンパ節，腸管膜リンパ節，傍大動脈リンパ節，縦隔リンパ節の腫大を認めた．PET-CTでは同部位への高度集積を認め，WMからの組織学的形質転換が疑われた．右鎖骨上窩リンパ節生検にてDLBCLと診断がつき，加療目的に入院となった．
入院時現症：身長157.8 cm，体重70.8 kg，体表面積1.723 m^2，体温36.4 ℃，血圧137/69 mmHg，脈拍66回／分，SpO_2 96 %（室内気）．意識は清明．眼瞼結膜に貧血なし，眼球結膜に黄染なし．口腔内に粘膜障害や白苔を認めない，扁桃腫大なし．表在リンパ節触知せず（右鎖骨上窩リンパ節・左前胸部皮下腫瘤生検後）．心音 整で雑音聴取せず，呼吸音 清で左右差なし．腹部は膨満・軟で圧痛なし，肝触知せず，左季肋下に脾を6～7 cm触知する．両側下肢に圧痕性浮腫あり．紫斑皮疹認めず．
画像所見：CTでは左胸水および多量の腹水を認めた．高度の脾腫を認め，肝門部から膵周囲にかけてのリンパ節，腹腔動脈3分枝周囲，傍大動脈域，腸管膜のリンパ節の腫大を認めた．PET-CTでは腸管膜，傍大動脈，膵頭後部～肝十二指腸間膜のリンパ節腫大に軽度から高度のFDG集積を認め，SUVmaxは最大30.0であった．右鎖骨上窩にも高集積を伴うリンパ節を認める．両側肺門，縦隔リンパ節にも集積を伴うリンパ節を認めるが，炎症性変化との区別は困難であった．脾腫を認め，肝臓より集積は高度であり脾浸潤を疑う所見であった．肝S8にも高集積を認めた．左前胸部皮下にも集積亢進を伴う結節を認め，リンパ腫病変の浸潤の可能性が示唆された．骨髄への集積は軽度であった（図1）．
検査所見：白血球数は2400 /μL，ヘモグロビン値は10.4 g/dL，血小板数は8.3×10^4 /μLと汎血球減少を認めた．生化学検査では，LDHは正常範囲内であり，既知のTP/Alb乖離を認めた．血清IgM値は8347 mg/dL，可溶性IL-2レセプターは4180 U/mL，血清β2MGは6.5 mg/Lと上昇していた（表1）．右鎖骨上窩リンパ節生検（図2）では，既存のリンパ節構造は消失しており，核形不整や核小体の目立つ中～大型のリンパ球がびまん性に増殖していた．このリンパ球は，免疫染色ではCD20，

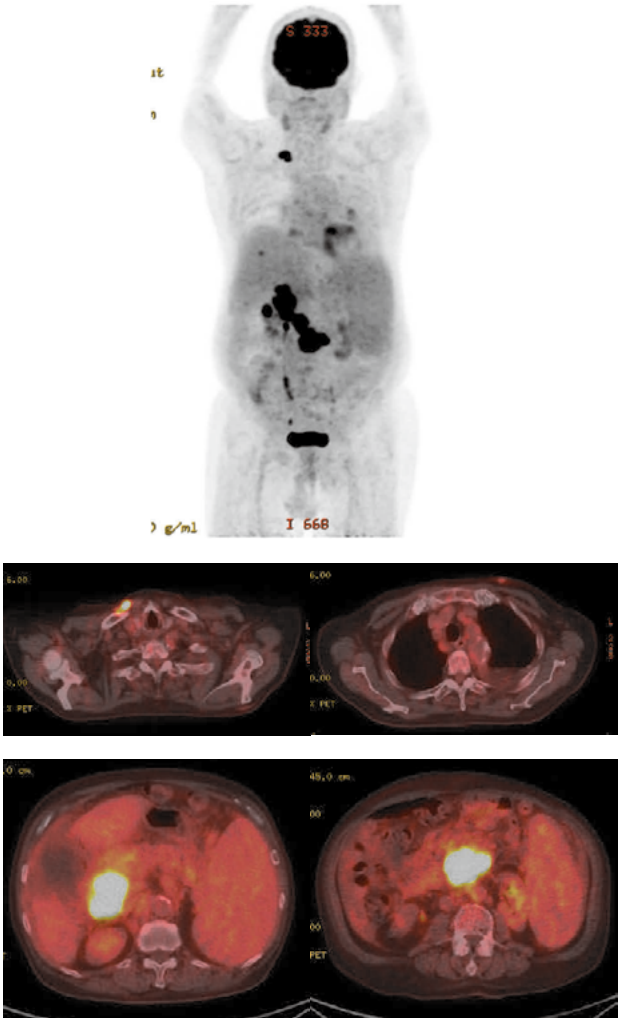


図 1：FDG-PET 画像
・左前胸部皮下に FDG 集積亢進を伴う結節を認める．
・右鎖骨上窩，腸管膜，傍大動脈，膵頭後部～肝十二指腸間膜のリンパ節腫大に軽度から高度の集積（SUVmax = 30.0）を認める．

表 1：入院時血液検査所見

CBC			生化学					
WBC	2400	/μL	AST	22	U/L	UA	5.8	mg/dL
Neutro	53.5	%	ALT	8	U/L	BUN	16.9	mg/dL
Eosin	1.5	%	ALP	119	U/L	Cre	0.83	mg/dL
Baso	0.0	%	γGTP	9	U/L	eGFR	66.46	mL/min/1.73m²
Mono	6.5	%	LDH(IFCC)	128	U/L	Na	138	mEq/L
Lymph	38.5	%	T-Bil	0.3	mg/dL	K	4.4	mEq/L
RBC	387	×10⁴/μL	D-Bil	0.0	mg/dL	Cl	105	mEq/L
Hb	10.4	g/dL	TP	11.6	g/dL	Ca	9.3	mg/dL
Ht	31.9	%	Alb	3.5	g/dL	IgG	166	mg/dL
PLT	8.3	×10⁴/μL	CRP	0.28	mg/dL	IgM	8347	mg/dL
連銭形成あり						IgA	23	mg/dL
腫瘍マーカー								
sIL-2R	4180	U/mL						
血清β2MG	6.5	mg/L						

CD79a，BCL-6，c-MYC，MUM-1 陽性，CD5，CD10 弱陽性，CD3，BCL-2 陰性であり，MIB-1 標識率は約 80 % であった．中～大型のリンパ球のびまん性増殖を認める病巣の周囲の形質細胞（CD38，CD138 陽性，CD56 陰性）では，SmIg-κ ≫ SmIg-λ で軽鎖制限を示すが，大型細胞の領域では SmIg-λ ≫ SmIg-κ の軽鎖制限を示した．フローサイトメトリーでは CD5，CD19，CD20，SmIg-κ 陽性，CD10 陰性の細胞集団を 50 % 程度認めた．FISH 法では 3q27（BCL-6）領域を介した転座陽性細胞を認めたが，t(8;14) 転座，t(14;18) 転座，18q21（BCL-2）領域を介した転座陽性細胞は認めなかった．G バンド分染法による染色体検査では図 3 の通りの複雑な核型異常を認めた．また，このリンパ節検体では *MYD88*^{L265P} 変異が陽性であった．

左前胸部皮下腫瘤生検（図 4）では，真皮から皮下脂肪織にかけて小～中型のリンパ球の浸潤を認めた．右鎖骨上窩リンパ節生検で認めた所見とは異なり，low grade lymphoma の原疾患に近い性質のリンパ腫の浸潤が主体と思われた．免疫染色では，CD20，CD79a，BCL-2 陽性であり，CD5 は一部で陽性，CD3，CD10，BCL-6，MUM-1，cyclin D1，SOX11 陰性であった．この検体では SmIg-κ ≫ SmIg-λ の軽鎖制限を示した．

さらに腹水穿刺液細胞診では Class Ⅱ であり，小型のリンパ球を多く認め，大型のリンパ球の増生は認めなかった．フローサイトメトリーでは CD5，CD19，CD20，CD25，SmIg-κ 陽性，CD10 陰性の細胞集団を 60 % 程度認めた．FISH 法においては t(8;14) 転座，t(14;18) 転座，18q21（BCL-2）領域を介した転座陽性細胞，3q27（BCL-6）領域を介した転座陽性細胞はいずれも陰性であった．G バンド分染法では正常核型であった．

骨髄検査では，有核細胞数 5.9 × 10^4 /μL と低～正形成骨髄であり，やや細胞質豊富で核偏在を認めるリンパ球を 1.2 % 認めた．フローサイトメトリーでは CD5，CD19，CD20，CD25，SmIg-κ 陽性，CD10 陰性の細胞集団を 25 % 認めた．G バンド分染法では正常核型であった．骨髄の病理検体では小型のリンパ球が集簇巣を形成していた．

以上から，WM を背景に発症した DLBCL と診断した．

臨床経過（図 5）：DLBCL に対して，化学療法を 6 コース，中枢神経再発予防目的の髄腔内抗癌剤投与を 4 コース行う方針とした．年齢や全身状態から初回は 50 % 投与量の CHOP 療法（cyclophosphamide 650 mg，doxorubicin 43 mg，vincristine 1.2 mg，prednisolone 50 mg × 5 日）を入院第 2 病日から開始した．入院第 4 病日に髄腔内抗癌剤投与（methotrexate 15 mg，cytarabine 40 mg，prednisolone 20 mg）を行った．髄液内へのリンパ腫細胞の浸潤を示唆する所見は認めず，予定通り予防的投与を継続する方針とした．1 コース終了時点の CT では腹水の減少，全身リンパ節の縮小，脾腫の改善を認め，2 コース目から rituximab（630 mg）を加えた R-CHOP 療法を継続する方針とした．化学療法（CHOP 療法 1 コース，R-CHOP 療法 5 コース，および rituximab 単剤 1 回）終了時点の PET-CT では，全身リンパ節の腫脹や集積，脾腫は改善していたが，IgM はいまだに高値遷延していた．今回の R-CHOP 療法により DLBCL への効果は認めた一方で，WM は残存していると判断した．現時点では明らかな症状を認めず，また化学療法に伴う Activities of Daily Living（ADL）低下のため，治療介入は行わず注意深く外来での経過観察を継続している．

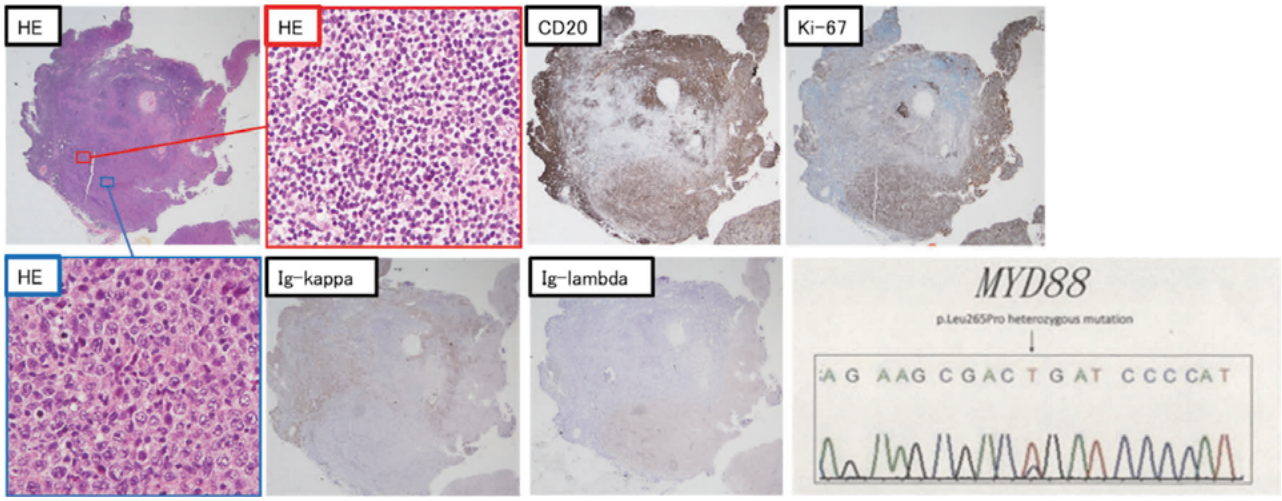


図 2：右鎖骨上窩リンパ節病理
既存のリンパ節構造は消失しており，核形不整や核小体の目立つ中～大型リンパ球がびまん性に増殖する部位と，小型のリンパ球がびまん性に増殖する部位を認める．

■検査所見

・染色体数

染色体数			44	45	46	47	48	92	
観察細胞数				1				1	
写真分析数				1				1	
核型分析数				1				1	

・分析バンドレベル　（ 300～400 ）

・染色体構成（核型）

92<3n>, XX, +X, -Y, +add(1)(p36.1), del(1)(p?)×2, -2,
?add(2)(q11.2)×2, add(3)(p21), +der(3)add(3)(p21)add(3)(q27),
?t(3;14)(q27;q32), del(4)(q?), -7, add(17)(p11.2), +18, +18, +18,
-22, +21mar, inc[1]
/45, XY, -22[1]

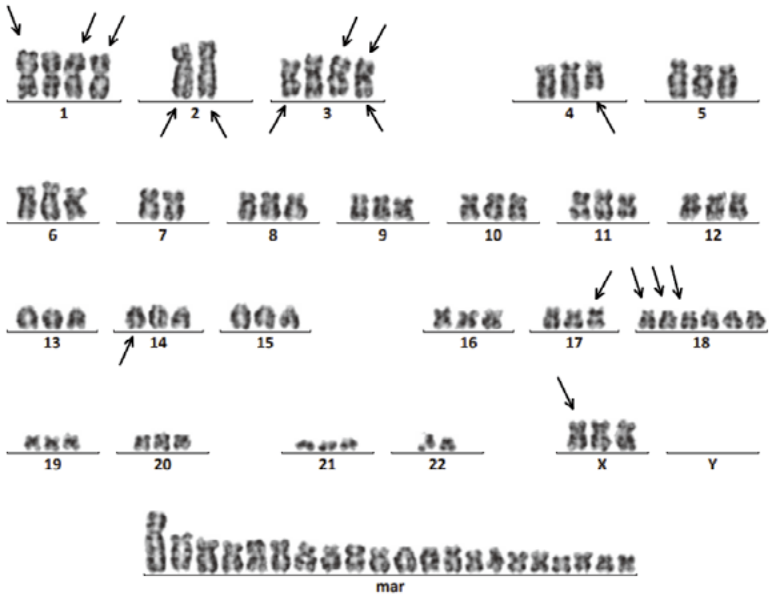


図 3：リンパ節における染色体検査結果

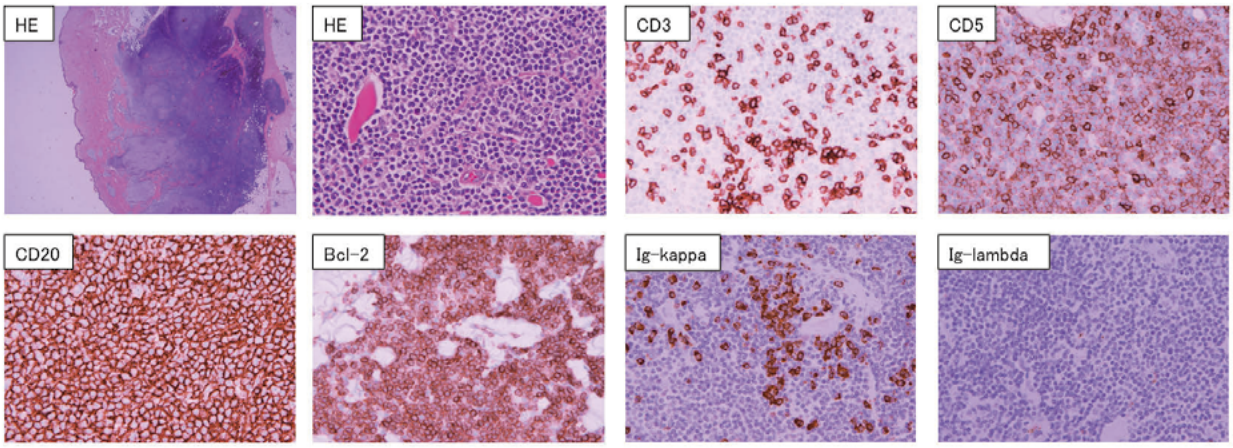


図 4：左皮下腫瘤病理
真皮から皮下脂肪織にかけて小～中型のリンパ球の浸潤を認める．

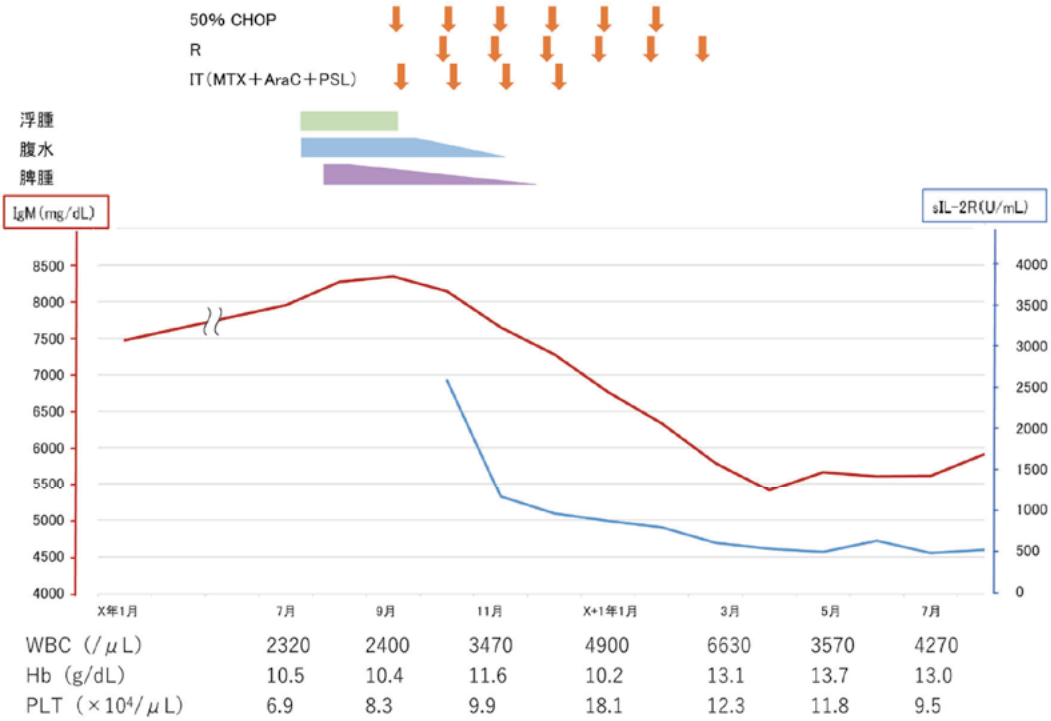


図 5：臨床経過
Abbreviation R：rituximab，IT：intrathecal injection，MTX：methotrexate，AraC：cytarabine，PSL：prednisolone

考　　察

WM 症例は一般の症例に比べ，悪性黒色腫，甲状腺癌，肺癌，尿路上皮癌，急性白血病，DLBCL 等の悪性腫瘍を合併する率が高いとされ[2]，急性白血病や DLBCL に関しては，WM と関係のない一次性発症と，WM からの形質転換による二次性発症のいずれも起こりうる．

WM の 5～10 % が DLBCL へ形質転換するという報告があるが[3]，Castillo らは，形質転換を起こした患者の 50 % では，IgM の値は 25 % 以上増加しており，形質転換患者の 84 % は節外性病変（多くは骨髄，骨，尿生殖路，胸腹水，眼窩，腸管，中枢神経）を持っており，節性病変は 25 % にのみ認めると報告した[1]．Lin らや Zanwar らは，形質転換を起こした症例のうち，検査が可能であった全ての症例において，免疫グロブリン軽鎖は WM 細胞と DLBCL 細胞で一致していると報告した[4),5)]．本症例は診断当時から IgM 値 5000～7000 mg/dL を推移しており，今回の DLBCL 発症の際に明らかな IgM 値の変動は認めなかった．また，本症例は右鎖骨上窩リンパ節，左前胸部皮下腫瘤，腹水，骨髄の評価を行ったが，実際に DLBCL の証明ができた病変は右鎖骨上窩リンパ節のみであり，同検体における WM 細胞と DLBCL 細胞では，発現する免疫グロブリン軽鎖が異なっていた．本症例の DLBCL の発症については，de novo での発現の可能性やクラスチェンジによる発症の可能性は否定できていない

が，同一検体の中でWMとDLBCLの混在を認めていたことは特筆すべき点と考える．

CastilloらはWMから形質転換を起こしたDLBCLはWMの先行がないDLBCLと比べ有意に予後が悪いことを報告している[6]．さらにDurotらは形質転換を起こした患者において，WM発症から5年以上の経過やLDHの上昇は独立した予後因子であると報告した[7]．

現在，形質転換を起こした症例に対しての造血幹細胞移植の有用性は示唆されているが，化学療法においては現状ではde novoのDLBCLと同様にR-CHOP療法やR-EPOCH療法が選択されている．本症例も，DLBCLに対してR-CHOP療法を選択し，劇的な臨床症状の改善を認めた．一方で，本症例は治療終了後もIgMの値は高値遷延しており，WMについてはR-CHOP療法は効果不十分であったと考えている．

近年欧米ではブルトン型チロシンキナーゼ（Bruton's tyrosine kinase：BTK）阻害剤であるibrutinibが未治療WM患者に対して承認されており，最近の報告ではrituximabとibrutinibの併用により*MYD88*^{L265P}変異を有しかつ*CXCR4*^{WHIM}変異を有する患者においても高い奏効率が示されている[8]．本邦では第2世代BTK阻害剤であるtirabrutinibに加え，2022年12月にはibrutinibも認可された．本症例は現時点では無症状であるが，症状増悪時に可能な治療方針検討も含め．今後の注意深い観察が必要と考える．

結　　語

WMを背景にDLBCLを発症した症例を経験した．WMは稀ではあるがDLBCLを発症することは知られており，経過から原病の増悪を積極的に疑わない場合は，積極的に遺伝子解析を含めた病理学的検査を実施するべきと考える．

引 用 文 献

1）Castillo JJ, Gustine J, Meid K, et al：Histological transformation to diffuse large B-cell lymphoma in patients with Waldenström macroglobulinemia. Am J Hematol 2016；91(10)：1032–1035.

2）Castillo JJ, Olszewski AJ, Hunter ZR, et al：Incidence ofsecondary malignancies among patients with Waldenström macroglobulinemia：an analysis of the SEER database. Cancer 2015；121：2230–2236.

3）Owen RG, Bynoe AG, Varghese A, et al：Heterogeneity of histological transformation events in waldenström's macroglobulinemia (WM) and related disorders. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2011；11：176–179.

4）Lin P, Mansoor A, Bueso-Ramos C, et al：Diffuse large B-cell lymphoma occurring in patients with lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström macroglobulinemia. Clinicopathologic features of 12 cases. Am J Clin Pathol 2003；120：246–253.

5）Zanwar S, Abeykoon JP, Durot E, et al：Impact of MYD88L265P mutation status on histological transformation of Waldenström Macroglobulinemia. Am J Hematol 2020；95(3)：274–281.

6）Castillo JJ, Olszewski AJ, Kanan S, et al：Survival outcomes of secondary cancers in patients with Waldenström macroglobulinemia：An analysis of the SEER database. Am J Hematol 2015；90(8)：696–701.

7）Durot E, Tomowiak C, Michallet AS, et al：Transformed Waldenström macroglobulinaemia：clinical presentation and outcome. A multi-institutional retrospective study of 77 cases from the French Innovative Leukemia Organization (FILO). Br J Haematol 2017；179(3)：439–448.

8）Buske C, Tedeschi A, Trotman J, et al：Ibrutinib Plus Rituximab Versus Placebo Plus Rituximab for Waldenström's Macroglobulinemia：Final Analysis From the Randomized Phase III iNNOVATE Study. J Clin Oncol 2022；40(1)：52–62.

Abstract

A Case of Diffuse Large B-Cell Lymphoma Transformed from Waldenström Macroglobulinemia

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

Department of Hematology, Kyoto City Hospital

An 85-year-old man, who had been diagnosed with Waldenström macroglobulinemia (WM) 15 years ago and followed closely without treatment, complained of anasarca. CT scan showed systemic lymphadenopathy, hepatosplenomegaly, left anterior thoracic cutaneous tumor, pleural effusion, and ascites. PET/CT imaging revealed FDG accumulation at the same regions. We diagnosed transformation from WM to diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) by his right supraclavicular lymph node biopsy. After R-CHOP therapy, lymphadenopathy and other symptoms have improved. R-CHOP therapy is also the standard treatment for transformed WM patients, but the prognosis is worse than de novo DLBCL. Bruton's tyrosine kinase (BTK) inhibitors have been reported to be effective for *MYD88*^{L265P} mutation-positive cases. When transformation is suspected, pathological examinations including genetic analysis should be performed aggressively.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:4–9)

Key words: Waldenström's macroglobulinemia (WM), Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), R-CHOP therapy

c-KIT exon 10 遺伝子変異陽性の t(8;21) を伴う急性骨髄性白血病の１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　　日野　賢次郎　　田村　直紀　　宮原　裕子　　伊藤　満

（独立行政法人国立病院機構京都医療センター　血液内科）
奥野　芳章

要　　旨

69歳男性．胃びまん性大細胞Ｂ細胞リンパ腫（diffuse large B cell lymphoma: DLBCL）に対してR-CHOP療法６コース実施し寛解を維持していた．治療終了約２年後に末梢血中に芽球の出現を認めた．骨髄検査で芽球15.6％，白血病キメラ遺伝子スクリーニングで *RUNX1-RUNX1T1* 遺伝子変異陽性を認め急性骨髄性白血病（acute myeloid leukemia：AML）と診断された．*KIT* 遺伝子変異解析では exon 10 p. Lys546= を認めた．daunorubicin（DNR）と cytosine arabinoside（Ara-C）による寛解導入療法を施行し，完全寛解を獲得した．地固め療法として大量 Ara-C 療法を３コース行い治療を終了した．治療終了から11ヶ月後も再発なく経過している．*RUNX1-RUNX1T1* 遺伝子変異陽性急性骨髄性白血病における *KIT* 遺伝子変異は，exon 17 変異の場合は予後不良とされるが，この症例での変異は exon 10 であったため，予後への影響は少ないと判断し，造血幹細胞移植を施行せず，化学療法で治療を終了した．その妥当性の判断については議論が必要であるが，興味深い症例であり文献的考察を加えて報告する．
（京市病紀 2022；42：10-13）

Key words：急性骨髄性白血病，t(8;21)，*c-KIT*

緒　　言

RUNX1-RUNX1T1 遺伝子変異陽性急性骨髄性白血病は core binding factor（CBF）-acute myeloid leukemia（AML）と総称される[1)]．

CBF-AML は daunorubicin（DNR）や idarubicin（IDR）と cytosine arabinoside（Ara-C）による標準的寛解導入療法，Ara-C 大量療法による地固め療法が有効であることが示されている．CBF-AML は予後良好の AML と考えられているが約40％の症例は再発し予後不良となる症例も存在する．近年になって AML の予後に関して遺伝子変異による層別化が行われるようになり，CBF-AML において約25％認められる *KIT* 変異が予後因子として注目されている．

症　　例

69歳男性，X-2年に胃びまん性大細胞Ｂ細胞リンパ腫（diffuse large B-cell lymphoma：DLBCL）（stage Ⅱ）と診断され前医にて R-CHOP 療法を６コース施行し完全寛解を維持していた．Ｘ年４月２日に前医定期受診時に末梢血中に芽球３％を認めた．骨髄検査では芽球16％を認め，白血病キメラ遺伝子スクリーニングでは *RUNX1-RUNX1T1* 陽性であった．AML の診断で４月23日に当科へ紹介され入院となった．既往歴は胃 DLBCL の他，胃空腸バイパス術後，尋常性乾癬があった．

入院時現症は意識清明，体温36.8℃，脈拍60回／分，血圧122/65 mmHg，呼吸回数16回／分だった．口腔内に口内炎や出血斑を認めず，扁桃腫大や発赤を認めなかった．表在リンパ節は触知しなかった．心音は整，心雑音聴取せず，肺音は清，雑音聴取しなかった．腹部は平坦，軟で圧痛なく，腸蠕動音正常，肝脾触知しなかった．四肢は浮腫や関節痛を認めなかったが四肢末梢に知覚障害，疼痛を認めた．皮膚は紅斑，紫斑とも認めなかった．

末梢血検査所見では WBC 3,900 /μL であったが白血球分画では芽球2.0％を認めた．Hb 12.6 g/dL，Plt 10.7×10^4 /μL と貧血，血小板減少を認めた．生化学では T-bil 1.3 mg/dL と軽度上昇を認めたが他の異常は認めなかった．凝固異常を認めなかった．生理検査では心電図，心エコーで異常を認めなかった．画像検査では胸部レントゲン，体幹 CT では異常を認めなかった．骨髄検査では塗抹標本で myeloperoxidase（MPO）陽性芽球を16.8％認めた．芽球は中型で Auer 小体を認めた．表面抗原検査では芽球領域に CD13，CD33，CD34，CD56，HLA-DR 陽性の異常細胞集団を認めた．染色体検査では46，XY，t(8;21)(q22;q22) を認め，遺伝子検査では *RUNX1-RUNX1T1*：3.2×10^5 copy/μgRNA を認めた．*c-KIT* 遺伝子変異検査では *KIT* 変異陽性（exon 10 p. Lys546=）（解析 exon：8，10，11，17）を認めた．

以上より *RUNX1-RUNX1T1* 遺伝子変異陽性 CBF-AML，*c-KIT* 変異陽性（exon 10 p. Lys546=）と診断した．寛解導入療法として DNR40 mg/m^2 ３日間点滴および，Ara-C100 mg/m^2 ７日間持続点滴を４月26日から開始した．発熱性好中球減少症を合併したが，末梢血芽球，骨髄中芽球は速やかに消失し血液学的完全寛解への導入に成功した．地固め療法として Ara-C 大量療法２g/m^2 点滴，12時間毎５日間を３コース行い，こちらも重症合併症なく治療を完遂した．完全寛解維持を確認しＸ年10月治療を終了した（図１）．Ｘ＋１年９月の時点で寛解を維持している．

考　　察

t(8;21)(q22;q22) や inv(16)(p13.1q22) の染色体異常を有する AML は，CBF-AML と総称され，標準的寛解導入療法，高容量 AraC 療法による地固め療法が有効であることが示されている[2]．

CBF-AML は予後良好の AML と考えられているが，約 40 % の症例は再発し，予後不良となる症例も存在する[3]．

KIT 変異は AML 全体では 4-5 % 程度にしか認められないが，CBF-AML では約 25 % に *KIT* 変異を認めており，予後因子として注目されている[4]．

c-KIT 遺伝子はヒト染色体上の 4q12 に位置し，21 の exon をもち 976 のアミノ酸に翻訳される．*c-KIT* 分子はⅢ型受容体チロシンキナーゼに属し，SCFR（stem cell factor receptor）もしくは CD117 と呼ばれている．細胞外に免疫グロブリン様ドメインを 5 つもち，膜貫通ドメイン，膜近傍ドメイン，キナーゼインサートを挟む 2 つのキナーゼドメインからなる．生体における主な役割は造血，メラニン形成，配偶子形成である．リガンドは SCF（stem cell factor）であり SCF が細胞外ドメインに結合すると二量体を形成してキナーゼ領域のチロシン残基をリン酸化，細胞内シグナル伝達を活性化させ，分化や増殖，自己複製に重要な役割を果たす[5]．

KIT 変異は主に細胞外領域（exon8），膜貫通領域から傍膜貫通領域（exon10-11），チロシンキナーゼ領域（exon17）の 3 か所に認められ，これらの変異が生じると，リガンド非依存性に *KIT* 受容体はリン酸化して恒常的にその下流シグナルを活性化させる[3),5]．

RUNX1-RUNX1T1 変異陽性 CBF-AML における *c-KIT* 変異が早期再発や予後不良因子であるとする報告がある一方で予後に影響を与えないとする報告も存在する[6]．

c-KIT 変異が予後不良因子であるとする報告では *c-KIT* 変異の中でも exon17 変異，その中でも D816 変異陽性が予後不良としている報告がある．

Cairoli らは CBF-AML 67 例の解析で，D816 変異を有する群は *c-KIT* 変異陰性群と比べ，再発率高値，OS 低値だったが D816 以外の *c-KIT* 変異を有する群は，*c-KIT* 変異陰性群との間に再発率，OS に有意差がなかったと報告した[4]．

Yui らは 1stCR を達成した CBF-AML 136 例の解析を行ったところ，*KIT* 変異の中でも D816 変異を有する症例のみが予後不良であったとした[7]．

また，本邦の CBF-AML を解析した JALSG CBF-AML209-*KIT* Study では 1stCR を達成した CBF-AML 199 例の *KIT* 遺伝子 exon8，10-11，17 の変異を分析したところ，t(8;21)AML 患者では exon17 変異例のみが *KIT* 非変異例に比し RFS が有意に劣っていた[3]．

本症例は *c-KIT* 変異陽性 *RUNX1-RUNX1T1* 変異陽性 AML であったが *KIT* exon10 変異であり予後への影響は少ないと判断した．そのため寛解導入療法後，第一寛解期での造血幹細胞移植の適応ではないと判断し大量 Ara-C 療法による地固め療法後，寛解を確認し治療終了とした．

一方で *c-KIT* 変異陽性 *RUNX1-RUNX1T1* 変異陽性 AML に対する至適治療は確立されていない．これまで同種造血幹細胞移植や gemtuzumab ozogamicin（GO），dasatinib などが有効であったとされている．

Wu らは 2011 年から 2017 年に診断された 195 名の CBF-AML（内 *RUNX1-RUNX1T1* 陽性 AML134 名）の解析を行い，*c-KIT* exon17 変異陽性 *RUNX1-RUNX1T1* 陽性 AML で第一寛解期での同種造血幹細胞移植は無病生存率を改善させると報告した[8]．

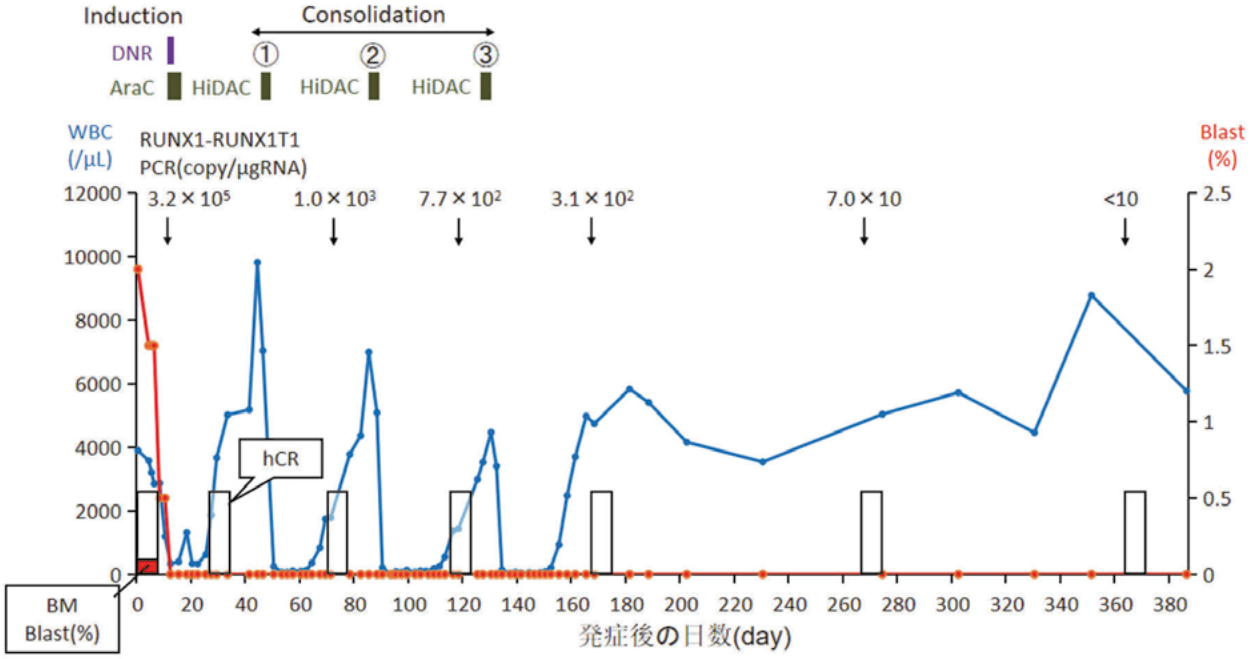


図 1

Tarlock らは小児 CBF-AML に対して標準化学療法と GO 併用療法を比較した第Ⅲ相試験を行った．予後解析では GO の併用と *KIT* 変異の有無を比較すると *KIT* exon17 に変異を認める症例は GO を併用することで再発率の低下，無病生存率を改善させる傾向を認めた[9]．

Marcucci らは 61 名の CBF-AML に対して標準化学療法に加えて dasatinib 併用療法を行い評価した[10]．寛解導入療法，地固め療法にそれぞれ datatinib を併用し，12 か月 dasatinib で維持療法を行った．90％が寛解導入に成功した．*KIT* 変異陽性 CBF-AML を 12％に認めたが *KIT* 変異の有無で無病生存率や全生存率に差は認めなかった[10]．*KIT* 変異陽性 CBF-AML の予後不良を dasatinib が克服できる可能性を示したという点は評価できるが，この研究では exon17 変異に対する評価が行われていない点を考慮する必要がある．

結　　語

今回我々は *c-KIT* exon10 変異陽性 *RUNX1-RUNX1T1* 陽性 AML の一例を経験した．*RUNX1-RUNX1T1* 陽性 AML は予後良好とされる一方で *c-KIT* 変異陽性例，特に exon17 変異陽性例は予後不良である可能性があるが，至適治療は現在確立されていない．今後，*c-KIT* 変異陽性例の予後評価や至適治療が明らかとなっていくことを期待する．

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；127(20)：2391–2405.

2）Döhner H, Estey E, Grimwade D, et al：Diagnosis and management of AML in adults：2017 ELN recommendations from an international expert panel. Blood 2017；129(4)：424–447.

3）Ishikawa Y, Kawashima N, Atsuta Y, et al：Prospective evaluation of prognostic impact of KIT mutations on acute myeloid leukemia with RUNX1-RUNX1T1 and CBFB-MYH11. Blood Adv 2020；4(1)：66–75.

4）Cairoli R, Beghini A, Grillo G, et al：Prognostic impact of c-KIT mutations in core binding factor leukemias: an Italian retrospective study. Blood 2006；107(9)：3463–3468.

5）Lennartsson J, Rönnstrand L：Stem cell factor receptor/c-Kit: from basic science to clinical implications. Physiol Rev 2012；92(4)：1619–1649.

6）Chen W, Xie H, Wand W, et al：Prognostic Significance of KIT Mutations in Core-Binding Factor Acute Myeloid Leukemia: A Systematic Review and Meta-Analysis PLoS One 2016；11(1)：e0146614.

7）Yui S, Kurosawa S, Yamaguchi H, et al：D816 mutation of the KIT gene in core binding factor acute myeloid leukemia is associated with poorer prognosis than other KIT gene mutations. Ann Hematol 2017；96(10)：1641–1652.

8）Wu TM, Xue SL, Li Z, et al：Prognostic value of KIT and other clonal genetic mutations in core-binding factor acute myeloid leukemia. Zhonghua xueyaxue zazhi 2021；42(8)：646–653.

9）Tarlock K, Alonzo T, Wand Y, et al：Functional Properties of KIT Mutations Are Associated with Differential Clinical Outcomes and Response to Targeted Therapeutics in CBF Acute Myeloid Leukemia. Clin Cancer Res 2019；25(16)：5038–2048.

10）Marcucci G, Geyer S, Laumann K, et al：Combination of dasatinib with chemotherapy in previously untreated core binding factor acute myeloid leukemia：CALGB 10801. Blood Adv 2020；4(4)：696–705.

Abstract

Case Report of Acute Myeloid Leukemia with *c-KIT* t(8;21) Exon10 Mutation

Masashi Matsui, Kenjiro Hino, Naoki Tamura, Yasuko Miyahara and Mitsuru Ito
Department of Hematology, Kyoto City Hospital
Yoshiaki Okuno
Department of Hematology, National Hospital Organization Kyoto Medical Center

A 69-year-old male diagnosed with gastric diffuse large B cell lymphoma (DLBCL) was in remission after receiving 6 courses of R-CHOP therapy which consisted of rituximab, cyclophosphamide, doxorubicin hydrochloride, vincristine and predinosolone. Myeloblasts were detected in the peripheral blood approximately two years after the treatment. The results of the bone marrow examination revealed 15.6 % myeloblasts. Mutation of the *RUNX1-RUNX1T1* gene was detected in the screening of chimeric genes related to leukemia and the patient was diagnosed with acute myeloid leukemia (AML). The *KIT* gene mutation analysis revealed the mutation exon 10p.lys546=. Remission induction therapy consisting of daunorubicin (DNR) and cytosine arabinoside (Ara-C) was conducted, and complete remission was achieved. Consolidation therapy consisting of three courses of large dose Ara-C therapy was conducted. At 11 months after the treatment, no recurrence was observed. Among the *KIT* gene mutations identified in AML with mutation in the *RUNX1-RUNCX1T1* gene, the exon 17 mutation has a poor prognosis. However, since the mutation exon 10 found in the present case was considered to have little effect on the prognosis, we conducted chemotherapy without hematopoietic stem cell transplantation. Whether this decision was appropriate requires verification. Discussion with a review of the literature is given on this interesting case.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:10–13)

Key words: Acute myeloid leukemia, t(8;21), *c-KIT*

講演

日本初！　京都における病診行政連携のコロナ対策最前線

「京都府におけるCOVID-19入院医療コントロール：独自の取組」

（京都府立医科大学　救急医療部／救急・災害医療システム学）
山畑　佳篤

「自宅療養者を守れ！　新型コロナ訪問診療チーム」

（よしき往診クリニック）
守上　佳樹

「新型コロナのこれまでとこれから」

（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）
山本　舜悟

第Ⅰ部　一般演題

○座長　皆さま，こんにちは．副院長を務めております清水恒広と申します．本日はよろしくお願いいたします．

私自身のことで恐縮ですが，私は20年前にこの病院に着任いたしまして，去年の3月まで感染症科部長を務めておりました．当院も，2003年のSARS，2009年の新型インフルエンザでは，かなり辛い，困難な目にも遭いましたが，その中で私が感じたことは，やはりこういう新興感染症については「オール京都で当たらなあかん」ということだったと思います．2020年1月から，私はこれに少し関わりまして，医師会等でお話をする機会があった時には「これは皆オール京都でやりましょう」ということを常々申し上げていました．

今回，ここにお集まりいただきました演者の皆さまに関しましては，京都府行政の立場，あるいは入院診療の立場，それから，非常に患者さんが増えて自宅で困難な状況に陥った在宅の立場から，ご発表いただくことになっています．それ以外にも，それぞれの小さな医療機関，あるいは病院の医療関係者の方々には，それぞれでできることをやっていただいていたと思います．そういったことにも敬意を表しまして，今日のフォーラムを始めたいと思います．

では，今回のタイトルは，「日本初！　京都における病診行政連携のコロナ対策最前線」というものです．一般演題の第1題は「京都府におけるCOVID-19入院医療コントロール：独自の取組」ということで，府立医科大学の救急医療部，救急・災害医療システム学，講師の山畑佳篤先生にご講演を賜りたいと思います．

恒例ですので，簡単に山畑先生のご略歴をご紹介いたします．大阪府ご出身で，平成10年3月に東北大学医学部をご卒業になり，その後，平成18年からは京都大学の初期診療救急医学の助教になり，平成23年から京都府立医科大学，救急・災害医療システム学の講師をお務めになっておられます．救急科の専門医ですとか，総合内科認定医，救急科指導医等，さまざまな専門医資格を持っておられまして，平成12年には国際救急援助隊の医療チームに登録され，アルジェリアの地震，ハイチの地震に派遣されています．学会活動では数々の学会で評議員をお務めになっていますし，特に医療トレーニングにも尽力なさっておられまして，ICLS（日本救急医学会），JATEC（外傷初期診療），JMECC（日本内科学会認定救急・ICLS講習会）などのディレクターをお務めになっています．私も去年の3月に少しコントロールセンターの会議に出席していたのですが，その時にお会いしまして，どんなものが立ち上がるのかと思っていました．今，かなり組織化されて，いろいろなことをしておられます．本当にご苦労だと思います．今日は楽しみにしてまいりましたので，どうぞ先生，ご講演お願いいたします．

「京都府におけるCOVID-19入院医療コントロール：独自の取組」

○講師（山畑）　清水先生，ご紹介誠にありがとうございました．また，この伝統あるフォーラムにお招きいただき，お話しする機会を頂きまして，本当にありがとうございます．

では，本日頂いた時間の中で，まず，この後のお2人の演者の先生方の前座を勤めさせていただきます．今日は「京都における病診行政連携のコロナ対策最前線」ということで，私，所属は京都府立医科大学の救急・災害医療システム学ですが，京都府の入院医療コントロールセンター，これがどのように運営されているか，名前は聞いたことがあっても，どういう運営をされているか，なかなか伝わっていない部分があるかと思いますので，これをご紹介したいと思っております．よろしくお願いします．

私が今所属している教室は，救急だけではなくて，災

害医療システム学というものも名前に含まれておりまして，個人の活動としましても，先ほどご紹介いただきました災害医療に関するさまざまな活動を行ってきております．今般のこのコロナ禍においては，まず，ダイヤモンドプリセンス号の救助ですね．そちらに統括 DMAT として派遣されまして活動し，船で活動しただけではなくて，今度はその乗客，乗員を収容する愛知県の藤田医科大学の岡崎医療センター，こちらは開院前の施設で医療機関ではなかったので，今で言う宿泊療養施設のようなかたちで運営しており，受入れ側のマネジメントとして派遣されました．

これらの経験がありまして，4 月からは京都府庁の新型コロナウイルス感染症入院医療コントロールセンターをお手伝いするというかたちになっております．

このダイヤモンドプリンセス号でどういう活動をしていたかというのは，「日経メディカル」という雑誌に少し書かせていただきましたので，インターネットで「日経メディカル，山畑」と引いていただければ出てくるかと思いますので，ご興味のある方はそちらをご参照ください．現在は，京都府立医科大学で入院診療を受け持つとともに，京都府庁の入院医療コントロールセンターで働いております．

本日の内容ですが，一つ目は「京都府の医療体制と新型コロナ対応」，これを簡単にまとめております．二つ目は，「この 1 年半にわたって局面に応じてどのように対策を講じてきたか」，これをお話しさせていただきます．三つ目は付け足しのようなものなのですが，「医療提供の目的と目標，今後に向けて」ということで，簡単に 1 枚スライドを付けております．

では，まず「京都府の医療体制と新型コロナ対応」です．本日，聴衆の皆さんは京都府の方がほとんどですのでご存じの方も多いかと思うのですが，人口は 250 万強，その中に政令指定都市の京都市がありまして，150 万弱の人口があります．すなわち，府内の人口 6 割が，京都市に集中しています．

そこに 6 つの医療圏がありまして，8 つの保健所が設置されています．京都府内全域に 6 つの救命救急センターがありまして，84 の救急告示病院があります．こういう状況の中で日常の診療，特に日常の救急診療をしています．この中に 7 つの感染症指定医療機関があるというのが京都府の医療体制です．

この中で，京都乙訓地域に限って言いますと，このうち 4 つの救命救急センター，51 の救急告示病院，2 つの感染症指定医療機関があります．人口の 6 割が集中していますので，特に救命救急センターはちょうど 3 分の 2 です．日常救急の話なのですが，この 4 つの救命救急センターと 51 の救急告示病院がある京都乙訓は，年間の救急搬送は約 96000 件あります．日本全国いろいろな地域がありまして，大きなメガセンターがあって，ほとんどの救急車をそこで診ている，なんていうところもありますし，海外に目を向けると，年間 10 万台診ている病院と，いろいろな病院があるわけなのですが，96000 件の救急搬送をどこの病院で診ているかといいますと，京都においては，トップの 8 病院で搬送の約半数を受け入れています．逆に言うと，残りの 47 病院で，搬送の残り半数を診ていることになります．ですので，日常的な救急医療体制においても，京都はオール京都で救急患者さんを診ているということになります．もちろん，その中にはトップ 8 病院が活躍しているわけなのですが，ただ，残り半数を 47 病院で診ているということで全体を支えている，そういう構図になります．

そういう京都に，新型コロナウイルス感染症が到来したわけですね．3 月の後半からはヨーロッパからの輸入症例が出てきて，そこからクラスターも爆発的に発生しました．今から見ると，1 日最多 19 人で，当時は爆発だと思っていました．当時大変だったのは，PCR で陰性確認するまでは入院しないといけなかったので，そこが負荷をかけていたところかなと思います．では，京都府としてどういう体制を組んだかですが，三つの特徴を挙げています．

まず一つ目，当初から災害対応をしています．どういう体制かと言うと，京都府庁内に入院医療コントロールセンターというものを立ち上げまして，健康福祉部長の指示の下，保健医療対策監，こちらがコントロールセンター長となって活動しています．実際のそこの活動は，統括 DMAT ですね．日本全国 DMAT チームがあるのですが，その中で指示命令系統の上位に立つ統括 DMAT の医師，それが入りまして，あとはその周りを DMAT のロジスティックチームが支援するというかたちです．日々，同じ人が入っているわけではなくて交代で入っているのですが，交代の人員でこのコントロールセンターを運営しています．

当初からこの体制を取れたのは，実は私だけではなくて京都府から複数名，統括 DMAT がクルーズ船支援に行っていまして，その時のマネジメントおよび感染力を見たうえで，これは災害対応でやらないといけないということで立ち上げていただきました．これは清水先生も参加されていた初回のコントロールセンター会議で，常設のセンターを作ってマネジメントしないと絶対無理だということをお願いしまして立ち上げていただきました．

特徴は，災害ですので京都府全体を一括して調整しています．普段の日常行政ですと，この京都府と政令指定都市の京都市というのは二重行政になっているわけですが，これが災害ということになりましたら，京都府で一括して調整することができます．ですので，早期から災害というふうに認識していただいたおかげで，協調体制を組んで，全府一括して，医療圏を越えて入院・宿泊調整もできるような体制で運営しております．

実際にどこで立ち上がったかというと，この 4 月 3 日ですね．ここから実働を開始しまして，なんとかこの 4 月，5 月の山を，まずコントロールを始めたということになります．

二つ目の特徴は，保健所と役割分担しています．先ほど 6 つの医療圏で 8 つの保健所というお話を申し上げましたが，普段の日常の感染症の対策というのは，感染症指定医療機関が各医療圏にあります．2 類感染症とか 1

類感染症などがあり，今回新型コロナウイルスは指定感染症で２類相当ということになっているのですが，隔離が必要な患者が出た場合に個別にそれを保健所が把握して，その各圏域の保健所が圏域内の感染症指定医療機関に入院を依頼するという，保健所が全てをマネジメントするというかたちになっています．この体制というのは，ごく稀に発生する１例，２例の症例に対しては有効だと思うのですが，新型コロナウイルス感染症のようにパンデミックになってしまいますと，とてもじゃないけれども保健所で捌き切れない，ということになります．

ここにコントロールセンターが立ち上がりまして，病院も感染症指定医療機関だけではなく各病院に協力を依頼し，重症対応病院，中等症対応病院，軽症対応病院を作りまして，発生した患者の情報は保健所が収集します．これはいつもと一緒です．その情報をコントロールセンターで一括して集めまして，入院医療の調整については，コントロールセンターが一手に引き受けています．傷病者の状況，もしくは保健所からの報告を聞いて，どこの医療機関に入院してもらうかということを差配しているということになります．ですので，保健所は病院探しということを考えることなく，情報収集，およびその後の健康観察に注力することができまして，入院医療についてはコントロールセンターが担います．そして，いったん軽症病院に入った人でも状況が悪化することがありますので，この病院間の定員のマネジメントもコントロールセンターで行っています．すなわち，入った病院が苦労してその次の上位の病院を探すことなく，コントロールセンターがそこのマネジメントもする，ということになります．

もう一つは，当初から宿泊療養施設を設けました．これもクルーズ船支援の経験から生まれたことで，岡崎医療センターの状況を見ていると軽症，無症候の方も多く，そういう方で病床を埋めるとなかなか回らないので，当初から宿泊療養施設が必要だということをお願いしまして，ホテルを作っていただいています．これが三つ目ですね．これは二つの意味がありまして，一つは病院への不必要な入院負担を減らすということと，もう一つは，後から出てくるのですが，医療へのアクセスを良くする．これはどういう意味かと言いますと，新型コロナウイルス感染症と診断された方というのは，おそらく，症状があって医療機関に行きます．でも，おそらく，そこではあまり十分な診察を受けていなくて検体だけを採られています．結果が出たら知らせるからね，ということで家に帰って，そして，結果，あなたは陽性でしたよ，ということは電話で伝えられます．ということは，患者さん本人にとっては，１回も診察してもらっていない，というような状況が生まれます．

そのときに，宿泊療養施設でたくさんの部屋を用意して，軽症の方であってもそこに行っていただくことで，まず入所するときにバイタルサインを測定しますので状況が把握できます．あとは，宿泊療養施設の中では，今はタブレット端末を使って顔を見ながら毎日の健康観察ができますので，保健所が電話でしている健康観察よりも顔色を見たり，しゃべり方を見たり，そういう情報も得ながら，重症化していないかどうか見ることができるので，そういう意味もありまして，宿泊療養施設を作っていただいたということです．

ここまでが，日常的な京都府の医療体制と，新型コロナに対してどういう体制を当初組んだか，という話になります．

そして，そういう体制を組んで対応を始めたのですが，どんどん，どんどん局面が変わってまいります．局面に応じてどういう対策をしたかということを，引き続きお話していきます．

まず，最初４月，５月の段階では，対応していたのは７つの感染症指定医療機関，これはもちろん対応していたのですが，それに加えて当初は４つの救命救急センター，そして３つの救急告示病院，これだけで対応を開始していました．奇跡的なことに，いったんこの５月にゼロになったのです．ゼロになったところで，まだこれで収まるわけはないし，今後また増えてくる可能性があります．ですので，この間に準備しようということで，一つは指定医療機関の受入れキャパを増やすということをしまして，もう一つは，受入れ可能な病院を整備し増やすことをしました．既に受け入れていただいている病院のキャパを増やすと同時に，もっと多くの病院に参加してくださいということを京都府から依頼しまして，増やしました．

その結果，第２波と言われる夏の時には，７つの指定医療機関はもちろんなのですが，５つの救命救急センター，そして救急告示病院は20に増えて，宿泊療養施設も１つ増やして２つ目が開きました．そういう段階で，これも今から見たら１日49人って，少ないなと思うくらいの数かもしれないのですが，この時の山に関しても，なんとか乗り切ったということで運営してきました．

ここで，コントロールセンターが実際どういうことをしているかということを少しご紹介します．受入れ病院の受入れキャパ，いわゆる行政が把握して何床用意していますよという公式な数字と，実際に入院を受け入れられる数というのが違うということは途中から明らかにはなったのですが，もう一度ちょっとお話しさせていただきます．

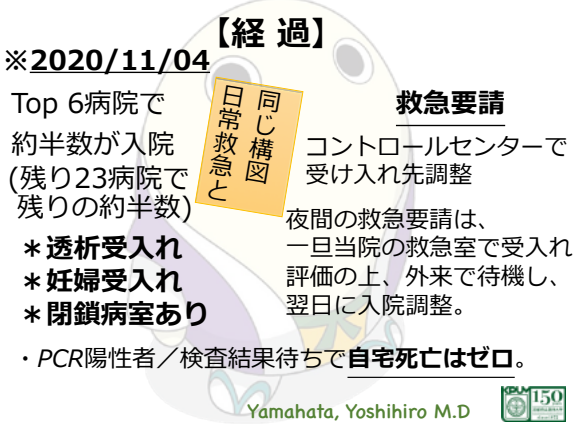
いくら病床をたくさん用意していても，一つは人の配置の問題と，もう一つは，これも特に普段の入院受入れをされている救急病院の方であれば分かると思うのですが，新規入院や退院などのマネジメントをするのは，結構そこに業務が発生します．そのときにいくらベッドがあっても，空いているベッド全てに入れられるとは限らないということが起こりますので，その日の受入れキャパについて朝に随時更新して，そのベッド数を基に入院コントロールをします．もちろん，そのキャパが埋まったから，それでもう無理だから，と依頼しないわけではなくて，当初その病院が今日は何人受けられますよという数字，そこを超えてでも，必要なときには依頼を掛けて，多少無理を言って入院をお願いしているところではあります．そういうかたちで受入れキャパについて随時更新をします．

新規陽性者の発生情報を府内の各保健所から受け取ります．受け取って最新の状態，症状についての情報を収集したり，場合によっては，基礎疾患や年齢などから気になる方は，この方の今の状況をもう一度取ってください，というのを保健所に依頼するというようなことをしています．そのうえで，症状や病院機能に応じて，入院先を調整，決定して，あとは，かかりつけ医やPCRを提出した病院から医療情報を収集します．特に最近では，PCRの検体を採っている医療機関で受診時の酸素飽和度を測ってくれているところも多くなっていますので，それがたとえ1日，2日前の状態であっても，そういう医学的に評価された情報があると助かりますので，その医療情報を収集していきます．

病院が決まりましたら，各保健所に搬送手段の手配と時間調整を依頼します．基本的に2類感染症相当であれば，その患者の移送業務が保健所業務になりますので，そこは依頼をしています．ただ，といっても保健所が持っている車で運べるわけではないので，今はタクシー会社や介護タクシー業者，あとは重症であれば市の救急車を使って搬送することになりますので，そこのコンタクトを取っていただいています．

先ほど申し上げましたが，いったん入院，入所した方でも，症状が増悪した場合には定員の調整をしていきます．あとは，各病院，宿泊施設から，退院や退所の情報を収集して入力することによって，今現在，何人入院しているか，何人入所しているか，それによって，どこの病院が何床準備しているうちの何床埋まっているか，それを随時情報で把握して運営しています．

これは途中経過ですが，先ほどの第2波が収まってきたころの11月，2波と第3波の間ですね，その状況なのですが，これを見てください［スライド1］．トップ6病院で約半数が入院，残り23病院で半数が入院．というのはこれ，普段の救急体制と一緒ですよね．トップの病院はがんばっています．ただ，その他の病院の協力がなければ成り立ちません．オール京都でやっています．あとは，私立病院が全然診ていないんだ，なんてマスコミがよく言っていますが，少なくとも京都においては，当初から私立病院も受け入れていただいていますし，それこそ，京都府医師会長のやっておられる九条病院でも，たくさんの患者を診ていただいています．日常救急と同じ構図です．



【スライド1】

あとは，災害医療ですので，災害時要配慮者への対応を考えなくてはいけません．当初，第1波の時から，透析を受け入れる病院を作ろう，そして，妊婦さんを受け入れる病院を作ろう，あとは，精神疾患，特に閉鎖病室が必要な方の受入れ先を作ろう，ということで，作りはしたのですが，数が限られていました．透析に関しては，最初は府立医大の重症病床の1床，もしくは，その他の救命救急センターで持続透析をするというような対応でしたが，今は，透析に特化した受入れ病院もできています．妊婦さんに関しては後ほど紹介するのですが，妊婦さんの陽性が出たときに，ほぼ総合周産期，もしくは地域によっては地域周産期センターでしか診られないような状態になっていましたが，第5波の中で妊婦さんの陽性者がものすごく増えましたので，それでは間に合わないということで体制を作っています．これは後ほどご紹介します．

そして，閉鎖病室ですが，これも府立医大の精神科病棟に1床というかたちで始めました．ただ，それでは間に合わないということで，府立洛南病院にも病棟を設けていただいているのですが，ただ，洛南病院は精神科単科の病院なので，やはり内科的な症状が出てきたら診られないというような，そういうジレンマもありまして，ちょうど今週，府立医大の閉鎖病棟を増床して，6名まで入れるようになっています．

あとは，自宅療養者が増えるに従って，自宅からの救急要請がものすごく増えています．救急要請に関しても，他府県，他都市であれば，「救急車のたらい回し」といってニュースになっているのですが，これもコントロールセンターで入院受入れ先の調整をしています．自宅療養の方，なかには入院が即必要な方もいらっしゃるのですが，実は，多くの方は入院の必要はなくて，受診してそのまま，また家に帰る方が多いです．これはなぜかと言いますと，先ほど申し上げたようにコロナ陽性と言われたけれど診察を受けていない，かつ，テレビをつけたら，「急変」とか，いろいろなニュースが流れていて不安になって，だんだん息苦しくなってくる，ということで救急車を呼ぶ方も結構多いわけです．

11月時点ですが，いったん，基本的には府立医大の救急室で受ける体制を組んでいました．府立医大の救急外来で，陰圧にできる部屋，1つはSARS部屋と言って，SARSの時に作った完全な陰圧部屋があるのですが，あと2つは換気扇を付けて疑似陰圧のようなかたちを作って，夜間滞在できる場所を作りまして，いったん受け入れて，酸素投与が必要な人はそのまま朝まで滞在してもらって，翌朝，日勤帯に入院先をコントロールセンターで調整してもらう，というようなことをしていまして，最大3人をオーバーナイトで診られる体制にしていました．

実際，4月から3月までの1年間で見たときに，京都市内で京都市消防が出動した自宅からのコロナ陽性患者の救急要請のうちの6割は，府立医大に来ていたそうです．ですので，一定の役割を果たしていたのかなと思う

のですが，この第5波においては，自宅療養者の数がものすごく増えたので回らなくなって，いろいろな病院でそういう救急受入れをしていただいていますし，8月の後半からは，入院待機ステーションというかたちで，体育館で待機して酸素が吸えるスペースというものを作っていました．

入院待機ステーションは，最大で一晩5人，酸素投与が必要な方が入れました．3床だけでは足りなかったので，第5波の途中から入院待機ステーションを作ったというのは，それも意味があったことなのではないかなと思っています．この時点では，とにかく自宅死亡はゼロだったということで，がんばってやっていました．

ここまでのまとめですが，京都府は，特定の病院に集中するのではなく分散して入院，早期から宿泊療養や自宅療養も行っていました．京都府内全域を対象に，一手にコントロールしているということと，クルーズ船を対応した統括DMATが業務サポートをしている，症状増悪時のバックアップや自宅からの救急要請もコントロールセンターで見ている，という体制になります．

第3波ですが，12月に入ってかなりきつかったですね．それまでの最高49人というところから見ると飛躍的に人数が増えまして，第3波は最高で1日183人陽性者が出ました．その中で，とにかく必死で入院調整をしていたわけですが，暮れも押し迫った12月31日，なんとか自宅死亡というものを出さないで調整してこられたなと思っていた，その本当に暮れの12月31日の夕方4時頃に自宅死亡第1例が出てしまいまして，このままではやはり立ち行かない，というところがありました．

どうなったかといいますと，受入れ病院の受入れキャパの限界を超えてしまいました．キャパを超えても入院を取っていただいたのですが，それでも入院が必要な人が溢れました．あとは，1日の陽性患者数が増えると，保健所の情報収集が遅れるんですね．実は，第5波においては，陽性という発生届が出て，疫学調査が終わってコントロールセンターに届くまで，最大で4日かかった人がいました．そうすると，その4日の間に症状が悪化している方もいらっしゃる，というようなことになります．

たくさんの人数になると，全員の疫学調査票に目を通すことはなかなか難しくなって，やはり，症状から気になる人，それをピックアップしてでしかコントロールできなくなります．自宅で悪化していると思われる人，医療情報がまったくないので，どこかで医学的評価を受けないといけません．ですので，とにかく空いている病院にまず受け入れていただいて，そこの到着時のバイタルサインで，例えば，軽症病院に行って軽症では入院できないとなると，そこからさらに玉突きで転院する，というようなことも行われていました．

実際，軽症病院に着いたら酸素飽和度が70だった，そこで挿管して転送していただいた，という例もあるのですが，逆に言うと，それだけ早く医療にタッチできたので，そこで挿管してもらえるチャンスがあったということで，それは多くの医療機関にご負担をかけたところではあるのですが，そういうかたちで，なんとか乗り切ろうということでやっていました．

あとは，患者さんがいったん入って増悪したときも，上位の重症病院が満床という状態が続きましたので，この頃には交換ですね．より軽い人を中等症病院に移して，そこにより重い人を重症病院に移すというような，トレードでしかコントロールできないような状況にもなっていました．

そのような状況の中で，後ほど守上先生から詳しくご紹介いただけると思うのですが，京都は日本で先駆けて在宅チームというものを作りまして，在宅医療の一環としてコロナ診療を行っています．これは個々の診療所で行うというものではなくて，入院医療コントロールセンターの枠組み内で依頼をして行っています．すなわち，自宅入院のようなかたちですね．京都府と京都府医師会が連携して，京都府医師会が呼びかけたなかから，よしき往診クリニックが応募していただいて始めたということになります．また当初，京都市の保健所も実施をサポートしていただいていました．在宅医療管理の枠組みで医療提供を行って，自宅にいながら点滴や在宅酸素投与も行っていました．これには在宅酸素業者さんにも非常にお世話になっています．訪問看護ステーションとの連携や，あとは薬局です．調剤薬局から薬剤を持って行っていただいたり，さまざまな職種の方に参加して，応援していただいています．

症状が増悪して，やっぱり入院が必要であるというときには，コントロールセンターに連絡していただいて速やかに入院を調整します．在宅を選択したからそのまま在宅で頑張って，悪くなっても在宅，というわけではなくて，全体の入院医療の枠組みでやっていますので，その中で増悪した人は速やかに入院調整しております．

そのためには，パイロット段階からフローチャートを作りまして，どういう人を対象にして，決定の枠組みをどうするか，そういう対象になるような方はもともと主治医がいることもありますので，そこの主治医の先生が行っていただけるなら行っていただく，そうでなければ，コロナ隔離の期間だけはこういう往診チームが行く，というかたちで，軋轢が生まれないようなコントロールをしております．

どういうふうにやっているかというのを，結構早い段階で，2月6日「報道特集」という番組で日本全国に紹介していただきました．その時の動画がインターネットにありますので，ご興味のある方はぜひこういう活動をしているというのを見ていただけたらと思います．

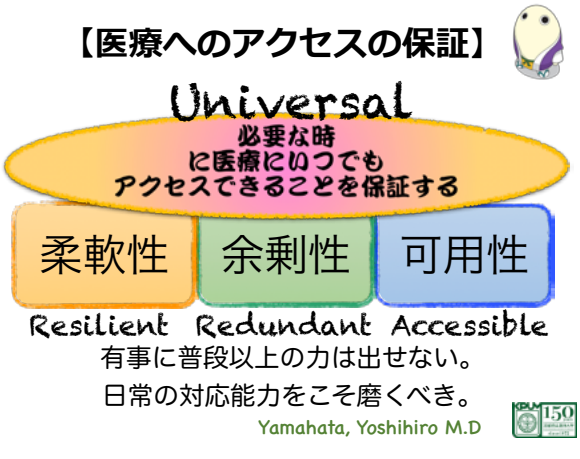
加えて8月に，実は40名近い妊婦の陽性者が出ました．そうすると40名全てを周産期センターに収容することは到底できませんので，なんとかしないといけないわけですが，開業の先生というのは今までコロナ診療をしておられませんので，それを一歩踏み出すというのはなかなか大変だというところがありました．ですので，対面診療プロジェクトを立ち上げています．

これも先ほどと同じような構図で，ただでさえ妊婦さんは普段から不安なのですが，「あなた陽性ですよ」と言われてから一度も妊婦健診を受けられていないのです，皆

さん．なんとなくおなかが張っているとか，なんか胎動が少ないような気がするとか，いろいろな不安を抱えているので，1回でも対面診療をすればそれだけで随分不安が違うのではないかということで，当初，向日市から始まりました．今，京都市内の産婦人科もご対応いただいて，近々この対応するものをもう1つ増やすのですが，感染妊婦の対面での健診や受診をスムーズに行うと同時に，非感染の妊婦さんが同じ建物で診療されるのは自身が不安だということがありますので，なかなかできません．日本の分娩の特徴は，分娩のうち約半数が単科の医療機関，すなわち有床診療所で行われているというところにありまして，有床診療所ですと，なかなか動線も取れない，スペースも区切れない，ということがありますので，医療者，患者さん，双方の不安を解消するために，診療スペースとして救急車を確保して，その中で診療しています．いわばモバイルクリニックのようなかたちでスペースを提供しています．これを8月末から始めまして，既に4名の感染妊婦さんの診察をしています．症状増悪時はもちろんコントロールセンターで速やかに調整をするというかたちになっています．これもプロトコールを作りまして，この段階になったらやはり入院しようよ，この段階になったら総合周産期に行こうよ，というプロトコールを作っております．

読売新聞の全国の夕刊，9月9日でも紹介されていまして，もう1つ，最近テレビでも紹介されて，読売テレビのホームページに載っていますので，ご興味のある方はまた見ていただければと思います．

今後に向かって，これはなかなか難しいところなのですが，柔軟性，ここはこの科の病棟だ，という決まり事ではなくて，有事にはそこを柔軟に運用すること，あとは余剰性です．これはもう政府にお願いしないといけないのですが，やはり病床の運用上の余剰がないと緊急対応はできないから，余剰を持てるような運用，あとは，先ほどありました，患者さんが受診したいときに受診できるというのが日本の医療の良いところなのですが，コロナ感染するとそれが自由にできません．そういうアクセシビリティを確保するということで，必要時にいつでも医療にアクセスできるという体制をどんなときでも作れればいいかなと思っています［スライド2］．



【スライド2】

ご清聴ありがとうございました．

○座長　山畑先生，どうもありがとうございました．時間は限られているのですが，私から一つだけ，質問させてください．

これだけいろいろな取り組みですね，最近では妊産婦さんのプロジェクトというのはとても素晴らしいことだと思いますし，日本でも早くから，在宅の取り組みも守上先生と一緒にお進めになっていただいていて，上り搬送，下り搬送も，かなり私ども助かった面があると思います．そのなかで今，第5波がだんだん下火になりつつあって，どこまで下がるか分かりませんが，今後のコントロールセンターの課題というのは，今感じていらっしゃることは何かありますでしょうか．

○講師（山畑）　先程，災害時要配慮者の話をしましたが，やはりその受入れの部分ですね．これを拡充しないといけないというところがありまして，最近，やはり喫緊の課題になっているのは，小児の入院だと思っています．小児の入院に関しては，かなり市立病院さんにご負担を掛けているところですので，それをもう少しキャパを増やしていかないといけないなと思っています．

○座長　先生，どうもありがとうございました．今後ともぜひ，健康に注意されて，がんばっていただきたいと思います．本当にありがとうございました．

○座長　では第2題目の演題にまいりたいと思います．第2番目の演者は，「自宅療養者を守れ！　新型コロナ訪問診療チーム」ということで，よしき往診クリニック院長の守上佳樹先生にお願いしたいと思います．簡単にご略歴をご紹介させていただきます．

守上佳樹先生は，平成20年に金沢医科大学を卒業されまして，すぐに平成20年4月から京都大学で研修生活を送られ，22年からは老年内科に入局され，その後，三菱京都病院の総合内科で勤務なさいまして，平成29年4月から，よしき往診クリニックを開院されて，今回，獅子奮迅の活躍といいますか，いろいろ人を集めてやっておられるところであります．本当に私も，今回の内容を楽しみにしておりましたので，先生，よろしくお願いいたします．

「自宅療養者を守れ！　新型コロナ訪問診療チーム」

○講師（守上）　皆さま，よろしくお願いします．西京区にあります，よしき往診クリニックというところのチームリーダをしております，守上佳樹といいます．本日は，おそらく，配信上でいろいろな方が聞いていらっしゃると思うのですが，なるべく緊張せずに，正しい情報を伝えられたらと思っております．

今日は32回目ということで，長い間，このような素晴らしい会を開催されていて凄いなと思っております．

行政とタイアップして，医師会と在宅医療チームのメンバーが一緒にやるというのは，京都でスタートしたのが一番早いくらいということですので，どこよりもお話しできると思いますし，どこよりも胸を張って，今やっ

ていることをしっかり発信していかないといけないな，と思っております．

私はいま41歳で，ちょうど37歳の時に開業しましたので，自分たちのクリニックは，だいたい4周年ちょっとくらいです．

COI（利益相反）は特にありません．

今やっている自宅療養のフォローアップチームはKISA2隊（きさつたい）という名前でやっているのですが，もともと，そことは別に，自分たちのクリニックは在宅医療を中心とするようなクリニックということで運営をしておりました．最初は2017年に常勤ドクター1人でスタートしたのですが，個人宅の患者さんが一番困っておられるし，一番マネジメントが難しいし，時間もかかるし，また，手間もかかるのですが，そこにやりがいを感じて，24時間365日やりたいと，99パーセント位を個人宅の患者さんに的を絞って，重症患者さんでも24時間以内に行くということで，そういったスタイルの，往診を専門とするようなクリニックをやっています．

2021年の今の時点では，本当に在宅医療って面白いし，興味深いし，楽しいし，皆で勉強しようということで，若手のドクターを中心にたくさん声を掛けて，大体，常勤・非常勤を含めてドクターが30人位で，皆で肩を組んでやっています．

家で，どこまで何をやるのかというと，家にお顔を見に行って手を握って帰ってくる，というだけではなくて，もちろんそれもやるのですが，家で輸血もやっていますし，胸水穿刺や腹水穿刺も，末期がん，がん患者さんの疼痛緩和のために，必要であれば初見でももうやるような感じになります．麻薬の皮下注射も独自の判断でスタートしますし，終末期の鎮静も家でやります．CVポート（皮下埋め込み型中心静脈アクセスポート）の管理も，TPN（中心静脈栄養）の管理も，いわゆるBIPAP（二相性陽圧呼吸）の新規導入，CPAP（持続陽圧呼吸療法）の新規導入も家でやります．気管切開患者の管理や，気切のカニューラの交換も家でやりますし，体に何か入っている管の交換というのは基本的に全部家でやっています．気切患者さんが，家から病院に交換だけに行ってまた帰ってくる，というのは本人さんも大変なのですが，ご家族さんもすごく大変なので，それであれば，家で交換してあげれば非常に皆さんが良いのではないかなということで，そういったこともやります．最近は，ペースメーカーのチェックなども家でできるようになっていますので，わざわざそのためだけに病院に行かなくても，病院の先生方のご負担にならないように，家でやります．病診連携でいうと，病院の能力とかやれる事というのはすごく日本はレベルが高いので，本当の連携という意味では，病診の「診」のほうのクオリティをどんどん高めていこうということで，こういったこともやっています．現状では，家でできることが結構多いです．どうしてもできないのは，やはり，CTやMRIなどです．そういった大電源を必要とする行為というのは家ではできないですが，逆に，それ以外は結構いろいろできます．

もともと24時間体制にこだわってやっていましたので，特にご自宅で療養されている方というのは，家で夜中にこけるかもしれないし，血を吐くかもしれない，ということで，それは分からないので，日中だけ行くわけではなくて，24時間体制でやっています．

今，毎月大体20名～30名くらいの新規の患者さんの導入がありますので，平素診ている患者さんは大体300～400人くらいの間なのですが，その中には，亡くなってしまわれたり，転院されたり，かなり高回転型のクリニックなので，診ている患者さん以上に，しっかりチーム力をもってやっていかないとマネジメントは難しいです．

もともと，「家で人を診る」ということにある程度特化させたようなチームのビルディングをしていたので，今回のコロナも本当に他人事ではありません．コロナ第1波の2020年1月から5月，この時はほとんど周りの感染というのはありませんでしたので，大きな話題にはなりませんでした．山畑先生の動きというのは本当に卓越されていて，「京都は二周くらい先を行っている」という表現を本当によく聞くのですが，僕はこの頃は，そこまでまだ認識がありませんでした．そして，コロナ第2波が来ました．その時も，輪っかがちょっと大きくなったかもしれないけれども，皆，「コロナはどんなんかな，怖いね」などと言っていましたが，そこまでまだ，ざわざわとはしていませんでした．

ただ，この時に，実は2020年7月，この構想については提出をしていました．とにかく病院で人的，物的集約をしてコロナ対策をするだろう，たぶんドライブスルーを使って検査をして，おそらく，わが国としてはこの2つでコロナ対策を進めていくだろう，だいたいイメージとしては，ICUとかホテル隔離とか一般入院とか，こういったところにはもちろんコロナ患者は集まってくるだろうけれども，私たちは家の住民の生活状況などを身近に見ながらの医療をずっとやってきていましたので，どうしてもこれだけではなかなかうまくいかなくて，いずれにも該当しない，いわゆる社会的に弱い人たちというのは，結局家に取り残されてしまうのではないかと．そういう時にコロナ専門の往診チームでの対応が必要になってくる可能性が高い，ということで，こういった動きをしないといけないのではないか，という考えを去年の7月に持っていました．

対象としては，独居老人や入院拒否，あとは引きこもりやアルコール中毒の方など，精神疾患であるとか，特に医療的ケア児の方とそのご家族などです．お母さまがコロナにかかっても，医療的ケア児の方や小さいお子さんを置いて，ホテルに入ったり入院したり，などはなかなかできないだろうと．そもそも，介護保険に汲み取られていない，まだまだ目についていない患者さんもいっぱいおられますので，そういうものも含めて，おそらく限りない，僕らは第三セグメントと呼んでいたのですが，ここが絶対出てくる，自宅療養の一部がいずれは主戦場になってくるのではないか，ということで，そういったスタイルのものを作ろうとしていました．

それは「KISA2隊」と言うのですが，「KYOTO INTENSIVE AREA CARE UNIT FOR SARS-Cov-2対策

部隊」ということで．これが実は正式名称です．「ICU」というと病院で集中的に患者さんを診るところですが．僕らは地域を集中的に診るので，エリアという文字を入れようということで，「INTENSIVE AREA CARE UNIT」という名前を付けました．しかも，そういったシステムが必要なのではないかということで，コロナに対応して，コロナ患者のみに，コロナ対策装備と知識を持って，専用の車を使って，コロナ専用の対策ベースを拠点にして，24時間体制で自宅から自宅に移動します．ちょうど，頭文字を無理やり取ると「KISA2隊」ということで．非常に困難なミッションであるのは目に見えていたので，関西のプロジェクトなので少しでもクスッと笑えるような名前にして，KISA2隊という名前でスタートしました．これがいまや，かなり大きな動きになってきているのですが，スタートはとにかくこういったことでした．

コロナ第3波の時，山畑先生が先ほどおっしゃいましたが，今年の年始頃に自宅で亡くなる方が出てきたのです，この時になると，入院先が見つからずに自宅で女性が死亡され，こういったニュースが京都中を回りました，この時に，これは今すぐ動かないと，もっと人が死んでしまう，もしかしたら救えるはずの命も亡くなってしまうかもしれん，ということで，もともとプランを持っていて，こういうふうに動かしたらどうか，というのはずっと練っていたので，今，立たんとあかんやろう，今やらんといつやるんだ，と，なかなか熱い気持ちがこの時は湧き上がりました．こういった取り組みはどこもやっていないので，やってみないと分からない，ニュースで流れているように実際に目の前で人が亡くなっているので，絶対誰かがやらんとあかん，と．

これまで，少なくとも地域医療を全力でやってきたので，自分たちだったらもしかしたらできるかもしれないという思いもありました．これは，100パーセントかかりつけ患者以外の対応になりますので，かかりつけ患者以外も診に行かないといけない，というのはかなりハードルが高いのですが，とにかく，気持ちの面で立ってきました．

2021年，今年の2月からスタートしています．実は，半年以上前からやっています．京都市全域で150万人弱くらいの方が対象で，コロナ専門往診チームをスタートしています．ちょうどこの時に，山畑先生や宮本先生達と邂逅（かいこう）を果たすんですね．すごく数が増えてきて，これからどうやって対応していかないといけないか，というのを真剣に考えているメンバーがその一点で交わり，交わった瞬間からこのプロジェクトのスタートまでは，1週間もかかっていないくらいです．

在宅医療と救急と，それから災害医療のコラボレーションというイメージです．もともと在宅医療はかなり重点的にやっていたので，もしかすると中等症のCOVID-19というものには対応できるかもしれない，自宅で入院してもらっているイメージというのがそのままできるかもしれない，ということでスタートしました．皆さんよくご存じだと思いますけれども，京都隊の隊長をしていただいているのは，スーパードクター宮本先生です．

保健所から，患者さんに対しては毎日電話をするのですが，保健所のメンバーも，ご高齢の方や認知症の方に「大丈夫？　おじいちゃん」と聞いて，「大丈夫，大丈夫」と返事があっても，それは本当に大丈夫なのか，なかなか分からないのです．皆さんも，自分たちのおじいちゃん，おばあちゃんをイメージしていただいたら，たぶんよく分かりやすいと思います．

僕たちが恣意的に患者さんを選ぶわけではなくて，入院医療コントロールセンターの下について，卓越した動きをされている入院医療コントロールセンターから診療が必要と思われる患者さんをピックアップしていただいて，その患者さんに訪問診療チームとして行きます．単に顔を見に行くだけではなくて，そこで点滴や酸素療法，ステロイド治療，そういったこともして，しかも解除までやります．責任を持って，かかりつけの先生がいらっしゃるときには，そこの既存の地域医療のフローに戻します．そこまでをやるということで，自宅療養を医療面で強烈に支援するという動きをフローにしています．

在宅医療って，実は半径16キロメートル行けるのです．規定上そうなっていて，本来は遠過ぎて行かないのですが，そういう新しい法案とか制度を作らなくても，既存の在宅医療というスキームの枠組みの中で縦横無尽に動けます．かつ，今，チームの中のドクター人数がある程度いるので，自分たちの法人内の既存のクリニックの通常フローと，コロナ往診の専門のフローを分けて，感染の相互リンクのリスクを最小限にしてやっています．ちょうどプロットすると，実は，市内はほぼ全域カバーできます．京都はぎゅっと地域が小さくなっていて，そこに人口密集していますので，大津の手前から，高槻，亀岡までカバーできて，京都市に関してはフルカバーできます．距離の問題に関してはこのプランでいくのが地政学的に有利であるということで，既存のシステムをそのまま使ってやりました．

イメージとしては，市立病院さんをはじめとして，地域の基幹病院の間と間を在宅対策チームが縦横無尽に動き回って，かつ入院コントロールチームとリンクしながら，保健所や医師会やドライブスルーのチェックアップグループなどとリンクして，とにかく超法人でやっています．自分たちだけではなかなか難しいので，全域の病院やチェックアップ機構とリンクして，超法人，オール京都体制をやっていこうと．別に京都にこだわっているわけではないのですが，自分たちの法人とか，男だとか女だとか，大学が，とか，そういったものは全部壁を越えて皆のために動くんだ，ということで強烈な連携をしていくところに主軸を置いたチームです．

本当は2月の第2週からスタート予定だったのですが，土日を待っていたら，もしかしたらもう1人2人，患者さんが亡くなってしまうかもしれん，と思ったので，その次の週のスタートを，こちらのわがままで前の週に前倒してスタートしました．そうしたら，知事の発表が，実は1週間前倒しになったのです．通常，上からの下のフローだと，気持ち的にも時間的にもちょっとずれたりす

るのですが，ボトムアップのプロジェクトになりますので，逆に行政のほうが合わせてくださいました．そういう象徴的な日程の方法になりました．

コントロールセンターから適宜，患者さんのピックアップがあって連絡があった後，渡辺西賀茂診療所というところから村上さんというリンクナースに来ていただいて，そこで情報を集約した後にチームのドクターと一緒に回る，といったことになります．結構，このリンクナースの村上さんの仕事が多岐にわたって，とにかくスペシャルナースというか，そういった看護師と一緒に回っています．

これはあくまでスタートの時のイメージですが，まず，かかりつけ医の先生が患者さんを診に行くかどうか確認します．なかなか皆さん既存の医療などもあって自分で行くというのは難しいのですが，それをきちんと確認したうえで，こちらのチームが介入をします．介入が終わった後は，行ったことや紹介状もつけて，既存のかかりつけの先生，もしくは既存の地域のスキームの中に戻すところまでをやります．そして，かつ，行政への連絡，日報等も作成してやります．

最近は結構，往診チームも東京や大阪などでも立ってきたので，あまり珍しくはないと思いますが，半年以上前から，専用の点滴セットやキットなどを全部作り直し，往診の専門バッグも，リュックではなかなか消毒できないので，終わった後にしっかり拭けるようなものをホームセンターへ買いに行って，やっています．例えば，3人で1日10件回ると，それだけでPPE（個人防護具）なども30セットなくなりますので，3日間で100セットくらい飛んでいくということになりますから，全部でダンボール5，6箱ぐらいですね．物品に関しては，かなり重装備で行くことになっております．

スタート時に，これは1人では絶対できないということは分かっており，もともと多職種連携やチーム医療に非常に重きを置いたチームのビルディングをしていましたので，まず，地域で少し分けて，経営者と運営者とトップが一緒の訪問看護ステーションなどに直接僕が電話をして，「こういうことをやらないとあかんし，もうこれやろうと思う，一緒にやらないか」と言うと，どこも無茶苦茶忙しいと思うのですが，本当に二つ返事で「やる，やりたい」とついてきてくれて，スターティングメンバーとして入ってくれました．

薬剤師の方も，ゆう薬局のトップメンバーなのですが，「もうやらないといけないと思います」と言って，全部のことがその日一晩で決まったというくらいの，そういった日となりました．

第4波までで，全部で100人以上のところに行っていて，下は2カ月の子どもから上は92歳のおじいちゃんまで，いろいろな人のところに行きます．現状では，すごく特殊なケース以外は断りなしに全て受け入れています．

一度，病院に入院したけれども，認知症が強くて看護師さんに噛みついてしまわれるので，サチュレーションすら測れない，というおじいちゃんがおられて，それだったら家に帰りましょうかということで，家で受け入れをしました．勝手知ったる家だと，割に点滴させてもらったり，採血させてもらったりなどができました．子どもも，病院やホテルだと，物珍しかったり走り回ったり，なかなか難しいのでストレスもすごく掛かりますが，いつものおうちだったら，まだお母さんと一緒に過ごすことができます．

とにかく誰かがやらないといけない，という気持ちでやったのですが，周りは，今続かないといつやるんだ，という気持ちで付いてくれるメンバーがたくさんいて，少しずつ動きが広がってきています．MKタクシーが，会社の社長命令で会社を上げてサポートしてくれるということで，コラボレーションをして専門の特殊車両の内装などを共同開発しました．移動に関しては，これをモビリティとして，中は，専門の会議室でもあり，物を運ぶ場所でもあります．今は2列体制になっていますので，日本で一番大きなタイプのバンを使って町中を走り回っています．

それから在宅酸素も，これは呼吸器疾患ですので，絶対的にHOT（在宅酸素療法）が必要になるというのはもう分かっていたので，スタート当初からフクダライフテックの上層部に「これやろうと思うし，一緒にやらないか」と話をして，最初から一緒にやっています．例えば，酸素の機械を家まで持っていくのも，家の前に置いているだけではご高齢の方が重過ぎて中に持って入れないので，中まで機械を持っていけるようなPPEの使い方などもしっかりメンバーに講習をして，責任を持ってこちらで全部やる，ということでスタートしています．

数が足りなくなってきたり，極期の時は，酸素供給機の数がかなり危なくなりますので，僕たちが解除した後その機械を回収して本部まで持ってきて，そこに取りに来てもらうなど，時間的，空間的な短縮も，とにかくコラボレーションして，協働，連携してやっています．

栄養士のメンバーも，直接おうちまで行かなくてもオンラインで介入することができます．行政からいっぱいご飯を送っていただけるのですが，なかには高血圧の人もいるし，どういったものをどういうふうに食べたら良いか，というところもありますので，オンラインなどで，超法人で，病院さんにも介入してもらって一緒にやっています．

歯医者さん，デンティストのメンバーもいます．コロナであってもコロナでなくても，やはり歯が汚い人は歯が汚い人で，コロナになると余計にご飯を食べられなくなるんですね．そうすると，脱水が進んで全身状態の元気がなくなり余計食べられなくなるということで，症例を選んで歯科医師会のほうにもお話ししました．何か一緒にやってくれませんか，と言うと，やはり有志の先生がきてくれました．もうかなり前から，こういった症例を一緒にコラボして入ってもらっています．口腔ケアをすると，やはりご飯を食べられるようになるんですよね．しっかりご飯が食べられて，解除まで繋げることができます．

やはり，コロナであってもなくても，褥瘡もできます．そういったところにコロナ陽性になると，自宅になかな

か介護用品の介入というのは難しくなります．ヘルパーさんも含めて一斉に全ての既存のサービスの介入がストップします．それをなんとか，自分たちで行けないとしても，協働して，介護用品，エアマットなどを本部のほうに置いていただいて，それを僕らが持っていくということで，褥瘡がこれ以上進行することなく，エアマットをすぐ設置して，良くなって，解除まで行っていくことができます．これも全部，超法人，超組織です．

セラピストのメンバーは，ST（言語聴覚士），PT（理学療法士），OT（作業療法士）さんで，呼吸器疾患の1つですので，特にPTさんに関しては，なるべく症例を選んでいます．介入してもらえれば，低酸素の状態が結構長い間続く患者さんもおられますので，その期間をなるべく短くしたいということで，実は呼吸器リハもやってもらっています．

これだけの多職種連携で，第4波までの段階で，京都ではここまでメンバーが集まってきてくれて，みんなでやっています．

本当に1法人だけでスタートしたのですが，いろいろな医療機関や訪問看護ステーションが，自分たちも何かできることはないかということで手挙げをしてくれて，ドッキングして，いわゆる組織の重層化というふうに呼んでいますが，メンバーとしてどんどん進化してきました．

では，みんなで一緒に集まってやって，結果としてどうなのかということで，宮本先生にデータをまとめていただきました．第4波の2月から6月までで大体100人以上診ていて，そのデータをちょっと解析しました．しっかり過去のデータや報告を全部繰って，パイロットスタディですが，しっかり診療フローも組んで，どういった薬を使うか全部考えて，それでデータも作りました．膨大な資料になったのですが，日本の在宅医療のトップの会である「ケアアライアンス」というチームに，無償でオープン提供というかたちで提供しました．実は，この京都のチームが作ったデータが，今の日本の指針の基になっています．

別に全然偉いわけでもなんでもないのですが，少なくとも，宮本先生が夜も寝ずに作られた資料が日本の国民のために使われているということです．胸を張っていいかなと思っています．1日最大30人位の患者さんを単日管理していました．その当時，京都府全域のコロナ病床が大体300床でしたので，結果的には10％の病床数の事実上の押し上げになりました．自宅で入院していただいているイメージですので，そういったことになります．これは結構インパクトが大きいと思うんですね．全部の病床で10％ということは，全ての病院に10％ずつプラスになるということですので，なかなかできることではないと．

データを取ると，第4波までで，患者さんからコールがあってから24時間以内にそのおうちまで行けています．しかも，行ってだらだら診ているわけではなくて，隔離解除基準と同等の介入期間になっています．高齢者に関してもフルカバーしていて，第2波から4波まで，これは第5波まで含まれていないデータなのですが，全部のトータル介入訪問件数も，2000回以上になっています．本当に，日夜ずっと駆けずり回って，京都を守っていくぞ，ということでKISA2隊が動いていたということになります．

とにかく連携しかないと思っています．これは皆の共通認識ということなのですが，京都中に，多分いろいろな職種がしっかり揃ってきているのですが，最も重要なことは信頼できるチーム作りができるかどうかです．単に，訪問看護部があります，ドクターがいます，歯医者さん，デンティストの部署があります，というだけではなくて，本当に協働して動ける，肩を組んで動けるような，そういった強烈な連携力を持ったチームができるかどうかです．すごくチャレンジングでもあるのですが，今の世の中，もう一回基本に立ち戻って，皆で手をつないでやっていくということが如何に重要か，非常に強く感じています．

信頼できるチーム作り，逆にそれができると本当に強いチーム力になって，できることも増えますし，突破力になります．各々が自分たちの強いところを持ち合うということで，強いチームができます．

第5波はどうなっているのか，ちょうど9月8日時点で，自宅の療養者数も，全体の患者数，コロナ陽性の患者数も，47都道府県のだいたい上から6番目とか8番目位で，京都はやはり多いんですよね．人口が多いし，それはもちろんそうなのですが，結構多いです．9月8日時点においても，一応，京都においては，KISA2隊の依頼症例，自宅療養者のヘルプに関しては，100パーセント受け入れができている状態になっています．よっぽど変な症例はちょっと抜きます．絶対に行かなくてもいいはずなのに何か入っていたとか，ちょっと変な症例はありますが，基本的にニーズに関しては，今のところ100パーセント受け入れができています．

今年の6月の時点で，これはNHKのデータなのですが，結構自宅で亡くなられています．8月に関しては，1カ月単体で250人位亡くなられています．だから，かなりの方が亡くなってしまう病気です．

ちょうど第4波の時は，ワースト3という言い方もちょっと変なのですが，全国では大阪，兵庫，東京が，コロナ対策が遅れていると強い批判を浴びていました．

その頃，関西の内情はというと，三位一体（大阪兵庫京都）というふうに表現して，行政も軸足を固めていたので，コロナ対策は京都内でも気持ちを同じようにして皆でやっていかないと，全国ワースト3の，この次に来るのは京都かもしれないと危機感を抱いていました．

京都はどうだったかというと，KISA2隊の管理症例に関しては，自宅死亡ゼロの状態が今も続いています．だから，皆で全力でやると，亡くなっている方もたくさんいらっしゃいますので喜ばしいというわけではないですが，とにかく少しでも，一定の効果があるということになります．

とにかく，多職種連携という，皆の強いところを少しずつ持ち寄って，皆で輪っかを作っていこうと．コロナ禍においては，少し先の未来が見えるようになっていま

すので，ただ，それをさらにどうやっていくかというと，その連携の輪というのをさらにもう一つ，府とか市とか，メディアまで取り込んでしまって，医師会とか保健所とか，普通は僕たちと関係ないと勝手に自分の中で壁を作ってしまうような組織でも，そこにこのチームを入れ込んで，それによってさらに輪を作っていくと．

各都道府県民に介入する全ての組織やスタッフと本当に信頼できるチームをどういうふうに作っていくか，それを真剣に考えると．こういったチームの輪ができていくことで，わが国を守るような，これは基本的には人類とウイルスの闘いで，人類と人類の闘いではありませんので，そういったことでどんどん国を守っていくということが非常に重要ではないか，と思っています．

夢みたいなことを言っているかというと，今，第5波におきましては，訪問定期や訪問対象者の拡大と，さらに多くの組織と地域との連携が進んでおります．最初は，新しい法案や制度のバックアップがない，1つのクリニックでスタートしています．でも，どんどんメンバーが集まってきてくれて，地域としては，京都の南のほうですが，クリニックがどんどん入ってきてくれて，皆で肩を組んでやっていこうということで，1人だけで動いているわけではありません．KISA2隊は，かなり多くのエリアをカバーしています．

KISA2隊のKは京都なのですが，それだけではなくて，大阪のほうにもこの動きを作るということで，KISA2隊大阪というのを，今スタートアップしています．大阪に関しては，かなり広域，大阪地方全域をカバーできるようなタイプで，しかも，連合を組んでやるということで動き出しています．

さだまさしさんとか，鎌田實先生が立てられた長野県の病院からも派遣要請を出して，そういった若手のメンバーが手伝ってくれて，皆で肩を組んでやっていくということで大阪のほうも進めています．もう来週位にはローンチになると思うのですが，かなり大きな動きになってきています．昨日，抗体カクテルを自宅療養で投与するということになって日本で初めての症例があったと思うのですが，それもKISA2隊でやっています．

知事や大阪の医師会長の先生のところにも週に何回も行って，「連携して皆でやっていきたいです」ということを伝えると，やはり動いてくださって，手を組んでやっていくということになりました．

内容の拡充としては，先ほど山畑先生がおっしゃったプランなのですが，とにかく，東のほうで起こった，妊婦さんの出産した子どもが亡くなった，といったことは全部大人たちの問題ですので，そういった問題を子どもの命で償うことはもう絶対したらあかん，ということで，これは全面的に絶対やるぞ，といった先生方と一緒に協働して，今も水面下，毎日毎日，連絡網で言うと500件位毎回こなしています．500通位の連絡をしながら，こういったことを皆でやっています．

コロナ環境下だからこういったことをやるのではなくて，今までもそういったことをやってきたし，コロナが終わっても，そういった連携と連帯ということを基軸に置いた世界というのは，必ずウイルスにおいても，こちらのほうに良い分があると思いますので，それをやっていくということになります．もう一つは，必ずこのコロナ環境下というのは，10年後，20年後に，今この時代に生きている僕たちがどういうふうにそのウイルスと闘ってきたのかと，次の世代に評価される時が来ると思います．この困難な状況下で，老いも若きも含めて，僕たちの世代がどういうふうにウイルスと闘っていったのかというのを，次の世代のメンバーに，少なくとも目を見て胸を張ってしゃべれるように，そういうふうに思えるような強い気持ちでやっていきたいなと思っております．

ご清聴ありがとうございました．

○座長　守上先生，どうもありがとうございました．昨年の早い時期からこういうアイデアがあって，第3波を契機にこういう組織的な活動を立ち上げられて，かなり多職種でやられて本当にびっくりいたしました．全ての患者さんに関われるわけではないでしょうけれども，ポイントを絞って多職種も関わっているということで，本当に見事な活動だと思いました．

一つだけ質問させていただくとすると，在宅診療を担っていらっしゃる先生ってかなりたくさんいらっしゃると思うのですが，先生のクリニックは30人位お医者さんがいらっしゃるということで，かなり大規模なクリニックかなと，私はあまり存じ上げませんけれども，思いましたし，コロナに関わってくれる在宅の先生方も増えてきていると感じました．ただ，まだ足りないのかなと考えます．今後どういうことが起こるかわかりませんけれども，何か今後，ぜひこれはしたい，というようなことは，先生，ございますでしょうか．

○講師（守上）　はい，ありがとうございます．数で言うと，たぶん，KISA2隊に関わっている人たちは，今，100人以上超えていると思うのですが，本当に増えてきてくれていて，理解を持って見てもらう，最初の頃は本当に「何でこんなことをやるんや」とか「そんなんやって先生に得があるんか」とか，そういう質問がほとんどだったのですが，今は逆に「どうやってやっているんだ」という質問がほとんどです．そういう意味では，理解者と協力者をどんどん集めていくということが，やはりさらに必要なことだというふうに，今思っています．

そして，地域の通常のクリニックであるとか，医療機関の先生方は，もともとの既存のかかりつけの方々を診るという，非常に大きな使命がありますので，皆が皆，こういう動きをして動けばいいという，そういうわけではなくて，大まかな集約と強力な連携と，それから強烈なリーダシップというかたちで，しっかり全体のハンドリングをしていくというのが，結局は患者さん，地域にとってのリターンになるのではないかなというふうに思っております．

○座長　ありがとうございます．ここ何年かはやはり，コロナと一緒に診療を続けていかなければならないと思いますし，ぜひ今後もご活躍を期待しています．本日は本当にどうもありがとうございました．

○座長　では続きまして，第3番目の演題「新型コロナのこれまでとこれから」ということで，当院感染症科部長の山本舜悟先生にお願いしたいと思います．先生のご略歴，ご自身で書かれたのは本当にあっさりとしたご略歴でして，2002年に京都大学の医学部を卒業され，麻生飯塚病院で研修をなさいました．その後，京都の洛和会音羽病院総合診療科，2007年の亀田総合病院感染症フェローと，亀田の総合病院でかなり感染症科を経験されまして，2011年にリバプール熱帯医学校で研修をなさっておられます．

そして，帰国後にいったん2年弱ほど，私どもの病院に来ていただきまして，その後，京大の大学院にお進みになりました．神戸大学の感染症内科ですとか，その後，京都大学で大学院生などの指導をされまして，2019年からまた戻ってきていただきまして，現在，感染症科部長ということで，コロナを最前線で診療してもらっています．

では山本先生，よろしくお願いいたします．

「新型コロナのこれまでとこれから」

○講師（山本）　ご紹介ありがとうございました．京都市立病院感染症科の山本舜悟と申します．「新型コロナのこれまでとこれから」というお話をしたいと思います．

もう今更ですけれども，コロナウイルスって，そもそもなんだろうということなのですが，従来知られていたヒトに感染を起こすものが6種類，このうち4種類は普通の風邪のウイルスですね．風邪の中の入院の10～15%ぐらいがコロナウイルスというものです．このうち，あと2種類，中東呼吸器症候群，MERSと呼ばれるものと，あと，香港で流行ったSARSと呼ばれるもの．これらは重症化のリスクが高くて，アウトブレイクを起こしました．

今回，この6種類とは別のコロナウイルスが発見されまして，SARS-CoV-2と命名されて，このSARS-CoV-2が起こす病気が，coronavirus disease 2019，COVID-19というふうに略されるようになっています．

当院は第2種感染症指定医療機関ですので，流行当初から患者さんの受け入れに携わってきました．京都府，京都市の第1例から入院を受け入れてきまして，9月9日までの集計で，480名余りの入院患者さんに対応してきました．このうち軽症から挿管が必要な重症の患者さんまで，いろいろな重症度の患者さん，妊婦さんや小児，透析の方も受け入れてきました．

今回，流行初期のことを振り返ってみたいと思うのですが，2019年の年末，12月31日の新聞記事で「中国の武漢で原因不明の肺炎が流行っている」と報じられました．これはまあ，遠い外国の話で，そういうのが流行っているんだ，というふうに，まだこの時は他人事でした．

1月になると日本に入ってきて，当時まだ国内での感染，伝播が確認されていなかった時期で，1月27日までの段階で，4名の患者さんが確認されています．そこで，これはちょっと大変なことになりそうだなということで，1月28日に，院内で15分程度のレクチャーにまとめまして，それまでに分かっていることをまとめてお話し，29日からスライドを一般公開しまして，一応，17万回ぐらい閲覧されていたようです．

なぜこんなことをやったかと言うと，朝日新聞で取材を受けたのを掘り返してみたのですが，こういう未知の感染症は，何を怖がるべきか分からないと不安が広がってしまうので，どこまで分かっているのか事実を示して，何を怖がるべきか，対象を明確にしてもらう材料を提供しました．この当時，まだ分かっていないこともたくさんあるのですが，とにかく今の時点で分かっていることはこの辺まで分かっている，そして，そこから先は分からないよ，というところを明確にして対応しました．

心理学的には，対象が不明確なときに抱く感情が“不安”であって，対象が明確なときに感じるのが“恐怖”というものだそうですが，対象をいかに明確にさせるかによって，対処方法が変わってきます．漠然とした不安感ではどういうふうに対処していいか分からない，というふうになってしまいますので，分かっていること・分かっていないことを分けるのは大事だと普段から思っています．

これも1年半前の話ですが，流行初期，すごく重症の怖い病気だという話になっていましたが，流行初期に検査されるのは重症の人に偏ってくるので最初は氷山の一角で，その後は軽症・無症状の人も見つかって，見かけ上の死亡率というのは下がってくるだろうなというふうに思っていました．

2020年の1月28日に，これは奈良県だったと思うのですが，武漢の滞在歴がない60代の感染確定例が報告されました．武漢からのツアー客との接触があったということでした．

当院第1例目の受け入れが去年の1月31日だったのですが，第1例目の方は他院で診断されて，この31日に入院してこられる方でした．同じ日，たまたま私が外来診療担当の日で金曜日の朝だったのですが，受付から，最初は日本語がうまく伝わらなくて，武漢からの観光客を接客されたバスのツアーガイドの方かな，というふうな誤解があったのですが，実は，観光客を相手にするお土産物屋さんの店員さんで，風邪症状があるので受診したい，という連絡がありました．これはちょっと怪しいなと思い，そういう疑いの患者さん，確定の患者さんを診るような専用の感染症の外来に通ってもらって診察をしました．

この方は中国人の方で，お土産物屋さんに勤務している20代の男性だったのですが，大体1週間位前から感冒症状があって，幾つかの医療機関を受診して当院にやってこられたということでした．CTを撮ってみると，胸膜直下の，丸い，すりガラス陰影というものがありまして，これまでに知られていた，いわゆる新型コロナの患者さんの画像にすごく典型的な所見でした．

これはもう絶対間違いないだろうと思い．行政のほうにPCR検査を依頼したのですが，当時の症例定義というのを満たしていなかったので，検査はしてもらえませんでした．でもこれは絶対そうですよ，と強く言っていたのですが，なかなかその辺は難しくて．そうこうしているうちに，指定感染症に指定されまして，1月28日公布

で2月7日から施行されたもので，そこで少し症例定義が拡大されて，解釈のしようによっては，まあ検査しましょうか，ということで検査をしていただきました．その1月31日に採った検体が陽性と出ていたということで，症例1号となりました．

以後，当院から，この方は疑わしいですよ，とお願いすると，かなり行政のほうも快く検査を受けてくださって，行政とのやり取りで信頼関係というのは大事だなと思いました．

その後，2020年2月は，画像などでかなり疑わしい症例を検査に出していたのですが，まったく陽性にならなくて京都府内でゼロでした．国立感染症研究所の知り合いから，京都市は検査をちゃんとやっているのですか，という問い合わせが来たぐらいなのですが，かなり疑わしい人も，検査しても本当に陽性と出ませんでした．後に分かるのですが，武漢から入ってきたウイルスはいったん消えていたようなので，やはり感染対策をちゃんとやればいったん消え得るというものなのだな，と思いました．

そして3月になりますと，海外，主にヨーロッパから帰ってくる人たちの陽性者というのが目立ってきて，さらに，その接触者の陽性者が増えてきました．そして，3月末は送別会や飲み会のクラスターがあって，3月末，先ほどの山畑先生のお話ですと4月3日ということでしたが，入院医療コントロールセンターが立ち上がって，入院調整が開始されました．このコントロールセンターができたので非常に助かりまして，それまでは，もう本当に保健所からばらばらと入院依頼が来ていて，かなり大変だったのですが，コントロールセンターが立ち上がって連絡が一本化されて，非常にやりやすくなりました．

先ほどお話しいただいた山畑先生は私の初期研修をした麻生飯塚病院の先輩でしたので，当初からコントロールセンターの中心におられた山畑先生と顔の見える関係で，十分に連絡を密接に取って，やりやすかったなと思います．

去年の4月上旬に，80代の男性で，一応，既往なし，というか，あまり病院に掛かってこられなかった方なのですが，一昨日から37度台の発熱があって動くと息が苦しい，ということで救急外来を歩いて受診された方がいらっしゃいました．来院時，酸素飽和度が62%でした．動くとちょっと苦しいけれど，安静時には呼吸困難の訴えはなくて，血液検査でCRPが結構悪い状態でした．血糖値も高いので，おそらく診断されていない糖尿病もあったのかなというふうに思います．よく，ハッピー・ハイポキシアと言われますけれども，呼吸困難を感じない低酸素血症，この感染症に特徴的と思います．

画像を見ると，もうレントゲンは真っ白になっていて，CTも，もう本当に真っ白でした．そこで，すぐに気管挿管されて人工呼吸管理を行ったのですが，今でこそ，こういうふうに治療したらいいというのが確立してきましたが，当時はなかなか，どうやって治療したら良いのかというのかが分からずにいろいろな試行錯誤をしていたところなのですが，この方は，2週間余り挿管を行ったのですが救命できずに，残念な結果に終わってしまいました．

5月，患者さんの数が増えて，若い人は比較的軽い人が多かったのですが，隔離の解除や退院には「PCR 2回陰性確認」というのが必要だったので，これが結構大変でした．当時，院内でPCR検査ができなかったので，行政に依頼して陰性化するまで大体2週間とか4週間，長い場合にはもうちょっとかかる方もおられて，元気な方の鼻に綿棒を入れる毎日でした．

そして，6月12日に，この陰性確認というのは必要なくなったのですが，それまでずっと陰性を確認する検査をしてきて，検査をしていればなんとなく安心，というところがあるのかもしれませんが，急に「検査が必要なくなりました」というのでは，患者さんや，主にその患者さんの勤めている会社の方達が不安がるということで，「これこれ，こういう理由で，発症から10日して，症状改善して3日間経っていれば，感染性はないんですよ」，というような説明文書を作りました．検査しなくてもいい理由を文書化して，退院の時にお渡しするようになりました．

そうこうしているうちに，7月17日，突然，院内クラスターが発生しまして，一部の診療機能を停止して非常に地域の皆さまにご迷惑をお掛けしたことがありました．7月17日に当院の職員2名の陽性が判明したのですが，ここが発端かというと，疫学調査を行ってみると，特に発症日で流行曲線を描いてみると，7月の上旬に初発の患者さんがおられただろう，ということが推測されました．この患者さんが誰から感染したとか，確定的なことは難しいのですが，おそらくですが，関東から来られたお見舞いのご家族，ご親族から感染したのではないかな，というふうに推測しています．

面会制限等が今行われていますが，当院も，第1波，3月，4月の時は面会制限をしていた時もあったのですが，6月になって，患者さんがかなり減った時期にいったん面会制限を解除していて，そろそろまた増えてきたから制限しないといけないな，と思っていた矢先に，このことが起こってしまったということです．

院内クラスター発生後，診療再開に向けてのいろいろな対策を取りました．ただ，これは非常に難しくて，潜伏期間が多くは1週間以内なのですが，長くて2週間程度あって，しかも，厄介なのが無症状の時期にも感染力があるということで，どんなに入院時に検査を行って水際対策を行ってもすり抜けてくる，というのがあります．

水際対策として，面会禁止であるとか，予定入院患者さんの2週間前からの健康観察，全身麻酔の手術の時の術前PCR，などをやっていたのですが，やはり，検査した時は陰性でも翌日には陽性になるかもしれないので，その他の対策も大切です．手指衛生の徹底，目の保護，患者さん，職員共にマスクの着用，あとは，環境整備，病院の換気の強化です．そして，症状があれば検査をするという，ウイルスが院内に入り込んできても拡がりにくくするような対策，それが重要だなと思います．

少し話が変わるのですが，「コロナがインフルエンザ並みなのに，なんでこんな過剰な対策をするんだ」という

一般の方の思いもあるかもしれないのですが，やはりインフルエンザと全然比べ物にならないくらい大変です．無症状の人も含めて検査をしているので，かなり分母が大きくなります．そうすると，見かけ上の死亡率というのは低く見えてしまうのですが，1シーズンでインフルエンザの方に挿管人工呼吸が必要になるのが，基礎疾患のある人でも当院では1人，2人とかでした．インフルエンザ単独で人工呼吸器管理が必要になる人なんて，滅多にいませんが，それとは比べものにならない重症患者さんがコロナでは出ています．

実際，死亡のリスクや人工呼吸器の使用，ICUに入院するリスクというのは，インフルエンザの4，5倍高い，というふうに言われています．

第3波，去年の年末から1月，2月にかけてですが，高齢者クラスターが中心でした．当院の8月くらいまでの治療成績をみると，やはりどういう方が入院してくるかによって，死亡リスク，死亡率というのは変わってくるのですが，第3波の，この11月から2月頃にかけて，高齢者，年齢の中央値を見ても73歳と，ほかの時期と比べても高い時期であったのですが，この時期に入院された方の約10%が亡くなってしまいました．第4波，第5波，患者さんの数はかなり多かったのですが，振り返ってみると，高齢者の入院が多かったので，今年の1月2月が非常に大変だったなと思います．本当に心が折れかけることも何度かありました．

その中で，2月頃だったかと思うのですが，アルツハイマー型の認知症のある80代の男性で，COVIDが確定して，食欲不振ということで入院依頼がありました．酸素化自体はそんなに悪くなくて酸素を吸う必要はなかったのですが，脱水が著明だということで点滴の必要があるだろうと考えました．ですが，認知症がかなり強くて，本人の協力が得られずに点滴を挿してもすぐ抜いちゃうというような方でした．

いよいよもうぐったりされて，動けないくらいだったら点滴できるかなと思ったのですが，意外と動けてしまう方でした．普段から短時間なら歩行も可能で，病室内に放尿してしまったり，看護師を殴ったり蹴ったり，意思疎通も難しい方でした．歩けるので転倒のリスクも高くて，もうこれはちょっと入院の継続が難しいということで，自宅療養に切り替えざるを得ませんでした．

ちょうど，この時期に在宅往診チームが立ち上がるという話を聞いていました．運よく間に合って，パイロット的に始まった時期だったと思うのですが，往診チームでフォローいただいて，自宅では，割合スムーズにバイタルの測定や点滴を受けてもらって，幸い，酸素化の悪化もなくて経過良好に過ごされた，というふうに伺っています．本当に助かりました．ありがとうございます．

次は第4波ですが，アルファ変異株，アルファ株というものが中心になっていって，従来のものと比べると重症化のリスクが高く，感染率が強いというふうに言われていました．その時にあったのが，高血圧，糖尿病のある独り暮らしの50代の男性です．自宅療養をされていたのですが，発症6日目位に息切れを自覚されて，7日目の夜に在宅チームが入りました，これは守上先生だったような気がしますが，熱があって呼吸数40回，サチュレーションは75％ということで，当院に受け入れ要請がありまして，来られてすぐ挿管して，ICUに入って，人工呼吸器管理，腹臥位療法というものをやりました．

この方は，たぶん半日遅れていたらもう亡くなられていたのではないかと思います．家族がおられたら，病院に連れていってもらう，とかがあるかもしれないのですが，独り暮らしの方でした．そういう方もいらっしゃるのです．在宅のチームに介入していただいて，来られた時はもうレントゲン真っ白でした，CTも真っ白で，本当に命が危ない状況だったのですが，いろいろな治療，ステロイドや抗ウイルス薬など，いろいろな治療を行って，もう3日後には抜管できて，まだ50代で若いということもあって，比較的回復が早かったです．

酸素は減らしていって，安静時の酸素は必要なくなったのですが，労作時にはちょっとだけ酸素が必要という状態が続いて，約5週間，当院に入院されていて，まだちょっとリハビリが必要かなということで，転院されていきました．ただ，ご自身で歩ける状態でした．本当に，在宅チームの介入がなければ自宅で亡くなっておられた可能性が高いというふうに思います．

第5波は，高齢者のワクチンが進んだということもあって，65歳未満が中心です．数もかなり多いですが，これもちょっといろいろな理由で，だんだん数は減ってきています．京都府内の状況も数が減ってきているという状態です．そして，いろいろな予測がこの8月の上旬の時にされていて，第1回目の緊急事態宣言のような実効再生産数の低下が期待できれば，減ってくるだろうと言われていたのですが，行動制限がうまくいかない場合には，なかなかピークアウトしないというような予測がされていました．

実際，予測がどうだったかというと，9月の上旬くらいで，第1回目の緊急事態宣言並みの低下に乗ってきているような状態です．重症者もかなり減ってきています．当時の予想どおりぐらいになっているかなという感じですね．

なぜ減ったのか，なのですが，街中を見るとあまり人流は減っていないように見えます．ワクチンのせいなのか，気候のせいなのか．去年も7月，8月にワッと増えて，9月頃からだんだん減ってきたということがありますので，ウイルスの特性で気候によって減ってくるのかもしれないのですけれども．

人流は，特に東京の辺りは減っているようです．7月の緊急事態宣言から比べると，大体25％，2割程度は減っています．東京では繁華街が，特に人流が減っていたということでした．では京都や関西圏はどうかというと，8月20日の緊急事態宣言からそんなに減ってはいないのです．その前からすると，ちょっと減ってはいるように見えますが．大阪や兵庫県もあまり減っていないのです．ですので，関西圏では人流が減っていないか，もしくは少し増加傾向なので，今，感染者数が減ってはきていますが，また再上昇というのは注意が必要かなと思います．

もう一つは，ワクチンがかなり進んでいて，9月12日の時点で，65歳以上は9割近くの方が打っていて，総人口でも2回済んだ方が半分を超えてきているので，実際，人流が20％減ったとしても，ワクチンのお蔭で，それよりも多い，感受性のある人の人流というのが減ってきているという，複合的な理由で患者さんが今減ってきているのかなと思います．

振り返ると，デルタ株の流行前に65歳以上のワクチンが進んでいたというのは，かなり大きかったなと思います．現在，65歳以上で入院してくる患者さんというのは，ほとんどワクチンを打っていない方です．実際，海外のメディアとかでもあったように，挿管される前の最後の言葉が，「ワクチン受けておけばよかった」という高齢者，残念ながらこの方はお亡くなりになったのですが，そういう方もおられたのです．たまにワクチン接種後でかかってくる，いわゆるブレイクスルー感染の方がおられますが，軽症の方が多いです．

デルタ株でワクチンの効果が落ちているのではないかという話がありますが，デルタ株にも，2回接種で，未接種の人と比べると，感染のリスクが10分の1以下だというふうに今のところはなっています．高齢者はこのワクチンのお蔭で，10万人以上の方の命が救われたという推定も出ています．

デルタ株の話ですが，アメリカのCDC（疾病予防管理センター）というところが，水ぼうそう並みの感染力があるのではないか，というふうに発表したのが8月の上旬です．デルタ株1人の陽性者が，平均5〜9.5人，これが従来の株だと2，3人だったのが，感染力がかなり強いというふうに言われます．

その水ぼうそうは空気感染するのですが，それと同じくらいの感染力と言われると，やはり空気感染するのかと思われがちなのですが，いろいろなウイルス，はしかや水ぼうそうは感染力が高いのですが，この水ぼうそうの基本再生産数，1人の陽性者が平均何人にうつすかという下限と，このデルタ株の再生産数の上限が近いから，ちょっと警告も含めて，そのような言われ方がされているのかなと思います．最悪の場合，状況によっては水ぼうそうと同じくらいうつりやすいので注意しましょうと，そういう注意換気かなと思います．ただ，風疹やおたふく風邪並みの感染力があるのではないかと．特に換気の悪い室内では，飛沫感染の2メートルを超えて感染し得る，と考えておいた方がいいだろうと思います．

実際，そのデルタ株が優位になってから，これまで，商業施設やデパートなどのクラスターはあまりなかったと思うのですが，クラスターが多く報告されるようになってきました．大阪の辺りでも百貨店であったということで，特にワクチン接種が完了していない人はマスクをしていてもうつりますし，ワクチン接種完了している人も結構注意が必要かと思います．

普段のマスクは，ウレタンマスクはちょっと防御力が低めなので，不織布のマスクがお勧めかと思います．

ここで，ワクチンの有効性，90％とか95％などといわれますが，この10％の人はワクチンを打っていてもかかるのか，と思われるかもしれませんが，ワクチンの有効性90％とは何かというと，相対リスク減少のことで．これは平たく言うと割引率みたいなもので，例えば1万円のものを90％引きで買うと，1000円になります．100円のものを90％引きで買うと10円になるのですが，こういう割引というふうに考えると，例えば元のリスクが高いと，感染者と同じ部屋で1日一緒に過ごした，仮にこれが50％の確率で感染すると仮定すると，90％のリスクが減るので5％が感染すると．90％割引で5％が感染ということになります．

感染者とマスクなしで15分話した．これは，もう少し高いかもしれないですが，仮に5％感染すると仮定すると，5％が90％減って，0.5％になるということで，元のリスクによって，この事後の確率というのは変わってくるのです．ですので，ワクチンの効果は100パーセントではないのですが，従来の感染対策と組み合わせることによって，かなり感染のリスクを下げることができるというふうに考えられます．ですので，「きょうとマナー」と言われるような基本的な感染対策というのが，引き続き重要になってきます．

アクリル板などもあるのですが，アクリル板も過信は禁物かなと思います．アクリル板，区切られたスペースの中で，その中での換気がよければ良いと思うのですが，アクリル板とかビニールシートのようなもので囲い過ぎて換気が悪くなってしまうと，その中で感染を起こしてしまうという可能性がありますので，換気も大事だということです．

COVID-19の感染経路として，いろいろなものが言われていますが，今，主要な感染経路といわれているのが，飛沫感染と，換気が悪い空間でのエアロゾル感染，ということで，間接接触感染，汚染された物を介した感染というのはかなり稀だろう，というふうに考えられるようになっています．

当初から換気の悪い空間で二次感染が起きやすいということはよく言われていて，「3つの密」と，「3密」という言葉が生み出されまして，これは厳密の意味での空気感染かそうでないかということは置いておいて，とにかくこういう状況では感染が起こりやすいですよ，という注意喚起になっていたわけです．

では，どうやって，このエアロゾルを介した感染リスクを減らすかですが，例えば，窓を開放して換気をよくするとか，あと，飲食店でバックグラウンドミュージックがかかっていると，どうしても大きな声になってしまうので，レストランなどで再開される場合には，音楽は切ってほしいなと思ったりするのですが，大きな声を出さずに済むように音量を下げるとかですね．あと，空気の循環，エアコンなどで空気が循環されると，2メーターを超えて飛沫が拡散しますので，空気のフィルターをするとか，屋内で集まるサイズを小さくするとか，間隔をなるべく空けることによって，ウイルスがいてもウイルスは薄まっていきますので，間隔を空けるとか，可能なら屋外で，ということが考えられます．

特にこの換気，原始的な窓を開けるという方法もリス

クを下げるだろう，というふうに言われていまして，2003年のSARSの流行の時に，こういう近代的な建物の，今いるようなところの機械換気，窓は閉めた状態での機械換気だけを感染リスク1とすると，機械換気と窓開け換気と併用することによって，感染のリスクは0.27に減らすことができるというふうに言われていました．

換気量の評価にCO_2モニターというのがありまして，最近，時々，街中でも見ると思うのですが，これも役に立ちます．CO_2モニターは2種類ありまして，MOX方式とNDIR方式というのがあって，このMOXのほうが安いと思いますが，有機物，アルコールにも反応してしまうので，その近くでアルコール消毒をすると数値が跳ね上がって，しばらく元に戻りません．ですので，若干，高めですが，もし導入される場合には，非分散赤外線方式，NDIR方式のほうが良いと思います．

CO_2の濃度が低ければ低いほど換気がいいということになります．室内のCO_2濃度は換気の量やそこに存在する人数，部屋の広さなど，いろいろなことに左右されるので，絶対的な指標がどのくらいだったら良いというのはないのですが，一応，ビル管理法では，1000 ppm以下にすることが規定されています．欧州の学校では窓開け換気を行って800 ppm以下が良いとされています．できれば800 ppm以下に保つのがいいと思います．

実際の感染対策ですが，流行初期の武漢の様子で，かなり重装備の医療者の姿がテレビで映し出されていました．実はそこまでの重装備はほとんど必要ないことがわかってきました．

環境感染学会のガイドに載っているように，当院もサージカルマスク，長袖ガウン，手袋，目の保護で，確定の患者さんに対応しています．エアロゾル発生手技の時だけ，N95マスクという空気感染の対策をします．

3つの感染経路，直接接触と飛沫とエアロゾルがあります．接触感染に関しては手指衛生が大事で，適宜，手袋，エプロン，ガウンを使います．飛沫，エアロゾルに関しては，マスクを着けるということと，距離を取ること，目の保護をすること，換気，あと，エアロゾル発生手技ではN95マスクを着ける，ということになります．

確定患者さんや疑い患者さんにはフル装備で当たるのですが，厄介なのは，患者さんが増えてくると，コロナとしては無症状だけれども，たまたま交通外傷で運ばれる方とか，たまたま転んで骨折した高齢者とか，全然関係ないけれど虫垂炎になって手術が必要とか，単なる検査入院の方でも陽性になってくることがあります．

気付かれないうちに，こういう方から院内・施設内クラスターというのが発生しがちなのです．如何に，この軽症・無症状の方に接してもうつらないようにするかというところで，標準予防というのが大切になるのですが，実際，個人防護具を着けた場合に，ウイルスがどの辺に付きやすいかというのが調べられていて，実は，ガウンの前面や下部，フェイスガードやN95のマスクの表面からは，PCRでウイルスが検出されませんでした．唯一，この研究では，靴の前面からのみ，PCRでウイルスが検出されました．

別の研究で，ICUと一般病棟で見てみると，一般病棟では全然ウイルスが検出されませんでした．ICUは患者さんとの接触が多くなるせいか，スタッフの袖口であるとか，手袋とか，靴の裏から検出されたということで，患者さんと直接触れるような部位と，床が汚染されやすいということです．床は基本的に，普通触らないと思いますので，意外と，この標準予防，手指衛生とマスク，アイガードでかなりの部分はカバーできるなと考えています．

ですので，当院も，曝露歴のない人や無症状の人に対して，全員フル装備で応対するわけにもいかないので，標準予防として，手指衛生の徹底，マスク，アイガードの着用を普通の外来では推奨しています．互いにマスクしているとリスクを最小化することができるので，患者さんにもマスクを着けることをお願いしています．

あと，ワクチンのことですが，ワクチン接種が早かったイスラエルが感染防御の効果が落ちているものの，重症化予防の効果は，まだ維持されているだろう，というふうに考えられています．デルタ株との影響で，なかなかどっちと言いづらい部分もあるのですが，時間経過でちょっと抗体が落ちてくるというのは事実だそうです．イスラエルは既に3回目を始めていて，3回目をやることによって，さらに感染のリスクが10分の1以上低下する，ということが最近また報告されるようになっています．重症化予防はかなり，まだ維持されていると思います．

ということで，第6波は来るかどうかですが，たぶん来ると思います．いろいろな予測がされているのですが，来ないと言っている専門家はたぶんいなくて，第6波，今年の11月とか冬に必ず来るだろうと思われます．

これは東京の予測になりますが，特にこの11月，この赤い線が基本再生産数5ということで，デルタ株ですが，これを見ると，第6波どころか，その後も波が来ていそうなので，恐らく残念ながら，このワクチン接種率や効果の経時的な減衰とか，新たな変異株が出てきたりとか，今後，11月以降，ワクチンパスポートを使って行動制限解除というようなニュースもあり，いろいろな不確定要素が多いのですが，おそらく今後も感染者の増減を繰り返して，時々波がやってくるということを繰り返すのではないかなと．第6波で終わりにしてもらえたらと思うのですが，そう甘くもないかなというふうに今は考えています．

京都府も，病床をもっと増やせ，みたいに一般の方から言われますが，去年の3月25日，38床しかなかったのが，9月12日の時点で1770床，これはホテル療養も入れてかと思いますが，1年半で46倍に増えているのです．一般の方は10倍界王拳で闘えば，なんとかなるのではないかと思われるかもしれませんが，残念ながら，日本の医療って，通常営業の時点で10倍界王拳で闘っているようなものなので，そこからもっと2倍，3倍，10倍がんばれと言われても，なかなか厳しいなというのが正直なところです．

がんばって病床を増やしたとしても，患者さんが倍々に増えていくと，なかなか追いつきません．コロナの病床が増えるということは，それだけ他の病気に対応でき

る病床が減るということですので，他の病気，医療，全てあきらめれば，もうちょっといけるかもしれませんが，病気はコロナだけではないので，やはり全体の感染者数を低く抑えていくしかありません．

第4波の大阪や第5波の関東，沖縄は本当にかなり危機的な状態だったと思います．緊急事態宣言の効果もあまり期待できなくなっており，もっと強い感染力の変異株が出てきたときやワクチンの効果が落ちた変異株が出てきた場合には対応しきれない可能性が高い．現状の緊急事態宣言よりも強い行動制限，例えば罰則を伴うような私権の制限がなかなか日本では難しいということで，これまで政治家たちがあまり深い議論をしてこなかったわけですが，場合によってはこういう私権の制限についても，法制化による国民的な議論が必要になるのではないかなと思います．

われわれ医療現場ができることとしては，ワクチンを受ける人が増えれば増えるほど将来が楽になるので，ぜひ，まだの方がいらっしゃったら受けてほしいと思いますし，今回，聞いておられる方は医療関係の方だと思いますので，お知り合いの方にも，ぜひワクチンを勧めていただければというふうに思います．

以上になります．ありがとうございました．

○座長　山本先生，どうもありがとうございました．最新のCOVID-19の知見から当院での治療状況，患者さんの状況，いろいろお話しいただきました．一つだけ質問させていただきますと，最近よくネット等では，コロナは空気感染するんだというようなことが騒がれて，特にエアロゾルという言葉が出てきて，われわれ医療関係者の間では，エアロゾル発生手技というときには，空気予防策をしましょうということできたのですが，一般の世の中で，空気感染だと言ってしまうと，N95マスクを全部しなければならないかという話になってしまいます．

ただ，日本の中では，マイクロ飛沫という，上手な言葉がありまして，基本的には飛沫なんだということで，一般的なマスクで換気をよくさえすれば，まあ感染が防げるのかなと，ゼロにすることはできないですけれども．この辺，先生はどういうお考えを持っていらっしゃいますか．

○講師（山本）　はい，この辺は，飛沫感染と空気感染という医学的な用語の定義が，ちょっと曖昧なところがあって，なかなか混乱の元になっているなと思います．いわゆる，厳密な意味での空気感染，はしかとか結核のような空気感染は頻繁には起こさないだろうなと思います．実際，当院も，基本的にはエアロゾル発生手技を行わない場合には，確定患者さんに接するときにサージカルマスクで対応してきましたが，その感染者病棟で患者さんからうつったと思われるような事例は今のところないので，一般的な状況であればサージカルマスクで，換気さえよければ，十分対応可能ではないかなと思います．

○座長　ありがとうございます．ちょっと安心いたしました．では私のこの一般演題のセッションは終わらせていただきます．皆さん，ご協力ありがとうございました．

第Ⅱ部　パネルディスカッション

○座長　市立病院の山本です．第Ⅱ部は，私，山本が司会を務めさせていただきます．まず，頂いた質問に答えていきたいと思うのですが，今のところ二つしか来ていないので，ぜひお気軽にチャットに質問を書き込んでいただけたらと思います．

まず，一つ目の質問が，「後遺症が残る患者さんへの対応はどのようになっていますか．また，退院後の患者さんや遺族となってしまった方のメンタルヘルス支援体制・利用状況が分かれば教えてください．京都以外の情報もあれば」ということですが，山畑先生，いかがでしょうか．

○講師（山畑）　自分が知っている範囲でお答えいたします．一つは，後遺症が残る患者さんへの対応なのですが，東京などでは大学病院を中心にアフターコロナ外来を開設しているみたいですね．今，例えば，脱毛があって，などという場合は皮膚科で診ていただいたり，個別対応はしているのですが，ワンストップのアフターコロナ外来はまだできていません．ただ，これだけ感染者が増えてくるとそういう問題が生じてくると思うので，おそらく作ったほうが良いと思います．そうすると，やはりいろいろな診療科が関わってくるので，大きな病院に作るのかなと思っています．

○座長　守上先生，在宅の患者さんで，例えばコロナとしての隔離期間は明けた方の，その後のフォローはどうなさっているのでしょうか．

○講師（守上）　既存の介護医療連携の流れというのがもともとある患者さんがほとんどなので，解除した後は，なるべく早くそこにハレーションが起きないように戻ってもらう，まずそこがゴール地点，というふうにしています．ですので，ずっとこちらで診ることは基本的にない，というのが基本スキームになります．

○座長　その辺，在宅で診られていた方を，もともとのかかりつけ医が快く診てくださいますか．なかなか，退院してしばらくはちょっと外来に来ないでください，というようなことが，今でこそだいぶ少なくなりましたが，病院でも当初はあったかと思うのですが．在宅の場合はどうでしょうか．

○講師（守上）　ありがとうございます．確かにおっしゃるように，コロナ自体に対する，未知であるが故の恐怖と言うか，先程出されたように，恐怖と不安というのがやはり最大の敵のような気がして．コロナをやっつけてしっかり解除までしているけれども元の生活になかなか戻れない，というのは，やはり社会に蔓延するような不安や恐怖，それがその正体だと思いますので，そこもしっかりお話して，「こういう経過で，こういうふうなかたちで，これで解除しています，今，全身状態が安定していますので」というのも添えてあげることで，「終わりました，はい，紹介状出ます，あとはケアマネさんよろしく」だけではなくて，そこに一言付け加えたり，プラスアルファで動いていくということ，それが結構重要だというのを僕達が認識して動くようにしております．

○座長　なるほど．ありがとうございます．はい，山畑先生．

○講師（山畑）　同じように，病院から退院されて地域の先生方にお返しするときに，やはりそれも同じようなこと，たぶん先生のところでも起こると思うのですが，その点に関しては結構質問が来たりもしますので，保健所を通じて「これは保健所が責任を持って隔離解除をしている方なので，あとは通常診療で良いです」というのを強く言っていただいています．あとは，老人福祉施設や老人保健施設から入院されて元に戻すときも同じ問題が生じますので，そこは保健所と連携してやっているところかなと思います．

そこで２点あって，１点は帰られた後，不安に駆られてPCRを出してしまわれる医療機関がたまにあるのですが，先ほど山本先生のスライドでもありましたように，隔離解除になっても感染からおよそ１カ月近くはPCR陽性になってしまうため，それは無意味な行動なのでぜひ避けていただきたい，というのと，今度は反面，入院医療機関の方で，例えばステロイドを使っていて投与した当日に退院させているような例もあるのですが，そうするとステロイドの効果で解熱しているだけの方もなかにはいらっしゃるので，そこはご配慮いただきたいです．

○座長　ありがとうございます．そうですね．本来，なかなか陽性・陰性と，検査で白黒できるものではないのですが，PCR検査というものがかなり馴染みのあるものになってしまったので，本当に感染してから，例えば，感染３カ月後の予定手術で，術前のルーティンのPCR検査で陽性になったが隔離したほうが良いですか，というような相談が来たりするのですが，それは多くの場合，再感染ではなくて最初の感染のウイルスの断片を引っかけてしまっただけなので，隔離は要らないです，と言っております．

あと，後遺症に関してなのですが，当院で入院された患者さんについては，退院のときにまだ何らかの症状が残っている場合は外来でフォローしたりしていますし，当院へ入院していない方でも，例えば，ホテル療養で終わったとか，在宅，自宅療養で終わった，というような医療機関の目が入っていないような場合で，何か症状が残るという方が当院に相談に来られることが時々ありまして，後遺症外来というふうに名前は付けていないのですが，時々フォローしている方はいらっしゃいます．

どれ位の割合で後遺症が残るか，というのも研究によってさまざまで，結構高いものだと，数十％というふうに書いてあるものもあるのですが，当院で診た患者さんではそこまで高くないのかなと．「何かありますか」と聞くと「あります」と答えられるのかもしれないのですが，実は日常生活ではもう困っていない，ということもあり，これはどう見てもちょっと，言ったら気にし過ぎかな，ということもあります．

昨日も，今年の１月に自宅療養で終わった方で，６月にまだ症状が残っている，ということで開業医さんから紹介されて来られて，これはあまり心配ないですよ，ということでお話ししました．また，昨日外来に来られた方がいて．その方は，ご自分でインターネットで調べられて「これは心臓神経症という病気のように思えるのですが，そうですか」と言われて，「うーん，そうかもしれないですね」というようなことをお話しして，やはり，この不安を取ってあげる，というふうにフォローしていくことが大事で，これもコロナに限らず，普段のいろいろな病気で患者さんは不安を抱えるものなので，普通に対処していけば良いのかなというふうに思っています．

○講師（山畑）　あと，ご質問の後半にあったメンタルヘルス支援体制についてなのですが，実はコロナに特化した支援体制というのはないのですが，京都府にそういう相談電話の窓口があって，そちらは常時電話で相談していただけるようにはなっています．必要に応じて，カウンセリングや精神科医の紹介ということもしているようで，コロナに特化した利用状況までは把握していないのですが，そういう窓口はあります．

○座長　ありがとうございます．では，二つ目の質問に移りたいと思うのですが，山畑先生に質問で，「京都府のコントロールセンターで入院症例，ロナプリーブ入院もコントロールなさる予定でしょうか」というご質問です．

○講師（山畑）　はい．現状を申し上げますと，実はコントロールしています．全ての情報が集まってくるということと，あとは，最初に陽性連絡をするときに「こういう治療がありますよ」というのを伝え，適用がある方には一緒にしていただくようなかたちになりつつあります．

入院医療コントロールセンターですが，当初ワンチームでやっていたのですが，途中から人数が増えてきたところで宿泊調整のチームが別にできまして，そちらは基本的には事務方でやっているのですが，「この方はもう十分自宅で良い」とか「宿泊療養で良い」というのはドクターがチェックして，チェックした症例の中から入所調整しています．それと同様に，このロナプリーブに関してもチームができつつあります．今後増えてくれば，おそらくチームが独立するのではないかと思っています．

○座長　ありがとうございます．ロナプリーブに関して，ちょっと一言です．今回，いろいろな小さな病院の方も見ていらっしゃると思うのですが，今，ロナプリーブは比較的大きな病院で投与が開始になって，抗体カクテル療法というものですけれども，うちの病院では投与する予定はない，というところもあるかもしれないのですが，今後，やはり特に高齢者を中心として，ワクチンを打っていてもブレイクスルー感染というのが起こり得るので，少し時間が経ってくるとまた院内クラスターを起こしやすくなる可能性があります．その時に，他の病床が空いていれば転院ということができるかもしれませんが，流行状況によってはすぐに転院というのは難しいです．うちはコロナの入院は診ない，と思っていても，転院できないという状況がこれまでもありましたが今後も起こり得るかもしれません．ロナプリーブは発症早期に投与すればかなり有効だと考えられますし，ウイルスの排出も早く下がるということなので，あまり嬉しいことではないのですが，もしかしたら院内クラスターの対策で有効かもしれないので，もし投与する場合には，あらかじめ

製薬会社の説明をウェブで聞いて登録したりしないといけないので，直近では投与する予定はないけれども，そういう院内クラスターに備えて投与できる登録体制というのは取っておかれたほうが良いのではないかと思います．

○講師（山畑）　1点だけ確認ですが，現時点ではワクチン2回接種した方は投与対象にならない，これでよろしいですね．

○座長　そうですね．はい．ではこちら，「他の医療圏からのコロナ入院依頼というのは積極的に引き受けたほうが良いのでしょうか」という質問です．

○講師（山畑）　ありがとうございます．実は，それこそがこの京都府を一括して入院医療を調整しているメリットかなと思っているのですが，無理に他医療圏にお願いすることはないと思っています．医療圏を超えてお願いしているのは3パターンありまして，一つは，居住地はその医療圏だけれども，その医療圏の中の対応病院に行くにはすごく遠くなってしまう，逆に，もっと近い対応病院があるので，その距離の問題でお願いしている，というのが一つです．

もう一つは，感染状況は京都府内でもかなりばらばらですので，その医療圏のベッドがいっぱいであれば，医療圏を超えてやはり依頼しているということが二つ．もう一つは，先程，特殊病床の話をしたのですが，その特殊症例に関しては，遠方でお願いすることもあります．実際に，まだ病床が少ない時期には，京都市内の症例を福知山や南丹などにお願いした症例もありますし，逆に，舞鶴の症例を京都市内で受け入れたというような事例もありますので，今後も同じようなことがあると思いますので，ぜひよろしくお願いします．

○座長　はい．ありがとうございます．それでは，私向けの質問ですけれども，「解除基準について，解熱剤を使用せずに3日後といわれていますが，JAK阻害薬やベクルリーについては投与中でも解除可能でしょうか．デカドロンもいかがでしょうか」についてです．ベクルリー投与中に解除基準を満たすことはあまりないかと思うのですが，少なくとも，デカドロン，ステロイドは直接熱を下げる効果があるので，ステロイドをやめてから3日間熱が出ない，ということは確認されたほうが良いかと思います．

JAK阻害薬は少し微妙で，最長は2週間投与することになっていますが，そんなに直接熱を下げる作用はないかと思うので，JAK阻害薬は，場合によっては内服しながら隔離解除になる場合もあるかもしれません．ですが，少なくともステロイド内服中には解除はしないほうが良いと思います．ステロイドも，最初に有効性が示されたリカバリートライアルというので10日間となっていますが，10日間，または状態が回復して退院できる状態になるまで，というところなので，止めてから3日間様子を見られたほうが良いかと思います．

次のご質問です．「産婦人科のクリニックでは，隔離解除後10日以上経過してからでないと診察を再開しない，というクリニックもあります．クリニックの隔離解除後のこのような対応は仕方ないのでしょうか」ということですね．

○講師（山畑）　はい．もちろんその診療自体はその病院の開設者の意向もあると思うのですが，実際には，隔離解除後にすぐ診察をしていただきたいと思っています．ですので，もしそういうクリニックが実際にあったとすれば，それは保健所に言ってください．保健所からご指導いただきます．

○座長　ありがとうございます．次のご質問です．「保育園の休園，児童館の閉鎖，学級閉鎖が見られますが，10代，それ以下の小人に最も必要なことは何でしょうか」というご質問です．これは難しいのですが，確かに今，保育園クラスターなどが見られるようになってきていますが，やはり子供にうつる場合ですね．子供から子供の経路，保育園などになるとちょっと多かったりしますが，家庭内で大人が先に感染してきて，子供にうつして，そこから保育園，幼稚園に広がるというパターンが多いので，大人がいかに感染しないか，ということが大切かと思います．ワクチンを受けられるような年代の方はワクチンを積極的に受けてほしいと思いますし，受けられるまでは感染リスクの高い行動は避けていただきたいと思います．山畑先生，いかがですか．

○講師（山畑）　はい，実は第4波まではそうだと思っていたのですが，第5波になってから，やはり10代，下手をすると10代未満ですね．かなり感染者が出ていますし，それこそ生後2カ月の子も陽性になっている現状，そして，8月から保育園クラスターが出ていることと，京都は学校再開してからまだ大きなクラスターにはなっていないのですが，小学生の感染がかなり増えています．確か何日か前の報道でも，10代以下が3分の1くらいになってきた，なんていう話もあります．先程の山本先生の最後の方のスライドで，第5波が収まってきて，次は第6波，というお話もあったのですが，本当に第5波がこのまま収まるのかどうか，実はずっと懐疑的で，最悪のパターンですと，子どもたちがお互いにうつる，それが家庭内に戻って親世代にうつす，ということも起こり得るのではないかと思っていますし，報道でそういうことを言ってる例もあったと思うのですが．

実は，急いで8月に妊婦を始めたのは，子どもが持ち帰って親世代にうつるということは妊婦の感染がこれからも増えるのではないか，ということを危惧して急いでつくった部分もあります．ですので，これは単なる杞憂で終わればいいのですが，そういうこともあるかなということを，ちょっと予測して準備しているところです．

○座長　ありがとうございます．そうですね，これも難しいですね．では，次の質問です．「守上先生にお聞きしたいのですが，在宅で療養されている陽性患者さんへの訪問看護として，引き算の看護をせざるを得ない状況もあるかと思います．具体的にどのようなことがありますか．滞在時間の短縮など，他にあれば教えてください」

○講師（守上）　はい．ありがとうございます．感染防御をしっかりやるという，そこがすごくベースにあるのですが，それにプラスして，絶対にその場で患者さんの横でしないといけないこと以外は，なるべく距離を取って，

外で終わらせて中に入ります．それを引き算と言うのか，略していくと言うか，そこがちょっと変わると思いますが．実際，現場でやると，その場で頭をフル回転させて短縮できるところはどんどん短縮していくと，意外とずっといなくても結構できます．

どうしても食事が取れなくなる患者さんが結構おられるので，その場合は点滴が必要になるパターンがあります．なかなかドクターが点滴をしに毎日行くというのが難しいので，ここに関しては，非常に助かっているということになります．

抗生剤を入れるときなどもあるのですが，薬剤を混ぜるときは患者さんの横で混ぜない，玄関で調合する，そういう細かいことは山のように現場でやっています．

○講師（山畑） 例えば，滞在時間を短縮するために具体的にこれをやっていますとか，もしくは，中での感染リスクを下げるために換気をどうしていますとか，何かあればアドバイスをお願いします．

○講師（守上） はい．ありがとうございます．訪問前に電話をするのですが，窓を開けてほしい，それから，換気に関しては，家だとだいたい調理場の換気扇が一番強いので，それを付けてください，というふうにお願いします．入る時には，もう中が陰圧になっている状態を先に作り出して，入ってからまた説明したりボタンを押しに行ったりするとそこの時間がまたかかるので，できるところはなるべく電話で済ませておくということにしています．

あとは，通常の在宅医療ですと，結構おうちに入ります，入っていいですよ，というような承諾書関係が結構たくさんあったり，サインがあったりするのですが，そういった事務作業などもある程度一括してこちらで代行してやる，というようなことをしています．

○座長 ありがとうございます．では，次の質問です．「ワクチンパスポートに意味はあるのでしょうか」というご質問なのですが，これはなかなか難しいです．経済のことも考えないといけないので，いつまでたっても自粛，というのは確かに難しいとは思うのですが，なんとか感染リスクを下げながら経済を活性化させていくということで，おそらく使わざるを得ないだろうというふうには考えています．

ただ，例えばシンガポールなどで，ワクチンの接種率がかなり高い80％という状況で，行動制限を解除したら感染者が増えた，ということがありますので，ワクチンパスポートがあるからコロナ前の生活に本当に戻れるかと言うと，そこまで甘くはないです．引き続き感染対策は続けるべきでして，また患者さんが増えると行動制限，ということになるのではないか，と考えます．山畑先生，いかがですか．

○講師（山畑） はい，そうですね．同じ意見で，ワクチンパスポートがあるから何も感染対策が要らない，という誤解を生むとそれが一番まずいので，いろいろメリットはあるけれども，ワクチンパスポートがあろうがなかろうが感染対策は全く変わらない，ということをぜひ強調していただきたいところです．

あとは，1年前にGoToキャンペーンをやってしまったのですが，それこそ，ワクチンパスポートという物を出そうかなという，それくらいのタイミングであれば，ワクチン接種率が上がって効果的にできた部分はあるのかなと思っています．

○座長 守上先生，何かご意見ありますか．

○講師（守上） そうですね，ワクチンパスポートって何で出てくるのですか．紙とかでしょうか．

○座長 報道では，アプリをつくったり，そういうふうな話になっているようですね．

○講師（守上） なるほど．何かピッとやって，そのときに自動的に割引とかが入ったりするのだったら，ちょっと必要な気がしますけれど．

○座長 そうですね．

○講師（守上） なかなか．

○座長 ワクチンをアレルギー等で打てない方にはイベントの前にPCR検査の陰性を確認するとか，そういう方向で動かれているみたいですね．

○講師（守上） ありがとうございます．

○座長 次が最後の質問ですね．「これまでCOVID-19対応に関わりながら知ることができなかった貴重な話をありがとうございます．これまでの流行において，京都で病床がひっ迫したという認識でおられますでしょうか．また，病床ひっ迫に対応するために，年齢や基礎疾患などを鑑みて，重症病床での対応が困難と判断されるような状況はありましたか」というご質問です．山畑先生，いかがですか．

○講師（山畑） その局面で，ひっ迫したのは間違いなくひっ迫していました．それがなかなか，病床利用率という，あの数字のパーセントだけを見ていると伝わりにくいところかと思うのですが，実際に入院調整において，この人を入院させたいけれども入院させられない，というような事例もあります．

コントロールがつく時期であると，重症対応病院として手を上げている病院に重症をお願いして，中等症病院には中等症，というふうにきっちりときれいに割り振れるわけなのですが，そういう状況の中でどうなっていたかと言いますと，どんどん重症症例が下にあふれてくると言うか．そういうひっ迫の時期においては，中等症病院でも挿管症例を見ていただいている，というのは多数あります．

そうすると，軽症病院が中等症化して，いわゆる軽症病院として手挙げしていただいてる病院でも，ネーザルハイフローという，そういう高流量酸素の治療もしていただいていましたし．もっと言うと，宿泊療養施設が軽症病院化しています．現時点においても第5波で，例えば，基礎疾患，糖尿病があって，腎機能障害もあって，60代，という方が宿泊療養施設に入られたりしていますし，あとは，妊娠後期の方が宿泊療養施設におられる，というような状態も生まれています．

ですので，そういうかたちで，ひっ迫しているときには，より軽症サイドの病院にがんばっていただいています．そのなかで，どうしてもこの方はより重症病院で診

てもらったほうがいいという方をトレードして，というようなことをしていますので．なんと言うか，命の選別という意味ではなくて，限界を超えてがんばっていただいている，というのが現状だと思います．

○座長　ありがとうございます．守上先生，ひっ迫したな，という感じはありましたでしょうか．

○講師（守上）　そうですね．やはり極期の時は，どこのセグメントも全力でがんばって時間も費やしてやるという，それでもひっ迫している，とどこもが感じていたと思うのですが．現場でやっている感じは，命の選択をしているという感覚よりは，もう全力で連携して皆でやっていったらなんとかなるかも，もうちょっとがんばろう，という，そういう感覚でした．私たちの在宅医療チームは全ての歯車の一つとして回って，初めて全体としてうまくいきますので，そういうつもりでのひっ迫，気持ち的にはもちろんひっ迫していますけれど，まだまだやっていくという，そういう感覚でした．

○講師（山畑）　そのなかで，在宅医療チームには実は非常に感謝をしていて，一つには，そのひっ迫時には多数の患者さんを診ていただいていて，最大で一時33名診ていただいている日があったのですが，それは33床分の中等症1から2の病院ができたのと一緒の意味なんですよね．その病院を一つつくるのはなかなか大変と言うか，33床診ている病院は京都にないと思うのですが，その中でそういう役割を担っていただいているというのと，第4波のデータでは120人診ていただいたんですかね．

○講師（守上）　そうですね．140までです．

○講師（山畑）　140．はい．そうか，第3波，第4波で120位．そのうち酸素投与をした方が3分の1？

○講師（守上）　全体の約3分の1です．

○講師（山畑）　3分の1ですね．ということは，在宅で酸素投与まで．すなわち，中等症2をそうやって診ていただいていますし，またそこで必要になった時に，先ほどの症例みたいに今度は病院のほうで受けていただいているということで．ひっ迫した状況においては本当にいろいろなところが，普段やっていることよりも一歩も二歩もがんばっていただいて，なんとか今，京都のこのコロナ診療を支えていただいてる，というところかなと思います．そういう意味では，先ほどから質問もありますように，じゃあ，隔離解除後，というところで，今度はそれを支えようという機運がさらに盛り上がってくれるとうれしいなと思っています．

○座長　ありがとうございました．本当に病床ひっ迫に関しては，つい2，3週間前の陽性者の数を見た時に，どうなるのだろうとかなり絶望的な感じだったのですが，今は逆に病床が空いてきて，最大に増えた時を標準にすると病床の空床が目立ってしまって，そうなると，今度は無駄が多いという批判も来るのかなと思ったりします．余裕を持って普段から備えておく必要はあると思うのですが，社会的に余裕がどこまで許容されるのかというところもあるのかと思いますので，極期には本当に連携しながらがんばっていくしかないなと思います．

そろそろお時間になりましたので，山畑先生，守上先生，本当に今日はありがとうございました．第2部のパネルディスカッションをこれで終わりたいと思います．ありがとうございました．

特別講演

これだけは知ってほしい！小児・AYA 世代のがん生殖医療

（京都大学医学部　婦人科学産科学教室）
堀江　昭史

○座長　座長を務めさせていただきます，京都市立病院乳腺外科の森口でございます．よろしくお願いいたします．今回は京都大学産婦人科の講師をされています，堀江昭史先生にお越しいただきました．乳がんの領域でもAYA 世代，40 歳未満の患者さんが約 2 割おられるということで，生殖医療に関しても大きな，生殖医療の非常に重要な領域でございます．普段，そういう症例があった場合には，当科からも堀江先生にいつもお願いをしております．そういった経緯もあって，今回ご講演をお願いした次第でございます．

恒例ですので，堀江先生のご略歴について簡単に紹介させていただきます．堀江昭史先生は，1999 年の関西医科大学のご卒業です．同年に京都大学医学部附属病院の産婦人科に入局をされ，関連施設で研鑽をされまして，2017 年に京都大学医学部附属病院の産婦人科講師に就任をされておられます．資格に関しては非常にたくさんあるのですけれども，日本産科婦人科学会専門医・指導医，それから，日本ロボット外科学会の専門医，生殖医療専門医でおられます．

賞罰では，2011 年に日本病態プロテアーゼ学会学術集会の Young Investigator's Award of JSPP 2011 年を受賞されておられます．また，2016 年の近畿産婦人科学会で学会賞，優秀論文賞を受賞されておられます．所属学会も多数あります．それから，役員としましては，日本生殖医学会の代議員，日本産科婦人科遺伝診療学会の代議員，日本産科婦人科学会の代議員，日本がん・生殖医療学会の理事も務めておられます．本日は，「これだけは知ってほしい！小児・AYA 世代のがん生殖医療」ということで，ご講演をたまわります．それでは堀江先生，どうぞよろしくお願いいたします．

○講師（堀江）

がん生殖医療 oncofertility

がん生殖医療とは，がん患者のがん治療の Oncology，それから，妊孕性温存の Fertility，この 2 つを合わせた Oncofertility という造語になります．

がん患者さんが告知を受けた時に，患者さんがまず心配するのは，自分はどれだけ生きていけるのかです．仕事はどうなるのか，また，将来的には結婚はどうなるのか，子どもを産めるのか，こういう内容に関しては，患者さんにとっては知る権利があるのではないかと思っています．

AYA 世代がん医療に関する実態調査［図 1］

こちらは，堀部敬三先生が行われた研究によるものなのですが，まず，上段が治療中の患者さんの悩みです．治療中なので当然ですが，自分の将来とか，仕事のこと，こういうことが上位に上がってきます．不妊治療や生殖に関することは二の次です．ところがこれが，治療が終わった後のがんサバイバーになると，全体で見ても，上位にこの生殖機能に関する悩みが出てきます．特に，いわゆる生殖年齢の 25 歳から 29 歳，いわゆる結婚適齢期にあたる頃になってくると，この内容はトップになっており，患者さんにとっては非常に大きな悩みであるということを理解しておくべきです．

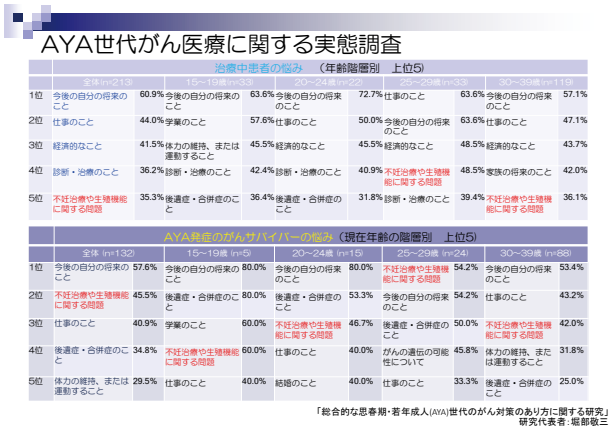
妊孕能とは

男性の生殖能力はほぼ一生涯あります．つまり，年齢とともに，精子というのはある一定の数は減っていきますが，女性のように完全に枯渇してしまうということはありません．つまり，70 歳でも理論的には生殖能力はあります．一方女性は，基本的には閉経までの 50 歳位までになります．ただし，一般的に妊娠できるというのは，45 歳位までになってきます．

もう一つ言葉の定義です．小児といわれるのは一般的に 1 歳から 15 歳位まで，AYA 世代は Adolescent and Young Adult の略ですが，だいたい 15 歳から 40 歳位です．

若年がん患者の統計

部位別のがん罹患率ですが男性は基本的に，胃がん，肺がん，前立腺がんが多いです［図 2］．一方，女性で最も多いのは，乳がんです［図 3］．AYA 世代で多いのは，胃がん，大腸がんですが，もっと若年になってくると，脳



【図 1】

腫瘍，それから悪性リンパ腫，あと白血病が増加します．小児になりますと，その 3 つが大多数を占めるという割合になってきます．女性では乳がんは，若年者においても非常に多いがんです．子宮頸がんも，ワクチンがまだまだ進んでいないので，多い疾患です．あとは男児と同じで，若年者になればなるほど，この脳腫瘍，悪性リンパ腫，白血病が圧倒的に多くなってきます［図 4］．白血病やリンパ腫については，治療によって卵巣機能が廃絶する可能性が非常に高い疾患になってきます［図 5］．

小児 AYA がんの年齢階級別罹患率［図 6］

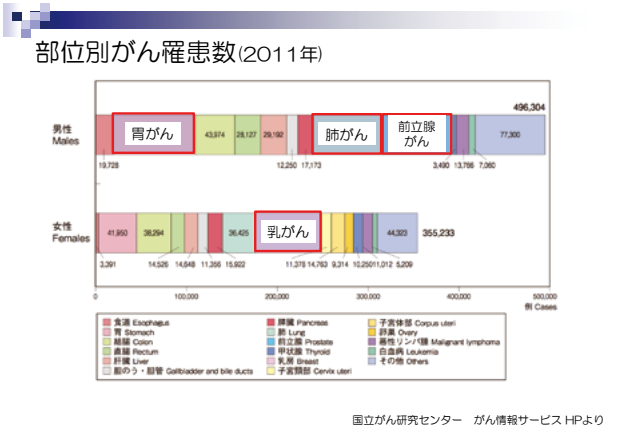
がんの罹患割合について見ていきます．年齢構成別に分けてみますと，小児は，本邦で大体年間 2100 人位おられます．京都府の割合で見ると 42 人位おられるということになります．一方で AYA 世代になってくると，年間の患者数としては多くなります．

小児がん治療について

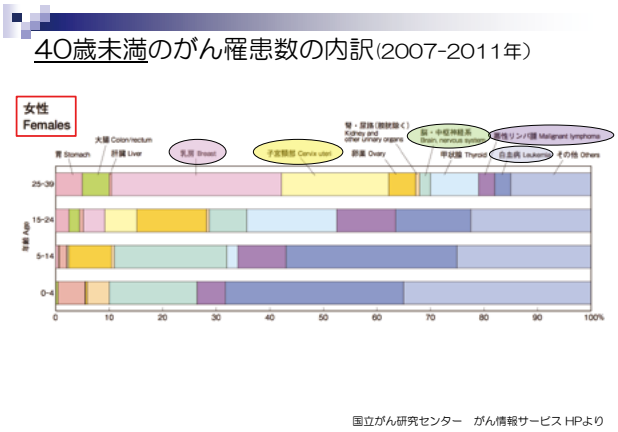
基本的には，手術療法，それから放射線，化学療法，骨髄移植によって，昔は不治の病でしたが，今はもう当たり前のように治る時代になってきています．特に，15 歳以下の小児に関しては，全がん種でも 8 割位，そして悪性リンパ腫に関しても 9 割位治ります．つまり，もう治る病気と考えていい疾患になってきました．小児がんの子どもたちは化学療法，放射線治療によって卵巣機能が廃絶してしまう可能性が高いです．その後にその子たちは恋愛をして結婚をする，結婚したときには，もう卵巣機能が廃絶してしまうために子どもを生むことができない，ということが起こりえます．小児がん治療には様々な合併症があります．その中の一つが性腺機能の廃絶になります．

妊孕性温存におけるガイドライン［図 7］

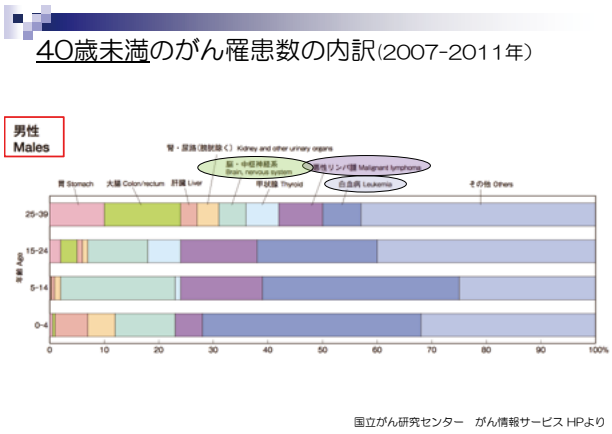
まず妊孕性温存におけるガイドラインについて説明します．卵巣機能廃絶のハイリスク（早発卵巣不全になる確率が 8 割以上あるもの），中間リスク（3 割から 7 割位



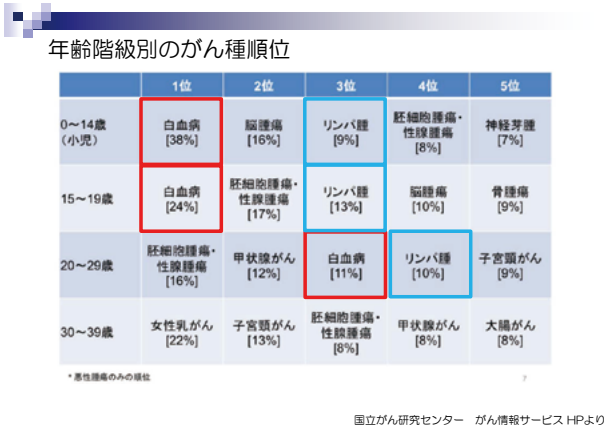
【図 2】



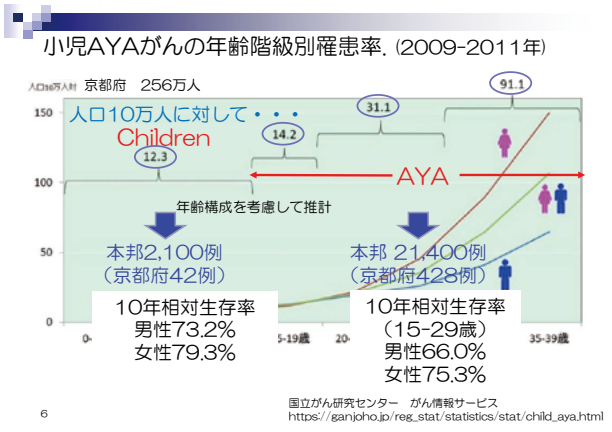
【図 3】



【図 4】



【図 5】



【図 6】

早発卵巣不全になる可能性がある），それ以下はローリスク．あと，不明というものに分けられています．この中で，中間リスクと，それからハイリスクにあたるもの，この２つに関しては，がん生殖医療，つまり卵子凍結，卵巣凍結，それから精子凍結を含めたものを考慮したほうがよいとなります[1]．

閉経に至るまでの卵子吸数の変移と抗がん剤による影響［図８］

次に早発卵巣不全にいたるメカニズムですが，女性にとって最も卵があると言われているのは，胎生６カ月です．この時に約 700 万個の卵子が存在すると言われています．生まれてくる時は 40 万個，初潮を迎える時には約半分になっています．閉経を迎える時に残っている卵子の数は，大体 1000 個位と言われています．女性は月経を起こして排卵を起こすたびに卵がなくなっていくのではなくて，月経を起こす前，初潮が開始する前に半分位の卵がなくなっています．化学療法，放射線治療によって，この卵の数が減っていきます．減ったとしても，このデッドライン（閉経時の卵子数）よりも上にあれば，基本的にはその後，月経は再開します．つまり，排卵機能が元に戻ってくるので妊娠することができます．ただし，強力な化学療法では，その時点で早発卵巣不全となり，再開することはありません［図 9］[2), 3)]．

抗がん剤による卵巣機能低下におけるメカニズム［図 10］

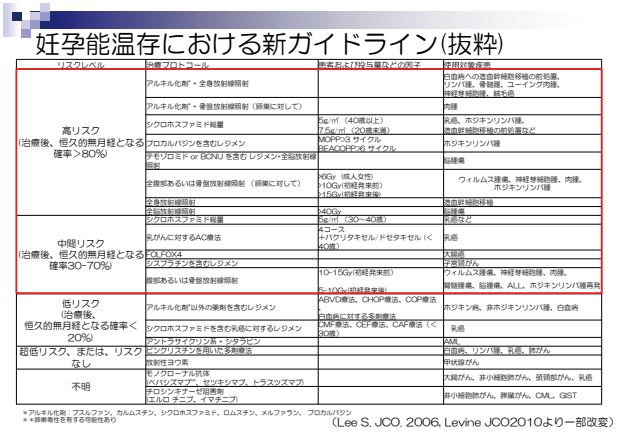
卵巣機能が廃絶する機序ですが，化学療法により，まず卵子が死滅してしまいます．卵胞が崩壊し，卵胞から出ているエストロゲンやインヒビンが低下します．そうすると，それが理由で脳の下垂体から出ている FSH（卵胞刺激ホルモン）が放出され，残っている卵が活性化されて出てきます．これをバーンアウトメカニズムといいます．その中で，AMH（抗ミュラー管ホルモン）も作動して，このようなサイクルに拍車をかけています．これが，卵巣機能が低下するメカニズムといわれています．卵巣というのは，抗がん剤や放射線といった治療に対して，非常に敏感な臓器です．一般的に，化学療法による無月経というのは，化学療法開始以降１年以内に生じる３カ月以上の無月経として定義づけされています．その発生頻度は，患者の年齢，抗がん剤の種類，抗がん剤の総投与量に依存するといわれています[3)]．

妊孕性温存療法とは［図 11］

卵巣組織凍結と卵子凍結，胚凍結があります．それ以外に放射線の照射外への卵巣移動や，乳腺外科でも使われる Gn-RH アゴニスト，これによる卵巣血流減少という方法があります．

卵巣移動

照射野外への卵巣移動です．具体的には悪性リンパ腫や，直腸がんなどの患者さんが適用になりますが，この

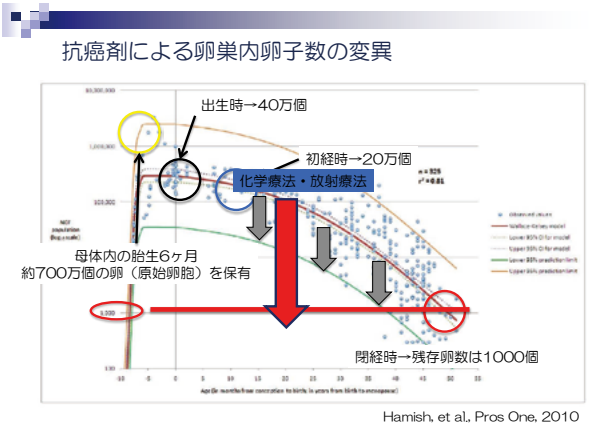


リスクレベル	治療プロトコール	患者及び投与量などの因子	使用対象疾患
高リスク（治療後、恒久的無月経となる確率＞80%）	アルキル化剤＊全身放射線照射		白血病への造血幹細胞移植の前処置、リンパ腫、骨髄腫、ユーイング肉腫、神経芽細胞腫、腎芽腫
	アルキル化剤＊骨盤放射線照射（卵巣に対して）		肉腫
	シクロホスファミド総量	5g/㎡（40歳以上） 7.5g/㎡（20歳未満）	乳癌、ホジキンリンパ腫、造血幹細胞移植の前処置など
	プロカルバジンを含むレジメン	MOPP/3 サイクル BEACOPP/6 サイクル	ホジキンリンパ腫
	テモゾロミド or BCNU を含むレジメン＊全脳放射線照射		脳腫瘍
	全腹部あるいは骨盤放射線照射（卵巣に対して）	>6Gy（成人女性） >10Gy（初経発来前） >15Gy（初経発来後）	ウィルムス腫瘍、神経芽細胞腫、肉腫、ホジキンリンパ腫
	全身放射線照射		造血幹細胞移植
	全脳放射線照射	>40Gy	脳腫瘍
中間リスク（治療後、恒久的無月経となる確率30-70%）	シクロホスファミド総量	5g/㎡（30～40歳）	乳癌など
	乳がんに対するAC療法	4コース ＋パクリタキセル/ドセタキセル（＜40歳）	乳癌
	COLFOX4		大腸癌
	シスプラチンを含むレジメン		子宮頸がん
	腹部あるいは骨盤放射線照射	10-15Gy（初経発来前） 5-10Gy（初経発来後）	ウィルムス腫瘍、神経芽細胞腫、肉腫、胚細胞腫瘍、脳腫瘍、ALL、ホジキンリンパ腫再発
低リスク（治療後、恒久的無月経となる確率＜20%）	アルキル化剤以外の薬剤を含むレジメン	ABVD療法、CHOP療法、COP療法 白血病に対する多剤療法	ホジキン病、非ホジキンリンパ腫、白血病
	シクロホスファミドを含む乳癌に対するレジメン	CMF療法、CEF療法、CAF療法（＜30歳）	乳癌
	アントラサイクリン系＋シタラビン		AML
超低リスク、または、リスクなし	ビンクリスチンを用いた多剤療法		白血病、リンパ腫、乳癌、肺がん
	放射性ヨウ素		甲状腺がん
不明	モノクローナル抗体 （ベバシズマブ、セツキシマブ、トラスツズマブ）		大腸がん、非小細胞肺がん、頭頸部がん、乳癌
	チロシンキナーゼ阻害剤 （エルロ チニブ、イマチニブ）		非小細胞肺がん、膵臓がん、CML、GIST

＊アルキル化剤：ブスルファン、カルムスチン、シクロホスファミド、ロムスチン、メルファラン、プロカルバジン
＊＊卵巣毒性を有する可能性あり

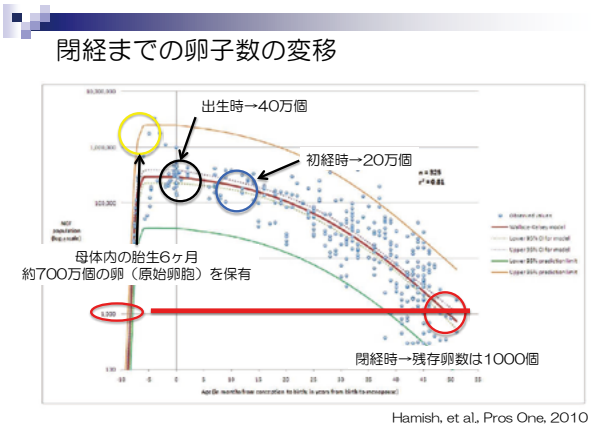
（Lee S. JCO. 2006. Levine JCO2010より一部改変）

【図７】



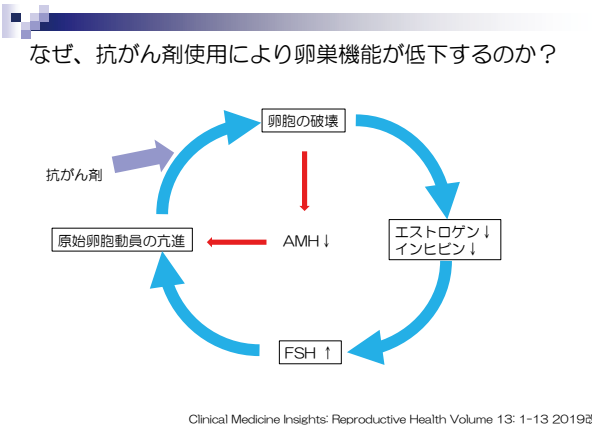
Hamish, et al., Pros One, 2010

【図９】



Hamish, et al., Pros One, 2010

【図８】



Clinical Medicine Insights: Reproductive Health Volume 13: 1-13 2019改変

【図 10】

骨盤内に照射をすることによって卵巣機能が廃絶してしまいます．照射前に卵巣を照射野外まで移動させる方法です．その効果についての論文があります．卵巣移動した群と卵巣移動しなかった群で見てみると，卵巣移動した群では，大体 6 割で卵巣機能は維持されました．卵巣移動しなかった群では全例，卵巣機能は廃絶しています[4]．骨盤内照射により，low birth weight や早産などの割合が増えることが報告されています[5]．がん生殖医療をする時点で放射線照射をするのであれば，このような周産期予後についても伝える必要性があります．

配偶子凍結保存

がん生殖医療の中で最も一般的な治療というのが，配偶子凍結になります．男性において，最も効果的な治療というのは精子凍結です．男性の場合はマスターベーションさえできれば精子を射出することができます．非常に男性にとっては簡便です．一方で，女性は卵子凍結となります．もしくは，月経がまだ起こってないという方の場合には，卵巣組織凍結をするということになります．

卵子凍結・受精卵凍結

方法ですが，約 10 日間卵胞を発育するための注射をします．これを調節卵巣刺激といいます．その後，超音波を見ながら，ある程度卵胞が大きくなってきたら，採卵を行い，成熟した卵子を凍結保存しておきます．もしくはパートナーがおられる，もう結婚されている方の場合は，これを受精卵として凍結保存します．卵子凍結には大体 2 週間が必要になります．特に，小児がんや白血病の患者さんには，2 週間の時間的猶予はありません．ですので，やはり使えるがん種というのが限られてきて，乳がんがもっとも行われている疾患になります．このようにして凍結保存した卵子についての安全性については，融解し，妊娠に至った症例の検討から奇形など増加せず，安全性は担保されていると考えられています[6]．

採卵 10 個による妊娠率

採卵数が多ければ多いほど，妊娠できる可能性は高くなります．一方で，44 歳の人は，計算上は 100 個とっても 50 % 位しか妊娠できません．つまり，女性の妊娠というのは，基本的には年齢に依存します．若ければ若いほど，未受精卵子であったとしても妊娠率は高くなります．一方，年齢とともに，妊娠率が下がってきます[7]．

胚凍結・卵子凍結のメリット・デメリット［図 12］

胚凍結というのは，いわゆる体外受精の技術なので，データも蓄積されていて良好な成績があります．一方で，パートナーが必要です．卵子凍結については，基本的にパートナーは不要です．思春期から，つまり月経が発来した時から可能です．妊娠率は，胚凍結ではだいたい 3 割か 4 割，若い方ですと 5 割位になります．一方で，卵子凍結はまだ 10 % ぐらいになります．

卵巣組織凍結

2004 年に J Donnez らが卵巣凍結保存による出産例を初めて報告しました[8]．現在，思春期前の小児がん患者において，卵巣凍結は唯一の妊孕能温存の選択肢です[9]．世界では 0 歳から卵巣組織凍結を行っています[10]．また悪性腫瘍細胞の混入がないことの確認が重要です．2017 年までに，世界で 130 人の子どもたちが生まれています．凍結保存した卵巣組織を将来的に再度移植するわけですが，この治療をすることによる妊娠率は，29–50 % といわれています[11), 12]．

血液疾患患者における卵巣組織凍結の検討

白血病患者に対する卵巣組織凍結について検討した報告があり，摘出した卵巣組織の病理組織学的検討，PCR，SCID マウスへの異種移植による組織形態評価をされていますが，PCR 検査では，慢性骨髄性白血病では 2/6，急性リンパ性白血病（ALL）では 7/10 で白血病マーカー陽性となっており，SCID マウスへの異種移植実験でも ALL 症例のうち 4 匹のマウス（33.3 %）で腹腔内に白血病細胞が陽性でした．つまり白血病患者に凍結卵巣組織を移植することは再発につながる可能性があることになり，現在，血液疾患については凍結卵巣組織を移植することは勧められません[13]．当院でも卵巣組織凍結を行っていますが，これまで 13 例に行ってきており，最近は小児がん症例のみ対象としております．

Gn-RH アゴニストによる卵巣血流減少

Gn-RH アゴニストといって，閉経状態にする注射があるのですが，これにより卵巣自体が小さくなり閉経状態になります．卵巣自体の体積が減るので，卵巣への抗が

若年がん患者における
治療寛解前後の妊孕能温存法

① 放射線照射外への卵巣移動
② 胚凍結（初期胚・胚盤胞）
③ 配偶子（卵子、精子）凍結
④ 性腺(卵巣および精巣)凍結
⑤ Gn-RHアゴニストによる卵巣血流減少

【図 11】

胚凍結・卵子凍結のメリット・デメリット

	メリット	デメリット
胚凍結	良好な成績	卵巣刺激により原疾患の治療が遅れる
	簡便	卵巣刺激による原疾患への影響が不明
		パートナーが必要
卵子凍結	配偶者がいなくても可能	卵巣刺激により原疾患の治療が遅れる
	将来の婚姻関係に柔軟に対応可能	卵巣刺激による原疾患への影響が不明
	思春期から可能	妊娠率は10%と低い

【図 12】

ん剤の流入量が減りダメージが少なくなる，という治療法です．乳がん患者については，Gn-RH アゴニストを使用することで，早発閉経の予防に繋がり，妊娠数も非施行例に比べて 2 倍に増えるといわれていますが[14]，悪性リンパ腫における検討では，抗がん剤使用時の Gn-RH アゴニストの併用によりその後の卵巣予備能には影響を与えなかったと報告されており，現在は，乳がんにのみ治療効果があると考えられています[15]．

乳がん患者における卵子凍結について

乳がん治療前の卵子凍結により，当然乳がん治療開始までの期間は遅れます．しかし，乳がんの再発への影響や予後についてですが，卵子凍結による治療遅延が予後には影響を与えないことがわかりました[16]．また，化学療法誘発性無月経についてですが，治療開始年齢が高齢になればなるほど，化学療法後閉経になる可能性が高くなります．ですので，高齢の患者については，早発閉経のリスクが高くなることを，十分説明しておく必要があります．

がん生殖医療ネットワーク

実際にがん患者さんがどうやって生殖医療をうけたらよいのか，また，がん治療医がどのように生殖医療医に紹介したら良いのかがこれまで明確ではありませんでした．一般的にがん患者さんが，がん治療施設を訪れて，不妊治療施設を紹介され，治療の説明をうけて，準備をしていきます．大事なことはこの治療開始までの期間が短ければ短いほうが良いということになります．つまり，長ければ長いほど，がん治療に臨む時期が遅れてきます．また，患者さんを取り巻く環境としては，がん治療をする専門医，それから不妊治療をする我々，心のケアなどをする看護師，カウンセラーというのが，この 3 者が常に一緒に連携するというシステムが必要になってきます．京都府は 2017 年京都がんと生殖医療ネットワークが発足しました．妊孕性温存を行っている施設に加え，がん治療を行っている施設も加わっていただいています．また，このがん生殖医療は保険診療ができないため，患者さんは自費で行うことになります．そこで，このネットワーク発足と同時に，京都府からは患者さんに助成金を交付してもらえるようになりました．現在は，国と地方による支援により全国で同様の治療と助成金を交付してもらえるようになっています．

最後に

私は，生殖医療を行っている医師ではありますが，決してすべての方に生殖医療を行っているわけではありません．まずは，がん治療を優先し，がん治療は絶対に遅れることがあってはなりません．また予後を考慮して不必要な妊孕性温存療法は行うべきではないと考えています．一方で，がん患者にはこのがん生殖医療を知る権利はありますし，その責務は我々医療従事者にあると思います．

○座長　堀江先生，貴重なお話，本当にありがとうございました．AYA 世代から小児がん，それから凍結胚から，これからの治療である原始卵胞の培養のお話まで幅広くお話をいただきまして，今日いろいろお聞きしようと思っていた点も，ほぼ網羅されていまして，大変勉強になりました．それではせっかくですので，フロアの方から，何かご質問ありませんでしょうか．では，院長先生よろしくお願いします．

○院長　今日はがん生殖医療について先生の熱意を強く感じました．私事で申し訳ないのですが，私は小児がんが専門で，いわゆる造血細胞移植も行っておりました．思春期以降の年齢で臍帯血移植を受けられた患者さんで，当時，確か兵庫県の卵子保存を専門にしておられるクリニックで移植前に卵子保存していただいたのですが，実はその方，保存していた卵子を使って幸いにもお子さんが生まれました．その後，その方は自然妊娠もされて今は二人の子供の母親です．こういう経験をしていますので，感慨深く聞かせていただきました．先生の熱意をすごく感じ，患者さんにとって，希望を持つということは本当に大事なことだと思いました．これからも先生，頑張ってください．

○講師（堀江）　ありがとうございます．

○座長　どうもありがとうございました．

○講師（堀江）　たぶん，その卵巣組織から卵子を分離してきて，それを成熟卵まで育たせることができて，それで初めて，ちゃんとしたがん生殖医療に成り立つのだろうなと私は思っています．ありがとうございます．

○座長　ありがとうございます．ほかにご質問，チャットのほうはいかがでしょうか．私が，一つお聞きしようと思っていたのは，BRCA の患者さんのことで，着床前検査の話，その辺もちょっと先生にお話しいただいたのですが，これは海外では，今どのような状況なのですか．

○講師（堀江）　具体的に言うと，着床前診断，PGT-M というのですが，いわゆる受精卵，まず受精卵の話をしますけれども，着床する直前の状態が胚盤胞ですが，胚盤胞は胎盤と胎児になる部分に分かれるのですが，その胎盤になるところの細胞を大体 5 cell から 8 cell 位，採取します．それを次世代シークエンサーにかけて検査をするという方法で，BRCA の場合の検査に関しては，その遺伝子について変異がないかを調べる，という方法です．その上で，BRCA 変異を持たない卵だけを戻してあげるという方法です．

イギリスではもう一般治療になっています．でも，日本はまだまだなのです．私は，BRCA は着床前検査に適用すべきだろうと思っています．実際に，BRCA の患者さんで，僕のところに問い合わせのある方は何人かいらっしゃいます．家系内に乳がんの患者さんが何人もいらっしゃって，ご自身も 20 代で乳がんになるという症例も経験します．やはり，自分の子どもたちにそういう遺伝子を残すのはすごく怖いと，おっしゃります．ですので，そういう患者さんについては受精卵の遺伝子検査をすべきだろうと私は思っています．

○座長　ありがとうございます．先生の熱い思いと，患

者さんに対するすごく愛情深い接し方に，非常に感銘を受けました．本日は，お話どうもありがとうございました．

○**講師（堀江）** どうも，ありがとうございました．

引 用 文 献

1）Levine J, Canada A, Stern CJ：Fertility Preservation in Adolescents and Young Adults With Cancer. J Clin Oncol 2010；28(32)：4831–4841.

2）Wallace WH, Kelsey TW：Human Ovarian Reserve from Conception to the Menopause. Plos One 2010；5(1)：e8772. Doi：10.1371/journal.pone.0008772.

3）Blumenfeld Z：Fertility Preservation Using GnRH Agonists：Rationale, Possible Mechanisms, and Explanation of Controversy. Clin Medicine Insights Reproductive Heal 2019；13：1179558119870163.

4）Hoekman EJ, Knoester D, Peters AAW, et al：Ovarian survival after pelvic radiation:transposition until the age of 35 years. Arch Gynecol Obstet. 2018；298(5)：1001–1007.

5）van de Loo LEXM, Marleen H van den Berg MH, Annelies Overbeek, et al：Uterine function, pregnancy complications, and pregnancy outcomes among female childhood cancer survivors. Fertil Steril 2019；111(2)：372–380.

6）Noyes N, Porcu E, Borini A：Over 900 oocyte cryopreservation babies born with no apparent increase in congenital anomalies. Reprod Biomed Online 2009；18(6)：769–776.

7）Goldman RH, Racowsky C, Farland LV, et al：Predicting the likelihood of live birth for elective oocyte cryopreservation:a counseling tool for physicians and patients. Hum Reprod 2017；32(4)：853–859.

8）Donnez J, Dolmans MM, Demylle D, et al：Livebirth after orthotopic transplantation of cryopreserved ovarian tissue. Lancet 2004；364(9443)：1405–1410.

9）Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine：Ovarian tissue cryopreservation：a committee opinion. Fertil Steril 2014；101(5)：1237–1243.

10）Smitz J, Dolmans MM, Donnez J, et al：Current achievements and future research directions in ovarian tissue culture, in vitro follicle development and transplantation:implications for fertility preservation. Hum Reprod Update 2010；16(4)：395–414.

11）Donnez J, Dolmans MM：Fertility Preservation in Women. New Engl J Medicine 2017；377(17)：1657–1665.

12）Shapira M, Dolmans MM, Silber S：Evaluation of ovarian tissue transplantation：results from three clinical centers. Fertil Steril 2020；114(2)：388–397.

13）Dolmans MM, Marinescu C, Saussoy P, et al：Reimplantation of cryopreserved ovarian tissue from patients with acute lymphoblastic leukemia is potentially unsafe. Blood 2010；116(16)：2908–2914.

14）Moore HC, Unger JM, Phillips KA, et al：Goserelin for Ovarian Protection during Breast-Cancer Adjuvant Chemotherapy. New Engl J Medicine 2015；372(10)：923–932.

15）Demeestere I, Brice P, Peccatori FA, et al：No Evidence for the Benefit of Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist in Preserving Ovarian Function and Fertility in Lymphoma Survivors Treated With Chemotherapy：Final Long-Term Report of a Prospective Randomized Trial. J Clin Oncol 2016；34(22)：2568–2574.

16）Greer AC, Lanes A, Poorvu PD, et al：The impact of fertility preservation on the timing of breast cancer treatment, recurrence, and survival. Cancer 2021；127(20)：3872–3880.

講演

当院乳腺外科の治療戦略と今後の展望

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　乳腺外科）
森口　喜生

○座長　京都市立病院乳腺外科部長の森口喜生先生からお話しいただきます．よろしくお願いいたします．

○講師（森口）　京都市立病院の乳腺外科の森口と申します．今日はこういう機会でございますので，当院の乳腺外科について少しお話をさせていただきたいと思います．

当院の乳腺外科のスタッフは，男性医師２名，それから，女性医師２名の合計４人で日常診療を行っております．

当院の診療業務ですが，手術（乳腺，乳がんに関する全般），検査診断，各種薬物療法です．それから，がんゲノム医療，遺伝性乳がん診療を行っております．また，乳がん患者会活動としては，年３回の定例会を行っておりましたが，今のところ，実際に集まることができませんので，現在はウェブ開催で対応しているところであります．

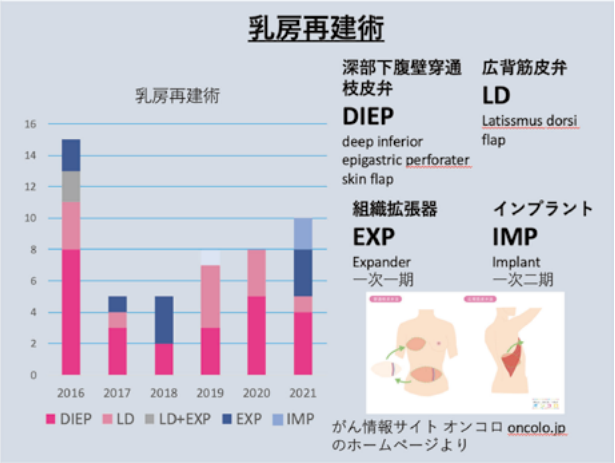
今日の主だったお話ですが，手術に関しては，乳房再建術についての現状と，薬物療法では，dose-dense 化学療法についてお話をさせていただきたいと思います．それから，がんゲノム医療，遺伝性乳がん卵巣がん症候群の診療について．最後に，これから実施を検討しているところでありますが，化学療法に伴う脱毛予防についての取り組みについてのお話をさせていただきたいと思います．

手術件数でございますが，2020 年はコロナの影響か，乳がんの手術症例は少し落ち込んだのですが，昨年度はまた 106 例まで回復をしてまいりました．約６割は乳がんの手術の乳房切除術を実施しております．乳房再建術，こちらも一時落ちていたのですが，徐々に回復しておりまして，昨年は 10 例に対して乳房再建を行っております．乳房切除術が 60 数例だと思いますので，大体６分の１の方が乳房再建を行っているというかたちでございます．

深部下腹壁穿通枝皮弁，広背筋皮弁という，自家組織を使うものが約半数で，それから人工乳房が約半数ということでございます［スライド１］．ちょうどこの期間は，インプラント等の人工乳房による Lymphoma の発生がちょっと問題になって，新しくリスクの少ないものに入れ替わるまで中断した時期がありましたので，この間はちょっと資料がないというのが現状でございます．

続きまして，dose-dense 化学療法ですが，乳がんの化学療法は，だいたい３週間を１サイクルとして，１日目に化学療法を行うことが多いのですが，これのサイクルを３週間から２週間に短縮することで，時間あたりの薬物の投与量を増やして治療効果を高めるという方法でございます．

実際に，臨床研究から dose-dense 化学療法による全生



【スライド１】

存期間の延長や無再発生存期間の延長が報告されておりまして，2019 年の７月から当科でも実施しております．臨床試験のメタアナリシスの結果ですが，約１万人の患者さんで，２週対３週の投与でございますが，再発のリスクにおきましても，約６％の減少，それから，乳がん死に関しましても，約３％の減少，ということが報告されております．

当院では，2019 年の７月から約 38 例の症例に対して実施しております．平均年齢は 51.4 歳でございます．50 代前半までの方が多いのですが，当院では 55 歳から 59 歳の，この年代の患者さんも多いですので，ここの年代層の患者さんが一番多くなっております．

約半数は，術後の化学療法として実施しているのですが，15 例に関しては，術前に実施しているという状況でありまして，今後こういった臨床効果についても引き続き検討していきたいと思っております．

がんゲノム医療についてでございます．がんゲノム医療ですが，2017 年にがんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会というのが発足して，2018 年には，がんゲノム情報管理センター，C-CAT と言われていますが，こちらが開設となりました．

2019 年の６月に，がんの遺伝子パネル検査が保険診療で実施可能となりました．この 2019 年が，日本における「がんゲノム医療元年」ということになります．米国等では，2000 年代の初めの頃から実際には開始になっている治療にはなるかと思います．

実際のコンセプトですが，通常の転移・再発乳がんの場合は，ここで標準治療，化学療法ですね，これを行うと，そのあとはベストサポーティブケアに移行するとい

うのが現状でありましたが，そういった患者さんにおきましても，がんゲノム医療ということになりますと，がんの組織の，腫瘍の遺伝子の検査を，100 個とか 300 個以上の遺伝子について検査を行って，それに対応した治療薬があればその薬物療法を行うという，それがコンセプトでございます．

京都大学が中核拠点病院でありまして，当院はその連携施設として，専門家会議，エキスパートパネルに週 1 回参加しております．そこでは週に大体十数例から二十例を超える症例が検討されまして，遺伝子パネル検査の結果を踏まえて，治療薬の選択について，検討がなされています．

これは，がんゲノム医療の前段階の日本の論文ですが，こういったがんゲノムの検査をすることによって，13.4 % に効果が期待できる遺伝子の変異が見つかって，実際それぞれに臨床試験等で治療をされたということが報告されています［スライド 2］．

先ほどお話しした，がんゲノム情報管理センター，C-CAT の報告ですが，これが開始になって約 1 年後のデータがホームページに出ています．この間，7400 人ほどの患者さんががんゲノムに登録されて，そのうちの 8.1 % に新しい治療が見つかったということが報告されています．これは 2018 年の米国の論文等でも 8 % 位なので，それとほぼ同等であるかと思っております．

今年の 1 月までに，約 2 万 8000 人の方が，がんゲノムのパネル検査をされておりまして，乳腺の患者さんは約 1800 例でございます．見つかった遺伝子の内訳をみても治療に直結するような遺伝子の変異というのは，見つけるのはなかなか難しいかなと．見つかっても治療薬はないものもあるわけです．

当院では，2020 年の 1 月から，5 例の乳がん患者さんに対してがんゲノムの検査をしております．

自施設での患者さんに関しましては 4 例検査しているのですが，遺伝子の変異は見つかってはおりますが，なかなか推奨薬剤が見つかるというものはございませんでした．1 例で BRCA2 見つかっておりますが，これはゲノム検査以前にも遺伝子の検査で見つかっておりまして，その治療はすでに行った状態の方でございます．

続きまして，遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC），こちらについてお話をします．

遺伝性乳がんを伴う症候群というのは，たくさんあるのですが，その中でも，BRCA1，BRCA2 の変異を伴うものが遺伝性乳がん卵巣がん症候群と呼ばれています．名前のとおり，70 歳までに，どちらの変異であっても約 7 割の方が乳がんを発症します．それから卵巣がんに関しては，BRCA1 では約 4 割，BRCA2 では，約 2 割弱の方が卵巣がんを発症すると言われています．

その 2 つのがんだけではなくて，膵臓がんとか前立腺がんを発症するケースもあります．乳がんの患者さん自体では，約 4 % の方が，この遺伝性乳がん卵巣がん症候群の変異があるということが言われております．

こちらは京都大学の乳腺外科の川田先生の論文ですが，こちらの論文に当院もこの研究に参加しておりました．2000 人近い日本人の乳がんの患者さんの，乳がんに関連の遺伝子を調べたところ，101 例，5.1 % に病的変異が見つかっております．最も多いのが，BRCA2．これが 6 割位です．それから，1 割ちょっとが BRCA1 という結果でございました［スライド 3］．

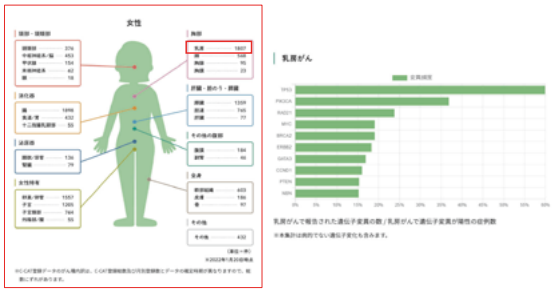
ただ，関東のほうの集計ではこれが逆転していて，BRCA1 の方が多いという報告もありますので，日本の国内でも地域によって差があるかと思われます．

この BRCA の遺伝子検査自体は，BRACAnalysis という血液の検査で行うことができます．

これは保険診療になっておりますが，乳がんの患者さん，どなたでもというわけではなくて，すでに再発・転移されている方とか，それから 45 歳以下で若い方とか，60 歳以下でトリプルネガティブ乳がんとか，両側の乳がんとか．あるいは男性の乳がんの方とか，一応，こういう縛りが付いております．

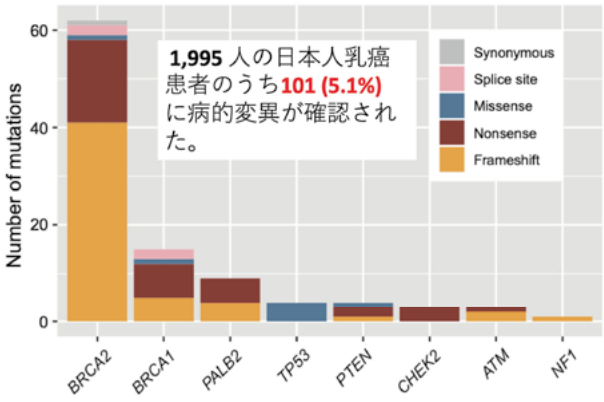
こういう検査で陽性という判断をされた場合には，保険適用として，転移・再発の場合には PARP 阻害薬が使用可能ですし，予防的な切除，あるいは対側乳房の MRI，あるいは患側乳房でも良いかと思いますが，MRI による検診が保険診療で可能となっています．

HBOC に関するリスク低減手術．乳がんの患者さんで，



https://for-patients.c-cat.ncc.go.jp/registration_status/

【スライド 2】



Y Kawata Genetic and clinical landscape of breast cancers with germline *BRCA1/2* variants" Communications Biology 2020

【スライド 3】

もう既に片方発症されている方の場合は，対側の乳がんを予防のために，当院でも保険診療で対側の乳房の切除が可能でありますし，卵巣がんの予防のために卵管卵巣を切除するということも，保険診療で可能であります．

両側に関しては，卵巣がんがすでに発症している，などの方は，保険で可能だと思いますが，BRCA のキャリアの方は，保険診療でこれを行うことが現状ではできない状況であります．

当院で BRCA 検査を行った方は，43 例ございます．そのうち 5 例，11.6 % で陽性でありました．検査の時期ですが，転移・再発で受けられた方が 2 例で陽性で，1 例，先ほど出た方ですね．もう一例は，男性の乳がんの方でございます．

それから転移再発のない方では，3 例で陽性でありました．1 例は BRCA2 の病的変異．片方の手術をして，その後この結果が出たのですが，その後フォロー中に反対側の乳がんも見つかって，異時性の両側乳がんということが判明しております．

それから，もうひとかたは，乳がんの診断がつきまして手術前に検査をしたところ，遺伝子の変異が見つかっております．予防的な対側乳房切除を希望されて，患側の乳房切除と，対側の乳房切除を行っておりますが，予防的に取った方にも，非浸潤性の乳がんが見つかっております．

当院での HBOC への対応なのですが，陽性と判明した場合に，HBOC カンファレンスという月に 1 回定期的に開催している会議で臨床遺伝専門医，乳腺外科，産婦人科，遺伝カウンセラー，看護師が参加して，検討を行っております．

それからご本人さん，ご家族の方には遺伝外来を受診していただいて，病状の説明やサーベイランス，予防的切除など，いろいろなことに関して検討をしていただいているのが現状であります．

最後に，化学療法に対する脱毛の予防で，頭皮冷却についてです．これはまだ，これから検討・準備中のところでありますが，少し触れたいと思います．

ヨーロッパの「ESMO」という，がん関連の学会がございまして，そこでのガイドラインには，「頭皮冷却が化学療法による脱毛の予防に推奨される」と挙げられています．脱毛予防に関しては，唯一の方法かと思われます．

だいたい，いろいろなスタディからは，50 % から 65 % がグレード 1 まで．これは 50 % 未満の脱毛ということなのですが，そこまでにとどまるということで，頭皮冷却による脱毛予防効果の有意差が示されております．

こちらは，その機械なのですが，日本製の機械で，ここに本体があって，ここにキャップを，同時に 2 人ができるのですが，これがチューブでつながっていて，冷却

頭皮クーリング機器

● 頭皮冷却装置セルガード（日本）

【スライド 4】

水が還流して頭皮を 4℃ 位におさめるというものでございます［スライド 4］．

アメリカの論文ですが，グレード 0，グレード 1，グレード 2 と分類しており，グレード 1 が 50 % 以下未満の脱毛なのですが，化学療法によってここまでにとどめられれば成功，というふうにしています．頭皮冷却があると 50 % の方がグレード 1 まででおさまるのですが，頭皮冷却がなければ全員グレード 2 以上ということが報告されています．

日本でも同様の報告がなされていまして，頭皮冷却を化学療法の間完遂した方は，45.6 % の方が，これはちょっと基準が違うのですが，50 % 以上の脱毛ということです．しかし，半分ちょっとの方は，グレード 1 まででとどまる，ということが報告されています．

また，化学療法終了後の脱毛からの回復が早い，ということもわかっております．頭皮を冷却した方は，1 カ月後，4 カ月後，7 カ月後，8 カ月後，13 カ月後ですが，グレード 0，元の状態と同じぐらいの発毛状況に回復するのが，冷却していない方に比べると多いということで，また髪質の変化ですね，そういったことも少なくて，化学療法前と同じような，しっかりとした太い毛の発毛がみられることが多いということを伺っております．

ちょっと話がいろいろ飛んだのですが，私のほうからは以上です．ありがとうございました．

○座長　ありがとうございました．当院における乳がんについてのがんゲノム医療を中心にお話しいただきました．さらに最新の話として，女性にとって大変大切なお話ですが，頭皮冷却による脱毛の予防についてお話しいただきました．どうもありがとうございました．

講演

当院の乳がんに対する放射線療法

（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　京都市立病院放射線治療科の医長の，平田希美子先生にお話しいただきます．よろしくお願いいたします．

○講師（平田）　京都市立病院放射線治療科の平田です．私からは当院の乳がんに対する放射線療法についての取り組みをご説明させていただきます．

当院では，乳がんの初期治療としての放射線治療として，安全で負担の少ない放射線治療を目指して行っております．本日は，①放射線治療の適応，②線量分割，③心臓線量低減，④就労支援，の４つの点についてお話をさせていただきます．

乳がんの初期治療における放射線治療の役割は，主に術後の補助療法です．原則として，肉眼病巣は手術で摘出されますので，放射線治療は微小な病変に対して，再発予防の目的で行われます．

まず，手術が乳房部分切除術であった場合には，術後に放射線治療を行うのが基本的な方針です．

腋窩リンパ節転移がない場合には，全乳房のみへの照射を行います．これを全乳房照射と呼んでおります．スライド１の赤枠で示しております範囲が放射線の照射範囲です．

腋窩リンパ節転移が４個以上ある場合には，全乳房照射のみではなく，領域リンパ節に対する放射線照射も行います．具体的には，スライド１の緑枠で示しましたように，鎖骨上の領域リンパ節を照射いたします．

リンパ節転移が１個から３個だった場合には，全乳房の照射のみとするか，領域リンパ節照射も加えるのか，ということはその他のリスクも考慮して総合的に判断しています．当院では，乳腺外科，病理診断科，放射線診断科，放射線治療科の合同で行われるキャンサーボードがありますので，そちらで領域リンパ節照射の適応を検討しています．

手術の術式が乳房全摘術であった場合，リンパ節転移がなければ，基本的には放射線治療そのものを行わないことが多いです．逆にリンパ節転移が１個以上ある場合には，胸壁および領域リンパ節を含めた乳房切除後放射線治療を行います．

次に，乳房部分切除術を行って全乳房照射を行った場合ですが，さらに，手術断端陽性の部位や近接の部位に対して追加で放射線治療を行うことがあり，これをブースト照射と呼んでおります．照射の範囲としては，スライド２の赤い丸で示したように，術創の付近に放射線を追加で当てるというものです．

断端が陰性だった場合も，もともと病変のあった腫瘍床に対してブースト照射を行うことで乳房内再発率を低下させる，という報告がありますので，当院でも必要に応じてこのブースト照射を行っております．

スライド３がその根拠となるデータですが，ヨーロッパで行われたランダム化比較試験の結果で，腫瘍床にブースト照射を行うことで，ブースト照射を行わない場合に比べて乳房内再発率を低下させることができ，その差は 40 歳以下で顕著であるということが報告されています．

この結果を受けまして，当院では，全乳房照射を受ける患者さんのうち 40 歳以下の方には，腫瘍床に対してもブースト照射を行っております．

次に，線量分割についてのお話をさせていただきます．線量分割とは，放射線の量をグレイという単位で示しますが，どれ位の放射線量を何回に分割して，どの位の期間で放射線を当てるか，というものになります．

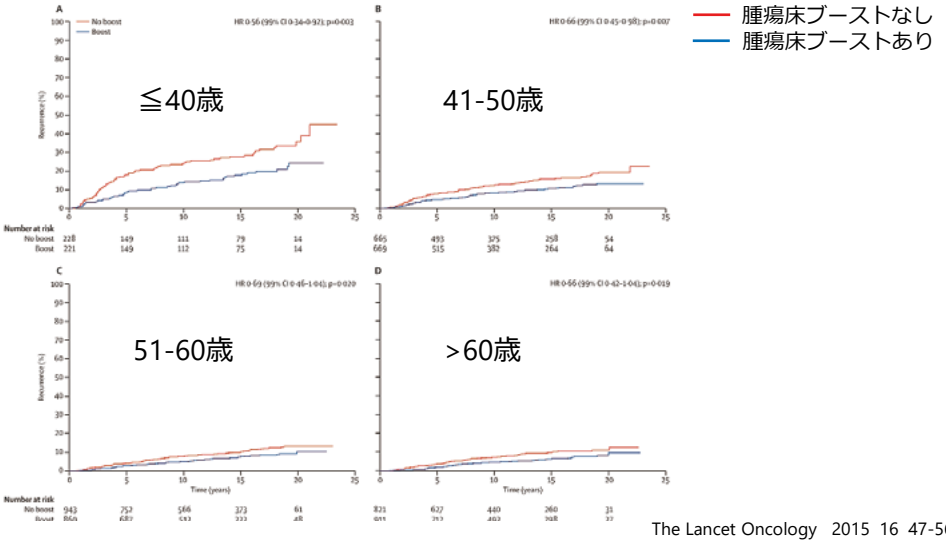
スライド４に示すように古典的には，50 グレイという量を 25 回に分割して，５週間にわたって照射するというものが標準でした．2000 年代に入り，40～42.5 グレイを，15～16 回に分割して，照射期間を 3.5 週に短縮するという，中等度寡分割法という方法の臨床試験が行われるよ

【スライド１】

【スライド２】

1. 放射線療法の適応

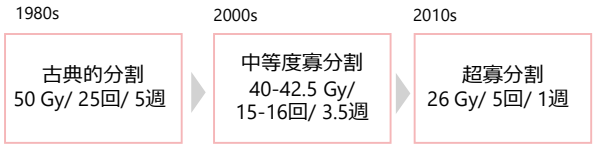
腫瘍床ブースト照射有無による年齢別の乳房内再発率



The Lancet Oncology 2015 16 47-56

【スライド３】

2. 線量分割



【スライド４】

うになりました．寡分割の「寡」という字は，少ないという意味で，分割回数が少ないということを示しています．

最近では，さらに期間を短縮して，例えば分割照射５回，１週間で終わる，というような超寡分割照射法というのも検証されるようになってきています．

まず，中等度寡分割照射に関するランダム化比較試験の結果をお示しします．スライド５はイギリスで行われた試験の結果ですが，全乳房照射のみを受ける患者さんを対象として，中等度寡分割照射が，古典的分割照射に比べて乳房内再発率も晩期有害事象も劣らないという結果を報告しています．

この他にも，海外から数多くの同じような試験が組まれて結果が報告され，中等度寡分割照射は，全乳房照射であれば古典的分割と変わりない，という報告がたくさん出ています．日本からも単アームの試験ですが，JCOG0906 という試験で，日本人における中等度寡分割照射の安全性が検証されて，安全であるということが報告されています．

次に，乳房切除後照射の場合ですが，同じような試験が組まれまして，スライド６にお示しするように中等度寡分割法が，古典的分割に対して局所領域再発率は劣らず，急性期有害事象も同等だ，という結果が報告されています．ただし，この乳房切除後照射に関しては，ランダム化比較試験の結果はこの論文しかまだ報告がありませんので，日常臨床に取り入れるには，まだ少し時期尚早かなと考えております．

次に，超寡分割照射についてですが，スライド７はイギリスで行われたランダム化比較試験の結果で，乳房内再発率および有害事象について検討されていますが，１週間で５分割で行う超寡分割法は，中等度寡分割に比べて乳房内再発率も有害事象も同等，という報告がされています．ただ，この超寡分割法に関する報告もまだ数が少ないですので，これから検討が必要かと考えておりますし，日本人のデータもまだ揃っていないので，状況を見ながら日常臨床で取り入れていきたいと考えています．

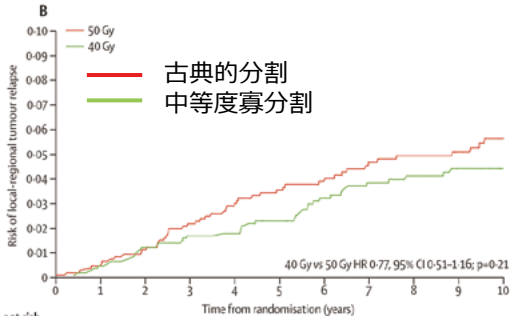
まとめますと，領域リンパ節照射や乳房切除後照射の場合は，当院では，古典的分割法，全乳房照射の場合には，中等度寡分割法を行っております．ただ，コロナの流行時期でもあり，病院への通院回数を減らしたいというご希望もありますので，その場合には柔軟に線量分割を変えていくということも患者さんと相談しながら努めております．

次に，負担の少ない放射線治療ということで，副作用について一つ，心臓の点を説明させていただきたいと思います．左乳がんの術後照射では心臓が照射範囲に含まれますので，心臓の晩期有害事象が問題となります．スライド８のグラフは，心臓の平均線量が１グレイ増えるごとに，相対的に心血管イベントが 7.4％も増えるという，かなりインパクトのあるグラフなのですが，これを見て私たち放射線治療医は，少しでも心臓に当たる放射

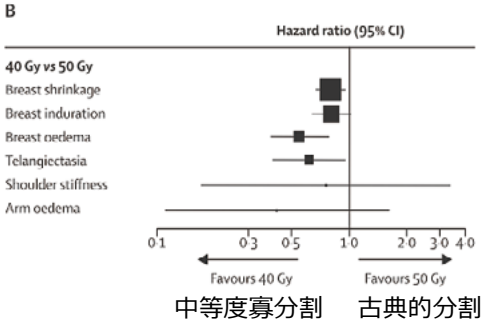
2. 線量分割

古典的分割 vs. 中等度寡分割
(全乳房照射のみ)

乳房内再発率



晚期有害事象



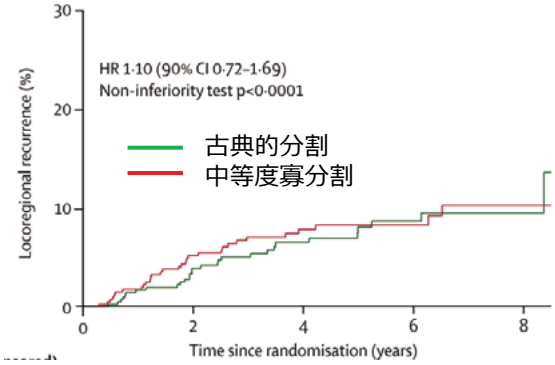
The Lancet Oncology　2013　14　1086-1094

【スライド 5】

2. 線量分割

古典的分割 vs. 中等度寡分割
(乳房切除後照射)

乳房内再発率



急性期有害事象

		古典的分割	中等度寡分割
皮膚	Grade 3	8%	3%
肺炎	Grade 2	2%	3%
	Grade 3	0%	0%

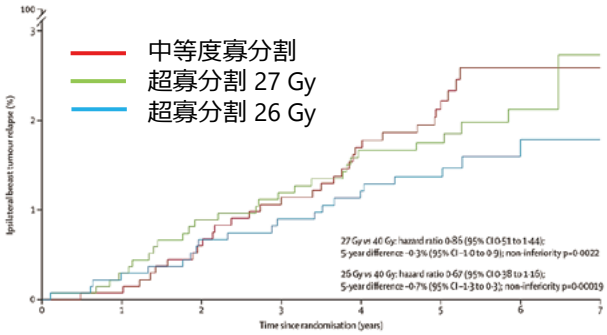
Lancet Oncol　2019　20　352-360

【スライド 6】

2. 線量分割

中等度寡分割 vs. 超寡分割

乳房内再発率



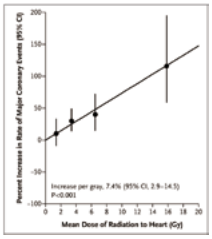
有害事象

	中等度寡分割	超寡分割 27 Gy	超寡分割 26 Gy
急性期障害 Grade 3以上	0%	2.4%	0%
晩期乳房/胸壁障害 中等度以上	10.6%	15.9%	12.2%

Lancet 2020 395 1613-1626

【スライド 7】

3. 心臓線量を減らす工夫



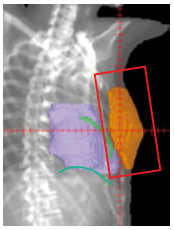
左乳癌術後照射では、心臓が照射範囲に含まれる。
心臓平均線量が1 Gy増えるごとに、相対的に心血管イベントが7.4%増える。

N Engl J Med 2013 368 987-98

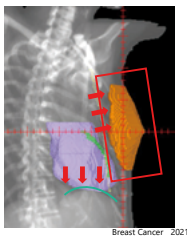
【スライド 8】

3. 心臓線量を減らす工夫

自由呼吸
心臓平均線量 2.7 Gy



深吸気息止め照射
心臓平均線量 1.6 Gy



Breast Cancer 2021 28 1154-1162

【スライド 9】

線を減らすべきだと考えております．

当院では，心臓の線量を減らす工夫として，深吸気息止め照射というものを行っています．スライド 9 の図は，左側の図が自由呼吸のもとで撮影した CT をもとに画像を作成したもので，右側が，深吸気息止め下で撮影した CT をもとに作った画像です．

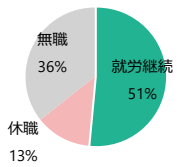
左側のオレンジ色のところが放射線を当てたい乳房としますと，赤枠で示した範囲が放射線を当てる範囲になります．紫色で示しているのが心臓で，緑色のものが左冠動脈前下行枝です．赤枠の中に比較的広い範囲で，心臓と左冠動脈前下行枝が含まれていることがお分かりいただけるかと思います．深吸気，つまり大きく息を吸って止める状態で照射をすると，横隔膜が足側に下がりますし，胸壁が前に出るので，乳房と心臓の間に距離がとれます．すると，先程に比べて，心臓や左冠動脈前下行枝の照射の範囲に含まれる体積が減っているというのがおわかりいただけると思います．

数値で見ますと，当院で調べたデータでは，深吸気息止め照射を行うことで，心臓の平均線量を 1.1 グレイ減らすことができています．当院では，左乳がんの患者さんには，基本的にこの深吸気息止め照射を行っています．

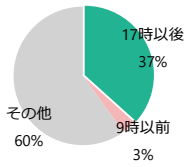
最後に，就労支援の取り組みについてご報告させていただきます．スライド 10 のデータは，2017 年に当院で調査したものですが，乳がん術後の放射線治療を受ける

4. 就労支援

有職患者の割合



就労継続患者の治療希望時間



ポスター発表, 第27回日本乳癌学会学術総会

【スライド 10】

患者さんのうち，就労を継続しながら放射線治療を受けられるという方が51％おられました．その方たちのうちで，放射線治療の希望時間を聞いたところ，17時以降と答えた方が37％おられました．

こうしたニーズを受けまして，私たちのところでは17時から18時半の間にも放射線治療を受けられるように予約枠を設定し，お仕事の帰りに病院に来ていただいて放射線治療を受けられるような取り組みを行っています．

京都市内では，この時間帯に放射線治療を受けられるという施設は他にほとんどないと聞いておりますので，私たちの取り組みが，就労しながら乳がんと闘う患者さんのお役に立てれば，と考えています．

当院での乳がん患者さんに対する放射線治療の取り組みについてご紹介しました．今後も，安全で負担の少ない放射線治療を提供できるように取り組んでいきたいと思います．以上です．ありがとうございます．

○座長　平田先生，ありがとうございました．京都市立病院における乳がんに対する放射線療法についてお話しいただきました．線量分割のお話と，心臓への線量を減らす工夫，さらに，就労支援のために夕方に放射線治療をする時間を設けている，ということなどをお話しいただきました．ありがとうございました．

講演

当院での乳がん看護の実践

（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）
石川　悦子

○座長　京都市立病院の女性病棟の看護師長をされています，石川悦子さんよりお話をいただきたいと思います．よろしくお願いいたします．

○講師（石川）　ただいまご紹介にあずかりました，女性病棟の師長の石川と申します．それではこれから，当院における乳がん看護の実践についてのお話をさせていただきます．

言うまでもなく，近年乳がんは増加しておりまして，女性の生涯で９人に１人は乳がんになると言われています．私どもの病棟は，産科，婦人科，乳腺外科を主とした女性病棟になっております．産科があるので助産師も配置されていまして，助産師もがん看護に関わっております．

実は私も助産師なのですが，永年，産科医療に携わる中で，これまで本当に多くの方の乳房ケアも行ってきたのですけれども，現在の病棟編成になるまで乳がんに対する理解が十分ではなかったことに気づかされました．

乳がん看護は集学的治療が必要とされるため，チーム医療が不可欠です．当院では患者中心の看護を実践するために，病棟と外来の一体化を進めており，外来との継続看護を行っています．さらに当院では，がん看護に関わる認定看護師が９名おります．

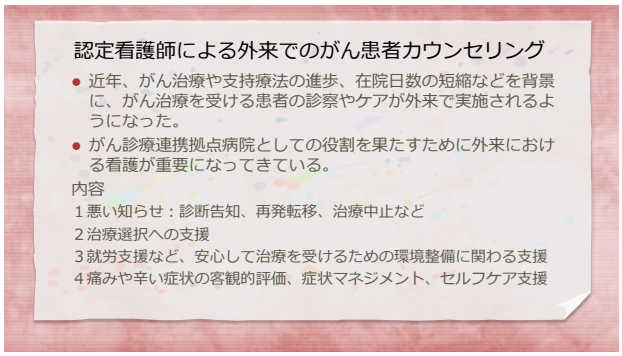
こちらは，その内訳になります［スライド１］．

近年は，がん治療の進歩により，外来でのがん治療が行われるようになりました．そのため，外来における看護の重要性が高まっています．

今年から始まった活動として，認定看護師による外来でのがん患者カウンセリングがあります．

その対象は，このような方々です［スライド２］．

次に，乳がん看護の特徴についてです．他のがんとの違いとして，治療が長期にわたること，罹患年齢が40代から50代と比較的若く，治療と仕事の両立や，治療と家庭の両立支援を必要とされる方が多いということがあります．就労支援につきましては，このあとのMSW（医療ソーシャルワーカー）から話があります．



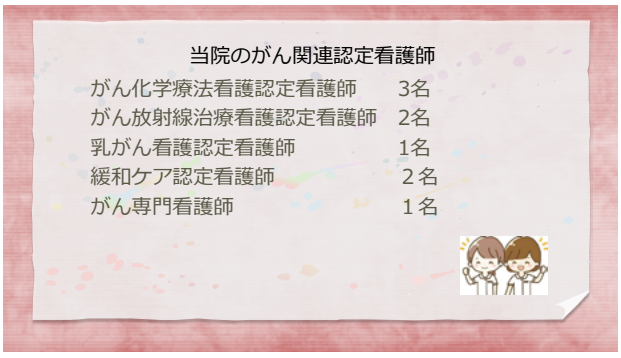
【スライド２】

今年度，われわれ看護部の取り組みとして，患者さんの自己決定を支える看護の実践に力を入れています．

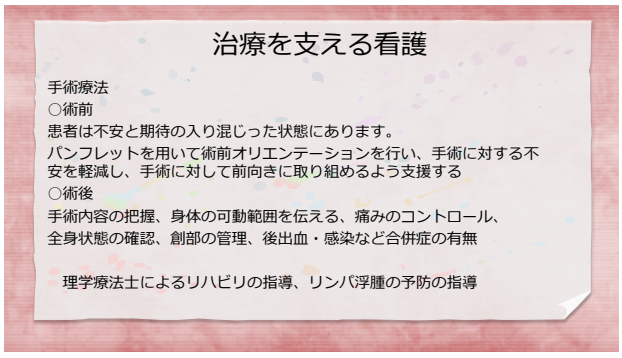
先ほどもありましたが，診断告知や再発転移など，重要なインフォームド・コンセント（IC）は外来でされることが多いため，先に挙げた認定ナース，病棟の看護師，入退院支援看護師が協力して，ICの同席を積極的に行うことで，その後の意思決定支援へとつなげられるようにしています．

治療として，手術療法では，このような看護を行っています［スライド３］．最近は患者さんの高齢化が進んでおり，認知症を持つ患者さんの治療もあるため，個別の対応が必要です．また，リンパ節郭清を行う乳房切除術では，術後に肩関節の運動障害などを起こす可能性のある患者さんに対して，理学療法士がリハビリ指導を行っています．

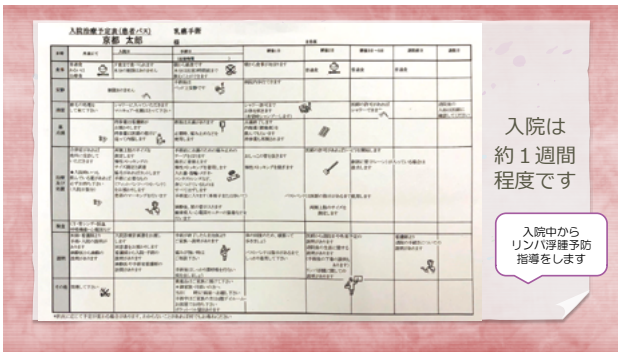
これは患者パスですが，手術の場合は約１週間の入院期間になります［スライド４］．



【スライド１】



【スライド３】



【スライド４】

リンパ節郭清を行った手術では浮腫が生じることがあるため，入院中からリンパ浮腫予防指導を行っています．また，外来でも継続した指導を行っています．リンパ浮腫が生じ，ケアが必要となった患者さんには看護専門外来で対応しています．

看護専門外来では，火曜日と木曜日に，リンパ浮腫外来としてリンパ療法士の資格を持った看護師がケアを行っています．当院にはリンパ浮腫保険診療医師がおり，共同してケアに当たっています．現在は当院の患者さんのみを対象としています．内訳からもわかるように，乳がんの患者さんが半数以上を占めています［スライド５］．これは，乳がん患者さんが多いことと，乳がんの経過が長い，ということがあります．リンパ浮腫の患者さんでは，圧迫療法として日常生活で弾性着衣を着用しています．仕事や家事を担っている患者さんもいるため，きめ細かな生活指導を行っています．

こちらは圧迫療法の実際です［スライド６］．

次に化学療法についてです．化学療法は初回のみの入院となります．

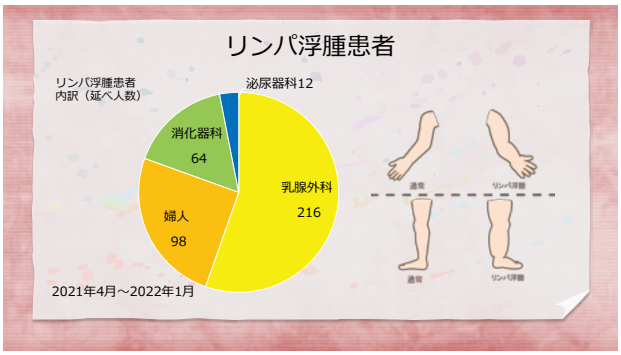
末梢神経障害の予防のために，末梢を圧迫して血流を抑え，抗がん剤投与を行っています．これはその様子です［スライド７］．治療を継続していく中で食欲低下や体重減少などがある場合には，外来化学療法中にベッドサイドでの栄養相談を受けることもできます．

また，女性にとって最も辛いと言われている副作用に，脱毛があります．先ほども森口診療部長から話がありましたが，当院では来年度，頭部冷却装置の導入による脱毛予防を検討しております．

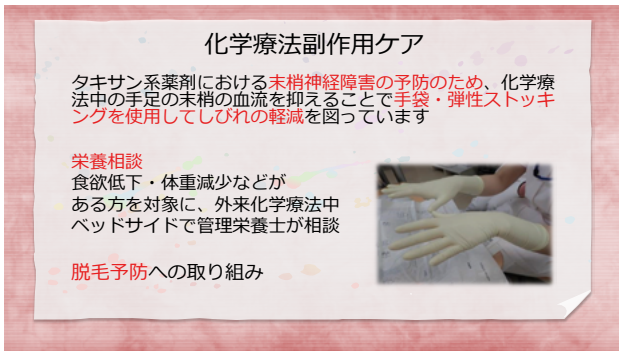
短期間の入院ですが，退院してからの見通しを持てるように，これらのセルフケアのポイントを伝え，予測を持って生活することができるようにしています［スライド８］．ご家族が一緒に来られていれば，ご家族にも説明して協力を得ることが望ましいです．今年の１月から，放射線療法を受けた患者さんで，晩期有害事象のある患者さんを対象にした放射線療法看護外来が開設されています．そこでは皮膚トラブルへのケアや精神的フォローも行っています．

アピアランスケアやボディイメージの変調に対するケアでは，いろいろなパンフレットを外来や病棟に設置しています．術後の下着については，このようにサンプルを置いて実際に手に取って見ていただいています［スライド９］．

最初にも述べたように，乳がんの治療はホルモン剤を使用する場合，５年から 10 年と長期間にわたります．長い治療時間を支え合う患者会として，2011 年に「ビスケットの会」が発足されました．微助人（ビスケット）

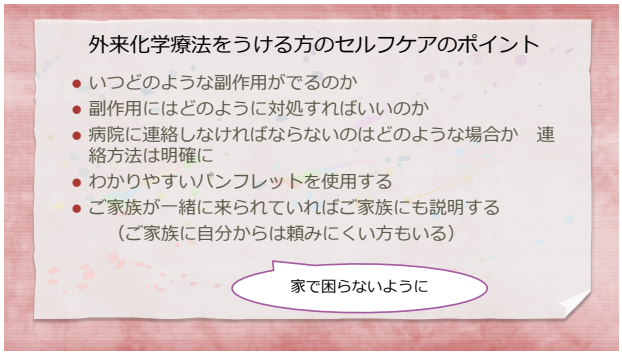


【スライド５】

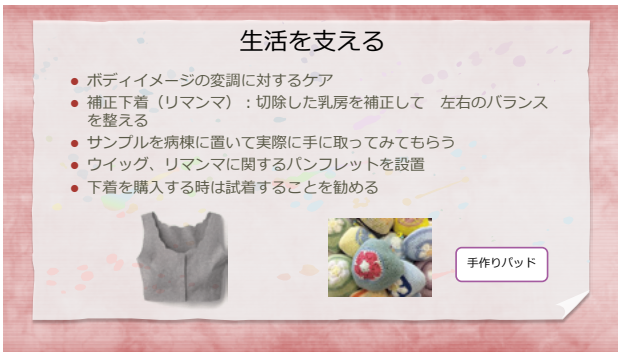


【スライド７】

【スライド６】



【スライド８】



【スライド 9】

というのは，この漢字のように，一人一人は微力だけど，みんなで助け合おうという意味が込められています．

定例会では，医師からの情報提供をはじめとして，認定遺伝カウンセラーや理学療法士，がん患者専用美容室の方など，多方面にわたる方をゲストに招き，活発な活動がなされています．

また，おしゃべりサロンでは，体験者の話を聞いたり自分の思いを話すことにより，安心できたり，元気が出たり，自分らしさを取り戻したりできます．現在はコロナ禍で皆さんが集まる事はできていませんが，再開が待たれています．

これは，患者会の有志の方から頂いている帽子です［スライド 10］．患者さんにとって，自分と同じ病気の方がこうして作ってくださった帽子を身に着けることは，とても励まされるのではないでしょうか．

【スライド 10】

私たちの病棟の患者さんは，皆さん女性です．この事は，婦人科がん，乳がんの患者さんにとって，安心で快適な療養環境だと思います．

最初に助産師もがん看護に関わると話しましたが，助産師の責務は，「女性の生涯を通じた支援者であるとともに，相互にパートナーシップを築く」ということがあります．

日本は，諸外国と比較してがんの検診率が低く，2019 年の乳がん検診率は 44.3 % でした．それがコロナ禍により，さらに下がっていると言われています．そこで，出産した方には乳がんの早期発見の大切さを伝えるようにしています．

また，乳がん罹患年齢は更年期と重なることも多く，ホルモンバランスの変調をきたす時期でもあり，助産師がウィメンズヘルス能力を発揮し，セルフケア支援の視点を大切にしています．

また，患者さんによっては，ご自分の体より家族のことや親の介護が気になる方もおられます．われわれ看護者が生活者としての視点を持ち，患者さんに寄り添う看護を目指したいと思います．ご清聴ありがとうございました．

○座長　どうもありがとうございました．乳がんの看護の観点から，女性の気持ちに寄り添った，さまざまな工夫についてお話しいただきました．乳がんで入院したときのイメージというか，そういうものが持てたのではないかと思います．どうもありがとうございました．

講演

当院での乳がん患者の相談支援

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院がん相談支援センター）
坂東　千鶴佳

○座長　京都市立病院　がん相談支援センターの医療ソーシャルワーカーの，坂東千鶴佳さんよりお話をいただきます．よろしくお願いいたします．

○講師（坂東）　皆さんこんにちは．患者支援センター，がん相談支援センターでMSW（医療ソーシャルワーカー）をしております坂東と申します．本日は「乳がん患者の相談支援」というテーマで，治療と仕事の両立支援を中心にお話をさせていただきます．

本日のお話の内容ですが，はじめに，「ある日のがん相談」についてお話をさせていただきます．そのあと，「乳がんの患者さんの治療と仕事の両立支援」について．最後に，「今後のがん相談支援センター」についてお話をさせていただきます．

「ある日のがん相談」です．ある日，50代の女性Aさんが，がん相談支援センターに相談に来られました．乳がんのステージⅢaで，術後，外来で放射線治療，ホルモン療法予定となっています．夫と小学生，幼稚園のお子さんと4人暮らしで，スーパーの店員をされていましたが，現在治療のために休職中です．健康保険の限度額適応認定証は「区分エ」をお持ちでした．

Aさんの相談内容は，今後どのくらい医療費がかかるのか，仕事の継続はできるのか，という内容でした．

Aさんのお話をお伺いして一緒に整理していくと，他にもさまざまな悩みがありました．毎月かかる出費．例えば住宅ローンや食費などのほかに，医療費の5万7600円が上乗せされてきます．また，副作用で家事がしづらいことや，幼稚園の送迎，ご両親の介護の心配が重なったことなどが加わり，今後，仕事が続けられるかどうか，悩んでおられました．

MSWは，Aさんの今後の治療スケジュールを確認し，具体的な医療費の負担軽減の方法について説明を行いました．また，仕事については，勤務内容や就業規則などを一緒に確認し，休職中に利用できる制度などについて説明を行いました．そのうえで，すぐに仕事を辞める必要はないことをお伝えしました．

また，お子さんのことに関しては，子育て支援のサポートがあること，ご両親のことについては，介護保険制度など介護サービスが具体的に利用できることをお伝えし，Aさんは少し安心をされたようでした．

Aさんのように，乳がんの患者さんの特徴として，40代から50代の働く世代が多く，治療が長期間にわたることや経済的負担が大きいこと，また，子育てや介護が重なることが挙げられます．また，AYA世代などの患者さんは妊孕性温存の問題なども出てきます．更に脱毛などアピアランスに対する不安なども重なり，患者さんの抱える問題は多岐にわたります．

また，外来で治療を継続される患者さんが多いため，治療と仕事の両立支援が重要となってきます．

そこで，乳がんの患者さんの治療と仕事の両立支援について，当院の乳腺外科で取り組んでおります支援について，ご紹介をさせていただきます．

ある日，主治医からMSWに相談依頼が入りました．入院中の患者さんで50代の女性，Bさんです．乳がんのステージⅡaで，術後化学療法，抗HER2療法中です．

夫と2人暮らしで，現在コロナ禍のため在宅ワークで一日中パソコン業務をされています．勤務状況は9時から17時の勤務で，短時間勤務制度があり，有給休暇消化後，傷病手当金を受給される予定です．会社の上司とのコミュニケーションは良好でした．

Bさんの思いとしては，思うように体が動かず，右腕のしびれや痛みがあって日常生活で精いっぱい，こんな状況でいつ仕事に復帰できるのか不安だし，在宅ワークなので，目に見えにくいしんどさをどのように会社に伝えたらいいのか悩んでおられました．

そこで，治療と仕事の両立に向けて支援が始まりました．

まず，主治医が，今後の治療スケジュールと勤務内容，具体的な働き方について提案をしていきます．そのうえで，看護師が副作用や日常生活などについての配慮事項をアドバイスしていきます．MSWは，主治医の意見書などを活用して，会社に伝えていく配慮事項などについて一緒に考えていきます．また，産業保健総合支援センターの両立支援コーディネーターの方にも面談に同席をしていただいて，一緒に職場復帰に向けて支援を行っていきます．

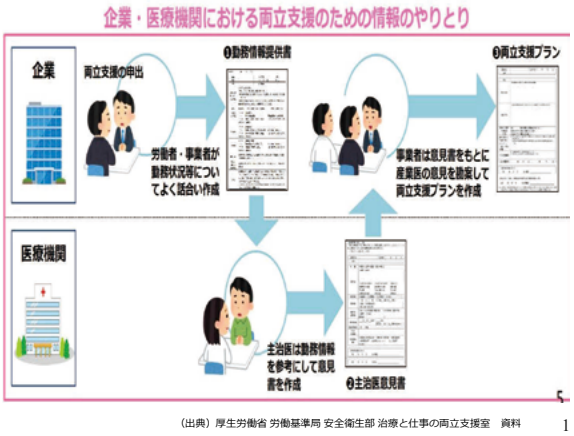
これは医療機関と会社の情報のやりとりの図です［スライド1］．まず，会社の担当者と本人が勤務情報提供書を作成し，主治医へ提出します．主治医は，この勤務情報提供書をもとに意見書を作成し，この意見書を，産業保健スタッフと会社の担当者が確認を行って，両立支援プランを作成していくという流れになっています．

主治医意見書の記載内容については，具体的な副作用の内容，治療のスケジュール，通院の頻度，勤務時間など，配慮事項について明記しています．Bさんは，この主治医の意見書を会社へ提出して無事に仕事復帰され，現在も治療と仕事の継続が可能となっています．

このように乳腺外科では，まず医師・看護師が，支援が必要な患者さんをキャッチし，MSWへつなぎます．そ

れから多職種カンファレンスなどで治療方針などを共有し，退院後も，医師，看護師，認定看護師，MSW が連携をしながらサポートを行っています．

これは，どの職種がどのタイミングで，どのような内容で支援をしていくかを具体的に表した図です［スライド２］．この図を共有しながら支援を行っています．



【スライド１】

事実，がんと診断を受けて退職・廃業した人が，就労者の 19.8％にも及ぶとの厚生労働省のデータもあり，なるべく早期に離職する人をなくすために，このようなポスターを作成し，外来に掲示をしています［スライド３］．また，このポスターの小さいサイズのチラシを作製して，医師や看護師が支援の必要な患者さんに外来で配布を行い，がん相談支援センターの窓口を紹介しています．

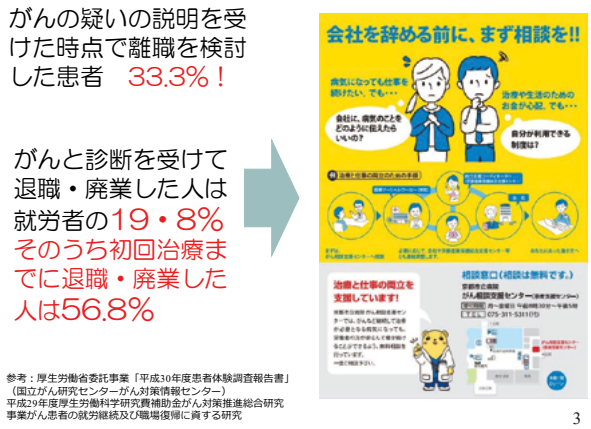
最後に，今後のがん相談支援センターについてお話をさせていただきます．

Ａさんや Ｂさんのように，がん相談支援センターには日々いろいろな相談がやってきます．なかでも私が特に印象に残っている患者さんの言葉で，「抗がん剤を薄めてもらったら少しは安くなるのでしょうか．支払いができなくなったら私はもう終わりです」，という言葉がとても印象に残っています．それほど，患者さんにとって治療とお金に関しては，かなり切実な問題だと日々感じています．

ですが，患者さんの多くは利用できる制度をあまり知らず，制度が複雑な上に，気持ちの上でも時間的にも余裕がないのが現状です．また，インターホンを押すまでに廊下を何度も往復するほど，がん相談支援センターまで来るのはとてもハードルが高く感じているようです．

【スライド２】

がん相談支援センターまで来ることができる人は良いのですが，なるべく早く患者さんにがん相談支援センター



【スライド３】

【スライド４】

の存在を知ってもらい，患者さんが情報を得やすい環境を作りたいと思いまして，このような「がんとお金のパンフレット」を作成しました［スライド４］．この中身は，なるべく患者さん自身が手続きができるように，わかりやすく窓口を明記しています．

それから，がん相談支援センターの場所がわかりやすいように，パンフレットの裏面に案内図も掲載しています．

また，がん相談支援センターで，治療と仕事の両立支援の研修会などを企画して，地域の産業保健の関係機関と連携を行いながら，治療と仕事の両立支援について普及啓発を行っています．

今後の課題です．診断初期から，治療と仕事の両立支援の啓蒙が必要です．具体的には，外来問診票などを活用して，もれなく支援していく仕組みです．

次に，継続支援の必要性です．再発症例など長い治療経過の中で会社を辞めてしまっている患者さんも多く，チームで継続支援する仕組みが重要だと考えています．具体的には，主治医の意見書以外の伝達ツールの活用です．

また，妊孕性温存や遺伝相談など，院内連携体制の整備．それから，現在コロナ禍で開催できていませんが，患者会の再開．また，誰にも相談できず一人で抱え込んでいる患者さんやご家族の方も多いため，正確な情報や医療者へアクセスしやすい環境づくりが重要だと考えています．

地域のかかりつけ医や産業保健総合支援センターなど，関係機関と連携をとりながら，患者さんやご家族が少しでも笑顔になって前を向いて歩いていけるように，「ともに創り，笑顔になれるがん医療」をキャッチフレーズに，シームレスながん相談支援を行ってまいりたいと思います．

以上，ご清聴ありがとうございました．

○座長　ありがとうございました．ソーシャルワーカーの立場から，患者さんが乳がん治療の過程で生じるさまざまな問題や不安に対して，どのようなアドバイスや支援をしているか，さらに，利用できる制度の案内等，わかりやすく説明していただきました．

新型コロナウイルス専門調整部会のロジスティックス支援について

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　事務局　総務担当）
萱原　慎理

要　　旨

未曾有の新型コロナウイルス感染症の流行により，災害時と同様に指揮命令系統及び情報伝達等で混乱が大きく生じた．
前線のオペレーションを支えるために事務職及びコメディカル職員が積極的にロジスティックスに参加することで，組織運営が上手く軌道に乗ることができたため，今後同様の新興感染症等の緊急対応時に今回の内容を参考にできるよう記録を残すものである．
（京市病紀 2022；42: 55-58）

Key words：新型コロナウイルス感染症，災害派遣医療チーム（DMAT），ロジスティックス

緒　　言

2021 年 2 月現在，COVID-19 は国内外で大きな影響を与え続けている．当院においては，2020 年 1 月に京都市内初の陽性患者の受入に始まり，同年 2 月にダイヤモンドプリンセス号への DMAT 1 チームの派遣を行ったことから COVID-19 への対応が始まった．未曾有のウイルスに感染管理センターの負担は増していたが，後方支援（ロジスティックス）を行う人員が非常に不足していた．

研　究　目　的

COVID-19 対応へのロジスティックス支援について対応を振り返り，今後に役に立つ知見を抽出すること．

結　　果

2020 年 4 月中旬に対策本部直下の組織である COVID-19 対応に特化した新型コロナウイルス専門調整部会（部会）を立上げ（図 1），各部署からの報告・相談等への対応を行うことになった（図 2）．部会の立上げにより，3 階層の組織になったため，全体のマネジメントが容易になった．しかし，4 月中旬に部会が立ち上がったときに，緊急事態宣言・個人防護具の不足等により，すでに感染管理センターの業務量はピークに達していた．さらに対策本部と感染管理センターとの組織上の位置づけが曖昧だったため，指揮命令は円滑ではなかった．今後，未知の感染症の流行があった場合には，より迅速に指揮命令系統を確立した方が，人的・物的資源の再分配がスムーズにできる可能性が高い．

部会でのロジスティックス支援の具体的内容は，本部

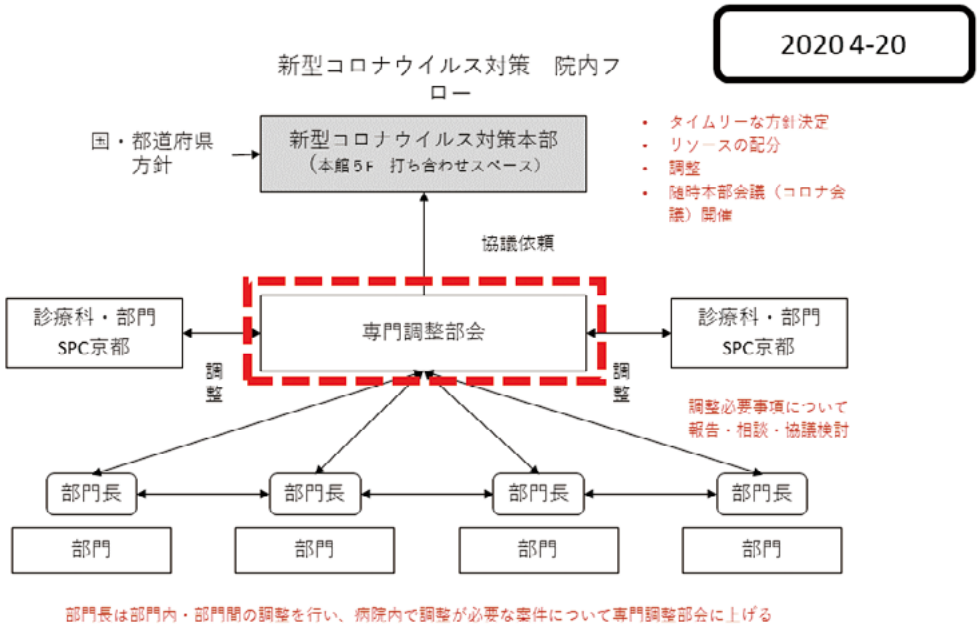


図 1　院内組織図

図２　部会ミーティング風景

Y：やったこと	安全確保	情報伝達	評価
指揮命令 ・本部で決定された方針に従い、行動を行った	・安全性に最も配慮した対応を行った	・電話連絡による伝達が多かった	・状況ごとに評価できていたかは不明
W：わかったこと	**安全確保**	**情報伝達**	**評価**
指揮命令 ・対策本部に参集するメンバーの確定 ・PCR検査結果を誰から受診者に被検者に伝えるか ・方針を実行するための手段の決定が必要（who when how(内容、どうやって)）	・どの範囲までPCR検査を積極的に行うかその場での判断になった	・情報伝達手段の確立の必要性 ・正確な情報の伝え方 ・決定事項の確認（復唱） ・感染管理センターだけでは本事案の情報を一元化して集約できていなかった	・会議の前に決定すべき事項の抽出が必要 ・PCR検査の結果前に多数の陽性者が出た場合の方針＋who when how を決定しておく必要がある

T：次にやるべきこと	部会ふりかえり（令和２年１１月発生事案）		
指揮命令	安全確保	情報伝達	評価
・対策本部参集メンバーに事務局課長級及び陽性者発生部署の所属長を入れる ・対策本部メンバー参集不可時の代替メンバーをあらかじめ決めておく ・PCR検査結果は感染症科部長から所属長に伝達し、所属長から被検者に伝達する ・方針決定後、必ず具体的な指示（who when how(内容、どうやって)）を行う	・今まで発生したことのない部門から陽性者が発生した際のシュミレートを行う ・PCR検査の範囲、自宅待機者をどの範囲まで積極的に実施するか、あらかじめ方針として決めておく	・coronaメールが作成された→テストメールの実施が必要→各所属長が認識できているか ・方針を正確に伝達、共有するために口頭だけでなく、紙面もしくはメールにて伝達する ・陽性者発生時には情報を一元化するために臨時的に情報センター(仮)を５階事務局打ち合わせスペースに設置する ・各所属に連絡網の最新verにアップデートさせること	・陽性者が複数人発生する最悪のケースを想定して、ダメージをシュミレーションし、事業継続が可能か検証する ・陽性者発生の「初動」について訓練が必要→今回のケースを題材しても良い ・陽性者発生時には院内対応のふりかえりを必ず行い、必ず前回よりも良い対応をする ・あらかじめ決定すべき事項、行動をアクションカードに記載して安定した行動ができるようにしておく

図３　アセスメント図

及び事務部門とのリエゾン，部会及び本部の議事録作成及び院内への情報発信，感染管理センター内でのクロノロジー作成による部会内の情報共有，部会のグループ LINE の新規作成等だった．特に，対策本部で何が話し合われているのか，現場で何が発生しているのか，について情報（information）を整理し，考察・結論を加えた情報（intelligence）を速やかに院内に情報公開を行った．その結果，対策本部と現場との認識のズレを最小限にすることができた．

また，部会をマネジメントするために，一定期間経過

新コロ対策本部　アクションカード　ver1（2020.12.24）

対策本部が開催されるトリガー

① 陽性者判明の連絡が入る
→（職員陽性の場合）休日に所属長が corona メールを送るが、送り忘れている場合、最初に報告を聞いた職員が corona メールを送信すること
（必要情報：氏名、年齢、所属、抗原 or PCR、発症日、検査日、症状、勤務状況、家族状況、行動履歴など）

② 対策本部メンバーはメール内容確認後、必要に応じ本部長が対策本部開催を指示する。
→ 発生部署の所属長（参集不可時は次に職階が高い者）も参集させること

開催場所、本部連絡先、会議役割明示

＜会議開始の下準備＞

③ 対策本部会議の場所としては、5階事務局打合せスペース（看護部長室向かいの部屋）を使用する

④ 情報を一元化するための対策本部を5階事務局打合せスペースに立ち上げ、院内で共有した方が良い情報についてはすべて対策本部に報告する。

⑤ 会議の役割付与を行う（人数がそろわない場合は兼務可）
→ 方針決定者（参集時に最も職階が高い者）、ファシリテーター、進行者、ホワイトボード記録者（ファシリテーター兼務可）、議事録作成者（災害用 PC を持参すること）

会議で決定すべき事項
方針決定後の情報共有方法

＜現状把握、方針決定＞

⑥ 状況報告を陽性者発生部署及び感染管理センターから報告を行う

⑦ 決定すべき事項
→ PCR 検査対象者範囲及び自宅待機者の決定
→ PCR 検査の準備開始（対応部門：新コロ部）
→ 陽性者 or 自宅待機者多数の場合の診療業務継続（人院・外来・OP・救急）可否
→ 可否の場合の院内周知、対外周知、対応策の検討
→ 広報（院内（院内情報 web）・院外（ホームページ））については、陽性者が発生したことを第1報で、判明した日もしくは次の日に必ず行う（対応部門：経営企画）

⑧ 方針決定者は決定したすべての内容の復唱を行う

⑨ ホワイトボード記録者は、会議解散後にホワイトボードに記録した内容について、写真撮影を行い、corona メールに送信する

⑩ 議事録記録者は議事録が完成次第、方針決定者に内容の確認を得たうえで、PDF に変換した議事録を corona メールに送信する

方針実行後の情報共有方法

＜方針実行後＞

⑪ PCR 検査の結果について、感染管理センターは所属長及び陽性者に結果の報告を行う

⑫ 所属長は陰性者のみ結果の連絡を行う

⑬ 方針内容について速やかに（休日であれば週明け8時30分に）臨時病院管理者会議を行い、内容を院内情報 web に掲示する（対応部門：総務）

⑭ 必要に合わせて電話対応のための Q&A 改訂を行う（対応部門：経営企画）

図４　対策本部アクションカード

後及び職員陽性者発生後に繰り返しアセスメントを実施した（図３）．アセスメントの手法は，YWT（Y（やったこと）W（わかったこと）T（つぎにやること））手法と災害時の原則である CSCA（Command and Control（指揮と連携），Safety（安全確保），Communication（情報収集伝達），Assessment（評価））を組み合わせて行った．本アセスメントは，経験を振り返って次に活かすフレームワークとして有用であり，特に対策本部アクションカード等の作成により（図４），対策本部のタイムリーな方針決定及び資源の調整を実施することができた．

考　　察

今回の支援に従事した職員は，DMAT 隊員としてロジスティックス業務を元々経験したことのある事務職及びコメディカルであり，防災訓練における経験が非常に役立っている．非常時対応のロジスティックス業務においては，災害も感染症も大きく変わらないため，応急対応する人的資源として大いに期待できる．

結　　論

ロジスティックス業務の経験がある職員が感染対策の運営に参加することで前線のオペレーションを支えることができた．COVID-19 のような新興感染症が今後も現れることが予想されるが，医療現場を支えるためのロジスティックス支援は大変有用であり，今回の経験を経て，乗り越えられない感染症はないことがわかった．

Abstract

Logistics Support of the COVID-19 Expert Committee

Shinri Kayahara
Department of General Affairs, Kyoto City Hospital

The unprecedented novel coronavirus (COVID-19) disease has caused chaos in the chain of command and communication similar to that occurring in cases of disaster. The participation of the office workers and co-medical staff in the logistics to support the frontline operation, helped put the organizational management on the right track. We will leave a record of these procedures to serve as a reference to enable prompt response in future emergency situations such as in the case of a new infectious disease.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:55–58)

Key words: Novel coronavirus disease, Disaster Medical Assistance Team (DMAT), Logistics

気管内挿管抜管後の嚥下障害について

（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）
原田　みのり　　佐藤　玲　　秦　未央　　上野　啓子　　村上　瑞季　　多田　弘史

要　　旨

気管内挿管抜管後は嚥下障害が生じやすいことが報告されている．今回気管内挿管抜管後に嚥下障害を認めた69例を対象に，嚥下機能の経過についてカルテから後方視的に調査し，経口摂取が困難であった要因を検討した．結果は69例中退院時までに経口摂取可能だったのは44例であった．経口摂取困難だった25例は脳血管疾患が多く，既往に誤嚥性肺炎などがあった．また気管切開例と再挿管例の割合も高かった．退院時までに経口摂取が困難だった要因として，原疾患や既往による嚥下障害が重度であったこと，気管孔閉鎖が困難であったこと，再挿管による粘膜損傷などが関係していることが考えられた．
（京市病紀 2022；42: 59-62）

Key words：気管内挿管，嚥下障害，言語聴覚士

緒　　言

気管内挿管（挿管）抜管後は気管チューブによる口腔・咽頭・喉頭の外傷や感覚低下，鎮静管理に伴う筋力低下などにより嚥下障害が生じやすいとされている．挿管患者の50％以上に嚥下障害があり，特に48時間以上の長期間の挿管ではその割合がより高いと報告されている[1]．当院ICUからの言語聴覚療法の依頼は年間約80件で，半数は挿管抜管後の嚥下機能評価依頼である．言語聴覚士（ST）は抜管当日もしくは翌日に嚥下機能評価を実施し早期の経口摂取を目指している．本調査では抜管後に嚥下障害を認めた患者の嚥下機能の経過について調査し，退院時までに経口摂取が困難だった要因を検討した．

対 象 ・ 方 法

2019年10月から2021年9月までに当院ICUから言語聴覚療法が処方された172例中，抜管後にSTが評価をした77例のうち，初回評価時に嚥下障害を認めた69例を対象とした．

方法はカルテから年齢，性別，挿管を要した原因疾患，在院日数，転帰，初回評価時と終了時の意識レベルと栄養摂取方法の判定，3食経口摂取に至るまでの日数と栄養方法，挿管期間，再挿管や気管切開の有無について後方視的に調査した．栄養摂取方法の判定には藤島の摂食・嚥下障害患者における摂食状況のレベル（摂食レベル）（表1）を用い，ST介入終了時に摂食レベルがLv. 7以上を経口摂取可能群，Lv. 6以下を経口摂取困難群とし，調査項目について両群で比較した．また経口摂取困難群の既往歴についても調査をした．

結　　果

初回評価時に嚥下障害を認めた69例の年齢平均は68.6 ± 15.1歳で，男性38例，女性31例だった．平均在院日数は49.9 ± 33.6日であった．

表1　摂食・嚥下障害者における摂食状況のレベル[2]

経口摂取なし	Lv. 1	嚥下訓練を行っていない
	Lv. 2	食物を用いない嚥下訓練を行っている
	Lv. 3	ごく少量の食物を用いた嚥下訓練を行っている
経口摂取と代替栄養	Lv. 4	1食分未満（楽しみレベル）の嚥下食を経口摂取しているが代替栄養が主体
	Lv. 5	1–2食の嚥下食を経口摂取しているが代替栄養が主体
	Lv. 6	3食の嚥下食経口摂取が主体で不足分の代替栄養を行っている
経口摂取のみ	Lv. 7	3食嚥下食を経口摂取している代替栄養は行っていない
	Lv. 8	特別食べにくいものを除いて3食経口摂取している
	Lv. 9	食物の制限はなく，3食経口摂取している
	Lv. 10	摂食・嚥下障害に関する問題なし（正常）

69例中経口摂取可能群は44例，経口摂取困難群は25例だった．挿管を要した原因疾患は，経口摂取可能群は脳血管疾患13例（29.5％），呼吸器疾患12例（27.2％），神経変性疾患1例（2.2％）で，経口摂取困難群は脳血管疾患14例（56.0％），呼吸器疾患4例（16.0％），神経変性疾患1例（4.0％）だった（表2）．転帰は，経口摂取可能群で自宅25例，転院18例，死亡1例，経口摂取困難群は転院20例，死亡5例だった．経口摂取可能群が，3食経口摂取に移行するまでの日数は平均9.2±14.4日で，3日以内が19例，4–7日は11例，8日以上は14例だった．経口摂取に移行するまでの栄養方法は，経口摂取可能群では経鼻経管栄養法25例，経静脈栄養法19例で，経口摂取困難群では全例が経鼻経管栄養法であった．挿管期間について，経口摂取可能群は5.5±5.5日，経口摂取困難群は8.0±5.8日で，再挿管となったのは経口摂取可能群では3例（6.8％）で経口摂取困難群では6例（24.0％）だった．気管切開が行われた例は経口摂取可能群が5例（11.3％）で，そのうち4例が気管孔閉鎖に至った．経口摂取困難群では9例（36.0％）で，気管孔閉鎖に至った例はいなかった．意識レベルについて，経口摂取可能群の初回評価時は意識清明1例（2.2％），Japan Coma Scale（JCS）Ⅰ桁26例（59.0％），JCSⅡ桁17例（38.6％）で，終了時は意識清明19例（43.2％），JCSⅠ桁25例（56.8％）であった．経口摂取困難群の初回評価時はJCSⅠ桁14例（56.0％），JCSⅡ桁7例（28.0％），JCSⅢ桁4例（16.0％）で，終了時は意識清明1例（4.0％），JCSⅠ桁14例（56.0％），JCSⅡ桁9例（36.0％），JCSⅢ桁1例（4.0％）であった．栄養摂取方法は摂食レベルで判定し，経口摂取可能群において初回評価時に摂食困難であったLv.6以下は35例で，摂食可能なLv.7以上は9例，終了時にはLv.6以下の全例がLv.7以上になった．経口摂取困難群の初回評価時はLv.6以下が24例，Lv.7以上が1例で，終了時は全例がLv.6以下だった（表3）．

考　　察

挿管のためICUに入室した患者の多くは，臥床や敗血症などにより，嚥下関連筋群を含めた全身の筋廃用が進行すると予想され，挿管中の筋廃用はICU退出後も継続し，長期的な予後に影響すると報告されている[3]．本調査では抜管後に嚥下障害を認めた患者の嚥下機能の経過について調査した．結果は経口摂取可能群と経口摂取困難群を比較すると，年齢や性別には両群で明らかな差はなかった．在院日数と転帰については経口摂取困難群で在院日数が長く，転院例が多かった．開始時の意識レベルは両群とも約半数がJCSⅠ桁であったが，経口摂取困難群は退院時まで意識障害が遷延する例が多かった．挿管期間は経口摂取困難群でやや長く，両群とも48時間以上の長期間挿管例の割合が高かった．再挿管例や気管切開例は経口摂取困難群で多い結果となった．また経口摂取困難群の既往に，脳血管疾患や誤嚥性肺炎を認めた．

今回の調査を通して，退院時までに経口摂取困難だった要因とその対応について考察した．経口摂取困難だった要因の1点目は，疾患由来の嚥下障害があったことである．脳血管疾患や神経変性疾患は摂食嚥下障害を引き起こしやすい．また誤嚥性肺炎患者は嚥下障害がある例が非常に多い．本調査では，経口摂取困難群の半数例の原因疾患が脳血管疾患であった．それ以外の経口摂取困難群は既往に脳血管疾患や誤嚥性肺炎などがあり，挿管以前より嚥下機能が低下していた可能性がある．原因疾患が挿管を必要とするほど重篤であることに加えて，挿管で以前からあった嚥下障害が増悪し，経口摂取が困難になったと考えられる．また経口摂取困難群の9例でJCSⅡ桁以上の意識障害が退院まで遷延しており，そのうち7例は脳血管疾患であった．脳血管疾患に伴う嚥下障害の研究では，経口摂取の可否は意識障害との相関が認められていることが報告されている[4]．経口摂取困難群は脳血管疾患による意識障害が遷延したことによって摂食訓練が進まなかったことも，経口摂取困難の要因と考えられる．経口摂取困難群はST初回評価時より意識障害がJCSⅡ桁以上の症例が多かったことから，このような例については，経口摂取に対する今後の見通しを早期から多職種と共有することで，栄養方法の選択や転帰の検討が行いやすくなると考えられる．また，STは意識障害が遷延し摂食訓練が実施困難な例にも基礎訓練を行う

表2　経口摂取可能群と経口摂取困難群の挿管を要した原因疾患

	経口摂取可能群（44例）	経口摂取困難群（25例）
脳血管疾患（例）	13（29.5％）	14（56.0％）
呼吸器疾患（例）	12（27.2％）	4（16.0％）
循環器疾患（例）	12（27.2％）	1（4.0％）
消化器疾患術後（例）	3（6.8％）	1（4.0％）
整形疾患術後（例）	3（6.8％）	1（4.0％）
神経変性疾患（例）	1（2.2％）	1（4.0％）
血液内科疾患（例）		2（8.0％）
泌尿器疾患術後（例）		1（4.0％）

表３　経口摂取可能群と経口摂取困難群の比較

		経口摂取可能群（44 例）	経口摂取困難群（25 例）
年齢		67.2 ± 14.9 歳	71.1 ± 15.7 歳
性別（男 / 女）		26/18	12/13
在院日数		45. ± 29.6 日	58 ± 39.6 日
転帰（例）	自宅	25	0
	転院	18	20
	死亡	1	5
経口摂取に至るまでの栄養方法（例）	経鼻経管栄養法	25	25
	静脈栄養法	19	0
挿管期間		5.5 ± 5.5 日	8.0 ± 5.8 日
長期間（48 時間以上）の挿管（例）		36（81.8％）	24（96.0％）
再挿管（例）		3 （6.8％）	6（24.0％）
気管切開（例）		5（11.3％） （気管孔閉鎖 4 例）	9（36.0％） （気管孔閉鎖 0 例）
初回時の意識レベル（JCS）（例）	清明	1 （2.2％）	—
	Ⅰ桁	26（59.0％）	14（56.0％）
	Ⅱ桁	17（38.6％）	7（28.0％）
	Ⅲ桁	—	4（16.0％）
終了時の意識レベル（JCS）（例）	清明	19（43.2％）	1 （4.0％）
	Ⅰ桁	25（56.8％）	14（56.0％）
	Ⅱ桁	—	9（36.0％）
	Ⅲ桁	—	1 （4.0％）
初回時の摂食レベル（例）	Lv. 6 以下	35（79.5％）	24（96.0％）
終了時の摂食レベル（例）	Lv. 6 以下	0	25（100％）

ことで，意識状態の改善を促すことや誤嚥性肺炎の発症予防ができる．

２点目は気管孔閉鎖が困難だったことである．気管切開に伴う嚥下機能への影響は，瘢痕形成による喉頭挙上運動の阻害，声門加圧の低下に伴う声門閉鎖力の低下，喉頭・気管の感覚閾値の上昇に伴う弊害などが指摘されている[5]．そのため気管切開例は経口摂取することが難しい．経口摂取可能群の気管切開例は１例を除き気管孔閉鎖に至ったが，経口摂取困難群の気管切開例は意識障害や嚥下障害により分泌物処理が困難だったため気管孔閉鎖には至らず経口摂取困難であった．気管切開例は，主治医や耳鼻咽喉科医師と連携し，嚥下内視鏡検査などの他覚的な評価を行いながらカニューレの種類の変更や気管孔閉鎖の検討をすることが重要である．特にカニューレ装着中は呼吸状態やカニューレの種類の変更のタイミング，摂食訓練の状況などを理学療法士や作業療法士と情報共有しながらリハビリテーションを行っていくことが必要である．

３点目は再挿管による繰り返しの粘膜損傷が嚥下障害に関係している可能性があることである．気管内挿管をすると咽喉頭痛や喉頭浮腫のような粘膜損傷や，反回神経麻痺を合併しやすい．咽喉頭の粘膜が損傷すると，咽喉頭の感覚障害が生じ嚥下反射の惹起遅延や喀出能力の低下をきたし，誤嚥リスクが高い状態になる．また再挿管は肺炎の危険因子となり死亡率までも上昇させることが報告されている[6]．再挿管をするとこれらの合併症が生じるもしくは悪化する確率が上がると考えられる．経口摂取困難群は再挿管例が多く，このような合併症から嚥下障害が重度となり，経口摂取が困難であったと考える．しかし再挿管による嚥下障害の報告は少なく，十分に認知されていない．今後は，再挿管例に嚥下障害が多く認められることを啓蒙していく．他職種に周知することで，再挿管例の嚥下機能評価やケアの充実を図り合併症の悪化や誤嚥リスクの低減に繋げたい．

引　用　文　献

1）宮川哲夫：咳・嚥下・呼吸の協調と呼吸理学療法．外科と代謝・栄養　2015；49(3)：92.

2）藤島一郎，大野友久，高橋博達，他：「摂食・嚥下状況のレベル評価」簡便な摂食・嚥下評価尺度の開発．リハビリテーション医学 2006；43(Suppl)：S249.

3）松尾浩一郎：抜管後の早期嚥下リハビリテーション．人工呼吸 2020；37(1)：37–45.

4）大木宏一，星野晴彦，田邊亜矢，他：脳血管障害における嚥下障害発症の関連因子の研究．脳卒中 2006；28(4)：561–565.
5）大前由紀雄，安達仁，磯田幸秀，他：気管切孔を有する嚥下障害症例に対するスピーチバルブ装着の有用性―喉頭クリアランスに対する影響―．日本耳鼻咽喉科学会会報 2006；109(7)：594–599.
6）石川幸司，岩本満美，吉田亜子，他：ICU における再挿管に影響を与える因子の検討．日本集中治療医学会雑誌　2009；16(4)：459–463.

Abstract

Dysphagia after Extubation of the Endotracheal Intubation

Minori Harada, Rei Satoh, Mio Hata, Keiko Ueno, Mizuki Murakami and Hiroshi Tada
Department of Rehabilitation, Kyoto City Hospital

Dysphagia is said to occur easily after extubation of the endotracheal intubation. We retrospectively surveyed the path of dysphagia in 69 cases of dysphagia occurring after the endotracheal intubation was extubated. We examined the cause of the aspiration pneumonia. Forty-four of the 69 patients were able to consume food orally by the time of discharge from hospital. Many of the 25 patients with dysphagia had cerebrovascular diseases, and had a history of aspiration pneumonia. The reason why oral consumption was still difficult at the time of discharge, was due to the degree of preexisting dysphagia. The percentage of intubation and re-intubation cases was also high. The damage to the mucosa at the time of intubation and difficulty in closing the stoma was also considered to be related to the dysphagia.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:59–62)

Key words: Endotracheal intubation, Dysphagia, Speech pathologist

MRI の吸引力についての検討

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　放射線技術科）
大町　優介　　前田　富美恵　　津川　和夫

要　　旨

Magnetic Resonance Imaging（MRI）は被曝のない低侵襲の検査であるが，検査室内は常時強い磁場が発生しており注意が必要である．MRI 装置への磁性体の吸引事故は海外では死亡事例も報告されており，その安全管理は重要である．近年導入する施設が増えている 3 テスラ MRI 装置は高画質の画像が提供できる一方で，従来の 1.5 テスラ装置の倍の磁場が発生し，より安全面への注意が必要である．今回，磁性体としてクリップを用いて当院の MRI 装置での静磁場中の金属の吸引力を検討したところ，MRI 装置まで距離が近いほど吸引力は大きくなり，磁場の強さと磁性体の質量に比例して吸引力は大きくなった．

重大な吸着事故を予防するため，MRI 検査室に磁性体を持ち込まないように入室前の金属チェックが重要である．
（京市病紀 2022；42：63-66）

Key words：Magnetic Resonance Imaging，静磁場，吸引力

緒　　言

Magnetic Resonance Imaging（MRI）は放射線を使用しないため，被曝のない低侵襲の検査といわれている．しかし，検査室内には撮影時以外も常に強い磁場が発生しているため，検査室へ入室する際より注意しなければならない．また近年は 3 テスラ MRI 装置を導入する施設が増え，高画質の画像が提供できるようになった．脳血管を撮影する Magnetic Resonance Angiography（MRA）では撮影時間を同じにした場合，3 テスラ MRI の方が 1.5 テスラ MRI よりも末梢の動脈まで描出される（図 1）．当院でも 2018 年から 3 テスラ MRI 装置が導入されているが，従来の 1.5 テスラ MRI 装置と比較すると磁場の強さが倍になるため，より一層安全面に注意して検査を行っている．

目　　的

MRI の安全管理において極めて重要とされるのが，静磁場による MRI 装置への磁性体の吸引事故である．海外では患者の死亡事故も報告されており，最近では 2021 年 10 月に韓国の病院で MRI 検査を受けていた患者が酸素ボンベに挟まれ死亡した事例が報告されている[1]（図 2）．

当院でも過去に検査室内への金属持ち込むインシデントが起きており，金属の持込みの危険性を再認識するため，当院の MRI 装置における静磁場の吸引力について検討を行った．

方　　法

吸引力の測定方法については，米国材料試験協会（American Society for Testing and Materials：ASTM）によって標準化されているが，測定方法が煩雑であるため，今回は簡易的にばねはかりを用いて，目視でその吸引力を測定した[2]．

図 1　1.5 テスラ（上）と 3 テスラ（下）　MRA 画像の比較

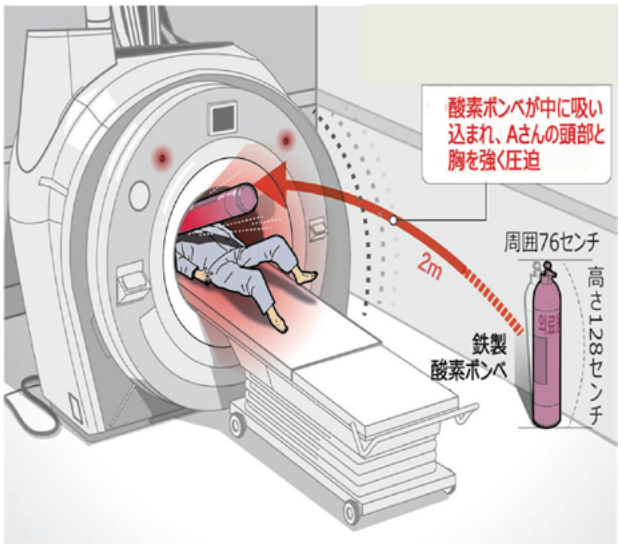


図 2　韓国の病院で起きた酸素ボンベの吸引事故[1)]

ばねはかりにビニール紐を結び，その紐の反対側に金属を取り付けた（図 3）．取り付けた金属を紐がたわまない状態で MRI 装置のガントリーに近づけていき，ばねはかりが示す値（g）を吸引力として測定した（図 4）．使用したばねはかりの測定範囲は 0〜5,000 g だった．磁性体として素材が鉄の金属クリップを使用した．

金属と装置の距離は，金属と装置のガントリー開口部までの距離を測定値とした．メジャーを架台の上にセットし，金属を装置に近づけ，ばねはかりで読み取ることができる位置から測定を開始した．吸引力は 10 cm 間隔で装置に近づけて測定した．磁場の強さの比較のため 1.5 テスラ，と 3 テスラの MRI 装置を用い，金属の質量による比較のために金属クリップは 10 g と 20 g のものを用意した．また，金属の種類による比較のためアルミニウムの 1 円玉と銅の 10 円玉でも測定を試みた．

図 3　ばねはかりと取り付けた金属

図 4　吸引力の測定環境

結　　果

結果を（図 5）に示す．今回の検討に関する結果は以下の通りだった．

1）磁性体から MRI 装置までの距離が近くなるほど吸引力は大きくなり，0 cm でその値は最大となった．
2）1.5 テスラの MRI 装置より 3 テスラの方が吸引力は大きくなった．
3）金属クリップの質量が重い方が吸引力は大きかった．今回の検討では 3 テスラ MRI 装置に 20 g の金属クリップを 0 cm の距離まで近づけた時，その吸引力の値が最大となり 4,000 g であった．
4）金属の種類は，磁性体である金属クリップは MRI 装置に吸引されたが，非磁性体のアルミニウムや銅は吸引されなかった．

考　　察

MRI は安定した磁場環境が必要となるため，磁場の広がりを防ぐ機構が働いている．そのため距離が近づくにつれて急激に吸引力が強くなり，ガントリー開口部で最大となる．一般的に磁場の強さ，磁性体の質量に比例して吸引力も強くなるが，今回の検討ではそれに合致する結果が得られた．特に磁性体の質量が吸引力に与える影

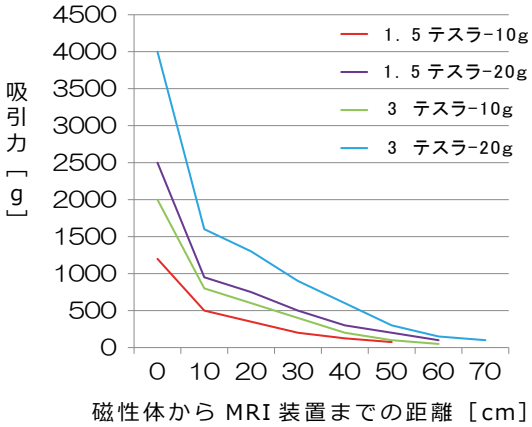


図 5　MRI の吸引力　測定結果

響は大きい．

今回の検討で計測した吸引力の最大値4,000 gは元々の金属クリップの質量20 gの200倍である．あくまで計算上ではあるが，仮に今回使用したクリップと全く同じ素材の10 kgの車いすを持ち込んだ場合，その吸引力は約2 tにもなるため，非常に危険である事が分かる．

特に患者の容体急変時など，誤って検査室内に金属を持ち込むリスクのある状況下では気を付けなければならない．当院では事故防止のため，新規採用の看護師など検査室に立ち入るスタッフを対象に，磁性体を使用した磁場体験をオリエンテーションで行っている．実際に吸引現象を体験することで，更に安全への認識が深まったという意見もあるため今後も継続して行いたい．その説明の際に今回の実験結果の内容を加えることで，更にスタッフの安全への認識が高まると考える．

結　　語

MRI検査室への磁性体の持ち込みは，重大な事故につながる．吸引事故を未然に防ぐために，検査室に入室する前の金属チェックが重要である．

実験結果を新たにスタッフ間で情報共有し，吸引事故防止の教育に努めていきたい．

引 用 文 献

1）金海 -Chosun online 朝鮮日報 ［internet］. http://www.chosunonline.com/site/data/html_dir/2021/10/18/2021101880036.html［accessed 2022.01.10］

2）ASTM F2052-06, Standard test method for measurement of magnetically induced displacement force on medical devices in the magnetic resonance environment, ASTM International, West Conshohocken, PA, 2006：935–940.

Abstract

Examination of the Magnetic Attraction of the Magnetic Resonance Imaging Device

Yusuke Ohmachi, Fumie Maeda and Kazuo Tsugawa
Department of Radiation Technology, Kyoto City Hospital

Magnetic resonance imaging (MRI) is a minimally invasive examination, but the constantly strong magnetic field in the examination room requires caution. Incidents caused by attraction of magnetic objects to the MRI device including deaths have been reported. Therefore, adequate safety management is important. The new 3.0T MRI device now being introduced in many facilities provides an image with a higher contrast. On the other hand, the 3.0T MRI device has twice the magnetic field of the previous 1.5T MRI device. We examined the magnetic field of our instrument using a metal clip as a magnetic object, and measured the magnetic attraction of our MRI device. The magnetic attraction became stronger the closer the magnetic object was to the MRI device and the larger its mass. In order to prevent serious attraction incidents, it is important to check the patients for metal objects before they enter the room and make sure no metal objects are brought into the MRI examination room.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:63–66)

Key words: Magnetic resonance imaging, Static magnetic field, Magnetic attraction

救急室における臨床検査技師の役割と活動報告

（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）
森　恵里子　　井上　歩　　園山　和代　　宮川　大樹　　山田　雅

要　　旨

当院臨床検査技術科では，救急室業務支援を目的とし，2020 年 9 月より救急室に臨床検査技師を配置させる取り組みを開始した．当初は週 3 回の午後のみの配置であったが，2021 年 10 月からは週 5 回の午後に救急室業務を行っている．臨床検査技師が行う救急室業務は，超音波検査，心電図検査，採血・採血補助業務，患者移送などの看護診療補助業務が中心であり，その件数は開始当初から徐々に増加している．2021 年 12 月に救急室業務に携わる医師・看護師を対象にアンケートを実施したところ「臨床検査技師の救急室配置についてどう思うか」に対する回答は「必要だと思う」が全体の約 80％に及び，肯定的な意見が多数であった．「役立っていると感じている内容について」に対する回答は，超音波検査が最も多く，次いで心電図検査，検体搬送，採血・採血補助業務の順であった．2021 年 10 月 1 日施行の臨床検査技師などに関する法律の一部改訂により，検査技師が採血時に静脈路確保を行うことが可能となった．それに伴い，病院の導入方針の決定次第であるが，今後より幅広い業務支援につながる可能性がある．その他，人材育成についても積極的に取り組んでいく必要がある．
（京市病紀 2022；42: 67-70）

Key words：救急，臨床検査技師，タスクシフト，タスクシェア，チーム医療

は　じ　め　に

当院救急室では医師・看護師をはじめ多職種が関与し，各々の専門性を活かしながら診療を行っている．臨床検査技術科では，救急室業務支援を目的とし，2020 年 9 月より救急室に臨床検査技師 1 名を配置させる取り組みを開始した．2020 年 9 月から 1 年間は月曜・水曜・木曜の週 3 回の午後のみの配置であったが，2021 年 10 月からは月曜から金曜の週 5 回午後に運用拡大し，救急室業務を行っている．

現　　状

救急室で臨床検査技師が行う主な業務は，超音波検査，心電図検査，採血・採血補助業務，看護診療補助業務などが挙げられる．看護診療補助業務には，患者へのモニター装着業務や患者移送，検体搬送，更衣介助などが含まれる．患者不在時には，ベッドメイキングや機器消毒などの清潔管理業務なども行っている．日々の業務については分類ごとに件数を記録しており，毎月救急科部長・看護師長に提出している．今回は開始2020年9月から2022年 3 月に至るまでの救急室での活動について報告する．

業務件数は超音波検査，看護診療補助業務を中心に，救急室配置開始当初から徐々に増加している（図 1）．超音波検査の領域別件数については，心臓領域が最も多く全体の約半数を占め，次いで腹部領域，頸動脈領域，FAST（外傷時の腹腔内出血評価），下肢静脈領域の順に多い結果となった（図 2）．臨床検査技師の配置によりこれらの領域の超音波検査が救急室で迅速に行うことが可能となっている．

その他，臨床検査技師の役割として，救急室と検査室の窓口となり円滑なコミュニケーションを担っている．例えば採血量や特殊採血方法など検体に関する問い合わせや，緊急輸血対応，PCR 検査に関する相談に迅速に答え

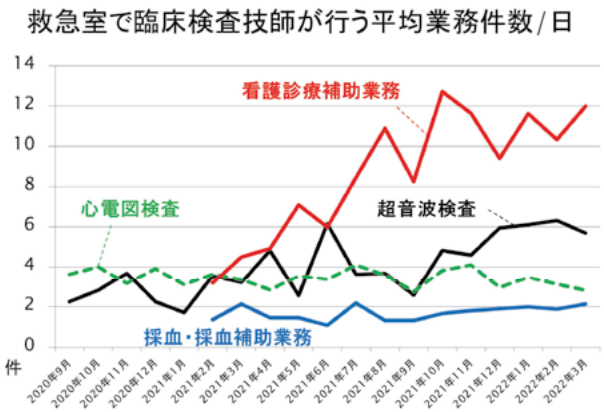


図 1

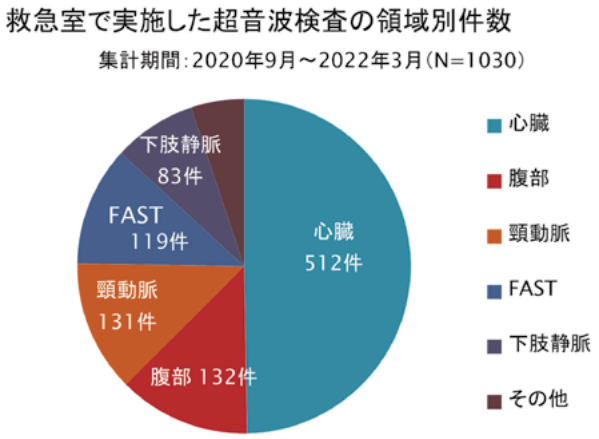


図 2

られるようにしている．また検体採取容器管理や救急室で実施された検査のデータ処理も行っている．それ以外にも，月 1 回開催される ER ミーティングへの参画や，研修医を対象としたエコー実技講習を不定期で行っている．

アンケートについて

「救急室における臨床検査技師についてのアンケート」として，2021 年 12 月，救急室業務に携わる医師・看護師を対象にアンケートを実施した．このアンケートは現状把握と今後の業務改善を目的とし，無記名で行った．医師は常勤医師・応援医師・研修医を含む 35 名に配布，看護師は 26 名に配布し，そのうち医師 27 名・看護師 22 名から回答を得た．全体で約 80 % の回答率であった．その内容を提示する．

まず，「臨床検査技師の救急室配置についてどう思うか」の質問には，「必要だと思う」の回答が医師 93 %・看護師 91 % であった（図 3）．理由として「重症患者対応に一緒に入ってくれる」，「ふと疑問に感じたことを気軽に質問できる」などの意見があった．「不必要だと思う」と回答したのは医師 1 名で「まだ一緒に仕事をしたことがない」という理由であった．看護師の回答に関しては未記入が 2 名分含まれており，明確な回答の中では 100 % が肯定的な意見であった．

「臨床検査技師が役立っていると感じるのはどんな時か」の質問に対する回答は，医師・看護師ともに超音波検査が最も多く，専門性を生かした業務が望まれていることが分かった（図 4）．その他，心電図検査や採血業務など多項目について「役立っている」との回答を頂き，多忙な救急室内では幅広い業務を行う人員が望まれていることも分かった．

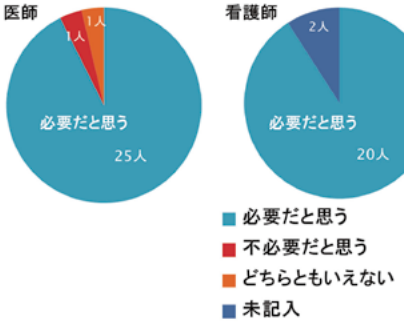


図 3

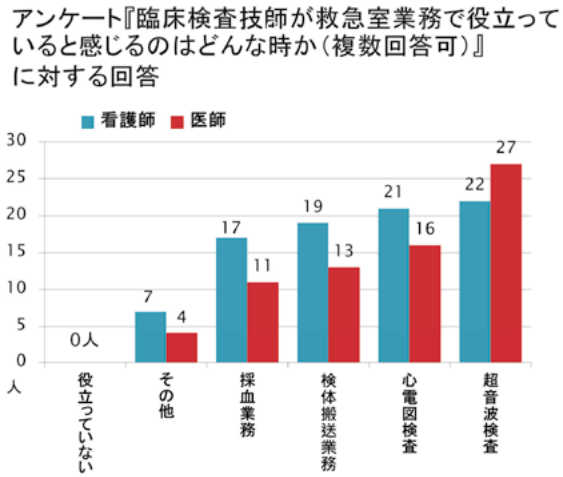


図 4

考　　察

臨床検査技師の救急室配置当初は，業務内容も全て手探りの状態であった．その中で，救急室スタッフの方々から現場のニーズを確認し，実施可能な業務を検討した．業務内容と件数は細かく記録し，担当技師間で共有し，救急科部長・師長と随時協議を行った．そこから見えてきた課題や問題点については解決に努めた．日々変化するコロナ状況下で，PCR 検査体制についても救急室とコミュニケーションをとることで，円滑な実施につながったのではと考えている．このようなことを繰り返し，業務を徐々に拡大することができたと思われる．

また救急室業務に携わることで，急性腹症や大動脈解離・ショックなどの急性期症例を数多く経験することができ，バイタル観察や検査を通して，臨床検査技師としての成長にもつながる場だと考えられる．それ以外にも救急室で協働する中で，医師・看護師など他職種スタッフと日常的にコミュニケーションをとることで，病棟などの他場面でも以前よりも気軽に声をかけられるなど，職種間の距離も縮まった．一方で，救急室では患者の死に直面することで精神的にネガティブになることや，検査へのプレッシャーを感じる場面など，まだまだ未熟な面は挙げられるが，少しでも患者のために救急室業務に貢献できるよう努めていきたい．

課　　題

2021 年 10 月 1 日施行の「臨床検査技師等に関する法律施行令の一部を改正する政令等の公布について」により，他のいくつかの職種と同様に，臨床検査技師が実施可能な医療行為が 10 項目追加された．中でも注目すべき項目は，臨床検査技師による採血時静脈路確保である．先述のアンケートで，「救急室における臨床検査技師のルート採血についてどう思うか」について問いかけたところ，「必要だと思う」の回答が医師 89 %（24 名），看護師 86 %（18 名）に及んだ（図 5）．その意見の多くが「多忙時に行ってもらえると助かる」という内容であった．「不必要だと思う」の回答は，医師 1 名・看護師 1 名で，「医師・看護師で十分」，「誰でもできるので，研修してまで人員を増やすメリットがない」といった内容であった．本格的な運用開始までには研修・リスク管理などの課題もあるが，より幅広い業務支援につながる可能性はあると考えられる．

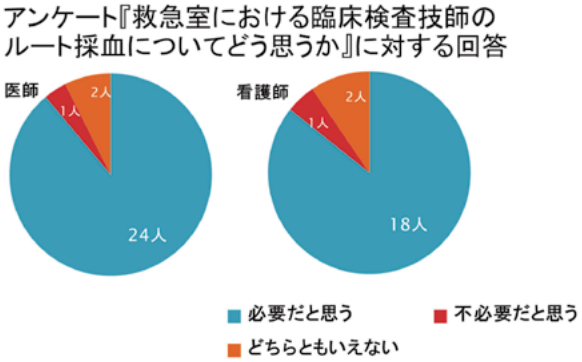


図 5

そのほかの課題として，臨床検査技師の人員育成が挙げられる．2022 年 5 月現在，主に救急室業務に携わる臨床検査技師は 3 名であるが，今後も継続して活動するためには，従事できる技師の育成に取り組む必要がある．現在，育成に向けてチェックシートを作成して準備をすすめている．

お わ り に

京都府内の救急出動件数は年々増加しており，救急医療のニーズは高い[1]．一方で厚生労働省の定めた医師の働き方改革に伴い，医師から他職種へのタスクシフトが注目されている．当院臨床検査技師の救急室参入当初は限定的な時間帯から開始し，手探りの状態であったが，医師・看護師と現場を通じて協議を重ね，徐々に運用を拡大し業務件数も増加してきた．タスクシフトの観点からも積極的に継続して取り組んでいきたい．また，臨床検査技師を救急室に配置することで検査の枠にとらわれず，これまでにない業務支援を行うことができる．これからも検査室内だけではなく，より臨床の現場で患者に貢献できる存在を目指していきたい．

引 用 文 献

1）平成 30 年度 救急要請に係る検討会 ～高齢化社会における在宅医療にも対応した救急体制の構築～報告書 平成 31 年 3 月 京都府・京都市［internet］. https://www.pref.kyoto.jp/shobo/documents/yosei-h30-all.pdf［accessed2022.04.29］

Abstract

Role of the Clinical Technician in the Emergency Room and Reports of their Activities

Eriko Mori, Ayumu Inoue, Kazuyo Sonoyama, Daiki Miyakawa and Masashi Yamada
Department of Clinical Testing, Kyoto City Hospital

The purpose of our Clinical Testing Department is to support the emergency room. In September 2020, we began assigning a clinical technician to the emergency room. At first, the technician was assigned to do tasks in the emergency room in the afternoon, three times a week. From May 2021, the technician was assigned to do tasks in the emergency room five times a week. The tasks of the clinical technician in the emergency room were mainly to support the nursing activities including ultrasonography, electrocardiography, blood sampling and patient transport. The number of cases handled increased since the start of the program. In December 2021, in response to the questionnaire on how they felt about the assignment of a clinical technician to the emergency room, 80 % of the doctors and nurses responded that the assignment was necessary. The tasks they felt most helpful were the assistance in electrocardiography, transport of specimens for tests, blood sampling and support of blood sampling, in this order. The amendment of the regulation issued on October 1, 2021 allows the clinical technician to secure the vein for blood sampling. As soon as the hospital provides the guidelines, further task share in various areas will become possible. Furthermore, it will be important to educate the staff aggressively.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:67–70)

Key words: Emergency, Clinical technician, Task shift, Task share, Team medicine

ペースメーカー外来における患者満足度アンケート結果と遠隔モニタリングの有用性について

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　臨床工学科）
古川　修　　石原　太輔　　乘松　康平　　山口　侑承

要　　旨

ペースメーカー外来において2020年に患者満足度アンケート及びヒアリングを行ったところ，言葉遣いや身だしなみ，ペースメーカーの説明や対応は満足されていたが，外来待ち時間のみ5.5％の患者が不満を抱いていた．ヒアリング結果では，植込みデバイスにおける電池残量や電磁干渉に対しての不安があった．患者および患者関係者の評価として，臨床工学技士が行う専門性を生かしたペースメーカーの点検，説明に対して良好な回答結果が得られた．遠隔モニタリングを導入したことでデバイスが植込まれている事による患者の不安軽減が示唆された．また，遠隔モニタリング管理加算取得による増収に寄与出来た．（京市病紀 2022；42: 71-73）

Key words：ペースメーカー，植込み型心臓デバイス，植込み型除細動器，アンケート，遠隔モニタリング

目　　的

2014年よりコメディカル外来にて臨床工学技士がペースメーカー外来を開始し7年が経過した．2020年にペースメーカー外来にて行った患者満足度アンケート及びヒアリング内容を検証して問題点の抽出を行ない，2019年に導入した遠隔モニタリング導入の有用性についての検討を行った．

方　　法

アンケートの調査期間は2020年6月から半年間で，外来点検後に無記名アンケートの配布・回収を行った．アンケート項目は，院内外来患者満足度調査アンケートを利用して解析・評価した．ヒアリングでは，ペースメーカー植込み年数，遠隔モニタリング導入有無，ペースメーカーに対する日常生活の不安や問題点についての聞き取り調査を行うことにより遠隔モニタリングの有用性の検討を行った（表1）．

結　　果

アンケート集計結果は，回収率97.3％であった．性別は男性66名，女性78名であった．年代別は75歳未満が35名，75歳以上が109名で後期高齢者が75％を占めていた．ペースメーカー外来における評価は，すべての項目においてほぼ満足という結果であったが，外来待ち時間に対してのみ全体の5.5％が不満を抱いていた（表2）．

ヒアリング結果では，患者が抱く日常生活の不安要素として電池残量と電磁干渉があった．

遠隔モニタリング導入患者は74名，非導入患者は70名であった．植込み2年未満と2年以上で区別した理由は，ヒアリングを実施した時期が当院の遠隔モニタリングを開始して2年未満であったことからこの区分で検討を行っ

表1

患者満足度調査アンケート　2020年6月～11月

アンケート
- 設問①　性別・年代
- 設問②　ペースメーカー外来に対する評価
  - ・言葉遣い，身だしなみ
  - ・ペースメーカーに関する説明，対応
  - ・ペースメーカー外来の待ち時間や配慮
- 設問③　ペースメーカー担当臨床工学技士からの説明に関して説明時の聞き取り調査
  - 調査①　ペースメーカーの植込み年数
  - 調査②　ペースメーカー遠隔モニタリング導入の有無
  - 調査③　ペースメーカーに対する日常生活の不安点・質問

表 2

有効回答数

配布件数	回収件数	回収率
148	144	97.3 %

ペースメーカー外来に対する評価

	満足	どちらともいえない	不満
外来の待ち時間や配慮	119	17	8
点検中の対応	142	2	0
言葉づかい・身だしなみ	143	1	0
臨床工学技士からの説明・対応	143	1	0

表 3　ヒアリング結果　心臓デバイス遠隔モニタリング

				不安あり	不安なし
導入	74	植込み 2 年未満	24	0	24
		植込み 2 年以上	50	3	47
未導入	70	植込み 2 年未満	0	0	0
		植込み 2 年以上	70	17	53

$P < 0.05$

た．植込み年数 2 年未満の全例が遠隔モニタリング導入に同意し，日常生活の不安はなかった（表 3）．

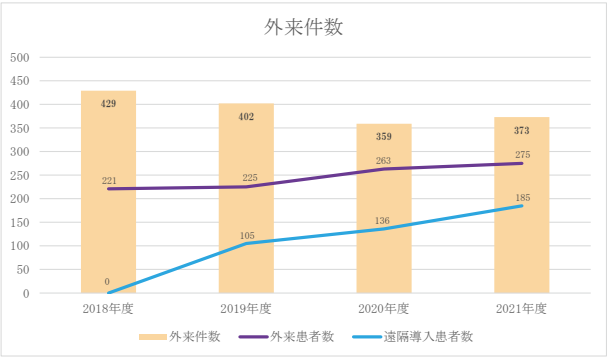
遠隔モニタリング導入にて外来点検件数は一時的に減少したが，新規植込み患者が年間 30 件前後あり増加に転じている．遠隔送信率も概ね 92～94 % を維持し，日々送信されるデータの解析，未送信患者対応など業務量が増加している（表 4）．

考　　察

アンケート・ヒアリング結果より，電磁干渉のノイズによるオーバーセンシングの影響としてペーシング抑制による心拍数の低下，植込み型除細動器における不適切作動があるが，日常生活の影響や注意点について導入時に説明を行い理解してもらう事で患者及び患者家族から良好な評価を得ていた．遠隔モニタリングは，自宅に送信機を置きペースメーカーデータを病院に転送するシステムであり，トラブルアラートの早期発見やペースメーカー依存度による電池残量の観察が可能となり，遠隔モニタリングを導入する事で日常生活の不安払拭に繋がり有用である事から積極的な導入を図っている．また，導入時の説明の中で，次回外来まで待てない緊急的問題が生じれば電話連絡を行うと説明しており病院からの連絡がないことがさらなる安心に繋がっている．

外来患者数は年々増加しているが，遠隔モニタリングを導入した事で外来期間の延長が可能となり一時的な外来件数低下が認められるが，今後は外来件数，外来患者数，遠隔導入患者数の全ての増加が見込まれるため早期の対応が迫られている．現時点では外来待ち時間の解消や，一人当たりの点検時間を十分に確保できるようになっている．また，外来収入が減収したが遠隔モニタリング管理加算の取得により心臓デバイスに関わる全体の収益は増収している．

表 4



結　　語

外来患者満足度アンケート結果から，臨床工学技士が

行うペースメーカー外来に対して良好な回答結果が得られた．遠隔モニタリングを導入することで，心臓デバイスが植込まれている事による患者の不安軽減につながった．今後も対象患者への積極的な導入を進めることで遠隔モニタリング管理加算取得による増収に寄与できると考えている．

Abstract

Results of Questionnaire Survey on Patient's Satisfaction at the Pacemaker Outpatient Clinic and Evaluation of Remote Monitoring

Osamu Furukawa, Daisuke Ishihara, Kouhei Norimatsu and Yusuke Yamaguchi
Department of Clinical Engineering, Kyoto City Hospital

We conducted a survey on the patient's satisfaction at the pacemaker outpatient clinic in 2020. The patients were satisfied with the choice of words, appearance, explanation concerning the pacemaker and response given by the staff. However, 5.5 % of the patients were not satisfied with the waiting time at the outpatient clinic. The results of the interview survey revealed that the patients were anxious about the remaining battery level and electromagnetic interference of the implanted device. The inspection of the pacemaker and explanation given by the clinical engineer with specialized knowledge was highly evaluated by the patients and those concerned. These results indicated that the anxiety about the implanted device was relieved by remote monitoring. Consequently, this contributed to the increase in revenue by addition of remote monitoring management to the receipts.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:71–73)

Key words: Pacemaker, Cardiac implantable device, Implantable defibrillator, Questionnaire survey, Remote monitoring

医薬品情報担当薬剤師と病棟薬剤師間カンファレンスが医薬品副作用事例の収集に与える影響について

（地方独立行政法人京都市立病院機構　京都市立病院　薬剤科）
本多　あずさ　　楠川　侑吾　　升田　万祐子　　多留木　崇志　　村田　龍宣　　村岡　淳二

要　旨

医薬品の使用による副作用情報を医薬品医療機器総合機構（Pharmaceuticals and Medical Devices Agency: PMDA）に報告することは医療関係者の責務だが，企業報告と比べ医療機関からの報告件数は低く推移している．京都市立病院薬剤科では2012年から薬剤師の病棟常駐を開始し，医薬品情報担当薬剤師と病棟薬剤師間でカンファレンスを実施してきたが，2016年にカンファレンスの様式を見直し，副作用事例を共有する機会を設けることとした．今回カンファレンスにおいて副作用事例を共有することが副作用事例の収集に与える影響について，薬剤師の病棟常駐開始前，開始後，カンファレンス様式変更後の各4年間において調査を行った．各期間におけるPMDAへの副作用報告はそれぞれ11件，42件，64件であり，全報告者に占める薬剤師の割合はそれぞれ27％，62％，91％であった．カンファレンスにおいて副作用情報を共有・検討することは薬剤師の副作用報告に対する意識向上につながり，PMDAへの副作用報告件数を増加させることが示唆された．
（京市病紀 2022；42: 74-78）

Key words：医薬品・医療機器等安全性情報報告制度，PMDA，副作用，医薬品副作用被害救済制度，カンファレンス

緒　　言

医薬品・医療機器等安全性情報報告制度（副作用報告制度）は，医薬品，医療機器等の品質，有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づき，医薬品・医療機器等の使用により発生した副作用・感染症・不具合について医薬品医療機器総合機構（Pharmaceuticals and Medical Devices Agency: PMDA）に報告する制度であり，医師・薬剤師などの医療関係者が報告義務を担っている．報告された情報はPMDAのデータベースに集積されたのち，製造販売業者に情報が提供され，必要に応じて詳細調査の実施が行われる．こうして集められた情報は分析・評価を経て，医療関係者に的確な安全対策と共に提供される[1]．しかし副作用報告制度の普及・定着は十分に進んでおらず，医療機関からの報告件数は企業からのものに比べ低い水準で推移している[2]．

また健康被害を受けた本人等は医薬品副作用被害救済制度（救済制度）を用いてPMDAに給付請求を行うことが可能であるが，医薬品の適応外使用例や，制度対象外薬剤の使用例など救済の対象とならない場合もある．救済制度の認知度の低さや，救済制度の対象か否かの判断が困難であることもあり，医療関係者が患者に対して救済制度について情報提供を行うことが望まれている[3), 4]．

京都市立病院（当院）では2012年度から病棟薬剤業務実施加算の算定を開始している．日本病院薬剤師会提唱の「薬剤師の病棟業務の進め方」では副作用等による健康被害発生時の対応として，行政機関への報告や救済制度の申請支援を行うことが示されている[5]．これに基づき当院では各薬剤師がPMDAへの副作用報告を行ってきたが，報告すべき副作用か否かの判断や救済制度の理解度については薬剤師間で差があるという問題があった．

この問題を解決するためには，各病棟薬剤師が経験した副作用事例やそのPMDAへの報告状況を薬剤師間で共有することが重要だと考え，これまで定期的に行ってきた医薬品情報担当薬剤師と病棟薬剤師間のカンファレンスの検討項目に，2016年度より副作用に関する項目を追加し，収集した副作用の症状経過，有害事象に関与した被疑薬の投与量や投与期間等の情報を共有し，対処法の妥当性やPMDAへの報告の必要性について検討を行うこととした．

これまでにも副作用事例の収集改善に，薬剤師の病棟常駐や独自の医薬品副作用収集シートの作成などの取り組みが有用であったという報告があるが，カンファレンスの有用性については調査されていない[6), 7]．

研　究　目　的

本研究ではカンファレンスが副作用事例の収集に与える影響について，薬剤師の病棟常駐開始前，開始後，カンファレンス項目改訂後のそれぞれ4年間について調査し，当院における医薬品副作用報告の現状と課題を把握することを目的とした．

方　　法

調査期間は，薬剤師病棟常駐開始前の2008年4月～2012年3月を期間Ⅰ，病棟常駐開始後の2012年4月～2016年3月を期間Ⅱ，カンファレンスに副作用項目を追加した後の2017年4月～2021年3月を期間Ⅲとした．なお，カンファレンスの項目移行期である2016年4月～2017年3月の期間については対象外とした．

3つの期間における副作用報告事例を対象とし，報告件数，報告者職種，有害事象に関与した被疑薬の内訳に

ついて，カンファレンス記録，PMDA に提出した医薬品安全性情報報告書の控えをもとに後方視的に調査を行った．また期間Ⅲにおいてはカンファレンスで取り上げた副作用件数，救済制度の患者への案内状況および給付認定件数についても調査した．なお期間Ⅰ，Ⅱにおける救済制度の案内状況については，2013 年度以前の PMDA への副作用報告の書式に救済制度の案内状況に関する項目が含まれていないことから調査の対象外とした．

結　　果

PMDA への副作用報告件数は期間Ⅰで 11 件，期間Ⅱで 42 件，期間Ⅲで 64 件であった．報告者職種別件数は，期間Ⅰで医師 8 件，薬剤師 3 件，期間Ⅱで医師 16 件，薬剤師 26 件，期間Ⅲで医師 6 件，薬剤師 58 件であり，その他の職種からの報告はなかった（図 1）．有害事象に関与した被疑薬は，いずれの期間でも抗悪性腫瘍薬や抗微生物薬の報告が多い傾向にあった（図 2）．

期間Ⅲのカンファレンスでは，検討項目に副作用事例を取り入れた新規のカンファレンス様式を用いた（図 3）．取り上げた副作用件数は 375 件であり，そのうち PMDA には 64 件を報告した．また，救済制度の対象となりうる副作用は 42 件であったが，患者に制度の案内がなされていたのは 6 件であり，そのうち救済制度の給付認定件数は 2 件であった（図 4）．

考　　察

期間ⅠとⅡの比較において，副作用報告件数が増加したが，これは薬剤師の病棟常駐が副作用事例の収集改善に寄与したという関本らの既報とも合致する[6]．また期間Ⅱでは，抗悪性腫瘍薬や抗微生物薬以外に，精神神経用薬や抗血栓薬等の報告が新たにみられた．これは，薬剤師が病棟に常駐した結果，投薬内容や患者状態をより細かく評価できるようになり，副作用事例を把握しやすくなったためと考える．

今回，共通の背景に薬剤師の病棟常駐を有する期間ⅡとⅢの比較においても，期間Ⅲにおける副作用報告件数が増加したことからカンファレンスが副作用報告件数の増加に寄与した可能性が示唆された．病棟常駐で副作用事例を病棟薬剤師が抽出するだけでなく，カンファレンスで定期的に情報共有を行うことが各薬剤師の副作用に対する意識向上に寄与したものと考えられる．PMDA への副作用報告の対象は，保健衛生上の被害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断された情報であり，因果関係が必ずしも明確でない副作用も含まれるため，個人によって解釈に相違が生じやすく，副作用報告を躊躇する可能性がある．この状況を回避するために，複数の薬剤師で症例内容を精査し，副作用か否か，また報告対象とすべきかの判断基準を共有できたことで，報告の対象となりうる情報の精度も担保されたと考える．

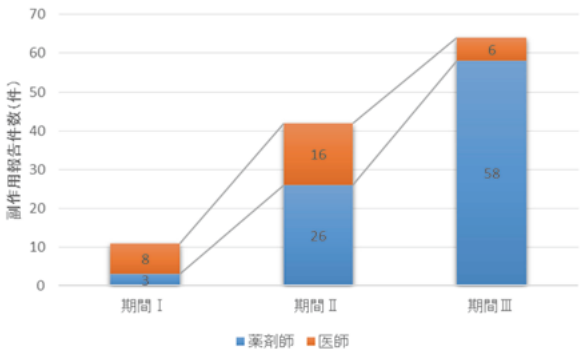


図 1　PMDA への副作用報告件数の推移

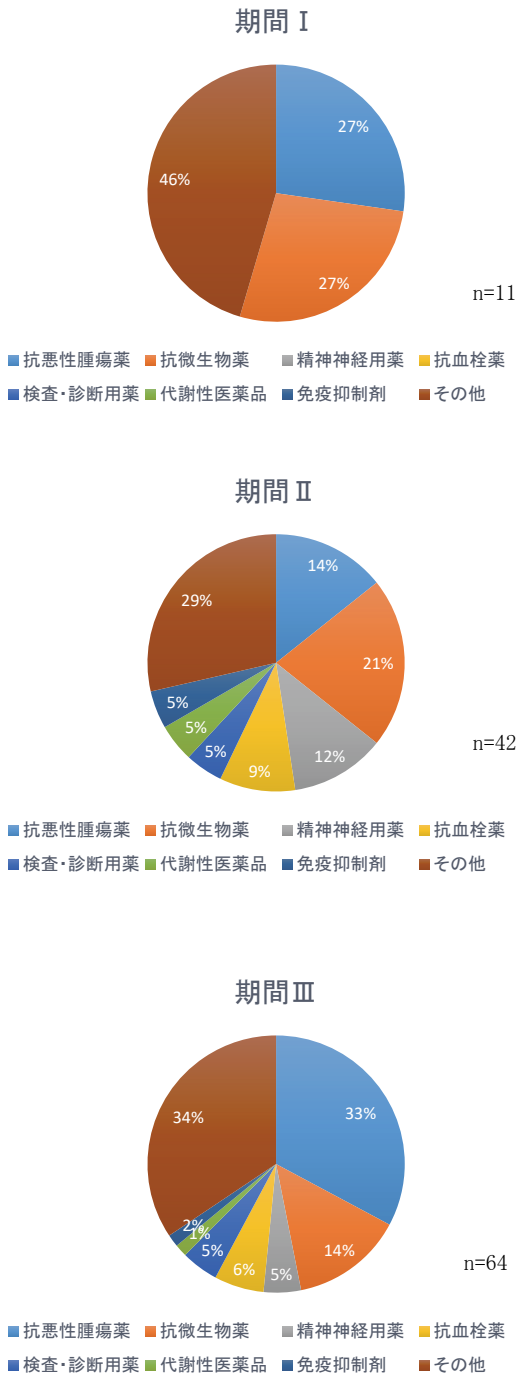


図 2　副作用報告を行った被疑薬の内訳

○副作用事例について（病棟担当薬剤師→DI 担当者）

病棟	副作用事例	報告
A 病棟	・くも膜下出血で動脈瘤コイル塞栓後の患者。術後管理として使用したシロスタゾールによる頻脈疑い。疑義照会の結果、クロピドグレルに変更となり、頻脈も改善した。	無
B 病棟	特になし	
C 病棟	特になし	
D 病棟	・ラコサミド錠導入後に 2 度房室ブロックを認めた患者。50 歳代と若年であり、加齢に伴うものが考えにくく、他に併用薬もないため当該薬が被疑薬として否定できないことから副作用事例として PMDA に報告した。ラコサミドはバルプロ酸に変更となり、房室ブロックは自覚症状もないため外来で経過観察を行うこととなった。	済

図 3　カンファレンス記録　記載例

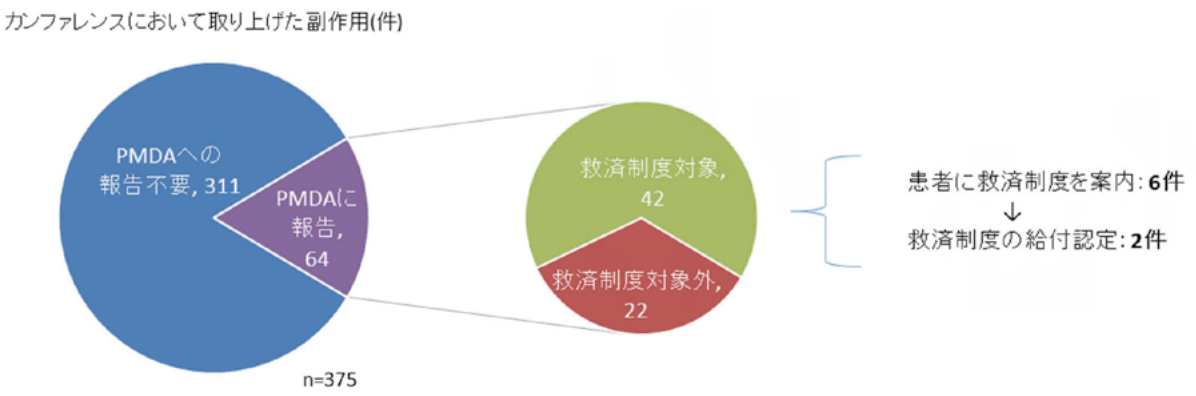


図 4　期間Ⅲにおける PMDA への副作用報告状況および救済制度の案内状況

また期間Ⅲの副作用報告者職種の 91 % が薬剤師であったことから，カンファレンスでの副作用情報共有は，薬剤師による能動的な副作用報告のみならず，医師の業務負担軽減の一助となる可能性も示唆された．

有害事象に関連した被疑薬は，いずれの期間も抗悪性腫瘍薬の占める割合が高く，特に期間Ⅲでは免疫チェックポイント阻害剤など新規作用機序の抗悪性腫瘍薬による副作用が多かった．これらの副作用はカンファレンスで検討し，PMDA への報告対象と判断した事例が複数含まれており，副作用報告件数の増加につながったものと推察する．

一方，期間Ⅲにおいて救済制度の対象となりうる副作用事例のうち 14 % 程度しか制度の案内ができておらず，給付認定件数も 2 件であった．このことから十分に救済制度が活用できていない可能性が示唆された．これは医療関係者を対象に行われた「医薬品副作用被害救済制度に係る認知度調査」でも言及されており，必要書類作成の煩雑さや，不支給の場合に責任を問われないかといった心理的要因が当院においても少なからず影響しているものと推察する[8]．今後は救済制度をより活用するためにカンファレンスにおいて，副作用報告の是非のみならず，救済制度の案内の必要性についても薬剤師間で共有すべきであると考える．

結　　論

今回の研究を通じて，カンファレンスにおいて副作用事例を共有することが PMDA への副作用報告件数増加に有用であることが明らかとなった．PMDA への副作用報告は，添付文書の改訂や安全性情報の発出等の安全対策措置を講じるための重要な制度であり薬剤師の役割が大きい．今後もカンファレンスでの情報共有を通じて積極的に PMDA への副作用報告を行うとともに，敬遠されがちである救済制度の活用に向けて，患者に制度の説明を積極的に行うことが課題である．

引　用　文　献

1）PMDA：安全対策業務の概要［internet］. https://www.pmda.go.jp/safety/outline/0001.html［accessed2022.04.17］

2）厚生労働省　医薬品等安全対策部会：令和２年度の安全対策について［internet］. https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000801404.pdf［accessed2022.04.17］

3）PMDA：医薬品副作用被害救済制度の概要［internet］. https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0001.html［accessed2022.04.17］

4）PMDA：独立行政法人医薬品医療機器総合機構が実施する健康被害救済制度に関する集中広報の周知について［internet］. https://www.pmda.go.jp/files/000243147.pdf［accessed2022.06.13］

5）一般社団法人日本病院薬剤師会：薬剤師の病棟業務の進め方（Ver1.2）平成 28 年 6 月 4 日［internet］. https://www.jshp.or.jp/cont/16/0609-2.pdf［accessed2022.04.30］

6）関本裕美，和田恭一，中村慶，他：薬剤師の病棟常駐による医薬品適正使用と医療安全に果たす役割. 医療薬学　2010；36(3)：171–179.

7）田中広紀，平嶋志穂，柳原麻里，他：医薬品の副作用収集と報告体制の構築. 日病薬　2014；50(2)：157–160.

8）PMDA 健康被害救済部：医薬品副作用被害救済制度に係る認知度調査《医療関係者》令和２年度調査分［internet］. https://www.pmda.go.jp/files/000241252.pdf［accessed2022.04.22］

Abstract

The Outcome of the Conference of Pharmacists in Charge of Drug Information and the Ward Pharmacists on the Collection of Incidents of Adverse Drug Effects

Azusa Honda, Yugo Kusukawa, Mayuko Masuta, Takashi Taruki, Tatsunori Murata and Junji Muraoka
Department of Pharmacy, Kyoto City Hospital

It is the duty of the medical staff to report the information of adverse effects caused by the use of medication to the Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (PMDA). However, the number of reports from the medical institutions is much lower than the number from pharmaceutical companies. From 2012, the Department of Pharmacy has been assigning a pharmacist to each ward and gathered the ward pharmacist and the pharmacist in charge of drug information to hold conferences. In 2016, the conference style was changed to share the incidents of adverse effects. We conducted a study on the collection of incidents of adverse effects during each four years as follows: 1) before assigning a pharmacist to each ward, 2) after assigning a pharmacist to each ward, and 3) after changing the conference style. The number of reports of adverse effects to the PMDA during these periods was 11, 42 and 64, respectively, and the percentage of these cases reported by the pharmacists was 27 %, 62 %, and 91 %, respectively. Sharing and reviewing the information of adverse effects at the conference raised the awareness of the pharmacist to report the incidents of adverse effects, which consequently led to an increase of the reports of adverse effects.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:74–78)

Key words: Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (PMDA), Adverse effects, Relief system for sufferers from adverse drug reactions, Conference

造血細胞移植コーディネーターの役割と今後の課題

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　患者支援センター相談支援室）
沖田　正樹

要　　旨

造血幹細胞移植は，幹細胞を善意で提供するドナーが存在して初めて成立するという，通常の医療にはみられない特殊な医療である．さらには，移植施設単体で移植を完結させることは出来ないため，日本骨髄バンク，さい帯血バンクをはじめとする社会資源，関連機関，移植医療関係者等，多くの関係機関の協力により成り立っている．

とりわけ血縁ドナー及び，他人であるドナーから提供された造血幹細胞を移植に用いる「同種移植」に関しては，移植実施に至るまでに公平性や倫理性を担保することが，きわめて重要な課題であるとされている．今回，造血幹細胞移植の特性および課題について考察し，当院の移植コーディネーターが担う役割について報告する．
（京市病紀 2022；42: 79-83）

Key words：造血細胞移植コーディネーター

は　じ　め　に

造血幹細胞移植は主として，白血病を中心とした難治性造血器腫瘍や，再生不良性貧血などの造血不全症に対しての根治療法として実施されている．用いる造血幹細胞がドナーから採取した細胞に由来する場合は同種移植，あらかじめ凍結保存しておいた患者自身の細胞に由来する場合は自家移植と呼ばれる．そして，造血幹細胞移植は，造血幹細胞の採取方法によって骨髄移植，末梢血幹細胞移植，臍帯血移植に分類される[1)]．

当院では，年間平均13.6件（2016年～2020年）の同種造血幹細胞移植を実施．造血幹細胞採取に関しては，年間平均4件（2016年～2020年）血縁ドナーからの幹細胞採取を実施した．また，骨髄バンクから依頼を受けた場合には，ドナーの幹細胞採取施設として，複数の血液内科医，小児科医が幹細胞採取の協力を行っていて，年間平均9.6件（2016年～2020年）骨髄バンクドナーの幹細胞採取を実施している．

近年，様々な改良が加えられながら造血幹細胞移植は進歩し，現在では従来までの骨髄移植に加え，末梢血幹細胞移植，臍帯血移植，HLA不一致ドナーからの移植も行われるようになり，造血幹細胞ソースの多様化が進んでいる．当院においても造血幹細胞移植件数の増加に伴い，患者やドナー，その家族に対してより専門的な支援が求められるようになり，2016年4月に造血細胞移植コーディネーター（hematopoietic cell transplant coordinator: HCTC）1名が配属された．現在，同種造血幹細胞移植，骨髄バンクドナー幹細胞採取の事例に関しては，HCTCがすべての事例に介入している．当院の造血幹細胞移植が行われる過程における，HCTCの役割と業務について報告する．

造血細胞移植コーディネーター（HCTC）とは

日本造血・免疫細胞療法学会では，HCTCの定義として「造血幹細胞移植が行われる過程の中で，ドナーの善意を生かしつつ，移植医療が円滑に行われるよう移植医療関係者や関連機関との調整を行うとともに，患者・ドナー及びそれぞれの家族の支援を行い，倫理性の担保，リスクマネジメントにも貢献する専門職」と決めている[2)]．

また2012年には，造血細胞移植の透明性，安全性，公平性，公正性，倫理性を確保し，より多くの人々が高い水準の造血幹細胞移植医療の恩恵を受けることを可能とするため，本学会によるHCTCの資格認定制度が発足した．2022年3月15日現在，国内には152名の専門・認定HCTCが移植認定施設に在籍している．専門・認定HCTCの職種内訳について，特に詳細は明らかにされていない．看護師，臨床検査技師，医療ソーシャルワーカー，事務職等様々な職種が，その役割を担っているが，現状では看護師が大半を占めている．

学会では，認定HCTCを移植施設に必須の専門職種と位置づけており，非血縁者間造血幹細胞移植を実施する施設の認定基準においても，HCTCの配置要件が加えられ，需要はますます高くなっている．一方で，役割や業務内容については，施設の事情や，それぞれのHCTCが持つ職能に委ねられており，職位は明確にされていない．

造血細胞移植コーディネーター（HCTC）の必要性

移植医療の特性は，ドナーの存在を前提とする医療である．患者がいて，そして医師を中心とする医療スタッフに加え，幹細胞を善意で提供するドナーが存在して初めて成立するという，ほかの医療にはみられない特徴をもっている．通常の医療は，患者と医療スタッフという二極構造であるが，移植医療においては患者，医療者，ドナーの三極構造となる．臍帯血以外では，健康である「善意のドナー」いわゆる，幹細胞を提供する者の存在が必ず必要である．そして造血幹細胞の提供を受ける際には，その根底に健常人に対して侵襲的処置を行うという，倫理的な問題が存在する．これが造血幹細胞移植における最大の特徴である．

また，移植医療はリスクの高い高度専門医療であり，患

者にとっては根治が期待できる一方，リスクが高く，QOL の低下につながる可能性がある．患者によっては，移植後の合併症などにより，その後の日常生活に支障をきたしながら生きていかなければならないこともある．そしてその結果は移植をしてみないとわからないことも多く，移植実施に関する意思決定は，患者と家族が移植により受けられるメリット・デメリットを十分に理解したうえで決断される必要がある．

このような状況のもと，造血幹細胞移植は，多職種で構成される大規模なチームによる医療として展開される．実際の移植にあたっては，患者とドナー，それぞれの診療を行う医療チームが必要であり，さらに骨髄バンク・さい帯血バンク・非血縁ドナーの幹細胞採取施設，検査機関など外部の機関をも巻き込んだ連携が必要になることも，移植医療の大きな特性である[3]．

過去を振り返れば，造血幹細胞移植が行われる過程においては，多くの課題があった．多くの場合，患者中心に考えられドナーの思いや苦しみを代弁する人がいなかったという実情があった．特に血縁ドナーにおいては，患者とドナーが家族であるが故，その深い関係性から様々な倫理的問題が生じる状況であるにもかかわらず，患者の治療に関わる医師，看護師以外の第三者の介入がこれまでほとんどない状況であった．また近年，移植細胞ソースや移植方法，ドナー選択の多様化に伴い，ドナーを選出するなどの調整作業は複雑化しており，移植施設と，幹細胞提供施設間の緊密な連携が必要とされている．骨髄バンクや採取施設，移植施設，外部検査機関，血縁ドナーなど多岐にわたる調整，多くの書類やデータの管理が必要になっている．これまで，これらの業務のほとんどは移植患者の主治医が行っていたことから，ドナーに対しての倫理的配慮が十分担保されないことがあり，ドナーの権利擁護の環境が整備され改善されることが強く求められていた．また書類やデータの適切な処理や管理に関して，多忙な医師が適切に対応するには余りにも負担がかかり，コーディネートの進捗に影響を及ぼす原因の一つとなっていた．このような課題が広く認識されるに至ったことから，移植医療の全体を把握し，倫理性の担保やリスク回避を念頭におき，中立的な立場で調整を行う専門職として，HCTC の必要性が強く求められた[4]．この稿では，当院の「血縁ドナーコーディネート」に関する内容を主に取り上げ，HCTC の業務・役割について具体的に述べる．

造血細胞移植コーディネーター（HCTC）の役割

HCTC の業務としては，造血幹細胞移植が行われる過程において，主に患者の意思決定・移植に向けての準備や移植後の社会復帰に向けた支援，ドナーに関する支援，患者・ドナーの家族に関する支援，公的バンクコーディネート，骨髄バンクドナー幹細胞採取に関するコーディネート業務などがある．

先ず，患者が移植適応と判断されると，医師の指示のもと，HCTC はドナーのコーディネートを開始する．ドナーコーディネートは，血縁にドナー候補者がいるか，いないかによって，血縁者間での調整と骨髄バンクを通じた，骨髄バンクドナー（非血縁）の調整になる．

（1）血縁者間でのドナーコーディネート

血縁にドナー候補がいる場合は，初めに患者に血縁ドナー候補との関係性，費用負担について確認，その後は血縁ドナーへ連絡を取りコーディネートを開始することを説明する．患者の了解が得られた後には，HCTC が血縁ドナー候補者へ対面での面談が行えるよう，来院依頼を目的とした調整を行う．

実際の面談では，患者との関係性の確認を行い，複数ある移植細胞ソースにおける血縁ドナー検索についての優位性・移植治療・HLA 検査・幹細胞採取方法・採取に関するリスクや起こりうる合併症について説明を行い，了解を得る．そのうえで，幹細胞提供に関する意思確認を行っている．この面談は基本的に医師，看護師の同席はなく HCTC のみで実施している（図 1）．

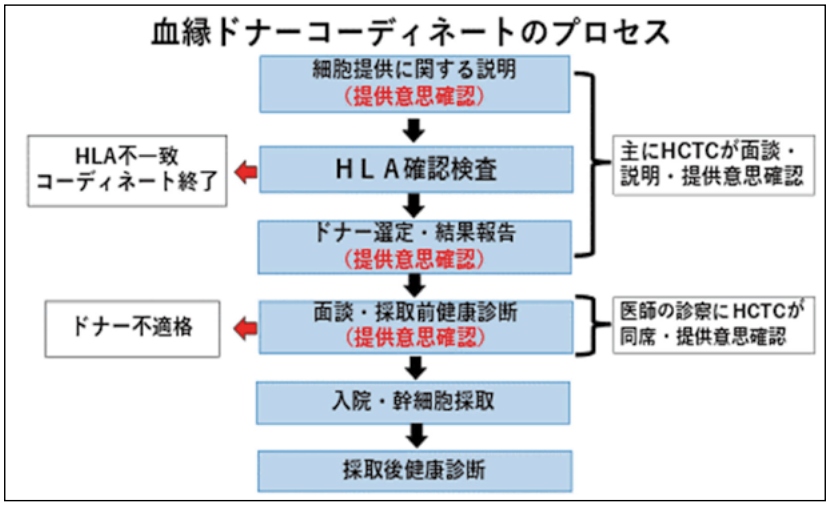


図 1　血縁ドナーコーディネートのプロセス

（2）骨髄バンクドナーコーディネート（非血縁）

血縁にドナー候補がいない場合は，既に骨髄バンクにおいて自らの意思で，幹細胞を提供するための登録を済ませている骨髄バンクドナーの調整になる．この場合には，家族を含め幹細胞採取に関する意思決定から採取後に至る過程まで，骨髄バンクコーディネーターを中心とした第三者による支援が確立されているため，ドナー候補者は公的なシステムに則り，手厚いサポートが受けられる．

ところが，血縁者間でのコーディネートでは，今述べたような公的な支援のシステムは整備されていない．例えば，ドナーへの種々の対応のプロセスやその内容，適格性の判断に至るまでのことが，血縁ドナーの幹細胞採取を実施する移植施設に一任されている（図2）．このような現状では，ドナーの権利や安全を担保するための体制は十分とはいえない．特に，ドナー候補となる契機が，自らの意思ではなく「患者は移植適応である」という医学的判断から生じたような場合には，自発的な提供意思が担保されることが必要であり，ドナー側の権利擁護支援の確立は不可欠であるといえる．

（3）「血縁ドナーコーディネート」の際の留意点

①血縁ドナーの特性を考慮した支援

「血縁ドナーコーディネート」の面談では，今述べた血縁ドナーの置かれた立場を考慮して，血縁ドナー候補が何のしがらみもなく自由に意思を表明し，発言できる環境を提供するため，幹細胞提供を受ける側の患者や患者家族（子・配偶者等）の同席は避け，患者主治医以外の第三者であるHCTCが，面談を担当するようにしている．

一方，血縁ドナー候補自身の家族（子・配偶者）の不安や心理的負担は，ドナー候補の意思決定に大きく影響を与えるため，ドナー候補者の家族には，逆にできるだけ面談へ同席してもらい，一緒に説明を聞いていただくようお願いしている．実際の面談の時には，幹細胞の提供を断ることもできるという事をあらかじめ明示する．自分が断れば移植ができないと思うドナー候補は多く見られるため，非血縁ドナーや，臍帯血などの代替移植ソースの情報提供を行っている．また，ドナーに提供意思がない場合には，そのことによってドナー候補者に不利益にならないよう，幹細胞の提供ができない理由についてドナー候補者・担当医師・HCTCの三者が相談のうえ，患者側に伝える等の配慮をしている．幹細胞の提供を断ったとしても，患者と血縁ドナー候補者は，家族としての関係は継続するため，その後の家族関係をも見据え，HCTCは患者と血縁ドナー候補者，それぞれの家族の支援を行っている．

②「血縁ドナー」の心理と意思決定支援

先述のように，血縁者間移植においては，患者とドナーが家族同士という深い関係にあるがゆえに，特有の心理的葛藤が生じる．ドナーになるという意思決定をする際に影響する要因がいくつかある．先ずは，採取に関する健康への不安があるのは当然である．次に自発的な意志ではなく，患者の血縁であり，かつ移植適応でもあるという理由からドナー候補となった場合，患者・家族・医療者など周囲からの期待がある中，命の危機に直面した患者の病状などから受けるプレッシャーや孤独感は，想像を超えるものであるといえる．また，提供に関するドナーの満足度は移植結果に影響を受けやすい．患者の移植後の経過が良ければ満足感が得られるが，病気が再発してしまったような場合，提供した自分の細胞が悪いと思う人がいたり，力になれなかったことに自責の念を抱く人もいて，その後の家族との人間関係に変化が生じたりする可能性もあり，「提供したら終わり」ではないことは，考慮しておく必要があるといえる[5]．

ドナー候補の意志決定支援に関しては，ほとんどの血縁ドナー候補者は，家族である患者や患者家族から命の危機に直面した患者の病状を聞き，家族というその関係性から幹細胞を提供するという事を決めたという例が多数である．家族である患者が死ぬかもしれないという状況にあり，不安や葛藤はあってもドナーにならなければならないと考えている候補者は多い．そういった状況の中，HCTCとして，自由に発言できる場を提供し，倫理性を担保したプロセスにおいて，必要とされる説明，情報提供を行い，周りからの強制やプレッシャーを受けることなく，自らの意志で決断していただくサポートを行

	骨髄バンクドナー	血縁ドナー
契機	自らの意思でバンクに登録	患者の「移植適用」
匿名性	あり	なし
公的システム	「骨髄採取マニュアル」「非血縁者間末梢血間細胞採取マニュアル」「コーディネート業務マニュアル」など種々のマニュアルが整備されている。	移植施設に一任
相談支援体制	日本骨髄バンク，骨髄バンクコーディネーター	移植施設に一任
ドナー担当者	患者とは無縁の担当者（日本骨髄バンク，骨髄バンクコーディネーター，調整医師，採取施設の担当者等）	移植施設に一任
ドナー適格性基準	「ドナー適格性判定基準」（日本骨髄バンク）で規定	明確な規定なし
ドナー適格性判断	複数の第三者	移植施設に一任

図2　骨髄バンクドナーと血縁ドナーとのコーディネートの比較（文献4より抜粋）

うことに最大の重点を置いている．たとえ結論は同じになったとしても，その決定に至るまでの支援のプロセスが重要であると考える．

ま　と　め

近年，一人の患者で2つ以上の移植ソースに対して並行して調整を進める例が多くなり，HCTCは患者やドナーとの直接対応の業務以外にも，移植に関連した書類の管理・他部門との連絡調整などの業務も増加している．またHCTCは，特殊な構造の中で行われる医療において，複雑な調整作業を担っている．特に血縁ドナーのコーディネートにおいては，ドナーは家族である患者の命にかかわる選択をすることになり，強制や義務感などの心理的圧力を受けるため，血縁ドナーの心理的葛藤に配慮した支援を行うことが求められる．当院の小児分野に関しては，マンパワー不足の問題に加え，小児特有の課題も多く，HCTCが患者や兄弟ドナーの支援のための介入ができていないのが現状である．健康な小児がドナーとして候補に挙がることも，造血幹細胞移植の特徴であり，当院においても子どもの権利を擁護する観点から，小児血縁ドナーコーディネートにおいて，倫理面に配慮したシステムの運用実施を目指している．

患者，ドナーの安全と権利を守るためにも，公正で透明性のあるコーディネートが実現されている環境が必須である．そして，このことを念頭に置き，移植チーム全体が意識を共有することこそが，移植医療のさらなる質の向上につながるのではないかと考える．

引　用　文　献

1）神田善伸：造血幹細胞移植診療実践マニュアル．南江堂，2015，p2.
2）日本造血・免疫細胞療法学会ホームページ［internet］．https://www.jstct.or.jp/［accessed 2022.4.30］
3）日本造血細胞移植学会，日本造血細胞移植コーディネーター委員会　編：チーム医療のための造血細胞移植ガイドブック．医薬ジャーナル社，2018，p198–199，p232–233.
4）山中里美：造血細胞移植コーディネーターの役割．造血細胞移植 now future 2014，1–5.
5）川口真理子，一般社団法人造血細胞移植学会HCTC委員会　編：血縁ドナーコーディネート，平成28年度HCTC認定講習Ⅰテキスト，2018，p79–87.

Abstract

The Role of the Hematopoietic Stem Cell Transplant Coordinator and Future Tasks

Masaki Okida
Patient Consultation and Support Center, Kyoto City Hospital

Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is a special area of medicine that requires the presence of the stem cell donor. The transplantation cannot be completed without the cooperation of the Japan Marrow Donor Program, Cord Blood Bank, related societies, transplant medicine staff, and many related organizations.

In allogeneic transplant, in which the hematopoietic stem cells obtained from the related donor or unrelated donor, an important issue is the fairness and ethics until the transplant. We discusses the peculiarity and issues of HSCT and the role of the transplant coordinator.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:79–83)

Key words: Stem cell transplant coordinator

外来化学療法センター栄養指導の取り組み（第２報）

（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）
原田　麻子　　花川　卓子　　樋口　由美　　中村　佳菜
片山　さくら　　沢本　瑞穂　　中　謙太　　植木　明

要　　旨

近年，外来化学療法患者が増えている．化学療法中の体重減少や栄養障害は治療継続にも影響し，患者個々の状態にあわせた栄養管理が求められるが，当院において入院に比べて外来での栄養食事指導の機会は少ない．外来化学療法センターでの栄養指導を拡充するため，多職種で連携し栄養指導の必要な患者を抽出し栄養指導介入へつなげる体制を構築した．
（京市病紀 2022；42: 84-88）

Key words：外来化学療法，栄養指導，多職種連携

緒　　言

近年，通院しながら抗がん剤治療を受ける患者が増えており，日常生活を送りながら副作用や症状等をコントロールしていくことが課題となっている．化学療法の副作用のなかには，食事摂取量の低下を招くものも多くあり，それに伴う体重減少は患者のQOL低下や身体機能低下を招く．著しい体重減少は治療の継続や安全な抗がん剤投与にも影響する．

令和２年４月の診療報酬改定で外来化学療法中の栄養食事指導料の要件について見直しが行われ，外来化学療法センターでの栄養食事指導料の算定が可能となった[1]．

京都市立病院（当院）における外来がん患者への栄養指導件数は入院に比べおよそ20分の１と少ない．栄養科では，令和２年から外来化学療法センターでの栄養指導の取り組みを開始したが，対象患者の抽出方法と拡充が課題となっていた．

今回，外来化学療法通院患者において栄養指導を必要とする患者を多職種連携により抽出し，栄養食事支援につなげる体制を構築するため取り組みを行なったので報告する．

方　　法

外来化学療法センターの栄養指導拡充を栄養科，薬剤科，腫瘍内科の共通の目標とし，３部署を中心に多職種連携による患者抽出方法を検討した．また，職種間の連携方法についてプロセスフローチャート（PFC）を作成し，栄養業務委員会，薬剤業務委員会，化学療法レジメン委員会で承認を得て，院内へ周知し運用を開始した．

結　　果

患者抽出方法については，従来から実施していた管理栄養士が行う新規またはレジメン変更のある外来化学療法患者のカルテ抽出に加えて，薬剤師面談での持続する食欲不振のある患者の抽出（図１），ドクタークラークとの連携により体重減少のある患者の抽出（図２），以上の複数のルートから栄養指導介入へつなげる体制を作った．

また外来化学療法を実施する70歳以上の高齢者を対象に高齢者機能評価ツール（Geriatric-8 screening tool：G8スコア）[2]の結果を用いて高齢者多職種カンファレンスにおいて栄養食事支援の介入の必要性についても検討することとした．

栄養指導オーダーの発行はドクタークラークまたは管理栄養士による代行オーダーと医師による委譲者承認とし，栄養指導実施日は外来化学療法センターの次回予約日に合わせて設定した．栄養指導当日は，外来化学療法センターで抗がん剤投与中に管理栄養士が訪問して実施することとした．

患者へは事前に栄養食事相談の案内と食事記録用紙を文書にて配布し，栄養指導当日に持参していただくよう依頼した．案内用紙には，次回化学療法中に栄養相談のために管理栄養士が訪問すること，治療を安全に継続するために栄養や体力を維持することが大切であるということ，日頃の食事での不安や困りごとがある場合は知らせていただきたいことを記載した（図３）．食事記録用紙には家庭での食事内容や，食事に関連する症状の有無，食事に関する困りごとを記載する欄をもうけた（図４）．

令和３年11月中旬よりドクタークラークとの連携と多職種カンファレンスを開始し，令和４年１月より薬剤師との連携を開始した．

考　　察

入院に比べて外来では管理栄養士による栄養食事指導の機会は少なく，外来通院患者においても栄養指導を受ける体制を整えることは重要である．抗がん剤の副作用は発現時期が異なり，栄養食事管理の対策も症状ごとに異なる．また高齢者においては身体的・認知的・社会的問題を抱えている患者も多い．多職種で情報を共有し連携することにより，より必要度の高い患者に適したタイミングでの介入が可能となると考える．

結　　語

外来化学療法患者の栄養食事支援体制をつくり，栄養指導介入の取り組みを開始した．この取り組みにより，患者の栄養状態や QOL の維持，患者支援の向上，治療完遂への貢献，診療報酬算定の向上につなげていきたい．

引 用 文 献

1）厚生労働省ホームページ：令和 4 年度診療報酬改定について［internet］https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html［accessed.2022.5.30］

2）日本臨床腫瘍研究グループ：JCOG 高齢者研究委員会ホームページ，推奨高齢者機能評価ツール［internet］http://www.jcog.jp/basic/org/committee/gsc.html［accessed.2022.5.30］

外来化学療法センター栄養指導予約PFC（2Aブロック以外の患者用・薬剤師版）

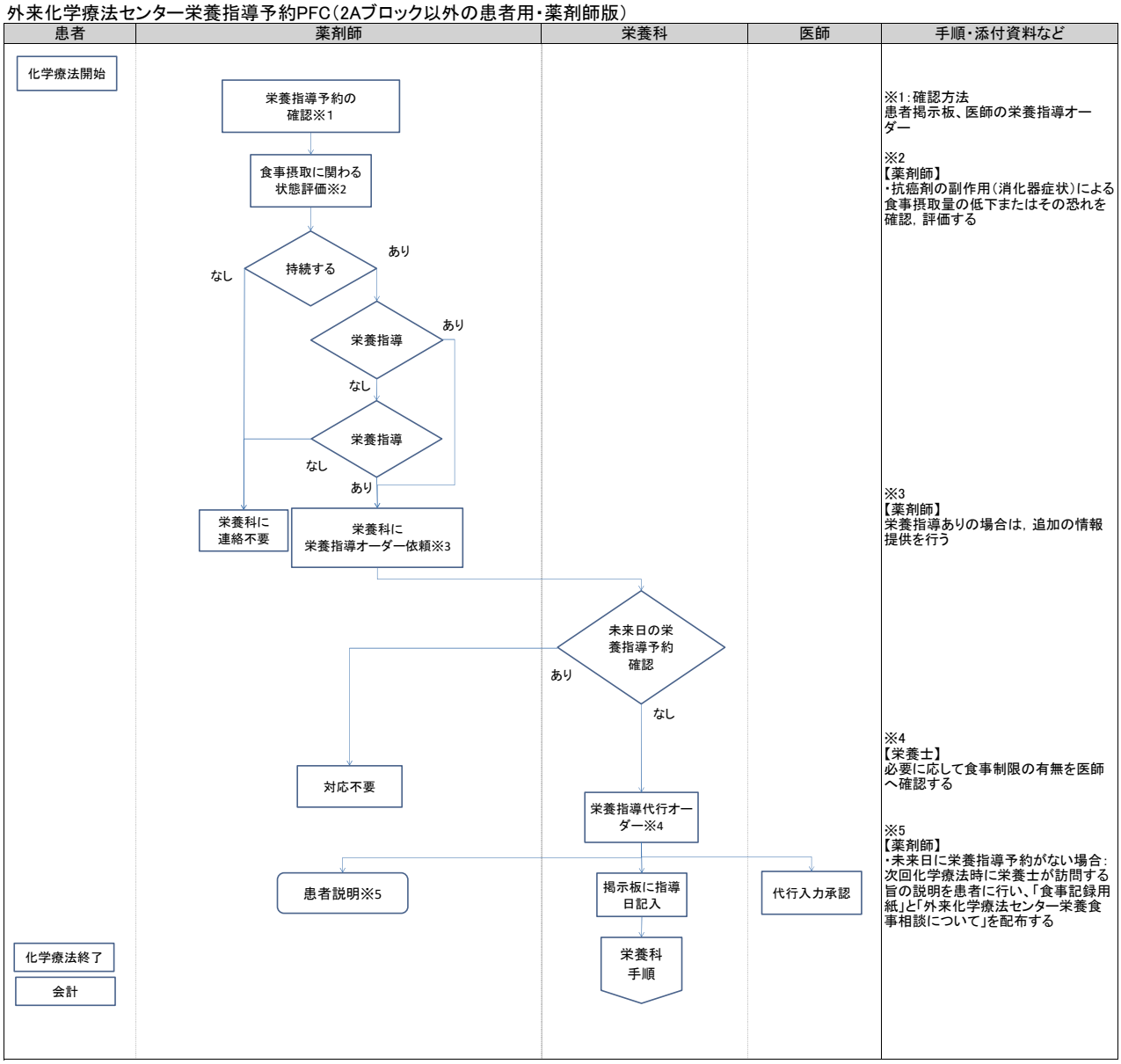


図 1

外来化学療法センター栄養指導予約PFC(2Aブロック)

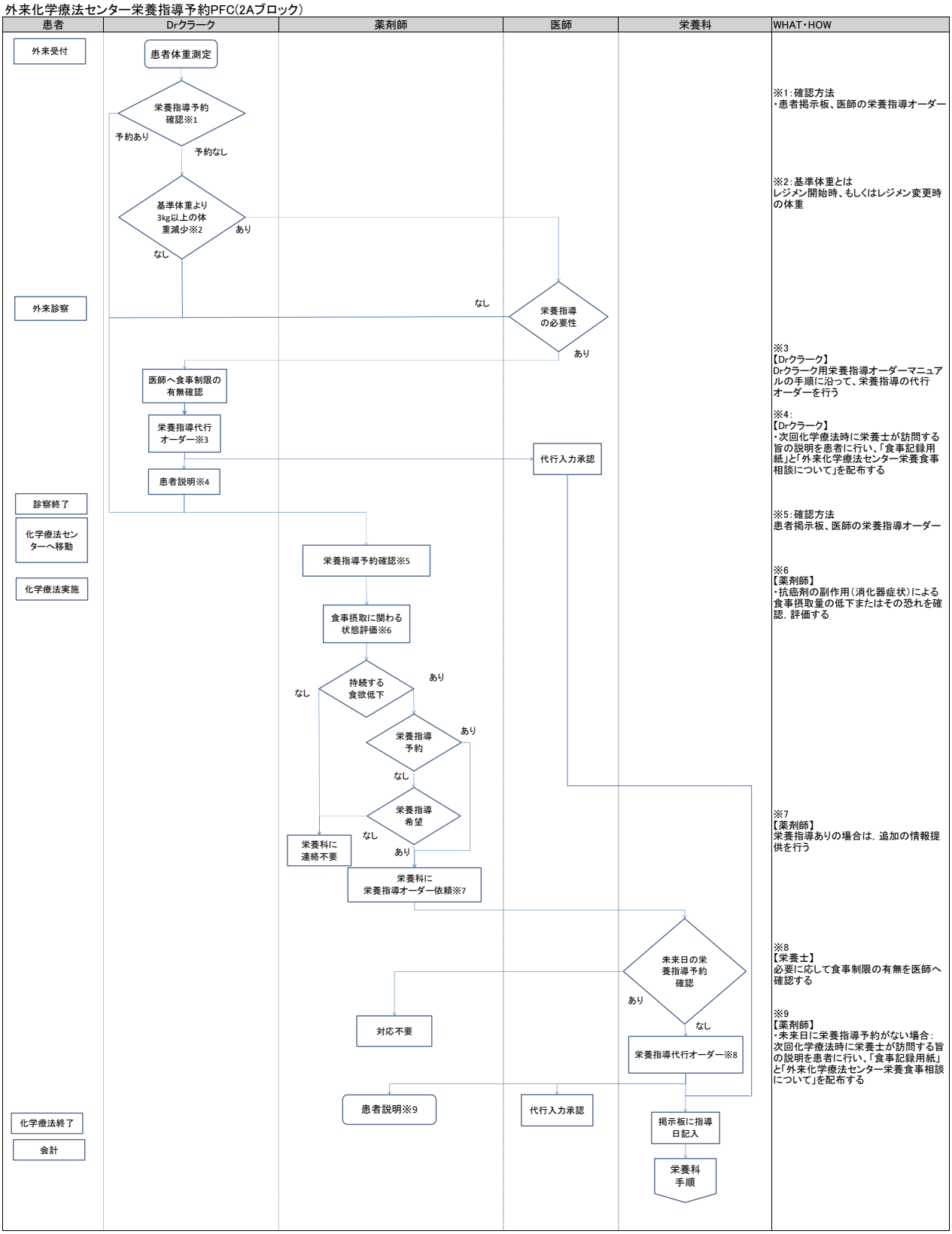


図 2

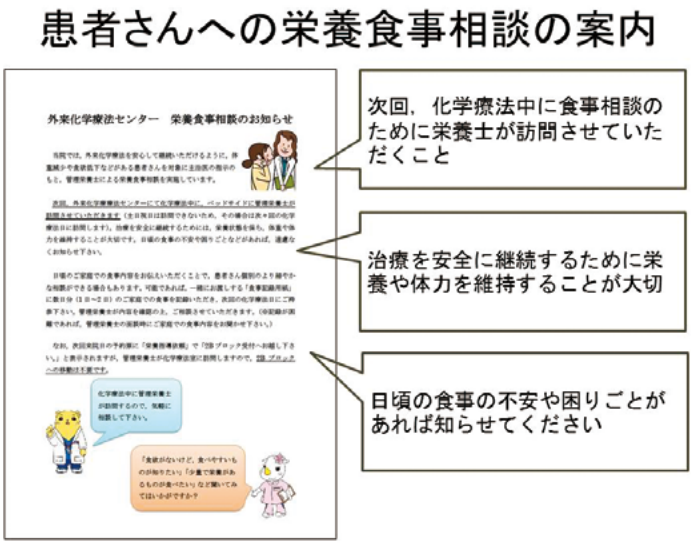

患者さんへの栄養食事相談の案内
外来化学療法センター　栄養食事相談のお知らせ
次回，化学療法中に食事相談のために栄養士が訪問させていただくこと
治療を安全に継続するために栄養や体力を維持することが大切
日頃の食事の不安や困りごとがあれば知らせてください

図 3

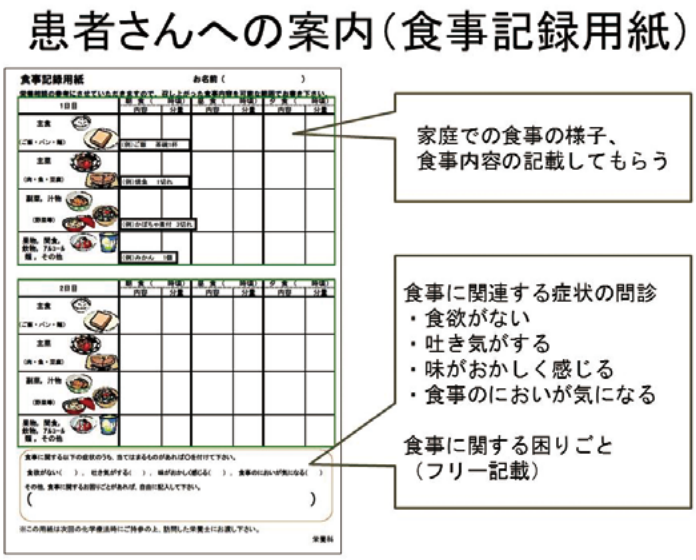

患者さんへの案内（食事記録用紙）
食事記録用紙
家庭での食事の様子、食事内容の記載してもらう
食事に関連する症状の問診
・食欲がない
・吐き気がする
・味がおかしく感じる
・食事のにおいが気になる
食事に関する困りごと
（フリー記載）

図 4

Abstract

Ongoing Nutritional Guidance in the Outpatient Chemotherapy Room Part 2

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

Patients on chemotherapy at the outpatient clinic are on the increase. Management of nutrition according to the condition of each patient is important since weight loss and malnutrition during chemotherapy affect the continuation of therapy. However, as compared to the inpatients, the outpatients have less opportunity to receive nutritional guidance. In order to provide better nutritional guidance at the outpatient chemotherapy center, we developed a system to support nutritional intervention by extracting the patients requiring nutritional guidance with the cooperation of a multidisciplinary team.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:84–88)

Key words: Outpatient chemotherapy, Nutritional guidance, Multidisciplinary cooperation

患者参画型転倒転落防止多職種カンファレンス
～COVID-19 患者とビデオ通話でカンファレンス～

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　6B 病棟）
大倉　香代

要　　旨

COVID-19 患者は若年層であっても発熱や低酸素状態の影響もあり転倒リスクが高い．一般病棟では，患者のベッドサイドで実際の動きなどを確認しながら多職種で転倒防止対策を検討することが効果的であるとされているが，感染症による隔離状態ではこのような対応は困難である．そのため，タブレット端末を用いたビデオ通話を活用し，多職種による患者参画型転倒防止カンファレンスを行った．病室内の看護師と患者が，スタッフステーションに待機している医療者とともに，自宅での様子や動線を参考に病室内のレイアウトや動線を検討するという方法である．その結果，転倒件数が減少し，カンファレンスが，転倒転落の予防対策として有効であると考えられた．
（京市病紀 2022；42: 89-92 ）

Key words：COVID-19，転倒転落防止，ビデオ通話カンファレンス

緒　　言

6AB 病棟は呼吸器内科，感染症科病棟であったが COVID-19 拡大を受け，2021 年 7 月から 6A 病棟を閉鎖し，新たに COVID-19 専用病棟として運用することとなった．

感染拡大から 1 年が経過し，COVID-19 の病態や課題が明らかになってきている．中でも，発熱，低酸素状態などにより注意や実行機能が低下し，高齢者と同様に若年層であっても転倒リスクが高いことは，入院施設での課題となっている．また，患者は隔離状態にあるため，転倒の危険を察知してもすぐに患者のそばに行けず，感染防護具を着用している間に，目の前で転倒してしまうということもあった．また，患者は新生児から小児，妊婦，基礎疾患のある高齢者まで多様である．これらを踏まえ，改めて転倒転落を防止する方法について部署の看護師で検討した．新たな取り組みの参考となったのは，2021 年 7 月から増加した周産期の COVID-19 患者である．出産後の母親は 6B 病棟で入院継続となり，新生児は NICU の陰圧室入室となるため，新生児との面会ができなかった．タブレット端末を使用した新生児とのビデオ通話による面会を開始したところ，母親は新生児の様子を見ることができ，つらい隔離状態でも笑顔がみられ愛着形成に良い影響が得られた．隔離病室内に複数人が同時に入室することはできないが，ビデオ通話を用いていればタブレット越しに患者の動線や動き方を確認でき，患者からの意見も取り入れて転倒転落防止について多職種カンファレスができるのではないかと考えた．

目　　的

隔離状態にある患者を対象に，ビデオ通話を用いた患者参画型の転倒転落防止カンファレンスを多職種で実施し，患者の状態に合わせた多角的な転倒転落防止策の有効性を検討する．

方　　法

1. 調査期間：2021 年 7 月末日～12 月
2. 対 象 者：日勤リーダー看護師と受け持ち看護師が転倒リスクがあると判断した患者
3. 手順
   ①評価は入院時，入院 3 日目，以後 1 週間ごとに対策を再検討し，患者状態の変化があるときは適宜再検討した．
   ②受け持ち看護師がタブレット端末を病室内に持参し，患者へビデオ通話（ iPad：FaceTime を使用）でカンファレンスを行うことを説明し，同意を得る．
   ③患者と共に話し合い，病室にいる受け持ち看護師が日常生活行動に近いトイレや洗面台への動線を確認し，実際に患者が動く様子をスタッフステーション内の別のタブレット端末につないで共有する．リーダー看護師，主治医，セラピスト，薬剤師がスタッフステーション内の別のタブレット画面で患者の動線を確認する．
   ④患者が困っていること，気にかかっていること，自宅でどのように過ごしていたかを確認し，多職種カンファレンスを行う．
   ⑤実際に室内のレイアウトや使用する補助具（手すり・歩行器など）の設置を行い，患者の意見も促しながらタブレット端末間で意見交換する．
   ⑥多職種カンファレンスにより立案した転倒転落防止策を電子カルテに記載する．

結　　果

2020 年度，2021 年度の入院患者数と重症度，医療・看護必要度，転倒件数を比較した．各年度の月別入院患者

表 1　2020 年度と 2021 年度の月毎の COVID-19 入院患者の比較

COVID-19入院患者数(人)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
2020年度	第1波				第2波				第3波			第4波
	34	7	12	26	17	21	14	19	31	48	23	10
2021年度					第5波							
	38	38	13	19	66	47	9	4	10			

数は 2021 年度は第 5 波にあたる 8 月が 66 名と最多だったが，2020 年度は第 3 波にあたる 1 月が 48 名と最多だった（表 1）．入院患者が最多であるときに転倒件数が増えていることはなかった．

6B 病棟入院患者の重症度，医療・看護必要度（必要度Ⅱ）において，急性期一般病棟評価の基準を超える割合の 1 月あたり平均は 2020 年度は 28.04 %，2021 年度は 55.45 % となっており，2021 年度は前年度よりも重症患者が多かった（図 1）．

また，2021 年度 6B 病棟の重症度，医療・看護必要度（必要度Ⅱ）から，重症度，医療・看護必要度の基準を超える割合が高い月に転倒件数が増える傾向がみられた（図 2）．しかし，2021 年度は 2020 年度より転倒件数は減少していた（図 3）．

意識障害がない患者が 2020 年度，2021 年度とも転倒件数の 30 % を占めた（図 4）．

1 月あたり平均入院患者数は，2021 年度 7 月から 12 月が 155 名，2020 年度は 7 月から 12 月は 128 名と 2020 年度の方が少なかった．一方，同期間の転倒件数は 2020 年度が 27 名，2021 年度が 3 名と 2020 年度の方が多かった．

カンファレンスを実施した患者は，日勤勤務者が，転倒リスクがあると考えた患者であり，〈転倒歴がある〉，〈認知症・認知機能が低下している〉，〈視覚障害がある〉，〈聴覚障害がある〉，〈自殺企図がある〉，〈行動予測ができずベッド下にもぐったり飛んだりする小児患者〉等であった．2021 年 7 月末より，ビデオ通話を使用した患者参画型の転倒転落防止多職種カンファレンスを開始し，実施した 16 名の患者は転倒しなかった．

カンファレンスではどこまで自力で動けるかを確認し，自宅のレイアウトを患者から聴取し，一緒にどのように動くかを検討した．

心原性脳梗塞があり，右手に軽い感覚障害がある患者の事例では，最初はトイレの動線を短くなるよう右降りに環境調整をしていたが，患者から聞き取った自宅の様子は，普段は左降りであった．この事例はセラピストと一緒に歩行の様子を確認し，トイレまでの動線は長くなるが自宅での環境に近づけた方が良いと判断し，そのように室内をレイアウトした．その結果，転倒なく経過した．

◆延人数：年度別推移

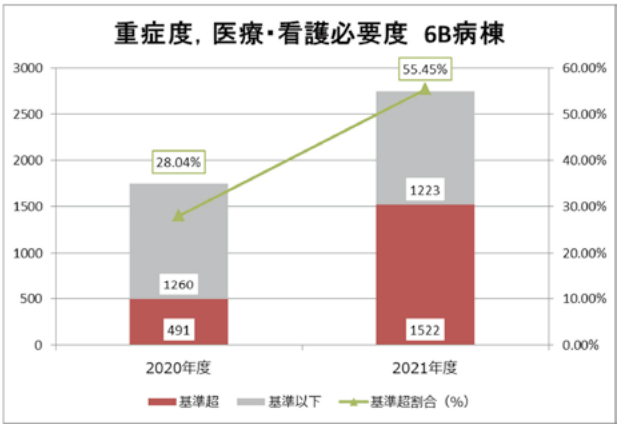


図 1　重症度，医療・看護必要度【6B 病棟】
［2020 年度版　重症度，医療・看護必要度　基準］
① A 項目 2 点以上 +B 項目 3 点以上
② A 項目 3 点以上
③ C 項目 1 点以上
のうちいずれかの基準を満たしているものを「基準超」と表す
※基準超割合（%）= 基準超（延人数）÷ 評価対象者数（延人数）× 100

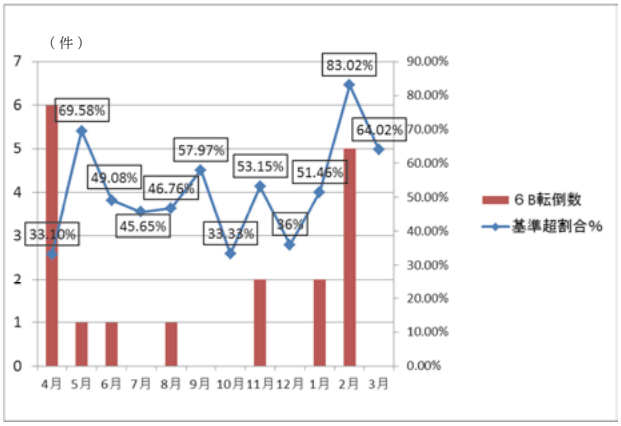


図 2　2021 年度 6B 病棟　重症度，医療・看護必要度　基準超割合推移と転倒件数
重症度，医療・看護必要度は図 1 と同様に計算

考　　察

当該部署で受け入れる COVID-19 患者は基礎疾患や年齢から循環器科，血液内科，外科，小児科，産婦人科等全科の患者が対象となる．また重症度が高い患者が含まれること，看護師の経験値もさまざまであることから，多職種カンファレンスを行い，情報共有していくことが重

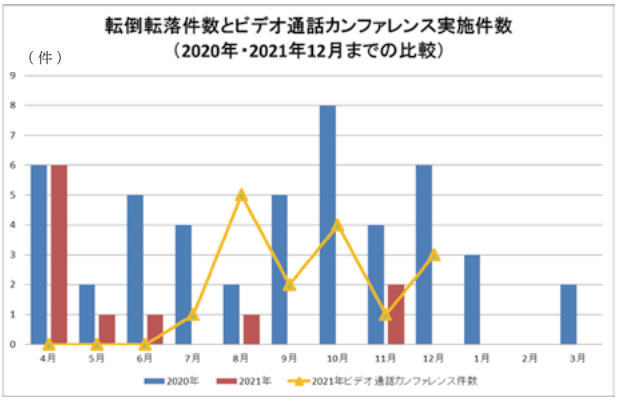
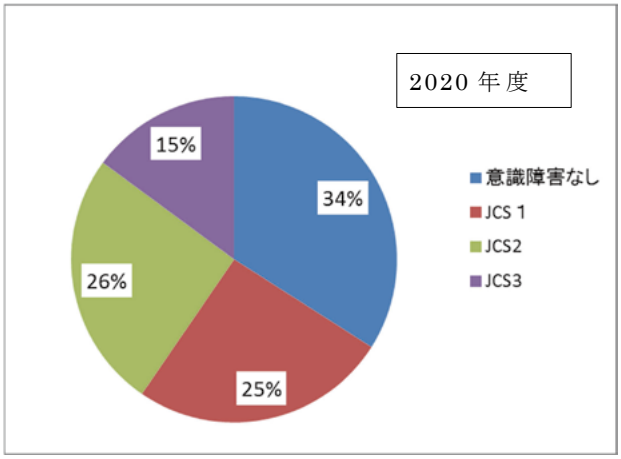


図 3　2020 年，2021 年転倒件数比較とビデオ通話カンファレンス件数



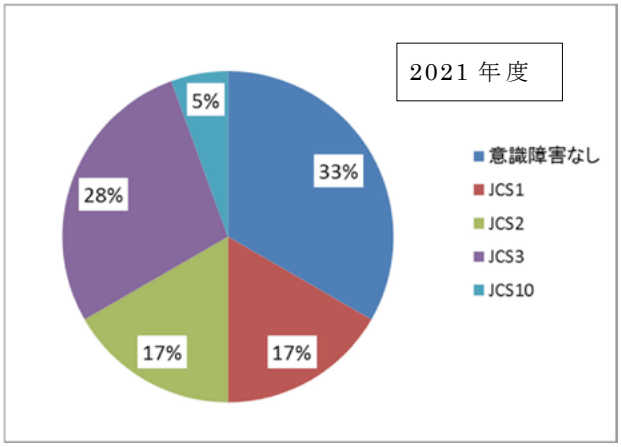


図 4　2020 年度，2021 年度の転倒者の意識状態

要である．2020 年度，2021 年度ともに転倒した患者の 30 % に意識障害がなく，COVID-19 患者は転倒リスクが低いと判断した患者であっても環境整備が必要である．

ビデオ通話による多職種カンファレンスを開始する以前から，転倒転落防止カンファレンスを毎日行っていたが，その日に入室する看護師の情報だけで行うことも多く，多職種による多角的かつ効果的なカンファレンスではなかった．ビデオ通話による多職種カンファレンスを施行したことで患者の状態や環境整備を職種の専門性を生かして考える必要があると認識できた．また，患者自身の意見を促し，自宅の状況に近づけることが，転倒件数の減少につながったと考えられ，カンファレンスが有効であったと推測される．

ビデオ通話による多職種カンファレンスの対象患者は，その日の日勤リーダー看護師や受け持ち看護師が，転倒リスクが高いと判断した患者を選定した．しかし，看護師の経験により患者の選定が異なり，COVID-19 患者では転倒患者の 30 % が意識障害を有さないという認識がなく，意識障害がなければ転倒リスクは低いと判断されれば選定されない．また，ビデオ通話による多職種カンファレンス件数が増えなかったが，カンファレンスを行うことで看護師の予見と回避に対する認識ができ，ビデオ通話をしなくても環境整備ができたことが要因と考えられる．一方で，転倒リスクが高い患者であっても，患者全員にビデオ通話による多職種カンファレンスが実施できているわけではなく，これらは今後の課題である．

隔離対応中であったとしても病状や患者自身の意向をふまえて，日常生活に近いレイアウトに近づけることができる．これにより，無意識の動作であっても普段の危険回避行動が引き出せる可能性がある．患者自身で危険回避ができれば，医療者が焦ることなく感染防護具を着用でき，医療者の感染防御行動にもつながると考えられる．また，患者の動きを抑制するのではなく，安全に動いてもらうことは患者の ADL 維持のためにも必要である．

これらのことから患者参画で行うビデオ通話による転倒転落防止多職種カンファレンスは患者と医療者が協働して実践できる転倒転落予防対策として有効であると考えられた．

COVID-19 患者は隔離された環境で孤独感や不安を抱えている．ビデオ通話を活用すると，防護服を着用していない医療者の姿をみてもらうことにもなり，副次的な効果として患者との距離も縮められ，患者の安心感にもつながる．信頼関係を構築し，患者の参加を促していけば，患者自身の安全行動にもつながるのではないかと考えられる．

結　　語

感染防御を最優先にしながらも，隔離状態にある患者の転倒転落防止に向け，ビデオ通話による患者参画型の転倒転落防止多職種カンファレンスを行った．患者の状況に応じて検討ができ，医療者だけではなく患者自身とも転倒転落リスクの共有が行えた．共有された内容が，医療者や患者の予見および回避行動につながると転倒転落防止に有効となる．

Abstract

Multidisciplinary Conference on Fall Prevention with Patient Participation
— Conference with COVID-19 Patient —

Kayo Okura
6B Nursing Division, Kyoto City Hospital

The risk of falls is high even in young COVID-19 patients with a high fever and low oxygen saturation. In the general hospital ward, the most effective way to decide the countermeasures for fall prevention would be to confirm the actual line of flow with the multidisciplinary staff at the actual bed side. However, this is difficult when the patient has a contagious disease and is in an isolated condition. Therefore, we held a conference on fall prevention with the participation of the multidisciplinary staff and patient using video calls and tablet computers. Taking into consideration the line of flow at the patient's home, we decided the layout of the hospital room with the participation of the patient and nurse in the hospital room, and the medical staff at the staff station. As a result, the incidence of falls decreased. The conference was considered to be a valuable method for fall prevention.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:89–92)

Key words: COVID-19, preventing falls, Video call conferences

COVID-19 ケアの経験がスタッフに与えた影響
～教育計画と看護師のモチベーション～

（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 6B 病棟副師長　）
坂口　かおり

（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 6B 病棟師長）
西木　小百合

（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 6B 病棟副師長）
大倉　香代

要　　旨

当院では新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを 2020 年 1 月から開始し，看護師は未知のウイルスに不安を抱きながらも感染症病棟を預かる看護師として奮闘してきた．また，院内クラスターを乗り越え，COVID-19 流行の波に連動した受け入れ患者数の増減と業務内容の変動を余儀なくされた中で，病棟管理者は様々なストレスを抱える看護師のモチベーションを維持するために部署看護師を巻き込んで教育計画を立案して取り組んだ．このことにより，看護師の意識の変化等，評価できる成果が得られた．
（京市病紀 2022；42: 93-100 ）

Key words：COVID-19 ケア，教育計画，看護師のモチベーション

COVID-19 患者受け入れからの２年間

当院は京都市内で唯一の第二種感染症指定医療機関の指定を受け，専用病床を 8 床有し，「感染症法」上入院の必要な京都市及び乙訓医療圏の患者を受け入れる役割を担っている．新型コロナウイルス感染症（ COVID-19 ）は現在も収束の見通しが立たず世界的に動向が注視されているが，当院の感染症病棟（ 6B 病棟）では 2020 年 1 月から COVID-19 患者の受け入れを開始し，約 600 名の患者を受け入れてきた．受け入れ当初は未知のウイルスへの対応も日々変化し，感染予防の為の防護具の世界的な流通不足の影響もあり，患者と対峙する時間は 15 分以内でなるべく病室に入る回数は少なくする等の制約があった．自分が感染するかもしれない不安と治療法の確立していない中，スタッフは急ピッチで COVID-19 患者の対応マニュアルを作成してケアにあたっていた．当時は廊下を挟んで隣接する呼吸器内科病棟（ 6A 病棟）とワンセクションで稼働していたが，2020 年 7 月に 6A 病棟において院内クラスターが発生した．次々に陽性の看護師が出る中，病棟閉鎖等の対応に追われ，感染した看護師はもちろん，未感染の看護師達のストレスはとても大きく，2 年間の COVID-19 対応の中で最も辛かった出来事であったと話すスタッフも多い．

現在まで COVID-19 の第 6 波を経験しているが，ウイルスの変異はその時々の入院患者層にも影響した．第 3 波では重症化し，ジリジリと悪化していく患者に何もできないことへのジレンマを感じたが，この経験は自分を守ることから COVID-19 患者をケアする看護師として患者の為に出来ることを考えるといった看護師の意識の転換にも大きく影響した．一方で，この時期は病院の清掃業者の対応がなく，看護補助者の協力も得られなかった為，掃除や配茶など全てを看護師が行っていた．精神的にも身体的にも疲弊しており，同じ病棟の看護師でありながら「 6A は」「 6B は」と不平不満も多く，部署間の雰囲気も悪かった．表 1 に第 1 波から第 6 波までの特徴を記す．

このように様々な時期のあった 2 年間であるが，繁忙期と閑散期があり，閑散期は他病棟への応援業務を担うこと，年度目標に挙げていた呼吸器内科患者の癌看護を行う機会がなくなったこと，感染の波により患者層が違うことなど，都度の変化に対応していく必要があり，看護師のモチベーションの維持が困難な状況であった（図 1，図 2 ）．

令和３年度の 6B 病棟の状況と課題

2 年目に入り，挿管患者は ICU で管理することになったが，ICU では鎮静下での腹臥位療法が行われており，肺炎の改善に効果を上げていた．6B 病棟の中等度Ⅰ からⅡ の患者に対しても，鎮静下ではない為，短時間での実施にエビデンスはないが，腹臥位療法の実践を看護師発信で開始した．排痰量の増加や酸素化の改善を認めており，この実践を評価し，その後の病棟内でのスタンダードケアとなっている．産科や小児科の COVID-19 患者の受け入れが始まった時には，婦人科や小児科の看護師から専門性を伴うケアの指導を受けた．また，虐待や発達障害などの母親への対応に加え，高齢層から中年層へと患者の中心的な年齢層が変わる中で退院後の社会復帰療養環境に不安のある患者に対応するには疾患のケアだけでは不足していることを実感した．加えて，糖尿病は

表1　第1波から第6波までの6B病棟の変遷

時期	患者属性	特徴と対応	教育
第1波 2020/4～5月	中国からの旅行者や高齢者	・清掃業者，看護補助者の介入なし. ・PPEの流通不足 ・6Aと6B病棟を定期的に移動．6B病棟は1名夜勤	・感染管理認定看護師による指導. ・ゾーニングの徹底
第2波 2020/8～9月	20代など若い世代が増加	・7月に6A病棟で院内クラスター発生⇒一時的に6B病棟を救急室が担当（救急受け入れストップ） ・軽度から中等度 ・コンビニへの買い物依頼，掃除，配茶，シーツ交換等業務が煩雑	・6B病棟の業務整理
第3波 2020/11～2月	中年層から高齢者	・挿管が必要となる患者の増加. ・治療開始後も呼吸状態が悪化し，苦痛の大きい患者が増える. ・挿管患者のケアをICUのスタッフと協働（6B病棟でICUスタッフが受け持ち） ・スタッフのストレス増大 ⇒ ・COVID-19患者の増加に伴い6A病棟を閉鎖し，全てのスタッフが6B病棟で勤務（1月）	・呼吸苦に対してのケア. ・医師と治療方針についてカンファレンス ・モルヒネの効果的な使用について医療者間で共有 ・6B病棟未経験のスタッフに感染管理指導 ・ケアマニュアルの見直し
第4波 2021/4～5月	COVID-19憎悪リスク因子（DM・肥満等）をもつ中年層の患者数の増加	・3月　閑散期となり6A病棟開床（呼吸器内科看護の再開） ・4月～看護補助者の介入．清掃業者の導入開始. ・IPOSの導入 ・退院後，電話での聞き取り開始. ・2021/6～7月 入院患者数の減少 他病棟に応援 **・7月6A病棟閉鎖** **以後，6B病棟のみの稼働** ⇒1年目の他病棟への異動が決定.他スタッフ4名異動.（計7名）	・新しく異動で来たスタッフへの指導. ・業務手順の見直し ・今年度の目標設定 ・年間教育計画立案 ・リーダー育成計画立案 ・一年目の異動に伴い，教育担当者，チューターが異動先の病棟で共に業務に入り，スムーズな移行に従事
第5波 2021/8～9月	・小児患者の受け入れに伴い親子の入院増加. ・産科患者の受け入れ開始	・受け入れ患者数の急増. **周産期・小児患者ケアの習得** 〔帝王切開後の看護〕 ・iPadで小児科にいる乳児と面会 ・感染により普通分娩から帝王切開分娩になったこと，母児分離の環境への精神的ケア ・退院時に渡すメッセージアルバム作成 〔小児看護〕 ・クリスマスには部屋に折り紙でクリスマスツリーを飾れるように子供に提供 ・ルート挿入部の管理 ・保護者の精神的ケア **・2021/8～1月** **入院患者の減少** **他病棟への応援に毎日3～4名のスタッフが出ることが決定** ・10月から3名の院内留学によるローテータ3名の受け入れに伴い3名のスタッフが他病棟へ異動（3ヶ月） ・スタッフのストレス増大	・産婦人科・小児科・手術室などと連携 ・手術室への移動，緊急帝王切開時のシミュレーションを産科病棟，手術室のスタッフと共に行う ・COVID-19のため帝王切開となる産婦への精神的ケアについてカンファレンス.（倫理カンファレンス含む） ・応援先の部署と連携 ・応援先の病棟と教育カンファレンスの開催 ・教育計画の中間評価
第6波 2022/1月～	・ワクチン未接種者 ・施設クラスターによる高齢者	・第5波の2倍以上の入院受け入れ. ・6A病棟にもCOVID-19病床の拡充（感染後，時間経過し，感染リスクの低下した患者を6B病棟から移動）	・血栓や出血に伴う急変患者あり ⇒BLS研修を再度行う 挿管介助のシミュレーションを全員実施

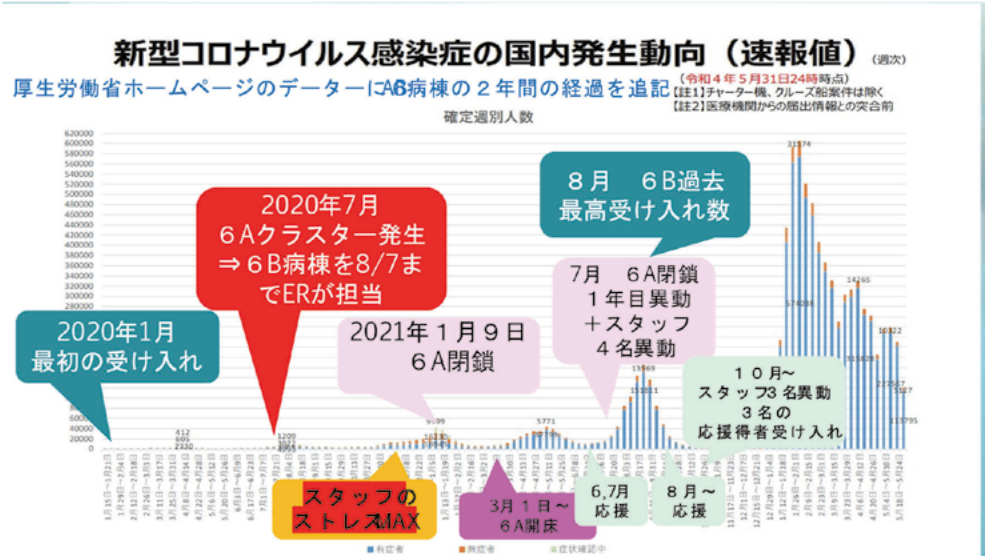


図 1[1)] 一部改変
厚生労働省ホームページのデーターに 6AB 病棟の２年間の経過を追記

COVID-19 憎悪のリスク因子であるが，入院後に始めて治療が開始されるケースも多く，糖尿病の指導も必要であった．これらの経験から，社会的弱者の方のケア介入や隔離環境が与える患者への精神的負担，COVID-19 に影響する既往疾患のケアが必要であることなどが課題としてあがり，あらゆる年代，そして多様な疾患への対応が必要となった．さらに，多職種及び他病棟との連携が必要であることも学んだ．

これらを踏まえ，COVID-19 対応２年目に入った病棟の課題は，患者の尊厳に配慮し，様々な背景を有す

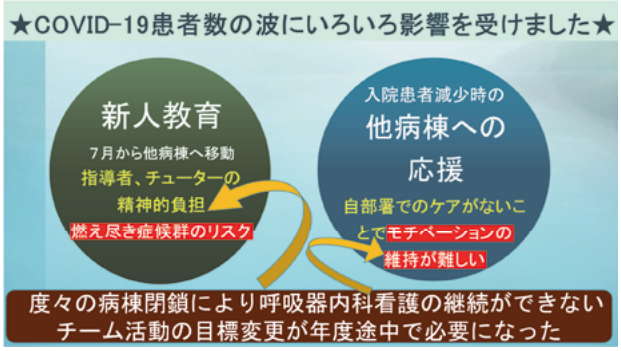


図２　COVID-19 入院患者数の波により受けた影響

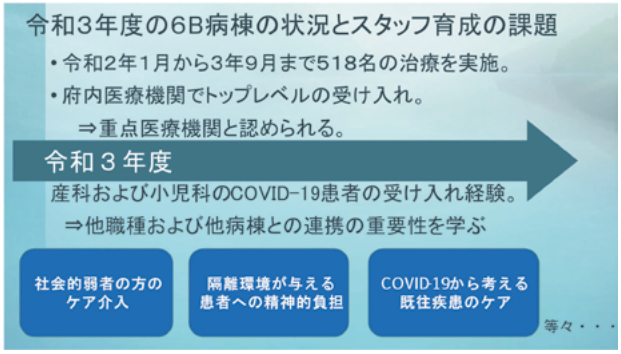


図３　令和３年度の 6B 病棟の状況とスタッフ育成の課題

COVID-19 患者に必要なケアの課題に取り組むこと．そして自分達の看護に自信を持てることだと考えた（図３）．

COVID-19 患者のケアの変遷に対応～手順の整理～

自信をもってケア提供する為には，患者の反応や状態をアセスメントできる必要があり，その為には基本的なケアを病棟看護師全員が習得している必要がある．COVID-19 患者のケアも１年を経過するとエビデンスの蓄積による改良点が出てきた為，まずは手順の整理を行った．そして，入院が必要となる COVID-19 患者の多くに肺炎症状があり，患者の苦痛緩和に向けたケアには，呼吸器内科の患者を看ていた経験を最大限に活かすことが出来ると病棟看護師に再認識してもらう必要があった．その為，呼吸器疾患を看る為の再学習の強化を計画した．ラダーⅠ，Ⅱの看護師（看護師経験１～３年目）には基礎内容の学習会を依頼した．自分達が，学習会を開催する為の準備やどうすれば人に伝えられるか，自分達のケアの中で何が大事だと思うかを考える機会となることを目標とした．ラダーⅢ以上（看護師経験４年目以上）の看護師には事例検討を依頼した．対応に難渋した事例を再度振り返ることは，その時点では見えなかったことや今後の課題を洗い出しする場となり，事例検討を計画した看護師もそれ以外の看護師にも気づきの場となった（図４，図５，図６）．

看護師の異動もある中，口伝えで少しずつ違った理解をしていることがわかり，共通認識できる工夫が必要だと気づいた為，COVID-19 患者に特化したケアを看護師全員が習得する為の計画を立てた．副看護師長，教育担当の看護師でケア項目の整理を行い，指導内容については副看護師長・主任看護師が同じ内容で指導できるよう明文化し，ケア項目の達成度を自己＋他者で評価した．6B 病棟スタッフの短期異動制度により，３名の看護師が3ヶ月間，他病棟から異動してきて 6B 病棟で勤務をした

が，その際にも「ケア項目達成度確認表」を使用し，基本的なケアの理解に役だてた（図 7，図 8，図 9）．

その他，COVD-19 患者へのメンタルヘルスの取り組みとして，緩和ケアで必要になる全人的評価を行う為の IPOS（integrated Palliative care Outcome Scale）の導入と，退院した患者へ後遺症や気分の落ち込み等について電話連絡して聞き取りを行うこと等をチーム活動で取り組んだ．

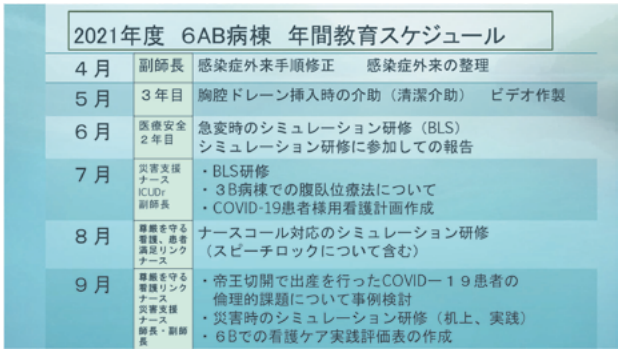


図 4　2021 年度　6AB 病棟　年間教育スケジュール（4～9 月）

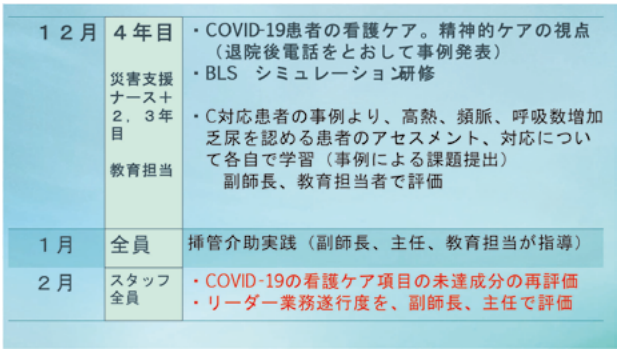


図 6　2021 年度　6AB 病棟　年間教育スケジュール（12～2 月）

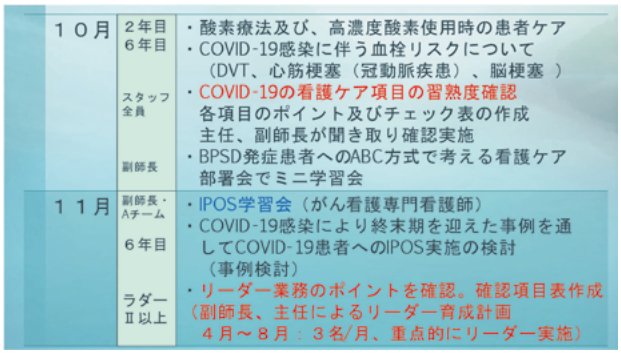


図 5　2021 年度　6AB 病棟　年間教育スケジュール（10，11 月）

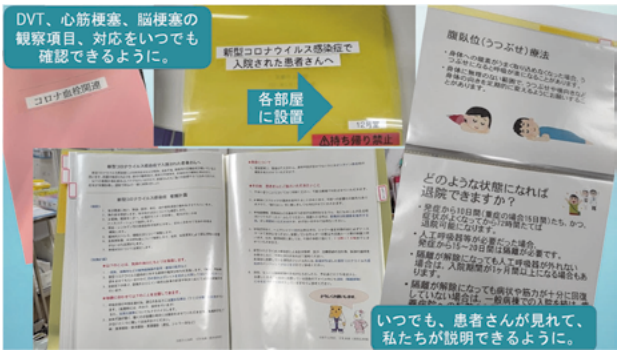


図 7　患者用 COVID-19 オリエンテーションファイル（看護計画含む）

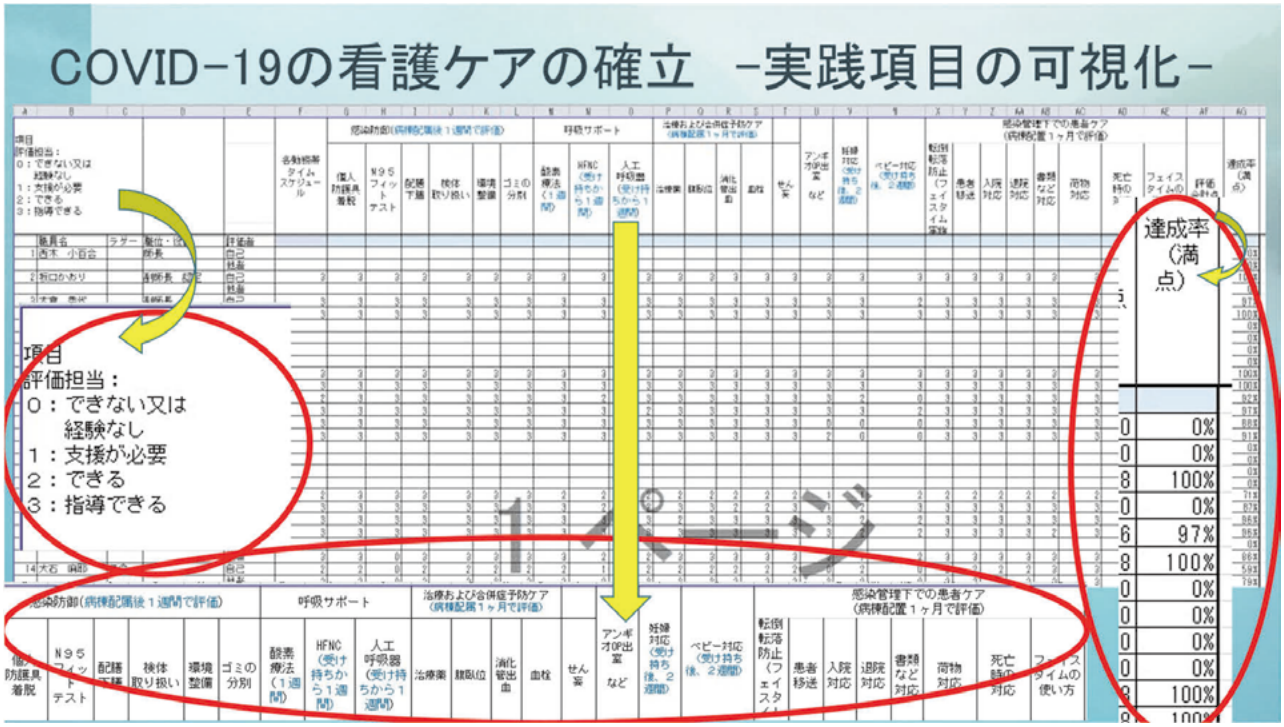


図 8　COVID-19　ケア項目達成度確認表

各勤務帯 タイムスケジュール		1，受け持ち患者の状況に応じたケアをスタッフ間で協力して行える。 2，自分もしくはペアでの対応が困難な場合は、リーダーに相談して調整を依頼できる。 3，次の勤務帯に配慮した業務が行える。
感染防御 病棟配属1週間で評価	個人防護具着脱	感染マニュアルの基準通りの着脱が実施できる。 （TB側、感染症側それぞれ実際に実施しているところを確認） ポイント： ①PPE 装着前の手指の消毒を忘れていないか。 ②帽子から髪の毛がでていないか。 ③脱いだあとの手指の消毒を行っているか。 ④患者の酸素量に応じたマスクの選択。
	N95フィットテスト	実施していれば OK
	配膳・下膳	1，患者の状態に応じた配膳、下膳が行える。（例を言ってもらう） 2，下膳時、トレーの拭き上げが持ち出し手順にそって行える（マニュアル参照） ポイント： ①拭き上げ時、自身の手袋を交換して行っているか。 ②食事摂取量の少ない患者に、どのように対応しているか。声かけの例を言ってもらう。 ③ディスポ食器になっていない場合の対応が言える。
	検体取り扱い	感染マニュアルの記載どおりに行え

図 9　6B 病棟ケア項目達成度確認表　評価基準より一部抜粋

継続的な学習機会～6B 病棟の課題を共有する為に議題をスタッフから提示する機会をもつ意義～

このように学習機会の維持をはかる中で大切にしたことは，日々の業務の中で出来なかった事の指導を受けるだけではなく，スタッフが学びを深め，学習会・カンファレンスの実施という形で人に伝え，共有するところまで昇華してもらうことである．例えば，胸腔ドレーン挿入時の介助が上手くできず，医師から指導を受けた時には，COVID-19 対応で実践の機会も減っていた為，視覚的に方法がわかるように医師と協力してドレーン挿入介助の場面の動画を作成してもらった．医師に協力してもらうことで，看護師の努力を他職種に認知してもらうこともできた．このように，人に伝える為に準備をし，評価を受けることで「出来なかった」から「認められた」に転換し，自己肯定感を高められるようパートナーの先輩や教育担当者と共に援助し，お互いに認めあえる安心な職場環境の提供を心がけてきた（図 10）．

6B 病棟では隔離療養のため，ナースコールで対応する

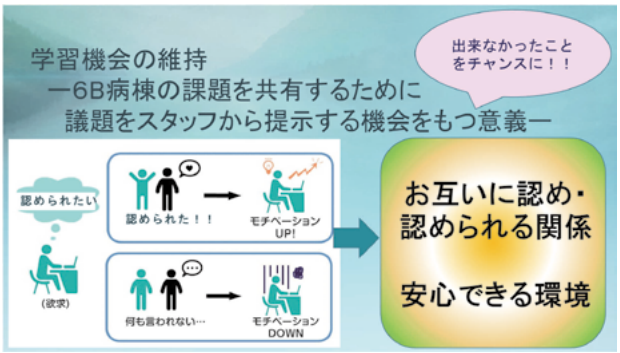


図 10　学習機会の維持で期待される効果

ことも多い．「顔の見えない対応で患者に不安を与えていないか」という視点から，スピーチロックの内容を含むナースコール対応のシミュレーション研修を企画した．尊厳を守る看護プロジェクト，パートナーシップ推進委員会，患者満足委員会の 3 つの委員会のリンクナースが主となり，計画を実施した．声のトーンを変えて対応することや，認知症の患者のセンサーマットが鳴った場合，ナースコールに出ることもなく走って行き，扉の前で患者のことを見ていたらどんな気持ちになるのか等，スタッフ全員が積極的にロールプレィし，感じたことを伝えあう機会をもった．普段の患者対応の課題を部署管理者からではなく，自分達で改善案をだすことが出来た．

COVID-19 の疾患は，血栓を形成しやすいことがわかっており，リスクのある患者には抗凝固薬を使用する．その為，突然の消化管出血や COVID-19 が影響したと考える心筋梗塞，脳梗塞，脾梗塞により急変する事例も数例あった．特殊な環境下での救命処置の対応ができるよう，BLS のシミュレーション研修や挿管の介助の実践のみを看護師全員に行い，もしもの時に自信をもって介助の中心に入れることを目標に取り組みを行うことも年間の課題としていた．実際に急変対応を行った看護師からは，その時に課題と改善案の共有が行われ，シミュレーション研修も回を重ねる毎に，より実践に反映できる研修となっていった．

6B 病棟スタッフの意識の変化

教育課題をそれぞれに課し，COVID-19 患者へのケアを始めて 2 年目の中でスタッフの意識に変化を感じ始めたのは，「自分達が感染しない」為の仕事の仕方から「患者さんの苦痛をとってあげたい」という患者中心の視点にたったカンファレンスの提議がでるようになった 2ヶ月が経過した 7 月頃である．このことは，5，6 年目の看護師が行った「COVID-19 ケアを行う看護師のストレスについて」の看護研究でも明らかになった．

看護研究では 6B 病棟に勤務する看護師を対象に，最初から COVID-19 患者のケアに関わっていた群と 2 年目に入り異動してきた群にわけてインタビューを実施している．最初から関わってきた群では働く環境が整備されていない中，自分が感染するかもしれない不安と，6A 病棟でのクラスター発生により，感染した看護師はもちろん，未感染の看護師も家族と同居している者はホテル住まいが必要となり，他の病棟の看護師にはわかってもらえないストレスや世間の誹謗中傷に心を痛める日々があったこと，そして，「自分たちでしかこの局面を乗り換えることができない」という意識があったと語られた．一方，2 年目以降に異動となった群では，感染管理が確立していたため，一般病棟よりも安全が確保されているという意見もあり，また，6B 病棟で働くストレスは COVID-19 に関することよりも閑散期に他病棟へ応援にでる毎日であることへの意見が多かった．そして，両群で共通して語られた内容から，感染症病棟の看護師として感染しない，させないことへの自信や産科・小児科など多岐に渡る患者対応を経験した自信が自分達の苦痛から患者の苦痛へ視点が変化したことを寄与した，と考察している．

6 年目看護師が行った事例検討では，少しずつ呼吸状態が悪化し，呼吸苦の強い期間を長く過ごすことになった患者に，自分達が本当に苦痛緩和の為のケアを行えていたのかを焦点にあてカンファレンスを行った．資料としてモルヒネのボーラス投与の回数を，ケアの実施前に予防的に使用した時と呼吸苦の訴えを受けて使用した時

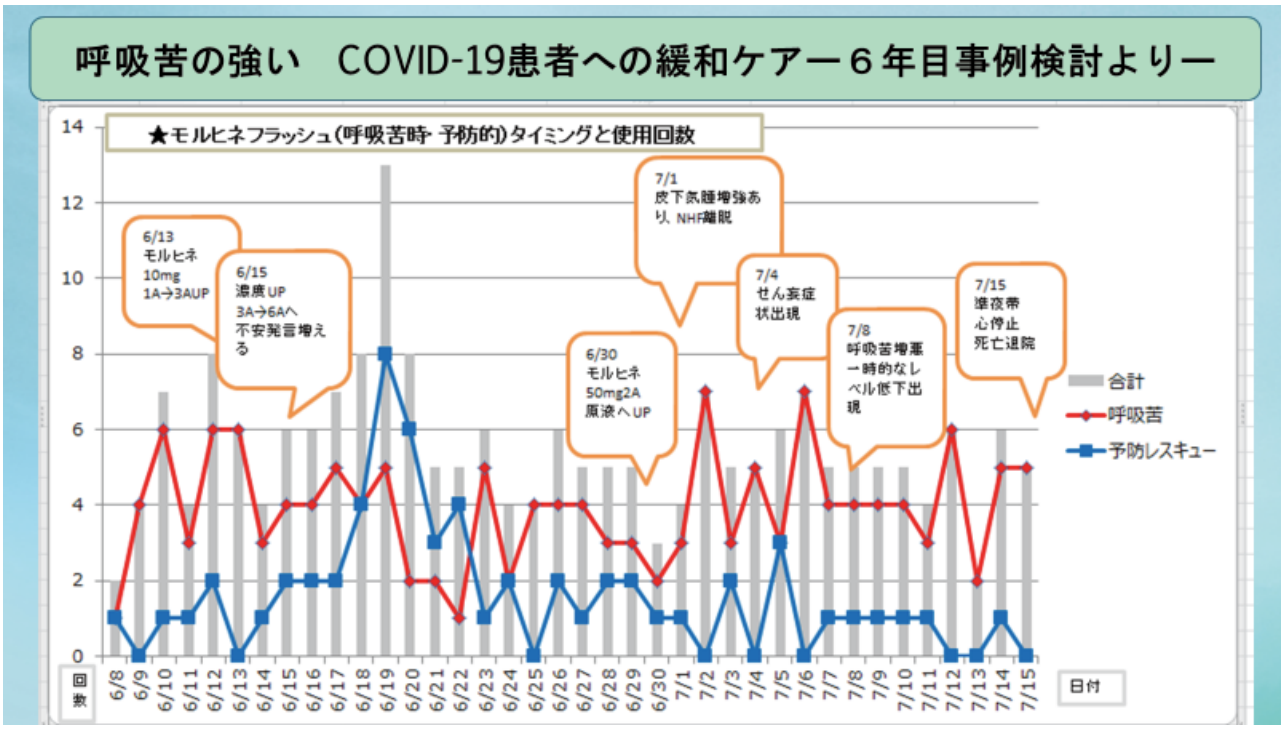


図 11　モルヒネの予防的ボーラス投与と呼吸苦の関係を視覚化

の使用回数をそれぞれグラフで視覚化した（図 11 参照）．呼吸困難感に対して，看護師が出来るケア，その為の方法，ケアの共有についてスタッフ間で再度考えることができた．このことは，現在，ワクチン未接種で呼吸状態の悪化や最期を迎える方達のケアに活かされている．

患者数減少時の看護師のモチベーションの維持

以上のような流れを踏まえ，病棟看護師は 6B 病棟でのケアに自信をもてるようになっていたが，閑散期に他病棟に応援の日々となると，自分の持ち場でないことに不満や新たなストレスを抱えるようになった．応援先の部署で自分達が主体的に動けないことに「やらされ感」を感じており，これらのことがモチベーションの低下に影響することは明らかだったが，6B 病棟の管理者としては，閑散期の対応として応援に出ることに折り合いをつけられるよう配慮することが必要であった．その上で COVID-19 患者に対応する者のメンタルヘルスの特殊性を考慮する必要があることも認識しており，新型コロナウイルス感染症に対応する職員のためのサポートガイド[2)]に記されているこころの健康を維持するために必要な 4 要素の①職務遂行基盤（スキル，知識，安全），②個人のセルフケア，③家族や同僚からのサポート，④組織からのサポートのバランスを心がけた．

抗がん剤治療の看護から遠ざかっていることもあり，抗がん剤投与及び観察，ケアのできる看護師の育成を課題として，応援先の病棟での実施ができるよう連携をとる等，スタッフが目的をもって応援先の部署で業務ができるよう配慮した．それでも他部署での応援業務には不満がつのっていた．そして「そんなこと言っても仕方ない」ではスタッフのストレスが昇華されないことも実感していた．COVID-19 対応当初から，「現状を理解してもらえない」，「言っても何も対応してもらえない」という思いを抱えてきたスタッフに対し，管理者としてできることは，応援先でスタッフがどのような業務内容をしてきたのかを傾聴することであった．その際，新しく経験したことは評価し，「なんで？」と思うことに対しては本人から語られたことを愚痴で終わるのではなく，改善案として応援先の病棟に返すことで，お互いにより良い環境となるよう働きかけた．不満が全て解消されたわけではないが，聴いてもらえる環境があること，対応可能なことは伝えてもらえるという認識をスタッフが持てたことは，「COVID-19 患者に対応する者の孤立感」の解消に繋がったのではないかと考える．

今後も応援対応が求められる時期がくると思われるが，自部署であっても，応援先であってもその場でケア介入する患者にとって良い看護を行うという視点がぶれないよう，スタッフへの指導が必要であると考える．

結　　語

6B 病棟では COVID-19 患者受け入れ病棟として業務整理を行い，それぞれのキャリア段階に見合った課題を提示して評価をしていく中で，スタッフのモチベーションの維持を図ることに取り組んできた．そして，当該科のケアを病棟看護師全員が共通認識し，実践できるよう整備をすること，どのキャリア段階にある看護師でも主となり課題に取り組み，実践に対する評価が得られる環境を整え，患者ケアに活かせているという実感をもたせることがモチベーションの維持に役立つと認識できた．

1 年間で多くの取り組みを行ったが，取り組みを通して進むべき方向性を示し，それぞれの看護師の話を聴く時間を確保し，対話を大切にしてきたことが，最もモチベーションの維持に繋がったのではないかと考える．

末尾になりますが，6B 病棟運営の為に尽力いただいた看護部，及び診療部感染症科，応援元の病棟の皆様に感謝の意を表します．

引 用 文 献

1）厚生労働省ホームページ新型コロナウイルスの国内発生動向：2022 年 5 月 31 日 24 時時点　のグラフに追記して使用［internet］https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000946115.pdf［accessed2022.6.7］
2）新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に 対応する職員のためのサポートガイド発行年月 2020 年 3 月 10 日 初版 2020 年 3 月 25 日　発 行　日本赤十字社新型コロナウイルス感染症対策本部［internet］https://www.jrc.or.jp/saigai/news/pdf/［accessed2020.12.24］

Abstract

How the Experience of COVID-19 Care Affected the Staff
— Education Plan and Motivation of the Nursing Staff

Kaori Sakaguchi, Sayuri Nishiki and Kayo Okura
6B Nursing Division, Kyoto City Hospital

We started accepting COVID-19 patients in January 2020. As members of the infectious disease ward, the nurses coped with the unknown virus with anxiety. The staff had to handle in-hospital clusters and adapt to the surge of the patients fluctuating in number with the pandemic wave, while adjusting their shift and workload according to the situation. The ward managers planned the education schedule with the participation of the ward nurses, in order to maintain the motivation of the nurses who were under various stresses. The accomplishments especially the change in the nurse's consciousness were notable.

(J Kyoto City Hosp 2022; 42:93–100)

Key words: COVID-19 care, education schedule, nurse's motivation

2021 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）
尾松　憩　　香月　奈穂美　　岸本　光夫

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　診療部）
上野　昌太朗　　馬奈木　彰弘　　金星　幸栄　　北澤　良明　　島田　拓矢
嶋村　優志　　白波瀬　公香　　伊藤　誠朗　　神谷　尚吾
木村　英人　　毛戸　奈菜葉　　小間　淳平　　清水　咲耶

第 1 回
肝門部胆管癌・肺癌治療中に急峻な経過で死亡に至った一例
［担当医］西方誠（消化器内科）
［症例］70 代男性
［臨床診断］肝門部胆管癌，肺癌
［臨床経過］肝門部胆管癌，肺癌として best supportive care（BSC）の方針で follow up 中であった．呼吸困難のため自宅療養が困難となり，入院 5 日後に永眠された．
［臨床上の問題点］ 重複癌かどうか，癌の進展度，死因の推定
［病理所見］
主病変：
1. 肝門部胆管癌
Bp-dCG，circ，flat type，wel+mod+por，pT2b（SI）（Hinf，Panc，D），M1（HEP，PUL，LYM），Stage IV B
a. 肝転移（肝臓左葉 4 cm 大硬結）
b. 両側肺多発転移（左肺：455 g，右肺：772 g）
- 癌性リンパ管症
c. 他臓器浸潤／進展（胆嚢・膵臓・十二指腸・周囲脂肪組織）
- リンパ管侵襲（両側腎臓・右副腎）
d. リンパ節転移（腹腔内・肺門部・頸部）

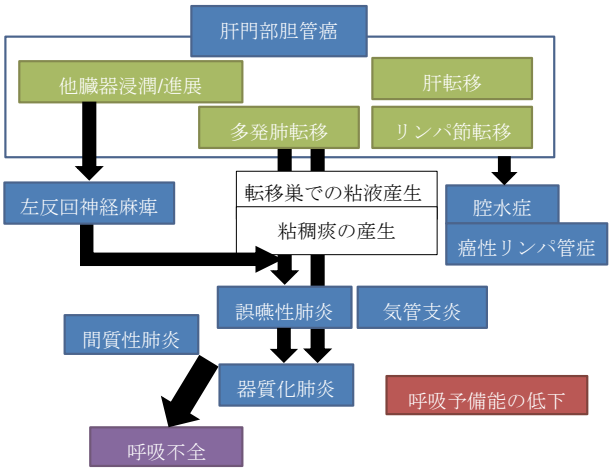


図 1

主病変 1 に関連する病変：
1. 腔水症
a. 腹水：4500 ml 黄色混濁
b. 胸水：左 250 ml 黄色混濁，右 150 ml 黄色混濁
- 胸膜癒着術後（左胸腔）
副病変：
1. 誤嚥性肺炎（右肺下葉主体，器質化肺炎を伴う）
2. 陳旧性心筋梗塞（左室後壁）
3. 肺気腫
4. 両側腎嚢胞（右腎：123 g 左腎：111 g）
5. 粥状硬化症（冠動脈・大動脈）
［死因］検索範囲内に急変の原因となるような疾患は明らかでなかった（急性心筋梗塞や肺塞栓など）．癌の多発転移，癌性リンパ管症，既往の間質性肺炎に伴う呼吸予備能の低下の状態に，誤嚥性肺炎が加わったことによる呼吸不全が死因と推定される．

第 2 回
MDS 治療中に真菌感染症を発症した一例
［担当医］奥田雄大（血液内科）
［症例］70 代男性
［臨床診断］骨髄異形成症候群（myelodysplastic syndromes: MDS）
［臨床経過］MDS に対して化学療法中の発熱を主訴に入院し，加療中に永眠された．
［臨床上の問題点］右腎膿瘍の有無，右腎血管内の真菌の同定，右肺上葉病変の原因，脾梗塞の原因，白血病増悪の有無
［病理所見］
主病変：
1. 真菌感染症（フザリウム感染症）
a. 肺真菌症（左肺：790 g，右肺：1022 g）
- 器質化肺炎，細菌性肺炎合併
- 胸水貯留（左：10 ml，右：60 ml 黄色透明）
b. 心臓真菌症（左室側壁－前壁，409 g）
c. 右腎梗塞（右腎：450 g）
d. 脾梗塞（276 g）
e. 皮膚潰瘍・びらん（上肢・胸部）
f. 出血性脳梗塞［臨床診断］
2. 骨髄異形成症候群
主病変 1 に関連する病変：

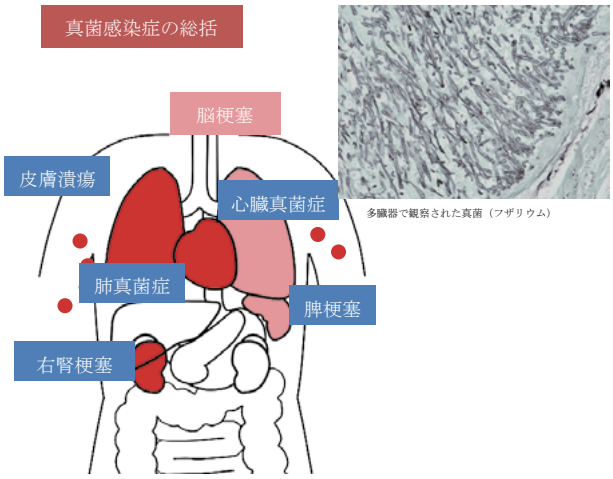


図 2

1. 肺うっ血・肺水腫
2. ショック肝（1514 g）
3. 急性尿細管壊死（左腎：236 g，右腎：450 g）
4. 両側副腎皮質壊死（左副腎：7 g，右副腎：6 g）
5. 脾うっ血（276 g）
6. 死戦期膵炎（165 g）

副病変：

1. 慢性甲状腺炎（12 g）
2. 両側腎嚢胞
3. 尖圭コンジローマ（陰茎）
4. 粥状動脈硬化症（軽度－中等度）

［死因］MDS および既往の肺炎に対するステロイド治療による易感染性を背景に真菌感染（フザリウム感染症）をきたし，肺真菌症による呼吸不全および心臓真菌症に関連した循環不全で死亡したと推定する．

第 3 回

肺癌の治療中に死亡した一例

［担当医］小林祐介（呼吸器内科）

［症例］60 代男性

［臨床診断］肺癌

［臨床経過］2017 年初発の右肺癌の治療中であり，脳転移巣に対する全脳照射目的の入院中に状態が悪化し永眠された．

［臨床上の問題点］肺癌の状態ならびに組織型変化の有無

［病理所見］

主病変：

1. 右肺癌（化学放射線療法後）（左肺：900 g，右肺：886 g）

Invasive adenocarcinoma

- Rt, UL, G3, ypl3, ypm3, ypT4, ly1, v1, n（+）

a. 上大静脈症候群（SVC 症候群）［臨床診断］
   - 胸壁浸潤（軟部組織に至る：動静脈浸潤・圧排）
b. 遠隔転移（左肺，膵臓，左腎周囲脂肪組織，多発脳転移［臨床診断］）
c. リンパ節転移

主病変 1 に関連する病変：

1. 閉塞性肺炎（両側）
2. 胸水貯留（左：100 ml，右：100 ml 黄色透明）

副病変：

1. 陳旧性心筋梗塞（左室後壁，584 g）
2. 両側腎嚢胞
3. 慢性甲状腺炎（17 g）
4. 粥状動脈硬化症（軽度－中等度）

［死因］肺癌の進行に伴う血栓塞栓形成に閉塞性肺炎を合併したことによる呼吸不全が死因と考える．

定例臨床研修案内

（R4.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） 消化器内科内視鏡治療術前 カンファレンス am8:00 泌尿器科抄読会 am8:00 Radiographics テスト会（隔週） 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 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・神経内科合同 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 ＊脳外科入院・画像 カンファレンス am8:50 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） （CBM） am8:00 乳腺外科抄読会 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 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 pm0:15 ＊腎内病棟カンファレンス pm3:30 内分泌内科症例検討会 pm3:30 呼吸器 CBM pm4:00 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 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 産婦人科乳腺外科 HBOC カンファレンス（第2月曜） 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） pm4:45 病理診断科放射線科 カンファレンス（月1回） （現在休止中） pm4:45 小児科症例検討会・抄読会 pm4:45 ＊ICU イブニングラウンド pm5:00 呼吸器外科抄読会 pm5:30	放射線診断カンファレンス pm0:15 血液内科 4B 病棟カンファレンス pm1:00 血液内科 5B 病棟カンファレンス pm1:30 脳卒中センター・3D 病棟 カンファレンス pm2:00 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 神経内科電気生理検査 検討会 pm4:00 ＊ICU イブニングラウンド pm5:00 腎病理カンファレンス pm5:00 ＊造血細胞移植 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	放射線診断カンファレンス pm0:15 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 ＊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	感染症科読書会 pm0:00 放射線診断カンファレンス pm0:15 糖尿病・代謝内科 症例検討会 pm1:30 神経内科脳波カンファレンス pm2:00 小児がんカンファレンス pm2:00 消化器がん化学療法 カンファレンス pm4:00 ＊乳腺 CBM pm4:00 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 耳鼻いんこう科症例 カンファレンス pm4:30 小児科病棟カンファレンス pm4:45 ＊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 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） pm5:00	放射線診断カンファレンス pm0:15 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 ＊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（Ｒ３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
2022年2月5日 9:00-12:00	第19回院内合同研究発表会　第1部 9:00　開会挨拶　院長　黒田　啓史			病院全職員	生涯教育委員会／40名
	第Ⅰ郡　9:05　座長　診療部統括部長　宮原　亮 1. 院内で経験した内臓悪性腫瘍の臍転移の2例 2. 当院で出生した先天性魚鱗癬様紅皮症の新生児の一例 3. 気管内挿管抜管後の嚥下障害について	診療部 （研修医1年目） 小児科（専攻医） リハビリテーション科	島津　大貴 田畑　諒 原田　みのり		
	第Ⅱ郡　9:45　座長　栄養科係長　植木　明 4. MRIの吸引力についての検討 5. 救急室における臨床検査技師の役割と活動報告 6. Pecemaker外来における患者満足度アンケート結果と遠隔モニタリングの有用性について 7. 当院における医薬品副作用報告の現状と課題	放射線技術科 臨床検査技術科 臨床工学科 薬剤科	大町　優介 森　恵里子 古川　修 本多　あずさ		
	第Ⅲ郡　10:35　座長　患者支援センター室長補佐 向井　敬治 8. 造血細胞移植コーディネーターの役割と今後の課題について（当日未発表） 9. 外来化学療法センター栄養指導の取り組み（第2報） 10. 2021年度SCANチーム活動報告～高齢者虐待防止への新たな取り組み～	患者支援センター 栄養科 SCANチーム	沖田　正樹 原田　麻子 西木　小百合		
	第Ⅳ郡　11:15　座長　3D師長　上野美香 11. 実践への応用力取得を目指した研修の評価―高齢者・認知症看護コース研修後アンケートから― 12. 化学療法を受ける患者への支援～パンフレットを用いた患者支援から見えたこと～ 13. 患者参画型転倒転落防止多職種カンファレンス～COVID-19患者とビデオ通話でカンファレンス～	6C病棟 6D病棟 6B病棟	大田　恵子 池田　方子 大倉　香代		
2022年2月5日 13:30-17:00	第19回院内合同研究発表会　第2部 看護実践報告会　座長　外来治療部看護師長　大門百合子 7C病棟副看護師長　石田　寛人 7D病棟副看護師長　中川　紀直 13:30　開会挨拶　7D病棟副看護師長　平井　亮			病院全職員	生涯教育委員会／65名 （現地25名，Web参加者60名）
	Ⅰ　看護実践報告 COVID-19ケアの経験がスタッフに与えた影響～教育計画と看護師のモチベーション～ 患者にとって最適な看護の提供へ～継続したケアを目指して～ 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	6B病棟 OPセンター	坂口　かおり 石川　優		

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
2021年10月20日	コミュニケーションエラーを防いで適切な対応を行うために ～発達の特性から理解を深める～	精神神経科	服部　晴希	病院全職員	51 名
2021年10月21日–2021年12月24日 eラーニング				病院全職員	730 名
2021年10月21日–2021年12月24日 eラーニング	患者誤認を防ぐ ～院内で決められた正しい患者の確認方法を知る～	医療安全推進室	吉田　友美	病院全職員	739 名
2022年２月16日–2022年３月18日 eラーニング	あなたのコミュニケーションは大丈夫？ ～アサーティブコミュニケーションで心理的安全性を高めよう～	医療安全推進室	吉田　友美	病院全職員	1257 名

褥瘡対策リンクナース会（褥瘡対策スタッフ委員研修会）

日程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講師	対象者	参加人数
2021年５月18日 16:00–17:00	・令和３年度リンクナース会のミッションと目標，活動について ・褥瘡対策に関する情報共有 ・褥瘡管理必須研修について ・事前調査の質問に対するＱ＆Ａ	看護部	村上　あおい 吉田　真奈里 白岩　喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師	19 名
2021年７月20日 16:10–17:10	・褥瘡対策に関する情報共有 ・事例検討（２症例） ・褥瘡対策リンクナース会の取り組みについて（外来・救急外来）	看護部	吉田　真奈里 白岩　喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師	18 名
2021年９月21日 16:10–17:10	・褥瘡対策に関する情報共有 ・グループワーク ①外来・救急外来での「危険因子評価」記録実施に対する取組についての評価 ②各部署で困っている事項の解決策の検討	看護部	白岩　喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師	17 名
2021年11月16日 16:00–17:00	・褥瘡対策に関する情報共有 ・グループワーク；各部署の褥瘡予防対策の取り組みの中で良かった点や改善した点について （各部署で取り入れられそうな内容の検討）	看護部	白岩　喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師	18 名
2022年１月18日 16:10–17:10	・褥瘡対策に関する情報共有 ・MDRPU について ・グループワーク；3 症例褥瘡写真を DESIGN-R で評価する　各グループ発表後解説　DESIGN-R 評価で間違いやすいポイント説明	看護部	白岩　喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師	18 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
2021年４月27日	内視鏡急変事例	医療安全推進室	岡野　創造	当該科医師・当該部署看護師	17 名
2022年２月10日	5A 急変事例（急性肺動脈塞栓症）	医療安全推進室	岡野　創造	当該科医師・当該部署看護師	15 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
2021年６月10日 （院内情報web上にスライド掲載）	当院採用の経腸栄養剤について	栄養科	樋口　由美	病院全職員	―
2021年７月８日 （院内情報web上にスライド掲載，YouTubeにて限定公開）	口腔ケア (実践編)	歯科口腔外科	小林　安奈	病院全職員	―

日程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講師	対象者	参加人数
2021年8月19日（院内情報web上にスライド掲載）	静脈栄養　ナゼその輸液にしたの？？	薬剤科	山南　貴一	病院全職員	—
2021年10月14日 17:30-18:10	これだけは知っておきたい重症病態の栄養管理 ～早期経腸栄養を中心に～	栄養科	植木　明	病院全職員	14名
2021年11月11日（院内情報web上にスライド掲載）	高齢者と嚥下	リハビリテーション科	上野　啓子	病院全職員	—
2021年12月7日 17:30-18:10	多職種で治す誤嚥性肺炎	腎臓内科	山本　耕治朗	病院全職員	10名
2022年3月1日 17:30-18:10	今さら聞けない経管栄養の手技と基本	看護部	長谷川　優子	病院全職員	23名

緩和ケア研修会

日　程	テーマ・要旨(Abstract)	所　属	講　師	対象者	参加人員
2021年4月14日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会「緩和ケア概論＋がん疼痛」	緩和ケア科	高井　孝治	病院全職員，地域の医療従事者	27名
2021年5月20日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会「がん疼痛」	薬剤科	實光　由香	病院全職員，地域の医療従事者	22名
2021年6月10日 18:00-19:00	緩和ケア勉強会「がん患者の意思決定におけるバイアス」	腫瘍内科	桐島　寿彦	病院全職員，地域の医療従事者	40名
2021年7月15日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会「緩和ケア病棟における事例検討」	看護部	佐藤　知枝	病院全職員，地域の医療従事者	23名
2021年8月19日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会「高齢者・認知症者の緩和ケア」	看護部	坂口　かおり	病院全職員，地域の医療従事者	17名
2021年9月16日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会「リンパ浮腫ケア」	看護部	荻野　葉子	病院全職員，地域の医療従事者	23名
2021年10月29日 18:00-19:00	特別講演「いのちの最期に寄り添う ～緩和ケア病棟における僧侶の関わり～」	三菱京都病院 ビハーラ僧	山本　成樹	病院全職員，地域の医療従事者	80名（Web参加者42名）
2021年11月18日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会「認知症とせん妄の見分け方」	精神神経科	宮澤　泰輔	病院全職員，地域の医療従事者	21名
2021年12月16日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会「リハビリテーション（実演も）」	リハビリテーション科 作業療法士	羽倉　千夏	病院全職員，地域の医療従事者	19名
2022年1月20日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会「食欲不振」	栄養科	植木　明	病院全職員，地域の医療従事者	23名
2022年2月18日 18:00-19:30	緩和ケア勉強会（特別版）「社会的処方」	川崎市立 井田病院	西　智弘	病院全職員，地域の医療従事者	48名（Web参加者27名）
2022年3月17日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会「遺族ケア」	緩和ケア科 臨床心理士	高橋　可奈子	病院全職員，地域の医療従事者	23名
2022年3月17日 18:30-19:00	緩和ケア勉強会「エンゼルケア」	看護部	森戸　真由		

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					
2021年4月13日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	1名	小児科 血液内科	田村　真一 伊藤　満	9名
2021年5月11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	9名
2021年6月8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

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2021年７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	田村　真一 伊藤　満	９名
2021年９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	８名
2021年10月12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	８名
2021年11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
2021年12月14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
2022年１月11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
2022年２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	11名
2022年３月８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	９名
血液内科・病理合同カンファレンス					
2021年４月９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
2021年４月23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
2021年５月14日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	３名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	11名
2021年５月28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	11名
2021年６月４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	10名
2021年６月18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
2021年７月２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７月16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	９名
2021年７月30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
2021年８月20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	10名
2021年９月３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
2021年９月17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 宮原　裕子	８名
2021年10月８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	８名
2021年10月22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	12名
2021年11月12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	12名
2021年11月26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

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2021年12月10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
2021年12月24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
2022年1月14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	9名
2022年1月21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
2022年2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
2022年2月18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
2022年3月4日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	1名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	7名
2022年3月18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	12名
乳腺キャンサーボードミーティング					
2021年4月1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	8名
2021年4月15日	乳がん	7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	9名
2021年4月22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5月6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
2021年5月13日	乳がん	6名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 河合　真喜子 香月　奈穂美	7名
2021年5月20日	乳がん	3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
2021年5月27日	乳がん	4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	8名
2021年6月3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	9名
2021年6月10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	9名
2021年6月17日	乳がん	5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	9名
2021年6月24日	乳がん	5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	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７月１日	乳がん	５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	８名
2021年７月８日	乳がん	６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	９名
2021年７月15日	乳がん	５名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 平田　希美子 岸本　光夫	６名
2021年７月29日	乳がん	９名	外科 放射線科 病理診断科	何　佳曦 平田　希美子 岸本　光夫	５名
2021年８月５日	乳がん	４名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 平田　希美子 岸本　光夫	７名
2021年８月12日	乳がん	４名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 平田　希美子 岸本　光夫	７名
2021年８月19日	乳がん	６名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 平田　希美子 香月　奈穂美	８名
2021年８月26日	乳がん	８名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 平田　希美子 岸本　光夫	９名
2021年９月２日	乳がん	５名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 河合　真喜子 尾松　憩	６名
2021年９月９日	乳がん	６名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 平田　希美子 岸本　光夫	９名
2021年９月16日	乳がん	８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
2021年９月30日	乳がん	７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	８名
2021年10月７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	８名
2021年10月14日	乳がん	６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	９名
2021年10月21日	乳がん	３名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 平田　希美子 岸本　光夫	７名
2021年10月28日	乳がん	３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	８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11月4日	乳がん	5名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 平田　希美子 香月　奈穂美	6名
2021年11月11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	10名
2021年11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 香月　奈穂美	7名
2021年11月25日	乳がん	6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	8名
2021年12月2日	乳がん	5名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 河合　真喜子 岸本　光夫	6名
2021年12月9日	乳がん	6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
2021年12月16日	乳がん	7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
2021年12月23日	乳がん	4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	8名
2022年1月6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 香月　奈穂美	6名
2022年1月13日	乳がん	6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	9名
2022年1月20日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 平田　希美子 岸本　光夫	5名
2022年1月27日	乳がん	2名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 平田　希美子 岸本　光夫	8名
2022年2月3日	乳がん	3名	外科 放射線科 病理診断科	末次　弘実 平田　希美子 岸本　光夫	9名
2022年2月10日	乳がん	5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	9名
2022年2月17日	乳がん	2名	外科 放射線科 病理診断科	森口　喜生 岸本　光夫 平田　希美子	8名
2022年2月24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

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2022年３月３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	９名
2022年３月10日	乳がん	３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	８名
2022年３月17日	乳がん	１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	５名
2022年３月31日	乳がん	５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	８名
呼吸器キャンサーボードミーティング					
2021年４月５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 里上　直衛	10名
2021年４月12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	12名
2021年４月19日	肺がん	11名	呼吸器内科 呼吸器外科	江村　正仁 宮原　亮	13名
2021年４月26日	肺がん	15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
2021年５月10日	肺がん	15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	15名
2021年５月17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	11名
2021年５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
2021年５月31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	13名
2021年６月７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	13名
2021年６月14日	肺がん	15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６月21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
2021年６月28日	肺がん	13名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 河野　朋哉 里上　直衛	14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7月5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	15名
2021年7月12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	16名
2021年7月19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	15名
2021年7月26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 里上　直衛	11名
2021年8月2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	15名
2021年8月16日	肺がん	12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	13名
2021年8月23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
2021年8月30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9月6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	13名
2021年9月13日	肺がん	15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9月27日	肺がん	21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10月4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 大津　修二	13名
2021年10月11日	肺がん	15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	15名
2021年10月18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	12名
2021年10月25日	肺がん	12名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	古田　健二郎 宮原　亮 里上　直衛	13名
2021年11月1日	肺がん	7名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	古田　健二郎 宮原　亮 里上　直衛	9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11月 8 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	13 名
2021年11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	9 名
2021年11月22日	肺がん	15 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 河野　朋哉 里上　直衛	14 名
2021年11月29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	14 名
2021年12月 6 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	12 名
2021年12月13日	肺がん	12 名	呼吸器内科 呼吸器外科	古田　健二郎 宮原　亮	10 名
2021年12月20日	肺がん	11 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	古田　健二郎 宮原　亮 平田　希美子	10 名
2021年12月27日	肺がん	12 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	10 名
2022年 1 月17日	肺がん	13 名	呼吸器内科 呼吸器外科	江村　正仁 宮原　亮	8 名
2022年 1 月24日	肺がん	16 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	古田　健二郎 宮原　亮 里上　直衛	13 名
2022年 1 月31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	10 名
2022年 2 月 7 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	14 名
2022年 2 月14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 里上　直衛	16 名
2022年 2 月21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
2022年 2 月28日	肺がん	10 名	呼吸器内科 呼吸器外科	江村　正仁 宮原　亮	10 名
2022年 3 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 河野　朋哉 里上　直衛	11 名
2022年 3 月14日	肺がん	13 名	呼吸器内科 呼吸器外科	古田　健二郎 宮原　亮	8 名
2022年 3 月28日	肺がん	16 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

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
消化管キャンサーボードミーティング					
2021年4月1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 大津　修二	25名
2021年4月8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	20名
2021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 藤本　良太	23名
2021年4月22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	23名
2021年5月6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	18名
2021年5月13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	22名
2021年5月20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	28名
2021年5月27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	26名
2021年6月3日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科	山下　靖英 佐藤　誠二 藤本　良太	26名
2021年6月10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	26名
2021年6月24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7月1日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科	山下　靖英 佐藤　誠二 大津　修二	21名
2021年7月8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	23名
2021年7月15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	23名
2021年7月21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	21名
2021年8月12日	消化管癌	4名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 佐藤　誠二 大津　修二	24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８月19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 藤本　良太	22名
2021年８月26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	18名
2021年９月９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	26名
2021年９月16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 大津　修二	23名
2021年９月22日	消化管癌	４名	消化器内科 外科 放射線科	西方　誠 佐藤　誠二 谷掛　雅人	８名
2021年９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	31名
2021年10月７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	23名
2021年10月14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	19名
2021年10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
2021年10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	21名
2021年11月４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	26名
2021年11月18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
2021年12月２日	消化管癌	５名	消化器内科 外科 放射線科	山下　靖英 山本　栄司 大津　修二	22名
2021年12月９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
2021年12月16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	26名
2021年12月23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	18名

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2022年1月6日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 上　和広 藤本　良太	20名
2022年1月13日	消化管癌	3名	消化器内科 外科 放射線科	山下　靖英 佐藤　誠二 大津　修二	19名
2022年1月20日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 上　和広 大津　修二	20名
2022年1月27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	21名
2022年2月3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	20名
2022年2月24日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科	吉波　尚美 佐藤　誠二 大津　修二	17名
2022年3月3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	20名
2022年3月24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
2022年3月30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	17名
肝臓キャンサーボードミーティング					
2021年4月2日	肝臓がん	1名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 谷掛　雅人	4名
2021年4月16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5月7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5月21日	肝臓がん	2名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	8名
2021年5月28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6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	6名
2021年6月25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7月9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
2021年8月23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
2021年8月27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
2021年9月3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

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2021年10月29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11月8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
2021年11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	5名
2021年12月3日	肝臓がん	1名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	4名
2022年1月7日	肝臓がん	2名	消化器内科 放射線科	宮川　昌巳 藤本　良太	5名
2022年1月14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
2022年1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	4名
2022年2月28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

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
2021年4月7日 17:00-17:30	Levoketoconazole the 2S, 4R enantiomer of ketoconazole, a new steroidogenesis inhibitor for Cushing's syndrome treatment. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:e1618–e1630	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年4月14日 17:00-17:30	SARS-CoV2 spike D614G change enhances replication and transmission. ／Nature. 2021;592:122–127	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年4月21日 17:00-17:30	Diabetes remission status during seven-year follow-up of the longitudinal assessment of bariatric surgery study. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:774–788	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年4月28日 17:00-17:30	Association of metformin with susceptibility to COVID-19 in people with type 2 diabetes. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:1–7	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年5月12日 17:00-17:30	A novel tool in the diagnosis and follow-up of (cyclic) Cushing's syndrome: measurement of long-term cortisol in scalp hair. ／J Clin Endocrinol Metab. 2012;97:E1836-E1843	内分泌内科	島津　大貴	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年5月19日 17:00-17:30	BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in a nationwide mass vaccination setting. ／N Engl J Med. 2021;384:1412–1423	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年5月26日 17:00-17:30	Effect of dapagliflozin on urine metabolome in patients with type 2 diabetes. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:1269–1283	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年6月2日 17:00-17:30	Predictors for remission after transsphenoidal surgery in acromegaly: a Dutch multicenter study. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:1783–1792	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年6月9日 17:00-17:30	Antibody evasion by the P. 1 strain of SARS-CoV-2. ／Cell. 2021;184:1–16	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年6月16日 17:00-17:30	Intermittent fasting improves cardiometabolic risk factors and alters gut microbiota in metabolic syndrome patients. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:64–79	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年6月23日 17:00-17:30	Dysnatremia is a predictor for morbidity and mortality in hospitalized patients with COVID-19. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:1637–1648	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
2021年6月30日 17:00-17:30	Thrombosis and thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination. ／N Engl J Med. 2021;384:2124-2130	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年7月7日 17:00-17:30	Fenofibrate delays the need for dialysis and reduces cardiovascular risk among patients with advanced DKD. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:1594-1605	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年7月14日 17:00-17:30	Two-year treatment with metformin during puberty does not preserve beta-cell function in youth with obesity. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:e2622-e2632	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年7月21日 17:00-17:30	Preliminary findings of mRNA Covid-19 vaccine safety in pregnant persons. ／N Engl J Med. 2021;384:2273-2282	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年7月28日 17:00-17:30	Analysis of SARS-CoV-2 variant mutations reveals neutralization escape mechanisms and the ability to use ACE2 receptors from additional species. ／Immunity 2021;54:1611-1621	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年8月4日 17:00-17:30	Teprotumumab for the treatment of active thyroid eye disease. ／N Engl J Med. 2020;382:341-352	内分泌内科	島袋 正樹	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年8月11日 17:00-17:30	Convalescent plasma antibody levels and the risk of death from Covid-19. ／N Engl J Med. 2021;384:1015-1027	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年8月18日 17:00-17:30	Mortality risk in patients with adrenal insufficiency using prednisolone or hydrocortisone: a retrospective cohort study. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:2242-2251	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年8月25日 17:00-17:30	Life expectancy after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. ／N Engl J Med. 2020;383:1533-1543	内分泌内科	的場 はるか	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年9月1日 17:00-17:30	Structural basis of ribosomal frameshifting during translation of the SARS-CoV-2 RNA genome. ／Science 2021;372:1306-1313	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年9月8日 17:00-17:30	Therapeutic anticoagulation with heparin in critically ill patients with Covid-19. ／N Engl J Med. 2021;385:777-789	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年9月15日 17:00-17:30	Three cases of subacute thyroiditis following SARS-CoV-2 vaccine: postvaccination ASIA syndrome. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:2600-2605	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年9月22日 17:00-17:30	Caplacizumab treatment for acquired thrombotic thrombocytopenic purpura. ／N Engl J Med. 2019;380:335-346	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年9月29日 17:00-17:30	Diabetes increases severe COVID-19 outcomes primarily in younger adults. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:e3364-e3368	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年10月6日 17:00-17:30	Calcifediol treatment and COVID-19-related outcomes. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:e4017-e4027	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年10月13日 17:00-17:30	Effect of bamlanivimab as monotherapy or in combination with etesevimab on viral load in patients with mild to moderate COVID-19 a randomized clinical trial. ／JAMA. 2021;325:632-644	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年10月20日 17:00-17:30	Protection of BNT162b2 vaccine booster against Covid-19 in Israel. ／N Engl J Med. 2021;385:1393-1400	内分泌内科	安威 徹也	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
2021年10月27日 17:00-17:30	Brown adipose tissue, adiposity, and metabolic profile in preschool children. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:2901–2914	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	3名
2021年11月2日 17:00-17:30	DNA binding to TLR9 expressed by red blood cells promotes innate immune activation and anemia. ／Science 2021;372:1306–1313	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年11月10日 17:00-17:30	Academic performance in adolescents born to mothers with gestational diabetes- a national Danish cohort study. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:e4554-e4564	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	5名
2021年11月17日 17:00-17:30	Women with chronic hypoparathyroidism have low risk of adverse pregnancy outcomes. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:1–7	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	5名
2021年11月24日 17:00-17:30	A comparison of two LDL cholesterol targets after ischemic stroke. ／N Engl J Med. 20120;382:9–19	内分泌内科	高木　祐介	内科医師，専攻医，研修医	5名
2021年12月1日 17:00-17:30	Patients with subclinical hypothyroidism before 20 weeks of pregnancy have a higher risk of miscarriage: a systematic review and meta-analysis. ／PloS One. 2017;12(4):e0175708	内分泌内科	米田　麻里	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年12月8日 17:00-17:30	Obesity is strongly associated with low testosterone and reduced penis growth during development. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:1–7	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年12月15日 17:00-17:30	W aning of BNT162b2 vaccine protection against SARS-CoV-2 infection in Qatar. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:1–7	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	4名
2021年12月22日 17:00-17:30	Non-invasive diagnostic strategy in ACTH-dependent Cushing's syndrome. ／J Clin Endocrinol Metab. 2020;105:1–12	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年1月12日 17:00-17:30	Effectiveness of medical treatment for Cushing's syndrome: a systematic review and meta-analysis. ／Pituitary. 2018;21:631–641	内分泌内科	米田　麻里	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年1月19日 17:00-17:30	Effects of vitamin D supplementation in insulin sensitivity and secretion in prediabetes. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:3151–3159	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年1月26日 17:00-17:30	Body mass index and risk of COVUD-19 diagnosis, hospitalization, and death: a cohort study of 2524926 Catalans. ／J Clin Endocrinol Metab. 2021;106:e5030-e5042	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	3名
2022年2月2日 17:00-17:30	Sitagliptin decreases visceral fat and blood glucose in women with polycystic ovarian syndrome. ／J Clin Endocrinol Metab. 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
2022年2月9日 17:00-17:30	Resting energy expenditure and cold-induced thermogenesis in patients with overt hyperthyroidism. ／J Clin Endocrinol Metab. 2022;107:450–461	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2022年2月16日 17:00-17:30	Prevalence of Nelson's syndrome after bilateral adrenalectomy in patients with Cushing's disease: a sytematic review and meta-analysis. ／Pituitary 2021;24:797–809	内分泌内科	米田　麻里	内科医師，専攻医，研修医	3名
2022年2月23日 17:00-17:30	Low-iodine diet of 4 days is sufficient preparation for 131I therapy in differentiated thyroid cancer patients. ／J Clin Endocrinol Metab. 2022;107:e604-e611	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年3月2日 17:00-17:30	Oral nirmatrelvir for high-risk, nonhospitalized adults with Covid-19. ／N Engl J Med. 2022;385:1393–1400	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	4名

日　程	テーマ／典拠	所　属	講　師	対象者	参加人員
2022年3月9日 17:00-17:30	Nasal delivery of single-domain antibody improves symptoms of SARS-CoV-2 infection in an animal model. ／PLoS One. 2021;17(10):e1009542	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年3月16日 17:00-17:30	Adjuvant retuximab-exploratory trial in young people with Graves' disease. ／J Clin Endocrinol Metab. 2022;107:743–754	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年3月23日 17:00-17:30	APOBEC3B recporter myeloma cell lines identify DNA damage response pathways leading to APOBEC3B expression. ／PLoS One. 2020;15(1):e0223463	内分泌内科	山元　拓磨	内科医師，専攻医，研修医	4名

外科抄読会（火曜／8:00-8:30）

日　付	テーマ／典拠	所　属	講　師	対象者	参加人員
2021年4月6日	外科会議				
2021年4月13日 8:00-8:30	Decompressing Stoma a s Bridge to Elective Surgery is an Effective Strategy for Left-sided Obstructive Colon Cancer ／Ann Surg　2020;272(5):738–743	専攻医	山崎　伸悟	外科医師，専攻医，研修医	13名
2021年4月20日	外科会議				
2021年4月27日	外科会議				
2021年5月6日 8:00-8:30	A randomized study on laparoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repair wiyh hernia sac transection vs complete sac reduction ／Surg Endosc　2020;34(4):1882–1886	研修医	山元　拓磨	外科医師，専攻医，研修医	13名
2021年5月11日 8:00-8:30	Safety and feasibility of prolonged versus early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a single-center retrospective study ／Surg Endosc　2021;35(5):2297–2305	研修医	大浦　琢巨	外科医師，専攻医，研修医	15名
2021年5月18日	外科会議				
2021年5月25日 8:00-8:30	Early Closure of a Temporary Ileostomy in Patients With Rectal Cancer ／Ann Surg　2017;265(2):284–290	研修医	神谷　尚吾	外科医師，専攻医，研修医	11名
2021年6月1日	外科会議				
2021年6月8日 8:00-8:30	Long-term Comparison of Recurrence Rates Between Different Lightweight and Heavyweight Meshes in Open Anterior Mesh Inguinal Hernia Repair ／Ann Surg　2021;273(2):365–372	研修医	川村　瑠璃海	外科医師，専攻医，研修医	14名
2021年6月15日	外科会議				
2021年6月22日 8:00-8:30	Feasibility and Safety of Laparoscopic Complete Mesocolic Excision (CME) for Right-sided Colon Cancer ／Ann Surg　2021;274(1):57–62	研修医	上野　昌太朗	外科医師，専攻医，研修医	11名
2021年6月29日	外科会議				
2021年7月6日 8:00-8:30	Long-term Outcomes of a Randomized Controlled Trial of Single-incision Versus Multi-port Laparoscopic Colectomy for Colon Cancer ／Ann Surg　2021;273(6):1060–1065	研修医	高木　佑亮	外科医師，専攻医，研修医	15名
2021年7月13日	外科会議				
2021年7月20日	外科会議				
2021年7月27日 8:00-8:30	Prognostic value of regional lymph node involvement in patients with metastatic colorectal cancer: palliative versus curative resection ／World J Surg Oncol　2021;19(1):150	研修医	馬奈木　彰弘	外科医師，専攻医，研修医	12名

日　付	テーマ／典拠	所　属	講　師	対象者	参加人員
2021年８月３日 8:00-8:30	Morbidity and Mortality in Patients with Perioperative COVID-19 Infection：Prospective Cohort in General, Gastroesophagic, Hepatobiliary, and Colorectal Surgery ／World J Surg Oncol　2021;45(6):1652–1662	研修医	中山　真裕美	外科医師，専攻医，研修医	13 名
2021年８月10日	外科会議				
2021年８月17日	外科会議				
2021年８月24日 8:00-8:30	Assessment of Robotic Versus Laparoscopic Distal Gastrectomy for Gastric Cancer ／Ann Surg　2021;273(5):858–867	研修医	日野　賢次郎	外科医師，専攻医，研修医	12 名
2021年８月31日	外科会議				
2021年９月７日	外科会議				
2021年９月14日 8:00-8:30	Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for a cute cholecystitis in higt risk patients(CHOCOLATE): multicentre randomised clinical trial ／BMJ 2018;363: doi:10.1136/bmj.k3965	研修医	的場　はるか	外科医師，専攻医，研修医	12 名
2021年９月21日	外科会議				
2021年９月28日 8:00-8:30	Short-and long-term outcomes of laparoscopic surgery with extracorporeal anastomosis for transverse colon cancer: comparison of triangulating anastomosis with functional end-to-end anastomosis ／Surg Endosc　2022;36:3261–3269. Epub 2021 Aug 2	研修医	石原　宏弥	外科医師，専攻医，研修医	11 名
2021年10月５日	外科会議				
2021年10月12日 8:00-8:30	Factors associated with noncomplete mesorectal excision following surgery for rectal adenocarcinoma ／Am J Surg　2019;217:465–468	医員	増尾　彰彦	外科医師，専攻医，研修医	13 名
2021年10月12日 8:00-8:30	The quality of total mesorectal excision specimen: A review of its macroscopic assessment and prognostic significance ／Chronic Dis Transl Med　2018;4:51–58	医員	増尾　彰彦	外科医師，専攻医，研修医	13 名
2021年10月19日 8:00-8:30	Rado-laparoscopy in the management of complications after laparoscopic colorectal surgery: a systematic review and mata-analysis of surgiccal outcomes ／Tech Coloproctol　2021;25(4):271–283. Epub 2020 Nov 23	研修医	城野　雄一	外科医師，専攻医，研修医	11 名
2021年10月26日	外科会議				
2021年11月２日	外科会議				
2021年11月９日 8:00-8:30	Laparoscopic negative appendectomy during pregnancy is associated with adverse neonatal outcome ／Surg Endosc　2022;36(1):544–549. Epub 2021 Feb 1	研修医	岩破　智弘	外科医師，専攻医，研修医	11 名
2021年11月16日	外科会議				
2021年11月30日	外科会議				
2021年12月７日	外科会議				
2021年12月14日 8:00-8:30	Overall survival after recurrence in stage I–III colorectal cancer patients in accordance with the recurrence organ site and pattern ／Ann Gastroenterol Surg　2021;5(6):813–822	医員	神田　修平	外科医師，専攻医，研修医	12 名
2021年12月21日	外科会議				
2021年12月28日 8:00-8:30	Patient-reported Outcomes After Metabolic Surgery Versus Medical Therapy for Diabetes ／Ann Surg　2021;274(3):524–532	研修医	須澤　奈央	外科医師，専攻医，研修医	12 名
2022年１月４日	外科会議				

日　付	テーマ／典拠	所　属	講　師	対象者	参加人員
2022年1月11日 8:00-8:30	Long-term follow-up of endoscopic totally extraperitoneal direct inguinal hernia repair using the Endoloop technique ／Surg Endosc　2019;33(9):2967-2974. Epub 2018 Nov 26	医員	庄野　孝仁	外科医師，専攻医，研修医	11名
2022年1月18日	外科会議				
2022年1月25日	外科会議				
2022年2月1日	外科会議				
2022年2月8日 8:00-8:30	Sixty-Day Mortality of Patients With Metastatic Colorectal Cancer Randomized to Systemic Treatment vs Primary Tumor Resection Followed by Systemic Treatment ／JAMA Surg　2021;156(12):1093-1101	研修医	島津　大貴	外科医師，専攻医，研修医	13名
2022年2月15日	外科会議				
2022年2月22日	外科会議				
2022年3月1日	外科会議				
2022年3月8日 8:00-8:30	PRODIGY: A Phase Ⅲ Studey of Neoadjuvant Docetaxel, Oxaliplatin, and S-1Plus Surgery and Adjuvants S-1 Versus Surgery and Adjuvant S-1for Resectable Advanced Gastric Cancer ／J Clin Oncol　2021;39(26):2903-2913	専攻医	山崎　伸悟	外科医師，専攻医，研修医	11名
2022年3月15日	外科会議				
2022年3月22日	外科会議				
2022年3月29日	外科会議				

感染症研修会（インタラクティブカンファレンス）

日　程	テーマ：主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	参加人数
2021年4月20日 17:00-17:30	第1回感染症研修会 （感染症診療の原則）	感染症科	住吉　翔元	研修医，専攻医，等	不明
2021年4月27日 17:00-17:30	第2回感染症研修会 （ペニシリン系抗菌薬の使い方）	感染症科	山本　舜悟	研修医，専攻医，等	不明
2021年5月11日 17:00-17:30	第3回感染症研修会 （細菌検査の話）	感染症科	青木　一晃	研修医，専攻医，等	不明
2021年5月25日 17:00-17:30	第4回感染症研修会 （ペニシリン以外のβラクタム薬）	感染症科	栃谷　健太郎	研修医，専攻医，等	不明
2021年6月8日 17:00-17:30	第5回感染症研修会 （βラクタム以外の抗菌薬）	感染症科	岩本　伸紀	研修医，専攻医，等	不明
2021年6月22日 17:00-17:30	第6回感染症研修会 （入院患者の発熱のみかた）	感染症科	與語　葵	研修医，専攻医，等	不明
2021年7月13日 17:00-17:30	第7回感染症研修会 （風邪のみかた）	感染症科	山本　舜悟	研修医，専攻医，等	不明
2021年7月27日 17:00-17:30	第8回感染症研修会 （怖い咽頭痛）	感染症科	山本　舜悟	研修医，専攻医，等	23名
2021年8月17日 17:00-17:30	第9回感染症研修会 （肺炎）	感染症科	山本　舜悟	研修医，専攻医，等	19名
2021年8月31日 17:00-17:30	第10回感染症研修会 （カテーテル関連血流感染症）	感染症科	元林　寛文	研修医，専攻医，等	23名
2021年9月14日 17:00-17:30	第11回感染症研修会 （敗血症）	感染症科	青木　一晃	研修医，専攻医，等	25名
2021年9月28日 17:00-17:30	第12回感染症研修会 （尿路感染）	感染症科	栃谷　健太郎	研修医，専攻医，等	27名
2021年10月12日 17:00-17:30	第13回感染症研修会 （皮膚軟部組織感染症）	感染症科	與語　葵	研修医，専攻医，等	23名

日　程	テーマ：主旨（ Abstract ）	所　属	講　師	対象者	参加人数
2021年10月26日 17:00-17:30	第 14 回感染症研修会 （動物由来感染症）	感染症科	山本　舜悟	研修医，専攻医，等	24 名
2021年11月16日 17:00-17:30	第 15 回感染症研修会 （インフルエンザ）	感染症科	住吉　翔元	研修医，専攻医，等	28 名
2021年11月30日 17:00-17:30	第 16 回感染症研修会 （感染性心内膜炎）	感染症科	青木　一晃	研修医，専攻医，等	19 名
2021年12月14日 17:00-17:30	第 17 回感染症研修会 （ HIV/AIDS ）	感染症科	與語　葵	研修医，専攻医，等	22 名
2021年12月21日 17:00-17:30	第 18 回感染症研修会 （性感染症）	感染症科	元林　寛文	研修医，専攻医，等	20 名
2022年 1 月11日 17:00-17:30	第 19 回感染症研修会 （結核）	感染症科	山本　舜悟	研修医，専攻医，等	21 名
2022年 1 月25日 17:00-17:30	第 20 回感染症研修会 （中枢神経感染症）	感染症科	青木　一晃	研修医，専攻医，等	16 名
2022年 2 月 8 日 17:00-17:30	第 21 回感染症研修会 （急性下痢症）	感染症科	元林　寛文	研修医，専攻医，等	16 名
2022年 2 月22日 17:00-17:30	第 22 回感染症研修会 （骨髄炎，関節炎）	感染症科	與語　葵	研修医，専攻医，等	20 名
2022年 3 月 8 日 17:00-17:30	第 23 回感染症研修会 （真菌感染症）	感染症科	岩本　伸紀	研修医，専攻医，等	16 名
2022年 3 月22日 17:00-17:30	第 24 回感染症研修会 （免疫不全患者の発熱）	感染症科	栃谷　健太郎	研修医，専攻医，等	16 名

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
2021年 6 月16日 16:30-17:15	乳癌手術後の放射線治療（技師向け）	放射線治療科	平田　希美子	病院全職員	8 名
2021年 6 月23日 16:30-17:15	治療計画装置（エクリプス）の製品概要	株式会社バリアン　メディカル　システムズ		病院全職員	6 名
2021年 6 月24日 17:50-19:00	業務拡大と公示研修の狙い	公益社団法人日本放射線技師会　会長	上田　克彦	病院全職員	14 名
2021年 8 月 3 日 17:30-18:00	MRI 対応人工呼吸器装着患者検査シミュレーション	放射線技術科	宮崎　吉博 石田　沙希	病院全職員	22 名
2021年 8 月 5 日 17:30-18:00	MRI 対応人工呼吸器装着患者検査シミュレーション	放射線技術科	宮崎　吉博 石田　沙希	病院全職員	14 名
2021年11月17日 17:30-18:00	CT 画像カンファレンス	放射線技術科	山本　晃豊 橋本　澪 上青木　悠平 中嶋　駿太	病院全職員	11 名
2022年 3 月30日 17:20-18:10	手術室イメージ取扱い（同日 2 回開催）	GE ヘルスケア・ジャパン		病院全職員	25 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
2021年 7 月20日 18:00-18:30	研修医薬剤講義 「麻薬について」	薬剤科	本多　あずさ	研修医 全職種	12 名
2021年 8 月17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 全職種	11 名
2021年 9 月 1 日 17:30-18:00	RevMate 適正管理に関する研修会	薬剤科	目黒　裕史 荘司　久美子	看護師	13 名

日　程	テーマ：主旨（ Abstract ）	所　属	講　師	対象者	参加人数
2021年 9 月 2 日 17:30-18:00	造血幹細胞移植に使う薬剤	薬剤科	目黒　裕史	看護師	18 名
2021年 9 月 3 日 17:30-18:00	RevMate 適正管理に関する研修会	薬剤科	目黒　裕史 荘司　久美子	看護師	16 名
2021年 9 月21日 18:00-18:30	研修医薬剤講義 「循環器薬について」	薬剤科	富家　穂乃香	研修医 全職種	11 名
2021年10月19日 18:00-18:30	研修医薬剤講義 「糖尿病薬について」	薬剤科	近藤　沙耶	研修医 全職種	9 名
2021年11月20日 15:00-16:30	第 35 回京都市立病院地域医療連携における薬剤業務研修会	薬剤科	山内　舞香	薬剤師	63 名 （51 名）
2021年11月24日 18:00-18:30	研修医薬剤講義 「抗がん剤について」	薬剤科	内藤　舞	研修医 全職種	9 名
2021年12月17日 18:00-18:30	研修医薬剤講義 「漢方について」	株式会社ツムラ		研修医 全職種	13 名
2021年12月21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	田村　優衣	研修医 全職種	7 名
2022年 2 月15日 19:00-19:30	がん薬物療法（レジメン）に関する研修会 「泌尿器がんレジメンについて」	薬剤科	大野　恵一	薬剤師	36 名 （4 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
2021年 4 月 2 日 17:30-18:00	インピーダンスオージオメーター	リオン株式会社	金谷　敦	臨床検査技術科職員・耳鼻科医師	18 名
2021年 4 月16日 17:30-18:00	車椅子の移乗の方法について	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科	内田　真樹	臨床検査技術科職員	22 名
2021年 6 月 7 日 17:35-18:15	初級心電図講習会 ～見逃してはいけない心電図～	臨床検査技術科	岡田　祐里	臨床検査技術科職員	20 名
2021年 7 月20日 17:30-18:15	肺機能検査	臨床検査技術科	坂本　竜也	臨床検査技術科職員	15 名
2021年12月 9 日 17:30-18:00	心エコー症例検討会	臨床検査技術科	田中　春那	臨床検査技術科職員	18 名
2022年 2 月 1 日 17:30-18:00	救急室における臨床検査技師の役割と活動報告	臨床検査技術科	森　恵里子	臨床検査技術科職員	20 名
2022年 3 月22日 17:30-18:00	除細動器の機器変更に伴う使用説明	フクダ電子京滋株式会社	村木　一雄	臨床検査技術科・放射線技術科職員	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
2021年 5 月 7 日– e-learning	呼吸療法について（ e- ラーニング）	臨床工学科	足立　翔吾	全職員	19 名
2021年 5 月28日 16:30-17:00	在宅人工呼吸器回路交換説明（患者家族向け）	臨床工学科	伊藤　禎章	患者家族	4 名
2021年 5 月24日 – e-learning	NHFC に関する（ e- ラーニング）	臨床工学科	伊藤　禎章	医師 看護師 臨床工学技士	34 名
2021年 6 月 7 日 e-learning	BabylogVN500（ e- ラーニング）	臨床工学科	伊藤　禎章	医師 看護師 臨床工学技士	13 名
2021年 6 月 8 日 16:30-17:00	6B 病棟にて NHF 療法レクチャー	臨床工学科	伊藤　禎章	6B 病棟	6 名
2021年 6 月22日 2021年 7 月 9 日 2021年 7 月21日 14:00-15:00	BabylogVN500　OJT	ドレーゲルジャパン	メーカー担当者	NICUスタッフ	24 名

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	参加人数
2021年８月２日 15:00-15:30	カフアシスト取扱研修	フィリップスジャパン	メーカー担当者	看護師	14名
2021年８月６日 2021年８月10日 16:30-17:00	吸着型血液浄化器レオカーナ研修会	カネカ	メーカー担当者	医師 臨床工学技士	15名
2021年９月30日 16:30-17:00	新生児小児用非侵襲的人工呼吸器 SiPAP 取扱研修	エア・ウォーター	メーカー担当者	臨床工学技士	12名
2021年10月28日 16:30-17:00	Servo ベンチレータ Ver.Up 研修会	フクダ電子	メーカー担当者	臨床工学技士	13名
2021年11月15日－ 2021年11月17日 16:30-17:00	Boston 社製心臓デバイスプログラマー取扱研修	ライフライン	メーカー担当者	臨床工学技士 臨床検査技師	15名
2021年11月25日 16:30-17:00	閉鎖式吸引デバイス取扱研修会	コビディエン	メーカー担当者	臨床工学技士	10名
2021年12月１日－ 2021年12月３日 2021年12月10日 16:30-17:00	搬送用人工呼吸器ハミルトン T1 取扱研修	日本光電	メーカー担当者	医師 看護師 臨床工学技士	26名
2021年12月３日－ e-learning	RST 主催勉強会　（e- ラーニング） 2021 年度人工呼吸器　RST 勉強会	臨床工学科	石原　太輔 鵜飼　將平 白山　幸平	全職員	26名
2021年12月23日 16:30-17:00	個人用透析コンソール＋ RO 装置取扱研修	ニプロ株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	12名
2022年２月１日 2022年２月３日 16:30-17:00	アンギオ室用専用麻酔器（ドレーゲル社製）取扱研修	ドレーゲル	メーカー担当者	臨床工学技士	10名
2022年２月22日 16:30-17:00	ICU 看護師向け CHDF 研修会	臨床工学科	井上　雄介	ICU 看護師	７名
2022年３月31日 16:30-17:00	FT10 電気メス（コビディエン社製）納品後説明会	コビディエン	メーカー担当者	臨床工学技士	10名
2022年３月31日 16:30-17:00	除細動器（フィリップス社製）納品後説明会	フクダ電子	メーカー担当者	臨床工学技士	10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
2021年４月１日－ 2021年４月２日 2021年４月５日 8:30-17:15 オンライン （ZOOM）	新人採用オリエンテーション ・京都市立病院機構の理念について，業務に係る管理体制について，労務管理に係る体制について ・社会人基礎力について：専門職としてのスタート〈学生から社会人への移行〉	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	35名
2021年４月６日 8:30-17:00	新人採用オリエンテーション ・静脈ルート確保／採血（準備から後片付けを含めて実習） ・ミキシングの方法について ・看護部概要，新人看護師の年間教育プログラムについて，看護提供体制（PNS）について	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	35名
2021年４月７日 8:30-12:00	新人採用オリエンテーション ・BLS スキル研修（救急システムの概論，胸骨圧迫手技，AED 操作，BVM の取扱い方について） ・感染予防実技演習（PPE 着脱など）	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	35名
2021年５月７日 9:00-12:30	〈リーダーとして提供する看護を再考〉 ・リーダーに求められる能力について ・リーダーに求められる対人能力について ・アサーティブコミュニケーションについて ［ねらい］ リーダーシップの発揮に必要なコミュニケーション能力を身に付ける	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-① 担当者	ラダーⅢ-①	32名

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	登録人数
2021年5月10日 9:00-12:30	〈EBP活動のスタート〉 ・臨床疑問の明確化 ・エビデンスを知るために必要な文献の検索方法について ・根拠に基づく看護実践（EBP）の実践計画の立案方法について ［ねらい］ ・文献検索について理解する ・臨床疑問の明確化について理解する	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-② 担当者	ラダーⅡ-②	36名
2021年5月11日 13:30-17:00	・ラダー教育システムについて（教育評価システムの説明も含む） ・クリニカルパスについて（適応基準，アウトカム評価方法，バリアンス） ・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	ラダーⅠ	35名
2021年5月28日 9:00-12:30	〈研究活動のスタート①：研究疑問〉 ・リサーチクエスチョン（RQ）の立て方について ・看護研究計画書の書き方について ［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	11名
2021年6月4日 8:30-11:30	〈チームで働くための看護実践を学ぶ〉 ・看護の業務基準（日本看護協会）について ・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／リーダーシップについて ［ねらい］ ・指示受けの基準・手順を理解する ・メンバーシップを理解し，メンバーとしての行動目標を明確にする	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① 担当者	ラダーⅡ-①	34名
2021年6月7日 9:00-11:30	・進捗管理 ［ねらい］ ・前年度の取組の振り返り，部署の現状を踏まえて原因分析を進める	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-② 担当者	ラダーⅣ-②	17名
2021年6月15日 9:00-17:00	・看護業務計画の立案（多重課題の遂行について）：複数患者の病態・治療から安全に配慮し，優先順位を判断する ・看護実践の遂行に必要なコミュニケーションについて（SBARを活用した報告・連絡・相談）	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	35名
2021年6月23日 9:00-12:30	〈研究活動のスタート②：研究計画書の作成〉 ・リサーチクエスチョンを絞り込む ・指導者のアドバイスを受け研究計画書を作成する ［ねらい］ ・臨床疑問から研究疑問を導く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	11名
2021年6月25日 9:00-12:30	ラダーⅣガイダンスと自己キャリア開発 ・リーダーとしての視座と視野の拡大 ・ラダーⅤ①受講者と合同 ［ねらい］ ・キャリアイメージの再構築 ・リーダーの役割と視点を考える	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-① 担当者	ラダーⅣ-①	11名
2021年6月25日 9:00-12:30	ラダーⅤ①研修のガイダンスと自己のキャリア開発 ※ラダーⅣ①受講者と合同 ［ねらい］ ・病院機能の役割と地域における自部署の役割を理解する	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-① 担当者	ラダーⅤ-①	1名
2021年6月29日 9:00-12:30	・変革を実践するための実践計画の立案と進捗管理 ［ねらい］ ・課題解決に向けた計画の立案，戦略を踏まえた計画の実践	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-② 担当者	ラダーⅤ-②	2名

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	登録人数
2021年7月2日 9:00-12:30	〈EBP活動を進めるために①〉 ・臨床疑問の絞り込み ・参考にするエビデンスを導き出す ［ねらい］ ・臨床疑問を絞り込む ・EBPの実践計画を進める	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-② 担当者	ラダーⅡ-②	36名
2021年7月6日 9:00-12:30	〈多職種連携（専門職連携）についての理解を深める〉 ・他の専門職種のリーダーに求められている役割を知る ・チーム医療の中の看護師の役割について ・倫理的課題との向き合い方（Jonsenの4分割法の活用） ［ねらい］ ・目標を持って行動する ・看護師の専門性を再考する ・自分たちに求められている役割を知る	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-① 担当者	ラダーⅢ-①	32名
2021年7月13日 9:00-17:00	・急変時の対応について（旧返事のアセスメント，旧返事の対応技術） ※シミュレーションをもとに学ぶ研修	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	35名
2021年7月26日 9:00-12:30	・看護（部署）のあるべき姿と問題点の認識 ・病院機能の理解と地域における自部署の役割再考 ・〈問題発見〉あるべき姿／現状（実態）から問題を構造化 ［ねらい］ ・部署目標の決定過程を知る ・部署内の問題点を考える	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-① 担当者	ラダーⅣ-①	11名
2021年7月30日 9:00-12:30	〈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］ ・変革理論を理解する	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-① 担当者	ラダーⅤ-①	1名
2021年8月2日 9:00-12:30	〈地域医療の一環として働くための看護実践を学ぶ〉 ・地域医療について：前方連携・看護支援センター・後方連携・相談窓口 ・現状の自己のメンバーシップを知る ［ねらい］ ・地域医療や専門職連携について理解を深める ・メンバーシップについて理解を深める	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① 担当者	ラダーⅡ-①	34名
2021年8月10日 9:00-12:30	・進捗管理	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-② 担当者	ラダーⅣ-②	17名
2021年8月17日 9:00-17:00	・入職4ヶ月目　フォローアップ研修（成長の実感と患者体験）	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	35名
2021年8月31日 9:00-12:30	・進捗管理：担当者と面談 ［ねらい］ ・課題解決に向けた計画の立案，戦略を踏まえた計画の実践	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-② 担当者	ラダーⅤ-②	2名
2021年9月3日 9:00-12:30	〈ミッションに基づく役割理解〉 ・組織と自己の繋がりについて知る ：組織から求められている役割と自己のビジョンをどう繋げるか ［ねらい］ ・部署目標と自己目標の達成のための行動計画・実践について考える ・看護の質を改善するための活動を考える	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-① 担当者	ラダーⅢ-①	32名

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	登録人数
2021年9月6日 9:00-12:30	〈EBP活動を進めるために②〉 ・EBP実践計画の修正作業（EBP実践計画の進捗確認とGW） 〈リーダーシップの基礎を学ぶ〉 ・リーダーの役割について ［ねらい］ ・EBPの実践計画を進める ・リーダー役割の理解	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-② 担当者	ラダーⅡ-②	36名
2021年9月14日 13:30-15:00	・災害看護の基礎 ・災害トリアージについて（START式，PAT式）	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	35名
2021年9月24日 9:00-12:30	〈看護の質管理のための基礎知識〉 ①データに基づく質管理 ②フレームワークを活用し部署の現状について考える 部署の強み・弱み・機会・脅威とは（SWOT分析） ［ねらい］ ・看護の質を維持するためのデータの分析の理解 ・問題発見過程を学ぶ	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-① 担当者	ラダーⅣ-①	11名
2021年9月30日 9:00-12:30	〈研究活動を進めるために①：研究計画作業〉 ・検索した文献のクリティークを行う ・倫理審査の注意点　ポイントを理解する ［ねらい］ ・文献の吟味する ・文献を用いて研究方法を検討 ・看護の研究活動における倫理的配慮について考える	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-② 担当者	ラダーⅢ-②	11名
2021年10月1日 13:30-17:00	〈問題解決過程の理解〉 ・看護の質を維持させるの問題の明確化について ［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 担当者	ラダーⅤ-①	1名
2021年10月4日 2021年11月1日 9:00-12:30	〈急変時対応シミュレーション：ラダーⅢ①と合同研修〉 ・急変時対応におけるメンバーシップの図り方を学ぶ ・メンバー役割の再認識と自己の課題を明確にする ［ねらい］ ・メンバーシップを理解し，自身に求められる役割を考える	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① 担当者	ラダーⅡ-①	34名
2021年10月4日 2021年11月1日 9:00-12:30 ※メンバー調整の上，どちらかの参加となる	〈急変時対応シミュレーション：ラダーⅡ①と合同研修〉 ・急変時対応におけるリーダーシップの図り方を学ぶ ・リーダー役割の再認識と自己の課題を明確にする（問題発見から，解決策の立案まで） ［ねらい］ チーム内のリーダーの役割，チーム内で発生した問題を解決のあり方について考える	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-① 担当者	ラダーⅢ-①	32名
2021年10月12日 9:00-17:00	・プライマリーケア看護研修（プライマリー患者の担当，看護過程の展開） ※本研修後，看護過程を展開する（継続課題）	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	35名
2021年10月14日 9:00-12:30	・進捗管理	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-② 担当者	ラダーⅣ-②	17名
2021年10月22日 9:00-12:30	・進捗管理：担当者と面談 ［ねらい］ ・課題解決に向けた計画の立案，戦略を踏まえた計画の実践	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-② 担当者	ラダーⅤ-②	2名
2021年10月28日 9:00-12:30	〈研究活動を進めるために②：研究計画作業〉	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-② 担当者	ラダーⅢ-②	11名
2021年11月4日 9:00-12:30	②SWOT分析内容のディスカッション データに裏付けされた現状分析 ［ねらい］ ・分析に必要なデータを導ける ・フレームワークを通じて視野拡大を実感できる	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-① 担当者	ラダーⅣ-①	11名

日　程	テーマ・主旨（ Abstract ）	所　属	講　師	対象者	登録人数
2021年11月25日 9:00-12:30	〈成果発表について学ぶ：プレゼンテーション〉 ・研究の方法について学ぶ ・看護研究のグループワーク会 ［ねらい］ ・効果的な発表について検討し，実践する	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-② 担当者	ラダーⅢ-②	11名
2021年12月3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，原因追及過程報告会	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-② 担当者	ラダーⅣ-②	17名
2021年12月3日 9:00-17:00	自部署のあるべき姿から導き出した問題解決過程報告会	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-② 担当者	ラダーⅤ-②	2名
2021年12月6日 9:00-12:30	〈リーダー役割の体験を振り返る〉 ・自部署で体験したリーダー役割のプレ実施を振り返る 〈EBP活動の成果〉 ・プレゼンテーションの方法 ［ねらい］ ・リーダーとしての自己課題の明確化 ・プレゼンテーション方法の理解	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-② 担当者	ラダーⅡ-②	36名
2021年12月24日 9:00-12:30	〈問題解決過程〉 ・変革理論8ステップ実践への戦略について ［ねらい］ ・変革理論の理解を深め，問題解決のための戦略を考える	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-① 担当者	ラダーⅤ-①	1名
2022年1月6日 9:00-12:30	〈研究活動の成果をまとめる〉 ・研究成果（進捗）のまとめ ・研究活動を通して得た学びを振り返る	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-② 担当者	ラダーⅢ-②	11名
2022年1月18日 9:00-17:00	・臨床倫理研修：日常の看護業務で感じるモヤモヤを持ち寄り，自律尊重の原則（患者・家族の思いを尊重した看護）について考える	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	35名
2022年1月31日 9:00-12:30	グループディスカッション　発表 ［ねらい］ 効果的な発表方法を考える	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-① 担当者	ラダーⅢ-①	32名
2022年2月4日 9:00-12:30	〈看護実践報告会〉 ・1年間の看護実践を振り返る（メンバーシップを踏まえ） ・次年度のEBNの進め方　EBNにおける文献検索方法説明 ［ねらい］ ・1年の実践を振り返り，次年度以降の成長課題を明確にする	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① 担当者	ラダーⅡ-①	34名
2022年2月7日 9:00-16:00	EBP活動の実践報告会 ［ねらい］ ・EBP実践を振り返り，成長課題を明確にする	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-② 担当者	ラダーⅡ-②	36名
2022年2月28日 9:00-16:00	自部署のあるべき姿から導き出した，問題発見過程報告会	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-① 担当者	ラダーⅣ-①	11名
2022年2月28日 9:00-16:00	自部署のあるべき姿から導き出した問題解決過程報告会	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-① 担当者	ラダーⅤ-①	1名
2022年3月7日 9:00-16:00	発表	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-② 担当者	ラダーⅢ-②	11名
2022年3月15日 9:00-17:00	・看護実践の振り返り：プライマリー患者への看護過程をもとに，事故の看護を言語化する	看護部	新人教育委員会 リンクナース	ラダーⅠ	35名

化学療法勉強会

日　程	会の形態	テーマ：要旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	主催者名	参加人員
2021年 9 月21日 18:15-18:55	講義	がん薬物療法前の高齢者機能評価～患者価値を尊重し安全な薬物療法を行うために～	腫瘍内科	桐島 寿彦	全職種	化学療法レジメン委員会	28 名
2021年12月21日 18:15-18:50	講義	抗がん剤の副作用と支持療法	薬剤科	大野 恵一	全職種	化学療法レジメン委員会	19 名
2022年 3 月15日 18:15-18:45	講義	がん薬物療法における曝露対策	看護部	大柿 深雪	全職種	化学療法レジメン委員会	16 名

がん看護研修会

日程	テーマ・主旨（Abstract)	所　属	講師	対象者	参加人数
2021年 7 月28日 17:30-18:15	がん化学療法と看護　脱毛ケア編 ・がん化学療法のセルフケア支援の基礎知識を理解できる. ・がん化学療法中の脱毛のセルフケア支援について事例を通して理解できる.	5B 病棟 6D 病棟	本田　薫 乾　和江	院内看護師	29 名
2021年 9 月22日 17:30-18:15	がん手術療法と看護 ・がん治療における手術の目的が理解できる. ・がんの手術を受ける患者の手術の合併症を理解できアセスメントできる.	外来診療部	荻野　葉子	院内看護師	25 名
2021年10月13日 17:30-18:15	がん放射線療法と看護 ・がん放射線療法の線量分布図をもとに，観察部位と有害事象を理解できる. ・急性期有害事象の観察とケアの方法が理解できる.	7D 病棟 外来診療部	中川　紀直 杣岡　かおる	院内看護師	38 名
2021年11月10日 17:30-18:15	緩和ケア・痛みのマネージメント ・がん治療における緩和ケアの位置づけが理解できる. ・トータルペインの概念が理解できる. ・患者の持つ苦痛症状をトータルペインの視点でアセスメントし，ケアの方向性を理解することができる.	看護部管理室	東　由加里	院内看護師	35 名
2021年12月 8 日 17:30-18:15	がん化学療法と看護 ・がん化学療法に伴う副作用について理解できる. ・がん化学療法に伴う副作用に対する具体的な支援方法について理解できる.	6D 病棟	大柿　深雪	院内看護師	35 名
2022年 2 月 9 日 17:30-18:15	がん患者の退院支援と地域連携 ・社会制度・利用できる福祉制度を知ることができる. ・在宅へ移行するがん患者の医療上・介護上の課題を抽出できる. ・院内リソースの活用と地域との連携について理解できる. ・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	藤川　敦子	院内看護師	22 名

患者・市民のための研修会報告（Ｒ３年度）

健康教室「かがやき」

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
2021年 ４月23日	14:30- 15:30	講演	がんを「楽にしっかり」治しましょう ～知って得する消化器がん治療の最前線	総合外科	佐藤　誠二	一般市民	地域連携室	14 名
2021年 ５月28日			緩和ケアって何？～自分らしく生きるために～	緩和ケア科	大西　佳子			13 名
2021年 ６月25日			皮膚腫瘍	皮膚科	竹中　秀也			12 名
2021年 ７月30日			お口から始まる怖い病気 ～口腔ケアで健康長寿～	歯科口腔外科 看護部	渡辺　猛寛 長谷川　優子			20 名

※ 2021 年８月以降は新型コロナウイルス感染防止対策のため中止

出前講座

日　程	会の形態	テーマ	所属	講師	対象者	主催者名	参加人数
2021年７月８日 10:00-11:00	出前講演 （Web開催）	ピンチ！チャンス？更年期	産婦人科	藤原　葉一郎	ＰＴＡ・教師	京都府洛北高等学校附属中学校	40 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	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	60 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.

「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9月18日 15:00-17:40 メルパルク京都 web講演（Zoom） ハイブリッド形式	テーマ「日本初！京都における病診行政連携のコロナ対策最前線」 第Ⅰ部　一般演題 「京都府におけるCOVID-19　入院医療コントロール：独自の取組」 「自宅療養者を守れ！新型コロナ訪問診療チーム」 「新型コロナのこれまでとこれから」 第Ⅱ部　パネルディスカッション	京都府立医科大学　救急医療部／救急・災害システム学　講師 よしき往診クリニック　院長 京都市立病院　感染症科　部長 京都府立医科大学　救急医療部／救急・災害システム学　講師 よしき往診クリニック　院長 京都市立病院　感染症科　部長	山畑　佳篤 守上　佳樹 山本　舜悟 山畑　佳篤 守上　佳樹 山本　舜悟	146名
2022年3月12日 15:00-17:30 メルパルク京都 web講演（Zoom） ハイブリッド形式	テーマ「あきらめないであなたの未来～最前線の乳がん診療と支援～」 第Ⅰ部 一般演題 「当院乳腺外科の治療戦略と今後の展望」 「当院の乳がんに対する放射線療法」 「当院での乳がん看護の実践」 「当院での乳がん患者の相談支援」 第Ⅱ部 特別講演 「これだけは知ってほしい！小児・AYA世代のがん生殖医療」	乳腺外科　部長 放射線治療科　医長 女性病棟　看護師長　助産師 がん相談支援センター　MSW 京都大学医学部　婦人科学産科学教室　講師	森口　喜生 平田　希美子 石川　悦子 坂東　千鶴佳 堀江　昭史	54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
2021年４月22日 16:00-17:00	症状から診断しにくい脳神経外科疾患	脳神経外科	初田　直樹	13名 （内院外７名）
2021年５月27日 16:00-17:00	①当院における乳癌の「コンパニオン診断（BRCAnalysis）」の現状と今後の展望 ②当院における乳癌の「がんゲノム医療」の現状	乳腺外科	①森口　喜生 ②末次　弘実	12名 （内院外５名）
2021年６月24日 16:00-17:00	新型コロナウイルス感染症のこれまでとこれから	感染症科	山本　舜悟	17名 （内院外９名）
2021年７月29日 16:00-17:00	①歩行困難を訴えた，海外渡航者の２歳女児例 ②著明な貧血で発見された肺ヘモジデローシスの女児例	小児科	①佐々木　真之 ②友安　千紘	15名 （内院外６名）
2021年８月26日 16:00-17:00	当院のカテーテル治療ですが，硬い病変に対応できるようになりました　～Rotablator と Diamondback による石灰化病変の治療～	循環器内科	岡田　隆	13名 （内院外６名）
2021年９月30日 16:00-17:00	炭酸リチウムと NSAIDs 併用中にリチウム中毒になった症例	精神神経科	宮澤　泰輔	11名 （内院外４名）
2021年10月28日 16:00-17:00	京都市立病院皮膚科の紹介	皮膚科	奥沢　康太郎 高溝　真成	14名 （内院外５名）
2021年11月25日 16:00-17:00	COVID-19 ワクチンと血小板減少	血液内科	伊藤　満	16名 （内院外８名）
2021年12月23日 16:00-17:00	整形外科・リウマチ科診療の Up-to-date	整形外科	鹿江　寛	12名 （内院外８名）
2022年１月27日 16:00-17:00	診断に難渋した低 Na 血症の一例	腎臓内科	松田　稜	15名 （内院外７名）
2022年２月24日 16:00-17:00	治らない肺炎について	呼吸器内科	吉岡　秀敏	11名 （内院外５名）
2022年３月24日 16:00-17:00	消化器がん化学療法の進化	消化器内科	桐島　寿彦	16名 （内院外７名）
			合計	165名 （内院外77名）

令和3年度 ラウンド実績

AST ラウンド実績

ラウンド実施内容

【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
2021年4月2日	33名	2021年8月3日	51名	2021年11月30日	52名
2021年4月6日	40名	2021年8月6日	52名	2021年12月3日	41名
2021年4月9日	39名	2021年8月10日	55名	2021年12月7日	42名
2021年4月13日	38名	2021年8月13日	50名	2021年12月10日	35名
2021年4月16日	33名	2021年8月17日	48名	2021年12月14日	34名
2021年4月20日	44名	2021年8月20日	37名	2021年12月17日	38名
2021年4月23日	43名	2021年8月24日	34名	2021年12月21日	47名
2021年4月27日	49名	2021年8月27日	35名	2021年12月24日	39名
2021年4月30日	51名	2021年8月31日	33名	2021年12月28日	41名
2021年5月7日	60名	2021年9月3日	37名	2022年1月4日	44名
2021年5月11日	55名	2021年9月7日	40名	2022年1月7日	45名
2021年5月14日	41名	2021年9月10日	44名	2022年1月11日	49名
2021年5月18日	44名	2021年9月14日	39名	2022年1月14日	42名
2021年5月21日	39名	2021年9月17日	39名	2022年1月18日	38名
2021年5月25日	39名	2021年9月21日	43名	2022年1月21日	38名
2021年5月28日	39名	2021年9月24日	41名	2022年1月25日	46名
2021年6月1日	38名	2021年9月28日	39名	2022年1月28日	42名
2021年6月4日	42名	2021年10月1日	35名	2022年2月1日	53名
2021年6月8日	45名	2021年10月5日	38名	2022年2月4日	51名
2021年6月11日	45名	2021年10月8日	41名	2022年2月8日	51名
2021年6月15日	48名	2021年10月12日	43名	2022年2月15日	64名
2021年6月18日	41名	2021年10月15日	40名	2022年2月18日	53名
2021年6月22日	45名	2021年10月19日	40名	2022年2月22日	53名
2021年6月25日	37名	2021年10月22日	33名	2022年2月25日	53名
2021年6月29日	35名	2021年10月26日	39名	2022年3月1日	59名
2021年7月2日	33名	2021年10月29日	34名	2022年3月4日	52名
2021年7月6日	35名	2021年11月2日	32名	2022年3月8日	52名
2021年7月9日	32名	2021年11月5日	34名	2022年3月11日	44名
2021年7月13日	31名	2021年11月9日	46名	2022年3月15日	55名
2021年7月16日	27名	2021年11月12日	37名	2022年3月18日	43名
2021年7月20日	29名	2021年11月16日	41名	2022年3月22日	44名
2021年7月27日	56名	2021年11月19日	31名	2022年3月25日	43名
2021年7月30日	50名	2021年11月26日	42名	2022年3月29日	39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
2021年４月２日	6C　6D　7C　7D	７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４月７日	3A　3C　3D　4A　4B 5A　6A　6D　7D	22 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年４月９日	3D　4B　6C　6D　7C	８名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年４月14日	3A　3C　3D　4A　4B 5A　6A　6D	25 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年４月16日	6C　6D　7C　7D	７名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年４月21日	3A　3C　3D　4A　4B 5A　5B　6A　6C　6D 7C　7D	30 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年４月28日	3A　3B　3C　3D　4A 4B　5A　5B　6D	23 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年４月30日	6C　6D　7C　7D	８名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年５月７日	3A　3B　3C　3D　4B 5A　6A　6C　6D　7C 7D	32 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年５月12日	3A　3C　3D　4B　5A 6A　7C	18 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年５月14日	6C　6D　7C　7D	12 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年５月19日	3A　3C　3D　4B　5A 6D　7C　7D	22 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年５月21日	6C　6D　7C　7D	９名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年５月26日	3A　3C　3D　4B　5A 6A　6C　6D　7C　7D	21 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年５月28日	6C　6D　7C　7D	11 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年６月２日	3A　3C　3D　4B　5A 6A　6C　7D	21 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年６月４日	3A　6C　6D　7D	10 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年６月９日	3A　3C　3D　4B　5A 6A　7D	19 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年６月11日	3A　3B　6C　6D　7C 7D	14 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年６月16日	3A　3B　3C　4B　5A 5E　7D	20 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年６月18日	3C　6C　6D　7C　7D	14 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年６月23日	3A　3C　3D　4B　5A 6B　7C　7D	16 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年６月25日	3C　5A　6C　6D　7C 7D	16 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年６月30日	3A　3C　3D　4B　5A 6C　6D	13 名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年７月２日	6C　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7月7日	3A　3C　3D　4B　5A 6D　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7月9日	6C　6D　7C　7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年7月14日	3A　3C　3D　5A　6C 6D　7C　7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年7月16日	3B　3C　5A　6C　6D 7C　7D	14名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年7月21日	3A　3C　3D　4B　5A 5B　6C　6D　7C　7D	34名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年7月28日	3A　3C　3D　5A　5B 6C　6D	15名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年7月30日	5A　6C　6D　7C　7D	16名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年8月4日	3A　3C　3D　4B　5A 5B　6C　6D　7C　7D	20名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年8月6日	6C　6D　7C　7D	11名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年8月11日	3A　3C　3D　5A　5B 6D　7C　7D	21名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年8月13日	6C　6D　7C　7D	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年8月18日	3A　3C　3D　5A　6D 7C　7D	23名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年8月20日	6D　7C　7D	10名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年8月25日	3A　3B　3C　3D　5A 5B　6D	17名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年8月27日	6C　6D　7C　7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年9月1日	3A　3C　3D　5A　5B 6B　6C　7C　7D	19名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年9月3日	6C　6D　7C　7D	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年9月8日	3A　3D　4B　5A　5B 6C　6D　7C　7D	17名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年9月10日	5A　6C　6D　7C　7D	15名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年9月15日	3A　3D　5A　5B　6C 7C	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年9月17日	6C　6D　7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年9月22日	3A　3D　4B　5A　5B 6C　6D　7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年9月24日	3A　6C　6D　7C　7D	17名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年9月29日	3A　3D　5A　5B　6D 7C　7D	16名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年10月1日	6C　6D　7C　7D	17名	医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2021年10月6日	3A　3D　5A　5B　6C 7C　7D	16名	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10月８日	6C　6D　7C　7D	16名	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10月13日	3A　3D　4B　5A　6D 7C　7D	15名	医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2021年10月15日	6C　6D　7D	18名	医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2021年10月20日	3A　3D　4A　5A　6C 6D　7C	16名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年10月22日	6C　6D　7C　7D	17名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年10月27日	3A　3D　4B　5A　6C 7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年10月29日	5A　6C　6D　7C　7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年11月５日	3A　3D　4A　5A　6C 6D　7C　7D	31名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年11月10日	3A　3D　4B　5A　6C 6D　7C　7D	19名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年11月12日	5A　6C　6D　7D	15名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年11月17日	3A　3D　5A　6D　7C 7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年11月19日	3D　5A　6C　6D　7C 7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年11月24日	3A　3D　5A　6D　7D	14名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年11月26日	5A　6C　6D　7C　7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年12月１日	3A　3D　5A　6C　6D 7D	21名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年12月３日	6C　6D　7C　7D	11名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年12月８日	3A　3D　5A　6D　7D	23名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年12月10日	6C　6D　7C　7D	8名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年12月15日	3A　3D　5A　6C　6D 7D	17名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年12月17日	3A　3D　6C　6D　7C 7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年12月22日	3A　3D　5A　6C　6D 7C	22名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2021年12月24日	3B　6C　6D　7C　7D	9名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年１月５日	3A　3D　5A　6C　6D	19名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年１月７日	5B　6C　6D　7C　7D	11名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年１月12日	3A　3D　4B　5A　6C 7C	20名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年１月14日	6C　6D　7C　7D	10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
2022年1月19日	3A　3D　4B　5A　7C 7D	18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．
2022年1月21日	6C　6D　7C　7D	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年1月26日	3A　3D　4B　5A　6D	17名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年1月28日	3D　6C　6D　7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年2月2日	3A　3D　4B　5A　6D 7D	19名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年2月4日	6C　6D　7C　7D	11名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年2月9日	3A　3B　3D　4B　5A 6C　6D　7C　7D	33名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年2月16日	3A　3D　4B　5A　6C 6D　7C　7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年2月18日	6C　6D　7C　7D	14名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年2月25日	3A　3D　4B　5A　6C 6D　7C　7D	30名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年3月2日	3A　3D　5A　6D　7C 7D	18名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年3月4日	3A　5A　6D　7C　7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年3月9日	3A　3D　4B　5A　6C 7C　7D	23名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年3月11日	5A　6D　7C　7D	10名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年3月16日	3A　3D　4B　5A　6D 7D	24名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年3月18日	3D　6C　6D　7C　7D	8名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年3月23日	3A　3D　4B　5A　6D 7D	23名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年3月25日	6C　6D　7C　7D	7名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年3月30日	3A　3D　4B　5A　6D 7D	20名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	

緩和ケアラウンド実績

日　程	病　棟	患者数	担　当　者	内　容
2021年４月２日	5B　6C　6D	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４月５日	3C　3A　4B　6A　6C 6D　7C	８名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月６日	3A　4A	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月７日	3A　4B　6A　6D　7C 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４月８日	4A　4B　6A　6C　6D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月９日	6A　6C　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月12日	3C　5B　6D　7C	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月13日	3A　6D　7C　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４月14日	3C　5B　6C　6D	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月15日	3C　5B　6C　6D	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月16日	3A　6A　6C　6D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月19日	6C　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月20日	4A　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	
2021年４月21日	6C　6D　7C	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月22日	6C　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月23日	6C　7C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月26日	6D	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月27日	4A	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４月28日	4B　6A　6D　7C	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年４月30日	4B　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月６日	4B　7C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月７日	4B	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月11日	4B　6A　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	
2021年５月12日	4B　6A	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月13日	4B	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月14日	4B	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月17日	3C　4B　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月18日	4A　4B	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月19日	3C　4B　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	
2021年５月20日	3A　3C　4B	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月21日	3A　3C　4B　7D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月24日	3C　4B　6C	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月25日	4A　7D	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月26日	3C　4B　6D　7C　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５月27日	3C　6B　6C　6D	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月28日	6C	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年５月31日	3A　3C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年６月１日	4A	５名	医師　看護師　臨床心理士	

日　程	病　棟	患者数	担　当　者	内　容
2021年6月2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	・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6月3日	3C　4B　6D　7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月4日	3A　3C　6C　6D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月7日	4B　6C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月8日	4A	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月9日	3C　4B　6C　7D	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6月10日	3C　4B　6A　6C	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月11日	3C　4B　6A　6C	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月14日	3C　4B　6A　6C	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月15日	4A　7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月16日	4B　6A　6C　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6月17日	4B　6A　6D　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月18日	3C　6A	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月21日	6A　6D　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月22日	4A	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月23日	3C　4B　6A　6C　6D 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6月24日	3C　6A	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月25日	3C　6A　6C　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月28日	4B　6A　6C　7D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月29日	4A　7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年6月30日	4B　6A　6C　6D　7D	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7月1日	3A　6A　6C　7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月2日	3A　6D　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月5日	6A　7D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月6日	6A　6C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月7日	6A　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	
2021年7月8日	6A　7D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月12日	6D　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月14日	3C　6C　6D　7D	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7月15日	3C　6C　7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月16日	6C　6D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月19日	6C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月20日	4A	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月21日	3C　5A　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	
2021年7月26日	3C　5A　6C　7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月27日	3C　4A	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月28日	3C　4B　5A　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	
2021年7月29日	5A　6C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年7月30日	4B　6C　6D	5名	医師　看護師　臨床心理士	

日　程	病　棟	患者数	担　当　者	内　容
2021年８月２日	3C　5A　6D	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８月３日	4A	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月４日	3C　5A　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	
2021年８月５日	3C　5A　6C	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月６日	3C　6C　6D　7D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月７日	4B　5A　6D　7D	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８月11日	4B　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月12日	4B　5A　6D　7D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月16日	5A	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月17日	4A	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月18日	5A　5B　6D　7D	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８月19日	4B　5A　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月20日	3C　4B	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月23日	3C　4B　5B　6D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月24日	4B	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	
2021年８月25日	3C　4B　5B　6D	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月26日	3C　4B　6D　7D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月27日	3A　3C　4B	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月30日	3A　3C　4B　6D　7D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年８月31日	4A	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月１日	4B　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	
2021年９月２日	6C	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月３日	6C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月６日	3A　4B　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月７日	4A	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月８日	3A　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	
2021年９月９日	3A　6C	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月10日	3A　4B	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月13日	3A　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月14日	4A	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月15日	3A　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	
2021年９月16日	3A	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月17日	3A　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月20日	3A　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月21日	4A	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月22日	3A	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	
2021年９月24日	3A　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月27日	3A　6D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月28日	4A	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年９月29日	3A　4B　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	

日　程	病　棟	患者数	担　当　者	内　容
2021年9月30日	3A　6D	2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10月1日	3A　6C　6D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月4日	3A　6C　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月5日	3A　4A　6C　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月6日	3A　4B　6C　6D　7D	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10月7日	3A　4A　6C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月8日	3A　3D　4B　5B　6C 7D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月11日	3A　5B　6C　6D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月12日	3A　5A　6C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月13日	3A　4B	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月14日	6D	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月18日	3A	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月19日	3A　4A　7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月20日	3A　7D	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	
2021年10月21日	3A　4B　7C　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月22日	6D　7C　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月25日	6D　7C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月26日	3A　4A　7C	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月27日	3A　4B　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	
2021年10月28日	4B　6D　7C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年10月29日	4B　6D　7C　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月1日	4B　6D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月2日	4A　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月4日	7D	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月8日	4B　6D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月9日	4A　4B　6D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月10日	3A　4B　6C　7C　7D	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11月11日	6C　7C　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月12日	6C　7D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月15日	6C　7C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月16日	4A　4B　5A　6D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月17日	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	
2021年11月18日	4B　5A	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月19日	4A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月22日	4B　5A　6C　6D　7C	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月24日	5A　6C　7C　7D	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11月25日	6D　7D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月26日	3A　6C　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月29日	6D　7D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年11月30日	3A　6C　6D　7C	4名	医師　看護師　臨床心理士	

日　程	病　棟	患者数	担　当　者	内　容
2021年12月１日	4B　6D　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	・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12月２日	6B　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月７日	4A	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月８日	4B　6C　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	
2021年12月９日	3A　6C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月10日	6C　7C	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月13日	3A　4B　6D　7D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月14日	4A	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月15日	3A　4B　6D　7D	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	
2021年12月16日	6C　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月17日	3A　4B	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月20日	3A　4B　6D　7D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月21日	4B	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月22日	4B　6D　7C　7D	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12月23日	4B　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月24日	4B　6D　7D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月27日	4B	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2021年12月28日	4A	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月４日	4A　6D　7D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月５日	6C	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	
2022年１月６日	6C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月７日	6C　7D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月11日	4A　6C	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月12日	6C　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	
2022年１月13日	6C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月14日	4A　6C　6D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月17日	6C　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月18日	4A	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月19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	
2022年１月20日	6D	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月21日	6C　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月24日	6C　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月25日	4A	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月26日	6C　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	
2022年１月28日	6B　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年１月31日	6D	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年２月１日	4A	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年２月２日	7D	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年２月４日	6C　6D		医師　看護師　臨床心理士	
2022年２月７日	6D　7D	２名	医師　看護師　臨床心理士	

日　程	病　棟	患者数	担　当　者	内　容
2022年2月8日	4A	2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．
2022年2月9日	6C	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	
2022年2月10日	7D	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年2月11日	7D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年2月14日	3A　4B　6C　6D　7D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年2月15日	5B　6C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年2月16日	6C　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	
2022年2月17日	4B　5B　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年2月18日	4B　6D　7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年2月21日	6D　6C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年2月22日	6D　4A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年2月24日	3A　4B　6D　6C　7D	7名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年2月25日	3A　4B　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年2月28日	3A　4B　6C　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月1日	3A　4A　4B　6D		医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月2日	4B　5B　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	
2022年3月3日	5B	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月4日	4B　6D　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月7日	3A　6C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月8日	4A　6C　7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月9日	5B　6B　6C　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	
2022年3月10日	6B　6D　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月11日	3A　6B　6C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月14日	3A　5B　6B　6C　6D 7C	7名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月15日	4A　6C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月16日	3A　6B　6C　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	
2022年3月17日	3A　4B　6C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月18日	6C　6D　7C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月22日	4A　6C	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月23日	3A　4B　6D　7D　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	
2022年3月24日	3A　4B　5B　6C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月25日	3A　4B　5B　6C　6D 7C	7名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月28日	3A　4B　7C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月29日	3A　4B　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年3月30日	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	
2022年3月31日	4B	1名	医師　看護師　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
2021年４月９日 14:30～15:45	4B　5A　5E	４名	皮膚科医師 奥沢　康太郎 髙溝　真成 髙島　彩加 沢田　広子 看護師 白岩　喜美代 長野　萌 薬剤師 小野　勝 内村　恭子 管理栄養士 花川　卓子	褥瘡の評価，栄養管理の提案４名 病棟看護師へ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価・ポケット評価⑤フィブラストスプレーの薬効と使用方法⑥創傷処置・重度褥瘡処置コストチェック実施⑦膀胱留置カテーテルの固定方法⑧靴を履く時に保護材がずれない固定方法⑨定期的に写真で記録を残す
2021年４月23日 14:30～16:25	3C　3D　6D　7D	６名		褥瘡の評価，栄養管理の提案３名 病棟看護師へ指導①看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価⑤退院前カンファレンスで検討する項目⑤保湿ケア強化⑥エクスジェルマット（小）とサーモコントア車いす用の使用効果の違い
2021年５月14日 14:30～16:30	3A　3B　4B　5E	６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退院後の療養環境の確認と家族指導⑥重度褥瘡処置コストチェック実施⑦踵部の除圧⑧靴を履く時に保護材がずれない固定方法⑨注入中の除圧ケア⑩グランデの設定
2021年５月28日 14:30～16:00	3C　6C　6D　7D	４名		褥瘡の評価，治癒判定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⑤定期的に写真で記録を残す⑥注入中の除圧ケア⑦褥瘡治癒部の再発予防ケア
2021年６月11日 14:30～15:20	3A　5E	４名		褥瘡の評価，栄養管理の提案１名 滲出液が多い症例の薬剤変更 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⑤付加食摂取状況の記録⑥退院後の療養環境の情報収集と準備⑦ NST ラウンド時の助言の情報共有⑧オスカーの適切な設定⑨重度褥瘡処置コストチェック実施
2021年６月25日 14:30～15:15	3D　7D	３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看護計画修正② SGA 評価③看護指示入力④ DESIGN-R 評価⑤治癒症例の再発予防ケア⑥下肢保温⑦栄養補助食品摂取量の記録⑧保湿ケア強化
2021年７月９日 14:40～15:15	3A　5A　5E	３名		褥瘡の評価，褥瘡診断１名，褥瘡除外１名（真菌感染症），栄養管理の提案名 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創傷処置コストチェック実施⑥骨突出部に疼痛がある時のケア方法
2021年７月16日 14:30～15:15	3D　7D	３名		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，褥瘡サイズ計測方法⑤保護を剥がしてしまう症例の固定方法⑥創傷処置コストチェック実施⑦治癒症例の再発予防ケア
2021年８月13日 14:30～15:10	4B　5A　6B	４名		褥瘡の評価，治癒判定１名，栄養管理の提案２名 C 対応中患者はカンファレンスのみ実施 踵部除圧困難症例にハイドロサイトヒールタイプ保護開始 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価，付加食摂取の記録③看護指示入力④ DESIGN-R 評価
2021年８月27日 14:30～16:00	3C　3D　7C　7D	６名		褥瘡の評価，栄養管理の提案５名　ポケット計測実施 リンクナースへ指導①看護計画修正② SGA 評価，付加食摂取の記録③看護指示入力④ DESIGN-R 評価，ポケット計測と評価方法⑤重度褥瘡処置コストチェック実施
2021年９月10日 14:15～16:00	3A　3B　5A	11 名		褥瘡の評価，治癒判定４名，褥瘡除外２名，栄養管理の提案７名 褥瘡ハイリスク該当者の両踵部にメピレックスボーダープロテクト保護開始 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再発予防ケアと地域連携⑥自宅退院予定患者の療養環境整備⑦体圧分散寝具選択，看護指示入力，アドバン使用時の除圧強化⑧創傷処置コストチェック実施

日　程	病　棟	患者数	担当者	内　容
2021年9月24日 14:20～16:45	3D　6D　7C　7D	10名	皮膚科医師 奥沢　康太郎 髙溝　真成 髙島　彩加 沢田　広子 看護師 白岩　喜美代 長野　萌 薬剤師 小野　勝 内村　恭子 管理栄養士 花川　卓子	褥瘡の評価，治癒判定2名，褥瘡除外1名，栄養管理の提案7名 リンクナースへ指導①看護計画修正，看護計画評価間隔②SGA評価③看護指示入力④DESIGN-R評価⑤外旋しやすい症例のポジショニング・踵部除圧のポジショニング⑥褥瘡処置コストチェック実施⑦ポケット部の洗浄方法⑧栄養補助食品の摂取状況記録⑨適切な薬剤塗布量⑨エアマット種類の選択
2021年10月8日 14:30～15:30	3A　4B　5A	4名		褥瘡の評価，栄養管理の提案2名 薬剤処置で苦痛が強い症例の処置変更（創傷被覆材使用へ変更） リンクナースへ指導①看護計画修正②SGA評価③看護指示入力④DESIGN-R評価⑤エクスジェルマット追加⑥付加食摂取状況の確認と記録⑦褥瘡部写真記録の実施⑧褥瘡処置コストチェック実施
2021年10月22日 14:30～15:50	3D　6D　7D	5名		褥瘡の評価，褥瘡除外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②SGA評価③看護指示入力，実施入力④DESIGN-R評価⑤患者状態入力⑥退院後の療養環境やサービス調整
2021年11月12日 14:30～15:00	3B　6B	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②SGA評価③看護指示入力④DESIGN-R評価⑤耳介部と踵部の褥瘡発生予防のポジショニング⑥壊死組織を伴う褥瘡部の洗浄方法
2021年11月26日 14:30～15:30	3D　6D　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②SGA評価③看護指示入力④DESIGN-R評価⑤褥瘡部の計測と計測体位の統一について⑥滲出液が多い褥瘡保護方法⑦失禁関連皮膚炎の薬剤処置について⑧退院後の家族への処置指導
2021年12月10日 14:30～15:15	3A　4B　5A	5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看護計画修正②SGA評価③看護指示入力④DESIGN-R評価⑤褥瘡部写真記録の実施⑥褥瘡処置コストチェック実施
2021年12月24日 14:30～15:50	3D　6D　7D	8名		褥瘡の評価，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②SGA評価③看護指示入力④DESIGN-R評価⑤壊死組織を伴う褥瘡の洗浄方法⑥褥瘡ありチェックリストに沿った電子カルテ入力⑦失禁関連皮膚炎の薬剤処置について⑧保湿ケア強化⑨耳介部褥瘡予防のポジショニング⑨注入中の除圧ケア強化⑩褥瘡部写真記録の実施
2022年1月14日 14:30～15:20	3A　4B　5E	4名		褥瘡の評価，治癒判定2名 リンクナースへ指導①看護計画修正②SGA評価③看護指示入力④DESIGN-R評価⑤注入中の除圧ケア強化⑥褥瘡処置コストチェック実施⑦排泄物による汚染がある症例の保護方法
2022年1月28日 14:30～15:30	5E　6C　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保湿ケア強化②SGA評価③看護指示入力④DESIGN-R評価⑤退院後の療養環境調整，家族への指導⑥経過表観察項目入力⑦付加食摂取状況記録
2022年2月18日 14:30～14:55	3A　5E	2名		褥瘡の評価，栄養管理の提案1名 リンクナースへ指導①ポケット形成を伴う褥瘡の薬剤塗布方法②SGA評価③看護指示入力④DESIGN-R評価⑤重度褥瘡処置コストチェック
2022年2月25日 14:30～15:30	3D　6D	3名		褥瘡の評価，栄養管理の提案2名，壊死組織の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②SGA評価③看護指示入力④DESIGN-R評価⑤エアマットの設定⑥ポケットを伴う褥瘡の計測と計測体位の統一⑦褥瘡対策に関する診療計画書作成
2022年3月11日 14:30～15:25	5A	5名		褥瘡の評価，治癒判定2名，栄養管理の提案5名 リンクナースへ指導①看護計画修正②SGA評価③看護指示入力④DESIGN-R評価⑤日常生活自立度が拡大した時の体圧分散寝具変更⑥自宅での療養環境の情報収集と退院支援リンクナースとの連携⑦創傷処置コストチェック⑧褥瘡部写真記録の実施
2022年3月25日 14:30～16:15	3D　6C　6D　7C 7D	8名		褥瘡の評価，治癒判定2名，栄養管理の提案5名，ポケット計測 リンクナースへ指導①看護計画修正と看護計画評価間隔②SGA評価③看護指示入力④DESIGN-R評価⑤車椅子用クッションとエクスジェルマット（小）の違い⑥創傷処置コストチェック⑦円背症例のココロール保護方法⑧ポケットを伴う褥瘡の薬剤塗布方法と洗浄方法

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
2021年４月６日	3B　3C　6D　7D	４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．
2021年４月８日	3A　3B　3D	３名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年４月13日	3B　6D	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４月15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４月20日	3D　6D	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４月27日	3B　3D	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５月６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５月11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５月13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	
2021年５月27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	
2021年６月１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６月８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６月10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６月24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６月29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７月１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７月８日	3D　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７月15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７月20日	3A	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７月27日	3A　3B	３名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年７月29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８月３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８月10日	3B　3D	４名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年８月19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８月24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	

日程	病棟	患者数	担当者	内容
2021年8月26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	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．
2021年9月7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	
2021年9月9日	3A	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9月14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9月16日	3A	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9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	
2021年10月5日	6C	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10月14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	
2021年10月19日	4A	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10月21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	
2021年10月26日	4A	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11月2日	4A	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11月4日	4A	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11月9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11月18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11月25日	3A	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11月30日	3B	3名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2021年12月7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	
2021年12月9日	3D	1名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2021年12月14日	3D	1名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2021年12月16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	
2021年12月21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	
2021年12月23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	
2021年12月28日	3B　3D	2名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2022年1月4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	
2022年1月11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
2022年１月18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	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．
2022年１月25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	
2022年２月３日	3B	１名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2022年２月10日	3B	１名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2022年２月17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	
2022年２月24日	3B	１名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2022年３月１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	
2022年３月３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	
2022年３月８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	
2022年３月10日	3B　3D	２名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2022年３月17日	3B	２名	医師　看護師　理学療法士 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		
Vancomycin Intoxication and Cefepime-induced Encephalopathy Treated by Abdominal Drainage of Massive Ascites in Addition to Online Hemodiafiltration	Tomoki Taniguchi，Yuta Inoue，Mitsuru Itoh，Mayumi Tomita，Tadashi Kamata，Noriyuki Iehara	Intern Med 60(11):1737-1742, 2021
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	京都市立病院紀要 41:1-4, 2021
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＊	京都市立病院紀要 41:18-22, 2021
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	京都市立病院紀要 41:23-28, 2021
腎臓内科		
Acute Brachial Arterial Embolic Occlusion Following Anticoagulant Discontinuation in a Renal Biopsy of a Nephrotic Syndrome Patient	Tomoki Taniguchi，Mayumi Tomita，Hiroyuki Ikeda，Ryo Kamimatsuse，Kojiro Yamamoto，Ai Shimizu，Yuko Yanai，Tadashi Kamata，Noriyuki Iehara	Intern Med 60(21):3453-3458, 2021
無除水血液透析で改善した尿毒症性心膜炎の一例	山本耕治郎，松田　稜，池田紘幸，谷口智基，上松瀬良，志水愛衣，矢内祐子，富田真弓，鎌田　正，家原典之	透析会誌 54(10):541-6, 2021
Renal venous congestion following hemorrhagic shock due to traumatic liver injury: A case report	Tomoki Taniguchi，Fujimoto Y*，Yawata H*，Horiguchi M*，An B*，Takegami T*，Takashina K*	CEN Case Rep 10(2):178-183, 2021
Vancomycin intoxication and cefepime-induced encephalopathy treated by abdominal drainage of massive ascites in addition to online hemodiafiltration: A case report	Tomoki Taniguchi，Yuta Inoue，Mitsuru Itoh，Mayumi Tomita，Tadashi Kamata，Noriyuki Iehara	Intern Med 60(11):1737-1742, 2021
感染症科		
尿路感染症 ～簡単ではないその診断	青木一晃，山本舜悟	シリーズ G ノート 逃げない内科診療 :247-250, 2021
CRP の上手な使い方	青木一晃，山本舜悟	medicina 58(5):590-593, 2021
【新型コロナウイルス・パンデミック―今こそ知っておきたいこと，そして考えるべき未来】［I 章］COVID-19 診療の基本　総合診療医が今知っておくべきこと　COVID-19 の診断推論　コモンな臨床経過とピットフォール	山本舜悟	総合診療 31(1):14-9, 2021
【内科疾患の診断基準・病型分類・重症度】（第 5 章）感染症 急性上気道感染症	山本舜悟	内科 127(4):718-719, 2021
11 高齢者の感染症，12 結核を疑ったら	山本舜悟	Dr. 林の高齢者救急・急変お助け本―高齢者が好きになる（林寛之　編著），日本医事新報社，東京：pp127-145, 2021
Capnocytophaga sputigena Sepsis in a Severe Aplastic Anemia Patient	Nobuki Iwamoto，Matsumoto Y*，Kentaro Tochitani，Uchiyama H*	Intern Med 60(23):3843, 2021

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
インフルエンザ ～検査・治療のポイントと，大切な患者への説明	住吉翔元，山本舜悟	シリーズ G ノート 逃げない内科診療 :251-254, 2021
新型コロナウイルス感染症流行への対応 ～この一年を振り返って～	清水恒広	新型コロナウイルスとの闘いⅡ・看護師が見たパンデミック（特定非営利活動法人　地域医療・介護研究会 JAPAN，株式会社ヘルスケア・システム研究所，共著），京都： pp52-62, 2021
臨床研究の道標　総合診療　各論編　患者のメンタルヘルスと抗菌薬処方の関連に迫る	栃谷健太郎	Primaria 46:p14-17, 2021
血液培養陽性の場合，常に血液培養のフォローアップは必要ですか？	栃谷健太郎	臨床検査 45(4):412-413, 2021
抗マラリア薬予防内服にもかかわらず発症し PCR で診断に至ったコンゴ民主共和国帰国後の四日熱マラリアの１例	山下直生，栃谷健太郎，岩本伸紀，青木一晃，元林寛文，山本舜悟，清水恒広	日本内科学会雑誌 110(1):85-91, 2021
Added value of clinical prediction rules for bacteremia in hemodialysis patients: An external validation study	Sasaki S*，Raita Y*，Murakami M*，Shungo Yamamoto，Kentaro Tochitani，Hasegawa T*，Fujisaki K*，Fukuhara S*	PLoS One 16(2):e0247624, 2021
Accuracy of deep learning-based computed tomography diagnostic system for COVID-19: A consecutive sampling external validation cohort study	Ikenoue T*，Kataoka Y*，Matsuoka Y*，Matsumoto J*，Kumasawa J*，Kentaro Tochitani，Funakoshi H*，Hosoda T*，Kugimiya A*，Shirano M*，Hamabe F*，Iwata S*，Fukuma S*，Japan COVID-19 AI team	PLoS One 16(11):e0258760, 2021
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，元林寛文，輿語　葵，清水恒広	京都市立病院紀要 41:5-12, 2021
小児科		
Single-arm non-blinded multicenter clinical trial on T-cell-replete haploidentical stem cell transplantation using low-dose antithymocyte globulin for relapsed and refractory pediatric acute leukemia	Kada A*，Kikuta A*，Saito AM*，Kato K*，Iguchi A*，Yabe H*，Hiroyuki Ishida，Hyakuna N*，Takahashi Y*，Nagasawa M*，Hashii Y*，Umeda K*，Matsumoto K*，Fujisaki H*，Yano M*，Nakazawa Y*，Sano H*	Kurume Med J 66(3):161-168, 2021
Effect of extramedullary disease on allogeneic hematopoietic cell transplantation for pediatric acute myeloid leukemia: a nationwide retrospective study	Sakaguchi H*，Miyamura T*，Tomizawa D*，Taga T*，Hiroyuki Ishida，Okamoto Y*，Koh K*，Yokosuka T*，Yoshida N*，Sato M*，Noguchi M*，Okada K*，Hori T*，Takeuchi M*，Kosaka Y*，Inoue M*，Hashii Y*，Atsuta Y*	Bone Marrow Transplant 56(8):1859-1865, 2021
Long-term outcome in patients with Fanconi anemia who received hematopoietic stem cell transplantation: a retrospective nationwide analysis	Yabe M*，Morio T*，Tabuchi K*，Tomizawa D*，Hasegawa D*，Hiroyuki Ishida，Yoshida N*，Koike T*，Takahashi Y*，Koh K*，Okamoto Y*，Sano H*，Kato K*，Kanda Y*，Goto H*，Takita J*，Miyamura T*，Noguchi M*，Kato K*，Hashii Y*，Astuta Y*，Yabe H*	Int J Hematol 113(1):134-144, 2021

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
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(6):893-902, 2021
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(7):2092-2096, 2021
小児性骨髄性白血病（AML）経験者の就学・就労促進に関わる要因と支援	宮下佳代子 *，小林京子 *，山口悦子 *，足立壮一 *，長谷川大一郎 *，岩本彰太郎 *，小林良二 *，照井君典 *，今村俊彦 *，嶋田　明 *，金井理恵 *，早川　晶 *，力石　健 *，田村真一，佐藤　篤 *，堀部敬三 *，大杉夕子 *，小児白血病研究会（JACLS）AML 小委員会	日本小児血液・がん学会雑誌 58(1):12-18, 2021
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	京都市立病院紀要 41:13-17, 2021
緩和ケア科		
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	京都市立病院紀要 41:42-46, 2021
呼吸器外科		
Are volume-dependent parameters in positoron emission tomography predictive of postoperative recurrence after resection in patients with thymic carcinoma?	Hamaji M*，Koyasu S*，Omasa M*，Nakakura A*，Morita S*，Nakagawa T*，Miyahara S*，Miyahata R*，Yokoyama Y*，Kawakami K*，Takahashi M*，Muranisi Y*，Ryo Miyahara，Sumitomo R*，Hang CL*，Aoyama A*，Takahasi Y*，Date H*	Surgery Today 51(2):322-326, 2021
整形外科		
Stand-Alone Anterior Cervical Discectomy and Fusion Using an Additive Manufactured Individualized Bioactive Porous Titanium Implant without Bone Graft：Results of a Prospective Clinical Trial.	Fujibayashi S*，Mitsuru Takemoto，Nakamura T*，Matsushita T*，Kokubo T*，Sasaki K*，Mori S*，Matsuda S*	Asian Spine J 15(3):373-380, 2021
Long-term Radiographic Outcome of Occipitocervical Fixation: An Analysis of Fusion Rate and Spontaneous Subaxial Alignment Change at an Average 7-year Follow-up.	Shimizu T*，Fujibayashi S*，Otsuki B*，Mitsuru Takemoto，Murata K*，Matsuda S*	Spine (Phila Pa 1976) 46(3):152-159, 2021
The Impact of Corrective Surgery on Health-Related Quality of Life Subclasses in Adult Scoliosis: Will Degree of Correction Prognosticate Degree of Improvement?	Cawley DT*，Mitsuru Takemoto，Boissiere L*，Larrieu D*，Kieser DC*，Fujishiro T*，Hayashi K*，Bourghli A*，Yilgor C*，Alanay A*，Perez Grueso FJ*，Pelisse F*，Kleinstück F*，Vital JM*，Obeid I*，European Spine Study Group，ESSG	Eur Spine J 30(7):2033-2039, 2021
リハビリテーション科		
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	京都市立病院紀要 41:54-57, 2021

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
皮膚科		
左腋窩に生じたアポクリン腺癌の１例	古谷佳美，本田治樹 *，中川弘己 *，永田　誠 *	皮膚科の臨床 63(3):373-376, 2021
肺転移をきたした巨大基底細胞癌の１例	新谷友香 *，金久史尚 *，小森敏史 *，浅井　純 *，竹中秀也，加藤則人 *	臨床皮膚科 75(4):307-312, 2021
泌尿器科		
Clinical feasibility and acceptability of adding cognitive behavioral therapy to pharmacotherapy for drug-resistant overactive bladder in women: A single-arm pilot study.	Funada S*，Watanabe N*，Goto T*，Negoro H*，Akamatsu S*，Uozumi R*，Kishimoto S*，Ichioka K*，Takehiko Segawa，Furukawa T*，Ogawa O*	Low Urin Tract Symptoms 13(1):69-78, 2021
Effect of Continued Perioperative Anticoagulant Therapy on Bleeding Outcomes Following Robot-assisted Radical Prostatectomy	Kubota M*，Matsuoka T*，Yamasaki T*，Kokubun H*，Hagimoto H*，Murata S*，Noriyuki Makita，Suzuki I*，Abe Y*，Tohi Y*，Naofumi Tsutsumi，Inoue K*，Kawakita M*	Urology. 148:151-158, 2021
腹腔鏡ならびにロボット支援前立腺全摘除術の拡大リンパ節郭清術における pN1 症例の術後再発リスク因子	山口立樹 *，村田詩織 *，国分英利 *，牧田哲幸，阿部陽平 *，久保田 聖史 *，堤　尚史，杉野善雄 *，宇都宮紀明 *，岡田卓也 *，井上幸治 *，川喜田睦司 *	泌尿器科紀要 67(3):83 -90, 2021
Two cases of immunoglobulin G4-related disease diagnosed by transvaginal urethral needle biopsy	Murata S*，Inoue K*，Noriyuki Makita，Suzuki I*，Kubota M*，Tohi Y*，Sugino Y*，Kawakita M*	IJU Case Rep 4(5):282-284, 2021
Comparison between 5-aminolevulinic acid photodynamic diagnosis and narrow-band imaging for bladder cancer detection	Hagimoto H*，Noriyuki Makita，Mine Y*，Kokubun H*，Murata S*，Abe Y*，Kubota M*，Naofumi Tsutsumi，Yamasaki T*，Kawakita M*	BMC Urol 21(1):180, 2021
産婦人科		
腟に孤発再発した婦人科悪性腫瘍に対する組織内照射の予後検討	大井仁美，山田惇之，山本　櫻，小木曽望，坪内万祐子，山本浩之，藤原葉一郎，大津修二	産婦の進歩 73(3):177-184, 2021
眼科		
Effects of aging on human meibum	Butovich IA*，Tomo Suzuki	Inves Ophthalmol Vis Sci 62(12):23, 2021
Common features and intra-species variation of Cutibacterium modesutum strains, and emended descriptiion of the species	Dekio I*，Okuda KI*，Nishida M*，Hamada-Tsutumi S*，Tomo Suzuki，Kinoshita S*，Tamura H*，Ohmura K*，Murakami Y*，Kinjo Y*，Asahina A*	Microorganisms 9(11):2343, 2021
若年女性の繰り返す角結膜炎	鈴木　智	専門医必携眼科鑑別診断実力アップ Q&A（山田昌和，平塚義宗編），南江堂 , 2021
マイボーム腺異常	鈴木　智	角膜クリニック　第３版（西田幸二，井上幸次，渡辺　仁，前田直之編），医学書院 , 2021
［オキュラーサーフェスの基本と実践］眼瞼炎（Blepharitis）	鈴木　智	OCULISTA 100(7):21-26, 2021
霰粒腫と MGD の疫学	鈴木　智	眼科 63(10):939-943, 2021

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
［病診連携にもとづく眼科診療ガイド］眼瞼縁炎	鈴木　智	臨床眼科 75(11):53-58, 2021
前眼部 OCT（前眼部 3 次元画像解析）	張　佑子，稗田　牧	眼科検査ガイド　第 3 版（飯田知弘，近藤峯生，中村　誠，山田昌和編），文光堂 , 2021
放射線診断科		
急性腹膜炎の画像診断～腹膜炎を感じ取る画像所見とは	谷掛雅人	日本医事新報 (5077):18-28, 2021
これをみつけたら即対応　重要疾患を読影でみきわめる　消化管救急疾患領域	谷掛雅人	臨床画像 37(12):1472-1484, 2021
放射線治療科		
当院における緩和的放射線療法	平田希美子	京都市立病院紀要 41:50-53, 2021
病理診断科		
Part Ⅰ大腸内視鏡の基礎知識　5 内視鏡所見と病理組織所見の究極の対比方法	岸本光夫	症例から学ぶ　内視鏡医・内視鏡技師のための大腸腫瘍診断・治療，金芳堂 :55-60, 2021
第 3 部鑑別ポイント　Ⅱ虫垂粘液性腫瘍の鑑別診断	岸本光夫	腫瘍病理鑑別診断アトラス　十二指腸・小腸・虫垂腫瘍，文光堂 :189-192, 2021
第 3 部病理診断の実際　Ⅴ内視鏡切除検体の組織診断	森永友紀子 *，岸本光夫	腫瘍病理鑑別診断アトラス　大腸癌，文光堂 :239-247, 2021
Ⅰ章総論　切除検体の取り扱いから組織標本の作製まで―病理医の立場から	岸本光夫	百症例式　胃の拡大内視鏡×病理対比アトラス，医学書院 :27-32, 2021
3-1 生検が確定診断に有用な非腫瘍性食道疾患の病理学的特徴	森永友紀子 *，岸本光夫	消化器内科 3(10):18-26, 2021
Xanthomatous change を伴った sessile serrated adenoma/polyp with cytological dysplasia の 1 例	吉田直久 *，岸本光夫，安田　律 *，村上貴彬 *，廣瀬亮平 *，井上　健 *，土肥　統 *，森永友紀子 *，小西英一 *，稲田　裕 *，伊藤義人 *	胃と腸 56(2):243-254, 2021
虚血性大腸炎を合併し，全周性直腸壁肥厚を呈した前立腺癌直腸浸潤の 1 例	尾花貴志 *，岸本光夫	日本消化器病学会雑誌 118(2):154-160, 2021
原発性肺癌手術例における CD10 の発現性と患者予後に関する検討	山口直則 *，松居由香 *，岩﨑　雅 *，井伊庸弘 *，岸本光夫	医学検査 70(3):385-393, 2021
Helicobacter pylori 未感染胃に発生した胃底腺粘膜型胃癌の 1 例	岸埜高明 *，北村陽子 *，金政和之 *，田中斉祐 *，森康二郎 *，福本晃平 *，岡本直樹 *，島田啓司 *，岸本光夫	胃と腸 56(7):896-901, 2021
X 染色体分析を実施した高齢男性乳癌の 1 例	山口直則 *，松居由香 *，藤原郁也 *，岸本光夫	日本臨床細胞学会雑誌 60(5):295-297, 2021
Clinicopathological Characteristics of Low-Grade Appendiceal Mucinous Neoplasm	Yamaguchi T*，Murata K*，Shiota T*，Takeyama H*，Noura S*，Sakamoto K*，Suto T*，Takii Y*，Nagasaki T*，Takeda T*，Fujii M*，Kagawa Y*，Mizushima T*，Ohno Y*，Yao T*，Mituo Kishimoto，Sugihara K*，Study Group of Appendiceal Neoplasms in the JSCCR	Dig Surg 38(3):222-229, 2021
Duodenal Bulbous Lesion With a Bouquet-of-Roses-like Appearance	Yasuda T*，Dohi O*，Mituo Kishimoto	Gastroenterology 161(2):e43-e45, 2021

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
Increased mucosal IL-12 expression is associated with relapse of ulcerative colitis	Uchiyama K*, Takagi T*, Mizushima K*, Kajiwara-Kubota M*, Kashiwagi S*, Toyokawa Y*, Tanaka M*, Hotta Y*, Kamada K*, Ishikawa T*, Konishi H*, Mituo Kishimoto, Naito Y*, Itoh Y*	BMC Gastroenterol 21(1):122, 2021
Expression and Role of CFTR in Human Esophageal Squamous Cell Carcinoma	Matsumoto Y*, Shiozaki A*, Kosuga T*, Kudou M*, Shimizu H*, Arita T*, Konishi H*, Komatsu S*, Kubota T*, Fujiwara H*, Okamoto K*, Mituo Kishimoto, Konishi E*, Otsuji E*	Ann Surg Oncol 28(11):6424-6436, 2021
Complete one-to-one correspondence between magnifying endoscopic and histopathologic images: the KOTO method II	Majima A*, Mituo Kishimoto, Dohi O*, Fujita Y*, Morinaga Y*, Yoshimura R*, Ishida T*, Kamada K*, Konishi H*, Naito Y*, Itoh Y*, Konishi E*	Gastric Cancer 24(6):1365-1369, 2021
ANO9 regulates PD-L2 expression and binding ability to PD-1 in gastric cancer	Katsurahara K*, Shiozaki A*, Kosuga T*, Shimizu H*, Kudou M*, Arita T*, Konishi H*, Komatsu S*, Kubota T*, Fujiwara H*, Okamoto K*, Mituo Kishimoto, Konishi E*, Otsuji E*	Cancer Sci 112(3):1026-1037, 2021
LRRC8A influences the growth of gastric cancer cells via the p53 signaling pathway	Kurashima K*, Shiozaki A*, Kudou M*, Shimizu H*, Arita T*, Kosuga T*, Konishi H*, Komatsu S*, Kubota T*, Fujiwara H*, Okamoto K*, Mituo Kishimoto, Konishi E*, Otsuji E*	Gastric Cancer 24(5):1063-1075, 2021
Functional Analysis and Clinical Significance of Chloride Channel 2 Expression in Esophageal Squamous Cell Carcinoma	Mitsuda M*, Shiozaki A*, Kudou M*, Shimizu H*, Arita T*, Kosuga T*, Konishi H*, Komatsu S*, Kubota T*, Fujiwara H*, Okamoto K*, Mituo Kishimoto, Konishi E*, Otsuji E*	Ann Surg Oncol 28(9):5384-5397, 2021
Risk of lymph node metastasis after endoscopic treatment for rectal NETs 10 mm or less	Inada Y*, Yoshida N*, Fukumoto K*, Hirose R*, Inoue K*, Dohi O*, Murakami T*, Ogiso K*, Tomie A*, Kugai M*, Yoriki H*, Inagaki Y*, Hasegawa D*, Okuda K*, Okuda T*, Morinaga Y*, Mituo Kishimoto, Itoh Y*	Int J Colorectal Dis 36(3):559-567, 2021
The efficacy of linked color imaging for the endoscopic diagnosis of mucosal healing in quiescent ulcerative colitis	Takagi T*, Uchiyama K*, Kajiwara-Kubota M*, Kashiwagi S*, Toyokawa Y*, Hotta Y*, Tanaka M*, Inoue K*, Dohi O*, Yoshida N*, Kamada K*, Ishikawa T*, Konishi H*, Mituo Kishimoto, Yagi N*, Naito Y*, Itoh Y*	J Gastroenterol Hepatol 36(9):2448-2454, 2021

論題	著者名	誌名 巻（号）：ページ，年
The expression of the alpha1 subunit of Na+/K+-ATPase is related to tumor development and clinical outcomes in gastric cancer	Nakamura K*, Shiozaki A*, Kosuga T*, Shimizu H*, Kudou M*, Ohashi T*, Arita T*, Konishi H*, Komatsu S*, Kubota T*, Fujiwara H*, Okamoto K*, Mituo Kishimoto, Konishi E*, Otsuji E*	Gastric Cancer 24(6):1278-1292, 2021
Recurrence rate and lesions characteristics after cold snare polypectomy of high-grade dysplasia and T1 lesions: A multicenter analysis	Yoshida N*, Fukumoto K*, Hasegawa D*, Inagaki Y*, Inoue K*, Hirose R*, Dohi O*, Ogiso K*, Murakami T*, Tomie A*, Okuda K*, Inada Y*, Okuda T*, Rani RA*, Morinaga Y*, Mituo Kishimoto, Itoh Y*	J Gastroenterol Hepatol 36(12):3337-3344, 2021
Cold snare polypectomy for large sessile serrated lesions is safe but follow-up is needed: a single-centre retrospective study	Yoshida N*, Inoue K*, Tomita Y*, Hashimoto H*, Sugino S*, Hirose R*, Dohi O*, Naito Y*, Morinaga Y*, Mituo Kishimoto, Inada Y*, Murakami T*, Itoh Y*	United European Gastroenterol J 9(3):370-377, 2021
Improved Visibility of Early Gastric Cancer after Successful Helicobacter pylori Eradication with Image-Enhanced Endoscopy: A Multi-Institutional Study Using Video Clips	Matsumura S*, Dohi O*, Yamada N*, Harusato A*, Yasuda T*, Yoshida T*, Ishida T*, Azuma Y*, Kitae H*, Doi T*, Hirose R*, Inoue K*, Yoshida N*, Kamada K*, Uchiyama K*, Takagi T*, Ishikawa T*, Konishi H*, Morinaga Y*, Mituo Kishimoto, Yagi N*, Naito Y*, Itoh Y*	J Clin Med 10(16):3649, 2021
Efficacy and Feasibility of Magnifying Blue Laser Imaging without Biopsy Confirmation for the Diagnosis of the Demarcation of Gastric Tumors: A Randomized Controlled Study	Nakano T*, Dohi O*, Naito Y*, Terasaki K*, Iwai N*, Ueda T*, Majima A*, Horii Y*, Yasuda-Onozawa Y*, Kitaichi T*, Hirose R*, Inoue K*, Yoshida N*, Kamada K*, Uchiyama K*, Handa O*, Ishikawa T*, Takagi T*, Konishi H*, Mituo Kishimoto, Itoh Y*	Dig Dis 39(2):156-164, 2021
Diagnostic Ability of Magnifying Blue Light Imaging with a Light Emitting Diode Light Source for Early Gastric Cancer: A Prospective Comparative Study	Takayama S*, Dohi O*, Naito Y*, Azuma Y*, Ishida T*, Kitae H*, Matsumura S*, Ogita K*, Mizuno N*, Terasaki K*, Nakano T*, Ueda T*, Morinaga Y*, Hirose R*, Inoue K*, Yoshida N*, Kamada K*, Uchiyama K*, Ishikawa T*, Takagi T*, Handa O*, Mituo Kishimoto, Konishi H*, Itoh Y*	Digestion 102(4):580-589, 2021
Effects of the combined use of a scissor-type knife and traction clip on endoscopic submucosal dissection of colorectal tumors: a propensity score-matched analysis	Inoue K*, Yoshida N*, Dohi O*, Sugino S*, Matsumura S*, Kitae H*, Yasuda R*, Nakano T*, Terasaki K*, Hirose R*, Naito Y*, Murakami T*, Inada Y*, Ogiso K*, Morinaga Y*, Mituo Kishimoto, Itoh Y*	Endosc Int Open 9(11):E1617-E1626, 2021

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
Diagnostic performance of magnifying blue laser imaging versus magnifying narrow-band imaging for identifying the depth of invasion of superficial esophageal squamous cell carcinoma	Ueda T*，Dohi O*，Naito Y*，Yoshida T*，Azuma Y*，Ishida T*，Matsumura S*，Kitae H*，Takayama S*，Mizuno N*，Nakano T*，Iwai N*，Hirose R*，Inoue K*，Yoshida N*，Kamada K*，Uchiyama K*，Ishikawa T*，Takagi T*，Konishi H*，Nishimura A*，Mituo Kishimoto，Itoh Y*	Dis Esophagus 34(3):doaa078, 2021
Eosinophilic Cholangitis with Poor Prognosis after Corticosteroid- and Ursodeoxycholic Acid-Related Remission of Peripheral and Peribiliary Eosinophilia	Shimomura T*，Nakajima T*，Nakashima T*，Morimoto Y*，Yamaoka J*，Shibuya A*，Ohno T*，Yoshida N*，Mituo Kishimoto，Konishi E*，Tanaka H*，Moriguchi M*，Itoh Y*	Case Rep Gastroenterol 15(1):232-243, 2021
臨床検査技術科		
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	京都市立病院紀要 41:65-69, 2021
臨床工学科		
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	京都市立病院紀要 41:70-72, 2021
放射線技術科		
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	京都市立病院紀要 41:59-64, 2021
栄養科		
緩和ケアにおける食支援の取組	植木　明	京都市立病院紀要 41:46-50, 2021
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	京都市立病院紀要 41:79-81, 2021
薬剤科		
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	京都市立病院紀要 41:73-76, 2021
看護部		
【「細胞レベルのアセスメント」の第一歩！酸素需給バランスのモニタリング】組織低酸素の改善方法　普段から行っているケアの意味を考える	平井　亮	重症集中ケア 19(6):10-15, 2021
第２特集　皮膚炎，下痢・下血，嘔気…がん放射線治療の有害事象とケア	杣岡かおる	消化器ナーシング 26(9):876-892, 2021
研究を活かしケアにつなぐ看取りのエビデンス	松村優子	がん看護 26(8):701-704, 2021
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	京都市立病院紀要 41:82-85, 2021
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，森脇有希代，平田希美子，楢林正流，大津修二	京都市立病院紀要 41:86-90, 2021
リンパ浮腫外来を始めて	荻野葉子	京都市立病院紀要 41:91-93, 2021
訪問看護研修報告　小児科病棟での継続支援	岡本友美子	京都市立病院紀要 41:94-96, 2021

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
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	京都市立病院紀要 41:97-99, 2021
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	京都市立病院紀要 41:100-103, 2021
1.【それぞれのコロナ禍　臨床倫理の観点から】「普段ならできる患者にとって最善のケア」ができなくなること	松村優子	臨床倫理 (9):75, 2021
2.【研究を活かしケアにつなぐ　看取りのエビデンス】COVID-19 パンデミック下における看取り　面会方法の工夫，死後処置	松村優子	がん看護 26(8):701-704, 2021
事務局		
病院厚生会事業の在り方と重要性	廣瀬梨奈，川崎尚美，中島美弥子	京都市立病院紀要 41:77-78, 2021

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			
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18回院内合同研究発表会／京都	2021. 2. 6
慢性眼GVHDに対してステロイド及びタクロリムスの局所療法が奏功した1例	赤荻杏奈，宮原裕子，鈴木　智，塚本倫子，田村直紀，大庭章史，川畑徳浩，松井道志，伊藤　満	第43回日本造血細胞移植学会総会／東京（オンライン）	2021. 3. 5–7
血液悪性腫瘍に対する臍帯血移植におけるHLAエピトープミスマッチの意義	森田真梨＊，進藤岳郎＊，諫田淳也＊，新井康之＊，近藤忠一＊，安齋尚之＊，石川隆之＊，上田恭典＊，米澤昭仁＊，今田和典＊，北野俊行＊，伊藤　満，池田宇次＊，赤坂尚司＊，野吾和宏＊，竹岡友晴＊，渡邊光正＊，有馬靖佳＊，直川匡晴＊，菱澤方勝＊，平田大二＊，高折晃史＊	第19回日本組織適合性学会近畿地方会／大阪	2021. 3.13
特発性血球減少症に対するcyclosporine療法中にリンパ形質細胞性リンパ腫を併発した1例	上野昌太朗，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	第115回近畿血液学地方会／（オンライン）	2021. 6. 5
慢性骨髄性白血病の検査・診断・治療	伊藤　満	京都臨床検査技師セミナー2021／（オンライン）	2021. 6.17
血液悪性腫瘍に対する臍帯血移植におけるHLAエピトープミスマッチの意義	森田真梨＊，進藤岳郎＊，家村知樹＊，新井康之＊，諫田淳也＊，近藤忠一＊，上田恭典＊，石川隆之＊，安齋尚之＊，米澤昭仁＊，今田和典＊，北野俊行＊，伊藤　満，池田宇次＊，渡邊光正＊，高折晃史＊	第29回日本組織適合性学会大会／（オンライン）	2021. 9. 3–5
脾臓内部と胃および横行結腸が交通し長期の絶食管理を要したびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例	小畑僚平，大庭章史，田村直紀，奥田健大，井上雄太，堀澤欣史，松井道志，宮原裕子，伊藤　満	第233回日本内科学会近畿地方会／（オンライン）	2021. 9.11
A case of acute leukemia of ambiguous lineage NOS presenting difficulty in diagnosis	奥田健大，井上雄太，疋田涼介，赤荻杏奈，大庭章史，川畑徳浩，松井道志，宮原裕子，伊藤　満	第83回日本血液学会学術集会／（オンライン）	2021. 9.23–25
PMLBCL with acute airway obstruction and massive thrombosis due to invasive bulky mass	井上雄太，宮原裕子，大庭章史，疋田涼介，赤荻杏奈，川畑徳浩，松井道志，伊藤　満	第83回日本血液学会学術集会／（オンライン）	2021. 9.23–25
Peripheral T-cell lymphoma, not otherwise specified followed Hodgkin lymphoma in complete remission	疋田涼介，宮原裕子，井上雄太，赤荻杏奈，大庭章史，川畑徳浩，松井道志，伊藤　満	第83回日本血液学会学術集会／（オンライン）	2021. 9.23–25
The safety and efficacy of two step-dose adjusted busulfan in a pretransplant conditioning regimen	家村知樹＊，近藤忠一＊，上田敦志＊，前田　猛＊，北脇年雄＊，新井康之＊，諫田淳也＊，池田宇次＊，今田和典＊，石川隆之＊，安齋尚之＊，伊藤　満，辻　將公＊，山下浩平＊，上田恭典＊，松元加奈＊，高折晃史＊	第83回日本血液学会学術集会／（オンライン）	2021. 9.23–25
恐れず知ろう！血液がんのこと～症状からの気づきと病気との共存を可能にする最新治療～	宮原裕子	京都市立病院第2回市民公開講座／（オンライン）	2021.10. 9
関節リウマチに対するメトトレキサート投与により血球減少をきたした1例	嶋村優志，川畑徳浩，奥田健大，井上雄太，田村直紀，松井道志，宮原裕子，伊藤　満	第47回京都医学会／（オンライン）	2021.11. 7–12. 5

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
多発性骨髄腫の診断と治療について	宮原裕子	第35回京都市立病院地域医療連携における薬剤業務研修会／（オンライン）	2021.11.20
COVID-19と血小板減少	伊藤　満	みぶ病診連携カンファレンス／京都	2021.11.25
Carfilzomibにより心不全をきたした多発性骨髄腫の2症例	中山真裕美，奥田健大，井上雄太，疋田涼介，田村直紀，堀澤欣史，松井道志，宮原裕子，伊藤　満，伊藤史晃	第116回近畿血液学地方会／（オンライン）	2021.11.27
当院における末梢血幹細胞アフェレーシスの実績	奥田健大，井上雄太，中山理菜，田村直紀，鹿野　恵，松井道志，宮原裕子，伊藤　満	アフェレーシスWEB研究会／（オンライン）	2021.12.11
Single Cord Blood Transplantation Versus HLA-Haploidentical Related Donor Transplantation Using Post-Transplant Cyclophosphamide in Patients with Hematological Malignancies	Wada F*，Kanda J*，Yoshioka S*，Ishikawa T*，Akasaka T*，Ueda Y*，Hirata H*，Arai Y*，Yago K*，Anzai N*，Watanabe M*，Ikeda T*，Yonezawa A*，Imada K*，Mitsuru Itoh，Kitano T*，Takeoka T*，Hishizawa M*，Nohgawa M*，Arima N*，Asagoe K*，Kondo T*，Takaori-Kondo A*	The 63rd American Society of Hematology (ASH) Annual Meeting & Exposition/Atlanta (Virtual), USA	2021.12.11–14
内分泌内科			
下肢の筋力低下を契機に診断された糖尿病を合併したCushing症候群の1症例	安威徹也，塩田晃史，倉本　希，冨田麻優子，坂井亮介，小嶋勝利，小松弥郷，小暮彰典	第64回日本糖尿病学会学術総会／浜松	2021. 5.22
骨粗鬆症治療と病診連携～人生100年時代に向けて～	小松弥郷	Osteoporosis Live Symposium／（オンライン）	2021. 6.26
バセドウ病眼症，前脛骨粘液水腫を呈し巨大甲状腺腫の全摘術を施行した一例	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20回京滋臨床甲状腺懇話会／京都	2021. 7.10
BNT162b2 mRNA Covid-19ワクチン接種後に入院加療を要した内分泌内科通院中の3症例	小松弥郷，小嶋勝利	第99回京都内分泌同好会／京都	2021. 9. 4
当院における高脂血症治療の実際	小松弥郷	みぶ医療連携を考える会／京都	2021. 9.30
著明な低骨量を呈した後大脳動脈領域の脳萎縮と弱視を伴った先天性下垂体機能低下症の一例	小松弥郷，小嶋勝利	第23回日本骨粗鬆症学会／神戸	2021.10. 8
四肢の脱力を主訴に救急搬送された一例	的場はるか，小嶋勝利，岩本伸紀，小松弥郷，小暮彰典	第34回中京西部医師会症例検討会／京都	2021.10.16
治療に難渋した異所性ACTH症候群の一例	小嶋勝利，小松弥郷，太田登博	第22回日本内分泌学会近畿地方会／西宮	2021.11.13
一般演題1：若手優秀演題賞審査講演1　座長	小松弥郷	第22回日本内分泌学会近畿地方会／西宮	2021.11.13
糖尿病代謝内科			
「その血糖値　大丈夫？」	小暮彰典	糖尿病トータルケアWEBセミナー／（オンライン）	2021. 2.27
下肢筋力低下を契機に診断された糖尿病を合併したCushing症候群の1症例	安威徹也，塩田晃史，蔵本　希，冨田麻優子，坂井亮介，小嶋勝利，小松弥郷，小暮彰典	第64回日本糖尿病学会年次学術集会／（オンライン）	2021. 5.22
百考は1行に如かず　～教育入院の取り組み～	小暮彰典	糖尿病地域連携WEB講演会／（オンライン）	2021. 6. 3
ラジオ体操は2型糖尿病患者の骨格筋量の減少を予防する	木村智紀	MEET THE EXPERT／京都	2021. 9.14
調剤薬局との連携における糖尿病治療の諸問題	小暮彰典	MEET THE EXPERT／京都	2021. 9.14

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
教育入院の取り組みと病診連携	小暮彰典	DiaMond Live Seminar in 京都／京都	2021. 10. 7
治療に難渋した糖尿病を合併したCOVID-19の1症例	安威徹也	第13回 Rakunan Diabetes Conference for Next Generation／京都	2021. 10. 21
糖尿病ー症例から考える	小暮彰典	第26回右京コミュニティカンファレンス／京都	2021. 11. 6
腎臓内科			
急速進行性の呼吸不全で死亡した透析COVID-19の1症例	谷口智基，池田紘幸，上松瀬良，山本耕治郎，矢内佑子，富田真弓，鎌田　正，家原典之	第40回京都透析医会学術集会／（オンライン）	2021. 2. 14
CKD診療における腎性貧血治療	家原典之	第7回福知山CKD講演会／（オンライン）	2021. 5. 22
腎疾患日常診療における最近の話題	家原典之	壬生病診連携を考える会／（オンライン）	2021. 5. 27
侵襲的治療法と比較し，栄養状態の改善で早期治癒した短腸症候群患者の上腕動脈表在化後の難治性リンパ漏	山本耕治郎	第36回日本臨床栄養代謝学会学術集会／神戸（オンライン）	2021. 7. 21–22
腎疾患治療の諸問題	家原典之	貧血管理の重要性～HIF-PH阻害薬への期待～／京都	2021. 9. 5
糖尿病性腎症重症化予防のための連携治療	家原典之	糖尿病性腎症重症化予防プログラムを考える会／京都	2021. 10. 7
腎疾患日常診療における最近の話題 ―高尿酸血症治療を含む―	家原典之	東山医師会学術講演会／（オンライン）	2021. 11. 19
尿毒症により緊急透析を行い，出血傾向の精査で発覚した肺血栓塞栓症の1例	松田　稜，池田紘幸，谷口智基，山本耕治郎，矢内佑子，富田真弓，家原典之，伊藤史晃	第234回日本内科学会近畿地方会／（オンライン）	2021. 12. 4
循環器内科			
右腎動脈に迷入した下大静脈フィルター（OptEase）をALN回収キットを用いて頭側から回収し得た一例	岩谷拓馬，河合紘平，片岡瑛亮，中村陵子，内藤大督，松永晋作，中島規雄，岡田　隆	第36回日本心血管インターベンション治療学会近畿地方会／（オンライン）	2021. 2. 17
外来でARNIを安全に導入できた一例	伊藤史晃	これからの心不全治療を考える／TKP四条烏丸カンファレンスセンター（オンライン）	2021. 5. 20
腹腔動脈解離を呈した血管型Ehlers-Danlos症候群の一例	藤村祐斗，松永晋作，河合紘平，片岡瑛亮，岩谷拓馬，中村陵子，内藤大督，中島規雄，岡田　隆	第232回日本内科学会近畿地方会／（オンライン）	2021. 6. 26
大動脈腸骨病変に対してkissing stentにて治療した一例	芳村　純	第37回日本心血管インターベンション治療学会近畿地方会／（オンライン）	2021. 10. 9
消化器内科			
消化器領域におけるがんゲノム医療	宮川昌巳	第160回総合画像診断症例検討会／（オンライン）	2021. 2. 6
妊娠後期に発症した急性膵炎の一例	小間淳平	第231回内科学会近畿支部／京都	2021. 3. 13
残胃癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術の有用性についての多施設後ろ向き検討	陶山遥介，水野直樹，土肥　統，山田真也，元好貴之	第106回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会／大阪（オンライン）	2021. 7. 10
サイトメガロウイルス小腸炎が原因と考えられた蛋白漏出性胃腸症の1例	上野昌太郎，陶山遥介，小畑僚平，伊藤正浩，岩破敏郎，尾﨑信人，宮川昌巳，元好貴之，高田　久，西方　誠，山下靖英，桐島寿彦，吉波尚美	日本消化器病学会近畿支部　第115回例会／（オンライン）	2021. 9. 18

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
京都府「生命のがん教育」	宮川昌巳	京都市立蜂ヶ岡中学校講演／京都	2021. 12. 1
Sister Mary Joseph's Nodule の2例	島津大貴，陶山遥介，伊藤正浩，宮川昌巳，元好貴之，高田　久，西方　誠，山下靖英，桐島寿彦，吉波尚美	第234回内科学会近畿支部／（オンライン）	2021. 12. 4
精神神経科			
炭酸リチウムと NSAIDs 併用中にリチウム中毒になった症例	宮澤泰輔	みぶ病診連携カンファレンス／京都	2021. 9. 30
コミュニケーションエラーをふせいで適切な対応を行うために～発達の特性から理解を深める～	服部晴希	医療安全研修会／京都	2021. 10. 20
せん妄と認知症の鑑別	宮澤泰輔	緩和ケア勉強会／京都	2021. 11. 18
呼吸器内科			
高齢者Ⅲ期 NSCLC に対する根治治療について	太田登博	Case Management For Lung Cancer In Shiga／（オンライン）	2021. 2. 18
組織亜型不明 (NOS) 非小細胞肺癌の臨床的特徴	太田登博	Lung Cancer Expert Meeting in Kyoto 2021 Spring／京都	2021. 2. 25
呼吸器疾患に関する看護学生の理解度	中村敬哉，江村正仁，後藤健一，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，國松勇介	第61回日本呼吸器学会学術講演会／（オンライン）	2021. 4. 23–25
当院で経験した epipericardial fat necrosis の2例	吉岡秀敏，國松勇介，高田直秀，西川圭美，太田登博，五十嵐修太，小林祐介，後藤健一，中村敬哉，江村正仁	第97回日本呼吸器学会近畿地方会／（オンライン）	2021. 7. 10
EGFR 遺伝子変異陽性肺癌で afatinib から osimertinib への逐次投与を検討する前向き観察研究 Gio-tag	太田登博，秦　明登，角　俊行，吉岡弘鎮，大杉　純，藤阪保仁，三井匡史，守田　亮，森田智視，片上信之	第62回日本肺癌学会学術集会／横浜	2021. 11. 27
根治を目指したⅢ期 NSCLC の治療戦略	太田登博	Lung Cancer Online Symposium in 京滋／（オンライン）	2021. 12. 7
長期生存が期待される最新の肺癌治療と終末期の切れ目ない病診連携	太田登博	壬生肺がん地域医療連携講演会／（オンライン）	2021. 12. 9
Mycobacterium Shigaense 肺感染症の1例	笹倉美咲，太田登博，篠原　浩，田中駿也，高田直秀，西川圭美，吉岡秀敏，五十嵐修太，小林祐介，後藤健一，古田健二郎，江村正仁	第98回日本呼吸器学会近畿地方会／（オンライン）	2021. 12. 10
Immunochemotherapy 時代における肺がん個別化治療へ～組織亜型による検討～	太田登博	PLUS CHUGAI 肺がん Web 講演会／（オンライン）	2021. 12. 16
感染症科			
新型コロナウイルス感染症と感染対策 ～クラスターはなぜ起こりどう対応したか？～	清水恒広	令和2年度　第2回　施設看護職代表者会議／京都（オンライン）	2021. 2. 9
乳幼児の間で広がりやすい感染症の特徴とその予防	清水恒広	令和2年度（第10回）園医協議会総会講演／京都（オンライン）	2021. 2. 18
感染性心内膜炎のクロノロジー	山本舜悟	第95回日本感染症学会学術講演会／横浜	2021. 5. 7–9
組織で取り組む感染対策と危機管理	清水恒広	京都府看護協会　令和3年度実践研修／京都	2021. 7. 13
新型コロナウイルスワクチンの副反応が疑われたが，菌血症と診断された2例	岩本伸紀，青木一晃，元林寛文，栃谷健太郎，山本舜悟	第91回日本感染症学会西日本地方会学術集会／岐阜	2021. 11. 6

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
COVID-19 治療中にアメーバ肝膿瘍，アメーバ大腸炎を発症した 1 例	元林寛文，住吉翔元，青木一晃，栃谷健太郎，山本舜悟，清水恒広	第 91 回日本感染症学会西日本地方会学術学会／岐阜	2021. 11. 7
小児科			
疾患モデルとしての iPS 細胞の未来　脊髄性筋萎縮症と iPS 細胞（シンポジウム）	吉田路子	第 63 回日本小児神経学会総会／（オンライン）	2021. 5. 27 –6. 2
外傷を契機に診断されたパラングリオーマの女児例	矢野由依，矢野未央，佐々木真之，石田宏之，岡野創造，宮地　充 *，本郷文弥 *，文野誠久 *，田尻達郎 *，田中顕之 *，家原知子 *	第 445 回日本小児科学会京都地方会／京都（オンライン）	2021. 6. 12
当院での 5 年間における小児卵巣捻転症例の検討	佐々木真之	第 34 回日本小児救急医学会学術集会／奈良（オンライン）	2021. 6. 18 –20
治療中に肺胞蛋白症を発症した CML 急性転化	矢野未央，田畑　諒，友安千紘，田村真一，石田宏之	第 15 回京都地区小児血液腫瘍研究会／（オンライン）	2021. 7. 17
著名な貧血で発見された特発性肺ヘモジデローシスの女児例	友安千紘，田村真一，石田宏之，幸道直樹 *	壬生連携カンファレンス／京都	2021. 7. 29
歩行困難を訴えた海外渡航者の 2 歳女児例	佐々木真之，吉田路子，石田宏之	壬生連携カンファレンス／京都	2021. 7. 29
組織球性壊死性リンパ節炎による EBV 再活性化に伴って円板状エリテマトーデスを発症した男児	矢野由依，友安千紘，田村真一，石田宏之，岡野創造，奥沢康太郎，秋岡親司 *	第 30 回日本小児リウマチ学会学術集会／東京（オンライン）	2021. 10. 15 –17
Rapid minimal residual disease clearance with more stringent age-related dose criteria improves prognosis in infants with KMT2A-rearranged acute lymphoblastic leukemia	Ishihara T*, Arakawa Y*, Miyamura T*, Aoki Y*, Ishimaru S*, Takachi T*, Mio Yano, Sasaki S*, Saito A*, Deguchi T*, Hori T*, Yamada T*, Sanada M*, Manabe A*, Horibe K*, Imamura T*, Tomizawa D*	The 53rd Congress of The International Society of Pediatric oncology (SIOP)/ Honolulu	2021. 10. 21 –24
造血幹細胞移植後に中枢神経に再々発を認めた ALK 陽性未分化大細胞性リンパ腫に対するアレクチニブの有効例	矢野未央，田村真一，友安千紘，中村さやか *，森　健 *，副島俊典 *，飯島友加 *，堀部敬三 *，石田宏之	第 63 回日本小児血液・がん学会学術集会／（オンライン）	2021. 11. 25 –27
腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行した小児後腹膜 Paraganglioma の一例	瀧本篤朗 *，文野誠久 *，金　聖和 *，青井重善 *，古川泰三 *，本郷文弥 *，矢野未央，石田宏之，家原知子 *，田尻達郎 *	第 63 回日本小児血液・がん学会学術集会／（オンライン）	2021. 11. 25 –27
著明な貧血を契機に発見された特発性肺ヘモジデローシス	田村真一，友安千紘，矢野未央，石田宏之，岡野創造，幸道直樹 *	第 446 回日本小児科学会京都地方会／京都（オンライン）	2021. 12. 4
IgA 腎症疑いの 6 歳女児例	藤本慎一郎，田畑　諒，石田宏之	第 17 回京滋小児腎疾患症例検討会／（オンライン）	2021. 12. 4
巣状分節性糸球体硬化症にアルポート症候群の合併が疑われた 8 歳女児例	藤本慎一郎，田畑　諒，石田宏之	第 18 回京滋小児腎疾患症例検討会／（オンライン）	2021. 12. 5
Intensification of early-phase therapy to diminish the prognostic effect of myeloid antigen expression in infants with KMT2A-rearranged acute lymphoblastic leukemia: a report from the JPLSG MLL-10 Trial	Arakawa Y*, Ishihara T*, Miyamura T*, Deguchi T*, Sanada M*, Hori T*, Yamada T*, Aoki Y*, Ishimaru S*, Takachi T*, Mio Yano, Sasaki S*, Saito A*, Manabe M*, Horibe K*, Imamura T*, Tomizawa D*	The 63rd American Society of Hematology (ASH) Annual Meeting and Exposition/Atlanta	2021. 12. 11 –14

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
緩和ケア			
疾患を通して見える「いろんな自分」を受け容れること～心理療法での「外在化」をエッセンスとして～	高橋可奈子，大西佳子	第26回日本緩和医療学会学術大会／（オンライン）	2021. 6.18–19
シンポジウム5 がん疼痛治療におけるモルヒネ製剤の位置付け～今，あなたは使いますか？～　Pros & Cons「Pros：モルヒネ使用に賛成」	大西佳子	第26回日本緩和医療学会学術大会／横浜	2021. 6.19
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～	大西佳子	第31回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2021. 2.13
呼吸器外科			
ロボット手術における，鉗子交換の考察～ロスタイムを減らしたい！～	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）	2021. 5.20
肺腺癌病理病期Ⅰ期術後の再発予測因子の検討	村西佑介，田中伸岳，河野朋哉，宮原　亮	日本呼吸器外科学会／（オンライン）	2021. 5.21
整形外科			
関節外科での骨粗鬆症治療の重要性	金　永優	テリボンWEB講演会／（オンライン）	2021. 1.15
関節疾患に伴う慢性疼痛の新しい治療	金　永優	京都慢性疼痛研究会／（オンライン）	2021. 2. 3
関節疾患における諸問題と治療～病診連携によるよりよい治療を目指して～	金　永優	みぶ整形外科診療WEB seminar／（オンライン）	2021. 2.13
骨盤の動きによるTHA前後の評価～カップ位置は変わる～	金　永優	Total Hip Solution Seminar／（オンライン）	2021. 2.20
関節疾患に伴う慢性疼痛の新しい治療	金　永優	Chronic Pain Forum 和歌山／（オンライン）	2021. 2.25
BKPセメント塊貫通椎弓根スクリュー法は骨粗鬆症脊椎再建手術における簡便で強力な手術optionとなる	竹本　充，石井達也，鹿江　寛，金　永優，奥村朋央，間野公介，池崎龍仁，樋　謙作，多田弘史	第50回日本脊椎脊髄病学会学術集会／京都市	2021. 4.22
脊椎外科医のためのWhole body sagittal alignment入門（脊椎脊髄病学基礎講座2　脊柱変形）	竹本　充	第50回日本脊椎脊髄病学会学術集会／京都市	2021. 4.22
現代脊椎インストゥルメンテーション手術の歴史―特許レビューを加えた考察―	竹本　充	第50回日本脊椎脊髄病学会学術集会／京都市	2021. 4.22
股関節，膝関節の痛みとその治療法	金　永優	読売新聞健康講座／（オンライン）	2021. 5. 5
股関節外科における最近の話題と疼痛管理	金　永優	整形外科UP TO DATE WEBセミナー／（オンライン）	2021. 6. 3
関節外科での骨粗鬆症治療の重要性	金　永優	第1回股関節の未来を考える会／（オンライン）	2021. 6.18
骨粗鬆症世代での股関節疾患	金　永優	Osteoporosis Live Symposium　人生100年時代に向けて／（オンライン）	2021. 6.26
初回THAにおけるKT-Plateの有用性	金　永優	第6回若手股関節セミナー／京都市	2021. 7. 3
Low pelvic incidenceは前外側アプローチを使用した人工股関節置換術において術中合併症のリスクファクターである	金　永優	第51回日本人工関節学会／横浜市	2021. 7. 8
立位から座位への動作時には骨盤傾斜とSagittal SpinoPelvic Translationがおこる	金　永優	第51回日本人工関節学会／横浜市	2021. 7. 8
脊椎疾患はTHA後の遅発性脱臼に影響を及ぼす	金　永優	第51回日本人工関節学会／横浜市	2021. 7. 8
コンセプトステム人工股関節システム（C-stem）の腐食	金　永優	第51回日本人工関節学会／横浜市	2021. 7. 8
初回THAにおけるKT-Plateの有用性	金　永優	Hip Forum／京都市	2021. 7.30

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
関節外科での骨粗鬆症治療の重要性	金　永優	福井県臨床整形外科医会　教育研修会／（オンライン）	2021. 8.26
頚椎後弯症の手術ストラテジーとテクニック，Strategies, techniques and pitfalls in corrective surgery for cervical kyphosis deformity（Spine Leader's Lecture 8）	竹本　充	第28回日本脊椎・脊髄神経手術手技学会学術集会／京都市	2021. 9. 3
治療に難渋している脛骨天蓋骨折の1例	樋　謙作，金　永優，多田 弘史，鹿江　寛，奥村朋央，竹本　充，清水　優，間野公介	第1回 京都重度四肢外傷 PRM（Peer Review Web Meeting）／（オンライン）	2021. 9. 5
関節疾患における骨粗鬆症治療の重要性～病診連携強化によるよりよい治療を目指して～	金　永優	壬生骨粗鬆症連携 WEB シンポジウム／（オンライン）	2021. 9.16
生体活性多孔体チタンケージの市販化とカスタムメイドケージの開発	竹本　充	第30回日本脊椎インスツルメンテーション学会／愛知県	2021.10. 1
「骨粗鬆症性椎体骨折を伴う脊柱変形に対する手術治療－骨盤固定を回避する理由，適応，戦略，手技－」（アフタヌーンセミナー3）	竹本　充	第30回日本脊椎インスツルメンテーション学会／名古屋市	2021.10. 1
パネルディスカッション　Hip-Spine Collaboration による人工股関節置換術	金　永優	第48回日本股関節学会／奈良市	2021.10.23
股関節及び腰椎可動域の X 線学的評価法の開発	金　永優	第48回日本股関節学会／奈良市	2021.10.23
脊椎固定が THA 術後の QOL に与える影響―日本整形外科学会股関節疾患評価質問表（JHEQ）による比較―	金　永優	第48回日本股関節学会／奈良市	2021.10.23
La rotation du bassin en position debout et assis. Comment l'apprécier avec le système EOS ?	金　永優	SOFCOT／（オンライン）	2021.11. 9
ゼロからわかる Hip-Spine Collaboration のすすめ方	金　永優	Hip Step Jump Web seminar／（オンライン）	2021.11.11
パネルディスカッション　私のセメント THA	金　永優	セメントカップ研究会／京都市	2021.11.13
外反母趾手術（DLMO 法）	間野公介	第33回西整医病診連携の会／京都市	2021.11.13
新型コロナウイルス感染症後のギラン・バレー：症候群を発症し理学療法を行った症例	濱田実咲，羽倉千夏，久保美帆，鈴木理恵，多田弘史	第5回日本リハビリテーション：医学会秋期学術集会／名古屋市	2021.11.14
新型コロナウイルス感染症後のギラン・バレー：症候群を発症し作業療法を行った症例	羽倉千夏，濱田実咲，安田早希，日下部和貴，小林宗一郎，原田洋一，久保美帆，鈴木理恵，多田弘史	第5回日本リハビリテーション：医学会秋期学術集会／名古屋市	2021.11.14
股関節，膝関節の治療～創部管理を中心に～	金　永優	エチコン WEB セミナー／（オンライン）	2021.12. 2
股関節可動域と人工股関節置換術	金　永優	脊椎若手会／京都市	2021.12. 4
関節外科での骨粗鬆症治療の重要性	金　永優	Hip Clinical Research Meeting／（オンライン）	2021.12. 7
整形外科・リウマチ科診療の Up-to-date	鹿江　寛	みぶ病診連携カンファレンス／京都市	2021.12.23
リハビリテーション科			
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	第18回院内合同研究発表会／京都	2021. 2. 6
コンディショニングを中心とした呼吸理学療法により呼吸機能が改善した良性気管支内腫瘍に対する右下葉切除後の1例	藤田康孝	第30回日本呼吸ケアリハビリテーション学会学術集会／（オンライン）	2021. 3.19–20
有酸素運動が有効であった重症筋無力症の1例	松原彩香，鈴木理恵，久保美帆，多田弘史	第58回日本リハビリテーション医学会学術集会／（オンライン）	2021. 6.10–13

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
リハビリテーションが奏効した降下性壊死性縦隔炎を併発した重症深頚部膿瘍による嚥下障害の 1 例	長光未央，佐藤　玲，原田みのり，多田弘史，森岡繁文	第 26・27 回合同学術大会　日本摂食嚥下リハビリテーション学会／（オンライン）	2021. 8.19–22
同種造血幹細胞移植 1 年後の筋量の変化に関連する因子の検討	松原彩香，鈴木理恵，中西俊祐，多田弘史	第 4 回日本がん・リンパ浮腫理学療法研究会学術大会／（オンライン）	2021.10. 2–3
よくわかる「がん」という病気と治療「がんリハビリテーションについて」	中西俊祐	京都市立病院第 2 回市民公開講座／京都	2021.10. 9
脊椎固定が THA 術後の QOL に与える影響	徳安寛之，金永　優	第 48 回日本股関節学会学術集会／奈良	2021.10.22–23
新型コロナウィルス院内クラスター発生時のリハビリテーション部門の対応とその影響	内田真樹，久保美帆，多田弘史	第 56 回京都病院学会／（オンライン）	2021.10.24
新型コロナウイルス感染症後のギラン・バレー症候群に対して理学療法を行った症例	鹿島実咲，羽倉千夏，久保美帆，鈴木理恵，多田弘史	第 5 回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会／名古屋	2021.11.12–14
新型コロナウイルス感染症後のギラン・バレー症候群に対して作業療法を行った症例	羽倉千夏，鹿島実咲，安田早希，日下部和貴，小林宗一郎，原田洋一，久保美帆，鈴木理恵，多田弘史	第 5 回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会／（オンライン）	2021.11.12–14
造血器腫瘍患者における 30 秒間椅子立ち上がり試験と予後予測因子との関連	中西俊祐，多田弘史	第 5 回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会／名古屋	2021.11.12–14
くも膜下出血後の脳血管攣縮期に離床を実施し独歩獲得に至った 2 症例	岡田健吾，松原彩香，鈴木理恵，中西俊祐，多田弘史	第 19 回日本神経理学療法学会学術大会 in いわて／（オンライン）	2021.12.18–19
脳神経外科			
遺残三叉神経動脈瘤破裂による PPTA-海綿静脈洞瘻の一例	藤沢　亮，吉村弥生 *，河野浩人 *，辻　敬一，辻　篤司 *，野崎和彦 *	第 21 回 Bay-Lake IVR workshop／滋賀（オンライン）	2021.12. 7
皮膚科			
アトピー性皮膚炎の新規治療薬 JAK 阻害剤をどう使うか	奥沢康太郎	Lilly AD Online Seminar in 京滋／（オンライン）	2021. 3.19
肩甲骨外側に interval node を認めた背部悪性黒色腫の 1 例	楠　恵 *，荒川幸保 *，高島彩加，沢田広子 *，丸山彩乃 *，小森敏史 *，浅井　純 *，加藤則人 *	第 36 回日本皮膚外科学会総会・学術集会／鹿児島（オンライン）	2021. 5.29–30
感染コントロールに苦慮した臀部巨大有棘細胞癌の 1 例	岡本拓希 *，高島彩加，横井友紀 *，荒田健太 *，小森寛之 *，沢田広子 *，大下彰史 *，小森敏史 *，浅井　純 *，加藤則人 *	第 36 回日本皮膚外科学会総会･学術集会／鹿児島（オンライン）	2021. 5.29–30
下腿潰瘍を生じたメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の 1 例	高島彩加，荒川幸保 *，浅井　純 *，加藤則人 *，森永友紀子 *，嶋田恵理 *，塚本　拓	第 37 回日本皮膚悪性腫瘍学会学術大会／長野（オンライン）	2021. 7. 9–10
京都市立病院・皮膚科の紹介	高溝真成	皮膚科地域連携講演会／（オンライン）	2021. 7. 1
左肩部の皮下に生じた骨脂肪腫（ osteolipoma ）の 1 例	高島彩加，奥沢廉太郎，高溝真成，田浦麻衣子，竹中秀也，浅井　純 *	第 72 回日本皮膚科学会中部支部学術大会／奈良（オンライン）	2021.10.20–21
顔面肉芽腫の 1 例	高溝真成，奥沢廉太郎，高島彩加，沢田広子，竹中秀也	第 473 回日本皮膚科学会京滋地方会／（オンライン）	2021.12.18
泌尿器科			
ロボット支援根治的前立腺全摘除術～500 例の経験から～	清川岳彦	京都前立腺癌 WEB セミナー／（オンライン）	2021. 1.21
病院の立場から見た前立腺癌の医療連携	清川岳彦	第 30 回竹林会／京都	2021. 3.13

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
泌尿器腹腔鏡の基礎・応用	清川岳彦	第5回京都壬生泌尿器腹腔鏡教育プログラム／川崎	2021. 6.25
京都市立病院の泌尿器疾患治療方針	清川岳彦，平松和磨，牧田哲幸，増田憲彦，西川信之	第8回壬生泌尿器科病診連携カンファレンス／京都	2021. 7.25
若年男性に発生した膀胱粘膜下腫瘍の一例	平松和磨，牧田哲幸，増田憲彦，西川信之，清川岳彦	第276回泌尿器科マンスリーミーティング／京都	2021. 7.31
七色の尿管結石治療	増田憲彦	第5回　五条御前　泌尿器科・内科　病診連携セミナー／京都	2021. 8.26
前立腺全摘除術後重度尿失禁に対する 人工尿道括約筋埋め込み術の初期成績	増田憲彦，平松和磨，羽間悠祐，牧田哲幸，西川信之，清川岳彦	第71回　日本泌尿器科学会中部総会／名古屋（オンライン）	2021.10. 7
ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術にて pN1 であった症例の治療成績検討	牧田哲幸，平松和磨，羽間悠祐，池内亮介，村嶋隆哉，砂田拓郎，増田憲彦，吉川武志，西川信之，清川岳彦	第73回西日本泌尿器科学会総会／宮崎	2021.11. 4
ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術の術後性機能の検討	平松和磨，牧田哲幸，羽間悠祐，村嶋隆哉，増田憲彦，吉川武志，西川信之，清川岳彦	第35回日本泌尿器内視鏡学会総会／横浜	2021.11.12
ロボット支援体腔内尿路変向術における機能的腸管端々吻合法２法の検討	西川信之，平松和磨，牧田哲幸，羽間悠祐，村嶋隆哉，増田憲彦，吉川武志，清川岳彦	第35回日本泌尿器内視鏡学会総会／横浜	2021.11.12
京都市前立腺がん検診の現状について	清川岳彦	令和３年度前立腺がん検診講習会／京都	2021.12. 2
ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術（RAPN）が慢性腎臓病患者の術後腎機能に及ぼす影響	増田憲彦，平松和磨，牧田哲幸，羽間悠祐，村嶋隆哉，砂田拓郎，吉川武志，西川信之，清川岳彦	第109回日本泌尿器科学会総会／横浜	2021.12. 8
76 歳以上の患者に対するロボット支援前立腺全摘除術の成績	西川信之，牧田哲幸，村嶋隆哉，増田憲彦，羽間悠祐，砂田拓郎，池内亮介，船田哲，吉川武志，吉田　徹，清川岳彦	第109回日本泌尿器科学会総会／横浜	2021.12. 9
当院におけるロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術 500 例の治療成績検討	牧田哲幸，平松和磨，羽間悠祐，池内亮介，村嶋隆哉，砂田拓郎，増田憲彦，吉川武志，西川信之，清川岳彦	第109回日本泌尿器科学会総会／横浜	2021.12. 9
腎癌に対するニボルマブ投与中に急激に増大した骨盤内病変の一例	平松和磨，牧田哲幸，増田憲彦，西川信之，清川岳彦	第277回泌尿器科マンスリーミーティング／京都	2021.12.11
産婦人科			
ミトコンドリア病合併が疑われた高血圧合併妊婦の一例	山本　櫻，坪内万祐子，山田惇之，小木曽望，大井仁美，山本浩之，山田義治，藤原葉一郎	第34回 KFG 研究会／京都	2021. 2.27
ピンチ！チャンス？更年期	藤原葉一郎	2021 年度京都市立病院出前講座，京都洛北高等学校付属中学校 PTA／（オンライン）	2021. 7. 8
血圧管理に苦慮したミトコンドリア病合併妊娠と考えられた一例	山本　櫻，坪内万祐子，山田惇之，小木曽望，大井仁美，山本浩之，藤原葉一郎	第57回日本周産期・新生児学医学会学術集会／宮崎（オンライン）	2021. 7.13
妊娠時に高脂血症による急性膵炎を発症した１例	山田惇之，大久保智治*，大井仁美，山本　櫻，小木曽望，坪内万祐子，山本浩之，山田義治，藤原葉一郎，宮川昌巳	第57回日本周産期・新生児学医学会学術集会／宮崎（オンライン）	2021. 7.13
LEGH 疑いで経過観察を行い，初回の円錐切除から 11 年後に MDA と診断した１例	大井仁美，髙橋裕司，山本　櫻，坪内万祐子，山本浩之，山田義治，藤原葉一郎	第63回日本婦人科腫瘍学会術集会／大阪（オンライン）	2021. 7.17

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
先天性魚鱗癬様紅皮症の 1 例	坪内万祐子，髙橋裕司，山本　櫻，大井仁美，山田義治，山本浩之，藤原葉一郎，塩見　梢	京都産科婦人科学会／TKP 四条烏丸	2021. 10. 16
ピンチ！チャンス？更年期，え，男も？	藤原葉一郎	京都市立病院更年期セミナー／京都市立病院	2021. 11. 29
眼科			
マイボーム腺の構造と役割	鈴木　智	第 44 回日本手術学会総会シンポジウム 5「マイボーム腺疾患：解剖から良悪性の手術までカバー」／（オンライン）	2021.　1. 30
霰粒腫の病態と Propionibacterium acnes の関連についての考察	鈴木　智，江石義信 *，内田佳介 *，篠宮克彦 *，木下　茂 *	角膜カンファランス 2021／金沢（オンライン）	2021.　2. 12
過去 10 年間の白内障術前における結膜嚢細菌叢の変遷についての考察	塚本倫子，張　佑子，曽田里奈，柴田　学，中路進之介，南　泰明，鈴木　智	角膜カンファランス 2021／金沢（オンライン）	2021.　2. 12
過去 10 年における感染性角膜潰瘍の起炎菌と薬剤感受性の検討	柴田　学，曽田里奈，塚本倫子，張　佑子，中路進之介，南　泰明，鈴木　智	角膜カンファランス 2021／金沢（オンライン）	2021.　2. 12
マイボーム腺疾患とドライアイ	鈴木　智	ドライアイ研究会主催講習会 2021／（オンライン）	2021.　2. 27
マイボーム腺に関連した角結膜疾患	鈴木　智	第 125 回日本眼科学会総会　サブスペシャリティーサンデー10「角結膜炎の鑑別診断」／大阪	2021.　4. 11
ヒト mebum の組成と眼表面の関係	鈴木　智	第 14 回箱根ドライアイクラブ／箱根	2021.　5. 28
マイボーム腺炎角結膜上皮症から分離した新種 Cutibacterium modestum についての考察	鈴木　智，出来尾格 *，坂本光央 *，雪　真弘 *，大熊盛也 *，村上義之 *，木下　茂 *	フォーサム 2021（第 57 回日本感染症学会／仙台	2021.　7. 23
京都市立病院における造血幹細胞移植後患者のドライアイについての検討	大内聖奈，柴田　学，吉岡麻矢，中路進之介，張　佑子，南　泰明，鈴木　智	第 91 回京都府立医科大学同窓眼科集団会／京都	2021.　9. 23
結膜培養検出菌のアジスロマイシン感受性の検討	柴田　学，大内聖奈，吉岡麻矢，中路進之介，張　佑子，南　泰明，鈴木　智	第 91 回京都府立医科大学同窓眼科集団会／京都	2021.　9. 23
京都市立病院におけるマイクロパルス毛様体抗凝固術の短期術後成績	南　泰明，大内聖奈，柴田　学，吉岡麻矢，中路進之介，張　佑子，鈴木　智	第 91 回京都府立医科大学同窓眼科集団会／京都	2021.　9. 23
霰粒腫の病因についての考察	鈴木　智，江石義信 *，内田佳介 *，藤原　賢 *，木下　茂 *	第 75 回日本臨床眼科学会／福岡	2021. 10. 28
Ocular Surface の症例検討会 3rd Session（インストラクションコース　木 -IC10）	鈴木　智，後藤英樹 *，山口昌彦 *，福田　憲 *，近間泰一郎 *，重安千花 *	第75回日本臨床眼科学会／福岡	2021. 10. 28
MGD とドライアイ	鈴木　智	Front of Ophthalmology Club（日本大学眼科）／（オンライン）	2021. 12.　1
放射線診断科			
抜去不能となった末梢挿入式中心静脈カテーテルの 3 症例	谷掛雅人　早川延幸	第 327 回　放射線学会関西地方会／（オンライン）	2021.　2.　6
絞扼性小腸閉塞の診断と治療の工夫　絞扼性小腸閉塞の CT 診断　診断困難な 4 パターン	谷掛雅人	第 57 回日本腹部救急医学会総会／（オンライン）	2021.　3. 11
フィルムインタープリテーション　解説	谷掛雅人	第 57 回日本腹部救急医学会総会／（オンライン）	2021.　3. 12
腸閉塞	谷掛雅人	第 10 回救急放射線セミナープレミアム／（オンライン）	2021.　5.　8

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
外傷性腸間膜損傷の１例	谷掛雅人	第 102 回救急放射線画像研究会／（オンライン）	2021. 7. 16
動脈瘤合併気管支動脈―肺動脈瘻に対し塞栓術を行った１例	谷掛雅人，田口秀彦，五十嵐修太	第 69 回関西 IVR 研究会／（オンライン）	2021. 7. 24
救急放射線において救命に必要なことが何かを考えさせられた３症例	谷掛雅人	第 31 回日本救急放射線研究会／（オンライン）	2021. 9. 18
医原性外腸骨静脈損傷に対し stent graft にて治療した１例	谷掛雅人　早川延幸	第 62 回日本脈管学会総会／札幌	2021. 10. 15
腸炎？	谷掛雅人	第 103 回救急放射線画像研究会／京都	2021. 12. 26
歯科口腔外科			
診断に苦慮した歯肉と乳房に発生した腫瘤先行型顆粒球肉腫の１例	渡辺猛寛，大西ゆりあ，白井陽子	第 51 回（公社）口腔外科学会近畿支部学術集会／（オンライン）	2021. 1. 27
歯牙腫を伴った象牙質幻影細胞腫の１例	渡辺猛寛，大西ゆりあ，白井陽子	第 66 回公益社団法人日本口腔外科学会総会・学術大会／（オンライン）	2021. 11. 12
口腔内に発生した人体ハエ症の１例	渡辺猛寛，大西ゆりあ，白井陽子	第 33 回 NPO 法人日本口腔科学会近畿地方部会／（オンライン）	2021. 12. 4
病理診断科			
虫垂の炎症と腫瘍	岸本光夫	第 161 回総合画像診断症例検討会／（オンライン）	2021. 4. 3
症例 1. 病理診断と所見の解説	岸本光夫	第 234 回大腸疾患研究会／（オンライン）	2021. 4. 9
症例 1. 病理診断と所見の解説	岸本光夫	第 129 回京都胃腸勉強会／（オンライン）	2021. 7. 9
あなたの知らない病理の世界 ―今さら病理医に聞けないことと今だから内視鏡医に話せること	岸本光夫	第 40 回日本消化器内視鏡学会 近畿セミナー／（オンライン）	2021. 8. 29
脳表様の粘膜形状，粘膜下層のリンパ管・静脈拡張と浮腫を主徴とする特異な直腸隆起性病変の３例	吉田直久 *，佐野村誠 *，森永友紀子 *，吉田拓馬 *，小林玲央 *，冨田侑里 *，橋本　光 *，杉野敏志 *，井上　健 *，廣瀬亮平 *，土肥　統 *，伊藤義人 *，岸本光夫	第 17 回拡大内視鏡研究会／東京	2021. 10. 16
十二指腸 serrated polyp の拡大内視鏡所見	土肥　統 *，森永友紀子 *，石田紹敬 *，福井勇人 *，宮﨑　啓 *，安田剛士 *，吉田拓馬 *，土井俊文 *，井上　健 *，吉田直久 *，石川　剛 *，小西英幸 *，岸本光夫，伊藤義人 *	第 17 回拡大内視鏡研究会／東京	2021. 10. 16
第４部　知っておきたい重要な消化管腫瘍及び腫瘍様病変 消化管の非腫瘍性ポリープ	岸本光夫	日本病理学会第 15 回病理診断サマーフェスト―病理と臨床の対話―／（オンライン）	2021. 10. 30
症例　病理診断と所見の解説	岸本光夫	第１回拡大内視鏡×病理対比診断研究会／（オンライン）	2021. 12. 26
臨床検査科			
SARS-Cov―2 迅速検査法６種類の臨床性能比較	松村康史 *，清水恒弘，林　彰彦，松尾明彦 *，篠原　浩 *，野口太郎 *，中野哲志 *，山本正樹 *，長尾美紀 *	第 32 回日本臨床微生物学会総会／（オンライン）	2021. 1. 29 –2. 28

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
SARS-Cov—2 核酸増幅検出法 13 種の臨床性能比較	松村康史 *，清水恒弘，林　彰彦，松尾明彦 *，篠原　浩 *，野口太郎 *，中野哲志 *，山本正樹 *，長尾美紀 *	第 32 回日本臨床微生物学会総会／（オンライン）	2021. 1.29 –2.28
当院におけるホルマリン管理と紛失防止策	田中志穂	第 18 回院内合同研究発表会／京都	2021. 2. 6
DFS 染色と細胞像	竹腰友博	京都府臨床検査技師会病理検査精度管理報告会／京都	2021. 2. 7
当院におけるホルマリン管理と紛失防止策	田中 志穂	第一回京都医学検査学会／京都	2021. 2.23
頸動脈エコーの基礎と症例紹介	宮川大樹	京都循環器研究会／京都	2021. 3. 5
DFS 染色と細胞像	竹腰友博	京都府臨床検査技師会合同精度管理報告会／京都	2021. 3. 6
初級心電図講座 「見逃してはいけない心電図」	岡田祐里	京都府臨床検査技師会生理検査研修会／京都	2021. 6.18
正診が困難であった多形腺腫の一例	竹腰友博	第 37 回京都府臨床細胞学会学術集会／京都	2021. 7.11
全集中の呼吸～知っておきたい呼吸機能検査の知識と技術～	坂本竜也	京都府臨床検査技師会肺機能検査研修会／京都	2021. 7.30
おもろい心電図判読してみた	宮川大樹	京都循環器研究会／京都	2021. 8.11
R—CPC　症例からわかること	宮川大樹	京都臨床検査技師会／京都	2021. 8.19
ギムザ染色について	竹腰友博	第 46 回日本臨床細胞学会近畿連合会学術集会／（オンライン）	2021.10. 3
第 2 回 RCPC　症例からわかること　急性腹症	坂本竜也	京都府臨床検査技師会／京都	2021.10.28
コントラスト心エコー検査にて診断に至った肝肺症候群の一例	井上　歩	第43回京滋心血管エコー図研究会／（オンライン）	2021.12. 4
心エコー症例検討会「周産期心筋症について」	田中春那	京滋福 web セミナー／（オンライン）	2021.12.17
臨床工学科			
内視鏡センターへ CE の介入	福元竜成，井上雄介，相川孝彰，白山幸平，伊藤禎章	第 18 回院内合同発表会／京都	2021. 2. 6
0 から学ぶ血漿交換療法　～現場からここだけのハナシ !?～	井上雄介	第 3 回京都急性血液浄化セミナー／（オンライン）	2021. 6.20
コロナ渦における心臓デバイス遠隔モニタリングの有用性	石原太輔	第 59 回全国自治体病院学会／奈良	2021.11. 4 –5
放射線技術科			
CT カンファレンスの効果について	渋谷祥子	第 18 回院内合同研究発表会／京都	2021. 2. 6
栄養科			
外来化学療法室での栄養指導の取り組み	片山さくら	第 18 回院内合同研究発表会／京都	2021. 2. 6
緩和ケアにおける食支援の取組	植木　明	第 31 回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2021. 2.13
歯科医師，摂食・嚥下障害看護認定看護師との連携による NST 介入効果	樋口由美，植木　明，長谷川優子，山南貴一，小野　勝，渡辺猛寛，山本耕治郎，吉波尚美	第 36 回日本臨床栄養代謝学会学術集会／（オンライン）	2021. 7.21
患者サービスと職員満足度向上に向けた Good Job 研修会の試み	植木　明，村岡淳二，長谷川和昭，長﨑　有，半場江利子，森　一樹	第 59 回全国自治体病院学会／奈良	2021.11. 5

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
薬剤科			
免疫関連有害事象（irAE）に対する京都市立病院の取り組みと効果	三松史野，内藤　舞，山南貴一，佐分利美帆子，目黒裕史，實光由香，大野恵一，本多伸二，村岡淳二	第 42 回　日本病院薬剤師会近畿学術大会／（オンライン）	2021. 1.30–31
病院と薬局との連携強化に向けた取り組み ～外来化学療法を中心に～	大野恵一	第 42 回　日本病院薬剤師会近畿学術大会／（オンライン）	2021. 1.30–31
新型コロナウイルス感染に対する取り組みと課題	森田眞由，村田龍宣，村岡淳二	第 42 回　日本病院薬剤師会近畿学術大会／（オンライン）	2021. 1.30–31
処方チェックツール活用による重複投与回避の取り組み	江波瑞生，目黒裕史，村田龍宣，小野　勝，村岡淳二	第 42 回　日本病院薬剤師会近畿学術大会／（オンライン）	2021. 1.30–31
小児患者における服薬説明の向上を目的とした実態調査	田村優衣，森田眞由，楠川侑吾，村田龍宣，村岡淳二	第 42 回　日本病院薬剤師会近畿学術大会／（オンライン）	2021. 1.30–31
京都市立病院での Af を合併する PCI 施行患者における抗血栓療法の処方実態調査	富家穂乃香，長戸優也，村田龍宣，村岡淳二	第 42 回　日本病院薬剤師会近畿学術大会／（オンライン）	2021. 1.30–31
特定条件下で自動車運転等の危険を伴う作業が禁止される薬剤に関する当院での取り組み	成瀬　圭，升田万祐子，多留木崇志，大橋正和，楠川侑吾，村田龍宣，村岡淳二	第 42 回　日本病院薬剤師会近畿学術大会／（オンライン）	2021. 1.30–31
術後の経静脈的自己調節鎮痛法（ivPCA）使用状況についての調査	山内舞香，原田若奈，近藤沙耶，多留木崇志，三松史野，藤田博巳，村岡淳二	第 42 回　日本病院薬剤師会近畿学術大会／（オンライン）	2021. 1.30–31
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	第 18 回院内合同研究発表会／京都	2021. 2. 6
当院集中治療室における循環作動薬の使用状況の変遷	多留木崇志	第 42 回　日本集中治療医学会学術集会／東京	2021. 2.12–14
再発中悪性度非ホジキンリンパ腫に対するリツキシマブ後続 2 の有効性と安全性の検討	佐分利美帆子，三松史野，目黒裕史，大野恵一，本多伸二，小野　勝，村岡淳二	日本臨床腫瘍薬学会学術大会 2021／（オンライン）	2021. 3. 6–7
計画的な電子カルテシステム停止時における救急室手書き処方リスト票の有用性評価	多留木崇志，本多あずさ，國嶋　憲	第 24 回　日本臨床救急医学会総会・学術集会／（オンライン）	2021. 6.10–12
JADER を用いた免疫グロブリン製剤投与による無菌性髄膜炎に関する解析	升田万祐子，佐竹梨香 *，吉田悠羽 *，井上実咲 *，松本清香 *，田中瑞希 *，楠川侑吾，村田龍宣，村岡淳二，中村光浩 *	第 23 回　日本医薬品情報学会総会・学術大会／（オンライン）	2021. 6.26–27
薬物治療の視点からケア移行を考える 『SAH におけるケア移行』	多留木崇志	第 5 回　日本集中治療医学会関西支部学術集会／（オンライン）	2021. 7.24
中京薬剤師会の連携強化の流れは止まらない ～地域薬剤師会活動の進化・深化・真価～ 病院と薬局との連携強化に向けた取り組み ～外来化学療法を中心に～	大野恵一，本多伸二，目黒裕史，三松史野，佐分利美帆子，寸田　靖，村岡淳二	第 31 回　日本医療薬学会年会／（オンライン）	2021.10. 9–10
オピオイド誘発性便秘（OIC）に対する下剤の使用実態調査	三松史野，實光由香，佐分利美帆子，内藤　舞，村岡淳二	第 31 回　日本医療薬学会年会／（オンライン）	2021.10. 9–10
タクロリムスとボリコナゾールを併用する小児患者における TDM の注意点 ―症例から学んだこと―	楠川侑吾，田村優衣，村田龍宣，村岡淳二	第 31 回　日本医療薬学会年会／（オンライン）	2021.10. 9–10
お薬手帳レジメンシール自動出力システム活用による連携充実加算への取り組み	目黒裕史，佐分利美帆子，三松史野，大野恵一，本多伸二，小野　勝，村岡淳二	第 31 回　日本医療薬学会年会／（オンライン）	2021.10. 9–10

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
リファンピシン使用症例の薬物治療適正化に向けた AST 担当薬剤師の取り組み	森田眞由，村田龍宣，村岡淳二	第 31 回　日本医療薬学会年会／（オンライン）	2021. 10. 9 –10
当院におけるポリファーマシーへの取り組み状況	原田若奈，長戸優也，升田万祐子，三松史野，小野　勝，村岡淳二	第 31 回　日本医療薬学会年会／（オンライン）	2021. 10. 9 –10
同時服用による薬物間相互作用を回避するための取り組み —薬剤毎の投与間隔の設定—	成瀬　圭，升田万祐子，多留木崇志，楠川侑吾，村田龍宣，村岡淳二	第 31 回　日本医療薬学会年会／（オンライン）	2021. 10. 9 –10
有害事象自発報告データベースを用いた Clostridioides difficile 関連腸炎の評価	升田万祐子，中尾智史 *，長谷川栞 *，島田和代 *，向井梨々香 *，田中瑞希 *，松本清香 *，浦西洋彰 *，池松裕明 *，橋田　亨 *，井口和弘 *，中村光浩 *	第 31 回　日本医療薬学会年会／（オンライン）	2021. 10. 9 –10
京都市立病院におけるトレーシングレポートの活用実態	山南貴一，寸田　靖，成瀬　圭，山口伸枝，村岡淳二	第 56 回　京都病院学会／京都	2021. 10. 24 –11. 28
看護部			
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	第 18 回院内合同研究発表会／京都	2021. 2. 6
コロナ禍での終末期患者の看取りについて	長﨑　有	第 18 回院内合同研究発表会／京都	2021. 2. 6
頭頚部癌放射線療法後の晩期有害事象に対する看護	杦岡かおる	第 18 回院内合同研究発表会／京都	2021. 2. 6
リンパ浮腫外来をはじめて	荻野葉子	第 18 回院内合同研究発表会／京都	2021. 2. 6
ICU 面会のプランニングと運用 人工呼吸ケアのプランニングと運用	平井　亮	第 17 回日本クリティカルケア看護学会／（オンライン）	2021. 7. 1
事務局			
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	萱原慎理	第 18 回院内合同研究発表会／京都	2021. 2. 6
病院厚生会事業の在り方と重要性	廣瀬梨奈	第 18 回院内合同研究発表会／京都	2021. 2. 6

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			
悪性リンパ腫について	宮原裕子	さらピン！キョウト／KBS 京都ラジオ	2021.10.18
感染症科			
特発性細菌性腹膜炎	栃谷健太郎	今日の臨床サポート／（オンライン）	2021. 7.14
リハビリテーション科			
骨．背骨．関節の病気の予防と治療	久田祥寛	よみうりオンライン健康講座動画配信／大阪よみうり文化センター	2021.11. 6 –12. 6
眼科			
“デジタル漬け”から目を守るには	鈴木　智	リビング／京都中央	2021.10. 9
“デジタル漬け”から目を守るには	鈴木　智	リビング／滋賀	2021.10. 9
“デジタル漬け”から目を守るには	鈴木　智	リビング／鹿児島	2021.11.27

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．

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く．

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	中谷嘉文	田村真一	森友彦
	富田真弓	古田健二郎	折戸淳
	久世まゆみ	平井亮	浅井奏子
	荘司久美子	森恵理子	原田真帆
	内藤舞	谷口美樹	岡村寿子

編集後記

京都市立病院紀要は，第41巻（令和3年度，2021年度）からペーパーレス化され，年1巻のインターネット上の公開だけになりました．第42巻も市立病院のホームページで，「広報」内の「病院紀要」からご覧頂くことができます．論文に関しては，平成30年（2018年）よりKINTORE（近畿病院図書室協議会共同リポジトリ）において公開されており，「KINTORE」と検索すれば，「京都市立病院」の入り口がみつかります．

初めてのホームページ掲載である第41巻では，「巻頭言」で以前に紀要編集委員長を務めておられた黒田院長が，本誌の変遷について述べられており興味深く拝読させて頂きました．

さて本第42巻では，論文・講演・研究発表などいずれも充実した内容となっております．なかでも「第32回地域医療フォーラム」や「研究発表」では，時代を反映して新型コロナに関する講演が掲載されています．また，「第33回地域医療フォーラム」の講演では，小児・AYA世代のがん生殖医療と乳がんがテーマになっています．ぜひ本巻をお読み頂ければ幸いに存じます．

最後に，本年もお忙しい中で執筆・査読・校正・編集に携わって頂いた皆様に厚くお礼申し上げます．

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42巻（通巻60号）2022年（令和4年）

編集者　京都市立病院紀要編集委員会

発行者　黒田啓史