第 43 巻（通巻 61 号） 2023 年（令和 5 年）

ISSN 0286-1356

京都市立病院紀要

The Journal of Kyoto City Hospital

第 43 巻 2023

目　　次

巻 頭 言 …… 黒田　啓史

総　　説

当科における造血幹細胞移植の実績と成績…… 中山　大輔，他 …… 1

特集：第34回京都市立病院地域医療フォーラム

人生の終い支度を考える

〔特別講演〕

人生の最終段階の意思決定支援…… 三浦　久幸 …… 7

〔一般演題〕

京都市における人生の終い支度の取組…… 岡　克彦 …… 17

救急現場における現状と課題…… 國嶋　憲 …… 21

事例に学ぶ“安定期”にこそもとめられる備え～入退院支援・急変時につなぎ，

本人の居心地のいいその時を目指す共同チームになるために～…… 辻　輝之 …… 22

特集：第35回京都市立病院地域医療フォーラム

消化器がんに対する低浸潤治療とチーム医療

〔特別講演〕

チーム医療が支える Patient Centricity …… 中島　貴子 …… 28

〔一般演題〕

肝胆膵疾患に対する低侵襲治療とチーム医療…… 奥田雄紀浩 …… 35

当院における食道癌・胃癌の治療…… 坂口　正純 …… 41

外来化学療法を受ける高齢がん患者への支援

～外来化学療法センターでの多職種連携の取組～…… 大柿　深雪 …… 43

管理栄養士によるがん患者への食事サポート…… 植木　明 …… 46

京市病紀
J Kyoto City Hosp.

京都市立病院

第20回院内合同研究発表会集録

リハビリテーションにより意識レベル・ADL の改善を認めた低血糖脳症の一例
…… 小間　淳平，他 …… 50
当院職員における腰痛及び股関節痛の実態調査…… 徳安　寛之，他 …… 54
CT ワーキンググループの活動と成果 …… 柳川　雅夫，他 …… 58
放射線治療部における COVID-19 陽性患者に対する事業継続計画の再構築 … 岸本　怜美，他 …… 60
COVID-19 に対する院内 PCR 検査業務の構築と現状 …… 坂本　竜也，他 …… 63
心臓カテーテルへの骨伝導式無線インカム導入効果とその検証 …… 足立　翔吾，他 …… 67
総合的・専門的な相談支援体制の強化のための予約システムの導入について… 高橋　由起，他 …… 70
給食委託会社の宅配食を活用した COVID-19 感染患児の付添い食の導入 …… 植木　　明　　…… 74
褥婦に対する下肢アロママッサージ導入の取り組み…… 磯　　市代　　…… 78

ＣＰＣ報告

2022 年度 CPC 報告 …… 尾松　　憩，他 …… 83

院内研修会開催記録（令和 4 年度）…… 84

研究業績目録

原　　著……134
学　　会……143
マスメディア……154

THE JOURNAL OF KYOTO CITY HOSPITAL

Vol.43 2023

CONTENTS

Foreword

Hiroshi Kuroda

Review

Hematopoietic Stem Cell Transplantation for Adult Patients in Kyoto City Hospital

Daisuke Nakayama, Yuta Hanyu, Yuta Inoue, Ryosuke Hikida

Maki Sakurada, Masashi Matsui, Yasuko Miyahara and Mitsuru Itoh ····· 1

Topics. The 34th Forum for the Community Medicine at Kyoto City Hospital

Considering End of life

〔Lecture〕

Supporting End-of-life Decisions

Hisayuki Miura ····· 7

End-of-life Support in Kyoto City

Katsuhiko Oka ····· 17

Situations at the Site of Emergency

Satoshi Kunishima ····· 21

Learning from Case Studies: 'Stable Period' is the Time to Prepare - to be a Collaborative Team that Aims for a Comfortable End-of-life for the Patient by Linking to Hospital Admission and Discharge Support in the Event of Sudden Change

Teruyuki Tsuji ····· 22

Topics. The 35th Forum for the Community Medicine at Kyoto City Hospital

Role of Team Medicine for Minimally Invasive Treatment for Abdominal Cancer

〔Lecture〕

Role of Team Medicine for Supporting Patient Centricity

Takako Nakajima ····· 28

Role of Team Medicine for Minimally Invasive Treatment for Hepatobiliary and Pancreatic Diseases

Yukihiro Okuda ····· 35

Treatment of Esophageal and Gastric Cancers at our Hospital

Masazumi Sakaguchi ····· 41

Patient Support for Elderly Patients Receiving Chemotherapy at the Out-patient Clinic: Multidiscipline Cooperation at the Outpatient Chemotherapy Center

Miyuki Oogaki ····· 43

Dietary Support for Cancer Patients from the Registered Dietician

Akira Ueki ····· 46

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

A Case of Hypoglycemic Encephalopathy with Improved Level of Consciousness and Activities of Daily Living after Rehabilitation

Jumpei Koma, Akifumi Shiota, Yusuke Hamazawa, Tomonori Kimura, Tetsuya Yasui and Akinori Kogure ····· 50

Investigation of Lower Back Pain and Hip Pain Among Hospital Staff
Hiroyuki Tokuyasu and Hiroshi Tada,
Youngwoo Kim, Yu Shimizu, Satoshi Soga, Hiroshi Kanoe and Mitsuru Takemoto ····· 54
Activities and Achievements of Computer Tomography Working Group
Masao Yanagawa, Itaru Ueno and Kazuo Tugawa ····· 58
Revised Business Continuity Plan for COVID-19-Positive Patients in the Radiation Treatment Department
Remi Kishimoto, Kazunori Tanaka, Tomohiro Kosuga, Kenta Fukumoto, Yuuki Hanai and Kazuo Tugawa
Shuji Ootu, Kimiko Hirata and Takashi Murakami,
Kaoru Sugioka and Rituko Kanazawa ····· 60
Construction of the in-Hospital Polymerase Chain Reaction (PCR) Testing System for COVID-19
Ryuya Sakamoto, Masato Matuura, Junko Akeyama, Masako Maeda, Noriko Honda and Masashi Yamada ····· 63
Verification of the Benefits of Introducing the Bone Conduction Wireless Intercom for Use with the Intracardiac Catheter
Shogo Adachi, Daisuke Ishihara, Osamu Furukawa, Kouhei Norimatsu, Yusuke Yamaguchi and Ichirou Kihara ····· 67
Introduction of an Appointment System to Reinforce the Comprehensive Professional Consultation Support System
Yuki Takahashi, Toshiko Kusunoki, Masaki Okida, Chizuka Bando and Hideto Sasaki ····· 70
Introduction of a Private Food Delivery Service to Provide Meals for the Caregivers
Accompanying the Children Infected with COVID-19
Akira Ueki ····· 74
Introduction of Aroma Massage of Lower Limbs for Postpartum Treatment
Ichiyo Iso ····· 78

Annual Reports of the Clinico-pathologic Conference (CPC) in Kyoto City Hospital
Ikoi Omatsu, Yumi Asai, Naomi Katsuki and Mitsuo Kishimoto ····· 83

Annual Reports of the Clinical Conference in Kyoto City Hospital ····· 84

List of Research Activities of Staff at Kyoto City Hospital
Published articles ····· 134
Presentations at academic meetings ····· 143
Massmedia ····· 154

京都市立病院紀要　第 43 巻　2023

目　　次

巻 頭 言 ……黒田　啓史

総　　説

当科における造血幹細胞移植の実績と成績
……中山　大輔，羽生　裕太，井上　雄太，疋田　涼介
櫻田　麻希，松井　道志，宮原　裕子，伊藤　　満…… 1

特集：第34回京都市立病院地域医療フォーラム

人生の終い支度を考える

〔特別講演〕

人生の最終段階の意思決定支援
……三浦　久幸…… 7

〔一般演題〕

京都市における人生の終い支度の取組
……岡　　克彦……17

救急現場における現状と課題
……國嶋　　憲……21

事例に学ぶ“安定期”にこそもとめられる備え～入退院支援・急変時につなぎ，
本人の居心地のいいその時を目指す共同チームになるために～
……辻　　輝之……22

特集：第35回京都市立病院地域医療フォーラム

消化器がんに対する低浸潤治療とチーム医療

〔特別講演〕

チーム医療が支える Patient Centricity
……中島　貴子……28

〔一般演題〕

肝胆膵疾患に対する低侵襲治療とチーム医療
……奥田雄紀浩……35

当院における食道癌・胃癌の治療
……坂口　正純……41

外来化学療法を受ける高齢がん患者への支援
～外来化学療法センターでの多職種連携の取組～
……大柿　深雪……43

管理栄養士によるがん患者への食事サポート
……植木　明……46

第20回院内合同研究発表会集録

リハビリテーションにより意識レベル・ADL の改善を認めた低血糖脳症の一例
……小間　淳平，塩田　晃史，濱澤　悠佑，木村　智紀，安威　徹也，小暮　彰典……50
当院職員における腰痛及び股関節痛の実態調査
……徳安　寛之，多田　弘史
金　永優，清水　優，曽我　聡之，鹿江　寛，竹本　充……54
CT ワーキンググループの活動と成果
……柳川　雅夫，上野　至，津川　和夫……58
放射線治療部における COVID-19 陽性患者に対する事業継続計画の再構築
……岸本　怜美，田中　和徳，小菅　友裕，福本　賢大，花井　悠起，津川　和夫
大津　修二，平田希美子，村上　高志
杣岡かおる，金澤　律子……60
COVID-19 に対する院内 PCR 検査業務の構築と現状
……坂本　竜也，松浦　眞人，明山　純子，前田　雅子，本田　法子，山田　雅……63
心臓カテーテルへの骨伝導式無線インカム導入効果とその検証
……足立　翔吾，石原　太輔，古川　修，乗松　康平，山口　侑承，木原　一郎……67
総合的・専門的な相談支援体制の強化のための予約システムの導入について
……高橋　由起，楠　寿子，沖田　正樹，坂東千鶴佳，佐々木英人……70
給食委託会社の宅配食を活用した COVID-19 感染患児の付添い食の導入
……植木　明……74
褥婦に対する下肢アロママッサージ導入の取り組み
……磯　市代……78

ＣＰＣ報告

2022 年度 CPC 報告
……尾松　憩，浅井　由美，香月　奈穂美，岸本　光夫……83

院内研修会開催記録（令和４年度）……84

研究業績目録

原　著…… 134
学　会…… 143
マスメディア…… 154

巻　頭　言

京都市立病院紀要 43 巻をお届けいたします．本 43 巻には第 20 回院内合同研究発表会 9 編と，第 34 回と第 35 回の地域医療フォーラムの内容，そして診療科から 1 編の総説が掲載されていますのでぜひご一読ください．

2020 年の初頭から始まった新型コロナウイルス感染症のパンデミックですが，2023 年の 5 月から，感染症法上 5 類に分類変更になりました．しかし，その感染力には変わりがなく，夏にかけて第 9 波が訪れました．幸い患者数は，ピークでも第 8 波の半分程度までに抑えられ，また重症化する割合も少なかったので，医療がひっ迫することはありませんでした．そして，11 月の終わり頃には収束しましたが，2024 年に入り再び全国的に増加の傾向にあります．米国では BA.2.86 からの派生株 JN.1 が増加しており，日本においても，BA.2.86 系統の増加が見られていますので，今後も新型コロナウイルス感染症の動向には注意が必要です．

国外に目を移すと，ロシアによるウクライナ侵攻が 2 年以上経過した現在も続いており，また中東では，イスラエルとハマスの軍事衝突がおこっています．いずれも民間人が巻き込まれて多数の犠牲者が出ています．歴史に学べば，決していい結果をもたらさないと思うのですが，なぜ人間は，このような愚かな行為を繰り返すのでしょうか．今はただ，この二つの火種が世界に広まっていかないことを祈るのみです．

また国内では，2024 年の新年早々に能登半島地震が起こり，犠牲者 240 名を超す大災害となっており，改めて自然災害の恐ろしさを痛感しています．地球の温暖化が間違いなく関係している夏の猛暑や，線状降水帯の度重なる発生と集中豪雨など，以前なら異常気象と言われた状況が，日常的になりつつあることを鑑みますと，遅きに失しているかもしれませんが，それでも全世界を挙げて，本気で地球温暖化の対策に取り組む必要があります．

このように，社会も自然界も不安定な情勢の中で，医療界に目を向けますと，いよいよ 2024 年度から，医師の時間外労働時間の上限規制が始まります．国は，2035 年度中には，全ての勤務医の時間外労働時間を，A 水準（年間 960 時間以内）にするよう求めています．当院の多くの診療科は A 水準をクリアできていますが，一部では，B 水準（年間 1860 時間以内）とせざるを得ない状況です．今後も，医師を始めすべての職員の働き方改革を進めていくために，いろいろな部門でのタスクシフト・タスクシェアをさらに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，本紀要への投稿もよろしくお願いいたします．

最後になりましたが，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 6 年 1 月

京都市立病院機構京都市立病院

院長　　黒　田　啓　史

当科における造血幹細胞移植の実績と成績

（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）
中山　大輔　　羽生　裕太　　井上　雄太　　疋田　涼介
櫻田　麻希　　松井　道志　　宮原　裕子　　伊藤　満

要　　旨

当科では 1995 年以来 2023 年 6 月までに 228 症例に対して延べ 261 回の造血幹細胞移植を実施した．内訳は同種移植 146 回（血縁骨髄 11 回，血縁末梢血 39 回，非血縁骨髄 32 回，非血縁末梢血 9 回，非血縁臍帯血 55 回），同系移植 1 回，自家移植 114 回であった．初回移植からの 5 年生存率は同種移植 45.1%，自家移植 73.7% であった．同種移植に於いては近年，強度減弱前処置の開発，臍帯血移植やヒト白血球抗原半合致移植による代替ドナーの拡がりにより高齢患者やこれまでドナーが見つからなかった患者に対しても造血幹細胞移植が広く行われるようになっているが，当院でも高齢患者や代替ドナーの移植が増加傾向にありながら一定の治療成績を維持している．移植片対宿主病の予防ならびに治療法，感染症対策，再発予防策の発展により，今後さらなる治療成績の改善も期待したい．
（京市病紀 2023；43：1-6）

Key words：造血幹細胞移植，急性白血病，悪性リンパ腫，多発性骨髄腫

は　じ　め　に

新規の分子標的治療薬が毎年のように臨床応用される現在においても，難治性血液疾患治療における「最後の砦」としての造血幹細胞移植の重要性はいまだ変わらない．1974 年に本邦で初の造血幹細胞移植としてヒト白血球抗原（human leukocyte antigen：HLA）一致血縁者間骨髄移植が実施され，1991 年に骨髄バンクが設立されて以降，移植治療は目覚ましい発展を遂げている．かつて造血幹細胞移植は，50～60 歳が実施可能上限であり，同種移植においては HLA 完全一致ドナーが得られることが必須条件であったが，近年では移植前処置強度を減弱化し適応年齢を拡大させ，臍帯血移植や HLA 半合致血縁者間末梢血幹細胞移植（ハプロ移植）といった代替ドナーによる移植も実施され移植適応患者が急速に拡がっている．当院では小児科で 1993 年より造血幹細胞移植が導入されていたが，血液内科においても 1995 年に最初の自家末梢血幹細胞移植，1996 年に血縁者間同種骨髄移植を実施し，移植による治療実績を積み上げてきた．当科での造血幹細胞移植の歴史を振り返り，治療成績を後方視的にまとめる．

造血幹細胞移植とは

造血幹細胞とは自己複製能と分化能をもち，血液細胞を産生する細胞である．造血幹細胞を自己もしくは他人に移植することで新たに造血を行うことができることがわかっている．

造血幹細胞のソースには骨髄，末梢血，臍帯血の 3 種類がある．他人の造血幹細胞を移植する場合，ドナーはレシピエント（＝患者）の血縁者か，骨髄バンクや臍帯血バンクからの非血縁者に分かれる．

骨髄は体幹部の骨組織の中に存在し，全身麻酔下で健常ドナーの腸骨から採取が行われる．1 回の吸引につき 5～10 mL 程度の骨髄液を総量およそ 1-1.5 L 採取し，レシピエントへ輸注を行う．

末梢血には通常造血幹細胞は存在しておらず，通常の条件で末梢血を輸注し幹細胞移植を行うことは現実的ではなかった．骨髄成長因子が好中球を活性化し，幹細胞が骨髄ニッチから遊離し末梢血中を循環するようになることがわかったことで，顆粒球コロニー形成刺激因子（granulocyte colony stimulating factor：G-CSF）による動員によりほとんどの症例で移植に十分な幹細胞をアフェレーシスにより末梢血から採取することが可能になった[1]．近年では CXCR4 拮抗薬であるプレリキサホルを併用することでさらに幹細胞の採取効率が上がっており，当院でも自己の造血幹細胞を用いた移植を行う場合にプレリキサホルを併用した末梢血幹細胞採取を行うことが増えている．末梢血幹細胞移植は骨髄移植と比較し生着率が高く生着が早い一方で，慢性の移植片対宿主病（graft versus host disease：GVHD）が多いことが知られている[2]．

臍帯血とは胎盤と胎児をつなぐ臍帯に含まれる血液で，胎児由来の血液細胞が含まれるが，その中に造血幹細胞が多く含まれていることがわかっており，造血幹細胞移植に使用できる．臍帯血は「公的さい帯血バンク」と提携した産科施設から提供されており，各地域の臍帯血バンクで保存され，一定の基準を満たした医療機関の要請を受け提供される．臍帯血移植は生着率がやや下がる特徴はあるが，GVHD の頻度が低い．ドナーを選んでから移植するまでの期間が短いため，使用される機会が増えている．

造血幹細胞移植はあらかじめ採取しておいた患者自身の幹細胞を移植する自家移植と，他人からの幹細胞を移植する同種移植に大きく分類される．自家移植は骨髄抑制のため規定された用量を超えた抗癌剤の投与を行い，その後にあらかじめ採取した患者の幹細胞を輸注し，短期間で造血を回復させる治療である．化学療法の量を増やすことが有効な悪性疾患に対して使われ，主に多発性骨髄腫や難治性または再発した悪性リンパ腫に使用される．

同種移植は免疫原性が異なる他人の造血幹細胞を移植するため，そのまま移植するとレシピエントの免疫により拒絶され生着できない．抗癌剤または放射線照射を行い，悪性疾患に対する治療と共にレシピエントの免疫抑制を行うことでドナーの幹細胞生着を促す．一方でドナーの幹細胞から見てもレシピエントは他人であり，ドナーの免疫がレシピエントを攻撃する．このために生じる臓器障害を GVHD という．GVHD を予防するためにカルシニューリン阻害薬を中心とした免疫抑制剤を併用するが，それでも臓器障害を来す場合はステロイド等による免疫抑制療法を行う．ドナーの免疫がレシピエントの悪性腫瘍を攻撃する作用を移植片対白血病／リンパ腫（graft versus leukemia/lymphoma effect：GVL）効果といい，同種移植による難治性血液悪性疾患の治療効果として重要な役割を果たしている．同種移植は化学療法や自家移植で根治できない血液悪性疾患や，造血能低下を来す再生不良性貧血などの疾患に使用される．いずれの移植も大量化学療法の影響で著しい骨髄抑制や粘膜障害を来す．細菌や真菌を中心とした感染管理が重要である．同種移植では生着後も GVHD や免疫抑制治療による有害事象など多数の問題を生じる．一卵性双生児同士で造血幹細胞

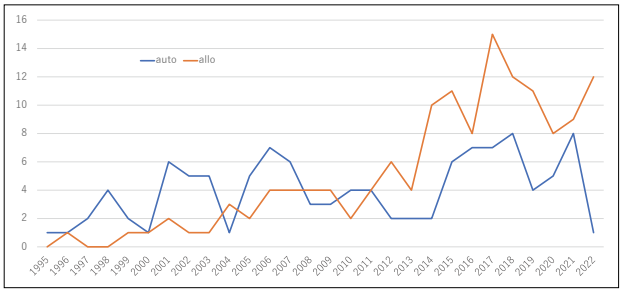


図 1　当科における年次別造血幹細胞移植件数
auto：自家移植，allo：同種移植

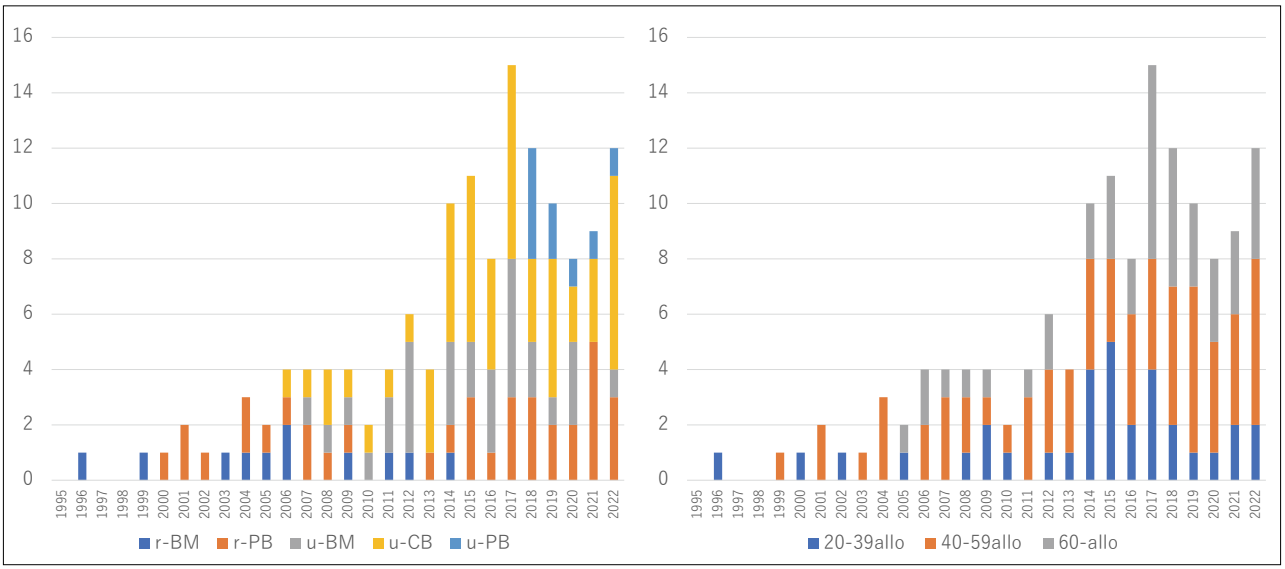


図 2　同種移植件数の年次推移
r-BM：血縁者間骨髄移植，r-PB：血縁者間末梢血幹細胞移植，u-BM：非血縁者間骨髄移植，u-CB：非血縁者間臍帯血移植，u-PB：非血縁者間末梢血幹細胞移植，20–39allo：29–39 歳の同種移植，40–59allo：40–59 歳の同種移植，60-allo：60 歳以上の同種移植

表 1　当科における造血幹細胞移植症例プロフィール

全症例数	合計	228例
全移植回数	合計	261回
内訳	1回	195回
	2回	31回(自家移植11回　同種移植20回)
	3回	2回(自家移植1回　同種移植1回)
自家移植	末梢血	114回
同系移植	末梢血	1回
同種移植	合計	146回
内訳	血縁骨髄	11回
	血縁末梢血	39回
	非血縁骨髄	32回
	非血縁末梢血	9回
	非血縁臍帯血	55回
性別	男	132例
	女	96例
年齢		中央値56歳(17-75歳)
	自家移植	中央値59歳(18-75歳)
	同種移植	中央値52歳(17-73歳)
疾患	自家移植	
	急性骨髄性白血病	2例
	悪性リンパ腫	64例
	多発性骨髄腫および類縁疾患	35例
	固形癌	1例
	同種移植	
	急性骨髄性白血病	63例
	急性リンパ性白血病	22例
	慢性骨髄性白血病	2例
	骨髄異形成症候群	19例
	骨髄線維症	1例
	再生不良性貧血	2例
	悪性リンパ腫	10例
	多発性骨髄腫および類縁疾患	3例
	成人T細胞性白血病リンパ腫	1例
	血球貪食症候群	1例
	樹状細胞腫瘍	1例

		同種移植	自家移植・同系移植
死亡		83	51
再発		51	36
非再発死亡		32	26
急性GVHD		91	0
内訳	Grade Ⅰ	43	0
	Grade Ⅱ	37	0
	GradeⅢ	14	0
	GradeⅣ	3	0
慢性GVHD		67	0
内訳	局所療法のみ	26	0
	全身治療を要した	41	0
感染源不明の発熱性好中球減少症		96	63
細菌感染症	敗血症	43	9
	その他	28	23
真菌感染症	カンジダ血症	3	0
	アスペルギルス症	6	1
	ニューモシスチス肺炎	2	0
ウイルス感染症	サイトメガロウイルス抗原血症	83	42
	サイトメガロウイルス感染症	9	2
	HHV6脳炎	6	0
	アデノウイルス	6	0
	BKウイルス	17	2
	その他	1	1
その他合併症	出血性膀胱炎	21	4
	閉塞性細気管支炎	2	0
	間質性肺炎	2	0
	肝中心静脈閉塞症・類洞閉塞症候群	2	0
	中枢神経障害	10	2
	好中球生着不全	8	1
	二次性生着不全	7	7

同種移植の非再発死亡内訳	
感染症	7
GVHD	10
感染症+GVHD	7
肝中心静脈閉塞症・類洞閉塞症候群	2
閉塞性細気管支炎	1
肺胞出血	1
二次発癌	1
不明	1

移植を行うことを同系移植という．ドナーから幹細胞を採取する移植だが，医学的には自家移植と同等の位置づけで扱われる．

当科における造血幹細胞移植の治療成績

当科での造血幹細胞移植の治療成績は過去2回論文報告しているが[3),4)]，本稿では最新の成績についてまとめる．これまで実施した造血幹細胞移植のプロフィール（表1）と1995年から2023年6月までに実施した年次別の造血幹細胞移植の件数を提示する（図1）．当科ではこれまで228例261回の造血幹細胞移植を実施している．年代ごとの自家移植の件数は大きく変化していないが，2014年以降同種移植の件数が増加傾向にある．移植に伴う合併症については後述する．また，同種移植のドナーソース別および年齢階級別の移植件数の年次推移を示す（図2）．近年臍帯血移植の件数が増加し，高齢患者の移植件数も増加していることがわかる．これらの事実が同種移植件数の増加につながっている．特に臍帯血移植の件数増加の影響が大きく，2013年以降に実施した同種移植件数104件のうち45件を臍帯血移植が占めている．臍帯血移植は移植を決定してから実施するまでの期間が短くて済むこと，HLA8座中3〜4座程度のミスマッチを許容できることから血縁ドナーや骨髄バンクドナーがいない場合でもドナーを選べることが大きなメリットであり，原疾患のコントロールが困難でドナーコーディネートの時間的猶予がない場合や他のドナーソースがない場合に実施される．例えば2回目以降の同種移植21件中8件を臍帯血移植が占めている．残り13件中5件はGVHD予防として移植後大量シクロホスファミド（posttransplant cyclophosphamide：PT-CY）を用いたハプロ移植が占めており，ハイリスク症例における代替ドナーの重要性が示される．また，移植件数の増加については当科の構成人員が増加したことも影響している．

次に各移植の治療成績を提示する．各条件での移植日からの全生存率をKaplan-Meier曲線で示す．解析にはフリーソフトであるEZRを使用している[5)]．

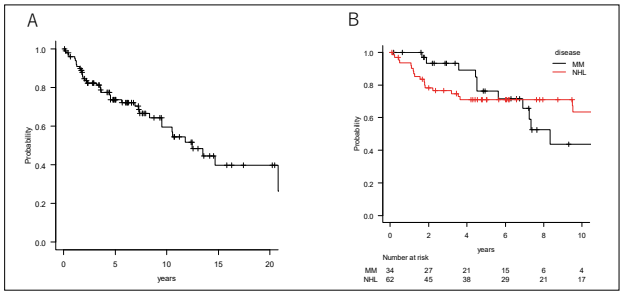


図3　初回自家移植生存曲線

A：初回自家末梢血幹細胞移植の生存曲線．
n=102．5年生存率　73.7%（95%信頼区間：63.2-81.6%），10年生存率　59.5%（95%信頼区間：46.3-70.4%）．生存期間中央値：12.45年．

B：主な疾患別初回自家末梢血幹細胞移植の生存曲線．
MM：多発性骨髄腫．n=34．5年生存率　76.4%（95%信頼区間：54.5-88.7%），10年生存率　43.7%（95%信頼区間：19.5-65.8%）．生存期間中央値：8.34年．NHL：非ホジキンリンパ腫．n=62．5年生存率　71.0%（95%信頼区間：57.5-80.9%），10年生存率　63.5%（95%信頼区間：47.4-75.9%）．生存期間中央値：13.49年．

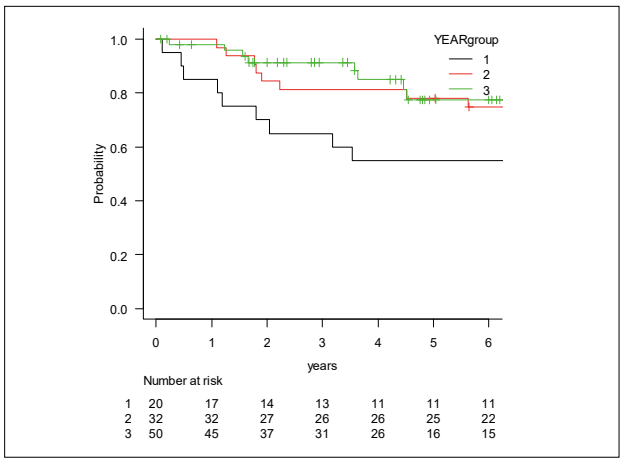


図4　年代別初回自家移植生存曲線

1：1995-2003年．n=20．5年生存率　55.0%（95%信頼区間：31.3-73.5%）．生存期間中央値：9.55年．

2：2004-2013年．n=32．5年生存率　78.1%（95%信頼区間：59.5-88.9%）．生存期間中央値：10.56年．

3：2014-2023年．n=50．5年生存率　77.5%（95%信頼区間：59.1-88.4%）．生存期間中央値：未到達．

（1）自家移植

初回の自家移植の生存曲線と主な疾患別の生存曲線を示す（図3）．自家移植の5年生存率，10年生存率はそれぞれ73.7%（95%信頼区間：63.2-81.6），59.5%（95%信頼区間：46.3-70.4）である（図3A）．これらの成績は造血細胞移植登録一元管理プログラム（TRUMP）により一元化された全国成績と概ね同様の水準である[6)]．これまでに5件以上自家移植を実施した疾患は非ホジキンリンパ腫（non-Hodgkin's lymphoma：NHL），多発性骨髄腫（multiple myeloma：MM）であった．現在，自家移植の多くはこの2疾患とホジキンリンパ腫，全身性アミロイドーシス，再発急性前骨髄球性白血病に限られる．2疾患に対する初回自家移植の成績を図示した（図3B）．NHL，MMともに全国平均をやや上回る傾向にあった．NHLはおよそ3〜4年の時点で生存曲線が平坦化するが，MMは経時的に生存率が低下し続けている．2023年現在

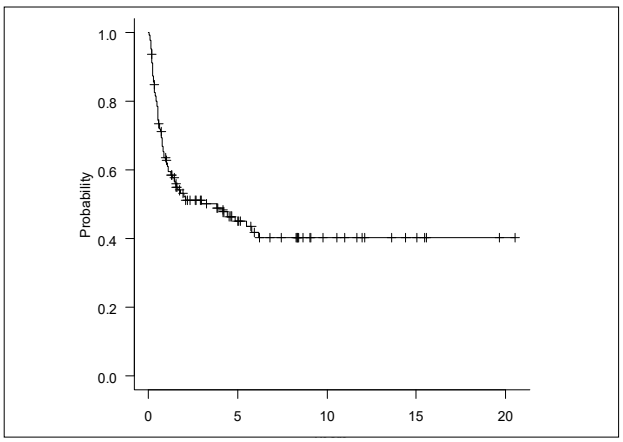


図5　初回同種移植生存曲線

n=126．5年生存率　45.1%（95%信頼区間：35.5-54.2%），10年生存率40.2%（95%信頼区間：30.3-49.9%）．生存期間中央値：3.81年．

でも MM に対して微小残存病変陰性化までの深い寛解を目指すことはできるが治癒させることは困難であることを反映しており，今後の治療の発展が期待される．

自家移植を年代別に群別化し比較した生存曲線を示す（図 4）．2003 年以前と比較しそれ以降の成績は改善しているが，2013 年以降の成績に大きな変化はない．自家移植は移植治療の手法自体に大きな変化がないことが一因と考える．また，自家移植の非再発死亡はほとんどを 3 年以上の長期生存例が占めており，自家移植による合併症は良好なコントロールが得られている．表 1 に示す二次性生着不全は自家移植でも 7 例に生じているが，リツキシマブなどによる薬剤性の血球減少を含んでおり，死亡には関連していない．NHL，MM は自家移植よりもキメラ抗原受容体 T 細胞療法や分子標的薬の進歩が進んでいる分野であり，今後は自家移植そのものよりもこれら新規治療法による成績の向上が期待される．

（2）同種移植

初回の同種移植の生存曲線を示す（図 5）．同種移植の 5 年生存率，10 年生存率はそれぞれ 45.1%（95% 信頼区間：35.5–54.2%），40.2%（95% 信頼区間：30.3–49.9%）である．これらの成績も TRUMP により一元化された全国成績と概ね同様の水準である [6]．これまでに 5 件以上同種移植を実施した疾患は急性骨髄性白血病（acute myeloid leukemia：AML），急性リンパ性白血病（acute lymphoblastic leukemia：ALL），骨髄異形成症候群（myelodysplastic syndromes：MDS），NHL であった．

主な 4 種の疾患に対する初回同種移植の成績を示す（図 6A）．AML，MDS は全国平均と同様で，ALL ではやや劣る傾向にあった．NHL は同種移植件数が少なく TRUMP からのデータが公表されていない．いずれの疾患も 3–4 年程度で生存曲線は概ね平坦化する傾向にあった．同種移植のドナーソース別の生存曲線を示す（図 6B）．血縁者間骨髄移植は全国成績より劣る傾向，血縁者間末梢血幹細胞移植と非血縁者間骨髄移植は全国成績と同等

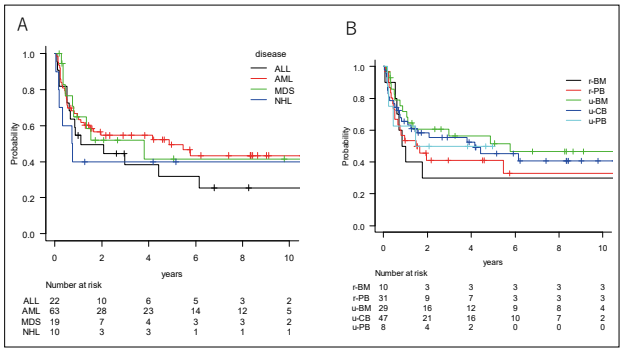


図 6

A：初回同種移植疾患別生存曲線．

ALL：急性リンパ性白血病．n=22．5 年生存率　31.9%（95% 信頼区間：12.9–52.8%），10 年生存率　25.5%（95% 信頼区間：8.6–46.6%）．生存期間中央値：1.11 年．

AML：急性骨髄性白血病．n=63．5 年生存率　49.4%（95% 信頼区間：35.7–61.8%），10 年生存率　43.4%（95% 信頼区間：29.3–56.7%）．生存期間中央値：4.86 年．

MDS：骨髄異形成症候群．n=19．5 年生存率　41.6%（95% 信頼区間：16.2–65.5%），10 年生存率　41.6%（95% 信頼区間：16.2–65.5 %）．生存期間中央値：3.81 年．

NHL：非ホジキンリンパ腫．n=10．5 年生存率　40.0%（95% 信頼区間：12.3–67.0%），10 年生存率　40.0%（95% 信頼区間：12.3–67.0%）．生存期間中央値：0.73 年．

B：初回同種移植ドナーソース別生存曲線．

r-BM：血縁者間骨髄移植：n=10．5 年生存率　30.0%（95% 信頼区間：7.1–57.8%），10 年生存率　30.0%（95% 信頼区間：7.1–57.8%）．生存期間中央値：0.92 年．

r-PB：血縁者間末梢血幹細胞移植：n=31．5 年生存率　41.1%（95% 信頼区間：22.9–58.5%），10 年生存率　32.9%（95% 信頼区間：14.2–53.1%）．生存期間中央値：1.49 年．

u-BM：非血縁者間骨髄移植．n=29．5 年生存率　51.6%（95% 信頼区間：31.2–68.7%），10 年生存率　46.5%（95% 信頼区間：26.2–64.5%）．生存期間中央値：5.76 年．

u-CB：非血縁者間臍帯血移植．n=47．5 年生存率　45.4%（95% 信頼区間：29.1–60.3%）．10 年生存率　40.8%（95% 信頼区間：24.4–56.7%）．生存期間中央値：4.16 年．

u-PB：非血縁者間末梢血幹細胞移植．n=8．5 年生存率未到達，10 年生存率未到達．生存期間中央値：1.46 年．

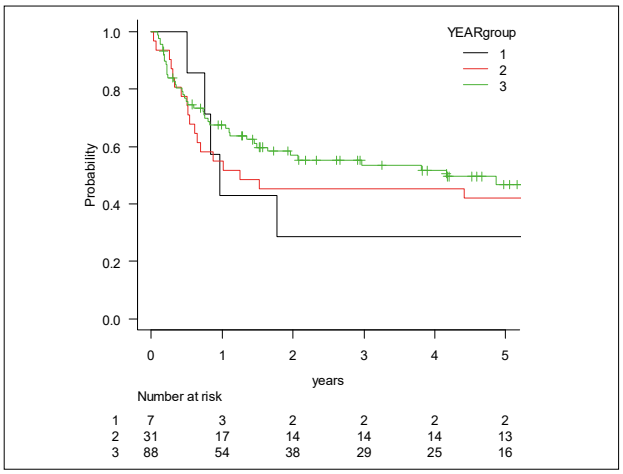


図 7　初回同種移植年代別生存曲線

1：1995–2003 年．n=7．5 年生存率　28.6%（95% 信頼区間：4.1–61.2%）．生存期間中央値：0.96 年．

2：2004–2013 年．n=31．5 年生存率　41.9%（95% 信頼区間：24.7–58.3%）．生存期間中央値：1.24 年．

3：2014–2023 年．n=88．5 年生存率　46.8%（95% 信頼区間：34.3–58.2%）．生存期間中央値：4.16 年．

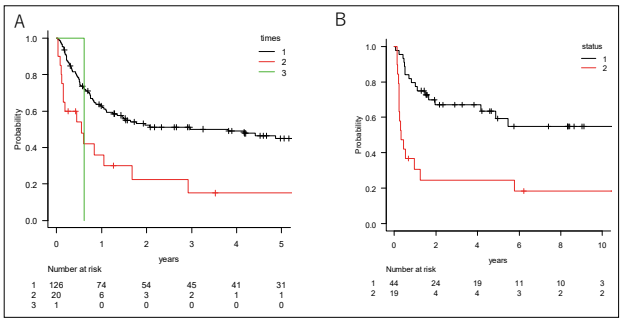


図 8　同種移植リスク別生存曲線

A：同種移植の移植回数別生存曲線．

1: 初回移植．n=126．5 年生存率　45.1%（95% 信頼区間：35.5–54.2%）．生存期間中央値：3.81 年．2：2 回目移植．n=20．5 年生存率　15.0%（95% 信頼区間：2.7–36.8%）．生存期間中央値：0.55 年．3：3 回目移植．n=1．5 年生存率　未到達．生存期間中央値：0.61 年．

B：AML のリスク別生存曲線．

1: 標準リスク AML．n=44．5 年生存率　59.3%（95% 信頼区間：41.4–73.4%），10 年生存率　54.8%（95% 信頼区間：36.2–70.0%）．生存期間中央値：未到達．2: 高リスク AML．n=19．5 年生存率　24.6%（95% 信頼区間：8.1–45.6%），10 年生存率　18.4%（95% 信頼区間：4.8–39.0%）．生存期間中央値：0.318 年．

の傾向，臍帯血移植は全国成績よりやや高い傾向にあった．同種移植のドナーソースはGVHDが最も少ない血縁者間HLA一致ドナーが優先され，非血縁者間HLA一致ドナーが続く．血縁者間HLA半合致ドナーや臍帯血は代替ドナーとされている[7]．寛解期であれば可能な限り条件の良いドナーを選定するが，非寛解期で病勢コントロールが困難な場合は，骨髄バンクからの非血縁者間骨髄・末梢血幹細胞移植ではなく，入手や移植までの日程が短い臍帯血や血縁者間HLA半合致ドナーを選択することがある．当院でもドナー選定はこれらの基準で行っているが，その中でも血縁者間骨髄移植の生存率が低くなっている．血縁者間骨髄移植は件数が少なく，かつ過去の症例に偏り2014年を最後に当院では実施していないことから，時代の進行に伴い他のドナーソースによる移植に置き換わったためと考えられる．

年代が進むにつれ同種移植の生存率が改善していることについても考察する．年代別の初回同種移植の生存率を示す（図7）．年代が新しくなるに従って成績が改善している傾向にある．感染予防や感染症治療，GVHD予防・治療薬などの発達により成績が改善しているためと考える．

同種移植の回数ごとに群別化し比較した生存曲線（図8A），AMLを標準リスクと高リスクに群別化し比較した生存曲線（図8B）を示す．2回目以降の同種移植は著しく成績が低下している．移植後再発した疾患は予後不良であることが知られており，2632人の後方視的解析で5年無再発生存率が15%程度とする報告もある[8]．当院でも同程度の水準であり，要因としては原疾患の治療反応性が不良であること，初回移植及び疾患コントロールのために濃厚な化学療法歴があること，付随する感染症などの臓器障害を伴っていることが考えられる．また，

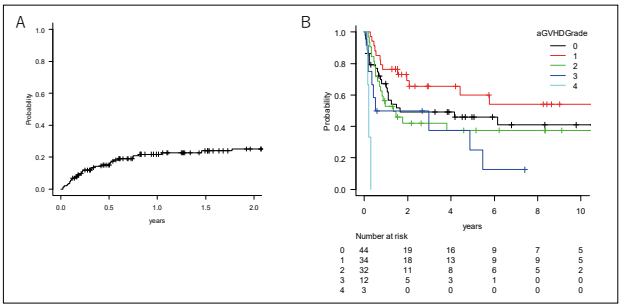


図9

A：初回同種移植の非再発死亡発生率.
n=126．2年非再発死亡率23.1%（95%信頼区間：16.1-32.5%）

B：初回同種移植の急性GVHD Grade別生存曲線.

0：急性GVHDなし．n=44．5年生存率　46.0%（95%信頼区間：30.1-60.6%）．10年生存率　40.9%（95%信頼区間：24.3-56.8%）．生存期間中央値1.64年.

1：急性GVHD Grade Ⅰ．n=34．5年生存率　60.0%（95%信頼区間：39.3-75.6%）．10年生存率　54.0%（95%信頼区間：32.4-71.4%）．生存期間中央値未到達.

2：急性GVHD Grade Ⅱ．n=32．5年生存率　37.4%（95%信頼区間：20.2-54.6%）．10年生存率　37.4%（95%信頼区間：20.2-54.6%）．生存期間中央値1.34年.

3：急性GVHD Grade Ⅲ．n=12．5年生存率　25.0%（95%信頼区間：4.3-54.2%）．10年生存率　0%．生存期間中央値1.74年.

4：急性GVHD Grade Ⅳ．n=3．5年生存率　0%．生存期間中央値0.21年.

AMLはTRUMPによる全国集計で疾患リスクによる層別化が行われており，当院でも多くの症例数で同種移植を実施しているが，第一寛解期・第二寛解期を標準リスク，それ以外を高リスクとした場合の高リスク群も2回目以降の移植に匹敵する水準で成績の悪化を認める．原疾患のコントロールが難しい症例や全身状態が悪い症例の成績が低下するのは当然だが，よりよい疾患コントロールができる新薬や治療手段の開発が期待される．

初回同種移植後の非再発死亡率を示す（図9 A）．自家移植と異なり，同種移植は治療による非再発死亡が2割程度，特に移植後1年以内に多く生じる．表1に示すように，非再発死亡の多くを感染症とGVHDが占める．特にGVHDに対して免疫抑制療法を必要とし，GVHDによる臓器障害そのものに加え，ステロイドによる有害事象や易感染性を背景とした感染症が致命的となる症例が多い．非再発死亡32例のうち17例にGVHDが関与している．また，急性GVHDのGradeにより層別化した初回同種移植後の生存曲線を示す（図9 B）．Grade Ⅰの急性GVHDを生じた症例が最も生存期間が長く，Grade Ⅱと急性GVHDの診断がついていない症例が同等で，Grade Ⅲ以上の急性GVHDを生じた症例は長期生存ができていない．急性GVHDの診断がついていない症例には，GVHDと診断される前の生着前に感染症や臓器障害を来し死亡した症例が含まれることが大きな要因と考える．Grade Ⅱ以上の急性GVHDに対してはステロイドによる一次治療が行われ，反応が良ければステロイドを漸減・終了できるが，再燃する症例も少なくない．ルキソリチニブなど新規薬剤が登場しており，合併症管理の手段が改善することでの成績向上が期待される．

お　わ　り　に

当院における造血幹細胞移植の治療成績をまとめた．全国調査と同様に，患者年齢やドナーソースの拡大により移植件数が増加していた．また，ハイリスク疾患の治療と合併症の管理に課題をもつことがわかった．

今回はPT-CYによるハプロ移植が実施されてから十分な期間が経過しておらず，生存率を評価することができなかった．今後当科での経験を蓄積しつつ，新規手法を取り入れ成績向上に役立てることを目指す．

謝辞：チーム医療の最たるものである造血幹細胞移植治療にかかわる全てのスタッフ，患者さんおよびドナー，そのご家族，全ての方々に心より深く御礼を申し上げます．

引　用　文　献

1）Pelus LM：Peripheral blood stem cell mobilization: new regimens, new cells, where do we stand. Curr Opin Hematol. 2008；15(4)：285-292.

2）Bensinger WI: Allogeneic transplantation:peripheral blood vs. bone marrow. Curr Opin Oncol 2012；24(2)：191-196.

3）伊藤　満，堀澤欣史，五島悠太，他：当科における造血幹細胞移植の現状．京都市立病院紀要　2014；34(2)：11-15.
4）伊藤　満：京都市立病院　血液内科の現状．京都市立病院紀要 2018；38(2)：46-50.
5）Kanda Y: Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. Bone Marrow Transplant. 2013；48(3)：452-458.
6）一般社団法人 日本造血細胞移植データセンター：2019 年度 日本における造血幹細胞移植の実績［internet］.https://www.jdchct.or.jp/data/slide/2019/transplants_2019_JDCHCT_20200331.pdf［accessed2023.09.16］
7）杉田　純一：造血器悪性腫瘍に対する同種造血幹細胞移植　―ドナー選択アルゴリズム．臨床血液 2019；60(6)：626-634.
8）Ruutu T, de Wreede LC, van Biezen A, et al; European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). Second allogeneic transplantation for relapse of malignant disease: retrospective analysis of outcome and predictive factors by the EBMT. Bone Marrow Transplant. 2015；50(12)：1542-1550.

Abstract

Hematopoietic Stem Cell Transplantation for Adult Patients in Kyoto City Hospital

Daisuke Nakayama, Yuta Hanyu, Yuta Inoue, Ryosuke Hikida,
Maki Sakurada, Masashi Matsui, Yasuko Miyahara and Mitsuru Itoh
Department of Hematology, Kyoto City Hospital

Of the 261 hematopoietic stem cell transplantations performed on 226 patients between 1995 and June 2023, 146 were allogeneic transplantations (11 related bone marrow, 39 related peripheral blood, 32 unrelated bone marrow, 9 unrelated peripheral blood, and 55 unrelated cord blood), 1 syngeneic transplantation, and 114 autologous transplantations. The overall survival rate five years from first transplantation was 45.1% for allogeneic transplantation and 73.7% for autologous transplantation. In recent years, allogeneic hematopoietic stem cell transplantation has been widely performed for elderly patients and patients who could not find a human leukocyte antigen (HLA)-matched donor owing to the development of reduced-intensity conditioning regimen and the expansion of alternative donors such as cord blood transplantation and HLA-haploidentical transplantation. The favorable outcome has continued even with the increase in transplantation in elderly patients and transplantation from alternative donors. We expect further improvement of treatment outcome in the future with the further development of methods to prevent and treat graft versus host disease (GVHD),and better control of infections and prevention of recurrence.

(J Kyoto City Hosp 2023; 43:1-6)

Key words: Hematopoietic stem cell transplantation, Acute leukemia, Malignant lymphoma, Multiple myeloma

特別講演

人生の最終段階の意思決定支援

（国立長寿医療研究センター在宅医療地域連携推進部）
三浦　久幸

○座長　「人生の最終段階の意思決定支援」というテーマで国立長寿医療研究センター在宅医療地域連携推進部部長の三浦久幸先生にお話しいただきます．遠方からお越しいただきましてありがとうございます．

三浦先生のご略歴を紹介させていただきます．三浦先生は，1984年に山口大学の医学部をご卒業になりました．そして，1990年にドイツに留学されまして，ゲッティンゲン大学の生化学教室で研究されています．1993年に名古屋大学大学院医学研究科を修了され，1995年には名古屋大学医学部老年科に入局されています．そして，2004年3月に現在お勤めの長寿医療センターの外来診療部外来総合診療科医長に就かれています．2019年の6月1日から医療センターの在宅医療地域医療連携推進部部長として現在までお勤めでございます．

いろいろな学会活動を幅広くされており，要職に就かれているのですが，たくさんあるため全部はご紹介できませんが，一部ご紹介しますと，日本アドバンス・ケア・プランニング研究会代表理事，日本在宅ケアアライアンス理事，日本在宅医療連合学会特任理事，日本臨床倫理学会評議員などをお務めでございます．

著書もございまして，教科書『認知症ハンドブック』や，『私の治療』の共著者の一人として執筆されています．本日は大変お忙しいところ来ていただきましてありがとうございます．お話を楽しみにしております．よろしくお願いいたします．

○講師（三浦）　皆さん，こんにちは．岡野先生，非常に過分なご紹介をいただき，ありがとうございました．いまご紹介にもありましたが，私，山口県の出身で，昔風に言うと長州藩ということになりますので，こちらへ招待いただいたのは，壬生にある京都市立病院．壬生というと新選組でしょう．幕末だったら私はもう滅多切りになってここにいないかなと，到達していないかな，というような思いで参りました．本当に由緒あるところで，また，34回という由緒あるフォーラムにお呼びいただきましてありがとうございました．

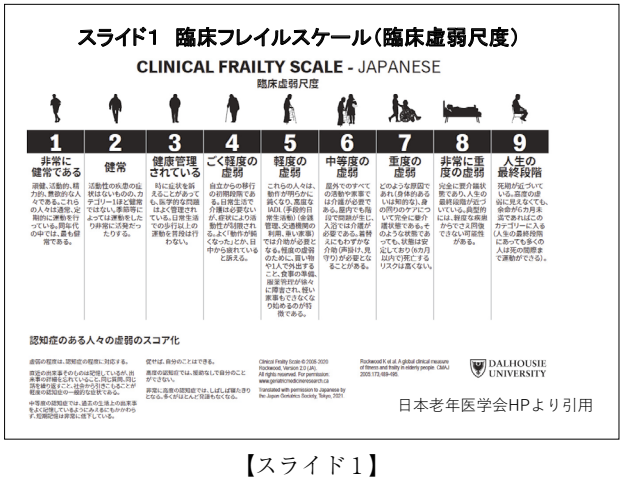
国立長寿医療研究センターは愛知県にあるのですが，理事長の荒井秀典に最初にお声かけをいただいたようでございまして，その時のテーマが，「これからの医療体制」だったか，そういう大きなテーマです．私は医療体制まではなかなか，そういう大きなお話しはちょっとできないので，私にバトンタッチがあった時に，辻先生からの先程のお言葉にもありましたが，シェアード・ディシジョンメイキング（共有意思決定支援）というか，ACP（アドバンス・ケア・プランニング）だけではなくて，そういう意思決定支援についての研究を主に進めておりますので，その内容で本日はまとめさせていただきました．

早速ですが，ACPですけれども，注目され始めた社会的背景についてお話しをします．やはり一番のインパクトは超高齢社会，多死社会なんていうことが背景にございます．

日本の人口ピラミッドの変化ですが，2025年に団塊世代の方全員が75歳以上になる節目ですが，その後も人口減少で生産年齢人口は減るけれども高齢化率は減らない，というふうな時代になってまいります．こういう超高齢者，あるいは高齢者が増えていきますが，その影響で2040年，160万人以上の方が亡くなるという，いわゆる年間の死亡者数が多くなるという多死社会を迎えてきます．

高齢者が増えて，75歳以上の場合にどのような病気が増えるかということですが，数的には救急車を使うような方が多いということですが，質でいうと，個々の高齢者にしてみると，救急車を使わなければいけないような急性疾患がそんなに増えるわけではなくて，その一方で，認知症や骨粗しょう症，そういう，一度なったら治らない慢性疾患やADL（日常生活動作）が低下するような廃用症候群というような，いろいろな病気を併せ持つ，病気と共に生きていく，という方が増えるということになります．こういう時代でもって，これまでの治す医療から，治し支える医療というものに，いま医療の全体を転換しなければいけないという話になっているかと思います．

もう一方では，先程のいろいろな疾患の合併だけではなくて，高齢者によくあるフレイルです．これは臨床フレイルスケールになりますが〔スライド1〕，フレイルが進みますと，フレイル単独で死亡のリスク要因になるということです．ですから，ここにフレイルスケールをもってトリアージに使うような長期疾患も増えています．例



【スライド1】

えば，TAVI（経カテーテル的大動脈弁置換術）は，臨床フレイルスケールが 8 の人には行わない，など，そういったかたちで用いるケースも増えています．

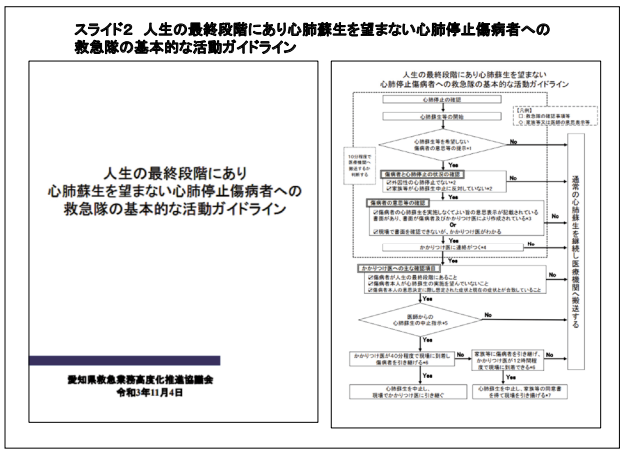
この意思決定に関わる最近のニュースとしては，公立福生病院の問題を受けて，日本透析学会が透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言を公表しております．この中で ACP とシェアード・ディシジョンメイキングのプロセスを重視しています．

また，日本老年医学会はこの COVID-19 流行期における高齢者医療について「より早期の ACP の必要性」を強調しています．

また，神経難病の人に対する主治医以外による嘱託殺人事件が社会問題化しました．これは，ご本人の思いにどのように対応するか，という大きなくくりの中では含むべきかと思います．

もう一つ最近の動きとしては，これは愛知県版なのですが〔スライド 2〕，特に東京都の救急隊を中心に，人生の最終段階にあって心肺蘇生を望まない心肺停止傷病者への対応ガイドラインが各地で作成されています．なぜかというと，救急の場というのは，今までは，心臓・呼吸が止まって救急車を呼んで家族を呼んで，そこで救急の場で挿管を受けて救急蘇生をする，ということで誰も文句を言わなかった時代だったのですが，最近では，心臓が止まったときに蘇生をしないでくれとか，あるいは救急車を呼ばないでくれ，というような方も，実際に増えてきたわけです．

ですから，救急の場で，もう挿管した後に家族がやってきて「先生，お父さん，蘇生を好んでなかったからやめてくれ」という感じで，やめてくれといっても簡単にはやめられないようなことになりますので，非常に困った事態です．そういう困った事態に対してのガイドラインです．内容的には，心肺蘇生の方に救急車が来たときに，かかりつけ医に確認を取った上で心肺蘇生を中止するかどうかを決めるということで，かかりつけ医の関与というのを非常に重要視しているということになります．だから，先ほどの事前指示書を示されてそれでオーケーというわけではなくて，その上でかかりつけ医に確認をして，本人のいまの状態だとどうか，というのを確認するというガイドラインになっています．こういう内容は東京都から始まったのですが，全国に広がっているかなというふうに思います．



【スライド 2】

これも高齢者が増えているということなのでしょうが，『PLAN75』という映画が公開されました．倍賞千恵子さんが主役で早川千絵監督なのですけれども，75 歳になったときに，いわゆる安楽死，お金をもらって安楽死を遂げるかどうか，そのままそういうことをしないのか，というのを選べる法律ができたということで，いろいろ悩んだのだけど，最後はごめんなさい，全部ばらすといけないので内容はしゃべれないのですけれども，そういう映画ができたのです．これは 75 歳だからまだいいのですが，こちらは 70 歳です．『七十歳死亡法案』という本も出版されています．70 歳というと私もそんなに遠くないのでちょっと困る法案ですが，内容的には，介護負担で非常に困っている方，お義母さんを介護している方が 70 歳法案ができたら安楽死を遂げるということで賛成している，というふうな，そういう方の介護の生活を主にしているのですが，こういう年齢で人生を区切ってしまうという法律ができたときにどう考える，という，そういうテーマのものも出てまいりました．

国立長寿医療研究センターでは，いままで，がんのいろいろなエンドオブライフ・ケアの指針が出てきたのですが，非がん疾患に関してはあまりにもそういう指針が乏しいということもあって，これは文献的なものなのですが，『非がん疾患のエンドオブライフ・ケアに関するガイドライン』を昨年出版しております．ただ，文献的な考察なので，現場の先生たちのかゆいところに手が届くという感じではないので，もう少し現場に近いようなものを，ということで，これは AMED（日本在宅医療研究開発機構）の研究費をいただいてなのですが，『在宅診療における非がん性呼吸器疾患・呼吸器症状の緩和ケアの指針』や，『在宅における末期認知症の肺炎の診療と緩和ケアの指針』等も作成いたしました．

これはフリーにダウンロードできるようになっているのですが，どうしてこんなことをしているかというと，この後，ACP の話ということになるのですが，質の高いエンドライフオブ・ケアと，質の高いケア全体は，やはり，常に選択肢があるということだと思うのです．例えば延命する・しないという選択肢も確かに二つあるのですが，延命する選択肢の反対で，延命しない，という選択肢を取った場合に，その後のケアの保証は何もないような，殺伐とした選択肢なのです．「あなたは透析をしますか，しませんか」「私は透析しません」といったときに，では，その透析をしないがためにどのようなケアが受けられる，という保証もなしに決めることになるのです．そうでなくて，透析をしない場合に起こる腎不全に対する緩和ケアはしっかりしたものがありますよとか，ベストサポーティブケアがあれば，やはり QOL が高く最後までいけますよ，という保証がないとやはりいけないという，いわゆるそれが選択肢だと思うのですが，そういう選択肢を作るためには，質の良い緩和ケアというものを提供できる保証を与えないといけないと思って，こういうものを作っています．

アドバンス・ケア・プランニングですが，これは医療ケアに関するプランニングです．京都市の方が作っているのは，人生のケアプランニングということで，アドバンス・ライフ・プランニング（ALP）に近い活動かなと思っていますが，これはあくまでも，医療やケアのプランニングです．やはりALPに比べると非常に狭い範囲のプランニングという話になります．

日本でACPを広げるためにということで，私ども国立長寿医療研究センターがACPを導入して啓発を始めたのが2010年，平成22年なのですが，そのあとに厚生労働省から，人生の最終段階における医療体制整備事業のテキスト作りというか，進捗管理をやってほしい，というふうな話が入りました．人生の最終段階に入ってからの意思決定だと，ちょっとACPとして遅いかなと思ったのですが，この際だからACPという考え方をこの研修事業の中に入れ込んでしまおうということで，これが後々までに尾を引いてしまった原因かなと思っています．要は終末期になってからの意思決定支援＝ACPというような話になって，それはちょっと困ったなと，僕のせいでもあるのかなと思っています．

平成26，27年の2年間，ナースや病院の延命スタッフに集まっていただいて，テキストを用いて15の医療機関で研修を受けていただきました．その研修を受けたスタッフに自分の病院に戻って，意思決定支援の活動をしてもらいました．

あまり終末期に近くない方を各病棟で選んでいただいて，そういう方の意思決定ということで，ACPに近いかたちでの意思決定をやってもらいました．ブラインドでスタッフに見られないよう，患者さんから直接郵送で長寿センターまでアンケートの結果を送っていただきました．それを解析した結果，「患者さんの希望がより尊重されたと思う」という方が89%に達して，その一方で，「こんなの嫌だ」「こんなに嫌らしいもの，聞きたくない」という人はほんのわずかでした．こういう結果を受けて，厚生労働省も医療現場での研修を続けたり啓発を始めた，という経緯がございます．

ただ，実際に病院の中で，そういう研修を受けたスタッフに意思決定支援をしてもらったのですが，それで聞き取れた内容というのは，「望んでいる療養場所とか受けたくない医療を尋ねる」というのが70%以上で，「実際に延命治療をどうする」ということについては，やはり3割未満しか聞けなかったのです．ということは，病院でACPをするのはいいけれども，いわゆる最終的なところで人工呼吸器をどうするか，というふうな，そこの望みまではなかなか聞き取るのは難しい，というようなデータが出ています．

ただ，これはどうすればいいかという話なのですが，当然この病院を退院した後に自宅療養に戻られるわけですから，そこで，例えば辻先生みたいな先生にバトンタッチをして引き継ぎして支援していただくという，やはり長いスパンの継続的な意思決定支援が必要というふうな結果も出ました．

平成25年に『E-FIELD』というテキストを作ったのですが，全国展開の折に，お隣の神戸大学の木澤先生が旗振り役となって，われわれはちょっと手を引いたかたちになりました．いま，木澤先生は筑波大学に移られ，神戸大学中心に全国展開をしたのですけれども，そのE-FIELDもいろいろな問題もあったので，自分たちはまた違う新たなバージョンのものを作って，これもまた後でお話しをします．

ACPに関してなのですが，認知度賛否というのがちょっともう古いデータになってしまいました．2017年に厚生省がアンケートを取ったのが，もう5年前です．ドクターやナースは，やはり2割位しか知らず，介護の方はもっと知りませんでした．ただ，「こういう活動っていいよね」と言ってくれた方は医療専門職が7割以上．一般の方も7割近い，やはり賛成の方が多かったです．

こういう状況を受けて厚生労働省が愛称も作った．「ACP」というのだと，一般の方に全然伝わらないということで横文字であることの不評というのがありまして，一般の方に分かるようにということで，有識者を集めて「人生会議」という名前にしてロゴマークを選定したのですが，ACPというのは最終的にはやはり医療介護専門職の問題が大きいと思うのです．だから「人生会議」でいかにご本人が決心をしたとしても，最終的にその思いを医療介護専門職がきちんと受け止めないとあまり話にならないわけなのです．

ということで，「人生会議」という一般の市民の方の活動なのですが，私は医療介護専門職の活動としてはいままでどおり「ACP」という言葉でちょっと区別して使っています．

厚生労働省は，この「人生会議」の再現ビデオを作って，一般の方向けに，芸能人，吉本の方を起用した啓発活動を盛んに続けています．

このACP，先ほど京都市の事前指示書の話も出ましたが，あくまでこれは医療看護専門職のほうの話として聞いていただきたいのですが，もともとは米国生まれで事前指示書から始まったのです，こういう活動というのは．カレン・アン・クインラン裁判というのがあって，カリフォルニア州法でリビング・ウィルができて，その後，患者の自己決定権法というので事前指示書というものが米国で法制化されました．

事前指示書とは，Advance Directiveの略なのです．このDirectiveの訳，いろいろあったのですが，いまは「事前指示書」という言葉に固まっているかと思うのですが，91年の米国の患者自己決定権法で「事故や重症疾患によって意思決定能力が失われたときにどのような医療を希望または拒否するのかを，意識が清明なうちに表明しておく」というもので，二つのコンポーネントで構成されています．

一つはリビング・ウィル，本人の遺書に当たるものです．もう一つは医療代理人の指名．これは自分が判断できなくなったときに誰々に聞いてくださいというものです．これは海外では法制化されています．一方，海外では医療代理人というのがあるのですが，国内ではこういう制度はないので，日本には医療代理人制度はないとい

うことになります．でも，実際には制度がないといっても，書式を作ってそれを広めるのは倫理的にも法律的にも問題がないので，リビング・ウィルと自分の代弁者になる人の名前を記したものを事前指示書といって，国内でも広めていく団体はあります．

実をいうと，この米国の事前指示書は，2,800万ドルを使って，9,100人の重症患者を対象としたSUPPORT研究事業という，RCT（ランダム化比較試験）の縦断研究を行った結果で，事前指示書の有効性というのがまったく示されませんでした．ナースに研修を受けてもらって事前指示書を取ってもらった群と，ナースの介入がない，要は事前指示書のない群．その後のCPR（心肺蘇生）の，NO CPR（心肺蘇生拒否）の指示の取得率や，担当医の，患者の蘇生についての意向の把握率，人工呼吸器の装着した状態でのICUの利用日数とか，まったく差がなかったのです．要は米国で行われた事前指示書の事業は失敗したということになります．

なぜかということで，いろいろなディスカッションがされているのですが，事前指示書そのものの内容の問題ではなく，ドクターがその事前指示書にアプローチするやり方の問題だとか，基本的には自分の関与していないところで書かれたものに関してあまり認めなかったり，というようなこと．そういう，やはりドクターの関与がなかったということが一番の失敗の理由ではないかといわれています．

この事前指示書については，その後も米国を中心に限界がいわれています．これは，京都市が行った一般向けに行政が行う話ではなくて，あくまで専門職側の話なのですが，病状を十分理解しないまま事前指示書を作成したり，ということです．患者さんの気持ちが変わるのに，5年前に書いていただいた事前指示書を，例えば，もうちょっと頑張ると，ひ孫の顔が見られるというようなときに，本当に延命をしてほしくないのかというと，人の気持ちはやはり変わることがあるのです．それをこういう事前指示書ではなかなかキャッチできない，リアルタイムでというようなことで，いろいろな課題がずっといわれてきました．

先ほどの事前指示書のSUPPORT事業の失敗のJAMAの論文，95年なのですが，その論文が出る1年前に，アドバンス・ケア・プランニングについての論文が世界で初めて発表されたのです．この著者がTenoやLynnらで，この二人は先ほどの事前指示書の事業の失敗をいち早く知った二人の科学者，要は統計解析をした二人だったのです．

ACPで重要なのは意思決定のプロセスを改善すること．特にこのSDM（共有意思決定）を促進することということで，事前指示書の内容を改善するとか，そういうことは全く書かれてないわけです．あとは患者さんのアウトカムを改善する．患者さんのWell-being（幸福）を改善すること．なんとなく，ACP＝事前指示書というイメージが非常に日本では強いのですが，その事前指示書の失敗を受けて考え出されたのがACPということになります．

ACPが国際的に進むにつれて，その課題も克服されて，ということなのでしょうけれども，国際的定義もいろいろと進歩していまして，いまではACPは，将来の医療に関しての個人の価値感，人生のゴール，治療選好を理解し共有することで全ての年齢層の成人，全ての健康ステージを支える，「全ての健康ステージ」ということで，もう「終末期」という話ではないのです．

ですから，より早い時期，例えば健康なときから重篤な慢性疾患に罹患したとき，いろいろ進んでくるその全ての健康ステージを支えるということで，患者さんの価値観，目標や治療選好を理解しながら，患者さんがずっと生きていく「生きる」を支えるということがACPであるというのが最近の国際的定義ということになろうかと思います．

このACPですが，私はEmanuelが解析した「ACPはこういう五つのステップのプロセスである」という論文をよく引用させていただいています．どういうステップかというと，「話題をまず導入する」．それから，「話し合いを深めて，深まったところで何かドキュメントにする」．それは事前指示書でもいいし，基本的にはカルテにきちんと記載するということで十分で，あとは「代弁者を考えてもらって，それをみんなに周知する」．「思いが変わったらまたそれを書き換えてもらって周知する」．最後は「代弁者と一緒に主治医が実践する」というふうなプロセスになります．

そのプロセスにおける意思決定支援機能が先ほどのLynnらの最初の論文にあったと思うのですが，シェアード・ディシジョン・メイキングということになります．このACPは高齢者においても数々のエビデンスがあります．309人の高齢者にACPを実施した群としない群で，本人や遺族のストレスを測りました．こういうレベルの高いRCTのものがありますし，患者さんの意思に沿ったケアができた，延命治療が減った，ホスピスや緩和ケアが増えた，再入院が減った，QOLが高くなった，というようなエビデンスがあります．

最近ではちょっと重要視されますが，認知症に関わるエビデンスです．この論文はアンブレラレビューといって，システマティックレビューをまとめたレビューになるのですが〔スライド3〕，ACP，実際に行われた治療ケアと本人希望が一致した，医療支援，入院が減少した，認知症ご本人にとってQOLが上昇した，うつ状態が減少したなどの，認知症だけでもこのようなエビデンスが出てくるような状況になりました．

ACPの実施時期ですが，先ほど私が失敗したという，終末期になってからの意思決定支援がACP，というイメージで始まったので非常に問題が大きかったのですが，終末期になってからのACPというと，高齢者，特に後期高齢者の場合は認知症が始まったり，そうでなくても意思決定の能力も低下したりして，本人の意向が確認できないことが非常に多くなるわけです．だから，要介護状態になって介護施設に入るころには本人の意思決定能力が低下している場合が多いわけです．ですから，それより前に，フレイルの時期とか慢性疾患が始まった時期，

要介護状態でもより早い時期に ACP を始める必要があるのです．

話し合いを始めて，人生のゴールや価値観，信念を確認した上で，医療・ケア，代弁者に関する意向を確認する，最終的には決まったことを文書化するのですが，これを事前指示書という書式にまとめても良いし，カルテに書くだけでも十分です．また考えが変われば，その都度記録を書き直します．最後には代弁者と共に本人の意向に沿った医療・ケアを実践します．スライド 4 は一般向けにつくったポンチ絵です．ケアの方にぜひ進めてほしい ACP です．本人の価値観や気がかり，人生の目標を日頃の生活の中から確認するということで，それも過去の経験とか現在の気がかりとか，今後の人生の目標です．サーフィンをやってみたいとかお寺に行きたいとか，そういう目標を確認するという作業は，ケア専門職の方のほうが非常に強いかなというふうに思います．

いよいよ押し迫ったらやはり医療専門職になります．判断できなくなったときにどのような医療職種に頼むか，誰に代わりに聞いてほしいのか，あるいは延命するとこういう状態になる，延命しないとこういう状態になるというのを比較して，本人の価値観に合するのはどうなのか，というのを確認するのは，最後，サッカーでいうとゴールキーパーの役，ドクターや訪問看護師さんだと思いますので，このあたりは医療専門職が聞いていくということになろうかと思います．

この ACP の話し合いの阻害要因は，やはり時間がないことです．外来で 5 分診療，7 分診療で，何でこんなことができるのかという，そういうことに尽きます．そうはいっても，話し合い開始のチャンスを見逃さないとか，複数の職種やチームで対応する，価値観や人生の目標を探るのは，主にはケア専門職，それを ICT なり，ここでいうとメディカルケアステーションでしょう．そういうもので共有して，最後のとりでのドクターにそういうことが伝わるようにする，ということが必要になります．

また，意思決定支援の意思決定支援ツールの Decision Aid 等，各疾患ごとに作るというふうなことも必要ですし，ここはもう京都市がばっちりやっていますが，最後の心づもりについての市民啓発，これを一緒に並行してやる必要があります．

市民啓発ですが，市民公開講座や出前講座，あと，いろいろなメディアも開発されていまして，カードゲーム「もしバナゲーム」等があります．日本老年医学会でも ACP 動画を作っています．「自分らしく『生きる』ために～ACP ってなに？～」ということで，全編，ドラマ編，解説編とあります．

ACP をやっていない事例を先に示して，その後，ACP をやったらこうなるという事例で，全編見ていただければかなり分かりやすいようになっています．日本老年医学会のホームページから無料でこの動画を見ることができますので，またご利用いただけたらと思います．学生教育やコロナワクチン後の待合時間など，そういったところで利用していただければと思います．

COVID-19 と ACP は，あまりエビデンスとかあるわけではないのですが，この COVID-19 というのは重症化するまで非常に速いわけです．ですから，かかってしまって「さあ，いまから考えよう」というとなかなかパニックになってしまって，どちらかというともう延命という話になってしまう傾向が強いというふうにいわれています．

ということで，できるだけ COVID-19 にかかる前の平時から，京都市の活動みたいにこれからのことを考えておいていただかないといけないし，ニューヨークからの報告では，事前に ACP が行われている事例だと，最終的に COVID-19 にかかって延命治療どうするかというときに，非常に冷静に考えられる方が多かったらしいです．ACP を行っていないとパニックになって，すぐに延命となるという，そういう報告もあります．日本老年医学会としてもこういう ACP をできるだけ平時から行っていくことが重要だと提言しています．

国内での ACP の課題ですが，私が国立長寿医療研究センターで ACP を始めたのが 2010 年で，さらに厚生労働省としての研修事業で始めたのは 2014 年で，それからもう 8 年で，言葉だけは広がっているのですが，かなり ACP の課題も見えてきたかなと思います．ACP が CPR をどうするかという話し合いに限定したものであるとい

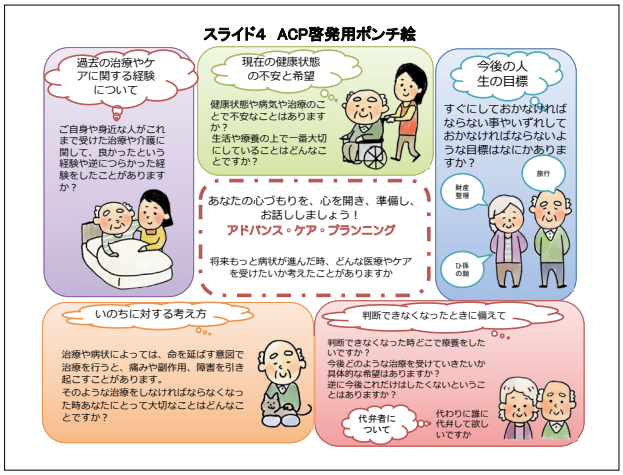
スライド３　認知症とACPの主なエビデンス

ACP/EOL	医療資源の利用	認知症者	家族介護者
● 実際行われた治療・ケアと本人の希望の一致 ● 療養場所の変更の減少 ● 希望する死亡場所で死亡が増加 ● 事前指示書(DNAR含む）の記載増加 ● ACPの対話の増加 ● 緩和ケアや疼痛治療を受ける入居者の増加 ● 入居者の希望の把握（増加） ● 家族の意向への寄り添い	● 入院の減少 ● ICU利用の減少 ● 経管栄養減少 ● 入院期間の短縮 ● 救急車利用の減少 ● ホスピス利用の増加*	● うつ状態の減少 ● QOLの上昇 ● 決定に係る葛藤低下 ● 医療についての安定した選択（増加） ● ケアへの満足度（増加）	● 決定に係る葛藤低下 ● 治療決定への信頼（増加） ● 情緒的ストレス低下 ● 身体的ストレス低下 ● うつ状態の低下 ● QOLの上昇 ● ケアへの満足度（増加）

*欧米など海外の一部の国では認知症のホスピス利用が認められている

Wendrich-van Daelら Int J Nurs Stud 2020;107:103576より引用. 著者により翻訳、一部改変

【スライド３】



【スライド４】

うふうな誤解や，とにかく事前指示書等の書類を作成してもらえばいいのだという誤解，代理人を決めてもらうというだけの行為だという誤解など，私自身は，ACP という内容がまだ発展途上というよりは，すでに少し形骸化しているような傾向があるのかなというふうに思っています．

ACP を開始するタイミングについてですが，がんに関しては，末期がんが見つかって意思決定支援するというのが，がんの緩和ケアで通常行われている話だと思うのですが，こういう臓器疾患，あるいは認知症やフレイルの方に ACP を開始するタイミングは極めて難しいと思うのです．そういうこともあって，呼吸不全の患者さん，臓器不全の患者さんに ACP をこういうタイミングでやったらどうかというような支援ガイドも AMED（日本医療研究開発機構）の研究の一環で作成をさせていただいて，これもフリーでダウンロードできます．

ポイントとしては，いろいろな呼吸不全，呼吸疾患での「医学的分岐点」，では薬物療法をどうするのか，呼吸リハをどうするのか，在宅酸素と NPPV（非侵襲的陽圧換気）をどうするのか，あるいはモルヒネをどうするのか，そういう医学的分岐点があります．その分岐点ごとに意思決定支援を積み重ねていくというのが ACP を想定した意思決定支援として重要です．

認知症に関しても，長い人生におけるいろいろな分岐点があるかと思います．まずは車です．診断されて運転免許をどうするのか．生活が全く変わりますので．介護サービスや療養先をどうするのか，食べられなくなったときに人工栄養をどうするのかということを，その分岐点ごとに先んじて考えていくという必要があります．この認知症，ACP 指針についても，いま，厚生労働省の研究費をいただいて取り組んでいるところで，まだ途中のところで発表できるものではないのです．

この，患者さん本人の意思を尊重した地域連携モデルというのは，一つのところで完結するものではありません．病院で ACP をやったはいいけれど，最後の具体的なところまで意向が確認できたのは 3 割以下です．その後に在宅診療，あるいは施設に移ったりするので，療養場所ごとに意思決定支援の活動というのは行う必要があるかと思います．こういう絵というのは地域包括ケアの絵にも近いかなと思っていて〔スライド 5〕，地域包括ケアを進める上で ACP というのはコアなコンポーネントになるのではないかなと思っています．

きょうの本題の意思決定支援についてですが，これは意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドラインから引用していますが，「意思決定支援とは，特定の行為に関し本人の判断能力に課題のある局面において，本人に必要な情報を提供し，本人の意思や考えを引き出すなど，後見人等を含めた本人に関わる支援者らによって行われる，本人が自らの価値観や選考に基づく意思決定をするための活動」ということです．厚生労働省の「人生の最終段階における」，10 年ぶりに改訂された「医療・ケアの決定プロセスガイドライン」では，基本は本人の意思を中心に，本人の意思を確認できない場合も推定意思を把握して，できるだけ本人の意思に準じた決定をしなさい，ということになり，中には話し合いを繰り返し行うとか，代弁者を作るとかいうふうなことで，ACP の内容も含んだものになっています．

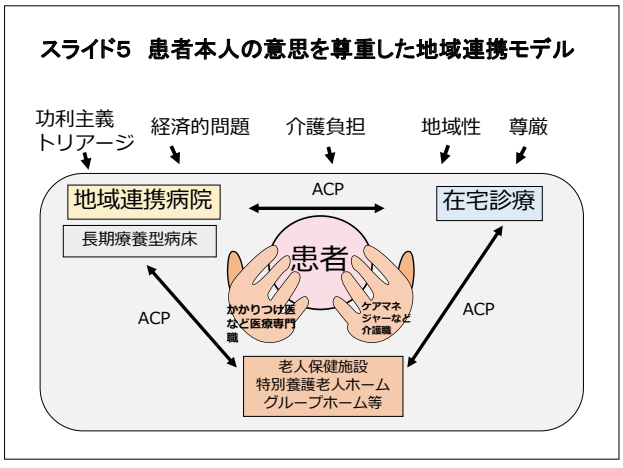
近年，次々に国内で意思決定に関するガイドラインが出ています．スライド 6 は厚生労働省のプロセスガイドラインですが，認知症，障害者，それから身寄りのない方で判断能力の落ちている方の意思決定に関するガイドライン，それから成年後見のガイドライン，矢継ぎ早に出ています．そのガイドラインごとに，横軸が代理決定とか代行決定の強さ・弱さ，縦軸が非日常・不可逆なのか，日常・毎日の生活に関わるのか，ということで，それぞれのガイドラインの立ち位置が示されています．

特に，認知症の意思決定ガイドラインでは，できるだけ意思決定支援チームでやる意思決定支援ということが強調されていますが，その中で意思決定支援のプロセスとして，本人の意思が形成できるような意思形成支援・表明支援・実現支援という 3 ステップに分けて意思決定支援をしましょうというふうになります．

特に認知症の場合に重要なのは，意思決定能力をどうするのか．認知症があるからといっても，話しも普通に対応できる方が圧倒的に多いと思うのですが，この理解する力・認識する力・論理的に考える力・選択を表明できる力．この四つの能力がそろって意思決定能力があると推定できるのですが，これは Grisso と Appelbaum が作ったものとまったく同じなのです．

ただ，そうはいっても「評価と支援の一体化」と書いてあるのですが，基本は本人の意思．「認知症の症状にかかわらず，本人には意思があり意思決定能力を有するということを前提にして意思決定支援をする」ということが書かれています．だから，認知症があるからといって，家族に話を聞くというようなのは駄目ですよ，できるだけ残存能力に応じた意思決定をしながら本人の意向を確認してください，というガイドラインになっています．

なぜシェアード・ディシジョン・メイキングというものが国内で必要になるであろうかということですが，もともとは『国内の意思決定支援に関する構造的問題について』と，20 年も前の本でロバート・レフラーという方



【スライド 5】

が，短時間に多くの患者さんを捌かないと治療費にならないという，「点数料金制」，それが一番問題ではないか．たくさんじっくりお話しを聞くといった，診療の現場に余裕をなくしたのは，こういう点数料金制ではないか，とこの本には書かれています．これはいまも全然改善されていないのではないかなと思うのですが，ご本人の価値観や意向を確認しようというふうな医療全体の世界的な動きは起こっています．その典型が「Narrative Based Medicine（物語りと対話に基づく医療）」やアーサークラインマンの『病の語り』であって，患者本人の体験としての病いをどう考えるか等を通じ，本人との対話の重要性を説いています．

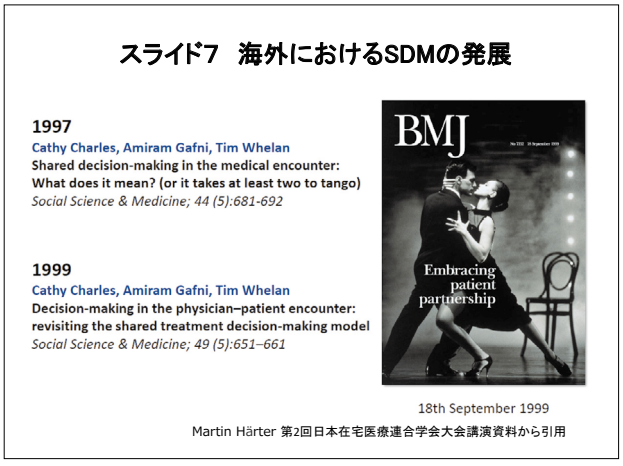
また，ケアの現場では「村田理論」というものがあります．村田久行という先生が，キュアの概念とケアの概念と対比して述べて，キュアの概念は生を基準として原状回復，病気を治すのということなのですが，ケアの概念は，老い・病・死というものを認めつつ，人間の全体認識から人間の寿命というのは限られているという認識の下で，相互多様的に診ていく．そういうキュアからケアの概念や，ナラティブ・ベイスト・メディスンの考え方を取り入れながら，意思決定支援の技能というのが確立されてきました．

この意思決定支援の最近の考え方が，シェアード・ディシジョン・メイキングですが，チャールズという先生が初期に基本概念を構築されました．その象徴するものとしては，一人ではタンゴを踊れないでしょうということなのです．こちらがドクターと患者さんとして，患者さんが全然動かないと，引っ張り回すことになるので踊りにならないのです．ということで，患者さんの参画あってのタンゴだというので，お互いに一緒に踊っていく象徴的な絵になっています〔スライド７〕．

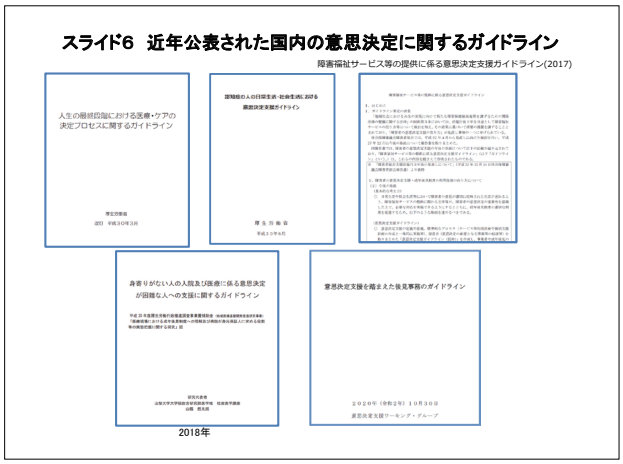
シェアード・ディシジョン・メイキングというのは，医師が自分で決めるというパターナリスティック・ディシジョン（父権主義的意思決定）・モデルと，患者さんが「情報だけくれればいい，僕が決めるから」というインフォームド・ディシジョン（情報提供型意思決定）・モデルの２極の中間位に位置づけられています．対等なパートナーとして一緒に決定していくというのはシェアード・ディシジョン（共有意思決定）・モデルで，これは内容を少し細かく言いますと，情報の流れは双方向性．ドクター・ワークの医療情報，メリット・デメリットを平等に患者さんにお話ししますが，患者さんは自分の価値観，人生の目標，あるいは意向を医療者に伝える，という双方向性の関わりということになります．

先ほどの ACP と SDM の関係ですが，ACP の各局面でこの SDM，シェアード・ディシジョン・メイキングのスキルというものが必要になります．これが Emanuel 著の ACP の５ステップです〔スライド８〕．できるだけ早く聞いておいて，最終的に本人の判断能力がなくなったときに反映させようという，長いスパンの戦略的な活動が ACP なのですが，シェアード・ディシジョン・メイキングはその都度の話し合いの一発勝負，真剣勝負の話ということになります．

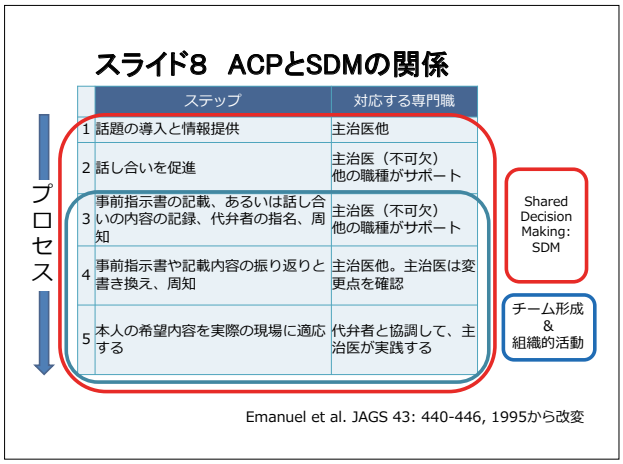
シェアード・ディシジョン・メイキングはコンポーネントがはっきりしていまして，最初に対等のパートナーを結成して，次はエビデンスベースです．できるだけエビデンスに基づいたかたちでの医療情報提供を進めます．それに患者さんの認識も確認した上で，今度は患者さんの価値観・目標・ナラティブを把握するということで，ここでエビデンスベースとナラティブベースの統合みたいなかたちを行うのです．統合みたいなかたちの話し合いを行った後に，双方向のネゴシエーション，「あなたの希



【スライド７】



【スライド６】



【スライド８】

望がこうだったら，こういうかたちの医療やケアがいいよね」ということで決定していき，それに医療ケア専門職が責任をもって，フォローアップのときにその設定したことはどういう結果になったかということも共有します．何を共有するか．決定プロセス，決定事項，決定結果を共有する，というのがシェアード・ディシジョン・メイキングということになります．

どういう言葉かけをすれば良いかというような研修会の内容もいろいろ開示されていますし，それぞれ，自分のSDMがきちんとできているかというのを評価する世界的な評価指標も開発されています．

愛知県では，ACPの研修の時にSDMの技能を取り入れたSDMとACPの統合型研修を始めていまして，そのSDM技能研修をすると，ドクター，ナース，それからケアの人も含めて，SDMの技能が向上したという結果を論文にも起こしています．

まだ厚労省では使っていますが，E-FIELDのテキストというのは，実はドクターにはあまり良い効果がなかなか認められていないのです．今回のSDM技能研修でいくと，ナースとMSWだけでなくドクターにおいても有効性が証明されているので，地域連携の場はACPではなくて，こういう研修体系でSDM技能を広げたほうが良いかなと思っています．

いま研修をすると言っても，全国的に何人に研修をするのだと，きりのない話でもあるのです．ナースだと170万人位だろうし，ケアマネ資格保持者も50万人位，この研修をどうやってやるのだとなると，とても現実的な話にならないので，何とかして，そういう大学教育や法定研修のプログラムの中に織り込めないかな，と思っています．

例えば，プロブレム・オリエンテッド・システム（問題志向型システム）だったら，カルテの記入方法は「SOAP」です．そういうことで曲がりなりにも何となくプロブレム・オリエンテッド・システムをやっているかのようなかたちがあるのですが，そういうかたちに近いものがこういうACPを行う，あるいはシェアード・ディシジョン・メイキングを行うという，そういうシステムの中でできないかというふうに思って，いろいろと他の先生方の意見を聞いたりすると，「目標思考型医療」というのがあるということです．

プロブレム・オリエンテッド・システムというのは，われわれ医療者はすごく得意なのです．病院の先生方は，これ無しにはやはり患者の診断はできないし，クリニカル・アイデンティティーに発揮させられないというのがあります．一方で，「Goal-oriented medical care（目標思考型医療）」と米国のMold先生が最初に言い始めて，この目標思考型というのは病気を治すこと，病気が治ることを目標にするのではなくて，患者さんのQOLを最重要視するようなそういう方向性というもので，やはり健康の定義自体が変わるということなのです．実践できたかどうかの評価は，プロブレム・オリエンテッドでは，実際に病気が治ったか，改善したか，なのですが，目標思考型では，個別の目標が達成できたかどうかで評価します．

最近になって，目標思考型医療にどういうコンポーネントがあるかと論文で出るようなかたちになったのですが，やはり患者背景，患者さんの価値観など，人生の目標，そういったものに重きを置くというのが非常に重要になっています．

先ほど辻先生のいろいろな症例を聞いて，いくつかの症例は目標思考型医療かなというふうに思ったのです．ウィンドサーフィンをやるためにはどうするのかとか．あと，青岸渡寺に行くに当たってはどういうことをクリアしなくてはいけないのか．それで青岸渡寺に行けたということが一つのゴールということになるのですが，そういうGoal-orientedの繰り返しが，結局ご本人のQOLを維持するのではないかというふうに思います．こういう考え方があるといったときに，自分自身このGoal-oriented，目標指向型というのは勉強中なのですが，少し取り入れてみようかなというふうに思っています．

まとめとしましては，ACPは国際定義に反して，何かちょっと表面の上澄みだけを採っているようなかたちで少し形骸化の恐れがあるかなと思っています．その形骸化の恐れを防ぐには，こういう下支えをする議論をしっかりマスターするということが一つで，良いのかなというふうに思っています．

また，システム，いわゆるパラダイムシフトという大げさなものではないかもしれませんが，病院医療と在宅医療などの差別化を目指すには，やはりGoal-orientedの思考がもう少し「見える化」できるといいかなと最近思っています．

日本ACP研究会が今度の9月10日に開催されます．どちらかというとACPに対して批判的な先生方が中心の講演もありますので，ご興味ある方はご参加いただきたいと思います．

ご清聴，誠にありがとうございました．

○座長　三浦先生，ありがとうございました．前半ではACPのお話，歴史的な背景，事前指示書の失敗から見えてきた内容，日本のACPの現状や課題などをお話しいただいて，その次には，意思決定支援のお話，そしてそれをうまく進めるためのSDM，シェアード・ディシジョン・メイキングのお話，そして最後は，非常に大きな話ですが，目標指向型医療のお話．私は小児科医なのですが，慢性の神経の子どもの病気を診ているときに，先生がお話しされていることを自分ができているかどうか分かりませんが，うまく言葉で表していただいてよく理解できました．

どなたかご質問，あるいはご意見などございますでしょうか．では，辻先生，お願いします．

○辻輝之先生　ありがとうございました．まだ頭の中がまとまっていないのですが，先程の話しを例に挙げていただいて，ありがとうございました．ですけれども，ALSの青岸渡寺に行くということと，それからサーフィンをしたいという認知症の方のケースは，すごく対照的に思

えたのです．というのは，ALS の方は，その ALS という受難を受けて「なにくそ」と，最初はそのまま逝くと思っていたのが，やはりそこで思い直して「なにくそ」となったのです．それが英語では「パッション」というか，受難を通じてその情熱につながっていったというかたちで，非常にこの方は個性が際立った方だったのです．もう一方のサーフィンをしたいという方，後で「なんでサーフィンをしたいんですか」と聞いたら，「いや，全然分からん」．つまり，その意思って何だろうということです．

最初のケースはリハビリや交流が非常に大きかったのです．意思を生み出す背景というのは，一つはパッションと同時にそういう支援を受けていたということです．認知症などの場合は，たぶん，「いまサーフィンしたい」と思っても，明日忘れられることもあるのです．でも，それをあれだけの大勢の人たちと共有していくことで，もう忘れてはいるけれどもそこに乗っかって，ある種，お神輿みたいな感じでした．

だから，認知症の ACP について，実はとても難しいし，でも，実はとても面白いというか，そういう個というもので「こうだよ」「なにくそ」という分かりやすいロジックではなくて，ある意味いわゆる哲学的に言えば間主観性というのか，個人というのは実はここにあるはずではなくて，あなたと私の間にあるみたいな，そういう，大昔学生のころ雑誌で読んだメルロ＝ポンティの話なんかにつながるのかなと思いながら，いつも考えています．

○講師（三浦）　貴重なお話，ありがとうございます．個人というインフォームド・チョイスという話だと，本人の意向がはっきりしたものであって，価値観も調整されているしという話の中ではそうだと思うのですが，シェアード・ディシジョン・メイキングというのは，どちらかというと医療者や専門職との関わりの中で，価値観や目標が形成されていくということなのです．

だから，どのような方が関わられたかということで結果が変わるということだと思うのです．それを認めていくということも，このシェアード・ディシジョン・メイキングの中のプロセスの大事なところかなと思っています．

ただ，いま，先生がおっしゃられたこと，個別性をどう考えるかと，そこで医療者やケアの方の関わり方をどう考えるのかということなのですが，やはりインタラクションあってのゴールかなというふうに私は思っています．

その辺り，私も Goal-oriented という話を最近ちょっと耳にして勉強し始めたばかりなので，お答えなっているかどうか分かりませんが，もう少しリファインしていければと思っています．

○辻輝之先生　ありがとうございます．

○座長　もうおひと方，ご質問どうぞ．

○質問者　ご講演ありがとうございます．現状の ACP はすごく理解できたのですけれども，将来的な ACP の姿についてちょっとお聞きしたいのですが，日本というのは，世界では隠れ移民大国といわれております．10 年ぐらい経つと在留資格を持った方，それから日本国籍を持たない外国人の方が高齢化する感じであります．また，多様性といわれている中での LGBTQ の方も高齢化されると思います．

先ほど先生の動画を見せていただいたときには，伝統的な日本の家族というのが出ておられて，現状はそれでいいと思うのですが，将来的に外国人と在留の方，日本国籍を持っておられる外国人の方，それから LGBTQ の方がご高齢になったときに，ACP の姿が変わってくるのか．それともまた違うカテゴリを先生方がお考えになるのか，その辺り，僕は 10 年経ったら日本の社会構造がもうものすごく変わるような気がして仕方がないのです．先生のお考えをお聞かせ願いたいです．

○講師（三浦）　ありがとうございます．自分は高齢者専門の老年科医なので，いま，先生のお話しを聞いて反省をしているところなのですけれど，これから日本は，なかなか理解が難しいような外国人の方や LGBT の方もやはり増えてくると思うので，それはそれで違う ACP のかたちを模索していかないといけないのではないかなと思います．これもあくまでも直観的なのですが，そういう事例も少ないと思いますし，これからまた，事例があるごとにまた勉強していくべきかな，というふうに思います．先生のご助言，本当にありがとうございました．

○座長　ほかにどなたかおられますか．では，黒田院長，お願いします．

○院長（黒田）　先生，今日はどうもありがとうございました．私も ACP に関して少し勉強はしていたのですが，先程言われた，終末期の対話だけという概念を持っていたかなと，反省しています．

ただ，聞けば聞くほど，なかなか難しいなとも感じております．まず，一般の市民の方々で ACP を考えてもらうこと，まず ACP というものを市民の皆さんに知ってもらうことが基本にあるのだなと思います．そういう意味では，病気になられてから，というよりは健康な間に，場合によっては，先生も考えておられましたが，一般的にある程度自己というものが理解できる年齢になったら，こういうことを皆でいずれ考えるんだよ，というある意味での教育が必要なのではないかと思います．こんな話を，年を取った親にするのは，と，今だったらそういう感じですよね．なかなかそういったことを受け入れるのはしんどいという状況なのかなと思うので，そこがもし前もってみんなに広まっていれば，受け入れにくさがなくなるのではないかなと，先生のお話を聞いて感じておりました．大変ためになるお話で，今日はどうもありがとうございました．

○講師（三浦）　ありがとうございます．岡山県の医師会でしたか，小中学校で ACP の話の教育を進めておられたりして，そういう活動は非常に必要になってくると思

います．ありがとうございました．

○院長（黒田）　どうもありがとうございました．

○座長　他にどなたかございますでしょうか．

○質問者　先程の話，その通りだと思っていて，僕が思うのは，基本的には利用者が変わらないと駄目だと思っています．意思判断のところなどに主治医が出てくるというのは，一定，主治医の役割というか医者の役割ってあると思うのですが，医者は権限を渡すということも出てくるのだと思います．

病院で亡くなるって，実際にはたぶん，相当減っていて，いまの若い研修医くらいの人たちって，その患者さんのキャリアを見ながら亡くなる，ということがたぶん，ほぼなくなってきて，ACP における医者の役割は相当変わると自分は思っています．

だからこそ，これからどういうかたちで学生や若い医者にトレーニングしてもらうかということを，年長者が中心に考えなければいけないという気がしています．

○講師（三浦）　先生，おっしゃるとおりだなと．模擬患者を使って大学の医学部でやっている，OSCE（客観的臨床能力試験）ってありますね，そのビデオを大学で見せてもらったのですが，患者さんの意向をどうするかという話，まったく入っていないのです，OSCE には．いわゆるどんな病気を持っているかというのを引き出すために，そのための質問ばかりで，クリニカル・アイデンティティーをはっきりさせるというところはいいのですが，では，実際にどういう医療やケアをするのかということ．患者さんご本人の価値観を入れないと決まらないはずなので，そこが全然教えられていません．

いま，その OSCE を受けた若いドクターでよく聞くのは，こういうふうな治療方針を考えていたけれど患者さんが反対していて，それに対してどう対応するのかが分からず非常に困っている，ということもあるのです．

そういう教育というのは，教育体制自体も変えていかなければいけないだろうなと思うのですが，まだまだ遠いかと．いまの医療現場は，いかに病気をしっかり診断するかということにほとんどの時間を割いているので，そこで患者さんの価値観うんぬんをどう理解してもらうのを進めるか，というのはハードルが高いのかなと思います．それこそ先生方のお知恵をお借りしたいです．

実際にプロブレム・オリエンテッドでさっき触れたところみたいに，いうところまででいいですが，それ以上がなかなかブレイクスルーできないという部分もあって，また先生方のお知恵を聞きたいなと思っています．

○座長　先生，本当に本日はどうもありがとうございました．大変勉強になりました．三浦先生の今後のますますのご活躍を祈念いたします．本日はどうもありがとうございました．

一般演題

京都市における人生の終い支度の取組

（京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室　健康長寿企画課）
岡　克彦

○座長　「京都市における人生の終い支度の取組」というテーマで，京都市健康長寿企画課地域包括ケア推進担当課長の岡　克彦様にお願いしたいと思います．よろしくお願いします．

○講師（岡）　皆さんこんにちは．京都市健康長寿企画課担当課長の岡と申します．どうぞよろしくお願いいたします．本日はこのような地域医療フォーラムにお招きいただきまして誠にありがとうございます．また，日頃は，本市の保健医療福祉の推進，とりわけ新型コロナウイルス対応につきましては，関係者の皆様には大変なご苦労の中，ご尽力いただきまして，改めて御礼申し上げます．ありがとうございます．

さて，本日のテーマ「人生の終い支度について考える」，私のほうからは「京都市における人生の終い支度への取組」，主には市民の方へということで，いくつかご紹介をさせていただきます．

まず，「人生の終い支度」という言葉，もともと「終活」という言葉を使っていたのですが，ネガティブなイメージであるため，これからも自分らしく生きていく，そのための準備をしていく，ということで，現在では「人生の終い支度」という言葉を使わせていただいています．

また，「人生の終い支度」という定義なのですが，「人生会議」というのが国のほうでは使われているのですが，京都市ではもう少し間口を広げて，医療やケア以外の備え，また後ほどご紹介をさせていただきますが，それらも含めて「人生の終い支度」というふうに捉えています．

京都市では主に4点，取り組みを進めております．まず一つは，「リーフレットによる市民向け啓発の実施」でございます．こちらを使いながら，現在普及啓発を進めています．また，「京都市長寿すこやかセンターでの取組」で，連続講座，窓口での一般対応などを行っております．それから，「在宅医療介護連携支援センターでの取組」，こちらでも，専門職向け，それから一般市民向けの公開講座，勉強会などを行っています．また，「京都地域包括ケア推進機構」は，京都府医師会様を中心にご協力いただいています．「看取り対策プロジェクト」というところに我々京都市も参画をいたしまして，企画などを実施させていただいております．

今回は具体的な市民向け啓発事業についてご紹介をいたします．最初に取り組ませていただいたのが，「終活リーフレット」の作成と配布でございます．国で策定した人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに基づきまして「終活リーフレット」を作成いたしました．終末期のときの意思表示の仕方，それから，「事前指示書」というのを用意しまして，各区役所支所に配布いたしました．ところが，この「事前指示書」が，われわれの想定を超えて大きな反響といいますか，物議を醸したといいますか，ちょっといろいろなご意見を頂戴いたしました．

この「事前指示書」は行政からの押し付けではないか，差別や弱者の切り捨てになるのではないか，障害のある方，とりわけ難病の方に対する配慮が欠けるのではないか，あるいは医療過誤，この事前指示書があることで，かえって医療現場に混乱を及ぼすのではないか，そういった批判の声を多数いただきました．

我々はガイドラインに沿って作成をしており，この「事前指示書」は決して法的な拘束力があるものではなく，あくまでも本人様の自由意思を最大限尊重いただくために作成いただく，ということをリーフレットにも少し記載していたのですが，なかなかそれが伝わりきらず，ということがございました．

一方，市民の方につきましては，報道機関やニュースでも報道された結果，非常に関心が高まったというのも事実でございます．各区役所に「リーフレットが欲しい」という声も多数寄せられ，「これを機にちょっと勉強したい」というような声もありました．これは一つの契機になりまして，京都市では，終活の取組についてもう少し丁寧に実施すべきではないか，ということになりました．いろいろな考え方，人生観，死生観がございますので，そういった声にも耳を傾けながら，じっくり時間をかけ，この目的が何なのか，というのを十分明確にしながら進めていくことが必要だろうと認識したところでございます．

続きまして，こうした反省を踏まえて，平成29年度から30年度にかけて，今度は「あなたらしく生きていくための備え」を発行しました．これは，「医療編」だけではなく，各終い支度，様々な個別の課題，「住まい」，「権利擁護」，「遺言・相続」，「葬儀・お墓」，「介護」，「1人でも生きがいを持って暮らすために」という，七つほど用意し，項目ごとにリーフレットを作成いたしました〔スライド1〕．簡単にご紹介させていただきます．まず，「住まい編」では，最後まで住み慣れた家で暮らし続けるための工夫といたしまして，例えば，住宅改修やリフォーム，それから，高齢者向けの住宅，いわゆるサ高住（サービス付き高齢者向け住宅）といった種別ですとか，また，空き家の問題もございます．空き家をそのまま放置しますと様々な面で問題が出てまいります．防災，それから防犯の観点からも非常にリスクが高まるということで，対策，利用できる制度について紹介しています．

それから，「権利擁護編」です．こちらは成年後見制度について紹介したリーフレットです．任意後見と法定後見がございまして，将来，判断能力が低下していくこと

に備えました任意後見と，既に判断能力が一定程度進んでいるということで支援が必要な方についての法定後見に分けまして，それぞれの手続きの流れについてご紹介しております．

続いて「遺言・相続編」でございます．亡くなられた後に必ず発生するのが相続の問題でございまして，しばしば，親族間でその相続を巡ってトラブルになることがございます．特に，せっかく書いた遺言が後々トラブルの元になるということも耳にしたりします．遺言には法で定めた様式や内容というのが必要になりますので，そういった手続きの仕方，内容，記載方法と合わせて，専門相談機関，法テラス，あるいは京都弁護士会，司法書士会等についての窓口をご紹介させていただいています．

引き続いて，「葬儀・お墓編」でございます．こちらも非常に関心が高いところでございまして，葬儀に関してあらかじめ考えていただきたい点や，お墓を選ぶ際の注意点についてまとめたものとなっております．葬儀に関しては，生前に葬儀社などと契約するといったこともございますし，遺言の中に盛り込んでおられる方もございます．

続いて，「介護編」でございます．皆さんご存知かと思いますが，介護保険制度を利用するまでの手続きについてご紹介したものとなっております．地域包括支援支援センターや介護予防推進センターなどを，紹介させていただいております．

続いて，「ひとりでも生きがいを持って暮らすために編」です．こちらはちょっと聞き慣れないかもしれませんが，死後事務委任契約等についてご紹介させていただいてます．先ほど，成年後見について，「権利擁護編」でご紹介させていただきましたが，成年後見というのは，あくまでも生きている間のケアということに対しまして，こちらは死後事務ということです．亡くなってから，様々な行政手続き等がございます．他にも，葬儀，あるいは財産や家財処分など，亡くなってから発生するものがございます．そういったことに備えまして，あらかじめ第三者，本人に代わって代理人を設定しようと．その方が契約に基づいて執行していくということでございます．

最後は「医療編」でございます．こちらは，人生の最終段階における医療ケアについて，本人が家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合う過程，いわゆる，ACP（アドバンス・ケア・プランニング）についての考え方をご紹介させていただいています．

このリーフレットにつきましては，各区役所支所に今でも配架しておりますので，周りに興味関心のある方がいらっしゃいましたら，ぜひご案内いただければと思います．また，勉強会研修会等で，このリーフレットを使いたいということがございましたら，ご用意させていただきますので，よろしくお願いいたします．

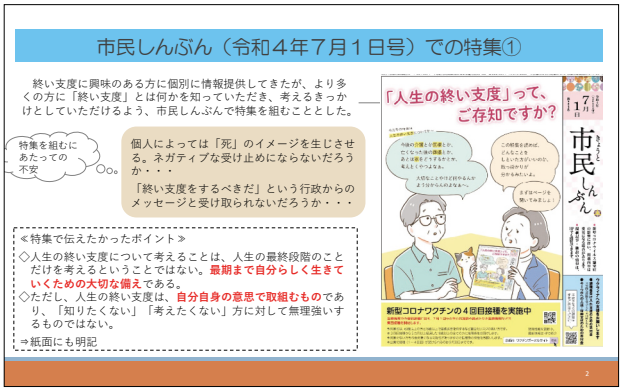
続きまして，直近の普及啓発でございますが，「市民しんぶん」での特集記事を今回組ませていただきました．ご覧になった方もいらっしゃるかもしれませんが，「市民しんぶん」の令和４年７月１日号です〔スライド２〕．これまで，リーフレットなどを使いながら個別に関心のある方に周知してきたのですが，広く一般市民向けへの周知は初めてでございました．

より多くの方に，この「終い支度」とは何かを知っていただきたい，そしてまた考えるきっかけを作りたい，ということで，特集記事を組むことといたしました．紙面では，先程のリーフレットの内容を中心に説明を記載しております．この特集記事を組む際，庁内でも様々な反対意見がございました．前回の，炎上ではないですが，ご意見をいただいた経緯もございまして，また改めてこれをするのか，といった意見であるとか，また，非常に「死」に直結する話ですので，「市民しんぶん」にふさわしくない，といった意見もあったのですが，我々としては，やはりとても大事なことということで，ぜひこの７月号，特に，お盆で皆さんお集まりになる時期の前に，この市民しんぶんを使って周知をしたいと，何とか記事掲載にこぎつけました．

特集で伝えたかったポイントは二つございます．一つは，「最後まで自分らしく生きていくための大切な備え」になるということです．二つ目は，この「終い支度」は自分自身の意思で取り組むものであり，決して，行政からの押し付けや無理強いをするものではない，ということで，主体的に取り組んでいただきたいということです．

これらを，きっちりと紙面にも明記いたしまして，また様々な考え方，価値観がある中で，そういったところも十分配慮しながら紙面作りに取り組みました．この反響は前回とは違いまして，非常に好意的なご意見が多く，否定的なご意見や批判はほぼありませんでした．しんぶ

【スライド１】



【スライド２】

んを読まれた方から，より深く学びたいのでリーフレットが欲しい，あるいは，長寿すこやかセンターでの連続講座を受講したい，勉強したい，というような声もいただきました．また，広報担当に確認しますと，お子さんからすると，自分の親に対してこういった話題をなかなか言いづらいという中で，今回の「市民しんぶん」があるお陰で話す機会が与えられた，ということで非常に前向きなご意見が多くありました．京都市の長寿すこやかセンターの取組は現在も進めているのですが，連続講座を年二回実施しております．シリーズものとしまして第1回目は終了しておりますが，この後，動画配信をする予定にしております．また興味関心のある方は，長寿すこやかセンターのホームページから直接ご連絡いただいても結構です．

続きまして，京都市在宅医療・介護連携支援センターでの取組でございます．こちらでも，看取りやACPに関する勉強会，事例検討会などをさせていただいています．令和3年度につきましては，3センターで実施しています．市内に8センターございまして，地域における在宅医療，介護との連携，地域資源の収集でありますとか，様々な講演依頼なども承っておりますので，ぜひご活用いただければと思います．

それから，京都地域包括ケア推進機構の「看取り対策プロジェクト」の取組についてでございます．こちらは，市民向けの啓発冊子，専門職向けの啓発冊子，解説編ということで，こちらもホームページでご覧いただけるようになっていますので，また参考にしていただければと思います．

今後の取組，方向性についてです．講座「人生の終い支度」の実施，リーフレットの活用，研修会の開催など，丁寧かつコツコツと地道な啓発活動というのが，やはり何より重要だろうというふうに考えております．「人生の終い支度」というのは，そうした地道な取組によって，前向きな意識を醸成していくということがやはり大切だというふうに改めて感じているところでございます．この「人生の終い支度」について考えることが，結果的に本人さんにとって自分らしい生き方に繋がるだろうというふうに考えております．

本日ご紹介させていただいたリーフレットを一つのきっかけとしまして，ご本人，それからご家族で話し合われたり，対話が生まれると．そうしたことを我々は今後も続けていきたい，そうすることで，これは大きな財産になるものだろうと思っています．我々はそうしたお手伝いをもっともっと続けていきたいな，というふうに申し上げまして，私からの説明を終わらせていただきます．ご清聴ありがとうございました．

○座長　岡様，どうもありがとうございました．行政の取組が大変よく分かりました．少しデリケートな部分に触れることですので，最初はネガティブな市民の意見もあったようですが，その後，「市民しんぶん」を通じて理解が深まったのではないかと思います．どなたかご質問やご意見ございますでしょうか．

○質問者　いまのお話とはちょっと離れるのですが，地域包括ケア報告書でも以前から必ず出てくる，地域包括ケアシステムを表す「植木鉢モデル」が，どんどん，時代とともに変遷してきています，実際に，特に「住まいと住まい方」について，この10年，15年の間にいろいろなことが変わってきたなと思うのですが，その点について，行政として何かご意見いただけると嬉しいです．

○講師（岡）　ありがとうございます．住まいは，まさに本人さんにとっての生活の基盤でございますので，ここをきっちりしないとなかなか生活が成り立たない，ということがございます．京都市でも，この「住まい」については，保健福祉局だけではなくて，まちづくりとか，住まいの関係部署とも連携をしながら進めております．例えば，市営住宅の改修についても，そうした観点で進めております．また，施設ですけれども，やはり少しでもその住み慣れた地域で過ごしていただくということで，もちろん重度の方については介護施設，特養（特別養護老人ホーム），老健（介護老人保健施設）ということになりますが，基本的にはより身近なご自宅のような雰囲気で過ごすための小規模多機能型居宅であるとか，あるいはその介護付き住宅．これは非常に需要が高く，京都市でもそちらの方向にいま舵を切って進めております．現在，第8期長寿すこやかプランの次期計画を改定する準備をしているところでございまして，住まいについても，一つの重点施策として今後進めていく，というふうに考えています．

○座長　ほかにどなたかおられますでしょうか．

○質問者　行政にお願いしたいのは，孤立死をできるだけ防ぐような「終い支度」をお考えになっていただきたい，ということです．というのは，お亡くなりになった方で，在宅の先生にもかかっておられないような方の死体検案書を書いている医師なのですが，ほとんどの方がお亡くなりになってから時間が経過しているのです．かなりの割合の方が，ゴミ屋敷のようなところで，お身内の方もあまりいらっしゃいません．警察の方がお身内の方を探しても，ご遺体の引き取りを拒否されるとか，そういうことなので，できるだけ孤立死を防ぐような形を行政にお願いしたいです．今日のお話は，ご家族と一緒に住んでおられたり，すごくコミュニケーションがとれている方が対象ですが，まったくそういうことのできていない方，それから，そういう立場じゃない方もいらっしゃるので，なるべくその孤立を防ぐような行政の取り組みをお願いしたいです．

○講師（岡）　ありがとうございます．実はこの孤独，孤立死，社会問題化していまして，京都市でも，重要な課題と認識しているところでございます．孤立死につきましては，なかなかフォーマルなサービスでは解決しないということで，どうしてもインフォーマルなサービスに頼らざるを得ない，まさに地域包括ケアのネットワーク

の中で対応していく必要があるだろうと思います．日頃は地域での声掛けや見守りの中で安否確認を行う，ご近所の方にはそういった面もあります．加えまして，例えば，新聞郵便物です．新聞郵便物が溜まってきましたら，配達員さんが地域包括や区役所の方に連絡や情報提供いただくというような，そういった協定なんかも結ばせていただきながら取り組みを進めています．まさにこの孤立死につきましては，一つの関係機関だけでは解決できません．重層的な支援の中で取り組んでいかなければならないということで，京都市でも対策チームを設けて進めているところで，今後もそうした取組を進めていきたいと思います．

○座長　岡克彦様，どうもお忙しい中ありがとうございます．大変勉強になりました．

○講師（岡）　ありがとうございました．

一般演題

救急現場における現状と課題

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　救急科）
國嶋　憲

○講師（國嶋）　本日は①「＃7119」を活用した受診相談，②トリアージなどについてお話します．会場の方々で「＃7119」をご利用になられた方はおられますか．これは京都府では令和2年10月にスタートした救急の電話相談窓口「救急安心センター」の電話番号です．24時間365日，看護師等が病気やけがの症状から緊急性や医療機関 の受診，応急手当の方法などについて助言しています．「救急車を呼ぶべきか？」，「今すぐ病院へ行くべきか？」と迷った 時に役立つ電話相談窓口ですが，一般市民以前に医療介護関係者間でも認知度は極めて低く，普及啓発に努めていく課題と思っています．トリアージも言葉として普及はしてきましたが，各々の場面で適切に活用するという意味ではまだまだ途上の課題と思います．新型コロナウィルス感染症の流行ピークのたびに，「命の選別」，「高齢者の切り捨て」等とマスコミも報道してきましたが，大きな間違いです．あわせて救急医療の崩壊を指摘されていますが，20年前にすでに指摘されている課題そのままです．その要因は一つではありませんが，救急体制整備や救急蘇生啓発に努めてきたことの裏返しといえば皮肉なことです．医療介護従事者がそれぞれの役割分担と限界を理解することに加えて，高齢者・要介護者の最期を正しく理解支援し，必要な救急医療を継続的に提供する体制を時代に併せて全体で構築していくことが，次世代に向けて必要なことではないかと考えます．

一般演題

事例に学ぶ“安定期”にこそもとめられる備え～入退院支援・急変時につなぎ，本人の居心地のいいその時を目指す共同チームになるために～

（医療法人七生会辻医院）
辻　輝之

○座長　「事例に学ぶ“安定期”にこそもとめられる備え～入退院支援・急変時につなぎ，本人の居心地のいいその時を目指す共同チームになるために～」というテーマで，医療法人七生会辻医院の院長の辻輝之先生にお願いしたいと思います．先生どうぞよろしくお願いいたします．

○講師（辻）　長いタイトルで恐縮です．市立病院の中田さんからも案内のスペースの関係で副題を取るように言われたのですが，いやいやこれが私のお話のテイキングホームメッセージなので，残してほしいとお願いしました．中田さんありがとうございました．

この「事例に学ぶ」，までは，市立病院からのお題で，それ以降のフレーズを覚えていただければ，今日のお話はもうそれで十分な気がします．ただ，さすがにそうもいかないのでこうしたタイトルが出てくる背景をまず 5 分ほどでお話しいたします．

ここからの 6 枚ほどのスライドは，一開業医の立場ではなく，中京区在宅医療センター監事としてお話しさせていただきます．

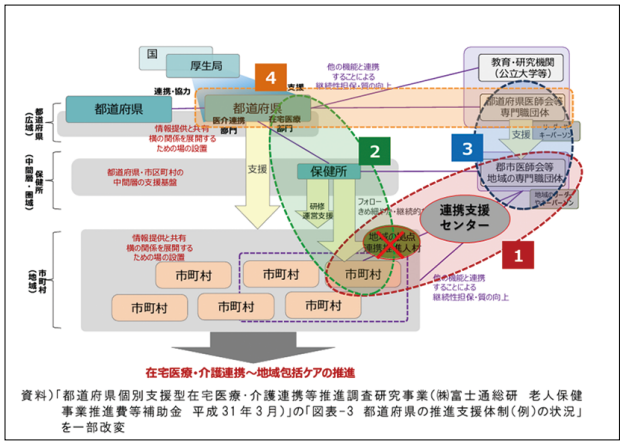
中京での医療介護連携事業については，コロナ前のこの会で，沖縄県立中部病院の高山義弘先生のご講演があった際，杉本先生からご説明があったので，お聞きになった方も多いかと思いますが，今現在，地域では二つの基金事業が進められており，その二つを医師会が受けています．スライド 1 のなかの3は在宅医療総合確保基金事業で，開始は，平成 27 年度ですから今年で 7 年目ということになります．一方の地域支援事業の一つである，在宅医療・介護連携推進事業は，その 4 年後のスタートです．こちらの事業は本来行政が中心になり，医療と介護が協力するのが望ましいのですが，京都市は，各区とも医師会に委託する形です．いま，こういう事業の中で，地域の多職種の方と連携について話を進めているという状況ですが．京都市さんに一言だけ注文をつけるとしたら，やはり本来この事業は，役所，保健センターの中にあって，医療と介護は並列でパワーバランスをとっていく，というのが最初のプランだったと思うのですが，医師会に両方降ろしてしまったたわけですから，ちょっとその辺を僕らも気を遣います．医療・介護連携支援センターが役所の外に出てしまっているのですが，在宅医療センターというものを医師会で法人化して作り，そこで受けて，できるだけ偏らないように進めていきたいなと思っています．行政さんの参加，ご協力，ぜひよろしくお願いいたします〔スライド 1〕．

地域支援事業は，こうした 4 つのセグメントを想定して進められており〔スライド 2〕，あくまで暮らしの場の支援としての医療・介護連携推進事業だという視点は大切だと思います．

スライド 3 は，高山先生の発案だとお聞きしていますが，在宅医療・介護連携推進事業は，この四つの場面を中心に想定されており，タイトルにある，安定期とはこの日常の療養支援のことです．

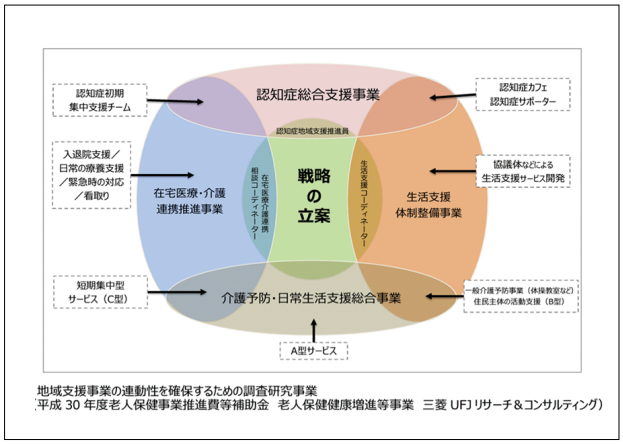
入退院支援，急変時対応とはそうした意味です．

この四つの場面を機能的にスムーズに，常の状態から急変時があって，入院があった場合は入退院支援があっ



資料）「都道府県個別支援型在宅医療・介護連携等推進調査研究事業（㈱富士通総研　老人保健事業推進費等補助金　平成 31 年 3 月）」の「図表-3　都道府県の推進支援体制（例）の状況」を一部改変

【スライド 1】都道府県の推進体制（例）と現在の市区長村に係る課題等



地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業
平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業　三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング）

【スライド 2】地域支援事業の 4 つの事業の連動性

て，そこから戻って，こういうサイクルがスムーズに回っていくことで，病院の負担を少しでも減らすことがたぶんできるでしょう，ということで，この四つの場面の見方を共有することが病院と在宅双方にとっての，（地域包括ケアにむけての）一つの転機になるだろうと思います〔スライド４〕．

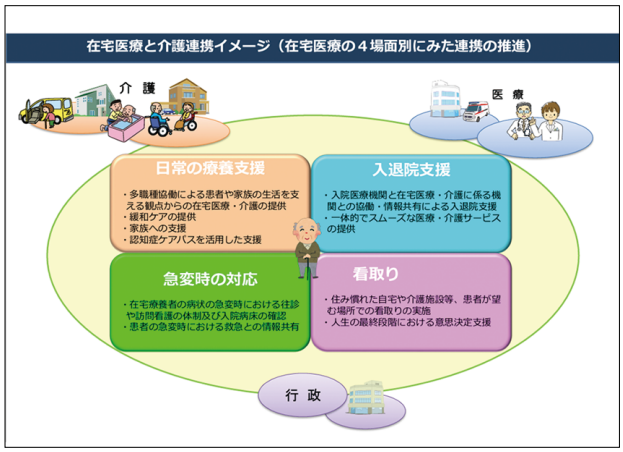
もう一つは，繰り返しになりますが，在宅医療・介護連携推進事業とは，それぞれの場面が，スムーズに，御本人ご家族に外傷的にはたらいたり，失敗体験にならないよう，多職種で支えてゆくための取組です．その意味では，めざすところは，ACP と同じです．言い換えると，その辺は大変難しい点もあるかなというふうに思います．

昨年，在宅医療センターで医療介護連携アンケートをいたしました〔スライド５〕．40% 位ご回答いただきまして，まずは本当に，お答えいただいた皆さんにお礼申し上げたいと思うのですが，その中の少しだけご紹介いたします．このデータ自体はホームページにあげておりますので，いつでもご覧いただけます．「急変時の対応を困難にさせている要因は何ですか」という質問に対して，「医療介護関係者間の連携不足」が挙げられています．これは医療側のアンケート結果ですが，介護側の結果もほぼ同じで，ここが大事だよね，と，みんなの認識としてあります．

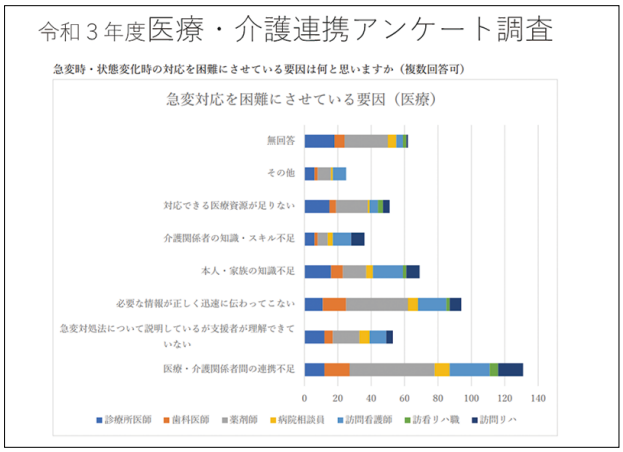
一方で，大変つらいデータですが，医療介護連携のキーマンである，ケアマネさんや包括の方から見て相談しやすい，しにくい職種を挙げております〔スライド６〕．残念ながら，医者が相談しにくいということですね．ここは問題かなというふうに思っております．反面，病院は相談員さんが非常に頑張っていまして，そういう大きな壁に穴を開けて繋いでいただいてるのだと思うので，この相談員の皆さんの尽力を最近本当に，とみに感じます．

ここからが本題ですが，この中の一開業医の一人である私が，様々な職種の皆さんに，寄り添うことの大切さとむつかしさを学ばせていただいた，８つのケースをざっと駆け足でお伝えいたします．

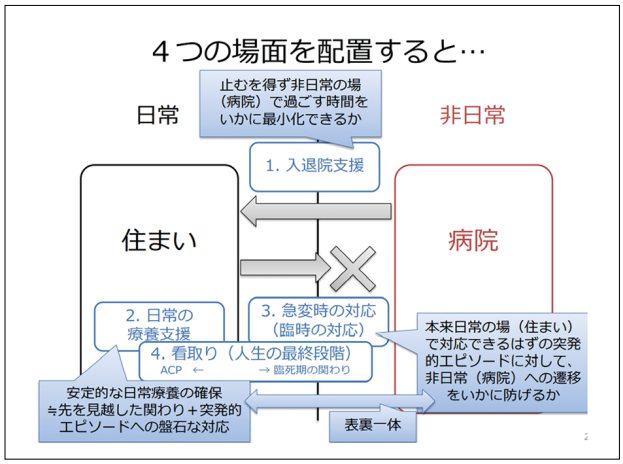
まず，ALS（筋萎縮性側索硬化症）の方で，球麻痺型の方です〔スライド７〕．高齢女性の球麻痺型は非常に進行が早くて突然死が多いですね．誤嚥性肺炎で何度か入院され，要ろう造設，NPPV 装着までは受け入れられたのですが，口腔内の分泌が多く，とりわけ胃婁注入後一気に酸素飽和度が下がるため，なかなか難しい．やむをえず，病院でポートを作って，中心静脈栄養で栄養を維持するという状況を過ごされました．そこから生命の危機が繰り返し現れたので，もう家に帰るのは無理だろうという判断になってくるのですが，ご家族とご本人の事前の意志として，「最期まで家で」ということがあって，おうちに帰ってこられました．病院の救急車と，主治医



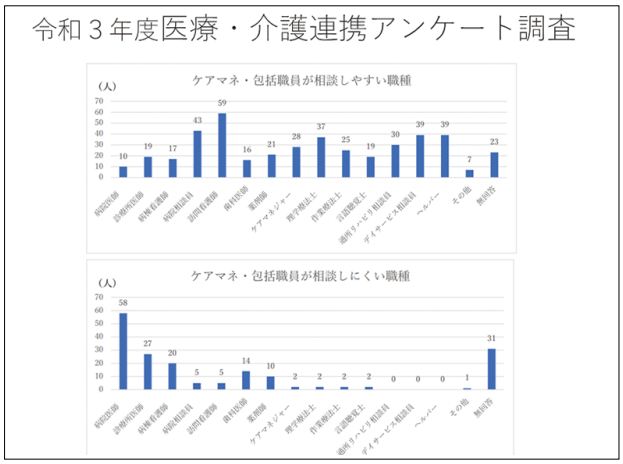
【スライド３】



【スライド５】



【スライド４】



【スライド６】

の先生が一緒に同乗して家まで繋いでくれました．それにあたって，やはりすごく大事だったのは，病院の相談員さんです．当時，すごく驚いたのは，地域ネット（後方支援）は MSW（医療ソーシャルワーカー）の担当者が決まるのです．おまけに，携帯で直に医科と連絡が取れるということで，常に在宅側の情報も，病院側の，病状の情報も双方向，MSW さんが仲介して伝えてくれたというのが，こういうところのベースにとって非常に大事だったなというふうに思います．

いまの MCS（メディカルケアステーション）など，そういう（ICT）ツールも同じような働きをするわけですが，当時としては非常に画期的でした．この写真は最初で最後の外出だったのですが，結局 10ヶ月ほど在宅で過ごされました．区役所の難病の担当の方や，中心静脈栄養でということなので，薬剤師さんなどもすごく大きかったですし，誤嚥や窒息という生命にかかわる口腔の問題があったので訪問歯科先生とそのスタッフの方ですとか，チームでの対応で維持できたかなというふうに考えた一例です．

次の方も ALS なのですが〔スライド 8〕，ALS は，どうしても呼吸をどうするかということが一番大きなハードルというか，決定のとき，というのがあるわけです．この方は，入院して当初迷ってはおられたのですが，ちょっと呼吸器をつける方向に傾いたときに，その病棟の主治医の担当の先生が，安易に決めるのはどうかということで，気管切開して TPPV（気管切開による人工呼吸）をつけているおうちへ案内したのです．それを見て，やめることを決められました．

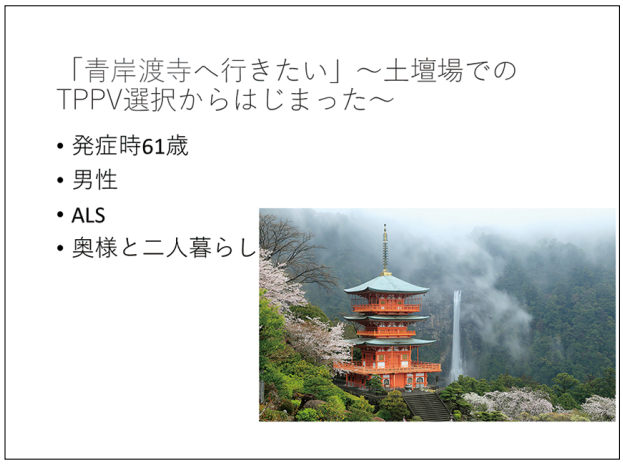
そんなにしっかりした方だったので，奥さんも「そうか，やめるんだ」と思ったらしいのですが，いざ，終末のときに，「あんまり苦しいからつけてくれ」と，つけることになりました．後で，メールで教えていただいたのですが，「主治医の先生は『炭酸ガスがたまって楽にいけるよ』って言ってくれたんだけど，そうじゃなかったんです」，と非常に立腹しておられました．そこから非常に活動的に過ごされて，いまは近畿 ALS 協会の会長をされています．

TPPV をつけて，ほどなく言い出されたことが，表題にある，西国札所で唯一行ってない青岸渡寺に行くことでした．どこにあるかご存知でしょうか．和歌山県の勝浦にある，こんなところ，これは那智の滝でしょうか．いや，無茶でしょう，と言ったのですが，リハスタッフが，やりましょうと言ってくれたということで，呼吸器の予備バッテリー，バッテリー式の吸引器と手動の吸引器を買い，行く先々の主な病院に事前に連絡を入れ，できる限りの準備をして，無事思いを遂げられました．帰ってこられてからは非常に活動的に過ごしておられるという，そういうケースです．土壇場で変わることがあります．

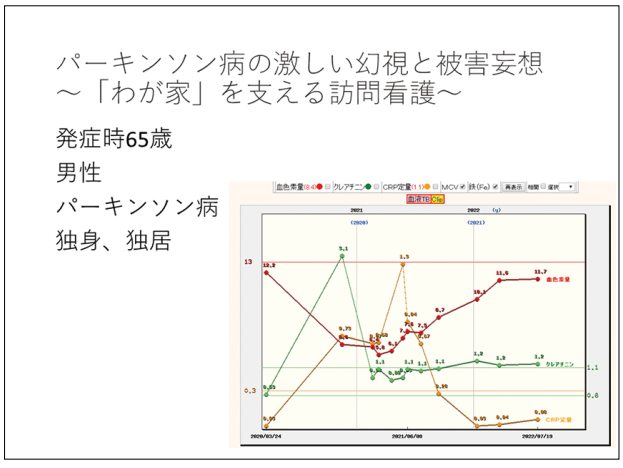
動かない ALS の人にとってのリハビリって何なのかな，と思われる方もいらっしゃると思うのですが，感覚って正常なので，動かないからこそ動かしてもらっているときってすごく貴重なのです．だから，ただ苦しかったから決めたっていうことではなくて，たぶん相談者やリハビリスタッフにそういう支援を受けて，そういう中での決断だった気がします．

次の方は，パーキンソン病で，独居で療養されている方です〔スライド 9〕．パーキンソン病も問題なのですが，一番は幻視と被害妄想です．常に，難病の方は標準像におさまらないのですが，まだ前のお二人は，「どうですか」と言えば「こうだ」という，そういうやりとりができるわけですが，妄想，幻視があると，そこにも弊害が出てきます．ご本人もある程度自覚があって，自分のよ

【スライド 7】



【スライド 8】



【スライド 9】

うな人間は病院に行ってもなかなか思うような対応を受けられない，ということを非常に強く思っておられました．在宅医療で私が引き継いで，いろいろなことが起こりました．まず腎不全になって市立病院に入院させていただいて，そこから，絞扼性イレウス，心肺停止などあり，回復しいったん自宅に戻るも，そこで原因不明のひどい貧血が分かって再入院，原因追及しないといけないのですが，検査が嫌だということで，「じゃあもうしょうがないから帰ろうね」，という経過になった方です．

念願のとおり在宅に戻られたのですが，その後どういうわけか，ご自分でサ高住に引っ越しを決められました．いろいろな大変な状況などで病院にもちょっと拒否的になっている方の支えは，最初から入っている訪問看護師さんでした．言ってみたら，その人の世界に訪問しておられて，という感じです．やはり，看護職の方というのは信頼がちょっと違っていて，サ高住にもその訪問看護師さんが従来通りの時間に来てもらえるということで決め手になったのかなと思っています．

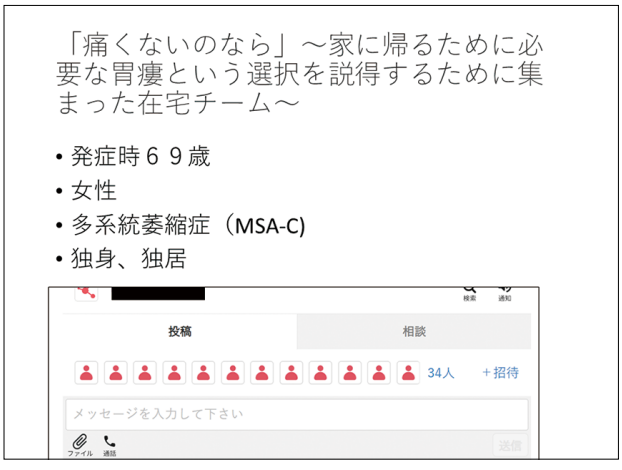
そういう幻覚・妄想が頻繁に起こる方を何で支えたら良いか．言葉や薬などではなくて，この人に委ねようと思えるような，何か関係性というのか，そういうものが必要だなと思いました．もちろん，これからも，支援は続くよどこまでもと，いろいろなことが起こるとは思うのですが，鍵になるのは寄り添ってくれる人かな，というふうに思います．

次は，病院の中ではなかなか簡単なことを言えないというケースです〔スライド 10〕．多系統萎縮症というMSA-C の方です．非常に進行が早い方で，寝たきりに近い状態から誤嚥性肺炎を起こして入院されましたが，胃瘻は開けたくないと，チューブでフィーディングをされていました．今後のことを考えると胃瘻を開けないと大変ですが，ご本人が胃瘻は嫌だということで．主治医が困っていました．連携室から連絡があって，在宅チームも集まって顔を合わせて口頭で話し合うことができました．MCS 登録の人数だけで 34 人です．そこで病院主治医の先生が，胃瘻について非常にイラストで分かりやすく説明をしていただいたのですが，やっぱり「しない」と．やむを得ないとは思ったのですが，最後に理由をお聞きしたのですが，口元へ耳を寄せてようやく聞き取れるかどうかの発語で，「痛いから」と言われて，その場にいた全員がどっと湧きました．「いやいや痛くないから」と説明して，受け入れていただけた．京都を一望できる大好きな自分のマンションに，お 1 人ですが戻られ，10ヶ月ほど過ごされました．

次の方も ALS の方なのですが進行の早い方で．こちらは市立病院の中谷先生からご紹介いただきました〔スライド 11〕．最初に在宅チームが入ったカンファレンス，そこからたぶん 1 か月ぐらいだと思うのですが．その 2 回目の時には，もう胃瘻を開けておられて，気管切開をどうするか，という話になって，そういう，治療選択の早い方でした．

びっくりしたのは，その説明の場で気切の話が出たのですが，もう即答で「やります」ということだったことです．横にいたご家族，奥さん娘さんも，「本人がそう言うのなら」という．あんまりあっさりなので，先程のお二人目の例のように，実際の療養状況を説明しないといけないのではないかな，と心配したのですが，本当に何事もなかったかのようにおうちで過ごされています．たくさんのお孫さんがおられて，みんなが出入りするアットホームなおうちで．今後，外出も含めた支援を考えていくべき方かなと思っていますが，そうは言っても，ご家族の疲弊もあるので，この間，何回かのレスパイト入院で市立病院には大変お世話になっています．この方の迷いのなさには，奥様はもちろん，子ども世代の支援があることが大きいと思います．

次は，同じ ALS のケースで，こちらの方は球麻痺型の方ですが，気切は選ばれませんでした〔スライド 12〕．通院している病院で先生から「三月でもう亡くなるから，いまのうちに好きなことをしておきなさい」と言われて．まあ事実そうなのですが，それを聞いて本人もやけを起こして，もう非常にひどい状態でした．見かねた訪問看護師さんから訪問診療を依頼された方です．延命は一切拒否ということだったのですが，胃婁がどんなものか，NPPV がどんなものか，具体的なことを一切ご存じなかったので，一応説明し，それでも拒否は変わらなかったのですが，食事をとるのが大変で，唾液に溺れながらとる



【スライド 10】

【スライド 11】

状態で，ご家族ご本人とも疲弊してしまわれて，少し考えが変わり始めました．そんな中，忘れもしませんが，嵐山があふれた大雨の晩，容体が悪化して，膝まで水につかりながら訪問して，納得されて，あらかじめお話していた別の病院へつなぐと事ができました．入院して，胃婁と NPPV を受け入れられ，在宅に戻られました．多量の唾液分泌が問題でしたが，マスクをつけながらの低圧持続吸引が効果的で，それから 2 年間大きなトラブルもなく過ごされました．その間，いろいろお話を聞いてみると，常に心配は自分が残すことになる奥さんで．特に，以前にやっていた居酒屋の店舗がなかなか売れなくて，「これが売れたら安心できるんだけどな」と，ずっと気にしていらしたのですが，2 年ほど経って売れて，ほどなく亡くなられました．それで良かった，というふうに思うのですが，そういう環境でなかったらまた別の選択肢もあっただろうにと，いつもこういう問題というのは複雑な感じがします．

次の方は，ちょっと特殊で，難病ではないのですが，バイク事故で早くに神経損傷の後遺症や脊柱変形があって，そこから二つ折りになって過ごされるような状況でした〔スライド 13〕．下肢の循環障害で皮膚潰瘍があって，私と同じ年の方でした．一緒にお母さんを担当しているケアマネさんから「この方も診てください」ということで，一緒に診させてもらうようになりました．こういう状態でも，しばらく会社経営をされていたりした方です．これは，この方の Facebook で，結構フォロワーは多かったのですが，冷凍庫 3 台位を用意して，自分で毎日献立を作ってお母さんと一緒に食べておられました．行くとクラシックを聞いておられるか，国会中継を観ておられるかという，この状態が，皮膚潰瘍の状態が極めて悪くなるにつれて，ケアマネさん，ヘルパーさん，訪問看護師さん達皆さんが心配し，私や，一緒に訪問いただいていた皮膚科の先生から，繰り返し入院をお勧めというかほとんど懇願するのですが，「僕は大丈夫，入院するべき時は自分でわかるし，その時はお願いするから」と一貫して在宅の継続を望まれました．全身状態が悪化し，救急搬送され，何とかこれで立て直しができるかと思ったのですが，残念ながら入院された日の明け方に亡くなってしまいました．ケアマネさんはずいぶん泣いていらっしゃいました．こういうケースは一体どうしたら良かったのかなと，責任を感じるのですが，なかなか難しいなと思います．

例えば，2 番目の ALS のケースの方は，絶対に TPPV をつけないと決めてたおられたわけですが，土壇場でフィジカルも無理な状況になって，つけられました．ですが，この方はむしろ逆で，フィジカルでもいろいろな面でも，もう本当に最後は皮膚潰瘍のところにウジもわいたりしてヘルパーさんも卒倒しかねない状況だったのですが．それでも認識できないんですね．「僕は大丈夫」という観念のほうでマスクされてしまう．

在宅って，ある種，密室です．心地よい，居心地のいい場所ではあったのです．お母さんもおられて，自分も好きなものに囲まれて．そこから状況変更ができなかった．だから，こういうケースなんかを見ると，病院側から先生に来ていただいて，合同でいわゆる Shared decision making（共有意思決定支援）というような場を作るということも一つの方法です．

次は最後のケースです．アルツハイマー病に，最近 PSP（進行性核上性麻痺）を合併して，この方も大変な状況なのですがいつも明るくて．この方はもともと地域支援をしていた方で，この方の支援に地域が立ち上がって，チームの支援の模様を NHK が取り上げております〔スライ

「僕は大丈夫」～同居の母への思い～食料の自活、三台の冷凍庫、多くの冷凍食材と調理器具に囲まれて～二人を支え続けたケアマネージャー～

- バイク事故後の神経損傷後遺症、脊柱変形、両下肢循環障害、皮膚潰瘍
- 昭和２９年生まれ
- 男性
- 認知症の実母との二人暮らし

【スライド 13】

「お店が売れるまでは」～訪問看護師動く～家族（奥様）に負担をかけたくなくて。でも家族への負担に心配がなければ、別の選択があったのか～医療介護連携だけでは支えられない部分

- 発症時７０歳
- 男性
- ＡＬＳ　球麻痺型
- 奥様と二人暮らし

【スライド 12】

「ウィンドサーフィンがしたい」～地域への支え、地域の支え～

- 発症時６２歳
- 男性
- アルツハイマー病、ＰＳＰ（６９歳から）
- 奥様と二人暮らし

ハートネットＴＶ　バリフリ・タウン（7）「チーム上京！“真夏の挑戦”編」として放送予定

【スライド 14】

ド 14〕．放送のなかで，司会の方が「何がしたいですか」と聞いた時に，したこともないのに「ウィンドサーフィン」とおっしゃったのです．それで皆大笑いだったのですが，その後，チームの中で「じゃあやりましょう」ということになりました．安全性やサップボードなどのいろいろな用意も含めて多くの人が協力して，先月無事開催されました．これは地域で在宅訪問をされている田畑先生のお言葉で，やはり，在宅診療というのはどうしても密室性をはらみやすいということに支援される側もする側も気を付けなくてはいけないとおっしゃっていたのですが，こういう地域支援というのは，それに対する一つの回答ということではないですが，大事な要素かなというふうに思いました．

本日は駆け足で，その人の想いというものが，多くの職種の支援の中で紡がれてゆくのだということを教えてもらったケースをご紹介しました．初めに ACP ありきではなく，そうした支援の輪に病院が巻き込まれてゆくことが何より大切だと思います．そうやって初めて，「ほぼほぼ在宅時々入院」が，その人にとって生きたものになると思います．

これは，ACP の影と題されたスライドで，宇都宮さんから頂いたものですが，ACP あるあるでもあるし，もっと言えば医療あるあるとして，私達としても心に刻んでおく必要があると思います〔スライド 15〕．

以下の資料は，医療・介護連携アンケート調査のフリーコメントの一部です，いつも読み直してみて非常に大事な指摘があること痛感することが多いので，今日はこんなふうにつけております．ご一読いただければ嬉しいです．私の話は以上です．ありがとうございました．

○座長　辻先生，ありがとうございました．多職種で仕事をするのに，病院の医師が一番相談しにくい，ということが非常につらかったのですが．どなたかご質問やご意見ございますでしょうか．

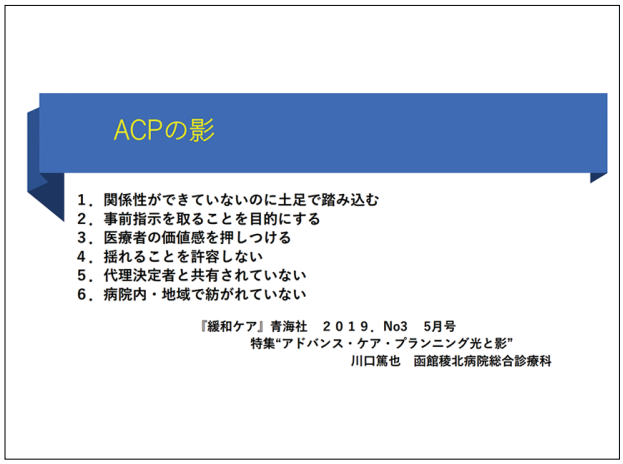
○質問者　先程の，先生と同い年位の，バイク事故で早くに神経損傷の後遺症や脊柱変形のある方，本当に考えるところもあるのですが，在宅診療やったことないので分からないのですが，これから 10 年，15 年後の在宅について相談するというのは，医者でなくてもいいのではないかと思っています．医者と相談しないといけない仕組み自体が良くないのではないかと．

そして，臨床倫理の食い違いが出てきますが，医者の仕事ってごくごく一点なので，例えば，ケアマネージャー，看護師の方から「これで本当にいいと思いますか」と言われて，「いいんじゃない」と言ってあげるのが医者の仕事ではないかなと思います．そのためには，だいぶパラダイムを変えていかないと，もっともっと職種の自立性が高まってくれないと，というふうに思います．

だから，いまの研修医の人が，もし 20 年後に在宅診療をやると言うのなら，いまやっておられる先生たちのような方々は本当にリスペクトするのですが，どのタイミングで医者がどういうことをしていかないといけないかを決めてもらえる，ロジスティクスの人たちを，上手に見つけてやると．その方々の判断をきちんと尊重する医者になってもらったらいいのではないかと思います．

○講師（辻）　ありがとうございます．先生がおっしゃる通り，医者は問題解決型でずっときているので，寄り添う，ということが一番難しいですよね．だから寄り添ってこられた方，相談員さんや包括さん，ケアマネさんの話を今日はご紹介させていただきました．もちろん，寄り添う医者がいるのもいいとは思うのですが，話しにくくならないようにするというか，そのためにはそういう方々が大事かと思います．意思決定や，いろいろな治療方針，療養の方針決定のときに，やはりその中では医者の役割は大きいですから，そこで仲間に入れてもらっていることが大事かなと思います．

○座長　辻先生どうもありがとうございました．



【スライド 15】

特別講演

チーム医療が支える Patient Centricity

（京都大学大学院医学研究科　早期医療開発学）
中島　貴子

○座長　中島先生のご略歴を紹介させていただきます．中島先生は，1998 年横浜市立大学医学部のご卒業です．大森赤十字病院で研修後，第二内科に入局されています．2002 年から国立がんセンター中央病院にお勤めで，消化器がんの診断，治療を極められ，2010 年に聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学の講師，2012 年には同准教授に就かれ，2020 年 6 月から現職に就いておられます．京都大学に着任後は，ご縁がありまして，京都市立病院で外来化学療法の診療をしていただいております．多くの学会に所属されており，日本内科学会評議員，日本胃癌学会代議員，日本臨床腫瘍学会理事，日本がんサポーティブケア学会理事など，各学会の中心的指導者としての立場でもいらっしゃいます．これまでの経歴の間に積み重ねられた業績というのは紹介し切れないのですが，国の第 4 期がん対策推進基本計画で独自の推進をすべき項目として挙げられるような，多岐にわたっての研究代表者であったり，研究協力者としてご活躍です．本日はその経験の中で，「チーム医療」と「 Patient Centricity 」という二つのキーワードを取り上げてご講演をいただきます．よろしくお願いいたします．

○講師（中島）　ありがとうございます．大変過分なご紹介，ありがとうございます．私，ご紹介いただきましたように，水曜日に京都市立病院の化学療法センターで外来を担当させていただいております．非常に良いチーム医療の中で快適にがん治療を担当させていただいております．本日初めてお会いする先生方も多いと思いますが，今後ともよろしくお願い申し上げます．

また本日は，地域の先生方，メディカルスタッフの方々もご参加いただいていると伺っております．京都市立病院からたくさんの患者さんをご紹介いただきまして，また，こちらから在宅診療をご相談させていただくことが多いかと思いますが，ソーシャルワーカーを通じまして，非常にスムーズに在宅医療やこちらでの治療のサポートをいつもしていただいています．大変感謝しておりますし，京都はがん診療がしやすいところだと改めてありがたく感じております．

「チーム医療」がテーマということでしたが，何のための「チーム医療」かというと，当然，患者さんのための「チーム医療」なので，「 Patient Centricity 」という，少し前からのはやり言葉を体現するような医療ですが，今日はその「 Patient Centricity 」という言葉にちょっとポイントを置きましてお話ししていきたいと思います．と言いますのも，なぜこんな言葉が流行っているんだと私も数年以上前から非常に不思議に感じておりましたが，意識しながら医療や開発をしておりますと，まあ確かにな，と思うところがありますのでご紹介したいと思います．

「 Patient Centricity 」の日本語の公式な定義はありません．小林和道さんという方がリサーチペーパー・シリーズに書いていたものですが，「患者を常に中心に捉え，患者に焦点を当てた対応を行い，最終的に患者本来の判断を最大限に尊重すること」です．当たり前といえば当たり前なのですが．患者・市民参画（ PPI ）ですとか，患者参加型医療ですとか，このような言葉とほとんど同義語に使われていて，それぞれの違いなどは全く語られていません．

われわれ医療従事者や患者さんご本人にとっても当たり前のことですので，なぜこんな言葉がいまさら取り上げられているのかと不思議に思っていました．ただ，自分の心に問いただしてみると，日々忙しい日常臨床の中で多くの患者さんを外来で診察しなくてはいけないときに，一人ひとりの患者さんに対して「あなたのために私たちの医療チームは動いています」ということを伝えるのは正直難しいですし，むしろ逆のように伝わってしまうこともあるわけです．そして，それなりにわれわれも自己嫌悪を感じることもあるかと思います．この同義語の中で，特に PPI という言葉は，医学研究や臨床試験において患者さんにも参画してもらおうという意図で使われることが多い言葉ですが，正直，日本ではほとんど行われていなかったので，ここは私たちも想像がつかないことが多いかと思います．

一方で，医療は私たち現場の人間だけで出来ているわけではなくて，産官がもちろん関わってくるわけですが，産官の人たちというのは，ほとんど実際の患者さんに会うことはないわけです．いくら製薬企業の方でも，私たちとは会っても患者さんと対面して会うということは殆どなかったわけですし，いまでも滅多にないかと思います．ですので，逆に，患者さんを意識してその取り組みを社会に見せていかないと，自分たちの仕事が「Patient Centricity 」であることを示すことができません．これ

【スライド 1 】

は欧米にとっては非常に大きな問題だったようです．欧米は患者会，特に米国は患者会が非常に活動がさかんですので，最終的な薬や医療を受けるのは患者さんであるのに，その患者が計画から入っていけないということは大問題だ，ということで，PPI は非常に重要視されてきた歴史があったようです．

「Patient Centricity」は，私たちにとっては当たり前です．なぜかというと，患者さんがいないと医療にならないからです．患者さんのための医療なので，それは当然です．ただ，患者さんと直接対面することのない産官の方々にとっては，あえて意識して，自分たちが開発している医薬品や医療技術は患者さんによりクオリティーの高いものを，より早く，確実に届けるということのためにやっているんだ，ということを意識するために「Patient Centricity」という言葉が流行っていったのだろうと，私は勝手に解釈しております．

一方で，それを産官の人が意識するというのは非常に良いことで，産官の人が患者さんと直接関わり対話をし，開発に患者側の意見を入れていくことによって，逆に患者側の医薬品開発への意識というのも社会的に高まっていきます．そのお薬が世の中に出たときに，患者側もしくはご家族の方の満足度や理解というのも高まるという意味で，win-win であるのかなと，いまでは思っています．

では，今日のテーマでございますが，がん診療において「Patient Centricity」ってどんな意義があるのかを少しお話ししたいと思います．そもそも，患者さんに起こっている不利益，薬でいうところの副作用，手術でいう合併症の評価というのは，われわれ医療従事者は甘く見ていると大昔から言われていることです．これは米国のかなり古いデータなのですが，外来に通ってきている患者さんが，例えば自宅で過ごした2〜3週間の日々に起こっている有害事象に対して自分でレポートを書いてきて，それを提出します．一方で，医師が診察をするときに，その紙を見ないで，患者さんに伝えられたことをカルテに書きました．その有害事象の発生頻度を比べてみたということです．倦怠感，食欲不振，嘔気など，いずれも患者さんが実際に書いてきたものは，われわれ医療従事者が患者さんの話を聞いて評価したものよりも頻度が多かったということです．つまり，しっかり患者さんの実態を拾い切れていないということになります．

こちらも米国のデータですが，appetite loss（食欲不振），便秘，呼吸苦，不眠，下痢などの症状や QOL，どの項目をとってみても，患者さんの真の苦しさを医療従事者は捉えていない，というデータです．

われわれが普段使っているお薬というのは，臨床試験の結果で PMDA（独立行政法人医薬品医療機器総合機構）が判断して保険で使えるようになるわけですが，抗がん剤の臨床試験では，例えば，この A というお薬で食欲不振は何％でたのか，グレード1，2，3，4，どんどんひどくなるにつれて，それぞれ何％の人が経験しました，という表がお約束のように出てきます．それをどうやってカウントしているかというと，例えば，3カ月間ずっとグレード1の fatigue（倦怠感）が続いたとしたら，評価期間でグレード1が1人出ました，となります．ひどいものが出たときにはグレード4が1人出ました，というふうにカウントされるのですが，グレード4の前後にグレード2の期間がとても長くあったとしても，そのグレード2は無視されて，グレード4が1人の方というふうにカウントされます．となると，軽いけれど長期間ある副作用は全然拾えていないことになります．ワンポイントでひどい副作用が出ることと，そこまでひどくないけれど長期間副作用が続くのと，どちらがその患者さんの QOL にとって影響を及ぼしているのか，というのは正直分からないです．でも，私たち現場の人間は，日々，それを外来で感じているわけです．具合が悪いと先週言われていたけれど，データでは全然大丈夫だな，なんていうことはよくあります．臨床試験と実際の患者さんの苦しさへの対応を繋ぐのは医療従事者であり，それが患者さんを救うのです．だからチーム医療というのは非常に大事なのです．

皆さん，チーム医療はもちろん普段から意識してやっていらっしゃると思うのですが，それなりに大変ですね．多くの職種が一人の患者さんに多くの時間を費やすというのはとても難しいです．忙しい医療従事者にとって助けになるのがツールです．先程，大柿さんのお話で G8 スコア（高齢者機能評価スクリーニング）のお話もありましたが，例えば，抗がん剤をされている方は，患者日誌とか，それぞれの病院で独自に作られた副作用聴取の紙などを使っていらっしゃる場合も多いかと思います．そういうものが全くないと，3週間とか6週間に一度，担当医と会って「どうでしたか」と言われると，患者さんは多くの場合緊張していたり，待ち時間が長くて疲れていたり，というようなことで，「うーん，まあ，今日は元気だからいいか」ということもよくあると思います．ただ，その間にたぶん，たくさんのいろいろなことが起こっています．

一方で，例えば，患者日誌や調査票などを患者さんに渡して，「3週間これを付けてきてください」ということをやっていると，日本の場合は真面目な患者さんが多いのでちゃんと付けてきてくれて，そのツールがあると，ナースや薬剤師が先に介入したり，医者の後にフォローしてくれる場合でも，同じツールをベースに話ができるので，そんなに指導もぶれないし，情報共有しやすいので，結構こういうツールは大事だと皆さん実感していらっしゃると思います．

がんにかかわらず，薬剤ごとに冊子を使っている場合もありますし，病気ごと，疾患ごとに患者日誌を使っていることもあると思いますが，やはり紙ベースのものは，いろいろな問題点があると皆さんも実感されていることかと思います．全く付けてこない患者さんもいらっしゃるし，恐らくこれ，まとめて書いたよね，というような方もおられます．例えば，学校の夏休みの宿題を最後にやるか，それとも毎日コツコツとやるか，ということと似ているかもしれませんが，待合室でまとめて付けておられる人を見たこともありますし，やはり，まちまちになってしまうということです．また，字が読みにくかっ

たり，いろいろなところに書いてあって一瞥で把握しにくかったり，ということがあります．

患者日誌を書いてきてくれても，そういうことをカバーするために，診察室に患者さんが入る前にナースがフォローしてくれたり，薬剤師さんが「この薬を本当に飲めていますか」と，確認する時間が結構必要になってくると思うのです．私も前任地では必ず，内服のときは薬剤師，点滴薬はナースが，全例診察前に介入してくれていたのですが，その介入がないとこの調査票に真実が浮かび上がってこない，というのを何回も経験したことがあり，結構骨が折れます．

また，1コースに3週間だとしたら，前のコースはどうだったかな，と，何ページもめくるのは結構大変で，そのコース間のトレンドというのも把握しにくいですし，当然，アナログデータは研究に使おうと思うとちょっと厳しいです．いくらスキャンをしていたとしても，それを，いちいちPDFで開いて，データをとってExcelに移して，というのは非常に大変です．

そこで，私が以前いた聖マリアンナ医科大学の腫瘍内科で，それを改善しようとpatient-reported outcomes（PRO）「副作用メモ」システムを作りました．来院時にマークシートをスキャンし，副作用データをデジタル化＋蓄積，診療前にチャートを印刷して担当医に届けます．するとスライド1のように，赤がグレード3，ピンクがグレード2，黄色が1と色分けされていて，黄色だけどずいぶん長く続いていてしんどかったのかな，とか，赤がワンポイントでもあると，まずいことが起こっていたな，というのが視覚的に入ってきて，非常に診察に利用しやすかったという経験がございます．

CTCAE（有害事象共通用語基準）という，われわれがよく使っているグレーディングに使うスケールがありますが．その1，2，3，4を，患者さんに分かりやすく書き下して，この時，詳しく，例えば，にきびやかゆみなどを，1週間1枚で付けてきてもらいます．そして，レジメごとに重要な項目を10項目位選んで付けてきてもらう，ということをしばらくやっておりました．やはりこういうものがあると研究に利用しやすくなって，新たなクリニカルクエスチョンが見つかってきます．抗がん剤による有害事象の副作用と，患者さんのクオリティー・オブ・ライフ（QOL），実はその相関はあまり研究されていなくて，どの副作用がその患者さんにとって一番生活の質を落としているのかというのは，なかなかデータとしてはなかったので，そこを見ていこうといったものでした．

10年以上前は，抗がん剤の患者さんの苦しみの一番は，なんといってもvomiting（嘔吐）だったわけです．それも確固たるアンケート調査などが出ているわけではないですが，だいたいどのデータを見ても，嘔吐が一番苦しいとなっています．ですが，2015年に実施した我々の研究では，QOLの低下と一番相関が強かったのは，fever（熱）だったのです．熱とか倦怠感，意外だと思いました．もちろん，倦怠感はとてもQOLを下げるでしょうが，私たちが昔から苦しいと信じ込んできた嘔吐は，もうすでにいまのこの時代では制吐剤が非常に進歩したので，下位になっています．時代とともに同効薬が進化したり，抗がん剤の種類や投与方法が変わることによって，この辺りもだいぶ変わってきているということが改めて分かりました．

もちろん，患者さんのバックグラウンドや性別でも異なってくるので，一番辛いと思っている副作用というのはそれぞれ違うということで．このがんでこのレジメを受けている方は，この副作用がQOLに一番関わってくるんだな，というのを，頭の中で想像しながら実際に患者さんと対面すると，また違う視点で患者さんの苦しさも見えてきて，少しわれわれも勉強になったデータでございました．

ただ，マークシートも結構大変です．スキャンも，それなりに時間がかかりますし，プリンターのところに行かなくてはいけなかったり，いろいろ大変だなあと思っているときに，ご存じの通り，デジタルデバイスを日常で使う頻度が増えてまいりました．患者さん自身も持っています．携帯，iPad，パソコン自体を持ってくる方もおられますし，医療従事者もデジタルデバイスでほとんどの連絡を取れるような時代になってきました．

2017年のアメリカの腫瘍内科の学会でスタンディングオベーションが起こった臨床試験の結果をご紹介したいと思います．肺がんの患者さんで，通常のスタイルで化学療法を継続しているのと，携帯やiPadなどのデジタルデバイスで定期的に抗がん剤の副作用の状況をセルフレポート（週1回入力）して（patient reported outcome: PRO），特に重症の場合は病院のナースにアラートがかかり，ナースが電話でフォローアップする，というのを比較して，QOLや，緊急受診が減ったか，というところを比べました．

当然，セルフレポートをしているほうが，QOLが向上した方が多くおられました．米国は日本と違って，かなり遠方から抗がん剤治療を受ける施設に行かれる場合が多く，ご自宅近くの開業医さんが普段診られていて，何かあったときに抗がん剤治療を受けている施設に行く，というようなシステムなので，セルフレポーティングで病院のナースにアラートがかかってナースが迅速にフォローし，緊急入院となることを防ぐということで，やはりセルフレポートをしているほうが緊急受診と緊急入院が減り，医療費も削減したという検証でした．

そして，なんと，セルフレポートをしていた方のほうが寿命も長くなりました．非常にインパクトのあるデータで，メディケア・メディケードサービスセンターは，このデータをもとにPROとそれに対する医療従事者対応を医療保険適応の対象にしました．

これが日本にそのまま当てはまるか，というと，正直，分かりません．日本は国民皆保険で，家のわりと近くにがん診療連携拠点病院があって，毎週のように通おうと思えば通える，という医療環境の中で同じような結果が再現されるかは分からないのですが，いま日本でも同じような比較試験が走っています．

患者さんの副作用を，医療従事者が解釈して評価する

のではなくて，患者さんの感じたそのままを医療に生かしましょう，という意味で，PRO という言葉がいま重要視されています．PRO をそのまま次の患者さんの医療に生かすということがとても重要視されていて，その代表的なものが抗がん剤の副作用調査です．それをデジタルデバイスで行うのが electronic PRO（ ePRO ）です．

お薬に特化したアプリなどもたくさんあるので，「このお薬を飲み始めるので，このアプリをダウンロードして週に 1 回ここに症状を付けてきてくださいね」というようなことをされている方もおられるかもしれませんが，正確にデバイスが使える方であれば，オンタイムで症状がケアされ，より網羅的な有害事象の収集ができますし，その結果を次の診察のときに医者に見せて，じゃあ次は量を減らそうかな，ということにもつながりやすくなるので，悪くはないかなと思っています．

先程の臨床試験で改善されたように，QOL の改善，ER 受診の頻度低下，医療費などの削減にもつながるかもしれないということで，注目されています．紙ベースのときにはナースや薬剤師が詳細を聞き込むのに結構労力が割かれるのですが，ここで入力されてきたものを見れば良いので内容の確認に割かれる労力が削減できて，患者さんにとっては待ち時間の解消にもつながるということで，メリットが多いのではないかと言われてきています．

また，やはり臨床記録にも使いやすいです．ナースや薬剤師さん，医師もそうですが，抗がん剤の開発や研究に副作用の聴取というのは必ずついてくるものなので，デジタルデバイスで入ったものはデータとして残り，そこに人間が手入れする必要がなくなってくるので，研究者にとって非常にやりやすいです．又，そのデータのクオリティーも，転記のエラーがなくなったり，患者さんが 1 週間に一回の入力を忘れているとアラートが上がりリマインドが入るアプリが多いので，欠損値というものが少なくなります．あとは，「やっぱりあの時 1 だったかな」と，振り返って変えるということが，実は真実を拾うことにつながらないこともあるので，振り返り入力を防止することもできます．

では，そのときに，どんなスケールを使って患者さんの副作用などを取っていくかというのも非常に重要なことですね．私たちが普段使っている CTCAE の patient reported outcome 版というのが 2014 年に NCI（米国国立がん研究所）から出されました．これもいろいろな言語のバージョンが出てきていて，日本語版もできています．

私たちが聖マリアンナ医科大学にいた時に使っていたマークシートは，CTCAE のグレード 1，2，3，4 を患者さんに分かりやすい日本語で，自分たちで書き直していたのです．なんのバリデーションも取れていない書き直しなので，そのスケールを使ったデータ自体があまりほかに使用することができない，使用すべきではないようなデータになってしまうのですが，こういう世界共通の，バリデーションがとれたツールを使って収集されたデータは次の研究テーマにもつながるということになります．

主に副作用に関してお話ししてきたのですが，先ほど来，先生方のご発表にありますように，患者さんが感じている苦しみというのは副作用だけではなくて，痛みや薬物療法によらない食欲不振，栄養，いろいろなことが出てくるわけです．釈迦に説法になってしまいますが，「がんが体の中にできたそのときから，支持・緩和医療というのが始まっている」というのが WHO の提言でして，「支持・緩和医療というのは，生命を脅かす疾患による問題に直面している患者およびその家族の QOL を改善するアプローチである」ので，抗がん剤が終わったら緩和治療が始まるということではない，ということになっています．

つまり，特に抗がん剤を始めるようなステージの方々はこのような複合的な苦痛が常に最初からあるのだ，ということを，私たち医療従事者は認識しなくてはなりません．ですが，抗がん剤をこれから始めましょうというときから緩和治療医全員に関わってもらうなんて不可能ですし，必ずしもそれを患者さんは望んでいません．too much なときもありますよね．だからやはりそこをスクリーニングして，本当に最初から緩和医療医もしくはナースに介入してもらったほうが良い患者さんなのか，それとも，そのベストなタイミングはどこなのか，いつなのか，というのを，私たち医療従事者は探っていかなければいけないということは，普段，私や，皆さんも感じていらっしゃることかと思います．

ただ一般的には，なるべく早いタイミングで専門的な緩和ケアチームが介入したほうが患者さんの OS（生存期間）が延びるというデータも出てきているわけです．ですが，分かってはいるけれども，リソースという意味でも，必要性という意味でも，なかなか現実的には当初から全員が入るのは難しいということで，恐らくは京都市立病院でもされていると思いますが，専門的な緩和ケアチームの介入の時期をスクリーニングするということも，がん診療連携拠点病院がやらなければいけないことの一つになっています．

ただ，それでもやはりデジタルデバイスやツールが功を奏することもあります．「私，いま緩和ケアチームに入ってほしいと思ってるんだけど」なんて患者さんが言い出すことは滅多にないですし，「緩和ケアチームに入ってもらいましょうか」と言うことで，患者さんの気持ちを後ろ向きにしてしまうこともあります．でも，デジタルデバイスでスクリーニングしてカットオフ値を設定しておけば，「そろそろ緩和ケアチームに会ってみない？」というようなことをチームとして患者さんに提案しやすくなる．デジタル化というのはいろいろなところで患者さんとチームの関係をエンパワメントしていくのではないかな，と考えています．

JASCC（日本がんサポーティブケア学会）は私も最初からその立ち上げに関わっていて，JASCC の中に patient reported outcome のワーキンググループを立ち上げて，いろいろな研究成果を持ち寄って，patient reported outcome の重要性の実装，普及を日本でやっていこうということで，日本版の PRO-CTCAE を作った山口拓洋先生達と一緒に，いろいろやってきました．

前任地の聖マリアンナ医科大学ではプラクティカルな

ことが大好きなメンバーが多く，デジタルデバイスを用いて patient reported outcome や QOL，高齢者評価を行う試験など，いろいろな取り組みをやってきました．マークシートから始まって，制吐剤の第Ⅲ相試験に ePRO 使ってみたり，免疫チェックポイント阻害薬の，なかなか拾い切れない副作用を ePRO で拾えないか，また栄養状態を ePRO と体重計とのデータをデジタルデバイスで収集したりといった臨床試験というのを行ってきました．

今年度が最後になりますが，3 年間，厚生労働省科研費で，ePRO をどこまで日本で実装すべきなのかという研究をしていましたので，少し紹介したいと思います．先程の山口拓洋先生，下妻晃二郎先生と合同で研究をしていました．私たち中島班が担当したのは，ePRO を使うニーズが患者さん側，もしくは医療現場側にどのくらいあるのか，ということや，ePRO 自体の認識を問うアンケート調査をしました．

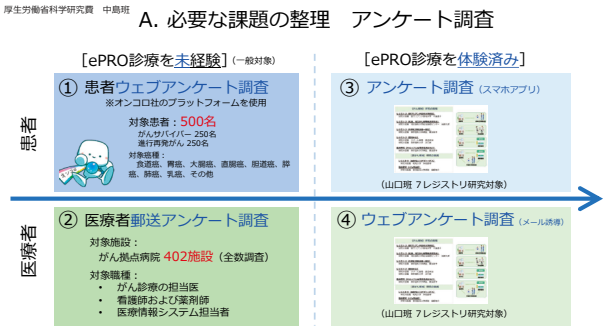
一方で，聖マリアンナ医科大学で抗がん剤を受ける患者さんに，実際に ePRO を使っていただいて，レジストリ（疾患登録システム）試験を行いました．かつ，患者さんの ePRO に入力したデータを電子カルテシステムと連動して，治療経過や採血データなど，全部一画面に出るようなものを構築しました．

アンケート調査の結果を少しお話ししたいと思うのですが．一般対象，つまり ePRO を特にやったことがないがん診療連携拠点病院の医療従事者と，実際に抗がん剤を受けたことのある患者さんに，ウェブでアンケートを取らせていただきました〔スライド 2，3〕．そうすると，「自分の患者の症状をよく把握している」と答えた医療従事者は 2 割しかいなかったのです．つまり，先程言ったように，私たちはペイシェント・セントリックにチーム医療をやっていると思ってはいるのですが，実際にそれが十分にはできていないと感じていて，十分にできていると思っている人は 2 割しかいなかったのです．一方で，患者さんが「自分の主治医が症状を把握してくれている」と感じている患者さんは，半分もいたのです．「症状に十分な対応がされている」と感じる患者さんも約半分．半分位の人は，まあまあ，われわれの対応には満足してくれているということですが，逆に言うと，半分は不満なのです．私たちがよく使っている患者さんの日誌や調査票と ePRO の使い分けというのは十分には理解されていません．実際，ePRO を使っている場面はほとんどないので理解はされていないのですが，やはり，そういう調査票を自分の治療に活用してほしいと患者さんが思っているし，医療従事者側も，患者さんが付けてきたものをしっかり評価して次の治療につなげたいと思っているのは確かなようです．これは，ほとんどの患者さんがそういうふうに答えています．

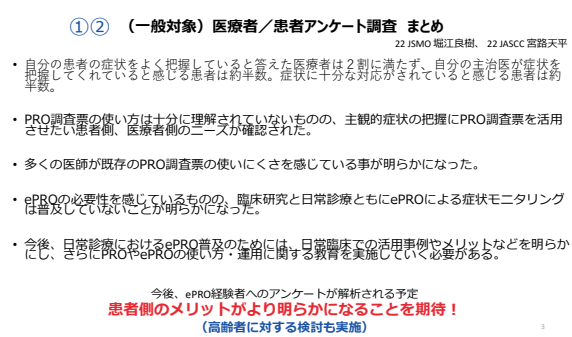
ただ，いま使っている現状の調査票は非常に使いにくくて，正直，全部は確認できていないというのも，事実でしょう．それがデジタルデバイスになって，患者さんがぱっと携帯を見せたり，もしくは自分の電子カルテの画面に patient reported outcome が出てくれば，それは素晴らしいことです．素晴らしいだろうと思うものの，実際にはまだ普及していないということです．それはもちろん，費用の問題もあります．また，ePRO が良さそうだと分かっていても，それを実際に日本に普及させていくためには，やって良かったという活用事例とか，実際にいままでなかったこんなメリットが出てくる，という研究成果が世の中にいっぱい出てこないと，お金や時間もかかりますので，やはりそういうところのデータがいまの段階では足りていないということがよく分かりました．でも，いま実際に ePRO を行っている患者さんが，どれだけ良かったと思うか，医療従事者が，どれだけ楽だったと思うかなど，今年度に結果になってまいります（患者報告アウトカム（patient reported outcomes：PRO）の ICT 化と社会実装推進のための研究に基づく提言書 :- chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbdfmadadm/http://jascc.jp/wp/wp-content/uploads/2021/06/e2b9636dbfc1ebd596ddc541a7cd2a03.pdf）．

京大では，私は治験や臨床試験を担当しておりますが，やはり Patient Centricity が大事だというのを，ここ 1，2 年，しみじみと感じておりますので，実臨床とは少し離れた話を最後にさせていただこうと思います．

がんの臨床試験に患者さんを紹介した，もしくは自分が参加している臨床試験に患者さんを登録した，というご経験がある方がいらっしゃると思いますが，日本はがんの臨床試験のデータが分かりにくいと普段から思いませんか．私は，臨床試験をやる立場におりますが，そのような人が見ても非常に分かりにくいです．特に，ゲノム医療が保険診療でできるようになりましたが，C-CAT レポートの治験の情報を見ても，本当にいま登録できる状態なのか，どういう条件の方が登録できるのか，その



【スライド 2】



【スライド 3】

情報にたどり着くまでにかなり労力を要します．

私は古巣のがんセンターに知り合いがたくさんいるので直接電話します．そうしないと分からないのです．実際に登録できるようになっていても電話してみると，「ああ先生すいません，1カ月前に終わっちゃってます」ということがしょっちゅうあって，がっかりするわけですが，患者さんにとってはなおさらなわけです．

2016年に行ったJSMOが行ったアンケート調査ですが，「臨床試験の情報を欲しいと思いますか」という質問をすると，「とてもそう思う」，「そう思う」の人がほとんどなわけです．つまり実際に，日本はおしなべて保険診療で標準治療が受けられますが，プラスアルファのことを求めて，もしくは，非常にありがたいことに，自分に特にメリットはなくても後世のがんの患者さんのために自分のデータを使っても良い，と思ってくださっている方が，がんの患者さんにはとても多いということになります．先ほどのePROのデータでも，「もっと自分のePROのデータを臨床研究に使ってほしい」という方が8割位おられたのです．やはりそれは，医療者にとっては非常にありがたいことです．

一方で，「臨床試験の情報発信をどこが行うのがよいと思いますか」と聞くと，がんの患者さんやそのご家族の方は，公的機関や製薬企業などというよりも，やはり，担当している医師や医療関係者に聞きたいのです．身近な人に聞いて分かるほうが，それは良いですよね．自分で公的なホームページを調べなければいけないのは骨が折れるわけです．どこを見て良いかも分からないので，診てもらっている先生に「臨床試験を紹介してください」というのが一番簡単なのです．ただ，なかなか，その身近にいる医師にも正しい情報が伝わっていないというのが，非常に問題です．

一方で，実際に治験に参加できた患者さんのアンケート調査も出ていて，「実際に参加してみてどうでしたか」と聞くと，「病院が遠い」，「治験なので検査に時間や日程を合わさないといけなくて大変」，「情報がなくてどの病院でどんな治験をしているか分からなかった」，「病院の間をたらい回しで結局治験に参加できないで自分の病院に戻ってきた」，「治験が始まるまでに時間がかかって，何回も通院しなくてはならなかった」ということで，はっきり言って，日本の治験は全然ペイシェント・セントリックではございません．

いま私たちは，京都市立病院のゲノム医療，非常に熱心にやっていますが，京都市立病院からゲノムを受けた患者さんのそのゲノムの結果に基づいて，治験を紹介できたり，受け皿試験に紹介できたりした方は実際には少なく，日本全国のデータを見てもたった8%程度です．もちろん，日本の保険診療内でできるゲノム検査のプラットフォーム自体に問題があるということもありますが，やはり遺伝子異常に基づいた治験薬（matched therapy）への到達率の低さは悲劇的だと思います．

一方で，実際，治験をしようと思っても，例えば非常にめずらしい遺伝子異常，例えばがんの患者さんの数%，もしくは0.何%の患者さんを日本全国，世界から集めなくてはいけない，という治験も増えています．3人に1人ががんで亡くなるような時代ですが，治験に参加できるがんの患者さんはごく一部なわけです．

また，再生医療（CAR-T治療，iPS細胞治療など），遺伝子治療，核酸医薬などの特殊な治験は極限られた病院でしかできないので，そこに患者さんに来ていただかなくてはいけません．そういう意味でも，患者さんにとって，治験というのは，すごく遠いものになってきています．

ただ，大きくこの数年で世界は動き始めていて，日本はその動きについていけていないのですが，decentralized clinical trial（DCT: 分散型臨床試験）という言葉も流行っています．分散型臨床試験とか，バーチャル臨床試験とも言われています．米国はもともと比較的医療が分散しているというか，中心施設で抗がん剤治療を1カ月に一回とかうけて，そのほかは近くの病院の先生に診てもらっている，ということがよくあるので，比較的スムーズに，とくにコロナ禍で急速に進んだのでしょう．また，患者会がやはり積極的ですので，もっと自分たちが参加しやすい治験にしてほしい，ということで，来院に依存しない分散型臨床試験というパターンが非常に増えてきています．つまり，患者さんは，治験の説明，同意取得，診察はオンラインで受け，訪問看護で看護師さんが状態を診てくれます．デジタルデバイス，ePROで症状を送り，ご自宅，もしくは近くのクリニックに治験薬を送る，ということをしています．これが増えています．こうなると，より患者さんは治験に参加しやすくなり，また効率的に治験を安価で進めることができ，治験が今以上に米国に集中するのではないかと予測されています．

こうなりますと，日本はさらに新薬開発から取り残されていくことになり，実際，ドラッグラグがようやく解消されたかと思ったら，今度はドラックロスが日本の大問題と言われています．DCTというかたちが，日本の医療，日本の保険診療の中で行う治験にベストなプラットフォームかというと，そうとは限らないのですが，ただやはり，よりペイシェント・セントリックな，より多くの患者さんが新薬の治験に参加しやすいように，日本にあったDCTプラットフォームを作ったほうがいいだろうということで，いま，産官学が協力していろいろなスターターキットを作っていたり，大学病院のARO（Academic Research Organization）で，来院しないでも良いような臨床試験をデザインしたり，ということが始まっています．私もいくつか取り組みに参加しているので，もしご興味があれば見ていただければと思います．

私たちにとっては当然の「Patient Centricity」という概念を実現するのは，すでに私たちも実現しているのですが，それはやはり現場のチーム力の中で初めて実現されるものなので，今日のテーマである「チーム医療」は，私たちは当然やっているし，それは「Patient Centricity」の実現だというところで自信を持っていただけたらと思います．

医療におけるデジタル化というのは，まだ日本では十分に進んでいませんが，恐らくみなの助けになることが多いのではないかと思いますので，積極的に取り入れて

いっても良いかと思っています．一方で，がん診療をもう少し大きな視点で見ると，やはり日本の患者さんに一番にクオリティーの高いお薬，技術を届けようと思うと，やはり地域，国で大きなネットワークを作って，ペイシェント・セントリックな開発をしていかないと，また日本は乗り遅れてしまう，と少し危機感を感じながら，でも，できることからやっていくことだ，というふうに思っています．以上です．ありがとうございました．

○座長　中島先生，ありがとうございました．では，ここから，ご質問はありますでしょうか．どうぞ．

○質問者　中島先生，本日はどうもありがとうございました．普段から職員の皆さんには，患者さんの気持ちに寄り添って治療してください，ということを常にお願いして，それがペイシェント・セントリックな医療ということかなと思っているのですが，データをお示しいただいたみたいに，やはり違うんですよね，患者さんの思いと．そのデータがきれいに出ているのが，ああなるほどそうなんやな，と．医療者が本当に患者さんの立場に立ってできているかどうかというのは，改めて，なかなかそれが難しいのだと教えていただいたたのですが．それで一つ質問なのですが，ePRO の前段階で患者さんからのレポートを参考にすればアウトカムや OS がよくなるというデータが出ていると，確か学会で聞いたような気がするのですが，結局アクションがあって，OS がよくなる結果までは分かるのですが，ここがどのように OS の改善につながるのかというのは分からないところがありまして，お聞かせいただきたいです．

○講師（中島）　非常にするどいご質問でして，実は，発表された後のディスカッションでも，明確な答えは出ていません．ただ，米国は，普段抗がん剤治療をしている施設と，自宅近くで普段のフォローアップをしている施設というのはかなり離れていることが多くて，かつ，抗がん剤治療をしている施設でも，治療の方針を決定する医師と会うのは，数回に 1 回の診察で，やはり，ナースや薬剤師が間に入って，治療方針がペンディングになること，決定が遅れることがあります．そういう医療現場でオンタイムに副作用が入ることによって，例えば用量調整などがより細やかになって，治療継続期間が延びて，また重篤な有害事象のための入院が少なくなって，OS が延びることにつながったのではないか，という推測なのです．

ですので，普段から，抗がん剤治療をしている病院に週に 1，2 回通っている日本人で同じようなこと，つまり OS が延長するかどうかは，実は，私は極めて疑問を持っています．一方で，ご紹介した我々の厚労省の 3 年間の研究では，あえて第Ⅲ相試験で OS を延ばすということを目指すのではなく，とにかく患者さんの生の声を聞くことが如何に抗がん剤治療で大事か，ということをデータとして示すことで，ePRO を保険診療に持っていきたいというふうに思っていました．ずっと厚労省とディスカッションしながらこの研究を続けてきましたが，結局は，現時点での保険適応は難しい，という結論で終わっています．第Ⅲ相試験は粛々と違うグループがやってくれているのですが，日本で OS が延びなかったからそんなデジタルデバイスは使わなくてもいいよ，という話にはならないと私は思っているのです．

でもやはり，私たち医療現場が使うのだったら，アプリをどうするのか，とか，それを電子カルテシステムとどうやってつなげるかとか，つなげないでするならパソコンを用意するとか，それなりにお金がかかりますので．それこそ，国がもう少し前向きに支援してくれないといけないのではないかと思っています．

○質問者　ありがとうございます．たぶん，先生が言われているように，僕は OS を上げることが目標ではないのだろうと思うんですよね．利用者がタイムリーに，患者の思いを患者本人と同等にしっかり感じるという，それこそが大事なことなのかなと思いますので，今後ともぜひ，その辺のことを進めていただければありがたいと思います．どうもありがとうございます．

○講師（中島）　ありがとうございます．

○座長　ありがとうございます．私から一つ質問です．患者さんが直面している問題が単に治療内容ではないというようなことがあるのですが，ePRO というシステムが，ほかの要素を反映しているようなものというのは，あるのでしょうか．

○講師（中島）　ありがとうございます，非常に大事でして．patient reported outcome を評価するツールとして，PRO-CTCAE というものをご紹介しましたが，これは抗がん剤の副作用，有害事象の拾い方なのですが，例えばスピリチュアルな，精神的な苦痛を拾うスケールというのもいくつもありますし，それこそ pain，痛みのスケール，われわれが普段使っている VAS もそうですが，そういうものをデジタル化したものもたくさんあります．

ただ，やはり使うときに，日本語版がしっかりバリデーションがとれていて，このツールでデータをとっていけば，ほかの臨床研究結果と互換性を持ちながら評価できるというツールを使うべきだろうと思っています．例えば，このグループでは pain をしっかりオンタイムに拾いたいというのであれば，その pain のバリデーションがとれているツールをダウンロードしてもらい，データを使っていく方が良いですね．それは疾患によっても異なりますので，それぞれの疾患で標準的な評価ツールで，デジタル化されたものを使用していくことになると思います．

○座長　ありがとうございます．今日は非常にインフォーマティブな講義をいただきまして，本当にありがとうございました．

○講師（中島）　ありがとうございます．

一般演題

肝胆膵疾患に対する低侵襲治療とチーム医療

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　消化器外科）
奥田　雄紀浩

○座長　一般講演の座長を務めさせていただきます松尾でございます．よろしくお願いします．

では，早速，一般講演「肝胆膵疾患に対する低侵襲治療とチーム医療」という題で，奥田先生からお願いいたします．

○講師（奥田）　よろしくお願いします．京都市立病院の外科の奥田と申します．ではさっそく始めさせていただきます．

本日のお話は，「肝胆膵疾患に対する低侵襲治療とチーム医療」という内容でございます．

突然ですが，皆さん，この絵，何を表しているか，お分かりでしょうか〔スライド1〕．お孫さんが，布団で寝ているおじいちゃんに「起きて」と言っている状態ですが，おじいちゃんは満面の笑みで天に召されている状態です．たぶん，状況としては，前日の夜，元気にお布団に入っていったおじいちゃんが起きてこないからお孫さんが起こしに来た，そうしたら，眠るようにもう亡くなっていた，という状態なのかなと思います．これは，“ピンピンコロリ”と呼ばれる状態を表したものです．亡くなる直前までは元気に過ごされて，それでさっと亡くなる．たぶん，ここにおられる多くの方が，こういう人生の最期を迎えたいのではないかと思うのですが，これと相対する状況として，“ねんねんコロリ”といって，長期間の介護等が必要な状況の後に亡くなるという状態があるかと思います．

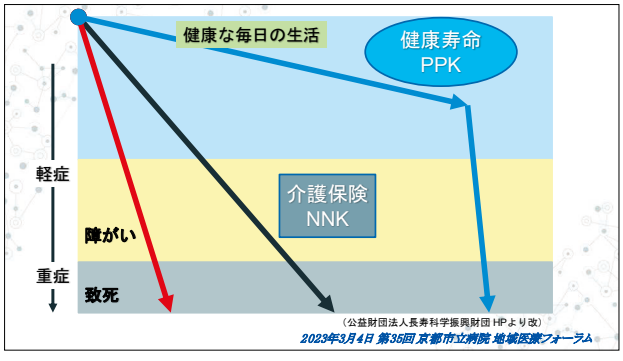
なぜこんな絵を出したかといいますと，昨今，私の外来でよくあるやり取りがあるのです．根治可能ながんが見つかって外来に来られた方で，肝胆膵疾患に関しましては，なかなか症状が出ませんので，80歳代で，人によっては70歳代位の方でも，「ここまで長生きして，もうこの世に未練とかもないから，がんでも手術とかをしないでサッと逝きたいんです」とおっしゃるのです．僕が「がんになったからといって，すぐに亡くなれるわけじゃないんですよ，放っておいたら，当然のことながら症状が出てきて，その後に命に関わってくるのです」と伝えると，患者さんは「ええー，そうなんですか，どうしましょう」とおっしゃるところで僕が説明するのが，「最近は手術を小さい傷でできることも多くなっていて術後の回復も早いから，しっかり治して，その後，天寿をまっとうできるようにしましょう」ということです．この最後の一文に出てくる“小さな傷の手術”というのが「低侵襲手術」で，術後の回復を早くする方法の手助けとなるのが，「チーム医療」でございます．

こちらは，横軸に時間軸，縦軸に体の活発性，上のほうが元気で下のほうが元気がない，という状態を表す表です〔スライド2〕．先程の“ピンピンコロリ（PPK）”という，健康な生活が長く続いてその後にサッと亡くなる．急激に命に関わる心筋梗塞などは，こういった流れを通られるのかなと思います．一方，がんを放っておいてコロッと逝きたいという方に関しては，こういうちょっと長めの，介護等が必要な状況で，“ねんねんコロリ（NNK）”の状況が長くなるという，そういった経過をたどられるものかと思われます．

健康な生活を毎日送られている中でがんと診断されると，その先に思い描いていた未来が描けなくなります．急に亡くなってしまうのかもしれないし，ゆっくりと亡くなっていくのかもしれない，そういった不安を患者さんは感じられます．その状態に対して手術をすることによって，想像している未来へとつなげられるのですが，当然のことながら，手術侵襲が加わりますと，一時的に体の障害は大きくなります．でも，そこから回復すれば，もともとの想像していた未来へとつなげることができるのです．ただ，当然，ご高齢の方であれば，十分に回復しなかったり，回復に時間を要することもあります．そこで，先ほども言いましたように，「低侵襲手術」と「チーム医療」が役に立ちます．

「低侵襲手術」を行うことによって，当然のことながら，

【スライド1】



【スライド2】

術後の障害が軽減されますし，チーム医療が介入することによって，術前の状態へ，特にご高齢の方は，がんと診断されると，動いたら駄目だと思って「全然，体を動かしていません」という方もおられるので，そういった方に「チーム医療」が介入することで，術前よりもより高いレベルまで，しかもより早い段階で回復することができるのではないかと思われます．そういった観点からこの二つが非常に重要ではないかと思っております．具体的には，「低侵襲治療」は大きく分けて 2 種類ございます．ご存じの方もおられるかもしれませんが，腹腔鏡手術とロボット手術です．腹腔鏡手術に関しましては，カメラを通してお腹の中の状態をモニターに映し出し，専用の手術道具，鉗子を用いて手術を行います〔スライド 3〕．

一方，ロボット手術の僕の当初のイメージは，ロボットが自動で手術するというものでした．残念ながら，いまの技術ではそこまでいかず．ロボット支援下手術と呼ばれる状態の技術を用いています．左側が da Vinci．右側が国産の hinotori という，手術支援ロボットでございます〔スライド 4〕．

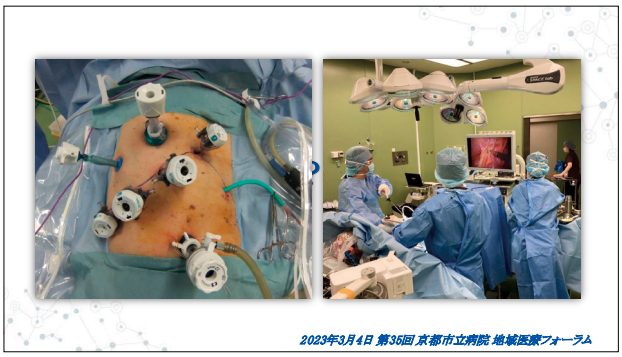
実際，腹腔鏡手術をどういう状況で行っているかといいますと，これが腹腔鏡手術の風景ですが，患者さんのお腹の中にポートというものを多数差し込んで，そこから鉗子を入れ，モニターを見ながら自分の手で直接操作して手術をします〔スライド 5〕．

一方，ロボット支援下手術では，コンソールと呼ばれる機械に 3D の画像が映し出されていて，それを見ながらロボットを手元の機械で操作して手術を行います〔スライド 6〕．

肝胆膵領域である，肝臓，胆臓，膵臓，脾臓．十二指腸，五つの臓器の疾患に対して手術を行っており，がん，がんに類似する疾患の治療を一緒に行っております〔スライド 7〕．

これらの領域の腹腔鏡手術の保険適用については，まず，2010 年に肝臓の部分切除と外側区域切除が保険収載されました．その後，膵臓の膵体尾部切除，また，肝臓のさらに難易度の高い手術や膵頭十二指腸切除が保険適用となり，2022 年，胆のうがんの手術も保険適用になりました．また，ロボット手術に関しましては，2020 年に膵頭十二指腸切除の悪性疾患が，腹腔鏡手術の適用となったのと同時に，ロボット手術も適用となりました．また，肝臓については，2022 年からロボット手術が保険適用となっております〔スライド 8〕．

ただ，皆さんご存じかと思いますが，最近，肝胆膵領域での腹腔鏡手術の死亡事故等が非常に大きな社会問題となりましたので，そういった兼ね合いもあって，施設基準というものがかなり厳しく設定されております〔スライド 9〕．肝臓と胆のうに関しましては，肝切除を年間 20 例，場合によっては 20 例以上行っていないとできま

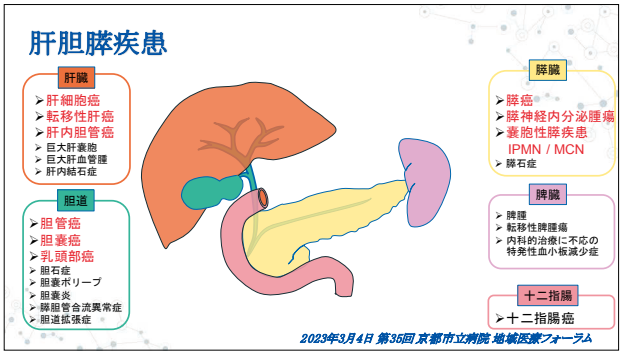


【スライド 5】

【スライド 3】

【スライド 6】

【スライド 4】



【スライド 7】

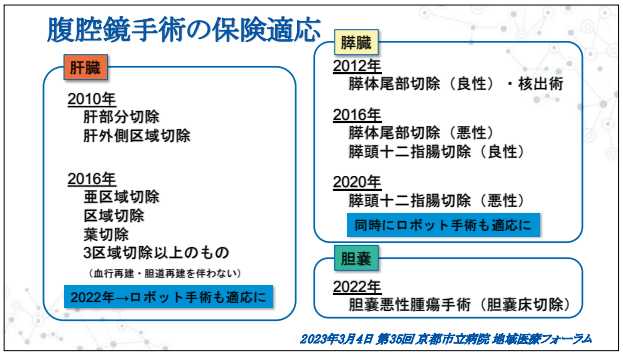
せん．膵臓に関しましては，膵体尾部切除であれば，年に 5 例以上行っていればできるのですが，膵頭十二指腸切除に至っては，年間 50 例と，非常にハードルが高くなっています．

実際，当院でどの程度の症例数を行っているかを示したグラフですが〔スライド 10〕，私が着任した昨年 4 月から今年 1 月末までで，肝切除が 36 例，膵切除が 14 例（内，膵頭十二指腸切除 7 例）となっており，当院では，肝臓，胆のう，膵体尾部切除に関しては低侵襲手術を行うことができるのですが，残念ながら，膵頭十二指腸切除に関しては，行うことができない状況です．

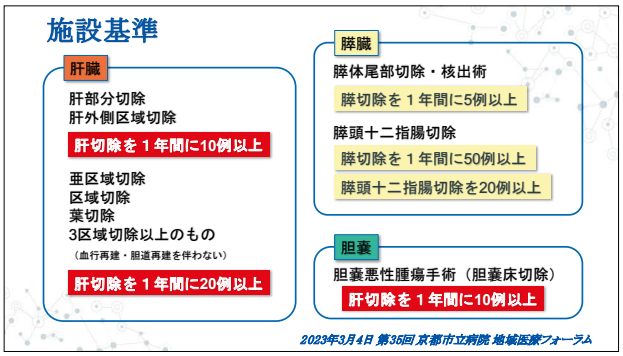
また，どんな症例でも低侵襲手術ができるのかというと，必ずしもそういうわけではなく，われわれの中で決めている線引きがあります．肝切除，膵切除，胆のう，いずれも，この血管や胆道再建といったものを伴うもの，また，がん遺残のリスクが低侵襲手術であるものに関しては，従来の開腹手術で行うような方針としております．また，肝切除に関しては，両葉に多発している，非常に数の多いような病変の方や切除箇所が多数にわたるような方は適用外としております．また，膵切除に関しても，本来の膵体尾部切除と比較して，より広い範囲をとらないといけないような切除や，例えば 10 センチを超えるような大きな病変の方に関しては，低侵襲手術が困難ですので適用外とさせていただいております〔スライド 11〕．

実際の内訳についてですが，肝切除に関しては，今年度で約 75% の症例を低侵襲手術で行うことができております．一方，膵切除に関しては，半分，14 例中 7 例が膵頭十二指腸切除で開腹手術しか行うことができませんので，低侵襲手術の割合としては低くなっていますが，膵体尾部切除だけであれば，6 割から 7 割が低侵襲手術で行えている状況です〔スライド 12〕．

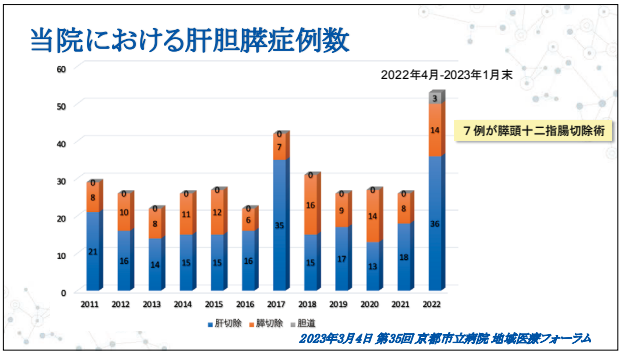
手術の傷についてですが，スライド 13 の左が肝臓の開腹手術の痕の傷，非常に大きい傷ですので，当然のことながら術後の回復に非常に時間がかかるのですが，腹腔鏡で手術を行いますと右のような小さな傷で．特に肝臓に関しては，消化管の吻合などを行うわけではありませ



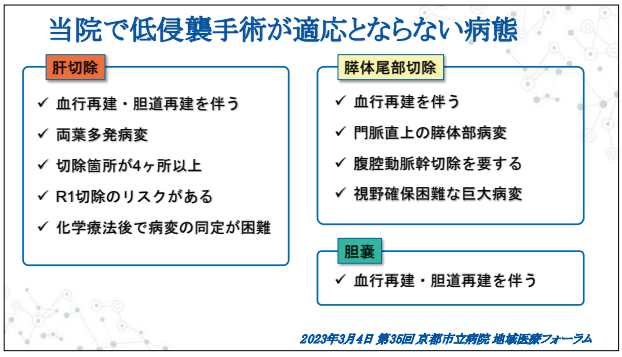
【スライド 8】



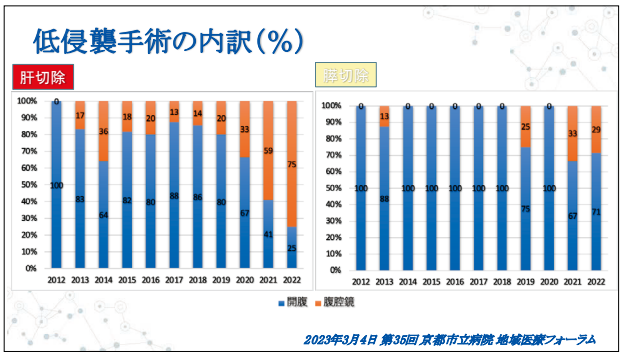
【スライド 9】



【スライド 10】



【スライド 11】



【スライド 12】

【スライド 13】

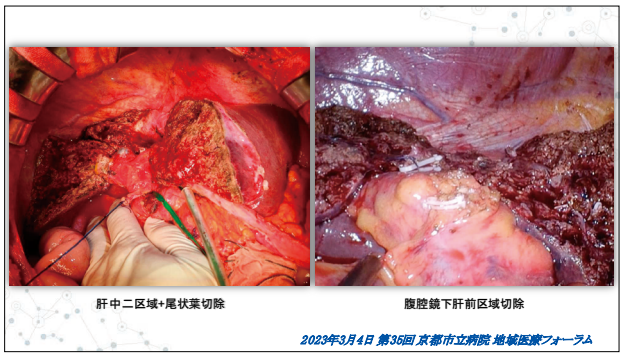
んので，傷の大きさが術後の回復の一番大きな規定因子となりますので，こういう小さい傷で行うことは非常に意義があるのではないかと考えております．

これは切除後の術後の写真です〔スライド 14〕．肝臓の真ん中が抜けたような手術で，こちらは開腹手術で行っていますが，腹腔鏡手術でも同様に，肝臓の真ん中をとるような手術もできております．一方，膵臓の術後の傷，こちらは開腹手術後で，真ん中に，おへその下まで傷があるのですが，こちらも低侵襲手術で行うと非常に小さな傷で済みます〔スライド 15〕．開腹の術後と，低侵襲手術の術後で，ほぼ同じクオリティで手術が行えている状態です〔スライド 16〕．

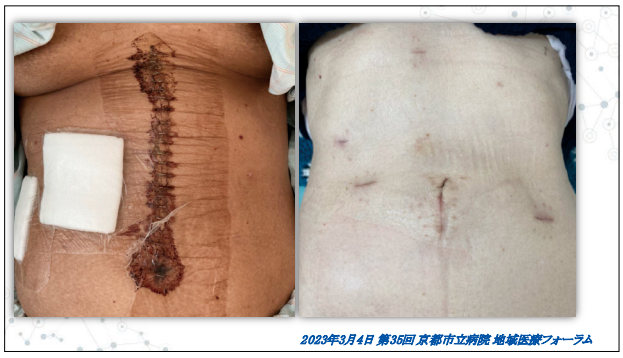
手術成績についてですが，2016 年以降の症例で，従来の開腹手術と低侵襲手術時間を比較しましたが，肝切除，膵切除ともに，時間には差はありませんでした〔スライド 17〕．ただ，肝臓の開腹手術に関しては，非常に難解な術式等も含まれているので，これだけで一概に，同じぐらいの時間でできますというのは，なかなか難しいかと思います．一方，出血量に関しては，低侵襲手術では非常に少なくなっていて，肝臓や膵臓の手術でも，牛乳びん 1 本分も出ない程度で済みます〔スライド 18〕．ですので，特に術後の回復も早いというような結果です．

続きまして，「チーム医療」についてお話させていただきます．皆さんご存じのとおり，チーム医療は患者さん，患者さんのご家族を中心に様々な医療スタッフがサポートして治療と社会復帰を手助けします．回復の場面でチーム医療が介入することで，当初の予定よりも早い段階，もしくは高いレベルまで回復できるのではないかと考えております．ここで重要となってくるのが ERAS（術後回復の強化）でして，具体的には，痛みを最小限に抑制，患者の回復を促進，周術期合併症・入院期間の減少です〔スライド 19〕．

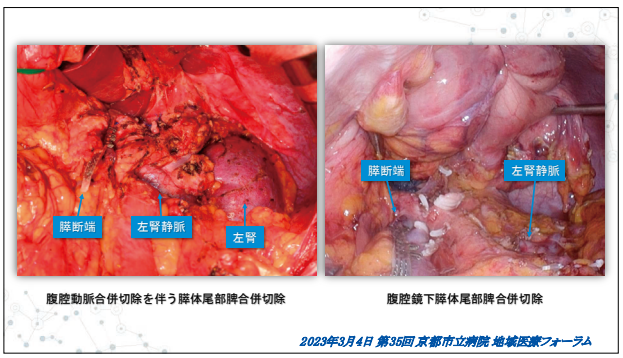
では実際，術前術後にどういったことをするのかということですが，術前であれば，術前の教育，禁煙の指導，リハビリ，また，内服の調整，血栓予防，感染予防などを行ってもらいます．術中の麻酔管理に関しては，特に



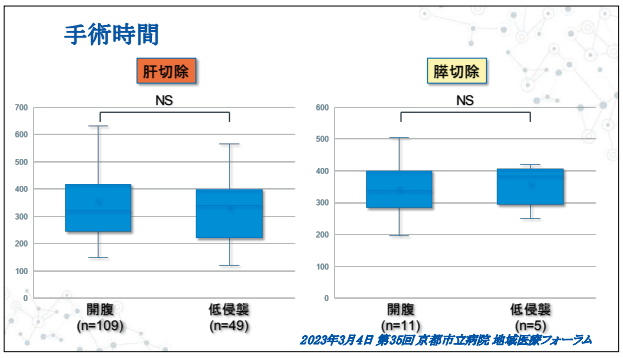
【スライド 14】



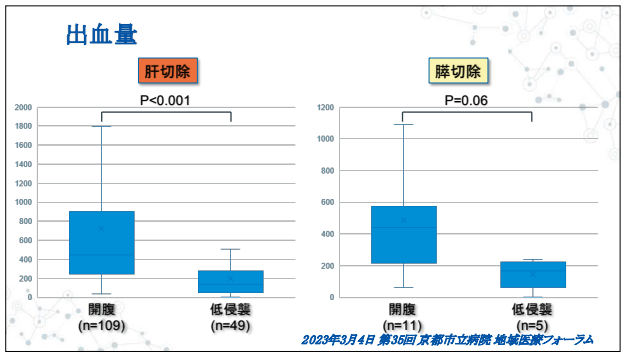
【スライド 15】



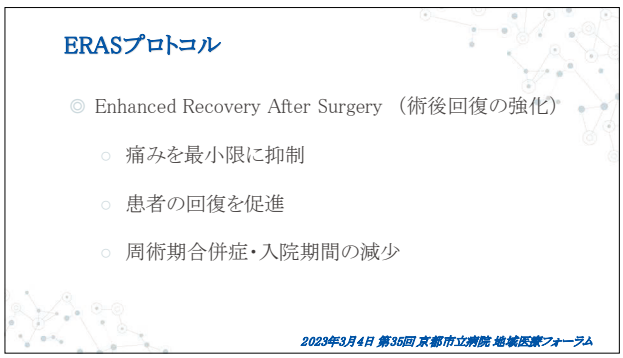
【スライド 16】



【スライド 17】



【スライド 18】



【スライド 19】

輸液量が術後の回復に影響し，術中に輸液量を絞ると，麻酔の管理が大変にはなるのですが，術後の回復は非常に良くなるので，麻酔科の先生にがんばって絞っていただいています．また，カテーテル，ドレーン，胃管といったものをなるべく短期間に抜去する，といったこともしています．術後に関しましては，当然のことながら，早期離床，歩行，早期の栄養療法，適切な鎮痛剤の使用，さらには早期回復，こういったものがERASのプロトコルに含まれる要素です〔スライド20〕．

ERASプロトコルには，われわれだけでなくコメディカルのスタッフにもたくさん関わっていただいています．特にこの中でわれわれが重要だと思っているのが，リハビリ，早期離床，歩行です．これは数年前に京大から出された論文ですが，肝細胞がん，膵がん，胆のうがん，いずれも，術前の筋肉量や筋肉の質が高い方ほど，術後の回復が早く良好な予後が得られる，といった報告がされています〔スライド21〕．ですので，ERASプロトコルは手術よりさらに早い段階から始まるわけです．早い段階からリハビリ介入して体力を落とさないようにして，低侵襲手術からの早期回復を図ることで，良好な未来を描けるのではないかと思っています．

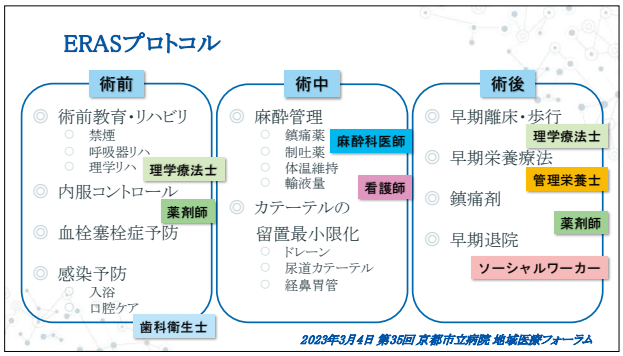
術後の在院日数がこのERASの目安になるのですが，昨年から増えている低侵襲手術に関しては，肝切除，膵切除ともに，在院期間が短縮しています〔スライド22〕．ただ，これはERASだけではなくて，低侵襲手術の影響もあるかとは思いますので，いまも開腹手術を行っている膵頭十二指腸切除で術後に重篤な合併症のない方を，昨年私が着任した後とその前とで比較しています．私が着任する前は，大体術後3週間ちょっと位入院されていたのですが，いまでは大体2週間で，膵頭十二指腸切除という，お腹の中で最も大きな手術の一つではありますが，80代半ば位の方も，それを受けた後でも2週間位で帰っていただく，という流れになっております〔スライド23〕．

以上ではありますが，低侵襲手術とチーム医療，こういったものを活用することにより，皆さんの思う期待する未来につなげられるのではないかと思っております．簡単ではございますが，ご清聴ありがとうございました．

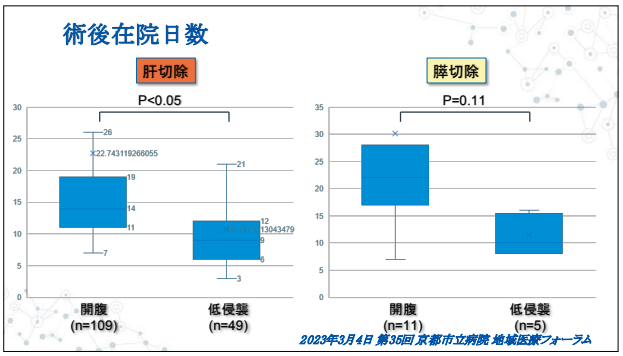
○座長　奥田先生，ありがとうございました．フロアの方から，どなたかご質問，コメントなどございますでしょうか．

では，私から質問です．先生が昨年4月に着任されてから，かなり低侵襲の手術も増えてきて，合併症も少なく良好な結果をたどっています．先月から，肝臓，膵臓のロボット支援下手術を導入し始めたというかたちで，実際にどのようにロボットを適用していくか，あるいは，低侵襲の中で，腹腔鏡とロボットをどういうふうに，と考えておられるか，先生の方向性であったり，お考えをお聞かせいただけますでしょうか．

○講師（奥田）　ありがとうございます．ロボット支援下手術に関しましては，現状，かなり多くの制限等々があります．実際，腹腔鏡のほうが歴史は長い分，いろいろな技術が開発されているということもあって，肝臓の手術に関しては，ひとまずは簡単なものからやっていくようなかたちにならざるを得ないかと思います．ただ，機械等が発展すれば，基本的にはロボットを主軸に持って

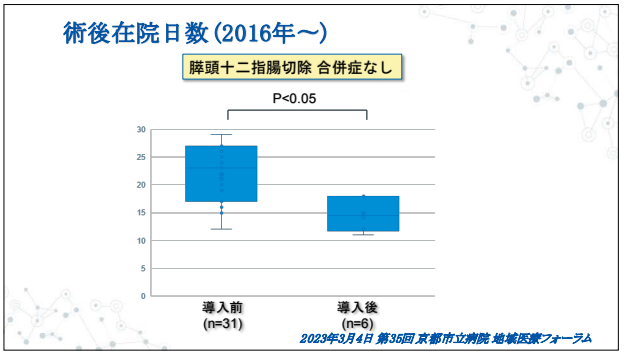


【スライド20】



【スライド22】

【スライド21】



【スライド23】

いきたいとは思っています.

膵臓に関しては，やはりロボットのほうが良いのではないか，と他の施設もおっしゃっていて，私自身も実を言うと，膵臓であればロボットのほうが良いのではないかと思っている次第です.

その理由としては，術者はコンソールというところに座っているのですが，助手の人たちも椅子に座りながら手術のサポートをしてくれているのです．腹腔鏡手術の場合は，基本的に皆さん立った状態でサポートせざるを得ないので，彼らの負担が少なくなります．昨今の外科医が減少する現状等々からも，負担が少ないほうが良いのではないかと思っているので，基本的にはロボットで対応していくのが大事かと思っております.

○座長　ありがとうございました．確かに，私たちも助手をしていて，座っているほうが楽だというのは正直あります．それで患者さんにとっても良好な成績が得られたら，やはりそれは大きなメリットにはなるかな，と個人的にも感じます．ありがとうございます．ほかに，どなたかございますでしょうか.

○質問者　今日はありがとうございました．少し気になったのが，在院日数などで測られると言っておられるのですが，ロボット手術と腹腔鏡手術で，今後，入院日数が変わっていくようなことがあるのでしょうか.

○講師（奥田）　ロボットと腹腔鏡では，たぶんないと思います．手術の傷の大きさ自体は，トータルではほとんど変わらないので，あまり関係ないかなと思っています.

○質問者　ありがとうございます.

○座長　では，奥田先生，ありがとうございました.

一般演題

当院における食道癌・胃癌の治療

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　消化器外科）
坂口　正純

○座長　『当院における食道癌・胃癌の治療』という題で，坂口先生からお願いいたします．

○講師（坂口）　よろしくお願いします．京都市立病院の外科の坂口です．まず，僕は昨年の７月から赴任させていただきましたので，簡単に自己紹介をさせていただきます．2006年に京都府立医科大学を卒業して，そこから京大関連の病院を何か所か転々としまして，2018年から，大阪赤十字病院という，胃がんと食道がんでは日本でも有数の病院で研鑽を積ませていただいて，昨年の７月から市立病院に赴任させていただいております．

資格としては，2014年に内視鏡技術の技術指導認定を胃で取得しており，食道科認定医ですので，胃がんと食道がんを専門とさせていただいています．

当科の食道がんの治療としては，大阪赤十字病院で行われてきた低侵襲手術，胸腔鏡と腹腔鏡を用いた手術をしていきたいと考えています．いままで，市立病院ではあまり食道がんの手術をしていませんでしたが，僕としては食道がん治療をライフワークとしたいので，これから力を入れていきたいと考えております．

今年からロボット支援下手術の基準も下がりましたので，４月から食道がんに対してロボット支援下手術もできるように，いま準備をしているところです．食道がんの患者さんは手術が難しくなる方も多いのですが，特に放射線科や耳鼻科とも協力して，その人にあった治療をしていきたいと考えております．

当科の治療方針としては，基本的にはガイドラインに準じた治療方針です．データでは，ステージⅠの食道がんの患者さんは，手術と化学放射線療法の治療成績は一緒ですが，５年経過したあたりから，手術のほうが成績が良いという結果もありますので，若くて耐術能がある方に関しては手術をお勧めしたいと考えております．

外科で担当しているのは，主に，ステージⅡ，Ⅲの食道がん治療で，こちらもガイドライン上では，耐術能がある方は，まず術前化学療法を行ってから手術ということになります．以前は２種類の抗がん剤を用いていましたが，現在は臨床試験で成績の良い３種類を基準にしています．ただ，効果は高いのですが，その分，副作用がかなり強く出ますので，その後は本院で責任を持ってフォローしていきたいと考えています．

また，化学放射線療法を手術前にすることもあります．腫瘍がかなり大きくて手術をするときに操作性が難しくなるような場合には，化学放射線療法を使って局所的にがんを小さくしてから手術をするということもしています．

以上をまとめますと，当科の治療方針としては，ステージⅠは，手術または化学放射線療法，ステージⅡ，Ⅲは，術前化学療法を３回行ってから手術，というのを基本としています．腫瘍が大きい場合は，術前に化学放射線療法で局所的にがんを小さくしています．

手術に関しては，昔は開胸，開腹の時代で，しかも３領域にまたがりますから，かなり傷は大きくて，すぐに退院できる状況ではなかったのですが，胸腔鏡下，腹腔鏡下で，１センチ位の傷を胸は三つ，お腹は五つ開けることによって，低侵襲な手術が図れます．

劇的に侵襲が少なくなって，特に呼吸器合併症が減るということもデータとして出ており，その分，退院が早くなるということも分かっています．

メリットとしては，先ほど言いましたように，腹壁，特に胸壁の破壊が少ないというのがかなり大きくて，呼吸器合併症が少なくなるということが言われています．また，外科医の視点から考えると，見たいものが近くで見えます．かなり体の奥深くに食道がありますので，開胸というのは，よく見えるようでいて，外科医としては見にくいのです．それがカメラを使うことによって，大きく近くで見ることができ，精度の高い治療ができると考えています．もちろん出血量も軽減できます．

次に，胃がん治療ですが，胃がんも当然，食道と一緒で低侵襲手術を基本とします．

標準的な幽門側胃切除，胃全摘術，噴門側胃切除，これは再建がかなり難しいのですが，難易度の高いものも含めて，腹腔鏡，ロボット支援下で手術をしています．現在，当院にはロボットが１台で自由に使えるわけではないため，難易度が高いケースはロボット支援下手術で，単純な幽門側胃切除はできる限り腹腔鏡手術で行っていますが，可能であれば，全部の手術がロボット支援下手術のほうが良いと個人的には思っています．

当科の胃切除術の現状ですが，2014年からロボット支援下で行っていまして，2020，2021年は，もう半分以上がロボット支援下手術になっています．昨年は技術者が交代したということもあってロボット支援下手術が減っていますが，基本的には，合計で100例以上に達しており，病院の規模の割には，よくロボット支援下手術を行っています．

da Vinci と hinotori がありますが，当院は，da Vinci Surgical System を使っています．いろいろなメリットがありますが，精緻な手術ができ，良い機械だと思っています．ロボットはかなり力も強くて安定していますので全く手振れが無く，視野が安定しているということが，外科医にとっては非常にメリットがあります．

胃の手術は，ロボットと腹腔鏡で比較すると，ロボットのほうが合併症を減らせるという結果が出ています．そ

ういう意味でもロボット支援下手術を行っていくメリットがあります．やはり，血管が手前にあって，とりたいリンパ節がここにある，というようなときは，関節機能があるほうがいろいろな副損傷を起こさないように手術できますので，外科医としてもやりやすいですし，患者さんにとってもメリットがあります．

これが予後につながるかどうかというのは，いま検討中ですが，一つの施設では，腹腔鏡よりもロボットのほうが成績が良い傾向である，という報告もあります．やはり，合併症が少なくできるということに関して，それもつながっていると思いますが，今後，ロボットの有用性がもっと分かってくるのではないかと考えています．

当科の胃がん治療短期成績は全国的に見ても良いと判断しており，長期成績も 5 年生存率がステージⅠ = 88.5%，Ⅱ = 73.5%，Ⅲ = 44.8% と，全国成績と比較しても遜色のない結果が出ています．

当科からの感謝とお願いです，いつもご紹介いただきありがとうございます．皆さまのお陰でこういった治療ができています．ロボット支援下手術も積極的に行っていきます．これからも，ご支援をよろしくお願いします．ありがとうございました．

○座長　坂口先生，ありがとうございました．では，フロアの方からどなたか，ご質問，コメントなどございますでしょうか．

では，私からの質問です．先生が来られてから，ロボット支援下手術を含めた低侵襲な手術を積極的にされていて，手術治療に関しては，だいぶ，他施設に比べても遜色のない状況になってきていると思います．今回のテーマが「低侵襲治療とチーム医療」ということですが，チーム医療として，先生が積極的に取り組みたい，あるいは，いま取り組んでおられるとか，そういったことがありましたら，コメントをいただけますでしょうか．

○講師（坂口）　ありがとうございます．一つは，食道は周術期の管理が大事になってきます．可能であれば，栄養科，薬剤師さんなどを含めて周術期のチームを作って，食道がん患者さんと手術前から関わることで治療していきたいと思っています．

○座長　ありがとうございます．実際に，私も医者になったころの食道の手術だと，本当に夜までかかって，侵襲もかなり大きな手術だったのが，いまは，ずいぶん低侵襲で時間も短くなってきていますし，チームで介入することで，患者さんにとってもより良い結果がもたらせるように努力していければ，と思います．では，坂口先生，ありがとうございました．

一般演題

外来化学療法を受ける高齢がん患者への支援 ～外来化学療法センターでの多職種連携の取組～

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　がん化学療法看護認定看護師）
大柿　深雪

○座長　「外来化学療法を受ける高齢がん患者の看護～外来化学療法センターでの多職種連携の取組～」という題で，看護部の大柿深雪さん，よろしくお願いいたします．

○講師（大柿）　外来化学療法センターの大柿と申します．よろしくお願いいたします．

まずは，当院の外来化学療法センターについて紹介いたします．当院の外来化学療法センターの実施件数は，前年度，5185 件です．ベッド数は 16 床で，リクライニングシートは 12 床，ベッドが 4 床あります．スタッフ体制は，専任の医師と薬剤師，専従のがん化学療法看護認定看護師が在籍しています．看護師は，外来化学療法センターと血液内科病棟が 1 セクションになっており，病棟スタッフで運用をしています．

2065 年には，人口は 9000 万人を割り込み，高齢化率も 38% に達し，75 歳以上の高齢人口も 25% を超えると推計されます．2017 年度の世帯類型で最も多いのが 1 人世帯で，夫婦と子どもの標準世帯は 4.6% で，9 番目になります．2050 年には，単独世帯が約 4 割を占めて，単独世帯のうち，高齢の独居世帯は 5 割を超えると予測されています．

このような背景の中，当院でも高齢の患者が増えているのが現状です．現在，20 代から 80 代の患者さんが通院で治療をされています．当センターの外来での治療を受ける患者さんは 70 代以上が 48% と，半数となっています．

ここで一つ，事例を紹介いたします．A さんという患者さんに診断時から関わり続けていた MSW（医療ソーシャルワーカー）から，「困っている患者さんがいる」と相談がありました．話を聞いていくと，A さんの元上司から「経済的支援をしてほしいと言ってこられるので困っている」と MSW に連絡があったり，外来の看護師から，外来受診時にふらつきや倦怠感の増強があるので，車椅子の介助が必要な状態であることを MSW や地域包括に連絡している，などの報告があったようです．このような状況もあり化学療法は延期になっていましたが，少しずつ体力が回復してきていたので，今後の治療はどうしたものか，と主治医が迷っている状態でした．A さんに関わる医療者たちは，このままで良いのかとモヤモヤしていましたが，外来で話し合う場がない状態であったため，倫理的問題解決をするため，多職種カンファレンスを開催することになりました．

A さんにはこのような背景があります．A さんは 70 代男性で，病名が十二指腸乳頭部がん，肝転移の患者さんです．既往歴は，胃潰瘍で手術をされていました．現病歴は，2021 年 7 月に十二指腸乳頭部がんに対し，膵頭部十二指腸切除術を予定していましたが，術中に肝転移を指摘され，胆管空腸吻合術のみの実施となりました．8 月から，GEM + nab-PTX の治療が開始されました．しかし，その後，10 月に脳梗塞を発症して緊急入院となり，退院後に化学療法を再開していたのですが，息切れや倦怠感の増強があり，連日，救急受診が続いたりしていました．

生活状況は，独身で独居，身寄りはありません．経済的に困窮しており，元職場の上司から経済的に支援してもらっていることもあったようでした．そのため，MSW が介入し，がんと診断されたときから生活保護を受給されていました．

PS は 1 から 2 程度で，下腿部から足背にかけて浮腫があり，動作時に息切れがありましたが，なんとか通院はバスかタクシーで来ることができていました．介護申請もがんの診断時に行って要支援 2 でしたが，低栄養による浮腫などで日常生活が少し困難になってきていたため，MSW が介入して区分変更中でした．A さんは，抗がん薬の治療については「ある程度体力がないと，抗がん薬治療はできないですね」とおっしゃっていました．

そこで，A さんに外来化学療法センターで多職種カンファレンスを実施することにしました．参加者は，主治医，腫瘍内科医，薬剤師，MSW，外来看護師，がん化学療法看護認定看護師，病棟看護師でした．カンファレンスで話し合われた内容については，化学療法時の有害事象予測ツールでは，中間リスクのため，いままで行っていた 2 剤併用から 1 剤に，もしくは減量したほうが良いのではないか，また，通院などの介助が必要な状況であり，支援体制を整えることで外来化学療法の再開ができるのではないか，ということになりました．しかし，腎機能の低下があったので，二次治療の S-1 の使用は難しいのではないか，という意見も出されました．このカンファレンスの後，次の外来時に，外来看護師も同席し，GEM 単体での治療再開を提案し，意思を確認することとなりました．

カンファレンスのその後です．外来受診時に，外来看護師の同席のもと，主治医から治療再開を説明されました．説明に対して A 氏からいくつか質問されたり，じっと考え込んで悩み込むような様子があったため，同席した看護師が診察後に，質問などがないか確認を行っていました．A さんはいったん話を持ち帰り，いろいろなところで相談した結果，「やるだけやってみます，しんどくなったらすぐやめます」と話され，GEM 単体での治療を希望されました．

介護度については，要支援から要介護 1 となり，サービスも調整され，ヘルパーに食材などを購入してもらい，自炊しながら自宅で生活され，外来での治療を継続することができました．治療時には，薬剤師や，外来化学療法センターの看護師が，副作用のセルフケアの状況や，生活している中で困りごとなどがないかを確認していました．

このような症例を通して，外来患者について，多職種で話し合いの場を作ることの必要性を感じました．また，高齢がん患者が安全に治療を継続していくためには，生理学的変化による臓器，身体的機能の低下や，併存疾患の増加，社会的機能の低下など，個人差が大きいため，従来の暦年齢や PS に基づいた治療方針だけでは不十分であることが考えられ，高齢がん患者に対して高齢者機能評価を行うことが推奨されています．しかし，高齢者機能評価をしっかりとやろうと思うと，たくさんのスクリーニングが必要であり時間的にも厳しいというのが現状です．そこで，G8 というスクリーニングツールを使用した高齢者機能評価カンファレンスを実施することにしました．

G8 は多くの領域を網羅しており，身体機能低下予測や予後予測に有用であるとされています．質問項目は 8 項目で，だいたい 3 分位で実施できます．17 点が満点で，14 点以下で高齢者機能評価を行うことを推奨されています．当院では，新規の 70 歳以上の患者に G8 を実施し，14 点以下の患者に対して多職種カンファレンスを実施しています．

多職種カンファレンスには，MSW，がん化学療法看護認定看護師，医師，薬剤師，栄養士，外来からも来ていただいております．

当院の 70 歳以上の患者に G8 を実施すると，14 点以下の患者が 78%，14.5 点以上が 22% でした．G8 が 14 点以下の患者を診療科別に見てみると，消化器内科・外科が 37% と多く，次に呼吸器内科・外科が 23%，血液内科が 20%，泌尿器科は 14%，婦人科，耳鼻科が 3% という結果でした．

G8 の得点分布は，極端に得点が低い患者，満点に近い患者は少なくなっています．極端に点数が低い患者については，医師が治療の可否について検討され，少なくなっていることが考えられます．14 点前後の患者が多くなっており，何らかの支援が必要であると考えられます．

G8 の質問項目の中で減点項目が多い項目です．4 種類以上の内服や健康状態の項目については 7 割の患者が減点になっています．高齢のがん患者のため，内服薬も多く健康状態が良いと思っている方は少ないようです．体重減少や BMI など，栄養に関する項目については 5 割から 3 割の患者が減点になっており，栄養士に介入いただいています．精神状態や歩行状態については，外来で治療ができる患者であり 1 割程度となっていますが，MSW に介護申請などを介入いただいています．

G8 の結果をもとに，2021 年 11 月から 2022 年 12 月までに，カンファレンスを 22 回実施しました．症例件数が 146 件で，そのうち，介入したのが 46 件でした．介入職種としては，看護師が 32 件，栄養士が 19 件，MSW が 15 件，薬剤師が 5 件でした．介入内容としては，看護師が体重減少している場合の体重測定や，食事の状況，また，症状だけでなく，生活での気がかりなど，患者の思いを確認しながら，各職種の連携を行っています．栄養士には，外来での治療中に栄養指導を実施してもらっています．MSW には，介護申請や，もともとのサービス調整を行っていただいています．薬剤師には，薬剤の投与量の調整や提案を行っていただいています．

もう一つの事例をご紹介します．高齢者評価カンファレンスを実施して介入した症例を紹介します．B さんは 70 歳女性です．病名は S 状結腸がん再発の方でした．治療は，RAM + FOLFIRI 療法が開始されていました．G8 スコアは 13.5 点です．減点項目は，中等度の食事量の減少，4 種類以上の内服，ベッドや車いすは離れるが歩いて外出ができない，同年齢の人と比べて自身の健康状態はわからない，でした．生活状況としては，独居で介護度は要介護 4 です．食事は宅配，デイサービスを週 5 回と，ヘルパーが 2 回，入っていただいているという状況でした．

この方もカンファレンスを行ったのですが，この FOLFIRI 療法は，CV ポートからインフューザーポンプという小さなボトルを使って自宅で 46 時間かけて投与する治療法のため，2 日後に抜針するために来院する必要があります。しかし，2 日後に抜針にくるためにはタクシーを利用されるため，経済的負担を気にされていました．デイサービスを利用されているため，デイサービスでの抜針を提案しましたが，不可能であるという回答でした．

B さんには既に多くの介護サービスが入っており，治療の調整と訪問看護を導入して抜針するなどのサービスの再調整を行えば，負担が少なく治療が継続できるのではないかと考えました．また，治療について，退院前に病棟の退院支援看護師がケアマネージャーと連携をとっていたので，病棟とも連携をしました．

カンファレンスのその後は，患者，ケアマネージャーと相談し，訪問看護師を導入して抜針となりました．

今までの事例のように病院外で連携する場合，当院では，看護サマリーや電話，FAX を使用しています．また，そのほかに，情報共有のツールとして，訪問看護導入時の訪問看護指示書や，診療情報提供書などがあります．しかし，外来で治療する患者が安全に治療を続けていくために地域と連携していくには，既存の方法では不十分ではないかと考え，訪問看護ステーションや調剤薬局では，他の施設とどのように情報共有を行っているのか，インタビューを実施することにしました．

訪問看護ステーション A によると，利用者はターミナルの患者が多く，治療中のケースは少ないようでした．治療や医師の説明内容は，訪問時に利用者からきくことが多く，病状や予後について，利用者やその家族に，どこまで説明されているのか把握が難しいようでした．また，治療されている利用者の場合，副作用などについては，利用者の持っている資料などで把握されていました．情報共有の方法は，在宅医とは京あんしんネットを利用して

いました．高齢者が安全に，安心して外来治療を継続するために，早期からの訪問看護などの導入を検討していることを訪問看護ステーションに伝えると，訪問看護ができることのメリットを，患者に理解してもらうために，必要時，説明をしていくことも可能であるという提案をいただきました．このインタビューを通して，病状や治療，治療の副作用などは，従来の情報共有の方法では不十分であるということが分かりました．

訪問看護ステーションＢでは，訪問看護を利用し，外来化学療法センターが相談窓口になっているケースは問題なく情報共有ができているようでした．早期からの訪問看護の導入については，ケアマネージャーから勧めても利用者が拒否される場合があるので，病院側から勧めてもらうほうが良いのではないか，というご意見をいただきました．訪問看護ステーションＢでも，情報共有は京あんしんネットを利用しており，情報共有が細かくできるようになったと話されていました．また，京あんしんネットの利用方法として，登録後，必要な職種，必要な時期のみの参加も可能ということでした．しかし，登録できていない事業所などがあり，それ以外は，電話やファックスを利用していました．当院に通院されている外来患者に対しても，今後の予定を決める際に，カンファレンスでなくても，日時などを設定すれば訪問看護師やケアマネージャーも参加できるのではないか，とご提案をいただきました．このインタビューを通して，早期からの訪問看護の導入については，治療を始めた時点ではADLなどが自立しているケースも多く，ケアマネージャーなど地域からの提案を受け入れてもらいにくく，病院側から勧めていくことが必要であると分かりました．

調剤薬局Ｃでは，治療が終わりターミナル期の患者が多いということでした．経口の抗がん薬の場合は，薬局からの電話でフォローできるようですが，薬局から電話しても良いかと尋ねると，「面倒くさいからいい」，「何かあったら連絡する」など，希望されない場合もあるようでした．そのため，処方箋の備考欄など，指示に記載していると患者にも受け入れてもらいやすいのではないか，とご意見をいただきました．また，調剤薬局Ｃでも情報共有には京あんしんネットを利用しており，リアルタイムの情報共有ができ，やり取りがスムーズにできる，と話されていました．このインタビューを通して，副作用の管理について調剤薬局側だけでは患者の受け入れは難しく，病院側からの働きかけが必要であるということが分かりました．

インタビューを通して分かったこととして，治療日からの訪問看護の導入が少なく，ターミナル期からの利用が多いことから，治療早期からの訪問看護の導入や，調剤薬局による電話フォローなどは，病院側から勧めるほうが患者側の受け入れが良いと思われます．京あんしんネットは，在宅医などで導入されていましたが，規模の大きい病院や事業所など，利用していない施設も多いことが分かりました．FAXや電話ではリアルタイムの情報共有は難しいため，訪問看護ステーション，調剤薬局共に，利用者同士や患者とスムーズにリアルタイムで情報共有を行うことができる京あんしんネットを，情報共有の方法の一つとして利用していました．

まとめです．高齢者に対する化学療法を安全に継続するためには，G8などのスクリーニングツールを使用することで問題を明確にし，早期から多職種連携し，治療が継続できるように支援していく必要があります．また，患者の症状や生活の変化をとらえ，必要な支援を多職種で検討し，在宅でのサポートにつなげていく必要があると考えます．

早期からの訪問看護などの導入は，病院側から勧めるほうが患者の受け入れが良いため，病院側から勧められるようにしていきたいと考えています．地域との連携については，従来の情報共有ツールではタイムリーで正確な情報共有が難しいため，連携を強化するためには京あんしんネットなどの情報共有ツールの利用を検討していきたいと考えています．

以上で終わります．ありがとうございました．

一般演題

管理栄養士によるがん患者への食事サポート

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　栄養科）
植木　明

○講師（植木）　皆さんこんにちは．管理栄養士の植木といいます．よろしくお願いいたします．私のほうからは，「がん患者さんへの食事サポート」ということでお話をさせていただきます．

管理栄養士によるがん患者さんへの食事サポートは，多職種連携推進や診療報酬改定の後押しなどもあり，近年大きく変わっております．当院のこの 15 年位の取り組みを，振り返りながら紹介させていただければ，というふうに思っております．

本日の内容ですが，管理栄養士の業務やそれに関わる診療報酬改定の流れ，それから，患者さんからのお声を紹介させていただきながら，最後に現在取り組んでいる化学療法センターでの栄養指導についてお話をさせていただきます．

まず，管理栄養士の業務の変遷についてです．これは私事で大変恐縮ですが，私が入職したのが 2006 年頃で，この頃の管理栄養士の業務は地下にある事務室と厨房での給食業務，いわゆる，食事の準備をするというのが主な仕事でした．当時は栄養指導室も地下にありましたので，いまのように管理栄養士が病棟に行くというような機会はほとんどありませんでした．ですから，当時の管理栄養士のイメージというのは，病院の地下で食事を作っているということで，おそらく，医療職の中ではかなり影が薄いイメージであったのではないかと思っています．

栄養士の業務に栄養指導があるのですが，「がん」は算定病名に認められていませんでしたので，当時は，がん患者さんの病棟，例えばベットサイドに管理栄養士が行く，ということはほとんどしていませんでした．食事が食べられないという患者さんがおられても，病棟のほうからも食事相談の依頼というのはありませんでした．これは当院だけではなくて，病院食での個別の食事調整や食事相談ができるという概念がなかった時代ですので，おそらくどこの病院でも，食事が食べられなければしょうがないという時代であったと思います．このように，管理栄養士とがん患者さんの接点は数えるほどしかなかったというのが実情でした．

そんな中，2009 年頃だったと思いますが，がん患者さんの支援のきっかけ，というような出来事がありました．耳鼻科病棟の医師や看護師さんから食事相談の電話が度々かかってくるようなことがあり，「がんの治療中で食事が食べにくいので食事を調整できませんか？」というお電話をいただいたのを覚えています．いままでそういう電話を受けたことがなかったので，われわれも何をしたら良いのか分からなかったのですが，とりあえず患者さんのもとへ行こう，ということで，管理栄養士が病室へ訪問しました．

すると，患者さんから「軟らかい食事が食べたい」，「冷たいめん類やお寿司が食べたい」，「サンドイッチなら食べられるかもしれない」と，さまざまなお声を頂戴しました．そこで，栄養士が聞き取り，すぐに厨房に戻って調理師さんに「今日，これを作れますか」と相談する，ということが続きました．

そうして，再度訪問すると，患者さんから「食事を調整してもらって良かったです」，「少し食べられました」という声をいただき，医師，看護師さんからも大変感謝されました．調理師も，自分たちの作った食事について患者さんの反応が見られて仕事のモチベーションが上がった，というのをよく覚えております．

その後，食事の個別調整は，小児科や消化器内科などに拡大していき，管理栄養士の主要な業務になっていきました．ただ，食事相談の依頼が非常に多くなってくると，「この患者さんは麺が良い」，「この方はサンドイッチが良い」，「この方はお寿司だ」と，対応が様々で業務が複雑になってきたため，がんの患者さんでも食べやすい食事をメニューとして作っていこうということで，新しい食種を立ち上げるという話が出ました．

そして，2012 年頃だったと思うのですが，がん患者さん向けの食種が誕生しました〔スライド 1〕．通常，病院食というのは，白いご飯とおかずのセット，いわゆる定食のスタイルが多いのですが，がん患者さんは治療の影響による味覚やにおいの変化により白いご飯が食べられないという方も大勢いらっしゃるので，麺類やお寿司，サンドイッチを組み合わせたメニューを作り提供を始めました．

翌 2013 年，栄養科の新棟地下への移転に合わせて給食業務を委託化し，病院の栄養士は給食業務から病棟業務へと移行しました．委託業者さんの協力もありまして，患

【スライド 1】

者さんの食事の個別調整は継続しています．

2015年から，管理栄養士の病棟担当制を導入しました．各担当栄養士が病棟のカンファレンスに行き，多職種で情報共有を行い，必要な患者さんには栄養指導を，食事を食べられていない方がいらっしゃったら相談して食事を調整する，というような業務が増えていきました．現在は，管理栄養士1名で，1病棟から2病棟を担当しています．臨床の現場でこうやって少しずつ管理栄養士が病棟に上がる機会が増えた中で，その後，診療報酬改定の追い風が吹いてきました．

2016年度の診療報酬改定では，栄養指導の対象病名に，「がん」が含まれることになりました．また，栄養指導の指導料は，もともとあまり点数が高くなくて，1回130点という業務になっていたのですが，この時に倍額の260点ということになり，この改定をきっかけに全国の病院でがん患者さんへの栄養指導が非常に多くなってきたと思います．

当院でも，がん患者さんに積極的に栄養指導を行っていく方針となりました．そのためには患者さんにお示しするパンフレットのようなものがあったほうが良いだろうということで，医師，看護師，地域連携室，管理栄養士で共同して「がん対策食冊子」を作りました．これは，がんと食事のいろいろなヒントが書いてありますので，栄養指導の時や食事相談の時にこれをお渡しして患者さんにお話をしています．

ほかにもリーフレットなどを作って，院内で配布し，ホームページに載せています．「がん対策食冊子」は患者さんがよく疑問に思われることをQ&A形式で書いてあり，写真やイラストを用いて分かりやすく作っています．

また，「食べられない患者さんがいます」ということを管理栄養士にご連絡いただくと，各病棟担当の栄養士が食事相談にお伺いするのですが，やはり，口頭で食事の説明をしてもなかなか分かりづらいこともありますので，病院食の写真を用いて患者さんとお話します．

こちらが食事相談時に患者さんにお示しする資料です〔スライド2〕．それぞれA3のサイズに印刷，ラミネートして，患者さんのもとに持っていきます．「こんな食事が出せますけれど，どうですか」と，相談させていただきます．そうすると，患者さんが「これなら食べやすいかもしれません．ちょっと出してもらえますか」というような感じで，コミュニケーションがとりやすくなりますので，視覚的に分かりやすい食事相談を心掛けています．

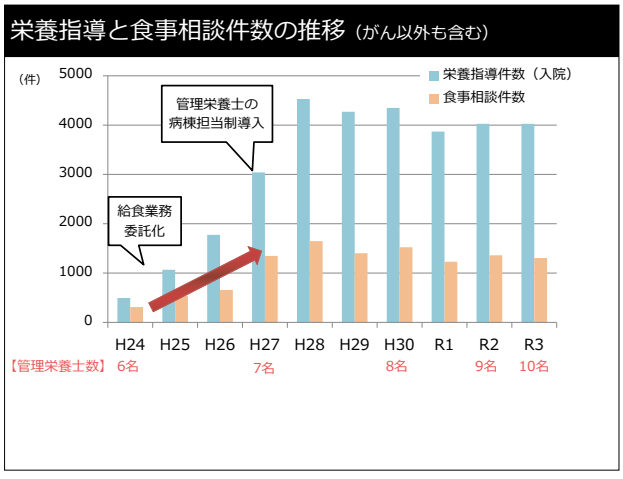
こちらが，ここ10年間の栄養指導と食事相談件数の推移になります〔スライド3〕．これは，がん以外も全て含んだ件数になりますが，いまお話したように，2013年（平成25年）に給食業務を委託，2015年（平成27年）に管理栄養士病棟担当制を導入していますので，その辺りから，グラフが上のほうに伸びています．青い棒グラフが入院の栄養指導件数になりますが，もともとは年500件程度でしたが，現在は，年間4000件前後で推移していますし，食事相談の件数は，もともと200件程度でしたが，いまは，大体1000件から1500件になっております．グラフの下の赤い数字は管理栄養士の人数です．診療報酬改定の後押しもあり，少しずつ栄養士が増員されて，現在10名で活動をしています．患者さんと管理栄養士の接点が大幅に増加しまして，現在では担当栄養士のPHSに医師や看護師さんから多くの相談電話がきています．

このように，管理栄養士と患者さんの接点が増えた中で，患者さんからもいろいろなお声を頂戴しますので，少し紹介させていただきます．

病院食の提供後，食べ終わった下膳を回収するときに，患者さんのメッセージが届きます．患者さんのお名前や献立が書いてある食札に患者さんがお礼のメッセージを書いてくださっていることが多くありまして，栄養科の下膳のほうに下りてきます．「おいしい食事をありがとうございます」，「もっと食べていきたかったけれど，明日，退院で残念です」，「作り手の誠意が感じられました」，「非常に満足しました」，など，いろいろなお褒めの言葉を頂戴しております．

がんの治療中の患者さんからのメッセージも多く届いています．肺がんの患者さんで，抗がん剤治療をされていて食事相談を何回もしている方からは，「いつもおいしい食事をありがとうございます．また，入院するので次回もお願いします」と頂いています．小児科の血液内科の患者さんのお母さんからは，「お陰様で食べられました，

【スライド2】



【スライド3】

ご馳走さまです」と頂いています．これは，お昼ご飯を出す直前の 11 時位に，病棟の看護師さんから「普通のご飯だとなかなか食べられなくて，めん類なら食べられそうなのですが，対応できませんか？」というお電話が来て，委託企業に相談しました．「なんとか 1 人前はめん類ができますよ」ということで，急遽，麺類に変更してその日のお昼にお出ししたら，食べられたということで，すぐにお母さんから「ありがとうございます」とコメントが届きました．また，消化器内科の患者さんから，「お心遣い大変ありがとうございます．頑張って食べられました」というコメントも頂いています．

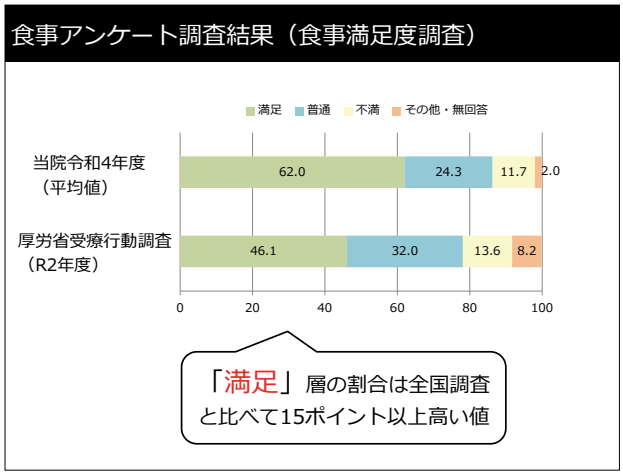
また，これはがんの患者さんではないのですが，お食事相談が食べるきっかけになっただろう，という事例を一つ紹介させていただきます．「ご飯が食べられなかった私のところに何回も病室に足を運んで下さり，何が食べられるか詳しく聞いて下さいました．頑なになっていた心を和らげていただき，食のあり方，食事がどんなに大切であるかを教えていただきました．今では食事が楽しみになりました．入院生活を支えていただき，心から御礼申し上げます．本日退院させていただきます．」といった，お礼のメッセージが届きました．

これは，入院患者さんにお願いしている食事アンケート調査，いわゆる，食事の満足度調査の結果です〔スライド 4〕．上のグラフが，当院の令和 4 年度の平均値です．下のグラフは，厚労省が全国の病院で実施している受療行動調査の食事の満足度の結果になります．左側の緑のゾーンが満足層になるのですが，当院の場合，全国の平均と比べると高い満足度になっています．おいしい食事を出すというのももちろんですが，患者さんの体調に合わせて食事を調整するということで，患者さんには少し満足を頂けているのかな，というふうに思っております．

また，令和 3 年 10 月実施の PX（患者経験価値）調査という別の調査でも，他院と比較して病院食の評価が高い傾向にありました．

このようなかたちで，入院患者さんの栄養指導や食事相談が増えてきている中で，最近は，外来の患者さんにも支援の輪が広がっています．

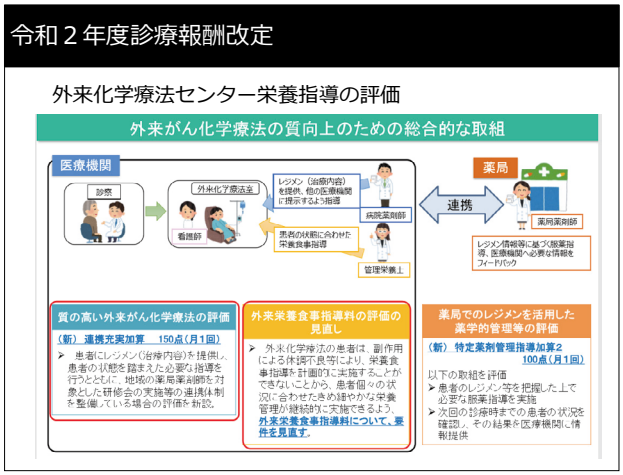
最後に，外来化学療法センターでの栄養指導について



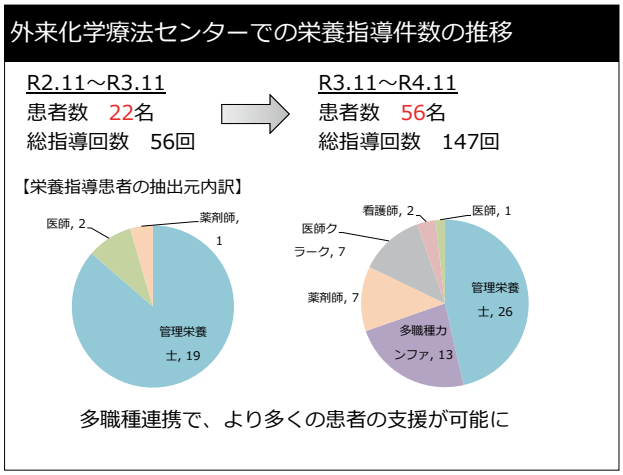
【スライド 4】

お話させていただきます．これは令和 2 年度の診療報酬改定の資料になりますが〔スライド 5〕，外来化学療法センターでの栄養指導が評価され，次の令和 4 年度改定では，さらに，化学療法の栄養指導をするときにがん病態栄養専門管理栄養士の有資格者が実施することで，より点数が高くなるという仕組みとなりました．なお，当院では，この専門管理栄養士が 2 名在籍しています．

当院での化学療法センターの栄養指導の件数の推移を紹介します．以前から，少ない数ながら，化学療法センターの栄養指導を実施していたのですが，今回の診療報酬改定もありまして，どんどん拡大していこうということで，いろいろな職種の方と相談させていただきながら広げているところです．化学療法センターの栄養指導についてグラフでまとめています〔スライド 6〕．左側は，令和 2 年から 3 年の 1 年間，右側が，令和 3 年から 4 年の 1 年間ということで，分析，比較しています．総指導回数については 2.5 倍になっています．下の円グラフは，栄養指導が必要な患者さんを抽出した職種について調べたものです．以前は管理栄養士が電子カルテから必要な方を抽出していたのですが，いまは，前の講演でご紹介いただいた多職種カンファレンスや，外来化学療法センターの薬剤師さんとの連携で抽出しています．また，化



【スライド 5】



【スライド 6】

学療法センター受診時に定期的な体重測定を行い，体重減少が大きければ医療クラークが医師の許可を得て栄養指導をオーダーする手順としました．多職種連携により，より多くの患者さんの支援が可能になっています．

事例を少し紹介させていただきます．直腸がん術後の女性の方で，軽い味覚異常と体重減少がありました．いろいろお話をさせていただいて，「栄養士さんの話がすごく分かりやすかった．今後はカロリーを気にしながら食べていきたい」ということで，少し，お役に立てたのかな，というふうに思っています．

次に，多職種カンファレンスで抽出した70代の膵がんの方です．お話を伺うと，がんが発見されたときには体重がすでに10kg以上落ちていました．がんには牛肉や炭水化物があまり良くないんだ，というお話をされて，極端に控え過ぎているようでした．栄養士から見て「エネルギーが足りていないのかな」という気がしましたので，しっかりエネルギーを確保していただくというお話をして，がん対策食冊子をお渡ししました．患者さんの反応としては，「いろいろ話をして安心できる．話し相手になってくれていい」ということで，月1回，栄養指導を継続するというかたちになっており，少し体重が戻って推移しています．

一方で，課題の残る症例もありました．腎がんの術後，化学療法による治療中の患者さんで，味覚異常がとても強くありました．栄養指導の希望があって指導を何回か続けてきたのですが，体重がどんどん落ちていきまして，治療の継続が困難となり，抗癌剤の減量という結果となりました．

今回ご紹介した症例は皆さん，味覚異常がありまして，こちらのスライドには味覚異常の概要と対策を少しまとめています〔スライド7〕．味覚異常の種類などが個々の患者さんによって異なっているということで，いまの段階では，なかなか対策が難しいというのが現実です．同じ味覚異常と言いましても，ここにお示しする三つの種類があるため〔スライド7〕，味覚異常の種類に応じた対策が必要となります．

特に，味覚減退の方への対策の一つとして，栄養剤の内服が挙げられています．普通は，栄養剤は味が濃くて甘くて，飲みにくい，という話になるのですが，味覚異常があると栄養剤の濃い味がそれほど気にならず飲める方がおられるようです．もし，何回食事相談をしていても食事量が少ない場合には，主治医の先生から栄養剤の処方をしていただくというのも一つの方法かと思っています．

本日のまとめです．がん患者さんの栄養管理は，この15年で大きく変化しています．当院では，おいしい食事の提供とあわせて，管理栄養士が，医師，看護師等と情報共有を行い，積極的な食事調整と栄養指導で支援しています．また，栄養指導の質の向上が課題であると思います．病状などが進んでしまうのはある程度やむを得ないのですが，今後は，できるだけ状態を維持できるような支援やQOLの改善につながるような指導ができれば，と思っております．

以上です，ありがとうございます．

味覚障害の概要と対策

味覚障害の種類は個々の患者によって異なり、レジメンや腫瘍の種類などとの関連性は示されていない。

味覚異常の種類	特徴	対策
味覚減退・消失	「味が分からなくなる」 ・頻度多く、嗅覚異常も併発。治療回数により症状が強くなる傾向 ・特に旨味、塩味が減退。甘味・酸味は比較的保持	・味を濃くする ・果物、ゼリー ・寿司やケチャップ ・亜鉛補充 ・栄養剤、補助食品
自発性異常味覚	「何も食べない状態でも苦みや渋みを感じる」 治療後早期に発現。治療薬の代謝物が口腔内に分泌される影響？	・含嗽 ・ガムをかむ ・舌をティッシでぬぐう ・果物、味の濃い物（牛丼・ラーメン）
異味症	「食べ物本来の味がしない」 五味のいずれかが感じにくくなり、何を食べても甘い、酸っぱい等	・食事摂取量への影響大 ・香りの活用

がん治療中の味覚変化と食事介入の取組み　四国医誌　74巻3、4号　（2018）
化学療法に伴う味覚・嗅覚異常への対応　日本静脈経腸栄養学会誌　33巻4　（2018）

【スライド7】

○座長　植木さん，ありがとうございました．それではフロアのほうから，どなたかご質問，コメントなどございますでしょうか．

では，わたくしからですが，消化器がんというのは，やはり，栄養状態の良し悪しというのが，手術の合併症や薬物療法の継続率，ひいては，生命に非常に大きく関わってきます．食べられないと，やはりどんどん悪化していって，命にも関わってしまいます．そこで，さまざまな取り組みをいままでされていて，化学療法センターでもいま積極的にしていただいていますが，今後，特に重点的に取り組んでいかれたいこととか，あるいは，いま，ちょっとここが問題になっていて，病院の中でもう少しこういうサポートがあれば，というようなことが何かありましたら，コメントいただければと思うのですが．

○講師（植木）　ありがとうございます．確かに，特に消化器がんの場合，術前術後の栄養管理が大事になると言われています．令和4年度の診療報酬改定で周術期栄養管理実施加算が新設され，全身麻酔をする患者さんの術前と術後で，医師と管理栄養士共同による栄養管理をするのが良い，ということになっています．当院では，まだ取り組めていませんが，今後，外科の先生方と相談させていただき，人の配置や手順づくりなどの課題を解決しながら，少しずつ実施できればと思っています．

○座長　ありがとうございます．術前から栄養管理にきちんと入っていただくことで，手術成績，あるいは全体の生命力をより向上させていければ，さらに患者さんにとってもメリットのある治療が提供できると思いますので，引き続きよろしくお願いします．

○講師（植木）　ありがとうございます．

○座長　ありがとうございました．

リハビリテーションにより意識レベル・ADL の改善を認めた低血糖脳症の一例

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　糖尿病代謝内科）
小間　淳平※　　塩田　晃史　　濱澤　悠佑
木村　智紀　　安威　徹也　　小暮　彰典

要　旨

症例は 24 歳女性．意識障害で搬送となり，低血糖補正後も意識障害が遷延し，精査の結果広範囲に脳の障害を認めており，低血糖脳症の診断となった．一時人工呼吸器管理を行い，胃瘻造設を行った．発症から 3 週間頃に意識レベルが改善するようになり，会話・食事・運動ができるようになり，記憶障害は残存しているものの日常生活を行うことができるまでに回復した．一般にびまん性に脳の障害を認める低血糖脳症の神経学的予後は悪いとされ，今回献身的な看護・リハビリテーションで日常生活を行うことができるまでに改善した一例を経験したため，考察を交えて報告する．
（京市病紀 2023；43: 50–53）

Key words：低血糖脳症，リハビリテーション

※現　京都山城総合医療センター

緒　　言

低血糖脳症は長時間低血糖症が続くことで脳実質が障害され，不可逆的に中枢神経症状を認める疾患である．今回広範囲に病変を認めた低血糖脳症において，記憶障害は残存しているものの，意識レベル・ADL の改善に至った症例を経験したので考察を交えて報告する．

症　　例

症例：24 歳　女性
主訴：意識障害
既往歴：過去に急性アルコール中毒で搬送歴あり
家族歴：母；1 型糖尿病
現病歴：自宅で呼びかけに反応がない状態で発見され，当院に救急搬送となった．
来院時現症：血圧 121/86 mmHg，脈拍 69 bpm，体温 38.7 ℃，SpO2：90%（室内気），呼吸回数 30 回／分．意識レベル E4V1M4 で開眼しているが眼球上転し，発語はなく，流涎されていた．呼気にケトン臭は認めなかった．心音は整で心雑音はなく，呼吸音は清でラ音を聴取しなかった．
検査所見：血液検査（表 1）：血糖 21 mg/dl と低血糖を認めていた．
ブドウ糖を経静脈投与後，血糖値 258 mg/dL まで上昇を認めたが意識障害が遷延していた．
胸部レントゲン検査：心拡大なく，胸水の貯留や肺炎像を認めなかった．
心電図：洞調律で ST 変化は認めなかった．
頭部 CT 検査：脳溝が消失し，著明な脳浮腫を認めた（図 1A）．
脳 MRI 検査：拡散強調画像で側頭葉～後頭葉，脳梁膨大部など広範囲に高信号変化を認めた．FLAIR 画像では明らかな信号変化を認めなかった（図 1B）．
受診後経過：受診時意識障害を認めており，血液検査で著明な低血糖を認めたことから，フルスルチアミン 100 mg，50% ブドウ糖液 20 ml を静注した．速やかに血糖は 258 mg/dl まで改善し，頻呼吸は改善したが，意識レベルは改善しなかった．その他の疾患による意識障害を疑い，頭部 CT，脳 MRI を施行した．同検査で脳浮腫と広範囲の信号変化を認めていた．血液検査で低血糖以外に特記事項はなく，内服薬もなかったことから低血糖遷延による低血糖脳症の疑いで集中治療室に入院とした．脳浮腫予防として濃グリセリン・果糖注射液 800 ml，デキサメタゾン　1.65 mg を開始し，低血糖予防で 5% ブドウ糖液を開始した．入室後に痙攣重積を認め，気管挿管し人工呼吸器管理を行った．頭部 CT を再検し，脳浮腫は改善しており，第 3 病日に抜管し室内気で呼吸状態は安定していた．発語はできなかったが追視可能な状況だっ

表 1　受診時血液検査

〈血液学的所見〉		
WBC	20020	/μL
RBC	480万	/μL
Hb	14.6	g/dL
PLT	40.1万	/μL
PT-INR	0.89	
APTT	24.9	秒
FIBG	391.0	mg/dL
D-dimer	0.71	μg/mL
〈免疫学的所見〉		
CRP	1.09	mg/dL
TSH	0.821	μIU/mL
fT4	0.83	ng/dL

〈生化学的所見〉		
AST	57	U/L
ALT	43	U/L
γ-GT	31	U/L
LD	256	U/L
CK	406	U/L
T-Bil	0.5	mg/dL
AMY	60	U/L
TP	8.7	g/dL
Alb	5.2	g/dL
BUN	6.8	mg/dL
Cre	0.62	mg/dL
eGFR	97.15	ml/min
Na	141	mEq/L
K	4.0	mEq/L
Cl	101	mEq/L
Ca	10.2	mg/dL
Glu	21	mg/dL

〈静脈血液ガス〉		
pH	7.407	
PO2	21.7	mmHg
PCO2	44.1	mmHg
HCO3	27.1	mmol/L
BE	2.0	mmol/L
AG	20.4	mmol/L
Lac	1.63	mmol/L
〈その他所見〉		
総ケトン	27.2	μmol/L
AcAc	17.0	μmol/L
OHBA	10.2	μmol/L
ACTH	1.5未満	pg/mL
コルチゾール	20.4	μg/dL
IRI	20.3	μIU/mL
CPR	0.1未満	ng/mL

た．第 4 病日には体動もあり，うめき声のような発声は可能になり，集中治療室を退室した．しかしその後意識状態の改善に乏しく，摂食嚥下機能評価で喫食は難しく，胃管を留置して MA ラクフィアで少量から経腸栄養を開始した．経腸栄養中発熱が遷延するようになり，感染症を疑い検査を行ったが，炎症反応に異常はなく，培養検査で菌の発育を認めなかった．膠原病検査でも抗体の異常はなかった．意識レベルは改善なく経過しており，退院後の食事管理を想定して第 18 病日に胃瘻を造設し，胃管を抜去した．経胃瘻栄養をラコールで開始した．次第に発熱は改善傾向となり，第 24 病日に自身の名前を言うなど発語を認めるようになった．しかし不穏が続くようになり，抗精神病薬による予防を行った．第 26 病日には不穏にむらが出るようになり，介助下で歩行ができるようになった．

第 27 病日転倒時に撮像した頭部 CT では脳浮腫は改善を認めていた（図 1C）．第 37 病日には 1 日を通して不穏がなくなり，意思疎通や階段昇降が可能となった．意識レベル改善により経胃瘻栄養から経口摂取に徐々に変更し，安定して経口摂取できるようになったことを確認して第 44 病日に胃瘻を閉鎖した．注意障害や遂行機能障害，記憶障害を認めており，作業療法・言語聴覚療法を継続した．第 80 病日に撮像した MRI では FLAIR 画像で尾状核や後頭葉皮質に高信号変化は散見されるが，来院時の拡散強調画像のように広範囲の信号変化は認めなかった（図 1D）．転院が難しく病棟で日常生活のスケジュールを作成し，その通りに生活する練習（寝間着と私服の更衣や買い物の練習，メイクの練習），書字や計算，パズルなどで訓練を行った．その後当院でのリハビリテーションで日常生活動作が十分できていることを確認し，就労・自立を目標として第 114 病日退院の方針となった．

考　　察

低血糖脳症は低血糖症に長期間晒されることで，血糖改善後も意識障害を認める疾患である．不可逆的に麻痺症状や精神異常をきたすことも多く，死亡例も報告されている [1]．内包後脚や大脳皮質，放線冠，海馬，大脳基底核に病変部を呈することが多い．

拡散強調画像は細胞性浮腫を評価しているとされ，病変の局在により予後が予想される．また，小脳や脳幹は保たれていることが多いとされる [2]．MRI 拡散強調画像で病変を認めないあるいは内包，脳梁膨大部，放線冠に限局する場合，予後は良好で速やかに意識が改善するケースが多い．これに対してびまん性に広範囲に白質病変を認める場合は予後不良であり，重度の意識障害が残存することが多く，植物状態あるいは死亡例も報告されている [3]．

その他予後因子として，来院時の血糖値が低く，長時間晒される症例は予後不良であるとされる [4]．曝露時間は論文間で差はあるが 8 時間以上で予後不良とされる [5]．

本症例は糖尿病の素因がなく，インスリノーマなどの疾患もなく，家族が使用していたインスリンを誤用したことによる低血糖症であった．内因性インスリンを示す CPR は低値であるものの，内因性・外因性の両方のインスリンを評価する IRI は高値であり，外的にインスリンが入ったことが分かっている．画像上予後不良の症例であったが施注から発見までにおよそ 6 時間程度経過していると推察され，曝露時間が比較的短かったことがここまでの回復に寄与していたのではないかと思われた．

高次脳機能障害のリハビリテーションは損傷部の機能再建と機能の代償訓練が主となる．機能再建は損傷している神経回路に対して反復的に訓練し，直接的に刺激を与えることで ADL の回復を目指す．また代償訓練はメモリーノートやアラームなどを駆使して損傷しているスキルを補う練習を行い，生活環境の調整も含まれる [6]．

本症では胃瘻閉鎖後転院が難しく，急性期病院でリハビリテーションを継続する必要がある状況であった．急性期病院では確保できるリハビリテーションの時間が短く，看護師に協力していただきリハビリテーション外の時間も社会復帰のために訓練を行った．計算や書字，パズル，机上課題を用いてリハビリテーションを実施して

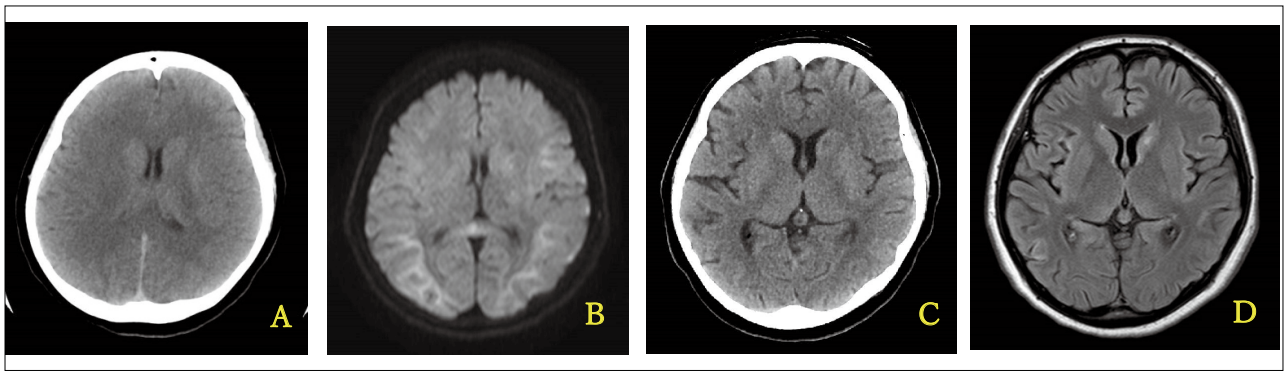


図 1　検査画像一覧

A. 頭部 CT（第 1 病日）：脳溝は消失し側脳室が圧排され，びまん性に脳浮腫を認める．
B. 脳 MRI 拡散強調画像（第 1 病日）；側頭葉～後頭葉，脳梁膨大部に高信号変化を認める．
C. 頭部 CT（第 27 病日）：脳溝が見られ，脳浮腫が改善している．
D. 脳 MRIFLAIR 画像（第 80 病日）：尾状核や後頭葉皮質に高信号変化は散見されるが，来院時の拡散強調画像のように広範囲の信号変化は認めない．

いただいている．また，スケジュール表を設けてその通りに生活する訓練や更衣・メイクなど日常生活にスムーズに復帰できるよう訓練を継続した．

退院後は当院神経内科で高次脳機能の評価をいただきながら，通所リハビリテーション病院に通い，就労に向けて事業所で練習に励んでいただいている．入院中から比して会話の流暢性が向上して笑顔も見られ，記憶の面でも改善が見られた．

結　　語

このたび予後不良と想定された低血糖脳症のADL改善例を経験した．低血糖症は血糖値の改善により原則は意識レベルが改善するが，長時間曝露されると不可逆的な神経症状を残すことがある．経口血糖降下薬やインスリンの適正使用を徹底し，意識障害時は低血糖を必ず念頭に診療をする必要がある．また，意識改善に乏しい低血糖症は他の疾患の可能性を検討し，本疾患が疑われた場合は予後不良例が一定数存在するが機能回復に向けた長期的なリハビリテーションを要すると言える．

引 用 文 献

1）Lee YE, Lee EJ, Lee AE, et al：Predictors of consciousness improvement in patients with hypoglycemic encephalopathy. Front Endocrinol 2022；13：956367.
2）Kang EG, Jeon SJ, Choi SS, et al：Diffusion MR Imaging of Hypoglycemic Encephalopathy. AJNR Am J Neuroragiol 2010；31(3)：559–564.
3）Johkura K, Nakae Y, Kudo Y, et al：Early Diffusion MR Imaging Findings and Short-Term Outcome in Comatose Patients with Hypoglycemia. AJNR Am J Neuroradiol 2012；33(5)：904–909.
4）Ikeda T, Takahashi T, Sato A, et al：Predictors of outcome in hypoglycemic encephalopathy. Diabetes Res Clin Pract 2013；101(2)：159–163.
5）Barbara G, Mégarbane B, Argaud L, et al：Functional outcome of patients with prolonged hypoglycemic encephalopathy. Ann Intensive Care 2017；7(1)：54.
6）原寛美：回復期のステージにおける高次脳機能障害リハビリテーション治療．Jpn J Rehabil Med 2019；56(3)：218–226.

Abstract

A Case of Hypoglycemic Encephalopathy with Improved Level of Consciousness and Activities of Daily Living after Rehabilitation

Jumpei Koma*, Akifumi Shiota, Yusuke Hamazawa,
Tomonori Kimura, Tetsuya Yasui and Akinori Kogure
Department of Diabetology and Metabolism, Kyoto City Hospital

The neurological prognosis of hypoglycemic encephalopathy with diffuse brain damage is generally considered to be poor. Here we report a patient who recovered to perform activities of daily living (ADL) after dedicated nursing and rehabilitation care. The patient was a 24-year-old female, She was brought to our hospital with impaired consciousness, which persisted even after correction for hypoglycemia, We temporarily managed her with a ventilator and performed a gastrostomy. Her level of consciousness improved within 3 weeks, after which she could speak, eat, and exercise. Although impairment of memory remained, she showed recovery of ADL.

(J Kyoto City Hosp 2023; 43:50–53)

Key words: Hypoglycemic encephalopathy, Rehabilitation

※ Kyoto Yamashiro General Medical Center

当院職員における腰痛及び股関節痛の実態調査

（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）
徳安　寛之　　多田　弘史

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　整形外科）
金　永優　　清水　優　　曽我　聡之
鹿江　寛　　竹本　充

要　旨

今回，臨床研究に参加した医療従事者に対して，患者立脚型の質問票を用いて腰痛や股関節痛の実態調査を実施した．また，X 線学的評価手法を用いて腰椎及び股関節の可動域を評価し，疼痛の要因を検討した．結果は，質問票に回答のあった 119 名の対象者において，腰痛有病率は 38%，股関節痛有病率は 11%，腰痛と股関節の両方に疼痛を抱える対象者は 9% であった．また，職種別で腰痛有病者の割合を比較すると，看護に携わる職種に腰痛有病者が多かった（看護師 43%，看護補助 43%）．多変量解析の結果，腰椎可動域は腰痛の有無に影響する要因であった．病院として運動療法プログラムを組み，介入することで腰痛有病率が低下する可能性がある．
（京市病紀 2023；43：54–57）

Key words：医療従事者，腰痛，腰椎可動域

緒　　言

腰痛とは疾患名ではなく，症状を表す名称である．その背景には多くの病態や疾患が存在し，複雑かつ密接に影響し合っている．厚生労働省の国民生活基礎調査によれば[1]，腰痛は有訴者率，受診率ともに上位を占めることから国民を悩ます一般的な症状のひとつであると言える．

腰痛と職業に関する国内の疫学調査では，看護 46–65%，介護 63% と報告され[2]，医療従事者の腰痛有病率は高い．これは患者の体位変換や移乗介助において腰椎の屈曲，回旋などを不良姿勢で繰り返し行うことにより，腰部への負荷が持続的または反復して加わることが要因であると報告されている[3]．また看護師では，腰痛と離職の意図，仕事継続の不安に有意な関連があるとの調査結果も報告されている[4]．つまり，病院では職務遂行のために不良姿勢をとることが多く，それが要因となり腰痛を発症する職員が存在し，なかには腰痛を理由に離職する場合もある．

また産業保健領域において，労働人口の減少や定年退職年齢の引き上げにより労働者の高齢化が加速し，それに伴う身体機能の低下，慢性疾患の増加やメンタルヘルスによる労働生産性低下が問題となっている[5]．腰痛は労働災害の 50% を占め，労働損失日数にも大きく影響を与えることから労働生産性低下に繋がる要因である[6]．したがって，労働衛生の観点から病院において腰痛が与える経済的影響を深く認識し，具体的な腰痛予防対策を講じることは重要である．

近年の報告では腰痛有病者の腰椎前弯角は変わらず，腰椎可動域は減少すると報告されている[7]．しかし腰椎可動域の評価方法は様々であり，X 線学的評価手法を用いた腰椎可動域と腰痛との関連性に関する報告は少ない．

そこで本研究の目的は，（1）臨床研究に参加した医療従事者に対して，患者立脚型の質問票を用いて腰痛や股関節痛の実態を調査すること，（2）X 線学的評価手法を用いて腰椎及び股関節の可動域を評価し，腰痛の要因を特定することとした．

対 象 と 方 法

1．対象

対象は臨床研究（承認番号 N621）に参加した 144 名とした．全例患者立脚型の質問票に回答し，全脊柱を含む骨盤，下肢のレントゲンを立位，立位伸展位，座位，座位屈曲位で撮影した．その中からデータ欠損のない 119 名を最終的な解析対象とした．

2．調査項目

調査項目は，年齢，性別，Body Mass Index（BMI），職種，Oswestry Disability Index（ODI），腰痛 Numerical Rating Scale（NRS），股関節痛 NRS，Oxford Hip Score（OHS），腰椎可動域，股関節可動域とした．

1）腰痛 NRS

腰痛の程度は NRS を用いて検討した．NRS は 0 が痛みなし，10 が想像できる最大の痛みとして，0–10 までの 11 段階に分けて，現在の腰痛がどの程度かを指し示す段階的スケールである．本研究において，腰痛の有無は NRS ≦ 2 を腰痛なし群，NRS>2 を腰痛あり群と定義し，腰痛有病率を算出した．

2）股関節痛 NRS

股関節痛の程度は NRS を用いて検討した．腰痛と同様に，NRS ≦ 2 を股関節痛なし群，NRS>2 を股関節痛あり群と定義し，股関節痛有病率を算出した．

3）ODI

世界で最も広く使用されてきた患者立脚型の腰痛疾患に対する疾患特異的評価尺度のひとつである．本研究では日本語版 Oswestry Disability Index 2.0 を使用した．ODI は日常生活に関する 10 の質問から構成されており，それぞれの質問で 0–5 点の 6 段階の点数が与えられ，高い点数ほど重症度が高い．ODI の得点の算出法は全10項目の合計得点を満点の 50 で割り，% で表現した．

4）OHS

世界で広く使用されている患者立脚型の股関節疾患に対する疾患特異的評価尺度のひとつである．本研究では日本語版 OHS を使用した．OHS は，日常生活に関する 12 の質問から構成されており，それぞれの質問で 0–4 点の 5 段階の点数が与えられ，高い点数ほど重症度が低く，48 点満点である．

5）腰椎および股関節の可動域

立位伸展位，座位最大屈曲位の機能撮影画像を用いて脊椎・骨盤パラメータである Lumbar lordosis（LL），Pelvic femur angle（PFA）を計測した（図 1）．そして，立位伸展位と座位屈曲位における LL，PFA の変化量をそれぞれ腰椎可動域，股関節可動域とした．

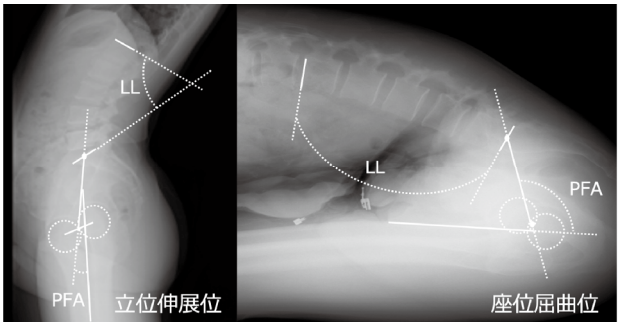


図 1　脊椎・骨盤パラメータ（LL，PFA）の計測方法

3. 統計解析

ODI_Q1 を用いて腰痛群（点数が 1 以上）と非腰痛群（点数が 0 点の 2 群に分け，調査項目を比較した．正規性の検定（Shapiro-Wilk 検定）を実施後，正規分布する変数は対応のない t 検定を使用し，正規分布しない変数は Mann-Whitney U 検定を使用した．カテゴリー変数は χ^2 検定を使用した．

また腰椎可動域は腰痛の有無に影響するか検討するため，目的変数を腰痛の有無，説明変数を年齢，性別，BMI，腰椎可動域としてロジスティック回帰分析を行った．統計解析には EZR を使用し，有意水準は 5% とした．

結　　果

1　解析対象者と基本情報

本研究の解析対象者は平均年齢 37 歳，男性 34 名，女性 85 名，平均 BMI 22 であった．解析対象者を職業別に見ると，医師 9 名，看護師 67 名，看護助手 7 名，セラピスト 13 名，その他 23 名であった（表 1）．

2　調査項目

疼痛に関して，平均腰痛 NRS は 2，平均股関節痛 NRS は 1 であった．患者立脚型疾患特異的評価尺度に関して，平均 ODI は 7%，平均 OHS は 47 点であった．可動域に関して，平均腰椎可動域は，71°，平均股関節可動域は 115° であった（表 2）．

3　腰痛と股関節痛有病率

NRS を用いた腰痛有病率は 38%，股関節痛有病率は 11%，腰痛と股関節の両方に疼痛を訴える職員は 9% であった．また，職種別で腰痛有病者の割合を比較すると，看護師 43%，看護補助 43% であり，看護に携わる職種に腰痛有病者が多かった（表 3）．

表 1　解析対象者の基本情報と調査項目

n=119	
年齢[歳]	37±10　(23-63)
職種	
医師 [%]	9　(8%)
看護師 [%]	67　(56%)
看護補助 [%]	7　(6%)
セラピスト [%]	13　(11%)
その他 [%]	23　(19%)
性別	
男性 [%]	34　(29%)
女性 [%]	85　(71%)
BMI [m²/kg]	22±3　(17-31)
腰痛 NRS	2±2　(0-9)
股関節痛 NRS	1±1　(0-9)
ODI [%]	7±9　(0-46)
OHS[点]	47±2　(34-48)
腰椎可動域 [°]	71±11　(42-96)
股関節可動域 [°]	115±14　(90-137)
変数は平均値±標準偏差（範囲)で表示	

表 2　ODI を用いた腰痛群と非腰痛群における調査項目の比較

	腰痛群　(n=66)	非腰痛群　(n=53)	p 値
年齢[歳]	39±11　(23-63)	35±10　(23-57)	<0.05
職種			0.9
医師 n[%]	5　(7%)	4　(7%)	
看護師 n[%]	37　(56%)	30　(57%)	
看護補助 n[%]	4　(6%)	3　(6%)	
セラピスト n[%]	7　(11%)	6　(11%)	
その他 n[%]	13　(20%)	10　(19%)	
性別			0.3
男性 n[%]	21　(32%)	13　(25%)	
女性 n[%]	45　(68%)	40　(75%)	
BMI [m²/kg]	22±3　(17-30)	22±3　(17-31)	0.6
腰痛 NRS	2±2　(0-9)	2±2　(0-8)	0.7
股関節痛 NRS	1±2　(0-9)	1±1　(0-6)	0.8
ODI [%]	12±9　(2-46)	1±2　(0-6)	<0.001
OHS[点]	47±3　(34-48)	48±1　(42-48)	<0.05
腰椎可動域 [°]	69±12　(42-92)	75±9　(55-96)	<0.05
股関節可動域 [°]	115±10　(90-137)	116±13　(90-137)	0.9
変数は平均値±標準偏差（範囲)で表示			

表 3　腰痛と股関節痛有病者の割合

n=119	腰痛有病者	股関節痛有病者	腰痛+股関節痛有病者
全体 n（%）	45　(38%)	13　(11%)	11　(9%)
医師 n（%）	2　(22%)	1　(11%)	0　(0%)
看護師 n（%）	29　(43%)	8　(12%)	8　(12%)
看護補助 n（%）	3　(43%)	1　(14%)	1　(14%)
セラピスト n（%）	0　(0%)	0　(0%)	0　(0%)
その他 n（%）	11　(48%)	3　(13%)	2　(9%)

4　腰痛群と非腰痛群における調査項目の 2 群間比較

非腰痛群に比べ，腰痛群は年齢，OHS，腰椎可動域は優位に低く（p<0.05），ODI は優位に高かった（p<0.001）．

5　ロジステック回帰分析

ロジステック回帰分析の結果，年齢，性別，BMI で補正しても，腰椎可動域は ODI を用いた腰痛の有無に影響する要因であった（オッズ比 1.06，95% 信頼区間：1.02–1.21，p<0.05 ）（表 4 ）．

表 4　ロジステック回帰分析の結果

	オッズ比	95%信頼区間	p 値
年齢	0.98	0.94 - 1.02	0.4
性別	0.55	0.21 – 1.33	0.2
BMI	1.05	0.91 - 1.22	0.5
腰椎可動域	1.06	1.02 – 1.21	<0.05

考　　察

本邦における医療従事者の腰痛有病率は数多く報告されており，看護師は 46–65%，介護士は 63% と報告されている [2]．腰痛の定義が先行研究によって様々であり，一概に比較はできないが，本研究の腰痛有病率は 38% と高く，労働衛生の観点から重大な問題であると考える．また以前の研究では，腰痛有病者を職種別に見ると，特に看護師で腰痛有病率が高いと報告されている [2]．本研究でも同様に，特に看護師や看護補助などの看護に携わる職種で腰痛有病率が高かった．看護師の腰痛有病率が高い要因として，患者の体位変換や移乗介助において腰椎の屈曲，回旋などを不良姿勢で繰り返し行うことにより，腰部への負荷が持続的または反復して加わることが要因であると報告されている [3]．また看護師を対象として，職業性ストレス簡易調査票を用いて職業性ストレスと腰痛との関連を検討したところ，職業性ストレスのうち「仕事の負担（質）」，「仕事の負担（量）」，「身体的負担」，「職場環境」，「仕事のコントロール」と腰痛に有意な関係を認めたと報告されている [8]．これらの身体的，精神的要因に加えて，本研究の結果から腰椎可動域は腰痛の有無に影響を与える要因であった．これは腰痛の有無と腰椎可動域との因果関係を説明するものではないが，腰椎可動域を増加させることで腰痛を軽減できる可能性が示唆された．そのため今後病院として可動域練習などの運動療法プログラムを組み介入することで，腰椎可動域が増加し，腰痛有病率が低下するか検討する必要がある．

医療従事者における腰痛有病率に関する報告は数多くあるが，股関節痛有病率や腰椎と股関節の両方に疼痛を抱える職員に関する報告は少ない．しかし労働人口の減少や定年退職年齢の引き上げにより労働者の高齢化が加速している現状を考えると，股関節痛や腰椎と股関節の両方に疼痛を抱える職員は今後増加する可能性がある．本研究の結果では，股関節痛有病率は 11%，腰椎と股関節の両方に疼痛を抱える職員は 9% であり，腰痛有病者と比較して少ないが一定数存在した．この理由として，腰痛を股関節痛と感じている職員や過労により股関節症状のある職員が存在した可能性がある．Macnab ら [9] が 1983 年 Hip-Spine syndrome を提唱して以来，腰椎，骨盤，股関節は隣接関節として密接に影響し合い，それぞれの病態に影響を与えることが数多くの研究で示されている．実際に非特異的腰痛の主たる要因である腰椎椎間関節性疼痛に関する研究では，L3 から S1 後枝内側枝で大腿外側部，L4 後枝内側枝で鼠径部に関連痛が認められている [10]．そのため，腰痛を股関節痛と感じた可能性がある．また，医療従事者は患者の体位変換，移乗介助，靴や靴下着脱介助において前屈みやしゃがみ込んで作業する機会が多く，腰痛だけでなく股関節痛を誘発する可能性がある．したがって，病院における労働環境整備のため，定期検診として腰痛，股関節痛を有する職員を把握し，器質的疾患がない場合でも運動療法などの具体的な改善方法を本人に指導することで予防対策の構築，健康増進に繋がると考える．

結　　語

当院職員に対して腰痛や股関節痛の実態調査を実施し，X 線学的評価手法を用いて腰痛の要因を検討した．その結果，腰椎可動域は腰痛の有無に影響を与える要因であった．病院として運動療法プログラムを組み，介入することで腰痛有病率が低下する可能性がある．

引　用　文　献

1）厚生労働省：Ⅲ　世帯の健康状況，2019 年　国民生活基礎調査の概況．結果の概要［ internet ］．https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html［ accessed2023. 5. 27 ］

2）帖佐悦男，田島直也，松本征徳，他：職業性腰痛の疫学．日本腰痛学会誌 2001；7：100.

3）厚生労働省：職場における腰痛予防対策指針．職場における腰痛予防の取組を！～19 年ぶりに「職場における腰痛予防対策指針」を改訂～［ internet ］．https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/youtsuushishin.html［ accessed2023. 5. 27 ］

4）中野千香子：「急性期一般病院における看護職員の腰痛・頸肩腕痛の実態調査」結果．医療労働 2013；(563)：11–18.

5）高野賢一郎：産業理学療法の展開．総合リハ 2015；43(6)：527–534.

6）藤村宜史，武田正則，浅田史成他：多施設共同研究による病棟看護師の腰痛実態調査．日職災医誌 2012；60(2)：91–96.

7）Laird RA，Gilbert J，Kent P，et al：Comparing lumbo-pelvic kinematics in people with and without back pain：a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord．2014；15：229.

8）庄山ゆきみ，石橋紀子，毛利総代，他：看護師の疼痛・睡眠に対する薬剤使用と職業性ストレスに関する研究．日本看護学会論文集看護管　2010；40：

318–320.
9）Offierski CM, Macnab I：Hip-Spine Syndrome. Spine 1983；8(3)：316–321.
10）福井晴偉，大瀬戸清茂，塩谷正弘，他：脊髄神経後枝内側枝の電気刺激による腰椎椎間関節性疼痛の分析．日本ペインクリニック学会誌．1996；3(1)：29–33.

Abstract

Investigation of Lower Back Pain and Hip Pain Among Hospital Staff

Hiroyuki Tokuyasu and Hiroshi Tada
Department of Rehabilitation, Kyoto City Hospital
Youngwoo Kim, Yu Shimizu, Satoshi Soga, Hiroshi Kanoe and Mitsuru Takemoto
Department of Orthopedic Surgery, Kyoto City Hospital

Health care workers who participated in this clinical study were investigated for lower back pain and hip pain using patient-reported outcome measures. In addition, the range of motion of the lumbar spine and hip joint was assessed using radiological assessment techniques to determine the factors contributing to the pain. Of the 119 health care workers who responded to the questionnaire, the prevalence of lower back pain and hip pain was 38% and 11%, respectively. Nine percent of the subjects had pain in both lower back and hip joint. The largest proportion of subjects with prevalence of lower back pain by occupation were nurses (43%) and nursing assistants (43%). Multivariate analysis revealed that lumbar range of motion was a factor affecting the presence or absence of lower back pain. Hospital-based exercise therapy programmes and interventions may reduce the prevalence of lower back pain.
(J Kyoto City Hosp 2023; 43:54–57)

Key words: Health care workers, lower back pain, lumber range of motion

CT ワーキンググループの活動と成果

（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）
柳川　雅夫　　上野　至　　津川　和夫

要　旨

インシデントの再発防止策として，造影剤同意書の様式改訂に着手するためのワーキンググループが 2017 年 8 月 1 日に発足した．多職種による現場担当者から選出された少人数での活動は，回を重ねるうちに CT 業務の安全管理や，業務推進への取組も担うこととなり成果を上げた．
（京市病紀 2023；43：58–59）

Key words：インシデント，造影剤

は　じ　め　に

造影剤の使用に不同意な患者に対して，造影剤を誤って投与したインシデントの再発防止策を講ずるためのワーキンググループが 2017 年 8 月 1 日に発足した．これは，インシデント振り返り検討会にて，造影剤同意書の様式が，患者・医療者の双方にとって誤解や見落としを招きやすい内容であることが原因の一つとして挙げられたため，造影剤同意書の様式改訂のみを専門に行うチームとして活動を始めた．日勤帯 CT 業務担当者から選出された少人数での活動は，回を重ねるうちに CT 業務の安全管理や業務推進への取組，他のインシデント対策をも担うこととなり，造影剤同意書様式改訂の達成を始め，業務改善に多くの成果を上げた．

研　究　目　的

CT 室業務の繁忙帯は長時間に及ぶため，グループ活動の機会設定は簡単ではない．時間外業務として扱うことも難しく，業務時間内に本来業務から離脱して活動することとなったため，相応の成果がなければ継続する必要はない．如何にしてメンバーの負担を抑えるか，如何にして持続可能な活動とするか．効率的かつ効果的な運営が求められた．

最終的には月一回，第四金曜の 16 時 45 分から終業までの 30 分が定例となり，活動は安定化した．コロナ禍による中断などの紆余曲折を経ながらも 2022 年 9 月に第 30 回目のワーキンググループを開催するに至った．これを受け，歩みを振り返り，議事録から議題案件の傾向と対策を分析するとともに，下記 3 項目の通りに活動成果を検証することとした．

方　　法

#1．グループ活動の検証

ミーティング 1 回あたりの所要時間・議案数・参加者数の平均を算出した．

#2．造影剤同意書改訂のプロセスに関する検証

インシデント発生から新様式稼動までに要した日数・ミーティング実施回数を検証した．

#3．議題案件に対する取組と今後の方針

議題を「安全管理」「業務運営」「撮影技術」に分類した．検討内容と終結に至るまでの検討回数を分析した．

結　　果

#1．グループ活動の検証

ミーティングの実施時間平均は 37.8 分，議案数平均は 3.7 件，参加者数平均は 4.2 人であった．

#2．造影剤同意書改訂のプロセスに関する検証

本件を扱ったミーティングは計 20 回，活動開始から新様式稼働までに 2 年 8ヶ月 7 日を要した．

#3．議題案件に対する取組と今後の方針

「安全管理」12 件，平均 2.7 回で終結
「業務運営」26 件，平均 1.6 回で終結
「撮影技術」4 件，各 1 回で終結

考　　察

#1．グループ活動の検証

効率的な議事運営のため「月 1 回 30 分程度」「議案の事前共有」を掲げている．中には 60 分に及ぶ会が 2 回あった．議案数が多いほど，参加者数が多いほど長時間に及ぶ傾向が見られた．

#2．造影剤同意書改訂のプロセスに関する検証

企画立案・関係各部門との調整・委員会診査など，多くの過程の中で最も時間を要したのは，同意書内に検査依頼医名を印刷するシステムの設定であり，課題克服に 8ヶ月を要した．また，造影剤同意書をはじめ CT 検査の関連書類の記載内容が医療技術の変革に対応できておらず，説明・項目不足が明らかであった．これを補うために CT 撮影担当技師をはじめとする関係職員が口頭で確認を行い，結果を追記することが負担になっていた．インシデントに起因した部分だけを修正し応急処置的な様式改定案も出されたが，いずれは根本的な様式改定は避けられないことと，軽微な変更を度重ねると逆にインシデントを誘発するとの指摘もあり，旧様式で業務を継続することした．

#3. 議題案件に対する取組と今後の方針

総数 42 件中，造影剤使用に関連する検討が約 61% を占めていた．CT 室運営において造影剤の安全かつ適正な使用が求められていることが示唆された．また，各議題は提案から終結まで迅速に対応できていることが示された．

結　　論

本ワーキンググループでの決定事項は放射線科四者会議など然るべき決定機関に諮問し，承認を得られてから業務に反映する形を取っている．

ボトムアップ型のグループ活動は，メンバーの負担が最小限に留まるよう効率的な運営を実践すれば，業務改善に大きな効果を発揮する．また，本グループ活動での取組や経験が CT 室内に留まらず科内全体へ還元されており，医療安全・質の向上に貢献できているものと考える．

Abstract

Activities and Achievements of Computer Tomography Working Group

Masao Yanagawa, Itaru Ueno and Kazuo Tugawa

Department of Radiation Technology, Kyoto City Hospital

In August 1, 2017, as a measure to prevent the occurrence of incidences using computer tomography (CT), a working group was started to revise the informed consent form. Initially the group consisted of a handful of on-site staff from various professions. However, with the increase in the agenda on safety management and performance of CT in later years the size of the working group increased and various achievements were obtained.

(J Kyoto City Hosp 2023; 43:58–59)

Key words: Incident, Contrast agent

放射線治療部における COVID-19 陽性患者に対する事業継続計画の再構築

（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）
岸本　怜美　　田中　和徳　　小菅　友裕
福本　賢大　　花井　悠起　　津川　和夫

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

（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）
枚岡　かおる　　金澤　律子

要　　旨

部門内 COVID-19（CoronaVirus Infectious Disease，emerged in 2019：COVID-19）感染によって放射線治療スタッフが減少すると現行患者の治療継続や緊急症例の受入れが困難となるため，当初はスタッフの安全面を優先し，COVID-19 陽性患者の放射線治療は行わないこととした．しかし，倫理的な観点や日本放射線腫瘍学会の提言を鑑み，感染制御チームなどの関係部門と検討し，COVID-19 陽性患者に対しても放射線治療が可能となるよう事業継続計画の改訂を行った．
（京市病紀 2023；43：60-62）

Key words：放射線治療，COVID-19，院内感染，BCP

緒　　言

COVID-19（CoronaVirus Infectious Disease，emerged in 2019：COVID-19）のパンデミックを受けて，放射線治療部（放治部）においても，患者に直接触れた部分の清掃，放治スタッフのアイシールド着用，手指消毒等の感染対策を実施してきた．部門内感染による診療体制の縮小や停止が予想されたため，事業継続計画（Business Continuity Plan：BCP）を立案した．当初はスタッフの安全面も考慮し，COVID-19 陽性患者の放射線治療は行わないこととした．しかし，2022 年 2 月に頭頸部放射線治療中，院内感染により照射中断となる症例を経験した．倫理的観点から課題を生じたため，当科及び感染症科・感染制御チーム（Infection Control Team：ICT）・病棟看護師と検討し，照射継続が可能となるよう BCP を改訂したので報告する．

研　究　目　的

COVID-19 陽性患者に対して倫理的及び感染予防対策の観点から多角的に検討し，放治が施行できる環境を整備する．

方　　法

まず初めに倫理的観点から，がんの病状（疾患特性，予後など）を個別に検討した．次に，飛沫曝露や接触感染を防ぐよう，施設構造対策とゾーニングを行った．放治エリアは一括空調であり，また照射室内も陽圧換気で管理されており，ウイルスが外へ流れてしまう．対策として，照射室内に空気清浄機（High Efficiency Particulate Air Filters：HEPA）を設置し，治療エリアを照射室・照射室前通路・操作室の 3 区域でゾーニングした（図 1）．これらをふまえ，アイソレーター車椅子での入室から，照射準備から患者退出，清掃まで一連の流れについて関連部門とコールドラン（図 2）を行い，問題点を洗い出した．

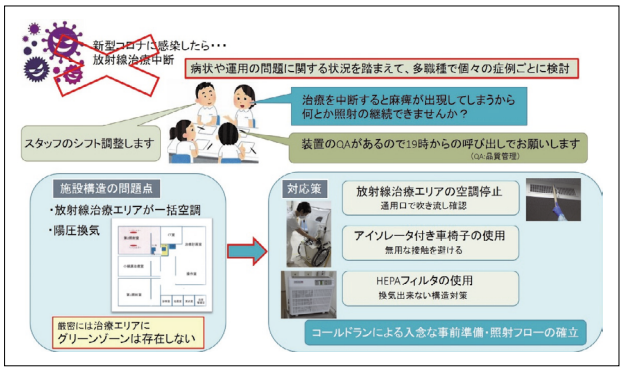


図 1

図 2

上記を大きく二つの観点に分けて検討する．
①　倫理的観点

放射線治療中の COVID-19 陽性患者については，当科の医師・放射線技師・看護師が集まり主科・感染症科・病棟看護師も交えて照射継続可否について検討する．以降の継続可否についても都度検討する．放射線治療開始前の COVID-19 陽性患者については，上大静脈症候群や脊髄圧迫などの緊急症例に限定して照射を行う．

② 感染予防対策

放治スタッフは他部門と比べ Full-PPE 着脱の機会が少ないため，可視的に着脱方法を着脱場所に掲示し，着脱の順番に沿って物品に番号札を付けた．N95 マスクのフィットテスト（図３）を実施し評価した．HEPA を治療装置等に干渉しない場所に設置し位置を明示した．

図 3

結　　果

COIVD-19 陽性患者であっても，症状・運用の問題点を洗い出し，症例ごとに検討することで，放射線治療を行うことが可能になり，BCP を改訂することができた．また，放射線治療エリアは一括空調であったが，施設構造を再調査した結果，空調の陽圧・陰圧の切り替えが可能であり，換気時間も大幅に短縮できることが分かり，より柔軟に COVID-19 陽性患者の治療が可能になった．

結　　論

COVID-19 陽性患者に対しても放射線治療が可能となるよう BCP を改訂した．部門内感染は段階的な診療体制の縮小を余儀なくされるが，今後は感染予防対策を取ることで，現行患者の治療継続だけでなく，新規患者や緊急照射の受入れも可能な体制構築が望まれる．

Abstract

Revised Business Continuity Plan for COVID-19-Positive Patients in the Radiation Treatment Department

Remi Kishimoto, Kazunori Tanaka, Tomohiro Kosuga
Kenta Fukumoto, Yuuki Hanai and Kazuo Tugawa
Department of Radiological Technology, Kyoto City Hospital
Shuji Ootu, Kimiko Hirata and Takashi Murakami
Department of Radiation Oncology, Kyoto City Hospital
Kaoru Sugioka and Rituko Kanazawa
Department of Nursing, Kyoto City Hospital

If the Radiation Department became understaffed due to infection of the staff with Corona Virus Infectious Disease that emerged in 2019 (COVID-19), it would become difficult to continue treating the patients receiving radiotherapy and to accept new emergency cases. Therefore, at first, we rejected the COVID-19-infected patients considering the safety of the staff as a priority. However, from the ethical viewpoint and considering the recommendation by the Japanese Society for Radiation Oncology, we consulted with the Infection Control Team and revised our Business Continuity Plan to provide radiotherapy to COVID-19 infected patients.

(J Kyoto City Hosp 2023; 43:60–62)

Key words: Radiotherapy, COVID-19, Nosocomial infection, BCP

COVID-19 に対する院内 PCR 検査業務の構築と現状

（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）
坂本　竜也　　松浦　眞人　　明山　純子　　前田　雅子
本田　法子　　山田　　雅

要　　旨

2020 年 2 月より新型コロナウイルス感染症の市中感染が認められたため，当院でも感染者の受け入れを開始した．COVID-19 に対する検査は当初，外部へ委託していたが，検体の提出から結果報告まで数日かかることは感染者の同定・隔離の遅延や感染拡大につながる恐れがあり，問題となった．そこで迅速な結果報告のために院内の SARS-CoV-2 核酸増幅検査（PCR 検査）体制が必要となった．2020 年 8 月には SARS-CoV-2 核酸増幅装置（PCR 検査機器）を 2 台導入して院内実施 PCR 検査を開始した．しかし検体前処理や機器測定に数時間を要したため更なる結果報告の短縮が求められた．そこで検体前処理がなく約 1 時間で結果報告が可能な迅速 PCR 検査機器を導入・運用を開始した．さらに 24 時間体制ですべての COVID-19 に対する検査が院内で対応可能となった．この検査体制の構築に寄与した背景には病院の方針に沿った適切な機器導入や検査科スタッフの理解と協力による柔軟な人員配置，適切な運用方法の確立が挙げられる．
（京市病紀 2023；43：63-66）

Key words：COVID-19，PCR 検査，緊急 PCR 検査，院内感染管理，検査体制の構築

は　じ　め　に

当院の新型コロナウイルス PCR 検査は，初期は行政や臨床検査外注企業へ委託していたが，検体の提出から結果報告まで数日かかることが問題であった．市中感染のさらなる拡大により COVID-19 の院内実施 PCR 検査が必要とされ，院内検査体制の構築を求められた．2020 年から 2022 年までの院内実施 PCR 検査件数をグラフに示す（図 1）．この期間中の取り組みを振り返り現在の検査体制に至った経緯を報告する．

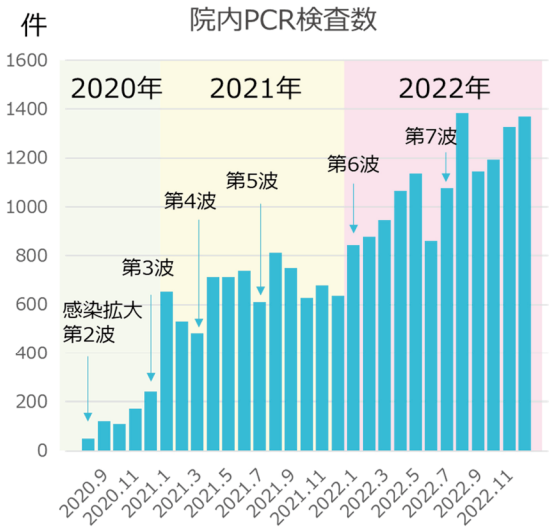


図 1　院内実施 PCR 検査の推移

検査体制構築に向けた取り組み

1）流行初期～感染拡大第 3 波時期の取り組み

新型コロナウイルス感染症に対する検査は，初期は行政や臨床検査外注企業へ委託していた．2020 年 4 月時点で他の自治体病院の COVID-19 に対する検査対応をグラフに示す（図 2）．流行初期は他の施設でも当院と同様に外注検査の対応が多い．複数回答ではあるが，外注検査対応が 59.4% を占めている一方で，自施設での検査は 25.4% と少数であった．当院では感染拡大第 2 波時期の 2020 年 8 月には PCR 検査機器（プレシジョン・システム・サイエンス株式会社製）を 2 台導入し，外注検査と並行して院内実施 PCR 検査の運用を開始した．第 3 波時期には感染拡大に加え，手術前のスクリーニングを目的とした PCR 検査依頼も加わったため検査件数が増加した．要望に応えるために同年 12 月に同機器を追加で 1 台導入した．

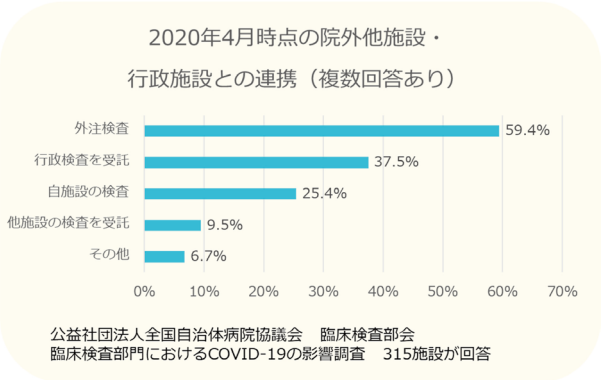


図 2（文献 1 より引用）

2）感染拡大第 4 波～第 5 波時期の取り組み

PCR 検査を院内で実施する上で，いくつか検査に伴う課題も生じた．初期導入の PCR 検査機器は検体前処理が必要で検体提出から結果報告までに約 3 時間かかっていた．これにより緊急入院を必要とする患者は感染管理上，結果が出るまで 3 時間の隔離対応が求められたため個室病床を圧迫しベッドコントロールが滞る原因になっていた．この課題を解決するために，感染拡大第 4 波が起きた 2021 年 3 月には検体前処理が必要ない迅速 PCR 検査

機器（ベックマン・コールター株式会社製）が導入された．これにより検査時間が 1 時間に短縮された．しかし，導入初期は感染の世界的流行中のため迅速 PCR 検査の需要が高まり，迅速 PCR 検査試薬の供給不足が続き試薬の在庫に限りがあった．そのためすべての依頼に対応すると試薬が枯渇する恐れがあり，限られた検査試薬で臨床に影響なく検査対応するために“通常 PCR 検査”と“緊急 PCR 検査”を使い分けて運用を開始した．“通常 PCR 検査”（通常検査）とは初期導入時の PCR 検査機器（プレシジョン・システム・サイエンス株式会社製）を用いて検体前処理を必要とする検査である．予定手術前のスクリーニング目的の検査はこの方法で実施していた．“緊急 PCR 検査”（緊急検査）とは迅速 PCR 検査機器（ベックマン・コールター株式会社製）を用いるため検体前処理が必要なく簡易的な操作で計測可能な検査である．緊急性が高い疾患に対して迅速に対応するため緊急検査の運用が開始された．そのため 2021 年 4 月から院内実施 PCR 検査は通常検査と緊急検査の 2 種類の検査方法で運用を開始した．そこで臨床側と協議し，緊急検査の適用条件を設定し，手術や処置を要する緊急性が高い疾患や迅速なベッドコントロールを要する場合に緊急検査を適応とした．また，検査試薬の在庫・納品状況に合わせて臨床側と緊急検査の適用条件を適宜見直した．このように臨床側の要望を確認し，試薬の在庫状況を考慮して運用方針を決定し，状況に合わせた運用をすることで院内すべての COVID-19 に対する検査が可能となった．

3）2022 年～感染拡大第 6 波～第 7 波時期の取り組み

通常検査は検体処理に高度な技術の習得を必要とする．そのため検査担当者が限定され，通常営業時間外の検査対応や人員確保も困難であった．対応するためには多くの人員を確保して長期間トレーニングする必要があった．緊急検査運用開始時は通常検査と緊急検査を使い分けていたため PCR 担当者が休日出勤し対応していた．

また，時間外の緊急的な治療などの臨床の要望に応えるために院内実施 PCR 検査が 24 時間対応できるようにする必要があった．時間外は 1 名の技師が宿日直業務を行いつつ PCR 検査を行う必要があった．技師の配置や検査場所が異なったため検査動線の短縮・緊急検査の環境整備を目的として，時間外専用の安全キャビネットを導入した．感染拡大第 6 波が起きた 2022 年 2 月には時間外の PCR 検査対応ができるように宿日直者全員に緊急検査のトレーニングを開始した．宿日直者が時間外に PCR 検査を行うことで感染拡大にも迅速に対応可能となった．

感染拡大が続く中，頻繁な院内クラスターや病院関連施設の感染管理対応に追われた．2022 年 5 月には 2 日間で約 110 件，8 月には約 170 件，12 月には約 100 件の検査を通常依頼の検査に加えて実施した．検査が迅速に行えるように多部署で情報の共有と連携を行い，科内の柔軟な人員配置と検査科スタッフの尽力の結果，膨大な検査量であっても当日中の結果報告が可能となった．

しかし増え続ける検査件数の中で新たな課題も出てきた．当院では COVID-19 に対する検査はほぼ全例 PCR 検査を実施している．PCR 検査は抗原検査と比較して感度や特異度が高く，抗原検査は感染初期では偽陰性の可能性やクラスター感染を招く恐れがある．これらのことを考慮して当院では PCR 検査を選択した．迅速 PCR 検査機器は同時測定が最大 4 検体であり，処理件数に上限があり多数の検査依頼時は結果報告の遅延が生じた．これに対して，同時に 16 検体測定可能な迅速 PCR 検査機器を増設し検査処理能力を向上させた．

PCR 検査では機器や試薬以外に検査関連の物品を多く必要とする．のちにこれらの消耗品が不足に陥った．具体的には 2022 年の紛争などの世界情勢による海外からの流通制限で検査試薬・防護具や検体採取スワブ・採取容器・分注チップなどの検査物品が枯渇する恐れがあった．この状況に対して各方面から情報を収集し，現状の検査数を把握して試薬消費量を予測し早めの発注処理を行うことで，試薬と物品の在庫数が安定し，円滑な PCR 検査体制を維持することができた．

2022 年 10 月時点で自治体病院における入院前病原体検査の実施内容をグラフに示す（図 3）．全症例に PCR 検査を院内実施している施設が 39%，抗原定量検査実施の施設が 27.3%，抗原定性検査実施の施設が 11.4% と回答があった．当院では現在 PCR 検査のみであるが，抗原定量検査を実施している施設も多い．患者の症状や検査時間・試薬コスト・マンパワーなど様々な要因を考慮して PCR 検査と抗原定量検査を使い分けている施設もある．

緊急検査の推移を表したグラフを示す（図 4）．棒グラフが通常検査と緊急検査の割合を示しており，黒色の折れ線グラフが緊急検査の月毎の件数を表す．2022 年では緊急検査の割合が半数を占めるようになった．緊急検査

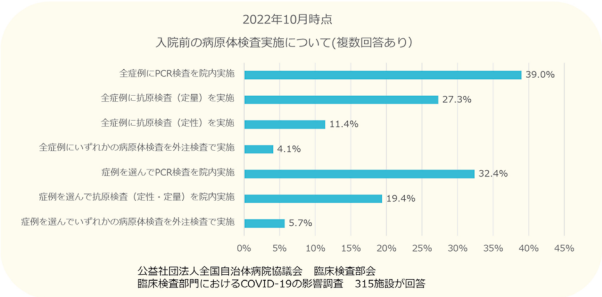


図 3（文献 2 より引用）

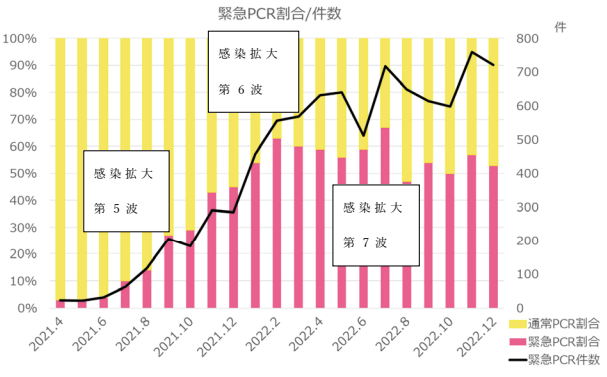


図 4　緊急 PCR 検査の推移

の件数は右肩上がりに増加しているが，2022年後半は術前スクリーニングを目的としたPCR検査や入院前のスクリーニングを目的としたPCR検査が増加し，通常検査も増加したことで緊急検査の割合としては約50%となっている．検査時間が短くて済む緊急検査の依頼が増加することで院内感染拡大の速やかな防止・円滑なベッドコントロールが可能になった．

ま と め

院内実施PCR検査体制の構築の背景には物的資源・人的資源・運用方法の確立が大きく関わっていると考えた．想定外の物資の供給不足があっても継続的に検査が実施できるように，現状の把握と先を予測した物品確保が重要と考えた．また病院の方針に沿った機器導入が検査体制構築の第一歩と考える．人的資源に関しては，初期は一部の検査担当者の負担が続いていたが，部署全体で検査できるように柔軟な人員配置やトレーニングを行うことで感染拡大に対して迅速に対応できたと考える．安全キャビネットの追加導入を行い時間外の検査環境の整備を行ったことや臨床側と協議し緊急検査の適用条件を設定したことも適切な運用方法につながった．予期せぬ感染状況でも速やかな多職種間の情報共有と連携，検査科スタッフの理解と協力が十分に得られたことが迅速な対応につながったと思われる．

さ い ご に

院内実施PCR検査の今後の課題・展望としてはCOVID-19感染拡大終息後のPCR検査機器の活用方法が挙げられる．現在はメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）・結核菌群リファンピシン耐性遺伝子の迅速PCR検査も実施しており，当日の結果報告が可能で，迅速・適切な治療に寄与している．

COVID-19に対する最適な院内実施PCR検査体制を構築するために，様々な取り組みを行った．検査機器・検査環境・物品確保に苦慮した経験を活かし，今後とも臨床と協議の上，柔軟な検査体制の維持に努めたい．

引 用 文 献

1）公益社団法人全国自治体病院協議会　臨床検査部会：（第3回）臨床検査部門におけるCOVID-19の影響調査～初期対応（2020年4月頃）を振り返る～. p11
2）公益社団法人全国自治体病院協議会　臨床検査部会：（第3回）臨床検査部門におけるCOVID-19の影響調査～初期対応（2020年4月頃）を振り返る～. p13

Abstract

Construction of the in-Hospital Polymerase Chain Reaction (PCR) Testing System for COVID-19

Ryuya Sakamoto, Masato Matuura, Junko Akeyama, Masako Maeda,
Noriko Honda and Masashi Yamada
Department of Clinical Laboratory Technology, Kyoto City Hospital

With the spread of community-acquired COVID-19 infection, an increasing number of patients with infectious diseases came to our hospital. In the beginning, the tests for COVID-19 were outsourced. However, the problem was the extended number of days before return of results after submission of specimen. This caused a delay in the identification and quarantine of infected patients and increased the possibility of spread of infection. A polymerase chain reaction (PCR) system to test for the SARS-CoV-2 nucleotide within the hospital was considered necessary to speed up the results. In August 2020, two SARS-Cov-2 nucleotide PCR instruments were introduced and the in-hospital PCR testing was started. However, this system required pre-treatment and took several hours. Then, a faster PCR system that gave results within an hour and did not require pre-treatment was introduced. A 24-hour testing system was constructed to enable in-hospital testing for COVIF-19. The application of adequate hospital management strategy to introduce the most appropriate instrument and the instruction of flexible staffing with the understanding and cooperation of the testing staff were factors underlying the successful construction of this testing system.

(J Kyoto City Hosp 2023; 43:63–66)

Key words: COVID-19, PCR testing, Emergency PCR testing system, Management of nosocomial infection, Construction of testing system

心臓カテーテルへの骨伝導式無線インカム導入効果とその検証

（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）
足立　翔吾　　石原　太輔　　古川　修　　乗松　康平
山口　侑承　木原　一郎

要　　旨

当院の心臓カテーテル検査治療は，検査室側と操作室側にそれぞれ別れて業務を行っている．執刀医とのコミュニケーションはスピーカーと固定マイクを介して行われていたが，固定マイクでは十分に声が拾えず，コミュニケーションが円滑に進まないことがあった．そこで耳を塞がず周囲の音が聞こえる骨伝導式無線インカムを導入し，それに伴って無線式医療機器や電子カルテへの電波障害や混線の検証，導入前後の臨床工学技士による血管内イメージングの解析および執刀医とのディスカッション時間の比較を行った．結果として生体情報モニタの電波強度に問題はなく，電子カルテへの混線の影響は認められなかった．また，骨伝導式無線インカム導入後の血管内イメージングの解析およびディスカッション時間は有意に短縮し，コミュニケーションの円滑化と治療の効率化が図れた．
（京市病紀 2023；43：67-69）

Key words：骨伝導式無線インカム，電波障害，カテーテル検査，血管内イメージング，血管内超音波，光干渉断層法

緒　　言

当院の心臓カテーテル検査室は，医師２名，看護師２名，放射線技師１名，臨床工学技士２名で検査治療を行い，検査室側の固定マイクと操作室側のスピーカーを介してコミュニケーションを図りながら業務を行っていた．しかし，固定マイクだけでは十分に声が拾えないことや，冠動脈内の動脈硬化による石灰化病変を削る機械音などで指示が伝わりにくいこともあった．今回心拍音や患者の訴えなど周囲の音や声が聞こえる骨伝導式で，トランシーバーなどを携帯せずに行える無線式のインカムを導入した．心臓カテーテル検査治療に携わるスタッフそれぞれが骨伝導式無線インカムを装着することにより，耳を塞がずに検査治療を行い，コミュニケーションの円滑化を図ったので報告する．

骨伝導式無線インカム構成と特徴

骨伝導式無線インカムは，本体のコントローラ（アイコム社製　IP1000C）と無線 LAN アクセスポイント（AP95M）を有線で接続し，5GHz 帯の無線 LAN を用いてトランシーバー（IP110H）と接続し，最後に身に付けている市販の骨伝導式イヤホン（SHOKZ OpenComm）に Bluetooth 経由で接続し一連のシステムを構築した（図１）．通常 1W（通信距離 1km）を超える出力のトランシーバーを利用するには総務省が管轄する総合通信局へ免許申請登録を行う必要があるが，導入したトランシーバーは免許申請不要で，初期導入費用も比較的安価かつランニングコストも不要であった．この骨伝導式無線インカムは，同時双方向多重通信が可能なグループ通話に対応していることが最大の利点であることから導入に至った．

図１　骨伝導式無線インカムの構成

目 的 と 方 法

当院の心臓カテーテル検査室は循環器病棟の一画にある．骨伝導式無線インカムは 5GHz の周波数帯を使用し，通信距離は半径約 20m 程度で，建物の壁によって電波が遮蔽されることで図２に示す緑色範囲が通信範囲であった．また上下階も同様に電波は遮蔽されるため考慮は不要である．そこで循環器病棟内での無線 LAN を用いた電子カルテや無線式医療機器への電波障害や混線の影響を検証した（図２）．心臓カテーテル検査室に設置した無線 LAN アクセスポイントからトランシーバーが無線通信を受信できるエリアは，循環器病棟全体であることから，無線通信を行っているセントラルモニタ（日本光電社製 CNS-2101）に電界強度計（LEDER932NK Ⅱ）を接続し，生体情報モニタ送信機を無線受信エリア内で移動し電波強度測定を行った．また救急室から急性冠症候

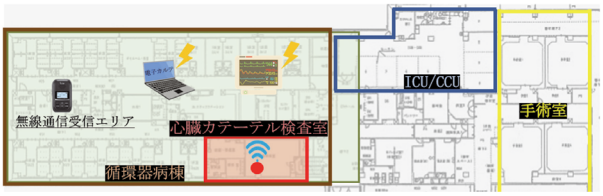


図 2　循環器病棟と心臓カテーテル検査室の位置関係

群（acute coronary syndrome:ACS）の患者が心臓カテーテル検査室へ搬送される場合も考慮し，救急室の生体情報モニタも同時に調査した．さらに電子カルテも 5GHz の周波数帯域を利用しているため，Wi-Fi 環境調査ツール（NTT AT 社製 AirMagnet Survey Pro）を用いて，混線の影響がないか電波検証した．

次に，図 3 に心臓カテーテル治療の流れを示すが，治療方針や治療デバイスを決定するため臨床工学技士による血管内イメージングの解析と執刀医とのディスカッションが必要となる．そこで今回骨伝導式無線インカム導入前後 4ヶ月間に行った待機的心臓カテーテル治療のうち，血管内超音波検査法や光干渉断層法などの血管内イメージングを用いて冠動脈ステント留置を施行した症例において，臨床工学技士の血管内イメージングの解析および執刀医とのディスカッション時間を比較し，コミュニケーションの円滑化により治療時間短縮に寄与できるか検証した．なお治療時間に大きく要因する高速回転冠動脈形成術，方向性冠動脈粥種切除術，薬剤コーティングバルーン治療および ACS 症例は今回の検証から除外し，導入前 75 例と導入後 51 例で比較検討した（図 3）．

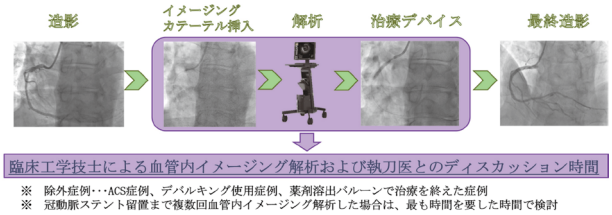


図 3　心臓カテーテル検査の流れ

結　　果

生体情報モニタの電波強度調査は，循環器病棟内の最も電波強度の低い地点を特定し，そこで骨伝導式無線インカム使用時と未使用時で電波強度が変化するか調査した．循環器病棟使用の生体情報モニタ送信機は，骨伝導式無線インカム使用時 43dB，未使用時 48dB でメーカー推奨電波強度レベル以上であり，救急室の生体情報モニタも同様の結果が得られ電波干渉による通信障害は認められなかった．なお導入してから 1 年以上経過している現在まで通信障害などの不具合は起きていない．

電子カルテについても図 4 に示すように同じ 5GHz 周波数帯域の中にある 19 チャンネルある中で，空いているチャンネルを自動調整しながら通信している．今回の調査時のチャンネル使用状況を図の色別で示しているが，骨伝導式無線インカムは CH：A を使用し，周辺で電子カルテの使用チャンネルも同じく CH：A を使用していたが混線は認められなかった．つまり近くで同じチャンネルで通信した場合も電波障害は認められなかった（図 4）．次に骨伝導式無線インカム導入前後で血管内イメージング観測開始から治療デバイス使用までの計測時間を比較検証したところ，病変部位および性差に有意差はなく，導入前 538．9±268．8 秒，導入後 435．8±264．8 秒で有意に導入後時間短縮に繋がった（P ＜ 0.05）（図 5）．

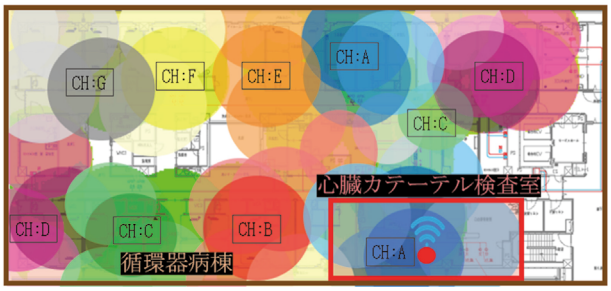


図 4　骨伝導式無線インカムと電子カルテのチャンネル使用状況

	導入前	導入後
検証期間	2021年12月～2022年3月末	2022年9月～2022年12月末
PCI件数	130	87
検証症例数※	75	51
男性	52	43
病変別数 RCA/LMT/LAD/LCX	18 / 8 / 36 / 13	15 / 2 / 24 / 10
計測時間(秒)	538．9±268．8	435．8±264．8　P＝0．036
執刀医別時間　専攻医	567．1±258．2	326．0±28．2
CVIT指導医、認定医	521．7±276．5	445．2±273．9
CE解析者別時間　若手CE	592．3±292．5	477．1±259．6
ITE取得CE	502．4±248．3	417．0±268．7

※　除外症例･･･ACS症例、デバルキング使用症例、薬剤溶出バルーンで治療を終えた症例
病変別数　RCA(右冠動脈) LMT(左主幹部)　LAD(左前下行枝)　LCX(左回旋枝)
執刀医別時間　CVIT(一般社団法人　日本心血管インターベンション治療学会)
CE解析者別時間　ITE(心血管インターベンション技師制度)

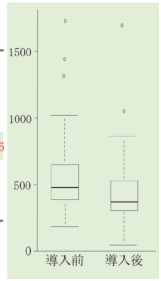


図 5　骨伝導式無線インカム導入前後での比較

考　　察

骨伝導式無線インカムは，耳骨に振動を伝えて聞き取るため，会話しながら心拍音や患者の訴えなど周囲の音や声が聞こえる．そのため周囲の音が大きくても確実に執刀医の指示が届くため，急変時でも迅速な対応が可能である．また口元にマイクが付属したことで，治療中医療従事者の声量を抑えることで，患者に医療従事者間の会話が聞こえにくくなり，不安軽減にも繋がると考えられる．

骨伝導式無線インカムを使用したことで，電子カルテや無線式医療機器への電波強度の減衰は認められず，混線による骨伝導式無線インカム側の声の途切れなども発生しなかった．

また図 5 に示すように血管内イメージング観測開始から治療デバイス使用までの計測時間検証において，執刀医や血管内イメージングを解析する臨床工学技士による経験数で計測結果に影響を与えていないか検証したが，各郡での検証症例数が少ない影響もあり人為的要因を除いた骨伝導式無線インカムの優位性は得られなかったが，全体比較では有意に導入後計測時間の短縮は認められていることから，血管内イメージング解析におけるディスカッションが骨伝導式無線インカム導入により，コミュニケーションの円滑化による治療時間短縮に寄与する可能性が示唆された．

結　　語

骨伝導式無線インカムを使用する上で周辺無線通信機器への電波障害は認められず，安全に使用できた．さらにコミュニケーションが円滑になり，臨床工学技士による血管内イメージングの解析および執刀医とのディスカッション時間は有意に短縮し，治療の効率化が図れた．

Abstract

Verification of the Benefits of Introducing the Bone Conduction Wireless Intercom for Use with the Intracardiac Catheter

Shogo Adachi, Daisuke Ishihara, Osamu Furukawa, Kouhei Norimatsu, Yusuke Yamaguchi and Ichirou Kihara

Department of Clinical Engineering, Kyoto City Hospital

Cardiac catheterization and cardiac catheter tests are separate procedures. The surgeon communicates using a fixed microphone and speaker. However, the fixed microphone often cannot pick up the voices sufficiently and the communication is interfered. Therefore, we examined the effects of introducing the bone-conduction wireless intercom without blocking the surrounding sounds.. We examined the electromagnetic interference caused by the bone conduction wireless intercom on other wireless medical equipment and electronic medical chart.. We compared the intravascular imaging performed by the clinical engineer and discussion time with the surgeon before and after the introduction. As a result, the device had no effect on the radio field strength of the vital sign monitor and there was no cross-wire interference with the electronic medical chart. The time for analysis of the intravascular imaging and discussion with the surgeon was shortened significantly by the introduction of the bone-conduction wireless intercom, the communication was improved and the procedure could be performed more efficiently.

(J Kyoto City Hosp 2023; 43:67–69)

Key words: Bone conduction wireless intercom, Electromagnetic interference, Catheter tests, Intravascular imaging, Intravascular ultrasound, Optical coherence tomography

総合的・専門的な相談支援体制の強化のための予約システムの導入について

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　患者支援センター　相談支援室）
高橋　由起　　楠　寿子　　沖田　正樹
坂東　千鶴佳　　佐々木　英人

要　　旨

地域包括ケアシステム構想を背景に，医療機関が地域に対し担う役割が拡充する中，当院では 3 部門で形成される「患者支援センター」が，地域との窓口としての相談・連携機能を果たしている．医療ソーシャルワーカー（medical social worker：MSW）は，患者の多重複合的な社会課題に対し，医療・介護等の地域ネットワークを通じ，専門職として相談支援を行っている．地域住民のニーズと外来相談の重要性を，平成 28 年度から令和 3 年度の日報・月報データをもとに調査した結果，年間最大約 1,700 件の相談，延べ約 3,800 件に対応していることが分かった．また，療養相談，経済相談，各種制度相談など専門的な相談内容が大半を占めていた．結果を踏まえ，相談支援には早期発見，専門的な介入，地域との連携が不可欠と考え，外来患者を対象に令和 4 年度「外来相談予約制」を導入するに至った．今後は，院内での外来相談予約制の浸透と地域連携強化の取り組みに努めていく．

（京市病紀 2023；43：70-73）

Key words：相談支援体制，予約システム

は　じ　め　に

当院の患者支援センター相談支援室には，現在 11 名の医療ソーシャルワーカー（medical social worker：MSW）が在籍し相談支援にあたっている．前身の地域医療連携室が平成 15 年度に開設後，平成 23 年度に当院が独立行政法人化し，その年初めて MSW が配置された経緯がある．

平成 28 年度，厚労省による「地域包括ケアシステム構想」の発出により，団塊の世代を中心とした地域住民が，住み慣れた地域で自分らしい生活を継続できるよう「住まい・医療・介護・予防・生活支援」が一体的に提供される地域づくり[1)]が推進されることになった（図 1）．

国の動向も踏まえ，「地域の社会資源としての医療機関」に求められる役割は多様となり，「開かれた相談窓口」として MSW が担う業務も多重複合的な相談内容へと広がりをみせるようになった．

当院でも，地域とのシームレスな連携の強化を目指し，MSW だけではなく看護師や事務職員と専門分野での機能分化・整備を行い，令和元年度に 3 部門で構成される「患者支援センター」を開設した（図 2）．

地域包括ケアシステム構想では，地域住民の社会的課題を地域の中で支えるためのネットワーク構築が不可欠なため，患者支援センターとして，地域ケア会議などの外部会議に積極的に参加をしながら地域の現状把握，情報収集を行い，地域とのつながりを持っている．

特に外来患者においては，医療を受けながら地域で生活を続けており，地域のネットワークと密接に関係してくることから，相談支援の充実を検討するにあたり外来の相談支援体制を強化する必要があるのではないかと考えた．

そこで，相談支援室では，外来ブロックとの連携を視野に「外来相談予約制」の導入を検討し，過去の相談データをもとに検証することとした．

目　　的

患者支援センター相談支援室で対応する相談件数や相談内容を調査することで，相談のニーズや外来相談支援の重要性を検証する．

図 1（文献 1 より抜粋）

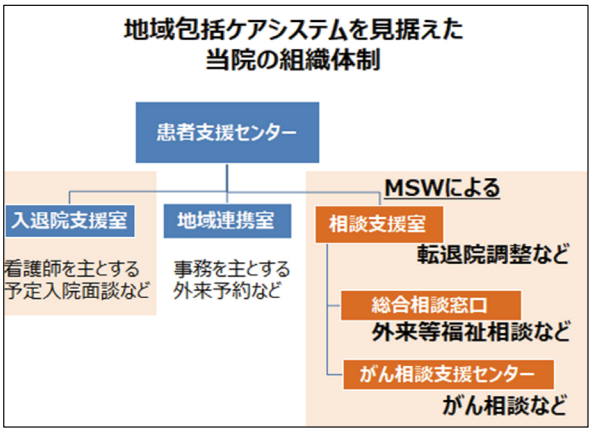


図 2

方　　法

平成 28 年度から令和 3 年度の間，患者支援センターで記録している「日報・月報」データから，外来相談件数，相談内容内訳を抽出する．

結　　果

平成 28 年度から令和 3 年度までの外来患者の相談実人数は，平成 30 年度までは，増加しているが，令和元年度から新型コロナウイルスの感染拡大による影響を受け，外来患者の減少も一因となり，相談人数は減少傾向であった．この間，MSW 1 人あたり年間最大で 172 件の外来患者に対応していた（図 3）．尚，相談延べ人数は，MSW 1 人につき年間最大 383 件に対応していた．

実人数は，令和元年度からコロナ禍において減少傾向であるのに対して，延べ人数は令和 3 年から再び増加に転じている結果であった（図 4 ）．

相談内訳としては「療養相談」が最も多い結果であった．これは社会資源の調整や，ケアマネジャー・訪問看護等の地域関係機関との連携など，複合的かつ総合的な相談対応を行う場合に該当する項目である．特に，外来からの往診医導入や，在宅チームとの調整など多様なニーズに対応していた．また，「経済相談」も，毎年一定以上の相談件数が計上されており，主には医療費相談に関するものが多い．6 年分のデータを通して，コロナ禍などの情勢変化がありつつも，「各種制度相談」「経済相談」は一定の割合で相談のニーズがあることも明らかとなった．（図 5 ）．

考　　察

コロナ禍においては，雇用状況は悪化しており，総務省統計局「労働力調査（基本集計）2020 年（令和 2 年）平均結果の要約」[2]によると，正規職員は前年比で 36 万人増加した一方で，非正規の職員・従業員数は 75 万人の減少となり，2014 年以降前年比で初めての減少となっている．完全失業率も前年と比べ 29 万人増加しており，11 年ぶりに増加する結果となっており，コロナ禍による雇用情勢の悪化は顕著であると言える．一方で療養に関しては，入所施設で面会制限や短期入所・デイサービスの受け入れを見合わせる事業所も多く，必要なサービスの利用が制限される等の問題も生じた．また，別居家族が帰省を控えるなど家族支援が受けられなくなる状況や，地域社会資源（地域活動・ボランティア・集いの場所）が活動休止となるなど，人とのつながりが喪失されているのが現状である．このことからも，令和元年度からの相談実人数が減少傾向であるのに対して，相談延べ人数が令和 3 年度に再び増加に転じている理由として，コロナ禍においては，1 人の患者に対し，複数回継続する必要のある経済や療養に関する相談が増えたということが一つの要因として考えられる．

外来相談の統計から，「療養相談」「各種制度相談」「経済相談」が多いという結果であった．今回の検証により，相談内容は「療養相談」が最も多いことが分かった．「療養相談」は，治療に関することの他に，介護・障害に関連する制度利用に関すること，経済的問題に関することなど生活全般に関わる内容である．コロナ禍においては，上記に加えて感染拡大防止の観点から，入院中の面会制限を理由として自宅療養を希望する患者が増加し，在宅支援に関する相談が増加したものと考えられる．「各種制

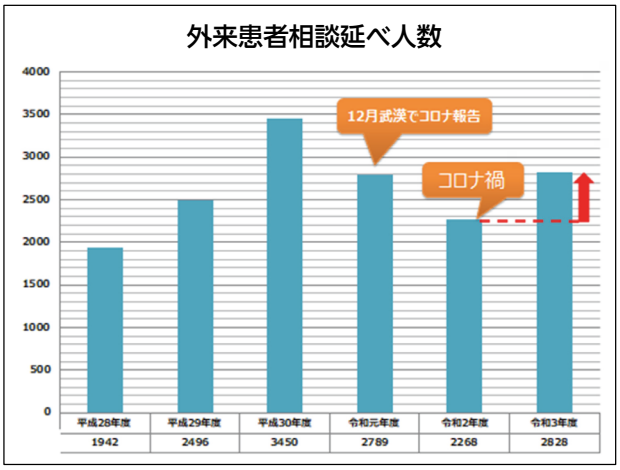


図 4

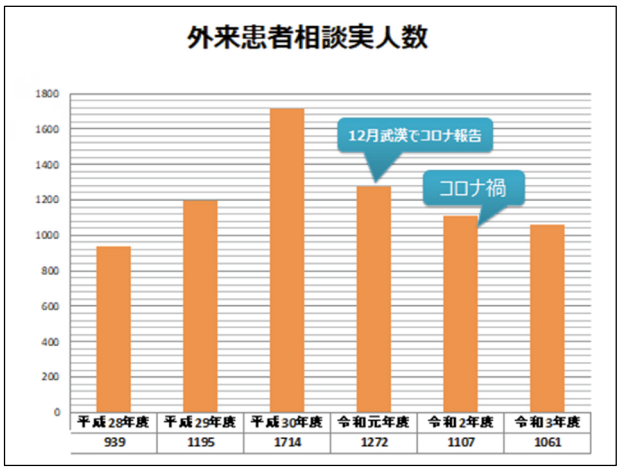


図 3

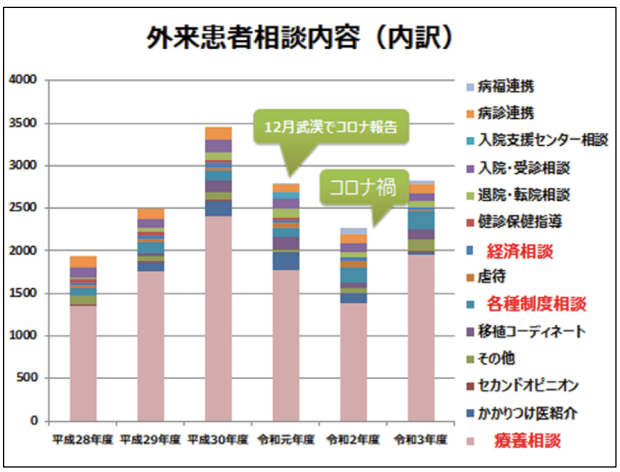


図 5

度相談」も近年飛躍的に相談件数が伸び，令和元年度に 106 件であったものが令和 2 年度には 182 件，令和 3 年度には 210 件と上昇の一途をたどっている．「各種制度相談」の中で，「身体障害者手帳」・「特定医療費（指定難病）」申請など日常生活に直結する医療費助成及び福祉制度利用に関する相談が増加しているが，コロナ情勢による収入の減少や失業と，それらに伴う借入金の増加，高齢者の年金額の減額などの原因により，社会保障制度の活用が増えたことが要因として考えられる．

このような問題に関して，患者自身が受診時に自ら診察室で相談する機会は少ない．治療や生活に不安や課題を抱える患者が顕在化しにくい状況であり，潜在的に課題を抱える患者の早期発見が重要であると考える．そのため，早い段階で，MSW の介入により包括的な相談支援が可能となる体制づくりが必要である．介護や障害，貧困など複合的な課題を抱える地域住民は，疾病によって生活の質を下げ，救急受診などを契機に生活が破綻しやすい傾向にあるといえる．そういったことからも，早期に適切な支援を受け，通院が継続できるよう院内及び，地域関係機関とのシームレスな連携が必要であると考える．

お　わ　り　に

患者支援センターは総合相談体制の充実と機能分化により，専門性の発揮と地域へのシームレスな協働を目指している．外来相談予約制は潜在的な課題を抱える患者をより早く支援へ導く取り組みとして，令和 4 年 2 月に開始した．ただし，活用割合は令和 4 年 10 月時点で外来相談の 5% 程度にとどまっている．今後は外来相談予約制が浸透するように，さらに院内周知を図り，外来相談予約制の有効性を検証していく．

地域関係機関から相談支援室の MSW へ相談が増えている現状は，当院の相談支援室が「地域へ開かれた相談窓口」として認知されているためと考えられる．令和元年度以降の患者支援センターの機能分化により MSW は社会福祉相談を受ける専門職集団として，ますます専門性を高めていく必要がある．

相談支援室が相談支援体制を強化し，「相談支援の質の向上」をはかるとともに「地域の窓口」としての機能を果たし，地域包括ケアシステムの一端を担えるよう，関係機関や地域住民を含めた地域へアプローチを行う必要がある．

引　用　文　献

1）厚生労働省：日本のケアシステム構想
［internet］．https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu［accessed2022.11.15］
2）総務省統計局：労働力調査（基本集計）2020 年（令和 2 年）平均結果の要約
［internet］．https://www.stat.go.jp/data/roudou/rireki/nen/ft/pdf/2020.pdf［accessed2023.4.24］

Abstract

Introduction of an Appointment System to Reinforce the Comprehensive Professional Consultation Support System

Yuki Takahashi, Toshiko Kusunoki, Masaki Okida,
Chizuka Bando and Hideto Sasaki
Consultation Support Room, Patient Support Center Kyoto City Hospital

The medical facilities play a major role in regional care backed up by the Comprehensive Regional Care System in the background. At our hospital the Patient Support Center comprised of three sections serves as the contact counter and coordinator for consultation. The medical social workers (MSW) provide comprehensive professional consultation and support through the regional network for medical care and nursing care to meet the patient's multiple and compound social issues.

A review of the daily reports and monthly data on the needs of the regional citizens and the importance of outpatient consultation from 2016 to 2021 revealed a total of approximately 1700 consultation cases each year and a total of 3800 consultation cases. Most of the cases required professional consultation such as consultation on recuperation, financial issues and various other systems. The results of the study suggested that early detection, professional intervention and regional cooperation are most important. Therefore, we introduced the Appointment System for Outpatient Consultation in 2022. We will work to establish the appointment system for outpatient consultation at our hospital and strengthen regional cooperation.

(J Kyoto City Hosp 2023; 43:70–73)

Key words: Consultation support system, Appointment system

給食委託会社の宅配食を活用した COVID-19 感染患児の付添い食の導入

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　栄養科）
植木　明

要　旨

当院では多くの COVID-19 患児を受け入れているが，患児が入院した際，付添い者の食事を看護師等の職員が購入して届ける必要があり，付添い者への食事提供が課題となっていた．患者以外へ提供する食事については，入院時食事療養の施設基準で「患者食と患者以外の食事を明確に区分けすること」が求められている．今回，施設基準に合致する付添い食の導入を目指し，院内多部署で検討し，給食委託会社の宅配食を活用した付添い食を導入したので報告する．
（京市病紀 2023；43：74–77）

Key words：COVID-19，付添い食，入院時食事療養，給食委託会社

緒　　言

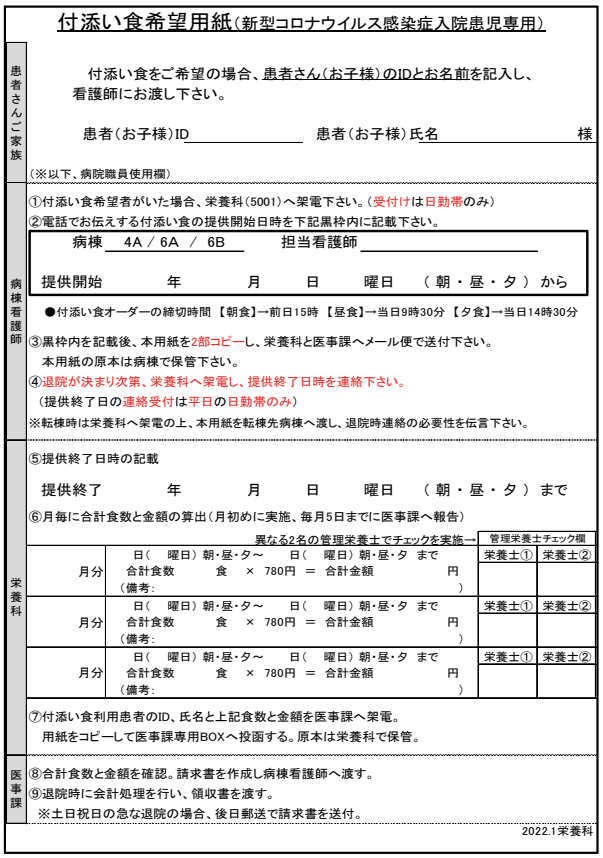
当院は第二種感染症指定医療機関であり，COVID-19 患者の積極的な受け入れを行っている．感染患児が入院した際，医師が必要と判断した場合は付添いが許可され，付添い者は患者とともに病室へ隔離されることとなる．付添い者が新型コロナウイルス陽性であれば患者として病院食が提供されるが，付添い者が陰性の場合は施設基準上，病院食の提供は困難であり，付添い者の食事を看護師等の職員が院内コンビニ等で購入して届ける必要がある．看護師，看護補助者の業務負荷となるだけでなく，付添い者からもコンビニ食継続への不満が散見され，付添い者への食事提供が課題となっていた．また，今回のコロナ禍において，病院での付添い生活の困難さが浮き彫りとなり，全国のマスコミ各社の新聞記事やホームページ等では付添い生活の苦労の一つとして，付添い者の食事についてクローズアップする記事が多く掲載されている[1),2)]．

研　究　目　的

病院において患者以外へ提供する食事については，入院時食事療養の施設基準で，「患者に提供される食事とそれ以外の食事の提供を同一の組織で行っている場合においては，その帳簿類，出納及び献立盛りつけなどが明確に区別されていること」[3)]と記載があり，患者と同様の病院食を提供することは認められていない．今回はこの施設基準に合致する付添い食の導入を目指した．

方　　法

当院は公共施設等の建設，維持管理，運営等を民間の資金，経営能力及び技術的能力を活用して行う手法（PFI 事業）を導入しており，病院が特別目的会社と長期包括的な契約を結び，特別目的会社が医療周辺業務を民間業者に委託している．給食提供業務についても特別目的会社が民間企業に委託している．今回の取組みでは栄養科，事務局（PFI 事業担当，医事会計担当），特別目的会社，給食委託会社，看護部等の多部署で検討を重ねた．当初は他院の事例も参考に，院内レストランやコンビニの活用も検討したが，人員体制や病室への配達の可否等を踏まえて，栄養科にて詳細を検討する運びとなった．当院の栄養科内の厨房では通常の病院食と区分けして付添い食を調製することは困難であり，前述の施設基準を考慮した上で，給食委託会社が全国展開する宅配食の導入を決定した．宅配食は冷凍の弁当で，厨房内での加熱のみで配膳が可能となるため，「帳簿類，出納及び献立盛りつけなどが明確に区別」できることになる．付添い食については栄養バランスのみでなく，味の良さも求められる．当該宅配食については，数年前の院内 NST 勉強会にて病院職員向けに試食会を開催した経緯があり，味については非常に好評であったため，院内採用として問題ない質が確保されていると判断した．一方で，通常の病院食と異なるため，①電子カルテオーダーができないため，病棟からのオーダー方法の手順，②付添い食の料金設定や会計の手順，③弁当の発注と在庫管理の方法等の複数の課題が挙げられた．①の病棟からのオーダー方法については主に看護部と協議し，付添い食専用の紙食事箋（図１）で運用する方法とした．栄養科にて付添い食のチラシ（図２）を作成し，担当看護師が付添い者へ付添い食を紹介する．チラシには弁当の写真や価格を記載し，企業の管理栄養士が献立作成したバランス食であることもアピールした．付添い食の希望があれば看護師が紙食事箋を記載し，栄養科へ送る手順とした．②の付添い食の料金設定については，弁当（おかずのみ）とご飯（150 g）の価格に送料を加えた料金を基本とした．会計の手順は会計担当者と相談を行い，紙食事箋用紙の下部に提供食数と合計金額を記載する欄を設け，付添い食終了時点で栄養科にて提供食数と金額を計算する方法とした．計算に誤りがないよう，病院管理栄養士が２名でダブルチェックを行い，計算終了後に紙食事箋に記載を行い，複写して会計担当者へ送付，請求書の作成・発行を行う手順とした．③の弁当の発注と在庫管理については病院栄養士と給食委託会社で業務分担を行った．オーダー受付と紙食事箋情報の給食システムへの入力は病院栄養士が担当，弁当の準備・加熱，配膳は委託会社が担当した．定期的な在庫確認と発注を病院栄養士が行い，納品・検収・保



付添い食希望用紙（新型コロナウイルス感染症入院患児専用）

患者さんご家族

付添い食をご希望の場合、患者さん（お子様）のIDとお名前を記入し、看護師にお渡し下さい。

患者（お子様）ID＿＿＿＿＿＿　患者（お子様）氏名＿＿＿＿＿＿様

（※以下、病院職員使用欄）

病棟看護師

①付添い食希望者がいた場合、栄養科（5001）へ架電下さい。（受付けは日勤帯のみ）
②電話でお伝えする付添い食の提供開始日時を下記黒枠内に記載下さい。

病棟　4A ／ 6A ／ 6B　　担当看護師＿＿＿＿＿＿

提供開始　　年　　月　　日　　曜日　（ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ）から

●付添い食オーダーの締切時間【朝食】→前日15時【昼食】→当日9時30分【夕食】→当日14時30分

③黒枠内を記載後、本用紙を2部コピーし、栄養科と医事課へメール便で送付下さい。
本用紙の原本は病棟で保管下さい。
④退院が決まり次第、栄養科へ架電し、提供終了日時を連絡下さい。
（提供終了日の連絡受付は平日の日勤帯のみ）
※転棟時は栄養科へ架電の上、本用紙を転棟先病棟へ渡し、退院時連絡の必要性を伝言下さい。

栄養科

⑤提供終了日時の記載

提供終了　　年　　月　　日　　曜日　（ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ）まで

⑥月毎に合計食数と金額の算出（月初めに実施、毎月5日までに医事課へ報告）

異なる2名の管理栄養士でチェックを実施→

		管理栄養士チェック欄	
		栄養士①	栄養士②
月分	日（　曜日）朝・昼・夕～　日（　曜日）朝・昼・夕　まで 合計食数　　食　×　780円　＝　合計金額　　円 （備考：　　）		
月分	日（　曜日）朝・昼・夕～　日（　曜日）朝・昼・夕　まで 合計食数　　食　×　780円　＝　合計金額　　円 （備考：　　）	栄養士①	栄養士②
月分	日（　曜日）朝・昼・夕～　日（　曜日）朝・昼・夕　まで 合計食数　　食　×　780円　＝　合計金額　　円 （備考：　　）	栄養士①	栄養士②

⑦付添い食利用患者のID、氏名と上記食数と金額を医事課へ架電。
用紙をコピーして医事課専用BOXへ投函する。原本は栄養科で保管。

医事課

⑧合計食数と金額を確認。請求書を作成し病棟看護師へ渡す。
⑨退院時に会計処理を行い、領収書を渡す。
※土日祝日の急な退院の場合、後日郵送で請求書を送付。

2022.1栄養科

図１　付添い食専用の紙食事箋

付添い食のご案内

栄養科

当院では、新型コロナウイルス感染症で入院された患児について、主治医が療養上付添いが必要と判断した場合、その付添いのご家族に、1日3食付添い食を提供します。
隔離期間中は病室外へ出ることができませんので、付添い食をご利用下さい。
付添い食を希望される場合は、「付添い食希望用紙」に患者さん（お子様）のIDとお名前を記入し、担当看護師にお渡し下さい。

【食事内容】
・当院の病院食を提供している企業が調製するお弁当。
・ご飯＋日替わりのおかず（曜日により内容が異なります）
・朝、昼、夕ともご飯となります。

（写真はイメージです。）

【料金】
・1食　780　円（税込み）

【支払い方法】
・毎月、患者さんの入院費用と一緒にご請求させていただきます。

【提供方法】
・患者さんの食事と同時に毎食各病室へ配膳します。

【その他】
・食物アレルギーや食事の嗜好については対応できません。
・申込み開始から退院まで朝昼夕の継続した食事提供となります。
（※1食単位でのキャンセルや1日1食や2食のみでの提供については対応できません。ご了承下さい。）
・付添い食の提供開始は、入院時間帯により翌日朝食または昼食からとなる場合があります。

図２　付添い食のチラシ

管は委託会社にお願いした．病棟から付添い食終了の連絡があれば，病院栄養士が給食システムの食事箋情報を削除して，委託会社職員へ伝達した．以上のように，病棟，栄養科，会計担当者等の多部門に渡る業務となることから多職種連携のプロセスフローチャート（PFC）を作成し，院内に手順の周知を行った．

結　　果

付添い食の検討開始から約半年後の令和４年２月初旬より付添い食の提供を開始した．令和５年１月末までの約１年間に 49 人 322 食の提供を行った（図３）が，オーダーや会計，在庫管理等の大きなトラブルはなく経過した．なお，１食あたりの栄養量はご飯とおかずを合わせて 500 kcal 程度となり，配膳時は通常の病院食のトレイにご飯とおかずを載せて配膳車に搭載して病棟へ配膳した（図４）．

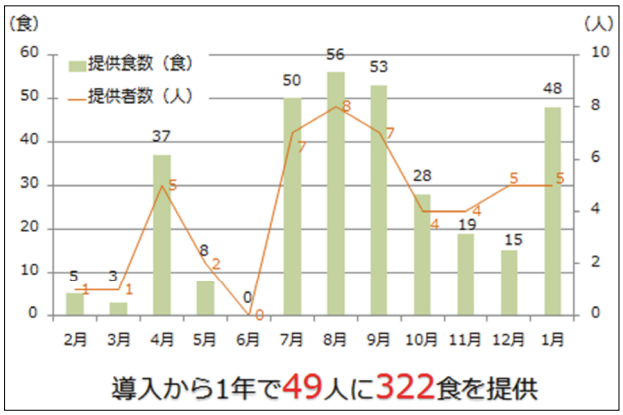


図３　付添い食の運用実績グラフ

図４　付添い食の配膳の様子

考　　察

今回の付添い食導入について，病棟看護師からは「付添い者の弁当をコンビニに買いに行く業務が減った」「家族の持ち込み食の把握が不要になった」「付添い者もバランスのとれた食事がとれて良い」という好意的な意見が多かった．医師からは「看護師の繁忙度が下がるのは良い」，会計担当者からは「会計処理はスムーズに運用できている」とコメントをもらっている．付添い者からは「温

かくて美味しい弁当でよい」という感想もあり，付添い食の導入により付添い者の利便性と満足度の向上，看護師・看護補助者の業務負担軽減につながったと思われる．一方で，病院食と違い，弁当の場合は内容と量が同一のため，食物アレルギーには対応できないこと，量が多い場合には食品ロスにつながるという欠点もある．また，容器も廃棄となるため感染ゴミが増えるというデメリットもある．栄養科としては病院食以外での食事提供が増えたこと，利用者数が読めない中での付添い食の在庫管理など一定の業務負荷となっているが，感染症指定医療機関の栄養科の業務として運用を継続している．また，前述のように全国的に病院の付添い生活の困難さが課題となっている中，入院患者の付添いに関する実態調査が厚生労働省によって行われている[4]．実施期間は令和 3 年 10 月 1 日～11 月 30 日の約 2 か月間で全国の 300 病院（調査票配布 3000 件）を対象としている．残念ながら調査票の回収率が 1.37 ％（回収件数 41 件）と極めて低く，全ての実態を反映しているとは言えないが，家族の付添いにおいて困った経験を問う質問では「食事の提供がない」「満足な食事が取れなかった」という意見が多く，付添い者の中で食事提供が課題となっていることが改めて明らかになった．

結　　論

COVID-19 患児の受け入れを契機として，入院時食事療養の施設基準に合致した付添い食を導入した．多部署連携により順調に運用できた一方で，施設基準のクリアには多くの時間と労力を要し，病院食以外の食事を提供するという一定の業務負荷ともなっている．今後，入院時食事療養の施設基準の見直し等により，付添い者への食事提供に柔軟に対応できる環境の整備が望まれる．

引　用　文　献

1）子の入院付き添い負担増 食事など支援拡充を．愛媛新聞　2021-08-30．愛媛新聞 ONLINE［internet］．https://www.ehime-np.co.jp/article/news202108300040［accessed2023.04.14］
2）わが子入院，付き添い交代できず　コロナで制限，小児科の現状は．中国新聞　2020-11-23，中国新聞デジタル［internet］．https://www.chugoku-np.co.jp/articles/-/58389［accessed2023.04.14］
3）公益社団法人日本メディカル給食協会：患者給食関係法令通知集 2020 年版，東京，株式会社ぎょうせい，2020，p545
4）厚生労働省．入院患者の家族等による付添いに関する実態調査について［internet］．https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001000325.pdf［accessed2023.04.14］

Abstract

Introduction of a Private Food Delivery Service to Provide Meals for the Caregivers Accompanying the Children Infected with COVID-19

Many children infected with COVID-19 have been accepted to our hospital. The nurses and hospital staff have had to go out and purchase meals for the caregivers accompanying the children at hospitalization. This additional task has burdened the staff. According to hospital regulations, the hospital meals for hospital stay are designed to support the patient's recovery and are distinct from the meals for non-patients. Multidisciplinary consultations were held with hospital members to consider a meal delivery system which would meet these hospital regulations. Herein, the transition to the delivery of meals to the accompanying caregivers introducing a private food delivery service is reported.

Akira Ueki
Department of Nutrition, Kyoto City Hospital

(J Kyoto City Hosp 2023; 43:74–77)

Key words: COVID-19, Meals for the accompanying caregivers

褥婦に対する下肢アロママッサージ導入の取り組み

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院　看護部4B病棟）
磯　市代

要　旨

産褥期は分娩後に妊娠前の状態に回復する時期であり，ホルモンの変化および育児開始などに伴う心理社会的変化があり，心身共に不安定な時期である．特に産褥早期は出産による疲労，痛み，育児の開始に伴う緊張により自律神経の変調をきたしやすく心身の回復を促すケアが重要となる．当院で入院した褥婦は70%に下肢浮腫の訴えがあったが，セルフケアでは状態改善に至らないまま退院となっていた．そこで，助産師による精油を用いた下肢マッサージ（下肢アロママッサージ）を導入したところ，25%の褥婦に浮腫改善がみられ，80%の褥婦から産後の不調への改善に役立ったという感想を得た．またケア導入により助産師のやりがいに繋がった．
（京市病紀 2023；43：78-82）

Key words：アロママッサージ，褥婦，下肢浮腫

はじめに

当院は京都府における周産期医療の2次施設であり，基礎疾患を有する合併妊娠や，切迫早産，前置胎盤や妊娠高血圧症候群などの妊娠に伴う合併症，高齢妊娠等の周産期管理を要するハイリスク妊産婦が，全妊婦の8割を占める．分娩においても，医学的管理を必要とする誘発分娩や吸引分娩，緊急帝王切開と異常分娩に至ることが多い．産褥期は分娩後に妊娠前の状態に回復する時期であり，ホルモンの変化および育児開始などに伴う心理社会的変化があり，心身共に不安定な時期である．特に産褥早期は分娩による疲労，産道損傷や帝王切開創部，また乳房の進行性変化等に伴う痛み，育児の開始による緊張がある中で，自律神経の変調をきたしやすい．産褥入院期間は，経膣分娩では5日，帝王切開では7日と短い中で，褥婦はセルフケアを行いながら育児技術を習得する必要がある．しかし，ハイリスク妊産婦は，妊娠分娩において心身に大きな負荷がかかっており，心身の回復は遅延しやすい．

2020年1月から4月の分娩者のカルテから後方的調査を行なったところ，70%の褥婦に下肢浮腫が出現していた．産褥期の浮腫はマイナートラブルの一つであり，心身の回復と共に改善が見られるものであるが，浮腫が中等度以上で柴苓湯などの漢方薬の処方や下肢挙上，体操，着圧ソックスの使用などのケアを行なっている．しかしながら，退院まで下肢浮腫が継続していることが多いことが明らかとなり，産褥早期に身体回復を促すケアが必要と考えた．褥婦の心身の回復が遅れれば，育児指導を含む育児支援ケアの開始を遅延せざるを得ない．育児技術に不安を抱きながら退院すると，褥婦のメンタルヘルスは悪化する．産褥早期に褥婦が主体的にセルフケアや育児に取り組めるように心身の回復を促すケアが必要と考えた．

アドバンス助産師が，精油の香りを楽しむことでリラクゼーションを得て，症状の緩和などを行うアロマセラピー（アロマ）[1]に着目し，アロマの研修を受講した．研修において，褥婦にマッサージを行い，血行促進とその後の浮腫の軽減感やリラックス効果を実感し，精油の取り扱いやマッサージ方法を習得した．研修で得られた知見や技術，先行文献を活用し，下肢アロママッサージを企画し，ケアから一定の効果を得られたので報告する．

目　的

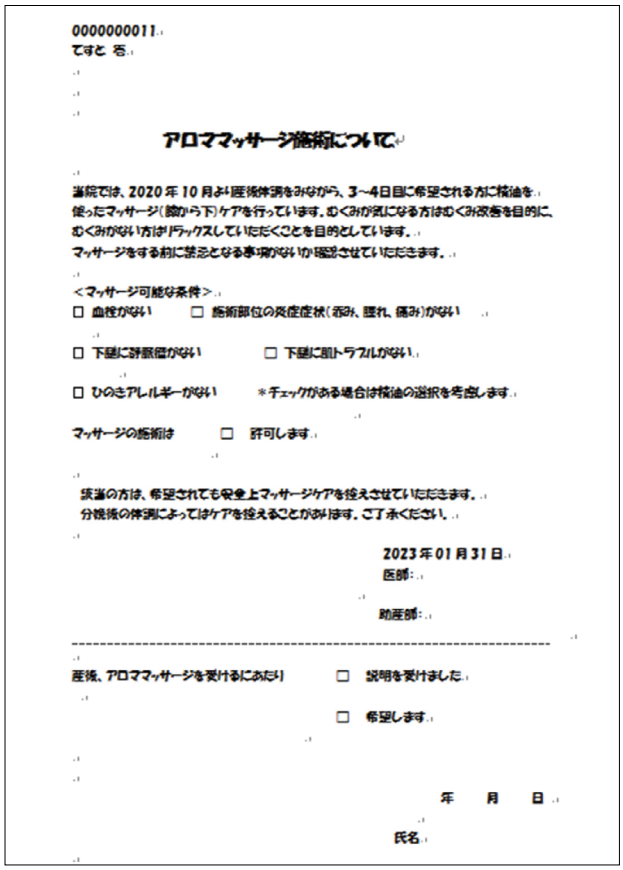
入院中の褥婦にアロママッサージによる深いリラックスと下肢浮腫軽減により心身ともに癒すケアを提供する．その産褥回復効果を評価と共に，新しいケアを導入し定着を成功させたプロセスを振り返る．

方　法

1．下肢アロママッサージ対象者
　1）対象は当院で分娩後の褥婦のうち下肢アロママッサージ希望者
　2）除外基準
　　①　バイタルサイン不安定で全身管理を必要とする状態
　　②　感染症等で隔離が必要な状態
　　③　医師の問診および皮膚観察で，血栓症，下肢に炎症症状・静脈瘤・皮膚トラブルがある
2．下肢アロママッサージ方法
　1）医師が褥婦に対しアレルギーに対する問診と下肢皮膚状態の観察を行った後に，マッサージ施行の許可を指示する（図1）．
　2）褥婦がブレンド精油を選択する（表1）．

表1

リラックスブレンド	◆ ラベンダー：鎮痛，血圧を下げる，眠りを誘う作用 ◆ オレンジ：リラックス効果，血行促進作用 ◆ ゼラニウム：自律神経を整える，利尿作用
浮腫改善ブレンド	◆ サイプレス：ヒノキから採取されているため花粉症者には使用しない ◆ グレープフルーツ：利尿作用 ◆ フランキンセンス：利尿作用



0000000011
てすと 名

アロママッサージ施術について

当院では、2020年10月より産後休調をみながら、3~4日目に希望される方に精油を使ったマッサージ（膝から下）ケアを行っています。むくみが気になる方はむくみ改善を目的に、むくみがない方はリラックスしていただくことを目的としています。
マッサージをする前に禁忌となる事項がないか確認させていただきます。

＜マッサージ可能な条件＞
□ 血栓がない　□ 施術部位の炎症症状（赤み、腫れ、痛み）がない
□ 下腿に静脈瘤がない　□ 下腿に皮膚トラブルがない
□ ひのきアレルギーがない　＊チェックがある場合は精油の選択を考慮します。

マッサージの施術は　□ 許可します。

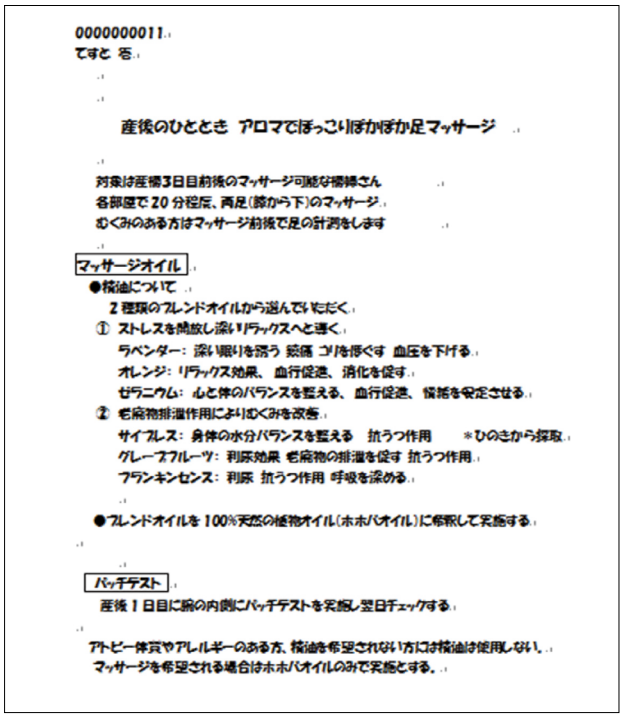
妊婦の方は、希望されても安全上マッサージケアを控えさせていただきます。
分娩後の体調によってはケアを控えることがあります。ご了承ください。

2023年01月31日
医師:
助産師:

産後、アロママッサージを受けるにあたり　□ 説明を受けました。
□ 希望します。

年　月　日
氏名

図1



0000000011
てすと 名

産後のひとときアロマでぽっこりぽかぽか足マッサージ

対象は産婦3日目前後のマッサージ可能な褥婦さん
各部屋で20分程度、両足（膝から下）のマッサージ
むくみのある方はマッサージ前後で足の計測をします

マッサージオイル
●精油について
2種類のブレンドオイルから選んでいただく
① ストレスを開放し深いリラックスへと導く
ラベンダー：深い眠りを誘う 鎮痛 ゴリを修ぐす 血圧を下げる
オレンジ：リラックス効果、血行促進、消化を促す
ゼラニウム：心と体のバランスを整える、血行促進、慢性を安定させる
② 老廃物排泄作用によりむくみを改善
サイプレス：身体の水分バランスを整える　抗うつ作用　＊ひのきから採取
グレープフルーツ：利尿効果 老廃物の排泄を促す 抗うつ作用
フランキンセンス：利尿 抗うつ作用 呼吸を深める
●ブレンドオイルを100%天然の植物オイル（ホホバオイル）に希釈して実施する

パッチテスト
産後1日目に腕の内側にパッチテストを実施し翌日チェックする

アトピー体質やアレルギーのある方、精油を希望されない方には精油は使用しない。
マッサージを希望される場合はホホバオイルのみで実施とする。

図2

図3

3）助産師がブレンド精油でパッチテストを施行する（表2）.
4）パッチテスト確認後，下肢マッサージを約20分施行する（図2）.
5）触診にて浮腫がある褥婦には，施術前後に下肢の三ヶ所の周囲径を計測する.
6）施行後，身体的・心理的アンケートを実施する.

3. 倫理的配慮

1）ケア実施に関して，妊産婦に強制力が働かないように提案し，妊産婦の自由意思のもとケアを施行する.
2）アンケートは，個人が特定されないように匿名化し，自由回答とした.

4. 効果的に行うための環境整備

褥婦が日常生活から離れリラックスして，下肢アロママッサージを受けることができるように環境整備を行なった．病棟では使用頻度の少なかったシャンプー室をアロママッサージが施行できるスペースとして，外界からの刺激を少なくするために遮光カーテンへ変更し，壁紙にウォールステッカーを用い，温かみのある空間となるように工夫した．快適な空間温度を保てるように温冷風機を設置した．また褥婦が安楽を保て，助産師が無理のない姿勢でケア施行できるようにマッサージベットを導入した（図3）.

5. 安全性の確保

産婦人科医師と協働してケアを取り組むようにした．精油を用いるケアの副作用として挙げられるアレルギーや皮膚トラブルを回避し安全に施行するための対策を検討し，医師が褥婦に対しアレルギーに対する問診と下肢皮膚状態の観察を行った後に，マッサージ施行の許可を指示し，助産師がブレンド精油（表1）でパッチテストを施行することとした（表2）．またケア実施後に，皮膚トラブル等が生じた際は，褥婦自らの保険医療を用いて治療することとした．ケア内容や医師の診察や指示がわかりやすく褥婦とも共有できるように，ケアの説明及び同意書を作成し，電子カルテ内で出力・保存できるよう

表2

日数	内容
妊娠後期	産後の下肢アロママッサージの案内・希望の有無を聴取
産後1日目	下肢アロママッサージの希望を確認，説明・同意書を準備
産後2日目	医師による施術前の下肢診察 同意書を用いた施術内容の最終確認 精油を選びパッチテスト実施
産後3日目以降	パッチテストの反応確認 アロママッサージ実施（約20分） 足背・足首・内果10cm上の3か所を施術前後に測定

にした（図1，2）.

6. 病棟内でのケア定着への工夫

1）産婦人科医師および看護管理者へのアプローチ

下肢アロママッサージの施行により今までの業務やケアへの悪影響がないこと，ケアは標準化され希望褥婦全員に施行できる体制を整えること，ケアを無料とすることで付加価値をつけ新規患者獲得の狙いがあることを伝えた.

2）実施者（助産師）への教育

アドバンス助産師2名が施行したオリーブ油を使用した下肢マッサージにおけるケア効果を病棟助産師へ伝達した．病棟助産師は，計測値の短縮という目にみえる下肢浮腫軽減効果や褥婦の評価の高さが予想以上であることに驚きケア導入に意欲的になり，さらに精油を使ったケアに関心を寄せた．そこで，助産業務を独り立ちしている3年目以上の助産師へアロマの知識および下肢マッサージの技術伝達による教育を開始した．2020年はコロナ禍であったため，4名までの少人数ずつの伝達・実技練習を繰り返し行なった．より手軽に映像で実技を復習できるようにYouTubeによる教材も作成し活用した.

3）病棟スタッフへの下肢アロママッサージの価値の周知

助産師以外の病棟スタッフへの下肢アロマケアを周知するために，実技モデルは，看護師・看護助手，産婦人科医とし，下肢アロママッサージの効果や価値を共有する機会とした.

結　　果

1. 期間：2020年10月1日～2022年11月30日
2. 対象：全褥婦338名のうち希望者304名（全褥婦の89.9%）

全褥婦のうち，下肢静脈血栓，産後心不全，産後下肢湿疹増悪やCOVID-19罹患による隔離管理中であるため医師より施術が許可されなかった褥婦は5名であった.

3. 浮腫および下肢アロママッサージによる変化

希望者304名中221名（72%）に触診で浮腫がみられた．下肢アロママッサージ前後における下肢計測では，60名が周囲径1.0㎝以上，152名が0.5～0.9㎝減少していた.

使用した精油は，リラックスブレンドが56%，浮腫改善ブレンドが43%，ホホバオイルのみが1%であった．精油の選択時にアレルギーの配慮として，花粉症のある褥婦にはヒノキから抽出されるサイプレスが含まれる浮腫改善ブレンドは使用しなかった.

4. アンケート結果

1）身体的不調

産後，褥婦が最も不調に思われたのは浮腫が全体の45%（129名）と最も多く，次いで腰痛・肩こり38%（110名），不眠28%（81名）・創痛25%（71名）だった.

2）気持ちの変化

無事に出産できたことによる安堵感が51%（146名）と最も多く，今後の心配が36%（102名）であった．産褥早期の出産・育児の開始は喜びが大きい反面，分娩による疲労や痛み，育児の開始による緊張は大きなストレッサーになっていることがわかる.

アロママッサージを受けたことが不調への効果に役立ったが80%を占めており，産褥早期の褥婦へのケアとして有効であったといえる.

3）マッサージの感想

産褥早期の疲労や緊張が続く中で，リラックス・癒されたという感想が70%を占めた．浮腫などの症状改善は25%（72名）であった.

実際の感想として「身体がリラックスでき足が軽くなりました」「夜もぐっすり眠れました」「しばらく足がポカポカしてきもちよかった」「いい香りの中リラックスできたことで一旦リセットできました」「自分のために何かしてもらえることが嬉しい」など肯定的な内容であった．マッサージ中静かに休む方や分娩介助した助産師が共に分娩を振り返ることで，自らの思いを話された．コロナ禍であるがゆえに誰かとゆっくり対話することがうれしかったとの感想もあった.

考　　察

1. 下肢アロママッサージによる浮腫への効果

アロママッサージにより末梢循環の改善と精油による老廃物排泄作用[2]の効果から施術前後で下肢の計測値は減少し，また褥婦の感想からも浮腫の軽減を図ることができた．施術時間は約20分としていたが，食事やシャワー浴，睡眠，授乳や育児指導等，褥婦の生活リズムの中で実施すること，またマッサージが心地よいものとして，疲労を生じさせない時間として適切であった．また，医師の診察を下肢アロママッサージ前に実施していたことで，ブレンド精油を用いた皮膚トラブルおよびアレルギーなど身体的トラブルは生じなかった.

2. 下肢アロママッサージによる心身への効果

褥婦は浮腫だけでなく，腰痛・肩こり・不眠など身体的な不調感を抱えていたが，8割の褥婦が，下肢アロママッサージが不調に役だったとしていた．アロマとマッサージによる筋緊張の緩和，血行促進，精油の成分が速やかに吸収された[3]こと，また副交感神経を優位にし，リラックスできたためと考えられる．また施術中に助産師と対話できる機会となったことは，コロナ禍において，人との会話が減少し，人との関係性が希薄化していることでのストレス緩和の一助になったと考える.

3. アロマケア導入後の組織内での変化

分娩を担当した助産師が褥婦と分娩を振り返るバースレビューを以前からケアとして実施してきた．バースレビューは褥婦にとっては，自分自身の分娩体験そのものを見つめ直し，捉え直すことで，分娩体験を受容し，分娩までの様々な気持ちを整理し，終結させることで，セルフケアを行い，母親役割を獲得する次のステップを踏み出すことができるようになる．助産師にとっては，褥

婦と関係性をさらに深めることができ，また助産ケアのフィードバックを得る機会となる．バースレビューは褥婦といかに対話するかでケアリングとしての価値が変化する．アロマケアを実施しながら褥婦と分娩を振り返ることで，褥婦と自然に対話できる助産師が増えてきた．褥婦からの，「リラックスできたことで気持ちがリセットでき頑張ろうと思えた」など前向きなアンケート結果を見て，身体へ直接ケアすることの大切さややりがいを感じたと喜ぶ助産師の反応があった．褥婦からのケアに対するポジティブな評価が得られことが，助産師のケアへの探求心や向上心にも寄与していると考える．

またケア前のパッチテストや浮腫の評価に下肢測定をしていること，褥婦の肯定的な声から医師にもアロマケアの理解が得られ，褥婦のケアについて協働できる体制となった．そのことにより，助産師だけでなく病棟看護師にもアロマケアの安全性が伝わり，受け入れやすくなった．その結果，下肢マッサージだけでなく，アロマを用いた他のケアへの発想につながり，分娩進行中の産婦や他科の患者に精油を使用した足浴や手浴など対象者が拡大してきた．

結　　語

2020 年 10 月より導入した褥婦の下肢アロママッサージにより，70% の褥婦の下肢浮腫が軽減する効果が得られ，「リラックスできた，癒された」，分娩介助を行なった助産師と分娩を振り返ることができたと褥婦より肯定的意見が聞かれた．導入に至るプロセスにおいて，産婦人科医師及び助産師が協働し，産褥早期の心身回復を促すケアを再考する機会となった．

今後の課題及び展望

患者の身体の状態やニーズに応じてケア方法を拡大していくことができるようにアロマについて研鑽し，産褥期には重要な乳房ケアの一つとしての背部マッサージを実践していきたい．また，産婦人科・乳腺外科等他科の患者の清潔ケアやリラックスケアなど，日常ケアへ少し工夫をすることで，入院中少しでも穏やかに過ごせるようなケアを検討したい．

引　用　文　献

1）今西二郎　著：1 章アロマセラピー序論．補完・代替医療　メディカル・アロマセラピー（第 1 版），京都，金芳堂，2006，2
2）川端一永：各種精油の効能と主要成分．臨床で使うメデイカルアロマセラピー（第 1 版），川端一永，田水智子，吉井友季子，大阪，メディカ出版，2000，143
3）今西二郎：メディカル・アロマセラピーの基礎，医学のあゆみ　2003；204(8)：523

Abstract

Introduction of Aroma Massage of Lower Limbs for Postpartum Treatment

Postpartum is a time for recovery to the pre-natal condition after childbirth during which the puerpera undergoes various hormonal changes and is an unstable period both mentally and physically due to psychosocial changes occurring with the start of childcare. In the early postpartum stage, autonomic imbalance occurs due to the fatigue and pain accompanying childbirth and tension in starting childcare. Special care is required to help restore the body and mind for recovery from the exhaustion. At our hospital, 70% of the puerpera had complaints of lower limb edema, and they were discharged before completely recovering by selfcare. After starting lower limb massage (lower limb aroma massage), the edema was improved in 25% of the puerpera, and 80% of the puerpera showed signs of improvement of postpartum disorders. The introduction of this postpartum care was rewarding for the midwife.

Ichiyo Iso

Ward 4B, Department of Nursing, Kyoto City Hospital

(J Kyoto City Hosp 2023; 43:78–82)

Key words: Aroma massage, Puerpera, Lower limb edema

2022 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　　浅井　由美　　香月　奈穂美　　岸本　光夫

第 1 回　2022 年 6 月 4 日
多発性骨髄腫の一例
［症例］70 代男性
［臨床診断］多発性骨髄腫
［臨床経過］BJP-λ 型多発性骨髄腫（MM）を発症し，化学療法や放射線療法など行われていたが，病勢悪化し死亡された．
［臨床上の問題点］多発性骨髄腫の状態と死因．
［病理解剖診断］
主病変：
1. 多発性骨髄腫
　a）骨病変（多発：左第 2-3 肋骨，椎骨，胸骨，胸椎－腰椎）
　b）髄外病変（両腎，脾臓，肝臓，胆嚢，腸間膜，後腹膜，腹壁）（図 1）
　c）汎血球減少症
　　- 易感染性，易出血性，貧血
2. サイトメガロウイルス肺炎（左肺：562 g，右肺：720 g）
- 真菌感染合併（図 2）
- 肺うっ血・肺水腫（器質化を伴う）
- 胸水貯留（左：350 ml，右：700 ml 黄色透明）
- 急性呼吸切迫症候群（ARDS）

主病変 1 に関連する病変：
　A）脾腫（307 g，腫瘍細胞浸潤による）
　B）消化管出血（胃びらん，結腸黒色内容物あり）
　C）膀胱出血
　D）骨髄腫腎（左腎：138 g，右腎：138 g）
副病変：
1. 心重量軽度増加（443 g）
2. 低異型度管状腺腫（10 mm 大 盲腸，結腸）
3. 両側副腎萎縮（左：4 g，右：6 g）
4. 両側腎嚢胞
5. 急性膵炎後（微小石灰化を伴う）
6. 粥状硬化症

［死因］
多発性骨髄腫の進行に伴う貧血や出血による循環状態の悪化に加え，易感染性を背景としたサイトメガロウイルス肺炎・真菌感染により ARDS をきたし，循環不全・呼吸不全で死亡したと推定する．

第 2 回　2022 年 8 月 4 日
多発性骨髄腫の一例
［症例］80 代男性
［臨床診断］多発性骨髄腫
［臨床経過］既往に食道癌・胃癌に対し食道亜全摘・胃全摘および R-Y 再建後（左反回神経麻痺合併），誤嚥性肺炎での入院歴を有する．多発性骨髄腫に対し，外来で化学療法中であったが，腎機能増悪を認め入院となった．入院後，多発性骨髄腫の増悪は否定的であり，入院直近に認めていた誤嚥性肺炎は改善傾向であったが，腎機能増悪，痰貯留が悪化し，死亡された．
［臨床上の問題点］腎障害の原因，肺炎の状態，消化管病変の原因とその程度，その他感染や炎症反応上昇の原因．
［病理解剖診断］
主病変：
　1. 多発性骨髄腫［IgA-λ+BJP-λ］
　2. 左右気管支内粘液性痰貯留
　3. ［胃癌・食道癌術後（食道・胃全摘，R-Y 再建＋遊離空腸再建）］

主病変 1 に関連する病変：
　A）アミロイドーシス（図 3）
　　心臓（481 g，心嚢液 20 ml 黄色透明），肺（右 481 g，左 541 g），腎臓（右 126 g，左 157 g），腸管，皮膚
　B）誤嚥性肺炎，瘢痕化
　C）偽膜性腸炎（全大腸）（図 4）
副病変：
1. 動脈硬化性病変

［死因］
食道癌・胃癌術後，空腸再建後（左反回神経麻痺合併）に伴い，唾液や口腔内異物を不顕性に誤嚥していたと考えられる．これらの誤嚥物や痰が気管支内に貯留し，急性腎不全および多発性骨髄腫を背景とした全身の衰弱により，痰の喀出ができず窒息に至り，呼吸不全で死亡したと推定する．

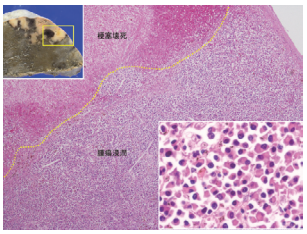


図 1　脾臓：腫瘍細胞浸潤による脾梗塞

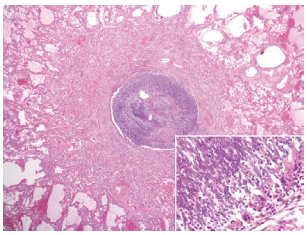


図 2　左肺：真菌感染巣

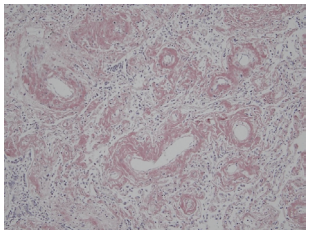


図 3　左肺：アミロイド沈着を認める（DFS 染色）

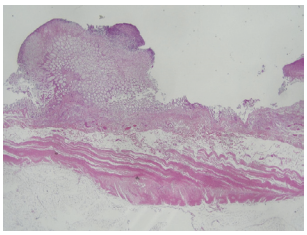


図 4　大腸：偽膜性腸炎（ルーペ像）

定例臨床研修案内

（R5. 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 am7:40 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 脳外科入院カンファレンス・抄読会 am8:30 脳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 am7:40 ＊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 脳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 ＊緩和ケア科カンファレンス am8:40 ＊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 乳腺外科抄読会 am8:00 循環器内科症例検討会 am8:00～am9:00 整形外科輪読会 am8:15 感染症科 microbiology round am8:20 ＊脳外科・脳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 呼吸器外科症例検討会 am11:00	泌尿器・病理カンファレンス（泌尿器 CBM） am8:00 乳腺外科抄読会 am8:00 感染症科 microbiology round am8:20 脳神経内科カンファレンス am8:30 麻酔科術前カンファレンス am8:30 緩和ケア科カンファレンス am8:45 ＊ICU モーニングラウンド am8:45 ＊ICU 術前カンファレンス am11:00 放射線治療カンファレンス am11:00
放射線診断カンファレンス pm0:15 産婦人科症例カンファレンス pm3:30 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 放射線科産婦人科画像カンファレンス（月 1 回第 4 月曜） pm4:30 麻酔科症例カンファレンス pm4:30 消化器内科症例検討会 pm4:30 産婦人科乳腺外科 HBOC カンファレンス（第 2 月曜） pm4:30 病理診断科放射線科カンファレンス（月 1 回） pm4:45（現在休止中） 小児科症例検討会・抄読会 pm4:45	放射線診断カンファレンス pm0:15 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 外科術前術後カンファレンス 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 呼吸器内科症例検討会 pm4:00 脳神経内科抄読会 pm4:00 泌尿器・放射線診断科カンファレンス pm4:45	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	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 小児がんカンファレンス pm2:00 精神神経科コンサルテーション・リエゾンカンファレンス pm4:00 ＊乳腺 CBM pm4:00 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	放射線診断カンファレンス pm0:15 血液内科 6D 病棟カンファレンス pm1:00 呼吸器外科多職種症例検討会 pm2:30 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 外科症例検討会 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） 血液内科骨髄標本検討会 pm4:45 放射線アンギオカンファレンス pm4:45
＊ICU イブニングラウンド pm5:00 呼吸器外科抄読会 pm5:30	＊ICU イブニングラウンド pm5:00 ＊腎病理カンファレンス pm5:00 ＊造血幹細胞移植 CBM（第 2 火曜日） pm5:00 脳外科術前カンファレンス pm5:00 整形外科術前症例検討会 pm5:00 甲状腺穿刺細胞診レビュー pm5:30 がんゲノムエキスパートパネル pm5:30 感染症研修会 pm5:30 眼科症例カンファレンス pm6:00	＊ICU イブニングラウンド pm5:00 内分泌内科 journal Club pm5:00 循環器シネ・RI カンファレンス pm5:00	＊ICU イブニングラウンド pm5:00 内科系カンファレンス pm5:00 β脳外科術前カンファレンス pm5:00 ＊CPC（年 5 回） pm5:00 泌尿器・放射線治療カンファレンス（CBM） pm5:00（隔週）	＊ICU イブニングラウンド pm5:00 脳波所見検討会 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（Ｒ４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
2023年2月4日 09:00-12:00	第20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／54名
	第Ⅰ郡　9:05　座長　診療部副統括部長　家原　典之 1. 泌尿器内視鏡手術セミナーで学んだこと	診療部 （研修医1年目）	大西　佑弥		
	2. リハビリテーションにより意識レベル・ADLの改善を認めた低血糖脳症の一例	糖尿病代謝内科 （専攻医）	小間　淳平		
	3. 医療従事者の腰痛軽減に向けた取り組みについて	リハビリテーション科	徳安　寛之		
	第Ⅱ郡　9:45　座長　臨床検査技術科技師長　山田　雅 4. CTワーキンググループの活動と成果	放射線技術科	柳川　雅夫		
	5. 放射線治療部におけるCOVID－19陽性患者に対する事業継続計画の再構築	放射線技術科	岸本　怜美		
	6. COVID-19に対する院内PCR検査業務の構築と現状	臨床検査技術科	坂本　竜也		
	7. 心臓カテーテル治療へのインカムの導入効果とその検証	臨床工学科	足立　翔吾		
	第Ⅲ郡　10:35　座長　事務局管理PFI担当課長　桑原秀喜 8. 総合的・専門的な相談支援体制の強化のための外来相談予約制の導入について	患者支援センター	高橋　由起		
	9. 給食委託会社の宅配食を活用した新型コロナウイルス感染症患児の付添食の導入	栄養科	植木　明		
	10. 整備運用事業の現状と課題	事務局 管理PFI担当	星野　和之		
	第Ⅳ郡　11:15　座長　7D病棟師長　吉田真奈里 11. 産後のアロママッサージ導入による効果	4B病棟	磯　市代		
	12. 地域包括ケアシステムの中で求められる看護専門外来の役割	外来	山内　光子		
2023年2月4日 13:15-17:00	第20回院内合同研究発表会　第2部 看護実践報告会　座長　手術室 看護師長　吉田　広美 3B病棟 副看護師長　的野　早苗 手術室 副看護師長　上出奈津枝			病院全職員	生涯教育委員会／50名 （現地29名，Web参加者21名）
	13:15　開会挨拶　3D病棟　看護師長　上野美香 Ⅰ　看護実践報告 テーマ「地域を支えるプロフェッショナル」 1. 看看連携体制を強化するための看護専門外来の働き	7D病棟放射線看護認定看護師	中川　紀直		
	2. 救急室における患者経験価値（PX）調査の実践報告	救急室 看護師	坂口　真梨子		
	3. DVDを使った地域への継続看護技術支援	7D病棟 看護師	寺山　香苗		
	4. 認知症患者の退院支援～多職種協働における養護者支援～	看護部　認知症看護認定看護師	椎名　奏		
	5. トランジションの視点でとらえた若年性脳卒中患者の発症から半年間の経験	看護部 副看護師長	阪野　真弓子		
	6. パネルディスカッション		平井　亮		
	Ⅱ　委員会実践報告 テーマ「パートナーシップ　マインドの醸成」 1. 患者支援リンクナース会　地域を繋ぐ役割	副看護師長			
	2. 看護補助者員会　看護専門職として補助者への依頼や連携	看護部　看護師長	池田　零		
	3. 副師長会　ちょこっとサポート（補完）していこう	3B病棟　副看護師長	太田　あゆみ		
	Ⅲ　賞状授与 17:00　閉会挨拶　副院長　半場　江利子				

医療安全管理委員会主催研修会

日程	テーマ：要旨（Abstract）	所 属	講師	対象者	参加人数
2022年5月18日 2022年5月20日	麻薬・向精神薬等の院内での取扱いを中心に	薬剤科	近藤 沙耶	病院全職員	53名
2022年5月20日 -2022年6月30日 eラーニング				病院全職員	432名
2022年8月17日	医療の質マネジメント基礎講座第8回医療安全管理システムと医療安全に関わる制度 ～組織的医療安全の推進～	医療安全推進室	長久 真紀子	病院全職員	50名
2022年8月17日 -2022年10月17日 eラーニング				病院全職員	1,186名
2022年12月13日 2022年12月21日	京都市立病院のMETを解説します	看護部管理室 救急室	平井 亮 坂口 真梨子	病院全職員	66名
2022年12月21日 -2023年2月7日 eラーニング				病院全職員	1,221名

褥瘡対策リンクナース会

日程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講師	対象者	参加人数
2022年5月17日 16:00-17:10	・令和4年度リンクナース会のミッションと目標，活動 ・リンクナースの役割と活動 ・褥瘡対策に関する情報共有 ・令和4年度診療報酬改定に伴う変更点 ・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 ・NSTリンクナースとの連携，栄養管理	看護部	吉田 真奈里 堤 佳代子 白岩 喜美代 長谷川 優子	褥瘡対策リンクナース	20名
2022年6月21日 16:00-17:00	・褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤 ・褥瘡回診への参加について ・アクシデントレベルの褥瘡（MDRPU）発生症例情報共有 ・褥瘡対策関連看護診断変更	看護部	白岩 喜美代 長谷川 優子	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師	18名
2022年7月19日 16:00-17:00	・褥瘡対策，NST関連情報共有 ・グループワーク；最新版NANDAの看護診断名を使用した看護計画検討，効率的に利用できる看護指示や経過表の観察項目の検討	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
2022年9月20日 16:00-17:00	・文書「褥瘡対策に関する療計画書Ver3」の変更点 ・入院診療計画書の特別な栄養管理の必要性有無の選択 ・褥瘡対策関連看護計画6項目のマスター登録用ファイルの内容 ・意思決定支援に関するアンケートについて（NST）	看護部	白岩 喜美代 長谷川 優子	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師	20名
2022年10月18日 16:00-17:00	・文書「褥瘡対策に関する診療計画書Ver3」へ変更後の経過報告 ・褥瘡対策対象者に対する保湿ケア ・炭酸飲料に特化したとろみ調整食品の新発売について	看護部	白岩 喜美代 長谷川 優子	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師	19名
2022年11月15日 16:00-17:00	・DESIGN-R2020について；DESIGN-Rからの変更点 ・褥瘡予防対策マニュアル ・体圧分散寝具選択について ・ディスカッション；各部署の対策に関する工夫，他部署に聞きたい事 ・踵部のモイスキンパッドやパーミロールを上手く貼付する方法の演習 ・NST関連情報の部署での周知について	看護部	白岩 喜美代 長谷川 優子	褥瘡対策リンクナース	18名
2022年12月20日 16:00-17:00	・スタッフハンドブック改訂に伴う褥瘡対策関連部分の変更について ・リンクナースの活動時間	看護部	白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース	18名
2023年1月17日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報 ・褥瘡対策リンクナース，NSTリンクナース対象アンケート実施について	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	20名

日程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講師	対象者	参加人数
2023年２月21日 16:00-17:00	・褥瘡対策，NST 関連情報共有 ・褥瘡対策リンクナース，NST リンクナース対象アンケート結果について ・各部署の課題と取組について発表	看護部	吉田　真奈里 堤　佳代子 白岩　喜美代 長谷川　優子	褥瘡対策リンクナース	20 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
2022年８月22日	ダビンチ血管損傷事例	医療安全推進室	岡野　創造	医療安全推進室	８名
2022年９月20日				当該科医師・当該部署看護	14 名
2023年３月20日	転倒後外傷性くも膜下出血事例	医療安全推進室	岡野　創造	当該科医師・当該部署看護師	11 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
2022年７月19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	中　謙太	病院全職員	―
2022年８月17日 （院内情報web上にスライド掲載）	5 分でわかる義歯のあれこれ	歯科口腔外科	小林　安奈	病院全職員	―
2022年10月４日 （院内情報web上にスライド掲載）	とろみがみえる vol. 3　摂食・嚥下	リハビリテーション科	原田　みのり	病院全職員	―
2022年12月５日 17:30-18:10	食べられない人のトリセツ　ABCDE を添えて	腎臓内科	山本　耕治朗	病院全職員	11 名
2023年１月11日 -2023年２月10日 （e-learning 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	21 名
2023年２月７日 17:30-18:30	今さら聞けない経管栄養の手技と基本ほんのすこ～しだけうんちのはなしも	看護部	長谷川　優子	病院全職員	10 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
2022年４月21日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会 「緩和ケア概論＋もしバナゲーム」	緩和ケア科	大西　佳子	病院全職員， 地域の医療従事者	８名
2022年５月19日 18:;00-18:30	緩和ケア勉強会 「オピオイド鎮痛薬」	緩和ケア科	高井　孝治	病院全職員， 地域の医療従事者	15 名
2022年６月23日 18:00-19:00	緩和ケア勉強会 「鎮痛補助薬」	薬剤科	實光　由香	病院全職員， 地域の医療従事者	17 名
2022年７月21日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会 「患者の意思決定を支える（仮題）」	看護部 MSW	藤原　果林 中島　幸枝	病院全職員， 地域の医療従事者	28 名
2022年９月16日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会 「緩和ケアにおける不眠（仮題）」	精神神経科	宮澤　泰輔	病院全職員， 地域の医療従事者	10 名
2022年10月21日 18:00-19:15	特別講演 「がん疼痛におけるインターベンショナル治療の最前線」	沖縄中部徳州会病院 疼痛治療科 統括部長	服部　政治	病院全職員， 地域の医療従事者	33 名
2022年10月28日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会 「非がんの緩和ケア～呼吸不全～」	呼吸器内科	古田　健二郎	病院全職員， 地域の医療従事者	12 名
2022年11月17日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会 「褥瘡」	褥瘡チーム 皮膚・排泄ケア認定看護師	白岩　喜美代	病院全職員， 地域の医療従事者	12 名
18:30-19:00	「栄養」	栄養科	原田　麻子		
2022年12月15日 18:30-19:01	緩和ケア勉強会 「リハビリテーション」	リハビリテーション科	小林　宗一郎	病院全職員， 地域の医療従事者	15 名

日 程	テーマ・要旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人員
2023年1月19日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会 「口腔の緩和医療・緩和ケア」	歯科口腔外科	南 小百合	病院全職員， 地域の医療従事者	5名
2023年2月17日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会 「マインドフルネス」	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	25名
18:30-19:00	「見えないものに心を寄せる～患者さんとご家族に対して私たち医療者は何ができるか～ 」	ホリスティック医療研究所宝塚ステーション 所長	石川 信彦		
2023年3月16日 18:30-19:00	緩和ケア勉強会 「緩和ケア病棟における事例検討」	看護部	5E病棟看護師	病院全職員， 地域の医療従事者	15名

CBM記録

日 程	対 象 癌 腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
造血幹細胞移植合同カンファレンス					
2022年4月12日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	4名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	13名
2022年5月10日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	4名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	6名
2022年6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	田村 真一 伊藤 満	9名
2022年7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	5名
2022年8月23日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	3名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	10名
2022年9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	5名
2022年10月18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	6名
2022年11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	6名
2022年12月13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
2023年1月17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	6名
2023年2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
2023年3月14日	急性リンパ性白血病，急性骨髄性白血病など	6名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	8名
血液内科・病理合同カンファレンス					
2022年4月8日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	11名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	11名
2022年4月22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5月6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
2022年5月27日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	8名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	9名

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2022年６月10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	12名
2022年７月１日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	10名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	12名
2022年７月15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
2022年７月29日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	５名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	７名
2022年８月12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	10名
2022年８月26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
2022年９月９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	９名
2022年９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
2022年10月７日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	８名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	７名
2022年10月21日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	８名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	９名
2022年11月11日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	６名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	８名
2022年11月25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	５名
2022年12月16日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	６名	病理診断科 血液内科	香月　奈穂美 伊藤　満	５名
2022年12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	香月　奈穂美 伊藤　満	９名
2023年１月６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
2023年１月20日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	５名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	７名
2023年２月３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	８名
2023年２月17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 宮原　裕子	６名
2023年３月10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
2023年３月24日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	２名	病理診断科 血液内科	岸本　光夫 伊藤　満	９名
乳腺キャンサーボードミーティング					
2022年４月７日	乳がん	４名	外科 放射線科 病理診断科	何　佳曦 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
2022年4月14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 香月 奈穂美	5名
2022年4月21日	乳がん	3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	6名
2022年4月28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	7名
2022年5月12日	乳がん	5名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 森澤 信子 岸本 光夫	6名
2022年5月19日	乳がん	1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
2022年5月26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
2022年6月2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6月9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	7名
2022年6月16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6月23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
2022年6月30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	5名
2022年7月7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	8名
2022年7月14日	乳がん	3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
2022年7月21日	乳がん	1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	5名
2022年7月28日	乳がん	3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

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2022年８月４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	９名
2022年８月18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 香月　奈穂美	５名
2022年８月25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	５名
2022年９月８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
2022年９月15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	５名
2022年９月22日	乳がん	２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
2022年９月29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
2022年10月26日	乳がん	３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	６名
2022年10月13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	11名
2022年10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	９名
2022年10月27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
2022年11月10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11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 香月　奈穂美	７名
2022年12月１日	乳がん	９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	９名
2022年12月８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 平田　希美子	９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12月15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	6名
2022年12月22日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 村上 高志 香月 奈穂美	5.名
2023年1月5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	8名
2023年1月12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	8名
2023年1月19日	乳がん	3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	5名
2023年1月26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 香月 奈穂美	8名
2023年2月2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
2023年2月9日	乳がん	6名	外科 病理診断科	森口 喜生 岸本 光夫	7名
2023年2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
2023年3月2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	8名
2023年3月9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
2023年3月16日	乳がん	4名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 平田 希美子 岸本 光夫	6名
2023年3月23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
2023年3月30日	乳がん	2名	外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 平田 希美子 岸本 光夫	5名
呼吸器キャンサーボードミーティング					
2022年4月4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	14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４月11日	肺がん	９名	呼吸器内科	江村　正仁	10名
			呼吸器外科	河野　朋哉	
			放射線科	大津　修二	
2022年４月18日	肺がん	９名	呼吸器内科	江村　正仁	11名
			呼吸器外科	河野　朋哉	
			放射線科	大津　修二	
2022年４月25日	肺がん	12名	呼吸器内科	古田　健二郎	11名
			呼吸器外科	宮原　亮	
			放射線科	里上　直衛	
2022年５月２日	肺がん	９名	呼吸器内科	江村　正仁	11名
			呼吸器外科	河野　朋哉	
			放射線科	里上　直衛	
2022年５月９日	肺がん	14名	呼吸器内科	江村　正仁	９名
			呼吸器外科	村西　佑介	
			放射線科	平田　希美子	
2022年５月16日	肺がん	10名	呼吸器内科	江村　正仁	14名
			呼吸器外科	宮原　亮	
			放射線科	大津　修二	
2022年５月23日	肺がん	13名	呼吸器内科	江村　正仁	10名
			呼吸器外科	宮原　亮	
			放射線科	大津　修二	
2022年５月30日	肺がん	９名	呼吸器内科	江村　正仁	13名
			呼吸器外科	宮原　亮	
			放射線科	里上　直衛	
2022年６月６日	肺がん	10名	呼吸器内科	江村　正仁	12名
			呼吸器外科	宮原　亮	
			放射線科	大津　修二	
2022年６月13日	肺がん	15名	呼吸器内科	江村　正仁	15名
			呼吸器外科	宮原　亮	
			放射線科	里上　直衛	
2022年６月20日	肺がん	７名	呼吸器内科	江村　正仁	12名
			呼吸器外科	宮原　亮	
			放射線科	大津　修二	
2022年６月27日	肺がん	10名	呼吸器内科	江村　正仁	15名
			呼吸器外科	宮原　亮	
			放射線科	里上　直衛	
2022年７月４日	肺がん	11名	呼吸器内科	江村　正仁	12名
			呼吸器外科	宮原　亮	
			放射線科	大津　修二	
2022年７月11日	肺がん	11名	呼吸器内科	江村　正仁	９名
			呼吸器外科	宮原　亮	
			放射線科	里上　直衛	
2022年７月25日	肺がん	11名	呼吸器内科	江村　正仁	11名
			呼吸器外科	宮原　亮	
			放射線科	平田　希美子	

日　程	対　象　癌　腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2022年8月1日	肺がん	9名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 村西　佑介 里上　直衛	8名
2022年8月8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 平田　希美子	8名
2022年8月15日	肺がん	9名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 村上　高志	9名
2022年8月22日	肺がん	6名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 里上　直衛	13名
2022年8月29日	肺がん	11名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	13名
2022年9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	9名
2022年9月12日	肺がん	13名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 村西　佑介 大津　修二	10名
2022年9月26日	肺がん	13名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小林　祐介 宮原　亮 大津　修二	9名
2022年10月3日	肺がん	10名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	古田　健二郎 河野　朋哉 里上　直衛	8名
2022年10月17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 平田　希美子	12名
2022年10月24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
2022年10月31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 大津　修二	13名
2022年11月7日	肺がん	9名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	古田　健二郎 宮原　亮 大津　修二	8名
2022年11月14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 村上　高志	14名
2022年11月21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 村上　高志	10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11月28日	肺がん	9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	15名
2022年12月5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	10名
2022年12月12日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小林　祐介 宮原　亮 村上　高志	10名
2022年12月19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	13名
2022年12月26日	肺がん	19名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 平田　希美子	10名
2023年1月16日	肺がん	13名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小林　祐介 宮原　亮 大津　修二	8名
2023年1月23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 里上　直衛	7名
2023年1月30日	肺がん	12名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小林　祐介 村西　佑介 里上　直衛	8名
2023年2月6日	肺がん	9名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	五十嵐　修太 河野　朋哉 村上　高志	4名
2023年2月13日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	五十嵐　修太 宮原　亮 大津　修二	10名
2023年2月20日	肺がん	4名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	太田　登博 河野　朋哉 里上　直衛	7名
2023年2月27日	肺がん	4名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	五十嵐　修太 河野　朋哉 里上　直衛	6名
2023年3月6日	肺がん	5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
2023年3月13日	肺がん	6名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	江村　正仁 宮原　亮 大津　修二	14名
2023年3月20日	肺がん	1名	呼吸器内科 放射線科	小林　祐介 里上　直衛	5名

日 程	対 象 癌 腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2023年3月27日	肺がん	12名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小林 祐介 宮原 亮 大津 修二	11名
消化管キャンサーボードミーティング					
2022年4月14日	消化管癌	6名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 山本 栄司 大津 修二	19名
2022年4月21日	消化管癌	4名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 山本 栄司 大津 修二	25名
2022年5月12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	24名
2022年5月19日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科	桐島 寿彦 松尾 宏一 大津 修二	22名
2022年5月26日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 玉置 信行 大津 修二	18名
2022年6月2日	消化管癌	4名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 山本 栄司 大津 修二	25名
2022年6月9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	24名
2022年6月16日	消化管癌	4名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 山本 栄司 大津 修二	30名
2022年6月23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	25名
2022年7月7日	消化管癌	4名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 山本 栄司 大津 修二	29名
2022年7月14日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 山本 栄司 大津 修二	24名
2022年8月4日	消化管癌	4名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 山本 栄司 大津 修二	24名
2022年8月18日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科	桐島 寿彦 山本 栄司 早川 延幸	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９月15日	消化管癌	１名	消化器内科	山下　靖英	19名
			外科	山本　栄司	
			放射線科	大津　修二	
2022年10月27日	消化管癌	１名	消化器内科	山下　靖英	21名
			外科	山本　栄司	
			放射線科	藤本　良太	
2022年11月10日	消化管癌	１名	消化器内科	山下　靖英	17名
			外科	山本　栄司	
			放射線科	藤本　良太	
2022年11月24日	消化管癌	３名	消化器内科	山下　靖英	22名
			外科	山本　栄司	
			放射線科	大津　修二	
2023年１月19日	消化器癌	４名	消化器内科	山下　靖英	24名
			外科	山本　栄司	
			放射線科	早川　延幸	
2023年１月26日	消化器癌	１名	消化器内科	山下　靖英	19名
			外科	山本　栄司	
			放射線科	藤本　良太	
2023年２月２日	消化器癌	１名	消化器内科	山下　靖英	17名
			外科	山本　栄司	
			放射線科	藤本　良太	
2023年２月９日	消化器癌	１名	消化器内科	山下　靖英	24名
			外科	山本　栄司	
			放射線科	大津　修二	
2023年２月16日	消化器癌	２名	消化器内科	山下　靖英	25名
			外科	山本　栄司	
			放射線科	大津　修二	
2023年３月２日	消化器癌	１名	消化器内科	宮川　昌巳	14名
			外科	山本　栄司	
			放射線科	藤本　良太	
2023年３月９日	消化器癌	２名	消化器内科	山下　靖英	24名
			外科	山本　栄司	
			放射線科	大津　修二	
2023年３月16日	消化管癌	１名	消化器内科	山下　靖英	18名
			外科	松尾　宏一	
			放射線科	藤本　良太	
2023年３月23日	消化管癌	１名	消化器内科	山下　靖英	24名
			外科	山本　栄司	
			放射線科	大津　修二	
肝臓キャンサーボードミーティング					
2022年４月15日	肝臓がん	２名	消化器内科	宮川　昌巳	２名
			放射線科	谷掛　雅人	
2022年４月22日	肝臓がん	１名	消化器内科	宮川　昌巳	８名
			放射線科	藤本　良太	

日 程	対 象 癌 腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2022年5月6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
2022年5月13日	肝臓がん	1名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	4名
2022年5月20日	肝臓がん	1名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	7名
2022年6月17日	肝臓がん	1名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	3名
2022年7月15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
2022年7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	2名
2022年10月21日	肝臓がん	1名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 谷掛 雅人	8名
2023年1月6日	肝臓がん	1名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 森澤 信子	5名
2023年2月24日	肝臓がん	1名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 森澤 信子	5名
2023年3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
2023年3月10日	肝臓がん	3名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 藤本 良太	4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
2022年4月5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4月12日 17:00-17:30	Changes in type 2 diabetes trends in children and adolescents during the Covid-19 pandemic ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107：e2777-e2782	内分泌内科	藤島 雄幸	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年4月26日 17:00-17:30	Effects of hydrocortisone and yohimbine on selective attention to emotional cues ／J Psychopharm 2021;35:755-759	内分泌内科	城野 雄一	内科医師，専攻医，研修医	7名
2022年5月11日 17:00-17:30	Effective GH replacement with once-weekly somatostatin vs daily GH in children with GHD：3-year results from REAL3 ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107:1357-1367	内分泌内科	川合 満	内科医師，専攻医，研修医	5名
2022年5月12日 17:00-17:30	Relation of testosterone, dehydrotestosterone, and estradiol with changes in outcomes measures in the testosterone trials ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107:1257-1269	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年5月19日 17:00-17:30	Incidence of benign and malignant tumors in patients with acromegaly in increased：a nationwide population-based study ／J Clin Endocrinol Metab 2021;106:3487-3496	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年5月26日 17:00-17:30	SARS-CoV-2 vaccine-induced thyroiditis：safety of revaccinations and clinical follow-up ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107：e1823-e1834	内分泌内科	小嶋 勝利	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６月１日 17:00-17:30	Symptoms and glycemic control in young people with type 1 diabetes following SARS-CoV-2 infection：an observational study ／J Clin Endocrinol Metab　2022;107：e3264-e3272	内分泌内科	藤島　雄幸	内科医師，専攻医，研修医	３名
2022年６月８日 17:00-17:30	Characterization of subtypes of BRAF-mutant papillary thyroid cancer defined by their thyroid differentiation score ／J Clin Endocrinol Metab　2022;107:1030-1039	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	４名
2022年６月15日 17:00-17:30	Fourth dose of BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in a nationwide setting ／J Clin Endocrinol Metab　2022;107:1603-1614	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	５名
2022年６月22日 17:00-17:30	Corticosteroid-binding globulin deficiency independently predicts mortality in septic shock ／J Clin Endocrinol Metab　2022;107:1636-1646	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	５名
2022年６月29日 17:00-17:30	Prolonged use of proton pump inhibitors and risk of type 2 diabetes：results from a large population-based nested case-control study ／J Clin Endocrinol Metab　2022;107：e2675-e2679	内分泌内科	山添　万愛	内科医師，専攻医，研修医	５名
2022年７月６日 17:00-17:30	Effect of COVID-19 vaccines on thyroid function and autoimmunity and effect of thyroid autoimmunity on antibody response ／J Clin Endocrinol Metab　2022;107：e3781-e3789	内分泌内科	藤島　雄幸	内科医師，専攻医，研修医	５名
2022年７月13日 17:00-17:30	BNT162b2 vaccine effectiveness against Omicron in children 5 to 11 years of age ／N Engl J Med　2022;387:227-236	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	３名
2022年７月20日 17:00-17:30	A panel of nanobodies recognizing conserved hidden clefts of all SARS-CoV-2 spike variants including Omicron ／Com Biol　2022;5:669-685	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	５名
2022年７月27日 17:00-17:30	Denosumab and risk of community-acquired pneumonia：a population-based cohort study ／J Clin Endocrinol Metab　2022;107：e3366-e3373	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	５名
2022年８月３日 17:00-17:30	Thyroid cancer and pesticide use in a central California agricultural area：a case control study ／J Clin Endocrinol Metab　2022;107:3574-e3582	内分泌内科	大西　祐弥	内科医師，専攻医，研修医	５名
2022年８月10日 17:00-17:30	Endogenous ligand recognition and structural transition of a human PTH receptor ／Mol Cell　2022;82:1-16	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	３名
2022年８月17日 17:00-17:30	Thyroidectomy without radioiodine in patients with low-risk thyroid cancer ／N Engl J Med　2022;386:923-932	内分泌内科	藤島　雄幸	内科医師，専攻医，研修医	４名
2022年８月24日 17:00-17:30	Randomized trial of metformin, ivermectin, and fluvoxamine for Covid-19 ／N Engl J Med　2022;387:599-609	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	４名
2022年８月31日 17:00-17:30	Epidural steroid injections acutely suppress bone formation markers in postmenopausal women ／J Clin Endocrinol Metab　2022;107：e3281-e3287	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	２名
2022年９月７日 17:00-17:30	A GWAS in idiopathic/unexplained infertile men detects a genomic region determining follicle-stimulating hormone levels ／J Clin Endocrinol Metab　2022;107:2350-2361	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	５名
2022年９月14日 17:00-17:30	Supplemental vitamin D and incident fractures in midlife and older adults ／N Engl J Med　2022;387:299-309	内分泌内科	藤島　雄幸	内科医師，専攻医，研修医	４名
2022年９月21日 17:00-17:30	Effect of diabetes on morbidity and mortality in patients with acromegaly ／J Clin Endocrinol Metab　2022;107:2483-2492	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
2022年9月28日 17:00-17:30	Procalcitonin as an alternative tumor marker of medullary thyroid carcinoma ／J Clin Endocrinol Metab 2021;106:3634-3643	内分泌内科	小西 悠介	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年10月5日 17:00-17:30	Increased incidence of Hashimoto thyroiditis in selenium deficiency：a prospective 6-year cohort study ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107：e3603-e3611	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年10月12日 17:00-17:30	Prevalence of phenotypic effects of copy number variants in isolated hypogonadotropic hypogonadism ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107:2228-2242	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年10月19日 17:00-17:30	Predicting and validating 30-day hospital readmission in adults with diabetes whose index admission is diabetes-related ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107:2865-2873	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年10月26日 17:00-17:30	Postpartum thyroiditis in women with euthyroid and hypothyroid Hashimoto's thyroiditis antedating pregnancy ／J Clin Endocrinol Metab 2020;105：dgaa197. doi：10.1210/clinem/dgaa197	内分泌内科	河合 香奈	内科医師，専攻医，研修医	3名
2022年11月2日 17:00-17:30	Succinate：a serum biomarker of SDHB-mutated paragangliomas and pheochromocytomas ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107:2801-2810	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年11月9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	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年11月22日 17:00-17:30	Association between glucagon-like peptide 1 receptor agonist and sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor use and COVID-19 outcomes ／Diabetes Care 2022;45:2577-2584	内分泌内科	三浦 照央	内科医師，専攻医，研修医	4名
2022年11月30日 17:00-17:30	Longitudinal associations of air pollution with body size and composition in midlife women：the study of women's health across the nation ／Diabetes Care 2021;44:1564-1572	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	3名
2022年12月7日 17:00-17:30	Elevated TSH level, TgAg, and prior use of ramucirumab or TKIs as risk factors for thyroid dysfunction in PD-L1 blockade ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107：e4115-e4123	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	3名
2022年12月14日 17:00-17:30	Effects of burosumab compared with conventional therapy on younger vs older children with X-linked hypophosphatemia ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107：e3241-e3253	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	3名
2022年12月21日 17:00-17:30	Association between SGFT2 inhibitor treatment and diabetic ketoacidosis and mortality in people with type 2 diabetes admitted to hospital with COVID-19 ／Diabetes Care 2022;45:2838-2843	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	3名
2022年12月28日 17:00-17:30	Evaluating the progression to hypothyroidism in preconception euthyroid thyroid peroxidase antibody-positive women ／J Clin Endocrinol Metab 2022;108:124-134	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	2名
2023年1月4日 17:00-17:30	Machine learning-based prediction of elevated PTH levels among the US general population ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107:3222-3230	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	2名
2023年1月10日 17:00-17:30	Distinct clinical features of post-COVID-19 vaccination early-onset Graves' disease ／J Clin Endocrinol Metab 2022;108:107-113	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	2名
2023年1月17日 17:00-17:30	Aldosterone, renin, and aldosterone-to-renin ratio variability in screening for primary aldosteronism ／J Clin Endocrinol Metab 2022;108:33-41	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専攻医，研修医	2名

日　程	テーマ／典拠	所　属	講　師	対象者	参加人員
2023年１月24日 17:00-17:30	Trial of antisense oligonucleotide tofersen for SOD1 ALS ／N Engl J Med　2022;387:1099-1110	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	３名
2023年１月31日 17:00-17:30	Lifting universal masking in schools- Covid-19 incidence among students and staff ／N Engl J Med　2022;387:1935-1946	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	３名
2023年２月７日 17:00-17:30	Maternal thyroid dysfunction and neuropsychological development in children ／J Clin Endocrinol Metab　2023;108:339-350	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	３名
2023年２月14日 17:00-17:30	Lecanemab in early Alzheimer's disease ／N Engl J Med　2023;388:9-21	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	４名
2023年２月21日 17:00-17:30	Calorie restriction with or without time-restricted eating in weight loss ／N Engl J Med　2022;386:1495-1504	内分泌内科	須澤　奈緒	内科医師，専攻医，研修医	４名
2023年２月28日 17:00-17:30	A convenient risk prediction score for COVID-19 for determining whether or not hospitalization is recommended： Kanagawa admission priority assessment score ／Intern Med　2022;61:2135-2141	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	４名
2023年３月７日 17:00-17:30	Implication of MR activity in posttreatment arterial stiffness reversal in patients with primary aldosteronism ／J Clin Endocrinol Metab　2023;108:624-632	内分泌内科	小嶋　勝利	内科医師，専攻医，研修医	３名
2023年３月14日 17:00-17:30	Statistical mining of triple-negative breast cancer-specific nanobodies among large libraries from immunized alpaca ／BioRχiv；doi.org/10.1101/2023.02.23.529685	内分泌内科	小松　弥郷	内科医師，専攻医，研修医	３名
2023年３月28日 17:00-17:30	Diabetes and outcomes following personalized antiplatelet therapy in coronary artery disease patients who have undergone PCI ／J Clin Endocrinol Metab　2022;107：e214-e223	内分泌内科	安威　徹也	内科医師，専攻医，研修医	３名

外科抄読会（火曜／08:00-08:30）

日　付	テーマ／典拠	所　属	講　師	対象者	参加人員
2022年４月５日	外科会議				
2022年４月12日 08:00-08:30	Comparison of Decompressing Stoma vs Stent as a Bridge to Surgery for Left-Sided Obstructive Colon Cancer ／JAMA Surg 2020;155(3):206-215	医員	塩見　慶	外科医師，専攻医，研修医	11名
2022年４月19日	外科会議				
2022年４月26日 08:00-08:30	Less negative appendectomies due to imaging in patients with suspected appendicitis ／Surg Endosc 2015;29(8):2365-2370	研修医	吉田　葵	外科医師，専攻医，研修医	13名
2022年５月10日 08:00-08:30	Time of Metastasis and Outcome in Colorectal Cancer ／Ann Surg 2019;269(3):494-502	研修医	佐藤　梨花	外科医師，専攻医，研修医	12名
2022年５月17日	外科会議				
2022年５月24日 08:00-08:30	Comparison of postoperative pancreatic fistula between open and laparoscopic surgery in patients with gastric cancer:A meta-analysis ／Ann Med Surg 2022;76:103558	研修医	川合　満	外科医師，専攻医，研修医	14名
2022年５月31日	外科会議				
2022年６月７日	外科会議				
2022年６月14日	外科会議				
2022年６月21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6月28日 08:00-08:30	Risk Factors for Suicide After Bariatric Surgery in a Population-based Nationwide Study in Five Nordic Countries ／Ann Surg 2022;275(2):e410-e414	研修医	寺谷 千穂	外科医師，専攻医，研修医	13名
2022年7月5日 08:00-08:30	Critical view of the myopectineal orifice:a scoring system to objectively evaluate transabdominal preperitoneal inguinal helnia repair ／Surg Endosc 2022;36(7):5094-5103	研修医	佐田 奎吾	外科医師，専攻医，研修医	14名
2022年7月12日	外科会議				
2022年7月19日	外科会議				
2022年7月26日	外科会議				
2022年8月2日 08:00-08:30	Extended Versus Standard Complete Mesocolon Excision in Sigmoid Colon Cancer ／Ann Surg 2022;275(2):271-280	研修医	山添 万愛	外科医師，専攻医，研修医	12名
2022年8月9日	外科会議				
2022年8月16日	外科会議				
2022年8月23日 08:00-08:30	Artificial Intelligence for Intraoperative Guidance Using Semantic Segmentation to Identify Surgical Anatomy During Laparoscopic Cholecystectomy ／Ann Surg 2022;276(2):363-369	研修医	大西 佑弥	外科医師，専攻医，研修医	12名
2022年8月30日	外科会議				
2022年9月6日	外科会議				
2022年9月13日 08:00-08:30	Invasive and Noninvasive Progression After Resection of Noninvasive Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms ／Ann Surg 2022;276(2):370-377	医員	神田 修平	外科医師，専攻医，研修医	12名
2022年9月20日	外科会議				
2022年9月27日	外科会議				
2022年10月4日	外科会議				
2022年10月11日 08:00-08:30	Efficacy of intraoperative ICG fluorescence imaging evaluation for preventing anastomotic leakage after left-sided colon or rectal cancer surgery：a propensity score-matched analysis ／Surg Endosc 2021;35(5):2373-2385	医員	庄野 孝仁	外科医師，専攻医，研修医	10名
2022年10月18日	外科会議				
2022年10月25日	外科会議				
2022年11月1日	外科会議				
2022年11月8日	外科会議				
2022年11月15日	外科会議				
2022年11月22日 08:00-08:30	Is It Safe to Manage Acute Cholecystitis Nonoperatively During Pregnancy?：A Nation wide Analysis of Morbidity According to Management Strategy ／Ann Surg 2020;272(3):449-456	研修医	河合 香奈	外科医師，専攻医，研修医	14名
2022年11月29日	外科会議				
2022年12月6日	外科会議				
2022年12月13日	外科会議				
2022年12月20日	外科会議				
2022年12月27日	外科会議				
2023年1月10日 08:00-08:30	Real-time Tracking and Classification of Tumor and Nontumor Tissue in Upper Gastrointestinal Cancers Using Diffuse Reflectance Spectroscopy for Resection Margin Assessment ／JAMA Surg 2022;157(11):e223889	医員	山崎 伸吾	外科医師，専攻医，研修医	11名

日　付	テーマ／典拠	所　属	講　師	対象者	参加人員
2023年１月17日	外科会議				
2023年１月24日	外科会議				
2023年１月31日	外科会議				
2023年２月７日	外科会議				
2023年２月14日 08:00-08:30	Subcuticular suture and incisional surgical-site infection in elective hepatobiliary and pancreatic surgery：an open-label,pragmatic randomized clinical trial（CLOSKIN trial） ／BMC Surg 2023;23(1):9	研修医	石原　宏弥	外科医師，専攻医，研修医	15名
2023年２月21日	外科会議				
2023年２月28日 08:00-08:30	Aptitude and attitude:predictors of performance during and after basic laparoscopic skills training ／Surg Endosc 2021;36(5):3467-3479	研修医	景山　悠	外科医師，専攻医，研修医	13名
2023年３月７日	外科会議				
2023年３月14日	外科会議				
2023年３月21日	外科会議				
2023年３月28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
2022年４月19日 17:30-18:00	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	23名
2022年４月26日 17:30-18:00	第２回感染症研修会 （明日教えたくなる血液培養のお話）	感染症科	青木　一晃	研修医，専攻医，等	24名
2022年５月17日 17:30-18:00	第３回感染症研修会 （抗菌薬①総論・ペニシリン系）	感染症科	栃谷　健太郎	研修医，専攻医，等	24名
2022年５月31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	８名
2022年６月14日 18:00-18:30	第５回感染症研修会 （βラクタム以外の抗菌薬）	感染症科	青木　一晃	研修医，専攻医，等	23名
2022年６月21日 17:30-18:00	第６回感染症研修会 （院内発熱患者のみかた）	感染症科	與語　葵	研修医，専攻医，等	８名
2022年７月12日 18:00-18:30	第７回感染症研修会 （風邪のみかた）	感染症科	住吉　翔元	研修医，専攻医，等	17名
2022年７月26日 17:30-18:00	第８回感染症研修会 （皮膚軟部組織感染）	感染症科	與語　葵	研修医，専攻医，等	15名
2022年８月16日 18:00-18:30	第９回感染症研修会 （肺炎）	感染症科	青木　一晃	研修医，専攻医，等	26名
2022年８月23日 17:30-18:00	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	11名
2022年８月30日 17:00-17:30	第11回感染症研修会 （感染症診療小児編）	感染症科	佐々木　真之	研修医，専攻医，等	27名
2022年９月６日 17:00-17:30	第12回感染症研修会 （敗血症）	感染症科	栃谷　健太郎	研修医，専攻医，等	17名
2022年９月20日 17:30-18:00	第13回感染症研修会 （それ本当に尿路感染ですか？）	感染症科	青木　一晃	研修医，専攻医，等	16名
2022年10月４日 17:30-18:00	第14回感染症研修会 （骨・関節感染症のみかた）	感染症科	與語　葵	研修医，専攻医，等	16名
2022年10月18日 18:00-18:30	第15回感染症研修会 （感染性心内膜炎を診断しよう！）	感染症科	青木　一晃	研修医，専攻医，等	10名
2022年11月１日 17:00-17:30	第16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	７名

日 程	テーマ：主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2022年11月15日 17:30-18:00	第17回感染症研修会 （血液培養陽性時の対応と覚えておきたい菌たち）	感染症科	青木 一晃	研修医，専攻医，等	19名
2022年12月13日 17:30-18:00	第18回感染症研修会 （HIV患者のみかた）	感染症科	與語 葵	研修医，専攻医，等	13名
2023年1月17日 17:30-18:00	第19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	16名
2023年1月24日 17:30-18:00	第20回感染症研修会 （Q&A大会）	感染症科	感染症科一同	研修医，専攻医，等	19名
2023年1月31日 18:00-18:30	第21回感染症研修会 （中枢神経感染症）	感染症科	栃谷 健太郎	研修医，専攻医，等	13名
2023年2月7日 18:00-18:30	第22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	12名
2023年2月28日 18:00-18:30	第23回感染症研修会 （渡航感染症）	感染症科	青木 一晃	研修医，専攻医，等	12名
2023年3月7日 17:30-18:00	第24回感染症研修会 （免疫不全の感染症）	感染症科	栃谷 健太郎	研修医，専攻医，等	9名
2023年3月14日 17:30-18:00	第25回感染症研修会 （クイズ大会）	感染症科	感染症科一同	研修医，専攻医，等	15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
2022年5月17日 19:00-19:30	がん薬物療法（レジメン）に関する研修会 「乳がんレジメンについて」	薬剤科	三松 史野	薬剤師	38名 （30名）
2022年5月18日 2022年5月20日 14:00-14:30	麻薬・向精神薬の適正な取り扱いについて	薬剤科	近藤 沙耶	全職種	480名
2022年8月16日 19:00-19:30	がん薬物療法（レジメン）に関する研修会 「大腸がんレジメンについて」	薬剤科	本多 伸二	薬剤師	31名 （23名）
2022年9月1日 -10月31日 誌面開催	研修医薬剤講義 「静脈・経腸栄養について」 「糖尿病薬について」	薬剤科	山南 貴一 近藤 沙耶	研修医 全職種	16名
2022年10月1日 -11月30日 誌面開催	研修医薬剤講義 「抗がん剤について」 「ステロイドについて」	薬剤科	目黒 裕史 本多 あずさ	研修医 全職種	14名
2022年11月1日 -12月19日 誌面開催	研修医薬剤講義 「妊婦授乳婦への薬物療法について」 「小児薬物療法について」	薬剤科	内藤 舞 田村 優衣	研修医 全職種	11名
2022年11月15日 19:00-19:30	がん薬物療法（レジメン）に関する研修会 「胃がん・食道がんレジメンについて」	薬剤科	目黒 裕史	薬剤師	34名 （27名）
2022年12月19日 17:30-18:30	研修医薬剤講義 「麻薬について」 「循環器薬について」	薬剤科	本多 あずさ 富家 穂乃香	研修医 全職種	19名
2023年2月20日 11:00-11:30	5A病棟看護師勉強会 「降圧薬と鎮痛薬」	薬剤科	多留木 崇志	看護師	11名
2023年2月21日 19:00-19:30	がん薬物療法（レジメン）に関する研修会 「肝・胆・膵がんレジメンについて」	薬剤科	大野 恵一	薬剤師	34名 （28名）
2023年3月4日 15:00-16:30	第36回京都市立病院地域医療連携における薬剤業務研修会 「小児がん治療について」	小児科 薬剤科	田村 真一 田村 優衣	薬剤師	29名 (21名)
2023年3月7日 2023年3月14日 11:00-11:30	5A病棟看護師勉強会 「便秘について」	薬剤科	森 菜々美	看護師	22名
2023年3月16日 09:30-10:00	救急室看護師勉強回 「オンデキサについて」	薬剤科	本多 あずさ	看護師	8名

日　程	テーマ：主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	参加人数
2023年３月16日 16:45-17:15 18:00-18:30	ジーラスタボディーポッド説明会	薬剤科	大野　恵一	医師 看護師 薬剤師	19名
2023年３月24日 09:00-09:15	ジーラスタボディーポッド説明会	薬剤科	本多　あずさ	看護師	13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
2022年４月15日 17:30-18:00	頸静脈超音波検査が診断の一助となったLemierre症候群の一例	臨床検査技術科	宮川　大樹	臨床検査技師	18名
2022年５月27日 17:30-18:00	呼吸機能検査の新ガイドラインについて	臨床検査技術科	石山　愛海	臨床検査技師	19名
2022年６月３日 2022年６月９日 17:30-18:10	緊急輸血ガイドライン改定について	臨床検査技術科	坂本　竜也	臨床検査技師	24名
2022年８月30日 17:30-18:30	教えて！宿日直輸血業務の疑問解決	臨床検査技術科	坂本　竜也	臨床検査技師	16名
2022年９月22日 17:30-18:00	宿日直時の病理検査に関する問い合わせと対応	臨床検査技術科	田中　志穂	臨床検査技師	17名
2023年２月16日 17:30-18:40	ABO血液型検査の基礎 R4年度院内合同研究発表会の報告	オーソ・クリニカル・ダイアグノスティックス株式会社 臨床検査技術科	宮成　勇二 坂本　竜也	臨床検査技師	22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
2022年４月28日 17:30-18:00	IABP納品時取扱研修会	Getinge社	メーカー担当者	臨床工学技士	11名
2022年５月26日 17:30-18:00	フィリップス社製生体情報モニター納品前研修会	フィリップス社	メーカー担当者	臨床工学技士	11名
2022年６月30日 17:30-18:00	在宅用人工呼吸器VOCSN取扱研修会	カフベンテック株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	12名
2022年８月25日 17:30-18:00	EEGモニタリング研修会	フィリップスジャパン株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	11名
2022年９月８日 17:30-19:00	脊椎ナビゲーション（解剖）	日本メドトロニック株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	8名
2022年９月29日 17:30-18:00	EEGモニタリング研修会（実務編）	フィリップスジャパン株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	12名
2022年10月６日 17:30-19:00	脊椎ナビゲーション（解剖）	日本メドトロニック株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	8名
2022年10月17日 17:30-19:00	ペースメーカーと遠隔モニタリング	臨床工学科	古川　修	3A看護師	9名
2022年10月27日 -2023年３月31日 e-learning	補助循環（ECMO，IABP）e-learning研修会	臨床工学科	足立　翔吾	全職員	101名
2022年11月27日 17:30-18:30	患者加温装置ベアハガーメンテナンス講習会	3Mジャパン	メーカー担当者	臨床工学技士	14名
2023年１月26日 17:30-18:00	日機装装置説明会	日機装株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	9名
2023年２月７日 17:30-18:00	SiPAPの特徴と使用方法	臨床工学科	木原　一郎	4A看護師	19名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年2月9日 17:30-19:00	脊椎ナビゲーションハンズオン	日本メドトロニック株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	10名
2023年2月16日 17:30-18:00	セントラル，粉末溶解装置および大型装置管理システム	東レ・メディカル株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	13名
2023年2月17日 17:30-19:00	脊椎ナビゲーションハンズオン	日本メドトロニック株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	4名
2023年3月16日 16:30-17:30	CART 腹水濾過濃縮再静注法	カネカメディックス株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	10名
2023年3月28日 16:30-17:30	CART 腹水濾過濃縮再静注法	カネカメディックス株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	3名
2023年3月28日 17:30-18:30	SiPAP の特徴と使用方法	臨床工学科	木原 一郎	4A 看護師	15名
2023年3月30日 17:30-18:30	人工呼吸器 Evita V800 取扱研修会	ドレーゲルジャパン	メーカー担当者	臨床工学技士	13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
2022年4月1日 2022年4月4日 2022年4月5日 08:30-17:15 （オンライン）	新人採用オリエンテーション [研修概要] ・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 [研修後の到達像] ・京都市立病院機構の概要を知っている ・社会人に求められる基本姿勢を知っている	看護部	新人教育委員会リンクナース	ラダーⅠ	22名
2022年4月6日 08:30-17:15	新人採用オリエンテーション [研修概要] ・静脈ルート確保・採血 ・ミキシングの方法について ・看護部概要について ・新人看護師の年間教育プログラムについて [研修後の到達像] ・静脈採血を体験したことがある ・点滴のミキシングを体験したことがある ・看護部の概要を知っている ・新人教育プログラムの概要を知っている	看護部	新人教育委員会リンクナース	ラダーⅠ	22名
2022年4月7日 08:30-12:00	新人採用オリエンテーション [研修概要] ・BLS スキル研修 ・感染予防実技演習（PPE 着脱など） [研修後の到達像] ・急変時の対応（BLS）を模擬で体験したことがある ・病院で働く医療者としての感染予防の基本を知っている	看護部	新人教育委員会リンクナース	ラダーⅠ	22名
2022年5月2日 09:00-12:30	〈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	26名

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	登録人数
2022年５月６日 13:00-17:00	〈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	ラダーⅢ-②	13名
2022年５月10日 13:00-17:00	［研修概要］ ・ラダー教育システムについて ・クリニカルパスについて ・重症度医療看護必要度について ［研修後の到達像］ ・ラダー教育システムについて概要が理解できる ・クリニカルパスについて概要が理解できる ・必要度，クリニカルパスについて，実際に入力できる	看護部	新人教育委員会リンクナース	ラダーⅠ	22名
2022年５月19日 09:00-12:30	ラダーⅣ-①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Ⅴ-①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 ・これから求められる看護師像を考え，目標を立てることができる ・視座を上げる	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-①	ラダーⅣ-①	12名
2022年５月19日 09:00-12:30	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 ・必要なデータがわかる	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-①	ラダーⅤ-①	4名
2022年５月23日 09:00-12:30	・前年度の研修内容・現段階の進捗状況確認（発表） ・変革を実践するための実践計画の立案と進捗管理 ・計画・実践に向けて個人ワーク ［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 ・ラダーⅤ①受講者へアドバイスする	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-②	ラダーⅤ-②	1名
2022年６月２日 09:00-11:30	活動報告会 プレゼン，グループワーク ［ねらい］ ・前年度の取組みの振り返り，部署の現状を踏まえて現状分析・原因分析を進める	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-②	ラダーⅣ-②	9名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2022年6月4日 08:50–12:00	［ねらい］ ・褥瘡予防や褥瘡の早期治癒に向けた看護を行う上で必要な基礎知識を学ぶ事ができる ［概要（研修内容）］ ・褥瘡の基礎知識について ・当院の褥瘡対策体制と褥瘡予防対策について ・褥瘡の評価方法について ：NPUAP分類・DESIGN-R2020評価 ・褥瘡ケアのポイント（被覆材，薬剤） ・理解度確認テスト※講義と演習で進めます. ［課題］ ■事前課題：研修当日までに取り組んでください ①「褥瘡対策に関する診療計画書」を使用した患者への褥瘡対策説明を1件以上見学する ②「外来危険因子評価」と「外来SG A」の詳細検索を設定する ※①②は褥瘡対策リンクナースに支援を依頼済み ③スタッフハンドブックp52–54を確認する ④Nursing Skillsの以下の項目の「手順」基本事項」「影像」を確認 ・褥瘡のリスクアセスメント・予防 ・褥瘡のアセスメント・処置（治療） ・体位変換 ⑤褥瘡ハイリスク患者の該当項目9項目を覚える 褥瘡予防対策マニュアルp42 8の（2）ア～ケ参照 ■事後課題 実践レポート（実践計画に基づく報告）	看護部 皮膚・排泄ケア認定看護師	白岩 喜美代	基礎必修研修 （褥瘡管理）	22名
2022年6月4日 13:00–17:15	［ねらい］ ・栄養管理は全ての疾患，病期（ステージ），年齢において治療，療養上の生活の根底として必要なものとなる. ①摂食嚥下障害に関する基礎知識を知り誤嚥性肺炎や窒息を予防する食事介助方法を知る. ②安全に美味しく食べたり誤嚥性肺炎を予防するための口腔ケア介助方法を知る. ［概要（研修内容）］ ・食事介助について ：嚥下のメカニズム，誤嚥予防，介助ポイント ・口腔ケアについて ：OAG，介助ポイント・義歯の取扱い ・栄養管理について ：SGA，誤嚥性肺炎とは，経管経腸栄養の管理ポイント※講義と演習で進めます. ［課題］ ■事前課題：研修当日までに各自で取り組んでください Nursing Skillsで、下記コンテンツの「手順」「基本事項」を確認 ・食事援助 ・経腸栄養：経鼻胃管 ・嚥下訓練：嚥下障害のアセスメント ・口腔ケア ・誤嚥予防 ・義歯の取扱い ■事後課題：研修後，6/30までに取り組んでください ・研修中に紹介したマニュアルを確認する ・実践レポート（講義を受けたあとで取り組む実践で感じたこと）A4版で1枚程度	看護部 摂食嚥下障害看護認定看護師	長谷川 優子 森 茂子	基礎必修研修 （栄養管理）	22名

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	登録人数
2022年6月6日 09:00-12:00	〈チームで働くための看護実践を学ぶ①〉 ・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 ・看護倫理について ［ねらい］ ・指示受けの基準・手順を理解する ・看護倫理を学ぶことの必要性を理解し，倫理についての考えを深める	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① 担当者	ラダーⅡ-①	36名
2022年6月11日 08:40-12:00	［ねらい］ ・急性期医療を担う病院として職員が知っておくべき医療関連感染対策について学ぶ ・医療関連感染対策の知識をエビデンスに基づき臨床において確実に実践できる ［概要（研修内容）］ ・新型コロナウイルス感染症について ・感染の基礎知識（検体採取，病原微生物）について ・標準予防策，経路別感染対策について ・医療関連感染対策について ※講義と演習で進めます． ［課題］ ■事前課題：研修当日までに各自で取り組んでください 各部署に設置されている「感染防止対策マニュアル」で，以下の項目について読んできてください． 「2総論」「3医療関連感染対策」 「6針刺し・切創，血液・体液曝露予防策」 ※ノートにまとめるなどの作業は必要ありません． ■事後課題：部署で経験した感染経路（経路別対策や感染症症例など）について，レポートを提出 ※詳しくは，研修中に説明します．	看護部 感染管理認定看護師 感染管理担当看護師 感染管理認定看護師	水野　幸子 石川　優 村上　あおい	基礎必修研修（感染管理）	22名
2022年6月11日 13:00-16:30	［ねらい］ 1. 高齢者看護を行う中でせん妄予防ケア，認知症のある患者とのコミュニケーション技術の重要性を知ることができる． 2. 認知機能低下であっても，意思決定支援できる能力をさぐり，支援する必要性を理解する． ［概要（研修内容）］ ・老年期の特徴 ・認知症疾患の基礎知識 ・CGA7の考え方 ・認知症高齢者日常生活自立度判定について ・せん妄アセスメント ・せん妄予防ケア ・認知症のある患者とのコミュニケーション ・高齢者の意思決定支援について ・事例検討（グループワーク） ※講義と演習で進めます． ［課題］ ■事前課題：なし　■事後課題：なし ※講義後に，理解度確認テストと感想文を予定しています．	看護部 認知症看護認定看護師	坂口　かおり 北川　陽子	基礎必修研修（認知症看護）	22名
2022年6月13日 08:45-12:00	［研修概要］ ・看護業務計画の立案（多重課題の遂行について） ・看護実践の遂行に必要なコミュニケーションについて ［研修後の到達像］ ・SBARを知識として身に着け，相手に伝わるように報告／連絡／相談ができる ・夜勤の導入に向け，日勤での受け持つ患者の優先度・緊急度について考えられる ［課題］ ■事後：自己の課題について振り返られるようなもの	看護部	新人教育委員会リンクナース	ラダーⅠ	22名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2022年6月17日 09:00-12:30	〈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 ・倫理的課題との向き合い方（Jonsenの4分割法の活用） ［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	ラダーⅢ-①	26名
2022年6月23日 09:00-12:30	〈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 ・検索した文献のクリティークを行う ［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	ラダーⅢ-②	13名
2022年7月1日 13:00-17:00	・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	ラダーⅣ-①	12名
2022年7月4日 09:00-12:30	〈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	26名
2022年7月11日 08:45-12:00	［研修概要］ ・急変時の対応について ※シミュレーションをもとに学ぶ研修 ［研修後の到達像］ ・急変時の迅速評価ができる ・急変時の初期対応（BLSのアルゴリズム）を理解している ・急変対応時の外回り業務について理解できる ［課題］ ■事前： ・ナーシングスキル（急変時対応について） ・救急カートの物品について	看護部	新人教育委員会リンクナース	ラダーⅠ	22名
2022年8月1日 09:00-12:30	〈チームで働くための看護実践を学ぶ②〉 ・ケアのために必要な対人関係のプロセスを学ぶ ・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］ ・対象者と関わるための技術を理解できる ・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	36名
2022年8月5日 13:00-17:00	・現状分析 ・進捗状況プレゼン，グループワーク ・進捗管理※面談は自部署師長と担当教育委員との三者面談 ［ねらい］ ・進捗管理，課題の取組みを主体的に行なう	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-②	ラダーⅣ-②	9名

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	登録人数
2022年8月9日 13:00-17:00	［研修概要］ ・災害看護の基礎 ・災害トリアージについて ［研修後の到達像］ ・災害時のトリアージ（START 法）を知識として身に着けている ・災害拠点病院の役割が分かる ・災害時の初期対応について知っている（アクションカードなど） ［課題］ ■事前：ナーシングスキル ■事後：避難経路，災害時対応マニュアルの確認	看護部	新人教育委員会リンクナース	ラダーⅠ	22名
2022年8月16日 09:00-12:30	ラダーⅤ②と合同研修 〈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 ・変革への道筋をイメージする	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-①	ラダーⅤ-①	4名
2022年8月16日 09:00-12:30	進捗管理：担当者と面談 ※ラダーⅤ①受講者と合同研修 ［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 ・ラダーⅤ①受講者へアドバイスする	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-②	ラダーⅤ-②	1名
2022年9月1日 09:00-12:30	〈研究活動を進めるために① ：研究計画作業〉 ・倫理審査の注意点　ポイントを理解できる ［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	ラダーⅢ-②	13名
2022年9月5日 09:00-12:30	〈ミッションに基づく役割理解〉 ・リーダーに求められる能力について ・組織と自己の繋がりについて知る ：組織から求められる役割と自己のビジョンをどう繋げるか ・急変時におけるリーダーシップ ・年間課題について ［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 ・急変時に求められるリーダーの役割を知る	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-①	ラダーⅢ-①	26名
2022年9月7日 09:00-12:30	〈看護の質管理のための基礎知識〉 ・フレームワークを活用し部署の現状について考える ・4つの視点で分析する ・データに基づく質管理　自分達が欲しいデータって何？ ［ねらい］ ・看護の質を維持するためのデータの分析の理解 ・問題解決過程を知る	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-①	ラダーⅣ-①	12名
2022年9月13日 13:00-17:00	［研修概要］ ・臨床倫理研修 ［研修後の到達像］ ・日常の看護の中にあるジレンマに気づくことができる ・疑問や自己の考えを自分なりのことばで発信できる ［課題］ ■事前：モヤモヤに感じた事例を振り返り ■事後：倫理カンファ？ （PC 入力もできるように）	看護部	新人教育委員会リンクナース	ラダーⅠ	22名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2022年9月16日 09:00-12:30	〈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	26名
2022年9月30日 09:00-12:30	進捗管理：担当者と面談 （発表に向けての準備・個人ワーク） ［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	ラダーⅤ-②	1名
2022年10月3日 09:00-12:30	・現状分析 ・進捗状況プレゼン，グループワーク ・進捗管理※面談は自部署師長と担当教育委員との三者面談 ［ねらい］ ・進捗管理，課題の取組みを主体的に行なう	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-②	ラダーⅣ-②	9名
2022年10月7日 13:00-17:00	〈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 ・メンバーの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	36名
2022年10月7日 13:30-17:00	〈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メンバ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	ラダーⅢ-①	26名
2022年10月11日 13:00-17:00	［研修概要］ ・プライマリーケア看護研修※本研修後，看護過程を展開する ［研修後の到達像］ ・プライマリー担当の受け持ちができる ・入院から退院までの看護の流れについて理解できる ［課題］ ■事後：看護過程の展開	看護部	新人教育委員会リンクナース	ラダーⅠ	22名
2022年10月20日 09:00-12:30	〈研究活動を進めるために② ：研究計画作業〉 ・看護研究のグループワーク会 ・個人ワーク　個別面談	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-②	ラダーⅢ-②	13名
2022円10月24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	ラダーⅤ-①	4名

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	登録人数
2022年10月25日 13:00–17:00	〈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 ・メンバーの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	36名
2022年10月25日 13:30–17:00	〈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メンバ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	ラダーⅢ-①	26名
2022年11月17日 09:00–12:30	データに基づく質管理 標準化／ベンチマークについて ・フレームワーク　4つの視点の分析についてディスカッション ・分析に必要なデータとは ［ねらい］ ・病棟にあるデータの洗い出しができる ・必要なデータ収集の手段が発見できる ・問題解決過程を知る	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-①	ラダーⅣ-①	12名
2022年11月24日 09:00–12:30	〈研究作業〉 ・個別面談　個人ワーク	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-②	ラダーⅢ-②	13名
2022年11月29日 13:30–17:00	〈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 ・退院と地域の支援について ［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 ・自分たちの求められる役割を知る	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-①	ラダーⅢ-①	26名
2022年12月2日 13:00–17:00	〈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	26名
2022年12月7日 09:00–15:00	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	ラダーⅣ-②	9名
2022年12月7日 09:00–12:30	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 ［ねらい］ ・実践した問題解決過程の成果を示すことができる	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-②	ラダーⅤ-②	1名
2022年12月9日 09:00–12:30	〈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	ラダーⅤ-①	4名

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	登録人数
2022年12月13日 13:30-17:00	〈チームで働くための看護実践を学ぶ③〉 ・入院支援センターの役割と患者への関わり ・自己の看護実践の振り返りと自己の課題発見 ・2月発表の最終課題について説明 ［ねらい］ ・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 ・自己の課題と取り組む内容を明確にする	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① 担当者	ラダーⅡ-①	36名
2023年1月19日 09:00-12:30	〈研究活動の成果発表について学ぶ〉 ・効果的なプレゼンテーションの方法について学ぶ ・個人ワーク ［ねらい］ ・効果的な発表について検討する	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-②	ラダーⅢ-②	13名
2023年1月24日 13:30-17:00	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	ラダーⅢ-①	26名
2023年2月6日 09:00-16:00	データに基づく質管理 データから何を読み解くのか ・フレームワーク　4つの視点の分析についてディスカッション ・部署課題とは　データに裏付けされた現状 ［ねらい］ ・病棟にあるデータの洗い出しができる ・必要なデータ収集の手段が発見できる ・問題解決過程を知る	看護部	教育委員会 ラダーⅣ-①	ラダーⅣ-①	12名
2023年2月6日 09:00-16:00	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 ［ねらい］ ・次年度の研修戦略を継続できるよう，取り組むべきことを確認しておく	看護部	教育委員会 ラダーⅤ-①	ラダーⅤ-①	4名
2023年2月14日 09:00-16:00	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	26名
2023年2月20日 09:00-12:30	〈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において文献検索方法説明 ［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	36名
2023年3月1日 09:00-13:00	発表	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-②	ラダーⅢ-②	13名
2023年3月14日 09:00-17:00	［研修概要］ ・看護実践の振り返り※実践事例のプレゼン ［研修後の到達像］ ・1年間の自己の成長を説明できる ・次年度以降の成長課題を明確にできる ［課題］ ■事前：実践事例の振り返りプレゼンスライドの作成	看護部	新人教育委員会リンクナース	ラダーⅠ	22名

BLS 研修会

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	参加人数
2022年 4 月 7 日 10:45–12:00	新規採用職員研修 救急医療体制とチーム医療 〈BLS 研修〉	周術期統括部 診療部 看護部 医療安全推進室 臨床工学科 薬剤科 放射線技術科	下新原　直子 佐々木　真之 末次　弘実 伊藤　さとみ 植村　恭兵 坂口　真梨子 平井　亮 的野　早苗 長久　真紀子 鵜飼　將平 多留木　崇志 田嶋　志章	看護師 研修医	45 名
2022年 4 月 8 日 10:45–12:00				コメディカル 事務職	15 名
2022年11月29日 17:15–18:00	院内急変（心停止）に対する救命措置について、基本的なスキルを学ぶ	看護部 医療安全推進室 薬剤科	植村　恭兵 大田　優太 栢森　啓太 平井　亮 長久　真紀子 長戸　優也	看護師	10 名
2023年 2 月 9 日 15:30–16:30	院内急変（心停止）に対する救命措置について，基本的なスキルを学ぶ	周術期統括部 診療部 看護部 医療安全推進室 臨床検査技術科 薬剤科 放射線技術科	下新原　直子 田畑　雄一 石原　宏弥 國嶋　憲 植村　恭兵 栢森　啓太 坂口　真梨子 檜原　将吾 平井　亮 長久　真紀子 山田　雅 長戸　優也 田嶋　志章	医師・看護師以外の職員	27 名

化学療法勉強会

日　程	会の形態	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	参加人数
2022年 6 月21日 18:15–18:45	講義	G-CSF 製剤の使い方	血液内科	宮原　裕子	全職種	34 名
2022年 9 月20日 18:15–18:45	講義	がん患者への食事相談と栄養指導の変遷 ～この 15 年を振り返って～	栄養科	植木　明	全職種	13 名
2022年12月20日 18:20–18:55	講義	HER2 陽性再発乳癌の治療	乳腺外科	森口　喜生	全職種	10 名

がん看護研修会（基礎編）

日　程	テーマ・主旨（Abstract）	所　属	講　師	対象者	参加人数
2022年10月12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.	4B 病棟 5B 病棟	本田　薫 乾　和江	院内看護師	14 名
2022年11月 9 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	荻野　葉子	院内看護師	6 名
2022年12月14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	中川　紀直 枚岡　かおる	院内看護師	16 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年01月11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	6名
2023年02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.	5B病棟	大柿 深雪	院内看護師	11名
2023年03月8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.	患者支援センター	松村 優子 MSW 楠 寿子	院内看護師	33名

健康教室「かがやき」

日 時	会の形態	テーマ	所 属	講 師	対象者	主催者名	参加人数
2022年04月22日 14:30–15:30	講演	世の中にあふれる医療都市伝説を斬る －腎臓高血圧編－	腎臓内科	家原 典之	一般市民	患者支援センター地域連携室	17名
2022年05月27日 14:30–15:30		肺の病気と患者さんに優しい手術 ～ロボット支援手術，胸腔鏡手術の紹介～	呼吸器外科	河野 朋哉			21名
2022年06月24日 14:30–15:30		手軽にできる運動療法～認知症予防～	リハビリテーション科	内田 真樹			31名
2022年07月22日 14:30–15:30		がんから身を守る食事と栄養	栄養科	植木 明			31名
2022年08月26日 14:30–15:30		心不全とうまく付き合っていく方法	循環器内科	岡田 隆			23名
2022年09月30日 14:30–15:30		健康な関節で長生き！～変形性関節症（股・膝関節）と治療～	整形外科	金 永優			42名
2022年10月28日 14:30–15:30		加齢に伴う眼の病気とその治療 ～糖尿病網膜症・白内障・緑内障・加齢黄斑変性症～	眼科	中路進之介			50名
2022年11月25日 14:30–15:30		いきいき更年期‼ ～ホルモン補充療法を知る～	産婦人科	大井 仁美			11名
2022年12月23日 14:30–15:30		骨粗鬆症のリスクとその予防医学	内分泌内科	小嶋 勝利			28名
2023年01月27日 14:30–15:30		健康な足で歩きつづけるための足づくり～足のケアをどうしていますか～	看護部	山内 光子			31名
2023年02月24日 14:30–15:30		脳梗塞の診療について	脳神経内科	中谷 嘉文			49名
2023年03月24日 14:30–15:30		知っておきたい！漢方薬・健康食品・サプリメントのあれこれ	薬剤科	大野 恵一 目黒 裕史			44名
						合計	378名

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
2022年6月1日 18:30–19:45	出前講演（オンライン）	乳幼児の発達，病気における初期対応について	小児科	岡野 創造	知真保育園保育士	知真保育園	12名

糖尿病教室（毎月第３木曜日／15:00～16:30）

日　程	会の形態	テーマ	所　属	講　師	対象者	主催者名	参加人数
2022年４月21日 15:00-16:00	講演	糖尿病とコロナウイルス 糖尿病の食事療法	糖尿病代謝内科 栄養科	小暮　彰典 片山　さくら	集団栄養指導の方	糖尿病代謝内科	４名
2022年７月21日 15:00-16:00		インスリンの使い方 今日から取り組むかんたん食事療法	糖尿病代謝内科 栄養科	小間　淳平 森岡　沙織			３名
2022年10月20日 15:00-16:00		糖尿病の合併症 今日から取り組むかんたん食事療法	糖尿病代謝内科 栄養科	濱澤　悠佑 原田　麻子			５名
2023年１月19日 15:00-16:00		コロナと糖尿病 糖尿病食事療法，保健機能食品について	糖尿病代謝内科 栄養科	塩田　晃史 平野　真美子			６名

母親教室（各期とも月１回月曜日）

	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	11 名
＊コロナ感染予防のため，2022 年６月まで個別の指導とした．2022 年７月より感染対策を行い集団指導を再開した。							
前中期	第４水曜日 ９回／年	講話	妊娠の生理と異常 妊娠中の栄養について日常生活の注意点 乳房のケア 妊娠中のお口の健康について	助産師 歯科衛生士 栄養士	分娩予約をしている妊婦が対象	看護部 4B 病棟	44 名
後期	第２水曜日 ９回／年		分娩の経過 楽なお産をするために 入院病棟案内	助産師			44 名

がん患者・家族のサロン「みぶなの会」

日　程	時　間	会の形態	対象者	主催者名	参加人数
2022年10月26日	14:30-15:30 学習会 13:30-14:30	交流会，学習会	がん患者 及び家族	相談支援室 （がん相談支援センター）	11 名
2023年３月22日					５名
					16 名

がん患者・家族のサロン「みぶなの会」学習会　　奇数月の第３水曜日

日　程	テーマ	所　属	講　師	参加人数
2022年10月26日 13:30-14:30	コロナ禍におけるメンタルヘルス	緩和ケア科　臨床心理士・公認心理師	高橋　可奈子	12 名
2023年３月22日 13:30-14:30	患者さん目線で考える医療 ～多職種で繋ぐバトン～	がん相談支援センター　社会福祉士 患者支援センター　地域連携室 診療部統括部長 緩和ケアチーム　緩和ケア認定看護師 がん相談支援センター　がん看護専門看護師	楠　寿子 河井　隆志 宮原　亮 東　由加里 松村　優子	６名

「地域医療フォーラム」開催内容

日　程	テーマ	所　属	講　師	参加人数
2022年 9 月 3 日 京都産業会館 ホール 北室	テーマ「人生の終い支度を考える」 第Ⅰ部 一般演題 「京都市における人生の終い支度の取組」 「救急現場における現状と課題」 「事例に学ぶ“安定期”にこそもとめられる備え ～“入退院支援・急変時”につなぎ、本人の居心地のいい その時をめざす共同チームになるために～」 第Ⅱ部 特別講演 「人生の最終段階と意思決定支援」	 京都市健康長寿企画課 地域包括ケア推進担当課長 救急科　部長 辻医院　院長 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携 推進部部長	 岡　克彦 國嶋　憲 辻　輝之 三浦　久幸	50 名
2023年 3 月 4 日 京都産業会館 ホール 北室	テーマ「消化器がんに対する低侵襲治療とチーム医療」 第Ⅰ部 一般講演 「当院における食道癌・胃癌の治療」 「肝胆膵疾患に対する低侵襲治療とチーム医療」 「外来化学療法を受ける高齢がん患者への支援 ～外来化学療法センターでの多職種連携の取組～」 「管理栄養士によるがん患者への食事サポート」 第Ⅱ部 特別講演 「チーム医療が支える Patient Centricity 」	 消化器外科　医長 消化器外科　副部長 看護部　副看護師長 がん化学療法看護認定看護師 栄養科　栄養管理係長 京都大学大学院医学研究科 早期医療開発学　教授	 坂口　正純 奥田　雄紀浩 大柿　深雪 植木　明 中島　貴子	38 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
2022年4月28日 16:00-17:00	コロナ時代の救急室～6回の波にもまれて何をしてきたか～	救急科	國嶋　憲	21名 （内院外11名）
2022年5月26日 16:00-17:00	市立病院眼科の最近のトピックス	眼科	眼科全員	21名 （内院外10名）
2022年6月23日 16:00-17:00	内分泌内科に紹介を受けた患者から～2022	内分泌内科	小松　弥郷	15名 （内院外6名）
2022年7月28日 16:00-17:00	肺癌の低侵襲手術 - 最新の Topics - （地域の先生方からご紹介いただいた患者様の症例検討含む）	呼吸器外科	村西　佑介	9名 （内院外4名）
2022年8月25日 16:00-17:00	当院における肝胆膵外科診療について	外科	奥田　雄紀浩	15名 （内院外8名）
2022年9月22日 16:00-17:00	当院における COVID-19 合併妊婦の管理	産婦人科	藤原　葉一郎 山本　浩之	13名 （内院外7名）
2022年10月27日 16:00-17:00	センセイ！なんか変なもん写ってますけど… ～日常診察で出会う正常変異・異物・アーチファクト～	放射線診断科	藤本　良太	12名 （内院外7名）
2022年11月24日 16:00-17:00	① COVID-19 と神経筋合併症 ② COVID-19 に脳静脈血栓症を合併した一例	脳神経内科	中谷　嘉文 白波瀬　勇人	15名 （内院外8名）
2022年12月22日 16:00-17:00	①糖尿病治療薬選択のアルゴリズムについて ②簡便かつ最強の運動手段！～ラジオ体操のススメ～	糖尿病・代謝内科	塩田　晃史 木村　智紀	18名 （内院外9名）
2023年1月26日 16:00-17:00	下部尿路障害診療について ～前立腺肥大から骨盤臓器脱まで～	泌尿器科	堤　尚史	12名 （内院外7名）
2023年2月9日 16:00-17:00	①甲状腺全摘症例の検討 ②見逃しを回避した3症例	耳鼻いんとう科	池田　葵 為野　仁輔	22名 （内院外11名）
2023年3月23日 16:00-17:00	①口腔内に発症した蠅蛆症の1例 ②上顎に生じた象牙質形成幻影細胞腫の1例 ③薬剤関連顎骨壊死	歯科口腔外科	寺谷　雪那 大西　ゆりあ 白井　陽子	20名 （内院外10名）
			合計	193名 （内院外98名）

令和4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】
・血液培養の結果から，治療が必要な起因菌か治療が不要な汚染菌かの判断を行い，起因菌と判断した場合は感染源を特定するために追加で必要な検査や経験的治療として適切な抗菌薬の助言を主治医に行っている．また，抗菌薬の使用においては，各患者の腎機能，体格，重症度に合わせて十分な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．
・起因菌が特定され薬剤感受性が判明すれば，不要な広域抗菌薬の長期使用を減らすため，適切な狭域抗菌薬への de-escalation を症例に応じて推奨している．
・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
2022年4月1日	30名	2022年8月5日	49名	2022年11月29日	34名
2022年4月5日	49名	2022年8月9日	39名	2022年12月2日	28名
2022年4月8日	51名	2022年8月12日	34名	2022年12月6日	30名
2022年4月12日	59名	2022年8月16日	28名	2022年12月9日	34名
2022年4月15日	48名	2022年8月19日	34名	2022年12月13日	38名
2022年4月19日	39名	2022年8月23日	27名	2022年12月16日	38名
2022年4月22日	38名	2022年8月26日	32名	2022年12月20日	47名
2022年4月26日	45名	2022年8月30日	37名	2022年12月23日	41名
2022年5月10日	46名	2022年9月2日	43名	2022年12月27日	39名
2022年5月13日	44名	2022年9月6日	34名	2023年1月6日	54名
2022年5月17日	38名	2022年9月9日	38名	2023年1月10日	41名
2022年5月20日	39名	2022年9月13日	36名	2023年1月13日	41名
2022年5月24日	44名	2022年9月16日	44名	2023年1月17日	39名
2022年5月27日	40名	2022年9月20日	39名	2023年1月20日	37名
2022年5月31日	39名	2022年9月27日	52名	2023年1月24日	44名
2022年6月3日	41名	2022年9月30日	41名	2023年1月27日	44名
2022年6月7日	44名	2022年10月4日	33名	2023年1月31日	42名
2022年6月10日	34名	2022年10月7日	38名	2023年2月3日	40名
2022年6月14日	36名	2022年10月11日	38名	2023年2月7日	44名
2022年6月17日	32名	2022年10月14日	41名	2023年2月10日	50名
2022年6月21日	38名	2022年10月18日	43名	2023年2月14日	37名
2022年6月24日	36名	2022年10月21日	38名	2023年2月17日	38名
2022年6月28日	35名	2022年10月25日	40名	2023年2月21日	41名
2022年7月1日	34名	2022年10月28日	38名	2023年2月24日	43名
2022年7月5日	36名	2022年11月1日	41名	2023年2月28日	45名
2022年7月8日	38名	2022年11月4日	38名	2023年3月3日	38名
2022年7月12日	44名	2022年11月8日	41名	2023年3月7日	43名
2022年7月15日	46名	2022年11月11日	40名	2023年3月10日	41名
2022年7月22日	52名	2022年11月15日	41名	2023年3月14日	40名
2022年7月26日	41名	2022年11月18日	39名	2023年3月17日	40名
2022年7月29日	39名	2022年11月22日	39名	2023年3月24日	57名
2022年8月2日	42名	2022年11月25日	39名	2023年3月28日	47名

NST ラウンド実施

日　程	対象病棟	対象患者数	ラウンドメンバー	内　容
2022年4月1日	5A　6C　6D　7C　7D	5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4月6日	3A　3D　4B　5A　6D　7D	14名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年4月8日	3A　6D　7C　7D	7名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年4月13日	3A　3D　4B　5A	10名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年4月15日	3A　6B　6C　6D　7C　7D	10名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年4月20日	3A　3D　4B　5A	8名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年4月22日	6B　6C　6D　7C　7D	10名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年4月27日	3A　3D　5A　6B　6D　7C　7D	21名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年5月6日	3A　3D　5A　6D　7C　7D	20名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年5月11日	3A　3D　5A	11名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年5月13日	4B　6D　7C　7D	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年5月18日	3A　3D　4B　5A　6D　7C　7D	19名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年5月20日	3A　6C　6D 7C　7D	10名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年5月25日	3A　3D　4B　5A　7C	16名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年5月27日	3A　6D　7C　7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年6月1日	3A　3D　4B　5A	15名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年6月3日	4B　6C　6D　7C　7D	15名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年6月8日	3A　3D　4B　5A	15名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年6月10日	3A　6C　6D　7C　7D	14名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年6月15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6月17日	6C　6D　7C　7D	8名	医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年6月22日	3A　3D　4B　5A　7D	15名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年6月24日	3A　6C　7C　7D	11名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年6月29日	3A　3D　5A　5B	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年7月1日	5A　6C　6D　7C　7D	9名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士 看護師	
2022年7月6日	3A　3D　5A　5B　7D	14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7月8日	6B 6C 6D 7D	10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7月13日	3A 3D 5A 5B	15名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年7月15日	3D 5A 6C 6D 7D	12名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年7月20日	3A 3D 5A 5B 6D	15名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年7月22日	3A 5A 6C 6D 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年7月27日	3A 3D 5A 5B 7C 7D	14名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年7月29日	3A 3D 6C 6D 7C 7D	11名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年8月17日	3A 4B 5A 5B	8名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年8月19日	3A 5E 6C 6D 7C 7D	12名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年8月24日	3A 3D 4B 5A 5E	12名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年8月26日	3A 4B 6B 6D 7C 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年8月31日	3A 3D 4B 5A 5E 6C	14名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年9月2日	3D 6D 7C 7D	9名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年9月7日	3A 3D 4B 5A 5E	15名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年9月9日	6C 6D 7C 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年9月14日	3A 3D 4B 5A 7D	14名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年9月16日	6B 6C 7C 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年9月21日	3A 3D 4B 5A 6C 6D 7C 7D	22名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年9月28日	3A 3B 3D 4B 5A 5B	12名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年9月30日	3A 6C 7C 7D	12名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年10月5日	3A 3D 4B 5A 5B 7D	15名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年10月7日	3D 6C 7C 7D	10名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年10月12日	3A 3D 4B 5A 5B	15名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年10月14日	5B 6C 7C 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年10月19日	3A 3D 4B 5A 5B 7D	17名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2022年10月21日	5B 6C 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10月26日	3A　3D　4B　5A　5B　6D	19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.
2022年10月28日	7C　7D	11名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年11月2日	3A　3D　5A　5B	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年11月4日	6C　6D　7C　7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年11月9日	3A　3D　5A　5B　6D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年11月11日	6C　6D　7C　7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年11月16日	3A　3D　4B　5A　6C　7C　7D	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年11月18日	3A　6C　6D　7C　7D	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年11月25日	3A　3D　4B　5A　5B　6C　6D　7C　7D	23名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年11月30日	3A　3D　5A　5B　6C	14名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年12月2日	3A　6B　6C　7C　7D	11名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年12月7日	3A　3D　5A　5B	15名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年12月9日	3A　3D　6B　7C　7D	10名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年12月14日	3A　3D　5A　5B　7D	19名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年12月16日	6B　6D　7C　7D	8名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年12月21日	3A　3D　5A　5B	15名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年12月23日	6B　6C　6D　7C　7D	13名	医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年12月28日	3A　3B　3D　5B　6B　6C　6D　7C　7D	22名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2022年1月4日	3A　3D　5A　5B　7D	14名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2023年1月6日	3A　6B　6C　6D　7C　7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2023年1月11日	3A　3D　5A　5B	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2023年1月13日	5A　6B　6C　6D　7C　7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2023年1月18日	3A　3B　3D　4B　5A　5B	15名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2023年1月20日	3A　5A　6B　6C　6D　7C　7D	13名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2023年1月25日	3A　3D　4B　5A　5B　7D	16名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2023年1月27日	3A　6B　6C　6D　7C　7D	12名	医師　歯科医師　薬剤師　栄養士　看護師	
2023年2月1日	3A　4B　5A　5B	15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
2023年2月3日	6B 6C 6D 7C 7D	13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.
2023年2月8日	3A 4B 5A 5B	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年2月10日	6B 6D 7C 7D	14名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年2月15日	3A 3D 4A 5A 5B	13名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年2月17日	3A 4B 6B 7C 7D	12名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年2月22日	3A 3D 4A 4B 5A 5B 6C	15名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年2月24日	6C 7C 7D	8名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月1日	3A 3D 4B 5A 5B	16名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月3日	3D 6C 7C 7D	13名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月8日	3A 3D 4B 5A 5B	14名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月10日	3A 5A 6C 6D 7C 7D	13名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月15日	3A 3B 3D 4B 5A 5B	18名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月17日	3D 6C 7D	7名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月22日	3A 3D 4B 5A 5B	17名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月24日	3A 5A 6C 7D	9名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月29日	3A 3D 4B 5A 5B	19名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月31日	3D 6C 7C 7D	7名	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
2022年４月１日	4B　6D	３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４月４日	4B　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月５日	4A　5B	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月６日	4B　6B　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４月７日	6C　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月８日	4B	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月11日	4B　6C　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月12日	4A　4B　6C	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月13日	3A　4B　6C	３名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2022年４月14日	3A　4B　6C	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月15日	3A　3D　4B　6C	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月19日	4A	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月21日	3A	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月22日	4B　5B	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月25日	7C	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月26日	4A　4B　6D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年４月27日	4B　6D　7C	５名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2022年４月28日	6D　7C	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月２日	4B　6D　7C	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月６日	4B　6D　7C	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月９日	3D　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	
2022年５月10日	3D　6C　6D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月11日	3D　4B　6D　7D	10名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月12日	3D　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月13日	4B	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月16日	4B　6D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月17日	4B　4A　6D	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月18日	4B　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	
2022年５月19日	6C　6D　7C	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月20日	6D　7D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月23日	6C　6D　7D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月24日	4A　6C　6D	７名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2022年５月25日	4B　6C　6D　7C 7D	８名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月26日	4B　6D　7C　7D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月27日	5B	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月30日	6D　7D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年５月31日	4A　6D　7D	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年６月１日	4B　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	

日　程	病　棟	患者数	担　当　者	内　容
2022年6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．
2022年6月3日	4B　6C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月6日	7D	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月7日	4A　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月8日	4B　6D　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	
2022年6月9日	5B　6D　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月10日	6C　6D　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月13日	7D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月14日	4A　4B　6C　6D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月15日	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	
2022年6月16日	5B	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月17日	4B　6D　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月20日	6B　7D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月21日	4B　4A　6D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月22日	4B　6B　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	
2022年6月23日	5B	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月24日	6B　7D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月27日	4B	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月28日	4A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年6月29日	6C　7D	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6月30日	5B	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月1日	7D	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月4日	5B　7D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月5日	4A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月6日	4B　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	
2022年7月7日	5B　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月8日	4B　6D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月11日	5B　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月12日	4A　4B	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月13日	4B	1名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2022年7月14日	4B　6C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月15日	5B	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月19日	4A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月20日	6C	1名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2022年7月22日	7D	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月25日	7D	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月26日	4A	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年7月27日	7D	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	

日　程	病　棟	患者数	担　当　者	内　容
2022年７月28日	4B　5B	３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７月29日	4B　6C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月１日	4B　6C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月２日	4A	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月３日	4B　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８月４日	5B	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月５日	4B	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月８日	3A　6A　7D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月９日	4B	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月10日	6A	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	
2022年８月15日	5A	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月16日	5A	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月17日	5A　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	
2022年８月18日	4A　5B　6D	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月22日	5A　6D　7D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月23日	5A　6C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月24日	6C　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	
2022年８月25日	5B　6B　6D　7D	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月30日	4A	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年８月31日	4B　6D　7D	６名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2022年９月１日	4B　7D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年９月２日	4B　6C　6D　7D	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年９月５日	4B　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年９月６日	4A　4B　5B　6D	８名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年９月７日	4B　6D　7D	６名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2022年９月８日	4A　6C　7D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年９月９日	4B　5B　6C	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年９月12日	6D　7D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年９月13日	4A　4B　6C　6D	10名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年９月14日	6D　7D	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９月15日	4B　5B　6D　7C	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年９月16日	6C　7D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年９月20日	4A　4B　6C　7C 7D	８名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年９月21日	6D　7C　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	
2022年９月22日	4B　5B　6D　7C 7D	７名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年９月26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9月27日	4A　6C　6D　7D	8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9月28日	6D　7C　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	
2022年9月29日	5A　5B　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年9月30日	5A　6D　7C	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年10月3日	6C　6D　7C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年10月4日	4B　7C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年10月5日	4B　7D	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10月6日	6D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年10月11日	4A　6D　7D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年10月12日	7D	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	
2022年10月13日	5B　6D　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年10月17日	6D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年10月18日	4A　6D	6名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年10月19日	6B　7D	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10月20日	5B　6D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年10月21日	4B　6B　6D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年10月24日	4B　6D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年10月25日	6D　6C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年10月26日	4B　7D	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10月27日	4B　6C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月1日	6C	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月2日	7D	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11月7日	7D	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月8日	4A　6D	7名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月9日	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	
2022年11月10日	6C　6D　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月11日	6D　7C　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月14日	6D　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月15日	4A　5B　6D　7D	8名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月16日	6D　7C　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	
2022年11月17日	5B	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月18日	6D　7C　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月21日	6C　7C　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月22日	3A　6D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月25日	7D	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月28日	6D　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月29日	3A　4A　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年11月30日	3A　6D　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	

日　程	病　棟	患者数	担　当　者	内　容
2022年12月１日	3A　4B　7D	３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12月２日	3A　4B　5B　6C 6D	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年12月５日	4B　6D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年12月12日	4B　5B　6D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年12月13日	4A　6D	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年12月14日	4B　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12月15日	4B　5B　6C　6D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年12月16日	4B　6B　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年12月19日	4B　6D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年12月20日	4A	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年12月21日	4B　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	
2022年12月22日	4B　5B　7D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年12月23日	4B　6D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年12月26日	4B	１名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年12月27日	4A	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2022年12月28日	4B　7D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月４日	5A　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	
2023年１月５日	5B	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月６日	5A　7D	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月10日	4A　7D	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月11日	4B　5B　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	
2023年１月12日	4B　6C　7D	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月13日	6B　6C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月16日	6C　7C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月17日	4A　6C　7C	５名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月18日	3D　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	
2023年１月19日	5B　6B	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月22日	6C　7C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月23日	6C　6D　7C	３名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月24日	4A　5B	６名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月25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	
2023年１月26日	4A　6C　6D	７名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月27日	5B　6C　6D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月30日	4B　6C　6D	４名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年１月31日	4B　6C	２名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年２月１日	4B　6C　7C	４名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2023年２月２日	4A　7C	５名	医師　看護師　臨床心理士	

日　程	病　棟	患者数	担　当　者	内　容
2023年2月3日	4B　6C	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．
2023年2月6日	7C	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年2月7日	4A	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年2月8日	4B　6D　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	
2023年2月9日	6C　6D　7C	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年2月10日	4B　6C　6D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年2月13日	4B　6C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年2月14日	6C　7C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年2月15日	4B　5B　6C　7C	6名	医師　精神神経科医師　看護師 薬剤師　栄養士　MSW　臨床心理士	
2023年2月16日	4A　4B　6C	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年2月17日	4B　5B　6C　7D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年2月20日	4B　7C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年2月21日	4A　4B	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年2月22日	4B　5B　6C	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	
2023年2月24日	4B　6C　6D	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年2月27日	6C	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年2月28日	6C	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月1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	
2023年3月3日	4B　5B　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月6日	7D	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月7日	4B　5B	4名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月8日	6C　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	
2023年3月9日	6C　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月10日	5B　7D	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月13日	6C	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月14日	4B　5B　6C　7D	5名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月15日	4A	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	
2023年3月17日	5B　6C	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月20日	6C	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月23日	4A	2名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月24日	5B	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月27日	7D	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月28日	5B	1名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月29日	6C　7D	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	
2023年3月30日	6B　6C　7D	3名	医師　看護師　臨床心理士	
2023年3月31日	6B　6C	2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
2022年4月8日 14:30-15:15	3A　4B　5A	5名	皮膚科医師 奥沢　康太郎 沢田　広子 中村　健太郎	 褥瘡の評価，治癒判定，薬剤指示変更，栄養管理の提案 褥瘡に影響を与える可能性のある薬剤情報提供 処置に伴う苦痛が強い症例の処置検討（創傷被覆材使用に変更可）
2022年4月22日 14:20-15:45	6D　7C　7D	7名		
2022年5月13日 14:30-15:10	3B　5A　5E　6B 7D	6名	看護師 吉田　真奈里 白岩　喜美代 長野　萌 植野　祐美 中井　洋子 土屋　遊 濱田　和代 片山　ひとみ 造士　理紗子 井東　彩世 横林　綾香 大久保　英 大久保　茜衣 梅田　一馬 西田　朝香 八木　彩華	病棟看護師へ指導 ・看護計画修正 ・看護指示入力と実施入力 ・栄養補助食品摂取状況の記録 ・経過表の観察項目入力 ・SGA 評価修正 ・DESIGN-R2020 評価 ・定期的な写真記録と写真を参考にした DESIGN-R2020 評価 ・ギャッチアップ座位で食事介助時の除圧ケア ・創傷処置、重度褥瘡処置コストチェック ・保湿ケア強化 ・疼痛緩和ケア ・体圧分散寝具再選択 ・リハビリ実施時の損傷予防ケア ・患者状態の入力 ・褥瘡新規発生時のチェックリストにそった入力 ・薬剤処置方法、壊死組織を伴う褥瘡の洗浄方法、テープやフィルムドレッシングの剥がし方、モイスキンパッドとココロールを併用した保護方法
2022年5月27日 14:30-15:50	6C　6D　7C	6名		
2022年6月10日 14:30-14:45	5A	1名		
2022年7月8日 14:30-14:45	5A	4名		
2022年7月22日 14:30-15:50	3D　6D　7C　7D	4名		
2022年8月26日 14:30-14:55	7C	3名		
2022年9月9日 14:30-14:40	3A	1名		
2022年9月16日 14:30-15:15	3D　7C　7D	3名		
2022年10月14日 14:30-15:45	3A　5E	5名	薬剤師 内村　恭子	・褥瘡治癒部の再発予防ケア ・褥瘡部やスキン - テア部位の圧迫されないポジショニング
2022年10月28日 14:30-15:15	7C　7D	4名	管理栄養士 望月　貴子	・退院支援
2022年11月11日 14:30-15:30	3A　4B　5E	3名		
2022年11月25日 14:30-15:30	3D　6C　7C	4名		
2022年12月9日 14:30-15:00	5E　6B	2名		
2022年12月23日 14:30-15:25	6C　6D　7C　7D	5名		
2023年1月13日 14:30-15:00	3A　5A	2名		
2023年1月27日 14:30-15:15	6D　7C	2名		
2023年2月10日 14:30-15:45	4A　5A　5B	4名		
2023年2月24日 14:30-15:15	6C　7C	3名		
2023年3月10日 14:30-15:15	3A　4B　5A	3名		
2023年3月24日 14:30-14:45	3D	1名		

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
2022年4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	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4月12日	3B	4名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2022年4月14日	3A　3B　3D	5名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2022年4月19日	3B　7C	3名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2022年4月21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4月26日	3B	1名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2022年4月28日	3A　3B　7D	3名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2022年5月10日	3B　3D　7C	3名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2022年5月12日	3B	1名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2022年5月17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	
2022年5月24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	
2022年6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	
2022年6月9日	4A	1名	医師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2022年6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	
2022年6月23日	6C	1名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2022年6月28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	
2022年6月30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	
2022年7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	
2022年7月7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	
2022年7月12日	3B	1名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2022年7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	
2022年7月19日	5A	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7月26日	3B　5A	3名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2022年8月2日	3B　3D　4A　5A	5名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2022年8月9日	4A　5A	2名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2022年8月16日	3B	1名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	

日　程	病　棟	患者数	担当者	内　容
2022年９月６日	3B　3D	２名	医師　看護師　理学療法士 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９月29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	
2022年10月６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	
2022年10月11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11月１日	3B	２名	医師 管理栄養士　臨床工学技士	
2022年11月10日	7C	１名	医師 管理栄養士　臨床工学技士	
2022年11月17日	7C	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11月24日	7C	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12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12月８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12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	
2022年12月20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	
2023年１月19日	7C	１名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2023年１月26日	7C	１名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2023年２月２日	3B	１名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2023年２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	
2023年２月16日	5B　7D	２名	医師　看護師　理学療法士 臨床工学技士	
2023年２月21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	
2023年３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	
2023年３月16日	3B	３名	医師　理学療法士 臨床工学技士	
2023年３月23日	3B	２名	医師　看護師　理学療法士 管理栄養士　臨床工学技士	
2023年３月28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	
2023年３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	

研　究　業　績　目　録
（2022）

1）原　　著

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
血液内科		
Bortezomib-cyclophosphamide-dexamethasone induction／consolidation and bortezomib maintenance for transplant-eligible newly diagnosed multiple myeloma：phase 2 multicenter trial	Muranushi H*, Kanda J*, Kobayashi M*, Maeda T*, Kitano T*, Tsuji M*, Ueda Y*, Ishikawa T*, Nohgawa M*, Watanabe M*, Imada K*, Moriguchi T*, Mitsuru Itoh, Ohno H*, Yonezawa A*, Hirata H*, Arima N*, Asagoe K*, Anzai N*, Nagata K*, Yasuno S*, Kuwabara Y*, Kitao H*, Kim I*, Kawagishi K*, Ueshima K*, Tominari S*, Nakayama T*, Yamashita K*, Takaori-Kondo A*	Hematology 27(1):239-248, 2022
WEB を用いた採取可能日情報の事前入力によるコーディネート期間短縮の試み	日野雅之*, 梅本由香里*, 幕内陽介*, 岡村浩史*, 康　秀男*, 萩山恵子*, 折原勝己*, 中尾隆文*, 岡田昌也*, 魚嶋伸彦*, 伊藤　満, 藥師神公和*, 西川彰則*, 石川　淳*, 水野石一*, 石川隆之*, 福田隆浩*	日本造血・免疫細胞療法学会雑誌 11(2):114-121, 2022
Establishment of a predictive model for GVHD-free, relapse-free survival after allogeneic HSCT using ensemble learning	Iwasaki M*, Kanda J*, Arai Y*, Kondo T*, Ishikawa T*, Ueda Y*, Imada K*, Akasaka T*, Yonezawa A*, Yago K*, Nohgawa M*, Anzai N*, Moriguchi T*, Kitano T*, Mitsuru Itoh, Arima N*, Takeoka T*, Watanabe M*, Hirata H*, Asagoe K*, Miyatsuka I*, An LM*, Miyanishi M*, Takaori-Kondo A*	Blood Adv 6(8):2618-2627, 2022
Coexistence of HLA and KIR ligand mismatches as a risk factor for viral infection early after cord blood transplantation	Iemura T*, Arai Y*, Kitawaki T*, Kanda J*, Kondo T*, Ueda Y*, Mori T*, Imada K*, Yonezawa A*, Yago K*, Anzai N*, Kotani S*, Nohgawa M*, Kitano T*, Mitsuru Itoh, Arima N*, Moriguchi T*, Watanabe M*, Tsuji M*, Yamashita K*, Takaori-Kondo A*, Kyoto Stem Cell Transplantation Group（KSCTG）	Bone Marrow Transplant 57(5):781-789, 2022

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
Single cord blood transplantation versus HLA-haploidentical-related donor transplantation using posttransplant 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*，Kyoto Stem Cell Transplantation Group（KSCTG）	Transplantation 106(6):1279-1287，2022
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	京都市立病院紀要 42:4-9，2022
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*	京都市立病院紀要 42:10-13，2022
消化器内科		
がんゲノム医療とは	宮川昌巳	京都消化器医会会報 38:55-59，2022
感染症科		
【第 32 回京都市立病院地域医療フォーラム】新型コロナのこれまでとこれから	山本舜悟	京都市立病院紀要 42:25-34，2022
Influence of anti-coronavirus disease 2019 policies on 10 pediatric infectious diseases	Yamamoto S*，Kataoka Y*，Kentaro Tochitani，Miyakoshi C*，Yamamoto Y*	Pediatr Int 64(1)：e14958，2022
Non-typhoidal Salmonella bacteremia in COVID-19 with recrudescence of fever after corticosteroid discontinuation：A case report	Aoi Yogo，Shungo Yamamoto，Nobuki Iwamoto，Kazuaki Aoki，Hirofumi Motobayashi，Kentaro Tochitani，Tsunehiro Shimizu	IDCases 27：e01415，2022
Two Cases of Kikuchi Disease Presenting with Aseptic Meningitis and Encephalitis	Nobuki Iwamoto，Mari Funahashi，Koh Shinohara，Yoshifumi Nakaya，Hirofumi Motobayashi，Kentaro Tochitani，Shungo Yamamoto，Tsunehiro Shimizu	Intern Med 61(17):2687-2689，2022
Cervical abscess caused by Mycobacterium tilburgii in a patient carrying anti-interferon gamma autoantibody：A case report and literature review	Koh Shinohara，Matsumura Y*，Sakagami T*，Shigefumi Morioka，Yoshizawa K*，Kazuaki Aoki，Hirofumi Motobayashi，Kentaro Tochitani，Nagao M*，Tsunehiro Shimizu	J Infect Chemother 28(5):699-704，2022
Transient Large-vessel Vasculitis after COVID-19 mRNA Vaccination	Kazuaki Aoki，Shungo Yamamoto，Kentaro Tochitani	Intern Med 61(13):2083-2084，2022

論題	著者名	誌名 巻（号）：ページ，年
Two cases of pyelonephritis with bacteremia by Staphylococcus epidermidis in male patients with nephrolithiasis：Case reports and a literature review	Aoi Yogo, Shungo Yamamoto, Shougen Sumiyoshi, Nobuki Iwamoto, Kazuaki Aoki, Hirofumi Motobayashi, Kentaro Tochitani, Tsunehiro Shimizu, Takaya Murashima, Nobuyuki Nishikawa, Takehiko Segawa	J Infect Chemother 28(8):1189-1192，2022
Integrated model for COVID-19 diagnosis based on computed tomography artificial intelligence, and clinical features：a multicenter cohort study	Kataoka Y*，Kimura Y*, Ikenoue T*，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	Ann Transl Med 10(3):130，2022
Pre‐emptive antifungal therapy versus empirical antifungal therapy for febrile neutropenia in people with cancer	Uneno Y*，Imura H*, Makuuchi Y*, Kentaro Tochitani, Watanabe N*	Cochrane Database Syst Rev 11(11)：CD013604，2022
Association between serum alkaline phosphatase and bacteraemia in haemodialysis outpatients：a multicentre retrospective cross-sectional study	Katasako A*，Sasaki S*, Raita Y*, Shungo Yamamoto, Kentaro Tochitani, Murakami M*，Nishioka R*, Fujisaki K*	BMJ Open 12(10)：e058666，2022
A case of amebic colitis and liver abscesses that occurred after treatment of coronavirus disease 2019 with dexamethasone	Hirofumi Motobayashi, Shougen Sumiyoshi, Kazuaki Aoki，Aoi Yogo, Kentaro Tochitani, Shungo Yamamoto, Tsunehiro Shimizu, Mizuno T*，Tokoro M*	IDCases 31：e01648，2022
Development and external validation of a deep learning-based computed tomography classification system for COVID-19	Kataoka Y*，Baba T*, Ikenoue T*，Matsuoka Y*, Matsumoto J*，Kumasawa J*, Kentaro Tochitani, Funakoshi H*，Hosoda T*, Kugimiya A*，Shirano M*, Hamabe F*，Iwata S*, Kitamura Y*，Goto T*, Handa T*，Kido S*, Fukuma S*，Tomiyama N*, Hirai T*，Ogura T*, Japan COVID-19 AI team	Ann Clin Epidemiology 4(4):110-119，2022
【コロナ禍における感染症の変化】新型コロナウイルス感染症流行後の子どもの感染症の発生動向－なぜ一旦減少したのか？－	清水恒広	京都小児科医会会報 (66):24-29，2022
【勤務医通信】私の今までとこれから－ふつうの小児科医から感染症医へ，そして・・・－	清水恒広	京都医報 (2233):10-11，2022
小児科		
クローン病を合併した同種骨髄移植後難治性 Clostridioides difficile 感染症に対する糞便細菌叢移植	田村真一，石田宏之，清水恒広，今枝広丞*，西田淳史*，馬場重樹*，安藤 朗*，岩佐葉子，黒田啓史	臨床血液 63(3):217-223，2022
腸重積にて診断された，mucosal bridge を伴ったメッケル憩室の1例	遠藤耕介，佐藤誠二，山崎伸悟，尾松 憩，神田修平，佐々木真之，岸本光夫，松尾宏一，山本栄司	日本小児外科学会雑誌 58(7):992-995，2022

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
COVID-19 合併妊産婦の周産期管理における取り組み	前田一枝，石川悦子，松村知佳子，村上あおい，末次弘実，塩見　梢，山本舜悟，藤原葉一郎	京都母性衛生学会誌 30(1):17-24，2022
Laparoscopic resection of pediatric interaortocaval large paraganglioma	Takimoto A*，Fumino S*，Takayama S*，Kim K*，Aoi S*，Furukawa T*，Hongo F*，Mio Yano，Hiroyuki Ishida，Iehara T*，Tajiri T*	Journal of Pediatric Surgery Case Reports 78(2):102-195，2022
緩和ケア科		
チームアリス：抗不整脈薬 チームエヌエムディーエー：NMDA 受容体拮抗薬	大西佳子	がん疼痛治療のおくすり選手名鑑（下山理史　編著），メディカ出版，130-137，2022
【すっきりしない症状　まれな症状の緩和ケア－どこまでやったら合格か？】がん性髄膜炎の頭痛	大西佳子	緩和ケア 32(6):28-34，2022
第 42 回金沢がん哲学外来オンライン講演会の紹介	山田圭輔 *，岡本理恵 *，西村詠子 *，山代亜紀子 *，大西佳子	ペインクリニック 43(7):786-789，2022
乳腺外科		
【第 33 回京都市立病院地域医療フォーラム】当院乳腺外科の治療戦略と今後の展望	森口喜生	京都市立病院紀要 42:41-43，2022
リハビリテーション科		
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，村上瑞希，多田弘史	京都市立病院紀要 42:59-62，2022
Trousseau 症候群患者における日常生活動作早期獲得の重要性	松原彩香，中西俊祐，多田弘史，櫻井桃子 *	理学療法 39(1):81-87，2022
皮膚科		
少量のステロイド内服が奏効した顔面肉芽腫の 1 例	髙溝真成，沢田広子，奥沢康太郎，竹中秀也	皮膚科の臨床 64(10):1631-1634，2022
Lichen Planopilaris Arising between Two Linear Surgical Scars	Hiroko Sawada，Arakawa Y*，Katoh N*，Asai J*	Int J Trichology 4:112-114，2022
泌尿器科		
Efficacy and safety of pembrolizumab for older patients with chemoresistant urothelial carcinoma assessed using propensity score matching	Nishiyama N*，Kobayashi T*，Narita S*，Hidaka Y*，Ito K*，Maruyama S*，Mukai S*，Tsutsumi M*，Miki J*，Okuno T*，Yoshio Y*，Matsumoto H*，Shimazui T*，Takehiko Segawa，Karashima T*，Masui K*，Fukuta F*，Tashiro K*，Imai K*，Suekane S*，Nagasawa S*，Higashi S*，Fukui T*，Kojima T*，Morita S*，Ogawa O*，Nishiyama H*，Kitamura H*，Japan Urological Oncology Group	J Geriatr Oncol 13(1):88-93，2022
Pre-pembrolizumab neutrophil-to-lymphocyte ratio（NLR）predicts the efficacy of second-line pembrolizumab treatment in urothelial cancer regardless of the pre-chemo NLR	Kobayashi T*，Ito K*，Kojima T*，Maruyama S*，Mukai S*，Tsutsumi M*，Miki J*，Okuno T*，Yoshio Y*，Matsumoto H*，Shimazui T*，Takehiko Segawa，Karashima T*，Masui K*，Fukuta F*，Tashiro K*，Imai K*，Suekane S*，Nagasawa S*，Higashi S*，Fukui T*，Ogawa O*，Kitamura H*，Nishiyama H*	Cancer Immunol Immunother 71(2):461-471，2022

論題	著者名	誌名 巻（号）：ページ，年
Comprehensive genomics in androgen receptor-dependent castration-resistant prostate cancer identifies an adaptation pathway mediated by opioid receptor kappa 1	Makino Y*, Yuki Kamiyama, Brown JB*, Tanaka T*, Murakami R*, Teramoto Y*, Goto T*, Akamatsu S*, Terada N*, Inoue T*, Kodama T*, Ogawa O*, Kobayashi T*	Commun Biol 5(1):299, 2022
Two cases of pyelonephritis with bacteremia by Staphylococcus epidermidis in male patients with nephrolithiasis：Case reports and a literature review	Aoi Yogo, Shungo Yamamoto, Shougen Sumiyoshi, Nobuki Iwamoto, Kazuaki Aoki, Hirofumi Motobayashi, Kentaro Tochitani, Tsunehiro Shimizu, Takaya Murashima, Nobuyuki Nishikawa, Takehiko Segawa	J Infect Chemother 28(8):1189-1192, 2022
Sister Mary Joseph's Nodule From Renal Cell Carcinoma：A Case Report	Kimiko Hirata, Masaru Narabayashi, Takaya Murashima, Takehiko Segawa, Shuji Ohtsu	Cureus 14(10)：e30344, 2022
Immune-related adverse events in urothelial cancer patients：Adjustment for immortal time bias	Otsuka H*, Kita Y*, Ito K*, Sano T*, Inokuchi J*, Tomida R*, Takahashi A*, Matsumoto K*, Kurahashi R*, Ozaki Y*, Uegaki M*, Maruyama S*, Mukai S*, Tsutsumi M*, Kawahara T*, Takehiko Segawa, Kitamura H*, Morita S*, Kobayashi T*	Cancer Sci 113(11):3912-3921, 2022
コハク酸脱水素酵素欠損性腎細胞癌の1例	山下直生，子安 翔，里上直衛，牧田哲幸，清川岳彦，尾松 憩，岸本光夫，藤本良太	臨床放射線 67(2):1673-1678, 2022
産婦人科		
COVID-19合併妊産婦の周産期管理における取り組み	前田一枝，石川悦子，松村知佳子，村上あおい，末次弘実，塩見 梢，山本舜吾，藤原葉一郎	京母雑誌 30（通算43巻）：17-24，2022
眼科		
Reconsidering the pathogenesis of chalazion	Tomo Suzuki, Naomi Katsuki, Tsutsumi R*, Uchida K*, Ohashi K*, Eishi Y*, Kinoshita S*	Ocul Surf 24:31-33, 2022
Intracrine activity involving NAD-dependent circadian steroidogenic activity governs age-associated meibomian gland dysfunction	Sasaki L*, Hamada Y*, Yarimizu D*, Tomo Suzuki, Nakamura H, Shimada A*, Nguyen Pham KY*, Shao X*, Yamamura L*, Inatomi T*, Morinaga H*, Nishimura EK*, Kudo F*, Manabe I*, Haraguchi S* Sugiura Y*, Suematsu M*, Kinoshita S*, Machida M*, Nakajima T*, Kiyonari H*, Okamura H*, Yamaguchi Y*, Miyake T*, Doi M*	Nat Aging 2(2):105-114, 2022

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
Optimising the method for visualising mouse meibomian gland using eyelid whole-mount lipid staining	Hamada Y*，Sasaki L*，Uehara H*，Tomo Suzuki，Kinoshita S*，Otsuka K*，Kihara A*，Yoshiaki Y*，Miyake T*，Doi M*	Ocul Surf 26：268–270，2022
霰粒腫	鈴木　智	眼科疾患　最新の治療2022–2024（村上　晶，白石　敦，辻川明孝：編），南江堂，2022
結膜フリクテン，角膜フリクテン，カタル性角膜潰瘍	鈴木　智	今日の眼科疾患治療指針　第4版（大路正人，後藤　浩，山田昌和，ほか編），医学書院，2022
放射線診断科		
局在からみた腹部救急画像診断　腹部中心部　全体の痛み	谷掛雅人	画像診断 42：421–431，2022
術後合併症のIVR　非血管系	谷掛雅人	IVR会誌 36：273–280，2022
絞扼性小腸閉塞の画像診断	谷掛雅人	臨床画像 38：1432–1442，2022
歯科口腔外科		
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	京都市立病院紀要 42：1–3，2022
放射線治療科		
【第33回京都市立病院地域医療フォーラム】当院の乳がんに対する放射線療法	平田希美子	京都市立病院紀要 42：44–48，2022
Sister Mary Joseph's Nodule From Renal Cell Carcinoma：A Case Report	Kimiko Hirata，Narabayashi M*，Takaya Murashima，Takehiko Segawa，Shuji Ohtsu	Cureus DOI：10.7759/cureus.30344，2022
麻酔科		
Symptomatic Pulmonary Cement Embolism after Balloon Kyphoplasty and Pedicle Screw Fixation Caused by a Small Peripheral Embolus-A Case Report	Masami Sato，Munenori Kato，Masahiro Kakuyama	Journal of Anaesthsia and Critical Care Case Reports 8(3)：5–8，2022
病理診断科		
Blue laser imaging identifies endoscopic findings corresponding to metachronous esophageal squamous cell carcinoma	Azuma Y*，Dohi O*，Naito Y*，Yasuda T*，Yoshida T*，Ishida T*，Kitae H*，Matsumura S*，Doi T*，Hirose R*，Inoue K*，Yoshida N*，Kamada K*，Uchiyama K*，Takagi T*，Ishikawa T*，Konishi H*，Nishimura A*，Mituo Kishimoto，Itoh Y*	Esophagus 19(2)：278–286，2022
The first case of SMARCA4-deficient sarcoma of stomach	Ota T*，Ishikawa T*，Yasuda R*，Yasuda T*，Okayama T*，Inoue K*，Dohi O*，Yoshida N*，Kamada K*，Uchiyama K*，Takagi T*，Konishi H*，Naito Y*，Matsuyama K*，Yamaguchi T*，Ootsuka K*，Yoshida A*，Mituo Kishimoto，Itoh Y*	Clin J Gastroenterol 15(3)：531–536，2022

論題	著者名	誌名 巻（号）：ページ，年
Functions and Clinical Significance of CACNA2D1 in Gastric Cancer	Inoue H*, 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*	Ann Surg Oncol doi：10.1245/s10434-022-11752-5. Online ahead of print, 2022
Anoctamin 5 regulates the cell cycle and affects prognosis in gastric cancer	Fukami T*, Shiozaki A*, Kosuga T*, Kudou M*, Shimizu H*, Ohashi T*, Arita T*, Konishi H*, Komatsu S*, Kubota T*, Fujiwara H*, Okamoto K*, Mituo Kishimoto, Morinaga Y*, Konishi E*, Otsuji E*	World J Gastroenterol 28(32):4649-4667, 2022
Blue laser imaging identifies endoscopic findings corresponding to metachronous esophageal squamous cell carcinoma	Azuma Y*, Dohi O*, Naito Y*, Yasuda T*, Yoshida T*, Ishida T*, Kitae H*, Matsumura S*, Doi T*, Hirose R*, Inoue K*, Yoshida N*, Kamada K*, Uchiyama K*, Takagi T*, Ishikawa T*, Konishi H*, Nishimura A*, Mituo Kishimoto, Itoh Y*	Esophagus 19(2):278-286, 2022
TRPV2 Promotes Cell Migration and Invasion in Gastric Cancer via the Transforming Growth Factor-β Signaling Pathway	Kato S*, Shiozaki A*, Kudou M*, Shimizu H*, Kosuga T*, Ohashi T*, Arita T*, Konishi H*, Komatsu S*, Kubota T*, Fujiwara H*, Okamoto K*, Mituo Kishimoto, Konishi E*, Otsuji E*	Ann Surg Oncol 29(5):2944-2956, 2022
Investigation on the Inhibitory Effect of Wnt-5a on Colonic Mucosal Inflammation in Patients with Ulcerative Colitis	Uchiyama K*, Takagi T*, Mizushima K*, Asaeda K*, Kajiwara M*, Kashiwagi S*, Minagawa Y*, Hotta Y*, Tanaka M*, Inoue K*, Dohi O*, Okayama T*, Yoshida N*, Katada K*, Kamada K*, Ishikawa T*, Yasuda H*, Konishi H*, Mituo Kishimoto, Naito Y*, Itoh Y*	Dig Dis Sci 67(10):4760-4769, 2022
Linked Color Imaging and Blue Laser Imaging for the Diagnosis of Superficial Non-Ampullary Duodenal Epithelial Tumors	Kitae H*, Dohi O*, Naito Y*, Yasuda T*, Yoshida T*, Ishida T*, Azuma Y*, Matsumura S*, Doi T*, Hirose R*, Inoue K*, Yoshida N*, Kamada K*, Uchiyama K*, Ishikawa T*, Takagi T*, Konishi H*, Morinaga Y*, Mituo Kishimoto, Itoh Y*	Dig Dis 40(6):693-700, 2022
The usefulness of combining the pocket-creation method with a traction device using a scissor-type knife for colorectal endoscopic submucosal dissection	Tomita Y*, Yoshida N*, Inoue K*, Hashimoto H*, Sugino S*, Yasuda R*, Hirose R*, Dohi O*, Naito Y*, Murakami T*, Inada Y*, Morinaga Y*, Mituo Kishimoto, Itoh Y*	Indian J Gastroenterol 41(2):149-159, 2022

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
Mucosal interleukin-8 expression as a predictor of subsequent relapse in ulcerative colitis patients with Mayo endoscopic subscore 0	Uchiyama K*, Takagi T*, Mizushima K*, Asaeda K*, Kajiwara M*, Kashiwagi S*, Toyokawa Y*, Hotta Y*, Tanaka M*, Inoue K*, Dohi O*, Okayama T*, Yoshida N*, Katada K*, Kamada K*, Ishikawa T*, Yasuda H*, Konishi H*, Mituo Kishimoto, Naito Y*, Itoh Y*	J Gastroenterol Hepatol 37(6):1034-1042, 2022
Clinical Significance of Lymph Node Dissection and Lymph Node Metastasis in Primary Appendiceal Tumor Patients After Curative Resection：a Retrospective Multicenter Cohort Study	Takeyama H*, Murata K*, Takeda T*, Fujii M*, Kagawa Y*, Kawachi H*, Yamaguchi T*, Noura S*, Masuishi T*, Inoue A*, Takii Y*, Suto T*, Sakamoto K*, Tei M*, Mituo Kishimoto, Yao T*, Sugihara K；study group of appendiceal neoplasms in Japan Society of Colorectal Cancer Research Group*	J Gastrointest Surg 26(1):128-140, 2022
A Case of Fifteen Simultaneous Rectal Neuroendocrine Tumors and Endocrine Cell Micronests Resected by Both Endoscopic Treatments and Surgery	Hashimoto H*, Yoshida N*, Inoue K*, Kobayashi R*, Tomita Y*, Sugino S*, Dohi O*, Hirose R*, Inada Y*, Murakami T*, Morinaga Y*, Mituo Kishimoto, Itoh Y*	Case Rep Gastroenterol 16(1):37-43, 2022
Surgical intervention for non-small-cell lung cancer with minimal malignant pleural effusion	Iwasaki M*, Shimomura M*, Ishihara S*, Yamaguchi T*, Mituo Kishimoto, Ii T*, Inoue M*	Surg Today 53(6):655-662, 2022
Clinicopathological features of appendiceal goblet cell adenocarcinoma in Japan：a multicenter retrospective study	Shiota T*, Murata K*, Mituo Kishimoto, Yao T*, Noura S*, Morita S*, Akiyoshi T*, Okamura S*, Imasato M*, Furuhata T*, Suto T*, Takemasa I*, Shingai T*, Ueda M*, Mizuno H*, Hisamatsu Y*, Takeda T*, Fujii M*, Kagawa Y*, Sugihara K*；Study Group of Appendiceal Neoplasms from the Japan Society of Colorectal Cancer Research Group*	Surg Today 53(2):174-181, 2022
臨床検査技術科		
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	京都市立病院紀要 42:67-70, 2022
臨床工学科		
Pacemaker 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	京都市立病院紀要 42:71-73, 2022
放射線技術科		
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	京都市立病院紀要 42:63-66, 2022

論題	著者名	誌名　巻（号）：ページ，年
栄養科		
外来化学療法室での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	京都市立病院紀要 42:84-88，2022
薬剤科		
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	京都市立病院紀要 42:74-78，2022
看護部		
看護実践を基盤にした身体拘束をしない組織づくり	岩崎百合子，松原宣子，大田恵子	ナーシングビジネス 16(12):20-25，2022
【第 33 回京都市立病院地域医療フォーラム】当院での乳がん看護の実践	石川悦子	京都市立病院紀要 42:49-51，2022
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	京都市立病院紀要 42:89-92，2022
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	京都市立病院紀要 42:93-100，2022
事務局		
【第 33 回京都市立病院地域医療フォーラム】当院での乳がん患者の相談支援	坂東千鶴佳	京都市立病院紀要 42:52-54，2022
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	京都市立病院紀要 42:55-58，2022
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	京都市立病院紀要 42:79-83，2022

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			
CAR-T 療法後の複数の増悪病変に放射線療法を行い照射部位以外の残存病変の自然縮小を認めた DLBCL の 1 例	疋田涼介，田村直紀，奥田健大，井上雄太，松井道志，平田希美子，大津修二，新井康之＊，宮原裕子，伊藤　満	第 44 回日本造血・免疫細胞療法学会総会／横浜（オンライン）	2022. 05. 12–14
よくわかる「血液がん」とその治療～早期発見・病気とうまくつきあっていくために～	松井道志	令和 4 年度京都市立病院ミニ市民公開講座　第 1 回「急性白血病」／京都	2022. 05. 21
KIT exon 10 変異陽性の t（8;21）を伴う治療関連骨髄性腫瘍の 1 例	日野賢次郎，松井道志，田村直紀，奥田健大，井上雄太，鹿野　恵，宮原裕子，伊藤　満，奥野芳章＊	第 113 回近畿血液学地方会／（オンライン）	2022. 06. 04
よくわかる「血液がん」とその治療～早期発見・病気とうまくつきあっていくために～	鹿野　恵	令和 4 年度京都市立病院ミニ市民公開講座　第 2 回「骨髄異形成症候群」／京都	2022. 07. 09
格段に進歩した多発性骨髄腫治療	宮原裕子	地域連携の未来を考える会／京都（オンライン）	2022. 08. 20
よくわかる「血液がん」とその治療～早期発見・病気とうまくつきあっていくために～	伊藤　満	令和 4 年度京都市立病院ミニ市民公開講座　第 3 回「慢性骨髄性白血病」／京都	2022. 09. 10
Fusarium infection with multiple organ infarction in a myelodysplastic syndrome patient	奥田健大，井上雄太，中山理菜，尾松　憩，鹿野　恵，田村直紀，與語　葵，大庭章史，堀澤欣史，松井道志，香月奈穂美，岸本光夫，宮原裕子，伊藤　満	第 84 回日本血液学会学術集会／博多（オンライン）	2022. 10. 14–16
A case of diffuse large B-cell lymphoma transformed from Waldenström macroglobulinemia	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	第 84 回日本血液学会学術集会／博多（オンライン）	2022. 10. 14–16
TTP following COVID-19 vaccination complicated by partial central diabetes insipidus（CDI）	井上雄太，宮原裕子，奥田健大，中山理菜，鹿野　恵，田村直紀，堀澤欣史，大庭章史，松井道志，伊藤　満，小嶋勝利，松本雅則＊	第 84 回日本血液学会学術集会／博多（オンライン）	2022. 10. 14–16
よくわかる「血液がん」とその治療～早期発見・病気とうまくつきあっていくために～	疋田涼介	令和 4 年度京都市立病院ミニ市民公開講座　第 4 回「悪性リンパ腫　ゆっくりなタイプ」／京都	2022. 11. 12
CD8 陽性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の一例	疋田涼介，宮原裕子，奥田健大，鹿野　恵，櫻田麻希，松井道志，伊藤　満	第 117 回近畿血液学地方会／神戸	2022. 11. 26
情熱をもって，熱く	宮原裕子	第 5 回 Diversity Equity & Inclusion Web Seminar～多様性について考える～／（オンライン）	2022. 11. 28
内分泌内科			
脊椎小脳変性症に対し TRH 誘導体タルチレリン服用中に甲状腺機能異常を呈した 1 例	小松弥郷，小嶋勝利，藤竹純子	第 43 回京都甲状腺研究会／京都	2022. 01. 22
尿崩症にて診断に至った IgG4 関連疾患の一例	米田麻里，小嶋勝利，小松弥郷	第 215 回日本内科学会近畿地方会／神戸	2022. 03. 12
多彩な合併症を呈した ACTH 依存性クッシング症候群の一例	米田麻里，小嶋勝利，小松弥郷	第 100 回京都内分泌同好会／京都	2022. 03. 12
明日から取り組む厳格な血圧管理	小松弥郷	高血圧の日 web seminar～ウデをまくろう，キョウト！～／京都	2022. 05. 17
局在診断と治療に難渋している ACTH 依存性クッシング症候群の一例	米田麻里，小嶋勝利，小松弥郷	第 95 回日本内分泌学会学術総会／別府	2022. 06. 03

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
一般演題 6：甲状腺 1　座長	小松弥郷	第 95 回日本内分泌学会学術総会／別府	2022. 06. 02
内分泌内科に紹介を受けた患者から 2022	小松弥郷	みぶ診療連携カンファレンス／京都	2022. 06. 23
最近当院で経験した機能性甲状腺結節の 3 例	藤島雄幸，小嶋勝利，小松弥郷	第 21 回京滋臨床甲状腺懇話会／京都	2022. 07. 09
一般口演 21：続発性骨粗鬆症　座長	小松弥郷	第 40 回日本骨代謝学会学術総会／岐阜	2022. 07. 23
興味ある症例～内分泌内科紹介患者から	小松弥郷	Kyoto Metabolic Forum／京都	2022. 07. 30
簡易版高尿酸血症病型分類の実臨床の意義	小松弥郷	腎と高尿酸血症治療を考える会／京都	2022. 09. 09
地域で診る関節疾患トータルケアマネジメント～健康寿命の延伸に向けて	小松弥郷	Osteoporosis Live Symposium／京都	2022. 09. 10
膵内分泌腫瘍を合併した無症候性褐色細胞腫の一例	藤島雄幸，小嶋勝利，小松弥郷	第 23 回日本内分泌学会近畿地方会／奈良	2022. 11. 26
一般演題 8：甲状腺　座長	小松弥郷	第 23 回日本内分泌学会近畿地方会／奈良	2022. 11. 26
当院での高脂血症治療における TG 管理について	小松弥郷	みぶ医療連携を考える会／京都	2022. 12. 01
骨粗鬆症治療 Web セミナー一般講演座長	小松弥郷	骨粗鬆症治療を考える会／京都	2022. 12. 22
糖尿病代謝内科			
SGLT2 阻害薬使用において気をつけたいこと	安威徹也	京都糖尿病フォーラム／京都	2022. 01. 29
DKD 患者への SGLT2 阻害剤処方の考え方	小暮彰典	第 3 回糖尿病と腎臓病 Web セミナー／（オンライン）	2022. 03. 17
SGLT2 阻害薬服薬中に正常血糖アシドーシスを来した 1 症例	安威徹也，小間淳平，米田麻里，木村智紀，小暮彰典	第 236 回日本内科学会近畿地方会／神戸	2022. 06. 25
アルコール性ケトアシドーシスに至った 2 型糖尿病の一例	小間淳平，濱澤悠佑，木村智紀，安威徹也，小暮彰典	第 48 回京都医学会／京都	2022. 09. 25
当院でゾルトファイを使用した症例	安威徹也	Insulin Therapy Webinar／（オンライン）	2022. 10. 13
糖尿病入院治療と病診連携	小暮彰典	Diamond Live Seminar in 京都／（オンライン）	2022. 11. 02
経口セマグルチドの実際の使用経験と対象患者像	濱澤悠佑	GLP-1Web 講演会／（オンライン）	2022. 12. 16
スティグマと病診連携について	小間淳平	京の都　糖尿病フォーラム／京都	2022. 12. 17
循環器内科			
17 年前に留置した第 1 世代薬剤溶出性ステント（DES）に生じたステント血栓症の一例	芳村　純 *，中島規雄，藤村祐斗，池下裕樹 *，伊藤史晃 *，中村陵子 *，内藤大督，松永晋作，岡田　隆 *	第 38 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）	2022. 02. 19
ステント内再狭窄を繰り返した透析患者の石灰化病変に対して OAS による lesion modification が有効であった一例	中村陵子 *，松永晋作，藤村祐斗，池下裕樹 *，芳村　純 *，伊藤史晃 *，内藤大督，中島規雄，岡田　隆 *	第 38 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）	2022. 02. 19
亜急性心筋梗塞の経皮的冠動脈形成術中に左室自由壁の blow out rupture を来した一例	藤村祐斗，中島規雄，伊藤史晃 *，池下裕樹 *，芳村　純 *，中村陵子 *，内藤大督，松永晋作，岡田　隆 *	第 38 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）	2022. 02. 19

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
LMT-LAD に留置されていたステントが脱落するもベイルアウトに成功した一例	河合紘平*，松永晋作，中村陵子*，内藤大督，中島規雄，岡田　隆*	第 30 回日本心血管インターベンション治療学会；CVIT 2022 学術集会／横浜（オンライン）	2022. 07. 23
アクセスサイトの制限と高度石灰化により治療に難渋した両側総大腿動脈ならびに左浅大腿動脈の慢性完全閉塞の一例	中村陵子*，藤村祐斗，内藤大督，松永晋作，中島規雄，岡田　隆*	第 39 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）	2022. 10. 08
消化器内科			
高齢者を含めた治療困難な胆道結石治療について	陶山遥介	第 2 回京滋胆膵研究会／（オンライン）	2022. 01. 17
経口避妊薬内服中の若年女性に発症した多肝細胞腺腫に由来する肝細胞癌の一例	川村瑠璃海，宮川昌巳，陶山遥介，高田　久，西方　誠，元好貴之，桐島寿彦，玉置信行，岸本光夫，山下靖英	第 239 回内科学会近畿支部／（オンライン）	2022. 03. 04
短期間のペンブロリズマブ投与で長期的に病勢コントロールが得られた TMB-High 胆嚢癌の 1 例	岩破智弘，西方　誠，高橋彩，岩破敏郎，尾﨑信人，陶山遥介，宮川昌巳，元好貴之，高田　久，山下靖英，桐島寿彦	日本消化器病学会近畿支部　第 117 回例会／大阪	2022. 10. 08
超高齢者の総胆管結石症患者における内視鏡治療の検討	陶山遥介，瀬古　彩，岩破敏郎，宮川昌巳，元好貴之，高田　久，桐島寿彦，山下靖英	第 19 回鴨川消化器研究会／（オンライン）	2022. 11. 12
呼吸器内科			
反復する腸閉塞のため，治療に難渋した腸結核合併肺結核の一例	小林祐介，高田直秀，太田登博，吉岡秀敏，五十嵐修太，後藤健一，古田健二郎，江村正仁	第 237 回日本内科学会近畿地方会／大阪（オンライン）	2022. 09. 10
感染症科			
抗 HIV 薬と体重増加	清水恒広	京滋 HIV カンファレンス／京都（オンライン）	2022. 02. 09
【コロナ禍におけるきめ細やかなてんかん診療】2 年にわたる COVID-19 流行をふりかえってー府内第 1 例受入れから現在までー	清水恒広	第 1 回てんかん診療講演会／京都（オンライン）	2022. 02. 17
高浸透圧高血糖状態の COVID-19 患者に MRSA 菌血症を合併し全身多発出血・ショックを 来した一例	岩本伸紀，小尾口邦彦，下新原直子，恒石鉄兵，山本舜悟	第 49 回日本集中治療医学会学術集会／（オンライン）	2022. 03. 18
【あなたはコロナ時代を生き抜けるか？「感染症予防のポイント～ウイズコロナ時代の生活習慣病対策も含め～」】コロナ禍の今，ずっと身につけておきたい感染症予防の基本	清水恒広	第 17 回下京区・南区市民公開フォーラム／京都	2022. 03. 19
新型コロナウイルス感染症の治療について	栃谷健太郎	京都府医師会新型コロナウイルス感染症オンライン研修会／京都（オンライン）	2022. 06. 30
敗血症性ショック，比較的徐脈を伴った猫ひっかき病の 1 例	元林寛文，住吉翔元，青木一晃，與語　葵，栃谷健太郎，山本舜悟，清水恒広	第 92 回西日本感染症学会地方学術集会／長崎	2022. 11. 04
小児科			
急性陰嚢症を反復することを契機に診断された精巣腫瘍の 1 例	佐々木真之	第 35 回近畿小児科学会／大阪（オンライン）	2022. 02. 27
小児科医の立場から　～警察が検証した事例を中心に～. 子どもの事故を通した医療機関との連携から地域での子育て支援を考える	佐々木真之	子どもはぐくみ室勉強会／京都	2022. 03. 09
比較的早期に胸腺摘除術を施行し，コントロール良好となった非胸腺腫全身型重症筋無力症の男児例	内藤優樹，戸澤雄紀*，宮本洋輔*，松岡太郎*，田浦喜裕*，瑞木　匡*，長谷川龍志*，森本昌史*，千代延友裕*	第 72 回小児神経近畿地方会／奈良	2022. 03. 19

演題	演者名	学会名／開催地	月 日
抗 MOG 抗体関連疾患に対する再発予防の治療戦略	内藤優樹，戸澤雄紀 *，横田侑紀 *，冨井敏宏 *，瑞木 匡 *，長谷川龍志 *，千代延友裕 *，森本昌史 *，家原知子 *，高橋利幸 *	第125回日本小児科学会学術集会／福島（オンライン）	2022. 04. 15
小児 lymphoid malignancy に対する強度減弱型前処置を用いた同種造血細胞移植	内藤優樹，大曽根眞也 *，三野耕平 *，金山拓誉 *，眞弓あずさ *，吉田秀樹 *，今村俊彦 *，家原知子 *	第44回日本造血・免疫細胞慮法学会総会／横浜	2022. 05. 13
熱・咳・痙攣と COVID19	佐々木真之	第42回京都府小児保健研究会／京都	2022. 05. 22
小児科医／救急医がコロナ医療に関わってみた ～豪華客船から病院を経てコントロールセンターまで～	佐々木真之	第30回京都小児科医会感染症研究会／京都	2022. 05. 28
小児 ALL に対する治療戦略 ～再発・難治性 ALL を中心に～	矢野未央	第104回京滋小児悪性腫瘍懇話会／京都（オンライン）	2022. 06. 17
インヒビター保有血友病患者への FVIIa／FX 製剤定期投与（治験薬 MC710）の有効性及び安全性の検討	酒井道生 *，天野景裕 *，陳 基明 *，竹谷英之 *，石田宏之，坂下一夫 *，瀧 正志 *，右田昌宏 *，渡邊浩良 *，石村匡崇 *，野上恵嗣 *，原野 祥 *，白幡 聡 *	第44回日本血栓止血学会学術集会／仙台	2022. 06. 25
FUS-ERG 陽性急性骨髄性白血病に対し AZA+VEN による造血細胞移植後維持療法を施行した一例	友安千紘，田村真一，石田宏之，内藤優樹，矢野未央，浦田貴代 *，今村俊彦 *	第16回京都地区小児血液腫瘍研究会／京都（オンライン）	2022. 07. 23
発症後2年が経過し良好な発達が得られている，急性脳腫脹型脳症と考えられた一例	佐々木真之	第35回小児救急医学会学術集会／東京（オンライン）	2022. 07. 31
Ph-positive acute lymphoblastic leukemia with autoimmune pulmonary alveolar proteinosis	Mio Yano，Ryo Tahata，Shinichi Tamura，Chihiro Tomoyasu，Takada N*，Shimada H*，Hiroyuki Ishida	第84回日本血液学会／福岡（オンライン）	2022. 10. 14 –16
PCR-MRD assay targeting KMT2A genomic breakpoint fusion sequence in infants with ALL	Ishihara T*，Yamada T*，Arakawa Y*，Miyamura T*，Deguchi T*，Hori T*，Aoki T*，Nogami Y*，Ishimaru S*，Takachi T*，Mio Yano，Sasaki S*，Moriya-Saito A*，Manabe A*，Horibe K*，Imamura T*，Tomizawa D*，Sanada M*	第84回日本血液学会／福岡（オンライン）	2022. 10. 14 –16
Current status of treatment-induced adrenal insufficiency in pediatric leukemia.	Nagai K*，Miyamura T*，Mio Yano，Eguchi M*，Takahashi H*，Washio K*，Shiba N*，Sato A*，Tomizawa D*，Okamoto Y*	第64回日本小児血液・がん学会／東京（オンライン）	2022. 11. 25 –27
7日目の ST2，Reg3A，sTNFR1 の高値は重症または難治性の急性 GVHD を予測できるかもしれない	石田宏之，矢野未央，友安千紘，内藤優樹，田村真一	第64回日本小児血液・がん学会／東京（オンライン）	2022. 11. 25 –27
特発性大網梗塞の一例	佐々木真之	第448回日本小児科学会京都地方会／京都（オンライン）	2022. 12. 03
乳幼児及び小児の突然死にかかわる最近の話題 2022	佐々木真之	平安徳義会勉強会／京都	2022. 11. 29
緩和ケア科			
がん疼痛マネジメント	大西佳子	第4回緩和ケア領域別カンファレンス／（オンライン）	2022. 03. 14

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
高用量オピオイド持続静脈注入するも疼痛コントロール不良で，脊髄鎮痛や神経ブロックを併用し，患者家族の希望に寄り添った一症例	大西佳子，山本栄司， 高橋可奈子，東由加里	第 27 回日本緩和医療学会学術大会／神戸	2022. 07. 02
シンポジウム 12　難治性がん疼痛の対応，鎮痛薬だけが全てではない	大西佳子	日本ペインクリニック学会第 56 回学術集会／東京	2022. 07. 09
乳がん患者への心理的支援－病を巡る語りと Baum テストを手掛かりに	清水亜紀子 *，高橋可奈子， 吉田佳菜代	日本箱庭療法学会第 35 回大会／徳島（オンライン）	2022. 10. 16
生命のがん教育	大西佳子	京都府健康福祉部健康対策課／亀岡市立吉川小学校	2022. 11. 28
外科			
S 状結腸憩室炎による S 状結腸膀胱瘻の治療戦略	森　友彦，山崎伸悟，塩見　慶， 神田修平，庄野孝仁，久保田豊成， 西川　元，玉置信行，遠藤耕介， 奥田雄紀浩，上　和広，松尾宏一， 山本栄司	第 122 回日本外科学会定期学術集会／熊本	2022. 04. 14 –16
S 状結腸憩室炎穿通・膀胱瘻形成に対して待機手術を行い膀胱切除を回避できた 1 例	山崎伸悟，塩見　慶，神田修平， 庄野孝仁，久保田豊成，西川　元， 玉置信行，遠藤耕介，奥田雄紀浩， 森　友彦，上　和広，松尾宏一， 山本栄司	第 47 回日本外科系連合学会／盛岡	2022. 06. 17
当院におけるロボット支援下直腸癌手術の定型化と短期成績の検討	森　友彦，佐藤誠二，山崎伸悟， 神田修平，塩見　慶，庄野孝仁， 久保田豊成，玉置信行，上　和広， 松尾宏一	第 77 回日本消化器外科学会総会／横浜	2022. 07. 20 –22
腹腔鏡下高位前方切除術	山崎伸悟	第 32 回京都臨床外科セミナー／京都	2022. 10. 08
DP-CAR の 2 例	久保田豊成	京都肝胆膵外科セミナー／京都	2022. 10. 15
腹部 CT 検査で術前診断し得た膀胱ヘルニアを腹腔鏡下に修復した一例	久保田豊成，山崎伸悟，森　友彦， 神田修平，庄野孝仁，西川　元， 玉置信行，遠藤耕介，奥田雄紀浩， 上　和広，松尾宏一	第 84 回臨床外科学会総会／福岡	2022. 11. 24 –26
広範囲後腹膜浸潤という稀な進展形式を呈した若年十二指腸乳頭部癌の 1 例	山崎伸悟，奥田雄紀浩， 久保田豊成，塩見　慶， 神田修平，庄野孝仁，玉置信行， 遠藤耕介，森　友彦，上　和広， 松尾宏一，山本栄司	第 84 回臨床外科学会総会／福岡	2022. 11. 24 –26
ロボット支援下直腸前方切除術における縫合不全予防の取り組みと手術成績	森　友彦，佐藤誠二，山崎伸悟， 神田修平，庄野孝仁，久保田豊成， 西川　元，玉置信行，奥田雄紀浩， 遠藤耕介，上 和広，松尾宏一	第 35 回内視鏡外科学会総会／名古屋	2022. 12. 08 –10
腹壁瘢痕ヘルニア術後の遅発性結腸皮膚瘻に対して腹腔鏡補助下に結腸部分切除を施行した 1 例	山崎伸悟，森　友彦，神田修平， 庄野孝仁，久保田豊成，西川　元， 玉置信行，遠藤耕介，奥田雄紀浩， 上　和広，松尾宏一	第 35 回内視鏡外科学会総会／名古屋	2022. 12. 08 –10
頭側アプローチ先行による腹腔鏡下右半結腸切除術の定型化と有用性について	神田修平，山崎伸悟，庄野孝仁， 久保田豊成，遠藤耕介，玉置信行， 森　友彦，上　和広，松尾宏一	第 35 回内視鏡外科学会総会／名古屋	2022. 12. 08 –10
ヘルニア嚢完全分離法による間接鼠径ヘルニア術後漿液腫の予防	庄野孝仁，山崎伸悟，神田修平， 久保田豊成，玉置信行，遠藤耕介， 上 和広，森　友彦，松尾宏一	第 35 回内視鏡外科学会総会／名古屋	2022. 12. 08 –10
乳腺外科			
当院乳腺外科の治療戦略と今後の展望	森口喜生	第 33 回京都市立病院地域医療フォーラム／（オンライン）	2022. 03. 12

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
整形外科			
せぼねの健康づくり	竹本　充	令和 4 年度京都市立病院市民公開講座／京都	2022. 10. 01
関節の健康づくり	金　永優	令和 4 年度京都市立病院市民公開講座／京都	2022. 10. 01
リハビリテーション科			
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，村上瑞希，多田弘史	第 19 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2022. 02. 05
高齢発症急性白血病患者の骨格筋量が寛解導入療法後の身体機能に与える影響について	中西俊祐，多田弘史，佐浦隆一 *	第 59 回日本リハビリテーション医学会学術集会／神奈川	2022. 06. 23–25
当院における作業療法部門のリハビリテーション－がんリハビリテーション研修終了作業療法士の増加による実績報告－	久保美帆，原田洋一，羽倉千夏，多田弘史	第 56 回日本作業療法学会／京都	2022. 09. 16–18
腰椎固定を併存する THA 術後患者における腰椎および股関節可動域の特徴	徳安寛之，松原彩香，畑　智予，岡田あゆみ，金山達登，金　永優，清水　優，竹本　充，多田弘史	第 10 回日本運動器理学療法学術大会（オンライン）	2022. 09. 24–25
運動器の健康維持についてのリハビリテーション	久田祥寛	令和 4 年度京都市立病院市民公開講座／京都	2022. 10. 01
COVID-19 に脳梗塞を合併した 5 症例の理学療法経過	松原彩香，中西俊祐，徳安寛之，多田弘史	第 20 回日本神経理学療法学会学術大会／大阪	2022. 10. 15–16
腰椎固定術による体幹可動域低下が THA 術後患者の健康関連 QOL に影響を与える	徳安寛之，松原彩香，畑　智予，岡田あゆみ，金山達登，井吹和也，金　永優，清水　優，竹本　充，多田弘史	第 49 回日本股関節学会学術集会／山形	2022. 10. 28–29
造血器腫瘍患者における大腰筋 CT 値（筋内脂肪）と身体機能との関連	中西俊祐，多田弘史，佐浦隆一 *	第 6 回日本リハビリテーション医学会秋期学術集会／岡山	2022. 11. 04–06
離床の工夫により 4 点杖歩行自立に至った両側化膿性膝関節炎の一例	花倉和大，松原彩香，藤田康孝，多田弘史	第 32 回京都府理学療法士学会／京都	2022. 11. 20
早期離床と運動療法により機能回復を促通できた重傷 COVID-19 患者の一例	藤田康孝	第 32 回日本呼吸ケアリハビリテーション学会学術集会／千葉	2022. 11. 12
腰部や股，膝関節に対する運動療法とその内容	久田祥寛	よみうりカルチャー OSAKA 市民健康講座／大阪	2022. 12. 24
脳神経外科			
当院での脳血管内治療について	辻　敬一	壬生脳・心連携 Web セミナー／京都	2022. 09. 17
壬生脳・心連携 Web セミナー　座長	地藤純哉	壬生脳・心連携 Web セミナー／京都	2022. 09. 17
チロシンキナーゼ阻害薬内服中に頭蓋内動脈狭窄をきたした 1 例	辻　敬一	第 49 回京滋脳神経血管内治療懇話会／滋賀	2022. 10. 15
皮膚科			
猫ひっかき病の 1 例	高溝真成，奥沢康太郎，沢田広子，竹中秀也	第 474 回日本皮膚科学会京滋地方会／（オンライン）	2022. 03. 05
病院におけるアトピー性皮膚炎治療の位置づけ	奥沢康太郎	AD 地域医療連携の会 in 京都／（オンライン）	2022. 04. 28
JAK 阻害剤の使用経験と副作用対策	奥沢康太郎	アトピー性皮膚炎適正使用 WEB セミナー／（オンライン）	2022. 07. 22

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
Omalizumab が著効した Mast cell activation syndrome 疑いの 1 例	丸山彩乃 *，峠岡理沙 *， 澤　杏樹 *，中村健太郎， 在田貴裕 *，益田浩司 *，加藤則人 *	第 52 回日本皮膚免疫アレルギー学会学術大会／（オンライン）	2022. 12. 16 –18
泌尿器科			
下大静脈後尿管を合併した尿管結石症の検討	平松和磨，牧田哲幸，増田憲彦， 西川信之，清川岳彦	第 282 回泌尿器科マンスリーミーティング／京都	2022. 03. 19
下大静脈後尿管に合併した尿管結石の 2 例	平松和磨，牧田哲幸，増田憲彦， 西川信之，清川岳彦， 鳥山清二郎 *	第 250 回日本泌尿器科学会関西地方会／神戸	2022. 06. 25
泌尿器科腹腔鏡手術　標準術式を目指して	清川岳彦	第 9 回京都泌尿器内視鏡手術セミナー／須賀川	2022. 07. 24
京都市立病院の泌尿器疾患治療方針	平松和磨，牧田哲幸，上山裕樹， 堤　尚史，清川岳彦	第 9 回壬生泌尿器科病診連携カンファレンス／京都	2022. 10. 20
筋層非浸潤膀胱癌（pTa high grade）に対する抗癌剤膀胱注入療法の検討	平松和磨，牧田哲幸，上山裕樹， 堤　尚史，増田憲彦，西川信之， 清川岳彦	第 74 回西日本泌尿器科学会総会／小倉	2022. 11. 04
RALP 後の PSA 再発に対する救済放射線療法の検討	牧田哲幸，平松和磨，上山裕樹， 増田憲彦，平田希美子， 大津修二，清川岳彦	第 36 回日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会総会／神戸	2022. 11. 11
京都市立病院におけるロボット支援腹腔鏡下腎盂形成術手術の経験	増田憲彦，平松和磨，牧田哲幸， 上山裕樹，清川岳彦	第 36 回日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会総会／神戸	2022. 11. 12
ICG と NIRC 蛍光尿管カテーテルを利用したロボット支援腹腔鏡下腎盂形成術	西澤恒二 *，勝永泰章 *， 八田原広大 *，吉田　徹 *， 清川岳彦	第 36 回日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会総会／神戸	2022. 11. 12
ロボット支援腎部分切除手術～再発症例・合併症症例より学ぶ～	清川岳彦	Urological Cancer Seminar in Kyoto／京都	2022. 12. 16
産婦人科			
ステロイド糖尿病を併発した妊娠性疱疹（類天疱瘡）の 1 例	高橋裕司，山本　櫻，坪内万祐子， 大井仁美，山本浩之，山田義治， 藤原葉一郎，奥沢廉太郎， 竹中秀也	第 35 回 KFG 研究会／京都	2022. 02. 26
当院における分娩後の母子転倒転落予防，安全面の取り組みについて	田中真里子，石川悦子， 前田一枝，藤原葉一郎	第 30 回京都母性衛生学会学術集会／京都	2022. 07. 23
産褥 10 か月，右卵巣腫瘍に対して腹腔鏡下摘出手術の際に，マニュピレーターにて子宮穿孔を来した 1 例	藤原葉一郎，大井仁美，高橋裕司	第 62 回日本産科婦人科内視鏡学会学術講演会／横浜	2022. 09. 09
初回粘液性良性卵巣腫瘍に腹腔鏡下腫瘍核出術を行い，4 か月後に境界悪性腫瘍にて開腹手術，1 年半後に悪性腫瘍開腹手術を行った 1 症例	藤原葉一郎，大井仁美， 高橋裕司，坪内万祐子， 山本　櫻，山本浩之，山田義治	第 62 回日本産科婦人科内視鏡学会学術講演会／横浜	2022. 09. 09
COVID-19 合併妊婦の帝王切開の一例	山本浩之	令和 4 年度第 6 回みぶ病診連携カンファレンス／京都	2022. 09. 22
当院で管理し得た COVID-19 合併妊婦 48 例の検討	藤原葉一郎	令和 4 年度第 6 回みぶ病診連携カンファレンス／京都	2022. 09. 22
当院にて管理し得た COVID-19 合併妊産婦の検討	藤原葉一郎	令和 4 年度京都産科婦人科学会学術集会／京都	2022. 10. 15
いきいき更年期！！～ホルモン補充療法を知る～	大井仁美	京都市立病院健康教室かがやき／京都	2022. 11. 25
12 歳女性，左 TOA に対して腹腔鏡下左付属器摘出術を行ったが，横隔膜下膿瘍となり，最終的に開腹ドレーナッジを必要とした 1 症例	藤原葉一郎，高橋裕司， 山本　櫻，大井仁美，山本浩之， 山田義治	第 14 回京都婦人科鏡視下手術研究会／京都	2022. 12. 27
眼科			
眼瞼炎の診断と治療　～眼瞼「縁」と眼表面の関わり～	鈴木　智	第 295 回広島眼科症例検討会／（オンライン）	2022. 01. 13

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
加齢に伴う meibum 脂質組成の変化についての検討	鈴木　智，Igor A. Butobich*	角膜カンファランス 2022／金沢	2022. 02. 11
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，伊藤　満，鈴木　智	角膜カンファランス 2022／金沢	2022. 02. 11
結膜嚢培養検出菌の薬剤感受性と臨床的背景についての検討	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	角膜カンファランス 2022／金沢	2022. 02. 11
眼表面マイクロバイオームは加齢で変化する	鈴木　智	第 22 回抗加齢医学会総会　シンポジウム「若い感覚をキープする：感覚器を取り巻く周辺環境の加齢による変化」／大阪	2022. 06. 17
Meibomian gland dysfunction and meibomitis	Tomo Suzuki	2nd Asia Cornea Society, Santen Masterclass "Management of Dry Eye, MGD and Blepharitis"／（オンライン）	2022. 06. 25
霰粒腫の性差と病因についての考察	鈴木　智，香月奈緒美，江石義信 *，内田佳介 *，堤　亮太 *，木下　茂 *	フォーサム 2022 せとうち（第 58 回日本眼感染症学会）／広島	2022. 07. 08
Treatment of Pediatric Blepharokeratoconjunctivitis	Tomo Suzuki	World Ophthalmology Congress 2022／（オンライン）	2022. 09. 11
絶対緑内障眼に生じた感染性角膜潰瘍の臨床的特徴	大久保寛，南　泰明，宰田佑子，中路進之介，柴田　学，南出みのり，鈴木　智	第 92 回京都府立医科大学同窓眼科集談会／京都	2022. 09. 25
Meibomitis-related keratoconjunctivitis（ MRKC ）	Tomo Suzuki	World Cornea Congress Ⅷ, Asia Cornea joint Symposium ／ Chicago, U.S.A.	2022. 09. 27
Ocular Surface の症例検討会　4th Session（インストラクションコース　木－ IC12 ）	鈴木　智，後藤英樹 *，山口昌彦 *，福田　憲 *，近間泰一郎 *，重安千花 *	第 76 回日本臨床眼科学会／東京	2022. 10. 13
マイボーム腺機能不全についての一考察	鈴木　智，木下　茂 *	第 76 回日本臨床眼科学会／東京	2022. 10. 15
Treatment of Dry Eye associated with Meibomian Gland Dysfunction	Tomo Suzuki	Asia Dry Eye Summit／（オンライン）	2022. 11. 11
放射線診断科			
紹介します 画像診断の世界	谷掛雅人	京都府臨床検査技師会チーム医療研究班　放射線講演会／（オンライン）	2022. 01. 28
フィルムインタープリテーション　解説	谷掛雅人	第 58 回　日本腹部救急医学会総会／東京	2022. 03. 23
認定医セミナー　急性虫垂炎　brush up	谷掛雅人	第 58 回日本腹部救急医学会総会／東京	2022. 03. 23
腸閉塞	谷掛雅人	第 11 回救急放射線セミナープレミアム／（オンライン）	2022. 05. 14
腎 Mixed epithelial and stromal tumor（ MEST ）の 2 例	尾谷智史 *，森畠裕策 *，木戸　晶 *，佐野剛視 *，小林　恭 *，南口早智子 *，松本優香 *，倉田靖桐 *，樋本祐紀 *，藤本良太，中本裕士 *	第 35 回腹部放射線学会／高知（オンライン）	2022. 06. 24 –25
Trousseau 症候群の 1 例	谷掛雅人	第 104 回　救急放射線画像研究会／大阪	2022. 07. 08
医原性腸骨静脈損傷の 1 例	谷掛雅人	第 71 回 関西 IVR 研究会／大阪	2022. 07. 09

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
急性腹症の画像から学んだ画像診断	谷掛雅人	第 32 回 日本救急放射線研究会 石川メモリアルレクチャー／東京	2022. 09. 03
子宮体癌の予後因子評価における機械学習によるラジオミクス解析と放射線科医の筋層浸潤評価に与える影響	尾谷智史 *，樋本祐紀 *，西尾瑞穂 *，藤本晃司 *，森畠裕策 *，八上全弘 *，倉田靖桐 *，濱西潤三 *，植田彰彦 *，南口早智子 *，万代昌紀 *，藤本良太，木戸　晶 *，中本裕士 *	第 50 回日本磁気共鳴医学会大会／名古屋（オンライン）	2022. 09. 09 –11
急性腹症の造影 CT 診断　僕らはどこを見ているか，どんな造影が必要か	谷掛雅人	第 38 回 日本診療放射線技師学術大会／神戸	2022. 09. 17
胸部疾患の IVR 術前シミュレーションを中心に	谷掛雅人	第 16 回 北陸 IVR 研究会／（オンライン）	2022. 10. 01
歯科口腔外科			
歯性感染から溶血発作を来した寒冷凝集素症の 1 例	渡辺猛寛，大西ゆりあ，白井陽子	第 67 回公益社団法人日本口腔外科学会総会・学術大会／千葉（オンライン）	2022. 11. 04
放射線治療科			
当院の乳がんに対する放射線療法	平田希美子	第 33 回京都市立病院地域医療フォーラム／（オンライン）	2022. 03. 12
乳癌術後放射線治療における上肢挙上の負担に関する前向き研究	平田希美子	第 30 回日本乳癌学会学術総会／横浜	2022. 06. 03
麻酔科			
ロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘および回腸導管術後に Well Leg Compartment syndrome を発症し筋膜切開に至った一例	梅田洋平，深見紀彦，角山正博	第 68 回日本麻酔科学会関西支部学術集会／（オンライン）	2022. 09. 02 –10. 03
経皮的椎体形成術後に単独の微小骨セメント塊による末梢性肺塞栓に伴い低酸素血症と呼吸困難を生じた一症例	生野智美，佐藤雅美，角山正博	日本臨床麻酔学会第 42 回大会／京都（オンライン）	2022. 11. 11 –11. 12
病理診断科			
超高分化胃腺癌とは何か	岸本光夫	第 1 回北京和睦家医院－京都府立医科大学共同セミナー／（オンライン）	2022. 03. 26
フローサイトメトリーを正しく解釈するための心得	香月奈穂美	第 111 回日本病理学会総会　病理診断講習会／（オンライン）	2022. 04. 23
尿中に腫瘍細胞が認められた陰嚢パジェット病の膀胱転移の 1 例	松居由香，山口直則，由谷親夫，田中顕之，岸本光夫	第 38 回京都臨床細胞学会学術集会／京都	2022. 07. 03
大腸病変の鑑別のポイント	岸本光夫	第 16 回 Wakayama Endo-Highlight Symposium／（オンライン）	2022. 07. 15
T1 大腸癌：病理所見の客観性と再現性の限界―内視鏡医へのメッセージー	岸本光夫	第 2 回北京和睦家医院－京都府立医科大学共同セミナー／（オンライン）	2022. 08. 13
若年女性で発見されたリンパ節転移陽性の径 9 mm の大腸 SM 癌（Ⅱａ＋Ⅱｃ）の 1 例	和田祥城，和田陽子，和田雅杳，岸本光夫	第 31 回大腸Ⅱｃ研究会／東京	2022. 09. 18
症例 4 病理診断と所見の解説	岸本光夫	第 3 回奈良拡大内視鏡研究会／（オンライン）	2022. 10. 22
救急科			
救急現場における現状と課題	國嶋　憲	第 34 回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2022. 09. 03
臨床検査技術科			
救急室における臨床検査技師の役割と活動報告	森恵理子	第 19 回院内合同研究発表会／京都	2022. 02. 05

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
当院における救急外来の活動報告について	井上　歩	第 2 回京都医学検査学会／京都	2022. 02. 23
スライドカンファレンス（正診が困難であった多形腺腫の一例）	竹腰友博	令和 4 年京都府臨床細胞学会総会ならびに第 35 回生活習慣病予防健診細胞診従事者研修会／京都（オンライン）	2022. 02. 26
頸静脈超音波検査が診断に有用だった Lemierre's 症候群の一例	宮川大樹	第 71 回日本医学検査学会 in 大阪／大阪	2022. 05. 21–22
当院臨床検査技術科の 救急室配置における現状報告～タスクシフトの観点からみた有用性の検討～	森恵里子	第 25 回日本臨床救急医学会総会・学術集会／大阪	2022. 05. 25–27
救急室における臨床検査技師の役割	山田　雅	京都臨床検査技師会／京都	2022. 06. 07
当院における甲状腺濾胞腺腫と腺腫様甲状腺腫の細胞像の検討	野田みゆき	第 38 回京都府臨床細胞学会学術集会／京都	2022. 07. 03
心電図検査研修会 症例提示（ペースメーカ）	井上　歩	京都臨床検査技師会／京都	2022. 08. 25
心エコー図検査のパニック値について	山田　雅	第 71 回日臨技近畿支部医学検査学会／兵庫	2022. 12. 03
心電図アドバンスセミナー 症例検討のパネリスト	宮川大樹	心電図アドバンスセミナー／京都	2022. 12. 10
臨床工学科			
Pacemaker 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	第 19 回京都市立病院院内合同発表会／京都	2022. 02. 05
教育セミナー「見てみたい！隣の CIEDs 関連マニュアル」通常フォローアップ編	石原太輔	第 14 回植込みデバイス関連冬季大会／京都（オンライン）	2022. 02. 11–13
レオカーナを安全に施行するために　コメンテーター	井上雄介	どうカナ？レオカーナセミナー／（オンライン）	2022. 03. 24
血漿交換療法の基礎と応用編　～SPE との使い分け～	井上雄介	第 5 回京都急性血液浄化セミナー／京都	2022. 05. 29
臨床工学技士が関わる医療材料費削減の取り組み	石原太輔，伊藤禎章，井上雄介，小林陽平，福元竜成	第 60 回全国自治体病院学会／沖縄	2022. 11. 10–11
放射線技術科			
MRI の吸引力についての検討	大町優介	第 19 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2022. 02. 05
栄養科			
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	第 19 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2022. 02. 05
ICU における経腸栄養プロトコールと乳清ペプチド消化態流動食（高蛋白質）導入の効果	植木　明	第 49 回日本集中治療医学会学術集会／（オンライン）	2022. 03. 19
経腸栄養プロトコールと乳清ペプチド消化態流動食を活用した早期栄養介入	植木　明	第 2 回京都栄養ケアネットワーク／（オンライン）	2022. 07. 14
糖尿病合併心腎不全症例～管理栄養士の立場から～	望月貴子	第 7 回京都腎臓・高血圧談話会学術講演会／京都	2022. 10. 01
糖尿病性腎症での栄養指導の実際	望月貴子	第 7 回壬生そらまめ連携セミナー／京都	2022. 10. 22
急性期医療とへき地医療を結ぶ管理栄養士の取り組み～法人内の栄養管理体制強化～	望月貴子	第 60 回全国自治体病院学会／沖縄	2022. 11. 18

演題	演者名	学会名／開催地	月　日
薬剤科			
当院における新型コロナワクチン接種後の副反応発現状況調査	森田眞由，玉井志保里，村田龍宣，村岡淳二	第 43 回日本病院薬剤師会近畿学術大会／（オンライン）	2022. 01. 29 –30
「家に帰りたい」という患者の希望を叶えるための PCA ポンプの導入とその運用にあたってみえてきた課題	實光由香，内藤　舞，佐分利美帆子，三松史野，村岡淳二	第 43 回日本病院薬剤師会近畿学術大会／（オンライン）	2022. 01. 29 –30
nab-Paclitaxel+Gemcitabine 療法における好中球減少の発現に高血糖状態が及ぼす影響	石田真友子，本多伸二，目黒裕史，大野恵一，佐分利美帆子，三松史野，村岡淳二	第 43 回日本病院薬剤師会近畿学術大会／（オンライン）	2022. 01. 29 –30
当院における抗 HIV 薬服用患者の現状調査	森菜々美，森田眞由，本多あずさ，村田龍宣，村岡淳二	第 43 回日本病院薬剤師会近畿学術大会／（オンライン）	2022. 01. 29 –30
当院における医薬品副作用報告の現状と課題	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	第 19 回院内合同研究発表会／京都	2022. 02. 05
新型コロナウイルス感染症と糖尿病～薬剤師の役割～	近藤沙耶	第 3 回糖尿病性腎症とどう向き合うか／京都	2022. 07. 07
腎機能に応じた処方監査支援システムの構築と有用性に関する検討	升田万祐子，楠川侑吾，多留木崇志，成瀬　圭，村田龍宣，村岡淳二	第 32 回日本医療薬学会年会／群馬	2022. 09. 23 –25
小児科病棟薬剤師の役割	田村優衣	第 33 回臨床薬剤師業務シリーズ研修会／（オンライン）	2022. 10. 30
当院単独および病院間統一で作成した 2 種類の心不全パンフレットの活用状況調査	長戸優也，富家穂乃香，村田龍宣，村岡淳二	第 57 回京都病院学会／京都	2022. 11. 13
看護部			
実践への応用力習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 –	大田恵子	第 19 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2022. 02. 05
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～	池田方子	第 19 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2022. 02. 05
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	第 19 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2022. 02. 05
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	第 19 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2022. 02. 05
患者にとって最適な看護の提供 ～継続したケアを目指して～	石川　優	第 19 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2022. 02. 05
当院での乳がん看護の実践	石川悦子	第 33 回京都市立病院地域医療フォーラム／（オンライン）	2022. 03. 12
いきいきと生活し続けるための健康づくり	大田恵子	令和 4 年度京都市立病院市民公開講座／京都	2022. 10. 01
事務局			
当院での乳がん患者の相談支援	坂東千鶴佳	第 33 回京都市立病院地域医療フォーラム／（オンライン）	2022. 03. 12

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
眼科			
“デジタル漬け”から目を守るには	鈴木　智	リビング／姫路	2022.01.22
“デジタル漬け”から目を守るには	鈴木　智	リビング／加古川	2022.01.22
“デジタル漬け”から目を守るには	鈴木　智	リビング／金沢	2022.02.12
臨床検査技術科			
日本臨床衛生検査技師会ホームページ 先輩からのメッセージ	宮川大樹	日本臨床衛生検査技師会ホームページ／（オンライン）	2022.04.01
施設レポート：京都市立病院「タスク」先取り、救急室に検査技師	山田　雅，園山和代，宮川大樹 井上　歩，森恵里子	THE MEDICAL & TEST JOURNAL（1583），2022	2022.07.01

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	長谷川 一 樹	久 世 まゆみ
	市 田 育 子	上 山 晃太朗	浅 井 奏 子
	内 藤 舞	林 田 愛 海	小 林 慎 司
	谷 口 美 樹	岡 村 寿 子	

編 集 後 記

京都市立病院紀要は，①総説・研究・症例，②地域医療フォーラム，③院内合同研究発表会論文，④海外研修報告，⑤CPC 記録，⑥院内研修開催記録，⑦研究業績集からなり，第 41 巻（2021 年度）からホームページに掲載されています.

さて本号第 43 巻では，論文や講演などいずれも興味深く読める内容となっております. ぜひ本巻をお読み頂ければ幸いに存じます.

さて，私事ではありますが，本年度末をもちまして定年退職することに伴い紀要編集委員を辞することになりました. 7 年間という短い間でしたが，伝統ある本誌の編集に関われたことを誇りに思います. また，本誌のますますの発展を祈念申し上げます.

末筆ながら、本年もご多忙中、執筆・査読・校正・編集に携わって頂いた方々に深謝申し上げます.

紀要編集委員長　竹中秀也（皮膚科部長）

京都市立病院紀要　　第 43 巻（通巻 61 号）2023 年（令和 5 年）

編 集 者　京都市立病院紀要編集委員会

発 行 者　黒　田　啓　史