

京都市立病院紀要

The Journal of Kyoto City Hospital

第44巻

2024

目 次

巻頭言	黒田 啓史
総 説	
肺癌に対する低侵襲手術と周術期化学療法の実状村西 佑介, 竹内 粹葉, 河野 朋哉, 宮原 亮.....	1
症 例	
HLA 半合致同種末梢血幹細胞移植後に発症したサイトメガロウイルス肝炎合併移植片対宿主病に対して ruxolitinib が奏効した骨髓異形成症候群の一例疋田 涼介, 奥田 健大, 中山 大輔, 井上 雄太 櫻田 麻希, 松井 道志, 宮原 裕子, 伊藤 満 岸本 光夫, 香月奈穂美 中峯 寛和 高木 佑亮.....	7
特集：第36回京都市立病院地域医療フォーラム	
急性期病院と地域をつなぐ認知症ケア 〔特別講演〕	
認知症の診断と最近の話題／音楽療法.....	藤竹 純子..... 12
〔一般演題〕	
当院における認知症ケアサポートチーム（DST）活動報告	
DST の活動（医師の立場から）～BPSD, せん妄を中心に	中谷 嘉文..... 21
認知症サポートケアチーム～薬剤師のかかわり.....	山南 貴一..... 24
認知症サポートチームにおける管理栄養士の役割.....	尾崎さくら..... 26
認知症サポートチーム活動報告.....	北川 陽子..... 27
〔パネルディスカッション〕	
地域共生～認知症の人を支えるためにできること～.....	山田 晃代 南 哲也 佐々木美樹 中谷 嘉文 坂口かおり 山南 貴一 藤竹 純子..... 31



特集：第 37 回京都市立病院地域医療フォーラム

地域全体で診る肺がん治療

〔特別講演〕

がん患者に対する包括的な地域連携を考える……………佐々木治一郎…………… 37

〔一般演題〕

長期生存を目指した肺がん治療……………太田 登博…………… 46

肺がん化学療法における薬剤師の地域連携の取組……………本多 伸二…………… 47

第 20 回院内合同研究発表会

救急室における患者経験価値（PX）調査の実践報告

……………坂口真梨子，木下貴映子，野上美沙子，長崎 有…………… 50

第 21 回院内合同研究発表会

急性期脳卒中患者の自動車運転における作業療法の認知機能評価について

……………原田 洋一，久保 美帆，小林宗一郎，片山 千夏
……………日下部和貴，安田 早希，村尾 真奈，多田 弘史
……………奥村 朋央…………… 54

混乱する医薬品供給に対する当院の取り組み

……………楠川 侑吾，本多 伸二，小野 勝…………… 57

放射線治療の環境に適合した火災発生時ワークフローの構築と実践

……………利久 法子，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
……………枚岡かおる，藤原麻紀子…………… 60

IVR に従事する看護師の被ばく低減をめざした研修会の成果について ……上青木 悠平…………… 63

エコセンターでの Asset Performance Management プロジェクト

……………後藤 希，安部 有希，山田 雅
……………宮川 昌巳…………… 65

高流量鼻カニュー酸素療法の流量特性調査

……………白山 幸平，木原 一郎，伊藤 禎章…………… 67

院内臓器移植コーディネーターの役割と活動報告～院内臓器提供体制の構築に向けて～

……………川勝 伸也…………… 69

乳癌患者さんの退院時指導を多職種で共有しよう！～PX 研修後，多職種勉強会を開催して～

……………平野真美子，植木 明
……………久保 美帆
……………田中 好美
……………森口 喜生…………… 72

患者・家族や多職種，地域とパートナーシップを築き退院後の暮らしを支える

～患者と関わる時間を生み出す業務改善～

……………津田 磨美，北川 陽子，上野 美香…………… 74

CPC 報告

2023 年度 CPC 報告……………香月奈穂美，岸本 光夫…………… 78

院内研修会開催記録…………… 80

研究業績目録

原 著……………136

学 会……………145

マスメディア……………162

THE JOURNAL OF KYOTO CITY HOSPITAL

Vol.44

2024

CONTENTS

Foreword

Hiroshi Kuroda

Review

Current Status of Minimally Invasive Surgery and Perioperative Therapy for Lung Cancer

Yuusuke Muranishi, Suiha Takeuchi, Tomoya Kono and Ryo Miyahara 1

Case Reports

A Case of Myelodysplastic Syndrome Responding to Ruxolitinib for Cytomegalovirus Hepatitis and Liver Acute Graft-versus-host Disease after HLA-haploidentical Peripheral Blood Stem Cell Transplantation

Ryosuke Hikida, Takehiro Okuda, Daisuke Nakayama, Yuta Inoue,
Maki Sakurada, Masashi Matsui, Yasuko Miyahara and Mitsuru Itoh
Mitsuo Kishimoto and Naomi Katsuki
Hirokazu Nakamine

Yusuke Takagi 7

Topics. The 36th Forum for the Community Medicine at Kyoto City Hospital

Dementia support for connecting the acute care hospital and the community

[Lecture]

Diagnosis and recent topics of dementia/ Music therapy

Junko Fujitake 12

Report of the activities of the dementia support team (DST) at our hospital

Activities of the dementia support team (DST) – from the viewpoint of the physician

–Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), Focusing on BPSD and delirium

Yoshifumi Nakaya 21

Dementia support team –Role of the pharmacist

Kiichi Yamanami 24

Report of the activities of the dementia support team

Sakura Ozaki 26

Report on the role of the registered dietician in the dementia support team

Yoko Kitagawa 27

[Panel Discussion]

Cooperation of the community for supporting local residents with dementia

Teruyo Yamada, Tetsuya Minami, Miki Sasaki, Yoshifumi Nakaya, Kaori Sakaguchi,

Kiichi Yamanami and Junko Fujitake 31

Topics. The 37th Forum for the Community Medicine at Kyoto City Hospital

Lung cancer treatment involving local cooperation

[Lecture]

Considering regional comprehensive cooperation for cancer patients

Jiichiro Sasaki 37

Lung cancer treatment aiming at long-term survival

Takahiro Ota 46

Community cooperation by pharmacists for lung cancer chemotherapy

Shinji Honda 47

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

Results of Questionnaire Survey on Patient Experience in the Emergency Room Mariko Sakaguchi, Taeko Kinoshita, Misako Nokami and Yuu Nagasaki	50
Evaluation of cognitive function for driving a car in acute phase stroke patients after occupational therapy Youichi Harada, Miho Kubo, Souichiro Kobayashi, Chinatu Katayama, Kazuki Kusakabe, Saki Yasuda, Mana Murao and Hiroshi Tada Tomoo Okumura	54
How we handle confusion in drug supply management Yugo Kusakawa, Shinji Honda and Masaru Ono	57
Constructing and practicing the work flow in case of a fire for use in the radiotherapy environment Noriko Rikyu, Kazunori Tanaka, Tomohiro Kosuga, Kenta Fukumoto, Yuuki Hanai and Kazuo Tsugawa Shuji Ootsu, Kimiko Hirata and Takashi Murakami Kaoru Sugioka and Makiko Fujiwara	60
Results of training the interventional radiology (IVR) nurse to minimize the risk of exposure to radiation Yuhei Ueaoki	63
Asset performance management project at the Ultrasonography Center Nozomi Goto, Yuki Abe and Masashi Yamada Masami Miyagawa	65
Survey of flow characteristics in high flow nasal cannula oxygen therapy Kouhei Shiroyama, Ichiro Kihara and Yoshiaki Itoh	67
Role of in-hospital organ transplant coordinator and report of activities —Toward the construction of the in-hospital organ donation system Shinya Kawakatsu	69
Sharing multi-disciplinarily the advice given to the breast cancer patients at the time of dispatch from hospital: Results of a multi-disciplinary meeting after patient experience (PX) workshop Mamiko Hirano and Akira Ueki Miho Kubo Yoshimi Tanaka Yoshio Moriguchi	72
Building a partnership between the patient, family, various occupations and community for supporting living activities of the patient after dispatch from hospital— changing the working schedule to make time to be with the patient Mami Tsuda, Yoko Kitagawa and Mika Ueno	74

Annual Reports of the Clinico-pathologic Conference (CPC) in Kyoto City Hospital

Naomi Katsuki and Mitsuo Kishimoto	78
--	----

Annual Reports of the Clinical Conference in Kyoto City Hospital

List of Research Activities of Staff at Kyoto City Hospital

Published articles	136
Presentations at academic meetings	145
Massmedia	162

巻 頭 言

京都市立病院紀要 44 巻をお届けいたします。本 44 巻には第 20 回院内合同研究発表会 1 編と、第 21 回院内合同研究発表会 9 編、第 36 回と第 37 回の地域医療フォーラムの内容、そして診療科から 1 編の総説と 1 編の症例報告が掲載されていますのでぜひご一読ください。

去年は、元旦に能登半島地震、2 日に自衛隊機と民間機の衝突事故と波乱に満ちた年の初めでしたが、今年は、幸い国内に大きな災害や事故もなく、おだやかな年末年始であったかと思います。ただ、インフルエンザが猛威を振るい、救急外来に発熱患者が押し寄せ、現場対応して頂いた職員の皆さんには負担をおかけしました。改めてお礼を申し上げます。

国外に目を移すと、中東では、やっとイスラエルとハマスの休戦協定が結ばれましたが、永久的な停戦になるにはまだまだいくつものハードルがあるようですし、その合意もいつ何時破られるかもしれないという不安定な状況は続いています。ロシアによるウクライナ侵攻は 3 年以上経過した現在もなお続いており、ロシア側には第 3 国が人的な武力供与を開始するなど、さらに混迷を深めています。最近返り咲いた米国大統領は、「半年で戦争を終わらせる」と強気な発言をしていますが、世界のオピニオンリーダーとなるべき国の元首が「自国が一番優先」と叫んで政治をするなら、もはや世界の平和など望むべくもないのかもしれません。

国内では、いよいよこの 2024 年度から、医師の時間外労働の上限規制が始まりました。今のところ、規制による大きな問題は聞こえてきませんが、医療界に乱発された宿日直許可の揺り戻しが来ないとも限りません。うわべだけの改革ではなく、本当の意味での働き方改革を進めていく事が重要です。当院でも DX の導入に加え、タスクシフトやタスクシェアもさらに推進する必要がありますが、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。全職員それぞれが、お互いを思いやり、高い意識を持って、積極的に取り組んでいただける事を期待しています。また、その成果について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。

2025 年 1 月

京都市立病院機構京都市立病院

院長 黒 田 啓 史

肺癌に対する低侵襲手術と周術期化学療法の現状

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 呼吸器外科)

村西 佑介 竹内 粹葉 河野 朋哉 宮原 亮

要 旨

肺癌に対する胸腔鏡手術は一般化され、ロボット支援手術も普及してきている。また、今までは肺葉切除が標準術式であったが、小型肺癌に対しては区域切除や部分切除等の縮小手術が標準になる可能性がある。そして周術期治療に免疫チェックポイント阻害剤、EGFR-TKI も使用可能となった。呼吸器外科医は外科的技術向上に加え、患者個々の病状に応じた手術アプローチと術式の選択、そして最新の周術期治療の知識が必要である。
(京市病紀 2024; 44 : 1-6)

Key words : 肺癌, ロボット支援手術, 周術期化学療法

緒 言

呼吸器外科領域の手術では、患者の胸部に数か所の小さい創を作成し、鏡視下手術用スコープで得られた画像をみて行う胸腔鏡手術が一般的である。最近では一つの手術創から行う単孔式胸腔鏡手術や、ロボット支援胸腔鏡手術も普及してきている。呼吸器外科手術でのアプローチ方の変遷、特にロボット支援手術についてと、近年遭遇する機会が増えている小型肺病変について述べる。

また、肺癌手術後補助化学療法では2022年よりPD-L1陽性肺癌にはatezolizumabが、2023年からはEGFR遺伝子変異陽性肺癌にはosimertinibが適応となり、術前療法としてもnivolumabと化学療法の併用療法も使用可能となった。肺癌周術期治療は複雑化してきている。最新の術前・術後補助化学療法についても述べる。

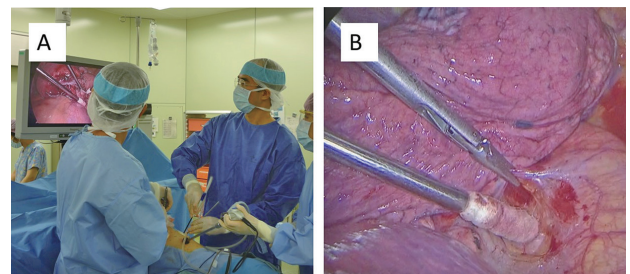
呼吸器外科手術アプローチの変遷

従来、肺癌等の疾患に対する呼吸器外科の手術では、20-30 cm 程度の皮膚・筋肉の切開、肋骨の切断を行う開胸手術が行われていた。現在でも、血管形成や気管支形成を伴う高難度手術等で開胸する必要がある症例は存在する。開胸手術は胸壁への侵襲が高く、術後疼痛も強い。患者の負担を減らすため、切開創の縮小・低侵襲アプローチが追求されてきた。現在、呼吸器外科領域では、患者の胸部に数か所の小さい創を作成し鏡視下手術用スコープで得られた画像をみて手術を行う胸腔鏡手術が一般的である¹⁾。2020年の日本胸部外科学会の集計では、日本の呼吸器外科全手術の約88%が鏡視下手術であると報告されている²⁾。胸腔鏡手術は近年ではさらに進化し、一つの創のみから行う単孔式の胸腔鏡手術を取り入れる施設もある。それに加え、2018年に肺癌と縦隔腫瘍に対するロボット支援下手術が保険適用となって以降、呼吸器外科領域でのロボット支援下手術は急速に普及してきている³⁾。

胸腔鏡手術とロボット支援下手術

一般的な胸腔鏡手術では、4 cm の小開胸創に加え、

1-2 cm 程度の小孔を2-3箇所作成し、小孔より手術用スコープを挿入し、映し出された映像を見ながら行う手術である。Video Assisted Thoracoscopic Surgeryの頭文字を取った略語、VATSという呼称が広く浸透している。胸部の手術では骨性胸郭があるため肋間に小孔を作成するが、肋間の幅、肋骨により操作角度・範囲に制限が生じる。胸腔鏡手術で使用する器具は30-40 cm 程度の直線状のものが一般的で、それらを駆使して進みたい方向に手術操作を進めるテクニックが必要となる。長い器具を使用するので手振れはある程度する。モニターは2Dの画面で行われることが多い(図1)。



- C
- ・直線状の器具を使用。
 - ・肋間による操作制限。
 - ・手振れはある程度ある。
 - ・2Dモニターで行われる。

図1

- (A) 胸腔鏡手術の様子。3か所程度の小孔を作成し、モニターを見ながら手術を進める。
(B) 胸腔内の様子。胸腔鏡手術では30-40 cmの直線状の器具を使用し手術操作を行う。
(C) 胸部の手術は、肋間からのアプローチが必要であるために、操作する角度に制限が生じる。

それに対するロボット支援手術を説明する。当院で使用しているロボットは、Da Vinci Xi Surgical Systemという機種で、アメリカ合衆国のIntuitive Surgical社が製造販売を行っている機種である。医師はロボットのアームについている鉗子やカメラを、コンソールと呼ばれる

操作機器を覗き込んで遠隔操作・手術を行う。Da Vinci Xiによるロボット支援手術の代表的なメリットを以下に記載する⁴⁻⁶⁾。

- ① 3D画像での術野の拡大視が可能で、肺血管の血管鞘の視認や剥離操作、リンパ節郭清が容易となる。
- ② 手術操作の際に手振れしない。精度の高い操作をミリ単位で行うことが出来るようになる。
- ③ 多関節のアームを有し、実際に胸腔内に手を入れているかのような操作が可能となる。鏡視下手術でありながら開胸手術の様な操作が可能となる。

これらのメリットにより、手術の精度が高まり、出血量の減少、患者にとっての低侵襲につながると考え、当院ではロボット支援手術を積極的に取り入れている。

また、気管支形成術等の胸腔鏡での操作が難しく、開胸せざるを得なかった症例も、ロボットを用いることで鏡視下手術での完遂が可能になってきている^{7), 8)}(図2)。

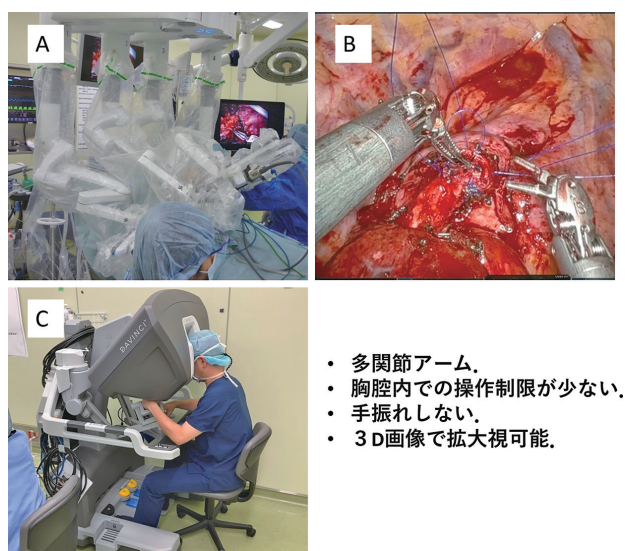


図2

- (A) ロボット支援手術の様子。
 (B) ロボット支援手術の胸腔内での様子。気管支形成を行っている。従来、開胸手術を選択していた複雑な手技であるが、ロボットの支援にて鏡視下手術で完遂可能であった。
 (C) コンソールの様子。術者はコンソールを覗き込みながら遠隔操作する。

ロボット支援手術と胸腔鏡手術を比較したメタアナリシスによると、ロボット支援手術の方が操作性や、術者のラーニングカーブで良好であり、根治性や安全性、長期予後には差がなかった。デメリットは、手術時間延長や、高い費用、触覚がない事等が挙げられる^{9), 10)}。

当院では2024年2月より、Da Vinci SPが導入され、Da Vinci Xiと合わせて2台体制となっている。Xiでは複数個所に鉗子を挿入するポートを作成する必要があったが、SPでは一か所のポート創より4つのアームを挿入することが出来、より低侵襲に手術が出来る。現在、当院では泌尿器外科と消化器外科でSPを導入しており、呼吸器外科でも今後導入予定である。

小 型 肺 癌

原発性肺癌に対する標準手術は、基本的には腫瘍の存在する肺葉の切除と所属リンパ節の郭清である。両側合わせた肺容量を1とすると、右上葉であれば全体の1/5、右中葉は1/10、右下葉は1/4、左上葉は1/4、左下葉は1/5となる。切除した分の呼吸機能は低下する。しかし、腫瘍自体が小さく、悪性度も比較的低いと予想される場合には、呼吸機能温存を目的とした肺部分切除や区域切除といった、縮小手術が推奨される。肺葉は細かい区域に分かれている。右で10区域・左は8区域に分かれ、亜区域に細分化すると左右合わせて42亜区域に分かれる。

近年の高解像度CTの普及により、2cmに満たない小型病変が見つかるようになってきている。その中には結節ではない淡い陰影、すりガラス状のものがみられる。肺癌の中で最も多い肺腺癌は、すりガラス状陰影から段階的な変化をへて成長していくものが存在する。その成長過程はCT画像から推測することができる¹¹⁻¹³⁾。すりガラス状結節から、内部に芯(充実濃度成分)が出現し、徐々に大きくなるとともに充実結節、CTでは白い塊へと移行していく。そして、浸潤癌、そしてリンパ節転移・遠隔転移を来す進行癌へと変化していく(図3)。すなわち、すりガラス主体の病変は早期のものであり、局所の治療で治癒が期待できる。2023年の肺癌診療ガイドラインでも、充実成分最大径/腫瘍最大径比 ≤ 0.25 の肺野末梢に存在する病変には縮小手術が推奨されている^{14), 15)}。

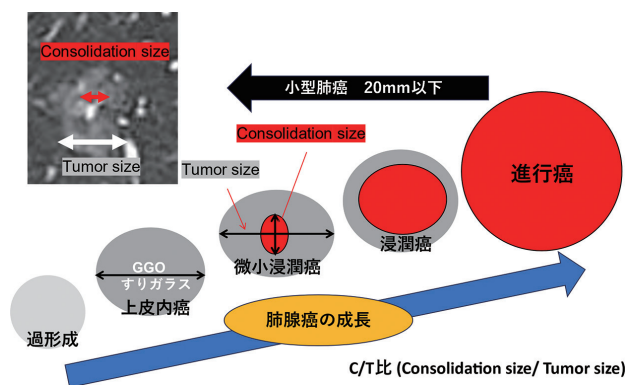


図3

肺腺癌の成長過程の模式図。すりガラス状陰影の中心部より、浸潤部分が出現し、大きくなる。段階的な変化を経て進行していく。

どの程度までなら縮小手術が許容されるのかについては様々な研究がなされてきているが、2022年に、CT所見上の腫瘍径が2cm以下でかつ、充実成分最大径/腫瘍最大径比 > 0.5 の末梢型画像的浸潤癌を対象とした肺葉切除術と区域切除術を比較するランダム化第Ⅲ相試験の結果が本邦より発表された。結果、全生存期間において区域切除術は肺葉切除術に対し、非劣性であることが証明された。5年全生存率は肺葉切除術で91.1%、区域切除術で94.3%と、むしろ区域切除術で良好であったが、局所再発率は肺葉切除群で5.4%、区域切除群で10.5%と増加した。なぜ局所再発率が高いのに、5年生存率で勝ったかについては、呼吸機能を温存することで、再発時に

治療介入できる余力が残るからではないかとも予想された¹⁶⁾。今まではすりガラスが主体である病変であれば縮小手術でもよいという概念であったが、2023年の肺癌診療ガイドラインでは、臨床病期ⅠA1-2期、充実成分最大径／腫瘍最大径比＞0.5の肺野末梢非小細胞肺癌に対して、区域切除または肺葉切除を行うよう推奨すると記載された。

ただし、現在用いられているTNM分類第8版ではT因子は、臨床病期ではCT所見上の充実径、病理病期では浸潤径にて診断している。切除標本はホルマリン固定すること等も影響し、術前画像上の充実径が病理学的浸潤径と必ずしも一致するわけではない。病理学的浸潤径5mmに相当する充実成分径は、CT所見上の肺野条件にて8mm、縦隔条件にて6mmという報告もあり、術前病期を過小評価してしまう可能性の方が少ないとは考えるが、CTでの充実径＝病理所見での浸潤径ではないことは念頭に置いておく必要はある¹⁷⁾。CT所見上、充実成分最大径／腫瘍最大径比＞0.5の肺野末梢非小細胞肺癌に対する区域切除の適応症例は今後増えると考えられるが、区域切除を選択するか否かに関しては、腫瘍径と腫瘍の存在位置（肺野末梢に位置するかどうか）以外にも、FDG-PETでの集積程度、年齢・心肺機能など、総合的に判断し決定することが必要である。

最新の術後補助化学療法について

早期肺癌であれば外科切除単独での治癒も見込める。肺癌診療ガイドラインでは腫瘍径2cm未満の病理病期Ⅰ期のものは、手術単独の治療で、以降は経過観察のみとなる。ただし、完全切除症例であっても遠隔転移や縦隔リンパ節再発などで局所再発してくる症例は存在する¹⁸⁾。治療成績改善のため、術前術後の様々な比較試験が行われ、腫瘍径2cmを超える病理病期Ⅰ-ⅡA期の腺癌症例ではtegafur-uracil（UFT）の内服を2年間が推奨されている。和田らがまとめたWest Japan Study Groupによる、病理病期Ⅰ-Ⅲ期を対象とした比較試験では、5年生存率で手術単独群は49%、UFT群は64%と有意に良好な結果であった¹⁹⁾。その他、術後UFTの内服に関して、Ⅰ期肺腺癌に対する第Ⅲ相試験、メタアナリシスでも有効性が確認されている²⁰⁻²²⁾。

ただし、前述の通り2017年からTNM分類は第8版が用いられている。第8版では、腫瘍径そのものよりも、浸潤性増殖を示す部分の径が重要視されている。つまり、腫瘍径は2cmを超えるが浸潤径は2cmより小さい、というような腫瘍に対するUFTの必要性、有益性についてのコンセンサスは無い。エビデンスの確立の元となった臨床試験はその当時の病期分類が用いられて、病理学的な浸潤径についての検討はなされていないことを念頭にに入れておく必要がある。病理所見での腺癌の亜型分類や、脈管侵襲の有無等、総合的に判断して術後UFTの内服を行うか否かを臨床医が判断する必要がある¹⁸⁾。

肺癌診療ガイドラインでは、病理病期Ⅱ期以上の症例に対しては、シスプラチン（CDDP）併用療法が推奨さ

れている。1995年に手術単独群と術後補助化学療法群のランダム化比較試験のメタアナリシスが⁸⁾、Non-small Cell Lung Cancer Collaborative Groupより報告された²³⁾。それによると、CDDP併用療法の術後補助化学療法で相対死亡危険率を13%減少し、5年生存率を5%改善すると報告された。以降、術後補助療法の大規模なランダム化比較試験が複数発表された²⁴⁻²⁶⁾。これらの試験を含めたメタアナリシス（Lung Adjuvant Cisplatin Evaluation）²⁷⁾においてCDDP併用化学療法の有用性が再確認され、2023年肺癌診療ガイドラインでも、術後病理病期Ⅱ-ⅢA期（第8版）完全切除例に対して、シスプラチン併用化学療法を行うよう推奨すると記載されている。ただし、これらの術後補助療法を行っても5年生存率の改善は手術単独と比較して、良くて10%程度である。あまり良いとは言えなかったのが実際であったが、2022年に大きなパラダイムシフトが得られた。

EGFR-TKI（osimertinib：タグリッソ）

EGFR遺伝子変異陽性の肺癌であった症例には、EGFR-TKI（osimertinib：タグリッソ）が使用可能となった。その根拠となったADAURA試験は、病理病期ⅠB-ⅢA期のEGFR遺伝子変異陽性肺癌に対する、術後補助療法としてのosimertinibの有用性を検証する国際共同第Ⅲ相無作為化比較試験である。ⅠB-ⅢA期のEGFR遺伝子変異陽性肺癌を対象にプラセボ群と比較し、無病生存期間の有意な延長（ハザード比0.17）に加え、全生存期間でも有意な延長を示すことが報告された。（ハザード比0.49）²⁸⁾本邦からはADAURA試験にⅠB期の症例は参加しておらず、2023年肺癌診療ガイドラインでは、術後病理病期Ⅱ-ⅢA期（第8版）完全切除例に対して、従来の術後補助化学療法後にosimertinibによる治療の追加が提案されている。

免疫チェックポイント阻害剤 （atezolizumab：テセントリク）

腫瘍細胞内のPD-L1発現が50%以上である症例には免疫チェックポイント阻害剤（atezolizumab：テセントリク）が使用可能になった。その根拠となったIM power 010試験は、病理病期Ⅱ期～ⅢA期の完全切除例で、術後CDDP併用化学療法がおこなわれた後に、支持療法としてatezolizumabを最大16サイクル追加することを評価した臨床試験である。PD-L1発現50%以上のⅡ-ⅢA期群で、全生存期間はatezolizumab投与群で有意に良好であった。（ハザード比0.43）²⁹⁾この結果、2023年の肺癌診療ガイドラインでは、術後病理病期ⅡB-ⅢA期（第8版）完全切除例、腫瘍細胞におけるPD-L1発現50%以上例に対して、従来の補助化学療法後にatezolizumabの追加を行うよう提案すると記載されている。

術 前 治 療

先にも述べたが、肺癌は完全切除症例であっても遠隔転移や縦隔リンパ節再発などで局所再発してくる症例が存在する¹⁸⁾。術前に治療を行うことにより、術後再発がコントロールされればより治療成績は改善する可能性がある。術前療法に関しては、病理病期ⅡB/ⅢA期に対し、術前プラチナ製剤併用療法を行うことの提案がガイドライン上なされている。しかし、術前の臨床病期は、過小評価・過大評価ともあり得ることや、術前に化学療法を導入することで耐術能の低下や手術機会を逸する可能性も考えられる。また上述の通り、術後補助化学療法のエビデンスは確立しており、手術可能な状態であれば手術を先行させる症例は多い。ただし、進行症例や、腫瘍縮小により肺切除の範囲が狭められる可能性のある症例では検討すべきである。また、ガイドラインでは切除可能な肺尖部胸壁浸潤癌（臨床病期 T3-4N0-1）に対しては、術前化学放射線療法後に外科治療を実施する集学的治療を行うよう推奨されているほか、切除可能な臨床病期ⅢA期（N2）に対しての術前化学放射線療法の提案がなされている。

そして手術前治療として抗PD-1抗体薬（nivolumab：オプジーボ）と化学療法の併用療法も使用可能となった。その根拠となったCheckMate-816試験は、切除可能非小細胞肺癌に対し、PD-L1の発現の有無を問わず、プラチナ製剤併用療法後に手術を受ける群と、プラチナ製剤併用療法+nivolumabの治療後に手術を受ける群を比較した研究である。主要評価項目である無イベント生存期間はニボルマブ併用群で有意な延長が認められた。（ハザード比0.63）また、病理学的完全奏効の割合においても、プラチナ製剤併用療法群では2.0%に対し、プラチナ製剤併用療法+nivolumab群が24.0%と有意に良好であった³⁰⁾。2023年の肺癌診療ガイドラインでは、臨床病期Ⅱ-ⅢA期（第8版）、EGFR遺伝子変異/ALK融合遺伝子陰性もしくは不明例に対して、術前にプラチナ製剤併用療法とニボルマブを併用した治療を行うよう提案すると記載されている。ただし、従来、術前放射線化学療法を導入していた症例群に対しては、術前のプラチナ製剤併用療法+nivolumab療法と術前放射線化学療法のどちらを選択するべきであるかはこれからの検討課題である。

結 語

呼吸器外科領域の手術アプローチ方法は、今後も低侵襲を追求し単孔式の胸腔鏡手術や、ロボット支援下手術がより普及してくるだろう。また2cm以下の小型肺癌に関しては、呼吸機能温存を目的とした縮小手術の割合が増えると考えられる。そして、補助化学療法は、分子標的治療や免疫チェックポイント阻害剤も加わり、より複雑化している。呼吸器外科医は外科的技術向上に加え、患者個々の病状に応じた手術アプローチと術式の選択、そして最新の周術期治療の知識が必要である。

引 用 文 献

- 1) Berfield KS, Farjah F, Mulligan MS : Video-Assisted Thoracoscopic Lobectomy for Lung Cancer. *Ann Thorac Surg* 2019 ; 107 : 603-609.
- 2) Committee for Scientific Affairs The Japanese Association for Thoracic Surgery, Matsumiya G, Sato Y, et al : Thoracic and cardiovascular surgeries in Japan during 2020 : Annual report by the Japanese Association for Thoracic Surgery. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2024 ; 72 : 61-94.
- 3) 吉田和 : 呼吸器外科領域におけるロボット支援手術. *信州医誌* 2018 ; 66 : 263-265.
- 4) 中村廣繁 : 呼吸器外科ロボット支援手術. *肺癌* 2021 ; 61 : 861-864.
- 5) 柴崎晋, 宇山一朗, 須田康一 : 上部消化管癌に対するロボット支援手術の進歩と今後の展望. *日消化管誌* 2021 ; 5 : 6-16.
- 6) 本間 崇浩, 北村 直也, 尾嶋 紀洋, 他 : ロボット支援呼吸器外科手術の導入経験 : 安全な導入と完全胸腔鏡下手術との違い. *日呼外会誌* 2019 ; 33 : 113-121.
- 7) 中村廣繁, 春木朋広, 窪内康晃, 他 : ロボット支援下肺癌手術の現状と将来展望. *肺癌* 2023 ; 63 : 929-938.
- 8) Baste JM : Locally advanced N2 non-small cell lung cancer and the robotic platform : are we asking the right question? *J Thorac Dis* 2019 ; 11 : 1184-1185.
- 9) O'Sullivan KE, Kreaden US, Hebert AE, et al : A systematic review and meta-analysis of robotic versus open and video-assisted thoracoscopic surgery approaches for lobectomy. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2019 ; 28 : 526-534.
- 10) Guo F, Ma D, Li S : Compare the prognosis of Da Vinci robot-assisted thoracic surgery (RATS) with video-assisted thoracic surgery (VATS) for non-small cell lung cancer : A Meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2019 ; 98(39) : e17089.
- 11) Suzuki K, Koike T, Asakawa T, et al : A Prospective Radiological Study of Thin-Section Computed Tomography to Predict Pathological Noninvasiveness in Peripheral Clinical IA Lung Cancer (Japan Clinical Oncology Group 0201). *Journal of Thoracic Oncology* 2011 ; 6 : 751-756.
- 12) Suzuki K, Watanabe S, Mizusawa J, et al : Predictors of non-neoplastic lesions in lung tumours showing ground-glass opacity on thin-section computed tomography based on a multi-institutional prospective study. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2015 ; 21 : 218-223.
- 13) Noguchi M, Morikawa A, Kawasaki M, et al : Small adenocarcinoma of the lung. Histologic characteristics and prognosis. *Cancer* 1995 ; 15 :

- 2844-2852.
- 14) Yoshino I, Moriya Y, Suzuki K, et al : Long-term outcome of patients with peripheral ground-glass opacity-dominant lung cancer after sublobar resections. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2023 ; 166 : 1222-1231.
 - 15) Aokage K, Suzuki K, Saji H, et al : Segmentectomy for ground-glass-dominant lung cancer with a tumour diameter of 3 cm or less including ground-glass opacity (JCOG1211) : a multicentre, single-arm, confirmatory, phase 3 trial. *Lancet Respir Med* 2023 ; 11 : 540-549.
 - 16) Saji H, Tsuboi M, Nakajima R, et al : Segmentectomy versus lobectomy in small-sized peripheral non-small-cell lung cancer (JCOG0802/ WJOG4607L) : a multicentre, open-label, phase 3, randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet* 2022 ; 23 : 1607-1617.
 - 17) Yanagawa M, Kusumoto M, Johkoh T, et al : Radiologic-Pathologic Correlation of Solid Portions on Thin-section CT Images in Lung Adenocarcinoma : A Multicenter Study. *Clin Lung Cancer* 2018 ; 19 : 303-312.
 - 18) Muranishi Y, Tanaka N, Kono T, et al : Vessel invasion as a predictive factor for recurrence after surgery in stage I lung adenocarcinoma. *Respir Investig* 2022 ; 60 : 227-233.
 - 19) H Wada I, S Hitomi, T Teramatsu, et al : J Clin Oncol Adjuvant chemotherapy after complete resection in non-small-cell lung cancer. West Japan Study Group for Lung Cancer Surgery. *J Clin Oncol* 1996 ; 14 : 1048-1054.
 - 20) Kato H, Ichinose T, Ohta M, et al : A Randomized Trial of Adjuvant Chemotherapy with Uracil-Tegafur. *N Engl J Med* 2004 ; 22 : 350 : 1713-1721.
 - 21) Hamada C, Tanaka F, Ohta M, et al : Meta-analysis of postoperative adjuvant chemotherapy with tegafur-uracil in non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2005 ; 23 : 4999-5006.
 - 22) Hamada C, Tsuboi M, Ohta M, et al : Effect of postoperative adjuvant chemotherapy with tegafur-uracil on survival in patients with stage IA non-small cell lung cancer : an exploratory analysis from a meta-analysis of six randomized controlled trials. *J Thorac Oncol* 2009 ; 4 : 1511-1516.
 - 23) Group N-sCLCC : Chemotherapy in non-small cell lung cancer : a meta-analysis using updated data on individual patients from 52 randomised clinical trials. Non-small Cell Lung Cancer Collaborative Group. *BMJ* 1995 ; 311 : 899-909.
 - 24) Jean-Yves D, Rafael R, Mario D L, et al : Adjuvant vinorelbine plus cisplatin versus observation in patients with completely resected stage IB-IIIa non-small-cell lung cancer (Adjuvant Navelbine International Trialist Association [ANITA]) : a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2006 ; 7 : 719-727.
 - 26) Butts CA, Ding K, Seymour L, et al : Randomized phase III trial of vinorelbine plus cisplatin compared with observation in completely resected stage IB and II non-small-cell lung cancer : updated survival analysis of JBR-10. *J Clin Oncol* 2010 ; 28 : 29-34.
 - 27) Pignon JP, Tribodet H, Scagliotti GV, et al : Lung adjuvant cisplatin evaluation : a pooled analysis by the LACE Collaborative Group. *J Clin Oncol* 2008 ; 26 : 3552-3559.
 - 28) Herbst RS, Wu YL, John T, et al : Adjuvant Osimertinib for Resected EGFR-Mutated Stage IB-IIIa Non-Small-Cell Lung Cancer : Updated Results From the Phase III Randomized ADAURA Trial. *J Clin Oncol* 2023 ; 41 : 1830-1840.
 - 29) Felip E, Altorki N, Zhou C, et al : Adjuvant atezolizumab after adjuvant chemotherapy in resected stage IB-IIIa non-small-cell lung cancer (IMpower010) : a randomised, multicentre, open-label, phase 3 trial. *Lancet* 2021 ; 398 : 1344-1357.
 - 30) Forde PM, Spicer J, Lu S, et al : Neoadjuvant Nivolumab plus Chemotherapy in Resectable Lung Cancer. *N Engl J Med* 2022 ; 386 : 1973-1985.

Abstract

Current Status of Minimally Invasive Surgery and Perioperative Therapy for Lung Cancer

Yuusuke Muranishi, Suiha Takeuchi, Tomoya Kono and Ryo Miyahara

Department of Thoracic Surgery, Kyoto City Hospital

Recently, video-assisted thoracoscopic surgery has become a common procedure for the treatment of lung cancer; moreover, the use of robotic-assisted thoracoscopic surgery has substantially increased. Although lobectomy is the standard procedure for lung cancer treatment, limited resection techniques, such as segmentectomy and partial resection, are being used for treating small lung lesions. More recently, immune checkpoint inhibitors and epidermal growth factor receptor protein tyrosine kinase inhibitor (EGFR-TKI) have been used as perioperative therapies for these patients. With increasing options for surgical approaches, procedures, and perioperative therapies, thoracic surgeons need to improve their techniques, choose the best surgical procedure for each individual patient, and update their knowledge regarding perioperative therapies.

(J Kyoto City Hosp 2024; 44:1-6)

Key words: Lung cancer, Robotic surgery, Perioperative Chemotherapy

HLA 半合致同種末梢血幹細胞移植後に発症したサイトメガロウイルス肝炎 合併移植片対宿主病に対して ruxolitinib が奏効した骨髓異形成症候群の一例

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 血液内科)

疋田 涼介 奥田 健大 中山 大輔 井上 雄太
櫻田 麻希 松井 道志 宮原 裕子 伊藤 満

(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)

岸本 光夫 香月 奈穂美

(一般財団法人日本バプテスト連盟医療団日本バプテスト病院 臨床検査科)

中峯 寛和

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 循環器内科)

高木 佑亮

要 旨

移植片対宿主病 (graft-versus-host disease : GVHD) とサイトメガロウイルス (cytomegalovirus : CMV) 感染症は造血幹細胞移植後の主要な合併症で、しばしば難治化する。骨髓異形成症候群に罹患した 48 歳男性が化学療法と HLA 半合致同種末梢血幹細胞移植を実施後に肝障害をきたした。組織学的に肝臓 GVHD と CMV 肝炎の合併と診断し、ruxolitinib と gancyclovir により奏功を得た。CMV 感染症を合併したステロイド抵抗性 GVHD に対しても ruxolitinib が有効な可能性がある。(京市病紀 2024; 44 : 7-11)

Key words : GVHD, ruxolitinib, CMV, HLA 半合致移植, 肝障害

緒 言

移植片対宿主病 (graft-versus-host disease : GVHD) とサイトメガロウイルス (cytomegalovirus : CMV) 感染症はどちらも造血幹細胞移植後の主要な合併症であり、肝臓を標的とし得る。また両疾患ともしばしば難治化し、致命的な経過を辿り得るため、早急な治療介入が求められる。肝 GVHD と CMV 肝炎を合併し、ruxolitinib (Ruxo) と gancyclovir (GCV) が奏功した症例を経験したため報告する。

症 例

48 歳男性。X 年 3 月からの手背・足背浮腫、5 月上旬からの発熱を愁訴に他院を経由して、5 月中旬に当科を受診した。末梢血で芽球様細胞の出現、貧血、血小板減少を認め、骨髓検査で脱顆粒好中球、pseudo-Pelger 核異常好中球、微小巨核球、巨赤芽球様変化といった多系統にわたる異形成を認めた。骨髓芽球は 4.6% であった。フローサイトメトリーで芽球は CD13, CD33, HLA-DR 陽性で、染色体検査では 5q-, 7q- を含む複雑核型であった。fluorescence in situ hybridization (FISH) では 7q- シグナルを 54.1% 認めた。

多系統に異形成をとまなう骨髓異形成症候群 (myelodysplastic syndrome with multilineage dysplasia : MDS-MLD, Revised International Prognostic Scoring System¹⁾ : very high risk) と診断し、azacitidine (AZA) 療法 1 コースによる bridging を行い骨髓 FISH

で 7q- は 12.1% となった。同年 8 月に実姉 (CMV-IgG 陽性, HBs 抗原陰性, HBs 抗体陰性, HBc 抗体陰性, HCV 抗体陰性) をドナーとして HLA 半合致同種末梢血幹細胞移植を実施した。移植直前の評価で、骨髓中の芽球は 3.2%, CMV-IgG 陽性, HBs 抗原陰性, HBs 抗体陰性, HBc 抗体陰性, HCV 抗体陰性であった。移植前治療は fludarabine 30 mg/m² 6 日間、静注 busulfan 3.2 mg/kg 2 日間、全身放射線照射 4 Gy、免疫抑制は移植後 cyclophosphamide (PTCY) 80 mg/kg, tacrolimus (TAC), mycophenolate mofetil (MMF) を用いた。またウイルス感染予防として valgancyclovir を day -7 から day 124 まで、letermovir を day 0 から day 100 までそれぞれ併用した。経過中 GVHD 徴候は認めず、day 73 の骨髓 FISH で 7q- が 1.9%, XY が 2.7% と増加傾向であったため、TAC を早期に減量し day 87 で終了した (図 1)。

day 122 より急速に肝胆道系酵素が上昇し、血中 CMV 抗原 (C10/C11 法) が 2/0 で陽性となったため、GCV の投与を開始した。移植後血小板減少が遷延していたため、経皮的肝生検を避けて day 126 に経頸静脈的肝生検を実施した。HE 染色にて、限界板の破壊を主とするインターフェース肝炎を認めた (図 2a) ほか、小葉では多くの巣状壊死、肝細胞単独の壊死や核分裂像を認め、小葉性肝炎の像であった (図 2b)。一部の肝細胞にはヘモジデリン沈着が目立ったほか、類洞ではリンパ球浸潤による内皮炎が疑われ、類洞拡張を伴った (図 2c)。また、CMV 抗体染色陽性細胞を 3 か所に認めた。上記から組織学的に肝炎型の GVHD と肝類洞閉塞症候群 (sinusoidal obstruction syndrome : SOS) が鑑別に挙げられたが、体

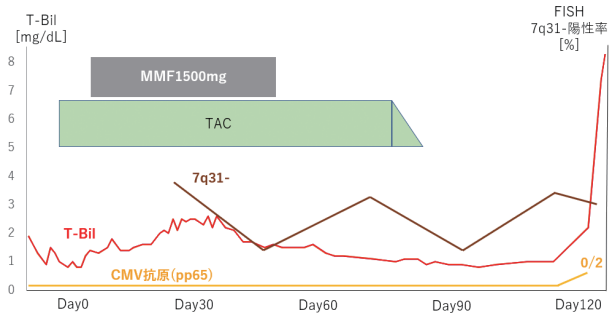


図1 同種移植から肝障害合併までの経過

Day 73に骨髓FISHで7q-が1.9%に増加したため、TACを漸減しday 87で終了した。day 122にT-Bilが急増し、血中CMV抗原(C10/C11法)が陽性化した。T-Bil: total bilirubin, TAC: tacrolimus, MMF: mycophenolate mofetil, CMV: cytomegalovirus.

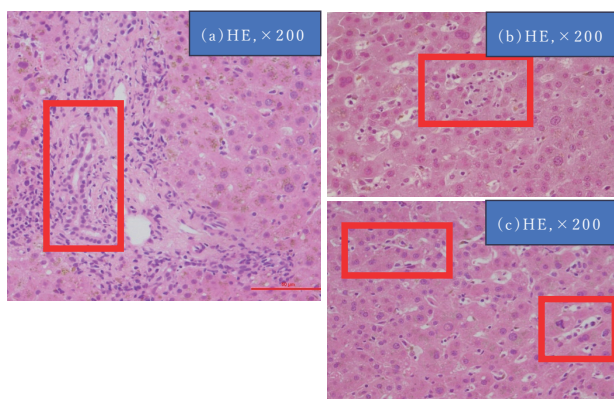


図2 肝組織像

(a) 門脈領域にリンパ球が増殖し、限界板を破壊して幹細胞領域まで到達しているインターフェース肝炎の像。(b) 肝小葉内にリンパ球浸潤を認め、巣状に壊死が分布している小葉性肝炎の像。(c) 類洞内にリンパ球が浸潤し、同部位の類洞が拡張している。

重増加、腹水貯留といったSOSに典型的な臨床所見を認めず、超音波によるHok-US10スコア²⁾が4点と基準値未満であったことから、SOSは否定的と判断した。肝組織のPCRにてCMV-DNAを38,000 IU/mL検出したことより、臨床的に肝GVHDとCMV肝炎の合併と判断した。なお他の臓器にGVHDの徴候は認めず、day 100以降の発症であったが遅発性急性GVHD(aGVHD)と考えられた。また身体診察や体幹部造影CTで肝臓以外の臓器にCMV感染症の徴候は認めなかった。

GCVを継続しつつ、aGVHDに対してメチルプレドニゾロン(methylprednisolone: mPSL) 1 mg/kg開始したが奏功しなかったため、mPSLを2 mg/kgに増量した。しかし総ビリルビン(T-Bil)が15 mg/dLを超えて肝aGVHD Stage 4となったため、day 133にmPSLを1 mg/kgに減量し、Ruxo 20 mgを開始したところ、T-Bil 21.0 mg/dLをピークとして肝機能は経時的に改善した。血小板減少を主体とした血球減少のためにday 148にRuxoを10 mgに減量し、day 182にRuxoとGCVをそれぞれ終了した。またday 144からmPSLを減量するとともにMMFを投与開始しday 174まで併用した。その後も肝障害は改善し、day 210には肝aGVHDは完全寛解に到達した。なお血中CMV抗原量はGCV開始後速やかに減少し、2週間ほどで陰性化した(図3)。またFISH

での5q-, 7q- およびXYシグナルはday 178まで1%程度で経過したが、day 206に7q-シグナル、XYシグナルがそれぞれ8.2%, 11.9%まで増加したため化学療法後に再移植を実施し、その後合併症のために逝去された。

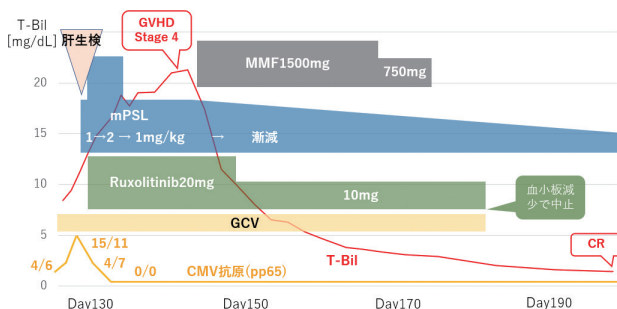


図3 肝障害合併後の経過

Day 123からGCVを開始し血中CMV抗原は速やかに陰性化した。Day 126に肝生検を行うとともにmPSL 1 mg/kg経静脈投与を開始したが奏功せずmPSL 2 mg/kgに増量した。Day 133に肝aGVHDがStage 4に増悪したためRuxo 20 mgを開始し、day 144からday 174にMMFを併用した。血球減少のためにday 148にRuxoを減量しday 182にRuxoとGCVを終了した。Day 210に肝aGVHDの完全寛解を達成した。T-Bil: total bilirubin, MMF: mycophenolate mofetil, mPSL: methylprednisolone, GCV: gancyclovir, CMV: cytomegalovirus, CR: complete remission, aGVHD: acute graft-versus-host disease.

考 察

同種造血幹細胞移植後は約80%の症例で何らかの肝機能障害が生じるといわれている。原因として、aGVHD、SOS、ウイルス感染、薬剤などが知られ、特にGVHDと薬剤性肝障害の頻度が高いとされている³⁾。aGVHDの診断は臨床診断であるが、病理学的診断もしばしば行われ、病変が一臓器のみの場合や他疾患との鑑別が困難な場合などに重要となる。特に移植後2-3ヶ月程度で肝aGVHDを発症する場合、他臓器にGVHD徴候を全く認めないことがあるため、組織学的所見の重要性は高い⁴⁾。また、移植後の患者は造血能が不安定で血小板減少を合併している事が珍しくない。経静脈的肝生検は肝静脈に留置したカテーテルを介して生検針を肝静脈側より肝実質に穿刺する手法であり、肝臓から血管外への出血のリスクが少ないため上記のような出血リスクの高い患者で有用である⁵⁾。肝GVHDの特徴的な組織所見は、門脈域への炎症細胞浸潤と胆管上皮傷害であり、特に管内胆管上皮へのリンパ球浸潤を認めることが多い⁶⁾。また門脈域だけでなく3割程度の症例で小葉性肝炎を認め、様々な程度の肝実質病変を伴う⁶⁾。

一方、移植後ウイルス性肝炎のうち、B型肝炎ウイルスの再活性化は特に移植前HBs抗原陽性患者において高頻度に発現する事が知られているが、CMV肝炎は比較的頻度が低い⁷⁾。PTCY後はCMV感染の発症率が高い事が報告されており、ChoraoらはHLA半合致血縁(ハプロ)ドナー(82人)、HLA一致血縁ドナー(160人)、HLA一致非血縁ドナー(124人)からPTCY併用同種移植を行った患者らを後方視的に解析し、特にハプロドナーからの移植を行った群で、CMV再活性化率が高かったと報告している(62% vs. 39% vs. 44%, $p < 0.001$)⁸⁾。

CMV 肝炎の診断のためには血液検査上の肝酵素上昇に加えて、生検組織において核内封入体保有細胞の検出など組織病理学的な CMV 感染の証明、あるいは免疫組織染色やウイルス DNA の検出による CMV の証明が必要である。ただし、核内封入体等も含め CMV 肝炎に特異的な所見は乏しいために、他のウイルス肝炎が否定された場合に初めて確定診断となる。

本症例では、組織学的に胆管上皮へのリンパ球浸潤を認め、一部肝細胞へのリンパ球浸潤を認めるという典型的な肝 GVHD の像に加えて、核内封入体は認めなかったものの、肝組織 PCR で CMV-DNA を検出したことで、臨床的に肝 aGVHD と CMV 肝炎の合併と判断した。

Grade II 以上の aGVHD に罹患した患者では CMV 再活性化のリスクが高まり (HR=1.61)、逆に CMV 再活性化を認めた患者では aGVHD の発症リスクが高まる (HR=2.18) 事が報告されており⁹⁾、GVHD と CMV 感染は互いのリスクを高めあう関係にある。また、CMV 感染と aGVHD を合併した患者はどちらか単独に罹患した症例と比較して生命予後が不良で、CD8 陽性 T 細胞数の回復も遅い事が分かっており¹⁰⁾、aGVHD と CMV 感染は相互に働きあって予後を悪化させる可能性がある。

GVHD は標準治療であるステロイドに対してしばしば不応となるが、Ruxo は急性および慢性のステロイド耐性 aGVHD (steroid-resistant aGVHD : SR-aGVHD) に対して高い有効性が示されている¹¹⁾。Ruxo は炎症性サイトカインの放出を阻害し、リンパ球の増殖を抑制する¹²⁾ ために、使用後のウイルス感染の増加が懸念されていたが、慢性 GVHD 患者 404 人を Ruxo 群と Placebo 群に割り付けた第Ⅲ相試験では、両群の CMV 再活性化の発症率に有意差は見られていない¹³⁾。また、Xing らは同種移植後 GVHD 患者 165 人を後方視的に解析し、Ruxo 投与により CMV 再活性化は増加しないと結論付けている¹⁴⁾。一方、Lebon らは GVHD 患者 137 人を後方視的に解析し Ruxo 投与が CMV 再活性化と関連しているとしている¹⁵⁾ (HR=1.747, 95% CI : 1.33-2.92, $p<0.0001$) が、SR-GVHD やステロイド長期使用が交絡因子となっている可能性があり、正確なリスク評価は難しい。本症例では Ruxo 開始後の CMV 肝炎増悪を懸念し、定期的に血中 CMV 抗原量を評価しながら Ruxo と GCV の投与を継続した。

なお、Armin らは第 2 相試験として移植後再発した急性骨髄性白血病、MDS 16 例に対してドナーリンパ球輸注、decitabine、Ruxo を併用したが、6 か月全生存率が 36%、1 年無増悪生存率が 7% と、有効性は示されなかった¹⁶⁾。一方初発の MDS/ 骨髄増殖性疾患 35 例に対して Ruxo と AZA を併用した第 2 相試験では奏効率 57% と有効性が示唆されている¹⁷⁾。本症例では TAC 終了後 119 日後、Ruxo 開始後 73 日後に 7q- シグナル、XY シグナルの増加が確認されたが、それまでの期間 Ruxo が MDS に対して抑制的に作用したかははっきりとしない。

また CMV 感染症 GCV 投与は CMV 抗原や PCR の陰性化確認まで継続する事が推奨されている¹⁸⁾が、本症例では血中の CMV 抗原量は比較的少なく、肝組織内のウ

イルス量を必ずしも反映していないと考え、血球減少により投与継続が困難となるまで投与を継続した。

結 語

本例は、造血幹細胞移植後の肝障害に対して組織学的、ウイルス学的評価により肝 GVHD と CMV 肝炎の合併という診断に至り、それぞれの病態に対する治療により奏功を得た。これら二疾患は互いのリスクを高め、相乗的に予後を悪化させる可能性があり、正確かつ迅速な診断のために早期の肝生検の有用性は高いと考える。また、Ruxo の CMV 感染に対する影響ははっきりとわかっていないものの、CMV 感染を合併した SR-GVHD の治療においても、Ruxo が有効な治療法になり得るという示唆に富む症例であった。

引 用 文 献

- 1) Greenberg PL, Tuechler H, Schanz J, et al : Revised international prognostic scoring system for myelodysplastic syndromes. *Blood* 2012 ; 120 : 2454-2465.
- 2) Nishida M, Kahata K, Hayase E, et al : Novel ultrasonographic scoring system of sinusoidal obstruction syndrome after hematopoietic stem cell transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant* 2018 ; 24 : 1896-1900.
- 3) Kim BK, Chung KW, Sun HS, et al : Liver disease during the first post-transplant year in bone marrow transplantation recipients: retrospective study. *Bone Marrow Transplant* 2000 ; 26 : 193-197.
- 4) Dignan FL, Clark A, Amrolia P, et al : Diagnosis and management of acute graft-versus-host disease. *Br J Haematol* 2012 ; 158 : 30-45.
- 5) Keshava SN, Mammen T, Surendrababu N, et al : Transjugular liver biopsy: What to do and what not to do. *Indian J Radiol Imaging* 2008 ; 18 : 245-248.
- 6) Quaglia A, Duarte R, Patch D, et al : Histopathology of graft versus host disease of the liver. *Histopathology* 2007 ; 50 : 727-738.
- 7) Seto WK, Sau-Yan Chan T, Hwang YY, et al : Hepatitis B reactivation in occult viral carriers undergoing hematopoietic stem cell transplantation : A prospective study. *Hepatology* 2017 ; 65 : 1451-1461.
- 8) Pedro C, Marta H, Marta V, et al : Cytomegalovirus reactivations in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation from HLA-matched and haploidentical donors with post-transplantation cyclophosphamide. *Transplant Cell Ther* 2024 ; 30 : 538. e1-e10. e10.
- 9) Nathan C, Hans HH, Nina K, et al : Evidence for a bidirectional relationship between cytomegalovirus

- replication and acute graft-versus-host disease. *Biol Blood Marrow Transplant* 2010 ; 16 : 1309-1314.
- 10) Ze-Ying F, Ting-Ting H, Wei Z, et al : CMV infection combined with acute GVHD associated with poor CD8+ T-cell immune reconstitution and poor prognosis post-HLA-matched allo-HSCT. *Clin Exp Immunol* 2022 ; 208 : 332-339.
- 11) Jagasia M, Perales MA, Schroeder MA, et al : Ruxolitinib for the treatment of steroid-refractory acute GVHD (REACH1) : a multicenter, open-label phase 2 trial. *Blood* 2020 ; 135 : 1739-1749.
- 12) Quintas CA, Kantarjian H, Cortes J, et al : Janus kinase inhibitors for the treatment of myeloproliferative neoplasias and beyond. *Nat Rev Drug Discov* 2011 ; 10 : 127-140.
- 13) Zeiser R, Polverelli N, Ram R, et al : Ruxolitinib for glucocorticoid-refractory chronic graft-versus-host disease. *N Engl J Med* 2021 ; 385 : 228-238.
- 14) Xing SY, Qian K, Zhao YX : Effect of ruxolitinib combined with glucocorticoid on cytomegalovirus activation in acute graft-versus-host disease. *Zhonghua Xue Ye Xue Za Zhi* 2022 ; 43 : 732-737.
- 15) Lebon D, Dujardin A, Caulier A, et al : Ruxolitinib-induced reactivation of cytomegalovirus and Epstein-Barr virus in graft-versus-host disease. *Leuk Res* 2023 ; 125 : 107005.
- 16) Armin R, Eric JH, Heather ES, et al : A Multicenter Phase 2 Clinical Trial of 10-days Decitabine, Dose-Escalated Donar lymphocyte Infusion, and Ruxolitinib for Relapsed Acute Myeloid Leukemia and Myelodysplastic Syndromes after Allogeneic Hematopoietic cell transplantation. *Transplant Cell Ther* 2023 ; 29 : e1-328.e6.
- 17) Rita A, Hagop MK, Guillermo GM, et al : A Phase II trial of ruxolitinib in combination with azacytidine in myelodysplastic syndrome/myeloproliferative neoplasms. *Am J Hematol* 2018 ; 93 : 277-285.
- 18) Ljungman P, Hakki M, Boeckh M, et al : Cytomegalovirus in hematopoietic stem cell transplant recipients. *Infect Dis Clin North Am* 2010 ; 24 : 319-337.

Abstract

A Case of Myelodysplastic Syndrome Responding to Ruxolitinib for Cytomegalovirus Hepatitis and Liver Acute Graft-versus-host Disease after HLA-haploidentical Peripheral Blood Stem Cell Transplantation

Ryosuke Hikida, Takehiro Okuda, Daisuke Nakayama, Yuta Inoue,
Maki Sakurada, Masashi Matsui, Yasuko Miyahara and Mitsuru Itoh

Department of Hematology, Kyoto City Hospital

Mitsuo Kishimoto, Naomi Katsuki

Department of Diagnostic Pathology, Kyoto City Hospital

Hirokazu Nakamine

Clinical laboratory Department, Japan Baptist Hospital

Yusuke Takagi

Department of Cardiology, Kyoto City Hospital

A 48-year-old man with high-risk myelodysplastic syndrome underwent peripheral blood stem cell transplantation from HLA-haploidentical sister with post transplantation cyclophosphamide. He developed liver dysfunction around 4 months after transplant. Transjugular liver biopsy revealed liver acute graft-versus-host disease (GVHD), which was complicated with cytomegalovirus (CMV) hepatitis. GVHD was refractory to corticosteroid; thus, we administered ruxolitinib concomitant with ganciclovir, which resulted in the improvement of both GVHD and CMV hepatitis. Ruxolitinib was effective for steroid refractory GVHD, and may be safely administered to patients with GVHD complicated with CMV infection.

(J Kyoto City Hosp 2024; 44:7-11)

Key words: GVHD, Ruxolitinib, CMV, HLA-haploidentical hematopoietic stem cell transplantation, Liver damage

特別講演

認知症の診断と最近の話題／音楽療法

(光華もの忘れ・フレイルクリニック 医師／京都光華女子大学 非常勤講師／地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 非常勤医師)

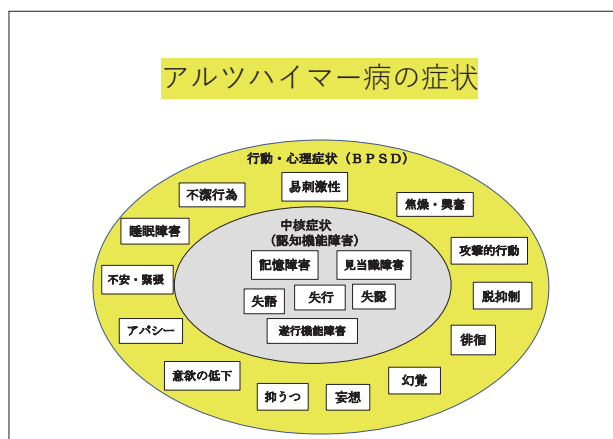
藤竹 純子

○座長 「認知症の診断と最近の話題／音楽療法」というテーマで、光華もの忘れ・フレイルクリニック医師の藤竹純子先生にご講演をいただきます。藤竹先生は鳥取大学医学部をご卒業後、鳥取の病院で研鑽され、昭和56年から宇多野病院神経内科、平成元年から京都市立病院神経内科にご勤務、京都市立病院退職後は、平成31年から4年間、京都光華女子大学健康科学部の教授をされています。現在は、光華もの忘れ・フレイルクリニックと京都市立病院で、認知症と音楽療法の臨床をされています。それでは、藤竹先生よりお願い致します。

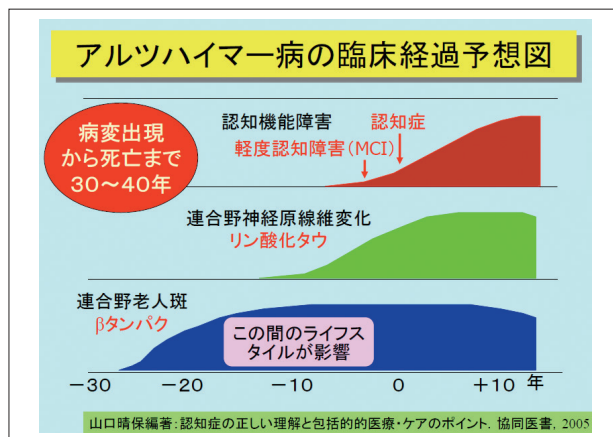
○講師(藤竹) 村井先生、ご丁寧なご紹介をいただきましてありがとうございます。藤竹純子と申します。地域の先生方、皆様方には、いつも大変お世話になり、ありがとうございます。この京都市立病院の地域医療フォーラムというのは、私自身がいつもすごく楽しみにしていたのですが、まさか、私がここに立つとは思っていませんでした。ありがとうございます。本日の内容は「認知症の診断と最近の話題／音楽療法」で、ちょっと詰め込みすぎたかもしれません。4大認知症の話や海馬、高齢者タウオパチーの話、アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体療法で今話題になっているレカネマブのお話もしたいと思います。

認知症の種類と割合ですが、アルツハイマー型認知症(AD)が一番多くて、血管性認知症、レビー小体型認知症があり、その他の認知症のところの前頭側頭型認知症があります。アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症ですが、こちらはどちらもADといって、同じ病気と考えていただいたら良いと思います。

もう皆さん、ご存じだと思いますが、アルツハイマー病は、大脳皮質の萎縮がみられ、いろいろな症状が出現するのですが、ここを顕微鏡で見ますと、細胞外にアミロイドβタンパクが蓄積して、それが老人斑を形成します。神経細胞内には、リン酸化したタウタンパクが蓄積し、神経原線維変化を形成します。アルツハイマー病の症状は、中核症状とBPSD(行動・心理症状)があります。中核症状には記憶障害や遂行機能障害などがあり、BPSDは、幻覚や妄想など今までいろいろお話があったかと思います[スライド1]。アルツハイマー病の臨床経過ですが[スライド2]、矢印のところで認知症が起りますが、その前に軽度認知障害(MCI)の時期があり、この20年程前からアミロイドβタンパクがたまり始めているとされています。そしてこのアミロイドβタンパクの蓄積に刺激されて、リン酸化タウタンパクが蓄積し、その結果神経細胞が障害されると考えられています。

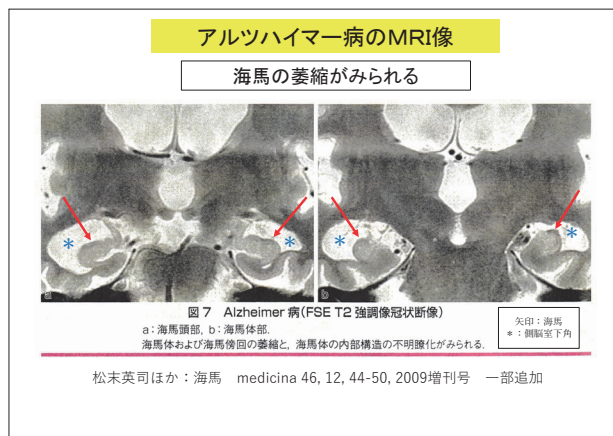


スライド1



スライド2

アルツハイマー病のMRIで一番注意して見るのは海馬の萎縮です[スライド3]。矢印のところの海馬が萎縮しますと、横に側脳室下角という髄液がたまっているとこ



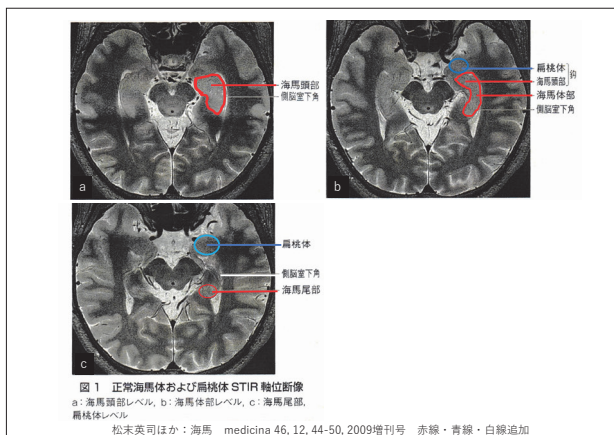
スライド3

松末英司ほか:海馬 medicina 46, 12, 44-50, 2009増刊号 一部追加

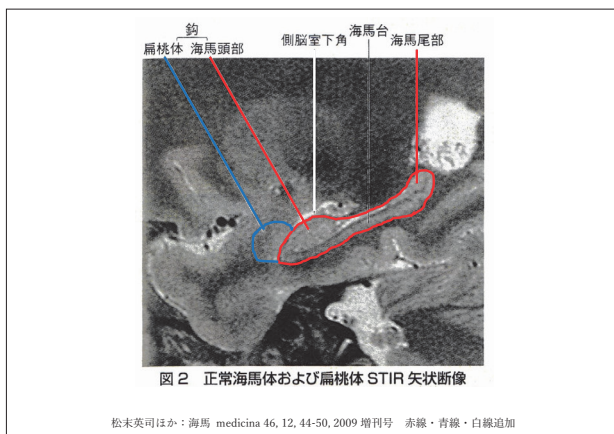
ろがあるのですが（*印），その部分が広がってくるといのが見方の一つです。

少し，海馬の画像や機能などについてお話しします。海馬は「記憶の司令塔」と考えられています。海馬（hippocampus）は人の小指ぐらいの大きさで，ギリシャ神話に登場する海獣ヒポカンポスに由来するそうです。上半身が馬で，下半身が魚のような形で，タツノオトシゴが似たような形をしているということで，どちらも hippocampus といいます。

MRI 画像での海馬の位置について説明いたします。まずは MRI や CT など一番よく目にされる，軸位断です。これは正常像です。「スライド 4－a」は，海馬がみられる一番下のレベルで海馬頭部があり，先程もお話しましたが，その横に側脳室下角があって，これが拡大してくると海馬が小さくなったんだな，と考えます。この次の下から少し上がったところの「スライド 4－b」では，海馬頭部，体部があって，その前に扁桃体というのが出てきます。その上の「スライド 4－c」では海馬は尾部がみられ，前方に扁桃体がみられます。次は矢状断「スライド 5」です。これはあまり見られることは少ないと思いますが，VSRAD（後述）を依頼されると，矢状断の画像が入っています。前側に扁桃体があり，海馬が横向きにみられ，尾部がちょっと上がっている，という像になります。次が冠状断で海馬の場所が一番わかりやすく，認知症で MRI をオーダーしていただくと大体入っていま

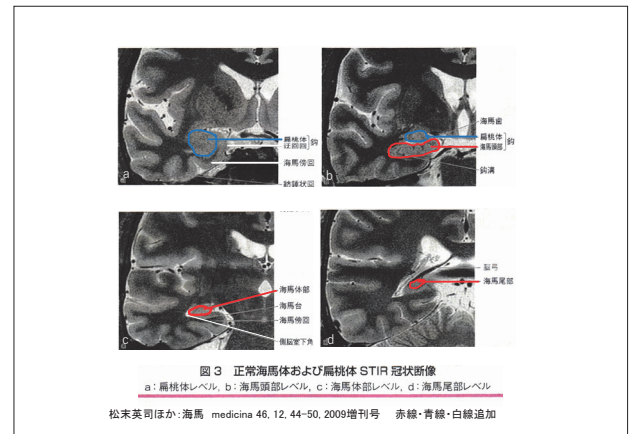


スライド 4



スライド 5

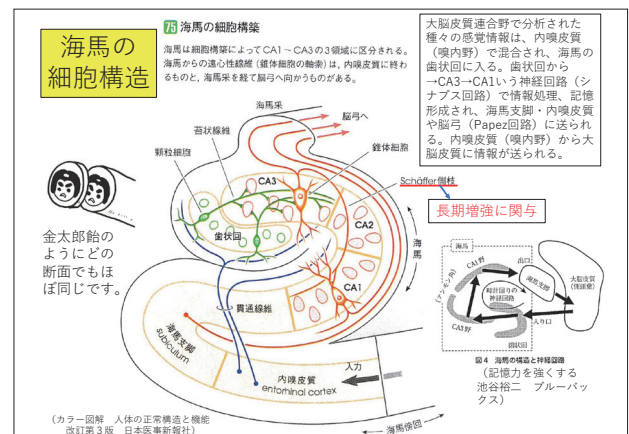
す。[スライド 6－a] では，扁桃体がみられます。少し後方の面 [スライド 6－b] では上に扁桃体があって，その下に海馬頭部があり，頭部はちょっと歯のような形になっています。次の少し後方の面 [スライド 6－c] では海馬体部がみられ，周囲に側脳室下角があります。もう少し後ろの面 [スライド 6－d] では，海馬尾部がみえてくるということになります。



スライド 6

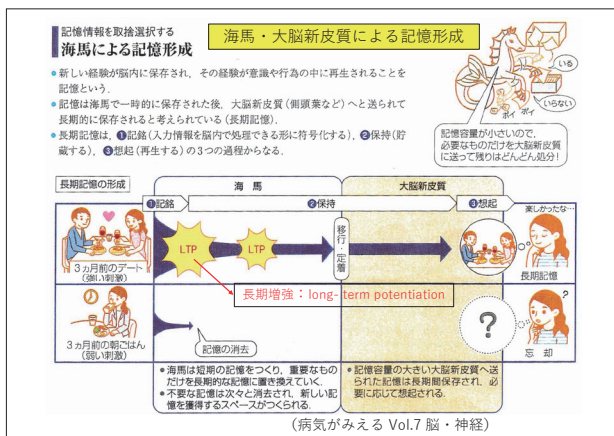
VSRAD（ブイエスラド voxel-based specific regional analysis system for Alzheimer's disease）は，もう皆さん，オーダーしていただいているのではないかと思います。海馬の大きさを数値で見たいというときには依頼されたら良いと思います。健常脳と比較して，どの位小さくなっているかが数値でわかります。

海馬の細胞構造ですが [スライド 7]，いろいろな情報，視覚とか聴覚などの情報が，内嗅皮質に入ってきて，そこからこの歯状回という海馬の一部に入ってきて海馬の顆粒細胞がそれを受けとるのですが，この顆粒細胞というのは，脳の中でも特別に，生まれてからでも増殖する神経細胞です。ただ，あまり年を取ると，それほど増殖しない，という話も聞いております。CA3, CA1 と，海馬の中をぐるぐる回っているときにいろいろ記憶が作られ，それでまた脳弓にいたり，内嗅皮質に戻ってきたりします。パペッツの記憶回路というのがあり，海馬から脳弓に行って乳頭体に行って，最終的には海馬に戻る，



スライド 7

という回路の中でエピソード記憶が形成されたり、想起に関係することがいわれています。では記憶はどうやって保持されるのか、というのは本当に不思議なところなのですが、海馬の記憶容量というのはそれほど大きくないとされています。3カ月前のデートなどという強い刺激があったときは、刺激自体も大きいですし、時々思い出して「良かったな」などと思うと、長期増強（LTP）というのがSchöffer 側枝で起こり、大脳新皮質のほうに移行して保持されます。「朝ご飯はどうでしたか」というようなことは、すぐにあまり気かけませんので、こういったことは消去されてしまう、とされています [スライド8]。



スライド 8

アルツハイマー病の脳血流 SPECT 画像では、血流が下がっているところを検討するのですが、AD では頭頂葉の血流が下がっているのが特徴的です。血流が下がるというのは、結局その部分の脳細胞の機能が低下しているということを表しています。それから、後部帯状回や楔前部（けつぜんぶ、せつぜんぶ）の血流も下がっている、というのが一つの目安になります。

次はレビー小体型認知症です。パーキンソン病では、脳幹にある中脳黒質の神経細胞にレビー小体が見られるというのは有名ですが、大脳皮質の神経細胞にレビー小体が多くできるのがレビー小体型認知症です。親戚関係みたいなもので、レビー小体には α シヌクレインが蓄積しています。レビー小体型認知症では、認知機能の変動があるのが一つの特徴ですが、ありありとした幻視が起こってくるというのも一つの特徴になっています。それから、少しパーキンソン症状が出てきたり、一過性の意識障害や失神が起こってきたりします。レム睡眠行動障害（RBD）もあり、これも結構有名で、大きな声で寝言をおっしゃったり、隣の奥さんを叩いたりする、というようなことが起こります。睡眠ポリグラフでは、通常、レム睡眠では筋緊張は低下してしまうのですが、レビー小体型認知症では筋緊張低下のないレム期睡眠が見られる、とされています。レビー小体型認知症の CT・MRI 画像では、海馬の萎縮は AD ほど強くありません。脳血流 SPECT 画像では、後頭葉の血流低下というのが一番大事なところ です。

次が血管性認知症です。血管性認知症というのは、血管障害が頭の中に起こって認知症が出てくるということです。大脳皮質の大きな脳梗塞、視床に起きた脳梗塞、白質に広い範囲に虚血性変化が出てくるBinswanger 病、それから小さなラクナ梗塞が多発したとき、そのようなときに血管性認知症が起こります。血管性認知症の症状ですが、それぞれの血管障害の場所による症状が出ますが、それ以外に、自発性低下があったり、実行機能障害が出たりします。血管性認知症の場合は階段状に悪化するとよくいわれています。階段状に悪化していくのは、それぞれで小さな血管障害が起こっているのではないかと考えられています。血管性認知症の脳血流 SPECT 画像では、それぞれの脳血管障害による血流低下の部位がありますが、それ以外に、前頭葉の外側面、内側面での血流低下を示すものが多いといわれています。

次が前頭側頭葉変性症です。ちょっと難しいのですが、前頭側頭葉変性症といったときには、前頭側頭型認知症と意味性認知症、進行性非流暢性失語があります。今、一般的に前頭側頭型というのは、行動障害を伴うものを指すことが多いと思います。そして、言葉の障害がある時には、意味性認知症や進行性非流暢性失語という診断名が出てきます。行動障害を伴った前頭側頭型認知症の場合、常同行動といって、繰り返し同じ場所を散歩されたりしますが、頭頂葉は異常がないので道には迷われません。毎日決まったような生活パターンをされるとか、ちょっと万引きなどの反社会的な行動をされることがあります。また、注意散漫で、診察中でも帰ってしまわれるといった立ち去り行動がみられることもあります。言葉の症状では、「利き手はどちらですか」とお聞きしたら、「利き手って何ですか」という、言葉の意味がわからず質問されるような語義失語が出てきたり（意味性認知症）、流暢に話すことができない進行性非流暢性失語を認めることがあります。行動障害を伴った前頭側頭型認知症の MRI 画像では、前頭葉と側頭葉の萎縮がみられ、重度になると頭の先がとがった画像となります。脳血流 SPECT 画像でも、前頭葉と側頭葉の血流低下が特徴的です。それから、語義がわからない意味性認知症（SD）の場合は、片側の側頭葉の萎縮があり、その部分の血流低下が起こってきます。

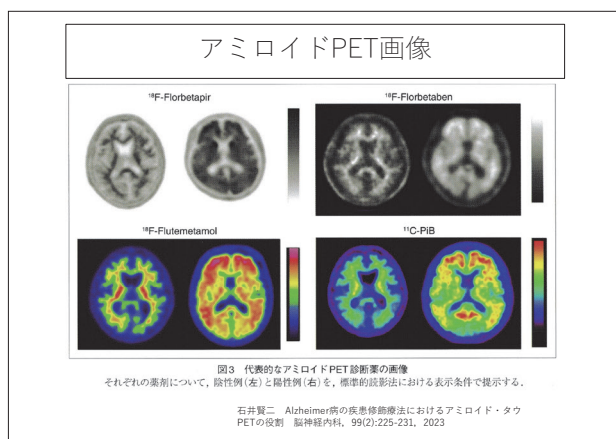
記憶障害があつて海馬の萎縮があると、まずはアルツハイマー病の可能性を考えるわけなのですが、近年、アミロイド病変を持たない高齢者の認知症の一群があるということで、高齢者タウオパチーというのがわかってきました。超高齢者で、とにかく忘れるが進行はゆっくりで ADL は保たれるという特徴があります。その中で、すぐ怒られる（易怒性）という症状があれば、嗜銀顆粒性認知症が考えられ、穏やかな場合は神経原線維変化型老年期認知症が考えられます。

この嗜銀顆粒性認知症（AGD）というのは、タウ蛋白が神経細胞の突起に蓄積した病変で、銀染色で黒く顆粒状に染まる嗜銀顆粒が、側頭葉に出現する認知症です。他疾患との合併も多いとされています。症状は先ほどもお示しましたが、記憶障害に加えて易怒性が出てきて、

不安もよく起こってきます。緩徐な進行で、MRI を撮りますと、左右差のある迂回回の変縮が認められ、進行していくと、扁桃体や海馬、側頭前頭葉皮質へと進展するとされています。脳血流 SPECT 画像では、片側の側頭葉内側に血流低下が見られて、逆に、AD の合併がなければ頭頂葉や後部帯状回、楔前部の血流低下はみられません。

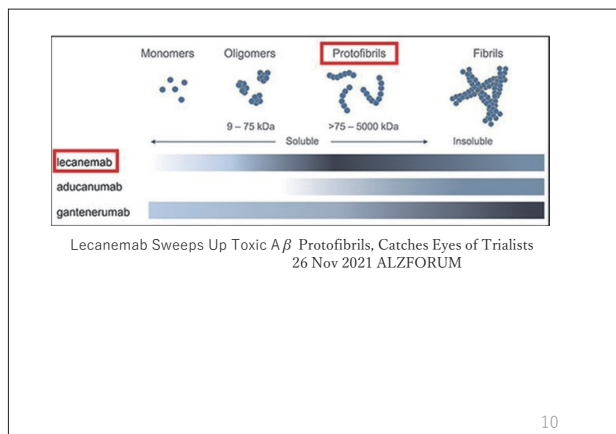
次は、神経原線維変化型老年期認知症（SD-NFT）です。タウ病変である神経原線維変化が海馬を中心にたくさんみられますが、アミロイド病変である老人斑はあまり認めません。高齢発症で記憶障害の進行は緩徐で、BPSD や人格障害は目立ちません。以前は高齢者に起こったADだというような評価がされていたのですが、今はちょっと変わってきています。内側側頭葉の萎縮がみられて、両側性で比較的海馬の後方の萎縮が目立つといわれています。

これは PET によるアミロイドイメージングの例です [スライド 9]。4 種類の薬剤について、陰性例（左）と陽性例（右）が示されています。



スライド 9

アルツハイマー病の新しい治療薬ができたということで、皆さんもご存じかと思いますが、レカネマブという、抗アミロイド β 抗体薬が出てきました。日本でも新薬承認を申請して、ほとんど承認のレベルになっているかと思っています。アメリカでは7月に正式承認されています。ア

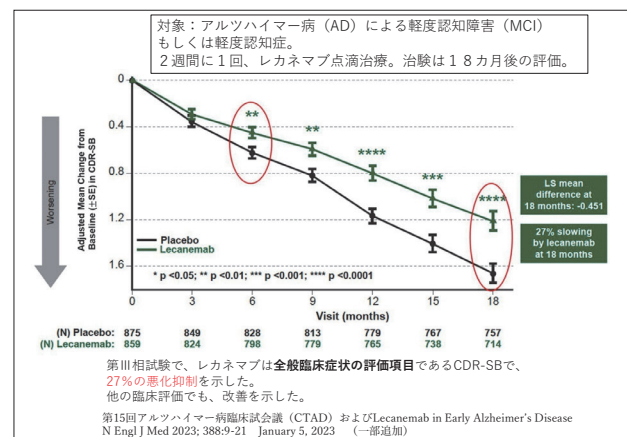


スライド 10

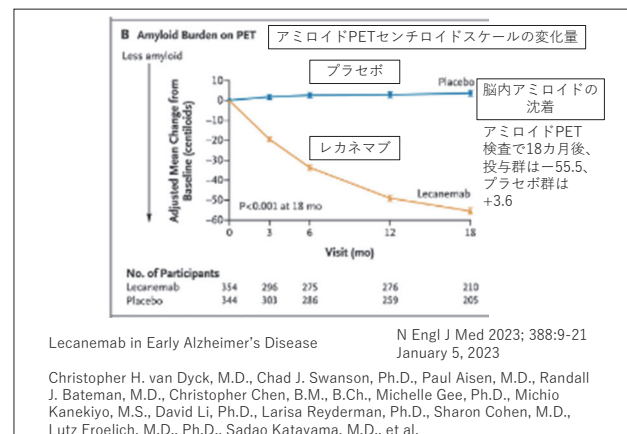
ミロイド β にもいろいろな段階があり [スライド 10]、モノマー、オリゴマー、プロトフィブリル、フィブリル（線維）というような名前がついていて、最終的には老人斑が形成されます。レカネマブはプロトフィブリルに一番強い抗体作用があり、プロトフィブリルのあたりが一番アミロイド β の毒性が強いのだとされていて、良い治療結果が得られたのだらうと考えられています。

レカネマブの治療の内容ですが、アルツハイマー病による軽度認知障害もしくは軽度認知症という、非常に軽い段階の人を対象とし、2週間に1回点滴をして、治療は18カ月後の評価です。全般臨床症状の評価項目である CDR-SB で 27% の悪化抑制を示したということです [スライド 11]。レカネマブを使っている人でも AD と診断がついている人は、やはり少しずつ悪化するということですが、その悪化の程度が軽かったという結果でした。それから、脳内のアミロイド沈着をアミロイド PET で調べていますが、レカネマブ投与群は脳内のアミロイドがどんどん下がっていくのですが、プラセボ群は少し上がっています [スライド 12]。これらの結果より、軽度の認知症もしくは MCI の人に使うということと、アミロイドが脳に蓄積していない人にこの治療をいくら行っても意味がないので、アミロイド PET による AD の診断、もしくは髄液検査が必要ということです。また治療では、タウの側頭葉への沈着も遅くなったという結果でした。

レカネマブの副作用についてです。点滴したときに起



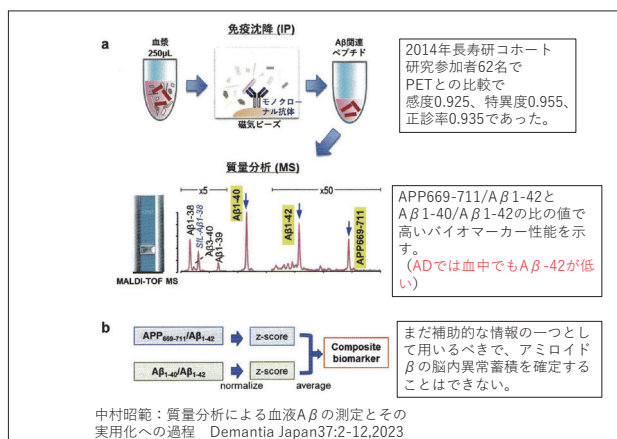
スライド 11



スライド 12

こってくるような副作用が26%位あり、アレルギー反応などがあります。それからアミロイド関連画像異常（ARIA）なのですが、ARIA-H といって、投与後MRIで出血関連の変化がみられたのは17.3%です。しかし、症候性の発現率は0.7%です。ARIA-E（浮腫／浸出）は、これもレカネマブのほうは12.6%出現しました。症候性はそんなに多くなかったということです。

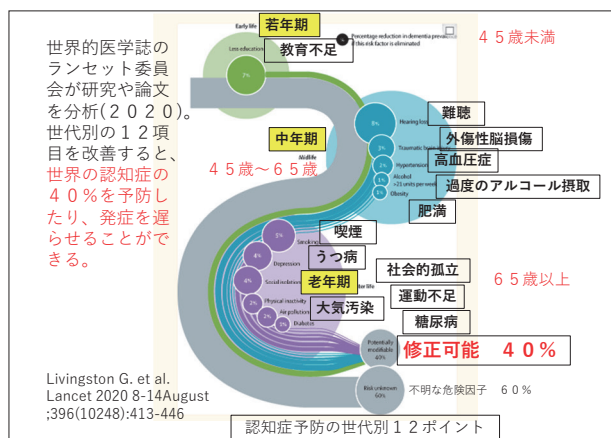
次はアルツハイマー病の血液バイオマーカーです。脳脊髄液での診断で、 $A\beta_{42}$ の低下や総タウ、特にリン酸化タウの上昇、またアミロイドPETで陽性の所見などがADの診断に必要ですが、血液で診断ができればこんな良いことはないということで、今までいろいろ研究されてきました。そのなかで、質量分析技術が向上して、その第一に、ノーベル化学賞の田中耕一先生が頑張られたということになるのですが、それに免疫沈降法を組み合わせ、免疫沈降-質量分析法（IP-MS）による血液中の多種類の $A\beta$ 関連ペプチドの同時検出が可能になりました。血液にしたら250 μ Lで測定可能です。免疫沈降をかけて質量分析で流しますと、 $A\beta_{1-40}$ とか、 $A\beta_{1-42}$ とか、APP669-711のピークが出てきて、その全体的な数値というのは、比を求めると非常に良い結果が出ました[スライド13]。ただ、まだ現段階では血液で少し上がっていた、下がっていたというだけで、確定診断までは行えないとされています。



スライド 13

認知症の発症予防と進行予防についてです。有酸素運動が良いというのはずっと言われています。コグニサイズといって計算しながら運動をしたり、音楽体操も有効とされています。

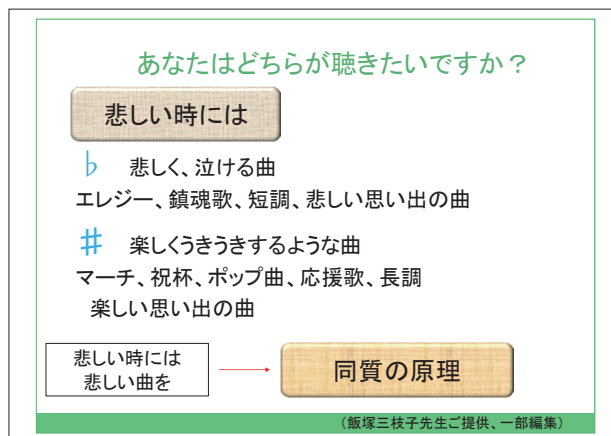
認知症になりにくい生活については、色々な提案が出ています。2020年に英医学誌Lancetが、世代別の12項目を改善すると、世界の認知症の40%を予防して発症を遅らせたりすることができる、と発表しました[スライド14]。若いときの教育は必要だといわれています。Nun Studyという修道院の研究でもそのようなことは、いわれています。それから、中年期になりますと、難聴も補聴器をつけて治しましょう、ということもありますし、老年期になりますと、うつ病は治しましょう。社会的孤立は改善しましょうということになり、大気汚染という



スライド 14

のも今回入ってきました。これらの項目の改善に努めると、修正可能が40%という結論になっています。アメリカのアルツハイマー協会も、あなたの脳を守る10ヶ条（10 WAYS TO LOVE YOUR BRAIN）を出しています。

次に音楽療法に入らせていただきます。音楽療法というのは、昔をたどりますと、呪術といいますが、お祈りの世界に音楽が入ってきた、というのがあったようです。ピタゴラスの時代でも、音楽の調和は乱れた心身の調和を調整する力がある、と言っております。また、アリストテレスは万学の祖といわれているのですが、カタルシス効果や同質の効果というのを言っています。同質の原理（効果）ですが、悲しいときには悲しい泣ける曲を聞きたいですか、それとも、楽しくうきうきするような曲が聞きたいですか、ということで、皆様方それぞれだと思うのですが、悲しいときには悲しい曲を聞いたほうが良い、というのが同質の原理になります[スライド15]。中世、ルネサンスになりますと、メランコリーやうつ病などの治療や予防に音楽療法を用いましたが、18世紀後半になると、医学もどんどん進歩して、音楽は芸術の道を辿りました。しかし、20世紀の初頭に、Eva Vescelius という人が負傷軍人に音楽療法を実践して、1940年、50年代位から、音楽療法コースが大学にも設立されたり、音楽療法士の公認制度が確立されました。今、欧米では、国家資格や、それに匹敵する資格を持つ音楽療法士が、臨床や介護の現場で、どんどん活躍されてい



スライド 15

ます。

日本では、50年ほど遅れて全日本音楽療法連盟が設立されて、1997年に100名の音楽療法士が誕生しています。2001年に日本音楽療法学会ができて、たくさんの音楽療法士の方が輩出されています。ただ、日本では、まだ国家資格とはなっておらず、保険請求も認められていません。日野原重明先生が、設立にはご尽力されました。

音楽療法の定義ですが、「音楽療法とは、音楽の持つ生理的、心理的、社会的働きを用いて、心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上、行動の変容などに向けて、音楽を意図的、計画的に使用すること」とされています。音楽（音楽療法）は、皆さんも感じられるのではないかと思います。五感への刺激とか、癒す力、活力（元気が出る）、安定感（不安の解消）、面白いですね、癒すというか、なだめてくれる力もあるし、活力もあるということですね。スピリチュアルへの働きかけとか、患者同士、家族、医療者とのコミュニケーション力にもなるので、皆さんもライブなどに行かれますと、「エイエイ」などと言って、皆さんでコミュニケーションを図っておられるのではないかなと思います。思い出を引き出す（ライフレビュー）とか、知らない一面が引き出されたりもします[スライド16]。

音楽療法の定義

日本音楽療法学会は以下のように音楽療法を定義している。

「音楽療法とは、**音楽の持つ生理的、心理的、社会的働きを用いて、心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上、行動の変容などに向けて、音楽を意図的、計画的に使用すること。**」

音楽（音楽療法）：

- ・五感への刺激
- ・癒す力
- ・活力（元気が出る）
- ・安定感（不安の解消）
- ・スピリチュアルへの働きかけ
- ・コミュニケーション力（患者同士、家族、医療者）
- ・思い出を引き出す力（ライフレビュー）
- ・知らない一面が引き出される（あと会話が弾む）



スライド 16

音楽療法の形態は、受動的音楽療法と能動的音楽療法があり、音楽を鑑賞するということと、自ら歌うとか楽器を演奏する、ということがあります。

音楽療法の対象疾患ですが、認知症には、かなり使われるようになってきました。失語症とかパーキンソン病、パーキンソン病では、メトロノーム入りの音楽で歩行の改善が見られることがよく知られております。精神疾患にも用いられて、緩和ケアでも、どんどん用いられてきています。児童領域では、昔から頑張って音楽療法を行っておられます[スライド17]。

音楽療法の実際ですが、人数は個人セッションするか、グループセッションにするか、ということになってきます。楽曲は、基本的には患者さんやご家族のリクエスト曲が選ばれ、心の声でもあり、それにより、スピリチュアリティも支えられ、思い出話も出てきたり、皆さん、涙したりされます。楽器はピアノが有名だと思いますが、

音楽療法の対象疾患

- | | | | |
|--------------|---------|---------|---------|
| 1) 神経疾患 | 2) 精神疾患 | 3) 緩和ケア | 4) 児童領域 |
| ・認知症 | ・うつ病 | ・緩和ケア | ・知的障害 |
| ・脳血管障害 | ・統合失調症 | ・終末期ケア | ・自閉症 |
| ・失語症 | ・発達障害 | ・疼痛緩和 | ・発達障害 |
| ・パーキンソン病 | | | ・肢体不自由 |
| ・神経難病（ALSなど） | | | |

失語症ではメロディック・イントネーション・セラピー（MIT）の有効性が知られている。また失語症でも歌は歌える人がかなりいるので治療に取り入れる。

パーキンソン病では、メトロノームやメトロノーム+音楽の聴覚刺激で歩行の改善がみられることが広く知られている。

スライド 17

キーボードやギター、ウクレレ、フルートなど、病室でちょっと合奏するときなどのいろいろなものがあります。セッション時間は、個人セッションなら、大体20～30分位かと思いますが、患者さんのそのときの状況によって時間を決める必要があります。疲れていたらしゃったり、心身の負担になる方は少し短くなります。グループなら40～50分位になってくるでしょうか。時には（往々にして）音楽よりも会話のほうが弾むということもあって、ご家族の思い出を表出されたり、今後の希望や勇気を表出されたりします。セッションに全霊で取り組まれる方もあり、音楽・音楽療法には不思議な力がある、いつも思っています。医療の大変な中で音楽が入ってくるのはいいんじゃないかな、と私自身も思っています。

音楽療法実施上の留意点、工夫は、音量やテンポ、声質・音質になりますが、個人差も非常に大きいですし、病状の変化によってもどんどん変わりますので、その患者さんがその日はどんな状況か、というのは確認する必要があります。また音楽療法はチーム医療であるということです。医師、看護師、介護士さんなどもどんどん参加していただいたら良いかと思います。反応を観察する、というのも一つですし、医療関係者との一体感も、患者さんの心を和らげ慰めます。時には（たびたび）、関係者自身が癒されます。それが多職種連携の一つだと思っています[スライド18]。同じようなことですが、患者さんは音楽療法で自己表現をされますし、それをチームで受

音楽療法実施上の留意点、工夫

(4) チーム医療

音楽療法のセッションには

医師、看護師、リハビリテーション療法士、臨床心理士、介護士など**医療・福祉関係者が積極的に参加するのが望ましい。**

患者の状態、反応の観察が必要であり、**医療・福祉関係者との一体感も患者の心を和ませる。**

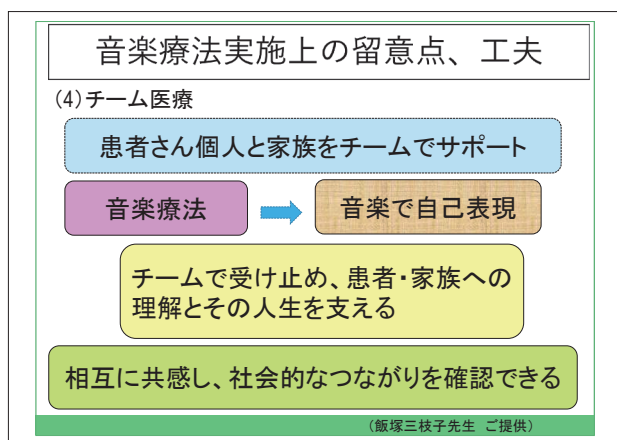
時には（たびたび）関係者自身が、癒される。

セッション内容のカルテ記載が必要。

音楽療法は多職種間の連携によるチーム医療の一環である。

スライド 18

け止めたり理解するという事で相互に共感し、「今の音楽よかったね」とか「楽しかったね」というようなことで社会的つながりができると思います [スライド 19]。



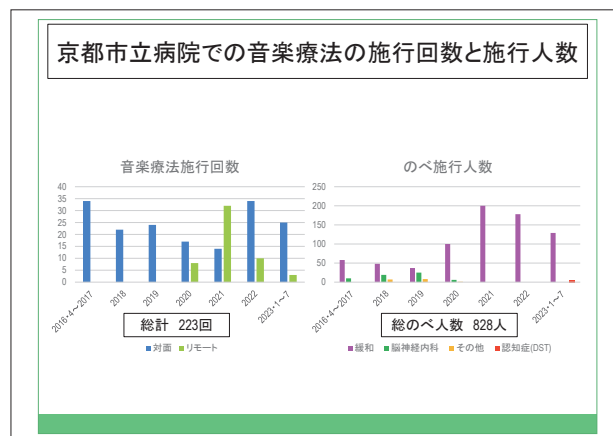
スライド 19

京都市立病院の音楽療法について、私もかかわっていたので少しご報告させていただきます。2001年に神経内科病棟で看護研究が行われ、翌年院内発表されました。脳梗塞の患者さんに、(A) 好みの音楽、(B) α 波を出すといわれるクラシック音楽、(C) 易興奮の音楽を聞かせて、脳波検査まで行い、いろいろ観察されました。「先生、脳波を読んでください」と言って持ってこられて、その頃は自動解析などもなかったもので、脳波スケールというので計算し、まあまあ良い結果が出ました。(A)の音楽では β 波が、 β 波というのは、 α 波よりももう少し興奮したサイクル数が多いものになりますが、(B)では α 波が増加しました。(C)では β 波が増加して、筋電図も出てきました。好みの音楽を聞かせているうちに笑顔が増えて、処置に対しても協力的になった、というような結果が得られました。

また、私自身、2008年の第45回日本リハビリテーション医学会学術集会で「パーキンソン病の音楽療法（音楽リハビリテーション）」を発表しました。ご存じの方が多いと思うのですが、順天堂大学の林明人先生がパーキンソン病の方への音楽療法CD（メトロノームの音入り）を作られ、そのCDのテンポを変えた運動や歌唱による音楽療法を、患者さんに大変なご協力をいただいて行いました。その翌年、第3回日本音楽医療研究会で「パーキンソン病の音楽リハビリテーション」を、久保OT（作業療法士）が発表しました。体操、歩行、歌唱も含んだナレーション入りのCDとパンフレットを作成してパーキンソン病患者に施行し、歩幅やMMSEなども良くなったという結果でした。「パカカラ体操」も音楽が入っていると楽しいのではないかな、と思います。

2014年になりますと、医師や看護師長から音楽療法をやりたい、という話があり、2014年4月に「音楽療法を立ち上げる会」を京都市立病院で結成しました。緩和ケア科と神経内科の医師、緩和ケア科の看護師、OT、ST（言語聴覚士）で構成しました。その頃、急性期で音楽療法をされているのは京都医療センターで、見学に行かせ

ていただいたり、研究会に参加したり、京都医療センター・音楽療法 臨床音楽士の飯塚三枝子先生に京都市立病院で音楽療法について講演していただきました。この頃の院長には、病院全体で音楽療法に取り組むような感じにならないといけない、といわれていたのですが、アンケートで、音楽療法開始希望、というのが多数得られました。そして、2015年の12月、患者さんからアップライト型ピアノをご寄贈いただきました。翌年2月、総務課を含めて音楽療法士の条件なども検討し、診療部長会、看護部の了解を得て、2016年4月から音楽療法を開始しました。最初は月2回で、2020年から毎週金曜日の午後に緩和ケア病棟を中心に施行しています。現在は、洛和会京都音楽療法研究センターの音楽療法士、柴田先生、峯先生を中心に、1日5、6人の個別セッションを行っています。ちょうどコロナ禍が重なり、一時は中止を余儀なくされたのですが、リモートで再開しました。2021年10月より対面になりましたが、お互いの医療機関の状況に応じ、ときどきリモートでも施行しました。2023年7月現在、総計223回、総延べ人数も828人になりました [スライド 20]。最初のうちは脳神経内科の患者にも行っていたのですが、コロナ禍であまり病棟間の移動は良くないだろうということで中断しました。2023年5月よりは、DST（認知症ケアサポートチーム）で、音楽療法が必要だろうと判断された認知症の患者にも行っています。



スライド 20

学会報告も二回ほど、音楽療法士と一緒に、運営面では、開始時より緩和ケア科部長の久野医師、大西医師が中心になり、緩和ケア病棟の看護師が希望患者のリクエスト曲をあらかじめ聴取して音楽療法士に送り、当日の順番、時間配分、寄り添い、評価などを行っています。ご指導いただいたり、お世話になった皆様方に本当に深謝いたします。

次は認知症に対する音楽療法です。認知症の非薬物療法ということで、先ほど運動療法が有効であるということもお話ししましたが、音楽療法もその中に入ります [スライド 21]。また脳活性化リハビリテーションとも言えるのですが、『パーソナルソング』という映画もありました。認知症の人に iPod 等で音楽を聞かせると、沈んでい

認知症の非薬物療法の種類と特徴

	内容	特徴
運動療法 Physical exercise	有酸素運動、歩行 レジスタンストレーニング	認知症の発症予防と進行抑制に対する 有効性が確立
認知刺激療法 Cognitive stimulation	ゲーム、ドリル	ルールや手順を理解できる程度の認知症が対象。楽しんでできる配慮が必要
回想法 Life review	写真などを利用して、楽しかった経験などを話してもらう	成功の追体験が患者の心理状態の安定にはたらく。
現実見当識訓練 Reality orientation	日めくりカレンダーや時計を、目につくところに複数設置	重度の認知症で、現在と過去の区別が曖昧になっている患者では、かえって状態が悪化。
光療法 Light therapy	日中1000～2000ルクスを確保	夜間消灯後の睡眠誘発を促進
音楽療法 Music therapy	活動的と受動的を組み合わせて実施	BPSDの予防・治療に対して有効性が確立
アロマセラピー Aroma therapy	植物由来の揮発性油(エッセンシャルオイル)を拡散・塗布	多数の民間資格が存在。

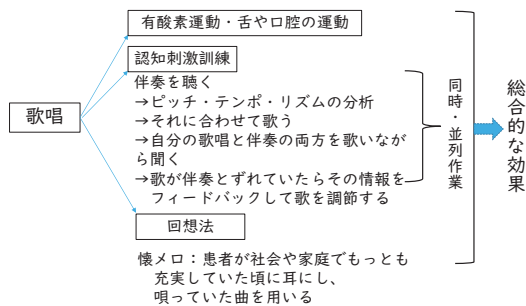
(佐藤正之 音楽療法がどれだけ有効か DOJIN文庫 より)

スライド 21

た人も踊りださんが如く元気になられ、どんな薬よりも音楽療法のほうが良い、というような映画でした。認知症に対する音楽療法は、言語領域、記憶領域が障害されていても、情動などに直接働きかけることができます。

歌唱が持つ多面的な働きというのは、歌を歌っていたただけでも有酸素運動や舌や口腔の運動になりますし、認知刺激訓練で、リズムを合わせる、伴奏を聞く、というようなこともできますし、懐メロで回想法にもなります [スライド 22]。歌唱により頭の中ではこれだけのところが働いていると考えられており「スライド 23」、良いのではないかなと思っています。脳を左右に分けます

歌唱がもつ多面的なはたらき



(佐藤正之 音楽療法がどれだけ有効か DOJIN文庫 より)

スライド 22

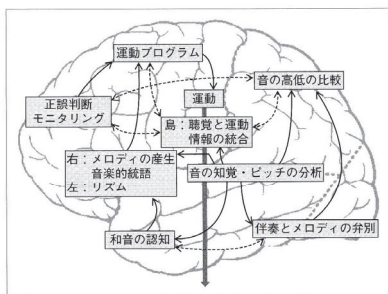


図1 音楽認知の脳内地図

失音楽症例や脳賦活化実験の結果に基づき、現時点で想定される歌唱とその自己調節の脳内機序について図示した。いずれも確かなエビデンスとなるにはさらなる検討を要する。詳細は本文を参照。

(佐藤正之 失音楽症 神経内科, 76:323-327, 2012)

スライド 23

と、メロディを歌う能力は右半球、リズムは左半球が主であるということもわかっています。音楽は何らかの感情を伴っているため、脳の情動回路、すなわち大脳辺縁系にも作用します。大脳辺縁系で有名なのが扁桃体で、脳画像で青丸で海馬のすぐ近くにあるのをお示ししましたが、ここが情動の中心になります。大脳新皮質とも神経回路があり、視床下部で自律神経に働いたり、内分泌にも働いたりいたします。

認知症に対する音楽療法の効果ですが、BPSDに対する効果はほぼ確立されています。①不安に対して中等度、興奮・行動異常に対しても効果があり、②社会・人間関係の改善にも有効、③抑うつ症状の軽減、④介護者と患者の相互関係も改善する、といわれています。ただ、記憶障害などの中核症状に対する効果がまだはっきりとはしていないということで、良質な研究の積み重ねが必要です。それでも少しずつ効果の報告があり、好きな音楽を毎日聴くと ADL が改善され認知機能が維持されたなどです。次々と効果の報告が出て、またこちらも報告していけたら良いなと思っています。

生理的指標に対しましては、入眠効果、NK 細胞の増加、ストレスの緩和効果、収縮期血圧の上昇抑制効果があるなどの音楽療法の効果が報告されています。

認知症に対する音楽療法の長所と短所ですが、先ほどもお話しましたが、BPSD に有効で、非言語的コミュニケーション力を養う、などの長所があります。短所としては、中核症状へのエビデンスが不十分、まだ方法論が定まっていないため、10 人の音楽療法士によって10 とおりの療法があるなどですが、認知症のタイプによっても、同じことをやって良いのだろうか、ということもあります [スライド 24]。

認知症に対する音楽療法

長所	短所
• BPSDに有効（特に興奮、不安に対し） • アクセスが良い（敷居が低い） • 訓練と意識させることなく施行可能（持続性に優れている） • 合唱や合奏を通して社会性、非言語的コミュニケーション力を養う • 経済性に優れている • 複数の療法を同時に行える（有酸素運動+回想法+認知刺激訓練）	• 中核症状へのエビデンスは不十分 • 方法論が決まっていない（10 人の音楽療法士＝10 とおりの療法） • 適応、評価法、副作用、禁忌など未検討部分が多い • 効果が療法士の個人的技能に依存している部分が大きい

認知症のtypeによっても、音楽療法の目的、方法も異なってくるだろう。
エビデンスの積み重ねが必要。

(佐藤正之 音楽療法がどれだけ有効か DOJIN文庫より 一部追加)

スライド 24

認知症高齢者に対する音楽療法の進め方についてですが、アセスメントと目標設定、グループの大きさを決めます。最重度であれば、個人セッションのほうが良いかと思っています。挨拶や軽体操、呼吸、発声、これらも基本的に入れていただいて良いのではないかと思います。リラクセスしたり、なじみの音楽、リクエスト曲も入ってきて、いろいろ丁寧に回想を引き出してもらえたら、と思います。

ご清聴ありがとうございました。

○座長 藤竹先生，ありがとうございました。フロアーからご質問をお受けしたいと思います。

○質問者 本当に膨大な量のスライドで，先生がこんなにご活躍だったのだと，改めて思い知らされました。平成13年から音楽療法の看護研究もあり，そこからこの長きにわたって，いろいろなものを続けていらっしゃるということですね。

新しい薬が出てきて，ただ非常に初期の段階の方しか使えないということで，できるだけ早期に診断しようということが出てくるかと思うのですが，現時点で，認知症とわかっている方の早期の方は，どれ位いらっしゃるのでしょうか。

○講師（藤竹） 何%かまでは私も存じませんが，経験からしますと，結構早期の方は，受診される方をみてもいらっしゃると思います。

○質問者 この段階をのがされてどんどん先に進んでし

まうと，もうあの薬が使えないということですか。

○講師（藤竹） そうですね。ひどくなり，アミロイドがある程度脳にたまってしまうと，もう使えないということになってきます。あまり効果がないということでしょうね。

○質問者 副作用がなく続けられるのだったら，ずっと続けていける薬ということですね。

○講師（藤竹） そうらしいですね。18カ月時点の臨床症状の悪化をプラセボと比較して27%抑制したけれど，続けると，その差がもっと大きくなるだろう，というような話も出てきております。

○質問者 先生，見事なご活躍で本当に感心いたしました。ありがとうございました。

○講師（藤竹） ご丁寧にありがとうございます。

○座長 ありがとうございました。

当院における認知症ケアサポートチーム（DST）活動報告

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 脳神経内科）

中谷 嘉文

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 薬剤科）

山南 貴一

（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）

尾崎 さくら

（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）

北川 陽子

○座長 副院長の岡野でございます。よろしくお願いいたします。テーマは「当院における認知症ケアサポートチーム（DST）の活動報告」についてです。当院では、2018年の10月にこのサポートチームが出来まして、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーの多職種で頑張っております。定期的なカンファレンス、それから、認知症の患者さんが入院されていますので、そのラウンドの回診をして適切な助言等を行い、研修会等も企画してくれています。具体的には、今日のメンバー4人からお話ししていただけたと思います。まず、当院の脳神経内科の中谷嘉文部長からお話をいただきます。よろしくお願いいたします。

DSTの活動（医師の立場から） ～BPSD、せん妄を中心に～

○講師（中谷） よろしくお願いします。私のほうからは、BPSDとせん妄について、お話ししたいと思います。まず、当院のような急性期病院のDSTの役割についてお話しします。何らかの身体疾患で認知症のある患者さんが入院した際に、入院の環境変化や疾患自体の影響によってせん妄やBPSDが起こり、それによってケアや環境調整、薬物療法などが必要になってきますので、それについての相談助言を行います。また、病院スタッフの教育として、認知症医療・ケアに関する講演・勉強会を定期的に開催しておりまして、院内スタッフの認知症患者の対応力の向上を目指しております。

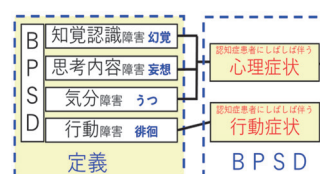
次に、認知症の症状ですが、認知機能障害（中核症状）とBPSDの二つがあります。まず、認知機能障害というのは、脳の器質的障害において直接起こる症状で、全患者に起こる必発の症状で治療が困難です。BPSDは、脳の器質的障害に加えて、身体・環境・心理的因子が誘因となって起こる症状で、全員に起こるわけではないですが、何らかの誘因があって起こるので、ある程度対処することは可能となります。BPSDは「認知症患者さんにしばしば出現する、知覚、思考内容、気分、あるいは行動の障害の症状」というふうに定義されていて、視覚の障害は幻覚になりますし、思考内容の障害は妄想、というふうになります。それから、気分障害はうつ、行動

障害の中には徘徊というものがあります。上の三つは心理症状で、最後は行動症状に相当し、合わせて行動・心理症状ということになります〔スライド1〕。具体的な症状についてですが、心理症状と行動症状に分かれており、さらにそれが、過活動型と低活動型のBPSDに分かれております。まず、心理症状というのは、患者や家族との面談でわかる症状で、過活動型の心理症状として、幻覚や妄想、不安というのがあり、低活動型の心理症状としては、抑うつや意欲低下、アパシーといったものが挙げられます。行動症状は、患者の言動を観察することでわかる症状でして、過活動型の行動症状として、焦燥や興奮、徘徊といったものがあり、例えば大声・興奮、攻撃的な暴力・暴言が起こったりするということで、非常に介護者の負担になる症状といえます。低活動型の行動症状としては、摂食障害や拒食などがあります。こういう低活動型BPSDは見逃されやすくて対処されていないことが多いのですが、しかし、背景には重篤な身体疾患や精神疾患が隠れている、ということもありますので、注意が必要となります。また、BPSDの有病率を5年間にわたって調査した研究結果によると、調査開始時点で何らかのBPSDの症状を56%の方に認め、5年後には97%ということになっています。これは、大多数の認知症患者さんが経過中のどこかでBPSDを経験しているということを示しています。頻度は項目によってさまざまですが、低活動型のうつ状態や意欲低下は7割以上になり非

Behavioral and psychological symptoms of dementia(BPSD)とは

「認知症患者にしばしば出現する、知覚、思考内容、気分、あるいは行動の障害の症状」

The IPA complete guides to BPSD-specialists guide 2012



常に多いです。過活動型の妄想や不安、易刺激性は大体6割前後位でして、これも比較的頻度が高いということがわかるかと思います。BPSDが起こったら、どういう弊害が起こるかということですが、認知症の方や介護者の生活のQOLが低下することということで、すなわち、患者さんの身体機能が低下すること、それから、患者さんの介護者の負担が増すという問題が起こってくるわけです。BPSDは早期の救急対応や施設入所のきっかけとなり、そのために、医療費や介護費用の増大の原因になっています。したがって、BPSDが悪くなってきたら適切な対処が必要となります。次に、認知症の症状の全体像ですが、まず脳の器質的な疾患が起こって、それを背景として、中核症状として記憶障害や見当識障害が起こってきます。さらに、それを基盤としてBPSDが起こってくるということですが、起こる際にさまざまな誘因や要因が関係してきます。身体的要因として、疼痛やかゆみ、薬剤の副作用などがあります。環境的要因としては、入院やICUでの管理、部屋の明るさや騒音、などがあります。心理、社会的要因としては、不安感やストレス、ケアマネージャーにあたる周囲の方々との関係性が良くないこと、こういったことが要因となってBPSDは起こってきます。BPSDがさらに悪くなると、不穏や大声、暴行といったパニック状態に至ることがあります。

BPSDへの対応についてですが、介入前にBPSDの身体的要因を解消するということが、例えば、便秘や身体合併症があればそれを治療しますし、薬剤の調整なども行います。非薬物的治療を優先して行って、それが無効の際に薬物療法を行う、ということが基本です。その際、介護者負担にも配慮する必要があります。非薬物療法にどのようなものがあるかということで、海外のIPAガイドラインを参照しますと、環境調整やリクリエーション療法といったことで、これには藤竹先生ご講演でお話される音楽療法も含まれています。それから、チームアプローチによる心理的介入といったものもあります。そして、非薬物療法が無効な際に薬物療法を行うこととなりますが、薬剤としては、認知症治療薬や抗精神病薬、抗うつ薬、抗てんかん薬、漢方薬があります。過活動型BPSDに対しては、幻覚、妄想があれば認知症治療薬のドネペジルを使うことが多く、非定型抗精神病薬として、リスパリドンやクエチアピンを使いますし、抑肝散がある程度有効といわれています。不安、焦燥や易怒性、攻撃性があれば、認知症治療薬としてはメマンチンを使うことが多く、その他、抗精神病薬、抗てんかん薬のバルプロ酸、デパケンや抑肝散などもよく使われます。低活動型の場合は、主に抑うつですけれども、ドネペジルを、抗うつ薬としてSSRIやSNRIといった薬剤を使用することが多いかと思います。それぞれの薬剤の副作用は、ドネペジルでは、易怒性、メマンチンでは、傾眠傾向、めまいが起こり、抗精神病薬であれば、過鎮静のほか、錐体外路症状のような運動障害が起こってきます。認知症治療薬と抗精神病薬を比べると、やはり抗精神病薬のほうが、副作用が問題となりますので、優先的に認知症治療薬を使用することが推奨されています。それだけで症状が改善する場合

があります。

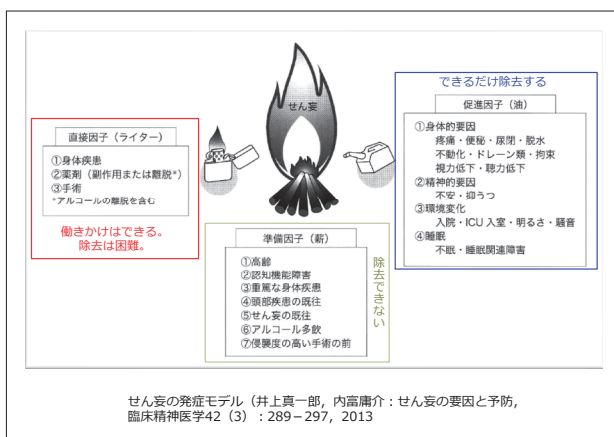
次に、BPSDとせん妄の関係ですが、BPSDというのは、認知症に伴って脳機能障害が起こり、それが進行して起こる症状ですので、疾患の経過によって、どういうタイミングでどういう症状が起こってくるかということ、ある程度予測することができます。それに対して、せん妄というのは、高齢であることや認知症疾患が背景因子となりますが、外的な要因（薬剤、身体疾患など）によって一過性の意識障害が起こる、これが本質ということになります。また、薬剤などの適切な対応で改善することが多いということも特徴です。このように両者は異なる病態ですが、症状や発症様式が似ているため、特に初期対応の段階では、なかなか区別が難しいことが多いです。近年では、せん妄をBPSDの中にも含める考え方もあると聞きますが、しかし、やはり原則的には、両者は基本的なアプローチの違う病態なので、できるだけ区別したほうが良いと思います。これは、せん妄の診断基準（DSM5）ですが、まず「注意および意識の障害」といわれています〔スライド2〕。せん妄は意識障害が本質ではありますが、軽度の意識障害はなかなか臨床的な評価が難しいということもあって、注意障害の方に焦点が置かれています。それから、症状が急性に発症して時間とともに変動するという傾向があるということも特徴です。その他、記憶障害や失見当識、言語、視空間認知、知覚といった認知障害が起こってきます。そして、このAとCで示した症状が、既存の認知症や昏睡では説明ができないということ、また、身体疾患や何らかの物質中毒や離脱、あるいは毒物への暴露、こういった原因が複数関与して起こったというふうな証拠が求められます。ただし、なかなか原因の特定は現実には困難なことが多くて、厳密な診断にこだわるよりは、せん妄が疑わしければ、必要な対応を行うということが現実的だと思います。せん妄の症状ですが、先ほど診断基準に書かれていた意識障害や注意障害、認知機能障害のほか、感情が変わりやすい、すぐ怒りやすいという症状がありますし、睡眠、覚醒リズムの障害も起こってきます。思考が支離滅裂になって、何か変なことを言っているという思考障害というのも起こりますし、精神運動性が興奮したり抑制状態になったりというような精神運動障害も挙げられます。

せん妄の診断基準（DSM5）

- A. 注意および意識の障害
- B. 急性に発症し(数時間～数日)、変動する傾向がある。
- C. 認知障害
(記憶障害、失見当識、言語、視空間認知、知覚)
- D. A、Cは、既存の認知症、昏睡で説明できない。
- E. 身体疾患、物質中毒や離脱、毒物への暴露、複数の病因により起こったという証拠がある。
(→但し、原因の特定は困難なことも多い。)

精神運動障害によってせん妄が分類されており、精神運動性が上がっていて興奮が強い場合は過活動型せん妄で、不穏や徘徊などの異常行動が起こってきます。反対に、精神運動性が抑制されている場合は低活動型せん妄で、全体的に活動量が低下し、夜間不眠や日中傾眠、食事摂取の低下が起こってきます。こういった過活動型と低活動型の両方の症状が24時間以内に両方出現する場合は、混合型せん妄になります。過活動型の場合は気がつかれやすいので抗精神病薬など適切な対応がされている場合が多いと思いますが、低活動型の場合、なかなかわかりづらいといえますが、手がかからないと判断されて見落とされてしまいやすいです。ただ、重大な身体疾患が隠れていたとか、あるいは摂食が低下して身体機能が悪くなる、ということもありますし、頻度的にも3割から4割と多いので、注意を要する病態だと思います。

これはせん妄の発症モデルで、焚き火に例えて、そのメカニズムを示しています〔スライド3〕。一番下の準備因子というのが、薪に例えられています。これは加齢や認知機能障害、重篤な身体疾患、アルコール多飲などの脳の脆弱性がある、せん妄が起こりやすい状態になっていることを示しています。また、右の促進因子、あるいは誘発因子といいますが、これは焚き火で言うと、油にあたります。疼痛や便秘、尿閉、また、身体拘束や視力・聴力が悪い、というふうなことで、精神的要因としては、不安があったり、入院での環境変化、不眠などがあります。そして、左の直接因子、これはライターにあたりますが、せん妄を直接起こす基礎疾患のことでして、脳疾患や感染、脱水、電解質異常からの身体疾患がありますし、また、薬剤や手術なども挙げられます。せん妄の予防や対策をするうえで、準備因子というのは、なかなか除去できないものです。直接因子は、働きかけはできるかもしれませんが、これも除去することは困難です。ということは、対処するターゲットは促進因子であり、これをできるだけ除去していくように努力することが重要になってきます。



スライド3

促進因子の中には多数の薬剤が含まれますが、最も大事なものは、睡眠薬や抗不安薬として使われるベンゾジアゼピン系の薬剤で、例えばレンドルミンやリスミー、デ

パスなどです。最近もサイレースという不眠症治療薬をずっと使っていた患者さんがいらっちゃって、せん妄が悪くなっちゃって、それをやめるとよくなりました、という例があったりしますので、そういったものは、単独で使うとせん妄が割とすぐに増悪するというので、注意すべき薬剤です。その他、オピオイドやステロイド、抗コリン薬などが挙げられますし、こういう作用を持つ三環系抗うつ薬や頻尿改善薬、パーキンソンの薬、こういった薬剤をせん妄リスクが高い患者さんや、せん妄を生じている患者さんに投与している場合は、可能であれば控えるべきであるということになります。ただし、ベンゾジアゼピンを急にやめしまうと、かえって精神症状が悪くなったり、離脱症状が起こりやすいので、注意が必要だと思います。

また、せん妄対策には促進因子の除去が重要というお話をしましたが、ここでは病棟や家庭でできるケアを示しています。患者さんが見当識を保てるように、見やすい場所にカレンダーや時計を配置するとか、良好な睡眠環境を保つために日中はカーテンを開けて部屋を明るくする、夜間は照明を薄暗くする、というふうな工夫があります。あまり真っ暗にすると、患者さんが夜に目が覚めたときに不安になってしまうということで、薄暗くするというのが良いです。また、不安をとるために、患者さんの枕やベッドサイドに家族の写真を貼っておくとか、家族に見舞いに来てもらって声をかけてもらう、といった方法もあります。また、身体の拘束感を和らげるために、ラインやドレーン類を整備して目立たないように、ときには布団の下に隠して患者さんが気にならないようにする、などのケアも行われます。

次に、せん妄の薬物治療についてですが、低活動型せん妄、あるいは軽度の過活動型せん妄については睡眠管理が中心となります。この場合、先ほども言いましたが、ベンゾジアゼピン系薬剤を使うとせん妄がかえって悪くなることがあるので、控えることが多いです。ただし、ベンゾジアゼピン系薬剤を急にやめると離脱が起こりやすいので、それに注意する必要があると思います。実際使う薬剤としては、バルソムラやデエビゴといったオレキシン受容体拮抗薬といわれる薬剤や、トラゾドンやテトラミドといった鎮静系抗うつ薬が使われることが多く、即効性はないのですが、ラメルテオンというメラトニン作動薬を使うことも多いです。過活動型せん妄に関しては、抗精神病薬が中心となります。糖尿病がない場合はクエチアピンが選択されることが多く、糖尿病があれば、腎障害プラスでルーラン、ペロスピロン。腎障害マイナスであれば、リスベリドンを選択されることが多いと思います。脳梗塞の既往がある患者さんの場合は、チアプリドを定期投与して、そのうえに頓用で重ねていく場合があります。経口投与ができない場合や非常に重症な場合は、ハロペリドールを点滴することが多く、それで効果が不十分であれば、サイレースやアトラックスといった鎮静薬を併用するというかたちを取ることが多いかと思いますが。

最後に、DST 活動は、認知症を伴う入院患者さんの

BPSD やせん妄の対策について相談助言を行うことがメインとなります。また、BPSD、せん妄は患者さんのQOLの低下や介護者の負担の原因となるため、適切な発現予防や早期対応が望まれます。そのためには身体疾患の治療や環境、人間関係の調整、副作用に留意した薬物治療が非常に重要になります。ご清聴ありがとうございます。

○座長 ありがとうございます。医師の立場からBPSDとせん妄についてご解説いただき、せん妄に対する対策等もご教示いただきましてありがとうございました。

それでは2番目の演題に入ります。当院の薬剤師の山南貴一さんから話をいただきます。よろしくお願いたします。

認知症サポートケアチーム～薬剤師のかかわり

○講師(山南) 薬剤師の山南と申します。私からは当院のDSTの薬剤師のかかわりについて、お話しさせていただきます。よろしくお願いします。当院のDSTは、認知症看護認定看護師4名と脳神経内科医師、医療ソーシャルワーカー、管理栄養士、病棟看護師、薬剤師3名で構成されています。認知症ケア加算1の算定要件に薬剤師は必須ではありませんが、チーム設立当時よりDST活動にかかわっておりまして、週に1回の多職種カンファレンス及びラウンドに参加しています。ラウンド以外にも、認知症の研修会等もお手伝いしております。薬剤師は、薬学的観点から対象患者の薬物療法の確認や提案を通してかかわっておりまして、①副作用のモニタリング、②腎機能などの機能低下における薬剤の調整、③薬剤によるせん妄ハイリスク薬の確認・調整、④せん妄対策の薬剤の選択、⑤薬剤相互作用の確認、⑥ポリファーマシーの解消について、中心に取り組んでおります。また、薬剤の適正使用につきまして、当院の認知症ケアマニュアルでも、スライド4の内容をお伝えしておりまして、認知症ケアにおいて、まずは非薬物療法の介入を検討し実施することとし、その上でもなお症状が改善しない場合には薬物療法を考慮することを考えております。また、薬物療法を実施し、認知症の高齢者へ抗精神病薬の使用を

した際に、11週以上の使用は死亡リスクを上昇させるという報告があります。そのため、継続使用でBPSDが軽快していると判断できる際には、常に減量、中止を検討し、長期使用を避けるように処方提案を行っております。

DST活動にて、カンファレンスやラウンドの結果を、各職種が必要に応じて電子カルテに入れているのですが、薬剤師3名の間で情報共有をするためにラウンドシートを作成しております〔スライド5〕。確認項目としては、1番目は、検査値・バイタルサイン・糖尿病の有無です。糖尿病の確認は、せん妄対策で使われているクエチアピンを使用検討する際に糖尿病の禁忌になりますのでチェックしております。2番目は、抗認知症薬・せん妄対策薬で、3番目は、せん妄ハイリスク薬、ベンゾジアゼピン系、いわゆる睡眠薬系やステロイド薬など、特にリスクの高いものです。最後の4番目に、薬剤師の考えや提案事項を記載しています。DSTラウンド、カンファレンスのあとには青枠で囲った部分を確認しておりまして、実際に薬剤師が提案した内容やチームの提案や方針、ラウンドの内容や結果を記載して情報共有を行っております〔スライド6〕。

DSTラウンドシート(薬剤師)
・カンファレンス・ラウンド前の情報収集ツール

①検査値・バイタルサイン・糖尿病の有無
②抗認知症薬・せん妄対策薬
③せん妄ハイリスク薬
④コメント、提案

スライド5

DSTラウンドシート(薬剤師)
・カンファレンス・ラウンド前の情報収集ツール

⑤カンファレンス時における薬剤師提案の有無
⑥カンファレンスでのチーム提案・方針
⑦ラウンド内容・結果、オーダ等への反映、効果判定

スライド6

少し前の調査内容になりますが、DSTラウンド対象患者に対する薬物的介入内容と薬剤師のかかわりについて調査したものをご紹介します〔スライド7〕。対象期間は2019年の4月から9月の半年間で、このDST

認知症ケアにおける鎮静を目的とした薬物の適正使用について 本手順を利用するにあたって

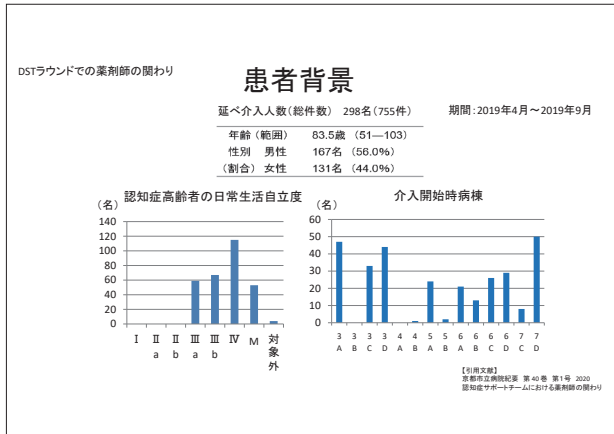
まずは非薬物的介入を検討し実施すること。その上でもなお症状が改善しない際に薬物療法を考慮すること。

・向精神薬（抗認知症薬、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入薬）は、専門医による診断と治療方針のもと使用されることを推奨する。

・継続使用でBPSDが軽快していると判断できる際は、常に減量・中止を検討し、長期使用を避けること。ただし、抗認知症薬の減量・中止に関しては、進行性疾患であることを鑑み、また中止後に認知機能障害が増悪したとの報告もあることから、専門医へのコンサルテーションおよびご家族の同意のもとに行うことを推奨する。

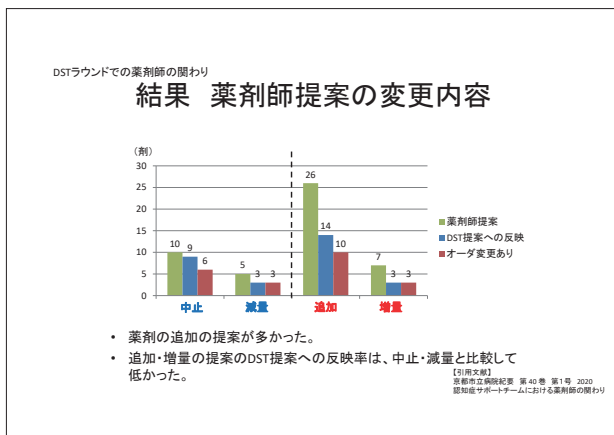
スライド4

のカンファレンスのときに介入した患者さんを対象にしております。患者さんの背景は、述べ介入人数として298名、平均年齢が83.5歳です。認知症高齢者の日常生活自立度はこちらの左のグラフのようなかたちになりまして、右のグラフの介入開始時病棟は、当時3Dが脳神経外科で、7Dが脳神経内科と糖尿病代謝内科、3Aが循環器内科の病棟で、それぞれ40名以上の介入人数でした。



スライド7

薬剤師の処方提案による変更内容がスライド8の通りです。薬剤の追加提案のほうが基本的には多くありました。内容としては、不穏やせん妄状態に対する抗精神病薬等が最も多くありました。また薬剤の中止、減量と比較して、追加、増量の提案のほうがDST提案への反映率が低かった、となっています。



スライド8

次に、実際にあった介入の症例についてご紹介させていただきます〔スライド9〕。70歳代の男性で、脊髄腫瘍切除目的で病棟に入院されました。飲酒量としましては、焼酎を500mL/day飲まれていたようですが、入院前も飲酒をされていたという状況でした。手術当日よりアルコール離脱予防のために、ジアゼパム2mgを3錠分3毎食後で開始されましたが、翌日、抑制が効かず安静が保てないために、リスペリドン内用液が開始されました。また、不眠時の指示としてベルソムラ、不穏時の指示としてクエチアピンが始まりました。5時にクエチ

介入症例 ～現病歴・経過～

- ・70歳代男性 脊髄腫瘍切除術目的で整形外科入院。入院2週間前も飲酒量増加。
 - ・既往歴:心房細動、肺気腫、腰部脊柱管狭窄症
 - ・飲酒:焼酎500mL/day、喫煙:10本/day
 - ・経過
- POD 0 アルコール離脱予防のため、**ジアゼパム2mg 3錠分3毎食後開始**。
POD 1 抑制が効かず、安静が保てない状態。**リスペリドン内用液1mg 0.5包分1睡前開始。不眠時指示としてベルソムラ10mg 1錠、不眠時増量としてクエチアピン25mg 1錠あり。**
17:25 クエチアピン25mg 1錠内服
19:00 リスペリドン0.5mg＋ベルソムラ10mg内服。
26:25 クエチアピン25mg 1錠内服。
- POD 2 10:00 看護師訪室時入眠していたが、声掛けで覚醒はする。
→同日よりDST介入開始

スライド9

介入症例 ～持参薬～

- ・エディサバン錠60mg 0.5錠 分1 朝後
- ・ピソプロロールフルマル酸塩錠 2.5mg 1錠 分1 朝後
- ・アロプリノール錠100mg 1錠 分1 朝後
- ・メジコン散10% 0.4g 分3 毎食後
- ・カルボシステインDS50% 1g 分3 毎食後
- ・セトラサート塩酸塩細粒40% 1g 分3 毎食後
- ・フスコデ配合錠 3錠 分3 毎食後
- ・アンブロキソール塩酸塩錠15mg 3錠 分3 毎食後
- ・ロキソプロフェン錠60mg 2錠 分2 朝夕後
- ・レバミピド錠100mg 2錠 分2 朝夕後
- ・メコバミン錠500μg 3錠 分3 毎食後
- ・リマプロストアルファデクス錠5μg 3錠 分3 毎食後
- ・芍薬甘草湯 2g 分2 朝夕後
- ・アノロエリプタ30吸入用 1回1吸入 1日1回
- ・ヘパリン類似物質ローション0.3% 1日1回 部位:頭皮

抗精神病薬
ベンゾジアゼピン系薬
なし

スライド10

アピン 25 mg 1錠を内服、19時にリスペリドンとベルソムラを内服、夜中の2時にクエチアピンを1錠内服、といくつも薬剤が使われていた状況でした。その翌日の午前中、看護師訪室時、入眠していたが声掛けで覚醒するという状況で、傾眠傾向があったため、同日よりDSTの介入が開始となりました。このときの内服持参薬が次のとおりになりますが、抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系薬の定期的な内服はされておられませんでした〔スライド10〕。DSTでの検討提案内容は次の通りです。日中傾眠傾向であることで、精神症状がないのであればリスペリドンの中止を検討いただいたほうがいいのかという提案と、不穏症状出現時は、引き続きクエチアピンの頓用内服で対応するという、アルコール離脱予防のジアゼパムは3日ごとに漸減できていることを確認し、指示どおり内服継続するようなかたちで提案を行いました。その後、不穏症状もなく経過し、ジアゼパム終了後も問題なく過ごされ、そのまま退院されました。以上、介入症例となります。

入院患者の睡眠薬使用指針というものがございますが、この指針をDST及び精神科医師と、医療安全との共同で作成しております。高齢者におけるベンゾジアゼピン系睡眠薬はせん妄ハイリスクとなるために、オレキシン受容体拮抗薬、いわゆるベルソムラとデエビゴをファーストチョイスにするなど、せん妄リスクを考慮した指針となるように定めたものを作成いたしました。

最後に、まとめです。非薬物療法的介入の検討をしたうえで、薬学的観点から対象患者の薬物療法の確認や提案を行っているということ、入院患者の睡眠薬使用指針を作成するなど、薬剤の適正使用に取り組んでいる、というところが薬剤師のかかわりとなっております。以上で、DSTにおける薬剤師のかかわりについて発表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 ありがとうございます。薬剤師の立場から、具体的な症例も含めてDSTチームの活動報告をしていただきました。

それでは次の演題に入ります。当院の管理栄養士の尾崎さくらさんからお話をいただきます。よろしくお願いいたします。

認知症サポートチームにおける管理栄養士の役割

○講師（尾崎） 京都市立病院栄養科の尾崎と申します。よろしくお願いいたします。本日の内容は、認知症の摂食困難の3分類と、それに対する当院での対応例、事例の紹介です。管理栄養士はDSTチームに参加し、食事調整が必要な方の対応を行っています。ただ、管理栄養士は病棟担当制となっており、既に介入されている場合も多いです。本日は、チームの活動に関わる当院の栄養科の対応についてお話しさせていただきます。認知症の摂食困難の3分類とは、食べ始めることができない「摂食開始困難」、食べ続けることが困難な「摂食中断」、手づかみや食べこぼしがあるという「食べ方の乱れ」があります。まず、摂食開始困難の特徴と食事ケアについてお話しします。「じっと座ったまま食べようとしない」、「食器を並び替えることを繰り返す」、「食具や食器に触れるが食べる行為に至らない」、等の認知症状が見られます。こちらに対しては、食事の認知を高める工夫や配膳の工夫、食の構えの支援と食形態の調整が有効となる場合があります。詳細は、スライドをご参照ください〔スライド11〕。当院では、味覚、嗅覚の活用、好物の活用の対応例としては食思不振食という食種があり、麺類が提供されるものと、どんぶりやカレーライス、お寿司などが提供される2種類があります。患者さんや家族から好み

を聞き取り、可能な範囲で嗜好の対応を行います。苦手なものがあるだけで食事が進まないという例も少なくありませんので、嗜好への対応も可能な限りで行っております。苦手なたんぱく源に替えて代替料理の提供を行います。食具を使えない方には、手で食べられるおにぎりやサンドイッチなどの提供もしています。また、普通食の場合でも、主食がご飯の場合は、おにぎりでの対応を行っています。こちらは、食事相談時の患者さん向けの媒体です。左右のページをそれぞれA3サイズで印刷して、ラミネートして使用しています。栄養士は、この媒体を持参して患者さんのベッドサイドへ伺い、視覚的にわかりやすい食事相談を心がけています〔スライド12〕。

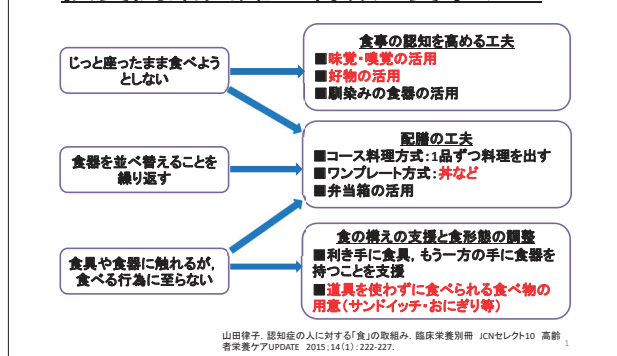
次に、摂食中断の特徴と食事ケアについてお話しします。「食事以外に注意が向く」、「食事中に居眠りをする」、「むせて食べられない」などの症状があります。こちらに対しては、食事環境の見直しや覚醒を高める支援、嚥下機能に応じた支援が有効となる場合があります〔スライド13〕。当院では、日本嚥下リハ学会の嚥下調整食分類2021に基づく嚥下食の提供を行っています。嚥下食Ⅰはゼリー食、嚥下食Ⅱはペースト食、嚥下食Ⅲはムース食、嚥下食Ⅳはやわらか移行食です。特にレビー小体型認知症は、早期から嚥下障害が出現する場合があります。適切な食事形態に変更することで摂取量が増えることがあります。次に、食べ方の乱れと食事ケアについてお話しします。「食べるペースが速い」、「適量がすぐえない、手

食事相談時の患者さん向け媒体



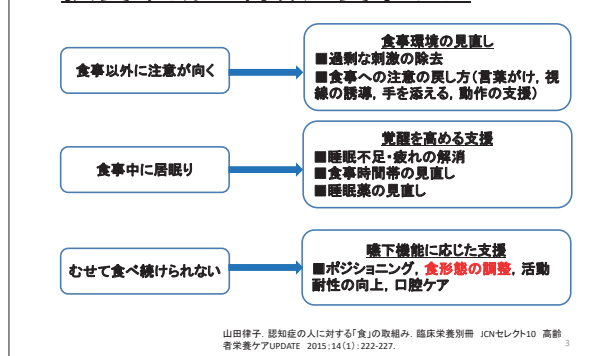
スライド 12

摂食開始困難の特徴と食事ケア



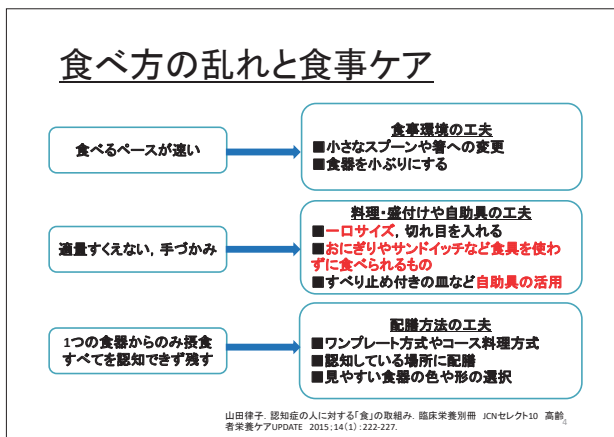
スライド 11

摂食中断の特徴と食事ケア



スライド 13

づかみ」,「一つの食器からのみ摂食し,すべてを認知できずに残してしまう」などが見られます。こちらに対しては,食事環境の工夫や,料理盛りつけ・自助具・配膳方式の工夫などが有効となる場合があります〔スライド14〕。こちらは自助食器の写真です〔スライド15〕。持つ部分が大きく,手に取りやすく,裏面には滑り止めがついています。すべての食種で自助食器への変更を可能としています。さまざまな摂食困難で食事が進まないという方は,低栄養を引き起こしてしまいます。甘いものが好きな方も少なくなく,個包装タイプで置き置きができ,時間を置いて食べることが可能なドリンクやゼリータイプの補食を,疾患に応じて内容を検討し提供しています。



スライド 14



スライド 15

次に, 食形態の調整が有効であった事例を紹介します。91歳の女性が腎盂腎炎で入院されました。アルツハイマー型認知症がありました。入院後, 嚥下食Ⅳの提供を開始しましたが, 吐き出しやため込みがあり食事は進みませんでした。処置の際にスタッフへの噛みつきやひっかきなどもありました。言語聴覚士の介入があり, 嚥下機能評価を実施したところ, 嚥下機能は比較的保たれており, 嚥下食Ⅳ(やわらか移行食)の摂取は可能であるということでした。水分はスムーズに摂取できていたことから栄養剤を開始し, 食事をミキサー食に変更しました。また, 認知症看護認定看護師による詳細なアセスメント

が施行され, 固形物は咀嚼行動を抑制できずに嚥下できなかったのではないかと, 咀嚼の必要のないミキサー食への変更は有効である, と思われました。スプーンを使用して摂取するとスプーンを噛みちぎろうとする行為があり時間がかかってしまうため, 集中力低下につながる可能性があり, また, 疲労が蓄積する可能性があり向いていないということでした。当院のミキサー食は, さらっとしており, ある程度, 流動性があるために, コップに移し替えて摂取してもらったところ, スムーズに短時間で摂取が可能となりました。嚥下食Ⅳで摂取量1~2割だったのが, 変更後には, むらがありましたが, 10割程度摂取できるようになり, 食事は明らかに増加しました。また, 処置前の声かけなどスタッフの適切なケアにより, 危険行動も減少しました。その後, 元の施設へ退院されました。詳細なアセスメントと多職種の介入により食事が増加した事例でした。

先ほどの事例もそうですが, 食形態を変更した場合や, 疾患に合わせた食事形態を退院後も継続していただくために, 栄養サマリーの作成を積極的に行っています。食形態や栄養補助食品の内容, 経過, 食事変更の経緯や注意点などを記載します。受け取っていただく方にわかりやすく, を心がけており, 資料を添付することもあります。また, 退院前カンファレンスに参加し情報を共有することもあり, 自宅退院の際は, 可能であればご家族に同席していただき, 指導を実施することもあります。

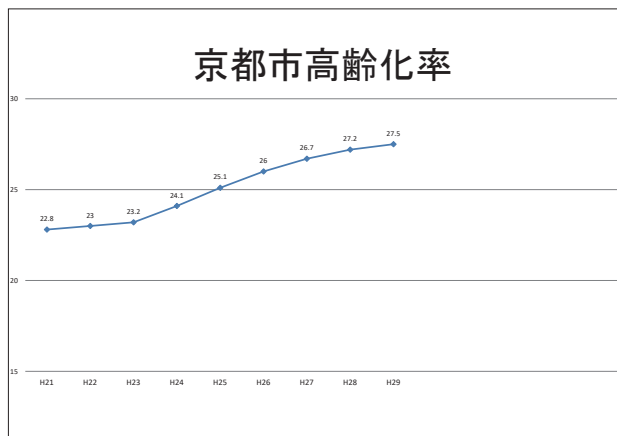
まとめです。認知症特有の摂食困難3分類についての説明をしました。また, 当院での食事調整の具体例, 多職種で連携し経口摂取量増加につながった事例, 退院後の連携の紹介をしました。以上で発表を終わります。本日は, ご清聴ありがとうございました。

○座長 ありがとうございます。認知症の方の摂食困難について, なかなか食べ始めることができない, 手づかみ・食べこぼし等の食べ方の乱れがある, 食べ続けることが困難で途中で中断する, そういった三つのパターンについて詳しくお話しいただきました。

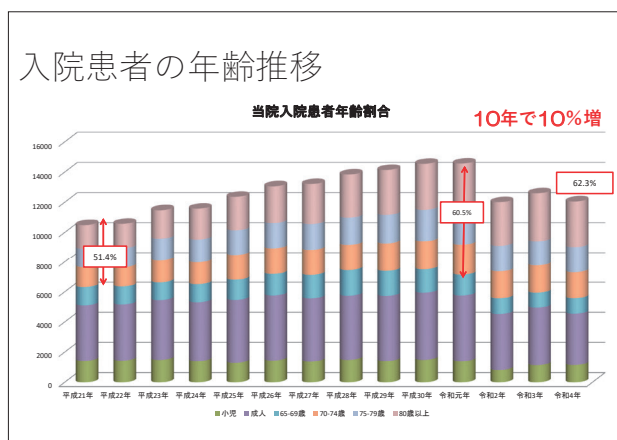
それでは, 認知症看護認定を持っております北川陽子看護師より, お話をいただきます。よろしくお願いいたします。

認知症サポートチーム活動報告

○講師(北川) 認知症看護認定看護師の北川です。よろしくお願いいたします。私からは, 当院の現状と, 実際に行っているケア, チームの活動について, お話しさせていただきます。最初に, 当院の入院患者さんの年齢の推移ですが, 10年前に比べて65歳以上の方が10%位増えてきているというデータがあります。このグラフは京都市の高齢化率の8年間のデータですが, 高齢化については5%増ということで〔スライド16〕, ペースとしては, 当院の入院患者さんの高齢者の増加のほうが早い, という印象を持っております〔スライド17〕。当院の65歳以上の入院患者さんのうち認知症を有する割合は, 2022

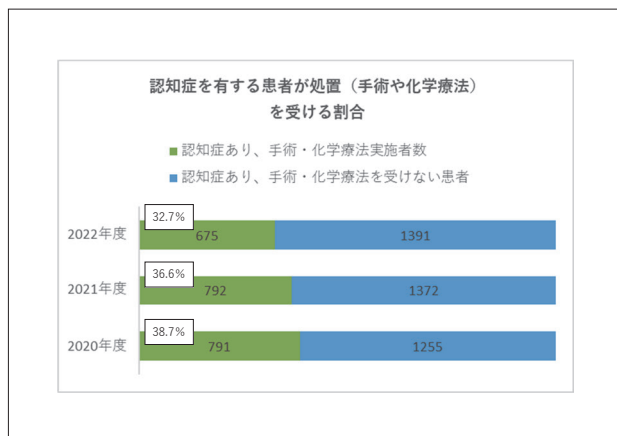


スライド 16



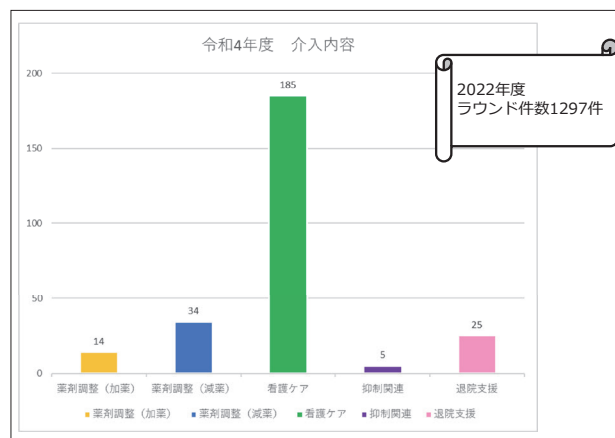
スライド 17

年度は、25%程度でした。ここ過去3年位は、25%以上の方がいらっしゃるようになっております。これらの患者さんが手術や化学療法、輸血など侵襲的な治療を受けられる割合ですが、これも過去3年位のデータですけれども、おおむね30%です〔スライド18〕。3割から4割程度の高齢でなおかつ認知症の患者さんが、何らかの侵襲的な治療を受けておられているという現状になります。先程に中谷先生からもお話があったように、侵襲的な治療を受けられると、どうしてもせん妄のリスクが出てきます。チームではそういった方の相談を受けて、病棟看護師とケアの検討などを行っております。その中でチー



スライド 18

ムの看護師の役割ですが、実際に患者さんとコミュニケーションを取ったり、観察、ケアを行う中で認知機能の評価をしたり、患者さんの困っていることを拾い上げてチームにも伝えています。チームと病棟の間に入って橋渡しをするという役割が大きいと思っております。病棟でのケアが過不足なく提供できているかを評価し、チームと病棟とで共有しております。ラウンドは週1回のみですが、チームの看護師は4人いますので、チームの活動日以外でも各自勤務の日はPHSを持ち、いつでも対応できる横断的な活動もしております。また、退院前及び倫理カンファレンスへの参加もさせていただいています。これは昨年度の介入内容のデータですが、ラウンドのうち、やはり一番多かった介入内容は看護ケアについてでした〔スライド19〕。抑制関連についても少しありますが、当院では、抑制をできる限りしない方向で患者さんに対応させていただいています。「抑制ゼロデー」という取り組みを、病棟毎で毎月実施しており、解除に向けたケアを多職種でカンファレンスをしております。

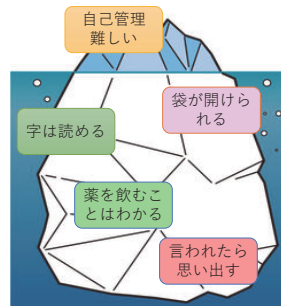


スライド 19

看護ケア介入について、少しだけお話しさせていただきます。チームの看護師は、病棟の患者さんのケアを考えると、できることを見つけて苦手なことを支援する、という視点でアドバイスをしています。「認知症だからできない」ではなく、「できるようにするにはどうしたらいいか」というのを、患者さんの認知機能をアセスメントして、退院後の生活を見据えたセルフケアができるようにケアを検討しております。図に描いてあるのは内服自己管理の場面です〔スライド20〕。例えば、内服自己管理であれば、「この人は認知症だから自己管理は難しいよね」と決めつけるのではなく、患者さんの状態を観察してみると、「字が読める」、「薬の袋を開けることができる」、「薬を持っていったら、薬を飲まないといけなことはわかる」、「誰かに声をかけてもらったら飲むことを思い出す」といった能力に気付くことがあります。内服の時間やタイミング、日付の支援があれば、この方はもしかしたら自己管理できるのではないか、というふうな考え方を病棟のスタッフと共有して、セルフケアにつなげる工夫もしております。

これは、抑制に関してのお話なのですが、当院でも

できることを見つけて、苦手なことを支援する



「できない」ではなく、「工夫したらできる」へ
退院後の生活を見据えたセルフケアができるよう、認知
機能を評価し、できる工夫を検討する

例：内服自己管理
認知症だからできない、ではなく
時間の支援があればできる
かもしれない！！



スライド 20

チューブ類やデバイス類が多いと、どうしてもミトンを使うということがあります。ミトンをつけていると不快感からせん妄になったり悪循環に陥りがちです。最近、認知症ケアの境界で話題になってる認知症マフというものを当院でも使い始めました。ミトンの代替えとして使っており、認知症の方がアクセサリなど手ざわりのいいものを握っていると落ち着く、というような効果があります。この写真は、実際に当院で使っている認知症マフです。これを使ってもらくと、気に入って、ずっと握ってくださったり、そわそわしておられたのが、落ち着かれたり、ということも見られていますので、引き続き現在も使っています〔スライド21〕。ただ、飾りがついていいますので、異食などのリスクが考えられます。チームの看護師が患者さんの評価をして、使っても大丈夫かどうかを検討しております。

認知症マフ



スライド 21

先ほども話に出てきましたが、院内での研修も定期的に行っています。基本的には、チームのスタッフがそれぞれ専門の立場から研修テーマを考え開催しています。また、院外への研修にも行かせていただき、新しい知見

を得ています。

現在、「もの忘れ看護外来」の開設に向けて準備をしております。医師ではなく、看護師が外来に出るコメディカルの外来になるのですが、「これって認知症なのかな?」とか、「物忘れで困っていて・・・」などの初期の相談から、「介護で困っている」、「どう対応したらいいかわからない」、といった中等度、重度の方のご家族や、本人さんの困り事など、認知症を持つ方の相談を受けられたらと思い準備をしております。詳細は決定次第、ホームページ等でお知らせできるかと思いますが、今後もこういった活動もしていけたら、と思います。短いですが、以上になります。ご清聴ありがとうございました。

○座長 ありがとうございます。認知症看護認定看護師の役割について、専門的なお話をありがとうございました。それから、物忘れ看護外来の案内もありましたね。

今日は、4人のメンバーに認知症サポートチームの活動についてお話をいただきました。高齢者の入院が非常に増えてきましたので、このチームの役割の重要性というのを改めて感じましたし、身内を褒めるのはどうかと思うのですが、非常に頼もしく感じました。一つだけ質問というか、ものすごく漠然としたことで申し訳ないのですが、このチームが出来てもうすぐ5年になり、そのうちの3年はコロナと共にやってきたと思うのですが、これからの課題は何かございますでしょうか。

○講師(中谷) 当院は急性期病院で、たくさんの患者さんが来院しますので、どうしても、一人一人をあまり詳しく診られなかったり、精神症状を呈している患者さんの背景にどういう病態があるか、認知症があるかどうかなど、あまり突っ込んで診断できないという面もあるので、なかなか難しいですが、自分としては、もう少し深く診ないといけないのではないか、ということがあります。それから、やはり院内の中での活動なので、それを

退院後はどう生かしていくかなど、そういうところが課題であるかと思っています。

○座長 ありがとうございます。確かに、病院でできていたとしても、退院後も同じことができるわけではない、ということを我々も認識しないといけません。私の父は

92歳で、89歳の母と2人で暮らしており、何とか頑張っています。私は週末にお昼ご飯を2人と一緒に食べるために毎週実家に帰るのですが、最近、父親がご飯を用意してもなかなか食べ始めないのです。今日、管理栄養士さんのお話を聞いたので、改善できるヒントをもらえたと思っています。ありがとうございました。

パネルディスカッション

地域共生～認知症の人を支えるためにできること～

(公益社団法人京都保健会訪問看護ステーションかみの)

山田 晃代

(壬生老人ホーム居宅介護支援事業所)

南 哲也

(福祉サービス協会 朱雀事務所)

佐々木 美樹

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 脳神経内科)

中谷 嘉文

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 認知症看護認定看護師)

坂口 かおり

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 薬剤科)

山南 貴一

(光華もの忘れ・フレイルクリニック／京都光華女子大学／地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院)

藤竹 純子

○座長 外部からお招きしたパネラーの方々から順に、それぞれの活動内容を含めた自己紹介と、病院との連携等に関する課題をお聞かせいただけますでしょうか。まず、公益社団法人京都保健会訪問看護ステーションかみのからお越しいただきました山田晃代様、お願いいたします。

○講師(山田) ご紹介ありがとうございます。私は3月まで上京区の訪問看護ステーションにいましたが、異動で、現在は西京区上桂にある、かみの訪問看護ステーションで働いています。『地域を知る、病院を知る、居宅・ヘルパーを知る』ことに努めて勉強中です。相手を知る、顔が見える関係で関わる、そうすることで、より深く利用者様を知り支えるチーム作りに役立てる、と実感しています。

市立病院にも緊急相談で電話連絡をさせて頂き、医師と直接話ができ、指示をいただき報告できたこともあり、非常にありがたく、ご本人もご家族も非常に感謝されています。特に、認知症の方は入院を拒み、ぎりぎりの状態になってから緊急入院の経過をたどることも多く、その反対に、入院生活が厳しいため急遽退院されることもあります。そのときにタイムリーに連携が取れることが非常にありがたく、ほっとする一面です。

ここで訪問看護の実際と現状、役割などをお話したいと思います。軽度認知症から重度の認知症の方まで、状態観察、お薬セット、入浴介助、排便対応、リハビリや在宅の看取りまでさまざまな対応をさせていただいています。

ある重度の認知症の利用者様が不安・恐怖で医療介護スタッフに対して手が出てしまい、デイサービスにも行

けなくなり、ヘルパーさんと看護師2人で協力しながら試行錯誤で入浴介助を行い、少しずつ慣れてくださった。最後は往診とHH(ホームヘルパー)も入り、チームで自宅での看取りができました。また、新型コロナウイルス陽性になった利用者さんに対しては特別指示書を出してもらい、防護服を着て毎日訪問。点滴や浣腸対応など、防護服を引っ張られながらも、ご家族と協力して処置を行い、入院することなく経過できたケースもありほっとしています。始めはすごくしんどすぎて声も出されませんが、改善してくると「帰れ」、「あほ」などの声が出て、手も出てきたときには、ご家族と「良かった、元気になったね」と喜んだりしました。ときには「今日、デイサービスお迎えか、どうしたらいい」など、不安になりステーションに電話があります。「大丈夫ですよ、今日はおうちにいてね」という一言で安心されることもあります。些細な一言で安心して下さる、繋がる大切さ、孤独にしない、在宅チームの大切な役割だと思っています。

独居、認知症の方も、在宅生活は成り立ちます。しかし、サービスを拒む方が多いのも現状です。熱心に関わっておられるケアマネージャーさんからも、「生活が大変なことになっているけれど介入できない。拒否が激しいからまずは訪看さん入ってください。そこから徐々にサービスを広げていきたいです」という依頼もよくあります。自分でできることは自分でしたい、当たり前の大変なことです。できなくなっていく喪失感、不安や怒りは本当に辛いことだと思います。その気持ちを大切に、待つ姿勢、見守る姿勢、無理強いせず、その方のペースを大切に、どっしり構えて関わっていこうね、とステーションでも話しをしています。自分を大切にしてくれる人を味方と

して認識され、嫌なことをする人はインプットされて、サービスの拒否につながります。私たちはそれが一番怖いです。関係が絶たれて孤独になることが心配です、と言いつつ難航、失敗に悩む日々です。そんな難航する一例で、薬が全く飲めていない、インスリンも打てていない、針を変えずにずっと打ち続ける、針も薬も山のように残っていることがよくあります。見せていただくことにも時間がかかります。そんなとき、インスリンの回数、薬を飲む回数、なぜ飲めていないのか、ご本人なりの理由もあり、病院に相談し、ベストではなくベターな状態でフォローし、見守っています。その人ができる方法を一緒に考えていきます。忘れてしまう事も多いですが、繰り返し行うことで、習慣付き実施できる事もあります。無理強いせず、ご本人が納得したらすぐ対応できるように、各関連機関が丁寧に情報共有を行っています。素早く、しかしご本人が混乱しないよう丁寧にかかわることも大切にしています。今日講義してくださいました音楽療法も、先生のようにしっかりはできないのですが、訪問時に実施している経験から、本当に大切だと実感させられています。歌っていると、生き生きとされて笑顔になります。スマホを使って一緒に歌を歌うので、表情も変わり、「その機械買いたいわ」、「どうしたらいい」など、素敵な質問も飛び出します。いつも思うのは、認知機能が低下し進行しても、忘れてしまうけれど一瞬一瞬の気持ちや思い、感情はしっかりしているということです。誰かの役に立てる喜びが強みで、看護学生さんを連れて行くと、生き生きとしていろいろ教えてくださったり、励ましてくださったり、びっくりする力を見せてくださるときは感動します。

良いことばかり伝えていますが、もちろんとても大変なこと、悩み考えながら関わることのほうが多いです。拒否が多かったり、訪問しても不在だったり、「帰れ」と言われたり、探し物ではば訪問が終わったり、でも、諦めずに向き合い、思いを確認しながら、なぜ嫌なのか、どうしたら願いが叶うのか、悩みながら関わっていくことが本当に大切だと感じています。その方を中心に関連機関が連携、協力、支えることで可能性が広がります。病院、クリニック、各サービス機関がお互いを知り繋がっていくことで、認知症の方々が地域で安心して過ごせることに繋がると良いなと思っています。私たち訪問看護の中で、やはり連携というところが要になってきています。地域の先生方と総合病院の先生方との連携、というところでは、どこに電話したなら一番つながるのか、どういうふうにファクスを送ったら返していただけるかな、という悩み、迅速に対応いただけるにはどうしたらいいかな、ということも日々思っています。またご検討をお願いいたします。

○座長 ありがとうございます。では、壬生老人ホーム 居宅介護支援事業所よりお越しいただきました南哲也様、よろしくお願いいたします。

○講師（南） 平素はいろいろとお世話になりましてあり

がとうございます。中京区にあります壬生寺の中にある特別養護老人ホームに併設されている居宅介護支援事業所でケアマネジャーをさせていただいております南と申します。よろしくお願いいたします。当事業所はケアマネジャー4名体制で、地域にお住まいの要介護の方を中心に担当させていただき、その方々が住み慣れた自宅で安心して生活いただけるように、介護サービスの調整をしたり、ご相談をお受けしています。現在、142名の方の登録者数があり、うち認知症自立度IIa以上の方が66.2%、独り暮らしの方が21.8%となっています。また、最近では、高齢世帯で夫婦共に要介護、というケースも増えてきているかと思えます。そういった方々が病気やけがでの入院の際には、その方の住環境や介護サービスの利用状況などを情報提供させております。また、退院前には、カンファレンスにて、治療経過や病棟でのADLなどのご様子を伺い、退院後も住み慣れた自宅で安心して生活が再開できるように、介護サービス事業所と連携を図り、必要な支援と日程調整を行っております。本来ならば、関わりのあるサービスの方々にも一緒にカンファレンスに入っていただくところではあるのですが、なかなか日程が合わず欠席されることも多いために、ケアマネジャーから各介護サービス事業所へ情報をお伝えする役割も担っています。

ここ3年間、新型コロナウイルス感染症により、病院での面会やカンファレンスの開催が難しい時期はありましたが、ようやく5類になったことで、直接の面会やカンファレンスの機会が増えているように思います。ご本人様と退院後の介護サービスの相談等を直接することができ、サービスの調整がうまく進められているかと思っております。認知症の方は、入院にて認知症状の悪化やADLの低下などで介護サービスの追加や住環境の見直しを必要とするケースが多いかと思えます。また、経済面や介護面など、さまざまな事情を抱える高齢者とご家族様も多くいらっしゃると思いますので、介護サービスや地域の社会資源の調整に時間を必要とするケースも増えてきているのが現状かと思えます。ケアマネジャーとしましては、退院後も切れ目のない必要なサービス・援助が提供できるように、出来れば、入院中から病院様と一緒に情報共有をしながら、病院でのご様子なども伺って在宅生活に向けた準備を進められたら、と思っております。退院の見込みや退院後の注意点などもそのときに情報としていただけると、よりありがたいです。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

○座長 ありがとうございます。では、京都福祉サービス協会の朱雀事務所よりお越しいただきました佐々木美樹様、よろしくお願いいたします。

○講師（佐々木） ご紹介ありがとうございます。京都福祉サービス協会の朱雀事務所からまいりました佐々木と申します。京都福祉サービス協会は、各行政区に基本1事業所ずつあり、朱雀事務所は中京区のご利用者さんを訪問させていただいております。先ほどは看護師さん、ケ

アマネジャーさんの立場からそれぞれの役割を述べられましたが、私は、認知症の人が住み慣れた地域で在宅生活を継続していくことができるために、介護職であるヘルパーに求められる役割について述べさせていただきます。介護職であるヘルパーは、ご利用者の日常生活を支えるために、どの支援者よりもご利用者のそばにいる時間がとても長いです。したがって、ご利用者のことをよく知る存在となります。認知症の方は的確にご自身のことを第三者に伝えることができないので、ヘルパーさんが日々の活動の中で心身の状態や状況の変化をいち早く知り、医療職やケアマネジャーさんに報告することで、各専門支援職の支援が早期に入ることができます。それによって、身体を診ることや精神面の重症化を防ぐことができます。

例えば、とても元気な認知症の方で、「背中、おなかのあたりがちょっと何か変やねん」と、ヘルパーに言われていました。別に普通に歩行されて、お食事も普段と変わりなく食べられておられていました。ただ、やっぱりちょっと普段と違うな、とヘルパーが感じて、在宅医の先生に相談をかけました。血液検査をしてくださった結果、とても炎症反応が強い、ということで地域の病院を紹介していただきました。もちろん歩ける方ですので、地域の病院へ歩いてヘルパーと一緒に受診しましたところ、その地域の病院さんが「こんな状態で歩いてきてはいけませんよ。今すぐ車椅子に乗ってください」と言われて、市立病院さんを紹介していただき、その足で市立病院を急遽受診することになりました。診察の結果、腹膜炎で急遽入院で、翌日に緊急手術ということになりました。認知症の方は、多分私たちがとても痛みで立ってられないような状態でも、割と普通にしておられる方が本当に大変多いです。このときも、しばらく様子を見てみようか、と判断してそのままにしておいたら、ひょっとして命にかかわるようなことになっていたかもしれません。日常の何気ない一言、また通常の態度の微妙な違いを識別して医療に繋げることで、大事に至らなかったと思っています。また、在宅医の先生もヘルパーを信頼してくださって、的確に判断して病院に繋げてくださったことが大変良かったと思っています。在宅医の先生と病院との連携は本当にとても重要だと思ったときでもありました。このように、医療としっかり連携を取ることによって、認知症の方のお身体を支えていくことができます。

また、ヘルパーもこのような専門職だけではなくて、ご家族や地域の方の話を聞き取って、各支援事業所につなげていくなど仲介役になる場合もあります。例えば、ヘルパーが訪問すると、ご近所の方が、「ちょっとAさんな、ごみを全然違う日に出さばって、ごみの分別も全然してないねん。私がとりあえず分別してごみの日に出しといたけど、毎回できひんかもしれへんし、どうしようかな」というご相談を受けて、ケアマネジャーさんと相談させていただき、ごみ収集福祉サービスを導入させていただくことになったり、また、あるときに訪問すると、近所の方が「ちょっとヘルパーさん、Aさんな、さっき

お店の近所でうろうろしてはってん。昔な、あそこによく買いもんに行ってはってん。それで、帰れへんから私が連れて帰ってあげてん。ちょっと考えてあげなあかんの違うかな」ということで、これもケアマネジャーさんや各支援者と相談させていただき、買い物を同行することによって、そのように無意味に徘徊されることが減った、という事例もございました。このように、近所の方の見守りや必要な支援などがあってこそ、認知症の方が在宅生活で安心して過ごしていけると思われます。ヘルパーは、このようにフォーマルに、またインフォーマルな支援にも連携を取りながら日々支援を行っております。また、認知症のある方は、ヘルパーや各支援事業所も、認知症がある方として対応することができますが、もともと認知症がなくて、ただ、持病がおありになって、急性期の病院のみ定期的にかかっておられる、という方もおられます。このような方が、あれ、ちょっとおかしいな、と思うことで、私たちヘルパーが訪問することがございます。ただ、このような方はやはりプライドをお持ちなので、急性期の病院を受診されたとしても、先生に「私、今日、朝ご飯食べたかどうかちょっとわからへんようになってきたんです」などという相談をされることはまずございません。ご家族がおられたら、ご家族からそのような相談もできるのですが、独居で、私はしっかりとしているから受診は1人で行きます、というような方でしたら、なかなか見つかりにくいかと思います。したがって、このような、認知症を発症された方は、先ほども藤竹先生がお話しされたように、MCI（軽度認知障害）、早期治療することがとても大切だと思います。ですから、そのようなときに急性期の病院などとの連携がやはりとても重要であると思っています。先程も述べたように、私たちは介護職であるヘルパーで、医療職ではないので、ご病気を治すことはできません。ただ、ご利用者様に寄り添って日々の変化などに気づき、その状況を伝え、支援の一員として多職種連携を心がけて今後も業務にかかわっていきたいと思っています。ありがとうございます。

○座長 ありがとうございます。地域でご活躍されている訪問看護師さん、ケアマネジャーさん、ヘルパーさんのご苦勞がよくわかりました。今、問題提起が出てきたのですが、大きな病院の医師にどのように連絡を取ればいいのか、というのが一つと、それから、もともと認知症はなかったけれども認知症を発症したのではないかなというような方を早期に治療にもっていくためにどういうふうな急性期の病院に受診してもらったら良いか、というような問題点が指摘されました。われわれ病院側としましては、これから入院してこられる患者さん、入院しておられる患者さんで認知症を持っている方が地域に帰られる、その二つの方法で地域と関わる、ということになるのですが、今度はその辺りを踏まえて病院側の意見を聞きたいのですが、どうでしょう。まず、中谷先生、何かご意見ありますでしょうか。

○講師(中谷) 急性期の総合病院がそういった患者さんに対して窓口としてどう機能するかは、非常に難しい問題です。当院がかかりつけで実際に診ている患者さんの場合は主治医に相談していただいて、すぐに対応できると思いますが、たとえ入院歴があったとしても、退院後のフォローは当院ではしていない方も多いです。

まずは地域のかかりつけの先生に連絡していただいて、そこからの紹介を当院で受ける場合は受診のハードルが低くなりますので、すぐに診てもらえるかかりつけを持ていただくことが大事なと思います。

症状の訴えについては、認知症の行動心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)やせん妄、特に低活動パターンをとるものの中に重大な疾患が隠れていることがあり、注意が必要であることは、さっきお話させていただきました。やはりいつも患者さんを見ておられる方が「普段と何か違う」と気づかれることが、佐々木さんがおっしゃいましたように、非常に大事なことであり、感銘を受けました。たまにしか見ない者ではわからないことを、いつも見ている人ならわかるということで、その方のお話を重視しないといけない。救急対応の場合も大事になってくるかと思っています。

ただ、救急外来を窓口にするかということも難しいです。救急に(直接)来ていただくのか、あるいは地域のかかりつけに来ていただいてからしかるべきところに相談していただくのか、ということですが、すみませんが、統一的な解決策は今はまだ持たせていないというのが正直なところです。

○座長 ありがとうございます。解決策を今出さなくても、何が問題になっているか、ということを通認識することに意味があると思います。認知症看護認定看護師の坂口さん、何かございますか。

○講師(坂口) 地域と入院患者さんを繋ぐ、というところでは、退院のときに私たちが作成する看護サマリーを使っていただければと思うのですが、なかなか有効な情報を書けていないという現実もあるのではないかと思います。先程、訪問看護師さんからのお話で、手が出なくなったことを「元気になった」と評価しておられるところは、病院とは全然視点が違うな、と感じました。「病院でこういうふうに対応していたときには穏やかにされていました」「こういうときにはちょっと機嫌が悪くなってご飯を食べられないようになりました」というような情報をお渡しできたら、もう少し地域と上手に繋がっていけるのではないかと思います。逆に、訪問看護師さんからの情報提供の手紙の中に「この方は美川憲一の歌が好きです」と一言書いてあるだけでも、その方の生活がすごく広がって見えたりすることもありますので、両者がその患者さんをどういうふうに見ているのかを共有できるようになったらいいな、と思いました。

○座長 ありがとうございます。薬剤師の山南さん、個

人的にはポリファーマシーのことをお話したいのですが、例えば、私の父親は、ものすごくたくさんの薬を飲んでいまして、いろいろな病気をしているものですからお医者さんにいっぱいかかっていて、これは医者として考えないといけないのですが、本当に全部飲まないといけないのかな、と思うほど薬があります。病院の場合は、入院していただくと少しお薬を整理することが報酬につながったりするという面もあるのですが、そのあたりについて、ご意見があればお願いします。

○講師(山南) ポリファーマシーについて、先生から先程お話しがあったとおり、減薬することで加算されるようになっていきます。もちろん、当院でも薬の重複や有害事象があった場合、適宜、主治医や関連する職種と協議し、もちろんご本人さんやご家族さんとお話ししたうえで、減薬して評価していくということを行っています。ポリファーマシーの問題というのは、実は地域のかかりつけ医さんやクリニックさんから院内処方でお薬が出され、調剤薬局での介入があまりされていないときに起こりやすいのかな、という印象があります。調剤薬局もポリファーマシーを意識していると思うのですが、かかりつけ医の先生方も、例えば「この人はほかのところで薬をもらっているのかな」と意識されることがあるのか、個人的に気になる点です。ポリファーマシーから話が少しずれるのですが、先程、看護師の山田さんから「インスリンの針をずっと同じものを使っておられて」とか、「お薬の山がある」というお話いただいたかと思うのですが、もし、お薬のことで何か困っておられることがございましたら、調剤薬局にご相談ください。当院ではトレーニングレポートを活用しています。調剤薬局から「この患者さん、残薬が多くて」や、「朝は飲めないけれども、夜だったら家族さんがいて服薬支援ができるので、夜にまとめることはできないでしょうか、またご検討ください」というふうな情報提供を必要に応じて当院にFAXしていただいています。至急の内容に関しては、直接医師に連絡する体制を取っておりますので、もしお薬でお困りのことがございましたら、調剤薬局と連携をしながら対応できれば、と思っております。

○座長 ありがとうございます。藤竹先生にも一言お願いしたいのですが、先生はずっと市立病院の脳神経内科におられて、現在は、外から眺められる立場にもなれていると思います。地域と病院の両方を知っておられますが、病院に、こうしたほうが良いのではないかと、というようなご意見があればお願いします。

○講師(藤竹) 病院のこともわかるので、仕方がなかったかな、というようなこともあるのですが、この間、京都市立病院ではなかったのですが、患者さんの退院のときの処方箋が一包化したような感じで、ずらりとお薬の名前が並んでいました。その患者さんは、光華のクリニックにも来ておられたのですが、別の内科にも通院されていました。退院後先に行かれたそちらの先生は、患

者さんが、これを出してください、と退院の時の処方内容を持ってこられたので、全部出さないといけないと思われて、私のところではドネペジルを出していたんですが、その先生は薬品が自分のところになかったのでメモリーを出されました。そうしたら、薬局さんよりメモリーとドネペジルと両方入っていますが、どうしようと連絡がありました。大きな病院から退院されるときは、この処方はある先生、こちらの処方はこの先生、と分けていただくと、そういうトラブルもなかったのではないかなと思います。一包化というか、処方箋が一つになっていますから、それを分けてあちこちに持っていきなさいよ、と言っていたくのも、なかなか大変なこととは重々わかるのですが、そのようなことがありました。それから、私自身は、光華クリニックで、地域の先生に診ていただいている患者さんが認知症が疑われると、ご紹介頂いています。ただ光華クリニックではそんなに急性期のときに何かできるわけではないので、京都市立病院さんやほかの病院様にお世話になったりしていますので、光華のクリニックも良い具合に使っていただいたら良いのではないかと思います。開業の先生も皆さん研修を受けておられますし、充分診ていただいていますので、ちょっと一回こんな症例ということで、利用してもらっても良いかな、と私自身は思っています。以上です。

○座長 貴重なご意見ありがとうございます。

今日参加していただいている皆さんから、病院に向けたご意見でも、地域の方へでも、どなたかご意見、ご質問、困っておられることなど、何かありますでしょうか。

○質問者 このような機会をいただきありがとうございます。質問としては、もしかしたら今回のテーマから逸れてしまうかもしれませんが、認知症の人を支える、患者様のそばにおられるご家族との向き合い方に関して質問させていただきたいです。私事で大変恐縮なのですが、私自身、かれこれ10年前から要介護5になる祖母を介護している身です。この10年間を振り返ると、私がこの介護の生活をつづける心の支えになったのは、10年前に担当の先生が「仕方がない、これから君のおばあちゃんは認知症がどんどん進んでいって介護も大変になっていくけれど、そうなるのは仕方がないことやから」とおっしゃっていただいた言葉です。最初はちょっと違和感があったのですが、この10年間介護を続けてこられたのは「仕方がない」という言葉のお陰です。ただ、今、自分も研修医という立場になって振り返ったときに、この患者家族に対して「仕方がない」という言葉はもしかしたらベストではなかったのかなと。もちろん、先ほども言ったとおり、その10年間支えになっていたのですが、より患者様家族の心のケアにつながるような接し方があったのではないかと考えており、これから認知症の患者様のご家族と接していくうえで、「仕方がない」以上に、より良い接し方ができたらと考えています。それに関して何かアドバイスをいただけたら幸いです。

○座長 ありがとうございます。認知症の方を見ておられるご家族のことを我々もよく考えないといけないのですが、「仕方がない」以上の良い言葉、良い接し方、何かありますでしょうか。

○講師(坂口) では、最初に私からお話しさせていただきます。「仕方がない」という言葉も捉えようで、「仕方がない」という一言だけでは、やはりご家族は、「じゃあ、どうしようもないということなの」と捉えてしまう方もおられると思いますし、「仕方がないからこのまま何となくうまくやっていこうよ」というふうに捉える方もおられると思います。それは、ご家族ともう少しゆっくり時間をかけて関係性を築いていかないと、診断して伝える先生もなかなか難しいところなのかな、というふうにお聞きしていました。病院でさまざまな患者さんやご家族を見ていますが、やはり、必死になりすぎているご家族というのは疲弊しておられる方が多いです。私たちから見たらそこまでの認知症でもないし、ご家族と一緒に住んでおられるのなら十分うまくやっていけるのではないかな、と思っても、「ちょっとでも目を離したらどこかに行ってしまうから」と必死になってしまわれるご家族は、ご家族もしんどいし、本人さんもしんどいし、と見ていて思ってしまう。変なことを言われていても、「こうやって何回も言わはるんですけど、まあいいです、答えといたら納得しはるし」みたいな感じでうまくつき合っておられるご家族のところは、患者さんも穏やかであったりします。でも、当事者になったら、そこがなかなか難しいところなのかなと思うので、少し愚痴を聞ける場などがあつたらいいかと思います。今後、当院では看護外来を開く予定になっており、そういったご家族の不安や困っていることなどを聞ける場所になったら良いなと思っています。入院患者さんのご家族には、「病院でこんなことができましたよ」とか、「こんなときにいい顔してはりましたよ」ということを、極力伝えるようにしており、入院すると迷惑をかけていないかとご家族がすごく心配されるので、入院している疾患や治療以外のことが負担にならないようにと気をつけています。在宅の方のほうも、もっとご家族に近いのではないかと思いますので、ご意見いただければ幸いです。

○座長 どうでしょうか。お願いします。

○講師(山田) 本当に、「仕方がない」という言葉は、私もこの前、父の介護をしていたときに、すごく突き放されたように感じる言葉だなと思いました。でも、そこにはいろいろな意味があって、私にとっては「覚悟」という言葉になりました。例えば、「今必死になっているから、だけどこうなっていくのは仕方がないから、ちょっと余裕を持って」。私たちも、色々きつく言われたときは、必死になってしまい、責められて辛いのですが、ステーションに帰ってきてから話をして、みんなで吐き出して、「しんどいよね、でも、一番利用者さんが辛いよね、だから私たちも余裕を持って見守ろう、必死にならないように」

しよう」というようなことが実はあります。先程、坂口さんもおっしゃっていたのですが、やはり、必死になると余裕がなくなり苛々します。認知症の方も、介護者が苛々するとすごく急かされて一番嫌だとおっしゃいます。お互いがキーっとなっているご家族がたくさんあって、私たちが訪問させていただくと、ご家族のお話や愚痴など、「こんなんするんです」というお話を聴かせてもらう事も多いです。ご家族の生活も守ってほしいので、そういう逃げ口やはけ口など、悪口を言ってもいいし、それが当たり前だから、そういうふうになっても良いんですよ、あとは自分たちも守ってくださいね、とお話しており、そういうふうに誰かに話せる場が一番大事なのかなと思います。また、そうやって言ったあとで責められるご家族もいらっしゃるの、それは普通のことですよ、一緒に見ていきましょうね、と伝えます。そのときそのときのサービスを上手にを使って、ヘルパーさんもそういうところを本当にものすごく上手に対応されていますし、日々のことを毎日よく見てくださっています。私たちも、「何かおかしい」という連絡を受けて、視点を変えてみたり、往診や病院に繋げたりということがあります。「地域で支える」というところに繋がっていくのかなと思いました。

○座長 ありがとうございます。ほかにご意見ございますでしょうか。

○講師（南） ケアマネジャーとしてご相談を受けるなか

で、ご家族さんだけで頑張っていらっしゃるうちになればなるほど、誰にも相談できずに孤立し、心身ともに疲れて葛藤を抱えるケースが多いかと思います。どうつき合っていくか、というところで、例えば、デイサービスなどのサービスを使うことで、普段見せないようなご本人さんの表情を目の当たりにすることで、ご家族さんの安心感に繋がり、そこからほかの方に任せていただけて、ご家族様の介護負担の軽減になったりします。そうやって、関係者が増えれば増えるほど、愚痴を聞いてもらったり、専門的なアドバイスが受けられるような機会が増えることで、介護負担の軽減と在宅介護の継続につながると思います。ですから、抱え込まずに、いろいろな方に相談をして愚痴を言えるような関係を持ってくださいね、特別なことではないんですよ、ということ、普段からお話しさせていただくようにしています。以上です。

○座長 ありがとうございます。最後のご質問は、本当に、今日集まっているいろいろな話をする中で、一番はっとさせられた問題点だと思います。今日はもう時間がきているので終わりにしようと思いますが、特にこのパネルディスカッションでまとめようという気持ちはございません。お互いのそれぞれの立場の者が集まって、普段考えていることや困っていることを言い合う、それをお互い共有する、ということに意味があると思っております。本日はどうもありがとうございました。

特別講演

がん患者に対する包括的な地域連携を考える

(北里大学医学部新世紀医療開発センター 横断的医療領域開発部門臨床腫瘍学)

佐々木 治一郎

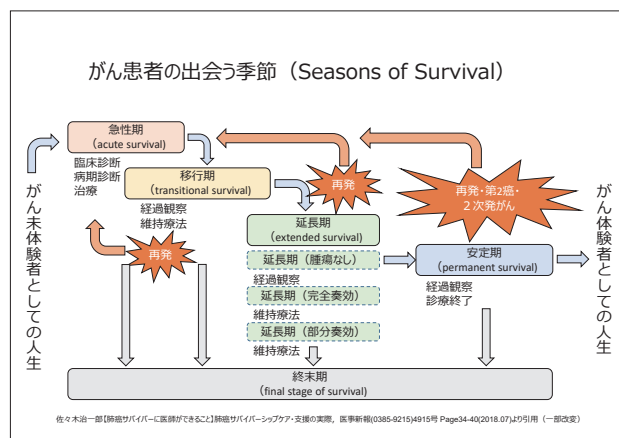
○座長 北里大学医学部附属の新世紀医療開発センター横断的医療領域開発部門臨床腫瘍学教授の佐々木治一郎先生をお招きしてご講演をいただきます。講師プロフィールにもありますが、私が佐々木先生とご縁をいただいたのは、テキサスの M. D. アンダーソンがんセンターに留学した時のことです。分子生物学を少しかじり始めたころで、そのときはいろいろとご教授をいただきました。その後、帰国してから、いろいろな学会で佐々木先生が活躍されているのを遠くから見ているというふうな立場で、ずっと尊敬してまいりました。先生の帰国後の職歴と学会の活動の状況を見ていただくとわかりますように、まさに患者さんと向き合い続けて、がん医療の仕組みを発展させ続けてこられたようなご経歴です。本日は、肺がんに限らず、がん患者さんを中心とした、がんサバイバーシップに地域全体で貢献していくような手法について学ばせていただき、これからの市立病院のがん医療・地域連携を推進していきたいと考え、お招きしました。それでは、佐々木先生よろしく願いいたします。

○講師(佐々木) ただいまご紹介に預かりました、北里大学の佐々木と申します。どうぞよろしくお願いいたします。宮原先生はじめ京都市立病院のスタッフの皆様方には今回お招きいただきまして、本当に御礼申し上げます。今日は「がん患者に関する包括的な地域連携を考える」と題して、お話を申し上げますが、決して、北里大学病院がこれをできているというわけではございません。京都市立病院の地域医療フォーラムが37回を数えておりますが、北里大学病院は、今年でやっと2回目でした。大学病院はそういうところが少し遅れているところがあるのですが、相模原市に市立病院がございませんので、北里が一人勝ちのようになっていまして、医師会の先生方とのおつき合いというのが今まで全然なかったというのがございます。こういったことの重要性について、うちの病院も今考えているところです。尚、本講演に関しましては、開示すべき利益相反はございません。

少しだけ自己紹介をさせていただきます。宮原先生とお会いしたのはヒューストンでしたが、ヒューストンに行くまでは、ずっと故郷の熊本にありまして、実家のそばに天草五橋があり、奥に雲仙が見える、そういうところに生まれました。私のテーマとしては、サバイバーシップを中心に考えておりまして、院長先生をはじめ小児科の先生が京都市立病院では中心になっていらっしゃるのですが、小児科の領域では、昔から小児がんのサバイバーシップというのは、実はサバイバーシップ業界では先進的なことをされていまして、もう一つ、地域連携というかたちでは、私は留学前からずっと、天草の離島へ月に

1回往診に、先輩の先生のクリニックをお手伝いさせていただいておりまして、2011年に東京に移ってから、2017年まで毎月熊本に帰ってレンタカーを借りて往診に行っていたというのがございます。そういった意味で、地域連携の重要性を少しはわかっているつもりです。本日の内容は少し盛りだくさんなのですが、まず、がん患者さんの地域連携に関して、国、あるいは都道府県の考え方を、総論としてお話をさせていただいたのちに、経過観察での連携が重要だというお話と、がん治療の連携、緩和ケアの連携、最後に、人材とシステム、人材をどう育てていくか、その五つについて、お話をしてまいります。

まず、地域連携の総論ですが、もう先に、サバイバーシップという言葉を出してしまいましたけれども、実は非常に定義が難しい言葉です。最初にサバイバーシップというのが米国で叫ばれたときのがんサバイバーの定義は「がんと診断されたすべての人」でした。さらに、「がんの経験者である患者さんや、経験者と深くかかわるような家族・介護者もサバイバーと呼びましょう」という広義の定義がございます。ただ、今、サバイバーシップ研究とか、あるいは臨床での診療体制といった場合、狭義では、がん治療をされている、されていないにかかわらず、安定した状態、あるいは治癒したと考えられる状態にある患者さん、がんの体験者のことを指します。多分、先生方のイメージとしては、やはり狭義のがんサバイバーのイメージが強いかと思います。では、サバイバーシップというのは何かというと、「がんのような、人生を揺るがすような大きな出来事に遭ったあとに、日々を生きていくプロセス全体のことを指す」といわれています。このサバイバーシップという言葉が非常に注目されたのは、Mullan 先生の1985年の New England Journal のエッセイです。このエッセイで、医師であり、がんのサバイバーである Mullan 先生が、「急性期、延長期、安定期という季節があって、サバイバーというのは、それぞれにおいて悩みながら生きている」ということをおっしゃいました。急性期というのは、がんと診断されてから積極的な治療が行われるまでの時期で、延長期というのは、その治療を終えて、維持療法、例えばホルモン剤を飲んでいくとか、あるいは積極的な経過観察などを行う時期、安定期は、治癒したと思われる時期です。これをこの図にして書きますと〔スライド1〕、がんの未体験者としての人生から、がんと診断されて、急性期、延長期、安定期となっていきます。常に再発の心配やリスクがあるわけで、再発するとまた急性期に逆戻りしたり、場合によっては終末期に移っていくという、先が見えないいろいろな状況があります。また、「急性期と延長期の間に移行期というのがあるのではないか」と提唱されるグループも



スライド 1

あり、フェーズがいろいろあるといわれています。では、実際にこういういろいろなフェーズを誰が主に支えていくか、診ていくか、というと、通して診ている人はいないのです。もうお気づきだと思いますが、急性期から延長期にかけては主に急性期病院、日本で言うと、がん診療連携拠点病院のような、がんの治療を行う病院が主として、最近は通院で治療されたりしますので、通院治療センターのようなところで診られています。延長期、経過観察だけというようなときには、急性期の病院にも来ますが、慢性疾患などを抱えた患者さんは通常の診療所の先生方、いわゆる、かかりつけの先生に診ていただいたり、あるいは、高齢者の場合は在宅の先生に診ていただいたり、在宅のケアが入っていたり、というようなことがあると思います。そして、最近では終末期も分業化が進んでおりまして、急性期の病院ではなくて、終末期専門の緩和ケア病棟やホスピスなど、また、在宅緩和ケアというものが行われています。つまり、1人の患者さんの人生がずっと進んでいく、どの分かれ道に行っても、複数の医療機関、あるいは複数の医療者がそれを診ていくということになってきますので、この境目のところで、さまざまな問題が起こっているといわれています。ですので、やはりすべての局面での担当者や支援者の連携が必要です。場合によっては、この前の段階、がんと診断がつく前の段階も連携が必要だといわれています。内視鏡検査やFDG-PET検査なども専門のクリニックなどがありますので、そういったところでの検査の連携も必要ですし、治療の連携、緩和・支持療養の連携も必要になってきます。

2006年にがん対策基本法が成立し、2007年から施行されていますが、2005年以前は大きな病院でがんの治療行われることが多く、診療所の先生方が癌を疑い大きな病院に紹介するとその患者さんは大体戻ってこない、というのが多分それまでの連携だったかと思います。病院のご出身の先生が近くに開業され、専門が例えば乳がんの診療だったりすると、そういったところに頼んで、ハーセプチン®治療をお願いします、というような感じでお願いされていたケースは時々あったようですが、積極的にそういうことが行われているということはあまりなかったと思います。最初にごがん対策推進基本計画ができたの

が2007年ですが、そのときに医療機関の整備のところで示されたのが、二次医療圏にがんに対する積極的な治療を行う病院を作りましょうということで、それを拠点病院と名づけました。がん診療連携拠点病院です。連携することが前提だということをあまり誰も気づいていなかったのですが、がん診療連携拠点病院ということになっていまして、連携するツールとして、がん地域連携クリティカルパスというのを整備しましょう、というのが最初の推進基本計画に書かれておりました。つまり、かかりつけの先生や在宅など、周りにもいろいろな医療機関、あるいは福祉介護施設がありますが、そこと急性期の病院である拠点病院とが連携パスでつながるということです。ですので、患者さんがこういう積極的な治療をしていくなかで、がんの経験者、サバイバーの方々ができるだけ長く自分らしく暮らす、ということに関して、がん医療のほうでは法律やシステムもできて、がん経験者、家族を地域や社会で支えましょう、ということで、当然、地域差はありますが、非常に充実してきたわけです。治った方、安定期になった方のケアは、実は、日本はあまり進んでいません。小児がんに関しましても、小児がんで診ていた小児科の病院から、成人を診るクリニックの先生方にいかに繋いでいくか、これは全世界の課題になっています。それと同じように、がんと診断されて、うまく治療ができて治っていった方に、どのようにサバイバーシップケアを行っていくか、というのが実は認識不足、かつ不十分で連携が必要な状況であります。これはなぜかという、がんの生存率が延びてきたからで、こういったことが問題になっています。実際に、一番新しい第4期のがん対策推進基本計画が昨年閣議決定されました。これは概要から持ってきましたが、がんとの共生の3番目のがん患者等の社会的な問題への対策として、サバイバーシップを支援しましょうということがあります〔スライド2〕。よく、「もう治ったのだから卒業でいいんじゃない?」とおっしゃる先生方もいらっしゃる、一部は当たっていると思います。「がんを経験したからといって、別に普通でいいんじゃない?」と思われるかもしれませんが、実は、がんを体験した方にはいろいろな問題があります。それは、今日はちょっと詳しくは述べませんが、一番の問題は、がんの経験者は次のがんのリスクが高いと

第4期 がん対策推進基本計画
(令和5年3月28日閣議決定) (概要)

第2 分野別施策と個別目標

全体目標：誰一人取り残さないがん対策を推進し、すべての国民とがんの克服を目指す

1. がん予防
2. がん医療
3. がんとの共生
 - (1) 相談支援、情報提供
 - (2) 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
 - (3) **がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）**
 - (4) ライフステージに応じた療養環境への支援
4. これらを支える基盤の整備

スライド 2

ということです。一度もがんを経験されてない方よりも、がんに罹患した人は2個目のがんにかかるリスクが高いということで、その意味でのフォローアップが必要になります。また、がんの治療で免疫チェックポイント阻害剤の治療を受けた方の中には、ずっと甲状腺ホルモンを飲まないといけないような方がいるのです。そういったことがあるので、今は、サバイバーシップ支援というのが重要だと言われています。ここまでが、2005年位から遡りまして、地域連携についてのまとめになります。がんの患者さんというのは、一旦診断されると常に再発の不安がつきまるとして、がん体験者としての人生を歩むのです。その人生には治療に専念する急性期、それからその次の延長期、そして治癒したと考えられる安定期があって、それぞれの季節において担当する医療者、あるいは介護者が違います。国は、がん医療、急性期や延長期のところは医療連携を後押しして、すごく積極的に今まで取り組んできたわけですが、ようやく、サバイバーシップの支援が足りていないということに気づいて、今、その支援をうたっているところなのです。

次に、経過観察の連携についてお話ししたいと思います。連携パスによるがん診療連携というのは、実際に経過観察が多かったのですが、それはなぜかという、今日多分医師会の先生方がいっぱいいらっしゃると思うのですが、2007年に連携パスをやりましようとなったときに、医師会の方々にアンケートを取った都道府県が非常に多かったのです。私がおりました熊本県の熊本医師会がアンケートを取った2009年のデータですが、「がんの地域連携パスを使って連携可能な患者さんはどんな患者さんですか」というのを聞くと、「状態の良い術後フォロー、いわゆる安定期、あるいは経過観察の患者さんは診ていいですよ」というのが圧倒的に多くて、積極的な抗がん剤を治療している人は一番低くて1割位だった、ということがあります。ですので、多くの都道府県で行われた連携パスを使った連携というのは、経過観察の連携だったということです。そこで、熊本に私がいた頃に立ち上げたのが、「私のカルテ」というもので、連携パスだけではなくて、いろいろな付随情報を載せましよう、ということです。そして、お薬手帳は統一しました。医師として恥ずかしいですが、お薬手帳の種類がいっぱいあるのを知りませんでした。ですので、薬剤師会に「どうにか一つに統一させてください」と依頼し、お薬手帳も統一させていただいて、「私のカルテ」というものを作りました。これは熊本という土地柄のせいなのかわかりませんが、非常に熊本ではよく使われて、年々増えていったという経緯があります。さらに加算がつきましたので、加算をできるだけ取るようにしたということもあります。ただ、やはりがん種によって全然違いました。肺がんは、やはり再発も多く術後の安定期というのがなかなか難しく、肺がんに関しての導入件数は伸びませんでした。一方、消化管のがんは、消化器専門の開業の先生方も多かったので非常に伸びて、がんの種類によって、経過観察も地域連携しやすいがんと、しにくいがんがあるのだ、というのがよくわかります。では、神奈川はどうだったか。

熊本での仕事が評価され、神奈川に移ったときに神奈川県のがんパスの部会長を任されました。神奈川県には既に神奈川県医療連携手帳というのがあり、これで連携をしていくということだったのですが、これは上手くいきませんでした。北里大学病院でも、連携病院が全然手を挙げていただけなくて、8カ月間で3件しか連携できなかった、というようなことがあります。このときに気づいたことというのは、私が前に住んでいた熊本市は政令指定都市20番目だったんですね。その前に政令指定都市になったのが、北里大学病院がある相模原市で、よく似ています。政令指定都市として規模も似ていますし、合併してできたところで、何となく似ているのですが、何が違うかという、熊本の人は、「出身はどちらですか」と聞くと、「熊本です」と言っていて、「熊本のどこですか」と聞くと「この三角町です。ここら辺にあるんですけど」と言います。熊本の人は、県で言ってくれるのです。京都は知りませんけれども、神奈川の人は、「出身はどちらですか」と聞くと、「横浜です」「川崎です」、そして、それ以外は「神奈川です」と言います。本当に土地柄が出ているなと思います。土地柄というのも個別化因子で、熊本でうまくいったシステムが神奈川でうまくいくとは絶対限らない、ということがこれで痛切にわかりまして、もう各病院でやりましよう、がんパス部会は解散いたしました。横浜のやり方と相模原のやり方は全然違うということがわかりましたので、病院ごとに取り組むということになりました。熊本は相変わらず全県一致でやっています。やはり、元々顔の見える連携があるところでない、どんなに良いツールを使っても上手くいかないというのが地域連携の難しいところかと思っています。

もう一つ、固形がんの全部のがんの5年生存率は、ついに60%を超えてきました。つまり、今はがんと診断された方の6割が5年生きられるという時代になっています。5年生存率が低いと言われている肺がんも確実に延びてきています。ただ、ほかのがん、例えば乳がんと比較すると非常に大きな差がありますので、やはり、どう経過を見ていくかというのは、がん種ごとに改めて考えないといけないかと思っています。また、同じがん種でも、例えばEGFR遺伝子変異陽性の4期の肺がんだと、5人に1人は5年間生きられます。それから、初回治療で、TPSが50%以上でPD-L1が陽性の患者さんにペムブロリズマブという免疫チェックポイント阻害剤を使うと、4人に1人位は5年生きられるかもしれない、という時代になってきました。そういった患者の経過をサバイバーシップの視点で診ていくというのも非常に重要になってきます。

印象的な事例がありましたのでご紹介したいと思います。整形外科からご紹介があった肺がんの患者さんです。来られたときは肺がんであるとわからなかったのですが、左の上腕骨の骨折で緊急オペになって、組織診でわかった方です。最終的には左の下葉の肺がんだったのですが、EGFR遺伝子変異(+)で、ゲフィチニブという第1世代の薬を7年間投与しました。原発は残っていましたが、ほかに転移も出ずに、左の上腕も放射線治療の

後は再発せずに、FDG-PETでも集積もしないので、そろそろお薬をやめてみましょうか、という話をしていました。その矢先に、僕もこのような経験はあまりないのですが、こんなに時間が経ってから間質性肺炎を起こしました。それでステロイド治療を行って1年位経って、やっとステロイドが切れたところで再発の兆候はなく、奇しくも、偶然お薬をやめることになりました。4期の患者さんです。では今後、何を目標に経過観察していき、どのような診療がベストでしょうか。いろいろ文献を調べていくと、こういう延長期や安定期では何を目標に診療すべきか、というのが論文等で出ておりまして、再発、あるいは2次発がんの予防と早期発見というのが一番上に挙げられます。そして、2番目が晩期毒性といいますが、あとから出てくる副作用を診てください、ということになります。もう一つは、身体変化や認知機能、不眠、それから、就労や社会とのつながり、こういったものをケアしつつ、患者さんが心理的に少し弱っているような状況であれば、ピアサポートを紹介したら良いですよ、というのがございます。こういったことに注目しなさい、と欧米ではいわれています。そこで、このピアサポートは日本では知られていないのではないかと思います。調べてみましたところ、平成30年度の調査では、がん相談支援センターを知っている方は6割以上いますが、ピアサポートを知っている方は27%しかいません。がん対策推進基本計画にピアサポートと書いてあるのですが、みんな、それを知らなかったのです。ですので、まだまだ普及していない、ということがあります。ピアサポートってどんなことをするのか、皆さん、ピンとこないと思いますが、わかりやすく言うと、グループとしてやるものとしては患者会などです。これはセルフヘルプサポートといわれますが、患者さん自らが自分たち同士でやる患者会です。それから、病院でのがんサロンです。京都市立病院も、この間拝見しましたが、非常に眺めのいい素晴らしい景観のところでがんサロンをされています。そういうものはサポートグループといい、がんサロンなので医療者と共同です、ということになります。こういったグループのものや、あるいはピアサポーターという方が病院の中にいて、外来診療のように患者さんの相談に乗って、一対一で個別の対応をするところもあります。こういったことをするのがピアサポートのかたちであり、これを行うことで、その患者さんのヘルスリテラシーが向上します。何より、ピアサポーターは自分もがんの体験をしているので、その体験を共有することで患者さんの希望になったり、あるいは、情報の集め方なども教わったりできることでメリットがあるといわれております。当然、自分が体験したことを相談者に合わせて話し、相談者である患者さんが話すことをしっかり聞く、という技術がピアサポーターには必要ですので、ピアサポート研修というものも行われています。厚労省から日本サイコロジ学会が委託されて、がん総合相談に携わる研修事業ということでテキストブックができていますが、京都もピアサポーター研修が行われています。それでピアサポーターという方々が実際おられるのですが、まだまだ

病院での活躍の場がない状況です。患者さんの話に戻りますが、EGFRの肺がんは脳転移が多いので、この患者さんにはそういう再発などを診ながらいきましょう。脳のMRIは年に1回、症状がなくても撮りましょう、などと話し合ったり、コレステロールが上がってきたから別の病気に注意しましょう、と運動をすすめたりしました。さらに、北里がんサロンに参加していただいて、そこが非常に気に入られて積極的に参加するようになられ、今や、北里がんサロンの運営委員会の外部委員として、実際の運営や企画に携わっていただいています。さらに、神奈川県で行ったピアサポーター研修も受けていただいています。ですので、経過観察の地域連携といいますが、いろいろなかたちがあるということです。当然、ピアサポーターの研修を受けたということは、ほかの病院に行つて、あるいは、例えばクリニックで、そこのお手伝いをするということも可能であるかと思っています。ピアサポートに関しては国の主導で研修事業が行われています。

次は、がん治療の連携についてですが、その前に、まず、北里大学病院を紹介したいと思います。相模原市にあり、1135床で、私立大学病院では、多分5本の指に入る位の病床数であるかと思います。また、特定機能病院、地域がん診療連携拠点病院であり、かつ、少し特徴的なのは、神奈川県原子力災害拠点、あるいは地域災害拠点であったりすることで、救急も非常に頑張っている、そういう病院です。通院治療室は60床あり、医師が2名、薬剤師3名、看護師15名と、病床の割には少しスタッフが少ないので、みんな、ひいひい言っていますが、通院治療室に来た場合は必ず通院治療室の看護師が問診を取って、何かあったときには薬剤師さんもそこに関わってくれるという、ここが多分ほかの50床以上ある通院治療室ではあまりないシステムであるかと思います。実績としては、今、年間2万件位の通院治療を行っていて、1日当たり平均85件ですが、火・水・木は大体150件ずつ位治療をしているということになります。この通院治療室に来ている患者さんというのは治療中の患者さんなのですが、その中で地域連携の課題というのが見えてきました。一つは、拠点病院ごとに対応に差があるということがあります。先程、一生懸命メモをとらせていただきましたが、京都市立病院でされていて、われわれの病院でできていないことが複数あります。それから、外来主治医が、必ずしもがん薬物療法の専門家でないというのが大きな総合病院の一つの特徴であるかと思います。また、がん治療医（特に専門医）が地域連携に無関心の場合があること、連携協力医療機関が不足している、ということがあります。これは、先程の熊本のアンケートにもありますが、がん治療している方を連携しても良い、という診療所の先生が少ないということがあります。そして、これは時代の問題ですが、フレイルの患者さんや高齢者の患者さんが増えてきていること、また、患者さんを支える介護側も高齢で老々介護であったり、そもそも單身の方が増えている、という印象があります。もう一つは、こういったことが相まって、内服薬の管理が地域連携の課題になっていると思います。内服薬の問題点としては、

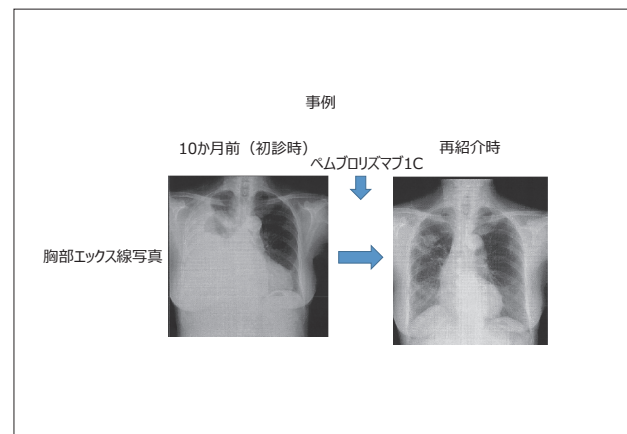
おうちで飲んでいるかどうか、実はわからないのです。服薬状況が把握できないし、副作用の発見も遅れがちで、飲み薬同士の飲み合わせという問題もあり、重複の可能性、別の病院で同じような薬をもらう、という場合があります。また、実は抗がん剤に限っては、非常に高額なのです。それで、さらに高齢者も多いということで、いろいろな問題があります。

事例です。72歳の方で、セカンドラインとしてS-1という飲み薬を飲んでおられました。消化器のがんでもよく使いますが、これは休薬期間があります。この患者さんは2週投与の1週休薬の飲み方でした。それで、2コースこれを行ったところ、これが非常に効き、外来でずっと治療をしていこうということになりました。そうすると、外来に来られるのは3週間後なのですが、3コース目開始したあと2週間後に、お薬がなくなったからと患者さん本人が取りに来られました。主治医がその日いなかったのですが、うちの病院のように大きいところは処方担当医というのがいて、「はい、わかりました。1週間分ですね」と、1週間分処方しました。この処方担当医は4週投与、2週休薬だと思っていたようです。4週投与、2週休薬という投与の仕方もあるのです。それで、これはインシデントになって、本当は2週間しか飲ませなくていいものを3週間飲ませてしまったという事例です。幸い何も起こりませんでした。これは非常に問題です。外来主治医と処方担当医の連携がないということと、このS-1の休薬期間を把握してなかったということ。もう一つは、これは院外処方だったのですが、保険薬局でのチェック機能がなかったということです。ですので、対応としては、やはりレジメン内容を病院の中と病院の外にも周知すべきだということ、本人に休薬期間の教育が必要だということ、保険薬局にも情報提供すべきだということで、われわれとしてはお薬手帳にいろいろなシールを貼ったりして周知する、というようなことを始めました。

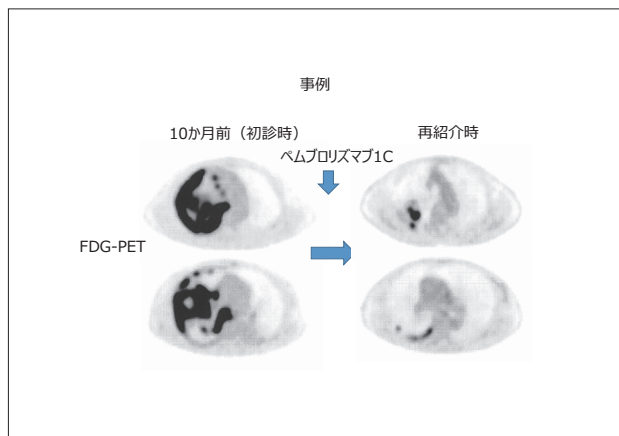
問題は抗がん剤だけではない、というのが次の事例です。この方はかなり高齢の方ですが、二次治療でペメトレキセドとゾレドロン酸を併用しました。ペメトレキセドは肺がんではしか使わないので少し解説しますが、葉酸とビタミン剤をずっと補充しないといけない、そういうお薬です。ゾレドロン酸は骨を強くするお薬で、腎臓が悪い方は、時々少しまずいことが起こったりするものです。1回目は入院して始めたのですが、高齢ですが大丈夫だということで、外来の治療になりました。そうすると、1コース目で大丈夫だったのに、2コース後に非常に強い好中球減少症が出て白血球がものすごく下がりました。さらに、3コース後には白血球が減るだけでなく発熱しました。これは発熱性好中球減少症といって、命にかかわる場合があります。しかも、そのときの採血で腎機能がすごく悪くなっているのがわかりました。この患者さんは、実は難聴だったのです。耳が非常に遠くて、「お薬飲んでますね」と主治医が言うと、「うん」としか言われておらず、ずっと葉酸等の副作用を軽減するお薬を飲んでいなかったのです。少し匂いがするお薬

で飲みにくくて、やめていたということです。恐らくそれでこういったことが起きてきたのではないかと、ということになりました。もう一つは、腎機能が悪くなっていることも気づいていなかった、というインシデントでもありました。難聴の患者さんであるということの共有や、内服薬の自己教育、検査結果のチェック、これはもう基本的なことですが、こういったことができていなかったということになります。これも内服薬の問題ですので、安全で確実な抗がん剤治療のためには、やはりすべての薬物管理が大事になります。がんの患者さんを診るときには、その患者さんに入っているお薬全部を眺める、という姿勢が必要であると思います。そこを支えていただくためには、やはり病薬連携や薬薬連携というのが必要で、特に、服薬の管理や患者さんの教育で役割分担ができればと思っています。

緩和ケアの連携の事例です。77歳の女性で、生まれてこの方、病院にかかったことがないという元気なおばあちゃんだったのですが、呼吸困難で救急搬送されてこられました。レントゲンを撮ると、右の肺に胸水がいっぱい溜まっていて、胸水の細胞診で、がんということがわかりました。さらにPD-L1の発現が高かったので、ペムプロリズマブという免疫チェックポイント阻害薬を、主治医が頑張って1コース投与したのですが、胸水がまた増えてしまいました。それで、ご家族と相談のもとホスピスに転院になりました。その後、どんどん水が減って、体調も良くなり退院になりました。在宅に移りましたが、10カ月後に、在宅の先生がたまたま北里大学病院の先生で、これは何か変だ、ということで、もう一回当病院に戻ってこられました。戻ってこられたときの胸部X線写真がこんな感じです〔スライド3〕。PETを撮りますと、10カ月前と比べると、たった1コースのペムプロリズマブ投与だけで、腫瘍が大幅に縮小していることがわかります〔スライド4〕。この方は北里大学病院のことは大嫌いでした。救急車で運ばれた初めての病院で、いきなりホスピスに行きなさいと言われて、本人も苦しくて、酸素マスクもして、ホスピスに行った時点で一旦死を覚悟していたわけです。でも、在宅緩和ケアの主治医の説得で、その大嫌いな病院に戻ってきました。この患者さんに関しては、抗がん薬によるがん治療が究極の緩和ケア



スライド3

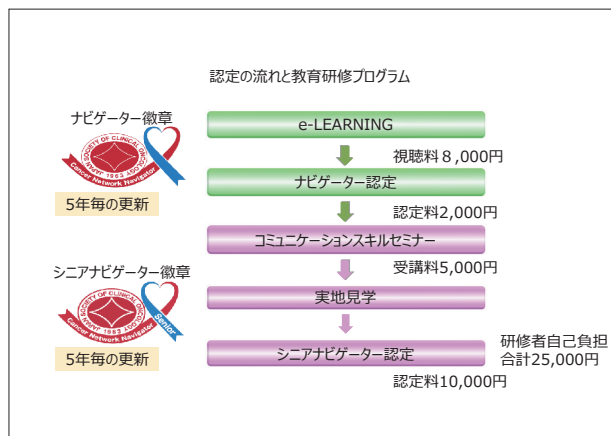


スライド4

になるという代表的な例になると思います。この患者さんとは外来で話し合いをしながら「また大きくなったら、この同じ薬使ってみましょうね」ということで経過をずっと診ていて、半年後位にまた大きくなってきたので、ペムプロリズマブを使ったところ、また効いて、ずっと外来通院で治療をしていきました。この事例だけでも、病院以外の緩和ケア病棟の先生や、在宅緩和ケアの先生、複数の院外の医師が関わっていて、病院の中でもいろいろな医師が関わっているということになりますので、やはり病院内外での連携というのが緩和ケアの領域でも非常に重要だということがわかります。そもそも、緩和ケアの連携というのは、すごく上がり型の連携といって、今まではホスピスに行ったら終わりだったのです。けれども、このような事例の場合は、やはり、がん治療が症状を緩和することがあるという認識を在宅や緩和ケアの先生方にも知っておいていただきたいし、当然われわれは、緩和治療が延命効果を認めることがあるということとは勉強しないといけないわけです。今後は、緩和ケアの領域でも循環型の連携というのが必要になってくる時代になってきています。最近、若い先生が、「もう治療しない」という患者さんのカルテに「Best supportive care」と書きます。「Best supportive care」とカルテに書かれた方が、具合が悪くて時間外などに来られると、「この患者さんはBest supportive care だから」といって何もしないのです。それはちょっと問題だと思ってまして、「Best supportive care」はベストなサポートのケアをするわけですので、何もしないわけではないわけですね。ですので、患者さんにとって何がベストサポートか、というのを常に議論する習慣が必要で、先程のホスピスに行った患者さんが元気になったときに、在宅の先生が関心を持っていたかなかったら、多分、あの患者さんは戻ってこれていないです。そのあと再発したときに、「やっぱり、がんだったんだね」で終わりだったと思うのですが、また治療を受けたことで、副作用はあまりなかったもので、さらに延命と楽しい人生を過ごせ、そういったことがすごく重要であるかと思っています。

最後に人材とシステムのお話をしたいと思います。以前我々が行ったインタビュー主体の研究で、在宅や訪問看護の人たちが、がんの患者さんのケアに困っていると

いう実態が出ていました。がん診療連携拠点病院を中心とした地域連携はあるのですが、介護関連施設との連携が未整備であったり、がん政策でどんなものが行われているかという情報自体が介護施設などに届いてない、というようなことがあるので、やはりこのあたりを繋ぐ人材が要るのではないかと、ということがあります。私が所属している日本癌治療学会では、この6代の理事長がずっと、がん医療を何とか円滑に回すための支援者を作っていこうということで、がん医療ネットワークナビゲーターを2014年から育成しております。どういうものかというのと、eラーニングを受けて、まず情報などを提供できるナビゲーターというのができて、さらにコミュニケーションスキルセミナーや実地見学をするとシニアナビゲーターになって、実際に患者さんの相談に乗ったりすることができるよう資格を学会が認定している、ということになります〔スライド5〕。実際のeラーニングは41講義です。大体1講義、60分から90分で、確認テストもあるのですが、それを受けていただいて、これにパスすると、コミュニケーションスキルセミナーという、ロールプレイを中心としたような実際の相談者に対応する練習をして、さらに拠点病院でいろいろな相談場面を見学するというような仕組みになっています。実地見学では最終的には10例のレポートを出していただいて合格というかたちになります。実際に今、1年前までのデータですが、シニアが97名、ナビゲーターが681名で、京都にもナビゲーターが3名、シニアナビゲーター2名がいらっしゃいます。どんな人がなっているかというのと、実は医療者が多いのですが、特に、保険薬局の薬剤師さんが最大です。病院の外にいて、患者さんに近いというのは、やはり保険薬局の薬剤師さんが良いだろうということで、学会でも薬剤師さんの取得を進めているところです。もちろん、医療者じゃない人も資格を取れます。また、開業医の先生も取られている方がいらっしゃいます。ナビゲーターとシニアナビゲーターは役割分担をして、ナビゲーターは主に情報提供を主体に活動し、シニアナビゲーターは患者さんの相談を受けて相談員などにつなぐ役割を担います。先ほど、ピアサポーターの話をしました。ピアサポーターというのは、体験者として患者さんの心を支えるところがありますが、医療に関する個別の情報提供を



スライド5

行うことを想定していません。やはり、拠点病院にいるがん専門相談員のほうが、がんについては詳しくて個別対応でき、いろいろな情報を持っています。ほとんどの場合、がん専門相談員は拠点病院にしかないですね。ですので、ナビゲーターは、この相談員の妹分、弟分として、薬剤師さんや看護師さん、事務の方や歯科衛生士さん、図書館の司書さんなどもなっていますが、そういった方になっていただいて、がん相談員に繋いでもらう、というようなことを戦略として考えています。実際にこの3者を使って、今、神奈川モデルというのを恥ずかしながら私が音頭を取らせていただいております、やっと今年の第4期の神奈川県のがん対策推進計画に文言として、これを全部入れていただきました。がん相談員が拠点病院に、これは自治体や拠点病院と繋がっています。この人たちも研修をちゃんと受けています。それから、ピアサポーターも今年から神奈川県は養成研修を始めたので、ちゃんと県が市民団体と繋がりながら養成していきます。ナビゲーターは学会が養成するということです。この3者は居場所が全部違いますので、患者さんがどこにいても、最低、お互いがお互いを繋げることで、一番良い連携を繋いでくれる、そういう存在として、神奈川県のがん診療のレベルを上げてくれるのではないかと考えております。ポイントは、それぞれがしっかりと研修を受けている人たちであるということで、そういったことで病院に迷惑がかからないようにしていくことも重要なことであると思っています。患者さんをどう支援していくかということです。

最後は学術集会の話です。今、学会と患者団体は一緒に学術集会で患者参加型教育プログラムを作っています。先生方も、日本癌治療学会、あるいは日本臨床腫瘍学会の学術集会に参加していただくと、PALプログラム・PAPプログラムというのがあり、患者さんたちが学会に来ています。それで一緒に発表したり、教育講演を聞いたりしていますので、つまり、患者自体が学びの場として学術集会に参加しています。今後これからの患者さんの支援というのは、フルライフステージ支援だと思っています。認知症でも同じことがいわれていると思いますが、まず、がんの未体験者としての人生から、がんと言われたら、急性期から安定期まで患者さんも移っていくわけで、がんの体験者としての人生は多分一生つきまとうていくので、悟りを開くようにがんのことを忘れる方もおられると思うのですが、そうでない場合は、やはり何らかのサバイバーシップのケアが必要だろうと思います。今日はあまり申し上げませんでしたが、就労支援や妊孕性の温存、アピアランスケアなど、今キーワードになっているような患者さんの支援というものも含まれます。それから、終末期にいくところでは、昨今、アドバンスケアプランニングというのがいわれておりますので、もし駄目だったときにどうするかというのを考えておいてもらう、という支援が必要です。こういったものには、教育を受けた、さまざまな職種の支援者が必要で、そういったものの中にピアサポーターやナビゲーターを入れていただいて、どこに患者さんがいても、きちっとした本当

の支援者に繋がるように、といったことが必要です。特に強調して言いたいのは、がん治療医は、そういった視点が実は抜けていますので、がん治療医も教育を受けることが必要であるかと思っています。

最後のまとめです。病院外での患者さんの支援、及び医療、介護、福祉の連携には人材が必要ですが、実は今、その役割を担う公的な立場の者が病院の外にはいない、というのが現状です。日本癌治療学会では、この職種にこだわらず、一定のプログラムで教育研修を受けた者をナビゲーターとして認定しています。このナビゲーターは、eラーニングを受講したナビゲーターと、それからさらにコミュニケーションや拠点病院の实地見学をしたシニアがいます。将来的には、拠点病院にいるがん相談員と、教育を受けたピアサポーター、ナビゲーターが連動することによって、どこに患者さんがいても支援ができるところに繋ぐ、という役割を担っていただけるのではないかと思います。ぜひ、ご興味がある方はがん治療学会等を見ていただければと思います。ご清聴ありがとうございました。

○座長 佐々木先生、ありがとうございました。非常にわかりやすく、いろいろなかたちでの連携があるということが本当によくわかったと思います。当院も、まだまだがん拠点病院としてやらなければいけないことがたくさんあるということがわかり、今後もそういうことを一つずつ達成していくよう、連携していきたいというふうに思いました。フロアのほうからご質問など、いかがでしょうか。

○質問者 おばあちゃんの例ですが、確か胸水が相当たまっておられて、最初に治療したときには上手いかなかったけれど、退院されて、結果的にはその後良くなったと。

○講師(佐々木) はい。ホスピスから戻ってこられました。

○質問者 再度おいでになったときには連携ができていましたね。

○講師(佐々木) はい。

○質問者 あの間、最初の投薬が一時的には効かなかったように見えたけれども、結果的にはその投薬がやはり効いたというかたちでしょうか。

○講師(佐々木) はい。そのように考えております。

○質問者 そうしますと、やはり一つは医学的な診察を継続するかたち、往診を含めてのかたちだと、定期的にその後にあきらめずに、問診も含めて、医学的診察、丁寧なフォローアップをしていっていただければ良かったのではないのでしょうか。

○講師（佐々木） はい、ありがとうございます。ただ、ホスピスに行くときには、もうほぼ寝たきりになられていたんですね。ですので、投薬をして、まず救急車で運ばれてこられて、ICUに入られて、2日位で一般病棟に移られたのですが、水を抜いても、どんどんたまってくるので、少しでも食事が食べられるようになったからということで、主治医が一人か二人で、あの抗がん剤を入れたわけですね。けれども、また水は増えて右の肺はもう真っ白になってしまっていて、ほぼ寝たきりで、また食欲がなくなれたので、ご家族にお話をしたところ、ホスピスを希望されて行かれました。先生がおっしゃるように、もう少し効果を長めに見て、きちんと診察をして待っていれば、少し効いてくるのがわかったかもしれませんが、残念ながら、それに2、3カ月かかってしまったということになります。

○質問者 ですから、投薬効果というのが最初の反応だけではないというかたちもあって、それで効果が出てきたんですね。

○講師（佐々木） そうですね。特にこの免疫チェックポイント阻害薬の場合は早く効く方もいますけど、こういうふうにゆっくり効いてくる方もいらっしゃいますので、そのようなことが必要なと思っております。

○質問者 それから、最後のほうにおっしゃいました多職種連携でも、大事なことです。医療機関、あるいは福祉関係、また地域におきましても、非常に微妙な問題ではあります。心の問題に対峙するにあたって重要な役割の人たちがいると思います。宗教者が必要では無いでしょうか。仏教なり、キリスト教なり、宗派を超えて宗教上の共通の認識の中において、自分の宗派の信者が、ということではなく宗教者が対応する、これはちょっと無理でしょうか。そうじゃないってことはあるわけですか。

○講師（佐々木） いや、これは京都らしいご質問と考えていいのかわかりませんが、今、緩和の領域では、宗教について積極的に考えられているところでもあります。実際に病棟の中に、宗教、宗派に拘わらず、宗教的に患者さんの心理的なサポートをする、そういう役割の方を緩和ケア病棟や国立大学病院でも、東北大学病院などでは、そういった方が実際にいらっちゃって、それでケアされていることがあります。ただ、地域の中で積極的に拠点病院と連携してそういった活動されている方というのはあまり伺ったことがございませんので、今後確かにそういった方も必要になってくるのかもしれないなと思いました。ありがとうございました。

○質問者 先生、素晴らしいお話をありがとうございました。ふと思ったのですが、がんは、かかったときから、治療期から死ぬときまでずっと精神的なケアが必要ですよ。私は精神科のクリニックをやっていますが、北里

大学病院の写真が出たときに、精神科だけ42床で、それがぱっと入ってきたのですが、精神科の関与はかなりあるのでしょうか。

○講師（佐々木） すばらしいご質問ありがとうございます。教授が変わられて、リエゾンもしっかりやるということになっています。しかし、今新しい精神科病棟のほうで結構手いっぱい、なかなかほかのがんの患者さんのケアのところまでは手が回っていないのが実情です。ただ緩和ケアチームにはちゃんと精神腫瘍を専門としている先生が入って、チームとしては活動していただいています。

○質問者 ありがとうございました。

○院長 大変勉強になる講演をいただきまして、本当にありがとうございます。がん患者さん、がんの経験者の方というのは、ものすごく幅が広いと思います。そういう方々を支えるための取り組みは並大抵ではないと思います。つづいて講演をお聴きしていましたが、当院も、宮原先生を中心にがん医療連携センターを一昨年から発足しまして、地域とうまく連携していきたいと思っています。行政として、神奈川県モデルというのを立ち上げられていますが、これを浸透させていくということ、イメージとしてどんなふうにやっていけば良いか、京都としてもやはり考えていかないといけないと思うのですが、ぜひ、その辺りの先生のお考えを教えてくださいたいと思います。

○講師（佐々木） ありがとうございます。さすがですね。どういうふうに最終的に落とし込んでいくか、というところが大事だと思います。まず、人材の話をした理由は、今、トランジションというつなぎ目が問題になっておりまして、それぞれの領域でされているところはされていると思うんですね。急性期、それから経過観察という、がんのサバイバーを診てくれている診療所もあるわけですので、そういったところや、二次がんを発見するのにも必要ですので、検診の施設です。そういったところが個別にあって、がんの患者さんに、そこに行ったほうが良いと言ってくれる人が今はいない状況ですので、そのつなぎ目として、先ほどのナビゲーター、場合によってはピアサポーターの方が活動してくれることを期待しています。落とし込みとしては、これは診療報酬が発生するような事案ではないので、なかなかできませんが、やはり、利用者さんから声を上げてもらうのが必要だと思います。がんのサバイバーの方や家族の方に、「そういうのがある行きやすいよね」、「この県いいよね」と言ってもらえるのが最終的な目標であるかと思っています。ですので、大きく変えることなく、今行われていることを有機的に繋げる、そういう感じで、そこに先ほどの人材を当てはめる、ということを経験として練っております。先生のご質問のお答えになっているかわかりませんが、多分それ位しかできないかなというふうに思っています。

○院長 ありがとうございます。当院でも、今、院内での縦のつながりを確保して、次は横ですね。そこにもしっかりと対応していく必要があるかと思ひ拝聴しました。どうもありがとうございました。

○講師（佐々木） ありがとうございました。

○座長 佐々木先生、どうもありがとうございました。

長期生存を目指した肺がん治療

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 呼吸器内科)

太田 登博

全がん腫のうち2021年における肺がんの死亡数は男性の1位、女性の2位、男女計の1位です。死亡数の推移は徐々に横這いになってきていますが、依然として予後不良ながん種の1つです。進行期肺がん治療には、従来から大きな役割を担っている殺細胞性抗がん剤と放射線治療の他、近年は分子標的薬や免疫療法が加わり様々な治療アプローチによって長期生存を望める患者さんが増えてきております。分子標的薬は主にドライバー遺伝子変異を標的にした薬です。ドライバー遺伝子変異とは、がん遺伝子変異とがん抑制遺伝子変異に大別されますが、肺がんでは主にがん遺伝子変異が関わっています。ドライバー遺伝子変異陽性肺がんに対して適切な分子標的薬投与を行うことによって予後が非常に改善されることが報告されております。以前は1つの遺伝子変異に対して1つの検査を実施していましたが、現在は検査に必要な検体量の問題や検査時間短縮のためにマルチ遺伝子検査を実施しています。2022年1月から2023年12月までの2年間で当院呼吸器内科にてドライバー遺伝子検査を実施された患者数は116名で、9割以上がマルチ遺伝子検査で実施されておりました。シングルプレックス検査で解析不能となった1名を除いた115名中50名(43%)で何らかのドライバー遺伝子変異が検出されており検査成功割合は99%でした。検出された遺伝子変異はEGFR 33%, KRAS と BRAF が 3%, ALK 2%, RET と ROS1

が1%でした。当科では遺伝子検査成功割合を高めるために、仮想気管支鏡による事前のシミュレーションや生検時にその場でがん細胞の有無を確認するROSE (rapid on-site evaluation) を実施しております。次に免疫療法で主となる免疫チェックポイント阻害薬についてですが、これはがん細胞からの免疫チェックポイント分子を介した抑制シグナルを遮断し、抗免疫腫瘍応答を惹起する薬です。免疫チェックポイント阻害薬により長期生存を期待できる患者さんがいらっしゃる一方、過剰な免疫応答により免疫関連有害事象という通常の殺細胞性抗がん剤治療などでは認められない副作用が出現することがあります。各臓器の有害事象の出現頻度は投与開始から5-6ヶ月程度でピークとなるものが多いですが、皮膚障害や内分泌障害に関しては長期にわたって一定の割合で出現する可能性があり、日常診療において注意が必要です。肺がん診療はゲノム医療の発達や免疫チェックポイント阻害薬の出現で治療成績が向上しております。組織診断や遺伝子検査の重要性が増しており、患者さんにとって有用と考えられる検査を適切に実施し治療につなげられるよう日々精進しております。最新の知見に基づき、地域の皆様と連携し最適な治療を進めてまいります。引き続き何卒よろしくお願い申し上げます。

(「京都市立病院連携だより Vol. 52」と同文)

肺がん化学療法における薬剤師の地域連携の取組

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 薬剤科)

本多 伸二

○座長 薬剤科の本多伸二薬剤長より、「肺がん化学療法における薬剤師の地域連携の取組」について報告させていただきます。本多薬剤長は外来化学療法をずっと支えていただいているばかりではなく、がん医療の多くの場面で患者さんのサポートをするという、そういう取り組みもされています。それではよろしくお願ひします。

○講師(本多) 宮原先生、ご紹介どうもありがとうございます。「肺がん化学療法における薬剤師の地域連携の取組」という題名にはなっているのですが、病院内のがんに関する業務で薬剤師がどういうことをして、それが地域連携に繋がっていくか、繋がっているとかなかなか言えない状況ではありますが、そういうところを少しお話しさせていただきます。

まず、薬剤科スタッフの紹介です。薬剤師は31名です。現在、大幅な欠員が出ておりますが、非常勤が1名、育休が1名おります。薬剤科助手が6名いまして、お手伝いしていただける外部のスタッフが5名います。

これは今回の話とは関係がないかもしれないのですが、2015年から、手術センターの薬品管理業務を始めました。当院の手術件数が2023年10月の1カ月間に487件ある中で、使用簿を用いた出納管理、残液処理、麻薬セットの準備、受払い、発注、納品、緊急手術時用の麻酔セットの準備などを行っています。業務時間は朝夕に2名が各1時間ずつ行っています。今年4月からは新規採用の薬剤師が6名入職する予定になっており、新たな業務として救急室の常駐を開始します。このように薬剤があるところに薬剤師が必ず関与していきたいと思っております。

手術センターでの薬剤業務開始1、2年後からは、術後の麻薬の調製を行っています。手術が終わったあとに、IV-PCAポンプという麻薬の注入型ポンプを接続して疼痛管理を行っており、手術センター内のクリーンベンチで薬剤師が調製しています。2023年10月の1カ月間の実績で52件です。

ここから本題になりますが、外来化学療法センターで薬剤師がどのように関わっているかということをお話しさせていただきます。外来化学療法センターは2007年1月10日に開設し、現在、リクライニングシートが12台、ベッドが4床、予約は午前と午後、15時からという予約枠になっています。その中で医師が2名、看護師が6名、薬剤師は抗がん剤の調製と化学療法センターでの常駐業務を含めて4名がいます。前日までに医師に抗がん剤のオーダーを入力していただき、薬剤師が薬歴を確認します。投与量、前投薬がオーダーされているかどうかなどをがん専門薬剤師4名が確認しています。そして当日、医師の診察があり投与が決定すると、化学療法

センターに常駐している薬剤師が、投与量に変更がないか、投与可となったけれど、検査値に異常はないか、制吐剤のアプレピタントやその他、前処置として必要な薬剤が適切にオーダーされているかなどを確認しています。また、化学療法センターで点滴を受けられる全ての患者さんへ副作用の説明、確認をしています。患者さんからお話を聞いて支持療法の追加などが必要というときには、処方提案を行い、プロトコルに基づく薬物治療管理(protocol based pharmacotherapy management: PBPM)の実施、お薬手帳シールの配布を行っています。プロトコルに基づく薬物治療管理は、「医師、薬剤師が事前に作成、合意したプロトコルに基づき、薬剤師が薬学的知識・技能の活用により、医師等と協働して薬物治療を遂行すること」ということで、平たく言いますと、薬剤師と医師がプロトコルを定めて、それを実行していく、というようなかたちになっています。当院では、化学療法レジメン委員会があり、その中で医師と協議をして作成したプロトコルを院内で承認いただき、化学療法センターで実施しています。具体的に言いますと、先ほどからも出てきております、免疫チェックポイント阻害剤の検査項目です。甲状腺機能に関するTSH・T4、副腎機能に関するコルチゾール・ACTH、劇症型の糖尿病のフォローのための尿定性の3項目について、定期的に検査されていなければ、薬剤師が代行入力します。もう一つのPBPMは、抗VEGF剤の尿蛋白定性検査です。これは分子標的薬になるのですが、ネフローゼの副作用の早期発見を目的とし定期的に尿定性の実施が必要です。この尿定性がオーダーされていないものに関して薬剤師が代行入力しています。さらに抗EGFR剤で、具体的には分子標的薬のアービタックス、ベクティビックスは、低マグネシウム血症の副作用があり、定期的な血清マグネシウムの値を確認し、オーダー入力がない場合は、薬剤師が代行入力しています。

お薬手帳シール

★手書き記載事項

- 投与コース数(回数)
- 内服抗がん剤の投与期間
- 副作用の出現状況
- ★患者から聴取の上、記載

★副作用の出現状況・連絡事項等

- ☐ 嘔吐 Grade_ → ☐ アプレピタント
- ☐ 便秘 Grade_
- ☐ 下痢 Grade_
- ☐ 倦怠感 Grade_
- ☐ 末梢神経障害 Grade_
- ☐ 手足麻痺 Grade_
- ☐ 高血圧 / mmHg
- ☐ 蛋白尿 - / 1+ / 2+ / 3+

当院で使用しているお薬手帳シールを提示します〔スライド1〕。レジメン名、レジメン内容、内服の抗がん剤を併用するレジメンは薬剤名が表記され、副作用の項目があります。薬剤師が調剤をするときに自動でこのシールが出て印刷されます。レジメンごとに注意すべき副作用は変わってきますので、それをあらかじめ設定することで、若手の薬剤師と熟練した薬剤師で差がなく副作用の確認ができます。投与コース数や内服抗がん剤の投与期間、副作用状況などの確認をベッドサイドで行い、その内容を手書きで記載しています。

当院は、外来化学療法のレジメンをホームページで公開しています。外来化学療法センターのページから確認ができ、お薬手帳の下部にも URL を記載しています。

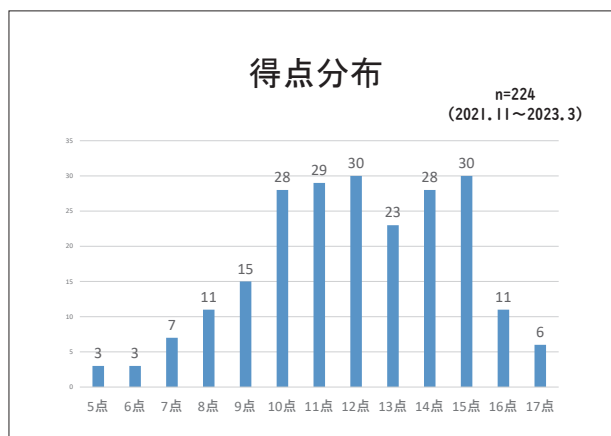
保険薬局との薬薬連携についてです。京都府薬剤師会が作成したフォローアップシートに当院のホームページからアクセスできるようになっており、一般的な副作用が書いてあります。この様式にチェックしていただき病院に送信いただくようなかたちで薬薬連携を進めています。受診したフォローアップシートについては、病院の中で情報を登録し、「フォローアップシートを預かったので、ご参照ください」というようなかたちで、化学療法センターの常駐の薬剤師が医師に確認を促しています。

化学療法センターでカンファレンスを月に2回行っているのですが、この中の高齢者機能評価のカンファレンスでは、外来化学療法センターで新規に治療を受ける70歳以上の患者さんに対して、G8（8個の質問）でスクリーニングを実施し、17点満点で評価をするようなかたちで、14点を下回ると、介入が必要となります。14点以下となった患者さんに対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、MSWによる多職種カンファレンスが行われています。これは実際に行われている多職種カンファレンスの様子です〔スライド2〕。医師を囲んで薬剤師、がん化学療法看護認定看護師、管理栄養士、MSWさん等に入ってもらい、どのような社会的支援が必要になるかということを実際に話し、継続的に化学療法が実施できるよう、話をしています。



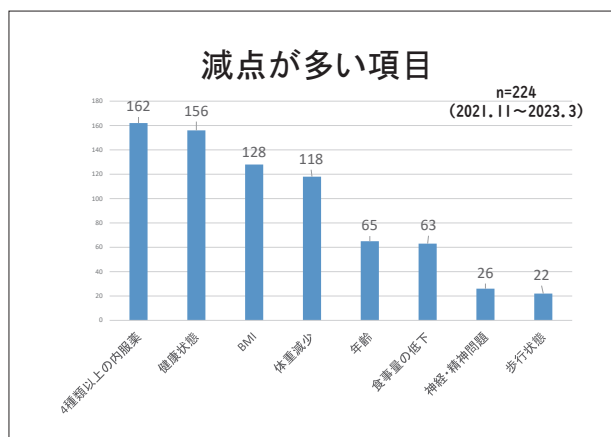
スライド2

ここからは、外来化学療法のセンターの認定看護師大柿さんから了解を得てスライドをいただきました。こ



スライド3

れが2021年11月から2023年の3月まで、このカンファレンスを行った224例の中での、G8の点数の分布です〔スライド3〕。14点以下で介入が必要なところで、10点台がすごく多く見られます。多くの高齢者は、こういうようなかたちで介入が必要になってくるという結果であるかと思います。この8個の質問の中で減点が多かった項目を上位から挙げると、4種類以上の内服薬、健康状態、BMI、体重減少等となっています〔スライド4〕。



スライド4

免疫関連の有害事象ですが、甲状腺機能、副腎機能、1型糖尿病、筋炎など、今までの分子標的薬や殺細胞性の抗がん剤とは違う副作用の形態を取るということで、当院では免疫チェックポイント阻害剤投与患者の院内周知のため、電子カルテ掲示板の重要事項に、「ICI投与中の患者、救急受診ではトリアージを参考に診察してください。トリアージシートは救急外来にラミネートしておいてあります」と記載しており、院内の情報共有はかなりできているかと思います。保険薬局との情報共有も、お薬手帳シールをお渡ししているということで、ある程度は行えていると思います。診療所との情報提供は、あと5年、10年経って、電子カルテが地域で共有できるようになれば問題は解消するかと思いますが、現状としては、なかなかそういうことが難しい状態です。ですので、こういうような顔の見える中で情報共有していければ、と思っています。ご清聴ありがとうございました。

○座長 本多先生、ありがとうございました。

外来化学療法で、G8で介入が必要なのは14点以下でしたか。

○講師（本多） はい。

○座長 多職種カンファレンスを開いていただいているということですが、在宅の診療所などの院外との連絡ということで、最近、「京あんしんネット」というものを利用して、在宅施設との連携を取っていかうという取り組みがなされていると聞いています。どんな感じで組み込まれているのでしょうか。

○講師（本多） 私は深く介入している訳ではないのですが、MSWさんが中心になって、介入が必要な方に対しては「京あんしんネット」を利用していただいている、と聞いています。

○座長 ありがとうございます。あまり広がってはいな

いと認識はしているのですが、それでも、3名位の患者さんに関しては、「京あんしんネット」で在宅のかかりつけの先生方とも連絡を取っている、と伺っていますので、そういうことで今後も地域連携を進めていきたいと考えています。ほかに、何かございますでしょうか。

○質問者 いわゆるヒヤリハット、あるいはインシデント、そういうようなことが、どうしてもやっぱりあり得ることなのでしょうか。

○講師（本多） インシデントレポートは化学療法レジメン委員会の中で議題に上がるようなかたちになっておりまして、一番多いのがアプレビタントです。前投薬の制吐剤の投与を忘れて、そういう事例が散見されましたので、その対策としまして、朝にカンファレンスを行い、医師と看護師、薬剤師で、前投薬の種類や有無を確認しながら投与を行っています。

○座長 本多先生、どうもありがとうございました。

救急室における患者経験価値（PX）調査の実践報告

（独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 救急室）

坂口 真梨子 木下 貴映子 野上 美沙子 長崎 有

要 旨

2021年に救急室で初めての患者経験価値（patient experience：PX）調査（PXサーベイ）を行った。導入に際して、急性症状のある患者からのアンケート調査の難しさやアンケートによるクレームの顕在化というマイナスな意見がスタッフから聞かれたため、調査方法や回収方法を検討し実施した。医療者の対応は誠実であったという評価がある一方、説明不足という評価があった。これらの結果から、次年度につながる改善計画を作成することができたため、そのPXサーベイに至った過程を報告する。

（京市病紀 2024；44：50-53）

Key word：患者経験価値（patient experience：PX）、救急室アンケート調査、患者経験価値調査（PXサーベイ）

はじめに

A病院は、京都市の京都乙訓医療圏に位置し、高度急性期、急性期病床を有する二次救急指定病院である。A病院の救急車搬入数は約6000台／年、救急受診患者数は約13000人／年である。全国の二次救急医療機関の平均搬送患者数は1320人／年、救命救急センターを設置する病院の平均搬送患者数は4973人／年（厚生労働省H28年度）¹⁾であり、他の救急告示病院の患者平均よりも多い患者の診療を行っている。救急室スタッフは救急診療だけにとどまらず、CT室、TV室、アンギオ室、内視鏡室などの業務も担い、多岐にわたって患者対応を実践している。

このような救急室特有の業務の煩雑に加え、部門をまたいだ業務も救急室スタッフが行っている事、病棟に入院する患者とは異なり救急受診患者は滞在時間が短い事、加えて、急性症状のある患者・家族にアンケート調査を行う事で患者・家族へさらなる負担を強いることにつながるのではないか、という懸念があった。さらに、救急室における患者アンケートは全国的にも実施されておらず、調査をすることは困難と考えられてきた。しかし、患者のニーズを適切に把握するためにも、自分たちの提供した医療を振り返るためにもアンケート調査が必要と考え、実践したことを報告する。

医療の質を構成する主要要素として、有効性、安全性、適時性、公平性、効率性、患者中心性の6つがあげられるが、近年の医療の個別化を背景として患者中心性が重視される流れがある。患者中心性とは、患者の意向、ニーズ、価値を尊重した医療の提供のことであり、患者の視点に立った医療の質指標となるため、今回のアンケート調査で明らかにしたい部分である。

これまで他の病院で実施されているアンケート調査の主流は患者満足度（patient satisfaction：PS）調査である。PS調査では患者の「満足」という抽象的な概念を測定し、アウトカム指標で医療の質の評価を行っており、質改善へ活用しにくく、具体的な課題の特定が困難であった。

そこでA病院では、これまでから実施していた入院患

者に向けてのアンケート調査を、2019年度にPS調査から患者経験価値（patient experience：PX）調査（PXサーベイ）という方法へと変更して実施している。

PXは、具体的な「経験」を概念として測定し、プロセス指標で医療の質を評価する。さらに量的方法、質的方法、多面的な手法での複数の方法で評価することができ、質改善に活用しやすく、具体的な課題の特定が可能となっている。そのことから、入院患者に加えて救急受診する患者に対してもPXサーベイを導入することとなった（図1）。

患者満足度調査（PS）と患者経験価値調査（PX）

2019年度より院内で導入（外来・入院）

	PS	PX
測定する概念	「満足」…抽象的	具体的な「経験」
指標の位置づけ	アウトカム指標	プロセス指標
評価方法	非標準化尺度（量的方法）	非標準化尺度（量的方法） インタビュー（質的方法） 多面的な手法
質改善への活用	活用しにくい 具体的な課題の特定が困難	活用しやすい 具体的な課題の特定が可能



図1

方 法

国内の救急室でも報告が少ないアンケート調査であるPX導入となったため、先行する日本版PXがなく英版PX「About Your Emergency Room Visit - emergency room patient survey」²⁾を和訳し、院内サービス向上委員会での実施計画案の承認を得て実施した。

導入に際して、医師・看護師・栄養士・事務職員の多職種で構成された院内ワーキンググループが立ち上がり、調査方法等を検討した。

アンケート調査の質問数は34問、A病院救急室受診患者の前年度月別平均は約1500人であり、2週間を予定期間と考え、配布可能な枚数として500部を設定し、500部配布終了まで調査を実施した。救急受診患者全員を調査対象とした。PXサーベイ用紙（図2）、返信用封筒、QRコードを作成し、救急受診患者用ファイルに入れて、

40%の患者が帰宅時の説明が不十分であったと評価していることが調査の結果明らかとなった。(図5)この結果が最優先課題である。

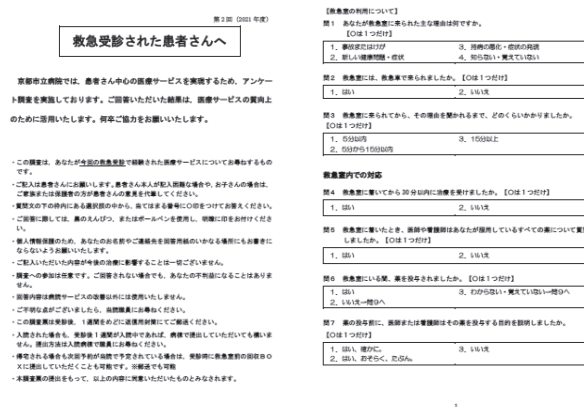


図2 PXサーベイ用紙の一部を抜粋

受付で窓口担当者が説明し手渡すこととした。救急車で
の受診患者には、患者の状況が安定している場合に看護
師が患者・家族に用紙を手渡し説明した。回収方法は、
来院時に直接救急室入口の回収 BOX に投函する、もし
くは、返信用封筒を渡して1か月以内に返信してもらう
よう依頼した。同時に QR コードでの回答も可能と説明
し、待合室に QR コードを掲示し、待ち時間に回答でき
るようにした。2021 年度には3回（8月、10月、2月）
実施した。

倫理的配慮

急性症状のある患者からのアンケート調査を行う事で、患者の負担をいかに軽減するか、また調査に関わる現場の救急室スタッフが、今日の調査で今まで聞かれていなかった苦情が明らかになることについて、現場の救急室スタッフからの不安の表出がみられたため、PX サーベイの意義を周知し、スタッフの心理的負担にも配慮した。

調査の結果

500部配布終了までに要した期間は平均28日間だった。回収数は、8月131部、10月140部、2月123部で、全期で平均回収率26.2%あった。回収方法としては、救急室での回収や郵送法などの紙面回収は、8月94部、10月117部、2月98部で、WEB回収は、8月37部、10月23部、2月25部であり、全期で紙面回収78%、WEB回収22%であった。

救急室での受診プロセスの総合的な評価であると位置づけていた「救急受診の経験はどうだったか」という質問に関して、10点満点で評価している項目では、10点が25.3%であり、5点以下は14.9%であった（図3）。

PX を評価する手法として、Priority Matrix を用いて分析しており、これは、他の施設と比較してスコアが低い領域を特定し、最も優先して解決すべき課題が明らかになる方法である³⁾。

全体的な結果を図4に示す。その中で投薬する薬剤の説明を半数の患者が不十分と感じていると評価し、25～

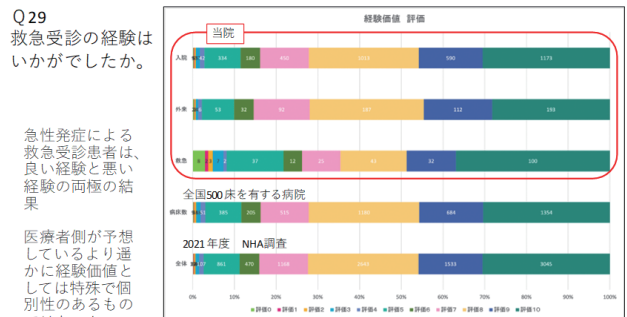
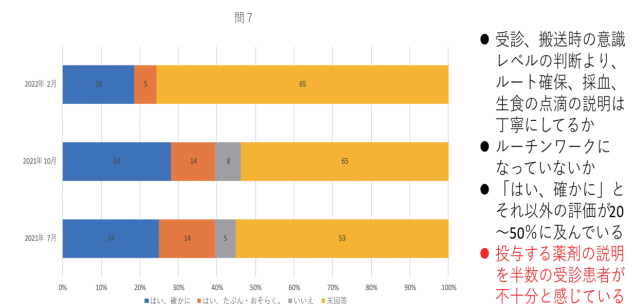


图 3



图 4

Q7 薬の投与前に、医師または看護師はその薬を投与する目的を説明したか



Q20 救急室から出る時にスタッフからその後のフォローについての説明があったか

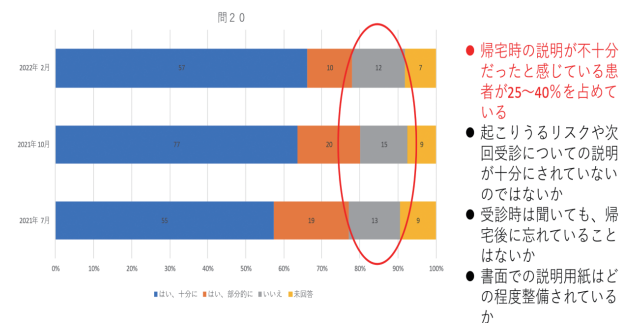


図 5

医師・看護師ともに救急室での対応は誠実と 80% 以上の患者から評価された。誠実ではなかったという評価は

5% 未満だった。この結果は課題としての優先度が低い。

考 察

様々な病院での外来患者へのアンケート調査の回収率は11.1%~97.7%と施設によって差があることがわかった。その為、ワーキンググループでは、救急室での患者調査での協力は1割程度ではないかと見込んでいたが、平均回収率は26.2%と、想定より高かった。救急室で記載するのみの紙面回答だけではなく、郵送やQRコードの活用によるWEB回答、患者や家族が答えやすい方法を選べることで回収につながったと考える。

救急室での患者経験の評価は、10段階評価で10と答えた割合が25.3%と最も高かった。しかし、5点以下の割合は14.9%であり、こちらも高かった。良い経験と悪い経験との回答が両極端であったことがA病院の救急室の特徴である。医師や看護師の対応が高い評価を得ているのに対し、薬剤投与の説明や帰宅時の説明が不十分であったことが、悪い経験につながっていると考えた。

救急室でのPXサーベイは、普段語られることのない患者や家族にとっての救急受診の経験を表出できる機会となったと考える。救急室では、患者が重篤であり救命行為の緊急性が高く、医療従事者は安全な医療提供が第一とされているが、PXサーベイでは患者の不安に寄り添う事が期待されていることが可視化され、救急室の課題が明らかになった。

PX後の救急室スタッフの変化としては、80%以上の患者から医師・看護師ともに救急室での対応は誠実と評価されたことで、スタッフのモチベーションが上昇した。その結果、薬剤や帰宅後の生活について患者や家族に丁寧に説明したいと、救急室の課題に前向きに取り組むという姿勢に変化した。患者や家族へ配布する薬剤の具体的な説明文書の作成を医師や薬剤師などと多職種と連携して作成した。また救急室スタッフの薬剤投与前や帰宅前の介入として、医師の説明について理解度を確認し、帰宅後の生活についての心配ごとや困りごとについて、患者や家族から丁寧に聞き取るケアを実行している。

PXサーベイ実施前は、患者の苦情や要望から対応策を検討することに留まり、救急室全体の問題点や課題の抽出に至らなかった。しかし、PXを実施することで患者経験が可視化でき、自分たちの提供した医療や看護実践を振り返る機会となった。スタッフが主体的に救急室全体の改善計画を立案し、実践することができたことで、

さらにスタッフのやりがいにつながった。このことから、救急室でのPXは、患者や家族が救急室という非日常の経験を語る方法であることと、スタッフがその評価を得ることで組織の問題に向き合えるという点で、患者家族と医療従事者双方にとって効果的な調査であった。今後もPXを継続していくことが、重要と考える。

結 論

PXは工夫することで、救急室においても患者側・医療者側共に負担なく実施できる。PXが患者経験の可視化となった。そして、患者経験価値の可視化が改善計画・改善活動につながった。

実際には患者や家族はどのような経験をしているのか口に出して言えないが、PXサーベイの導入によってその経験が伝わり、可視化できることで医療の質の向上へとつながったのではないかと考える。

救急室でのPXは効果的で継続していくことに価値があるものだということが明確になった。患者側・医療者側双方に良い作用をもたらす結果となった。

お わ り に

今後も継続可能な方法を模索し、実践した看護を振り返り、PXの実施を改善する機会とし、自分たちの看護実践につなげていきたい。そして、患者の声に耳を傾け、多職種とも連携しさらなる医療の質の向上につなげていきたい。

引 用 文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ：救急医療提供体制の見直し [Internet]. <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000328610.pdf> [accessed2022.10.10]
- 2) About Your Emergency Room Visit-emergency room patient survey [Internet]. <https://www.cms.gov/files/document/edpec-50-2-column-survey-english.pdf> [accessed2022.7.4]
- 3) 青木拓也：Patient Experience (PX) 評価の意義と展望. 医療の質・安全学会誌 2022;17(4):393-398.

Abstract

Results of Questionnaire Survey on Patient Experience in the Emergency Room

Mariko Sakaguchi, Taeko Kinoshita, Misako Nokami and Yuu Nagasaki

Emergency Room, Kyoto City Hospital

The first survey on patient experience in the emergency room was conducted in 2021. Since the staff expressed difficulty in conducting the questionnaire survey from the patients with acute symptoms and because complaints became apparent from the questionnaire survey, the method of survey and method of returning the questionnaires were reconsidered. The patients felt the commitment of the medical staff, but complained of the lack of sufficient explanation. From these responses, we were able to consider a plan for a new questionnaire. The process that led us to conduct this survey was reported.

(J Kyoto City Hosp 2024; 44:50-53)

Key words: Patient experience (PX), Questionnaire survey in emergency room, Questionnaire survey on patient experience

急性期脳卒中患者の自動車運転における作業療法の認知機能評価について

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 リハビリテーション科)

原田 洋一 久保 美帆 小林 宗一郎 片山 千夏
日下部 和貴 安田 早希 村尾 真奈 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)

奥村 朋央

緒 言

急性期の脳卒中患者は健常者と比較して自動車運転事故を起こす頻度が2倍にのぼるが、脳卒中発症後1ヶ月以内に26.7%の患者が自動車運転を再開していると佐藤らは報告している¹⁾。当院においても近年、急性期脳卒中患者の作業療法(occupational therapy: OT)部門への自動車運転における認知機能評価依頼は増加傾向にある。しかし、従来日本OT協会より推奨されている自動車運転評価(図1)は評価項目が多いため、急性期の脳卒中患者には身体的負担が大きく、実施困難なことが多い。そこで今回急性期脳卒中患者でも実施可能な評価項目の検討を行い、新たに脳卒中ドライバーのスクリーニング評価日本語版(Stroke Driver's Screening Assessment Japanese Version: J-SDSA)を導入することとした。

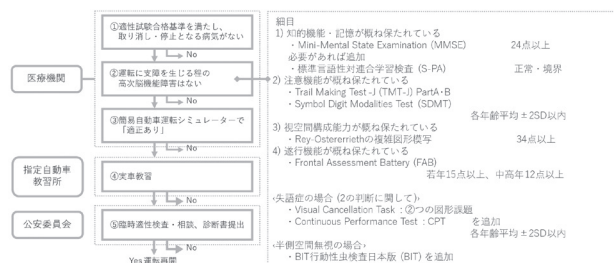


図1 高次脳機能障害者の自動車運転再開に関する指針 Ver.3

今回、1. 当院で選定した評価項目と2. J-SDSAの有効性について検討したので報告する。

J-SDSA とは

SDSAは1994年、NouriとLincolnにより開発された運転技能予測に特化した検査バッテリーである。日本版は2015年に脳卒中ドライバーのスクリーニング評価として開発された²⁾。J-SDSAは、SDSAと同様にドット抹消、方向、コンパス、道路標識の4つの下位検査からなる。主にドット抹消は注意機能、方向とコンパスは空間認知と遂行機能、道路標識は標識の知識や道路状況の判断、遂行機能に関する能力を測定するとされている³⁾。

方 法

1. OT部門内で文献検索等による自動車運転評価に関連

した勉強会を実施し、新たな評価項目を検討する。

2. 自動車運転の合否判定において、①J-SDSA評価結果と②当院で選定した項目による評価結果との差異について検討する。

対象(方法2に関して)

期間は令和4年5月から令和5年10月までに、自動車運転評価を実施した全22例のうち脳卒中16名(男性14名女性2名)を対象とした。平均年齢は65.7歳、疾患は脳梗塞14名、脳出血1名、クモ膜下出血1名であった。

結 果

1. OT部門内で検討した結果、①長谷川式簡易知能評価スケール(Hasegawa's Dementia Scale-Revised: HDS-R)/精神状態短時間検査(Mini Mental State Examination: MMSE)、②J-SDSA、③トレイルメイキングテストA/B(Trail Making Test-A/B: TMT-A/B)、④日常生活動作(activities of daily living: ADL)評価の4項目を、新たな評価項目として導入することとした。

2. J-SDSAの結果は、合格12名不合格4名だったのに対し、当院での最終合否では、合格7名不合格9名となり、J-SDSA結果が合格でも当院での最終合否が不合格となった症例が5名存在した(図2)。その5名の不合格となった原因としては、TMT-A/Bの異常が3名、J-SDSAドット抹消「誤り数」の異常が1名、脳波異常が1名であった。

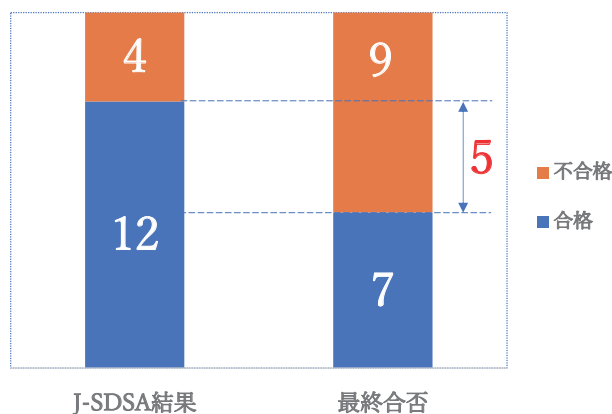


図2 J-SDSA結果と当院の最終合否の比較

考 察

1. 当院で選定した評価項目について

以下4つの評価項目を選定した。それぞれについて考察する。

① HDS-R/MMSE について

運転再開には、道路交通法における「運転免許の取り消し・停止の対象となる一定の病気等」の条件に該当しないことが前提となる⁴⁾。その「一定の病気等」の中に認知症が含まれている。よって認知機能検査のスクリーニング検査として必須であり、導入することとなった。

② J-SDSA について

山田らは、実車評価を可能群と不適群に分類し、J-SDSA の群間比較では、ドット抹消検査ではミス数、お手つき数、抹消時間全てで有意差は認めなかった。一方で方向、コンパス、道路標識について、可能群と不適群で有意差を認めた。また3つの検査のカットオフ値を算出し、3検査ともカットオフ値を上回った場合には、83.9%が実車評価で可能群となっていたとも述べている⁵⁾。またDevosらは運転技能予測に有効なメタ分析を実施し、SDSAのコンパス・道路標識とTMT-Bが運転技能予測に有効である可能性を示している²⁾。さらに、国内と英語圏の研究を対象にしたメタ分析により、運転技能予測に有効な可能性のある検査として、SDSA、TMT-A/B、レイ複雑図形検査等が報告されている²⁾。このようにJ-SDSAが運転技能予測に有効との文献を参考にし、J-SDSAを新たな評価項目として導入することとした。

③ TMT-A/B について

J-SDSA ドット抹消検査において、運転技能予測に有効との文献は見当たらず、このドット抹消検査を補う検査を追加する必要があると考えた。ドット抹消検査は、主に持続性注意機能、視覚探索能力や処理速度を評価するものであり、これらの評価を補う検査について文献検索をさらに行い検討した。山田らは、実車評価を運転可能群と運転不可群に分類し、群間比較においてMMSE、コース立方体組み合わせテスト、TMT-A/Bの検査で有意差を認め、特にTMT-A/Bにおいて有意差が大きかったと報告している⁶⁾。さらに、上記のDevosらや国内と英語圏の研究を対象にしたメタ分析においても、TMT-A/Bが運転技能予測に有効との報告がされており²⁾、J-SDSA ドット抹消検査の注意機能評価を補う検査として導入することとした。

④ ADL 評価について

自動車運転に関わる神経心理学的検査法は、高次脳機能が健常者と同等かそれに近い状態であるかを判断するものであり、直接的に運転能力を評価することはできない³⁾。病歴、画像所見、神経学的所見、日常生活や社会生活の情報や観察を含め、その人の全体像を把握した上で、高次脳機能障害の内容を総合的に評価する必要がある。

そのためには、ADL評価は必須の評価と言え、病棟での生活に関しては、看護師と情報を密に共有することも重要と言える。

これら上記①～③の評価は60分あれば実施可能であり、従来の評価より大幅に患者負担は軽減され、急性期脳卒中患者にとって実施しやすい内容であると考ええる。

2. J-SDSA の有効性について

J-SDSA 結果が合格でも当院での最終合否が不合格となった5名の原因について以下に考察する。

TMT-A/Bの異常に関しては、自動車運転技能で注意機能は必要であり、注意機能評価においてJ-SDSA検査を補う必要があると考える。

ドット抹消「誤り数」の異常に関しては、「誤り数」がJ-SDSAの結果を算出する計算式に関与しないため、注意機能として個別に評価する必要があると考える。

脳波異常に関しては、「てんかん」は、発作後2年以内は原則として運転してはいけないことが法的に決められている⁴⁾ため、異常がある時点で医師との相談が必要である。

このように、J-SDSA 評価だけでは、自動車運転の合否判定をするのは不十分であり、当院で選定した評価による総合的な判断が必要である。

今 後 の 課 題

今回、急性期脳卒中患者でも実施可能な自動車運転評価の評価項目について検討したが、最終的な運転適性判断のゴールドスタンダードは実車評価である³⁾。しかし、当院の現状として、OT部門のマンパワー不足もあり、自動車教習所等との連携は取れておらず、患者には紹介をするのみとなっているため、実車評価へ進めていくための手順を構築していくことは今後の課題と言える。

結 語

今回、急性期脳卒中中の自動車運転における認知機能評価項目について検討した。結果、①HDS-R/MMSE、②J-SDSA、③TMT-A/B、④ADL評価の4項目を、新たな評価項目として導入することとした。上記①～③の検査は、60分あれば実施可能であり、患者負担は軽減され、急性期脳卒中患者にとって実施しやすい内容であると考ええる。

引 用 文 献

- 1) 佐藤亮太, 菅野俊一郎, 信太由宇子, 他: 坂総合病院における自動車運転支援の取り組み, みやぎ作業療法 2018; 11: 21-27
- 2) 山田恭平, 加藤貴志, 外川佑, 他: 脳卒中ドライバーのスクリーニング評価日本版(J-SDSA)の基準値に関する検討. 高次脳機能研究 2018; 38(2): 107-114.

- 3) 加藤貴志：神経心理学的検査を用いた自動車運転支援の現状. 日本作業療法士協会誌 2017；(59)：26-29.
- 4) 山田恭平，佐々木努，工藤章，他：脳血管障害における神経心理学的検査と実車評価との関連性. 高次脳機能研究 2013；33(2)：110-115.
- 5) 一般社団法人日本作業療法士協会 運転と作業療法委員会：押さえておきたい！運転再開の支援の基礎. 2021；p1-23.
- 6) 蜂須賀研二，石合純夫，加藤徳明，他：脳卒中，脳外傷により高次脳機能障害が疑われる場合の自動車運転に関する神経心理学的検査法の適応と判断. 高次脳機能研究 2020；40(3)：291-296.

混乱する医薬品供給に対する当院の取り組み

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 薬剤科)

楠川 侑吾 本多 伸二 小野 勝

緒 言

アセトアミノフェン製剤に無届けの中国製輸入品を混ぜた出荷や、抗真菌薬への睡眠導入薬成分の混入などの、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（薬機法）違反事案を端緒として、様々な後発医薬品メーカーが業務停止や業務改善命令などの行政処分を立て続けに受けており、医療用医薬品の供給不安がいまなお継続している。このような状態に陥っているのは個々のメーカーの問題だけではなく、医薬品業界が抱える構造的な課題が背景にある。2011年には40%未満であった後発医薬品使用割合が、2021年には80%程度とジェネリック医薬品市場が急拡大してきている。一方、薬価は年々下がり続けているため徐々に経営状態が悪化し、市場を撤退するメーカーも増えてきている。そのためメーカーの生産体制は、少量多品目生産になってきている。このような体制による製造工程の複雑化や、納期優先による管理体制の脆弱性は製造能力超過を引き起こし、供給不安の一つの要因となりうるという報告がある。

また、このような生産体制だけではなく、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う諸外国でのロックダウンに関わる影響、物流障害、ウクライナ情勢に伴うエネルギー問題に起因するヨーロッパからの供給不安の影響など様々な要因が重なり、現在の医薬品供給不安につながっている（図1）。

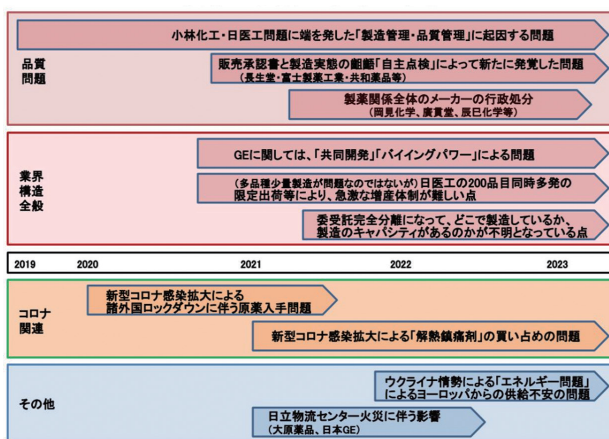


図1 医薬品供給不安の事象の変遷

第1回 供給情報WG 医療用医薬品の安定確保策に関する関係者会議資料（令和5年9月）より抜粋

また一方で、販売中止となる医薬品も多くなっている。令和5年12月時点、全医薬品の約11%（1822品目）で販売中止が公表されている。これは、不採算品目や競合

他社製品が存在する品目を販売中止にすることで資源を集中投資することができ、継続販売品目の生産能力の強化を図ることができるためである。

このような状況下、2023年11月現在、当院では、採用医薬品全1350品目のうち142品目が出荷調整中、7品目は処方停止を継続しており、収束の見通しが全く立っていない。今回、この混乱する医薬品供給に対する当院のこれまでの取り組みについてまとめたので報告する。

方 法

出荷調整や販売中止となった採用医薬品目に関する定量・定性把握として、2019年10月から2023年10月の4年間における対応記録を後方視的に調査した。調査項目は該当品目名、メーカーからの情報提供状況、対応状況（在庫確保、医薬品卸との入荷計画の相談、院内スタッフへの周知状況、処方量調査など）とした。

また、供給不安が院外処方せん疑義照会に与えた影響として、2023年10月における院外処方せん疑義照会対応記録を後方視的に調査した。調査項目は全疑義照会件数、医薬品供給に関する疑義照会件数、該当品目名、対応状況（処方変更、処方中止、他規格品への変更、先発品への変更など）とした。

結 果

当院採用医薬品のうち調査期間中に出荷調整となった品目は423品目だった。そのうち25品目は処方停止の対応をとったが、残り398品目は在庫確保や代替薬への切替え等の対応を行い採用継続することができていた（図2）。約13%の56品目は製薬メーカーからの情報提供がなく、在庫確保などの対応が後手に回ることがあった（図3）。院内周知状況としては、98品目が院内全体周知、86品目が一部診療科のみ周知しており、残り239品目は周

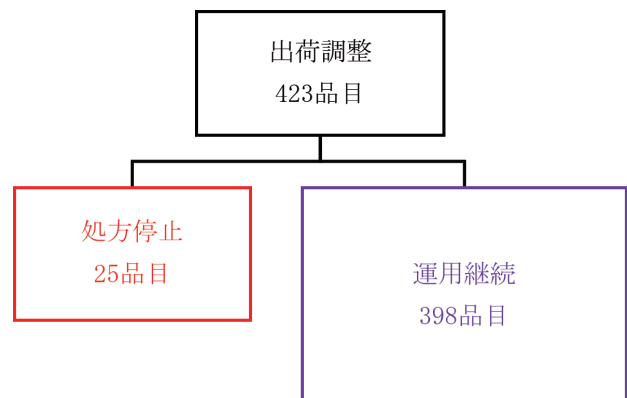


図2 出荷調整品目に対する対応状況

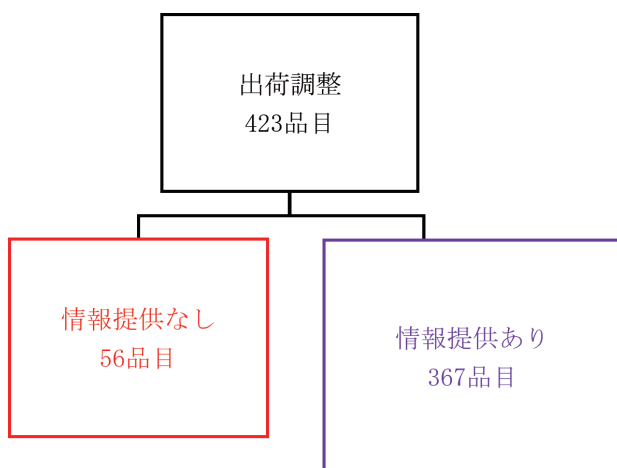


図3 製薬メーカーからの情報提供状況

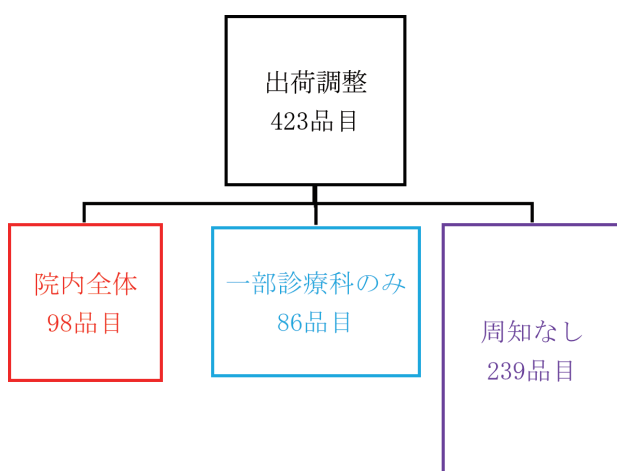


図4 出荷調整品目の院内周知状況

知を行わなかった（図4）。

また、当院採用医薬品のうち調査期間中に販売中止となった品目は178品目だった。そのうち48品目は採用を廃止しており、残りの130品目は同成分他社製品や類似薬へ切替えることができた（図5）。

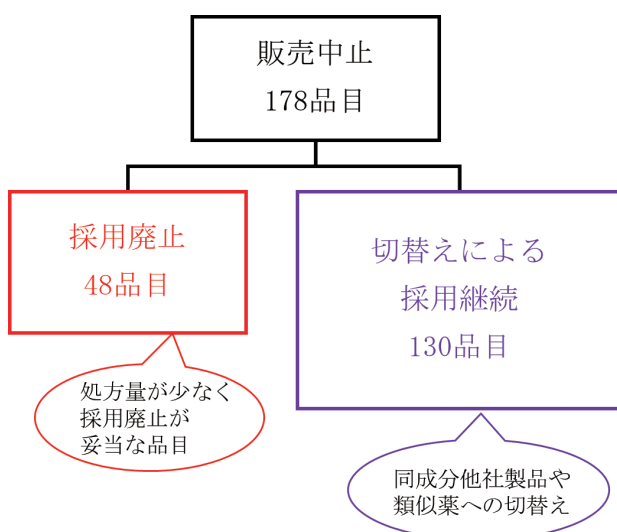


図5 販売中止品目の内訳と業務負担への影響

院外処方せん疑義照会状況は、調査期間の1ヶ月で620件あり、そのうち約21%の133件は医薬品供給に関連する疑義照会だった。そのうち薬剤の中止（7件）や同効別成分薬への変更（36件）など薬物治療計画の変更を余儀なくされるケースもあった（図6）。

対象期間：2023年10月

件数：全疑義照会620件中133件

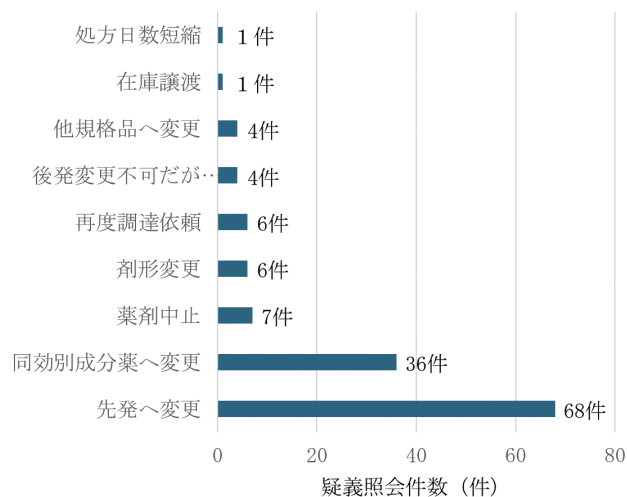


図6 医薬品供給に関する疑義照会状況

考 察

出荷調整品目のうち約94%と大半の採用が継続できていた。これは、出荷調整の情報が得られれば迅速に当院の処方量、メーカーや医薬品卸の在庫出庫状況等を確認し、当院処方実績に応じた適切な在庫確保ができていたことに起因していると考えられる。また、同成分他社製品の出荷状況についても迅速に情報収集を行い、切替えの検討も行われていた。その一方で、運用が継続できた品目でも在庫確保等の対応に遅れが生じた場合があった。これは約13%の品目でメーカーからの周知がなかったことに起因すると思われる。発注しても未納となった段階で出荷調整となっていることを認知するなど、在庫確保等の初期対応が遅れ、診療科に処方制限を依頼する等の事態に陥ったケースもあった。このような事態にならないようなメーカーからの情報提供体制の整備が望まれる。最近厚生労働省主導で出荷調整状況データベースが構築されつつある。しかし、メーカーのデータ入力漏れや、メーカーの見解と医療機関や医薬品卸等の実物流状況との齟齬が生じており、未だ十分に有効活用できていない状態である。

また、25品目の処方停止に至った要因は、代替薬がないことや在庫確保が困難であったことである。更に、急な出荷停止に起因した処方停止が多く、性急な治療方針の変更を迫られることから、限られた時間での処方データの収集、処方停止時期や代替採用品目の検討等、業務負担が最も大きかった。

院内での周知行動は、在庫確保ができており、処方制限など具体的な対策が不要であると判断した品目について

ては、情報過多とならないよう意図的に行わなかった。また特定の診療科での使用に限られるような品目については当該診療科のみの周知とした。

販売中止となった品目のうち約73%は同成分他社製品や類似薬への採用切替えを検討することで採用継続することができていた。販売中止は計画的に行われることが多く、メーカーからの情報提供も事前に入るため、比較的切替え検討の時間を設けることができたことが要因の一つであると考え。また、採用廃止品目については、元々処方量が少なく廃止が妥当なものが多かったことから、診療科への影響は少なく、むしろ適正な採用薬管理が行われていたと考える。

院外処方せん疑義照会については医薬品供給に関わる疑義照会が約2割を占めており、医薬品供給不安により業務負担が増えている可能性が示唆された。先発品・他規格品・処方日数の変更等の対応で薬物治療が継続できるケースが大半を占めていたものの、別成分同効薬への変更や薬剤中止など薬物治療計画の変更を余儀なくされ

たケースもあり、患者の薬物治療に影響があった可能性が考えられる。

このような医薬品供給不安が続く中、物流の2024年問題が迫っている。医薬品物流においてもこの影響を受け、ますます供給不安が加速する可能性がある。この問題を解決できるよう、予見的そして能動的な情報収集に基づいた在庫確保体制の構築が必要である。

結 論

出荷調整や販売中止となった品目に対して、処方停止や採用廃止を最小限に抑える取り組みを整備したことで、大部分の品目については採用を継続することができていた。その反面、情報収集、在庫確保、代替採用の検討や疑義照会対応等の業務負担が増加していた。医薬品の供給不安は当面解決されておらず、今後の生産供給体制改革に対応できるよう薬剤科内の資源確保が必要である。

放射線治療の環境に適合した火災発生時ワークフローの構築と実践

(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)

利久 法子 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)

杵岡 かおる 藤原 麻紀子

緒 言

医療機関における火災発生時の対応は企業などの一般的な手順とは異なり、医療施設の特性に応じた個別の対応が求められる。火災発生による延焼の被害を最小限とするには、消防隊が到着するまでの時間内で、患者の避難誘導や自衛消防活動を如何に迅速・的確に行うことが重要である。放射線治療科では、消防法に基づく消防訓練を定期的実施している。院内取り決めの火災発生時ワークフローは病棟を想定したものであるため、放射線治療特有の被ばくし得る環境や治療手技を踏まえたフローとはなっていない。これらの背景から我々は放射線治療の環境下に適合した独自のワークフローを作成し、このワークフローに基づき、消防訓練を実践したので報告する。

目 的

放射線治療スタッフが安全かつ的確に火災に対応できるようなワークフローを作成する。また、訓練時に課題を抽出し、ワークフローに問題があれば検討及び修正し実践に活用できる形にすることを目的とする。

方 法

1. 火災発生時ワークフローの作成

病棟ワークフローを放射線治療に携わるスタッフ（医師・看護師・診療放射線技師・ドクタークラーク）で協議し、放射線治療部門に適合した火災発生時ワークフローを作成する。

2. 訓練の実施

作成したワークフローに基づき、i) 病棟で火災が発生しコードレッドが発生された場合、ii) 放射線治療科内で出火した場合の2つのシナリオで発災から10分以内の避難完了を目標に訓練を実施する。

3. 訓練振り返りによる課題の抽出

訓練終了後に参加スタッフおよび病院管理部門の災害担当オブザーバーから意見を聴取し、放射線治療科全体で振り返りを行う。ワークフローに問題が生じた際には、

その見直しを行う。

4. 火災発生時ワークフローの確立

訓練実施後に振り返りを行い課題に対して再検討し、実践に活用できる形に修正する。

結 果

1. 治療部門の協議による決定事項

i) コードレッド発生時の対応

いかなる場合も治療ビームを止めて照射室に入り、患者に状況を説明する。

ii) 火災発生時の災害リーダーの選出と役割

治療科部長がリーダー宣言を行い、リーダーは初期消火の応援者を決定し、応援の指示を出す。

iii) 明らかな火災が確認できる場合の対応

治療台から患者を降ろす。全身照射や定位照射も中止とし、腔内照射の器具は抜かず簡易ベッドに移動させ避難に備える。

iv) 同一階・直下階以外で火災が確認できない場合の対応

照射中の患者に状況を説明して、ビームをきりのいいところまで照射する。

v) 照射の再開の基準

院内放送で安全が確認されたのちの照射再開とする。

vi) 治療エリアの患者人数の把握の方法

災害用シートを使用し照射スケジュール用紙を活用する。

上記 i) から vi) を放射線治療部門独自のワークフローに追加した。

2. 訓練の実施内容

i) 病棟にてコードレッド発生

放射線治療部門の協議による決定事項に基づき、治療ビームを止めて照射室に入り状況を説明した(図1)。明らかな火災が確認できず、病棟は同一階・直下階に該当しないためリーダーの指示により治療ビームを打ち切る。

ii) 放射線治療科内で出火

火災発見者が発災をスタッフに伝えたとともに初期消火を行った。それと同時に災害リーダー宣言によるミニ本部を立ち上げた。放射線技師はビームを停止させ、避難誘導を開始した。小線源治療患者はストレッチャーで

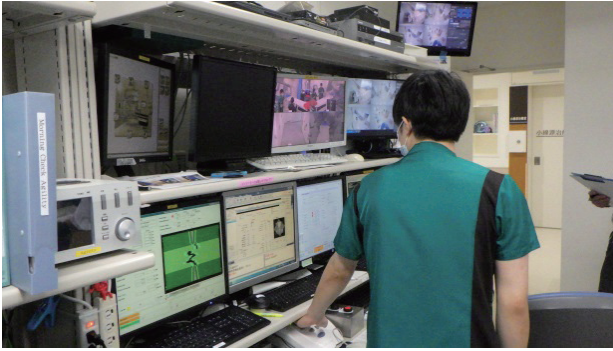


図1 ビームを停止させる様子



図2 ストレッチャーで避難する様子

避難を行った(図2)。

3. 振り返り意見

i) スタッフ意見

消火担当者から初期消火を独りで行ったため、情報伝達が難しく繋ぎ役となる人が必要だという意見が挙がった。そのため複数人で消火を担当することとした。

また、小線源治療に携わるスタッフからは鎮静時の酸素投与などの対応も必要であると意見された。環境面では、消火器の近くに衝立があり取り出しに時間を要したため、患者目隠し用衝立の位置を変更した。

ii) オブザーバー意見(図3)

病院管理課の防災担当者から職員の安全確保に関して



図3 訓練実施後の振り返りの様子

発火場所にミニ本部を立ち上げていたため発火場所から離れた所に立ち上げるべきであると意見があった。また、災害リーダーが患者数やライフライン状況等の記録をしていたが指揮に集中すべきであると指摘された。

4. 放射線治療科の災害ワークフロー

災害リーダーが的確に指示命令できるよう災害リーダー用アクションカードを作成した(図4)。また、放射線治療部門スタッフで修正した火災発生時フローチャート(図5)を基に机上訓練を実施した。

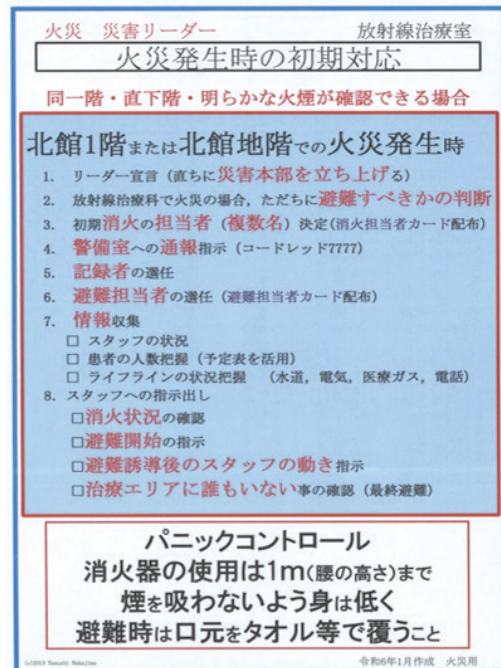


図4 災害リーダー用アクションカード

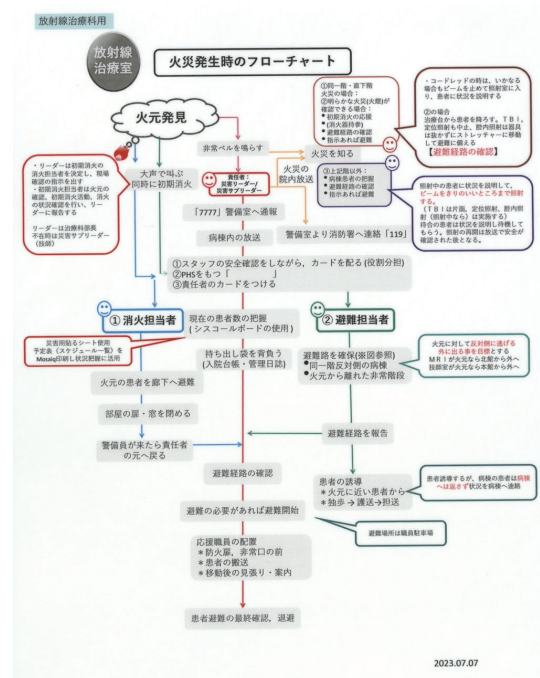


図5 火災発生時フローチャート

結 論

火災発生時ワークフローを放射線治療部門に適合するよう整備し訓練を行うことで課題を抽出し、実践に活用

できることができた。これからもスタッフが入れ替わる時期など定期的に訓練を行い、火災発生時に迅速かつ適切な対応ができる体制を確立し人命の安全を確保することを目指していく。

IVR に従事する看護師の被ばく低減をめざした研修会の成果について

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 放射線技術科)

上青木 悠平

緒 言

X線透視を用いたIVR(Interventional Radiology)は、その検査・治療の技術革新により多くの診療科で用いられているが、医療従事者の被ばくについて十分に配慮されてきたとはいえない。一方で2020年4月に日本医学放射線学会から「医療スタッフの放射線安全に係るガイドライン」(図1)が発行され、IVRに従事するスタッフの被ばく低減への取り組みが求められている。当院ではIVRの件数も増加し、従事する看護師(IVR看護師)からの求めもあり、研修会を通して放射線被ばくの知識を深めて、放射線による散乱線被ばくの低減を目指すこととした。

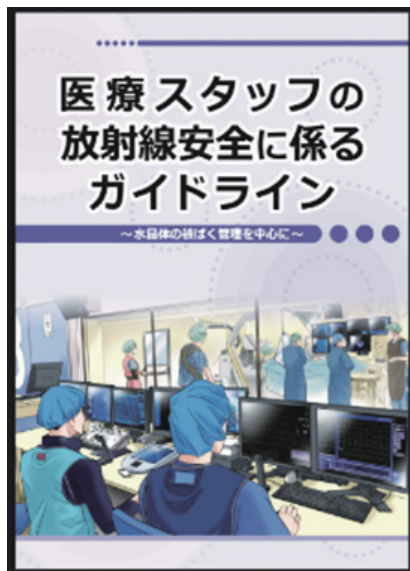


図 1

方 法

研修会に先立ち、血管造影装置の散乱X線データを計測した。計測には、IVRにおける患者皮膚線量の測定マニュアル(医療放射線防護連絡協議会『IVRに伴う放射線皮膚障害の防止に関するガイドライン』)を参考とし、

簡易的な散乱線の量のマップを作成した(図2, 3, 4)。マップは非専門者にも理解できるように定量的な数値や単位などを用いず、定性的に色表示させ可視化した(図5)。さらに、散乱線の発生原理、X線透視と撮影手法によるX線撮影での線量の違いおよび患者の体格による散乱線の違い等も含めて作成した。研修会(図6)の実施後にアンケート調査を実施し、内容を分析した

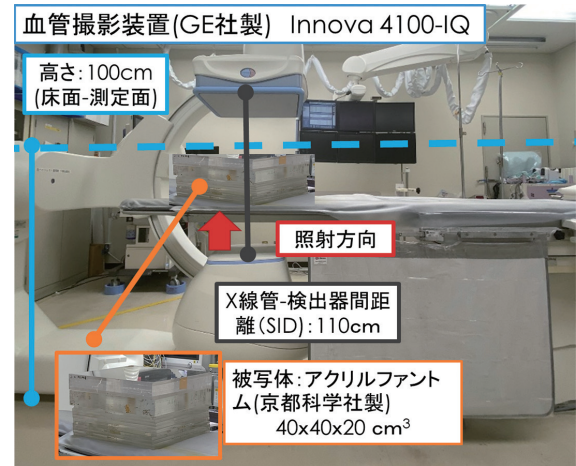
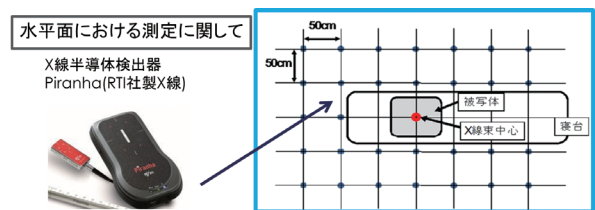


図 2



画像診断用X線半導体検出器(右上図)を用いて、散乱X線の空間的な振舞いを測定するためRL方向、SI方向で各50cm間隔とし測定可能範囲を測定点とした(上左図全29点)
X線束中心(@X)は固定とし、各点での測定回数は1回で行い、散乱X線のデータを取得した。
その測定結果を色と円の大ききで示した

図 3

水平方向の散乱X線量〔 $\mu\text{Sv/hr}$ 〕

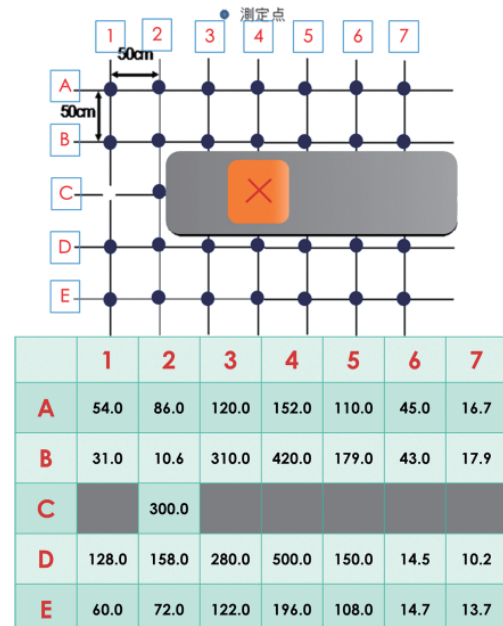


図 4

数値を色と円の大きさに表現

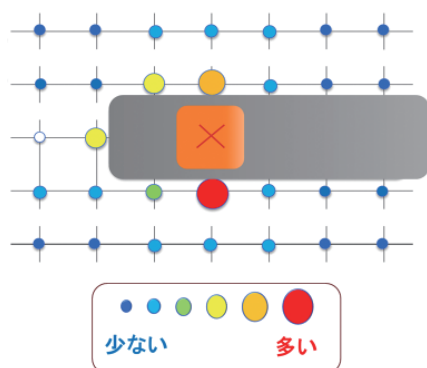


図5



図6

研修後のスタッフのフィードバック

散乱線という言葉は知っていたが、体格によってその量が変わるということを初めて知った。

色表示がとても散乱線の大小のイメージが付いて分かり易かった。

防護眼鏡の着用の必要性について研修会を開催して欲しい。

定期的に同様の研修を行ってほしい。

図7

結果と考察

IVR 看護師へのアンケート結果から、実際の数値や単位などを用いず空間的な散乱線量の違いを視覚的な色表示で提示したことで、血管造影装置の位置関係などにより放射線の線量の強度分布をおおよそ認識してもらえたことが分かった。放射線による被ばく・防護に関しては看護師の理解が乏しいことが多く、容易に理解できたと好評であった(図7)。

研修会の受講後は、IVR 手技中に散乱線量の多い場所へ無用に立ち入ることが少なくなり、被ばく低減につながっている可能性がある。看護師は頻繁な配置換えがあり人の入れ替わりが多く、今後も定期的に本研修会を行い、放射線被ばく低減の一助となれるように努めていきたい。

結 論

IVR 看護師への研修会を行い、放射線による散乱線の被ばく低減に対する看護師の動機付けができた。

エコーセンターでの Asset Performance Management プロジェクト

(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)

後藤 希 安部 有希 山田 雅

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 エコーセンター・消化器内科・腫瘍内科)

宮川 昌巳

はじめに

Asset Performance Management (APM) とは、院内機器 (Asset) の稼働状況 (Performance) を管理、最適化 (Management) を支援するサービスのことであり、超音波診断装置 (エコー機器) や輸液ポンプ、人工呼吸器など移動式の医療機器に対する APM では、これら医療機器の効率的な使用のため、位置情報システム、電源のオン・オフ、検査オーダーや診療報酬請求などの院内データから使用状況を可視化し、そのデータを元に機器の再配置や統廃合、新規機器の購入などを行っている。

今回、エコーセンターにおいて移動式のエコー機器に位置情報システムを取りつけることで、実際のエコー機器の稼働状況のデータを収集し、得られたデータを用いてエコー機器の配置、廃棄機器の選定、新規購入の適正化を行う取り組みを行ったので報告する。

目的

エコー機器のライフサイクルは購入、使用、廃棄の3つのステップに分けられ、それぞれに対して「計画的定期購入」「一次使用・二次使用」「計画的廃棄」というアプローチが考えられる。今回の取り組みの目的は稼働状況などのデータに基づいて、エコー機器のライフサイクル管理を行い、院内全体のエコー機器を有効に活用することである。

方法

まず、院内のエコー機器の設置場所や装備されているプローブ、経年数を調査し、エコー機器の一覧表と院内の配置図を作成した。次に、移動式エコー機器の稼働状況を確認するために、移動式のエコー機器に位置検知センサーを取り付け移動回数、移動場所のデータを収集した。得られたデータを元に、定期的に問題点を抽出し、対策を行った。

結果

院内のエコー機器は合計50台であり、その内訳は生理検査室・エコーセンター管理12台 (据え置き機10台、貸出機2台)、救急室管理2台、外来管理16台、手術室管理4台、病棟管理15台、その他1台であった。

位置検知センサーは移動によるカウントが必要と思わ

れる機器を中心に病棟管理の9台、外来管理の4台とエコーセンター管理の2台の合計15台に取り付けた。エコーセンター管理の1台は貸出機であり、この機器の移動回数が移動式エコー機器の移動回数の指標になると考えた。

エコー機器全体の経年数は調査開始時で最短1年、最長20年、平均7.4年であった。また、位置検知センサーを取り付けた移動式エコー機器の経年数は最短2年、最長17年、平均7.0年であった。

移動回数は計測を開始した2023年4月11日から7月31日までの調査期間で最小0回、最大127回、平均39回であった。

位置検知センサーを取り付けた移動式エコー機器に関して左側に経年数、右側に移動回数を用いてバタフライチャートを作成した (図1)。左側の経年数を上から古い順位に並べると右側の移動回数にはばらつきが生じていることがわかる。また、エコーセンターの貸出機の移動回数は31回であり平均の39回と近い値となった。

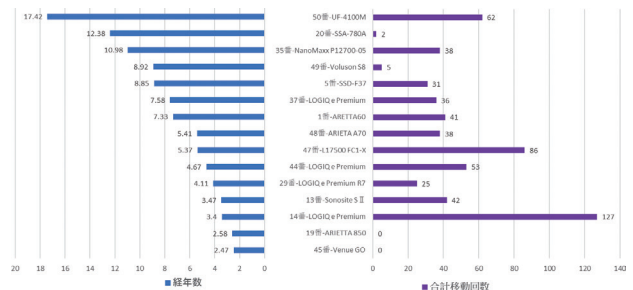


図1 バタフライチャート：経年数対移動回数（経年数順）

さらに、得られた結果を経年数と移動回数を軸とした散布図に置き換え、各エコー機器をプロットした。最後に一般的なエコー機器の耐用年数である7年と、調査から得られた移動回数の平均である39回を基準に4つの領域に分類した (図2)。

右上の第1象限は、経年数が長く、使用頻度が高いエ

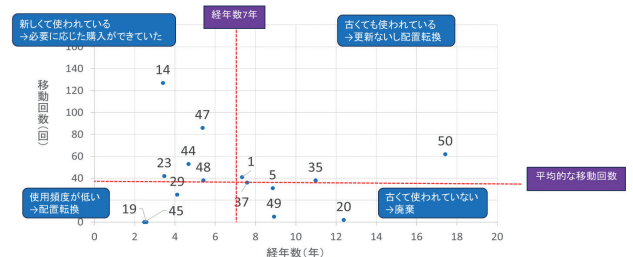


図2 経年数対移動回数 (散布図)

コー機器を表している。この領域はエコー機器の使用ニーズが高い現場と判断し、更新が必要と考えられた。

左上の第2象限は、経年数が短く、使用頻度が高い、つまり、新しく使用されているエコー機器を表している。エコー機器の使用ニーズが高い現場に適切に機器購入ができていたことを示していた。

左下の第3象限は、経年数は短い、使用頻度が低いエコー機器を表している。新しいエコー機器が導入されたがあまり使用されていない状況を示しており、より有効に使用できる場所への再配置が望ましい。

右下の第4象限は、経年数が長く、使用頻度も低いエコー機器を表している。古くて使われていないエコー機器であり、廃棄が妥当と考えられた。

エコー機器の経年数に関して、全エコー機器の経年数分布のグラフを作成した(図3)。従来はエコー機器を各診療科や各部門で個別に管理していたため、購入時期や購入台数のばらつきが生じていた。今回の調査開始当初の平均経年数は7.4年であったが、詳細を調査すると3～5年と9～11年の2つのピークを示しており、購入時期に偏りがあることが判明した。エコー機器をはじめ医療機器には耐用年数があるため、このように特定の時期に大量に購入した場合、将来的に同時期に更新が必要となる可能性が高い。従って、エコー機器の購入には定期的、計画的な更新、購入が必要であり、毎年の購入台数の標準化が望ましい。

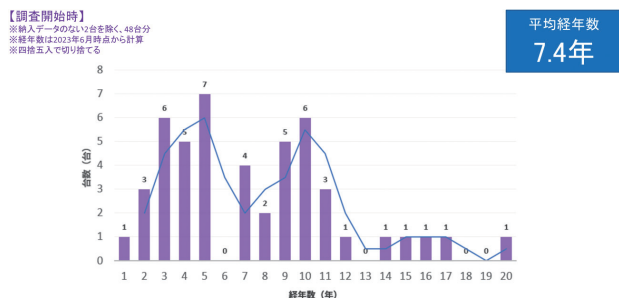


図3 エコーの経年数分布の比較

一方で、エコー機器でも一部の診療に特化した専用機とスクリーニング検査やルーチン検査で使用する汎用機では、必要とされる性能、価格帯や使用頻度が異なるため、画一的に経年数と使用頻度だけで更新や廃棄を判断するのではなく、それぞれの対象機器の位置づけや役割も考慮した購入基準が必要であると考えられた。

今回得られたデータと、使用目的や検査内容などの個別の条件を配慮した上で、エコー機器の配置転換、購入や廃棄機器の選定などの対策を行った(図4)。

右上の第1象限にあった経年数が長く使用頻度の高いエコー機器は更新し、従来のエコー機器は廃棄した。左下の第3象限の経年数が短く使用頻度が低いエコー機器

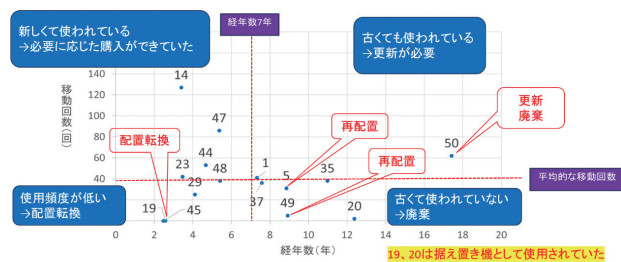


図4 経年数対移動回数(散布図)【対策後】

は、より有効に使用できる場所に配置転換を行った。右下の第4象限領域のエコー機器は経年数が長く使用頻度も低いため、廃棄が検討されたが、プローブなどの周辺機器を組み替えて別の部署へ再配置することで有効に活用することができた。また、移動頻度が低いとされたエコー機器の中には移動させずに据え置き機として使用されていることが判明したものもあり、正確な使用状況を把握することに役立った。

対策後の全エコー機器の経年数は最短0年、最長17年、平均7.0年に短縮された。調査開始時と対策後のエコーの経年数分布の比較を行ったところ、平均経年数は2023年6月の調査開始時では7.4年であったが、対策後は7.0年となり、0.4年の減少となった(図5)。

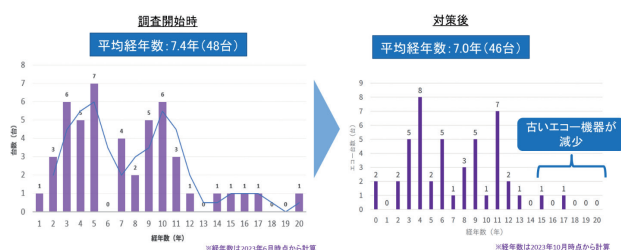


図5 エコーの経年数分布の比較

結 論

エコーセンターにおける APM プロジェクトを行ったことで、病院全体のエコー機器の運用状況を把握することが可能となった。さらに、データに基づいてエコー機器を一括管理することで、現場の使用ニーズに応じたエコー機器の最適配置と経年数の短縮を実現し、エコー機器を有効に活用することができた。

一方で、エコー機器には専用機と汎用機で医学的な必要性や機能とそれに応じた価格の違いという要素があり、使用頻度や経年数だけではなく、臨床現場の実状と組み合わせた計画的な運用が求められる。

今後は据え置き式エコー機器を含めた稼働状況を、電子カルテ上の画像データや会計システムなどと連携させることで、より精度が高く、効率的なエコー機器の運用に取り組んでいきたい。

高流量鼻カニューラ酸素療法の流量特性調査

(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)

白山 幸平 木原 一郎 伊藤 禎章

緒 言

高流量鼻カニューラ酸素療法 (high-flow nasal cannula oxygen therapy : HFNC) は酸素と空気の混合気を加温加湿して患者に投与する酸素療法である。酸素濃度が100%まで任意で設定可能であり、高流量ガスによって解剖学的死腔が洗い出されて若干の換気補助効果も見込めるなど、酸素療法としては最も強力な位置付けとなっている。2010年代から急速に普及し、近年では人工呼吸器のモードの一つとしても搭載されるなど、多くの医療機関で広く一般に行われるようになった。

今回、解析装置を用いて HFNC の実測流量を調べた際、吸入酸素濃度を上げると流量増加する現象を確認した。吸入酸素濃度と流量増加に関係があることに疑問を抱き、他にも流量に影響を与える要因があるのか調査することとした。

目 的

HFNC の流量変化の要因とその程度を調査し、機器の適切な点検や臨床使用を行う際の参考とする。

方 法

測定環境は、M サイズの鼻カニューラ (Optiflow) の先端を完全開放状態とし、実臨床で受ける鼻腔内における抵抗を考慮しない形とした。流量の測定には解析装置 (PF-300) を用い、鼻カニューラと呼吸回路の間に接続した。(図1)

当院で HFNC を行う方法は主に専用機であるブレンダ式 (PMB-7000) と人工呼吸器 (Evita Infinity V500) の酸素投与モードであり、今回はそれぞれで測定を行うこととした。

また測定する気体状態を室温、大気圧、乾燥状態 (ambient temperature and pressure, dry : ATPD)、37℃ の飽和水蒸気 (body temperature and ambient pressure, saturated with water vapor : BTPS) で区別した。

測定条件は以下のようにした。

- ①設定流量を 50 L/min で固定し、吸入酸素濃度を 21%, 50%, 100% に変更 (気体:ATPD)
- ②設定流量を 30 L/min で固定し、空気供給圧を

0.36 MPa, 0.41 MPa, 0.46 MPa に変更 (気体 : ATPD)

- ③設定流量を 50 L/min, 吸入酸素濃度を 50% で固定し、ATPD と BTPS を対比

②の流量のみ 30 L/min となっているのは空気供給圧を変更するために用いたコンプレッサの供給能力を考慮してのことである。

結 果

- ①設定流量を 50 L/min で固定し、吸入酸素濃度を 21%, 50%, 100% に変更 (気体 : ATPD) (図2)

ブレンダ式は吸入酸素濃度 21% で 48.3 L/min, 吸入酸素濃度 50% で 50.9 L/min, 吸入酸素濃度 100% で 51.2 L/min であった。若干ではあるが吸入酸素濃度に連動した流量増加が認められた。また、この時流量計のフロートも操作していないにも関わらず動いていた。

人工呼吸器は吸入酸素濃度 21% で 43.4 L/min, 吸入酸素濃度 50% で 43.4 L/min, 吸入酸素濃度 100% で 43.5 L/min であった。流量変化は生じなかった。

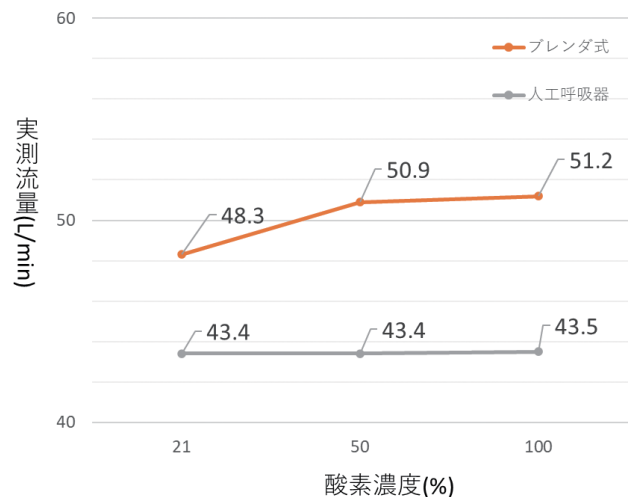


図2 吸入酸素濃度変更時の実測流量変化 (50 L/min 設定)

- ②設定流量を 30 L/min で固定し、空気供給圧を 0.36 MPa, 0.41 MPa, 0.46 MPa に変更 (気体 : ATPD) (図3)

ブレンダ式は空気供給圧 0.36 MPa で 27.8 L/min, 空気供給圧 0.41 MPa で 31.6 L/min, 空気供給圧 0.46 MPa で 33.7 L/min であった。空気供給圧の上昇に連動した流量増加が認められた。また、この時流量計のフロートも操作していないにも関わらず動いていた。

人工呼吸器は空気供給圧 0.36 MPa で 26.1 L/min, 空気供給圧 0.41 MPa で 26.3 L/min, 空気供給圧 0.46 MPa

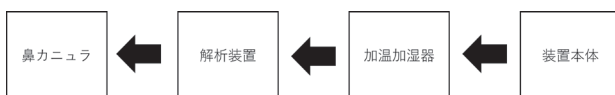


図1 測定環境の簡易図

で 26.3 L/min であった。流量変化は生じなかった。

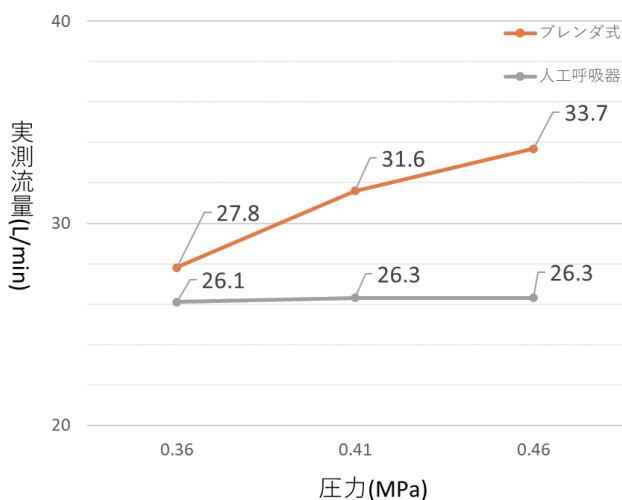


図3 空気供給圧力変更時の実測流量変化（30 L/min 設定）

③設定流量を 50 L/min、吸入酸素濃度を 50% で固定し、ATPD と BTPS を対比（図4）

ブレンダ式はATPDで50 L/min、BTPSで56.1 L/minであった。加温加湿により約1.1倍の流量増加が認められた。これまでの結果と異なり流量計のフロート移動は伴わなかった。

人工呼吸器はATPDで43.4 L/min、BTPSで50.3 L/minであった。加温加湿により約1.1倍の流量増加が認められた。

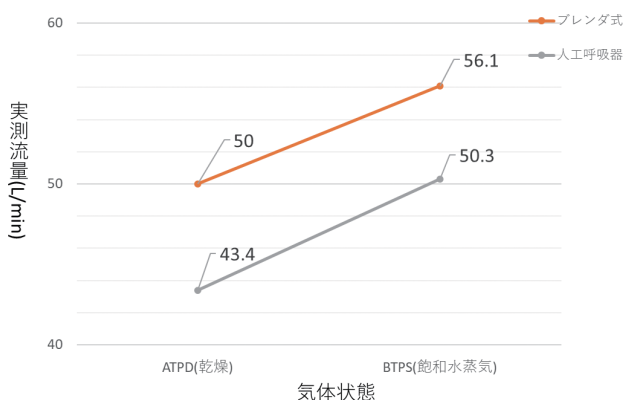


図4 気体状態変化による実測流量変化（50 L/min 設定）

考 察

吸入酸素濃度変更と空気供給圧変更はブレンダ式のみに影響を与えた。空気供給圧 0.46 MPa は 0.36 MPa の約 1.28 倍であり、流量 33.7 L/min は 27.8 L/min の約 1.21 倍である。また酸素供給圧は一般的に他のガスに対して 0.03 MPa 以上高くすることが医療ガスの基準であり、測定環境の配管圧力を確認すると酸素が 0.46 MPa、空気が 0.41 MPa であった。酸素配管圧力が空気配管圧力に対して約 1.12 倍であり、吸入酸素濃度 100% 時の 51.2 L/min は吸入酸素濃度 21% 時の 48.3 L/min の約 1.06 倍である。

どちらも供給圧差の倍率に対して流量差の倍率が少し低くなっているが、供給圧差が流量差と何らかの関係を持っていることが考えられるのではないだろうか。圧力変化にフロート移動が伴ったことも、ブレンダ式が強いガス供給を絞って流量調整している構造であると考えれば理解可能である。

人工呼吸器がガス供給圧で流量変化を生じなかったことは、人工呼吸器に流量調節のための機構が備わっているためである。今回使用した Evita Infinity V500 は圧縮空気と高圧酸素の供給を減圧弁で減圧した後、差圧式フローセンサで流量を測定し、フィードバック制御で比例電磁弁の開閉度を調整している。流量を設定通り維持するための制御がかけられているため、比例電磁弁の開閉で調整可能な範囲であれば人工呼吸器は供給圧の影響を受けない。試験的に空気供給圧を著しく下げたが 0.10 MPa までは動作に影響しなかった。（図5）

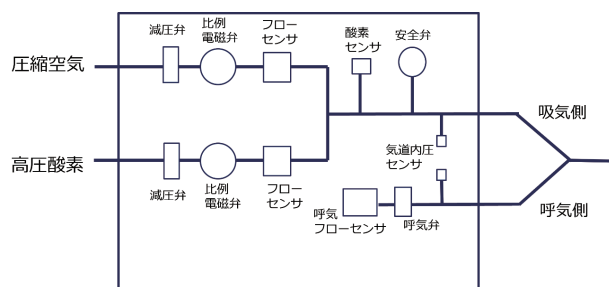


図5 今回調査した人工呼吸器内部機構の簡易図

ATPD から BTPS にガス状態が変化したことにより流量が約 1.1 倍に増加したことは気体容積が増加したことによるものではないかと考えられる。（ P_B ）1 気圧，（ T ）室温 25℃ としてボイル＝シャルルの法則により ATPD と BTPS の容積比を求めると、 $(P_B / (P_B - 47)) \times (310 / (273 + T)) = (760 / (760 - 47)) \times (310 / (273 + 25)) = 1.108841552 \div 1.1$ となり約 1.1 倍となる。これは流量の増加分とも一致し、加温加湿による流量増加は容積増加が原因であると考えられる。ブレンダ式の流量計でフロート移動が伴わなかったことも、流量計を過ぎた後の容積増加であるためである。人工呼吸器が BTPS で設定通りの流量となったことも、人工呼吸器が加温加湿器の使用を前提として設計をされた機種だったからであると考えられる。

結 論

今回調査した 2 機種において HFNC を行う際、ブレンダ式の流量は吸入酸素濃度、ガス供給圧力、加温加湿の有無の 3 つの要素から影響を受け、人工呼吸器は加温加湿の有無の 1 つの要素から影響を受けた。影響の程度は大きくとも約 1 割であり臨床使用上の問題とはなりにくい。精度管理を含めた機器管理を行っていく上では理解しておく必要がある。

院内臓器移植コーディネーターの役割と活動報告 ～院内臓器提供体制の構築に向けて～

(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)

川勝 伸也

はじめに

臓器移植とは、重い病気や事故などにより臓器の機能が低下した人に、他者の健康な臓器と取り替えて機能を回復させる医療である。第三者の善意による臓器の提供がなければ成り立たない。救命が不可能であると診断された場合、終末期の選択肢の一つに臓器提供がある。

日本では年間6,000～10,000人の脳死患者が存在すると言われている。一方、臓器移植の待機者は約16,000人であるが、年間の移植実績は約3%に留まっている(図1)。

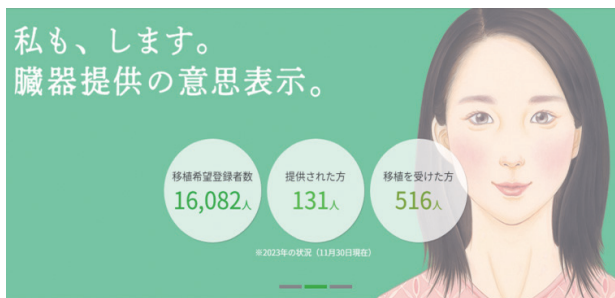


図1 日本の臓器移植事情(2023年11月30日現在)
日本臓器移植ネットワークHPより引用

救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインでは、救命の見込みがない状況では患者の意思に沿った選択が望ましいとされている。しかし、臓器提供の意思表示をしている人は約10%程度に過ぎない(図2)。

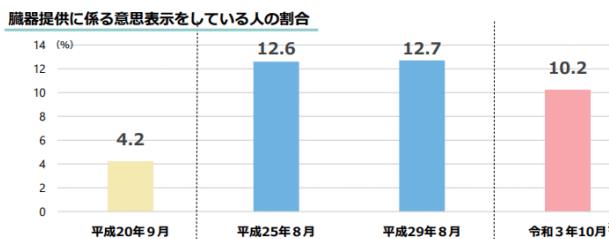


図2 臓器提供に係る意思表示をしている人の割合
厚労省 令和3年度「移植医療に関する世論調査」概要より引用

日本での提供者数が少ない要因として、脳死が「臓器を提供する場合に限って」人の死とされていることや、臓器提供ができる施設が限定されていることが挙げられる。また、医療現場で脳死患者が発生した場合の対応策が明確でないため、多くの脳死患者とその家族に臓器提供の話を伝えられていないのが現実である。

その結果、病院において患者の尊い意思が拾い上げられていない可能性が考えられる。当院は、「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針(ガイドライン)上、5

類型に該当する臓器提供施設であるが、当院においても同様であると考えられる。

私は2021年11月に院内臓器移植コーディネーターに任命され、その役割と取り組みについて報告する。

目的

本稿の目的は、院内臓器移植コーディネーター(院内Co.)の役割と、院内における臓器提供体制構築に向けた具体的な取り組みについて報告し、当院の臓器提供体制の現状と課題を明らかにして、今後の取り組みの方向性を示すことである。

内容

臓器提供に関する患者の意思を、より確実に活かすことができる院内体制の整備を目標に取り組んだ。

当院の院内Co.は、2010年の立ち上げから10年以上担っていた医師の異動に伴い、2021年11月に患者支援センター相談支援室の医療対話推進者である私が任命された。臓器提供時の家族ケアや普及啓発活動を行うことを目的に引き受けたが、当初は臓器移植について無知であり、看護師1人では何も進まないと考えた。そこで、京都府臓器移植コーディネーター(府Co.)に院内体制について相談した。面談の場を設定し、府Co.および京都府健康対策課担当者と共に、当院の臨床倫理委員長を兼任している副院長へ、院内Co.の役割や増員の必要性を説明し共有した。病院理事間で協議され、2023年6月から救急科部長医師1名、私と救急室師長の看護師2名、臨床検査主席技師1名の計4名が、京都府認定の院内臓器移植コーディネーターとなった。(図3)。

	2010年 5月～	2021年 4月～	2021年 11月～	2023年 6月～
医師	1	0	0	1
看護師	0	0	1	2
臨床検査技師	0	0	0	1

図3 京都市立病院の院内臓器移植コーディネーターの推移

私は臓器移植についての知識を学ぶ必要があると考え、同年6月に日本看護協会主催の「臓器移植における基礎知識と看護実践」講座を3日間受講し修了した。

次に、院内臓器提供に関わるコアメンバーで集まり、院

内Co.の役割や課題等を既存の臓器提供進行表（以下、進行表という）に沿って確認する会を開催した。脳死患者の治療に携わる可能性の高い医師からは、検討症例が発生した際に実際に行動できる進行表への改訂を求める声があった。これに伴い、医療現場の初動を支えるため、府Co.の協力のもと、進行表を見直し、検討症例が発生した段階から加筆修正した（図4）。

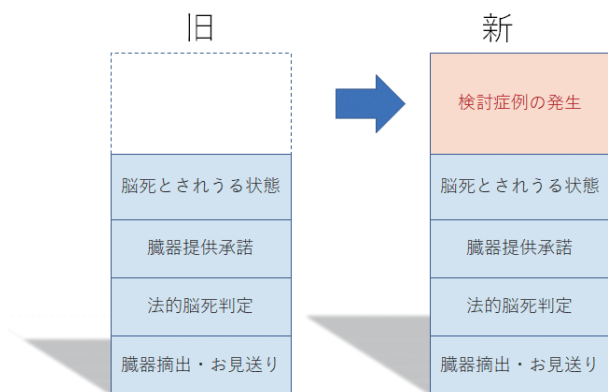


図4 臓器提供進行表の改訂

さらに、模擬症例（図5）やシナリオ（図6）を作成し、院内関係者に配役を割り振り、院内机上シミュレーションを開催した。シミュレーションには、府Co.だけでなく他県Co.2名、組織移植Co.1名の協力のもと、院

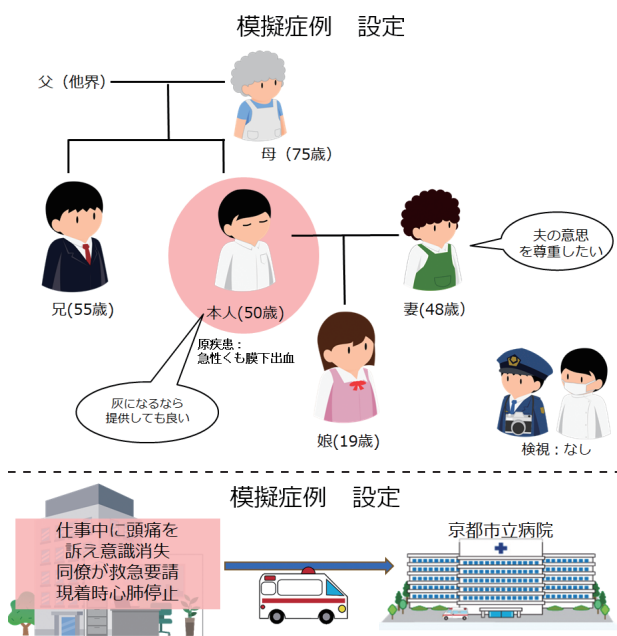


図5 模擬症例

第1段階【最大限の治療および脳死とされる状態(終末期)の診断】				
場面	項目	配役	場所	セリフと動き
1-1	ナレーション			本日は入院から5日目の11/6 50代男性(以下)で出血。職場で頭痛を訴え救急要請、到着時心臓停止。入院時JCSⅢ-300で対光反射(+)瞳孔拡大(5/5)mm 搬入後心拍再開。同日、開頭血腫除去術施行するが脳浮腫強く、手術後は自発呼吸なく人工呼吸器管理となる。脳ヘルニアの所見認め、脳幹反射の消失を確認。神経学的予後不良が予測された時点で臓器提供の適応判断を開始します。
	主治医	YU		(電話をかける)もしもし、診療部長ですか？ICUの京都太郎さんですが脳死が予想されます。臓器提供の可能性も視野に入れた方がよいでしょうか。
1-3	診療部長			まずは適応を確認しましょう。電子カルテ内の適応判断シート(★資料1)を見て下さい。先生から院内Co川崎さんへ連絡をお願いします。
1-2	主治医			電子カルテの適応判断シートを開く。(グループウェア一病院内マニュアル文書一Ⅱ部門横断的マニュアル)脳死後の臓器提供マニュアル別紙3—臓器提供の適応判断シート) (院内Co川崎氏に電話する。)もしもし川崎さんですか？僕は脳死が予想される患者さんがおられます。今後について相談したいので来てもらえますか？
1-3	院内Co			(電話で) わかりました。今からそちらに向います。脳死判定委員長にも連絡します。(ICUへ移動)
1-2	ナレーション	YU		主治医、診療部長、院内Co川崎さんは「情報受達確認事項」(★資料2)に沿ってJOTCoへの連絡事項を整理する。
1-4	院内Co			では京都府Coにも連絡しますね。
	京都府Co			(電話で)はい。京都府Coです。患者さんの情報をお聞かせ下さい。今から病院に向います。現時点でわかる範囲で意思表示の有無の確認をお願いします。
1-5	ナレーション	YU		次の場面では、より詳細な患者情報、禁忌事項の判断に必要な事項について確認します。
	京都府Co			たいたい到着しました。よろしくお願いたします。まずは禁忌事項、確認事項を明確にするため、「一次評価チェックリスト」(★資料3)の項目に従って情報をお願いします。
1-6	ナレーション	YU		主治医、診療部長、集中治療科部長が必要事項を京都府Coに情報提供し、京都府Coが「一次評価チェックリスト」を記載します。
	院内Co	YU		入院申込書には「意思表示カード所持なし」にチェックがありました。
1-7	京都府Co	YU		わかりました。本人意思については今後、面談時にご家族にお聞きします。
	京都府Co	YU		JOT本部に「一次評価チェックリスト」の内容を報告します。
1-8	京都府Co	YU		JOTに報告したところ、ここまでで絶対的な禁忌に該当するものは見受けられません。
	京都府Co	YU		脳死とされる状態の診断はいつ実施されますか？
1-9	主治医	YU		診断にあたり事前の確認ですが、機静剤や筋弛緩剤、イーケブラなどの中止は何時でしたか？
	主治医	YU		今日の昼に3時止まりました。明日の午後からであれば24時間経過しているので、判定に支障は影響しません。明日13時ごろから開始したいと考えています。
1-10	主治医	YU		(電話で)検査技師さん、明日の13時から感度と過感度を合わせて脳波測定をお願いします。
	脳波検査技師	YU		はい。では12時からICUで脳波の準備をします。
1-11	主治医	YU		ありがとうございます。ではオーダー入れておきます。
	主治医	YU		

図6 シナリオ（一部掲載）

長・副院長・事務局長含む院内関係者22名が参加した。冒頭に日本臓器移植ネットワークが監修した動画を視聴し、日本の臓器移植事情を共有した。その後、修正した進行表に基づいたシナリオを用いて、初動からお見送りまで通読することで臓器提供の流れを確認し、当院の課題を共有することができた（図7）。



図7 院内机上シミュレーションの様子

院内机上シミュレーション後のアンケート結果を踏まえ、今後は、院内CO.に事務職員を含めた体制を整え、既存マニュアルの改訂、法的脳死判定や手術室シミュレーションを開催して院内体制構築を推進していきたい。また、院内研修会を開催し普及・啓発に取り組んでいく。さらに、献眼や組織移植の院内体制構築についても検討したいと考える（図8）。

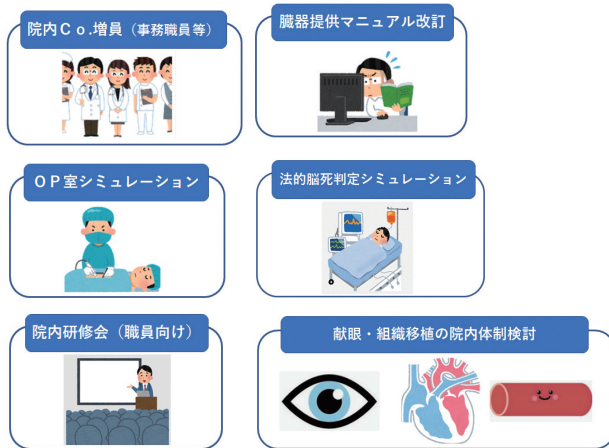


図8 今後の取り組み内容

おわりに

脳死状態と考えられる患者の治療継続をするうえで、当院の医療スタッフの中には、臓器提供の選択肢を提示することは不謹慎だと発言する者もいる。その発言を否定するのではなく受け止め、臓器移植に関する正しい情報を伝えて医療スタッフの知識を補うことは、院内Co.の役割であると考えます。

しかし、院内Co.は、決して臓器提供を促進する役割ではない。患者の「臓器を提供したい、したくない」という権利が尊重され、臓器提供が本人や家族に希望を与える選択肢の一つになり得ると考える。

また、悲嘆にくれる家族の思いに寄り添いながら、患者の価値観や人生の物語を伺い、家族が適切な判断や自由な意思決定ができるよう現場職員と共にチームとして支援することが最大の役割だと考える。エンド・オブ・ライフケアにおいて、私が看護師であり、かつ医療対話推進者としての強みを発揮できればと思う。

乳癌患者さんの退院時指導を多職種で共有しよう！ ～PX 研修後，多職種勉強会を開催して～

（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）

平野 真美子 植木 明

（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）

久保 美帆

（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）

田中 好美

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 乳腺外科）

森口 喜生

緒 言

当院では医療の質向上に向けて，患者経験価値（patient experience：PX）改善活動に取り組んでいる。令和5年8月のPX研修会のグループワークでは「患者への退院時指導」について多職種で意見交換した。その中で「指導内容が多職種間で共有されておらず，職種により退院時の指導内容が異なることがある」との課題が明らかになった。近年，多職種連携が進み，各職種から退院時指導を行うことが一般的である。しかし，お互いの指導の内容を把握しないまま指導を行うことは，患者の誤解を招き，退院時指導の患者経験価値の低下に繋がる可能性がある。

研 究 目 的

この退院時指導についての課題解決のため，乳癌患者への指導に取り組む，4B病棟看護部，リハビリテーション科，栄養科が合同で多職種間の指導内容を共有する勉強会を実施したので報告する。

方 法

実施日は令和5年11月17日。各部署が指導資料を持ち寄り，看護師・作業療法士・管理栄養士の3職種を含む小グループに分かれて指導内容の共有を行った。看護部からの指導資料では手術後の生活や下着の選び方，リハビリテーションについて，手術後の出血やリンパ浮腫についてなどの内容が網羅された小冊子を使用している（図1）。リハビリテーション科の資料では，退院後の生活について，手術側の肩～手指の運動方法や生活の中で積極的に手や体を使う内容について，イラスト入りのものを使用している（図2）。栄養科の資料では，Q & A方式で指導時によくある疑問点や食事の工夫点について記載した資料を使用している（図3）。各部署の内容について説明の後，看護師・作業療法士・管理栄養士を含む小グループごとに質疑応答や意見交換を行った。参加者には，今回の勉強会についてのアンケートを実施した。今回の勉強会の所要時間は30分とした。



図1

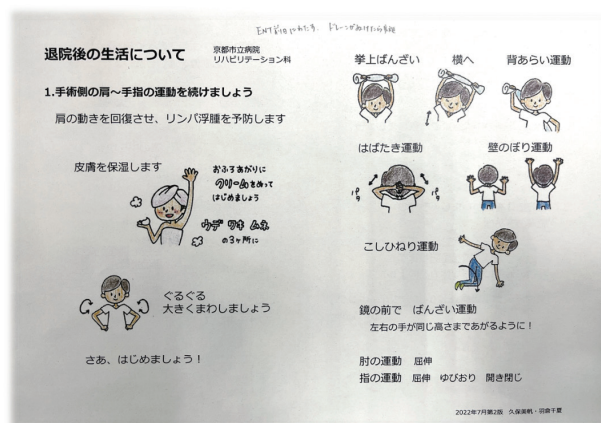


図2

結 果

医師，看護師，作業療法士，管理栄養士，薬剤師の20名が参加した。アンケートでは①「多職種の指導内容は理解できたか」（図4），②「今後円滑な多職種連携に繋

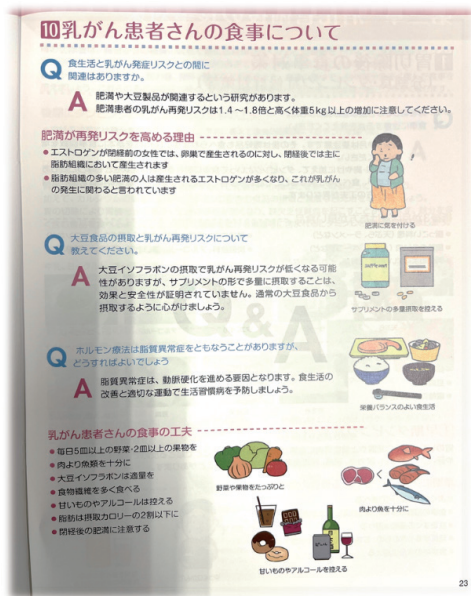


図 3

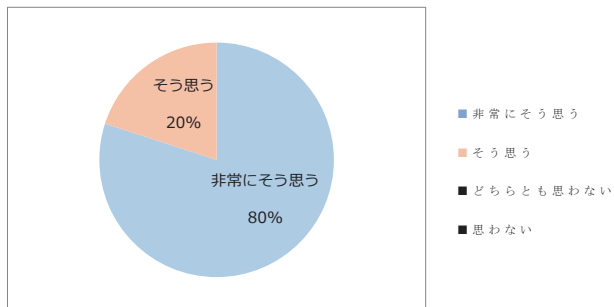


図 4

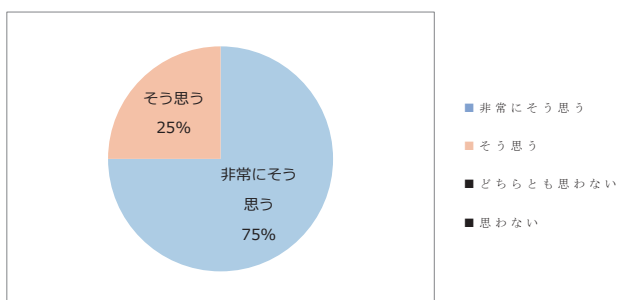


図 5

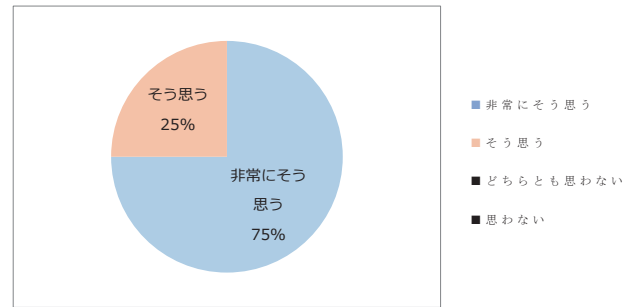


図 6

がらと思うか」(図5), ③「患者への分かりやすい指導に繋がらと思うか」(図6)の3つの質問はいずれも、「非常にそう思う」「そう思う」「どちらとも思わない」「思わない」の4段階の選択肢のうち、「非常にそう思う」「そう思う」という回答が100%となった。自由意見では、指導資料の一部見直しの必要性や、外来での栄養指導実施の要望もあがった。リハビリテーションについても目的や実演が分かりやすかったという意見があがった。30分という短時間の開催であったが、指導内容の共有や多職種連携の必要性が理解でき、有意義な勉強会となり交流ができた。

考 察

勉強会の実施により、多職種による指導内容共有の重要性が理解でき、今後の患者指導の改善点が明らかになったことで、指導資料の改訂を進めていくことになった。また、交流が持てたことで職員同士の繋がりも持てた。このように、改善の取組みを進め、PX向上につなげていきたい。

患者・家族や多職種、地域とパートナーシップを築き退院後の暮らしを支える ～患者と関わる時間を生み出す業務改善～

(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 3D 病棟)

津田 磨美 北川 陽子 上野 美香

緒 言

3D 病棟は脳卒中センターとして地域の医療機関や救急外来より脳卒中患者の受け入れを行なっている。脳卒中は発症すると一命を取りとめたとしても後遺症が残ることが多く、寝たきりとなる疾患の第1位であり、介護を必要とする人の2割が脳卒中発症後の患者と言われている。脳卒中を発症すると、一時的・永続的にセルフケア支援が必要とされる。セルフケア支援の中でも、排泄介助への負担感を訴える患者や家族が少なくない。そのため、入院を契機に療養先を自宅から療養型病院や老人保健施設、老人介護施設へ変更を希望されることや、患者と家族の間で退院後の希望する療養先に乖離が生じることがある。3D 病棟看護師の役割は、残存機能を最大限に活かせるようにセルフケア支援を行ない、患者の回復への意欲を引き出し、生活の質（quality of life：QOL）の維持・向上を目指していくことである。現在は、病院のみで治療や療養を完結はすることは難しく、地域へ戻り家族や地域支援者が療養生活を支えている。そのため、地域支援者と情報交換すること、地域支援者へケアを繋いでいくことが重要である。家族間や支援者の思いに乖離が生じないようにするためには、患者や家族の思いに寄り添い意思決定していく必要がある。意思決定の場合は、入院時に患者や家族との面談、日々のケアの中や地域支援者からの聞き取り、院内・院外多職種カンファレンスなど多岐に渡っている。意思決定は治療やセルフケア支援と同様に大切な支援となっている。昨今の高齢社会により社会背景も複雑化し、患者一人一人に関わりを要する時間も増えている。3D 病棟は病棟や疾患の特性により、緊急入院対応、セルフケア支援、せん妄・混乱対応、社会的問題、看護記録などにより時間外勤務が増え、看護師が疲弊している状態であった。そのため、3D 病棟看護師の役割を果たし、看護師として充実した時間を生み出す取り組みとして、スタッフが「患者や家族と向き合う時間を生み出そう」をキャッチフレーズに、時間を生み出すための業務改善に取り組んだ。今回、取り組みを行った内容と成果を報告する。

目 的

3D 病棟看護師の役割として、患者・家族の思いに寄り添い意思決定を支え、その人らしい療養生活の場へと繋げる。多職種で協働し、地域での生活を支える退院支援を行なうための業務改善を行い、生み出した時間を有効に活用する。

意 義

患者・家族が住み慣れた地域で支援を受けながら、残存機能を最大限に活用し、そのひとらしく過ごすことができる。

実 践

「取り組んだ業務改善内容」

①脳梗塞（アテローム性、心原性、ラクナ）クリニカルパスを作成した。脳卒中による障害された部位により後遺症が異なり、個性性が大きくリハビリの進捗状況に差がでてくる。そのため、クリニカルパスの作成が難しく、クリニカルパスの作成が見送られていた。しかし、今回は治療開始より安静を必要とする期間を明示することで、リハビリや食事に関する個性性をクリニカルパスに反映した。クリニカルパスの作成には医師が中心となり多職種で意見交換し、それぞれの職種がケア介入の根拠や時期を明確化していく場となった。また、患者や家族へ治療予定表を提示することで安静を必要とする期間の理解が深まり病状の悪化を防ぎ、早期離床へと繋がり、患者や家族が治療へ参画する機会となると考えた（図1）。

クリニカルパス作成
アテローム性脳梗塞
心原性脳梗塞
ラクナ梗塞



項目	医師	看護師	リハビリ士	薬剤師	栄養士	介護士
入院時	脳梗塞の診断、治療方針の決定	生命体征の観察、看護記録の作成	身体機能の評価、リハビリ計画の作成	薬剤の処方、投与の指導	食事の指導、栄養状態の評価	生活介助、安全確保
入院後1週間	治療の経過観察、必要時の調整	セルフケア支援の実施、排泄介助の指導	リハビリの実施、進捗の評価	薬剤の投与確認	食事の摂取状況の確認	生活介助の継続
入院後2週間	治療の完了確認、退院準備の指示	退院指導の実施、家族への説明	退院後のリハビリ計画の作成	退院後の薬剤指導	退院後の食事指導	退院後の生活指導
退院時	退院許可の発行、フォローアップの指示	退院後のセルフケア支援の継続	退院後のリハビリの実施	退院後の薬剤の服用	退院後の食事の摂取	退院後の生活の自立

図1

②排泄時に可能な行動を表したアクティブ表の改訂を行なった。転倒に至る行動目的として、排泄が多い。3D 病棟で安静度、麻痺、失調に個人差があり日々の受け持ち看護師のみが患者の行動状態を理解していた。そのため排泄時も受け持ち看護師が対応せざる得ない状況もあり、患者対応に時間を要し転倒に繋がるがあった。そのため、どのスタッフでも行動状態を把握できるように、アクティブ表を改訂した。一日のうちで最も低い排泄行動援助を表示することで患者の無理な行動を予防している。朝のウォーキングカンファレンスを活用し他職種で情報共有し、アクティブ表を変更し、転倒予防対策に繋げている（図2）。

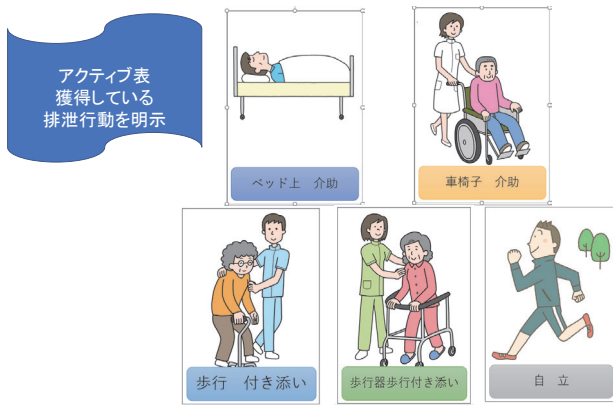


図 2

3D病棟の24時間勤務割り振り（変則2交代・遅出制）

リーダー看護師	日勤看護師 (08:45~17:15)	長日勤看護師 (08:45~21:30)	長夜勤看護師 (20:30~09:15)	夜勤専従看護師 (16:30~17:30)	遅出看護師 (12:00~20:45)	看護補助者
8:00			点検 インスリン 配膳 食事介助 口腔ケア 配膳 物品チェック	点検 インスリン 配膳 食事介助 口腔ケア 配膳 物品チェック		配膳 食事介助 口腔ケア 下膳
8:30	起床 申送り 指示確認 (9-17時) 情報収集	起床 申送り 指示確認 (9-21時) 情報収集	起床 申送り 指示確認 (9-21時) 情報収集	起床 申送り 指示確認 (9-21時) 情報収集	起床 申送り 指示確認 (9-21時) 情報収集	夜勤・起床 日勤・起床 申送り 食事介助 口腔ケア 下膳
8:45	ウォーキングカンファ 下膳 口腔ケア 緊急入院対応実施 +緊急入院時対応	ウォーキングカンファ 下膳 口腔ケア 緊急入院対応実施 +緊急入院時対応	ウォーキングカンファ 下膳 口腔ケア 緊急入院対応実施 +緊急入院時対応	ウォーキングカンファ 下膳 口腔ケア 緊急入院対応実施 +緊急入院時対応	ウォーキングカンファ 下膳 口腔ケア 緊急入院対応実施 +緊急入院時対応	
9:00	補助者必要事項伝達 点検 尿量 点検 尿量	補助者必要事項伝達 点検 尿量 点検 尿量	補助者必要事項伝達 点検 尿量 点検 尿量	補助者必要事項伝達 点検 尿量 点検 尿量	補助者必要事項伝達 点検 尿量 点検 尿量	必要事項の確認
9:15						
11:00	各チームの進捗確認 必要時リシャッフル 11:30 注入食事 11:30 注入食事	各チームの進捗確認 必要時リシャッフル 11:30 注入食事 11:30 注入食事	各チームの進捗確認 必要時リシャッフル 11:30 注入食事 11:30 注入食事	各チームの進捗確認 必要時リシャッフル 11:30 注入食事 11:30 注入食事	各チームの進捗確認 必要時リシャッフル 11:30 注入食事 11:30 注入食事	各チームの進捗確認 必要時リシャッフル 11:30 注入食事 11:30 注入食事
12:00						
12:00	点検 インスリン 配膳 注入食 食事介助 口腔ケア 配膳 下膳	点検 インスリン 配膳 注入食 食事介助 口腔ケア 配膳 下膳	点検 インスリン 配膳 注入食 食事介助 口腔ケア 配膳 下膳	点検 インスリン 配膳 注入食 食事介助 口腔ケア 配膳 下膳	点検 インスリン 配膳 注入食 食事介助 口腔ケア 配膳 下膳	点検 インスリン 配膳 注入食 食事介助 口腔ケア 配膳 下膳
12:45	休憩 (60分)	休憩 (60分)	休憩 (60分)	休憩 (60分)	休憩 (60分)	休憩 (60分)
13:00						
13:45	ミニカンファレンス カンファレンス 火：脳卒中、各科 検査 尿量、等	ミニカンファレンス カンファレンス 火：脳卒中、各科 検査 尿量、等	ミニカンファレンス カンファレンス 火：脳卒中、各科 検査 尿量、等	ミニカンファレンス カンファレンス 火：脳卒中、各科 検査 尿量、等	ミニカンファレンス カンファレンス 火：脳卒中、各科 検査 尿量、等	ミニカンファレンス カンファレンス 火：脳卒中、各科 検査 尿量、等
15:00	各チームの進捗確認 必要時リシャッフル 15:30 必要時リシャッフル 15:30 必要時リシャッフル	各チームの進捗確認 必要時リシャッフル 15:30 必要時リシャッフル 15:30 必要時リシャッフル	各チームの進捗確認 必要時リシャッフル 15:30 必要時リシャッフル 15:30 必要時リシャッフル	各チームの進捗確認 必要時リシャッフル 15:30 必要時リシャッフル 15:30 必要時リシャッフル	各チームの進捗確認 必要時リシャッフル 15:30 必要時リシャッフル 15:30 必要時リシャッフル	各チームの進捗確認 必要時リシャッフル 15:30 必要時リシャッフル 15:30 必要時リシャッフル
16:30						
16:45						
17:00						
17:15						
17:30						
18:00						
19:00						
19:45						
20:00						
20:30						
20:45						
21:00						
21:30						
22:00						
23:00						
6:00						
0:45						
1:00						
2:00						
2:30						
3:15						
3:30						
4:30						
5:00						
6:00						
7:30						

図 3

③ 3 交替勤務より 2 交替勤務へ勤務形態の変更を行った。3D 病棟では、セルフケア支援が食事前後に集中する。特に夕食時は夕暮れ症候群も重なりせん妄や混乱が発症し、セルフケア支援や見守り支援が集中している。そのため、夕食の時間帯に看護師の交替を避け、増員することを目的に 2 交替勤務へと変更した。勤務形態を変更するために、事前に業務量の調査やスタッフの意見の聞き取りを行った。また、勤務形態を変更する際に、看護師の業務に不足がないようにそれぞれの勤務帯業務を明確化し、看護師の 24 時間の業務を可視化した (図 3)。

④ 3D 病棟に合わせた入院時必要物品説明用パンフレットの作成を行なった。3D 病棟は緊急入院が多く、患者支

援センター（入退院支援室）を経由せず入院となる。そのため、昼夜問わず患者や家族への入院時必要物品の説明などに時間を要することが多く、入院時に担当したスタッフが説明を行うが、再度、家族来院時には担当したスタッフが対応する機会が少なく、他のスタッフにより同じ説明を繰り返し行われている現状であった。入院時必要物品説明用のパンフレットを使用し説明することで過不足のない説明を目指した（図4）。

入院時患者説明パンフレット



図4

⑤患者の安全に配慮し、病棟内レイアウトの変更をすることで看護師の業務動線の効率化を図った。3D病棟はスタッフステーション内の大きな棚により視界が遮られていたため、スタッフステーション内が見渡せるように整理し、レイアウトを変更した。スタッフステーションの中でリーダーがチームメンバーの行動を把握し相談しやすい体制を目指した（図5）。

病棟レイアウト

視界を遮っていた棚の位置を変えることで
全体見渡せ、動きやすく



図5

⑥看護補助者との協働を行なった。看護師と日勤看護補助者がペアになり、患者のケアを共に実施した。看護補助者の業務一覧表を作成し、業務の可視化も行い、看護補助者のスキルとモチベーションの向上に働きかけた（図6）。

結 果

取り組んだ業務改善の結果と成果として、①脳梗塞（アテローム性、心原性、ラクナ）クリニカルパス作成と導入により、患者用治療計画を用いて説明を行なうことで治療に参画することができ、安静時期からリハビリ時期

業務改善項目	実施状況	効果
①脳梗塞（アテローム性、心原性、ラクナ）クリニカルパス作成と導入	完了	①脳梗塞（アテローム性、心原性、ラクナ）クリニカルパス作成と導入により、患者用治療計画を用いて説明を行なうことで治療に参画することができ、安静時期からリハビリ時期
②排泄時に可能な行動を表したアクティブ表の改訂	完了	②排泄時に可能な行動を表したアクティブ表の改訂により、受け持ち看護師が中心に行っていた排泄介助は受け持ち以外の看護師、看護補助者も排泄の介助がスムーズに行えるようになった。転倒転落数は2021年度100件、2022年度56件、2023年度26件（4～10月）と減少することができた。アクティブ表の改訂、看護補助者の協働、看護ケアが集中する時間の看護職員の増員なども要因になったと考える。
③勤務形態の変更をする前は、2交替勤務の導入時に伴う不安感や倦怠感の訴えも多く、反対する声もあったが、業務を可視化することで1日の業務が明確となり引き継ぎしやすくなり、セルフケア支援が集中する時間に看護師を増員することができ、時間外勤務時間は2021年度6000時間から2022年度3888時間へ短縮された。また、業務内容が整理され、受け持ち看護師が中心となり、患者や家族の思いを大切に、地域と連絡を取り合いその人らしい療養生活が送れる退院支援を進めることができ、「やっと看護師らしいことができるようになった」と言う声も聞かれた。時間外勤務の減少により私生活も充実してきたと言う声も聞かれるようになった（図7、8）。	完了	③勤務形態の変更をする前は、2交替勤務の導入時に伴う不安感や倦怠感の訴えも多く、反対する声もあったが、業務を可視化することで1日の業務が明確となり引き継ぎしやすくなり、セルフケア支援が集中する時間に看護師を増員することができ、時間外勤務時間は2021年度6000時間から2022年度3888時間へ短縮された。また、業務内容が整理され、受け持ち看護師が中心となり、患者や家族の思いを大切に、地域と連絡を取り合いその人らしい療養生活が送れる退院支援を進めることができ、「やっと看護師らしいことができるようになった」と言う声も聞かれた。時間外勤務の減少により私生活も充実してきたと言う声も聞かれるようになった（図7、8）。

図6

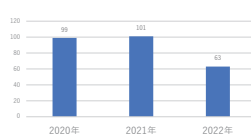
へ無理な行動を取らず移行できる症例が増えた。また、セルフケア自立に向けた意欲を引き出すことでリハビリ意欲も高まったと考える。その結果、在院日数は2021年度16.3日であったが、2022年度は14日へと短縮された。転帰は自宅退院64%、転院25%、施設10%となり自宅への退院が多かった。②排泄時に可能な行動を表したアクティブ表の改訂により、受け持ち看護師が中心に行っていた排泄介助は受け持ち以外の看護師、看護補助者も排泄の介助がスムーズに行えるようになった。転倒転落数は2021年度100件、2022年度56件、2023年度26件（4～10月）と減少することができた。アクティブ表の改訂、看護補助者の協働、看護ケアが集中する時間の看護職員の増員なども要因になったと考える。③勤務形態の変更をする前は、2交替勤務の導入時に伴う不安感や倦怠感の訴えも多く、反対する声もあったが、業務を可視化することで1日の業務が明確となり引き継ぎしやすくなり、セルフケア支援が集中する時間に看護師を増員することができ、時間外勤務時間は2021年度6000時間から2022年度3888時間へ短縮された。また、業務内容が整理され、受け持ち看護師が中心となり、患者や家族の思いを大切に、地域と連絡を取り合いその人らしい療養生活が送れる退院支援を進めることができ、「やっと看護師らしいことができるようになった」と言う声も聞かれた。時間外勤務の減少により私生活も充実してきたと言う声も聞かれるようになった（図7、8）。

結果

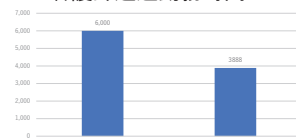
在院日数

年	在院日数	病床利用率
2020年	11.1日	73.1
2021年	10.5日	72.8
2022年	10.0日	66.3

転倒転落発生件数



看護師超過勤務時間



看護展望2023-9 P38-45 引用



図7

考 察

患者や家族の思いに寄り添い意思決定を多職種、地域

【スタッフ一丸となり様々な業務改善に取り組み、PX調査で得られた結果】

生み出した時間を、患者や家族に寄り添い、

意思決定を支える時間に活用した

退院・転院を決定する際、自分の
意思が反映されたと感じたか

PX調査



全体を通して、病院で人として大
切にされたと感じたか

PX調査



看護師はやりがいへとつながった

時間外勤務の減少により私生活が充実した

看護展望2023-9 P38-45 引用



図 8

支援者と共に協働し、その人らしい療養生活の場へと繋げるため、患者や家族と関わる時間を生み出す①～⑥の業務改善に取り組んだ。取り組みを行った結果、多職種で脳梗塞クリニカルパスの作成をすることで、治療計画が可視化され、患者、家族が治療に参画することができ、安静が必要な期間の理解とリハビリ開始の時期が明確となり病状の悪化なども予防することができたと考える。アクティブ表を活用し、多職種で朝の時間を活用したウォーキングカンファレンスで患者状態を把握でき、勤務しているスタッフが排泄ケアに関わることができ転倒転落数減少に繋がったと考える。また、勤務形態を2交替へと変更したことで、セルフケア支援が集中する夕食の時間に看護師の増員ができた。看護師の増員により、見守りが必要な患者への支援が充実し転倒予防にも繋がったと

考える。日勤業務で、看護補助者と看護師がペアとなりセルフケア支援を行うことで、日中の看護職員は強化される。また、看護師とペア業務をすることで、看護補助者のスキルアップとなり、新たな資格取得に向け学習を開始する姿がみられモチベーションの向上に繋がったのではないかと考える。スタッフステーション内の環境整備や物品の整理により、スタッフの動線も整理され、リーダーも指示を出しやすくなったと考えられる。多様な視点で多職種で協働することを目指し、スタッフが一丸となり、様々な業務改善に取り組んだ事で、時間を生み出すことができたと考える。生み出した時間を患者や家族に寄り添いそのひとらしく地域で過ごすための意思決定を支える時間に活用することができたと考える。

結 語

急性期より残存機能を最大限に活かせるようにセルフケア支援を行ない、回復への意欲を引き出し、QOLの維持・向上を目指し住み慣れた地域へ繋ぐケアを提供するため、多職種で協働し業務改善を行なった。生み出した時間を活用し、入院時より患者・家族の思いに寄り添い意思決定に関わることで、患者・家族が地域でそのひとらしく過ごす場を見つける退院支援に繋がった。その結果、看護師の充実感に繋がったと考える。

2023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)

香月 奈穂美 岸本 光夫

第1回 開催日 2023年6月1日

原因不明の血小板低下で診断・治療に難渋した一例

[診療科] 血液内科

[症例] 70代, 男性

[臨床診断] TAFRO症候群

[臨床経過] 原因不明の倦怠感, 発熱, 血小板減少, 胸腹水貯留, 進行する腎障害を認め, 精査により臨床的にTAFRO症候群と診断された. ステロイドや抗IL-6抗体薬, 透析などの治療が行われたが, 初診から約270日後に逝去された.

[検索希望事項] 腎障害がTAFRO症候群の1症候として矛盾しないか, 臓器腫大や感染の有無, 悪性リンパ腫の有無について.

[病理解剖診断]

【主病変】

1. [播種性血管内凝固症候群 (DIC: 臨床診断)]
 - a. 糸球体内の血栓 腎臓 (左腎188 g, 右腎168 g)
 - b. 脾炎 (脾臓271 g)
 - c. 両側足趾の壊疽
2. 血栓性微小血管症様の糸球体傷害 (左腎188 g, 右腎168 g)
3. 腔水症 (血性腹水4900 ml, 血性胸水 左900 ml)

【副病変】

4. 虚血性変化 (小葉中心部の肝細胞の脱落や肝細胞への小脂肪滴の沈着, 肝臓943 g)
5. 動脈硬化症軽度
6. 肺病変 [器質性肺炎 (左上葉), 胸膜肥厚 (右肺), 両側肺の気腫性変化]
7. 副腎萎縮 (左副腎4.5 g, 右副腎3.6 g)
8. 甲状腺萎縮 (8.6 g)
9. Meckel憩室

[死因] 腎機能低下, DICが死因と考えるが, その原因は組織学的には不明である.

第2回 開催日 2023年10月5日

ATLL・AML (M2) 治療, 末梢血幹細胞移植後, 血球貪食症候群を発症した一例

[診療科] 血液内科

[症例] 60代, 女性

[臨床診断] 血球貪食症候群

[臨床経過] 成人T細胞白血病・リンパ腫を発症. その1年後に急性骨髄性白血病を発症し, 同種末梢血造血幹細胞移植を実施した. 2ヶ月後に血球減少があり, 骨髄で血球貪食像を認めたため, 移植後血球貪食症候群と診断し, 化学療法・ステロイド療法を実施するが病勢を抑制できず, 急激に意識障害, 循環・呼吸不全が進行し逝去された.

[検索希望事項] AMLの状態, 組織球の状態, 多発肝腫

瘤・右肺上葉結節の病理診断, 急激な意識障害の原因について

[病理解剖診断]

【主病変】

1. Histiocytic sarcoma with hemophagocytic lymphohistiocytosis
 - a. 臓器浸潤: 脾臓 (453 g), 肝臓 (943 g), 骨髄, 直腸, 両肺 (右393 g, 左411 g), リンパ節
 - b. 血管浸潤 (脳, 肺)
 - c. 肝脾腫 (脾臓は梗塞壊死を伴う)
2. 血栓形成 + 出血 [播種性血管内凝固症候群]
 - a. 肺出血 (右肺上葉: 393 g)
 - b. 副腎出血 (左副腎: 6.3 g, 右副腎: 5.7 g)
 - c. 脳出血/梗塞
 - d. 糸球体のフィブリン血栓 (左腎: 172 g, 右腎: 169 g)
 - e. 心筋内小血管のフィブリン血栓 (309 g)
3. ATLL, AML (M2) 治療後 [臨床診断], 再発を認めない.

【副病変】

4. 子宮平滑筋腫
5. 大動脈粥状硬化

[死因] 組織球肉腫の臓器浸潤の状態であった. AMLに対する同種末梢血幹細胞移植後に, 腫瘍化した単球/組織球が多臓器にびまん性あるいは結節を形成して浸潤し, 血球貪食を伴っていたことが治療抵抗性の血球貪食症候群の原因である. 組織球肉腫の浸潤による臓器不全に加え, 顕著な血球貪食による血球減少, DICの併発, 腫瘍浸潤による脳出血/梗塞による意識障害を併発したことによる呼吸不全が死因と推測する.

第3回 開催日 2024年2月1日

脾頭部癌に対する脾頭十二指腸切除後の一例

[診療科] 外科

[症例] 60代, 男性

[臨床診断] 脾頭部癌

[臨床経過] 脾頭部腺扁平上皮癌に対し, 化学放射線治療後, 亜全胃温存脾頭十二指腸切除・門脈再検術を行った. 術後経過中に腹水増加・経口摂取困難で衰弱状態となり入院となった. 入院後は経静脈・経腸栄養や投薬で改善を図るも, 難治性の腹水, 下痢症, 経口摂取困難による低栄養は改善得られず, 誤嚥・窒息やカテーテル感染敗血症が合併し, 腹水コントロール困難, 呼吸不全・ナルコーシスのため逝去された.

[検索希望事項] 癌性腹膜炎や肺転移など再発の有無, 肝臓や消化管の状態, 腸管鬱血や小腸の状態など.

[病理解剖診断]

【主病変】

1. 膵頭部腺扁平上皮癌に対する化学放射線療法後・切除術後，残存なし
2. るい瘦（低栄養状態），高度
3. 腹水貯留，高度

【副病変】

4. 消化管浮腫（全消化管，特に盲腸と上行結腸で高

度）

5. 肝萎縮
6. 低形成性骨髓，高度
7. 両側胸水貯留
8. 限局性気管支肺炎，左肺下葉
9. 大動脈粥状硬化症，軽度
10. 褥瘡（背部，仙骨部）

[死因] 進行する高度な低栄養，るい瘦による臓器不全

定例臨床研修案内

(R6.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 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 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 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 * 消化器 CBM am8:30 * 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 外来化学療法カンファレンス (隔週) am9:15 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 Radiographics テスト会 (隔週) 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 放射線治療カンファレンス am11:00
呼吸器内科症例検討会 pm3:00 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・pm4:00 内分泌内科症例検討会 pm3:30 呼吸器 CBM pm4:00 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 放射線診断カンファレンス pm4:45 小児科症例検討会・抄読会 pm4:45	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 pm3:30 呼吸器内科症例検討会 pm4:00 外科手術機械・薬剤勉強会 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	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 周産期カンファ レンス (第 1 水曜) pm2:00	感染症科読書会 pm0:00 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 小児緩和ケアチ ーム カンファレンス pm2:10 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 外科病理検討会・抄読会 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 放射線診断カンファレンス pm4:45 小児科病棟カンファレンス pm4:45	血液内科 6D 病棟 カンファレンス pm1:00 血液内科 4B 病棟 カンファレンス pm1:30 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) (月 3 回) pm4:30 外科症例検討会 pm4:30 消化器内科内視鏡 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 (病理終了後) 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 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 * 造血幹細胞移植 CBM (第 2 火曜) pm5:30 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・放射線治療科 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
* 複数診療科, 多職種合同カンファレンス

研修会講演報告（R5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
2024年2月3日 9:00-12:15	第21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 第Ⅰ郡 9:05 座長 診療部統括部長 宮原 亮 1. 回盲部炎で発症した急性骨髄性白血病の一例 2. 手術にて改善したDICを伴う慢性拡張性血腫の一例 3. 脳卒中患者の自動車運転における作業療法の認知機能評価について～J-SDSA導入の試みと今後の課題について～ 4. 混乱する医薬品供給に対する当院の取り組み 第Ⅱ郡 9:55 座長 薬剤科部長 小野 勝 5. 放射線治療の環境に適合した火災発生時ワークフローの構築と実践 6. IVRに従事する看護師の被ばく低減をめざした研修会の成果について 7. エコセンタールでの Asset Performance Management プロジェクト 8. 高流量鼻カニューラ酸素療法の流量特性調査 第Ⅲ郡 10:45 座長 事務局経営企画担当課長 菱田 栄造 9. 院内臓器移植コーディネーターの役割と活動報告～院内臓器提供体制の構築に向けて～ 10. 入院前面談の効果と課題～住み慣れた暮らしの場へつなぐ入退院支援～ 11. 乳癌患者さんの退院時指導を多職種で共有しよう！～PX研修後、多職種勉強会を開催して～ 12. 京都市立病院の財務状況について 第Ⅳ郡 11:35 座長 6D病棟師長 堤 佳代子 13. 患者の安全のための多職種連携～ビクトグラムを用いたADL票導入～ 14. 患者の療養生活を支援するサイン表示～ユニバーサルデザインによる環境変化への適応支援～ 15. 患者・家族や多職種、地域とパートナーシップを築き退院後の暮らしを支える ～患者と関わる時間を生み出す業務改善～	診療部 (研修医1年目) 整形外科 (専攻医) リハビリテーション科 薬剤科 放射線技術科 放射線技術科 臨床検査技術科 臨床工学科 患者支援センター 患者支援センター 栄養科 事務局財務担当 5A病棟 7C病棟 3D病棟	楠 咲 安里 尚悟 原田 洋一 楠川 侑吾 利久 法子 上青木 悠平 後藤 希 白山 幸平 川勝 伸也 西村 由紀子 平野 真美子 門野 淳一 花木 亜衣 和田 あゆみ 津田 磨美	病院全職員	生涯教育委員会／69名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	主催者名 参加人数
2024年2月3日 13:30-16:30	第21回院内合同研究発表会 第2部 I 看護実践報告 13:30 テーマ「なぜ?を実践に活かす」 1. 組織課題の解決 ①患者のリハビリの機会を奪わないために～変革理論を活用して～ ②患者の思いを引き出すために～外来・病棟一元化による強みを活かして～ 2. 臨床疑問② ①「帰宅願望」を有する患者と家族をつなぐ看護実践 脳卒中センター看護師の経験 ②進行性疾患患者が抱える思いや希望～意思決定ノートを用いて～ ③呼吸器センターに勤務する若手看護師が感じているがん看護に対する困難感 2G ①ICUにおける主観的睡眠評価法を用いた睡眠の質の分析 ②当病棟の糖尿病教育入院患者の傾向と自己管理を阻害している因子の抽出 ③腰椎術後患者の転倒要因分析 ④手術室看護師の表皮剥離対策についての現状把握～脊椎の腹臥位術看護について～ II キャリアビジョン報告 14:50 テーマ「看護の未来を語ろう」 1. 実習指導者講習会を終えての学びを活かして 2. つなぐ看護～ファーストレベルを受講して～ 3. がんになっても地域で安心して生活が続けられるように～患者の生活力を維持する看護の実践～ 4. 未来につなぐ組織改革 5. 看護師のための成長と展望～スペシャリスト度アップ! キャリア, グンと上げるで～ 6. こどもセーフティネット構築～見相・はぐくみ室・警察垣根をさげよう!～ III 賞状授与 16:30 閉会挨拶 副院長 半場 江利子	5B 病棟 7D 病棟 3D 病棟 7C 病棟 7D 病棟 3B 病棟 3A 病棟 5A 病棟 OP 室 3D 病棟 OP 室 ER 室 外来 手術センター 5B 病棟 看護部 クリティカルケア認定看護師 小児専門看護師	山中 由美 林 美希 井関 奈於 船越 紫音 戸田 愛莉 大江 歩果 西田 翔子 松本 未来 伊藤 千夏 九嶋 梨奈 菅 貴章 橘 佳奈 川端 麻友香 入口 梢 古嶋 美幸 小林 茜衣 松田 梓 嵯峨根 連 西坂 元喜 谷 直毅 平林 三和 吉田 倫美 乾 和江 森川 久美 檜原 将吾 岩崎 由美子	病院全職員	生涯教育委員会／65名

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
2023年 6 月20日 2023年 7 月 7 日	麻薬・向精神薬の適正な取り扱いについて	薬剤科	山内 舞香	病院全職員	152 名
2023年 7 月 7 日 -2023年 9 月30日 eラーニング				病院全職員	901 名
2023年 9 月 6 日 2023年 9 月20日	医療安全文化 構築への道程	医療安全推進室	長久 真紀子	病院全職員	172 名
2023年 9 月 6 日 -2023年11月30日 eラーニング				病院全職員	1,224 名
2023年 9 月 6 日 -2023年11月30日 YouTube 視聴				病院全職員	52 名
2023年10月18日	ホルマリン管理についての学習会	臨床検査技術科	野田 みゆき	病院全職員	23 名
2024年 2 月29日 2024年 3 月 1 日 2024年 3 月 6 日 2024年 3 月19日	内服薬 PFC 紹介～内服が患者に渡るまで～	医療安全推進室	長久 真紀子	病院全職員	162 名
2024年 2 月29日 -2024年 3 月31日 eラーニング				病院全職員	1,235 名

クリニカルパス委員会

日 程	テーマ：要旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年12月15日 17:30-18:30	第 31 回 クリニカルパス大会	診療部 看護部 看護部	島 正巳 吉田 友美 池田 零	病院全職員	46 名

褥瘡対策リンクナース会（褥瘡対策スタッフ委員研修会）

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年 4 月18日 16:00-17:00	・褥瘡対策リンクナースの役割と活動 ・褥瘡対策に関する情報共有 ・事前調査の質問に対する Q & A	看護部	田中 好美 白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師	19 名
2023年 5 月16日 16:00-17:00	・令和 5 年度褥瘡対策リンクナース会の運営，目標，活動 ・令和 4 年度の課題から令和 5 年度に目標とする事や重点課題の検討 （グループワーク後に発表）	看護部	田中 好美 山田 寿美子	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師	18 名
2023年 6 月20日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・褥瘡回診への褥瘡対策リンクナースの参加について ・部署ごとに活動計画に基づく作業	看護部	白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース	16 名
2023年 7 月18日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・DESIGN-R2020 深さの正しい評価について ・各部署の取り組みと成果 （グループワーク後に発表）	看護部	田中 好美 白岩 喜美代 山田 寿美子	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師	19 名
2023年 9 月19日 16:10-17:10	・褥瘡対策関連情報共有 ・褥瘡の評価：実際の褥瘡写真を使用してDESIGN-R2020 評価 （グループワーク後に発表） 褥瘡管理者から解説あり	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	19 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年10月17日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・食事で提供される栄養補助食品摂取量の記録について ・部署ごとに活動計画に基づく作業	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	19 名
2023年11月21日 16:10-17:10	・褥瘡対策関連情報共有 ・薬剤処置に関するインシデント症例の情報共有 ・脆弱な皮膚の患者への各部署でのスキンケアと看護について （グループワーク後に発表） 褥瘡管理者から解説あり	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	19 名
2023年12月19日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・新規導入される栄養補助食品紹介 ・日常生活自立度 A レベルの患者の褥瘡新規発生について ・モイスキンパッドとココロールの特徴と使い分けについて ・部署ごとに活動計画に基づく作業	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	19 名
2024年 1 月16日 16:10-17:10	・褥瘡対策関連情報共有 ・失禁関連皮膚障害発生時の薬剤処置について ・適切な記録，書類作成，保湿ケア実施，除圧ケアの実施について （グループワーク後に発表）	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	19 名
2024年 2 月20日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・令和 5 年度の取り組みと課題	看護部	田中 好美 白岩 喜美代 山田 寿美子	褥瘡対策リンクナース	18 名

医療安全管理委員会 問題症例検討委員会

日 程	テーマ：要旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年 4 月28日	整形外科術後死亡事例	医療安全推進室	岡野 創造	当該科医師・当該部署看護師	19 名
2023年11月 6 日	泌尿器科術後事例	医療安全推進室	岡野 創造	当該科医師・当該部署看護師	14 名
2023年12月 8 日	糖尿病合併症出産事例	医療安全推進室	岡野 創造	当該科医師・当該部署看護師	20 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
2023年 7 月18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	-
2023年 8 月15日 （院内情報web上にスライド掲載）	気管切開，永久気管孔と嚥下障害	リハビリテーション科	上野 啓子	病院全職員	-
2023年 9 月19日 （院内情報web上にスライド掲載）	今更聞けない口腔ケアの基本	リハビリテーション科	原田 みのり	病院全職員	-
2024年 1 月30日 （院内情報web上にスライド掲載）	静脈栄養 ナゼその輸液にしたの？	薬剤科	山南 貴一	病院全職員	-

緩和ケア研修会

日 程	テーマ・要旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年 4 月27日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会 「京都市立病院における緩和ケアの実践」	緩和ケア科 臨床心理士・ 公認心理師 看護部	大西 佳子 高橋 可奈子 東 由加里	病院全職員、 地域の医療従 事者	15 名
2023年 5 月22日 17:30-18:00	「がんになっても、患者の日常のありのままを大切に、チー ムで支えることを目指して指して」	がん医療連携 センター	松村 優子	病院全職員、 地域の医療従 事者	15 名
2023年 6 月22日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会 「緩和ケア病棟面談 What ? Why ? How ?」	緩和ケア科	山本 栄司	病院全職員、 地域の医療従 事者	16 名
2023年 7 月27日 18:00-18:30	「自宅へ帰りたい！患者、家族の思いを支える看護師の役 割」	看護部	5E 病棟 看 護 師	病院全職員、 地域の医療従 事者	15 名
2023年 8 月24日 18:00-18:30	「PCA ポンプを用いた疼痛緩和」	薬剤科	實光 由香	病院全職員、 地域の医療従 事者	11 名
2023年 9 月28日 18:00-18:30	「がん緩和ケアと栄養食事サポート」	栄養科	平野 真美子	病院全職員、 地域の医療従 事者	11 名
2023年10月27日 18:00-18:30	「がん患者が医療に求める対話とは」	順天堂大学名 誉教授、新渡 戸稲造記念セ ンター長、恵 泉女学園理事 長	樋野 興夫	病院全職員、 地域の医療従 事者	74 名
2024年 1 月25日 18:00-18:30	「緩和ケアにおける口腔ケア」	歯科衛生士	南 小百合	病院全職員、 地域の医療従 事者	9 名
2024年 2 月16日 17:30-18:15	「緩和ケアチームにおける心理士のかかわり～「死にたい」 と訴える人との対話と対応～」	緩和ケア科 臨床心理士・ 公認心理師	畑 祥子	病院全職員、 地域の医療従 事者	45 名
2024年 3 月21日 18:00-18:30	「緩和ケア病棟における退院支援」	相談支援室	阪口 智香	病院全職員、 地域の医療従 事者	17 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					
2023年 4 月11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
2023年 5 月 9 日	急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病など	5 名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	7 名
2023年 6 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	石田 宏之 伊藤 満	8 名
2023年 7 月11日	急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病など	2 名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	11 名
2023年 8 月 8 日	急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病など	3 名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	7 名
2023年 9 月12日	急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病など	2 名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	8 名
2023年11月 4 日	急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病など	4 名	小児科 血液内科	田村 真一 伊藤 満	11 名
2023年12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	11 名

日 程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2024年1月9日	急性リンパ性白血病, 急性骨髄性白血病など	2名	小児科 血液内科	田村 真一 伊藤 満	10名
2024年2月13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	田村 真一 伊藤 満	9名
2024年3月12日	急性リンパ性白血病, 急性骨髄性白血病など	2名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	9名
血液内科・病理合同カンファレンス					
2023年4月7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	9名
2023年4月21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	11名
2023年5月12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	12名
2023年5月26日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	7名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	12名
2023年6月9日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	7名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	10名
2023年6月30日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	14名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	12名
2023年7月7日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	4名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	11名
2023年7月21日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	7名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	9名
2023年8月4日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	4名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	8名
2023年8月18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	7名
2023年9月1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	7名
2023年9月15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 宮原 裕子	8名
2023年9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 宮原 裕子	10名
2023年10月6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 宮原 裕子	9名
2023年10月20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
2023年10月27日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	1名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	9名
2023年11月10日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	9名	病理診断科 血液内科	香月 奈穂美 伊藤 満	8名
2023年11月17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	8名
2023年12月1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
2023年12月15日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	8名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	10名
2024年1月5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	9名
2024年1月12日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	7名
2024年1月19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

日 程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2024年2月2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 宮原 裕子	8名
2024年2月9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
2024年2月16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	8名
2024年3月1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
2024年3月8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
2024年3月15日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	病理診断科 血液内科	岸本 光夫 伊藤 満	10名
乳腺がんサードミーティング					
2023年4月6日	乳がん	4名	乳腺外科 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4月13日	乳がん	5名	乳腺外科 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4月20日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 平田 希美子 岸本 光夫	7名
2023年4月27日	乳がん	3名	乳腺外科 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5月11日	乳がん	2名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	西村 祥子 河合 真喜子 岸本 光夫	9名
2023年5月25日	乳がん	5名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	服部 響子 平田 希美子 岸本 光夫	8名
2023年6月1日	乳がん	5名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 平田 希美子 香月 奈穂美	8名
2023年6月8日	乳がん	5名	乳腺外科 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6月15日	乳がん	2名	乳腺外科 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6月22日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 河合 真喜子 香月 奈穂美	5名
2023年6月29日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	西村 祥子 河合 真喜子 岸本 光夫	5名
2023年7月6日	乳がん	3名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 平田 希美子 香月 奈穂美	8名
2023年7月13日	乳がん	3名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 河合 真喜子 岸本 光夫	8名
2023年7月20日	乳がん	3名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 平田 希美子 岸本 光夫	7名

日 程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2023年 7 月27日	乳がん	3 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 平田 希美子 香月 奈穂美	7 名
2023年 8 月 3 日	乳がん	2 名	乳腺外科 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 8 月10日	乳がん	4 名	乳腺外科 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 8 月17日	乳がん	5 名	乳腺外科 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 8 月24日	乳がん	5 名	乳腺外科 病理診断科	末次 弘実 岸本 光夫	6 名
2023年 8 月31日	乳がん	5 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 平田 希美子 岸本 光夫	8 名
2023年 9 月 7 日	乳がん	5 名	乳腺外科 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 9 月14日	乳がん	5 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 平田 希美子 岸本 光夫	8 名
2023年 9 月21日	乳がん	4 名	乳腺外科 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 9 月28日	乳がん	7 名	乳腺外科 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10月 5 日	乳がん	2 名	乳腺外科 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10月12日	乳がん	5 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	西村 祥子 平田 希美子 岸本 光夫	6 名
2023年10月19日	乳がん	7 名	乳腺外科 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10月26日	乳がん	4 名	乳腺外科 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11月 2 日	乳がん	5 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 平田 希美子 岸本 光夫	8 名
2023年11月 9 日	乳がん	7 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 平田 希美子 香月 奈穂美	8 名
2023年11月16日	乳がん	3 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	西村 祥子 平田 希美子 岸本 光夫	8 名
2023年11月30日	乳がん	6 名	乳腺外科 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12月 7 日	乳がん	6 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 河合 真喜子 岸本 光夫	9 名

日 程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2023年12月14日	乳がん	3 名	乳腺外科 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12月21日	乳がん	1 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	西村 祥子 平田 希美子 岸本 光夫	6 名
2023年12月28日	乳がん	4 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 河合 真喜子 岸本 光夫	9 名
2024年 1 月 4 日	乳がん	1 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 河合 真喜子 岸本 光夫	5 名
2024年 1 月11日	乳がん	3 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 平田 希美子 岸本 光夫	6 名
2024年 1 月18日	乳がん	3 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	西村 祥子 平田 希美子 岸本 光夫	6 名
2024年 1 月25日	乳がん	3 名	乳腺外科 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
2024年 2 月 1 日	乳がん	3 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 平田 希美子 岸本 光夫	9 名
2024年 2 月 8 日	乳がん	8 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 河合 真喜子 岸本 光夫	8 名
2024年 2 月15日	乳がん	4 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 平田 希美子 岸本 光夫	9 名
2024年 2 月22日	乳がん	5 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 平田 希美子 岸本 光夫	8 名
2024年 2 月29日	乳がん	4 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 平田 希美子 岸本 光夫	7 名
2024年 3 月 7 日	乳がん	6 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 平田 希美子 岸本 光夫	9 名
2024年 3 月14日	乳がん	7 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 平田 希美子 岸本 光夫	8 名
2024年 3 月21日	乳がん	2 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 平田 希美子 岸本 光夫	8 名
2024年 3 月28日	乳がん	5 名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 河合 真喜子 香月 奈穂美	7 名
呼吸器がんボードミーティング					
2023年 4 月 3 日	肺がん	11 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小林 祐介 宮原 亮 里上 直衛	10 名
2023年 4 月10日	肺がん	7 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	14 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 4 月17日	肺がん	6 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	6 名
2023年 4 月24日	肺がん	8 名	呼吸器内科 呼吸器外科	小熊 毅 宮原 亮	6 名
2023年 5 月 1 日	肺がん	2 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 平田 希美子	11 名
2023年 5 月 8 日	肺がん	11 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	11 名
2023年 5 月15日	肺がん	10 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	12 名
2023年 5 月22日	肺がん	15 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	15 名
2023年 5 月29日	肺がん	15 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	10 名
2023年 6 月 5 日	肺がん	13 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	13 名
2023年 6 月12日	肺がん	9 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 村上 高志	10 名
2023年 6 月19日	肺がん	19 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	11 名
2023年 6 月26日	肺がん	14 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	10 名
2023年 7 月 3 日	肺がん	12 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	10 名
2023年 7 月10日	肺がん	10 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	五十嵐 修太 宮原 亮 大津 修二	11 名
2023年 7 月24日	肺がん	17 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	9 名
2023年 7 月31日	肺がん	10 名	呼吸器内科 呼吸器外科	小熊 毅 宮原 亮	8 名
2023年 8 月 7 日	肺がん	12 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	10 名
2023年 8 月14日	肺がん	10 名	呼吸器内科 呼吸器外科	小熊 毅 宮原 亮	9 名
2023年 8 月21日	肺がん	7 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 8 月28日	肺がん	11 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 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
2023年 9 月 4 日	肺がん	13 名	呼吸器内科 呼吸器外科	小熊 毅 河野 朋哉	5 名
2023年 9 月11日	肺がん	13 名	呼吸器内科 放射線科	小熊 毅 里上 直衛	8 名
2023年 9 月25日	肺がん	8 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 村上 高志	8 名
2023年10月 2 日	肺がん	10 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 平田 希美子	11 名
2023年10月16日	肺がん	7 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	9 名
2023年10月23日	肺がん	9 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	11 名
2023年10月30日	肺がん	3 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	11 名
2023年11月 6 日	肺がん	8 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 河野 朋哉 大津 修二	6 名
2023年11月13日	肺がん	11 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	9 名
2023年11月20日	肺がん	13 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	11 名
2023年11月27日	肺がん	13 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	12 名
2023年12月 4 日	肺がん	11 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	11 名
2023年12月11日	肺がん	11 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	11 名
2023年12月18日	肺がん	9 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 村西 佑介 大津 修二	10 名
2023年12月25日	肺がん	11 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	11 名
2024年 1 月15日	肺がん	20 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	11 名
2024年 1 月22日	肺がん	15 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	8 名
2024年 1 月29日	肺がん	17 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	11 名
2024年 2 月 5 日	肺がん	18 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 村西 佑介 大津 修二	7 名

日 程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2024年 2 月19日	肺がん	16 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	11 名
2024年 2 月26日	肺がん	9 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 村上 高志	9 名
2024年 3 月 4 日	肺がん	4 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	12 名
2024年 3 月11日	肺がん	7 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	12 名
2024年 3 月18日	肺がん	6 名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 太田 登博 大津 修二	6 名
消化管がんカンサーボードミーティング					
2023年 4 月 5 日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 藤本 良太	21 名
2023年 4 月27日	消化管癌	2 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 松尾 宏一 大津 修二	22 名
2023年 5 月25日	消化管癌	2 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	24 名
2023年 6 月 1 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	16 名
2023年 6 月15日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 藤本 良太	24 名
2023年 7 月 6 日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	23 名
2023年 7 月20日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	23 名
2023年 8 月 3 日	消化管癌	2 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 松尾 宏一 大津 修二	24 名
2023年 8 月17日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	15 名
2023年 8 月24日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	25 名
2023年 9 月 7 日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 松尾 宏一 大津 修二	16 名
2023年10月12日	消化管癌	2 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 松尾 宏一 大津 修二	22 名
2023年10月26日	消化管癌	2 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 上 和広 大津 修二	18 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11月30日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	18 名
2023年12月 7 日	消化管癌	2 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 松尾 宏一 大津 修二	18 名
2024年 1 月11日	消化管癌	2 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	21 名
2024年 2 月 1 日	消化管癌	3 名	消化器内科 外科 放射線科	桐島 寿彦 秦 浩一郎 大津 修二	20 名
2024年 2 月 8 日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 上 和広 大津 修二	19 名
2024年 2 月15日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 清水 麻里奈	18 名
肝臓がんカンサードミーティング					
2023年 6 月 2 日	肝臓がん	3 名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 谷掛 雅人	6 名
2023年 9 月 8 日	肝臓がん	2 名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 早川 延幸	4 名
2023年10月20日	肝臓がん	1 名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 早川 延幸	3 名
2024年 1 月19日	肝臓がん	2 名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 早川 延幸	9 名
2024年 2 月 2 日	肝臓がん	1 名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 早川 延幸	4 名
2024年 2 月 9 日	肝臓がん	2 名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 早川 延幸	5 名
2024年 2 月16日	肝臓がん	2 名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 早川 延幸	6 名
2024年 3 月22日	肝臓がん	2 名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 早川 延幸	6 名
2024年 3 月29日	肝臓がん	2 名	消化器内科 放射線科	宮川 昌巳 早川 延幸	6 名

内分泌抄読会（水曜／17:00-17:30）

日 程	テーマ／典拠	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年 4 月 4 日 17:00-17:30	Teprotumumab-Related Hyperglycemia ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(4):858-864	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師，専 攻医，研修医	5 名
2023年 4 月11日 17:00-17:30	Brain organoid computing for artificial intelligence ／bioRxiv 2023 doi : https://doi.org/10.1101/2023.02.28.530502	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専 攻医，研修医	5 名
2023年 4 月18日 17:00-17:30	Accuracy of Laboratory tests for the diagnosis of Cushing syndrome ／J Clin Endocrinol Metab 2020;105(6):dgaa105	内分泌内科	中上 瑛里加	内科医師，専 攻医，研修医	5 名
2023年 4 月25日 17:00-17:30	Association of preoperative hyponatremia with surgical outcomes: a systematic review and meta-analysis of 32 observational studies ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(5):1254-1271	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専 攻医，研修医	5 名

日 程	テーマ／典拠	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年5月2日 17:00-17:30	Diagnostic pitfalls in Cushing disease: surgical remission rates, test thresholds, and lessons learned in 105 patients ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107(1):205-218	内分泌内科	熊澤 駿	内科医師, 専攻医, 研修医	5名
2023年5月9日 17:00-17:30	Adipose tissue insulin resistance is not associated with changes in the degree of obesity in children and adolescents ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(5):1053-1060	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	5名
2023年5月16日 17:00-17:30	Just as tall on testosterone: a neutral to positive effects on adult height of GnRH and testosterone in trans boys ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(2):414-421	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	5名
2023年5月23日 17:00-17:30	ACROBAT edge: safety and efficacy of switching injected SRLs to oral paltusotine in patients with acromegaly ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(5):e148-e159	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師, 専攻医, 研修医	5名
2023年5月29日 17:00-17:30	Evaluating disease-specific survival prediction of risk stratification and TNM systems in differentiated thyroid cancer ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(6):e267-e274	内分泌内科	安威 徹也	内科医師, 専攻医, 研修医	5名
2023年6月6日 17:00-17:30	Comparisons between different anti-osteoporosis medications on postfracture mortality: a population-based study ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(4):827-833	内分泌内科	中上 瑛里加	内科医師, 専攻医, 研修医	5名
2023年6月13日 17:00-17:30	AVIDa-hIL6: a large-scale VHH dataset produced from an immunized alpaca for predicting antigen-antibody interactions ／arXiv:2306.03329v1	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	5名
2023年6月20日 17:00-17:30	Circulating FGF21 concentration, fasting plasma glucose, and the risk of type 2 diabetes: results from the PREVENT study ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(6):1387-1393	内分泌内科	小嶋 勝利	内科医師, 専攻医, 研修医	5名
2023年6月27日 17:00-17:30	Graves disease following subacute thyroiditis in a Chinese man ／AAACE Clin Case Rep 2022;8(2):73-77	内分泌内科	中上 瑛里加	内科医師, 専攻医, 研修医	5名
2023年7月4日 17:00-17:30	Lutetium-177-PSMA-617 for metastatic castration-resistant prostate cancer ／N Engl J Med 2021;385(12):1091-1103	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2023年7月11日 17:00-17:30	Metformin for treatment of acute COVID-19: systematic review of clinical trial data against SARS-CoV-2 ／Diabetes Care 2023;46(7):1432-1442	内分泌内科	安威 徹也	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2023年7月18日 17:00-17:30	Intra-individual variability of serum aldosterone and implications for primary aldosteronism screening ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(5):1143-1153	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2023年7月25日 17:00-17:30	Dynamic testing for differential diagnosis of ACTH-dependent Cushing syndrome: systematic review and meta-analysis ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(5):e178-e188	内分泌内科	田臥 枝理佳	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2023年8月2日 17:00-17:30	Efficacy and safety of osilodrostat in paraneoplastic Cushing syndrome: a real-world multicenter study in France ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(6):1475-1487	内分泌内科	中上 瑛里加	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2023年8月9日 17:00-17:30	Mortality not increased in patients with nonfunctional adrenal adenomas: a matched cohort study ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(8):e536-541	内分泌内科	安威 徹也	内科医師, 専攻医, 研修医	4名

日 程	テーマ／典拠	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年 8 月16日 17:00-17:30	Gut microbiome associated with Graves disease and Graves orbitopathy: the INDIGO multicenter European study ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(8):2065-2077	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年 8 月23日 17:00-17:30	ACROBAT edge: safety and efficacy of switching injected SRLs to oral paltusotine in patients with acromegaly ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(5):e148-e159	内分泌内科	中上 瑛里加	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年 8 月30日 17:00-17:30	Efficacy and safety of fezolinetant in moderate to severe vasomotor symptoms associated with menopause: a phase 3 RCT ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(8):1981-1997	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年 9 月13日 17:00-17:30	Metformin versus insulin and risk of major congenital malformations in pregnancies with type 2 diabetes: a Nordic register-based cohort study ／Diabetes Care 2023;46(8):1556-1564	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年 9 月27日 17:00-17:30	Chloride and potassium assessment is a helpful tool for differential diagnosis of thiazide-associated hyponatremia ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(9):2248-2254	内分泌内科	中上 瑛里加	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年10月 4 日 17:00-17:30	Lean body mass in boys with Prader-Willi syndrome increases normally during spontaneous and induced puberty ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(9):2299-2306	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年10月11日 17:00-17:30	Central hypothyroidism is frequent during mitotane therapy in adrenocortical cancer patients: prevalence and timeline ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(9):2336-2342	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年10月18日 17:00-17:30	Possible advantage of glucagon-like peptide 1 receptor agonists for kidney transplant recipients with type 2 diabetes ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(10):2597-2603	内分泌内科	久保田 幹	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年10月25日 17:00-17:30	Overview of social determinants of health in the development of diabetes ／Diabetes Care 2023;46(9):1590-1598	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年11月 1 日 17:00-17:30	An increase in plasma sodium levels is associated with an increase in osteoblast function in chronic SIAD ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(10):e1027-e1033	内分泌内科	中上 瑛里加	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年11月 8 日 17:00-17:31	Neonatal and early infancy features of patients with inactivating PTH/PTHrP signaling disorders/pseudohypoparathyroidism ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(11):2961-2969	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年11月15日 17:00-17:30	Effects of aerobic training and semaglutide treatment on pancreatic beta-cell secretory function in patients with type 2 diabetes ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(11):2798-2811	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年11月22日 17:00-17:30	Maternal thyroid dysfunction and neuropsychological development in children ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(2):339-350	内分泌内科	古市 俊喜	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年11月29日 17:00-17:30	Effect of postmenopausal hormone therapy on glucose regulation in women with type 1 or type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis ／Diabetes Care 2023;46(10):1866-1875	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年12月 7 日 17:00-17:30	Canagliflozin and metabolic associated fatty liver disease in patients with diabetes mellitus: new insights from CANVAS ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(11):2940-2949	内分泌内科	中上 瑛里加	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	参加人数
2023年12月14日 17:00-17:30	A novel therapeutic approach for anaplastic thyroid cancer through inhibition of LAT1 ／Sci Rep 2019;9(1):14616	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年12月20日 17:00-17:30	Long-term follow-up of 84 patients with giant prolactinomas- a Swedish nationwide study ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(12):e1506-e1514	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2023年12月27日 17:00-17:30	Postoperative serum cortisol and Cushing disease recurrence in patients with corticotroph adenomas ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(12):3287-3294	内分泌内科	石見 優奈	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2024年 1 月10日 17:00-17:30	Effect of roxadustat on thyroid function in patients with renal anemia ／J Clin Endocrinol Metab 2023;109(1):e69-e75	内分泌内科	中上 瑛里加	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2024年 1 月17日 17:00-17:30	Three-dimensionally designed protein-responsive RNA devices for cell-signaling regulation ／Nucleic Acids Res 2012;40(18):9369-9378	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2024年 1 月24日 17:00-17:30	Increased risk of thyroid eye disease following Covid-19 vaccination ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(2):516-526	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2024年 2 月 7 日 17:00-17:30	Kidney complications and hospitalization in patients with chronic hypoparathyroidism: a cohort study in Sweden ／J Clin Endocrinol Metab 2022;107(10):e4098-e4105	内分泌内科	中上 瑛里加	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2024年 2 月14日 17:00-17:30	Operando probing of the surface chemistry during the Haber-Bosch process ／Nature 2024;625(7994):282-286	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2024年 2 月21日 17:00-17:30	Weight gain after HIV therapy initiation: pathophysiology and implication ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(2):e478-e487	内分泌内科	安威 徹也	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2024年 2 月28日 17:00-17:30	Association of dip in eGFR with clinical outcomes in unilateral primary aldosteronism patients after adrenalectomy ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(3):e965-e974	内分泌内科	中上 瑛里加	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2024年 3 月 6 日 17:00-17:30	Statistical analysis of synonymous and stop codons in pseudo-random and real sequences as a function of GC content ／Sci Rep 2023;13(1):22996	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2024年 3 月13日 17:00-17:30	Association of cognitive function and retinal neural and vascular structure in type 1 diabetes ／J Clin Endocrinol Metab 2021;106(4):1139-1148	内分泌内科	宮下 光平	内科医師，専攻医，研修医	4 名
2024年 3 月20日 17:00-17:30	Subacute thyroiditis during the SARS-CoV-2 pandemic ／J Endocr Sco 2021;5(10):bvad130	内分泌内科	菅野 菜月	内科医師，専攻医，研修医	4 名

外科抄読会（火曜／8:00-8:30）

日 付	テーマ／典拠	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年 4 月 4 日	外科会議				
2023年 4 月11日	外科会議				
2023年 4 月18日 8:00-8:30	Comparison of Post-operative Outcomes of Large Direct Inguinal Hernia Repairs Based on Operative Approach (Open vs.Laparoscopic vs.Robotic) Using the ACHQC (Abdominal Core Health Quality Collaborative) Database ／BMC Cardiovasc Disord 2023;23(1):580	研修医	寺井 滋人	外科医師，専攻医，研修医	14 名
2023年 4 月25日 8:00-8:30	Association Between Gallstones and the Risk of Biliary Tract Cancer: a Systematic Review and Meta-analysis ／Epidemiol Health 2021;43:e2021011	研修医	嶺重 花	外科医師，専攻医，研修医	13 名
2023年 5 月 2 日	外科会議				

日 付	テーマ／典拠	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年 5 月 9 日 8:00-8:30	Differences in Prognosis and Underuse of Adjuvant Chemotherapy Between Elderly and Non-elderly Patients in Stage III Colorectal Cancer ／ Ann Gastroenterol Surg 2023;7(1):91-101	医員	西川 裕太	外科医師，専攻医，研修医	13 名
2023年 5 月16日	外科会議				
2023年 5 月23日 8:00-8:30	Laparoscopic Versus Open Surgery for Perihilar Cholangiocarcinoma: a Multicenter Propensity Score Analysis of Short-term Outcomes ／ BMC Cancer 2023;23(1):394	研修医	田附 枝里佳	外科医師，専攻医，研修医	13 名
2023年 5 月30日 8:00-8:30	Preoperative Treatment of Locally Advanced Rectal Cancer ／ N Engl J Med 2023;389(4):322-334	医員	塩見 慶	外科医師，専攻医，研修医	11 名
2023年 6 月 6 日	外科会議				
2023年 6 月13日	外科会議				
2023年 6 月20日	外科会議				
2023年 6 月27日 8:00-8:30	Patient Factors Associated with Appendectomy Within 30 Days of Initiating Antibiotic Treatment for Appendicitis ／ JAMA Surg 2022;157(3):e216900	研修医	熊澤 駿	外科医師，専攻医，研修医	13 名
2023年 7 月 4 日	外科会議				
2023年 7 月11日	外科会議				
2023年 7 月18日	外科会議				
2023年 7 月25日	外科会議				
2023年 8 月 1 日	外科会議				
2023年 8 月 8 日	外科会議				
2023年 8 月15日	外科会議				
2023年 8 月22日	外科会議				
2023年 8 月29日	外科会議				
2023年 9 月 5 日	外科会議				
2023年 9 月12日 8:00-8:30	Demystifying BRAF Mutation Status in Colorectal Liver Metastases: A Multi-institutional, Collaborative Approach to 6 Open Clinical Question ／ Ann Surg 2023;278(3):e540-e548	医員	塩見 慶	外科医師，専攻医，研修医	6 名
2023年 9 月19日	外科会議				
2023年 9 月26日 8:00-8:30	Comparison of Robotic, Laparoscopic, and Open Resections of Nonmetastatic Colon Cancer ／ Dis Colon Rectum 2023;66(10):1347-1358	医員	武田 昌克	外科医師，専攻医，研修医	9 名
2023年10月 3 日	外科会議				
2023年10月10日 8:00-8:30	Comparative Safety of Robotic-Assisted vs Laparoscopic Cholecystectomy ／ JAMA Surg 2023;158(12):1303-1310	医員	西川 裕太	外科医師，専攻医，研修医	12 名
2023年10月17日	外科会議				
2023年10月24日 8:00-8:30	Randomized Clinical Trials Comparing Antibiotic Therapy Appendicitis: Meta-analysis ／ BJS Open 2022;6(4):zrac100	研修医	坂田 泉澄	外科医師，専攻医，研修医	11 名
2023年10月31日	外科会議				
2023年11月 7 日	外科会議				
2023年11月14日	外科会議				
2023年11月21日	外科会議				
2023年11月28日	外科会議				
2023年12月 5 日	外科会議				

日 付	テーマ／典拠	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年12月12日 8:00-8:30	Risk Factors for In-hospital Mortality after Emergency Colorectal Surgery in Octogenarians: Results of a Cohort Study from a Referral Center ／Int J Colorectal Dis 2023;38(1):270	専攻医	安次富 駿介	外科医師，専攻医，研修医	12 名
2023年12月19日	外科会議				
2023年12月26日 8:00-8:30	Comparison of Mesh Fixation and Non-fixation in Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Inguinal Hernia Repair: a Randomized Control Trial ／Surg Endosc 2023;37(8):5847-5854	研修医	古市 俊喜	外科医師，専攻医，研修医	13 名
2024年 1 月 9 日 8:00-8:30	Perioperative Outcomes for Single-port Robotic Versus single-incision Laparoscopic Surgery: a Comparative Analysis in Colorectal Cancer Surgery ／Surg Endosc 2024;38(3):1568-1575	医員	塩見 慶	外科医師，専攻医，研修医	11 名
2024年 1 月16日	外科会議				
2024年 1 月22日 8:00-8:30	Active gas Aspiration in Reducing Pain after Laparoscopic Cholecystectomy: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials ／Surg Endosc 2024;38(2):597-606	研修医	宮下 光平	外科医師，専攻医，研修医	12 名
2024年 1 月30日	外科会議				
2024年 2 月 6 日	外科会議				
2024年 2 月13日 8:00-8:30	Robotic Surgery for Inguinal and Ventral Hernia Repair: a Systematic Review and Meta-analysis ／Surg Endosc 2024;38(1):24-46	医員	久保田 豊成	外科医師，専攻医，研修医	11 名
2024年 2 月20日	外科会議				
2024年 2 月27日 8:00-8:30	Laparoscopic Cholecystectomy Versus Antibiotic Therapy for Acute Cholecystitis in Patients over 75 yers: Randomized Clinical Trial and Retrospective Cohort Study ／Scand J Surg 2023;112(4):219-226	研修医	石見 優奈	外科医師，専攻医，研修医	11 名
2024年 3 月 5 日	外科会議				
2024年 3 月12日 8:00-8:30	The Retrocolic Fascial System Revisited for Right Hemicolectomy with Complete Mesocolic Excision Based on Anatomical Terminology: do we need the Eponyms Toldt, Gerota, Fredet and Treitz? ／Colorectal Dis 2023;25(4):764-774	医員	西川 裕太	外科医師，専攻医，研修医	13 名
2024年 3 月19日	外科会議				
2024年 3 月26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
2023年 5 月 9 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	谷口 昌史	研修医，専攻医，等	14 名
2023年 5 月23日 17:30-18:00	第2回感染症研修会 （入院患者の発熱のみかた）	感染症科	與語 葵	研修医，専攻医，等	20 名
2023年 6 月 6 日 18:00-18:30	第3回感染症研修会 （ペニシリン系抗菌薬の使い方）	感染症科	栃谷 健太郎	研修医，専攻医，等	18 名
2023年 6 月20日 18:00-18:30	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	17 名
2023年 7 月 4 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	岩本 伸紀	研修医，専攻医，等	14 名
2023年 7 月18日 18:00-18:30	第6回感染症研修会 （風邪）	感染症科	栃谷 健太郎	研修医，専攻医，等	12 名
2023年 8 月22日 17:30-18:00	第7回感染症研修会 （肺炎）	感染症科	栃谷 健太郎	研修医，専攻医，等	9 名

日 程	テーマ：主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年 8 月29日 18:00-18:30	第 8 回感染症研修会 (小児の感染症総論)	小児科	佐々木 真之	研修医, 専攻 医, 等	16 名
2023年10月 3 日 17:30-18:00	第 9 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	15 名
2023年10月17日 18:00-18:30	第 10 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	16 名
2023年10月31日 17:30-18:00	第 11 回感染症研修会 (皮膚軟部組織感染症)	感染症科	岩本 伸紀	研修医, 専攻 医, 等	28 名
2023年11月 7 日 17:30-18:00	第 12 回感染症研修会 (尿路感染症)	感染症科	元林 寛文	研修医, 専攻 医, 等	16 名
2023年11月21日 18:00-18:30	第 13 回感染症研修会 (インフルエンザ)	感染症科	谷口 昌史	研修医, 専攻 医, 等	19 名
2023年12月 5 日 18:00-18:30	第 14 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	14 名
2023年12月19日 18:00-18:30	第 15 回感染症研修会 (HIV/AIDS)	感染症科	岩本 伸紀	研修医, 専攻 医, 等	14 名
2024年 1 月16日 18:00-18:30	第 16 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	11 名
2024年 2 月20日 18:00-18:30	第 17 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	12 名
2024年 3 月 5 日 17:30-18:00	第 18 回感染症研修会 (骨髄炎・関節炎)	感染症科	谷口 昌史	研修医, 専攻 医, 等	15 名
2024年 3 月19日 17:30-18:00	第 19 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	12 名

放射線技術科研修会

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年 4 月26日 17:30-18:10	救急における見落としがちな症例について	放射線技術科	山本 晃豊	病院全職員	18 名
2023年 6 月27日 17:30-18:10	技師なら知っておきたい RI 検査の基礎知識 心臓編 今月の一例『読影補助への第一歩』	放射線技術科	宮崎 吉博 澁谷 祥子	病院全職員	14 名
2023年 7 月12日 17:30-18:00	装置の特性や最新トピックについて (フィリップス)	フィリップス エレクトロニ クスジャパン	メーカー担当 者	病院全職員	19 名
2023年 7 月20日 17:30-18:00	装置の特性や最新トピックについて (シーメンス)	シーメンスヘル スケア株式 会社	メーカー担当 者	病院全職員	17 名
2023年 7 月26日 17:30-18:10	装置の特性や最新トピックについて (GE)	GE ヘルスケア・ ジャパン 株式会社	メーカー担当 者	病院全職員	14 名
2023年 8 月29日 17:30-18:10	第 73 回日本病院学会 発表予演 今月の一例『見逃すと一大事！な CT 所見』	放射線技術科	上青木 悠平 大町 優介	病院全職員	20 名
2023年 9 月19日 17:30-18:10	不整脈治療（カテーテルアブレーション）について	循環器内科	岩越 響	病院全職員	22 名
2023年10月31日 17:30-18:00	今月の一例拡大版『大動脈解離について』	放射線技術科	山本 晃豊	病院全職員	14 名
2023年11月 8 日 17:30-18:10	アンギオ装置勉強会	フィリップス エレクトロニ クスジャパン	メーカー担当 者	病院全職員	14 名
2023年11月15日 17:30-18:00	アンギオ装置勉強会	シーメンスヘル スケア株式 会社	メーカー担当 者	病院全職員	11 名
2023年11月21日 17:30-18:00	多相造影 CT の撮像法について（技術と臨床）	放射線技術科	中嶋 駿太	病院全職員	18 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年11月22日 17:30-18:00	最新アンギオ装置についての勉強会	GEヘルスケア・ジャパン株式会社	メーカー担当者	病院全職員	11名
2023年11月29日 17:30-18:00	最新アンギオ装置についての勉強会	島津製作所	メーカー担当者	病院全職員	11名
2023年12月11日 17:30-18:10	ダイナミック処理について	富士フィルムメディカル株式会社	メーカー担当者	病院全職員	17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
2023年5月16日 19:00-19:30	がん薬物療法（レジメン）に関する研修会 「卵巣がんレジメンについて」	薬剤科	三松 史野	薬剤師	22名 (10名)
2023年6月20日 14:00-14:30 14:30-15:00 15:00-15:30 2023年7月7日 14:00-14:30 14:30-15:00 15:00-15:30 15:30-16:00 2023年7月7日 -9月30日 e-ラーニング	麻薬・向精神薬の適正な取り扱いについて	薬剤科	山内 舞香	全職種	1,013名
2023年7月26日 17:30-18:00	研修医薬剤講義 「麻薬について」	薬剤科	本多 あずさ	研修医 全職種	12名
2023年8月23日 17:30-18:00	研修医薬剤講義 「糖尿病薬について」	薬剤科	富家 穂乃香	研修医 全職種	7名
2023年9月27日 17:30-18:00	研修医薬剤講義 「静脈経腸栄養について」	薬剤科	江波 瑞生	研修医 全職種	12名
2023年10月25日 17:30-18:00	研修医薬剤講義 「抗がん剤について」	薬剤科	石田 真友子	研修医 全職種	11名
2023年11月21日 19:00-19:30	がん薬物療法（レジメン）に関する研修会 「肺がんレジメンについて」	薬剤科	本多 伸二	薬剤科	23名 (16名)
2023年11月22日 17:30-18:00	研修医薬剤講義 「妊娠・授乳と薬について」	薬剤科	内藤 舞	研修医 全職種	13名
2023年12月13日 17:30-18:00	研修医薬剤講義 「ステロイドについて」	薬剤科	實光 由香	研修医 全職種	11名
2023年12月21日 18:00-18:30	緩和ケア勉強会 「不眠時、不穏時の点滴どう使う？」	薬剤科	三松 史野	医師 看護師	15名
2024年2月20日 19:00-19:30	がん薬物療法（レジメン）に関する研修会 「頭頸部がんレジメンについて」	薬剤科	大野 恵一	薬剤師	29名 (26名)
2024年2月29日 9:30-11:00 2024年3月1日 14:00-16:00 2024年3月6日 15:00-17:00 2024年3月19日 9:30-11:00 2024年3月19日 14:00-15:30 2024年2月29日 -3月22日 e-ラーニング	内服PFC紹介～内服が患者に渡るまで～	薬剤科	三松 史野	全職種	1,373名

日 程	テーマ：主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2024年 3 月23日 15:00-16:30	第37回京都市立病院地域医療連携における薬剤業務研修会	泌尿器科 薬剤科	上山 裕樹 成瀬 圭	薬剤師	23 名 (14 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
2023年 7 月21日 17:30-18:00	当院における救急初期診療の活動について	臨床検査技術科	井上 歩	臨床検査技師	13 名
2023年10月18日 17:30-18:00	免疫チェックポイント阻害薬のコンパニオン診断と irAE について	臨床検査技術科	宮城 華那子	臨床検査技師	16 名
2023年12月 1 日 17:30-18:00	ホルマリンの取り扱いについて	臨床検査技術科	野田 みゆき	臨床検査技師	21 名
2024年 2 月 5 日 - 2 月 6 日 17:30-18:00	内部精度管理の方法とその重要性について	臨床検査技術科	野田 みゆき	臨床検査技師	19 名
2024年 2 月 9 日 17:30-18:00	当院のがんゲノム医療における病理検体の取り扱いの工夫 下肢静脈超音波検査で大腿骨骨幹部骨折の骨折端による DVT が疑われた一症例	臨床検査技術科	宮城 華那子 林田 愛海	臨床検査技師	19 名
2024年 2 月26日 17:30-18:00	R6 年能登半島地震 DMAT 活動報告	臨床検査技術科	坂本 竜也	臨床検査技師	21 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
2023年 4 月 3 日 2023年 4 月10日 16:45-	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	医師，看護師	24 名
2023年 4 月27日 17:30-18:00	閉鎖式吸引デバイス取扱研修会	コビディエン	メーカー担当者	臨床工学技士	15 名
2023年 5 月16日 16:00-16:45	神経刺激装置の納品時取り扱い説明	日本光電	メーカー担当者	臨床工学技士	11 名
2023年 5 月25日 17:30-18:15	経腸栄養ポンプ更新のための説明会	日本カーディナルヘルスケア株式会社 株式会社トップ	メーカー担当者	臨床工学技士	12 名
2023年 6 月29日 17:30-	薬液注入コントローラー（DRIP EYE3）取り扱い研修	株式会社エムアイディ	メーカー担当者	臨床工学技士	14 名
2023年 7 月18日	冠動脈用 IVL（shock wabe）取り扱いセミナー	shock wabe Medical japan 株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	3 名
2023年 7 月27日	術中モニタリングについて	日本光電	メーカー担当者	臨床工学技士	12 名
2023年 7 月28日	補助循環（ECMO, IABP）研修会	臨床工学科	足立 翔吾	ICU ER 看護師	16 名
2023年 8 月31日	BIOTRONIK 社製ペースメーカー説明会	フクダ電子	メーカー担当者	臨床工学技士	12 名
2023年 8 月31日	日本光電 AED 救助データ取り出しとリンケージについて	日本光電	メーカー担当者	臨床工学技士	12 名
2023年 9 月28日	人工呼吸器ハミルトン T1 のバージョンアップについて	日本光電	メーカー担当者	臨床工学技士	15 名
2023年10月17日	NIPRO 供給装置説明会	NIPRO	メーカー担当者	臨床工学技士	5 名
2023年10月19日	東レ供給装置説明会	東レ	メーカー担当者	臨床工学技士	5 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年11月24日	補助循環（ECMO,IABP）研修会	臨床工学科	足立 翔吾	ICU ER 看護師	11 名
2023年11月30日	人工呼吸器（LUIA）の特徴と使用方法	チェスト	メーカー担当者	臨床工学技士	14 名
2023年12月21日	自動カフ圧計の取り扱い説明	臨床工学科	伊藤 禎章	臨床工学技士	14 名
2024年 1 月25日	日本光電セントラルモニター取り扱い研修会	日本光電	メーカー担当者	臨床工学技士	12 名
2024年 1 月30日	ダヴィンチ SP メーカー研修会	インテュイティブサージカル	メーカー担当者	臨床工学技士	11 名
2024年 2 月13日 2024年 2 月16日	日機装 透析液溶解装置、供給装置の導入時説明会	日機装株式会社、東亜	メーカー担当者	臨床工学技士	14 名
2024年 2 月29日	Medtronic 小腸カプセル内視鏡説明会	FUJIFILM Medtronic	メーカー担当者	臨床工学技士	4 名
2024年 2 月29日	循環器部門システム【デバイス台帳】説明会	臨床工学科	石原 太輔	臨床工学技士	12 名
2024年 3 月12日	二重濾過血漿交換（クライオフィльтраーション）について	旭化成メディカル株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	6 名
2024年 3 月22日	ラジオメーター ABL91 FLEX トラブル対応について	ラジオメーター	メーカー担当者	臨床工学技士	12 名

看護部研修実施報告

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2023年 4 月 3 日 - 4 月 5 日 8:30-17:15 (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	新人看護師（ラダーⅠ）研修	37 名
2023年 4 月 6 日 8:30-17:15	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	新人看護師（ラダーⅠ）研修	37 名
2023年 4 月 7 日 8:30-17:15	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	新人看護師（ラダーⅠ）研修	37 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2023年 4 月25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	新人看護師（ラダーⅠ）研修	37 名
2023年 5 月22日 9:00-12:00	[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	新人看護師（ラダーⅠ）研修	37 名
2023年 6 月 OJT	[研修テーマ] メンバーに求まられていることを考えよう！ [研修概要] 自部署でメンバースhipについての OJT を実施し、気づきをまとめる [研修後の到達像] メンバーには何が求められているのかを気付くことができる （個人プレーではなく、チームプレーとして）	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① （メンバースhip研修） 担当者	ラダーⅡ-①	25 名
2023年 6 月 3 日 8:30-10:20	基礎必修研修（褥瘡管理） [研修のねらい] ・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） ※講義と演習で進めます。	看護部 皮膚・排泄ケア認定看護師	白石 喜美代	新人看護師	37 名
2023年 6 月 3 日 10:40-12:30	基礎必修研修（感染管理） [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）] 【講義】 ・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 【演習とグループワーク】 ・看護ケア場面における感染対策 ■持ち物：今使用中の携帯用手指消毒薬（ポシエット式・リール式） ※講義と演習で進めます。	看護部 感染管理認定看護師	水野 幸子 村上 あおい	新人看護師	37 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2023年6月3日 13:30-15:00	基礎必修研修（栄養管理） [研修のねらい] ・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栄養管理の基礎と代替栄養である経管経腸栄養を安全におこなうための方法を知る。 ②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・口腔ケア介助方法を知る。 [概要（研修内容）] ・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 ・食事介助・口腔ケア介助について ：嚥下のメカニズム、ケア時の誤嚥予防、介助ポイント、OAG、義歯の取扱い	看護部 摂食嚥下障害 看護認定看護師	長谷川 優子 森 茂子	新人看護師	37 名
2023年6月6日 15:00-17:00	[研修テーマ] ・EBP 活動の一步を踏み出す 臨床疑問：「なぜそうするのか」 立ち止まって考えてみよう！ [研修概要] ・研修ガイダンス ・講義 ・グループワーク [研修後の到達像] ・看護ケアの質を高めるために立ち止まって考えることができる ・日頃の実践の中にある疑問を言語化できる	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-② 担当者	ラダーⅡ-②	29 名
2023年6月11日 8:30-12:00	基礎必修研修（認知症看護） [研修のねらい] 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） ※講義とグループワークで進めます。	看護部 認知症看護認定看護師	坂口 かおり 北川 陽子	新人看護師	37 名
2023年6月12日 - 6月13日 9:00-12:00	[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： - ナースングスキル（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	新人看護師（ラダーⅠ）研修	37 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2023年 6 月13日 13:30-17:15	[研修テーマ] ・研究とは？なぜ研究をするのか [研修の概要] ・臨床疑問に関してグループワークを実施し、自分の臨床疑問を明らかにしていく [研修後の到達後] ・日々の看護実践の中から看護課題を見つけ出し、研究に結びつけることができる ・リサーチクエスションの立て方を理解できる	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-② 担当者	ラダーⅢ-②	16 名
2023年 6 月14日 9:00-17:00	[研修テーマ] ・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 ・病院機能の理解と地域における自部署の役割再考 [研修の概要] ・研修ガイダンス ・講義 ・グループワーク [研修後の到達後] ・組織的な視点を持ちリーダーとしての自覚できる ・自己のキャリアイメージを再構築することができる ・当院の役割をふまえて自部署の問題を考える事ができる	看護部	教育委員会 ラダーⅣ 担当者	ラダーⅣ	11 名
2023年 6 月21日 17:30-18:30	高齢者看護研修 [研修テーマ] ・高齢者の特徴を知ろう（高齢者総論） [研修後の到達像] 高齢者の心身の特徴を理解しできる	看護部	大田 恵子 坂口 かおり 北川 陽子 山田 寿美子 長谷川 優子 POOマスター 受講者	看護師	24 名
2023年 6 月27日 13:30-15:00	退院支援研修 [研修テーマ] 地域に繋がる看護を知ろう！ [研修概要] ・研修のガイダンス ・講義 ・グループワーク [研修後の到達像] ・入院前から退院後までの患者支援体制について説明できる ・部署での入退院支援の課題を明確にできる ・福祉制度について知ることができる	患者支援センター 副師長	西村 由紀子	看護師	22 名
2023年 7 月 6 日 15:00-17:00	[研修テーマ] みんなでつくる働きやすい看護チーム （メンバーシップはチームの要） [研修概要] 座学とワークを通してチーム医療の基本を学ぶ [研修後の到達像] チーム医療の構造（メンバーとリーダーの協働）を知り、自身のメンバーシップのあり方を振り返ることができる	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① （メンバーシップ研修） 担当者	ラダーⅡ-①	25 名
2023年 7 月 7 日 9:00-17:00	[研修テーマ] 〈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 ・データに基づく質管理 自分達が欲しいデータって何？ [研修概要] ・講義 ・グループワーク [研修後の到達像] ・看護実践とデータとの関連が理解できる ・評価する為にデータが必要であることが理解できる	看護部	教育委員会 ラダーⅣ 担当者	ラダーⅣ	11 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2023年7月14日 9:00-17:00	[研修テーマ] 研修のガイダンスと自己のキャリア開発 〈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 [研修概要] ・講義 ・グループワーク [研修後の到達像] ・病院機能・役割と地域における自部署の役割を理解した上で、変革理論 ・改革への道筋を理解する	看護部	教育委員会 ラダーⅤ 担当者	ラダーⅤ	3名
2023年7月15日 9:00-12:00	摂食嚥下食害看護研修 [研修テーマ] ①安全に食べられるお口づくりをしよう！ ②摂食姿勢管理って思ってる以上に大事！ [研修概要] ①口腔観察からアセスメントおよびケアへの展開 （講義＋症例検討＋口腔ケア実習） ②安全で安楽な摂食姿勢の方法 （講義＋症例検討＋POTT技術チェックを活用しての実習） [研修後の到達像] ・適切な観察・アセスメント・ケア提供ができ口腔環境の改善につなげられる。 ・安全安楽な施設環境をつくることができ誤嚥性肺炎・窒息を予防できる	看護部	摂食援護認定 看護師	看護師	14名
2023年7月24日 14:00-16:00	[研修テーマ] 文献検索：疑問に答えてくれるエビデンスに出会おう！ [研修概要] ・講義 ・文献検索の実際（文献クリティーク） [研修後の到達像] ・文献検索の基本を身につける ・臨床疑問の解決のヒントとして、文献を活用できる	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-② 担当者	ラダーⅡ-②	29名
2023年7月25日 17:30-18:00	感染対策 [研修テーマ] ・標準予防策 ・手指衛生・個人防護具の選択と安全な使用 ・環境整備・リネンの取り扱い [研修後の到達像] ・手指衛生についてWHO5つのタイミングを理解し、臨床場面において具体的に実践できる。 ・個人防護具適正使用を知り、臨床の場で正しく選択着脱ができる	看護部	石川 優 水野 幸子 金沢 律子 村上 あおい	看護師	39名
2023年8月3日 13:00-17:00	[研修テーマ] ・急変対応シミュレーション ：メンバーシップ研修との合同研修 ・急変対応、リーダーに求められること [研修の概要] ・メンバーシップ研修との合同シミュレーション学習： 前後でグループワーク [研修後の到達像] ・チーム内でのリーダー役割、チーム内で発生した問題の解決方法を考え、実践に活かすことができる	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-① 担当者	ラダーⅢ-① （リーダー シップ研修）	32名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2023年 8 月 3 日 13:30-17:00	[研修テーマ] メンバーシップの実践！ （急変対応で迷わないメンバーになろう！） [研修概要] リーダーシップ研修との合同シミュレーション学習： 前後にグループワーク [研修後の到達像] シミュレーションを通してチーム全体の状況判断から、 チームが有効に機能するためのメンバーシップを学ぶ ことで、それらを実践に生かすことができる	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① （メンバ ー シップ研修） 担当者	ラダーⅡ-①	25 名
2023年 8 月 4 日 9:00-17:00	[研修テーマ] 〈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 〈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 [研修概要] ・講義 ・グループワーク [研修後の到達像] ・部署の看護を振り返り問題を見つけることができる ・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 担当者	ラダーⅤ	3 名
2023年 8 月 7 日 17:30-18:30	高齢者看護研修 [研修テーマ] ・死ぬまで自分でトイレに行きたい！ ・高齢者にとっての排泄とは… [研修後の到達像] 高齢者にとって適切な排泄ケアをアセスメントし、ケ ア介入できる 研修内容を実践で活かすことができる	看護部	大田 恵子 坂口 かおり 北川 陽子 山田 寿美子 長谷川 優子 POOマスター 受講者	看護師	24 名
2023年 8 月14日 13:30-16:30	臨床倫理研修 [研修テーマ] 事例から学ぼう、臨床倫理 何がベスト？考えるプロセスを楽しもう [研修概要] 事例検討 グループワーク [研修後の到達像] 倫理的意識決定における事例検討を積み重ねることの重 要性を理解する	看護部	看護部倫理委 員	看護師	20 名
2023年 8 月22日 17:30-18:00	感染対策 [研修テーマ] ・標準予防策 ・針刺し・切創、血液曝露対策、腰椎穿刺の曝露対策、 器具洗浄（洗浄、消毒、滅菌） [研修後の到達像] ・針刺し・切創の事象が起こった要因分析と予防対策 が実践できる。 ・院内採用の安全機材を正しく使用できる	看護部	石川 優 水野 幸子 金沢 律子 村上 あおい	看護師	39 名
2023年 9 月 OJT	[研修テーマ] メンバーシップの学びを自分のものにしよう！ [研修概要] 自部署での発表 [研修後の到達像] 研修で取り組んできたことを振り返り、メンバーとし ての自己の課題を明確化できる	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① （メンバ ー シップ研修） 担当者	ラダーⅡ-①	25 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2023年9月 OJT	[研修テーマ] 計画：エビデンスを使って計画的に実践しよう！ [研修概要] ・計画書の作成 [研修後の到達像] ・エビデンス（先行文献）を参考に、臨床疑問を解決するための看護ケアを計画できる	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-② 担当者	ラダーⅡ-②	29名
2023年9月 OJT	[研修テーマ] ・自分も相手も尊重するアサーションについて学ぶ [研修の概要] ・アサーティブコミュニケーションについて、各自で事前学習をし、部署で実践してみる [研修後の到達像] ・チーム滑動で必要なコミュニケーション能力をアサーティブを学ぶことにより向上し、円滑なチーム活動を遂行できる	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-① 担当者	ラダーⅢ-① (リ - ダー シップ研修)	32名
2023年9月5日 9:00-17:00	[研修テーマ] ・データに基づく質管理 標準化／ベンチマークについて ・フレームワークの活用 ・分析に必要なデータとは [研修概要] ・講義 ・グループワーク [研修後の到達像] ・病棟にあるデータの洗い出しができる	看護部	教育委員会 ラダーⅣ 担当者	ラダーⅣ	11名
2023年9月11日 - 9月12日 13:00-16:30	[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	新人看護師 (ラダーⅠ) 研修	37名
2023年9月24日 10:00-16:00	[研修テーマ] 「がん患者に必要な知識・スキルを学び、地域で暮らすがん患者の療養生活を支える」 ・再発告知場面での意思決定支援 (コミュニケーションスキル：NURSE) ・治療期のケア ・地域緩和ケア ・遺伝看護 など [研修後の到達像] 1) 現場でがん患者や緩和ケアを実践し、その内容を現場に還元（フィードバック）する 2) がん患者のスペシャリスト（専門看護師・認定看護師）と連携する仕組みやルール作りの中核的役割を果たす [研修概要] ・講義と演習から、双方向の学びを深める ・講義 がん看護に必要な基本的知能・スキルを学び、地域で暮らすがん患者の療養生活を支える ・演習 ①事例検討会（治療期のケア、地域緩和ケアなど） ②ロールプレイ（再発告知場面での意思決定支援・コミュニケーションスキル：NURSE）	看護部	がん看護チーム	がん看護研修 (ベーシックコース)	25名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2023年 9 月26日 17:30-18:00	感染対策 [研修テーマ] ・医療関連感染 ・事例から学ぶカテーテル関連血流感染・尿路感染(仮) [研修後の到達像] ・症例を通してカテーテル関連血流感染予防対策の理解と実践ができる	看護部	石川 優 水野 幸子 金沢 律子 村上 あおい	看護師	39 名
2023年 9 月30日 13:00-17:00	災害研修 [ねらい] ・災害拠点病院の看護師を自覚し、対応することの必要性を理解できる ・看護の専門知識を統合して災害時の看護実践につなげる [研修テーマ] ①災害および災害看護の基礎知識 ②災害傷病者の対応 1次（START 式） トリアージ・トリアージタグ記入 2次（PAT 式） トリアージ、外傷の診察 ③災害と感染コントロール ④災害派遣状況 修了式 [研修概要] 〈講義・グループワークでの机上訓練、実践〉 災害看護の基礎知識： ナースィングスキルで学んだ内容のポイント、外傷のフィジカルアセスメント、緊急処置、災害トリアージ、自施設や自部署の災害対応の実践を理解できる 災害時の対応： 1次（START 式）トリアージ・トリアージタグ記入、災害と感染管理、災害派遣報告 [研修後の到達像] ①有事に看護師として対応ができる ②1次（START 式） トリアージ・トリアージタグ記入ができる 2次（PAT 式） 外相傷病者の観察・対応がわかる ③災害モードのと感染管理、ケアが考えられる ④自施設の災害派遣状況がわかる	看護部	災害対策部会 DMAT 隊員	看護師	39 名
2023年10月 OJT	[研修テーマ] メンバーに求められていることを考えよう！ [研修概要] 自部署でメンバースhipについての OJT を実施し、気づきをまとめる [研修後の到達像] メンバーには何が求められているのかを気づくことができる (個人プレーではなく、チームプレーとして)	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① (メンバースhip研修) 担当者	ラダーⅡ-①	25 名
2023年10月 OJT	退院支援研修 [研修テーマ] 入退院支援看護から学ぼう！ [研修概要] ・部署の支援Nsと協働し、カンファレンスを開催内容を要約 [研修後の到達像] ・入退院支援ナースの役割を理解できる ・部署での退院支援を理解し、実践への課題を明確にできる	患者支援センター 副師長	西村 由紀子	看護師	22 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2023年10月5日 9:00-17:00	[研修テーマ] 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 進捗管理：担当者と面談 [研修概要] ・講義 ・グループワーク [研修後の到達像] ・部署の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 担当者	ラダーⅤ	3名
2023年10月6日 13:30-17:15	[研修テーマ] ・研究計画書を書いてみよう [研修の概要] ・研究計画書の書き方についての講義 ・文献クリティークを実際に行ってみる [研修後の到達像] ・研究計画書の書き方が理解できる ・臨床疑問から研究疑問への導くための文献クリティークが実践できる	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-② 担当者	ラダーⅢ-②	16名
2023年10月16日 17:30-18:30	高齢者看護研修 [研修テーマ] ・歳をとっても食べ続けたい！ ・嚥下摂食・口腔ケア [研修後の到達像] 安全な経口栄養，口腔環境について学び，実践の場で活かすことができる	看護部	大田 恵子 坂口 かおり 北川 陽子 山田 寿美子 長谷川 優子 POOマスター 受講者	看護師	24名
2023年10月16日 -10月17日 9:00-12:00	[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	新人看護師 (ラダーⅠ)研修	37名
2023年10月23日 15:00-17:00	[研修テーマ] ・実践をケアに繋げるリフレクション ・事例を通して学ぶ カンファレンスに活かす [研修の概要] ・「ファシリテーションとは」講義を受けて，グループワークを実施 [研修後の到達像] ・臨床現場で実施している看護実践の内容のリフレクションを行うことで，カンファレンスの場などでリーダーシップを発揮できる	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-① 担当者	ラダーⅢ-① (リーダーシップ研修)	32名
2023年10月24日 17:30-18:00	感染対策 [研修テーマ] ・医療関連感染 ・事例から学ぶ手術部位感染・消化器感染症（仮） [研修後の到達像] ・症例を通して手術部位感染・消化器感染症対策の理解と実践ができる	看護部	石川 優 水野 幸子 金沢 律子 村上 あおい	看護師	39名
2023年11月4日 13:00-13:55	クリティカルケア看護研修 [研修テーマ] ・ショックの基礎知識・ショックの原因 ・心電図モニターの正常と不整脈のみかた [研修概要] ショックの基礎知識とショックの原因を学ぶ (講義) [研修後の到達像] ・ショックの基礎知識，4つの分類がわかる ・危険な不整脈がわかる	看護部	的野 早苗 寺崎 昌美 檜垣 将吾	看護師	39名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2023年11月 4 日 14:00-14:55	クリティカルケア看護研修 [研修テーマ] クリティカルケア看護の症状と看護 「呼吸不全患者の看護」 [研修概要] 急変症状を見抜くための観察とアセスメントについて学ぶ（講義と演習） [研修後の到達像] ・酸素化が低下する 3つの要因がわかる ・呼吸音の聴取と酸素療法の基本がわかる ・SnO2 が低下したときどうするかわかる	看護部	的野 早苗 寺崎 昌美 檜垣 将吾	看護師	39 名
2023年11月 4 日 15:00-15:55	クリティカルケア看護研修 [研修テーマ] クリティカルケア看護の症状と看護 「脳疾患と神経症状」 「フィジカルアセスメント」 [研修概要] 心電図モニターの正常・不整脈について学ぶ（講義と演習） [研修後の到達像] 神経症状のみかたがわかる （意識レベル・麻痺・瞳孔など）	看護部	的野 早苗 寺崎 昌美 檜垣 将吾	看護師	39 名
2023年11月 4 日 16:00-17:00	クリティカルケア看護研修 [研修テーマ] クリティカルケア看護の症状と看護 「症例から考えてみよう」 [研修概要] 症例から学ぶ（グループワーク） [研修後の到達像] ・症例から急変の原因について考えることができる ・急変時に気づける力、一歩立ち止まる力が身につく	看護部	的野 早苗 寺崎 昌美 檜垣 将吾	看護師	39 名
2023年11月 7 日 15:00-17:00	[研修テーマ] みんなでつくる働きやすい看護チーム （メンバーシップはチームの要） [研修概要] 座学とワークを通してチーム医療の基本を学ぶ [研修後の到達像] チーム医療の構造（メンバーとリーダーの協働）を知り、自身のメンバーシップのあり方を振り返ることができる	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① （メンバ ーシッ プ研修） 担当者	ラダーⅡ-①	25 名
2023年11月11日 9:00-12:00	摂食嚥下障害看護研修 [研修テーマ] ③食事介助技術ひとつでかわる！ ④看護師も患者さんもキーパーソンも繋がろう！ [研修概要] ③安全で安楽な摂食姿勢の方法 （講義＋症例検討＋食事介助実習） ④症例をとおして入院～退院後までの看護ケアの展開をおこなう [研修後の到達像] ・安全安楽な食事介助ができ誤嚥性肺炎・窒息を予防できる ・入院中から退院後までの看護ケアが展開できる	看護部	長谷川 優子 森 茂子	看護師	14 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2023年11月20日 13:30-16:30	臨床倫理研修 [研修テーマ] 事例から学ぼう、臨床倫理 何がベスト？考えるプロセスを楽しもう [研修概要] 事例検討 グループワーク [研修後の到達像] 倫理的意思決定における事例検討を積み重ねることの 重要性を理解する	看護部	看護部倫理委 員	看護師	20 名
2023年12月 7 日 13:30-17:00	[研修テーマ] メンバーシップの実践！ （急変対応で迷わないメンバーになろう！） [研修概要] リーダーシップ研修との合同シミュレーション学習前 後にグループワーク [研修後の到達像] シミュレーションを通してチーム全体の状況判断から、 チームが有効に機能するためのメンバーシップを学ぶ ことで、それらを実践に生かすことができる	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① （メンバ ーシッ プ研修） 担当者	ラダーⅡ-①	25 名
2023年12月 7 日 13:00-17:00	[研修テーマ] ・急変対応シミュレーション：メンバーシップ研修と の合同研修 ・急変対応、リーダーに求められること [研修の概要] ・メンバーシップ研修との合同シミュレーション学習： 前後でグループワーク [研修後の到達像] ・チーム内でのリーダー役割、チーム内で発生した問 題の解決方法を考え、実践に活かすことができる	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-① 担当者	ラダーⅢ-① （リ ー ダ ーシッ プ研修）	32 名
2023年12月11日 9:00-16:30	[研修テーマ] ・部署課題とは データに裏付けされた現状 [研修概要] ・講義 ・グループワーク [研修後の到達像] ・部署の強み・弱みをふまえて 部署の現状明らかに することができる	看護部	教育委員会 ラダーⅣ 担当者	ラダーⅣ	11 名
2023年12月12日 13:30-17:00	[研修テーマ] ・看護部倫理審査について知る ・プレゼンテーションの方法を学び、発表準備をする [研修の概要] ・倫理審査とは何かについて講義を受け、倫理審査の 流れを理解することができる [研修後の到達像] ・看護部倫理審査の流れを知り、倫理審査への提出計 画を立案できる	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-② 担当者	ラダーⅢ-②	16 名
2023年12月25日 17:30-18:30	高齢者看護研修 [研修テーマ] ・高齢者の入院生活を支える技術を学ぶ （アクティビティーケアについて） [研修後の到達像] 患者の個性や症状に沿ったアクティビティーケアに ついて検討し、実践においても工夫できる	看護部	大田 恵子 坂口 かおり 北川 陽子 山田 寿美子 長谷川 優子 POOマスター 受講者	看護師	24 名
2024年 1 月 OJT	[研修テーマ] メンバーシップの学びを自分のものにしよう！ [研修概要] 自部署での発表 [研修後の到達像] 研修で取り組んできたことを振り返り、メンバーとし ての自己の課題を明確化できる	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-① （メンバ ーシッ プ研修） 担当者	ラダーⅡ-①	25 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2024年1月 OJT	[研修テーマ] ・自分も相手も尊重するアサーションについて学ぶ [研修の概要] ・アサーティブコミュニケーションについて、各字で事前学習をし、部署で実践してみる [研修後の到達後] ・チーム滑動で必要なコミュニケーション能力をアサーティブを学ぶことにより向上し、円滑なチーム活動を遂行できる	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-① 担当者	ラダーⅢ-① (リ ー ダ ー シップ研修)	32 名
2024年1月5日 13:00-16:00	退院支援研修 [研修テーマ] 退院支援事例を振り返り、実践はつなげよう！ [研修概要] ・グループワーク ・発表 [研修後の到達後] ・実際の事例を通して、各部署でのカンファンスや活動内容を共有し、実践への活かし方を検討できる ・発表を通じて、部署での活動につなぐことができる	患者支援センター 副師長	西村 由紀子	看護師	22 名
2024年1月12日 9:00-17:00	[研修テーマ] 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 進捗管理：担当者と面談 [研修概要] ・講義 ・グループワーク [研修後の到達後] ・部署の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 担当者	ラダーⅤ	3 名
2024年1月22日 -1月23日 9:00-12:00	[研修概要] ・災害看護の基礎 ・災害トリアージについて [研修後の到達後] ・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：ナースングスキル ■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	新人看護師 (ラダーⅠ) 研修	37 名
2024年2月2日 13:00-17:00	[研修テーマ] ・部署課題とは ・データに裏付けされた部署の現状報告会 [研修概要] ・発表 ・グループワーク ・講評 [研修後の到達後] ・問題発見過程を通して ・自分の看護実践能力を向上させることができる ・柔軟な考え方をし困難に立ち向かえる考え方を学ぶ	看護部	教育委員会 ラダーⅣ 担当者	ラダーⅣ	11 名
2024年2月3日 13:30-17:15	[研修テーマ] ・院内合同研究発表会での発表 [研修の概要] ・院内学会での発表 [研修後の到達後] ・研修成果として、研究発表ができる ・部署で研究成果について伝達、共有できる	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-② 担当者	ラダーⅢ-②	16 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	登録人数
2024年2月3日 13:00-17:00	[研修テーマ] 院内合同研究発表会で発表 [研修概要] 院内学会での発表 [研修後の到達像] ・プレゼンテーションの準備、実践を通じて、解決思考を振り返り、自部署での目標管理に繋げることができる	看護部	教育委員会 ラダーⅤ 担当者	ラダーⅤ	3名
2024年2月8日 15:00-17:00	[研修テーマ] ・実践をケアに繋げるリフレクション ・事例を通して学ぶ カンファレンスに活かす [研修の概要] ・「ファシリテーションとは」講義を受けて、グループワークを実施 [研修後の到達像] ・臨床現場で実施している看護実践の内容のリフレクションを行うことで、カンファレンスの場などでリーダーシップを発揮できる	看護部	教育委員会 ラダーⅢ-① 担当者	ラダーⅢ-① (リーダーシップ研修)	32名
2024年3月1日 17:30-18:30	高齢者看護研修 [研修テーマ] ・実践に活かそう！看護計画を立ててみよう [研修後の到達像] 受け持ち患者（高齢者）の看護計画を学習してきた知識を活用し、見直すことができる	看護部	大田 恵子 坂口 かおり 北川 陽子 山田 寿美子 長谷川 優子 POOマスター 受講者	看護師	24名
2024年3月7日 14:00-17:00	[研修テーマ] 評価：取り組んできた実践を評価する [研修概要] ・計画と実践の発表 ・グループワーク [研修後の到達像] ・エビデンスを踏まえた看護計画のPDCAサイクルが回せる	看護部	教育委員会 ラダーⅡ-② 担当者	ラダーⅡ-②	29名
2024年3月12日 13:00-17:00	[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	新人看護師 (ラダーⅠ) 研修	37名

BLS 研修会

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年4月7日 10:45-12:15	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 臨床検査技術科 薬剤科 放射線技術科	下新原 直子 田畑 雄一 影山 悠 佐々木 真之 鉢峰 将明 山添 万愛 坂口 真梨子 長久 真紀子 山岡 薫 山田 雅 長戸 優也 田嶋 志章	コメディカル 事務職	16名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年6月30日 16:00-17:00	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	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 臨床工学科 栄養科 薬剤科 リハビリテーション科	下新原 直子 田畑 雄一 影山 悠 梅田 美里 坂口 真梨子 安井 真子 山本 深滯 長久 真紀子 園山 和代 山田 雅 鵜飼 将平 植木 明 長戸 優也 内田 真樹	医師・看護師 以外の職員	23 名
2023年8月2日 17:30-18:30	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 栄養科 リハビリテーション科	下新原 直子 寺谷 千穂 山添 万愛 井上 訓仁子 北澤 雄大 木谷 未紀子 津久間 聖子 津田 磨美 中島 麻衣 檜原 将吾 長久 真紀子 園山 和代 山田 雅 植木 明 内田 真樹 小林 宗一郎	医師・看護師 以外の職員	27 名
2023年8月29日 17:30-18:30	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 看護部 医療安全推進室 栄養科 薬剤科	下新原 直子 田畑 雄一 大田 優太 石田 千晶 大石 麻耶 谷口 紗恵子 檜原 将吾 的野 早苗 津田 磨美 津久間 聖子 木谷 未紀子 長久 真紀子 植木 明 長戸 優也	医師・看護師	23 名
2023年9月25日 17:30-18:30	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 薬剤科	佐々木 真之 下新原 直子 田畑 雄一 市田 育子 大家 美里 大内 裕美 木谷 未紀子 坂口 真梨子 鈴木 恵 津久間 聖子 長久 真紀子 檜原 将吾 長戸 優也	医師・看護師	23 名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年10月25日 17:30-18:30	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 リハビリテーション科	末次 弘実 下新原 直子 田畑 雄一 石田 千晶 北澤 雄大 谷口 紗恵子 津田 磨美 檜原 将吾 山本 千聖 内田 真樹 日下部 和貴	看護師	18 名
2023年11月22日 17:30-18:30	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 看護部 医療安全推進室 栄養科 薬剤科 リハビリテーション科	下新原 直子 北澤 雄大 芝 美智子 坪内 佐妃 長久 真紀子 的野 早苗 植木 明 長戸 優也 内田 真樹 日下部 和貴 小林 宗一郎 志水 泰夫	看護師 薬剤師	15 名
2023年12月20日 17:30-18:30	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 臨床工学科 リハビリテーション科	田畑 雄一 影山 悠 石田 千晶 大田 優太 木下 貴映子 津田 磨美 長久 真紀子 長谷川 優子 檜原 将吾 鶴飼 将平 内田 真樹	看護師 薬剤師 臨床工学技士	23 名

化学療法勉強会

日時	会の形態	テーマ・要旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2023年 4 月18日 18:15-19:00	講義	30 分で分かる消化器がんの標準的薬物療法	腫瘍内科	桐島 寿彦	全職種	35 名
2023年 6 月20日 18:15-19:00	講義	泌尿器診療における化学療法	泌尿器科	堤 尚史	全職種	25 名
2023年 9 月19日 18:20-19:00	講義	小児の化学療法について	小児科	田村 真一	全職種	14 名
2023年12月19日 18:15-18:30	講義	小細胞肺癌の化学療法	呼吸器内科	小林 祐介	全職種	22 名
2024年 3 月19日 18:15-18:45	講義	薬剤（主に抗がん剤）による皮膚障害	皮膚科	奥沢 康太郎	全職種	20 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
2023年9月24日 9:55-16:05	病院・地域におけるがん看護・緩和ケア実践のための工夫や悩みを共有し、がん患者の治療を支えるための最新の知識やスキルを学び、がん患者が地域で安心して暮らすための看護実践能力を養う。 疫学、ゲノム、がんサバイバーシップ ・国のがん対策として、がん診療連携拠点病院の機能、がんゲノム医療、がん予防法について理解することができる。 ・科学的根拠に基づく診療ガイドラインを活用する視点を説明できる。 ・がんとともに生きる人々へのがんサバイバーシップの質を向上させるためのアプローチ方法について理解できる。 手術療法 ・がん治療における手術の目的が理解できる。 ・手術療法ががん患者の心身に及ぼす影響が理解できる。 ・妊孕性温存という考え方が理解できる。 ・リンパ浮腫ケアが理解できる。 がん薬物療法 ・がん薬物療法に伴う症状（悪心嘔吐、脱毛）の事例から、セルフケア支援に必要な知識（症状の定義やメカニズム、患者に及ぼす影響、セルフケアの査定、ケアの方法）を学び、理解することができる。 がん放射線療法 ・放射線療法の概要が理解できる。 ・放射線皮膚炎のケア方法が理解できる。 ・がん患者の治療と就労の両立支援について理解できる。 コミュニケーション ロールプレイ 感情表出を促すコミュニケーションスキルを学ぶ ・がん看護におけるコミュニケーションの重要性を理解できる。 ・がん看護における難しいコミュニケーションへのアプローチ「NURSE」について説明できる。 ・悪い知らせを伝えられる場面での意思決定における看護師の役割について理解できる。 緩和・地域医療 ・がん看護における基本的緩和ケアについて理解できる。 ・終末期がん患者への意思決定支援における看護師の役割を理解できる。	がん医療連携センター 看護部管理室 5B 病棟 4B 病棟 5B 病棟 外来 7D 病棟 がん医療連携センター 看護部管理室 看護部管理室	松村 優子 荻野 葉子 大柿 深雪 本田 薫 乾 和江 杵岡 かおる 中川 紀直 松村 優子 東 由加里 東 由加里	院内看護師 京北病院看護師	25 名 (1 名)

健康教室「かがやき」

日 程	会の形態	テーマ	所 属	講 師	対象者	主催者名	参加人数
2023年4月28日 14:30-15:30	講演	知っておきたい鼻の病気	耳鼻いんこう科	大西 俊範	一般市民	患者支援センター地域連携室	39 名
2023年5月26日 14:30-15:30		頻尿かな？と思ったら ～セルフチェックから治療まで～	泌尿器科	堤 尚史			69 名
2023年6月23日 14:30-15:30		急病?! その時どうすれば?	救急科	國嶋 憲			47 名
2023年7月28日 14:30-15:30		乳がん薬物療法の最前線!	乳腺外科	森口 喜生			38 名
2023年8月25日 14:30-15:30		放射線治療ってどうするの?	放射線治療科	平田希美子			40 名
2023年9月22日 14:30-15:30		肝臓病の診断と治療	消化器内科	瀬古 彩			41 名
2023年10月27日 14:30-15:30		えんげの話	リハビリテーション科	佐藤 玲			50 名
2023年11月24日 14:30-15:30		新型コロナウイルス感染症	感染症科	栃谷健太郎			32 名
2023年12月22日 14:30-15:30		気になる貧血のはなし	血液内科	櫻田 麻希			33 名
2024年1月26日 14:30-15:30		糖尿病の運動療法 ～ラジオ体操のススメ～	糖尿病代謝内科	木村 智紀			60 名
2024年2月16日 14:30-15:30		喘息について	呼吸器内科	小熊 毅			31 名
2024年3月22日 14:30-15:30		身近に起きる皮膚の病気	皮膚科	沢田 広子			40 名
						合計	520 名

出前講座

日時	会の形態	テーマ	所 属	講 師	対象者	主催者名	参加人数
2024年1月18日 10:00-11:15	出前講演	女性特有の健康問題	産婦人科	小芝 明美	京都生協組合員	京都生協東ブロック	10 名
2024年1月22日 17:45-18:45		認知症の方に安心してもらうケア	看護部	坂口かおり 北川 陽子	高齢者福祉施設久我の杜職員	久我の杜サービス	25 名

糖尿病教室（第3木曜日／15:00-16:00）

日 程	会の形態	テーマ	所 属	講 師	対象者	主催者名	参加人数
2023年4月20日 15:00-16:00	講演	糖尿病領域における尿検査について 糖尿病の食事療法, GI 値について	糖尿病代謝内科 栄養科	小暮 彰典 柳 亜子	当院にて糖尿病治療中の方	糖尿病代謝内科	4 名
2023年7月20日 15:00-16:00		サルコペニア・フレイルって知ってる? 食事療法を無理なく続けるために	糖尿病代謝内科 栄養科	木村 智紀 花川 卓子			4 名
2023年10月19日 15:00-16:00		災害にそなえる 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	小暮 彰典 森岡 沙織			5 名
2024年1月18日 15:00-16:00		災害時の備えはできていますか?	栄養科	平野真美子			2 名

母親教室

	日 程	会の形態	テーマ	所 属	対 象	主催者名	参加人数
前中期	第 4 水曜日 12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	43 名
後期	第 2 水曜日 12回／年		・分娩の経過 ・入院病棟案内 ・安全なお産をするために ・お産後について	助産師			52 名

がん患者・家族のサロン「みぶなの会」

日 程	会の形態	対象者	主催者名	参加人数
2023年 7 月26日 13:30-15:30	交流会, 学習会	がん患者及び家族	がん相談支援センター	7 名
2023年10月25日 13:30-15:30				13 名
2024年 2 月28日 13:30-15:30				11 名
				31 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
2023年 7 月26日 13:30-15:30	音楽療法ってなあに？ ～一緒に聞いて 触って 癒されて～	洛和会京都音楽療法研究センター 音楽 療法士	柴田 恵美 安達 紗代	7 名
2023年10月25日 13:30-15:30	笑いヨガ ～笑う門には福来る！～	笑いヨガティーチャー	木下 尚子	13 名
2024年 2 月28日 13:30-15:30	「患者力」を高めるには ～「生きる」を考える哲学対話～	一般社団法人哲学相談おんころ代表理事	中岡 成文	11 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
2023年9月9日 京都産業会館 ホール	テーマ「急性期病院と地域をつなぐ認知症ケア」			89 名
	第Ⅰ部 一般講演			
	「当院における認知症ケアサポートチーム（DST）」活動報告	脳神経内科 部長	中谷 嘉文	
		薬剤科 薬剤師	山南 貴一	
		看護部 副看護師長	北川 陽子	
		認知症看護認定看護師		
		栄養科 管理栄養士	尾崎 さくら	
	第Ⅱ部 特別講演			
	「認知症の診断と最近の話題／音楽療法」	光華もの忘れ・フレイルクリニック 医師・京都光華女子大学 非常勤講師・京都市立病院 非常勤講師	藤竹 純子	
	第Ⅲ部 パネルディスカッション			
2024年3月16日 からすま京都ホテル 瑞雲の間	テーマ「地域全体で診る肺がん治療」			71 名
	第Ⅰ部 一般講演			
	「長期生存を目指した肺がん治療」	呼吸器内科 医長	太田 登博	
	「低侵襲ロボット支援手術・最近の術後補助化学療法で浮上する地域連携の重要性について」	呼吸器外科 医長	村西 佑介	
	「肺がん化学療法における薬剤師の地域連携の取組」	薬剤科 薬剤長	本多 伸二	
	第Ⅱ部 特別講演			
	「がん患者に対する包括的な地域連携を考える」	北里大学医学部 新世紀医療開発センター 横断的医療領域開発部門 臨床腫瘍学 教授	佐々木 治一郎	

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
2023年 4 月27日 16:00-17:00	脳卒中に対する脳血管内治療	脳神経外科	辻 敬一	15 名 (内院外 5 名)
2023年 5 月25日 16:00-17:00	再発高リスク乳癌治療の最新情報と当科乳癌診療のトピックス（化学療法による脱毛予防の取組とがんゲノム医療について）	乳腺外科	森口 喜生	9 名 (内院外 4 名)
2023年 6 月22日 16:00-17:00	①不明熱で当院転院となった 2 症例 ②梅毒の診断と治療	感染症科	元林 寛文 岩本 伸紀 栃谷 健太郎	17 名 (内院外 8 名)
2023年 7 月27日 16:00-17:00	①地域の耳鼻咽喉科の先生方から紹介され小児期悪性リンパ腫と判明した 3 例 ②気道感染の経過中に見つかった横隔膜ヘルニアの一例	小児科	矢野 未央 飛鳥 暉昌	26 名 (内院外 9 名)
2023年 8 月24日 16:00-17:00	①当院の心不全の実態について ②冠動脈石灰化病変に対するカテーテル治療について	循環器内科	中島 規雄 松永 晋作	19 名 (内院外 9 名)
2023年 9 月28日 16:00-17:00	難治性がん疼痛の疼痛コントロールを行い病診連携した直腸がん患者の一例	緩和ケア科	大西 佳子	16 名 (内院外 10 名)
2023年10月26日 16:00-17:00	京都市立病院 皮膚科の紹介	皮膚科	沢田 広子	12 名 (内院外 6 名)
2023年11月30日 16:00-17:00	悪性リンパ腫の治療	血液内科	井上 雄太	13 名 (内院外 6 名)
2023年12月28日 16:00-17:00	①脊椎骨粗鬆症に対する当院での治療 ②当院における外反母趾の治療	整形外科	清水 優 間野 公介	9 名 (内院外 2 名)
2024年 1 月25日 16:00-17:00	腎代替療法選択の現状	腎臓内科	矢内 佑子	17 名 (内院外 6 名)
2024年 2 月22日 16:00-17:00	当科における肺がん診療	呼吸器内科	小林 祐介	12 名 (内院外 8 名)
2024年 3 月28日 16:00-17:00	POCUS（point of care ultrasound）の活用 - ER・プライマリケアから病棟まで -	消化器内科	宮川 昌巳	16 名 (内院外 8 名)
			合計	181 名 (内院外 81 名)

令和5年度 ラウンド実績

AST ラウンド実績

【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日以上注射抗菌薬使用患者					
【ラウンド内容】					
・血液培養の結果から、まずは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、また起因菌と判断した場合は感染源を特定するために追加に必要な検査、また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。					
・抗 MRSA 薬、アミノグリコシド系薬やボリコナゾールでは、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
2023年4月4日	47名	2023年7月28日	43名	2023年11月28日	44名
2023年4月7日	39名	2023年8月1日	36名	2023年12月1日	33名
2023年4月11日	36名	2023年8月4日	41名	2023年12月5日	46名
2023年4月14日	41名	2023年8月8日	43名	2023年12月8日	44名
2023年4月18日	50名	2023年8月15日	45名	2023年12月12日	49名
2023年4月21日	52名	2023年8月18日	34名	2023年12月15日	41名
2023年4月25日	45名	2023年8月22日	41名	2023年12月19日	40名
2023年4月28日	41名	2023年8月25日	48名	2023年12月22日	34名
2023年5月2日	40名	2023年8月29日	45名	2023年12月26日	44名
2023年5月9日	47名	2023年9月1日	52名	2024年1月5日	57名
2023年5月12日	38名	2023年9月5日	43名	2024年1月9日	32名
2023年5月16日	41名	2023年9月8日	40名	2024年1月12日	33名
2023年5月19日	37名	2023年9月12日	44名	2024年1月16日	36名
2023年5月23日	44名	2023年9月15日	35名	2024年1月19日	40名
2023年5月26日	41名	2023年9月19日	38名	2024年1月23日	50名
2023年5月30日	52名	2023年9月22日	54名	2024年1月26日	41名
2023年6月2日	50名	2023年9月26日	49名	2024年2月2日	49名
2023年6月6日	42名	2023年9月29日	35名	2024年2月6日	41名
2023年6月9日	26名	2023年10月3日	42名	2024年2月9日	35名
2023年6月13日	36名	2023年10月6日	43名	2024年2月13日	39名
2023年6月16日	34名	2023年10月10日	40名	2024年2月16日	48名
2023年6月20日	38名	2023年10月17日	43名	2024年2月20日	36名
2023年6月23日	40名	2023年10月20日	35名	2024年2月27日	50名
2023年6月27日	49名	2023年10月24日	45名	2024年3月1日	42名
2023年6月30日	40名	2023年10月27日	49名	2024年3月5日	31名
2023年7月4日	40名	2023年10月31日	50名	2024年3月8日	25名
2023年7月7日	41名	2023年11月7日	50名	2024年3月12日	30名
2023年7月11日	37名	2023年11月10日	37名	2024年3月15日	32名
2023年7月14日	36名	2023年11月14日	49名	2024年3月19日	31名
2023年7月18日	40名	2023年11月17日	46名	2024年3月22日	34名
2023年7月21日	37名	2023年11月21日	51名	2024年3月26日	43名
2023年7月25日	41名	2023年11月24日	42名	2024年3月29日	35名

NST ラウンド実績

日 程	対象病棟	対象患者数	ラウンドメンバー	内 容
2023年 4 月 5 日	3A 3D 4B 5A 5B	19 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	SGA, OAG 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ー。 ・嚥下評価の提案。
2023年 4 月 7 日	3A 6C 7C 7D	9 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 4 月12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 4 月14日	6C 7C 7D	8 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 4 月19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 4 月21日	6C 7C 7D	12 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 4 月26日	3A 3D 4B 5A 5B	13 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 4 月28日	3A 6C 6D 7C 7D	13 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 5 月10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 5 月12日	6C 6D 7C 7D	12 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 5 月17日	3A 3D 5A 5B 7C	14 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 5 月19日	5A 6C 6D 7C 7D	9 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 5 月24日	3A 3D 5A 5B 7C	15 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 5 月26日	6A 6C 6D 7C 7D	9 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 5 月31日	3A 3B 3D 5A	17 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 6 月 2 日	6B 6C 7C 7D	8 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 6 月 7 日	3A 3D 5A 6A	13 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 6 月 9 日	6A 6C 6D 7C 7D	8 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 6 月14日	3A 3D 5A 5B	12 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 6 月16日	6A 6B 6C 6D 7C 7D	10 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 6 月21日	3A 3D 5A 5B	15 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 6 月23日	6A 6C 6D 7C 7D	13 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 6 月28日	3A 3D 5A 5B	14 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 6 月30日	3D 6B 6C 6D 7C 7D	12 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 7 月 5 日	3A 3D 5A 5B	11 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 7 月 7 日	6B 6C 6D 7C 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
2023年 7 月12日	3A 3D 5A 5B 6C	13 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	SGA, OAG 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。 ・半固形成の提案。 ・栄養指標検査のオーダー。 ・嚥下評価の提案。
2023年 7 月14日	6B 6C 6D 7C 7D	12 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 7 月19日	3D 5A 5B 6C	11 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 7 月21日	6B 6C 6D 7C 7D	12 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 7 月26日	3A 3D 5A 5B 6C	15 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 7 月28日	6B 6C 6D 7C 7D	11 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 8 月 2 日	3A 3D 5A 5B 6C	13 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 8 月 4 日	6B 6C 6D 7C 7D	10 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 8 月 9 日	3A 3D 5A 5B 6B 6C 6D 7C 7D	21 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 8 月16日	3A 3D 5A 5B	17 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 8 月18日	6B 6C 6D 7C 7D	13 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 8 月23日	3A 3D 5A 5B	18 名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 8 月25日	6B 6C 6D 7C 7D	12 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 9 月 6 日	3A 3D 5A 5B 6D	16 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 9 月 8 日	3A 6B 6C 7C 7D	14 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 9 月13日	3A 3D 5A 5B 6D	17 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 9 月15日	6B 6C 7C 7D	9 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 9 月20日	3A 3D 5A 5B	15 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 9 月22日	3A 6C 7C	10 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 9 月27日	3A 3D 5A 5B 7C	17 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年 9 月29日	6A 6C 7C 7D	8 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年10月 4 日	3A 3D 4B 5A 5B 7D	15 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年10月 6 日	3A 6A 6B 6C 6D 7C	9 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年10月11日	3A 3D 4B 5A 5B 7C	15 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年10月13日	3A 6A 6B 6C 6D 7C 7D	10 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年10月18日	3A 3D 4B 5A 5B 6A	18 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年10月20日	6A 6B 6C 6D 7C 7D	12 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10月25日	3A 3B 3D 4B 5A 5B	16 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	SGA, OAG 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ー。 ・嚥下評価の提案。
2023年10月27日	3A 6A 6B 6C 6D 7C 7D	10 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年11月1日	3A 3D 5A 5B 6A 6B 6C 6D 7C 7D	23 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年11月8日	3A 3D 5B	12 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年11月10日	3A 3B 6A 6B 6C 6D 7C 7D	13 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年11月15日	3A 3D 5A 5B 7C	12 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年11月17日	6A 6B 6C 7C 7D	13 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年11月22日	3A 3D 5A	12 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年11月24日	6A 6B 6C 7C 7D	10 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年11月29日	3A 3D 4B 5A 5B 6D	15 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年12月1日	3A 6A 6B 6C 7C 7D	13 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年12月6日	3A 4B 5A 5B	15 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年12月8日	3A 5A 6B 7C 7D	10 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年12月13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12月15日	6A 7C 7D	7 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年12月20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12月22日	6A 7C 7D	8 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年12月27日	3A 3D 4B 5A 6A 6D 7C 7D	20 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年1月5日	3A 3B 4B 5A 6A 6D 7C 7D	16 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年1月12日	3A 3D 4B 5A 6A 6D 7C 7D	17 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年1月17日	3A 3D 4B 5A 6C	11 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年1月19日	6A 7C 7D	10 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年1月24日	3A 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26日	3B 6A 6B 7C 7D	13 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年1月31日	3A 3D 4A 4B 5A 6A 6B 7C 7D	24 名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年2月2日	3A 7C 7D	3 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7日	3A 3D 4A 4B 5A	14名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	SGA, OAG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ー。 ・嚥下評価の提案。
2023年2月9日	6A 7C 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年2月14日	3A 3D 4A 4B 5B 6A	13名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年2月16日	6A 7C 7D	12名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年2月21日	3A 3D 4A 4B 5A 5B 6A 7C 7D	25名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年2月28日	3A 3D 4A 5A	13名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月1日	5A 6A 6D 7C 7D	10名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月6日	3A 3D 5A	12名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月8日	6A 6B 6D 7C 7D	8名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月13日	3A 3D 4B 5A	12名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月15日	6A 6B 6D 7C 7D	10名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2023年3月22日	3A 3D 5A 6D 7C 7D	16名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	

緩和ケアラウンド実績

日時	病 棟	患者数	担当者	内 容
2023年 4 月 5 日	4A 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	・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 4 月 6 日	6C 6D	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 4 月 7 日	5B 6C	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 4 月10日	3D	1 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 4 月11日	4A	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 4 月12日	4B 6C 6D	4 名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年 4 月13日	4B	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 4 月16日	6D	1 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 4 月17日	4B 6C 6D 7D	5 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 4 月18日	5B 6D 7D	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 4 月19日	3A 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	
2023年 4 月21日	3A 6D 7D	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 4 月24日	4B 6D	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 4 月25日	3B 4A 4B 6D	5 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 4 月26日	3B 4B 6D	4 名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年 4 月27日	4A 4B 6D 7D	6 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 4 月28日	4B 6D	4 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月 1 日	4B 7C 7D	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月 2 日	4B 6D 7C	4 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月 8 日	4B 6D 7C	4 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月 9 日	6D	1 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月10日	4B 5B 6D	5 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月11日	6D	2 名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年 5 月12日	6D	1 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月15日	4B 6D	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月16日	6D	1 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月17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	
2023年 5 月18日	6D 7D	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月19日	4A	1 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月22日	3D	1 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月23日	3D 4B 6D	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月24日	4A 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	
2023年 5 月25日	4B 3D 6D	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月26日	3D 6C 6D	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月29日	4B 5B	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 5 月30日	3B 4B 5B 6C	4 名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	

日時	病棟	患者数	担当者	内 容
2023年5月31日	3B 4A 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、栄養相談により、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6月1日	3B 4B 6C 6D	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月2日	3B 6D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月5日	3B 4B 6C 6D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月6日	5B 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月7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6月9日	5B 6D 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月12日	6C	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月13日	4B 6C 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月14日	4B 5B 6C 7C	5名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年6月15日	6C	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月16日	4B 5B 6C 7C	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月19日	4B 6C	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月20日	4A 5B	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月21日	4B 5B 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6月23日	6C 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月26日	6C 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月27日	4A 4B 5A 5B 6C 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月28日	4B 6C 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6月29日	5A 6C 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年6月30日	7D	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月3日	5A 6C 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月4日	5A 6B 6C 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月5日	4B 5A 6B 6C 7D 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7月6日	4A 5B 7C	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月7日	4A 4B 6B 6C 7C	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月10日	6A 7C 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月11日	4A	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月12日	7C 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7月13日	5B	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月14日	4A 6C 7C 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月18日	4A 5B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月19日	5B 7C 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7月20日	5B 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月21日	5B 6C 7C	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月24日	6C 6D 7C 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年7月25日	6C 7C 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7月26日	6B 6C 7C 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	

日時	病 棟	患者数	担当者	内 容
2023年 7 月27日	4A 5B 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 7 月28日	6C 7C	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 7 月31日	6B 6C	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月 1 日	6B 6C	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月 2 日	4B 6B 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	
2023年 8 月 3 日	4B	1 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月 4 日	4B 6B	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月 7 日	4B 6B 7C	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月 8 日	4B 7C	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月 9 日	4B 7C	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 8 月10日	4B 7C	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月14日	4B 7C 7D	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月15日	7C 7D	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月16日	5B 7C 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 8 月17日	5B	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月18日	4B	1 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月21日	4A 4B	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月22日	6C 7C	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月23日	4B 5B 6C 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	
2023年 8 月24日	4B 5B 7D	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月25日	4A 4B	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月28日	4B 6C	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月29日	4B 6C	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 8 月30日	3A 4B 6B 6C 6D	6 名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年 8 月31日	3A 5B 6C 6D	5 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 9 月 1 日	3A 6C	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 9 月 4 日	3A 6C 6D 7D	4 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 9 月 5 日	4A	1 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 9 月 6 日	3A 4B 6C 6D	4 名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年 9 月 7 日	4B 5B 6C 6D	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 9 月 8 日	3A 4A 4B 6B 6D	5 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 9 月11日	4A 6D 6C	4 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 9 月13日	3A 4B 6B 6C 6D	8 名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年 9 月14日	5B	1 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 9 月15日	4A 4B 5B 6B	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 9 月19日	3A 6C 6B	3 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 9 月20日	3A 4B 6B 6C 6D	6 名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年 9 月21日	3A 6D	2 名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年 9 月22日	4A 6B	2 名	医師 看護師 臨床心理士	

日時	病 棟	患者数	担当者	内 容
2023年9月25日	3A 6A 6C	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。
2023年9月27日	3A 4A 6B 6C	4名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年9月28日	4A 5B	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年9月29日	3A 4A 6B 6C 6D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年10月2日	4B 6C	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年10月3日	4A 5B	2名	臨床心理士	
2023年10月4日	4B 6B 6C	4名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年10月5日	4B 6D 7C	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年10月6日	4A 6B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年10月10日	4B 7C	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年10月11日	4A 5B 6B 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10月12日	4A 4B 6B 7C	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年10月13日	4A 4B 6C	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年10月16日	4A 4B 7C	3名	医師 臨床心理士	
2023年10月18日	4A 4B 6B 6C 7C	8名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年10月20日	6B 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年10月23日	4A 5B 6C 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年10月25日	4A 4B 5B 6C 6D	10名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年10月26日	4B 6C	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年10月27日	4B 6C	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年10月30日	4A 5B 6A 6C 6D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年10月31日	5B 6D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年11月1日	4A 4B 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11月2日	6C	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年11月6日	4A 4B 6C	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年11月7日	4B 6C 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年11月8日	4A 4B 6C 6D	8名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年11月9日	4B 6C 6D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年11月10日	4B 6C	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年11月13日	4A 6C 6D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年11月14日	6C 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年11月15日	4A 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	
2023年11月16日	6C	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年11月17日	6C	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年11月20日	4A 6C 6D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年11月21日	6C 6D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年11月22日	4A	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	

日時	病 棟	患者数	担当者	内 容
2023年11月27日	4A 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11月29日	4A 4B 6C 6D	7名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年11月30日	6C 6D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月1日	4B 6C 6D 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月4日	4A 6C 6D 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月5日	7D	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月6日	4A 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月7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	
2023年12月8日	6C 6D 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月11日	4A 6C 6D 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月12日	6D 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月13日	4A 4B 6C 6D 7D	8名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2023年12月14日	6C 6D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月15日	4B 6D 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月18日	4A 4B 6C 6D 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月19日	6D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月20日	4A 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12月21日	4B 5B 6C 6D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月22日	6C 6D 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月25日	4A 5B 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月26日	6D 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2023年12月27日	4A 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12月28日	4A 5B 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月4日	7D	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月5日	4A 6C 6D 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月9日	4B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月10日	4A 4B 5B 6D 7D	9名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年1月11日	4A 4B 5B	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月12日	4B 5A 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月15日	4A 4B 5A 5B 6A 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月16日	6A	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月17日	4A 4B 5A 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	
2024年1月18日	6A 6D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月19日	4A 6A 6D 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月22日	4A 6A 6D 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月23日	6A	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月24日	4A 6A 6B 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	
2024年1月25日	4A	1名	医師 看護師 臨床心理士	

日時	病 棟	患者数	担当者	内 容
2024年1月26日	7D	1名	医師 看護師 臨床心理士	・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて、週1～5回、医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして、緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている。 ・緩和ケアチームの介入にあたり、ラウンド開始前に主治医や担当医、担当看護師を交えたカンファレンスを行い、患者の状態等の把握につとめる。 ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には、担当看護師を交えて情報共有を行った後、ベッドサイドに行き、直接患者や患者家族の希望を確認している。 ・疼痛コントロールの依頼では、薬剤の種類（NSAIDs、オピオイド、鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に、神経ブロックの適応などについても提案を行っている。 ・精神症状ケアでは、不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を、不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている。 ・食事状況を確認し、栄養相談にのり、本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている。 ・患者の希望に寄り添いながら、退院調整や社会資源の情報提供を行っている。
2024年1月29日	6A 6C 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月30日	6C 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年1月31日	4A 6C 6D 7D	6名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年2月1日	4A 6C 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月2日	4A 6C 6D 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月5日	4A 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月6日	6C 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月7日	4A 6C 6D 7D	6名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年2月8日	4A	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月9日	4A 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月13日	6C 6D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月14日	4A 6C 6D 7D	6名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年2月15日	4A 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月16日	6D	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月19日	6C 6D 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月20日	6D	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月21日	4A 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	
2024年2月22日	4A 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月26日	4B 6D 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年2月28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	
2024年2月29日	4A 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月1日	4A 6C 6C 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月4日	4B 6C 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月6日	4A 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	
2024年3月8日	4A 6D 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月11日	6C 6D 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月12日	6A	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月13日	3D 4A 4B 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	
2024年3月14日	4A 6D 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月15日	4A 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月18日	3B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月19日	3B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月21日	3B 6C 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月22日	3B 4A 6C 6D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月25日	6A 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月26日	4B 6C 6D 7C	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年3月27日	4B 6B 6C	4名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	

褥瘡ラウンド実績

日 程	病 棟	患者数	担当者	内 容
2023年4月14日 14:30-16:00	4A 5A 5B 5E	7名	皮膚科医師 奥沢 康太郎	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 褥瘡疑い症例の皮膚評価, 褥瘡診断及び褥瘡除外
2023年4月28日 14:30-14:45	3D	1名	沢田 広子 中村 健太郎	
2023年5月26日 14:30-15:20	3A 3D 6D	4名	看護師 白岩 喜美代 山田 寿美子	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 評価修正
2023年6月9日 14:30-14:45	6A	1名	西田 朝香 万木 さゆり	
2023年6月23日 14:20-15:55	6C 6D 7C 7D	6名	井口 佳奈子 松井 律子 荒木 千佐子	・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, ポジショニング ・創傷処置, 重度褥瘡処置コストチェック ・保湿ケア強化 ・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, モイスキパッドとココロールを併用した保護方法 ・褥瘡治癒部の再発予防ケア ・退院支援 在宅療養環境調整について
2023年7月14日 14:45-15:00	3A	1名	林 裕子 松本 しげ子	
2023年7月28日 14:30-15:40	6D 7D	3名	新明 幸子 小林 みのり	・創傷処置, 重度褥瘡処置コストチェック ・保湿ケア強化 ・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, モイスキパッドとココロールを併用した保護方法 ・褥瘡治癒部の再発予防ケア ・退院支援 在宅療養環境調整について
2023年8月18日 14:30-15:45	3D 6D 7D	4名	横畠 康子 菅原 恵美子 花木 亜衣	
2023年9月8日 14:30-15:20	3A 5E	4名	薬剤師 内村 恭子	・褥瘡治癒部の再発予防ケア ・退院支援 在宅療養環境調整について
2023年9月22日 14:30-15:00	3D 6D	2名	管理栄養士 望月 貴子 森岡 沙織	
2023年10月13日 14:30-15:25	3A 5A 5B	3名		
2023年10月27日 14:30-15:10	3D 7D	2名		
2023年11月10日 14:30-15:00	3A 5B	2名		
2023年11月24日 14:30-14:45	7D	1名		
2023年12月8日 14:30-15:55	3A 4B 5B	5名		
2023年12月22日 14:30-15:15	3D 6C	2名		
2024年1月12日 14:30-15:05	5B 5E	2名		
2024年1月26日 14:30-14:50	3D 6C	2名		
2024年2月9日 14:30-16:10	3A 5A 6A	4名		
2024年3月8日 14:30-16:00	3A 5A 5B 6A	6名		
2024年3月22日 14:30-16:00	3D 6C 6D 7C 7D	6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
2023年4月4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。
2023年4月6日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2023年4月11日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年4月18日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年4月20日	3B 7C	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	具体的なサポート内容 - 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。 - 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。 - 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。
2023年4月27日	3B 6C 7C	3名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2023年5月2日	3B	2名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年5月9日	3B 6C	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5月11日	6C	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年5月18日	5B 6C	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5月23日	3D 6C	2名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年5月25日	3B 5B 6C	4名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2023年5月30日	3B 3D 6C	3名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年6月1日	3B 6C	3名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年6月6日	3B 6C 7C	3名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2023年6月8日	6C 7C	2名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年6月13日	3D 6C 7C 7D	4名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2023年6月20日	7C	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年6月27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6月29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	
2023年7月6日	4A	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年7月11日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年7月13日	4A	1名	医師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年7月18日	3B	1名	医師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年7月20日	3B 4A	2名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年7月25日	3B 6C	2名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年8月1日	3B 6C	2名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	

日 程	病 棟	患者数	担当者	内 容
2023年 8 月24日	3B	1 名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	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。
2023年 8 月29日	3B	1 名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年 9 月 5 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 9 月12日	3B 6C	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 9 月19日	3B	3 名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2023年 9 月26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10月 3 日	3B	1 名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年10月17日	3B	1 名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2023年10月24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10月31日	7D	1 名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2023年11月 2 日	3B 7C	2 名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2023年11月 7 日	3B 7D	2 名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年11月 9 日	7C	1 名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年11月14日	7D	1 名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年11月16日	7C	1 名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年11月28日	3B 7C	2 名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年11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	
2023年12月 5 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12月 7 日	3B	1 名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2023年12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	
2023年12月19日	3A	1 名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2023年12月26日	3A 3B	3 名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年 1 月 4 日	3A	1 名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年 1 月23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	
2024年 1 月25日	3B	1 名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年 1 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	
2024年 2 月 6 日	3B	1 名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年 2 月13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 (2024)

1) 原 著

* 院外の著者・演者

論 題	著者名	誌名 巻(号): ページ, 年
血液内科		
Effects of Combined Test Dose and Therapeutic Drug Monitoring Strategy in Exposure-Directed Busulfan	Iemura T*, Kondo T*, Ueda A*, Maeda T*, Kitawaki T*, Arai Y*, Kanda J*, Ikeda T*, Imada K*, Ishikawa T*, Anzai N*, Mitsuru Itoh, Takeoka T*, Akasaka T*, Yago K*, Yonezawa A*, Arima N*, Kitano T*, Nohgawa M*, Watanabe M*, Moriguchi T*, Yamashita K*, Ueda Y*, Matsumoto K*, Takaori-Kondo A*	Ann Hematol 102(10): 2909-2922, 2023
Mild Acute Graft-Versus-Host Disease Improves Outcomes After HLA-Haploidentical-Related Donor Transplantation Using Posttransplant Cyclophosphamide and Cord Blood Transplantation	Wada F*, Kanda J*, Kamijo K*, Nishikubo M*, Yoshioka S*, Ishikawa T*, Ueda Y*, Akasaka T*, Arai Y*, Izumi K*, Hirata H*, Ikeda T*, Yonezawa A*, Anzai N*, Watanabe M*, Imada K*, Yago K*, Naoki Tamura, Mitsuru Itoh, Masuo Y*, Kunitomi A*, Takeoka T*, Kitano T*, Arima N*, Hishizawa M*, Asagoe K*, Kondo T*, Takaori-Kondo A	Cell Transplant 32: 1-14, 2023
Advantages of Higher Busulfan Dose Intensity in Fludarabine-Combined Conditioning for Patients with Acute Myeloid Leukemia Undergoing Cord Blood Transplantation	Shibata S*, Arai Y*, Kondo T*, Mizuno S*, Harada K*, Miyakoshi S*, Uchida N*, Maruyama Y*, Eto T*, Katsuoka Y*, Matsue K*, Nishiwaki K*, Takada S*, Doki N*, Mitsuru Itoh, Nagafuji K*, Kawakita T*, Tanaka J*, Fukuda T*, Atsuta Y*, Yanada M*	Transplant Cell Ther 29(5): 332. e1-332. e11, 2023
Epitope Mismatch at HLA-DRB1 Associates with Reduced Relapse Risk in Cord Blood Transplantation for Standard-Risk Hematologic Malignancy	Morita-Fujita M*, Shindo T*, Iemura T*, Arai Y*, Kanda J*, Okada K*, Ueda Y*, Onda Y*, Anzai N*, Mori T*, Ishikawa T*, Otsuka Y*, Yonezawa A*, Yuhi N*, Imada K*, Akifumi Oba, Mitsuru Itoh, Okamoto Y*, Kitano T*, Ikeda T*, Kotani S*, Akasaka T*, Yago K*, Watanabe M*, Nohgawa M*, Tsuji M*, Takeoka T*, Yamamoto R*, Arima N*, Yoshinaga N*, Hishizawa M*, Yamashita K*, Kondo T*, Takaori-Kondo A*, Kyoto Stem Cell Transplantation Group	Transplant Cell Ther 29(6): 347. e1-347. e11, 2023
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	京都市立病院紀要 43: 1-6, 2023
糖尿病代謝内科		
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	京都市立病院紀要 43: 50-53, 2023

論 題	著者名	誌名 巻 (号) : ページ, 年
腎臓内科		
The Case Hyperammonemia in a Non-Cirrhotic Hemodialysis Patient	Tomoki Taniguchi, Mayumi Tomita, Noriyuki Iehara	Kidney Int 103(1) : 233-234, 2023
Renal Congestion Associated with Left Renal Vein Obstruction. A Nephrology Picture	Tomoki Taniguchi, Mayumi Tomita, Noriyuki Iehara	J Nephrol 36(1) : 253-255, 2023
Renal Tamponade in a Patient with Hydronephrosis-Related Page Kidney	Tomoki Taniguchi, Kojiro Yamamoto, Mayumi Tomita, Noriyuki Iehara	CEN Case Rep 12(4) : 378-383, 2023
Hepatitis E Virus Infection-Induced Complete Remission of Primary Membranous Nephropathy Through its Higher Propensity for Inducing Regulatory T Cells	Tomoki Taniguchi	CEN Case Reports 12(4) : 423-424, 2023
循環器内科		
Cavin-2 Loss Exacerbates Hypoxia-Induced Pulmonary Hypertension with Excessive eNOS Phosphorylation and Protein Nitration	Takeru Kasahara, Ogata T*, Nakanishi N*, Tomita S*, Higuchi Y*, Maruyama N*, Hamaoka T*, Matoba S*	Heliyon 9(6) : e17193, 2023
消化器内科		
再発を繰り返す Lemmel 症候群に対して内視鏡的乳頭括約筋切開術が有効であった 1 例	陶山 遙介	日本腹部救急医学会雑誌 43 : 997-1000, 2023
呼吸器内科		
CD47 Polymorphism for Predicting Nivolumab Benefit in Patients with Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer	Ogimoto T*, Ozasa H*, Yoshida H*, Nomizo T*, Funazo T*, Yoshida H*, Hashimoto K*, Hosoya K*, Yamazoe Masatoshi, Ajimizu H*, Tsuji T*, Sakamori Y*, Kuninaga K*, Morita S*, Hirai T*	Cancer Sci 114(2) : 546-560, 2023
Subtyping Emphysematous COPD by Respiratory Volume Change Distributions on CT	Shima H*, Tanabe N*, Oguma A*, Shimizu K*, Kaji S*, Terada K*, Oguma Tsuyoshi, Kubo T*, Suzuki M*, Makita H*, Sato A*, Nishimura M*, Sato S*, Konno S*, Hirai T*	Thorax 78(4) : 344-353, 2023
Physiological Impacts of Computed Tomography Airway Dyanapsis, Fractal Dimension, and Branch Count in Asymptomatic Never Smokers	Maetani T*, Tanabe N*, Terada S*, Shiraishi Y*, Shima H*, Kaji S*, Sakamoto R*, Oguma Tsuyoshi, Sato S*, Masuda I*, Hirai T*	J Appl Physiol 134(1) : 20-27, 2023
Roles of Staphylococcus Aureus and Sensitization to Staphylococcal Enterotoxin in Bronchiectasis	Morimoto C*, Matsumoto H*, Ito I*, Nagaski T*, Oguma Tsuyoshi, Hirai T*	Respir Investig 61(1) : 23-26, 2023
Outcome and Growth of Lobar Graft after Pediatric Living-Donor Lobar Lung Transplantation	Tanaka S*, Nakajima D*, Sakamoto R*, Oguma Tsuyoshi, Kawaguchi A*, Ohsumi A*, Ohata K*, Ueda S*, Yamagishi H*, Kayawake H*, Yutaka Y*, Yamada Y*, Hamaji M*, Hamada S*, Tanizawa K*, Handa T*, Suga T*, Baba S*, Hiramatsu H*, Ikeda T*, Date H*	J Heart Lung Transplant 42(5) : 660-668, 2023
Centrilobular Emphysema Is Associated with Pectoralis Muscle Reduction in Current Smokers without Airflow Limitation	Maetani T*, Tanabe N*, Shiraishi Y*, Shimada T*, Terada S*, Shima H*, Mochizuki F*, Sakamoto R*, Kaji S*, Oguma Tsuyoshi, Sato S*, Iijima H*, Masuda I*, Hirai T*	Respiration 102(3) : 194-202, 2023

論 題	著者名	誌名 巻(号): ページ, 年
Stronger Associations of Centrilobular than Paraseptal Emphysema with Longitudinal Changes in Diffusing Capacity and Mortality in COPD	Shiraishi Y*, Tanabe N*, Shimizu K*, Oguma A*, Shima H*, Sakamoto R*, Yamazaki H*, Oguma Tsuyoshi, Sato A*, Suzuki M*, Makita H*, Muro S*, Nishimura M*, Sato S*, Konno S*, Hirai T*	Chest 164(2): 327-338, 2023
Importance of Mucus Burden and Mucociliary Impairment in Asthma	Nomura N*, Matsumoto H*, Sunadome H*, Oguma Tsuyoshi, Hirai T*	J Allergy Clin Immunol 151(5): 1410-1411, 2023
Association of Age with Computed Tomography Airway Tree Morphology in Male and Female Never Smokers without Lung Disease History	Terada S*, Tanabe N*, Maetani T*, Shiraishi Y*, Sakamoto R*, Shima H*, Oguma Tsuyoshi, Sato A*, Kanasaki M*, Masuda I*, Sato S*, Hirai T*	Respi Med 214: 107278, 2023
Evaluation of Elevated Plasma Fatty Acids as Relevant Factors for Adult-Onset Asthma: The Nagahama Study	Tashima N*, Matsumoto H*, Nishi K*, Terada S*, Kogo M*, Nomura N*, Morimoto C*, Sunadome H*, Nagasaki T*, Oguma Tsuyoshi, Nakatsuka Y*, Murase K*, Kawaguchi T*, Tabara Y*, Chin K*, Sonomura K*, Matsuda F*, Hirai T*	Allergol Int 73(1): 65-70, 2023
Longitudinal Changes and Association of Respiratory Symptoms with Preserved Ratio Impaired Spirometry (PRISm): the Nagahama Study	Kogo M*, Sato S*, Muro S*, Matsumoto H*, Nomura N*, Oguma Tsuyoshi, Sunadome H*, Nagasaki T*, Murase K*, Kawaguchi T*, Tabara Y*, Matsuda F*, Chin K*, Hirai T*	Ann Am Thorac Soc 20(11): 1578-1586, 2023
Association of Lower Plasma Citric Acid with Prolonged Cough: the Nagahama Study	Terada S*, Matsumoto H*, Nishi K*, Kogo M*, Nomura N*, Tashima N*, Morimoto C*, Sunadome H*, Nagasaki T*, Oguma Tsuyoshi, Nakatsuka Y*, Murase K*, Kawaguchi T*, Tabara Y*, Sonomura K*, Matsuda F*, Chin K*, Hirai T*	Sci Rep 13(1): 13921, 2023
Effect of Biologic Therapy on the Humoral Immune Response to the BNT162b2 Vaccine in Patients with Asthma	Shirata M*, Ito I*, Oguma Tsuyoshi, Nagasaki T*, Oi I*, Hamano N*, Nishioka K*, Hirai T*	Respir Investig 61(6): 733-737, 2023
Sputum Microbiota and Inflammatory Subtypes in Asthma, COPD, and its Overlap	Morimoto C*, Matsumoto H*, Nomura N*, Sunadome H*, Nagasaki T*, Sato S*, Sato A*, Oguma Tsuyoshi, Ito I*, Kogo M*, Tomii K*, Tajiri T*, Ohashi K*, Tsukahara T*, Hirai T*	J Allergy Clin Immunol Glob 3(1): 100194, 2023
感染症科		
Report of HKU-1 Coronavirus Nosocomial Cluster in a City Hospital in Japan During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic	Aoi Yogo, Shougen Sumiyoshi, Kazuaki Aoki, Hirofumi Motobayashi, Kentaro Tochitani, Shungo Yamamoto, Tsunehiro Shimizu	Antimicrob Steward Healthc Epidemiol 3(1): e18, 2023
Meningitis Caused by Chromobacterium Haemolyticum Suspected to be Derived from a Canal in Japan: a Case Report	Iwamoto K*, Yamamoto M*, Yamamoto A*, Sai T*, Mukai T*, Miura N*, Kozono H*, Onishi S*, Ohno S*, Nobuki Iwamoto, Matsumura Y*, Nagao M*, Urata Y*	J Med Case Rep 17(1): 171, 2023

論 題	著者名	誌名 巻(号)：ページ, 年
A Rare Case of Blindness Caused by Syphilis with Malignant Hypertensive Nephropathy	Matsumoto M*, Yamamoto S*, Morinishi T*, Harima E*, Nakayasu S*, Nobuki Iwamoto, Muraoka Y*, Takahashi A*, Minamiguchi S*, Yanagita M*	Intern Med 62(21) : 3195-3201, 2023
小児科		
Plasma-Derived Factor VIIa and Factor X Mixture Agent (MC710) Prophylaxis in Haemophilia B Patients with Inhibitors	Sakai M*, Amano K*, Chin M*, Takedani H*, Hiroyuki Ishida, Sakashita K*, Taki M*, Migita M*, Watanabe H*, Ishimura M*, Nogami K*, Harano S*, Shirahata A*	Haemophilia 29(2) : 456-46, 2023
Epidemiology Conduction of Paediatric Rheumatic Diseases Based on the Registry Database of the Pediatric Rheumatology Association of Japan	Narazaki H*, Akioka S*, Akutsu Y*, Araki M*, Fujieda M*, Fukuhara D*, Hara R*, Hashimoto K*, Hattori S*, Hayashibe R*, Imagawa T*, Inoue Y*, Hiroyuki Ishida, Ito S*, Itoh Y*, Kawabe T*, Kitoh T*, Kobayashi I*, Matsubayashi T*, Miyamae T*, Mizuta M*, Mori M*, Murase A*, Nakagishi Y*, Nagatani K*, Nakano N*, Nishimura T*, Nozawa T*, Okamoto N*, Okura Y*, Sawada H*, Sawanobori E*, Sugita Y*, Tanabe Y*, Tomiita M*, Yamaguchi KI*, Yasuoka R*, Yokoyama K*	Mod Rheumatol 33(5) : 1021-1029, 2023
Safety and Efficacy of Post-Haematopoietic Cell Transplantation Maintenance Therapy with Blinatumomab for Relapsed/Refractory CD19-Positive B-Cell acute Lymphoblastic Leukaemia : Protocol for a Phase I-II, Multicentre, Non-Blinded, Non-Controlled Trial (JPLSG SCT-ALL-BLIN21)	Sakaguchi H*, Umeda K*, Kato I*, Sakaguchi K*, Hiramatsu H*, Hiroyuki Ishida, Yabe H*, Goto H*, Kawahara Y*, Yamashita YI*, Sanada M*, Deguchi T*, Takahashi Y*, Saito A*, Noma H*, Horibe K*, Taga T*, Adachi S*, Transplantation and Cellular Therapy Committee of Japanese Childhood Cancer Group	BMJ Open 13(4) : e070051, 2023
緩和ケア科		
「京都ホスピス・緩和ケア病棟連絡会」の活動報告 ～顔の見える関係から発展させた地域緩和ケア連携～	山極哲也*, 酒井和加子*, 吉岡 亮*, 上野博司*, 山代亜紀子*, 川上 明*, 萩野行正*, 土屋宣之*, 大谷哲之*, 大里真之輔*, 信谷健太郎*, 竹浦嘉子*, 上林孝豊*, 清水正樹*, 大西佳子, 上田和茂*	Palliative Care Research 18(2) : 123-128, 2023
【まだできる！難治性疼痛の緩和ケア】第Ⅰ症 治療モダリティを知る 1-3 難治性疼痛を前提としたインターベンショナル治療 抗凝固療法を行っている時・凝固異常がある時の神経ブロックの考え方	大西佳子	緩和ケア 33(Suppl) : 88-94, 2023
総合外科		
肝細胞癌の長期治療経過中に大腸転移を来した1例	神田修平, 奥田雄紀浩, 山崎伸悟, 久保田豊成, 森 友彦, 松尾宏一	日本臨床外科学会雑誌 84(8) : 1308-1313, 2023
手術手技 挟み撃ち法による腹腔鏡下横行結腸切除術の定型化と有効性について	神田修平, 森 友彦, 山崎伸悟, 塩見 慶, 加藤 滋, 松尾宏一	手術 77(11) : 1643 - 1649, 2023
第2章9 腹腔鏡下胃全摘	坂口正純, 細木久裕*, 金谷誠一郎*	消化器内視鏡外科手術バイブル—動画で学ぶハイボリウムセンターの手技(北川雄光:監修, 宮澤光男, 竹内裕也:編), 医学書院: 74-77, 2023

論 題	著者名	誌名 巻(号) : ページ, 年
【肝疾患 臨床検査でどう迫る?】(3章)慢性の肝疾患 肝硬変患者における凝固・抗凝固・線溶異常(解説)	秦浩一郎	臨床検査 67(10) : 1162-1168, 2023
生体肝移植と膵頭十二指腸切除術を一期的に施行した, 原発性硬化性胆管炎を背景とする広範囲胆管癌の1例	福光 剣, 田浦康二郎, 長井和之, 内田洋一朗, 石井隆道, 伊藤孝司, 秦浩一郎, 八木真太郎, 波多野悦朗	日本消化器病学会雑誌 120(6) : 524-531, 2023
【糖代謝異常と外科医療】糖代謝異常に対する移植医療の現状と展望(解説)	穴澤貴行, 山根 佳, 伊藤孝司, 長井和之, 内田洋一朗, 福光 剣, 石井隆道, 秦浩一郎, 波多野悦朗	日本外科学会雑誌 124(2) : 190-197, 2023
【肝移植手術を再考する】肝移植医療における周術期管理と免疫抑制 update(解説)	奥村晋也, 伊藤孝司, 小木曾聡, 穴澤貴行, 秦浩一郎, 波多野悦朗	手術 77(1) : 19-26, 2023
Properdin Inhibition Ameliorates Hepatic Ischemia/Reperfusion Injury without Interfering with Liver Regeneration in Mice	Kusakabe J*, Koichiro Hata, Tajima T*, Miyauchi H*, Zhao X*, Kageyama S*, Tsuruyama T*, Hatano E*	Front Immunol 14 : 1174243, 2023
Pretransplant Renal Dysfunction Negatively Affects Prognosis After Living Donor Liver Transplantation: A Single-Center Retrospective Study	Fukumitsu K*, Kaido T*, Matsumura Y*, Ito T*, Ogiso S*, Ishii T*, Seo S*, Koichiro Hata, Masui T*, Taura K*, Nagao M*, Okajima H*, Uemoto S*, Hatano E*	Transplant Proc 55(7) : 1623-1630, 2023
Anti-Complement 5 Antibody Ameliorates Antibody-Mediated Rejection after Liver Transplantation in Rats	Tajima T*, Koichiro Hata, Kusakabe J*, Miyauchi H*, Badshah JS*, Kageyama S*, Zhao X*, Kim SK*, Tsuruyama T*, Kirchner VA*, Watanabe T*, Uemoto S*, Hatano E*	Front Immunol 14 : 1186653, 2023
Pretransplant Renal Dysfunction Negatively Affects Prognosis After Living Donor Liver Transplantation: A Single-Center Retrospective Study	Fukumitsu K*, Kaido T*, Matsumura Y*, Ito T*, Ogiso S*, Ishii T*, Seo S*, Koichiro Hata, Masui T*, Taura K*, Nagao M*, Okajima H*, Uemoto S*, Hatano E*	Transplant Proc 55(7) : 1623-1630, 2023
Impact of Patient-Specific Three-Dimensional Printed Liver Models on Hepatic Surgery Safety : a Pilot Study	Fukumitsu K*, Ishii T*, Ogiso S*, Yoh T*, Uchida Y*, Ito T*, Seo S*, Koichiro Hata, Uemoto S*, Hatano E*	HPB (Oxford) 25(9) : 1083-1092, 2023
Impact of Liver Volumetric Regeneration on Survival Outcomes in Patients with Hepatocellular Carcinoma after Major Hepatectomy	Nam NH*, Yoh T*, Hori Y*, Morino K*, Nishino H*, Nishio T*, Koyama Y*, Ogiso S*, Nagai K*, Fukumitsu K*, Uchida Y*, Ito T*, Ishii T*, Seo S*, Koichiro Hata, Taura K*, Hatano E*	Langenbecks Arch Surg 408(1) : 193, 2023
Reply : We Still Need to Deal with Antibody-Mediated Rejection in Living Donor Liver Transplantation	Tajima T*, Koichiro Hata, Kusakabe J*, Hatano E*	Liver Transpl 29(8) : E22-E23, 2023
Primary Hepatic Extranodal Marginal Zone B-Cell Mucosa-Associated Lymphoid Tissue Lymphoma Treated by Laparoscopic Partial Hepatectomy : a Case Report	Okura K*, Seo S*, Shimizu H*, Nishino H*, Yoh T*, Fukumitsu K*, Ishii T*, Koichiro Hata, Haga H*, Hatano E*	Surg Case Rep 9(1) : 29, 2023
Risk Factors for Antibody-Mediated Rejection in ABO Blood-Type Incompatible & Donor-Specific Antibody-Positive Liver Transplantation	Tajima T*, Koichiro Hata, Haga H*, Kusakabe J*, Kageyama S*, Yurugi K*, Hishida R*, Zhao X*, Nishikori M*, Nagao M*, Takaori-Kondo A*, Uemoto S*, Hatano E*	Liver Transpl 29(7) : 711-723, 2023
Fluid Analysis Unveils Hepatic Venous Outflow Obstruction and its Negative Impact on Post-Transplant Graft Regeneration	Ito T*, Ogiso S*, Nakamura M*, Oshima Y*, Horie H*, Wakama S*, Makino K*, Tomofuji K*, Fukumitsu K*, Ishii T*, Ito T*, Koichiro Hata, Hatano E*	Liver Transpl 29(6) : 658-662, 2023

論 題	著者名	誌名 巻 (号) : ページ, 年
Correction : A Conceptual Classification of Resectability for Hepatocellular Carcinoma	Yoh T*, Ishii T*, Nishio T*, Koyama Y*, Ogiso S*, Fukumitsu K*, Uchida Y*, Ito T*, Seo S*, Koichiro Hata, Hatano E*	World J Surg 47(3) : 749, 2023
Nonsuperiority of Technetium-99m-Galactosyl Human Serum Albumin Scintigraphy over Conventional Volumetry for Assessing the Future Liver Remnant in Patients Undergoing Hepatectomy after Portal Vein Embolization	Yao S*, Taura K*, Yoh T*, Nishio T*, Koyama Y*, Ogiso S*, Okamoto T*, Fukumitsu K*, Ishii T*, Seo S*, Koichiro Hata, Masui T*, Shimizu H*, Ishimori T*, Hatano E*	Surgery 173(2) : 435-441, 2023
消化器外科		
【第35回京都市立病院地域医療フォーラム】肝胆脾疾患に対する低侵襲治療とチーム医療	奥田雄紀浩	京都市立病院紀要 43 : 35-40, 2023
【第35回京都市立病院地域医療フォーラム】当院における食道癌・胃癌の治療	坂口正純	京都市立病院紀要 43 : 41-42, 2023
整形外科		
【首下がり症候群の病態と治療】首下がり症候群の単純X線像評価指標	竹本 充	脊椎脊髄ジャーナル 36(7) : 479-487, 2023
【股関節外科と脊椎外科のボーダーランド】脊椎及び下肢矢状面アライメント評価におけるPelvic incidenceの役割	竹本 充	運動器リハビリテーション 34(3) : 240-246, 2023
リハビリテーション科		
腰椎固定術後による体幹可動域低下がTHA術後の健康関連QOLに影響を与える	徳安寛之, 金 永優	Hip Joint 49(2) : S92-S95, 2023
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, 曾我聡之, 鹿江 寛, 竹本 充	京都市立病院紀要 43 : 54-57, 2023
泌尿器科		
Effect of Continued Perioperative Antithrombotic Therapy on Bleeding Outcomes Following Laparoscopic Nephrectomy and Nephroureterectomy	Kubota M*, Matsuoka T*, Mine Y*, Hagimoto H*, Kokubun H*, Murata S*, Noriyuki Makita, Hattori Y*, Suzuki I*, Abe Y*, Tohi Y*, Naofumi Tsutsumi, Yamasaki T*, Inoue K*, Kawakita M*	Asian J Endosc Surg 16(1) : 7-13, 2023
ホルモン療法により骨盤内リンパ節転移が消失したmOCRPCに対しSalvage RARPが有用であった1例	国分英利*, 久保田聖史*, 神戸貴成*, 峯 佑太*, 萩本裕樹*, 山口立樹*, 村田詩織*, 牧田哲幸, 服部悠斗*, 阿部陽平*, 堤 尚史, 山崎俊成*, 井上幸治*, 川喜田睦司*	泌尿器科紀要 69(2) : 59-62, 2023
経尿道的開窓術を施行した男性難治性尿道憩室感染症の1例	牧田哲幸, 村嶋隆哉, 増田憲彦, 西川信之, 相馬隆人*, 清川岳彦	泌尿器科紀要 69(3) : 91-95, 2023
Impact of Renal Sinus Protrusions on Achieving Trifecta in Robot-Assisted Partial Nephrectomy	Hattori Y*, Kambe T*, Mine Y*, Hagimoto H*, Kokubun H*, Abe Y*, Yamashita D*, Naofumi Tsutsumi, Arizono S*, Yamasaki T*, Kawakita M*	BJUI Compass 4(5) : 584-590, 2023
後腹膜 Lymphangioleiomyomatosis (LAM) の1例	神戸貴成*, 山崎俊成*, 名越晶彦*, 藤原 佑*, 峯 佑太*, 萩本裕樹*, 服部悠斗*, 阿部陽平*, 山下大祐*, 堤 尚史, 川喜田睦司*	泌尿器科紀要 69(6) : 151-155, 2023
進行性膀胱癌の多発肺転移に対しパクリタキセル／イホスファミド／ネダプラチン療法が有効であった2例	細見俊秀, 柴崎 昇*, 大塚 光*, 請田翔子*, 牧野雄樹*, 七里泰正*	泌尿器科紀要 69(7) : 183-188, 2023
Necessity of Prophylactic Drainage Tube in Retroperitoneal Laparoscopic Nephroureterectomy with Open Distal Ureterectomy : A Matched-Pair Analysis	Hagimoto H*, Kambe T*, Mine Y*, Kokubun H*, Hattori Y*, Abe Y*, Kubota M*, Naofumi Tsutsumi, Yamasaki T*, Kawakita M*	Int J Urol 30(7) : 579-584, 2023

論 題	著者名	誌名 巻(号)：ページ, 年
Near-Infrared Ray Catheter and Indocyanine Green Via Nephrostomy in Delayed Robotic Reconstruction of Injured Ureter : A Case Report	Nishizawa K*, Katsunaga Y*, Hattahara K*, Yoshida T*, Takehiko Segawa	Asian J Endosc Surg 16(3) : 500-504, 2023
肺転移巣切除術により長期生存が得られた精巣悪性Sertoli細胞腫の1例	牧田哲幸, 平松和磨, 上山裕樹, 堤 尚史, 吉田 徹, 岩佐葉子, 浦田洋二*, 清川岳彦	泌尿器科紀要 69(10) : 295-298, 2023
産婦人科		
京都市立病院で管理し得た COVID-19 (濃厚接触者・疑い例を含む) 合併妊産婦の検討	藤原葉一郎, 高橋裕司, 山本 櫻, 大井仁美, 山本浩之, 山田義治, 片山晃久*, 藪本和也*, 末次弘実, 塩見 梢, 佐々木真之, 黒田啓史, 岡野創造, 石田宏之, 田村真一, 天谷英理子, 吉田路子, 矢野未央, 友安千紘, 内藤優樹, 小畑咲那, 馬奈木彰弘, 山本舜悟, 柄谷健太郎, 清水恒広, 與語 葵, 元林寛文, 青木一晃, 住吉翔元	京都医学会雑誌 70(1) : 111-118, 2023
Is Neonatal Uterine Bleeding Responsible for Early-Onset Endometriosis ?	Ogawa K*, Khan KN*, Kuroboshi H*, Akemi Koshiba, Shimura K*, Tajiri T*, Fumino S*, Fujita H*, Okubo T*, Yoichiro Fujiwara, Horiguchi G*, Teramukai S*, Fujishita A*, Itoh K*, Guo SW*, Kitawaki J*, Mori T*	Reprod Biol Endocrinol 21(1) : 56, 2023
眼科		
Meibomian Gland Dysfunction Clinical Practice Guidelines	Amano S*, Shimazaki J*, Yokoi N*, Hori Y*, Arita R*, Committee for Meibomian Gland Dysfunction Clinical Practice Guidelines	Jpn J Ophthalmol 67(4) : 448-539, 2023
マイボーム腺機能不全診療ガイドライン	マイボーム腺機能不全診療ガイドライン作成委員会	日本眼科学会雑誌 127(2) : 109-228, 2023
Dyslipidemia Exacerbates Meibomian Gland Dysfunction : A Systematic Review and Meta-Analysis	Tomioka Y*, Kitazawa K*, Yamashita Y*, Numa K*, Inomata T*, Hughes JB*, Soda R*, Nakamura M*, Tomo Suzuki, Yokoi Y*, Sotozono C*	J Clin Med 12(6) : 2131, 2023
当科における 10 年間の感染性角膜潰瘍の起炎菌と薬剤感受性	柴田 学, 張 佑子, 曾田里奈, 塚本倫子, 中路進之介, 南 泰明, 鈴木 智	あたらしい眼科 40(2) : 105-109, 2023
マイボーム腺関連ドライアイの治療	鈴木 智	あたらしい眼科 40(3) : 331-336, 2023
【眼のアンチエイジング】	鈴木 智：編集企画	OCULISTA 126 : 2023
【外国誌要覧】加齢およびマイボーム腺機能不全による meibum 脂質組成と自覚症状の変化	鈴木 智	日本眼科学会雑誌 127(4) : 500, 2023
放射線診断科		
腸管虚血の画像診断	谷掛雅人	IVR 会誌 37 : 100-109, 2023
急性消化管疾患の画像所見とその病態	谷掛雅人	画像診断 43 : 1082-1092, 2023
病理診断科		
各論 3 腸 I. 虚血性・血管性 1 特発性虚血性腸炎	森永友紀子*, 岸本光夫	非腫瘍性疾患病理アトラス 消化管, 文光堂, 134-141, 2023
各論 3 腸 VI. 虫垂炎	岸本光夫	非腫瘍性疾患病理アトラス 消化管, 文光堂, 243-253, 2023

論 題	著者名	誌名 巻(号)：ページ, 年
Clinicopathological Features of Appendiceal Goblet Cell Adenocarcinoma in Japan : a Multicenter Retrospective Study	Shiota T*, Murata K*, Mitsuo Kishimoto, Yao T*, Noura S*, Morita S*, Akiyoshi T*, Okamura S*, Imasato M*, Furuhashi 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, 2023
Mucosal Addressin Cell Adhesion Molecule 1 Expression Reflects Mucosal Inflammation and Subsequent Relapse in Patients with Ulcerative Colitis	Uchiyama K*, Takagi T*, Mizushima K*, Hirai Y*, Asaeda K*, Sugaya T*, Kajiwar-Kubota M*, Kashiwagi S*, Minagawa Y*, Hotta Y*, Tanaka M*, Inoue K*, Katada K*, Kamada K*, Ishikawa T*, Yasuda H*, Konishi H*, Mitsuo Kishimoto, Naito Y*, Itoh Y*	J Crohns Colitis 17(5) : 786-794, 2023
A New Endoscopic Scoring System Corresponding to Histological Healing Using Linked Color Imaging in Ulcerative Colitis : the SOUL Study	Saito D*, Hirai F*, Uchiyama K*, Takagi T*, Naito Y*, Takatsu N*, Tanabe H*, Mitsuo Kishimoto, Matsuura M*, Miyoshi J*, Watanabe K*, Esaki M*, Naganuma M*, Hisamatsu T	Endosc Int Open 11(5) : E504-E512, 2023
Papillary Thyroid Carcinoma with Aggressive Fused Follicular and Solid Growth Pattern : A Unique Histological Subtype with High-Grade Malignancy?	Murata SI*, Matsuzaki I*, Mitsuo Kishimoto, Naomi Katsuki, Onishi T, Hirokawa M*, Kojima F*	Pathol Int 73(5) : 207-211, 2023
Surgical Intervention for Non-Small-Cell Lung Cancer with Minimal Malignant Pleural Effusion	Iwasaki M*, Shimomura M*, Ishihara S*, Yamaguchi T*, Mitsuo Kishimoto, Ii T*, Inoue M*	Surg Today 53(6) : 655-662, 2023
Clinical Background Factors as Predictors of the Efficacy of 5-Aminosalicylic Acid Suppositories in Patients with Ulcerative Colitis	Uchiyama K*, Takagi T*, Mizushima K*, Asaeda K*, Kubota-Kajiwar M*, Sugaya T*, Kashiwagi S*, Minagawa Y*, Hotta Y*, Tanaka M*, Inoue K*, Katada K*, Kamada K*, Ishikawa T*, Yasuda H*, Konishi H*, Mitsuo Kishimoto, Naito Y*, Itoh Y*	Inflamm Intest Dis 8(2) : 84-90, 2023
救急科 【第 34 回京都市立病院地域医療フォーラム】救急現場における現状と課題	國嶋 憲	京都市立病院紀要 43 : 21, 2023
臨床検査技術科 COVID-19 に対する院内 PCR 検査業務の構築と現状	坂本竜也, 松浦真人, 明山純子, 前田雅子, 本田法子, 山田 雅	京都市立病院紀要 43 : 63-66, 2023
臨床工学科 2022 年度臨床工学会オンラインセミナー報告「臨床工学技士によるタスクシフト／シェアの現状ならびに告示研修受講の必要性について」	石原太輔	全国自治体病院協議会雑誌 2023(2) : 89-92, 2023
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	京都市立病院紀要 43 : 67-69, 2023
放射線技術科 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	京都市立病院紀要 43 : 58-59, 2023

論 題	著者名	誌名 巻(号)：ページ, 年
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, 杵岡かおる, 金澤律子	京都市立病院紀要 43 : 60-62, 2023
栄養科		
【第35回京都市立病院地域医療フォーラム】管理栄養士によるがん患者への食事サポート	植木 明	京都市立病院紀要 43 : 46-49, 2023
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	京都市立病院紀要 43 : 74-77, 2023
薬剤科		
Impact of Prior Bevacizumab Therapy on the Incidence of Ramucirumab-Induced Proteinuria in Colorectal Cancer : a Multi-Institutional Cohort Study	Dote S*, Shiwaku E*, Kohno E*, Fujii R*, Mashimo K*, Morimoto N*, Yoshino M*, Odaira N*, Ikessue H*, Hirabatake M*, Takahashi K*, Takahashi M*, Takagi M*, Nishiuma S*, Ito K*, Shimato A*, Itakura S*, Takahashi Y*, Negoro Y*, Shigemori M*, Watanabe H*, Hayasaka D*, Nakao M*, Tasaka M*, Goto E*, Kataoka N*, Yokomizo A*, Kobayashi A*, Nakata Y*, Miyake M*, Hayashi Y*, Yamamoto Y*, Hirata T*, Azuma K*, Makihara K*, Fukui R*, Tokutome A*, Yagisawa K*, Shinji Honda, Yuji Meguro, Suzuki S*, Yamaguchi D*, Miyata H*, Kobayashi Y*, The IMBERA Investigators	Int J Clin Oncol 28(8) : 1054-1062, 2023
Promoting Generic Drug Usage in Japan : Correlation Between Generic Drug Usage and Monthly Personal Income	Suzuki T*, Iwata M*, Maezawa M*, Inoue M*, Satake R*, Wakabayashi W*, Oura K*, Tanaka H*, Hirofuji S*, Miyasaka K*, Goto F*, Nakao S*, Mayuko Masuta, Iguchi K*, Nakamura M*	J Pharm Policy Pract 16(1) : 27, 2023
領域別薬剤師ケースカンファレンス -from KYOTO-	山内舞香, 三松史野	月刊薬事 65(15) : 116(3132)-118(3134), 2023
今日の治療指針 2024 年版 - 私はこう治療している -	三松史野	今日の治療指針 2024 年版 - 私はこう治療している - (福井次矢, 高木誠, 小室一成 : 総編集), 医学書院, 2023
ヘイル 薬と母乳 MMM 原書第20版	内藤 舞	ヘイル 薬と母乳 MMM 原書第20版 (林昌洋, 笠松英城 : 監訳), 医学書院, 2023
看護部		
【第35回京都市立病院地域医療フォーラム】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	京都市立病院紀要 43 : 43-45, 2023
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	京都市立病院紀要 43 : 78-82, 2023
事務局		
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	京都市立病院紀要 43 : 70-73, 2023

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			
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～	櫻田麻希	令和4年度京都市立病院ミニ市民公開講座 第5回「悪性リンパ腫 急ぐタイプ」／京都	2023. 1. 14
同種造血幹細胞移植後に右腕神経叢形質細胞腫として再発した乳癌合併原発性形質細胞性白血病	宮原裕子, 奥田健大, 疋田涼介, 鹿野 恵, 櫻田麻希, 松井道志, 伊藤 満	第45回日本造血・免疫細胞療法学会総会／名古屋	2023. 2. 10 -12
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～	宮原裕子	令和4年度京都市立病院ミニ市民公開講座 第6回「多発性骨髄腫」／京都	2023. 3. 11
よくわかる「血液がん・血液良性疾患」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5年度京都市立病院ミニ市民公開講座 第1回「血液がんと検査」／京都	2023. 5. 13
MDS-MLD に対する HLA 半合致末梢血幹細胞移植後に発症した CMV 肝炎を合併した肝臓 GVHD に対して Ruxoritinib が奏功した一例	高木祐亮, 疋田涼介, 奥田健大, 中山大輔, 櫻田麻希, 松井道志, 宮原裕子, 伊藤 満	第118回近畿血液学地方会／大阪	2023. 5. 27
よくわかる「血液がん・血液良性疾患」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～	中山大輔	令和5年度京都市立病院ミニ市民公開講座 第2回「原因の明らかな血液がん」／京都	2023. 7. 8
COVID-19 ワクチン接種後に TTP を発症し部分型中枢性尿崩症を合併した一例	井上雄太, 宮原裕子, 羽生裕太, 中山大輔, 疋田涼介, 櫻田麻希, 松井道志, 伊藤 満	第17回 Meet the Hematologists / 京 都 (オンライン)	2023. 7. 15
同種移植における抗真菌剤予防投与法の比較	羽生裕太	第3回血液疾患急性期障害 Seminar / (オンライン)	2023. 8. 4
よくわかる「血液がん・血液良性疾患」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5年度京都市立病院ミニ市民公開講座 第3回「若年者に多い血液がん」／京都	2023. 9. 9
The Role of Copy Number Abnormalities in the Prognosis of TP53-Mutated Myeloid Neoplasms	竹田淳恵*, 岩崎 惇*, 諫田淳也*, 南谷泰仁*, 平本展大*, 近藤忠一*, 石川隆之*, 河田岳人*, 渡邊光正*, 前田 猛*, 今田和典*, 北野俊行*, 辻 将公*, 前迫善智*, 岡 智子*, 有馬靖佳*, 三好隆史*, 浅越康助*, 伊藤 満, 平田大二*, 川端 浩*, 菱澤方勝*, 前田明則*, 野吾和宏*, 佐々木奈々*, 小川誠司*, 高折晃史*	第85回日本血液学会学術集会／東京	2023. 10. 13 -15
Temozolomide and Rituximab for Relapsed PCNSL and Secondary CNS Disease and Neurolymphomatosis	宮原裕子, 羽生裕太, 中山大輔, 井上雄太, 疋田涼介, 櫻田麻希, 松井道志, 伊藤 満	第85回日本血液学会学術集会／東京	2023. 10. 13 -15
同種造血幹細胞移植におけるボサコナゾール予防投与の意義	羽生裕太, 杉本充弘*, 諫田淳也*, 岩崎 惇*, 新井康之*, 水本智咲*, 北脇年雄*, 山下浩平*, 山際岳朗*, 谷口理沙*, 中川俊作*, 米澤 淳*, 寺田智祐*, 高折晃史*	第85回日本血液学会学術集会／東京	2023. 10. 13 -15
AML 治療における venetoclax 血中濃度測定の意義	林 裕美*, 山際岳朗*, 諫田淳也*, 石川隆之*, 渡邊光正*, 宮原裕子, 宮尾康太郎*, 堤 康彦*, 立花崇孝*, 平田大二*, 藤原慎一郎*, 上田恭典*, 片岡良久*, 川端 浩*, 北野俊行*, 木村俊一*, 横山洋紀*, 吉藤康太*, 太田健介*, 脇田知志*, 阪本貴士*, 水本智咲*, 北脇年雄*, 米澤 淳*, 川上智也*, 中川俊作*, 谷口理沙*, 寺田智祐*, 高折晃史*	第85回日本血液学会学術集会／東京	2023. 10. 13 -15

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
Clinical Sequencing in Hematological Disorders: Practical Challenges in Handling Germline Findings	渡邊瑞希*, 岡 知美*, 諫田淳也*, 岩崎 惇*, 竹田淳恵*, 岡 智子*, 野吾和宏*, 山崎寛章*, 三好隆史*, 平田大二*, 前迫善智*, 浅越康助*, 菱澤方勝*, 北野俊行*, 田中康博*, 渡邊光正*, 辻 将公*, 中坊幸晴*, 今田和典*, 伊藤 満, 川端 浩*, 川崎秀徳*, 越智陽太郎*, 南谷泰仁*, 小川誠司*, 高折晃史*	第85回日本血液学会学術集会／東京	2023. 10. 13 -15
A Case of Indeterminate Dendritic Cell Tumor Treated with Umbilical Cord Blood Transplantation	正田涼介, 羽生裕太, 中山大輔, 井上雄太, 櫻田麻希, 松井道志, 香月奈穂美, 岸本光夫, 中峯寛和*, 宮原裕子, 伊藤 満	第85回日本血液学会学術集会／東京	2023. 10. 13 -15
よくわかる「血液がん・血液良性疾患」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5年度京都市立病院ミニ市民公開講座 第4回「輸血と造血幹細胞移植」／京都	2023. 11. 11
安全な輸血業務の実施に向けた輸血療法委員会の活動～輸血ラウンドを通して見えた現状と今後の課題～	西田朝香, 池田方子, 丹生千春, 道下優子, 植嶋久美子, 坂本竜也, 前田雅子, 村上典子, 長久真紀子, 堤佳代子, 伊藤 満	第67回日本輸血・細胞治療学会近畿支部総会／京都	2023. 11. 18
回盲部炎にて発症した急性骨髄性白血病の1例	楠 咲, 井上雄太, 羽生裕太, 中山大輔, 正田涼介, 櫻田麻希, 松井道志, 宮原裕子, 伊藤 満, 塩見 慶	第119回近畿血液学地方会／大阪	2023. 11. 25
Prognostic Impact of Chromosomal Abnormalities in TP53-Mutated Acute Myeloid Leukemia and High-Risk Myelodysplastic Syndromes	Takeda J*, Iwasaki M*, Kanda J*, Nannya Y*, Hiramoto N*, Kondo T*, Ishikawa T*, Watanabe M*, Kawata T*, Maeda T*, Ueda Y*, Imada K*, Kitano T*, Tsuji M*, Maesako Y*, Oka S*, Tanaka Y*, Miyoshi T*, Asagoe K*, Mitsuru Itoh, Hirata H*, Kawabata H*, Hishizawa M*, Maeda A*, Yago K*, Sasaki N*, Uoshima N*, Ogawa S*, Takaori-Kondo A*	The 65th American Society of Hematology (ASH) Annual Meeting & Exposition / San Diego, USA	2023. 12. 9 -12
リンパ腫の治療	伊藤 満	血液の健康 市民公開講座／（オンライン）	2023. 12. 16
内分泌内科			
インフルエンザウイルス A 型感染を契機にバセドウ病クリーゼを発症した一例	小嶋勝利, 藤島雄幸, 小松弥郷, 住吉翔元	第44回京都甲状腺研究会／京都	2023. 1. 21
骨粗鬆症診療への内科医としての取り組み～ホルモンからMLOps まで	小松弥郷	第9回山科整形外科医の集い／京都	2023. 4. 27
一般演題2：甲状腺 座長	小松弥郷	第96回日本内分泌学会学術総会／名古屋	2023. 6. 1
バセドウ病に亜急性甲状腺炎を併発した一例	中上瑛里加, 小松弥郷	第22回京滋臨床甲状腺懇話会／京都	2023. 7. 1
一般演題14：続発性骨粗鬆症 座長	小松弥郷	第41回日本骨代謝学術総会／東京	2023. 7. 29
骨折予防のための適正治療, 治療継続について考える 特別講演座長	小松弥郷	骨粗鬆症治療 Web セミナー／京都	2023. 8. 2
ミニオーラル10：症例報告（2） 座長	小松弥郷	第25回日本骨粗鬆症学会／名古屋	2023. 9. 30
トロソ・ハント症候群にリンパ球性下垂体炎を合併した症例	中上瑛里加, 小松弥郷	第24回日本内分泌学会近畿地方会／枚方	2023. 10. 28
一般演題2：若手優秀演題賞審査講演2 座長	小松弥郷	第24回日本内分泌学会近畿地方会／枚方	2023. 10. 28

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
なぜ骨粗鬆症になるのか？ホルモンから骨の健康を考える	小松弥郷	第 10 回京滋骨を守る会講演会／京都	2023. 11. 25
糖尿病代謝内科			
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 26 回日本病態栄養学会年次学術集会／京都	2023. 1. 14
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	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
当院における糖尿病治療の実際～SGLT2 阻害薬への期待と注意点も踏まえて～	安威徹也	第 4 回みぶ糖尿病セミナー／	2023. 3. 2
当院で経験した正常血糖アシドーシス 2 症例の検討	安威徹也	第 16 回 Rakunan Diabetes Conference for Next Generation／京都	2023. 6. 29
当院でリベラスを使用した症例の検討	安威徹也	2 型糖尿病 UPDATE／(オンライン)	2023. 7. 28
アルコール性ケトアシドーシスを合併した 2 型糖尿病の 1 症例	安威徹也, 須澤奈央, 小間淳平, 木村智紀, 小暮彰典	第 60 回日本糖尿病学会近畿地方会／神戸	2023. 10. 4
SGLT2 阻害薬の臨床的有用性と選択基準	木村智紀	M E E T T H E EXPERT／京都	2023. 11. 14
調剤薬局との連携における糖尿病治療の諸問題	小暮彰典	M E E T T H E EXPERT／京都	2023. 11. 14
腎臓内科			
血液透析導入直後より意識障害を繰り返した末期腎不全の 1 症例	谷口智基, 池田紘幸, 山本耕治郎, 志水愛衣, 矢内佑子, 富田真弓, 家原典之	第 68 回日本透析医学会学術集会・総会／神戸	2023. 6. 17
pull-through 法における PTA バルーン保護シースの有用性	山本耕治郎, 池田紘幸, 谷口智基, 志水愛衣, 矢内佑子, 富田真弓, 家原典之	第 68 回日本透析医学会学術集会・総会／神戸	2023. 6. 18
シャント血栓閉塞に対してエコーガイド下血栓吸引術を行い治療に難渋した一例	池田紘幸, 谷口智基, 山本耕治郎, 志水愛衣, 矢内佑子, 富田真弓, 家原典之	第 69 回日本透析医学会学術集会・総会／神戸	2023. 6. 18
慢性腎臓病治療の最前線 高カリウム血症治療 up to date	家原典之	明日から生かせる腎臓病セミナー／京都	2023. 8. 31
腹膜透析導入後に倦怠感を自覚し、血液透析に移行した 23 歳女性の 1 例	山本耕治郎	第 29 回日本腹膜透析医学会学術集会・総会／東京	2023. 10. 1
回腸導管ヘルニアにより両側腎盂腎炎を発症し敗血症性ショック及び AKI に至った一例	池田紘幸, 平松和磨, 元林寛文, 玉置信行, 松田 稜, 山本耕治郎, 志水愛衣, 矢内佑子, 富田真弓, 家原典之	第 53 回日本腎臓学会西部学術大会／岡山	2023. 10. 7
顕微鏡的多発血管炎により末期腎不全に至った 22 歳女性の 1 例	山本耕治郎, 松田 稜, 池田紘幸, 志水愛衣, 矢内佑子, 富田真弓, 家原典之	第 53 回日本腎臓学会西部学術大会／岡山	2023. 10. 7
コレステロールプロファイリングからみた LDL アフェレーシスの意義	池田紘幸, 家原典之	第 44 回日本アフェレシス学会学術大会／岩手県盛岡市	2023. 10. 22
かかりつけ医に知ってほしい心腎連関症候群への介入ポイント	家原典之	尼崎市内科医会学術講演会／尼崎	2023. 12. 21
循環器内科			
治療に難渋した高度石灰化を有する三枝病変の 1 例	松永晋作, 高木佑亮, 藤村祐斗, 中村陵子, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄, 岡田 隆	第 1 回 京 滋 Vascular Intervention for Professional／京都 (オンライン)	2023. 2. 20
ステント脱落を合併した三枝病変の 1 例	松永晋作, 高木佑亮, 藤村祐斗, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 中島規雄, 松尾あきこ	第 11 回 Boston Scientific Rotablator Conference in Kyoto／京都	2023. 6. 23

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
冠動脈石灰化病変に対するカテーテル治療	松永晋作, 高木佑亮, 藤村祐斗, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 中島規雄, 松尾あきこ	第5回壬生病診連携カンファレンス／京都	2023. 8. 24
当院における心不全の現状	中島規雄, 高木佑亮, 藤村祐斗, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 松尾あきこ	第5回壬生病診連携カンファレンス／京都	2023. 8. 24
高齢者社会における心腎連関	松尾あきこ, 高木佑亮, 藤村祐斗, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄	地域連携未来を考える会／京都	2023. 8. 26
LMT-LAD の高度石灰化病変に IVL が有効であった1例	藤村祐斗, 高木佑亮, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄, 松尾あきこ	Abbot OCT 研究会／京都	2023. 9. 13
当院で IVL を施行した2症例	松永晋作, 高木佑亮, 藤村祐斗, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 中島規雄, 松尾あきこ	Shock Talk@ 京都府立／（オンライン）	2023. 11. 29
高度石灰化に対する lesion preparation	内藤大督, 高木佑亮, 藤村祐斗, 笠原 武, 太田啓祐, 松永晋作, 中島規雄, 松尾あきこ	DET club／京都	2023. 12. 5
経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）後の人工弁感染性心内膜炎（PVE）の診断に18F-FDG PET／CTが有用であった1例	高木佑亮, 藤村祐斗, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄, 松尾あきこ	第242回内科学会近畿地方会／大阪	2023. 12. 9
プロテアソーム阻害剤による薬剤性心筋症の1例	藤村祐斗, 高木佑亮, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄, 松尾あきこ	第136回日本循環器学会近畿地方会／大阪	2023. 12. 16
経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）後の人工弁感染性心内膜炎（PVE）の診断に18F-FDG PET／CTが有用であった2例	高木佑亮, 藤村祐斗, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄, 松尾あきこ	第136回日本循環器学会近畿地方会／大阪	2023. 12. 16
消化器内科			
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）	2023. 3. 4
超高齢者総胆管結石症における内視鏡治療の有効性と安全性の検討	陶山遥介	第59回日本腹部救急医学会総会／沖縄	2023. 3. 10
BCLC-B 肝細胞癌の治療戦略	宮川昌巳	肝細胞癌治療戦略カンファレンス 2023／京都	2023. 4. 20
臨床における悪液質のFAQ	宮川昌巳	がん悪液質セミナー in kyoto／（オンライン）	2023. 9. 13
内科的治療を行ったレンメル症候群35例の検討	陶山遥介, 瀬古 彩, 宮川昌巳, 元好貴之, 高田 久, 西方 誠, 桐島寿彦, 山下靖英	第59回日本胆道学会総会／東京	2023. 9. 14
ニボルマブ投与により結核性腹膜炎を発症した食道癌の1例	岩破智弘, 陶山遥介, 小畑僚平, 瀬古 彩, 宮川昌巳, 高田 久, 西方 誠, 桐島寿彦, 山下靖英	日本消化器病学会近畿支部第119回例会／大阪	2023. 9. 30
脳神経内科			
【急性期病院と地域をつなぐ認知症ケア】当院における認知症ケアサポートチーム（DST）活動報告	中谷嘉文	第36回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2023. 9. 9
感染症科			
COVID-19の薬物治療, long COVIDの管理	栢谷健太郎	COVID-19対応に資する人材養成研修会／京都	2023. 3. 25
感染症科医による前後比較研究	栢谷健太郎	第21回 Fellow Level Entertaining & Educational Kansai Infection Conference／京都	2023. 7. 2
Candida albicans による膿胸の一例	三浦照央, 與語 葵, 青木一晃, 住吉翔元, 元林寛文, 栢谷健太郎	第239回日本内科学会近畿地方会／大阪	2023. 3. 4

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
インフルエンザ菌による骨盤内炎症性疾患・菌血症の一例	岩破智弘, 元林寛文, 住吉翔元, 青木一晃, 與語 葵, 梶谷健太郎, 清水恒広	第 240 回日本内科学会近畿地方会／神戸	2023. 6. 24
性感染症について感染症科医から伝えたいこと	梶谷健太郎	梅毒および性感染症に関する研修会／京都	2023. 10. 21
当院で経験した Prolonged SARS-CoV-2 infection の 6 症例	梶谷健太郎, 谷口昌史, 岩本伸紀, 元林寛文, 清水恒広	第 93 回日本感染症学会西日本地方会学術集会／富山	2023. 11. 10
Corynebacterium striatum が持続陽性となった症例	元林寛文, 梶谷健太郎, 谷口昌史, 岩本伸紀, 清水恒広	京大音羽 ID カンファレンス／京都	2023. 7. 14
若手医師への教育と症例ラウンドを主軸にした抗菌薬適正使用支援活動 18 年の歩みー「感染症科」から感染症内科標準までの道のりー	清水恒広	京都第二赤十字病院令和 5 年度感染症対策研修会／京都	2023. 10. 20
小児科			
造血細胞移植後 10 年以上経過した症例のフォローアップ状況とその課題	田村真一	JACLS 長期 フォロ アップ勉強会／（オンライン）	2023. 2. 17
小児固形腫瘍に対する放射線治療後に発症した出血性放射線胃炎の 2 症例	上杉まどか*, 宮地 充*, 富田晃正*, 吉田秀樹*, 柳生茂希*, 土屋邦彦*, 友安千紘, 矢野未央, 田村真一, 石田宏之, 相部則博*, 家原知子*	第 45 回近畿小児血液・がん研究会／大阪	2023. 3. 4
小児白血病の外来化学療法について	田村真一	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／（オンライン）	2023. 3. 4
KIR Ligand-Incompatible Allogeneic Cord Blood Transplantation for Relapsed Stage 4 Neuroblastoma in a Multicenter Trial	Kataoka S*, Nishio N*, Arakawa Y*, Kakuda H*, Shinichi Tamura, Terui K*, Hamada S*, Karakawa S*, Takahashi Y*	A d v a n c e s i n N e u r o b l a s t o m a Research meeting / Amsterdam, the Netherlands	2023. 5. 15 -18
繰り返す腹痛・嘔吐で発症した MEFV 遺伝子関連腸炎／家族性地中海熱（FMF）非典型例	小畑咲耶, 石田宏之, 佐々木真之, 田村真一, 岸本光夫, 吉岡 博*, 岡野創造, 黒田啓史	第 449 回日本小児科学会京都地方会／京都	2023. 5. 27
乳幼児 CPR 研修会	佐々木真之	知真保育園／京都	2023. 6. 15
Mixed phenotype acute leukemia（MPAL）として治療中再発した KMT2A 再構成乳児 ALL に対して臍帯血移植を施行した一例	内藤優樹, 友安千紘, 田村真一, 矢野未央, 石田宏之	第 17 回京都地区小児血液腫瘍研究会／京都	2023. 8. 5
骨壊死と CDC を併発し, T315I 変異を伴い再発した Ph-ALL の治療方針について	内藤優樹, 矢野未央, 田村真一, 友安千紘, 石田宏之, 大曾根真也*, 今村俊彦*	第 20 回近畿若手小児血液クラブ／（オンライン）	2023. 10. 5
魚コラーゲンを含むグミを摂取後に即時型アレルギー症状を呈した 1 例	高本美智*, 峠岡理沙*, 横井友紀*, 服部淳子*, 井岡奈津江*, 益田浩司*, 加藤則人*, 土屋邦彦*, 奥沢康太郎*, 田村真一	第 10 回日本アレルギー学会近畿地方会／大阪	2023. 11. 26
当院におけるバンコマイシンの TDM に関する検討	田村真一	第 55 回日本小児感染症学会学術集会／名古屋	2023. 11. 26
当科で経験したマラリアの 1 例	飛鳥暉昌, 佐々木真之, 寺谷千穂, 田村真一, 石田宏之, 岡野創造, 黒田啓史, 梶谷健太郎	第 29 回京都西南部小児科地域連携の会／京都	2023. 12. 16
緩和ケア科			
ワークショップ 3 がん患者に神経ブロックを適切に提供するために我々がすべきこと～地域連携・アクセスを考える 京都府でがん患者に神経ブロックを提供するための私たちの取り組み	大西佳子	第 28 回日本緩和医療学会学術大会／神戸	2023. 6. 30
高度肥満末期スキルス胃痛に対する症状緩和・ケアに難渋した 1 例	庄野孝仁, 高井孝治, 山本栄司, 大西佳子, 寺山香苗, 澤 泰子, 新子実樹, 川勝真由美, 東由加里	日本緩和医療学会第 5 回関西支部学術大会／堺	2023. 9. 2

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
麻薬注射指示標準化を目指した医師処方行動変容の促進に向けて	山本栄司, 大西佳子, 高井孝治, 庄野孝仁, 三松史野, 實光由香, 石川悦子, 松尾宏一	日本緩和医療学会第5回 関西支部学術大会／堺	2023. 9. 2
神経ブロックへのアクセスを改善するために～患者紹介支援のためのパンフレット作成～	山代亜紀子*, 大西佳子, 大屋里奈*, 上野博司*, 天谷文昌*	日本緩和医療学会第5回 関西支部学術大会／堺	2023. 9. 2
難治性がん疼痛の疼痛コントロールを行い病診連携した直腸がん患者の1例	大西佳子	令和5年度第6回みぶ病診連携カンファレンス／京都	2023. 9. 28
生命のがん教育	大西佳子	京都府健康福祉部健康対策課／京都市立祥豊小学校	2023. 10. 17
「緩和ケアの実際」がん疼痛の緩和ケア	大西佳子	京都府医師会 第3回総合診療力向上講座／京都	2023. 11. 25
総合外科			
当院における腹腔鏡下・ロボット支援下脾門郭清の治療成績	坂口正純, 山崎伸吾, 神田修平, 塩見 慶, 庄野孝仁, 久保田豊成, 奥田雄紀浩, 玉置信行, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一	第95回日本胃癌学会総会／札幌	2023. 2. 23 -25
【消化器がんに対する低侵襲治療とチーム医療】当院における食道癌・胃癌の治療	坂口正純	第35回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2023. 3. 4
【消化器がんに対する低侵襲治療とチーム医療】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	第35回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2023. 3. 4
【特別企画「より高く、より遥かへ」高難度手術不能の壁に挑む】ハイリスク肝移植の壁に挑む～超巨大 多嚢胞肝に対する肝移植：VV-Bypass 補助下での肝部下大静脈一括全肝摘出＋自家移植 IVC 再建法～	秦浩一郎, 西尾太宏, 影山詔一, 小木曾聡, 福光 剣, 穴澤貴行, 伊藤孝司, 熊谷基之, 金光ひでお, 山崎和裕, 湊谷謙司, 波多野悦朗	第123回日本外科学会定期学術集会／東京	2023. 4. 29
再手術で改善した小児 LPEC 術後慢性疼痛の1例	武田昌克, 遠藤耕介*, 鈴木久美子	第22回日本 LPEC 研究会／大阪	2023. 5. 28
進行胃癌に対するロボット支援下手術	坂口正純	第2回京都消化管手術セミナー／京都	2023. 6. 3
【シンポジウム4 レシピエント血行再建手技の工夫（ビデオシンボ）】高度門脈血栓例に対する非解剖学的門脈再建4法：Jump 再建, 左腎静脈吻合, 側副血行路吻合	秦浩一郎, 奥村晋也*, 影山詔一*, 政野裕紀*, 小木曾聡*, 穴澤貴行*, 福光 剣*, 伊藤孝司*, 波多野悦朗*	第41回日本肝移植学会学術集会／愛媛（オンライン）	2023. 6. 1 -2
当院における食道癌手術における腹腔鏡下胃管ろう増設の導入とその工夫	坂口正純, 松尾宏一	第77回日本食道学会学術集会／大阪	2023. 6. 29 -30
Troubleshooting for Laparoscopic Liver Surgery-Prevention and Dealing at Our Hospital-	Yukihiro Okuda, Toyonari Kubota, Kazuhiro Kami	第35回日本肝胆膵外科学会学術集会／東京	2023. 6. 30 -7. 1
【Video Symposium-5】Hepatic Venous-Outflow Reconstruction in Living-Donor Liver Transplantation for Budd-Chiari Syndrome Involving IVC	Koichiro Hata, Nishio T*, Kumagai M*, Yamazaki K*, Okumura S*, Kageyama S*, Masano Y*, Ogiso S*, Anazawa T*, Fukumitsu K*, Ito T*, Minatoya K*, Hatano E*	第35回日本肝胆膵外科学会学術集会／東京（オンライン）	2023. 7. 1
致死性肺塞栓院内発症ゼロを目指した静脈血栓塞栓症チーム医療	山本栄司	第43回日本静脈学会総会／松山	2020. 7. 6 -7
【主題関連演題4【総論】デジタル技術を駆使した手術支援の最前線】Functional Evaluation of Donor Organs by Machine Perfusion & its Remote Monitoring & Control for Sustainable Transplantation Medicine	Koichiro Hata, Kashihara M*, Kunimitsu T*, Kageyama S*, Zhao X*, Satoh M*, Tajima T*, Kusakabe J*, Oda I*, Hatano E*	第78回日本消化器外科学会総会／函館	2023. 7. 12
当院における膵癌に対する腹腔鏡下膵体尾部切除術の手術手技の工夫	久保田豊成, 奥田雄紀浩, 西川裕太, 塩見 慶, 庄野孝仁, 坂口正純, 玉置信行, 加藤 滋, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第78回日本消化器外科学会総会／函館	2023. 7. 12 -14

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
当院における胃体上部進行胃癌に対する腹腔鏡下・ロボット支援下脾温存脾門郭清の治療成績	坂口正純, 塩見 慶, 庄野孝仁, 久保田豊成, 加藤 滋, 玉置信行, 奥田雄紀浩, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一	第 78 回日本消化器外科学会総会／函館	2023. 7. 12 -14
腹腔鏡下肝切除におけるトラブルシューティングー当院における予防法と対処法ー	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 山崎慎悟, 塩見 慶, 神田修平, 庄野孝仁, 玉置信行, 上 和広, 松尾宏一	第 78 回日本消化器外科学会総会／函館	2023. 7. 12 -14
当院におけるロボット支援下直腸癌手術の定型化と治療成績	森 友彦, 庄野孝仁, 塩見 慶, 坂口正純, 久保田豊成, 加藤 滋, 玉置信行, 奥田雄紀浩, 上 和宏, 松尾宏一	第 78 回日本消化器外科学会総会／函館	2023. 7. 13 - 15
尾側膵切除における DS クリップを用いた膵断端処理法の有用性に関する後方視的検討	奥田雄紀浩, 井口公太, 田浦康二郎, 寺嶋宏明	第 54 回日本膵臓学会大会／福岡	2023. 7. 21 -22
肝実質テーピングを用いた尾状葉病変に対する肝切除手技	奥田雄紀浩	第 2 回京都肝胆膵手術手技フォーラム／京都	2023. 9. 1
胆嚢内乳頭状腫瘍 (Intracystic papillary neoplasm : ICPN) を伴う胆嚢腺扁平上皮癌の 1 例	奥田雄紀浩	第 59 回日本胆道学会学術集会／北海道	2023. 9. 14 -15
Laparoscopic Total Gastrectomy with Splenectomy Conferred Limited Oncological Benefits on Patients with Type 4 or Large Type 3 Gastric Cancer; a Multicenter Retrospective Study	Masazumi Sakaguchi, Hosogi H*, Hisamori S*, Kinjo Y*, Kanaya S*, Obama K*	Korea International Gastric Cancer week 2023／Seoul	2023. 9. 14 -16
腹腔鏡下横行結腸切除術	西川裕太, 森 友彦	第 34 回京都臨床外科セミナー／京都	2023. 9. 23
当院におけるロボット支援下肝切除術導入期における工夫と手術成績	奥田雄紀浩	第 36 回近畿内視鏡外科研究会／大阪	2023. 9. 30
腹腔鏡下胃癌手術	坂口正純	第 2 回オリンパス胃手術スキルアップセミナー／京都	2023. 10. 13
Limited Oncological Benefits of Laparoscopic Total Gastrectomy with Splenectomy for Patients with Type 4 or Large Type 3 Gastric Cancer	Masazumi Sakaguchi, Hosogi H*, Shisamori S*, Kinjo Y*, Kanaya S*, Obama K*	The 3rd International Congress of the Asian Oncology Society / Yokohama	2023. 10. 19 -21
高難度領域の肝病変に対する低侵襲肝切除術に関する後方視的検討	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 山崎伸悟, 塩見 慶, 神田修平, 庄野孝仁, 坂口正純, 加藤 滋, 玉置信行, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一	JDDW2023／神戸	2023. 11. 2 -4
胆嚢管結石の炎症により肝門部胆管狭窄を来した一例	久保田豊成, 奥田雄紀浩, 西川裕太, 塩見 慶, 庄野孝仁, 坂口正純, 玉置信行, 加藤 滋, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第 85 回日本臨床外科学会総会／岡山	2023. 11. 16 -18
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, 西川裕太, 塩見 慶, 坂口正純, 久保田豊成, 加藤 滋, 玉置信行, 武田昌克, 奥田雄紀浩, 上 和宏, 松尾宏一, 秦浩一郎	第 85 回日本臨床外科学会総会／岡山	2023. 11. 16 -18
膵頭十二指腸切除における空腸テーピングを用いた right uncinata approach による上腸間膜動脈周囲郭清手技	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 玉置信行, 上 和広, 秦浩一郎	第 85 回日本臨床外科学会総会／岡山	2023. 11. 16 -18
高齢進行胃癌患者に対する D2 郭清は必要か？：傾向スコアを用いた後方視的検討	坂口正純, 細木久裕*, 松尾宏一, 金谷誠一郎*	第 85 回日本臨床外科学会総会／岡山	2023. 11. 16 -18
当院における S 状結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する治療戦略	森 友彦, 西川裕太, 塩見 慶, 坂口正純, 久保田豊成, 加藤 滋, 玉置信行, 武田昌克, 奥田雄紀浩, 上 和宏, 松尾宏一	第 36 回日本内視鏡外科学会総会／横浜	2023. 12. 7 -9
当院における術前化学療法施行後の高度進行胃癌に対する低侵襲胃切除の治療成績	坂口正純, 塩見 慶, 久保田豊成, 加藤 滋, 玉置信行, 奥田雄紀浩, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一	第 36 回日本内視鏡外科学会総会／横浜	2023. 12. 7 -9

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
ロボット支援下肝切除術導入期における工夫と手術成績	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 西川裕太, 塩見 慶, 坂口正純, 加藤 滋, 玉置信行, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第36回日本内視鏡外科学会総会／横浜	2023. 12. 7 -9
当科における脾彎曲部授動の定型化への取り組み	西川裕太, 森 友彦, 塩見 慶, 坂口正純, 久保田豊成, 加藤 滋, 玉置信行, 奥田雄紀浩, 上 和広, 松尾宏一	第36回日本内視鏡外科学会総会／横浜	2023. 12. 7 -10
整形外科			
関節外科における骨粗鬆症治療の重要性	金 永優	骨脆弱性を伴う膝股関節疾患を語る会 横浜／横浜	2023. 1. 16
人工股関節置換術後脱臼ハイリスク患者におけるセメント固定 Dual mobility cup の有用性	金 永優	第53回人工関節学会／横浜	2023. 2. 17
人工股関節置換術前後の骨盤傾斜は股関節可動域が規定する	金 永優	第53回人工関節学会／横浜	2023. 2. 17
ビギナーフレンドリーなシステムと粗鬆骨フレンドリーなシステムを考察する	金 永優	第53回人工関節学会シンポジウム／横浜	2023. 2. 17
French paradox コンセプトのセメントシステム派の私の戦略	金 永優	第53回人工関節学会パネルディスカッション／横浜	2023. 2. 17
関節外科における骨脆弱性の諸問題	金 永優	みぶ整形外科診療 Web セミナー／(オンライン)	2023. 4. 1
脊椎固定術後の腰椎・股関節・体幹可動域についてのレントゲン学的検討 健常ボランティアとの比較	竹本 充, 金 永優, 清水 優, 阪本将輝, 曾我聡之, 鹿江 寛, 奥村朋央, 間野公介, 徳安寛之, 多田弘史	第52回日本脊椎脊髄病学会学術集会／札幌	2023. 4. 13
健常者の脊柱骨盤及び下肢の矢状面アライメントの動的変化に基づく	曾我聡之, 竹本 充, 金 永優, 清水 優, 阪本将輝	第52回日本脊椎脊髄病学会学術集会／札幌	2023. 4. 13
人口股関節置換術前後の骨盤傾斜は股関節可動域が規定する	金 永優	第96回日本整形外科学会学術総会 シンポジウム／横浜	2023. 5. 12
人口股関節置換術後脱臼ハイリスク患者におけるセメント固定 Dual mobility cup の有用性	金 永優	第96回日本整形外科学会学術総会 シンポジウム／横浜	2023. 5. 12
Pelvic incidence を考慮した Total joint arthroplasty	金 永優	第96回日本整形外科学会学術総会 シンポジウム／横浜	2023. 5. 12
人工股関節置換術前後での股関節屈曲拘縮患者における矢状面アライメントの評価	金 永優	日本整形外科学会学術総会／横浜	2023. 5. 21
人工股関節置換術を受けた股関節外科医 股関節の痛みと苦悩, 手術, そして現在 (術後7年)	金 永優	のぞみ会 医療講演会／大阪	2023. 6. 3
Shortened Chanley Marcel Kerboul Stem in Japan	金 永優	3rd Edition Lausanne Hip Day／Lausanne	2023. 6. 9
Which Trend in Japan	金 永優	3rd Edition Lausanne Hip Day／Lausanne	2023. 6. 9
関節外科における骨粗鬆症治療の重要性	金 永優	第3回若手整形外科医のための骨粗鬆症セミナー in 福島／福島	2023. 6. 20
多数回手術後の再置換 THA を要する症例	金 永優	サンフロンティアール股関節研究会／滋賀	2023. 7. 1
French paradox コンセプトの Chanley marcell kerboul stem	金 永優	第30回 Hip Forum／小田原	2023. 7. 29
関節外科において骨粗鬆症治療は必要か？	金 永優	骨粗鬆症 Web セミナー／京都	2023. 8. 2
French paradox コンセプトのセメントシステムとは？	金 永優	京整会若手股関節セミナー／京都	2023. 8. 5

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
Hip-Spine Relationship for Total Hip Arthroplasty	金 永優	Total joint arthroplasty seminar in Yale University / New Heaven	2023. 8. 27
脊椎外科における全身矢状面アライメントへのこだわりと止血の工夫（ランチョンセミナー 脊椎外科手術における私のこだわり）	竹本 充	第 141 回中部日本整形外科学会災害外科学会・学術集会／神戸	2023.10. 6
股関節外科医から見た Spinopelvic and Hip Alignment & Nmobility	金 永優	第 141 回中部日本整形外科学会災害外科学会 シンポジウム／大阪	2023.10. 6
健常人ボランティアにおける Normal Hip Spine Relationship	金 永優	第 50 回日本股関節学会／福岡	2023.10. 27
人工股関節置換術後脱臼ハイリスク患者におけるセメント固定 Dual mobility cup の有用性	金 永優	第 50 回日本股関節学会／福岡	2023.10. 27
Subluxation sign を呈する THA 後患者の Spine-Pelvis-Hip のアライメントと可動域の特徴	金 永優	第 50 回日本股関節学会／福岡	2023.10. 27
Japanese Hip Society Traveling Fellowship 全米トップ病院の若きトップリーダー達を訪ねて	金 永優	第 50 回日本股関節学会／福岡	2023.10. 27
関節外科において骨粗鬆症治療は必要か？	金 永優	第 37 回西京整形外科病院勤務医、開業医有志による病診連携の会／京都	2023.11. 11
【健康寿命を延ばそう！ ～元気に長生きするために知っておくべき知識】 整形外科医が伝えたい、健康寿命の秘訣	竹本 充	第 4 回京都市立病院市民公開講座／京都（オンライン）	2023.11. 11
私のセメントカップ使用のヒヤリハット経験	金 永優	第 8 回セメントカップ研究会／京都	2023.11. 18
【せばねと関節の健康づくり - 運動器の健康づくりについての運動療法】 脊椎疾患の治療法	竹本 充	よみうりカルチャー OSAKA 市民健康講座／京都	2023.12. 10
【せばねと関節の健康づくり - 運動器の健康づくりについての運動療法】 股関節、膝関節の痛みとその予防、治療法	金 永優	よみうりカルチャー OSAKA 市民健康講座／京都	2023.12. 10
股関節の痛みに対する治療戦略	金 永優	股関節診療 UpToDate／京都	2023.12. 21
リハビリテーション科			
医療従事者の腰痛軽減に向けた取り組みについて－実態調査の報告－	徳安寛之, 多田弘史, 金 永優, 清水 優, 曾我聡之, 阪本将輝, 間野公介, 奥村朋史, 鹿江 寛, 竹本 充	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
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 智子, 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 53 回日本人工関節学会／横浜	2023. 2. 17 -18
両側橋梗塞を呈した Eight-and-a-half 症候群に対する急性期作業療法	安田早希, 日下部和貴, 片山千夏, 小林宗一郎, 原田洋一, 久保美帆	第 43 回近畿作業療法学会／（オンライン）※オンデマンド配信	2023. 6. 4
造血管腫瘍患者における骨格筋量、筋内脂肪変性と身体機能との関連性	井吹和也, 中西俊祐, 松原彩香, 多田弘史	第 60 回日本リハビリテーション医学会学術集会／福岡	2023. 6. 29 -7. 2
発症後早期から運動療法を継続し身体機能維持に至った、高齢悪性リンパ腫の一例	鹿島実咲, 中西俊祐, 松原彩香, 多田弘史	第 60 回日本リハビリテーション医学会学術集会／福岡	2023. 6. 29 -7. 3
当院の COVID-19 病棟におけるリハビリテーション実績報告	久保美帆, 内田真樹, 佐藤 玲, 多田弘史, 梶谷健太郎, 村上あおい, 西木小百合	第 61 回全国自治体病院学会／札幌	2023. 8. 31 -9. 1
ICU 管理を要した脊椎疾患患者に対する早期リハビリテーション治療が在院日数・歩行自立に与える影響	尾崎絃平, 中西俊祐, 松原彩香, 竹本 充, 田畑雄一, 下新原直子, 多田弘史	第 11 回日本運動器理学療法学会学術集会／福岡	2023.10. 13 -15

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
悪性腫瘍 stage IV B に脳梗塞を併発後、早期 PS 回復により悪性腫瘍の切除術を実施できた 2 症例の理学療法経過	松原 彩香, 中西 俊祐, 多田 弘史	第 6 回日本がん・リンパ浮腫理学療法学会学術大会／福島	2023. 10. 14 -15
成人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	中西俊祐, 松原彩香, 宮原裕子, 伊東 満, 多田弘史	第 6 回日本がん・リンパ浮腫理学療法学会学術大会／福島	2023. 10. 14 -15
腰椎骨盤可動性は徒手の股関節屈曲可動域評価に影響を与える	徳安寛之, 対馬栄輝, 金永 優, 清水 優, 多田弘史, 竹本 充	第 50 回日本股関節学会／福岡	2023. 10. 27 -28
がん治療関連心機能障害を呈した患者に対し外来心臓リハビリテーション治療が奏効した一症例	坂田莉毅, 中西俊祐, 多田弘史	第 7 回リハビリテーション医学会秋季学術集会／宮崎	2023. 11. 3 -5
CKC での膝伸展運動および頻回の離床により歩行器歩行が可能となった腰椎椎体骨折による脊柱管狭窄症の一例	上之 海, 鹿島実咲, 尾崎絃平, 松原彩香, 多田弘史	第 33 回京都府理学療法学術大会／京都	2023. 11. 19
good 症候群に発症した重症 COVID-19 に対する呼吸リハビリテーションの経過について	藤田康孝	第 33 回日本呼吸ケアリハビリテーション学会学術集会／仙台	2023. 12. 1 -2
日本理学療法士協会の生涯学習制度における症例検討会を自施設で開催してみてもアンケート調査からみえてくるもの～	藤田康孝	第 12 回日本理学療法教育学会／埼玉	2023. 12. 9 -10
【せばねと関節の健康づくり - 運動器の健康づくりについての運動療法】 運動器の健康づくりについての運動療法	久田祥寛	よみうりカルチャー OSAKA 市民健康講座／京都	2023. 12. 10
脳神経外科			
脳卒中に対する血管愛治療	辻 敬一	みぶ病診連携カンファレンス／京都	2023. 4. 27
Plaque protrusion・ステント内血栓を来した CAS の 1 例	辻 敬一	第 64 回近畿脳神経血管内手術ワークショップ／和歌山・白浜	2023. 7. 15
未破裂中大脳動脈瘤の 1 例	辻 敬一	第 51 回京滋脳血管内治療懇話会／滋賀・大津	2023. 9. 9
開頭術後遅発性に網膜中心動脈閉塞症を発生した嗅窩部髄膜腫	地藤純哉, 久保貴暉, 藤沢 亮*, 辻 敬一	第 28 回日本脳腫瘍の外科学会／長崎	2023. 9. 29 -30
左眼窩内に発生した孤立性線維性腫瘍 (SFT) を経験した 1 例	久保貴暉, 河野浩人*, 辻 敬一, 地藤純哉, 深見忠輝*, 吉田和道*	第 82 回日本脳神経外科学会総会／神奈川・横浜	2023. 10. 25 -27
急速に自然縮小した原発性中枢神経系悪性リンパ腫の一症例	藤沢 亮, 辻 敬一, 地藤純哉, 宮田 悠*, 野々山裕*, 中澤拓也*, 深尾繁治*	第 82 回日本脳神経外科学会総会／神奈川・横浜	2023. 10. 25 -27
皮膚科			
鼻翼部に生じた superficial angiomyxoma の 1 例	中村健太郎, 沢田広子, 奥沢康太郎, 竹中秀也, 浅井 純*	第 484 回京滋地分会／京都	2023. 3. 2
当院における JAK 阻害剤の使用経験	奥沢康太郎	Atopic Dermatitis Conference Kyoto／（オンライン）	2023. 4. 15
当科で経験した希な 2 症例（接触皮膚炎例、腫瘍例）	中村健太郎	Dermatology Skill Up Seminar in Kyoto／（オンライン）	2023. 9. 28
京都市立病院皮膚科の紹介	沢田広子	皮膚科地域連携講演会／（オンライン）	2023. 10. 18
アトピー性皮膚炎における全身療法	奥沢康太郎	第 11 回 京都皮膚科リサーチセミナー／京都	2023. 11. 7
泌尿器科			
下部尿路症状診療 ～前立腺肥大症、骨盤臓器脱～	堤 尚史	令和 4 年度 第 10 回 みぶ病診連携カンファレンス／京都	2023. 1. 26
下大静脈後尿管に合併した尿管結石の 2 例に対する術式検討	平松和磨, 牧田哲幸, 上山裕樹, 堤 尚史, 清川岳彦	第 40 回泌尿器科手術手技研究会／静岡	2023. 2. 4

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
稀な腎癌の3例	平松和磨, 牧田哲幸, 上山裕樹, 堤 尚史, 清川岳彦	第284回泌尿器科マンス リーミーティング／京都	2023. 3. 18
京都市立病院における転移性腎癌に対する薬物療法の治療 成績	上山裕樹, 平松和磨, 牧田哲幸, 堤 尚史, 清川岳彦	第110回日本泌尿器科学 会総会／神戸	2023. 4. 20
Combined Inhibition of PARP and ATR is Synthetic Lethal in CDK12 Aberrant Prostate Cancer	Yuki Kamiyama, Sunada T*, Fukui T*, Hikami K*, Mizuno K*, Takashi Matsuoka, Goto T*, Kobayashi T*, Sasanuma H*, Akamatsu S*	第110回日本泌尿器科学 会総会／神戸	2023. 4. 20
ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術後の尿失禁に関する 検討	平松和磨, 阿部真也, 牧田哲幸, 松岡崇志, 上山裕樹, 堤 尚史, 清川岳彦	第110回日本泌尿器科学 会総会／神戸	2023. 4. 20
high リスク前立腺癌に対するリンパ節郭清の必要性の検討	牧田哲幸, 平松和磨, 上山裕樹, 増田憲彦, 清川岳彦	第110回日本泌尿器科学 会総会／神戸	2023. 4. 20
Effects of Total Anatomical Reconstruction on RARP Postoperative Incontinence and Anatomical Position ~Comparative Study by Propensity Score Matching~	堤 尚史, 名越晶彦*, 藤原 佑*, 神戸貴成*, 峯 佑太*, 萩本裕樹*, 服部悠斗*, 阿部陽平*, 山崎俊成*, 川喜田睦司*	第110回日本泌尿器科学 会総会／神戸	2023. 4. 21
CDK12異常前立腺癌において, PARP と ATR の共阻害に よって合成致死が成立する可能性	上山裕樹	第15回 HOWKS／神戸	2023. 5. 13
左腎盂癌術後再発に対するペムプロリズマブ治療中に両側 唾液腺炎と喉頭浮腫を来した1例	細見俊秀, 武田将司*, 勝永泰章*, 高橋大介*, 平野昌克*, 舟橋優里奈*, 宮川拓朗*, 山口貴大*, 高森 一*, 砂田拓郎*, 村上 薫*, 河野 仁*, 住吉崇幸*, 北 悠希*, 増井仁彦*, 後藤崇之*, 齊藤亮一*, 小林 恭*	第285回泌尿器科マンス リーミーティング／京都	2023. 5. 20
両側水腎症を契機とした Page kidney の一例	平松和磨, 阿部真也, 松岡崇志, 上山裕樹, 堤 尚史, 清川岳彦	第285回泌尿器科マンス リーミーティング／京都	2023. 5. 20
頻尿かな?と思ったら ~セルフチェックから治療まで~	堤 尚史	健康教室かがやき／京都	2023. 5. 26
進行性子宮頸癌による Page kidney の1例	平松和磨, 阿部真也, 松岡崇志, 上山裕樹, 堤 尚史, 清川岳彦	第253回日本泌尿器科学 会関西地方会／滋賀	2023. 6. 10
泌尿器診療における化学療法	堤 尚史	院内化学療法勉強会／ 京都	2023. 6. 20
京都市前立腺がん検診10年の歩みと今後の課題	奥野 博*, 沖原宏治*, 清川岳彦, 赤松秀輔*, 上田 崇*, 齊藤亮一*, 飯田明男*, 上田朋宏*, 北村浩二*, 京都府医師会前立腺がん検診委員会*	第31回日本がん検診・ 診断学会／福岡	2023. 6. 24
京都市立病院における去勢抵抗性前立腺癌に対する ドセタ キセル、カバジタキセル逐次療法の成績	上山 裕樹	第3回 京 都 urology network meeting／京都	2023. 6. 30
PARP と ATR の共阻害は CDK12 異常前立腺癌において合 成致死を誘導する	上山 裕樹	大文字会 前立腺癌関 連講演／京都	2023. 8. 19
当科におけるロボット支援下手術の変遷	堤 尚史	第6回 五条御前 泌尿 器科・内科病診連携セミ ナー／京都	2023. 8. 24
研修医にも役立つ泌尿器救急疾患に対する対応「泌尿器外 傷」	平松和磨, 阿部真也, 松岡崇志, 上山裕樹, 堤 尚史, 清川岳彦	令和5年度京都泌尿器科 医会講習会／京都	2023. 9. 2
当院における腎細胞癌術後補助療法の適応症例に関する後 方視的検討	平松和磨, 阿部真也, 細見俊秀, 松岡崇志, 上山裕樹, 堤 尚史, 清川岳彦	第73回日本泌尿器科学 会中部総会／奈良	2023. 10. 13
経尿道的膀胱腫瘍切除術 (TUR-BT) 術前の5-アミノレブ リン酸経口投与による重症低血圧の検討	松岡崇志, 阿部真也, 平松和磨, 上山裕樹, 堤 尚文, 清川岳彦	第73回日本泌尿器科学 会中部総会／奈良	2023. 10. 14
当院における去勢抵抗性前立腺癌に対するカバジタキセル 使用患者の臨床的検討	上山裕樹, 阿部真也, 平松和磨, 松岡崇志, 堤 尚史, 清川岳彦	日本泌尿器腫瘍学会 第9回学術集会／横浜	2023. 10. 21
当院における去勢抵抗性前立腺癌に対する ドセタキセル、 カバジタキセル逐次療法の成績	上山裕樹, 阿部真也, 平松和磨, 松岡崇志, 堤 尚史, 清川岳彦	第75回西日本泌尿器科 学会総会／松山	2023. 11. 4

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
当院における経皮的尿路結石手術（ECIRS & PCNL）の検討	堤 尚史, 阿部真也, 平松和磨, 上山裕樹, 松岡崇志, 清川岳彦	第37回日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会総会／米子	2023. 11. 10
当院で施行したRARPの生化学的再発に関する検討 切除断端に焦点をあてて	阿部真也, 平松和磨, 松岡崇志, 上山裕樹, 堤 尚史, 清川岳彦	第37回日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会総会／米子	2023. 11. 10
産婦人科			
直腸子宮内膜症に対して低位前方切除術後に妊娠した症例を周産期管理した1例	小芝明美, 長澤友紀, 片山晃久, 田中佑輝子, 森 泰輔	第59回日本周産期・新生児医学会学術集会／名古屋	2023. 7. 10
がんってなに？	小芝明美	生命のがん教育授業 西大路小学校／京都	2023. 7. 4
A case of Pelvic Inflammatory Disease (PID) after Total Laparoscopic Hysterectomy-Vaginal Cleansing Cannot Prevent the Infection?	Yoichiro Fujiwara, Akihiro Tani, Yuji Takahashi, Sakura Yamamoto, Hitomi Oi, Hiroyuki Yamamoto, Akemi Koshiba	The 63th Annual Meeting of JGOE／大津	2023. 9. 15
クラッシュ症候群が疑われたtotal laparoscopic hysterectomy 施行2例の検討	藤原葉一郎, 谷 顕裕, 高橋裕司, 山本 櫻, 大井仁美, 山本浩之, 小芝明美	第63回日本産科婦人科内視鏡学会学術講演会／大津	2023. 9. 16
働く女性の健康セミナー	小芝明美	シミズ薬品社内研修会／京都	2023. 9. 24
子宮内膜症の診療は面白い	小芝明美	京都産婦人科医会9月学術研修会／京都	2023. 9. 30
Management of 60 Pregnant Women with SARS-CoV-2 Infection in Kyoto City Hospital	Yoichiro Fujiwara, Akihiro Tani, Yuji Takahashi, Sakura Yamamoto, Hitomi Oi, Hiroyuki Yamamoto, Akemi Koshiba	The 22nd Meeting of FAOP／Tokyo	2023. 10. 9
偶発的に併存したplacental site noduleによって術前診断に苦慮した子宮頸部腺癌の1例	山添万愛, 谷 顕裕, 山本 櫻, 高橋裕司, 大井仁美, 山本浩之, 藤原葉一郎, 小芝明美	京都産科婦人科学会 令和5年度学術集会／京都	2023. 10. 21
遺伝カウンセリングからRRSOへ～あなたも第2のアンジェリーナ・ジョリー！？	藤原葉一郎	京都市立病院第4回がんゲノム医療研修会／京都	2023. 11. 20
組織切除回収システムで診断した異型ポリープ状腺筋腫の1例	大井仁美, 谷 顕裕, 高橋裕司, 山本 櫻, 山本浩之, 藤原葉一郎, 小芝明美	第15回京都婦人科鏡視下手術研究会／京都	2023. 11. 25
オフィス子宮鏡の麻酔	小芝明美	第38回日本女性医学学会学術集会／徳島	2023. 12. 3
眼科			
イントラクライン機構によるマイボーム腺局所ステロイド合成	鈴木 智, 佐々木玲奈*, 木下 茂*, 土居雅夫*	角膜カンファランス2023／横浜	2023. 2. 10
絶対緑内障に生じた感染性角膜潰瘍の臨床的特徴についての考察	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	角膜カンファランス2023／横浜	2023. 2. 11
初回手術と再手術症例における眼窩骨折整復術後の成績の比較	宮平 大, 渡辺彰英*, 米田亜規子*, 奥 拓明*, 中山知倫*, 山中行人, 上田幸典*, 外園千恵*	第34回眼瞼義眼床手術学会／新潟	2023. 2. 11
The Alteration of Microbiome in Meibum and the Ocular Surface with Aging and Meibomian Gland Dysfunction	Tomo Suzuki	XXV Biennial Meeting of the International Society for Eye Research (ISER 2023)／Gold Coast, Australia	2023. 2. 20
近視性共同性内斜視における高次収差の検討	三木 岳, 鎌田さや花*, 中井義典*, 中村 葉*, 稗田 牧*	第5回日本近視学会総会／博多	2023. 5. 13
健常者のマイバムと結膜囊の細菌叢の加齢性変化	鈴木 智, 須谷尚史*, 白髭克彦*, 木下 茂*	フォーサム2023／大阪	2023. 7. 6

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
京都市立病院における小児霰粒腫治療の考察	三木 岳, 宮平 大, 大久保寛, 中路進之介, 南 泰明, 鈴木 智	第 93 回京都府立医科大学 同窓眼科集談会／京 都	2023. 9. 17
マイクロパルス毛様体光凝固術新型プロープの使用経験	宮平 大, 南 泰明, 三木 岳, 大久保寛, 中路進之介, 鈴木 智	第 93 回京都府立医科大学 同窓眼科集談会／京 都	2023. 9. 17
Ocular Surface の症例検討会 5th Session (インストラク ションコース 月 - IC51)	鈴木 智, 後藤英樹*, 山口昌彦*, 福田 憲*, 近間泰一郎*, 重安千花*	第 77 回日本臨床眼科学 会／東京	2023. 10. 19
Exploring Meibomian Glands : Insights into Ocular Surface Health and Therapeutic Directions	Tomo Suzuki	29th Kyoto Cornea Club Annual Meeting / Kyoto	2023. 11. 17
放射線診断科			
腸管虚血の画像診断	谷掛雅人	第 42 回画像医学会／東 京	2023. 2. 18
【絞扼性腸閉塞のベストプラクティス】絞扼性小腸閉塞の画 像診断 U 字工事サイン	谷掛雅人	第 59 回腹部救急医学会 総会／沖縄	2023. 3. 9
【イメージ・インタープリテーション・セッション】解説	谷掛雅人	第 59 回腹部救急医学会 総会／沖縄	2023. 3. 9
【ランチョンセミナー9】失敗症例から学ぶ腸閉塞の画像診 断～U 字工事サインに至るまで～	谷掛雅人	第 59 回腹部救急医学会 総会／沖縄	2023. 3. 10
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 41 回 Fukuyama CT meeting／広島	2023. 4. 21
消化管穿孔	谷掛雅人	第 12 回救急放射線セミ ナープレミアム／（オン ライン）	2023. 5. 13
フマル酸ヒドラターゼ欠損性腎細胞癌の 1 例	尾谷智史, 山本貴之, 里上直衛, 森澤信子, 牧田哲幸, 香月奈穂美, 早川延幸, 清川岳彦, 藤本良太	第 36 回日本腹部放射線 学会／仙台	2023. 6. 9 -10
結節性多発動脈炎の 1 例	谷掛雅人, 住吉翔元	第 334 回放射線学会関西 地方会／大阪	2023. 6. 24
失敗症例から学ぶ急性腹症の画像診断	谷掛雅人	いわき市医療センター 研修会／福島	2023. 7. 7
急性腹症の CT 予期しない、危険な疾患を見逃さないため の 6 check point	谷掛雅人	第 2 回読影の補助 （STAT-CT・MRI）セ ミナー／（オンライン）	2023. 8. 31
失敗症例から学ぶ急性腹症の画像診断 無知から U 字工事 サインに至るまで	谷掛雅人	第 18 回和歌山救急画像 セミナー／和歌山	2023. 9. 31
骨肉腫分化を伴った左房未分化多形肉腫の 1 例	宇都宮友輔, 藤本良太, 三宅可奈江, 中本裕士, 木下秀之, 加藤貴雄, 川東正英, 湊谷謙司, 福島五月, 池田善彦, 松本 学, 畠山金太	第 335 回 公益社団法人 日本医学放射線学会関 西地方会／大阪	2023. 10. 7
循環障害をきたす消化管疾患の画像診断 NOMI と絞扼性 小腸閉塞と	谷掛雅人	筑波大学消化器外科ユニ オン 勉強会／茨城（オン ライン）	2023. 10. 13
失敗症例から学ぶ急性腹症の画像診断 無知から U 字工事 サインに至るまで	谷掛雅人	第 52 回三重総合画像研 究会／三重	2023. 11. 2
放射線治療科			
T2N1M0 Luminal HER2 n > 4 NAC で pCR が得られた症 例 PMRT を行う or 行わない？	有賀智之*, 荻谷朗子*, 宮下 穰*, 土井欽子*, 山田顕光*, 平田希美子, 川口英俊*, 藤田知之*	第 31 回日本乳癌学会学 術総会／横浜	2023. 7. 1
麻酔科			
前皮神経絞扼症候群（ACNES）との鑑別を要した小児の 慢性虫垂炎の 1 症例	森脇扶美, 生野智美, 角山正博	第 69 回日本麻酔科学会 関西支部学術集会／大 阪	2023. 9. 2

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
腰椎固定術の手術開始時に行われた局所浸潤麻酔が脊髄くも膜下麻酔となった一例	金星幸栄, 佐藤雅美, 加藤宗則, 角山正博	第69回日本麻酔科学会 関西支部学術集会／大阪	2023. 9. 2
病理診断科			
臨床検査技師が知っておくべき切り出しの知識と技術—消化器—	岸本光夫	令和4年度京臨技病理検査講演会（第7回みやこ病理検査講演会）／京都	2023. 1. 22
胃病変の鑑別のポイント	岸本光夫	第17回 Wakayama Endo-Highlight Symposium／和歌山	2023. 1. 27
フローサイトメトリー結果報告書の読み方	香月奈穂美	第36回生活習慣病予防検診細胞診従事者研修会／京都	2023. 3. 5
症例3 病理診断と所見の解説	岸本光夫	第7回京都拡大内視鏡研究会／京都	2023. 4. 1
症例3 病理診断と所見の解説	岸本光夫	第144回大腸疾患研究会／大阪	2023. 4. 21
病理診断と所見の解説	岸本光夫	第2回胃の「1症例」徹底解説ウェビナー／（オンライン）	2023. 5. 22
症例2 病理診断と所見の解説	岸本光夫	第5回神戸拡大内視鏡研究会／神戸	2023.12. 9
臨床検査技術科			
臓器写真の撮影の仕方	竹腰友博	京都臨床検査技師会 病理細胞検査講演会／京都	2023. 1. 22
COVID-19 に対する院内 PCR 検査業務の構築と現状	坂本竜也, 本田法子, 松浦真人, 明山純子, 前田雅子, 山田 雅	第20回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
京都府下におけるタスクシフトの現状について	竹腰友博	京都臨床検査技師会 病理細胞検査精度管理報告会／京都	2023. 2. 19
更なる臨床検査技師の活躍の場を求めて～検体採取, 静脈路確保業務をやってみて～	宮川大樹, 井上 歩, 森恵理子, 園山和代, 山田 雅	第三回京都医学検査学会／京都	2023. 2. 23
R-CPC～検査データから病態を読み解く～CPC②症例提示	坂本竜也	第三回京都医学検査学会／京都	2023. 2. 23
臨床検査技師の救急初期診療参画への取り組み	井上 歩, 森恵理子, 宮川大樹, 園山和代, 山田 雅	第125回近畿救急医学研究会／奈良	2023. 3. 18
タスク・シフト～静脈路確保業務をやってみて～	宮川大樹, 井上 歩, 森 恵理子, 園山和代, 山田 雅	第72回日臨技近畿支部医学検査学会／群馬	2023. 5. 20 -21
当院における救急初期診療への参画について	井上 歩, 森恵理子, 宮川大樹, 園山和代, 山田 雅, 國嶋 憲	第72回日本医学検査学会／群馬	2023. 5. 20
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, 宮城華那子, 景山 愛, 竹腰友博, 香月奈穂美, 岸本光夫	第64回日本臨床細胞学会春期大会／名古屋	2023. 6. 10
ディスカッションでレベルアップ みんなはどう読む？	岡田祐里	京都府臨床検査技師会 生理検査研修会／京都	2023. 9. 19
細胞検査士認定試験合格体験記	景山 愛	京都臨床検査技師会／京都	2023.10. 8
当院における病理検査のタスクシフト・シェア	宮城華那子, 野田みゆき, 景山 愛, 井上翔太, 田中志穂, 竹腰友博, 山田 雅	京都府臨床検査技師会 チーム医療検査研修会／京都	2023.11. 14
血管エコーのすすめ方 動脈編～頸動脈・腎動脈・下肢動脈 etc～	丸田英里香	京都府臨床検査技師会 生理検査研修会／京都	2023.11. 28

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
体腔液ワークショップ	竹腰友博, 景山 愛, 宮城華那子, 野田みゆき, 香月奈穂美, 岸本光夫	第 48 回日本臨床細胞学会近畿連合会学術集会／大阪	2023. 12. 10
第 3 回 RCPC～検査結果から見えるもの～上級編～	坂本竜也	京都臨床検査技師会／京都	2023. 12. 20
臨床工学科			
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	足立翔吾, 石原太輔, 古川 修, 乗松康平, 山口侑承, 木原一郎	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
医療材料費削減の取り組みと共同購入の活用	石原太輔, 伊藤禎章, 井上雄介, 小林陽平, 福元竜成	第 33 回日本臨床工学会／広島	2023. 7. 21-23
骨伝導式無線インカムの導入効果	石原太輔, 足立翔吾, 古川 修, 乗松康平, 山口侑承, 木原一郎	第 31 回日本心臓血管インターベンション治療学会学術集会 CVIT2023／福岡	2023. 8. 4-6
放射線技術科			
CT ワーキンググループの活動と成果	柳川雅夫	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
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	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
栄養科			
給食委託会社の宅配食を活用した COVID-19 感染患児の付添食の導入	植木 明	第 26 回日本病態栄養学会年次学術集会／京都	2023. 1. 14
病棟担当と給食委託会社との連携が生む満足度の高い病院食	植木 明	第 26 回日本病態栄養学会年次学術集会／京都	2023. 1. 14
給食委託会社の宅配食を活用した COVID-19 感染患児の付添食の導入	植木 明	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
【消化器がんに対する低侵襲治療とチーム医療】管理栄養士によるがん患者への食事サポート	植木 明	第 35 回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2023. 3. 4
「管理栄養士×栄養計算アプリ」による食事サポートの可能性	望月貴子	Diamond Seminar in 京都／京都	2023. 5. 27
管理栄養士が取り組む腎不全患者の意思決定支援	望月貴子	第 11 回日本腎栄養代謝研究会学術集会／札幌	2023. 7. 15
美味しい病院食と栄養指導が導く成功体験 ～チームで支える肥満入院～	花川卓子	第 30 回日本肥満研究会／京都	2023. 7. 22-7. 23
当院の早期栄養介入管理加算の取り組み～重症 COVID-19 患者の栄養管理も含めて～	植木 明	Kyoto Nutrition Webinar／Kyoto	2023. 9. 5
【急性期病院と地域をつなぐ認知症ケア】当院における認知症ケアサポートチーム（DST）活動報告	尾崎さくら	第 36 回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2023. 9. 9
【健康寿命を延ばそう！ ～元気に長生きするために知っておくべき知識】いきいき過ごすための食事と栄養	柳 亜子	第 4 回京都市立病院市民公開講座／京都（オンライン）	2023. 11. 11
薬剤科			
領域別カンファレンスの取り組み～シームレスな連携において薬剤師ができることとは？～	山内舞香	近畿薬剤師合同学術大会 2023／（オンライン）	2023. 2. 4-2. 5
当院における周術期業務の変遷と術後疼痛ラウンドについて	多留木崇志	近畿薬剤師合同学術大会 2023／（オンライン）	2023. 2. 4-2. 5
当院薬剤師における手指衛生に関連した手荒れ対策の現状について	本多あずさ, 森田真由, 本多伸二, 村岡淳二	近畿薬剤師合同学術大会 2023／（オンライン）	2023. 2. 4-2. 5
ビタミン K ₂ 投与 3 か月法導入時の取り組みと課題	田村優衣, 内藤 舞, 三松史野, 小野 勝, 村岡淳二	近畿薬剤師合同学術大会 2023／（オンライン）	2023. 2. 4-2. 5

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
乳がん患者でのベルツズマブ使用レジメンにおける下痢の発現状況調査	樫奈央子, 内藤 舞, 三松史野, 田村優衣, 山内舞香, 實光由香, 石田真友子, 本多伸二, 村岡淳二	近畿薬剤師合同学会大会 2023／（オンライン）	2023. 2. 4 -2. 5
当院の白内障日帰り手術クリニカルパスの内服鎮痛薬変更による安全性の確保	荻田紗季, 本多あずさ, 小野 勝, 村岡淳二	近畿薬剤師合同学会大会 2023／（オンライン）	2023. 2. 4 -2. 5
子宮体癌におけるベムプロリズマブ＋レンパチニブ療法導入時、短期間で複数回レンパチニブの減量を要した一例	内藤 舞, 三松史野, 山内舞香, 實光由香, 村岡淳二	近畿薬剤師合同学会大会 2023／（オンライン）	2023. 2. 4 -2. 5
外来化学療法センターでの薬剤師と栄養士の連携による栄養管理支援	江波瑞生, 細川真弥, 三松史野, 大野恵一, 本多伸二, 植木 明, 村岡淳二	近畿薬剤師合同学会大会 2023／（オンライン）	2023. 2. 4 -2. 5
AYA 世代患者の疼痛コントロール中にケミカルコーピングが疑われた一症例	山内舞香, 三松史野, 實光由香, 内藤 舞, 小野 勝, 村岡淳二	第 16 回日本緩和医療薬学会年会／神戸	2023. 5. 26 -5. 28
【急性期病院と地域をつなぐ認知症ケア】当院における認知症ケアサポートチーム（DST）活動報告	山南貴一	第 36 回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2023. 9. 9
薬学実務実習の感染症カリキュラムに導入した参加型学習と感染症に対する実務実習生の意識調査	森田真由, 村田龍宣, 小野 勝	第 58 回京都病院学会／（オンライン）	2023. 10. 29 -11. 26
整形外科領域における PBPM 導入効果と課題～人工関節置換術（TKA）／人工股関節置換術（THA）術後のエドキサパンの用量調節～	森菜々美, 藤井若奈, 多留木崇志, 村田龍宣, 小野 勝	第 33 回日本医療薬学会年会／仙台	2023. 11. 3 -11. 5
拠点病院薬剤師の立場から：薬 ³ 連携の輪を広げるための拠点病院の取り組み～高齢化する患者さんを総合的にマネジメントするために～	村田龍宣	第 37 回日本エイズ学会学術集会・総会／京都	2023. 12. 3 -12. 5
看護部			
褥婦への下肢アロママッサージ導入の報告	磯 市代	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
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	山内光子	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
看看連携体制を強化するための看護専門外来の動き	中川紀直	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
救急室における患者経験価値（PX）調査の実践報告	坂口真梨子	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
DVD を使った地域への継続看護技術支援	寺山香苗, 椎名 奏	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 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～	阪野真弓子	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
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	平井 亮	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
【ブラボー！パートナーシップ マインド】患者支援リンクナース会 PFM（Patient Flow Management）～入退院、ふたつのつなぎ目に手厚いサポートを～	楠元 恵	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
【ブラボー！パートナーシップ マインド】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	池田 零	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
【ブラボー！パートナーシップ マインド】副師長会 ちょこっとサポート（補完）していこう	太田あゆみ	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
【消化器がん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～	大柿深雪	第 35 回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2023. 3. 4
小児がんを発症した子どもの親がとらえる家族の体験 ～家族のサブシステムに注目して～	岩崎由美子	日本小児看護学会第 33 回学術集会／横浜	2023. 7. 15

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
【急性期病院と地域をつなぐ認知症ケア】当院における認知症ケアサポートチーム（DST）活動報告	北川陽子	第 36 回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2023. 9. 9
事務局			
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	沖田正樹	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4
整備運営事業の現状と課題	星野和之	第 20 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2023. 2. 4

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
感染症科 菌血症・敗血症	柄谷健太郎	今日の臨床サポート／ (オンライン)	2023. 4. 19
総合外科 治療最前線 Vol.69 ロボット支援下手術	宮原 亮, 秦浩一郎, 清川岳彦	サンデー毎日	2023. 8. 8
手術支援ロボット (Da vinci) を用いた より精緻で低侵襲な手術を提供	清川岳彦, 秦浩一郎, 宮原 亮	医療新聞社ホームページ ／ (オンライン)	2023. 11. 30
毎日ムック 病院最前線 2024 消化器外科・ロボット支援下手術 低侵襲化を実現した最先端の外科手術!	秦浩一郎, 森 友彦, 坂口正純, 奥田雄紀浩	毎日ムック	2023. 12. 25
放射線診断科 【寄稿】絞扼性小著閉塞の画像所見「U字工事サイン」小腸の絞扼そのものを反映したCT所見を発見	谷掛雅人	日経メディカル／ (オンライン)	2023. 5. 31

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はない。
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を中心とし、その他の学術活動も広く記録する。なお論文は他誌に未発表のものに限る。内容は、総説・研究・症例報告と、短報・院内合同研究発表会などの記録・海外研修報告・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。近畿病院図書室協議会共同リポジトリ（KINTORE）への登録対象は総説・研究・症例報告のみ（これらは医学中央雑誌での検索対象となる）とし、その他はKINTORE登録対象外（医学中央雑誌での検索対象外）となるため注意すること。院内合同研究発表会での発表内容でKINTOREへの登録を希望する場合は、総説・研究・症例報告として投稿すること。
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、加筆を求められた場合は、査読者ならびに編集委員会の意見に従い対応すること。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。

1) 体裁：

原稿はWordファイル（A4版サイズ）を用いて作成し、デジタルデータをメールなどで提出すること。原稿の並べ方は、和文表題・所属・著者・要旨・キーワード、本文、引用文献、英文タイトル・著者・所属・abstract・key words、図表、図表の説明とする。本文と抄録の文字数、図表数等については以下の表を原則とする。論文は原則として邦文、横書き、平かな、当用漢字、現代カナ使用を使用し、句読点はコンマ「,」ピリオド「.」とする。日本語で表せる用語はできるだけ日本語で表し、外国語は避ける。ただし外国人名、地名、酵素名、生化学的な物質名、薬品名は、原則として原語またはカタカナを用いる。また、薬品名は一般名で記載すること。度量衡はC.G.S単位とし、km, mm, l, dl, kg, g, mg, mEq/l, mg/dlなどを用い、数字は算用数字を用いる。

2) 表紙：

表題・所属・著者の順に記載する。病院名も必ず所属診療科の前に記載する。当院退職後の共著者が現在所属している機関名は、その共著者名の上段に独立して記入するか、または、その共著者名の右肩に※印をつけて表題原稿の下部に同じ※印を付け、所属を記入する。なお、タイトルには原則として略語を使用しない。

3) 和文要旨：

総説・研究・症例報告では、200字以内の和文抄録をつけ、そのあとに5個以内の和文のキーワードつける。

4) 本文：

本文は25行×32文字で印字する。見出し語は総説・研究では「緒言」「目的・方法」「結果」「考察」「結語」、症例報告では「緒言」「症例」「考察」「結語」等と明確に記入する。見出し語には番号をつけない。短報・院内合同研究発表会などの記録・海外研修報告では見出し語は規定しないが、総説・研究・症例報告としての掲載を希望する場合はその体裁に従うこと。

例：（誤）Ⅰ 緒言...Ⅲ 結果

省略語を用いる場合、要旨・本文ともに、それぞれ

初出の際に日本語名を書き、続いて（ ）に英語正式名：省略名を示す。

例：サイトメガロウイルス（cytomegalovirus：CMV）

児童相談所（児相）

臨床試験の報告、未承認薬または適応外の使用例あるいは特殊な検査、治療例の報告は、臨床研究倫理審査委員会の承認および患者に対するinformed consentを得たものであること。またその旨を論文に明記すること。

5) 文献：

出現順に肩番号（上付き、片括弧付き）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に準じ、邦文誌は公式の略称または医学中央雑誌収載目録を使用する。著者名は3名までは全員を記載する。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.」とすること。文献の表題は、副題を含めてフルタイトルとする。書き方は以下の形式に従う。

雑誌記事の場合：著者氏名：題名、副題、誌名 発行年；巻：ページ。

Levy MN, Imperial ES, Zieske H Jr: Collateral blood flow to the myocardium as determined by the clearance of rubidium-86 chloride. Circ Res 1961; 9: 1035-1045.

安部英, 前川正：凝固亢進状態の成因とその対策。臨血 1980；21：701-758.

図書の場合：著者氏名：書名、出版地、出版社、出版年、ページ（ppをつける）。

Winer BJ: Statistical Principles in Experimental Design. New York, McGraw-Hill, 1971, pp201-204, 210-218.

日野原重明 編：プライマリ・ケア医学－包括医療実践のために。東京、医学書院, 1981, p46-55.

図書の一部の場合：著者氏名：題名、（in）書名、編著者、出版地、出版社、出版年、ページ。

Fredrikson DS, Gotto AM: Familial lipoprotein disease deficiency. in The Metabolic Basis of Inherited Disease, Stanbury JB ed, New York, Mc-Graw-Hill, 1972, ch 26.

伊藤正男：ニューロンの働き。脳の生理学、時実利彦 編、東京、朝倉書店、1966, p92-114.

学会抄録の場合：著者氏名：抄録題名（抄録）、学会名、開催地、開催年、誌名 発行年；巻：ページ。

富沢忠弘：本態性高血圧の長期予後、特に高血圧性臓器侵襲度と予後の関係について（抄録）。第18回日本医学会、東京、1971、日本医学会誌 1972, p1801-1802.

降期力男：甲状腺癌の外科的治療指針（抄録）。第74回日本外科学会総会、東京、1974。日外会誌 1974；75：652-655.

加納 正：成人型原発性免疫不全症に関する研究。厚生省特定疾患調査研究班（班長 小林 登）昭和54年研究報告書、1980, p7.

オンライン資料の場合：著者名（編者名）：サイト名 [internet]。URL [最終アクセス日]。

小林祥泰：病院経営の問題点。日本内科学会内科臨床研修指導マニュアル [internet]。http://www.naika.or.jp/manual/52.html [accessed

2002.07.23].

野上耕二郎：EBM（根拠に基づいた医療）；わが国における EBM の現状と今後の展望．東海ヘルスケア・クオリティ研究会講演 平成 11 年 10 月 30 日 [internet]. <http://www.med.nagoya-u.ac.jp/medinfo/tokaihcq/nogami~ppt/index.htm> [accessed 2002.07.23].

日本生理学会ホームページ [internet]. <http://www.soc.nii.ac.jp/psj/index.html> [accessed 2002.07.23].

6) 図，表，写真：

図は，図と文字のバランスに留意して作成し，なるべく著者の原図を印刷に使用できるようにする．文中に図表、写真の挿入位置を指定する

7) 図表の説明：

表は上部に，図は下部に，それぞれ題名を記入すること．図表の説明文（Legend）は，本文が日本語の場合は日本語とする．ただし，図表のすべてがある論文の中の引用の場合は，引用図書あるいは雑誌名の書誌を明記するとともに原文のままでよい．

8) 英文表題・著者・所属・abstract・キーワード：

英文表題・著者・所属の順に記載する．病院名も必ず所属診療科の後に記載する．総説・研究・症例報告では，100 語以内の英文抄録をつけ，英文抄録のあとに英語の key words 5 個以内をつけること．Key word については単語，熟語の最初の word の頭文字を大文字とする．

例：Department of Respiratory Disease, Kyoto City Hospital Division of N2 Ward, Department of Nursing, Kyoto City Hospital

	本文文字数	和文抄録	英文抄録	文献	図表数	キーワード
総説	6000 字	200 字	100 語	制限なし	10 点以内	5 個以内
研究	6000 字	200 字	100 語	制限なし	10 点以内	5 個以内
症例報告	5000 字	200 字	100 語	20 編以内	7 点以内	5 個以内
短報	3000 字	不要	不要	10 編以内	4 点以内	不要
院内合同研究発表会などの記録	5000 字	不要	不要	不要	10 点以内	不要
海外研修報告	5000 字	不要	不要	不要	10 点以内	不要

6. 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。
7. 掲載料は無料とする。
8. 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。
9. 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。メ切りは厳守されたい。
10. 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，以下の規定を定める。

- 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れていることとする。すべての医学研究のための基本原則は，世界医師会総会において承認されたヘルシンキ宣言に基づいており，「WMA 医の倫理マニュアル 日本語版／日本医師会 編」を参考にされたい。

11. 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（KINTORE）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，その投稿を妨げるものではない。
- 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。

作成（改訂）：2024.5

編集委員会

委員長	田村真一		
委員	中谷嘉文	奥沢康太郎	森友彦
	富田真弓	谷利康樹	中島瑠菜
	市田育子	佐々木亜由美	内藤舞
	林田愛海	小林慎司	谷口美樹
	岡村寿子		

編集後記

年があけ2025年となりました。現在はソーシャル・ネット・ワーキングサービス、SNSの発達により、誰でも情報発信がしやすい環境となっています。昨年、記憶に新しいところでは、医療関係者が不適切な投稿をして「炎上」したり、複数の都道府知事選挙にも影響を及ぼしたことが話題になりました。SNSは誰でも情報発信が行えますが発信前のチェック機構がなく、その情報の真偽がしばしば問題となります。一方で、いわゆるオールドメディアである新聞やテレビなどでも「知っているが発信しない」などの方法で情報の操作も可能であり、同じニュースであっても会社や記者の視点が異なれば全く別の報道がされています。医学論文に目を向けても、データねつ造や盗用などで掲載取り消しとなることも起こっています。どのようなメディアでも発信する情報には充分気をつける必要がありますが、与えられる情報を鵜呑みにせず立ち止まって考えなければいけません。

本誌も世界に向けて発信できる立派なツールの一つです。当然、内容への責任は伴いますが、どのような小さなことであっても自分たちの経験を院外に向けて発信することで、必ず誰かの役に立っています。医師の専門医取得やその更新にも論文発表が義務づけられることが多くなってきています。その一方で英文誌を中心に症例報告の掲載が困難になってきています。本誌は病院紀要ですが、査読制度を有しています。医師のみならず、各専門職の研究や症例報告の場として活用してください。

さて、本号では総説、症例報告と、院内の合同研究発表会の内容、第36回と37回の地域医療フォーラム講演内容が掲載されています。本誌の内容が、日々の診療に少しでも活用されることを期待しています。最後に、本誌の査読・構成・編集にご協力頂いた皆様に、この場を借りて深謝致します。

紀要編集委員長 田村 真一（小児科部長）

京都市立病院紀要 第44巻（通巻62号）2024年（令和6年）

編集者	京都市立病院紀要編集委員会
発行者	黒田 啓 史
