

令和5年度

福岡県医学会総会記録集

第16回

# 福岡県医学会総会

The 16th Fukuoka Association of Medical Sciences General Meeting

令和6年2月4日(日)

【会 頭】

福岡県医師会会長

蓮澤 浩明

【学会長】

産業医科大学医学部長

酒井 昭典

【準備委員会委員長】

北九州市医師会会長

穴井 堅能

福岡県医学会

福岡市博多区博多駅南2-9-30 福岡県医師会内 TEL:092-431-4564

# 第16回 福岡県医学会総会

日時：令和6年2月4日（日） 10：30～17：00

場所：福岡県医師会館

1. 開 会（10：30） 福岡県医師会副会長 長 柄 均

2. 挨拶（10：35） 会 頭：福岡県医師会会長 蓮 澤 浩 明  
学 会 長：産業医科大学医学部長 酒 井 昭 典

3. 福岡県医学会賞の表彰および受賞者講演（10：45～11：40）

4. 次期学会長挨拶（11：40） 九州大学医学部長 赤 司 浩 一

5. ポスターセッション（11：50～ — 昼食中 —）  
＜一般部門・研修医部門＞テーマ「地域医療に役立つ最新の医療」  
＜医学部生部門＞ テーマ「臨床研究報告」

— 昼 食（11：50～13：30） —

6. シンポジウム（13：30～16：10）（各40分）  
テーマ「地域医療の中での大学病院の在り方」

座 長：福岡県医学会会頭・福岡県医師会会長 蓮 澤 浩 明  
福岡県医学会会長・産業医科大学医学部長 酒 井 昭 典

1) 「先端医療と健康社会の実現に向けた九州大学病院の取り組み」  
九州大学病院長 中 村 雅 史

2) 「地域と共に歩む久留米大学病院」  
久留米大学病院長 野 村 政 壽

3) 「今から福岡大学病院ができること～2040年問題に向けて～」  
福岡大学病院長 三 浦 伸一郎

4) 「地域医療における産業医科大学病院の役割と取り組み」  
産業医科大学病院長 田 中 文 啓

— 休 憩（16：10～16：20） —

— 総合討論（16：20～16：50） —

7. ポスター優秀賞表彰

8. 閉 会（17：00） 福岡県医師会副会長 堤 康 博



# 目 次

## 挨拶

会 頭／福岡県医師会会長 蓮澤 浩明 ……	1
学会長／産業医科大学医学部長 酒井 昭典 ……	2

## 福岡県医学会賞受賞者講演

### <特別賞>

大規模臨床試験（DPVD）による活性型ビタミンDの2型糖尿病発症予防効果

新小文字病院内分泌・糖尿病内科部長 河原 哲也 ……	5
----------------------------	---

### <奨励賞> ※五十音順

#### 1. 当地域における1か月見健診時の喫煙アンケート調査についての考察

酒井小児科内科医院副院長 酒井 祐子 ……	8
-----------------------	---

#### 2. 基本的心不全緩和ケアに関する医師教育プログラムの開発とその有効性の評価

久留米大学病院心臓・血管内科助教 柴田 龍宏 ……	10
---------------------------	----

#### 3. 当院における転倒予防の取り組み

院内転倒の最大の原因はバランス機能障害であった：

睡眠薬内服患者における後ろ向き研究

久留米大学医学部整形外科講座講師 橋田 竜騎 ……	12
---------------------------	----

#### 4. 久留米大学病院におけるCOVID-19全診療科参加型入院診療体制の取り組み

久留米大学病院医療連携センター

呼吸器・神経・膠原病内科准教授 松岡 昌信 ……	15
--------------------------	----

#### 5. リアルワールドデータを用いた高齢者に対する胆嚢摘出術の安全性に関する検討

産業医科大学第1外科助教 森 泰寿 ……	18
----------------------	----

#### 6. 高出血リスクの高齢・超高齢非弁膜症性心房細動患者における腎機能別低用量DOAC（エドキサバン15mg）の有効性・安全性の検討

遠賀中間医師会おんが病院副院長 吉田 哲郎 ……	20
--------------------------	----

## 次期学会長挨拶

九州大学医学部長 赤司 浩一 ……	25
-------------------	----

Session A

1. Snapping Triceps Syndromeの治療経験  
産業医科大学整形外科学教室 内藤東一郎 …………… 29
2. コンタクトスポーツアスリートの外傷性肩関節不安定症に対する烏口突起移行術の治療成績  
福岡大学医学部整形外科学教室 廣田 登 …………… 29
3. 骨粗鬆症性椎体骨折に対する早期経皮的後方固定術の有効性  
産業医科大学病院整形外科 邑本 哲平 …………… 30
4. 選別された外傷性肩関節前方不安定症の患者に対する鏡視下バンカート修復術の治療成績  
福岡大学病院整形外科 檜田 祐輔 …………… 30
5. 下前腸骨棘形態Hetsroni分類と、大腿骨寛骨臼インピンジメントおよび寛骨臼形成不全との関連性  
産業医科大学若松病院整形外科 高田真一郎 …………… 31
6. 翻転腱板断裂に対するlow tension triple-row法の治療成績  
福岡大学病院整形外科 河浪 徳志 …………… 31
7. 腸骨筋膜下ブロック下に施行した高齢者大腿骨近位部骨折の治療経験  
産業医科大学整形外科学 佐藤 直人 …………… 32
8. 全人工膝関節置換術後冠状面アライメントと術後臨床成績の関連  
福岡大学医学部整形外科 五島漱志朗 …………… 32
9. 肩関節不安定症および脱臼におけるSLAP Type5の危険因子の検討  
産業医科大学若松病院整形外科 中山 景介 …………… 33
10. 股関節疾患に合併する仙腸関節障害の有病率およびその特徴  
産業医科大学若松病院整形外科 村田 洋一 …………… 33
11. 人工膝関節全置換（TKA）術後感染に対する持続局所抗菌薬灌流（CLAP）療法の治療経験  
産業医科大学医学部整形外科学／  
産業医科大学病院救急・集中治療科外傷再建センター 松村倫太郎 …………… 34

Session B

1. 局所進行胸部食道癌に対する取り組み—腹臥位両側胸腔鏡アプローチ—  
福岡大学病院消化器外科 草場 裕之 …………… 35
2. 軟性内視鏡による新しい結紮法 Endoscopic Ligation Technique (ELT) の臨床経験  
福岡大学医学部消化器外科 塩飽 洋生 …………… 35
3. 福岡大学病院におけるロボット支援下肝臓切除導入初年度の成績  
福岡大学病院消化器外科 梶原 正俊 …………… 36
4. 早期肺癌を根治する！早期小型肺癌切除術におけるRFIDマーキングシステムの有用性の検討  
福岡大学病院呼吸器・乳腺内分泌・小児外科学 上田雄一郎 …………… 36
5. 近距離無線通信技術を利用した精密肺縮小切除術～多施設共同研究～  
福岡大学呼吸器乳腺内分泌小児外科 宮原 聡 …………… 37
6. DPCデータベースを用いた日本の切断指の傾向と再接着術後壊死に影響を与える因子の検討  
産業医科大学病院救急・集中治療科外傷再建センター 濱田 大志 …………… 37
7. 足の先天異常手術後の変形予防に対する当院の取り組み  
福岡大学病院形成外科 大山 拓人 …………… 38
8. Miles手術後に生じた会陰ヘルニアに対する皮弁の一工夫  
九州中央病院形成外科 塚本 遥子 …………… 38
9. 当院における小児外傷と児童虐待の関連  
福岡大学形成外科 鈴木翔太郎 …………… 39

## Session C

1. 福岡県筑後地区における間質性肺疾患を対象とした地域医療連携の試みと早期発見への有用性  
久留米大学医学部内科学講座(呼吸器・神経内科・膠原病部門) 財前 圭晃 …………… 40
2. 慢性肺アスペルギルス症の肺病変部における16S ribosomal RNA遺伝子を用いた細菌叢の検討  
産業医科大学呼吸器内科学 船田 碧 …………… 40
3. うつ病合併高度肥満症の背景にCushing症候群があった1例  
久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門 大滝聡一郎 …………… 41
4. 糖尿病教育入院を契機に診断したKlinefelter症候群の1例  
久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門 足達 彩香 …………… 41
5. 当院における難治性心原性ショックに対するVA-ECMO secondary transportの経験  
久留米大学病院心臓・血管内科 青木 直登 …………… 42
6. 機械学習を用いた生体インピーダンスによる胸水推定システムの構築  
奈良先端科学技術大学院大学ユビキタスコンピューティング/  
福岡大学心臓血管内科学/国立循環器病センター/  
福岡ハートネット病院 野瀬 大補 …………… 42
7. 冠動脈コンピュータ断層撮影を施行された患者の左室心筋重量係数と冠動脈疾患、末梢動脈疾患の関連性について  
福岡大学医学部心臓血管内科学/福西会病院 立花 哲郎 …………… 43
8. 福岡大学病院における非弁膜症性心房細動の血栓塞栓症予測因子の検討  
福岡大学病院臨床検査・輸血部/福岡大学病院循環器内科 高田 耕平 …………… 43
9. 血管内治療後の重症下肢虚血患者の創傷治癒に対するCONUT Scoreを使用した栄養評価との関係  
福岡大学病院循環器内科 三根かおり …………… 44

## Session D

1. 高気圧酸素治療がClostridioides difficile感染症に与える影響の検討  
戸畑共立病院外科/久留米大学病院外科 西田 崇通 …………… 45
2. 免疫不全者におけるCOVID-19オミクロン株の臨床疫学的特徴の検討  
九州大学病院総合診療科 中村 啓二 …………… 45
3. 白内障手術併用眼内ドレーン挿入術iStentおよびiStent inject Wの短期成績  
久留米大学医学部眼科学講座 岡 龍彦 …………… 46
4. 本態性振戦に対する集束超音波治療術後に残存した振戦に対しDBSを追加したことで症状の改善を認めた一例  
福岡大学病院脳神経外科 吉田 博人 …………… 46
5. 訪問診療利用者の肺炎発症に寄与する因子についての検討  
福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室/  
福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野 木村 翔一 …………… 47
6. 成人における頭頸部原発横紋筋肉腫の臨床的特徴と治療成績に関する多施設共同研究  
九州大学病院血液・腫瘍・心血管内科 土橋 賢司 …………… 47
- 7 (研修医). 当院におけるDelayed appendectomyの検討  
戸畑共立病院外科 芳中 陽菜 …………… 48

8 (研修医). 無症状の間質性肺疾患に対する抗線維化薬早期介入の治療成績 NHO九州医療センター呼吸器内科 石原 裕基	48
9 (研修医). DA-Impella5.5から植込型VADに至った広範前壁MIの一例 久留米大学病院臨床研修センター 野村 政爾	49

## ポスターセッション〈医学部生部門〉 テーマ「臨床研究報告」

### 医学部生 Session

1. 抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎における予後因子の検討 久留米大学医学部5年 松村 晶子	50
2. 大腸癌術後の栄養評価指標 (PLR値：血小板/リンパ球比) は予後因子となりうるか? 久留米大学医学部3年 横溝 歩果	50
3. 糖尿病性神経障害と関連する臨床パラメータの探索 久留米大学医学部4年 新本 智大	51
4. 肝細胞癌におけるTransferrin receptor発現の臨床的意義とフェロトシス誘導薬との関連 九州大学医学部4年 廣松 真季	51
5. ネズミマラリア原虫によるコラーゲン誘発性関節炎抑制におけるサイトカイン及び抗体の動態 産業医科大学医学部3年 太田 拓馬	52
6. 災害拠点病院における職員の健康確保施策に関するBCP良好事例のインターネット調査 産業医科大学医学部3年 宮崎 柊人	52
7. X染色体顕性低リン血症性くる病 (XLH) の遺伝学的検討 福岡大学医学部4年 卷幡 健介	53

## シンポジウム テーマ「地域医療の中での大学病院の在り方」

1. 先端医療と健康社会の実現に向けた九州大学病院の取り組み 九州大学病院長 中村 雅史	57
2. 地域と共に歩む久留米大学病院 久留米大学病院長 野村 政壽	70
3. 今から福岡大学病院ができること～2040年問題に向けて～ 福岡大学病院長 三浦伸一郎	85
4. 地域医療における産業医科大学病院の役割と取り組み 産業医科大学病院長 田中 文啓	94
総合討論	115

## ポスター優秀賞

第16回福岡県医学会総会ポスター優秀賞受賞者	123
------------------------	-----

## 編集後記



挨 拶



## 会 頭 挨拶



福岡県医師会会長 蓮 澤 浩 明

皆様、おはようございます。福岡県医師会の蓮澤でございます。

本日は、第16回福岡県医学会総会にお集まりいただき誠にありがとうございます。この福岡県医学会は、地域医療を担う全ての医師が一致団結して福岡県の医療向上のために共に学び、共に行動するきっかけになればと、そういう思いから立ち上げたものでございます。

昨年はウェブと会場のハイブリッド開催で、参加人数に制限を設けておりましたが、新型コロナウイルスの5類移行に伴い、今年はコロナ前と同様の要領、規模で開催することになりました。4年ぶりに通常の医学会総会を開催できることを大変うれしく思います。

ただ、1月の末頃からコロナ感染症が増えて、福岡県で今1,000人ぐらいの患者さんが入院している状況でございます。インフルエンザとともに今後の流行状況を注視していきたいと思っております。

さて、新年に発生いたしました令和6年能登半島地震から1か月が経過いたしました。今回の地震で亡くなりました方々の御冥福をお祈りいたしますとともに、被災されました皆様方に心よりお見舞いを申し上げます。

福岡県医師会では1月5日に災害対策支援本部を設置いたしました。日本医師会の要請を受け、1月6日からJMAT福岡を派遣いたしました。おかげさまで多くのチームに手を挙げていただき、現在も継続的な派遣ができております。心から感謝を申し上げます。また、支援金につきましても現在、各医師会を通して御協力をお願いしております。

今後も全国的かつ継続的な支援が必要だと思います。皆様方の御協力をどうぞよろしくお願い申し上げます。

本日の医学会総会は、学会長を産業医科大学医学部長であります酒井昭典先生にお引き受けいただき、準備委員長を北九州ブロック穴井堅能先生にお願いをいたしました。企画・運営に御尽力いただきました各大学の医学部長をはじめ、専門医会、各医師会の準備委員の先生方に厚く御礼を申し上げます。

御存じのとおり本学会では、地域医療に密着した優れた論文発表に対し、福岡県医学会賞を設け表彰しております。今年は、医学会賞に24編、ポスターセッションに45題の応募をいただきました。本日は医学会賞の表彰式と、受賞されました先生方に御講演をいただき、お昼の時間には隣の会場でポスターセッションを予定しております。今年は新たに医学部生部門を創設いたしました。将来の医療を担う若い医学部生が、日々の臨床研修に行き本日発表されますので、ぜひ会場へ足を運んでいただきたいと思っております。

午後からは、「地域医療の中での大学病院の在り方」と題し、九州大学、久留米大学、福岡大学、産業医科大学の病院長に御講演をいただきます。日々高度化、多様化する医療を遂行するため、大学病院は教育、研究、そして地域医療の中核として多くの役割を担っておられます。それぞれの病院の特徴や今後の取組についてお話しいただくことになっております。本シンポジウムが福岡県の地域医療の発展につながることを大いに期待いたしております。

さて本年は、いよいよ4月に働き方改革がございまして。時間外労働の上限規制が適用され、救急医療体制や夜間診療体制への影響が懸念されております。しかしながら、私たちは医師の健康を守りつつ、安定した医療を提供していく責務がございまして。そのためにも、勤務医、開業医がより一層連携し、行政や日本医師会へ私たちの意見を集約して提言していくことが重要であると思っております。

日本医師会では組織強化として、卒後5年間の会費を不要とし、若手医師が医師会へ入会しやすい環境をつくってまいりました。本医学会総会には多くの若手医師も参加しており、医師会への理解を深めてもらうきっかけの一つになればと思っております。

最後に、本医学会総会が実り多きものとなりますことを祈念いたしまして、私の挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

## 学会長挨拶



産業医科大学医学部長 酒井 昭典

皆様、おはようございます。産業医科大学医学部長の酒井でございます。今回の第16回の学会長を拜命しております。

今回の開催に向けて、医師会の諸先生や事務の方々、また医学部長の先生方に多大なる御支援やアドバイスをいただきました。まずは心から御礼申し上げます。また、本日は朝早くから御出席くださりまして、誠にありがとうございます。

今回の学会の目玉といたしましては、4大学の病院長の先生方にシンポジウムで御講演いただくということでございます。こういったことができるのも、この福岡県医学会総会ならではのことになろうかと思えます。4大学の病院長の先生方には、先進医療と地域医療、4月から始まります働き方改革に向けての取組、そして、このたび日本が経験したCOVID-19の医療逼迫状態における対応などについてぜひお考え等をお聞きできればと思っています。私自身も大変楽しみにしております。

また、今回の学会から医学部生部門というポスターセッションがスタートいたします。4大学から医学部生が参加して発表いたしますので、ぜひ温かい視点で教育的なコメントや質問をしていただければと思います。医学部の学生は医師会という存在を怖がっているといいますが、ちょっと年配の怖い先生方が多いというイメージがあると聞いております。そういうことはなく、優しい先輩であるということでネガティブなイメージを払拭していただきますようお願いいたします。

では、17時までの長丁場になりますが、どうか今回の学会を盛り上げてくださいますように心からお願い申し上げます。どうぞよろしく願いいたします。

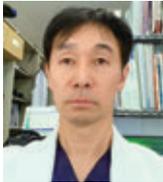
# 福岡県医学会賞受賞者講演



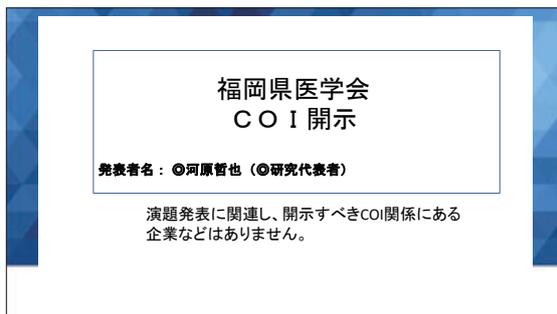


## 特別賞

# 大規模臨床試験 (DPVD) による 活性型ビタミンDの2型糖尿病発症予防効果

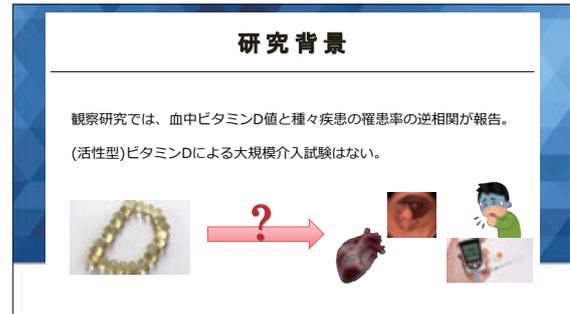


新小文字病院  
内分泌・糖尿病内科  
部長  
河原 哲也

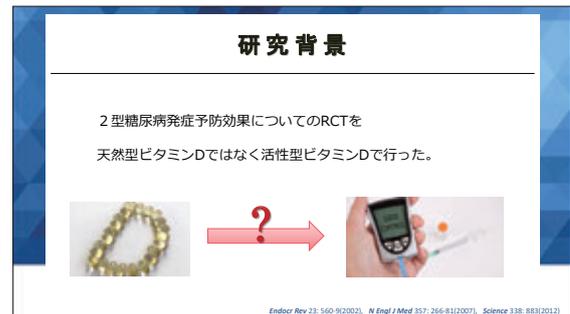


皆さん、おはようございます。新小文字病院から参りました河原と申します。このたびはこのように素晴らしい会にお呼びいただき、会頭の蓮澤先生、会長の酒井先生、準備委員長の穴井先生、誠にありがとうございます。そして、我々の研究を選出してくださった関係者の先生方、大変ありがとうございます。

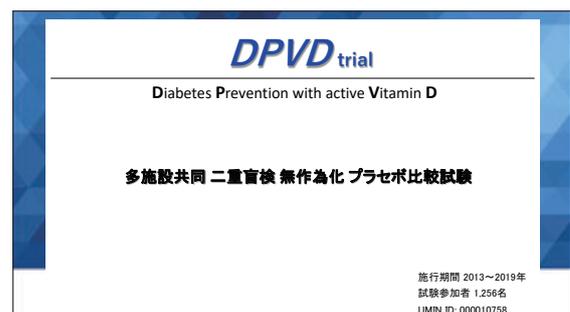
それでは、早速、発表させていただきます。COIはありません。



研究背景です。こちらの会場には様々な専門の先生方がいらっしゃると思うのですが、低ビタミンD欠症というのは、種々の疾患の発症リスクになると言われております。詳しく言いますと、心血管イベント、悪性腫瘍、糖尿病、上気道炎に代表されるような感染症の発症リスクが高いと言われています。しかし、その当時は、ビタミンDによる介入試験、要するに、ビタミンDを投与すれば、これらの疾患が治るのか、発症を抑制できるのかという研究はありませんでした。



そこで我々は、2型糖尿病発症予防効果についての大規模臨床試験を天然型ビタミンDではなく、活性型ビタミンDで行いました。なぜ活性型ビタミンDで行ったかという理由は、本日の時間の関係上割愛しますが、このスライド下に載せた論文に、ビタミンDよりも活性型ビタミンDのほうが有効である理由が記載されています。



我々が行ったのは、Diabetes Prevention with active Vitamin D、DPVD試験というもので、試験期間は2013年から2019年、そして参加患者数は1,256名です。

### 方法

2013年6月から2015年8月まで参加者を募集  
 75gOGTTとHbA1cにてIGTと診断された30歳以上の男女  
 活性型ビタミンD群 (ELD)とプラセボ群 (PLC)に無作為に分け、  
 ELD群にはエルデカルシトール0.75μg、PLC群にはプラセボを投与  
 3ヶ月毎に3年間フォロー  
 主要評価項目：両群の2型糖尿病発症率  
 副次評価項目：① 両群の血糖正常型への移行率、  
 ② 事前指定の交絡因子で調整した両群の2型糖尿病の発症率

方法ですが、2013年6月から2015年8月まで、参加者を募集しました。75グラム糖負荷試験とHbA1cの値で境界型糖尿病と診断された30歳以上の男女、これらに活性型ビタミンD群とプラセボ群とに無作為によって、活性型ビタミンD群にはエルデカルシトール、エディロールを0.75マイクログラム、プラセボ群にはプラセボを投与しました。3か月ごとに3年間フォローしました。

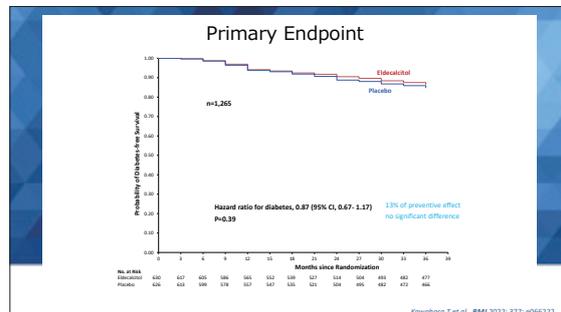
主要評価項目は、両群の2型糖尿病の発症率です。そして、副次評価項目は、2群間の正常血糖型への移行率、もう一つの副次評価項目は、事前指定した交絡因子で調整した両群の2型糖尿病の発症率です。

### Baseline characteristics

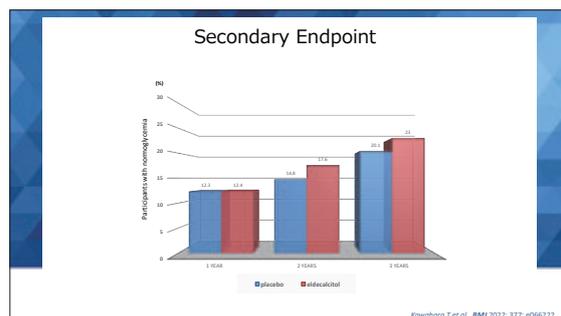
年齢	BMI	HbA1c	性別	血中 25(OH)D	糖尿病家族歴
61.3 歳	24.3 kg/m <sup>2</sup>	6.0%	44.5%(女性)	20.9 ng/mL	59.1%

Baseline characteristicsですが、年齢は61.3歳、BMIは24.3と、ややぽっちゃり気味です。HbA1cは6.0%、性別は男女ともほぼ半々です。血中ビタミンD濃度は20.9と、これはやや低い値です。ただ、皆さん御存じかもしれませんが、ビタミンDの基準というのは30以上が正常で、30未満からがビタミンD低下、20未満がビタミンD欠乏となっているのですが、つい最近出た論文で、日本人の血中ビタミンD濃度は9割以

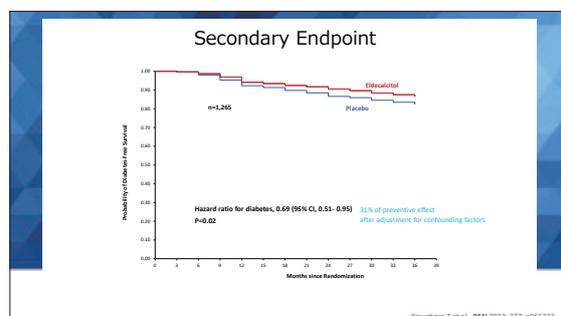
上が30未満、ビタミンD低下であるということが言われており、我々の研究が、特別低かったわけではありません。糖尿病の家族歴は約60%でした。



早速、Primary Endpointですが、2型糖尿病の発症リスクをどれだけ下げたか、結果、Hazard ratioが0.87、つまり、13%の発症抑制を認めたのですが、95%の信頼区間で1を超えていますし、Pの値も0.39と、統計学的な有意差は認めませんでした。

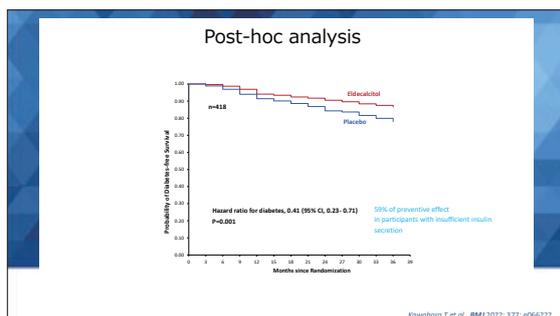


さらに、Secondary Endpointの正常型の血糖に戻った患者さん、赤がエディロール群ですが、ややエディロール群のほうが多いかなとも見えるのですが、これも統計学的な有意差までは見られませんでした。



しかし、もう一つのSecondary Endpointである、事前に設定された交絡因子で調整をした解析を行うと、Hazard ratioは0.69、つまり、31%

の発症抑制を示して、95%信頼区間、Pの値より、統計学的な有意差を認めました。

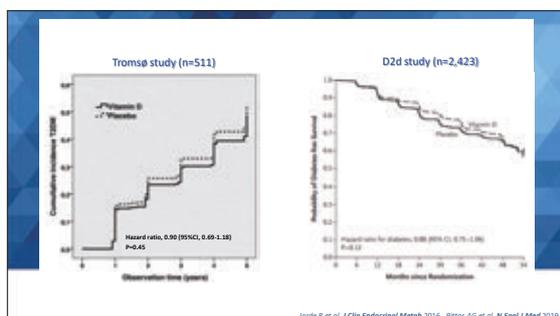


さらに、Post-hoc analysisでは、インスリンの分泌の低下した418名だけを選出して、2型糖尿病の発症抑制効果を見たのですが、そこでは、Hazard ratioが41、つまり、59%の発症抑制を認め、95%の信頼区間、Pの値より、これは統計学的に有意差を認めました。

Frequency of adverse events

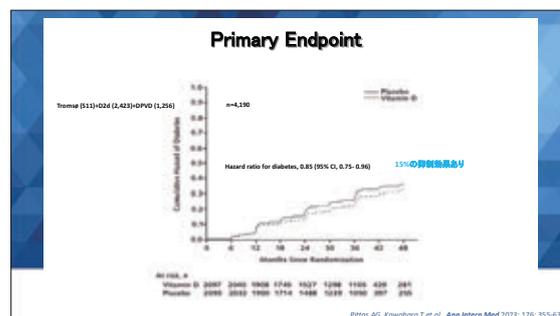
Events	Efficacy trial (n=418)		Placebo (n=418)		Risk ratio (95% CI)
	No. of events	Event rate per 100 person years	No. of events	Event rate per 100 person years	
Adverse events leading to discontinuation	76	1.36	75	1.32	1.03 (0.79 to 1.34)
Adverse events leading to death	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to hospitalization	10	0.17	10	0.17	1.00 (0.46 to 2.14)
Adverse events leading to serious adverse events	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to hypoglycaemia	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to weight gain	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to hypotension	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to dizziness	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to blurred vision	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to headache	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to fatigue	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to back pain	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to joint pain	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to muscle pain	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to nausea	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to vomiting	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to diarrhoea	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to constipation	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to flatulence	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to indigestion	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to dry mouth	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to thirst	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to increased appetite	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to decreased appetite	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to weight loss	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to weight gain	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to increased sweating	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to decreased sweating	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to increased heart rate	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to decreased heart rate	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to increased blood pressure	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to decreased blood pressure	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to increased cholesterol	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to decreased cholesterol	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to increased triglycerides	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to decreased triglycerides	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to increased glucose	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to decreased glucose	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to increased haemoglobin A1c	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)
Adverse events leading to discontinuation due to decreased haemoglobin A1c	1	0.02	1	0.02	1.00 (0.04 to 24.14)

有害事象の割合は、これは予想していたように、高カルシウム血症と高カルシウム尿症の割合がプラセボに比べると多かったのですが、人数がそれほど多くなかったために、統計学的な有意差までは至りませんでした。



この研究は続きがありまして、ちょうど同時期にノルウェーとアメリカで、我々と全く同じような研究、彼らは天然ビタミンDを使っていたんですけど、ビタミンDが2型糖尿病の発症を抑制できるかという研究を行っていて、その

結果は、約10%、約12%の発症抑制を認めているのですが、有意差は認めてないという、我々と同じような結果でした。



そこで、3か国、ノルウェー、アメリカ、日本で共同研究を行いまして、メタ解析を行った結果、Hazard ratioが0.85、15%の発症抑制効果を認め、さらに、95%信頼区間では1よりも低いので、統計学的な有意差を認めました。

### 結語

- ① (活性型)ビタミンDは2型糖尿病 発症予防効果を持つ
- ② 日本人・アジア人の様なインスリン分泌能の低下した人に特に効くのでは？

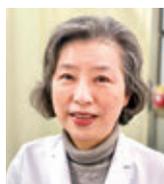
結語です。ビタミンD、活性型ビタミンDは2型糖尿病発症予防効果を持つことが示されました。この3つの研究から、今年、2024年のアメリカ糖尿病学会でガイドラインが改定されて、境界型の糖尿病患者にはビタミンDもしくは活性型ビタミンDの投与を推奨するという様になりました。さらに、日本人、アジア人のようなインスリン分泌能の低下した人に特に効くのではと考えております。



御清聴ありがとうございました。

## 奨励賞

### 当地域における1か月児健診時の喫煙アンケート調査についての考察



酒井小児科内科医院  
副院長  
酒井 祐子

#### 当地域における1か月児健診時の喫煙アンケート調査についての考察

医療法人 酒井小児科内科医院 酒井祐子  
酒井 良・池田雅彦・大橋 裕・松尾宗明

このたびはこのような賞をいただき、また、このような場所で発表させていただく機会をいただき、感謝申し上げます。

当地域における1か月児健診時の喫煙アンケート調査についての考察について、御説明申し上げます。

全国の喫煙率

2017  
国民健康栄養調査  
より



さて、今回の調査のきっかけとなりましたのは、2018年6月に、2017年の国民健康・栄養調査において、男性の喫煙率が3割を切ったという新聞記事でした。当地域においても本当に男性喫煙率が下がっているのだろうかという疑問を抱き、2018年7月から2019年12月までの1年半、近隣の2か所の産婦人科医院において、1か月児健診時に母親にアンケート調査を実施させて

いただきました。

ご家族の喫煙に関するアンケート



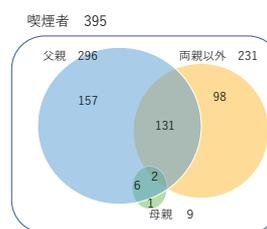
アンケート用紙を提示いたします。606人の回答を解析したところ、子供の数が増えるほど喫煙率が低下し、3世代同居家庭の喫煙率がやや高いことが分かりました。

月別の父親の喫煙率は、平均48.8%に及び、全期間を通じてほぼ変化はありませんでした。これにその他の家族の喫煙を含めると、家庭内での平均喫煙率は65.2%に達し、ほぼ3人に2人の乳児が家庭内で受動喫煙環境にあることが分かりました。

家族の喫煙者の割合

喫煙あり395人のうち、296人(74.9%)は父親である  
両親以外の喫煙は231人(58.5%)

喫煙ありのうち、少なくとも139人(35.2%)には複数の喫煙者が存在することがわかる  
自己申告ではあるが、この時期の母親の喫煙率は9人(2.2%)であり、父親の喫煙率とは大きく乖離していた。



喫煙者の内訳をベン図で示します。回答者のうち、喫煙ありと答えた395人の中で、父親の喫煙は296人、74.9%、また、両親以外の喫煙は231人、58.5%であり、母親の喫煙9人も含めると、少なくとも139人、35.2%には複数の喫煙者が存在していました。

喫煙場所は、「屋外」が最も多く、次いで、「換気扇の下」「ベランダ」となっており、「どこでも」喫煙している人もいました。

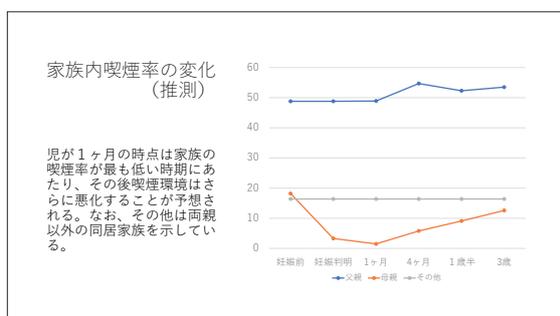
また、家族に喫煙をやめてほしいかどうかの質問に対して、「やめてほしい」と思っている人が94%であるにもかかわらず、「できれば」と答えた母親が全体の52%を占めていました。

調査の結果分かったのは、全国平均喫煙率からでは地域ごとの受動喫煙環境を正確に把握す

ることはできないということです。改めて調べてみますと、当地域においては、子育て世代における喫煙率が突出していることが判明しました。大川市の乳幼児集団健診での調査では、父親喫煙率はほぼ50%を超えており、母親喫煙率も、子供が成長するにつれて徐々に増加していました。

喫煙場所については屋外が最も多いことから、喫煙が母子に悪影響を与えることについては理解されているものと思われませんが、喫煙後の呼気にたばこの有害成分が含まれていることを説明すると驚かれることもありました。父親は、喫煙とともに、我が子と一緒に過ごせる貴重な時間をも失っていることを忘れてはいけません。

喫煙をやめてほしいかどうかの質問について、「できれば」と答えている場合には、喫煙の害の深刻さについての認識に乏しいだけではなく、家族や夫婦の力関係、諦めの気持ちも作用していると考えられます。喫煙は子供の健全な生育環境に直接影響する事項であり、家族全体の問題であることを再認識する必要があります。



また、このグラフを御覧ください。当地域の妊娠届書提出時の母親喫煙率について調査し、届出時に喫煙があった母親と妊娠判明後に禁煙した母親とを併せて考えると、推定ではありますが、1か月児健診時は喫煙率、喫煙者数が最も低い時期に当たります。父親の喫煙の継続が母親の再喫煙の原因の一つとなっていることにも注意喚起が必要です。

全国平均と比較して当地域の喫煙率が高いことの原因として考えられるのは、持家率、3世代同居率、1次産業従事者率です。全国一律の対応では地方の喫煙場所や喫煙率を減らすことはできません。

2018-2019年と2023年の比較

家族の喫煙率 (%)			大川市乳幼児健診時の父親の喫煙率 (%)				
喫煙者	2018-2019	2023	集団健診	2016	2017	2018	2023
父	65.2	64.1	4か月	52.0	58.0	54.2	46.4
父以外	74.9	69.3	1歳半	50.9	53.8	52.4	32.5
複数	58.5	70.9	3歳	49.3	55.2	56.1	40.7
複数	35.2	40.0					

今回、2023年、1年間の1か月児健診時の喫煙率を集計してみました。同年の大川市の乳幼児健診時の父親喫煙率の調査と併せて提示いたします。この5年間の動向についてもさらに考察が必要です。

今後も子供たちの喫煙のない成育環境を整えるためには、各地の乳幼児健診時の喫煙率を公表し、地域の特性に合わせた条例をつくるなど、最も効果的で具体的な方法で、各家族や各世代、各職種間で喫煙の健康被害についての情報を共有し、協力していく必要があります。そして、幼少期から喫煙の依存性の強さを認識させ、最初から吸わせないという、継続的で確実な喫煙防止教育を実践していく必要があると考えます。

以上です。

御協力いただいた皆様に深謝申し上げます。

御清聴ありがとうございました。

# 奨励賞

## 基本的心不全緩和ケアに関する 医師教育プログラムの開発とその 有効性の評価



久留米大学病院  
心臓・血管内科  
助教  
柴田 龍宏



### HEPTの概要

HEPT (Heart failure Palliative care Training program for comprehensive care provider)

モジュール名	講義形式	時間 (分)
HEPTのイテラス		10
心不全緩和ケア実践	双方向性の講義	45
心不全における緩和ケアの重要性	双方向性の講義と少人数グループ	90
心不全における緩和ケアの重要性 (ACP)	双方向性の講義	45
心不全における緩和ケアの重要性 (ACP)	双方向性の講義	45
心不全における緩和ケアの重要性 (ACP)	双方向性の講義と少人数グループ	90
(合計)		325

緩和ケアは、予後にかかわらず、重篤な病気を抱える患者や家族の生活の質 (QOL) を最適化し、苦痛を軽減することに焦点を当てたチーム医療です。近年、心不全患者に対する緩和ケアも苦痛症状とQOLを改善することが示され、主要ガイドラインでも心不全患者への緩和ケアが推奨されるようになりました。しかし、緩和ケア専門家の数は非常に限られており、全ての臨床医が“基本的な”緩和ケアを提供できる体制が求められています。がん領域ではPEACEのように基本的な緩和ケアを学ぶことが必須となっていますが、ほとんどの循環器専門医は緩和ケアに関する教育を受けておらず、心不全の疾患特性に合わせた教育システムが存在していないことがわが国の大きな課題でした。そこで

我々は、心不全診療に携わるすべての医師を対象とした基本的緩和ケア教育プログラムである「HEPT」(https://hept.main.jp/)を開発しました。HEPTは双方向性の講義と少人数のグループワークを組み合わせた6つのモジュール(心不全緩和ケア概論、意思決定とAdvance Care Planning、身体的苦痛の緩和、精神ケア、臨床倫理)で構成された、計325分のプログラムです。

本研究の目的は、HEPTの有効性を心不全緩和ケアの実践度、困難感、知識の尺度を用いて検証することとしました。また、スコアの変化を直接検証するだけでなく、構造方程式モデル(SEM)を用いて、スコアの変化に対する参加者特性の影響も検証しました。

### HEPT受講者の特性

HEPT (Heart failure Palliative care Training program for comprehensive care provider)

項目	人数
性別	162 (78.3)
年齢	11.9 (7.6)
職階級	159 (76.8)
診療科	14 (6.8)
プライマリケア	30 (14.5)
その他	4 (1.9)
勤務先	119 (57.3)
大学病院	64 (30.9)
200床以上の病院	17 (8.2)
200床未満の病院	6 (2.9)
診療所	1 (0.5)
その他	3 (1.4)
研修	28 (13.5)
研修先	89 (42.7)
研修期間	36 (17.4)
研修1年間に1回以上の心不全患者の診療経験	11 (5.3)
研修1年間に2回以上の心不全患者の診療経験	14 (6.7)
研修1年間に3回以上の心不全患者の診療経験	43 (20.8)
研修1年間に4回以上の心不全患者の診療経験	6 (2.9)
研修1年間に5回以上の心不全患者の診療経験	1 (0.5)
研修1年間に6回以上の心不全患者の診療経験	24 (11.6)
研修1年間に7回以上の心不全患者の診療経験	129 (62.3)
研修1年間に8回以上の心不全患者の診療経験	14 (6.8)
研修1年間に9回以上の心不全患者の診療経験	6 (2.9)
研修1年間に10回以上の心不全患者の診療経験	201 (97.1)
研修1年間に11回以上の心不全患者の診療経験	71 (34.3)
研修1年間に12回以上の心不全患者の診療経験	136 (65.7)

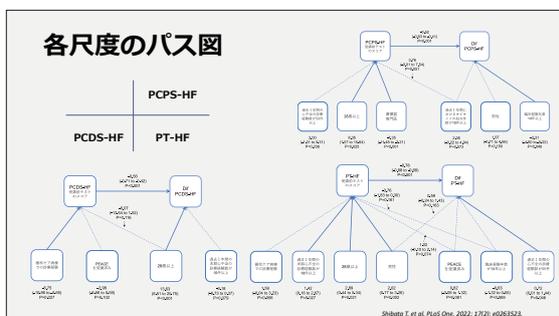
2018年2月から2019年7月の期間に、日本国内の6地域(久留米、福岡、広島、神戸、東京、仙台)で開催された7回のHEPTのいずれかに参加した207名の医師を対象としました。

心不全緩和ケアの実践度は、Palliative Care Self-Reported Practices Scale (PCPS)を心不全用に改訂したPCPS-HFを用いて評価しました。PCPS-HFのスコアは17から85の範囲で、高スコアほど高い実践度を表します。心不全緩和ケアの困難感、Palliative Care Difficulties Scale (PCDS)を心不全用に改訂したPCDS-HFを用いて測定しました。PCDS-HFのスコアは16から80の範囲で、低スコアほど困難感が低いことを示します。そして心不全緩和ケアの知識は、著者らが提案したPalliative care knowledge Test in HF (PT-HF)を用いて測定しました。最高点は29点であり、得点が高いほど知識が豊富であることが示唆されます。本研究では以上3つの尺度の測定をHEPT受講直前

とHEPT修了6ヵ月後に実施しました。

HEPT受講後の各尺度の変化			
	HEPT受講前	HEPT受講後 6ヶ月後	P value
<b>Palliative Care Self-Reported Practices Scale in heart failure (PCPS-HF)</b>			
Total (score range, 17-65)	63 (55-68)	67 (62-74)	<0.001
Symptom evaluation (score range, 2-10)	7 (5-8)	8 (7-8)	<0.001
Dyspnea (score range, 3-15)	11 (8-12)	12 (10-13)	<0.001
Delirium (score range, 3-15)	9 (7-11)	10 (9-12)	<0.001
Dying phase care (score range, 3-15)	11 (9-12)	12 (10-14)	<0.001
Communication (score range, 3-15)	12 (11-14)	14 (12-15)	<0.001
Patient- and family-centered care (score range, 3-15)	12 (10-14)	13 (12-15)	<0.001
<b>Palliative Care Difficulties Scale in heart failure (PCDS-HF)</b>			
Total (score range, 35-80)	56 (48-62)	45 (38-52)	<0.001
Involvement of palliative care (score range, 1-5)	4 (3-5)	4 (3-4)	0.140
Alleviating symptoms (score range, 3-15)	12 (10-15)	9 (8-10)	<0.001
Expert support (score range, 3-15)	10 (7-12)	7 (5-11)	0.002
Communication in multidisciplinary teams (score range, 3-15)	10 (8-12)	8 (6-9)	<0.001
Communication with patient and family (score range, 3-15)	10 (8-12)	8 (6-10)	<0.001
Community coordination (score range, 3-15)	11 (8-13)	9 (6-11)	<0.001
<b>Palliative care knowledge test in heart failure (PT-HF)</b>			
Total (score range, 0-20)	21 (18-24)	26 (24-28)	<0.001
Philosophy of palliative care in heart failure (score range, 0-4)	5 (4-5)	5 (5-6)	<0.001
Decision making and advance care planning in heart failure (score range, 0-5)	4 (3-5)	5 (5-6)	<0.001
Refractory symptom management in heart failure (score range, 0-4)	4 (4-5)	4 (5-4)	<0.001
Psychosocial problems in heart failure (score range, 0-4)	4 (4-5)	4 (5-4)	<0.001
Clinical ethics in heart failure (score range, 0-5)	3 (3-4)	5 (5-6)	<0.001

207名の対象者のうち150名(72%)が6ヵ月後調査に回答し、データ欠損のあった2人を除く合計148人が解析対象となりました。HEPT受講前と比較して、6ヵ月後のPCPS-HFのスコアは有意に上昇し、実践度が向上していることが示されました(62点: IQR55-68 vs 67点: IQR 62-74,  $p<0.001$ )。また、PCDS-HFのスコアはHEPT受講前と比較して修了6ヵ月後は有意に低下しており、困難感が低下したことが示唆されました(56点: IQR 48-62 vs 45点: IQR 38-52,  $p<0.001$ )。さらに、PT-HFのスコアはHEPT受講前と比較して修了6ヵ月後は有意に上昇していました(21点: IQR 18-24 vs 26点: IQR 24-28,  $p<0.001$ )。



PCPS-HFのパス図において、「14年以上の臨床経験」と「HEPT受講前のPCPS-HFスコア」は、PCPS-HFにおけるHEPT受講後と修了6ヵ月後のスコア差(Dif)に対して有意な負の相関関係を示しました(それぞれ $-2.31$ ,  $p=0.048$ ,  $-0.52$ ,  $p<0.001$ )。

また「28歳以上」はDif PCPS-HFに間接的な負の相関関係を、「循環器内科医であること」は間接的な正の相関関係を示しました。

PCDS-HFのパス図において、「28歳以上」はDif PCDS-HFに有意な正の相関関係(13.63、

$p<0.001$ )を示しましたが、「HEPT受講前のPCDS-HFスコア」はDif PCDS-HFに対して負の相関関係( $-0.56$ ,  $p<0.001$ )を示しました。間接的には「緩和ケア病棟での臨床経験」が正の相関関係を示していました( $-5.75$ ,  $p=0.027$ )。

PT-HFのパス図では、「過去1年間の心不全患者の診療経験が50件以上」がDif PT-HFに正の相関関係を示し(0.72,  $p=0.046$ )、「HEPT受講前のPT-HFスコア」はDif PT-HFに対して負の相関関係( $-0.78$ ,  $p<0.001$ )を示しました。「男性」(2.02,  $p=0.002$ )、「28歳以上」(2.89,  $p=0.021$ )、「過去1年間の末期心不全患者の診療経験が10件以上」(1.42,  $p=0.027$ )は、Dif PT-HFと間接的な負の相関関係を示しました。

### 結語

- 心不全緩和ケアへの注目が高まる中、適切な教育体制の構築は喫緊の課題である。
- HEPTを修了した医師は、心不全緩和ケアの実践度、難易感、知識尺度が有意に向上した。
- HEPTは基本的な心不全緩和ケアスキルを有する医師を増やし、心不全診療の全体にわたって継ぎ目のない、治療と寄り添いながら提供される緩和ケアの実現をもたらす可能性が期待される。

心不全緩和ケアへの注目が高まる中、適切な教育体制の構築は喫緊の課題です。HEPTを修了した医師は、心不全緩和ケアの実践度、難易感、知識尺度が有意に向上しました。HEPTは基本的な心不全緩和ケアスキルを有する医師を増やし、心不全診療の全体にわたって継ぎ目のない、治療と寄り添いながら提供される緩和ケアの実現をもたらす可能性が期待されます。

最後に、本研究において多大なるご協力をいただいた共著の先生方、そして調査にご協力いただいた全国のHEPT受講者の方々に深く御礼申し上げます。

## 奨励賞

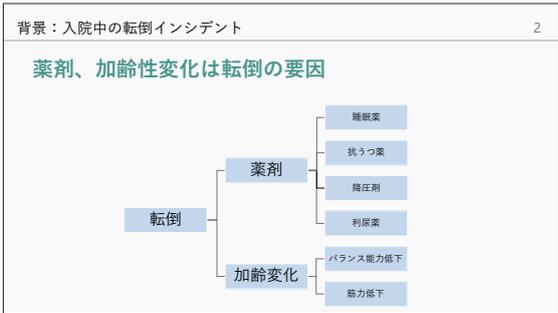
### 当院における転倒予防の取り組み 院内転倒の最大の原因はバランス機能障害であった：睡眠薬内服患者における後ろ向き研究



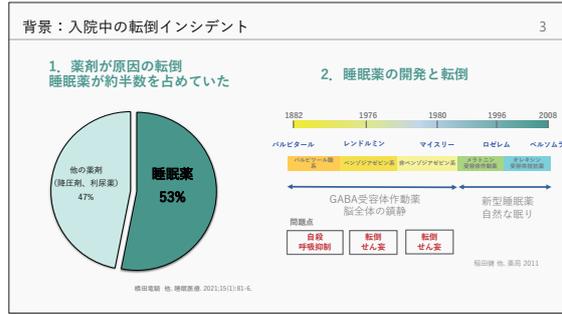
久留米大学医学部  
整形外科講座  
講師  
橋田 竜 騎



おはようございます。本日はこのような機会をいただき、ありがとうございます。早速発表のほうに移らせていただきます。



入院中の転倒は本来不要でありまして、転倒の原因を明らかにし、予防を行うことは私たちの臨床上重要です。転倒の原因として、薬剤と加齢性変化があります。薬剤には睡眠薬、抗うつ薬、降圧剤、利尿薬などが転倒の原因と言われていまして、加齢性変化の身体機能低下にはバランス能力低下、筋力低下が転倒に関わると報告されています。



この円グラフは、久留米大学の転倒の原因を2015年に調査したものです。転倒の原因のうち、薬剤による転倒は、睡眠薬が約半数を占めていました。また、睡眠薬の開発の歴史を表にまとめておりますが、睡眠薬は早期から開発されたものの薬剤も、作用として呼吸抑制や転倒、せん妄などが起こることは分かかってきており、近年開発された薬は、それらを予防するためのものが多くなってきています。



ここで、当院の取組を御紹介させていただきます。当院は2021年より、ベッドサイドでどの職種でも評価可能なバランス評価SIDEを導入しております。動画のように、看護師さんがベッドサイドで患者さんと一緒にバランス機能評価を行うことを実施しており、これを行うことで、患者さんと看護師、お互いが身体機能を把握して、転倒の危険性について共有することが可能になります。つま先とかかとをつけた状態、これができない場合に、過去の研究では転倒リスクが高いと報告をされていました。

本研究の目的 5

1. 各睡眠薬別の転倒率を調査する
2. 転倒に関わる因子を調査する

そこで、本研究の目的ですが、これまで薬剤、バランス機能のどちらにも注目した研究、片方ずつはあるのですが、両方に注目した研究はないため、私は両方を含めた転倒の原因を調査する研究を行いました。

まず第一に、各睡眠薬別の転倒率を調査しました。第二に、転倒に関わる因子を調査いたしました。

方法 6

①調査対象

久留米大学病院患者 (n = 3489)

除外  
・ バランス評価不可能もしくは評価なし (n=649)

研究対象者 (n = 2840)

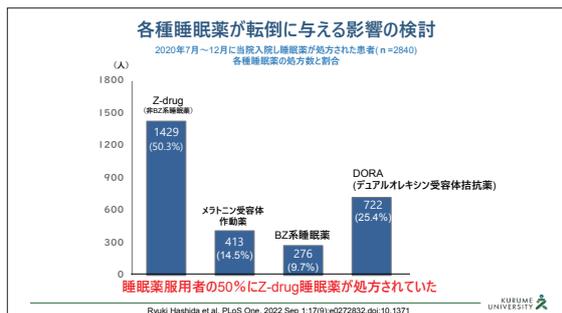
患者基本情報	平均値±標準偏差
年齢 (歳)	66.4 ± 16.2
性別(男性/女性)	1561 (55%) / 1279 (45%)

②調査項目  
薬剤  
睡眠薬: ベンゾジアゼピン系睡眠薬、BZ薬(レンドルミン)、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、非BZ薬(マイスリー)、メルトニン受容体作動薬、MRA (ロゼレム)、デュアルオレキシン受容体拮抗薬、DORA (ベルソムラ)  
その他の薬剤: ACE阻害薬、β遮断薬、選択的β1遮断薬、ループ利尿薬、β遮断薬、SSRI

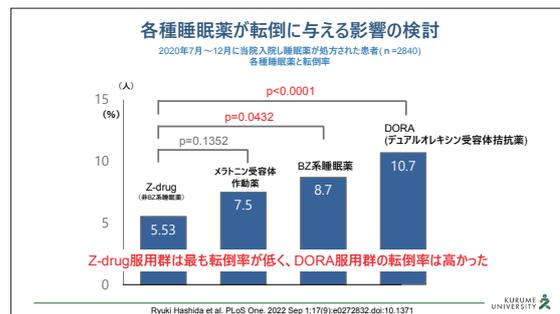
③統計解析 X2検定、決定木解析

方法ですが、久留米大学病院に入院した3,489人の中で、バランス機能評価が不可能であった方を除外し、2,840人を研究対象としました。患者さんの年齢は66.4歳、男女比はほぼ1対1でした。

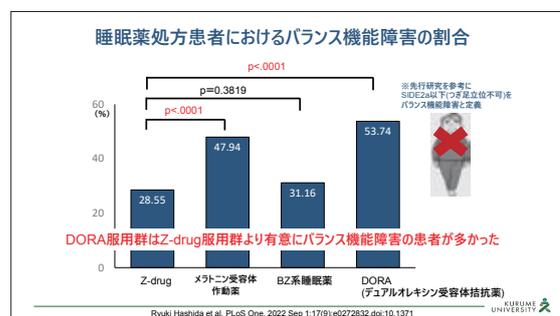
調査項目としまして、当院でよく処方されており、ベンゾジアゼピン系睡眠薬、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、メルトニン受容体作動薬、デュアルオレキシン受容体拮抗薬、その他、転倒に関わる薬剤を調査いたしました。統計解析はスライドのとおり用いました。



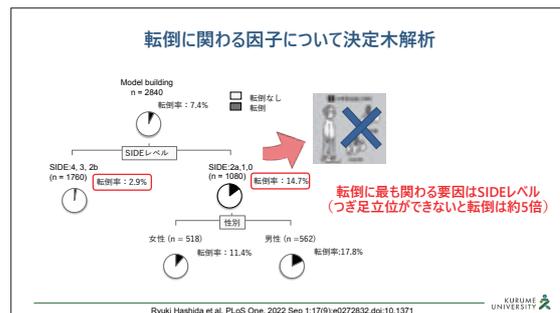
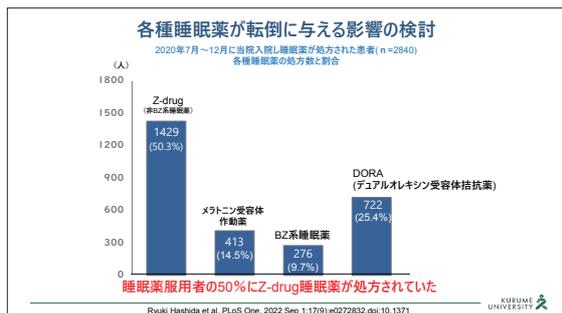
結果です。当院で処方されている薬剤のうち、約半数がZ-drug、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬が多く処方されていました。



各薬剤における転倒を調べたところ、最も処方されていた非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、Z-drugが最も転倒が少なく、これまでの報告で転倒が一番少ないと予想されていたデュアルオレキシン受容体拮抗薬が最も転倒している結果となりました。この結果は私の予想とは反しておりまして、転倒が少ないと言われていたものが最も転倒していましたので、その原因を調査することにしました。



各睡眠薬のデータ、患者さんのバランス機能に注目したところ、Z-drugを飲んでいる患者さんは最もバランス機能障害を持っている割合が低く、一方で、デュアルオレキシン受容体拮抗薬を内服している患者さんはバランス機能が低下していることが分かりました。



ここで、転倒に関わる因子を多変量解析の一種であります決定木解析を用いて解析しましたところ、最初に御紹介しましたSIDEレベルが、つま先とかかとをつけて立てない方が立てる方と比べて、約5倍程度変動していることがこの解析から分かりました。

この結果より、転倒には薬剤よりも身体機能の低下のほうが関わっていることが分かりました。

**結論**

- 睡眠薬では非BZ薬が最も転倒率が低かった。
- 決定木解析の結果より睡眠薬の影響より、バランス能力の低下した患者が転倒していた。転倒した患者は、つま先と踵をつけるつぎ足立位ができなかった。
- 転倒予防には転倒率の低い睡眠薬を選択する。また患者のバランス評価を行い、転倒を予測し予防策を実施することが重要と思われる。



結論です。睡眠薬では、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬が最も転倒率が低い結果となりました。決定木解析の結果より、睡眠薬の影響よりバランス能力が低下した患者さんが転倒を起こしていました。転倒予防には、転倒率の低い睡眠薬を選択する、また、患者さんのバランス評価を行い、転倒を予測し、予防策を実施することが重要と思われます。

**謝辞**

久留米大学薬学部 整形外科講座 Prof. Koji Hirakawa Dr. Naoto Shiba Dr. Takeshi Nagao Dr. Hiroshi Tajima Dr. Hisafumi Bekki Dr. Sehei Iwanaga Dr. Koji Hara Dr. Yosuke Nakamura	久留米大学病院 リハビリテーション部 Prof. Hiroo Matsuse Dr. Eriko Higashi	久留米大学薬学部 神経精神医学講座 Prof. Motohiro Ozane Dr. Naohisa Uchimura Dr. Hiroshi Hiejima
久留米大学病院 医療安全管理部 Prof. Shinji Yokoyama Ms. Sayuri Kawano	久留米大学薬学部 内科学講座 心血管内科部門 Prof. Yoshihiro Fukumoto	



最後になりますが、論文の作成に当たり御指導いただきました共同研究者の先生方に感謝申し上げます。本日はありがとうございました。

# 奨励賞

## 久留米大学病院におけるCOVID-19全診療科参加型入院診療体制の取り組み



久留米大学病院  
医療連携センター  
呼吸器・神経・膠原病内科  
准教授  
松岡昌信



久留米大学の松岡でございます。本日はこのような大変栄誉ある賞をいただきまして、深く御礼申し上げます。

私がこれをまとめた当時は、COVID-19の中等症の病棟院長として働いておりました。今回はその立場から、いわゆる第4波での当院の取組を中心にまとめさせていただいた内容を発表させていただきます。



久留米大学病院は高度救命救急センターを有するベッド数約1,000床の特定機能病院でございます。福岡県南を中心とした広範囲な地域医療を担っており、対象の人口としましては、約100万人でございます。

コロナ診療におきましては、当初、高度救命

救急センターにて重症診療のみを行っておりましたが、患者さんの増加に伴い、行政より中等症Ⅱ、いわゆる呼吸不全症例についての入院診療の依頼を受け、2021年2月から中等症診療を開始し、第4波、4月にはその稼働を本格化させたわけでございます。



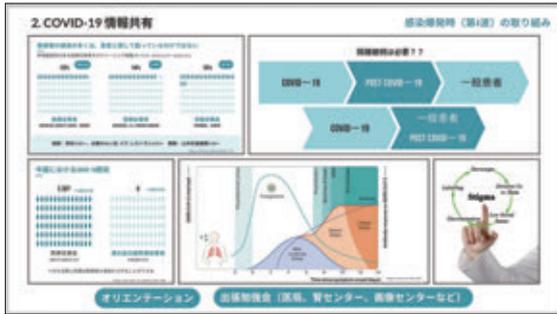
当時はほとんど全ての病院で呼吸器内科及び感染症内科が主科として入院診療に携わっていたかと存じますが、筑後地域においてもそれは同様でございました。この間、当院の呼吸器内科では、通常診療の最後の砦として、非COVID-19の患者の診療を引き受けておりました。このような中でのCOVID-19中等症Ⅱ入院診療開始であり、当院としましては、全診療科参加型の入院診療体制を構築することを決断したわけでございます。

理由としては、大きく二つ、診療の中心となる診療科への負担を軽減し、通常診療の抑制を最小限にすること。そして、この診療体制を通じて全診療科の医師へのCOVID-19への理解を早め、今後起こり得る院内発生にも落ち着いて対応できることを目標といたしました。

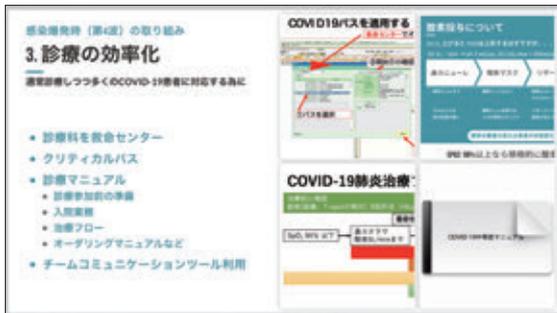
実際の運用としましては、重症患者さんは引き続き高度救命救急センターにて集中治療医が中心となり、中等症診療の体制につきましては全診療科参加のシフト制で行い対応いたしました。

た。

病床利用につきましては、病床を二つに分け、人工呼吸器離脱や高流量酸素を必要とする患者を受け入れる、24時間入院を受け入れできる病床を一つ、また、状態が改善傾向となった患者さんを受け入れ主に退院や転院、転科の調整を行うことを目的とする病床に分け運用いたしました。



実際の診療体制の構築の一環として現場を支える医療者に対してCOVID-19の情報提供を積極的に行いました。特に感染性についての情報共有は全診療科体制の維持、効率的な病床利用にも寄与し、COVID-19の入院患者さん増加による混乱やスティグマの解消ということにも非常に効果的でありました。

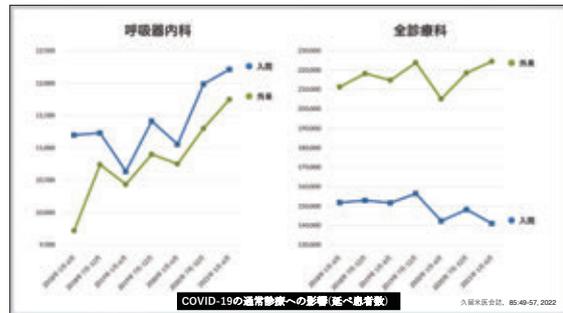


また、多くの医療者がシフト制で交代できるということもありまして、このスライドにありますように、様々な取組を通して診療の効率化を図ったわけでございます。これらにより、全診療科の医師が混乱なく診療に携わることができ、診療の質の維持にも寄与しました。



こちらは当院の第4波の入院患者さんの数字になります。青の折れ線グラフについては、筑後地域の重症患者数を表しております。4月末に重症化する患者さんの増加を受けて、ちょうど青いところになりますけれども、ハイフローセラピーを私どもは導入いたしました。当時、高流量酸素療法を全て挿管するような従来の管理では、病院として診療体制の維持ができなかったということ、また、この頃ハイフローセラピーで挿管が回避できたという報告や、実際の利用により飛沫やエアロゾルを増やすことがなかったという報告が、ハイフローの積極的な導入の理由です。

結果、同日最大30名の数多くの患者さんを救命することができました。



また、この全診療科診療体制を構築したことにより、久留米大学病院における一般診療への影響は最小限に抑えられ、左のように増加する呼吸器の一般患者さんの通常診療対応も可能といたしました。

### 全診療科参加型の入院診療体制

少ない専門家で多くのCOVID-19患者診療を可能にした。  
COVID-19診療に直接関わる診療科の負担を軽減するだけでなく、  
非COVID-19患者診療の抑制を最小限にでき、有事において非常に  
有効な手段であった。

全診療科参加型の入院診療体制は、少ない専門家で、多くのCOVID-19患者の診療を可能にしました。COVID-19診療に直接関わる診療科の負担を軽減するだけでなく、非COVID-19患者の診療抑制を最小限にでき、有事においては非常に有効な手段でありました。今後起こり得るパンデミック下で働く他院の参考になれば幸いです。

最後になりますが、御協力いただいた久留米大学病院の全ての医師、看護師、パラメディカルの皆様には、改めて心より御礼申し上げます。

以上です。御清聴ありがとうございました。

## 奨励賞

# リアルワールドデータを用いた高齢者に対する胆嚢摘出術の安全性に関する検討

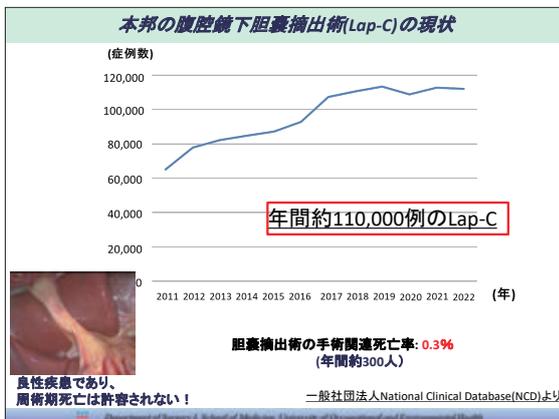


産業医科大学  
第1外科  
助教  
森 泰寿



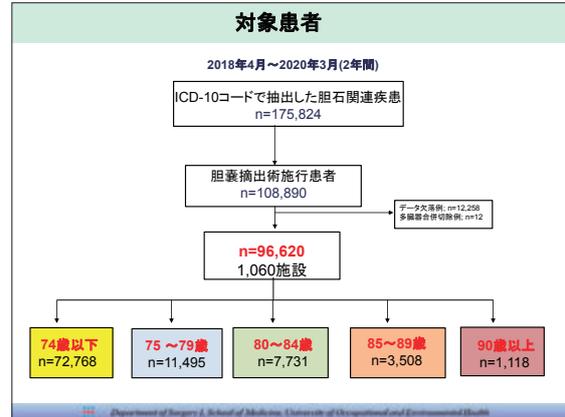
産業医科大学の森と申します。このたびはこのような大変ありがたい賞をいただきまして、心より感謝申し上げます。

私は外科医ですが、リアルワールドデータ、DPCのデータを用いまして、高齢者に対する胆のう摘出術の安全性に関する検討を行いました。



本邦の胆のう摘出数の現状ですけれども、大体年間11万件、日本で行われております。消化器外科手術の中では最も多い手術になるかと思っております。その胆のう摘出術の手術関連死亡率は

0.3%と言われていまして、ただ、胆のう摘出術、基本的には良性疾患でありますので、周術期死亡は許容されないと考えます。



対象患者さんは2018年から20年までの2年間にDPCデータを用いまして、ICD-10コードで抽出した胆石関連の疾患、その中で、胆のう摘出術を施行した患者さん、9万6,620例、1,060施設から集めました。

その9万6,000人の患者さんを74歳以下、それから5歳刻みで、75歳から79歳、80歳から84歳、90歳以上まで五つに分けて、それぞれのアウトカムを調べました。

アウトカム	年齢	% of events	Multivariate*		
			Adjusted OR	95% CI	p
腹腔内膿瘍	74歳以下	0.39%	reference		<0.001†
	75-79歳	0.84%	1.27	1.00 1.63	0.052
	80-84歳	1.37%	1.85	1.44 2.36	<0.001
	85-89歳	1.17%	1.18	0.82 1.69	0.383
	90歳以上	1.61%	1.33	0.79 2.26	0.285
胆汁漏	74歳以下	0.71%	reference		<0.001†
	75-79歳	1.24%	1.19	0.98 1.45	0.079
	80-84歳	1.81%	1.49	1.22 1.84	<0.001
	85-89歳	2.02%	1.33	1.00 1.75	0.047
	90歳以上	2.68%	1.46	0.97 2.21	0.071
術後7日以降の 抗生剤使用	74歳以下	2.91%	reference		<0.001†
	75-79歳	7.04%	1.56	1.42 1.72	<0.001
	80-84歳	10.85%	2.06	1.86 2.27	<0.001
	85-89歳	15.28%	2.12	1.87 2.40	<0.001
	90歳以上	23.70%	2.61	2.18 3.13	<0.001

\* Estimated by the multilevel logistic regression model after adjusting for the sex, BMI, smoking, ADL, surgical procedure, diseases, coexisting diseases, maintenance dialysis, transfusion prior to surgery, duration of anesthesia, and number of surgeries for cholecystectomy.

術後合併症は年齢とともに高率となる

術後の因子と年齢の関係を見ますと、胆のう摘出術に特徴的な合併症である腹腔内膿瘍、胆汁漏に関しては、年齢とともにこのように合併症率は高率となっていきました。また、DPCで抗生剤の使用期間が算出できますが、術後7日以降に抗生剤を使用した率も、年齢とともに高率、90歳以上に関しては23%が用いているという現状が分かりました。

**術後因子と年齢の関係**

アウトカム	年齢	% of events	Multivariate		
			Adjusted OR	95% CI	p
➤ 在院死亡	74歳以下	0.05%	reference		<0.001
	75-79歳	0.17%	1.54	0.87 2.73	0.136
	80-84歳	0.41%	2.48	1.49 4.14	0.001
	85-89歳	0.74%	2.75	1.56 4.84	<0.001
	90歳以上	1.52%	3.40	1.75 6.61	<0.001

参考：胆嚢摘出術全体の手術関連死亡率:0.3% (2016年NCDデータ)

**年齢が増加するとともに在院死亡率は上昇する**

さらに、在院死亡に関しては、冒頭に申し上げましたように、周術期関連死亡率、全体で0.3%ですが、74歳以下では0.05%であったのに対し、徐々に年齢とともに増加しまして、80歳以上ぐらいから0.4%、90歳以上に関しては1.5%の死亡率であるということが分かりました。

**術後因子と年齢の関係**

アウトカム	年齢	平均値	Multivariate		
			Coefficient	95% CI	p
➤ 術後在院日数	74歳以下	4.79	reference		<0.001
	75-79歳	6.67	0.71	0.60 0.83	<0.001
	80-84歳	8.12	1.32	1.19 1.46	<0.001
	85-89歳	10.68	2.41	2.21 2.61	<0.001
	90歳以上	13.74	3.49	3.14 3.84	<0.001
➤ 医療費	74歳以下	642,336	reference		<0.001
	75-79歳	743,670	26,979	21,313 32,645	<0.001
	80-84歳	827,375	57,936	51,071 64,800	<0.001
	85-89歳	960,982	103,808	93,802 113,815	<0.001
	90歳以上	1,138,278	149,849	132,527 167,170	<0.001

**年齢が増加するとともに在院日数は延長し、医療費は高くなる**

Mori Y, Hirata K et al. J Gastroenterol 2022

さらに、在院日数に関しましても、通常僕らの感覚では4日ぐらいなのですが、80歳以上ぐらいから8日、85歳以上10日、90歳以上になりますと13日と徐々に延びていきまして、DPCの特徴的なデータである医療費が算出できますが、これに関しても、74歳以下と90歳以上では、ほぼ倍ぐらい違うという結果でありました。

**Conclusions**

- “Real-world data”において、高齢者胆嚢摘出術の短期成績は、必ずしも良好な成績ではなかった。
- 高齢者胆石症に対する胆嚢摘出術においては、適切な患者選択、十分なインフォームド・コンセント、より厳密な周術期管理の徹底が重要である。




以上、まとめです。今回のリアルワールドデータ、DPCを使ったリアルワールドデータにおいて、高齢者胆のう摘出術の短期成績は必ずしも良好な成績ではありませんでした。ただ、年齢だけで手術適応を決めるわけではありませんけれども、高齢者に対する胆のう摘出術の際は、適切な患者選択、十分なインフォームド・コンセント、さらに、より厳密な周術期管理の徹底が重要であると考えます。

以上です。ありがとうございました。

## 奨励賞

### 高出血リスクの高齢・超高齢非弁膜症性心房細動患者における腎機能別低用量DOAC（エドキサバン15mg）の有効性・安全性の検討



遠賀中間医師会おんが病院  
副院長

吉田 哲郎



おはようございます。おんが病院の循環器内科の吉田と申します。本日この場で発表させていただきますことを大変うれしく思いますし、関係の先生方、スタッフの方々に深謝申し上げます。

本日私のテーマですが、地域医療をやっております、やはり高齢者の治療に非常に悩みを多く持っております。その中でも、私、循環器ですので、心房細動の高齢者の患者さんを多く日々診させていただいております。高齢者の心房細動の患者さんは血管も詰まりやすい一方で、抗凝固薬を投与すれば出血をしやすいという諸刃の剣の面を持っておりまして、そういった患者さんにおいて人生100年時代ということを考えたときに、一体どういう選択肢を私たちはとり得るか、そこを先生方に御紹介させていただければと思います。

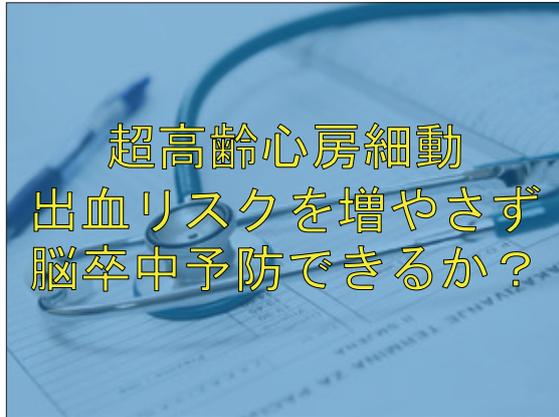


私は人生100年時代を考えたときに、一体何が大事になってくるのかなと思っているんですが、それはやはりライフステージにおける患者さんの変化だと思っています。それはどういう意味かといいますと、最近、こういうCLINICAL FRAILTY SCALEというのが盛んに使われていると思っており、若い世代の場合は非常に健康な状態を維持できるのですが、ライフステージの後半になってきて様々な疾患が多くなってくれば、患者さんの治療というのは非常にシンプルなものから応用問題になってきます。その中で、私たちは年齢を重ねると腎臓が必ず悪くなり、そして腎臓が悪くなれば、心房細動における抗凝固療法というのは、出血のリスクが一気に高くなってきます。



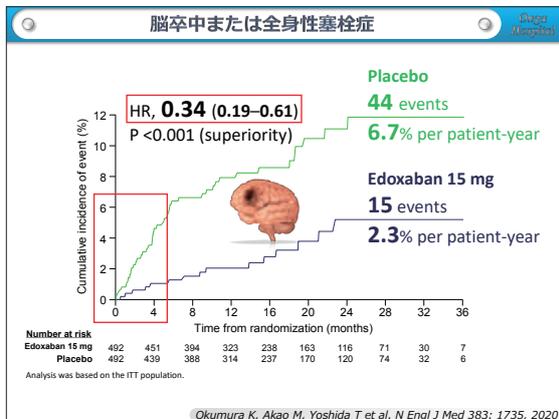
例えば、人生の後半のライフステージになってくれば、一つ問題になってくるのはフレイルというか、患者さんのいわゆるフィジカルなステータスじゃないかなと思っています。先生方から向かって右側の患者さんのように、フレイルが進行しているような患者さんは、最近出た日本人の高齢者のエビデンスから、大体、抗凝

固療法による大出血のリスクがフレイルじゃない人と比べて2倍あるというふうに言われておりまして、そういった高齢者、超高齢者を相手にする際に、一体どういう治療ストラテジーがいいのかというのを日々悩んでおりました。



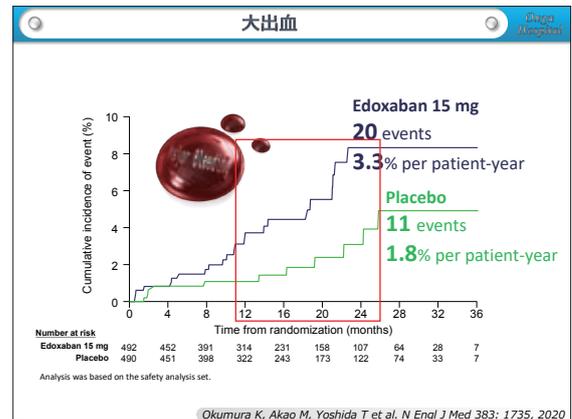
心房細動のときというのは先生方も御存じのように、ワルファリンや、10年以上前に出たDOACという新規抗凝固薬、こちらを投与することが選択肢としてあるのですが、これら二つを用いても、なかなかこの患者さん、例えば転倒リスクが高くて出血リスクが高くて、抗凝固薬の投与が躊躇されるような患者さん、そういった患者さんに御協力いただいて、数年前にある試験を行いました。

平均年齢が86歳で、約900人弱で、2人に1人はフレイル、認知症があるという、非常に抗凝固療法がやりにくい患者さんに、あるDOACの容量を極限まで減らして、それに意味があるのかという治験を行い、

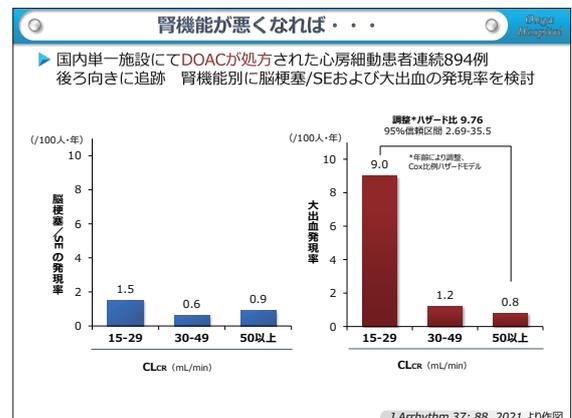


2020年に報告したのですが、答えとしては、そういう出血のリスクが高い人でも、エドキサバンという薬を今回用いたのですが、これは通常

使う量の4分の1の量を投与しました。これを投与すると、脳卒中もしくは血管が詰まる全身性塞栓症が66%減らせました。今までであれば、出血リスクが高くて抗凝固薬が投与できない人でも、こういう新たな選択肢を提示することによって、その患者さんの健康寿命を延ばせるかもしれないということが見えてきたわけであり、

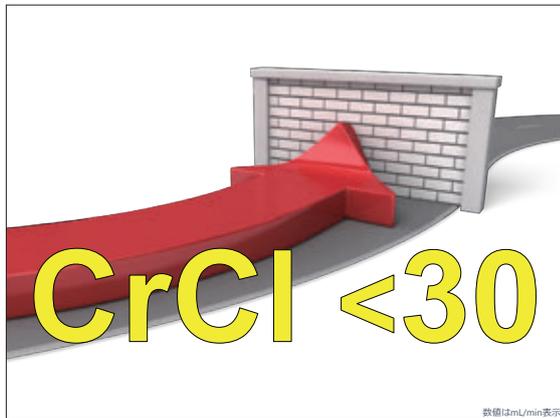


一方で、こういう薬を投与すれば必ず増えてくるのが出血になるのですが、幸い大出血に関しては、統計的な有意差はなく、増えなかったということです。ただ、少し増える傾向があるということが分かったということを以前報告させていただきました。

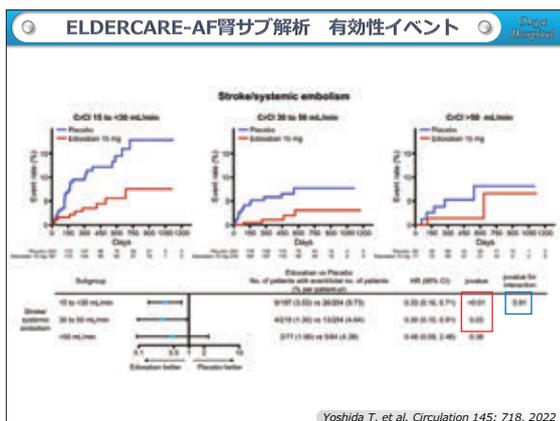


ただ、そういう新しい治療の選択肢を私たちは手にできたのですが、それで一辺倒の治療で解決できるかという、そうではないのが高齢者の難しいところです。ある日こういうデータに出会ったのですが、日本人でDOACというのが投与されている心房細動の患者さん900名のデータを見ると、腎臓なんですね。どうも私たちの高齢者の心房細動の治療のキーは腎臓が担っているということが分かってきて、こちら

の右側の表を見ていただくと、クレアチニンクリアランス、いわゆる腎機能の指標になると思うのですが、クレアチニンクリアランスが30を下回るというのが大体80代の2割、3割を占め、そういう状態まで腎臓が悪くなると、大出血がどんと増えるということが分かってきました。

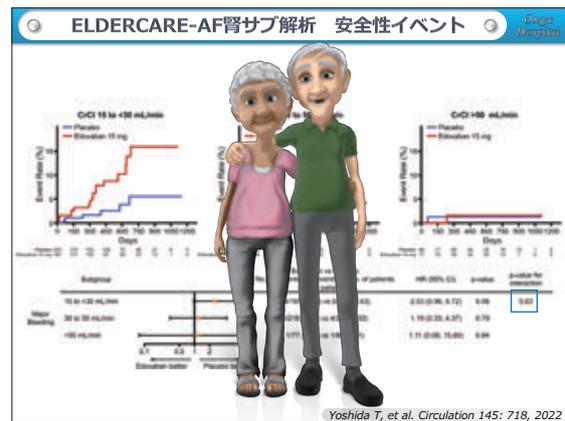


そうすると、どうも私たち現場の循環器を主とした心房細動診療に当たっている者は、クレアチニンクリアランス、腎臓は無視できない要因なんだということが分かってきたので、先ほど報告させていただいたデータをさらに腎臓の機能によって結果にぶれがないか、つまり、腎臓が悪い人でも一定の効果が得られるのかどうかというのをこれは検証すべきだろうということで、サブ解析を行って報告させていただきました。



結論からは、腎臓がいい人であっても、腎臓が非常に悪い人であっても、同様に脳卒中は予防できるんだということが分かってきたことと、腎臓はよくても悪くても、統計的に出血が一気に増えたりすることはないんだよということが分かってきました。

この薬は保険で2021年から心房細動の治療で使えるようになったのですが、



ここ数年、循環器の領域というのが地域医療の私たちにとっては非常に有用な選択肢というのがいろんなこういう研究で認められてきておまして、やはり人生100年時代を考えたときに、単なる余命を延長する治療ではなくて、私たちがやらないといけないのは健康寿命を増やしていかないといけない、増進させないといけない。そういったところに私が発表させていただいたデータを取り入れていただけるようになれば幸いです。

短いプレゼンテーションでありましたが、御清聴ありがとうございました。



# 次期学会長挨拶

九州大学医学部長 赤 司 浩 一



## 次期学会長挨拶



九州大学医学部長 赤 司 浩 一

皆さん、こんにちは。九州大学医学部長の赤司浩一と申します。

昨年実施したWEB配信ではなく、フェイス・ツー・フェイスで福岡県医学会総会が開かれたということは素晴らしいことだと思っています。

来年は17回になりますが、学会長は県内の4大学医学部の持ち回りという事で、来年は九州大学の番となっております。

この福岡県医学会総会の重要な点というのは恐らく、学問的なところもそうですが、やはり県内の勤務医医師、開業されている医師の懇親の場であり、しっかりと結びつけるという役割が一つと、あともう一つは、組織力強化の観点から医師会員を、若手医師含めリクルートするという事だと思っています。

こういった形を目的として何かを取り組むということですが、今回、各大学の病院長4人がシンポジウムとして講演されますので、来年の福岡県医学会総会のプログラムが、県内にいる医師に対して魅力的な企画となるように考えていきたいと思っています。各大学の先生方と相談しながら準備を進めてまいりたいと存じますので、御助言その他よろしく願いいたします。



# ポスターセッション

<一般部門・研修医部門>

テーマ 「地域医療に役立つ最新の医療」

<医学部生部門>

テーマ 「臨床研究報告」



## Session A

座長 久留米大学医学部長 石 竹 達 也

### A1. Snapping Triceps Syndromeの治療経験

産業医科大学整形外科学教室

○内藤 東一郎、田島 貴文、辻村 良賢、山中 芳亮、酒井 昭典

- 【目的】 上腕三頭筋内側頭が内側上顆上で弾発するsnapping triceps syndromeは、尺骨神経障害を呈することがあり、特に若年男性において稀にみられる疾患である。今回、我々はsnapping triceps syndromeが尺骨神経障害の要因であった2症例を経験したので報告する。
- 【対象】 症例1：18歳男性、剣道で上段練習の際に尺骨神経領域のしびれとsnappingを自覚した。friction neuritisと診断し、尺骨神経前方移行術を施行した。しびれは軽快傾向であったが、snappingが残存した。術後半年で再手術となり、上腕三頭筋内側頭のsnappingを確認し、部分切除した。
- 症例2：20歳男性、横転事故を契機に尺骨神経脱臼を認め、尺骨神経領域のしびれを自覚、friction neuritisの診断で手術を施行した。術中所見では、尺骨神経脱臼だけでなく上腕三頭筋内側頭のsnappingが存在し、内側頭を部分切除した。
- 【結語】 friction neuritisに対する手術では、snapping triceps syndromeの存在を念頭に置く必要がある。

### A2. コンタクトスポーツアスリートの外傷性肩関節不安定症に対する 烏口突起移行術の治療成績

1) 福岡大学医学部整形外科学教室、2) 福岡大学筑紫病院整形外科

○廣田 登<sup>1)</sup>、蓑川 創<sup>2)</sup>、柴田 陽三<sup>2)</sup>、野村 智洋<sup>2)</sup>  
坂本 哲哉<sup>2)</sup>、小阪 英智<sup>2)</sup>、伊崎 輝昌<sup>2)</sup>、山本 卓明<sup>1)</sup>

- 【目的】 外傷性肩関節不安定症に施行される烏口突起移行術はBristow法(B法)とLatarjet法(L法)がありコンタクトスポーツアスリート患者を両群比べた報告は少ない。両群の術後成績と合併症を評価した。
- 【方法】 術後1年以上観察できたB法24例24肩、L法18例20肩を対象とし、術前と最終観察時の各種臨床スコア、合併症及び復帰率を評価した。CTで両群の骨癒合有無と骨片の骨形態変化を評価した。
- 【結果】 各種臨床スコアの術前と最終観察時を比べ両群共に後者が有意に改善した。全例復帰し再脱臼はなかった。B法は骨片脱転1肩、偽関節2肩を認め、骨癒合症例は接触面の骨肥大を認めた。L法は全例骨癒合するも完全骨吸収が1肩認めた。
- 【結語】 両群共に術後成績良好で全例復帰した。L法は初期固定性が高く骨癒合に関してB法より信頼性が高いがB法は骨癒合すれば接触面の骨肥大を示し関節安定性に寄与する可能性が示唆された。

### A3. 骨粗鬆症性椎体骨折に対する早期経皮的後方固定術の有効性

産業医科大学病院整形外科

○<sup>ひらもと</sup> 梶本 哲平、<sup>つぐべい</sup> 山中 芳亮、中村 英一郎、山田 晋司、佐保 明  
吉田 周平、豊島 嵩正、酒井 昭典

- 【目的】 骨粗鬆症性椎体骨折(以下OVF)の治療は保存療法が第一選択だったが、昨今は臥床状態を回避する事が健康寿命の維持や二次骨折予防に繋がると予測され、手術適応は拡大している。椎体後壁損傷を伴うOVFに対する早期経皮的後方固定術(以下PPS)の有効性を検討した。
- 【方法】 当院でPPSを施行した74症例の圧壊率・楔状角の推移、二次骨折発生率を検討した。二次骨折発生率は保存群と晩期群を設定し比較検討した。
- 【結果】 術前・術後3カ月・最終観察時の順に圧潰率(%)44.1・35.5・39.0、楔状角19.4・14.7・16.2となった。二次骨折は5.8%に認め、保存群で10.4%、晩期群で31.1%であった。PPSにより受傷時を越える椎体圧壊を抑制でき後弯変形予防に繋がりと、二次骨折予防にも有効であった。
- 【結語】 後壁損傷を伴うOVFに対して、早期経皮的後方固定術を行うことで二次骨折の発生を低減できた。

### A4. 選別された外傷性肩関節前方不安定症の患者に対する鏡視下バンカート修復術の治療成績

1) 福岡大学病院整形外科

2) 福岡大学大学院医学研究科病態機能学

○<sup>かしだ</sup> 梶田 祐輔<sup>1)</sup>、<sup>みち</sup> 三宅 智<sup>1)</sup>、<sup>しげひさ</sup> 柴田 光史<sup>1)</sup>、<sup>しん</sup> 小林 駿介<sup>2)</sup>、<sup>まふゆき</sup> 松永 慶<sup>2)</sup>  
<sup>あきひこ</sup> 畑 直文<sup>2)</sup>、<sup>たけあき</sup> 山本 卓明<sup>1)</sup>

術後再脱臼のリスク因子が明らかになるにつれて、鏡視下バンカート修復術(以下ABR)に追加する術式に関する議論が盛んに行われるようになってきた。しかし、リスク因子に基づいた適切な選別を行えば、ABR単独でも十分であることが予想される。本研究の目的は、選別された外傷性肩関節前方不安定症に対するABR単独の臨床成績を明らかにすることである。2017年～2021年にABRを受け、1年以上フォローされた患者32肩(男/女26/6、手術時平均年齢21.1歳)の臨床成績を後ろ向きに調査した。13.5%以上の関節窩骨欠損、off-track病変、全身関節弛緩性を有する症例、Collision Sports選手、Remplissage法、烏口突起移行術、HAGL修復術、関節包実質部縫縮術を受けた症例は除外された。JSS-SIS、Rowe scoreは統計学的有意に改善した(ともに $p<.001$ )。不安定性再燃率は3.1%であった。適切な患者選別をしたABR単独の臨床成績は良好だった。

## A5. 下前腸骨棘形態Hetsroni分類と、大腿骨寛骨臼インピンジメントおよび寛骨臼形成不全との関連性

産業医科大学若松病院整形外科

○高田 真一朗、中島 裕貴、村田 洋一、中山 景介、福田 北斗  
内田 宗志 酒井 昭典

- 【目的】 下前腸骨棘 (AHS) の分類としてHetsroni分類Type3は関節外impingementの原因として知られている。本研究の目的は有症状患者におけるAHSの形態の違いを病態別に評価した。
- 【方法】 2015年1月から2019年3月に股関節唇損傷に対して股関節鏡視下手術を施行した、大腿寛骨臼インピンジメント (FAI) 並びに寛骨臼形成不全 (DDH) による股関節唇損傷の症例を対象とした。FAIは日本股関節学会の診断基準に基づき診断した。DDHはcenter edge角25度未満とした。術前CTでAHSをHetsroni分類で評価し、両疾患におけるtype 3の割合を評価した。
- 【結果】 359関節310例 (男性161例・女性149例) を対象とした。FAIは241関節、DDHは118関節であった。DDH間においてtype 3の割合が有意に多かった ( $p<0.001$ )。
- 【結語】 AHSのHetsroni分類type 3は、FAIと比較しDDHに有意に多い。

## A6. 翻転腱板断裂に対するlow tension triple-row法の治療成績

福岡大学病院整形外科

○河浪 徳志、三宅 智、柴田 光史、小林 駿介、松永 慶  
畑 直文、山本 卓明

- 【目的】 “Fosbury flop tear” と呼ばれる翻転した断裂形態を呈する肩腱板断裂 (以下、FFT) に対する手術難易度は高く、その術後成績は不良である。本研究の目的はFFTに対する低い張力下でのtriple-row法 (以下、low tension TR法) の治療成績を明らかにすることである。
- 【方法】 2021年4月から2022年3月までに同一術者によるlow tension TR法を受けたFFT12肩の臨床成績を後ろ向きに調査した。感染症例と膠原病合併症例を除いた10肩 (手術時平均年齢; 64.5歳) が本研究に含まれた。統計学的解析は、VAS、関節可動域、JOA score、UCLA scoreの術前と最終観察時との間の差に対して行われた。また術後1年のMRIで再断裂率が調査された。
- 【結果】 最終観察時のVAS、関節可動域、JOA score、UCLA scoreは、術前と比較して統計学的有意な改善を示した (いずれも  $p<0.05$ )。術後1年の再断裂率は0%だった。
- 【結論】 FFTに対するlow tension TR法の治療成績は過去の報告と比べて良好だった。

## A7. 腸骨筋膜下ブロック下に施行した高齢者大腿骨近位部骨折の治療経験

1) 産業医科大学病院救急・集中治療科、2) 産業医科大学整形外科  
○佐藤 直人<sup>2)</sup>、善家 雄吉<sup>1)</sup>、酒井 昭典<sup>2)</sup>

- 【背景】** 高齢者の大腿骨近位部骨折には早期手術が必要だが、早期手術目的に腸骨筋膜下ブロックのみで同部の骨接合を行った報告は本邦にはない。
- 【目的】** 本ブロック下で手術が可能であったか否か、周術期の合併症を明らかにすること
- 【方法】** 本ブロックにて同部位の骨接合術を行った4例を対象とした。併存疾患、抗凝固薬・血小板剤の内服の有無、術中全身麻酔に移行したか否か・周術期合併症を検討した。
- 【結果】** 併存疾患は心不全・腎不全・大動脈弁狭窄症などがあり、3例が抗凝固薬・血小板剤内服していた。術中全身麻酔への移行はなく、全例局所麻酔薬の追加を要した。周術期合併症はなかった。
- 【考察と結論】** 十分な鎮痛を得ることが可能であったが、術中に局所麻酔薬を追加する必要があるため、手技の改良が必要である。本ブロックはリスクの高い高齢者の大腿骨近位部骨折の早期手術を達成するために選択の一助になると考えられる。

## A8. 全人工膝関節置換術後冠状面アライメントと術後臨床成績の関連

福岡大学医学部整形外科

○五島 漱志朗、前山 彰、原 純也、山本 卓明

- 【目的】** 全人工膝関節置換術(TKA)において、術前アライメントを再現するkinematic alignment法の術後成績が良好であるとの報告がある。そこで当院のTKAの術前後アライメントと臨床成績を後方視的に検討した。
- 【対象】** 術後1年フォロー出来たTKA50例のうち、術前CPAK分類type1かつ術後も内反アライメントであった25膝を対象とした。JOA、KOOSを評価項目とし、術後アライメントと術後臨床成績の関連を検討した。
- 【結果】** %MA変化量とKOOS symptoms変化量との間に有意な負の相関を認めた( $r=-0.46$ ,  $p=0.02$ )。%MA変化量を2群間比較したところ、30%の境目までは%MA変化量が少ない群の方がKOOS symptoms変化量が有意に高かった。
- 【考察】** CPAK分類 type1の症例において術前後でアライメントを近似させた症例の方が術後成績が良好であることが示唆された。

## A9. 肩関節不安定症および脱臼におけるSLAP Type5の危険因子の検討

産業医科大学若松病院整形外科

○中山 景介、中島 裕貴、村田 洋一、高田 真一郎、福田 北斗  
根ヶ山 敬大、内田 宗志、酒井 昭典

- 【目的】 Bankart病変にSLAP損傷を合併するものはSLAP Type Vとされる。SLAP Type VはBankart病変のみと比較し競技復帰率が低いとされるが、SLAP Type Vの危険因子は不明である。本研究目的は、SLAP Type V危険因子を明らかにすることである。
- 【方法】 2015年3月から2019年4月までに肩関節前方不安定症及び脱臼に対して手術加療を受けた119名125肩を対象とした。全例アスリートで、同側肩の手術歴がある患者は除外した。SLAP Type Vの有無で2群に分け、手術時年齢、初回脱臼時年齢、性別、患側、BMI、スポーツ種別、脱臼回数の患者背景を評価し、Hill-Sachs病変、骨性Bankart病変、関節窩骨欠損、関節包断裂、腱板断裂の有無を画像評価した。
- 【結果】 対象120肩(114名)の内、43肩でSLAP Type Vを認めた。両群間に手術時年齢、初回脱臼時年齢、脱臼回数、骨性Bankart病変、関節包断裂に有意差を認め、多変量解析において骨性Bankart病変と手術時年齢はSLAP type V危険因子であった。
- 【結語】 骨性Bankart病変と手術時年齢は、SLAP type V危険因子である。

## A10. 股関節疾患に合併する仙腸関節障害の有病率およびその特徴

1) 産業医科大学整形外科、2) 産業医科大学若松病院整形外科

○村田 洋一<sup>2)</sup>、酒井 昭典<sup>1)</sup>、内田 宗志<sup>2)</sup>

- 【目的】 仙腸関節障害は股関節疾患と合併するが、骨形態との関連は不明である。本研究の目的は、股関節手術を行った患者の仙腸関節障害の合併率を求め、仙腸関節障害の有無による骨形態の違いを比較することである。
- 【方法】 2023年8月までに股関節鏡手術を行った1047例のうち、仙腸関節までCTまたはMRIを撮像されていた236例を対象とした。仙腸関節に異常所見を呈した群と正常群の患者背景、骨形態を比較した。
- 【結果】 正常群は71例(30.1%)、異常群は165例(69.9%)だった。正常群と比較して異常群は、年齢が有意に高く(19歳 vs 37歳,  $p < 0.001$ )、大腿骨前捻角が有意に大きかった。(16.6° vs 19.7°,  $p < 0.04$ ) 両群間で、性別、BMI、CE角、 $\alpha$ 角、臼蓋前開き角に有意差はなかった。
- 【結論】 股関節疾患に合併する仙腸関節障害は約7割で、年齢と大腿骨前捻角が仙腸関節障害の有無に関与する。

## A11. 人工膝関節全置換 (TKA) 術後感染に対する 持続局所抗菌薬灌流 (CLAP) 療法の治療経験

- 1) 産業医科大学医学部整形外科
- 2) 産業医科大学病院救急・集中治療科外傷再建センター
- 3) 産業医科大学病院人工関節センター

○松村 倫太郎<sup>1) 2)</sup>、善家 雄吉<sup>2)</sup>、小杉 健二<sup>2)</sup>、川崎 展<sup>1) 3)</sup>、酒井 昭典<sup>1)</sup>

- 【目的】** 骨軟部組織感染の制御において、感染病巣に経骨髄的 (iMAP) / 経軟部組織的 (iSAP) に抗菌薬を投与するCLAP療法の有用性が報告されている。今回TKA後感染に対するCLAPの治療成績を調査した。
- 【方法】** TKA後感染にCLAPを施行した6症例 (男性; 1例、女性; 5例、年齢; 平均79.7歳 [70-95歳]) に対し、起炎菌、iMAP/iSAP留置期間、GMの1日最大投与量、最大血中濃度、有害事象の有無を調査した。
- 【結果】** 1例は初回CLAP後に感染が再燃し、再度の実施を要したが、全例でコンポーネントを温存し得た。起炎菌はMSSA、ESBL産生大腸菌、溶連菌、Klebsiella pneumoniaeが検出された。再燃症例の初回では、iMAP; 5日間、iSAP; 17日間、投与量; 120mg/日、血中濃度; 1.5  $\mu\text{g}/\text{mL}$ であり、再燃症例の2回目と他5症例の平均は、iMAP; 11.5日間、iSAP; 17.8日間、投与量; 160mg/日、血中濃度; 1.95  $\mu\text{g}/\text{mL}$ であった。1例に可逆性の急性腎障害を認めた。
- 【まとめ】** TKA後感染に対するCLAPはコンポーネントを温存して感染を沈静化できる治療法となり得る。

## Session B

座長 福岡大学医学部長 小 玉 正 太

### B 1. 局所進行胸部食道癌に対する取り組み—腹臥位両側胸腔鏡アプローチ—

1) 福岡大学病院消化器外科、2) 福岡大学病院心臓血管外科

○草場 裕之<sup>1)</sup>、吉村 文博<sup>1)</sup>、下河邊 久陽<sup>1)</sup>、山内 皓介<sup>1)</sup>  
橋本 恭弘<sup>1)</sup>、島岡 秀樹<sup>1)</sup>、山田 哲平<sup>1)</sup>、槇 研二<sup>1)</sup>、長谷川 傑<sup>1)</sup>  
松村 仁<sup>2)</sup>、和田 秀一<sup>2)</sup>

- 【緒言】** 進行胸部食道癌は大動脈、肺などの周囲臓器への浸潤が疑われる場合も多い。その場合多くは切除不能と判断され、放射線化学療法が選択される。一方で集学的治療の一つとして外科治療の介入は、患者QOLを改善し化学療法の長期継続を可能とすることがある。当院から発信している他臓器浸潤食道癌に対する手術手技と成績を報告する。
- 【手技】** 胸腔鏡手術の傷が小さい利点を生かし、完全腹臥位下に両側胸壁に3～5つのトロッカーを挿入する。大動脈浸潤が疑われる場合には大動脈ステントを挿入して同部の切離を行う。肺や心膜浸潤がある場合には合併切除を行う。左右胸腔から良好な視野でこれらの操作を行う。
- 【成績】** 4例に施行した。平均出血量20ml、胸部操作時間346分、術後在院日数25日であった。Clavien Dindo分類 Grade IIの肺炎を1例に認めた。
- 【結語】** 局所進行食道癌に対する両側胸腔における胸腔鏡手術は狭い縦隔での良好な視野、安全な手術を可能にする。

### B 2. 軟性内視鏡による新しい結紮法 Endoscopic Ligation Technique (ELT) の臨床経験

福岡大学医学部消化器外科

○塩飽 洋生、塩飽 晃生、塩川 桂一、草場 裕之、岡田 浩樹、槇 研二  
島岡 秀樹、山内 皓介、橋本 恭弘、吉村 文博、下河邊 久陽、長谷川 傑

- 【はじめに】** 内視鏡治療の発展に伴い、軟性内視鏡を用いた、消化管内腔での縫合法の報告が散見されるようになってきた。これまでの報告は、機器(クリップや創閉鎖装置)を用いた縫合か、有棘縫合糸による連続縫合であり、軟性内視鏡そのものを用いて単結紮縫合を行う方法は存在しなかった。今回、我々は、体外結紮を用いて単結紮縫合する新しい手法、Endoscopic Ligation Technique (ELT)を考案し、実際の診療の現場で有効に行うことができたので報告する。
- 【実際の症例】** 難治性食道気管瘻孔の患者2名に対し、ELTによる縫合閉鎖を施行した。手技は全身麻酔下(左側臥位、CO<sub>2</sub>送気下、オーバーチューブ使用)で行った。接線方向の手技になっても、瘻孔の位置が正確に分かるように、瘻孔の肛門側、口側にAPCでマーキングを行った。内視鏡用の持針器と合成非吸収性モノフィラメント縫合糸(4-0プロローリン、90cm、針13mm(1/2周))を用い、瘻孔の肛門側から口側の順に、Z縫合を行った。糸の両端を体外に出し、結紮を作成。内視鏡の鉗子孔から出した持針器で糸を把持した状態で、瘻孔部まで結び目を誘導し、単結節縫合を行った。
- 【結語】** 本法により、消化管内腔でも特別な機器を用いずに単結節縫合が可能となった。

### B3. 福岡大学病院におけるロボット支援下肝臓切除導入初年度の成績

福岡大学病院消化器外科

○梶原 正俊、内藤 滋俊、中島 亮、佐々木 貴英  
下河邊 久陽、長谷川 傑

- 【背景】 ロボット支援消化器外科手術はほぼ保険収載され、今後は地域医療支援病院でも普及が予想される。当科では肝切除と膵体尾部切除にもロボット支援手術を導入し1年が経過したため、その短期成績を報告する。
- 【対象】 2022年11月から2023年10月までに施行したロボット支援下肝切除と膵体尾部切除症例。
- 【結果】 肝切除は20例で、2区域/1区域/亜区域切除がそれぞれ5/2/1例、部分切除12例。疾患は肝悪性腫瘍19例、胆管狭窄1例。手術時間は381分、出血量は51.5ml、術後在院日数は9日(中央値)。術後合併症は気胸1例とせん妄1例のみで、胆汁漏は認めず。膵体尾部切除は4例で、疾患は膵癌3例、膵粘液性嚢胞腫瘍(MCN)1例。手術時間は458分、出血量は125ml、術後在院日数は11日(中央値)。膵液漏を含め術後合併症は認めず。
- 【結語】 ロボット支援下肝臓切除は、より精緻な手術を可能にし、安全性を担保しつつ、低侵襲手術のメリットである早期退院が可能であった。

### B4. 早期肺癌を根治する！ 早期小型肺癌切除術におけるRFIDマーキングシステムの有用性の検討

福岡大学病院呼吸器・乳腺内分泌・小児外科学

○上田 雄一郎、佐藤 寿彦、岩崎 明憲

- 【背景】 早期小型肺癌は縮小手術で根治出来る可能性が高いが、深部に存在する病変は、見えない、触れない可能性が高く、何らかのマーキングが必要である。当科ではRFIDマーキングシステム(SuReFInD<sup>®</sup>)を使用しており、SuReFInD<sup>®</sup>を用いて切除した小型肺癌症例を後方視的に検討した。
- 【対象】 2020年6月から2022年6月までに切除した39例。
- 【結果】 年齢中央値69歳、24例が上皮内腺癌、15例が微小浸潤腺癌、腫瘍径中央値9.0mm、タグと腫瘍の距離中央値2.9mm、サージカルマージン中央値15.0mm、区域切除9例、亜区域切除6例、部分切除24例であり、全例完全切除出来ていた。
- 【考察】 SuReFInD<sup>®</sup>を用いることで、見えない、触れない肺癌病変に対して、十分なサージカルマージンを確保し切除出来た。RFIDタグとセンサーの距離に応じて音が変わるため、タグと腫瘍の位置を術中に何度も正確に把握出来ることが出来た。
- 【結語】 RFIDマーキングシステムは早期肺癌の根治のために有用なツールと考えられる。

## B5. 近距離無線通信技術を利用した精密肺縮小切除術 ～多施設共同研究～

福岡大学呼吸器乳腺内分泌小児外科

○宮原 聡、岩崎 昭憲

- 【目的】 当院では小型肺腫瘍のマーキングに近距離無線通信技術 (RFID) を使用しており、これまで切除困難とされてきた早期肺癌の切除が可能となった。多施設共同観察研究を行い有用性について検討した。
- 【方法】 国内6施設で、RFIDマーカー留置後に切除が行われた141例について術式、病変径や病変の局在、RFIDマーカー留置時間などを後方視的に検討した。
- 【結果】 腫瘍径は平均10.1mm (1.9-33mm) で、腫瘍の平均8.9mmにRFIDを留置可能であった。97.3%は完全胸腔鏡下に手術が行われた。胸腔内癒着を認めた24病変でも、83.3%の症例で1分以内に腫瘍の同定が可能であり、138病変 (92.6%) ではRFID留置が非常に有用あるいは有用であった。
- 【結論】 RFIDを利用したマーキングは微小な腫瘍の迅速な位置同定に有用であり、癒着があっても簡便に位置を把握することができる。

## B6. DPCデータベースを用いた日本の切断指の傾向と再接着術後壊死に影響を与える因子の検討

1) 産業医科大学病院救急・集中治療科外傷再建センター

2) 産業医科大学整形外科

3) 産業医科大学公衆衛生学

○濱田 大志<sup>1)</sup>、鈴木 仁士<sup>2)</sup>、善家 雄吉<sup>1)</sup>、村松 圭司<sup>3)</sup>  
松田 晋哉<sup>3)</sup>、酒井 昭典<sup>2)</sup>

- 【目的】 再接着術を行う因子、術後壊死に影響を与える因子を明らかにすることである。
- 【方法】 DPCデータベースから抽出した切断指13,484例を対象とした。再接着術の施行率と成功率を算出した。評価項目は、年齢、受傷指、入院時併存症、曜日、時間外手術かどうか、地域、教育機関かどうか、施設ごとの症例数、抗凝固薬とした。切断より再接着術を行う因子と再接着術後の壊死につながる因子を、多重ロジスティック回帰分析を用いて同定した。
- 【結果】 13.2%が再接着術を試み、成功率は90.5%であった。施行率は、母指、糖尿病の有無、時間外、日曜日、教育施設での手術との相関、成功率は、母指、近畿地方での手術と高い相関がみられた。
- 【結論】 再接着術施行率・成功率に影響を与える因子を同定した。成功率には地域差があるものの、九州地区も含めて特に低い成功率を示した地域や症例数はなく、日本全国で再接着術が標準化されていると考えられた。

## B7. 足の先天異常手術後の変形予防に対する当院の取り組み

福岡大学病院形成外科

○大山 拓人、高木 誠司

- 【目的】** 手足の先天異常は1000人に1人程度の割合で生じる原因不明の疾患である。治療は手術であるが、足趾周囲の靭帯や筋肉などが先天的に脆弱であったり、欠損していると足趾が横に広がったりなど、足や足趾が変形する場合がある。その状態放置すると、足や足趾に潰瘍が発生する危険がある。対策としては、通常通り足を動かし続けながら、筋肉や腱、靭帯を正常な足と近い配置に誘導することが望ましい。今回3症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。
- 【方法・対象】** 福岡大学病院で加療した3例(男児2例、女児1例)を対象とした。いずれも足趾の変形が残存し、つかまり立ちや歩行が不安定であった。靴にフェルトを貼付し歩行時に安定性を獲得できるように調整した。
- 【結果・結論】** いずれも潰瘍形成なく良好に経過している。客観的な評価が今後の課題であるが、臨床的に足趾の変形の増悪や立位時の不安定、潰瘍の発生を予防することができた。

## B8. Miles手術後に生じた会陰ヘルニアに対する皮弁の一工夫

1)九州中央病院形成外科、2)九州中央病院外科

3)福岡大学病院形成外科

○塚本 遥子<sup>1)</sup>、岡本 理沙<sup>1)</sup>、西平 智和<sup>1)</sup>、大垣 吉平<sup>2)</sup>、高木 誠司<sup>3)</sup>

- 【背景】** 腹会陰式直腸切断術(Miles手術)は、下部直腸癌や肛門癌等に対して一般的に行われるが、合併症の一つである会陰ヘルニアは、小腸陥頓によって腸閉塞となり、緊急手術を要することがあるため注意が必要である。
- 【症例】** 45歳、男性。Miles手術後6か月で会陰部の膨隆とCTで脂肪層の離開と液貯留を認めた。欠損範囲は狭く、放射線照射後であり感染を懸念して人工物留置は行わず、殿溝皮弁手術を行う方針とした。補強として皮弁先端にあたる膨隆部の拡張された皮膚の真皮弁を折込み、縫合後の骨盤底へ縫着、術後安静度制限を厳重に行った。
- 【結果・考察】** 術後経過は良好である。患者は訪問作業療法士、家庭では育児中であった。Miles手術後早期の正座や蹲踞の姿勢や頻回な子供の抱き上げ等が会陰ヘルニアの原因の一つとして考えられた。会陰ヘルニア手術では術式の工夫に加え、職業歴や生活歴を踏まえた管理が必要と考える。

## B9. 当院における小児外傷と児童虐待の関連

福岡大学形成外科

○鈴木<sup>すずき</sup> 翔太郎<sup>しょうたろう</sup>、高木 誠司

- 【目的・方法】 本邦の児童相談所の児童虐待相談対応件数は219,170件（2022年度）と過去10年で3倍に増加し、福岡県も例に漏れず6,760件（同年度）と増加傾向である。このような背景の中、当院は2014年7月に児童虐待防止医療ネットワーク事業の拠点病院に指定されており、相談内容の24%を占める「身体的虐待」に関しては、形成外科がゲートキーパーとして役割を求められている。当科を受診した小児外傷と児童虐待との関連を後方視的に調査し報告する。
- 【考察・結語】 「児童虐待」は故意の暴力の印象が強いが、実際には親の育児能力や必要知識の不足、心身のゆとりのなさが原因での発生も多い。そもそも児童虐待対策は「子どもと家族への援助」のきっかけであり「加害者の告発」ではない。多くの外傷対応医が、よくある小児外傷の背景に想像を巡らせ家庭への援助の手を差し伸べられる、そのきっかけと本発表がなれば幸いである。

## Session C

座長 北九州市医師会長 穴井 堅 能

### C1. 福岡県筑後地区における間質性肺疾患を対象とした地域医療連携の試みと早期発見への有用性

1) 久留米大学医学部内科学講座(呼吸器・神経内科・膠原病部門)

2) 久留米大学医学部地域医療連携講座

○財前 圭晃<sup>1)</sup>、富永 正樹<sup>2)</sup>、真玉 豪士<sup>1)</sup>、星野 友昭<sup>1)</sup>

間質性肺疾患(ILD)は早期発見・治療介入が必要な疾患であるが、初期の症状が軽微であることから専門病院への受診が遅れる症例が少なくない。また、進行期には重度の慢性呼吸不全を伴い、患者のQOLを大きく低下させることが問題である。このためILDを早期に発見し、かつ進行期まで患者に必要な医療体制を構築するうえで地域医療連携は欠かせない。福岡県筑後地域では久留米大学病院を中心として近隣病医院の呼吸器専門医と共にILDを対象とした地域医療連携体制の構築を開始した。このILD連携を開始以後6か月間のILD疑い患者の大学病院への紹介数は、開始前の6か月と比較して57%増加した。ILD連携協力病院からの紹介患者における症状初発から大学病院紹介までの平均日数は104日で、非協力病院では187日だった( $p=0.087$ )。また、健診発見例の紹介は連携協力病院では有意に多かった(51.9% vs. 22.4%,  $p=0.012$ )。ILDにおける地域医療連携は患者の早期診断や早期治療介入に寄与すると考えられる。

### C2. 慢性肺アスペルギルス症の肺病変部における16S ribosomal RNA遺伝子を用いた細菌叢の検討

産業医科大学呼吸器内科学

○船田 碧、矢寺 和博

**【背景】** 慢性肺アスペルギルス症(CPA)は、難治性呼吸器感染症であるが、病変部の一般細菌叢の病態形成への関与はこれまでに明らかにされていない。今回、CPAにおける肺病変部の細菌叢を分子生物学手法を用いて検討した。

**【方法】** 2018年7月から2022年12月までに産業医科大学病院でCPAと診断し、気管支鏡検査を施行した15症例を対象とした。気管支洗浄液からDNA抽出後、16S rRNA遺伝子をPCR法で網羅的に増幅し、PCR産物のクローンライブラリーから無作為に96クローン選択して、それぞれの塩基配列を決定し、BLASTで基準株との相同性から細菌種を推定した。

**【結果】** CPA 15例中PCR陽性例は11例(73.3%)で、Streptococcus属(9例、81.8%)と嫌気性菌(10例、66.7%)が高頻度に検出され、それぞれの検出割合は、Streptococcus属 中央値31.1%(IQR 10.3-44.7)、嫌気性菌 中央値38.2%(IQR 24.1-50.3%)であった。

**【結語】** CPAにおいて、Streptococcus属と嫌気性菌との混合感染を認め、病態形成への関与が示唆された。

### C3. うつ病合併高度肥満症の背景にCushing症候群があった1例

久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門

○大滝 聡一郎、野村 政壽

- 【背景】 Cushing症候群 (CS) は二次性肥満を生じる疾患である。
- 【症例】 29歳、女性。[病歴]20歳時はBMI 22kg/m<sup>2</sup>だった。同時期にうつ病を発症した。26歳でBMI 32kg/m<sup>2</sup>になった。偶発的に右副腎の結節を指摘され、入院した。[現症]身長 169cm、体重 105kg、BMI 36.8kg/m<sup>2</sup>。満月様顔貌、中心性肥満、前腕の多毛、皮膚の菲薄化、赤色皮膚線条あり。[検査所見]23時のコルチゾール (F) 10.7 μg/dL、CT検査で右副腎に27mm大の結節あり、131I-アドステロールシンチグラフィで右副腎に集積あり。
- 【経過】 Cushing徴候を認めた。Fの日内変動の消失と、デキサメタゾン (DEX) 1 mg及び8 mg抑制試験でFの抑制はなく、Fの自律分泌を認めた。右副腎に結節を認めCSと診断した。
- 【考察】 CSの最大で約8割にうつ病を認める。
- 【結語】 うつ病合併肥満症例ではCSを考慮すべきである。

### C4. 糖尿病教育入院を契機に診断したKlinefelter症候群の1例

久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門

○足達 彩香、永山 綾子、福庭 良、大滝 聡一郎、合原 水月  
井口 志洋、蓮澤 奈央、本村 誠一、蘆田 健二

- 【背景】 糖尿病 (DM) の精査が他疾患の診断に繋がる事がある。
- 【症例】 57歳、男性。X-2年に2型DMと診断された。X年にHbA1c 11.6%であり、入院した。[現症]身長 170.4 cm、体重 94.8 kg、BMI 32.8 kg/m<sup>2</sup>。腋毛脱落あり。Tanner分類 GII。[血液検査] FPG 188 mg/dL、HbA1c 10.6%、HOMA-R 4.5。LH 16.8 mIU/mL、FSH 32.3 mIU/mL、遊離テストステロン (T) 1.8 pg/mL。[画像検査] 両側精巣容積低値。[G-band] 47XXY。
- 【経過】 腋毛の脱落、外性器の発育異常があり、Tは低値だった。染色体検査でKlinefelter症候群 (KS) と診断した。インスリン抵抗性が強く、BG薬とSGLT2阻害薬で治療した。
- 【考察】 Tの低値はDMの増悪因子である。KSは1/2500人の発生頻度である。
- 【結語】 男性のDM患者はKSを有する事がある。

## C5. 当院における難治性心原性ショックに対する VA-ECMO secondary transportの経験

- 1) 久留米大学病院心臓・血管内科
- 2) 久留米大学高度救命救急センター CCU

○青木 直登<sup>1)</sup>、香月 太郎<sup>2)</sup>、林田 未有<sup>2)</sup>、西木戸 文<sup>2)</sup>、松島 慶央<sup>2)</sup>  
高田 優起<sup>2)</sup>、楊井 俊之<sup>2)</sup>、柴田 龍宏<sup>2)</sup>、大塚 麻樹<sup>2)</sup>、本間 丈博<sup>2)</sup>  
高須 修<sup>2)</sup>、福本 義弘<sup>2)</sup>

- 【背景】** 当院CCUでは、筑後地域内の体外式膜型人工肺 (ECMO) を有する二次医療機関でVA-ECMOを必要とする症例が発生した際にチームを派遣してECMO搬送を行い当院で管理する連携システムを運用している。
- 【方法】** 2017年1月より2023年10月までに16症例の転院搬送依頼があり、うち10症例に対しECMO搬送を行ったため検証する。
- 【結果】** 年齢は63 [36-75] 歳で全員が男性であった。基礎疾患は虚血性心疾患が多く、ECMO導入までにCPAとなっていた症例が9/10症例あった。大学病院から依頼元病院までの距離は20 [12-55] km、搬送時間は23 [15-54] 分、チームの院外活動時間は135 [79-205] 分であった。30日生存率は80%、CPC 1-2 60%であった。
- 【結論】** 良好な転機をたどった症例が多く、引き続き各病院と連携した重症心疾患対応を継続していきたい。

## C6. 機械学習を用いた生体インピーダンスによる胸水推定システムの構築

- 1) 奈良先端科学技術大学院大学 ユビキタスコンピューティング
- 2) 福岡大学心臓血管内科学
- 3) 国立循環器病センター
- 4) 福岡ハートネット病院

○野瀬 大補<sup>1) 2) 3) 4)</sup>、松井 智一<sup>1)</sup>、松田 裕貴<sup>1)</sup>、安本 慶一<sup>1)</sup>  
井林 雄太<sup>2)</sup>、有村 忠聡<sup>2)</sup>、三浦 伸一郎<sup>2)</sup>

- 【目的】** 超高齢社会の我が国における心不全患者は約120万人と推定される。診断には病院でのX線検査が必要であるが、施設や在宅高齢者には費用や移動の面が問題となり、早期診断・治療の遅れの一因となっている。そこで、施設職員や家族が早期に患者の体調変化を認識しうる技術と環境が必要である。本研究では心不全患者の増悪に対し、誰もが容易に測定可能な、インピーダンス値による胸腔内推定システムの構築を目指す。
- 【方法】** 心不全患者63人と健康なボランティア82人から生理学的、血液学的、および複数の周波数における電気学的データを集積しデータベースを構築した。
- 【結果】** 機械学習を利用し、インピーダンス値と臨床所見に基づいた胸部推定モデルを開発した。胸水貯留識別において高い精度を示し、交差検証テストでAUCが0.905 (95% CI : 0.870-0.940,  $p < 0.0001$ ) を達成した。
- 【結語】** 非侵襲的な経胸壁インピーダンス測定により、胸腔内の推定が可能になることが示唆された。

## C7. 冠動脈コンピュータ断層撮影を施行された患者の左室心筋重量係数と冠動脈疾患、末梢動脈疾患の関連性について

1) 福岡大学医学部心臓血管内科学

2) 福西会病院

○立花 哲郎<sup>1) 2)</sup>、三浦 伸一郎<sup>1)</sup>

- 【背景】** 冠動脈疾患(CAD)や末梢動脈疾患(PAD)では左室肥大(LVH)が見られる。左室肥大(LVH)は心血管疾患の罹患率と死亡率の予測因子であり、左室心筋重量(LVM)の増加がCADと関連している。冠動脈コンピュータ断層撮影(CCTA)を受けた患者において、LVMとCAD、PADとの関連性について解析した。
- 【方法】** CADの疑いがあるか、少なくとも1つ心血管リスクを有しCCTAを受けた1307人で横断研究を行なった。CCTAで冠動脈狭窄が50%以上の患者はCADと診断した。足関節上腕血圧比<0.9の患者、またはすでにPADと診断されている患者はPADと診断し、CCTAを用いて左室形態を評価した。患者はCADの有無、PADの有無で分けられた。
- 【結果】** CAD(+)群では年齢、男性、心血管リスク、EDVに加え、左室心筋重量係数(LVMI)が有意に高かった。PAD(+)群は年齢、男性、糖尿病、喫煙率が有意に高かった。CADは、心血管リスクに加えて、LVMIが関連した。PADは、年齢、糖尿病、喫煙に加えて、LVMIが関連していた。
- 【結論】** CCTAで測定されたLVMIは動脈硬化性疾患と関連しており、予測に有用な可能性がある。

## C8. 福岡大学病院における非弁膜症性心房細動の血栓塞栓症予測因子の検討

1) 福岡大学病院臨床検査・輸血部

2) 福岡大学病院循環器内科

○高田 耕平<sup>1) 2)</sup>、宮崎 碧<sup>1) 2)</sup>、高田 怜花<sup>1) 2)</sup>、小柳 尚子<sup>1) 2)</sup>  
森戸 夏美<sup>1) 2)</sup>、三浦 伸一郎<sup>2)</sup>、小川 正浩<sup>1) 2)</sup>

- 【背景と方法】** 非弁膜症性心房細動の左心耳血栓予測因子に関して、経食道心エコー検査を施行した624名を後向きに検証した(欠損値無し n=531)。
- 【結果】** 左心耳血栓をn=73(14%)で認め、年齢中央値は69歳で軽度栄養障害(CONUTスコア中央値 2.0)を有し、CONUTスコア $\geq$ 2.0で左心耳血栓を高頻度で合併していた(18.5 vs.7.9%,  $P<0.001$ )。多変量ロジスティック回帰分析では、非発作性心房細動[オッズ比(OR: odds ratio) 3.67,  $P<0.001$ ]、脳梗塞の既往(OR 2.47,  $P=0.02$ )、左室駆出率 $<50\%$ (OR 2.79,  $P<0.001$ )に加えて、CONUTスコア $\geq$ 2.0(OR 1.97,  $P=0.03$ )が左心耳血栓と関連していた。
- 【結論】** 新たに栄養状態が非弁膜症性心房細動の左心耳血栓症リスクと関連する可能性が示された。

## C9. 血管内治療後の重症下肢虚血患者の創傷治癒に対するCONUT Scoreを使用した栄養評価との関係

福岡大学病院循環器内科

○三根 かおり、杉原 充

- 【背景】** 重症慢性下肢虚血（CLI）患者は増加傾向にあり、CLIの創傷治癒には栄養状態の把握が重要である。CONUT scoreは血中アルブミン、リンパ球、総コレステロール値から算出できる簡易栄養指標であり、低いほど栄養状態が良いことが知られている。
- 【目的】** CLI患者のCONUT scoreと創治癒率との関連を検討した。
- 【方法】** 福岡大学病院にて2013年1月から2019年5月までに血管内治療を行った85症例について検討を行った。入院時の血液検査からCONUTを算出し、低値群と高値群に分け、基本的患者背景、CLIの病態、治療後の結果、1年後の主要有害四肢イベント、創傷治癒率について比較検討を行った。
- 【結果】** 平均年齢は $73.0 \pm 10.2$ 歳、男性67.8%であり、高血圧、糖尿病、脂質異常症はそれぞれ84.9%、82.6%、59.3%であった。CONUT scoreは $4.8 \pm 2.5$ 点であり、低値群 $2.8 \pm 1.1$ 点（n=41）、高値群 $6.8 \pm 1.7$ 点（n=44）であった。患者背景では、透析患者は高値群が多かった（低値：31.7%、高値：69.8%、 $p=0.0005$ ）。術前のABI、足底の皮膚組織灌流圧は $0.72 \pm 0.38$ 、 $33.8 \pm 16.3$ mmHgであり群間に有意差はなかった。術後はそれぞれ $0.95 \pm 0.24$ 、 $50.0 \pm 18.0$ mmHgまで改善し、足底皮膚組織灌流圧は高値群の方が増加していた（ $45.0 \pm 15.6$ mmHg、 $54.9 \pm 19.3$ mmHg、 $p=0.0005$ ）。しかし1年間の主要有害四肢イベントは低値群で低く（ $p=0.01$ ）、創傷治癒率も低値群で高かった（ $p=0.003$ ）。
- 【結語】** CONUT scoreは創治癒を予測するのに適した指標である。早期の栄養介入を行うことが、創治癒率を改善し、CLI患者の予後や生活の質を改善させる可能性がある。

## Session D

座長 九州大学医学部長 赤 司 浩 一

### D 1. 高気圧酸素治療がClostridioides difficile感染症に与える影響の検討

戸畑共立病院外科

久留米大学病院外科

○西田 崇通<sup>1)</sup>、室屋 大輔<sup>2)</sup>

- 【目的または背景】 Clostridioides difficileは偏性嫌気性の芽胞形成性のグラム陽性桿菌であり、抗菌薬関連下痢症の主要な原因微生物である。Clostridium perfringensによるガス壊疽において高気圧酸素治療(HBO)は、嫌気性菌の発育と $\alpha$ 毒素の産生を抑制し、白血球の抗菌作用の増強などの機序で予後改善効果が報告されている。今回我々は同じClostridium属のClostridioides difficile感染症患者においてHBOが予後に影響を及ぼすかを後方視的に検討した。
- 【方法と材料または対象】 対象は2013年1月から2022年12月の期間に詳細な診療情報を収集し得た92例を対象とした。HBOが施行されていた16例(HBO群)とHBO施行されていなかった76例(非HBO群)を比較検討した。
- 【結果および考察】 重症率、死亡率、入院期間、全生存期間に有意差は認めなかった。一方でHBO群では有意に再燃率が低く(0 vs 22.4%,  $p=0.0363$ )、有症状期間が短かった(6.2 vs 13.6 day,  $p=0.0217$ )。
- 【結論または結語】 HBOはClostridium difficile感染症に有効である可能性が示唆された。

### D 2. 免疫不全者におけるCOVID-19オミクロン株の臨床疫学的特徴の検討

1)九州大学病院総合診療科、2)九州大学大学院医学研究院病態修復内科(第一内科)

3)九州大学病院グローバル感染症センター

○中村 啓二<sup>1)</sup>、後藤 健志<sup>2)</sup>、白石 研一郎<sup>2)</sup>、谷 直樹<sup>2)</sup>  
米川 晶子<sup>2)</sup>、池崎 裕昭<sup>1)</sup>、高山 耕治<sup>1)</sup>、村田 昌之<sup>1)</sup>  
鄭 湧<sup>2)</sup>、下野 信行<sup>1)3)</sup>、赤司 浩一<sup>2)</sup>

- 【目的】 SARS-CoV-2 Omicron株と推定されるCOVID-19で九州大学病院に入院した免疫不全者の臨床疫学的特徴について検討を行った。
- 【方法】 この研究では、Mycophenolate mofetil、Calcineurin inhibitor、Steroid、Everolimusのいずれかが投与されている患者を免疫抑制患者と定義した。Omicron株と推定されるCOVID-19と診断された28名の免疫抑制患者を対象とし、上記以外のOmicron株と推定されるCOVID-19 26例を対照群とした。入院時情報と鼻咽頭ぬぐいのSARS-CoV-2 PCRにおけるCt値を用いて免疫抑制者群と対照群の比較を行った。
- 【結果】 免疫抑制患者群及び対照群のCt値と経過日数の相関係数は、それぞれ $r=0.704$ ,  $P<0.001$ ,  $r=0.766$ ,  $P<0.001$ であった。線形回帰分析では免疫不全者群の傾きは緩やかであることが示された(B値-0.307, P値0.012)。一方で、両群で発症10日目の症状に有意差なかったが、入院期間は有意に免疫不全者群で長い傾向にあった。
- 【結語】 免疫不全者では、鼻咽頭ウイルスの減少が遅延している可能性がある。一方で、免疫不全者と対照群に発症10日目の症状に差はなく免疫不全者の入院期間は短縮できる可能性がある。

### D3. 白内障手術併用眼内ドレーン挿入術iStentおよびiStent inject Wの短期成績

久留米大学医学部眼科学講座

○岡 龍彦、吉田 茂生

- 【目的】** 白内障手術併用眼内ドレーンであるiStentおよびiStent inject W (以下inject W) を用いた流出路再建術の短期間における有効性の比較検討。
- 【対象】** 白内障手術と同時にiStentおよびinject Wを用いた流出路再建術を施行した緑内障20例24眼。
- 【結果】** 術前、術後3ヶ月、6ヶ月の平均眼圧はiStent群、inject W群の両群ともいずれの時点でも術前に比べて有意に下降し ( $p<0.05$ )、両群間の眼圧にいずれの時点でも有意差は認めなかった。術前、術後6ヶ月の平均点眼スコアは両群とも術前に比べて有意に下降し ( $p<0.05$ )、両群間の点眼スコアにいずれの時点でも有意差は認めなかった。
- 【結論】** 本研究では inject Wを用いた流出路再建術は、iStentと同様に眼圧下降を得ることができた。

### D4. 本態性振戦に対する集束超音波治療術後に残存した振戦に対しDBSを追加したことで症状の改善を認めた一例

福岡大学病院脳神経外科

○吉田 博人、田中 秀明、森下 登史、河野 大、吉永 進太郎、福本 博順  
榎本 年季、小林 広昌、竹本 光一郎、安部 洋

- 【背景】** 近年、振戦の患者を対象に集束超音波 (Focused Ultrasound: FUS) 治療が普及している。FUS治療は穿頭を伴わない効果的な治療ではあるが、術後残存した振戦に対する治療方法は確立していない。
- 【症例報告】** 69歳男性。67歳時に両手の震え及び書字障害を認め、近医で本態性振戦と診断された。薬物抵抗性であったため、発症より約12ヶ月後に他院で右上肢振戦に対するFUS治療を施行された。術直後は、右上肢振戦は消失していたが、「パソコンのキーボードが打てない」「書字が不器用になった」という訴えがあり、FUSから約半年で当科へ紹介となった。当科初診時、右上肢の振戦は十分改善していたことから、FUS術後の巧緻運動障害の可能性を疑った。しかしながら、軽度の右上肢遠位側の振戦が残存していたため、左視床をターゲットとした刺激電極植え込みによる試験刺激した上で、二期的に恒久的な刺激装置の植え込みを決定する方針とした。脳深部刺激電極の挿入中に振戦は改善し、術後翌日に刺激を開始すると書字症状も著明な改善を認めたことから刺激電極挿入より1週間後に刺激装置植え込みを施行した。
- 【結語】** 今回我々はFUS後に残存した軽度の上肢振戦に対しDBS治療を追加することで振戦症状の改善を認め、満足度の高い治療効果を得ることができた一例を経験した。FUS後の残存症状に対する治療戦略について文献的考察を加え報告する。

## D5. 訪問診療利用者の肺炎発症に寄与する因子についての検討

- 1) 福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室
  - 2) 福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野
- 木村 翔一<sup>1) 2)</sup>、坂田 俊文<sup>1)</sup>

- 【目的】** 本研究の目的は、訪問診療利用者における肺炎発症の予測因子を嚥下内視鏡検査(VE)の結果を交えて検討することである。
- 【対象と方法】** 誤嚥が疑われ嚥下診療依頼のあった88名を対象とし、全例にVEを施行した。
- 【結果】** 追跡期間中、19名が肺炎を発症した。肺炎発症の要因について単変量ロジスティック回帰分析を行ったところ、介護度、HDS-R、肺炎の既往、血清アルブミン値、MASA、兵頭スコアが有意に関連した(p<0.05)。また、嚥下内視鏡スコアの4項目のうち、唾液貯留、声門閉鎖反射/咳嗽反射の惹起性、咽頭クリアランスが有意に肺炎発症に関連した(p<0.05)。
- 【考察】** 訪問診療利用者の肺炎発症には、嚥下機能だけでなく、肺炎の既往、介護度、認知機能、栄養状態も重要であり、これらの因子を踏まえて肺炎予防に努めていくべきである。

## D6. 成人における頭頸部原発横紋筋肉腫の臨床的特徴と治療成績に関する多施設共同研究

- 1) 九州大学病院血液・腫瘍・心血管内科、2) 浜の町病院腫瘍内科
  - 3) 九州がんセンター消化管・腫瘍内科、4) 九州大学大学院医学研究院耳鼻咽喉科学分野
  - 5) 九州大学大学院医学研究院臨床放射線科学分野
  - 6) 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学
  - 7) 九州大学大学院医学研究院病態修復内科学
  - 8) 九州大学大学院医学研究院社会環境医学講座連携社会医学分野
- 土橋 賢司<sup>1)</sup>、伊東 守<sup>1)</sup>、在田 修二<sup>1)</sup>、草場 仁志<sup>2)</sup>、薦田 正人<sup>3)</sup>  
江崎 泰斗<sup>3)</sup>、松尾 美央子<sup>4)</sup>、吉武 忠正<sup>5)</sup>、小田 義直<sup>6)</sup>、赤司 浩一<sup>7)</sup>  
馬場 英司<sup>8)</sup>

- 【背景】** 横紋筋肉腫は小児に多いが成人にも発症し、頭頸部は好発部位である。しかし、本邦における成人の頭頸部原発横紋筋肉腫の臨床的特徴、治療成績の報告は乏しく、不明な点が多い。
- 【方法】** 当院・関連施設で過去14年に治療を受けた18歳以上の患者について検討した。
- 【結果】** 対象は女性7名、男性4名の11名で、平均年齢38歳(範囲25～63歳)だった。初発症状(重複あり)は、鼻出血5名、鼻閉、鼻汁、嗅覚異常、眼球突出、流涙、耳閉感、開口障害、頭痛、頸部のしこりが1名ずつだった。組織型は、胞巣型10名、紡錘型1名で、4名が診断時に遠隔転移を有していた。化学療法を11名、放射線治療を9名に施行した。無増悪生存期間中央値は14.2か月(95%信頼区間 6.0-25.8か月)、全生存期間中央値は40.8か月(95%信頼区間 12.1か月-未到達)だった。
- 【結語】** 成人頭頸部原発横紋筋肉腫は鼻関連症状による発症が多い。集学的治療により予後の改善が期待し得る。

## D 7 (研修医). 当院におけるDelayed appendectomyの検討

1) 戸畑共立病院外科、2) 久留米大学病院外科

○芳中 陽葉<sup>1)</sup>、室屋 大輔<sup>2)</sup>

**【背景】** 近年、急性虫垂炎に対する保存的治療およびInterval appendectomy (IA) の適応が拡大しているが非奏功例や入院期間延長の問題がある。欧米では保存的治療先行し、治療効果に乏しい場合に手術するDelayed appendectomy (DA) の概念が報告されている。

**【対象と方法】** 当院において、2013年から2022年の間に急性虫垂炎に対する保存的治療を行った症例において、DA群とIA群を後方視的に比較検討した。

**【結果と考察】** 保存的治療を施行した60例中49例で完遂できた (IA群は23例) が、11例は非奏効で手術を施行していた。そのうち保存的治療期間が48時間以内であったDA群は9例であった。DAおよびIAの両群間において術後合併症率に差は認めなかった。保存的治療を選択することで時間外の緊急手術を回避でき、医療環境面での恩恵を得ることができる。さらに、48時間以内に治療効果判定を行い、非奏功が予想される症例はDAへの移行を考慮すべきであると考えられた。

## D 8 (研修医). 無症状の間質性肺疾患に対する抗線維化薬早期介入の治療成績

1) NHO九州医療センター呼吸器内科

2) 久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科

3) NHO九州医療センター血液内科

○石原 裕基<sup>1)</sup>、岡元 昌樹<sup>1) 2)</sup>、西井 裕哉<sup>1) 2)</sup>、岩崎 浩巳<sup>3)</sup>

**【目的】** 間質性肺疾患 (ILD) に対する抗線維化薬早期介入の必要性が高まっているが、無症状の患者では、専門医紹介の同意がしばしば困難である。今回、無症状ILDに対する治療の有効性、軽症例の予後因子を解析した。

**【方法】** 無症状例における治療効果比較では、ILDニンテダニブ投与例 73例 (コホートA)、軽症例の予後因子解析ではGAPステージ1以下のILD 82例 (コホートB) を対象として、1年間の進行性肺線維化頻度を解析した。

**【結果、考察】** コホートAでは、無症状例では有症状例よりも治療開始後の進行性肺線維化が低頻度 (18% vs 52%)、呼吸機能低下速度が遅かったが、治療継続期間 (忍容性) は同等。コホートBでは、6分間歩行試験後のSpO<sub>2</sub>低下が進行性肺線維化の独立リスク因子であった。

**【結論】** ILDは無症状でも専門医への紹介、治療介入を考慮すべきであり、6分間歩行試験は治療適応判定の鍵となり得る。

## D 9 (研修医). DA-Impella5.5から植込型VADに至った広範前壁MIの一例

1) 久留米大学病院臨床研修センター

2) 久留米大学外科学講座心臓血管外科部門

○野村 政爾<sup>1)</sup>、高木 数実<sup>2)</sup>

**【目的または背景】** 近年の急速な機械的補助循環(MCS)の発展と長期在宅植込型補助人工心臓(VAD)治療の保険収載によって、今後、地域医療がVADを含む重症心不全治療に果たす役割は大きくなると考えられる。最新のMCS管理からVAD治療に至った症例を通して、重症心不全治療の知見を共有する。

**【症例】** 糖尿病治療中の60歳男性

**【経過】** 近医から急性広範前壁心筋梗塞による心停止に対し当院搬送となりV/A ECMOを用いた蘇生が行われ、経皮的補助循環カテーテル(Impella)挿入と経皮的冠動脈形成が行われるも心機能改善せず、第10病日当科にて長期耐久性のあるImpella5.5へアップグレードした。最終的に心移植登録となり、第59病日にVAD装着を行った。

**【結語】** MCSの発展は従来救命困難であった重症心不全の予後を改善させる可能性がある。地域医療全体での重症心不全治療に対する啓発が重要だと考えられる。

## 医学部生 Session

座長 産業医科大学整形外科学講座准教授 鈴木 仁 士

### 医 1. 抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎における予後因子の検討

- 1) 久留米大学医学部 5 年
- 2) 久留米大学医学部地域医療連携講座
- 3) 久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門

○松村 晶子<sup>1)</sup>、富永 正樹<sup>2)</sup>、杉 鈴奈<sup>3)</sup>、岩永 恵理那<sup>3)</sup>、蓮尾 友里<sup>3)</sup>  
海江田 信二郎<sup>3)</sup>、井田 弘明<sup>3)</sup>、星野 友昭<sup>3)</sup>

- 【目的】** 抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎 (MDA5-DM) において、予後予測因子がないか検討する。
- 【方法】** 2008年から2021年の間に久留米大学で経験したMDA5-DM 34例 (生存群20例、死亡群14例) において、受診までの期間、治療開始までの期間、筋炎の種類、年齢、MCKスコア、画像、症状や治療内容、また初診時から12週までの血清 (KL-6、LDH、CRP、ALB、CPK) データを後方視的に検討した。
- 【結果】** 平均年齢は死亡群で有意に高く (47.6:61.8歳)、受診までの期間は110:34.9日と死亡群で短かった。死亡群では受診時に血清CRP高値 (0.52:1.99)、ALB低値 (3.23:2.63)、MCKスコア高値 (1.35:2.07) であった。また、死亡群では血清CRP値とLDH値が持続して高値であった。
- 【考察】** これまでMDA5-DMの予後予測因子として、初診時の血清フェリチン高値などが報告されているが、血清CRP値とLDH値の時間的経過は疾患活動性と比例しており、予後を予測できる可能性がある。
- 【結語】** MDA5-DMにおいて、血清CRP値とLDH値が持続して高い症例は予後が不良である。

### 医 2. 大腸癌術後の栄養評価指標 (PLR値：血小板/リンパ球比) は予後因子となりうるか？

久留米大学医学部 3 年

○横溝 歩果、大谷 さくら、茉原 朋恵

- 【背景】** 消化器癌において術前栄養指標が予後予測に有用という報告が増えているが、術後栄養指標の意義を検討した報告は少ない。そこでPLR値 (血小板/リンパ球比) に注目し、大腸癌術後予後予測に有用かを検討した。
- 【方法】** 当院で2016-2018年に根治手術を行った、Stage I-IIIの結腸直腸癌266例を対象とした。術後1ヶ月目のPLR値を算出し低値群と高値群の2群に分類、予後との関係について臨床病理所見とともに解析した。
- 【結果】** PLR低値群と高値群では臨床病理所見に有意差はなかった。生存期間についてCox比例ハザードモデルによる解析を行ったところ、単変量解析では75歳以上 (p=0.02)・リンパ節転移あり (0.001)・静脈侵襲あり (p=0.008)・蕈出あり (p=0.03)・高分化中分化以外 (p=0.04)・術後PLR高値 (p=0.03) が予後不良因子であり、多変量解析では75歳以上 (p=0.02)・リンパ節転移あり (p=0.046)・術後PLR高値 (p=0.02) が独立した予後不良因子となった。
- 【結語】** 術後1ヶ月目のPLR値は独立した予後不良因子であり、予後予測に有用である。

### 医 3. 糖尿病性神経障害と関連する臨床パラメータの探索

1) 久留米大学医学部 4 年

2) 久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門

○新本 智大<sup>1)</sup>、蓮澤 奈央<sup>2)</sup>、力武 純二郎<sup>2)</sup>、合原 水月<sup>2)</sup>、井口 志洋<sup>2)</sup>  
永山 綾子<sup>2)</sup>、本村 誠一<sup>2)</sup>、蘆田 健二<sup>2)</sup>、野村 政壽<sup>2)</sup>

- 【背景】** 糖尿病性神経障害は、糖尿病 3 大細小血管合併症の中で最も早期に発症し、疼痛、感覚異常、自律神経調節障害などにより QOL 低下の原因となる。今回、久留米大学病院糖尿病患者データベースをもとに、糖尿病性神経障害と関連する因子の横断解析を行った。
- 【方法と対象】** 久留米大学病院における 787 名の糖尿病患者データベースから、神経障害の自覚症状、振動覚低下、腱反射低下、CVR-R 低下の有無について、患者生活歴、身体所見、検査データの各項目との単変量および多変量ロジスティック分析、重回帰分析、カイ 2 乗検定を行った。
- 【結果】** 腱反射、振動覚、安静時 CVR-R、神経障害自覚症状の異常は 4 項目全て、腎症、FT4 と関連し、3 項目は臥位収縮期血圧、ABI とも関連した。
- 【考察】** 喫煙・腎症・年齢等既知のリスク因子の他、臥位収縮期高血圧や FT4 低値と糖尿病性神経障害の関連が明らかになった。糖尿病性神経障害には多角的な予防的介入が重要であると考えられた。

### 医 4. 肝細胞癌における Transferrin receptor 発現の臨床的意義とフェロトーシス誘導薬との関連

1) 九州大学医学部 4 年

2) 九州大学大学院医学研究院消化器・総合外科分野 (九州大学病院第二外科)

○廣松 真季<sup>1)</sup>、利田 賢哉<sup>2)</sup>、伊藤 心二<sup>2)</sup>、吉住 朋晴<sup>2)</sup>

- 【目的】** Transferrin receptor (TFR) は細胞内への鉄輸送を担い、鉄依存性に過酸化脂質の蓄積で引き起こされる細胞死であるフェロトーシス関連マーカーとして知られる。しかし、肝細胞癌における TFR 発現とフェロトーシスとの関連については明らかにされていない。
- 【結果】** 肝細胞癌切除検体を用いて、免疫組織化学染色を施行した。TFR 高発現群では全生存率、無再発生存期間で有意に予後が不良であり、特に無再発生存期間の多変量解析で TFR が独立した予後因子であった。また細胞実験において、活性酸素産生による細胞死を誘導するアルテスネイト、レンバチニブ、ソラフェニブを肝細胞癌細胞株に投与するとフェロトーシスが誘導されたが、TFR の遺伝子をノックダウンした細胞株ではフェロトーシスが有意に抑制された。
- 【考察】** TFR 高発現は肝細胞癌の予後不良因子であるが、フェロトーシス誘導剤に対する感受性を高める。

## 医5. ネズミマラリア原虫によるコラーゲン誘発性関節炎抑制における サイトカイン及び抗体の動態

1) 産業医科大学医学部3年

2) 産業医科大学医学部免疫学・寄生虫学

○太田 拓馬<sup>1)</sup>、清水 少一<sup>2)</sup>、長田 良雄<sup>2)</sup>

- 【背景】** マラリア原虫の宿主免疫修飾作用は抗マラリア免疫の確立を妨げ、合併症の原因となることが知られている。同作用は免疫疾患に有益な面もあり、我々はネズミマラリア原虫(Py)が関節リウマチのモデルであるコラーゲン誘導関節炎(CIA)を抑制することを報告した。本研究は、免疫因子の経時的变化を捉えることで、CIA抑制因子の特定することを目的とした。
- 【方法と材料】** DBA/1マウスにウシII型コラーゲンを免疫し、感染群にはPyを感染させ、1週間毎に関節炎評価およびサンプリングを行った。CD3刺激下の脾細胞培養上清のサイトカインおよび血清抗コラーゲンIgG抗体価をELISA法で測定した。
- 【結果および考察】** 感染群では対照群に比べてCIA抑制に連動したIL-27、IL-4やIgGの変化を認め、これらのCIA抑制への関与が示唆された。
- 【結語】** PyによるCIA抑制には発症前に変動した因子が関与する可能性がある。抑制機構の全容が解明されれば、免疫疾患治療の新戦略として期待される。

## 医6. 災害拠点病院における職員の健康確保施策に関する BCP良好事例のインターネット調査

1) 産業医科大学医学部3年

2) 産業医科大学産業生態科学研究所災害産業保健センター

○宮崎 柊人<sup>1)</sup>、立石 清一郎<sup>2)</sup>、五十嵐 侑<sup>2)</sup>

- 【背景】** 災害時には医療機関は継続的に医療提供を果たす必要があり、そのためには発災から中長期的に職員の健康確保を行うことが不可欠である。しかし、災害拠点病院の業務継続計画(Business Continuity Plan; BCP)において、職員の健康確保に関する記載が実際にどの程度あるかは不明である。
- 【方法と対象】** 災害拠点病院に指定されている全国770の病院のホームページ上に直接リンクが掲載されているBCP及び良好事例を調査した。
- 【結果および考察】** 20のBCPが収集でき、病院職員の健康確保について記載してあるものは10であった。良好事例として、指揮命令系統や宿泊環境の整備について詳細に記載しているものがあった。BCPに健康確保の記載をすることで、職員の安全性が高まり、災害時の労働生産性の向上および、医療提供機能の維持に資すると考えられる。
- 【結語】** 南海トラフ巨大地震など将来の災害発生に備えて、病院職員の健康確保をBCPに盛り込むことが望まれる。

## 医7. X染色体顕性低リン血症性くる病 (XLH) の遺伝学的検討

1) 福岡大学医学部4年

2) 福岡大学医学部内分泌・糖尿病内科学講座

○巻幡 健介<sup>1)</sup>、高士 祐一<sup>2)</sup>、豊川 恭子<sup>2)</sup>、山本 真悠子<sup>2)</sup>  
牟田 芳実<sup>2)</sup>、横溝 久<sup>2)</sup>、川浪 大治<sup>2)</sup>

- 【背景】** X染色体顕性低リン血症性くる病 (XLH) は、*PHEX* 遺伝子変異によって惹起される遺伝性疾患である。*PHEX* 遺伝子における変異は多様であり、しばしば遺伝学的診断に難渋する。
- 【方法】** 臨床的にXLHを疑った4例のgDNAおよびmRNAレベルでのダイレクトシーケンスを行った。
- 【結果】** 症例1・2：50歳台女性と20歳台男性の親子例。gDNAレベルのダイレクトシーケンスにより、両者に共通するエクソン15上のミスセンス変異が明らかとなった。症例3：30歳台女性。mRNAレベルでエクソン12のスキッピングが判明した。症例4：50歳台男性。mRNAレベルでエクソン16-20のスキッピングが明らかとなった。gDNAレベルでは変異を認めなかったが、のちに行ったパネル検査では、エクソン16-20のコピー数の増加が示唆される結果であった。
- 【結論】** *PHEX* 遺伝子変異は多様であり、XLHの診断には、ダイレクトシーケンスやパネル検査の結果を総合的に判断する必要がある。





# シンポジウム

テーマ

「地域医療の中での大学病院の在り方」



# 「先端医療と健康社会の実現に向けた九州大学病院の取り組み」



九州大学  
病院長  
中村 雅史

令和6年2月4日

## 先端医療と健康社会の実現に向けた九州大学病院の取り組み

～地域医療との関わりの観点で～

第16回福岡県医学会総会

九州大学病院  
KYUSHU UNIVERSITY HOSPITAL

このような機会を与えていただき、ありがとうございます。

早速ですが、私の発表をさせていただきたいと思えます。先端医療と健康社会の実現に向けた九州大学病院の取り組みについて、地域医療のかかわりの観点からお話しさせていただきたいと思えます。

本日の内容

1. 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等
2. 地域への高度医療の提供
3. 地域における希少疾患拠点としての役割
4. 新型コロナウイルス感染症への対応
5. その他の大規模災害への対応
6. 連携機関登録制度の再開
7. 医師の働き方改革への取り組み状況
8. 別府病院再開発
9. 九州大学病院基金の創設

1. 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等

- ◆診療科数：医科37科 歯科4科
- ◆中央診療施設等数：中央診療施設23 院内措置施設13
- ◆病床数：1,267床
- ◆職員数（令和5年5月現在）

区分	医師	看護師	医療技術職員	事務職員	合計
常勤	432 (132)	1,238	333	228	2,231
非常勤	492	25	66	301	884
合計	924	1,263	399	529	3,115

※( ) 書きは研究機関所属の臨床系教員数(内数)

- ◆令和4年度1日平均外来患者数:3,137名
- ◆令和4年度1日平均入院患者数:1,020名
- ◆令和4年度年間手術件数:11,654件

施設概要

事項	南棟	北棟	外来診療棟
規模	地上11階 地下1階 高さ96m	地上11階 地下1階 高さ96m	地上3階 地下1階 高さ21.7m
延べ床面積	約33,500㎡	約33,370㎡	約21,000㎡
構造	鉄骨鉄筋 コンクリート構造 (免震構造)	鉄骨鉄筋 コンクリート構造 (免震構造)	鉄骨鉄筋 コンクリート構造 (免震構造)
工事期間	平成22年2月～ 平成23年10月	平成24年9月～ 平成27年10月	平成22年11月～ 平成23年4月
病床数	約400床	約400床	—

九州大学病院の概要はこのスライドの様になっております。診療科数が41、病床数が1,267、職員が約3,100名と、国立大学では最大規模の病院となっております。1日の外来患者数は3,000名、入院患者が1,000名、年間の手術件数が、1万2,000例ぐらいとなっています。

1. 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等

法令による指定機関	指定年月日	法令による指定機関	指定年月日
特定機能病院	平成7年4月1日	臨床研修指定病院	昭和63年3月29日
災害拠点病院	平成8年12月27日	結核予防法医療機関	平成15年10月1日
救命救急センター	平成18年8月1日	精神通院医療	平成19年2月1日
更生医療・育成医療	平成19年3月1日	都道府県がん診療連携拠点病院	平成20年2月8日
福岡県総合産産期母子医療センター	平成20年3月18日	小児がん拠点病院	平成25年2月8日
小児救命救急センター	平成25年5月1日	難病の患者に対する指定医療機関	平成27年1月1日
指定小児慢性特定疾病医療機関	平成27年1月1日	臨床教授等指定病院	平成27年1月9日
造血幹細胞移植推進拠点病院	平成27年8月7日	がんゲノム医療中核拠点病院	平成30年3月30日
臨床中核拠点病院	平成28年1月27日	原子力災害拠点病院	平成30年3月30日
難病診療連携拠点病院	令和元年12月1日	福岡県てんかん支援拠点病院	令和5年1月23日

また、こちらに示しましたように、当院は複数の拠点病院として指定を受けています。また、後ほど説明させていただきますが、希少疾患の類いについては、幾つかの疾患で行き場のない患者さんを受け入れる、県内で唯一の拠点病院として指定されています。

1. 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等

## Newsweek World's Best Hospitals 2023

### 世界ランキング 68位

No.1 Mayo Clinic - Rochester(US)  
No.2 Cleveland Clinic(US)  
No.3 Massachusetts General Hospital(US)

### 日本ランキング 4位

No.1 東京大学医学部附属病院  
No.2 聖路加国際病院  
No.3 亀田メディカルセンター ※国立大学病院としては、東京大学病院に次いで2位

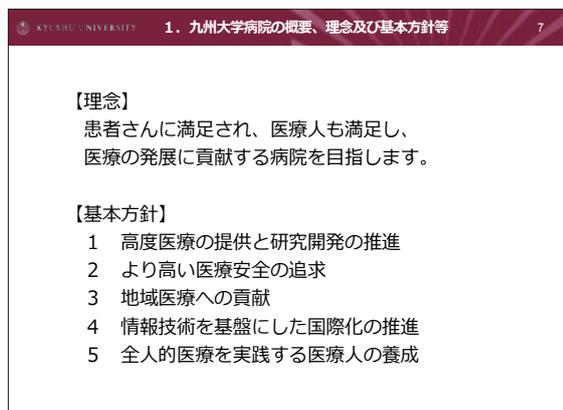
Recommendation from medical professionals | Patient satisfaction survey | Hospital quality index etc.

こちらはニューズウィークが毎年発表しているワールド・ベスト・ホスピタルのランキング

です。最新の2023年版で当院は世界の250病院のうちの第68位、国内では4位、国立大学病院では残念ながら東京大学病院に次いで2位という高評価をいただいております。



そして、昨年12月に欧州品質研究協会からクオリティー・アチーブメント・アワーズ2023を受賞しています。この賞は、世界各国において品質管理に関し、改善に向けた優れた成果を挙げた組織を表彰するものです。今回、世界41か国、49団体が表彰されました。医療の安全と質を担保しつつ、先進的な医療の実践に向けて取り組む当院の活動が高く評価されたものと受け止めております。この写真はドバイでの表彰式の様子です。



九州大学病院の理念と基本方針です。当院では、このような理念、基本方針の下、職員一丸となって様々な取組を行っております。

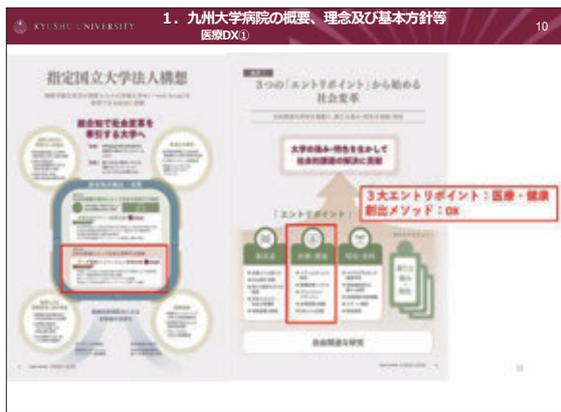


理念の達成に向け、当院で策定している中長期計画がこちらになります。



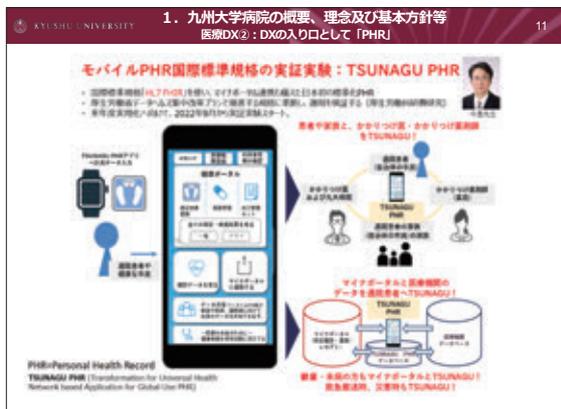
本日は石橋総長にも来ていただいておりますが、九州大学病院全体の取組を少しだけ紹介したいと思います。というのも、九州大学病院は九州大学の一員であり、地域貢献するとともに九州大学の発展にも貢献する責務がありますので、どうしても九州大学病院全体の取組が九州大学の方向性に大きく影響を与えるというか、それに沿って動かないといけないということで、こちらの取組を紹介させていただきたいと思っております。

九州大学は2021年に指定国立大学法人の指定を受けております。指定国立大学法人とは、教育、研究や社会との連携、国際協働などの点で世界最高レベルでの活動の展開が見込まれる国立大学法人を文部科学省が指定したものです。これまで、九州大学を含むこちらの10法人が指定を受けております。



こちらに九州大学病院の指定国立大学構想を示しています。こちらの右端にありますように、社会的課題に大学として取り組む際にどのような課題について取り組むかというものが三つありますが、この中の医療・健康が九州大学病院の取り組むべきポイントだろうと考えています。

その方法としては、こちらの左手のほうにあります創出メソッドとしてのDX——デジタルトランスフォーメーション、こういうのをいえることによって医療・健康の創出に九州大学病院としてかかわっていくというのが一つの方向です。



この医療DXによる患者主体医療の実現には、患者さんが持つスマホのPHRアプリがかぎになると言われております。PHRとはPersonal Health Record、つまり自己健康管理アプリのことであり、現在、標準化が進められています。九州大学病院は、いち早く国際標準規格を用いて、政府が進める全国医療情報プラットフォームを想定して、電子カルテとPHRをつなぐ実証研究を福岡市と共同で進めています。患者さんの日常の環境データやバイタルサインなどが記録でき、また、病院の検査結果やお薬手帳なども迅速に患者さんが閲覧することが可能です。

昨年末ぐらいから実際に患者さん向けスマホアプリの運用が開始されていて、これで外来や入院の予約、支払い、そして自分のデータを見たり、将来的には関連病院とのデータ共有につながるかと考えております。

医療において一番トラブルが多いのは個人情報です。最近、医療における個人情報の流出が非常に問題になっておりますが、これで一番件数が多いのはファクス誤送信です。DXを進めることで九州大学病院では、近いうちにファクスを全てなくしてDXに移行しようと考えています。関連病院との間も、こういうものを通じて患者情報を交換することにより、個人情報の流出に絶大な効果を発揮するのではないかと考えております。



医療は今後、超精密医療に向かうとされています。従来の先進医療では臨床情報を用いていますが、これに加えてゲノムやオミクス情報も加えた個性の高い医療のことです。既ががん領域ではゲノム医療で保険診療が始まっており、今後はさらに、患者さんのスマホなどを用いて患者の関係や行動情報を使う、超精密医療の実現まで視野に入れて研究を進めています。研究自体は医学部研究院で行われると思いますが、その情報の提供、そしてこういう情報のインフラ構築が大学病院としての責務だと考えています。

1. 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等  
医療DX④：実現した「超精密医療」を個人にフィードバック

13

医療DXにより、Digital Partnerを誰もが持つ時代が来る

自分だけのDigital Partner  
 聞きたいときに、正確なデータに基づき、個人に最適な情報として、勉強、仕事、食事、運動、趣味、思考、旅行、通勤に生活すべてにわたる個人の健康やWell-Beingに必要なこと(行動、マインド、習慣、対応法)を教えてくれる。医学や医療サービスと整合性が合うことが重要

使えば使うほど、Digital Partnerはどんどん賢くなる

個々のスタイルに合わせた健康な人生をデザインし、Well-Beingを達成する

そして、実現された超精密医療を個人へフィードバックすることも考えております。医療DXによって約10年後ぐらいに市民の誰もが健康医療のデジタルパートナーを持つ時代が来ることを期待しています。つまり、聞きたいときに正確なデータに基づき個人に最適な情報として、勉強、仕事など生活全てにわたり個人の健康——ウェルビーイングに必要なことを勧め、リマインドなどをしてくれる、いわゆるここに書いてありますデジタルの各々に対する守護神、もしくは執事みたいなものにソフトが成長していくことを考えています。

1. 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等  
医療DX⑤：DXデータベースを産学連携へ活用

14

次世代医療基盤法を用いた医療DX 産学連携(九州大学-トライアル-企業) 体制

産業競争力確保と持続的健康長寿社会を同時に実現

九州大学病院  
 九州大学/九州工業大学  
 LHS(学習するヘルスシステム)実装/AI化  
 データ解析研究  
 産業利用とビジネスデザイン(スタートアップ・ベンチャー)  
 社会デザインと実証

電子カルテデータ → 匿名加工データ → 認定機関 → 次世代医療基盤法(国の)導入に個人情報を活用します。

Life Care Tech Consortium  
 TRIAL 産学連携 MD-Link  
 共同研究  
 Aichi, 福岡県, 伊藤園, h&tc, Calbee, 電研グループ, SUITORY, 東洋フーズ, PALTAC, 三井物産, 三菱電機

購買ID-POS  
 ビジネス連携の医療機関

このDXデータベースは、現在、新しい法律ができて、このようなものを用いて新しい産業を構築することも認められておりますので、九州大学病院、そして九州大学医学研究院、九州大学全体でそのような新しい医学の創出、そして患者さんのウェルビーイングの向上、それに加えて新しい産業の創出、そういうものも視野に入れて活動しているところです。

1. 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等  
外科の統合

15

- ・ 外科学の黎明期: 守備範囲が広がった。～複数のメジャー外科体制
  - ・ 含む＝整形外科、脳外科、心臓外科、麻酔科、形成外科、etc...
- ・ 今日の外科学: 専門化・細分化が進行。同一疾患・同一アウトカムが求められる。細分化によりクルート・教育上の課題も浮上している。
- ・ 九大病院の決断: 2つのメジャー外科による病院診療科の共同運営。

九大大学院講座  
 九大病院  
 □第一外科  
 □第二外科  
 呼吸器外科  
 乳腺外科  
 消化管外科

次は、九州大学病院の今行っている基本的な施策の一つである、診療科の統合についてお話しします。九州大学病院の外科には第一外科と第二外科がありまして、おのおの診療する科が重複しており、患者さんにとって非常に分かりにくい状況でした。

1. 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等  
外科の統合

16

呼吸器外科  
 乳腺外科  
 消化管外科

1. 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等  
外科の統合

17

呼吸器外科キックオフミーティング

これを総合して今、呼吸器外科、乳腺外科が発足しておりまして、そして消化管外科も来年度に発足する予定です。これによって外部や患者さんから見ても分かりやすい診療科とすることで、より地域の医療に貢献していけると考えています。

本日の内容

- 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等
- 地域への高度医療の提供
- 地域における希少疾患拠点としての役割
- 新型コロナウイルス感染症への対応
- その他の大規模災害への対応
- 連携機関登録制度の再開
- 医師の働き方改革への取り組み状況
- 別府病院再開
- 九州大学病院基金の創設

次に、地域への高度医療の提供についてです。地域医療の貢献というお題を本日までいただいておりますが、本来、九州大学病院の一番の役割は高度医療の提供ですので、地域における高度医療の提供は九州大学病院が行う最も大きな地域への貢献だと考えています。そして、世界中で行われている高度医療を福岡もしくは九州、西日本で提供できることが、九州大学病院の存在意義だと考えています。

2. 地域への高度医療の提供  
移植手術

名称	FGU	合計									
腎臓移植手術(生体移植)	1	3	35	7	0	9	16	1	0	1	73
腎臓移植手術(臓体移植)	29	41	9	0	12	0	3	0	0	0	92
肝臓移植手術(生体移植)	6	0	66	8	21	7	28	0	0	0	126
肝臓移植手術(臓体移植)	24	4	3	3	2	0	0	0	0	0	36
肺移植手術	24	0	19	5	3	0	0	0	0	0	42
心臓移植手術	5	0	7	0	3	2	11	0	0	0	28

呼吸器外科を設立し、全臓器移植可能な施設を目指す

その高度医療の代表的なものの一つが移植です。こちらは移植手術に関する資料です。九州大学病院の手術件数は令和3年度が137件、令和元年は138件と、全国トップの実績を誇っております。特にコロナ禍においては全国の大学における移植は大きく減少しましたが、九州大学病院は何も考えずにとにかく、日々同じように移植を行ったことで、ほぼ全ての臓器移植において全国でトップの件数になりました。ただ、実は肺移植だけは行っておらず、肺移植を行えないと心肺移植も行えないということでしたが、今後、先ほど申し上げました呼吸器外科の発足を機に、10年ぐらいの視野で肺移植も実施したいと考えております。それによって全臓器の移植が可能な施設を目指したいと考えて

います。

2. 地域への高度医療の提供  
ヒト(同種) iPS細胞由来心筋細胞シート移植術

ヒトiPS細胞由来心筋細胞シートとは

- 京都大学iPS細胞研究所 (山中伸弥 教授)
- 大阪大学心臓血管外科 (澤芳樹 元教授)

共同研究により開発され臨床試験中

九州大学病院で2023年1月16日に、九州初となるヒト(同種) iPS細胞由来心筋細胞シート移植術を実施。

当院、また、地域高度医療の一例ですが、昨年、ニュースでも取り上げていただいたように、九州初となる人iPS細胞由来の心筋細胞シート移植を実施しております。iPS細胞由来心筋細胞シートというのは、京都大学の山中先生、大阪大学の澤教授との共同研究により開発されたものです。iPSを大量培養して、分化誘導したものをシート状に加工して、これを移植します。

移植術では、重症心不全の50代の患者さんの心臓に細胞シートを貼りつけて、手術後、順調にリハビリも進み、この移植された方が去年の終わりごろに再来されていましたが、以前に比べて非常に調子がいいと。もともとトラックの運転手の方で、仕事をリタイアしていましたが復帰したという話をお聞きしています。

2. 地域への高度医療の提供  
ロボット手術

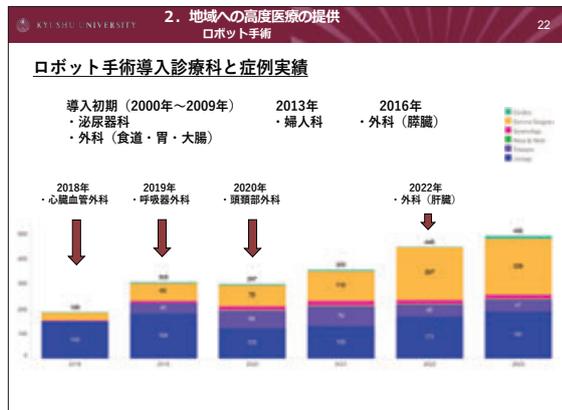
ダヴィンチシステム導入状況

2000年 2012年 2014年 2019年

※2000年に九州大学病院と慶應大学病院が日本で初めて導入

次はロボット手術です。高度医療の提供の一つがロボット手術ということですが、ロボット手術は今や大学病院だけではなく、基幹病院等の多くの病院で導入されて行われていますが、このロボットシステム、最初はダヴィンチでしたが、これを日本で最初に導入したのが九州大学病院と慶應大学病院です。それから、2012年にダヴィンチS、2014年にダヴィンチSi、現在

は最上位機種であるXiを2台導入し、稼働率が100%ぐらいということで、既に飽和状態になっているので、3台目、4台目を考えなければいけない状況です。



ロボット手術導入診療科と症例実績です。導入初期の2000年からその後、2009年までに泌尿器科、外科、消化器外科で導入し、その後、婦人科、膵臓領域で導入を進めています。初めて泌尿器科への診療科の術式が保険適用となった2018年以降、様々な領域、診療科でロボット手術が導入されています。

皆さんも御存じと思いますが、5年ぐらい前に一気に保険診療の適用が広がったことで、今や多くのロボット手術が行われており、そして、ダヴィンチの patents が切れたことで、国内をはじめ多くのロボットが一気に出てきています。外科領域ではまさに今、ロボットが最も花盛りとなっています。昨年、2023年には九州大学病院だけで年間約500例のロボット手術を行っています。

**1. 遠隔手術指導の実証実験**  
※リアルタイム遠隔手術支援システム (テレプロ) を用いた実証実験を実施 (2021年3月、7月)

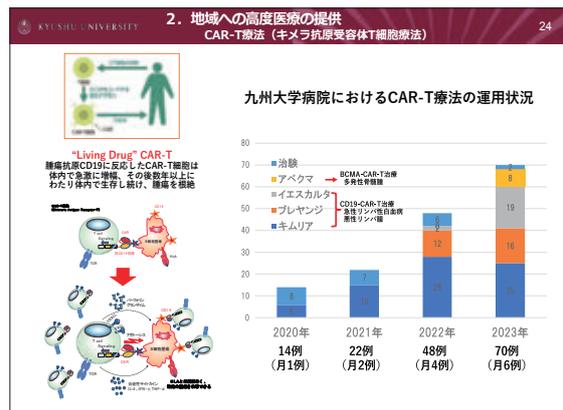
九州大学病院：指示を確認しながら手術を実施  
札幌医科大学附属病院：モニターに指示を書き込み

**2. 遠隔手術の実証実験**  
※ロボット手術支援システムMinotauriを用いて、九州大学病院と北海道大学病院の双方から遠隔操作を行う実証研究を実施 (2021年8月)

次に遠隔手術についてです。遠隔手術も、単に指導だけではなくて、この2、3年以内に本当に手術をすると思います。先日、外科学会で遠隔手術についての最終的な話し合いが行われま

したが、遠隔手術ロボット、ちょっとした過疎地ですね——そもそも過疎地にロボットがあるのかという問題はありますが、一応理念としては、エキスパートがいなくてもロボットがいて、エキスパートのところにもロボットがいて、それをつないで高度な医療を山間地等で行うということです。そこにロボットがあるのかという現実的な問題はありますが、いろいろなところで意外な有用性がある可能性があって、保険適用にもなっております。そのベースとなる実証実験を九州大学と札幌医大の間においてリアルタイムで行っております。

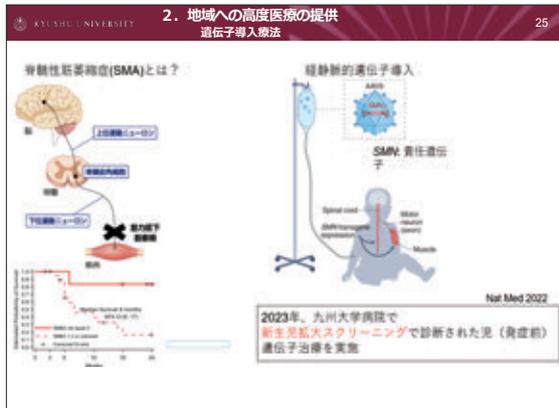
それがこちらの映像になりますが、2,000キロ離れた札幌医科大学医局へ転送して、このときは指導ですね、音声や映像で行っています。そして、2021年には北海道大学との間で実際に手術を行うという実験も行っています。九州と北海道の間でも問題なく手術が可能でした。これは当然、動物等を用いた実験です。



次はCAR-T細胞です。これは血液内科が日本においては最も早く始め、そして恐らく日本で最も多くの症例を手がけています。CAR-T細胞は、皆さん御存じと思いますが、患者さんからリンパ球を採取し、特定の抗原であるCARをコードする遺伝子を使い、患者さんの免疫細胞に遺伝子導入することで白血病の細胞に対するレセプターを発現させ、患者さんの免疫細胞で白血病を治療します。

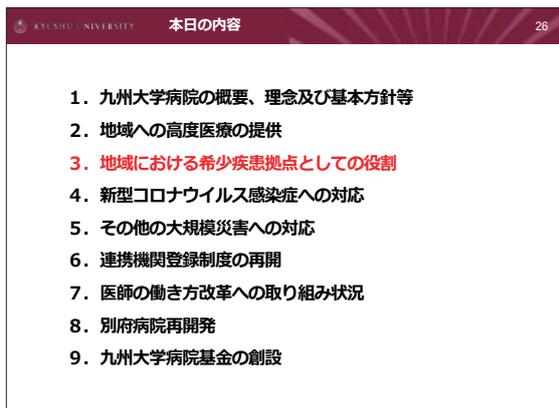
大きな問題は、1人に7,000万円から8,000万円かかることです。これはかなりキャッシュフローの大きい病院でしかできないというネックポイントがあります。当然ですが、最初から申し上げておりますように九州大学病院は規模が大きいので、多分、経済的なことを考えて、こ

れはどこもあまりしたがらないかもしれませんが、しかし、これは劇的に効くので、これを求めている患者さんはたくさんいるということで、九州大学病院はこのような治療も行っています。2023年には70という大変多くの症例を手がけています。



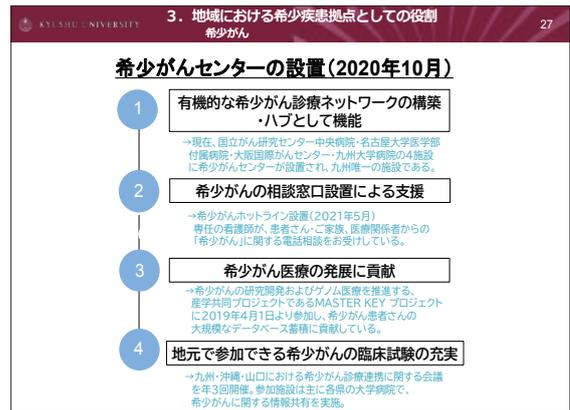
高額医療に関してですが、小児の筋萎縮症という先天性疾患の遺伝子治療も九州大学病院では始めています。これは、アデノウイルスのベクターを用いて、脊髄性筋萎縮症の患者さんに遺伝子導入するという治療、1人約1億7,000万円かかりますが、九州大学病院としてはせざるを得ないと。これは本当に一生に1回すれば筋萎縮する患者さんの人生が全く変わってしまいます。家族としても大きく運命を変えるような治療ですから、九州大学病院では行っています。

ということで、提供している代表的な高度医療について幾つか御紹介させていただきました。



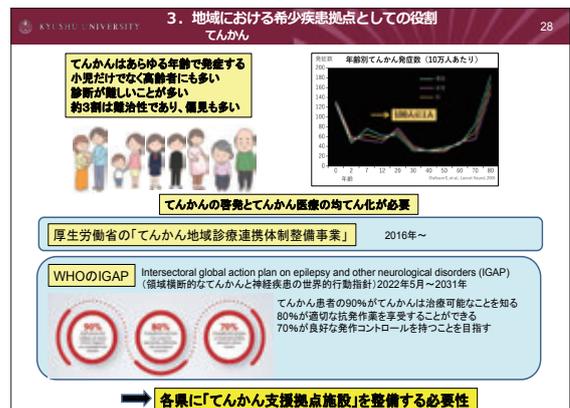
次に、地域における希少疾患拠点としての役割についてです。

九州大学病院は希少疾患への対応としまして、希少がんセンターを2020年10月に設置しました。



有機的な希少がん診療ネットワーク構築やハブとして機能する目的で設置されており、全国4施設あるうちのひとつとなります。そして、2021年5月にこのような希少がんホットラインも開設しました。がん看護の経験豊富な専任の看護師により電話相談を受けており、開設から現在までの2年半でおよそ400件の相談を受けています。

希少がんというのは、専門家も少ないですし治療法もあまりないということでスタンダードなものもなく、行き先がなく患者さんが非常に困っています。このような患者さんを支えるのも大きな役割の一つだろうと考えています。希少疾患のうちのがんを対象に希少がんセンターを設置したという話です。



また、これは希少疾患ではありませんけど、てんかんにおける拠点、てんかん地域診療連携体制整備事業というもので、てんかんの拠点病院としても活動しています。てんかんはあらゆる年齢で発症して、100人に1人が罹患するというので、全然希少ではありませんが、約3割の難治性で診療や治療の地域差が大きい、偏見も大きいということで、医療の均てん化が非常に求められています。そこで各県にこの拠点

があるわけですが、福岡は九州大学病院で受けてくださいということでしたので、このてんかん支援拠点病院も設置しております。

### 3. 地域における希少疾患拠点としての役割

#### てんかん

県は九州大学病院を2023年1月23日に「福岡県てんかん支援拠点病院」として指定

てんかん診療連携体制

連携総合病院 | てんかん支援拠点病院 (九州大学病院)

2022年4月～2023年3月

	小児科	成人科	合計
てんかん外来患者数(年総数)※	65	120	185
てんかん外来患者数(1日あたり平均)※	12	22	34
てんかん入院患者数(年総数)※	87	49	136
てんかん入院患者数(1日あたり平均)※	4	4	8
電子脳波モニタリング施行患者数(年総数)	23	50	73
電子脳波モニタリング施行回数を日数	49	163	212
電子脳波モニタリング施行回数を患者数(年総数)	9	4	13
院内搬送記録施行回数を日数	0	22	22

てんかん診療連携体制推進委員会  
連携総合病院(手術、公費負担、検査、処方、処方)、てんかん病棟、医師会、学校、警察(運転免許)

- てんかん診療に不可欠な、長時間ビデオ脳波記録、脳磁図、てんかん手術がすべて可能な県内で唯一の施設。
- てんかん診療支援コーディネーターを配し、福岡県内のてんかん患者さんを適切な診療につなげるための各診療科・各医療機関間の連携強化。
- 医療機関、福祉施設等の職員の専門性を高めるための研修。
- てんかん患者、家族、一般市民に対して、てんかん啓蒙のための研修会、市民公開講座。

福岡県内におけるてんかん診療連携体制の要として活動

てんかん診療に不可欠な長時間ビデオ脳波記録、脳磁図、その他いろいろなことができる唯一の施設ということで、てんかん診療支援コーディネーターを配置して連携強化を図っており、てんかんの啓蒙活動なども展開しています。

### 本日の内容

- 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等
- 地域への高度医療の提供
- 地域における希少疾患拠点としての役割
- 新型コロナウイルス感染症への対応
- その他の大規模災害への対応
- 連携機関登録制度の再開
- 医師の働き方改革への取り組み状況
- 別府病院再開発
- 九州大学病院基金の創設

次に、地域医療といえば昨今の大きなトピックとして新型コロナ感染症がありますので、これについても少しお話しさせていただきたいと思います。

### 4. 新型コロナウイルス感染症への対応

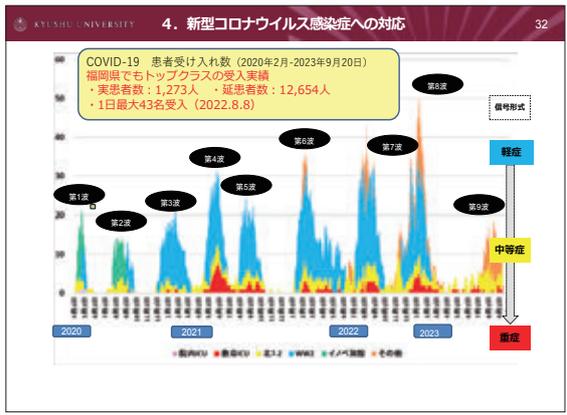
グローバル感染症センターを中心とした徹底した感染症対策による院内感染を阻止  
専用病床の新設による感染者の受け入れ  
病院本館(外來棟・北棟・南棟)と離れた場所にコロナウイルス感染症患者受け入れ専用病床を確保

今般2年5月1日開院  
今般2年8月8日開院  
今般2年9月7日開院

病院外來棟・北棟・南棟  
南棟3階・5階、北棟7階 コロナ対応病床

九州大学病院は、これは赤司前院長のときに行ったことですが、第1波のとき、より多くの

コロナ患者を受け入れる体制を検討し、整えてきました。こちらにありますように、北棟、南棟という一般病棟から少し離れた場所にウエストウイングというものがあります。精神科の病棟だったわけですが、幸い離れたところに病棟があったので、これの2階をコロナ専用病床として設置して患者さんを受け入れてきました。そして、イノベ別館という別棟にも病床がありましたので、こちらも適宜使いながらコロナに対応してきました。



これは受け入れ患者数を示したグラフです。2020年から2023年9月までの間の確定診断患者数は1,273人、入院患者数が1万2,654人、1日最大43人を受け入れました。

### 4. 新型コロナウイルス感染症への対応

#### ■医療機関・宿泊療養施設における診療協力

- ◆**宿泊療養施設への派遣**  
・福岡県医師会からの依頼に基づき、JMAT(日本医師会災害医療チーム)として、医師及び看護管理者を県内宿泊療養施設へ派遣
- ◆**大阪府(大阪コロナ重症センター)への看護師の派遣**  
・文部科学省からの依頼に基づき、集中治療部経験看護師5名を派遣
- ◆**(独)国立病院機構福岡病院への医師の派遣**  
・福岡県からの依頼に基づき、酸素投与ステーションにおける患者の健康観察、酸素投与のための医師(呼吸器科)を派遣
- ◆**宿泊療養施設勤務者への感染対策指導に係る看護師の派遣**  
・福岡県からの依頼に基づき、宿泊療養施設の医療従事者への感染対策指導及び、清掃業者への感染対策指導のための感染管理認定看護師を派遣

### 4. 新型コロナウイルス感染症への対応

#### ■ワクチン接種の普及に貢献

- ◆**大規模接種会場への医師・歯科医師の派遣(派遣人数:延べ約1,200人)**  
・中央ふ頭クルーズセンター  
・なみきスクエア  
・KITTE博多

#### ■地域の診療体制の維持に貢献

- ◆**県・市の関連会議に出席**  
・感染症専門医  
・救命救急医

#### ■福岡市立学校における感染対策強化へのサポート

- ◆**グローバル感染症センターによる取り組み**  
・学校において必要な日常の感染予防対策についての助言・指導  
・学校で感染症が発生した場合の休校や学校再開に向けた感染予防対策についての助言・指導

地域医療としては、ほかにこのような宿泊療養施設があります。これはいらっしやっている大学病院の方はほぼ全てされていると思いますが、このような協力もさせていただいています。当然、ワクチン接種、あと地域診療体制の維持ということで、県内の多くの病院に第一内科から感染症の専門医を臨時で派遣するというように、単に受け入れるだけではなく、地域の診療体制の維持にも貢献しております。

本日の内容

- 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等
- 地域への高度医療の提供
- 地域における希少疾患拠点としての役割
- 新型コロナウイルス感染症への対応
- 5. その他の大規模災害への対応**
- 連携機関登録制度の再開
- 医師の働き方改革への取り組み状況
- 別府病院再開発
- 九州大学病院基金の創設

5. その他の大規模災害への対応

救命救急センターを中心に、災害拠点病院として、重症・重篤な傷病者の受入及び広域医療搬送の支援、局地災害時の医療救護用の派遣という役割を担っている。

1. 災害拠点病院
  - 災害訓練の計画・実施
2. 原子力災害拠点病院
  - 福岡県と連携し原子力防災訓練を計画・実施

●R2.7 熊本県南陽市での支援活動 ●H30.7 西日本豪雨災害 広島県での支援活動

災害時派遣医療チーム (DMAT)

今後です。将来、多くの大規模災害が想定されています。南海トラフ地震などです。そのときに怖いのが原子力発電所による災害です。今回の能登半島地震でも現地に原子力施設があったということで一つ危惧されましたし、東日本大震災では福島で実際に災害が生じています。実は九州では2つの大きな原発が動いておりますので、そういうものへの対応も非常に重要です。九州大学病院は福岡県から災害拠点病院に指定されるとともに、原子力災害拠点病院の指針も受けており、そのようなことに関する活動を行っています。

5. その他の大規模災害への対応

福岡県の原子力災害医療体制

長崎大学 (2つの役割)

- ・高度被災者医療センター：九州大学病院で対応困難な被災者患者の診療
- ・総合支援センター：国からの連絡、医療チーム派遣調整、教育訓練

九州大学病院

- ・福岡県および原子力災害医療協力機関と協力して原子力災害医療を実践

県内7施設 (令和5年12月現在)

- ・北九州市立八幡病院
- ・(独)国立病院機構九州医療センター
- ・福岡大学病院
- ・久留米大学病院
- ・飯塚病院
- ・糸島医師会病院
- ・(公社)福岡県診療放射線技師会

こちらは原子力災害での医療体制になりますが、原子力災害病院としての指定を受けており、原子力災害が発生したとき医療的な中心として機能できるように、原子力災害医療マニュアルを作成しております。この中で、BCPが有効に機能するように福岡県との情報伝達や院内の指揮命令システムを整理しているところです。災害発生時には、こちらの図のように福岡県及び原子力災害医療協力機関として指定された施設と協力して原子力災害医療を実践する役割を担っていますが、これはぜひ起きないでほしいところです。

5. その他の大規模災害への対応

能登半島地震への本院DPAT及びDMATの派遣状況

	DPAT (災害派遣精神医療チーム)	DMAT (災害派遣医療チーム)
派遣期間	令和6年1月17日(水) ～1月22日(月)	令和6年1月22日(月) ～1月26日(金)
派遣者	・医師：1名 ・看護師：1名 ・臨床心理士：1名	・医師：1名 ・看護師：2名 ・薬剤師：1名
参集場所	石川県能登中部保健福祉センター (石川県七尾市府中町27-9)	穴水町保健福祉調整本部 (穴水町保健センター内) (石川県鳳珠郡穴水町字川島夕の38)
被災地までの移動方法等	福岡空港から小松空港まで飛行機で移動し、現地ではレンタカーで移動	
隊員の生活環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホテルに宿泊 (寝袋は持参)</li> <li>・食料、飲料水持参 (現地の確保が困難)</li> <li>・携帯用トイレ持参 (被災地移動中に使用できるトイレ無し)</li> </ul>	

その他の大規模災害への対応としては、能登半島地震へのDPAT—精神医療チームやDMATの派遣なども行っています。

39 本日の内容

- 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等
- 地域への高度医療の提供
- 地域における希少疾患拠点としての役割
- 新型コロナウイルス感染症への対応
- その他の大規模災害への対応
- 連携機関登録制度の再開**
- 医師の働き方改革への取り組み状況
- 別府病院再開発
- 九州大学病院基金の創設

そして、地域医療との関わりということで重要なのが、医療連携、病病連携、病診連携になると思いますが、この連携機関登録制度というものが再開されたことについてお話しさせていただきたいと思います。

40 6. 連携機関登録制度の再開

### 連携機関登録制度の再開について

■ 制度の目的

地域医療機関との更なる連携強化の一環として、地域医療機関と当院との連携の実績を明確に示すことで、患者さんに切れ目のない医療を安心して受けていただくための制度である。

関係機関との関係を強固なものにするため、令和2年度に一旦終了していた九州大学病院連携機関登録制度を再スタートしています。連携医療機関とのさらなる連携強化の一環として、地域医療機関と当院との連携の実績を明確に示すことで、患者さんに切れ目のない医療を安心して受けていただくことを目的としております。

41 6. 連携機関登録制度の再開

### 連携機関登録制度の再開について

■ 制度の概要

当院より送付する「九州大学病院連携機関登録証」を院内に掲示、もしくはHPやリーフレット等印刷物に九州大学病院連携機関の表記を行うことが可能となる。

また準備が出来次第、当院HPに連携機関登録機関を掲載予定。

当制度により九州大学病院連携機関登録証を院内に掲示して、九州大学病院連携機関の表記

を行うことが可能となっております。

42 6. 連携機関登録制度の再開

### 連携機関登録制度の再開について

■ 今後の展開

新たに制定した「九州大学病院連携機関登録制度に関する規程」に基づいて運用を行う。

現在は九州大学病院関連病院長会議の会員施設にのみ案内しているが、順次拡大を予定している。

今後の展開としては、現在、九州大学病院関連病院長会議の会員施設のみを案内していますが、順次拡大を予定しており先ほど出ましたPHRですね、DXを通じてFAX等をなくして、関連病院とワンカルテでその患者さんを診療できるようにすることを目指しています。

43 本日の内容

- 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等
- 地域への高度医療の提供
- 地域における希少疾患拠点としての役割
- 新型コロナウイルス感染症への対応
- その他の大規模災害への対応
- 連携機関登録制度の再開
- 医師の働き方改革への取り組み状況**
- 別府病院再開発
- 九州大学病院基金の創設

44 7. 医師の働き方改革への取り組み状況

### 1. 医師の働き方改革とは

◆これまでの良好な医師の勤務環境が、少子化に伴う医師の減少や、高齢化による医師の不足により、今後医療ニーズの増加や医療の高度化、少子化に伴う医師の減少が進行中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。

◆こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保する上で、国・自治体の医療政策を構築していく上で重要な要素である。

◆地域医療提供体制の改革や、各機関の専門性を活かして患者により良い医療を提供する「タスクシフト/シェア」の推進と併せて、医療機関における医師の働き方改革に取り組む必要がある。

■ 医師の働き方改革の目標

医師の勤務時間短縮、勤務時間の短縮による医師の健康確保、少子化に伴う医師の減少を補う。自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする。

■ 医師の働き方改革の目標

安全が確保された医療を持続可能な形で患者へ提供

### 2. 対策

医師の働き方改革の取り組み	時間外労働の上限規制と制度確保措置の活用 (2024.4~)	地域医療等の確保
<b>医師の勤務時間短縮</b> 医師の勤務時間短縮の推進 地域別・診療科別の勤務時間の短縮 国民の理解と協力に基づく柔軟な受診の推進	<b>勤務時間短縮</b> 勤務時間短縮の推進 勤務時間短縮の推進 勤務時間短縮の推進	<b>地域医療等の確保</b> 地域医療等の確保 地域医療等の確保 地域医療等の確保

次の医師の働き方改革です。実は九州大学病院は派遣型の病院ですので、こちらも非常に地域医療との関連が深い事項です。御存じのように医師の働き方改革は全ての医療機関で行わなくてはなりません。本院では医師の派遣を通じた地域医療の確保を継続的に担うという強い意思を持っておりまして、特例水準である連携B

水準の指定を受けました。九州大学病院における時間外・休日労働の上限は960時間ですが、複数の医療機関での労働時間を通算した医師個人としての時間外・休日労働時間の上限は1,860時間となっています。

7. 医師の働き方改革への取り組み状況 45

### 医師の働き方改革に向けた取組状況 (組織)

**勤務環境改善委員会** 勤務環境改善に関する事項を審議  
病院長、副病院長、業務部長、医療技術部長、看護部長、事務部長などで構成

**医師の働き方改革検討WG** 医師の働き方改革に関する課題への対応  
インターバル、面談指導、時短計画、勤を管理  
副病院長、各診療科部長などで構成

**負担軽減WG** 医師の業務負担軽減に関する対応  
ICTの活用、タスクシフト/シェア  
副病院長、医師、薬剤師、コメディカルなどで構成

7. 医師の働き方改革への取り組み状況 46

### 医師の働き方改革に向けた取組状況 (勤怠管理 主な4つの対応)

- ①客観的勤怠管理システムとして、新たにDr.JOYを導入。**  
⇒令和4年度より本運用開始、給与システムとの連携開始。
- ②医師の業務と研鑽にかかる区分表を作成。**  
⇒全国医学部長病院長会議作成「大学病院医師の労働と研鑽に関する考え方について」をベースとし、九大病院の業務内容を反映したものを独自に作成。
- ③複数の勤務時間帯を導入。**  
⇒九大病院での所定労働時間(週38時間45分)を確保しつつ、早出や遅出、1日(半日)の外勤が可能となるよう複数の勤務時間帯を設定し、外勤による地域医療体制も確保。
- ④医員(年俸制(月給払い)制度を導入。**  
⇒週31時間勤務者(週4日×7時間45分)を、週38時間45分勤務者へと切り替え、上記③を適用可能とした。

院内ではいろいろな方策で医師の働き方改革に向けた取組を行っております。

7. 医師の働き方改革への取り組み状況 47

### 九州大学病院 医師の派遣状況

426医療機関へ医師派遣

九州大学病院が医師を派遣している地域のマップで、主に北部九州を中心に、遠くは近畿地方まで医師を非常勤として派遣しています。約480名となっています。働き方改革が4月から施行されても、これらの派遣を維持することが必要だと考えております。

そして、こちらは九州大学病院が医師を派遣している地域のマップで、主に北部九州を中心に、遠くは近畿地方まで医師を非常勤として派遣しています。約480名となっています。働き方改革が4月から施行されても、これらの派遣を維持することが必要だと考えております。

7. 医師の働き方改革への取り組み状況 48

### 関連病院における宿日直許可取得状況

有効回答率: 回答あり 85.6% (220件)、回答なし 14.4% (37件)、n = 257件

宿日直許可の取得率: 取得している 35.9% (79件)、取得していない 64.1% (141件)、n = 220件

今後の申請について: 申請中 3.5% (5件)、申請予定なし、または未定 27.0% (38件)、申請準備中 69.5% (98件)、n = 141件

この維持の取組の一つとして、派遣先で宿日直許可を取得していただくことを勧めております。

こちらは、アルバイト医師の派遣先である関連病院に関して、九州大学病院が宿日直許可取得の状況についてアンケート調査を行った結果です。257の関連病院に調査を実施し、回答いただいた220の病院の64%ぐらいが未取得だったということで、取得可能な病院にはぜひ取得いただくように推奨しているところです。

7. 医師の働き方改革への取り組み状況 49

### タスクシフト/シェアの取組状況

- 医師事務作業補助者の活用**  
人員数: 79名 (R5.10現在)  
返書や診断書の下書き、返書管理、インフォームドコンセントの準備等を実施、診療録の代行入力、入院説明、検査説明等を実施
- ICTの活用**
  - ① 説明、指導等に動画の活用  
整形外科外来などで、タブレットを使用して、麻酔などの説明を動画にて実施
  - ② RPAの推進 R2.11導入 (BizRobot)  
医師の負担軽減はもちろん、多職種の業務を支援することによりタスクシフト可能な環境づくりを目指す  
※医療従事者の電子カルテ操作時間の軽減とともに、医療安全の担保、病院収入増加も期待  
(例) 1) 肺血栓塞栓症予防管理督促 2) 放射線レポート未読管理督促 など

そのほか、院内でタスクシェアを行って、医師の労働時間短縮に動いています。

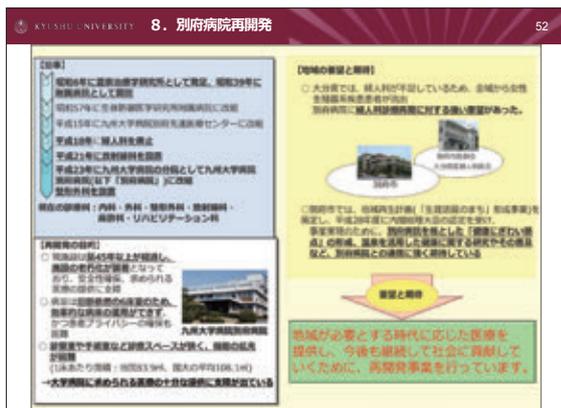
7. 医師の働き方改革への取り組み状況 50

### 本日の内容

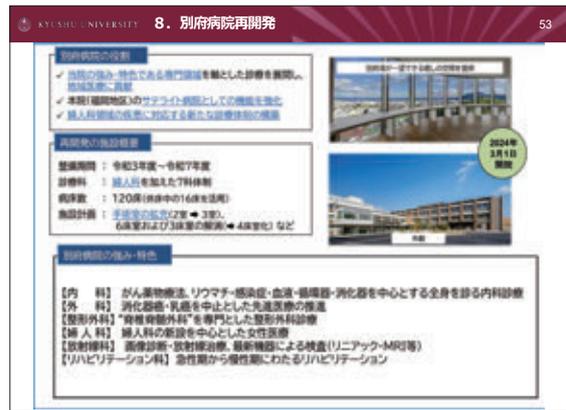
1. 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等
2. 地域への高度医療の提供
3. 地域における希少疾患拠点としての役割
4. 新型コロナウイルス感染症への対応
5. その他の大規模災害への対応
6. 連携機関登録制度の再開
7. 医師の働き方改革への取り組み状況
8. 別府病院再開発
9. 九州大学病院基金の創設



最後になりますが、別府病院、こちらは福岡市ではなく別府地域で、昔の温研——温泉医学研究所は今、九州大学病院の一つの機関として九州大学病院別府病院となっています。こちらの再開発を進めていましたが、3月1日にやっと新しい病院を開院することができます。4月からは今までやっていなかった婦人科も診療を始めます。



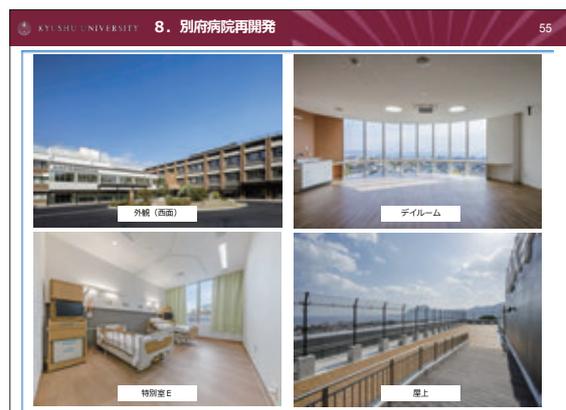
別府病院は非常に別府地域に望まれて、今回、再開発ということになりました。別府病院は建物が非常に古くなっておりまして、撤退するという方策もありましたが、別府地域の方々から、ぜひこれを残してほしいということで、九州大学病院としても、長年、別府の方々へ土地なり何なりを提供していただいたという経緯もあり、これを存続するというで新しい病院を開院します。また、婦人科の需要が多いということで、婦人科を新たに設置して発足することになっています。



先日見てきましたが、もともと別府の高台にあって非常に眺めがいいということで、高度医療を提供するとともに、別府湾が一望できる癒しの空間を提供することが一つのコンセプトになっています。



こちらがスケジュールで、3月1日に新しい病院が開院し、4月1日から婦人科の治療が始まります。



これは外観です。

KYUSHU UNIVERSITY 本日の内容 56

- 九州大学病院の概要、理念及び基本方針等
- 地域への高度医療の提供
- 地域における希少疾患拠点としての役割
- 新型コロナウイルス感染症への対応
- その他の大規模災害への対応
- 連携機関登録制度の再開
- 医師の働き方改革への取り組み状況
- 別府病院再開発
- 九州大学病院基金の創設

そして最後です。このようなことをここで申し上げていいのか分かりませんが、九州大学病院基金の創設についてです。

KYUSHU UNIVERSITY 9. 九州大学病院基金の創設 57

九州大学病院がさらなる成長を遂げ、将来にわたって

- ① 先進的医療実施の促進と安全性の強化を図り、
- ② 地域医療拠点としての責務を果たし、
- ③ 患者さんが満足を得られる医療環境等を提供し続けていくため、

**「九州大学病院基金」を設置**

九州大学病院基金の使途

① 患者サービスの向上	② 高度医療の提供	③ 医療スタッフの育成	④ 質の高い臨床研究の推進
-------------	-----------	-------------	---------------

【お問い合わせ】 詳細につきましては、九州大学病院基金webサイト等でご確認ください。  
URL: <https://www.hosp.kyushu-u.ac.jp/info/kikin/>  
九州大学病院基金webサイト二次元バーコード

九州大学病院の活動にご理解いただき、ご支援とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

九州大学病院は高度医療の中核拠点として、今まで申し上げてきましたように、地域医療の最後の砦と考えており、地域医療を支えるために邁進してまいりました。九州大学病院がさらなる成長を遂げ、将来にわたって先端医療実施の促進と安全性の強化を図り、地域医療の拠点としての責務を果たすために、九州大学病院基金を設置しました。できたらよろしく申し上げます。

KYUSHU UNIVERSITY 9. 九州大学病院基金の創設 58

九州大学病院別府病院は、令和6年3月、新病院開院に向け、新たな一歩を踏み出します。新病院では、

- ① 専門領域を軸とした診療による地域医療の貢献、
- ② 本院(福岡地区)のサテライト病院としての機能を強化、
- ③ 婦人科開設による新たな診療体制を構築することを目的とし、この開院を機に

**「九州大学病院別府病院基金」を設置**

九州大学病院別府病院基金の使途

① 診療エリア芸術品の展示	② 別府病院の発展・研究の推進	③ 病院の環境整備
---------------	-----------------	-----------

【お問い合わせ】 詳細につきましては、九州大学病院別府病院基金webサイト等でご確認ください。  
URL: <https://www.beppu.kyushu-u.ac.jp/fund/>  
九州大学病院別府病院基金webサイト二次元バーコード

九州大学病院別府病院の活動にご理解いただき、ご支援とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

さらに、「しつこいね」という話もあるかもしれませんが、九州大学病院別府病院基金とい

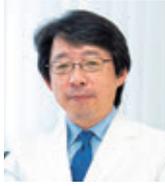
うものを創設しています。福岡の方は九州大学病院基金のほうによりしくお願いしたいと思えます。

KYUSHU UNIVERSITY 59

ご清聴ありがとうございました。

以上で私の話を終わらせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました。

# 「地域と共に歩む久留米大学病院」



久留米大学  
病院長

野村 政 壽

第16回福岡県医学会総会  
シンポジウム「地域医療の中の大学病院の在り方」  
令和6年2月4日 14:10-14:50  
座長 福岡県医学会総会会頭 蓮澤浩明先生（福岡県医師会会長）  
学会長 酒井昭典先生（産業医科大学医学部長）

## 「地域と共に歩む久留米大学病院」

久留米大学病院長 野村政壽

久留米大学創立96年  
KURUME  
UNIVERSITY

## 福岡県医師会 COI 開示

発表者名： 野村政壽

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業はありません

今日は地域医療における大学病院の在り方についてのシンポジウムだと蓮澤先生にお伺いしています。非常に重要でありながら難しい課題だと思っています。これから医療制度を含め社会が大きく変わろうとしています。久留米大学病院の過去を振り返り、現在を見つめ、将来を考える機会をいただいたことに感謝申し上げます。

そこで私の今日の講演タイトルは、地域と共に歩む久留米大学病院ということで、先生方が私が考える久留米大学病院と地域医療の関わりを御紹介させていただきたいと思います。

## 本日の内容

- ① 久留米大学病院の理念
- ② 医療の現状と働き方改革の目指す先
- ③ 働き方改革と人材育成
- ④ 地域と共に歩む久留米大学

久留米大学創立96年  
KURUME  
UNIVERSITY

## 本日の内容

- ① 久留米大学病院の理念
- ② 医療の現状と働き方改革の目指す先
- ③ 働き方改革と人材育成
- ④ 地域と共に歩む久留米大学

久留米大学創立96年  
KURUME  
UNIVERSITY

本日の内容ですが、大学病院の過去から変わらぬ理念、そして現在の医療の状況と働き方改革の目指す先。実は働き方改革は人材育成のチャンスではないかと考えております。そして最後に地域と共に歩む久留米大学病院についてまとめたいと思います。

## 久留米大学病院

### 歴史

- 1928年(昭和3年) 九州医学専門学校 附属病院
- 1932年(昭和7年) 旭町に附属病院を開院
- 1952年(昭和27年) 久留米大学医学部 附属病院
- 1993年(平成5年) 特定機能病院に認定
- 1994年(平成6年) 高度救命救急センター（九州初）に認定
- 2011年(平成23年) 新病棟（屋上ヘリポート）が完成
- 2016年(平成28年) ロボット支援手術開始（ダヴィンチXi）
- 2019年(令和元年) がんゲノム医療拠点病院指定
- 2020年(令和2年10月) 新型コロナウイルス感染症重点医療機関

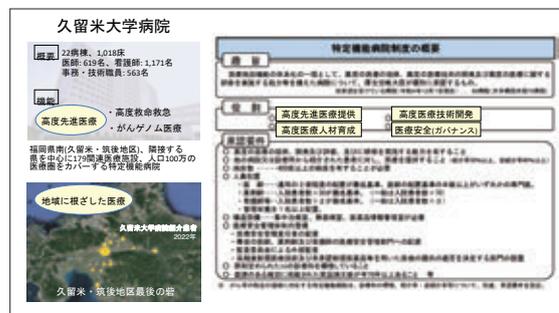


久留米大学病院の歴史は、1928年（昭和3年）に当時の市立病院を移管して開院したことに遡ります。そして4年後の1932年に医学部附属病院が新たに建設されました。全国でもかなり早い時期となる平成5年に特定機能病院の認定を受けています。その後、九州で初めてとなる高度救命救急センターの認定を受け、下段の写真に示します現在の新病院が2011年にオープンしました。屋上にはヘリポートがございます。これは燃料も補給できる駐機場であり、24時間体制で高度救命救急センターを支えています。手術支援ロボットであるダヴィンチの初導入が2016年であり、今年6月には2代目を導入する予定です。2019年にはがんゲノム医療拠点病院の指定を受けています。このように救命救急医療とがん医療に軸足を置き、高度先進医療をおこなって参りました。さらに、2020年にはコロナ感染症の重点医療機関として、地域医療を支える役割を担ってまいりました。



久留米大学にはこれまで述べた本院の他に、久留米大学医療センターがあります。車で20分程の国分町にあり、本院との機能分化を進めています。医療福祉建築賞を受賞した大変きれいな機能的な病院で、敷居の低い、住民に開かれた病院というコンセプトで運営しています。

あり、現在は全面人工芝のグラウンドです。右上は大学本館前にあるブリヂストン創業者の石橋正二郎さんの銅像です。右下は東芝の原点、からくり儀右衛門です。ご覧のように、久留米は世界を目指す人を数多く輩出している地方都市と言えます。



久留米大学病院は、22病棟、1,018床、医師619名、看護師1,171名、事務・技術職員563名、総勢約2,350名で運営しています。そして、高度先進医療、高度救命救急、がんゲノム医療を中心とした高度先進医療を担う、久留米・筑後地区を中心としたおよそ人口100万の医療圏をカバーする特定機能病院です。すなわち、医療を提供するのみならず、技術開発と人材育成を使命としており、最も重要な点として、高度な医療安全管理体制、ガバナンスが要求される病院でもあります。



創立当時の写真をお示ししています。懐かしいと思われる先生も多いと思いますが、学生は凛とした姿に見えます。当時は医学を学ぶこと自体に皆さんがプライドを持っていたのだらうと思います。残念ですけども、今の学生と比べてしまうのは私だけではないと思います。

右下の写真は現在の大学本館ですが、2021年に国の登録有形文化財としての指定を受けています。



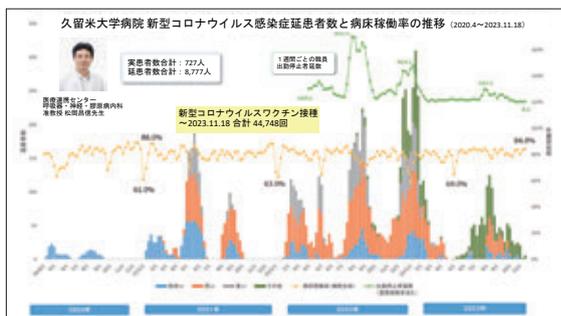
まず、高度先進医療、がん診療及び高度救命救急医療に関しては、この図にありますように、コロナ禍の期間においても外来化学療法患者数は増加し、放射線腫瘍センターの治療件数、高度救命救急センターのドクターヘリの出動回数に関しても変わらず、コロナ禍という自然災害に際しても地域医療を支えてきた病院ということがお分かりかと思えます。



これは久留米市を北側から南に向けて見た航空写真です。大学は中央手前にあります。写真の右奥に当たる南西にブリヂストンとアサヒシューズがあります。南側の高い建物が市役所です。後で紹介する大学のグラウンドは右横に



昭和28年に筑後川大水害がありました。先ほど紹介したグラウンドも水没しているのがわかります。左写真奥には篠山城址の石垣が見えます。大学本館の2階まで水に浸かりまして、当時、600人ほどの患者さんが入院されていたことが記録されており、職員が1,000名、さらに地域住民が避難し、救助隊が来るまでの3日間を全員で籠城したとのこと。このように地域と共に歩んできた病院です。



新型コロナウイルス感染症への対応の経過をまとめたものです。当院では呼吸器内科の松岡先生を中心として、全診療科の参加によるCOVID即応チームを結成し、3年に亘り第9波まで繰り返されてきた波を乗り越えてきました。



そして、地域住民に対するワクチン接種もこれまで4万回以上行ってきました。このようにコロナ対応をして来たわけですが、この間残念ながら手術件数はおよそ10%減り、入院患者数も減りました。しかしながら、外来患者さんは

増えていることがわかります。すなわち、入院できなくても外来において患者さんの治療を継続してきたわけです。

私なりにこのコロナ禍と医療に関して総括してみたいと思います。新型コロナウイルス感染症パンデミックは、新しい変異株が生まれては流行の波を繰り返す自然災害であり、医療・健康のみならず、経済、教育など様々な分野にも影響を及ぼしてきました。これからの医療界には働き方改革、医師偏在など多くの課題が山積しており、また少子高齢化に伴うニーズの変化など時代の変化を受け止める体力、すなわち臨機応変な適応能力が大学病院には必要だろう、すなわち標準化と多様化を両立させることが重要だということ私なりに理解した次第です。

久留米大学の「建学の精神」

「国手の矜持(ほこり)は常に仁なり」※

「国手」・・・本来、名医の意味で使われるが、「国中ですぐれた名人」の意味があり、全学的に通じる言葉  
 「矜持」・・・自信と誇りを持ち、自身を抑制しながら堂々と振る舞うことで、「仁」は「礼にもとづく自己抑制と他者への思いやり」を意味する

本学では、この言葉を建学の精神として定め、それぞれの分野における優れた実践的人材(国手)の育成に努めています。

※1930年に制定された北原白秋作詞の校歌に謳われている。

久留米大学の建学の精神は「国手の矜持(ほこり)は常に仁なり」です。これは私どもの大学の前身である九州医学専門学校の校歌の一節で、作詞は郷土の詩人、北原白秋です。「仁」とは「礼にもとづく自己抑制と他者への思いやり」のことであり、そのような心を持った国手、すなわち医師、そして様々な分野における優れた医療人を育成することが本学の使命です。

久留米大学の基本理念

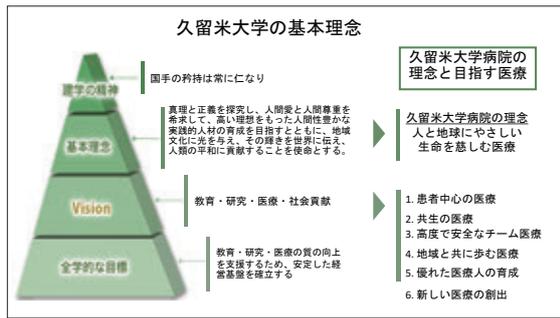
久留米大学は、真理と正義を探究し、人間愛と人間尊重を希求して、高い理想をもった人間性豊かな実践的人材の育成を旨とし、地域文化に光を与え、その輝きを世界に伝え、人類の平和に貢献することを使命とする。

地域の医療を支える人  
 地域の産業を支える人  
 地域の文化を支える人  
 地域から世界へはばたく人

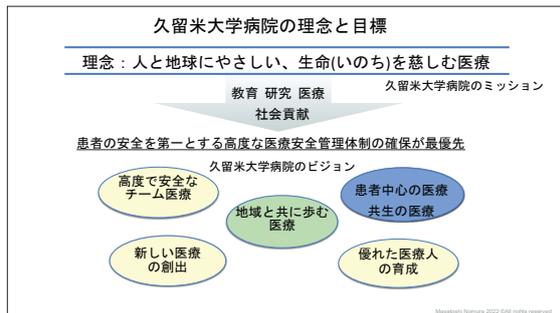
久留米大学は、地域を支える人を育てています

大学の基本理念は、人間性豊かな実践的人材の育成を目指し、地域文化に光を与え、その輝きを世界に伝え、人類の平和に貢献することにあります。これはまさしくこれまで本学が行ってきたことであり、これからも社会の医療、産

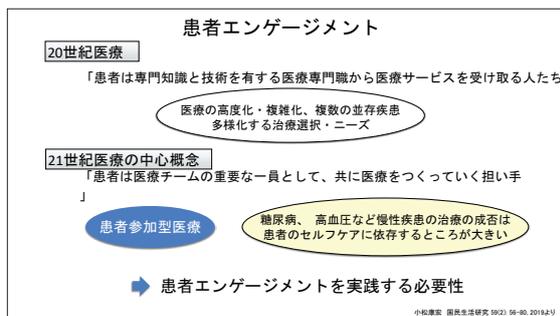
業、文化を支える人、そこから世界に羽ばたく人を育てることを目標としています。



久留米大学の建学の精神、基本理念、ビジョン、それらを達成するための行動目標を示しています。これに対応する大学病院の基本理念は「人と地球にやさしい、生命を慈しむ医療」、ビジョンとしての目指す医療を5つ掲げています。患者中心の医療、共生の医療、高度で安全なチーム医療、そして地域と共に歩む医療です。これは本日の講演タイトルでもあります。また、優れた医療人の育成、そして研究拠点では新しい医療の創出に向けて取り組んでいます。

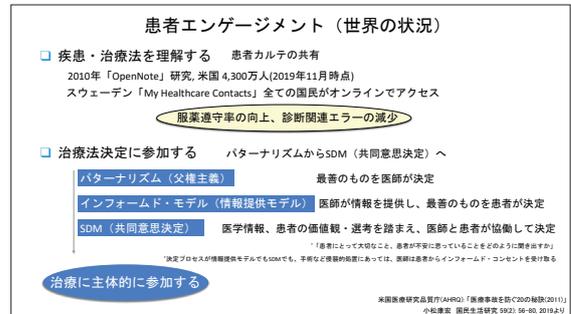


これら5つのビジョン、我々の目指す医療の達成のためには医療安全管理体制が最も重要なことは言うまでもありません。そのため全職員で力を合わせています。ここで患者中心の医療に関する我々病院の考え方を御紹介したいと思います。



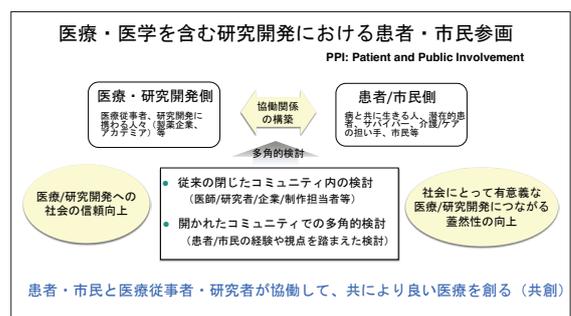
それは患者エンゲージメントという考え方で、患者は医療の受け手という立場ではなく、

チーム医療の重要な一員として共に医療をつくっていく担い手という理解が必要です。つまり患者参加型医療ということになります。これはまさしく21世紀の医療の中心概念であり、患者エンゲージメントを実践することは医療安全にもつながると考えられます。



患者エンゲージメントの考えは世界に目を向けるともっと進んでいて、米国の一部やスウェーデンでは既にカルテの共通化が行われています。カルテを開示する、患者と共有することは、我々には抵抗感があるわけですが、服薬遵守率の向上や診断関連エラーの減少といった成果が既に報告されています。

したがって、治療法の決定に際して最善のものを医師が決定するのは当たり前ですが、その決定を患者さんが行う、さらに一歩進めて、医師と患者が医療情報を共有しながら共同して決定するというのが世界の潮流です。患者が治療に主体的に参加する環境を作るといえます。



このことの意義は、患者の治療だけにとどまらず、臨床研究、研究開発にも良い効果をもたらします。日本政府もこのことを進めています。PPI (Patient and Public Involvement)、すなわち、医療研究・開発側と患者・市民側が協働関係を築き、そのことによって、従来の閉じたコミュニティ内の検討にとどまらず、開かれたコミュニティでの多角的検討によって、社

会にとって本当に意味のある研究が期待できるというわけです。もう一つは、患者・市民が参加することによって、我々医療人に対する理解が深まり、信頼が向上すると言われていました。すなわち、医療人、患者、市民が協働して、共により良い医療を創る、共創という概念がこれからの我々には必要ではないでしょうか。

PPIの重要性は既に国際医学団体協議会——CIOMSの2016年改訂版においてコミュニティ参画が明示されています。研究者とコミュニティがコミュニケーションを取り、多彩な観点を取り入れる、そして、この参画は相互教育的なプロセスであり、結果として研究者、コミュニティ双方のリテラシーが上がっていくことが謳われています。患者、市民の医療リテラシーを上げることは、後で述べます日本人の健康観が低いことを改善することにつながってきます。

次に日本の医療の現状についてお話したいと思えます。これには私見が入りますが、先ほど申しました大学病院のビジョン達成のためには、

絵に描いた餅になってはいけませんので、当然、お金が必要です。経営基盤の安定化が不可欠です。

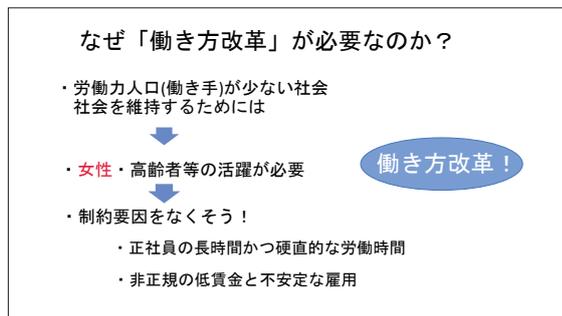
そのための我々の取り組みをご紹介します。もちろん皆さんも同じかと思いますが、1つ目はDPC係数を上げるための様々な方策をとっています。2つ目には病床稼働率を上げるために、現在、外来機能強化に取り組んでいます。医療連携センターを中心として地域の先生方とのネットワークを今まで以上に強化していこうとしています。3つ目は、臨床研究の推進です。企業治験や医師主導治験などで外部資金を獲得するというのも大学病院の強みを活かした取り組みです。

久留米大学病院の臨床研究センターの組織体制を示します。ARO (Academic Research Organization) としての機能を強化し、臨床研究のプロトコル作成支援から、モニタリング、データマネジメントまで、臨床研究を包括的な支援する体制を構築しています。さらに、令和2年からは先ほど御紹介した久留米大学医療センター内にMIC (メディカルイノベーションセンター) と名づけた施設をつくり、60床を確保して生物学的同等性試験を進めており、経営基盤の安定化に貢献しているところです。



は健康状態の自己評価です。日本人の平均寿命は長く、諸外国に比べ国民は健康なはずなのですが、そう感じていないということです。日本人は健康不安からすぐに病院を受診しているという現実が浮き彫りになっていると思います。したがって、PPIを進め、国民の健康リテラシーを上げる必要があると思います。

私たちにとって医療制度改革というのは、よく言われるSDGsの一つだと思います。ゴールである、より良い質の医療の持続的提供を見据え、改革を進めていくべきだろうと考えています。



では、なぜ働き方改革が必要なのか。それは少子高齢化によって社会を維持するための労働力人口が減少するためです。解決のポイントは女性と高齢者の活躍です。そのためにこういった方の働く制約をなくすことが働き方改革の目標です。すなわち、賃金の問題や、労働環境の改善が必要です。そして、多様な働き方を提供することが必要になってきます。



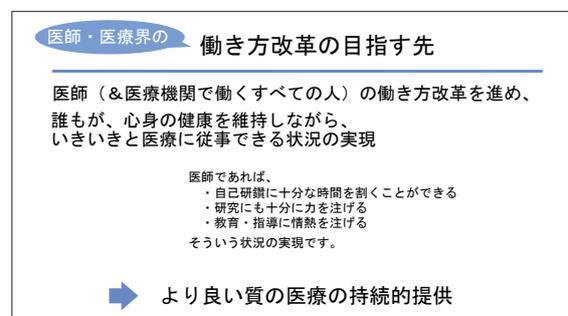
私も久留米大学ではダイバーシティ・インクルージョン (DI) 推進運営委員会を創設し、大学を挙げてこういった女性活躍の場を提供しようという活動をしています。令和2年度には科学技術人材育成補助事業に採択され、中間評価では、私どもの大学は唯一S評価という高評価をいただきました。ここにありますように、学内の女性研究者のニーズを把握し、ライフイ

ベントとの両立であったり、女性研究者の研究効率の向上、働きやすい職場環境の実現を目指しています。KPIとしては、講師以上の上位職や研究職に占める女性の割合を挙げています。順調に増加しています。数字が目的ではありませんが、ボトムアップでこういった数が増えることで、働き方改革にも寄与するものと考えられます。



DI推進委員会のカウンターパートといえますか、病院では元氣プロジェクト——KGプロジェクトを2016年から進めています。

実は第1回の講演会には、当時福岡県医師会会長であった横倉義武先生に御登壇いただいて、男女共同参画の取組と今後の展望についてご講演いただきました。様々な取り組みをしています。若い男性医師もここに登場していますが、彼らは当院で最初に育休を取った男性医師2人です。守屋先生を中心に錚々たる女性陣でこのKGプロジェクトを進めています。右下のDI NEWSに「多様性、公平性、包摂性」というキーワードを掲げて私も参加しています。その右の棒グラフは、ちょっと分かりづらいですが、講師以上の女性の役職者の数が年々確実に増えていることを示しています。



医師の働き方改革の目的は、医師が心身の健康を維持しながら、やりがいを持って生き生きと医療に従事できる状況の実現です。そして、自己研鑽に十分な時間を割くことができ、研究・

教育に情熱をそそげる環境を整えることです。そういう状況を実現することは、最終的には、何度も言いますように、より良い質の医療の持続的提供を可能にするのではないのでしょうか。



繰り返しになりますが、働き方改革の目標は、医師の健康確保とやりがい、そして持続可能な医療の提供です。そのために久留米大学病院は連携B水準に申請し、福岡県から承認を受けています。このB水準は2035年には廃止されますので、年間時間外労働を960時間以内にする必要があります。そのためには、タスクシフト/シェア、労務管理が重要になってきます。



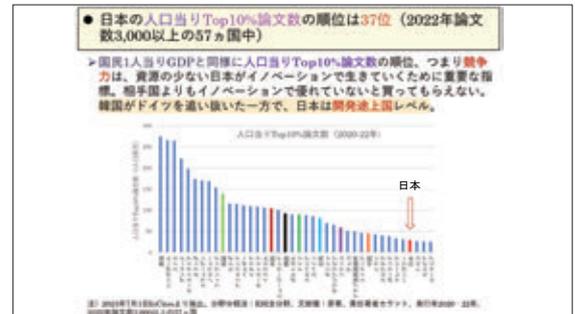
さて、これは診療に従事する時間を見たものです。左の棒は助教が何に時間を割いているかというもので、ほぼ診療です。右の図は何かという、例えば、濃い青は1週間の研究時間がゼロ時間が15%、1～5時間が50%ですから、大学の助教の過半数はほとんど研究していない状況です。

● 日本のTop10%論文数(※×家の指標)は過半数の13位に！イランにも抜かれる。(科学技術指標2023より、自然科学系分野、点数カウント)

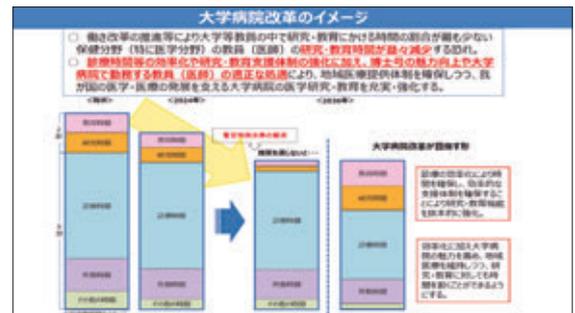
国	論文数	順位	国	論文数	順位	国	論文数	順位
1	100000	1	11	10000	11	21	1000	21
2	80000	2	12	8000	12	22	800	22
3	60000	3	13	6000	13	23	600	23
4	40000	4	14	4000	14	24	400	24
5	30000	5	15	3000	15	25	300	25
6	20000	6	16	2000	16	26	200	26
7	15000	7	17	1500	17	27	150	27
8	10000	8	18	1000	18	28	100	28
9	8000	9	19	800	19	29	80	29
10	6000	10	20	600	20	30	60	30

これは日本のトップ10の論文数を示していま

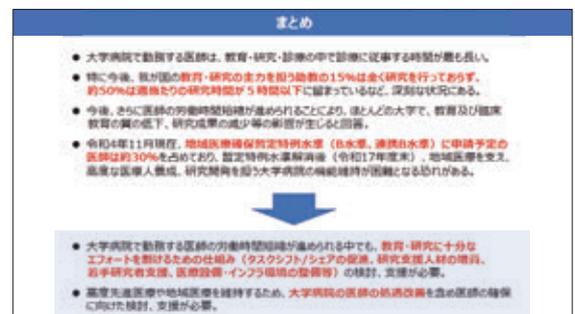
すが、1990年代は大体このぐらいです。我々には日本はいまだにこのぐらいではないかという錯覚がありますが、どんどん下がってきています。直近のデータでは日本は13位でイランに負けています。昨夜もサッカーでイランに負けましたが、論文数でも同じように負けています。



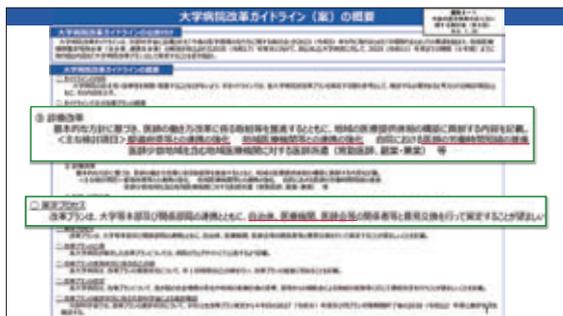
これを人口で割るともっと悲惨な状況で、日本はここに来ます。韓国はドイツを抜いています。日本は開発途上国レベルということです。このことを我々は自覚反省する必要があります。



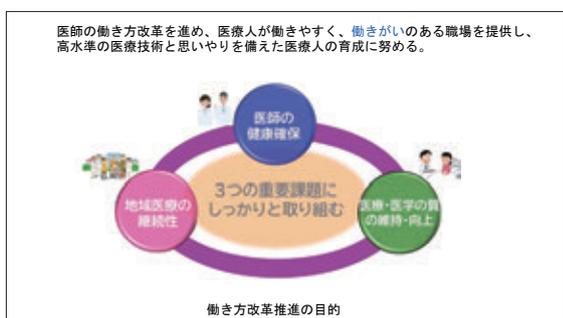
ですから、イメージとしては、働き方改革で全体の時間をこんなに削ってしまうと研究も教育も減ってしまいますから、対策をしないとイケません。どうしたらいいか皆で知恵を絞らないといけません。これは大学病院だけで解決する問題ではありません。



一番下に書いていますが、やはりタスクシフト/シェア、そして研究者支援、医療施設・インフラの整備等をしていかななくてはなりません。



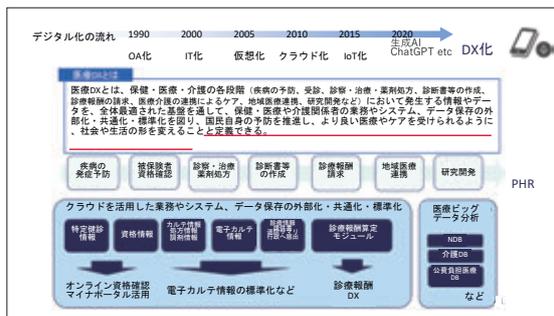
先週、文部科学省から大学病院の改革ガイドラインが発表されました。まだ案ですから内密にお願いします。この表は小さくて見えませんが、一部をかいつまんで拡大しますと、診療改革は、ここにありますように都道府県等との連携の強化、地域医療機関との連携の強化とあります。すなわち、自院だけではなく、地域医療全体を俯瞰した大学病院改革を行わなければならないということです。そして医師の労働時間の短縮の推進です。そして、策定プロセスにあっては、自治体、医療機関、医師会等の関係者と意見交換を行うことが望ましいと記載されています。



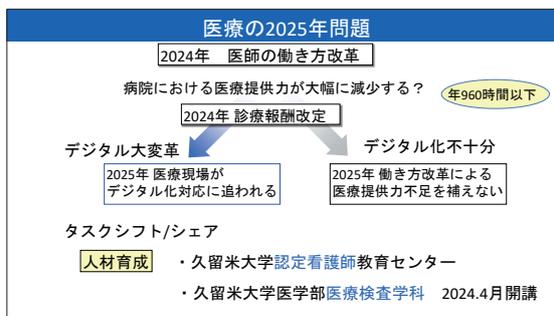
したがって、働き方改革は我々だけの問題ではなく、地域医療の継続性、並びに先ほど申しました医療・医学の質の向上にもつながってきます。



さて、その働き方改革です。具体的にはなかなか難しい問題を抱えています。ここで考え方を少し御紹介したいと思います。



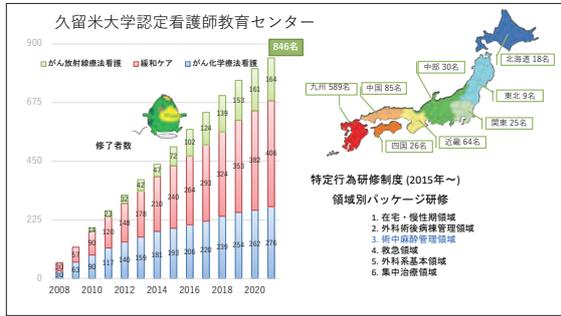
先ほどPHRという話が出ていましたが、デジタル化が進んでいます。上段の1990年代のOA化とか懐かしい言葉ですね。ファクスが送れる、IT化やクラウド化と進み、そしてDX化となるわけですが、昨年出てきた生成AI、例えばChatGPTなどが第4次産業革命をもたらしたと言えます。DXとは何かというと、こういった技術を活用して、国民自身の予防を推進し、より良い医療やケアを受けられるように社会や生活の形を変えるということです。こういったことを実現するためには、IoT、AIを用いた社会全体のインフラの整備が追いつかないといけません。そして、我々にはできる限りそれらをキャッチアップすることが求められていると思います。現在、久留米大学でもこういったPHRを含め、いろいろな取組でDXを推進しているところです。



2025年問題と書きました。今年から医師の働き方改革が始まり、病院における医療提供力が大幅に減少するのではないかと。診療報酬改定も6月に控えています。そうしますと、やはり今年、来年、医療現場がデジタル化に追われます。不十分なところは潰れていきます。

もう一つの働き方改革を進める手段がタスクシフト/シェアです。これには人材育成が必要です。タスクシフトをする際は、シフトされる側の教育も重要です。久留米大学では看護師、臨床検査技師などコメディカルを含めた教育に

注力しています。その一つが認定看護師教育センターであり、そして、今年4月に医学部に医療検査学科を新設したことを御紹介したいと思います。



認定看護師センターは2008年に開設して以来、ここにありまうように修了者が増えて、現在、800名を超えています。生徒さんは全国からいらしていますが、主に九州地域の認定看護師の育成を行っています。そして、2015年から領域別パッケージ研修が始まり、例えば、術中麻酔管理領域を修了した特定看護師が増えることで、今、どの病院でも問題となっている麻酔科医不足に少しでも貢献できればと考えています。

久留米大学医学部 医療検査学科のアドバンテージ

次世代型臨床検査技師  
「びんごま」+「まなこ」+「まなこ」

全学的文医融合ヘルスサイエンス教育  
医学部(医学科・看護学科)の質の高い多職種連携教育

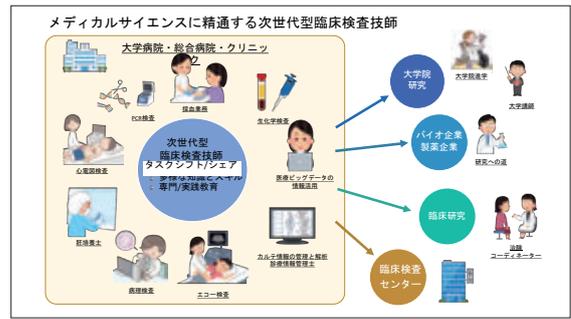
臨床検査応用コース  
1. 臨床検査  
2. 検査結果  
3. 検査機器  
4. 検査管理  
5. 検査安全  
6. 検査倫理  
7. 検査法規  
8. 検査教育(スリープラボ)  
9. 臨床検査学

バイオ応用コース  
検査結果の活用(1) 病状を判断する  
検査結果の活用(2) 病状を予測する  
検査結果の活用(3) 病状を改善する

データ応用コース  
検査結果の活用(4) 病状を改善する  
検査結果の活用(5) 病状を改善する  
検査結果の活用(6) 病状を改善する

認定看護師応用コース  
認定看護師としての業務遂行の知識  
認定看護師としての業務遂行の技能

久留米大学医学部臨床検査学科が今年の春から開校します。我々の大学は医学部の他、文系学部を擁する大学です。現在、全学的に文医融合を図り、ヘルスサイエンスというキーワードの下、法学部、経済学部、商学部といった文系学部の先生方の力を借りながら、臨床検査学科ではバイオサイエンスに加え、データサイエンスやマネジメントサイエンスといった、これからの社会のニーズを見据えた教育を行い、次世代の臨床検査技師の育成を目指しています。



結果として、医療界の人材育成によりタスクシフトしやすい環境を創造する。データ解析をする診療情報管理士など多職種の育成を目指しています。学生にとっても将来いろんな活躍の場があるということで期待している次第です。

本日の内容

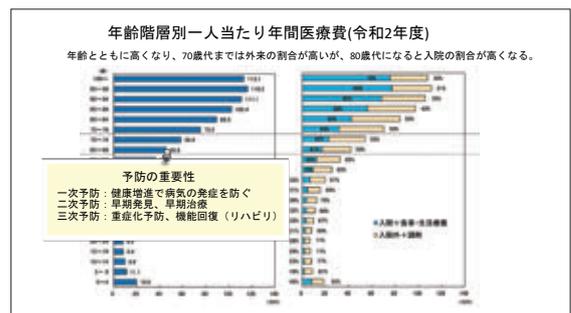
- ① 久留米大学病院の理念
- ② 医療の現状と働き方改革の目指す先
- ③ 働き方改革と人材育成
- ④ 地域と共に歩む久留米大学

久留米大学創立65年  
KUMAMOTO UNIVERSITY

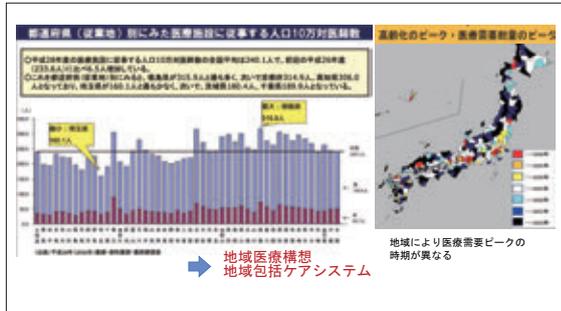


最後に、地域と共に歩む久留米大学についてお話をさせていただきたいと思います。

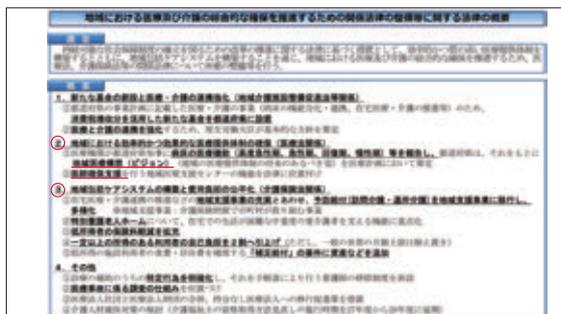
皆さん御存じのように、日本は超高齢社会を迎えています。65歳以上が29.1%です。この内訳を見ますと80歳以上が実に12%ですから、8人に1人が80歳以上ということになります。この比率は今後20年間おむね変わりません。



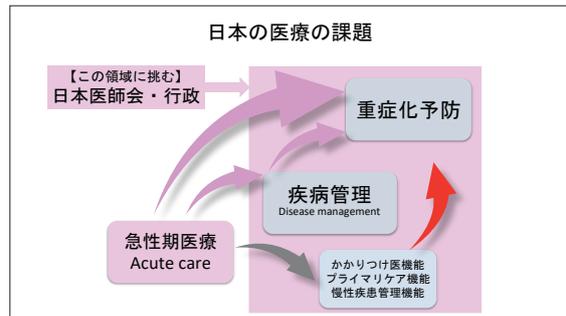
年齢階層別の1人当たり年間医療費を見ますと、明らかに80歳を超えると高額な医療費がかかることが分かります。後期高齢者になると入院が増えます。ですから、これからどうすべきかという、やはり予防医学による1次、2次、3次予防、重症化予防が重要になってくようかと思えます。



左図は都道府県別に見た医療施設の従事者数について、人口10万対医師数を見たものです。都道府県、日本全国でかなりのばらつきがあります。最少の埼玉県と最多の徳島県では2倍近く違います。右図に高齢化のピークが来る時期をマップしたものがありますが、都道府県全くばらばらです。福岡県内においてもばらばらなんです。筑後地域は2025年頃に高齢化がピークに達し、福岡市はもっと先の2040年頃ですから、ちょっとゆとりがあります。このように地域によっていろいろと高齢化に伴うニーズが異なることが分かります。したがって、地域医療構想や地域包括ケアといった地域ごとの考え方が必要になってきます。



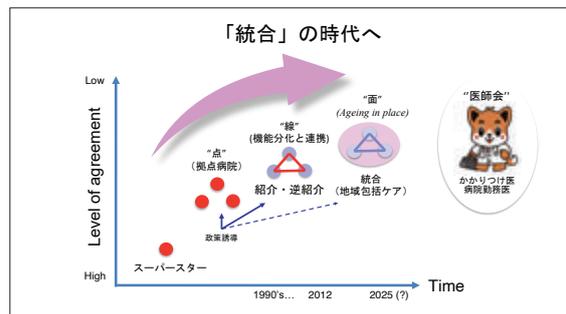
地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要を示します。地域における効率的な医療提供体制の確保、地域医療構想や医師確保支援、そしてもう一つは地域包括ケアの構築ということが記載されています。



これは個人的な見解ですが、日本の医療の課題として、急性期医療はどんどん進歩している一方、その後ろをバックアップする重症化予防や疾病管理、かかりつけ医機能が私はまだまだ日本は脆弱だと考えています。高齢化社会を支える医療として強化すべきです。そしてここに取り組むのが日本医師会であり行政です。それを我々大学はサポートしていきたいと考えています。

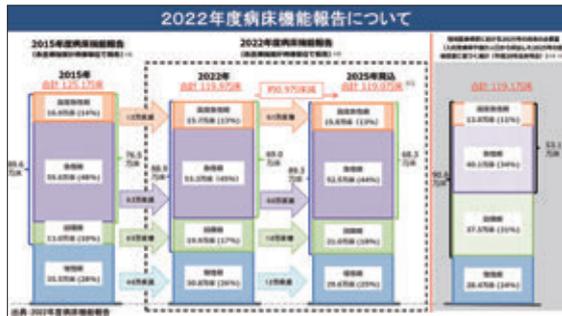


地域包括ケアシステムの姿を示しています。先生方には釈迦に説法ですが、生活と医療を一体化して地域で考えていくというコンセプトです。

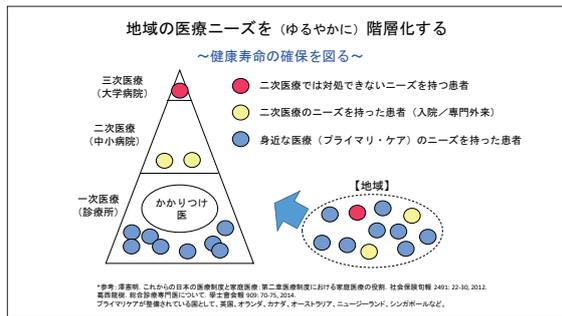


したがって、こういった統合の時代は、スーパースター、例えばブラックジャックのようなお医者さんがいても良いのですが、それだけでは不十分です。そこでは、政策誘導で拠点病院ができ、それらが機能分化、連携することで線ができ、最後にはこれらが統合され、面で社会を支える時代に来ているのではないのでしょうか。医師会

はまさしく面で支える組織ですので、やはり医師会はこれから重要な役割を担っていくだろうと考えられますし、期待しているところです。



このように地域差があるところにもってきて、将来の必要な病床機能の予測がなされています。急性期病床をこれだけ減らし、回復期病床をこれだけ増やすというものです。これが絵に描いた餅になってしまうのも問題だろうと思います。先ほど日本は世界で一番病床数が多いと言いましたが、世界水準に合わせれば良いという問題ではありません。我々が目指す医療に必要な体制を、皆さんとしっかり考えていく必要があると思います。

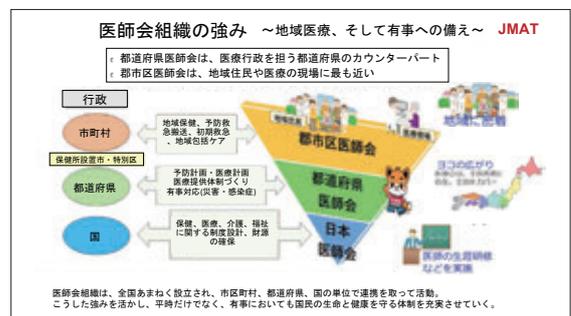


地域医療構想は進めなければいけません、地域の特性に合った構想でそれぞれの問題を丁寧解決しながら進めていく必要があります。例えば、地域にはいろいろな機能を持つ病院があり、かかりつけ医の先生がおられます。一方で、二次医療、三次医療と病院機能を分けていますが、これをきちんと地域のニーズに沿って

階層化するということがポイントで、ポイントは緩やかに階層化することが肝要だと思います。



これは国が示す2040年の医療提供体制の理想の姿です。ここに医療機関の集約化とありますが、私はそうではなく、医療の層別化、階層化だと思います。そのことを通じてコミュニティの安全を確保する、どこにいても必要な医療を適切な形で受けられる、そして医師の働き方改革で、より良い医療を提供できる体制が必要だろうと思います。そのためには、下段に書かれている地域医療構想の実現、働き方改革、医師偏在対策を、三位一体で推進することが求められています。



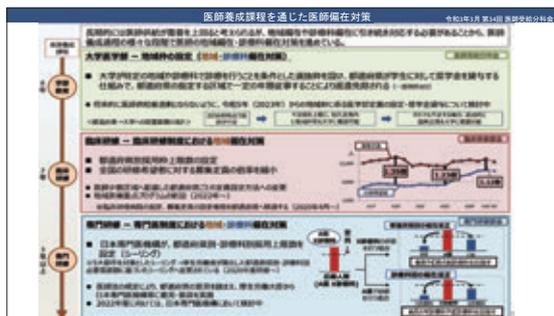
さて、こういった医療提供体制を変えるに当たっては、お分かりと思いますが、やはり医師会組織が必要です。医師会は、この絵にありますように、様々なレイヤーの行政とのカウンターパートとして機能しています。そして何より重要な点は、地域に密着し、その情報を吸い上げ、さらに地域に向けた様々な情報発信を行っている組織であることです。ヨコの連携があり、医師の生涯研修まで行っている組織です。



久留米大学病院は災害拠点病院として災害救急にも貢献しています。今回の能登半島地震に際しては、高度救命センターの災害危機管理担当教授の山下典雄先生を中心に対応してまいりました。DMATロジスティックとして1月4日、15日、18日の計3隊、そしてJMATは福岡県医師会からの要請で、1月9日に大学から派遣しています。JMATの1隊目は医師会の横倉義典先生のチームが行かれています。スライドには山下教授からメールで送られてきた現地の写真を紹介しています。ロジスティックチームとして、航空運用調整班で指揮をとられたそうです。現地の緊迫した様子が伝わってきます。山下先生の言葉ですが、「九州は平時から自力で生き延びる戦略を考えておかなければいけない」とおっしゃっています。どういう意味かといいますと、警固断層や南海トラフの地震などによって福岡や大分、宮崎が被災した場合に、九州で連携ができていないかということ、実はできていないということです。今回の能登半島地震の経験から、県を跨いだ災害対策の重要性を再確認され、九州各県の連携体制を早急に確立しなければならないとおっしゃっています。



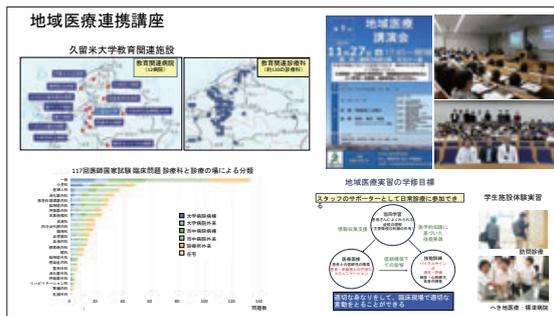
先ほどの話に戻ります。三位一体の中の医師偏在対策の推進に関する大学の取組を簡単に紹介致します。



これは医師偏在対策で、まず学部学生に対していわゆる地域枠を設定しています。これには県からの補助金、奨学金を活用しています。そして、皆さん苦勞されていると思いますが、臨床研修医の定数枠が決められ、さらに専攻医の数にはシーリングがかかっているという複雑な制度があります。私たちの大学ではこの地域枠を重要視しており、そのことについて、我々の取り組みを簡単に紹介したいと思います。



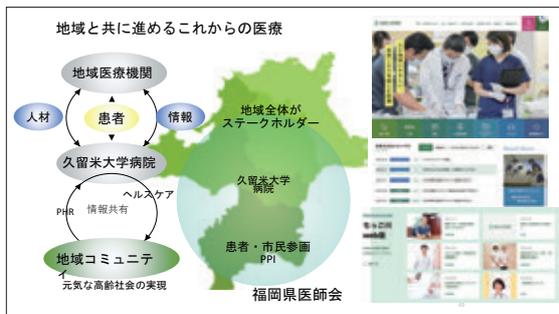
2010年に福岡県から久留米大学に地域医療連携講座を設置するという指導をいただきました。この講座は、田川、八女、筑後医療圏の医師の配置や救急医療体制、へき地医療体制の充実を目的に設置されています。医学部入学定員の内訳をグラフに示していますが、初代担当教授の足達寿先生のご尽力で、推薦地域枠を少しずつ増やし、現在は20名の久留米大学特別枠を確保しています。そして福岡県特別枠の5名には県より補助をいただいています。



その結果、現在は推薦と地域枠で入学者の

約3割を占めています。この地域医療連携講座は現在、富永正樹教授を中心に様々な活動を行っています。その一端を紹介しますと、久留米大学教育関連病院を中心として学生の教育並びに地域医療の講習会を通じた教育、そして学習目標としては、当たり前のことですが、適切な身なりで、臨床現場で適切な言動をとることができることを目指しています。これが現在の医学部教育の最初の課題です。そして、重要な点として、地域枠の学生だけではなく、久留米大学医学部の学生全員に対してへき地医療を経験する機会を提供しています。久留米大学の建学の精神である「国手の矜持は常に仁なり」を身につけて頂きたいと思えます。

右下のグラフは第117回医師国家試験問題の診療科と診療の場による分類を示しています。大変興味深いことは、大学病院や大学病院の外で経験するような症例というのはあまり出ない、むしろ市中病院で経験する疾患、いわゆるコモディジーズが多数出題されていることが分かります。明確な国の方針がうかがえるかと思えます。その意味からも学生の教育を大学病院と関連病院が協力して行っていないことが分かります。



最後に数枚のスライドで本日の話をまとめたいと思えます。この図に示したように久留米・筑後地区を考えると、大学病院を中心に、これまで地域医療機関と情報、人材、そして患者さんのやり取りを通じた連携を行ってきましたが、これからは、DXも進み、地域コミュニティ全体を見据えた情報共有、そして共同作業が必要だと考えています。その上で、先ほど言いましたように、福岡県医師会とも連携を密に取っていきたいと思えます。地域コミュニティ全体をステークホルダーと捉え、病院側から様々

な情報を発信していきたいと考えています。我々の病院の強みの紹介だけでなく、患者さんとその御家族、さらには地域住民の視点に立ち、必要で正しい医療情報を発信できるように病院ホームページを充実させています。

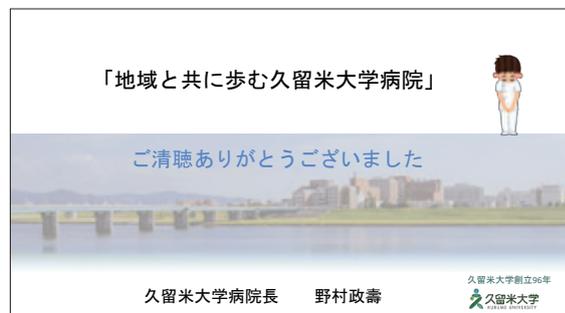


さて、ここでナナイロプリズム福岡という女子ラグビーチームをご紹介します。御存じの先生は挙手を願えますか。結構おられますね。うれしい限りですね。冒頭にご紹介した水害で水没していた篠山城の城壁の前にグラウンドがあり、昔はこのような姿で運動会をしていたようです。現在のグラウンドは青々とした人工芝です。日頃は医学部のラグビー部やサッカー部、陸上部などが練習に使っています。羨ましいですね。ナナイロプリズム福岡がここをホームグラウンドとしており、かなりの強豪です。写真の選手は久留米大学の1年生です。久留米大学は2019年の発足当時からオフィシャルパートナーを努めています。このチームを支えるメディカルスタッフの一員として、久留米大学の脳外科、整形外科の先生や、学生トレーナーとして久留米大学人間健康学部が活躍しています。皆様、機会があれば是非試合の観戦に足を運んで頂ければ幸いです。



久留米大学のこれまでの歩み、現在、そしてこれから我々がやるべきことについて御紹介しました。大学病院は大学の一部分として診療、教育、研究の三つの使命を果たし、地域創生を

通じた社会貢献を行ってまいります。スライドには「久留米大学ビジョン2022-2026」にあるロードマップを示しています。2027年に久留米大学は100周年を迎えます。これに向けて着実に皆さんと力を合わせて進んでいきたいと思っていますところでは。



これで私の発表を終わらせていただきたいと思います。御清聴ありがとうございました。

# 「今から福岡大学病院ができること ～2040年問題に向けて」



福岡大学  
病院長  
三浦 伸一郎



関係者の先生方には、このような機会をいただきまして誠にありがとうございます。また、県医師会の先生方には日頃より大変お世話になっております。この場を借りて厚く御礼申し上げます。

シンポジウム「地域医療の中での大学病院の在り方」 福岡県医学会総会(2024.2.4)

**今から福岡大学病院ができること  
～2040年問題に向けて～**

1. 自己紹介
2. 2040年問題
3. 福岡大学病院の紹介
4. ①働き方改革、②医療安全
5. 地域医療連携、多職種協働・チーム医療
6. 持続可能な医療経営
  - ①福岡大学西新病院、②福岡大学病院

本日は、自己紹介させていただいた後、2040年問題につきまして簡単にお話しし、福岡大学病院の紹介、働き方改革、医療安全、地域医療連携、今後の病院の方針についてお話しさせていただきます。

**COI開示**

発表者名：三浦伸一郎

**演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。**

先ほどもご紹介いただきましたが、私は1988年に福岡大学を卒業した後、米国クリーブランドク

リニックに留学いたしました。2000年に帰国後、2017年に福岡大学医学部の教授に就任させていただき、2019年までの4年間、福岡大学西新病院の病院長を務めました。同病院は3年後にこども病院跡地へ移転・開院する予定です。現在は昨年12月より福岡大学病院の病院長をさせていただいております。

ご存じのように、2040年問題は、2040年に65歳以上の人口が増え、それとともに様々な社会の変動があり、国内経済や社会の維持が危機状態に陥り、医療費も非常に多くなっていくといわれております。

日本の人口推計では、令和6年で日本の人口は減少し、2040年から2050年にかけては現在の3分の2ぐらい、約8,000万人ぐらいになってしまい、さらに高齢化が非常に進んでまいります。

2040年を展望した医療提供体制では、2025年度までに達成すべきこととして地域医療の推進、また、働き方改革を2025年ぐらいまでにある程度整備し、2040年の体制を確立することとなっております。2040年まであと16年ですので、非常に差し迫った問題です。

**3. 福岡大学病院の紹介**

福岡大学筑紫病院

福岡大学病院

福岡大学西新病院

人事交流・技術交流

**3病院一体の形態を推進し、地域医療に貢献！**

Three Hospitals, One Team!

福岡大学病院には3つの病院があり、福岡大学病院と、西新病院という内科系の117床の病院、そして地域医療支援病院の筑紫地区にある筑紫病院で、310床を有する内科・外科の病院です。私たちはこの3病院を一体として地域医療に貢献しております。

**福岡大学病院**

福岡大学病院の理念

理念 **あたたかい医療**

基本方針

- ・社会のニーズに応える患者中心の医療の提供
- ・高度先進医療の指導的病院
- ・地域に開かれた中核的医療センター
- ・社会に必要とされる優れた医療人の育成
- ・健康のための情報発信基地

平成15年4月16日開催  
第403回診療部長会議より引用  
【大きな数字アンケート集計結果】

あたたかい医療	12
心あたまる医療	9
ぬくもりのある医療	3
信頼	21



研究に大きく影響します。それをどのように改善するか、屋根瓦方式という教育実践が臨床医への一助となるのではないかと考えております。

臨床研修医が学生に教え、学生がまたその下の学生に教えることによって、もちろん医師になった段階で、ある程度、研修医の技術を身につけている。考え方もそうですけれども技術を身につけている、そして国家試験に合格し、知識も備えている、そういう医師を育て、臨床に出た場合にはすぐに一人の医師として働けるようになるようにと考えています。

このことが卒前と卒後のシームレス化に向けてという意味です。あるアンケートによりますと、臨床実習と卒後初期臨床研修に連続性を感じるかという質問がされており、あまり感じない、全く感じないという方が非常に多くなっていました。もう一つは、卒前・卒後のシームレスな医師育成が進むことを期待するかという問いに対しては、非常に期待する、少し期待するという方が圧倒的に多くなっていました。卒前にいろんなことを勉強して国家試験に合格する、そこで1回途切れるのではなく、そのまま臨床研修医としてすぐに働ける、そういった一環教育を福岡大学病院では医学部長、また、医学教育推進学講座とともに考えています。

#### 4. ② 医療安全

##### 紹介患者への更なる 安心・安全な医療の提供

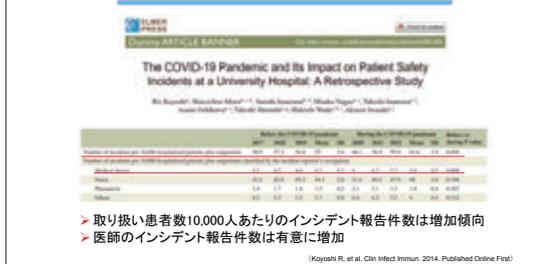
次に、医療安全ですけれども、特定機能病院をはじめ、病院にとって医療安全というのは非常に重要です。紹介患者さんへのさらなる安心安全な医療提供が非常に重要な課題です。

#### COVID-19感染症流行時の救急医療

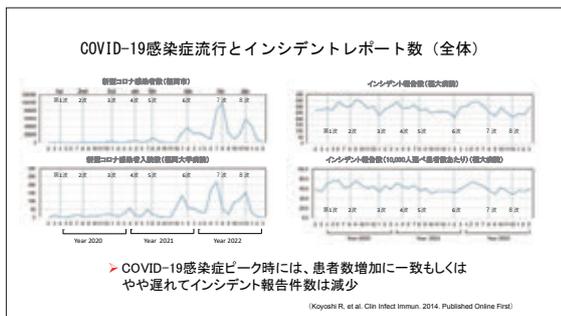


コロナ禍で私たちの病院でも、ECMOを使い、手術もその中で実施し、非常に大変な時期がございました。救急医療は、感染症が流行しようと、災害が起ころうと、私たちは止めることができません。そこで一つ私たちが検討した報告をご紹介します。その一つ私たちが検討した報告をご紹介します。

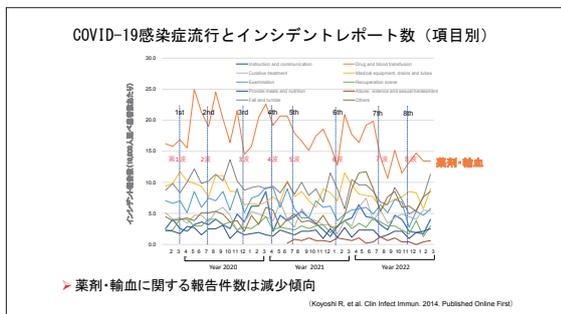
#### COVID-19感染症流行とインシデントレポートの関連性



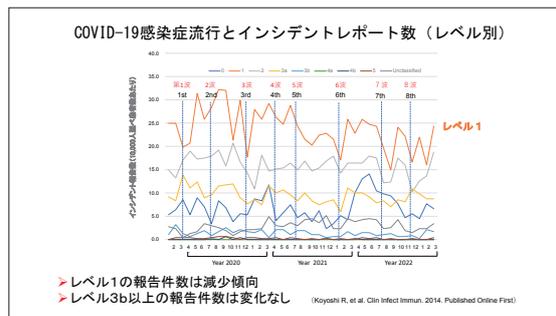
COVID-19流行とインシデントレポートの関連性です。インシデントレポートといいますのは、医療従事者が少し間違えたこと、また、間違える可能性でちょっとヒヤットしたようなことをレポートするシステムです。これは病院として医療安全ができていれば数は多いほうがよいといわれているわけですが、当院にて、COVID-19前の3年間、COVID-19中の3年間を見ますと、取扱い患者数1万人あたりのインシデント報告数は有意に増加傾向でございました。当院では、コロナの流行にかかわらず、しっかりインシデント報告をして、医療安全に努めていることが見て取れました。その中で、医師のインシデント報告数も有意に増加しておりましたので、医師にも、非常に大変な中、しっかりインシデントをレポートしていただけたことになります。



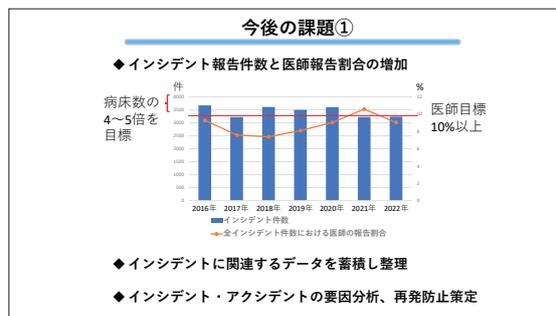
この図は第1波から第8波までをまとめたもので、福岡市の新型コロナ患者さんの第8波までの患者数です。あと、福岡大学病院の第8波までの入院数も示してあります。コロナ患者さんが病院で増えますと、インシデントレポートを書く時間がなく減るのではないかと、そういうことも心配いたしました。実際に、僅かですけれども、第1波、第2波、第3波のところでは若干減る傾向にございました。COVID-19の感染症ピーク時には患者数増加に一致、もしくはやや遅れてインシデント報告数がやや減少していることが見て取れましたので、やはり少し流行によって影響を受けていますが、全体としてはレポート数が増えていることが分かりました。



実際にどういったレポートが減っているのかですが、薬剤や輸血に関する報告数は減少傾向にございました。薬剤、いわゆる処方を出したときに、3日処方を5日処方にしたり、3×が2×で出されたりと、そういったところが減少傾向でしたので、注意すべきということを院内に周知しております。



また、インシデントレポートにはレベルがございまして、0から5までございまして、5は非常に危険で、患者さんがインシデントにより亡くなられたケースで、3b以上が重大なものとなります。このCOVID-19の間に若干減ったのがレベル0、レベル1はやや減少傾向にございました。やはり、軽い報告といいますか、軽いと言っではいけませんけれども、そういう報告は若干減少傾向でしたので、注意するように院内で話しております。



福岡大学病院では、一般的に言われていますように、病床数の4倍から5倍のインシデント報告件数を目指し、その目標数の10%以上は医師が報告すべきということで、データをずっと蓄積しながら、先生方からご紹介いただきました患者さんに安心安全な医療提供できるようにフィードバックさせていただいております。

また、セーフティマネージャーとの連携を強化いたしまして、ノンテクニカルスキルを高めております。ノンテクニカルスキルというのは、テクニカルなものではなくて医療間のきちんとした意思の疎通、連携ですけれども、そういうものを高めるべきであるということを職員に周知しております。

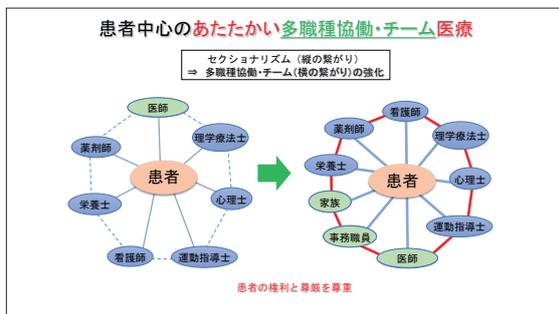
## 5. 地域医療連携における多職種協働・チーム医療

地域医療連携における多職種協働・チーム医療についてお話しします。

大学病院としては地域の中核病院、一般病院、そして多くの医療従事者、関係者、クリニック、また、様々な支援の医療機関、介護等との地域包括ケアシステムの在り方をどのようにするか検討することが重要になります。それぞれのところに医師のみでなく多くの医療従事者の方がおられますので、連携を非常に重要視することです。



私が教授になりまして約150の施設を訪問させていただき、地域連携に努めてまいりましたが、福岡大学病院としましても、様々な地域の方々とともに、地域の中核病院であるとともに支援できる病院を目指しております。



最初にあたたかい医療ということをご紹介いたしました。その達成には、多職種が様々なことを考え、連携しながら患者さんの診療をしないとイケません。大学病院はそれぞれの部門が確立されておりまして、セクショナリズムが強いという特徴があります。そこで私としましては、多職種協

働のチーム医療、横のつながりを非常に重視しております。従来のように医師は下支えとなりながら、家族、また患者さんご自身、事務職員も含めましたチーム医療を考えております。

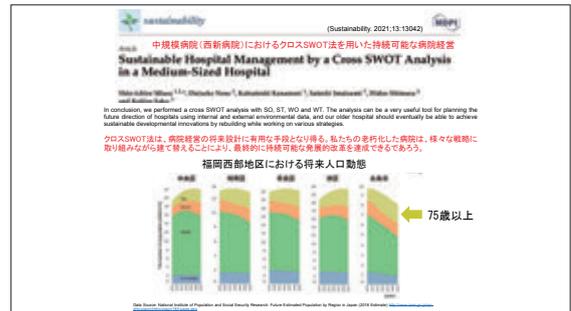
## 6. 持続可能な医療経営 (地域医療に貢献するために)

福岡大学西新病院を例に  
福岡大学病院の在り方を考える

持続可能な医療経営につきまして、どのように地域に貢献すべきかをずっと考えてまいりました。私は西新病院長でしたので、その例を基に今後の福岡大学病院の在り方を考えてみたいと思います。

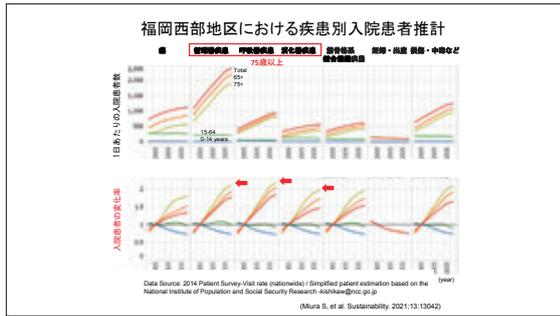
### 6. ① 福岡大学西新病院の場合

先ほどお話ししましたが、令和6年以降、人口の減少とともに患者さんの数も減ってまいります。しかし、令和46年までの40年間、高齢者の人数はあまり減らないことを考えますと、地域密着型の高齢者医療が非常に重要なことが分かります。

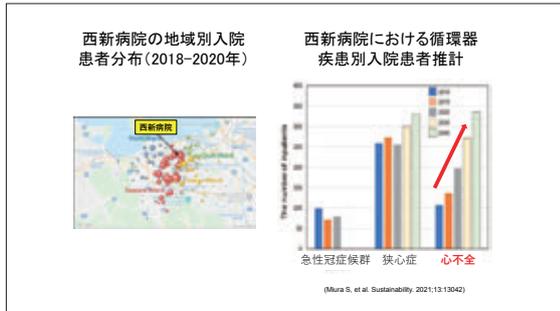


そこで、私が西新病院長のときに、今後の持続的な病院経営をどのようにすべきか報告させていただきました。これは福岡西部地区における将来の人口動態です。西部地区は、中央区、城南区、早良区、西区、糸島市になります。2040年ぐらいまではあまり人口は変わりません。糸島市は若干減少しますが、75歳以上は減るどころかむしろ増

えることが予想されております。



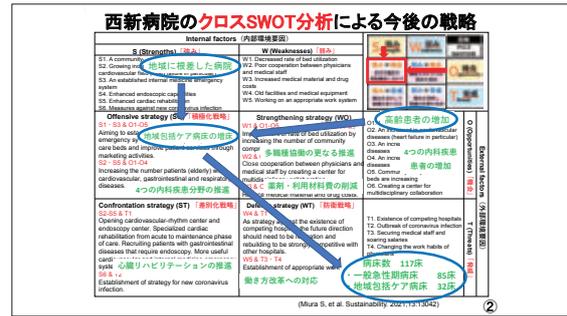
また、西新病院には、循環器系、呼吸器系、消化器系の患者さんが多く入院されています。2040年ぐらいまでの入院推計を見ていきますと、福岡西部地区で2倍以上に入院患者さんが増えていくことが分かりました。特に、75歳以上の方で循環器系、呼吸器系、消化器系の患者さんの入院が増えることが分かりました。



そこで、西新病院における循環器疾患の入院患者別の推計を見てみますと、ちょうど2020年のあたりから、狭心症患者さん等はあまり増えませんが、心不全患者さんは約2倍に増えることが推定されましたので、こういうところに力を入れることといたしました。

どのように今後の戦略を考えるか、一つの方法としてクロスSWOT法がございまして、これには内部環境の要因と外部環境の要因を用います。内部環境というのは病院の中のことですので、自分の病院の循環器診療は強い・弱い、消化器が強い・弱い、手術が少ない、こういうことがよく分かります。外部環境というのは、例えば機会として令和6年度の診療報酬改定がございまして、その中で、例えば診療報酬が上がるもの、これは外部環境要因として非常にいい機会となりますし、診療報酬が減ることは外部環境として非常に脅威になります。または、ご自分の病院、クリニックの周りに自分と競合する病院やクリニックができることは非常に脅威です。その脅威を自分の内部の

強みによって解決して組み合わせ、クロスさせて対策を取る、これがクロスSWOT法です。

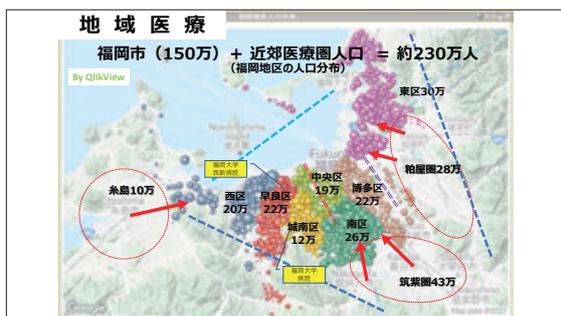


西新病院ではいろいろな解析をしたわけですが、簡単に申しますと、機会としましては、西新病院は成人病センターを引き継ぎましたので、地域に密着した病院であることが強みですし、高齢者が増加するということが先ほど分かりましたので、そういう患者さんをサブアキュートで入院できる地域包括ケア病床をつくる、これが一例になります。

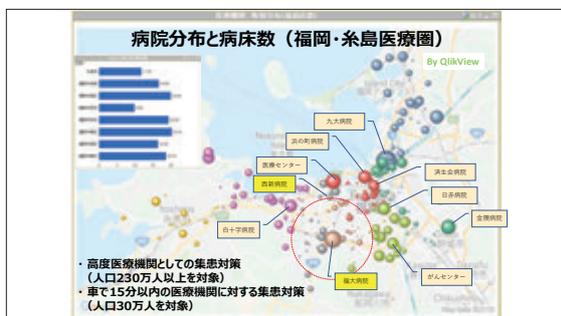
## 6. ② 福岡大学病院の場合

福岡大学病院の場合にどのように考えるかといいますと、福岡大学病院は非常に大きく、様々なことを考えることが非常に大変です。

そこで、もう一度、人口動態推移に立ち返りたいと思います。そうしますと、75歳以上の高齢者はあまり減りませんので、こういう方々への医療を提供し、入院患者さんを考えた場合に、15歳未満のいわゆる小児科部門は減ってまいります。福岡大学病院は特定機能病院ということもございまして、小児の慢性特定疾病や重症児の受入れ体制を確保することにより、少子化でも多くの患者さんを治療するために、新生児の集中治療室などを増床しようと考えました。



もう一つ考えないといけないことが、地域医療における人口動態です。福岡・糸島地区を一つの例にとりますと、福岡市の人口は約160万人で、近郊の人口を合わせますと250万人ぐらいになります。福岡大学病院は城南区という市の南西に位置します。



福岡市には九州大学病院をはじめ非常に大きな病院が多数ございます。福岡大学病院は高度医療機関としてどこが非常に優れているか、手術のこういうところが福岡大学病院は優れている、または救急でECMOを使うことに非常に優れているなど、福岡・糸島医療圏全体で集患対策をすることが重要です。もう一つが、近隣の患者さんまたは医療圏との連携です。一般的には、3～4キロ圏内、または車で10分～15分圏内ということになりますので、福岡大学周辺の約30万人の方を対象とします。

以上のような二つの戦略を考えることになります。

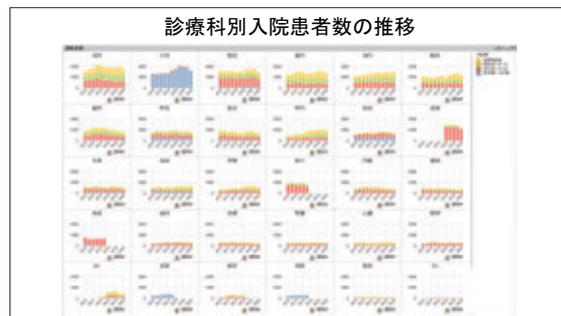


福岡・糸島医療圏の主要7疾患を見ていただき

ますと、悪性新生物、循環器、呼吸器、消化器、筋骨格、整形系が増加し、あまり増えないのが産婦人科となっています。75歳以上の方はどの主要7疾患も患者さんがこれから増加しますし、特に総数として増えますのは循環器系や呼吸器系です。こういうことを考えつつ、次の戦略を考えることになります。



これは九州の特定機能病院の3大疾患の入院患者数を示していますが、福岡大学病院はちょうど真ん中ぐらいにございます。見ていただきますと、脳や心臓のところは多いのですが、その他が非常に少なくなっています。この対策をとらないといけませんし、特にがん治療が少ないのがお分かりいただけると思います。

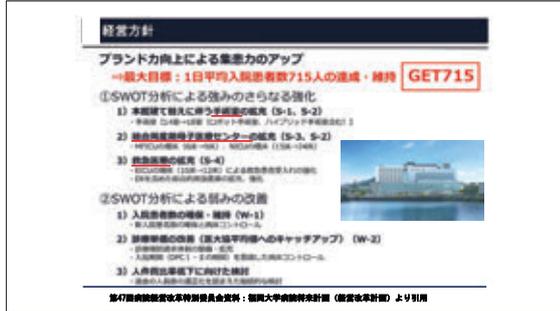


ここは詳しくお話ししませんが、各診療科別にこの10年間でどのような入院患者数であったかを解析しまして、現在、検討しているところです。



先ほどお話ししたSWOT法を用いて、プラス要因とマイナス要因を外部環境と内部環境に分

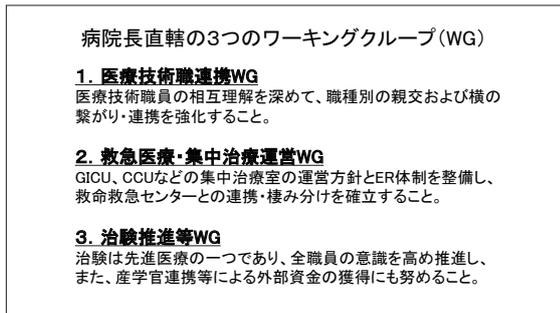
けまして、現在、様々な検討をしています。



あくまでも現在の目標ですけれども、1日平均入院患者数を715名にすることを考えつつ、今度、新本館ができますので、手術室や総合周産期母子医療センターを拡充したり、救急医療で集中治療室や救命救急センターの拡充を考えています。



私は昨年12月から病院長に就任させていただき、現在、副院長4名、病院長補佐2名、副院長補佐4名の体制となっております。



また、福岡大学病院は特定機能病院ですので、100近くの委員会やワーキンググループがございます。私が病院長に就任させていただいてから、3つのワーキンググループを直轄としてつくらせていただきました。特徴として、セクショナリズムが非常に強いので、医療技術者間の連携を強化することを推進するワーキング、地域の先生方に救急患者さんをよく受け入れるようにということで、救急医療・集中治療室の運営ワーキング、また治験を推進する必要がございます

ので、そのようなワーキングを設定しています。



ここからは、新本館が今年の5月に開院いたしますので、そのコンセプトについて最後にご紹介させていただきます。新本館のコンセプトは、エデュケーション、次世代を担う人材の育成です。ウェルビーイングという言葉はよく聞かれていると思いますけれども、全ての施設利用者にとって快適な病院ということになります。また、いわゆる感染症や災害のときにきちんと受け入れるということ、あとはサステナビリティ、持続性が非常に重要で、この4つをテーマとして病院を建設させていただいております。



今回開院いたします新本館です。あたたかい医療による多職種協働、チーム医療を推進させながら、救急医療、手術室を拡充いたします。また、総合周産期母子医療センターを拡充し、多くの患者さんが入院できるように体制を整えています。また、特定機能病院として高度な技術を提供し、新たなエビデンスを創出し治療を標準化していきたいと考えています。先ほどご紹介したように、さらなる医療安全体制の確立のために、様々なデータを示し職員にフィードバックし、先生方からご紹介いただいた患者さんにさらなる安心安全な医療を提供させていただきたいと考えています。あと、治験を推進し、外部資金等を獲得しながら、各部門の横のつながりを強化し、医学生と研修医とのシームレスな教育、それによる働き方改革への対応をしてま

いりたいと考えています。

福岡大学病院 医療イノベーション

1. 患者中心のあたたかい多職種協働・チーム医療の推進
2. 救急医療・手術室、周産期母子センターの拡充
3. 特定機能病院として高度な医療技術を向上
4. 新たな研究、エビデンス創出や治療標準化
5. 更なる医療安全管理体制への取り組み
6. 治験推進、外部資金の獲得
7. 各部門の横の繋がりを強化
8. 働き方改革への対応

地域医療連携を最重視し、地域中核・支援する病院  
多職種協働可能な優れた医療人育成・獲得

福岡大学病院では地域医療連携を最重要視して、地域の中核の支援する病院として、多職種協働の可能な優れた人材の育成に努めてまいりたいと考えています。ご清聴ありがとうございます。

## 「地域医療における産業医科大学 病院の役割と取り組み」



産業医科大学  
病院長

田 中 文 啓



産業医科大学の田中と申します。本日はこのような機会を与えていただきまして、本当にありがとうございます。感謝いたします。

私のお話は、地域医療における産業医科大学の役割ということですが、その中で特に治療と就労の両立支援を中心にお話したいと思えます。と申しますのは、一般的な地域医療と大学病院の関係に関しまして、例えば、昨今のCOVID-19における関わり、そして働き方改革が実施されることに伴う大学病院の在り方の変化、あるいは高齢化社会における大学病院の役割等に関する総論的なお話は、これまでの3人の先生方に十分していただいておりますので、我々の大学で特徴のある就労と治療の両立支援を中心にお話したいと思っています。

と申しますのも、後でお話いたしますが、産業医科大学というのは、産業医学、すなわち働く人の健康といったものを研究し実践するような目的大学です。したがって、我々の病院として一番重要なことは、病気を治すことも大事ですが、病気を治した後に働ける方にはきちんとお仕事に戻っていただくことです。

後でお話しますが、昨今、どんどん就労人口が減っています。特に顕著なのが、例えば、タクシーの運転手さんがいなくなってタクシーがつかまらない、こういったことは福岡では少

ないかもしれませんが、北九州では本当に深刻な問題になっています。ですので、後で症例も提示いたしますが、例えば、肺がんの手術をしても働けるような方は元のタクシー運転手さんに戻っていただく、こういったことが非常に重要と考えております。このような治療と就労の両立支援は、やはり一人ではできません。



両立といいますと大谷選手を思い浮かべるわけですが、これはエンジェルス時代の写真ですけども、大谷翔平がピッチャーとバッターを両立できるのも、球団がこういったことを支援し、それができる環境をつくってあげたからこそできるわけです。一般的ながん患者さんは、罹患が分かったときにパニックになって仕事をやめてしまうことがよくあります。そこで、きちんと治療をしながら就労できる環境を整え、支援をすることが非常に重要であり、それが産業医科大学のミッションだと思っています。両立支援をしながらいかに急性期治療を終えた後の患者さんを地域に、そして職場に戻れるようにするか、これは決して大学だけでできるものではなく、地域医療の方々、職場の産業医の方、様々な地域の方の支援があって初めて成し遂げられることなので、その点を中心にお話したいと思えます。



両立という意味では、私自身も、病院長をやりながら、今も呼吸器・胸部外科の診療科長として主に肺がん等の呼吸器外科の手術も行っていきます。産業医科大学は非常にコンパクトで自由度の高い大学であるということで、

産業医科大学病院の取り組み  
- 本日の講演内容 -

- 産業医科大学の紹介
  - 産業医科大学病院の紹介と理念
  - 急性期診療棟と建設への歩み
- 診療に関する取り組み：肺癌手術を例に
  - がん治療の進歩：治療成績向上と低侵襲化
  - 肺癌手術の進歩(ロボット支援手術・縮小手術)
- 治療と就労の両立と取り組み
  - 治療と就労の両立と課題
  - 産業医科大学病院の取り組み

私自身の経験も含めて、今日は、最初に産業医科大学病院を紹介させていただいた後に、今、がん治療がどんどん進歩して、従来は両立しなかったがん治療と就労が、がんが治るようになって、治るだけではなくてより低侵襲な、例えば肺がんで言いますとロボット手術、あるいは取る肺の範囲を小さくすることによって十分に元の職場に復帰が可能であることを、肺がんを例にとって診療の進歩について紹介した後、最後に本題である産業医科大学における治療の就労の両立とその取組についてお話ししたいと思います。

産業医科大学病院の取り組み  
- 本日の講演内容 -

- 産業医科大学の紹介
  - 産業医科大学病院の紹介と理念
  - 急性期診療棟と建設への歩み
- 診療に関する取り組み：肺癌手術を例に
  - がん治療の進歩：治療成績向上と低侵襲化
  - 肺癌手術の進歩(ロボット支援手術・縮小手術)
- 治療と就労の両立と取り組み
  - 治療と就労の両立と課題
  - 産業医科大学病院の取り組み

最初に簡単に産業医科大学を紹介したいと思います。

**産業医科大学病院**

● 678床(一般638 + 精神科40)  
(ICU10, NICU15, MFICU6, GCU6, 無菌室13)

産業医科大学は、今から45年以上前の1977年に認可された大学です。実際に開設されたのは翌年の1978年として、産業医科大学として診療を開始したのが昭和54年、1979年7月ということで、45年以上が経過しています。

678床ということで、九州大学、久留米大学、あるいは福岡大学に比べると随分小規模な病院と言えると思います。ここに見えている正面の大学病院の本館ですけども、これは1979年の開設当時からの建物です。外見は非常にきれいで、聞くところによりますと、産業医科大学が設立された当初は国からの補助金が非常に潤沢だったので、私が聞いたところによると、この外観のタイルは確かイタリアから輸入されたそうです。非常にお金がかかっている、内装も大理石をふんだんに使っている、骨格としては非常にきれいですけども、40年以上を経過していますので、水回りを中心に老朽化しています。

### 産業医科大学病院

- 678床(一般638 + 精神科40)  
(ICU10, NICU15, MFICU6, GCU6, 無菌室13)
- 医学及び看護学その他の医療保健技術に関する学問の教育及び研究を行い、**労働環境と健康に関する分野**におけるこれらの学問の振興と人材の育成に寄与すること(大学の目的・使命)

昭和 52 53 54  
(1977) (1979)

創立 設置 (産業医科大学)      開設(昭和54年9月)

本学の設置目的及び使命ですが、医学及び看護学その他の医療保健技術に関する学問の教育及び研究を行い、労働環境と健康、つまり、働く環境をよくして働く方の健康をいかに担保するかという、いわゆる産業医学の振興と人材の育成に寄与することを目的とする目的大学です。

### 産業医科大学病院

- 678床(一般638 + 精神科40)  
(ICU10, NICU15, MFICU6, GCU6, 無菌室13)

平成 30 (2018)

昭和 52 53 54  
(1977) (1979)

創立 設置 (産業医科大学)      開設(昭和54年9月)

- 開院後38年
- がん・急性期疾患の増加
- 治療と就労の両立支援

先ほど申しましたように、既に建設されてから40年以上が経過しておりますので、2018年の開院40年後に、新しい急性期病棟をどうしても建てないといけないということで、新しい急性期病棟を建てるプランが持ち上がりました。このときの背景としては、がん患者さん、そして急性期疾患の増加、かつ、そういった患者さんに高度な医療を提供するには病院のインフラを新しくする必要があります。もう1点は、今回の主な目的である治療と就労の両立支援をするために、患者さんとゆっくりお話をしたり指導するようなスペースや施設が欠けていたことです。

ですので、がんや急性期に対して高度な治療を提供すると同時に、そういった治療をした後、患者さんをきちんと職場に戻してあげるための両立支援、こういったものをミッションとして、

### 産業医科大学病院

#### - 急性期診療棟整備基本計画 -

大学病院は、開院38年を過ぎ、医療技術の高度化はじめ医療を取り巻く環境変化の中で、施設の老朽化・狭隘化が課題となっている。

その中で、「急性期医療」を中心に、将来にわたって先進的な医療技術を提供し、さらに産業医臨床教育及び**治療と仕事の両立支援機能**を持つ施設として「急性期診療棟」を建設することとしたい。

### 産業医科大学病院

#### - 急性期診療棟整備基本計画 -

- 地上5階建て
- 延べ床面積：約22,000㎡

【別棟】  
手術部併設棟  
更正室等  
麻酔科高圧室・高圧室  
・高圧室(麻酔高圧) - 臨床工学部の一部  
・学生実習室(ICU-麻酔科用)  
・学生実習室(リフレッシュルーム)

5F	急性期病棟 42床 (学生実習室併設)	急性期病棟 42床 (学生実習室併設)	手術部	ICU(集中治療部) 10床
4F	急性期病棟 42床 (学生実習室併設)	病棟部	ICU(集中治療部)	検査室 別棟
3F	手術部 17+1室	実習室 待合室	総合画像診断母子センター	消毒滅菌室
2F	急性期女性病棟 42床 (学生実習室併設)	実習室 待合室	総合画像診断母子センター	ICU(集中治療部)
1F	急性期エントランスセンター (検査室、CT、MR等 兼)	エントランスホール	ICU(集中治療部) 待合室	SPD 産学両立支援センター 産学両立支援センター 検査室

※(裏側あり)      ※(裏側あり)

新しい急性期棟の計画が持ち上がりました。そしてこのように開院して38年がたって老朽化した施設をリニューアルするとともに、急性期あるいはがんに対する高度な医療提供をするとともに、治療と仕事の両立支援機能を持たせることを目的とし、急性期診療が計画されました。昨年8月17日にその新しい急性期棟が開院しています。

### 産業医科大学病院

#### - 急性期診療棟整備基本計画 -

- 地上5階建て
- 延べ床面積：約22,000㎡

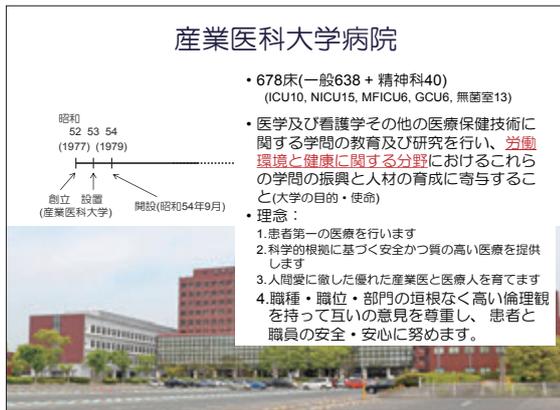
【別棟】  
手術部併設棟  
更正室等  
麻酔科高圧室・高圧室  
・高圧室(麻酔高圧) - 臨床工学部の一部  
・学生実習室(ICU-麻酔科用)  
・学生実習室(リフレッシュルーム)

5F	急性期病棟 42床 (学生実習室併設)	急性期病棟 42床 (学生実習室併設)	手術部	ICU(集中治療部) 10床
4F	急性期病棟 42床 (学生実習室併設)	病棟部	ICU(集中治療部)	検査室 別棟
3F	手術部 17+1室	実習室 待合室	総合画像診断母子センター	消毒滅菌室
2F	急性期女性病棟 42床 (学生実習室併設)	実習室 待合室	総合画像診断母子センター	ICU(集中治療部)
1F	急性期エントランスセンター (検査室、CT、MR等 兼)	エントランスホール	ICU(集中治療部) 待合室	SPD 産学両立支援センター 産学両立支援センター 検査室

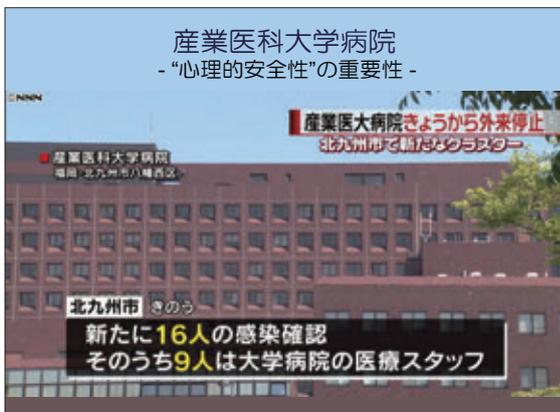
※(裏側あり)      ※(裏側あり)

この急性期診療棟は、地上5階建て、延べ面積2万2,000平米で、主な施設とし、手術室、ICUを中心とした、いわゆる急性期病棟です。





産業医科大学のミッションは、先ほど申しましたように労働環境と健康に関する医学の学問の振興と人材育成です。これを受けた病院の理念は、当然ながら患者第一の医療、安全かつ質の高い、あるいは人間愛に徹したということがありますが、実は4番目はほかの病院等にあまりない理念で、これが4年前、令和2年に付け加えられました。4番目の理念では、職種、職位、部門の垣根なく、高い倫理観を持って互いの意見を尊重して患者さんの安全・安心に努めるといふ、いわゆる心理的安全性をうたっています。なぜこのような理念を加えたかと申しますと、



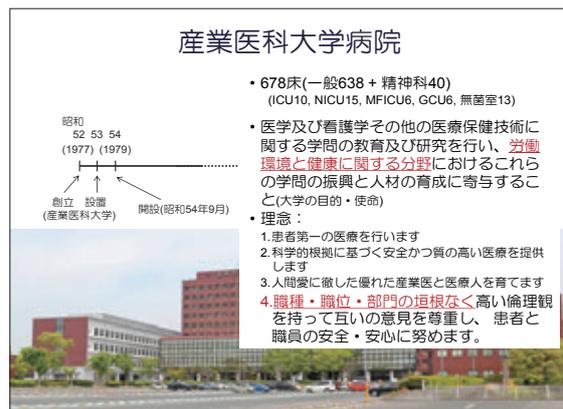
私が病院長に就任した令和2年はコロナ禍で、COVID-19の感染が拡大いたしました。4月に病院長に就任しましたが、6月に産業医科大学病院でクラスターが発生して、報道でも大々的に報道されました。16人の感染が確認されて、そのうち9人が大学病院の医療スタッフということで、これを受けて約3週間にわたって診療を停止いたしました。

このクラスターは実は、一人の患者さんがもとの感染源であったことが調査結果で分かりました。その患者さんは他院にずっと長く入院されていて外部との接触はないということで、

こちらに手術目的で転送されたときに、ずっと外部と接触がないし、いわゆるお見舞い客とも接触がないということで、コロナはないだろうという思い込みがありました。それで、入院して手術室で何度か手術を行ったんですが、実は最高で38度から9度の発熱を時々起こしたことが分かりました。

もうコロナ禍が始まっている時期ですので、通常、そういう発熱を起こした場合は誰かが気がついてコロナの検査をするなり疑うべきですが、担当していた看護師さんが、熱があるのは分かっている、それを担当の医師に伝えたにもかかわらず、医師が風邪なのではないかということで無視をしたことがあり、結局、その患者さんは37度から38度の熱が続いているにもかかわらず、そのまま全くのノーマークの状態です。手術室に何度も出入りして、結果的に手術室関係スタッフを中心に9人、同病棟関係者も含めて16人のクラスターが起きています。

このように「おかしいな」と思ったとき、特に医師以外の医療職の者が医師に「おかしい」と言い出しにくい環境があると思います。しかし、医療安全をきちんと守るためには、おかしいと感じたときにそれをきちんと言える環境、つまり発言が咎められないといういわゆる心理的安全性がぜひとも必要で、産業医科大学にはそれが欠けていたことを深く反省いたしました。



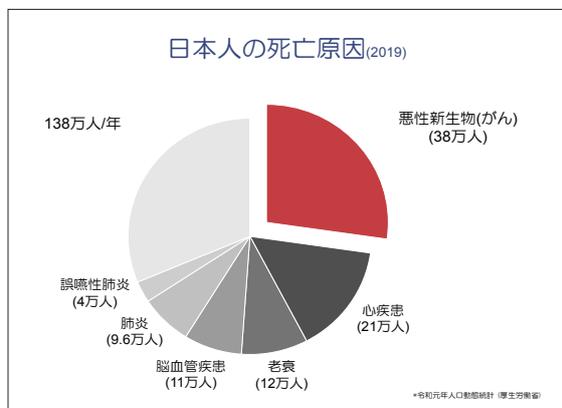
その結果、職位、職種の垣根なく、患者さんにとっておかしいと思ったことはきちんと言える環境をつくらうということで、この理念を加えたといういきさつがあります。

産業医科大学病院の取り組み  
- 本日の講演内容 -

- 産業医科大学の紹介
  - 産業医科大学病院の紹介と理念
  - 急性期診療棟と建設への歩み
- 診療に関する取り組み：肺癌手術を例に
  - がん治療の進歩：治療成績向上と低侵襲化
  - 肺癌手術の進歩(ロボット支援手術・縮小手術)
- 治療と就労の両立と取り組み
  - 治療と就労の両立と課題
  - 産業医科大学病院の取り組み

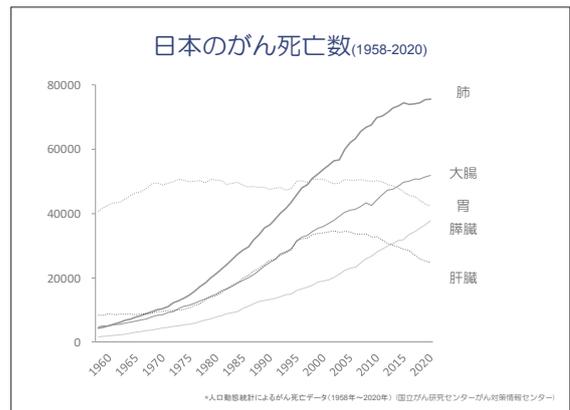
さて次は、先ほど申しましたように、治療と就労の両立に我々は積極的に取り組んでいるわけですが、その背景には、診療技術、特にがんに対する治療技術が発達してきたという背景があります。私が医者になった当時、肺癌は致命的ながん的一种でありまして、オーバーオールで言うと肺癌患者さんの5年生存率はたしか20%切っていて、5年後には肺癌になった患者さんの8割以上が亡くなっているという悲惨な時代を経験しました。その後、後でも話しますが、肺癌の手術あるいは薬物療法等が進歩いたしまして、今は5年生存率が50%近くまで向上しております。

このような形で肺癌のような難治がんになっても治る患者さんが出てきた。加えて、より低侵襲な手術や薬物療法が出てきたことによって、治療しながら就労できる環境になってまいりました。そこで、様々ながん種で同じようなことが言えると思いますが、私が専門とする肺癌に対する治療がどのように進歩してきたかについて少しだけお話したいと思います。

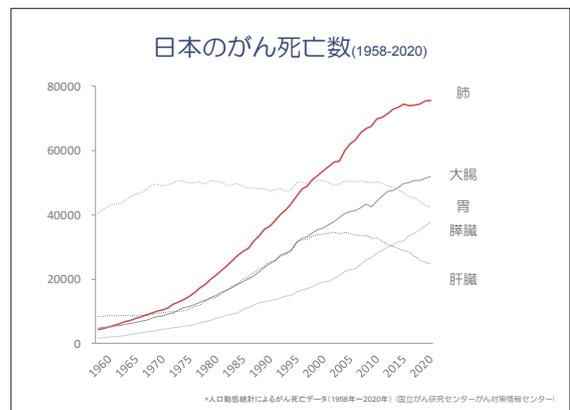


これは日本人の死亡原因をグラフにしたものですが、御承知のとおり悪性新生物であるがんが4分の1ぐらいを占めております。というこ

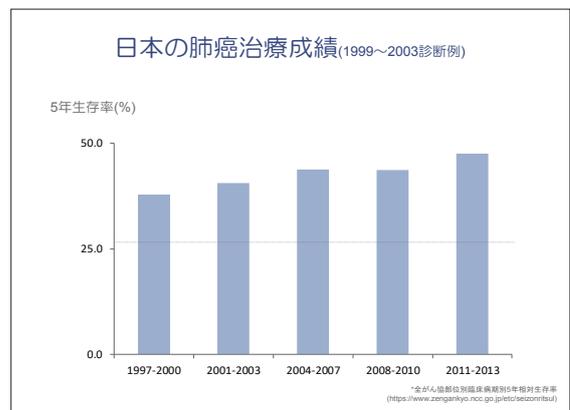
とで、日本にとって最も重篤な、重要な疾患であることは言うまでもありません。



このがんの死亡数をプロットしてみますと、かつて日本人においては胃がんが圧倒的に多かったわけですが、



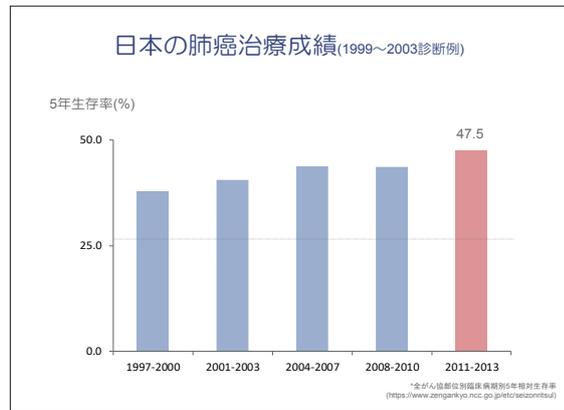
1990年代半ばに胃がんを抜いて肺癌がトップに立って、それ以来、男女合わせると肺癌がずっと日本のがんのトップです。今は、大腸がんが2位で3位が胃がん、そして猛烈に膵臓がんが伸びているのは御存じだと思います。



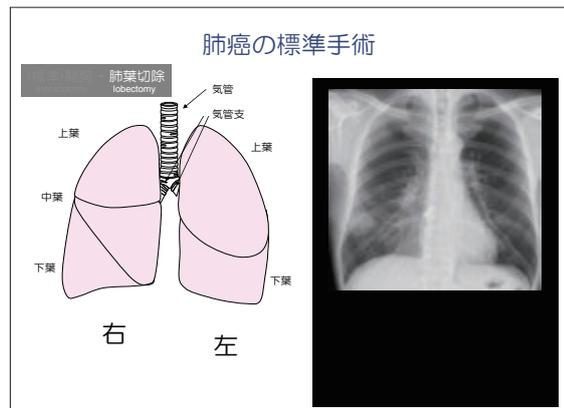
私は肺癌が専門ですので、その治療の進歩について少しお話してみたいと思います。

これは、1990年代から2013年までに診断された日本の肺癌患者さんにおける診断後の5年

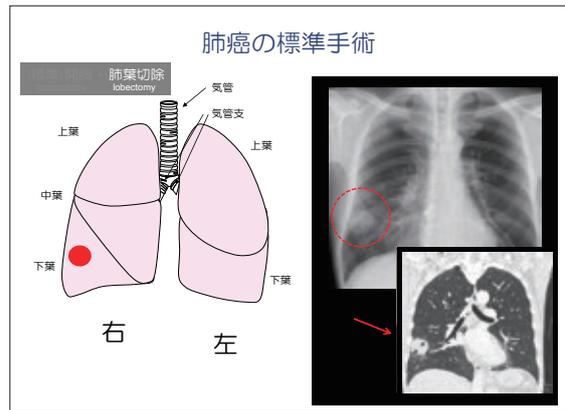
生存率をグラフにしたものですが、私が医者になった1980年頃は20%を切っていたと記憶しております。それが徐々に伸びてきて、一番直近では5年生存率が50%近くになってきました。そうしますと、肺がんと診断されても治る人が半数近くいることになります。後でお話ししますように、



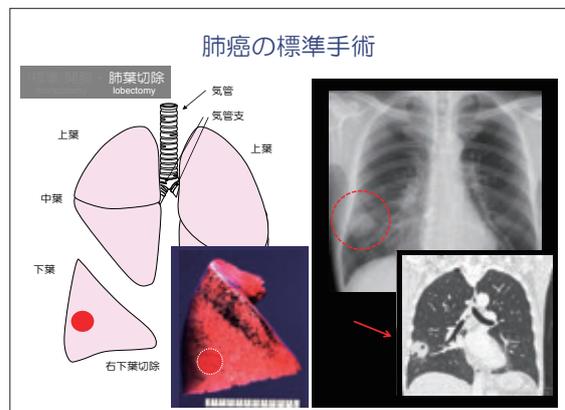
それに加えて、がんを克服した後もいわゆる低侵襲な治療をしているので働ける患者さんが出てきました。



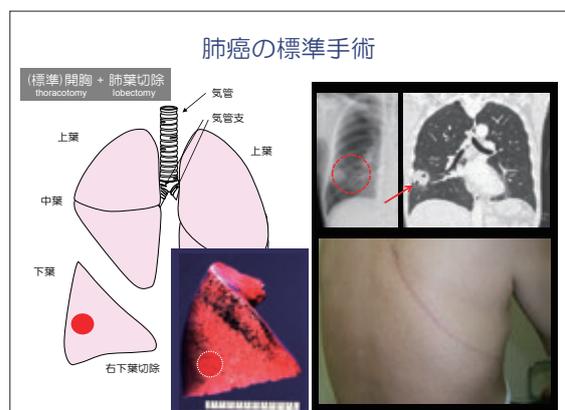
ここで、私の専門である肺がんの手術について少しだけ触れてみたいと思います。肺がんの手術をどういうふうにするかですが、御存じのとおり肺は、右は上葉、中葉、下葉という大きな袋に入っています。左には心臓がありますので、その分小さくて、上葉と下葉の2つの袋ということで、合計5つの袋があります。いわゆる安静にしているときは大体この袋が二つぐらいあればいいんですけども、当然、たくさん残っていれば残っているほどQOLが上がって、手術後の就労もできることになります。



通常、例えば左の下葉という袋の中にがんができますと、肺がんは非常に周りに広がりやすい性質があります。したがって、この部分だけを切り取っても、多くの場合、目に見えないがんが残って再発しますので、

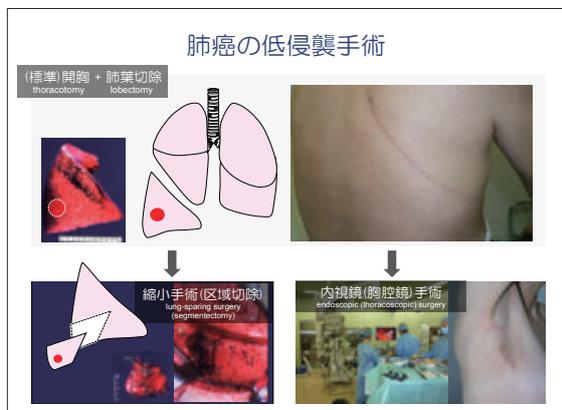


右の下葉にできると右の下葉全体を切除します。そうすることによって、がん細胞を散らすことなく、きれいに取ることができます。そうしますと4つの袋が残って、これであれば日常生活には問題ありません。



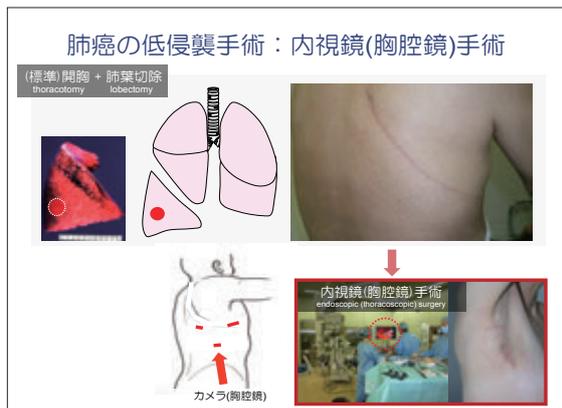
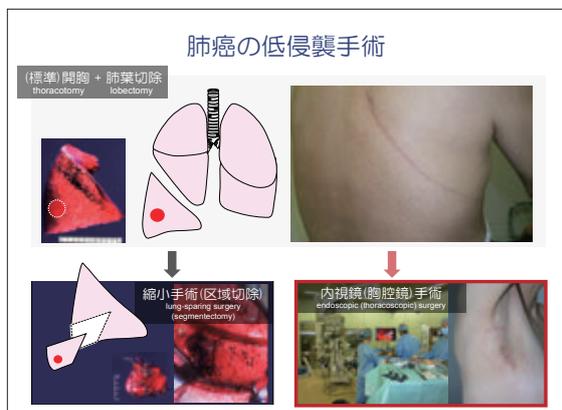
ただ、昔は、肺は肋骨に囲まれた胸の中にありますので、これを取り出そうとすると、ろっ骨を大きく開いて手術するしかありませんでした。開胸手術ですね。お腹は肋骨がありません

ので、開腹手術をしても単に傷がある程度大きくなるだけですけれども、胸の開胸手術になると、肋骨を広げたり、場合によっては肋骨を切除しますので、かなり侵襲が大きくなります。



ですので、こういう手術をすると、がんが治ってもなかなか仕事には復帰できませんでした。

昨今の肺がん治療においては、CTなどの発達によりましてごく小型のがんを見つけることができまして、そうすると周りに散っている可能性は少ないので、この袋の一部を取って治すことができる、取る肺の面積を少なくできるというのが一つです。もう一つは大きな傷をつけないように内視鏡で手術をするというアプローチの両面から、肺がんの手術は低侵襲化してきました。



胸腔鏡というカメラの手術はお腹でもやりまされども、さっきもお話したように、肋骨を切らない、肋骨を外さないということから言うと、内視鏡で胸の手術をするほうが開胸手術よりはるかに体への負担が少ないことがお分かりだと思います。



昨今では、このような胸腔鏡下、内視鏡下の手術をロボットにやらせています。先ほど中村先生のお話にもありましたダヴィンチが一番一般的ですけども、

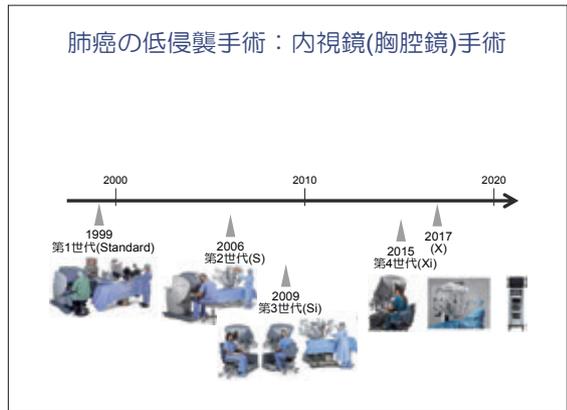


そういうものがどんどん普及しています。

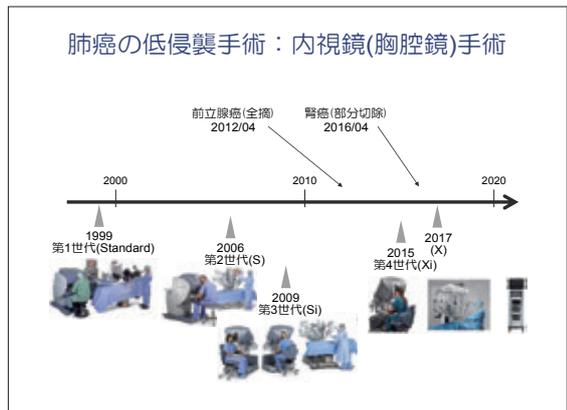
ダヴィンチはもともと1990年代の湾岸戦争のときにアメリカ軍によって開発が始まりました。すなわち、アメリカから兵士が中東に行って戦争をするわけですけども、一定の割合で兵士が傷つきます。もちろんアメリカへ連れ帰って手術で治せばいいんですけども、なかなかそうもいかないケースがあります。かといって、外科医が戦地に赴くと貴重な人材が死ぬ可能性がありますので、アメリカで外科医が操縦するロボットによって現地において手術ができないかということで開発が始まったのがダヴィンチです。

開発の途中で、想定より早く湾岸戦争が終わりましたので、もともと軍隊でダヴィンチを開

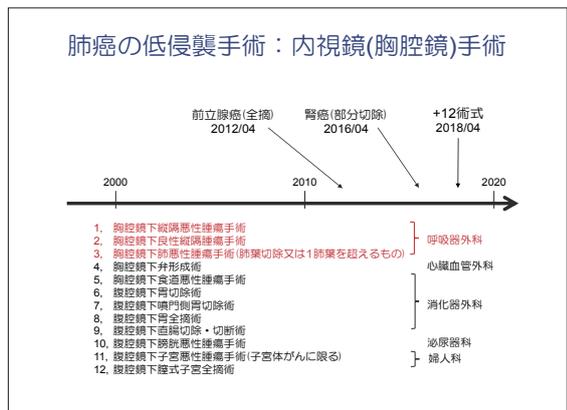
発していた人たちが会社をつくって、引き続いて開発し、製品化したのがダヴィンチというロボットです。



1999年に第1世代という一番原型ができて、その後、第2世代、第3世代と続いて、現在では第4世代のXiが最新機器となっております。



このダヴィンチの手術は、もともとは泌尿器の前立腺、腎がんにて2012年頃から日本で保険適用されていたわけですが、



2018年に、肺を含めて、食道、胃、直腸、膀胱、子宮、こういった様々な領域の手術に適用が拡大された結果、それ以降、急速に普及しています。



先ほど申しましたように、ロボット手術というのはロボットが手術するわけですが、場合によっては遠隔地にある操縦室で外科医がロボットを動かすことになります。ダヴィンチにはアームが4本ありますので、ちょうど外科医2人分の働きをすることになります。

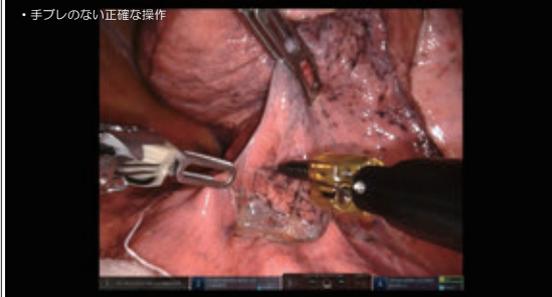


ダヴィンチには自動的に手術をするイメージがあるかと思いますが、かなりアナログでして、位置合わせも含めて全部マニュアルで外科医が行います。これはダヴィンチをセットアップしているところですが、さっきお話した4つのアームをきちんと所定の位置に合わせないといけません。人の体格には差がありますから、きちんと場所を合わせて、そして、アームにはさみやカメラなどの様々な道具を持たせるのも、全てマニュアルでやります。第1世代、第2世代は非常に原始的なシステムですので、慣れないとセットアップに1時間近くかかって、今では比較的時間はかかりませんが、それでも15分ぐらいかかります。

このような形で、先ほどお話したように、ロボットの腕をこういうふうに患者さんの体格に合わせてセットアップいたしまして、これで準備完了です。あとは離れたところからでもい

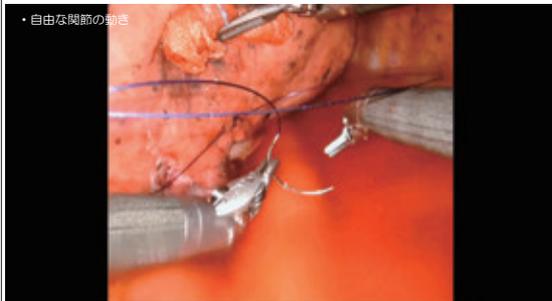
いですが、操縦席の外科医がロボットを操縦して手術をすることになります。ですので、結構アナログなところがあります。

#### 肺癌の低侵襲手術：内視鏡(胸腔鏡)手術



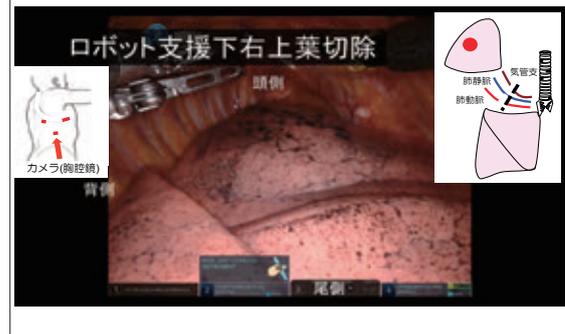
ロボット手術の特徴です。一つは、手でやりますとどうしても手ぶれします。ところが、ロボットは、見ていただいてお分かりのように全く手ぶれがないということで、極めて正確な操作ができます。また、カメラが非常によく、3次元で拡大視できますので、ある程度、年をとっていたり視力が悪い外科医でも十分に手術が可能なことも特徴です。

#### 肺癌の低侵襲手術：内視鏡(胸腔鏡)手術



もう一つは、ロボットですので、どんな角度にも動けます。人間の関節は一定程度しか回りませんが、今ビデオで示したように、ロボットの関節はどの方向にでも自由に動きます。ですので、胸の奥や、前立腺であれば骨盤腔の奥で非常に正確な動きを自由にすることができます。

#### 肺癌の低侵襲手術：内視鏡(胸腔鏡)手術



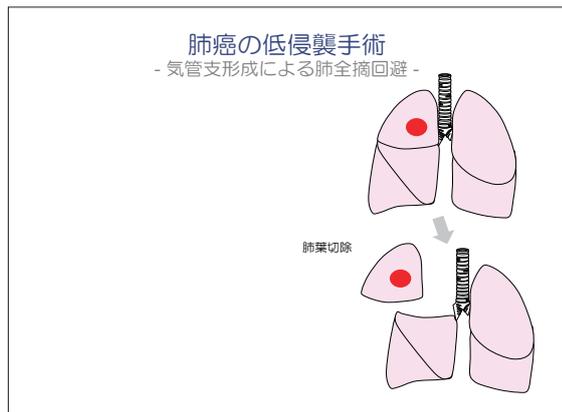
これらがロボット手術のメリットだと思います。

例えば、右の上葉にがんができた場合にロボットでどのように右の上葉を切除するかを少し見ていただきますが、今お話したように右の上葉の中にがんがあって、これを袋ごと取ります。当然ながら右の上葉という袋には肺の動脈や静脈、そして気管支と呼ばれるものがつながっているわけですが、こういったものを丁寧に剥離し、1本ずつ血管を切って、気管支を切り取って、最後にそれを外に取り出す、こういうものがロボット手術です。従来はそれを手でやっていましたけれども、ロボットのほうが正確で安定した動きができるということで、今、ロボットが急速に普及しています。当院では予算などの関係上でロボットがまだ1台しかなくて、中村先生がおっしゃったように2台、3台と必要な時代になっていると思いますが、1台2億から3億しますのでなかなか買えないところがネックです。

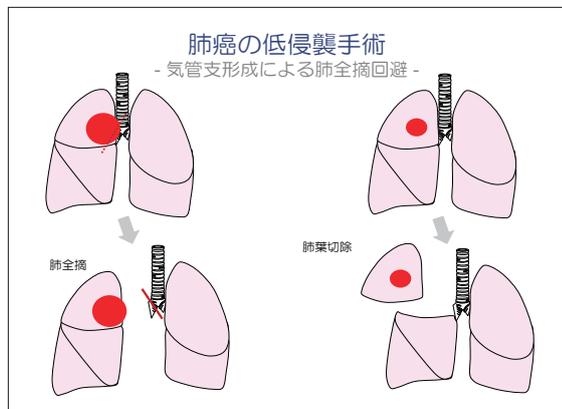
このような形で肺の血管等を剥離いたしますと、最終的にがんを含む袋、この場合は右の上葉と言われる袋ですが、これが胸の中でフリーになります。そのフリーになったものはビニール袋に入れて小さな穴から取り出します。これによって、肋骨を切ったり、触ったりせず、小さな穴から手術が可能です。これががんを含む肺葉、右の上葉と呼ばれる部分です。これを袋に入れて取り出します。お腹と異なり肋骨が制約になりますので、取り出す際は結構きついです。ですので、みんなで患者さんの体を押さえて、患者さんが浮き上がらないようにしながら取り出すということで、取り出すときも穴が小さすぎると出ません。今取り出していると

ここで、みんなで体を押さえています。

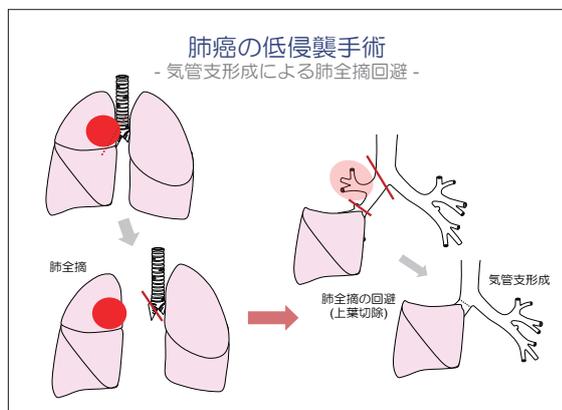
これがロボット手術です。



さらに複雑なこともできるようになってまいりました。例えば、先ほどお話ししましたように、

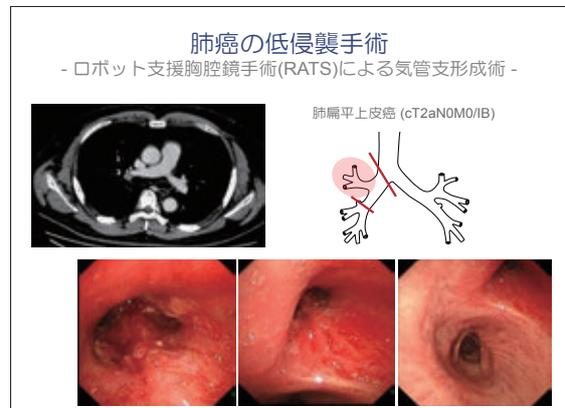


こういう袋の中にがんが含まれている場合、この袋だけの切除でいいわけですが、もう少し大きくて袋が出ている場合、ここで切ると、がんが残りますので、右の肺を全部取らないといけません。そうしますと、肺が2つしか残りませんので、何とか生きてはいけますけれども、とても就労はできない。このような場合にどうするかというと、

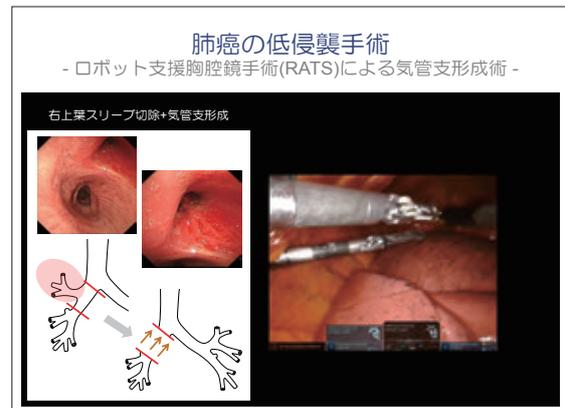


一種の肺移植のようなことをやります。  
すなわち、右の上葉にあるがんだけをきれいに

に取り出して、がんのない中葉と下葉をつなげます。そうすることによって、がんは治りますし、肺も損なわずに済みます。こういった手術が可能です。

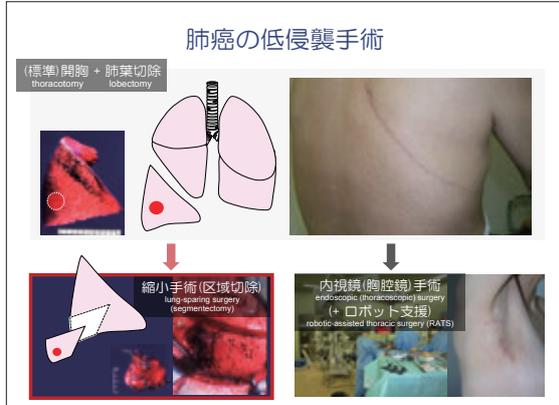


これをロボットでやれば小さな穴からできるということで、

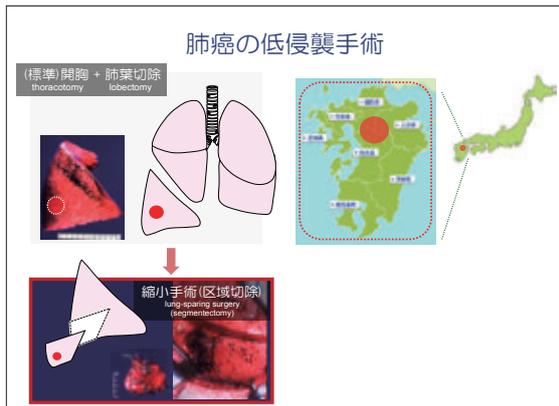


例えば、先ほどと同じように右の上葉を切除するわけですが、一旦肺を切り離れた後、ここに気管支が見えていると思いますが、ここに中葉と下葉をロボットで縫い付けます。先ほどお話ししましたように、そういった細かい縫合は手ではなかなかやりにくいのですが、今針をかけていますけれども、胸の奥でも自由な角度に針が曲がりますので、こういった右の中下

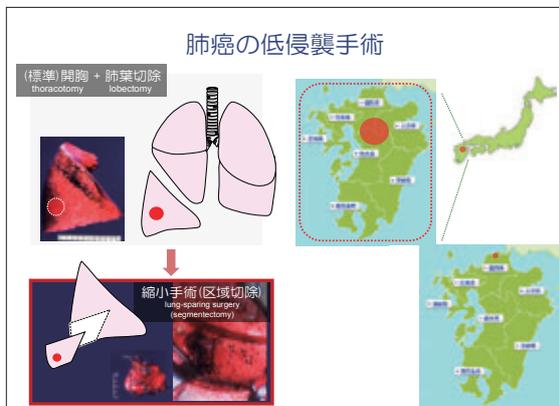
葉を上葉に縫い付ける操作も、非常に安定して楽にすることができます。こういったことをすることによってがんをきれいに取ると同時に、患者さんのQOLも維持できます。このようなことが現在、可能になっております。



もう一つは、傷を小さくする、肋骨を切らないだけではなく、肺そのものを小さく取る技術も出てきました。

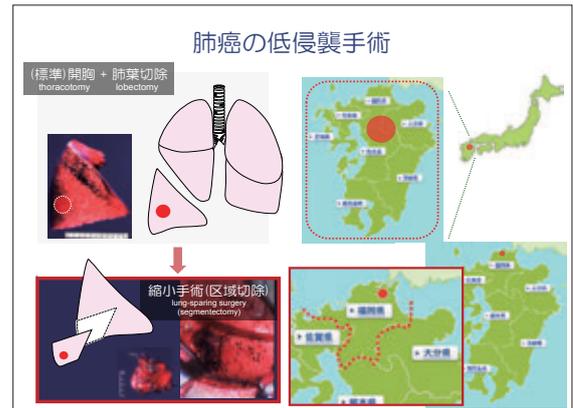


例えば、先ほどお話ししましたように、がんがこういう九州のある県にできると、九州の中ではがんが散らばるかもしれないので

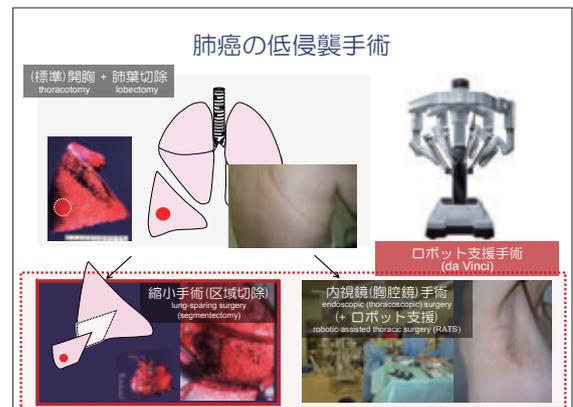
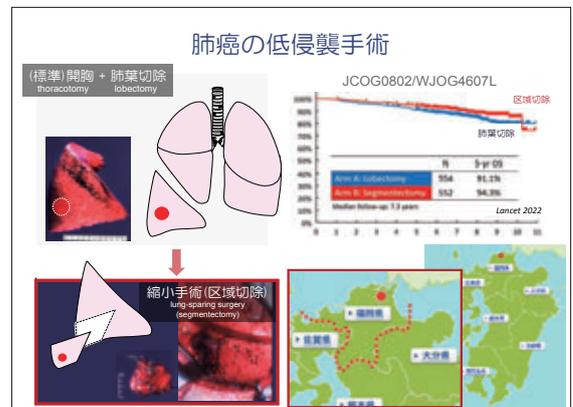


九州全体を取りましようというのが従来の袋ごと取る手術でしたが、例えば、最近のように非常に早期にがんが見つかるようになると、別に

九州全体ではなくて福岡県だけでもいいのではないかと、福岡県と大分県の県境には川もあって、

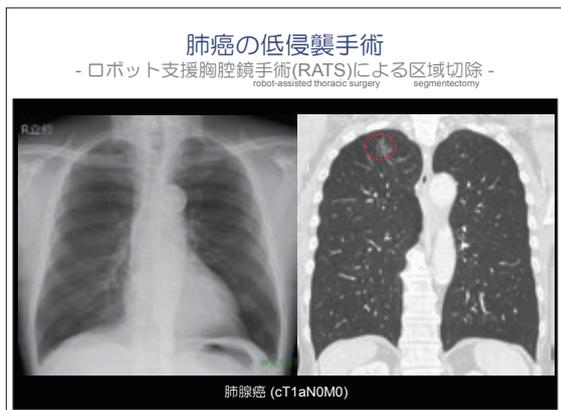


がんはそこまで行かないよねということで、例えば福岡県だけ取るような手術、

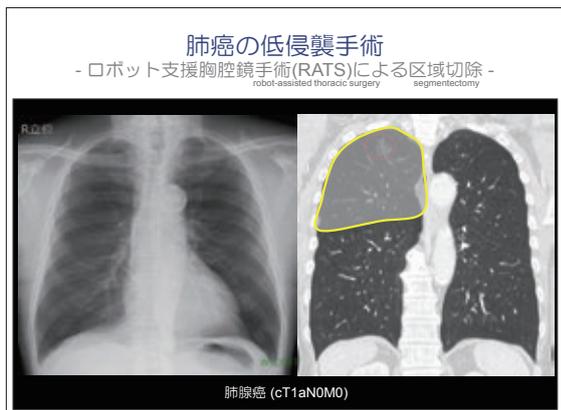


こういう取る肺の量を少なくする、いわゆる縮小手術ができるようになりました。

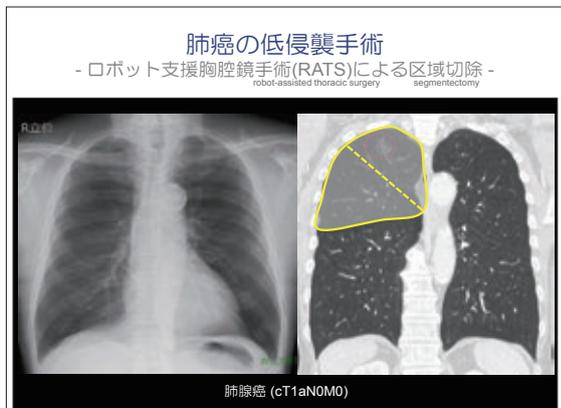
昨今のCTの進歩によりまして、CTで発見されたような早期がんでは、このような形で小さく取っても成績が劣らないことが分かっておりますので、傷を小さくして、かつ取る肺の範囲を小さくすればいいということで、



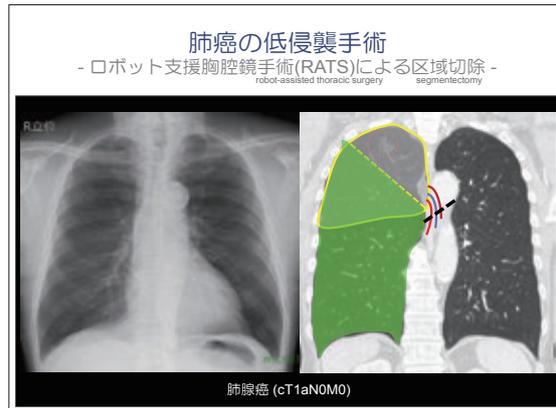
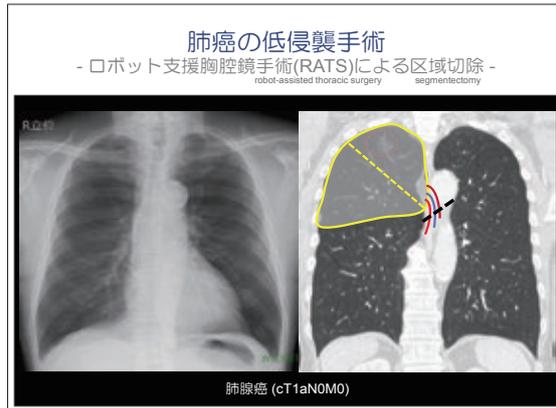
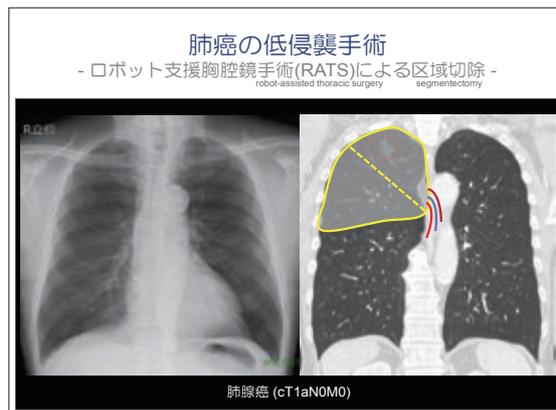
最近は大学病院ならどこでもやっていますが、



ロボットによって取る肺の面積を少なくする試みをしています。



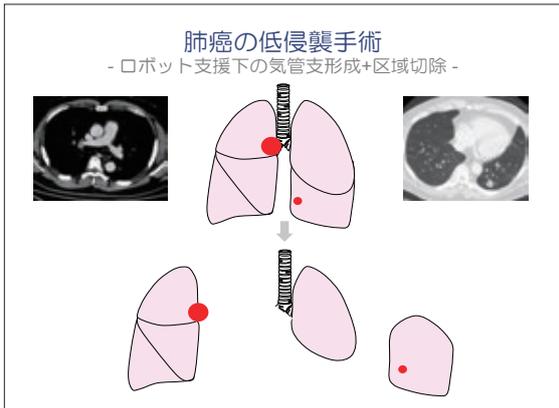
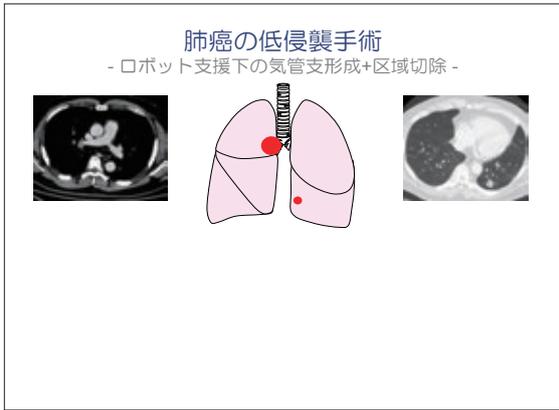
例えば、ここですね。さっきの右の上葉だけではなく、その一部、



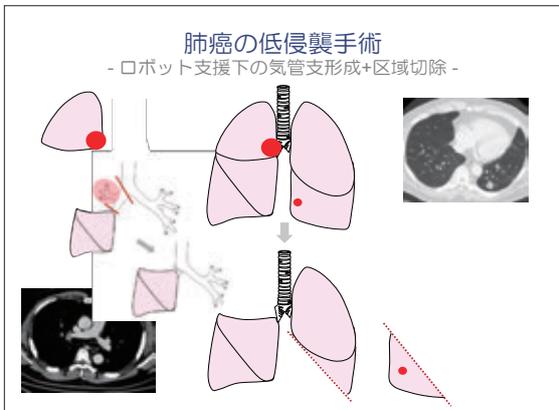
右の上葉には三つの区域がありますけれども、



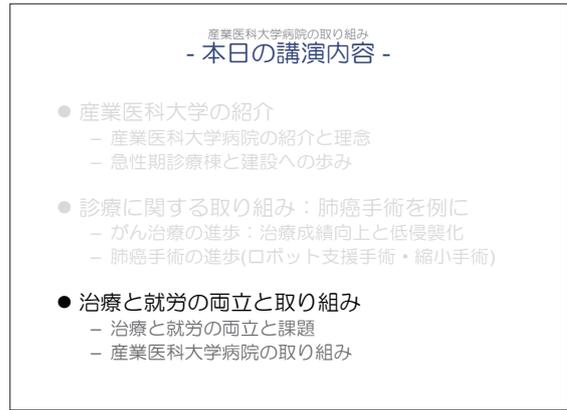
それだけを取ることによって多くの肺を残すことができます。



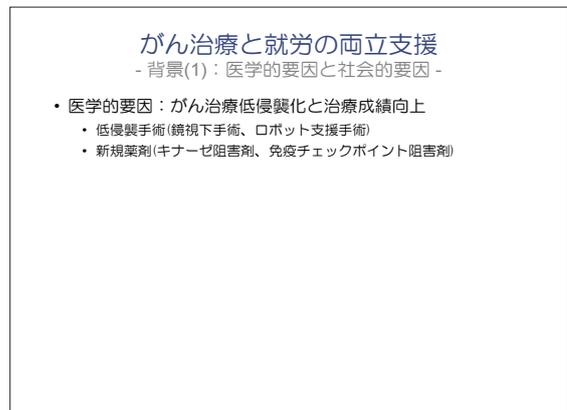
こういったことを組み合わせますと、例えばこの患者さんは、



左の下葉に肺がん、右の上葉にも肺がんが出ています。通常でいくと、左の下葉を全部取りますし、右の上肺は全部取ってしまうことになって、肺が一つしかなくなるのでそもそも生きていけないという患者さんです。この方に関しましては、左の下葉は、区域ということである程度肺を残す、そして右の上葉に関しては、さっきの移植のような手技を使って中下葉をつなげます。これをロボットでやることで、傷が小さく、侵襲も少ないということで、この人はくしくもタクシーの運転手さんでしたが、この手術の2か月後にタクシーの運転に復帰されました。

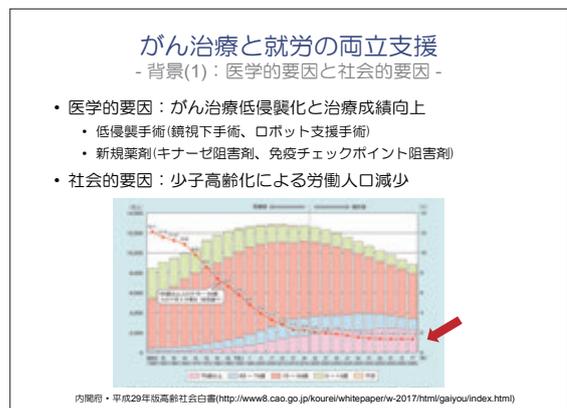


次のセクションでお話ししますが、こういったがん治療の進歩とともに治療と就労の必要性が生じていて、



それに産業医科大学は取り組んでいることを最後にお話ししたいと思います。

言うまでもありませんが、就労支援、特にがん治療の患者さんに就労支援が必要だというのは、一つは医学的要因です。繰り返しになりますが、がん治療の成績が上がって、そもそも治るようになった。新しいお薬が出てきた。かつ、治るだけではなくて、より体への負担の小さな治療で治るようになったので、がんの治療をしても元の職場に戻るができるようになってきたという医学的な要因があります。



もう一つは社会的な要因です。少子高齢化によって、先ほどのタクシーの運転手さんもそうですけれども、年を取っても働いてもらわないと社会の機能がまひするということがあります。ですので、がん治療をされても職場に復帰できるような人はできれば復帰していただきたい。患者さんにとっても、長い人生を年金だけでは食べていけないということもありますので、やはり働いてそれなりの稼ぎがあったほうが患者さんの心理的にもいいと。

**がん治療と就労の両立支援**  
- 背景(1)：医学的要因と社会的要因 -

- 医学的要因：がん治療低侵襲化と治療成績向上
  - 低侵襲手術（鏡視下手術、ロボット支援手術）
  - 新規薬剤（キナーゼ阻害剤、免疫チェックポイント阻害剤）
- 社会的要因：少子高齢化による労働人口減少
  - 一億総活躍社会の実現  
“女性が輝く社会、お年寄りも若者も、障害や難病のある方も、誰もが生きがいを感じられる「一億総活躍社会」を創り上げる”  
(第195回国会・安倍内閣総理大臣所信表明演説・2017.11.17)
  - 働き方改革・実現会議重点9テーマ  
⑧ 病気の治療、そして子育て・介護と仕事の両立



こういった医学的、社会的要因から、政府が治療と就労の両立支援を

**がん治療と就労の両立支援**  
- 背景(2)：両立支援の問題点 -

- 両立支援の問題点

**医療**

職場や社会の事は分からない

- 作業内容
- 配慮内容
- 社会制度

**職場**

病気の事は分からない

- 予後や再発
- 治療の見直し
- 就業上の配慮

**患者**

**家庭**

病気・生活・仕事  
どうすればいいの？

- 手続き
- 制度

テーマに掲げています。実際には、両立支援といってもなかなか難しいところがあります。例えば、患者さんを中心にして考えると、病院、職場、そして家庭がありますけれども、病院の医師は、例えばその患者さんが職場でどのような環境で働いているか全く分かりません。例えば、バス運転者さんであれば、その患者さんがどのくらい運転していて、どのくらい負担になっているか全然分からない。逆に職場は今行われている医療がどこまでを可能にしてくれるか分からない。例えば、職場には安全管理者がいますが、彼はどうしても安全第一で、患者さんが病

気をしたらできるだけ働かせないように指導しますので、その辺が分かりません。家庭も同じです。

がんと診断され、このようなはざまに立つ患者さんは、治るのかどうかという医療的なこと、仕事がどうなるんだろう、家庭はどうなるんだろう

**がん治療と就労の両立支援**  
- 背景(2)：両立支援の問題点 -

- 両立支援の問題点

**医療**

職場や社会の事は分からない

- 作業内容
- 配慮内容
- 社会制度

**職場**

病気の事は分からない

- 予後や再発
- 治療の見直し
- 就業上の配慮

**患者**

**家庭**

病気・生活・仕事  
どうすればいいの？

- 手続き
- 制度

ということで悩んでパニックになってしまい、仕事をやめてしまう——びっくり退職と言われますけれども、それが往々にしてあったと思います。

**がん治療と就労の両立支援**  
- 背景(2)：両立支援の問題点 -

- 両立支援の問題点



こんな状態で 仕事と治療の両立は難しい

治療が づらい

将来が 見えない

経済的に ぎつい

助けて くれぬい

産業医実務研修センター - 岡田岳大作成

ということで、患者さんにとっては、治療がづらい、誰も助けてくれない、将来が見えない、そして経済的にづらいという状態で、これでは仕事と治療の両立は難しいわけです。がんと言われただけでパニックに陥って、仕事をどうしようかということは考えづらいという状況があります。

### がん治療と就労の両立支援

- 背景(2)：両立支援の問題点 -

- 両立支援の問題点と支援チームの必要性

こういった職場、医療、家庭をつなぐ役割が我々には課せられていて、これを行うのが両立支援チームです。

### がん治療と就労の両立支援

- 背景(3)：両立支援に向けた行政の動き -

- がん対策推進基本計画
  - 第2期(2012-2016)：がん患者の就労を含めた社会的な問題
  - 第3期(2017-2022)：がんとの共生

平成30年閣議決定(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000208600.pdf>)

政府は、先ほどのような社会的な要請がありますので、がん対策基本法に基づいて、がん患者さんの就労支援に関する様々な対策をとっています。

### がん治療と就労の両立支援

- 背景(3)：両立支援に向けた行政の動き -

- がん対策推進基本計画
  - 第2期(2012-2016)：がん患者の就労を含めた社会的な問題
  - 第3期(2017-2022)：がんとの共生
- がん患者の就労支援への診療報酬新設(2018年4月)
  - 療養・就労支援指導料(1000点、1回/6ヵ月) + 相談体制充実加算(500点)
  - 主な加算要件
    - ① がんの患者であること
    - ② 産業医が選任されている企業で働いている患者であること
    - ③ 意見書を発行し、産業医からの返書による助言を受け、治療計画の見直しを行うこと

その一つとして、がん患者さんに就労支援をした場合は診療報酬を加算するという改定が2018年にされました。

### がん治療と就労の両立支援

- 背景(3)：両立支援に向けた行政の動き -

- がん対策推進基本計画
  - 第2期(2012-2016)：がん患者の就労を含めた社会的な問題
  - 第3期(2017-2022)：がんとの共生
- がん患者の就労支援への診療報酬新設(2018年4月)
  - 療養・就労支援指導料(1000点、1回/6ヵ月) + 相談体制充実加算(500点)
  - 主な加算要件
    - ① がんの患者であること
    - ② 産業医が選任されている企業で働いている患者であること
    - ③ 意見書を発行し、産業医からの返書による助言を受け、治療計画の見直しを行うこと

ところが、実際にはこれはなかなか取れません。なぜかといいますと、要件が厳しくて、まず、がんの患者さんであること、そして、そのがんの患者に意見書を病院が出すわけですが、それに対して、先方の患者さんが働いている職場にきちんと産業医の先生がいて、産業医の先生から病院の意見書に返書をして、治療計画についてやり取りをしないと行けません。つまり、患者さんが働いている職場に産業医がいて、そこときちんとコミュニケーションをとって初めて6か月にたった1,000点——1万円しか取れません。

### がん治療と就労の両立支援

- 背景(3)：両立支援に向けた行政の動き -

- がん対策推進基本計画
  - 第2期(2012-2016)：がん患者の就労を含めた社会的な問題
  - 第3期(2017-2022)：がんとの共生
- がん患者の就労支援への診療報酬新設(2018年4月)
  - 療養・就労支援指導料(1000点、1回/6ヵ月) + 相談体制充実加算(500点)
  - 主な加算要件
    - ① がんの患者であること
    - ② 産業医が選任されている企業で働いている患者であること
    - ③ 意見書を発行し、産業医からの返書による助言を受け、治療計画の見直しを行うこと

実施されましたけれども、さすがにこれは厳し過ぎる、もうちょっと要件を広げようというこ

### がん治療と就労の両立支援

- 背景(3)：両立支援に向けた行政の動き -

- がん対策推進基本計画
  - 第2期(2012-2016)：がん患者の就労を含めた社会的な問題
  - 第3期(2017-2022)：がんとの共生
- がん患者の就労支援への診療報酬 → 改訂(2020年4月)
  - 療養・就労支援指導料(800/400点、1回/月)\* + 相談支援加算(50点)
  - 主な加算要件
    - ① がん → +急性発症した脳血管疾患、慢性肝疾患、指定難病
    - ② 産業医 → 産業医等(保健安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、保健師)
    - ③ 意見書を発行し、産業医からの返書による助言を受け、治療計画の見直しを行うこと

\*800点(初回)/400点(2回目以降)、3月を限度

2020年に改定されました。それはがんだけではなく、例えば、急性発症した脳血管疾患なども含めましょうと。それから、産業医からの返書が不要となりました。ただ、職場から職場の情報を文書で事前に提出していただき、意見書を書くという仕組みになりました。また、産業医がいなくても産業医等ということで例えば衛生管理者がいればよいというように要件が緩和されましたけれども、それにしても初回が800点と。様々に意見書を書いたりして職場にこの患者さんはこういう病気ですというやり取りをしても、せいぜい8,000円しかもらえない、

**がん治療と就労の両立支援**  
- 背景(3)：両立支援に向けた行政の動き -

- がん対策推進基本計画
  - 第2期(2012-2016)：がん患者の就労を含めた社会的な問題
  - 第3期(2017-2022)：がんとの共生
- がん患者の就労支援への診療報酬 → **改訂(2020年4月)**
  - 療養・就労支援指導料(800/400点, **1回/月**) \* + 相談支援加算(50点)
  - 主な加算要件
    - がん** → 急性発症した脳血管疾患、慢性肝疾患、指定難病
    - 産業医** → 産業医等(包括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、保健師)
    - 意見書**を発行 [産業医からの依頼による助言書等は、公益社団法人労働安全衛生協会に提出する](#)

\*800点(初回)400点(2回目以降), 3月を限度

割に合わないということで全然普及していません。

**がん治療と就労の両立支援**  
- 背景(4)：産業医科大学の特徴 -

- 産業医科大学の理念
  - 働く人の健康を守る(「労働環境と健康に関する分野におけるこれらの学問の振興と人材の育成に寄与することを目的及び使命」)
- 産業医科大学の特徴
  - 卒業生全員が産業医経験者または有資格者



働く人の健康と環境を  
医学の目で見守る

ただし、我々の大学や病院には、がん治療と就労の両立をきちんと支援をするというミッションがあります。かつ、産業医科大学の特徴は、卒業生全員が産業医の有資格者であり、産業医の実務経験もある者ですので、病院に勤めているドクターであっても、職場はどういう環境か、職場でどういうことに困っているかを産業医の立場で考えることができます。病院の使命、理念でもありますし、かつ、そういう職場のことを深く理解できる有資格者が整っている

ということで、

**がん治療と就労の両立支援**  
- 背景(4)：産業医科大学の特徴 -

- 産業医科大学の理念
  - 働く人の健康を守る(「労働環境と健康に関する分野におけるこれらの学問の振興と人材の育成に寄与することを目的及び使命」)
- 産業医科大学の特徴
  - 卒業生全員が産業医経験者または有資格者

→ 産業医科大学両立支援構想

- ✓ これまで属人的に対応してきた両立支援を病院全体の仕組みに落とし込む
- ✓ 産業医大がモデルとなり社会のリーダーとなり両立支援に組みたい医療機関と連携を組む
- ✓ 両立支援科と就労支援センターの設立

産業医科大学では、採算を度外視して大学のミッションとして両立支援に取り組んでいます。

**がん治療と就労の両立支援**  
- 方法(1)：組織的取り組み -

- 就学・就労支援センターと両立支援科(2018/03開設)



全診療科から1-2名の医師(産業医経験・有資格者)を併任、合計27名

その一つとして、今までは、各ドクター、各主治医が個別に産業医と連絡を取っていましたが、それを属人的ではなく組織的にやろうということで、2018年、今から6年前に就学・就労支援センターをつくり、診療科として両立支援科をつくりました。両立支援科は、がん治療などの様々な治療をしながら就労を希望する人の相談に乗り、必要であれば先方の産業医等にきちんと意見書を渡して、そして指導をやり取りする、そういう専門部署です。これをつくりました。

**がん治療と就労の両立支援**  
- 方法(1)：組織的取り組み -

- 両立支援科(2018/01設立)
  - 国内初の病院の診療科としての位置づけ
  - 全29診療科のうち25診療科の産業医経験・有資格医師27名が参加(疾患に関わらずすべての希望する患者に対応が可能)
  - 産業医学に精通したプロフェッショナルならではの、事業者にとって役に立つ意見書の提供
  - 初診から外来フォロー時まで継続的な就業に関する支援の呼びかけ

両立支援科・コアスタッフ

  
診療科長  
立石 清一郎

  
循環器内科  
医師 沢 泰明

  
産業保健経営学  
永田 満子

  
産業医実務研修センター  
柴田 昌幸

  
産婦人科  
金城 泰幸

  
両立支援科(専任)  
井上 啓介

両立支援科の最初のコアスタッフですが、診療科長、そして様々な循環器内科、あとは全て産業医経験者ですけれども、こういった先生からコアスタッフを募っています。当然、このコアスタッフだけでは多くの患者さんに対応できないので、こういう人たちを中心に、それ以外の全ての25診療科から1人ずつ産業医経験の有資格者を出していただいて、いわゆる併任という形で医師を増やして両立支援科を運営しています。

### がん治療と就労の両立支援

- 方法(1): 組織的取り組み -

- 両立支援科(2018/01設立)
  - 国内初の病院の診療科としての位置づけ
  - 全29診療科のうち25診療科の産業医経験・有資格医師27名が参加(疾患に関わらずすべての希望する患者に対応が可能)
  - 産業医学に精通したプロフェッショナルならではの、事業者にとって役に立つ意見書の提供
  - 初診から外来フォロー時まで継続的な就業に関する支援の呼びかけ

両立支援科・コアスタッフ

診療科長 立石 勇一郎 | 循環器内科 矢ノ沢 俊明 | 産業医経験者 永田 昌子 | 産業医実践研修センター 栗田 昌幸 | 産婦人科 金城 泰幸 | 両立支援科(併任) 井上 登介

### がん治療と就労の両立支援

- 方法(1): 組織的取り組み -

- 就学・就労支援センター(2018/03設立)
  - 多職種からなる両立支援組織
    - 両立支援コーディネーター5名(看護師3名, MSW1名, 臨床心理士1名)
    - 事務2名、その他

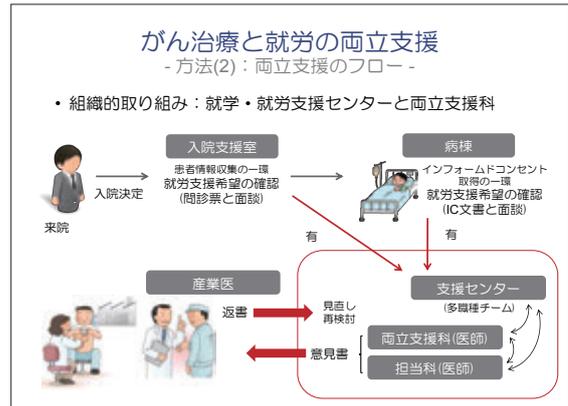
センター長 田中 文彦 | 副センター長 立石 勇一郎 | 外来担当 細田 悦子 | 看護師 高倉 加寿子 | がん専門相談員 吉田 美子 | 薬剤師 藤原 良樹 | 作業療法士 武本 雅生 | 臨床心理士 中嶋 清紀 | 医療ソーシャルワーカー 立原 美子 | キャリアコンサルタント 福原 弘彦

また、医師に面談する前に、看護師さんやMSW、臨床心理士といった多職種から成る両立支援組織がファーストタッチをしまして、必要であれば先ほどの両立支援科に投げかけています。

### がん治療と就労の両立支援

- 方法(1): 組織的取り組み -

- 就学・就労支援センター(2018/03設立)
  - 多職種からなる両立支援組織
    - 両立支援コーディネーター5名(看護師3名, MSW1名, 臨床心理士1名)
    - 事務2名
  - 定期的に両立支援科との定例会議(2回/月)



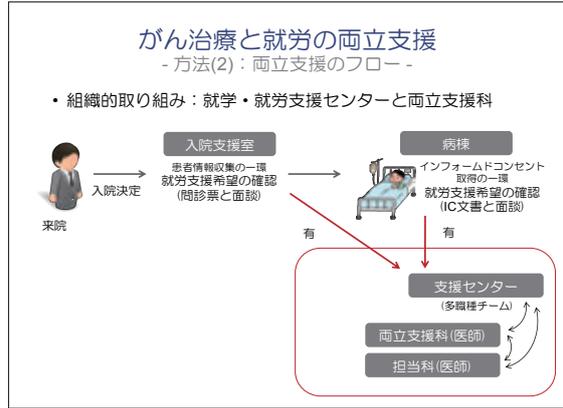
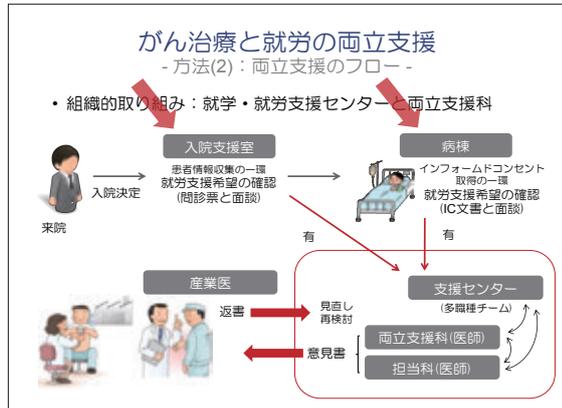
どのように患者さんから両立支援の希望等を取っているかといいますと、例えば、患者さんが来院して入院決定をしたときに、多くの病院でそうだと思いますが、入院支援室に入っただいて、様々な病院に関する説明をされると思います。このときの問診の中に両立支援を希望するかどうかという項目がデフォルトで入っています。ですので、患者さんが入院する前に、そういう両立支援を希望するかどうかという聞き取り調査をする、ここが一つです。

もう一つは、仮にそこで「結構です」と言われても、入院などの後、例えば、手術前に説明同意——インフォームドコンセントを取得すると思いますが、その全ての科のIC用紙の中に両立支援を希望するかどうかという項目をデフォルトで入れています。そこで患者さんの希望を聞くということで、様々な機会を捉えて患者さんが両立支援についての希望を聞きします。

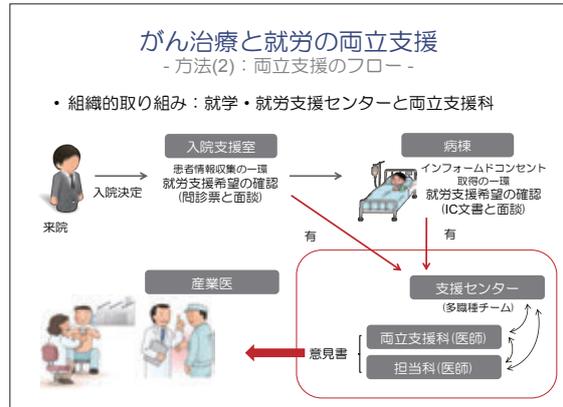
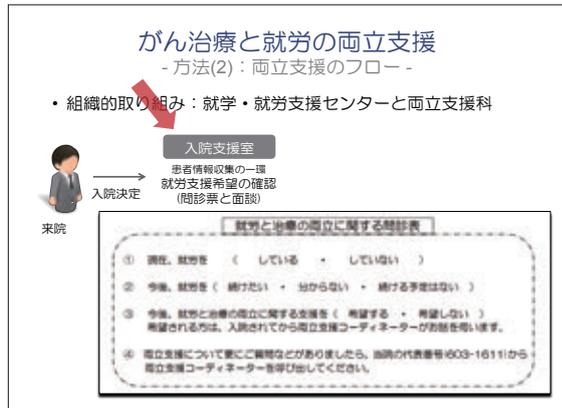
そこで希望があれば、先ほどお話しした主にMSW、あるいは看護師さんから成る多職種チームで面接をして、どういう点でどういうことが問題になっているかをお話しして、これはきちんと医師に振ったほうがいいということであれば両立支援科の医師が面談して、医師が、この

患者さんはこういう治療をしているので、職場ではこういうことを配慮してください、ここまではできますという意見書を書きます。それに対して産業医ないし産業医等が、疑問点があれば返書をする、またそれを見直すということで、PDCAサイクルを回しながら、刻々変化する患者さんの治療や病態に合わせてリアルタイムで可能な就労形態を職場と情報共有していきます。

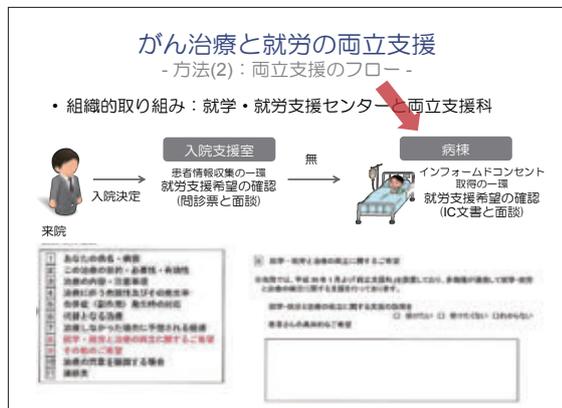
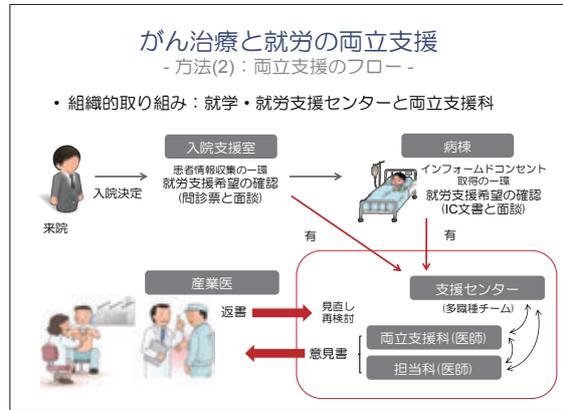
入っておりますので、



ここで「ある」ということになる

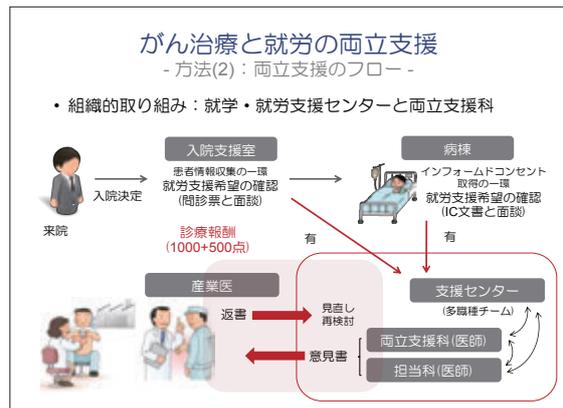


これが実際に、患者さんが入院される時の問診票で、就労を希望するかどうかという項目が入っていますし、



支援センターが聞き取り調査をすることになります。

全ての手術等のインフォームドコンセントのところには、病名や治療内容という一般的な項目以外に、就労に関する希望があるかどうか



### がん治療と就労の両立支援

- 結果(1)：両立支援実績(2017/11～2023/09) -

- 両立支援面談総数1254件(83.2%/希望総数1507件)

年齢	男性	女性	計
19歳以下	2	2	4
20～29歳	29	39	68
30～39歳	72 (2)	82 (1)	154
40～49歳	152 (2)	176 (4)	328
50～59歳	225 (4)	154 (7)	379
60～69歳	151 (1)	68 (2)	219
66～69歳	44 (1)	15	59
70歳以上	34	9	43
計	709	545	1,254

- 年齢範囲：18歳～83歳
- 19歳以下の疾患：皮膚線維症、クローン病、脳腫瘍
- 80歳代が3名（保育園の園長先生、警備員アルバイト、庭師）

過去6年間で患者さんからは1,507件の面談希望がありました。この1,507件のうち83.2%という多くのケースで、きちんと面談が実施されています。17%は、面談を希望していたけど途中で「もういいです」となっていますけれども、多くの患者さんが面談を希望しています。

### がん治療と就労の両立支援

- 結果(1)：両立支援実績(2017/11～2023/09) -

- 両立支援面談総数1254件(83.2%/希望総数1507件)

診療科	面談総数	意見書	算定
膠原病リウマチ内科・内分泌代謝糖尿病内科	101	22	13
循環器内科・腎臓内科	167	33	7
消化管内科・肝胆膵内科および消化器・内分泌外科	64	16	9
血液内科	65	21	16
呼吸器内科	26	6	4
脳神経内科および外科	92	28	10
神経・精神科	22	15	0
呼吸器・胸部外科	127	28	18
整形外科	76	18	0
泌尿器科	59	5	4
産婦人科	147	27	10
リハビリテーション科	45	8	2
その他	166	47	20
合計	1254	274	115

### がん治療と就労の両立支援

- 結果(1)：両立支援実績(2017/11～2023/09) -

- 両立支援面談総数1254件(83.2%/希望総数1507件)

診療科	面談総数	意見書	算定
膠原病リウマチ内科・内分泌代謝糖尿病内科	101	22	13
循環器内科・腎臓内科	167	33	7
消化管内科・肝胆膵内科および消化器・内分泌外科	64	16	9
血液内科	65	21	16
呼吸器内科	26	6	4
脳神経内科および外科	92	28	10
神経・精神科	22	15	0
呼吸器・胸部外科	127	28	18
整形外科	76	18	0
泌尿器科	59	5	4
産婦人科	147	27	10
リハビリテーション科	45	8	2
その他	166	47	20
合計	1254	274	115

### がん治療と就労の両立支援

- 結果(1)：両立支援実績(2017/11～2023/09) -

- 両立支援面談総数1254件(83.2%/希望総数1507件)

診療科	面談総数	意見書	算定
膠原病リウマチ内科・内分泌代謝糖尿病内科	101	22	13
循環器内科・腎臓内科	167	33	7
消化管内科・肝胆膵内科および消化器・内分泌外科	64	16	9
血液内科	65	21	16
呼吸器内科	26	6	4
脳神経内科および外科	92	28	10
神経・精神科	22	15	0
呼吸器・胸部外科	127	28	18
整形外科	76	18	0
泌尿器科	59	5	4
産婦人科	147	27	10
リハビリテーション科	45	8	2
その他	166	47	20
合計	1254	274	115

### がん治療と就労の両立支援

- 結果(2)：両立支援実績(2017/11～2023/09) -

両立支援面談総数：1254件

両立支援コーディネーター



### がん治療と就労の両立支援

- 結果(2)：両立支援実績(2017/11～2023/09) -

両立支援面談総数：1254件

両立支援コーディネーター



意見書作成：274件(22%)

医師（両立支援科・主科）



そして実際に面談するわけですが、医師まで振って職場の産業医宛てにこういう就労配慮が必要ですよという意見書を作成したのは22%です。

### がん治療と就労の両立支援

- 結果(2)：両立支援実績(2017/11～2023/09) -

両立支援面談総数：1254件

両立支援コーディネーター



意見書作成：274件(22%)

医師（両立支援科・主科）



産業医等返書：121件(10%)

療養・就労両立支援指導科等

算定：115件(9%)



これはどういうことかという、多くの場合、つまり80%近くは、コーディネーターさんが話を聞いて、今の両立支援の仕組みについて、こういうものがありますという情報提供をするだけで解決しているわけです。ややこしい職場とのやり取りが必要になったケースはたった20%です。こういった手続きを経て最終的に指導料が取れたのは9%ということですが、働きたい方が仕事を継続できるよう支援することが、産業医科大学のミッションですので今もやっています。

産業医科大学病院の取り組み  
- 本日の講演内容 -

- 産業医科大学病院の紹介
  - 産業医学の発展(治療と就労支援)と心理的安全性
  - 急性期診療棟の開院(2023/08)
- 診療に関する取り組み：肺癌手術を例に
  - 肺癌に対する低侵襲手術(ロボット支援・縮小手術)
  - 先進的取り組み(ロボット支援下気管支形成術等)
- 治療と就労の両立と取り組み
  - 組織ぐるみでの両立支援への取り組み
  - 社会的使命：診療報酬上のメリットは？

これはまとめのスライドですが、産業医科大学は産業医学の発展を目的とした大学です。病院としては、がん治療に中心にした治療の進歩により、どういうがんでも治る、より低侵襲で治るようになって、働くことができる環境が整ったということで、就労支援を行っています。この就労支援は実際の診療報酬上はほとんどメリットがありませんが、大学の社会的使命として、より多くの患者さんを地域にお返しして労働人口を減らさないということから、両立支援を今後も続けていきたいと考えています。

以上です。ありがとうございました。

## — 総合討論 —

○酒井 それでは、ただいまから総合討論に移りたいと思います。

4名の病院長の先生方からすばらしい御講演を賜りました。御質問のあるフロアの先生は、お近くのマイクまでお進みいただきまして、所属とお名前に続いて御発言いただければと思います。

では、早速ですが、御質問のある先生はいらっしゃいますか。4名の病院長の先生がそろそろ機会はなかなかないと思います。貴重な機会ですので、御質問をよろしく願います。

○会場参加者(後藤) 4名の先生方、本当にすばらしい御講演をありがとうございます。大学病院の地域医療をいかによくしていくかという取組がよく分かりました。

私は認知症予防学会の専門医をしておりまして、認知症予防の取組については今回の御講演にはありませんでしたが、なぜこう質問をするかといいますと、患者さんがたくさんおり、例えば、今度アミロイドPETにおけるレカネカブという薬が承認され、そういう薬を使うという方向性になったとき、福岡県にはPETが撮れる大学病院がありません。それで私は、以前に大分医科大学にあったので大分大学に患者さんを紹介するしかありませんでした。今後、各大学病院がアミロイドPETをそろえて、きちんとデータを取るのかどうかについて質問させていただきたいと思います。

○酒井 ありがとうございます。4名の先生方に質問ということでよろしいですか。

○会場参加者(後藤) はい。

○酒井 では、中村先生からよろしいでしょうか。

○中村 九州大学病院でのアミロイドPETの導入に関しましては、現在、施設認定などの準備は終了しており、実際、病院への導入は今年の6月頃を予定しています。

○野村 後藤先生、いつも貴重な御質問をありがとうございます。

我々のところでは現在、精神神経科で「もの忘れ外来」を開設しています。また、平成23年

度から福岡県から指定された認知症医療センターとしての役割を担っており、積極的に認知症に取り組んでいます。レカネカブについては、精神神経科に脳神経内科、脳神経外科、放射線科を加え、その他の診療科にも周知し、病院が一体となって患者さんの受け入れ体制を整えています。

レカネカブは軽症のいわゆるMCIで使う薬であり、マスコミの報道で認知症患者さんの御家族はすごく期待されていますが、実際に投薬の対象となる患者さんの認識の間にはギャップがあります。そういうことも含めて、今後周知を図り育てていく薬剤だと思っており、先生がおっしゃるとおり、大学病院が中心となって診療していくべきと考えているところです。恐らく今春以降、我々に御紹介いただければ、しっかり診断から指導までサポートし、治療開始から半年間は大学で診ることになると思いますが、それ以降は地域の先生方と連携して認知症の患者さんに対応していこうと考えています。

○三浦 福岡大学病院には認知症疾患医療センターがありまして、脳神経内科及び外科、精神科で今運営しておりますけれども、導入等について、現在、検討中です。

○野村 先ほどアミロイドPETの話がありましたが、追加で申しますと、現在当院では実施可能です。

○田中 産業医科大学病院では認知症センターが担当しておりまして、先生がおっしゃった検査とお薬の導入、そして実際にそれをどこの場で扱うか等について、現在、検討中です。

○会場参加者(後藤) ありがとうございます。それともう1点お聞きしたいのは、中村先生の患者さんのデータベースをスマホでやり取りしながら取っていくというお考え、これは本当に重要な問題だと思います。現在、我々は第一線で高齢者をたくさん見えていますけど、健康寿命延伸ということで、90歳以上、100歳までの患者さんが外来に来るようになりました。そういった患者さんがなぜそこまで来られるようになったか、何か理由があると思います。薬剤の

選択がよかったのか、もともと遺伝的な問題があったのか。そういったビッグデータを大学病院の中心となって収集するという方向性、そして、それを地元の開業医や一般の先端医療機関に還元していく。日本はビッグデータの集積が遅れていると思いますが、大学病院が先頭に立って、そういった疫学的なデータをですね。

特に私が最近、非常に困っているのがロングコビットで、コロナに感染して訳の分からない悩みを持っている方、例えば、慢性疲労症候群と言われるもの、これはアメリカでは筋痛性の脊髄炎と言われてはいますが、とにかく疲労感がすごいという患者さんが中にいらっしゃいます。そういった患者さんを日本ではなかなか捉えることができなくて、大学病院がそういった疫学的な集積センターになっていく方向性で今後考えていただきたいという思いがあります。先生方、それはいかがでしょう。

○酒井 ありがとうございます。中村先生から医療のDXに力を入れて、超精密医療を目指すというお話をいただきました。4人の先生方にお聞きしたいと思いますが、中村先生、改めてですけども、コメントいただければと思います。

○中村 まず、データのアライアンスという意味では、現在、厚労省が中心になった2つの日本の大きな大学病院をつないだデータベースがあって、その一つは臨中ネットと言われるものです。臨床研究中核病院というものが日本に10か所ぐらい設置されていますけれども、その電子カルテ内の臨床データを全部つないで、メガホスピタルというか、そういう形のデータベースを用いていろんな研究していこうということで、その試みは始まったばかりですが、取りあえず一つはがんセンター、中央病院が提案したプロジェクトが今臨中ネットで研究を開始しようとしているところです。

今後は、先生がおっしゃるように、そういうデータベースというのはアライアンスという意味でも重要ですけど、もう一つは質の問題、種類の問題というか、つまり、その患者さんの生活データですね。そして検査データ、多分これからどんどん蓄積していくゲノムのデータ、そういうものが融合したものをデータベースとし

て蓄積していくことも重要です。今それは九州大学において始めているところです。

それから得られたデータを迅速に患者さんに戻すということで、その患者さんのためになるというのが、現在、九州大学が描いているDXの新しい医療です。

○酒井 野村先生、いかがでしょうか。医療DX化、あるいは患者情報の集積、ビッグデータの解析などについての取組をお聞かせ願えれば幸いです。

○野村 中村先生がおっしゃったとおりですが、現時点では個人情報の問題など、解決すべき様々な問題があることから、やはり社会インフラとしての医療情報のデジタル基盤の整備を急ぐ必要があると思います。したがって、まずは大学病院と関連病院、地域の病院を含めた患者さんの医療データを一元化していくことを考えています。

現在走っているナショナル・データベースを見てみますと、主に研究という背景があって進んでいるように思えます。糖尿病学会でも診療録直結型の全国データベースの構築を目指しています。そういったそれぞれの疾患についてのデータベースが出来上がってくるとは思います。将来的には医療情報がクラウドに上がるだけではなく、患者の生体情報も併せて上がることで、先ほど私が地域医療、地域ケアと言いましたように、生活と医療が一体化していく世の中になっていくだろうと思います。患者さんの生活も含めて、フィジカルな世界と仮想空間、バーチャルな世界が一体となったもの、それがSociety5.0といわれる目指す未来社会であろうかと思っています。そのため、まずは私たちが有している患者さんの医療情報を地域で如何に有効活用していくかが最初のステップだと思っています。今後は九州大学を中心に進めている取り組みなどに我々も参画し、共通化を図ることも重要だと思います。

○三浦 DX化は非常に重要です。我々のところでは、各診療科や学会のレベルですね。先ほどお話があった糖尿病もそうですし、いろいろな手術手技も、一つ一つはある程度学会主導でデータベース化されていますので、そこに診療科技術ごとによりゆる登録等をしてデータベー

ス化がどんどん進んでいるわけですが、先生が言われたように、やはり全体的に見ても使えることが非常に重要ですので、そういうシステムを構築していただくとともに、我々もそういうところにぜひ協力させていただきたいと思います。

○**田中** 産業医科大学では、御存じだと思いますが、DPCをつくった公衆衛生の松田教授を中心として、DPCのデータを集積して解析しています。ただし、DPCのデータに関しては、例えば患者さんが死亡して退院したかどうかというアバウトな表層的なデータしかなくて、その患者さんが例えばどういう状態で退院されたかという細かいところを取っていないので、限界があると思います。

将来的には、先生が御指摘のとおり、個人のデータをそういう形で共有するのは極めて重要で、中村先生のお話を聞いて非常に感心したのは、今、産業医大で問題になっているのがファクスの誤送信です。確かにこの世の中でアナログなファクスで患者さんの情報をやり取りすることは、COVID-19の登録のときなど恐らく先進国ではあり得ません。それによって様々なミス入力が起きているということで、中村先生のおっしゃったシステムが実用化されたら、ぜひ産業医科大学も参加させていただきたいと思っております。

○**会場参加者(後藤)** どうもありがとうございました。

○**酒井** ほかに御質問いかがでしょうか。

○**会場参加者(内村)** 久留米大学の内村です。先ほどの認知症のお話について久留米大学病院では、あれはアミロイドPETだけではなく髄液を取っても投与できるので、それも含めて認知症センターのほうで検討しています。

産業医大の田中先生に質問です。理念に心理的安全性を入れておられるのはすばらしいなと思いました。多職種で診療していく中で心理的安全性はすごく重要なことなので、それを入れられていることにすごく感心いたしました。質問ですけど、先生が示された治療と就労の両立支援のところは、がんだけではなくて、ほかの疾患についても両立支援科が携わられているんですか。

○**田中** はい、全ての疾患に関して取り組んでおります。診療科を問わず、疾患を問わず、さきほどもお示しましたように、患者さんが入院するところで、両立支援センターのいわゆる看護師さんの問診の最後のところに「両立支援を希望しますか」ということが書いてありますし、全ての説明同意文書には「あなたは両立支援を希望しますか」という項目に必ずチェックを入れることになっています。それは、診療報酬が取れるか取れないかに関係なく、全ての疾患についてそれを尋ねています。

○**会場参加者(内村)** これを見ますと、私は精神科ですけど、精神科は就労される患者さんがすごく多いのに対して、両立支援科では精神疾患がすごく少なく算定がゼロですけど、精神科の場合、特にうつ病の患者さんをいかに就労させていくかというのは大きな問題で、産業医大もかなり取り組まれていると思いますけれども、それは両立支援科の中に入らなくて、例えば、精神科だけでやっているぶんがあるからこのぐらいの数になるんでしょうか。

○**田中** 詳細な要因はちょっと分かりませんが、精神科の復職支援に関しては、以前から両立支援科ということではなく、診療科内で係わっています。また、入院をするとき入院支援室を経由して、両立支援の希望の有無を確認しますが、精神科は入院支援室を経由しない仕組みとなっていることも原因に上げられると思います。

また、入院支援室を経由しなくても、両立支援を希望する方を見つける仕組みはありますが、そもそも希望されてはじめてその実績に繋がってくるため、患者さん自身が希望されているかについても、要因があるように考えます。

○**会場参加者(内村)** どうもありがとうございました。

○**酒井** ほかに御質問いかがでしょうか。小玉先生、どうぞ。

○**会場参加者(小玉)** 福岡大学の小玉でございます。今日は貴重なお話をいただきまして、ありがとうございました。

一部で答えになるようなこととお話しされていたかもしれませんが、今日のテーマである地域医療との関わりで、各病院の病院長先生、施設に病院IRがあるか、あるいはそれに代わ

るような部門があると思いますが、その中で特に何か問題が上がってきて、施設特有の問題点を何か議論されることはありますか。

○酒井 病院のIRですね。

○会場参加者(小玉) 九大はAROとか、部分的にしているのはよく存じています。私たちはいわゆる私学ですけれども、経営のボードなどに参加して赤裸々に経営の話をするのは全然ありません。経営戦略などに沿って先ほどあったような人口動態や診療科のことを話しますが、そういうことは先生の施設はいかがですか。何か特別なアドバイスがあったり、御相談されることはありますか。

○中村 別府病院のような新しい病院を開院しますときは医療コンサルタントなどに入ってもらって、別府の人口動態や医療の需給状況などを分析した結果、婦人科を増設することになりました。本院の運営に関してはそういうコンサルタントは入れておりませんが、経営専任の教官のポジションをつくって、病院経営や地域の医療動向に精通した人間が恒常的に病院運営に関してアドバイスを行うことが必要だろうということで、そういう専任のポジションを設置することにしています。そういうことは非常に重要だと思います。

ただ、全国の状況が必ずしも福岡県と一致していなくて、2040年までに人口が減って需要が減ると言われていますが、福岡県の場合、2040年まで人口が増加し続けることが分かっていますので、特に地域の状況や医療状況の動向に精通した人間を運営のプロフェッショナルとして設置することにしています。

○酒井 野村先生、いかがでしょうか。

○野村 私どもも私学ですので、抜かりなくというか、しっかりやっています。病院経営室が常に医療需要予測を行ない、各診療科とも情報を共有しています。また、地域の関連病院連絡会議などのチャンネルを通じて地域の先生方とも患者さんの動向など様々な角度から情報を共有して進めているところです。

○三浦 福岡大学病院では、小玉先生が医学部のほうは非常にすばらしくIRをされて、いろいろな戦略等を練っておられます。病院のほうも、病院経営改革の特別委員会等を3病院が一

体となって、小玉先生にも参加いただいてやっております。そういうところでいろんなデータを出して、それを見ながら今後の戦略などを考えたり、三位一体といいますか、3病院が一体となって経営改革のためにいろいろしております。

○田中 産業医大病院は私立ではありますが、もともとは厚生労働省、いわゆる旧労働省系が中心となって設立された政策目的の大学で、形の上は私学ですけれども、実質上は、厚生労働省であるとか、お金に関しては財務省にいろいろな指導を受けているという現状があります。そのため、国の影響を受けやすく、国の施策や方針によって、経営方針や経営戦略が変わってきます。簡単に言いますと、設立当初で、国の財政が豊かだったときは、国から補助金が潤沢だった時もあります。建物の建替え等は、建替え費用を全額国が負担すると言って、減価償却額の積み立てをしていますが、2000年を過ぎ、国の財政が悪くなると、手のひらを返すように自分たちで負担しろということになって、先ほどお話しした急性期診療棟も、資金計画に苦慮いたしました。今、必死で経営戦略を練っているところです。もちろん、病院だけでなく、法人が一体となって進めています。ただ、それを練る上で、人口動態や患者さんの推移は、外部要因として非常に重要なので、それに関しては先ほどお話しした松田先生が、福岡市をはじめ、DPCデータを中心とした人口動態や疾患構造の変化を把握していますので、そのアドバイスは得ていますが、そろそろ手詰まりにきていまして財政が非常に厳しくなっています。そろそろ本格的に民間のコンサルタントを入れたいといけないかもしれないという、かなり厳しい状況です。

○会場参加者(小玉) ありがとうございます。

○酒井 ほかにいかがでしょうか。先生、どうぞ。

○会場参加者(一宮) 先生方、本日は、大変心強い御講演、興味深い御講演をありがとうございました。

大学は、一般診療に加えて、教育そして人材育成、それから研究とあって、働き方改革は大

変だと思いますが、野村先生がスライドでお示しされたように、福岡県では大学と医師会と行政が一緒になって、全国的に見てもすばらしくうまく進んでいると思いますし、昨年暮れの段階では、4大学から地域のいろんな施設への人材派遣は継続していただけると伺っております。

しかし、野村先生のスライドにありました大学病院の改革の中で、要するに大学に勤務する方々は、研究とか教育に関連するところは、全てという意味ではありませんけど、適切に労働として取り扱うようにという通知が発出され、それによって大学病院は、人件費の増大、それから私たちが一番懸念するのは、大学病院での勤務時間が増えることで、これまでおっしゃっていただいた4月以降の地域医療機関への人材派遣は変わらないのかなということです。今日参加されている先生方の多くが、そこをすごく心配されているのではないかと思いますので、答えられる範囲で、見通しでも結構ですので、よろしくをお願いします。

○酒井 医師の働き方改革で、大学では研究時間を確保しながら関連病院への医師の派遣を継続するというので、タスクシフトやシェアの推進が求められているわけですが、この辺りについて、中村先生、よろしいですか。

○中村 これは多分、先日、厚労省のほうから、大学病院に勤務する医師の研究は本来業務であるということが発表されたことに関する御質問だと思います。

あの声明が出た原因は、数か月前に名古屋大学で研究は全て自己研鑽としていたことが訴えられたという事案です。それが発端となってあの声明になったわけですが、なぜ名古屋大学が問題になったかということ、研究の中にも自己研鑽のものと本来業務とがあって、上司で命令されたのは本来業務と。ところが、名古屋大学には、自己研鑽の研究という枠はありますけど、本来業務の中、いわゆる就労時間になる部分に研究に該当するものが一切なかった、それが問題であるということで、本来業務になる研究もあるという意味での声明であったようです。

○野村 優先順位の問題だと思います。例えば、自己研鑽を全て労働にすると、じゃあ、大学病院での労働が超過してしまい外勤に行けないと

いう話になりますが、先ほど申しましたように、地域医療を守ることも働き方改革の本来の目的と考えるならば、外勤に行くためにこちらを絞れという話になります。天秤にかける問題だと思います。これを急激に改善するのは無理でしょうから、院内の臨床業務を効率化し労働時間を減らすことによって、生まれた時間を外勤に充てていく。ですから、両立を目指さなくてはなりません。田中先生のお話ではありませんが、大学病院としても若手の医師の両立支援を進めていくということかと思えます。したがって、私からの宣言として、地域の病院への医師派遣は4月以降も変わらずに本来業務と捉えたいということをお願いいたします。

○三浦 1月に厚労省から改めて出ました問題ですけれども、もともとA水準とか連携Bとかを決めるときに言われていたことを改めて正式にきちんとかいこうふうにしなさいと言われてた我々は認識しております、そのときに取った対策が今回出たことによっていろいろ変わることはないと考えております。もちろん、連続二十数時間勤務における9時間インターバルの確保などは前からやっておりますし、今回声明が出たとしても上司と部下の合意をもっていうところは変わりませんので、同じようにできると考えております。

○田中 結論から言いますと、中村先生がさっきおっしゃったことは、全国医学部長・病院長会議のステートメントでもきちんと文書として回答が出ておりますので、我々としては従来と何ら変わらず、通達が出る前と何ら変わらず、適切に労働時間を算定して、きちんと地域の先生方のところに医師の派遣をすることに全く変わりはありません。

一つだけお話ししておきたいのは、ここに北九州市医師会の会長がおられますが、実は私は医師会長の御配慮で医師会の理事会に参加させていただいております。その席上で、様々な地域の医療の現状や医療機関の問題を直にお聞きしてディスカッションをしております、お互いに何が足りないのか、何に困っているのかがリアルに分かります。

今回の働き方改革に関して一番対応が遅れたのは行政で、例えば救急診療所をどうするかと

いった問題に関しても、医師会の中で問題点を抽出して、逆に医師会から行政に働きかけていただきました。そういうことで、現状、それほど従来と変わらない形で医師を派遣させていただけると認識しております、ここで言うのは何ですが、今日のテーマにあるように、やはり大学と医師会をはじめとする地域医療機関の連携やお互いの理解は極めて重要であると私は認識しています。

○会場参加者(一宮) どうもありがとうございました。安心いたしました。

○酒井 ありがとうございました。ちょうど時間になりましたので、これをもちまして総合討論及びシンポジウムを終了させていただきたいと思います。

各大学病院固有の取組や特色、そして、4大学に共通する地域医療への貢献やCOVID-19の問題、あるいは働き方改革への取組など共通の問題について、大変貴重な御意見、コメントを伺うことができました。もう一度先生方に拍手をお願いしたいと思います。先生方、どうもありがとうございました。

The background features a vertical yellow gradient on the right side, transitioning from a lighter yellow at the top to a darker yellow at the bottom. Overlaid on this gradient is a faint, repeating pattern of a molecular structure, likely a polymer chain, rendered in a light yellow or white color. The structure consists of interconnected spheres and rods, creating a complex, three-dimensional lattice.

# ポスター優秀賞



# 第16回福岡県医学会総会ポスター優秀賞受賞者

## 一般部門

福岡大学病院整形外科 檜田 祐輔

選別された外傷性肩関節前方不安定症の患者に対する鏡視下バンカート修復術の治療成績

産業医科大学若松病院整形外科 村田 洋一

股関節疾患に合併する仙腸関節障害の有病率およびその特徴

福岡大学医学部消化器外科 塩飽 洋生

軟性内視鏡による新しい結紮法 Endoscopic Ligation Technique(ELT)の臨床経験

福岡大学形成外科 鈴木 翔太郎

当院における小児外傷と児童虐待の関連

久留米大学医学部  
内科学講座(呼吸器・神経内科・膠原病部門) 財前 圭晃

福岡県筑後地区における間質性肺疾患を対象とした地域医療連携の試みと早期発見への有用性

奈良先端科学技術大学院大学ユビキタスコンピューティング

福岡大学心臓血管内科学

国立循環器病センター

福岡ハートネット病院

野瀬 大補

機械学習を用いた生体インピーダンスによる胸水推定システムの構築

九州大学病院総合診療科 中村 啓二

免疫不全者におけるCOVID-19オミクロン株の臨床疫学的特徴の検討

福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室  
福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野 木村 翔一

訪問診療利用者の肺炎発症に寄与する因子についての検討

## 研修医部門

戸畑共立病院外科 芳中 陽菜

当院におけるDelayed appendectomyの検討

NHO九州医療センター呼吸器内科 石原 裕基

無症状の間質性肺疾患に対する抗線維化薬早期介入の治療成績

久留米大学病院臨床研修センター 野村 政爾

DA-Impella 5.5から植込型VADに至った広範前壁MIの一例

## 編集後記

令和6年2月4日に第16回福岡県医学会総会を開催することができました。学会長を産業医科大学医学部長の酒井昭典先生、準備委員会委員長を北九州市医師会長の穴井堅能先生にお務めいただき、また福岡県内4大学医学部長ならびに各ブロック医師会長にもご尽力いただきまして、心から感謝申し上げます。

まず開会式後の授賞式では、福岡県医学会特別賞を新小文字病院内分泌・糖尿病内科部長の河原哲也先生に、奨励賞を6名の先生方に表彰いたしました。

ポスターセッションでは、一般部門に35演題、研修医部門に3演題、そして新たに創設した医学部生部門7演題の計45題のご発表がありました。改めまして、演題を提出していただきました先生方に感謝申し上げます。医学部生は、緊張しながらも発表を行い、参加者からの質問も懸命に回答しており、医師会を知るきっかけの一つになったのではないかと思います。また、ご演題の中から、一般部門から8演題、研修医部門から3演題に対しポスター優秀賞表彰を行いました。

シンポジウムでは「地域医療の中での大学病院の在り方」をテーマに九州大学、久留米大学、福岡大学、産業医科大学病院長から、医師の働き方改革や各病院の特徴とする医療提供体制、今後の取り組みについて発表されました。

来年は九州大学医学部長の赤司浩一先生が学会長を務められますが、皆様に盛り上げていただきますようお願いいたします。

令和6年5月  
福岡県医師会学術担当理事 田中 真紀

## 第16回 福岡県医学会

会 頭 蓮澤 浩明 学会長 酒井 昭典 (産業医科大学)

### <準備委員会>

委員長 穴井 堅能 (北九州ブロック)  
委 員 赤司 浩一 (九州大学)  
石竹 達也 (久留米大学)  
小玉 正太 (福岡大学)  
鈴木 仁士 (産業医科大学)  
長尾 哲彦 (内科医会)  
東 秀史 (臨床外科医学会)  
下村 国寿 (小児科医会)  
光安 廣倫 (整形外科医会)  
平田 泰彦 (福岡ブロック)  
山近 仁 (筑豊ブロック)  
酒井 良 (筑後ブロック)

### <福岡県医師会役員>

堤 康博  
長柄 均  
一宮 仁  
瀬戸 裕司  
田中 真紀  
百武 宏幸  
占部 嘉男

## 福岡県医学会誌 第14巻

発行年月日 令和6年6月1日  
発 行 者 公益社団法人 福岡県医師会  
会長 蓮澤 浩明  
〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2-9-30  
TEL 092-431-4564 FAX 092-411-6858  
印 刷 所 祥文社印刷株式会社  
〒812-0016 福岡市博多区博多駅南4-15-17

本記録集の無断転写、転載、複写、データ配信は固く禁じます。

