



院内研究発表会 2026 を終えて

臨床研究センター 感染・免疫研究部 部長 今橋 真弓



去る7月23日、2年ぶりに院内研究発表会2026が行われました。演題募集は5月1日～6月10日、ポスター掲載期間は6月22日～7月21日でした。今年は17演題(医師6題・看護4題・コメディカル6題・臨床研究センター1題)の応募をいただきました。当日はポスター投票258人、会場参加68人、Web参加19人となりました。発表者の皆様、準備をしてくださった臨床研究センターのスタッフの皆様に心より御礼申し上げます。

8年前にも実は院内研究発表会2018の幹事を私は務めました。そこで8年前と今回を比べながら、変わらなかった点と変えた点を振り返ってみようと思います。

変わらなかった点 その1 「Lightning talk」

lightning talkとは、院内研究発表会当日に各発表者は2分以内で自分の発表内容を紹介するものです。2分を超えると終了の合図として銅鑼が鳴り響きます。8年前は多くの発表で容赦なく銅鑼が鳴り響いていたことを思い出しましたが、今回は驚いたことにほとんどの発表者は2分以内に発表を終えていました。短い制限時間の中で研究の要点を的確に伝える発表者も素晴らしかったのですが、わずか2分間の発表から研究内容を的確に捉え、その後の質疑応答で質問を投げかける審査員の先生方の集中力にも驚かされました。

変えた点 その1 「Teamsによる投票」

院内研究発表会ではポスター賞が設けられており、発表

会当日講堂前でポスターが掲示されます。ポスターを閲覧した職員が「これは」と思うポスターに投票してポスター賞を決定します。今年はTeamsの投票機能を利用して投票・集計を行いました。ポスター会場に2つのPCを設置し、そこから投票してもらいました。その結果、ポスター賞の集計を短時間で終えることができました。

変えた点 その2 「Web 配信」

今回初めてTeamsによるWeb配信を行いました。今回は聴講のみとし、Webからの質疑応答への参加は行わない形式としました。Web配信視聴用のURLは職員全員にメール送信されました。

今後の院内研究発表会の在り方について

院内研究発表会が開催され、多くの研究成果に触れる貴重な機会となりました。一方で、運営に関わる中で、今後この発表会をさらに活性化していくために考えるべきことも感じました。

以前からの課題ではありますが、今回も演題を集めることには苦労しました。各診療科の部長・医長の先生方にも声をかけていただき、ようやく演題が集まったというのが実情です。

その理由の一つとして、日常診療を行いながら研究活動が続けること自体の負担に加えて、「院内研究発表会のためのポスターやスライドをもう一度作る」という作業が、参加へのハードルになっているのではないかと感じています。

目 次

院内研究発表会 2026 を終えて	臨床研究センター 感染・免疫研究部 部長 今橋 真弓	1-2
脾臓十二指腸切除後の「食べられない」を見逃さない 一胃内容排泄遅延に該当しない経口摂取不良の検討	診療部 外科 医師 多代 充	3
当院におけるHIV感染合併肛門扁平上皮癌7例の治療成績	診療部 外科 医師 袴田 紘史	4
手指衛生遵守率向上に向けた取り組み ～感染管理認定看護師による直接観察指導の効果～	看護部 感染制御対策室 副看護師長 浅田 瞳	5
院内処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル導入による有用性の検討	薬剤部 薬剤師 早川 未紗	6
HIV Symptom Index を用いた問診票導入と薬剤による自覚症状の差の検討	薬剤部 薬剤師 小崎 華	7
入院中の子どもの付き添いに関する環境実態調査	看護部 西5階病棟看護師 時 亜矢子	8

	氏 名	所 属	演 題 名
プ レ ゼ ン 賞	勝 弘毅	薬 剤 部	セフェム誘発性肝障害の発現予測に対する肝線維化指標 Fibrosis-4 index の関連および予測精度に関する単施設症例対照研究
	大島 彪介	リハビリテーション科	肺炎入院患者における自宅退院と早期経口摂取開始との関連
	城後 美和	中3階病棟看護師・HCTC	小児病棟-移植病棟間の連携促進を目的とした移植前ミーティング導入による移植病棟看護師の困難感の変化
	浅田 瞳	感染制御対策室	手指衛生遵守率向上に向けた取り組み ～感染管理認定看護師による直接観察指導の効果～
	多代 充	外 科	臍頭十二指腸切除後胃内容排泄遅延非該当例における経口摂取不良の臨床的意義
ポ ス タ ー 賞	袴田 紘史	外 科	当院における HIV 感染合併肛門扁平上皮癌 7 例の治療成績
	児玉 昌大	循環器内科	金属アレルギーのため ePTFE シートで S-ICD を被覆して植え込んだ一例
	早川 未紗	薬 剤 部	院内処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル導入による有用性の検討
	小崎 華	薬 剤 部	HIV Symptom Index を用いた問診票導入と薬剤による自覚症状の差の検討
	時 亜矢子	看 護 部	入院中の子どもの付き添いに関する環境実態調査
	浅田 瞳	感染制御対策室	手指衛生遵守率向上に向けた取り組み ～感染管理認定看護師による直接観察指導の効果～
	木下 紀道	看 護 部	COVID-19 発初期に看護師のコミュニケーションが看護師の精神的エンパワメントに与えた影響
	勝 弘毅	薬剤部	セフェム誘発性肝障害の発現予測に対する肝線維化指標 Fibrosis-4 index の関連および予測精度に関する単施設症例対照研究
	城後 美和	中3階病棟看護師・HCTC	小児病棟-移植病棟間の連携促進を目的とした移植前ミーティング導入による移植病棟看護師の困難感の変化
	飯島 友加	臨床研究センター	ALL-Ph13 の MRD 乖離例における BCR::ABL1 ゲノム切断点 MRD の検討
学 術 賞	多代 充	外 科	臍頭十二指腸切除後胃内容排泄遅延非該当例における経口摂取不良の臨床的意義
	多代 充	外 科	臍頭十二指腸切除後胃内容排泄遅延非該当例における経口摂取不良の臨床的意義
	袴田 紘史	外 科	当院における HIV 感染合併肛門扁平上皮癌 7 例の治療成績
	浅田 瞳	感染制御対策室	手指衛生遵守率向上に向けた取り組み ～感染管理認定看護師による直接観察指導の効果～
	勝 弘毅	薬 剤 部	セフェム誘発性肝障害の発現予測に対する肝線維化指標 Fibrosis-4 index の関連および予測精度に関する単施設症例対照研究
	早川 未紗	薬 剤 部	院内処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル導入による有用性の検討
	飯島 友加	臨床研究センター	ALL-Ph13 の MRD 乖離例における BCR::ABL1 ゲノム切断点 MRD の検討

図1

実際、学会では発表していても、院内研究発表会のために改めてポスターやスライドを作る時間が確保できず、参加を断念するケースもあります。そうであれば、発表形式についてはもう少し柔軟であってもよいのではないのでしょうか。たとえば、学会で使用したスライドやポスターをそのまま使用できるようにする、あるいはポスター作成そのものを必須としないなど、「新たな仕事を増やさずに研究成果を共有できる仕組み」に変えていくことも検討してよいと思います。

もう一つ、より大きな課題として感じているのは、院内で研究に取り組むことが十分に評価される文化になっているか、という点です。臨床業務が忙しい中で研究を続けることは、決して時間に余裕があるからできることではありません。それでも時に、研究活動をしている人が「そんな時間がある人」と見られてしまうような雰囲気を感じることもあります。しかし、学会発表や論文発表は、日々の診療から生まれた疑問や工夫を外部に発信し、病院の医療の質や評価にもつながる活動です。地方会から全国学会、海外学会まで、職員がどのような研究成果を発信しているのかを、もっとタイムリーに院内で共有できる仕組みがあってもいいと思います。年報にまとめるだけではなく、「今、当院ではこのような研究が行われ、こんな成果が発表された」ということが日常的に見えるようになれば、研究に対する院

内の認識も少しずつ変わっていくのではないかと思います。また、研究成果を出した本人だけでなく、その活動を支えた研究指導者や所属部署も評価される仕組みが必要だと思います。研究は一人で完結するものではなく、周囲の理解や所属部署の協力があって初めて続けることができます。そのような「研究を支えること」も病院として評価されれば、若い職員が研究に取り組みやすい環境にもつながるのではないのでしょうか。

最後に、院内研究発表会を単なる年1回の行事としてではなく、「この病院では研究に取り組むことが大切にされている」と職員が実感できる機会となり、さらに日常的に研究成果を称え合う文化につながっていくことを願っています。



図2

膵頭十二指腸切除後の「食べられない」を見逃さない —胃内容排泄遅延に該当しない経口摂取不良の検討—

診療部 外科 医師 多代 充



【はじめに】

膵頭十二指腸切除術は、膵頭部と十二指腸、胆管、胆嚢、胃の一部を切除する複雑な手術です。切除後は、残った膵臓や胆管、胃を小腸につなぎ直し、食物や消化液の通り道を再建します。術後には、胃から食物がうまく送り出されず、食事を予定どおり再開できない「胃内容排泄遅延」が一般に15～30%程度の患者さんに起こり、入院の長期化や生活の質の低下につながります。一方、食事を再開でき、胃内容排泄遅延の診断基準を満たさない患者さんの中にも、十分な量を食べられない状態が続く方がいます。

【方法】

2011年4月から2025年8月までに当院で膵頭十二指腸切除術を受けた185人を対象としました。胃内容排泄遅延は、国際的な基準に基づいて判定しました。これに該当しなかった患者さんのうち、術後3週時点で提供食の半分以下しか摂取できていない場合を「経口摂取不良群」、半分を超えて摂取できている場合を「経口摂取良好群」としました。術後3週を基準としたのは、多くの患者さんで食事内容と摂取量が安定する時期と考えたためです。両群の患者背景、手術成績、合併症、入院期間および血清アルブミン値の推移を比較しました。血清アルブミン値は、栄養状態を評価する指標の一つです。

【結果】

185人のうち24人(13%)に胃内容排泄遅延を認め、解析から除外しました。残る161人のうち、経口摂取不良群は29人(18%)、良好群は132人(82%)でした(図1)。年齢、性別、病名などの患者背景に明らかな差はありませんでした。また、手術時間、出血量、膵液瘻を含む術後合併症の発生率にも差はありませんでした。しかし、術後在院日数の中央値は、不良群29日に対して良好群25日であり、不良群で有意

に長くなっていました。血清アルブミン値は術前から術後1週までは両群で差を認めませんでしたが、退院時から術後半年までは不良群で低値でした。術後1年には両群の差はみられなくなりました(図2)。なお、経口摂取不良を術前や手術中の情報から予測できる明らかな因子は特定できませんでした。

【考察】

胃内容排泄遅延に該当しなくても、約5人に1人は術後3週の時点で十分に食べられていませんでした。こうした経口摂取不良は、入院期間の延長だけでなく、退院後も半年程度続く栄養状態の低下と関連していました。つまり、食事を再開できたかどうかだけでは、術後の食べる力を十分に評価できない可能性があります。特に退院後は食事量を把握しにくく、外来での丁寧な聞き取りが欠かせません。今後は、入院中から退院後まで食事量と体重、栄養指標を継続して確認し、必要に応じて早期に支援する体制が重要です。今回の検討は診療録を用いた後方視的研究であり、実際の摂取量を正確に評価しにくいという限界があります。今後は多職種で評価方法を統一し、患者さんごとに適切な栄養支援へつなげていきたいと考えています。

【学会発表】

多代 充、末永雅也、梅村卓磨、竹田 伸

第38回日本肝胆膵外科学会学術集会、奈良県奈良市、2026年5月23日

Clinical Impact of Poor Oral Intake in Patients Without Delayed Gastric Emptying After Pancreaticoduodenectomy (E-Poster, FP52-3).

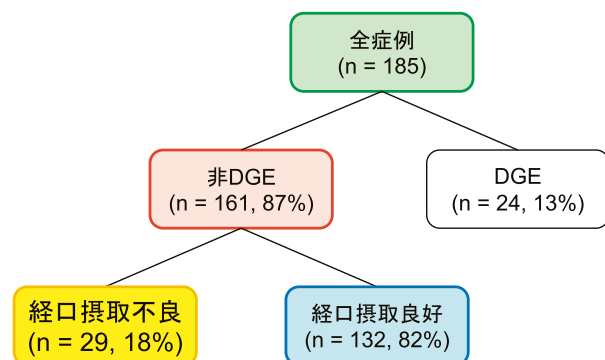


図1 対象患者さんの内訳

胃内容排泄遅延(DGE)非該当161人のうち、29人(18%)に経口摂取不良を認めました。

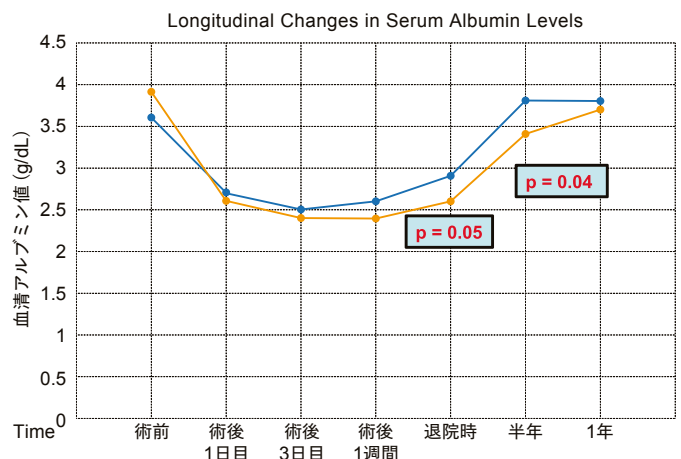


図2 血清アルブミン値の推移

経口摂取不良群では、退院時から術後半年まで血清アルブミン値が低値でした。

当院におけるHIV感染合併肛門扁平上皮癌7例の治療成績

診療部 外科 医師 袴田 紘史



【はじめに】

肛門扁平上皮癌は、肛門管や肛門周囲の皮膚を覆う扁平上皮細胞から生じる癌で、本邦では稀な疾患です。欧米では本邦と比較して患者さんの数が多く、放射線治療と抗がん剤治療を組みわせる方法が一般的な治療として確立されています。一方、本邦においては患者さんの数が少ないため、患者さんの背景や肛門扁平上皮癌の治療内容、その後の経過をまとめた報告は限られています。ヒト免疫不全ウイルス（HIV）感染は肛門扁平上皮癌発症の危険因子の一つです。当院はエイズ診療拠点病院としてHIV感染診療を担っており、HIV感染を合併した肛門扁平上皮癌を診療する機会があります。今回、HIV感染合併肛門扁平上皮癌の臨床的特徴と治療後の経過を明らかにするため、当院で経験した肛門扁平上皮癌の治療成績について検討しました。

【対象と方法】

2005年4月から2025年3月までの間に当院で診断、治療したHIV感染合併肛門扁平上皮癌の7例につき、患者さんの年齢、癌の部位と進行度、治療内容、再発の有無、治療後の経過を診療録から振り返って調査しました。

【結果】

年齢の中央値は49歳（35-71歳）、全員が男性でした。HIV感染が確認されてから癌と診断されるまでの中央値は7年（1-16.5年）でした。発生部位は、肛門管が5例、肛門周囲の皮膚が2例でした。上皮内癌（Tis）が1例、最大径2cm以下のT1が4例であり、7例中5例が比較的早期の病変

で、リンパ節転移は全例で認めませんでした。肛門周囲皮膚に生じた2例には局所切除を行いました。いずれも切除断端に癌細胞を認めたため、1例には追加切除、もう1例には放射線治療を行い、その後の再発は認めませんでした。肛門管に生じた5例のうち、1例には初回から化学放射線療法を行いました。残る4例には局所切除を行い、切除断端が陽性または判定困難であった2例には化学放射線療法を追加しました。切除断端が陰性であった2例のうち1例に局所再発を認めましたが、化学放射線療法による再治療を行いました。観察期間は12-132ヶ月で、調査終了時点では7例全員が生存していました。

【考察】

当院における治療後の経過と長期成績は概ね良好でした。HIV感染を合併した患者さんでは、肛門病変の診察が継続されていたことが、早期発見につながった可能性があります。また、早期癌では局所切除で根治が得られる可能性がある一方、切除断端の状態によっては追加治療が必要となります。さらに、切除断端が陰性でも再発することがあるため、治療後も慎重な経過観察が重要です。本邦では、HIV陽性患者さんに対する肛門癌検診について、統一された方法や体制が確立されていません。現在、本邦のHIV陽性者に対する肛門疾患の検査体制を構築するための基礎資料を提供することを目的とし、複数の施設と連携し、HIV陽性者における尖圭コンジローマと肛門扁平上皮癌の診療実態を調査する研究を計画しています。

表1 HIV感染合併肛門扁平上皮癌7例の患者背景
患者さんの年齢、HIV感染確認から肛門癌診断までの期間、発生部位および進行度を示します。

HIV感染合併肛門扁平上皮癌7例の患者背景						
症例	年齢	性	悪性診断時HIV罹患期間(年)	部位	T	リンパ節 病期
1	67	男	16.5	肛門管癌	T3	転移なし IIB
2	45	男	12	肛門周囲皮膚癌	T1	転移なし I
3	55	男	7	肛門管癌	T2	転移なし IIA
4	38	男	1	肛門周囲皮膚癌	Tis	転移なし 0
5	71	男	11	肛門管癌	T1	転移なし I
6	35	男	3	肛門管癌	T1	転移なし I
7	49	男	1	肛門管癌	T1	転移なし I

●患者さんの年齢、HIV感染確認から肛門癌診断までの期間、発生部位および進行度を示します。

表2 治療内容および治療成績
症例ごとの初回治療、切除断端、追加治療、再発および治療後の経過を示します。

治療内容及び治療成績									
症例	初回治療	断端	追加治療	化学療法	治療効果	再発	再発治療	予後	観察期間(月)
1	化学放射線療法	—	—	5FU+MMC	完全奏功	なし	—	生存	12
2	肛門皮膚切除	陽性	追加切除	—	根治切除	なし	—	生存	20
3	肛門腫瘍切除	陽性	化学放射線療法	5FU+CDDP	完全奏功	なし	—	生存	44
4	肛門腫瘍切除	陽性	放射線療法	—	完全奏功	なし	—	生存	108
5	肛門腫瘍切除	陰性	—	—	根治切除	局所	化学放射線療法	生存	48
6	痔瘻手術	陰性	—	—	根治切除	なし	—	生存	132
7	痔瘻手術	不明	化学放射線療法	5FU+MMC	完全奏功	なし	—	生存	12

●症例ごとの初回治療、切除断端、追加治療、再発および治療後の経過を示します。

手指衛生遵守率向上に向けた取り組み ～感染管理認定看護師による直接観察指導の効果～

看護部 感染制御対策室 副看護師長 浅田 瞳



【はじめに】

手指衛生は、医療関連感染を防ぐための最も基本的で重要な対策です。医療従事者の手を介して微生物が患者さんから患者さんへ運ばれることを防ぐため、患者さんに触れる前後や清潔な処置の前など、適切なタイミングで手指衛生を行う必要があります。しかし、実際の医療現場では業務の多忙さや習慣化した行動により、必要な場面で手指衛生を実施できていないことがあります。

今回、A病棟ではESBL産生 *Enterobacter cloacae* という薬剤耐性菌によるアウトブレイクが発生しました。感染拡大を防ぐためには、標準予防策の中でも手指衛生を確実に実施することが重要です。そこで、感染管理認定看護師（以下、CNIC）が現場で看護師に同行し、その場で助言する直接観察指導を実施しました。

【方法】

対象はA病棟に所属する看護師18名です。CNIC2名が看護師1名につき約3時間同行しました。検温、清潔ケア、処置などの日常業務の場面で、世界保健機関（WHO）が示す「手指衛生5つの瞬間」に基づき、手指衛生の実施状況を確認しました。そして、その場で「なぜ今、手指衛生が必要なのか」を根拠とともに説明しました。できていない点を指摘するだけでなく、適切に実施できている点も伝え、看護師が自分の行動を振り返り、自信をもって続けられるように支援しました。介入の前後で手指衛生遵守率と手指消毒剤使用量を比較し、実施後にアンケートで意識の変化を確認しました。

【結果】

手指衛生遵守率は、介入前の36.1%から介入後は76.2%へ改善しました。手指消毒剤使用量も患者さん1人1日あたり12.2mLから21.4mLへ増加し、75%の増加がみられました。アンケートでは、直接観察指導を受けた18名全員に意

識の変化がみられました。自由記述では、「手指衛生の根拠を理解できた」「無意識にできていなかった場面に気づいた」「できている部分を確認できて自信につながった」などの意見がありました。介入前は観察されることに緊張を感じる声もありましたが、指導後は学びや気づきとして前向きに受け止められていました。

【考察】

今回の取り組みでは、感染対策を知識として伝えるだけでなく、実際のケア場面で行動を一緒に振り返ったことが、手指衛生遵守率の改善につながったと考えます。特に、手指衛生が必要な理由をその場で確認することで、看護師自身が「なぜ行う必要があるのか」を理解し、無意識の行動に気づく機会となりました。また、できている点を認めることは自己効力感、つまり「自分にもできる」という感覚を高め、自発的な行動変容を促した可能性があります。

今回の取り組みから、手指衛生を呼びかけるだけではなく、実際の現場に寄り添い、その場で具体的に助言することが行動変容につながる可能性が示されました。一方で、今回は一つの病棟での短期間の取り組みであり、改善効果の持続性や他部署への展開方法についてさらに検討が必要です。今後も現場に寄り添う支援を通じて、患者さんを感染から守る手指衛生の定着を目指します。

【学会発表】

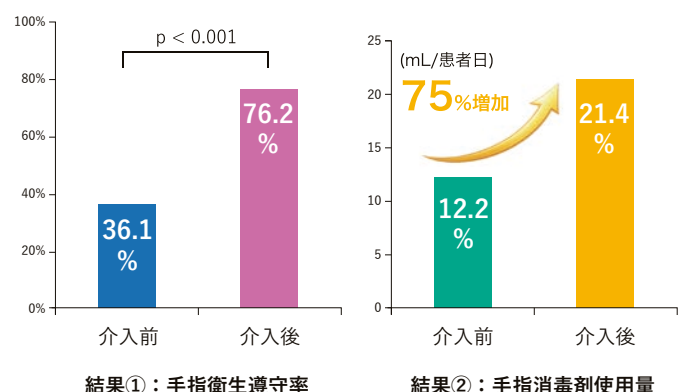
浅田 瞳、矢野友美、木下紀道

第79回国立病院総合医学会 石川県金沢市、2025年11月7日、8日

手指衛生遵守率向上に向けた取り組み ～感染管理認定看護師による直接観察指導の効果～
（口演発表）

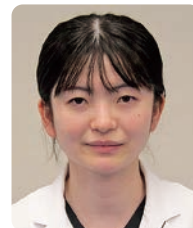


看護師の業務に同行し、実際のケア場面で手指衛生の実施状況を確認・助言しています。



院内処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル導入による有用性の検討

薬剤部 薬剤師 早川 未紗



【はじめに】

疑義照会とは、処方内容に確認が必要な場合に、薬剤師が医師へ問い合わせ、処方を適切に修正する業務です。患者さんに安全で適切な薬物治療を提供するために重要ですが、件数が多くなると、薬剤師と医師の双方に負担がかかります。そこで厚生労働省医政局長通知（医政発0430第1号）では、あらかじめ医師と薬剤師の間で対応方法を決めておくことで、個別の問い合わせを減らす「プロトコルに基づく薬物治療管理（Protocol Based Pharmacotherapy Management：PBPM）」が推奨されています。

【目的】

当院では、疑義照会のうち一定の条件に該当するものについて、医師へ個別に確認することなく薬剤師が処方内容を修正できる「院内処方箋問い合わせ簡素化プロトコル」を9項目導入しました。本研究では、このPBPMの導入によって、疑義照会の件数や薬剤師の業務負担がどの程度軽減されたかを評価することを目的としました。

【方法】

PBPM導入前の2024年7月から11月までと、導入後の2024年12月から2025年4月までを対象としました。電子カルテから疑義照会の件数とPBPMの実施内容を後方視的に集計しました。また、薬剤師26名を対象に自己記入式のアンケートを実施し、負担の変化を「5＝導入前と変わらない」とする10段階で評価するとともに、1か月当たりの業務時間削減量を調査しました。

【結果】

疑義照会件数は、導入前の688件から導入後は589件となり、99件（14.4%）減少しました。PBPMは計171件実施され、主な内容は、生理食塩液製剤の規格変更57件、投与間隔が定められた薬剤の処方修正57件、院内採用薬への変更に伴う処方修正19件、粉砕や簡易懸濁に適さない薬剤の

変更17件でした。アンケートには薬剤師26名が回答し、プロトコルを使用したことのある薬剤師23名の負担軽減度の平均値は7.26でした。また、回答に基づく推定では、薬剤師1人当たり月平均24.9分の業務時間削減が示されました。一方、9項目のうち実施例がなかった項目もありました。

【考察】

PBPMを導入することで、あらかじめ対応方法が決められている処方については、薬剤師が迅速に処方内容を修正できるようになりました。その結果、疑義照会件数が減少し、薬剤師の業務時間の削減にもつながったと考えられます。また、医師にとっても、定型的な内容について個別に確認を受ける機会が減るため、双方の業務負担の軽減に寄与したと考えられます。一方、使用されなかったプロトコルもあったことから、実際の処方状況や現場のニーズを踏まえて、内容や対象となる条件を見直す必要があります。

【結論】

院内処方箋問い合わせ簡素化プロトコルの導入により、疑義照会件数の減少と薬剤師の業務時間の削減が認められました。PBPMは、医療安全を維持しながら、薬剤師と医師双方の業務を効率化する方法として有用である可能性が示されました。今後は、使用実績の少ない項目を見直し、実際の業務に即したプロトコルへ改善することで、さらなる業務効率化につなげていくことが重要です。

【学会発表】

早川未紗、松木克仁、薄 雅人、勝 弘毅、後藤拓也、田淵克則、平野隆司
第19回日本医療マネジメント学会愛知県支部学術集会 愛知県名古屋市 2025年11月29日
院内処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル導入による有用性の検討（口頭発表）

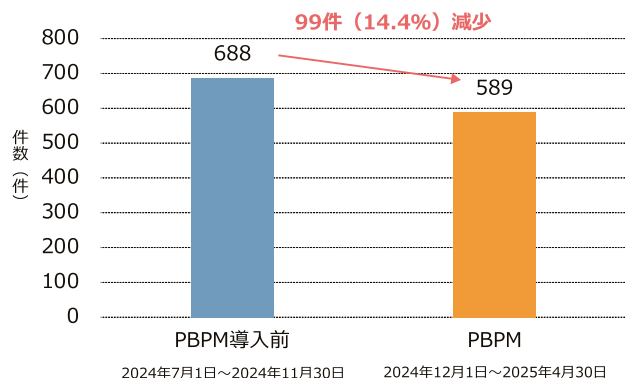


図1 PBPM導入前と導入後の疑義照会・問い合わせ件数
PBPM導入前の疑義照会件数は688件でしたが、導入により589件、14.4%減少しました。

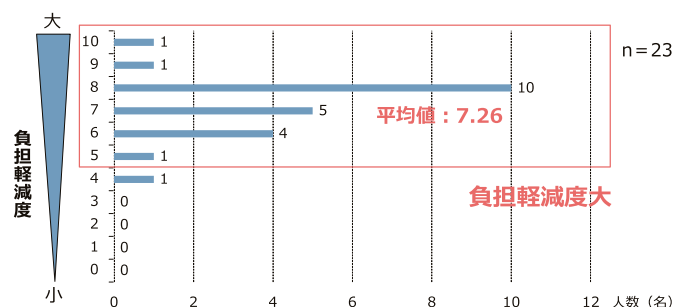


図2 プロトコル導入による負担軽減度
「5」を導入前と変化なしとし、10段階で評価。プロトコルを使用したことがある23名の薬剤師の負担軽減度の平均値は7.26でした。

HIV Symptom Index を用いた問診票導入と薬剤による自覚症状の差の検討

薬剤部 薬剤師 小崎 華



【はじめに】

近年、HIV 感染症の治療成績は大きく向上し、多くの患者さんが長期にわたり安定した療養生活を送れるようになっていきます。そのため、現在の HIV 診療ではウイルスを抑えることだけでなく、日常生活の質 (QOL) を維持しながら治療を継続できるかどうかが重要な課題となっています。こうした背景から、医療者による客観的な評価だけでなく、患者さん自身が感じている症状や体調を把握する患者報告アウトカム (PRO) が注目されています。

当院では 2023 年 10 月から、患者さん自身が症状を評価する「HIV Symptom Index (HIV-SI)」を問診票として導入しています。今回、この結果を用いて、服用中の抗 HIV 薬と患者さんの身体的・精神的な状態との関連について調査しました。

【方法】

対象は 2023 年 10 月から 2025 年 3 月までに当院を受診した患者さんのうち、同じ治療 regimen を 24 週以上継続し、HIV-SI に回答した 1453 例です。調査では、最終受診時の回答を解析し、症状の程度を示す平均スコアと、症状を有する患者さんの割合を薬剤別に集計しました。

【結果】

使用している薬剤にかかわらず、「疲労感」「寝つきが悪い、途中で目が覚める」といった睡眠に関する症状、さらに「発疹、皮膚の乾燥やかゆみ」のスコアが高い傾向を示しました。一方で、「消化器症状」「食欲低下」「体重や筋肉量の減少」に関する訴えは低い値を示しました。

薬剤別にみると、ドラビリン (DOR) やラルテグラビル (RAL) を服用している患者さんでは、「不安」「しびれ」「頭痛」「筋肉・関節痛」のスコアが比較的高い傾向がみられました。一方、リルピビル (RPV) では多くの症状項目で低い値を

示しました。また、核酸系逆転写酵素阻害薬 (NRTI) の比較では、アバカビル (ABC) を含む治療で、「疲労感」「睡眠の問題」「悲しさや憂うつさ」といった項目が他の薬剤より高い傾向を認めました。

【考察】

今回の結果からは、抗 HIV 薬の安全性向上に加えて、患者さんが感じる症状を考慮した薬剤選択が実際の診療

で行われている可能性が示されました。その一方で、現在の治療でも解決されていない症状や生活上の課題が残されていることも明らかになりました。今後は新たな抗 HIV 薬の登場も期待されていますが、患者さん自身の声を反映した PRO 評価と、多職種による継続的な療養支援を組み合わせることで、より適切な薬剤選択や服薬支援、副作用の早期発見につながる事が期待されます。

【学会発表】

小崎 華、松木克仁、羽柴知恵子、今橋真弓、平野隆司、横幕能行

第 39 回エイズ学会学術集会・総会 熊本県熊本市 2025 年 12 月 5 日～12 月 7 日

HIV Symptom Index を用いた問診票導入と薬剤による自覚症状の差の検討 (ポスター)

図 1 HIV-SI 問診票

各薬剤における A : スコア平均 B : 有症状割合 (%) を示した。

A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	全体 (人)
BIC	0.78	0.34	0.45	0.46	0.48	0.24	0.54	0.63	0.65	0.88	0.78	0.54	0.53	0.25	0.40	0.51	0.41	0.65	0.35	0.41	744
DTG	0.81	0.33	0.46	0.54	0.48	0.27	0.54	0.56	0.63	0.88	0.80	0.65	0.51	0.28	0.50	0.60	0.47	0.72	0.37	0.49	569
RAL	0.87	0.35	0.38	0.67	0.46	0.25	0.62	0.70	0.80	0.91	0.84	0.67	0.67	0.33	0.46	0.78	0.48	0.86	0.45	0.62	69
DOR	1.00	0.45	0.68	0.83	0.62	0.41	0.55	0.67	0.81	1.22	1.00	0.67	0.67	0.42	0.59	0.88	0.52	0.86	0.54	0.61	69
RPV	0.57	0.19	0.28	0.30	0.43	0.26	0.43	0.44	0.44	0.74	0.70	0.59	0.31	0.24	0.50	0.57	0.41	0.69	0.44	0.41	54
NRTI spare	0.79	0.32	0.54	0.58	0.50	0.38	0.52	0.63	0.72	1.00	0.84	0.67	0.54	0.38	0.61	0.70	0.47	0.80	0.54	0.46	92
TFV	0.77	0.33	0.45	0.48	0.46	0.24	0.54	0.59	0.61	0.84	0.78	0.55	0.52	0.25	0.42	0.52	0.41	0.64	0.34	0.44	1101
FTC	0.77	0.33	0.45	0.48	0.46	0.24	0.54	0.59	0.61	0.84	0.78	0.55	0.52	0.25	0.42	0.52	0.41	0.64	0.34	0.44	1100
3TC	0.90	0.38	0.44	0.56	0.56	0.28	0.59	0.64	0.75	0.93	0.79	0.71	0.54	0.31	0.51	0.64	0.53	0.80	0.40	0.52	261
ABC	1.08	0.35	0.45	0.57	0.61	0.27	0.55	0.86	0.88	1.14	0.71	0.63	0.53	0.35	0.51	0.65	0.45	0.73	0.45	0.53	51

B	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	全体 (人)
BIC	25.7	8.1	12.6	12.5	13.0	3.8	15.5	18.4	19.5	28.2	24.9	15.3	15.1	3.9	9.9	14.0	9.3	17.6	7.1	10.5	744
DTG	27.2	6.9	13.9	16.0	13.2	5.3	13.5	16.9	19.3	28.3	25.7	19.2	15.8	5.3	14.8	16.0	11.8	21.8	6.5	12.8	569
RAL	26.1	5.8	11.6	21.7	15.9	5.8	20.3	20.3	26.1	29.0	30.4	21.7	21.7	5.8	14.5	26.1	11.6	26.1	13.0	17.4	69
DOR	34.8	13.0	21.7	24.6	17.4	10.1	13.0	21.7	24.6	39.1	33.3	20.3	21.7	8.7	18.8	29.0	13.0	26.1	18.8	18.8	69
RPV	16.7	1.9	7.4	7.4	11.1	5.6	13.0	11.1	13.0	18.5	25.9	14.8	7.4	3.7	11.1	11.1	5.6	20.4	7.4	13.0	54
NRTI spare	26.1	7.6	17.4	16.3	14.1	9.8	15.2	18.5	20.7	32.6	30.4	20.7	18.5	7.6	18.5	19.6	10.9	25.0	16.3	13.0	92
TFV	25.3	7.4	12.7	13.3	12.2	3.9	15.0	17.3	18.6	26.5	25.4	15.5	14.5	3.9	11.0	14.4	9.4	18.1	6.5	11.8	1101
FTC	25.4	7.4	12.7	13.3	12.2	3.9	15.0	17.4	18.6	26.5	25.5	15.5	14.5	3.9	11.0	14.5	9.5	18.1	6.5	11.8	1100
3TC	30.7	8.0	12.3	17.6	17.2	5.0	14.9	19.2	23.4	31.8	23.8	21.1	18.4	6.5	14.2	17.2	13.4	24.5	6.9	12.3	261
ABC	37.1	5.9	11.8	19.6	19.6	5.9	17.6	25.5	23.5	38.2	21.6	17.6	17.6	5.9	11.8	17.6	7.8	21.6	7.8	13.7	51

図 2 薬剤別の結果

入院中の子どもの付き添いに関する環境実態調査

看護部 西5階病棟看護師 時 亜矢子



【はじめに】

近年、付き添い家族の過酷な環境が問題視されています。小児医療では、「子どもの成長・発達及び希望により付き添う家族等に配慮した小児医療体制の確保」の観点から、①保育士配置の評価の見直し②看護補助者配置の評価の新設③付き添う環境（食事・睡眠等）への配慮の三項目について診療報酬の改定・新設が行われ、小児科病棟において付き添い環境の改善に向けた取り組みが始まっています。

そこで当院では、患児と家族が安心して治療に専念できる環境を整えるため、付き添い家族の生活環境の実態を明らかにし、支援の充実を目的に調査を行いました。

【方法】

対象は、2022年4月1日から2024年12月31日までに、小児科病棟で小児がんの診断・治療で5日以上入院した患者さんの付き添い家族です。調査期間は、2024年7月16日から12月31日とし、その間に入院中もしくは外来通院中の患者家族51名にアンケート調査を実施しました。主な項目は、睡眠、シャワー、食事、洗面、通話・通信、面会制限、付き添い者の体調、経済状況、仕事への影響、付き添い希望の有無です。その中で、睡眠、シャワー、食事、洗面、通信・通話、面会制限の6項目について、満足度を5段階で評価しました。

【結果】

49名の家族から回答を得られ、回答率は96%でした。付き添い家族の生活環境について調査した結果、睡眠・通信・食事に対する満足度が低い傾向にありました（図1）。

食事では、子どものケアを優先することで十分な食事時間を確保できないことや、バランスの取れた食事を摂ることの難しさが挙げられました。さらに、78%が食事の提供を希望していました（図2(a)）。睡眠では、夜間も継続する子どものケアに加え、寝具やモニターアラーム音が眠れない要因となっていました（図2(b)）。通信・通話では、80%が通話料

を自己負担しており、約2割が必要な時に電話できなかったと回答しました。その理由として、子どもから離れられないこと、電波状況の悪さ、通話可能な場所の混雑などが挙げられました（図2(c)）。また、約半数が付き添い中に体調を崩しており、そのうち約2割は自身の体調を相談できる人がいませんでした。加えて、休息の確保やプライバシーの確保が難しいことから、プライベートな空間を望む声がありました。

【考察】

付き添い家族は、食事・睡眠などの基本的な生活基盤に課題を抱えており、それらが相互に影響することで、心身の疲労やストレスにつながっていると考えられます。また、主な付き添い者に負担が集中しやすく、仕事や家庭との両立も困難になりやすい状況です。さらに、付き添いに伴う不安や不満を医療者に伝えにくく、自身の健康管理が後回しになりやすいことも示されました。

【結論】

付き添い家族の心身の健康を守るためには、食事・睡眠などの生活環境を整えるだけでなく、家族が抱える負担やストレスを把握し、安心して相談できる環境を整えるなど、多方面からの支援が必要です。子どもだけでなく、付き添い家族自身の健康にも配慮した支援体制の検討が求められます。

【発表研究会】

時亜矢子、大河恵子、中山安由美、村上亜李紗、服部浩佳、山田真弓、伊藤由佳

第25回中部小児がんトータルケア研究会 石川県金沢市
2025年10月4日

入院中の子どもの付き添いに関する環境実態調査報告（口頭発表）

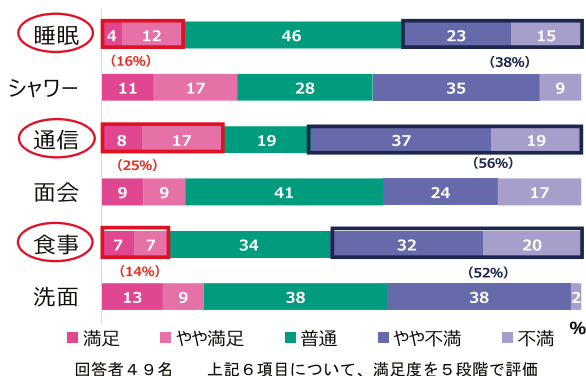


図1 付き添い家族の生活環境に対する満足度
(横軸：パーセント表示)

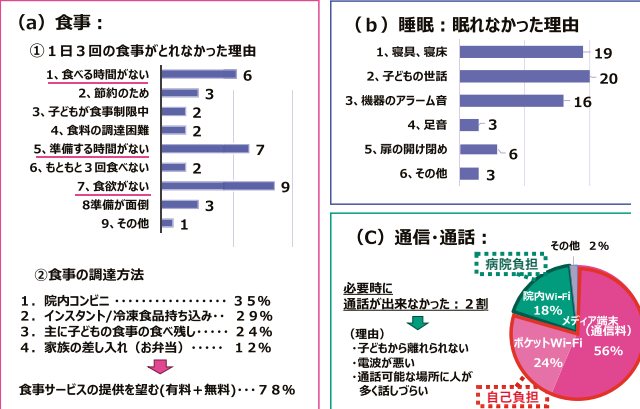


図2 付き添い家族の生活環境に関する調査結果
食事・睡眠・通信・通話についてのアンケート（一部）