



当院のオンライン診療 —導入の取り組みと今後の課題—

脳神経外科 部長 梶田 泰一



【はじめに】

情報通信機器技術の進歩は、遠隔手術、医療情報ネットワークなどを実現し、医療のありかたを変えました。オンライン遠隔診療は、アクセスに難がある離島などの地域診療の向上に役立ちました。私のパーキンソン病（以下PD）外来患者さんは、病気の進行にともない当院のアクセスに苦勞され、3年前より整形外科の佐藤智太郎部長と厚生労働省の指針¹⁾に準じたオンライン診療の導入に取り組みました。2020年、COVID19の蔓延により本邦で電話診療が許可されオンライン診療も一気に普及しました。

【方法】

1) ニーズ調査

2018年4月、PDで脳深部刺激治療中の患者さん70名にアンケート調査を行いました。質問は、以下の4項目でした。

ア) スマートフォンの所有、イ) ビデオ通話の経験、ウ) オンライン診療の希望、エ) その実行性です。

2) 運用方法

佐藤は、国の遠隔医療設備整備事業に応募のため、2017

年初夏からオンライン診療に関して具体的な検討を始めました。2018年4月18日からの8回の打ち合わせ会議にオンライン診療に関わる医事担当者、薬剤部等が参加し、2018年7月に処方箋や医療費の取り扱いなどの運用規約が決まりました。

3) アプリケーションソフトウェア（アプリ）の選択と利用

当初は遺伝診療のカウンセリングを主目的とし、認定遺伝カウンセラーの田口育が、多数のアプリから初期投資の要らないクロン（MICIN社）を選択し、一般診療に応用されました。クロンは、オンライン診療毎に患者さんより300円徴収します。アプリをインストールしビデオ通話を行うには以下の手順が必要となります。

あ) 患者さん側

クロンのQRコードや登録方法が記載されたパンフレットを作成しました。患者さんは、クロンのアプリをダウンロードし、メールアドレスとパスワードを登録し、ログインします。次に、基本情報、医療機関（脳神経外科 83ffなど）を登録しますと、病院側にその登録情報が通知されます。病院側は、本人確認を行いビデオ通話が可能となります。

目 次

当院のオンライン診療 —導入の取り組みと今後の課題—	脳神経外科部長 梶田 泰一	1-2
I期の眼付属器MALTリンパ腫に対する放射線治療の長期成績	放射線治療科 医師 宮川 聡史	3
学会発表報告：苦痛のスクリーニングを用いた思春期・若年成人世代の苦痛に関する検討	薬剤部 副薬剤部長 林 誠	4
学会発表報告：脳血管撮影後におけるTRバンドの看護師管理について	西6階病棟 看護師 荻 紗綾	5
研修報告：人工呼吸器SERVO プリベンティブ・メンテナンス講習会に参加して	臨床工学室 臨床工学技士 佐藤茉衣子	6
臨床研究支援を行った臨床研究の紹介（1）	臨床研究センター 臨床研究企画管理部 生物統計研究室 嘉田 晃子	7
お知らせ	臨床研究センター 臨床研究事業部 広報相談支援室	8

い) 病院側

田口認定遺伝カウンセラーが、PCに各診療科のアカウントを作成しました。ログインしますと、画面に登録患者一覧が現れ、診療予約などができます。

4) ビデオ診察

私の予約は、毎週金曜日午後3時半から4時半まで二人の枠を設けてビデオ診察します。決済は、次回の対面診療時に徴収し、処方箋は患者さんに郵送します。

【結果】

1) ニーズ調査

70名中33名からえられた回答です。(図1)

ア) スマートフォンの所有：ある(23名) ない(9名) 未回答(1名)

イ) ビデオ通話の経験：ある(12名) ない(19名) 未回答(2名)

ウ) オンライン診療の希望：ある(17名) ない(10名) 未回答(6名)

エ) オンライン診療の実現性：ある(17名) ない(8名) 未回答(8名)

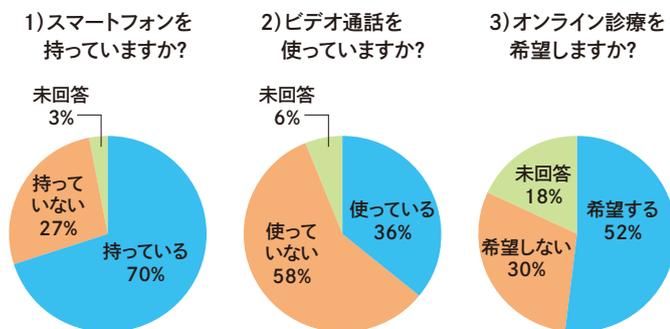


図1 ニーズ調査アンケート結果
70名のパーキンソン病患者さんにお願したアンケート結果

2) オンライン診療の現況

2020年8月10日現在、オンライン診療は、脳神経外科、遺伝診療科(自由診療)、整形外科、小児科で実施されています。(図2)

当科の患者さん登録は19名です。平均年齢は、61.9歳(12-88歳)、男女比は7:12、病名は、PD16名、他3名です。18名の患者さんが脳深部刺激治療をし、16名の患者さんが日常生活で助を必要としています。住所は、全員名古屋

外で愛知県内16名、岐阜県2名、三重県1名です。

予約時間にオンライン診療が試みられたのは13名で、実際にビデオ通話できたのは8名(9回)でした。ビデオ通話できなかった5名の患者さんの理由は、3名はクレジットカードの未登録、1名は登録の不備、1名はPCで準備されていた(スマートフォンのみ可能)事でした。一部、診療後の事務処理が完了できなかった患者さんもありました。

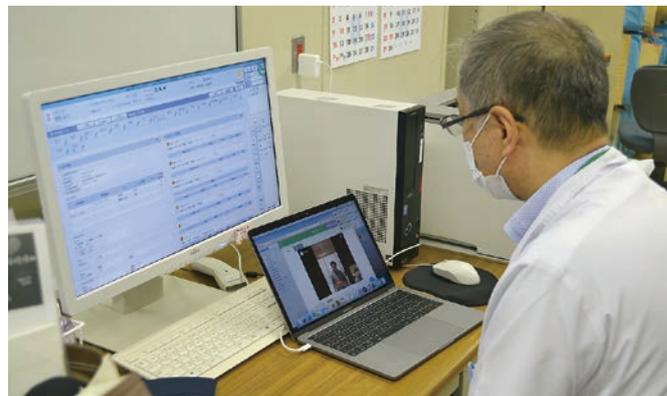


図2 オンライン診療風景
脳神経外科外来で実施しているオンライン診療風景

【考察】

ニーズ調査の結果

高齢者のPD患者はオンライン診療が難しいと心配しましたが、アンケートの回答は予想外でした。特に、36%の患者さんがビデオ通話を経験されていると知り、オンライン診療の実現を確信しました。

オンライン診療の限界と利点

PDのオンライン診療では、触診による固縮などが評価できない限界がありますが、振戦の有無や程度、動作緩慢や歩行障害などの症状評価は十分可能でした。また、普段の自宅の様子を知り、転倒を予防するなどの助言もできました。

オンライン診療の課題

ビデオ通話中に、患者さんがスマートフォンの画面を触ると、ビデオ通話がとぎれる現象が診療の妨げになりました。オンライン診療の登録に関する丁寧な説明が足りず、ビデオ通話ができなかったことや事務処理が未遂に終わったことは、今後の病院側の課題です。

参考文献

1) オンライン診療の適切な実施に関する指針 平成30年厚生労働省

I期の眼付属器 MALT リンパ腫に対する放射線治療の長期成績

放射線治療科 医師 宮川 聡史



【はじめに】

MALT リンパ腫は辺縁帯 B 細胞リンパ腫の一つであり、全ての B 細胞リンパ腫の 5-8% を占めます。MALT リンパ腫は、眼付属器、唾液腺、甲状腺、肺、乳房、胃、および結腸に発生します。近年、眼付属器 MALT リンパ腫の発生率は急速に増加しています。MALT リンパ腫は放射線感受性が高く、眼付属器 MALT リンパ腫も放射線治療が行われています。しかし白内障やドライアイなど晩期有害事象を起こす事があります。今回、ステージ I 期の眼付属器 MALT リンパ腫における当院での放射線治療の長期的な有効性と安全性を評価しました。

【対象と方法】

2006年から2016年の間に当院で放射線治療を施行した眼付属器 MALT リンパ腫の 81 例を遡及的に分析しました。全ての症例はステージ I 期でした。男性 42 例、女性 39 例、年齢の中央値は 66 歳でした。57 名は眼窩に、21 名は結膜に、3 名は涙腺にそれぞれ病変を認めました。処方線量の中央値は 30 Gy (30-36 Gy、1 回 2Gy) でした。50 例は 6MV の X 線にて非対向 2 門照射を、27 例は電子線 1 門照射を、4 例は X 線と電子線を組み合わせて治療しました。局所制御割合 (LC)、無増悪生存割合 (PFS)、全生存割合 (OS)、および grade 3 以上の白内障の発生割合を Kaplan-Meier 法を用いて求めました。患者背景を Table 1 に示します。

【結果】

症例の追跡期間の中央値は 74 ヶ月 (4-157 ヶ月) でした。54 例は照射終了後 5 年間追跡調査を受けました。56 例は CR (complete response)、15 例は PR (partial response)、3 例は SD (stable disease) でした。7 例は分類不明でした

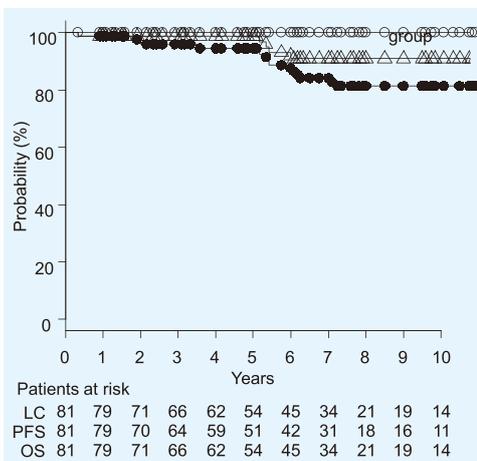


Fig.1 Curves of local control (LC, open circle), progression-free survival (PFS, filled circle), and overall survival (OS, triangle) for 81 patients with orbital MALT lymphoma

Table 1 Patient characteristics

Characteristic	No. of patients
Sex	
Male	42
Female	39
Median age (range), years	66 (29-90)
Bilateral presentation	9
Primary site	
Orbit	57
Conjunctiva	21
Lacrimal gland	3

が PD (progressive disease) は認めませんでした。5 年局所制御割合は 100% でした。放射線療法後に 3 例再発を疑われましたが、2 例は病理学的に Ig G4 関連の炎症、1 例は炎症細胞浸潤でした。5 年無増悪生存割合は 94% でしたが 5 例に遠隔転移を認めました。5 年全生存割合は 99% でした (Fig.1)。20 例に Grade 3 以上の白内障を認めました。鉛レンズシールドなしで治療した 58 例の Grade 3 以上および Grade 2 以上の白内障の 5 年発生割合は、それぞれ 38% および 40% でした。Grade 3 以上の白内障の発生割合は、6-MV の X 線で治療された 50 例で 42%、9-MeV 電子で治療された 8 例で 17% でした (Fig.2)。

【考察】

放射線治療によりステージ I 期の眼付属器 MALT リンパ腫において、優れた局所制御と長期生存が得られました。MALT リンパ腫の従来の処方線量は 30Gy です。しかしより低い有効量を決定することは、眼付属器 MALT リンパ腫の治療における将来の課題です。最近の研究では、少ない線量で優れた局所制御が得られた報告もあります。当科でもそれらの報告を踏まえて 2020 年 1 月から 26Gy/13Fr と線

量を低減した照射を行っており、その結果について注視していきたいと思います。

【発表論文】

Niwa M, Ishikura S, Tatekawa K, et al. Radiotherapy alone for stage IE ocular adnexal mucosa-associated lymphoid tissue lymphomas : long-term results : Radiat Oncol. 2020; 15 : 25.

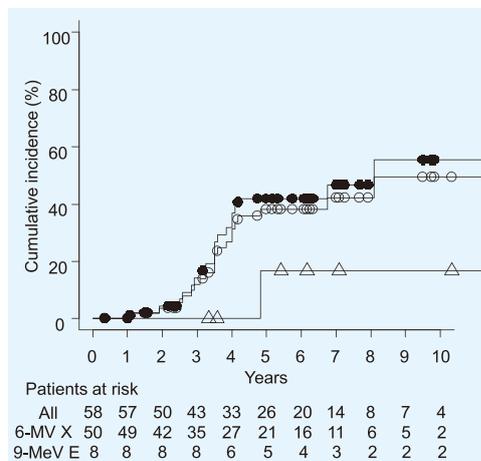


Fig.2 Cumulative incidence of Grade \geq 3 cataract in all 58 patients treated without a lens shield (open circle), in 50 patients treated with 6-MV X-rays (filled circle), and in 8 patients 9-MeV electrons (triangle). The median age at the start of RT was 69 (range, 90-29), 70 (range, 90-43), and 64 (range, 88-29) years, respectively

学会発表報告：苦痛のスクリーニングを用いた思春期・若年成人世代の苦痛に関する検討

薬剤部 副薬剤部長 林 誠



【はじめに】

思春期・若年成人(AYA) 世代がん患者さんは全国的にも患者数が少なく、医療者も診療経験が多くありません。AYAにはサバイバーシップに関連したさまざまなニーズがあり、患者さんごとのニーズは個別性が高いと言われています。米国ではAYAの治療成績の改善は不良であり、その背景にAYA特有の心理・社会的要因も関係していることを踏まえ、心理・社会的要因を考慮したAYAがん対策が講じられています¹⁾。

苦痛のスクリーニングはがん患者さんの苦痛を明らかにする上で有用とされており²⁾、がん拠点病院を中心に医療機関で行われています。名古屋医療センターではがん関連病棟では入院時に、外来治療室では初回治療及び治療変更時に苦痛のスクリーニングを施行しています。

AYA世代の苦痛の特徴を明らかにすることは、その後の対応策を講じるための情報として非常に重要です。今回は苦痛のスクリーニングを使用し、AYA世代がん患者さんの苦痛の特徴を検討したので報告します。

【方法】

苦痛のスクリーニングは患者さん、または家族による自記式調査とし、からだの症状(Ph-S)を5段階、気持ちのつらさ(Ps-S)を11段階で評価しました。Ph-Sが2以上、またはPs-Sが6以上で、エドモントン症状評価システム改訂版(ESAS)を用いて、痛み、だるさ、眠気、吐き気、食欲不振、息苦しさ、気分の落ち込み、不安、他の症状、全体的な調子の10項目を11段階で評価しました。2018年に入院した患者さんを対象とし、AYA世代(AYA群)とAYA世代以外(non-AYA群)について比較しました。また緩和ケアチーム介入患者さんと非介入患者さんの苦痛のスクリーニングについても検討しました。

【結果】

苦痛のスクリーニングは1235名(non-AYA群1,190名、AYA群45名)に対して行われました。平均年齢はnon-AYA群68.7±12歳、AYA群32.5±6.0歳、性別(男/女)はnon-AYA群638/552、AYA群12/31でした。苦痛のスクリーニングの結果はPh-S、0.95±1.3vs0.91±1.5(P=0.83)、Ps-S、3.2±3.0vs3.7±3.5(P=0.34)といす

Table2. The evaluation by ESAS, between non-AYA and AYA

症状	non-AYA(N=357)	AYA(N=18)	P value
痛み	3.2±3.2	3.2±3.4	0.98
だるさ	3.2±3.1	3.8±3.2	0.44
眠気	2.2±2.6	2.3±3.1	0.91
吐気	0.8±1.9	1.2±2.4	0.55
食欲不振	2.5±3.2	2.7±3.7	0.79
息苦しさ	1.5±2.5	0.8±1.6	0.054
気分の落ち込み	4.2±3.3	5.1±3.2	0.30
不安	4.9±3.3	6.4±3.1	0.034
他の症状	0.59±1.9	0.72±2.2	0.81
全体的な調子	4.5±2.8	4.4±2.7	0.89

れも差はありませんでした。ESAS評価したAYA群18名、non-AYA群357名では、10項目のうち不安の項目で6.39 vs 4.95(P<0.05)とAYA群が有意に大きい値を示しました。緩和ケアチーム非介入の患者さんに比較し介入患者さんでは、Ph-S、0.82±1.2 vs 2.1±1.1(P<0.01)、Ps-S、3.0±2.9 vs 5.2±2.7(P<0.01)といずれも有意に高い値を示しました。

【考察】

苦痛のスクリーニングの結果から、緩和ケアチームが介入している患者さんはより苦痛を感じており、AYA世代の患者さんは特に不安を多くかかえている特徴が示されました。不安の中身を聞き取ることがAYA世代患者さんの苦痛緩和に重要であることが示唆されました。

【引用文献】

- 堀部敬三ら、AYA世代のがん対策に関する政策提言
- Kizawa, et al, Palliat Care Res2012;7:172-84
- Sodergren SC, et al, J Adolesc Young Adult Oncol. 2018 ; 7:453-464.
- Ninomiya, et al, Palliat Care Res2019;14:15-21

発表学会

林 誠、松野英美、近藤建、中井正彦、第24回日本緩和医療学会学術大会、横浜、2019/6/21-22、苦痛のスクリーニングを用いた思春期・若年成人世代の苦痛に関する検討(ポスター発表)

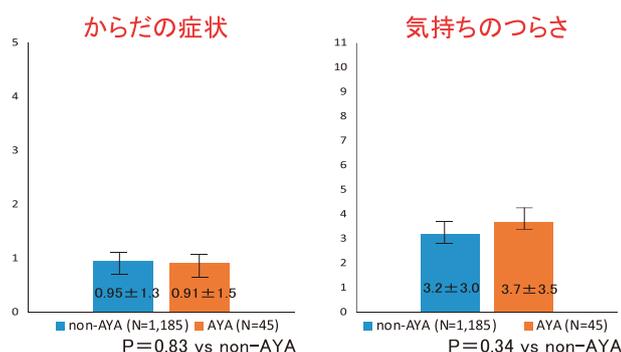


Fig1. Assessment by the screening of pain physical symptom and psychological pain between non-AYA and AYA

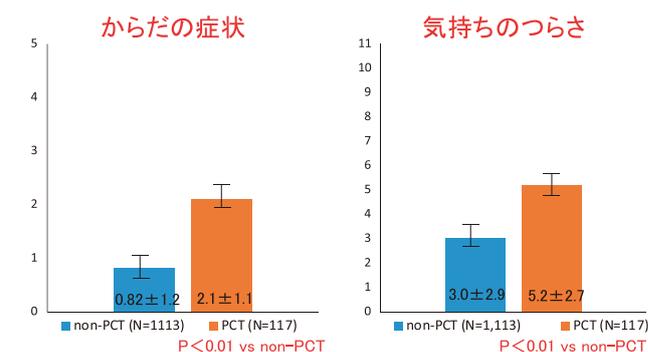


Fig2. Assessment by the screening of pain with palliative care team

学会発表報告：脳血管撮影後におけるTRバンドの看護師管理について

西6階病棟 看護師 荻 紗綾



【はじめに】

当院での脳血管撮影では患者さんの安静制限が少ない右橈骨動脈穿刺を第一選択としています。2016年以降、穿刺部の止血にTRバンド（テルモ社製）と呼ばれるバルーンで圧迫する機器を使用していますが、その管理方法には特定されたものではありません。私たちの病棟では帰室後から担当医師が作成したプロトコルに従ってバンド抜去まで看護師が管理しています。今回その管理が正しく安全に行われているか検証しました。

【方法】

2016年4月から2019年3月に脳血管撮影を行った266例のうち、TRバンドで止血が行われ詳細な情報が得られた207例を対象としました。TRバンドはプロトコルに従って空気を減量することでバルーンの圧力を弱めていき、5時間後に止血が確認された場合に抜去します（図1）。減圧時に出血した場合は減量した空気を元に戻して止血を行い医師に報告します。本研究ではカルテより年齢・性別・体重・帰室時血圧・抗血栓薬の使用・穿刺部出血の有無とタイミング・看護師管理が指示通りに行われたかについて情報を抽出し後方視的に検討しました。また出血例に多い因子についても検討しました。

【結果】

207例中204例（98.6%）でプロトコル通りに正しい管理ができていました。プロトコルから逸脱した理由は①医師の指示による早期抜去、②患者による自己抜去、③看護師による抜去時間の誤り（1時間遅延して抜去）であり、1例の

みが看護師による誤りでしたが、トラブルには至りませんでした。穿刺部出血が生じたのは38例（18.4%）で、その多くは帰室5時間後にバンドを外す過程で生じていましたが、出血した全例で指示通り再止血の処置が正しく行われていました。翌朝には全207例で神経麻痺・強い疼痛・虚血症状などのトラブルなく止血が得られていました。また出血例では平均年齢が高く、抗凝固薬の使用例が有意に多い結果でした。

【考察】

今回の検証により看護師によるTRバンドの管理は正しく安全に行うことができていました。現行の止血プロトコルは比較的シンプルで、看護師の理解度も高く逸脱例や合併症がほとんど見られないことから有用と思われました。一方、穿刺部出血は18.4%に発生しましたが、その多くはにじむような出血であり、バンド抜去時にインジェクションパットの貼付により軽く圧迫することで容易に止血が得られると考えられたため、本研究後に導入しました。今後もTRバンドの管理について観察を続け、また脳神経血管内治療学会に参加することで良い看護を実践できるようにしていきたいと思えます。

【発表学会】

荻紗綾、浅井琢美、加藤美奈子、雄山隆弘、荒川春美 第35回NPO法人日本脳神経血管内治療学会学術総会 福岡 2019.11.22

脳血管撮影後におけるTRバンドの看護師管理について（口演）

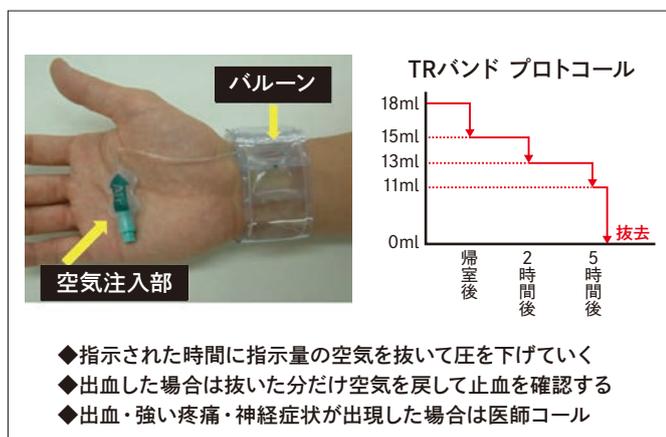


図1 TRバンドと管理プロトコル

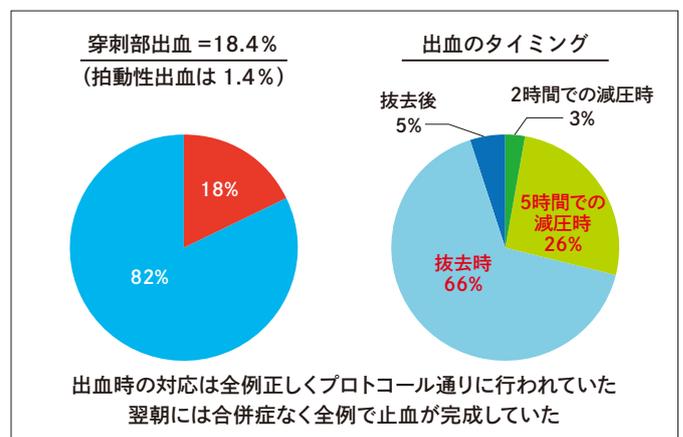


図2 穿刺部出血の頻度とタイミング

研修報告：人工呼吸器SERVO プリベンティブ・メンテナンス講習会に参加して

臨床工学室 臨床工学技士 佐藤 茉衣子



【はじめに】

世界的に猛威をふるった新型コロナウイルス感染症（以下：COVID-19）は、爆発的な感染者増加と高い死亡率が問題となっています。現在は一定の落ち着きを取り戻していますが、今後の動向については未知数です。混乱を極めた本感染症において、人工呼吸器の使用やECMOといったME機器を用いた治療が功を奏しました。こういったME機器装置の使用や管理においては、臨床工学技士が重要な役割を担っています。

これらの装置をはじめ医療機器を安全に使用・運用するためには使用前点検、使用中の管理、定期点検等が必要です。本年1月に人工呼吸器SERVO-airのプリベンティブ・メンテナンス講習会に参加したので報告します。

【講習の概要】

人工呼吸器プリベンティブ・メンテナンス講習会は、医療施設で人工呼吸器サーボシリーズの保守点検業務に従事する者を対象としたものです。人工呼吸器の構造や動作および保守点検についての講義が行われました。これらについて正しく理解、確認した上で、部品交換、調整などの実習を行います。本講習は、業務を遂行する能力と資格を認定する内容となっています。

【講習内容】

まずサーボベンチレーターの総論として、構成・概要についての講義を拝聴し、基本的な内容を学びました。成人から小児、新生児まで幅広く対応しているのが本装置の特徴でした。次に機能・操作、機器の構造、換気モードについて講義

をしていただきました。換気モードの講義では、新しい自発呼吸認識とサポートという項目で横隔膜電位により患者さんの自発をトリガーするNAVAについて知識を深めました。また、換気モードでは圧補正従量式やサーボベンチレーター独自のモードであるAUTO MODEについて学びました。各モードの換気設定やアルゴリズム、グラフィックについて詳しく講義をしていただき大変勉強になりました。休憩をはさみ、午後からは本格的な点検方法について講義と実習を行いました。講義では、プリベンティブ・メンテナンスの作業内容と交換キットの説明から部品やネジの外し方など詳細な部分まで教えていただきました。実習では一人ずつ実際に人工呼吸器を分解し、プリベンティブ・メンテナンスで必要な部品の交換を行いました。疑問点や不安な点なども、その都度確認しながら進めることができる形式であったため、とても勉強になりました。

【おわりに】

臨床工学技士として安全で安心して運用できる医療機器の提供を行うには、日ごろの日常点検と併用して定期点検が重要です。診療補助業務として臨床現場で奮闘することが多い職種ですが、日々の業務である返却時点検および定期点検や部品交換等も重要な業務であることを再認識させていただいた講習であったようにも思います。

医学と工学の知識を併せ持つ臨床工学技士の能力が、日々進歩していく医療界の中での務めを果たせるように今後も邁進していきたいと思えます。

末尾になりますが、本講習に参加するためにご尽力いただいた関係各位にこの場をお借りしてお礼申し上げます。



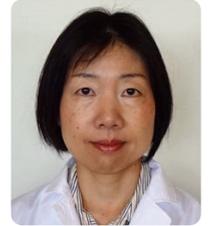
図1 受講風景



図2 実習風景

臨床研究支援を行った臨床研究の紹介(1)

臨床研究センター 臨床研究企画管理部 生物統計研究室 嘉田 晃子



【はじめに】

臨床研究センターでは包括的な臨床研究支援を行っています。今回は、計画から論文作成までサポートさせていただいたNHOネットワーク共同研究「重症心身障害者の深部静脈血栓症(DVT)に対する横断研究およびワルファリンとエドキサバントシル酸塩水和物の多施設共同非盲検ランダム化比較試験(NHOJ-DVT研究)」を紹介します。

【研究実施体制】

研究代表者は、NHO 柳井医療センターの大森啓充先生です。臨床研究センターからはデータマネジメント(竹内一美、渡邊莉紗、伊藤典子、齋藤明子)、統計解析(嘉田晃子)、論文作成支援(日野綾香)などを行い、参加医療機関16施設から最終的に171名の症例登録を頂きました。

2015年8月、大森先生と初の研究に関する打合せを行い、縦断研究とランダム化比較試験を組み合わせた研究デザインを進める方針としました(図1)。11回の会議を通じて、プロトコル・同意説明文書などの作成支援、統計解析計画書作成、EDC構築を行い、2016年11月より登録を開始し、プロトコル論文¹⁾の作成協力を行いました。試験終了後、2018年9月から研究成果をまとめ、2019年6月に論文が採択されました²⁾。

【NHOJ-DVT研究の概要】

縦断研究に登録された重症心身障害児(者)171人中167人を評価対象とし、血栓の発症を確認したのは14人(8.4%)

目的: 下肢静脈超音波検査により重症児におけるDVTの発生頻度、およびDVTの発生の要因を検討すること

デザイン: 横断研究

評価項目: DVT発生頻度

症例数: 重症児 200例程度(実施可能性から設定)

目的: DVT症例に対する経口抗凝固薬ワルファリンあるいはエドキサバントシル酸塩水和物製剤の有効性と安全性を検討すること

デザイン: ランダム化比較試験

主要評価項目: 大出血と臨床的に重要な出血によるイベントの発生頻度

副次評価項目: DVTのサイズ、場所、数を用いた下肢静脈超音波検査によるDVTの変化の複合エンドポイントなど

症例数: 重症児のDVT発症例 76例(主要評価項目から設定)

図1 研究計画の概略

でした。この14人は、その後ランダム化比較試験に移行し、ワルファリン群に6人、エドキサバン群に8人が割り付けられました。試験薬投与を受けた患者さんの出血イベントは、ワルファリン群で4イベント(0.067/人・月)、エドキサバン群で3イベント(0.042/人・月)と、統計的な違いは認められませんでした²⁾。

【研究代表者 大森啓充先生より】

日本においては重い知的障害と体が不自由な障害が重複している患者さん(重症心身障害児(者);重心)については、全国の国立病院機構病院も政策医療として、積極的に受け入れており、その入院されている患者さんの半分以上が寝たきり状態の方々です。特に下肢の動きが悪い方が多く、長期臥床により下肢(足)の深部にある静脈に血の塊(血栓)が出来やすくなっています。深部の静脈に出来た血栓は、血流によって肺に行き、肺の動脈を詰まらせると(肺血栓塞栓症)、突然死の原因になることもわかっています。私の所属する柳井医療センターでの院内の臨床研究で、かなり高率に血栓ができていくことが分かりましたが、抗凝固剤ワルファリンの治療管理が困難な重心の患者さんにおいても予防治療が円滑に出来ないかと考えました。当時、治療ガイドラインに未記載であった比較的新しいNOAC(新規経口抗凝固剤)という種類の薬(エドキサバン)と、ガイドラインには載っているワルファリンとの比較試験を立案・実施しました。想定していたより血栓の発生率は低かったものの、複数施設の症例で血栓症例が確認され、症例数が少ないものの、調べた範囲では安全性に差はありませんでした。NHOの重心の日常診療に携わる方々に実態を知っていただくことが出来、本試験の影響で一部の施設では、患者さんの負担が少ない下肢静脈超音波検査にて血栓の検索をするようになってきています³⁾。今回のような大規模な多施設共同介入研究をするにあたっては、データ処理、統計処理のサポートを受けることが非常に大切であると感じました。

【おわりに】

支援した研究結果がエビデンスとして世の中に発出され、実臨床に適用されていることは大変うれしいことです。今後も積極的に研究支援を行っていきたいと思います。

- 1) Ohmori H, et al. Kurume Med J. 2018; 65: 11-16.
- 2) Ohmori H, et al. Ann Vasc Dis 2019; 12: 372-378.
- 3) 越野恵理, et al. 日本重心学会誌 2018; 43: 501-506.

お知らせ

名古屋医療センター（以下、当院）では、ヘルシンキ宣言の「医学の進歩は人間を対象とする諸試験を要する研究に根本的に基づくものである。」に基づき、臨床研究・治験を推進しています。2019年度、新規治験は33課題を治験依頼者（製薬企業等）から受託し、実施中の治験は約100課題となっております。

我々が行ってきた調査では、2018年4月から2020年3月までの期間に当院において治験の候補となった患者さんが122名おり、そのうちの約23%の28名の方が、他の医療機関からご紹介いただいた患者さんでした（図1参照）。

当院では希少疾患を対象とする治験も多く受託しており、調査結果にも示されるように、当院における治験促進のためには、他の医療機関のご協力がとても重要となっております。

新しい薬や治療法を患者さんに早く届けるためには、多くの患者さんに治験や臨床研究にご参加いただくことが必要ですが、1施設では各治験に適格となる患者さんが多くない現状がございます。当院では他の医療機関の先生方にもご協力を賜り、できる限り多く

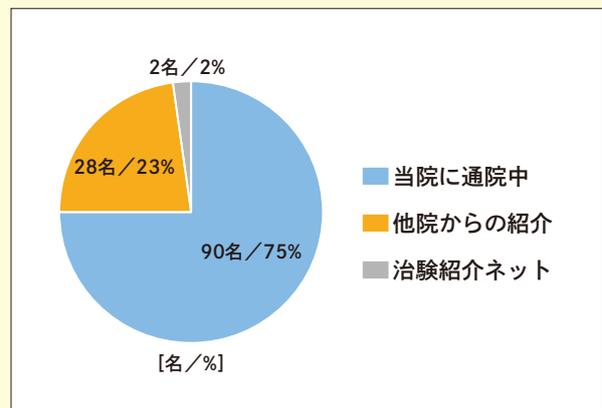


図1 患者さんが治験の同意説明に至った経緯

の対象となる患者さんに治験等への参加をお願いしたいと考えております。日常診療でご多忙とは存じますが、貴院にてご紹介いただける患者さんがいらっしゃいましたら、是非、お問い合わせ窓口までご連絡いただけますようお願いいたします。

下記のQRコードもしくはURLから当院のホームページ(実施している治験について)にアクセスできます。課題番号をクリックするとその治験の概要を確認いただけます。



https://crc.nnh.go.jp/clinical_trial_services/patient2/aboutclinical_part3/

ご不明な点がございましたら、お問い合わせ窓口担当者までご連絡ください。

【お問い合わせ窓口】

名古屋医療センター 臨床研究センター臨床研究事業部 広報相談支援室
臨床研究・治験被験者相談支援窓口：加藤・井上
052-951-1111（内線：2798）