

Sun. Mar 3, 2019

第1会場

国内招請講演

[IL(J)7] 国内招請講演7

座長:松田 兼一(山梨大学医学部救急集中治療医学講座)

8:45 AM - 9:35 AM 第1会場 (国立京都国際会館1F メインホール)

[IL(J)7] Critical Careにおける"Less is More"を考える

平澤 博之 (千葉大学名誉教授)

国内招請講演

[IL(J)8] 国内招請講演8

座長:高木 俊介(公立大学法人横浜市立大学附属病院集中治療部)

9:35 AM - 10:25 AM 第1会場 (国立京都国際会館1F メインホール)

[IL(J)8] 日本初の本格的 EHR : 千年カルテプロジェクト

吉原 博幸 (京都大学・宮崎大学名誉教授)

国内招請講演

[IL(J)9] 国内招請講演9

座長:坂本 哲也(帝京大学医学部救急医学講座)

10:25 AM - 11:15 AM 第1会場 (国立京都国際会館1F メインホール)

[IL(J)9] 重症頭部外傷患者に対する長時間の軽度低体温療法・高体温回避療法 多施設無作為臨床研究の総括

前川 剛志¹, 山下 進², 末廣 栄一³, 一二三 亨⁴, 小畑 仁司⁵,
金子 唯⁶, 文屋 尚文⁷ (1.山口県立大学, 2.総合病院徳山中央
病院, 3.山口大学医学部附属病院先進救急医療センター,
4.聖路加国際病院救急部, 5.大阪三島救命救急センター,
6.熊本大学医学部附属病院救急・総合診療部, 7.札幌医科大学医学部救急医学講座高度救命救急センター)

国内招請講演

[IL(J)7] 国内招請講演7

座長:松田 兼一(山梨大学医学部救急集中治療医学講座)

Sun. Mar 3, 2019 8:45 AM - 9:35 AM 第1会場 (国立京都国際会館1F メインホール)

[IL(J)7] Critical Careにおける"Less is More"を考える

平澤 博之 (千葉大学名誉教授)

(Sun. Mar 3, 2019 8:45 AM - 9:35 AM 第1会場)

[IL(J)7] Critical Careにおける"Less is More"を考える

平澤 博之 (千葉大学名誉教授)

【オンデマンド配信】

1971年千葉大学大学院医学研究科修了

1975年~1978年New York大学外科およびYale大学外科へ留学

1978年千葉大学第二外科学教室助手

1984年千葉大学病院救急部・集中治療部部長・助教授

1995年千葉大学救急集中治療医学教授

2006年同定年退職、千葉大学名誉教授、順天堂大学客員教授、久留米大学客員教授、聖マリアンナ大学客員教授

2010年藤田保健衛生大学客員教授、地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター理事長兼東千葉メディカルセンター長

2017年国際医療福祉大学大学院特任教授

われわれ intensivistは取り扱う症例が重症であるが故に、かかる症例を救命あるいは治癒させるために、多くの治療法に関して従来は最大限の効果を期待して、最大限の intensityでその治療法を適用してきた。しかしながら臨床経験が蓄積されるにつれて、いくつかの治療法において、あるいは同じ治療法でも対象症例によっては、治療法の intensityを小さくした方が、副作用をはじめとする adverse eventが少なくなり、結果として総合的にみてより大きな臨床効果を上げる場合があることが判明し、このことは” Less is More” というコンセプトで論じられるようになった。Low tidal volume ventilationや、当初提案されたよりはより緩い目標値での血糖コントロール、ARDS症例に対する輸液制限療法、侵襲直後の栄養管理における投与エネルギー量の制限などはその典型である。 ” Less is More” の概念は、近年とくに resuscitationに関連して顕著になってきた。心肺停止という最重症例を目の前にした時、多くの治療法をその intensityを最大限にして適用しようとするのは想像に難くない。急性心筋梗塞症例に対する酸素投与の制限、体温を34℃に維持する Therapeutic Hypothermiaから36℃に維持する Targeted Temperature Managementへの変更、心肺停例に対する気道確保として気管挿管を第一選択としないなどはその典型例であり、現在ではすでにガイドラインにも記載されているほどである。 しかし一方では” Less is More” が怠け者や臆病者の言い訳になってはいけなくと考える。これまで” More is More” 、” More is Better” という立場で行われてきた各種治療法が、今は” Less is More” の方向に振れ始めている。しかし将来的には多くの治療法が、効果発現の程度と adverse event発症のバランスの観点から、個々の症例の状態や背景を考慮した上で、” Just is Just” という方針のもと、その症例に最適な intensityで行われるようになるであろう。このことがまた precision medicineにもつながるものと考ええる。

国内招請講演

[IL(J)8] 国内招請講演8

座長:高木 俊介(公立大学法人横浜市立大学附属病院集中治療部)

Sun. Mar 3, 2019 9:35 AM - 10:25 AM 第1会場 (国立京都国際会館1F メインホール)

[IL(J)8] 日本初の本格的 EHR : 千年カルテプロジェクト

吉原 博幸 (京都大学・宮崎大学名誉教授)

(Sun. Mar 3, 2019 9:35 AM - 10:25 AM 第1会場)

[IL(J)8] 日本初の本格的 EHR：千年カルテプロジェクト

吉原 博幸（京都大学・宮崎大学名誉教授）

【オンデマンド配信】

1949年長崎県佐世保市生まれ。大阪大学、宮崎医科大学を卒業後、1995年まで10年間外科。その後医療情報学分野へ。

1995年宮崎医科大学教授

2000年熊本大学教授

2003年京都大学教授

2013年京都大学を定年で退任

2014.4～2016.3まで宮崎大学病院長

2016.4より京都大・宮崎大兼任（EHR共同研究講座）。

1995年より医療情報の共通化プロジェクト

2001年より第1次EHRプロジェクト

2015年より第2次EHRプロジェクト（千年カルテプロジェクト）

地球上どこからでも、患者が自分のカルテ情報にアクセスできる。こうしたシステムの実現のため、政府の次世代医療 ICT基盤協議会が立ち上げたのが「千年カルテプロジェクト」である。また、収集、蓄積された医療情報の2次利用によって、医療の質向上を図るのも同プロジェクトの大きな目標だ。千年カルテのような EHR（Electronic Health Record: 医療情報連携基盤）の日本での取り組みは古く、1995年の医療情報共通規格開発（MML: Medical Markup Language）にまでさかのぼる。その後、熊本県や宮崎県で、具体的な仕組みづくりが始まり、東京都や京都府へと拡大。東日本大震災によって医療情報管理の重要性が再認識されたのを機に2015年、これら先例を引き継ぎ、日本医療研究開発機構(AMED)の採択事業としてスタートした。EHRの実現には、3つ課題の解決が必要だ。1つ目は「データの所在」。患者の医療記録の所在がわからなければ、EHRは機能しない。2つ目は「データの互換性」。異なる電子カルテベンダーのデータ形式を共通化する規格の開発・普及である。3つ目が「アクセス制御」。個人情報扱うので、閲覧可能な人や組織をシステムが自動制御する仕組みが不可欠。これらの技術的問題を解決し、同プロジェクトでは、医療機関や患者へのサービスを、ゼロ次利用から、1次、1.5次、2次利用までの段階に分類している。ゼロ次利用とは、電子カルテなどの医療情報をバックアップし、災害時などへの備えとする利用法。1次利用とは患者自身や医療スタッフによるデータ閲覧（医療情報の共有）をいう。複数の医療機関でのデータ共有が可能になり、診療連携が実現する。1.5次利用とは、EHRの実名医療データを活用した診療支援のことを指す。例えば、EHR上の医療データを人工知能が分析し、異常値の発見、感染症の流行予兆など、医療上のリスクを予測する。一方、2018年5月11日に施行された「次世代医療基盤法」により認定される「認定匿名加工医療情報作成事業者」が、実名で医療情報等を集め、これを匿名化して有料で研究者等に提供出来ることになった。この匿名化医療情報を使って、医療の質向上や医薬品研究開発、公衆衛生、臨床研究、疫学研究、治験支援などにつなげていくのが医療情報の2次利用と位置づけられる。

国内招請講演

[IL(J)9] 国内招請講演9

座長:坂本 哲也(帝京大学医学部救急医学講座)

Sun. Mar 3, 2019 10:25 AM - 11:15 AM 第1会場 (国立京都国際会館1F メインホール)

[IL(J)9] 重症頭部外傷患者に対する長時間の軽度低体温療法・高体温回避療法 多施設無 作為臨床研究の総括

前川 剛志¹, 山下 進², 末廣 栄一³, 一二三 亨⁴, 小畑 仁司⁵, 金子 唯⁶, 文屋 尚文⁷ (1.山口県立大学, 2.総合病院徳山中央病院, 3.山口大学医学部附属病院先進救急医療センター, 4.聖路加国際病院救急部, 5.大阪三島救命救急センター, 6.熊本大学医学部附属病院救急・総合診療部, 7.札幌医科大学医学部救急医学講座高度救命救急センター)

(Sun. Mar 3, 2019 10:25 AM - 11:15 AM 第1会場)

[IL(J)9] 重症頭部外傷患者に対する長時間の軽度低体温療法・高体温回避療法 多施設無作為臨床研究の総括

前川 剛志¹, 山下 進², 末廣 栄一³, 一二三 亨⁴, 小畑 仁司⁵, 金子 唯⁶, 文屋 尚文⁷ (1.山口県立大学, 2.総合病院徳山中央病院, 3.山口大学医学部附属病院先進救急医療センター, 4.聖路加国際病院救急部, 5.大阪三島救命救急センター, 6.熊本大学医学部附属病院救急・総合診療部, 7.札幌医科大学医学部救急医学講座高度救命救急センター)

【オンデマンド配信】

1972年 山口大学医学部 卒業
 1978年 同 附属病院 麻酔科講師
 1984年 同 附属病院 救急部助教授
 1995年~2010年 同 医学部救急医学教室 教授
 1996年~2002年 日本集中治療医学会 理事
 2004年 同 学術集会 会長
 2005年~2008年 同 監事
 2008年~2012年 同 理事長
 2001年~2009年 日本救急医学会 理事
 2006年 同 学術集会 会長
 2009年~2012年 同 監事
 2010年~2011年 徳山中央病院 顧問
 2011年~2018年 山口県立病院機構 理事長
 2018年4月~現在 山口県立大学 理事長

我々が2002年から進めてきた重症頭部外傷患者に対する軽度低体温療法 B-HYPO (RCT既発表論文8編+α)を総括する。【プロトコル概要: UMIN-CTR, No.C000000231】^{1,2)} 適応基準: GCS 4-8 (M 6除外)の患者、15歳以上-70歳未満、男女、受傷2時間以内に冷却開始可能、除外基準をクリアした患者300症例目標。軽度低体温群 (MTH群、32.0-34.0℃)と高体温回避群 (FC群、35.5-37.0℃)、2:1にランダム割り付け。各目標温を72時間維持、1.0℃/日で復温、受傷後7日まで高体温 (≤38℃)回避。受傷6か月後のGOSを最終評価。【RCT実施】 RCT参加16施設でIRBの承認取得。2002年12月-2008年5月までUMIN登録サイトを利用・厳重なセキュリティを確保。脳循環を担保する厳重な循環管理を実施。統計はITT (第1報)、Per Protocolデータで解析。厚労科研により実施し、COIなし。【原著・第1報】^{1,2)} 重症頭部外傷患者に対する長時間軽度低体温療法 MTH群(n=98)、FC群(n=50)。結果: 二群間の背景因子でISS (MTH vs FC, P=0.03)以外に有意差はなし。受傷6か月後のGOSで予後不良(SD,PVS,D)患者はMTH群で53%、FC群で48% (p=0.597)、死亡率は35%、23% (p=0.18)であった。第2報³⁾: 頭蓋内占拠性病変除去、かつ50歳以下患者の予後 (GOS)。第3報⁴⁾: AIS 3-4患者・AIS 5患者の予後。第4報⁴⁾: 来院時K⁺値と予後。第5報⁵⁾: 目的体温到達日の血糖値とGOS。第6報³⁾: 来院時のPaO₂、P/F比 (PaO₂/FIO₂)とGOS。第7報⁴⁾: 来院時の血液凝固異常の有無とGOS。第8報⁶⁾: 緩徐な復温 (軽度低体温療法群)と神経学的予後。第9報³⁾: 内径静脈球部温/脳温と肺動脈温較差と神経学的予後。第10報⁷⁾: 内径静脈球部血/混合静脈血の酸素飽和度較差と神経学的予後。【B-HYPO論文まとめ・RCT成功の鍵】 MTH群とFC群間で6か月後の神経学的予後(GOS)に有意差はでなく^{1,2)}、頭蓋内占拠性病変除去・50歳以下の患者ではMTHで優位に予後が改善した³⁾。AIS 3-4患者では死亡率がFC群で優位に減少した⁴⁾。血糖値はMTH群、FC群ともにday3まで優位に減少し、受傷1日目の血糖値で6か月後の生死判定が可能である⁵⁾。来院時に正常K⁺患者はMTH群よりFC群で優位に予後が良い⁴⁾。重症頭部外傷早期にはPaO₂が高いと予後が良く、PaO₂は生死に関する独立した変数である³⁾。来院時に凝固障害がある患者でも、予後は必ずしも悪くない⁴⁾。MTH群では復温に時間をかけた方が神経学的予後は良い⁶⁾。内径静脈球部温と肺動脈温の較差が大きいと有意に神経学的予後が良く、この較差はGOSと相関した³⁾。酸素飽和度較差(SO₂pa-jv)が小さくなると神経学的予後が悪い⁷⁾。脳志向型患者管理、上手なランダム化をしたRCTでは背景因子に有意差が少なく、二次解析も楽であり、多くの論文を書くことができた。