

2025年度(第14回)
新潟市医師会地域医療研究助成
発表会 ハンドアウト

会期

2026年(令和8年)1月24日[土]

新潟市医師会

ご挨拶

新潟市医師会では、平成24年度より、独自の研究助成事業を開始致しました。目的は、新潟市における地域医療・保健・福祉の充実、向上に貢献することです。なので、この目的にかなう研究に助成する事業です。応募資格は医師以外の研究者にも広く門戸を開いていますが、医師会員が共同研究者に入ることが条件です。私たちが関わる地域医療・保健・福祉などの分野は相互に密接に関連しており、関連職種の相互連携が必要です。そして新潟市独自の研究、また新潟市に貢献度の高い成果を掲げる応募に対しても高い評価を与えるよう厳正な審査をしています。最も重要なのは、調査や研究を行いたくても、金銭的に余裕がなく資金も限られている、若手の優秀な研究者への助成をすることにあります。ぜひ若手の新進気鋭の先生がたのご応募を今後も期待してやみません。

14年目の今回は、12件の応募があり、9名の外部委員と7名の医師会担当理事から成る審査委員会で慎重に審査をし、昨年よりの継続研究3件と新規応募研究7件の計10件の研究が採択されております。本日はその研究成果を発表していただきます。

今後、これらの研究から、新たな新潟市医師会事業や新潟市の政策が立ち上がり、市民の皆様の健康増進につながっていくことになればよいと願っております。

令和8年1月 新潟市医師会長 岡田 潔

第
14
回

新潟市医師会 地域医療研究助成発表会

日 時：令和8年1月24日(土) 14時30分から18時10分

開催形式：Zoomミーティングによるオンライン開催

参加方法：事前申込は不要です。下記URLもしくは右記二次元コードにアクセスし、Zoomにご参加ください。

URL：<https://us06web.zoom.us/j/84754910488?pwd=Xh99zt2uDqGCbUb2Lviz9OnHlumR2z.1>

(ミーティングID：847 5491 0488 パスコード：053004)

●Zoomの表示名は、氏名及び所属「氏名（ご所属）」としていただきますようご協力をお願いいたします。

●発表会資料は、1月中旬頃に新潟市医師会HP (<https://www.niigatashi-ishikai.or.jp/medical/subsidy.html>) に掲載予定です。



14:30

開会挨拶：新潟市医師会長 岡田 潔

発表
1

座長：廣瀬 保夫（新潟市民病院 救命救急・循環器病・脳卒中センター）

「新潟市および周辺地域における消化管出血の実態調査と出血便画像のAI評価による出血部位予測モデルの開発」

唐 千晴 先生（新潟大学医歯学総合病院 消化器内科）

発表
2

座長：高橋 英明（新潟県立がんセンター新潟病院 脳神経外科）

「くも膜下出血患者における神経損傷の予後を判定する新規バイオマーカーについての検討」

吉田 至誠 先生（新潟大学脳研究所 脳神経外科）

発表
3

座長：大倉 裕二（新潟県立がんセンター新潟病院 内科（腫瘍循環器科））

「循環器病患者における健康寿命悪化予測式の構築へ向けて—レセプトデータを用いた診療実態調査—」

藤木 伸也 先生（新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科学）

発表
4

座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学）

「独歩リハビリテーションのDX化—データベース解析に基づいた多職種連携の在り方を求めて」

小田 憲一 先生（新潟南病院 リハビリテーション部）

発表
5

座長：江部 和人（こころはすクリニック）

「新潟市在宅医療ネットワークの活動評価—ドナベディアン・モデルによる連携の構造・過程・結果の分析」

鎌田 剛 先生（新潟医療福祉大学 医療経営管理学部 医療情報管理学科）

発表
6

座長：関 奈緒（新潟大学大学院保健学研究科 看護学分野）

「新潟発診断未確定関節炎に対する地域連携ネットワーク構築のさらなる発展への試み」

近藤 直樹 先生（新潟大学医歯学総合病院 整形外科）

発表
7

座長：上所 美樹子（新潟市 福祉部）

「AIとライログデータを活用したフレイル早期検知と予防を支える包括的エコシステムの構築」

井上 達朗 先生（新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 理学療法学科）

発表
8

座長：高橋 美徳（びとく整形外科クリニック）

「新潟市かかりつけ診療所における骨粗鬆症診療の実態と新たな地域連携の取り組み」

堀米 洋二 先生（新潟大学大学院医歯学総合研究科 健康寿命延伸・運動器疾患医学講座）

発表
9

座長：田辺 匡史（新潟市 保健衛生部）

「新潟市医療圏における循環器診療連携の構築」

高山 亜美 先生（新潟大学医歯学総合病院 循環器内科）

発表
10

座長：山崎 哲（新潟市保健所）

「入院を必要とする小児ウイルス感染症の流行予測における下水サーベイランスの有用性の検討」

羽深 理恵 先生（新潟大学医歯学総合病院 小児科）

特別
講演

座長：井口 清太郎（新潟大学大学院医歯学総合研究科 地域医療確保・地域医療課題解決支援講座）

「プライマリ・ヘルス・ケアでもできる研究を考えてみよう…疫学研究、介入研究、教育研究」

高村 昭輝 先生（富山大学 医学教育学講座 教授）

閉会挨拶：新潟市医師会副会長 山本 泰明

背景の新潟病院（明治6～10年に撮影）は、
新潟での近代西洋医学発祥の地

新潟大学大学院特別講義・新潟県医師会生涯教育講座※

※取得単位:3.0単位 カリキュラム内容: [1] 医師のプロフェッショナリズム [11] 予防と保健 [12] 地域医療 [13] 医療と介護および福祉の連携 [19] 身体機能の低下

詳細は新潟市医師会HPをご参照ください。（<http://www.niigatashi-ishikai.or.jp/medical/subsidy.html>）

申込み・問合せ

新潟市医師会事務局 坂本・本望

TEL:025-240-4131/FAX:025-240-6760/メール:niigatashi@niigata.med.or.jp

■ポスター背景写真：明治初期の新潟病院

新潟市の近代西洋医学は、現在の新潟大学付属病院の前身ともいえる「新潟病院」に始まります。明治6年7月に（市制移行前の）新潟町の横三番町に仮設され、11月に医学町（現在の付属病院に隣接する「いこい公園」付近）に新築移転しました。同9年に新潟町から新潟県に経営が移管し、同10年に県立新潟病院医学所と改称され、同11年9月に明治天皇の巡視がありました。同12年県立新潟医学校となり、病院はその付属になりました。同14年に産婆教場、同16年に薬学校も併設され、新潟市はもとより、新潟県内の医療・医事衛生教育の中心でした。（写真は同6年から10年の間に撮影されたもの）

目 次

特別講演

「プライマリ・ヘルス・ケアでもできる研究を考えてみよう —疫学研究、介入研究、教育研究」	1
高村 昭輝（富山大学 医学教育学講座 教授）	
座長：井口 清太郎（新潟大学大学院医歯学総合研究科 地域医療確保・地域医療課題解決支援講座）	

研究助成 発表

1. 「新潟市および周辺地域における消化管出血の実態調査と出血便画像の AI評価による出血部位予測モデルの開発」	26
唐 千晴（新潟大学医歯学総合病院 消化器内科）	
座長：廣瀬 保夫（新潟市民病院 救命救急・循環器病・脳卒中センター）	
2. 「くも膜下出血患者における神経損傷の予後を判定する 新規バイオマーカーについての検討」	35
吉田 至誠（新潟大学脳研究所 脳神経外科）	
座長：高橋 英明（新潟県立がんセンター新潟病院 脳神経外科）	
3. 「循環器病患者における健康寿命悪化予測式の構築へ向けて —レセプトデータを用いた診療実態調査—」	42
藤木 伸也（新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科学）	
座長：大倉 裕二（新潟県立がんセンター新潟病院 内科（腫瘍循環器科））	
4. 「独歩リハビリテーションのDX化 —データベース解析に基づいた多職種連携の在り方を求めて」	52
小田 憲一（新潟南病院 リハビリテーション部）	
座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学）	
5. 「新潟市在宅医療ネットワークの活動評価 —ドナベディアン・モデルによる連携の構造・過程・結果の分析」	60
鎌田 剛（新潟医療福祉大学 医療経営管理学部 医療情報管理学科）	
座長：江部 和人（こころはすクリニック）	
6. 「新潟発診断未確定関節炎に対する地域連携ネットワーク構築の さらなる発展への試み」	69
近藤 直樹（新潟大学医歯学総合病院 整形外科）	
座長：関 奈緒（新潟大学大学院保健学研究科 看護学分野）	

7. 「AIとログデータを活用したフレイル早期検知と予防を支える 包括的エコシステムの構築」	81
井上 達朗（新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 理学療法学科）	
座長：上所 美樹子（新潟市 福祉部）	
8. 「新潟市かかりつけ診療所における骨粗鬆症診療の実態と 新たな地域連携の取り組み」	88
堀米 洋二（新潟大学大学院医歯学総合研究科 健康寿命延伸・運動器疾患医学講座）	
座長：高橋 美徳（びとく整形外科クリニック）	
9. 「新潟市医療圏における循環器診療連携の構築」	104
高山 亜美（新潟大学医歯学総合病院 循環器内科）	
座長：田辺 匡史（新潟市 保健衛生部）	
10. 「入院を必要とする小児ウイルス感染症の流行予測における 下水サーベイランスの有用性の検討」	112
羽深 理恵（新潟大学医歯学総合病院 小児科）	
座長：山崎 哲（新潟市保健所）	
研究助成の概要	121
2025年度（令和7年度）公募要領	127
過去の発表会	130

特別講演

プライマリ・ヘルス・ケアでもできる研究を考えてみよう －疫学研究、介入研究、教育研究

高村 昭輝（富山大学 医学教育学講座 教授）

座長：井口 清太郎（新潟大学大学院医歯学総合研究科 地域医療確保・地域医療課題解決支援講座）

【特別講師紹介】

高村 昭輝 Akiteru Takamura

富山大学 医学教育学講座 教授



経歴

1997年	星稜高等学校普通科卒
1998年	富山医科薬科大学（現富山大学）医学部医学科卒
1998年	石川勤労者医療協会 城北病院 総合内科
1999年	石川勤労者医療協会 寺井病院 総合内科
2000年	石川勤労者医療協会 城北病院 小児科
2001年	大阪同仁会 耳原総合病院 小児科
2002年	近畿大学医学部 心臓小児科
2003年	石川勤労者医療協会 城北病院 小児科
2007-2008年	South Australia・Flinders University 教育学修士取得修了
2009年	South Australia・Flinders University Rural Clinical School. Lecturer.
2009年	JICA Laos 医学教育プロジェクト専門家
2010年	石川勤労者医療協会 城北病院 小児科部長 兼 地域医療教育センター長
2012年	三重大学医学部 伊賀地域医療学講座 講師 兼 名張市立病院 総合診療科 部長
2013年	JICA Tajikistan 母子保健プロジェクト専門家 JICA Vietnam 医学教育プロジェクト専門家
2014年	金沢医科大学 医学教育学講座/地域医療学講座 講師
2017年	JICA Mongol 総合診療研修プロジェクト専門家
2018年	三重大学 医学系研究科家庭医療学講座研究生 博士（医学）取得修了
2019年	金沢医科大学 医学教育学講座/地域医療学講座 准教授
2021年	富山大学 学術研究部医学系 医学教育学講座 教授
2022年	富山大学附属病院 総合診療科 診療科長

資格

日本専門医機構小児科専門医・日本小児科学会指導医
日本専門医機構総合診療特任指導医
日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医
日本医学教育学会認定医学教育専門家
修士（教育学）
博士（医学）

地域プライマリ・ヘルス・ケアでも できる研究を考えてみよう... 疫学研究、介入研究、観察研究

富山大学 学術研究部医学系 医学教育学講座
富山大学附属病院 総合診療科
高村 昭輝
M.D., M.Ed., Ph.D.

自己紹介

1998年 富山医科薬科大学卒業

2008年 South Australia. Flinders Univ Master of Education修了

2009年 Flinders Univ Rural Clinical School Lecturer.

オーストラリア、ラオス、ベトナム、タジキスタン、モンゴルなどなどで
医療者教育関連の仕事に従事

2021年 富山大学 医学教育学講座 教授

2022年 富山大学附属病院 総合診療科 科長

家族：妻は1人、

子どもは3人

趣味：薪ストーブ、車



今日のお話し

- ・自己紹介
- ・地域でできる研究の種類とは
- ・我々が実施しているプライマリケア研究
- ・我々が実施している地域医療教育研究
- ・まとめ

さて...

研究といっても様々な研究がありますが...

- ・介入研究
- ・観察研究
- ・臨床疫学研究
- ・シングルケーススタディ
- ・症例研究・症例報告
- ・質的研究

どんな研究ならば地域でもFitするのだろう...

介入研究

- ・介入研究は研究対象者に介入を行い、投薬や治療などの介入結果を比較することで効果を検証します。介入研究の大きな特徴は、研究者自身が積極的に介入を行うことです。
- ・介入研究は対象者の割り付け型によって、ランダム化比較試験・準ランダム化比較試験・クロスオーバー比較試験の3つに分類できます。
- ・前向き研究...

観察研究

- ・観察研究は治療行為といった介入を行わずに、観察によってデータの収集や解析を行うことです。
- ・データの収集方法によって、横断研究・症例対照研究・縦断研究（>コホート研究）の3つに分類されます。

臨床疫学研究

- 臨床疫学研究は、多くの患者から診断や治療に関するデータを収集し、統計学的手法を用いて解析します。そして、医療の安全性や有効性を科学的に評価する研究方法です。臨床検査所見や治療効果、疾病以上の原因とリスク、予後など臨床医学の現場ではさまざまな疑問が発生します。それらの疑問を明らかにする研究が、臨床疫学研究となります。
- 臨床疫学研究をさらに細かく分けると、システムティックレビューとメタアナリスの2つがあります。

その他

- シングルケーススタディ
 - シングルケーススタディは、1つの事例または複数例の症例から介入と結果を分析します。たとえば、1つの事例に対して新しい治療法の効果検証を行ったり、治療を行っていない時期と治療を行った時期を比較して検証したりするなどです。
- 症例研究
 - 症例研究・症例報告は、臨床的疑問を理論的に検証するため、新たな治療を実践したり、解釈の仮説検証を行ったりする研究方法です。主に、1つの事例に対して研究を行い、症例の経過をまとめることになります。

質的研究

- 質的研究は、個別事例を観察し分析する研究方法で、主に臨床心理学・社会学・看護学で用いられることが多いです。質的研究においては、研究結果よりも経過や要因を重視することが大切な要素となります。

これらの中で...

- 観察研究
- 症例研究
- 質的研究

は間違いなく、地域でも、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）領域でも十分に実施可能です。

富山大学附属病院総合診療科では…

地域の皆さんを巻き込んで…観察研究をみんなでやっています。

- 富山大学 南砺地域医療学講座准教授 荒幡昌久先生を中心に
プライマリ・ケア研究（ケア、医療など）
- 富山大学 総合診療科 黒田萌先生を中心にプライマリ・ヘルス・ケア研究（予防、健康増進など）

ちょっとご紹介…。

富山大学 南砺地域医療学講座（寄附講座）准教授
荒幡昌久先生の終末期に関する研究

Part 1

高齢者終末期の医療**処置** に関する調査

終末期医療に関する各種ガイドラインの概要

終末期状態と認めるための要件は、

- ①回復のための最善の医療が尽くされている（**最大限の治療**）
- ②治療を継続しても予後不良である（**不可逆的**）
- ③複数の医療者と家族が終末期状態であると認める（**共通認識**）

となる。

これらの明確な「基準」は示されず、終末期とする根拠は曖昧

非がん高齢者を終末期と診断する基準がない！



終末期であるかどうかはっきりしない。
診断が無いのに明確な方針は立てられない。



延命しないでバレたら訴えられ、報道されるかも？



その結果…

胃瘻の氾濫

14:20

15

終末期医療に関する各種ガイドラインの概要

終末期状態と認めるための要件は、

- ①回復のための最善の医療が尽くされている (最大限の治療)
- ②治療を継続しても予後不良である (不可逆的)
- ③複数の医療者と家族が終末期状態であると認める (共通認識)

となる。

CQ：認知症高齢者において、これらの判断根拠はあるのか??

14:20

16

終末期周辺の人工栄養に関する臨床研究 (2009~2010年度)

PECO

胃瘻は延命になるのか??

- Patients 経口で栄養を維持できなくなった患者のうち、新規に訪問診療を開始した高齢者
- Exposure 経管栄養（胃ろう・経鼻胃管）を実施
- Comparison 経管栄養以外の栄養補給方法
- Outcome 生存分析（後ろ向きコホート）

14:20

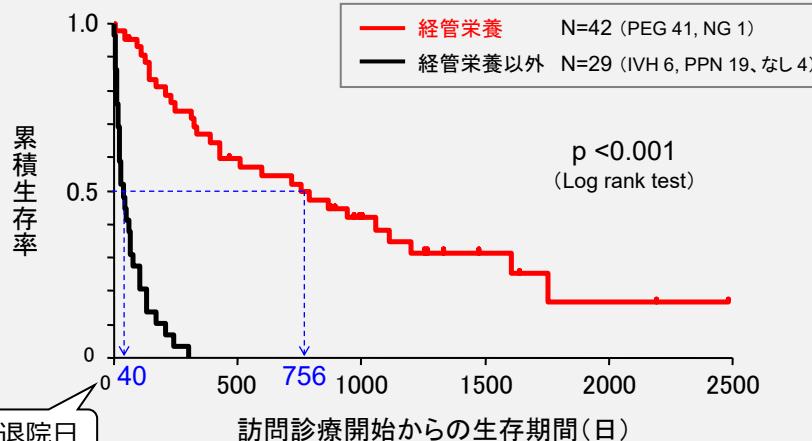
17

認知症高齢者の経管栄養に関するコクランレビュー (Cochrane Database Syst Rev. 2009;CD007209)

引用元	P	E or I	C	O	問題点
1) Alvarez-Fernández B, et al. (PMID: 15799075)	≥ 65 y.o. FAST ≥ 7a	NG tube feeding (N = 14)	Without NG tube (N = 53)	Relative risk of NG tube feeding for survival was 3.5 (p=0.003, cox proportional hazards model).	摂食能力で層別化されておらず、経管栄養開始の理由が不明。多变量解析なし。
2) Moier DE, et al. (PMID: 17231050)	Inpatients aged median 79 y.o. FAST ≥ 6d	NG tube feeding (N = 62)	Oral feeding (N = 22)	Survival was significantly higher in the tube-fed patients (HR 2.86 [95%CI 1.50-5.45], p <0.001).	両群間の機能レベルが明らかに異なり（NG群で有意に低い）、そもそも疾患重症度が違う患者群の比較。
3) Moier DE, et al. (PMID: 17231050)	Inpatients aged median 79 y.o. FAST ≥ 6d	PEG No tube feeding (N = 51)	No tube feeding (N = 18)	Median survival were 198 days in the PEG group and 147 days in the control group (p = 0.41)	両群の摂食能力の違いが分からぬ。生存期間の設定（入院日で開始？）にも不備あり。
4) Moier DE, et al. (PMID: 17231050)	Inpatients with cognitive impairment	PEG No tube feeding (N = 23)	No tube feeding (N = 18)	Survival did not differ between groups of residents with and without feeding tubes.	経口摂取量や摂食能力（食べられるのか、食べられないのか）の評価に乏しい。
5) Nair S, et al. (PMID: 12796072)	Patients with dementia and decreased oral intake	PEG (N = 55)	No-PEG (N = 33)	Mortality at 6 month was 44% among patients with PEG and 26% among controls (p = 0.03).	同等の患者群を比較しているが、PEGの生存期間が異様に短く、管観察による誤嚥の指摘ある。
6) Nair S, et al. (PMID: 10638571)	All intubated patients v.s. a part of non-intubated patients	Intubated patients (N = 52)	Non-intubated patients (N = 52)	No survival data	対照群の抽出方法に問題あり？不自然に対象者数が少なく、同等な患者の比較とは言い難い。
7) Peck A, et al. (PMID: 2123217)					経管栄養群と対照群で認知症の有無やその進行度が違い過ぎる。発症予後が同等な患者群と言い難い。

食べられないほど弱った後でも、 医療行為によって余命が変わる！

2010年10月7-8日、第50回全国国保地域医療学会



14:20

19

Part 2 高齢者の終末期診断 に関する臨床研究

6ヶ月以内の死亡を予測する指標はない。 (2012年のシステムティックレビュー論文)

> Palliat Med. 2013 May;27(5):389-400. doi: 10.1177/0269216312465649. Epub 2012 Nov 22.

Prognostic indicators of 6-month mortality in elderly people with advanced dementia: a systematic review

Meghan A Brown¹, Elizabeth L Sampson, Louise Jones, Anna M Barron

Affiliations + expand

PMID: 23175514 | PMCID: PMC3652641 | DOI: 10.1177/0269216312465649

Free PMC article

- FAST ≥7c : 6か月以内の死亡予測の信頼性に乏しい。
- その他の予後予測指標 (MMSE=0 & FIM=18, KPS & FAST, ADEPT, AHOPE, etc. . .) も同様であった。

14:20

Table 4. Identified prognostic indicators with strength of association with mortality (where given) of 6-month mortality in advanced dementia patients		
Category	Feature	Hazard ratio 95% confidence interval
Functional, nutritional, and eating	Decreased appetite ^{1,2}	Not given
	Anorexia ^{1,2,3,4}	1.71 1.13-2.44 ^{1,2}
	<25 food items ^{1,2,3}	9.2 1.6-17 ^{1,2}
	Dry mouth ^{1,2}	3.81 1.13-1.69 ^{1,2}
	Calories ^{1,2}	0.27 1.03-1.33 ^{1,2}
	Thickened consistency, decreased fluid intake, and weight change ^{1,2}	Not given
	Adapted from AHOPE ^{1,2}	
	General inactivity ^{1,2}	Not given
	ADEPT ^{1,2}	Not given
	AHOPE ^{1,2,3,4}	Not given
	ALST ^{1,2}	Not given
	Functional health scale ^{1,2}	Not given
	FIM ^{1,2,3,4}	Not given
	MMSE ^{1,2,3,4}	8.80 ^{1,2} 1.13-1.83 ^{1,2}
	Geriatric rating scale measured for PDSR ^{1,2} ("AHOPE") ^{1,2}	Not given
	Cancer ^{1,2}	3.7 1.6-7.9 ^{1,2}
	Compressive nerve syndrome ^{1,2}	9.4 1.6-17 ^{1,2}
	Homelessness ^{1,2,3,4}	0.77 2.3-10 ^{1,2}
	Unstable medical conditions associated with increased risk ^{1,2}	0.47 ^{1,2} 0.19-1.21 ^{1,2}
Functional cognitive impairment	Decreased activities of daily living score (GDS or IADL) ^{1,2,3,4}	0.87 0.73-1.11 ^{1,2}
	Impairments associated with FAST ^{1,2}	Not given
	Decreased IADL score ^{1,2}	0.28 0.09-1.08 ^{1,2}
	Loss of initiative as measured for AHOPE ^{1,2}	Not given
	Not aware most of the day as measured for PDSR/HoHdM ^{1,2}	3.4 1.3-8.6 ^{1,2}
	Abandonment as measured for AHOS ^{1,2}	Not given
	Generally impaired mobility ^{1,2}	Not given
	Bedridden as measured for PDSR/HoHdM/ADEPT ^{1,2,3}	3.1 1.2-7.9 ^{1,2}
	Oxygen therapy ^{1,2}	0.4 0.1-1.6 ^{1,2}
	Weight loss of 10kg ^{1,2}	0.37 0.23-0.81 ^{1,2}
	Unstable medical condition as measured for PDSR/HoHdM ^{1,2}	3.2 1.2-8.6 ^{1,2}
	Unstable medical condition as measured for PDSR ^{1,2,3,4}	Not given
	Age ^{1,2,3}	2.4 1.3-5.6 ^{1,2,3}
	Age ^{1,2,3,4}	Not given
	Male ^{1,2,3,4}	0.79 0.09-1.77 ^{1,2,3,4}
	Female ^{1,2,3,4}	0.8 0.2-3.1 ^{1,2,3,4}
	Impaired as measured for FAST ^{1,2}	Not given
	Impaired as measured the AHOPE ^{1,2}	Not given
	Total comorbidity ^{1,2}	0.11 ^{1,2} 0.06-1.37 ^{1,2}
	Frailty ^{1,2,3,4}	0.99 ^{1,2} 0.09-1.05 ^{1,2,3,4}
	Not able, unaware, poor and suffering according to medical and family assessors as measured for PDSR ^{1,2}	0.47 ^{1,2} 0.07-0.21 ^{1,2}
	Signs of suffering	Not given

終末期診断後の予後調査 (2010年度～現在)

PICO

非がん患者の終末期も正しく診断？

• Patients

当院の終末期カンファレンス提示例

• Intervention

終末期と診断された非がん患者

• Comparison

終末期と診断された末期がん患者 ← がん患者は終末期診断のコンセンサスがある

• Outcome

診断後半年の生存率

← 終末期診断に「予後予測半年以内」が必要

14:20

22

終末期診断の現状

(2010年度～)

当院で終末期状態と診断され、積極等で看取りのために自宅もしくは施設（名+非がん患者19名）の長期フォローアップ

⇒ 非がん患者の2名（10%）
が摂食可能となって長期生存していた！

⇒ なぜ診断を誤ったのか？
どうしたらより正しく診断？

14:20

終末期カンファレンスで診断された 終末期症例の予後調査

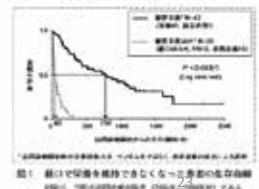
○花柳昌久¹⁾・山 真司²⁾・木山 宏¹⁾・浅澤泰平¹⁾・大浦 誠¹⁾
小林直子¹⁾・栗山政人¹⁾・高田俊治¹⁾・手丸理恵¹⁾・浅香光宏¹⁾

1. 緒　言

近年、癌末期療に開く議論が活発化し、各種学会や清潔開から終末期療に關注するガイドラインや報道が多数表されている¹⁾²⁾。それらに共通して記されているのが診断の必要条件は、およそ(1)に示すとおりである。(1)その疾患が予測される限りで治療を継続しても死を回避できられない状況である。(2)癌部の疼痛等と患者家族が困り惑ひあることを認め「終末期である」と答える。である。しかし、この条件だけでは漏すべき問題を漏すないか何を考慮する。例えば、術式や輸液に複数の方法を用いても、これらの実質を遮蔽しないと生命を維持できなくなる場合がある。こうした事例は特に高齢者で多く見られ、費用のためにはその必要か、経済的・社会学的・家族の信頼など疑問を投げてくる。一方、これらの対応施設は、あるかじめの見解をもつている患者には、通常施行しない「姑息治療」として認識されるであらう。しかし、どこかからが誤認なのも当然とい

なければ、これらの概念を行なうべき基準は決められない。もう一方、ガイドライン等では患者の状態が記されていないと終末期と判断できないとされており、何が該当の医療なのか、どこからが終末期なのかというレンズは必ず医師の視点に付きます。王道医も悩まざる課題である。

追記：日本癌学会が人丁の本分、東洋精神の専門に掲げるガイドラインを作成し発表した³⁾。しかししながら、算術平均の過差までは証明されておらず、その判断に土台となるエビデンスもない。当院での経験例に之れば、因縁で被診者の経営業者連絡の平均年齢は約5年である。それ以外の定性による予測と比較して明らかに長いが(図1)、結論によると、因縁で被診後に摂食障害や不運性疼痛による精神機能を認めてわずか1～3ヶ月で死亡し



1) 仙台市立病院 内科・精神科診療科
2) 仙台市立病院 内科

終末期診断の臨床研究

(2010年度～現在)

分析すると・・・

- ・良性疾患の終末期の要素は、
①動けない
②喋れない
③食べれない の3点。
- ・回復した2例は、
③食べれないだけが改善。
- ・終末期診断の決め手は、摂食嚥下障害の見極めにある？

表1 カンファレンス提示時の終末期患者の状態

	悪性群(N=15)	良性群(N=19)	P
男／女	9 / 6	4 / 15	< 0.05
年齢(歳)	78.9±10.9	92.3±7.2	< 0.001
寝たきり度			
A1-A2	2	0	< 0.001
B1-B2	9	1	
C1-C2	4	18	
認知症自立度			
自立, I ~ II	14	1	< 0.001
III ~ IV, M	1	18	
摂食障害			
あり	6	18	< 0.001
なし	8	1	
(未確認)	(1)	-	
全身評価場所			
当院入院	6	18	< 0.001
入院外 (うち前医)	9	1 (1)	

統計計算には、カイ2乗検定またはt検定を用いた。

14:20

24

摂食嚥下障害の臨床研究 (2013~2014年度)

PICO

摂食嚥下障害の診療レベルは上がったのか？

• Patients

人工的水分栄養補給（AHN）に依存状態

• Intervention

クリニカルパスによる包括的評価と個別化介入

• Comparison

ヒストリカルコントロール

• Outcome

AHN離脱率、長期予後

14:20

25

結果は・・・

BMC Geriatrics

Home | About | Articles | Collections | Submission Guidelines | Join The Editorial Board | Submit manuscript

Research Article | Open access | Published: 14 July 2017

A comprehensive intervention following the clinical pathway of eating and swallowing disorder in the elderly with dementia: historically controlled study

Masahisa Arakata  Makoto Ousa, Yuka Tomizawa, Naoko Morikawa, Harue Fuji, Shigeji Minami & Yukihiko Shimizu

BMC Geriatrics 2017, Article number: 146 (2017) | [Cite this article](#)

9570 Accesses | 23 Citations | 18 Altmetric | [Metrics](#)

AHN離脱率

34% ⇒ 47% に改善 ($p=0.02$)

Table 3 Clinical outcomes examined by retrospective analysis

Outcome	Intervention Group (n = 192)	Historical Group (n = 124)	χ^2
AHN removal rate (recovery rate, RR) (%)	47	34	0.02
Final nutrition methods at discharge (n)			< 0.001
Living without AHN	89	35	
Intravenous drip (peripheral or central venous)	87	63	
Tube feedings (PEG or nasogastric tube)	16	26	
Continuation of eating at discharge* (n)	67	49	0.004

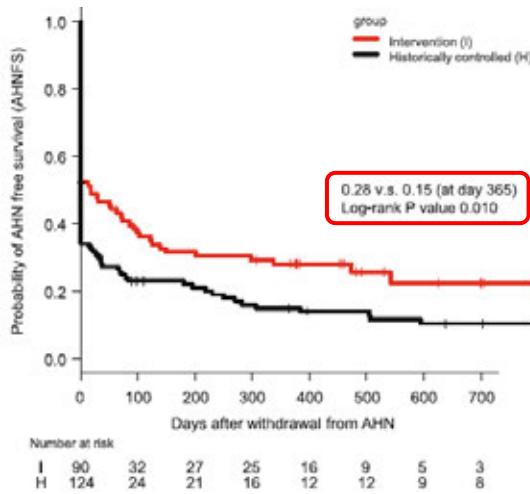
AHN: Artificial hydration and/or nutrition; PEG: Percutaneous endoscopic gastrostomy.

*If patients continued to eat at discharge, they were categorized as 'continuation of eating' regardless of dependence on AHN.

BMC Geriatrics 2017;17(1):146. PMID: 28705163

14:20

長期予後としての指標 「AHN非依存生存率」が改善



14:20
BMC Geriatrics 2017;17(1):146. PMID: 28705163



この論文が、
日本クリニカルパス学会「優秀英語論文賞」を受賞し、
日本老年医学会のCGAに関するガイドラインに収載された。

ガイドライン英語版（論文版）

DOI: 10.1101/2911887
GUIDELINE
Chapter 2: Management of geriatric diseases and geriatric syndrome using comprehensive geriatric assessment (CGA): English translation of the Japanese CGA-based healthcare guidelines 2024

Hiroyuki Umegaki,¹ Shouko Notsuka,² Sinya Ishii,³ Taro Kojima,⁴ Hiroshi Akamata,^{5,6} Susumu Ogawa,⁵ Etsuro Endo,⁷ Yukari Tsuchida⁸ and Masafumi Akishita⁹

¹Department of Community Healthcare and Geriatrics, Nagoya University Graduate School of Medicine, Aichi, Japan
²Department of Geriatric Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology, Oita, Japan
³Department of Medicine for Integrated Approach to Social Inclusion, Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University, Hiroshima, Japan
⁴Department of Geriatric Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan
⁵Department of Internal Medicine, Division of Medical Oncology & Respiratory Medicine, Graduate School of Medicine, Osaka University, Osaka, Japan
⁶Department of Internal Medicine and Preventive Medicine, Juntendo University Faculty of Medicine, Tokyo, Japan
⁷Department of Rehabilitation Medicine, Tohoku University Graduate School of Medicine, Sendai, Japan
⁸Department of Internal Medicine, Division of Medical Oncology & Respiratory Medicine, Juntendo University Faculty of Medicine, Iseki, Japan
⁹Tokyo Metropolitan Institute for Geriatrics and Gerontology, Tokyo, Japan

Correspondence:
Hiroyuki Umegaki, Department of Community Healthcare and Geriatrics, Nagoya University Graduate School of Medicine, Aichi, Japan.
Email: umegaki@med.nagoya-u.ac.jp

Received: 8 November 2018
Revised: 4 December 2024
Accepted: 4 December 2024

Keywords: geriatric disease, geriatric syndrome, surgery

14:20

日本語版（書籍版）

高齢者総合機能評価
(CGA)に基づく
診療・ケアガイドライン
2024

●著者情報
「高齢者総合機能評価(CGA)ガイドラインの作成研究」研究会
・日本老年医学会
・国立長寿医療研究センター

Comprehensive
Geriatric
Assessment
南山堂

28

(まとめ) プライマリケア領域での臨床研究

- 大学病院にあまり入院しないコモンな疾病のCQを解決する研究
プライマリ・ヘルス・ケア領域は日本からのエビデンス発信が少ないので海外の文献を鵜呑みにすることになる！

それでよいのだろうか？日本の文化や歴史に沿ってしっかりとしたエビデンスを出していく必要がある！

⇒ 少子高齢化に対応できる医療を推進していくうえで重要と考える

同じような終末期医療の考え方で共同研究してくれる施設を募集しています！

14:20

29

富山大学 医学教育学講座では...

- 地域の皆さんを巻き込んで...
- 医療者教育資源としての地域...の研究をしています。

富山大学 医学教育学講座では

- ・長期地域滞在型実習が医学生のコンピテンシー修得に与える影響
- ・患者が医学生を信頼することに指導医患者関係が与える影響
- ・地域での多職種連携実習が医学生のプラクティスに与える影響
- ・地域での医学生実習がプロフェッショナルアイデンティティ形成に与える影響

富山大学
長期地域滞在型プライマリ・ケア実習

背景

1990年以降、北米、英国、豪州などでは統合型臨床実習 = Longitudinal Integrated Clerkships (以下LIC) という学習方略が実施されている。LICのコア要素とは

- ・長期にわたって患者の包括的ケアに参加する
- ・患者の臨床医との継続的な学習関係に参加する
- ・複数の分野にまたがる中核的臨床能力の大部分を同時に満たす現場設定

と定義づけられている。海外では主にプライマリ・ケアにおける総合診療の場で実施されていることが多く、稀に週間スケジュールの中で専門領域を組み合わせる形態のものもみられる。

[CLIC - The Consortium of Longitudinal Integrated Clerkships \(clicmeded.com\)](http://clicmeded.com)

背景

欧米でもLICの有効性がTraditional Rotate Clerkships (以下TRC) と比較検討され、その有用性が示されている。LICの定義上は具体的な期間は明示されていないが、概ね20週以上とされているが、内容次第では12週でも十分実施可能という先行研究もみられる。(Brown ME et al. 2023.)

しかし、本邦では現在でもほとんどの大学での実習がTRCとなっており、地域医療実習と言っても地域病院で短期ローテートであったり、統合型の実習と言っても短期間であったりすることが多い。

12週間以上の統合型実習を現在、行っているのは演者が知る限りでは宮崎大学、三重大学のみであり、いずれも少人数の実施であり、どのくらいの期間で学生が何を修得できるかは国際的な過去の研究でも明らかにされていない。

目的

富山大学では2022年11月から富山県内4病院、新潟県内2病院、岐阜県内1病院（いずれも100～200床規模のプライマリ・ケアを提供している病院）で12週間のLICの定義に叶う長期地域帯在型プライマリ・ケア実習を開始した。いずれも所属は総合内科もしくは総合診療科で週間スケジュールの中で他科診療はしてもよいが基本的には期間中診療科は固定。

I期	2022年11月～12週間	第5学年11名
II期	2023年5月～12週間	第6学年9名
III期	2023年11月～12週間	第5学年 11名
IV期	2024年5月～12週間	第6学年 10名
V期	2024年11月～12週間	第5学年 5名
VI期	2025年5月～12週間	第6学年4名
VII期	2026年1月～12週間	第5学年 9名
VIII期	2026年4月～12週間	第6学年 9名 約70名

上越総合病院
糸魚川総合病院
かみいち総合病院
あさひ総合病院
飛騨市民病院
南砺市民病院
富山協立病院



この教育効果の探求を目的とした。特にII期では12週のなかでどのくらいの期間で何を修得できるのかを明らかにすることを主目的とした。

方法

I期の学生からは終了時に12週間の実習を通じた何を学んだかの振り返り記述データを収集し、それらを内容分析法を用いて質的に分析した。（n=11）

II期～IV期の学生は4週間ごとにsignificant Event AnalysisのFormatをインタビューガイドとして使用して行った教員との振り返りの音声データから逐語録を作成し、それらを内容分析法を用いて質的に分析した。（n=30）

この研究は富山大学倫理委員会で承認されている（IRB:R2023033）

過去の教育効果に係る研究

陽性効果

- ・臨床スキルの向上（コミュニケーション、多職種連携、心理社会面の理解、患者中心の医療など）
- ・学修態度と倫理観の涵養（患者への責任感、地域への貢献意欲、倫理的ジレンマへの対処）
- ・学修プロセスへの影響（経験学修、幅広い経験）
- ・患者経験（未診断患者への遭遇、治療後の経過フォロー）
- ・プロ意識の涵養

陰性効果

- ・領域の偏り（精神、小児領域への不満）
- ・経験症例の偏り、未経験疾患への対処
- ・時間管理（多忙である）
- ・ウェルビーイング（ストレスフル）
- ・社会的孤立（特に過疎地域の場合）

- ・Med Teach. 2017 May;39(5):520-526.
- ・Educ Prim Care. 2021 Nov;32(6):336-343.
- ・Med Educ. 2012 Nov;46(11):1028-41
- ・Academic Medicine 2012; 87: 643-650

結果① I期の学生の学びの記述

陽性体験

- ・医行為の経験
- ・未診断患者の経験
- ・急性期～慢性期、在宅
- ・ケアの継続性
- ・家族へのケア
- ・非典型例への対応
- ・地域医療の重要性

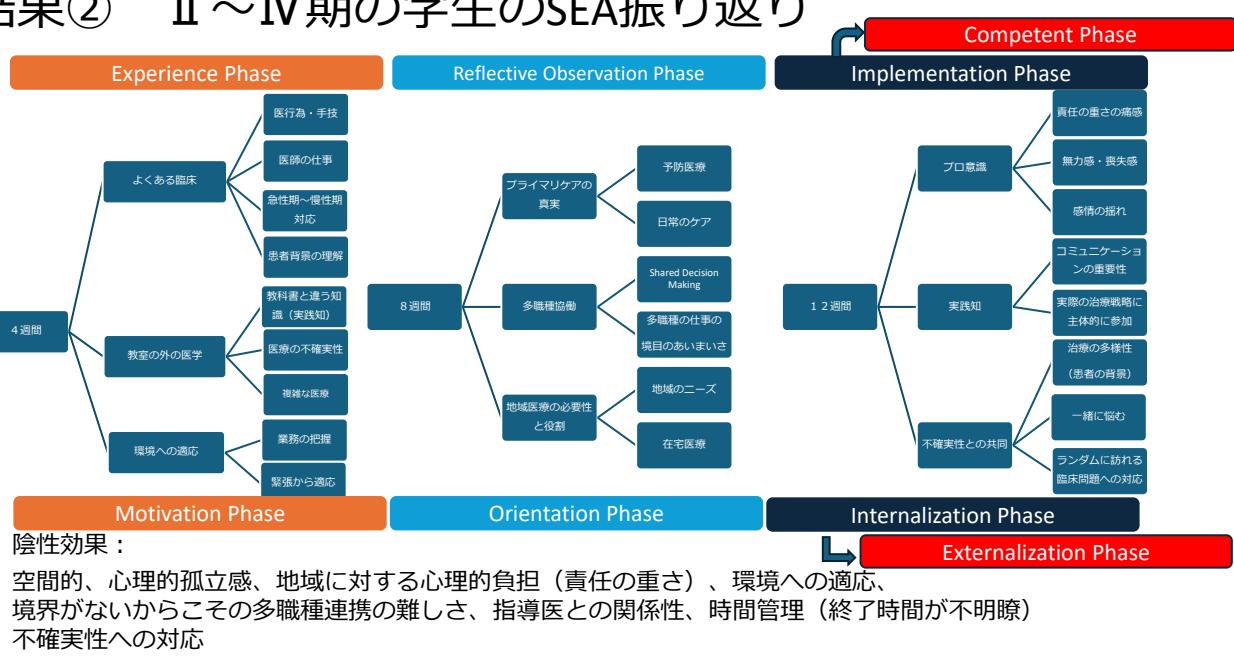
陰性体験

- ・孤立感、不安感
- ・終了時間のあいまいさ（忙しい）
- ・指導医との関係性
(3ヶ月同一だとつらいこともある)
- ・解決できない問題の不消化感

Engeström's 6 step of investigative learning theory

Activity		Learners must be engaged in practical activity during the process.
Step 1	Motivation	The student's substantial motivation evoked through a cognitive conflict or contradiction in the learning process at the beginning.
Step 2	Orientation	The student produces a model for solving the identified contradiction. The model produced by the learner forms an orientation basis for that learning activity and evaluation process.
Step 3	Internalization	The student enriches and internalizes the model solution produced in Step 2 by refining and testing it so as to establish how it can be used in the current activity.
Step 4	Externalization	The student understands how to use the model to solve identified contradictions in a task and then externalizes.
Step 5	Critique	The student is able to reflect on their own existing knowledge in the activities they are engaged in by using the model to resolve contradictions in practical issues.
Step 6	Control	The student controls his or her own learning process in order to achieve desired outcomes.

結果② II～IV期の学生のSEA振り返り



考察

- I期の最後の振り返り記述からは過去の研究と大きく異なるもの、新たな知見はみられなかった。
- II期～IV期では4週間ごとの振り返りにより、どのPhaseでどのような教育効果があるのかを探求した結果、当初の予測通り、4週間→8週間→12週間と経ていく中で学修の深化がみられた。
- 陰性効果としては物理的・心理的孤立感が大きく、指導医との関係性は成功の鍵となりそうであった。また、プライマリ・ケアにおける多職種連携は3次医療機関と異なり、明確なJob Descriptionよりも対応も時に応じてShareされることが多いため、学生には主体的に関わるのは難しいという結果であった。

結語

- 國際的にもLICの期間については様々な議論がなされている。おそらく、学生の修得をどのレベルまで求めるか？（アウトカム）に依存すると考えられた。
- 12週間の実習ではEPAsのレベルでいう信頼して任せるレベル（エンゲストロームの外化）までは到達できないと考えられた。その一方で実践知の理解というレベル（エンゲストロームの内化）までは十分に到達できると考えられた。欧米のように実装化して自ら実践できるようになるためには16週以上の設定が必要だと思われる。
- 孤立感の軽減、指導医との関係性なども含め、きめ細やかな設定が成功の鍵となっていると思われた。

地域基盤型医学教育

Community-oriented Medical Education (地域志向型)



Community-based Medical Education (地域基盤型)



この分野もその地域の文化や歴史が多分に影響する領域ですが、日本からのエビデンスが少ない！

日本では地域医療機関で行われる地域リソースの活用、地域の医療資源としての効果に関する研究が非常に少ない。だが、これからは地域に行く、地域を学ぶことはもちろん目標になっている。

・・・次は地域が意志をもって主体的に関わる！教える！デザインする！

Community-participatory Medical Education
(地域参画型医学教育)

学生教育を受け入れていただき、その効果検証に参加してくださる
地域医療機関を募集しています！

少なくとも私たちは...

- ・日本はプライマリ・ヘルス・ケア関連の研究が非常に少ない。
- ・医療者教育資源としての地域の効果に関する研究が非常に少ない。
- ・地域の医療機関の皆さんと日本の社会のエビデンスを出していきたい。
- ・そのためには...
 - ・寄附講座の設置とその効果的な運用
 - ・医局関連人事で地域にいる医師との共同研究
 - ・地域の医療機関の皆さんとの横のつながり構築

により、幅広いデータ収集をしていくことが重要。地域でデータ収集も含めて協力してくれた人...みんなで論文をPublishしていきたい！

第58回 The 58th Annual Meeting of
the Japan Society for Medical Education

日本医学教育学会学術大会

2026

7.31(金)・8.1(土)・8.2(日)

7.30(木) プレコングレス



富山国際会議場
ANAクラウンプラザホテル富山
富山市民プラザ

大 会 長 高 村 昭 輝 富山大学 学術研究部医学系 医学教育学講座 教授
実行委員長 近 藤 論 富山大学 学術研究部医学系 医学教育学講座

演題募集期間

公 募 シンポジウム・ワークショップ 受付期間 2025.11.5(水)～12.10(水)
一般演題(優秀発表賞セッションを含む)受付期間 2026.1.28(水)～3.18(水)

Beyond your Boundaries and Expectations



<https://www.c-linkage.co.jp/jsme58/>

招請講演

Etienne Wenger 氏

- ・「正統的周辺参加」「実践共同体」の提唱者
- ・社会学領域の権威



David Hirsh 氏

- ・Harvard Univ方式(都市型)統合型実習(LIC)の実践研究者
- ・都市部3次医療機関で短期間ローテート実習を複数

Paul Worley 氏

- ・Flinders Univ方式(へき地型)統合型実習(LIC)の実践研究者
- ・へき地医療での医師不足を学生実習で支援



国際的な医療者教育最前線の
トピックスも盛りだくさん！

研修教育に係るワークショップ30あまり！
研修教育に係るシンポジウム40あまり！

招請講演

今井むつみ氏：一般社団法人今井むつみ教育研究所 所長 廣島義塾大学客員教授



・認知心理学、教育心理学、直道心理学

・「何を説明しても伝わらない」はなぜ起こるのか？

木村草太氏：東京都立大学 法学部 教授

・憲法学、公平環境論

・医療者教育学における合理的配慮とは—憲法の視点から—

滝波純一氏：コーン・フェリー・ジャパン 日本代表

・経営学、人材評価、リーダーシップ

・国際的な経営界における人材評価とリーダーシップ論

金岡大介氏：金沢大学融合研究域 教授 北海道医療大学 客員教授

一般社団法人WE AT(ウィーアット)副代表理事

・日本知財学会理事

・世代間の価値観ギャップとコミュニケーション

・「先生、どうか皆の前でほめないで下さい」若い世代の心理

研究助成 [発表1]

新潟市および周辺地域における消化管出血の実態調査と
出血便画像のAI評価による出血部位予測モデルの開発

唐 千晴 (新潟大学医歯学総合病院 消化器内科)

研究キーワード

消化管出血、内視鏡、救急、血便、AI

座長:廣瀬 保夫(新潟市民病院 救命救急・循環器病・脳卒中センター)

新潟市および周辺地域における消化管出血の実態調査と出血便画像のAI評価による出血部位予測モデルの開発

◎唐千晴、佐藤裕樹、高橋一也、寺井崇二

新潟大学医学総合病院 消化器内科

第14回 新潟市医師会 地域医療研究助成発表会

新潟市医師会 COI 開示

◎唐千晴、佐藤裕樹、高橋一也、寺井崇二

新潟大学医学総合病院 消化器内科

演題発表内容に関連し、発表者らに開示すべき
COI 関係にある企業等はありません。

英語で出血便を表す言葉は2種類しかない

胃酸 ➡ Melena (tarry stool) Bloody stool (hematochezia)



▼ 鉄剤による黒色便 上部消化管出血の疑い 下部消化管出血の疑い

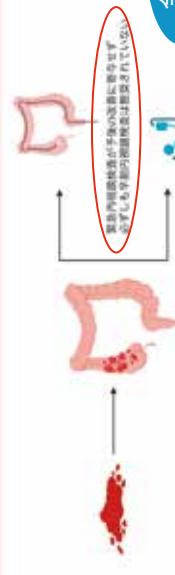
- ✓ 実臨床において出血部位予測に便色の評価は利用される
- ✓ しかし、“臭いものには蓋”がされ、その有用性について調査されていない。

上部・下部消化管出血を予測する意義

急性上部消化管出血に関する日本のガイドラインでは Fujishiro M et al. DEN. 2016.



急性下部消化管出血に関する歐州のガイドラインでは Triantafyllou K et al. Endoscopy. 2021.

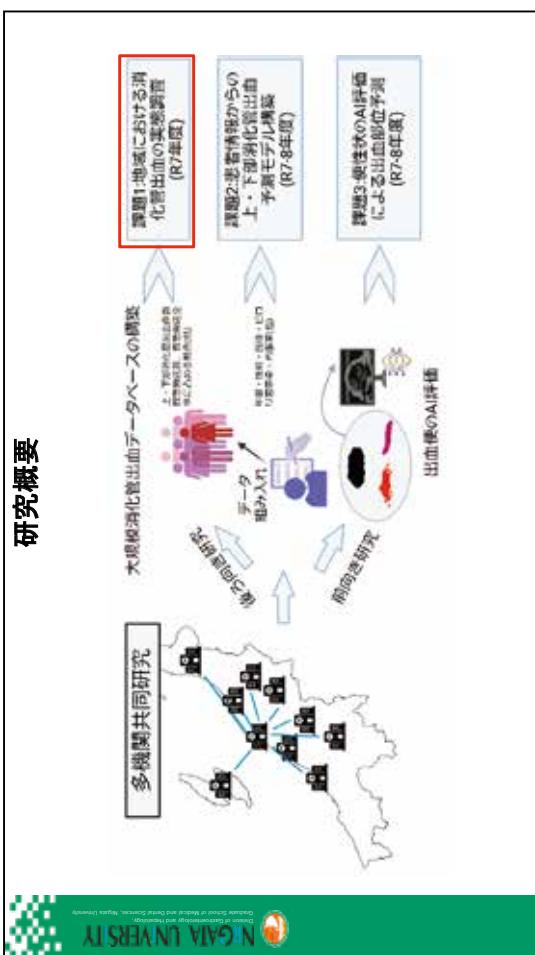


全身管理 優先

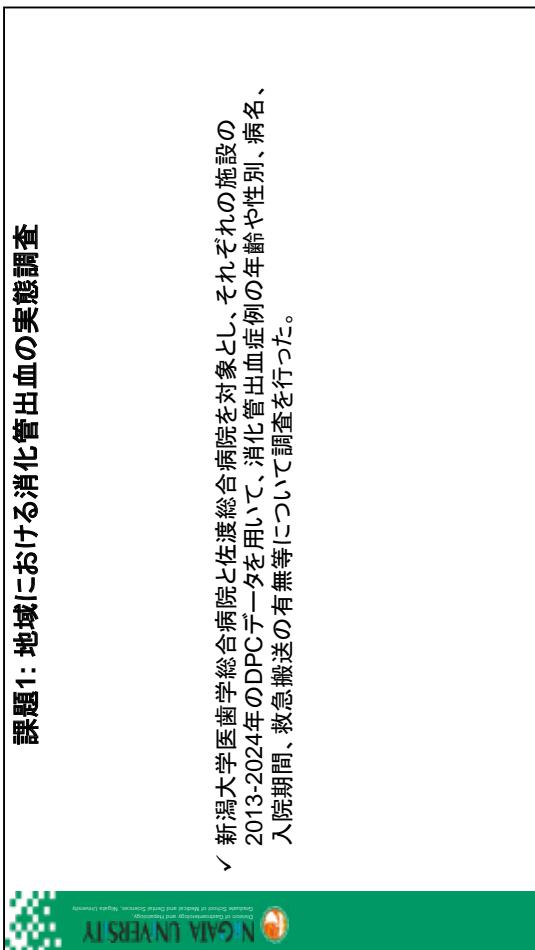
- ✓ 上部・下部消化管出血ではマネージメントが異なる

Created with BioRender.com

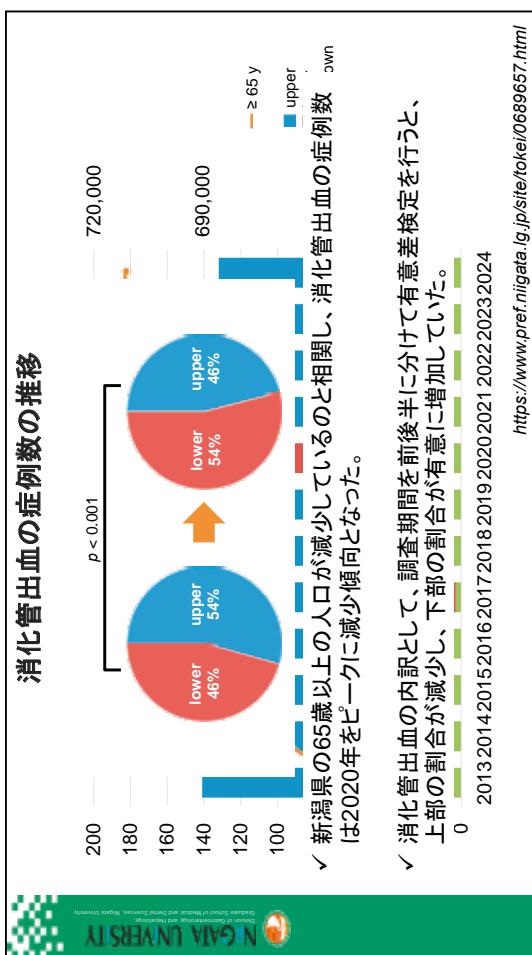
研究概要



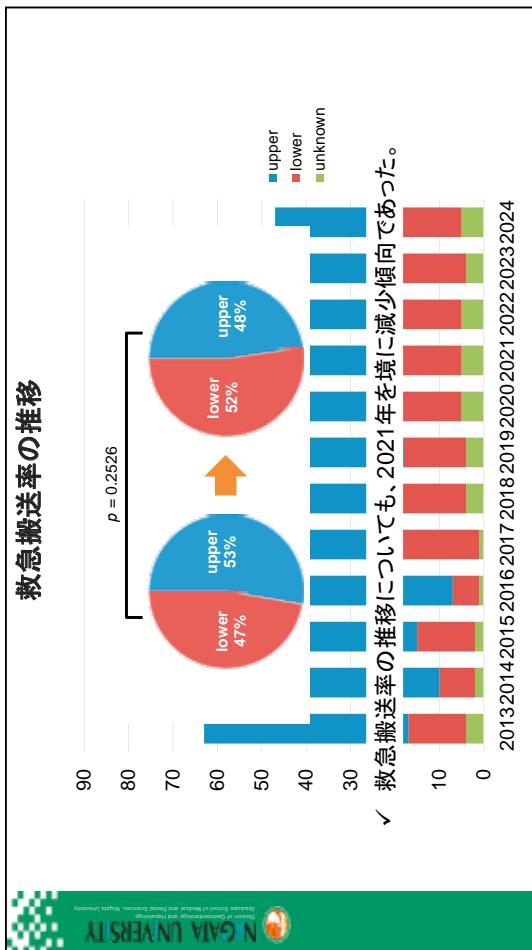
課題1: 地域における消化管出血の実態調査



消化管出血の症例数の推移

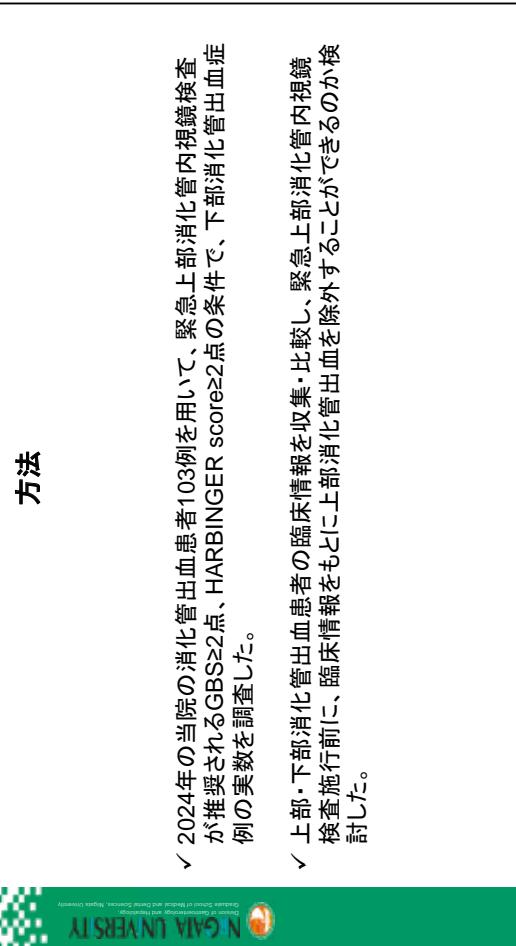
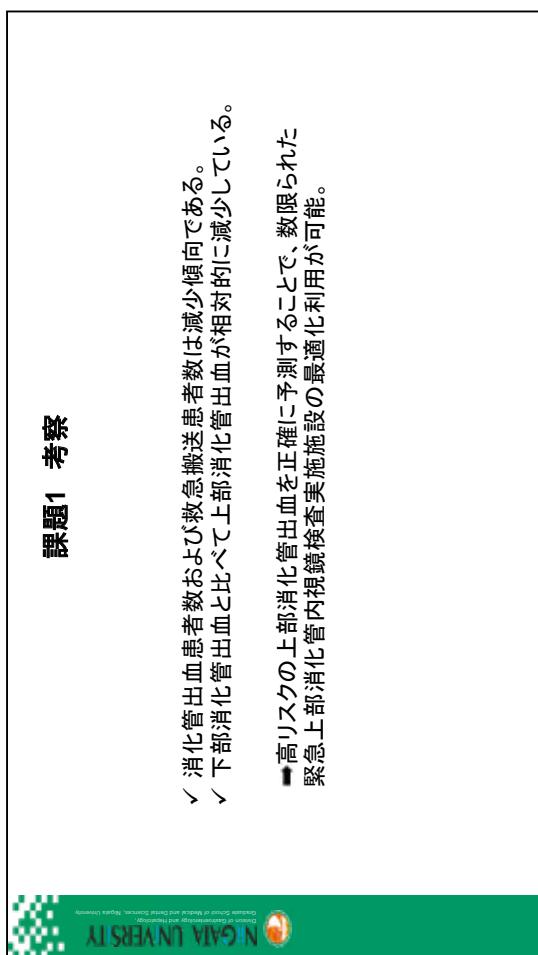
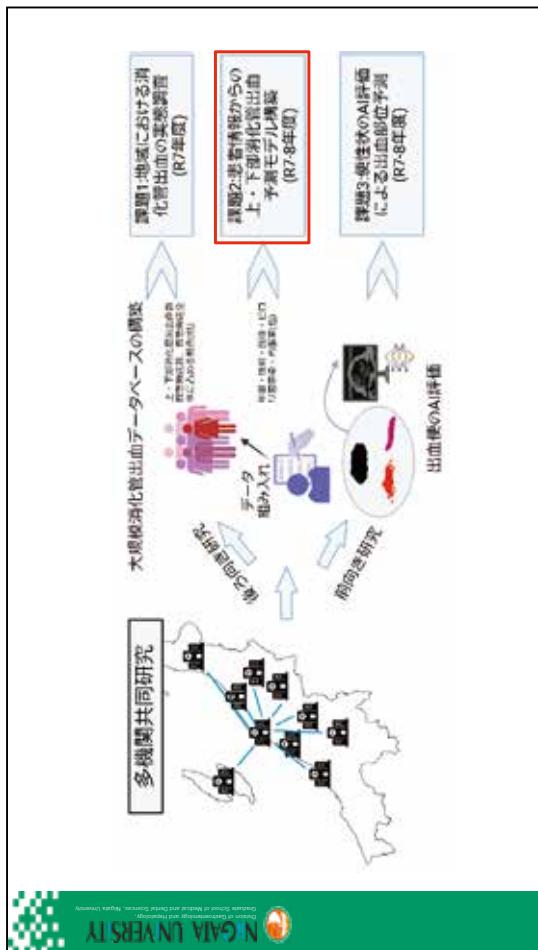


消化管出血の症例数の推移



課題1 考察

- ✓ 消化管出血患者数および救急搬送患者数は減少傾向である。
- ✓ 下部消化管出血と比べて上部消化管出血が相対的に減少している。
- 高リスクの上部消化管出血を正確に予測することで、数限られた緊急上部消化管内視鏡検査実施施設の最適化利用が可能。



	上部 n=56 (%)	下部 n=39 (%)	p 値
年齢 >70 (%)	32 (57.1)	20 (51.3)	0.23
胃十二指腸鏡検査の実施 (%)	20 (35.7)	12 (30.8)	0.779
BMI >25 (%)	11 (20.0)	6 (15.4)	0.764
H pylori +	5 (23.8)	1 (10.0)	0.672
他別原因	45 (80.4)	31 (79.4)	1.000
既往	17 (30.4)	0 (0.0)	<0.001
チアピ	31 (56.4)	6 (15.4)	<0.001
血便	7 (12.5)	30 (76.9)	<0.001
大腸腫瘍出血の既往	0 (0.0)	2 (5.3)	0.314
消化性潰瘍の既往	6 (10.7)	1 (2.6)	0.273
消化器腫瘍の既往	5 (8.9)	2 (5.1)	0.765
血管疾患の既往	2 (6.6)	1 (2.6)	1.000
過度生活習慣の既往	0 (0.0)	0 (0.0)	N/A
進行癌治療の既往	12 (21.4)	10 (25.6)	0.617
進行癌治療の既往	5 (8.9)	3 (7.7)	1.000
大腸手術歴	4 (7.4)	6 (15.4)	0.343
小腸手術歴	1 (1.8)	1 (2.6)	1.000

吐血、タール便は上部、血便是下部消化管出血で多く観察された

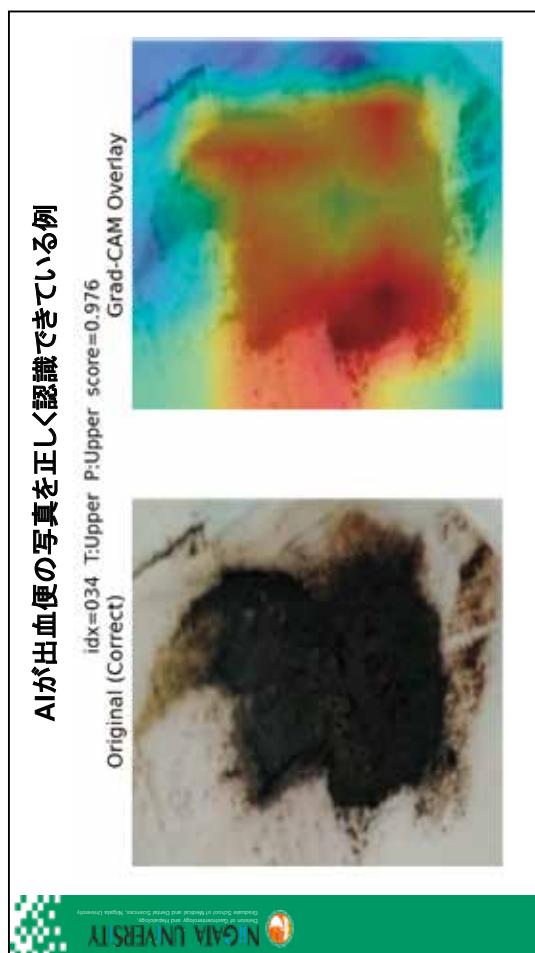
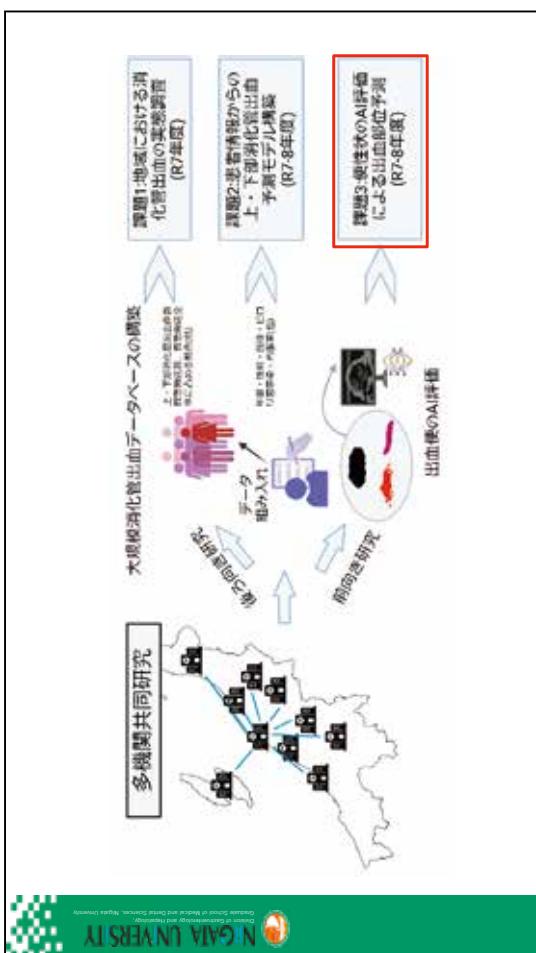
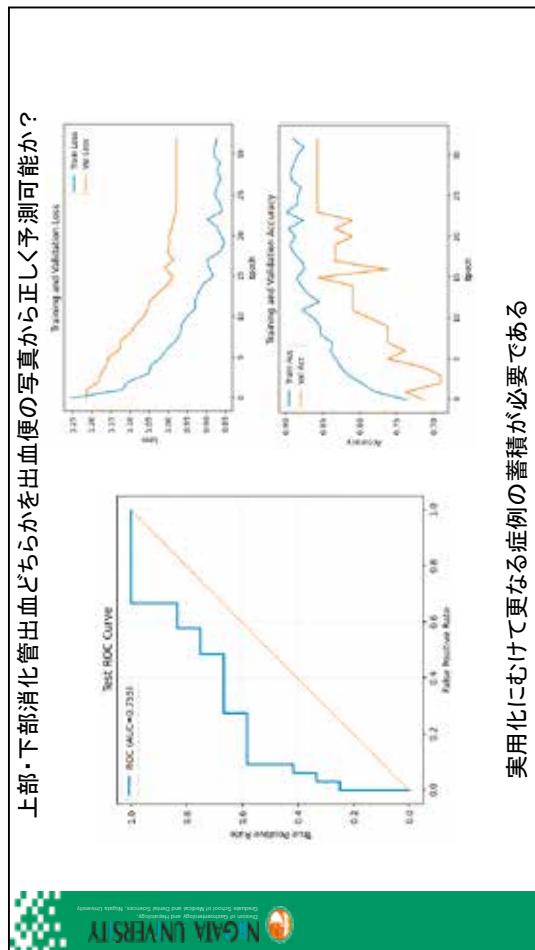
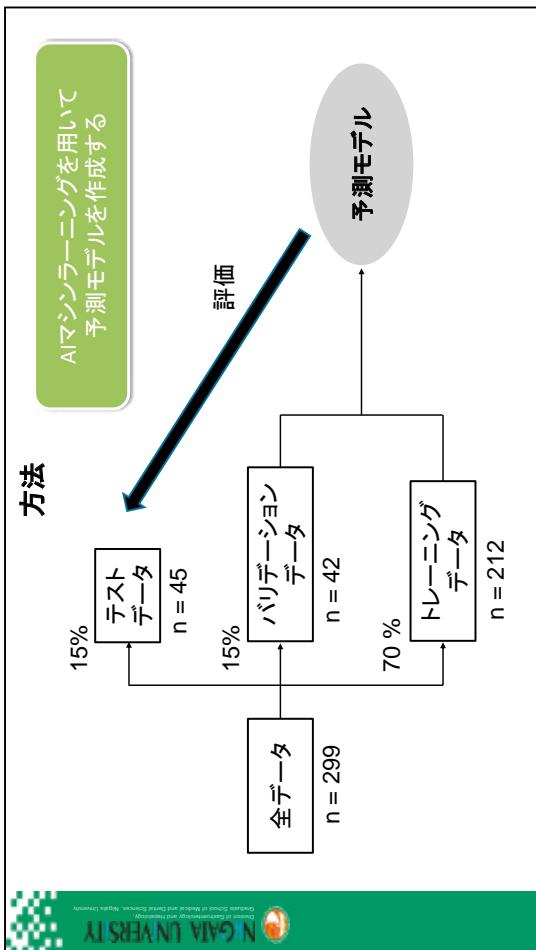
課題2 考察

- ✓ 上部消化管出血が疑われ、GBS・HARBINGER scoreが高値となる患者の中にも、実際は下部消化管出血症例も含まれる。
- ✓ 吐血の有無や便の色調といった臨床情報を加えることで、実際は上部消化管出血でない患者を予測できることが示唆された。

GBS \geq 2、HARBINGER \geq 2の条件における、出血部位の内訳		HARBINGER \geq 2	
上部	56 (58.9%)	上部	29 (70.7%)
下部	39 (41.1%)	下部	12 (29.3%)
GBS \geq 2		HARBINGER \geq 2	
上部	56 (58.9%)	上部	29 (70.7%)
下部	39 (41.1%)	下部	12 (29.3%)

GBS \geq 2、HARBINGER \geq 2では緊急上部消化管内視鏡検査が推奨されるが、実際はそれぞれ41.1%、29.3%は下部消化管出血であった

HARBINGER≥2条件下における上部・下部消化管出血の特徴	上部 n=29 (%)		下部 n=12 (%)		P 値
	年齢 >70 (%)	性別	年齢 >70 (%)	性別	
胃酸分泌抑制薬の使用 (%)	18 (65.1)	18 (63.8)	5 (41.7)	5 (41.7)	0.394
BMI >25 (%)	7 (25.0)	0 (0.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	0.438
H. pylori +	3 (10.3)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	0.669
危険因子(複数)	25 (86.2)	8 (28.6)	7 (58.3)	0 (0.0)	1.000
既往	11 (37.9)	0 (0.0)	8 (66.7)	0 (0.0)	0.316
タービック	15 (53.6)	1 (8.3)	11 (91.7)	0 (0.0)	0.020
血便	5 (17.2)	11 (91.7)	0 (0.0)	<0.001	
大腸黒便出血の既往	0 (0.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	0.933	
消化性潰瘍の既往	5 (17.2)	0 (0.0)	5 (41.7)	0 (0.0)	0.312
消化管憩室の既往	3 (10.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.638
血管疾患の既往	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
食血性大腸癌の既往	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
進行癌の既往	5 (17.2)	1 (8.3)	1 (8.3)	1 (8.3)	0.804
進行癌既往の既往	3 (10.3)	0 (0.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	1.000
大腸手術歴	13 (45)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.124
小腸手術歴	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA



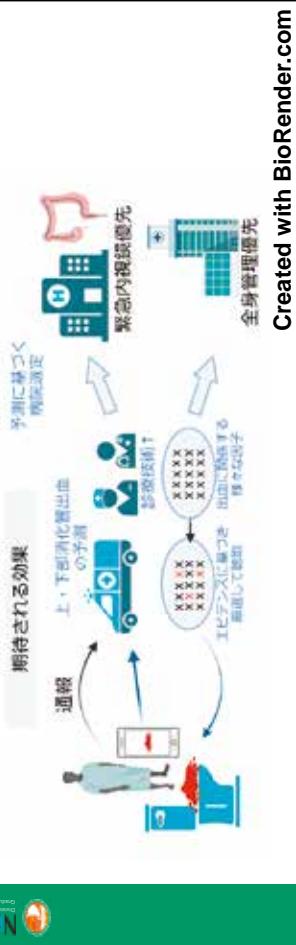
課題3 考察

- ✓ 出血便画像を用いて、上部あるいは下部消化管出血を予測するAIモデルを作成した。
- ✓ さらにデータを蓄積することで精度の高いモデルが作成できることが予想される。



結語

- ✓ 消化管出血は命に関わる病態であり、適切かつ迅速な治療が必要だが、緊急の消化器内視鏡検査を実施できる施設は限られている。
- ✓ 消化管出血を疑う救急要請があつた際に、患者データや血便の画像を利用することで出血部位や緊急性を予測し、適切な病院への搬送が可能となる。



Created with BioRender.com

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

新潟市および周辺地域における消化管出血の実態調査と出血便画像のAI評価による出血部位予測モデルの開発

研究代表者：佐藤 裕樹（さとう ひろき）

(新潟大学医歯学総合病院 消化器内科)

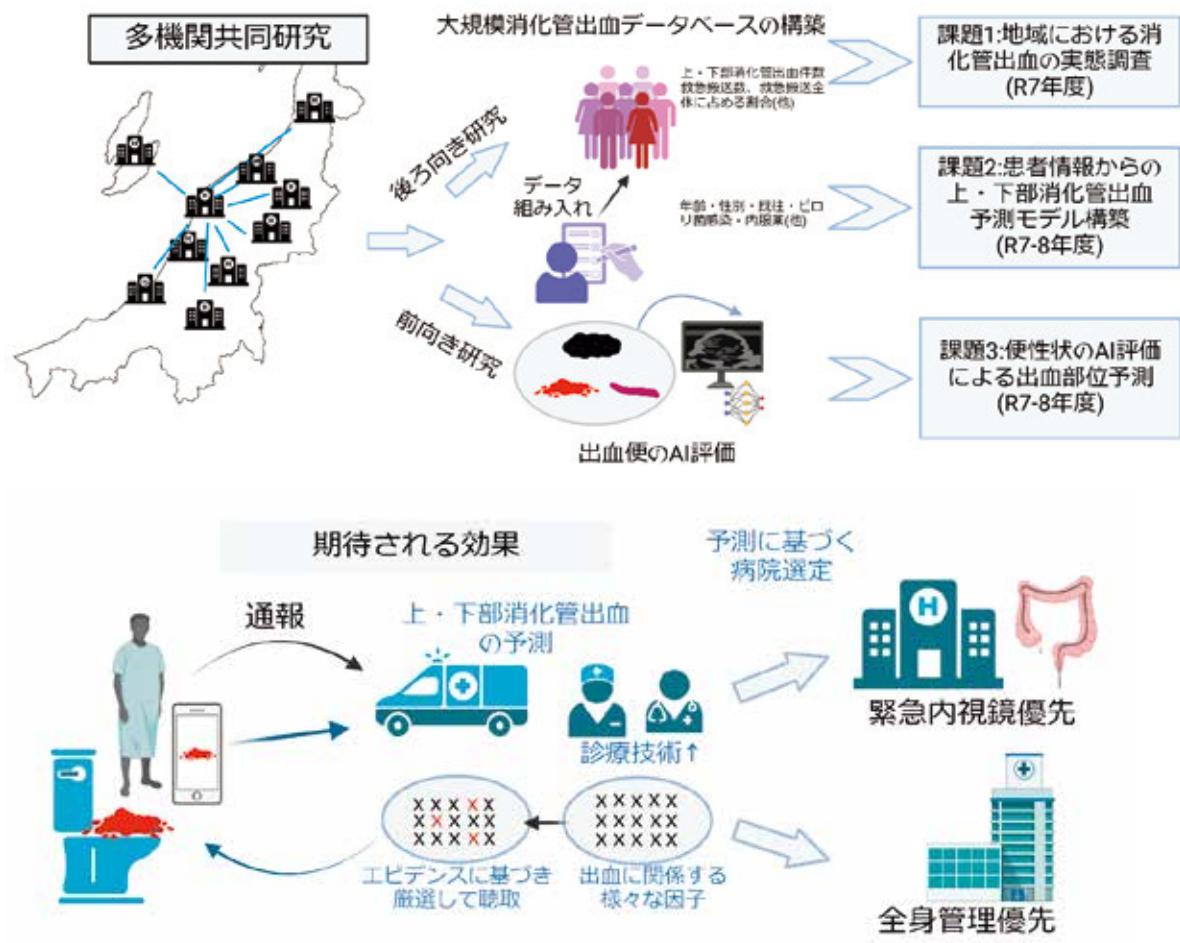
研究組織（○印は研究代表者）

医師会員 <input checked="" type="checkbox"/>	① 研究者名	② 分担する研究項目	③ 最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目資格（医師免許等）	④ 所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤ 所属機関における職名	⑥ 分担率（%）
<input type="checkbox"/>	○佐藤裕樹	倫理申請・データベース作成・各施設との連絡	新潟大学・2007年・医学博士・消化器内科	新潟大学医師学総合病院・消化器内科	助教	15
<input type="checkbox"/>	高橋一也	データベース解析	新潟大学・2009年・医学博士・消化器内科	新潟大学医師学総合病院・消化器内科	助教	10
<input type="checkbox"/>	水野研一	研究総括	新潟大学・2002年・医学博士・消化器内科	新潟大学医師学総合病院・消化器内科	准教授（光学医療診療部）	6
<input type="checkbox"/>	中島 尚	データベース入力・便画像データの蓄積	新潟大学・2011年・医学博士・消化器内科	五泉中央病院・消化器内科	特任助教	8
<input type="checkbox"/>	唐 千晴	データベース入力・便画像データの蓄積	新潟大学・2020年・消化器内科	新潟大学医師学総合病院・消化器内科	医員	15
<input checked="" type="checkbox"/>	本間 照	データベース入力・便画像データの蓄積	新潟大学・1984年・医学博士・消化器内科	済生会新潟病院・消化器内科	院長	8
<input checked="" type="checkbox"/>	横山純二	データベース入力・便画像データの蓄積	新潟大学・1995年・医学博士・消化器内科	済生会新潟病院・消化器内科	部長	8
<input checked="" type="checkbox"/>	渡辺史郎	データベース入力・便画像データの蓄積	新潟大学・2016年・医学博士・消化器内科	信楽園病院・消化器内科	部長	8
<input type="checkbox"/>	杉谷想一	データベース入力・便画像データの蓄積	新潟大学・1990年・医学博士・消化器内科	村上総合病院・消化器内科	病院長	8
<input type="checkbox"/>	高村昌昭	データベース入力・便画像データの蓄積	新潟大学・1996年・医学博士・消化器内科	長岡中央総合病院・消化器内科	副院長	8
<input type="checkbox"/>	竹内 学	データベース入力・便画像データの蓄積	新潟大学・1997年・医学博士・消化器内科	長岡赤十字病院・消化器内科	副院長	8
<input type="checkbox"/>	弥久保俊太	データベース入力・便画像データの蓄積	日本大学・2015年・消化器内科	佐渡総合病院・消化器内科	医長	8
<input type="checkbox"/>	寺井崇二	社会的基盤整備・共同研究機関との関係強化・研究統括	山口大学・1990年・医学博士・消化器内科	新潟大学医歯学総合研究科・消化器内科	教授	5

研究の概要

消化管出血は致死的疾患であり適切かつ迅速な治療が必要であるが、地域で緊急消化管内視鏡検査が施行可能な施設は限られる。また、ヘリコバクターオリノン菌未感染・除菌患者の増加、胃酸分泌抑制薬の普及、高齢化および抗血栓薬内服者の増加に伴い、その実態が以前と比べ変化していると予想される。また、近年作成された上部・下部消化管出血ガイドラインでは推奨されるマネジメントはそれぞれ異なる。以上の背景から、本研究(n-GIBA study)では多機関共同研究で①新潟市と周辺地域の消化管出血診療の実態を調査し、②患者情報から上部・下部消化管出血の予測モデルを構築し、③AI(Deep learning)による出血便の画像評価により出血部位を予測する。地域の消化管出血の現状を理解し、救急隊や病院間の緊密な連携のもと医療資源を効率的に使い適切な医療を提供することを目的とする。本邦は消化管出血に対し内視鏡施行率・出血部位同定率が高く便画像と紐づけできる点が欧米と比べ優位であり、質の高い予測モデルを構築し機器開発を目指す。

(流れ図)



研究助成 [発表2]

くも膜下出血患者における神経損傷の予後を
判定する新規バイオマーカーについての検討

吉田 至誠（新潟大学脳研究所 脳神経外科）

研究キーワード

くも膜下出血、蘇生後脳症、NSE、GAP-43、リン酸化 GAP-43

座長：高橋 英明（新潟県立がんセンター新潟病院 脳神経外科）

くも膜下出血患者における神経損傷の予後を判定する新規バイオマークーについての検討

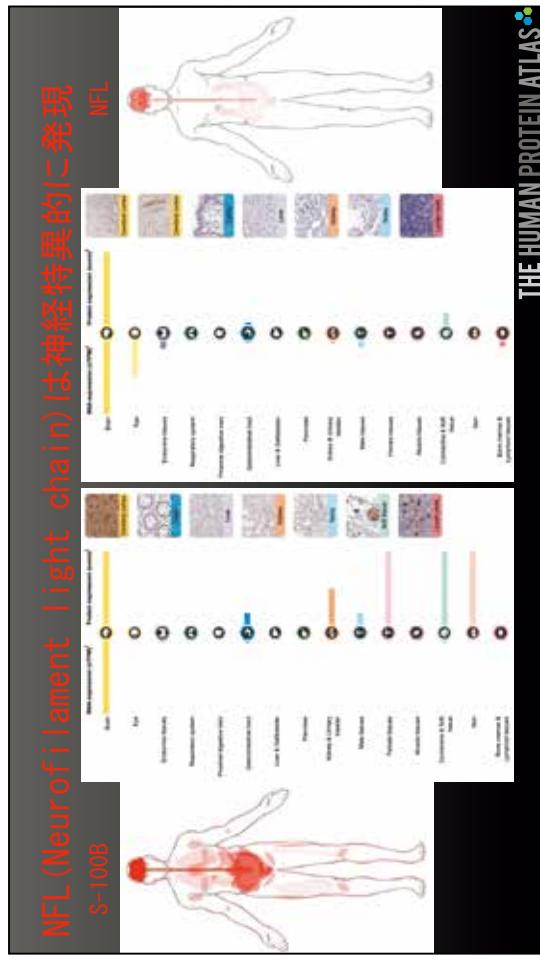
新潟大学脳神経研究所 吉田至誠

脳損傷を示すバイオマーカー研究とは

- 急性期の段階で脳神経損傷を予測し、重症度を判定するものとして
 - ✓ 意識レベル(GCS)
 - ✓ 画像(CT, MRI)
 - ✓ 脳波, NIRSなど
 - しかし急性期には簡単なもののが望ましい、さらに定量化できれば良い

○蘇生後患者の予後予測にNSE(neuron specific enolase)が用いられる

血液・髄液検査(NSE, S-100, GFAP, NFLなど)に着目した



NSE(neuron specific enolase)とは？

- 脳の可溶性成分の約1%を占め、末梢神経や神経内分泌組織にも大量に存在する酵素のひとつ

既報の数 簡便さ 特異性からNSFを基準

表：(a) 蘇生後脳症の長期死亡率、(b) 長期神経予後

Table 2 (b) Association between NSIS serum levels and long term mortality (b) Association between NSIS serum levels and long term neurological outcomes							
		All Patients		Engaged in Long Term Mortality		Unadjusted	
	N	A/E	Univariate	Non-Homogeneous w/ P=0.02*	Multivariable w/ Adjusted NSIS serum levels, P-Value	Multivariable w/ Adjusted NSIS serum levels, P-Value	
NSIS mean	465	0.83 (0.74, 0.94)				1.24 (1.17, 1.30) <0.001	1.27 (1.21, 1.32) <0.001
Unadjusted NSIS	465	0.83 (0.74, 0.94)	NSIS (0.74, 0.94)	0.0005	1.24 (1.17, 1.30) <0.001	1.27 (1.21, 1.32) <0.001	
Model 1 (N=465)	325	0.83 (0.74, 0.94)	26 (25.0, 26.6)	0.0001	1.24 (1.17, 1.30) <0.001	1.27 (1.21, 1.32) <0.001	
Model 2 (N=325)	306	0.83 (0.74, 0.94)	26 (25.0, 26.6)	0.0001	1.24 (1.17, 1.30) <0.001	1.27 (1.21, 1.32) <0.001	
Model 3 (N=306)	294	0.83 (0.74, 0.94)	20 (19.7, 20.4)	0.0004	1.24 (1.17, 1.30) <0.001	1.27 (1.21, 1.32) <0.001	
Model 4 (N=294)	225	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 5 (N=225)	180	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 6 (N=180)	160	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 7 (N=160)	150	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 8 (N=150)	140	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 9 (N=140)	130	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 10 (N=130)	120	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 11 (N=120)	110	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 12 (N=110)	100	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 13 (N=100)	90	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 14 (N=90)	80	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 15 (N=80)	70	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 16 (N=70)	60	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 17 (N=60)	50	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 18 (N=50)	40	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 19 (N=40)	30	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 20 (N=30)	20	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 21 (N=20)	10	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 22 (N=10)	5	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 23 (N=5)	3	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 24 (N=3)	2	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 25 (N=2)	1	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	
Model 26 (N=1)	0	0.83 (0.74, 0.94)	21 (20.5, 22.7)	0.0005	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	1.10 (0.94, 1.14) <0.001	

今回検討したいバイオマーカーについて

- ✓ GAP-43 (Growth associated protein in 43kDa. Neuronal modulin) とは
○ 神経再生において特異的にみられる神経関連成長タンパク質
○ 神経が壊れた際に髄液・血中に検出・損傷マーカーの可能性
○ 神経細胞内では、軸索再生した神経にのみ発現：再生マーカーの可能性

Muller, J et al. *Medicines*, 2021



今回検討したいバイオマークターについて

- ✓ GAP-43 (Growth associated protein in-43kDa, Neuronal modulin) とは
神経再生において特異的にみられる神経関連成長タンパク質

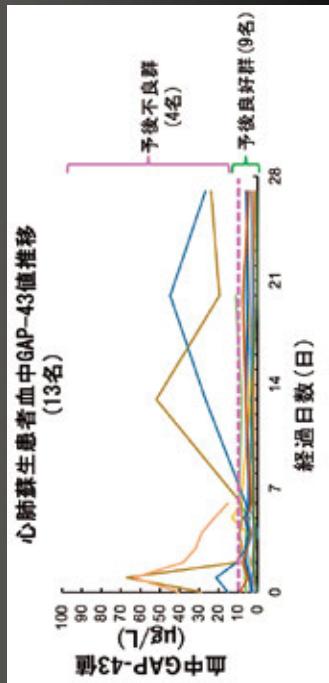
 - 神經が壊れた際に髄液・血中に検出：損傷マーカーの可能性
 - 神經細胞内では、軸索再生した神經にのみ発現：再生マーカーの可能性

✓ アルツハイマー(AD)病患者の髄液中のGAP-43はADの診断と進行度を予測

Muller, J et al. *Medicina*, 202

魚糸後脳症やくもしゆうとうじやう NSEとの比較で、血中GAP-43を測定し神経損傷を予測するバイオマーカーとしての意義を検討する

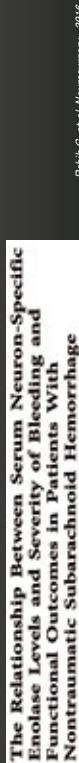
事前研究結果：GAP-43は蘇生後患者で測定可能



- GAP-43は健常人では血液から測定できなかつたが、蘇生後患者は測定できた
- およそ $10 \mu\text{g}/\text{L}$ を境に予後不良群と予後良好群と分かれる可能性が示唆された

検討：＜も膜下出血の予後を予測するバイオマーカーにNSEやGAP-43はなりうるか？

- ✓ SAH患者の予後評価はGCSなどの臨床評価が一般的
血液バイオマーカーで検討された研究は少ない。
- ✓ SAH患者に対してNSEで予後評価を行った先行論文



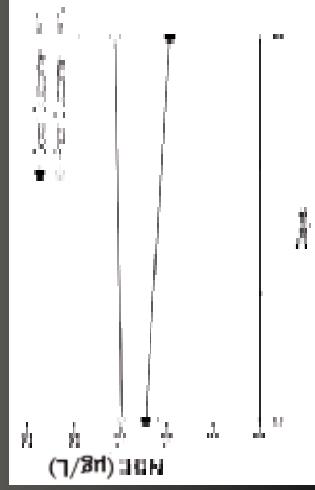
- ✓ 結果の予測：
 - H&K Grade 5でも経過とともに改善する症例と改善しない症例がある
→改善例は改善しない症例に比べてNSEが低く出るのでは？

検討：＜も膜下出血の予後を予測するバイオマーカーにNSEやGAP-43はなりうるか？

- ✓ 期間：2024年6月-2026年9月
- ✓ 対象：新潟大学・脳外科病院に救急搬送され、SAHの診断となつた患者
(症例前向き50例を予定)
- ✓ 方法：入院時から連日1週間(day0-6), Day13, 20, 27で採血
既報のNSE (day0, 3)と比較しGAP-43をELISA法にて定量的に測定
入院時のGCS, WFNS, H&K, Fisher, 90日後のmRS

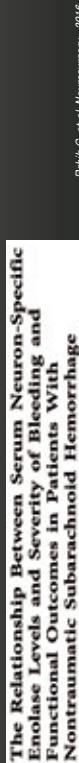
NSEは予後予測に有用であるという
統計学的優位差はないが、Poor Outcome群
で高値となる傾向(p=0.08)
報告で、 $\text{NSE} > 15 \mu\text{g}/\text{L}$ がカットオフ値

結果：NSEについて



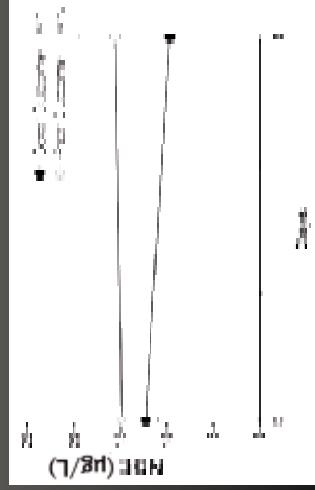
検討：＜も膜下出血の予後を予測するバイオマーカーにNSEやGAP-43はなりうるか？

- ✓ SAH患者の予後評価はGCSなどの臨床評価が一般的
血液バイオマーカーで検討された研究は少ない。
- ✓ SAH患者に対してNSEで予後評価を行った先行論文



- ✓ 結果の予測：
 - H&K Grade 5でも経過とともに改善する症例と改善しない症例がある
→改善例は改善しない症例に比べてNSEが低く出るのでは？

結果：NSEについて

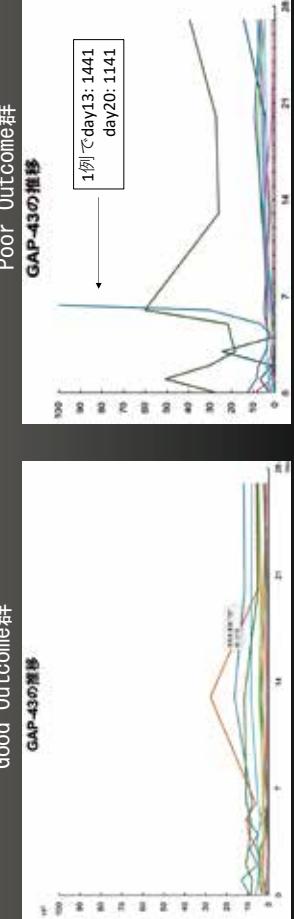


NSEは予後予測に有用であるという
統計学的優位差はないが、Poor Outcome群
で高値となる傾向(p=0.08)
報告で、 $\text{NSE} > 15 \mu\text{g}/\text{L}$ がカットオフ値

結果：GAP-43について

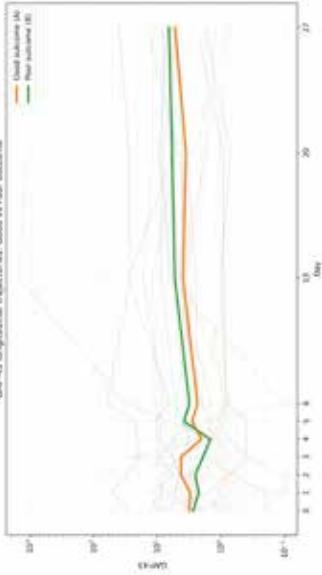
Good Outcome群

Poor Outcome群



Poor outcome群では特に時間経過に伴う群内分散の著明な拡大あり

結果：GAP-43について



線形混合効果モデルを用いた解析では、時間と群の交互作用が示唆され
GAP-43の経時的挙動が転帰と関連する可能性が示された

まとめ

✓ くも膜下出血に対する機能予後予測ではNSE, GAP-43が有用な可能性あり

✓ 症例が限定的であり、引き続き症例数を増やしたい

✓ 今回のは神経の破壊のマーカーとして実験したが、再生マーカーとしての要素もあり、可能であれば今後は再生マーカーとしても実験したい

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

くも膜下出血患者における神経損傷の予後を判定する新規バイオマークターの開発

研究代表者：吉田 至誠（よしだ しげい）

（新潟大学脳研究所 脳神経外科）

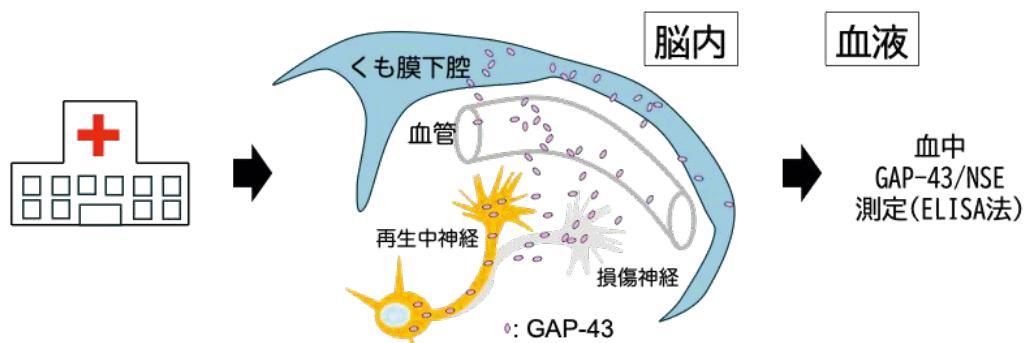
研究組織（○印は研究代表者）

医師会員 □	① 研究者名	② 分担する研究項目	③ 最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目資格（医師免許等）	④ 所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤ 所属機関における職名	⑥ 分担率（%）
□	○吉田至誠	研究統括 実験全般	新潟大学 2013年卒 M.D. 脳神経外科専門医	新潟大学脳研究所 非常勤講師 新潟脳外科病院 脳神経外科	専任助教	88
□	岡田正康	GAP-43 の ELISA 解析	新潟大学大学院 2016年卒 博士大学院 脳神経外科専門医	新潟大学脳研究所 腫瘍病態学分野 脳神経外科学	助教	3
□	西山 慶	臨床担当 サンプル採取	京都大学 1995年卒 博士 循環器内科専門医 救命救急科指導医	新潟大学医歯学総合 病院救命救急医学分 野 救命救急医学	教授	3
□	棗田 学	NSE の ELISA 解析	新潟大学大学院 2011年卒 博士 脳神経外科専門医	新潟大学脳研究所 脳神経外科学	特任准教授	3
□	岩倉百合子	サンプル処理 ELISA 解析	新潟大学大学院 2004年卒 博士 分子神経生物学	新潟大学脳研究所腫 瘍病態学分野 分子神経生物学	助教	3

研究の概要

- (1) 急性期医療、災害時など脳卒中、神経外傷による神経損傷の程度を簡便で定量的に判断できるバイオマーカーの開発が望まれている。しかし頭部外傷の程度と血中 Neuron Specific Enolase (NSE) やてんかん発作後に髄液で上昇する神経成長関連タンパク質-43kDa (GAP-43) の報告はあるが、ほとんど検討されていない。我々は、脳単独で神経が障害されるくも膜下出血において血液中の NSE と GAP-43 を経時的に ELISA 法で測定し、3-6 ヶ月後の機能予後について解析する。対象者は“血液を用いた頭蓋内疾患の悪化因子と予後因子の研究（新潟大学倫理委員会；承認番号 2024-0041）”について対象患者もしくは家族から同意を得た症例を対象とする。本研究により血中 NSE 値/GAP-43 値が、急性期神経損傷を推し量るバイオマーカーとなる可能性を明らかにする。
- (2) 【令和 7 年度-令和 8 年度前半】血清 NSE は、既に測定できることが報告されており (Muller J et al. (2021) Medicines, 8(11), 72)、研究期間の前半で血清 GAP-43 測定を確立する。
1. 血清 GAP-43/NSE 測定の確立：髄液中 GAP-43 の ELISA 測定は報告されているが、血中での測定報告はほとんどない。患者血清を GAP-43 ELISA kit (市販品) で測定する。血清を 2 倍、4 倍、8 倍、16 倍などと希釈して検出限界を超えて測定できる最適な希釈率を決定する。血清 NSE も ELISA kit (市販品) も同様に測定する。
 2. くも膜下出血患者の血清 GAP-43 測定：新潟大学医歯学総合病院に入院となつたくも膜下出血患者から経時的（入院当日から 7 日間、14 日、21 日、28 日、3-6 ヶ月後）に血液を採取し、血清を冷凍保存する。患者ごとに一連のサンプルが揃った段階で GAP-43 と NSE を ELISA kit で検出す。既報では、蘇生後 3 日目の血清 NSE は、蘇生後脳症の機能予後と相関するとされたが、くも膜下出血ではどの段階で NSE、GAP-43 が検出され、どの段階の値が機能予後と相関するか明らかにする。
 3. 【令和 8 年度後半】くも膜下出血患者の ELISA 測定結果と患者の機能予後を患者本人またはご家族に電話調査で行う。対象者は 30 名を予定している。

(流れ図)



研究助成 [発表3]

循環器病患者における健康寿命悪化予測式の構築へ向けて —レセプトデータを用いた診療実態調査—

藤木 伸也（新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科学）

研究キーワード
健康寿命、循環器、心不全、ビックデータ、診療報酬明細書（レセプト）

座長：大倉 裕二（新潟県立がんセンター新潟病院 内科（腫瘍循環器科））

循環器ヘルスサミット



多機関共同研究

UMIN000056924

NCT06992284

新潟県内の循環器病患者を対象とした 医療介護レセプトデータを用いた 診療実態調査

新潟大学大学院歯学総合研究科 循環器内科学
藤木伸也

2026年1月24日 @Web



COI

過去3年間ににおいて演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある企業

- | | |
|------------|--|
| ① 顧問 | :なし |
| ② 株式保有・利益 | :なし |
| ③ 特許使用料 | :なし |
| ④ 講演料 | :アストラゼネカ株式会社、小野薬品工業株式会社、大塚製薬株式会社、ベーリングガーネンゲルハイム株式会社、日本新薬株式会社、第一三共株式会社、アステラス製薬株式会社、ノバルティスファーマ株式会社 |
| ⑤ 原稿料 | :なし |
| ⑥ 受託・共同研究費 | :ベーリングガーネンゲルハイム株式会社、イーライリリー株式会社 |
| ⑦ 稽字・寄付金 | :なし |
| ⑧ 寄付講座所属 | :JA新潟 |
| ⑨ 贈答品等の報酬 | :なし |

当教室の過去のコホート研究

Niigata-Sado Heart Failure Study

Okura et al.

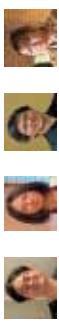
- Circ J. 2007;71:1004-12.
- Circ J. 2007;71:1013-21.
- Circ J. 2007;71:343-7.



Niigata Kaigo Study

Fujiki et al.

- Circ J. 2021;86:1158-165.
- Circ J. 2023;87:1130-1137.
- Geriatr Gerontol Int. 2025;25:871-878.
- Circ J. 2025;89:1662-1671.



Niigata Kaigo study



教室の方針：新時代のレジストリー研究を行う

Niigata-Sado Heart Failure Study
Okura et al.
• Circ J. 2007;71:1004-12.
• Circ J. 2007;71:1013-21.
• Circ J. 2007;71:343-7.

Project in Sado for Total health
Fujiki et al.
• Nat Genet. 2013;45:1044-9.
• PLoS Genet. 2013;9:e1003364.
• J Am Heart Assoc. 2016;5:e003644.

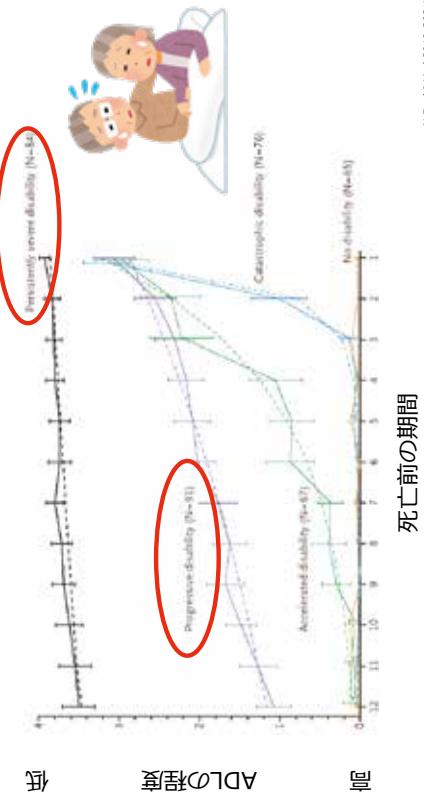
Niigata Kaigo Study
Fujiki et al.
• Circ J. 2021;86:158-165.
• Circ J. 2023;87:1130-1137.
• Geriatr Gerontol Int. 2025;87:1-878.
• Circ J. 2025;89:1662-1671.

「分かったこと」と「わからなかつたこと」

- ✓ 循環器疾患を有する患者の介護保険利用率は高い
 - 介護保険利用者には様々な特徴がある
 - 併存疾患の合併率が高い
 - ポリファーマシーであることが多い
 - 心不全治療薬の投与率が低い
 - 非心不全治療薬（併存疾患治療率）の投与率が高い
 - ADLが比較的保たれた状態で介護保険利用を開始する
- 一時点を取り取ったに過ぎない…
→ 「どのように弱っていくのか？」は不明

背景
背景

人はどうやって死ぬのか？



不健康寿命

年代別の健康新命と寿命の差



男性：約9年

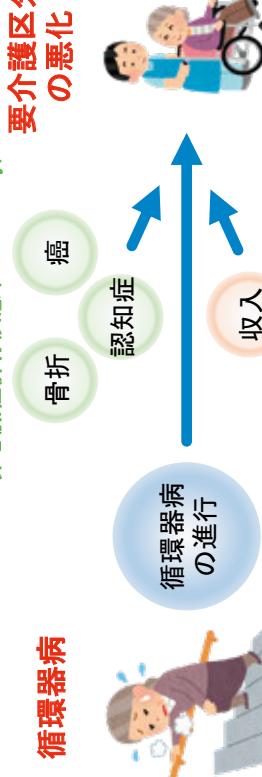
女性：約12年

厚生労働省 健康寿命の令和2年度について
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku/10904750/0008972952.pdf>

介護保険を利用して「健康寿命の悪化」を予測したい

非心臓性併存疾患 (Comorbidity)

要介護区分 の悪化



課題：介護保険の情報をどう取得するか？

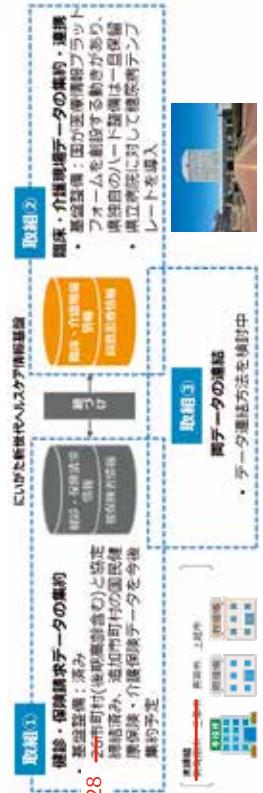
社会・経済的要因
(Social Determinants of Health)

にいがた次世代ヘルスケア情報基盤



データを元にした情報立憲・開発研究によって
県民の健康寿命を伸ばし、いつまでも自分らしく暮らせる社会を構築します

新潟県庁が市町村のレセプトデータを回収する取り組み



保険の種類

	公的医療保険	被用者保険	組合管掌健康保険	保険者（保険者数）	被保険者（加入者数）
被用者保険	組合管掌健康保険		健康保険組合 (約 1,400 団体)	大企業の従業員とその扶養家族 (約 2,350 万人)	
	全国健康保険協会管掌 健康保険(協会けんぽ)	(1 団体)	全国健康保険協会	中小企業の従業員とその扶養家族 (約 4,060 万人)	
	共済組合保険	(85 団体)	共済組合	公務員とその扶養家族 (約 840 万人)	約8000万人
国民健康保険			市区町村、国員健康保険組合 (約 1,900 団体)	自営業者、年金生活者、 非正規雇用者など (約 2,950 万人)	
後期高齢者医療制度			後期高齢者医療広域連合 (47 団体)	75歳以上全員 (約 1,820 万人)	約5000万人

資料 2022.3.30

今回の対象

予備調査

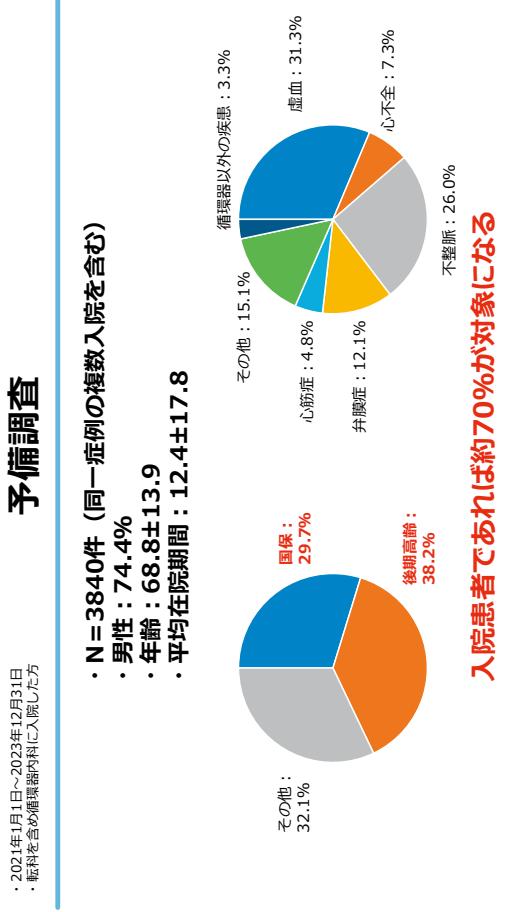
- ・N=3840件（同一症例の複数入院を含む）
- ・男性：74.4%
- ・年齢：68.8±13.9
- ・平均在院期間：12.4±17.8

・転科を含め隔壁器内料にて院した方

得られるデータ



入院患者であれば約70%が対象になる



個人が保険を利用して行った医療行為・介護行為・検診行為のデータ
令和5年度第1回にいがた新世代ヘルスケア情報基盤
プロジェクト推進委員会 議題第次第より

方法

概要

期間：2025年5月～2026年5月（同意取得）→20年先まで追跡する

施設：新潟県内の循環器内科の関連16施設

対象：循環器内科に入院した、**国保・後期高齢医療保険**を利用している方で
データ共有に同意を得られた症例

抽出項目：

- 院内データ（ベースラインのみ）**：LVEF、BNP、Hb、Cr、DPC様式1(BIなど)
- 医療レセプト**：年齢、性別、傷病名、請求コード、ICD10、入院/外来手術処置名、実施日、薬剤・医療材料、在院日数、歯科治療など
- 介護レセプト**：年齢、性別、サービス提供年月、保険者番号、請求事業所の情報
- 居宅介護サービス**：サービス計画、開始年月日、中止年月日
- 検診データ**：血圧、脈拍数、血液データなど

★後ろ向きデータを一部利用

参加施設

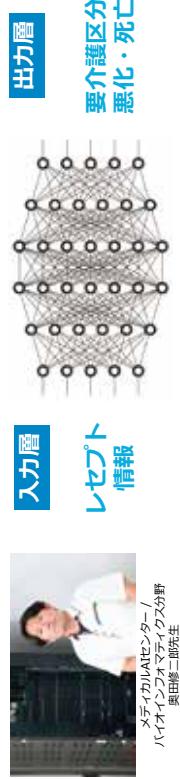


主要評価項目と解析方法

主要評価項目：要介護区分（非該当、要支援1-2、要介護1-5の合計8区分）

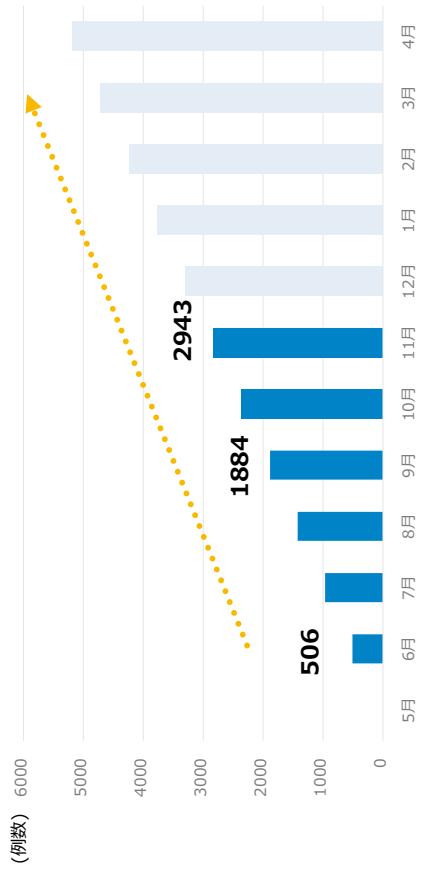
解析方法：

- ①目的変数：「新規の要介護区分割り当て」として、ロジスティック回帰分析で説明変数を抽出し、予測モデルを作成する。
- ②目的変数：「1年あたりの要介護区分の変化」として、ロジスティック回帰分析で説明変数を抽出し、予測モデルを作成する。
- ③機械学習を利用してしたソフト開発（後ろ向き研究→開発、前向き研究→検証）



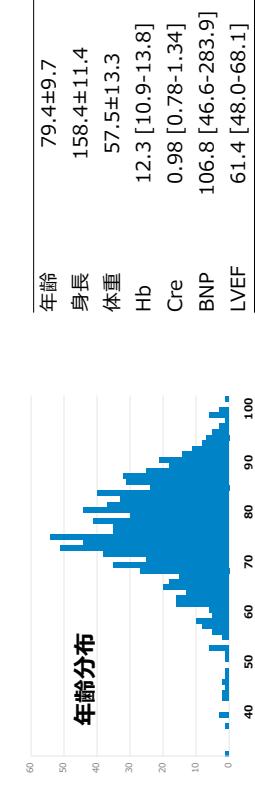
結果

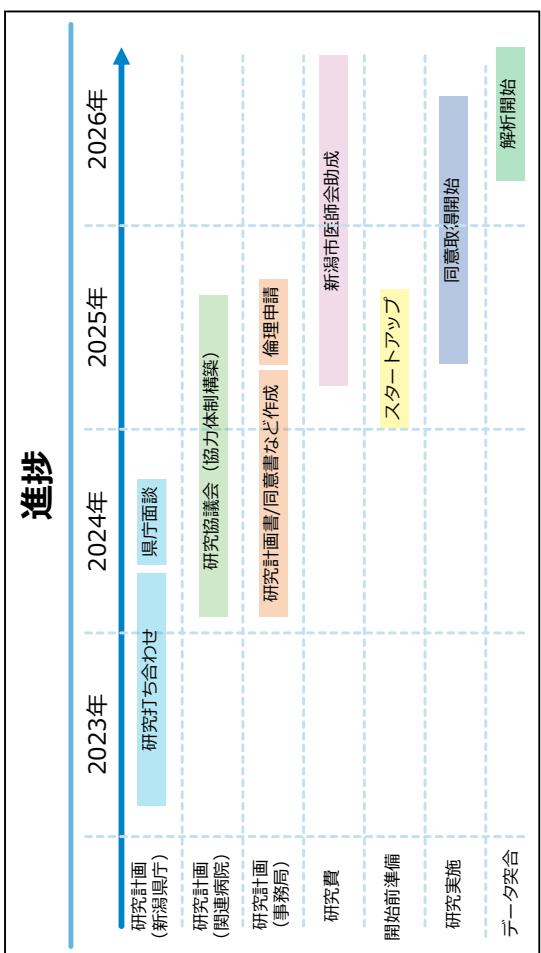
同意取得者の推移



Future plan

Baseline data (中間解析)





【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

循環器病患者における健康寿命悪化予測式の構築

研究代表者：藤木 伸也（ふじき しんや）

（新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科学）

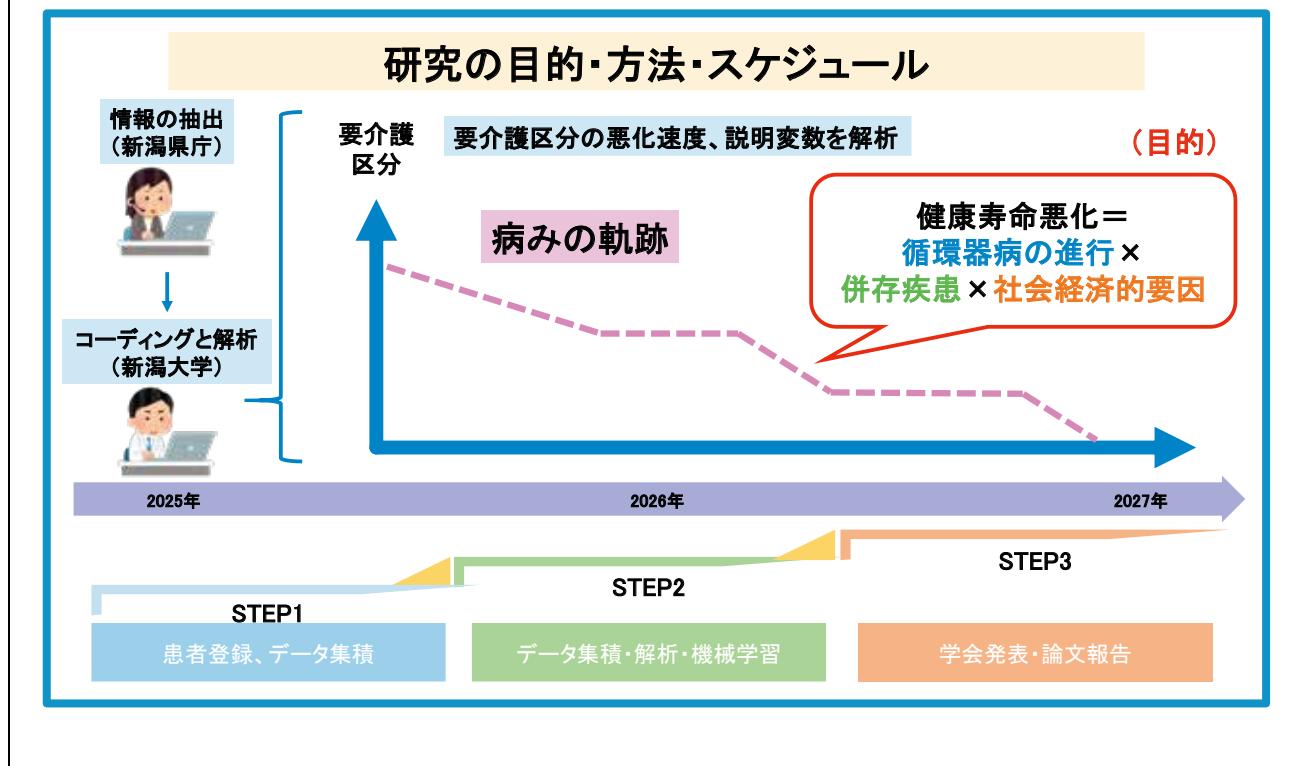
研究組織（○印は研究代表者）

医師会員 ☑	① 研究者名	② 分担する研究項目	③ 最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目資格（医師免許等）	④ 所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤ 所属機関における職名	⑥ 分担率（%）
<input type="checkbox"/>	○藤木伸也	研究の運営 データ収集	富山大学 平成 21 年 循環器内科	新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科学	特任助教	50
<input checked="" type="checkbox"/>	猪又孝元	研究の統括	新潟大学 平成 21 年 循環器内科	新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科学	教授	10
<input type="checkbox"/>	田中和世	データ収集 データ解析	北里大学 2017 年 循環器内科	新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科学	医員	20
<input type="checkbox"/>	佐藤聰磨	データ収集 データ解析	順天堂大学 2018 年 循環器内科	新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科学	医員	20

研究の概要

近年デジタルネットワークの発達により、健康・医療・介護に関する患者の情報を統合的に収集・一元的に保管し活用する試みが進んでいる。特に診療報酬明細書（以下レセプト）は身体計測値から介護サービスに至るまで、あらゆる情報が集約された Personal Health Record (PHR) であり多くの研究に利用されている。申請者らは、網羅的な情報源であるレセプトを利用して、人が弱り死んでいく様である「病みの軌跡」を可視化する研究を立案した。具体的には、新潟県が開発したレセプトを一元的に保管し活用できるシステム（後述）を利用して、経時的な要介護区分の悪化速度やそれに関連する因子の抽出し予測式を構築する。さらに機械学習を通じた健康寿命悪化予測ソフトの開発も着手する。研究結果は、医療現場が抱える治療の妥当性へ対する不安を払しょくし、より強固で個別化された医療・介護の提供体制づくりに繋がることが期待される。

（流れ図）



研究助成 [発表4]

独歩リハビリテーションのDX化 —データベース解析に基づいた多職種連携の在り方を求めて

小田 憲一（新潟南病院 リハビリテーション部）

研究キーワード

DX化、リハビリテーション、独立歩行、Well-being、ACP

座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学）

独歩リハビリテーションのDX化

データベース解析に基づいた多職種連携の在り方を求めて

医療法人恒仁会 新潟南病院 リハビリテーション部
小田 憲一

超高齢社会における課題

- 医療費・介護費の増大 少子高齢化に伴う社会保障費の圧迫は深刻な課題
- 労働力不足 働き方改革の推進と、医療従事者の業務効率化が必須



医療・介護の効率的な連携モデル構築が急務

- 解決の鍵 病院内における業務の効率化と、在院日数短縮に向けた機能の構築
- 目指す社会 DXを活用した多職種連携の最適化により、患者、医療者、介護者、そして社会の優しい Well-beingの実現

高齢者の自立歩行支援プロジェクト「DOPPO」

● プロジェクト名

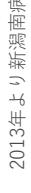
独歩：DOPPOプロジェクト
(Discharge of elderly Patients from hospital On the basis of their independent gait)

● 特徴

「歩行」をガイド指標としたチーム医療

● 開始

2013年より新潟南病院にて実施



10年間の包括的リハビリにより高い成果を達成

● 成果

10年間の包括的リハビリにより、高い自己退院率と患者QOLの向上を達成
予後予測モデルを作成し、退院支援の質の向上と業務の最適化を容易にしたい
経験則だけでなく、データに基づくエビデンスで多職種連携を再構築する

DX化の必要性：蓄積されたデータと活用

● 詳細な患者データ(DB)の活用

DOPPOプロジェクトを通じて蓄積された3,400名超のデータベースを活用

● 因子の特定

データ解析により、BI, SPPBなどが退院時アウトカムに与える影響を検証
入院期間に寄与する重要な因子を特定

● 連携効果の可視化

多職種連携の在り方が在院日数にどう影響するかを検証



- 質の向上とDXによる最適化

予後予測モデルを作成し、退院支援の質の向上と業務の最適化を容易にしたい
経験則だけでなく、データに基づくエビデンスで多職種連携を再構築する

研究方法：初年度の後方視的解析

○解析デザイン

後方視的觀察研究

2022年1月～2024年12月に当院回復期病棟を退院した6888名

数目的变主

在院日数

三〇四

副目的變數

年齢、性別、Barthel Index (BI)、MMSE、P.T.・OT・ST介入、合同カウンタレンス、リハビリ開始日、SPPB、入院シート更

卷之三

統計解析手法

回復期病棟の疾患別患者像

全例		内部障害 405(68.87%)		運動器 200(29.07%)		神経系 68(0.10%)		p value
N	N	N	N	N	N	N		
年齢	688	80.9±11.2	405	81.6±10.9	200	81.3±11.5	68	76.5±11.8
性別	男性	688	334 (48.5%)	405	212 (52.3%)	200	77 (38.5%)	68 (52.9%)
入院日数	688	63.27±35.9	405	57.39±29.1	200	69.66±43.3	68 (81.6±42.4)	<0.001
リハ開始迄の日数	685	2.1±10.1	403	1.95±4.5	199	2.61±16.7	68 (1.9±9.3)	0.932
入院前BI	616	82.58±36.0	355	87.32±25.3	184	85.22±24.0	64 (77.93±33.7)	<0.001
入院時BI	607	50.98±32.0	354	55.76±33.4	178 (44.16±29.6)	62 (40.97±25.5)	<0.001	
退院時BI	605	77.75±27.2	353	78.7±26.4	179 (76.03±28.3)	62 (75.73±29.7)	<0.001	
退院-入院前△BI	544	-4.94±29.8	311	-3.47±28.6	164 (-10.12±29.4)	59 (-0.76±35.9)		
退院-入院時△BI	532	26.49±32.2	308	22.4±33.2	158 (31.04±31.5)	57 (33.33±26.3)		
入院時-入院前△BI	544	-31.54±33.0	311	-25.63±32.0	164 (-41.43±32.8)	58 (-35.43±33.4)		
MMSE	517	21.87±5.6	311	21.51±5.6	141 (21.98±5.5)	54 (23.13±5.3)	0.134	
初回SPB	534	6.11±3.9	339	6.44±3.8	131 (5.23±3.9)	53 (5.75±4.2)	0.003	

回復期病棟の疾患別患者像

入院前住居	全例		内部障害		運動器		神經系		p value	
	N	N	N	N	N	N	N	N		
自宅	688	362	52.6%	405	259	64.0%	200	90	45.0%	68 13 19.1% 68 0 0.0%
施設	688	22	3.2%	405	19	4.7%	200	3	1.5%	68 0 0.0%
転院	688	304	44.2%	405	127	31.4%	200	107	53.5%	68 55 80.9% P<0.001
退院先										
死亡	688	8	1.2%	405	7	1.7%	200	1	0.5%	68 0 0.0%
自宅	688	570	82.8%	405	337	83.2%	200	169	84.5%	68 53 77.5% 0.146
施設	688	93	13.5%	405	54	13.3%	200	25	12.5%	68 12 17.6%
転院	688	17	2.5%	405	7	1.7%	200	5	2.5%	68 3 4.4% P<0.001
歯科受診										
してない	688	460	66.9%	405	277	68.4%	200	145	72.5%	68 26 38.2% 68 42 61.8%
している	688	228	33.1%	405	128	31.6%	200	55	27.5%	

回復期病棟の疾患別患者像

		全例 688		内部障害 405(58.87%)		運動器 200(29.07%)		神経系 68(10.10%)		p value
	N		N		N		N			
PPO介入日数	687	57.44±33.5	405	51.17±26.7	199	64.4±40.4	68	76.86±29.3	0.867	
PPO介入単位数	687	274.86±164.8	405	244.33±134.7	199	313.79±192.2	68	351.69±204.0	0.290	
PPO介入平均	687	4.77±0.7	405	4.75±0.7	199	4.90±0.7	68	4.62±0.8	0.901	
SST介入日数	265	24.1±23.5	191	16.64±16.6	6	25.67±16.6	61	48.21±27.0	<0.001	
SST介入単位数	265	65.63±76.7	191	40.95±48.4	6	65.33±44.6	61	147.89±95.6	<0.001	
SST介入平均	265	2.26±0.7	191	2.05±0.6	6	2.39±0.4	61	2.97±0.4	0.613	
初回合同カンファ	353	19.33±5.6	182	19.02±5.9	107	19.38±5.4	54	20.72±5.2	0.780	
初回合合同カンファ回数	353	1.21±1.0	182	1.27±1.4	107	1.13±0.4	54	1.17±0.5	0.145	
回りハシート更新数	618	19.15±15.7	376	16.95±11.1	178	21.31±22.7	53	25.74±12.4	<0.001	

入院日数との相関関係

Pearson の相関係数	全体(AI)	① 内部障害	② 運動器	③ 神経系
リハ開始迄の日数	0.23 **	0.03	0.42 **	-0.12
入院前BI	-0.16 **	-0.23 **	-0.01	-0.35 **
入院時BI	-0.31 **	-0.25 **	<u>-0.29 **</u>	-0.49 **
退院時BI	-0.21 **	-0.25 **	-0.09	-0.42 **
退院・入院前ΔBI	-0.04 **	-0.01	-0.08	0.00
退院・入院時ΔBI	0.14 **	0.07 *	0.20 *	0.03
入院時・入院前ΔBI	-0.19 **	-0.11	-0.28 **	-0.01
MMSE	-0.11 *	-0.14 *	-0.08	-0.21
初回SPPB	-0.37 **	-0.38 **	<u>-0.30 **</u>	-0.33 *
特徴	「入院時ΔBI」よりも 「身体機能(SPPB)」 が高い入院ほど、早く退院 できている可能性	SPPB-0.38全群で 最も強い相關 入院時BI-0.29 入院時BI-SPPBともに 低い状態からスタート	SPPB-0.30	

「実施群」は「未実施群」に比べ、入院前BIと入院時BIが低く、入院日数が長い傾向

合同カンファレンス 実施

項目	実施群 (平均)	未実施群 (平均)	閾値 (案)
入院前BI	81.0	84.4	80点 以下
入院時BI	45.5	55.8	50点 以下
入院日数	71.7	53.5	60日 以上

「実施群」は「未実施群」に比べ、入院前BIと入院時BIが低く、入院日数が長い傾向

MSW 介入

項目	介入群 (平均)	未介入群 (平均)	閾値 (案)	根拠となるデータ解釈
年齢	81.9歳	73.8歳	80歳 以上	未介入群と絶対的な差 80歳以上の高齢者群は退院調整難航のリ スクが高い
MMSE	21.7	25.1	23点 以下	意思決定支援が必要なレベル（中等度以 上の認知症）が介入の分かれ目
入院時 BI	47.4	73.9	50点 以下	身体機能低下も著しい層が対象

MSW介入群は、カンファレンス群よりもさらに「高齢」であることが特徴的

ST (言語聴覚士) 介入

ST介入が必要な症例は、有意に入院期間が延長する傾向がある。
見落としは、在院日数増に直結する
全例スクリーニングを継続・強化していく

データから見えた「次の一手」 具体的な予測モデルと介入基準の提案へ

- 予測モデルの構築**
この「見えている予後」を、現場の経験と勘ではなく、「数値（予測式）」と「トリアージ」としてシステム化できないか？
- DX化されたトリアージシステムの実現**
「数値と基準」による早期退院・業務の効率化を図るためのシステム構築

DXアクション

歯科 & ST +栄養 強化: (「食」のトリアージ)

対象アクション	推奨基準 (トリアージ値)
合同カンファレンス	入院時BI ≤ 50 & MMSE ≤ 23
MSW 早期介入	Age ≥ 80 & 入院時BI ≤ 50 & MMSE ≤ 23
ST (言語聴覚士)介入	全例スクリーニング(継続)

「歯科受診あり」「ST介入あり」の群は、栄養状態が低い

項目	歯科受診あり (平均)	ST介入あり (平均)	閾値 (案)	根拠
MNA-SF (低栄養指標)			点以下	MNA-SFは7点以下が「低栄養」とされる データ上、介入群は7点を下回っている?

歯科 & ST +栄養 強化対象として、今後DXアクションに加えていく方針

「ゴール到達(退院日)までにかかる日数」 予測モデル (線形回帰分析)

「到達日数」を予測する重要な因子は以下の①～⑤

定数項	65.3日	
①入院前BI	係数 -0.238	病前のBIが高いほど、日数は短くなる
②BIの低下量 (入院時 - 入院前)	係数 -0.166	低下幅が小さいほど日数は短い
③初回SPPB	係数 -1.693	初回点数が高いほど日数は短い。
④合同カンファ	係数 +11.3	あり(1) or なし(0)
⑤MSW	係数 +14.8	あり(1) or なし(0)
④⑤が必要な患者は、重症度が高いため日数が伸びる前提で計算		

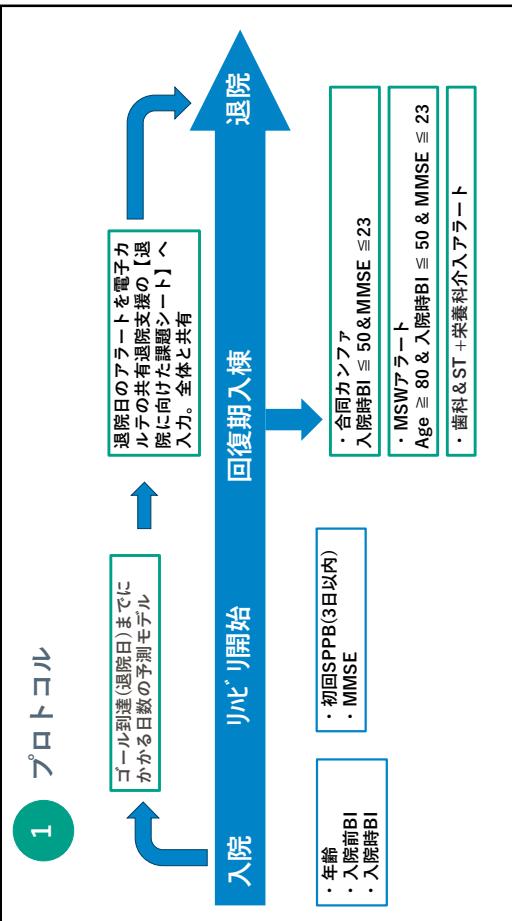
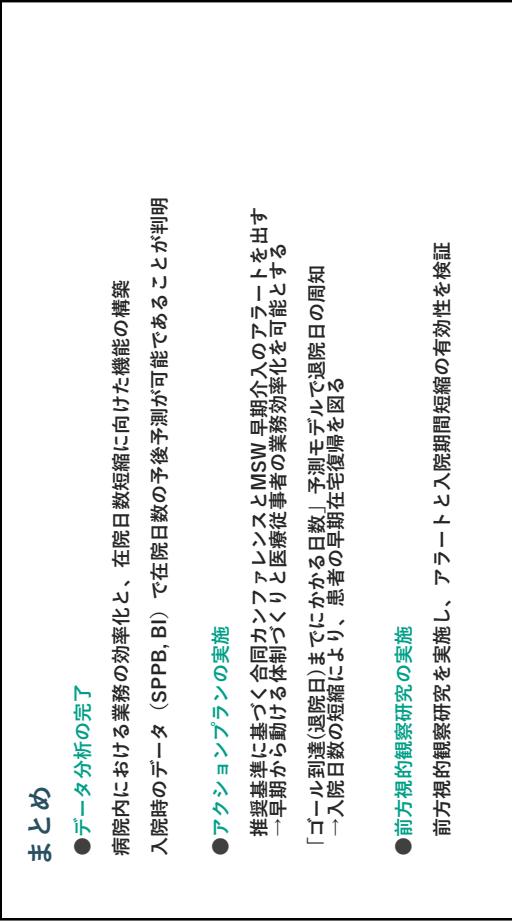
$$\text{予測日数} = 65.3(\text{定数}) - 0.238 \times \text{入院前BI} - 0.166 \times (\text{入院時 - 入院前}) \Delta \text{BI} \\ - 1.693 \times \text{初回SPPB} + 11.3 \times \text{合同カンファあり} + 14.8 \times \text{MSWあり}$$

R8年度への展望：前方視的検証と最終ゴール

DXによる「効率的かつ効果的な介入モデル」の提言へ

- 3
- 2
- 1

プロトコル策定 有効性の検証
初年度の解析モデルに基づき、 前方視的観察研究を実施し
退院日のアラートとトリアージ 改善効果を検証
基準を設定 最終ゴール
DXによる「効率的かつ効果的なリハビリモデル」の提言。
Well-being社会の実現へ



【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

独歩リハビリテーションの DX 化 —データベース解析に基づいた多職種連携の在り方を求めて

研究代表者：小田 憲一（おだ けんいち）

（新潟南病院 リハビリテーション部）

研究組織（○印は研究代表者）

医師会員 □	① 研究者名	② 分担する研究項目	③ 最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目資格（医師免許等）	④ 所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤ 所属機関における職名	⑥ 分担率（%）
□	○小田憲一	研究統括 データ固定 統計解析 論文執筆	看護リハビリ 新潟保健医療専門学校・2013年・専門士・理学療法士	新潟南病院リハビリ部	理学療法士	30
□	八雲凌太朗	理学療法士担当 データ収集 データ解析 論文執筆	新潟医療福祉大学・2020年・学士・理学療法士	新潟南病院リハビリ部	理学療法士	15
□	山口大貴	作業療法士担当 データ収集 データ解析 論文執筆	新潟医療福祉大学・2022年・学士・作業療法士	新潟南病院リハビリ部	作業療法士	15
□	武田智徳	作業療法士担当 データ収集 データ解析 論文執筆	新潟医療福祉大学 大学院・2023年・保健学博士・作業療法士	新潟南病院リハビリ部・新潟大学大学院 医歯学総合研究科循環器内科学	作業療法士	10
□	石田雅樹	言語聴覚士担当 データ収集	新潟リハビリテーション専門学校・2006年・高度専門士・言語聴覚士	新潟南病院リハビリ部	言語聴覚士	5
□	坂井八十子	看護師担当データ収集	新潟大学医療技術短期大学・1993年・短期大学士・看護師	新潟南病院看護部	看護師	5
□	河内恭典	栄養士担当データ収集	北里大学保健衛生専門学院・1999年・専門士・管理栄養士	新潟南病院管理栄養部	管理栄養士	5
□	小林崇雄	電子カルテからの基本データ収集	国際医療福祉カレッジ・1996年	新潟南病院事務部	総務課長	5
☑	和泉 徹	研究支援	新潟大学・1971年・医学博士・1982年・医師・北里大学名誉教授	新潟南病院リハビリ部・内科	統括顧問	5
☑	小幡裕明	研究支援 統計解析支援	新潟大学大学院・2008年・医学博士・医師	新潟大学大学院医歯学総合研究科循環器内科学	准教授	5

研究の概要

本研究の背景

新潟南病院では、2013年から高齢者の自立歩行を目標とした「独歩（DOPPO: Discharge of elderly Patients from hospital On the basis of their independent gait）プロジェクト」を実施し、豊富なデータベース（DB）が蓄積されている。このDBを用いて、高齢者の自立歩行に寄与する要因を特定し、より効果的なリハビリテーション（リハビリ）を提供するためのモデルを構築する。特に、DXを活用した多職種連携の最適化により、患者、医療者、介護者、そして社会の優しいWell-being構築を目指す。

本研究の目的

本研究では、まずDOPPOプロジェクトに参加した約3400人のDBを用いて、自立歩行退院に寄与する要因を明らかにする。具体的には、バーセル指数（BI）、身体機能（SPPB）、10m歩行速度（TMGS）などが退院時アウトカムに与える影響を検証し、多職種連携の在り方によるリハビリ効果の大小を検索する。得られた知見は、予後予測などの評価指標作成により高齢者リハビリや退院支援、チーム医療の質を向上させ、評価・治療の標準化及び他医療機関へのリハビリ展開を容易にする。

方法

初年度は、後方視的に過去のDBを分析し、自立歩行退院に影響を与える寄与要因を特定する。多変量解析を用いて、BI、SPPB、TMGSなどの指標に加え、患者の基礎属性や多職種医療連携の介入度合いなどから退院時アウトカムへの影響を明らかにする。次年度は、前の結果に基づき、前方視的な観察研究を行い、開発したモデルの有効性を検証する。また、多職種連携の在り方の最適化に向けて提言をまとめる。

倫理的配慮

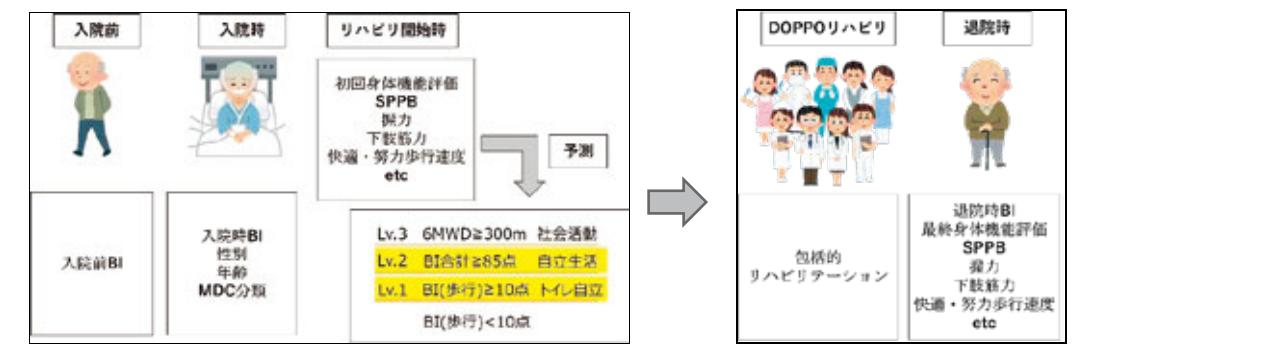
新潟南病院倫理委員会から承認された研究計画に則り実施する（1909号）。

（研究流れ図）

① 初年度研究計画：データベース解析に基づく退院時ADLと多職種連携の関係



② 次年度研究計画：最適化された多職種連携と退院時DOPPOアウトカムの検証



研究助成 [発表5]

新潟市在宅医療ネットワークの活動評価 —ドナベディアン・モデルによる連携の構造・過程・結果の分析

鎌田 剛（新潟医療福祉大学 医療経営管理学部 医療情報管理学科）

研究キーワード

医療の質評価、ドナベディアン・モデル、在宅医療・介護連携、
多職種連携、ケーススタディ

座長：江部 和人（こころはすクリニック）

背景

- 本市の在宅医療は、2000年代に地域医療現場の草の根から萌芽した「**在宅医療ネットワーク**」（以下「NW」と表記）の活動を基盤とし、医師会のリードと行政の伴走により、他地域にない厚みある体制を築く。
- 立ち上げから10年以上となる団体が多く、コロナ禍での活動困難期を経た今、その**持続可能性が課題**。
- 地域医療推進会議におけるマクロレベルの評価はあるが、各NWの活動実態をメゾン/ミクロレベルで捉えたものは見あたらない。（新潟市保健衛生部地域医療推進課、2025）

→ 各NWの特長と課題をあぶりだし、
次の10年に向けた提案を！

○兼田剛1) 阿部行宏2) 木佐貫篤3) 斎川克之4) 鈴木哲5)

- 新潟医療福祉大学
- 山の下クリニック／新潟市医師会在宅医療・介護連携センター
- 宮崎県立日南病院
- 新潟市医師会医療課
- 株式会社ストローhatt

：新潟医療福祉大学倫理審査委員会（承認番号19525-250611）
：開示すべきCOI関係にある企業等はありません。

新潟市在宅医療ネットワーク20団体の活動評価 —ドナベディアン・モデルによる連携の構造・過程・結果の分析—

次なるフェーズは？

第5フェーズ（2020年～）

「地域全体をマネジメントする医療連携～存在価値と再編組合」
地域に必要な医療資源、地域における医療機関の存在意義、平時と緊急時（感染症、災害）の
医療提供連携体制、新しいIT技術を活用する連携

第4フェーズ（2014年～）

「地域医療計画に沿った医療連携」（地域全体を包括）
地域性をふまえた医療・介護・在宅支援機関同士のネットワークづくり、医療連携部門の役割変化

第3フェーズ（2008年～）

「地域医療構想／地域包括ケアを実現する医療連携」
データに基づき地域医療・地域包括ケアをめざすシステム設計、市民や企業種を巻き込み
地域全体を包括する連携（社会連携）へ

第2フェーズ（2006年～）

「療養環境重視の医療連携」（後方連携重視）
適切な退院調整による療養環境の整備、
地域医療連携部門への看護師配置、介護在宅との連携

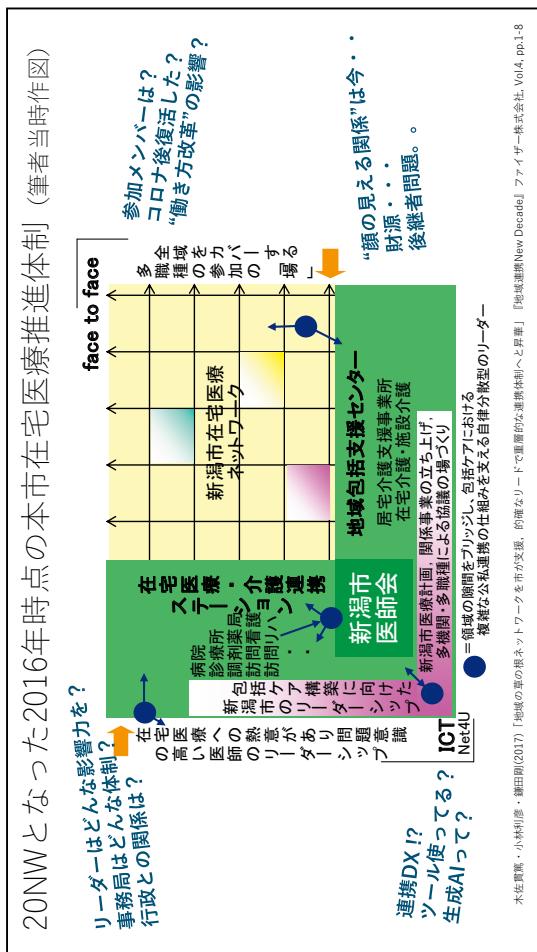
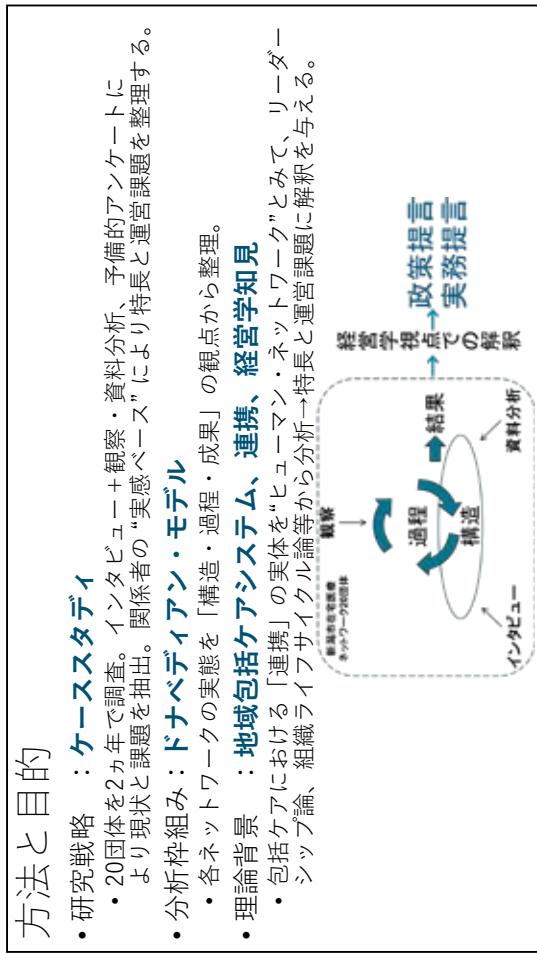
第1フェーズ（2000年～）

「診療報酬で説明した医療連携」（前方連携重視）
紹介状を介した病棟連携・病診連携の発展、
地域医療連携部門の設置、病院の営業活動

20NWの設立年

● 2000 ● 2004 ● 2007 ● 2008 ● 2009 ● 2011 ● 2013 ● 2014 ● 2015 ● 2016

—共同研究者 木佐貫篤 医師
による整理（一部改変）



、地域包括ケアシステムの実態は、制度・体制としての“システム”ではなく、各地に固有の多職種による「ネットワーク」である(に本 2015: 6-7)。

- ・実際に各地の実践現場では、2000年代前半から、いわゆる“顔の見える関係”を築くための多職種による団体が立ち上がり、入退院周りや在宅療養・介護に係る連携実務を円滑にするための**基盤づく**が進められた(鎌田, 2015)。

二木立(2015)「地域包括ケアと地域医療連携」歎息書、分厚い論議。筆者も連携の「武器」としての理論としている。

トナベーディアン・モデル	<p>・ミシガン大学 Donabedian による医療の質評価指標(QI)。OECDによる国際比較フレームワーク、WHOによる医療の質定義等の基礎。</p> <ul style="list-style-type: none"> 構造(Structure) <ul style="list-style-type: none"> NWの組織体制、参加職種/人数、規程、財務、活動の実施環境（施設・設備）等 過程(Process) <ul style="list-style-type: none"> 研修会や交流会の企画・運営手順/方法、実際の医療・介護サービスの提供を伴う場合における実施手順と方法。これらの中でも、ICT等のツール等の活用状況等 結果(Outcome) <ul style="list-style-type: none"> 研修会・交流会等の実績、企画者・参加者の広がり/活動内容の深まり）、活動に参加した多職種の変化（価値意識・態度・知識・技能等）、実際の医療・介護サービスとしての成果、地域社会に与えた影響（市民意識、行政のかわり）等
Donabedian, A. (1980). <i>The definition of quality and approaches to its assessment</i> (Vol. 1). Ann Arbor: MI: Health Administration Press.	

調査着手済みNW（随時追加予定）

現時点での全体的な発見事項	詳解
山の下地域包括ケアネット(山の下ねっと)	

- 江南区在宅医療・福祉ネットワーク
- 新津地域連携運営委員会
- 西蒲区在宅医療ネットワークの集い
 - にいがた西地区食と栄養サポートネット(INSENネット)
- あきは食のサポートチーム
- 認知症支援ネットワーク（とやのがたネット）
- 東区摂食・嚥下サポートメンバーセンター（新潟エッセン）

山の下地域包括ケアネット(山の下ねっと)の概要	<ul style="list-style-type: none"> 代表：阿部行宏 医師 事務局： 世話人会（随時） 運営委員会 全体会（研修会・講演会等） 年2回、Zoom開催含む） 小グループ活動支援 Webサイト管理運営、会員ML での情報配信 行政・社協の主催行事企画協力 市在宅医療・介護連携ステーション東主催研修会の共催 目的： <ul style="list-style-type: none"> 東区山の下、藤原・下山園域の在宅ケアに携わる保健・医療・福祉関係者、行政を含む関係機関の連携推進。 会員の相互研鑽と住民の福祉への寄与。 そのための「質の見える関係づくり」問題点や情報の共有、小グループの勉強会、注民答会。
-------------------------	--

ストーリーライathon(2010～2012頃)	<ol style="list-style-type: none"> 阿部医師の“原体験” <ul style="list-style-type: none"> 連携は必要、だがどうすればよいのか・・・ ある在宅患者の看取り。多職種が手探りでかかわり「最後まで支え切った」。 機能的な連携のあり方がみえた。 対話フェーズへ <ul style="list-style-type: none"> 親交のあつた市議との対話→区役所や社協などを巻き込む意見交換に。 <ul style="list-style-type: none"> 包括ケア・誰がどうくるの？ 訪看、ヘルパー、用具・在宅はいろんな職種・業種がかかわるが、どんな思いで入てくるのか？ 患者さんのことをよくしょくしてくる。疾患ベースで話し対立するごども。“目線が合わない”、“患者さんベースにならないといけない”。 区全体だと15万人規模が対象となり、多いし広い。そこで山の下園域(5万人)スケールに統する。“顔が見える”無理なく集まることができ、業務でもつながることができる。
--------------------------	--

ストーリーライント(2012~)

3. “生活圏”での連携基盤づくり(行政圏でなく)

- ・前身の「東区の在宅医療を考える会」(2012.4~)
 - ・後に中心メンバーとなる30名の多職種による最初のGW(2013.2)
 - ・現状と課題洗い出し→情報共有の困難、心理的障壁
 - ・山の下地域包括ケアネット設立(2013.4)
 - ・第1回全体会GW「多職種連携の課題を取り組みたいこと」(2014.2)
 - ・終了後の感想：安心した人と話せると思つた、え、もう終わり？、話しきりない、
もつとたくさんの人と話したい…
 - ・自主的な勉強会も発足→摂食嚥下、褥瘡、リハビリ、事例検討等
 - ・ICTの導入、「SWANネット」(2016~)。
 - ・“顔がみえていて”実務でもつながっているからこそ。
 - 4. コロナ禍・後ににおいても持続
 - ・“禍”はオンラインの勉強会を継続(会費財源)
 - ・“後”に全体会を開催すると、沸くほど盛り上がった。

第21回全体会(2025.9.20)の観察記録



- リハビリテーションのチカラで地域を豊かに
—切れ目のない連携で地域を豊かに創造する—
1. ケアマネ、理学療法士、デイサービス、言語聴覚士から支援事例や最新の機能訓練機器等について話題提供。
 2. グループワーク「リハビリで生活を豊かに」をテーマとして、**フリートーク**。“誕生日が一番遠い人”がグループのファシリ。
- ・第一部と第二部の間の休憩は15分。
・あえて長めにとります。みんなのお話が止まらなくて第二部を始めづらい時もあります。
- ・事後のアンケートには「もっと話したかった」「情報交換の時間がもっとほしかつた」という意見もあります。あと「グループ以外の人とも、もっと話したかった」という人もいます。

全体会「フリートーク」の観察記録

- ・訪問看護師
- ・リハビリあまりしたがらない人(糖尿病、心臓手術歴も)を担当しています。
- ・医師
- ・意欲がない人のリハビリは難しいよね。
- ・理学療法士
- ・たとえば、自転車漕ぎ「100回だけやりました」のようにやっています。
座れぱできる方、ベッドでならできる方もいるので。リハは1回でもやることが大事で、そこからだと思ってやっています。
- ・医師
- ・環境設定ときつかげづくりが大事ですね。訪問看護だけでなんとかしようではなく、いろんな機関・職種で本人の気運を高めるといふことを思っています。リハビリ大事だと、あとでは楽しいと思ってもらおう。

インタビュー記録－構造

- ・山の下の人は木戸・石山には流れないんです。中央区に流れる。地形と人の流れで、山の下は“面として切り出せた”。人口5万、事業所100ぐらいで、ちょうどいい。
- ・臨港病院、在宅支援診療所、医師会の“班”により開業医・病院医の“顔の見える関係”もあった。
- ・世話人会には行政も入ってます。企業後援は今はなくなった。
- ・職場は事務局引き受けることに理解はある。やらされ感もまったくなし。チャレンジしていきたい。
- ・以前の事務局の方から交代し、少なくとも今までと同じクリオリティで続けていきたい責任感もある。(でも)本来業務もありながらという部分も。スリム化も必要ではないか。

インタビュー記録—過程

- 全体会のテーマや中身は世話人会で決めている。事務局は先生のアイデアやヒントをもとに資料をそろえて全体会で諮る。
- 事務局として「会員はどう思つてるんだどうとは」いつも考へてる。用務中にはNWについての電話の全部はどうでられないことでもあります。
- 「小グループ」という名前の自主的な活動もあります。事門資格を取った看護師が呼びかけて縦横をテーマに始まり、リハビリがテーマでもケアマネなどの参加もある。
- コロナのときは、ズームでの勉強会を継続しました。小グループの活動は途切れものもありましたが、ズームでは続きました。
- 会費制でよかつたことは、朱雀メッセでやったり、メディアシップを使えたり、コロナ禍でもズームを導入できしたこと。
- “働き方改革”で「参加してね」と、なかなか言いにくくなつた。

インタビュー記録—過程(CT)

- 4日で100件くらいですかね。僕は常時立ち上げていて朝・昼・晩チェックして。
- 皮膚の状態が悪い、人工肛門のパウチのくつきが…といった言葉では表現しにくい問合せは、写真ですぐには送つてもうう。
- 電話だと相手に気をつかいながらのやりとりになるが、それがないから便利。
- 話しが早くなる。時間をおいちいち気にせず送れるし。「今すぐ電話するほどでないけど、きいてみたい」ことにも有効。
- スワンネットは今は250くらいしかはいってない。全区ではあるが、使つてるのは先生は使つてると、外来だけの先生は自分とこころで完結するから、つながつて何かをするということでもないのです。
- 家族も書き込めるツールもあって、遠方にいる家族とやりとりできる。たとえば国際でもアフリ入れれば。
- 顔がお互いみえて、ちゃんとした関係性があるからつながれる。ただ単に導入しただけではだめ。僕らはよかれど思つて導入をすすめても、逆に負担が増えます。DXと顔の見える関係は両輪。ベースががないとうまくいかない。

課題	構造	過程	結果
	<ul style="list-style-type: none"> 代表医師によるリーダーシップと、“対”となる事務局によるマネジャー機能を工整にシナジンする。 実効性・機動性の高い“生活圏”での連携基盤。 会費制による財源確保 特長：行政による伴走 	<ul style="list-style-type: none"> 思いを言葉にすることでNWが形に。生的な小グループ活動による自律分散型の展開 コロナ禍でもオンライン継続・代表医師の思いを全体会のテーマ/内容としてデザインしていく検討過程 専門性に加え“目線合わせ”的意義がある研修会・face to face とICT両輪による連携実務 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種の関係性形成 連携実務のノウハウ蓄積 “NW愛”的なようなご当地連携文化の醸成。

インタビュー記録—結果

- ふだん電話でしか話したことがない人が、「この人だつたんだ」。モチベーション上がった。他の人もがんばつてゐるから自分も。孤独ではない、闘つてゐるんだ、安心感。
- うれしいね、わからえたね、利用者と話すときも顔見知りの関係。医師どうしやべれる。今までには診察でしか会えなかつた先生。医師が近づいた瞬間だつた。同じ思いなんだなと。
- 実際の仕事の依頼や相談がある。それが活動継続の原動力。
- 先日の山の下ネットの10周年イベント、まずスピーチがすごかつた。一人ひとりの思いがあつていた。「こんなにも愛されてたのか」。異動で今は地域の外にいる人も来てくれた。こういうのが利用者にかえつっていくんだ。
- その熱量は5年、10年と、世代によつてかわっていくかもしない。

調査着手済みNW全体における現時点での発見事項

特長	リーダーの“思い”が多職種による フォロワーシップを醸成。 課題感の共有(顔の見える関係、認知 症・看取り等)。 リーダーを支える事務局の編集力 行政による伴走意義 各NWに独自文化の存在(NW愛/地元 愛、開業医が昔から在宅をやっていた地域、 時代がむしろ追いついた) 独自の進化発展が認められる事例も NW下にWGのような複数の小コミュニティが形成→「自律分散型」へ 学習コミュニティの段階から「事業型組織」「認知症カフェ、食形態共有等)へ 地域住民の参加を得ることで「多職種連携から社会連携」へ ICT(地域患者情報共有システム)が「災害時の連携」に活用できる可能性も	課題 参加者の固定化 医師・歯科医師等中核職種のコミットメント不足 “働き方改革”による時間外/業務外参加の困難化 財源問題 ICT活用の程度 コロナ禍以降休止状態 後継者(世代交代)の問題
----	--	--

今後の研究予定

1. 26年度内に全NWを調査。
2. インタビューのみならず、全体会や各種の会合に参加し観察も重視。
3. 各ネットワークのストーリーラインの明確化
4. 特長と課題に関連する概念の抽出
5. 理論的知見からの解釈づけ
6. 政策提言・実務提言の考案
7. 学会での発表、報告書作成

謝辞
これまでに調査にご協力いただきました各在宅医療ネットワークの皆さまに、厚く御礼申し上げます。
本研究は令和7年度新潟市医師会地域医療研究助成により遂行中のものです。ご支援に感謝申し上げます。

今後のご協力のお願い

- 本研究は、各在宅医療ネットワークの皆さまのご協力により遂行中のものです。今後ともご理解・ご協力を賜りますよう、心よりお願い申します。

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

新潟市在宅医療ネットワーク 20 団体の活動評価 — ドナベディアン・モデルによる連携の構造・過程・結果の分析

研究代表者：鎌田 剛（かまだ ごう）

(新潟医療福祉大学 医療経営管理学部 医療情報管理学科)

研究組織（○印は研究代表者）

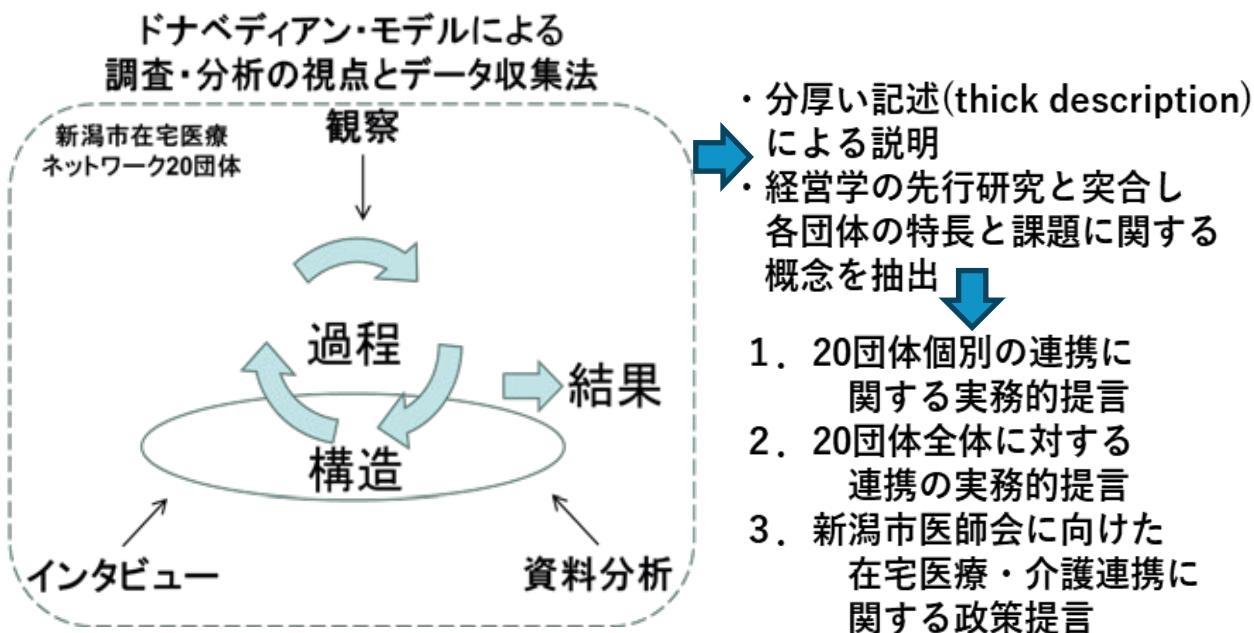
医師会員 □	① 研究者名	② 分担する研究項目	③ 最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目資格（医師免許等）	④ 所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤ 所属機関における職名	⑥ 分担率（%）
<input type="checkbox"/>	○鎌田 剛	共同研究者との意見交換を通じ、研究の計画、調査の実施、分析、報告書・論文等の作成・発表を進め、本研究の全体を統括する。	北陸先端科学技術大学院大学知識科学研究科社会システム構築論講座博士後期課程・2008年単位取得満期退学・博士（知識科学）、知識経営・多職種連携	新潟医療福祉大学 医療経営管理学部 医療情報管理学科	教授	50
<input checked="" type="checkbox"/>	阿部行宏	研究の分析過程及び結果に関する妥当性の評価、研究成果の実装と普及啓発	昭和大学医学部医学科・1999年卒・学士（医学）、内科・消化器科、医師	山の下クリニック 新潟市医師会・在宅医療・介護連携センター 新潟市医師会理事	院長 センター長 会計部長	20
<input type="checkbox"/>	木佐貫篤	ドナベディアン・モデルによる評価に関する助言、研究の分析過程及び結果に関する妥当性の評価	宮崎医科大学医学部医学科・1987年卒・博士（医学）、病理診断・細胞診・地域医療連携、医師	宮崎県立日南病院	副院長／患者支援センター長	10
<input type="checkbox"/>	斎川克之	新潟市在宅医療ネットワーク 20 団体との調査協力のコーディネート、研究の分析過程及び結果に関する妥当性の評価、研究成果の普及啓発のコーディネート	東北福祉大学社会福祉学部社会福祉学科・1995年卒・学士（社会福祉学）、ソーシャルワーク・地域医療連携、社会福祉士、医療福祉連携士	新潟市医師会地域医療推進室 (新潟市医師会在宅医療推進センター／新潟市在宅医療・介護連携センター)	室長	10
<input type="checkbox"/>	鈴木 哲	地域患者情報共有システム（SWAN ネット）開発元としての視点から、研究の分析過程及び結果に関する妥当性の評価、研究成果の実装と普及啓発	法政大学社会学部応用経済学科・1997年卒・学士（社会学）、HER・PHR 等の医療システム構築	株式会社ストローハット 慶應義塾大学 SFC 研究所 特定非営利活動法人全国連携実務者ネットワーク	代表取締役 所員 事務局長	10

研究の概要

本研究は、新潟市内に20団体ある「在宅医療ネットワーク」における、これまでの活動過程と成果、課題等を分析し、本市の在宅医療・介護連携のさらなる充実に向け提言を行うものである。

本市の在宅医療は、2000年代に地域医療現場の“草の根”から萌芽した在宅医療ネットワークの活動を基盤とし、市医師会のリードと行政の伴走により、他地域にない厚みのある体制を築いている。一方その評価は、第2期市医療計画の策定を前にして、マクロレベルのものははあるが、在宅医療ネットワークの個別活動に関するメソ、ミクロレベルものは見当たらない。そこで本研究では、医療の質評価の視点として知られるドナベディアン・モデル(構造・過程・結果)を導入し、20団体を2カ年の研究期間に分け調査する。データの収集・分析は、インタビュー・観察・資料分析によるトライアングュレーションとし、得られたデータと経営学の先行研究を突合することで、各団体の特長と課題に関する概念を抽出する。研究成果は、本市在宅医療・介護連携のさらなる充実に向けた政策提言ならびに在宅医療ネットワークの連携実務に資するものとして取りまとめ、貴医師会に報告する。なお倫理的配慮については、研究代表者が所属する新潟医療福祉大学研究倫理審査委員会の審査を受審する。

(流れ図)



研究助成 [発表6]

新潟発診断未確定関節炎に対する地域連携 ネットワーク構築のさらなる発展への試み

近藤 直樹（新潟大学医歯学総合病院 整形外科）

研究キーワード

診断未確定関節炎、地域連携ネットワーク

座長：関 奈緒（新潟大学大学院保健学研究科 看護学分野）

2026-1-24
新潟市医師会地域医療 研究助成発表会
発表6 座長；関 奈緒 先生

**診断未確定関節炎に対する新潟発地域連携
ネットワーク構築のさらなる発展の試み**

○1近藤直樹 2小林大介 1角谷梨花 3黒田 級
 1 新潟大学医学歯学総合病院整形外科
 2 新潟大学医学歯学総合病院腎臓病原病内科
 3 新潟大学保健管理センター





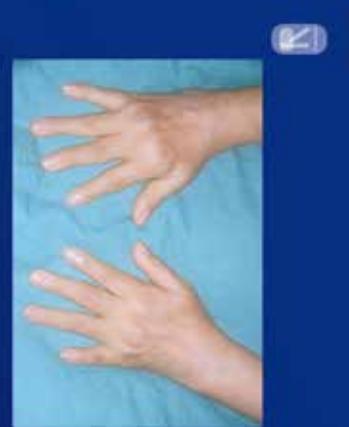
多関節痛の患者さんの主訴

手指がこわばります	筋肉が痛い
そこらじゅうが痛い	関節がはれる
あちこち痛い	
体が動かない	

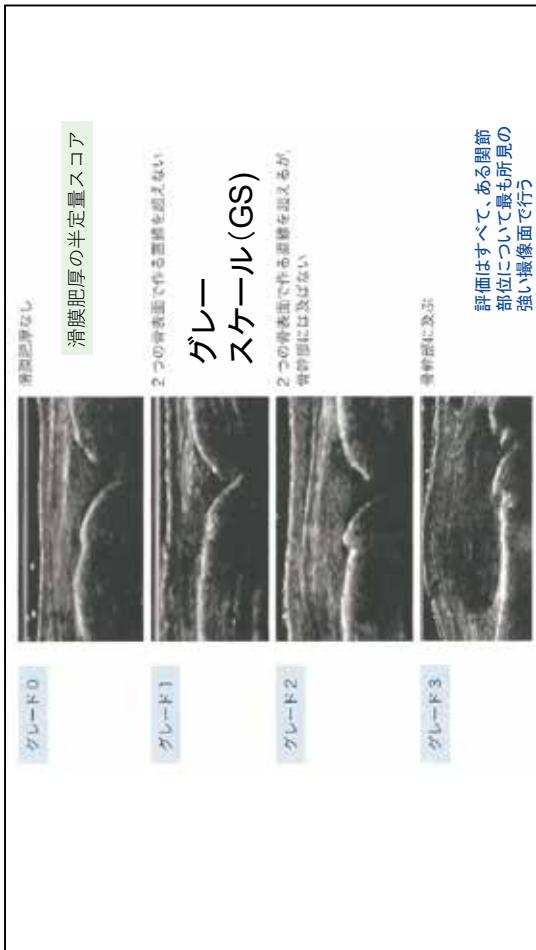
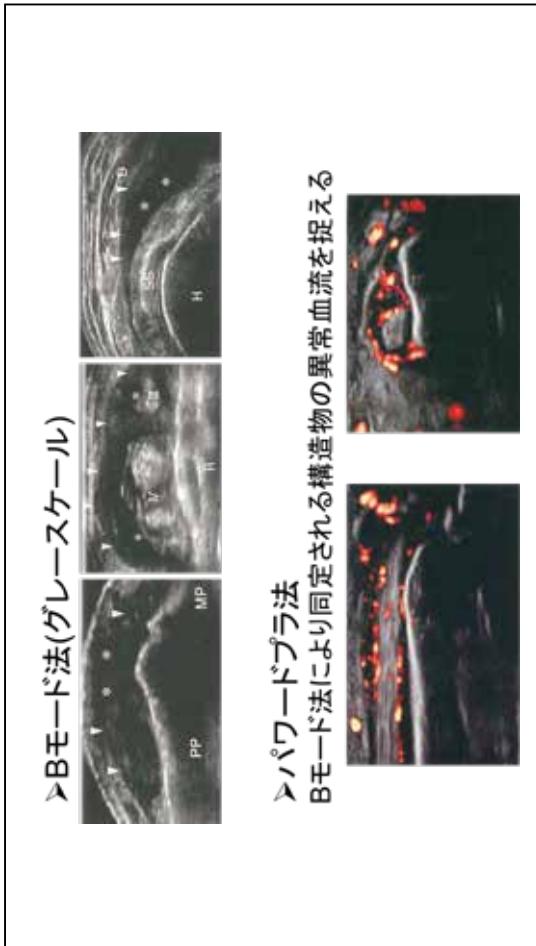
関節炎を鑑別するtool

関節の視診、触診、単純エックス線検査
 関節エコー検査
 手関節、手指、足部のCT検査、MRI検査
 血液検査、尿検査
 関節液の炎症性サイトカイン濃度 (MMP-3、IL-6)
 生検

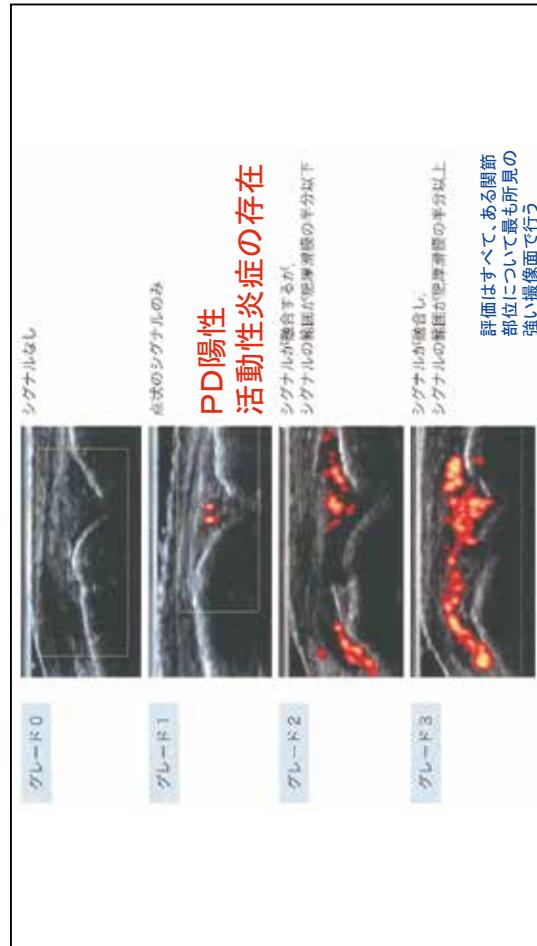
RAの典型的身体所見



- 関節症状は通常、左右対称
- 握力、関節機能が損なわれる



関節リウマチ新基準使用時(2010)のRA鑑別疾患難易度別リスト	
高	1. ウィルス感染に伴う関節炎 (ヘルペスウイルス、風疹ウイルスなど) 2. 全身性結合組織病 (シェグレン症候群、全身性エリテマトーデス、混合性結合組織病、皮膚筋炎・多発筋炎、強皮症)
	3. リウマチ性多発筋痛症
	4. 乾癬性関節炎
中	1. 変形性関節症 2. 関節周囲の疾患 (腱鞘炎、腱付着部炎、肩関節周囲炎、滑液包炎など) 3. 結晶誘発性関節炎 (痛風、偽痛風) 4. 血清反応陰性脊椎関節炎 (反応性関節炎、掌蹠膿疱症性骨關節炎、強直性脊椎炎、炎症性腸疾患関連関節炎) 5. 全身性結合組織病 (ベーチェット病、血管炎症候群、成人Still病、結節性紅斑) 6. そのほかのリウマチ性疾患 (回帰リウマチ、サルコイドーシス、RS3PEなど) 7. そのほかの疾患 (更年期障害、線維筋痛症)
低	1. 感染に伴う関節炎 (細菌性関節炎、結核性関節炎など) 2. 全身性結合組織病 (リウマチ熱、再発性多発軟骨炎など) 3. 悪性腫瘍 (腫瘍隣接半症候群) 4. そのほかの疾患 (アミロイドーシス、感染性心内膜炎、複合性局所疼痛症候群など)



12週で。。。。

- 早期関節炎症例のうち関節リウマチと診断された症例においてリウマチ医に受診するまでの期間が12週未満と12週以上をした症例において、骨関節病変進行の程度や臨床的實解率が異なっており、12週以内にリウマチ医に受診した群において有意に優れていた（van der Linden MPM, et al. Arthritis Rheumatol 62; 3537-3546, 2010）。

→ 早めに リウマチ医にかかることが重要

診断未確定関節炎

Undiagnosed Rheumatic Disease; URD
一般的な臨床検査と身体診察では確定診断に至らない関節炎
RF、抗CCP抗体いずれも陰性がしばしば
診断基準を満たさない、

* Preclinical RA (Mankia K, et al. A&R, 2016)

診断未確定リウマチ性疾患の中で将来的にRAになる症例
遺伝、環境（喫煙、歯周病）、
無症候性の抗CCP抗体陽性、
腸内細菌の破綻など

診断の遅れのもとなる3つのdelay

- Patient delay
- General Practitioner delay
- Rheumatologist delay

Patient delay

症状発現からプライマリドクターを受診するまでの時間

General Practitioner delay

プライマリドクターからリウマチ医に受診するまでの時間

• Bykerk V, et al. AR, 2010)

Rheumatologist delay
リウマチ医受診から抗リウマチ薬治療が開始されるまでの時間

12Wで。。。。

・早期関節炎症例のうち関節リウマチと診断された症例においてリウマチ医に受診するまでの期間が12週未満と12週以上を要した症例において、骨関節病変進行の程度や臨床的対応率が異なっており、12週以内にリウマチ医に受診した群において有意に優れていた(van der Linden MPM, et al. Arthritis Rheumatol 62; 3537-3546, 2010)。

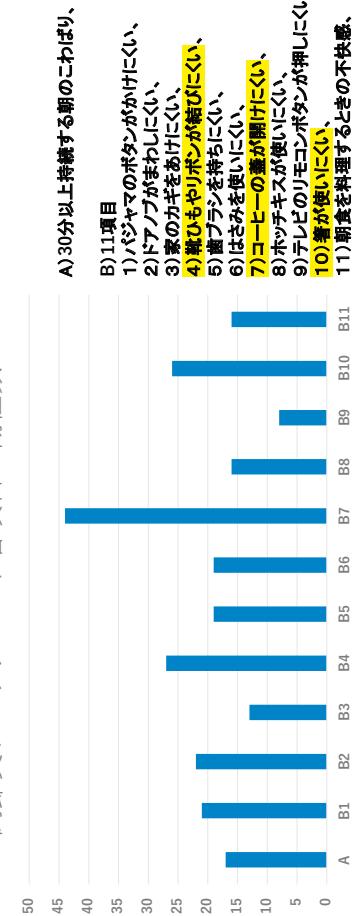
→ 早めに リウマチ医にかかることが重要

チェックリスト (共同研究者 考案)

- A)30分以上持続する朝のこわばり、
B)11項目なむち
1)バジャマのボタンがかけにくい、
2)ドアノブがまわしにくい、
3)家のカギをあけにくい、
4)靴ひもやリボンが結びにくい、
5)髪ブラシを持ちにくい、
6)はさみを使いにくい、
7)コーヒーの蓋が開けにくい、
8)ホッチキスが使いにくい、
9)テレビのリモコンのボタンが押しにくい、
10)箸が使いにくい、
11)朝食を料理するときの不快感、である

A) およびB) の2項目以上を満たすとき、患者はかかりつけ医に即相談してもらう

関節炎チェックシート各項目の陽性数



A、およびBの2項目以上を満たす；10例/10%だった

CONN-URD (コソ・ユーラルディーー)

Collaboration Network of Niigata- Undiagnosed Rheumatic Diseases

診断未確定リウマチ性疾患に対する新潟地域連携ネットワーク

- A)30分以上持続する朝のこわばり、
B)11項目
1)バジャマのボタンがかけにくい、
2)ドアノブがまわしにくい、
3)家のカギをあけにくい、
4)靴ひもやリボンが結びにくい、
5)髪ブラシを持ちにくい、
6)はさみを使いにくい、
7)コーヒーの蓋が開けにくい、
8)ホッチキスが使いにくい、
9)テレビのリモコンボタンが押しにくい、
10)箸が使いにくい、
11)朝食を料理するときの不快感、

ロゴマークの決定

スペック（株）
石附様のアレンジ



2023年9月1日より
一般公開
9月14日
教室同窓会幹事会で
アナウンス

パソコン
スマホ
いわゆからでも
CoNN-URD
と検索すると
同一の内容が
閲覧可能です

チェックリストのあと、

近隣のクリニック情報を掲載しており、直接リンクされます。

患者側の遅れ(Patient Delay) を軽減

新潟日報に
広告掲載
しました

2023年9月15日

新潟未連携施設に対する新規拡大地図システム
その意味は、
関節リウマチ
ではありませんか？

新規リウマチは理学療法、理学療法士が必要です。
また、至急にわかる治療のアガが必要です。

CoNN-URDとは？

新規未連携リウマチ性疾患に対する
新規未連携連携ネットワークの構築です。
新規未連携リウマチ性疾患を持つ患者を対象にし、
自己保健チェック、医療機関登録等の連携機能を備え、
既存の専門病院へ連携する際には連携が容易に、また、
既存の専門病院にて診断された患者が、ワードアラート機能を用いて、
新規未連携リウマチ性疾患に対する新規未連携ネットワークへ連携を促す仕組みです。

新規未連携リウマチ性疾患に対する新規未連携ネットワークの構築について、新規未連携、既存の専門病院、ワードアラート機能を用いた連携の実現を目指す。

代謝医師 渡邊謙輔 新潟大学医学部附属病院内分泌科准教授、新潟市立第一病院内分泌科准教授、新潟市立第一病院内分泌科准教授

新潟県内の医療機関リスト

かかりつけ医

紹介状の必要な病院 (主に日本リウマチ学)

医師向け相談サイト：GP delayの軽減

こちらは、診断未確定筋炎に対する医師向け情報サイトです。診断のつかない関節炎や、治療をしていて難治するような症例の相談を受け付けます。診断のつかない筋炎や、治療をしていて難治するような症例の相談を受け付けます。全員登録はこちらから専門医に行こう♪ができます。



紹介状の必要な病院
(主に日本リウマチ学会; リウマチ専門医のいる病院)

昨年までの課題

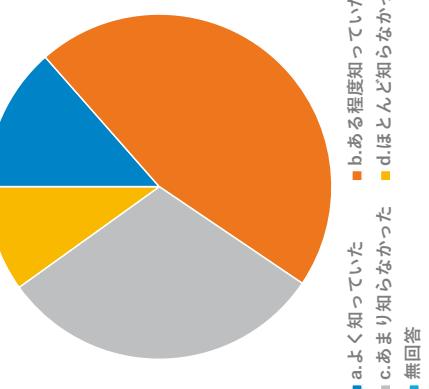
一般市民への啓発がなされているかどうか疑問

→ 市民公開講座を開催することとした

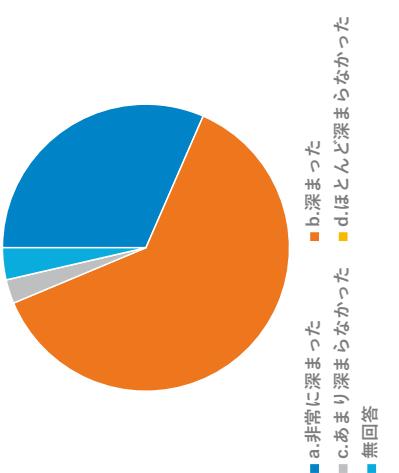
市民公開講座を開催しました
2025年9月28日 @ Mediaship 2F



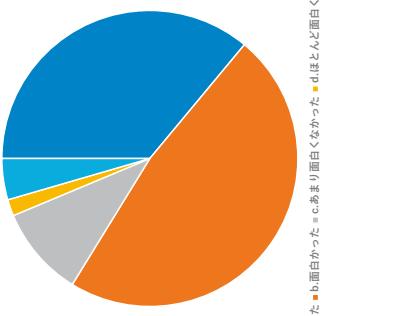
Q1. 関節リウマチを知っていたか？



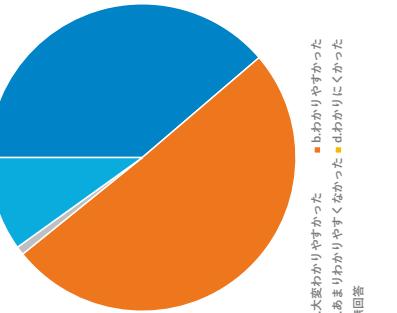
Q2. 講座を受講して関節リウマチの理解が深まったか？



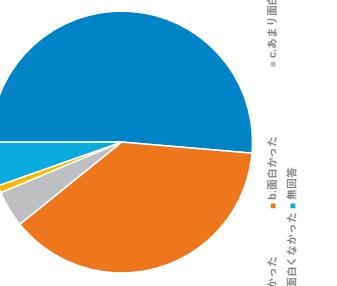
Q3.(1) 講演①は面白かったか？



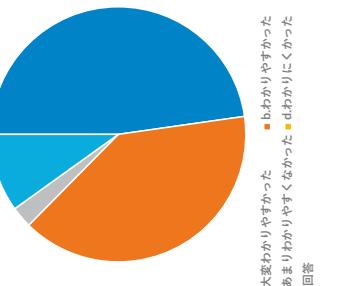
Q3.(2) 講演②はわかりやすかったか？



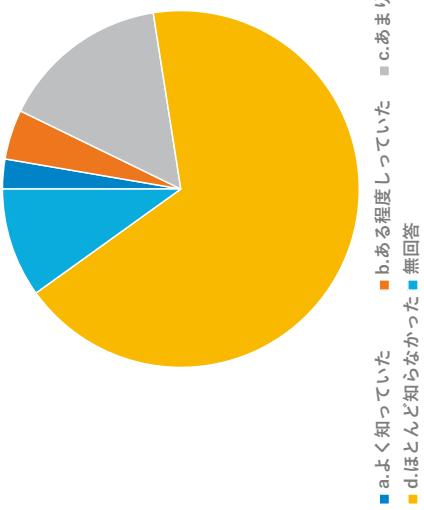
Q4.(1) 講演②は面白かったか？



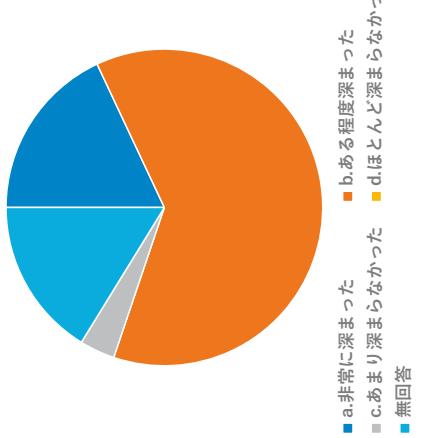
Q4.(2) 講演②はわかりやすかったか？



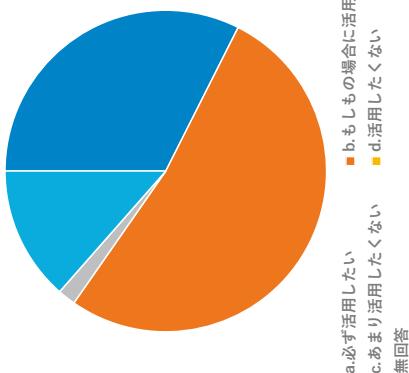
Q5. CoNN-URDについて知っていましたか？



Q6. CoNN-URDの理解が深まつたか？

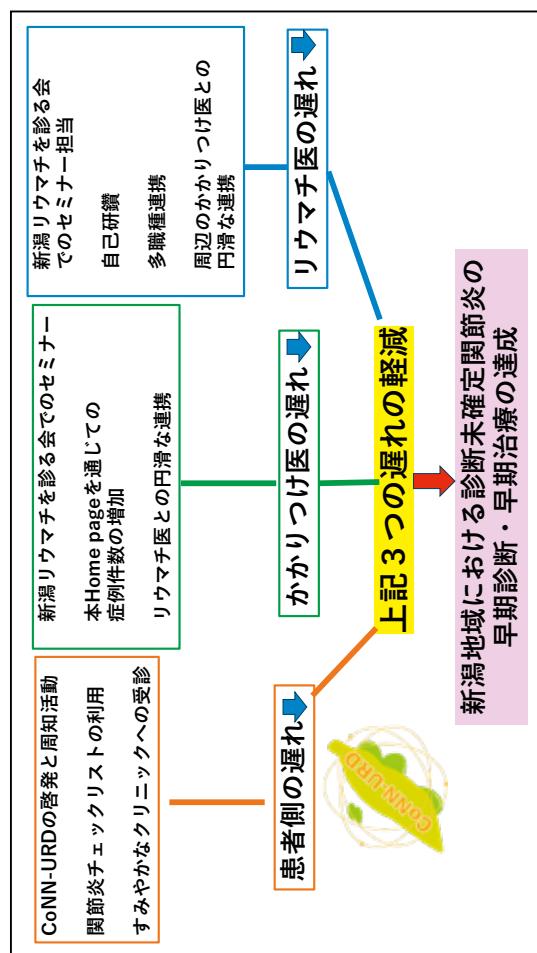
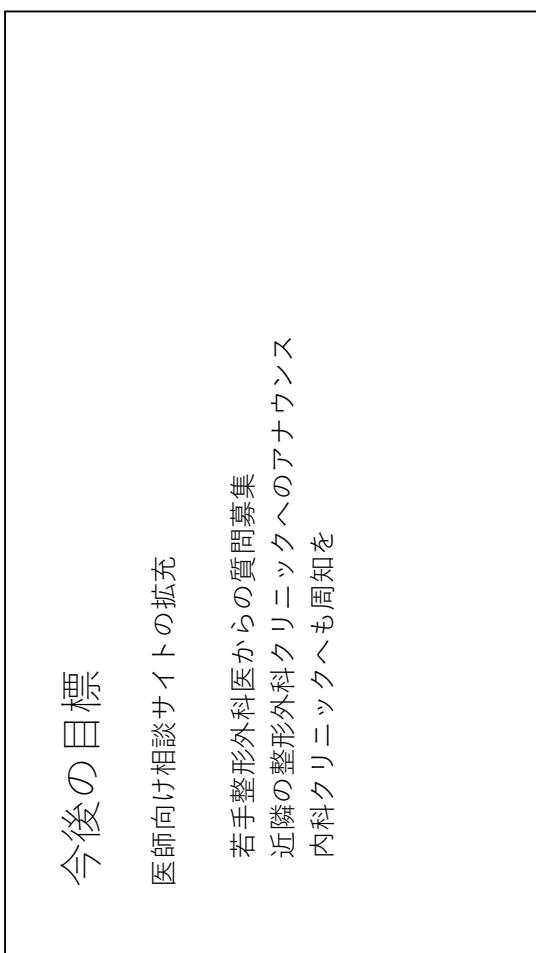
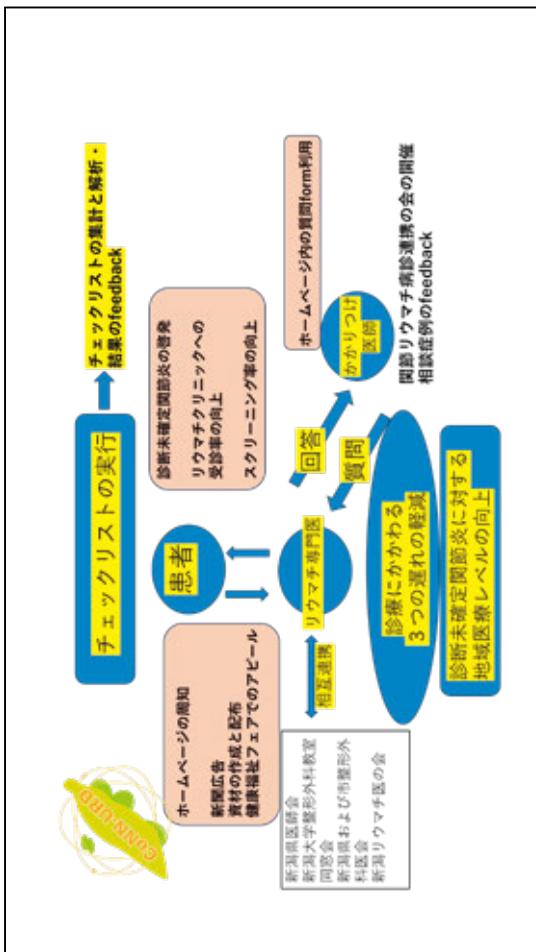


Q7. CoNN-URDを活用したいと思うか？



健活講座の成果

1. アンケート結果から一般の方の生の声が聞けた
2. 講座によってCoNN-URDに対する理解が深まつた回答が大多数であり、啓発効果が得られたといえる
3. 関節炎チェックリストの検討を継続する



【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

診断未確定関節炎に対する新潟発地域連携ネットワークのさらなる発展への試み

研究代表者：近藤 直樹（こんどう なおき）

（新潟大学医歯学総合病院 整形外科）

研究組織（○印は研究代表者）

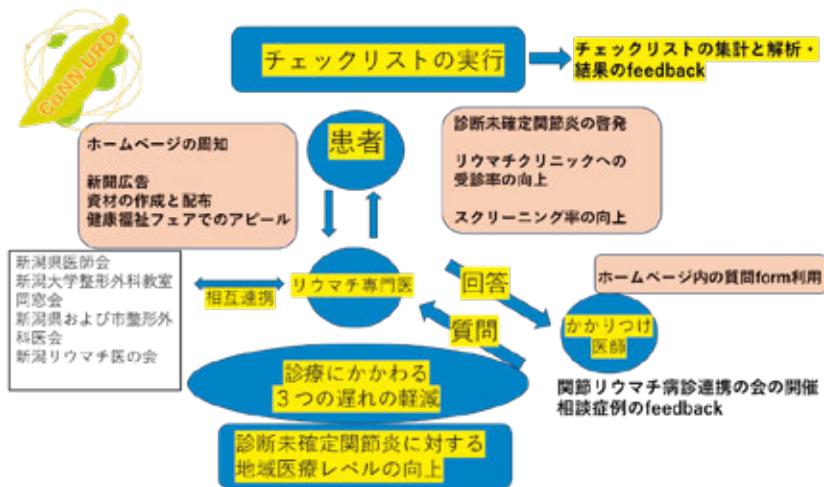
医師会員 □	① 研究者名	② 分担する研究項目	③ 最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目資格（医師免許等）	④ 所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤ 所属機関における職名	⑥ 分担率（%）
<input checked="" type="checkbox"/>	○近藤直樹	診断未確定関節炎における啓発と教育、データ分析、研究全体の統括、論文作成	新潟大学大学院 2006年 医学博士 医師免許、日本リウマチ学会指導医、日本整形外科学会専門医	新潟大学医歯学総合病院整形外科	病院准教授	60
<input checked="" type="checkbox"/>	小林大介	診断未確定関節炎における啓発と教育、研究全体の統括	東京大学大学院 2002年 医学博士、医師免許、日本リウマチ学会指導医	新潟大学医歯学総合病院腎膠原病内科	助教	15
<input type="checkbox"/>	黒田 毅	研究全体の統括	新潟大学大学院 1995年 医師免許、医学博士、日本リウマチ学会指導医	新潟大学保健管理センター	教授	15
<input type="checkbox"/>	角谷梨花	データ分析、論文作成	新潟大学大学院 2023年 医師免許、日本リウマチ学会専門医、日本整形外科学会専門医	新潟大学スイングバイプログラム（整形外科、肉眼解剖学）	助教	10

研究の概要

診断未確定リウマチ性疾患 (Undiagnosed Rheumatic Diseases ; URD) は一般的な臨床検査と身体診察では確定診断に至らない関節炎である。関節リウマチ (Rheumatoid Arthritis ; RA) に代表される複数の疾患から構成され、速やかに診断されない場合も多く、診断や治療の遅れが後の関節機能や生命予後に重大な影響を及ぼす事が知られている。臨床の現場では、患者の遅れ (Patient delay, 症状発現からかかりつけ医受診までの遅れ)、かかりつけ医の遅れ (General Practitioner delay, かかりつけ医からリウマチ医受診までの遅れ)、リウマチ医の遅れ (Rheumatologist delay, 抗リウマチ薬投与開始までの遅れ) の3つの遅れが問題とされている。各々の遅れを緩和あるいは解消するために、診断未確定関節炎に対する教育啓発プログラムの構築と実践、および同疾患に関する地域医療連携システムの構築と実践が急務である。

本研究は、すでに立ち上げている地域連携ネットワークシステムのホームページにおける早期RA診断のためのチェックリストを適切に運用使用すること、当該チェックリストのデータ収集に努め、結果を分析すること、スクリーニングにおける本チェックリストの有用性を統計学的に分析することで“患者の遅れ”的解消、診断未確定関節炎における意識を向上させ、リウマチ医に簡便に相談できる応答フォームを本ホームページにて運用することで、“かかりつけ医の遅れ”的解消を目的としている。その結果、新潟モデルの研究を元に全国での健康寿命の延伸につなげることを最終目標としている。

(流れ図)



研究助成 [発表7]

AIとライフログデータを活用したフレイル早期検知と 予防を支える包括的エコシステムの構築

井上 達朗（新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 理学療法学科）

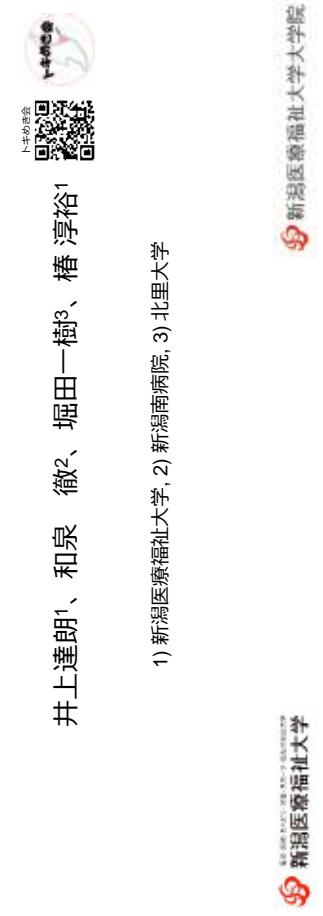
研究キーワード

フレイル、スマートフォン、ライフログデータ、AI 解析、テーラーメード型予防

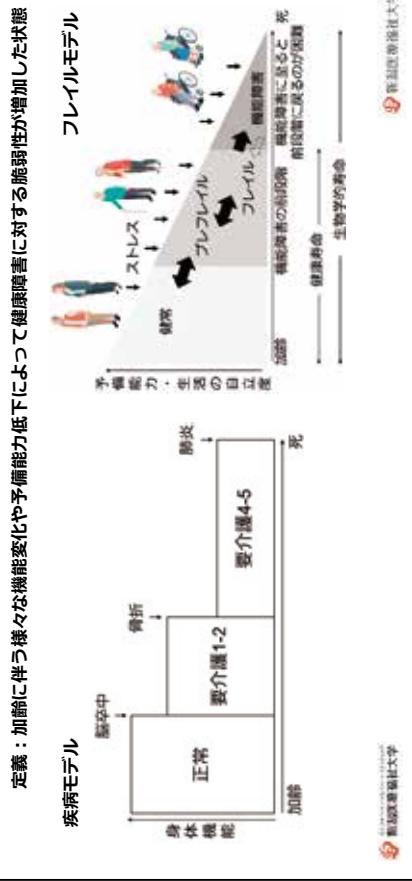
座長：上所 美樹子（新潟市 福祉部）

AIヒューライフログデータを活用したフレイル早期検知と予防を支える包括的エコシステムの構築

令和7年度新潟市医師会地域医療研究助成



フレイル



フレイルの診断基準：改訂J-CHS基準

体重減少 6ヶ月で2kg以上の意図しない体重減少

筋力低下 握力：男性<28kg, 女性<18kg
(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする

歩行速度 通常歩行速度 <1.0m/秒

- ①軽い運動・体操をしていますか?
②定期的な運動・スポーツをしていますか?
上記のいずれにも「週に1回もしていない」と回答

0：ロバスト、1-2つ該当：フレイル、3つ以上：フレイル

Saito S, Arai H. The revised Japanese version of the Cardiovascular Health Study criteria (revised-JCHS criteria). Geriatr Gerontol Int. 2020

新潟医療福祉大学

新潟医療福祉大学

新潟医療福祉大学

ネットワーク基盤へのフレイル指標の追加

- ・医療・介護資源が減る中で「先手を打つ」意味でのフレイル対策
- ・目標は「生活能力の低下を早期に自覚・発見し、適切な行動・介入に繋ぐ」こと
- ・行政・医療福祉の全てのサービスでフレイルに気づくこと



フレイルに対するデジタル介入



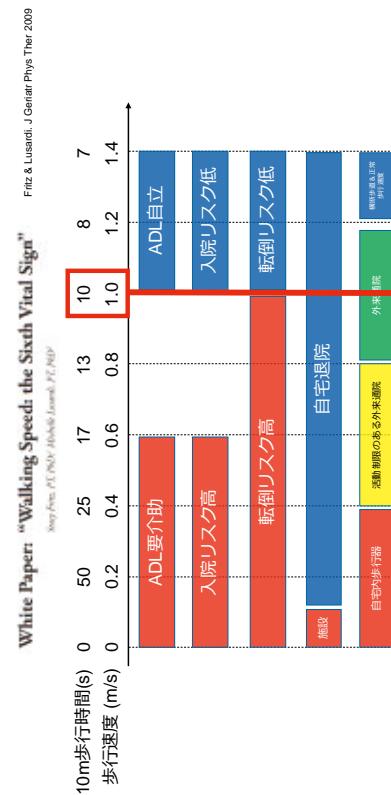
推奨一覧(デジタルヘルス介入)

推奨一覧(デジタルヘルス介入)	
HQ	推奨(エビデンスの強さ、エビデンスの確実性)
1 高齢者のフレイルを用いた介入・評価は デジタルヘルスサービスを用いるため推奨する	エビデンスが不十分のため推奨・提案を保留する (推奨の強さ：弱い、エビデンスの確実性：非常に弱い)
2 デジタルヘルスサービスを用いた介入・評価はフレイルリスク非高齢者のフレイルを予防するか？	介入を行なうことを推奨する (推奨の強さ：弱い、エビデンスの確実性：非常に弱い)
3 デジタルヘルスサービスを用いた介入・評価はフレイル高齢者のフレイルを改善させるか？	エビデンスが不十分のため推奨・提案を保留する (推奨の強さ：弱い、エビデンスの確実性：非常に弱い)
4 デジタルヘルスサービスを用いた介入・評価は高齢者のサルコベニアを予防するか？	デジタルヘルスサービスまたは手法を用いることを提案する (推奨の強さ：弱い、エビデンスの確実性：非常に弱い)
5 デジタルヘルスサービスを用いた介入・評価はハイリスク非高齢者のサルコベニアを予防するか？	介入を行なうことを推奨する (推奨の強さ：弱い、エビデンスの確実性：弱い)
6 デジタルヘルスサービスを用いた介入・評価はサルコベニアのサルコベニアを改善させかかるか？	エビデンスが不十分のため推奨・提案を保留する (推奨の強さ：弱い、エビデンスの確実性：非常に弱い)

新潟医療福祉大学大学院



歩行速度は第6のバイタルサイン



本研究では日常生活下で連続的に取得

佐渡島で構築する島全体での包括的フレイル予防支援工コシステム

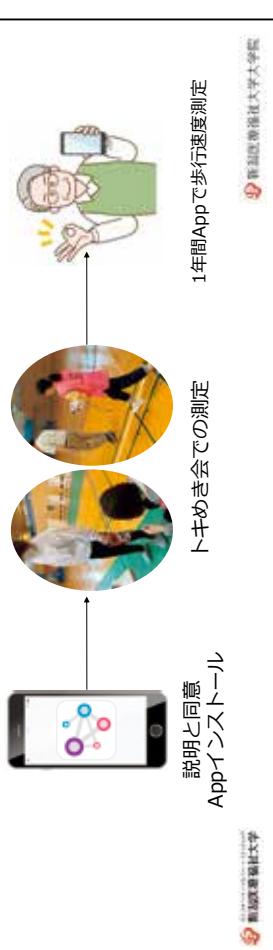


新潟医療福祉大学大学院

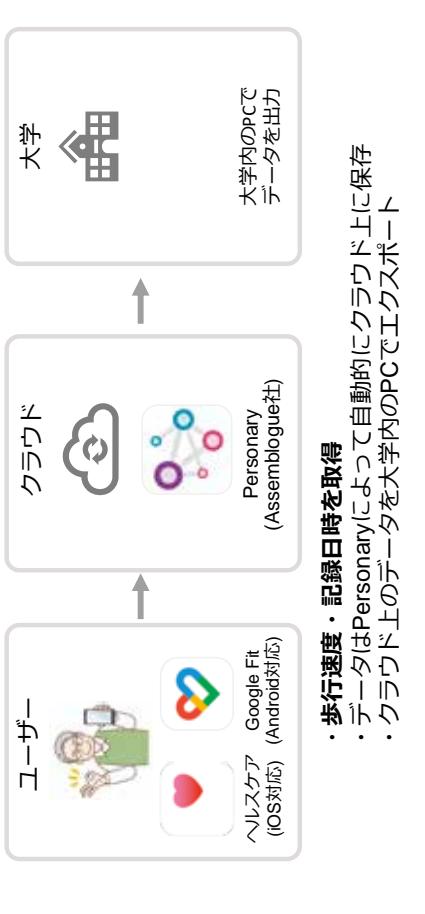


方法

対象者：佐渡トキめき会に参加した40歳以上の地域住民
 研究期間：2020年1月～2025年6月
 除外基準：スマートフォンを持っていない方



歩行速度の取得方法



データ処理・解析方法

【ノイズ除去】

- ①スマートフォンから取得した歩行速度に上限・下限値を設定してノイズ除去
 - ・上限値：各被験者の測定会で測定した速度
 - ・下限値：0.2-1.4 m/s (0.2 m/s刻み)

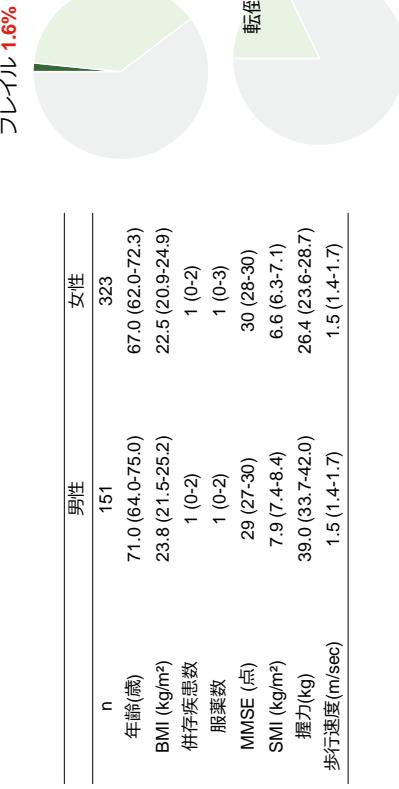
②スマートフォンから取得した歩行速度の平均値を算出

【統計解析】(Graphpad Prism Version 10.0.)

- ・スマートフォンから取得した歩行速度の平均値と測定会で測定した歩行機能指標の単変量相関分析
- ・決定係数 (R^2 値) およびp値を算出

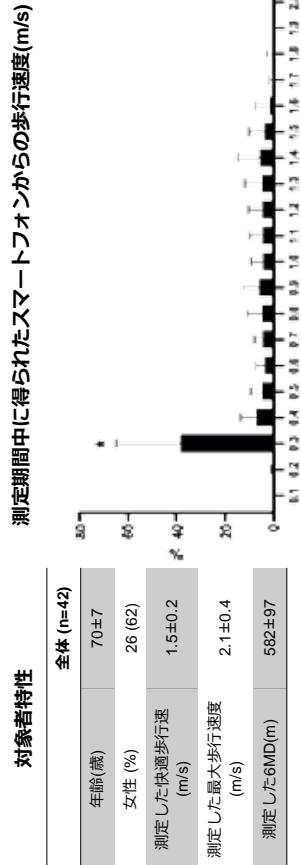
* 本研究は新潟医療福祉大学の倫理委員会の承認を得て実施 (18558-201221)

対象者特性 (n=474)



	男性	女性
n	151	323
年齢(歳)	71.0 (64.0-75.0)	67.0 (62.0-72.3)
BMI (kg/m ²)	23.8 (21.5-25.2)	22.5 (20.9-24.9)
併存疾患数	1 (0-2)	1 (0-2)
服薬数	1 (0-2)	1 (0-3)
MMSE (点)	29 (27-30)	30 (28-30)
SMI (kg/m ²)	7.9 (7.4-8.4)	6.6 (6.3-7.1)
握力(kg)	39.0 (33.7-42.0)	26.4 (23.6-28.7)
歩行速度(m/sec)	1.5 (1.4-1.7)	1.5 (1.4-1.7)

スマートフォンデータが取得できた対象者



スマートフォンデータと歩行機能の相関

*スマートフォンで取得した歩行速度データの上限値と下限値(0.2-1.4 m/s)を設定

	下限値(m/s)	0.2	0.4	0.6	0.8	1.0	1.2	1.4
n	42	40	38	36	35	31		
実測した快適歩行速度	0.01	0.00	0.03	0.01	0.01	0.11	0.14*	
実測した最大歩行速度	0.02	0.02	0.04	0.04	0.30*	0.43*	0.55*	
実測した6MWD	0.02	0.03	0.06	0.03	0.35*	0.55*	0.63*	

単変量相関分析のR²値 * P<0.05

1.4 m/s を下限値とすると実測した快適・最大・6MWDと有意に相関

考察

【結果のまとめ】

- スマートフォンデータを取得できたのはわずか10%未満
▶高齢者のデバイス利用状況に起因する実装上の課題
- スマートフォンデータはノイズ除去により歩行機能と有意に相関
- 【本研究で用了いたスマートフォンデータのノイズ除去】

 - 上限値：測定会での歩行速度
 - 下限値：1.0-1.4 m/s

- 【ノイズ除去の必要性：上限値】

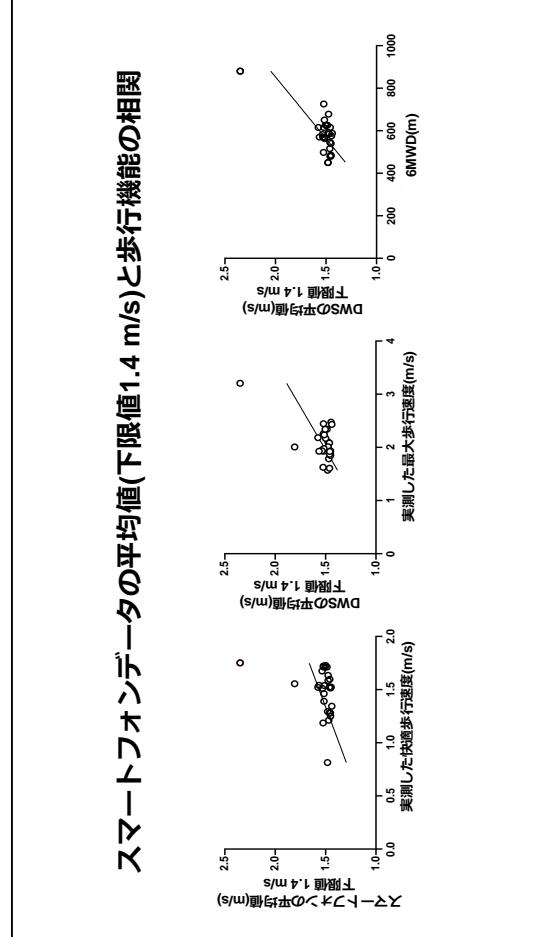
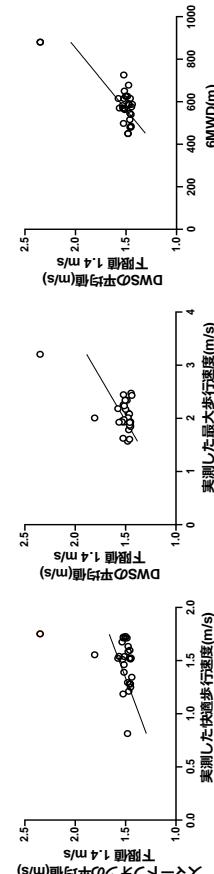
 - デバイス上で明らかに歩行速度を超過した値が含まれる
 - DWSが10mの直線路で計測された最大歩行速度を超過することは考えにくい

- 【ノイズ除去の必要性：下限値】

 - 日常生活など歩行速度の変調を伴う条件では、低速歩行において実測値との相関が低下し推定精度が不十分となる

(Sisupardi P. et al. IEEE J Biomed Health Inform. 2020)

スマートフォンデータの平均値(下限値1.4 m/s)と歩行機能の相関



【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

AI とライフソフトデータを活用したフレイル早期検知と予防を支える包括的エコシステムの構築

研究代表者：井上 達朗（いのうえ たつろう）

（新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 理学療法学科）

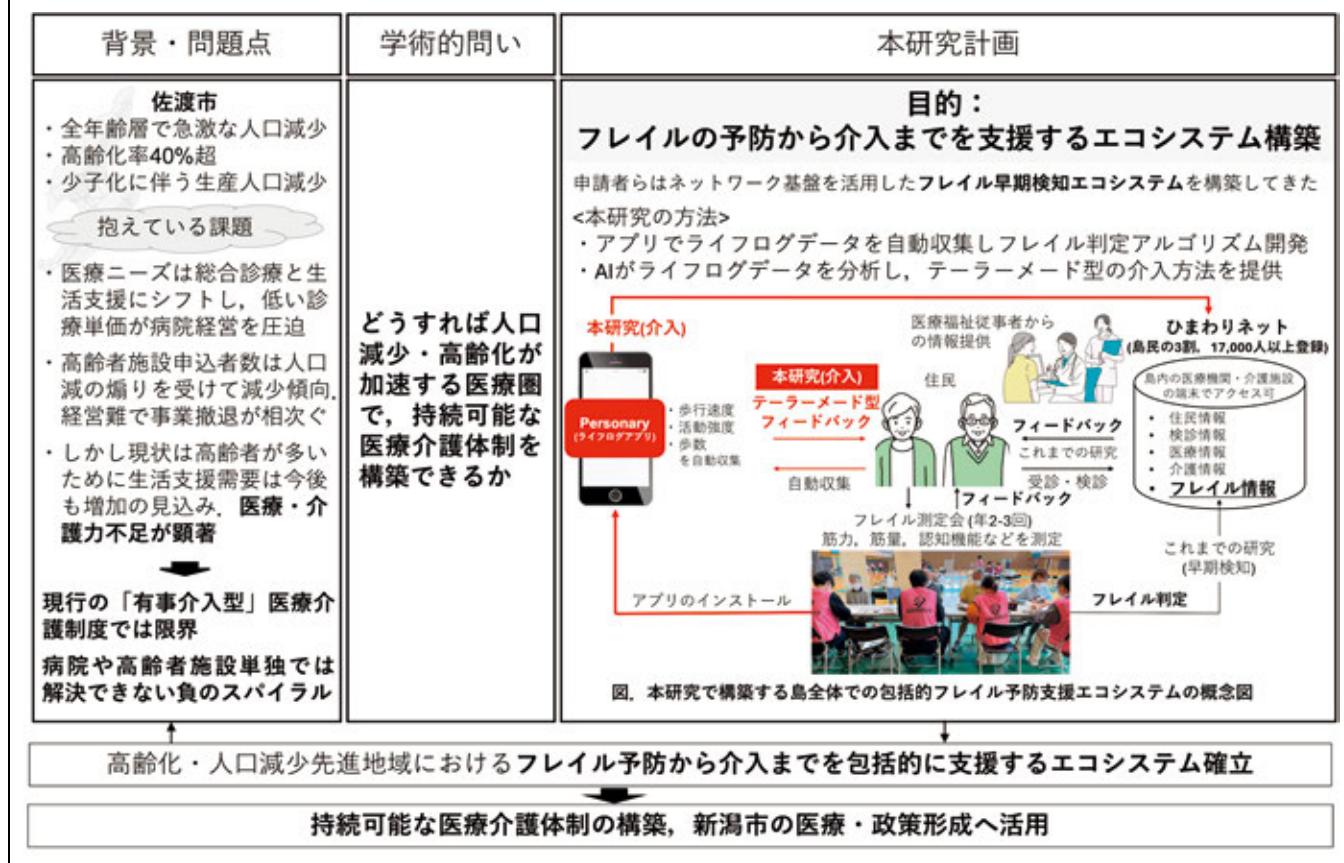
研究組織（○印は研究代表者）

医師会員 □	② 研究者名	② 分担する研究項目	③ 最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目資格(医師免許等)	④ 所属機関及び現在の専門(研究実施場所)	⑤ 所属機関における職名	⑥ 分担率(%)
<input type="checkbox"/>	○井上達朗	研究統括	神戸大学 2019年 博士(保健学) 理学療法士	新潟医療福祉大学 老年学	准教授	40
<input checked="" type="checkbox"/>	和泉 徹	データ測定、解析	新潟大学 1971年 博士(医学) 医師	新潟南病院 循環器内科	統括顧問	20
<input type="checkbox"/>	堀田一樹	アプリ開発	北里大学 2013年 博士(医学) 理学療法士	北里大学 リハビリテーション科学	准教授	20
<input type="checkbox"/>	椿 淳裕	データ測定、解析	新潟医療福祉大学 2010年 博士(保健学) 理学療法士	新潟医療福祉大学 リハビリテーション科学	教授	20

研究の概要

日本海に浮かぶ佐渡島は、少子高齢化・人口減少に伴う人的資源不足が深刻化しており、医療介護体制の持続が喫緊の課題となっている。高齢者の生活支援を維持するためには、フレイルを早期に検知し、予防する島全体での一体的方策が不可欠である。申請者は2019年からヘルスデータが一元管理されたネットワーク基盤を活用することで、フレイル早期検知エコシステムの構築を推進してきた。これまでに蓄積した島民460名のフレイルデータを活用し、医療介護従事者がネットワークを介してフレイルデータを閲覧可能な環境を整備することで、社会実装を進めている。本研究はこれまでの成果をさらに発展させ、スマートフォンアプリで自動収集されるログデータを統合したフレイル早期検知アルゴリズムを開発する。さらに、AIを駆使してテラーメード型のフレイル予防プロトタイプを構築し、予防から介入までを包括的に支援するエコシステムの確立を目指す。

(流れ図)



研究助成 [発表8]

新潟市かかりつけ診療所における骨粗鬆症診療の 実態と新たな地域連携の取り組み

堀米 洋二（新潟大学大学院医歯学総合研究科 健康寿命延伸・運動器疾患医学講座）

研究キーワード

骨粗鬆症、かかりつけ医、内科、生活習慣病、健康寿命

座長：高橋 美徳（びとく整形外科クリニック）

新潟市かかりつけ診療所における 骨粗鬆症診療の実態 と 新たな地域連携の取り組み

堀米洋二¹⁾、野崎あさみ²⁾、小牟田佑樹³⁾、今井敦雄¹⁾、山本智章⁴⁾、古山雅美⁵⁾、川島寛之⁶⁾

1) 新潟大学医歯学総合研究科
2) 新潟県立新発田病院 骨筋外科学
3) 新潟大学医歯学総合病院 骨筋外科
4) 新潟リハビリーション病院
5) 新潟市保健所
6) 新潟大学医歯学総合研究科 機能再建医学講座
開示すべきCOIなし
2026.1.24 第13回新潟市医師会地域医療研究助成発表会 於 新潟市+web

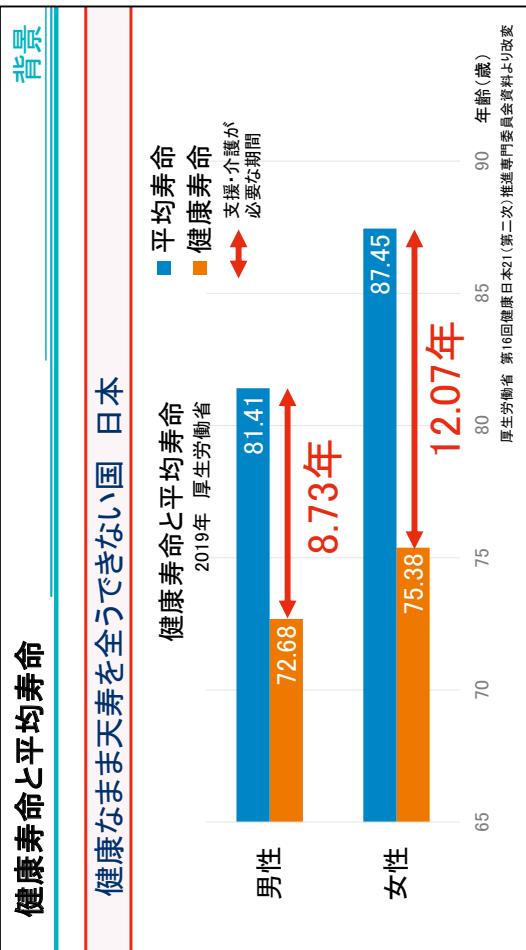
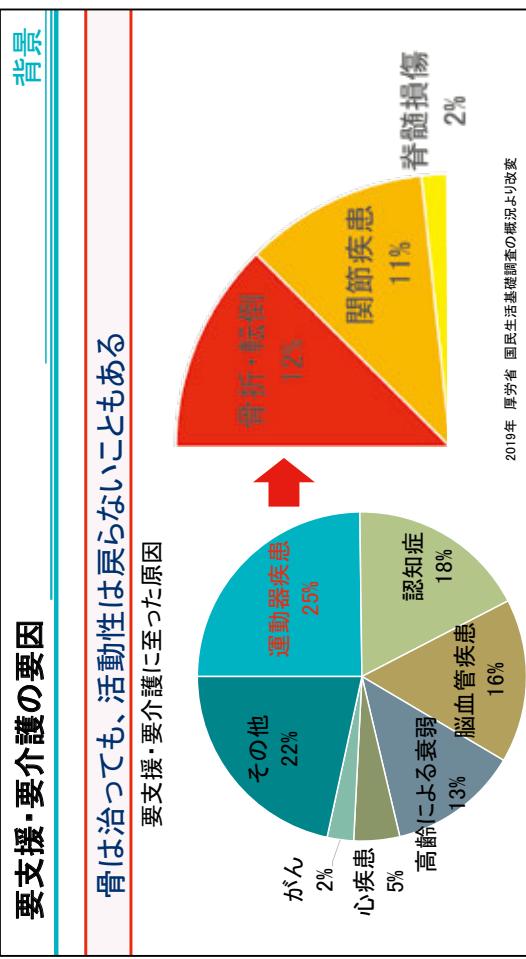
背景と目的

新潟市かかりつけ診療所における 骨粗鬆症診療の実態

新たな地域連携の取り組み

堀米洋二¹⁾、野崎あさみ²⁾、小牟田佑樹³⁾、今井敦雄¹⁾、山本智章⁴⁾、古山雅美⁵⁾、川島寛之⁶⁾

1) 新潟大学医歯学総合研究科
2) 新潟県立新発田病院 骨筋外科学
3) 新潟大学医歯学総合病院 骨筋外科
4) 新潟リハビリーション病院
5) 新潟市保健所
6) 新潟大学医歯学総合研究科 機能再建医学講座
開示すべきCOIなし
2026.1.24 第13回新潟市医師会地域医療研究助成発表会 於 新潟市+web



背景

大事な2つの連携

かかりつけ医

市役所

地域・連携

多職種連携

An illustration of a hospital setting. In the foreground, an elderly man with a cane walks towards the right. In the background, a doctor wearing a white coat and a stethoscope around his neck is looking down at a patient's chart or a computer screen. The hospital building has a blue sign with a white cross and the word '病院' (Hospital). A green sign above the entrance says '内科' (Internal Medicine). The sky is blue with white clouds and yellow stars.

```

graph TD
    A[メタボリックシンドローム] --> B[高血圧、糖尿病、脂質異常症]
    B --> C[心筋梗塞、脳梗塞(Attack!)]
    C --> D[循環器科、脳神経外科、神経内科]
    D --> E[骨粗鬆症]
    E --> F[大腿骨近位部骨折(Attack!)]
    F --> G[整形外科]
    G --> H[リハビリ]
    H --> I[再発予防]
    I --> J[再発予防]
    J --> K[整形外科]
    K --> L[かかりつけ医]
    L --> M[骨粗鬆症]
    M --> N[整形外科]
    N --> O[かかりつけ医]

```

背景

生活習慣病としての骨粗鬆症

地域のかかりつけ医による骨粗鬆症診療

二次性骨折予防継続管理料

背景

施設的な二次性骨折予防に係る評価の新設
施設的な二次性骨折による二次性骨髄手術が行われた場合、骨癒合症を有する本項目は該当骨髄手術に対する専用の診療報酬へと算出される。

急性期病院 管理料1
これを算定しないと詰まらない

回復期病院 管理料2

かかりつけ医院 管理料3

保険点数が付きました

(イ) 二次性骨髄予防継続管理料1 … 1,000点
該当骨髄手術による二次性骨髄手術が行われた場合、二次性骨髄手術の手術料を算定して、骨癒合症の計画的な評議及び治療を行つた場合は、施設入院中間に割り算定する。

(ロ) 二次性骨髄予防継続管理料2 … 700点
該当骨髄手術を行つた場合は、施設入院中間に割り算定する。

(ハ) 二次性骨髄予防継続管理料3 … 500点
該当骨髄手術による二次性骨髄手術を行つた場合は、施設入院中に割り算定して、骨癒合症の計画的な評議及び治療を行つた場合は、施設入院中間に割り算定する。
上記(イ)、(ロ)、(ハ)の算定を重複して算出する場合は、(イ)、(ロ)、(ハ)の算定を重複して算出する。




研究計画概要

概要



研究1

対象と方法



対象と方法

調査項目

対象と方法

アンケート内容

施設概要

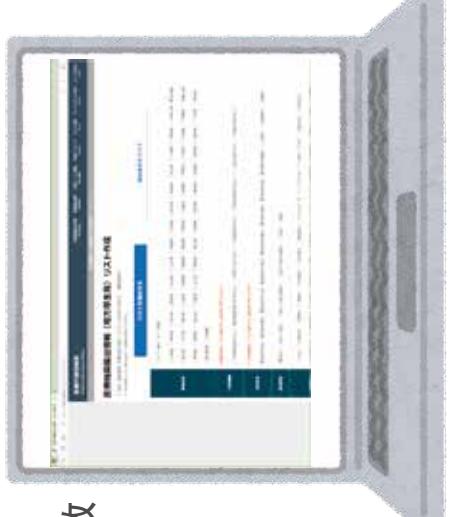
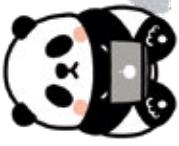
- ・骨粗鬆症診療に対する方針
- ・二次性骨折予防継続管理料3
- (以下、管理料3)の算定状況
- ・管理料3の
骨粗鬆症診療 方針の変化への影響
- ・骨粗鬆症診療を行うまでの不安



調査項目

アンケートヒ同時期における
管理料3 届出施設数

(医療介護情報局HP
<https://caremap.jp/>
2023.8.26 更新情報、
2023.8.31閲覧)



研究1

結果

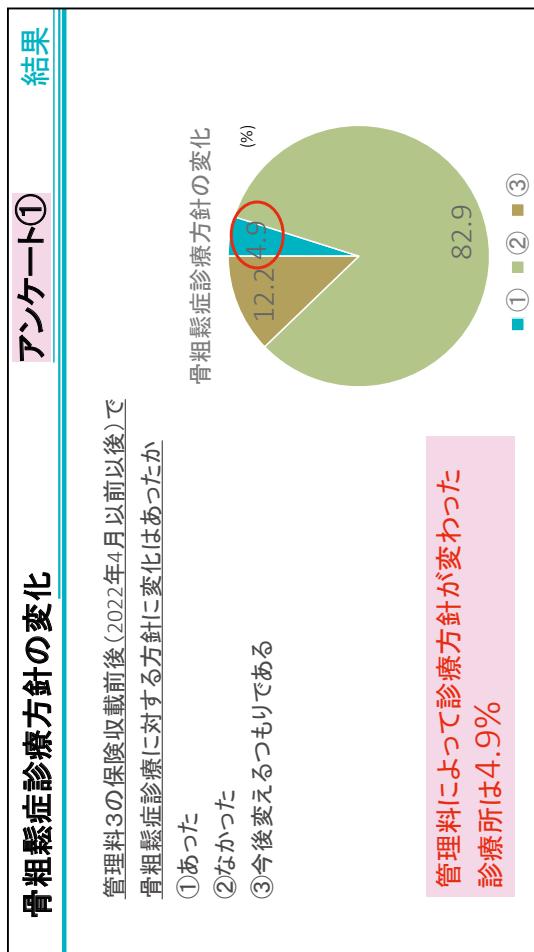
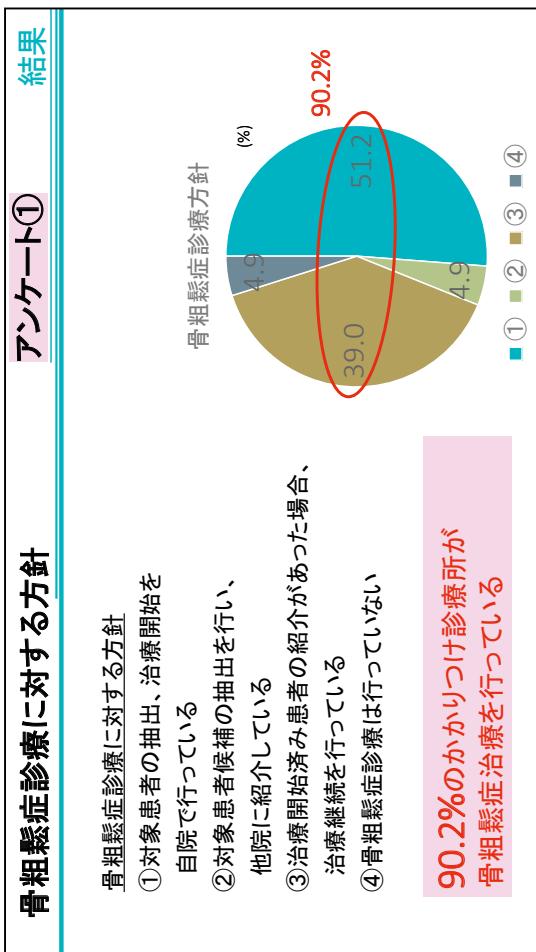
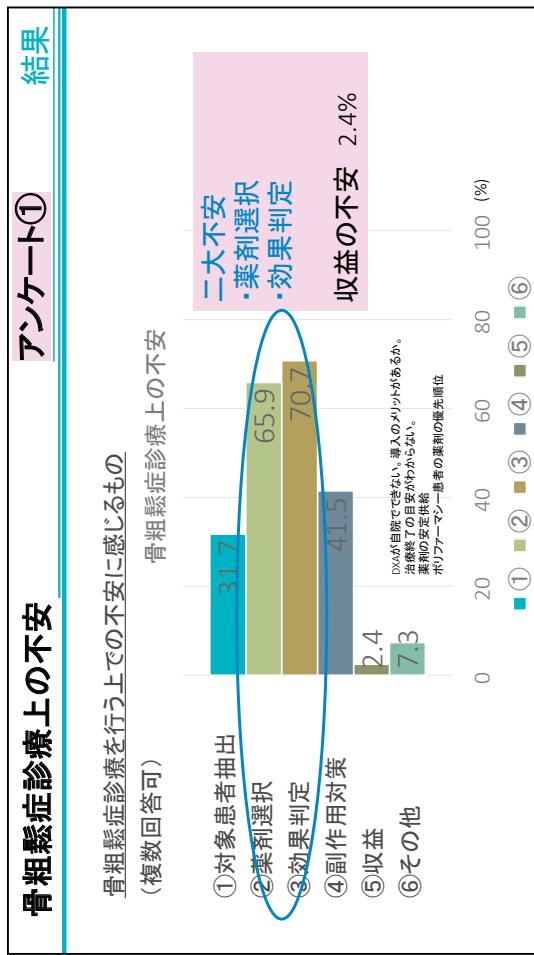
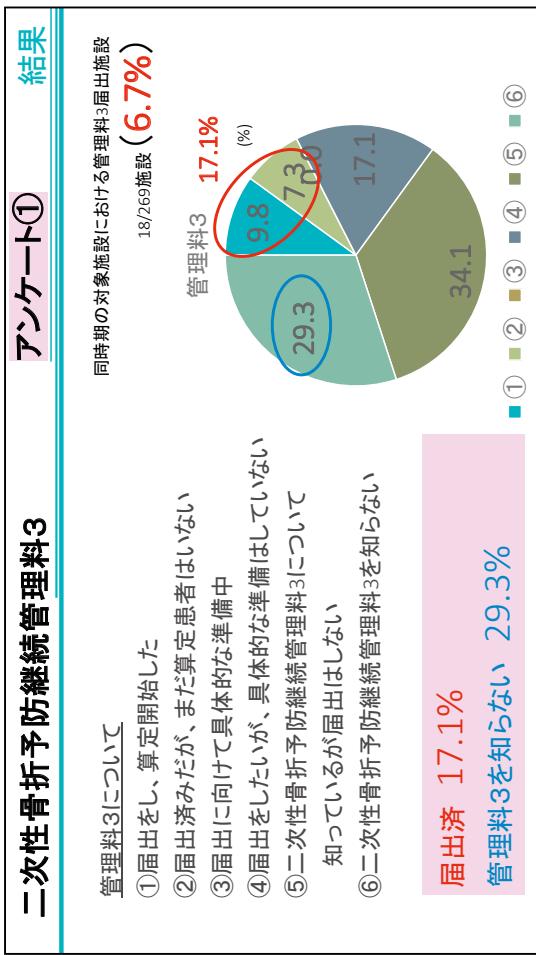
アンケート①

有効回答数 41 /269施設、回答率 15.2%

内科系	37
内科	33
消化器内科	11
循環器内科	6
呼吸器内科	5
アレルギー科	4
神経内科	2
糖尿病内科	1
漢方内科	1
心臓内科	1
老年内科	1
代謝内科	1
内分泌内科	1
婦人科系	3
その他	4

注
1 内科系と婦人科系間で重複施設あり
2 内科系の中の標榜科間で重複あり
3 その他 医師会名簿では標榜科として
内科系診療科が挙げられていたが、
アンケートでは標榜科として
回答しなかった施設

結果



研究1

考察

管理料3と骨粗鬆症診療方針

考察

管理料3によって骨粗鬆症診療方針が変わった診療所 4.9%
回答施設の中の管理料3届済み施設 17.1%
骨粗鬆症診療上の不安 「収益」 2.4%

骨粗鬆症治療を行っているかかりつけ診療所 90.2%

管理料3が算定可能となつたことの
診療方針変更に対する影響は小さい
お金じゃない？！



それでも、
多くのかかりつけ診療所が
骨粗鬆症治療を行っている

考察

研究1

本研究の限界

考察

かかりつけ診療所における骨粗鬆症診療の二大不安
・効果判定
・薬剤選択

これらは整形外科で行うことでの不安解消可能

地域連携の必要性



回答率15.2%
回答の得られた施設の管理料3届出施設は17.1%
同時期の対象施設全体における届出施設は6.7%

回答率が低い
それがかかりつけ診療所における骨粗鬆症診療への姿勢を反映している可能性
回答が得られた施設は、骨粗鬆症診療に向きな施設が多いといふ、バイアス

研究1

研究

卷之三

セトモ

アンケート①をもとにした研究1より

・二次性骨折予防継続
かかりつけ診療所における骨粗鬆症診療方針
与えた影響は小さい

・かかりつけ診療所における

二大不安（薬剤選択、効果判定）を解消する方策として

か
携が有用連域との外科の整形

卷之三

卷之三

研究計画概要

アンケート②

対象と方法

- ・施設背景
- ・骨粗鬆症診療に対する方針
- ・二次性骨指予防継続管理料3の算定状況
- ・同管理料が診療方針に与えた影響
- ・骨粗鬆症治療を行うまでの不安
- ・診療方針に変更があった場合、その理由

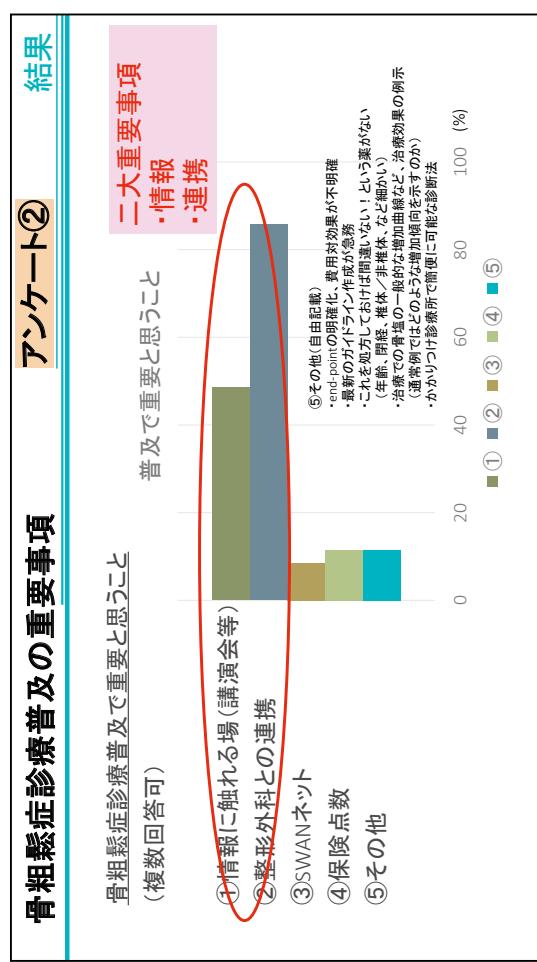
研究2
・診療方針に変更があった診療所の理由、
施設背景を解析
普及に向けた課題解決策を提示

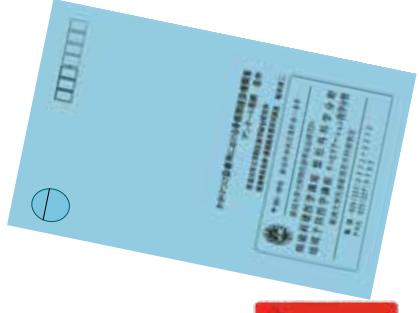
研究2

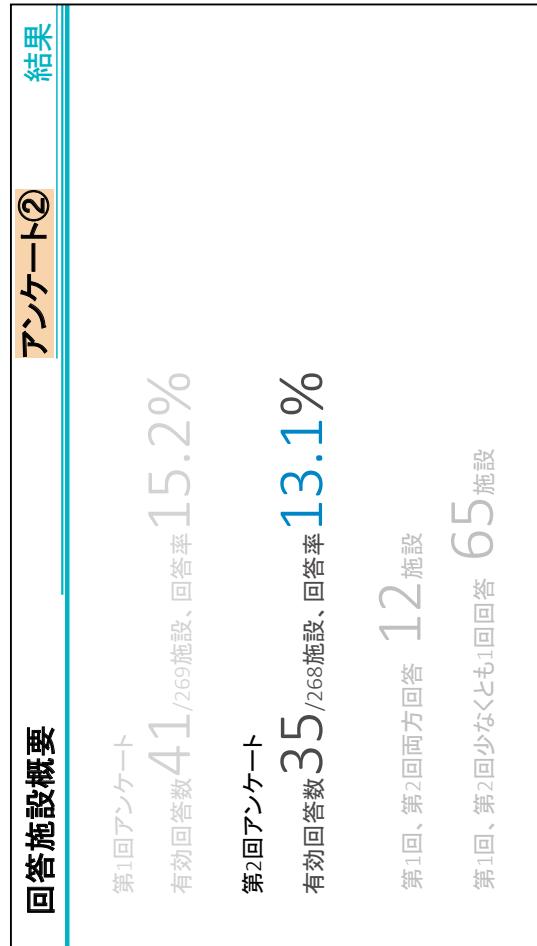
研究1 骨粗鬆症診療を行う上の 普及への課題を指

同意が得られた診療所 → 骨粗鬆症診療に積極的な診療所として公表しアクセスを容易に

結果



<p>対象と方法</p> <p>○対象 新潟市医師会会員名簿内で 内科系または婦人科系の標榜榜を 標榜している診療所 268施設</p> <p>○方法 2024年9月 対象の診療所に アンケート用紙を郵送し回答を得た</p>	<p>アンケート② 対象と方法</p> <p>(第1回アンケート後1施設開院)</p>  
---	--



研究概要		研究2
アンケート②回答施設概要		
第1回アンケート	有効回答数 41 /269施設、回答率 15.2%	研究2 ・治療を行っている「患者抽出している」 「管理料3を申請した」診療所の理由、 施設背景を解析
第2回アンケート	有効回答数 35 /268施設、回答率 13.1%	研究2 ・「管 理 料 3 を 申 請 し た」 診 療 所 の 施設背景を解析
第1回、第2回両方回答	12 施設	普及に向けた課題解決策を提示
第1回、第2回少なくとも1回回答	65 施設	普及に向けた課題解決策を提示

概要		研究概要
アンケート①	1年間 2023年8月実施	アンケート② 2024年8月実施
施設背景 ・骨粗鬆症診療に対する方針 ・二次性骨折予防継続管理料3の算定状況 ・同管理料が診療方針に与えた影響 ・骨粗鬆症診療を行うまでの不安 などで宣伝	施設背景 ・骨粗鬆症診療に対する方針 ・骨粗鬆症診療に与えた影響 ・同管理料が診療方針に与えた影響 ・骨粗鬆症診療を行うまでの不安 などで宣伝	研究2 ・治療方針に変更があった診療所の理由、 施設背景を解析 普及に向けた課題解決策を提示

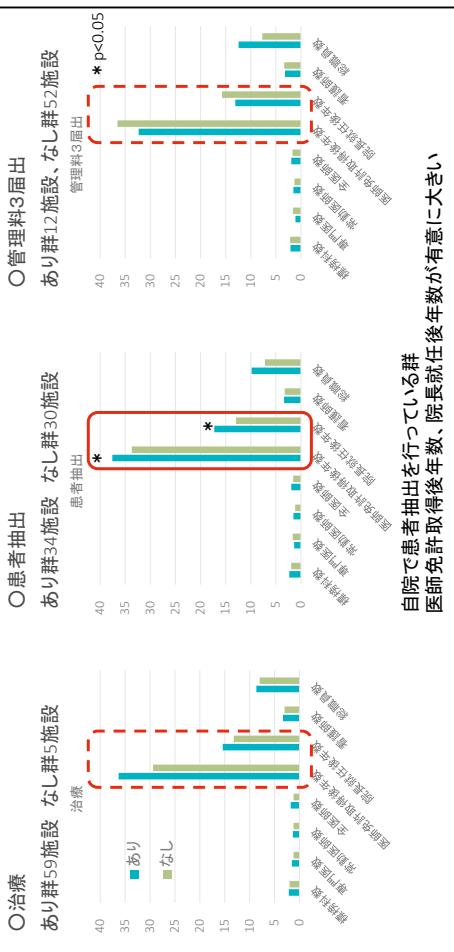
研究概要		研究2'
● 対象 第1回、第2回少なくとも1回回答65施設中 看護師数が30名と極端に多い1施設を除外した64施設	検討項目	● 対象 第1回、第2回少なくとも1回回答65施設中 看護師数が30名と極端に多い1施設を除外した64施設

対象と方法

結果

研究2'

結果



考察

研究2'

考察

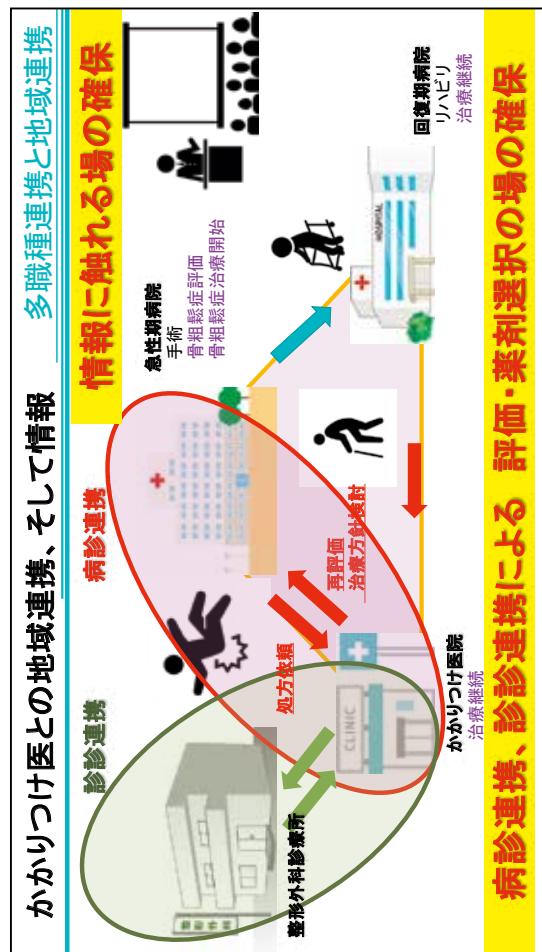
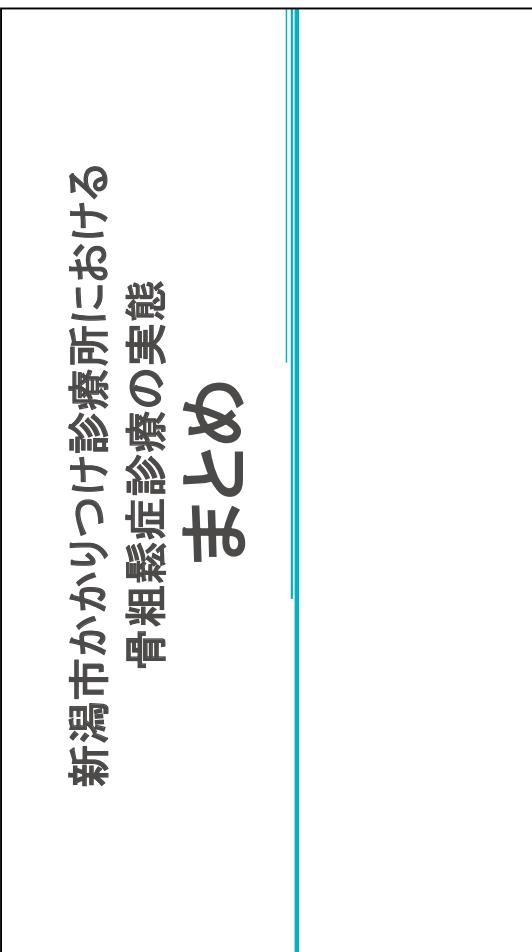
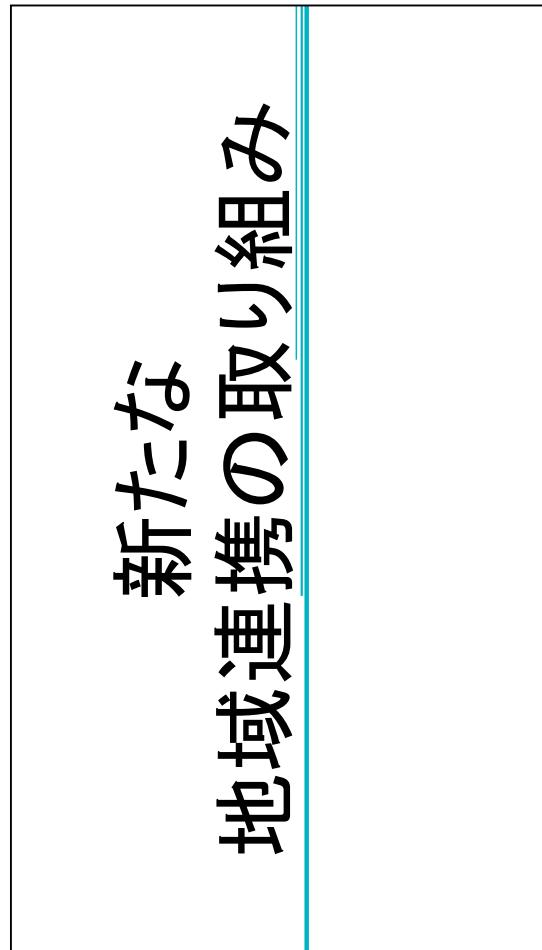
- ・自院で患者抽出を行っている群
医師免許取得後年数、院長就任後年数が有意に大きい
- ・自院で治療を行っている群
医師免許取得後年数、院長就任後年数が大きい傾向
- ・管理料3の届出をしている群
医師免許取得後年数、院長就任後年数が小さい傾向

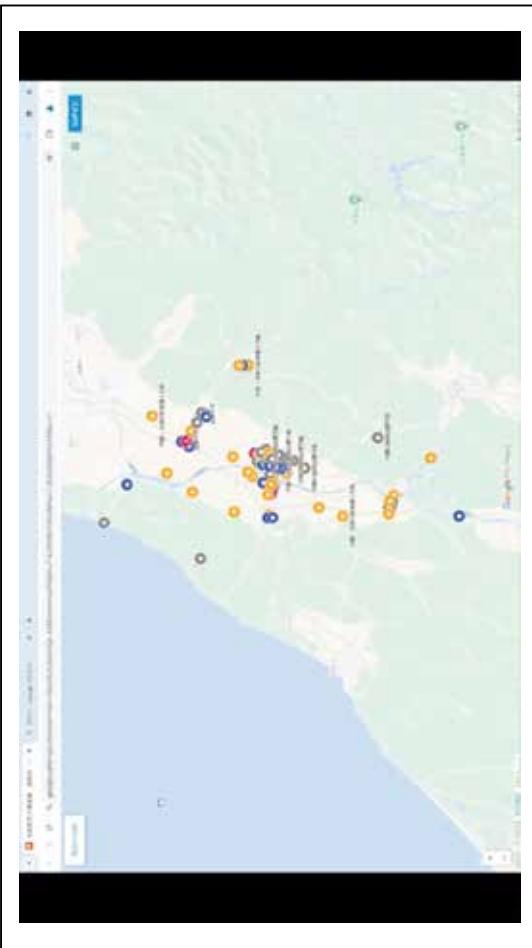
ペテランの先生方は
管理料3の届出はしないが、
患者抽出・治療を行っている 傾向

研究結果から実効的な課題解決策の提示は困難

検討項目

標榜科数	院長医師免許取得後年数
専門医数	院長就任後年数
常勤医師数	看護師数
全医師数	総職員数





長岡地区粗鬆症病診連携マップ

※ アンケート回収率
70%以上

2024.11.12 Ver.1.0
作成 立川総合病院
整形外科 奥村 剛
医療連携室 川内 泰志

骨粗鬆症地域連携マップ作成

新潟市での取り組み

・2025年8月 二次性骨折予防の骨粗鬆症地域連携に関する意見交換会
出席者 新潟大学 整形外科 代表者
新潟大学 腎・膠原病内科 代表者
新潟リハビリテーション病院 代表者
新潟市医師会 骨粗鬆症連携委員会 代表者

・新潟市医師会での承認済

・2025年12月 新潟市医師会員へのアンケート発送

・2026年1月以降 骨粗鬆症地域連携マップ完成
新潟市医師会ホームページに掲載

アンケートへのご協力ありがとうございます

地域連携へのご協力をお願いします

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

かかりつけ診療所における骨粗鬆症診療の実態調査と治療率上昇に向けた課題抽出

研究代表者：堀米 洋二（ほりごめ ようじ）

（新潟大学大学院医歯学総合研究科 健康寿命延伸・運動器疾患医学講座）

研究組織（○印は研究代表者）

医師会員 □	① 研究者名	② 分担する研究項目	③ 最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目資格（医師免許等）	④ 所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤ 所属機関における職名	⑥ 分担率（%）
□	○堀米洋二	アンケート項目の検討、アンケートへの参加の呼びかけ、アンケート調査結果の集計・解析、解析結果の解釈	新潟大学大学院・2019年卒・博士（医学）・整形外科学 医師免許	新潟大学大学院医歯学総合研究科 健康寿命延伸・運動器疾患医学講座（整形外科） 新潟大学医学部西研究棟6階 研究室	特任助教	40
□	野崎あさみ	アンケート項目の検討、アンケート調査結果の集計・解析、解析結果の解釈	新潟大学大学院・2023年卒・博士（医学）・整形外科学 医師免許	新潟県立新発田病院	医長	10
□	小牟田佑樹	アンケート調査結果の集計・解析、解析結果の解釈	新潟大学・2015年卒・学士・（医学） 医師免許	新潟大学医歯学総合病院	医員	10
☑	今井教雄	アンケート項目の検討、アンケート調査結果の集計・解析、解析結果の解釈	新潟大学大学院・2014年卒・博士（医学）・整形外科学 医師免許	新潟大学大学院医歯学総合研究科 健康寿命延伸・運動器疾患医学講座（整形外科）	特任教授	20
☑	山本智章	アンケート項目の検討、アンケートへの参加の呼びかけ、解析結果の解釈	新潟大学大学院 1994年卒・医学博士・整形外科学 医師免許	新潟リハビリテーション病院（整形外科）	院長	5
□	古山雅美	新潟市の施策との整合性の確認	新潟県公衆衛生看護学校 1996年卒 保健師免許	新潟市保健所 健康増進課	係長	5
☑	川島寛之	アンケート項目の検討、アンケートへの参加の呼びかけ、解析結果の解釈	新潟大学大学院 2003年卒・医学博士・整形外科学 医師免許	新潟大学大学院医歯学総合研究科 機能再建医学講座 整形外科学分野	教授	10

研究の概要

【背景】本邦において、高齢化に伴い大腿骨近位部骨折を含む脆弱性骨折は増加しているおり、健康寿命のみならず、生命予後の悪化が危惧される。その予防は、健康寿命延伸、介護医療費の抑制につながるため、国、自治体を巻き込んだ喫緊の課題である。

骨粗鬆症治療継続に当たって無視できない問題は通院の負担である。病院または整形外科診療所以外のかかりつけ診療所での骨粗鬆症診療はこの解決策となりうる。

【目的】新潟市内かかりつけ診療所における骨粗鬆症診療の実態をアンケート調査し、その参加を促すための課題を抽出し、解決策を提示することである。

【期待される効果】本研究で得られた成果をもとに、かかりつけ診療所の骨粗鬆症治療への新規参加を促すことで、骨粗鬆症治療率の上昇が期待できる。さらには、新潟市民の骨折数の減少、健康寿命延伸、介護医療費抑制に貢献できる。

研究助成 [発表9]

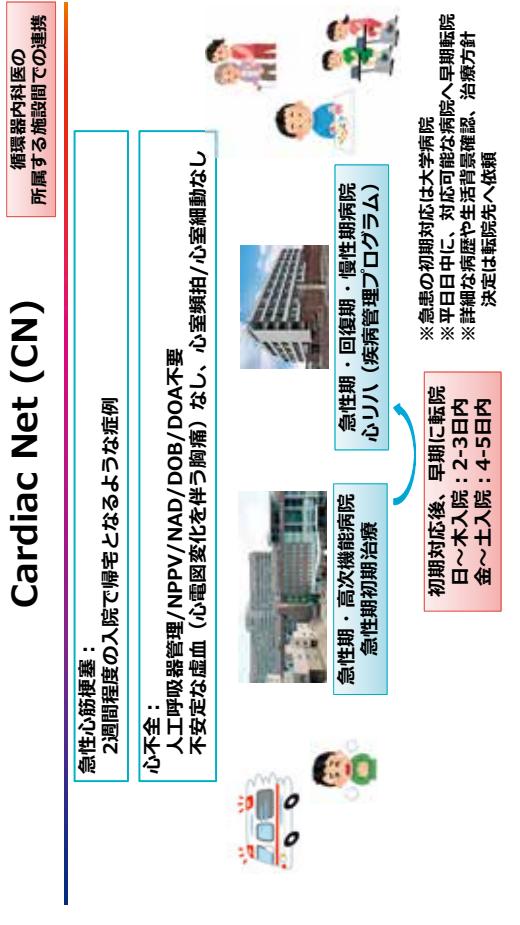
新潟市医療圏における 循環器診療連携の構築

高山 亜美（新潟大学医歯学総合病院 循環器内科）

研究キーワード

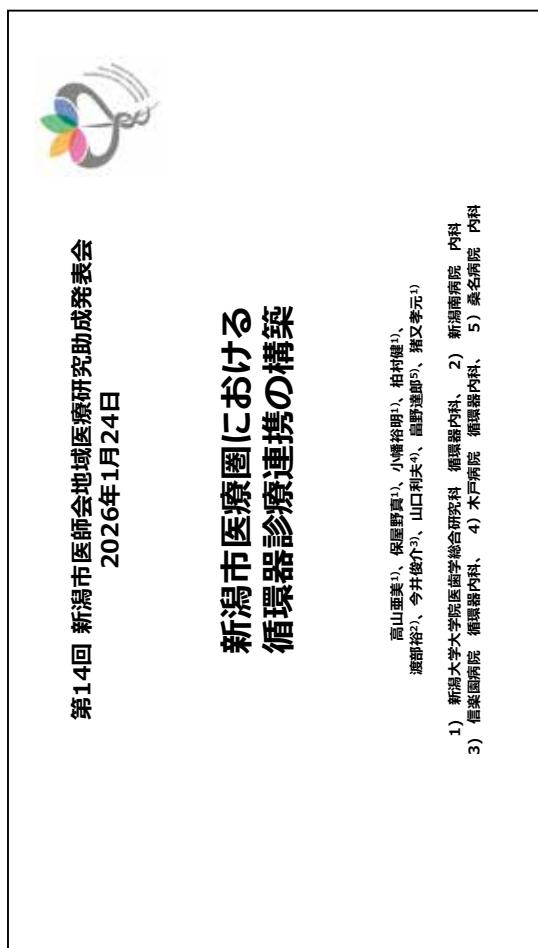
心不全、心筋梗塞、心臓リハビリ、病病連携、早期転院

座長：田辺 匡史（新潟市 保健衛生部）

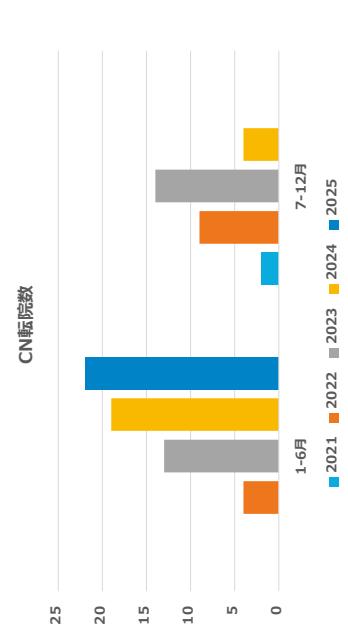


各病院の特徴

	新潟大学 医歯学総合病院 (心力であります)	新潟南病院	木戸病院 (心力であります) (搬送車両あり)	信楽園病院 (心力であります)
病床数	827	177	312	325
	一般 763 精神 64	一般 108 回復期リハ 34 地域包括 35	一般 153 回復期リハ 50 地域包括 109	一般 281 地域包括 44
PT数	13	29	24	13
OT数	5	16	15	7
				21



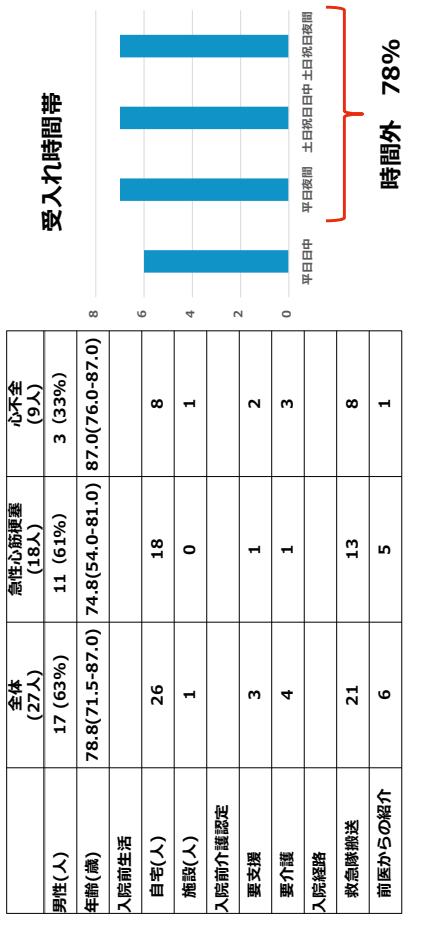
CN車云院數



2025年7月まで 96例

2025年1月～7月 患者背景

2025年1月～7月 27名



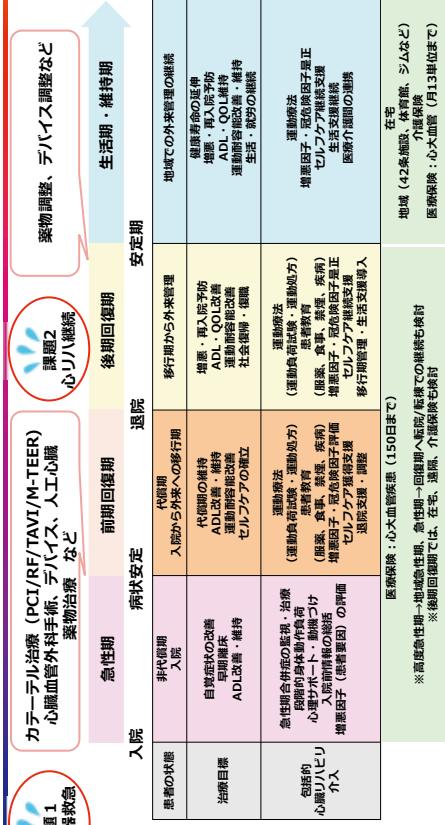
- 106 -

2025年1月～7月 27名 リバビリ・転帰

	全休 (27人)	急性筋膜炎 (18人)	心不全 (9人)
リハビリ総実施日数 (日)	12.8(6.5-17.5)	14.1(7.3-18.8)	10.0(1.0-15.0)
リハビリ総単位数 (単位)	39.1(12.0-42.5)	51.6(15.0-71.5)	14.2(2.0-17)
1日当のD.O. (リハビリ単位数(単位))	2.7(1.8-3.6)	3.2(1.9-4.2)	1.7(1.2-2)
外来リハ通院数(人)	8(30%)	7(39%)	1(14%、7人中)
	全休 (27人)	急性筋膜炎 (18人)	心不全 (9人)
自宅退院(人)	24	18	6
施設退院(人)	1	0	1
転院(人)	0	0	0
永眠(人)	2	0	2

11

心血管疾患の治療



医療保険：心・大血管疾患（150日まで）	属性別用一地域急性期、急性期→回復期へ施院／施院での連続も検討 ※後期回復期では、在宅、通院、介護保険も検討	在宅	地域（42条施設、体育館、ジムなど）
医療保険：心・大血管疾患（150日まで）	属性別用一地域急性期、急性期→回復期へ施院／施院での連続も検討 ※後期回復期では、在宅、通院、介護保険も検討	地域	医療保険：心・大血管（月13単位まで）

まとめ

Cardiac Net (CN)の構築により
病院機能に応じた役割分担・病病連携が可能となり
急性心筋梗塞を主とした循環器救急の速やかな応需
心血管治療の1つである心臓リハビリテーションの充実
に繋げることができた

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

新潟市医療圏における循環器救急疾患の新たな診療フローの構築と検討

研究代表者：高山 亜美（たかやま つぐみ）

(新潟大学医歯学総合病院 循環器内科)

研究組織（○印は研究代表者）

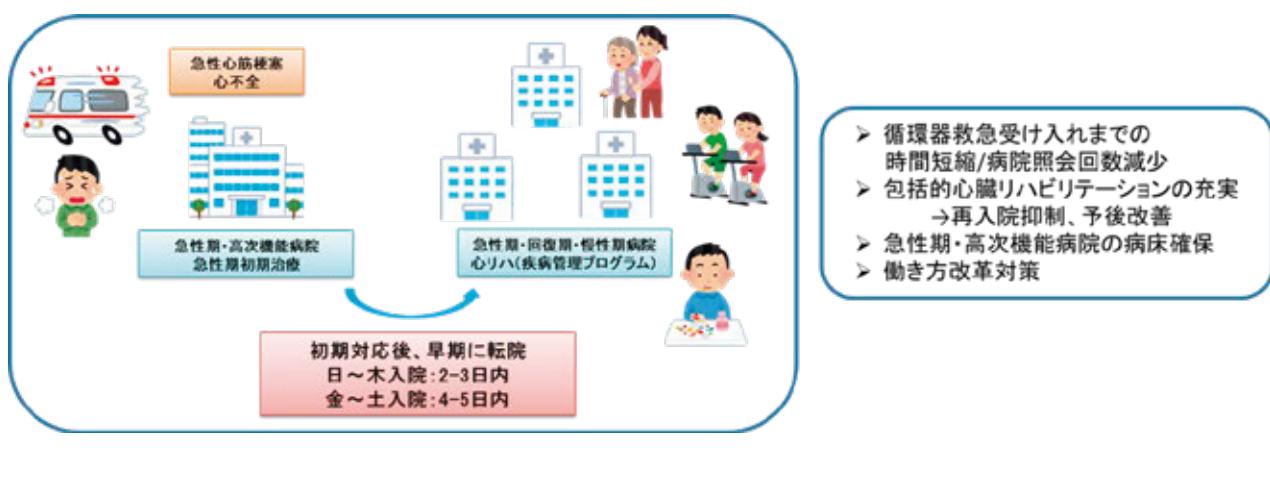
医師会員 □	① 研究者名	② 分担する研究項目	③ 最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目資格（医師免許等）	④ 所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤ 所属機関における職名	⑥ 分担率（%）
<input type="checkbox"/>	○高山亜美		新潟大学 平成 16 年 循環器内科	新潟大学医歯学総合病院	助教	60
<input type="checkbox"/>	保屋野真		新潟大学 平成 14 年 循環器内科	新潟大学医歯学総合病院	特任准教授	5
<input type="checkbox"/>	柏村 健		新潟大学 平成 7 年 循環器内科	新潟大学医歯学総合病院	准教授	5
<input checked="" type="checkbox"/>	猪又孝元		新潟大学 平成 1 年 循環器内科	新潟大学医歯学総合病院	教授	10
<input checked="" type="checkbox"/>	小幡裕明		新潟大学 平成 13 年 循環器内科	新潟大学医歯学総合病院	特任准教授	5
<input checked="" type="checkbox"/>	渡部 裕		新潟大学 平成 8 年 循環器内科	新潟南病院	院長	5
<input checked="" type="checkbox"/>	山口利夫		新潟大学 昭和 60 年 循環器内科	木戸病院	副院長	5
<input checked="" type="checkbox"/>	今井俊介		昭和大学 平成 5 年 循環器内科	信楽園病院	副院長	5

研究の概要

本研究は、新潟市における循環器救急受入れ率の改善および慢性心不全・心筋梗塞患者への包括的 心臓リハビリテーション（心リハ）推進により、循環器疾患患者の予後改善・健康寿命延長を最終標的とする。その初期介入として、休日・夜間に発生した循環器救急患者を急性期・特定機能病院で受け入れ、初期治療後早期に慢性期病院（急性期・慢性期病院）へ転院可能なシステムおよび円滑な連携を図るために情報共有ツールを構築し、その有効性を検証する。

2021年末より新潟大学医歯学総合病院と新潟南病院の間で取り組みが開始され、2023年6月から木戸病院、2024年1月から信楽園病院とも連携し、急性期・特定機能病院において入院期間短縮や循環器救急受入れ増加、急性期・慢性期病院において多くの心リハ実施可能なシステム構築を行った。搬送手段検討、さらなる心リハの充実、および医療DXに向けて、情報共有ツール構築を目指す。また、心リハ学会誌などへの論文投稿を行う。

（流れ図）



研究助成 [発表10]

入院を必要とする小児ウイルス感染症の流行予測 における下水サーベイランスの有用性の検討

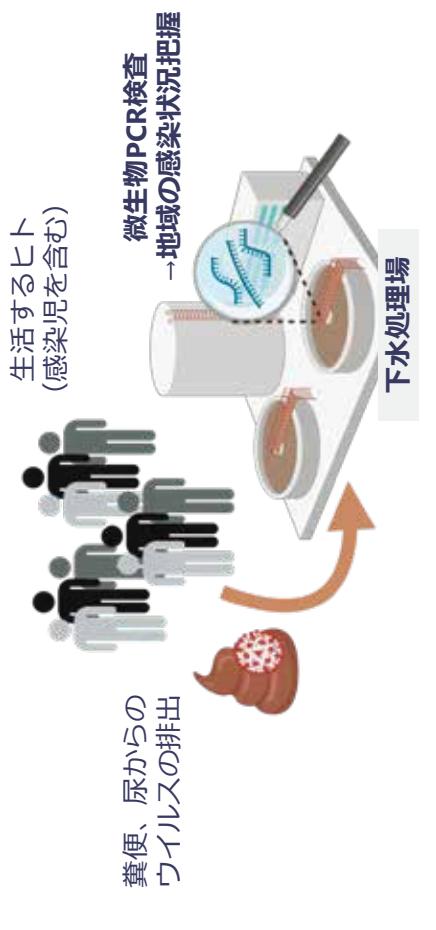
羽深 理恵（新潟大学医歯学総合病院 小児科）

研究キーワード

下水サーベイランス、呼吸器ウイルス、小児感染症

座長：山崎 哲（新潟市保健所）

下水サーベイランスとは



小児ウイルス感染症の流行予測における 下水サーベイランスの有用性の検討

新潟大学医学歯学総合研究科 小児科学分野
羽深理恵、太刀川潤、相澤悠太、齋藤昭彦

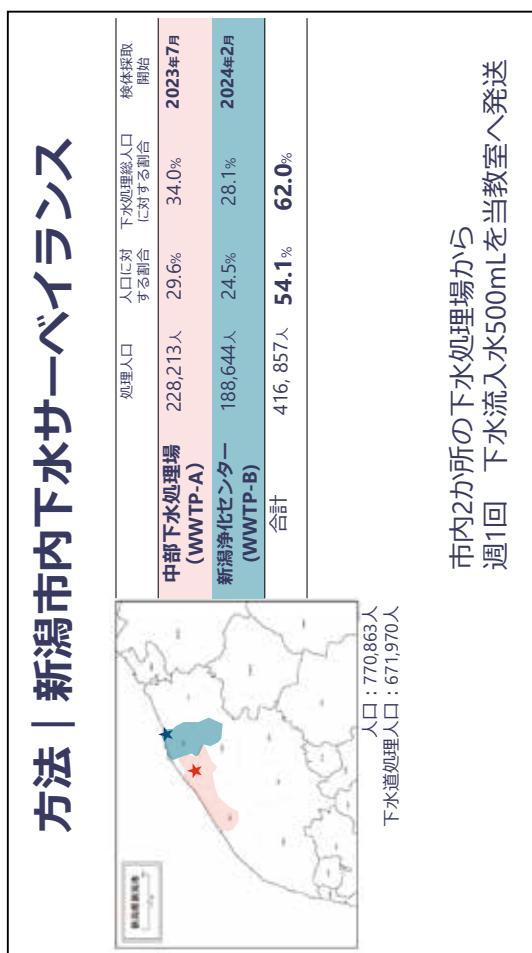
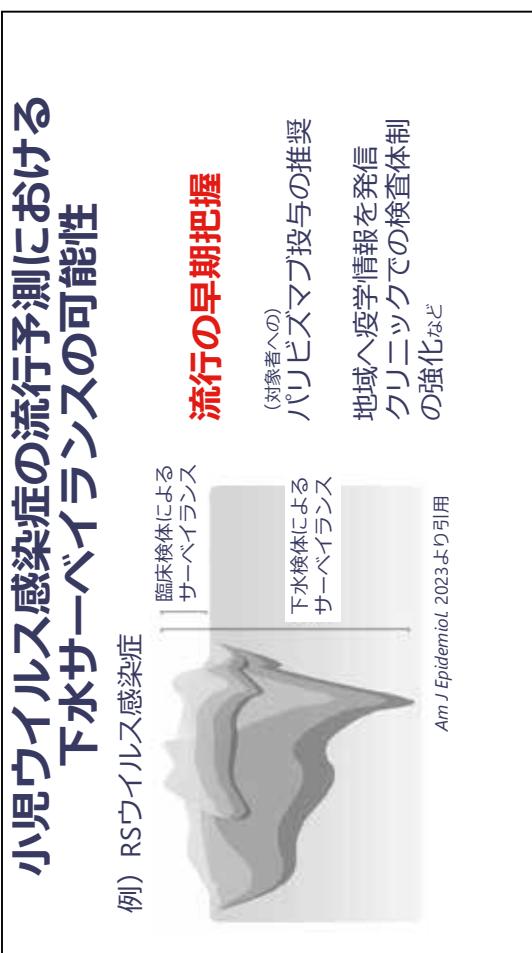
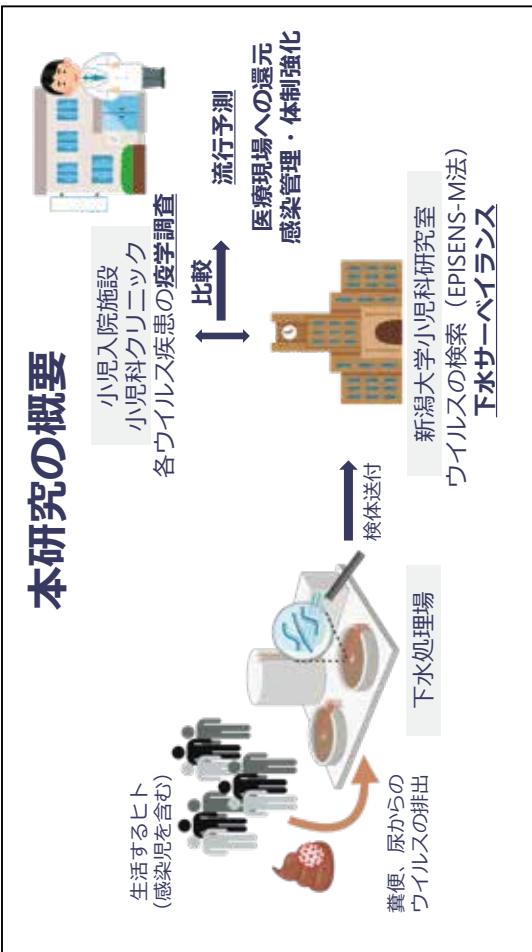
下水サーベイランスとは



COVID-19のパンデミック後、
地域の感染状況や変異種に関する疫学情報として
世界的に注目されている

下水サーベイランスの有用性





方法 | 疫学調査

【対象ウイルス】
・RSウイルス・ヒトメタニユーモウイルス(hMPV)
・インフルエンザウイルス(Flu)・SARS-CoV-2

【方法】
・市内小児科開業クリニックにおける年齢別抗原検査陽性性の把握
※ノレコウイルスA3、エンテロウイルスは除く

・市内小児入院施設における年齢別入院症例数の把握
新潟大学病院、新潟市民病院、済生会新潟病院
木戸病院、西新潟中央病院、下越病院

方法 | 統計解析

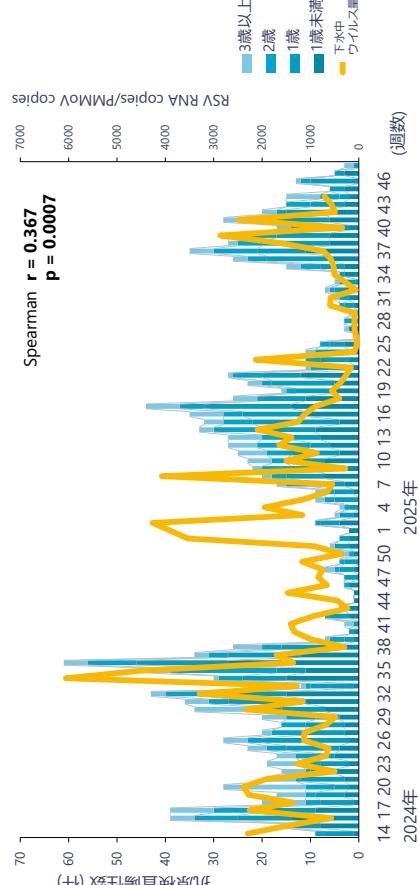
各々の呼吸器ウイルスについて、下水中ウイルス量と抗原検査陽性数・入院患者数における

- ・相関係数をSpearman順位相関を用いて
- ・回帰係数（傾きによる変化の推定）をTheil-Sen回帰分析を用いて

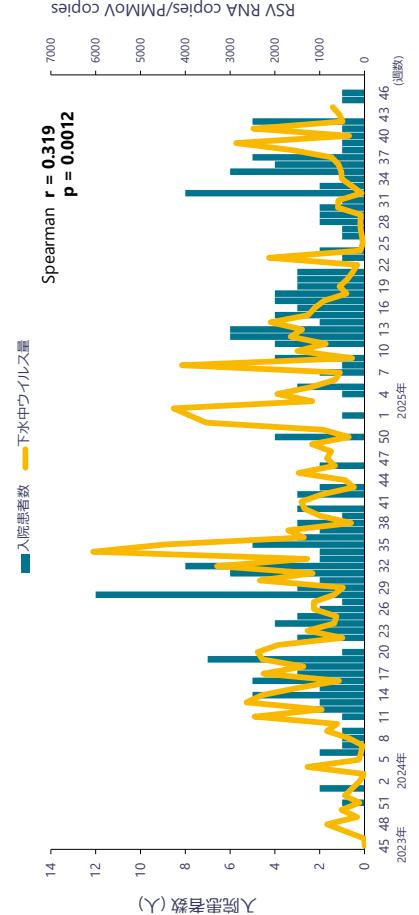
SAS OnDemand for Academicsで解析をおこなった

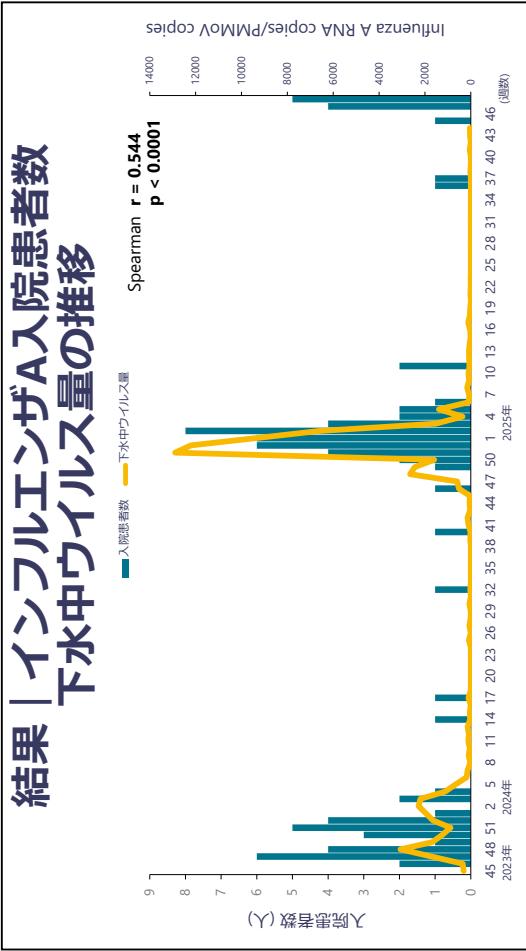
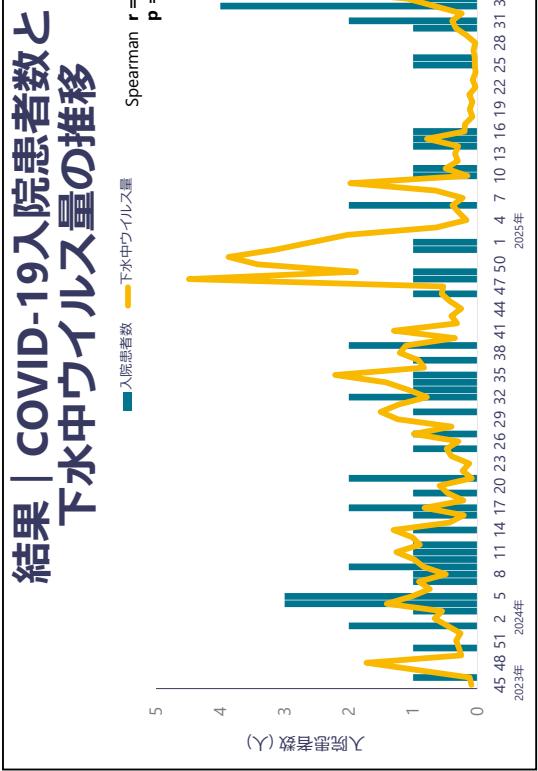
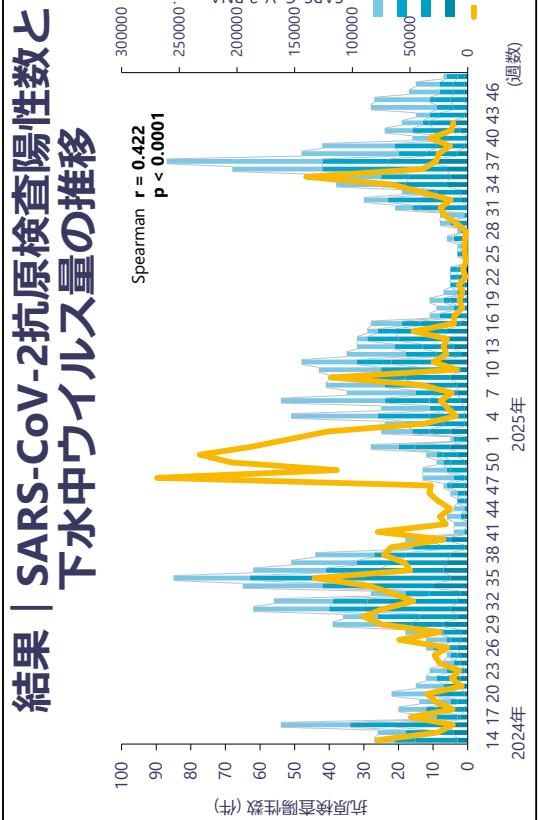
下水中ウイルス量は対数変換(log10)した値を用いた

結果 | RSウイルス抗原検査陽性数と 下水中ウイルス量の推移

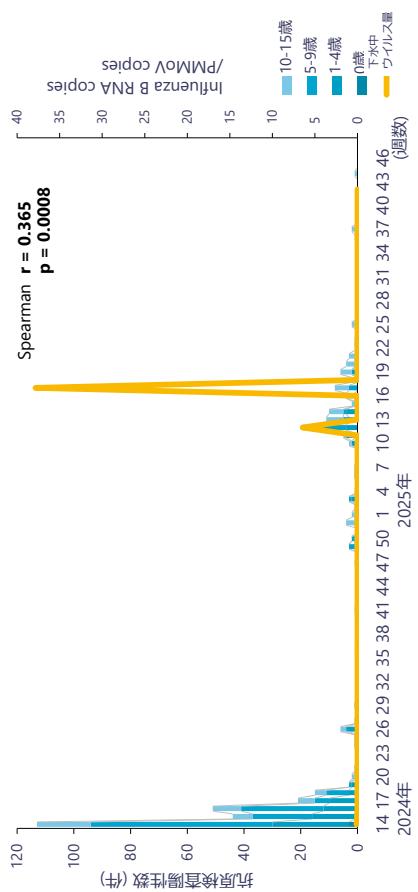


結果 | RSウイルス入院患者数と 下水中ウイルス量の推移

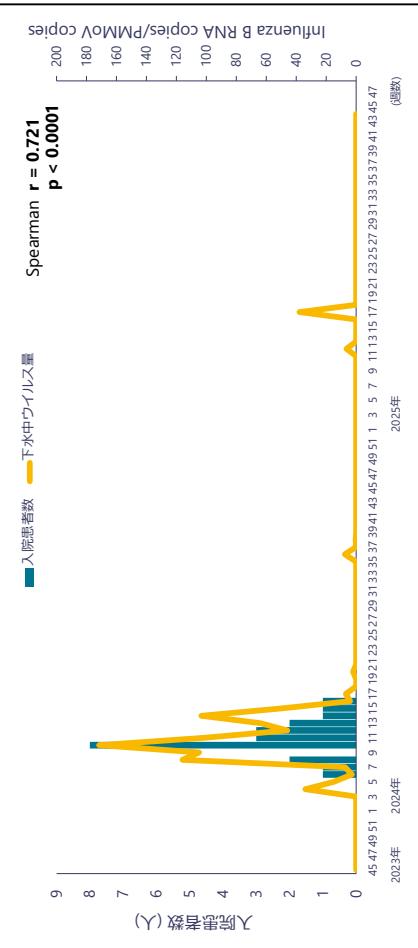




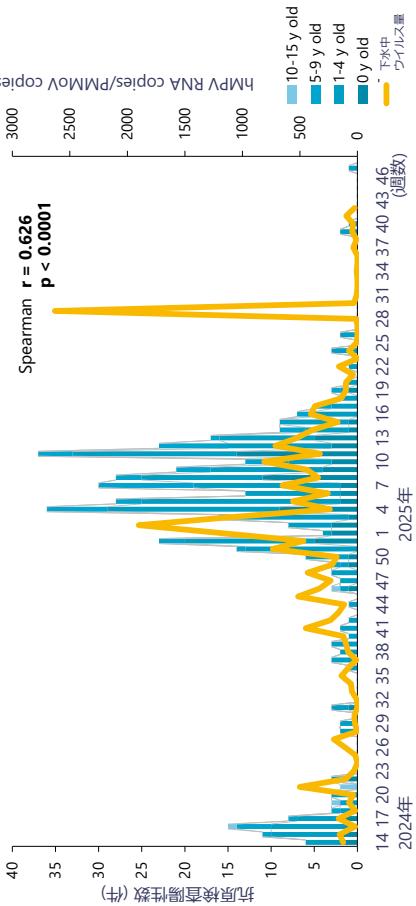
結果 | インフルエンザB抗原検査陽性数と下水中ウイルス量の推移



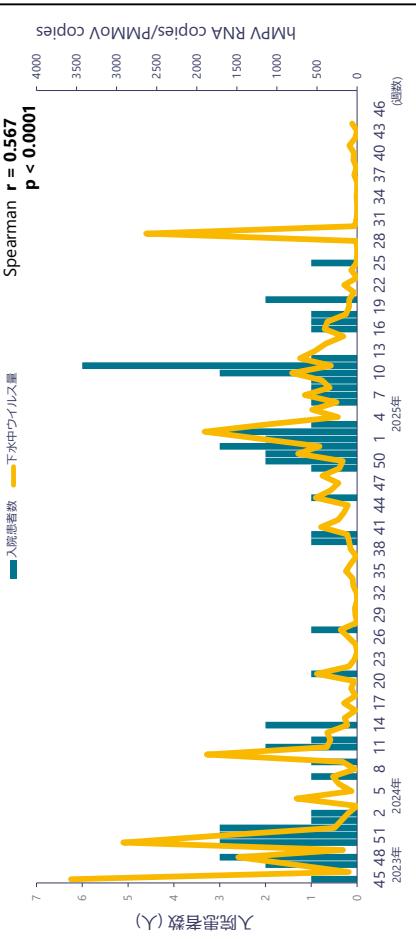
結果 | インフルエンザB入院患者数と下水中ウイルス量の推移



結果 | hMPV抗原検査陽性数と下水中ウイルス量の推移



結果 | hMPV入院患者数と下水中ウイルス量の推移



結果 | 回帰分析

対象	推定値	95%CI	p値
RSV抗原検査陽性数	13.4	7 - 19.8	<0.0001
RSV入院患者数	0.58	0.03 - 1.14	0.0389
SARS-CoV-2 抗原検査陽性数	16.83	10 - 23.76	0.0001
COVID-19入院患者数	0	0 - 0.6	1
FluA抗原検査陽性数	22.43	11.49 - 33.37	0.0021
FluA入院患者数	0	-0.27 - 0.27	1
FluB抗原検査陽性数	23.43	8.77 - 38.09	<0.0001
FluB入院患者数	0.59	0.59 - 0.59	<0.0001
hMPV抗原検査陽性数	1.48	0.18 - 2.79	0.0267
hMPV入院患者数	0	-0.35 - 0.35	1

※下水中ウイルス量が10倍に増えた場合、患者数中央値が推定値の人数増加すると推定される

結果まとめ

- 当研究では、単調な相関関係では全ての対象ウイルスにおいて下水中ウイルス量と抗原検査陽性数・入院患者数との間に正の相関を認めた
- ただし、インフルエンザBは下水中ウイルス量が微量であり評価困難と考えられた
- インフルエンザA、hMPVにおいて、よりよい相関であった
- 一方、COVID-19入院患者数との相関が最も弱かった

結果まとめ

- 回帰分析（傾きによる推定）では、RSV抗原検査陽性数および入院患者数、COVID-19・インフルエンザA・hMPV抗原検査陽性数で、下水中ウイルス量の変化から患者数が推定しうる結果となった
- 特にRSVは小児における患者数が多く、乳幼児の入院数も多いことから、下水中ウイルス量に基づく患者数推定の制度がより高い可能性が考えられた

今後の展望

- 本研究は、日本で初めて地域における小児入院患者と抗原検査陽性数と下水サーベイランスの相関を観察している研究であり、その有用性を検討している
- 小児科学教室と市内2か所の下水処理場にて、下水サーベイランスの基盤を構築することができた
- 今後、より精度の高い流行予測モデルを検討するため、バイオインフォマティクス分野奥田先生と共同で解析を行う予定である

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

入院を必要とする小児ウイルス感染症の流行予測における下水サーベイランスの有用性の検討

研究代表者：羽深 理恵（はぶか りえ）

(新潟大学医歯学総合病院 小児科)

研究組織（○印は研究代表者）

医師会員 □	① 研究者名	② 分担する研究項目	③ 最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目資格（医師免許等）	④ 所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤ 所属機関における職名	⑥ 分担率（%）
<input type="checkbox"/>	○羽深理恵	立案、下水からのウイルス検出実験、疫学調査、解析、論文執筆	新潟大学・2008年・医学博士・小児感染症・日本小児科学会専門医	新潟大学医歯学総合病院 小児科学分野 小児感染症	パートタイム医員	30
<input checked="" type="checkbox"/>	齋藤昭彦	総括	新潟大学・1991年・小児感染症・日本小児感染症学会指導医	新潟大学大学院医歯学総合研究科小児科学分野 小児感染症	教授	10
<input type="checkbox"/>	相澤悠太	解析、論文推敲	新潟大学・2007年・医学博士・小児感染症・日本小児感染症学会指導医	新潟大学大学院医歯学総合研究科小児科学分野 小児感染症	助教	10
<input checked="" type="checkbox"/>	太刀川潤	下水からのウイルス検出実験 疫学調査 データの解析	新潟大学・2016年・小児感染症・日本小児科学会専門医	新潟大学大学院医歯学総合研究科 小児感染症	大学院生	30
<input type="checkbox"/>	山中崇之	疫学調査	新潟大学・2008年・小児感染症・日本小児感染症学会指導医	新潟市民病院 小児感染症	医長	10
<input type="checkbox"/>	北島正章	下水からのウイルス検出実験	東京大学大学院工学系研究科都市工学専攻博士課程・2011年	北海道大学大学院工学研究院環境工学部門	准教授	10

研究の概要

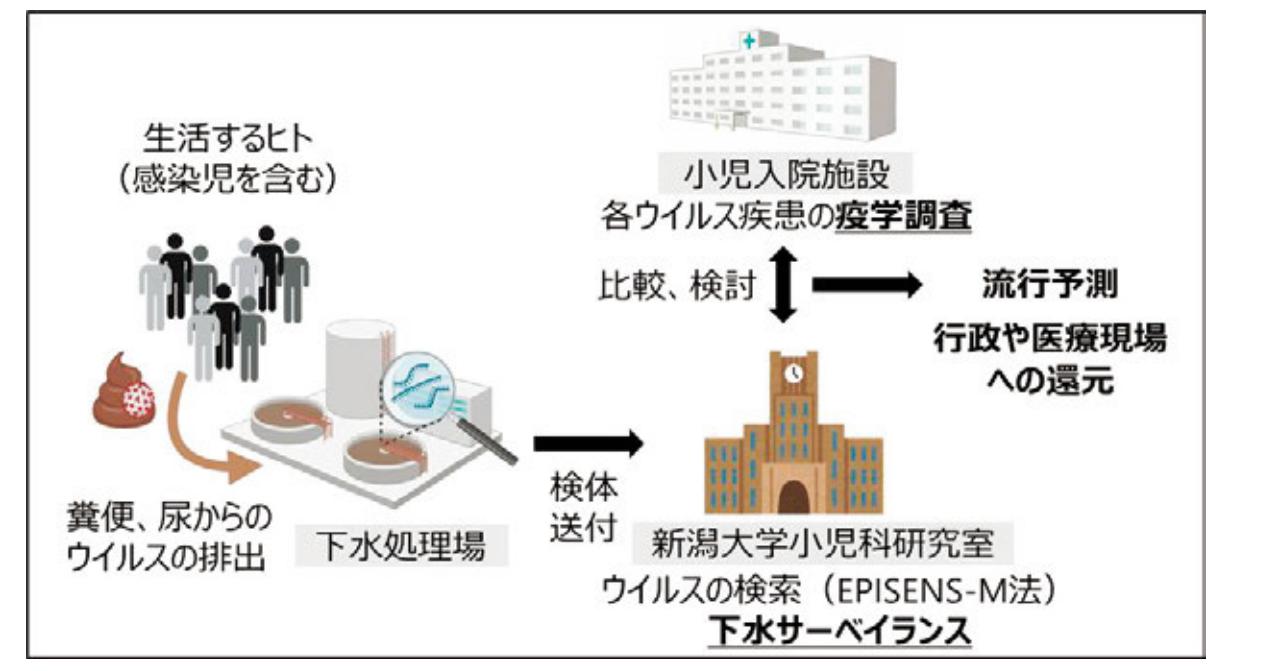
本研究の目的は、新潟市内で下水サーベイランスにより、小児科領域において重要な感染症の流行予測が可能かを検討することである。

本研究で期待される効果は、下水サーベイランスによる小児感染症の流行予測を行政や医療機関に還元し、①新潟市の施策等で乳幼児家庭・保育施設などへの流行注意喚起を行うことや、②市内医療施設における病原体迅速検査の補助（流行を早期に察知することで、検査前確率を上げ、疑わしい症例に適切な検査を行う）への活用が挙げられる。

研究方法は前向きサーベイランスであり、①毎週もしくは隔週で下水処理場から送付される検体からのウイルス検出による下水サーベイランス、②毎週の市内小児入院施設での対象ウイルス疾患による入院数および患者情報の提供による疫学調査を行う。これらを合わせて相関係数をみて流行予測可能か否かの検討を行う。

研究対象者は感染症で入院を要する状態と判断され必要に応じて血液検査、髄液検査、またはウイルス抗原/PCR検査を行うため、本研究のために新たに不利益やリスクが生じることはない。生体試料を提供する施設においては、研究責任医師らは、「ヘルシンキ宣言」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して本臨床研究を実施する。

(流れ図)



研究助成の概要

新潟市医師会地域医療研究助成事業

平成 24 年度から、新潟市医師会独自の研究助成事業を開始致しました。

新公益法人制度改革により、新潟市医師会は平成 25 年度より一般社団法人へ移行します。これを契機に、これまでの医師会事業を見直し、新たに実施するものです。平成 23 年 12 月から理事会内で検討を行い、事業内容をまとめ、平成 24 年 3 月 30 日の代議員会で承認頂きました。

新潟市医師会として、新潟市における地域医療・保健・福祉の充実、向上に貢献することを役割の一つと考えており、この目的にかなう研究に助成するものです。公衆衛生学分野、検診・ドックなどの予防医学分野、介護・障がいなどの福祉学分野、救急・災害医療学分野を主に対象としています。

少子高齢化社会という言葉に代表されるように、社会はダイナミックに変化しています。新潟市においても例外ではありません。広域合併した新潟市には、全体として、また各区・地域ごとに、それぞれの特性に応じた課題があると思います。新潟市における課題は何かをテーマとして、学術的に研究して頂きたいと考えております。身近な問題に関心を持つ若い基礎研究者を支援、育成したいという思いが込められています。

また、私たちが関わる医療、福祉、介護などの分野は相互に密接に関係しており、医師だけで解決できるものでなく、関連職種の相互連携が必要です。そこで、これまで医学的な学術研究に縁遠かったかも知れない介護や福祉に携わる方々や行政の皆様方にも積極的に参加して頂けるようにしたいと思っています。医師会員が共同研究者として 1 人でも入っていれば応募できます。医師会員の先生方にはどうぞご協力を下さいますようお願い致します。

採択された研究については、研究成果を互いに討論し、問題点を共有し、医師会の事業や新潟市の施策に反映できる発表の場として、研究助成分野の専門家に学術研究会を立ち上げて頂き、医師会として後援して行く事になっております。

なお、研究助成の審査に際しては、当該分野の外部の専門家にも加わって頂きますが、医学・医療に限らず、行政の責任者や法律の専門家にも審査委員に加わって頂き、できるだけ透明性を確保しながら助成事業を運営して行く方針ですのでご理解頂けますようお願い致します。多くの有益な研究応募がありますよう期待しております。

平成 24 年 4 月 1 日

新潟市医師会長 佐野正俊

新潟市医師会地域医療研究助成規程

(目的)

第1条 新潟市医師会（以下「本会」という。）は新潟市民の医療・保健・福祉の充実と向上を目的に、次条に掲げる分野において実証的な研究に取り組むグループ又は個人に対し助成し、研究結果を検証し、今後の課題克服に資するものとする。

(研究助成の対象分野)

第2条 本会は、次に掲げる分野における研究に対し、助成を行う。

- (1) 公衆衛生学分野
- (2) 検診・ドック等の予防医学分野
- (3) 介護・障がい等の福祉学分野
- (4) 救急・災害医学分野
- (5) その他の医学分野

(審査会)

第3条 助成に関する事項を審議するため、新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会（以下「委員会」という。）を置く。

2 委員会規程については、別に定める。

(申請資格)

第4条 助成金の申請資格について、次のとおりとする。ただし、筆頭研究者が本会会員でない場合は、共同研究者に本会会員が含まれていなければならない。

- (1) 医師・医師以外の研究者
- (2) 行政担当者・団体職員

(研究助成の種類・金額等)

第5条 研究助成の種類・金額等については、次のとおりとする。

- (1) 単年研究：1件あたり、70万円を限度とする。
- (2) 複数年研究：単年度あたり50万円を限度に、最長2年を限度とする。

(申請)

第6条 助成金を申請しようとする者は、毎年1月末日までに新潟市医師会地域医療研究助成研究計画書（以下「研究計画書」という。）を本会事務局に申請する。

2 研究計画書の書式については、別に定める。

(助成金額等の決定)

第7条 本会会長は、前条の研究計画書を受理したときは、委員会に諮るものとする。

- 2 委員会は、原則として毎年2月末日までに審査するものとする。
- 3 助成金の額並びに助成総件数については、委員会の決議を経た後、本会理事会で決定する。

(研究成果等の報告)

第8条 研究代表者は、当該研究等が完了したときは、完了の日から60日以内に新潟市医師会地域医療研究助成実績報告書（以下「報告書」という。）を本会会長に提出するものとする。

- 2 報告書の書式については、別に定める。

(雑則)

第9条 この規程に定めるもののほか、助成に関し必要な事項は、新潟市医師会地域医療研究助成公募要領（以下「公募要領」という。）によるものとする。

- 2 応募要領については、別に定める。

附 則

この規程は、平成24年4月1日から施行する。

この規程は、平成29年12月1日から施行する。

この規程は、令和5年8月1日から施行する。

新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会規程

(趣旨)

第1条 この規程は、新潟市医師会地域医療研究助成規程第3条第2項の規定に基づき、新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会（以下「委員会」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(組織)

第2条 委員会は、次に掲げる者をもって組織する。

- (1) 公衆衛生学分野、検診・ドック等の予防医学分野、介護・障がい等の福祉学分野、救急・災害医療学分野から若干名。
- (2) 新潟市医師会学術担当理事。
- (3) 新潟市医師会長が必要と認めた者。

(委員の任期)

第3条 前条に規定する委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 前項の委員は、再任することができる。

(委員長、副委員長)

第4条 委員会に委員長を置く。委員長、副委員長は委員の中から互選によって選挙する。

- 2 委員長は、議事を主宰し、委員会を代表する。
- 3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代行する。

(議決)

第5条 委員会は、委員の過半数の出席により成立する。

2 議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、委員長が決する。

(委員以外の者の出席)

第6条 新潟市医師会長若しくは審査会委員長が必要と認めたときは、委員会の承認を得て、委員会に委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴取することができる。

第7条 この規程に定めるもののほか、委員会に関し必要な事項は、委員会が別に定める。

附 則

- 1 この規程は、平成24年4月1日から施行する。

令和7年度新潟市医師会地域医療研究助成 審査委員会名簿

(敬称略)

	氏名	所属
委員長	井口 清太郎	新潟大学大学院医歯学総合研究科 地域医療確保・地域医療課題解決支援講座
副委員長	丸田 秋男	新潟医療福祉大学 心理・福祉学部
	五十嵐 修一	新潟市医師会（新潟市民病院）
	今井 利司	新潟市 福祉部
	大滝 一	新潟市医師会（大滝耳鼻科クリニック）
	岡崎 史子	新潟市医師会（新潟大学医学部医学科 医学教育学分野）
	齋藤 玲子	新潟大学大学院医歯学総合研究科 国際保健学分野
	関 奈緒	新潟大学 大学院保健学研究科看護学分野
	竹之内 辰也	新潟市医師会（県立がんセンター新潟病院）
	田中 伸至	新潟大学 法学部
	田辺 匡史	新潟市 保健衛生部
	廣川 徹	新潟市医師会（小児科廣川医院）
	廣瀬 保夫	新潟市民病院 救命救急・循環器病・脳卒中センター
	山崎 昭義	新潟市医師会（新潟中央病院）
	山崎 哲	新潟市保健所
	山本 泰明	新潟市医師会（ロイヤルハートクリニック）

2025年度(令和7年度) 公募要領

令和7年度「新潟市医師会 地域医療研究助成」公募要領

1. 研究助成の目的

新潟市医師会は新潟市民の医療・保健・福祉の充実と向上を目的として活動してきましたが、社会の大きな変化にともない、これらに拘る課題は複雑さを増しつつあります。そこで、新潟市医師会は、これらの課題克服のための研究推進を目的として、助成をおこないます。また、若手研究者を育成することも目的とします。

2. 研究助成の対象分野

新潟市民を対象とする、

- (1) 公衆衛生学分野等の社会学分野
- (2) 検診・ドック等の予防医学分野
- (3) 介護・障がい等の福祉学分野
- (4) 救急・災害医療学分野
- (5) その他の医学分野の実証的な研究。

3. 助成金額・助成期間・助成件数

- (1) 新規応募の場合で単年研究：1件あたり、70万円を上限とします。
- (2) 新規応募の場合で複数年研究：単年度あたり50万円を上限に、助成期間は最長で2年とします。ただし、継続助成の可否については年度毎に審査するので、その都度再申請が必要です。
- (3) 前年度に助成を受けた場合の複数年研究応募の場合：単年度あたり、前年度に交付された助成額を超えない範囲で、初年度の研究計画書に記載した研究事業予定期間内で継続して申請できます。継続助成の可否を再審査するので、あらためての申請が必要です。研究計画書には、前年度に助成を受けた以降の研究実績を具体的に明記してください。
- (4) 助成金額ならびに助成総件数については、新潟市医師会の予算をもとに、新潟市医師会理事会が最終決定します。

4. 申請資格

- (1) 医師・医師以外の研究者・行政担当者・団体職員。ただし、研究代表者（申請者）が新潟市医師会員でない場合には、共同研究者に新潟市医師会員が含まれていなければなりません。
- (2) 研究代表者として、過去に2回本助成を受けた方は、申請できません。
- (3) 研究代表者の主たる所属機関の役職が臨床系の教授でないこと。ただし、特任教授は除く。

5. 申請できる経費と振込

申請できるのは、研究活動に必要な消耗品費、通信・運搬費、旅費、謝金、印刷費等です。ただし、パソコン、タブレット、複写・印刷・音響・映像・通信機器、パソコン周辺機器、ソフトウェア（OSを含む）の購入費は助成の対象としません。

助成金の振込先については、助成内定後に相談ください。

6. 応募・受付期間

新規研究：令和6年11月 1日（金）から12月 2日（月）正午（必着）まで

継続研究：令和6年11月15日（金）から12月16日（月）正午（必着）まで

7. 応募方法

- (1) 募集を、大学等の機関に案内するほか、新潟市医師会HPでもお知らせします。研究計画書を新潟市医師会HPからダウンロードしてください。
- (2) 申請者は、作成上の留意事項に従って研究計画書に必要事項を入力し、新潟市医師会宛に電子ファイル（Word及びPDF形式）を送付してください。
- (3) お送りいただいた研究計画書等の資料は返却しません。

8. 審査・選考

研究計画書は外部の専門委員を含めた新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会で審査されます。最終的に、新潟市医師会理事会の決定を経て、申請者に審査結果が通知されます。通知は、令和7年3月末を予定しています。

9. 発表と報告

- (1) 単年研究と複数年研究のいずれの場合も、新潟市医師会が指定する学術研究会（令和8年1月下旬から2月初旬を予定）で、研究成果の発表と討論をおこなってください。学術研究会の開催については、予め申請者に案内します。
- (2) 単年研究と複数年研究のいずれの場合も、研究終了の日から60日以内に、所定の書式で、実績報告書を新潟市医師会長宛に提出してください。
- (3) 単年研究と複数年研究のいずれの場合も、研究終了の日から半年以内に、研究成果を新潟市医師会報の学術欄に投稿してください。

10. 応募・照会先

新潟市医師会事務局 担当：総務課 事業係 清水、本望

電話：025-240-4131 電子メール：niigatashi@niigata.med.or.jp

住所：〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3-3-11

新潟市医師会 HP：<http://www.niigatashi-ishikai.or.jp>

過去の発表会

第1回 地域医療研究助成発表会 平成25年3月30日(土) 会場:新潟大学医学部有壬記念館

14:30 開会挨拶 新潟市医師会副会長 藤田一隆

発表1	「新潟市内の高齢者における疾病・介護リスク要因の評価とGISを用いた視覚化～特定健診と特定保健指導に関する解析と今後の計画～」	発表者：菖蒲川 由郷（新潟大学） 座長：齋藤 玲子（新潟大学 国際保健学）
発表2	「要介護高齢者における疲労の主観的評価と客観的評価の比較検討」	発表者：能村 友紀（新潟医療福祉大学） 座長：鈴木 亨（新潟市 福祉部）
発表3	「塩分摂取が及ぼす健康被害に関する調査」	発表者：加藤 公則（新潟県労働衛生医学協会） 座長：中村 和利（新潟大学 環境予防医学）
発表4	「安静時正常血圧者における運動負荷時過剰血圧上昇の意義、治療介入についての検討」	発表者：伊藤 正洋（新潟県スポーツ医科学センター） 座長：月岡 恵（新潟市保健所）
発表5	「新潟市における「ひきこもり」の実態の分析と対応の検討」	発表者：中垣内 正和（佐潟荘） 座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学 社会福祉学部）
特別講演	「身体活動・運動による生活習慣病予防－地域における健康づくり支援環境に着目して」	演者：井上 茂（東京医科大学 公衆衛生学 教授） 座長：齋藤 玲子（新潟大学 国際保健学）

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 庄司義興

第2回 地域医療研究助成発表会 平成26年2月1日(土) 会場:新潟大学医学部有壬記念館

14:30 開会挨拶 新潟市医師会長 佐野正俊

発表1	「塩分摂取が及ぼす健康被害に関する調査」	発表者：加藤 公則（新潟県労働衛生医学協会） 座長：齋藤 玲子（新潟大学 国際保健学）
発表2	「新潟市内の高齢者における疾病・介護リスク要因の評価とGISを用いた視覚化～特定健診とアンケートの結果より～」	発表者：菖蒲川 由郷（新潟大学） 座長：鈴木 亨（新潟市 福祉部）
発表3	「新潟市の保育園における視力検査の実施状況に関する調査」	発表者：石井 雅子（新潟医療福祉大学） 座長：佐藤 隆司（新潟市 保健衛生部）
発表4	「新潟市における高齢心不全患者の運動機能低下要因の解明と運動療法の効果に関する検討」	発表者：小幡 裕明（新潟大学） 座長：山添 優（新潟市民病院）
発表5	「高齢者に対するリハビリテーション実施時における主観的疲労度評価の再現性と妥当性」	発表者：能村 友紀（新潟医療福祉大学） 座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学 社会福祉学部）
発表6	「新潟市における健康習慣の遵守状況と慢性腎臓病(CKD)の包括的評価」	発表者：若杉 三奈子（新潟大学） 座長：月岡 恵（新潟市保健所）
発表7	「安静時正常血圧者における運動負荷時過剰血圧上昇の意義、治療介入についての検討」	発表者：伊藤 正洋（新潟県スポーツ医科学センター） 座長：廣瀬 保夫（新潟市民病院 救命救急 循環器病 脳卒中センター）
特別講演	「地域における自殺対策－最新のエビデンスと今後の課題－」	演者：本橋 豊（秋田大学理事 副学長） 座長：中村 和利（新潟大学 環境予防医学）

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 藤田一隆

第3回 地域医療研究助成発表会 平成27年1月31日(土) 会場:新潟大学医学部有壬記念館

14:30 開会挨拶 新潟市医師会長 藤田一隆

発表1	「新潟市における高齢心不全患者の運動機能低下要因の解明と運動療法の効果に関する検討」	発表者：小幡 裕明（新潟大学 循環器内科） 座長：中村 和利（新潟大学 環境予防医学）
発表2	「幼児眼科健診および視力検査の実施状況に関する調査」	発表者：石井 雅子（新潟医療福祉大学 視機能科学） 座長：阿部 真也（新潟市保健衛生部）
発表3	「新潟市における高齢者施設の救急対応の問題点と救急医療施設との関係性について～高齢者施設アンケート調査より～」	発表者：佐藤 信宏（新潟市民病院 救急科） 座長：遠藤 裕（新潟大学 救急医学）
発表4	「新潟市西区における一人暮らし高齢者の孤立防止対策の構築に関する研究」	発表者：小林 恵子（新潟大学 看護学） 座長：佐藤 隆司（新潟市福祉部）
発表5	「運動時過剰血圧反応の意義、機序、治療介入についての検討」	発表者：伊藤 正洋（新潟県健康づくりスポーツ医学センター） 座長：斎藤 玲子（新潟大学 國際保健学）
発表6	「塩分摂取が及ぼす健康被害に関する調査」	発表者：加藤 公則（新潟県労働衛生医学協会） 座長：廣瀬 保夫（新潟市民病院 救命救急 循環器病 脳卒中センター）
発表7	「新潟市内の高齢者における疾病・介護リスク要因の評価とGISを用いた視覚化～健康なまちづくり指標～」	発表者：菖蒲川 由郷（新潟大学 國際保健学） 座長：月岡 恵（新潟市保健所）
特別講演	「地域福祉計画に基づくコミュニティソーシャルワークの展開」	演者：丸茂 丈実（茅野市社会福祉協議会 事務局長） 座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学 副学長）

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 広橋武

第4回 地域医療研究助成発表会 平成28年1月30日(土) 会場:新潟大学医学部有壬記念館

14:30 開会挨拶 新潟市医師会長 藤田一隆

発表1	「超高齢社会における骨粗鬆症への対応 一次骨折予防のあり方を考える」	発表者：山本 智章（新潟リハビリテーション病院 整形外科） 座長：月岡 恵（新潟市保健所）
発表2	「運動時過剰血圧反応の意義、機序、治療介入についての検討」	発表者：伊藤 正洋（新潟県健康づくりスポーツ医学センター） 座長：廣瀬 保夫（新潟市民病院）
発表3	「新潟市内の幼児の塩分摂取量と保護者の食事パターンおよび生活・社会環境因子の関係」	発表者：太田 亞里美（新潟県立大学 健康栄養学） 座長：中村 和利（新潟大学 環境予防医学）
発表4	「幼児眼科健診の充実をめざして～弱視の早期発見のための取り組み～」	発表者：石井 雅子（新潟医療福祉大学 視機能科学） 座長：斎藤 玲子（新潟大学 國際保健学）
発表5	「『見える化』から『できる化』へ～データに基づく健康なまちづくり～」	発表者：菖蒲川 由郷（新潟大学 國際保健学） 座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学 社会福祉学部）
発表6	「新潟市における高齢者施設の救急対応の問題点と救急医療施設との関係性について～病院調査と救急搬送調査より～」	発表者：佐藤 信宏（新潟市民病院 救急科） 座長：阿部 真也（新潟市保健衛生部）
発表7	「新潟市西区における一人暮らし高齢者の孤立防止対策の構築に関する研究」	発表者：小林 恵子（新潟大学 看護学） 座長：佐藤 隆司（新潟市福祉部）
特別講演	「大規模災害時に医療機能を継続するための技術：BCP(事業継続計画)～官民連携の取組による地域レジリエンス強化の重要性と課題～」	演者：渡辺 研司（名古屋工業大学 教授／リスクマネジメントセンター防災安全部門長） 座長：遠藤 裕（新潟大学 救急医学）

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 広橋武

第5回 地域医療研究助成発表会 平成29年1月28日(土) 会場:新潟大学医学部有王記念館

14:30 開会挨拶 新潟市医師会長 藤田一隆

発表1	高齢者における独立歩行の獲得と維持のための新たなリハビリテーションプログラムの確立	発表者 : 上原 彰史 (新潟南病院 内科) 座長 : 丸田 秋男 (新潟医療福祉大学 社会福祉学部)
発表2	秋葉区における摂食嚥下機能評価システムの構築と効果の検討(中間報告)	発表者 : 張替 徹 (下越病院 リハビリテーション科) 座長 : 佐藤 隆司 (新潟市福祉部)
発表3	新潟市における慢性閉塞性肺疾患患者の問題点と地域医療連携に関する研究	発表者 : 大嶋 康義 (新潟大学 生命科学医療センター) 座長 : 長井 亮一 (新潟市保健衛生部)
発表4	新潟市西区の高齢者のみ世帯の暮らしと社会的孤立防止を支援するシステムの検討	発表者 : 小林 恵子 (新潟大学 保健学研究科) 座長 : 斎藤 玲子 (新潟大学 国際保健学)
発表5	運動時過剰血圧反応の意義、機序、治療介入についての検討	発表者 : 伊藤 正洋 (新潟県健康づくりスポーツ医学センター) 座長 : 遠藤 裕 (新潟大学 救急医学)
発表6	健康長寿実現のカギ:より良い骨粗鬆症検診を求めて	発表者 : 山本 智章 (新潟リハビリテーション病院 整形外科) 座長 : 中村 和利 (新潟大学 環境予防医学)
発表7	幼児および保護者の食事塩分スコアの作成	発表者 : 太田 亜里美 (新潟県立大学 健康栄養学) 座長 : 高橋 善樹 (新潟市保健所)
特別講演	ドイツの公的疾病保険と家庭医	演者 : 田中 伸至 (新潟大学 人文社会・教育科学系法医学教授) 座長 : 沢田 克己 (新潟大学 法医学部)

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 浦野正美

第6回 地域医療研究助成発表会 平成30年1月27日(土) 会場:新潟大学医学部有王記念館

14:30 開会挨拶 新潟市医師会長 藤田一隆

発表1	高齢者における独立歩行の獲得と維持のための新たなリハビリテーションプログラムの確立	発表者 : 上原 彰史 (新潟南病院 内科) 座長 : 中村 和利 (新潟大学・環境予防医学)
発表2	レセプトデータを利用した新潟市の糖尿病治療中断者スクリーニング方法の検討	発表者 : 藤原 和哉 (新潟大学・健康寿命延伸 生活習慣病予防治療医学) 座長 : 佐藤 隆司 (新潟市福祉部)
発表3	新潟市における慢性閉塞性肺疾患患者の問題点と地域医療連携に関する研究	発表者 : 大嶋 康義 (新潟大学 呼吸器感染症内科) 座長 : 高橋 善樹 (新潟市保健所)
発表4	いびき症に潜む動脈硬化危険因子 -肝フィブロスキャン検査を用いたアプローチ	発表者 : 大越 章吾 (日本歯科大学・内科学) 座長 : 浦野 正美 (浦野耳鼻咽喉科医院)
発表5	保健医療従事者の予防接種に対する意識調査: Vaccine hesitancyの職種間の相違の検証	発表者 : 斎藤 あや (聖路加国際大学・看護学部) 座長 : 長井 亮一 (新潟市保健衛生部)
発表6	秋葉区における摂食嚥下機能評価システムの構築と効果の検討	発表者 : 張替 徹 (下越病院・リハビリテーション科) 座長 : 斎藤 玲子 (新潟大学・国際保健学)
発表7	新潟市西区の高齢者のみ世帯の暮らしと社会的孤立防止を支援するシステムの検討	発表者 : 小林 恵子 (新潟大学・保健学看護学) 座長 : 丸田 秋男 (新潟医療福祉大学・社会福祉学部)
特別講演	臨床倫理コンサルテーションの実際 —終末期・認知症の人等、意思決定の困難な患者について	演者 : 稲葉 一人 (中京大学・法科大学院教授) 座長 : 廣瀬 保夫 (新潟市民病院 救命救急・循環器病・脳卒中センター)

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 浦野正美

第7回 地域医療研究助成発表会 平成31年1月26日(土) 会場:新潟大学医学部有壬記念館

14:30 開会挨拶 新潟市医師会長 藤田一隆

発表1	心不全患者における介護発生率および介護発生に関わる臨床的因子の検討	発表者 : 藤木 伸也 (新潟大学 循環器内科学) 座長 : 西條 康夫 (新潟大学 腫瘍内科学)
発表2	新潟市における頭頸部癌検診のこころみ	発表者 : 岡部 隆一 (新潟大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 座長 : 中村 和利 (新潟大学 環境予防医学)
発表3	誤嚥性肺炎入院患者における摂食嚥下機能と予後の検討ークリニカルパス策定に向けてー	発表者 : 建部 一毅 (新潟南病院 リハビリテーション科) 座長 : 丸田 秋男 (新潟医療福祉大学 社会福祉学部)
発表4	実家の茶の間・紫竹におけるつながりの構造要因の検討	発表者 : 石上 和男 (新潟医療福祉大学 医療経営管理学部 医療情報管理学科) 座長 : 井口 清太郎 (新潟大学 新潟地域医療学)
発表5	新潟市の糖尿病治療中断者の現状把握ならびに受診勧告事業の有効性の検討(第2報)	発表者 : 藤原 和哉 (新潟大学 健康寿命延伸・生活習慣病予防治療医学) 座長 : 三富 健二郎 (新潟市福祉部)
発表6	高齢者における独立歩行の獲得と維持のための新たなリハビリテーションプログラムの確立	発表者 : 上原 彰史 (新潟南病院 内科) 座長 : 斎藤 玲子 (新潟大学 国際保健学)
発表7	新潟市における慢性閉塞性肺疾患の問題点と地域医療連携に関する研究	発表者 : 大嶋 康義 (新潟大学 呼吸器・感染症内科学) 座長 : 佐藤 隆司 (新潟市保健衛生部)
特別講演	口腔機能からみた摂食嚥下障害への取り組み	演者 : 井上 誠 (新潟大学 摂食嚥下リハビリテーション学分野 教授) 座長 : 高橋 善樹 (新潟市保健所)

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 浦野正美

第8回 地域医療研究助成発表会 令和2年1月25日(土) 会場:新潟大学医学部有壬記念館

14:30 開会挨拶 新潟市医師会長 藤田一隆

発表1	新潟市における頭頸部がん検診	発表者 : 岡部 隆一 (新潟大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科) 座長 : 浦野 正美 (浦野耳鼻咽喉科医院)
発表2	新潟市における子育てソーシャルサポートに関する実証的研究～妊娠・出産から青年期に至る包括的相談支援システムの構築に向けて～	発表者 : 小池 由佳 (新潟県立大学 人間生活学部子ども学科) 座長 : 斎藤 玲子 (新潟大学 国際保健学)
発表3	改正健康増進法施行に向けた新潟市職域における喫煙対策の現状と対策支援ニーズの把握	発表者 : 関 奈緒 (新潟大学 保健学研究科 看護学分野) 座長 : 野島 晶子 (新潟市保健衛生部)
発表4	慢性心不全患者における要介護発生率と関連因子の検討	発表者 : 藤木 伸也 (新潟大学 循環器内科学) 座長 : 小田 弘隆 (新潟市民病院 循環器内科)
発表5	フレイルとバランス機能および筋量の関係	発表者 : 本間 大介 (新潟万代病院 リハビリテーション科) 座長 : 高橋 善樹 (新潟市保健所)
発表6	誤嚥性肺炎入院患者の摂食嚥下機能に応じたクリニカルパスの実施	発表者 : 建部 一毅 (新潟南病院 リハビリテーション科) 座長 : 中村 和利 (新潟大学 環境予防医学)
発表7	実家の茶の間・紫竹におけるつながりの構造要因の検討	発表者 : 石上 和男 (新潟医療福祉大学 医療経営管理学部) 座長 : 丸田 秋男 (新潟医療福祉大学 社会福祉学部)
発表8	新潟市の糖尿病治療中断者の現状把握ならびに受診勧告事業の有効性の検討(第3報)	発表者 : 藤原 和哉 (新潟大学 健康寿命延伸・生活習慣病予防治療医学) 座長 : 佐久間 なおみ (新潟市福祉部)
特別講演	地域医療の現場における研究 —Practice based researchへの招待—	演者 : 井上 和男 (帝京大学ちば総合医療センター 地域医療学 教授) 座長 : 井口 清太郎 (新潟大学 新潟地域医療学)

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 浦野正美

第9回 地域医療研究助成発表会 令和3年1月30日(土) Zoomミーティングによるオンライン開催

14:30 開会挨拶 新潟市医師会長 浦野正美

発表1	感覚器リハビリテーション介入による認知機能低下予防に関する研究	発表者：森田 由香（新潟大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科） 座長：高橋 善樹（新潟市保健所）
発表2	新潟県内における周産期女性のメンタルヘルスに影響を与える因子についての実態調査および検討	発表者：小川 真貴（新潟大学 精神医学） 座長：井口 清太郎（新潟大学 新潟地域医療学）
発表3	新潟市における子育てソーシャルサポートに関する実証的研究～妊娠・出産から青年期に至る包括的相談支援システムの構築に向けて～	発表者：小池 由佳（新潟県立大学 人間生活学部子ども学科） 座長：佐久間 なおみ（新潟市福祉部）
発表4	心不全患者における介護発生率と介護発生に関わる臨床的因子の検討	発表者：藤木 伸也（新潟大学 循環器内科学） 座長：廣瀬 保夫（新潟市民病院 救命救急・循環器病・脳卒中センター）
発表5	2020(令和2)年新潟市成人式における新成人喫煙状況調査結果報告	発表者：関 奈緒（新潟大学 保健学研究科 看護学） 座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学 社会福祉学部）
特別講演	メディアが伝えない！新型タバコのリスク	演者：田淵 貴大（大阪国際がんセンターがん対策センター疫学統計部 副部長） 座長：齋藤 玲子（新潟大学 国際保健学）

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 岡田潔

第10回 地域医療研究助成発表会 令和4年1月29日(土) Zoomミーティングによるオンライン開催

14:30 開会挨拶 新潟市医師会長 浦野正美

発表1	難聴と認知機能低下の関連 ～補聴器による聴覚リハビリテーションの影響について～	発表者：森田 由香（新潟大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学） 座長：中村 和利（新潟大学 環境予防医学）
発表2	新潟県内における周産期女性のメンタルヘルスに影響を与える因子についての実態調査および検討	発表者：小川 真貴（新潟大学 精神医学） 座長：高橋 善樹（新潟市保健所）
発表3	新潟市における新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行初期の疫学的特徴とゲノム解析	発表者：我妻 奎太（新潟大学 国際保健学） 座長：廣瀬 保夫（新潟市民病院 救命救急・循環器病・脳卒中センター）
発表4	新潟市におけるCOVID-19の救急医療への影響調査 ～中間報告～	発表者：佐藤 信宏（新潟市民病院 救急科） 座長：野島 晶子（新潟市保健衛生部）
発表5	新潟市における医療的ケア児の災害支援基盤強化の検討 ～保護者の災害の備えに関する実態調査の報告～	発表者：田中 美央（新潟大学 保健学研究科） 座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学 社会福祉学部）
発表6	要支援高齢者の重度化予防に関する研究－「質」が保証されたケアマネジメントモデルの構築に向けて－	発表者：中井 良育（新潟医療福祉大学 社会福祉学部 社会福祉学科） 座長：佐久間 なおみ（新潟市福祉部）
発表7	新潟市における頭頸部がん検診の試み～結果報告～	発表者：岡部 隆一（新潟大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科） 座長：齋藤 玲子（新潟大学 国際保健学）
発表8	新潟市における子育てソーシャルサポートに関する実証的研究～妊娠・出産から青年期に至る包括的相談支援システムの構築に向けて～	発表者：小池 由佳（新潟県立大学 人間生活学部 子ども学科） 座長：井口 清太郎（新潟大学 新潟地域医療学）
特別講演	ナッジ理論で人を動かす	演者：竹林 正樹（青森県立保健大学 行動経済学研究者） 座長：関 奈緒（新潟大学 保健学研究科）

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 橋本 謹也

第11回 地域医療研究助成発表会 令和5年1月28日(土) Zoomミーティングによるオンライン開催

14:30 開会挨拶 新潟市医師会長 浦野正美

発表1	アントラサイクリン心不全の早期発見のための地域連携の確立に向けた研究	発表者：大倉 裕二（新潟県立がんセンター新潟病院 内科） 座長：齋藤 玲子（新潟大学 国際保健学）
発表2	新潟市の高齢者施設における新型コロナウイルス感染症の血清疫学調査	発表者：我妻 奎太（新潟大学 国際保健学） 座長：井口 清太郎（新潟大学 地域医療確保・地域医療課題解決支援）
発表3	新潟市におけるCOVID-19時代の救急応需調査	発表者：佐藤 信宏（新潟市民病院 救急科） 座長：岡田 潔（岡田内科医院）
発表4	新潟市における医療的ケア児・者の災害支援基盤強化の検討	発表者：田中 美央（新潟大学 保健学研究科） 座長：佐久間 なおみ（新潟市福祉部）
発表5	要支援高齢者の重度化予防に関する研究 ー「質」が保証されたケアマネジメントモデルの構築に向けてー	発表者：中井 良育（新潟医療福祉大学 社会福祉学部 社会福祉学科） 座長：夏目 久義（新潟市保健衛生部）
発表6	難聴と認知機能低下の関連～補聴器による聴覚リハビリテーションの影響について～	発表者：森田 由香（新潟大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科） 座長：佐藤 雄一郎（日本歯科大学新潟生命歯学部 耳鼻咽喉科学）
発表7	人工知能診断の新潟市胃がん検診への導入による効果と課題についての探索的研究	発表者：古川 浩一（新潟市民病院 医療技術部・検査診断科・内科） 座長：高橋 善樹（新潟市保健所）
発表8	新潟県内における周産期女性のメンタルヘルスに影響を与える因子についての実態調査および検討	発表者：小川 真貴（新潟大学 精神医学） 座長：廣瀬 保夫（新潟市民病院 救命救急・循環器病・脳卒中センター）
発表9	身体各部位の位相角と老年期疾患および歩行、バランス機能との関係-フレイル、ロコモティブシンドロームに着目した分析-	発表者：本間 大介（新潟万代病院 リハビリテーション科） 座長：関 奈緒（新潟大学 保健学研究科）
特別講演	地域共生社会の実現にむけて	演者：原田 正樹（日本福祉大学 社会福祉学部 社会福祉学科 教授） 座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学 社会福祉学部）

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 岡田 潔

第12回 地域医療研究助成発表会 令和6年1月27日(土) Zoomミーティングによるオンライン開催

14:30 開会挨拶 新潟市医師会長 浦野正美

発表1	新型コロナウイルスワクチンの小児における発症・入院・後遺症予防効果の検討	発表者：相澤 悠太（新潟大学大学院医歯学総合研究科 小児科学分野） 座長：山崎 哲（新潟市保健所）
発表2	新潟市かかりつけ診療所における骨粗鬆症診療の実態調査	発表者：堀米 洋二（新潟大学大学院医歯学総合研究科 健康寿命延伸・運動器疾患医学講座） 座長：島垣 斎（整形外科・皮膚科しまがきクリニック）
発表3	新潟市における循環器救急疾患連携への取り組み	発表者：高山 亜美（新潟大学医歯学総合病院 循環器内科/検査部） 座長：廣瀬 保夫（新潟市民病院 救命救急・循環器病・脳卒中センター）
発表4	独居高齢者における栄養摂取状況および口腔健康状態の実態調査	発表者：小田島 あゆ子（新潟大学大学院医歯学総合研究科 口腔保健学分野） 座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学 社会福祉学部）
発表5	統合失調症入院患者における口腔機能と健康・栄養状態に関する包括的解析	発表者：大竹 将貴（新潟大学大学院医歯学総合病院 精神科） 座長：熊谷 敬一（新潟メンタルクリニック）
発表6	アントラサイクリン心不全の早期発見のための地域連携の確立に向けた研究	発表者：大倉 裕二（新潟県立がんセンター新潟病院 内科（腫瘍循環器科）） 座長：井口 清太郎（新潟大学大学院医歯学総合研究科 地域医療課題解決支援講座）
発表7	新潟市の高齢者施設における新型コロナウイルス感染症の血清疫学調査	発表者：我妻 奎太（新潟大学大学院医歯学総合研究科 國際保健学分野（公衆衛生）） 座長：関 奈緒（新潟大学 大学院保健学研究科看護学分野）
発表8	新潟市におけるCOVID-19の救急応需への影響調査	発表者：佐藤 信宏（新潟市民病院 救急科） 座長：齋藤 玲子（新潟大学大学院医歯学総合研究科 國際保健学分野）
発表9	専門職による助言及びソーシャルワーカーによるコーディネート機能がケアマネジメントの質に与える影響、新潟市多職種合同介護予防ケアプラン検討会に着目した調査結果から-	発表者：中井 良育（藍野大学 医療保健学部看護学科） 座長：今井 利司（新潟市 福祉部）
発表10	新潟市における医療的ケア児への災害支援基盤強化の検討～防災シミュレーションの実践と成果～	発表者：田中 美央（新潟大学大学院 保健学研究科） 座長：夏目 久義（新潟市 保健衛生部）
特別講演	医師会と独占禁止法	演者：沢田 克己（新潟大学 法学部 教授） 座長：――――――

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 岡田 潔

第13回 地域医療研究助成発表会 令和7年1月25日(土) Zoomミーティングによるオンライン開催

14:30 開会挨拶 新潟市医師会長 岡田 潔

発表1	入院を必要とする小児ウイルス感染症の流行予測における下水サーベイランスの有用性の検討	発表者：羽深 理恵（新潟大学医歯学総合病院 小児科） 座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学 心理・福祉学部）
発表2	新型コロナウイルスワクチンの小児における発症・後遺症予防効果の検討	発表者：相澤 悠太（新潟大学大学院医歯学総合研究科 小児科学分野） 座長：齋藤 玲子（新潟大学大学院医歯学総合研究科 國際保健学分野）
発表3	新潟市における循環器救急疾患連携への取り組み	発表者：高山 亜美（新潟大学医歯学総合病院 循環器内科） 座長：山崎 哲（新潟市保健所）
発表4	新潟市かかりつけ診療所における骨粗鬆症診療の実態調査～第二報～	発表者：堀米 洋二（新潟大学大学院医歯学総合研究科 健康寿命延伸・運動器疾患医学講座） 座長：高橋 美徳（びとく整形外科クリニック）
発表5	統合失調症入院患者における口腔機能と健康・栄養状態に関する包括的解析	発表者：大竹 将貴（新潟大学大学院医歯学総合病院 精神科） 座長：熊谷 敬一（新潟メンタルクリニック）
発表6	独居高齢者における栄養摂取状況および口腔健康状態の実態調査	発表者：小田島 あゆ子（新潟大学大学院医歯学総合研究科 口腔保健学分野） 座長：今井 利司（新潟市 福祉部）
発表7	シャント発声者はフレイル・サルコペニアと関係があるのか	発表者：松本 香好美（日本歯科大学新潟生命歯学部 耳鼻咽喉科学） 座長：尾股 丈（新潟大学医歯学総合病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科）
発表8	診断未確定関節炎に対する新潟発地域連携ネットワーク構築の試み	発表者：近藤 直樹（新潟大学医歯学総合病院 整形外科） 座長：井口 清太郎（新潟大学大学院医歯学総合研究科 地域医療確保・地域医療課題解決支援講座）
発表9	新潟市における病床機能、役割分担の解明と医療提供体制の検討	発表者：新美 奏恵（新潟大学医歯学総合病院 患者総合サポートセンター） 座長：田辺 匠史（新潟市 保健衛生部）
発表10	アントラサイクリン心不全の早期発見のための地域連携の確立に向けた研究	発表者：大倉 裕二（新潟県立がんセンター新潟病院 内科（腫瘍循環器科）） 座長：閔 奈緒（新潟大学大学院保健学研究科 看護学分野）
特別講演	医療者のための生成AI活用術	演者：松井 健太郎（国立精神・神経医療研究センター病院 臨床検査部 睡眠障害検査室医長 睡眠障害センター長（兼任）） 座長：廣瀬 保夫（新潟市民病院 救命救急・循環器病・脳卒中センター）

閉会挨拶 新潟市医師会副会長 山本泰明



2025年度(第14回) 新潟市医師会地域医療研究助成 発表会 ハンドアウト

2026年(令和8年)1月24日 発行

■発行者 新潟市医師会
〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3-3-11
電話 025-240-4131(代表)

■印刷所 株式会社ウィザップ