

京都市立病院紀要

The Journal of Kyoto City Hospital

第45巻

2025

目次

巻頭言 清水 恒広

総説

静脈血栓塞栓症のチーム医療
 (第一報) ー京都市立病院 VTE 対策チームの活動と足跡 山本 栄司 1
 (第二報) ー全症例登録集計からみたー医療機関の VTE の実態 山本 栄司 8

研究

京都市立病院における糖尿病性ケトアシドーシス治療プロトコル導入効果と安全性
 田畑 雄一, 下新原 直子 13

肺がん遺伝子変異の検出率向上を目的とした病理検査室の取り組み
 ...宮城 華那子, 野田 みゆき, 井上 翔太, 田中 志穂, 竹腰 友博, 山田 雅 18

生成 AI による災害訓練の変革: 業務負担軽減と訓練の質向上に向けた試み 萱原 慎理 23

ICU における主観的睡眠評価法を用いた周術期患者に対する睡眠の質の分析
 伊藤 千夏, 九嶋 梨奈 25

症例

高血圧を契機とした急性心不全の一例 二上 佳子
 笠原 武, 太田 啓祐, 内藤 大智
 松永 晋作, 中島 規雄, 松尾 あきこ
 高木 佑介 30

特集: 第38回京都市立病院地域医療フォーラム

足病変の診療と支援の最前線

[特別講演]

諦めない在宅医療を目指して 木村 雅喜 34

[一般演題]

治療をあきらめない! 京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療 安威 徹也 35
 松永 晋作 37
 古川 修 39
 沢田 広子 40
 鹿江 寛 42
 岡田 あゆみ 44
 山内 光子 46

第 22 回院内合同研究発表会

SGLT2 阻害薬手術 2 日前休薬の妥当性評価	多留木 崇志, 小野 勝	48
血管造影装置更新に伴う医療従事者の被曝線量低減効果	田嶋 志章	51
院内転倒転落予防に対するリハビリテーション科の取り組み ～6A 病棟転倒カンファレンスの実践報告～	花倉 和夫, 西村 彩香, 岡村 堯朗, 久保 美帆, 奥村 朋央 西木 小百合	53
栄養科における災害時の食事提供訓練の実際～災害時でも病院食を提供するために～	植木 明	55
泌尿器科病棟における管理栄養士の役割	石川 陽菜	58
質の高いケア提供に向けた取り組み～整形外来での褥瘡予防ケアの視点から～	花木 亜衣, 松村 麻友香, 喜田 裕子, 松田 悠 坂口 かおり, 鈴木 真美	59
心不全指導と外来連携について (コッターの変革理論を活用して)	松崎 菜美	62
移り行く治療の変化に適切に対応できる看護師の育成 ～化学療法を安全に実施するために～	向井 裕子	65

CPC 報告

2024 年度 CPC 報告	香月 奈穂美, 岸本 光夫	70
----------------	---------------	----

院内研修会開催記録		72
-----------	--	----

研究業績目録

原 著		123
学 会		135
マスメディア		156

THE JOURNAL OF KYOTO CITY HOSPITAL

Vol.45

2025

CONTENTS

Foreword

Tsunehiro Shimizu

Review

Multidisciplinary Team Approach to Venous Thromboembolism

(Part 1) –‘VTE Stewardship Team’ of Kyoto City Hospital

Eiji Yamamoto..... 1

(Part 2) –Exhaustively Collected Results of VTE in a Single Acute-care General Hospital

Eiji Yamamoto..... 8

Originals

The Efficacy and Safety of Diabetic Ketoacidosis Treatment Protocol in Kyoto City Hospital

Yuichi Tabata and Naoko Shimonihara 13

Our Approach to Improve the Detection Rate of Gene Mutations in Lung Cancer

Kanako Miyagi, Miyuki Noda, Shouta Inoue, Shiho Tanaka, Tomohiro Takegoshi and Masashi Yamada 18

Reduction of Workload and Improvement of Disaster Drill Quality using Generative AI as an Assistance Tool

Shinri Kayahara 23

Analysis of the Quality of Sleep in Peri-Operative Patients Using a Subjective Sleep Evaluation Method in the Intensive Care Unit

Chinatsu Itoh and Rina Kushima 25

Case Reports

A Case of Acute Heart Failure Caused by Hypertension

Kako Niue

Takeshi Kasahara, Keisuke Oota, Daisuke Naito, Shinsaku Matsunaga, Norio Nakajima and Akiko Matsuo

Yuusuke Takagi 30

Topics. The 38th Forum for the Community Medicine at Kyoto City Hospital

Frontline Treatment and Support of Foot Lesions

[Lecture]

Approach to Continuing Home Care

Masaki Kimura 34

Continuing Treatment: Multidisciplinary Treatment of Lower Limb Lesions

Tetsuya Yasui 35

Shinsaku Matsunaga 37

Osamu Hurukawa 39

Hiroko Sawada 40

Hiroshi Kanoe 42

Ayumi Okada 44

Mitsuko Yamauchi 46

Reports of joint Annual Meeting for Research Work at Kyoto City Hospital

Evaluation of Appropriateness of Discontinuing SGLT2 Inhibitor Medication Two Days before Surgery Takashi Taruki and Masaru Ono	48
Reduction of Occupational Exposure Dose for Healthcare Workers by Renewal of Angiography Equipment Yukinori Tashima	51
Efforts of the Rehabilitation Department to Prevent Falls in the Hospital –Report of Conference on Fall Prevention Practice by the 6A Ward– Kazuhiro Hanakura, Ayaka Nishimura, Takaaki Okamura, Miho Kubo and Tomoo Okumura Sayuri Nishiki	53
Training for Disaster Meal Distribution at the Department of Nutrition –In Order to Distribute Hospital Meals During a Disaster– Akira Ueki	55
Role of Registered Dietician at the Urology Ward Hina Ishikawa	58
Efforts to Provide High Quality Care –From the Viewpoint of Preventive Care for Pressure Ulcers at the Orthopedics Outpatient Clinic– Ai Hanaki, Mayuka Matsumura, Yuko Kida, Yu Matsuda, Kaori Sakaguchi and Mami Suzuki	59
Heart Failure Management Coordination with Outpatient Clinic (Using Kotter’s Theory for Leading Change) Nami Matsuzaki	62
Training Nurses to Adapt to Changing Trends in Therapy –In Order to Carry Out Chemotherapy Safely– Yuko Mukai	65

Annual Reports of the Clinico-pathologic Conference (CPC) in Kyoto City Hospital

Naomi Katsuki and Mitsuo Kishimoto	70
--	----

Annual Reports of the Clinical Conference in Kyoto City Hospital

72

List of Research Activities of Staff at Kyoto City Hospital

Published articles	123
Presentations at academic meetings	135
Massmedia	156

巻 頭 言

今年度も京都市立病院紀要（第45巻）ができあがりしましたので、職員の皆さんにお届けします。紀要には、職種の異なる多くの職員が、それぞれ業務を遂行する中で遭遇した問題、課題そしてそれらの解決策など、さまざまな成果、実績がまとめられています。お時間のあるときに、是非ご一読ください。

この第45巻には、チーム医療に関する総説の第一報と第二報、研究4編、症例1編が含まれているだけでなく、特集として、第38回京都市立病院地域医療フォーラムの内容、そして第22回院内合同研究発表会記録が掲載され充実した内容になっています。専門性が異なる発表ですと、内容の把握に時間を要する場合がありますが、病院で働く多様な職員が業務上抱える課題や困難を克服する過程を知ることができます。そこには、当院の安全で質の高い医療を多職種で連携・協働し継続していくための多くのヒントが必ず隠されています。ここにある一つひとつの成果を十分読み込み理解を深め、未来の多職種連携・協働に生かしてもらえればうれしく思います。

令和7年（2025年）12月1日に京都市立病院は創立60周年を迎えました。大々的なイベントは計画しませんでした。患者さんやご家族だけでなく、職員も楽しめて心が温まる、また学びもあるいくつかのイベントを実施していただきました。企画から実行まで、各イベントに関わっていただいた職員の皆さんには心より感謝申し上げます。

さて、現在当院の経営改善に向けて、京都市主導による「当院の今後の在り方検討」が行われています。どの医療機関も経営状況が厳しい中、京都市の検討だけに頼るのではなく、わたくしたちの自助努力として、令和6年度の病床稼働状況を参考に令和8年4月より休床を増やし全体の稼働病床数を減らすことを決定しました。一方、職員の皆さんによる様々な「収支改善の取組み」のおかげで、令和7年度下半期から病床稼働が上昇しています。さらなる病床稼働の向上による経営の改善は根本的に重要ですが、それと共に、わたくしたちが誇りにしている「安全で質の高い医療」を維持継続することはさらに重要です。わたくしたちが目指す医療の成果がこの紀要に載っていますので、是非その成果を心のより所として、「市立病院プライド」をもって前に進んでいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

最後になりましたが、本巻の執筆、校正、編集に携わっていただいた皆さんに深謝いたします。

2026年1月

京都市立病院機構京都市立病院

院長 清水 恒 広

静脈血栓塞栓症のチーム医療（第一報） —京都市立病院 VTE 対策チームの活動と足跡

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 総合外科)

山本 栄司

要 旨

静脈血栓塞栓症は、入院患者の在院死も来し得る医療安全上留意すべき疾患であり、それを防ぐには一次予防・二次予防の取り組みが必要となる。京都市立病院において 2009 年から 2025 年まで行ってきた静脈血栓塞栓症に対する多職種チーム医療について、その活動内容と足跡を報告する。
(京市病紀 2025; 45 : 1-7)

Key words : 静脈血栓塞栓症, チーム医療, 多職種

はじめに

静脈血栓塞栓症 (venous thromboembolism : VTE) は、深部静脈血栓症 (deep vein thrombosis : DVT) と肺血栓塞栓症 (pulmonary embolism : PE) からなる疾患群で、一般にはエコノミークラス症候群として知られ、下腿ヒラメ筋静脈内に微小な血栓が存在するだけのものから、血栓が肺動脈を閉塞させて致命的となるものまで、幅広いスペクトラムの病態を包含する。

VTE に対するチーム医療という点、重篤な PE が発生した時に緊急招集され多診療科で迅速に対応する PERT (pulmonary embolism response team) が想起されるが、京都市立病院 VTE 対策チームは、文字通り VTE 対策についてサポート・助言する常設のチームである。しかし、この総説を目にするまでその存在や実態をよく知らなかった職員も少なくないであろう。対応に苦慮する VTE に遭遇していないことが主な理由と思われるが、一部にはチーム医療として認めようとする向きもあったのではないかと思う。

2009 年 2 月に始動し、病院横断的のチームとして実動し、2025 年 7 月活動を終了するまでの 16 年半を振り返って総括としたい。

I. VTE 対策チームの活動内容

(1) VTE 診療のサポート・症例登録

VTE 対策チームの主な活動は、主治医からの相談を受けて VTE の治療や二次予防対策を一緒に考えることである。Submassive PE や近位型で浮遊性を有する多量の DVT については循環器内科に診療を委ねるべきで、そのような症例に関して相談があればすぐに循環器内科に相談するよう勧める。一方で末梢性 PE や下腿限局型 DVT、あるいは近位型 DVT でも少量で循環動態的に問題にならないと考えられる VTE には、ガイドラインに準拠しつつ、発見時の状況や血栓伸長リスク、出血リスク、薬剤相互作用、患者の意向など勘案し、個々の症例での対応方針を提案する。主治医は、単独の判断ではなく病院の担当チームに相談した結果としてカルテに記載できる。

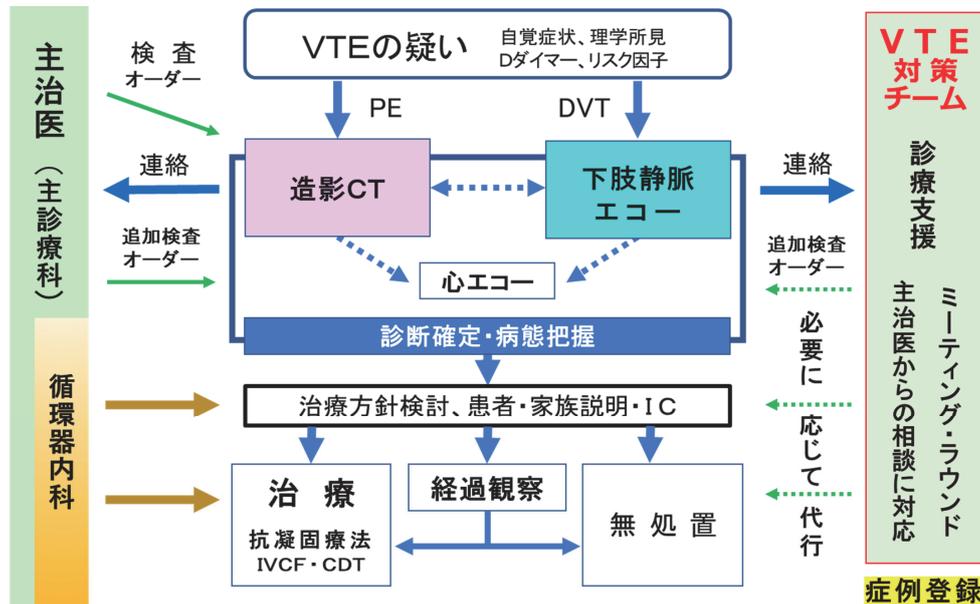


図1 院内で VTE が検知されたときのフロー

そのほかにもう一つ、病院の医療安全に関わる役割があった。生理検査室でDVTが見つかったとき、通常、臨床検査技師から主治医に電話連絡することになっているが、もし主治医が手術中だったり勤務時間外で連絡がつかないことがあると、病院として医療安全上のリスクを把握していながら対応が遅れてしまうことになる。そのようなときのセーフティーネットとしてVTE対策チームにも連絡が入り、場合によっては主治医に代わって初期対応を進めた(図1)。

VTE診療をサポートするとともに病院の医療安全を縁の下で守る、そのような立ち位置から、用語としては不正確かもしれないがチームの3文字略称を、抗菌薬適正使用支援チームになぞらえてVST(VTE stewardship team)とした。

主治医への提案に際してガイドラインだけでは方針を決められないとき、拠りどころとして過去の症例を経験知としてデータベース化しておく必要性を感じ、2010年1月から全症例の登録を開始した。2025年6月まで15年半の登録症例は3,062例に達し、その集計結果を第二報にまとめている。

(2) ミーティング・ラウンド

メンバー全員でエコー画像を確認して血栓の状態を評価し、リスク因子やどのような対応がなされているかをカルテでチェックするミーティングを、月2回隔週で行った(図2a)。重篤化するリスクが大きい血栓に抗凝固療法もフォロー検査も行われていない場合はその理由をカルテに求め、記載がないときは直接主治医に連絡し注意

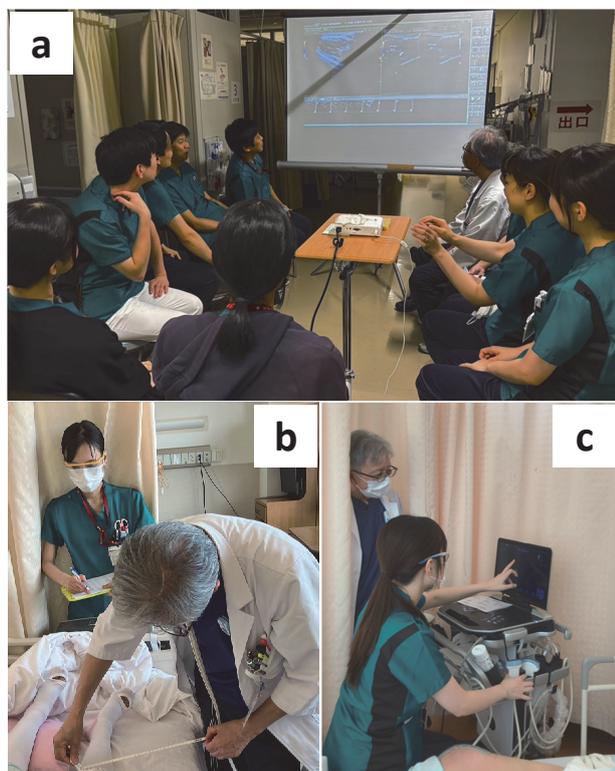


図2 チームミーティング・ラウンド

a: ミーティング(月2回), b: 医師・薬剤師ラウンド(週1回), c: USラウンド(週2回)

喚起した。ミーティング総実施回数は約400回に上った。

相談を受けた入院患者に対する週1回のラウンドを2019年4月に開始した。医師・薬剤師によるラウンドで(図2b)、ベッドサイドで下腿最大周径を測りながら自覚症状を聴取し、足関節運動や服薬の重要性を指導する。場合によっては、抗凝固薬の再開や中止・用量変更、エコー再検などの提案も行った。ラウンド回数は6年4か月で309回、対象患者数は延べ2,641名であった。

また、2023年4月からは、入院患者で最もVTEが多く検出される部署である整形外科病棟に対して、医師・臨床検査技師によるUSラウンド(図2c)を開始した。総大腿静脈・浅大腿静脈・膝窩静脈、3点の血栓の有無をポータブルエコーで診るもので、重篤なPEにつながる近位型DVTを病棟で検出でき、患者の医療安全を担保しつつ、生理検査室まで往復する病棟スタッフやそれを待つ検査技師の業務・時間の効率化を図った。対象症例は、下肢人工関節術後1週間目前後の患者(スクリーニング)と、主治医・病棟看護師が何らかの理由でDVTの存在を懸念する症例、チームとして気になる症例とした。ラウンド回数は2年4か月で207回、検査件数は延べ762件で、その内訳はスクリーニングが622件(81.6%)、主治医・看護師・チームがピックアップしたケースがそれぞれ20件、102件、18件であった。

II. VTE対策チームの歩み

(1) 肺血栓塞栓症予防の機運

2004年4月の診療報酬改定で「肺血栓塞栓症予防管理料」が登場した。術後のPEによる急変はそれ以前からどここの病院でも散発的に起こっており、当院でも整形外科の手術後に重篤なPEを合併して古い北館2階のCCUで集中治療を受けた患者もおられた。

2008年5月、「医療安全全国共同行動“いのちを守るパートナーズ”」(共同行動)というキャンペーンがキックオフした。米国の10万人の医療関連死亡を救う「100Kキャンペーン」の日本版である。共同行動は8つの行動目標から構成されており¹⁾、当時の院長はそのすべてへの参加を指示した。行動目標のうち、「危険手技の安全な実施—中心静脈カテーテル穿刺挿入手技に関する安全指針の策定と順守」について消化器外科医として日常的に中心静脈カテーテルを挿入していた筆者が担当となったが、もうひとつ「周術期肺塞栓症の予防」についても、血管外来を行っていた関係で筆者が選ばれ、臨床検査技術科の超音波検査部門の主席技師と一緒に担当することとなった。

2008年12月、各行動目標を担当する委員で構成される「医療の質推進小委員会」が発足した。

(2) VTE対策チームの結成と初期の啓発活動

取り組みを進めるのに二人では心許なくタスクフォースが必要と考えてまず声を掛けたのは、卓越した読影力とIVR技能を併せ持つ放射線科医で、彼はVTEに興味を持っていた専攻医を誘ってくれた。もう一人、外科病

京都市立病院医療の質推進委員会要綱	
<p>(目的)</p> <p>第1条 この要綱は、京都市立病院の医療の質を高めるための医療の質推進委員会（以下「委員会」という。）に関し、必要な事項を定めることを目的とする。</p> <p>(任務)</p> <p>第2条 委員会は、医療の質を高めるため、以下のことを行う。</p> <p>(1) 医療の質を高めるため、京都市立病院における各種診療行為を監査し、手技の手順やマニュアル、クリニカルインジケータ等の諸問題について協議し改善を図る。</p> <p>(2) 医療の質を高めるための「医療安全全国共同行動」について、院内での周知を図り、共同行動の方向、進捗状況等を協議し報告する。</p> <p>(構成)</p> <p>第3条 委員会は、次の委員をもって構成する。</p> <p>(1) 副院長（2名）</p> <p>(2) 診療科統括部長（統括安全マネージャー）</p> <p>(3) 感染症内科部長</p> <p>(4) 救命救急室部長</p> <p>(5) 外科医師</p> <p>(6) 循環器内科医師</p> <p>(7) 放射線診断科医師</p> <p>(8) 呼吸器内科医師</p> <p>(9) 専攻医</p> <p>(10) 薬剤科部長、薬剤科部長補佐又は薬剤長</p> <p>(11) 専従安全マネージャー（2名）</p> <p>(12) 主席臨床検査技師</p> <p>(13) 主席放射線技師</p> <p>(14) 臨床工学士</p> <p>(15) 臨床検査技師</p> <p>(16) 管理課係員</p> <p>(委員会)</p> <p>第4条 委員会に委員長を置き、委員長は担当副院長を充てる。</p> <p>2 委員長は会務を総理し、1ヶ月に1回定例会を招集する。ただし、委員長が必要と認めるときは、臨時に委員会を招集することができる。</p> <p>3 委員長が必要と認めるときは、委員以外の関係職員の出席を求めることができる。（コントロールチーム）</p>	<p>第5条 委員長は各種診療手技の必要性に応じ、コントロールチームを設置することができる。</p> <p>1 経管栄養チューブ挿入の安全な実施に関わる「経管栄養チューブ対策チーム」を設置する。</p> <p>2 当院前線処置の予等に因る「静脈血栓塞栓症（VTE）対策チーム」を設置する。</p> <p>3 NST委員会に所属する「栄養サポートチーム（NST）」に対して、医療の質向上を図るための提言を行う。</p> <p>4 NST委員会に所属する「中心静脈カテーテル（CVC）対策チーム」に対して、医療の質向上を図るための提言を行う。</p> <p>5 感染防止委員会に所属する「感染制御チーム（ICT）」に対して、医療の質向上を図るための提言を行う。</p> <p>6 かんわ療法委員会に所属する「かんわ療法チーム」に対して、医療の質向上を図るための提言を行う。</p> <p>7 褥瘡委員会に所属する「褥瘡対策チーム」に対して、医療の質向上を図るための提言を行う。</p> <p>8 診療情報管理委員会に所属する「カルテ記録標準化チーム」に対して、医療の質向上を図るための提言を行う。</p> <p>(庶務)</p> <p>第6条 委員会の庶務は、専従安全マネージャーにおいて行う。</p> <p>(その他)</p> <p>第7条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が定める。</p> <p>附 則</p> <p>この要綱は平成20年11月1日から施行する。</p> <p>附 則</p> <p>この改正後の要綱は、平成21年4月1日から施行する。</p>

医療安全全国共同行動

静脈血栓塞栓症(VTE)対策チーム

図3 医療の質推進委員会要綱（2009年）

棟スタッフで弾性ストッキングコンダクターの資格を持っていた看護師に参加を呼び掛けた。VTE対策チームは、この有志5名で2009年2月26日、スタートした。目標は「致死性肺塞栓院内発生ゼロ」とした。

同年4月、医療の質推進小委員会は「小」の字が取れて「医療の質推進委員会」となり、VTE対策チームはその下部組織であるコントロールチームの一つに位置付けられた（図3）。

VTE予防がまだ浸透していなかった初期には啓発活動が重要と考え、病棟単位での出張勉強会を行った。また、2011年7月に「肺塞栓症予防国際フォーラム in Kyoto」で市民公開講座のロールプレイ企画にチームが参画した経験を持ち帰り、印象的なシナリオに改変した寸劇「Vの悲劇」を企画し（図4）、同年12月、隣接する旧京都市立看護短大の講堂で上演した。事務職を含む100人以

上の職員が集まり、幅広くVTE予防の必要性を意識付けた。さらにその2年後にも「もりモンのV日記」という寸劇を行った。

(3) チーム活動継続の危機を越えて

当院は5年ごとの院長交代が通例となっている。2010年4月に着任した新院長は、医療の質推進委員会を医療の質を向上して病院機能評価受審に取り組む委員会に転換した。委員会要綱から共同行動やコントロールチームの記載は消えた。それでも共同行動の全国集会で当院が優秀活動賞として表彰された¹⁾こともあって参加は継続した。しかしながらその次の院長の代で、経費節約等のため当院はこのキャンペーンから脱退する。

共同行動に対する病院の熱量がトップ交代の度に冷めていく中で、VTE対策チームは拠りどころを失い、ついには根無し草となった。「もはやこれまで」筆者の頭にチームの解散がよぎっていたとき、チーム活動を支えてくれたのは、他ならぬチームメンバーであった。

一人また一人と加入して増えていた臨床検査技師のメンバーは、オーダーされた検査をただこなすのではなくその意義を理解できるようになり高いモチベーションを保っていた。抗凝固療法や下大静脈フィルター留置の相談を受けて診療現場をサポートすることでチームの目標を毎年達成できており、メンバー各自がチームの存在意義を認識していた。病院上層部からの評価は、チームの存続に重要ではなくなっていたのである。

(4) 二つのできごと

当院のみならず日本のVTE診療にとって大きな転機となるできごと、それは直接経口抗凝固薬（direct oral anticoagulants: DOAC）の上市である。2011年から2013



図4 啓発活動

年にかけて3剤が相次いで薬価基準に収載された。それまで抗凝固療法といえばヘパリン・ワーファリンで、ヘパリンはAPTTを2倍程度に延長させる用量を探るため頻回の採血を要するし、ワーファリンも遺伝的因子のほか多種多様な食事や薬剤の影響を受けるためPT-INRが適正範囲にあるか継続的なチェックが必要となる。これに対してDOACは、用法用量通りに用いることで適正な抗凝固作用が期待でき、患者にとっても朗報で、第二報に示すように抗凝固療法の中身が短期間で塗り替わった。それに伴い、VTEのチーム医療はあまり例が無いためか、外部からの声掛けでチームとして院外に向けて情報発信する機会が増えた。

もう一つ、チームが勢いづくできごとがあった。医療事故再発防止に向けて様々な発信を行っている日本医療安全調査機構が2017年8月、「急性肺血栓塞栓症のリスク評価、予防、診断、治療に関して、医療安全の一環として院内で相談できる組織（担当チーム・担当者）を整備する」ことを提言したのである²⁾。まさに「我が意を得たり」という内容で、ようやくVTEのチーム医療も病院が具備すべき機能として組上に上がるのではないかと期待した。しかしながらその気配は全く無く、肺血栓塞栓症予防管理料の算定要件は20年間変わっていない。DVTの存在がわかって弾性ストッキングや間欠的空気圧迫を適用できない場合や、出血リスクの高いがん患者の抗血栓療法等について多職種で検討するといっても、診療報酬上の評価を伴わないチーム活動は病院経営面で弱い立場であった。一度、理学療法士の参加を求めて声をかけたとき、チームに時間を割けばリハビリ単位数が減るうえに時間外勤務が増えることを指摘され、返す言葉も無かった。

(5) 重篤な肺塞栓の発生とその後

2021年の秋、重篤なPEが発生した。人工関節術後8日目の患者で、入院前にエコーでDVTが無いことが確認され、手術前日から弾性ストッキング、術中は間欠的空気圧迫装置を装着し、術後は翌日からDOACが投与され用法用量も適正であった。7日目のDダイマーは5 µg/ml 台と術後としては想定内、離床も進んでいて通常より早い退院当日の急変であった。

チーム発足以来続いていた目標達成はそこで途切れ、どれほど十分な対策をしても致死性PEを完全に防ぐことはできないということを改めて思い知らされた。医療安全の症例検討の場にVTE対策チームが呼ばれそのことを伝えたが、追加の対策として人工関節術後1週間目に全例下肢静脈エコーでスクリーニングすることとなった。

その頃の下肢静脈エコーは生理検査室で30分以上かけて下大静脈から下腿までを詳しく診る whole-leg エコーで、確かに頻繁にDVTが見つかったがそのほとんどは手術側下腿の微小血栓であった。チームとして「3 point 下肢静脈エコー」を新設し、前述のUSラウンドでのチェックに切り替えた。2年4か月間の近位型DVT検出率は0.9%、米国のガイドラインでも示されている通り³⁾、

医療経済学的な面では難があると言わざるを得なかった。

(6) チーム活動の終息

16年半の期間に、各科主治医のVTEへの意識とその診療に関する知識のレベルは確実に高まってきたと思う。たとえば周術期のVTEでは、外科系主治医は抗凝固薬の使い方に慣れ軽微なVTEについては単独で適切なマネジメントができるようになっていた。また各種悪性疾患を扱う医師もがん関連VTEの認識が浸透し、徴候があればエコーでチェックして自身で抗凝固療法を導入したり循環器内科に適切に相談できるようになった。

相談を受ける側の循環器内科にも変化があって、関心領域が下肢循環に広がり、腫瘍循環器学が開花してがん関連VTEもテリトリーに入り、VTEに関する相談の敷居が低くなってきたと感じる。

年間300前後発生する新規VTEすべてが循環器内科に持ち込まれたら診療が回らなくなると思い、その間を埋めるような役割を担ってきたVTE対策チームであったが、日本のガイドラインも改まった⁴⁾このタイミングで筆者の退職に伴いその荷を下ろさせて頂く。

チームとしてこれまで行った学会・講演会や論文発表等を表にまとめた。

おわりに

2022年当院は共同行動に再参加したが、チームに声がかかることはなく、また筆者も組織内での地歩を固め直すために腐心することに意味があるとは感じられなかった。病院上層部で唯一チームを認識頂いていたのが、致死性PE発生時の医療安全推進室長であった現院長で、その後のチームの対応と活動終了を報告に行った際、3 point エコーをクリニカルパスに組み込むことを考えてもよいのではないかと助言を頂いた。スクリーニングで重篤なPEを防止できるとの報告が近年出てきており⁵⁾、今後の取り組みに委ねたい。

振り返ってみると、委員会下部組織でなくなって以降のVTE対策チームは、いわばQCサークルであったと思う。これだけ長い期間続いた草の根的取り組みは当院では例がないのではなかろうか。当院が一定の道筋を通らなければ何事も進まない硬直化したオレンジ組織⁶⁾から脱却して進化していくことを期待しつつ、チームメンバーとなってくれた職員に深甚の謝意を込め、その名を列記して稿を終える。

表1 VTE対策チームによる学会・講演会・論文発表等
メンバー以外がVTE対策チームのことを発表したものも一部含む。

年月日	発表の場	開催地	発表者	タイトル
2011年11月26日	第18回肺塞栓症研究会	東京	山本栄司	消化器癌手術直前に中心静脈カテーテルに伴う血栓の存在が判明した場合の対策について
2012年7月	心臓 44(7) 951-953	(論文)		
2011年11月26日	第18回肺塞栓症研究会	東京	五島悠太	乳癌術後ホルモン療法、巨大子宮筋腫をリスクにもつ患者に発症した静脈血栓塞栓症(VTE)のマネジメント
2012年7月1日	心臓 44(7) 921-923	(論文)		
2012年11月25日	医療安全全国フォーラム	大宮	鈴木真美	行動目標2の取り組み-Vの悲劇-
2013年4月12日	第113回日本外科学会	福岡	山本栄司	がん患者の静脈血栓塞栓症—一般市中病院における全例把握に基づく実態報告
2013年5月25日	第45回京滋IVR懇話会	京都	谷掛雅人	京都市立病院における、静脈血栓塞栓症治療の最前線～回収可能型下大静脈フィルター“OptEase”を用いたIVRを含めて～
2014年6月1日	Emergency Imaging Vol.9 04-07	(論文)	早川克己	救急画像診断のセーフティーネット
2014年10月30日	第55回日本脈管学会	倉敷	谷掛雅人	下大静脈フィルター閉塞例の検討
2015年5月23日	血管疾患医療連携 Conference	大阪	正木元子	血栓塞栓症の予防と治療の現状
2016年3月1日	静脈学 27(3) 303-310	(論文)	谷掛雅人	回収型下大静脈フィルター長期留置における合併症(穿通、破損)についての検討
2016年5月19日	Future Factor Xa Meeting 2016	金沢	正木元子	静脈血栓塞栓症の予防・診断と治療の現状
2016年9月3日	第24回京都市立病院地域医療フォーラム	京都	山本栄司	災害時の二次被害予防～エコノミークラス症候群～
2017年12月1日	京都市立病院紀要 37(2) 22-26	(論文)		
2017年6月30日	第42回日本外科系連合学会	徳島	山本栄司	チーム医療としての重篤な静脈血栓塞栓症発生予防対策の歩みと今後の展望
2017年10月7日	INNOVATE プログラム 2017 京滋	京都	園山和代	チームで支える VTE 診療
2017年11月24日	第79回日本臨床外科学会	東京	山本栄司	静脈血栓塞栓症診療の実際～It's a small real-world～7年間 830例の集計
2018年2月3日	第15回院内合同研究発表会	京都	園山和代	VTE診療と検査技師の関わり
2018年2月10日	『地域で診る』静脈血栓塞栓症セミナー	京都	山本栄司	当院におけるVTE診療—新たな病診連携を目指して—
2018年9月1日	京都市立病院紀要 38(1) 31-34	(論文)	園山和代	当院におけるVTE診療と臨床検査技師の関わり
2018年9月20日	みお静脈血栓塞栓症セミナー	京都	山本栄司	当院におけるVTE診療15年の歩み
2018年11月1日	京都VTEフォーラム	京都	新田梨奈	当院におけるVTEチーム医療～検査科の立場から
2018年11月3日	第1回日本腫瘍循環器学会	東京	山本栄司	静脈血栓塞栓症診療における医療の質・安全管理のためのチーム医療の実践
2018年11月8日	INNOVATE プログラム 2018 京都	京都	谷掛雅人	静脈血栓症におけるIVR
2019年3月14日	血栓症の病診連携を考える会	京都	山本栄司	VTE診療の現状と今後の方向性
2019年5月18日	INNOVATE Bayside 2019 Program	東京	山本栄司	VTE治療の連携と共有の取り組み
2019年7月27日	INNOVATE プログラム 2019 京都	京都	井上 歩	当院DVT患者における超音波follow up時期の検討
2019年9月7日	第4回日本がんサポーターシップケア学会	青森	山本栄司	担癌患者における静脈血栓塞栓症の臨床的特徴と診療の実際
2019年9月21日	第2回日本腫瘍循環器学会	旭川	山本栄司	病院横断的なVTE対策～医療安全、がん支持療法、そして地域医療連携へ～
2019年9月22日	第2回日本腫瘍循環器学会 スポンサーセミナー	旭川	山本栄司	VTE診療における多職種連携～一般市中病院における実臨床とチーム医療の経験から～
2019年10月25日	第58回全国自治体病院学会 in 徳島	徳島	園山和代	当院におけるVTEに対するチーム医療と臨床検査技師の関わり
2019年10月31日	多職種で考えるがん患者のベストサポート	京都	山本栄司	がん関連血栓症～緩和ケアにおける抗凝固療法を考える～
2019年11月16日	第21回ほりかわフォーラム	京都	山本栄司	全科必携：静脈血栓塞栓症への備え—チーム医療としての取組—
2020年1月30日	Bridge Seminar～Cancer VTEと緩和ケア	近江八幡	山本栄司	がん関連血栓症～サポーターシップケアとしての抗凝固療法～
2020年2月1日	第7回瀬田地区多職種連携セミナー	大津	山本栄司	がん関連血栓症～緩和ケアにおける抗凝固療法を考える～
2020年7月30日	第84回日本循環器学会 チーム医療セッション	Web	山田 雅	臨床検査技師として静脈血栓塞栓症のチーム医療に参画した10年間の活動報告
2020年9月12日	第3回日本腫瘍循環器学会	Web	本多あずさ	VTE対策チーム病棟ラウンドを開始して見えたがん関連血栓症における多職種連携
2020年11月6日	深部静脈血栓症・肺血栓塞栓症についてお話ししませんか	Web	山本栄司	VTE連絡手帳のご紹介・VTE治療Q&A
2020年11月1日	みるみる2020 Vol.3	(冊子)	山本栄司・谷掛雅人・園山和代・本多あずさ	Case Study-1京都市立病院「VTEで患者をひとりも亡くさない」病院横断型チーム医療で早期発見・治療に専心する
2023年7月6日	第43回日本静脈学会 パネルディスカッション	松山	山本栄司	致死性肺塞栓院内発症ゼロを目指した静脈血栓塞栓症チーム医療
2024年7月6日	中京西部医師会循環器研究会	京都	山本栄司	医療安全から見守り続けた当院VTE診療の15年
2024年9月28日	第65回全日本病院学会	京都	井上 歩	THA, TKA患者における術後DVT評価の取り組み
2025年7月5日	第30回日本緩和医療学会	福岡	山本栄司	緩和医療における静脈血栓塞栓症治療の実際

【VTE対策チームメンバー】(筆者以外)

医師

谷掛雅人(放射線診断科・IVR科), 正木元子(循環器内科・総合内科), 吉田昌子(放射線診断科), 五島悠太(血液内科), 田中千晶(整形外科), 安藤麻紀(整形外科)

看護師

亀田佐知代(ICU), ほか2名

薬剤師

本多あずさ

臨床検査技師

大西重樹, 北田久美子, 山田 雅, 松井三千, 園山和代, 井上 歩, 新田梨奈, 宮川大樹, 森 恵理子, 林田愛海, 吉田里奈, 丸田英里香, 和田菜未

診療放射線技師

津川和夫

引用文献

- 1) 医療安全全国共同行動: 医療安全全国共同行動(2008-10)の報告 [internet]. https://kyodokodo.jp/doc/1203_08-10houkoku.pdf [accessed 2025.08.11].
- 2) 一般社団法人 日本医療安全調査機構: 医療事故の再発防止に向けた提言 第2号 急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析 [internet]. <https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/teigen-02.pdf> [accessed 2025.08.11].
- 3) Falck-Ytter Y, Francis CW, Johanson NA, et al.: Prevention of VTE in orthopedic surgery patients - Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2012; 141: e278S-e325S.
- 4) 日本循環器学会/日本肺高血圧・肺循環学会合同ガイドライン: 2025年改訂版 肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症および肺高血圧症に関するガイドライン [internet]. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Tamura.pdf [accessed 2025.08.09].
- 5) Li H, Li Z, Yang N, et al.: Perioperative ultrasound screening of lower extremity veins is effective in the prevention of fatal pulmonary embolism in orthopedic patients. Sci Rep 2025; 15: 229. doi: 10.1038/s41598-024-84572-0.
- 6) フレデリック・ラルー: ティール組織 マネジメントの常識を覆す次世代型組織の出現. 東京, 英治出版株式会社, 2018, p45-55.

Abstract

Multidisciplinary Team Approach to Venous Thromboembolism (Part 1)
–‘VTE Stewardship Team’ of Kyoto City Hospital

Eiji Yamamoto

Department of Surgery, Kyoto City Hospital

Venous thromboembolism (VTE) is a disease that requires careful consideration in terms of medical safety, as it can lead to in-hospital death in hospitalized patients, and primary and secondary prevention efforts are necessary to prevent it. This paper reports on the activities and journey of the multidisciplinary team medical care for venous thromboembolism (VTE stewardship team) that was carried out at Kyoto City Hospital from 2009 to 2025.

(J Kyoto City Hosp 2025; 45:1-7)

Key words: Venous thromboembolism, Prevention, Multidisciplinary team

(京市病紀 2025; 45 : 8-12)

静脈血栓塞栓症のチーム医療（第二報） —全症例登録集計からみた—医療機関のVTEの実態

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 総合外科)

山本 栄司

要 旨

京都市立病院 VTE 対策チームによって登録された、2010 年 1 月から 2025 年 6 月までの 15 年半の間に院内で静脈血栓塞栓症（VTE）と診断された全症例のデータを集計し、単一の急性期総合病院における VTE 診療の実態を報告する。

Key words : 静脈血栓塞栓症, 急性期総合病院, 全症例登録

はじめに

深部静脈血栓症（deep vein thrombosis : DVT）と肺血栓塞栓症（pulmonary embolism : PE）からなる静脈血栓塞栓症（venous thromboembolism : VTE）は、無症候性のもも含めると医療機関でしばしば遭遇する common disease である。症候性 VTE に限定した大規模レジストリーや、特定の傷病を有する患者集団あるいは特定の治療法における VTE 発生状況を観た研究は多く存在するが、単一の医療機関からの悉皆調査報告はあまり目にすることが無い。

当然ながら医療機関の VTE 検知状況は、規模や病床機能、疾病統計や手術数のほか、検査部門のマンパワーや勤務する医療者の認識によっても差異が生じるが、本稿では 500 床規模の一急性期総合病院における VTE を、病院全体という枠組みで俯瞰した実態について報告する。

I. 全症例数・年次推移・年齢・性別

京都市立病院（当院）は許可病床数 548 床の高度急性期・急性期総合病院で、コロナ禍以降は一部休床して 503 床で稼働している。地域がん診療連携拠点病院としてがん診療を一つの柱としており、年間手術件数は 5,500～6,000 件で、整形外科による人工関節や脊椎の手術も多く行われている。脳卒中センターも設置していて、ほぼ全診療科が存在するが、唯一心臓血管外科が無い。

第一報で紹介した当院の VTE 対策チームが登録した、2010 年 1 月から 2025 年 6 月までの 15 年 6 か月の間に新規に VTE と診断された症例を集計（本集計）した結果、全症例数は 3,062 例で、年間症例数の推移は図 1 のようになっている。患者の年齢は、75.8±12.4 歳（平均±標準偏差）で、性別は女性 2,011 例、男性 1,051 例、比率は 1.9 : 1 であった。

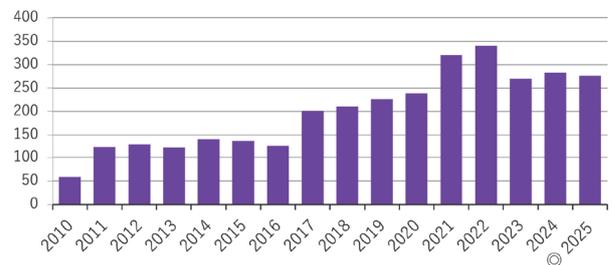


図 1 VTE 年間症例数の推移

2025 年については 1 月から 6 月までの症例を 2 倍にして年間換算して表している。

II. 診療科・部署

VTE 発見時の診療科は、整形外科が最多で 871 例（28.4%）、次いで循環器内科の 310 例（10.1%）、以下、外科 300 例（9.8%）、脳神経内科 286 例（9.3%）、消化器内科 182 例（5.9%）、血液内科 177 例（5.8%）と続き、眼科や精神神経科も含めた全診療科に発生していた（表 1 左列）。これを外科系と内科系（救急科を含む）に大別すると、それぞれ 1,597 例、1,465 例と全体を二分している（図 2a）。発見された部署を看護単位別に見ると、表 1 右列の通りどの部署に配属されたとしても VTE に遭遇し得ることがわかる。入院（病棟）と外来（救急室を含む）で分けるとそれぞれ 1,947 例、1,115 例で、割合は 1.7 : 1 であった（図 2b）。

III. 病型・血栓の局在・血栓量・症候の有無

PE 単独例もごく少数存在するが、殆どの症例で DVT が検出されており（3,062 例中 3,043 例）、そのうち 15% の 457 例に PE の合併がみられた（図 3a）。但し全例に造影 CT 検査が行われているわけではないため、小さめに出ている数値と思われる。DVT の局在は、下腿限局型が 2,059 例と約 3 分の 2 を占めていた（図 3b）。下腿限局型 DVT の PE 合併が 7.8% であったのに対して、近位型 DVT では 30.3% に認められた。スクリーニングや D ダイマー高値を発見契機とする無症候性のもが多く、症候性 VTE は全体の 20.2%、618 例であった（図 4）。DVT・

表1 VTE 発見時の診療科と部署

診療科	部署		
外科系	病棟		
整形外科	5A	487	
外科	3D	265	
脳神経外科	6C	160	
産婦人科	7D	122	
泌尿器科	6D	121	
皮膚科	3A	100	
呼吸器外科	3C	95	
乳腺外科	4B	89	
耳鼻咽喉科	5B	70	
眼科	6A	68	
	3B	64	
内科系	7C	61	
循環器内科	6B	15	
脳神経内科	5E 緩和ケア	6	
消化器内科	4A	1	
血液内科	5E ※	67	
呼吸器内科	N5 ※	34	
腎臓内科	N3 ※	26	
糖尿病代謝内科	3W ※	18	
感染症科	7W ※	18	
内分泌内科	6E ※	16	
総合内科	N2 ※	13	
膠原病内科	5W ※	12	
緩和ケア科	N4 ※	10	
小児科	6W ※	7	
精神神経科	3E ※	2	
	外来	939	
救急科	救急室	176	

※新館供用開始（2013年3月）以前の旧病棟

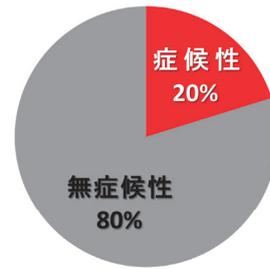


図4 症候性／無症候性

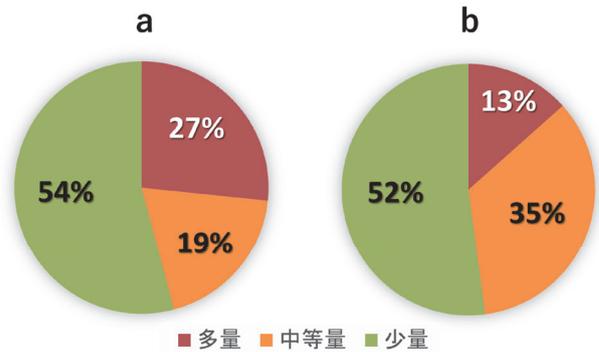


図5 VTE の血栓量

PE (a), DVT (b) それぞれについて、血栓量を多量・中等量・少量に大別して集計した結果を示す。

PE それぞれについて血栓量をみるといずれも半数以上は少量であった（図5）が、多量の血栓が見つかった症例のうち48.9%は無症候性で（407例中199例）、サイレントキラーと称される所以であると思われる。

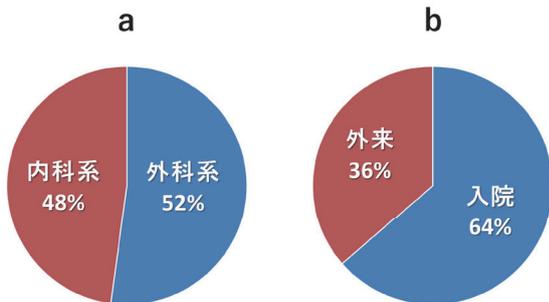


図2 外科系／内科系 (a) 入院／外来 (b)

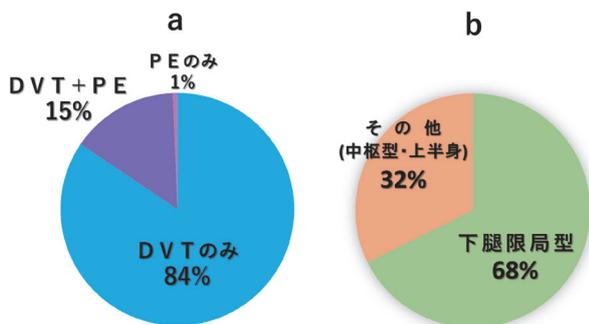


図3 VTE の病型およびDVTの局在
a: PE 単独, DVT+PE, DVT 単独の割合を示す. b: DVT について下腿限局型とそれ以外の割合を示す.

IV. リスク因子

がん、手術、脳卒中が3大リスク因子で、期間の前半は術後のVTEとがん関連VTEが拮抗していたが、理学的的一次予防策の普及により周術期VTEが減少したことで、期間後半はがん関連VTEが主たるリスク因子となった。

(1) がん関連VTE (cancer-associated VTE: CA-VTE)

がんと血栓との関連は、1865年にフランスのA. Trousseauが悪性腫瘍に伴った遊走性血栓性静脈炎を報告したことに始まり、その後研究が進んで、組織因子・ムチン・PAI-1の産生や、ビタミンK依存性システインプロテアーゼ・各種サイトカインの放出等が関与していることがわかっている。検出増加には画像診断の進歩やがん患者の生存期間延長も関係しているが、新規抗腫瘍薬でVTE発生を助長するものが出てきたほか、VTEの一次・二次予防が積極的抗がん治療継続に必要なサポータティブケアの一環であるという認識ががん治療医の中に浸透してきた面もあると思われる。

本集計でのCA-VTEは907例で、全体の29.6%を占めていた。がん種では、結腸がんが最多で125例、悪性リンパ腫98例、肺がん97例、胃がん71例、乳がん64例、

表2 がん関連 VTE

n	がん種
125	結腸がん
98	悪性リンパ腫
97	肺がん
71	胃がん
64	乳がん
62	膵がん
51	卵巣・腹膜がん
39	直腸がん
37	前立腺がん
35	子宮がん
29	白血病
27	膀胱がん
26	肝がん, 多発性骨髄腫
25	食道がん
23	脳腫瘍
18	腎がん
17	胆嚢胆管がん
9	骨髄異形成症候群, 原発不明がん
7	尿管がん
4	虫垂がん
2	唾液腺がん, 中咽頭がん, 甲状腺がん, 十二指腸がん, 脂肪肉腫, 膣がん, 外陰がん, 尿道がん, 骨髄増殖性疾患, 原発性アミロイドーシス
1	鼻腔がん, 下咽頭がん, 喉頭がん, 悪性中皮腫, 悪性黒色腫, 空腸がん, 肛門管がん, 精巣がん, 脊索腫, 樹状細胞腫

膵がん 62 例, 卵巣がん 46 例と続いた (表 2)。このうち, 結腸・肺などは患者の母数そのものが多いのに対し, 膵がんや卵巣がん (特に明細胞癌) は血栓形成リスクが高いがん種であり, 膵癌診療ガイドラインでは化学療法を行う切除不能膵癌患者に予防的抗凝固療法を行うことを提案している¹⁾。血液がんや脳腫瘍にも VTE 合併が多く米国 NCCN ガイドラインでは他のがん種と区別して記述されており²⁾, 中でも多発性骨髄腫については日本のガイドラインでも予防対策が必要とされている³⁾。

CA-VTE がいわゆる「がんの軌跡」のどの段階で見つかったかで分けると, VTE 発見ががん診断に先行した症例を含め治療開始までの「診断期」が 288 例 (31.8%), 「積極的抗がん治療期」が 460 例 (50.7%), 治療終了後 disease-free での「経過観察期」が 40 例 (4.4%), 「緩和医療期」が 119 例 (13.1%) であった (図 6)。

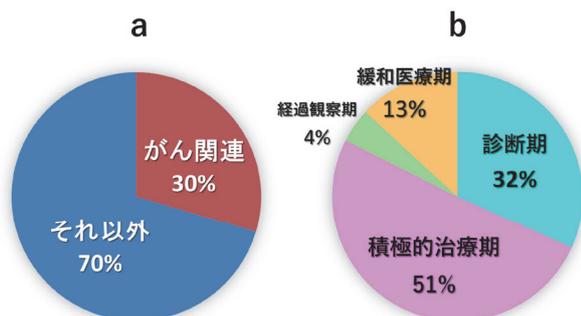


図6 がん関連 VTE の割合 (a) 発見されたフェーズ (b)

(2) 周術期 VTE

術後の VTE は 3,062 例中 698 例 (22.8%) であった。診療科で最多だったのはやはり整形外科の 440 例 (63.0%) で, 術式としては人工膝関節全置換術が最も多く, 以下, 股関節骨折手術, 脊椎手術, 人工股関節全置換術と続いた。それに次ぐのは外科, 脳神経外科で, この 3 科で全体の 8 割以上を占めていた。経皮的冠動脈形成や消化管内視鏡的治療等, 内科系診療科の侵襲的治療後 VTE も 72 例含まれている。

(3) その他

脳神経内科・脳神経外科での VTE 検出例の大半は脳卒中で, 脳梗塞の一因である奇異性塞栓のスクリーニングや片麻痺を有する梗塞・出血症例のリハビリ開始前のチェック等で DVT が見いだされている。Covid-19 にも VTE 合併が多く, 重症例における予後不良因子の一つとされる⁴⁾。当院は中等症までの受け入れ施設であり, 本集計に 30 例含まれていた。

単独で最高リスクとなる因子に VTE 既往があり, 病歴に VTE が確認された症例は全体の 7% にあたる 214 例であった。プロテイン C/S・アンチトロンビンⅢの欠乏や抗リン脂質抗体症候群といった血栓素因もそれがあれば最高リスクであるが, VTE 検出全例で調べられているわけではなくその関与は不明である。

カテーテルに関連した DVT が 123 例あり, そのうち 86 例が上半身 (頸静脈・鎖骨下静脈等) の DVT で, 逆に上半身 DVT 115 例中 84 例はカテーテル関連であった。CV ポートや PICC など上腕から挿入されるカテーテル周囲に血栓が生じたり, 血液内科では内頸静脈カテーテルを反復して留置するため, 前回の留置でできたと思われる血栓が検出される例が散見された。

V. 治療

(1) 抗凝固療法

VTE 治療の要諦は言うまでもなく抗凝固療法である。本集計のデータで抗凝固療法実施の有無と相関のあった因子を表 3 に示す。年代を約 5 年ごとに 3 つに区切ると, 抗凝固療法実施割合は経年的に減少していた。また患者が高齢であるほど実施割合は減少するが, 85 歳以上でも半数以上に導入されていた。VTE そのものの因子として, DVT 単独よりも PE 合併例のほうが, 下腿限局型よりも近位型等のほうが, 無症候性よりも症候性のほうがそれぞれ実施割合が高いが, 実際にはこれに腎機能や出血リスク, 付加的血栓リスク因子の多寡等を勘案し, 導入するかどうか個別のケースで判断される。

ヘパリン・ワーファリンを用いる従来の抗凝固療法 (conventional : CONV) と新規の直接経口抗凝固薬 (direct oral anticoagulants : DOAC) を用いるものに分けて年次推移を見ると, 2016 年を境にその割合が逆転した (図 7a)。DOAC として実際に用いられた薬剤としては, 3 分の 2 がエドキサバンであった (図 7b)。

表3 抗凝固療法実施に関する因子

	抗凝固あり	抗凝固なし	
年代			p<0.001
2010年-2015年	530 (74.9%)	178 (25.1%)	
2016年-2020年	662 (66.0%)	341 (34.0%)	
2021年-2025年	787 (58.3%)	564 (41.7%)	
年齢			p<0.001
64歳以下	338 (76.5%)	104 (23.5%)	
65歳-74歳	477 (68.4%)	220 (31.6%)	
75歳-84歳	765 (63.3%)	444 (36.7%)	
85歳以上	399 (55.9%)	315 (44.1%)	
PE合併			p<0.001
あり	443 (93.1%)	33 (6.9%)	
なし	1536 (59.4%)	1050 (40.6%)	
DVTの部位			p<0.001
下腿限局	1142 (55.5%)	917 (44.5%)	
近位・上半身等	825 (83.8%)	159 (16.2%)	
症候の有無			p<0.001
症候性	496 (80.3%)	122 (14.7%)	
無症候性	1483 (60.7%)	961 (39.3%)	

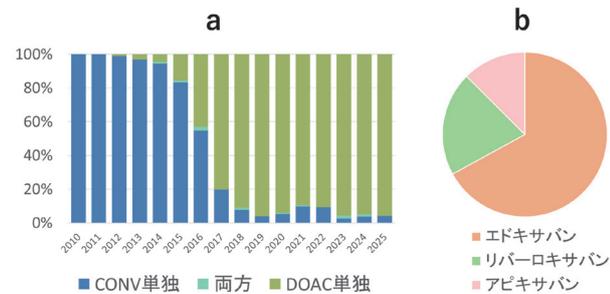


図7 抗凝固療法

a: 年次別の抗凝固療法の有無とその内容を従来法とDOACにわけて示す。b: 実際に用いられたDOACの内訳を示す。

(2) 下大静脈 (inferior vena cava: IVC) フィルター留置

抗凝固薬を使用できない状況で多量のDVTが発見された場合のPE予防策として、IVCフィルター留置による物理的遮断がある。しかし短期的なPE発症抑制効果はあるが、留置手技に伴う合併症のリスクに加えて、中期的には留置しない場合とPE発症率に有意差が無く、逆にDVT再発が増加したというエビデンスが出て、米国では2016年ACCPガイドライン以降、日本では2017年のガイドライン以降適応が限定されている。

本集計での留置件数は全部で237件で、2017年までは年間20件前後、それ以降は10件前後に減り、2024年は2件、2025年(前半)はゼロであった(図8)。留置後不要となれば可能な限り抜去(回収)されるが、それでも永久留置となった症例が131例(55.3%)存在した。

(3) 循環器内科による診療

VTE検出例のうちどのくらいの症例が循環器内科に診療移管あるいは相談されているかをカルテベースで見ると、全体としては760例(24.8%)であった。これを年次別に見たものが図9で、最近の5年間、実数では70例

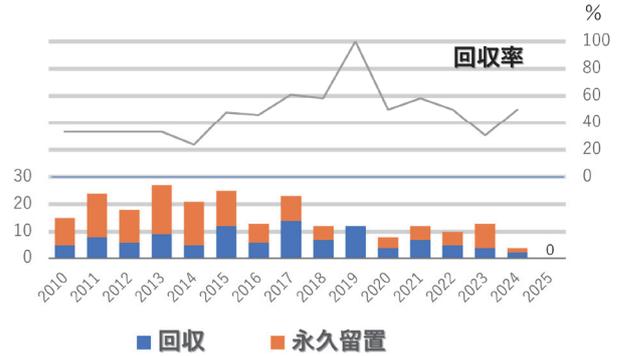


図8 IVCフィルター留置
留置後回収した症例数、永久留置となった症例数、回収率を年次別に示す。

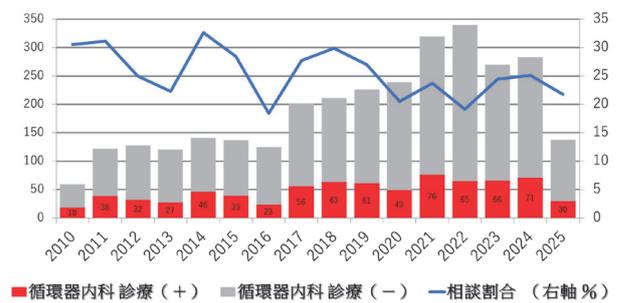


図9 循環器内科による診療
循環器内科に移管あるいは相談された症例の実数と割合を年次別に示す。

前後とやや増加傾向にあるものの、割合としては検出例の4分の1弱に留まっていることがわかる。

おわりに

以上が地域中核急性期総合病院におけるVTE診療の実態である。

診療は言うまでもなくガイドラインに準拠して行われなければならないが、実臨床では対応に苦慮する場面にならざるを得ない。VTE診療もしかりで、抗凝固薬の選択や用量設定のほか、抗凝固療法を適用しにくいケース、例えば、延期することが困難な手術の前日に血管拡張を伴う多量のDVTが見つかった場合や、積極的抗がん治療を行ったが治療抵抗性となり易出血性の原発巣が存在する中で近位型DVTが見つかった場合などがそれにあたる。

CA-VTEに関する欧州のガイドラインを見ると、個々の症例で血栓リスク(thromboembolic risk: T)・出血リスク(bleeding risk: B)・薬物相互作用(drug-drug interactions: I)および患者の嗜好(patient preferences: P)を勘案することが重要とされている⁵⁾。日本のガイドラインでは「抗凝固療法を行うことができないVTEに対し、IVCフィルター留置を考慮する」としており⁶⁾、これに従うと、患者に提示できる二次予防法の選択肢の一つとしてフィルター留置を持つ必要があるが、近年これだけ施行例が減少してくると留置・回収手技の維

持が危ぶまれ、診療にバイアスが生じ得ることが危惧される。

引用文献

- 1) 日本膵臓学会 膵癌診療ガイドライン改訂委員会：膵癌診療ガイドライン 2025年版. 東京, 金原出版, 2025, pp304-306.
- 2) National Comprehensive Cancer Network : NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology ; Cancer-Associated Venous Thromboembolic Disease Version 2. 2025. [internet]. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/vte.pdf [accessed 2025.08.13].
- 3) 日本血液学会：造血器腫瘍診療ガイドライン 第3.1版（2024年版）[internet]. https://www.jshem.or.jp/gui-hemali/3_1_1.html [accessed 2025.08.13].
- 4) 日本静脈学会 肺塞栓症研究会 日本血管外科学会 日本脈管学会 日本循環器学会：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）における血栓症予防および抗凝固療法診療指針 2023年2月25日版（Version 4.1）[internet]. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2023/02/JCS_notice_20230224_V4.1.pdf [accessed 2025.08.09].
- 5) Lyon AR, Lopez-Fernandez T, Couch LS, et al. : 2022 ESC Guidelines on cardio-oncology developed in collaboration with European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS). Eur Heart J 2022 ; 43 : 4229-4361.
- 6) 日本循環器学会／日本肺高血圧・肺循環学会合同ガイドライン：2025年改訂版 肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症および肺高血圧症に関するガイドライン. pp55-56 [internet]. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Tamura.pdf [accessed 2025.08.09].

Abstract

Multidisciplinary Team Approach to Venous Thromboembolism (Part 2) –Exhaustively Collected Results of VTE in a Single Acute-care General Hospital

Eiji Yamamoto

Department of Surgery, Kyoto City Hospital

The ‘VTE stewardship team’ of the Kyoto City Hospital has compiled all cases of venous thromboembolism (VTE) diagnosed within the hospital from January 2010 to June 2025, and the real-world clinical features of VTE at a single acute care general hospital are reported.

(J Kyoto City Hosp 2025; 45:8-12)

Key words: Venous thromboembolism, Common disease, Exhaustive registry

京都市立病院における 糖尿病性ケトアシドーシス治療プロトコル導入効果と安全性

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 集中治療科)

田畑 雄一 下新原 直子

要 旨

院内に糖尿病性ケトアシドーシス標準治療がなく離脱遷延や低カリウム血症が頻発したため、欧米ガイドラインを参考に診療プロトコルを導入し、その導入前後の効果と安全性を後方視的に検証した。離脱時間は若干の延長傾向を認めたものの、低カリウム血症や中心静脈カテーテル留置の頻度は減少を認めた。本プロトコルは一定の有効性と安全性を示唆するが、少数例のため症例蓄積による継続検証が必要である。

(京市病紀 2025; 45: 13-17)

Key words : 糖尿病性ケトアシドーシス, プロトコル, 集中治療室, 安全性

諸 言 方 法

糖尿病性ケトアシドーシス (diabetic ketoacidosis : DKA) は、糖尿病患者における高血糖、ケトシスおよび代謝性アシドーシスを特徴とする重篤な急性代謝合併症である。DKA は1型糖尿病患者の初発症状として認められるほか、インスリン治療中の患者が感染や消化器症状などを契機にインスリン投与を中断した際にも発症することがある。また、2型糖尿病患者においてもDKA は発症し、いくつかの報告によれば、DKA 患者の約30から70%が2型糖尿病患者であったとされている¹⁻³⁾。我が国では1型糖尿病の有病率はヨーロッパ諸国、北米、オセアニア地域と比較して低い傾向にあるものの、約半数程度の糖尿病性ケトアシドーシスは2型糖尿病患者で発症することを考慮すると糖尿病性ケトアシドーシス治療の改善は当院においても重要な取り組みと考えられた⁴⁾。

DKA の背景には絶対的または相対的なインスリン作用不足による生体内での糖利用障害がある。細胞内への糖取り込みが障害されることにより血糖値が上昇し、生体内でのエネルギー産生のため脂肪酸代謝が誘導されることにより体内でのケトン体産生が促進され代謝性アシドーシスを引き起こす。また尿中に多量の糖が排泄される際に同時に体液や電解質排泄が生じ、著明な体液喪失並びに電解質喪失がおこる。これらの病態を背景としDKA 治療に関する治療ガイドラインが報告されている^{5),6)}。過去、当院では重症DKA 患者は集中治療室に入室、治療が行われていたが院内標準治療はなく、治療担当医により管理が一定せずDKA 離脱までの時間が遷延し、低カリウム血症による補充療法も頻回に行われていた。これらの背景を踏まえ、先述のガイドラインを参考に、専従の集中治療室並びに糖尿病専門医が常駐しない体制でも安定した管理が行われる様に、「糖尿病性ケトアシドーシス診療プロトコル」を糖尿病専門医と作成し導入した。本研究は、当院において2023年4月より導入した「糖尿病性ケトアシドーシス診療プロトコル」(図1)の効果並びに安全性を評価することを目的に行なった。

本研究は診療録を用いた後方視的記述的研究である。研究対象は2021年1月から2024年6月までの間にDKA の診断で当院ICUに入室した20歳以上の成人患者とした。なお、維持透析を要する患者や血液浄化を要する急性腎障害を合併した症例は本研究の対象から除外した。DKA の診断は、血液ガスでpH 7.3未満、尿ケトン2+以上の陽性 (もしくは同時採血の β -ヒドロキシ酪酸3800 $\mu\text{mol/l}$ 以上)、血糖値200 mg/dl以上もしくは既知の糖尿病患者の3項目を満たした患者とした^{5),6)}。また、DKA 離脱は以下3項目 (pH7.3以上または HCO_3^- 15 mmol/l以上、尿ケトン陰性) を満たした状態と定義した。

評価項目は、ICU入室からDKA 離脱までの時間 (時間)、ICU滞在日数 (日)、血清カリウム値3.5 mEq/l未満の低カリウム血症、血糖値80 mg/dl未満の低血糖、呼吸補助を要する呼吸不全、中心静脈カテーテル留置の有無とした。連続変数については中央値と四分位範囲 (第1四分位数-第3四分位数)、カテゴリカル変数については症例数と割合で示した。本研究では、症例数が少ないため統計学的解析は行わず記述的研究のみとした。なお、本研究は京都市立病院倫理委員会の承認を得た (受付番号866)。

結 果

対象症例は計17名、DKA 治療プロトコル導入前13例 (導入前群)、導入後4例 (導入後群)であった。患者背景 (表1) は以下の通り、入室時年齢は導入前群60歳 (51-67)、導入後69歳 (52-81)。入院時体重は導入前群55 kg (43-63)、導入後群53 kg (50-60)。入室時の検査値は、pHが導入前群7.13 (7.08-7.21)、導入後群7.03 (6.99-7.07)。 HCO_3^- が、導入前群8.2 mmol/l (6.6-8.8)、導入後群5.6 mmol/l (3.5-7.8)。血糖値が、導入前群588 mg/dl (554-801)、導入後群484 mg/dl (451-600)。血清カリウム値が、導入前群4.8 mmol/l (4.5-

糖尿病性ケトアシドーシス治療プロトコール（京都市立病院版）

目的

当院ICUにおける糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）治療の標準化を行い、DKAからの速やかな離脱と合併症予防を目的とする。

診断基準

- 血糖値 200 mg/dl 以上^{*1}
- 尿ケトン体 2+ 以上または血中 β -ヒドロキシ酢酸ケトン値 3,800 μ mol/l 以上
- 動脈血液ガス pH \leq 7.3, $\text{HCO}_3^- \leq$ 15 mmol/l

治療目標

- HCO_3^- 3.0 mmol/l/時の改善
- 正常範囲のカリウムの維持 4.0-5.5 mmol/l
- 血糖降下 50 mg/dl/時

重症 DKA 患者で推定される水分・電解質欠乏量

- 体液：約 100 ml/kg（約 24 時間程度での補正を目指す）
- カリウム（K）：3-5 mmol/kg
- ナトリウム（Na）：7-10 mmol/kg

ER での管理（0分～60分）

- 輸液
 - ・生理食塩液^{*2} 1L を 30分～1時間で投与（収縮期血圧 90 mmHg 以下の場合は追加投与を考慮）
- インスリン
 - ・生理食塩液投与後再度血液ガスを採取し持続インスリン開始：0.05 単位/kg/時（ヒューマリン R 50 単位/生食 50 ml）
 - ・注記：低カリウム血症（K < 3.5 mmol/l）の場合には、塩化カリウム（KCl）を添加した輸液を開始し、K > 3.5 mmol/l を確認した後に持続インスリン療法を開始する。
- モニタリング
 - ・血糖測定：1 時間毎
 - ・血液ガス測定（静脈血ガスで代用可）：2 時間毎（治療開始後 6 時間まで）

60分～6時間の管理

- 輸液
 - 1) 生理食塩水（または細胞外液補充液）+ 塩化カリウム（KCl）（下記参照）
 - ・500 ml/時で 2 時間（計 1L）
 - ・その後、125 ml/時で 8 時間（計 1L）
 - 2) 血糖値 < 250 mg/dl の場合：10% ブドウ糖液を 100 ml/時で追加投与
 - 3) カリウム補充の目安
 - K > 5.5：添加なし
 - 5.5 > K > 3.5：KCl 20 mmol を 500 ml のバッグに添加
 - K < 3.5：KCl 20 mmol を 500 ml のバッグに添加、かつ糖尿病内科に相談
- インスリン
 - 0.05 単位/kg/時を DKA 離脱まで継続
- モニタリング
 - バイタルサイン（意識レベル含む）：1 時間毎
 - 血糖測定：1 時間毎
 - 血液ガス（静脈血ガス可）：2 時間毎

6時間～12時間の管理

- 輸液
 - 1) 生理食塩水（または細胞外液補充液）+ 塩化カリウム（KCl）（下記参照）
 - ・500 ml/時で 2 時間（計 1L）
 - ・その後、125 ml/時で 8 時間（計 1L）
 - 2) 血糖値 < 250 mg/dl の場合：10% ブドウ糖液を 100 ml/時で追加投与
 - 3) カリウム補充の目安：上記「60分～6時間」の管理に準ずる。
- インスリン
 - ・0.05 単位/kg/時を DKA 離脱まで継続
 - ・注記：低血糖、または低カリウム血症（K < 3.5 mEq/l）の場合には 0.025 単位/kg/時もしくは一時的に中断を考慮
- モニタリング
 - ・バイタルサイン（意識レベル含む）：1 時間毎
 - ・血糖測定：1 時間毎
 - ・血液ガス（静脈可）：4 時間毎（DKA 離脱するまで）

DKA 離脱基準

- 動脈血ガスまたは静脈血ガス pH > 7.3
 - $\text{HCO}_3^- >$ 15 mmol/l
 - 尿ケトン体 < +1 もしくは陰性
 - 患者が経口摂取可能であること
- 以上を満たせば、インスリン皮下注射への移行を検討する。

（備考）

- *1 SGLT2 阻害薬内服中や妊娠中は、血糖値が 200 mg/dl 未満でも DKA（euglycemic DKA）を呈することがあり注意を要する。
- *2 生理食塩水、細胞外液補充液どちらを使用してもよい。

図1 治療プロトコール

表1 入室時患者背景

プロトコール	全体 n = 17 ¹	導入前群 n = 13 ¹	導入後群 n = 4 ¹
年齢 (歳)	60 (51, 68)	60 (51, 67)	69 (47, 83)
性別			
女性	6 (35%)	5 (38%)	1 (25%)
男性	11 (65%)	8 (62%)	3 (75%)
体重 (kg)	54 (45, 63)	55 (43, 63)	53 (49, 66)
Type of DM			
1型	7 (41%)	5 (38%)	2 (50%)
2型	9 (53%)	7 (54%)	2 (50%)
不明	1 (5.9%)	1 (7.7%)	0 (0%)
pH	7.10 (7.06, 7.18)	7.13 (7.08, 7.21)	7.03 (6.99, 7.08)
pCO ₂ (mmHg)	23.4 (16.3, 27.0)	23.4 (18.0, 27.0)	21.4 (13.7, 27.9)
HCO ₃ ⁻ (mmol/l)	7.90 (4.80, 8.80)	8.20 (6.60, 8.80)	5.55 (3.20, 8.20)
Base Excess	-20.5 (-23.4, -17.5)	-18.9 (-20.9, -17.4)	-24.1 (-26.7, -20.4)
血清カリウム (mmol/l)	4.90 (4.50, 6.04)	4.83 (4.50, 6.00)	5.90 (4.85, 6.40)
血糖値 (mg/dl)	576 (516, 801)	588 (554, 801)	485 (449, 683)
HHS	7 (41%)	6 (46%)	1 (25%)
血清浸透圧 (mOsm/l)	310 (300, 337)	322 (293, 337)	310 (305, 325)
ショック	7 (41%)	5 (38%)	2 (50%)
意識障害	7 (41%)	5 (38%)	2 (50%)

¹Median (Q1, Q3) ; n (%)

6.0), 導入後群 5.9 mmol/l (5.1-6.4). 1型糖尿病患者が, 導入前群 5例 (38%), 導入後群 2例 (50%)であった. 高浸透圧高血糖状態の合併は導入前群 6例 (46%), 導入後群 2例 (50%).

治療効果に関して (表2), DKA 離脱に要した時間は導入前群 19時間 (17-25), 導入後群 25時間 (8-43)であった. ICU 滞在日数は導入前群 2.0日 (2.0-3.0), 導入後群 2.0日 (2.0-2.8)であった. 治療開始時のインスリン投与量は導入前群 0.030単位/kg/時間 (0.020-0.035),

導入後 0.041単位/kg/時間 (0.034-0.046). 対象患者は全てDKAから離脱し, ICUを生存退室した. なお, プロトコール群4例に関しては詳細を表3に記載した.

治療関連合併症に関しては (表2), 低カリウム血症は導入前群 9例 (69%), 導入後群 0例 (0%)で発現. DKA 離脱までの血清カリウム最低値は導入前群 3.3 mmol/l (3.2-3.7). 導入後群 4.2 mmol/l (4.1-4.4). 低カリウム血症に対する血清カリウムの補正は, 導入前群 6例 (46%), 導入後群 0例 (0%)で必要であった. 低血糖は導入前群 1例 (7.7%), 導入後群 0例 (0%)で発現した. 中心静脈カテーテル留置は導入前群 8例 (62%), 導入後群 0例 (0%)で必要とされた. 呼吸補助を必要とした患者は導入前後で認められなかった.

表2 治療結果, 合併症

プロトコール	導入前群 n = 13 ¹	導入後群 n = 4 ¹
DKA 離脱時間 (時間)	19 (17, 25)	25 (8, 43)
ICU 滞在 (日)	2.00 (2.00, 3.00)	2.00 (2.00, 3.50)
インスリン開始投与量 (単位/kg/時間)	0.030 (0.020, 0.035)	0.041 (0.031, 0.048)
低カリウム血症	9 (69%)	0 (0%)
血清カリウム最低値 (mmol/l)	3.30 (3.20, 3.70)	4.25 (3.95, 4.55)
カリウム補正	8 (62%)	0 (0%)
低血糖	1 (7.7%)	0 (0%)
中心静脈カテーテル留置	8 (62%)	0 (0%)

¹Median (Q1, Q3) ; n (%)

考 察

我々の導入したDKA治療プロトコールはDKA離脱時間短縮を示すことはできなかったが, 従来約半数で必要であったカリウム補充や中心静脈カテーテル留置を必要とせず一定の効果を示唆した. また, 導入に伴う本研究で調査範囲では明らかな合併症の増加も認めなかった.

我々の作成した治療プロトコールはDKAによる水分

表3 プロトコール導入後群詳細

症例	年齢 (歳)	性別	体重 (kg)	ICU 滞在 (日)	DKA 離脱時間 (時間)	Type of DM	pH	HCO ₃ ⁻ (mmol/l)	血清 カリウム (mmol/l)	血糖値 (mg/dl)	血清浸透圧 (mOsm/l)	血清カリウム 最低値 (mmol/l)	インスリン 開始投与量 (単位/kg/時間)
1	85	男性	45	2	7	2型	7.063	7.4	4.3	453	340	4.2	0.045
2	58	男性	78	2	44	1型	6.968	3.7	6.4	516	310	3.7	0.025
3	35	女性	54	2	8.5	1型	7.104	9	5.4	444	300	4.3	0.037
4	80	男性	52	5	42	2型	7.003	2.7	6.4	850	309	4.8	0.05

注) 血清カリウム最低値を除く検査値は治療開始前の値

喪失、血糖上昇、電解質異常の是正を目的として既に報告された治療ガイドラインを元に作成した。参照した報告ではインスリンの開始用量に関しては0.1単位/kg/時間を推奨^{5),7)}していたが、過去の当院でのインスリン投与量などを鑑み急激な血糖低下の可能性を懸念し0.05単位/kg/時間を開始用量とした。日本人を対象としたインスリン投与に関する0.1単位/kg/時間と0.05単位/kg/時間の優位性に関する研究はないが、Hishida et al.の日本のDKA患者を対象とした後方視的研究によると、18時間以内の早期DKA離脱群では有意にインスリン開始投与量（早期離脱群：0.053単位/kg/時間、遅延群：0.031単位/kg/時間）が多かったと報告とされている⁸⁾。後ろ向き観察研究であることは考慮すべきではあるが、0.05単位/kg/時間より少ないインスリン投与量では離脱延長の可能性があり、インスリン開始投与量の減量は必要ないと考えらる。

我々の調査では日本人患者を対象としたDKA治療プロトコルの効果と安全性に関する研究はなく、本研究では導入前後で糖尿病性ケトアシドーシス離脱期間の短縮、ICU滞在日数の短縮等の傾向を認めることはできなかった。しかしながら、Bull et al.が行なった単施設でのDKA治療プロトコル導入による前後比較研究では、DKA治療プロトコルは有意にICU滞在期間、入院日数およびDKA離脱時間を短縮したと報告されている⁹⁾。本研究では少なくとも、導入前は比較的少量のインスリン投与を行われていた患者がいたことを鑑みると、インスリンの開始投与量のばらつきが小さくなったことは今後離脱までの時間短縮に寄与する可能性はあるが、依然としてプロトコルで示した推奨量に比してインスリン開始投与量は少なく、本研究では離脱時間短縮効果は示せなかった可能性がある。離脱基準に関しては治療開始から12時間以降は検査の頻度が任意となるため、真に離脱が遅延したのか検査のため離脱の時期が遅延したかに関して判別することはできない。今後、より詳細な離脱時期を検証するためには、現行のプロトコル以上の検査頻度が必要であると考えられるが、患者への負担と研究の意義について十分に検証する必要がある。ICU滞在日数に関しても当院では明確なICU退室基準がないため、その解釈には注意が必要である。また、本研究は少数例での前後比較研究で背景因子、測定できていない交絡因子の影響など排除できておらず結果の解釈には注意が必要である。

電解質異常はDKAの治療において重要な要素である。カリウムは一見すると検査上正常範囲もしくは高値であっても、細胞内から細胞外にカリウムの分布が移動しており体全体ではカリウムは不足していると考えられる。低カリウム血症はDKA治療において重要な合併症であり、時に重篤な不整脈を誘発する可能性があり既出のガイドラインなどでもその管理の重要性が強調されている。我々のプロトコルでも既出のガイドラインを参考にし、血清カリウム値に基づいて輸液中にカリウムを加注し低カリウム血症の予防を行なった。統計学的な検討は行なっておらず、断定的な言及は困難ではあるが導入前は

頻回に必要であったカリウムの補正が導入後には不要となった。また、経過中の血清カリウム値も補正を必要とする3.5mmol/lを下回らない範囲に維持することが可能であった。血糖値に関しては、導入後ではインスリン投与量が増加し血糖値が低下する懸念があったが、血糖低下時にはブドウ糖液が投与開始され低血糖を生じる患者を発生しなかった。中心静脈カテーテル留置は6割程度の患者でカリウムの補正などの必要性から行われていたと推測されるが、導入後は中心静脈ルートを要する薬剤投与が不要となり少数例ではあるが留置は不要となったと考えられた。

本研究は極めて少数例の前後比較研究であり、既に記述したように治療効果に関連する背景因子の調整は困難であり、導入の効果を統計学的に示すことは困難である。まず、導入前の治療に関しても治療担当医によりばらつきがある為、我々の治療プロトコルと類似した治療が行われたものから、全く異なる治療方法がなされているものまで正確に把握することはできなかった。また、導入後の症例数もわずかに4例であり合併症に関して、今後プロトコル使用患者が増加するとともに今回調査対象とした合併症が発生する可能性は十分に考慮される。さらに、今回の対象患者には正常血糖ケトアシドーシス患者は含まれておらず、近年使用が増加するSGLT2阻害薬を使用した患者や妊婦の患者においても安全に同様の効果が得られるかについては検証することはできなかった。本プロトコルでは治療開始時よりブドウ糖投与を併用することにより、正常血糖ケトアシドーシス症例においても同様の治療効果が得られることは想定してはいるが、今後の注意深い検証が必要であると考えらる。

結 語

当院に導入したDKA診療プロトコルは一定の効果を認めた。本研究は少数例での検証であったため、症例を蓄積し効果並びに安全性の検証を継続する。

引 用 文 献

- 1) Kamata Y, Takano K, Kishihara E, et al : Distinct clinical characteristics and therapeutic modalities for diabetic ketoacidosis in type 1 and type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Complications* 2017 ; 31 : 468-472.
- 2) Davis TME, Davis W : Incidence and associates of diabetic ketoacidosis in a community-based cohort : the Fremantle Diabetes Study Phase II. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2020 ; 8 : e000983.
- 3) Shahid W, Khan F, Makda A, et al : Diabetic ketoacidosis : clinical characteristics and precipitating factors. *Cureus* 2020 ; 12 : e10792.
- 4) Ogle GD, Wang F, Haynes A, et al : Global type 1 diabetes prevalence, incidence, and mortality estimates 2025 : Results from the International

- diabetes Federation Atlas, 11th Edition, and the T1D Index Version 3.0. *Diabetes Res Clin Pract.* 2025 ; 225 : 112277.
- 5) UK Dhatariya KK : Joint british diabetes societies for inpatient care. The management of diabetic ketoacidosis in adults-An updated guideline from the joint british diabetes society for inpatient care. *Diabet Med* 2022 ; 39 : e14788.
- 6) 日本糖尿病学会 編・著：糖尿病診療ガイドライン 2024. 南江堂, 2024. 447-465.
- 7) Umpierrez GE, Davis GM, ElSayed NA, et al: Hyperglycemic crises in adults with diabetes : a consensus report. *Diabetes Care* 2024 ; 47 : 1257-1275.
- 8) Hishida Y, Nakamura Y, Tsukiyama H, et al : A retrospective cohort study for the treatment of Asian diabetic ketoacidosis : optimizing initial doses of insulin. *Acute Med Surg* 2021 ; 8 : e721.
- 9) Bull SV, Douglas IS, Foster M, et al : Mandatory protocol for treating adult patients with diabetic ketoacidosis decreases intensive care unit and hospital lengths of stay : results of a nonrandomized trial. *Crit Care Med* 2007 ; 35 : 41-46.

Abstract

The Efficacy and Safety of Diabetic Ketoacidosis Treatment Protocol in Kyoto City Hospital

Yuichi Tabata and Naoko Shimonihara
Department of Critical Care, Kyoto City Hospital

Due to the lack of a standardized in-hospital protocol for diabetic ketoacidosis (DKA), DKA resolution was delayed and hypokalemia occurred frequently at our hospital. A new clinical protocol, based on Western guidelines, was initiated to address these issues. We retrospectively evaluated the efficacy and safety of the protocol by comparing pre- and post-implementation patient data. While the time to DKA resolution was slightly prolonged after the implementation, the incidences of hypokalemia and central venous catheter placement were decreased. The protocol demonstrated reasonable efficacy and safety. However, due to small sample size, further validation with larger sample size is warranted.

Key words: Diabetic ketoacidosis, Treatment protocol, Intensive care unit, Safety

(J Kyoto City Hosp 2025; 45:13-17)

肺がん遺伝子変異の検出率向上を目的とした病理検査室の取り組み

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 臨床検査技術科)

宮城 華那子 野田 みゆき 井上 翔太 田中 志穂 竹腰 友博 山田 雅

要 旨

肺がんにおける遺伝子変異検出は、分子標的薬選択に必須の検査であり、その精度が重要であるが、マルチプレックス検査はシングルプレックス検査と比較し、感度が低いことが課題である。そこで我々は遺伝子変異検出率向上を目的に、生検検体では量不足による解析不能防止のため、必要な薄切枚数を増加し、手術検体では核酸品質低下防止のため、ホルマリン固定条件を工夫した。その結果、遺伝子変異検出率が向上したので、報告する。
(京市病紀 2025; 45: 18-22)

Key words : 肺癌コンパニオン診断, EGFR 遺伝子変異, 肺癌マルチプレックス検査, 遺伝子変異検出率

諸 言

がんは、様々な遺伝子変異が原因で発生するとされており、それぞれの遺伝子変異に対する分子標的薬が開発されている^{1),2)}。その分子標的薬の使用に際し、ホルマリン固定パラフィン包埋 (formalin-fixed, paraffin-embedded : FFPE) 検体を用いてコンパニオン診断 (companion diagnostics : CDx) を行うことで、分子標的薬使用の適否を決定しており、がん診療において重要な役割を果たしている。

肺癌においても発癌の原因となる遺伝子は複数存在し、治療薬選択の決定にはドライバー遺伝子を検索し、その結果に応じた分子標的治療薬を選択することが、日本肺癌学会の「肺癌診療ガイドライン2024年版」で推奨されている¹⁾。

肺癌 CDx としてシングルプレックス検査 (シングル検査) とマルチプレックス検査 (マルチ検査) がある。従来、肺がんの遺伝子検査の多くが単一遺伝子の変異のみを対象としたシングル検査で行われていたが、近年は低頻度のドライバー遺伝子検出のため、複数の遺伝子を同時に解析可能なマルチ検査が主流となっている³⁾。

当院で採用しているマルチ検査には「AmoyDx® 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル (AmoyDx)」と「オンコマイン™ Dx Target Test マルチ CDx システム (オンコマイン Dx)」がある。AmoyDx はリアルタイム PCR 法を、オンコマイン Dx は NGS 法を測定原理とし、両検査ともに CDx 対象の 7 遺伝子を解析し、未承認の遺伝子を含めると AmoyDx では 11 遺伝子、オンコマイン Dx では 46 遺伝子を解析している。

しかし、マルチ検査は複数の遺伝子変異を同時に検出できる利点がある一方で、感度の低さが課題となっている。その原因として、マルチ検査ではシングル検査よりも検体量が多く必要である他、FFPE 中の核酸品質が解析結果に影響することが挙げられる。

EGFR 遺伝子変異は非小細胞肺癌のドライバー遺伝子として 30~40% を占め最も高頻度である。日本肺癌学会バイオマーカー委員会による「EGFR 遺伝子変異率を基にしたバイオマーカー検査の適正性に関するアンケート調査 (第一報)」において全国 197 施設の EGFR 遺伝子

変異検出率は、マルチ検査においてシングル検査の検出率を約 10% 程下回り、EGFR 変異陽性患者の一部が偽陰性となることが指摘されている⁴⁾。

今回我々は、マルチ検査における肺がん遺伝子変異の検出率向上を目的とし、病理検体の取り扱いを変更し、精度保証の指標として EGFR 遺伝子変異検出率を当院と全国平均で比較したので報告する。

方 法

1. 生検検体の検体量不足の改善策

AmoyDx の検体量は未染色スライド 5 μm 厚 10 枚で、腫瘍含有率が 20% 以上必要であり、オンコマイン Dx の検体量は未染色スライド 5 μm 厚 10 枚で、腫瘍含有率が 30% 以上必要である。双方とも、腫瘍含有率が基準に満たない場合は、マクロダイセクションを実施するが、特にオンコマイン Dx では、4 mm² 以上の組織面積が必要である。

検体量不足による解析不能防止のため、2022 年 10 月から検査に必要な薄切枚数の算出を導入した。HE 染色標本を顕鏡し、腫瘍含有率の高い部分をマーキングし (図 1)、そのマーキング部分の組織面積を測定し、面積から必要な提出枚数を算出する。AmoyDx では組織面積が 1.5 mm² 以下の場合、オンコマイン Dx では組織面積が 4 mm² 以下の場合、両検査ともに提出枚数を 10 枚以上に増加させる。

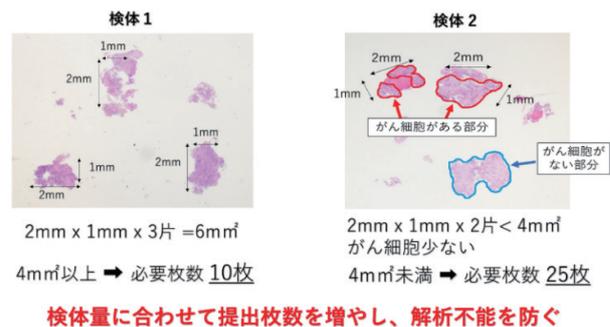


図 1 方法①生検検体量不足の改善策：検査に必要な薄切枚数の算出

2. 手術検体の核酸品質低下防止策

2023年2月より、核酸品質低下防止のため、以下の対策を導入した。血液が混入したホルマリンは一度洗い流し、新鮮なホルマリンに入れ替える工程を実施する。さらに、肺は空気を含み浮遊するため、全体的にホルマリンに浸漬するよう検体をガーゼで覆い固定する。この方法により、検体全体が均一にホルマリンで固定され、核酸の品質が維持されるようにした(図2)。

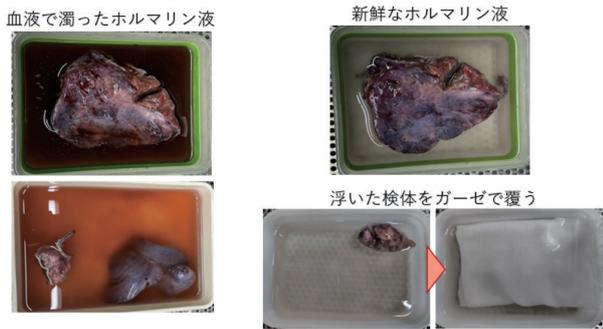


図2 方法②手術検体の核酸品質低下防止策：ホルマリン固定の工夫

3. 比較検討方法

遺伝子変異検出率を次の期間において比較した。当院の2022年1月～12月および2023年1月～12月における期間と、全国197施設の2022年1月～12月における期間で比較した。

(1) マルチ検査における全遺伝子変異検出率の2022年と2023年の比較

当院のAmoyDxとオンコマインDxにおけるEGFRを含むALK、ROS1等、肺癌ドライバー遺伝子の全遺伝子変異検出率を取り組み前の2022年と、取り組み後の2023年で比較した。

(2) マルチ検査におけるEGFR遺伝子変異検出率の2022年と2023年の比較

当院のAmoyDxとオンコマインDxにおけるEGFR遺伝子変異のみの検出率を取り組み前の2022年と、取り組み後の2023年で比較した。

(3) 当院の2022年のマルチ検査におけるEGFR遺伝子変異検出率と全国平均の比較

生検検体のAmoyDxにおけるEGFR遺伝子変異検出率と、手術材料のオンコマインDxにおけるEGFR遺伝子変異検出率を、当院の2022年と全国平均で比較した。

(4) 当院の2023年のマルチ検査におけるEGFR遺伝子変異の検出率と全国平均の比較

生検検体のAmoyDxにおけるEGFR遺伝子変異検出率と、手術材料のオンコマインDxにおけるEGFR遺伝子変異検出率を、当院の2023年と全国平均で比較した。

(5) 当院の2023年のマルチ検査におけるEGFR遺伝子変異検出率と全国平均のシングル検査のEGFR遺伝子変異検出率の比較

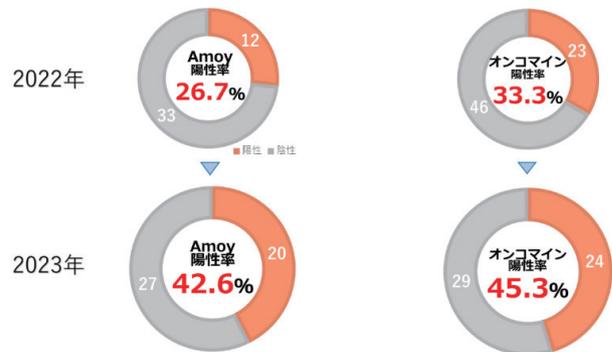
生検検体のAmoyDxにおけるEGFR遺伝子変異検出率と、手術材料のオンコマインDxにおけるEGFR遺伝子変異検出率を、当院の2023年と全国平均のシングル検査で比較した。

結 果

(1) マルチ検査における全遺伝子変異検出率の2022年と2023年の比較

Amoy Dxの全遺伝子変異検出率は、2022年においては45件中12件(26.7%)であったのに対し、2023年には47件中20件(42.6%)となった。また、オンコマインDxでの検出率は、2022年の69件中23件(33.3%)から、2023年には53件中24件(45.3%)となり(表1)、双方で10%以上検出率が向上した。

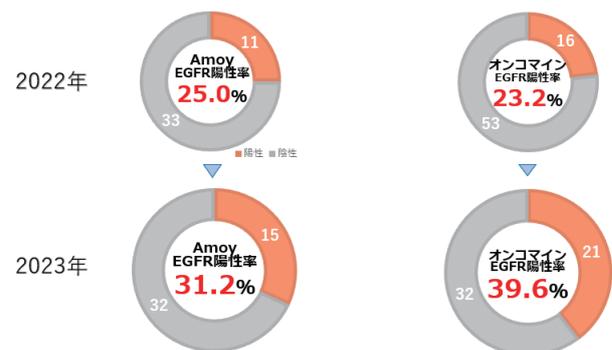
表1 マルチプレックス検査における全遺伝子変異検出率



(2) マルチ検査におけるEGFR遺伝子変異検出率の2022年と2023年の比較

Amoy DxのEGFR遺伝子変異検出率は、2022年においては44件中11件(25.0%)であったのに対し、2023年には47件中15件(31.2%)となった(表2)。また、オンコマインDxでの検出率は、2022年の69件中16件(23.2%)から、2023年には53件中21件(39.6%)となり(表2)、EGFR遺伝子変異においても、双方の検査で検出率が向上し、特にオンコマインDxでは10%以上向上した。

表2 マルチプレックス検査におけるEGFR遺伝子変異検出率



- (3) 当院の2022年のマルチ検査におけるEGFR遺伝子変異の検出率と全国平均の比較

生検検体のAmoyDxにおける当院の2022年のEGFR遺伝子変異検出率は、42件中11件(26.2%)であり、全国平均は27.6%であった(表3)。手術検体のオンコマインDxにおける2022年のEGFR遺伝子変異検出率は、53件中13件(24.5%)であり、全国平均は30.2%であった(表3)。AmoyDxは同程度で、オンコマインDxでは全国平均をやや下回る結果であった。

表3 2022年 マルチ検査におけるEGFR遺伝子変異検出率

AmoyにおけるEGFR遺伝子変異検出率			オンコマインにおけるEGFR遺伝子変異検出率		
	全国平均	2022年 当院		全国平均	2022年 当院
生検 検体	27.6% (91施設)	26.2% (11/42)	手術 検体	30.2% (100施設)	24.5% (13/53)

- (4) 当院の2023年のマルチ検査におけるEGFR遺伝子変異の検出率と全国平均の比較

生検検体のAmoyDxにおける当院の2023年のEGFR遺伝子変異検出率は、45件中14件(31.3%)であり、全国平均は27.6%であった(表4)。手術検体のオンコマインDxにおける2022年のEGFR遺伝子変異検出率は46件中17件(37.0%)であり、全国平均は30.2%であり(表4)、双方の検査において全国平均を上回った。

表4 2023年 マルチ検査におけるEGFR遺伝子変異検出率

AmoyにおけるEGFR遺伝子変異検出率			オンコマインにおけるEGFR遺伝子変異検出率		
	全国平均	2023年 当院		全国平均	2023年 当院
生検 検体	27.6% (91施設)	31.1% (14/45)	手術 検体	30.2% (100施設)	37.0% (17/46)

- (5) 当院の2023年のマルチ検査におけるEGFR遺伝子変異検出率と全国平均のシングル検査のEGFR遺伝子変異検出率の比較

EGFRシングル検査を生検で10例以上実施した60施設での平均は37.5%であり、当院の2023年の生検AmoyDxの検出率は、47件中15件(31.9%)であった(表5)。EGFRシングル検査を手術検体で10例以上実施した20施設での平均は42.9%であり、当院の2023年の手術検体オンコマインDxでは53件中21件(39.6%)であった(表5)。当院マルチ検査におけるEGFR遺伝子変異の検出率について、シングル検査の全国平均と比較した結果、生検検体および手術検体ともにシングル検査の検出率に近づけることが出来た。

表5 EGFR変異検出率 シングルプレックス検査との比較

	全国平均 シングル EGFR検出率	2023年 当院 マルチにおける EGFR検出率
生検検体	37.5% (60施設)	31.9% (15/47)
手術検体	42.9% (20施設)	39.6% (21/53)

考 察

EGFR遺伝子変異のシングル検査はリアルタイムPCR法を測定原理としており、Hot spot領域の変異に対する検出が対象で、マイナー変異には対応していない一面もある。一方、マルチ検査においてはRETなど低頻度のドライバー遺伝子の検出も可能であるが、検体量が多く必要で核酸品質も解析結果に影響を与えるため、検出感度は一般にシングル検査の方が高いとされており³⁾、それらを踏まえ考察する。

まず、生検検体の検体量不足の改善策について考察する。生検検体は、一般に微小であることが多いが、マルチ検査のオンコマインDxでは特に、NGSを測定原理としているため、一定量の検体量が必要である。検体量を考慮せず出検すると、解析不能になるリスクが高く、生検検体の無駄な消費や治療開始の遅延を招く可能性がある。したがって、各症例における検体量と腫瘍含有率に基づき、必要枚数を適切に判断して出検することで、微小検体でも検体量不足による解析不能を防止に繋がったと考えられる。また、腫瘍細胞の周囲には、リンパ球や線維芽細胞など、変異の無い非腫瘍細胞が多く存在する。それらの細胞も一括して解析を行うと、解析は成功するものの、バリエーション頻度(variant allele frequency: VAF)が低くなり、偽陰性の原因となる。そのため、マイクロダイゼクションを行うことで、検体中の腫瘍含有率が上昇し、偽陰性の防止に繋がり、検出率向上の要因になったと推測する。

次に、手術検体の核酸品質低下防止策について考察する。手術検体では固定前プロセスの煩雑さなどから、生検検体に比べ、核酸品質や核酸収量が低くなる傾向がある⁵⁾。核酸品質低下の原因としては、核酸の断片化が挙げられる。NGSを用いた解析法では、特に核酸の断片化がターゲット領域の増幅を妨げる原因となる。未固定の状態は、組織中に含まれる核酸分解酵素の影響を受け、核酸の断片化をもたらす、品質低下を招くこととなる^{6), 7)}。さらに、組織中に含まれる壊死成分や赤血球も核酸分解酵素を含有しており、核酸品質低下の原因となるとされている⁵⁾。ホルマリン固定の改善策を実施することで、核酸の品質保持が可能となり、遺伝子変異の検出率向上に寄与したと考えられる。その他に、当院では、P因子診断の障害になる可能性が懸念されるものの、臨床医が臓器摘出後に検体の腫瘍部分に割を入れ、固定を行って

ることも核酸品質保持に有用であり、検出率向上の結果に大きく影響した可能性もある。

また、マルチ検査の2年間での提出数100件のうち解析不能例はなく、EGFR シングル検査へ提出した件数は10件に留まっていた。それら10件は、臨床医はマルチ検査を希望していたが、病理で解析不能になる可能性が高いと判断し、やむを得ずシングル検査へ提出した件数である。検査の大部分をマルチ検査に提出しているにも関わらず、これらの取り組みにより検出率を向上できたことは、患者に有益な治療がもたらされたものと思われる。

結 語

今回我々は、生検検体では量不足による解析不能防止のため症例ごとに必要な薄切枚数を算出し、手術検体では核酸品質低下防止のためホルマリン固定条件を改善する取り組みを行った。それらの取り組みにより、マルチ検査における肺がん遺伝子変異の検出率は向上した。

肺癌診療における病理検体を用いた遺伝子変異の検出は分子標的薬選択に重要な役割を果たす。低頻度遺伝子変異検出のため、マルチ検査が施行されているが、偽陰性となった場合、治療の機会を逸することになり、患者に不利益を及ぼす。今回の取り組みにより、臨床医のマルチ検査に提出したいという要望に応えながら、マルチ検査と比較し感度が良いとされるシングル検査の検出率に引けを取らない結果が得られた。

今後も、さらに精度の高い遺伝子検査を目指し、過固定や未固定による核酸品質低下防止策を講じて、さらなる遺伝子検査の精度向上に努めていきたい。

引 用 文 献

- 1) 石川 仁(ガイドライン検討委員会委員長)：肺癌診療ガイドライン—悪性胸膜中皮腫・胸腺腫様含む2024年版 ver1.1 [internet]. <https://www.haigan.gr.jp/publication/guideline/examination/2024/> [accessed 2025.8.15]
- 2) Meina Wang, Poy S Herbset, Chris Boshoff : Toward personalized treatment approaches for non-small-cell lung cancer. *Nat Med* 2021 ; 27(8) : 1345-1356.
- 3) 日本肺癌学会バイオマーカー委員会編：肺癌患者におけるバイオマーカー検査の手引き. 2) バイオマーカー検査の流れとマルチプレックス遺伝子検査(2025年8月作成) [internet]. <https://www.haigan.gr.jp/publication/guidance/inspection/> [accessed 2025.8.15]
- 4) 日本肺癌学会バイオマーカー委員会：EGFR 遺伝子変異検出率に関するアンケート結果(バイオマーカー委員会より). EGFR 遺伝子変異率を基にしたバイオマーカー検査の適正性に関するアンケート調査(第一報) [internet]. <https://www.haigan.gr.jp/news/796/> [accessed 2025.8.15]
- 5) 一般社団法人 日本病理学会：ゲノム診療用病理組織検体取扱い規程 [internet]. https://pathology.or.jp/genome_med/ [accessed 2025.8.15]
- 6) C Williams, F Pontén, C Moberg, et al : A high frequency of sequence alterations is due to formalin fixation of archival specimens. *Am J Pathol* 1999 ; 155(5) : 1467-71.
- 7) Hongdo Do, Alexander Dobrovic : Sequence artifacts in DNA from formalin-fixed tissues : causes and strategies for minimization. *Clin chem* 2015 ; 61(1) : 64-71

Abstract

Our Approach to Improve the Detection Rate of Gene Mutations in Lung Cancer

Kanako Miyagi, Miyuki Noda, Shouta Inoue, Shiho Tanaka, Tomohiro Takegoshi and Masashi Yamada

Department of Clinical Laboratory Technology, Kyoto City Hospital

Gene mutation testing in lung cancer is essential for selecting molecularly targeted drugs, and its accuracy is critical. However, multiplex assays often have lower sensitivity compared to singleplex assays. Therefore, to improve mutation detection rates, we increased the number of tissue sections in biopsy specimens to prevent analysis failure due to insufficient sample volume. In surgical specimens, we optimized formalin fixation conditions to preserve nucleic acid quality. As a result, the gene mutation detection rate improved, and we report these findings.

(J Kyoto City Hosp 2025; 45:18-22)

Key words: Companion diagnosis of lung cancer, EGFR gene mutations, Multiplex test for lung cancer, Detection rate of gene mutations

生成 AI による災害訓練の変革： 業務負担軽減と訓練の質向上に向けた試み

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 事務局 管理 PFI 担当)

萱原 慎理

要 旨

本研究は生成 AI を災害訓練準備の支援ツールとし、作業負担軽減と質向上を目指した。担当者が生成 AI に情報を提供したうえで、効果的なプロンプトで AI が文書ドラフトを作成し、現場視点で精査・修正する。実践事例では、この手法により作業負担が大幅に軽減し、訓練の質も向上、参加者の理解度・満足度も高まった。生成 AI の補助による訓練改善の有効性が示唆された。

(京市病紀 2025: 45 : 23-24)

Key words : 生成 AI, 災害訓練, 業務効率化, プロンプト設計, 訓練評価

目 的

災害訓練は、災害発生時の迅速かつ的確な対応をするために不可欠である。しかし、従来の準備作業（資料作成、分析等）は、防災担当者の手作業に依存し、大きな業務負担となっていた。本研究は、生成 AI を補助的な支援ツールとして活用することで、災害訓練準備作業の効率化を図り、防災担当者の労働負担を削減するとともに、訓練内容の質を高め、参加者の実践的な対応力（判断、連携等）向上を目的とした。

方 法

本研究では、2024 年度実施の災害訓練を事例に、生成 AI 活用支援体制の効果を検証した。防災担当者は訓練に関する情報を箇条書きや音声データで生成 AI に提供する。生成 AI がシナリオ、タイムスケジュール、ポスター、ふりかえり資料（図 1）等のドラフトを作成するプロセスを導入した。この際、訓練目的や課題、必要情報を生

成 AI に提供し、明確かつ具体的なプロンプト設計が極めて重要である。防災担当者が意図する内容を正確に出力させるため、指示の明確化や情報提供方法を工夫した。使用する生成 AI モデル（Gemini, ChatGPT, Copilot, Claude 等）による出力品質差やハルシネーション（事実に基づかない情報の生成）リスクにも留意し、人間による最終確認・修正（妥当性、安全性、倫理的側面のチェックを含む）を必須とした。

結 果

生成 AI 活用前、防災担当者の訓練準備作業には平均 50 時間以上の残業を要していた。生成 AI 活用後、各種資料ドラフト作成が迅速化され、作業負担は大幅に軽減、残業時間は平均 10 時間程度に削減された。生成 AI 作成ドラフトは、担当者の精査・修正後も一貫性・論理性が維持され、訓練参加者からは「要点が明確で実践的」との高評価を得た。訓練参加者アンケートを生成 AI で分析した結果、参加者の訓練内容理解度および満足度が向上したことが確認され、従来の手作業中心の準備方法に比べ、全体として訓練運営の質が改善された。

考 察

本事例から、生成 AI を単独の自動化ツールとしてではなく、箇条書きや音声データに基づき、効果的なプロンプト設計を通じてドラフト作成を補助するツールとして活用することが、災害訓練準備の効率化に大きく寄与したと言える。その理由として、防災担当者による具体的な情報提供と明確な指示が AI の出力品質を高め、従来必要であった試行錯誤の工程を効果的に補完した点が挙げられる。

また、プロンプト自体を文書化・保存することにより、担当者が交代した場合でも訓練の品質を維持しやすくなり、運用の標準化にも繋がる。さらに、文書作成支援や、生成 AI を用いた迅速なアンケート分析は、訓練後のフィードバックを素早く反映させる手段として機能し、運

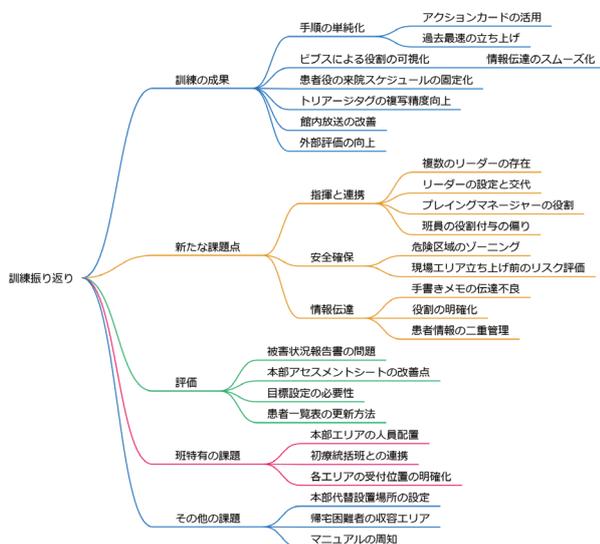


図 1 ふりかえり資料

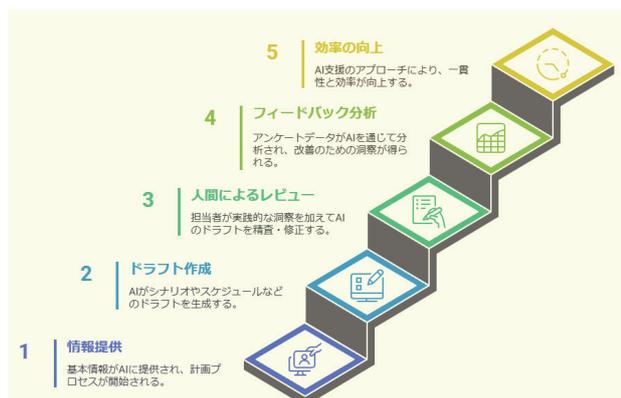


図2 災害訓練準備の効率化プロセス

当全体の品質向上に貢献した点も重要である（図2）。

一方で、使用する生成 AI モデルごとに特性や出力品質が異なる点や、ハルシネーションリスクへの対策は依然として不可欠である。このため、生成 AI 及び人間によるファクトチェックの体制構築が求められる。したがって、生成 AI への全面的な依存は避け、あくまで補助ツールと位置づけ、最終的には人間による判断を組み込む運

用が必要である。

結 論

本研究は、生成 AI を補助的支援ツールとして活用する運用モデルにより、災害訓練準備の効率化と防災担当者の労働負担軽減が実現可能であることを示すものである。簡条書きや音声データを基に、効果的なプロンプト設計で生成 AI がドラフト生成し、人間が実践的観点から精査・修正する手法は、従来の手作業中心の方法より合理的かつ効率的である。プロンプトの文書化・保存による運用の安定化・標準化も期待される。

今後の課題としては、まず本アプローチを院内他部門や他組織に展開することと、生成 AI を活用するための仕組みづくりが挙げられる。同時に、AI モデルの特性に応じたリスク管理（ハルシネーション対策、情報セキュリティ、倫理的配慮）の徹底も不可欠である。これらを踏まえ、将来的には実災害時における具体的な活用法（例：複雑な災害情報整理、方針決定支援など）についても、さらなる検討が求められる。

Abstract

Reduction of Workload and Improvement of Disaster Drill Quality using Generative AI as an Assistance Tool

(J Kyoto City Hosp 2025; 45:23-24)

Shinri Kayahara

Department of Administration (PFI Management Section), Kyoto City Hospital

This study aimed to reduce workload and improve the disaster drill quality using generative AI as an assistance tool. The staff provided the generative AI the necessary information, and by using effective prompts, the AI created document drafts, which were then reviewed and revised from a field perspective. A case study demonstrated that this approach significantly reduced the workload and improved the drill quality. The participants showed better understanding and satisfaction. The generative AI assistance appeared to be helpful for the training.

Key words: Generative AI, Disaster drills, Operational efficiency, Prompt engineering, Drill evaluation

ICUにおける主観的睡眠評価法を用いた 周術期患者に対する睡眠の質の分析

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院看護部 3B 病棟)

伊藤 千夏 九嶋 梨奈

要 旨

集中治療室 (intensive care unit : ICU) に入室した患者の睡眠の質と、それに影響を及ぼす因子を明らかにするためにリチャードキャンベル睡眠調査票 (The Richards-Campbell Sleep Questionnaire : RCSQ) を用いたアンケートと半構造化面接を行った。RCSQ の平均点が 42 点で先行文献との比較から低値であることが分かり、面接からは 3 のカテゴリーと 11 のサブカテゴリーの睡眠障害要因が抽出された。主に入眠障害と熟眠障害の 2 つが生じており、今後も主観的睡眠評価の継続と個別のケアの実践が求められる。

(京市病紀 2025; 45 : 25-29)

Key words : ICU, 睡眠, RCSQ, PICS

緒 言

集中治療室 (intensive care unit : ICU) は、昼夜を問わず多くの医療行為が行われる場であり、医療機器のアラーム音による騒音や照明、点滴やドレーンに伴う拘束感、オープンフロア構造によるプライバシーの欠如等が患者の睡眠に大きな影響を与える。さらに ICU へ入室する患者は全身麻酔後や人工呼吸管理をしている重症患者であり、身体的苦痛やストレスから睡眠障害を引き起こしやすい。睡眠障害はせん妄発症リスクを高め、結果として ICU 滞在期間の延長や集中治療後症候群 (post-intensive care syndrome : PICS) を招く可能性が考えられる。当院においても ICU 入室中に不眠を訴える患者が多く、非薬物的療法を行っても改善が見られないことから、睡眠剤の投与を行うケースも多い。村田は「看護師の観察による睡眠評価は患者自身の主観的睡眠評価と比較して、患者の睡眠を過大評価 (よく眠っている) してしまうことが示された¹⁾と述べており、看護師による客観的評価と、患者の主観的評価には乖離があると報告しているが、当院では主観的な睡眠評価が十分に実施されておらず評価指標も用いていない。こうした現状を踏まえ、本研究では、ICU へ入室する定期予定手術患者の睡眠体験をリチャードキャンベル睡眠調査票 (The Richards-Campbell Sleep Questionnaire : RCSQ) と患者へのインタビュー結果を用いて分析し、睡眠の質と睡眠を阻害する影響因子を明らかにすることとした。

目 的

ICU へ入室する定期予定手術を受ける患者の睡眠体験を主観的睡眠評価法を用いて分析し、その睡眠の質を明らかにする。

方 法

1. 対象者

- 1) 胸腔鏡下肺悪性腫瘍切除術、甲状腺腫瘍切除術を受ける患者 3 名
- 2) 抱合基準
 - ①京都市立病院に入院する患者
 - ②定期予定手術を受け、術後 ICU へ入室する患者
 - ③成人している患者 (18 歳以上)
 - ④認知機能低下がない患者
- 3) 除外基準
 - ①日常的に睡眠薬や向精神薬を使用している患者
 - ②意識障害や不穏、せん妄、拒否等で協力が得られない場合
 - ③夜勤帯に ICU を退室した場合
 - ④ ICU への帰室時間が消灯時間後 (22 時以降) となった場合

2. 方法

- 1) アンケート方法

手術翌日に同意が得られた対象者へ RCSQ を用いて作成したアンケート用紙 (図 1) を渡し記入してもらう。
- 2) カルテからの情報収集

カルテより対象者や、対象者が入室していた時点の ICU の状況について以下の項目を収集する。

 - ①名前
 - ②年齢
 - ③性別
 - ④疾患名、術式
 - ⑤既往歴
 - ⑥普段の入眠・覚醒時間
 - ⑦今までの入院回数
 - ⑧創痛の程度
 - ⑨挿入されたデバイスの種類や本数
 - ⑩持続鎮痛剤使用の有無
 - ⑪頓用鎮痛剤使用の有無

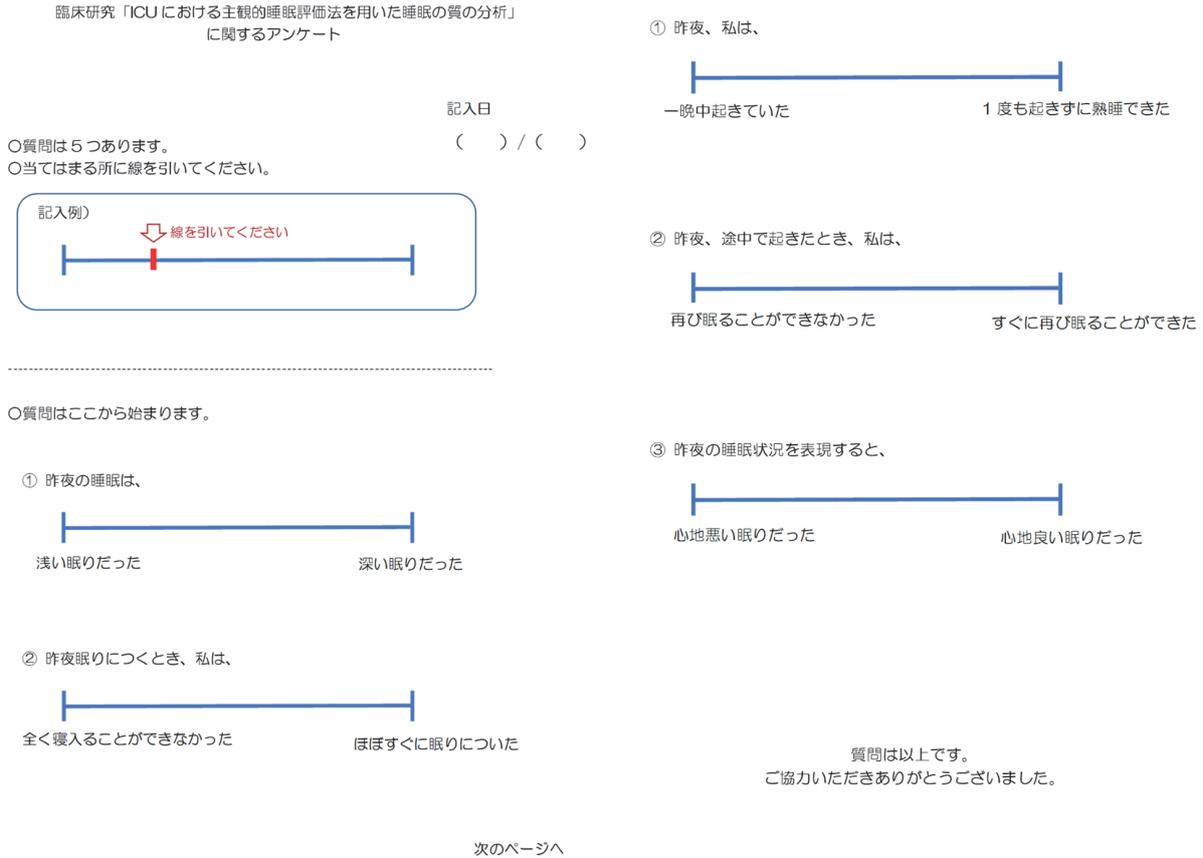


図1

⑫眠剤使用の有無

⑬ICU入床数

⑭医療機器装着患者数

3) インタビュー方法

ICU退室後より3日以内にインタビューガイドを用いて、20分程度の半構造的インタビューを実施する。

4) 分析方法

RCSQで得られたデータはExcelへ入力する。インタビューにより得られた睡眠体験に関する語りは逐語録を作成し、コード化する。作成されたコードから共通する意味合いをもとにサブカテゴリー・カテゴリーを抽出する。

3. 倫理的配慮

- 1) 看護部倫理委員会の承認を得て実施した。
- 2) 研究への参加は自由意志であり、参加を辞退もしくは途中で同意を撤回した場合にも一切の不利益が生じないことを説明する。
- 3) 対象者を特定できる個人情報とは無関係の番号を付与してデータを作成する「連結可能匿名化」を行う。
- 4) インタビューを行う場所はプライバシーを保てるように、他者の目に触れない個室を用意する。
- 5) アンケート用紙やインタビューで得られた音声データ(ICレコーダー)、紙データには施錠可能な専用ケースで保管する。

結 果

1. 期間：2024年9月1日～2024年10月31日
2. 対象者：50歳代女性、60歳代男性、70歳代女性の計3名。平均年齢は65.3歳であり、術式は胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術が2名、甲状腺腫瘍切除術が1名であった。
3. アンケート結果
RCSQに基づく5項目(①睡眠深度、②寝付くまでの時間、③夜間の覚醒状況、④再入眠状況、⑤睡眠の満足感)の点数と平均値を、対象者ごとに(表1)へ示す。事例A～Cの総合平均点は、事例A：26.2点、事例B：32.8点、事例C：67.0点であった。各項目の平均点は、①睡眠深度：35.6点、②寝付くまでの時間：38.3点、③夜間の覚醒状態：37.3点、④再入眠状況：60点、⑤睡眠の満足度：38.6点であり、本症例における総計平均値は42点であった。

表1

	A	B	C	項目別の平均点
睡眠深度 (%)	12	25	70	35.6
寝付くまでの時間 (%)	12	33	70	38.3
夜間の覚醒状態 (%)	44	18	50	37.3
再入眠状況 (%)	40	70	70	60
睡眠の満足感 (%)	23	18	75	38.6
平均点	26.2	32.8	67	42

表 2

カテゴリー	サブカテゴリー
患者を感じる睡眠環境の苦しさ	看護師に調整してもらわないといけない環境
	時間の感覚が無くなる苦しさ
	ICUがどのような場所か想像できない不安感
	慣れない音がたくさん聞こえる苦しさ
患者が受ける身体的な苦しさ	常に人の声が聞こえる苦しさ
	手術後の傷が痛む苦しさ
	吐き気が続く苦しさ
患者がうけるケアに伴う苦しさ	自分で自由に動けない苦しさ
	夜間何度も起こされる苦しさ
	よく眠れたという実感が持てない苦しさ
	どう過ごせばよいのか分からない戸惑い

4. インタビュー結果

インタビューの分析からは、3つのカテゴリーと11のサブカテゴリーが抽出された(表2)。コード(語り)の部分は「」で示す。

1) カテゴリー1【患者を感じる睡眠環境の苦しさ】

このカテゴリーは、ICUの特殊な環境によって患者の睡眠が阻害されることに伴う苦痛を示したものである。患者は慣れない機械音や他患者の話し声、看護師の動作音など、騒音によるストレスを感じていた。また、時間の感覚を失うことへの戸惑いや、事前にICUの環境についての説明がなかったことへの不安感も睡眠の妨げとなっていた。特に窓がないことや、時計が見えない状況が、昼夜の区別を困難にしていた。

2) カテゴリー2【患者が受ける身体的な苦しさ】

このカテゴリーは、術後侵襲によって生じる様々な身体的苦痛を示したものである。手術後の疼痛や嘔気、点滴やドレーン等のデバイス留置に伴う拘束感が、患者にとって睡眠を妨げる要因となっていた。「点滴や管が気になり寝返りが打てなかった」との語りもあり、デバイス類に関する十分な説明がないまま過ごしていたケースもあった。

3) カテゴリー3【患者がうけるケアに伴う苦しさ】

このカテゴリーは、ICUに特徴的な昼夜を問わない頻繁な観察や処置等に伴う苦痛を示したものである。夜間の頻回な観察や体位変換により、何度も目が覚めたことや、ICUでの1日の流れが分からず、どう過ごしていいの分からないという戸惑いもあった。「看護師が2~3時間毎に来るため、長い間眠れた訳ではない」、「30分~1時間毎に目が覚め、熟眠感が得られなかった」との語りもあり、熟眠できないまま朝を迎えた患者が多かった。

考 察

1. RCSQより得られた主観的睡眠の質の実際

本症例におけるRCSQの総計平均値は42点であった。村田ら¹⁾がRCSQの平均値と標準偏差の両方が提示されている7論文を分析した結果、総計平均値は50点前後であった。この先行文献と比較すると本症例の結果は低値であり、ICU入室中の睡眠の質が低いことが示された。特にRCSQの5項目の中で、睡眠深度・寝付くまでの時

間・夜間の覚醒状態・睡眠の満足度についての4項目において低得点が見られ、入眠障害と熟眠障害の2つが生じていた可能性が考えられる。

2. 睡眠障害が生じた要因について

インタビューでの訴えで圧倒的に多かったのが「騒音」についてである。具体例として、PCのタイピング音や看護師が発生させる物音、看護師や他患者の声などに対するさまざまな訴えが聞かれた。また、全ての症例において当日のICU入床件数が6/8床と多く両隣に別患者がいたという背景も、「騒音」について多数の訴えが聞かれた要因であったと考える。対策として、J-PADガイドライン²⁾では耳栓の使用が推奨されているが、日常で使い慣れていない場合、感覚を遮断されることにより不安感・不快感に繋がる可能性が考えられる。そのため患者の個別性に配慮した使用方法を検討し運用する必要がある。それだけでなく夜間は看護師の声や物音を最小限に保つこと等、スタッフの行動変容で改善できる点が多くあり、部署全体の意識改善が求められる。

騒音以外に聞かれたICUの特殊な環境の側面に関する意見としては、「時間の感覚がなくなる苦しさ」についての訴えが多かった。当院ICUでは各ベッドサイドに壁掛け時計があるが、患者の頭側に設置されているため、振り返ったり見上げる行動がとれない患者は自身で時間を確認することができない。そのため、以前より各ベッドサイドの床頭台にデジタル時計が配置されているが、患者の見える位置に配置されていない場面も見受けられる。加えて当院ICUの構造上窓がない部屋も多いため、患者に自然光が届かず蛍光灯による照明が中心となっており、時間の感覚が掴みにくい療養環境である。これらに対し、時計の配置や患者への時間の伝達といった患者目線に立ったケアの提供や、昼夜のメリハリを考慮したフロア内の病床移動を行うことも必要である。

また、ICUがどのような場所か分からない不安を感じさせていたことが明らかとなっており、ICUへ予定入室する患者に対しては、事前にICUの環境について写真付きの説明用紙を用いて説明することや、可能であれば実際に見学するといったICU入室前オリエンテーションを実施し、ICU環境への予備的理解を促すことも患者の不安を緩和させる方法ではないかと考える。

身体的な要因として、手術後の疼痛や嘔気、点滴やドレーン等のデバイス留置に伴う拘束感が挙げられたが、創痛の程度を示すVAS評価では、本症例全体の最大値が2、最小値が0であったことから疼痛コントロールは良好に行っていたと考えられる。しかし、「傷口を直に触れた時に痛みを感じた。」という訴えがあったため、観察や体位変換等の前にも適切な疼痛評価を行い、必要時には自己調節鎮痛法(Patient Controlled Analgesia:PCA)のドーズ機能や頓用薬使用の検討など、予防的に疼痛コントロールを行うことが重要である。嘔気に関しては、術中に使用した麻薬の影響、PCAに含まれるフェンタニルの影響が考えられ、本症例では制吐剤の使用やIV-PCA流量を減量する対応が取られていた。また当院では術後疼

痛管理チーム（Acute Pain Service：APS）ラウンドが行われているため、そのような機会を活用し苦痛の低減に努めることが求められる。デバイス留置に伴う拘束感に関しては、今回全ての症例で末梢ルート・動脈ライン・膀胱留置カテーテル・ドレーンの4種類のデバイスが留置されていたが、デバイスについての説明がされていないことが明らかになった。患者は術直後、安静のために長時間臥床しており自分自身でデバイス類を確認できないことが多い。デバイスの挿入されている部位や注意してほしい姿勢、自由に動かして良い身体の部位等を患者の状態に合わせて説明することで、拘束感や不安感を軽減できるのではないかと考える。また、麻酔覚醒後の患者は短い会話が成立して意識清明に感じられても、実際は傾眠やもうろう状態であることが多い³⁾ため繰り返しの説明が不可欠である。

最後に、ケアに関しては「30分～1時間毎に目が覚め、熟眠感が得られなかった。」という意見が多かった。当院ICUでも夜間に観察や体位変換を実施しており、一般病棟と比較するとその頻度は多い。ケアによって睡眠が分断され、睡眠の質が低下している可能性が高く、そのためには日中できるケアは日中に集約させること、夜間は観察と体位変換を同じタイミングにするなど可能な限りケアを一括して行うこと、患者が自然に覚醒したタイミングでケアを行うこと等の取り組みを行う必要がある。

結 語

本研究はICUへ入室する定期予定手術を受ける患者の睡眠体験を主観的睡眠評価法を用いて分析し、その睡眠

の質を明らかにすることを目的とし、当院で胸腔鏡下手術・甲状腺腫瘍切除術を受ける患者のうち3名を対象にRCSQアンケートとインタビュー調査を行った。その結果、RCSQの総計平均値は先行文献と比較するとやや低値であり睡眠の質が低いことが示された。RCSQの得点分布より、入眠障害と熟眠障害の2つが生じていた。インタビュー調査からは、「騒音」「時間感覚の掴みにくさ」「デバイスに伴う拘束感」「中途覚醒が多いこと」「ICUでの過ごし方がわからない」といった訴えがあり、今後介入の余地がみられた。

今後の課題及び展望

本研究は、対象者が少数であり侵襲度も限定されていたため研究結果の一般化に限界がある。今後対象者を拡大し調査・検討していくことで、ICUにおける睡眠についての理解を深め、ケアの質向上を目指していく。

引用文献

- 1) 村田洋章：集中治療室における睡眠評価の現状—The Richards-campbell Sleep Questionnaireに焦点を当てて—。防医大誌 2020；45(4)：143-151.
- 2) 布宮伸：委員会報告 日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン。日集中医誌 2014；21：539-579.
- 3) 小野博史：術後精神障害のアセスメントと看護。大阪大学看護学雑誌 2013；19(1)：1-8.

Analysis of the Quality of Sleep in Peri-Operative Patients Using a Subjective Sleep Evaluation Method in the Intensive Care Unit

Chinatsu Itoh and Rina Kushima

Ward 3B, Department of Nursing, Kyoto City Hospital

We conducted a half-structured interview and a questionnaire survey using Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) to elucidate the factors affecting the quality of sleep in the patients admitted to the intensive care unit (ICU).

The mean RCSQ score was 42 points, which was lower than the values reported in the literature. From the results of the interview we extracted the factors inhibiting sleep in 3 categories and 11 subcategories. The main disorders were mainly sleep onset insomnia and shallow sleep. The subjective sleep evaluation should be continued and each patient should receive individual care

(J Kyoto City Hosp 2025; 45:25-29)

Key words: ICU, Sleep, RCSQ, PICS

高血圧を契機とした急性心不全の一例

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 診療部)

二上 佳子

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 循環器内科)

笠原 武 太田 啓祐 内藤 大智 松永 晋作 中島 規雄 松尾 あきこ

(近江八幡市立総合医療センター 循環器内科)

高木 佑介

要 旨

症例, 58歳の女性. 慢性腎臓病を伴う高血圧を他院で加療中, 夜間突然の呼吸苦で救急搬送された. 左室駆出率 (left ventricular ejection fraction : LVEF) 20%と高度の低左心機能を認め, 著明な高血圧と急性呼吸不全を伴うクリニカルシナリオ1の心不全のため人工呼吸器管理となった. その後, 速やかに肺うっ血は改善されガイドラインに基づいた心不全治療が2週間以内に達成され, 高血圧コントロールをすることにより, 早期退院とLVEFの早期回復が可能となった症例を経験した. (京市病紀 2025; 45 : 30-33)

Key words : 高血圧, 慢性腎臓病, 心不全, ガイドラインに基づいた心不全治療

緒 言

我が国の超高齢化社会の進展に伴い, 心不全を含む心疾患患者が増加しており, 現在では死因の第2位を占めている¹⁾. ひとたび心不全を発症するとその再発を繰り返しながら心機能が低下していき, 最終的には死にいたるため, 国民の健康被害に加え, 医療費の高騰などの社会的課題を引き起こしている. また, 高血圧症は整形外科疾患を除く疾患群の中で日本人に最も多い疾患である²⁾. 今回, 高血圧を機に心不全を発症した比較的若年女性の一例を経験したため, 報告する.

症 例

患者 : 58歳, 女性.

主訴 : 呼吸困難.

6年前に他院腎臓内科に高血圧と腎硬化症が原因と考えられる慢性腎臓病ステージG3A3と診断されて治療を開始されており, 病状は安定していた. 搬送前日は起床時より普段通り過ごしていたが, 就寝後1時間ほど経過した0時頃突然, 呼吸苦の訴えがあり, 当院救急搬送となった. 胸部単純X線上に肺うっ血を認め(図1-a), 酸素マスク吸入下にもPaO₂ 70 mmHgであり経口気管内挿管後に人工呼吸器管理となり緊急入院となった.

既往歴 :

卵巣癌, 乳癌, 慢性腎不全, 高血圧症, 脳血管狭窄.

家族歴 : 特記すべき事項なし.

内服薬 :

シロスタゾール 200 mg, ベニジピン塩酸塩 4 mg, オメガ3脂肪酸エチル 2 g, レバミピド 100 mg.

身体所見 :

身長 152.0 cm, 体重 43.2 kg, BMI 18.7 kg/m² でやせ

型. 脈拍 150/分, 整, 血圧 220/120 mmHg, 呼吸数 30回, SpO₂ 98% (酸素マスク 10 L/分吸入下). 眼瞼結膜に貧血なく, 眼球結膜の黄染なし. 両側全肺野で捻髪音聴取, 心音促拍, 整, 両側下腿浮腫はあり.

入院時胸部単純X線 :

CTR 60.5%, 胸水認めず, 両側肺門部中心に肺野のすりガラス陰影および肺血管陰影の増強 (図1-a). 心電図 : 洞性頻脈, HR 150 bpm, 左室高電位, I,aVL, V4-6 ST低下および陰性T波 (図2).

経胸壁心エコー図 :

左房径 3.3 cm, 左室拡張末期径 4.5 cm, 左室収縮末期径 3.5 cm, 左室拡張末期内径 11 cm, 左室後壁厚 1.0 cm, びまん性に左室肥大と壁運動低下. 左室駆出率 20%. (図3). 弁膜症の合併は認めなかった.

腎動脈エコー : 両側腎動脈に狭窄を認めず.

血液検査所見 :

Hb 13.4 g/dl, 白血球 9210/ul, 血小板 25.8万/ul, AST 210 U/l, ALT 169 U/l, γ -GT 96 U/l, ALP 346 U/l, LDH 501 U/l, CPK 115 U/l, 尿素窒素 31.4 mg/dl, クレアチニン 0.52 mg/dl, アルブミン 3.5 g/dl, Na 143

(a) (b) (c)

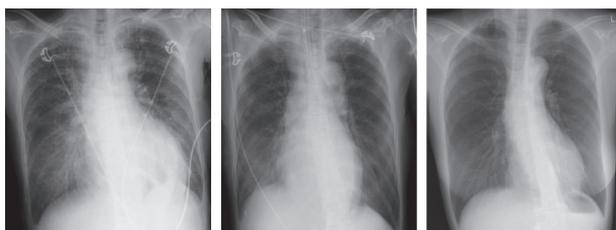


図1 胸部単純X線の変化

(a) 搬入時 : 心胸比 58.4%. 著明な肺うっ血像を認める.

(b) 挿管後 : 心胸比 52.3%. 肺うっ血所見の改善傾向.

(c) 第7病日 : 心胸比 50.2%. 心胸比の正常化および肺うっ血所見消失.

mEq/l, K 3.7mEq/l, Cl 104 mEq/l, BNP 863.4 pg/dl, CRP 0.05 mg/dl トロポニン I 23.2 pg/ml, TSH 20.85 μ IU/mL, FT4 1.05 ng/dl. 動脈血液ガス分析 (10 L/分酸素吸入下): pH 7.19, PaCO₂ 63.9 Torr, PaO₂ 70.7 Torr, HCO₃⁻ 23.7 mmol/l, BE -5.5.

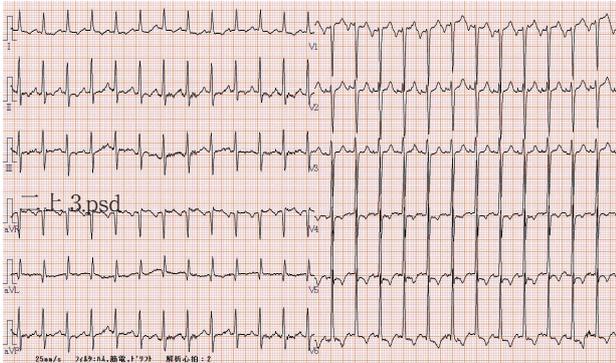


図2 搬入時12誘導心電図

(a) (b) (c)



図3 第一病日 経胸壁心エコー図

- (a) 左室長軸断面像: 左室内腔拡大はなく, びまん性軽度肥大あり.
 (b) 僧帽弁腱索レベル左室短軸像: びまん性に軽度左室肥大あり.
 (c) 四腔断面像: 左室全体の壁運動が高度に低下し, シンプソン法による左室駆出率は20%.

臨床経過

胸部単純X線, 血液ガス分析および心エコー図からは左室駆出率 (LVEF) 低下を伴う心不全 (HFrEF) による呼吸不全と考えた. 人工呼吸器管理後は速やかに血圧が低下し, 肺うっ血も改善し (図1-b) LVEFも41%に改善したことから第3病日に抜管となった. 搬入時に異常高値であったTSHは翌日には5.1 μ IU/mLに低下しており, 重症心不全による一過性上昇と考えられた. HFrEFに対しては, 第一病日からガイドラインに基づいた心不全治療 (guideline-directed medical therapy: GDMT) に準じて³⁾, アンジオテンシンII受容体拮抗薬 (ARB), アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬 (ARNI), β 遮断薬, ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬 (MRA), ナトリウム/グルコース共輸送体2 (SGLT2) 阻害薬を順次導入し増量していった. また抜管後から血圧が再度上昇したため, カルシウムチャネル拮抗薬を追加して血圧をコントロールしたところ (図4), 第7病日の胸部X線上の心拡大と肺うっ血も消失し (図1-c), 第12病日にはBNPも32.5 pg/dlと正常化し独歩退院となった (図4). 搬入時の心電図にST上昇な



図4 入院時経過

く, 心筋骨格蛋白の明らかな上昇がなかったことから急性冠症候群は否定的であったが, 虚血性心疾患の鑑別目的に退院後に薬剤負荷タリウム心筋血流シンチグラフィを施行した. 結果, 安静時および負荷時に心筋血流異常を認めず心筋虚血の関与は否定的であった. また, 肥大心の心筋組織診断として心臓MRI施行しT1, T2マッピングを行ったところ, 心筋T2値に異常なく, 心筋T1値も全体として軽度の延長を認めるのみであった. 退院後も自覚症状なく経過し, 退院後一か月後の心エコー図での左室壁運動はさらに改善してLVEFは51%と正常化した.

考察

心不全の原因:

本症例のHFrEFの原因については, 突然の夜間発作性呼吸困難で発症し, 胸部X線上も胸水貯留ないことから急性発症と考えられるものの, 両側の下腿浮腫があり, LVEF31%と高度な左室機能低下を呈していたが, ショック状態ではなく, むしろ220/120 mmHgの血圧異常高値であったことから, ある程度心不全が慢性に経過していたと考えられた. 前述のように心電図, 心エコー図, 血液検査, 薬物負荷心筋血流シンチグラフィの結果より, 冠動脈病変の関与は否定的であった. 炎症所見もないことから, 肥大を呈する心筋症の鑑別が必要であった. びまん性型肥大型心筋症や, アミロイドーシス, ミトコンドリア心筋症, ファブリー病などの蓄積症の鑑別のために心臓MRIで心筋T1mappingを施行した. 本例の心筋T1mappingにおけるT1値の上昇は軽度であり, これに反して著しく高いT1値を示す肥大型心筋症, 心アミロイドーシスやミトコンドリア心筋症の可能性は低かった. また, 特に腎不全を合併しやすいファブリー病はT1値が短縮されることから否定的であった⁴⁾. その他, 本例は卵巣癌術後のTC療法 (パクリタキセル, カルボプラステン) の既往があるが, TC療法での心疾患誘発の事例は報告されておらず, また, TC療法を行ったのは約10年前であることから否定的と考えた. 一方, 今回の発症6年前には既に腎不全を伴う高血圧があり経過は長いと考えられ, 左室肥大が生じて心筋の線維化を来して

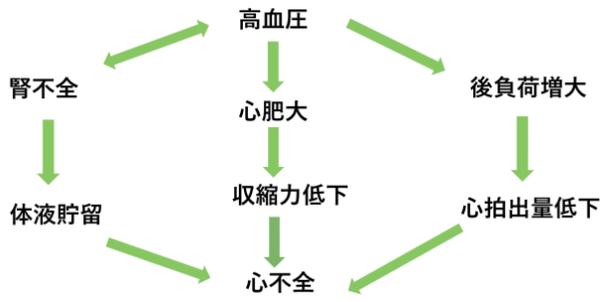


図5 本症例の急性心不全の発症機序

さらには左室の収縮能が低下したと考えられた。また、腎不全を合併しているために体液貯留傾向もあり、左室収縮能の低下の状態があるためさらに心不全に移行しやすく、搬入時に認められた血圧異常高値が示していたように、後負荷増大と前述の要素が相乗効果を生みアフターロードミスマッチをきたして、さらに心拍出量が低下することで心不全となったと考えられた(図5)。以上から本疾患を高血圧性心疾患として考えると、心臓MRIでの心筋T1値の上昇が比較的軽度であったことにも矛盾がなく⁵⁾、退院後一か月でLVEFが正常化する可逆性があったことから考えても心不全の原疾患が高血圧性心疾患であると診断できる。高血圧は国内で約4300万人が罹患している最も多い疾患であることから、本症例のように比較的若年例であっても突然の心不全を発症する危険性があることを留意すべきであると考えられた²⁾。

治療：

本例は基本的には代償性慢性心不全の状態が先行しており、前述の機序で急性非代償性心不全で搬入されたために初期治療として人工呼吸管理することで速やかに血圧が低下して肺うっ血が改善し、早期から経口薬剤投与が可能となった。現在、日本のガイドラインではHFrEFに対しては、ACE阻害薬またはARB又はARNI、β遮

断薬、MRA、SGLT2阻害薬の4剤全てを4週以内に導入し至適用量まで到達することが望ましいとされているが³⁾、本例のような急性期の心不全において2週間以内GDMTを達成させた方がさらに良好な予後が望めたとするランダム化試験の報告もあり⁶⁾、本症例もこの試験報告に準じて第12日病日の退院時には至適4剤のGDMTを達成している。また、第3病日にLVEFが41%まで改善するとともに、血圧上昇傾向があったことから、カルシウムチャンネル拮抗薬を追加して血圧コントロールも行った。このように短期間でGDMT至適用量達成と基礎疾患である高血圧のコントロールをすることで早期退院、退院後一か月での早期LVEF回復を可能にしたと考えられた。

予後：

本症例は長年慢性腎不全を併発した高血圧心疾患を有していた心不全ステージBの状態であったが、今回、急性心不全として発症したステージCのHFrEFである。比較的若年発症であり、今後も心不全を繰り返して心機能低下、腎機能低下が進行してステージDに向かう予想される³⁾。今後は心不全を防ぎステージDへの移行をできるだけ遅らせる必要があり、心不全のGDMTの継続や降圧剤内服などの薬物療法に加え、食事療法や運動療法を行って心不全および血圧コントロールしていく必要があると考えられた。

結 語

慢性腎臓病を併発した高血圧患者の急性心不全発症の一例を経験した。高度な左心機能の重症心不全であったが、HFrEFに対するGDMTの4剤の早期至適投与と基礎疾患のコントロールで早期退院、早期心機能回復が得られた症例を経験した。

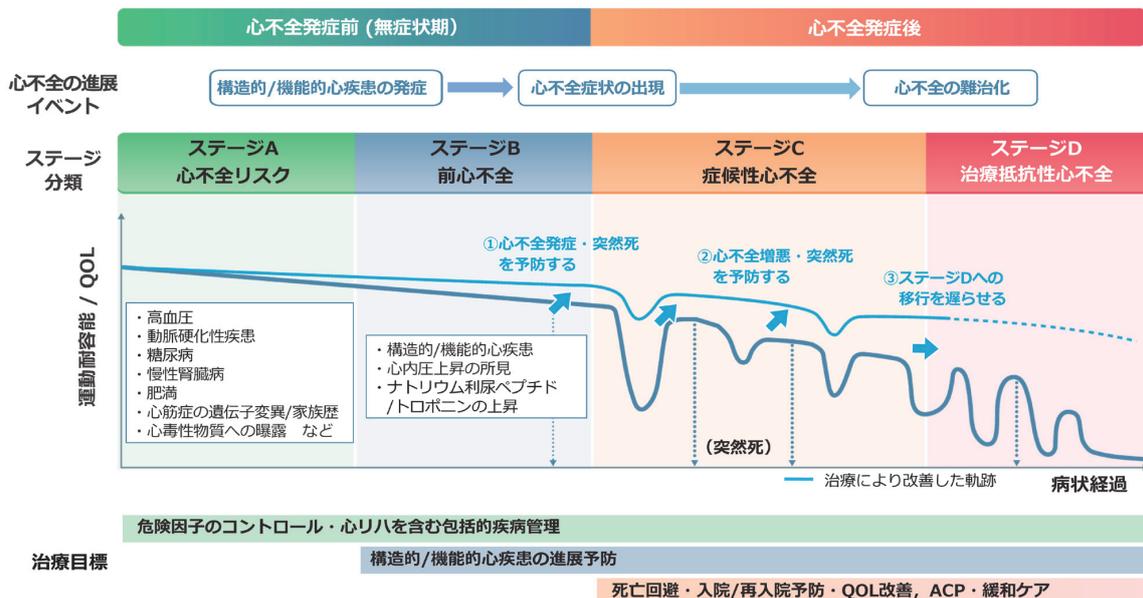


図6 心不全ステージの治療目標と病の軌跡(文献3)より引用)

引用文献

- 1) 総務省：統計トピックス No. 132 統計からみた我が国の高齢者 [internet]. <https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics132.pdf> [accessed2025.06.18]
- 2) 厚生労働省：令和5年（2023）患者調査の概況 [internet]. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/23/dl/soukanjya.pdf> [accessed2025.06.18]
- 3) 日本循環器学会：日本心不全学会合同ガイドライン 2025年改訂版心不全診療ガイドライン [internet]. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Kato.pdf [accessed2025.06.18]
- 4) 後藤義崇, 石田正樹, 佐久間肇：CMR T1 mapping の臨床応用. 循環器疾患診療の Future Topics—循環器疾患イメージングの Future Topics. 心臓 2018；50：1190-1194.
- 5) Hinojar R, Varma N, Nick Child N, et al：T1 Mapping in discrimination of hypertrophic phenotypes：hypertensive heart disease and hypertrophic cardiomyopathy findings from the international T1 multicenter cardiovascular magnetic resonance study. Circ Cardiovasc Imaging 2015；8：e003285.
- 6) Mebazaa A, Beth Davison B, Chioncel O, et al：Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF)：a multinational, open-label, randomised, trial. Lancet 2022；400：1938-1952.

Abstract

A Case of Acute Heart Failure Caused by Hypertension

Kako Niue

Clinical Department, Kyoto City Hospital

Takeshi Kasahara, Keisuke Oota, Daisuke Naito, Shinsaku Matsunaga, Norio Nakajima and Akiko Matsuo

Department of Cardiology, Kyoto City Hospital

Yuusuke Takagi

Department of Cardiology, Omi Hachiman Community Medical Center

We experienced a case in a 58-year-old female who was transported to the emergency department after sudden respiratory distress at night while under treatment at another clinic for hypertension due to chronic renal disease. The left ventricular ejection fraction (LVEF) was 20%, which indicated poor left heart function, and the patient was put under ventilator management for heart failure at clinical scenario 1 accompanied by marked hypertension and acute respiratory failure. The pulmonary congestion mitigated rapidly by the management. Treatment of heart failure was completed according to the guidelines within 2 weeks. LVEF soon improved and the patient was discharged from the hospital early after control of hypertension.

(J Kyoto City Hosp 2025; 45:30-33)

Key Words: Hypertension, Chronic renal disease, Heart failure, Treatment of heart failure according to the guidelines

特別講演

諦めない在宅医療を目指して

(きむら心臓血管内科クリニック)

木村 雅喜

私は昨年4月にきむら心臓血管内科クリニックを開院し、現在訪問医療をメインに行っております。本日は「諦めない在宅医療」をテーマにお話しさせていただきます。現在、定期的に訪問診療させていただいている患者さんが130人ほどおられます。心不全症例が26%、足病変を含めた創傷ありの患者さんが25%、がんが9%、内科一般が39%となっております。一般的な訪問診療に加えて心不全に対する薬物治療やこの後ご紹介いたします創傷治療にも力を注いでいます。開院するまでの私のキャリアですが、京都赤十字第一病院に17年間おりました後半の10年ぐらひは特に足病変の診療に注力してまいりました。足病変CLTIの治療では血行再建（循環器内科、心臓血管外科、放射線科）と共に創部治療（皮膚科、形成外科、整形外科）が重要になります。透析では腎臓内科、糖尿病では糖尿病内科、感染症では感染症科など多くの診療科が密に連携しないと良い結果が得られない疾患です。患部の疼痛管理やリハビリテーションも欠かせません。私は血行再建・創傷治療などの大半を自ら行いながら、他科・多職種との連携を重視しながら治療に取り組みさせていただきました。外来で創部加療が可能になるまで入院が長期化するケースが多く、一旦他院に再転院してもらうなどの工夫を行っていました。しかし、そのような長期入院中にADLが低下したり、合併症が起り、病状が悪化する患者さんもおられました。この経験を踏まえて可能な限り短期入院で早期に在宅医療ができないかと考えるようになりました。現時点ではエビデンスを出すような状況ではありませんが、短期入院にすることでADLが維持でき、合併症も少なくなる印象ももっております。また、急性期病院に紹介されない人、急性期病院で侵襲的治療適応外といわれた人もおられます。在宅医療に取り組み、さらに連携を促すような役割を少しでも担えればと願い開院を決意しました。在宅医療の一例をご紹介します。症例①は60歳代の男性。高度肥満・糖尿病。左第5足趾の感染性壊疽、伏在静脈に沿って鼠径部までの疼痛。デブリ・開放創に抗菌薬投与開始、訪問看護師による連日の洗浄、在宅で局所閉鎖陰圧療法を行い、長期入院を避け、約2ヶ月で治癒しました。症例②は踵部の感染性壊死（非虚血）、疼痛あり。その場で切開し、坐骨神経ブロックを施し、抗生剤を投与。訪問看護師の協力を得て切断をせずに済み、歩けるようになり、通院中です。このように諦めない在宅医療を目指しているわけですが、どこまで治療を行うかという悩ましい課題もあります。このような方にきわめて重要なのが疼痛

コントロールです。この場合、無痛状態にしてあげるといふ処置をとっています。坐骨神経破壊の2例をご紹介します。症例①は80歳代の女性。強皮症・右足部壊疽で1ヶ月前から寝たきり状態でした。ご説明を尽くし、大切断か、共存かを熟考していただき、坐骨神経破壊を選択。半年後に痛みもなく他界されました。症例②70代の女性。透析中止後、在宅看取りで紹介。激痛を緩和するために坐骨神経破壊を施し、鎮痛剤オフでコミュニケーションも再開できたのですが、5日後に他界されました。もう少し早く介入できればと思われたケースです。次に京都市立病院からご紹介の3症例。症例①は70歳代の男性。末期腎不全、包括性高度慢性下肢虚血、糖尿病、右前足部壊疽。緩和医療を希望された患者さんです。初診時に足底腱膜に感染が波及しており、外科的介入をしないと約1週間以内に敗血症で死亡する可能性が大きいと判断し在宅で前足部切断など外科的治療・抗生剤点滴治療を実施しました。その後一旦は落ち着いたのですが、約3ヶ月後に再度感染が増悪し永眠されました。突然のことでしたが、それまでの対応にご家族からは感謝の言葉をいただきました。症例②は70歳代の男性。ANCA関連血管炎、冠動脈疾患、包括性高度慢性下肢虚血、左大腿切断、右足部難治性皮膚潰瘍。今年4月に通院困難で訪問診療を希望。在宅で骨搔爬を含めた処置を継続し、経過中に血流低下の再燃が疑われ京都市立病院循環器内科にご紹介し、カテーテルによる血行再建を実施いただいております。その後創部は順調に縮小しており、現在治癒間近となっております。症例③は90歳代の女性。皮膚型結節性多発動脈炎、包括性高度慢性下肢虚血、右前足部壊疽。病院内各診療科、ご本人、ご家族とよく話し合わせ、看取り看護も含めた在宅医療を選択された症例です。広範囲の前足部がすでに壊疽しておりましたが、本人は非常に元気な患者さんでした。治療方針を再度ご自宅で話し合い、治癒を目指して治療する方針となりました。ご自宅で前足部切断・抗生剤加療を行い、現在植皮しほぼ創部は治癒しております。足の潰瘍・壊疽の患者さんは全身性の動脈硬化性疾患や自己免疫疾患などを有していることが多く、創部の治療経過中に全身性の合併症を生じることもあります。それに対応しながら創部加療を積極的に実施し、傷を治癒させて再度元気に歩行してもらおう。これを長期入院ではなく、短期入院と在宅医療で今後も目指して行きたいと思っております。

〔京都市立病院連携だより Vol.54〕と同文

一般講演

治療をあきらめない！ 京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 糖尿病代謝内科)

安威 徹也

○座長 下肢病変ですが、かなり重症で手術が必要な場合、生存率が5年で40%であり、これは、進行がんと同様に予後が悪いということが分かっています。これはなんとかしないといけません。今日は当院が総力挙げている様々な取り組みをご紹介します。将来的には、今日お話しされる演者のそれぞれの診療科が入り口になる可能性が高く、そこからうまく院内治療につなげられたら、と思っています。それでは皆さま、最後までご清聴よろしくお祈りします。

では、まず、糖尿病代謝内科の安威先生に、総論と糖尿病科から見た足病変についてお話をうかがいます。

○講師(安威) 京都市立病院糖尿病代謝内科の安威です。今日は、主に糖尿病足病変に対して、糖尿病代謝内科の立場からお話しさせていただきます。開示すべき利益相反はありません。まずは糖尿病の総論についてです。日本の糖尿病患者数の推移についてですが、「糖尿病の可能性を否定できない者」、つまりHbA1cが6.0から6.4%の割合は、2017年まで増加傾向でしたが、2017年をピークに少し低下傾向にあります。しかし、「糖尿病が強く疑われる者」、つまりHbA1c 6.5%以上の割合は、いまだに右肩上がりに増加しています。2019年のデータによると、両者を合わせると約2千万人、国民の6人に1人が糖尿病に関係しており、かなりの数だということが分かります〔スライド1〕。



〔スライド1〕厚生労働省2020年12月「令和元年度国民健康・栄養調査」より引用

このような増加傾向にある糖尿病患者で問題になってくるのが合併症です。神経障害、網膜症、腎症の三つを三大合併症と言います。これらの合併症により、神経障害は約7年で壊疽に、網膜症は約10年で失明に、腎症は約15年で腎不全に陥ると報告されています。

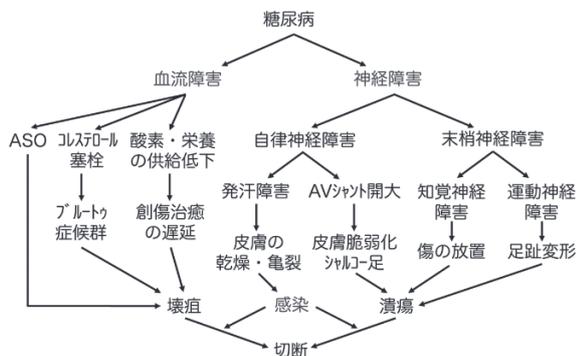
これらの合併症予防のためには血糖コントロールが重要で、血糖コントロール目標値として、HbA1cが7.0%未満、空腹時血糖値が130 mg/dl未満、食後2時間血糖値が180 mg/dl未満にコントロールすることが重要だと言われています。また、糖尿病だけでなく、血圧や脂質異常症の良好なコントロール、適正体重の維持、禁煙の順守が重要です。

今回のメインテーマである足病変、主に糖尿病足病変についてお話しさせていただきます。糖尿病足病変の定義ですが、従来は「神経障害や末梢動脈疾患と関連して、糖尿病患者の下肢に生じる感染、潰瘍、足組織の破壊性病変」として定義されておりましたが、2019年、足病変の国際ワーキンググループにより、若干定義が変更されました。「糖尿病またはその既往を有する患者の足に生じる感染、潰瘍、または足組織の破壊性病変であり、通常は下肢に神経障害かつ、または末梢動脈疾患を伴うもの」とされました。これらは一見変わらないように思われますが、糖尿病足病変における神経障害や末梢動脈疾患の位置付けが、「関連」という言葉から「伴うもの」に広がっているということが変更点です。足病変の発症自体に神経障害や末梢動脈疾患が直接的に関連してなくても、このような神経障害、末梢動脈疾患が存在するだけで間接的に影響を与える、つまり間接的に治療が妨げられる可能性が高いということから、このような変更となりました。また、糖尿病、足潰瘍の年間発症率は、日本では糖尿病患者数の約0.3%で生じ、下肢切断率は0.05%と報告されています。このような足潰瘍、壊疽の原因は、糖尿病性神経障害が60%、ASO(閉塞性動脈硬化症)などの血栓性動脈硬化性疾患が20%、これらの神経障害および虚血、動脈硬化の両者を伴うものが20%となっています。一番多いのは神経障害と言われています。

では、糖尿病足病変の発生機序についてお話しさせていただきます。糖尿病を持っていると、血流障害および神経障害を伴います。血流障害を伴うと、下肢の末梢に血流が途絶えることによって、下肢末端の組織が酸素、栄養の供給低下をきたし、その結果、壊疽に陥ると言われています。また、神経障害はもう一つ、自律神経障害というものがああります。自律神経障害による発汗障害、つまり、発汗が低下することによって皮膚の乾燥、亀裂を生じ、細菌が侵入しやすくなります。また、交感神経障害に伴い、皮下の動静脈吻合が開閉することによって、皮膚の毛細血管の血流が減少し、表皮と真皮の結合が弱くなり、皮膚の脆弱化をきたすこととなります。

また、自律神経障害に伴い、骨への血流が増加し、骨

吸収が促進することによって、シャルコー足という、足の骨の変形をきたすこととなります。このような足の変形に伴って足が突出する、それが靴擦れを起こして潰瘍を形成する、とされています。また、知覚障害を伴うことによって、このような潰瘍をきたしていても、潰瘍に対する痛み、疼痛を自覚されず放置されてしまうことになり、気付いたら壊死に陥っている、ということが原因として考えられます〔スライド2〕。



〔スライド2〕日本フットケア学会雑誌Vol17 No2 67-72より引用

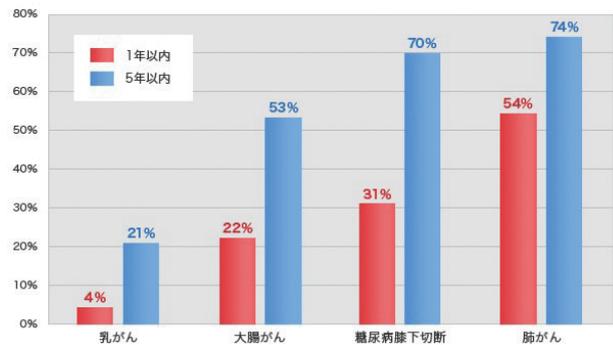
では、足病変の危険因子、どのような方が足病変をきたしやすいかと言いますと、まずは糖尿病の罹病期間が長いことです。10年以上とされています。また、性別で言うと男性、血糖コントロールが不良、糖尿病の三大合併症を伴っている、末梢の循環障害との合併、ASOなどの障害の合併、足潰瘍や切断の既往がある、足の変形、足関節の可動域の低減、胼胝・鶏眼などの変形、爪の変形、などが危険因子として挙げられます。

この足病変の治療についてです。治療は①代謝コントロール②免荷③抗菌薬治療④局所治療⑤移植⑥抹消血流障害治療⑦外科的治療があります。保存的加療がほとんどですが、重症虚血で、このような保存的加療を行っていても、どんどん壊死が進行していくときや、重症の進行性の感染や広範囲な壊死で、こういった保存的加療でコントロールできない場合は、下肢切断が余儀なくされることがあります。しかし、下肢切断後、幻視痛や、精神的負担によりQOLが著しく低下します。

アメリカのデータでは、下肢切断後の約70%が5年以内に死亡すると報告されていますが、これは、肺がんによる死亡率に匹敵すると言われています。なぜ、このように足病変、下肢切断後の死亡率が増加するかと言いますと、やはり足病変の患者さんというのは、もともと虚血性心疾患の既往がある方や糖尿病を持っている、慢性腎不全といった基礎疾患がもともと根本的にあるということがあります。また、こういった足壊疽をきたす患者さんというのは、もともと全身状態が重篤であることが多いということから、手術後も死亡率は高くなると言われております。

また、これも海外の報告ですが、下肢切断を余儀なくされる患者は、透析患者が多いと言われております。透析患者の下肢切断後の5年生存率は、非透析患者と比べると圧倒的に低くなります。死亡率は高く、予後が更に

悪く、このような下肢切断後の死亡原因としては、①心不全、②敗血症、③肺炎が上位を占めていると言われています〔スライド3〕。



〔スライド3〕 Singh et al. JAMA 2005; 293. 217-228より引用

約2年間の当院での糖尿病足病変の症例（2022年4月1日～2024年3月31日）についてです。計27名で、下肢切断を余儀なくされた症例は13名、その切断を受けた方の1名が、残念ながら、1年以内に死亡されています。デブリードマンおよび抗生剤治療による保存的加療で済んだ患者数が残りの14名です。現在まで、死亡者は確認されていません。

下肢切断を受けた患者さんの転帰についてですが、義足作成が必要になってきますので、大半の方は転院されることが多いです。しかし、下肢切断を受けずに保存的加療で済んだ方の転帰は、ほとんどの方が自宅退院されることが多いです。退院後も引き続き、皮膚科、整形外科、糖尿病代謝内科の三つの科が連携して外来フォローを行っています。

私たち糖尿病内科医は、たとえ、患者さんが糖尿病足病変に至ってしまったとしても、もしくは糖尿病足病変にならないよう予防するために、定期的にフットケアやABI測定（足関節上腕血圧比検査）などをもってフォローしています。1年間の当院のフットケア外来受診者数（2023年4月1日～2024年3月31日）は250名となっており、723件の受診がありました。開業医の先生方からフットケア外来だけのご紹介というのもできますので、ぜひご利用ください。

まとめです。現在、糖尿病患者数というのは増加傾向にあります。今回のメインテーマである糖尿病性足病変、足壊疽は、基本的に、保存的療法でできる治療を目指しておりますが、なかなか保存的療法でコントロールできない場合、下肢切断を余儀なくされることがあります。その場の救命は可能であっても、下肢切断後の予後は不良となっていますので、できるだけ足壊疽にならないように、足病変にならないようにするためには、普段からのフットケアライン、もしくは、ABIの検査で早期発見、早期治療というのが非常に重要であるということが、今回の発表で伝えさせていただきたいことです。以上で終わらせていただきます。

○座長 安威先生、どうもありがとうございました。

一般講演

治療をあきらめない！ 京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 循環器内科)

松永 晋作

○座長 循環器内科の立場から、副部長の松永晋作先生にご講演をお願いします。

○講師 (松永) 皆さん、こんにちは。京都市立病院循環器内科の松永です。循環器内科の立場から、下肢閉塞性動脈疾患について簡単に総論をお話ししたあとに、症例を提示したいと思っています。まず、2年前に改定されました循環器学会の「末梢動脈疾患ガイドライン」があるのですが、これに沿って簡単にお話しします。定義的な話ですが、末梢動脈とは冠動脈以外の動脈で、大動脈、四肢動脈、頸動脈、腹部内臓動脈、腎動脈が含まれます。それらが含まれる病気を末梢動脈疾患と言うのですが、今日はその中の、下肢閉塞性動脈疾患 (LEAD) についてお話しします。

発症時期から、急性と慢性の虚血の分類がありますが、今日は慢性の虚血に関するお話です。LEAD の症候別分類として大きく3つに分けられます。①無症候性 LEAD は血行再建の適応はありませんが生命予後は症候性と変わらず不良です。また、無症状ながら虚血が高度な潜在性重症下肢虚血が含まれます。②間歇性跛行は歩行により下肢痛を認め休息すれば症状が消えるというもので、脊柱管狭窄症などの神経性疾患と鑑別診断が重要です。③包括的高度慢性下肢虚血 (CLTI) は虚血による疼痛や潰瘍、壊死が少なくとも2週間以上改善せず持続するものです。

疫学的な話ですが、20年近く前の REACH レジストリーという44カ国、6万8000人以上の動脈硬化患者対象の観察研究では、LEAD の患者さんを調べたところ、半数程度が冠動脈疾患を合併しており、25%程度が脳血管疾患を合併していたと言われています。血管にいろいろな病気がある方が多いので心血管イベント発生率が高く、生命予後も5年死亡率40%程度と不良です。

当院で行っている機能検査には、ABI (足関節上腕血圧比) と SPP (皮膚灌流圧) があります。簡単に説明すると、ABI というのは、肘と足の血圧を同時に測るという原始的な検査なのですが、カットオフを0.9にすると特異度が100パーセントと非常に優れた検査で、数値が低ければ低いほど予後が悪いということになっています。SPP は、CLTI を疑う患者さんに行っているのですが、足にカフを巻いて、加圧して足背とか足底の皮膚の灌流圧をチェックします。40以上あれば、保存的治療で潰瘍が治る可能性が高いと言われています。

画像検査としては、CT、MRA、超音波検査、血管造影などがあり腎機能などに応じて選択します。

治療についてですが、跛行患者に対しては、①動脈硬化リスクファクターの是正、②薬物療法としては、跛行に対してシロスタゾールを使って、イベント予後に関してはスタチン、抗血小板薬を使います。③運動療法を行います。それでも改善が不十分な場合、血行再建を考え、病変に応じて、血管内治療 (カテーテル) か、外科手術を選択します。ちなみに、膝下だけに病変がある方で跛行の場合は、血行再建の適応がないので、保存的治療で行うということになっています。

一方、CLTI の方ですが、やはり全身状態が悪い方が多いので、ADL、年齢等を考えて、積極的治療か、切断・緩和医療かを判断します。積極的治療を行う場合は、虚血を評価して、虚血が高度の方で感染があればデブリードマン、小切断等を行ってから血行再建します。感染がなければ、血行再建をする、ということになっています。その後、デブリを通して、安静植皮等にもっていくというかたちです。

2例ほど、症例をご紹介します。①70代の男性。約半年前から左の間歇性跛行を認めており、症状が増悪傾向のため当院を紹介受診されました。身体所見は左の大腿動脈から触知が不良でした。ABI は、左が0.45と非常に低くて、CT を撮りますと、左総腸骨動脈から外腸骨動脈まで完全閉塞していました。少しCT値も低くて、血栓があるかな、という状況でした。保存的治療をしたのですが改善せず、カテーテルを、ということで、肘とそけい部の両方向からのアプローチを行いました。比較的簡単に、下から上までワイヤーが通って、そのあとは風船で広げて、血栓があったのでカテーテルで少し血栓を吸引して、最終的にはステントを2本置いて血行再建ができ、ABI も1以上になり、跛行もなくなりました。②80代女性。この方はCLTI です。右5趾の潰瘍が2週間前からあり痛みも強く、当初は近所の皮膚科に通院されていたのですが、改善しないということで、当院の皮膚科に紹介されました。この方も、右の大腿動脈から触知不良で5趾に潰瘍があり、先端は壊死しているようで、色調も悪く、ただ感染兆候はありませんでした。ABI を取ってみると、右は、ほぼフラットで、数値が出ませんでした。左も悪かったのですが、0.6です。エコーをしますと、患側は右の外腸骨動脈に高度狭窄があり、左は浅大腿動脈が完全に詰まっているのですが、こちらは無症候性でした。血行再建が優先されるのでカテーテルを行いました。この方は左の手首から挿入して右の下肢動脈を撮影しました。右の外腸骨動脈に高度狭窄があり、エコーでははっきりしなかったのですが、総大腿動脈も結

節性の石灰化病変があり、狭窄していました。この方に関しては、外腸骨動脈にはステントを置いて、総大腿動脈については再狭窄予防の薬を塗ったバルーンで広げています。血行再建をして、下のほうは少し狭窄もあるのですが、膝下から前脛骨足背まで血流が行くことを確認して、カテーテルはこれでいったん終わりです。ABIは0.76まで上昇しました。創部は皮膚科の先生にフォローしてもらい、切断は施行しないという方針になったのですが、3カ月程度で5趾の先端はミイラ化して自然脱落し、その後、治癒しました。

LEADの治療目的は、イベントの発症や増悪を予防し

て生命予後を改善することと、下肢症状を改善してQOLを良くすることです。高齢化や糖尿病患者の増加などでLEAD患者は増加傾向で、他科やコメディカルとも連携強化していく必要があるのではないかと考えています。ABIが低い症例はもちろん、PADや動脈硬化が疑われるような症例があったら、気軽にご紹介いただければと思います。ご清聴ありがとうございました。

○座長 松永先生、ありがとうございました。非常に分かりやすく、具体的な症例も提示していただきました。

治療をあきらめない！ 京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 臨床工学科)

古川 修

EVT+レオカーナ併用療法をご説明します。下肢閉塞性動脈疾患(LEAD)が重症化すると包括的高度慢性下肢虚血(CLTI)になります。下肢虚血、組織欠損、感染などの肢切断リスクがあり、治療介入が必要な下肢病変の総称です。当院の過去3年間の膝下のEVT実施人数は37人ですが、極めて予後が悪い状況でした。これに対する新たな治療として2020年8月からレオカーナが保険適応となりました。使用目的は血行再建術不応適な閉塞性動脈硬化症(ASO)における潰瘍の改善です。吸着式潰瘍治療法として3ヶ月・24回を限度として保険算定可能であります。対象患者は血行再建術不応適な潰瘍を有するASO(Fontaine IV)患者で、判断基準は①解剖学的困難(不応適)、②血行再建術が手技的に不成功(不応答)、③血行再建術が臨床的に不成功(不応答)です。LDL-Cとフィブリノーゲンを吸着し血液粘度を低下、毛細血管レベルの末梢循環を改善させる事で閉塞性動脈硬化症による虚血性潰瘍の改善を促します。注意点といたしまして、本治療による血流改善により感染が広範囲に広がる可能性が否定できないため、感染の管理には注意が必要です。症例をご紹介します。症例①は80歳代男性、適応基準は血行再建術が臨床的に不成功。両足痛、

潰瘍にてEVT、レオカーナ導入目的に受診。両足EVTを実施し、レオカーナ導入しましたが、患者希望にて10回施行で中止し、再度EVT治療を施しましたが、色調不良から足趾感染を発症し、下腿切断になりました。症例②は70歳代男性、適応基準は前例と同様。透析導入4カ月目に屋内で足を引っかけ左母趾切創にて当院を受診。創傷治療遷延による黒色壊死を認め、包括的高度慢性下肢虚血と診断。EVTを施し、左母趾切断後も創部壊死傾向が進んだために、再度EVTを実施するも改善せず、下腿での追加切断を提案されましたが希望されませんでしたのでレオカーナを導入しました。導入後もSPP値は低値を認めたため再々度EVTを実施し抹消までの良好な血流を確認。レオカーナにおいては段階的に血流を変更したことで血圧低下もなく21回実施し、SPP値の低下もなく下腿切断を回避し退院となりました。

レオカーナだけでは、末梢微小動脈圧改善には繋がらないが、EVTによる血流改善後の創傷治療遷延の早期改善には効果がある可能性がある。EVTによる血行再建後の潰瘍等による創傷治療遷延症例には、補助療法としてレオカーナの導入を考慮して下さい。

(「京都市立病院連携だより Vol.54」と同文)

一般講演

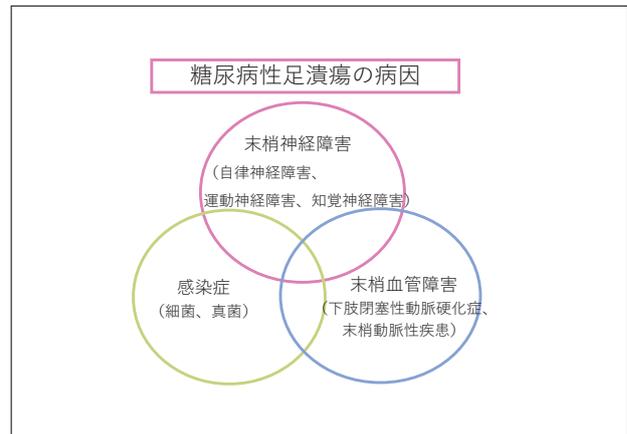
治療をあきらめない！ 京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 皮膚科)

沢田 広子

○座長 当院皮膚科の沢田広子先生から、皮膚科の立場でのご講演をお願いします。

○講師(沢田) よろしく申し上げます。京都市立病院皮膚科の沢田と申します。本日は、京都市立病院における下肢病変に対する治療の中での皮膚科の役割について、下肢病変の中でも、糖尿病性足潰瘍についてお話しします。糖尿病患者の下肢切断例の死亡率は1年後で約30%、3年で約50%、5年で約70%と、切断後の生命予後は極めて不良とされています。下肢切断の約85%に足潰瘍が先行しており、下肢切断の予防には足潰瘍の予防や治療が重要です。糖尿病患者の約40%に巻き爪や爪白癬などの爪の異常、足白癬、胼胝といった、足潰瘍の前段階となりえる病変がみられることが報告されています。また、これらの病変は、糖尿病性神経障害や足変形と特に関連が強いとされ、このようなリスクのある患者さんに、より積極的な足のスクリーニングを実施し、潰瘍前病変を早期に発見・介入することが重要です。適切な管理と治療を行うことが足潰瘍の予防につながり、将来的な下肢切断のリスクも減らせると期待できます〔スライド1〕。



スライド2

日本の実情を踏まえて、2010年に発表された足潰瘍の病態分類が神戸分類です。Type Iは神経障害主体、Type IIは血管障害主体、Type IIIでは感染主体となっており、それぞれの病態によって治療の骨格が変わってきます。Type Iの神経障害主体の潰瘍は、圧負荷のかかる足底に生じることが多く、足の形態に応じたフットウェア(足底板など)の調整が重要となります。このタイプでは、感覚が鈍いため低温熱傷もよくみられます。Type IIの血行障害主体の潰瘍は、末梢血行再建が不可欠であり、末梢血行再建をせずにデブリードマンを行うと、かえって創が悪化するため注意が必要です。Type IIIの感染主体の潰瘍は、Type Iからの波及であり、進行すれば骨髓炎に至る可能性があります。抗生剤治療も重要ですが、可能な限り早期のデブリードマンを優先します。Type IVは血行障害と感染を伴った潰瘍であり、末梢血行再建とデブリードマンが必要です。しかし、末梢血行再建のみでは感染が悪化し、デブリードマンのみでは壊疽が進行するため、どちらを先に選択するかは症例ごとに慎重な判断が必要です。最も救肢率が低く、治療においても難しい病態です〔スライド3〕。

糖尿病性足潰瘍の治療にも使用する局所陰圧閉鎖療法(NPWT)についてご紹介します。NPWTとは、創傷を密封し陰圧をかけることで創傷治癒を促進する治療法です。入院患者にはV.A.C.[®]システムとRENASYS[®]が使用可能で、PICO[®]とSNAP[®]は、外来通院や在宅でも可能な治療です。陰圧をかけることで滲出液を吸って適度な湿潤環境を保つことができ、ポケットや創部収縮効果や良好な肉芽形成を期待できます〔スライド4〕。

しかし、創部を密封してしまうので、感染が憎悪する可能性があり、感染がない状態であることや壊死組織の

糖尿病患者のフットケア

- ✓ 下肢切断後の生命予後は極めて不良。
…切断例の死亡率は、1年後で30%、3年で50%、5年で70%と報告されている。

ADLのみでなく、生命予後にも関わる。

- ✓ 下肢切断の85%に足潰瘍が先行する。

足潰瘍の予防や治療が大切。

スライド1

糖尿病性足潰瘍は、自律神経障害や運動神経障害、知覚神経障害といった末梢神経障害、下肢閉塞性動脈硬化症や末梢動脈性疾患などの末梢血管障害、細菌や真菌の感染症が3大要因であり、それらが重複していることも少なくありません。足潰瘍の原因の45%~60%は末梢神経障害であり、45%が神経障害と末梢血管障害の両方を有しているものと報告されています〔スライド2〕。

糖尿病の足潰瘍においては、病態を正確に把握して、治療において何を最優先すべきかを考える必要があります。

糖尿病性足潰瘍の病態分類（神戸分類）

神戸Podiatryミーティング（2003年発足）にて考案され、2010年に発表された糖尿病性足潰瘍の分類

	病態	治療の骨格
Type I	神経障害主体	フットウェア優先
Type II	血管障害主体	末梢血行再建優先
Type III	感染主体	デブリードマン優先
Type IV	血管障害+感染	症例に応じて末梢血行再建とデブリードマンの優先度を決定

スライド 3

局所陰圧閉鎖療法（NPWT）



- ✓ 滲出液のコントロール
- ✓ ポケットや創の収縮
- ✓ 良好な肉芽形成

壊死組織のデブリが大部分終わっていること・
感染のない症例で適応

スライド 4

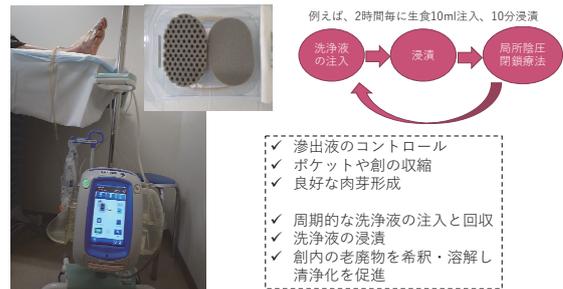
デブリードマンが大部分終わっていることが必要です。そこで新しく登場したのが、持続灌流併用局所陰圧閉鎖療法（NPWT-id）です。NPWT-idでは、例えば2時間ごとに生理食塩水が注入されて創部を浸漬し、10分後に再度陰圧をかけることによって、創部の洗浄が可能となります〔スライド5〕。さらに、使用するフォームによって、創部のデブリードマン効果も期待できるため、壊死組織の残存している創や感染が懸念される創に対しても、

NPWT-idを早期に導入することで治療期間の短縮が期待できます。糖尿病性壊疽の治療には2, 3カ月入院を要することもあり、少しでも治療期間を短縮するためにこういった治療が有効と考えます。

皮膚科の目線で、糖尿病性足潰瘍についてお話しさせていただきました〔スライド6〕。

○座長 沢田先生、どうもありがとうございました。

持続灌流併用局所陰圧閉鎖療法（NPWTid）



スライド 5

まとめ

- ✓ 下肢切断は、ADLのみでなく生命予後にも関わる。
- ✓ 足潰瘍の予防・治療が下肢切断の予防につながる。
- ✓ 糖尿病性足潰瘍では、病態を正確に把握し治療方針を決定する必要がある。
- ✓ 「歩行を守る」ためには、多職種介入による集学的治療が必要である。

スライド 6

一般講演

治療をあきらめない！ 京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 整形外科)

鹿江 寛

○座長 整形外科の立場から、部長の鹿江寛先生にご講演をお願いします。

○講師(鹿江) 整形外科の鹿江です。よろしく申し上げます。切断術についてお話しします。整形外科医としては、切断を避けられるのであれば避けたいのですが、かなり壊死が進んでいて医学的には切断が不可避な状態であり、患者さんにとっても治る見込みもなく時間だけが過ぎていくという場合、切断を決断することになります。

これは整形外科の切断のテキストからですが、「多くの四肢切断者は手術が成功し、リハビリテーションが順調にいったとしても、その後の人生は仕事を主に、交友関係に至るまで大きく変わってしまうことが多い。術者はそのことを念頭に置き、四肢切断を考える時に、いま一度温存の道はないかを考えたい」。ですから、誰もが切断は避けたいというふうに見えるべき状況です。

日本の四肢切断術の現状ですが、全ての外傷なども含めて、日本では年間2万2000~2万3000件程度あります。上肢切断の主な原因は外傷ですが、下肢切断の主な原因は、虚血や感染となっています。糖尿病患者では非糖尿病患者に比べて、年齢・性別を調整してその割合を見ると、新規切断率が下肢の大切断で9.5倍、上肢の大切断で14.9倍高く、再切断、つまり一度切った切断肢がまた壊死するとか、そういう再切断を要する可能性も2倍で、長期生存率も低くなっています。

四肢切断率の手術適応は、①重症虚血による壊死。②重篤な感染症。これには壊死性筋膜炎やガス壊疽も含まれますし、抗菌薬を投与しても病変部に届かないということが多くあります。また、かなり重症感染症のため、救命のために緊急で切断ということもあります。それから慢性骨髄炎もいまだになかなか治らず、切断までいってしまうこともあります。③四肢の悪性腫瘍、④外傷で再建不能な場合、これは若年者が多いです。

大切断と小切断の定義ですが、四肢では足関節よりも近位を大切断と言います。できるだけ大切断は避けるべきとされていて、切断部位が近位になればなるほど、手術の成功率は上がるのですが、失うものも大きくなります。切断術の種類ですが、近位部から股関節離断、大腿切断、膝関節離断、下腿切断、サイム切断、足趾切断などがあります。股関節離断や膝関節離断は骨盤内の血管処理の困難さや膝関節部の高さが非対称になるという理由などで、あまりされておらず、通常は大腿切断や下腿切断が行われます。血行が良好で足趾皮弁が使えるようなケースではサイム切断が行われます。サイム切断は荷重

歩行機能がかなり温存できる特徴があります。

また、足趾切断という切断方法もあります。ミイラ化した場合もありまして、虚血が進んで感染がない場合には黒くミイラ化することがあります。壊死した組織が蘇ることはなく、正常な皮膚のバリアーがないので、感染については非常にリスクが高い状態です。切除して、壊死した部分が正常な皮膚で覆えるかといえ、足趾切断だけでは難しいため、非常に迷うことになります。かかとの痛みなく荷重できるのであれば、敢えてそんなには手術を勧めないことが多いです。

切断手術をしたときの早期合併症、傷がなかなか治らない要因ですが、まず、壊死です。我々は血行の悪い皮膚も長く残したいのですが、頑張り過ぎるとなんらかの問題が起きます。感染を防ぐために、良好な全身状態を確保し、適切な切断レベルと手術操作が求められます。あとは、血腫です。血管の処理、血腫自体が感染につながることもあります。また、結構むくみます。浮腫が起きるのはなぜかという、筋肉のポンプ機能が働かなくなってしまうからです。

切断後は痛みます。なくなった四肢に痛みを感じる幻肢痛、例えば足の先端が痛かったりしますし、切断端局所に痛みを感じる断端痛、断端部には神経の断端、切ったところがありますが、そこを刺激するとすごく痛いのです。また、残存肢の痛み。装具の装着したところや、線維化してしまった筋肉の異常な収縮による痛みなど、切断をしても痛みが残るといえるのは事実です。関節が硬くなる関節拘縮は、ある程度は仕方ないのですが、早期からのリハビリテーションで予防が可能です。通常の手術では、下肢挙上というのが基本ですが、切断術に関しては下肢挙上してしまうと股関節が屈曲したり、膝関節が曲がったかたちで硬直してしまうので、むしろ避けるべきだとされています。

義足は、希望する全ての患者さんが適応なのですが、傷が治っていない場合や、ご本人がリハビリに取り組み意欲がない場合、全身状態が悪い場合、認知症、全盲の場合は、あまり適応がないとされています。また、義足装着は時間も要します。大腿切断で3、4カ月、下腿切断で2、3カ月、血管原性切断はより長期化します。現実的には、義足をつけて長い距離歩くというのは、非常に難しいです。

まとめです。切断は避けられるなら避けたいのですが、本当に必要なときには行わなければなりません。患者さんや医療サイドにも過度な負担にならないようなタイミングで、手術、治療することが必要です。ご清聴ありが

ありがとうございました。

○座長 どうもありがとうございました。リハビリ、今後の患者さんの生活のことを考えれば、切断部位がポイントであるかと思いました。また、あまりにも患者さんの状態が悪いと手術ができないという問題点もあるかと思えます。鹿江先生、どうもありがとうございました。

一般講演

治療をあきらめない！ 京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 リハビリテーション科)

岡田 あゆみ

○座長 リハビリテーション科の理学療法士の岡田あゆみさんに、リハビリ科から見た下肢病変についてのご講演をお願いします。よろしくお願いします。

○講師(岡田) 理学療法士の岡田です。よろしくお願いします。糖尿病足病変について、病期に応じた理学療法と症例報告をお話しします。足病変の進行によって、理学療法の目的が変わります。発症予防期は、糖尿病はあるけれど下肢に潰瘍が形成される前の段階、潰瘍が形成されると創傷治療期、傷が治ると再発予防期、足病変がかなり進行すると切断、となります。

発症予防期からご説明します。発症予防期は、足病変発症のリスク評価を行います。足部の状態観察として、創傷、胼胝、外傷などの有無を確認します。歩行は、足底圧異常、立位バランス、転倒のリスクを評価します。足底圧は、足関節背屈可動域が 10° 以下で上昇するという報告があるので、足底圧異常のスクリーニングとして、足関節の柔軟性を確認します。神経障害による感覚障害を起こしている、立位バランス低下をきたし転倒のリスクとなり得るので、しっかりと評価を行います。

身体活動量の向上も必要です。まずは、1日の歩数を1000歩増やすことから行います。大体10分間歩くと1000歩になります。徐々に歩数を増やして、最終的な目標は1日1万歩です。有酸素運動は、中等度の運動強化で週150分以上、週3回以上を継続。運動をしない日が2日以上続かないようにします。最大心拍数(220-年齢)の55~74%で運動を行います。創傷治療期は足病変の増悪を予防しつつ、ADLを維持するという矛盾した目的になっています。足病変の増悪予防には、免荷や固定といった患部を安静にすることが必要になります。しかし、ADLを維持するためには、活動量を落とすわけにはいきません。ですので、治療用フットウェアで患部を免荷しつつ、可動域練習や筋力強化、歩行練習、有酸素運動を行います。再発予防期です。足関節背屈可動域は 10° 、中足趾節関節は背屈 45° 以上の可動域を獲得、または維持します。中足趾節関節は足趾の反りかえりの角度を形成します。週2回、10週間の介入で正常可動域に達したという報告がある一方で、介入終了後、1年で介入前の可動域まで減少することが指摘されており、継続した介入やセルフストレッチの指導を行う必要があります。

切断後は、まず車椅子での移動獲得を目指します。年齢やもとのADLを考慮して、目指せそうであれば、義足装着下での歩行獲得を目標とします。全国の身体障害者更生相談所に対して行われたアンケート調査では、切

断者の人数に対して義足作成数が低く、大腿切断で10分の1程度、下腿切断で3分の1程度となっており、このことから、切断後多くは車椅子レベルのADLになってしまいます。その理由の一つは、患者の高齢化です。切断時の年齢は60歳以上が多くを占め、下肢切断後の死亡率が5年で約70%になるという報告もあります。

60歳以上の高齢大腿切断患者の義足リハビリテーション成功因子は、合併症の数が少ないこと、安定した片脚立位が可能であること、最大酸素摂取量の50%以上の運動が可能で体力があること、高い意欲があることです。これらが全てそろった患者は少ないため、切断患者の多くが車椅子レベルのADLとなっています。大腿切断は股関節屈曲、外転、外旋拘縮。下腿切断は膝関節屈曲拘縮が起こりやすいです。拘縮が起こると、その後のADLや歩行練習に支障が出るので、拘縮予防に良肢位指導や可動域練習を行います。断端の下に枕を置かない、頻回に腹臥位を取る、長時間の車椅子使用を禁止する。大腿切断の場合、ベッド上での長時間の股関節外転位を禁止することも拘縮予防になります。車椅子レベルのADLでは下肢の廃用性筋力低下が進行するため、筋力評価も行います。糖尿病足病変による切断は、非切断肢側も神経障害や血行障害を既に起こしている場合が多いので、発症予防期と同様にリスク評価が必要です。

症例報告です。61歳女性、独居で身寄りなし。診断名は糖尿病足壊疽と糖尿病性腎症。受診する1カ月前から両下肢浮腫悪化。徐々に顔面浮腫も出現し、当院を受診されました。皮膚科の治療はデブリードマンをして、創部の治癒を図るという方針でした。既往歴に、糖尿病性網膜症による視力低下がありました。入院して6日目に理学療法を開始しました。荷重制限なし、浮腫のため病院からレンタルした靴を履いておられました。痺れは両下肢右優位、足底足背の触覚は、大腿を10とすると、右が5、左が8。振動覚は脱失。壊疽部の疼痛はなく、足部の痛覚は脱失していました。運動機能、ADLの評価は足関節背屈可動域が右 0° 、左 5° 。筋力低下はありませんでした。立位バランスは、開眼立位20秒、閉眼立位5秒でした。10m歩行は、独歩で17.3秒、歩行スピードが低下しています。横断歩道を渡るのに必要な歩行スピードが毎秒1なので、10m歩行だと10秒になるのですが、それよりもかなり時間がかかっています。病棟内は杖歩行で、トイレや洗濯も自立されていました。ただ、60mほど連続で歩くと、下肢の筋疲労を理由に休憩が必要という状態でした。まとめると、神経障害は両下肢末梢優位で、表在覚中等度鈍麻、振動覚と痛覚脱失。運動

機能は足関節背屈可動域制限、立位バランス低下。これによって、動作レベルとしては歩行スピード低下、筋持久力低下をきたしています。

この症例は、足病変の病期で言うと創傷治療期になり、足病変増悪を予防しながらADLを維持するのが理学療法の方針となります。そこで、この症例の目標はADL維持、足関節可動域改善、筋持久力改善とし、運動療法は足のストレッチ、筋力強化、杖歩行練習から開始しました。連続で100m歩行できるようになったため、それ以降は自転車エルゴメーターを開始しました。自転車をこぐという動作は、歩行と比較して足底圧が高くなりにくいことと、一定の負荷量をかけて有酸素運動ができるために運動療法として取り入れました。

入院8日目に、多職種カンファレンスを行いました。問題点は、皮膚科の処置中に、目が見えにくいことと、足の感覚が鈍いという理由で、ご自身でのフットケアに消極的ということでした。ただ、皮膚科の見解では足病変の完治にはあと数カ月必要で、その間ずっと入院するわけにはいかないため、入院中からご自身でフットケアの練習をするよう誘導する、退院後1カ月間、訪問看護師が毎日足の状態を観察・ケアを行うサービスを導入する、1カ月後の退院を目指す、という方針になりました。退院2週間前に、このあと講演される糖尿病看護認定看護師の山内さんと足の採寸を行い、足に合った靴を手配し

ました。退院前カンファレンスも行い、ケアマネジャーさんや訪問看護師さんに情報共有を行いました。

最終評価です。神経障害の程度は変わりなし。運動機能は足関節背屈可動域が改善、立位バランスも改善し、少しなら片脚立位が可能になりました。歩行スピードは大きな改善はありませんでしたが、連続180m歩行できるようになりました。この症例を振り返って、理学療法士として良かった点は、足病変を増悪させずにADLの維持ができたこと、連続歩行距離が延長できたことです。病院としては、多職種が連携することで長期の入院にならなかったこと、フットケアの自立支援や在宅で医療行為の継続ができるようサービスを導入したことが、長期入院にならなかった理由であるかと思っています。

本日聴講されている方の中には、地域の医療従事者の方もいらっしゃると思っています。入院中の治療で病気が完全に治れば良いのですが、そうならない患者さんもたくさんいらっしゃいます。私たち病院職員は、地域の医療従事者の方が継続して患者さんに関わってくださることがとてもありがたく、心強く感じています。これからも、京都市立病院をよろしくお願いします。ご清聴ありがとうございました。

○座長 岡田さん、どうもありがとうございました。

一般講演

治療をあきらめない！ 京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 看護部 糖尿病看護認定看護師)

山内 光子

○座長 看護部副看護師長の糖尿病看護認定看護師の、山内光子さんにご講演をお願いします。

○講師(山内) 糖尿病看護認定看護師の山内といいます。よろしくをお願いします。看護師の立場からお話させていただきます。糖尿病足病変は、糖尿病合併症による神経障害や末梢血管障害が起きた足に、外傷や熱傷などによる皮膚の損傷、高血糖状態による身体防衛機能の低下、さらには生活状況、セルフケア状況、全身状態など、患者側のいくつかの要因が重なることによって発症します。特に生活状況やセルフケア状況に関連した要因は、患者のアドヒアランスにも影響を及ぼすため、その発症要因となる背景を探り、それらに対するアプローチを行うことが重要となります。私たちが向き合う対象は、糖尿病足病変を発症した足ではなく、その足を持つ患者であり、生活を営む生活者だからです。

当院における足診療の流れです。医師は、患者から足の訴えがあり、フットケア外来の受診が必要だと判断した場合、フットケア外来の予約を取ります。フットケア外来では、足のスクリーニング、セルフケア指導、フットケア、靴の選び方や履き方の指導を行います。足のスクリーニングでは、リスクのある足の選定、足を見る頻度を決定するため、糖尿病足病変に関する国際ワーキンググループによるリスク分類を適用しています。フットケアというと、爪切りや胼胝、角質ケア、スキンケアなどの技術だけであると思われがちですが、看護師が行うフットケアは、異常の早期発見、ケアとキュアの判別、医師との連携であり、ただ単に爪を切ったり胼胝を削ったりするものではありません。

糖尿病患者のフットケアの目的は、あくまでも糖尿病足病変の発症予防や再発予防にあり、そのためには患者自身の積極的な参加が重要となります。しかし、その一方で高齢者や視力障害がある患者は自分で足の爪を切れなくなることが多く、患者家族がフットケアの継続を希望されることで、日常的な爪切りをフットケア外来が担っている側面もあります。今後、フットケア外来がより糖尿病足病変のハイリスク患者に焦点を絞り、重点的なケアを行っていくためには、それ以外の患者家族および医療者への教育、さらに、いま以上の訪問看護師との連携が必要となります。

医療現場におけるフットケア指導の基本は、足を清潔に保つ、正しい爪切りを行う、足に合った靴を履くことです。しかし、糖尿病合併症が進行した患者や身体的問題を抱える患者は、足の状況が見えない、足に手が届か

ない、ということがよくあります。また、長年の習慣による爪の変形や肥厚があると、自分で足の爪を切れなくなる患者も少なくありません。つまり、しないのではなく、自分でできない患者が非常に多い問題に直面します。

しかしながら、私たちの役割は患者の代わりにケアを行うことだけでなく、糖尿病足病変を発症させないために支援することです。患者が全てできなくても、どの程度なら実践できるのか、患者がどこまでの責任を負い、他者がどこを補うのかなど、具体的な方法を考えていく必要があります。それは、患者が自分の足に起きている問題を、自分自身のこととして認識できない場合があるからです。

患者自身にフットケアの参加を促すためには、患者にフットケアへの思いや気持ちを本音で語ってもらい、具体的かつ実践可能な提案をすることが重要となります。フットケアの効果としては、目に見える効果として患者が実感できることが一番大きく、また、看護師が行うフットケアを通して足をいたわる気持ちが伝わり、きれいになった足を見て、糖尿病の療養行動に対する自己効力感が高まることなどが挙げられます。

次に、フットケアの症例をご紹介します。70代男性の患者です。従来から糖尿病の治療に対する意欲が低く、血糖コントロールが不良でした。フットケアでは、たわいもない話をして帰るとというのが、その患者の楽しみでした。「寝てそのまま死ねたらいいと思う」と悲観的な言動が多い半面、「暖かくなったら温水プールに行って風呂に入る」など、現実味のない話もされていました。経済的理由と身体的理由から風呂は週に1回、足の汚染がひどく、患者の協力が得られない状況で、これ以上の改善は難しいと感じた症例でした。そんな中、腰部脊柱管狭窄症の手術目的で3カ月近く入院されることになりました。退院日に病棟にお会いしに行ったところ、足が別人のようにきれいになっており、病棟看護師のケアの力がいかに素晴らしいかを実感した症例でした。

次の患者は、右足糖尿病性足壊疽と診断され、右第3趾切断後、足底を切開し、デブリードマンと植皮を受けられた方です。足の状態が落ち着いて退院が決まり、患者が靴の購入を希望されたため、リハビリ室で足のサイズを測定しました。一見、特に問題がなさそうに見える靴でも、インソールを取り出してその上に足を置いてもらおうと、インソールから足がはみ出ていたり、スペースが余り過ぎていたりすることがあり、患者の足にストレスを与えていることがあります。このような靴は、すぐには足に影響は出ないかもしれませんが、じわじわと足

を痛める原因となります。このように、患者とともに靴の確認を行うことは、間違ったサイズや形状の靴を履くことによって、それが将来自分の足にどのような影響をもたらすのかを考える機会となります。

次は、70代の女性で2型糖尿病、甲状腺機能低下症の患者です。極度の爪の傾きがあり、テーピング指導を行いました。受診ごとに爪切りとグラインダーで適度な厚みに削ったり、コットンを挿入したり、爪と皮膚のあいだの角質のケアを行っていきました。その結果、爪の傾きが改善し、患者のQOLも向上しました。

次は、60代の男性で、1型糖尿病の患者です。足の状況は季節性があり、冬になると皮膚の色が暗紫色を呈し、傷があちこちでできるため、本当に治るのか心配するのですが、暖かくなると足の状況も良くなる、ということを繰り返されていました。この患者の爪は、足の爪と皮膚の境界が分からないほど角質が付着していましたが、フットケアを行うことで改善しました。

次の患者は、強度の巻き爪があり、マカロニのような爪をされていました。前屈姿勢が困難で、爪切りはもちろん、保湿もほとんどできない状態で、フットケアを継続していきました。2019年から、4年間フットケア外来でケアをした結果、爪が正常に近いかたちに改善し、この意図しない結果に私自身も驚きました。巻き爪は、爪甲が深くなったため、溝のあいだや爪部分のあいだに古い角質がたまりやすくなり、それが次第に硬くなることで取り除くことが困難になります。フットケア外来で、通常の爪切りだけでなく角質ケアを行ったり、爪の厚みを削ることで正常な爪に近い状態になりました。その結果、歩行時に爪が地面からの力を受けやすくなり、正常なかたちに変化していったものではないかと考えます。

次の患者は、ご家族が肥厚した爪が反り返っているのを見て驚いて、フットケア外来を受診されました。肥厚・変形した爪は、爪の厚みで靴にぶつかったり、皮膚にくい込んだりして歩行が困難になることがあります。幸いこの患者は不要な爪を削ることで、爪による皮膚への圧迫が取り除かれ、足のむくみや赤みも改善しました。

まとめです。フットケア外来でまず行わなければならないことは、リスクのある足の選定と、その足を見る頻度を決定することです。糖尿病患者に行うフットケアの目的は、足病変の予防、再発予防であり、患者自身で行うフットケアにも重点を置いています。足を洗う、保湿をする、爪を切るなどは日常的に行う行為であり、最終的に足の異常を発見するのは患者自身だからです。しかし、高齢者や視力障害のある患者は、自分の足の爪を切れなくなることが多く、患者家族がフットケアの継続を希望されることで、日常的な爪切りをフットケア外来が担っている側面もあります。肥厚爪や巻き爪などの異常がある爪は必ずしも治療が必要となるわけではなく、看護師による専門的な爪切りで症状が改善するケースもあります。なにより、フットケアで扱っている足や爪の症状を足病変の初期症状として捉えれば、フットケア介入の意義は大きいと考えます。ご清聴ありがとうございました。

○座長 山内さん、どうもありがとうございました。具体的に、フットケアの状況を教えていただきました。大変勉強になりました。当院の足病変に関わる診療科を、ほぼ全て紹介させていただきました。こういった集学的治療をすることにより足を救うことができればと思います。どうもご清聴ありがとうございました。

SGLT2 阻害薬手術 2 日前休薬の妥当性評価

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 薬剤部)

多留木 崇志 小野 勝

緒 言 方 法

ナトリウム・グルコース共輸送体 2 (sodium-glucose cotransporter-2: SGLT2) 阻害薬は、近位尿細管でグルコースの再吸収を阻害し、尿中のブドウ糖排泄を増加させる糖尿病薬である。SGLT2 阻害薬は、術前におけるストレスや絶食によりケトアシドーシスが惹起される危険性があるため、「糖尿病治療における SGLT2 阻害薬の適正使用に関する Recommendation」では、術前 3 日前から休薬すると記載されている。また、「慢性腎臓病 (chronic kidney disease: CKD) 治療における SGLT2 阻害薬の適正使用に関する recommendation」に同様の記載もあるが、「心不全治療における SGLT2 阻害薬の適正使用に関する Recommendation」では、2 型糖尿病を合併しない心不全患者では、術前の終日絶食日に休薬する記載となっており、疾患によって休薬期間が異なる。一方で、ビグアナイド系糖尿病薬は、全身麻酔下での手術の際に脱水に傾くことによる腎機能低下で、稀に乳酸アシドーシスを発現することがあるため、手術 2 日前からの休薬が推奨されている。

当院では、入院予定患者に対して、入院支援室にて、薬剤師が持参薬や休薬する薬剤の確認を行っている。全身麻酔手術を受ける患者の多くが手術前日に入院しているため、SGLT2 阻害薬およびビグアナイド系糖尿病薬は入院前からの休薬が必要となるが、各々の薬剤の休薬推奨期間が異なるため混乱が生じていた。そこで、SGLT2 阻害薬の薬物動態を評価すると共に適応症のある各診療科とも協議し、SGLT2 阻害薬の休薬開始日を「手術の当日または 3 日前」から「手術 2 日前」に変更し、ビグアナイド系糖尿病薬と統一し、2023 年 10 月から運用を開始した (図 1)。今回、2 日前休薬の妥当性を評価することを目的に使用実態調査を行ったので報告する。

2023 年 11 月～2024 年 8 月に入退院支援室で薬剤師面談を実施し、全身麻酔手術が行われた SGLT2 阻害薬使用患者 113 名を対象に後ろ向きに調査した。対照群は 1 年前の同期間 (2022 年 11 月～2023 年 8 月) に SGLT2 阻害薬を当日休薬した患者 (当日休薬群) 48 名とした。調査項目は薬剤使用状況、患者情報 (年齢、性別、BMI)、ケトアシドーシスの有無、採血結果 (推算糸球体濾過量、随時血糖 eGFR (mL/min/1.73 m²), 随時血糖、HbA1c)、簡易血糖測定値、手術時関連情報とした。

ケトアシドーシスの定義は、日本糖尿病学会の糖尿病治療ガイド 2022-2023 を参考に、pH < 7.3 および HCO₃⁻ < 18 を満たす症例とした。

統計処理は、2 日前休薬群と当日休薬群の各項目についての比較は、 χ^2 検定、Mann-Whitney の U 検定を用いて解析を行い、p < 0.05 を有意差ありとした。

結 果

113 名のうち、SGLT2 阻害薬 2 日前休薬患者 (2 日前休薬群) は 86 名であった。19 名が術前血糖コントロール目的入院や紹介元指示による早期中止であり、8 名が休薬忘れや自己判断での中止であった (図 2)。また、薬剤師面談で SGLT2 阻害薬を見落としとして休薬不遵守に至った症例はいなかった。

2 日前休薬群および当日休薬群の患者背景を表 1 に示した。年齢は 2 日前休薬群と比較して当日休薬群のほうが高齢者の割合が有意に高かった (年齢中央値 71 歳 (範囲 45-89 歳) vs 年齢中央値 75 歳 (範囲 53-90 歳), p < 0.01)。その他の項目は両群の間に有意な差を認めなかった。

旧

入院前休薬情報など ●裏面の科別項目の、休薬も指示あれば確認			
●現在内服している薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 管理している人: <input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 本人以外 ()			
●休薬 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり (下記の休薬指示通り)			
休薬指示 ; 薬剤名	休薬開始日	記載者	

新

入院前休薬情報など ●裏面の科別項目の、休薬も指示あれば確認			
●現在内服している薬 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり → 管理している人: <input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 本人以外 ()			
●休薬・用法用量の変更の指示: 「あり」「なし」のどちらかに必ずチェックください。下表に具体的に記載 ↓			
<input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり: 観血的処置予定 (術前休薬推奨表参照) → 抗血小板薬・抗凝固薬等休薬の必要; <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり: ヨド系造影剤使用予定 → ビグアナイド系の休薬 (前後 2 日間) の必要; <input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり: 全身麻酔手術予定 → アシドーシス予防のため、ビグアナイド系・SGLT2 阻害薬休薬: 手術 2 日前			
<input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり: 長期臥床の可能性 → 静脈内血栓予防のため、女性ホルモン・SERM 休薬 (休薬推奨表参照)			
<input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり: その他の入院当日のみ服用・使用中止薬の指示など上記以外の指示; 下表に具体的に記載 ↓			
変更後の用法用量 (糖尿病薬など)			
休薬・変更する薬剤名	※左記の薬剤の休薬の場合は空欄	休薬・変更開始日	記載者

図 1 入退院支援室で使用する入院前休薬情報確認欄の新旧表

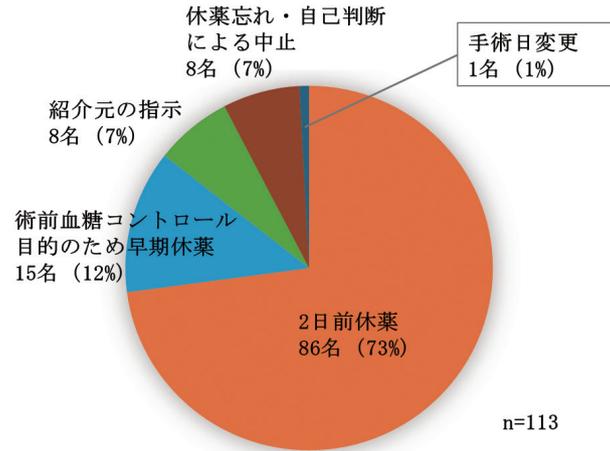


図2 SGLT2阻害薬の休薬順守率

表1 患者背景

	2日前休薬群 n=86	当日休薬群 n=48	p value
年齢 (歳)	71 (45-89)	75 (53-90)	P<0.01 ^{a)}
性別 (男/女)	52/34	32/16	P=0.47 ^{b)}
BMI (kg/m ²)	25.9 (18.3-40.4)	25.3 (18.2-42.7)	P=0.76 ^{a)}
使用目的 (糖尿病あり/なし)	79/7	46/2	P=0.60 ^{b)}
eGFR (mL/min/1.73m ²)	63.2 (6.2-107.1)	61.1 (17.2-90.9)	P=0.20 ^{a)}
随時血糖 (mg/dL)	128 (88-232)	130.5 (76-307)	P=0.77 ^{a)}
HbA1c (%)	6.8 (5.3-10.2)	7.2 (5.6-10.4)	P=0.10 ^{a)}
麻酔時間 (min)	199 (60-933)	230 (69-687)	P=0.67 ^{a)}
手術時間 (min)	126 (16-841)	145 (11-617)	P=0.49 ^{a)}
	中央値 (範囲)		a) : Mann-WhitneyのU検定、 b) : χ^2 検定

手術後72時間以内に簡易血糖測定があったのは、2日前休薬群62名、当日休薬群37名であり、そのうち血糖値180mg/dL以上の症例は、それぞれ45名(72.6%)、29名(78.4%)であったが両群間で有意差はなかった(図3)。

手術中に血液ガスデータ(pH, HCO₃⁻)の測定があったのは、2日前休薬群46名、当日休薬群27名であり、pH<7.3およびHCO₃⁻<18の症例はいなかった。また、両群とも手術後にケトアシドーシスを発症した症例はいなかった。

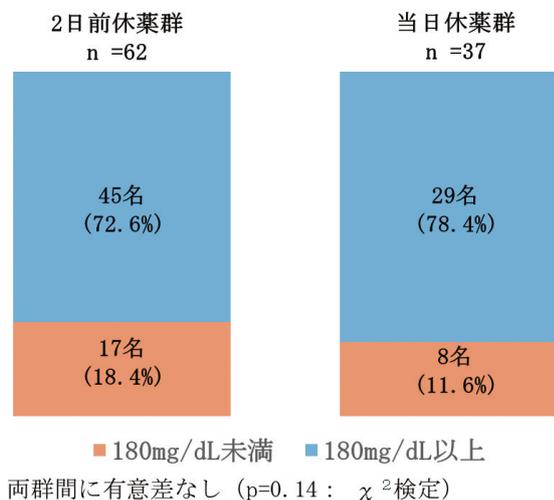


図3 手術72時間以内の血糖値

考 察

SGLT2阻害薬の休薬開始日を「手術の当日または3日前」から「手術2日前」に変更した結果、73%は2日前休薬が達成できていた。術前休薬対象薬が抗血栓薬と糖尿病薬の組み合わせといった複数の場合に休薬不遵守率が上昇した報告はあるが、薬剤師面談でSGLT2阻害薬を見落として休薬不遵守に至った症例はいなかった。図1の新しい入院前休薬情報確認欄に、薬効分類と理由を記載することで、見落としを防ぐことにつながったと考えられる。

糖尿病薬の代表的な副作用として低血糖がある。頻回の低血糖による心血管系合併症のリスク上昇や重症低血糖による死亡のリスクを防止するため、糖尿病患者には繰り返し低血糖の初期症状や対応の指導が実施されている。薬剤師が術前休薬の指導を実施しても、7%の患者

でSGLT2阻害薬の休薬忘れや自己判断で中止されていた。自己中断の理由として、低血糖を避けるために早期に中止した症例がいた。抗血栓薬は、服用継続による出血の有害事象が生じるリスクとして休薬理由が連想しやすい。一方、糖尿病薬の早期休薬による高血糖が、周術期に悪影響を及ぼすことは、普段から低血糖を意識している糖尿病薬患者にはわかりづらいと考えられる。手術前後の高血糖は、創部の治癒遅延、感染症、脳梗塞や心筋梗塞などの合併症のリスクを上昇させることなど、適切時期の休薬ができるように理由も含めて指導する必要があると考えられる。

SGLT2阻害薬とビグアナイド系糖尿病薬の休薬推奨期間が異なっており、患者やスタッフに混乱が生じていたため、当院のSGLT2阻害薬の休薬開始日を2日前と定めた。香川県立中央病院でも当院と同様の期間設定であるが、多くの施設では手術の当日または3日前休薬と異なっており、休薬期間は統一されていない。当院の全身麻酔手術を受ける患者の多くが高血糖になりやすい傾向があるため、ガイドラインに準じた3日前休薬では血糖コントロールの悪化が懸念されていた。本調査で、SGLT2阻害薬を当日または2日前に休薬された患者の7

割以上が術後高血糖であり、3日前休薬ではさらに術後高血糖患者が増加する可能性が考えられる。今回の調査での対照群設定の際、3日前休薬の症例が7例と少なく比較検討できなかったが、2日前休薬での効果と安全性に問題はなかったと考えられる。

2025年2月の報告で、緊急手術を受けた2型糖尿病患者では、術前のSGLT2阻害薬の使用は非使用者と比べ、術後糖尿病性ケトアシドーシスのリスクを増やさなかった報告があり、手術の3日前の休薬条件を緩和しても良いことが示唆されている。一方で、他施設ではSGLT2阻害薬継続による術後ケトアシドーシス発症の報告もある。今後も最新情報を注視し、SGLT2阻害薬手術2日前休薬での有害事象モニタリングを行っていく必要があると考えられる。

結 論

全身麻酔手術を行う全ての患者に対して、SGLT2阻害薬の休薬開始日を「手術2日前」に統一した。現時点で効果と安全性に問題はなかったと考えられるが、今後も有害事象のモニタリングが必要である。

血管造影装置更新に伴う医療従事者の被曝線量低減効果

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 放射線技術科)

田嶋 志章

緒 言

X線透視を用いた検査の場合、X線の特性から目視によるX線の認識は不可能である。また医療従事者の被曝線量は線量計による測定に限られており、被曝していることに関してイメージが沸きにくい現状がある。

2007年にはICRP (international commission on radiological protection) より医療従事者の水晶体耐用線量に関する声明が公表されており、世界的に見ても医療従事者の被曝低減への関心は高まりつつある。

当院は2024年10月に血管造影装置の更新を実施した。それに伴い患者の被曝線量は減少傾向にある。

患者被曝は管球からのX線、つまり直接線による被曝が主な被曝だが、医療従事者は患者に照射されたX線が散乱する散乱線が主な被曝である。

散乱線は検査室内の場所により量が異なり、散乱線量を測定するには線量計による測定が不可欠である。

研究目的

血管造影装置の更新に伴い、医療従事者の被曝の元となる空間散乱線量を可視化し被曝線量について検討した。

方 法

従来の血管造影装置と同じ条件で散乱X線データをIVR (interventional radiography) における患者皮膚線量の測定マニュアル (医療放射線防護連絡協議会『IVRに伴う放射線皮膚障害の防止に関するガイドライン』) (図1, 表1) を参考に計測。

簡易的な散乱線量のマップを作成した。

マップは非専門家にも理解ができるように定量的な数値や単位などを用いず、定性的に色と円の大きさを表示させ可視化した。

また、医療従事者の被曝線量を低減するために防護板も用いて散乱線量を測定した。

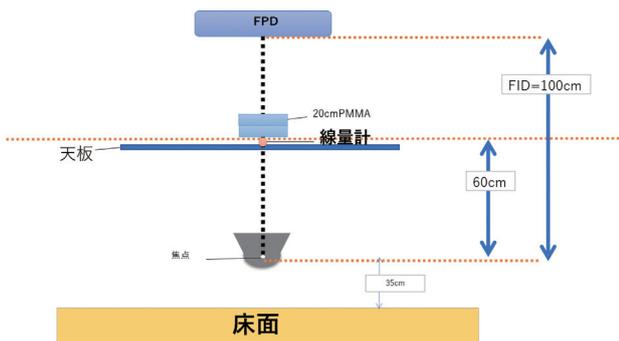


図1

表1

焦点-受像面距離 FID :	100 cm
焦点-アイソセンター間距離 (表示テーブル高さ)	75 cm (0 cm)
患者照射基準点間距離 (表示テーブル高さ)	60 cm (-15 cm)
焦点-床面距離	35 cm

撮 影 条 件

透視による測定：7.5 p/sec, 単位を μmGy とした。
FOV：40×40 cm²

撮影プロトコル：head (主に脳神経外科で使用)

使 用 機 器

旧血管造影装置：GE社製 Innova 4100-IQ

新血管造影装置：Siemens社製 Artis icono D-spin

測定機器：RTI社製 半導体検出器 mako

ファントム：アクリルファントム 40×40×20 cm³

測 定 方 法

測定点：高さ100 cm, RL方向, SI方向50 cm間隔で27点を測定 (図2)

各点での測定回数は1回, 透視時間は60秒とした。

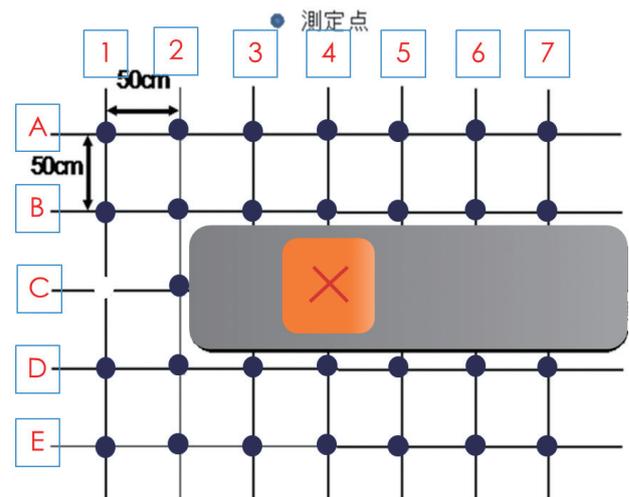


図2 ×：X線中心 灰色部：ベッド (測定不可)

結 果

GE 社製 Innova 4100-IQ の測定結果を表2に示す。
Siemens 社製 Artis icono D-spin の測定結果を表3に示す。

表2, 3の値を元に各数字の範囲を色と円の大ききで図3のように定め、可視化した。(図4, 5)

防護板を使用した場合の散乱線マップを図6に示す。
従来装置に比べ、新装置は散乱線量が少ないことがわかった。

防護板を使用することで顕著に散乱線量が低下する。

表2 散乱X線量 [μGy/min]

	1	2	3	4	5	6	7
A	19.7	23.25	44.3	49.19	36.1	20.1	11.04
B	6.27	×	115.5	160.5	65.21	27.62	12.72
C				×			
D	22.13	54.74	124.38	149.13	68.9	20.76	9.17
E	23.27	31.89	39.77	48.78	32.58	17.54	9.18

表3 散乱X線量 [μGy/min]

	1	2	3	4	5	6	7
A	13.15	15.59	29.51	32.79	24.04	13.39	7.36
B	4.18	×	77.34	107.7	43.47	18.41	8.48
C				×			
D	14.75	36.49	82.92	99.42	45.93	13.84	6.11
E	15.51	21.26	26.51	32.52	21.72	11.69	6.12

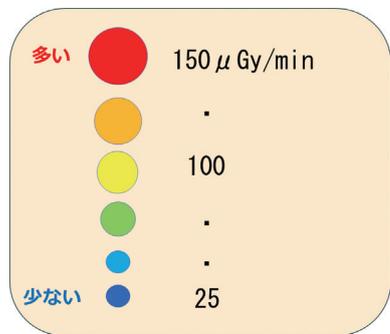


図3

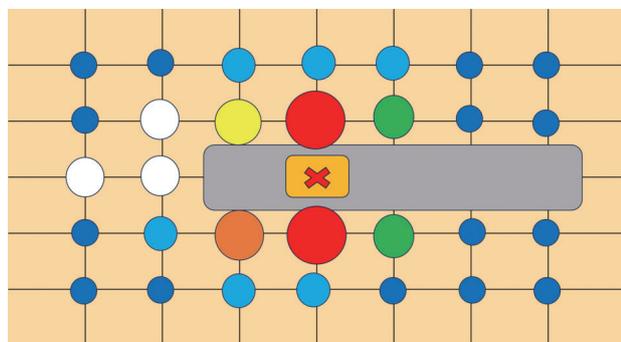


図4
GE 社製 Innova 4100-IQ

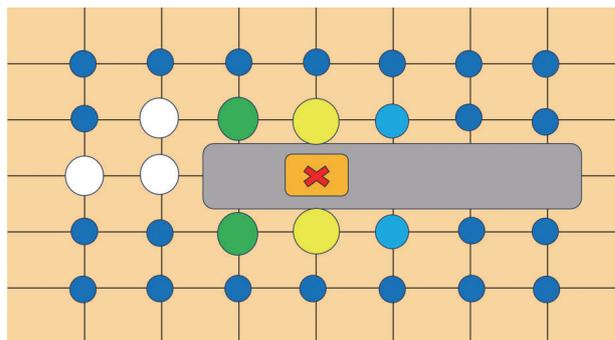


図5
Siemens 社製 Artis icono D-spin

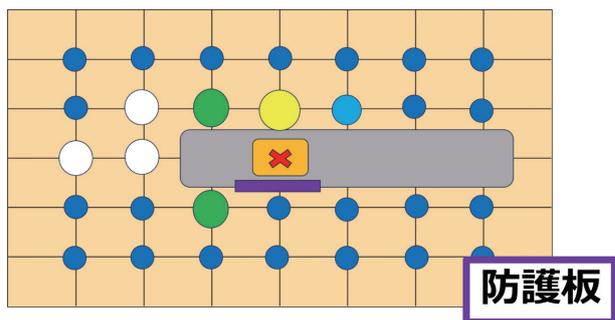


図6
Siemens 社製 Artis icono D-spin 防護板あり

考 察

装置の更新によりフラットパネルディテクタ(受像面)の感度が上昇し少ない線量でも画像構築が可能となった。そのため、従来装置と比べ必要な線量が減り結果的に散乱線量の減少、つまり被曝線量の低減につながったと考えられる。

また、画質のパラメーター(WW/WL, kv, mA等)を自動で設定し不必要なX線を抑制する機構を搭載しており合わせて被曝線量の低減につながったと考えられる。

ま と め

散乱線マップを作成することで被曝線量を視覚的に捉えることができた。

さらに防護板の使用は術者の被曝線量を低減できるだけでなく、周辺の医療従事者の被曝低減も図れる。

院内転倒転落予防に対するリハビリテーション科の取り組み ～6A病棟転倒カンファレンスの実践報告～

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 リハビリテーション科)

花倉 和大 西村 彩香 岡村 克朗 久保 美帆 奥村 朋央

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 看護部 6A病棟)

西木 小百合

はじめに

急性期病院は発症直後や術後早期のため、体調の変動が大きく転倒リスクが高い患者が多い。また、近年高齢患者の入院割合の増加に伴い高齢者の転倒転落発生数も増加している。当院75歳以上の転倒転落発生率は2019年から2023年で約1%増加しており、転倒転落事象レベル3以上(縫合などが必要な皮膚損傷、骨折、脳出血等)の事象発生率も年々増加している。

2024年7月より6A病棟において看護師とリハビリテーション科が協働し、転倒転落予防を目的とした転倒予防カンファレンスを開始した(図1)。カンファレンスは毎週水曜日、6A病棟入院中の転倒転落危険度Ⅱ以上の患者を対象に、看護師と理学療法士がベッドサイドを回診し、リハビリテーション処方の有無、部屋の環境調整、身体抑制の内容や必要性、運動機能評価、その他患者情報の共有を行っている。



図1 6A病棟転倒予防カンファレンスの様子

目的

6A病棟転倒予防カンファレンスが、転倒転落にどのような影響を及ぼしたか分析する。

対象と方法

対象はカンファレンス開始前の2024年4月1日から6月30日、および、カンファレンス開始後の2024年7月1日から9月30日に当院6A病棟に入院した転倒転落危険度Ⅱ以上の患者それぞれ102名、118名とし、診療録

から後方視的に調査した。

調査項目は年齢、性別、転倒者率、入院中身体抑制解除率、リハビリテーション処方率とし、カンファレンス開始前後での比較を行った。

転倒転落危険度は、転倒転落アセスメントスコアという評価ツールで看護師により評価される。活動領域や認識力、薬剤、排泄状況、転倒歴の項目で評価し、スコア合計が0～2点が危険度Ⅰ、3～4点が危険度Ⅱ、5点以上が危険度Ⅲとなり、危険度が高いほど転倒リスクが高い。

結果

各項目の結果(カンファレンス前、カンファレンス後)は、年齢(78.3±13.3歳、77.9±12.9歳)、性別(男性50名/女性52名、男性76名/女性42名)、転倒者率(4.9%、6.7%)であった(図2)。転倒者率に大きな変化はなかったが、入院中抑制解除率は27.3%から33.3%と増加し(図3)、リハビリテーション処方率も51.9%から65.3%と増加した(図4)。

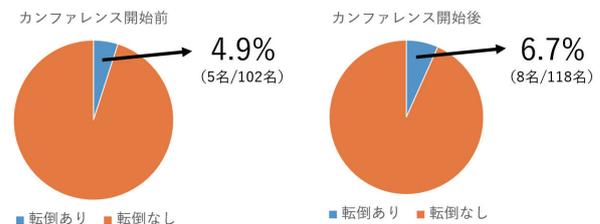


図2 カンファレンス前後の転倒者率

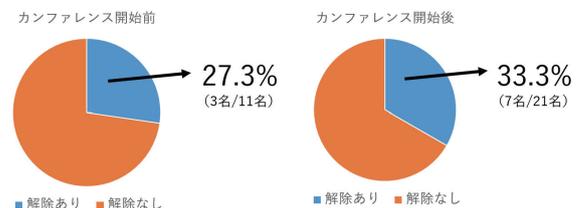


図3 カンファレンス前後の入院中身体抑制解除率

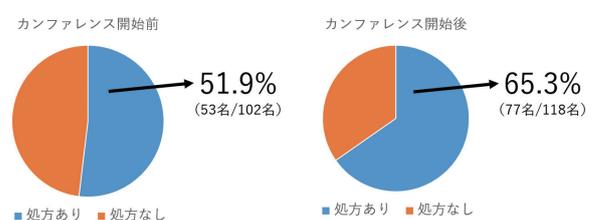


図4 カンファレンス前後のリハビリテーション処方率

考 察

転倒予防カンファレンス開始により、多職種で患者情報を共有することが可能となり患者の状態変化に応じた部屋の環境調整が可能となった。また、患者のベッドサイドにて患者参加型で行うことにより、患者自身に転倒に対して注意喚起する機会となっていると考える。

さらに看護師と理学療法士にてリハビリテーション処方の有無や必要性、患者の入院中の生活などを共有することで、リハビリテーション処方率が増加した。それに伴いリハビリテーションが必要な患者へのリハビリテーション提供が可能となり、患者の運動機能が改善し日常生活動作（activities of daily living：ADL）向上に繋がった可能性があると考ええる。

以上のように6A病棟転倒予防カンファレンス開始により、患者の状態変化に応じた環境調整や患者自身への注意喚起、リハビリテーション介入増加によるADL向

上に繋がり、転倒を増やさず安全に抑制が解除できた可能性がある。身体抑制は、患者の安全を守る一方で、身体機能低下、精神的苦痛、せん妄の発症、認知症周辺症状の悪化を招き、新たな転倒リスクを高める要因になることも報告されている。一旦導入した抑制の解除に難渋することも多いため、カンファレンスを通して、安全により多くの抑制を解除することは重要と考える。

結 語

院内転倒転落予防のため6A病棟にて転倒予防カンファレンスを導入した。理学療法士と病棟看護師との連携が、よりスムーズに行えるようになったことで、患者の状態変化に応じた部屋の環境調整、必要患者へのリハビリテーション介入が可能となった。結果、転倒を増やさず安全に抑制が解除できた可能性がある。



図3 手計算での食数集計の様子

蓄食を保管している(図4, 図5)。倉庫から出庫し、病棟ごとにまとめ、階段リレーにて病棟へ運搬を行う(図6)。当院では3~7階に14病棟あり、階段リレーによる運搬で食事提供時間に間に合わせるためには多くのスタッフが必要となる。災害時に栄養科スタッフが十分揃わない場合には、災害対策本部に応援スタッフを依頼する手順としており、病院の災害マニュアルにも記載がある。病棟のデイルームに備蓄食品を運搬し、そこで患者ごとのトレイメイクを行う。事前に作成した災害時用の食札と配膳表をもとに、食事内容とアレルギー対応に間違いがないように衛生的にトレイメイクを行う(図7, 図8)。訓練中は訓練内容と時刻を詳細に記録しておき、訓練後に参加スタッフ全員で振り返りを実施した(図9)。



図5 本館地下の備蓄倉庫からの出庫の様子

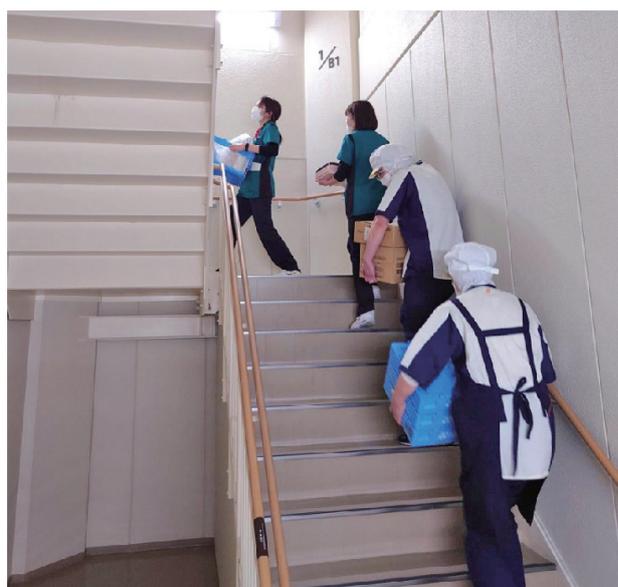


図6 階段配膳の様子



図4 栄養科内の食品庫からの出庫の様子



図7 病棟デイルームでのトレイメイクの準備



図8 患者ごとのトレイメイクの様子

分野	課題	対策
献立・ 備蓄食品	災害食の献立数が多く複雑	災害献立を5食種に簡素化 (常・軟・流動・嚥下・離乳)
	大袋製品は盛付けに時間を要する	個包装製品の適用範囲を拡大、 利便性を向上
	嚥下調整食の備蓄が不十分	災害献立に嚥下食を設定、トロミ剤の備蓄
備蓄食の 保管場所	地下から上層階への運搬は時間を要する	病棟備蓄に向けた検討

図10 訓練で抽出された課題と対策①

分野	課題	対策
その他	簡易熱源の備蓄量が不足	簡易コンロやボンベなどの熱源を補填
	保安電源接続機器の確認	厨房電源回路及び機器配置図の確認
	保安電源ではプレハブ冷蔵庫やトイレが消灯状態	懐中電灯やランタンなどの照明器具の配置
	訓練を受けていない職員や栄養科職員以外では配食対応が困難	定期的な訓練に栄養科職員が交代で参加 対応手順をアクションカードやマニュアル類で可視化

図11 訓練で抽出された課題と対策②



図9 訓練後の振り返りの様子

結 果

コロナ禍を除き毎年訓練を実施。訓練後には献立、備蓄食品、備蓄保管場所、職員体制等の様々な課題が明らかになり、次回の訓練までに課題を検証し、対策につなげた。具体的な課題と対策を(図10, 11)にまとめた。訓練を重ねることで、マニュアルや運用が修正されスムーズな運用につながり、災害対応能力の向上につながって

いる。また毎年異なる職員が参加することで、職場全体の災害対応の意識づけになっている。当院の災害備蓄食提供の大きな課題は、災害備蓄食提供時の多職種連携や備蓄食の保管場所(2カ所とも地下であり、水没のリスクがあり、上層階への運搬も困難)であり、今後病院全体での検討が必要である。

災害時の食事提供は状況により多くの人出と時間が必要であり、院内スタッフへの日頃からの周知が必要である。令和6年9月に看護部の災害研修会にて、栄養科の災害備蓄食提供訓練の様子を紹介、一部の備蓄食の紹介・試食等も実施した。また他施設にも災害備蓄食の提供訓練の必要性を理解してもらうため、京都市の令和6年度 病院・高齢者施設・社会福祉施設等給食連絡会にて講演を行い、75施設の参加があった。

結 論

栄養科の使命はいかなる状況下でも食事を提供することである。マニュアルやアクションカードを作成の上、災害備蓄食の提供訓練を実施することで、災害対応能力の向上につながる。また、院内多職種への周知に加え、災害を経験した施設や近隣施設等との情報共有、委託企業との連携で、より実践的な災害対応を検討していくことが望ましい。

泌尿器科病棟における管理栄養士の役割

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 診療技術部栄養科)

石川 陽菜

緒 言

当院では2015年度より管理栄養士の病棟担当制を導入し、現在では1人あたり1~2病棟を担当している。病棟担当制により、入院患者一人ひとりの病態や治療経過に応じたきめ細やかな栄養管理が可能となっている。本報告では、自身が入職1年目に担当した泌尿器科病棟における2症例を振り返り、管理栄養士としての役割や自身の課題、さらに栄養科全体としての課題について考察することを目的とした。

対象と方法

泌尿器科病棟において栄養介入を行った2症例を対象に、入院時の栄養スクリーニング、栄養評価、治療経過、介入内容およびその効果を後方視的に振り返った。

症例報告

症例1

高齢期、女性。結石性腎盂腎炎、敗血症性ショックを発症し入院。入院時のボディマス指数 (body mass index : BMI) は 18.5 kg/m^2 以下のやせ型、血清 Alb は 2.9 g/dL であり、背部および仙骨部に骨突出を認めた。日常生活活動度 (activities of daily living : ADL) は要介護2であり、栄養評価においては、主観的包括的栄養評価 (subjective global assessment : SGA) がC (中等度の栄養不良) であった。入院後、嚥下機能の低下による誤嚥性肺炎を発症し、欠食が続いたため、今後の栄養補給法についての検討が必要と判断された。

ご本人およびご家族から「誤嚥や窒息のリスクを理解した上で、お楽しみ程度の経口摂取を希望している」との意向を確認した。これを受け、言語聴覚士と連携し、嚥下機能に応じた食事の調整を行った。また、転院に際しては、食事内容や摂取状況に関する情報提供を行い、後方支援を実施した。

症例2

壮年期、男性。膀胱癌に対する術前化学療法中に発熱性好中球減少症、敗血症性ショックで入院。入院時のBMIはやせ型ではなかったものの、血清 Alb 2.0 g/dL 、CRP 10.64 mg/dL 、下痢、浮腫を認め、SGA評価はD (高

度の栄養不良) であった。化学療法の副作用により口腔粘膜炎を発症していたため、2週間にわたり絶食となり、中心静脈栄養管理が続いた。その後、経腸栄養を経て経口摂取へ移行を試みたが、経口摂取の増加に難渋した。

栄養サポートチーム (nutrition support team : NST) と連携のうえ、食事相談や栄養指導を複数回実施し、必要栄養量確保の重要性について説明した。また、患者の嗜好に配慮した食事調整を行い、経口摂取の促進に努めた。

考 察

管理栄養士による病棟担当制のもとで、患者の病態や治療経過に応じた栄養介入が求められている。泌尿器科病棟では、膀胱癌、腎癌、前立腺癌、尿路感染症、尿路結石など多様な疾患が存在し、それぞれの治療 (手術、化学療法、放射線療法など) に応じて、栄養管理のアプローチも異なる。

今回の2症例でも栄養評価、食事相談、栄養指導、多職種・チーム医療との連携を通じて栄養介入を行った。

患者の高齢化が進む中で、低栄養状態の早期発見、適切な形態での食事提供が重要である。患者の価値観や希望を尊重しつつ、安全な栄養補給法を実現するためには、医師・看護師・言語聴覚士・NSTなど多職種との継続的な連携が不可欠となる。それらに加えて、栄養指導や食事相談を通じて、患者自身に食事の重要性を理解してもらう支援も管理栄養士の重要な役割であることが示唆された。今後は、より適切な介入を行うために、病態に関する知識・スキルの向上とともに、将来的な病棟常駐を見据えた栄養科の人員体制の整備が求められる。

結 論

本症例の振り返りから、適切なタイミングでの栄養介入を行うことの重要性和、多職種連携の必要性が示唆された。病棟担当制の中で、より効果的な栄養支援を行うためには、管理栄養士自身の知識とスキルの向上が不可欠である。また、今後、病棟常駐体制が診療報酬上で評価される可能性も見据え、栄養科としての人事体制の強化が課題として挙げられる。これにより、患者の栄養状態の改善に貢献し、チーム医療における管理栄養士の役割をより一層高めていくことが期待される。

質の高いケア提供に向けた取り組み ～整形外来での褥瘡予防ケアの視点から～

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 看護部 5A 病棟)

花木 亜衣 松村 麻友香 喜田 裕子 松田 悠 坂口 かおり 鈴木 真美

緒 言

当病棟は院内の整形外科病床の全てを有し、整形外来と一元化されているため、整形外科治療に特化した専門性が高い病棟である。2022年度には病棟マニュアルの見直しと技術チェック表の導入により、整形外科看護の知識と技術の標準化を図った。しかし2023年度には、整形外科治療に関連した医療関連機器圧迫損傷（medical device related pressure ulcer：MDRPU）が6件発生し、観察や患者指導の不足、スタッフの経験差が課題として浮上した。

これらの背景を踏まえ、SWOT分析とクロス分析（表1）を用いて当病棟のあるべき姿を「スタッフ全員が整形外科治療における質の高いケアを外来－入院間で実施・継続ができる」と定義し、コッターの変革理論8ステップに沿って改善に取り組んだ。外固定療法を中心とした褥瘡予防ケアに関する組織課題の改善過程を報告する。

表1 クロス分析と戦略

①積極戦略（強み×機会）	②改善戦略（弱み×機会）
<ul style="list-style-type: none"> 「ベストプラクティス医療関連機器圧迫損傷の予防と管理」を元に、整形外科治療におけるMDRPU予防ケアの手順の作成。 <ul style="list-style-type: none"> 一皮膚排泄ケアCNS、医師、技士、褥瘡チームと協同する 一整形外来-5A病棟-地域、整形外来-他部署との連携の強化 他病棟の整形患者へのケア指導・介入を整形外来と病棟間で連携する。 	<ul style="list-style-type: none"> 術前中後に関連した皮膚トラブル予防ケアのため、手術室との連携を強化する クリニカルパスの褥瘡部分のアウトカムの見直しと協同する
③差別化戦略（強み×脅威）	④防御/撤退戦略（弱み×脅威）
<ul style="list-style-type: none"> 患者・家族支援のためMDRPU予防と皮膚ケアの指導方法の標準化を行い、患者・家族指導が効率良く行なえる 	<ul style="list-style-type: none"> クリニカルパスの適応基準について検討

目 的

スタッフ全員が整形外科治療における質の高いケアを外来－入院間で実施・継続ができる。

方 法

2024年6月から2025年1月の期間で、コッターの変革理論8ステップに基づき、外固定療法における褥瘡予防ケアの改善に向けた取り組みを実施した。現状分析と変革チーム編成、ビジョンの明確化と戦略の策定、患者指導文書と情報収集ツールの作成・改良、周知徹底と継続評価、外来看護体制との連携強化など、ステップごとに順を追って変革を進めた。

結 果

STEP1：危機意識を高める

過去3年間のMDRPUの発生要因を分析した結果、全て外固定療法が要因となっており、患者カルテには外固定開始時の看護記録がなく患者への指導がどのように行われているかは不明瞭であった。また当病棟だけでなく整形外来や他病棟でもMDRPUが発生していた。これらことからスタッフによって提供するケア内容に差異があるのではないかと予測された。これらの現状と課題をスタッフに共有した。

STEP2：変革チームをつくる

褥瘡専任看護師、褥瘡リクナース2名、経験豊富な看護師と若手看護師を含む5名でチームを構成した。褥瘡委員会活動と病棟チーム活動を共同し、スタッフの経験値で様々な意見交換ができることを目的としてチームメンバーを選定した。初期は活動の分担が不十分であったが、当病棟で影響力のある看護副師長の参加を得て統率力が強化され、チームとしての機能が高まった。

STEP3：変革のビジョンと戦略

外固定療法における患者指導文書を作成し（図1）、視覚的で分かりやすい資料を患者へ提供した。これまでは文字のみの指導文書を使用しており、外固定療法をイメージしやすいイラストを増やした。説明内容を増やしたため、文字量も増えたが外来通院する患者、またはその家族が管理していくため簡易にするよりも詳細に必要な情報を提供することを優先とした。外固定療法による有害事象の早期発見につなげるために【毎日の観察ポイント】としてイラストと吹き出しを使用し見やすくする工夫をした。

また、スタッフが使用する情報収集チェックリスト（図2）を作成導入し、経験が少ないスタッフでも情報収集項目を予め記載しておくことで効率的に情報収集、アセスメントを行い看護ケアにつなげることを期待した。これにより、誰が説明しても質の高い指導ができる体制が整えられた。

STEP4：変革のビジョンを周知徹底する

整形外来と病棟スタッフへの周知を図り、指導文書と情報収集チェックリストの運用を開始した。

STEP5：行動しやすい環境をつくる

使用率が低迷した時期には資料を見直し、患者記載形式にする工夫を加えスタッフへ再周知をした。

整形外来スタッフは一人配置のため孤立感があった。病棟との一元化をお互い意識し孤立感を軽減するために、病棟スタッフへの協力依頼や病棟リーダー看護師への報告制度を取り入れ、病棟と連携する風土づくりを行った。

シーネ固定をされた方へ

日常生活でのポイント

- シーネを固定している部分は心臓より高くあげましょう。
骨髄損傷の部位は心臓より高く固定する必要があります。心臓より低く固定すると、腫れがひどくなる可能性があります。また、シーネから出ている手足の皮膚は赤く腫れ、かゆみを感じることがあります。腫れがひどい場合は、シーネを調整する必要があります。上肢の場合は肘から手首までの位置で調整し、下肢の場合は膝から足首までの位置で調整してください。調整する際は、シーネの固定部分がゆるみすぎないように調整してください。
- シーネを固定している部分の安静を保ちましょう。
シーネを固定している部分の安静を保ちましょう。安静を保つことで、骨髄損傷の部位の回復が早くなります。また、シーネから出ている手足の皮膚は赤く腫れ、かゆみを感じることがあります。腫れがひどい場合は、シーネを調整する必要があります。上肢の場合は肘から手首までの位置で調整し、下肢の場合は膝から足首までの位置で調整してください。調整する際は、シーネの固定部分がゆるみすぎないように調整してください。
- シーネのまき直しを行います。
シーネのまき直しを行います。シーネのまき直しは、シーネの固定部分がゆるみすぎないように調整することです。また、シーネから出ている手足の皮膚は赤く腫れ、かゆみを感じることがあります。腫れがひどい場合は、シーネを調整する必要があります。上肢の場合は肘から手首までの位置で調整し、下肢の場合は膝から足首までの位置で調整してください。調整する際は、シーネの固定部分がゆるみすぎないように調整してください。

毎日の観察ポイント

シーネの跡は皮膚に当たっていませんか？皮膚が赤く腫れていませんか？

シーネを巻いているところの締めつけられる場所はありますか？

シーネから出ている手足の皮膚の色は赤く腫れていませんか？冷たくなっていませんか？腫れていませんか？

シーネから出ている手足の皮膚の色は赤く腫れていませんか？冷たくなっていませんか？腫れていませんか？

上記の症状がある場合は直ちに連絡してください。変更してください。
京都府立病院(代表)075-311-5311
京都府立病院(代番)075-311-5311
①月～⑤曜日の 17:15～20時、土曜日の 17:15～20時、日曜日の 17:15～20時、急病外来受付時間以外

ギプス固定をされた方へ

日常生活でのポイント

- ギプスを固定している部分は心臓より高くあげましょう。
骨髄損傷の部位は心臓より高く固定する必要があります。心臓より低く固定すると、腫れがひどくなる可能性があります。また、ギプスから出ている手足の皮膚は赤く腫れ、かゆみを感じることがあります。腫れがひどい場合は、ギプスを調整する必要があります。上肢の場合は肘から手首までの位置で調整し、下肢の場合は膝から足首までの位置で調整してください。調整する際は、ギプスの固定部分がゆるみすぎないように調整してください。
- ギプスを固定している部分の安静を保ちましょう。
ギプスを固定している部分の安静を保ちましょう。安静を保つことで、骨髄損傷の部位の回復が早くなります。また、ギプスから出ている手足の皮膚は赤く腫れ、かゆみを感じることがあります。腫れがひどい場合は、ギプスを調整する必要があります。上肢の場合は肘から手首までの位置で調整し、下肢の場合は膝から足首までの位置で調整してください。調整する際は、ギプスの固定部分がゆるみすぎないように調整してください。
- ギプスのまき直しを行います。
ギプスのまき直しを行います。ギプスのまき直しは、ギプスの固定部分がゆるみすぎないように調整することです。また、ギプスから出ている手足の皮膚は赤く腫れ、かゆみを感じることがあります。腫れがひどい場合は、ギプスを調整する必要があります。上肢の場合は肘から手首までの位置で調整し、下肢の場合は膝から足首までの位置で調整してください。調整する際は、ギプスの固定部分がゆるみすぎないように調整してください。

毎日の観察ポイント

ギプスの跡は皮膚に当たっていませんか？皮膚が赤く腫れていませんか？

ギプスを巻いているところの締めつけられる場所はありますか？

ギプスから出ている手足の皮膚の色は赤く腫れていませんか？冷たくなっていませんか？腫れていませんか？

ギプスから出ている手足の皮膚の色は赤く腫れていませんか？冷たくなっていませんか？腫れていませんか？

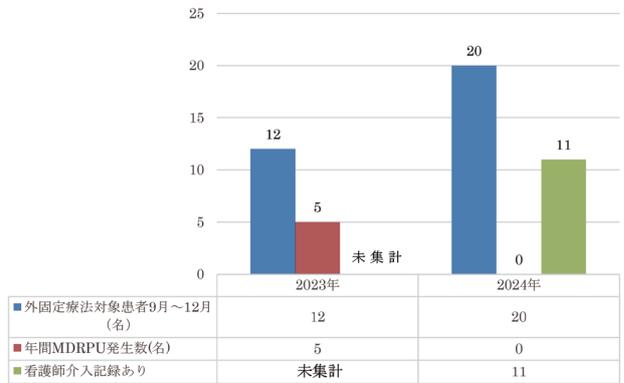
上記の症状がある場合は直ちに連絡してください。変更してください。
京都府立病院(代表)075-311-5311
京都府立病院(代番)075-311-5311
①月～⑤曜日の 17:15～20時、土曜日の 17:15～20時、日曜日の 17:15～20時、急病外来受付時間以外

図1 修正した指導文書

STEP6：短期的な成果を生む

評価期間中（2024年9月から12月）、外固定療法対象患者20名に対してMDRPUの発生は0件であった（表2）。看護記録が残された11例では皮膚トラブルの早期対応や介入が確認され、記録がなく看護師の指導内容が不明である9例のうち2例では皮膚トラブルにつながる可能性がある状態が発生していた。またスタッフへのアンケートでは業務が煩雑で時間がないため看護記録を記載していないという意見が多く、記録の必要性への認識に差があった。しかし、今回の取り組みを経て外来指導時に看護記録を記載し次回外来に継続することができているスタッフや、入院時に外来での指導内容を確認している病棟スタッフが約4割いた。（表3）

表2 整形外来での外固定療法患者とMDRPU発生者数と看護記録の有無



整形外科 外固定療法 情報収集・チェックリスト用紙

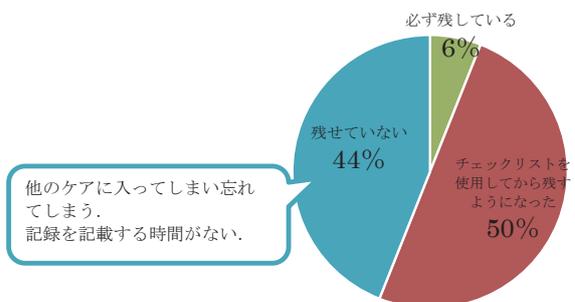
ID	名前	年齢	性別 男・女
<input type="checkbox"/>	チェック項目	指導内容メモ	
<input type="checkbox"/>	家族看護一助動者はいますか？	1)行動で観察し指導。	
<input type="checkbox"/>	既往歴(糖尿病・心不全・精神疾患・他)	転倒リスク、皮膚の脆弱の有無、自己管理できるか。	
<input type="checkbox"/>	介護保険(なし・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) →サービス内容	在宅以上に生活に不安のある方、在宅サービス利用はケアマネージャーと協働して実施する。在宅サービスの提供の検討。	
<input type="checkbox"/>	自宅環境 <input type="checkbox"/> 住居：平屋・2階建て・マンション・() <input type="checkbox"/> 段差：有 or 無、 屋内・屋外・その他() 家屋外・中の段差の有無と場所() <input type="checkbox"/> 手すり：有 or 無、 玄関・トイレ・風呂場・階段・その他() <input type="checkbox"/> 就寝場所：1階・2階以上、 畳・ベッド、 <input type="checkbox"/> 活動・通学・買い物等の移動手段()	自宅に転倒リスクのある場所を共有する。 自宅での生活環境の改善と対策があれば、医師に相談し優先考慮する。	
<input type="checkbox"/>	障害部位の確認(どこまで固定するか)	固定前に医師の指示がわかるよう確認する。必要時固定部位の露出を行う。	
<input type="checkbox"/>	患部の皮膚の確認、観察。 乾燥：有・無、 スキンケア：有・無、 傷突出：有・無、 創部や水疱等皮膚トラブル：有・無、	●傷突出、腫、刺傷はオムツチェックを追加・重傷は医師に報告。 ●上肢ギプスは肘関節部、下肢ギプスは膝関節部にある部分にオムツチェックを置いて皮膚が圧迫されないようにする。	
<input type="checkbox"/>	説明文書を用いて生活指導を行う。 ★医師に確認すること。 <input type="checkbox"/> シーネのまき直しは、患者で行っても良いか。 <input type="checkbox"/> 入浴・シャワーの可否。 <input type="checkbox"/> 荷重制限。		

月 日 Dr. _____ Ns. _____

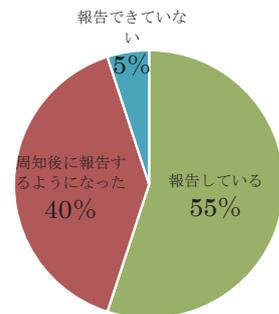
看護記録記載後、この用紙はポケットチャートで写真と電子カルテ内に保存してください。

図2 情報収集チェックリスト

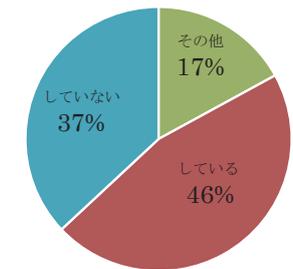
表3 スタッフへのアンケート結果



外来で外固定療法時、看護記録を残していますか？



外来担当時、病棟リーダーに報告していますか？



入院患者が外来で外固定をしていた場合、外来看護記録や在宅ケア内容を確認していますか？

考 察

STEP7：更に変革をすすめる

今回の取り組みにより、整形外来と病棟一元化の強みを活かした継続看護への意識が高まったと考える。スタッフからの意見を元に情報収集チェックリストや指導文書の継続的な見直しを行っており、今後は固定材料に応じた指導文書の作成・整備や、他部署での使用も視野に入れている。チーム員である褥瘡リンクナースに協力依頼を行い、院内の褥瘡委員会での周知を行う。そして若手看護師でも対応可能な指導内容の検証を通じて、部署全体でのケアの質向上を目指していく必要がある。

STEP8：新しい文化を築く

指導文書や情報収集チェックリストを手順書として整形外来業務に組み込み、電子カルテへのテンプレート化も検討している。整形外来と病棟の連携は今後も継続的に必要であり、今回の取り組みを褥瘡リンクナースに引き継ぐことで、継続的な改善が期待される。また、外来看護の業務の煩雑さや外来看護の役割に対する認識の差

が適切なケア提供への妨げになっているという課題も明らかになり、今後自部署で取り組むべき課題であると考ええる。

結 語

今回の取り組みでは、当病棟のあるべき姿である「スタッフ全員が整形外科治療における質の高いケアを外来-入院間で実施・継続ができる」の実現を目指し、コッターの変革理論 8STEP に沿って改善に取り組んだ。指導文書の見直し・情報収集チェックリストの導入を実施し、外固定療法における MDRPU 予防の看護ケア介入が行えた。また当病棟と整形外来の一元化としてのスタッフの意識も向上した。その一方で整形外科外来での業務の煩雑さとスタッフの外来看護の役割に関する認識の差が明らかとなり、さらなる看護ケア・業務の改善とスタッフの意識統一が求められる。今後も継続的な評価と体制の見直しを通じて、整形外科における看護ケアの質向上を図っていきたい。

心不全指導と外来連携について（コッターの変革理論を活用して）

（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 看護部 3A 病棟）

松崎 菜美

諸 言

3A 病棟は循環器内科，糖尿病代謝内科，腎臓内科，皮膚科の混合病棟である。部署のあるべき姿と目指すべき看護として慢性疾患を抱える患者が地域で暮らせるように指導，連携を行う必要がある。実践した看護の評価とその振り返りを通して，看護の質の向上を目指していく必要があると考える。

病棟では心不全患者に対する介入として，看護師が実施する①心不全問診表を活用②心不全指導の実施，多職種で実施する①心不全カンファレンス②定期循環器カンファレンスでの介入を経て必要に応じて外来・地域との連携を行っている。この課題に取り組むにあたり部署での心不全指導に課題があると感じていたが，検討していく中で他病棟のスタッフからは現状の指導は十分実施されているのではないかとの意見もあり，病棟スタッフの循環器内科患者における外来連携に関する思いの確認を行う必要があると考えた。そこで，病棟看護師 27 名に「循環器内科患者における外来連携に関するアンケート」を実施した。その結果，個別性のある指導に「なっている」37%，「なっていない」18%，「改善点がある」41%，「わからない」4% という回答結果が得られた。部署では継続ケアが必要な患者を選定し外来連携につなげているが，「依頼した後に外来での関わりの結果を確認している」と回答したスタッフは 19% にとどまっていた。その一方で，「外来での関わりを部署で確認する必要がある」と回答したスタッフは 78% であったことから，外来連携後の振り返りが必要だと感じながらも実践できていない現状が明らかとなった。この結果から，実施した指導の振り返りや評価が行えていないため，指導内容の改善につながりにくいことや，実際は介入できていても振り返りのできていない現状がスタッフの指導に対する自信につながっていないのではないかと考えた。

また，アンケート結果から「病棟スタッフとして，外来連携時の患者の生活状況の確認が必要だと思わない」との声も聞かれた。その理由としては，「外来に移行した患者の現状をどこまで病棟で追う必要があるか，業務負担増大につながる。」といった内容であった。このことから，外来連携後の振り返りを通して意識変容が必要だと考えた。

目 的

- 1) 実施した指導の振り返りと指導内容の再検討を行うことで，スタッフの意識変容につなげる。
- 2) 振り返りを積み重ねることでスタッフの指導に対する自信につなげる。

方 法

心不全患者の外来連携後の振り返りについて，コッターの変革理論の 8 ステップに当てはめて病棟スタッフへ介入を行った。

結 果

変革理論の 8 ステップに沿った介入結果について以下に記載する。

【ステップ 1】危機感を高める

アンケートを実施し病棟スタッフの循環器内科患者における外来連携に関する思いの確認を行った。

【ステップ 2】変革増進のためのコアチームを作る

メンバーとして，病棟看護師長，副看護師長，入退院支援看護師，心不全療養指導士，病棟看護師，外来看護師を選出した。

【ステップ 3】ビジョンと戦略を立てる

外来看護師との連携を行い，外来連携の仕組み・外来連携での現状と課題・介入視点などの共有を行った。共有の結果から，外来では初回外来連携の取り組みにおいて，まずは病棟と外来連携の流れを確立していこうとする段階であり，循環器看護に慣れていないスタッフもいるなか限られた時間での介入を行っていた。外来での目標は，「患者が必要時に受診行動がとれる，予防行動をとれる」ことに重点を置いて介入しており，状態悪化前に受診することで重症化や入院期間の短縮につながると考えて関わりを行っていることを知った。病棟スタッフの記入する退院支援シートの内容が充実していることが外来スタッフのモチベーションにつながっていたことも分かった。

入退院支援看護師との連携を行い，心不全指導に対する課題の共有を行った。そのうえで，入退院支援看護師から地域や外来との連携の必要性・重要性についてスタッフに再周知を行った。

【ステップ 4】ビジョンを周知する

今回の課題に取り組もうと思った現状，心不全患者の高齢化率，2022 年 4 月～2024 年 3 月までの心不全患者入院数，上記の中での再入院数，再入院理由，病棟スタッフの経験年数，外来連携の現状アンケート結果，心不全カンファレンス対象患者の外来連携移行数をパワーポイントにまとめ掲示や院内メールを用いて病棟スタッフへ周知した。

また課題解決に向け症例カンファレンスを行うことを

周知した。

【ステップ5】メンバーの行動しやすい環境を整える

症例カンファレンスの対象者をピックアップし、スタッフが参加できるように時間調整を行った。カンファレンスの内容はできていないところの反省ではなくポジティブフィードバックであることを参加者に周知した。

【ステップ6】短期的な成果を生む
症例カンファレンスを実施した。

事例

対象者：90代女性、初回心不全患者

家族背景：キーパーソンの弟は他県在住、長男は府内在住だが疎遠で連絡を取っていない。友人が多く本人の生活を支えている。初回外来時も友人の付き添いで受診された。

初回外来時の状況：両下肢浮腫・労作時の息切れ症状あり。内服・血圧・体重管理は実施できている。食事の買い出しは友人、調理は本人が実施し本人好みの味付けになっている。

入院時に得られていた情報：制約されたくない、好きなものを食べたい。友人との外食を楽しみたいとの思いあり。

事例から見えてきた課題：食事管理の必要性は認識していても好みの味付けになっており、食事管理の継続ができていない。

退院時に比べ心不全症状の増悪がみられた。

上記事例を通して、情報提供としての指導は必要だが、患者の思いから退院後の食事管理継続が困難なことは入院中から予測された。年齢や本人の意向などもふまえ、どこに指導の焦点を当てるかを考える必要があり、実現可能なレベルの指導の検討が必要だと話し合った。これまでの他の事例でも受診行動の遅れが心不全増悪に至っている症例は多くあった。そのような事例への対応策として、「外来間隔を短く設定する」「当院受診は待ち時間など受診に対する負担もあるため、かかりつけ医と連携して受診期間を早める」「受診日の間隔について医師と話し合う」などの意見があがった。今回の事例も初回外来時に心不全症状の増悪がみられており、早期受診が行えることで食事に関する思いなど患者の意向を尊重しながらも在宅で過ごせる時間の増加につながるのではないかと考える。

その他、カンファレンスを通して下記の意見も得られた。

- ・高齢者の心不全指導はパンフレット通りの指導では退院後の生活変容につなげることは難しく、一通りの指導を実施した後にポイントを整理する必要がある
- ・在宅での生活について本人がどのように過ごしていきたいかの聴取が大切である
- ・訪問看護導入など必要な退院後の地域との連携につい

て検討を充実していく必要がある

- ・退院支援シートの記載内容について「心不全指導実施済み」と記載しており、指導の段階でポイントを絞って介入していたため、その内容を詳細に記載してもよかった
- ・退院支援シートに患者の思いや外来で介入してもらいたい視点が整理されており外来看護師にも伝わるように記入できていた
- ・振り返りの機会がよいと思う、再入院になった患者を対象に実施してもよいのではないかと

新人看護師からは下記意見が得られた。

- ・退院後指導がどう繋がるのか意識するきっかけになった
- ・指導の評価を行う必要があると思った
- ・話し合いを通して焦点を変えるなど、今まで知らなかった介入方法について知ることができた
- ・病棟看護師と外来看護師が共通認識をもつことが、患者に合わせた一貫性のあるかわりを継続していくために重要だと学んだ

心不全指導と外来連携について、外来や入退院支援看護師との連携・症例カンファレンスを通して指導の振り返りを行ったことで下記成果を得た。

- ・外来連携を意識づける機会
- ・外来での看護の目標を知る
- ・情報共有の項目について見直す機会
- ・他のスタッフの記録から学び、自身の記録を見直す機会
- ・指導した内容の継続の困難は予測していたが実際に知り、どの視点に焦点を立てて指導するかを話し合う機会
- ・自身が知らなかった介入方法を知り、指導の選択肢を得た
- ・心不全療養士の専門的な意見を聞く機会
- ・退院後も実現可能な指導に向け医師との連携強化をしていく必要があると再認識する
- ・循環器看護に慣れていないスタッフの教育の場
- ・振り返りを通してスタッフの意識変化につながった

【ステップ7】成果を生かしさらに変革を進める

ステップ6での話し合った課題や対応策、参加したスタッフの思いの変化・学びについて病棟スタッフ全員に周知を行った。

病棟での心不全カンファレンス開催の際に外来看護師から退院後の実際について報告があるなど、多職種で振り返る機会となっている。しかし、心不全カンファレンスに参加したスタッフだけの共有にとどまっており、病棟スタッフの振り返りの場は今後も設けていく必要がある。

【ステップ8】変革を定着させる

今後の課題として、症例検討を行い振り返りの必要性

は病棟スタッフが認識することでできた。今後は退院した患者での振り返りだけでなく、初回心不全患者や再入院患者も対象とした症例検討を定期的に行っていく必要がある。現状は病棟業務優先となり定期開催には至っておらず、部署会などの時間を利用し落ち着いて実施できる環境下での実施を模索している。定期的に振り返りを行うことはスタッフの指導に対する自信や対応の技術の向上にもつながると考える。

考 察

変革理論の8ステップを用いて取り組みを進め、病棟で行っている心不全指導の振り返りを行うことで、結果の共有、内容の評価や課題について、指導内容が適していたのか他にどのような指導が実践できたかを話し合うことができていた。外来との連携内容を病棟で振り返る機会を設けることは病棟での指導内容の改善に有効であ

ると考える。また、心不全指導はスタッフが個別に指導することが多く、スタッフ間で検討する場を持つことで、指導の幅の広がりやスタッフの指導力向上にもつながることが分かった。

すでに退院した患者での事例検討継続のためには看護師間の意識の統一と業務負担の調整を行い、事例検討を継続していくことが今後の課題である。

結 語

今回の取り組みにより、外来連携の重要性と振り返りの必要性が明確になった。病棟と外来の連携が深まることでより患者の生活に即した継続的支援が可能となる。心不全指導に関して決まった形や正解はなく、今後も実践と振り返りを積み重ね、看護師の自信と看護の質の向上につなげていきたい。

移り行く治療の変化に適切に対応できる看護師の育成 ～化学療法を安全に実施するために～

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 6C 病棟)

向井 裕子

緒 言

2023年の病棟編成で、当病棟は消化器外科だけでなく消化器内科の化学療法を担当することになった。

同年当病棟に異動になり、化学療法の実施を担当することになった。これまで経験のないレジメンを実施するにあたり、不安や教育の曖昧さを感じた。また、化学療法を実施したことがない若年層の看護師が多い一方で、既存のレジメンマニュアルが更新されておらず、疑問などを確認する手段が少ないことに気付いた。そこで2023年度の部署の小チーム活動として、レジメンマニュアルの改訂やクリニカルパスの新規作成の取り組みを行った。

2023年度は化学療法に関連するインシデントが増加した。このインシデントの発生に疑問を持ち、発生要因を分析した。その中で、抗がん薬投与中にウォッシュアウトをしないままへパリンロックを行うなどの「曝露リスク」、経口抗がん薬の内服自己管理を開始したため誤薬をした「内服」、抗がん薬の投与中の観察を怠り、終了予定時間が大幅に遅延した「不遵守」事例に着目した。インシデントの当事者は2～5年目看護師に集中していた。分析を進めるうえで、化学療法の投与管理経験が浅い看護

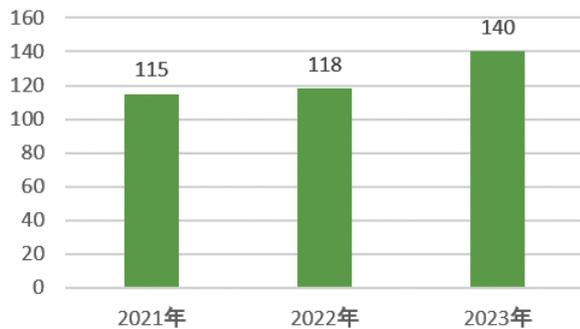
師が、化学療法看護を含めた「安全に化学療法を施行する意識の乏しさ」「化学療法施行管理の必要性の理解不足」「責任意識の乏しさ」があるのではないかと考えた(図1)。

その背景には、当病棟は前年度まで、化学療法看護の経験豊富な看護師で、日々の化学療法投与が実施されていた。そして、2021年度以降、化学療法投与管理が自立して実施できる看護師の教育体制が、院内の集合研修から、病棟単位での教育に変更になった。2023年度の化学療法件数の急激な増加に対応するため、病棟での教育方法で自立した経験が浅い看護師が、化学療法実施の担い手となった。このことにより、知識不足や先輩看護師のフォロー不足がインシデントとして発覚したと考えた。

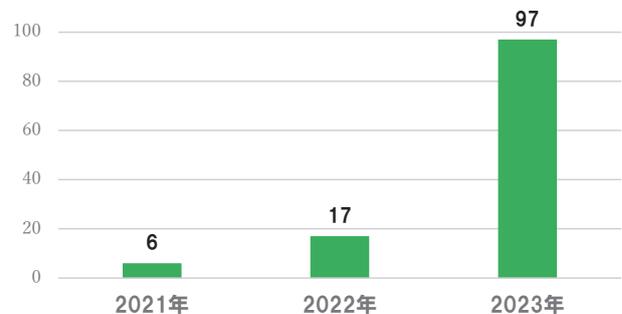
また、病棟の化学療法が自立して実施できる看護師の教育方法が曖昧なことや、初めて経験する化学療法が、いつ・だれが・何のレジメンを経験したら、化学療法実施の自立と判断するのか指標がないことも明らかになった。

患者が、安全かつ確実に化学療法看護を受けられる場を提供するためには、化学療法を安全に実施できる看護師の育成が必須である。

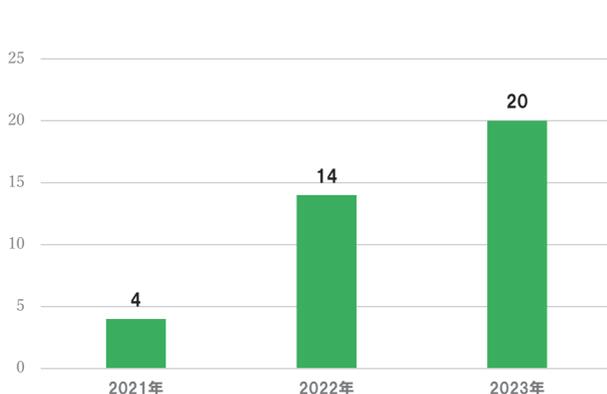
そのために看護師の教育方法の確立が必要と考えた。



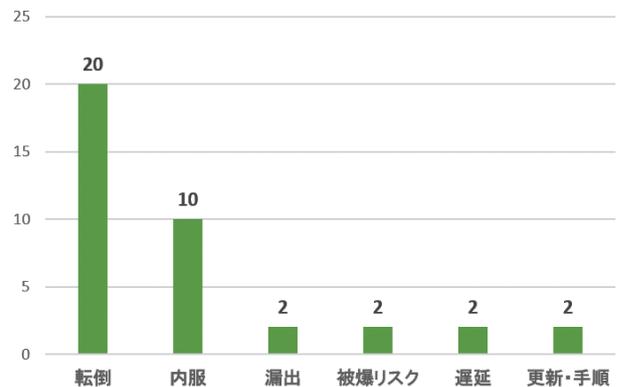
外科化学療法件数



消化器内科化学療法件数



化学療法に関連するインシデント件数



化学療法に関連するインシデント内容

図1 化学療法件数と化学療法に関連したインシデント件数の推移と2023年度インシデント内容の内訳

方 法

化学療法投与管理を安全に自立して実践する看護師を育成するための教育方法（育成方法）を確立するため、変革理論の8ステップを用いた取り組みを行った。

結 果

【ステップ1】危機意識の共有

2021年度以降の化学療法件数と2023年度の急増した件数、ならびにインシデント件数・内容・分析結果を病棟内で共有した。これらのインシデントは予防可能であり、再発を防ぐ必要があることを周知し、危機感を高めた。そして、化学療法が自立して実施できる看護師の育成を計画的に行う必要があり、教育方法を立案していくことを周知した。

【ステップ2】推進チームの編成

コアチームは、師長・副師長・主任・チームリーダー・すでに化学療法を自立して投与管理している4～5年目看護師で構成した。

【ステップ3】教育方法と評価方法の立案

育成方法には学習と実践が必要と考えた。学習教材としてナースィングスキルを活用した。そして、化学療法看護の学習で得た知識の確認や技術の獲得を目的として、実践方法はon-the-job training（OJT）とした。化学療法投与が自立して実施できる看護師の可否の評価方法は、学習内容との整合性を求め、ナースィングスキルのチェックリストを活用した。

【ステップ4】教育方法の明文化と周知

育成方法の目的・目標・OJTの方法を文章化し病棟看護師に周知した。トライアルOJTを実施する4～5年目看護師と評価する主任看護師に、方法とチェックリストの評価方法など試用して欲しいことを重点的に伝達した。

【ステップ5】学習会とトライアルOJTを実施するための環境調整

上記周知後、当病棟看護師から、アナフィラキシーショックなどの急変対応の机上学習だけでは不十分ではないかと助言があった。他病棟で実施されていた学習会を参考にし、アナフィラキシーショックなどの急変対応シミュレーション学習会を実施した。

また、OJT実施に向けて、対象患者の病室配置や業務の調整などの環境を整え、当日に実施者・評価者がOJT実施を集中してできるように配慮した。

【ステップ6】トライアルOJT実施と振り返り

病棟全体の協力もあり、トライアルOJTを6件実施した。OJT実施者には、実施前後の化学療法に対する意識の変化やOJT方法の改善点を事後アンケートとして実施した。率直な意見を求め、自由記載方式とした。評価者

からは、評価方法の仕方やタイミングなどの意見を聴取した。

トライアルOJT中にも、インシデントが発生した。インフュージョンリアクションの対応不備事例と、抗がん薬投与終了時間の大幅な遅延事例だった。

アンケートでは、「化学療法は何が起こるかわからないから、怖い」と全員が回答していた。

【ステップ7】教育方法と評価手段の再検討と修正

学習会やトライアルOJTの方法では、不足があることが明らかになり、実施者の問題だけでなく教育側の課題もあることが把握できた。

院内の化学療法に関するマニュアルをナースィングスキルのチェックリストに追加し、当院の仕様に合わせたチェックリストを作成した。そのチェックリストは、化学療法実施の場面でしなければならないことを具体的に記入し、「OJT実施前の自己学習」と「実施時の手技確認」と、「化学療法実施後の評価」に使用するため、実施者用と教育担当者用の2種類を作成した。教育担当者用のチェックリストは、口頭で確認しなければならないことや指導のポイントを記載し、教育担当者の変更しても統一した指導ができるようにした（図2）。また実施者の教育担当者を固定し、自己学習のサポートから、OJTの評価までを担当をした。

チェックリスト作成時に院内の化学療法に関するマニュアルを参考にしてきたが、化学療法看護の機会が少ない新人～2年目看護師が、生活ケアなどを行う現状があり、曝露リスクのある経口抗がん薬の取り扱いや、抗がん薬投与中の患者の排泄物処理などは、その機会がないと学習しない現状があった。そこで、病棟全体で安全に化学療法を実施するためにも、3年目になってからではなく、新人からの介入が必要と考え、新人～4年目看護師までの化学療法看護学習スケジュールを作成した（図3）。

【ステップ8】3年目看護師へのOJT開始と病棟全体への影響

以上の経過を経て、同年12月から3年目看護師にOJTを開始し始めた。3年目看護師は積極的に取り組んでおり教育経過は順調に進行している。

2024年度の化学療法に関連するインシデントは転倒事例を含め18件であった（2024年度化学療法件数236件）。前述した2023年度のインシデントと同じ内容は減少した。

実施者用チェックリスト

10. 医師の指示に従い、前投薬の制吐薬、抗ヒスタミン薬、解熱薬、ステロイド薬、ハイドレーション輸液を投与する	
★ 11. 抗悪性腫瘍薬投与時は、手袋を二重に着用、ゴーグル、マスク、袖付きエプロンを装着する	
★ 12. 患者に氏名を名乗ってもらい、薬剤ラベルの氏名を本人と確認する。ポケットチャートを用いて照合を行い、抗悪性腫瘍薬を投与する	
★ 投与開始前に、モニター装着を行う	
★ 投与開始前に、リーダーに声かけを行う	
★ 救急カート・アナフィラキシーセットを準備し、部屋の近くに置いておく	
★ 手袋を1枚外し、ビニール袋に密閉する	
14. 輸液開始後、再度指示書との確認を行う	
★ 15. 投与開始から、15分間観察を行う（ハンドブック P79 参照）以後、特記なければマニュアルに従い、観察、カルテに記録する	
★ 手袋、ゴーグル、マスク、袖付きエプロンを外し、ビニール袋に密閉し、専用の黒ペールに破棄する	
16. 退室時、ナースコールを患者の手の届くところに置き、予測される有害反応と症状出現時の対処方法、終了予定時間を伝える	
17. 抗悪性腫瘍薬投与中の有害反応の徴候・症状を経時的にアセスメントする	
・過敏症、アレルギー：前駆症状としてくしゃみ、熱感、顔面紅潮、掻痒感など	
・インフュージョンリアクション	
・血管外漏出：穿刺部の疼痛、違和感、灼熱感、腫脹、紅斑、浮腫など	

教育担当者用チェックリスト

10. 医師の指示に従い、前投薬の制吐薬、抗ヒスタミン薬、解熱薬、ステロイド薬、ハイドレーション輸液を投与する	前投薬が点滴だけか、内服薬もあるのか確認できる
★ 11. 抗悪性腫瘍薬投与時は、手袋を二重に着用、ゴーグル、マスク、袖付きエプロンを装着する	
★ 12. 患者に氏名を名乗ってもらい、薬剤ラベルの氏名を本人と確認する。ポケットチャートを用いて照合を行い、抗悪性腫瘍薬を投与する	
★ 投与開始前に、モニター装着を行う	
★ 投与開始前に、リーダーに声かけを行う	
★ 救急カート・アナフィラキシーセットを準備し、部屋の近くに置いておく	有症状時、まずは投与を中止できる人が呼べる（緊急ナースコールが押せる）応援が来るまで、ベッドサイドを離れない
★ 手袋を1枚外し、ビニール袋に密閉する	
14. 輸液開始後、再度指示書との確認を行う	
★ 15. 投与開始から、15分間観察を行う（ハンドブック P79 参照）以後、特記なければマニュアルに従い、観察、カルテに記録する	観察時、残量に合わせ、流量の調整が確認できる
★ 手袋、ゴーグル、マスク、袖付きエプロンを外し、ビニール袋に密閉し、専用黒ペールに破棄する	特に赤項目の問答で不安が残るようなら、OJT 実施の見合わせも可能です
16. 退室時、ナースコールを患者の手の届くところに置き、予測される有害反応と症状出現時の対処方法、終了予定時間を伝える	
17. 抗悪性腫瘍薬投与中の有害反応の徴候・症状を経時的にアセスメントする	レジメンに添った有害反応を確認できる
・過敏症、アレルギー：前駆症状としてくしゃみ、熱感、顔面紅潮、掻痒感など	まず、投与を中止できるハンドブック P.79 に添って対応ができる
・インフュージョンリアクション	まず、投与を中止できるハンドブック P.79 に添って対応ができる
・血管外漏出：穿刺部の疼痛、違和感、灼熱感、腫脹、紅斑、浮腫など	まず、投与を中止できるハンドブック P.77-78 に添って報告・対応ができる血管外漏出部位を経過表に経時的に観察ができる

図2 実施者用チェックリストと教育担当者用チェックリスト

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
到達目標												
4年目 担当：教育委員	化学療法センターで 化学療法を実施できる	ナーススキル受講し、テストで100点をとる ・IVナース研修 化学療法製剤の曝露対策 ・IVナース研修 抗がん薬の過敏症 ・IVナース研修 抗がん薬の血管外漏出 ・薬剤知識 化学療法コース	ナーススキル受講し、テストで100点をとる ・IVナース研修 化学療法製剤の曝露対策 ・IVナース研修 抗がん薬の過敏症 ・IVナース研修 抗がん薬の血管外漏出 ・薬剤知識 化学療法コース 以下OJTで受講 ・がん薬物療法の実施 ・がん薬物療法のオリエンテーション	アナフィラキシーショック・IRの シミュレーション学習会開催	リーダーオリエンテーション研修 (リーダーオリエンテーション含む)							ケモセクターオリエンテーション
3年目 担当：教育委員	病棟で 化学療法を実施できる	ナーススキル受講し、テストで100点をとる ・IVナース研修 化学療法製剤の曝露対策 ・IVナース研修 抗がん薬の過敏症 ・IVナース研修 抗がん薬の血管外漏出 以下OJTで受講 ・薬剤知識 化学療法コース ・がん薬物療法の実施 ・がん薬物療法のオリエンテーション	ナーススキル受講し、テストで100点をとる ・IVナース研修 化学療法製剤の曝露対策 ・IVナース研修 抗がん薬の過敏症 ・IVナース研修 抗がん薬の血管外漏出 ・薬剤知識 化学療法コース ・がん薬物療法の実施 ・がん薬物療法のオリエンテーション	臨床疑問① 6月～12月 OJT 必須 ・シミュレーション学習会受講								化学療法独り立ち
2年目 担当：2年目 教育担当	化学療法の側管点滴の 管理ができる ↓ ★2年目教育担当者が 見守り実施→独り立ち	ナーススキル受講し、テストで100点をとる ・IVナース研修 化学療法製剤の曝露対策 ・IVナース研修 抗がん薬の過敏症 ・IVナース研修 抗がん薬の血管外漏出 ・薬剤知識 化学療法コース 化学療法 (FP、DCF) の側管の管理の実践	ナーススキル受講し、テストで100点をとる ・IVナース研修 化学療法製剤の曝露対策 ・IVナース研修 抗がん薬の過敏症 ・IVナース研修 抗がん薬の血管外漏出 ・薬剤知識 化学療法コース	メンバーシップ研修								
新人 担当：新人教育 チューター	1) 曝露対策ができる ↓ ★チューターがスキル チェックを実施→独り立 ち 2) 内服抗がん剤の取り 扱いができる 3) 過敏症出現時と血管 外漏出時に点滴を止める ことができる			・シミュレーション学習会受講 ・「経口抗がん剤取り扱い」・「化学療法を受けら れる患者さん・ご家族の方へ」を読み合わせ ・曝露対策OJT								

図3 化学療法看護学習スケジュール

考 察

トライアル OJT 実施中のインシデントとアンケート結果から、矛盾を感じた。「何が起こるか分からない」と思っているが、「何かが起きている」に対応できたとは言えなかったことと、投与遅延が容易に予想できたが、相談や密な観察ができなかったことの理解に戸惑った。実施者が薬剤に関する事前学習を行い、有害事象発生時に対応しなければならない意識を持っていることが確認できた。しかし、対応行動に繋がらなかったのは、イレギュラーな事象も有害事象と同様に対応するという意識が不足しており、また、院内の化学療法に関連するマニュアルの内容を理解していなかったのではないかと考えた。化学療法看護の経験・知識不足をサポートできる体制を整えたが、アナフィラキシーショックを含む様々なイレギュラーな事象に対応するには、机上訓練だけでは足りないことは明らかになっていた。そこで、急変時対応と同様に考え、「何か症状があれば、滴下を止める・人を呼ぶ・ベッドサイドから離れない」を徹底的に認識するように指導した。それを、毎回の化学療法実施前に口頭で問い、声に出して確認し、質問の答えに不安が残るようなら実施を見合わせることを明文化したチェックリストを作成し活用した。このように具体的な行動レベルを繰り返し確認することにより、今後実施者がイレギュラーな事例発生時の初期対応を身に着けることができれば、危機意識が高まり、安全な化学療法の実施に繋がると考える。

育成方法や評価手段を明確化することで、3年目看護師から「次の OJT はいつになるか」などの発言があり、積極的な学習意欲やキャリアアップ志向が確認され、自

律性の育成に一定の成果があった。化学療法看護の学びと経験を段階的に実施できる育成方法を明確化することができた。そして、化学療法への理解が深まり、効果的な観察・患者への説明ができるようになり、投与中の異常の早期発見や対処、患者のセルフモニタリング力の向上に繋がると考える。

また、化学療法に関連するインシデント内容の変化は、今回の取り組みを周知し、協力があつたことで、病棟看護師全員の化学療法に対する危機意識の向上に繋がった結果と考える。

今後の課題として、コアチームで検討・修正を繰り返して、教育方法やチェックリストを完成させたが、自立して化学療法を実施する可否の判定や、安全に化学療法を実施できているかをどう評価するかなど、教育側の課題が残っている。この教育方法を継続実施し、実施者に合わせた方法を評価・検討・修正を繰り返す必要がある。

ま と め

化学療法は目覚ましい進歩を続けており、新薬や多様化する抗がん薬を安全に投与できる看護師の教育体制を継続させ、評価を行い、柔軟な見直しすることが課題である。看護師は、その進歩に対応できるよう学びを継続していく必要がある。今回の取り組みの育成方法は化学療法看護を行うための基礎と考えている。それを基に、新しい抗がん薬であっても安全に化学療法が実施され、患者の治療への意欲や思いを支えていけるような、より個別性のある化学療法看護を行う看護師の育成に繋げていきたい。

2024年度CPC報告

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 病理診断科)

香月 奈穂美 岸本 光夫

第1回 2024年6月6日

本館7階大ホール 17:00-18:00

AML治療中に治療抵抗性の肺炎を発症した症例

[診療科] 血液内科

[症例] 50代, 男性

[臨床診断] 急性骨髄性白血病

[臨床経過] 1週間前からの倦怠感・全身浮腫を主訴に前医受診。全身紫斑, 汎血球減少, 凝固異常, 両側胸水, 腹水, 肝脾腫を認め, 急性白血病に伴うDICを疑い, 当院転送搬送となった。当院にて精査の結果AML-NOSと診断し, IDA/AraCを開始した。骨髄は寛解に入ったが, 経過中に *Maltophilia* 菌血症/肺炎, 両側腎盂腎炎を発症。その後, 腎不全, 肝不全, 心不全, 下血など多臓器不全を合併して亡くなられた。

[部検検索希望事項]

Maltophilia 感染症の広がり特に, 左肺上葉肺炎が *Maltophilia* 肺炎であるか

下血, 血尿の原因

白血病の臓器への浸潤の有無

[病理解剖診断]

【主病変】

- [急性骨髄性白血病 化学療法後状態]: 再発なし
- [*S.maltophilia* 感染症 + 敗血症]
 - 出血性肺炎 + びまん性肺胞出血 (右肺 779 g, 左肺 1611 g)
 - 急性脾炎 (634 g)
- 播種性血管内凝固症候群

【副病変】

- 低形成性骨髄 (化学療法後状態) + 血球貪食症候群
- 陳旧性心筋梗塞 + 亜急性心筋梗塞 (409 g)
- 肝硬変 (1949 g)
- 脾腫, 脾梗塞 (634 g)
- 出血性腸炎 (回盲部から全結腸にびらんと出血)
- 胃: びらん
- 腔水症 (右胸水 200 cc, 左胸水 400 cc, 腹水 500 cc)

[死因]

化学療法による骨髄抑制状態での *S.maltophilia* 感染により出血性肺炎を合併し, 敗血症によるDIC, 血小板減少, 血球貪食による血球減少が加わったことによる重篤な治療抵抗性の出血性肺炎による呼吸不全, 循環不全が直接の死因と推測する。さらに, 陳旧性心筋梗塞, 亜急性心筋梗塞の合併, 出血性腸炎による下血も循環不全の原因に関与していると考え。白血病の再発は認めず, 組織学的に寛解状態と判断する。

第2回 2024年10月10日

本館7階大ホール 17:00-18:00

食道癌術後に急死した一例

[診療科] 外科

[症例] 70代, 女性

[臨床診断] 食道癌

[臨床経過] 食道癌に対してNAC施行後, 根治術としてロボット支援下食道亜全摘, 腹腔鏡補助下細径胃管作成術, 胸骨後経路, 頸部吻合, 2領域郭清, 用手的幽門形成, 胃管瘻造設をした。術後補助化学療法中, 全身倦怠感と食道癌術後低栄養, 吻合部狭窄疑いで入院し, 昼までは食事摂取可能だったが, 同日昼食配膳後に嘔吐した状態でCPAで発見され亡くなられた。

[部検検索希望事項]

死因について

[病理解剖診断]

- 食道癌に対する食道亜全摘術後・化学療法後の再発
 - 癌性胸膜炎 (両側), 血性胸水 (左 500 ml, 右 100 ml)
 - 右肺転移
 - 上縦隔・頸部への浸潤
- 腸管虚血 (上腸間膜動脈の支配領域)
- ショック肺
- 誤嚥性肺炎 (左肺 483 g, 右肺 436 g)
- るい瘦 (体重 34 kg)
- 大動脈粥状硬化

[死因]

誤嚥性肺炎によるショック肺

第3回 2024年12月5日

本館7階大ホール 17:00-18:00

急速な経過を辿った原発不明癌の一例

[診療科] 産婦人科

[症例] 40代, 女性

[臨床診断] 卵巣癌の疑い

[臨床経過] 腹部膨張感を主訴に前医を受診。CT, MRIにて腹腔内を占拠する腫瘤, 多発肝転移, リンパ節転移を認めた。画像上は卵巣癌や子宮肉腫を疑われ, 前医で腎後性腎不全の状態となったため, 当院泌尿器科にステント留置目的で入院となった。ステント留置後も乏尿が持続し, 入院4日後に意識レベルが低下した。さらにはK上昇, LDH等逸脱酵素の上昇あり, 腫瘍崩壊症候群, ショック状態となり, 挿管管理, 透析開始するも治療効果なく亡くなられた。

[部検検索希望事項]

原発部位

[病理解剖診断]

【主病変】

1. 子宮体部脱分化癌 dedifferentiated carcinoma (分化型は 類内膜癌 G1/2)
 - ・直接浸潤：両側卵巣，骨盤腔，後腹膜，膀胱，長管（直腸，S状結腸，下行結腸，回盲部，虫垂，小腸），横行結腸間膜，大網
 - ・転移臓器：肝転移（多発），肺（両側），腹膜播種，横隔膜
 - ・癌性リンパ管症（両側肺）
2. 播種性血管内凝固症候群（DIC）
3. 臓器虚血（腸管，肝臓）
4. 急性尿細管壊死
5. 腔水症：大量の血性腹水（計測不能），血性胸水（左 100 cc，右 600 cc）

[死因]

高悪性度，子宮体部脱分化癌の急性進行性の増殖，進行により，腹部コンパートメント症候群の状態，ならびに腫瘍崩壊症候群，DICの合併，ならびに臓器虚血が加わったことによる循環不全，腎不全，肝不全の状態に，癌性リンパ管症による呼吸不全が合併したことが直接の死因と推測する。

第4回 2025年2月6日

本館7階大ホール 17:00-18:00

多発性骨髄腫治療中に呼吸不全を発症した一例

[診療科] 血液内科

[症例] 60代，男性

[臨床診断] 多発性骨髄腫

[臨床経過] 3年前から多発性骨髄腫の治療を行っていた。脊椎や肋骨に腫瘤を認めていた。たこつぼ心筋症の既往あり心保護薬継続していた。ウイルス感染を契機に器質化肺炎となりステロイドパルス行ったが奏功せず悪化。また原疾患も同時に急激に悪化し，カンジダ菌血症や消化管出血を認め亡くなられた。

[部検索希望事項]

器質化肺炎の原因
多発性骨髄腫の進行度

[病理解剖診断]

【主病変】

1. 多発性骨髄腫・化学療法後
 - a) 急性間質性肺炎（AIP/DAD pattern）[肺炎（臨床）]
 - b) 低形成性髄（異型細胞残存あり）
 - b-1) 汎血球減少
 - b-1-1) 易感染状態
 - ・真菌感染・肺炎（臨床）
 - b-1-2) 出血傾向
 - ・消化管，気管

【副病変】

1. 腎乳頭状腺腫（左腎）
2. 肝虚血性変化
3. 大動脈粥状硬化（軽度）
4. たこつぼ型心筋症（臨床）
 - ・冠状動脈に閉塞なし

[死因]

AIPによる呼吸不全

定例臨床研修案内

(R7.改正)

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
整形外科術後症例検討会 am7:40 循環器新患症例検討会 am8:00 泌尿器科入院・術前 カンファレンス am8:00 感染症科 microbiology round am8:20 脳外科入院カンファレンス ・抄読会 am8:30 脳神経内科カンファレンス am8:30 麻酔科術前カンファレンス am8:30 * ICU モーニングラウンド am8:45 * ICU 術前カンファレンス am11:00	整形外科術前カンファレンス am7:40 * 呼吸器画像 カンファレンス (偶数週) am8:00 泌尿器科病棟カンファレンス am8:00 感染症科 microbiology round am8:20 脳神経内科カンファレンス am8:30 麻酔科術前カンファレンス am8:30 * ICU モーニングラウンド am8:45 * ICU 術前カンファレンス am11:00	消化器内科内視鏡治療術前 カンファレンス am8:00 泌尿器科抄読会 am8:00 感染症科 microbiology round am8:20 麻酔科術前カンファレンス am8:30 * ICU モーニングラウンド am8:45 緩和ケア科カンファレンス am8:50 * ICU 術前カンファレンス am11:00	泌尿器科手術ビデオ カンファレンス am8:00 循環器内科症例検討会 am8:00 ~ am9:00 * 消化器 CBM am8:30 整形外科輪読会 am8:15 感染症科 microbiology round am8:20 * 脳外科・脳神経内科合同 カンファレンス am8:30 麻酔科術前カンファレンス am8:30 * ICU モーニングラウンド am8:45 * 脳外科入院・画像 カンファレンス am8:50 外来化学療法カンファレンス (隔週) am9:15 感染症科 meeting am9:30 * ICU 術前カンファレンス am11:00 呼吸器外科症例検討会 am11:00	泌尿器・病理カンファレンス (泌尿器 CBM) am8:00 乳腺外科抄読会 am8:00 感染症科 microbiology round am8:20 脳神経内科カンファレンス am8:30 麻酔科術前カンファレンス am8:30 * ICU モーニングラウンド am8:45 * ICU 術前カンファレンス am11:00 放射線治療カンファレンス am11:00
呼吸器内科症例検討会 pm3:00 産婦人科症例カンファレンス pm3:30 腎内病棟カンファレンス pm3:30・ pm4:00 内分泌内科症例検討会 pm3:30 呼吸器 CBM pm4:00 皮膚科症例検討会 pm4:30 放射線科産婦人科画像 カンファレンス (月1回第4月曜) pm4:30 麻酔科症例カンファレンス pm4:30 消化器内科症例検討会 pm4:30 産婦人科乳腺外科 HBOC カンファレンス (第2月曜) pm4:30 小児科症例検討会・抄読会 pm4:45 放射線診断カンファレンス pm4:45	血液内科 5B 病棟 カンファレンス pm1:30 脳卒中センター・3D 病棟 カンファレンス pm2:00 外科術前術後カンファレンス pm2:00 腎臓カンファレンス pm3:00 血液内科症例検討会・抄読会 pm3:30 呼吸器内科症例検討会・抄読会 pm4:00 外科手術機械・薬剤勉強会 pm4:00 脳神経内科抄読会 pm4:00 泌尿器・放射線診断科 カンファレンス pm4:45	緩和ケアチーム カンファレンス pm1:00 歯科口腔外科カンファレンス pm1:00 皮膚科カンファレンス pm1:30 感染症科読書会 pm0:00 糖尿病・代謝内科 症例検討会 pm1:30 小児がんカンファレンス pm2:00 精神神経科コンサルテーション ・リエゾンカンファレンス pm4:00 * 乳腺 CBM pm4:00 外科病理検討会・抄読会 pm4:30 麻酔科勉強会 pm4:30 耳鼻いんこう科症例 カンファレンス pm4:30 小児科病棟カンファレンス pm4:45 放射線診断カンファレンス pm4:45	血液内科 6D 病棟 カンファレンス pm1:00 血液内科 4B 病棟 カンファレンス pm1:30 呼吸器外科多職種症例検討会 pm2:30 透析カンファレンス pm3:00 精神科症例検討会 pm4:00 耳鼻いんこう科病棟 カンファレンス pm4:00 * 血液内科病理検討会 (CBM) (月3回) pm4:30 消化器内科内視鏡 カンファレンス pm4:30 頃 (検査終了後) 外科症例検討会 pm4:30 血液内科骨髄標本検討会 pm4:45 放射線アンギオ カンファレンス pm4:45	
* ICU イブニングラウンド pm5:00 呼吸器外科抄読会 pm5:30	* ICU イブニングラウンド pm5:00 * 腎病理カンファレンス pm5:00 脳外科術前カンファレンス pm5:00 整形外科術前症例検討会 pm5:00 * 造血幹細胞移植 CBM (第2火曜日) pm5:30 甲状腺穿刺細胞診レビュー pm5:30 がんゲノムエキスパートパネル pm5:30 感染症研修会 pm5:30 眼科症例カンファレンス pm6:00	* ICU イブニングラウンド pm5:00 内分泌内科 journal Club pm5:00 循環器シネ・RI カンファレンス pm5:00	* ICU イブニングラウンド pm5:00 内科系カンファレンス pm5:00 β脳外科術前カンファレンス pm5:00 * CPC (年5回) pm5:00 泌尿器・放射線治療 カンファレンス (CBM) pm5:00 (隔週)	* ICU イブニングラウンド pm5:00 脳波所見検討会 pm5:00

CBM : Cancer Board Meeting
* 複数診療, 多職種合同カンファレンス

研修会講演報告（R6年度）

院内講演研修会

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	主催者名 参加人数
2025年2月1日 9:00-11:50	<p>第22回院内合同研究発表会 第1部 9:00 開会挨拶 院長 黒田 啓史</p> <p>第I郡 9:05 座長 内分泌内科部長 小松弥郷</p> <p>1. 高血圧を契機とした急性心不全の一例</p> <p>2. 診断用CTを用いた緩和的放射線治療の可能性</p> <p>3. 糖尿病性ケトアシドーシス診療プロトコール導入効果</p> <p>4. SGLT2 阻害薬手術2日前休薬の妥当性評価</p> <p>第II郡 9:55 座長 放射線技術科技師長 津川和夫</p> <p>5. アンギオ装置の更新に伴う医療従事者の被曝線量低減効果</p> <p>6. 院内転倒転落予防に対するリハビリテーション科の取り組み ～6A病棟転倒カンファレンスの実践報告～</p> <p>7. 肺がん遺伝子変異の検出率向上を目的とした病理検査室の取り組み</p> <p>第III郡 10:35 座長 事務局 総務担当課長 久保憲司</p> <p>8. 栄養科における災害時の食事提供訓練の実際 ～災害時でも病院食を提供するために～</p> <p>9. 泌尿器科病棟における管理栄養士の役割</p> <p>10. 生成AIによる災害訓練の変革:負担軽減と質の向上を両立</p> <p>第IV郡 11:15 座長 7D病棟師長 大門百合子</p> <p>11. ePROで看護の未来を語る</p> <p>12. 手術センターでのICLS訓練</p> <p>13. 看護師特定行為事始め</p>	<p>診療部 (研修医1年目) 放射線治療科 (専攻医) 集中治療科 (非常勤医師)</p> <p>薬剤部</p> <p>放射線技術科</p> <p>リハビリテーション科</p> <p>臨床検査技術科</p> <p>栄養科</p> <p>栄養科</p> <p>事務局 管理PFI担当</p> <p>看護部管理室</p> <p>看護部手術室</p> <p>3B病棟</p>	<p>二上 佳子</p> <p>柏木 健志</p> <p>田畑 雄一</p> <p>多留木 崇志</p> <p>田嶋 志章</p> <p>花倉 和大</p> <p>宮城 華那子</p> <p>植木 明</p> <p>石川 陽菜</p> <p>萱原 慎理</p> <p>池田 零</p> <p>松田 梓</p> <p>檜原 将吾</p>	<p>病院 全職員</p>	<p>生涯教育委員会/69名</p>

日 程	テーマ・主旨 (Abstract)	所 属	講 師	対象者	主催者名 参加人数
2025年2月1日 13:30-16:30	<p>第22回院内合同研究発表会 第2部 I 看護実践報告 13:35 テーマ「継続看護～病院からその先へ繋ぐために～」</p> <p>1. 組織課題の解決 口演 13:35～14:30 ①～⑤</p> <p>2. 臨床疑問②ポスターセッション 14:40～15:30</p> <p>①脳梗塞再発防止のための効果的な指導内容を明らかにする ① 3D 病棟</p> <p>②思春期にある小児がん患者との関わりで看護師が抱く思い ② 4A 病棟</p> <p>③当院における食物負荷試験の実際と摂取困難な児への看護の検討 ③ 4A 病棟</p> <p>④妊産婦が看護ケアとして求めていることとはどのようなものなのか ④ 4A 病棟</p> <p>⑤血液内科病棟で化学療法を受けクリーンルームで過ごす患者のストレス表出への看護師のケアの実際 ⑤ 5B 病棟</p> <p>⑥腹膜透析に対する看護師の意識調査 ⑥ 6D 病棟</p> <p>⑦ A 病棟看護師の化学療法中の転倒リスクアセスメントの実態調査 ⑦ 6C 病棟</p> <p>⑧急性期病棟入院患者の入院による心理的影響に対するデイケアの効果 ⑧ 7C 病棟</p> <p>⑨救急看護師が重要視して申し送る内容が救急看護師経験年数に影響されるか ⑨救急室</p> <p>II 看護研究実践報告 口演 15:35～15:45</p> <p>ICUにおける主観的睡眠評価法を用いた周術期患者に対する睡眠の質分析 3B 病棟</p> <p>III. 研修受講報告 口演 15:45～16:20</p> <p>1. 認定看護師教育課程</p> <p>・緩和ケア認定看護師 ・感染管理認定看護師</p> <p>5E 病棟 手術室</p> <p>森田 志保 石川 優</p> <p>2. 認定看護管理者 ファーストレベル</p> <p>手術室 4A 病棟</p> <p>太田 佳子 岡本 友美子</p>		花木 亜衣 松崎 菜美 分野 美香 向井 裕子 石田 千晶	病院 全職員	生涯教育委員会/90名(現地70名・Zoom配信20名)

医療安全管理委員会主催研修会

日程	テーマ：要旨（Abstract）	所属	講師	対象者	参加人数
2024年6月19日	ハイリスク薬（危険薬）の注意点～マニュアル改訂の概要について	薬剤科	大野 恵一	医師 看護師 薬剤師 薬剤補助	21名
2024年6月21日 -2024年8月16日 eラーニング				医師 看護師 薬剤師 薬剤補助	442名
2024年7月1日	機能評価受審に向けたチーム医療に必要な診療記録	京都大学医学部 附属病院	笠原 桂子	病院全職員	71名
2024年7月1日 -2024年8月31日 eラーニング				病院全職員	1327名
2024年7月5日 -2024年8月31日 YouTube視聴				病院全職員	100名
2025年2月19日	医療安全レポート報告について	医療安全推進室	長久 真紀子	病院全職員	56名
2025年2月1日 -2025年3月31日 eラーニング				病院全職員	1376名

クリニカルパス委員会

日程	テーマ：要旨（Abstract）	所属	講師	対象者	参加人数
2025年1月17日 17:30-19:00	第32回 クリニカルパス大会	診療部 薬剤部 看護部 看護部 看護部	島 正巳 三松 史野 池田 零 玉田 直子 清水 千奈美	病院全職員	32名

褥瘡対策リンクナース会（褥瘡対策スタッフ委員研修会）

日程	テーマ・主旨（Abstract）	所属	講師	対象者	参加人数
2024年5月21日 16:00-17:00	・褥瘡対策リンクナースの役割と活動 ・褥瘡対策に関する情報共有 ・褥瘡回診への褥瘡対策リンクナースの参加について ・事前調査の質問に対するQ & A	看護部	白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策担当 副看護師長	18名
2024年6月18日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・新規発生褥瘡情報共有 ・部署ごとに活動計画に基づく作業	看護部	白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策担当 副看護師長	16名
2024年7月16日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・褥瘡の評価；実際の褥瘡写真を使用してDESIGN-R2020評価（グループワーク後に発表） 褥瘡管理者から解説あり	看護部	白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策担当 副看護師長	17名
2024年8月20日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・機能評価受審に関する情報共有 2.2.14「褥瘡の予防・治療を適切に行っている」項目について解説 ・褥瘡発生リスクが正しく実施されなかった症例	看護部	白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策担当 副看護師長	17名
2024年9月17日 15:30-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・上半期の取り組みや課題、症例発表 褥瘡管理者から解説あり	看護部	白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任 看護師 褥瘡対策担当 副看護師長	18名

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年10月15日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・手術翌日に新規発生した褥瘡について ・部署ごとに活動計画に基づく作業	看護部	白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師 褥瘡対策担当副看護師長	18名
2024年11月19日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・6時間以上を要する全身麻酔下手術を受ける患者の褥瘡予防対策 ・効果的な予防的保護の方法：モイスキンパッド、コロール、エアウォール ・適切なカルテ記載について	看護部	白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策担当副看護師長	18名
2024年12月17日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・利用者単語登録、登録単語一覧からの更新方法 ・部署ごとに活動計画に基づく作業	看護部	白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策担当副看護師長	12名
2025年1月21日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・機能評価受審の結果報告 ・褥瘡保有患者へのケアについて 褥瘡管理者から解説あり	看護部	白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策専任看護師 褥瘡対策担当副看護師長	18名
2025年2月18日 16:00-17:00	・褥瘡対策関連情報共有 ・令和6年度の取り組みと課題	看護部	白岩 喜美代	褥瘡対策リンクナース 褥瘡対策担当副看護師長	17名

医療安全管理委員会 問題症例検討委員会

日程	テーマ：要旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年5月16日	消化器内科 PTCO 入れ替え後急変事例	医療安全推進室	岡野 創造	当該科医師・当該部署看護師	13名

緩和ケア研修会

日程	テーマ・要旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年8月29日	アドバンス・ケア・プラインニング (ACP) 勉強会 ～パンフレット「病気の経過とこれからのこと」を通して～	緩和ケア科 看護部	大西 佳子 森田 志保	病院全職員	20名
2024年11月2日	地域連携緩和ケアカンファレンス	放射線治療科 緩和ケア科 おがわ内科呼吸器内科 びす西院	中村 清直 大西 佳子 近藤 健 北伸 裕美	病院全職員、地域の医療従事者	86名
2025年2月21日	自殺未遂の医療対応 ～取り除かれるべき疾患の症状か、乗り越えるべき人生の苦悩か～	精神神経科	石田 明史	病院全職員、地域の医療従事者	37名

CBM 記録

日程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
造血幹細胞移植合同カンファレンス					
2024年4月9日	血液悪性疾患	2名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	11名
2024年5月14日	血液悪性疾患	3名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	9名
2024年6月11日	血液悪性疾患	3名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	10名

日程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2024年7月9日	血液悪性疾患	3名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	11名
2024年8月13日	血液悪性疾患	3名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	7名
2024年9月10日	血液悪性疾患	3名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	9名
2024年10月8日	血液悪性疾患	2名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	9名
2024年11月12日	血液悪性疾患	4名	小児科 血液内科	田村 真一 伊藤 満	8名
2024年12月10日	血液悪性疾患	3名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	13名
2025年1月14日	血液悪性疾患	4名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	10名
2025年2月4日	血液悪性疾患	4名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	11名
2025年3月11日	血液悪性疾患	4名	小児科 血液内科	石田 宏之 伊藤 満	10名
血液内科・病理合同カンファレンス					
2024年4月5日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	10名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	11名
2024年4月19日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	6名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	12名
2024年4月26日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	10名
2024年5月10日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	4名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	12名
2024年5月17日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	2名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	9名
2024年5月31日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	8名	血液内科 病理診断科	宮原 裕子 岸本 光夫	7名
2024年6月7日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	6名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	9名
2024年6月14日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	7名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	11名
2024年6月21日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	6名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	11名
2024年7月5日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	血液内科 病理診断科	宮原 裕子 香月 奈穂美	9名
2024年7月12日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	8名
2024年7月19日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	8名
2024年8月9日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	12名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 香月 奈穂美	8名
2024年8月23日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	8名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 香月 奈穂美	9名
2024年8月30日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	4名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	11名
2024年9月13日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	血液内科 病理診断科	宮原 裕子 香月 奈穂美	5名
2024年9月20日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	1名	血液内科 病理診断科	宮原 裕子 香月 奈穂美	4名

日程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2024年10月4日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	4名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	11名
2024年10月18日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	2名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	10名
2024年10月25日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	3名	血液内科 病理診断科	松井 道志 岸本 光夫	7名
2024年11月8日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	4名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	9名
2024年11月15日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	4名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 香月 奈穂美	6名
2024年11月29日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	10名
2024年12月6日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	10名
2024年12月13日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	6名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	8名
2024年12月27日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	7名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	11名
2025年1月10日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	8名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	11名
2025年1月31日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	3名	血液内科 病理診断科	宮原 裕子 香月 奈穂美	8名
2025年2月7日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	6名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	10名
2025年2月14日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	1名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	7名
2025年2月21日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 香月 奈穂美	9名
2025年3月7日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	6名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	12名
2025年3月14日	血液悪性腫瘍（悪性リンパ腫）	5名	血液内科 病理診断科	伊藤 満 岸本 光夫	12名
乳腺がんボードミーティング					
2024年4月4日	乳がん	2名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	12名
2024年4月11日	乳がん	6名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 中村 清直 岸本 光夫	11名
2024年4月18日	乳がん	5名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	9名
2024年4月25日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	11名
2024年5月2日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 中村 清直 岸本 光夫	8名
2024年5月9日	乳がん	6名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 香月 奈穂美	8名
2024年5月16日	乳がん	5名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	10名

日程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2024年5月23日	乳がん	5名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 岸本 光夫	5名
2024年5月30日	乳がん	5名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 中村 清直 岸本 光夫	8名
2024年6月6日	乳がん	8名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 中村 清直 岸本 光夫	7名
2024年6月13日	乳がん	6名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	8名
2024年6月20日	乳がん	2名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	8名
2024年6月27日	乳がん	3名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 河合 真喜子 香月 奈穂美	7名
2024年7月4日	乳がん	8名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 中村 清直 岸本 光夫	8名
2024年7月11日	乳がん	3名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 河合 真喜子 香月 奈穂美	6名
2024年7月18日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 河合 真喜子 岸本 光夫	9名
2024年7月25日	乳がん	5名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 河合 真喜子 岸本 光夫	9名
2024年8月1日	乳がん	6名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 中村 清直 岸本 光夫	9名
2024年8月8日	乳がん	7名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	西村 祥子 中村 清直 香月 奈穂美	6名
2024年8月15日	乳がん	6名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 河合 真喜子 岸本 光夫	6名
2024年8月22日	乳がん	3名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	6名
2024年8月29日	乳がん	6名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	9名
2024年9月5日	乳がん	3名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	8名
2024年9月12日	乳がん	3名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	9名
2024年9月19日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 河合 真喜子 岸本 光夫	7名

日程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2024年10月10日	乳がん	8名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直	6名
2024年10月17日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	9名
2024年10月24日	乳がん	3名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	8名
2024年10月31日	乳がん	5名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	7名
2024年11月7日	乳がん	2名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	9名
2024年11月14日	乳がん	2名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	5名
2024年11月22日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	9名
2024年11月28日	乳がん	6名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	8名
2024年12月5日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	8名
2024年12月12日	乳がん	5名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	8名
2024年12月19日	乳がん	3名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	8名
2024年12月26日	乳がん	5名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	西村 祥子 中村 清直 岸本 光夫	6名
2025年1月9日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 中村 清直 岸本 光夫	7名
2025年1月16日	乳がん	2名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 香月 奈穂美	7名
2025年1月23日	乳がん	6名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	7名
2025年1月30日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 香月 奈穂美	7名
2025年2月6日	乳がん	1名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 河合 真喜子 岸本 光夫	6名
2025年2月13日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	末次 弘実 中村 清直 香月 奈穂美	7名

日程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2025年2月20日	乳がん	3名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 香月 奈穂美	6名
2025年2月27日	乳がん	3名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	7名
2025年3月13日	乳がん	4名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	8名
2025年3月27日	乳がん	7名	乳腺外科 放射線科 病理診断科	森口 喜生 中村 清直 岸本 光夫	8名
呼吸器がんボードミーティング					
2024年4月1日	肺がん	8名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小林 祐介 宮原 亮 里上 直衛	11名
2024年4月8日	肺がん	13名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	14名
2024年4月15日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	12名
2024年4月22日	肺がん	19名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	13名
2024年5月13日	肺がん	18名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	11名
2024年5月20日	肺がん	9名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 中村 清直	7名
2024年5月27日	肺がん	8名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	9名
2024年6月3日	肺がん	15名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	15名
2024年6月10日	肺がん	13名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	13名
2024年6月17日	肺がん	11名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 河野 朋哉 大津 修二	9名
2024年6月24日	肺がん	13名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 村西 佑介 大津 修二	12名
2024年7月1日	肺がん	15名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	15名
2024年7月8日	肺がん	10名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	10名
2024年7月22日	肺がん	15名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	17名

日程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2024年7月29日	肺がん	13名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	14名
2024年8月5日	肺がん	6名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 河野 朋哉 大津 修二	10名
2024年8月19日	肺がん	15名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	10名
2024年8月26日	肺がん	15名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	13名
2024年9月2日	肺がん	19名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 中村 清直	13名
2024年9月9日	肺がん	15名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	11名
2024年9月30日	肺がん	18名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	12名
2024年10月7日	肺がん	12名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	11名
2024年10月21日	肺がん	16名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 柏木 健志	10名
2024年10月28日	肺がん	7名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	10名
2024年11月11日	肺がん	17名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	13名
2024年11月18日	肺がん	19名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	14名
2024年11月25日	肺がん	10名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	11名
2024年12月2日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	14名
2024年12月9日	肺がん	16名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	13名
2024年12月16日	肺がん	16名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	12名
2024年12月23日	肺がん	15名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	五十嵐 修太 宮原 亮 大津 修二	9名
2025年1月6日	肺がん	12名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	10名

日程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2025年1月20日	肺がん	16名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	11名
2025年1月27日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	16名
2025年2月3日	肺がん	9名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 河野 朋哉 里上 直衛	9名
2025年2月10日	肺がん	10名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 河野 朋哉	6名
2025年2月17日	肺がん	15名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	13名
2025年3月3日	肺がん	7名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	12名
2025年3月10日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 里上 直衛	13名
2025年3月17日	肺がん	13名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 村西 佑介 柏木 健志	7名
2025年3月24日	肺がん	13名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 河野 朋哉	8名
2025年3月31日	肺がん	14名	呼吸器内科 呼吸器外科 放射線科	小熊 毅 宮原 亮 大津 修二	10名
消化管がんボードミーティング					
2024年4月11日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科		
2024年4月18日	消化管癌	2名	消化器内科 外科 放射線科		
2024年5月2日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科		
2024年5月9日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科		
2024年5月16日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科		
2024年5月23日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科		
2024年7月4日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科		
2024年7月11日	消化管癌	1名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 上 和広 大津 修二	15名

日 程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2024年 7 月18日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科		
2024年 8 月15日	消化管癌	2 名	消化器内科 外科 放射線科		
2024年 8 月22日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科		
2024年 8 月29日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	22 名
2024年 9 月12日	消化管癌	3 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	19 名
2024年 9 月19日	消化管癌	4 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	25 名
2024年 9 月26日	消化管癌	2 名	消化器内科 外科 放射線科	桐島 寿彦 秦 浩一郎 大津 修二	22 名
2024年10月 3 日	消化管癌	2 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	23 名
2024年10月10日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 山本 栄司 大津 修二	21 名
2024年10月24日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 松尾 宏一 大津 修二	22 名
2024年10月31日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	22 名
2024年11月14日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	20 名
2024年11月21日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	桐島 寿彦 松尾 宏一 大津 修二	19 名
2024年11月28日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	31 名
2024年12月16日	消化管癌	2 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 山本 栄司 大津 修二	28 名
2025年 1 月 9 日	消化管癌	2 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 藤本 良太	24 名
2025年 1 月30日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 大津 修二	28 名
2025年 2 月13日	消化管癌	1 名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 早川 延幸	27 名

日程	対象癌腫	対象患者数	診療科	担当医師	参加人数
2025年2月27日	消化管癌	3名	消化器内科 外科 放射線科	山下 靖英 秦 浩一郎 早川 延幸	26名

内分泌抄読会（水曜／17:00-17:30）

日程	テーマ／典拠	所属	担当者	対象者	参加人数
2024年4月9日 17:00-17:30	Association of TERT Promoter Mutation 1,295,228 C>T With BRAF V600E Mutation, Older Patient Age, and Distant Metastasis in Anaplastic Thyroid Cancer ／J Clin Endocrinol Metab 2015;100(4): E632-E637	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2024年4月16日 17:00-17:30	High incidence of diabetes mellitus after distal pancreatectomy and its predictors: a long-term follow-up study ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(3): 619-630	内分泌内科	安威 徹也	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2024年4月23日 17:00-17:30	Euglycemic ketoacidosis in two patients without diabetes after introduction of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor for heart failure with reduced ejection fraction ／Diabetes Care 2024;47(1): 140-143	内分泌内科	緒方 康祐	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2024年4月30日 17:00-17:30	Discontinuation of drug treatment in Cushing's disease not cured by pituitary surgery ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(4): 1000-1011	内分泌内科	廣尾 翼	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2024年5月7日 17:00-17:30	Dissecting anaplastic thyroid carcinoma: a comprehensive clinical, histologic, immunophenotypic, and molecular study of 360 cases ／Thyroid 2020;30(10): 1505 - 1517	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	5名
2024年5月14日 17:00-17:30	Association between a history of breast cancer and decreased thyroid cancer-specific mortality ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(5): 1222-1230	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年5月21日 17:00-17:30	Increased thyroid DPP4 expression is associated with inflammatory process in patients with Hashimoto thyroiditis ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(6): 1517-1525	内分泌内科	安威 徹也	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年5月28日 17:00-17:30	Effects of levothyroxine treatment on fertility and pregnancy outcomes in subclinical hypothyroidism: a systematic review and meta analysis of randomized controlled trials ／Thyroid 2024;34(4): 519-530	内分泌内科	緒方 康祐	内科医師, 専攻医, 研修医	2名
2024年6月4日 17:00-17:30	CD166-specific CAR-T cells potently target colorectal cancer cells ／Transl Oncol 2023;27: 101575	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年6月11日 17:00-17:30	Radiotherapy and paclitaxel plus pazopanib or placebo in anaplastic thyroid cancer (NRG/RTOG0912): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicenter, phase 2 trial ／Lancet Oncol 2023;24(2): 175-186	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2024年6月18日 17:00-17:30	Neuropsychiatric adverse effects of sympathetic glucocorticoids: a systematic review and meta-analysis ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(6): e1442-e1451	内分泌内科	安威 徹也	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2024年6月25日 17:00-17:30	From bench-to-bedside: how artificial intelligence is changing thyroid nodule diagnostics, a systematic review ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(7): 1684-1693	内分泌内科	岡本 真矢	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年7月2日 17:00-17:30	Orthostatic hypotension promotes the progression from mild cognitive impairment to dementia in type 2 diabetes mellitus ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(6): 1454-1463	内分泌内科	緒方 康祐	内科医師, 専攻医, 研修医	3名

日程	テーマ／典拠	所属	担当者	対象者	参加人数
2024年7月9日 17:00-17:30	Activated leukocyte cell adhesion molecule (ALCAM) / CD166 in pancreatic cancer, a pivotal link to clinical outcome and vascular embolism ／Am J Cancer Res 2021;11(12): 5917-5932	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	5名
2024年7月16日 17:00-17:30	Neonatal and early infancy features of patients with inactivating PTH/PTHrP signaling disorders/pseudohypoparathyroidism ／J Clin Endocrinol Metab 2023;108(11): 2961-2969	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2024年7月23日 17:00-17:30	Follicle-stimulating hormone and diabetes in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(8): 2149-2160	内分泌内科	相馬 優衣	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2024年7月30日 17:00-17:30	Cushing syndrome is associated with gut microbial dysbiosis and cortisol-degrading bacteria ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(6): 1474-1484	内分泌内科	加納 萌子	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年8月6日 17:00-17:30	Oncocytic cell carcinoma of the thyroid: a case report and an overview of the diagnosis, treatment modalities, and prognosis ／Cureus 2024;14(10): e30298	内分泌内科	緒方 康祐	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年8月13日 17:00-17:30	Evaluation of microvascular complications in kidney recipients with posttransplant diabetes mellitus ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(8): e1623-e1633	内分泌内科	安威 徹也	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年8月20日 17:00-17:30	Trizepatide improved markers of islet cell function and insulin sensitivity in people with T2D (SURPASS-2) ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(7): 1745-1753	内分泌内科	橋本 凌	内科医師, 専攻医, 研修医	2名
2024年8月27日 17:00-17:30	Efficacy and safety of switching to pasireotide in patients with acromegaly controlled with pegvisomant and first-generation somatostatin analogues (PAPE study) ／J Clin Endocrinol Metab 2018;103(2): 586-595	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	2名
2024年9月11日 17:00-17:30	Impact of preeclampsia and parity of sex-based discrepancies in subclinical carotid atherosclerosis in type 1 diabetes ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(9): e1759-e1767	内分泌内科	安威 徹也	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年9月25日 17:00-17:30	Association of reversal of renin suppression with long-term renal outcome in medically treated primary aldosteronism ／Hypertension 2023;80(9): 1909-1920	内分泌内科	緒方 康祐	内科医師, 専攻医, 研修医	2名
2024年10月2日 17:00-17:30	A SARS-CoV-2 interaction dataset and VHH sequence corpus for antibody language models ／arxiv 2024 https://arxiv.org/abs/2405.18749	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	2名
2024年10月9日 17:00-17:30	Pharmacological inhibition of alpha-synuclein aggregation within liquid condensates ／Nat Commun 2024;15(1): 3835	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2024年10月16日 17:00-17:30	Improvement of glycemic control and treatment satisfaction by switching from liraglutide or dulaglutide to subcutaneous semaglutide in patients with type 2 diabetes: a multicenter, prospective, randomized, open-label, parallel-group comparison study (SWITCH-SEMA 1 study) ／Diabetes Obes Metab 2023;25(6): 1503-1511	内分泌内科	安威 徹也	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年10月23日 17:00-17:30	Long-term outcome after bilateral adrenalectomy in Cushing's disease with focus on Nelson's syndrome ／Arch Endocrinol Metab 2019;63(5): 470-477	内分泌内科	緒方 康祐	内科医師, 専攻医, 研修医	2名

日程	テーマ／典拠	所属	担当者	対象者	参加人数
2024年11月13日 17:00-17:30	The small GTPase RAB10 regulates endosomal recycling of the LDL receptor and transferrin receptor in hepatocytes ／J Lipid Res 2022;63(8): 100248	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年11月20日 17:00-17:30	Long-term glucocorticoid exposure and incident cardiovascular diseases- the lifelines cohort ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(10): 2520-2529	内分泌内科	井原 晨吾	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年11月27日 17:00-17:30	Amino acid influx via LAT1 regulates iron demand and sensitivity to PPMX-T003 of aggressive natural killer cell leukemia ／Leukemia 2024;38(8): 1731-1741	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	2名
2024年12月4日 17:00-17:30	Carotid intima-media thickness I surgically or conservatively managed patients with primary hyperparathyroidism ／J Clin Endocrinol Metab 2024;109(12): e2342-e2347	内分泌内科	安威 徹也	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年12月11日 17:00-17:30	¹⁸ F-labeled PEGylated exendin-4 imaging noninvasively differentiates insulinoma from an accessory spleen: the first case report of [¹⁸ F] FB (ePEG12) 12-exendin-4 positron emission tomography/computed tomography for insulinoma ／Front Endocrinol (Lausanne) 2023;14:1245573	内分泌内科	緒方 康祐	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年12月18日 17:00-17:30	The hepatic niche leads to aggressive natural killer cell leukemia proliferation through the transferrin-transferrin receptor 1 axis ／Blood 2023;142(4): 352-364	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2024年12月25日 17:00-17:30	Postmarketing safety concerns of teprotumumab: a real world pharmacovigilance assessment ／J Clin Endocrinol Metab 2024;110(1): 159-165	内分泌内科	櫻井 和也	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2025年1月14日 17:00-17:30	Prospective multicenter registry-based study on thyroid storm: the guidelines for management from Japan are useful ／J Clin Endocrinol Metab 2024;110(1): e87-e96	内分泌内科	安威 徹也	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2025年1月21日 17:00-17:30	Case report: duplication of the GCK gene is a novel cause of nesidioblastosis: evidence from a case with Silver-Russell syndrome-like phenotype related to chromosome 7 ／Front Endocrinol (Lausanne) 2024;15:1431547	内分泌内科	緒方 康祐	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2025年1月28日 17:00-17:30	The hepatic niche leads to aggressive natural killer cell leukemia proliferation through the transferrin-transferrin receptor 1 axis ／Blood 2023;142:352-364	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2025年2月4日 17:00-17:30	Endogenous estrogens and brain activation during verbal memory encoding and recognition in the postmenopause ／J Clin Endocrinol Metab 2025;110(2): 452-461	内分泌内科	村部 寧紀	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2025年2月18日 17:00-17:30	Safety and efficacy of tizepatide as an add-on to single oral antihyperglycaemic medication in patients with type 2 diabetes in Japan (SURPASS I-combo): a multicenter, randomised, open-label, parallel-group, phase 3 trial ／Lancet Diabetes Endocrinol 2022;10(9): 634-644	内分泌内科	安威 徹也	内科医師, 専攻医, 研修医	4名
2025年2月25日 17:00-17:30	Utility of salivary cortisol and cortisone in the diagnostics of adrenal insufficiency ／J Clin Endocrinol Metab 2025;110(5): 1218-1223	内分泌内科	松田 泰輔	内科医師, 専攻医, 研修医	3名
2025年3月11日 17:00-17:30	Isolated neurosarcoidosis revealed by diabetes insipidus, visual loss and diplopia in a child patient: a diagnostic problem ／Clin Pediatr Endocrinol 2009;18(1): 51-54	内分泌内科	緒方 康祐	内科医師, 専攻医, 研修医	3名

日程	テーマ／典拠	所属	担当者	対象者	参加人数
2025年3月18日 17:00-17:30	Iron status correlates strongly to insulin resistance among US adults: a nationwide population-based study ／J Clin Endocrinol Metab 2025;110(3): 677-684	内分泌内科	薄井 喬史	内科医師, 専攻医, 研修医	2名
2025年3月25日 17:00-17:30	Alternative splicing of ALCAM enables tunable regulation of cell adhesion through differential proteolysis ／Sci Rep 2018;8(1): 3208	内分泌内科	小松 弥郷	内科医師, 専攻医, 研修医	2名

外科抄読会 (火曜/8:00~8:30)

日程	テーマ／典拠	所属	講師	対象者	参加人数
2024年4月2日	外科会議				
2024年4月9日	外科会議				
2024年4月16日	外科会議				
2024年4月23日	外科会議				
2024年4月30日	外科会議				
2024年5月7日	外科会議				
2024年5月14日 8:00-8:30	Gum Chewing and Coffee Consumption but not Caffeine Intake Improve Bowel Function after Gastrointestinal Surgery: a Systematic Review and Network Meta-analysis ／J Gastrointest surg 2023;27(8):1730-1745	専攻医	安次富 駿介	外科医師, 専攻医, 研修医	10名
2024年5月21日	外科会議				
2024年5月28日 8:00-8:30	The Risk of Adhesive Bowel Obstruction in Children With Appendicitis: A Systematic Review ／J Pediatr surg 2024;59(8):1477-1485	研修医	橋本 凌	外科医師, 専攻医, 研修医	14名
2024年6月4日	外科会議				
2024年6月11日 8:00-8:30	The Learning Curve of Da Vinci Robot-Assisted Hemicolectomy for Colon Cancer: A Retrospective Study of 76 Cases at a Single Center ／Front surg 2022;9:897103	専攻医	坂東 裕貴	外科医師, 専攻医, 研修医	10名
2024年6月18日	外科会議				
2024年6月25日 8:00-8:30	Treatment of Inguinal Hernia: Systematic Review and Updated Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials ／Ann Surg 2021;274(6):954-961	研修医	近山 裕香	外科医師, 専攻医, 研修医	12名
2024年7月2日	外科会議				
2024年7月9日	外科会議				
2024年7月16日	外科会議				
2024年7月23日	外科会議				
2024年7月30日 8:00-8:30	Robotic versus open partial pancreateoduodenectomy (EUROPA): a randomised controlled stage 2b trial ／Lancet Reg Health Eur 2024;39:100864	研修医	谷口 陽子	外科医師, 専攻医, 研修医	13名
2024年8月6日	外科会議				
2024年8月13日 8:00-8:30	Early Single-Center Experience of DaVinci® Single-Port (SP) Robotic Surgery in Colorectal Patients ／J Clin Med 2024;13(10):2989	医員	西川 裕太	外科医師, 専攻医, 研修医	10名
2024年8月20日	外科会議				
2024年8月27日 8:00-8:30	Textbook oncologic outcomes are associated with increased overall survival in patients with pancreatic head cancer after undergoing laparoscopic pancreaticoduodenectomy ／World J Surg Oncol 2024;22(1):43	研修医	二上 佳子	外科医師, 専攻医, 研修医	13名
2024年9月3日	外科会議				

日程	テーマ／典拠	所属	講師	対象者	参加人数
2024年9月10日 8:00-8:30	Preoperative and Intraoperative Risk Factors for Conversion of Laparoscopic Cholecystectomy to Open Cholecystectomy: A Systematic Review of 30 Studies ／Cureus 2023;15(10):e47774	専攻医	安次富 駿介	外科医師, 専攻医, 研修医	9名
2024年9月19日 8:00-8:30	Surgical Approach and Long-Term Recurrence After Ventral Hernia Repair ／JAMA surg 2024;159(9):1019-1028	研修医	沈 卓明	外科医師, 専攻医, 研修医	9名
2024年9月26日	外科会議				
2024年10月3日	外科会議				
2024年10月10日	外科会議				
2024年10月17日 8:00-8:30	The Prognostic Impact of Minimally Invasive Esophagectomy on Survival After Esophagectomy Following a Delayed Interval After Chemoradiotherapy: A Secondary Analysis of the DICE Study ／Ann Surg 2024;280(4):650-658	研修医	田中 大賀	外科医師, 専攻医, 研修医	6名
2024年10月24日	外科会議				
2024年10月31日	外科会議				
2024年11月7日	外科会議				
2024年11月14日	外科会議				
2024年11月21日	外科会議				
2024年11月28日	外科会議				
2024年12月5日	外科会議				
2024年12月12日	外科会議				
2024年12月19日	外科会議				
2024年12月26日 8:00-8:30	Long-Term Outcomes of Early Surgery vs Endoscopy First in Chronic Pancreatitis: Follow-Up Analysis of the ESCAPE Randomized Clinical Trial ／JAMA surg 2025;160(2):126-133	研修医	井原 晨吾	外科医師, 専攻医, 研修医	12名
2025年1月9日	外科会議				
2025年1月16日	外科会議				
2025年1月23日	外科会議				
2025年1月30日	外科会議				
2025年2月6日	外科会議				
2025年2月13日 8:00-8:30	Percutaneous inguinal canal semi-closure during laparoscopic repair for large indirect inguinal hernia ／Surg endosc 2025;39(3):2037-2043	研修医	廣尾 翼	外科医師, 専攻医, 研修医	7名
2025年2月20日	外科会議				
2025年2月27日	外科会議				
2025年3月6日	外科会議				
2025年3月13日	外科会議				
2025年3月20日	外科会議				
2025年3月27日	外科会議				

感染症研修会（インタラクティブカンファレンス）

日程	テーマ：主旨（Abstract）	所属	講師	対象者	参加人数
2024年5月7日 17:30-18:00	第1回感染症研修会 感染症診療の原則	感染症科	谷口 昌史	研修医, 専攻医, 等	28名
2024年5月21日 17:30-18:00	第2回感染症研修会 ペニシリン系抗菌薬の使い方	感染症科	元林 寛文	研修医, 専攻医, 等	27名
2024年6月4日 18:00-18:30	第3回感染症研修会 ペニシリン以外のβラクタム薬	感染症科	岩本 伸紀	研修医, 専攻医, 等	26名

日程	テーマ：主旨（Abstract）	所属	講師	対象者	参加人数
2024年6月18日 18:00-18:30	第4回感染症研修会 βラクタム以外の抗菌薬	感染症科	岩本 伸紀	研修医, 専攻医, 等	14名
2024年7月2日 17:30-18:00	第5回感染症研修会 風邪	感染症科	栃谷 健太郎	研修医, 専攻医, 等	19名
2024年7月16日 18:00-18:30	第6回感染症研修会 肺炎	感染症科	栃谷 健太郎	研修医, 専攻医, 等	19名
2024年8月6日 17:30-18:00	第7回感染症研修会 尿路感染症	感染症科	元林 寛文	研修医, 専攻医, 等	18名
2024年8月20日 18:00-18:30	第8回感染症研修会 小児の感染症総論	小児科	佐々木 真之	研修医, 専攻医, 等	32名
2024年9月10日 17:15-17:45	第9回感染症研修会 入院患者の発熱のみかた	感染症科	谷口 昌史	研修医, 専攻医, 等	13名
2024年9月24日 17:30-18:00	第10回感染症研修会 カテーテル関連血流感染症	感染症科	元林 寛文	研修医, 専攻医, 等	19名
2024年10月1日 17:30-18:00	第11回感染症研修会 感染性心内膜炎	感染症科	元林 寛文	研修医, 専攻医, 等	14名
2024年10月15日 18:00-18:30	第12回感染症研修会 敗血症	感染症科	栃谷 健太郎	研修医, 専攻医, 等	18名
2024年11月5日 18:00-18:30	第13回感染症研修会 皮膚軟部組織感染症	感染症科	山浦 義貴	研修医, 専攻医, 等	21名
2024年11月19日 18:00-18:30	第14回感染症研修会 インフルエンザ	感染症科	谷口 昌史	研修医, 専攻医, 等	19名
2024年12月3日 17:30-18:00	第15回感染症研修会 HIV/AIDS	感染症科	谷口 昌史	研修医, 専攻医, 等	23名
2024年12月24日 17:30-18:00	第16回感染症研修会 渡航感染症	感染症科	山浦 義貴	研修医, 専攻医, 等	23名
2025年1月21日 17:30-18:00	第17回感染症研修会 中枢神経感染症	感染症科	栃谷 健太郎	研修医, 専攻医, 等	17名
2025年2月4日 18:00-18:30	第18回感染症研修会 骨髄炎, 関節炎	感染症科	谷口 昌史	研修医, 専攻医, 等	11名
2025年2月25日 17:30-18:00	第19回感染症研修会 免疫不全の感染症	感染症科	栃谷 健太郎	研修医, 専攻医, 等	12名

放射線技術科研修会

日程	テーマ・主旨（Abstract）	所属	講師	対象者	参加人数
2024年5月29日 17:30-18:00	入職して「1年間で経験した印象に残った症例」	放射線技術科	岩田 彩里成 澤田 明日香 藤田 莉緒	病院全職員	22名
2024年7月23日 17:12-17:50	VINCENT 次期バージョン説明会	富士フィルム メディカル株式会社	富士フィルム	病院全職員	16名
2024年7月24日 17:30-18:05	アンケート結果報告（フリーコメント） 第42回診療放射線技師研修会の参加報告 今月の1例	放射線技術科	研修会担当 利久 法子 上青木 悠平	病院全職員	18名
2024年7月30日 16:00-17:15	血糖値測定システムについて	デクスコム	デクスコム	病院全職員	16名
2024年8月21日 17:30-18:00	これだけは知ってほしい！当直帯の脳MRI 臨床実習指導員講習会の参加報告	放射線技術科	大町 優介 小菅 友裕	病院全職員	17名
2024年9月25日 17:30-18:30	日当直で知っておきたい救急外傷診療について	放射線技術科	尾関 裕彦	病院全職員	16名

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年10月30日 17:30-18:30	安全性・患者急変時の対応～実践 MRI 編～	放射線技術科	MRI 担当 研修会担当	病院全職員	16 名
2024年11月22日 16:30-17:00	BLS 研修	放射線技術科	田嶋 志章	病院全職員	6 名
2024年11月27日 17:30-18:00	金医師依頼の全脊椎機能撮影に関するアンケート結果報告 学会参加報告 小児股関節 X 線撮影における生殖腺シールド～最近の動向～	放射線技術科	研修会担当 山本 晃豊	病院全職員	15 名
2024年12月11日 17:30-18:00	新しい血管造影装置の概略	放射線技術科	血管造影担当	病院全職員	22 名
2025年 1 月24日 17:30-18:00	アンギオ装置更新に伴う医療従事者の被曝線量低減効果	放射線技術科	田嶋 志章	病院全職員	13 名
2025年 1 月29日 17:30-18:00	造影検査時の急変対応シミュレーション	放射線技術科	CT 担当	病院全職員	35 名

薬剤部院内研修会

日程	テーマ：主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年 5 月21日 19:00-19:30	がん薬物療法 (レジメン) に関する研修会 「悪性リンパ腫レジメンについて」	薬剤部	三松 史野	薬剤師	25 名 (21 名)
2024年 6 月19日 14:00-14:30 2024年 6 月21日 - 8 月16日 e-ラーニング	ハイリスク薬 (危険薬) の注意点 ～マニュアル改訂の概要について～	薬剤部	大野 恵一	全職種	463 名
2024年 8 月 8 日 17:00-17:30	ER で使用する麻薬について	薬剤部	長戸 優也	研修医 全職種	19 名
2024年 8 月20日 19:00-19:30	がん薬物療法 (レジメン) に関する研修会 「副作用と支持療法～倦怠感・発熱性好中球減少症～」	薬剤部	本多 伸二	薬剤師	20 名 (17 名)
2024年10月24日 17:00-17:30	妊娠・授乳と薬	薬剤部	苅田 紗季	研修医 全職種	17 名
2024年11月19日 19:00-19:30	がん薬物療法 (レジメン) に関する研修会 「副作用と支持療法～悪心・嘔吐と制吐薬～」	薬剤部	大野 恵一	薬剤師	4 名 (2 名)
2024年11月28日 17:00-17:30	糖尿病治療薬	薬剤部	富家 穂乃香	研修医 全職種	15 名
2025年 1 月23日 17:00-17:30	静脈経腸栄養について	薬剤部	江波 瑞生	研修医 全職種	18 名
2025年 2 月18日 19:00-19:30	がん薬物療法 (レジメン) に関する研修会 「子宮頸がん・子宮体がんレジメンについて」	薬剤部	三松 史野	薬剤師	17 名 (15 名)
2025年 2 月27日 17:00-17:45	ステロイドについて	薬剤部	實光 由香	研修医 全職種	14 名
2025年 3 月22日 15:00-16:30	第 38 回京都市立病院地域医療連携における薬剤業務研修会 - 胃がん治療について -	腫瘍内科・肝 臓内科 薬剤部	桐島 寿彦 大野 恵一	薬剤師	25 名 (17 名)

臨床検査技術科研修会

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年 6 月 5 日 17:30-17:50	エコーセンターでの Asset Performance Management プロジェクト	臨床検査技術科	後藤 希	臨床検査技師	17 名
2024年 8 月 6 日 17:30-17:50	Her2 低発現乳癌について	臨床検査技術科	井上 翔太	臨床検査技師	16 名
2024年10月31日 17:30-18:00	THA TKA 術後患者における DVT 評価の取り組み FilmArray 消化管パネルが腸管アメーバ症の診断の一助になった 1 症例	臨床検査技術科	井上 歩 宮川 大樹	臨床検査技師	17 名

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年12月26日 17:30-18:00	聴力検査	臨床検査技術科	中西 桃香	臨床検査技師	17名
2025年1月28日 17:30-18:00	肺がん遺伝子変異の検出率向上を目的とした病理検査室の取り組み	臨床検査技術科	宮城 華那子	臨床検査技師	16名
2025年2月17日 17:30-18:00	FilmArray 髄膜炎・脳炎パネルが抗菌薬選択に有用であった髄膜炎の2症例	臨床検査技術科	塩田 彩花	臨床検査技師	12名
2025年3月10日 17:30-18:00	個人情報の漏えい防止～自分ごとのリスクマネジメント～	SOMPO リスクマネジメント株式会社	大賀 祐典	臨床検査技師	21名

臨床工学科研修会

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年4月8日	Maris の使用方法	フクダ電子	メーカー担当者	臨床工学技士	17名
2024年4月25日	人工呼吸器チェッカー Ventest と輸液ポンプチェッカー Vpad IV の取り扱い研修	株式会社 METS	メーカー担当者	臨床工学技士	16名
2024年5月8日 -2024年5月16日	医療機器管理システム Maris-Web 取り扱い研修会	フクダ電子	メーカー担当者 伊藤 禎章	看護師 看護助手 病棟クラーク	126名
2024年5月30日	閉鎖式吸引デバイス取り扱い研修会	コヴィディエン ンジャパン株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	16名
2024年5月31日	ポリグラフ装置説明ワークショップ	日本光電株式会社	メーカー担当者	医師 臨床工学技士 放射線技師	22名
2024年6月11日 2024年6月20日	Spectra Optia を用いた PE	TERUMO BCT 株式会社	メーカー担当者	医師 臨床工学技士	15名
2024年6月21日 2024年6月24日	内視鏡スコープ, デバイス勉強会	臨床工学科	福元 竜成 吉永 良子	看護師	13名
2024年6月27日	自動心マ装置 CLOVER の導入時取り扱い説明	コーケン メディカル	メーカー担当者	臨床工学技士	16名
2024年7月25日	ECMO プライミング研修会	臨床工学科	乗松 康平 足立 翔吾	臨床工学技士	16名
2024年9月24日 2024年10月11日	経皮血中ガス分圧モニタ 9200 研修会	臨床工学科	鳥生 真映	看護師	11名
2024年9月26日	イムノピュア説明会	日機装株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	16名
2024年10月22日	ハートスタート XL 研修会	臨床工学科	鳥生 真映	京北病院看護師	9名
2024年10月22日	TrilogyO2 plus 研修会	臨床工学科	鳥生 真映	京北病院看護師	10名
2024年11月28日	体外フォトフェレーシス (ECP) 説明会	マリクロット ファーマ株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	14名
2024年12月3日 2024年12月5日	BLS 研修	臨床工学科	鶴飼 将平 福元 竜成	臨床工学技士	11名
2024年12月12日 2024年12月20日	体外フォトフェレーシス (ECP) 治療説明会	マリクロット ファーマ株式会社	メーカー担当者	医師 看護師	11名
2025年1月6日	体外フォトフェレーシス (ECP) 取り扱い説明会	マリクロット ファーマ株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	6名

日 程	テーマ・主旨 (Abstract)	所 属	講 師	対象者	参加人数
2025年2月27日	フットポンプSCD7000の技術講習会	カーディナルヘルスケア株式会社	メーカー担当者	臨床工学技士	16名
2025年3月7日	ECMO・CHDF研修会	臨床工学科	足立 翔吾 福元 竜成	看護師	14名

看護部研修実施報告

日 程	テーマ・主旨 (Abstract)	所 属	講 師	対象者	参加人数
2024年4月4日 9:00-12:30	新規採用職員研修 末梢静脈ルート確保、採血 新人看護師年間教育プログラム説明 目標 1. 静脈採血が実施できる 2. 点滴のミキシングが実施できる 3. 看護部の概要を知る 4. 新人教育プログラムを知る	看護部	次世代育成委員会 乾 和江 本田 薫 大柿 深雪	新人看護師	41名
2024年4月4日 8:30-11:15	新規採用職員研修 防護服着脱 BLS 目標 1. 病院で働く医療者としての感染予防の基本を知る 2. 急変をおこさない体制を知る	看護部	感染対策リンクナース会 檜原 将吾	新人看護師	41名
2024年4月22日 9:00-12:30	看護業務に必要な知識の理解 目的 1. 看護業務に必要な知識（クリニカルパス、重症度、医療・看護必要度）の理解 目標 1. クリニカルパスの目的や使用方法について、基本的な理解ができる 2. 重症度、医療・看護必要度の意義を理解し、患者の重症度、医療・看護必要度の評価方法がわかる 3. 当院の教育システムと教育計画について、新人の1年間の予定（計画）を踏まえ理解できる 4. 看護師の責務として、自己の成長に向けた今後の自己目標（入社後3か月）を明確にできる	看護部	池田 零 次世代育成委員会 上野 美香	新人看護師	41名
2024年5月21日 9:00-12:15	多重課題への対応 目的 1. 多重課題（複数患者の受け持ちの中で看護を遂行する力を身につける） 2. 医療チームの一員としてのコミュニケーションの基礎を学ぶ 目標 1. 模擬事例で、複数患者を受け持つときの一日のケア計画を組み立てられる 2. 模擬事例で、複数患者を受け持つときに起こり得る症状やリスクを列挙できる 3. 予期せぬ事態が生じた場合に、事態の緊急性と重症度を踏まえて、ケア計画のリスケジュールが必要であることがわかる 4. 模擬事例を通して、系統立てた報告・連絡・相談（SBAR）のやり方がわかる	看護部	次世代育成委員会 山中 由美 大石 麻耶 深尾 沙紀	新人看護師	41名

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年5月30日 9:00-17:00	組織課題の解決 目的 病院の機能・役割と地域における自部署の役割を理解したうえで、変革理論・改革への道筋を理解する 目標 1. 組織改革を成し遂げることを理解する 2. 周囲を巻き込み、問題解決を組織的に進めるために必要な組織改革理論の概要がわかる 3. SMARTの理論を理解できる 4. コッターの8ステップを理解できる 5. 必要なデータが理解できる	看護部	山中 由美 教育委員会 長崎 有 荻野 葉子 吉田 倫美 阿部 友美 永田 智恵子	ラダーⅣ	5名
2024年6月5日 9:00-17:00	組織課題の探求 目的 リーダーとして視座を拡大し、病院機能の理解と地域における自部署の役割を理解したうえで、自部署の課題を抽出できる 目標 1. 組織的な視点を持ち、リーダーとしての自覚ができる 2. 部署のあるべき姿がわかる 3. 看護の質とは？それはどのように評価できるのかについて考えることができる 4. 当院の役割を踏まえて、自部署の問題を考えることができる	看護部	教育委員会 森川 久美 西木 小百合 長崎 有	ラダーⅢ	17名
2024年6月11日 15:00-17:00	臨床疑問1 目的 1. 臨床疑問の明確化について理解する 2. 文献検索について理解する 目標 1. 根拠に基づいた看護実践について概要を理解することができる 2. 自己の臨床疑問を挙げることができ 3. EBPを実践するためのプロセスを理解し、年間の取り組みをイメージできる 4. 文献検索の方法を知り、自身の臨床疑問に関する文献が検索できる	看護部	教育委員会 長崎 有 吉田 倫美 荻野 葉子 的野 早苗 林 裕子 塩谷 真理 大西 玲伊子	ラダーⅠ-Ⅱ	22名
2024年6月17日 10:00-15:00	臨床疑問2 目的 今年度の看護研究に取り組むための導入として臨床疑問から研究疑問を導き出す 目標 1. 研究のプロセスと研究活動の実際がイメージできる 2. 臨床疑問1研修での学びをふまえて、自身の看護実践から抽出した臨床疑問を言語化できる 3. 解決したい臨床疑問について、研究動機として記入することができる 4. 研究計画書の書き方、文献クリティークが理解できる	看護部	松村 優子 教育委員会 吉田 倫美 森田 志保 篠原 佐有子 仲江 恵子 大隅 喜子	ラダーⅡ	12名
2024年6月18日 9:00-12:30	急変前対応、急変時対応 目的 1. 急変患者へのアセスメント力を身につける 2. 急変時の対応技術を身につける 目標 1. 心肺停止患者の急変に至るまでの前兆・症状について理解できる 2. BLSのアルゴリズムが理解できる 3. 模擬急変事例で緊急処置・救命処置ができる (BLS実施・AEDの使用)	看護部	次世代育成委員会 山本 真理 小林 茜衣 石原 朋美 大川 はるか 江原 秀美	新人看護師	20名

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年6月21日 9:00-12:30	急変前対応, 急変時対応 目的 1. 急変患者のアセスメント力を身につける 2. 急変時の対応技術を身につける 目標 1. 心肺停止患者の急変に至るまでの前兆・症状について理解できる 2. BLSのアルゴリズムが理解できる 3. 模擬急変事例で緊急処置・救命処置ができる (BLS実施・AEDの使用)	看護部	次世代育成委員会 山本 真理 小林 茜衣 石原 朋美 大川 はるか 江原 秀美	新人看護師	20名
2024年6月28日 13:00-15:00	メンバーシップ 目的 メンバーシップの理解と看護チームにおける働きを知る 目標 チーム医療の構造を知り, 自身のメンバーシップのあり方を振り返ることができる	看護部	教育委員会的野 早苗 北澤 雄大 大久保 茜衣 所 春奈	ラダー I	15名
2024年7月1日 9:00-16:00	組織課題の解決 目的 病院の機能・役割と地域における自部署の役割を理解したうえで, 変革理論・改革への道筋を理解する 目標 1. SMARTの理論を用いて目標設定ができる 2. 組織変革理論8ステップに沿って問題解決のための戦略を考えられる 3. 問題解決の戦略を部署スタッフと協力して考えることができる 4. 必要なデータの追加とさらなる分析ができる	看護部	教育委員会 荻野 葉子 吉田 倫美 阿部 友美 永田 智恵子	ラダーIV	5名
2024年7月5日 14:00-16:00	臨床疑問1 目的 臨床疑問を絞り込み, 取り組むEBPプロセスの年間計画につなげる 目標 1. 文献を活用しEBPプロセスとして計画立案の考え方や枠組みを理解することができる 2. 研修受講者とのディスカッションを通し, 臨床疑問を明確にできる 3. 講義の聴講やファシリテーターのアドバイスを受けながら, 年間計画を立てることができる	看護部	教育委員会的野 早苗 林 裕子 塩谷 真理 大西 玲伊子	ラダー I - II	21名
2024年7月8日 9:00-16:00	組織課題の探求 目的 リーダーとして視座を拡大し, 病院機能の理解と地域における自部署の役割を理解したうえで, 自部署の課題を抽出できる 目標 1. 部署の課題を導き出すための考え方がわかる 2. フレームワークを活用し, 部署の現状について考えることができる 3. 評価するためにデータが必要であることが理解できる	看護部	乾 和江 教育委員会 荻野 葉子 吉田 倫美 出口 美佳 向井 裕子	ラダーIII	8名
2024年7月9日 17:30-18:00	高齢者看護研修1 高齢者の特徴を知ろう (高齢者看護概論) 目標 1. 高齢者の心身の特徴を理解できる 2. 研修内容を実践で活かすことができる	看護部	大田 恵子	ラダー II 以上	6名

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年7月13日 9:00-12:00	摂食嚥下障害看護研修1 目的 1. 安全に食べられるお口づくりをしよう 2. 摂食姿勢管理って思っている以上に大事 目標 1. 適切な観察・アセスメント・ケア提供ができ口腔環境の改善に繋げられる 2. 安全安楽な姿勢環境をつくることができ誤嚥性肺炎・窒息を予防できる	看護部	長谷川 優子 森 茂子	看護師	8名
2024年7月19日 13:00-15:00	リーダーシップ 目的 1. 自分も相手も尊重するアサーションについて学ぶことができる 2. リーダーシップ・ファシリテーションを理解することができる 目標 1. チーム内でのリーダー役割, チーム内でのファシリテーション役割を学び, 実践に活かすことができる 2. アサーティブコミュニケーションを実践することができる	看護部	教育委員会 森田 志保 覺生 智美 野口 明子 伏田 雄一	ラダーII	13名
2024年7月23日 17:30-18:00	感染対策1 1. 感染症の基礎知識 2. 抗菌薬の適正使用について 目標 1. 急性期医療を担う病院として知っておくべき感染症の基礎知識について学ぶ 2. 感染対策のエビデンスに基づいた看護実践ができる	看護部	石川 優	看護師	32名
2024年8月7日 13:00-17:00	メンバーシップ 目的 多重課題に対してメンバーシップについて理解を深めることができる 目標 シミュレーションを通してチームが有効に機能するためのメンバーシップを学び, 実践に活かすことができる.	看護部	教育委員会的 野 早苗 北澤 雄大 大久保 茜衣 所 春奈	ラダーI	15名
2024年8月7日 13:00-17:00	リーダーシップ 目的 多重課題に対してリーダーシップについて理解を深めることができる 目標 1. シミュレーションを通して急変時や多重業務に対して, リーダーシップを発揮することができる 2. カンファレンス時にファシリテーションを発揮することができる	看護部	教育委員会 森田 志保 覺生 智美 野口 明子 伏田 雄一	ラダーII	13名
2024年8月10日 9:00-12:00	臨床倫理研修1 事例から学ぼう, 臨床倫理 看護実践の中で遭遇する倫理的問題やジレンマに気づく 目標 1. 倫理的分析法としての4原則を理解できる 2. 倫理的対話を促す4分割法を用いて, 倫理カンファレンスを実践できる	看護部	西木 小百合 辻 克美 坂口 かおり	ラダーII 以上	17名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2024年 8 月13日 10:00-15:00	臨床疑問 2 目的 文献を用いて研究内容を検討できる 目標 研究に必要な倫理審査について理解することができる	看護部	上山 晃太郎 教育委員会 森田 志保 篠原 佐有子 仲江 恵子 大隅 喜子	ラダーⅡ	13名
2024年 8 月14日 17:30-18:00	高齢者看護研修 2 不快を最小限にするオムツケア 目標 1. 漫然と当てられるオムツの不快を理解できる 2. 生活を阻害しないオムツケアを理解できる 3. 研修内容を実践で活かすことができる	看護部	山田 寿美子	ラダーⅡ 以上	4名
2024年 8 月27日 17:30-18:00	感染対策 2 1. 薬剤耐性菌 2. 消化器感染症について 目標 1. 急性期医療を担う病院として知っておくべき感染症の基礎知識について学ぶ 2. 感染対策のエビデンスに基づいた看護実践ができる	看護部	水野 幸子	看護師	28名
2024年 8 月30日 9:00-17:00	組織課題の探求 目的 1. データに基づく質管理 2. 標準化・ベンチマークについて 3. フレームワークの活用 4. 分析に必要なデータとは 目標 1. フレームワーク（4つの視点の分析）についてディスカッションできる 2. 分析に必要なデータとは何かが分かる 3. 部署にあるデータの洗い出しができる	看護部	池田 零 教育委員会 荻野 葉子 吉田 倫美 出口 美佳 向井 裕子	ラダーⅢ	10名
2024年 9 月10日 13:15-16:30	倫理実践の基本的理解 目的 1. 倫理実践の基本（倫理原則と倫理的課題の振り返り方）を知る 2. 日常の実践の中にある倫理的課題に気づく力を養う 目標 1. 今までの業務で、患者の尊厳を尊重するうえでジレンマを感じた場面について説明できる 2. 倫理的課題の振り返り方を自分なりの言葉で説明できる 3. 日頃のモヤモヤから、倫理的課題に関する気づきが述べられる 4. 今後の看護に論理的な視点を持つための自己の課題が述べられる	看護部	辻 克美 次世代育成委員会 伊藤 千尋 藤原 花	新人看護師	38名
2024年 9 月18日 17:30-18:30	退院支援研修 1 地域と繋がる看護を知ろう 目標 1. 入院前から退院後までの患者支援体制について説明できる 2. 福祉制度について知る	看護部	入退院支援リ ンクナース	看護師経験 5年目以下	22名

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年9月21日 13:00-17:00	災害研修 目的 1. 災害拠点病院の看護師を自覚し、対応することの必要性を理解できる 2. 看護の専門知識を統合して災害時の看護実践に繋げる 目標 有事に看護師として対応するための知識と技術を身につける	看護部	黒木 さや子 浅 智彦 寺崎 昌美	ラダー I 以上	24名
2024年9月24日 17:30-18:00	感染対策 3 医療関連感染対策 1. カテーテル関連尿路感染 2. 手術部位感染 目標 1. 症例を通して尿路感染・手術部位感染予防対策を理解し実臨床で実践できる 2. 自部署において指導できる	看護部	石川 優	看護師	38名
2024年9月25日 17:30-18:00	高齢者看護研修 3 自然な排便を目指す 目標 1. 高齢者にとって適切な排便ケアをアセスメントし、ケア介入できる 2. 研修内容を実践で活かすことができる	看護部	阿部 成穂 廣瀬 由実	ラダー II 以上	5名
2024年10月4日 9:00-17:00	組織課題の解決 目的 病院の機能・役割と地域における自部署の役割を理解したうえで、変革理論・改革への道筋を理解する 目標 1. SMART の理論を用いて目標設定ができる 2. 組織変革理論 8 ステップに沿って問題解決のための戦略を考えられる 3. 問題解決の戦略を部署スタッフと協力して考え実践することができる 4. 組織変革理論 8 ステップに沿って、計画を修正できる	看護部	教育委員会 長崎 有 荻野 葉子 吉田 倫美 阿部 友美 永田 智恵子	ラダー IV	5名
2024年10月11日 13:30-16:00	臨床疑問 2 目的 看護研究の倫理審査、実践に向けて進めることができる 目標 研究に必要な倫理審査に向けての準備ができる	看護部	教育委員会 吉田 倫美 篠原 佐有子 仲江 恵子 大隅 喜子	ラダー II	12名
2024年10月15日 9:00-12:30	プライマリーケア実践のための看護過程展開の理解 目的 1. 病態や病期、治療の経過を踏まえた患者のニーズを理解する力を身につける 2. プライマリー患者の担当に向けた準備を整える 3. 病院で勤務する医療専門職者として、看護記録について理解を深める 目標 1. プライマリー患者に対して行う入院から退院までの一連の看護展開についてイメージできる 2. 自らが実践した看護ケアの実施内容・評価に関連する記録の仕方について理解できる 3. 自部署の代表的な疾患についての病態関連図が作成できる 4. 根拠に基づいたアセスメントの視点で看護記録を見直すことができる	看護部	乾 和江 次世代育成 委員会 加茂 昌子 松本 明香里 深尾 沙紀 水野 亜季 竹中 友希	新人看護師	19名

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年10月16日 9:00-12:30	<p>プライマリーケア実践のための看護過程展開の理解</p> <p>目的</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病態や病期, 治療の経過を踏まえた患者のニーズを理解する力を身につける 2. プライマリー患者の担当に向けた準備を整える 3. 病院で勤務する医療専門職者として, 看護記録について理解を深める <p>目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. プライマリー患者に対して行う入院から退院までの一連の看護展開についてイメージできる 2. 自らが実践した看護ケアの実施内容・評価に関連する記録の仕方について理解できる 3. 自部署の代表的な疾患についての病態関連図が作成できる 4. 根拠に基づいたアセスメントの視点で看護記録を見直すことができる 	看護部	乾 和江 次世代育成委員会 加茂 昌子 松本 明香里 深尾 沙紀 水野 亜季 竹中 友希	新人看護師	22名
2024年10月21日 17:30-18:00	<p>高齢者看護研修 4</p> <p>歳をとっても食べ続けたい オーラルフレイル・摂食嚥下・口腔ケア</p> <p>目標</p> <p>オーラルフレイル, 安全な経口栄養, 口内環境について学び, 実践の場で生かすことができる</p>	看護部	長谷川 優子	ラダーⅡ以上	4名
2024年10月22日 17:30-18:00	<p>感染対策 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 事例から学ぶカテーテル関連血流感染 2. 人工呼吸器関連肺炎 <p>目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急性期医療を担う病院として知っておくべき感染症の基礎知識について学ぶ 2. 感染対策のエビデンスに基づいた看護実践ができる 	看護部	金沢 律子	看護師	32名
2024年10月30日 15:00-17:00	<p>メンバーシップ</p> <p>目的</p> <p>メンバーシップの理解と看護チームにおける働きを知る</p> <p>目標</p> <p>チーム医療の構造を知り, 自身のメンバーシップのあり方を振り返ることができる</p>	看護部	教育委員会的野 早苗 北澤 雄大 大久保 茜衣 所 春奈	ラダーⅠ	18名
2024年11月5日 17:45-18:45	<p>高齢者看護研修 5</p> <p>高齢者の入院生活を支える技術を学ぶ (アクティビティケアについて)</p> <p>目標</p> <p>患者の個別性や症状に沿ったアクティビティケアについて検討し, 実践においても工夫できる</p>	看護部	大田 恵子 坂口 かおり 北川 陽子	ラダーⅡ以上	5名
2024年11月18日 13:00-15:00	<p>リーダーシップ</p> <p>目的</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自分も相手も尊重するアサーションについて学ぶことができる 2. リーダーシップ・ファシリテーションを理解することができる <p>目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. チーム内でのリーダー役割, チーム内でのファシリテーション役割を学び, 実践に活かすことができる 2. アサーティブコミュニケーションを実践することができる 	看護部	教育委員会 森田 志保 覺生 智美 野口 明子 伏田 雄一	ラダーⅡ	14名

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年11月29日 14:00-17:00	臨床疑問1 目的 EBPの実践プロセスを通し、根拠に基づいた看護実践を言語化できる 目標 1. EBPに基づく実践内容を報告することができる 2. 他部署の報告を聞き、学びを共有し、次年度につなげることができる	看護部	教育委員会 村上 あおい 西木 小百合 長崎 有 吉田 倫美 荻野 葉子 的野 早苗 林 裕子 塩谷 真理 大西 玲伊子	リーダー I - II	20名
2024年11月30日 9:00-12:00	臨床倫理研修2 ACPから学ぼう、臨床倫理「人生最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づき、看護師による意思決定支援の重要性に気づく 目標 説明と同意（インフォームド・コンセント）の場面において、患者の自己検定を支援するためのコミュニケーションスキル（感情表出を促す）を学ぶ	看護部	西木 小百合 辻 克美 東 由加里 坂口 かおり	リーダーII 以上	16名
2024年12月6日 13:00-17:00	メンバーシップ 目的 多重課題に対してメンバーシップについて理解を深めることができる 目標 シミュレーションを通してチームが有効に機能するためのメンバーシップを学び、実践に活かすことができる	看護部	教育委員会の 的野 早苗 北澤 雄大 大久保 茜衣 所 春奈	リーダーI	16名
2024年12月6日 13:00-17:00	リーダーシップ 目的 多重課題に対してリーダーシップについて理解を深めることができる 目標 1. シミュレーションを通して急変時や多重業務に対して、リーダーシップを発揮することができる 2. カンファレンス時にファシリテーションを発揮することができる	看護部	教育委員会 森田 志保 覺生 智美 野口 明子 伏田 雄一	リーダーII	14名
2024年12月7日 9:00-16:50	クリティカルケア研修 目的 1. 急変に気づける力を身につける 2. 急変後の対応を身につける 目標 1. BLSアルゴリズムに準じて実施できる 2. ALSアルゴリズムに準じて実施できる 3. 人工呼吸管理の基礎が理解できる 4. 神経評価の方法が理解できる	看護部	寺崎 昌美 的野 早苗 檜原 将吾	リーダーIII 以上	23名
2024年12月13日 9:00-16:00	組織課題の探求 目的 データに裏付けされた現状から、部署課題が導き出せる 目標 1. 部署の強み・弱みをふまえて部署の現状を明らかにすることができる（SWOT分析） 2. 現状から具体的な課題が明確になる（クロス分析）	看護部	教育委員会 荻野 葉子 吉田 倫美 出口 美佳 向井 裕子	リーダーIII	8名

日 程	テーマ・主旨（Abstract）	所 属	講 師	対象者	参加人数
2024年12月14日 9:00-12:00	摂食嚥下障害看護研修2 目的 1. 食事介助技術ひとつでわかる 2. 看護師も患者さんもキーパーソンも繋がろう 目標 1. 安全安楽な食事介助ができ、誤嚥性肺炎・窒息を予防できる 2. 入院中から退院までの看護ケアが展開できる	看護部	長谷川 優子 森 茂子	看護師	10名
2025年1月6日 9:00-16:00	組織課題の解決 目的 病院の機能・役割と地域における自部署の役割を理解したうえで、変革理論・改革への道筋を理解する 目標 1. SMARTの理論を用いて目標設定ができる 2. 組織変革理論8ステップに沿って問題解決のための戦略を考えられる 3. 問題解決の戦略を部署スタッフと協力して考え実践することができる 4. 組織変革理論9ステップに沿って、計画を修正できる	看護部	教育委員会 荻野 葉子 吉田 倫美 阿部 友美 永田 智恵子	ラダーⅣ	4名
2025年1月21日 13:00-16:00	災害時の看護、災害トリアージの理解 目的 1. 災害時の基本的な看護師の役割を理解できる 2. 災害時のトリアージについて理解できる 目標 1. 災害医療の基本的原則が理解できる 2. 災害医療の特徴がわかる 3. 災害トリアージの方法がわかる	看護部	次世代育成委員会 林 星奈 寺山 早苗 西田 翔子 岩崎 由美子 上山 晃太郎	新人看護師	38名
2025年1月31日 17:30-18:30	退院支援研修2 入退院支援看護師から学ぼう 目標 1. 入退院支援看護師の役割を理解できる 2. 福祉制度について理解できる	看護部	入退院支援リンクナース	看護師経験5年目以下	22名
2025年2月1日 13:30-14:30	組織課題の解決 院内合同研究発表会での発表 部署の課題解決に向けた計画・実践を報告できる プレゼンテーションの準備、実践を通して解決過程を振り返り、自部署での目標管理につなげることができる	看護部	教育委員会	ラダーⅣ	18名
2025年2月1日 14:40-15:45	臨床疑問2 目的 院内合同研究発表会での発表 目標 1. 研修成果として研究発表ができる 2. 部署で研究成果について伝達・共有できる	看護部	教育委員会	ラダーⅡ	18名
2025年2月7日 13:30-17:00	組織課題の探求 目的 データに裏付けされた部署の課題報告会 目標 1. 組織の現状と課題探求の過程を通して、自分の看護実践能力を向上させることができる 2. 柔軟かつ困難に立ち向かえる思考過程を学ぶ	看護部	教育委員会 荻野 葉子 吉田 倫美 出口 美佳 向井 裕子	ラダーⅢ	20名

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2025年2月21日 17:30-18:00	高齢者看護研修⑥ 実践に活かそう、看護計画を立ててみよう 目標 受け持ち患者（高齢者）の看護計画を学習してきた知識を活用し、見直すことができる	看護部	大田 恵子 坂口 かおり 北川 陽子	ラダーⅡ 以上	5名
2025年3月10日 9:30-16:30	対人援助論研修会 対人援助とスピリチュアルケア 目標 対人援助とスピリチュアルケアの重要性を理解し、看護実践やスタッフ教育に活かす	看護部	NPO 法人 対人援助・スピリチュアルケア研修会 村田 久行	副看護師長 認定看護師 専門看護師	25名
2025年3月14日 13:00-17:00	看護実践報告 目的 1. 年間の学びを通して、それぞれの看護の視点や気づき・学びを共有する場とする 2. 自分の言葉で「自身の看護」を語って看護観を見つめ直す機会とする 目標 1. 年間の学びを発表することで、多角的な評価を受けることができる 2. 自分の看護実践を客観的に振り返り、自己の課題に明確化することができる	看護部	次世代育成委員会 中川 麻衣 岡田 大樹	新人看護師	38名

BLS 研修会

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年4月5日 10:45-12:15	新規採用職員研修 救急医療体制とチーム医療 (BLS 研修)	診療部 看護部 医療安全推進室 臨床検査技術科 臨床工学科 栄養科 薬剤科 放射線技術科 リハビリテーション科	加納 萌子 寺井 慈人 古市 俊喜 嶺重 花 木谷 未紀子 檜原 将吾 長久 真紀子 坂本 竜也 福元 竜成 植木 明 長戸 優也 田嶋 志章 内田 真樹	コメディカル 事務職	17名
2024年6月19日 13:45-14:30	院内急変（心停止）に対する救命措置について、基本的なスキルを学ぶ	看護部 臨床検査技術科	梅田 一馬 檜原 将吾 道下 優子 坂本 竜也	看護師	7名
2024年7月22日 13:45-14:30	院内急変（心停止）に対する救命措置について、基本的なスキルを学ぶ	看護部	梅田 一馬 檜原 将吾 道下 優子	看護師 看護補助者	9名
2024年7月24日 16:15-17:15	院内急変（心停止）に対する救命措置について、基本的なスキルを学ぶ	看護部 医療安全推進室 薬剤科	坂口 真梨子 的野 早苗 長久 真紀子 楠川 侑吾 長戸 優也	薬剤師 医師	8名
2024年8月9日 9:00-10:00	院内急変（心停止）に対する救命措置について、基本的なスキルを学ぶ	看護部	大家 美里 栢森 啓太 木谷 未紀子	看護師 看護補助者 Dr. クラーク 委託職員	8名
2024年9月20日 17:30-18:30	院内急変（心停止）に対する救命措置について、基本的なスキルを学ぶ	看護部 臨床検査技術科	大田 優太 加茂 昌子 坂本 竜也	看護師 医師	16名

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年9月26日 17:30-18:30	院内急変（心停止）に対する救命措置について、基本的なスキルを学ぶ	看護部 医療安全推進室 臨床検査技術科 リハビリテーション科	石田 千晶 栢森 啓太 檜原 将吾 長久 真紀子 坂本 竜也 尾崎 紘平	看護師 看護補助者	12名
2024年10月4日 15:00-16:00	院内急変（心停止）に対する救命措置について、基本的なスキルを学ぶ	看護部 医療安全推進室 放射線技術科 リハビリテーション科	木谷 未紀子 長久 真紀子 田嶋 志章 上之 海 原田 洋一	医師 看護師 放射線技師 Dr. クラーク	18名
2024年10月29日 16:30-17:15	院内急変（心停止）に対する救命措置について、基本的なスキルを学ぶ	看護部 医療安全推進室 臨床工学科 放射線技術科 患者支援センター	江原 秀美 津田 磨美 吉田 倫美 長久 真紀子 鶴飼 将平 田嶋 志章 川勝 伸也 仲井 久美世	患者支援センター職員 看護師	18名
2024年11月14日 16:30-17:00	院内急変（心停止）に対する救命措置について、基本的なスキルを学ぶ	診療部 看護部 医療安全推進室 臨床検査技術科 患者支援センター	佐々木 真之 石田 千晶 大田 優太 斎藤 芽衣 津田 磨美 水野 亜季 向井 裕子 長久 真紀子 坂本 竜也 川勝 伸也 仲井 久美世	患者支援センター職員 看護師 看護補助者 管理栄養士	21名
2024年11月20日 17:30-18:30	院内急変（心停止）に対する救命措置について、基本的なスキルを学ぶ	診療部 看護部	佐々木 真之 大家 美里 坂口 真梨子 鈴木 恵 堤下 ひとみ 寺崎 昌美 檜原 将吾 松本 つばさ 三宅 真衣花	医師 看護師 病棟保育士	20名
2025年2月27日 15:30-16:00	院内急変（心停止）に対する救命措置について、基本的なスキルを学ぶ	診療部 看護部 臨床工学科 栄養科 薬剤科 放射線技術科	安威 徹也 古市 俊喜 檜原 将吾 的野 早苗 鶴飼 将平 植木 明 長戸 優也 田嶋 志章	医師 看護師 Dr. クラーク 手話通訳者	13名

内科カンファレンス

日程	テーマ：主旨 (Abstract)	所属	対象者	参加人数
2024年4月11日	感染性心内膜炎	感染症科	医師	15名
2024年4月18日	緩和ケア概論+ACP	緩和ケア科	医師	9名
2024年4月25日	糖尿病・内分泌 救急攻略法	内分泌内科	医師	10名
2024年5月2日	前を見て歩けません	救急科	医師	7名
2024年5月9日	腹痛	消化器内科	医師	18名
2024年5月16日	心電図	循環器内科	医師	10名

日程	テーマ：主旨（Abstract）	所属	対象者	参加人数
2024年5月23日	COPD	呼吸器内科	医師	20名
2024年5月30日	低ナトリウム血症について	腎臓内科	医師	10名
2024年6月6日	CPC	病理診断科	医師	25名
2024年6月13日	潜在性脳梗塞とESUS	脳神経内科	医師	13名
2024年6月27日	CAR-TとBITE	血液内科	医師	18名
2024年7月4日	研修医発表 (無菌性髄膜炎に尿閉を伴った一例)	循環器内科 脳神経内科	医師	16名
2024年7月11日	RSワクチンと肺炎球菌のワクチン	感染症科	医師	13名
2024年7月18日	研修医発表 (HCCの再発に対してTACEを行った症例)	腎臓内科 消化器内科	医師	23名
2024年7月25日	Dダイマー上昇！その時あなたは？	緩和ケア科	医師	38名
2024年8月1日	研修医発表 (高血圧を契機とした急性心不全発症の一例について)	消化器内科 循環器内科	医師	15名
2024年8月8日	麻薬	薬剤部	医師	6名
2024年8月15日	甲状腺癌研究	内分泌内科	医師	12名
2024年8月29日	研修医発表 (可能性甲状腺炎の一例について)	呼吸器内科 内分泌内科	医師	14名
2024年9月12日	高齢者失神事例の考察	救急科	医師	16名
2024年9月19日	化学療法	薬剤部	医師	8名
2024年9月26日	研修医発表 (COVID19感染後侵襲性肺アスペルギルス症を発症した一例)	感染症科 呼吸器内科	医師	11名
2024年10月10日	CPC	病理診断科	医師	12名
2024年10月31日	てんかんとはどのような病気か	脳神経内科	医師	14名
2024年11月7日	研修医発表 (オシメルチニブ内服中に心不全急性増悪をきたした一例)	内分泌内科 循環器内科	医師	15名
2024年11月14日	アフレーシスについて	腎臓内科	医師	12名
2024年11月21日	研修医発表 (EDKA症例)	血液内科 糖尿病代謝内科	医師	18名
2024年12月5日	CPC	病理診断科	医師	20名
2024年12月12日	悪性リンパ腫	血液内科	医師	11名
2025年1月9日	インスリン製剤とGLP-1受容体作動薬	糖尿病代謝内科	医師	17名
2025年1月30日	研修医発表 (思い込みは怖い！ERでの動悸を例に)	救急科	医師	14名
2025年2月6日	CPC	病理診断科	医師	19名
2025年2月13日	GLIM	栄養科	医師	19名
2025年2月20日	研修医発表 (胃癌の一例)	消化器内科	医師	14名
2025年3月13日	リハビリテーション～その種類や内容、安全管理、早期リハについて～	リハビリ科	医師	15名

化学療法勉強会

日程	テーマ：要旨（Abstract）	所属	講師	対象者	主催者名	参加人数
2024年6月18日 18:15-18:45	外来化学療法センターにおけるG-8 (Geriatric-8)を用いた多職種連携の取組	看護部	大柿 深雪	全職種	化学療法レジ メン委員会	15名
2024年9月17日 18:20-18:55	制吐薬適正使用ガイドラインについて	薬剤部	大野 恵一	全職種	化学療法レジ メン委員会	10名
2025年3月18日 18:15-18:55	婦人科癌の化学療法について	産婦人科	高橋 裕司	全職種	化学療法レジ メン委員会	10名

がん看護研修会（基礎編）

日程	テーマ・主旨（Avstract）	所属	講師	対象者	参加人数
2024年6月29日 9:30-16:30	2024年度がん看護研修 （ベーシックコース） ・がんの疫学・がんゲノム がんサバイバーシップにおける看護 ・早期からの緩和ケア ・がん手術療法看護 ・がん薬物療法看護 アピアランスケア ・がん放射線療法看護 就労支援 ・感情表出を促すコミュニケーションスキルを学ぶ ・看取り期の緩和ケア 病院・地域におけるがん看護・緩和ケア実践のための工夫や悩みを共有し、がん患者の治療を支えるための最新の知識やスキルを学び、がん患者が地域で安心して暮らすための看護実践能力を養う	がん医療連携センター 看護部管理室 5B病棟 5E病棟 7D病棟 外来	松村 優子 東 由加里 荻野 葉子 吉田 克江 大柿 深雪 森田 志保 中川 紀直 秋岡 かおる 本田 薫	院内・京北病院看護師・訪問看護師	25名

がん医療連携センター研修実施報告

日程	テーマ・主旨（Abstract）	所属	講師	対象者	参加人数
2024年5月22日 16:00-17:00	倫理的対話の広がりや限界 医療事故・患者家族対応と倫理コンサルテーション	いなば法律事務所／臨床倫理学会	稲葉 一人	院内全職員	59名
2024年9月28日 13:00-17:00	高齢がん患者のための意思決定支援研修会	いなば法律事務所／臨床倫理学会	稲葉 一人	院内・院外の医療従事者	
2024年10月4日 2024年10月5日 8:30-17:00	ELNEC-J コアカリキュラム看護師研修プログラム エンド・オブ・ライフ・ケアに関わる看護師のための研修	看護部管理室 副看護部長 看護部管理室 副看護部長 看護部管理室 副看護部長 日本バプテスト病院 洛和会訪問看護ステーション 京都看護大学 ファミリーホスピス京都北山ハウス 京都医療センター	松村 優子 東 由加里 吉田 克江 岡崎 典子 佐久間 美和 門田 典子 杉田 智子 落合 恵	京都府内の施設に勤務する看護師	23名
2024年10月17日 18:00-19:00	がんゲノム医療研修 講演1 「当院における BRCA 遺伝学的検査の現状」 講演2 「遺伝子パネル検査を成功させるための病理検体の取り扱いについて」	乳腺外科 臨床検査技術科	末次 弘実 野田 みゆき	院内・院外の医療従事者	35名

日程	テーマ・主旨 (Abstract)	所属	講師	対象者	参加人数
2024年11月2日 13:30-16:30	第1回緩和ケア地域カンファレンス 患者が主役！私たちは名脇役になっていますか ～安心できる療養環境をめざして～ 「骨転移への緩和照射 最新の Topics と当院での取り組み」 「まだできることはある！？難治性疼痛との付き合い方」 「在宅緩和ケア」 「最期の時間をともに、利用者様らしい生活を支える看護」 症例検討「緩和ケア病棟における症例」	放射線治療科 緩和ケア科 おがわ内科呼吸器内科医院 ケア21メディカル訪問看護・リハビリステーション び～す西院 緩和ケア病棟副看護師長	中村 清直 大西 佳子 近藤 健 北仲 裕実 森田 志保	院内・院外の医療・介護従事者 事務職員	71名
2025年2月21日 17:30-18:30	自殺未遂の医療対応 ～取り除かれるべき疾患の症状か、乗り越えるべき人生の苦悩か～	精神神経科	石田 明史	院内全職員	37名
2025年3月25日 17:30-18:45	ゲーム de 学ぼう治療と仕事の両立支援 講演「患者と医療者、ふたつの立場から見る治療と仕事の両立支援」 演習「両立支援ゲーム～主人公はあなた！治療と就労の道のり～」	看護部管理室副看護師長 がん相談支援センター	吉田 克江 楠 寿子	院内全職員	18名

健康教室「かがやき」

日程	会の形態	テーマ	所属	講師	対象者	主催者名	参加人数
2024年4月26日 14:30-15:30	講演	歯周病について	歯科口腔外科	南 小百合	一般市民	患者支援センター 地域連携室	36名
2024年5月24日 14:30-15:30		腎臓病と対応について ～よくある質問・疑問にお答えします～	腎臓内科	山本耕治郎			52名
2024年6月28日 14:30-15:30		手術が終わったのに抗がん剤治療を受ける必要があるのでしょうか？	呼吸器外科	村西 佑介			20名
2024年7月26日 14:30-15:30		健康寿命を延ばす食生活	栄養科	柳 亜子			56名
2024年8月23日 14:30-15:30		心不全のお話	循環器内科	松尾あきこ			56名
2024年9月27日 14:30-15:30		自分らしく生きるために ～緩和ケアについて考えよう～	緩和ケア科	大西 佳子			44名
2024年10月25日 14:30-15:30		骨粗鬆症とサルコペニアについて	整形外科	土井 浩平			84名
2024年11月22日 14:30-15:30		緑内障 ～40歳以上の20人に1人になる病気～	眼科	南 泰明			78名
2024年12月13日 14:30-15:30		月経困難症と女性の健康管理	産婦人科	小芝 明美			7名
2025年1月24日 14:30-15:30		知ってほしい甲状腺のこと	内分泌内科	小松 弥郷			57名
2025年2月28日 14:30-15:30		いきいきと自分らしく老いるには	看護部	大田 恵子			63名
2025年3月28日 14:30-15:30		脳梗塞について	脳神経内科	中谷 嘉文			75名

出前講座

日程	会の形態	テーマ	所属	講師	対象者	主催者名	参加人数
2024年4月30日 16:00-17:00	出前講演	HIV 学習会	副院長	清水 恒広	京都民医連 中央病院職 員	京都民医連 中央病院	36名
2024年8月26日 17:45-18:45		BLS 研修	看護部	寺崎 昌美 辻 克美 西村由紀子	介護福祉 士・介護支 援専門員	(福)京 都 福祉サービ ス協会	22名
2024年9月3日 10:00-11:00		地域で取り組む防災活動 ～能登地震から学ぶ～	看護部 事務局	寺崎 昌美 萱原 慎理	民生委員・ 地域包括支 援 セ ン ター・地域 住民他	竹の里地域 社会福祉協 議会	39名
2024年9月13日 14:30-15:30		お薬の正しい飲み方・使い方	薬剤部	山南 貴一	地域住民	京都市下京 老人福祉セ ンター	18名
2024年10月7日 10:00-11:00		認知症看護認定看護師から学ぶ認知症 について	看護部	坂口かおり	京都生協組 合員	京 都 生 協 東ブロック	18名
2025年1月27日 13:30-14:30		クスリの上手な付き合い方	薬剤部	山内 舞香	高齢者福祉 部会3班	京都市中京 区民生児童 委員会	40名
2025年1月30日 14:00-15:00		認知症予防の3ステップ	看護部	坂口かおり	地域住民	京都市右京 老人福祉セ ンター	13名

糖尿病教室

日程	会の形態	テーマ	所属	講師	対象者	主催者名	参加人数
2024年4月18日 15:00-16:00	講演	糖尿病の概論 糖尿病の食事療法	糖尿病代謝 内科 栄養科	小間 淳平 沢本 瑞穂	集団栄養指 導の方	糖尿病代謝 内科	2名
2024年7月18日 15:00-16:00		糖尿病と熱中症 知っておいて損はない 食事療法の話	糖尿病代謝 内科 栄養科	小暮 彰典 花川 卓子			3名
2024年10月17日 15:00-16:00		糖尿病の運動療法 秋の旬の食材の話題	糖尿病代謝 内科 栄養科	小間 淳平 原田 麻子			2名
2025年1月16日 15:00-16:00		糖尿病の話題 バランスの良い食事 について	糖尿病代謝 内科 栄養科	大西 佑弥 森岡 沙織			4名

母親教室

	日程	会の形態	テーマ	所属	対象	主催者名	参加人数
前中期	第4 水曜日 12回/年	講話	・妊娠の生理と異常 ・妊娠中の栄養について ・日常生活の注意点 ・乳房のケア ・妊娠中のお口の健康について	助産師 歯科衛生 士 栄養士	分娩予約をしている妊婦 が対象	看護部 4B 病棟	31名
後期	第2 水曜日 12回/年		・分娩の経過 ・入院病棟案内 ・安全なお産をするために ・お産後について	助産師			67名

がん患者・家族のサロン「みぶなの会」

日 程	会の形態	対象者	主催者名	参加人数
2024年5月22日 13:30-15:30	交流会、学習会	がん患者 及び家族	がん相談支援センター (がん医療連携センター)	5名
2024年7月24日 13:30-15:30				6名
2024年10月23日 13:30-15:30				10名
2025年2月26日 13:30-15:30				8名
				29名

がん患者・家族のサロン「みぶなの会」学習会

日 程	テーマ	所 属	講 師	参加人数
2024年5月22日 13:30-15:30	私のことは、私が決める！ ～「生きる基軸」を心にもつために～	京都大学大学院 医学研究科・医生物学 研究所 特任准教授	佐藤 恵子	5名
2024年7月24日 13:30-15:30	体に優しい食事と栄養	栄養科 管理栄養士	植木 明	6名
2024年10月23日 13:30-15:30	対話で広がる和と輪	頭頸部がん患者と家族の会 Kyoto		10名
2025年2月26日 13:30-15:30	「共感」を考える哲学対話	一般社団法人哲学相談おんころ代表理事	中岡 成文	8名

「地域医療フォーラム」開催内容

日程	テーマ	所属	講師	参加人数
2024年9月14日 からすま京都ホテル 瑞雲の間	<p>テーマ「足病変の診療と支援の最前線」</p> <p>第Ⅰ部 一般講演</p> <p>「治療をあきらめない！京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療」</p> <p>第Ⅱ部 特別講演</p> <p>「諦めない在宅医療を目指して」</p>	<p>糖尿病代謝内科 医長</p> <p>循環器内科 副部長</p> <p>臨床工学科 臨床工学技士</p> <p>皮膚科 医長</p> <p>整形外科 部長</p> <p>リハビリテーション科 理学療法士</p> <p>糖尿病看護認定看護師</p> <p>きむら心臓血管内科クリ ニック 院長</p>	<p>安威 徹也</p> <p>松永 晋作</p> <p>古川 修</p> <p>沢田 広子</p> <p>鹿江 寛</p> <p>岡田 あゆみ</p> <p>山内 光子</p> <p>木村 雅喜</p>	117名

みぶ病診連携カンファランス実施状況

日程	テーマ	所属	講師	参加人数
2024年4月25日 16:00-17:00	京都市立病院救急室を取り巻くいま現在	救急科	國嶋 憲	14名 (内院外8名)
2024年5月23日 16:00-17:00	京都市立病院眼科 ～診療アップデート～	眼科	眼科医師全員 吉田 麻理子 (視能訓練士)	23名 (内院外11名)
2024年6月27日 16:00-17:00	内分泌内科において進行中の臨床研究～医師主導治験を目指して～	内分泌内科	小松 弥郷	19名 (内院外12名)
2024年7月25日 16:00-17:00	骨転移への放射線治療 update	放射線治療科	中村 清直	15名 (内院外11名)
2024年8月22日 16:00-17:00	京都市立病院 総合外科における診療の実際～手術動画を中心に～	総合外科	秦 浩一郎	21名 (内院外13名)
2024年9月26日 16:00-17:00	異常子宮出血の診断と当院における低侵襲手術	産婦人科	小芝 明美	12名 (内院外8名)
2024年10月24日 16:00-17:00	症例を通して考える肺癌患者の包括的な地域連携	呼吸器外科	宮原 亮	16名 (内院外11名)
2024年11月28日 16:00-17:00	京都市立病院における糖尿病治療 ① SGLT2 阻害薬の適正使用について ② ダイアベティスの克服を目指して	糖尿病代謝内科	小間 淳平 小暮 彰典	24名 (内院外16名)
2024年12月26日 16:00-17:00	① ESUS (塞栓源不明の脳塞栓症) uptodate ② てんかんとは何か	脳神経内科	中谷 嘉文 村井 智彦	13名 (内院外7名)
2025年1月23日 16:00-17:00	当院における前立腺癌の病診連携について	泌尿器科	上山 裕樹	13名 (内院外9名)
2025年2月27日 16:00-17:00	① 最近ご紹介いただいた外耳道疾患から ② 当科手術における 4K3D 外視鏡の有用性	耳鼻いんこう科	村上 太孝 木下 翔太	22名 (内院外12名)
2025年3月27日 16:00-17:00	① 下顎枝に生じた中心性歯原性線維腫の一例 ② 当科における診療状況と現状・紹介が多い症例の紹介	歯科口腔外科	白井 陽子 井上 亮	9名 (内院外4名)
			令和6年度 合計	201名 (内院外122名)

令和6年度 ラウンド実績

AST ラウンド実績

ラウンド実施内容					
<p>【実施日時】 毎週 火・金曜日 13:30-15:30</p> <p>【参加職種】 医師・薬剤師・検査技師・看護師</p> <p>【ラウンド対象者】</p> <p>①血液培養陽性患者 ②指定抗菌薬使用患者 ③コンサルト症例 ④耐性菌による感染症患者</p> <p>⑤髄液培養陽性患者 ⑥15日以上注射抗菌薬使用患者</p> <p>【ラウンド内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 血液培養の結果から、まずは治療が必要な起因菌か治療が不要な汚染菌かの判断を行い、また起因菌と判断した場合は感染源を特定するために追加に必要な検査、また経験的治療として適切な抗菌薬の助言を主治医に行っている。また、抗菌薬の使用においては、各患者の腎機能、体格、重症度に合わせて十分な1回投与量を、適切な投与間隔で使用するように提案している。 起因菌が特定され薬剤感受性が判明すれば、不要な広域抗菌薬の長期使用を減らすため、適切な狭域抗菌薬へのde-escalationを症例に応じて推奨している。 抗MRSA薬、アミノグリコシド系薬やポリコナゾールでは、感染症治療上、十分な血中抗菌薬濃度が得られているかどうか、あるいは高濃度による副作用が出現しないかどうか、血中濃度測定が必要となる。これらの抗菌薬使用患者に対し、ASTが介入することにより適切な治療計画を立案している。 バンコマイシン濃度は院内で24時間測定することが可能で、予想に反する血中濃度が得られた場合には、今までの投与実態と血中濃度測定値結果から、薬剤科主導で投与シミュレーションを行い、以後の投与スケジュールを提案している。 院内では特に感染源隔離が必要となる多剤耐性菌保菌者が発生する。MRSAを始めとして、ESBL産生グラム陰性桿菌、VRE、多剤耐性緑膿菌などがそれに相当する。これらの保菌者が発見されると、当該病棟へ迅速に出向き、病棟内での伝播防止目的に、必要な感染対策（主として接触予防策）の指導を行っている。 アドバイスをを行った患者に関しては定期的にフォローアップを継続している。 					
日程	患者数	日程	患者数	日程	患者数
2024年4月2日	41名	2024年7月30日	27名	2024年11月26日	42名
2024年4月5日	31名	2024年8月2日	27名	2024年11月29日	37名
2024年4月9日	36名	2024年8月6日	30名	2024年12月3日	33名
2024年4月12日	30名	2024年8月9日	33名	2024年12月6日	35名
2024年4月16日	37名	2024年8月13日	32名	2024年12月10日	43名
2024年4月19日	41名	2024年8月16日	32名	2024年12月13日	42名
2024年4月23日	45名	2024年8月20日	32名	2024年12月17日	44名
2024年4月26日	37名	2024年8月23日	27名	2024年12月20日	44名
2024年4月30日	39名	2024年8月27日	31名	2024年12月24日	45名
2024年5月7日	52名	2024年8月30日	31名	2024年12月27日	36名
2024年5月10日	40名	2024年9月3日	32名	2025年1月7日	65名
2024年5月14日	40名	2024年9月6日	31名	2025年1月10日	40名
2024年5月17日	27名	2024年9月10日	38名	2025年1月14日	37名
2024年5月21日	34名	2024年9月13日	38名	2025年1月17日	32名
2024年5月24日	33名	2024年9月17日	39名	2025年1月21日	34名
2024年5月28日	45名	2024年9月20日	50名	2025年1月24日	36名
2024年5月31日	41名	2024年9月24日	50名	2025年1月28日	44名
2024年6月4日	49名	2024年9月27日	54名	2025年1月31日	41名
2024年6月7日	41名	2024年10月2日	48名	2025年2月4日	46名
2024年6月11日	33名	2024年10月4日	44名	2025年2月7日	45名
2024年6月14日	30名	2024年10月8日	49名	2025年2月14日	57名
2024年6月18日	35名	2024年10月11日	49名	2025年2月18日	45名
2024年6月21日	31名	2024年10月15日	50名	2025年2月21日	44名
2024年6月25日	32名	2024年10月18日	51名	2025年2月25日	47名
2024年6月28日	37名	2024年10月22日	42名	2025年2月28日	52名
2024年7月2日	44名	2024年10月25日	40名	2025年3月4日	54名
2024年7月5日	40名	2024年10月29日	42名	2025年3月7日	46名
2024年7月9日	38名	2024年11月1日	44名	2025年3月11日	44名
2024年7月12日	29名	2024年11月5日	41名	2025年3月14日	44名
2024年7月16日	27名	2024年11月12日	55名	2025年3月18日	42名
2024年7月19日	28名	2024年11月15日	40名	2025年3月21日	44名
2024年7月23日	28名	2024年11月19日	43名	2025年3月25日	35名
2024年7月26日	26名	2024年11月22日	40名	2025年3月28日	44名

NST ラウンド実績

日程	対象病棟	対象患者数	ラウンドメンバー	内容
2024年4月3日	3A 3D 5A	4名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	SGA, OAGによるスクリーニングや病棟からの依頼を元に対象患者を選定している。 提案及び活動内容 ・栄養状態の評価。 ・必要エネルギーとバランスの設定。 ・3大栄養素, 水分, ビタミン, ミネラルや微量元素の投与量の提案。 ・経腸・静脈栄養剤の種類, 投与量・投与スピード・経路の提案。 ・食型の提案。 ・栄養強化食品の提案。 ・半固形化の提案。 ・栄養指標検査のオーダ。 ・嚥下評価の提案。
2024年4月5日	3A 6C 6D 7D	5名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年4月10日	3D 5A 7C	4名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年4月12日	3A 6D 7C 7D	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年4月17日	7D	1名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年4月19日	3A 3D 5A 6A 6D 7C	10名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年4月24日	3A 5A 5B	4名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年4月26日	3D 5A 7C	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年5月1日	3A 5A 5B 7C 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年5月8日	3A 5A 5B 6A 7C	8名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年5月10日	3A 7C 7D	5名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年5月15日	3A 5A 6A 7C	9名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年5月17日	3D 5B	2名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年5月22日	3A 5A 7C	5名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年5月24日	5B 6D 7C	3名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年5月29日	3A 5A	3名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年5月31日	5A 5B 7C 7D	4名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年6月7日	3A 6A 7C	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年6月12日	3A 3D 6A	4名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年6月14日	5B 7C	4名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年6月19日	3A 3D 6A 7C	8名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年6月21日	5B 7C	2名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年6月26日	3A 3D 5A 6A 7C	5名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年6月28日	3A 6C	4名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年7月3日	3A 3D 6A 7C	7名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年7月5日	5A 5B	2名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年7月10日	3D 6A 6D 7C	5名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年7月12日	3A 5A 5B 6D 7C	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年7月17日	3A 5A 6D 7C 7D	8名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年7月19日	3A 5B 6C 6D 7C	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年8月2日	3A 3D 5B 6C 6D 7C 7D	14名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年8月7日	3A 5B 6C 6D 7C 7D	11名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年8月9日	3A 3D 6B 6C 6D	9名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年8月14日	3A 6C	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年8月16日	3A 3D 6C 6D 7C 7D	12名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年8月23日	3A 3D 6C 7C	8名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年8月28日	3A 4B 5B 6C 7D	9名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年8月30日	3D 5B 6C 7C	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年9月4日	3A 4B 5A 6C 7D	8名	医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年9月6日	3D 5A 5B 6D 7C	7名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年9月11日	3A 5A 6A 6C 7C	9名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年9月13日	3D 4B 5A 6D 7C	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年9月18日	3A 3D 7C 7D	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年9月20日	3D 4B 5A 6D 7C	7名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	
2024年9月27日	3A 3D 4B 5B 7C 7D	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	

日 程	対象病棟	対象患者数	ラウンドメンバー	内 容	
2024年10月2日	5A 6A 6C 7C	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師	SGA、OAGによるスクリーニングや病棟からの依頼を元に対象患者を選定している。	
2024年10月4日	3A 3D 5A 5B 7C	9名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年10月9日	3A 3D 5A 6A 6C 7C	11名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年10月11日	3D 5A 6D 7C	4名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年10月16日	3A 3D 6C 6D 7C	7名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年10月18日	3D 5A 6A 6C 7C	7名	医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年10月23日	3D 5A 5B 6D 7C 7D	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年10月25日	3A 3D 5A 6C 7C	7名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年10月30日	3D 5A 6A 6C 6D 7C	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年11月1日	3A 3D 5B 7C	4名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年11月6日	3A 3D 5A 6A 7C	5名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年11月8日	5A 5B 6A 6D 7C	4名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年11月15日	3D 5A 6A 6C 7C	8名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年11月20日	3D 5A 7C	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年11月22日	5A 6A 6B 6D	4名	医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年11月27日	3D 5B 7C	3名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年11月29日	3D 5A 6A 7C	8名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年12月4日	3D 4B 5A 7C	7名	医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年12月11日	3A 3D 4B 5A 6A 6D 7C	7名	医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年12月13日	3A 5A	5名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		提案及び活動内容 <ul style="list-style-type: none"> ・栄養状態の評価. ・必要エネルギーとバランスの設定. ・3大栄養素, 水分, ビタミン, ミネラルや微量元素の投与量の提案. ・経腸・静脈栄養剤の種類, 投与量・投与スピード・経路の提案. ・食型の提案. ・栄養強化食品の提案. ・半固形化の提案. ・栄養指標検査のオーダ. ・嚥下評価の提案.
2024年12月20日	3A 4B 5A 6C 7C	9名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年12月25日	3A 4B 6C	4名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2024年12月27日	3A 5A 6A 6C	4名	医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年1月10日	3A 4B 5A 6A 6C	6名	医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年1月15日	3A 3D 6A 6D 7D	5名	医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年1月22日	4B 6B 6C 7D	5名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年1月24日	3D 5A 6A 6B 7C	5名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年1月29日	3D 4B 6B 7C	4名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年1月31日	6A 6B 6C 7C 7D	6名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年2月5日	6C 7C	2名	医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年2月7日	3D 4B 5A 6B 6C 7C 7D	9名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年2月12日	3A 3D 4B 5A 6A 6B 7C	10名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年2月19日	3A 6B 7C	5名	医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年2月21日	3A 3D 4B 5A 6A 6C 7C	9名	医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年2月26日	3A 4B 5A 6B	7名	医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年2月28日	3A 3D 6B 7C	7名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年3月5日	3A 3D 5A 6A 6D	7名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年3月7日	3D 6A 6B 7C	10名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年3月12日	3A 3D 5A 6A 6C	9名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年3月14日	3A 3D 6A 6B 6C 7C	10名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年3月21日	3A 3D 4B 6A 7D	10名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年3月26日	3A 5A 6A 6B 6C	9名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		
2025年3月28日	3D 6A 6C 7C 7D	5名	医師 歯科医師 薬剤師 栄養士 看護師		

緩和ケアラウンド実績

日時	病棟	患者数	担当者	内容
2024年4月1日	3A 3D 4B 6A 6B 6C 6D 7D	9名	医師 看護師 臨床心理士	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて、週1〜5回、医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして、緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている。 ・緩和ケアチームの介入にあたり、ラウンド開始前に主治医や担当医、担当看護師を交えたカンファレンスを行い、患者の状態等の把握につとめる。 ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には、担当看護師を交えて情報共有を行った後、ベッドサイドに行き、直接患者や患者家族の希望を確認している。 ・疼痛コントロールの依頼では、薬剤の種類（NSAIDs、オピオイド、鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に、神経ブロックの適応などについても提案を行っている。 ・精神症状ケアでは、不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を、不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている。 ・食事状況を確認し、栄養相談にのり、本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている。 ・患者の希望に寄り添いながら、退院調整や社会資源の情報提供を行っている。
2024年4月2日	3A 3D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月3日	3A 3D 4A 4B 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月4日	4A 4B 5B 6A 6C 6D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月5日	3A 5B 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月8日	3A 4B 5B 6A 6B 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月9日	4A	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月10日	3A 4A 4B 5B 7D	5名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年4月11日	4A 6A 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月12日	4A 4B 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月15日	6A 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月16日	4A	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月17日	4A 4B 6D 7C 7D	7名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年4月18日	6A 7C 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月19日	4A 4B 7C 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月22日	4B 6A 6D 7C 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月23日	7C 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月24日	4A 4B 6D 7C 7D	7名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年4月25日	4A 6A	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月26日	4A 4B 6D 7C 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年4月30日	4A 6A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月1日	4B 5B 6C 7C 7D	8名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年5月2日	4A 4B 6A 7D	10名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月7日	5B 6D 7C 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月8日	4B 6A 6D 7D	7名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年5月9日	4A 6A 6D 7C 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月10日	4A 4B 6D 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月13日	3D 4A 4B 6A 6D 7D	11名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月14日	5B 6D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月15日	4B 6A 6D 7D	4名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年5月16日	4A 6A 6D 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月17日	4A 4B 6A 6D 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月20日	4B 6A 6D 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月22日	4A 4B 6A 7D	6名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年5月23日	4A 5B 6C	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月24日	4A 4B 6C	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月27日	4B 5B 6C	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月28日	6A 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年5月29日	3A 4B 7D	6名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	

日時	病棟	患者数	担当者	内容
2024年5月30日	4A 4B 6A 6C	5名	医師 看護師 臨床心理士	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて、週1〜5回、医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして、緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている。 ・緩和ケアチームの介入にあたり、ラウンド開始前に主治医や担当医、担当看護師を交えたカンファレンスを行い、患者の状態等の把握につとめる。 ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には、担当看護師を交えて情報共有を行った後、ベッドサイドに行き、直接患者や患者家族の希望を確認している。 ・疼痛コントロールの依頼では、薬剤の種類（NSAIDs、オピオイド、鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に、神経ブロックの適応などについても提案を行っている。 ・精神症状ケアでは、不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を、不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている。 ・食事状況を確認し、栄養相談のり、本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている。 ・患者の希望に寄り添いながら、退院調整や社会資源の情報提供を行っている。
2024年5月31日	3A 4A 4B 5B 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月3日	3A 4B 6C 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月4日	3A 4B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月5日	4A 4B 6C 7D	5名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年6月6日	4A 4B 5B 6C	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月7日	4A 6C	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月10日	4B 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月11日	4A 5B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月12日	5B 7D		医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年6月13日	4A 4B 5B	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月14日	4A 6A 6C	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月17日	4A 4B 5B 6C	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月18日	4A 5B 6A 6C 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月19日	6A 6C 7D	5名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年6月20日	4A 6C	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月21日	4A 6A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月24日	4A 4B 6C 6D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月25日	4A 5B 6A	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月26日	6C 6D	2名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年6月27日	4B 6A 6C 6D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年6月28日	4A 5B 6A 6C 6D	9名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月1日	4A 4B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月2日	6A 6D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月3日	6A 6D	3名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年7月4日	4A 6A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月5日	3B 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月8日	4B	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月9日	4A 4B 6D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月10日	4A 6D	3名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年7月11日	6D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月12日	4A 5B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月16日	4B 6C 6D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月17日	4A 4B 6D	5名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年7月18日	3D 4A 4B 6C 6D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月19日	4A 4B 5B	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月22日	4B 5B	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月23日	4B 6C	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月24日	4A 4B 6A 6D	5名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年7月25日	6A 6C 6D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月26日	4A 5B 6A	4名	医師 看護師 臨床心理士	

日時	病棟	患者数	担当者	内容
2024年7月29日	4A 4B 5B 6C 6D	9名	医師 看護師 臨床心理士	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて、週1〜5回、医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして、緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている。 ・緩和ケアチームの介入にあたり、ラウンド開始前に主治医や担当医、担当看護師を交えたカンファレンスを行い、患者の状態等の把握につとめる。 ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には、担当看護師を交えて情報共有を行った後、ベッドサイドに行き、直接患者や患者家族の希望を確認している。 ・疼痛コントロールの依頼では、薬剤の種類（NSAIDs、オピオイド、鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に、神経ブロックの適応などについても提案を行っている。 ・精神症状ケアでは、不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を、不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている。 ・食事状況を確認し、栄養相談のり、本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている。 ・患者の希望に寄り添いながら、退院調整や社会資源の情報提供を行っている。
2024年7月30日	3D 4A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年7月31日	6C 6D 7C 7D	5名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年8月1日	4B 6C 6D 7C 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月2日	6C 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月5日	4B 5C 6C 6D 7C 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月6日	3B 4B 7C	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月7日	4A 4B 6D 7C 7D	6名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年8月8日	4B 7C 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月9日	4A 4B 6A 6D 7C 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月13日	3B 4A 6A 6D 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月14日	4B 6A	2名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年8月15日	4A 4B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月16日	6A	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月19日	3B 6A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月20日	6A 6C 6D 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月21日	4A 4B 6A	4名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年8月22日	3B 4B 6A	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月23日	4A 5B	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月26日	4B 6A 6C 6D 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月27日	6C 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月28日	4A 6A 7D	5名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年8月29日	4A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年8月30日	4A 5B 6A 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月2日	5B 6A 6C 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月3日	3A 5B 6A 6C	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月4日	4A 7C	3名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年9月5日	4A 5B 7C	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月6日	4A 5B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月9日	4A 7C	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月10日	5B	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月11日	4A 7C	3名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年9月12日	4A 4B 6C	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月13日	5B 6C	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月17日	4A 5B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月18日	4A	1名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年9月19日	4A		医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月20日	4A 4B 5B 6C 6D 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月24日	4A 6C 6D 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月25日	4A 4B 6A 6C 6D 7D	11名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	

日時	病棟	患者数	担当者	内容
2024年9月26日	4A	2名	医師 看護師 臨床心理士	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて、週1～5回、医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして、緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている。 ・緩和ケアチームの介入にあたり、ラウンド開始前に主治医や担当医、担当看護師を交えたカンファレンスを行い、患者の状態等の把握につとめる。 ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には、担当看護師を交えて情報共有を行った後、ベッドサイドに行き、直接患者や患者家族の希望を確認している。 ・疼痛コントロールの依頼では、薬剤の種類（NSAIDs、オピオイド、鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に、神経ブロックの適応などについても提案を行っている。 ・精神症状ケアでは、不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を、不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている。 ・食事状況を確認し、栄養相談のり、本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている。 ・患者の希望に寄り添いながら、退院調整や社会資源の情報提供を行っている。
2024年9月27日	4A 5B 6A	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年9月30日			医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月1日			医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月2日	4A	1名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年10月3日			医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月4日			医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月7日	4A 5B 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月8日	5B 6A 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月9日	4A 5B 6A 6C 6D 7C 7D	13名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年10月10日	4A 4B 5B 6A	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月11日	4A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月14日	6C 7C 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月15日	6C 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月16日	4A 6A 6C 6D 7D	11名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年10月17日	4A 6A 6C 7C 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月18日	4A 6A 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月21日	5B 6A 7C 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月22日	6A 6C 7C 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月23日	4A 5B 6C 7C 7D	10名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年10月24日	5B 7C 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月25日	4A 6A 6C 7C 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月28日	5B 6C 6D 7C 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年10月30日	4A 5B 6A	3名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年10月31日	6A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月5日	4B 6C 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月6日	4A 4B 5B 6A 6C 6D 7D	12名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月7日	4A 6A 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月8日	4A 4B 6A 6D 7D	9名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月11日	4B 6A 6D 7D	10名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月12日	6D 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月13日	4A 4B 5B 6A 6D 7C 7D	15名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年11月14日	4B 5B 6A 6C 7C 7D	9名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月15日	4A 4B 6C 7C 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月18日	4B 5B 6C 6D 7C	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月19日	4A 6D 7C 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月20日	4A 5B 6A 6C 6D 7C 7D	11名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年11月21日	4A 6A 6D 7C 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月22日	6A 6D 7C 7D	9名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月25日	6A 6D 7C 7D	11名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月26日	6A 6D 7C	5名	医師 看護師 臨床心理士	

日時	病棟	患者数	担当者	内容
2024年11月27日	4A 5A 5B 6A 6D 7C 7D	11名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて、週1~5回、医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして、緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている。 ・緩和ケアチームの介入にあたり、ラウンド開始前に主治医や担当医、担当看護師を交えたカンファレンスを行い、患者の状態等の把握につとめる。 ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には、担当看護師を交えて情報共有を行った後、ベッドサイドに行き、直接患者や患者家族の希望を確認している。 ・疼痛コントロールの依頼では、薬剤の種類（NSAIDs、オピオイド、鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に、神経ブロックの適応などについても提案を行っている。 ・精神症状ケアでは、不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を、不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている。 ・食事状況を確認し、栄養相談のり、本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている。 ・患者の希望に寄り添いながら、退院調整や社会資源の情報提供を行っている。
2024年11月28日	4A 5B 6A 6D 7C 7D	14名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年11月29日	4B 5A 6A 6D 7C 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月2日	4B 6A 6D 7C 7D	9名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月3日	4B 6A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月4日	4A 4B 5B 6A 6D 7C 7D	11名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年12月5日	4A 6A 7C 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月6日	4A 4B 5B 6A 7C 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月9日	4B 6A 7C 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月10日	6D 7C	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月11日	6A 6D 7C 7D	7名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年12月12日	4A 4B 6D 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月13日	4A 4B 5B 6A 6D 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月16日	4A 4B 6A 6D 7C	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月17日	4B 6A 7C 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月18日	4B 6D 7C 7D	4名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年12月19日	4A 4B 5B 6A 7C 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月20日	3A 4B 6A 7C 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月23日	3A 4A 4B 6A 7C 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月24日	3A 4B 6A 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月25日	4A 4B 5B 6A 6C 7C	11名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2024年12月26日	4B 6A 6C	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2024年12月27日	4B 6A 6C 6D 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月6日	4B 6A 6D 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月7日	4B 6A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月8日	4A 4B 6A 6D 7D	8名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2025年1月9日	6A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月10日	4A 4B 6A 6D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月14日	4B 6D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月15日	4A 4B 6A 6D 7D	7名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2025年1月16日	4A 6A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月17日	4A 6A 6D 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月20日	6A 6D 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月21日	3B 7D	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月22日	3B 4A 6A 6D 7C	8名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2025年1月23日	3B 4B 6A 6D 7C	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月24日	3B 4A 4B 5A 6A 6D 7C	10名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月27日	3B 5A 6A 6D 7C	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月28日	3B 6A 6C 6D 7C	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年1月29日	3B 4A 4B 6A 6C 6D 7C	9名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	

日時	病棟	患者数	担当者	内容
2025年1月30日	3B 6A 6C 6D 7C	5名	医師 看護師 臨床心理士	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアラウンドは患者の状態に応じて、週1～5回、医師・精神神経科医師・看護師・薬剤師等をメンバーとして、緩和ケア診療の依頼のあった患者の回診を行っている。 ・緩和ケアチームの介入にあたり、ラウンド開始前に主治医や担当医、担当看護師を交えたカンファレンスを行い、患者の状態等の把握につとめる。 ・週1回の緩和ケアチーム全体ラウンドの際には、担当看護師を交えて情報共有を行った後、ベッドサイドに行き、直接患者や患者家族の希望を確認している。 ・疼痛コントロールの依頼では、薬剤の種類（NSAIDs、オピオイド、鎮痛補助薬等）や投与量等に関する提案を中心に、神経ブロックの適応などについても提案を行っている。 ・精神症状ケアでは、不眠やせん妄に対しては薬剤の提案を、不安に対しては傾聴や心理療法などを行っている。 ・食事状況を確認し、栄養相談のり、本人が食べやすい食事形態や味付けなどの調整を行っている。 ・患者の希望に寄り添いながら、退院調整や社会資源の情報提供を行っている。
2025年1月31日	3B 4A 4B 5B 6A 6D 7C	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月3日	4A 5B 6A 6D 7C	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月4日	6A 6D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月5日	4A 4B 5B 6A 6D	8名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2025年2月6日	4A 4B 5B 6D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月7日	4A 6D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月10日	4A 5B 6D 7D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月12日	4A 4B 5B 6C 6D 7D	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月13日	4A 4B 5B 6D	6名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2025年2月14日	4A 6D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月17日	5B 6D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月18日	4B	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月19日	4A 4B 5B 6C 6D 7D	8名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2025年2月20日	4A 6D 7D	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月21日	4A 4B 6C 6D 7D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月25日	4B 6C 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月26日	4A 4B 6C 6D 7D	9名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年2月27日	4B 6D 7D	4名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2025年2月28日	4A 4B 5B 6D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月3日	4A 5B	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月4日	4A 5B 6A 6C 6D 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月5日	4A 5B 6C 6D 7D	8名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2025年3月6日	4A 6A 6C 6D 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月7日	4A 5B 6A 6C 6D 7C	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月10日	6A 6C 6D	6名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2025年3月11日	5B 6A 6C 6D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月12日	4A 6B	4名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2025年3月13日	4A 5B 6A 6D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月14日	4A 5B 6A 6C 6D 7C	8名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月17日	4B 6C 6D 7D	4名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月18日	6A 6D 7D	3名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月19日	4A 6A 6C 6D 7D	9名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2025年3月21日	4A	1名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月24日	3A 4B 6A 6C 6D	6名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月25日	6A	2名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月26日	3A 4A 4B 6A 6C 6D 7D	10名	医師 精神神経科医師 看護師 薬剤師 栄養士 MSW 臨床心理士	
2025年3月27日	3B 4A 6A 6D	5名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月28日	3B 4A 6A 6C 6D	7名	医師 看護師 臨床心理士	
2025年3月31日	3B 4A 4B 6A 6D 7D	7名	医師 看護師 臨床心理士	

褥瘡ラウンド実績

日程	病棟	患者数	担当者	内容
2024年4月12日 14:30-16:30	3A 4B 5A 6A	5名	皮膚科医師 奥沢 康太郎	褥瘡の評価, 治癒判定, 薬剤指示変更, 栄養管理の提案 褥瘡に影響を与える可能性のある薬剤情報提供 褥瘡疑い症例の皮膚評価, 褥瘡診断及び褥瘡除外
2024年4月26日 14:30-14:45	6D	1名	牛田 真奈加 中村 健太郎	
2024年5月10日 14:30-16:45	4B 5E 6A	5名	看護師 白岩 喜美代	病棟看護師へ指導 ・看護計画修正 ・看護指示入力と実施入力 ・栄養補助食品摂取状況の記録 ・経過表の観察項目入力 ・SGA 評価修正 ・DESIGN-R2020 評価修正 ・定期的な写真記録と写真を参考にしたDESIGN-R2020 評価 ・ギャッチアップ座位で食事介助時の除圧ケア, ポジショニング ・創傷処置, 重度褥瘡処置コストチェック ・保湿ケア強化 ・薬剤処置方法, 壊死組織を伴う褥瘡の洗浄方法, テープやフィルムドレッシングの剥がし方, モイスキンパッドとココロールを併用した保護方法 ・褥瘡治癒部の再発予防ケア ・退院支援 在宅療養環境調整について
2024年6月14日 14:30-15:00	4B	2名	山田 寿美子 喜田 裕子	
2024年6月28日 14:30-14:40	6D	1名	松本 しげ子 渡辺 柚佳里	
2024年7月12日 14:30-15:45	5A 5E	4名	小林 みのり 新明 幸子	
2024年7月26日 14:30-14:45	7C	1名	加藤 友美 豊山 裕香里	
2024年8月9日 14:30-15:30	5E 6A	3名	松山 実 笠井 千春	
2024年8月23日 14:30-16:10	3D 6C 6D 7C 7D	5名	西川 日奈子 船越 紫音	
2024年9月13日 14:30-15:15	3A 5E	3名	廣庭 佳織 荒木 千佐子	
2024年9月27日 14:30-15:00	6D 7D	2名	薬剤師 内村 恭子	
2024年10月11日 14:30-16:00	4B 5A 5E	4名	管理栄養士 森岡 沙織	
2024年10月25日 14:30-15:40	3D 6C 7D	3名		
2024年11月8日 14:30-15:15	3A 4B	2名		
2024年11月22日 14:30-16:50	3D 6D 7D	7名		
2024年12月13日 14:30-16:45	3A 4B 5A 5E	5名		
2024年12月27日 14:30-14:55	3D 6D	3名		
2025年1月10日 14:30-15:05	3B 4B	2名		
2025年2月14日 14:30-15:15	4B 6A 6B	4名		
2025年2月28日 14:30-15:45	3D 6C 6D	5名		
2025年3月14日 14:30-16:40	3A 3D 4B 6A 6B	7名		
2025年3月28日 14:30-15:05	3D 7D	2名		

呼吸ケアサポートチーム ラウンド実績

日程	病棟	患者数	担当者	内容
2024年4月2日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	呼吸ケアサポートチームは、医師・看護師・理学療法士・管理栄養士・臨床工学技士で構成されたチームであり、人工呼吸器からの早期離脱および呼吸ケアの向上を目指し、週2回定期的にラウンドを実施し呼吸管理や安全管理のサポートを行っている。 具体的なサポート内容 1. 人工呼吸器の安全管理 人工呼吸器の設定を再確認し、血行動態の把握・意識レベル・鎮静レベルなどから病態の把握と人工呼吸器の安全管理を図る。 2. 合併症予防 適切な口腔ケアの実施と痰の性状確認を行い、看護計画に反映する。 3. 呼吸リハビリテーションの積極的な早期介入 介入中の評価とリハビリプログラムの確認を行い、積極的な呼吸リハビリテーションを行っていく。
2024年4月16日	3A	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年4月25日	3A 3B	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年5月2日	3A	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年5月9日	3A 3D	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年5月16日	3D	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年5月21日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年6月18日	3B	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年6月25日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2024年7月2日	7C	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年7月9日	7C	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2024年7月16日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年7月23日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2024年7月30日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2024年8月1日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2024年8月8日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2024年8月13日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年8月15日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年10月24日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2024年11月5日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年11月12日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年11月19日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2024年12月5日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年12月12日	3B	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2024年12月19日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 臨床工学技士	
2024年12月24日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	

日程	病棟	患者数	担当者	内容
2025年1月7日	3B	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	呼吸ケアサポートチームは、医師・看護師・理学療法士・管理栄養士・臨床工学技士で構成されたチームであり、人工呼吸器からの早期離脱および呼吸ケアの向上を目指し、週2回定期的にラウンドを実施し呼吸管理や安全管理のサポートを行っている。 具体的なサポート内容 1. 人工呼吸器の安全管理 人工呼吸器の設定を再確認し、血行動態の把握・意識レベル・鎮静レベルなどから病態の把握と人工呼吸器の安全管理を図る。 2. 合併症予防 適切な口腔ケアの実施と痰の性状確認を行い、看護計画に反映する。 3. 呼吸リハビリテーションの積極的な早期介入 介入中の評価とリハビリプログラムの確認を行い、積極的な呼吸リハビリテーションを行っていく。
2025年1月14日	3B 3D	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2025年1月21日	3B 3D	3名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2025年1月28日	3D	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2025年1月30日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2025年2月4日	3D	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2025年2月6日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2025年2月13日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2025年2月18日	3D	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2025年2月25日	3B 3D	2名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2025年3月4日	3D	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	
2025年3月18日	3B	1名	医師 看護師 理学療法士 管理栄養士 臨床工学技士	

研 究 業 績 目 録 (2025)

1) 原 著

* 院外の著者・演者

論 題	著者名	誌名 巻(号)：ページ, 年
血液内科		
Auer 小体を認めた Philadelphia 染色体陰性 B 細胞性急性リンパ芽球性白血病の 1 例 (Picture in Clinical Hematology)	奥田健大, 松井道志, 中山大輔, 井上雄太, 疋田涼介, 櫻田麻希, 宮原裕子, 伊藤 満	臨床血液 65(8) : 725, 2024
Pitfalls on 18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography-computed tomography : Immunoglobulin G4-related lymphadenopathy	Takehiro Okuda, Yasuko Miyahara, Naomi Katsuki, Mitsuo Kishimoto, Hirokazu Nakamine, Mitsuru Itoh	EJHaem 5(6) : 1344-1345, 2024
HLA 半合致同種末梢血幹細胞移植後に発症したサイトメガロウイルス肝炎合併移植片対宿主病に対して ruxolitinib が奏効した骨髓異形成症候群の一例	疋田涼介, 奥田健大, 中山大輔, 井上雄太, 櫻田麻希, 松井道志, 宮原裕子, 伊藤 満, 岸本光夫, 香月奈穂美, 中峯寛和, 高木佑亮	京都市立病院紀要 44 : 7-11, 2024
腎臓内科		
紅麹サプリメントを服用後に Fanconi 症候群および高度蛋白尿をきたした 1 例	富田真弓, 松田 稜, 山本耕治郎, 矢内佑子, 家原典之	日腎会誌 66(7) : 1215-1221, 2024
循環器内科		
新規経口プロテアソーム阻害薬イキサゾミブによるがん治療関連心機能障害を発症したハイリスク多発性骨髄腫の 1 例	藤村祐斗, 松尾あきこ, 高木佑亮, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄, 伊藤 満	心臓 56(9) : 909-914, 2024
Sex differences in 5-Year outcomes after deferral of revascularization following physiological coronary assessment	Takayuki Ishihara, Shoichi Kuramitsu, Hitoshi Matsuo, Kazunori Horie, Hiroaki Takashima, Hidenobu Terai, Yuetsu Kikuta, Tatsuya Saigusa, Tomohiro Sakamoto, Nobuhiro Suematsu, Yasutsugu Shiono, Taku Asano, Kenichi Tsujita, Katsuhiko Masamura, Tatsuki Dojiri, Fumitoshi Toyota, Manabu Ogita, Tairo Kurita, Akiko Matsuo, Ken Harada, Kenji Yaginuma, Shinjo Sonoda, Hiroyoshi Yokoi, Nobuhiro Tanaka, Toshiaki Mano; J-CONFIRM Investigators	Circ rep 6(2) : 19-27, 2024

論 題	著者名	誌名 巻(号): ページ, 年
Differential impact of fractional flow reserve measured after coronary stent implantation by left ventricular dysfunction	Ki Hong Choi, Woochan Kwon, Doosup Shin, Seung-Hun Lee, Doyeon Hwang, Jinlong Zhang, Chang-Wook Nam, Eun-Seok Shin, Joon-Hyung Doh, Shao-Liang Chen, Tsunekazu Kakuta, Gabor G Toth, Zsolt Piroth, Abdul Hakeem, Barry F Uretsky, Yohei Hokama, Nobuhiro Tanaka, Hong-Seok Lim, Tsuyoshi Ito, Akiko Matsuo, Lorenzo Azzalini, Massoud A Leesar, Joost Daemen, Damien Collison, Carlos Collet, Bernard De Bruyne, Bon-Kwon Koo, Taek Kyu Park, Jeong Hoon Yang, Young Bin Song, Joo-Yong Hahn, Seung-Hyuk Choi, Hyeon-Cheol Gwon, Joo Myung Lee	JACC Asia 4(3): 229-240, 2024
消化器内科・腫瘍内科		
85歳以上の高齢者総胆管結石患者における内視鏡治療の検討	陶山遙介, 水野直樹, 岩破智弘, 小畑僚平, 瀬古 彩, 宮川昌巳, 高田 久, 西方 誠, 桐島寿彦, 山下靖英	京都医学会雑誌 71(2): 39-44, 2024
急性期病院の医療チームでの多職種連携に対するシェアド・リーダーシップの役割	宮川昌巳, 藤原浩一*	日本医療マネジメント学会雑誌 25(1): 2-7, 2024
Safety/efficacy of atezoizumab+bevacizumab during antipatelet/anticoagulation therapy in unresectable hepatocellular carcinoma	Moriguchi M*, Okuda K*, Horiguchi G*, Kataoka S*, Yuya Seko*, Yamaguchi K*, Nishimura T*, Fujii H*, Mitumoto Y*, Masami Miyagawa, Toshihiko Kirishima, Okishio S*, Hara T*, Ishikawa H*, Nagao Y*, Jo M*, Ishii M*, Tanaka S*, Yamauchi M*, Mitsuyoshi H*, Nakajima T*, Taketani H*, Yano K*, Arai M*, Umemura A*, Ito Y*	Liv Int 44(8): 1751-1761, 2024
脳神経内科		
【第36回京都市立病院地域医療フォーラム 当院における認知症ケアサポートチーム(DST)活動報告】DSTの活動(医師の立場から) ~BPSD, せん妄を中心に	中谷嘉文	京都市立病院紀要 44: 21-24, 2024
【第36回京都市立病院地域医療フォーラム パネルディスカッション】地域共生~認知症の人を支えるためにできること~	山田晃代*, 南 哲也*, 佐々木美樹*, 中谷嘉文, 坂口かおり, 山南貴一, 藤竹純子	京都市立病院紀要 44: 31-36, 2024
呼吸器内科		
【第37回京都市立病院地域医療フォーラム 地域全体で診る肺がん治療】長期生存を目指した肺がん治療	太田登博	京都市立病院紀要 44: 46, 2024
Evaluation of elevated plasma fatty acids as relevant factors for adult-onset asthma: The Nagahama Study	Tashima N*, Matsumoto H*, Nishi K*, Terada S*, Kogo M*, Nomura N*, Morimoto C*, Sunadome H*, Nagasaki T*, Tsuyoshi Oguma, Nakatsuka Y*, Murase K*, Kawaguchi T*, Tabara Y*, Chin K*, Sonomura K*, Matsuda F*, Hirai T*	Allergol Int 73(1): 65-70, 2024

論 題	著者名	誌名 巻(号) : ページ, 年
Increased blood eosinophils and airflow obstruction as new-onset asthma predictors in the elderly : The Nagahama study	Nishi K*, Nagasaki T*, Matsumoto H*, Tsuyoshi Oguma, Terada S*, Nomura N*, Kogo M*, Tashima N*, Sunadome H*, Murase K*, Matsumoto T*, Kawaguchi T*, Tabara Y*, Matsuda F*, Sato S*, Chin K*, Hirai T*	Allergol Int 73(2) : 236-242, 2024
Evaluation of Bone Mineral Density in Lung Transplant Recipients by Chest Computed Tomography	Mori R*, Handa T*, Ohsumi A*, Ikezoe K*, Tanizawa K*, Uozumi R*, Tanabe N*, Tsuyoshi Oguma, Sakamoto R*, Hamaji M*, Nakajima D*, Yutaka Y*, Tanaka S*, Yamada Y*, Oshima Y*, Sato S*, Fukui M*, Date H*, Hirai T*	Respiration 103(1) : 1-9, 2024
A reference equation for lung volume on computed tomography in Japanese middle-aged and elderly adults	Tanabe N*, Sato S*, Shimada T*, Kaji S*, Shiraishi Y*, Terada S*, Maetani T*, Mochizuki F*, Shimizu K*, Suzuki M*, Chubachi S*, Terada K*, Tanimura K*, Sakamoto R*, Tsuyoshi Oguma, Sato A*, Kanasaki M*, Muro S*, Masuda I*, Iijima H*, Hirai T*	Respir Investig 62(1) : 121-127, 2024
Artificial intelligence-based analysis of the spatial distribution of abnormal computed tomography patterns in SARS-CoV-2 pneumonia : association with disease severity.	Kataoka Y*, Tanabe N*, Shirata M*, Hamao N*, Oi I*, Maetani T*, Shiraishi Y*, Hashimoto K*, Yamazoe M*, Shima H*, Ajimizu H*, Tsuyoshi Oguma, Emura M*, Endo K*, Hasegawa Y*, Mio T*, Shiota T*, Yasui H*, Nakaji H*, Tsuchiya M*, Tomii K*, Hirai T*, Ito I*	Respir Res 25(1) : 24, 2024
Associations of fractional exhaled nitric oxide with airway dimension and mucus plugs on ultra-high-resolution computed tomography in former smokers and nonsmokers with asthma	Hayashi Y*, Tanabe N*, Matsumoto H*, Shimizu K*, Sakamoto R*, Tsuyoshi Oguma, Sunadome H*, Sato A*, Sato S*, Hirai T*	Allergol Int 73(3) : 397-405, 2024
Centrilobular emphysema and airway dysanapsis : factors associated with low respiratory function in younger smokers	Mochizuki F*, Tanabe N*, Shimada T*, Iijima H*, Sakamoto R*, Shiraishi Y*, Maetani T*, Shimizu K*, Suzuki M*, Chubachi S*, Ishikawa H*, Naito T*, Kanasaki M*, Masuda I*, Tsuyoshi Oguma, Sato S*, Hizawa N*, Hirai T*	ERJ Open Res 10(2) : 00695-2023, 2024
Quantification of Airway Structures by Persistent Homology	Kaji S*, Tanabe N*, Maetani T*, Shiraishi Y*, Sakamoto R*, Tsuyoshi Oguma, Suzuki K*, Terada K*, Fukui M*, Muro S*, Sato S*, Hirai T*	IEEE Trans Med Imaging 43(8) : 2758-2768, 2024
Longitudinal assessment of interstitial lung abnormalities on CT in patients with COPD using artificial intelligence-based segmentation : a prospective observational study	Shiraishi Y*, Tanabe N*, Sakamoto R*, Maetani T*, Kaji S*, Shima H*, Terada S*, Terada K*, Ikezoe K*, Tanizawa K*, Tsuyoshi Oguma, Handa T*, Sato S*, Muro S*, Hirai T*	BMC Pulm Med 24(1) : 200, 2024
Quantitative analysis of interstitial lung abnormalities on computed tomography to predict symptomatic radiation pneumonitis after lung stereotactic body radiotherapy	Yoneyama M*, Matsuo Y*, Kishi N*, Itotani R*, Tsuyoshi Oguma, Ozasa H*, Tanizawa K*, Handa T*, Hirai T*, Mizowaki T*	Radiother Oncol 198 : 110408, 2024

論 題	著者名	誌名 巻(号) : ページ, 年
Computed tomography mucus plugs and airway tree structure in patients with chronic obstructive pulmonary disease : Associations with airflow limitation, health-related independence and mortality	Tanabe N*, Shimizu K*, Shima H*, Wakazono N*, Shiraishi Y*, Terada K*, Terada S*, Tsuyoshi Oguma, Sakamoto R*, Suzuki M*, Makita H*, Sato A*, Sato S*, Nishimura M*, Konno S*, Hirai T*	Respirology 29(11) : 951-961, 2024
Mucus plugging on computed tomography and the sputum microbiome in patients with asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and asthma-COPD overlap	Tanabe N*, Matsumoto H*, Morimoto C*, Hayashi Y*, Sakamoto R*, Tsuyoshi Oguma, Nagasaki T*, Sunadome H*, Sato A*, Sato S*, Ohashi K*, Tsukahara T*, Hirai T*	Allergol Int 73(4) : 515-523, 2024
Lower skeletal muscle density and airway structure on computed tomography in asthma	Hayashi Y*, Tanabe N*, Shimizu K*, Maetani T*, Shiraishi Y*, Tsuyoshi Oguma, Sunadome H*, Sakamoto R*, Sato A*, Sato S*, Date H*, Matsumoto H*, Hirai T*	Ann Allergy Asthma Immunol 133(6) : 667-674. e4, 2024
Prognostic value of a composite physiologic index developed by adding bronchial and hyperlucent volumes quantified via artificial intelligence technology	Uyama M*, Handa T*, Uozumi R*, Hashimoto S*, Taguchi Y*, Ikezoe K*, Tanizawa K*, Tanabe N*, Tsuyoshi Oguma, Matsunashi A*, Niwamoto T*, Shima H*, Mori R*, Maetani T*, Shiraishi Y*, Nobashi TW*, Sakamoto R*, Kubo T*, Yoshizawa A*, Terada K*, Nakamoto Y*, Hirai T*	Respir Res 25(1) : 442, 2024
【気管支喘息 古くて新しい疾患】喘息診療のポイントと考え方 喘息および周辺疾患の画像検査 第6章 検査 - 5 画像	小熊 毅 小熊 毅	Medical Practice 41(1) : 67-71, 2024 喘息とCOPDのオーバーラップ (Asthma and COPD Overlap : ACO) 診断と治療の手引き 第2版 (日本呼吸器学会喘息とCOPDのオーバーラップ (Asthma and COPD Overlap : ACO) 診断と治療の手引き第2版作成委員会:編集), メディカルレビュー社, 91-94, 2024
感染症科 Contamination rate of rare bacterial species detected by MALDI-TOFMS : a retrospective cohort study	Shougen Sumiyoshi, Kazuaki Aoki, Hirofumi Motobayashi, Aoi Yogo, Kentaro Tochitani	Diagn Microbiol Infect Dis 108(1) : 116110, 2024

論 題	著者名	誌名 巻(号) : ページ, 年
COVID-19 vaccine effectiveness against severe COVID-19 requiring oxygen therapy, invasive mechanical ventilation, and death in Japan : A multicenter case-control study (MOTIVATE study)	Arashiro T*, Miwa M*, Nakagawa H*, Takamatsu J*, Oba K*, Fujimi S*, Kikuchi H*, Iwasawa T*, Kanbe F*, Oyama K*, Kanai M*, Ogata Y*, Asakura T*, Asami T*, Mizuno K*, Sugita M*, Jinta T*, Nishida Y*, Kato H*, Atagi K*, Higaki T*, Nakano Y*, Tsutsumi T*, Doi K*, Okugawa S*, Ueda A*, Nakamura A*, Yoshida T*, Shimada-Sammori K*, Shimizu K*, Fujita Y*, Okochi Y*, Kentaro Tochitani, Nakanishi A*, Rinka H*, Taniyama D*, Yamaguchi A*, Uchikura T*, Matsunaga M*, Aono H*, Hamaguchi M*, Motoda K*, Nakayama S*, Yamamoto K*, Oka H*, Tanaka K*, Inoue T*, Kobayashi M*, Fujitani S*, Tsukahara M*, Takeda S*, Stucky A*, Suzuki T*, Smith C*, Hibberd M*, Ariyoshi K*, Fujino Y*, Arima Y*, Takeda S*, Hashimoto S*, Suzuki M*	Vaccine 42(3) : 677-688, 2024
Association between Empirical Anti-Pseudomonal Antibiotics and Progression to Thoracic Surgery and Death in Empyema : Database Research	Shiroshita A*, Kentaro Tochitani, Maki Y*, Terayama T*, Kataoka Y*	Antibiotics 13(5) : 383, 2024
Timing and prediction of secondary bacteremia in patients with COVID-19 : A retrospective cohort study	Yogo A*, Yamamoto S*, Kentaro Tochitani	J Gen Fam Med 25(4) : 206-213, 2024
Rickettsia 感染症など	榑谷健太郎 分担翻訳	シュロスバークの臨床感染症学 第2版 (David Schlossberg*: 著, 岩田健太郎*: 監訳), メディカルサイエンスインターナショナル, 2024
小児科		
A Retrospective Study of Pediatric Patients with Low- or Intermediate-Risk Acute Myeloid Leukemia Who Underwent Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation for the AML-05 Study Conducted by the Japanese Pediatric Leukemia/Lymphoma Study Group	Hashii Y*, Kawaguchi K*, Kurakami H*, Umeda K*, Hasegawa D*, Taki T*, Hyakuna N*, Ishida Hiroyuki, Takahashi Y*, Nagasawa M*, Yabe H*, Yano M*, Nakazawa Y*, Fujisaki H*, Matsumoto K*, Yanagimachi M*, Yoshida N*, Kakuda H*, Satou A*, Tabuchi K*, Tomizawa D*, Taga T*, Adachi S*, Koh K*, Kato K*	Transplant Cell Ther 30(11) : 1102.e1-1102.e12, 2024
Effects of human herpesvirus 6B reactivation on cognitive function in cord blood transplant recipients : a prospective multicenter study	Ogata M*, Oshima K*, Takano K*, Kawano R*, Ueda Y*, Imamura T*, Nakamura Y*, Okada T*, Toubai T*, Ueki T*, Uoshima N*, Ishida Hiroyuki, Shinohara A*, Seo S*, Fukuda T*, Inagaki M*	Int J Hematol 119(4) : 432-441, 2024
菊池病を伴った Epstein-Barr ウイルス感染症に合併した円板状エリテマトーデスの一例	西村由依, 石田宏之, 友安千紘, 岡野創造, 奥沢康太郎, 香月奈穂美, 秋岡親司*	小児リウマチ 14(1) : 42-48, 2024
L-アスパラギナーゼ製剤の進歩	矢野未央	臨床血液 65(9) : 1199-1208, 2024

論 題	著者名	誌名 巻(号): ページ, 年
Consensus expert recommendations 本邦の実臨床での急性リンパ性白血病/リンパ芽球性リンパ腫 (ALL/LBL) 治療におけるアスパラギナーゼ製剤の最適使用の検討	小川千登世*, 石原 卓*, 今井千速*, 岡本康裕*, 加藤元博*, 康 勝好*, 後藤裕明*, 堺田恵美子*, 佐藤 篤*, 下之段秀美*, 関水匡大*, 豊田秀実*, 早川文彦*, 矢野未央, 山崎悦子*, 真部 淳*	血液内科 88(4): 445-454, 2024
総合外科		
腹腔鏡下手術で改善した小児 LPEC 術後疼痛の 1 例	武田昌克, 遠藤耕介*, 鈴木久美子, 上 和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	日本小児外科学会雑誌 60(2): 190-194, 2024
脾門部リンパ節郭清に必要な局所解剖	坂口正純, 細木久裕*, 金谷誠一郎*	手術 78(4): 441-446, 2024
Delayed, gradual penetration of a fishbone into the pancreas over several months	Tamaki Nobuyuki, Koichiro Hata, Kazuhiro Kami	J Gastrointest Surg 28: 1206-1207, 2024
Venous outflow reconstruction in living-donor liver transplantation for Budd-Chiari syndrome involving vena cava	Koichiro Hata, Nishio T*, Kumagai M*, Masano Y*, Kageyama S*, Okumura S*, Ito T*, Yamazaki K*, Minatoya K*, Hatano E*	J Hepatobiliary Pancreat Sci 31(8): e47-e50, 2024
Neuromuscular electrical stimulation, muscle mass, and physical function decline in the early phase after living donor liver transplantation	Yoshioka Y*, Oshima Y*, Sato S*, Tamaki A*, Hamada R*, Miyasaka J*, Hata K, Ito T*, Ikeguchi R*, Hatano E*, Matsuda S*	Liver Transpl 30(12): 1264-1272, 2024
Chronological alterations in de novo malignancies after living-donor liver transplantation: A cohort study of 1781 recipients using annual comparisons of standardized incidence ratios	Tajima T*, Hata K, Tanaka K*, Iyama N*, Kusakabe J*, Kageyama S*, Ogawa E*, Okamoto T*, Haga H*, Uemoto S*, Hatano E*	J Hepatobiliary Pancreat Sci 31(7): 455-467, 2024
Membranous Caval Obliteration and "Showerhead"-like Venous Obstruction in Budd-Chiari Syndrome	Koichiro Hata, Ohno T*, Hatano E*	Clin Gastroenterol Hepatol 23(4): A33-A34.e1, 2025 Epub 2024 Aug 27
呼吸器外科		
肺癌に対する低侵襲手術と周術期化学療法の現状	村西佑介, 竹内粹葉, 河野朋哉, 宮原 亮	京都市立病院紀要 44: 1-6, 2024
Characteristics and outcomes of salvage surgery after immune checkpoint inhibitor therapy for initially unresectable non-small cell lung cancer	Hamaji M*, Ozasa H*, Sakamori Y*, Terada K*, Yoshizawa A*, Kikuchi R*, Sakaguchi Y*, Sonobe M*, Yusuke Muranishi, Ryo Miyahara, Motoyama H*, Omasa M*, Date H*	J Thorac Dis 16(9): 6094-6100, 2024
Adjuvant Chemotherapy After Neoadjuvant Therapy and Surgery for Non-Small Cell Lung Cancer	Miyata R*, Hamaji M*, Nakakura A*, Ozasa H*, Kobayashi M*, Sonobe M*, Ryo Miyahara, Aoyama A*, Kikuchi R*, Date H*	Ann Thorac Surg Short Rep 2(3): 469-473, 2024
整形外科		
Early prediction of functional impairment at hospital discharge in patients with osteoporotic vertebral fracture: a machine learning approach	Soichiro Masuda, Fukasawa T*, Inokuchi S*, Otsuki B*, Murata K*, Shimizu T*, Sono T*, Honda S*, Shima K*, Sakamoto M*, Matsuda S*, Kawakami K*	Sci Rep 14(1): 31139, 2024
Comparative effectiveness and cardiovascular safety of romosozumab versus teriparatide in patients with osteoporosis: a population-based cohort study	Soichiro Masuda, Fukasawa T*, Matsuda S*, Yoshida S*, Kawakami K*	Osteoporos Int 35(12): 2165-2174, 2024

論 題	著者名	誌名 巻(号): ページ, 年
Unchanged incidence of major adverse events amidst rising surgical interventions for osteoporotic vertebral fractures, 2015-2021	Soichiro Masuda, Fukasawa T*, Otsuki B*, Murata K*, Shimizu T*, Sono T*, Honda S*, Shima K*, Sakamoto M*, Matsuda S*, Kawakami K*	Arch Osteoporos 19(1) : 71, 2024
Risk factors for preoperative neurological impairment in patients with spinal meningioma: A retrospective multicenter study	Onishi E*, Fujibayashi S*, Otsuki B*, Tsubouchi N*, Tsutumi R*, Ota M*, Kanba Y*, Kimura H*, Tamaki Y*, Ikeda N*, Honda S*, Soichiro Masuda, Shimizu T*, Sono T*, Murata K*, Yasuda T*, Matsuda S*	J Clin Neurosci 126 : 187-193, 2024
Narcolepsy and risk of traumatic injury: a population-based matched cohort study	Yunlong Zheng Y*, Fukasawa T*, Soichiro Masuda, Takeuchi M*, Kawakami K*	J Clin Sleep Med 20(10) : 1657-1662, 2024
Active Rheumatoid Arthritis and Scoliosis: A Mid-Term Cohort Study	Honda S*, Murata K*, Otsuki B*, Shimizu T*, Sono T*, Soichiro Masuda, Shima K*, Sakamoto M*, Fujii T*, Onishi A*, Murakami K*, Onizawa H*, Tanaka M*, Morinobu A*, Matsuda S*	Spine (Phila Pa 1976) 50(4) : 252-258, 2024
Strontium-loaded 3D intramedullary nail titanium implant for critical-sized femoral defect in rabbits	Honda S*, Fujibayashi S*, Shimizu T*, Yamaguchi S*, Okuzu Y*, Takaoka Y*, Soichiro Masuda, Mitsuru Takemoto, Kawai T*, Otsuki B*, Goto K*, Matsuda S*	J Biomed Mater Res B Appl Biomater 112(3) : e35393, 2024
The Impact of Pelvic Incidence on Spinopelvic and Hip Alignment and Mobility in Asymptomatic Subjects	Youngwoo Kim, Vergari C*, Hiroyuki Tokuyasu, Yu Shimizu, Mitsuru Takemoto	J Bone Joint Surg Am doi: 10.2106/JBJS.23.00493. Online ahead of print.
The relationship between spino-pelvic-hip mobility and quality of life before and after total hip arthroplasty	Vergari C*, Youngwoo Kim, Mitsuru Takemoto, Hiroyuki Tokuyasu, Yu Shimizu, Tanaka C*, Shunya Fukae, Fujibayashi S*, Matsuda S*	Arch Orthop Trauma Surg 144(3) : 1379-1387, 2024
The Impact of Spinopelvic and Hip Mobility on Passive Hip Flexion Range of Motion Assessment	Hiroyuki Tokuyasu, Tsushima E*, Mitsuru Takemoto, Vergari C*, Hiroshi Tada, Youngwoo Kim	Arthroplast Today 29 : 101429, 2024
【特集：全身アライメントで考える変形性関節症】 Cone of economy と変形性関節症における全身矢状面アライメント	竹本 充	MB Orthop 37(13) : 24-33, 2024
リハビリテーション科		
The relationship between spino-pelvic-hip mobility and quality of life before and after total hip arthroplasty	Vergari C*, Youngwoo Kim, Mitsuru Takemoto, Hiroyuki Tokuyasu, Yu Shimizu, Tanaka C*, Fukae S*, Fujibayashi S*, Matsuda S*	Arch Orthop Trama Surg 144:1379-1387, 2024
The Impact of Pelvic Incidence on Spinopelvic and Hip Alignment and Mobility in Asymptomatic Subjects	Youngwoo Kim, Vergari C*, Hiroyuki Tokuyasu, Yu Shimizu, Mitsuru Takemoto	J Bone Joint Surg Am 2024 May 23. doi: 10.2106/JBJS.23.00493. (Online ahead of print)
The Impact of Spinopelvic and Hip Mobility on passive Hip Flexion Range of Motion Assessment	Hiroyuki Tokuyasu, Tsushima E*, Mitsuru Takemoto, Vergari C*, Hiroshi Tada, Youngwoo Kim	Arthroplast Today 29 : 101429, 2024
【第 21 回院内合同研究発表会】急性期脳卒中患者の自動車運転における作業療法の認知機能評価について	原田洋一, 久保美帆, 小林宗一郎, 片山千夏, 日下部和貴, 安田早希, 村尾真奈, 多田弘史, 奥村朋央	京都市立病院紀要 44 : 54-56, 2024

論 題	著者名	誌名 巻(号): ページ, 年
泌尿器科		
Multicomponent Intervention for Overactive Bladder in Women : A Randomized Clinical Trial	Funada S*, Luo Y*, Uozumi R*, Watanabe N*, Goto T*, Negoro H*, Ueno K*, Ichioka K*, Takehiko Segawa, Akechi T*, Ogawa O*, Akamatsu S*, Kobayashi T*, Furukawa TA*	JAMA Netw Open 7(3) : e241784, 2024
Effects of thienopyridine class antiplatelets on bleeding outcomes following robot-assisted radical prostatectomy	Kubota M*, Kawakita M*, Yoshida S*, Kimura H*, Sumiyoshi T*, Yamasaki T*, Okumura K*, Yoshimura K*, Matsui Y*, Sugiyama K*, Okuno H*, Takehiko Segawa, Shimizu Y*, Ito N*, Onishi H*, Ishitoya S*, Soda T*, Yoshida T*, Uemura Y*, Iwamura H*, Okubo K*, Ryosuke Suzuki, Fukuzawa S*, Akao T*, Kurahashi R*, Shimatani K*, Sekine Y*, Negoro H*, Akamatsu S*, Kamoto T*, Ogawa O*, Kawakami K*, Kobayashi T*, Goto T*	Sci Rep 14(1) : 5847, 2024
近赤外線蛍光ナビゲーションを利用した腹腔鏡下医原性尿管閉塞再建術の手技	西澤恒二*, 八田原広大*, 吉田 徹*, 清川岳彦	Japanese Journal of Endourology and Robotics 37(1) : 190-194, 2024
Safety of urethral preservation using urethral frozen section analysis in radical cystectomy	Hattori Y*, Nagoshi A*, Fujiwara T*, Kambe T*, Mine Y*, Hagimoto H*, Abe Y*, Yamashita D*, Naofumi Tsutsumi, Shibasaki N*, Yamasaki T*, Kawakita M*	BJUI Compass 5(8) : 806-810, 2024
cT1 腎細胞癌に対する腹腔鏡下 / ロボット支援腎部分切除術後に pT3a に Upstage した症例の予後因子	神戸貴成*, 山崎俊成*, 名越晶彦*, 藤原 佑*, 峯 佑太*, 萩本裕樹*, 服部悠斗*, 阿部陽平*, 山下大祐*, 堤 尚史, 川喜田睦司*	泌尿器科紀要 70(7) : 193-200, 2024
Transvesical bladder diverticulectomy via bladder neck opening during robot-assisted radical prostatectomy	Hattori Y*, Kambe T*, Mine Y*, Hagimoto H*, Kokubun H*, Abe Y*, Naofumi Tsutsumi, Kawakita M*, Yamasaki T*	Asian J Endosc Surg 17(3) : e13318, 2024
患者由来ゼノグラフトモデルを用いた CDK12 変異難治性前立腺癌のポリ ADP リボースポリメラーゼ (PARP) 阻害薬不応性の克服	砂田拓郎*, 上山裕樹, 樋上健介*, 福井智洋*, 住吉崇幸*, 後藤崇之*, 赤松秀輔*, 小林 恭*	泌尿器外科 37(8), 905-907, 2024
Development of deep learning model for diagnosing muscle-invasive bladder cancer on MRI with vision transformer	Kurata Y*, Nishio M*, Moribata Y*, Otani S*, Himoto Y*, Takahashi S*, Kusakabe J*, Okura R*, Shimizu M*, Hidaka K*, Nishio N*, Furuta A*, Kido A*, Masui K*, Onishi H*, Takehiko Segawa, Kobayashi T*, Nakamoto Y*	Heliyon 10(16) : e36144, 2024
下大静脈腫瘍栓を伴った腎盂癌の 1 例	横関仁志*, 住吉崇幸*, 山根武紘*, 細見俊秀, 中川博道*, 五十嵐篤*, 武田将司*, 松岡崇志, 村上 薫*, 河野 仁*, 北 悠希*, 増井仁彦*, 佐野剛規*, 後藤崇之*, 澤田篤郎*, 寺本祐記*, 小林 恭*	泌尿器科紀要 70(9) : 271-276, 2024

論 題	著者名	誌名 卷(号): ページ, 年
Efficacy and safety of dose-dense gemcitabine plus cisplatin as neoadjuvant chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer	Hattori Y*, Fujiwara T*, Hagimoto H*, Kokubun H*, Murata S*, Makita N*, Abe Y*, Kubota M*, Tohi Y*, Naofumi Tsutsumi, Shibasaki N*, Inoue K*, Kawakita M*, Yamasaki T*	Int J Urol 31(10): 1102-1106, 2024
Impact of neurovascular bundle preservation on biochemical recurrence after robot-assisted radical prostatectomy for high-risk prostate cancer	Hagimoto H*, Kubota M*, Matsui Y*, Sumiyoshi T*, Saito R*, Takehiko Segawa, Fukuzawa S*, Mitsumori K*, Yoshida T*, Akao T*, Sekine Y*, Negoro H*, Kurahashi R*, Shimatani K*, Sawada A*, Akamatsu S*, Kobayashi T*, Goto T*, Dai-Cad TDCAD	World J Urol 43(1): 43, 2024
Dose compliance of estramustine phosphate in neoadjuvant chemohormonal therapy combined with degarelix acetate predicts the biochemical recurrence in patients with very high-risk prostate cancer who underwent robot-assisted radical prostatectomy	Kambe T*, Yamasaki T*, Yamamoto A*, Nagoshi A*, Fujiwara T*, Mine Y*, Hagimoto H*, Igarashi A*, Kokubun H*, Murata S*, Akagi N*, Hattori Y*, Abe Y*, Naofumi Tsutsumi, Shibasaki M*, Kawakita M*	Int J Urol 31(12): 1400-1407, 2024
眼科		
Dual Role of Cutibacterium acnes: Commensal Bacterium and Pathogen in Ocular Diseases	Tomo Suzuki, Kinoshita S*	Microorganisms 12(8): 1649, 2024
Definition and Diagnostic Criteria for Pediatric Blepharokeratoconjunctivitis	Morales-Mancillas AH*, Velazquez-Valenzuela F*, Kinoshita A*, Tomo Suzuki, Dahlmann-Noor AH*, Dart JKG*, Hingorani M*, Ali A*, Fung S*, Akova YA*, Doan S*, Gupta N*, Hammersmith KM*, Tan DTH*, Paez-Garza JH*, Rodriguez-Garcia A*	JAMA Ophthalmol 142(1): 39-47, 2024
もっと知ろうよ!マイボーム腺炎角結膜上皮症の診断と治療	鈴木 智	あたらしい眼科 41(1): 39-43, 2024
放射線診断科		
Diagnostic Challenges in Invasive Mole With 18F-FDG PET/CT	Akihiko Minami, Nakamoto R*, Shimamura T*, Kitano Y*, Nakamoto Y*	Clin Nucl Med 49(12): 1148-1149, 2024
Adult-onset cerebello-brainstem-dominant form of X-linked adrenoleukodystrophy with auditory pathway involvement: A case report	Noda T*, Okubo G*, Shinde A*, Akihiko Minami, Kawase K*, Nakamura Y*, Yamashita N*, Kim H*, Yasumura S*, Yasuo S*, Suzuki M*, Yuge S*, Ota R*, Yokota Y*, Saito A*, Imaeda M*, Kanao S*, Taniguchi T*, Kubo T*, Suenaga T*, Noma S*	Tenri Medical Bulletin 27(1-2): 33-39, 2024
Deep Learning Applied to Diffusion-weighted Imaging for Differentiating Malignant from Benign Breast Tumors without Lesion Segmentation	Iima M*, Mizuno R*, Kataoka M*, Tsuji K*, Yamazaki T*, Akihiko Minami, Honda M*, Imanishi K*, Takada M*, Nakamoto Y*	Radiol Artif Intell 7(1): e240206, 2025
歯科口腔外科		
歯牙腫を伴った象牙質形成性幻影細胞腫の1例	渡辺猛寛, 井上史基*, 渡邊拓磨*, 井上 亮, 柏木まりな*, 白井陽子	日本口腔外科学会雑誌 70(5): 203-207, 2024

論 題	著者名	誌名 巻(号): ページ, 年
放射線治療科 Impact of prostate position-based image-guidance in intensity-modulated radiation therapy for localized prostate cancer Clinical factors predicting the outcome of salvage radiotherapy for patients with biochemical recurrence after radical prostatectomy Optimal Duration of Consolidation Durvalumab Following Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small Cell Lung Cancer : A Multi-institutional Retrospective Study	Aizawa R*, Inokuchi H*, Ikeda T*, Kiyonao Nakamura, Ogata T*, Akamatsu S*, Goto T*, Masui K*, Sumiyoshi T*, Kita Y*, Kobayashi T*, Mizowaki T* Fujimoto T*, Goto T*, Aizawa R*, Ogata T*, Kiyonao Nakamura, Sumiyoshi T*, Kita Y*, Masui K*, Sano T*, Sawada A*, Saito R*, Akamatsu S*, Mizowaki T*, Kobayashi T* Doi H*, Matsuo Y*, Kishi N*, Ogura M*, Mitsuyoshi T*, Ueki N*, Ueki K*, Fujii K*, Sakamoto M*, Atsuta T*, Katagiri T*, Sakamoto T*, Narabayashi M*, Shuji Ohtsu, Fujishiro S*, Kishi T*, Mizowaki T*, Kyoto Radiation Oncology Study Group (KROSG)*	Int J Clin Oncol. 29(3) : 325-332, 2024 Int J Clin Oncol. 29(9) : 1326-1333, 2024 Target Oncol 20(1) : 161-169, 2024 Epub 2024 Nov 7
麻酔科 監視下鎮静管理 (MAC) 低心機能患者の短期滞在鼠径ヘルニア手術に対するレミマゾラムを用いた全身麻酔の経験 腰椎固定術前の局所浸潤麻酔が偶発的に脊髄くも膜下麻酔を来したと考えられた症例 出血を伴う前置胎盤により緊急帝王切開となった下肢静脈血栓症を有する妊婦のレミマゾラムを用いた全身麻酔の経験 タンパク漏出性胃腸症による高度低タンパク血症と全身性浮腫を伴う患者のレミマゾラムを用いた全身麻酔の経験	角山正博 白神豪太郎, 野口英梨子, 角山正博 佐藤雅美, 金星幸栄, 加藤宗則, 角山正博 白神豪太郎, 森脇扶美, 石井真紀, 角山正博 白神豪太郎, 梅田洋平, 野口英梨子, 角山正博	麻酔科研修ノート改訂第4版 (永井良三: 総監修), 診断と治療社, 649-651, 2024 麻酔 73(8) : 547-551, 2024 麻酔 73(8) : 562-566, 2024 麻酔 73(8) : 567-572, 2024 麻酔 73(10) : 696-700, 2024
病理診断科 内視鏡像と病理組織像の対比方法の双璧—KOTO Method と KOTO Method II Conventional versus underwater endoscopic resection for superficial non-ampullary duodenal epithelial tumours 虫垂癌—診断と治療の現状 印環細胞癌と胃底腺型腺癌の両成分からなる胃型腺癌の1例	岸本光夫, 藤田泰子*, 森永友紀子*, 吉村 亮*, 中川有希子*, 木村礼子*, 間嶋 淳*, 石田紹敬*, 安田剛士*, 落合都萌子*, 土肥 統*, 吉田直久* Miyazaki H*, Dohi O*, Ishida T*, Seya M*, Yamauchi K*, Fukui H*, Yasuda T*, Yoshida T*, Iwai N*, Doi T*, Hirose R*, Inoue K*, Harusato A*, Yoshida N*, Uchiyama K*, Takagi T*, Ishikawa T*, Konishi H*, Morinaga Y*, Mitsuo Kishimoto, Naito Y*, Itoh Y* 村田幸平*, 武田 和*, 賀川義規*, 藤井 誠*, 岸本光夫, 八尾隆史*, 杉原健一*, 味岡洋一* 落合都萌子*, 土肥 統*, 森永友紀子*, 瀬谷真由子*, 福井勇人*, 岩井直人*, 小西英幸*, 岸本光夫, 小西英一*, 伊藤義人*	胃と腸 59(8) : 1084-1098, 2024 Jpn J Clin Oncol 54(2) : 137-145, 2024 胃と腸 59(12) : 1783-1789, 2024 日本消化器病学会雑誌 121(8) : 689-694, 2024

論 題	著者名	誌名 巻(号)：ページ, 年
臨床検査技術科		
【第21回院内合同研究発表会】エコーセンターでの Asset Performance Management プロジェクト	後藤 希, 安部有希, 山田 雅, 宮川昌巳	京都市立病院紀要 44：65-66, 2024
臨床工学科		
足病変の診療と支援の最前線 EVT+ レオカーナ併用療法	古川 修	京都市立病院連携だより 54：5, 2024
【第21回院内合同研究発表会】高流量鼻カニューラ酸素療法の流量特性調査	白山幸平, 木原一郎, 伊藤禎章	京都市立病院紀要 44：67-68, 2024
放射線技術科		
【第21回院内合同研究発表会】放射線治療の環境に適合した火災発生時ワークフローの構築と実践	利久法子, 田中和徳, 小菅友裕, 福本賢大, 花井悠起, 津川和夫, 大津修二, 平田希美子, 村上高志, 枚岡かおる, 藤原麻紀子	京都市立病院紀要 44：60-62, 2024
【第21回院内合同研究発表会】IVRに従事する看護師の被ばく低減をめざした研修会の成果について	上青木悠平	京都市立病院紀要 44：63-64, 2024
栄養科		
【第36回京都市立病院地域医療フォーラム 当院における認知症ケアサポートチーム（DST）活動報告】認知症サポートチームにおける管理栄養士の役割	尾崎 さくら	京都市立病院紀要 44：26-27, 2024
【第21回院内合同研究発表会】乳癌患者さんの退院時指導を多職種で共有しよう！～PX 研修後、多職種勉強会を開催して	平野 真美子	京都市立病院紀要 44：72-73, 2024
こんだてじまん	望月貴子	臨床栄養 144(3)：384-388, 2024
患者さんと私の宝物エピソード	望月貴子	臨牀透析 30(7)：75, 2024
薬剤部		
領域別薬剤師ケースカンファレンス from KYOTO (第6回) 小児領域 小児の調剤方法はどのようにしていますか？	楠川侑吾	月刊薬事 66(5)：939-941, 2024
京都府病薬 presents よりぬき！DI アップデート 麻しんワクチン	田村優衣	日経ドラッグインフォメーション 2024年5月号：PE034, 2024
領域別薬剤師ケースカンファレンス from KYOTO (第11回) 災害領域 被災した場合に備えて、薬剤部門でどのような取り組みをしていますか？	柏原 陽平*, 多留木崇志	月刊薬事 66(12)：2393-2397, 2024
【第36回京都市立病院地域医療フォーラム 当院における認知症ケアサポートチーム（DST）活動報告】認知症サポートチーム～薬剤師のかかわり	山南貴一	京都市立病院紀要 44：24-26, 2024
【第36回京都市立病院地域医療フォーラム パネルディスカッション】地域共生～認知症の人を支えるためにできること～	山田晃代*, 南 哲也*, 佐々木美樹*, 中谷嘉文, 坂口かおり, 山南貴一, 藤竹純子	京都市立病院紀要 44：31-36, 2024
【第37回京都市立病院地域医療フォーラム 地域全体で診る肺がん治療】肺がん化学療法における薬剤師の地域連携の取組	本多伸二	京都市立病院紀要 44：47-49, 2024
【第21回院内合同研究発表会】混乱する医薬品供給に対する当院の取り組み	楠川慎吾, 本多伸二, 小野 勝	京都市立病院紀要 44：57-59, 2024
看護部		
本人支援と家族支援 - 看護師の視点からみた「家族ケア」	松村優子	高齢者の慢性疾患における緩和ケア (日本臨床倫理学会「高齢者の慢性疾患における緩和ケア」ワーキンググループ：編集), へるす出版, 54-56, 2024

論 題	著者名	誌名 巻(号): ページ, 年
看護と緩和ケア	松村優子	高齢者の慢性疾患における緩和ケア (日本臨床倫理学会「高齢者の慢性疾患における緩和ケア」ワーキンググループ: 編集), へるす出版, 137-143, 2024
臨床倫理コンサルテーションのこれまでと、これから 地域における臨床倫理コンサルテーションの実践	松村優子	臨床倫理 12増刊: 64, 2024
【緩和ケアの看護スキル】(第III章) こんな時の家族ケアスキル 苦痛緩和のための鎮静に関する家族ケア 鎮静の開始前と適用時	松村優子	緩和ケア 34(6月増刊): 108-113, 2024
【第36回京都市立病院地域医療フォーラム 当院における認知症ケアサポートチーム(DST)活動報告】認知症サポートチーム活動報告	北川陽子	京都市立病院紀要 44: 27-30, 2024
【第36回京都市立病院地域医療フォーラム パネルディスカッション】地域共生～認知症の人を支えるためにできること～	山田晃代*, 南 哲也*, 佐々木美樹*, 中谷嘉文, 坂口かおり, 山南貴一, 藤竹純子	京都市立病院紀要 44: 31-36, 2024
【第21回院内合同研究発表会】救急室における患者経験価値(PX)調査の実践報告	坂口真梨子, 木下貴映子, 野上美沙子, 長崎 有	京都市立病院紀要 44: 50-53, 2024
【第21回院内合同研究発表会】患者・家族や多職種、地域とパートナーシップを築き退院後の暮らしを支える～患者と関わる時間を生み出す業務改善～	津田磨美, 北川陽子, 上野美香	京都市立病院紀要 44: 74-77, 2024
患者支援センター		
【第21回院内合同研究発表会】院内臓器移植コーディネーターの役割と活動報告 ～院内臓器提供体制の構築に向けて～	川勝伸也	京都市立病院紀要 44: 69-71, 2024

2) 学 会

* 院外の著者・演者

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
血液内科			
血が少なくなる病気：自己免疫との関わり	櫻田麻希	令和5年度第5回京都市立病院ミニ市民公開講座「よくわかる「血液がん・血液良性疾患」とその治療～早期発見・病気とうまくつきあっていくために～」／京都	2024. 1. 13
血が多くなりすぎる病気：骨髄増殖性腫瘍	宮原裕子	令和5年度第6回京都市立病院ミニ市民公開講座「よくわかる「血液がん・血液良性疾患」とその治療～早期発見・病気とうまくつきあっていくために～」／京都	2024. 3. 9
自家末梢血幹細胞移植を施行後に原病と共通した染色体異常をもつ治療関連骨髄性腫瘍を発症した AITL の1例	中山大輔, 奥田健大, 羽生裕太, 井上雄太, 疋田涼介, 大庭章史, 堀澤欣史, 櫻田麻希, 松井道志, 宮原裕子, 伊藤 満	第46回日本造血・免疫細胞療法学会総会／東京	2024. 3. 21 -23
食事と血液疾患	松井道志	令和6年度第2回京都市立病院ミニ市民公開講座／京都	2024. 5. 11
CDKN2A／B, IKZF, ETV6 遺伝子に異常を認めた芽球性形質細胞様樹状細胞腫瘍の1例	羽生裕太, 宮原裕子, 中山大介, 井上雄太, 疋田涼介, 櫻田麻希, 松井道志, 伊藤 満, 北脇年雄*, 諫田淳也*, 南谷泰仁*, 小川誠司*	第120回近畿血液学地方会／大阪	2024. 6. 8
再発時に EZH2 変異獲得によるクローン進化を認めた FLT3-ITD 変異陽性急性骨髄性白血病	嶺重 花, 櫻田麻希, 羽生裕太, 中山大輔, 井上雄太, 疋田涼介, 松井道志, 宮原裕子, 小川誠司*, 伊藤 満	第244回日本内科学会近畿地方会／京都	2024. 6. 29
あざができる原因	奥田健大	令和6年度第4回京都市立病院ミニ市民公開講座／京都	2024. 7. 13
リンパ節がはれる原因	井上雄太	令和6年度第6回京都市立病院ミニ市民公開講座／京都	2024. 9. 14
同種造血幹細胞移植における患者年齢がHLA 適合度の意義に及ぼす影響	片岡阿沙美*, 諫田淳也*, 近藤忠一*, 新井康之*, 上田恭典*, 池田宇次*, 前迫善智*, 米澤昭仁*, 今田和典*, 赤坂尚司*, 渡邊光正*, 北野俊行*, 竹岡友晴*, 有馬靖佳*, 伊藤 満, 菱澤方勝*, 岡 智子*, 野吾和宏*, 井尾克宏*, 岡 諭*, 山下浩平*, 高折晃史*	第32回日本組織適合性学会大会／名古屋	2024. 9. 26 -28
ベネトクラクス + アザシチジンは急性骨髄性白血病に対する移植前治療の選択肢となる	村主啓行*, 諫田淳也*, 近藤忠一*, 新井康之*, 式 郁恵*, 池田宇次*, 天ヶ瀬寛記*, 奥田健大*, 中川大志*, 前田 猛*, 上田恭典*, 今田和典*, 野吾和宏*, 竹岡友晴*, 岡田睦実*, 宮原裕子, 渡邊光正*, 有馬靖佳*, 北野俊行*, 菱澤方勝*, 井尾克宏*, 岡 智子*, 浅越康助*, 赤坂尚司*, 山下浩平*, 高折晃史*	第86回日本血液学会学術集会／京都	2024. 10. 11 -13
亜鉛補充療法によって惹起された銅欠乏性貧血	松井道志, 櫻田麻希, 疋田涼介, 井上雄太, 中山大輔, 奥田健大, 宮原裕子, 伊藤 満	第86回日本血液学会学術集会／京都	2024. 10. 11 -13
当科における多発性骨髄腫の治療成績：新規治療薬による予後改善効果の検討	宮原裕子, 奥田健大, 中山大輔, 井上雄太, 疋田涼介, 櫻田麻希, 松井道志, 伊藤 満	第86回日本血液学会学術集会／京都	2024. 10. 11 -13

演題	演者名	学会名／開催地	月 日
高齢者における同種造血幹細胞移植の恩恵を受ける患者集団の同定	片岡阿沙美*, 諫田淳也*, 近藤忠一*, 新井康之*, 上田恭典*, 池田宇次*, 前迫善智*, 米澤昭仁*, 今田和典*, 赤坂尚司*, 渡邊光正*, 北野俊行*, 竹岡友晴*, 有馬靖佳*, 伊藤 満, 菱澤方勝*, 岡 智子*, 野吾和弘*, 井尾克宏*, 岡 諭*, 山下浩平*, 高折晃史*	第86回日本血液学会学術集会／京都	2024.10.11 -13
急性骨髄性白血病におけるベネトクラクス+アザシチジン療法の治療成績に対する遺伝子変異の影響	生駒良和*, 兼村信宏*, 藤田 慧*, 森下哲司*, 高森弘之*, 菱澤方勝*, 渡邊瑞希*, 今田和典*, 一井倫子*, 伊藤 満, 有馬靖佳*, 前迫善智*, 岡 智子*, 辻 将公*, 金田裕人*, 中村信彦*, 吉原 哲*, 三谷絹子*, 上田恭典*, 北野俊行*, 渡邊光正*, 瀬崎伸夫*, 越智陽太郎*, 諫田淳也*, 北川順一*, 笠原千嗣*, 平本展大*, 高折晃史*, 小川誠司*, 南谷泰仁*	第86回日本血液学会学術集会／京都	2024.10.11 -13
妊娠と血液疾患	伊藤 満	令和6年度第8回京都市立病院ミニ市民公開講座／京都	2024.11. 9
CAG療法により長期の寛解を獲得したbiallelic TP53 遺伝子変異を有する骨髄異形成症候群の1例	久保田幹, 疋田涼介, 奥田健大, 中山大輔, 井上雄太, 櫻田麻希, 松井道志, 宮原裕子, 伊藤 満	第121回近畿血液学地方会／京都	2024.11.16
内分泌内科			
甲状腺未分化癌に対するVHH抗体を用いたバイオマーカー探索研究	小松弥郷, 中上瑛里加, 豊田健一郎, 籾谷雄二, 伊村明浩	第45回京都甲状腺研究会／京都	2024. 1.20
妊娠後期に発症したリンパ球性下垂体炎の一例	久保田幹, 中上瑛里加, 小松弥郷	第102回京都内分泌同好会／京都	2024. 3.23
一般演題ポスター48「甲状腺7 バセドウ病 成人(2)」座長	小松弥郷	第97回日本内分泌学会学術総会／横浜	2024. 6. 7
内分泌内科における進行中の臨床研究～医師主導治験を目指して	小松弥郷	みぶ診療連携カンファレンス／京都	2024. 6.27
甲状腺未分化癌の新規バイオマーカーの探索	小松弥郷, 緒方康祐, 豊田健一郎, 藤本寛太, 籾谷雄二, 道田哲彦, 菊地正弘, 篠原尚吾, 前田良太, 伊村明浩	第23回京滋臨床甲状腺懇話会／京都	2024. 6.29
超音波所見にて早期診断し得た急性化膿性甲状腺炎の一例	廣尾 翼, 緒方康祐, 小松弥郷	第245回日本内科学会近畿地方会／京都	2024. 8.31
内分泌内科医が考えるホルモン作用に基づいた骨粗鬆症治療～骨形成促進剤の使い方	小松弥郷	京都中丹丹エリア骨粗鬆症セミナー／綾部	2024. 9.19
VHH抗体を用いた甲状腺未分化癌の新規バイオマーカー探索研究	小松弥郷, 緒方康祐, 豊田健一郎, 藤本寛太, 籾谷雄二, 道田哲彦, 菊地正弘, 篠原尚吾, 前田良太, 伊村明浩	第67回日本甲状腺学会学術総会／横浜	2024.10. 4
続発性骨粗鬆症：糖尿病・ステロイド2 座長	小松弥郷	第26回日本骨粗鬆症学会／金沢	2024.10.13
骨軟化症～診断・治療のTips～当院で治療中のXLH4症例	小松弥郷	日常診療に潜む骨疾患～くる病・骨軟化症を考える／京都	2024.11. 8
片側のみの副腎摘出術を施行した両側褐色細胞腫の一例	緒方康祐, 小松弥郷	第25回日本内分泌学会近畿地方会／京都	2024.11. 9
若手優秀演題賞審査講演1 座長	小松弥郷	第25回日本内分泌学会近畿地方会／京都	2024.11. 9
糖尿病代謝内科			
クリニカルパスを用いた糖尿病入院治療とその後の経過	小暮 彰典, 安威 徹也	第67回日本糖尿病学会年次学術集会／東京	2024. 5.17

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
膝尾部欠損症が原因と考えられた糖尿病の1症例	安威徹也	京都糖尿病フォーラム／京都	2024. 6. 1
インクレチン経口薬に使い分け～経口セマグルチドを活かすために～	安威徹也	Oral GLP-1 セミナー／(オンライン)	2024. 6. 12
【足病変の診療と支援の最前線】治療をあきらめない！京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療	安威徹也	第38回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2024. 9. 14
2型糖尿病治療におけるオゼンピックの位置付け	安威徹也	DM kyoto GLP-1 Dialogue／(オンライン)	2024. 10. 3
irAEによる劇症1型糖尿病を発症した1例	芳村奈央, 安威徹也, 大西佑弥, 小間淳平, 小暮彰典	第246回日本内科学会近畿地方会／大阪	2024. 12. 14
SGLT2 阻害薬に関連した正常血糖アシドーシスの1例	大西佑弥, 芳村奈央, 小間淳平, 安威徹也, 小暮彰典	第246回日本内科学会近畿地方会／大阪	2024. 12. 14
腎臓内科			
IgA 腎症に対するBスポット療法～Bスポット療法を施行した症例の検討～	池田紘幸	Kyoto Nephrology Forum／京都	2024. 2. 3
開放腎生検で診断したMGRSの症例	志水愛衣	第4回京都腎と血液セミナー／(オンライン)	2024. 2. 22
抗利尿ホルモン不適合分泌症候群との鑑別に苦労を要した鉍質コルチコイド反応性低ナトリウム血症の1例	松田 稜, 池田紘幸, 山本耕治郎, 志水愛衣, 矢内佑子, 富田真弓, 家原典之	第243回日本内科学会近畿地方会／大阪	2024. 3. 16
京都市立病院でネフローゼ症候群にLDLアフェレシスを行った11症例の検討	山本耕治郎	ネフローゼ講演会in関西／(オンライン)	2024. 5. 25
CKD分野における最近の変化と課題	家原典之	Kyoto IMAGINE Project 伏見・山城連携講演会／京都	2024. 9. 26
Long term eGFR plot 作成時のデータ自動入力と臨床応用	山本耕治郎	第6回京都腎疾患治療カンファレンス／(オンライン)	2024. 9. 28
長期 eGFR plot 作成におけるデータ入力自動化の開発と臨床応用	山本耕治郎, 山本啓人, 岸本 剛, 松田 稜, 矢内佑子, 富田真弓, 家原典之	第54回日本腎臓学会西部学術大会／姫路	2024. 10. 5
循環器内科			
IVL不通過のための二次的にRotablatorで血行再建を行った右冠動脈CTOの1例	松永晋作, 高木佑亮, 藤村佑斗, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 中島規雄,	第69回京滋奈良Interventional Cardiology 研究会／京都	2024. 2. 17
当院の急性心筋梗塞患者の心肺運動負荷試験における予後因子の検討	松尾あきこ, 高木佑亮, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄	循環器領域 Topics Web Seminar／(オンライン)	2024. 2. 20
右冠動脈のCTOに対してwire通過後, IVL不通過にて2期的にRotablatorにて血行再建した一例	高木佑亮, 藤村佑斗, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 中島規雄, 松永晋作, 松尾あきこ	第42回日本心臓血管インターベンション治療学会近畿地方会／大阪	2024. 3. 2
IVLの機序とその臨床効果	内藤大督, 高木佑亮, 藤村佑斗, 笠原 武, 太田啓祐, 松永晋作, 中島規雄, 松尾あきこ	第42回CVIT 近畿地方会 ランチョンセミナー／大阪	2024. 3. 2
AnteOwlとIVLで治療したCTOの一例	内藤大督, 高木佑亮, 藤村佑斗, 笠原 武, 太田啓祐, 松永晋作, 中島規雄, 松尾あきこ	Terumo imaging 研究会	2024. 3. 14
Ultreon 2.0によるSMART PCI	内藤大督, 高木佑亮, 笠原 武, 太田啓祐, 松永晋作, 中島規雄, 松尾あきこ	Slender club japan 2024, educational semiar／神戸	2024. 4. 6
心不全って何？	松尾あきこ, 高木佑亮, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄	令和6年度第1回京都市立病院ミニ市民講座／京都	2024. 4. 13

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
地域基幹病院が直面する心不全パナミック～壬生地区の場合	松尾あきこ, 高木佑亮, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄	第8回壬生そらまめ連携セミナー／京都	2024. 4. 27
冠攣縮性狭心症に伴う亜急性心筋梗塞による左室自由壁破裂を来した1例	高木佑亮, 藤村佑斗, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 中島規雄, 松永晋作, 松尾あきこ	第137回日本循環器学会近畿地方会／大阪	2025. 5. 25
当院の肥満患者の心不全	松尾あきこ, 高木佑亮, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄	第29回 KYOTO METABOLIC FORUM／京都	2024. 7. 4
Diverse effects of intravascular lithotripsy on coronary calcified plaque	Daisuke Naito, Yusuke Takaki, Takeru Kasaha, Keisuke Ota, Shinsaku Matsunaga, Norio Nakajima, Akiko Matuso	The 32nd Annual Meeting of the Japanese Association of Cardiovascular Intervention and Therapeutics (CVIT2024)／北海道	2024. 7. 25
【足病変の診療と支援の最前線】治療をあきらめない！京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療	松永晋作, 高木佑亮, 藤村佑斗, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 中島規雄, 松尾あきこ	第38回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2024. 9. 14
慢性血栓性高血圧症に移行した急性肺血栓性高血圧症の一例	内藤大督, 高木佑亮, 笠原 武, 太田啓祐, 松永晋作, 中島規雄, 松尾あきこ	KPUM PH 連携セミナー	2024. 9. 20
石灰化プラークに対する IVL の calcium fracture 以外の効果	内藤大督, 高木佑亮, 笠原 武, 太田啓祐, 松永晋作, 中島規雄, 松尾あきこ	第5回OCT interpretation Meeting	2024. 9. 20
当院の急性心筋梗塞患者の心肺運動負荷試験における予後因子の検討	太田啓祐, 高木佑亮, 笠原 武, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄, 松尾あきこ	第72回日本心臓病学会学術集会／仙台	2024. 9. 29
循環器疾患の最新トピックス, 歯科との関連	中島規雄, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 松尾あきこ	中京・下京歯科医師会合同研修会／京都	2024. 11. 29
免疫チェックポイント阻害薬の初回投与後に心原性ショックを伴う重症心筋炎を発症した1例	笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 松永晋作, 中島規雄, 松尾あきこ	第138回日本循環器学会近畿地方会／大阪	2024. 12. 7
急性心筋梗塞は突然やってくる！	松永晋作, 笠原 武, 太田啓祐, 内藤大督, 中島規雄, 松尾あきこ	令和6年度第9回京都市立病院ミニ市民公開講座／京都	2024. 12. 14
消化器内科／腫瘍内科			
advances in Chemotherapy influenced treatment choice and hospital days for advanced hepatocellular carcinoma	瀬古 彩, 宮川昌巳, 桐島寿彦	第21回日本臨床腫瘍学会 (JSMO2024)／名古屋	2024. 2. 23
リーダーシップ論～特にシェアド・リーダーシップについて～	宮川昌巳	一般社団法人 日本医療戦略研究センター／(オンライン)	2024. 3. 23
POCUS (Point of Care Ultrasound) の活用～ER・プライマリケアから病棟まで～	宮川昌巳	第12回みぶ病診連携カンファレンス／京都	2024. 3. 28
内科的治療を行ったレンメル症候群38例の検討	陶山遥介, 瀬古 彩, 宮川昌巳, 高田 久, 西方 誠, 桐島寿彦, 山下靖英	第110回日本消化器病学会総会／徳島	2024. 5. 10
消化器癌の薬物療法診療の現状と将来像	桐島寿彦	第20回鴨川消化器研究会／京都	2024. 5. 25
エコーセンターでの Asset Performance Management プロジェクト	後藤 希, 宮川昌巳	第26回医療マネジメント学会／福岡	2024. 6. 22
門脈圧亢進症にまつわる肝病態について～こんなときどうする～	宮川昌巳	第3回 Liver Cirrhosis and Metabolism Network 研究会／京都	2024. 6. 28
BCLC-B 肝細胞癌の治療戦略	宮川昌巳	肝細胞癌治療戦略カンファレンス2024～intermediate stage について考える～	2024. 7. 25

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
横行結腸癌を併発し診断に苦慮した結核性腹膜炎の1例	陶山遥介, 田中彩楓, 羽鳥佐和子, 瀬古 彩, 安田 律, 宮川昌巳, 高田 久, 西方 誠, 桐島寿彦, 山下靖英	日本内科学会 第245回 近畿地方会／誌上发表	2024. 8. 31
パネリスト	宮川昌巳	肝細胞癌の薬物療法を語る 会／京都	2024. 9. 6
多職種連携の医療チームにおけるシェアド・リーダーシップ の役割～プロフェッショナルリーダーシップ論～	宮川昌巳	日本医療マネジメント学会 第21回京滋支部学術 集会／京都	2024.10.19
MBA 的医療経営―目指せメディカルエグゼクティブ―	宮川昌巳	国際医療福祉大学大学院 公開講座 乃木坂ス タール／東京	2024.11.13
診断に苦慮した Collagenous gastritis の一例	田中彩楓, 西方 誠, 羽鳥佐和子, 安田 律, 陶山遥介, 高田 久, 宮川昌巳, 桐島寿彦, 山下靖英	第113回日本消化器内視 鏡学会近畿支部例会／ 大阪	2024.12. 7
呼吸器内科			
CTを用いた肺移植患者の骨密度の低下とその関連因子の検 討	森 令法*, 半田知宏*, 大角明宏*, 池添浩平*, 谷澤公伸*, 魚住龍史*, 田辺直也*, 小熊 毅, 坂本 亮*, 濱路政嗣*, 中島大輔*, 豊洋次郎*, 田中里奈*, 山田義人*, 大島洋平*, 佐藤 晋*, 福井基成*, 伊達洋至*, 平井豊博*	第40回日本肺および心 肺移植研究会／愛知	2024. 1. 27
【地域全体で診る肺がん治療】長期生存を目指した肺がん治 療	太田登博	第37回京都市立病院地 域医療フォーラム／京都	2024. 3. 16
画像および形態研究からみた間質性肺疾患	池添浩平*, 半田知宏*, 田辺直也*, 小熊 毅, 谷澤公伸*, 平井豊博*	第64回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
自己免疫性肺胞蛋白症における GM-CSF 吸入療法終了後の 長期経過	谷澤公伸*, 半田知宏*, 池添浩平*, 小熊 毅, 田辺直也*, 坂本 亮*, 平井豊博*	第64回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
喘息 疫学・病態 気管支拡張症合併難治性喘息とアスベ ルギルス感作の関係 全国調査より	野村奈都子*, 松本久子*, 林 優介*, 西 健太*, 寺田 悟*, 古郷摩利子*, 砂留広伸*, 長崎忠雄*, 小熊 毅, 西村善博*, 浅野浩一郎*, 平井豊博*	第64回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
COPD 患者における CT 粘液栓の臨床的意義	田辺直也*, 清水薫子*, 島 寛*, 若園順康*, 鈴木 雅*, 白石祐介*, 寺田 悟*, 小熊 毅, 坂本 亮*, 牧田比呂仁*, 佐藤篤靖*, 寺田邦彦*, 西村正治*, 佐藤 晋*, 今野 哲*, 平井豊博*	第64回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
胸部 CT および呼吸機能指標の新たな展開 COPD 患者に おける Interstitial Lung Abnormality 定量的画像解析 ソフトウェア (AIQCT) を用いた検討	白石祐介*, 田辺直也*, 前谷知毅*, 張 怡*, 坂本 亮*, 鍛冶静雄*, 池添浩平*, 谷澤公伸*, 小熊 毅, 室 繁郎*, 半田知宏*, 佐藤 晋*, 平井豊博*	第64回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
特発性肺線維症における中枢気道形態と肺内線維化病変の 関連	前谷知毅*, 田辺直也*, 半田知宏*, 池添浩平*, 坂本 亮*, 白石祐介*, 松梨敦史*, 小熊 毅, 谷澤公伸*, 佐藤 晋*, 福井基成*, 平井豊博*	第64回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
胸部 CT および呼吸機能指標の新たな展開 COPD 患者に おける呼吸インピーダンスの経年変化と1秒量, 残気量の経 年変化の関連	張 怡*, 田辺直也*, 白石祐介*, 前谷知毅*, 小熊 毅, 佐藤篤靖*, 室 繁郎*, 佐藤 晋*, 平井豊博*	第64回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
特発性肺線維症における肉眼的気管支拡張スコアと画像解 析ソフトウェアによる肺野気管支体積の関連	池添浩平*, 半田知宏*, 谷澤公伸*, 田辺直也*, 小熊 毅, 松梨敦史*, 宇山倫弘*, 坂本 亮*, 野橋智美*, 平井豊博*	第64回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7

演題	演者名	学会名／開催地	月日
気管支喘息における喀痰中 TSLP・YKL-40 はその後の長期呼吸機能経年低下を予測しうる	西 健太*, 長崎忠雄*, 小熊 毅, 林 優介*, 寺田 悟*, 野村奈都子*, 古郷摩利子*, 砂留広伸*, 佐藤 晋*, 松本久子*, 平井豊博*	第 64 回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
気管支喘息患者における呼気一酸化窒素と気道構造の関連 超高精細 CT を用いた検討	林 優介*, 田辺直也*, 清水薫子*, 前谷知毅*, 白石祐介*, 寺田 悟*, 西 健太*, 小熊 毅, 砂留広伸*, 佐藤 晋*, 佐藤篤靖*, 松本久子*, 平井豊博*	第 64 回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
肺胞蛋白症における胸部 CT 画像を用いた肺洗浄の定量的な評価	谷澤公伸*, 半田知宏*, 山田直生*, 小熊 毅, 田辺直也*, 池添浩平*, 坂本 亮*, 平井豊博*	第 64 回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
重症喘息における遺伝的背景と生物学的製剤の治療反応性との関係	西 健太*, 松本久子*, 砂留広伸*, 長崎忠雄*, 小熊 毅, 田嶋範之*, 林 優介*, 寺田 悟*, 森田恭平*, 吉村千恵*, 西坂泰夫*, 岩永賢司*, 佐野博幸*, 原口龍太*, 東田有智*, 平井豊博*	第 64 回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
定量的画像解析ソフトウェア (AIQCT) を用いた特発性肺線維症における蜂巣肺の形態解析	前谷知毅*, 田辺直也*, 谷澤公伸*, 坂本 亮*, 白石祐介*, 松梨敦史*, 池添浩平*, 小熊 毅, 佐藤 晋*, 半田知宏*, 平井豊博*	第 64 回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
難治性慢性咳嗽に対する Gefapixant の治療効果予測因子の検討	寺田 悟*, 小熊 毅, 林 優介*, 西 健太*, 古郷摩利子*, 野村奈都子*, 砂留広伸*, 長崎忠雄*, 平井豊博*	第 64 回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
閉塞性気道疾患における喀痰 sIgA と細菌叢・炎症型との関係	古郷摩利子*, 松本久子*, 森本千絵*, 小熊 毅, 佐藤 晋*, 田辺直也*, 佐藤篤靖*, 野村奈都子*, 寺田 悟*, 西 健太*, 砂留広伸*, 長崎忠雄*, 大橋 快*, 塚原隆充*, 平井豊博*	第 64 回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
COVID-19 肺炎における画像定量解析ソフトでの病変評価	片岡佑介*, 田辺直也*, 濱尾信叔*, 白田全弘*, 前谷知毅*, 白石祐介*, 江村正仁, 遠藤和夫*, 長谷川吉則*, 小熊 毅, 伊藤功朗*, 平井豊博*	第 64 回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
AI による SARS-CoV-2 肺炎における CT 異常陰影パターンの空間分布解析	片岡佑介*, 田辺直也*, 濱尾信叔*, 白田全弘*, 前谷知毅*, 白石祐介*, 江村正仁, 遠藤和夫*, 長谷川吉則*, 小熊 毅, 伊藤功朗*, 平井豊博*	第 64 回日本呼吸器学会 学術講演会／横浜	2024. 4. 5 -7
気管支喘息患者に対する生物学的製剤が新型コロナワクチン BNT162b2 接種後の液性免疫応答に与える影響	白田全弘*, 伊藤功朗*, 長崎忠雄*, 大井一成, 濱尾信叔*, 西岡憲亮*, 平井豊博*, 小熊 毅	第 98 回日本感染症学会 学術講演会 第 72 回日本化学療法学会総会／神戸	2024. 6. 27 -29
気管支拡張症合併 Aspergillus fumigatus 感作喘息と ABPA における難治性フェノタイプ	野村奈都子*, 松本久子*, 浅野浩一郎*, 林 優介*, 横山彰仁*, 西村善博*, 砂留広伸*, 長崎忠雄*, 小熊 毅, 田辺直也*, 平井豊博*, Bexas 研究班	第 73 回日本アレルギー学会学術大会／京都	2024. 10. 18 -20
重症喘息における生物学的製剤の治療反応性に遺伝的背景が影響し得る	西 健太*, 松本久子*, 砂留広伸*, 長崎忠雄*, 小熊 毅, 田嶋範之*, 林 優介*, 寺田 悟*, 森田恭平*, 吉村千恵*, 西坂泰夫*, 佐野安希子*, 岩永賢司*, 佐野博幸*, 原口龍太*, 東田有智*, 平井豊博*	第 73 回日本アレルギー学会学術大会／京都	2024. 10. 18 -20
喘息患者における新型コロナウイルス mRNA ワクチンの副反応	伊藤功朗*, 小熊 毅, 長崎忠雄*	第 73 回日本アレルギー学会学術大会／京都	2024. 10. 18 -20

演題	演者名	学会名／開催地	月 日
外的症状誘発因子が生物学的製剤による喘息管理に及ぼす影響	砂留広伸*, 松本久子*, 林 優介*, 前谷和毅*, 白石祐介*, 寺田 悟*, 西 健太*, 渡邊アヤ*, 石山祐美*, 田辺直也*, 長崎忠雄*, 小熊 毅, 佐藤篤靖*, 佐藤 晋*, 平井豊博*	第73回日本アレルギー学会学術大会／京都	2024.10.18 -20
喘息, COPD, 喘息・COPD オーバーラップにおける粘液栓と喀痰細菌叢の関連	田辺直也*, 松本久子*, 森本千絵*, 林 優介*, 小熊 毅, 長崎忠雄*, 砂留広伸*, 佐藤篤靖*, 佐藤 晋*, 大橋 快*, 塚原隆充*, 平井豊博*	第73回日本アレルギー学会学術大会／京都	2024.10.18 -20
気管支拡張・細気管支炎像を呈する喘息例におけるHCG22遺伝子多型の関与	野村奈都子*, 松本久子*, 砂留広伸*, 小熊 毅, 平井豊博*	第73回日本アレルギー学会学術大会／京都	2024.10.18 -20
COPD患者における握力低下と問診票で評価したフレイルの関連	寺田 悟*, 田辺直也*, 前谷知毅*, 張 怡*, 白石祐介*, 大島洋平*, 小熊 毅, 佐藤篤靖*, 佐藤 晋*, 平井豊博*	第34回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会／名古屋	2024.11.15 -16
気管支喘息患者における胸部CTを用いた骨格筋, 脂肪の定量評価と臨床指標との関連	林 優介*, 田辺直也*, 前谷知毅*, 砂留広伸*, 佐藤 晋*, 長崎忠雄*, 小熊 毅, 松本久子*, 福井基成*, 平井豊博*	第34回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会／名古屋	2024.11.15 -16
感染症科			
Brun-Buisson法による血管カテーテル先端塗抹・培養検査の, カテーテル関連血流感染症に対する診断性能の検討	梶谷健太郎, 岩本伸紀, 清水恒広, 松田直樹, 山下真利佳, 岡本早紀	第35回日本臨床微生物学会総会・学術総会／横浜	2024. 2.10
シンポジウム9 呼吸器感染症の診断の質を高める 検査がもたらす臨床でのインパクト	梶谷健太郎	第35回日本臨床微生物学会総会・学術総会／横浜	2024. 2.10
コロナと診断できたら一安心?	谷口昌史, 梶谷健太郎	第23回 Fellow Level Entertaining & Educational Kansai Infection Conference／京都	2024. 6. 9
臨床的に肝蛭症と診断し, トリクラベンダゾール内服後に抗体が陽転した1例	谷口昌史, 岩本伸紀, 元林寛文, 梶谷健太郎, 清水恒広	京大音羽IDカンファレンス／京都	2024. 6.21
インド渡航後にデング熱と溶連菌感染症を合併した一例	来住知美*, 大郷義也*, 梶谷健太郎	第98回日本感染症学会学術講演会／神戸	2024. 6.29
現代の性感染症～梅毒を中心に～	梶谷健太郎	一般社団法人京都都立病院協会主催感染対策研修会／京都	2024. 9.11
Covid-19と共感染し, 治療後の溶血性貧血や再燃をきたした・熱帯熱マラリアの一例	谷口昌史, 岩本伸紀, 元林寛文, 梶谷健太郎, 清水恒広	第73回日本感染症学会東日本地方会学術集会／東京	2024.10.19
COVID-19罹患後症状の簡易版患者報告アウトカム尺度LCBIの開発と検証	山田 玄*, 板谷 崇央*, 岩元 典子*, 山田 淑恵*, 小川 雄右*, 鈴木 倫代*, 梶谷 健太郎, 宮森 大輔*, 宮下 淳*, 大曲 貴夫*, 山本 洋介*	日本臨床疫学会第7回年次学術大会／東京	2024.11. 3
治療中にダプトマイシン耐性となったCorynebacterium striatumによる化膿性椎体椎間板炎の1例	元林 寛文, 青木 一晃, 與語 葵, 梶谷 健太郎, 清水 恒広	第94回日本感染症学会西日本地方会学術集会／神戸	2024.11.15
シンポジウム11 重症・難治性感染症に対する治療戦略 一筋縄ではいかない髄膜炎	梶谷健太郎	第94回日本感染症学会西日本地方会学術集会／神戸	2024.11.16

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
小児科			
小児二次性血球貪食性リンパ組織球症における造血細胞移植の後方視的解析.	坂本謙一*, 宮本智史*, 今井耕輔*, 佐藤真穂*, 今泉益栄*, 柳町昌克*, 康 勝好*, 梶原道子*, 小池隆志*, 野村恵子*, 石田宏之, 岡田恵子*, 古賀友紀*, 阿南 正*, 加藤剛二*, 佐藤 篤*, 日野もえ子*, 田淵 健*, 梅田雄嗣*	第46回日本造血・免疫細胞療法学会総会／東京	2024. 2. 14
チロシンキナーゼ阻害剤の薬物血中モニタリングを施行した小児白血病.	田村真一, 飛鳥暉昌, 内藤優樹, 友安千紘, 矢野未央, 石田宏之, 岡野創造, 三浦昌朋*, 高橋直人*, 黒田啓史	第37回近畿小児科学会／大阪	2024. 3. 10
C1 インヒビター定期補充療法により急性発作を抑制できた6歳の遺伝性血管性浮腫	内藤優樹, 石田宏之, 田村真一, 飛鳥暉昌, 川合 満, 西村 敏希, 西崎泰隆, 友安千紘, 中島三花, 友安千紘, 矢野未央, 吉田路子, 塩見 梢, 佐々木真之, 天谷英理子, 岡野創造, 黒田啓史	第452回日本小児科学会京都地方会／京都	2024. 5. 26
プールなど水の事故や熱中症, その他のケガの対応について	佐々木真之	下京保育研究会／京都	2024. 6. 13
小児 VOD/SOS に対しデフィプロトド早期投与により治療に成功した一例	友安千紘, 田村真一, 矢野未央, 石田宏之	第18回京都地区小児血液腫瘍研究会／京都	2024. 7. 27
ALL 治療におけるアスパラギナーゼ製剤使用の最適化	矢野未央	第19回北関東小児がんセミナー／(オンライン)	2024. 7. 27
インフルエンザ感染症を契機に溶血発作を来した男児例	西村敏希, 中島三花, 佐々木真之, 田村真一, 石田宏之, 岡野創造, 黒田啓史	第30回京都西南部小児科地域連携の会／京都	2024. 9. 28
小児白血病におけるチロシンキナーゼ阻害剤の薬物血中濃度モニタリング	田村真一, 内藤優樹, 友安千紘, 矢野未央, 三浦昌朋*, 高橋直人*, 石田宏之	第86回日本血液学会学術集会／京都	2024. 10. 11
L-アスパラギナーゼ製剤の進歩	矢野未央	第86回日本血液学会学術集会／京都	2024. 10. 11
ネフロン癆疑いの11歳男児例	藤本慎一郎, 中島三花, 石田宏之	第20回揭示小児腎疾患症例検討会／大津	2024. 11. 30
Phase 1 study for post-transplant maintenance therapy with blinatumomab for relapsed/refractory CD19+ B-cell acute lymphoblastic leukemia: SCT-ALL-BLIN21 難治 CD19 陽性 B 細胞性急性リンパ性白血病に対する移植後維持療法に関する第1相試験: SCT-ALL-BLIN21	Sakaguchi H*, Umeda K*, Noma N*, Hiroyuki Ishida, Yabe H*, Goto H*, Kato I*, Kawahara Y*, Sanada M*, Deguchi T*, Takahashi Y*, Saito AM*, Horibe K*, Koh K*, Manabe A*	第66回日本小児血液・がん学会学術集会／京都	2024. 12. 14
小児血液腫瘍性疾患を対象とした二次がん発症に関するケースコントロール研究 (JACLS SN17)	早川 晶*, 嘉田晃子*, 石田也寸志*, 山口(中上)悦子*, 未延聡一*, 前田尚子*, 佐藤 篤*, 田村真一, 佐藤真穂*, 川口浩史*, 平山雅浩*, 齋藤明子*, 堀部敬三*, 今村俊彦*, 小阪嘉之*	第66回日本小児血液・がん学会学術集会／京都	2024. 12. 15
免疫性血小板減少症経過中に発症した若年性皮膚筋炎	川合 満, 田村真一, 石田宏之, 岡野創造, 黒田啓史	第452回日本小児科学会京都地方会学術集会／京都	2024. 12. 21
緩和ケア科			
TS05 シンポジウム 適切ながん疼痛治療を提供するために, がん疼痛に対する侵襲的鎮痛法をいかに継承するか 京都府におけるがん患者に対する神経ブロック提供の取り組み	大西佳子	日本麻酔科学会第71回学術集会／神戸	2024. 6. 6
ワークショップ2 希望につながる統合医療～治療・予防・QOLの向上を目指して	座長: 船戸崇史*, 大西佳子	第29回日本緩和医療学会学術大会 第37回日本サイコオンコロジー学会総会 合同学術大会／神戸	2024. 6. 14 -15

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
小脳性認知情動症候群を伴う乳癌小脳転移の終末期療養患者に非言語的アプローチを含むケアを行った一例	山本栄司, 大西佳子, 高井孝治, 庄野孝仁, 澤 奏子, 畑 祥子, 河村有希子, 柴田恵美*, 峯 静香*, 安達紗代*	第 29 回日本緩和医療学会学術大会 第 37 回日本サイコオンコロジー学会総会 合同学術大会／神戸	2024. 6. 14 -15
難治性肛門痛に対して複数の神経ブロックを施行して疼痛コントロールした症例	大西佳子	日本ペインクリニック学会 第 58 回学術集会／宇都宮	2024. 7. 19
難治性がん疼痛の患者を専門的治療へどうつなげるか～京都府での神経ブロックへのアクセス改善の取り組み～	山代亜紀子*, 大屋里奈*, 谷口彩乃*, 大西佳子, 上野博司*	第 13 回緩和 IVR 研究会学術大会／奈良	2024. 9. 28
神経ブロックへのアクセスを改善するために～メール相談事業開始～	大屋里奈*, 上野博司*, 大西佳子, 山代亜紀子*, 谷口彩乃*, 天谷文昌*	日本緩和医療学会 第 6 回関西支部学術大会／大津	2024. 9. 28
がん性皮膚潰瘍と重度のリンパ浮腫がありながらも統合医療でその人らしく過ごせた 1 事例	柴田恵美*, 大西佳子	第 47 回日本死の臨床研究会年次大会／札幌	2024. 10. 12
自分らしく生きるために～生きていくヒントとなる緩和ケア・統合医療～	大西佳子	Team P.L.P.／大阪	2024. 10. 14
日常生活動作 Functional Independence Measure (FIM) は終末期がん患者の生命予後予測因子となる	中西俊祐, 坂田莉毅, 西村彩香, 大西佳子	第 7 回日本がん・リンパ浮腫理学療法学会学術大会／函館	2024. 11. 16
総合外科			
ロボット支援下肝切除術の導入期における工夫と手術成績	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 西川裕太, 塩見 慶, 坂口正純, 加藤 滋, 玉置信行, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第 16 回日本ロボット外科学会学術集会／鳥取	2024. 2. 10 -11
Outcomes of robotic gastrectomy compared with laparoscopic gastrectomy	Masazumi Sakaguchi, Yuta Nishikawa, Koichi Matsuo	第 96 回日本胃癌学会総会／京都	2024. 2. 28 -3. 1
小腸閉塞を契機に確定診断した悪性腹膜中皮腫の 1 例	西川裕太	第 60 回日本腹部救急医学会総会／福岡	2024. 3. 21 -22
当院における低侵襲高難度領域 (S7/8) 系統的肝切除	久保田豊成, 奥田雄紀浩, 玉置信行, 上 和広, 秦浩一郎	第 32 回京大肝胆膵外科セミナー／京都	2024. 3. 30
ロボット支援下幽門側胃切除術～#6 リンパ節郭清～	西川裕太	第 35 回京都臨床外科セミナー／京都	2024. 4. 6
当院における腹腔鏡下肝中央領域切除術の検討	久保田豊成, 奥田雄紀浩, 安次富駿介, 坂東祐貴, 西川裕太, 坂口正純, 玉置信行, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第 124 回日本外科学会定期学術集会／愛知	2024. 4. 18 -20
当院におけるロボット支援下胃癌手術の短期中期成績	坂口正純, 西川裕太, 塩見 慶, 久保田豊成, 奥田雄紀浩, 加藤 滋, 玉置信行, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第 124 回日本外科学会定期学術集会／愛知	2024. 4. 18 -20
ロボット支援下肝切除術の導入期における工夫と手術成績	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 西川裕太, 塩見 慶, 坂口正純, 加藤 滋, 玉置信行, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第 124 回日本外科学会定期学術集会／愛知	2024. 4. 18 -20
拡大適応ドナーの移植前“体外”機能評価に基づく客観的移植可否判断と、移植不適臓器の体外治療を可能にする灌流保存装置の開発～“Made in Japan”が目指す SDGs	秦浩一郎, 榎原 稔, 國光 健, 趙 向東, 影山詔一, 佐藤元彦, 田嶋哲也, 日下部治郎, 大隈浩一, 副島見事, 小田一郎, 波多野悦朗	第 124 回日本外科学会定期学術集会／愛知	2024. 4. 19
Laparoscopic isolated Segment 1 liver resection utilizing modified Hanging maneuver	Yukihiro Okuda, Toyonari Kubota, Nobuyuki Tamaki, Kazuhiro Kami, Koichiro Hata	IHPBA 2024 / South Afric	2024. 5. 15 -18
腹腔鏡を併用した鞘状突起開存を伴う年長児停留・挙上精巢の症例	武田昌克, 鈴木久美子	第 61 回 日本小児外科学会学術集会／福岡	2024. 5. 30
Our Standardized Method for Laparoscopic Mobilization of the Splenic Flexure	Yuta Nishikawa	EAES 2024 / Maastricht, The Netherlands	2024. 6. 11 -14

演題	演者名	学会名／開催地	月日
Short- and mid-term outcomes of robotic gastrectomy compared with laparoscopic gastrectomy	Masazumi Sakaguchi, Yuta Nishikawa, Toyonari Kubota, Yukihiro Okuda, Koichi Matsuo	EAES 2024／Maastricht, The Netherlands	2024. 6. 11 -14
Usefulness of modified hanging maneuver in laparoscopic total caudate lobectomy for hepatocellular carcinoma in paracaval portion	Yukihiro Okuda, Toyonari Kubota, Nobuyuki Tamaki, Kazuhiro Kami, Koichiro Hata	EAES 2024／Maastricht, The Netherlands	2024. 6. 11 -14
Two cases of fish bone migration to bile ducts after Subtotal Stomach-Preserving Pancreaticoduodenectomy	Toyonari Kubota, Yukihiro Okuda, Syunsuke Ashitomi, Yuta Nishikawa, Masazumi Sakaguchi, Shigeru Kato, Nobuyuki Tamaki, Tomohiko Mori, Kazuhiro Kami, Koichiro Hata	第36回日本肝胆膵外科 学会／広島	2024. 6. 28 -29
Robotic anatomical isolated caudate lobectomy: Left-side approach	Yukihiro Okuda, Toyonari Kubota, Nobuyuki Tamaki, Kazuhiro Kami, Koichiro Hata	第36回日本肝胆膵外科 学会学術集会／広島	2024. 6. 28 -29
Fish bone penetration to the pancreas & Delayed pancreatic fistula／abscess due to an accidental ingestion half a year ago : A case report	Tamaki Nobuyuki, Toyonari Kubota, Yukihiro Okuda, Kazuhiro Kami, Koichiro Hata	第36回日本肝胆膵外科 学会学術集会／広島	2024. 6. 28 -29
En bloc excision of a giant polycystic liver with hepatic cava & its auto-transplant caval reconstruction as a safe surgical procedure for liver transplantation	Koichiro Hata, Takahiro Nishio, Motoyuki Kumagai, Kazuhiro Yamazaki, Shoichi Kageyama, Shinya Okumura, Yuki Masano, Satoshi Ogiso, Takayuki Anazawa, Takashi Ito, Etsuro Hatano	第36回日本肝胆膵外科 学会・学術総会／広島	2024. 6. 28
腸管膜切除のコンセプトに基づいた左上縦隔郭清の手技	坂口正純	第78回日本食道学会学 術集会／東京	2024. 7. 3 -5
ENGBDによるドレナージを先行し早期に腹腔鏡下胆嚢亜全摘術を施行した1例	西川裕太	第11回サマーセミナー in 沖縄／沖縄	2024. 7. 6
当院における低侵襲高難度領域（S7/8）系統的肝切除	久保田豊成, 奥田雄紀浩, 安次富駿介, 坂東祐貴, 西川裕太, 坂口正純, 玉置信行, 森友彦, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第11回サマーセミナー in 沖縄／沖縄	2024. 7. 6
Da Vinci SPを用いたロボット支援下肝切除の経験	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 安次富駿介, 西川裕太, 塩見慶, 坂口正純, 加藤滋, 玉置信行, 森友彦, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第11回サマーセミナー in 沖縄／沖縄	2024. 7. 6
医療安全から見守り続けた当院VTE診療の15年	山本栄司	中京西部医師会循環器 研究会／京都	2024. 7. 6
ロボット支援手術後に発症した8mmポートサイトヘルニアの2例	影山悠, 森友彦, 松尾宏一	第79回日本消化器外科 学会総会／山口	2024. 7. 17 -19
直腸癌に対するロボット支援下直腸前方切除術における縫合不全ゼロを目指した取り組みと手術成績	安次富駿介, 森友彦, 西川裕太, 坂東祐貴, 坂口正純, 久保田豊成, 加藤滋, 玉置信行, 武田昌克, 奥田雄紀浩, 上和広, 松尾宏一, 山本栄司, 秦浩一郎	第79回日本消化器外科 学会総会／山口	2024. 7. 17 -19
The Necessity of Drain Placement in Minimally Invasive Liver Resection	Toyonari Kubota, Yukihiro Okuda, Syunsuke Ashitomi, Yuta Nishikawa, Masazumi Sakaguchi, Shigeru Kato, Nobuyuki Tamaki, Tomohiko Mori, Kazuhiro Kami, Koichiro Hata	第79回日本消化器外科 学会総会／山口	2024. 7. 17 -19

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
Minimally invasive lower and middle mediastinal node dissection for esophageal cancer	坂口正純, 西川裕太, 加藤 滋, 松尾宏一, 秦浩一郎	第 79 回日本消化器外科学会総会／山口	2024. 7.17 -19
低侵襲再肝切除における手技の工夫と手術成績	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 安次富駿介, 西川裕太, 塩見 慶, 坂口正純, 加藤 滋, 玉置信行, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第 79 回日本消化器外科学会総会／山口	2024. 7.17 -19
直腸癌と前立腺癌の重複癌に対する一次的ロボット支援下手術の工夫とコツ	森 友彦, 西川裕太, 坂口正純, 久保田豊成, 加藤 滋, 玉置信行, 武田昌克, 奥田雄紀浩, 上 和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第 79 回日本消化器外科学会総会／山口	2024. 7.17 -19
尾側膵切除における膵断端処理法に関する後方視的検討	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 玉置信行, 上 和広, 秦浩一郎, 河合隆之, 井口公太, 上村 良, 田浦康二郎, 寺嶋宏明	第 55 回日本膵臓学会大会／宇都宮	2024. 7.25 -26
身近な小児外科疾患について ～鼠経ヘルニア, 臍ヘルニア, 泌尿生殖器疾患など	武田昌克, 鈴木久美子	令和 6 年度第 5 回京都市立病院ミニ市民公開講座／京都	2024. 8.10
京都市立病院 総合外科における診療の実際: 手術動画を中心に	秦 浩一郎	みぶ病診連携カンファレンス／京都	2024. 8.22
Efficacy of minimally invasive spleen-preserving splenic hilar dissection for type 4 gastric cancer	Masazumi Sakaguchi	Korea International Gastric Cancer week 2024／Seoul, Korea	2024. 9.26 -28
当院における腹腔鏡下高難度領域 (S7/8) 系統的肝切除について	久保田豊成, 奥田雄紀浩, 玉置信行, 上 和広, 秦浩一郎	第 37 回近畿内視鏡外科研究会／大阪	2024. 9.28
Laparoscopic Hepatectomy of Segment 8 for a large Hepatocellular Carcinoma Compressing the Major Hepatic Veins ~ Usefulness of Stratafix® in securing a stable surgical field ~	Toyonari Kubota, Yukihiro Okuda, Syunsuke Ashitomi, Yuta Nishikawa, Masazumi Sakaguchi, Shigeru Kato, Nobuyuki Tamaki, Tomohiko Mori, Kazuhiro Kami, Koichiro Hata	I n t e r n a t i o n a l Laparoscopic Liver Society (ILLS) 2024 / kyoto	2024.10. 1 -2
Robotic caudate lobe resection: Left-side hybrid method	Yukihiro Okuda, Toyonari Kubota, Nobuyuki Tamaki, Kazuhiro Kami, Koichiro Hata	I n t e r n a t i o n a l Laparoscopic Liver Society 2024 / kyoto	2024.10. 1 -2
術前診断が困難であった胆嚢原発 Mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN) の一例	玉置信行, 久保田豊成, 奥田雄紀浩, 上 和広, 秦浩一郎	第 60 回日本胆道学会学術集会／愛知	2024.10.10 -11
当院における da Vinci Xi・SP を用いたロボット支援下膵体尾部切除術	久保田豊成, 奥田雄紀浩, 玉置信行, 上 和広, 秦浩一郎	第 33 回京大肝胆膵外科セミナー／京都	2024.10.12
ロボット支援下肝切除術における肝実質切離の手術手技	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 安次富駿介, 西川裕太, 坂東裕貴, 坂口正純, 玉置信行, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第 37 回近畿内視鏡外科研究会／大阪	2024.10.28
当院におけるロボット支援下肝切除術の現況と今後の展望	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 安次富駿介, 西川裕太, 塩見 慶, 坂口正純, 加藤 滋, 玉置信行, 森 友彦, 上 和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	JDDW 2024／兵庫	2024.10.31 - 11. 3
体温下灌流保存が可能にする Dynamic Multi-omics を用いた客観的臓器機能評価と, 遠隔制御が実現する Sustainable な移植医療の未来	秦浩一郎, 宮内英孝, 趙 向東, 櫻原 稔, 國光 健, 佐藤元彦, 田嶋哲也, 姜 中豪, 影山詔一, 波多野 悦朗	第 50 回日本臓器保存生物医学学会学術集会／愛知	2024.11. 7
Pfannenstiel 切開を併用した体腔内吻合の有用性とその手術手技 (手術時間短縮を目指した体腔内間膜処理の定型化)	西川裕太, 森 友彦, 坂口正純, 加藤 滋, 上 和弘, 松尾宏一, 秦浩一郎	第 86 回 日本臨床外科学会学術集会／栃木	2024.11.20 -22

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
当院におけるロボット支援下腓体尾部切除術（RDP）の導入	久保田豊成, 奥田雄紀浩, 安次富駿介, 坂東祐貴, 西川裕太, 坂口正純, 玉置信行, 森友彦, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第16回腓臓内視鏡外科研究会／栃木	2024. 11. 20
低悪性度腓腫瘍に対するDa Vinci SPを用いたロボット支援下腓体尾部切除術	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 玉置信行, 上和広, 秦浩一郎	第16回腓臓内視鏡外科研究会／栃木	2024. 11. 20
低侵襲肝切除におけるドレーン留置の必要性について	久保田豊成, 奥田雄紀浩, 安次富駿介, 坂東祐貴, 西川裕太, 坂口正純, 玉置信行, 森友彦, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第86回日本臨床外科総会／栃木	2024. 11. 21 -23
同時性多発大腸癌に対するロボット支援下大腸切除術の検討	森友彦, 西川裕太, 安次富駿介, 坂東祐貴, 坂口正純, 久保田豊成, 加藤滋, 玉置信行, 武田昌克, 奥田雄紀浩, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第86回日本臨床外科総会／栃木	2024. 11. 21 -23
胃癌・S状結腸癌の重複癌に対するロボット支援下同時切除の検討	安次富駿介, 森友彦, 坂口正純, 西川裕太, 坂東祐貴, 久保田豊成, 玉置信行, 武田昌克, 奥田雄紀浩, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第37回日本内視鏡外科学会総会／福岡	2024. 12. 5 -7
右側結腸手術における体腔内吻合の手術手技の工夫と短期成績	坂東祐貴, 森友彦, 影山悠, 安次富駿介, 西川裕太, 坂口正純, 久保田豊成, 玉置信行, 武田昌克, 奥田雄紀浩, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第37回日本内視鏡外科学会総会／福岡	2024. 12. 5 -7
若手外科教育におけるロボット支援下手術の役割 卒後7年目の視点	西川裕太, 坂口正純, 久保田豊成, 奥田雄紀浩, 玉置信行, 森友彦, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第37回日本内視鏡外科学会総会／福岡	2024. 12. 5 -7
当院における低侵襲高難度領域（S7/8）系統的肝切除	久保田豊成, 奥田雄紀浩, 安次富駿介, 坂東祐貴, 西川裕太, 坂口正純, 玉置信行, 森友彦, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第37回日本内視鏡外科学会総会／福岡	2024. 12. 5 -7
当科におけるda Vinci S P surgical systemを用いたロボット支援下胃切除の工夫	坂口正純, 西川裕太, 坂東祐貴, 安次富駿介, 久保田豊成, 奥田雄紀浩, 加藤滋, 玉置信行, 森友彦, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第37回日本内視鏡外科学会総会／福岡	2024. 12. 5 -7
当院におけるロボット支援下肝切除術の手術手技と短期成績	奥田雄紀浩, 久保田豊成, 安次富駿介, 坂東祐貴, 西川裕太, 坂口正純, 加藤滋, 玉置信行, 森友彦, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第37回日本内視鏡外科学会総会／福岡	2024. 12. 5 -7
da Vinci SPを用いたロボット支援下大腸手術の導入と今後の課題	森友彦, 西川裕太, 安次富駿介, 坂東祐貴, 坂口正純, 久保田豊成, 加藤滋, 玉置信行, 奥田雄紀浩, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	第37回日本内視鏡外科学会総会／福岡	2024. 12. 5 -7
消化器外科へのマイナスイメージはどこで形成されるのか？ 研修医へのアンケート調査から	影山悠, 奥田雄紀浩, 森友彦, 上和広, 松尾宏一, 秦浩一郎	令和6年度京都大学外科冬季研究会／京都	2024. 12. 14
呼吸器外科			
【地域全体で診る肺がん治療】低侵襲ロボット支援手術・最近の術後補助化学療法で浮上する地域連携の重要性について	村西佑介	第37回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2024. 3. 16
右肺上葉切除術後の中葉の移動についての考察 ～中葉よ、どこへ行く？～	河野朋哉, 竹内粹葉, 村西佑介, 宮原亮	第77回日本胸部外科学術集会／金沢	2024. 11. 4
整形外科			
手術にて改善したDICを伴う慢性拡張性血腫の一例	安里尚悟	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
股関節可動性異常（屈曲拘縮，過伸展，屈曲制限）と全身矢状面アライメント（シンポジウム2：成人脊柱変形の病態における骨盤・下肢アライメント）	竹本 充	第14回日本成人脊柱変形学会／仙台市	2024. 3. 23
Comparison of Reoperation Rates and Cost after Anterior vs. Posterior Decompression and Fusion for Cervical Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament	Soichiro Masuda, Toshiki Fukasawa*, Bungo Otsuki*, Koichi Murata*, Takayoshi Shimizu*, Takashi Sono*, Shintaro Honda*, Koichiro Shima*, Masaki Sakamoto*, Shuichi Matsuda*, Koji Kawakami*	第53回日本脊椎脊髄病学会／横浜市	2024. 4. 18
入院加療を要する骨粗鬆症性椎体骨折患者に対する治療法の変遷が全身合併症発生頻度に与える影響	榊田崇一郎, 深澤俊貴*, 大槻文悟*, 村田浩一*, 清水孝彬*, 藺 隆*, 本田新太郎*, 嶋皓一郎*, 阪本将暉*, 松田秀一*, 川上浩司*	第53回日本脊椎脊髄病学会／横浜市	2024. 4. 18
科処置と化膿性脊椎炎の関連：ケース・クロスオーバー研究	榊田崇一郎, 深澤俊貴*, 竹内正人*, 新井是則*, 藤林俊介*, 大槻文悟*, 村田浩一*, 清水孝彬*, 松田秀一*, 川上浩司*	第53回日本脊椎脊髄病学会／横浜市	2024. 4. 18
前彎獲得を意図した5/S前方固定の矯正効果に関する検討	清水 優, 竹本 充	第53回日本脊椎脊髄病学会／横浜市	2024. 4. 18
股関節可動性異常が脊柱骨盤下肢矢状面アライメントに及ぼす影響 股関節屈曲拘縮，過伸展，屈曲制限との関連について	竹本 充, 金 永優, 清水 優, 徳安寛之, 鹿江 寛	第53回日本脊椎脊髄病学会／横浜市	2024. 4. 18
化膿性脊椎炎に対する経皮的椎弓根螺子を用いた後方固定術と保存加療の再発率の比較	榊田崇一郎, 清水孝彬*, 藺 隆*, 玉置康之*, 大西英次郎*, 竹本 充, 尾立征一*, 木村浩明*, 井関雅紀*, 富沢琢也*, 坪内直也*, 大槻文悟*, 村田浩一*, 松田秀一*	第53回日本脊椎脊髄病学会／横浜市	2024. 4. 18
股関節の屈曲角度と腰椎前彎の関連について 健常者ボランティアの分析	阪本将暉*, 竹本 充, 金 永優, 清水 優, 曾我聡之, 徳安寛之	第53回日本脊椎脊髄病学会／横浜市	2024. 4. 18
単純CTによる解剖学的3DシミュレーションのL5S前方固定術における有用性	竹本 充, 清水 優, 金 永優, 鹿江 寛	第53回日本脊椎脊髄病学会／横浜市	2024. 4. 18
OLIF51 プロクター施設先行レジストリーデータからみるOLIF51の有効性と安全性	折田純久*, 小谷善久*, 飯田尚裕*, 田中雅人*, 藤林俊介*, 竹本 充, 稲毛一秀*, 大鳥精司*	第53回日本脊椎脊髄病学会／横浜市	2024. 4. 18
頸椎後縦靭帯骨化症に対する前方除圧固定術と後方除圧固定術の術後再手術率と医療費の比較	榊田崇一郎, 深澤俊貴*, 大槻文悟*, 村田浩一*, 清水孝彬*, 藺 隆*, 本田新太郎*, 嶋皓一郎*, 阪本将暉*, 松田秀一*, 川上浩司*	第97回日本整形外科学会／福岡市	2024. 5. 23
【足病変の診療と支援の最前線】治療をあきらめない！京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療	鹿江 寛	第38回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2024. 9. 14
The impact of hip mobility on spinopelvic sagittal alignment: A comparative study of THA patients and healthy volunteers	Mitsuru Takemoto, Hiroyuki Tokuyasu, Yu Shimizu, Youngwoo Kim	EUROSPINE Messe Wien Exhibition & Congress Center/Wien	2024.10. 2
脊椎外科における全身矢状面アライメントへのこだわりと止血の工夫（ランチョンセミナー 脊椎外科手術における私のこだわり）	竹本 充	第141回中部日本整形外科学会災害外科学会・学術集会／	2024.10. 6
BKPセメント塊貫通椎弓根スクリュー法（BKPS法）による骨粗鬆症性脊椎手術	間野公介, 竹本 充, 金 永優, 鹿江 寛	第26回日本骨粗鬆症学会／金沢市	2024.10.11
LIFとセメントを併用した高齢者脊椎 instrumentation 手術のコツとピットフォール（ランチョンセミナー10）	竹本 充	第33回日本脊椎インストゥルメンテーション学会／札幌市	2024.10.20
骨粗鬆祖とサルコペニアについて	土井浩平	第223回京都市立病院健康教室かがやき／京都	2024.10.25

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
リハビリテーション科			
脳卒中患者の自動車運転における作業療法の認知機能評価について ～J-SDSA 導入の試みと今後の課題について～	原田洋一	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
地域包括ケアシステムで言語聴覚士ができること～現状と課題、今後に向けて～	佐藤 玲	京都リハビリテーション医療・介護フォーラム2024／京都	2024. 2. 3 -4
人工股関節全置換術前後における脊椎・骨盤・股関節の可動性とQOLの関係	徳安寛之, ClaudioVergari, 金 永優, 竹本 充, 清水 優, 田中千晶, 深江瞬也, 藤林俊介, 松田秀一	第54回日本人工関節学会／京都	2024. 2.23 -24
COVID-19 オミクロン株流行期におけるリハビリテーション治療の効果の検討—自宅施設退院にむけて—	久保美帆, 内田真樹, 佐藤 玲, 多田弘史	第61回日本リハビリテーション医学会学術集会／東京	2024. 6.13 -16
水痘带状疱疹ウイルスによる下位脳神経障害の嚥下障害患者に長期的な介入を行い改善した一例	今中みのり, 佐藤 玲, 村上瑞季, 水田康博	第30回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会／福岡	2024. 8.30 -31
【足病変の診療と支援の最前線】治療をあきらめない！京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療	岡田あゆみ	第38回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2024. 9.14
腰椎固定術がTHA後の股関節可動性に影響を与える	徳安寛之, 対馬栄輝, 竹本 充, 鹿江 寛, 金 永優	第51回日本股関節学会学術集会／岡山	2024.10.25 -26
急激なADL低下を認めた脳腫瘍患者に対して運動療法と神経筋電気刺激療法を併用したリハビリテーション経過	坂田莉毅, 中西俊祐, 日下部和貴	第7回日本がん・リンパ浮腫理学療法学会学術大会／北海道	2024.11.16 -17
日常生活動作 Functional Independence Measure (FIM) は終末期がん患者の生命予後予測因子となる	中西俊祐, 坂田莉毅, 西村彩香, 大西佳子	第7回日本がん・リンパ浮腫理学療法学会学術大会／北海道	2024.11.16 -17
皮膚科			
【足病変の診療と支援の最前線】治療をあきらめない！京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療	沢田広子	第38回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2024. 9.14
泌尿器科			
CDK12異常前立腺癌に対する研究	上山裕樹	第25回UTPシンポジウム／東京	2024. 1.14
京都市立病院におけるダヴィンチ SP 導入について	上山裕樹	第41回泌尿器科手術手技研究会／京都	2024. 1.27
京都市立病院におけるロボット支援手術の最近の話題と薬物療法	上山裕樹	保険薬局薬剤師向け研修会／京都	2024. 3.23
当院の経皮的尿路結石手術 (ECIRS&PCNL) における術後発熱の要因についての検討	堤 尚史, 阿部眞也, 平松和磨, 細見俊秀, 西川結梨, 上山裕樹, 松岡崇志, 清川岳彦	第111回日本泌尿器科学会総会／横浜	2024. 4.25
ロボット支援前立腺全摘除術後生化学的再発に対する救済放射線療法非奏功症例の検討	阿部眞也, 牧田哲幸, 平松和磨, 西川結梨, 上山裕樹, 松岡崇志, 堤 尚史, 村上高志, 平田希美子, 大津修二, 清川岳彦	第111回日本泌尿器科学会総会／横浜	2024. 4.25
当院における去勢抵抗性前立腺癌に対する化学療法の臨床的検討	上山裕樹, 阿部眞也, 平松和磨, 星見俊秀, 牧田哲幸, 西川結梨, 松岡崇志, 堤 尚史, 増田憲彦, 吉川武志, 西川信之, 清川岳彦	第111回日本泌尿器科学会総会／横浜	2024. 4.25
泌尿器科 Urology	堤 尚史	ドクタークラーク スキルアップ研修／京都	2024. 6.14
前立腺癌により尿管狭窄を来した2例	細見俊秀, 島崎崇綱, 阿部眞也, 上山裕樹, 堤 尚史, 清川岳彦	第291回泌尿器科マンズリーミーティング／京都	2024. 7.27
WEB セミナー ダヴィンチ SP (Single Port)	清川岳彦	キョーリン Web サロン／京都	2024. 9. 9

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
京都市立病院泌尿器科の診療方針に関して	清川岳彦, 島崎崇綱, 阿部眞也, 細見俊秀, 上山裕樹, 堤 尚史	壬生泌尿器科病診連携カンファレンス 2024／京都	2024. 9. 12
京都市立病院における副腎手術の臨床的検討	阿部眞也, 清川岳彦, 堤 尚史, 上山裕樹, 細見俊秀, 島崎崇綱	第 76 回 西日本泌尿器科学会総会／佐賀	2024. 11. 1
イブニングセミナー MIS の追求～da Vinci SP の真価を問う～	清川岳彦	第 76 回 西日本泌尿器科学会総会／佐賀	2024. 11. 1
京都市立病院における前立腺癌の病診連携に関して	上山 裕樹	五条御前泌尿器科・内科病診連携セミナー／京都	2024. 11. 7
イブニングセミナー ダヴィンチ SP を用いた 泌尿器科手術の新たな展開	清川岳彦	第 74 回日本泌尿器科学会中部総会／金沢	2024. 11. 21
当院における BRACAnalysis 陽性の転移性去勢抵抗性前立腺癌 4 例の臨床的検討	上山裕樹, 島崎崇綱, 阿部眞也, 細見俊秀, 堤 尚史, 清川岳彦	第 74 回日本泌尿器科学会中部総会／金沢	2024. 11. 21
高度肥満患者に対するダヴィンチ SP を用いたロボット支援根治的前立腺全摘除術 (SP-RARP) の経験	島崎崇綱, 阿部眞也, 細見俊秀, 上山裕樹, 堤 尚史, 清川岳彦	第 74 回日本泌尿器科学会中部総会／金沢	2024. 11. 21
da Vinci SP による上部尿路疾患に対して仰臥位後腹膜アプローチの初期経験	堤 尚史, 島崎崇綱, 阿部眞也, 平松和磨, 細見俊秀, 西川結梨, 松岡崇志, 上山裕樹, 梶田洋一郎, 清川岳彦	第 38 回日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会総会／千葉	2024. 11. 28
ダヴィンチ SP を用いたロボット支援根治的前立腺全摘除術 (RARP) の初期経験	細見俊秀, 島崎崇綱, 阿部眞也, 平松和磨, 西川結梨, 松岡崇志, 上山裕樹, 堤 尚史, 梶田洋一郎, 清川岳彦	第 38 回日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会総会／千葉	2024. 11. 28
腹腔鏡下尿路手術における近赤外線蛍光ナビゲーションの検討	西澤恒二*, 松下智紀*, 中川博道*, 後藤修平*, 福澤重樹*, 吉田 徹*, 清川岳彦	第 38 回日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会総会／千葉	2024. 11. 28
ドライボックスモデルを用いたダヴィンチ Xi とダヴィンチ SP の操作性の比較検討	阿部眞也, 清川岳彦, 堤 尚文, 上山裕樹, 梶田洋一郎, 西川結梨, 細見俊秀, 島崎崇綱	第 38 回日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会総会／千葉	2024. 11. 29
当院における Da Vinci SP によるロボット支援根治的膀胱全摘 (RARC) の初期経験	上山裕樹, 島崎崇綱, 阿部眞也, 細見俊秀, 堤 尚史, 清川岳彦, 西川結梨, 梶田洋一郎	第 38 回日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会総会／千葉	2024. 11. 30
da Vinci SP による上部尿路疾患に対しての仰臥位後腹膜アプローチの初期経験	堤 尚史, 島崎崇綱, 阿部眞也, 平松和磨, 細見俊秀, 西川結梨, 松岡崇志, 上山裕樹, 梶田洋一郎, 清川岳彦	第 38 回日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会総会／千葉	2024. 11. 30
ロボット支援根治的膀胱全摘 (RARC) は十分可能か	上山裕樹, 阿部眞也, 堤 尚史, 清川岳彦	第 37 回 日本内視鏡外科学会総会／福岡	2024. 12. 5
ドライボックスを用いた Da Vinci SP の操作性の検討～ Da Vinci Xi との 比較より～	阿部眞也, 堤 尚史, 上山裕樹, 清川岳彦	第 37 回 日本内視鏡外科学会総会／福岡	2024. 12. 6
Da Vinci SP システムを用いた新たな挑戦～上部尿路疾患に対しての仰臥 位後腹膜アプローチ	堤 尚史, 阿部眞也, 上山裕樹, 清川岳彦	第 37 回 日本内視鏡外科学会総会／福岡	2024. 12. 7
Bilateral macronodular adrenal cortical disease の 1 例	阿部眞也, 島崎崇綱, 細見俊秀, 上山裕樹, 堤 尚史, 清川岳彦	第 293 回マンスリーミーティング／京都	2024. 12. 14
産婦人科			
血栓塞栓術が有効であった骨盤内うっ血症候群の 1 例	高橋裕司, 谷掛雅人, 谷 顕裕, 山本 櫻, 大井仁美, 山本浩之, 藤原葉一郎, 小芝明美	第 45 回日本エンドメトリオーシス学会学術講演会／東京	2024. 1. 21
悪性腫瘍を否定できない症例に対する組織切除回収システムを用いた子宮内膜病変切除の有用性に関する検討	小芝明美, 谷 顕裕, 高橋裕司, 山本 櫻, 大井仁美, 山本浩之, 藤原葉一郎	第 7 回日本子宮鏡研究会学術講演会／名古屋	2024. 2. 18
細径硬性子宮鏡が診断に有用であった子宮頸部腺癌に偶発的に併存した placental site nodule の 1 例	谷 顕裕, 高橋裕司, 山本 櫻, 大井仁美, 山本浩之, 藤原葉一郎, 小芝明美	第 7 回日本子宮鏡研究会学術講演会／名古屋	2024. 2. 18

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
女性の健康管理のこれから～女性ホルモンの変動とその症状をよく知ろう！～	小芝明美	令和6年度第3回京都市立病院ミニ市民公開講座／京都	2024. 6. 8
内分泌療法に不応の巨大な帝王切開子宮癒痕症に対して腹腔鏡下子宮全摘術を実施した一例	秋山鹿子, 谷 顕裕, 高橋裕司, 山本 櫻, 山本浩之, 藤原葉一郎, 小芝明美	第64回日本産科婦人科内視鏡学会学術講演会／東京	2024. 9. 12
管理職が技術認定資格を取得する意義と障壁	小芝明美	第64回日本産科婦人科内視鏡学会学術講演会／東京	2024. 9. 13
オフィス子宮鏡における鎮痛と鎮静	小芝明美	第64回日本産科婦人科内視鏡学会学術講演会／東京	2024. 9. 13
当院におけるテルソマルトース第二鉄使用の実際と今後の展望	小芝明美	IDA最新治療を考える／京都	2024. 10. 17
妊娠の記憶がない子宮仮性動脈瘤をRPOCと診断した1例	高橋裕司, 谷 顕裕, 山本 櫻, 秋山鹿子, 山本浩之, 藤原葉一郎, 小芝明美	令和6年度京都産婦人科学会学術集会／京都	2024. 10. 19
陰唇癒着症9例の検討	藤原葉一郎, 谷 顕裕, 高橋裕司, 秋山鹿子, 山本 櫻, 山本浩之, 小芝明美	第39回女性医学学会学術集会／宇都宮	2024. 11. 9
大きな嚢胞を伴う帝王切開癒痕症候群に対して子宮鏡下の診断と腹腔鏡下子宮全摘術による治療を実施した1例	秋山鹿子, 谷 顕裕, 高橋裕司, 山本 櫻, 山本浩之, 藤原葉一郎, 小芝明美	第16回京都婦人科鏡視下手術研究会／京都	2024. 11. 30
クラミジア感染症とSTI	藤原葉一郎	京都府医師会 梅毒・性感染症に関する研究会／京都	2024. 12. 7
眼科			
マイボーム腺疾患の診断と治療	鈴木 智	第40回やまぐち眼科フォーラム／山口	2024. 1. 27
高齢者の後部眼瞼炎とマイボーム腺機能不全の考察	鈴木 智, 宮平 大, 大久保寛, 三木 岳, 中路進之介, 南 泰明, 木下 茂*	角膜カンファランス2024／東京都	2024. 2. 8
小児霰粒腫63例の臨床的特徴および抗菌薬治療の考察	三木 岳, 鈴木 智, 宮平 大, 大久保寛, 中路進之介, 南 泰明	角膜カンファランス2024／東京都	2024. 2. 8
加齢に伴うマイボーム腺の形態学的な変化についての考察	鈴木 智, 大久保寛, 富岡靖史*, 木下 茂*	第128回日本眼科学会総会／東京都	2024. 4. 19
レーザー共焦点顕微鏡を用いたマイボーム腺の観察	大久保寛, 鈴木 智, 富岡靖史*, 木下 茂*	第128回日本眼科学会総会／東京都	2024. 4. 19
Local testosterone synthesis by intracrine mechanism in the Meibomian gland	Tomo Suzuki, Sasaki L*, Kinoshita S*, Doi M*	ARVO Annual meeting 2024 / Seattle, WA, U.S.A	2024. 5. 9
Investigation of age-/sex- morphological changes in meibomian glands using in-vivo laser confocal microscopy and meibography	Hiroshi Okubo, Tomioka Y*, Tomo Suzuki, Kinoshita S*	ARVO Annual meeting 2024 / Seattle, WA, U.S.A	2024. 5. 9
マイボーム腺と眼表面の病態形成	鈴木 智	第17回箱根ドライアイクラブ／神戸市	2024. 6. 15
マイボーム腺疾患と治療のエッセンス	鈴木 智	第69回栃木県眼科医学会研究会／宇都宮	2024. 6. 21
霰粒腫の肉芽腫形成におけるCutibacterium acnesの関与についての考察	鈴木 智, 香月奈緒美, 江石義信*, 内田佳介*, 大橋健一*, 木下 茂*	OIIA in Sapporo / 札幌市	2024. 7. 6
進行大腸癌に対する3剤併用化学療法中に両漿液性網膜剥離を生じた1例	宮平 大, 大久保寛, 三木 岳, 小橋晃弘, 南 泰明, 鈴木 智	第94回京都府立医科大学同窓眼科集団会／京都市	2024. 9. 15
Introduction of the novel concept of meibomitis-related keratoconjunctivitis (MRKC)	Tomo Suzuki	ACS 9th Biennial Scientific Meeting 2024 / Jakarta, Indonesia	2024. 9. 27

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
アイフレイル～眼の健康寿命を延ばそう～ Part 1. 白内障について知ろう！	鈴木 智	令和6年度第7回京都市立病院ミニ市民公開講座／京都	2024. 10. 12
マイボーム腺疾患と治療のエッセンス	鈴木 智	第73回京滋眼科臨床懇話会／京都市	2024. 11. 9
白内障術前患者の後部眼瞼炎有病率～三施設共同研究～	鈴木 智, 山崎俊秀*, 北澤耕司*, 外園千恵*, 今井浩二郎*, 田尾まさ美*, 酒林智美*, 手良向聡*, 木藤学志*, 木下 茂*	第78回日本臨床眼科学会／京都市	2024. 11. 17
インストラクションコース OD-IC49 Ocular Surfaceの症例検討会(6th session)～診断エラーを回避しよう! Part 2～	鈴木 智, 後藤英樹*, 山口昌彦*, 福田 憲*, 近間泰一郎*, 重安千花*	第78回日本臨床眼科学会／京都市	2024. 11. 17
放射線診断科 教育講演 30 (領域講習：診断) 「産婦人科救急疾患の画像診断：卵巣出血，異所性妊娠，莖捻転，腫瘍破裂，PID」	森澤信子	第83回日本医学放射線学会総会／横浜	2024. 4. 13
AIを用いた乳房MRI拡散強調画像における良悪性及び分子学的予後予測因子鑑別能の検討	南 暁彦, 飯間麻美*, 水野良祐*, 今西勁峰*, 片岡正子*, 中本裕士*	第52回日本磁気共鳴医学会大会／千葉	2024. 9. 20
歯科口腔外科 下顎枝部に生じた中心性歯原性線維腫の1例	白井陽子, 井上 亮, 福島ゆりあ	第218回日本口腔外科学会関東支部学術集会／神奈川	2024. 12. 21
放射線治療科 オリゴ脊椎転移に対するSBRT	中村清直	第1回脊椎SBRTハンズオンセミナー／東京	2024. 6. 2
精巣癌診療ガイドライン 2024年版改訂のポイント 放射線治療に関するトピックス	中村清直	日本泌尿器腫瘍学会第10回学術集会／福岡	2024. 10. 26
原発性肺癌への体幹部定位放射線治療における線量増加の初期経験	村上高志, 平田希美子, 田中和徳, 福本賢大, 大津修二	日本放射線腫瘍学会第37回学術大会／横浜	2024. 11. 22
麻酔科 低心機能老年患者の短期滞在そけいヘルニア手術のレミゾラムを用いた全身麻酔の経験	白神豪太郎, 角山正博	第36回日本老年麻酔学会／佐賀	2024. 2. 17
出血を伴う前置胎盤のために緊急帝王切開術となった深部静脈血栓症を有する妊婦のレミゾラムを用いた全身麻酔の経験	白神豪太郎, 森脇扶美, 石井真紀, 角山正博	第3回日本周産期麻酔学会／金沢	2024. 2. 24
低蛋白血症肥満患者の麻酔管理をレミゾラムを用いた全静脈麻酔に区域麻酔を併用して行った経験	白神豪太郎, 角山正博	第11回日本区域麻酔学会／仙台	2024. 4. 13
麻酔導入時にレミゾラムに耐性を示したが，全身麻酔維持をレミゾラムで行えた1例	白神豪太郎, 角山正博	日本臨床麻酔学会第44回大会／東京	2024. 11. 21
高度肥満を有する統合失調症患者の膝人工関節全置換術に対するレミゾラムを用いた全静脈麻酔の経験	白神豪太郎, 角山正博	第31回日本静脈麻酔学会／広島	2024. 11. 30
病理診断科 食道病変の鑑別のポイント	岸本光夫	第19回 Wakayama Endo-Highlight Symposium／和歌山	2024. 1. 19
症例3 病理診断と所見の解説	岸本光夫	第248回大腸疾患研究会／大阪	2024. 2. 16
症例4 病理診断と所見の解説	岸本光夫	第8回京都拡大内視鏡研究会／京都	2024. 3. 2
消化管の非腫瘍性ポリープの病理	岸本光夫	泰安市立医院消化病学会術交流会／(オンライン)	2024. 3. 16

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
大腸病変の鑑別のポイント	岸本光夫	第 20 回 Wakayama Endo-Highlight Symposium／和歌山	2024. 7. 5
症例 1 病理診断と所見の解説	岸本光夫	第 251 回大腸疾患研究会／大阪	2024. 9. 13
症例 2 病理診断と所見の解説	岸本光夫	第 4 回奈良拡大内視鏡研究会／奈良	2024. 10. 5
臨床検査技術科			
エコーセンターでの Asset Performance Management プロジェクト	後藤 希, 安部有希, 山田 雅, 宮川昌巳	第 21 回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
下肢静脈超音波検査で大腿部骨幹部骨折の骨折端による DVT が疑われた一症例	林田愛海, 宮川大樹, 井上 歩, 後藤 希, 山田 雅	第 4 回京都医学検査学会／京都	2024. 2. 23
当院のがんゲノム医療における病理検体の取扱いの工夫	宮城華那子, 野田みゆき, 景山 愛, 井上翔太, 田中志穂, 竹腰友博, 山田 雅	第 4 回京都医学検査学会／京都	2024. 2. 23
心エコー検査を契機に診断に至った冠動脈肺動脈瘻の一例	安部有希, 宮川大樹, 山田 雅	第 21 回京都循環器検査研究会学術総会／京都	2024. 3. 17
当院におけるバイオマーカー検査を適切に行うための検体取扱いの工夫	野田みゆき	アストラゼネカ肺癌研修会	2024. 5. 29
京都府における子宮の日の活動について	竹腰友博	第 65 回日本臨床細胞学会春期大会／大阪	2024. 6. 7
子宮内膜細胞診症例の The Yokohama System を用いた再評価～疑陽性症例を中心に～	野田みゆき, 景山 愛, 宮城華那子, 竹腰友博, 古市佳也*, 川辺民昭*, 香月奈穂美, 岸本光夫	第 65 回日本臨床細胞学会春期大会／大阪	2024. 6. 7
DMAT における臨床検査技師の役割	竹腰友博	京都臨床検査技師会／京都	2024. 6. 21
エコーセンターでの Asset Performance Management プロジェクト	後藤 希, 宮川昌巳	第 26 回日本医療マネジメント学会学術総会／福岡	2024. 6. 21-22
甲状腺髄外造血を推定した 6 症例の細胞像について	宮城華那子, 景山 愛, 竹腰友博, 野田みゆき, 香月奈穂美, 岸本光夫	第 40 回京都臨床細胞学会学術集会／京都	2024. 7. 21
THA, TKA 患者における術後 DVT 評価の取り組み	井上 歩, 吉田理那, 林田愛海, 森恵里子, 宮川大樹, 丸田英里香, 園山和代, 後藤 希, 山田 雅, 山本栄司	第 65 回全日本病院学会／京都	2024. 9. 28
日当直で知っておくと役立つ知識（輸血）	坂本竜也	京都臨床検査技師会／京都	2024. 10. 26
Filimarrey 消化管パネルが腸管アメーバ症の診断の一助となった一症例	宮川大樹, 塩田彩花, 本田法子, 林 彰彦	第 63 回日臨技近畿支部医学検査学会／大阪	2024. 11. 3-4
大動脈弁逆流を考える	井上 歩	京都臨床検査技師会／京都	2024. 12. 3
臨床工学科			
高流量鼻カニューラ酸素療法の流量特性調査	白山幸平, 木原一郎, 伊藤禎章	第 21 回京都市立病院院内合同発表会／京都	2024. 2. 3
ハイフローセラピーを NPPV 専用機等で代用した際の実用性評価	白山幸平, 伊藤禎章, 木原一郎	第 51 回日本集中治療医学会学術集会／札幌	2024. 3. 14-16
医療機器外装における Hazardous Drug 暴露と健康リスク管理	伊藤禎章, 山口侑承, 長久真紀子, 清水恒広	第 34 回日本臨床工学会／福井	2024. 5. 18-19
下肢動脈血管内治療とレオカーナにて下肢追加切断を回避できた一症例	古川 修, 石原太輔, 井上雄介, 乗松康平	第 69 回日本透析医学会／横浜	2024. 6. 7-9
遠隔モニタリングで発見できた原因不明のセーフティモードに移行した一例	石原太輔, 古川 修, 乗松康平, 山口侑承	第 70 回日本不整脈心電学会／金沢	2024. 7. 18-20

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
【足病変の診療と支援の最前線】治療をあきらめない！京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療	古川 修	第38回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2024. 9. 14
DX推進による植込み型心臓デバイス業務効率化と診療報酬算定漏れ対策	石原太輔	第62回全国自治体病院学会／新潟	2024. 10. 31 -11. 1
急変対応チーム（MET）活動の効果	鵜飼将平, 下新原直子, 長久真紀子, 檜原将吾, 坂本竜也	第62回全国自治体病院学会／新潟	2024. 10. 31 -11. 1
ロボット支援手術の術前レイアウト数削減に向けた取り組み	白山幸平, 小林陽平, 鳥生真映, 長谷川雅大	第37回日本内視鏡外科学会総会／福岡	2024. 12. 5 -7
放射線技術科			
放射線治療の環境に適合した火災発生時ワークフローの構築と実践	利久法子	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
IVRに従事する看護師の被ばく低減をめざした研修会の成果について	上青木悠平	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
栄養科			
乳癌患者さんの退院時指導を多職種で共有しよう！～PX研修後、多職種勉強会を開催して～	平野真美子	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
当院ICUにおける重症COVID-19患者15例の栄養管理の検証	植木 明	第39回日本臨床栄養代謝学会学術集会／横浜	2024. 2. 15
外来化学療法センターの栄養指導拡充に向けた多職種連携	植木 明	大腸癌 治療戦略セミナー／（オンライン）	2024. 3. 13
がん治療時の食事と栄養	原田麻子	令和6年度第2回京都市立病院ミニ市民公開講座／京都	2024. 5. 11
定期的な大規模災害対応訓練を実施して	植木 明	第62回全国自治体病院学会／新潟	2024. 10. 31
薬剤部			
非がん患者の呼吸苦に対するモルヒネ導入量の検討	山内舞香, 中村津佳, 内藤 舞, 佐分利美帆子, 實光由香, 三松史野, 小野 勝	第45回日本病院薬剤師会近畿学術大会／和歌山	2024. 1. 27 -28
術後疼痛管理に用いる経静脈的自己調節鎮痛法の使用実態調査	野村麻友, 山内舞香, 多留木崇志, 三松史野, 本多伸二, 小野 勝	第45回日本病院薬剤師会近畿学術大会／和歌山	2024. 1. 27 -28
混乱する医薬品供給に対する当院の取り組み	楠川侑吾, 本多伸二, 小野 勝	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
免疫関連有害事象（irAE）の早期発見を目指したプロトコールに基づく薬物治療管理（PBPM）の実施状況と検査代行入力項目の再検討	石田真友子, 三松史野, 大野恵一, 佐分利美帆子, 内藤 舞, 本多伸二, 小野 勝	日本臨床腫瘍薬学会学術大会 2024／神戸	2024. 3. 2 -3
京都市立病院における膀胱がんに対するdose-denseMVAC療法の使用経験	大野恵一, 成瀬 圭, 本多伸二, 堤 尚史, 小野 勝	日本臨床腫瘍薬学会学術大会 2024／神戸	2024. 3. 2 -3
【地域全体で診る肺がん治療】低侵襲ロボット支援手術・最近の術後補助化学療法で浮上する地域連携の重要性について	本多伸二	第37回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2024. 3. 16
Open ICUでレミフェンタニルを安全に使用するためには	本多あずさ, 國嶋 憲	第27回日本臨床救急医学会総会・学術集会／鹿児島	2024. 7. 18 -20
京都市立病院における婦人科腫瘍レジメンの見直し	内藤 舞, 三松史野, 大野恵一, 小野 勝	第65回全日本病院学会／京都	2024. 9. 28 -29
AWaRe分類を用いた経口抗菌薬の処方動向と使用理由の調査	森田真由, 村田龍宣, 小野 勝	第34回日本医療薬学会年会／東京	2024. 11. 2 -4

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
看護部			
患者の安全のため多職種連携～ピクトグラムを用いたADL票導入～	花木亜衣	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
患者の療養生活を支援するサイン表示～ユニバーサルデザインによる環境変化への適応支援～	和田あゆみ	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
患者・家族や多職種、地域とパートナーシップを築き退院後の暮らしを支える～患者と関わる時間を生み出す業務改善～	津田磨美	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
患者のリハビリの機会を失わないために～変革理論を活用して～	山中由美	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
患者の思いを引き出すために～外来・病棟一元化による強みを活かして～	林 美希	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
「帰宅願望」を有する患者と家族をつなぐ看護実践 脳卒中センター看護師の経験	井関奈於, 船越紫音	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
進行性疾患患者が抱える思いや希望～意思決定ノートを用いて～	戸田愛莉	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
呼吸器センターに勤務する若手看護師が感じているがん看護に対する困難感	大江歩実, 西田翔子, 松本未来	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
ICUにおける主観的睡眠評価表を用いた睡眠の質の分析	伊藤千夏, 九嶋梨奈	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
当病棟の糖尿病教育入院患者の傾向と自己管理を阻害している因子の抽出	菅貴章, 橋 佳奈	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
腰椎術後患者の転倒要因分析	川端麻友香, 入口 梢	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
手術室看護師の表皮剥離対策について現状把握～脊椎の腹臥位手術看護について～	古嶋美幸, 小林茜衣, 松田梓	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
外来化学療法を受ける高齢者がん患者への支援～Geriatric8を用いた多職種連携の取り組み～	大柿深雪	第21回日本臨床腫瘍学会学術集会／愛知+（オンライン）	2024. 2. 22 -23
専従スタッフや自動システムなしで行う Rapid Response System 活動の工夫と効果	檜原将吾	第51回日本集中治療医学会学術集会／札幌	2024. 3. 14 -16
透析継続中止を希望する患者への対応に苦慮した事例 丁寧な対話の基本を演じる 倫理ファシリテーションアプローチ	松村優子	日本臨床倫理学会 第11回年次大会／東京	2024. 3. 16 -17
非がんの緩和ケア「COVID-19患者への全人的ケア提供プロセスにおけるIPOSの実装」～ゼロから始める、臨床現場でのアウトカム測定の実態～	松村優子	第29回日本緩和医療学術大会, 第37回日本サイコオンコロジー学会総会 合同学術大会／東京	2024. 6. 14 -15
倫理ファシリテーションへのいざない～臨床倫理の問題に取り組むための「対話力」と「倫理力」を磨こう～	松村優子, 前田一枝	日本臨床倫理学会 第17回年次大会／東京	2024. 6. 22 -23
血液内科病棟における中心静脈カテーテル関連血流感染減少に向けた取り組み	金沢律子	第39回日本環境感染学会総会・学術集会／京都	2024. 7. 25 -27
急性期病院における咬傷の現状と課題	村上あおい	第39回日本環境感染学会総会・学術集会／京都	2024. 7. 25 -27
看護学教員と実習指導者が友に学びあう学習会の作り方～学生も参加する学生指導シミュレーションのススメ～	岩崎由美子, 奥野信行*	日本看護教育学会第34回学術集会／東京	2024. 8. 19 -20

演 題	演者名	学会名／開催地	月 日
協働学習会における「小児看護婦学実習 学生指導シミュレーション」に参加した実習指導者の学習体験	岩崎由美子	日本看護教育学会第34回学術集会／東京	2024. 8. 19 -20
看護管理者とCNSとの協働プロセスにおけるHECの活用について考える	松村優子	第28回日本管理学会学術集会／名古屋	2024. 8. 23 -24
【足病変の診療と支援の最前線】治療をあきらめない！京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療	山内光子	第38回京都市立病院地域医療フォーラム／京都	2024. 9. 14
患者の安全のため多職種連携～ピクトグラムを用いたADL票導入～	花木亜衣	日本医療マネジメント学会 第21回京滋支部学術集会／京都	2024. 10. 19
患者と関わる時間を生み出す業務改善～多職種で退院後の暮らしを支える～	津田磨美	日本医療マネジメント学会 第21回京滋支部学術集会／京都	2024. 10. 19
患者に寄り添った病室案内に変更して～ユニバーサルデザインの考え方～	和田あゆみ	日本医療マネジメント学会 第21回京滋支部学術集会／京都	2024. 10. 19
入院前から患者が安心して医療が受けられるよう一人ひとりの状況を身体的・精神的・社会的背景から把握	西村由紀子	日本医療マネジメント学会 第21回京滋支部学術集会／京都	2024. 10. 19
臨床現場を支える臨床倫理コンサルテーションの実際	松村優子	日本医療マネジメント学会 第21回京滋支部学術集会／京都	2024. 10. 19
地域における臨床倫理コンサルテーションの実践 施設を超えた交流の場	松村優子	日本医療マネジメント学会 第21回京滋支部学術集会／京都	2024. 10. 19
手術間清掃の効率化と環境の清浄化を維持するための感染管理活動	石川 優	第62回全国自治体病院学会／新潟	2024. 10. 30 -11. 1
外国人妊産婦への支援の実際～お互いの価値観を尊重しながら～	前田一枝	2024年度グローバルヘルス合同学会	2024. 11. 16 -17
患者支援センター			
院内臓器移植コーディネーターの役割と活動報告～院内臓器提供体制の構築に向けて～	川勝伸也	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
入院前面談の効果と課題 ～住み慣れた暮らしの場へつなぐ入退院支援～	西村由紀子	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3
事務局			
京都市立病院の財務状況について	門野淳一	第21回京都市立病院院内合同研究発表会／京都	2024. 2. 3

3) マスメディア

* 院外の著者・演者

論 題	著者名	書誌名	発行日
総合外科 毎日ムック 50歳からの新常識！ 早期社会復帰を目指す 専門治療 2024 大腸ロボット手術	森 友彦, 秦浩一郎	毎日ムック	2024. 6. 1
高精度・低侵襲な手術で消化器悪性疾患治療に挑み, 夜間 休日の緊急手術にも対応	京都市立病院・総合外科(秦浩一 郎 他)	日本が誇るビジネス大賞 2024/ (オンライン)	2024. 5. 1
毎日ムック 病院最前線 2025 消化管がんロボット手術, 増加する食道・胃・大腸がんを治す最新の高度治療!	坂口正純, 森 友彦, 秦浩一郎	毎日ムック 病院最前線 2025	2024.12.16
放射線治療科 more008: 前立腺癌の放射線治療	中村清直	一般社団法人がん医療の 今を共有する会 (ACT) /YouTube (オンライン)	2024.12.20

京都市立病院紀要投稿規定

1. 本誌は京都市立病院の機関誌として年1回発行する。
2. 原則として投稿者は本院の職員とする。但し当院職員以外の者であっても編集委員の承認を得た場合はこの限りではない。
3. 本誌の内容は主に医学およびこれに関連する内容の論文を中心とし、その他の学術活動も広く記録する。なお論文は他誌に未発表のものに限る。内容は、総説・研究・症例報告と、短報・院内合同研究発表会などの記録・海外研修報告・CPC報告・院内研修会報告・研究業績集(原著・学会報告等)を中心とする。近畿病院図書室協議会共同リポジトリ(KINTORE)への登録対象は総説・研究・症例報告のみ(これらは医学中央雑誌での検索対象となる)とし、その他はKINTORE登録対象外(医学中央雑誌での検索対象外)となるため注意すること。院内合同研究発表会での発表内容でKINTOREへの登録を希望する場合は、総説・研究・症例報告として投稿すること。
4. 掲載論文の採否は編集委員が査読したうえで編集委員会で決定する。また、審査の結果、修正、削除、加筆を求められた場合は、査読者ならびに編集委員会の意見に従い対応すること。内容等については著者が全責任を負うものとする。
5. 原稿執筆の要領は次のとおりとする。
 - 1) 体裁：

原稿はWordファイル(A4版サイズ)を用いて作成し、デジタルデータをメールなどで提出すること。原稿の並べ方は、和文表題・所属・著者・要旨・キーワード、本文、引用文献、英文タイトル・著者・所属・abstract・key words、図表、図表の説明とする。本文と抄録の文字数、図表数等については以下の表を原則とする。論文は原則として邦文、横書き、平カナ、当用漢字、現代カナ使用を使用し、句読点はコンマ「,」ピリオド「.」とする。日本語で表せる用語はできるだけ日本語で表し、外国語は避ける。ただし外国人名、地名、酵素名、生化学的な物質名、薬品名は、原則として原語またはカタカナを用いる。また、薬品名は一般名で記載すること。度量衡はC.G.S単位とし、km, mm, l, dl, kg, g, mg, mEq/l, mg/dlなどを用い、数字は算用数字を用いる。
 - 2) 表紙：

表題・所属・著者の順に記載する。病院名も必ず所属診療科の前に記載する。当院退職後の共著者が現在所属している機関名は、その共著者名の上段に独立して記入するか、または、その共著者名の右肩に※印をつけて表題原稿の下部に同じ※印を付け、所属を記入する。なお、タイトルには原則として略語を使用しない。
 - 3) 和文要旨：

総説・研究・症例報告では、200字以内の和文抄録をつけ、そのあとに5個以内の和文のキーワードつける。
 - 4) 本文：

本文は25行×32文字で印字する。見出し語は総説・研究では「緒言」「目的・方法」「結果」「考察」「結語」、症例報告では「緒言」「症例」「考察」「結語」等と明確に記入する。見出し語には番号をつけない。短報・院内合同研究発表会などの記録・海外研修報告では見出し語は規定しないが、総説・研究・症例報告としての掲載を希望する場合はその体裁に従うこと。

例：(誤) I 緒言... III 結果
省略語を用いる場合、要旨・本文ともに、それぞれ

れ初出の際に日本語名を書き、続いて()に英語正式名：省略名を示す。

例：サイトメガロウイルス (cytomegalovirus : CMV)

児童相談所(児相)

臨床試験の報告、未承認薬または適応外の使用例あるいは特殊な検査、治療例の報告は、臨床研究倫理審査委員会の承認および患者に対するinformed consentを得たものであること。またその旨を論文に明記すること。

5) 文献：

出現順に肩番号(上付き、片括弧付き)を付し、本文の終わりにまとめて記載する。外国誌はList of Journals indexed for Medlineに準じ、邦文誌は公式の略称または医学中央雑誌収載目録を使用する。著者名は3名までは全員を記載する。4名以上の著者の場合は3名までを記載し、「他」あるいは外国語文献の場合は「et al.」とすること。文献の表題は、副題を含めてフルタイトルとする。書き方は以下の形式に従う。

雑誌記事の場合：著者氏名：題名、副題、誌名 発行年；巻：ページ。

Levy MN, Imperial ES, Zieske H Jr: Collateral blood flow to the myocardium as determined by the clearance of rubidium-86 chloride. Circ Res 1961; 9: 1035-1045.

安部英, 前川正：凝固亢進状態の成因とその対策。臨血 1980；21：701-758。

図書の場合：著者氏名：書名、出版地、出版社、出版年、ページ(ppをつける)。

Winer BJ: Statistical Principles in Experimental Design. New York, McGraw-Hill, 1971, pp201-204, 210-218.

日野原重明 編：プライマリ・ケア医学－包括医療実践のために。東京、医学書院、1981, p46-55。

図書の一部の場合：著者氏名：題名。(in)書名、編著者、出版地、出版社、出版年、ページ。

Fredrikson DS, Gotto AM: Familial lipoprotein disease deficiency. in The Metabolic Basis of Inherited Disease, Stanbury JB ed, New York, Mc-Graw-Hill, 1972, ch 26.

伊藤正男：ニューロンの働き。脳の生理学、時実利彦 編、東京、朝倉書店、1966, p92-114。

学会抄録の場合：著者氏名：抄録題名(抄録)、学会名、開催地、開催年、誌名 発行年；巻：ページ。

富沢忠弘：本態性高血圧の長期予後、特に高血圧性臓器侵襲度と予後の関係について(抄録)。第18回日本医学会、東京、1971、日本医学会誌 1972, p1801-1802。

降期力男：甲状腺癌の外科的治療指針(抄録)。第74回日本外科学会総会、東京、1974。日外会誌 1974；75：652-655。

加納 正：成人型原発性免疫不全症に関する研究。厚生省特定疾患調査研究班(班長 小林 登)昭和54年研究報告書、1980, p7。

オンライン資料の場合：著者名(編者名)：サイト名 [internet]。URL [最終アクセス日]。

小林祥泰：病院経営の問題点。日本内科学会内科臨床研修指導マニュアル [internet]。http://www.naika.or.jp/manual/52.html [accessed

2002.07.23].

野上耕二郎：EBM（根拠に基づいた医療）；わが国における EBM の現状と今後の展望. 東海ヘルスケア・クオリティ研究会講演 平成 11 年 10 月 30 日 [internet]. <http://www.med.nagoya-u.ac.jp/medinfo/tokaihcq/nogami~ppt/index.htm> [accessed 2002.07.23].

日本生理学会ホームページ [internet]. <http://www.soc.nii.ac.jp/psj/index.html> [accessed 2002.07.23].

6) 図, 表, 写真:

図は、図と文字のバランスに留意して作成し、なるべく著者の原図を印刷に使用できるようにする。文中に図表、写真の挿入位置を指定する

7) 図表の説明:

表は上部に、図は下部に、それぞれ題名を記入すること。図表の説明文 (Legend) は、本文が日本語の場合は日本語とする。ただし、図表のすべてがある論文の中の引用の場合は、引用図書あるいは雑誌名の書誌を明記するとともに原文のままよい。

8) 英文表題・著者・所属・abstract・キーワード:

英文表題・著者・所属の順に記載する。病院名も必ず所属診療科の後に記載する。総説・研究・症例報告では、100 語以内の英文抄録をつけ、英文抄録のあとに英語の key words 5 個以内をつけること。Key word については単語、熟語の最初の word の頭文字を大文字とする。

例: Department of Respiratory Disease, Kyoto City Hospital Division of N2 Ward, Department of Nursing, Kyoto City Hospital

	本文文字数	和文抄録	英文抄録	文献	図表数	キーワード
総説	6000 字	200 字	100 語	制限なし	10 点以内	5 個以内
研究	6000 字	200 字	100 語	制限なし	10 点以内	5 個以内
症例報告	5000 字	200 字	100 語	20 編以内	7 点以内	5 個以内
短報	3000 字	不要	不要	10 編以内	4 点以内	不要
院内合同研究発表会などの記録	5000 字	不要	不要	不要	10 点以内	不要
海外研修報告	5000 字	不要	不要	不要	10 点以内	不要

- 6. 校正は著者が行い、誤植の訂正程度にとどめる。版の組みかえは行なわない。
- 7. 掲載料は無料とする。
- 8. 掲載原稿は原則として返還しない。返還を希望するものはあらかじめ編集委員に申し出ること。
- 9. 論文提出期日、編集要旨については編集委員会より別に定め掲示する。メ切りは厳守されたい。
- 10. 倫理規定

医学研究のための研究・症例報告は、医学・医療の進歩に貢献するための重要な役割を果たしている。しかし、患者の生命、健康、プライバシーおよび尊厳をまもることは、医療者・研究者側の責務である。本誌に掲載する論文等において、特定の患者の疾患や治療内容に関する情報には十分な配慮をしなければならない。患者のプライバシー保護のため、以下の規定を定める。

- 1) 患者個人の特定が可能な氏名、ID、イニシャルまたは「呼び名」などの愛称は記載しない。
- 2) 患者の住所は記載しない。ただし、疾患の発生場所が病態等に関与する場合は区域までは記載することを可とする（京都府、京都市など）。
- 3) 治療経過の日付は、臨床経過を知る上で必要となることが多いので、個人が特定できないと判断される場合はよい。
- 4) 他の情報と診療科名を照合することにより患者が特定され得る場合、診療科名は記載しない。
- 5) 既に他施設において診断・治療を受けている場合は、その施設名ならびに所在地を記載しない。ただし、救急医療などで搬送元の記載が不可欠の場合は、この限りではない。
- 6) 人物写真の使用が不可欠な場合、目の部分を隠すなど対象者の身元が特定できないように配慮する。目疾患の場合は、顔全体がわからないように考慮す

る。

7) 症例を特定できる生検、手術摘出標本、剖検、画像情報などに含まれる番号などは削除する。

以上の事項を配慮してもなお個人が特定化される場合には、発表に関する同意を患者（あるいは家族）から得るか、当院の倫理委員会に検討を要請し承認を得ることとする。同意を得た場合は、その旨掲載記事に示されていることとする。すべての医学研究のための基本原則は、世界医師会総会において承認されたヘルシンキ宣言に基づいており、「WMA 医の倫理マニュアル 日本語版/日本医師会 編」を参考にされたい。

11. 著作権

- 1) 本誌掲載された論文の著作権は京都市立病院に帰属する（著作権法 第 27 条翻訳権・翻案権、第 28 条二次的著作物の利用に関する原著作者の権利）。なお本誌に掲載された論文等の著作物は、原則として電子化（PDF 形式等）し、病院ホームページ・近畿病院図書室協議会共同リポジトリ (KINTORE) を通じてコンピュータネットワーク上に公開する。
- 2) 投稿する前に考慮すべき点として、重複または二重掲載のないこと（既に掲載されたことのある論文と本質的にオーバーラップしない）。学術集会において発表された報告など会議録もしくはそれに類似する形式の掲載以外正式に出版されていない場合は、その投稿を妨げるものではない。
- 3) 投稿する論文に載せる図表（写真も含む）が既に公表されたものである場合、オリジナルの出典を明示し、必要に応じ、著作権所有者の書面による承諾を得ること。万一、執筆内容が第三者の著作権を侵害するなどの指摘がなされ、第三者に損害を与えた場合は執筆者がその責を負う。

作成 (改訂) : 2024.5

編集委員会

委員長	田村真一		
委員	中谷嘉文	奥沢康太郎	森友彦
	富田真弓	下久保一博	中島瑠菜
	乾和江	佐々木亜由美	藤田博己
	宮城華那子	前野加奈	中島美弥子
	谷口美樹	岡村寿子	

編集後記

2025年12月、京都市立病院は開設60周年を迎え、複数の菓子製造販売会社のご協力のもと、記念事業を実施することができました。節目の年を迎えた一方で、医療を取り巻く環境は年々厳しさを増しています。京都市立病院では2年連続の赤字計上により手元資金が減少し、職員給与の支払いにも影響が及ぶ状況となっています。当院に限らず、多くの医療機関が同様の課題を抱えており、もはや医療機関の自助努力だけでは持続可能性を保つことが難しい構造となってきました。医療費に転嫁できない消費税率は上昇を続け、バブル崩壊後、長らく安定していた物価もこの3年で急速な上昇局面に入りました。収入は増えても支出の増加がそれを上回り、診療報酬が抑制されていることも収益悪化の一因となっています。こうした状況の深刻さは、今年に入りようやく「診療報酬改定が物価高に見合わない」という報道を通じて広く知られるようになりました。政権交代により今後の医療政策に一定の期待もあるものの、先行きは依然として不透明と言わざるを得ません。

私事ながら、約13年間勤務した京都市立病院を、2025年12月末をもって退職することとなりました。研修医としての1年半（1999年～）、医員としての2年間（2002年～）を含めると、20年近くを過ごした思い出の深い病院です。長い年月の中で多くの方々を支えられ、さまざまな経験を積むことができましたことに、改めて深く感謝申し上げます。現在、当院の今後のあり方について検討が進められていますが、70周年を迎える頃にはどのように変化しているのか、これからは外部から見守りたいと思います。

さて、本号では総説2編、研究4編、症例報告1編と、多くのご投稿をいただきました。さらに、第38回地域医療フォーラムの講演記録、第22回院内合同研究発表会の記録も掲載しています。いずれも読み応えのある内容であり、皆様の日々の診療や研究活動の一助となれば幸いです。私は本号の最終的な完成を見届けることはできませんが、これまで査読・構成・編集にご尽力いただいた皆様には、この場を借りて心より御礼申し上げます。今後、この誌面がますます充実し、京都市立病院の発展に寄与し続けることを願っています。

紀要編集委員長 田村 真一（小児科部長）

京都市立病院紀要 第45巻（通巻63号）2025年（令和7年）

編集者 京都市立病院紀要編集委員会
発行者 清水 恒 広
