そうだ
京都医学会に
行こう。

第51回
京都医学会
プログラム・抄録集

開催日 令和7年 9月28日(日)

場　所 京都府医師会館 ※Live配信有

10月1日(水)～10月31日(金)までアーカイブ配信予定

参加費無料

主　催　一般社団法人 京都府医師会

目　　次

1．プログラム …… 1

タイムスケジュール …… 3

フロアー図 …… 6

単位 …… 7

京都府医師会 学術・生涯教育委員会 委員一覧

発表方法について …… 8

京都府医師会館までのアクセス …… 8

アンケート

京都医学会サイト LIVE 配信ページ　－視聴までの流れ－ …… 9

参加にあたって（注意事項）…… 11

2．特別講演「超高齢社会を迎えたダイアベティスケア」…… 12

3．シンポジウム「高齢者診療でおさえておくべきポイント」…… 14

4．活動報告 …… 19

5．専門医会レクチャー …… 20

6．一般演題・初期研修医セッション …… 25

座長一覧　セッション一覧

抄録

7．Re-1 グランプリ2025 …… 44

8．臨床研究道場 …… 45

第51回　京都医学会プログラム

と　き：令和７年９月28日（日）９:00～18:00
ところ：京都府医師会館＋WEB配信（ハイブリッド開催）
※10月１日（水）～10月31日（金）までアーカイブ配信

◆会長挨拶　9:00～ 9:05

京都府医師会　会長　　松井　道宣

◆特別講演　9:05～10:05

座　　長／京都府医師会　学術・生涯教育委員会　委員長　　古家　敬三 氏

「超高齢社会を迎えたダイアベティスケア」

日医生涯教育講座　カリキュラムコード：76. 糖尿病　１単位

演　　者／京都大学大学院医学研究科　糖尿病・内分泌・栄養内科学　教授　　矢部　大介 氏

◆シンポジウム　10:10～12:15

「高齢者診療でおさえておくべきポイント」

日医生涯教育講座　カリキュラムコード：19. 身体機能の低下　２単位

総　括　者／国立長寿医療研究センター　理事長　　荒井　秀典 氏

シンポジスト／「フレイルの概念を取り入れた高齢者診療」
国立長寿医療研究センター老年内科／フレイル研究部　部長　　佐竹　昭介 氏

「高齢者と骨粗鬆症」　市立伊丹病院　老年内科部長　　伊東　範尚 氏

「認知症に関する諸問題とその解決策」
神戸大学大学院保健学研究科　教授　　古和　久朋 氏

「高齢者の栄養問題と低栄養に対するアプローチ」
愛知医科大学　栄養治療支援センター　特任教授　　前田　圭介 氏

ディスカッション

◆昼食配布　※メイン会場の活動報告、専門医会レクチャーはランチョンセミナー形式となります。

◆活動報告　12:30～12:45

座　　長／京都府医師会　理事　　加藤　則人

「世界医師会若手医師会議（モンテビデオ理事会）に参加して」
―国際的NCD対策と日本の若手医師の視点―

演　　者／京都府立医科大学附属北部医療センター　救急科　　大江　　熙 氏

◆専門医会レクチャー　12:50～14:50

座　　長／京都府医師会　学術・生涯教育委員会　副委員長　西村俊一郎 氏

◆京都泌尿器科医会
「皆様にお伝えしたい泌尿器科診療の話題」
ふじのもり腎泌尿器科クリニック　院長　奥野　博 氏

◆京都胸部医会
「かんたんにできる「息切れ」の診療」
洛和会音羽病院／洛和会京都呼吸器センター　参与　長坂　行雄 氏

◆京都産婦人科医会
「産科救急とたたかう」
京都大学大学院医学研究科　婦人科学産科学　准教授　最上　晴太 氏

◆京都糖尿病医会
「Beyond HbA１c ～糖尿病治療の最前線～」
京都府立医科大学大学院医学研究科　糖尿病・内分泌・代謝内科学　学内講師　岡田　博史 氏

◆京都循環器医会
「心不全の診かたと薬物療法update ～2025年改訂版　心不全診療ガイドラインから～」
十条武田リハビリテーション病院　循環器センター長　高橋　衛 氏

◆京都外科医会
「虫垂炎と鼠径ヘルニアについての話題提供」
京都大学医学部附属病院　消化管外科　助教　岡村　亮輔 氏

◆一般演題・初期研修医セッション　12:30～15:00

◆Re-1グランプリ2025　15:00～16:20

「京都府が誇るエース指導医がここにきて○○を学び直してみた」

◆臨床研究道場（50分×６枠）　9:00～16:00

講　　師／京都大学医学研究科　人間健康科学系専攻　特定講師　比良野圭太 氏

◆懇親会／学術賞・学術研鑽賞表彰　16:30～18:00

タイムスケジュール　メイン会場（3階）

9:00 開始

3階

会長挨拶

9:05～10:05　特別講演

超高齢社会を迎えたダイアベティスケア

京都大学大学院医学研究科
糖尿病・内分泌・
栄養内科学　教授
矢部　大介 氏

座長　京都府医師会
学術･生涯教育委員会
委員長
古家　敬三 氏

10:10～12:15　シンポジウム

高齢者診療でおさえておくべきポイント

総括者／
国立長寿医療研究センター　理事長
荒井　秀典 氏

◆フレイルの概念を取り入れた高齢者診療

国立長寿医療研究センター老年内科／
フレイル研究部　部長
佐竹　昭介 氏

◆高齢者と骨粗鬆症

市立伊丹病院　老年内科部長
伊東　範尚 氏

◆認知症に関する諸問題とその解決策

神戸大学大学院保健学研究科　教授
古和　久朋 氏

◆高齢者の栄養問題と低栄養に対するアプローチ

愛知医科大学　栄養治療支援センター
特任教授
前田　圭介 氏

12:30～12:45　活動報告

世界医師会若手医師会議（モンテビデオ理事会）に参加して
―国際的NCD対策と日本の若手医師の視点―

京都府立医科大学附属北部
医療センター　救急科
大江　　熙 氏

座長　京都府医師会　理事
加藤　則人

12:50～14:50 **専門医会レクチャー**

座長：京都府医師会
学術・生涯教育委員会　副委員長
西村俊一郎 氏

◆京都泌尿器科医会（12:50～13:10）
「皆様にお伝えしたい
泌尿器科診療の話題」
ふじのもり腎泌尿器科クリニック　院長
奥野　博 氏

◆京都胸部医会（13:10～13:30）
「かんたんにできる「息切れ」の診療」
洛和会音羽病院／
洛和会京都呼吸器センター　参与
長坂　行雄 氏

◆京都産婦人科医会（13:30～13:50）
「産科救急とたたかう」
京都大学大学院医学研究科
婦人科学産科学　准教授
最上　晴太 氏

◆京都糖尿病医会（13:50～14:10）
「Beyond HbA１c
～糖尿病治療の最前線～」
京都府立医科大学大学院医学研究科
糖尿病・内分泌・代謝内科学　学内講師
岡田　博史 氏

◆京都循環器医会（14:10～14:30）
「心不全の診かたと薬物療法update
～2025年改訂版
心不全診療ガイドラインから～」
十条武田リハビリテーション病院
循環器センター長
高橋　衛 氏

◆京都外科医会（14:30～14:50）
「虫垂炎と鼠径ヘルニアについての
話題提供」
京都大学医学部附属病院　消化管外科　助教
岡村　亮輔 氏

15:00～16:20 **Re-1グランプリ2025**

京都府が誇るエース指導医がここにきて
○○を学び直してみた

司会：京都府立医科大学
総合医療・地域医療学教室
松原　慎 氏
京都府立医科大学　小児科
松村うつき 氏

コメンテーター：
京都大学 医学部附属病院
総合臨床教育・研修センター
和足　孝之 氏
京都第二赤十字病院　循環器内科
瀧上　雅雄 氏

◆発表者
京都第二赤十字病院　腎臓内科
仲井　邦浩 氏
京丹後市立弥栄病院　内科
大阿久達郎 氏
京都府立医科大学　精神機能病態学
渡辺　杏里 氏
よしき往診クリニック　守上　佳樹 氏
京都済生会病院　糖尿病内科
北江　彩 氏
京都大学医学部附属病院
検査部・感染制御部　土戸　康弘 氏
京都府立医科大学附属北部医療センター
救急科　大江　熙 氏

懇親会

学術賞・学術研鑽賞表彰

タイムスケジュール　サブ会場（2階・5階・6階）

12:30 開始

2階

A 会場 一般演題（口演発表）

時間	12:30～	12:58～	13:40～	14:22～
分野	消化器系①	消化器系② 呼吸器系	脳神経・ 精神系①	運動器系
演題No.	A-1～A-4	A-5～A-10	A-11～A-16	A-17～A-20
座長	小畑　寛純	山口　明浩	木戸岡　実	古川　泰三

B 会場 一般演題（口演発表）

時間	12:30～	13:05～	13:40～	14:08～
分野	腎尿路系	耳鼻咽喉科系	循環器系	在宅医療系 その他①
演題No.	B-1～B-5	B-6～B-10	B-11～B-14	B-15～B-20
座長	平原　直樹	安野　博樹	白石　裕一	十倉　孝臣

C 会場 初期研修医セッション・一般演題（口演発表）

時間	12:30～	13:12～	13:47～	14:08～	14:29～	14:50～
分野	初期研修医 セッション 内分泌・代謝系 免疫・アレルギー系	初期研修医 セッション 消化器系③ 産婦人科系①	消化器系④ その他②	産婦人科系②	医療連携 その他③	脳神経・ 精神系②
演題No.	C-1～C-6	C-7～C-11	C-12～C-14	C-15～C-17	C-18～C-20	C-21～C-22
座長	貴志　明生	藤　信明	小嶋　基寛	濵西　潤三	金森　弘志	須賀　英道

受付開始

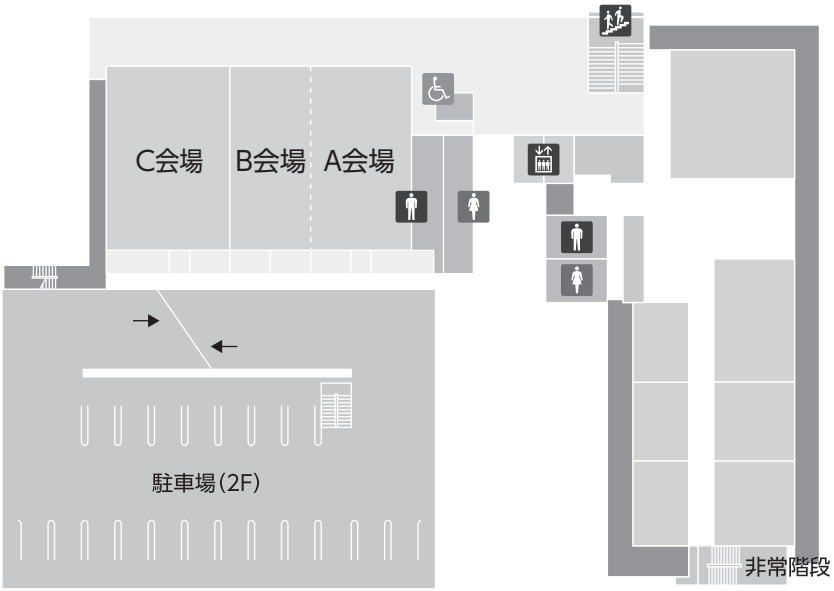
9:00 開始

5階　臨床研究道場　あなたの学会発表、カッコよくします！

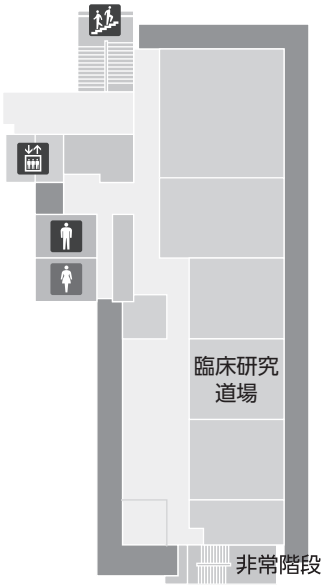
6階　休憩会場（終日）

フロアー図

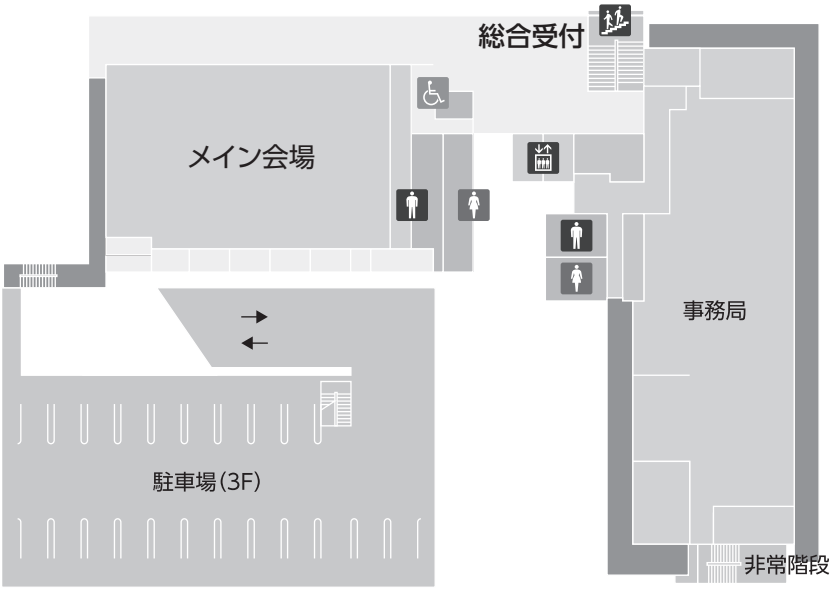
2階



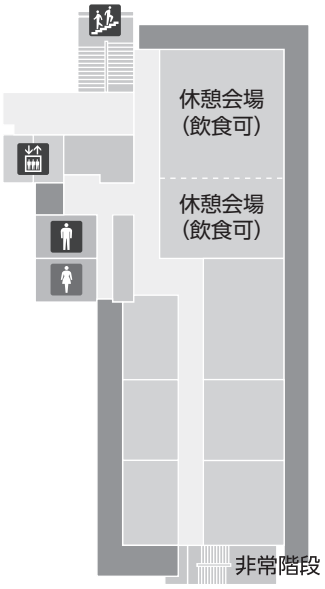
5階



3階



6階



◆単位

9月28日（日）の特別講演･シンポジウムにご参加の先生は､下記の単位を取得していただけます。（Live配信をご覧いただいた場合は事務局にて視聴記録を確認します）

・日医生涯教育講座　計３単位

特　別　講　演：　CC：76.　糖尿病　１単位

シンポジウム：　CC：19.　身体機能の低下　２単位

※特別講演・シンポジウム以外の講演ならびに録画配信は単位の付与はありません。

京都府医師会 学術・生涯教育委員会 委員一覧

◎古家敬三
十倉孝臣
○西村俊一郎
藤信明
山口明浩
伊藤陽里
小畑寛純
田端康一
平原直樹
濵西潤三
中村葉
安野博樹
古川泰三
有本太一郎
須賀英道
平田学
森本尚樹
貴志明生
木村兌宏
○木戸岡実
○白石裕一
金森弘志
小濵和貴
小嶋基寛
川端浩
真鍋由美

〈順不同〉

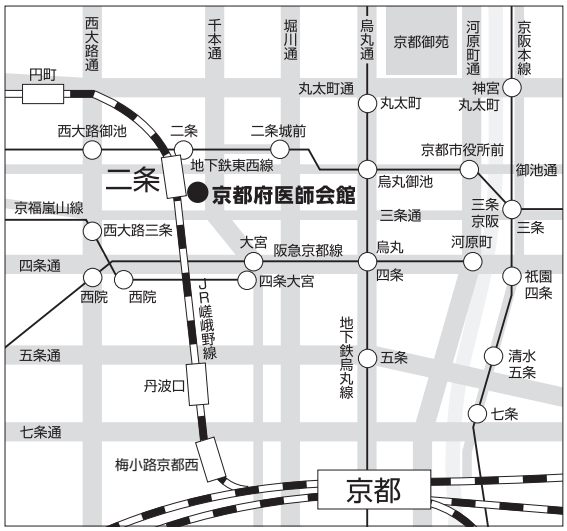
◎＝委員長　○＝副委員長

◆発表方法について（一般演題・初期研修医セッション）

発表者は、原則、府医会館にお越しください。
口演発表に限り、やむを得ずご都合がつかない場合は、会場以外の場所からも発表できます。
※当日は、会場 + WEB 配信のハイブリッド形式で開催します。
　10 月 1 日～ 10 月 31 日まで録画配信いたします。

・発表時間５分間・質疑応答２分間（時間厳守のこと）。
・スライドは原則10枚まで。タイトルスライドにCOI開示を記載し、最後のスライドは“まとめ”としてください。
・発表は全て、Windows版のPower Point（バージョンは PowerPoint2007・2010・2013・2016・2019・2024）でお願いいたします。
・上記以外の OS・PowerPoint を使用されている場合は事前に上記環境での動作確認を必ず行ってください。
・PowerPoint に設定されている標準フォントをご使用ください。
・音声の出力は出来ませんので予めご了承ください。
・発表用データは、プログラム進行の関係上、あらかじめ府医でお預かりします。
　後日、発表者にお知らせする一般演題発表データ　アップロード専用URLにアクセスして９月22日（月）の正午までに提出してください。

◆京都府医師会館までのアクセス



※タクシーでご来館の場合は、二条駅東ロータリー南の正面玄関よりお入りください。

※駐車場は休日急病診療所に来られる受診者を優先させていただいております。
　ご来館には公共交通機関をご利用ください。なお、府医会館に駐車された場合、割引処理はできませんので、あらかじめご了承ください。
　● JR「二条」駅東ロータリー南隣
　●地下鉄東西線「二条」駅より JR 連絡通路出口より JR「二条」駅東側出口経由南へすぐ
　●阪急「大宮」駅より北西へ徒歩 12 分
　●京福嵐山線「四条大宮」駅より北西へ徒歩 12 分

◆アンケート回答にご協力ください

今後のよりよい学会運営のために、アンケートにご協力をお願いいたします。
Web 参加の方は、学会終了後に表示される案内もしくはチャットからアンケート回答にご協力をお願いいたします。

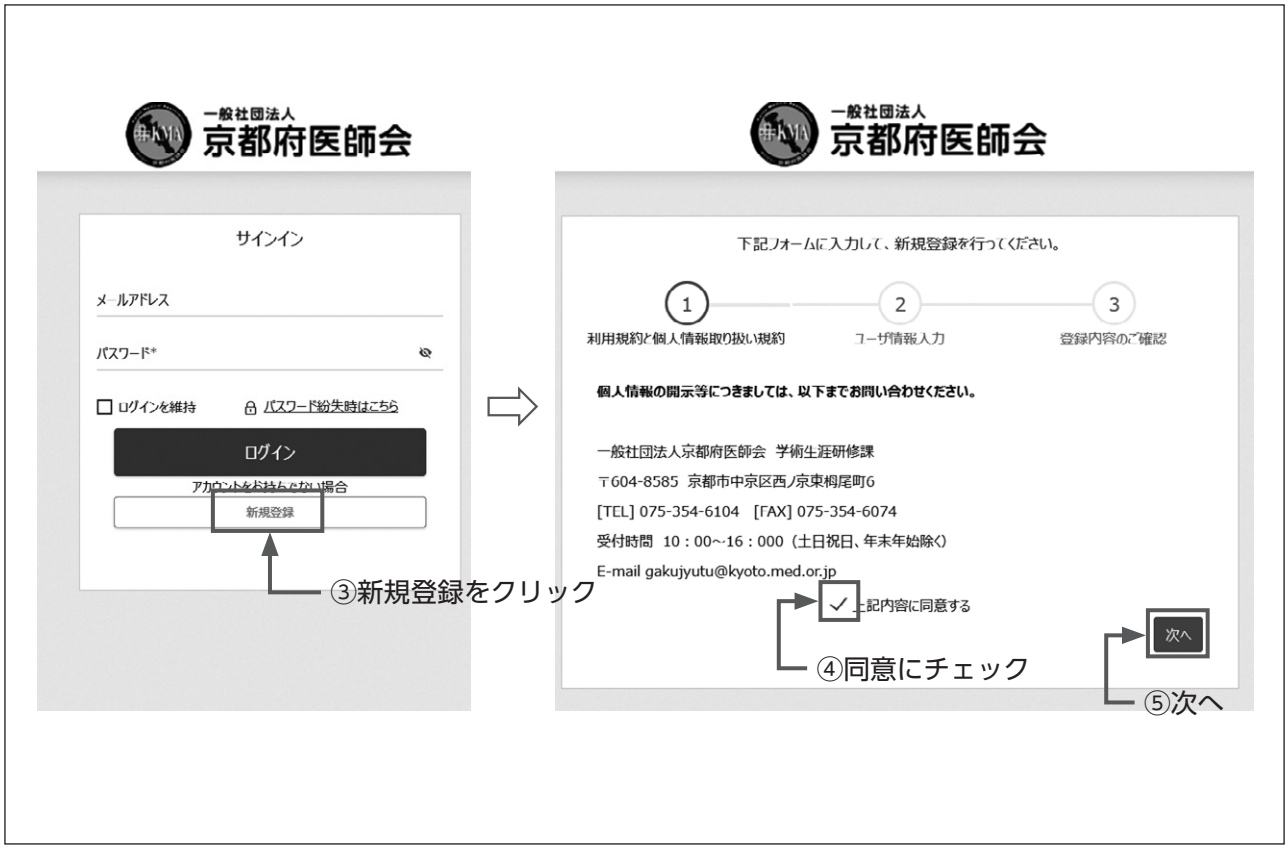
アンケート
回答はこちら →

◆京都医学会サイト LIVE 配信ページ ―視聴までの流れ―

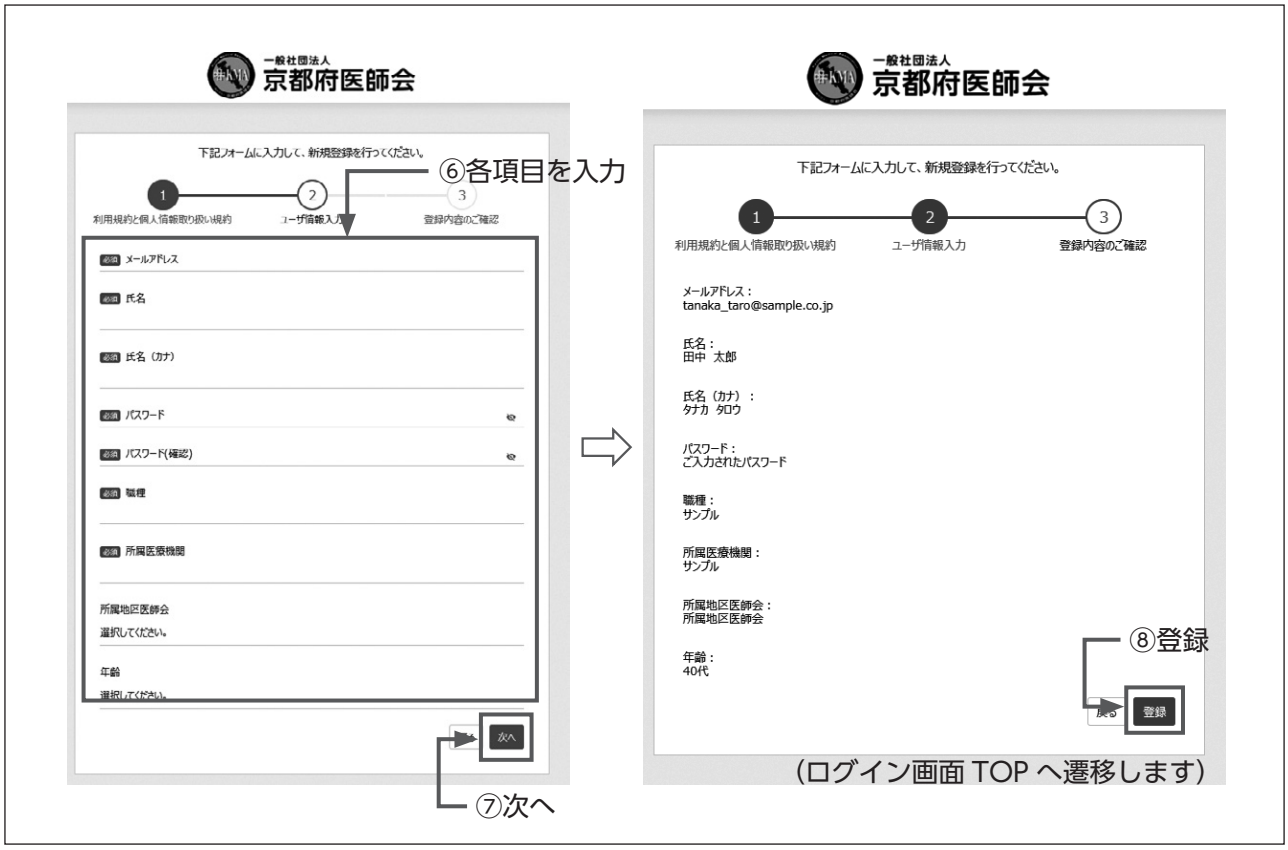
京都医学会 TOP ページ

参加（視聴）方法

ログイン画面 TOP から個人情報の取扱い同意



ユーザー情報入力から確認



ログイン画面 TOP

⑨登録したメールアドレスと
パスワード入力し、ログイン

２回目以降は、登録の必要はございません。
手順９からになりますので、
登録したメールアドレスとパスワードはお忘れないようお願いいたします。

◆参加にあたって

◦講演、発表の動画およびスライド等の録画・録音、無断転用、転載はかたく禁止します。

◦ログイン ID（メールアドレス）やパスワードを他者に知らせたり、共有しないでください。

◦Live 配信でのご質問はチャット機能で受け付けます。
その際、氏名・ご所属を明記してください。

特 別 講 演

◆ 超高齢社会を迎えたダイアベティスケア

京都大学大学院医学研究科　糖尿病・内分泌・栄養内科学　教授

矢部　大介

わが国におけるダイアベティスを有する人の数は1,000万人を超えており、治療薬の進歩にもかかわらず、透析や失明に加え、足切断、心筋梗塞、脳梗塞などの重篤な合併症を発症する例が少なくない。さらに、超高齢社会を迎えた現在では、ダイアベティスを有する人の約７割が65歳以上を占めており、合併症の発症・重症化予防に加え、サルコペニアやフレイル、認知症といった併存疾患のマネジメントが極めて重要な課題となっている。

とくに、ダイアベティスをもつ高齢者では、サルコペニアやフレイルのリスクが高いことが明らかとなっており、日本糖尿病学会ではその予防を目的として、食事療法の考え方を大きく見直している。具体的には、65歳以上の高齢者においては、従来の「BMI22」を一律の指標とするのではなく、個々の体組成やADL（日常生活動作）を踏まえ、BMI22～25を目安に目標体重を設定し、さらに活動係数を従来より高く設定して必要エネルギー量を算出することが推奨されている。また、摂取エネルギーに加え、たんぱく質摂取量も重要であり、特に高齢者においてはたんぱく質摂取量が除脂肪体重の減少やフレイルのリスクに影響を与えることが示されている。このため、必須アミノ酸を中心とした適正なたんぱく質摂取とレジスタンス運動の併用が効果的とされている。

併存疾患の予防という観点は、薬物療法においても重要である。ダイアベティスを有する高齢者では、心不全や腎機能低下を伴うことが多く、SGLT2阻害薬やインクレチン受容体作動薬への関心が高まっているが、一部でサルコペニアやフレイルを来す症例も報告されており、慎重な投与判断が求められる。また、わが国ではインスリン分泌障害を有する例も少なくなく、インスリン分泌促進系薬剤が使用されることが多いものの、低血糖リスクを考慮した薬剤選択や血糖管理目標の適切な設定が不可欠だ。

さらに近年、ダイアベティスに対する社会的理解の不足や誤ったイメージの拡散により、「ダイアベティスをもつこと」に対するスティグマ（社会的偏見に基づく差別）が顕在化してきている。たとえば、ダイアベティスを理由に保険加入やローンの借入、さらには入学や就職を拒まれるといった社会的な不利益を被る事例が報告されている。

こうした現状を受け、日本糖尿病学会とJADEC（日本糖尿病協会）では、ダイアベティスに対する正しい理解の促進を通じて、すべての人が安心して社会生活を送り、人生100年時代を健やかに過ごせる社会の実現を目指すアドボカシー活動を展開している。本講演を通じて、ぜひ、こうした活動へのご理解とご支援を賜りたい。

矢部大介先生　ご略歴

1998年	MD, 京都大学医学部医学科　卒業
1998年	PhD, University of Texas Southwestern
2003年	日本学術振興会　特別研究員
2004年	京都大学医学研究科　分子生物学　助手
2007年	関西電力病院　糖尿病・栄養内科　医員、副部長
2011年	神戸大学医学研究科
2013年	関西電力病院　糖尿病･代謝･内分泌センター
2015年－現在	関西電力医学研究所　副所長
2016年	京都大学医学研究科　糖尿病・内分泌・栄養内科学　特定准教授
2018年	岐阜大学医学系研究科　内分泌代謝病態学（現　糖尿病・内分泌代謝内科学／膠原病・免疫内科学）教授 岐阜大学医学部附属病院　糖尿病代謝内科／免疫・内分泌内科　科長
2020年	岐阜大学医学部附属病院　病院長補佐
2021年	岐阜大学医学部附属病院　医療情報部長
2021年	東海国立大学機構　健康医療データ統合研究教育拠点（現　健康医療データライフデザイン研究教育拠点）副拠点長
2022年－現在	藤田医科大学　客員教授
2023年	岐阜大学高等研究院One Medicineトランスレーショナルリサーチセンター長
2023年	東海国立大学機構　One Medicine創薬シーズ開発・育成研究教育拠点　拠点長
2023年	岐阜大学医学系研究科　研究科長補佐
2024年－現在	京都大学大学院医学研究科　糖尿病・栄養・内分泌内科学　教授 京都大学医学部附属病院　糖尿病・栄養・内科　科長、疾患栄養治療部　部長
2024年	岐阜大学高等研究院One Medicineトランスレーショナルリサーチセンター
2025年－現在	京都大学医学部附属病院　副病院長

主な所属学会・協会：

日本糖尿病学会（監事、学術評議員、将来検討員会、国際交流委員会委員、広報委員会委員、糖尿病指導医・専門医）
JADEC（日本糖尿病協会）（理事、企画啓発委員長、国際交流委員会委員、学術委員会委員）
日本病態栄養学会（執行理事、学術評議員、医師幹事会委員長、病態栄養指導医・専門医）
日本内分泌学会（理事、近畿支部副支部長、学術評議員、Endocrine Journal編集委員、内分泌代謝科指導医･専門医）
日本体質医学会（理事、学術評議員、編集委員）
日本糖尿病合併症学会（監事、学術評議員）
京都府糖尿病対策推進事業委員会　副委員長
JADEC京都　事務局長
The Asian Association for the Study of Diabetes（理事、JDI Handling Editor）
International Diabetes Federation Western Pacific Region（理事）
The European Association for the Study of Diabetes（EASD）（Global Council Member）
The American Diabetes Association（ADA）（Diabetes Associate Editor）

代表的な受賞：

2017年　日本体質医学会　研究奨励賞
2017年　The Masato Kasuga Award for Outstanding Scientific Achievement
2016年　日本病態栄養学会　アルビレオ賞
2013年　日本糖尿病協会　ウィリアム・カレン賞
2012年　The 25th Anniversary of the Discovery of GLP- 1 Symposium Young Investigator Award

シンポジウム

「高齢者診療でおさえておくべきポイント」

国立長寿医療研究センター　　理事長
荒井　秀典 氏

◆「フレイルの概念を取り入れた高齢者診療」

国立長寿医療研究センター老年内科／フレイル研究部　部長　　佐竹　昭介 氏

◆「高齢者と骨粗鬆症」

市立伊丹病院　老年内科部長　　伊東　範尚 氏

◆「認知症に関する諸問題とその解決策」

神戸大学大学院保健学研究科　教授　　古和　久朋 氏

◆「高齢者の栄養問題と低栄養に対するアプローチ」

愛知医科大学　栄養治療支援センター　特任教授　　前田　圭介 氏

荒井秀典先生　ご略歴

1984年　京都大学医学部卒業
1987年　京都大学医学部大学院医学研究科博士課程（内科系専攻）入学
1991年　同上修了
1984年　京都大学医学部附属病院内科勤務
1985年　島田市立島田市民病院勤務
1991年　京都大学医学部老年科医員
1991年　同上　助手
1993年　カリフォルニア大学サンフランシスコ校ポストドクトラルフェロー
1997年　京都大学医学部老年内科助手
2002年　文部科学省研究振興局学術調査官
2003年　京都大学大学院医学研究科加齢医学　講師
2009年　京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻　教授
2015年　国立長寿医療研究センター　副院長
2015年　国立長寿医療研究センター老年学・社会科学センター長
2017年～現在　国立陽明大学客員教授
2018年　国立長寿医療研究センター　病院長
2019年～現在　国立長寿医療研究センター　理事長
2019年～現在　同志社大学客員教授
2022年～現在　滋賀医科大学客員教授
2023年～現在　立命館大学RARA fellow

資格

1984年　医師免許取得
1987年　日本内科学会認定内科医
1991年　京都大学医学博士学位取得
2005年　日本内科学会総合内科専門医
2005年　日本老年医学会老年病専門医
2006年　日本老年医学会老年病指導医
2012年　日本動脈硬化学会動脈硬化専門医
2014年　JAT（Journal of Atherosclerosis and Thrombosis）賞
2021年　John Morley Award

シンポジウム

フレイルの概念を取り入れた高齢者診療

国立長寿医療研究センター老年内科／
フレイル研究部　部長

佐竹　昭介

世界保健機関は、世界的な高齢化を踏まえ、2015年に“World Report on Ageing and Health”を表し“Healthy Ageing”の新しい考え方を示した。従来の健康という概念が、疾病の有無を基盤としているのに対し、“Healthy Ageing”では、疾病の有無よりもむしろ機能的能力に注目した健康の捉え方にパラダイムシフトすることを提案し、生活機能を支えるすべての心身能力（内在能力［intrinsic capacity］）の減衰を最小限にするプロセスが重要であるとしている。

医学がサイエンスとして発展する過程では、臓器や器官、組織、細胞などに分割して、概念や方法を構築することが必要不可欠であった。このような研究の積み重ねにより、新たな疾病の概念が確立され治療が可能になったり、新たな薬剤が開発されて死亡率が低下したり、生物医学の発展から多くの恩恵を得ることができたことは事実である。

しかし、さまざまな疾患概念や診断を確立して治療方法を開発する、という従来の生物医学の原則が、高齢者の健康管理には必ずしも有効ではなく、特殊な疾患や診断を集めても、高齢者の多くに見られる健康問題の多様性や複雑性を解決できないことを老年医学の専門家は認識し指摘してきた。このような限界を踏まえた上で健康を捉える時、Healthy Ageingに基づく高齢者医療の重要性を再確認することになる。

人は生物として有限の時しか与えられていないという生物学的宿命を負っている。このような時間的な制約の中で、とくに高齢期における医療介入を行うためには、老いに伴う生物学的変化も視野に入れながらマネジメントを進める必要がある。生物学的に脆弱になった状態をフレイルと呼ぶようになり、健常者への介入とは異なるアプローチを行うことの重要性が指摘されている。フレイルの評価には、生活機能や身体機能を確認することが必須であり、それらを認識することをもって医学的な健康管理に活かすことが重要と考えられる。Healthy Ageingを推進するためには、従来の医学的アプローチではしばしば見過ごされ、健康状態を悪化させるにもかかわらず、見失っていた要素を捉えることが求められている。

佐竹昭介先生　ご略歴

1990年　高知医科大学（現：高知大学医学部）卒業
1998年　名古屋大学大学院医学研究科 博士課程修了
1998年　米国Vanderbilt大学　研究員
2000年　国立療養所中部病院レジデント
2002年　国立療養所中部病院（現：国立長寿医療研究センター）高齢者総合診療科
2010年　国立長寿医療研究センター　高齢者総合診療科医長
2012年　国立長寿医療研究センター　高齢者総合診療科医長、老年学・社会科学研究センター虚弱化予防医学研究室（現：フレイル研究部）室長　兼務
2020年　国立長寿医療研究センター　老年内科部長、老年学・社会科学研究センターフレイル研究部・フレイル予防医学研究室室長　兼務
2021年　国立長寿医療研究センター　老年内科部長、老年学・社会科学研究センターフレイル研究部副部長　兼務
2022年　国立長寿医療研究センター　老年内科部長、老年学・社会科学研究センターフレイル研究部部長　兼務

◆高齢者と骨粗鬆症

市立伊丹病院　老年内科　部長

伊東　範尚

日本の65歳以上の高齢者人口は増加し続けており、2025年には総人口に占める割合が30％に達する。高齢者が介護なしに日常生活を送ることができる期間を健康寿命というが、平均寿命と健康寿命の差は男性で８年以上、女性で12年以上になる。介護が必要になるきっかけは様々であるが、転倒・骨折が、認知症、フレイルとともに大きな原因となっている。

骨折リスクには骨密度の低下が大きな影響を及ぼす。骨密度は思春期から増加し、20歳頃に最大に達した後、女性は閉経後に急速に、男性は加齢とともに徐々に減少する。骨密度が低下するとともに骨質が劣化すると骨強度が低下し、骨粗鬆症となる。超高齢社会の日本では、骨粗鬆症患者は増加し続け1500万人以上となっている。骨粗鬆症は痛みなどの症状がないため、健診や骨折などをきっかけに診断されなければ、無治療で経過していることも多い。

骨粗鬆症の状態では、立った姿勢からの転倒など、健康な人であれば骨折しないような軽い衝撃でも骨折を起こすことがあり、このような骨折を脆弱性骨折という。脆弱性骨折は大腿骨近位部や椎体、橈骨遠位端、上腕骨近位部などで起こりやすく、その中でもADLやQOL、生命予後を大きく悪化させる大腿骨近位部骨折が近年増加している。65歳以上の大腿骨近位部骨折患者の40％は１年後に元の歩行状態まで回復せず、日本における大腿骨近位部骨折患者の生存率は１年で81％、２年で67％、５年で49％、10年で26％となっている。また、骨折後５年以内に70％の患者が反対側を骨折するとも報告されている。

このような二次的な骨折を予防するためには、骨粗鬆症治療の継続が大事である。令和４年度の診療報酬改定では大腿骨近位部骨折後の患者に対して、継続的に骨粗鬆症の評価や治療等を実施した場合の加算が新設され、地域医療連携の枠組みの中で骨粗鬆症と二次骨折予防への対策が進められている。もちろん、骨折する前に骨粗鬆症を診断し、積極的に治療を行うことが重要であることはいうまでもない。

「骨粗鬆症」は、本日のテーマである「フレイル」「認知症」と転倒･骨折リスクの点で関連し、「栄養」は骨粗鬆症だけでなく、フレイル・認知症の観点からも重要である。このように、高齢者の抱える疾患や問題は相互に影響を及ぼしあうため、ADL、認知機能などと同時に考える必要がある。このシンポジウムでは、老年科医として高齢者の諸問題に対してどのように対応しているかについても紹介したい。

伊東範尚先生　ご略歴

1998年　大阪大学医学部医学科卒業
1998年　大阪大学　加齢医学講座入局
1999年　国立大阪南病院　循環器科
2000年　茨木医誠会病院　内科
2002年　大阪大学大学院　加齢医学講座
2007年　桜橋渡辺病院　循環器内科
2011年　大阪大学大学院　老年・総合内科　助教　医学部講師
2018年　市立伊丹病院　老年内科部長

学位

2006年　医学博士（大阪大学）

所属学会

日本内科学会（専門医･指導医）、日本老年医学会（専門医・指導医）、日本認知症学会（専門医・指導医）、日本循環器学会（専門医）、日本高血圧学会（専門医・指導医）、日本サルコペニア・フレイル学会（サルコペニア・フレイル指導士）、日本睡眠学会（総合専門医）、日本プライマリ・ケア連合学会（認定医・指導医）、日本専門医機構（総合診療　特任指導医）、JMECC・ICLSインストラクター

評議員/役員

日本脆弱性骨折ネットワーク 評議員、学術研究委員、コマネジメント委員、日本内科学会 近畿支部評議員、日本老年医学会　代議員、日本高血圧学会　評議員、日本プライマリ・ケア連合学会　代議員、日本臨床内科医会　学術部　会誌編集委員　査読委員

専門分野

老年医学、認知症、多職種連携など

◆認知症に関する諸問題とその解決策

神戸大学大学院保健学研究科　教授

古和　久朋

2025年時点でわが国の認知症高齢者数は470万人に達し､かつそれを上回る数の軽度認知障害（MCI）者が存在しており、認知症対策は急務である。原因として最も多いとされるアルツハイマー病については、脳内の特徴的病理構造物である老人斑の主要構成タンパクであるアミロイドβ（Aβ）に対する抗体療法が実現し、アルツハイマー病によるMCIあるいは初期認知症に処方されている。認知機能の悪化抑制が主目的であり、治療開始時に存在する症状が改善することはないため、抗Aβ抗体療法の最適化にはできるだけ早期に治療を開始することが重要であり、それを可能にする医療体制の確立とともに診断後支援の拡充も求められている。

一度発症した症状を改善することは難しいことから、認知症の予防を目指した取り組みも同時に行われてきた。我が国では2020年より認知症予防を目指した多因子介入によるランダム化比較研究（Japan-multimodal intervention trial for prevention of dementia: J-MINT）が実施された。演者は本研究の一環として兵庫県丹波市において、65歳以上85歳未満の市民を対象に認知症予防を目指した非薬物介入の効果検証研究を18ヶ月にわたり実施した（J-MINT PRIME Tamba研究）。介入群にはJ-MINT本体と同様、週１回、１回90分の有酸素運動や二重課題運動を含めた介入教室の実施、栄養指導、ソフトウェアによる脳トレ、そして生活習慣の改善指導を実施した。その結果、主要評価項目である７種の認知機能検査から算出されるコンポジットスコアの変化量において、介入群は対照群と比較して有意な認知機能の改善効果が示された。認知機能の領域ごとの解析では、遂行機能と記銘想起においても介入群において有意な改善効果が確認された（Oki et al., 2024）。

現在はこれらの介入効果の持続性や認知症予防介入の社会実装を検証する後継プロジェクト（Tamba Active Mind and Bright Ageing study: TAMBA study）が進行中である。Prime研究参加者の認知機能や行動変容の有無につき最長５年までフォロー予定である。また市内100ヶ所以上で展開されている“生き生き百歳体操”と銘打ったフレイル予防を主目的とした運動教室に、認知症予防に寄与しうる二重課題運動などを追加するプログラムを提供し、その実施可能性と認知機能の維持・改善効果を検証する研究も実施中である。

このような治療や予防介入のエビデンス・社会実装を通じて、我が国の認知症対策の近未来像を俯瞰したい。

古和久朋先生　ご略歴

1995年　東京大学医学部医学科卒業
1999年　日本神経学会専門医取得
2000年　東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻進学（2004年３月修了）。
2005年　マサチューセッツ総合病院アルツハイマー研究ユニット（Hyman研究室）リサーチフェロー
2008年　東大神経病理助教、東大神経内科特任助教
2010年　神戸大学神経内科講師
2012年　神戸大学大学院医学研究科神経内科学分野准教授
2017年　神戸大学大学院保健学研究科リハビリテーション科学領域教授
2021年　同研究科認知症予防推進センター長兼務
現在に至る

◆高齢者の栄養問題と低栄養に対するアプローチ

愛知医科大学　栄養治療支援センター　特任教授

前田　圭介

栄養ケアは高齢者の健康維持において極めて重要な役割を果たしており、栄養問題の早期発見と迅速な介入が患者の予後改善及び生活の質の向上に直結することは広く認識されている。栄養ケアプロセス（Nutrition Care Process；NCP）はすでに体系的に確立されており、①栄養スクリーニングおよびアセスメント、②栄養診断、③栄養介入の計画および実施、④モニタリングと評価の４段階で成り立つ。高齢者一人一人の栄養問題を的確に把握し、多職種連携を通じて効果的な栄養ケアを実践することが期待される。しかしながら、NCPが日本国内で十分に実践されているとは言い難い現状がある。

低栄養の診断基準として、国際的に標準化されたGLIM（Global Leadership Initiative on Malnutrition）基準が診療報酬・介護報酬制度に導入されている。まず適切なスクリーニングツールを用いて栄養リスクを評価し、その後、表現型基準（体重減少、低BMI、筋肉量減少）と病因基準（食事摂取量の低下または吸収障害、炎症や疾患負荷）を組み合わせて低栄養を診断する。表現型および病因のいずれかに該当する項目が１つ以上ある場合に低栄養と診断され、さらにその重症度分類が行われる。

GLIM基準の導入は、臨床現場において大きな価値がある。特に高齢者や慢性疾患を有する患者に対しては、早期に低栄養を発見し、迅速で適切な栄養介入を行うことが治療効果の向上に繋がる。また、国際的な基準の統一は、多職種間情報共有と連携を促進し、栄養ケアの質を向上させることに寄与する。共通の基準を使用することにより、研究結果の比較や教育プログラムの標準化も可能となり、栄養学研究および臨床教育の発展に貢献する。

体系的な栄養ケアプロセスとGLIM基準の統合的運用は、医療および介護分野における栄養管理の質的向上に大きな可能性を秘めている。リスクの高い患者を効率的に特定し、適切な介入を迅速に行うことができる。NCPのような定型的フレームワークで栄養ケアを推進することは、高齢者の健康維持、医療資源の効率的な活用、さらに医療経済的な観点からも重要な意義を持つと考えられる。

前田圭介先生　ご略歴

1998年　熊本大学医学部医学科卒業
2006年　熊本大学大学院医学研究科（現消化器外科講座）修了

職歴

1998年　熊本大学医学部第二外科　熊本市民病院外科・国立熊本南病院外科・五ヶ瀬町立病院外科・東陽会東病院外科・水前寺とうや病院／平成とうや病院消化器科
2011年　玉名地域保健医療センター　摂食嚥下栄養療法科、NST　チェアマン、内科医長
2017年　愛知医科大学　講師・医局長　愛知医科大学病院緩和ケアセンター／栄養治療支援センター、朝日大学歯学部　口腔病態医療学　非常勤講師(2019年～現在)
2019年　愛知医科大学大学院緩和・支持医療学　准教授
2020年　国立長寿医療研究センター　老年内科医長／愛知医科大学大学院緩和・支持医療学　客員教授
2023年　愛知医科大学栄養治療支援センター　特任教授／国立長寿医療研究センター老年内科客員研究員

学会／資格／役職

博士（医学）
日本老年医学会：代議員／老年科専門医／高齢者栄養療法認定医、日本内科学会：内科専門医、日本外科学会：認定登録医、日本消化器病学会：専門医、日本病院総合診療医学会：認定医、日本サルコペニア・フレイル学会：理事／評議員／指導士、日本リハビリテーション栄養学会：副理事長／代議員／リハ栄養指導士、日本摂食嚥下リハビリテーション学会：評議員／学術賞選考委員／認定士、日本栄養治療学会：代議員／学術評議員／指導医／認定医、日本病態栄養学会：学術評議員／指導医／専門医／NSTコーディネーター、日本臨床栄養学会：評議員、日本嚥下医学会：認定嚥下相談医、日本カヘキシア・サルコペニア学会：評議員、日本プライマリ・ケア連合学会：評議員／英文誌編集委員、日本在宅医療連合学会：評議員／合同編集委員、日本緩和医療学会：輸液ガイドライン改訂WPG員、日本災害医学会：災害時「食べる」連携委員、英国王立医学会（Royal Society of Medicine）：Fellow
学術誌Editor
-*Clinical Nutrition ESPEN*（IF: 3.0［2022］）
-*Journal of General and Family Medicine*（IF: 1.6［2022］）
-日本在宅医療連合学会誌（Online ISSN: 2435-4007）
-日本リハビリテーション栄養学会誌

◆ 世界医師会若手医師会議（モンテビデオ理事会）に参加して―国際的NCD対策と日本の若手医師の視点―

京都府立医科大学附属北部医療センター　救急科

大江　　熙

2025年４月24日～26日、ウルグアイ・モンテビデオにて開催された第229回世界医師会（World Medical Association：WMA）総会と、それに併設して行われた若手医師会議（Junior Doctors Network：JDN）に参加し、その内容と成果について報告する。JDNは、卒後10年以内の医師を主たる構成員とし、現在131か国・約1,300名の会員を有する国際的ネットワークである。アドボカシー、教育、国際協力を通じて、持続可能な保健医療体制の構築に向けた若手医師の連携と成長の場を提供している。本会議では「非感染性疾患（Non-communicable Diseases：NCD）」を主題に、各国の医療制度、医師養成、地域保健活動などに関する多様な取り組みが共有された。がん、糖尿病、循環器疾患、慢性呼吸器疾患、メンタルヘルス等を含むNCDは、世界的に死因の大半を占めており、日本でも全死亡の約80％を構成する重要課題である。医学の進歩や高齢化により、各国でもNCDの疾患負荷が増加しており、喫緊の対応が求められている。NCDは生活習慣や環境要因の影響を強く受ける一方、医療の専門分化が進む中で、包括的・予防的視点からの対応が困難であるという課題が各国に共通して存在していた。日本からは、学生や初期研修医向けの滞在型実習や地域研修といった教育的取り組みを紹介し、若年層に対する予防医学的介入の必要性と、それによる将来的なNCD負荷の軽減効果について提言を行った。また、NCD対策を単なる医療の枠組みにとどめず、社会構造や生活環境を見据えた包括的なアプローチの重要性について議論が行われた。今回の参加を通じて、グローバルな医療課題への共通理解と、相互学習を通じたネットワーク形成の意義を再確認した。今後、日本の若手医師が国際的な視点を持って政策・教育に関与していくことが強く期待される。

大江熙先生　ご略歴

2019年　京都府立医科大学附属北部医療センター　初期研修医
2021年　京都府立医科大学附属病院　救急医療科　専攻医
2023年　日本医科大学千葉北総病院　救命救急科　医員・助教
2024年　京都府立医科大学附属北部医療センター　救急科　医長・助教

専門医会レクチャー

座 長　京都府医師会　学術・生涯教育委員会　副委員長　西村俊一郎 氏

◆京都泌尿器科医会（12:50〜13:10）
「皆様にお伝えしたい泌尿器科診療の話題」
ふじのもり腎泌尿器科クリニック　院長　奥野　博 氏

◆京都胸部医会（13:10〜13:30）
「かんたんにできる「息切れ」の診療」
洛和会音羽病院／洛和会京都呼吸器センター　参与　長坂　行雄 氏

◆京都産婦人科医会（13:30〜13:50）
「産科救急とたたかう」
京都大学大学院医学研究科　婦人科学産科学　准教授　最上　晴太 氏

◆京都糖尿病医会（13:50〜14:10）
「Beyond　HbA１c〜糖尿病治療の最前線〜」
京都府立医科大学大学院医学研究科　糖尿病・内分泌・代謝内科学　学内講師　岡田　博史 氏

◆京都循環器医会（14:10〜14:30）
「心不全の診かたと薬物療法update
〜2025年改訂版　心不全診療ガイドラインから〜」
十条武田リハビリテーション病院　循環器センター長　高橋　衛 氏

◆京都外科医会（14:30〜14:50）
「虫垂炎と鼠径ヘルニアについての話題提供」
京都大学医学部附属病院　消化管外科　助教　岡村　亮輔 氏

〈京都泌尿器科医会〉

◆皆様にお伝えしたい泌尿器科診療の話題

ふじのもり腎泌尿器科クリニック
院長
奥野　　博

超高齢化社会になか、QOLの低下に影響する過活動膀胱や夜間頻尿は大きな問題である。過活動膀胱ではその対応や抗コリン薬・β３作動薬の使い分け、夜間頻尿ではその要因が夜間多尿なのか膀胱容量の低下なのか睡眠障害なのかの鑑別が重要である。また前立腺肥大症に対する最新の治療法についても紹介する。前立腺がんの罹患数は男性では１位となった。年齢階級別罹患率では75―79歳が最も高く高齢者の病気といえる。男性の死亡数は13,426人で肺　大腸　胃　膵　結腸　肝について第７位になる。５年相対生存率は99.1％と高く　臨床進行度別５年生存率は限局100％　領域99.2％　遠隔53.4％であり、比較的予後の良いがんといえる。それゆえ、がんと診断され治療が行われると、治療期間も長く、治療によるQOLの障害には留意する必要がある。京都市では2012年検診事業を開始し12年を経過した。ここから見えてくる前立腺がん検診の現状と課題についても解説する。

奥野博先生　ご略歴

1985年　愛媛大学医学部医学科　卒業
1994年　京都大学医学部泌尿器科　助手
1997年　京都大学医学部泌尿器科　病棟医長
2000年　京都大学医学部泌尿器科　講師
2001年　国立京都病院泌尿器科　医長
2004年　国立病院機構京都医療センター泌尿器科　科長
　同　　京都大学・関西医科大学臨床教授
2010年　同　診療部長
2024年　ふじのもり腎泌尿器科クリニック　院長
京都大学医学博士
京都泌尿器科医会　会長
京都府医師会前立腺がん検診委員会　委員長

〈京都胸部医会〉

◆かんたんにできる「息切れ」の診療

洛和会音羽病院／
洛和会京都呼吸器センター　参与
長坂　行雄

息切れは低酸素状態よりもむしろ呼吸運動が経験値よりも激しくなるときに感じ、「肩で息をする」状態になる。呼吸運動で鎖骨が上下することで努力呼吸が分かる。COPDのような慢性呼吸器疾患では肺機能で１秒量が1L以下になると胸鎖乳突筋の肥大が認められる。間質性肺炎では斜角筋や僧帽筋が使われるので胸鎖乳突筋は目立たない。

息切れの原因の一つに喘息がある。喘息ではギュ～のような濁った音（ポリフォニック・ウィーズ）の聴こえる発作はステロイドの点滴が必要で、ヒュ～のような澄んだ音（モノフォニック・ウィーズ）では気管支拡張薬の吸入で簡単に治る。

このような簡単な視診と聴診で多くの息切れに簡単にアプローチできる。

長坂行雄先生　ご略歴

1972年　名古屋市立大学医学部卒業。
1972年以後　大阪大学医学部第３内科研究副手
国立療養所近畿中央病院、近畿大学医学部講師、金沢医科大学呼吸器内科助教授、近畿大学医学部第４内科助教授、近畿大学医学部堺病院呼吸器内科学教授、副院長など
2012年以降　洛和会音羽病院　呼吸器センター所長から参与

留学歴

沖縄県立中部病院（宮城征四郎先生）、Colorado大学呼吸器科（Petty教授）、California大学 San Francisco校CVRI（N.C. Staub教授）

学会活動など

日本内科学会　認定医　指導医、日本感染症学会　専門医　認定医　ICD、日本アレルギー学会　専門医、ILSA（世界肺音学会）2013年　会長

著書、翻訳書

ベッドサイドの胸部X線の読み方（中外医学社　1992年）、その咳と喘鳴、本当に喘息ですか？（日本医事新報社　2010）、楽しく学ぶ身体所見（克誠堂　2011年）、2020年　長坂行雄の「耳で学ぶ肺音聴取のイロハ」（日経メディカル）など

〈京都産婦人科医会〉

◆産科救急とたたかう

京都大学大学院医学研究科
婦人科学産科学　准教授
最上　晴太

産科はbloody businessとも言われる診療科であり、出血との戦いである。分娩は昼夜を問わず、また切迫早産、妊娠高血圧症候群、胎児機能不全（胎児仮死）、分娩時異常出血など、その診療の実態は救急診療である。さらに妊娠中は様々な急性腹症を生じるが、その診断は非常に苦慮する。本講演では、産科救急疾患について概説する。

１つ目は、産科危機的出血への対応を解説する、弛緩出血や、羊水塞栓などによる産科出血はいまだに母体死亡の重要な原因であり、分娩後に母体の状態が急変する。我々の産科危機的出血への対応を紹介し、母体死亡の根絶を目指す。

２つ目は、妊娠中の急性腹症について解説する。虫垂炎、腸閉塞、卵巣嚢腫茎捻転などが、妊娠中にも起こりうる。これらを速やかに診断して治療につなげることを、実例をあげながら概説する。

最上晴太先生　ご略歴

2000年　京都大学医学部卒業
2000年　京都大学医学部附属病院　産科婦人科　研修医
2002年　大津市民病院　産婦人科　医員
2004年　京都大学医学部附属病院　産科婦人科　医員
2005年　京都大学医学部　婦人科学産科学　大学院生
2009年　University of Texas, Southwestern Medical Center, Postdoctoral Researcher
2012年　京都大学医学部附属病院　産科婦人科　特定病院助教
2015年　University of Texas, Southwestern Medical Center, Visiting Instructor
2017年　京都大学医学部附属病院　産科婦人科　助教
2022年　京都大学医学部附属病院　総合周産期母子医療センター　講師
2025年　京都大学大学院医学研究科　婦人科学産科学　准教授

〈京都糖尿病医会〉

◆Beyond HbA１c
～糖尿病治療の最前線～

京都府立医科大学大学院医学研究科
糖尿病・内分泌・代謝内科学　学内講師
岡田　博史

近年、我が国では肥満の増加と高齢化が喫緊の課題となっている。一方、糖尿病治療は目覚ましい進歩を遂げており、血糖管理のみならず、心血管・腎保護作用を有する薬剤や体重減少効果をもたらす薬剤が相次いで登場している。さらに、週１回投与の持効型インスリン製剤の実用化により、治療戦略は大きく変化している。

本講演では、GIP/GLP-１受容体作動薬や週１回持効型インスリンなど最新の治療薬の特徴と適応について解説するとともに、専門医への紹介が推奨される症例や効果的な病診連携のあり方についても概略する。

岡田博史先生　ご略歴

2004年　京都府立医科大学　医学部医学科卒業、同附属病院　研修医
2010年　京都府立医科大学大学院医学研究科　内分泌・代謝内科学　博士課程
2014年　京都第二赤十字病院
2016年　松下記念病院　糖尿病・内分泌内科　部長
2018年　松下記念病院　総合診療科　部長
2020年　松下記念病院　救急委員長
2022年　京都府立医科大学大学院医学研究科　内分泌代謝内科　助教、京都大学　医学研究科　予防医療学分野客員研究員
2024年　京都府立医科大学大学院医学研究科　内分泌代謝内科　講師（学内）

専門領域

日本内科学会　内科認定医・総合内科専門医
日本糖尿病学会　糖尿病専門医・指導医
日本内分泌学会　内分泌代謝科専門医・指導医
日本病態栄養学会　病態栄養専門医・指導医
日本病院総合診療医学会　総合診療認定医・指導医

学会活動他

日本糖尿病学会　学術評議員、糖尿病療養指導ガイドブック編集委員、日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会学術評議員、京都市食の安全安心推進審議会委員、京都府医師会　ワークライフバランス塾ワーキンググループメンバー

〈京都循環器医会〉

◆心不全の診かたと薬物療法 update　～2025年改訂版 心不全診療ガイドラインから～

十条武田リハビリテーション病院
循環器センター長

高橋　　衛

2025年改訂版 心不全診療ガイドラインが2025年３月に刊行されました。その中から心不全のステージの考え方と最新の薬物治療についてご紹介します。まず、心不全はステージA（心不全リスク）、ステージB（前心不全）、ステージC（症候性心不全）、ステージD（治療抵抗性心不全）に分類されますが、心疾患予防が必要なステージAに新たに慢性腎臓病・肥満などが加わり、心不全発症予防が必要なステージBにはBNP/NT-proBNP/TnTの上昇が加わりました。ステージC、Dの薬物治療としては、LVEF40％以下のHFrEFに対してACEi/ARB/ARNI、β遮断薬、MRA、SGLT２阻害薬がClass Ⅰ推奨、イバブラジン、ベルイシグアートがClass Ⅱa、LVEF50％以上のHFpEFに対してはSGLT２阻害薬がClass Ⅰ、ARNIとMRAがClass Ⅱaとなっており、それぞれを概説いたします。

高橋衛先生　ご略歴

1980年　京都大学医学部卒業
1980年　京都大学医学部附属病院研修医
1981年　市立島田市民病院内科勤務
1985年　京都大学大学院医学研究科
1989年　医療法人尚寿会洛陽病院循環器内科
1995年　医療法人親友会島原病院　副院長
1996年　医療法人親友会島原病院　院長
2020年　医療法人令寿会しまばら病院　院長（病院名称の変更）
2021年～現在　医療法人医道会十条武田リハビリテーション病院　循環器センター　センター長

認定資格
日本内科学会認定内科医、日本循環器学会認定専門医、日本心血管インターベンション治療学会名誉専門医

所属学会・医会
京都循環器医会会長（令和５年７月～）、日本内科学会、日本循環器学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心不全学会、

〈京都外科医会〉

◆虫垂炎と鼠径ヘルニアについての話題提供

京都大学医学部附属病院
消化管外科　助教

岡村　亮輔

急性虫垂炎と鼠径ヘルニアは、最も頻度の高い一般外科疾患であり、近年その治療方針において「低侵襲性」と「根治性」がキーワードとなっています。虫垂炎では、抗菌薬単独治療という非手術的選択肢が注目される一方で、短期間での再発が問題となります。鼠径ヘルニアでは、無症候例に対する非手術観察群の嵌頓リスクが４％程度ということで、経過観察することもオプションとして提案される中、患者さんの不快感や痛みの出現が問題となります。これらの疾患においては、腹腔鏡などの低侵襲手術をどういう症例にどのタイミングでおこなうのが良いのか、適切な判断が必要になります。本講演では、両疾患の最近の話題の提供とともに、当科での治療方針について紹介します。

岡村亮輔先生　ご略歴

2006年　奈良県立医科大学卒業
2006年　奈良県立医科大学医学部附属病院　初期研修医
2008年　兵庫県立尼崎病院（現 尼崎総合医療センター）　外科専攻医
2011年　同上　外科フェロー
2013年　京都大学大学院消化管外科学分野　大学院生（平成25年４月～平成26年月　同大学院社会健康医学科臨床研究者養成コース　受講）
2017年　米国UCSD Moores Cancer Center臨床試験部　研究員
2020年　京都大学医学部附属病院消化管外科　医員
2020年　京都大学医学研究科消化管外科学分野　助教（現在に至る）

資　　格
日本外科学会（専門医、指導医）；日本消化器外科学会（専門医、指導医、消化器がん外科治療認定医）；日本内視鏡外科学会（技術認定医、評議員）；近畿外科学会（評議員）；緩和ケア研修会修了；臨床研究・治験従事者研修修了；米国American College of Surgeons国際フェロー；臨床研修指導医講習会修了；ロボット術者資格（DaVinci, hinotori, Hugo-RAS）；身体障害者福祉法指定医；医学博士

専門領域
大腸肛門外科、消化器癌治療、個別化癌治療、腹腔鏡・ロボット手術、術後サーベイランス

MEMO

一般演題 座長一覧

A会場

A１－４	消化器系①	小畑　寛純（小畑内科クリニック）
A５－10	消化器系② 呼吸器系	山口　明浩（京都山城総合医療センター）
A11－16	脳神経・精神系①	木戸岡　実（六地蔵総合病院）
A17－20	運動器系	古川　泰三（古川整形外科医院）

B会場

B１－５	腎尿路系	平原　直樹（御所西ひらはらクリニック）
B６－10	耳鼻咽喉科系	安野　博樹（耳鼻咽喉科安野医院）
B11－14	循環器系	白石　裕一（京都府立医科大学附属病院）
B15－20	在宅医療系 その他①	十倉　孝臣（十倉医院）

C会場

C１－６	初期研修医セッション （内分泌・代謝系 免疫・アレルギー系）	貴志　明生（京都岡本記念病院）
C７－11	初期研修医セッション （消化器系③ 産婦人科系①）	藤　信明（京都済生会病院）
C12－14	消化器系④ その他②	小嶋　基寛（京都府立医科大学附属病院）
C15－17	産婦人科系②	濵西　潤三（京都医療センター）
C18－20	医療連携 その他③	金森　弘志（市立福知山市民病院）
C21－22	脳神経・精神系②	須賀　英道（龍谷大学診療所）

一般演題・初期研修医 セッション一覧

A会場

A－1	繰り返し消化管出血し診断に苦慮したガストリノーマの１例	大江正士郎
A－2	直腸MALTリンパ腫の１例	石川　想
A－3	当院排便機能外来の現状　特に排便困難型便秘症への対応について	岡本　亮
A－4	横行結腸癌イレウスで発見された同時性多重複癌の１例	大田　瑛子
A－5	１つのポートからアクセスする手術支援ロボットシステムを用いた胃癌手術	錦織　達人
A－6	高齢者の急性腹症時のEnd of life discussionについて	川島　市郎
A－7	左右腕頭静脈浸潤を伴った胸腺癌の１切除例	橋本　雅之
A－8	胸痛で受診され心膜周囲脂肪壊死と診断した１例	前川　晃一
A－9	手掌多汗症190例に対する胸腔鏡下胸部交感神経切除術の臨床的経験	黄　政龍
A－10	腹腔鏡下胃全摘術を施行した患者に対し、腹腔鏡下脾摘術を施行した１例	大塚　一雄
A－11	前頭骨内に発生したEndodermal cystの１例	池田　直廉
A－12	三叉小脳動脈の圧迫による三叉神経痛に対する脳神経減圧術	横山　邦生
A－13	ガンマナイフ知識のアップデート：治療医有志による抄読会から、一般向け広報活動まで	川邊　拓也
A－14	脳神経外科における90歳以上の入院患者の特徴	定政　信猛
A－15	慢性硬膜下血腫に対する中硬膜動脈塞栓術の有効性と安全性の検討	藤沢　亮
A－16	18歳未満及び65歳以上の片頭痛患者における抗CGRP関連抗体薬の使用経験	青木　淳
A－17	血漿交換療法を施行した超高齢のギラン・バレー症候群の１例	河合　柳人
A－18	石灰化を伴うダンベル型を呈した巨大腰椎椎間板ヘルニアの１例	岩井　義之
A－19	脊椎疾患と鑑別を要した非定型大腿骨骨折の２症例	田中　秀一
A－20	椎体圧潰による脊髄弛緩の１例	川西　昌浩

B会場

B－1	マイコプラズマ・ジェニタリウム尿道炎の治療経験（続報）	前田　康秀
B－2	女性の骨盤臓器脱専門外来（ウロギネ外来）開設と今後の取り組み	濵西　潤三
B－3	内科診療所において腹部超音波検査で検出した膀胱腫瘍・膀胱病変について	関　浩
B－4	経皮的アプローチ困難な水腎症を伴う左珊瑚状結石に対して段階的手術を施行した１例	高橋　大介
B－5	前立腺肥大症に対する経尿道的前立腺水蒸気治療：術前尿閉状態の手術結果への影響	今村　正明
B－6	自治体が行う補聴器購入費用助成について―京田辺市の例を含めて―	村上　匡孝
B－7	2025年京都府におけるスギ・ヒノキ花粉飛散状況	浜　雄光
B－8	外視鏡で視る耳鼻咽喉科手術	井上　茉優
B－9	脳室腹腔シャント術後に両側の耳閉感を生じた正常圧水頭症の１例	萱谷　仁
B－10	中耳真珠腫症例における画像誘導内視鏡下耳科手術の検討	福島　巧貴
B－11	原発性アルドステロン症におけるロボット支援副腎摘出術の動向と課題	成瀬　光栄
B－12	化膿性心膜炎に続発した感染性冠動脈瘤の１例	百瀬　大貴
B－13	12誘導心電図診断が起源同定に有用であった頻発性心室性期外収縮の１例	井上　啓司
B－14	右鎖骨下動脈起始異常のあるB型大動脈解離に対しオープンステントグラフト使用が有用であった弓部置換術の１例	岸田　賢治
B－15	エプコリタマブ投与により免疫エフェクター細胞関連神経毒性症候群 ICANSを発症した再発悪性リンパ腫の１例	中坊　幸晴

B－16	１警察医が検案した孤独死の３例の考察	上田　通章
B－17	末期心不全に対する在宅医療での取り組み　持続強心薬から緩和医療まで	木村　雅喜
B－18	特定看護師による末梢留置型中心静脈カテーテル（PICC）挿入　～在宅医療との連携に向けた取り組み（2025 update）～	出口　靖記
B－19	在宅診療における音声認識を活用した医療ICTシステムによるカルテ入力の経験	安田　冬彦
B－20	心電図記録付き血圧計を用いた心不全遠隔モニタリングおよび医療介入の試み	白石　裕一

C会場

C－１	２型糖尿病治療中に発症した高齢劇症１型糖尿病の１例	長江　祐貴
C－２	複数のアレルギー歴を有するBasedow病患者に対して甲状腺全摘後にレボチロキシンによる減感作療法を行った１例	川端　竜祐
C－３	レジオネラ肺炎経過中に脳梗塞を来した１例	河村　元輝
C－４	全身性リンパ節腫脹を契機に診断に至った混合性結合組織病（MCTD）の１例	西田　勇太
C－５	腸チフス感染を契機に血小板減少をきたした１例	喜多村こはく
C－６	排尿障害を契機に発症し診断に難渋したIgG4関連前立腺疾患の１例	山田　凌雅
C－７	帯状疱疹髄膜炎に続発した腸重積の成人例	飯塚　滋雄
C－８	後縦隔悪性腫瘍に対し胸腔鏡下縦隔腫瘍切除を行った１例	篠崎　敦子
C－９	当院における経腟的内視鏡手術（vNOTES）による子宮全摘出術導入の取り組み	日下部智紀
C－10	診断に苦慮した右下腹部良性多嚢胞性腹膜中皮腫の１切除例	丸山　裕生
C－11	ドレナージと栄養管理で救命し得た十二指腸下行脚憩室穿孔の１例	上田　健斗
C－12	術前化学療法により完全奏効を認めた左肺癌の１例	北村　将司
C－13	免疫チェックポイント阻害剤を含む術前化学療法によって完全奏効が得られた左乳腺化生癌の１例	新藏　信彦
C－14	膵癌治療における術中検査の臨床的意義	水本　雅己
C－15	産後２週間後に骨盤内膿瘍を発症したUreaplasma parvumの１例	下園　寛子
C－16	当院での経腟的腹腔鏡手術（vNOTES）の取り組み	赤熊　藍
C－17	子宮広間膜ヘルニア嵌頓の１例	安藤　淳仁
C－18	高齢CKDにおける保存的腎臓療法（CKM）啓発の重要性について	園部　正信
C－19	他科からの処方を含めたインクレチン関連薬の処方推移	貴志　明生
C－20	小児あざへの早期治療介入と地域連携の必要性の検討	中森いづみ
C－21	臨床宗教師が医療現場にいることの効果の研究：三菱京都病院での事例報告	田中　善啓
C－22	リワーク（職場復帰支援プログラム）の再検討―うつ状態からの社会復帰―	竹田　明子

A－1　繰り返し消化管出血し診断に苦慮したガストリノーマの１例

○大江正士郎、杉本奈緒子、堀口　雅史（康生会武田病院 外科）
岡田　　恵、松山　竜三（同 消化器内科）
猪飼伊和夫（同 外科）

症例は86歳女性。下血を主訴に緊急入院。上下部消化管内視鏡で出血点は確認できず、輸血後退院。１か月後嘔吐で再入院、翌々日CTで腹腔内遊離ガスあり、緊急手術施行。十二指腸内は血腫で充満、水平脚に微小穿孔あり同部を切開し出血点を確認し止血。術後第８病日に消化管出血あり、内視鏡で十二指腸水平部の潰瘍から出血あり止血を施行、翌日も別部位から再度出血あり止血を施行。造影CTで膵頭部周囲に濃染を伴う３個の結節性病変。ガストリノーマと診断し、第10病日からソマトスタチンアナログ投与を開始。以後消化管出血は次第に減少し、内視鏡で潰瘍瘢痕化を確認。ガストリン値は投与前4000 pg/mL以上で、投与後305 pg/mLに低下と後日報告あり。繰り返す消化管出血し診断に苦慮したガストリノーマの１例を経験した。

（下京西部医師会）

A－2　直腸MALTリンパ腫の１例

○石川　　想、花田　圭太（洛和会音羽病院 外科）、嶋田　恵里、安井　　寛（同 病理診断科）
神崎　友敦、吉村　直生、伊藤　　孝
武田　亮二、松下　貴和（同 外科）

症例は75歳女性。下部消化管内視鏡検査にて、経時的に増大する直腸粘膜下腫瘍を認めEUS-FNAを行った。病理組織学的検査にてMALTリンパ腫が疑われたため、確定診断目的に経肛門的腫瘍切除を行った。切除標本の病理組織学的検査では、大腸粘膜下に小型～中型リンパ球がvague nodular patternを呈し、monotonousに増殖する結節性病変を認めた。免疫染色ではCD20、bcl-2陽性、CD3、CD5、CD43、CD10、bcl-6、cyclin D1、SOX11陰性。フローサイトメトリーではλ鎖への有意な偏りを認め、monoclonalityが確認され、MALTリンパ腫と診断した。直腸MALTリンパ腫は稀な疾患であり、治療は近年、H. pylori除菌療法が第１選択とされる傾向にあるが、標準治療は確立されていない。今回、経肛門的腫瘍切除により診断的治療が可能であった１例を経験したので報告する。

（山科医師会）

A－3　当院排便機能外来の現状　特に排便困難型便秘症への対応について

○岡本　　亮、川島　市郎（京都民医連中央病院 外科）、布留川美帆子、古殿　真奈（同 看護部）

【目的】当院では2015年より医師・看護師・臨床工学・検査技士による排便機能外来を開設しており、約25％が慢性便秘、内55％が排便困難型であった。
【対象及び方法】平均年齢は72歳、男女比は１：２で、認知症を含む精神疾患を26.3％に合併。診療では直腸診で便貯留と便性を確認、直腸瘤等器質的疾患を除外する。便性コントロールで改善がない場合排便便造影検査を行い、排便姿勢の指導と直腸脱・瘤等の手術適応を判断。奇異性収縮等機能性便排泄障害にはバイオフィードバック療法を実施。薬剤調整には排便日誌を用い自己調整を最終目標とする。
【結果及び考察】69％に排泄改善あり、1/3でかかりつけ医のみの通院となった。薬剤でも改善しない便秘の中に排便困難型便秘症が含まれ、多彩な症状に難渋する事も多く、多職種チームによるアプローチが有効と考えられた。

（右京医師会）

A－4　横行結腸癌イレウスで発見された同時性多重複癌の１例

○大田　瑛子、濵田　拓男（徳洲会六地蔵総合病院 外科）

症例は75歳、男性である。体重減少と繰り返す嘔吐を主訴に当院を受診した。CTで、横行結腸に壁肥厚を伴った狭窄を認め、口側腸管が拡張していた。その他に、胆嚢底部と盲腸に造影効果を伴う壁肥厚、右肺に肺炎像を認めた。横行結腸癌イレウスと診断して経肛門的イレウス管を挿入し、肺炎治療を行った後、拡大右半結腸切除術および胆嚢摘出術＋肝床切除術を施行した。術中所見で、盲腸腫瘍は腹壁に浸潤し、虫垂も肥厚していた。病理検査結果では、虫垂は盲腸癌の組織型と異なり、低異型度粘液性腫瘍との診断であった。現在、再発なく経過し、外来に通院している。

同時性の重複癌の症例報告はあるが、同時性の多重複癌は比較的稀である。我々の施設でも経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

（宇治久世医師会）

A－5　１つのポートからアクセスする手術支援ロボットシステムを用いた胃癌手術

○錦織　達人、西川　裕太、松尾　宏一
直原　駿平、上　　和広、森　　友彦
奥田雄紀浩、武田　昌克、玉置　信行
久保田豊成、坂東　裕貴、安次富駿介
影山　　悠、秦浩　一郎（京都市立病院外科）

【はじめに】１つのポートから複数の鉗子操作を行うダヴィンチSP（シングルポート）ロボットシステムが登場し、当院では2024年に導入した。
【目的】胃癌に対するダヴィンチSPによるロボット支援胃切除術（SP-RG）の有用性を検討した。
【方法】SP-RGでは、35㎜の創部からロボットアームを操作する。当院での腹腔鏡下胃切除（LG）/従来ロボット機種（Xi）/SPによる幽門側胃切除の手術成績を比較した。
【結果】LG vs Xi vs SP＝108 vs 99 vs 20例で、各術後合併症発生割合は3.7 vs 8.1 vs 0％（P＝0.24）であった。
【まとめ】SP-RGは安全に実施可能で、術後疼痛などで他のアプローチ法を上回る可能性がある。発表では下腹部からアプローチするRGの動画を供覧する。

（中京西部医師会）

A－6　高齢者の急性腹症時のEnd of life discussionについて

○川島　市郎、池田　　純、北角　泰人
谷岡　保彦（京都民医連中央病院）

【はじめに】急性腹症対する標準治療は手術である。しかし下部消化管穿孔では術死する場合もあり、術前に正しい情報提供が必要不可欠である。今回、当院で急性腹症のため緊急手術を施行した超高齢者の周術期を振り返った。
【対象】過去５年間、当院で急性腹症のため緊急手術を施行した24例
【結果】平均年齢89.5才男性７人、下部消化管穿孔は６例あり、全例ストーマ造設が施行された全員が術死（術後30日以内の死亡）であった。
【考察】急性腹症は手術の絶対適応であるが超高齢者の場合、左側結腸穿孔では手術時点で敗血症性ショックの場合もあり、ストーマ造設例は、全例術死となった。
術前ICでは、過度な期待を抱かせることは避けたい。
【まとめ】超高齢者の急性腹症にはHope for the best prepare for the worstを意識したEnd of life discussionにこそ価値がある。

（右京医師会）

A－7　左右腕頭静脈浸潤を伴った胸腺癌の１切除例

○橋本　雅之、斉藤　弘紀、鈴村　雄治
（医仁会武田総合病院 呼吸器外科）

症例は40代男性。他疾患精査目的の胸部CTで５cmの前縦隔腫瘍を指摘された。左右腕頭静脈の圧排偏移を認め、同静脈浸潤が疑われた。FDG-PET/CTで、同病変の他、胸骨柄にFDG異常集積を認めたが、若年でPS良好であること、抗癌剤治療への理解が得られなかったことから、合同カンファレンスを経て、腫瘍切除及び胸骨への術後放射線治療を行う方針となった。手術は、胸骨正中切開併用Anterior transcervical-thoracic approach変法（右胸鎖関節離断）で行った。左右腕頭静脈処理時に、左腕頭静脈-右心耳間に一時的人工血管バイパスを置き、頭部・上肢からの還流を補った。右腕頭静脈クランプ後も、頭部・上肢のうっ血は生じなかったため、右腕頭静脈は離断・閉鎖し、右腕頭静脈壁の一部を用いて左腕頭静脈再建を行った。術後、腫瘍切除部および胸骨柄に放射線治療を施行し、再発なく経過している。

（伏見医師会）

A－8　胸痛で受診され心膜周囲脂肪壊死と診断した１例

○前川　晃一、淡路恒太郎、森田　大毅、
首藤　紗希、仲　　恵
（医仁会武田総合病院 呼吸器内科）

50歳女性。５日前より急性発症の左胸部痛、呼吸困難あり当科外来に受診された。心電図、胸Xp検査では有意な所見は認めなかった。胸部CTを施行したところ心膜外脂肪内に脂肪識濃度の楕円形腫瘤様陰影を認め、心膜周囲脂肪壊死の可能性が考えられた。白血球・炎症所見の軽度高値や少量胸水あり念のため抗生剤処方するとともに鎮痛薬で経過観察としたところ、速やかに胸痛症状は改善した。３週間後の胸部CTでは心膜外脂肪内病変、胸水とも改善・消失していた。

心膜周囲脂肪壊死は、鎮痛薬などの対症療法で自然軽快する経過良好な疾患であるが、認知度はまだ低い。急性胸痛症状で救急外来を受診することも多く、不必要な侵襲的検査を回避するためにも鑑別疾患として念頭においておくべき疾患と考える。若干の文献的考察を加え報告する。

（伏見医師会）

A－9　手掌多汗症190例に対する胸腔鏡下胸部交感神経切除術の臨床的経験

○黄　政龍（六地蔵総合病院 呼吸器外科）

手掌多汗症は生活に多くの支障をもたらすため、外科的治療として胸腔鏡下胸部交感神経切除術がある。これまで手掌多汗症190例にこの手術を行ってきた。両側同時手術が152例、片側手術が38例（うち18例は二期的に対側手術も施行）であった。良好な視野と手術操作のため、第３肋間と第４肋間の２ポートでアプローチしている。術中レントゲンで第３肋骨を確認し、T3切除を施行している。術後アンケート調査では、94.0％の症例で手術の満足度が高く、術前に消極的であった症例の90％が術後に明るくなった。更に、改良型小径手術用ポートを考案し臨床実用している。この改良型ポートはヘッド部の縮小でポートの干渉が避けられ、良好な手術操作ができている。また、らせん構造の削除で創部に愛護的で術後疼痛の軽減に役立っている。

（宇治久世医師会）

A－10　腹腔鏡下胃全摘術を施行した患者に対し、腹腔鏡下脾摘術を施行した１例

○大塚　一雄、藤井　佑介、平田　耕司
出口　靖記、水本　雅己、加藤　仁司
財間　正純（医仁会武田総合病院 外科）

開腹胃全摘後症例の再手術をまれに経験するが、上腹部に大網、横行結腸、挙上空腸、Y脚吻合部が腹壁、他臓器に複雑に癒着していることが多い。今回、胃悪性リンパ腫に対し腹腔鏡下胃全摘術を施行した患者に対し、２年後に脾門リンパ節腫大、脾腫瘤が出現し、腹腔鏡下脾摘術を施行した１例を経験した。臍部カメラポートとし、腹腔内観察をしたところ、肝外側区域下面の癒着が目立つのみであった。脾彎曲部受動を行い、膵背側を剥離し脾・膵尾部を脱転した。膵上縁の癒着を剥離し、脾門部より中枢側での脾動静脈を同定、処理した。膵尾部端を確認し、脾門部間膜を切離し、摘出した。初回が腹腔鏡下手術であれば、癒着が比較的軽度であり、腹腔内の状況を容易に確認でき、体位、ポート配置などの多少の工夫を行い、再度腹腔鏡下での手術が安全に行えた。

（伏見医師会）

A－11　前頭骨内に発生したEndodermal cystの１例

○池田　直廉（医仁会 武田総合病院 脳神経外科）
柏木　秀基、福村　匡央、山田　浩徳
（大阪医科薬科大学 脳神経外科）
横山　邦生（医仁会 武田総合病院 脳神経外科）
倉澤　志朗（同 耳鼻咽喉科）
塗　隆志（大阪医科薬科大学 形成外科）
鰐渕　昌彦（同 脳神経外科）
川西　昌浩（医仁会 武田総合病院 脳神経外科）

極めて稀な前頭骨内発生Endodermal cyst（EC）の１例を経験したので文献的考察を加えて報告する。数年で増大する左前頭部腫瘤を自覚し受診された50代女性。神経学的異常所見はなく、頭部CTで左前頭骨内に境界明瞭な嚢胞性病変を認め、周囲骨の膨隆を認めた。嚢胞内容はMRI T1強調画像で高信号、T2強調画像で低信号、拡散強調像で低信号を呈し造影効果は認められなかった。嚢胞摘出術を施行し嚢胞を全摘出した。嚢胞は前頭骨骨膜下に存在し、前頭洞との連続性はなかった。病理組織診断はECであった。ECは胎生期の内胚葉と脊索の分離不全が発生機序とされ、多くは後頭蓋窩・脊柱管内に発生する。報告例の如くテント上ECは稀で発生起源および壮年期増大機序は明らかではない。さらなる症例の蓄積と検討が必要である。

（伏見医師会）

A－12　三叉小脳動脈の圧迫による三叉神経痛に対する脳神経減圧術

○横山　邦生、池田　直廉、山田　誠
田中　秀一、伊藤　裕、市橋　大治
杉江　亮、川西　昌浩
（医仁会武田総合病院 脳神経外科）

三叉小脳動脈の圧迫による三叉神経痛に対し脳神経減圧術を執り行った１例を経験した。症例は74歳男性。左三叉神経痛の急性増悪により経口摂取困難となり当院外来受診。神経学的に左V2,3領域の電撃痛を自覚。緊急入院の上、頭蓋内精査を執り行った。3DCTAおよびMRI画像より脳底動脈より分枝した責任血管は左三叉神経に巻き付くように複雑に絡んでおり神経減圧は容易でないと予想された。術中所見にて責任血管は三叉神経に栄養血管を分枝し末梢は小脳半球を栄養していたことから三叉小脳動脈と同定した。更に上小脳動脈分枝も三叉神経の圧迫に関与していた。神経減圧はTranspositionのみでなくInterpositionを併用したmulti-technique で対応した。手術後経過良好で左顔面痛は消失した。

（伏見医師会）

A－13 ガンマナイフ知識のアップデート：治療医有志による抄読会から、一般向け広報活動まで

○川邊　拓也（洛西シミズ病院 脳神経外科）

脳に特化した定位放射線治療機器であるガンマナイフは、その特殊性から治療レベルのアップデートは常に治療医に要求されるが、情報収集は学会参加や論文検索など個人の努力に依存する側面が大きかった。ガンマナイフ機器も分割照射が可能なアイコンに更新する施設も増えたこと、コロナ禍での学会参加制限なども重なり、知識レベルの向上目的に有志でオンライン抄読会を2020年に始めた。知識共有が蓄積した段階で、紹介医向けにミニ広報誌を作成し、活動の報告および知識の共有を行ってきた。そして2025年４月から文章投稿プラットフォーム「note」を活用して、発信を紹介医のみならず一般向けにも開始した。その活動を報告する。

（西京医師会）

A－14 脳神経外科における90歳以上の入院患者の特徴

○定政　信猛、山田　大輔、滝　　和郎
（康生会武田病院 脳神経外科）

京都市内の約3.5人に１人は高齢者であり、緊急入院が主体である脳神経外科においても高齢者が多く認められる。今回我々は過去７年間に当院脳神経外科に入院した4781例のうち90歳以上である537例（11.2％）を後方視的に検討した。90歳以上の入院は年々増加傾向にあり、ほとんどが緊急入院であった（99.6％）。他院からの紹介は132例（24.6％）、施設からは59例（11.0％）であった。主病名は脳卒中が262例（48.8％）、頭部外傷、慢性硬膜下血腫の順であった。手術は122例（22.7％）に行われた。平均在院日数は18.3±25.6日と長く、自宅退院は39.2％と４割に満たなかった。高齢者は入院を契機にADLが下がることが多く、今後限られた医療資源の活用を考慮する必要性が示唆された。

（下京西部医師会）

A－15 慢性硬膜下血腫に対する中硬膜動脈塞栓術の有効性と安全性の検討

○藤沢　　亮（京都岡本記念病院 脳神経外科）
宮田　　悠（滋賀医科大学附属病院 脳神経外科）
五味　正憲、佐藤　公俊、北田　友紀
丸尾　知里、深尾　繁治、南都　昌孝
中島　正之（京都岡本記念病院 脳神経外科）

慢性硬膜下血腫は脳神経外科領域で最も一般的な疾患である。高齢者の頭部外傷に伴い、液状化した血腫が頭蓋内に貯留し脳を圧迫することで、外傷後２週間から３ヶ月の間に意識障害や麻痺等の症状が出現する。従来の穿頭術はこうした症状を劇的に改善させる有効な治療である一方、再発率が10～20％と高い点が課題とされている。

中硬膜動脈塞栓術は従来の穿頭術と比較して再発率を低下させる治療とされる。再発例や抗血栓療法中の患者に対する新たな治療選択肢となることが期待されている。当院での中硬膜動脈塞栓術の治療成績について報告する。

（宇治久世医師会）

A－16 18歳未満及び65歳以上の片頭痛患者における抗CGRP関連抗体薬の使用経験

○青木　　淳（医療法人青木医院）

【背景】抗CGRP関連抗体薬は難治性片頭痛に有効であるが、18歳未満と65歳以上に対するエビデンスは乏しい。年齢による薬物動態や感受性の違いが懸念されるが、実臨床では適応拡大の必要がある。【目的】当院での使用経験を基に小児・高齢者への有効性と安全性を検討した。【方法】2021～2025年に抗CGRP抗体薬を導入した275例のうち、18歳未満７例（平均15.6歳）、65歳以上４例（平均69.8歳）を後ろ向きに解析した。【結果】11例全例で月間頭痛日数50%以上減少を認め、有効性を確認した。小児例では欠席減少、高齢例では生活自立度改善が得られた。重大な副作用はなく全例継続可能であった。【結語】抗CGRP関連抗体薬は18歳未満および65歳以上においても安全かつ有効な治療選択肢となり得る。

（下京西部医師会）

A－17 血漿交換療法を施行した超高齢のギラン・バレー症候群の１例

○河合　柳人、蒔田　直輝
（京都岡本記念病院 脳神経内科）
福味　禎子（同 総合内科）
藤野　隆弘、松井　　展、三浦　知晃
劉　　和幸（同 腎臓内科）
木谷　圭佑、東本　祐樹、村田　翔平
牧野　雅弘（同 脳神経内科）

症例は91歳女性。２年前より悪性リンパ腫に対し当院血液内科で化学療法中。X日より発熱し、X＋２日より下肢の脱力感を自覚し精査加療入院した。入院後、下肢の脱力は進行し、X＋６日には下肢MMTが０となり、髄液検査で蛋白細胞解離、神経伝導検査で脱髄所見を認め、ギラン・バレー症候群と診断した。X＋７日には両上肢の筋力低下、発声障害が出現したため血漿交換療法を開始した。４回血漿交換療法を行い、症状は改善したが下肢の症状は残存し、X＋38日にリハビリテーション転院した。ギラン・バレー症候群は高齢者への治療の第一選択は免疫グロブリン大量静注療法が推奨されるが、流通不足により施行困難であり、血漿交換療法を行った。高齢者への血漿交換療法の選択は希少であり報告する。

（宇治久世医師会）

A－18 石灰化を伴うダンベル型を呈した巨大腰椎椎間板ヘルニアの１例

○岩井　義之、茶谷　賢一、久保田迅是（堀川病院整形外科）

今回我々は、石灰化を伴う巨大腰椎椎間板ヘルニアにより神経症状を呈し、手術加療を行った１例を経験した。79歳女性。既往歴はL5/S1椎間板ヘルニア摘出術およびL4/５椎弓形成術を受けていた。両下肢痛に対しMRI検査を行い、L4/５の脊柱管内および両側椎間孔外に巨大病変を認めた。一部で椎間板腔と連続し、T1WIで中等度～軽度高信号、T2WIで著しい低信号を示していた。CT検査ではびまん性に石灰化が認められた。腫瘍病変も疑い造影MRI検査を行ったが、造影増強効果はみられなかった。保存加療に抵抗性であったため摘出術および後方進入椎体間固定術を施行し、症状は改善した。術中所見では脱出した椎間板組織と白色砂泥様の石灰化病変を認めた。非常に稀なダンベル型を呈した巨大な椎間板ヘルニアを経験したので報告する。

（京都市西陣医師会）

A－19 脊椎疾患と鑑別を要した非定型大腿骨骨折の２症例

○田中　秀一、川西　昌浩
（医仁会武田総合病院 脳神経外科）

【症例１】86歳、女性。ビスホスホネート製剤（BP製剤）の長期服用歴あり。立位時の右大腿前面痛で紹介受診した。腰椎と股関節のMRIで責任病巣を指摘できず、神経根ブロックを予定したが、立位より転倒して搬送され、XPでAFFを認めた。後方視的にはMRIで大腿骨の髄内変化等を認めた。
【症例２】75歳、女性。BP製剤の長期服用歴あり。立位時の両鼠径部、大腿前面痛で紹介受診した。腰椎MRIで責任病巣はなく、股関節MRIで骨幹の髄内輝度変化等を認めた。AFFの前駆症状で手術予定となるも、疼痛の増悪で救急搬送され、XPで右AFFを認めた。
【考察】AFFはBP製剤の長期使用と関連するとされる。前駆症状として大腿部痛や鼠径部痛を認めることがあり、脊椎疾患の診療で注意を要する。完全骨折を予防すべく、本疾患を念頭に検査、診断して早期の治療介入が必要である。

（伏見医師会）

A－20 椎体圧潰による脊髄弛緩の１例

○川西　昌浩、田中　秀一、横山　邦生
池田　直廉、伊藤　　裕、山田　　誠
市橋　大治、杉江　　亮
（医仁会 武田総合病院 脳神経外科）

腰部脊柱管狭窄症における馬尾神経の弛緩はredundant nerveとして知られる。今回、胸腰椎椎体骨折により脊髄がS字状に弛緩し神経障害を呈した１例を報告する。70代女性がL1骨折を受傷し保存療法中、両大腿前面の電撃痛と立位困難、仰臥位不能を訴えた。両大腿前面の異常感覚と疼痛、腸腰筋・大腿四頭筋MMT4/5、膀胱障害を認めた。MRIでL1後壁の脊柱管内突出と脊髄のS字状弛緩を確認。Th12～L2の後方除圧固定術を行い、症状は改善し独歩退院した。弛緩の機序として、円錐部形状、歯状靱帯の支持の弱さ、前後屈運動による尾側からの圧迫が関与したと考えられた。

（伏見医師会）

B－1　マイコプラズマ・ジェニタリウム尿道炎の治療経験（続報）

○前田　康秀（医療法人 前田クリニック）

近年、マイコプラズマ・ジェニタリウム（M. genitalium）の薬剤耐性が国際的に大きな問題となっている。当院では第49回京都医学会（2023年）で尿道炎６例を報告後、2025年５月までに新たに９例を経験した。尿道炎患者には尿中クラミジア・淋菌PCR検査を行い、淋菌性にはセフトリアキソン、非淋菌性にはアジスロマイシンで初期治療を行った。治療無効例24例およびパートナーがM.genitalium感染と判明した７例、計31例に尿中M.genitalium PCR検査を実施し、９例が陽性であった。前回報告例を含めた15例の治療成功率はアジスロマイシン０％（0/13例）、ドキシサイクリン25％（2/8例）、シタフロキサシン100％（9/9例）であった。現状ではシタフロキサシンが有効であるが、今後キノロン耐性例の出現が強く懸念される。

（下京西部医師会）

B－2　女性の骨盤臓器脱専門外来（ウロギネ外来）開設と今後の取り組み

○濵西　潤三、伊田　昂平、仲井　千裕
住永　優里、河合　香奈、元木　貴弘
岸本　尚也、寒河江悠介、天野　泰彰
（京都医療センター　産科婦人科）

本邦の超高齢化社会を背景に、女性骨盤臓器脱の治療ニーズが増加している。これに対応するため、当科は2022年10月にウロギネ外来を開設し、非観血的処置に加え、ロボット支援下仙骨固定術や腟閉鎖術などの観血的主義の機会を増やしている。

2022年10月から2025年５月までの2.5年間における診療録の後方視的検討を行った。結果、ウロギネ外来受診者数は91例（院外紹介90.1％）、平均70.7歳で、96.7％が経産婦であった。POP-Q分類Ⅱ度以上の骨盤臓器脱を76.9％に認めた。治療は非観血的修復が47.3％、観血的手術が37.4％であった。観血的手術の内訳はロボット支援下仙骨腟固定術28.6％、腟閉鎖術6.6％、子宮全摘及び腟壁形成術2.2％、腟壁形成術1.0％であった。術後フォローについては、近医への逆紹介率が50％であり、密な病診連携が図られている。

この結果から、ウロギネ外来開設により京都南地域におけるウロギネ疾患患者の高い治療ニーズと、RSCを含む観血的治療の増加が明らかになった。今後も継続的な周知活動と病診連携が重要である。

（伏見医師会）

B－3　内科診療所において腹部超音波検査で検出した膀胱腫瘍・膀胱病変について

○関　　浩（関医院）

無症候性の肉眼的血尿のため、あるいは腹部症状を訴えた際の腹部超音波検査において膀胱内に異常所見が発見されることがある。

消化器科診療所において腹部超音波検査は肝・胆・膵・消化管が重要関心領域と言えよう。

大血管系そして骨盤臓器は同時に観察するが膀胱内に観察に足る十分な尿の貯留がない場合、膀胱の観察が抜け落ちることがある。

当院において観察した膀胱病変ー癌７例、良性腫瘍１例、結石他４例、膀胱腫瘍と見間違えた例３例を提示したい。

（宇治久世医師会）

B－4　経皮的アプローチ困難な水腎症を伴う左珊瑚状結石に対して段階的手術を施行した１例

○高橋　大介、今村　正明、小寺澤成紀、
高田　秀明、東　　義人
（医仁会武田総合病院 泌尿器科）

症例は78歳、女性。左珊瑚状結石に対して他院で経皮的砕石術を試みられたが不成功。20xx年７月に当科受診。CTで左腎に完全珊瑚状結石、腎盂尿管移行部に狭窄像を認めた。腎シンチ（MAG3）では左腎血流26％と有意な低下を認めた。珊瑚状結石に加えて腎機能低下を伴う水腎症と診断し、尿路再建と結石除去が必要と判断した。腎盂形成時の縫合スペースを確保するため、結石除去を同時に行うことを考えた。20xx年10月、左腎盂形成術および左腎盂切石術を施行。腎盂切開後に結石を除去し、腎盂を形成した。残存結石に対して、20xx＋１年１月および２月に経尿道的砕石術を施行し、残存した結石も除去した。術後６ヶ月経過した時点で結石の再発を認めていない。尿路異常に結石が併存する場合、尿路異常の修復を優先し、その後段階的に結石除去することは有効と考えられた。

（伏見医師会）

B－5　前立腺肥大症に対する経尿道的前立腺水蒸気治療：術前尿閉状態の手術結果への影響

○今村　正明、高橋　大介、小寺澤成紀
高田　秀明、東　　義人（医仁会武田総合病院 泌尿器科）

【目的】術前の尿閉症例に対して経尿道的前立腺水蒸気治療（WAVE）施行した症例における手術結果への影響を検討した。
【方法】対象は、2023年３月から2024年３月までに、薬物治療抵抗性の前立腺肥大症にWAVEを施行した症例。術前尿閉の有無で２群に分け、術前、術後３ヶ月での、残尿量を比較検討した。
【結果】対象は20例で、年齢中央値76歳、前立腺体積中央値は68cm^{3}で、尿閉あり群９例、尿閉なし群11例であった。尿閉あり群での術前、術後３ヶ月の残尿量の変化は、中央値で400→84ml（$p<0.001$）と有意な低下を認めたが、残尿自体は全期間で尿閉なし群より有意に多かった（$p=0.018$）。
【考察】尿閉を伴う前立腺肥大症に対するWAVEは、自排尿を可能とし、有効と考えられた。

（伏見医師会）

B－6　自治体が行う補聴器購入費用助成について　―京田辺市の例を含めて―

○村上　匡孝（村上クリニック）

難聴と認知症との関係が注目される今、補聴器購入費用の助成を行う自治体が全国で増えている。しかし残念なことに京都府は全国ワースト３、わずか４自治体にすぎない。

2024年のLancetによると、早期から改善を図ることによって認知症発症のリスクを下げる14の因子があり、中年期からの対策で認知症発症を予防または遅らせることができる一番の要因が難聴と指摘した。

加齢性難聴は認知症や「うつ」、フレイルなど相互に多面的に影響している。

住民にとって（自治体からの）補聴器購入費用助成は本人の難聴への意識とコミュニケーション意欲を高めるとともに、難聴への気づきと早期介入、聴覚リハビリにつながるものと考える。

全国での状況と京田辺市の例をお話し、京都の多くの自治体で費用助成が広がるよう先生方が意見されることを望む。

（綴喜医師会）

B－7　2025年京都府におけるスギ・ヒノキ花粉飛散状況

○浜　　雄光（浜耳鼻咽喉科医院）、岡本　翔太（京都府立医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室）、安田　　誠（京都第二赤十字病院）
出島　健司（京都田辺中央病院）、平野　　滋（京都府立医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室）、竹中　　洋（医学・医療システム研究室）

【目的】近年花粉症対策として日本耳鼻咽喉科学会からは「花粉症重症化ゼロ作戦」、政府からは「花粉症に関する関係閣僚会議」による取組が行われている。今回は2025年の京都府下におけるスギ・ヒノキ花粉飛散状況と過去34年間の飛散につき比較検討し報告する。
【方法】京都府立医科大学と府下の各観測点で、ダーラム型花粉観測器を用いてスギ・ヒノキ花粉飛散数を計測し、飛散状況を分析した。
【結果と考察】１）2025年の京都府立医科大学での観測結果は、スギは1869個の中等量飛散、ヒノキも2628個と中等量飛散であった。２）あたり年であったが、スギ・ヒノキとも飛散数は過去10年平均に近かった。３）西日本で１月～２月は平年より低温であったため、スギ花粉飛散開始の遅れや飛散量全体の減少につながった可能性がある。

（綴喜医師会）

B－8　外視鏡で視る耳鼻咽喉科手術

○井上　茉優、豊田健一郎、村上　太孝
木下　翔太、水田　康博
（京都市立病院 耳鼻いんこう科）

耳鼻咽喉科では、直視、顕微鏡、内視鏡など様々な方法で術野を視てきた。近年、4K/3Dカメラで術野を映す外視鏡が開発され、急速に普及してきている。当初、顕微鏡にとって代わる手術器機として登場し、耳鼻咽喉科以外でも脳神経外科や整形外科などでも使用されている。

当科では2024年から外視鏡ORBEYE®を導入し、頭頸部腫瘍や耳、喉頭など広い範囲で使用している。

外視鏡手術の利点としては、鏡筒をのぞき込まないため術者の肉体的負担の軽減が図れたり、執刀医以外にも同じ視野を共有できる教育的効果があったり、簡便に狭い術野を拡大して視ることができる点、などが挙げられる。一方欠点としては、3Dの奥行感への慣れが必要という点がある。

今回我々が行っている外視鏡手術症例を提示し、外視鏡の有用性を検討する。

（中京西部医師会）

B－9　脳室腹腔シャント術後に両側の耳閉感を生じた正常圧水頭症の１例

○萱谷　　仁（徳洲会六地蔵総合病院 脳神経外科）

76歳女性。令和５年秋からの歩行障害および夜間頻尿あり、頭部画像所見から正常圧水頭症が疑われたため、令和７年４月に髄液排除試験を施行。髄液排除により著明な改善を認めたため、５月に脳室腹腔シャント術を施行した。右後角穿刺で、Codman CERTAS with SIPHONGUARDを使用し、初期圧：11cmH2Oとしたが、嘔気や頭痛などのオーバードレナージ症候が生じたため、術後３日目に14.5cmH2Oに変更した。その後しばらくは経過良好であったが、６月初旬から「両耳に水が入った様な感じ」との訴えあり。日常会話は問題ない程度であったため経過観察していたが、後日、耳鼻咽喉科を受診したところ、両側の中等度感音難聴が認められた。シャント術後に聴力変化や耳閉感が生じるとの報告もあるため、今回、過去の文献を通じて考察する。

（宇治久世医師会）

B－10　中耳真珠腫症例における画像誘導内視鏡下耳科手術の検討

○福島　巧貴、内田　真哉、吉村佳奈子
森岡　繁文、安田　　誠（京都第二赤十字病院 耳鼻咽喉科・気管食道外科）、魚嶋　伸彦（同 血液内科）

近年、経外耳道的内視鏡下耳科手術（以下TEES）が普及してきており、安全かつ低侵襲に内視鏡手術を行う事が求められている。しかし、乳突洞内病変に対してはすり鉢状の乳突削開術を行う顕微鏡手術で行われている。

当院ではARナビゲーション支援下に耳後部の小切開と小さな乳突削開孔から内視鏡を挿入して行う術式を開発し、画像誘導経皮的内視鏡下耳科手術（Image-Guided Percutaneous Endoscopic Ear Surgery：以下IGPEES）と呼んでいる。ARナビゲーションによって重要構造物を直感的に把握し、合併症回避、早期創傷治癒、乳突蜂巣温存等の低侵襲手術の利点を保持する事が期待できる。

我々はこのIGPEESとTEESを同時に行う手術を乳突洞進展型真珠腫に対して施行し、集計的観察を行った。

（上京東部医師会）

B－11　原発性アルドステロン症におけるロボット支援副腎摘出術の動向と課題

○成瀬　光栄（医仁会武田総合病院内分泌センター・総合臨床研究センター）、村上　正憲（東京科学大学 糖尿病内分泌代謝内科）

片側性原発性アルドステロン症（PA）の治療選択は、従来は腹腔鏡下手術（LA）が標準的であったが、2020年以降、ロボット支援手術（RA）が副腎腫瘍の手術に導入され、急速に実施例が増加している。一般的にRAでは手術時間がやや長いのを除き、出血量、合併症、入院期間、患者満足度などの点では優れている。一方、導入・維持管理費用、手術費用が高い。わが国でもDa Vintiの導入数が増加し、副腎での適用も増加しているが、PAでの実施例は少なく、適応基準のエビデンスも未確立である。わが国ではPAのガイドラインが確立され、治療方法も標準化されていることから、今後RAの臨床的位置づけが重要課題といえる。今回、国内外の実態を調査し、現状と課題を紹介する（本研究はENS@Tの支援を受けて実施）。

（伏見医師会）

B－12　化膿性心膜炎に続発した感染性冠動脈瘤の１例

○百瀬　大貴、牛丸　俊平、北山　貴章
山中　宏高、太田悠太郎、山﨑　真也
伏村　洋平、柳内　　隆、栗本　律子
万井　弘基、横井　宏和、木谷　公紀
土肥　正浩（洛和会音羽病院 心臓内科）
木谷　公紀、土肥　正治（同 心臓血管外科）

症例は維持透析中の68歳男性。胸痛を主訴に当院を受診、心電図でST上昇、心エコーで少量の心膜液貯留を認め、急性心膜炎の診断で入院となった。徐々に心膜液の増加を認め、心嚢ドレナージを施行。血液と心嚢液培養からMSSAが検出され、化膿性心膜炎として抗菌薬投与を継続した。炎症反応が低下傾向のため、一旦退院となったが、３ヶ月後に胸痛再燃と炎症反応再上昇を認めた。造影CTにて右冠動脈中間部の巨大冠動脈瘤と周囲膿瘍を認めたため、感染性冠動脈瘤と診断し、準緊急で感染瘤切除およびバイパス術を施行した。膿瘍培養からMSSAが検出され、抗菌薬投与を継続した後、独歩退院となった。今回我々は、化膿性心膜炎に続発した感染性冠動脈瘤に対して外科的治療を行った症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

（山科医師会）

B－13　12誘導心電図診断が起源同定に有用であった頻発性心室性期外収縮の１例

○井上　啓司（京都第二赤十字病院 第二検査部）
小田　智水、藤井　翔太、馬渕　貴史
西村　哲朗、大倉　孝史、民西　俊太
辻　　弓佳、佐分利　誠、瀧上　雅雄
小出　正洋、白石　　淳
（同 循環器内科）

症例は60代、女性。202X年２月労作時息切れあり心室性期外収縮頻発認め当科紹介。ホルター心電図で心室性期外収縮33614発（35.7％）認め、BNP 174.8pg/mlと上昇し、有症候性でありアブレーション治療となる。心室性期外収縮はII・III・aVF誘導で下方軸で流出路起源が推察され、V1誘導でqrS波形、RV1＋RV３＝1.4mV（＞1.3mV）、V2S/V3R＝0.99（＜1.5）であり左室流出路起源が予測された。202X年６月12日アブレーション施行、右室流出路後中隔でQRSに136msec先行、左室流出路右冠尖-左冠尖接合部でQRSに154msec先行する微小電位認めた。右-左冠尖接合部起源と判断、同部位で通電し心室性期外収縮消失した。術後、再発認めず症状消失した。

（上京東部医師会）

B－14　右鎖骨下動脈起始異常のあるB型大動脈解離に対しオープンステントグラフト使用が有用であった弓部置換術の１例

○岸田　賢治、三重野繁敏
（医仁会武田総合病院 心臓血管外科）

症例は46歳男性。突然の胸背部痛で救急搬送された。CT検査で遠位弓部から両側総腸骨動脈まで解離を認め、B型大動脈解離と診断した。解離は両側鎖骨下動脈にも及び、右鎖骨下動脈は左鎖骨下動脈遠位より食道後方を経由する起始異常であった。entryは右鎖骨下動脈起始部に認めた。保存的治療を開始したが真腔の狭小化を伴う偽腔拡大を認め、発症51日目に胸部正中切開で弓部置換術をおこなった。entryと右鎖骨下動脈起始部は術野深部となるためオープンステントグラフトで閉鎖し、右腋窩動脈の血行再建として非解剖学的バイパス術を追加した。術後より真腔血流は改善し経過は良好である。術野深部での手術操作が必要な右鎖骨下動脈起始異常に対する弓部置換術ではオープンステントグラフトの使用が有用であると考えられた。

（伏見医師会）

B－15　エプコリタマブ投与により免疫エフェクター細胞関連神経毒性症候群 ICANSを発症した再発悪性リンパ腫の１例

○中坊　幸晴（医仁会武田総合病院 血液内科）

既往のない80歳女性が約12年前、胸水を伴った悪性リンパ腫（びまん性大細胞型B細胞）と診断された。R-CHOP療法８コース施行し、寛解となっていた。しかし、約３年前、sIL-2R上昇あり、PET検査施行したところ、肺を中心に再発が見られた。Pola-BR療法６コース施行し、PRとなっていた。再度、sIL-2R上昇あり、PET検査施行したところ、左腸骨領域を中心に２回目の再発が見られた。今回、二重特異性抗体であるエプコリタマブを投与した。しかし、第39病日頃から認知機能低下がみられた。ICANS合併と考えられた。10日間、デキサメタゾン投与にて漸く改善した。これ以上、治療は希望されず、第80病日に緩和ケアの病院に転院された。ICANSは稀ながら重篤であり十分注意する必要がある。

（伏見医師会）

B－16　１警察医が検案した孤独死の３例の考察

○上田　通章（上田診療所）

令和元年（2019年）国は「高齢者白書」を閣議決定した。この中で今後ますます社会が複雑化し少子高齢化が進む中で、2040年更に2050年には急激に「独居高齢者」が増加し、これまで以上に親子関係の希薄化が進行してくるものと思われる。

今回、宇治市警察医として2020年１月から2025年４月までに、事件性がなく最近増えている独居で親兄弟から看取られず「孤独死」した３例を経験した。

【症例１】65歳、男性。全く身寄りなく会社の宿舎で死亡されたが引き取り手なく行政が引き取った。【症例２】68歳、男性。家族はいるが離婚後は全く交流なく自室で死亡されているのを会社関係者が発見し通報され親族に連絡したが、家族が引き取りを拒否された。【症例３】68歳、男性。仕事の時間になっても来ず、職員が見に行くと自室で死亡されており親族が引き取りを拒否され行政が引き取った。

今後必ず来る「超高齢時代」の「人間として」・「社会として」の在り方を考え、若干の考察を踏まえ報告する。

（宇治久世医師会）

B－17　末期心不全に対する在宅医療での取り組み　持続強心薬から緩和医療まで

○木村　雅喜（きむら心臓血管内科クリニック）

高齢化の進展に伴う心不全患者数の増加、いわゆる「2040年問題」、そして令和６年度診療報酬改定による「在宅強心薬持続投与管理料」および「在宅麻薬等注射管理料（心不全）」の新設は、重症・末期心不全患者の在宅療養環境を充実させる必要性を高めている。

この状況において京都でも、より質の高い末期心不全治療を実施できる在宅医療体制を構築することは、循環器内科専門医として喫緊の課題であると考える。

過去２年間に当クリニックの訪問診療で在宅強心薬持続投与を実施した４症例を提示し、急性期病院とは異なる在宅での特有の問題点と、その治療管理体制について具体的に共有する。

（伏見医師会）

B－18　特定看護師による末梢留置型中心静脈カテーテル（PICC）挿入～在宅医療との連携に向けた取り組み（2025 update）～

○出口　靖記（医仁会武田総合病院 外科）
山田　　誠（同 脳神経外科）、入江　大介（同 循環器内科）、森川　玲子、小片　俊輔
岡田　怜奈、小島　知佳
（同 PICC特定看護師）

当院では、特定行為看護師によるPICC挿入を2022年４月に開始し、2025年３月までに累計796件を実施した。昨年の当会でも本取り組みについて報告したが、今回はその後の経過と成果について報告する。

挿入目的は、末梢静脈確保困難が460件（約58％）と最も多く、次いで高カロリー輸液目的が219件、抗がん剤投与目的が104件であった。合併症として、動脈誤穿刺が４件、カテーテル先端の内頸静脈などへの迷入が37件認められたが、いずれも低頻度であった。

75例ではPICCを留置したまま退院しており、そのうち２例はPICC挿入を目的としたご紹介で、１泊入院でPICCを留置し、翌日退院となっている。

今後はPICC挿入目的の紹介患者の受け入れを更に推進し、地域の在宅医療との連携を強化していきたい。

（伏見医師会）

B－19　在宅診療における音声認識を活用した医療ICTシステムによるカルテ入力の経験

○安田　冬彦（医療法人平安会 安田花園クリニック）

当クリニックは月間250件程度の訪問診療を行っている在宅療養支援診療所である。１日の訪問診療の件数は10件前後で、車内移動中にカルテ記載行っており、クリニックへ帰ってから記載する手間がかからないよう工夫をしてきた。本年３月より生体AIを利用したカルテ記載補助のためのICT機器（以下medimo）を導入した経験を報告する。

以前は、在宅での診療内容を走行中の車内でカルテ記載するには不十分で、帰院後に記憶を頼りに記載していた。しかし本機器を導入後カルテ記載業務は軽減出来、バイタルの記載、自身の聞き漏らしや、記憶漏れ、次回の日程などについて、かなり正確に読み取られていた。多くの患者のカルテ記載に労力を割かれる現在の医師の負担を軽減するため、音声認識を活用した医療ICTシステムは今後益々発展することが予測される。

（右京医師会）

B－20　心電図記録付き血圧計を用いた心不全遠隔モニタリングおよび医療介入の試み

○白石　裕一、臼井　　弘、的場　聖明（京都府立医科大学循環器内科）、栗本　律子（洛和会音羽病院）

【背景と目的】心不全患者の再入院予防にむけて遠隔モニタリングの有用性が期待されている。当院ではオムロンヘルスケアと共同で体重計と心電図付き血圧計を貸与してオムロンコネクトを介して日々のモニタリングデータをメディカルスタッフが確認、必要に応じて電話介入を行うモデルを実践した。その有用性について検証する。

【方法】多施設前向き観察研究　21症例。84日間。京都府立医大、洛和会音羽病院の慢性心不全患者（79±7.6歳、男 性13名、NYHA1：1,2：14, 3：　6、BNP値529 ± 491pg/dl LVEF47.2 ± 18.5%、EF<40　８名、EF>50 12名 eGFR 37.4±13.7）、心電計付き上腕式血圧計HCR-7800Tと体重計HN-300T2を貸与し84日間フォローした。

【結果】血圧と心電図一日二回、体重一日一回測定。アドヒアランスは91.8%と良好、介入前後におけるKCCQ OSSはPre63.7±23.4、終了時72±21.1、改善は8.4±19.1とQOLの改善を認めた。水分貯留が疑われ、看護師が電話介入した件数は44件。電話にて屯用利尿薬の服用指示により増悪を防いだ症例が３件、外来予約日変更した症例が５件、心不全入院が３件という結果であった。

【考察】著明なEF低下ともなう重症例も含まれたが、メディカルスタッフの連日のモニタリングで心不全増悪の予防にも有用である可能性が示唆された。

（京都府立医科大学医師会）

C－1　２型糖尿病治療中に発症した高齢劇症１型糖尿病の１例

○長江　祐貴、稲垣　　要、森本　直人
日比里歌子、小笠原仙之、加藤ちさと
芳村　奈央、西條　優斗、中島　華子
中谷理恵子、岡田　博史、中西　尚子
（京都府立医科大学附属病院 内分泌・糖尿病・代謝内科）
藤原　秀哉（愛寿会同仁病院 内科）
福井　道明（京都府立医科大学附属病院 内分泌・糖尿病・代謝内科）

症例は85歳男性。２型糖尿病に対してDPP-4阻害薬、SGLT2阻害薬の２剤内服でHbA1c7.3％であった。X-3日より口渇、倦怠感を自覚し、清涼飲料水を多飲していた。X日に意識障害を主訴に救急搬送された。搬送時は血糖値1,036mg/dL、pH7.146、HCO3-11.3mmol/L、AG34.0mmol/LでありDKAとHHSの合併と診断し、集中治療を開始した。自己抗体陰性であり、かつ尿中CPRやグルカゴン負荷試験にてインスリン分泌能の枯渇を認めたことから劇症１型糖尿病と診断し、インスリン強化療法を導入した。また、搬送時CK735U/L、CK-MB 61U/L、トロポニンI 18,589pg/mlと心筋逸脱酵素の上昇を認めた。心電図でST変化は認めず、心エコーでasynergyなく、後日実施した心筋シンチグラフィでも心筋虚血の所見は認めなかった。２型糖尿病の経過中に発症し、トロポニンIの異常な上昇を認めた高齢劇症１型糖尿病を経験したので報告する。

（京都府立医科大学医師会）

C－2　複数のアレルギー歴を有するBasedow病患者に対して甲状腺全摘後にレボチロキシンによる減感作療法を行った１例

○川端　竜祐（京都府立医科大学附属病院 卒後臨床研修センター）、中島　華子、森本　直斗
岡田　博史、中西　尚子、福井　道明
（京都府立医科大学大学院医学研究科 内分泌・代謝内科学）

複数の食物・薬物アレルギーを有する49歳女性。X-5年よりBasedow病に対して薬物治療中。チアマゾールで肝障害、プロピルチオウラシルでANCA関連血管炎、ヨウ化カリウム単独治療で消化管症状・呼吸困難を認めたため、X年３月より複方ヨード・グリセリンに変更後したが症状が持続するため中止した。甲状腺全摘術予定であったが、翌月動悸症状を認め救急受診。中毒症の再燃と洞性頻脈を認めた。甲状腺クリーゼには至っていないが薬物治療の再開は困難であり、準緊急的に甲状腺全摘術を行った。DLSTの刺激指数はレボチロキシンナトリウム（LT4）散剤・錠剤共に陽性であったため、術後ホルモン補充療法としてLT4散剤による減感作療法を行った所、有害事象なく良好な経過を得た。LT4散剤は内因性ホルモンのレボチロキシンととうもろこしデンプンから成る薬剤であり、アレルギー報告は稀である。本例のように薬剤アレルギーが予測されるも治療必要性が高い場合には減感作療法が選択肢になるため報告する。

（京都府立医科大学医師会）

C－3　レジオネラ肺炎経過中に脳梗塞を来した１例

○河村　元輝、白田　全弘、小間　圭佑
可児　啓吾、岡崎　優太、柴原　一毅
宮本　瑛史、榎本　昌光、小倉　由莉
田宮　暢代、土谷美知子、長坂　行雄
（洛和会音羽病院 呼吸器内科）

症例は71歳男性。20XX年５月に発熱、意識障害を主訴に救急搬送された。血液検査で炎症反応高値、肝機能障害、横紋筋融解、凝固異常を認めた。胸部CTで右肺下葉の浸潤影を認め、尿中レジオネラ抗原陽性であり、レジオネラ肺炎と診断し、レボフロキサシンで治療開始した。入院４日目に左上下肢麻痺、左半側空間無視が出現し、頭部MRIで右前頭葉にDWI高信号を認め、急性期脳梗塞と診断した。心房細動や頸動脈プラークなど認めなかった。ヘパリンによる治療開始後は神経症状は徐々に改善した。レジオネラ肺炎はしばしば重症化や多臓器不全を来たす非定型肺炎だが、本症例はレジオネラ肺炎の経過中に脳梗塞を発症し、本疾患における全身性炎症と脳血管障害との関連が示唆されたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

（山科医師会）

C－4　全身性リンパ節腫脹を契機に診断に至った混合性結合組織病（MCTD）の１例

○西田　勇太、中前恵一郎、谷口　雅司
（医仁会武田総合病院）

全身性リンパ節腫脹は悪性リンパ腫を第一に鑑別すべき徴候であるが、膠原病の初発症状となる場合もある。今回、当初は悪性リンパ腫を強く疑ったが、最終的にMCTDと診断した１例を経験した。

患者は50代女性で、貧血の精査目的で当院へ紹介となった。胸腹部CTで全身性リンパ節腫脹を認め、悪性リンパ腫を疑い、経皮的リンパ節生検を施行した。しかし、いずれの検査でも悪性所見は認めなかった。膠原病の可能性を考え自己抗体を測定したところ、抗核抗体が陽性であり、特に抗U１-RNP抗体が高値を示した。MCTD診断基準を満たしたことから、MCTDと診断した。ステロイドを開始し、自覚症状は改善した。

MCTDにおいて、リンパ節腫脹は約30％に認められるが、本症例のように全身性リンパ節腫脹が目立ち、悪性リンパ腫との鑑別が問題になることは臨床上重要であると考えた。

（伏見医師会）

C−5 腸チフス感染を契機に血小板減少をきたした１例

○喜多村こはく、米本　高弘、丸山　高弘、
井村　春樹（洛和会音羽病院）

特に既往のない28歳男性。１ヶ月前からインドネシアに渡航していた。発熱・嘔吐・倦怠感を主訴に来院した。来院時、39.6℃の発熱があり、炎症反応の上昇と軽度肝胆道系酵素上昇、血小板減少を認めたが、全身状態良好であり血液培養・便培養採取し、対症療法で帰宅とした。受診２日後血液培養よりグラム陰性桿菌が分離したため、入院でセフトリアキソンによる治療を開始した。最終的に*Salmonella enterica* serotype Typhiと同定し、腸チフスと診断した。入院４日目より血小板低下が始まり、６日目には4.6万まで低下したが、症状改善に伴い血小板数は回復し、12日目には18.7万まで上昇した。腸チフス感染により血小板減少をきたすことは知られているが、そのメカニズムや程度に関しての報告は少ない。今回感染を契機に血小板減少をきたした症例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

（山科医師会）

C−6 排尿障害を契機に発症し診断に難渋したIgG4関連前立腺疾患の１例

○山田　凌雅（医仁会武田総合病院 研修医）
中前恵一郎、炭谷　純希、益田　祥吾
高田　智規、堤　　惟、寺本　邦洋（同総合診療科）、谷口　雅司（同 膠原病・リウマチ科）、小寺澤成紀、今村　正明（同 泌尿器科）

70代男性、１年前から尿意切迫感と排尿時痛が出現し、前医にて前立腺肥大症として対症療法開始。症状改善なく、２ヶ月前に炎症所見高値と尿培養にて真菌が検出、さらに、前立腺MRIで壊死組織様腔を認めたため、真菌感染による前立腺膿瘍が疑われ、経尿道的前立腺切除術と抗真菌薬治療が施行されるも、自覚症状及び炎症所見の改善なく当科紹介受診。血液検査でIgGおよびIgG4高値、胸腹部CTでは明らかな感染原因や軟部組織増生なく、前立腺病理検査では類上皮肉芽腫像を認め、特異的な感染症や悪性所見は陰性、免疫染色でIgG4陽性形質細胞浸潤を認め、IgG4関連前立腺疾患と診断した。ステロイド治療開始後、良好な治療経過を得た。本症例は、排尿障害を契機に発症し、診断に難渋したIgG4関連前立腺疾患の１例である。

（伏見医師会）

C−7 帯状疱疹髄膜炎に続発した腸重積の成人例

○飯塚　滋雄、沼　宗一郎、今井　啓輔
山田　丈弘、長　　正訓、加藤　拓真
小林　史弥、田中　義大
（京都第一赤十字病院 脳神経・脳卒中科）

症例は28歳男性。X-7日からの頭痛と嘔気を自覚、X-4日に前医を受診した。髄液検査で単核球優位の細胞増多と蛋白増加、リアルタイムPCR法によるVZV核酸定量検査にて陽性でありVZV髄膜炎と診断された。X-2日よりアシクロビルを開始されるもX日に意識障害と尿閉、発汗過多が出現したため当院に転院となった。X日の髄液検査にて所見の悪化を認め、X日よりビダラビンに変更したところ、頭痛や嘔気、尿閉は徐々に改善した。しかしX+12日ごろから臍部周辺の腹痛を訴え始め、腹部CTにて空腸の腸重積を認めた。小腸内視鏡にて腫瘍・炎症性病変を認めず、帯状疱疹後の二次性腸重積と診断した。腸重積は保存的治療にて軽快した。帯状疱疹髄膜炎に腸重積が続発した機序について考察を交えて報告する。

（東山医師会）

C−8 後縦隔悪性腫瘍に対し胸腔鏡下縦隔腫瘍切除を行った１例

○篠崎　敦子（医仁会武田総合病院 研修医）
斉藤　弘紀、橋本　雅之、鈴村　雄治
（同 呼吸器外科）

症例は10代後半男性。

左胸部の違和感を自覚し徐々に疼痛増悪したため、当院内科外来を受診。CTで後縦隔腫瘍を指摘され当科紹介となった。

左後縦隔の下行大動脈背側に、平衡相で辺縁のみ造影効果のある、頭尾９cm×短径2.6cm径の紡錘状腫瘤を認めた。また、腫瘤周囲に液体貯留があり、腫瘍の穿破や出血が疑われた。

同腫瘍の診断治療のため初診から５日目に胸腔鏡下後縦隔腫瘍切除を行った。腫瘍は周囲組織と固着していたが、術中迅速病理検査で悪性が否定できず、剥離の後、完全切除を行った。

術後病理検査の結果、血管肉腫の診断となったが、腫瘍は完全切除できており、追加治療は行わず画像フォローとした。術後１年以上再発なく経過している。

今回、胸痛により発見された後縦隔悪性腫瘍症例を経験したため、考察を加え報告する。

（伏見医師会）

C－9　当院における経腟的内視鏡手術（vNOTES）による子宮全摘出術導入の取り組み

○日下部智紀（京都医療センター初期研修医）
天野　泰彰、仲井　千裕、住永　優里
伊田　昂平、河合　香奈、元木　貴弘
岸本　尚也、寒河江悠介、濵西　潤三
（同 産科婦人科）

Vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery（vNOTES）は、自然孔を用いて経腟的に行う内視鏡手術で、卵管や付属器合併切除が可能な手法として注目されている。当科では2024年からvNOTESによる子宮全摘出術を導入した。vNOTES群（５例）と腹腔鏡下手術群（15例）を比較した結果、手術時間や入院日数に差はなく、いずれの群でも術式変更や重篤な合併症はなかった。しかし、vNOTES群では出血量が多い傾向であった。少数例ではあるがvNOTESは、付属器の血管や尿管、癒着を視認しながらの手術が可能で、卵巣/卵管摘出を要する症例において安全かつ有用である可能性が示唆された。今後は症例数を増やし、適応拡大を図る予定である。

（伏見医師会）

C－10　診断に苦慮した右下腹部良性多嚢胞性腹膜中皮腫の１切除例

○丸山　裕生（京都山城総合医療センター 臨床研修医）、原田　恭一、玉井　瑞希、福永　健治
柏本　錦吾、山口　明浩（同 外科）

良性多嚢胞性腹膜中皮腫（benign multicystic mesothelioma of peritoneum：以下BMMP）は中皮由来の稀な腫瘍である。今回我々は右下腹部嚢胞性病変に対して切除術を施行し、BMMPの診断となった症例を経験した。症例は56才女性。【既往歴】虫垂切除術、腹腔鏡下子宮筋腫核出術、心室中隔欠損症。【現症】右下腹部痛のためX日に当科受診。CT、MRIで右下腹部の多嚢胞性病変を認めた。腹膜偽粘液腫や大網捻転などを鑑別に、X＋５日に審査腹腔鏡を施行。大網や壁側腹膜と固着する多嚢胞性病変を認めた。X＋18日に開腹にて全切除した。消化管との連続は認めず、卵巣も正常であった。経過良好で第６病日退院。病理結果ではCD31（－）、D2-40（＋）、calretinin（＋）を示す中皮細胞が嚢胞内面を覆いBMMPの診断となった。術後１年無再発フォロー中である。【結語】今回我々はBMMPの１切除例を経験した。若干の文献的考察を含めて報告する。

（相楽医師会）

C－11　ドレナージと栄養管理で救命し得た十二指腸下行脚憩室穿孔の１例

○上田　健斗、松原　大樹、安藤　淳仁
松村　　篤、望月　　聡、宮川　公治
藤　　信明（京都済生会病院 外科）

症例は87歳女性。３日間持続する腹痛を主訴に救急受診し、消化管穿孔疑いの診断で緊急手術を施行した。上腹部に膿汁が貯留しており、十二指腸下行脚の外側に胆汁を含むゼリー状の膿瘍を形成していた。膿瘍腔を開放したところ２cm大の穿孔部位が確認されて、十二指腸下行脚穿孔の診断となった。穿孔部位から十二指腸内腔に外瘻チューブを留置し、栄養投与経路として空腸瘻チューブを留置した。

術後に十二指腸憩室穿孔の診断となり、瘻孔閉鎖に時間を要したが、その他の合併症なく経過して術後55日目にドレーンをすべて抜去した状態で自宅退院となった。

十二指腸憩室は無症状のまま経過することが多く、穿孔することは比較的稀である。術中から治療の長期化が予想されたが、適切な栄養管理とドレナージによって救命し得た１例を経験したため報告する。

（乙訓医師会）

C－12　術前化学療法により完全奏効を認めた左肺癌の１例

○北村　将司、堀本かんな、一瀬増太郎
（洛和会音羽病院 呼吸器外科）

【症例】50代、男性、職場健診で胸部異常陰影を指摘された。精査にて左上葉肺腺癌、cT-3N1M0 stage3Aと診断された。切除には左肺全摘を要すると考えられ、切除範囲の縮小を期待してシスプラチン＋ペメトレキセド＋ニボルマブでの全身化学療法を３コース施行した。腫瘍は著明に縮小し、ycT1aN0M0と診断した。20XX年１月左肺上葉切除術＋リンパ節郭清を施行した。術後irAE脳炎およびirAE肺炎を認めたため、長期にわたる術後管理を要したが、術後第100病日に自宅へ軽快退院となった。切除標本の病理組織検査では腫瘍細胞の残存を認めず、ypT0N0M0、pCRと診断された。
【考察】術前プラチナ併用化学療法に免疫チェックポイント阻害剤を併用することで、著明な奏効が得られたという報告が注目を集めている。本症例も良好な結果を得られており、若干の文献的考察を加え、ここに報告する。

（山科医師会）

C－13 免疫チェックポイント阻害剤を含む術前化学療法によって完全奏効が得られた左乳腺化生癌の１例

○新藏　信彦、稲本　　俊、沖野　　孝
（医仁会武田総合病院 乳腺外科）、齋賀　一歩
（同 病理診断科）

症例は60代女性。2024.11左乳房に27mm大の腫瘤を認め、扁平上皮化生を伴う化生癌（cT-2N1M0, Stage IIB, ER-,PgE-, HER2：１ ＋ , Ki 67：70％）の診断を得た。術前化学療法としてPemb＋CBDCA＋PTXを４クール施行し、画像上はnear CRの効果判定を得た。引き続きPemb＋EC療法を行ったが、下垂体機能不全をきたし術前化学療法は中止し、2025.６左乳房部分切除術＋センチネルリンパ節生検を施行した。術後病理検査では原発巣およびリンパ節ともに癌組織の遺残は認めなかった。化生癌は化学療法に対する感受性が低く急速に増大する予後不良の特殊型である。化生癌に対しPembを用いた術前化学療法でCRが得られたとの報告は無く、新たな治療戦略となり得ると思われる。

（伏見医師会）

C－14 膵癌治療における術中検査の臨床的意義

○水本　雅己、藤井　佑介、平田　耕司
大塚　一雄、出口　靖記、加藤　仁司
財間　正純（医仁会武田総合病院 外科）

腹水洗浄細胞診陽性は現行の膵癌取扱い規約では遠隔転移因子となり、膵癌診療ガイドラインにおいて洗浄腹水細胞診陽性症例に対しては遠隔転移症例に準じて化学療法の先行が推奨されているが、その有用性には検討の余地がある。また腹水細胞診を評価するためには、審査腹腔鏡の後に術前治療や２期的手術の判断を行う必要がある。術中迅速洗浄腹水細胞診検査により悪性度評価が可能であれば迅速な治療法方針の決定への寄与が期待できる。そこで術前治療非施行の膵癌手術症例30例を目標とした前向きコホート研究を行った。結果、術中迅速腹水洗浄細胞診においてClassIIIb以上の症例では術後半年以内の早期再発を認める症例が有意に多く予後不良因子であり、術中の治療方針決定に有用と考えられた。

（伏見医師会）

C－15 産後２週間後に骨盤内膿瘍を発症したUreaplasma parvumの１例

○下園　寛子、伊藤　美幸、久米　由樹
福谷　優貴、瀬尾　晃司、野溝　万吏
堀　　隆夫、佐川　典正
（洛和会音羽病院 産婦人科）

産後２週間後に骨盤内膿瘍を認め、腹腔鏡下膿瘍ドレナージ術を行い術中腹水からUreaplasma parvumが検出された１例を経験したので文献的考察も含めて報告する。症例は23歳。１経妊１経産。妊娠38週自然経腟分娩し、産褥経過は良好であった。産後２週間後に発熱と腹痛を主訴に来院、CTで骨盤内膿瘍を認め入院、抗菌薬投与を開始した。各種培養検査ではUreaplasma parvumを含むマイコプラズマ類縁菌は陰性であった。その後の改善が見られず、腹腔鏡下膿瘍ドレナージ術を施行した。術後抗菌薬をDOXYに変更し改善を認めた。術中腹水のPCR検査でUreaplasma parvumが確認された。産褥期のウレアプラズマの上行性感染が疑われた。マイコプラズマ類縁菌は一般培養での同定が困難で疑わしい場合はPCR検査が望ましい。周産期におけるUreaplasma parvumによる骨盤膿瘍の発症の報告は稀で、更なる症例の集積が望まれる。

（山科医師会）

C－16 当院での経腟的腹腔鏡手術（vNOTES）の取り組み

○赤熊　　藍、下地　　彩、川口　雄亮
前田万里紗、水津　　愛、芦原　隆仁（京都桂病院 産婦人科）

当院では整容性の向上・低侵襲性を目的に、2022年より経腟的腹腔鏡手術（vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery：vNOTES）を導入した。vNOTESは腹腔鏡下手術と異なり、腹壁に手術創を伴わず、術後疼痛の軽減が期待される。加えて、手術時間や入院期間の短縮が可能であり、合併症の発生率は同等と報告されている。vNOTESは2012年に婦人科領域で初めて導入され以後普及が進んでいるが、依然としてvNOTESを実施している施設は依然限定的である。その背景には、経腟的に腹腔内へ到達するプロセスの分かりにくさに加え、症例選択に一定の条件を要する点がある。具体的には、腟腔の展開が十分可能であること、骨盤内手術の既往や骨盤内癒着が予測されないこと、術後に性交渉の回避期間を確保できることなどが挙げられる。本報告では、当院でのvNOTESの適応や治療成績について報告する。

（西京医師会）

C－17　子宮広間膜ヘルニア嵌頓の１例

○安藤　淳仁、松原　大樹、松村　　篤
望月　　聡、宮川　公治、藤　　信明
（京都済生会病院）

子宮広間膜ヘルニアは間膜に生じた裂孔に小腸が嵌頓することで発生する内ヘルニアで、経産婦に多いとされている。

症例は帝王切開の手術歴のある50歳女性。前日からの心部痛、嘔吐を主訴に当院を救急受診した。腹部CT検査で子宮左側での径変化を伴う小腸拡張を認めたため、腸閉塞の診断で同日に経鼻イレウス管を留置して入院となった。一時的に症状が改善したが、第３病日に再度嘔吐して通過障害があったため、第８病日に腸閉塞解除術を行った。術中所見で左子宮広間膜の裂孔に小腸が嵌頓していた。小腸部分切除、子宮広間膜の裂孔の縫合閉鎖を施行した。合併症なく経過して、術後９日目に退院となった。

子宮広間膜ヘルニア嵌頓は比較的稀な内ヘルニアで認知度も高くなく診断に苦慮することも多い疾患であるため、文献的考察とともに報告する。

（乙訓医師会）

C－18　高齢CKDにおける保存的腎臓療法（CKM）啓発の重要性について

○園部　正信、鈴木　竜太、住岡　秀史
（京都南病院 内科・在宅療養部）
原田　政吉（同 内科）

高齢CKDは認知症等併存疾患が多く、末期腎不全に進行すると透析等代替腎療法を選択しないと死に至る。共同意思決定によるACP形成の重要性を実感した自験例を報告し、保存的腎臓療法（CKM）啓発の重要性を提言したい。症例は86歳アルツハイマー型認知症の男性で通院・意思決定に奥さんの補佐が必要、CKDG３bにて腎臓内科併診。本人・奥さんともに定期通院・検査間隔を長くしたいとの申し出を契機に、末期腎不全に陥った時の方針を確認した。BSC希望、腎代替療法の理解不良、認知症による医療忍容性低下あり、CKM選択肢を説明したところCKMを希望された。高齢CKDでは末期腎不全に至る前にCKM啓発することは、終末期におけるACP補完に重要と考え報告する。

（下京西医師会）

C－19　他科からの処方を含めたインクレチン関連薬の処方推移

○貴志　明生（京都岡本記念病院 糖尿病内分泌内科）、西本　好児（同 薬剤部）、吉森　悠人
木村　綾花、中村　麻椰（同科）
福井　道明（京都府立医科大学大学院医学研究科 内分泌・代謝内科学）

【目的】DPP-4阻害薬およびGLP-1受容体作動薬の処方実態を明らかにする。
【方法】2018年度から2023年度まで10種糖尿病薬の処方数や他科からの処方割合を解析した。
【結果】対象症例数は3,819名。DPP-4阻害薬はすべての年度において最も処方数が多い薬剤であり、糖尿病薬全処方数の内48.1％から56.4％で推移した。DPP-4阻害薬処方数の内、他科から処方された割合は各年度とも25％前後であった。一方、GLP-1受容体作動薬は全処方数の内2018年度4.1％の９番目から年次ごとに増加し2023年度では20.3％と５番目となった。しかし、GLP-1受容体作動薬の他科処方割合は2018年度4.3％から2023年度2.0％と低率で推移した。
【考察】心腎保護作用の可能性を有するGLP-1受容体作動薬であるが、他科からの処方は低率に留まっていることが示唆された。

（宇治久世医師会）

C－20　小児あざへの早期治療介入と地域連携の必要性の検討

○中森いづみ、鈴木　晴恵（鈴木形成外科 小児科）

当院では開院当初より小児のあざにレーザー治療を行っている。小児のあざは治療の優先度が低く、経過や治療について曖昧なまま漫然と経過しているケースが少なくない。

今回当院の症例で、初診時期と治療結果について調べ、早期治療を開始した方が良い疾患は何か、レーザーの特性と共に考察した。１例として、乳児血管腫は生後数日から数週の間に紅斑として出現しその後隆起していくが、隆起する前に治療を開始すると特に改善が早く、治療回数も少なくて済む。他のあざの検討結果からも、あざの経過や治療に関する情報を早期に伝え、時期を逸さず治療を開始することは、その後の児の整容面や発達面に良い結果をもたらすと考える。またこれに関連して、早期より専門家への紹介を行うことが可能な、より良い地域連携の必要性についても考察したい。

（東山医師会）

C－21　臨床宗教師が医療現場にいることの効果の研究：三菱京都病院での事例報告

○田中　善啓（医療法人善光会田中医院）

【はじめに】東日本大震災を契機に誕生した臨床宗教師は2018年から資格化され、徐々にその活動範囲を広げている。我々は、臨床宗教師によるケアの効果を明らかにするため全国の優れた事例に対して、臨床宗教師本人や病院のキーパーソンにインデプスインタビューを行っている。今回は三菱京都病院での取り組みを発表する。

【事例】三菱京都病院では、臨床宗教師が定期的に病棟を訪れ、患者のスピリチュアルケアを実践している。臨床宗教者本人、実装化のきっかけを作った副院長等へのインタビューを行い、実装化に至った経緯、現場での評価、今後の課題を発表する。

【考察】臨床宗教師が実際に医療現場で実装化されるには種々の壁が存在する。三菱京都病院での成功例を通じて、臨床宗教師の普及化にむけ必要なことを明らかにしていきたい。

（中京西部医師会）

C－22　リワーク（職場復帰支援プログラム）の再検討―うつ状態からの社会復帰―

○竹田　明子、露木美也子（京都駅前メンタルクリニック）、市田　　忍、藤井　朋広（バックアップセンターきょうと）

近年、我が国の産業保健においてメンタルヘルスが重要視されるようになり、うつ状態をはじめとする精神疾患の復職支援においては、疾患の治癒とは別に“働くこと”そのものへの再適応が課題となるため、リワークプログラムの重要性が認識されつつある。

うつ状態により休職に至るケースでは、背景に双極性障害、神経発達症など多様な疾患が存在していることが多い。

このため、復職支援において、画一的な支援プログラムでは対応が困難なケースが少なくない。

本発表では、当院併設の復職支援施設「バックアップセンターきょうと」における復職継続率の分析および復職支援事例を通じて、現行リワークプログラムにおける問題点を明確にする。

さらに、薬物療法、心理社会的支援、職場環境調整の要素を含む個別化された支援モデルの必要性について検討する。

（下京東部医師会）

第51回京都医学会

京都府が誇るエース指導医がここにきて〇〇を学び直してみた

令和7年9月28日日15:00〜16:20 京都府医師会館3Fにて開催（Live配信あり）

司会

松原 慎氏（京都府立医科大学）/ 松村 うつき氏（京都府立医科大学附属病院）

コメンテーター

和足 孝之氏（京都大学医学部附属病院　総合臨床教育・研修センター）

瀧上 雅雄氏（京都第二赤十字病院 循環器内科/Re-1グランプリ2023優勝）

Re-1 グランプリ 2025

京都府が誇るエース指導医による
レクチャー合戦がここに開催！
みなさんの投票によって最強指導医が決定！
是非会場でご参加ください！
（ライブ配信でもご覧いただけます）

守上 佳樹氏
よしき往診クリニック

患者の人生が最優先！
仲間とともに社会に
常に挑戦する
守上佳樹がここにきて
老年医学
について学び直してみた

仲井 邦浩氏
京都第二赤十字病院
腎臓内科

二言目には
減塩の話をする
腎臓内科医がここにきて
高血圧
について学び直してみた

北江 彩氏
京都済生会病院 糖尿病内科

子育てと臨床と研究を
鼎立させる
糖尿病内科医がここにきて
カーボカウント
について学び直してみた

大阿久達郎氏
京丹後市立弥栄病院 内科

家族と丹後の
健康と天候を愛する
総合内科医がここにきて
その消化管出血、
上から?下から?
について学び直してみた

土戸 康弘氏
京都大学医学部附属病院
検査部・感染制御部

ベッドサイド問診と身体所見を
本当に大切にする
感染症科医がここにきて
本当は怖い抗菌薬の副作用
について学び直してみた

渡辺 杏里氏
京都府立医科大学
精神機能病態学

年間800時間以上
『傾聴』してきた
精神科医がここにきて
『傾聴』だけでは足りない理由
について学び直してみた

大江 照氏
京都府立医科大学附属
北部医療センター 救急科

目指せドクターヘリ
日本海は北の砦を守る
救急医がここにきて
波の裏側
について学び直してみた

投票フォーム
https://forms.gle/83qykwss32b3qAAV9

視聴登録はこちら
https://v2.nex-pro.com/mypage/login/t-webinar2

研究や学会発表の、「?」「どうしよう」に

なにから進めたら
いいんだろう?

臨床研究・統計解析の専門家が
直接指導
でお答えします

苦手な統計解析。
どうしよう…。

あなたの学会発表、カッコよくします!

事前申込制

臨床研究道場

相談事例 1

研究開始前相談
研究デザイン
など

相談事例 2

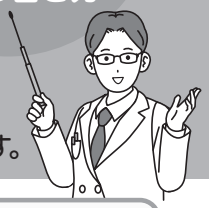
研究計画の相談
研究プロトコル作成、
倫理申請など

相談事例 3

統計解析

相談事例 4

論文の書き方



＼どの段階でも対応いたします！／

「臨床的疑問はあって方法はわからないけど何かしら形にしたい！」程度でも大丈夫です。

講師 **比良野 圭太** 医師
京都大学医学研究科 人間健康科学系専攻特定講師

日時 **9月28日(日)**
定員に達し、申込は締め切りました。

場所 **京都府医師会館**(京都医学会内)

時間 各**50**分(9時00分~16時00分の中で6枠)

医師にとって日常臨床が大切であることは言うまでもありませんが、**研究や学会発表、論文作成**といった**学術活動**もキャリアの中では重要です。
最初は症例報告からスタートする方が多いと思いますが、症例をまとめて解析したり、臨床研究を立案したり…ということは、**少しスキルが必要になってきます。**
特に統計解析は苦手な人が多いのが現状だと思います。指導医がそういった分野に詳しく、熱心に教えてもらえる場合ばかりとは限りません。
今回、京都医学会では、**臨床研究・統計解析の専門家**が、あなたの**研究や発表を、直接指導**いたします。研究立案や解析、解釈のポイントについて、**短時間で濃密な時間**を提供したいと思います。

主催 ：京都府医師会

MEMO

一般社団法人
京都府医師会