

Trinity

2025 May Vol.48





©2025fujisafaripark

アフリカに生息するネコ科の動物といえば、ライオン、チーター、ヒョウを思い浮かべますね。写真は富士サファリパークで撮影された富士山をバックにしたチーターです。顔が小さく細身でまるでモデルのようです。ヒョウとよく似ていますが、見分ける特徴は目頭から口に流れる黒い涙模様です。チーターの一番の自慢は足の速さです。わずか3秒で時速100Kmに達します。加速だけならフェラーリよりもすごいかも・・・しかし、500mぐらいいしか走ることができないので、獲物に近づき短距離で仕留めます。長く走れないので狩りに失敗することも多いようです。

この速く走れる理由の一つに爪があります。猫を触ったことがある人はわかると思いますが、猫はふだん爪を引っ込めていますよね。成獣のチーターは爪を引っ込めることができません。この爪が走る時のスパイクの代わりになります。獰猛そうなチーターですが、顎の力が弱いという弱点があります。そのため、臆病で他の肉食動物との争いを避ける性格で、ライオンやハイエナが活動する夕方から夜の時間をさけて行動します。

※写真は富士サファリパークさんからご提供いただきました

Trinity

2025 May Vol.48

Contents

- 01 アフリカのスプリンター
- 02 京都の夏の風物詩 川床に涼を求める夏の楽しみ
- 03 高齢者認知症の現状と予防の話 ～脳神経内科 山下史匡～
- 05 話題のアルツハイマー治療薬 ～薬剤局 服部芳明～
- 07 人工関節置換手術支援ロボットを導入します ～整形外科 平出隆将・加藤治朗～
- 09 最大限の病床利用を目指して！ ～経営戦略室 小木曾正憲～
- 11 富士サファリパークで動物と触れ合ってみませんか
- 13 今年も愛知メディカルラリーに参加しました ～救命救急センター 近藤圭太～
- 15 令和7年度4月1日からの外来診療表
- 17 令和7年度4月1日 診療科医師名簿・令和7年度新入職員辞令交付式・令和7年度1年目研修医のご紹介

京都の夏の風物詩

川床に涼を求める夏の楽しみ



出典：写真AC

梅 雨が過ぎるとすぐそこは暑い夏。暑い夏こそ涼を求めて川床で料理を楽しみたいものです。

京都の夏を彩る“川床”には、有名な名所「鴨川」、京都の奥座敷「貴船」、紅葉の名所としても知られる「高雄」の3つのエリアがあります。川床は、安土桃山時代から江戸時代へ移るころ豪商が鴨川の河川に見物席や茶店を出したのが始まりだと言われています。貴船での川床が始まったのは大正の初期、その当時の料理旅館「ふじや」では、川に足を入れて涼をとり座敷に上がって食事をしていましたが、お客さんの要望により川で食事を出すようになったそうです。「川床」の呼び方をご存じですか。鴨川の呼び方は「かわゆか」、最近では納涼床「のうりょうゆか」とも呼ばれます。貴船と高雄では「かわどこ」です。鴨川は「ゆか」、他は「とこ」ちょっと覚えておくといいですね。川床の料理と言えば「京料理」をイメージしますが、現在では、フランス料理、イタリア料理などいろいろな料理を味わえます。川床の期間は4月末から9月末ぐらいまでです。床席はどの時期でも人気ですが、やはりおすすめは川床の涼しさをより感じることできる7～8月です。店によってテーブル席や座敷がありますから調べて予約して行かれたほうが安心です。京都駅からの交通の便はあまりよくありませんが、貴船に人気があるようです。

暑くなる季節、川床で涼を楽しみ風流に浸る。ゆっくりと流れる贅沢な時間です。

鴨川納涼床：京都市内でアクセスは抜群です。京料理だけでなく、フレンチやイタリアン、中華料理も味わえます。

貴船川床：水面近くに川床を設けてあるので暑い夏でも涼しく、川の流れの音を聞きながら京料理を味わえます。

高雄川床：自然を満喫できる地域に屋根がある川床が多く、雨でも安心して楽しめます。

高齢者認知症の現状と認知症予防の話

脳神経内科 山下史匡



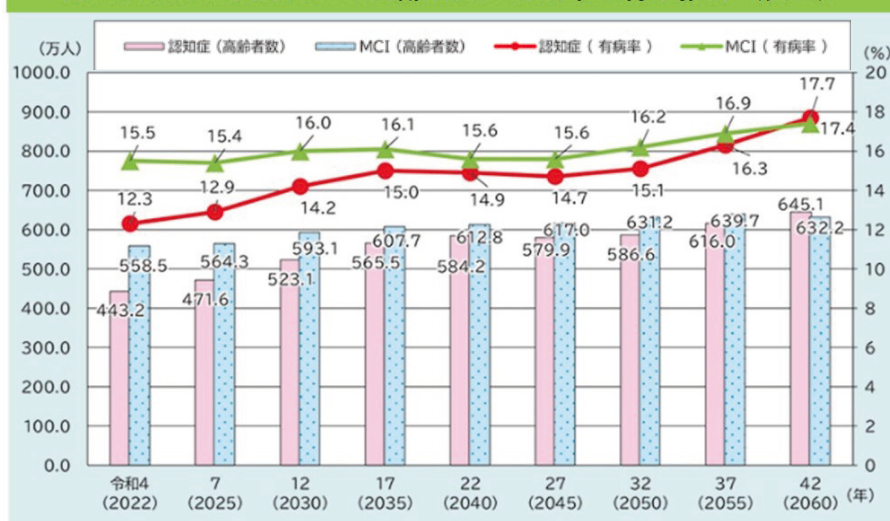
最近は大いに認知症の増加が懸念されています。高齢化に伴い認知症患者は増加すると推測されています。昨年厚生労働省研究班による報告では、今後アルツハイマー型認知症の増加が顕著となり、2012年に462万人とされた認知症患者は、2025年には約472万人（高齢者有病率12.9%）となり、団塊ジュニア世代が65歳以上になる2040年には584万人あまりにのぼると推計されています。つまり、2040年には高齢者のおよそ15%、6.7人に1人が認知症になることとなります。一方、認知症の予備軍とされる軽度認知障害MCI（Mild Cognitive Impairment）も増加してきています。2025年にはMCIの患者数は564万人（高齢者有病率15.4%）と推計され、2040年にはMCIの患者数は612万人になることとなります。（表1）

また昨今では、1人暮らしの高齢者が半数を占める状況で、認知症を発症した場合、介護支援・自動車の運転などの問題が社会的問題や経済的問題としてますます取り上げ

は、75歳から84歳では12.1%、85歳以上では44.9%と認定を受ける人の割合が大きく上昇します。そのため認知症施策では、早期受診・早期対応で認知症の悪化を防ぎ、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住

られています。介護保険で要介護が必要となった原因として第1位は認知症24%、第2位は脳血管障害19%と報告されています。認知症が原因で要介護の認定を受ける割合

認知症及び軽度認知症の高齢者数の有病率の将来推計（表1）



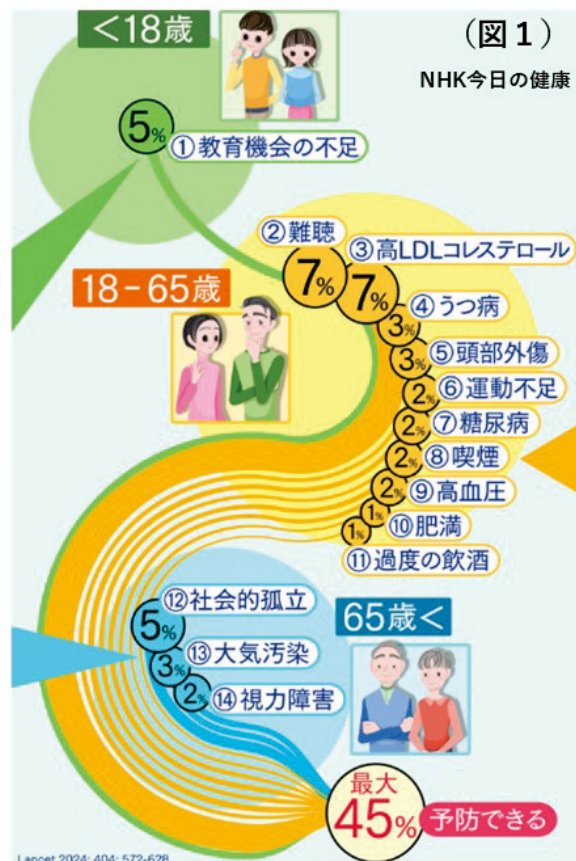
内閣府令和6年度版高齢者社会白書

み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指して施策が推進されてきました。

認知症は発症を完全に防ぐことはできませんが、医療の取り組みは、発病の時期をできるだけ遅らせることと、発病した場合には病気の進行を遅らせることです。とくにアルツハイマー型認知症の症状の進行は、日常生活に支障がない軽度認知障害MCIから認知症になるまでに数年かかり、軽度から中等度の段階から重度認知症になるまで2年半程度と考えられています。発病時期をできるだけ遅らせることが重要で、認知症を予防するための生活習慣に関するいろいろなことが言われています。科学的根拠に基づいた認知症の14のリスクと対策が、2024年8月医学雑誌THE LANCETに掲載されました。それは、18歳から65歳の中年期では、難聴、高LDLコレステロール血症、うつ病、頭部外傷、運動不足、糖尿病、喫煙、高血圧症、肥満、過度の飲酒が挙げられています。65歳以降の高齢者では社会的孤立、大気汚染、視力障害が認知症リスクとして挙げられています。これらリスクを適切に管理することで、最大45%認知症を予防できると報告されています。（図1）

また、認知症を予防するために注意したいこととして、睡眠と食事が挙げられます。不眠症などの睡眠障害は注意が必要です。アルツハイマー病に関わるアミロイドβタンパクなどの脳の老廃物は眠っている間に脳内から排泄され、睡眠時間が短いと認知症のリスクが高まると考えられています。日本人は世界的にみて睡眠時間が短い傾向にあります。世界的に7時間睡眠をとることが理想とされています。また、食事については、地中海食が注目されています。魚・野菜・豆類・ナッツ類・オリーブオイル・適量の赤ワインなどが有効だとされています。緑の葉野菜が有

(図1)
NHK今日の健康



効だという報告もあります。認知症のリスクを知り、自分に当てはまるものがあれば、見直して予防を心がけていたけるとよいでしょう。

2023年9月にアルツハイマー病（AD）の進行を抑制する本邦初の治療薬レカネマブ（製品名レケンビ®）の製造販売が日本で承認され、ニュースになったことは記憶に新しいです。また2024年9月に2剤目の抗アミロイドβ抗体製剤ドナネマブ（製品名ケサンラ®）が承認されました。アルツハイマー病では凝集性の高いアミロイドβ（Aβ）の産生が増加し、モノマー、可溶性Aβ凝集体（オリゴマー、プロトフィブリル）、不溶性のフィブリルを経てAβプラークが形成され、沈着します。この脳内でのAβの生成および沈着はADの病態の初期に起こる不可欠なイベントとされており（アミロイドカスケード仮説）、この病態生理学的変化は、ADによる認知症と認識される臨床病期の10年以上前に始まるとされています。2剤とも

アミロイドカスケード仮説に基づき、Aβの除去によるADの病態進行抑制と臨床症状の悪化抑制を期待して開発されました。レカネマブは、可溶性プロトフィブリルに特異的に結合し、ドナネマブは、脳内の不溶性アミロイドβプラークのみに存在すると考えられているN末端第3残基がピログルタル化されたAβ（N3pG Aβ）を標的として結合し、ミクログリアによる貪食作用を介して脳内のAβの除去を促進すると考えられています。

気を付けたいといけないのは、「進行を抑制し、症状の悪化を遅らせる」ものであり、「進行を止めて改善させる」ものではない点です。また、すでに病気が進行してしまっている患者さんには効果が小さいそうです。抗アミロイドβ抗体

療法は、アルツハイマー病の早期段階にある患者さんにとって認知機能の低下を遅らせ、日常生活能力の低下が抑制されることが期待されます。治療対象は、アルツハイマー病による軽度認知障害MCIおよびアルツハイマー病による軽度の認知症です。そのため認知機能低下が早期の段階で早めに医療機関を受診することが、ますます大切だと思われま。MCIは、正常老化過程で予想されるよりも認知機能が低下している状態で、記憶力に軽度の低下がみられる場合が多く認められます。日常生活能力はほぼ保たれたものの日常生活を問題なく送ることができる状態ですが、新しいことや、新しい機械の操作は苦手になってきます。誰でも年齢とともに認知機能は低下していきますが、「もの忘れが気になるけれど、自分はMCIや認知症なのだろうか」と不安になることがある人は少なからずいると思いま

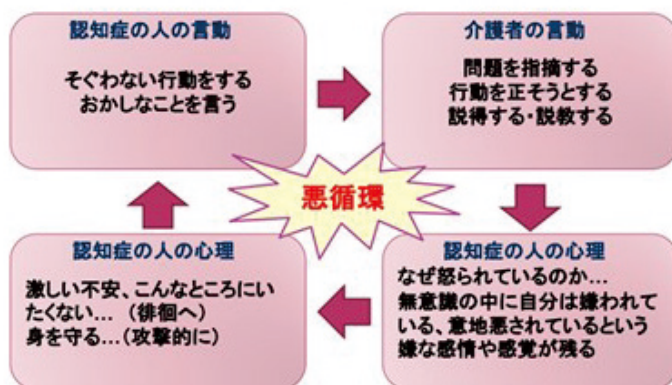
す。少しでも不安があれば、なるべく早めに医師の診断を受けることが大切だと思われま

また、認知症の方を家族に持つ人だけでなく、医療職は認知症の方と関わる機会が多いと思います。認知症の方と関わる際には、認知症の方の行動・心理状態を膨らませる悪循環に注意してくだ

い。(図2)

物忘れを疑う患者さんが受診される場合は、ご家族同伴での受診をお勧めください。そして、認知症患者さんは地域全体でのサポートが非常に大切になります。(図3) 必要であれば、当院の脳神経内科をご紹介いただければ幸いです。

行動・心理症状を膨らませる悪循環 (図2)



認知症かな？と思ったら (図3)

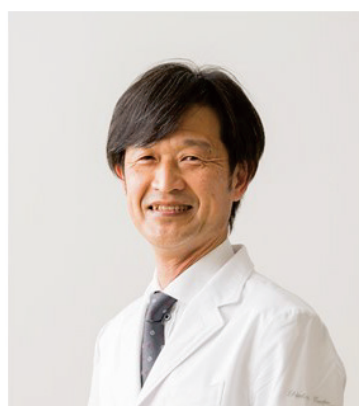


脳神経内科

話題のアルツハイマー病治療薬

薬剤局 服部芳明

はじめに



日本における認知症患者は、2025年には約700万人と推定され、そのうちアルツハイマー病患者は約500万人にのぼると推定されています¹⁾。日本における高齢者人口の増加

とともに患者数も増加すると考えられています。経済的な影響も大きく、2018年度の研究では、65歳以上のアルツハイマー病患者の医療費総額は1兆730億円、2069歳の家族介護者の総生産性損失は1兆5470億円と推定され、健康寿命の延長が重要な課題と考えられています²⁾。

アルツハイマー病の治療薬としては、2023年までアセチルコリンエステラーゼ阻害薬やNMDA受容体拮抗薬などの症状緩和薬しか存在しませんでした³⁾が、2023年12月にアルツハイマー病の原因と考えられるアミロイドβを標的とする抗体薬「レカネマブ（レケンビ点滴静注[®]）」⁴⁾、2024年11月には「ドナネマブ（ケサンラ点滴静注液[®]）」が発売されました。今回は、これらの抗アミロイドβ抗体薬について紹介します。

アルツハイマー病とアミロイドβ

アルツハイマー病の原因の一つとして、アミロイドβ蛋白の蓄積が考えられています。アミロイドβは、凝集してオリゴマー、プロトフィブリル、フィブリルへと変化し、アミロイドプラークを形成します。これらアミロイドβの凝集体が蓄積することで、異常にリン酸化したタウが凝集して神経原線維変化を形成し、神経細胞脱落を起して認知機能が低下すると考えられています（アミロイドカスケード仮説）³⁾。抗アミロイドβ抗体薬は、アミロイドβの蓄積を抑えることで、アルツハイマー病の進行を遅らせることができると考えられています。

アルツハイマー病の病態とアミロイドβの関係を理解するためには、最新のアルツハイマー病の診断基準である「NIA-AA診断基準」をみると理解しやすくなります。「NIA-AA診断基準」は、2011年にNIA（National Institute on Aging）とAA（Alzheimer's Association）に提唱された基準で、1984年のNINCDS-ADRDA診断基準からの変更点として、AD（Alzheimer's Disease）として表現されていた認知症の状態を「アルツハイマー病による認知症（AD dementia）」とし、アミロイドβ関連病理の存在が疑われる軽度認知障害（mild cognitive impairment：MCI）の状態を「アルツハイマー病による軽度認知障害（MCI due to AD）」⁵⁾に「さらにアミロイドβ関連病理の存在が示唆されるものの客観的な認知機能低下がほぼ存在しないプレクリニカル（臨床症状発現前）な状態を「preclinical AD」と定義されました。そして「「preclinical AD」→「MCI due to AD」→「AD dementia」に至ると想像される15～20年もの状態を「AD」とされています。軽度認知障害の状態でもすでに

アミロイドβの蓄積が進んでおり、神経細胞死も進んでいます（図1）⁵⁾。そのため、抗アミロイドβ抗体薬は、認知症早期から使用する必要があります。

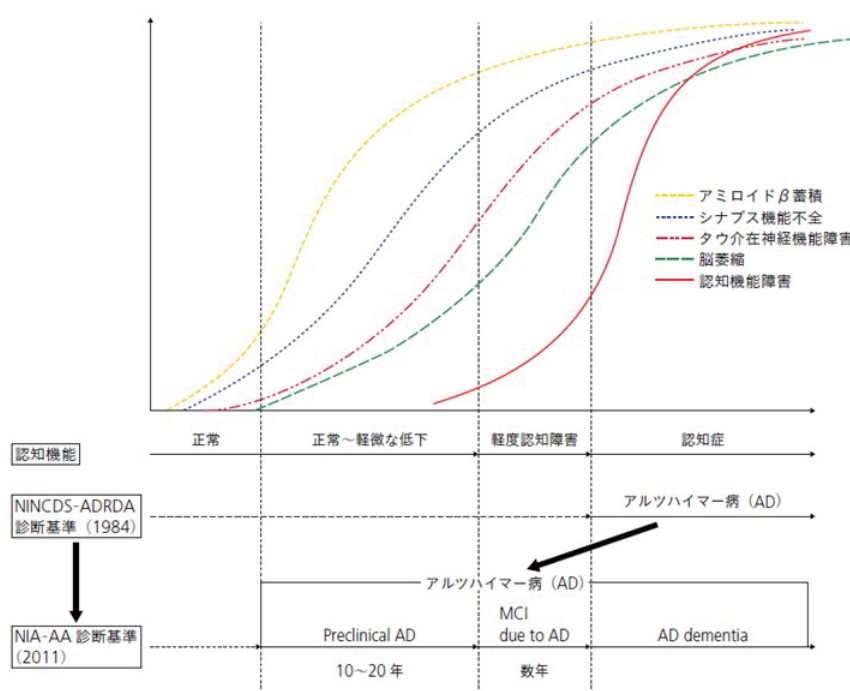


図1 NIA-AA診断基準とアルツハイマー病の疾患概念の再定義 文献5) から引用

抗アミロイドβ抗体薬の適応と投与方法

レカネマブおよびドナネマブの効能効果は、「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」となっています。すでに進行した認知症患者のアミロイド

β を除去しても神経細胞は修復できず、症状の改善は期待できません。そのため、投与開始前1ヶ月以内に認知機能評価MMSEスコア及び臨床認知症尺度CDR全般スコアとアミロイド β の蓄積を確認するために以下検査が必要で、投与方法にも違いがあります(表1)。

表1 抗アミロイド β 抗体薬の投与条件と投与方法の違い

	レカネマブ	ドナネマブ
MMSEスコア	22点以上	20点以上28点以下
CDR全般スコア	0.5または1	
アミロイド β の確認	アミロイドPETまたは脳脊髄液(CSF)検査	
投与間隔	2週間ごと	4週間ごと
投与時間	1時間	30分

治療効果と安全性

レカネマブの臨床試験では、投与18ヵ月後の臨床的認知症重症度判定尺度(Clinical Dementia Rating Sum of Boxes: CDR-SB)は、プラセボに対して27.1%悪化抑制されました(図2) ⁶⁾。

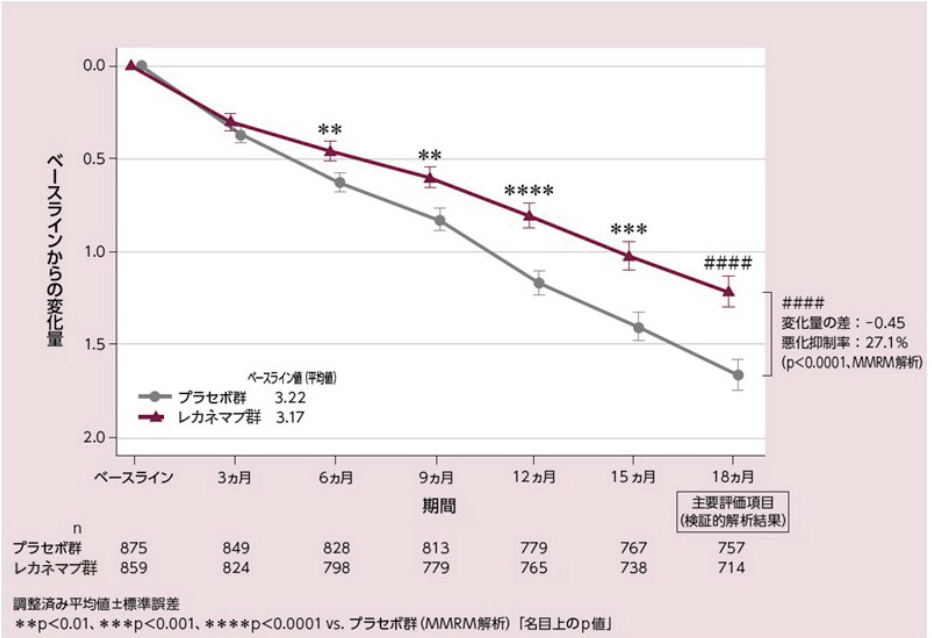


図2 臨床的認知症重症度判定尺度(CDR-SB)のベースラインからの変化量 文献6) から改変

意識消失など種々の症状を示すことがあり、投与中はARIAの評価が必須となっています。ARIAの発生はレカネマブでは治療開始後14週以内が多いため、初回投与後2ヶ月目の投与前、3ヶ月目の投与前、6ヶ月目の投与後にMRI検査を実施します。同様にドナネマブでは治療開始後24週以内、重篤なARIAは12週以内に多く発現することから、初回投与後1ヶ月目の投与前、2ヶ月目の投与前、3ヶ月目の投与前、6ヶ月目の投与前にMRI検査を実施します。

抗アミロイド β 抗体薬の使用は、適切な時期の患者に投与し、副作用に注意しながら治療する必要があります。アミロイド β を減少させることでアルツハイマー病の長期予後にどのように影響してくるのか、今後のデータに期待しています。

- 1) 二宮利治：厚生労働科学研究費補助金、厚生労働科学特別研究事業 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 平成26年度 総括・分担研究報告書 2015
- 2) Shunya Ikeda et al.: Economic Burden of Alzheimer's Disease Dementia in Japan Journal of Alzheimer's Disease 81 (2021) 309-319
- 3) 小野賢一郎、椎名浩子、松本麻利子、中村陽介：アルツハイマー病におけるアミロイド β の役割 BRAIN and NERVE 76(4):399-408,2024
- 4) 小松潤史、小野賢二郎：アルツハイマー型認知症の疾患修飾薬の登場とアミロイドPET 臨床放射線 Vol.69 No.2,2024
- 5) 宮川統爾、岩坪威：先制医療へ向けたブレクリニカル臨床試験 BRAIN and NERVE 69(7):711-722,2017
- 6) レケンビ点滴静注 総合報告書概要
- 7) 池辺洋平、工藤晃亮：アミロイド関連画像異常(ARIA)にどう対処する 画像診断 Vol.44 No.14,2024

人工関節置換手術支援ロボットの導入します

整形外科 平出隆将

加藤治朗



Mako system, Stryker

された実績があり、人工関節置換術においてはロボット支援手術が普及してきています。

工股関節置換術が施行

5,000件以上の人

all Hipシステムは現在まで世界で325,000件以上施行されており、国内では導入後5年以上が経過し1

当院もこれまでに人工関節や脊椎手術で3Dプリンター、ナビゲーションシステム、3次元術前計画ソフトなど先端技術を順次導入、適宜利用してきました。今回、人工股関節置換術と人工股関節置換術用の最先端の手術支援ロボットであるMako（メイコー）システムを整形外科でも今年の6月末に導入することとなりました。

ロボットを利用した手術は、良好で安定した成績、合併症の軽減、難症例への対策として異論のないものとなりつつあります。

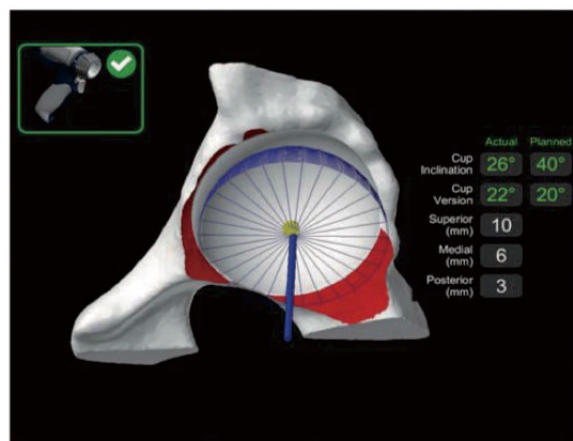
良好で安定した成績とは、具体的には膝というと安定してよく曲がる、股関節というと安定して股関節脱臼のリスクが低く、その他、筋力の回復がいい、スポーツ復帰率が高い、耐用年数が長く再手術となるリスクが低いなどです。

手術支援ロボットを使用することで、3次元術前計画ソフトで計画した通りに1ミリ単位で骨を削り、0.1度単位の精度でインプラントを設置する事ができますが、実は手術過程の多くは手術支援ロボットが関与しないmanualによる手術手技であり、手術支援ロボットを導入したからといって安易に手術成績が良くなるものでもないのです。特に難症例では予期せぬ合併症、コンピュータでは認識、

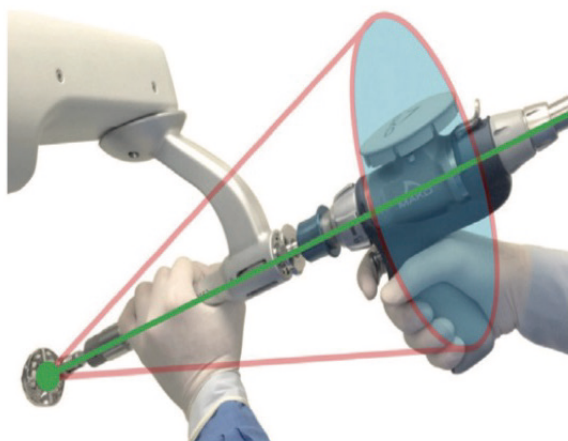
対処困難な事柄は多く、術者の経験、技術、感覚はこれまでも同様に非常に大切です。あくまでロボットはそれら術者の経験、技術や感覚に置き換わるものではないのですが、手術過程の一部を強力にサポート、支援してくれるツールという認識の方が、誤解が少ないかと思います。

寛骨臼リーミングとカップ設置：Robotic-arm assisted surgery

Mako Total Hipではリーミングおよびカップ打ち込み時に視覚的なガイドおよびロボティックアームによる力学的なサポートを得ることができます。



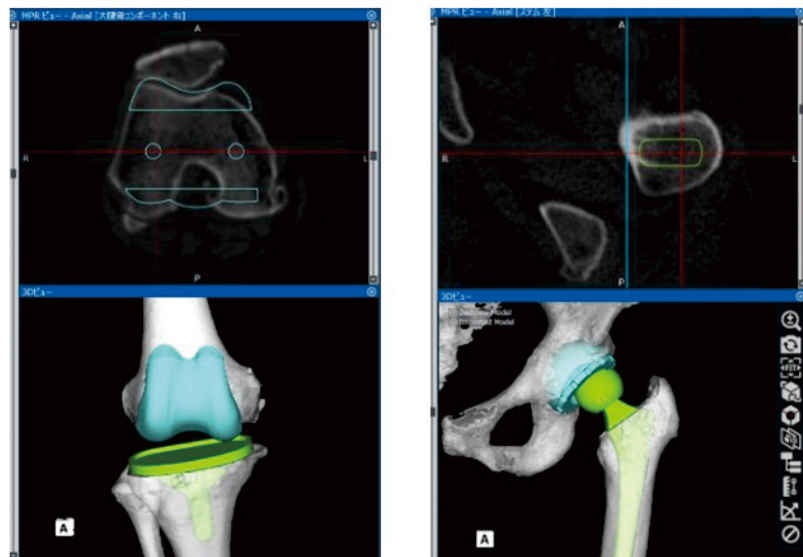
視覚的なガイド：ビジュアルと各数値（外方開角、前方開角、計画した位置までのリーマーの距離）



力学的なサポート：リーマー中心と動かせる範囲を計画に合わせ制御（Stereotactic Boundaries）

手術支援ロボットはMIS(最小侵襲手術)と相性が非常にいいのです。当院ではこれまでも術後疼痛の軽減、早期リハビリ、入院期間の短縮、早期社会復帰を目的に安全性を担保しながらMISを取り入れてきましたが、ロボット導入によりこれらがさらに進歩していくと確信しています。

このシステムにより、手術に必要なCTデータの3次元的画像を手術中にリアルタイムで確認することができ、確実な人工関節置換手術が可能になる

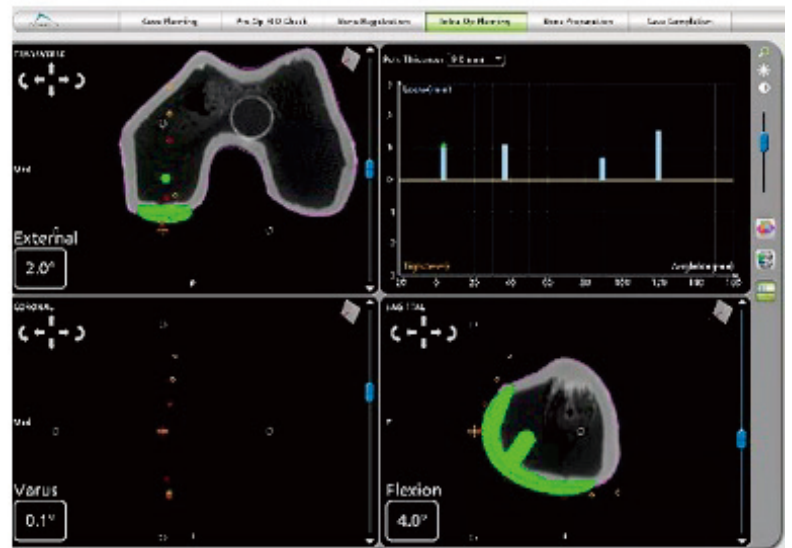
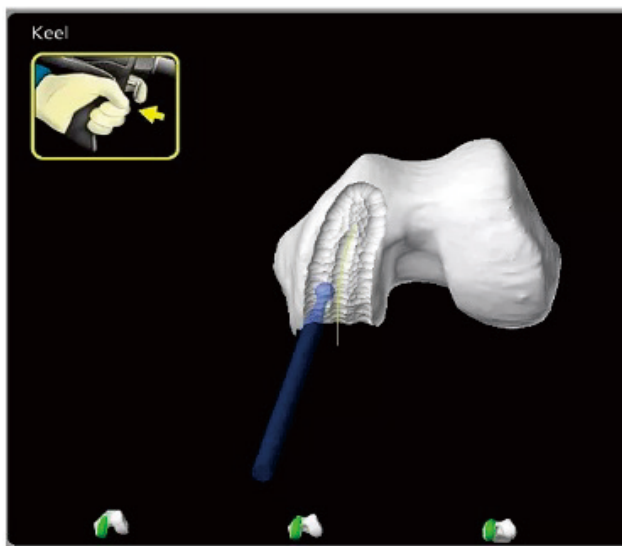


膝関節人工関節置換術

股関節人工関節置換術

Zed view,LEXI ホームページより

数あるロボットシステムの中でもMako systemにはboundaryという、術前計画範囲を超えて骨を切除しないように器具を強力に制動する機能があります。これはMISで手術を行う際に視認が難しい部位で軟部組織の剥離を最小にしながら、神経、血管などの損傷リスクを大きく軽減してくれる機能として有用です。



人工関節部分置換術

CTベースの3D術前計画および術中計測によるプラン調整

CTデータに基づき患者個々の携帯に合わせて3D術前計画を行い、術中に記録した任意の靱帯バランスおよび下肢のアライメントを評価して、骨切除前にインプラント設置位置を調整できます。

カッティングガイド不要の骨切除

ロボテックアームに取り付けたハンドピースには、専用のボールバーおよびブレードが装着でき、計画外の位置を切除しようとする力学的な制御がかかります。視野が狭いPKA1)において、周辺軟部組織を保護しながらハンドピースを自由に動かすことができます。ロボテックアームの支援により、周辺の骨を温存した状態で専用インプラントMCKシステム2)の埋植が期待できます。

1) PKA：人工関節部分置換術

2) MCKシステム：性別とサイズを反映した100以上のCTデータに基づいてデザインした部分人工関節

自動車に例えるなら、高度運転支援技術や衝突回避ブレーキ安全装置のような先端技術のイメージで大きく矛盾ないように思います。これらがなくとも自動車の運転はできますし、問題はありますが、あった方が運転手、乗員、周囲の人への安全性は高まり、負担は減ります。高価ではありませんが、高性能な手術支援ロボットを適切に使用することによって手術成績が向上することは明らかであり、患者にとっては福音ですが、病院の経営面では購入、維持メンテナンス、付随する消耗品などで悩ましい一面や諸事情があるのも事実です。現在の日本の医療保険体制ではその費用はカバーしきれませんが、当院の診療、治療の質を向上していく、市民へ高度先端医療を提供して行くことも市民病院の一つの責務として工夫を重ねながら運用していきたいと思っています。

先行してロボットを導入した病院からのデータでは、手術支援ロボットの有無そのものが関節に痛みを抱えた患者さんが手術を判断する要因にはあまりなっていないようです。手術適応の患者さんが手術治療を希望されるにはロボットの有無よりも患者同士の口コミや開業されている先生方からの勧め、情報提供の方が、ウェイトが高いのが現実です。地域のクリニックの先生方には、これからも病診連携を通して地域の患者さんのご紹介をお願いいたします。

最大限の病床利用を目指して！

経営戦略室 小木曽正憲



限りある資源を最大限有効に使う。これは経済学で最も重要な命題です。限りある資源とは「人」「物」「金」ですが、当院においては「限りある資源を最大限有効に使う」とは、地域医療を最大限充実させるために、

今ある病院の資源を最大限有効に使うということです。これを行うことで、効率的な運用を行えることができ、地域住民の方々と連携医療機関の皆さんに満足していただける医療を提供できるだけでなく、職員にとって働きやすい環境も整備されます。そのためには、病院の経営を考えれば単純に物を増加させるのではなく、今ある「人」「物」「金」を最大限有効利用できる再配分を行う必要があります。人に関しては、今の職員の配置や労働内容が適切であるのかを十分に検討して、働きやすい環境の整備と効率的な人員配置でどれぐらい効果を得ることができるのか。物に関しては、使用頻度や配置、使われていないものをどうするのかを十分に考え、効率的な運用を行うことでどれぐらいの効果を得ることができるのか。お金に関しては、何に投資することが一番いいのか、投資した分を何で削るのか、それによりどれぐらいの効果を得ることができるのか。これらのことを複合的に検討して、行動していかなければならないのです。連携医療機関と患者さんにとっての最大限に得られる効用のバランスをとっていく必要があります。

そこで、連携医療機関や地域の皆さんにとって、必要なものはなんであるのか？何を充実すれば安心できる医療を提供できるのか？を考えました。まず出てきた答えは、いつでも必要なときに入院応需ができることでした。病床数には限りがあります。空き病床を最小限にして受入が可能になれば、最大限の入院患者さんを受け入れることができます。満床で救急車を断ることもなくなります。そこで、看護管理室の移行を取り入れ、病床数をリアルタイムで可視化して最大限の入院患者さんを受け入れることができるシステムを構築しました。

【今までの問題点】

病院全体の入院や転棟を加味した院内全体を見ることができない仕組みがなく、日々のベッドの稼働状況や空床状況は、各病棟からの報告で行っていました。全体を俯瞰的に見るができなかったため、病床稼働を下げの一因となっていました。

【課題】

- ・ 病棟の病床状況全体をリアルタイムに見る必要がある
- ・ 退院予定患者さんの病室に予定入院患者さんをあてはめることで最大限の病床稼働を目指す必要がある
- ・ 緊急入院を可能な限り受け入れる体制を構築する
- ・ 入院を集中管理する必要がある

【解決策】

- ・ 医師・看護師を含めたコメディカルが院内全体の病床を俯瞰できるように可視化する
- ・ 翌日以降の病床を予め確保しなくても確保できる体制を構築する
- ・ ベッドコントロールを集中管理する体制を構築する
- ・ ベッドコントロールについて職員へ周知して最大限効率的な運用を行う

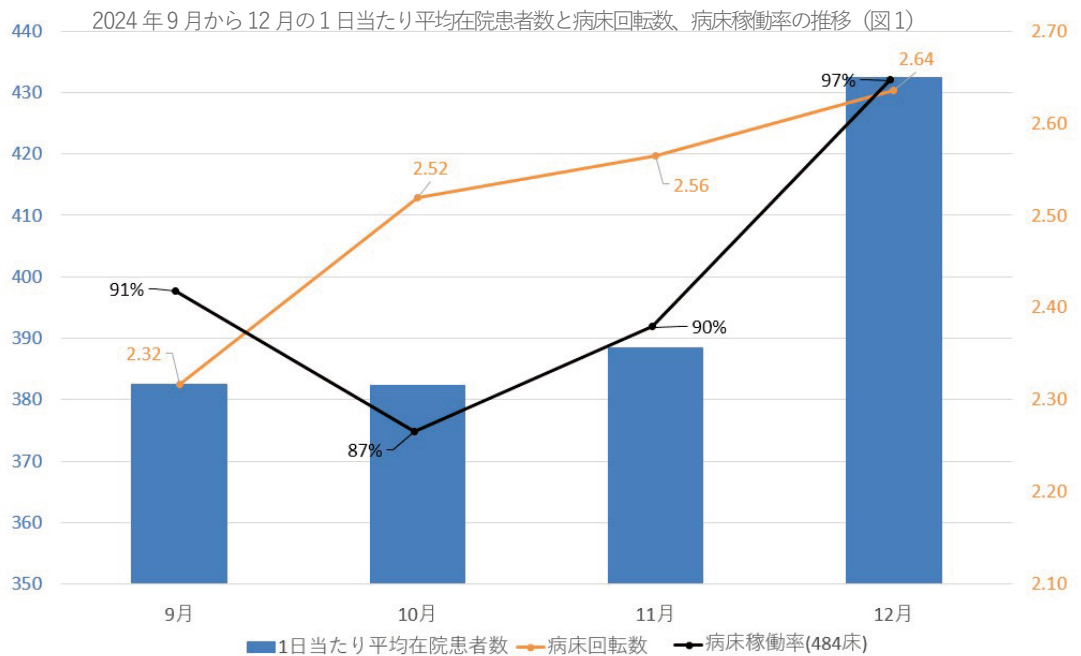
【解決への歩み】

私自身が、看護師であり前職がシステムエンジニアであったこともあり病床の状況をリアルタイムで可視化できる病床管理システムの構築に入りました。令和6年4月より看護局はベッドコントロール担当者配置し、病床管理を進めていたため、病床管理システムを活用したベッドコントロールミーティングを開始し、システムを活用しました。

【病床管理システムと体制構築の効果】

図1は、1日当たり平均入院患者数と病床回転数、病床稼働率の推移です。病床回転数※とは1カ月に1つのベッドを何人が使ったということになります。9月と10月を比較してみてください。病床回転数が上がる＝平均在院日数が短縮する、もしくは病床稼働率が上がる、ことですから、入院患者数が変化せずに病床回転数が上昇すれば病床稼働率が低下することがよくわかります。11月中旬からは病床管理システムが本格運用を開始しました。病床回転数と病床稼働率が大幅に増加していることがよくわかります。病床回転数が上がって、病床稼働率が上昇しているということは、新規入院患者数が大きく増加しているということが読み取れます。リアルタイムに病床を可視化できるため状況確認が容易になり夜間も確認が可能のため、救急での入院患者さんの受け入れも迅速かつ容易になります。それだけではなくベッドコントロールミーティングでの集中管理の効果も表れています。また、忘れていけないのは、医療連携室の退院支援の努力です。新規入院患者さんを受け入れる体制ができれば、退院促進を行う体制も整わなくてはいいけません。すべてがうまくいくことでこのような状況が作り出されていきます。

※ 病床回転数Ⅱ $365 \div \text{平均在院日数} \times (\text{病床稼働率}(\%) \div 100)$



ベッドの回転数が上がるということは、入れ替わり患者さんが入院してくることになるので、平均在院日数が短縮していることを意味します。前記しましたが、在院日数が短縮して、新規入院患者さんが増加しなければ病床稼働率は低下します。

図1の11月と12月を見てください。ベッドの回転数上がり、平均在院日数が短縮しているにも関わらず1日当たり平均在院患者数は大幅に増加しています。それは新規入院患者さんが増加したことを意味しています。新規入院患者さんが増加した要因は何なのでしょう。病気が多く発生するわけではなく、単純には入院患者さんを増やすことはできません。入院患者さんのデータを分析していくと新規入院患者さんが増えた要因に病床管理システムの構築が大きく関わっていることが分かってきます。

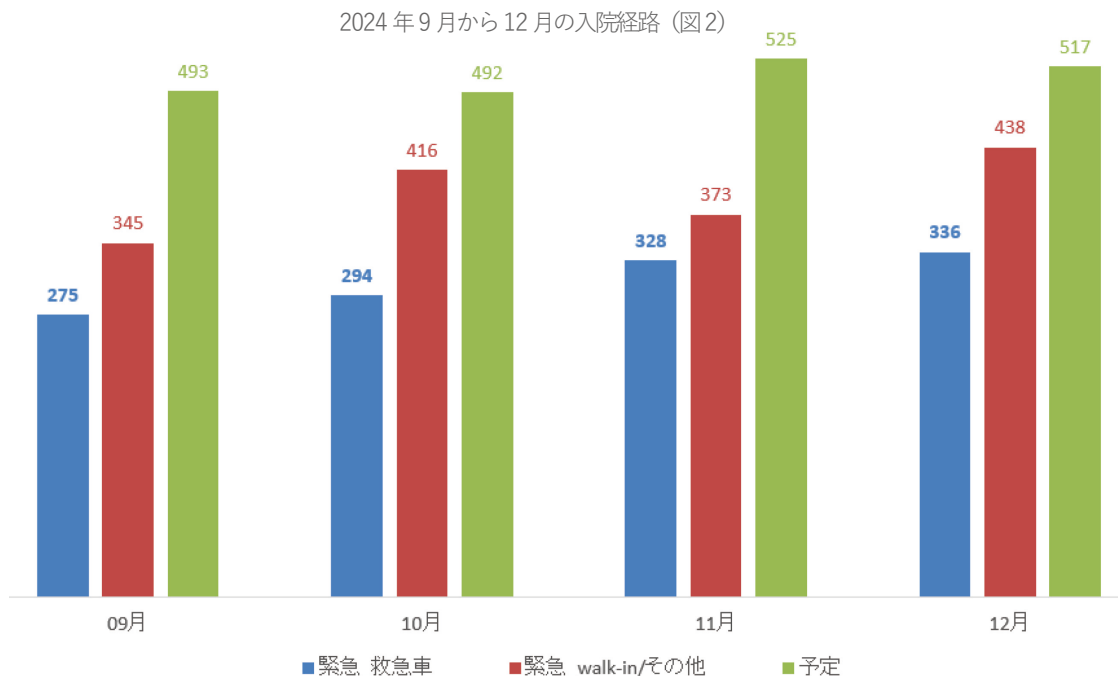
それでは次に、病床管理システムの構築やベッドコントロールミーティングが、どのように入院患者さんの増加に影響したのか。それを分析した内容をお話していきます。

重要な入院患者の受け入れ！

図2は、入院患者さんの入院経路を調べたものです。9月から12月まで予定入院患者さんはそれほど増加していませんが、救急車での入院と救急ウオークイン／その他入院が大きく増加しています。つまり、救急や予定外の入院が増えているのです。これは、空き病床が可視化され、ベッドコントロールミーティングにより、ベッド数の満床近くまで入院を受け入れることができるようになったからだと思います。そのため、入院をさせないかを悩む症状の患者さんを入院させることができるようになりました。通常は、救急や予定外入院の患者さんは、予定入院よりも在院日数が長くなります。しかし、病床回転数が高くなっているように在院日数の大幅な延長はありません。この意味するところは、連携病院の退院支援へのご協力はもちろんですが、今までは悩んで帰っていたような軽症の患者さんを入院させるようになったのだと思います。

軽症の患者さんを入院させなくてもいいのでは？と思われる方もみえると思います。しかし、救急での入院の敷居

2024年9月から12月の入院経路 (図2)



を下げることは、患者さんの安心につながるだけでなく、医療安全なども含めて大きなメリットがあります。また、患者さんが気付いていない併存症を発見できる可能性もあります。今後も地域医療を充実するためにいろいろと考えていきたいと思っています。よろしくお願いいたします。

富士サファリパークで

動物と触れ合ってみませんか



©2025fujisafaripark

ホ

ントにホントにホントにホントに ライオンだ 近すぎちゃってどうしよう♪の歌で有名な富士サファリパークに行かれたことはありませんか。富士サファリパークには、富士山の麓に広がる大自然の中で、約60種類・800頭の動物たちがのびのびと暮らしています。

園内は車に乗って見学する「サファリゾーン」と歩いて見学する「ふれあいゾーン」に分かれています。やはり、富士サファリパークの最大の見どころは、車でめぐるサファリゾーンです。

サファリゾーンは、一周約50分車で回る見学コースで、世界の動物約30種類が放し飼いで暮らしています。ライオンやチーター、クマのような猛獣から、バイソンやキリンといった草食動物まで、多種多様の動物がいます。自家用車で回る「マイカーサファリ」もできるのですが、やはりおすすめは「ジャングルバス」です。バスは窓ガラスがなく金網張りのつくりになっているので、エサあげ体験ができます。クマ・ライオンなどの肉食動物やラクダなどの草食動物へエサをあげる時には、動物たちが目と鼻の先にきて食事の瞬間を見られます。餌がもらえるから動物が寄ってくるし、とにかく動物との距離が近くて楽しめます。また、動物の説明を聞きながらサファリゾーンを巡ることができる「ナビゲーションカー」にも乗ることができます。ナビゲーションカーは、ジャングルバスが走行できない場所にも行け、整備されていない道にも入れます。グループで貸し切りにできますからグループで訪れた方におすすめですね。ジャングルバスは、人気があるので事前に予約することをお勧めします。当日券を購入することもできますが、混雑しているときは乗るまでに待ち時間が長くなることがあります。小さなお子様がみえるご家族には自家用車で回るほうが気楽かもしれません。自家用車だと不安が：心配はいりません。何かあればスタッフがすぐに駆け付けてくれます。また、マイカーサファリは、何回でもサファリゾーンに入れますから、サファリゾーンを満喫したい方にはおすすめです。しかし、動物に車が傷つけられても損害の責任をパーク側は負いませんので注意してください。動物たちが活動的な時間は、やはり朝と夕方です。そのため、動物たちが活動的になる夕方から夜にかけてのナイトサファリもおすすめです。昼間だと寝ているトラやライオンも動き回っています。ただ、ナイトサファリは、予約が必要で期間が決まっていますので注意してください。

ふれあいゾーンは、可愛い動物たちにエサをあげたり触れ合ったりできます。そして、生まれたばかりの動物の赤ちゃんも公開しているので、タイミングが合えばかわいい姿を見ることができます。いつでも会えるわけではありませんが、写真のライオンの赤ちゃん、かわいいですね。赤ちゃんに会いたい方は、情報がホームページに掲載されていますので確認してから行かれるのがいいですね。

富士サファリパークの入園チケットは当日でも購入できますが、コンビニなどでも買うことができます。一番お手軽なのは、やはり、富士サファリパーク公式のオンラインチケットサービス「MY SAFARI」です。簡単に登録できて、スマホからのクレジット決済でチケットをお得に購入できます。ジャングルバスの予約もできます。暖かくなった行楽シーズン、富士サファリパークで動物と触れ合ってみるのも気分転換になっていいと思います。出かけてみませんか。

※掲載している写真は富士サファリパークさんよりご厚意で提供いただいています



FUJI SAFARI PARK
富士サファリパーク

今年も愛知メディカルラリーに参加しました

救命救急センター 近藤圭太



2月15日に日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院で行われた第13回愛知メディカルラリーに、当院職員と春日井消防職員がチャレンジャー（チームHARU）とブース（尾張北部ブース）の両部門に参加、18組チャレンジャーと8ブースのなかで熱い戦いを繰り広げました。

メディカルラリーとは、医師や看護師、救急救命士から成る数人のチームが救急救命の腕を競う大会です。

各チームが指定された場所（シナリオブース）で模擬患者さんに対して診察や処置を行い、ジャッジがその的確さや職種間の連携など様々な評価ポイントに沿って採点します。チャレンジャーチームが全シナリオブースを回り、その総合得点で順位を競います。競技を通じて、参加チームが持つそれぞれの知識、技術および医師としてのリーダーシップやチームワークを再確認する場となることを目的としており今後の救急災害現場活動に大きく役立つことが期待されます。日本では大阪府にある千里救命センターが発端とされ全国各地で開催されています。愛知メディカルラリーは2007年から開催され、愛知県内の各救命センターが持ち回りで主催しています。コロナが蔓延後は開催中止となっていました。が、昨年から再開しています。

チームHARU【写真左から】田中智裕医師（外科）、柴田祥輝看護師（救命救急センター）、西谷あかね看護師（救命救急センター）、岡部拓磨（救急救命士）、武原陸医師（呼吸器内科）、三上洸矢（救急救命士）



チーム HARU

チームHARUは3回目の参加となり、4ヶ月前の新メンバー結成時より、忙しい合間を縫って練習に励んでいました。CBRNEがテーマのブースでの減点が響いてベスト3には入れませんでした。日頃からの診療への取り組みに加え一生懸命に練習してきた賜物だと思います。



尾張北ブースでの奮闘するチャレンジャーチーム



尾張北部ブースは尾張北部地区の救命救急センターと消防本部のメンバーで結成され、4回目の参加となります。

今年は春日井市民病院、小牧市民病院、一宮市民病院、総合大雄会病院の医師、看護師、検査技師と、春日井市消防本部、小牧市消防本部、一宮市消防本部、稲沢市消防本部の救命救急士の総勢40人が参加しました。第10回メデイカルラリーでのブース賞に続いて2回目の栄冠を目指しましたが、惜しくも獲れませんでした。しかし、尾張北部を担う救急機関の絆をさらに強くできたことはプライスレスです。

チャレンジジャーもブースも立場は違え参加することに意義があります。大会を目指し訓練していくことや、当日に様々な救急・災害現場での対応を模擬体験することで医療のスキルは確実に向上するだけでなく、たくさんの病院や消防本部、様々な職種の人たちと、競技を通し、さらに懇親会で交流できることが何よりも楽しいものです。見学していただくだけでも十分ためになり楽しめると思いますので、これを機に興味を持っていただければ幸いです。

ブース運営担当【写真左から】松井伸浩（救命救急士）、近藤圭太（救命救急センター医師）、毛利真吾（臨床工学技士）、林孝博（救命救急士）、隈部由美（救命救急センター看護師）、菅原由恵（研修医）、佐藤由佳（臨床検査技師）、山下瑞貴（研修医）、田中裕野（東5階病棟看護師）



尾張北部ブース運営に参加した当院と春日井市消防本部スタッフ



尾張北部ブース運営スタッフ

	水	木	金
		玉井	

	水	木	金
	小倉(初診)	川上(初診)	馬場(初診)
	小倉	川上	馬場
	数田(初診)	鳥居(初診)	交代制(初診)
	数田	鳥居	交代制
	遠藤(再診)	山下(再診)	平山(再診)

	水	木	金
	林(重)	脇坂	山内
	青木	代務医	大島(良)
	手術/検査	検査	検査

	水	木	金
	早稲田	平出	加藤(治)
		小児整形※	小児整形※
	和久	石黒(暢)	薊
		久保田(紹介)	
	交代制(初診)	岩瀬	リウマチ外来※
	久保田	リウマチ外来※	緒方
	緒方	齋藤(絵)	平出
	代務医	薊	山田

	水	木	金
	古橋	古橋	古橋
	佐藤(三)	佐藤(三)	佐藤(三)
	三橋	三橋	三橋

	水	木	金
	前田(徹)	足達(武)	望月
	鬼頭	五藤	足達(信)
	・神経 ・循環器	・予防接種	・内分泌(第1,3,5週) ・循環器(第1,3,5週) ・腎臓(第2週) ・慢性疾患(第2,4週)

	水	木	金
	中田	中田	小林(貴)
	望月	中田	
	五藤	田野	鬼頭
	五藤	田野	
	エビベン教室		外来食物経口 負荷試験※
	エビベン教室 (第2,4週)		

	水	木	金
	関谷	関谷	関谷

	水	木	金
	交代制	奥村	奥村
		上川	福原
	検査/手術	検査/手術	検査/手術

	水	木	金
	池田(再診)	大脇(再診)	佐藤(麻)(再診)
	板東	齋藤(舞)	服部
	池淵	稲村	大川(明)
	手術	手術	手術

		月	火	水	木	金
眼科	診察室1	午前	恒川	恒川	恒川	恒川
	診察室2		浅井(良)	浅井(良)	浅井(良)	浅井(良)
	診察室3		小森	小森	小森	小森
		午後	手術/予約検査	手術/予約検査	手術/予約検査	手術/予約検査

		月	火	水	木	金
耳鼻咽喉科	診察室1	午前	佐藤(雄)	佐藤(雄)	佐藤(雄)	代務医
	診察室2		嘉味田	高柳	高柳	島田(ひ)
	診察室3		島田(ひ)	島田(ひ)	嘉味田	高柳
		午後	特殊外来 学童外来 SAS外来	手術	エコー 特殊外来	エコー 耳鳴外来

※ 毎週火曜日午後は、補聴器相談があります。

		月	火	水	木	金
放射線診断科	午前	深谷	富田	加藤(彩)	榎本	交代制
	午後					

		月	火	水	木	金
放射線治療科	第1診察室 初・再診 終日	小川(靖)	小川(靖)	※	鶴飼	※
	第2診察室 再診 終日	鶴飼	鶴飼	※	小川(靖)	※

※ 水・金曜日は、放射線治療計画日のため、緊急対応のみです。

		月	火	水	木	金
麻酔科	ペインクリニック 午前	末永		清水(礼)	末永/清水(礼)	
	診察室1 午後	末永		清水(礼)	末永/清水(礼)	

※ ペインクリニックは完全予約制です。

		月	火	水	木	金
歯科口腔外科	診察室1	午前	堀部	堀部	丹下	堀部
	診察室2		大竹	大竹	古田(浩)	大竹
	診察室3		阿曾	阿曾	飛田	阿曾
	診察室5		代務医	代務医	代務医	丹下
		午後	外来手術	外来手術	手術	インプラント外来 外来手術

スマートフォンアプリ コンシェルジュ

4つの機能で春日井市民病院の通院をより便利に！

通信環境をご確認のうえ、ご利用ください。

①らくらく会計

※ あらかじめ、アプリにクレジットカードの登録が必要です。
※ 救急外来の受診など、一部利用できない場合があります。

お支払いはいつもの
クレジットカードで！



医療費の「後払い」を
選択できます

診療を終えたあとは
スムーズに帰宅！



会計に並ぶことなく
帰宅できます

お支払い履歴は
スマートフォンで確認！



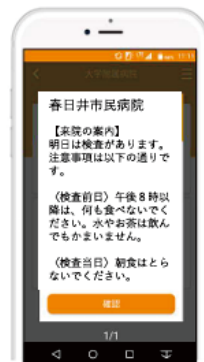
スマートフォンでお支払
い履歴を確認できます

②前日にお知らせ

③診療のお呼び出し

④メッセージの受信 予約の確認

※画像はイメージです



診療・検査の前日にお知らせ
します。検査の注意事項
も確認でき、安全に受診で
きます。
※ 検査によって注意事項が
届かないものがあります。
事前の説明に沿って検査の
ご準備をお願いします。



診療の順番が近づいたこと
をお知らせします。診療ま
での時間を院内のお好きな
場所でお待ちいただけます。



次回以降の予約をいつでも
確認できます。また病院か
らのお知らせなどもお届け
します。

アプリのインストールはこちらから

iOS



Android



内科			月	火	水	木	金
	診察室1	午前	大川(梧)	奥田	吉澤	近松(大)	松田(基)
	診察室5	午前	渡部		渡部		
		午後	鏡味 (血液内科)	川口 (血液内科)	鏡味 (血液内科)	武田 (血液内科)	
	診察室8	午前	竹中	下平	中村	伊藤(伸)	三島
	診察室11	午後	睡眠外来※				
	※ 睡眠外来は完全予約制です。						

腎臓内科			月	火	水	木	金
	診察室2	午前	成瀬	渡邊(有)	三村	成瀬	坂
	診察室3		吉澤	坂	大藪	三村	伊藤(駿)
	診察室5						辻田(第2週)
	透析	午前	二村/奥田	三村/伊藤(駿)	近松(大)/伊藤(駿)	吉澤/大藪	大藪
		午後	三村/二村	吉澤/大藪	近松(大)/奥田	伊藤(駿)/奥田	近松(大)

呼吸器内科			月	火	水	木	金
	診察室6	午前	笠原	大島(千)	笠原	小林(大)	武原
	診察室7		岩木	小林(大)	野木森	岩木	野木森

循環器内科			月	火	水	木	金
	心臓病センター 診察室1	初・再診	吉田	石黒(智)	小山	藤川	小栗
	心臓病センター 診察室2	再診	藤川	近藤(圭)	小栗(10時～)	小島	前田(宗)
	心臓病センター 診察室3	午前(～13時)	仙石				
		午後(14時～)			ペースメーカー外来		

消化器内科				月	火	水	木	金
	診察室11	初・再診	午前					
	診察室12	再診		水野(裕)(初診)	祖父江(雅)	加藤(圭)	山本(友)	原田
	診察室13	再診		小林(由)	堀江	林(則)	水野(裕)	山本(涼)
	診察室15	再診		水野(智)	祖父江(聡)	平田	高田	池内
	診察室16	初診		林(則)	原田	山本(涼)	小林(由)	祖父江(雅)
	診察室17	初診		山本(友)	高田	池内	水野(智)	平田
	診察室17	初診	午後				祖父江(聡)	
	内視鏡1			平田	林(則)/加藤(圭)	水野(裕)	山本(涼)	山本(友)
	内視鏡2			池内/堀江	小林(由)	高田/祖父江(雅)	原田	水野(智)
	腹部エコー			山本(涼)	水野(智)	堀江/原田	祖父江(雅)	祖父江(聡)/加藤(圭)
	透視			山本(涼)	水野(智)	堀江/原田	祖父江(雅)	加藤(圭)/小林(由)

糖尿病・ 内分泌内科				月	火	水	木	金
	診察室1	再診	午前 午後	渡邊(梨)	松田(淳)	松田(淳)	渡邊(梨)	富貴原
	診察室2	再診	午前 午後	小川(る)	富貴原	岡田	小川(る)	岡田
	診察室3	初診	午前	松田(淳)	岡田	小川(る)	富貴原	渡邊(梨)
		再診	午後					
	肥満症治療外来		午前				松田(淳)/岡田	渡邊(梨)
	甲状腺エコー(1階)		午後	岡田	渡邊(梨)			松田(淳)
	※ 肥満症治療外来は完全予約制です。 ※ 糖尿病教室 木・金曜日(完全予約制)は、病棟7階での開催となります。							

外科				月	火	水	木	金
	診察室1	初診	午前	清水(大)	長谷川	林(友)	田中	川島
	診察室2	再診		林(友)	上村	長谷川	小林(真)	渡邊(真)
	診察室3	再診		近松(雅)	永田	渡邊(真)	古田(美)	清水(大)
	診察室5	再診		會津	仲西(呼吸器外科)	田中	川島	佐藤(文)
	診察室6	再診		石田	伊藤(博)			
	外科術後再診※		午前				會津	
	※ 外科術後再診は、糖尿病センターにて診察を行います。							

化学療法 センター			月	火	水	木	金
	診察室1	午前 午後	佐藤(文) 近藤(勝)	近藤(勝) 伊藤(和)	古田(美) 交代制	近藤(勝) 近藤(勝)	高田 近藤(勝)
	診察室2 緩和ケア外来	午前		池内(第2.4週)			會津

心臓外科			月	火	水	木	金
	心臓病センター 診察室3	午前					石川

令和7年5月1日からの外来診療表

血管外科			月	火
	診察室	午前 午後	玉井	

脳神経内科			月	火
	診察室1	午前 午後	代務医(初診) 代務医	山下(初診) 山下
	診察室2	午前 午後	遠藤(初診) 遠藤	
	診察室3	午前 午後	馬場(再診)	数田(再診)

脳神経外科			月	火
	診察室5	午前	代務医	代務医
	診察室6	午前	大島(良)	林(重)
		午後	手術	手術/検査

整形外科	診察室1	再診	午前 午後	緒方 	齋藤(絵)
	診察室2	再診	午前 午後	山田 	下田
	診察室3	再診	午前 午後	早稲田(初診) 	和久(初診)
	診察室5	初診	午前	下田	加藤(治)
	診察室6	初診	午前	石黒(暢)	岩瀬
	※ リウマチ外来、小児整形は完全予約制です。				

皮膚科			月	火
	診察室1	午前	古橋	古橋
	診察室2		佐藤(三)	佐藤(三)
	診察室3		三橋	三橋
		午後	スキンケア外来	褥瘡回診

小児科			月	火
	診察室1	午前	前田(徹)	足達(武)
	診察室2		足達(信)	鬼頭
	診察室3			
		午後	・慢性疾患	・神経 ・腎臓(第4週) ・一ヶ月健診※
	※ 一ヶ月健診の実施場所は産婦人科外来です。			

小児アレルギー センター			月	火
	診察室1	午前 午後	尾池 小林(貴)	小林(貴) 小林(貴)
	診察室2	午前 午後	望月 	田野 鬼頭
		午前		
		午後		外来食物経口 負荷試験※ アレルギー教室
	※ 入院中の食物経口負荷試験は病棟にて行います。			

メンタルヘルス科			月	火
	診察室1	午前	関谷	関谷

泌尿器科			月	火
	診察室1	午前		高井
	診察室2		福原	上川
		午後	検査/手術	検査/手術
	※ 水曜日は外来の開始時間が9時30分からとなります。再			

産婦人科			月	火
	診察室1	午前	佐藤(麻)	池田(第1.2.4.5週) 交代制(第3週)
	診察室2		大脇	齋藤(舞)(再診)
	診察室3		板東(再診)	大川(明)(再診)
		午後	手術	手術 一ヶ月健診

○は主任部長

■は異動医師

部長(50名)	医長(37名)	医師(56名)
福原信之 奥村敬子 (高井峻)		上川裕輝 専攻医 ■山田創一朗
池田芳紀 佐藤麻美子	大脇太郎 ■板東真有子	齋藤舞 大川明日香 専攻医 村瀬帆乃佳 浅井良太郎
	恒川太一 小森汐里	
佐藤雄二		専攻医 ■嘉味田朝太 清水ひかる
緒方研吾		
深谷信行 富田均 (深谷信行)	小川靖貴	加藤彩乃 専攻医 榎本和輝 専攻医 ■鵜飼真千子
名原功 山崎諭 三宅健太郎 ■末永大介	鈴木帆高 野崎裕介 清水礼佳 池田曉彦 木下純貴 村山誠弥 浦野福恵 ■稲垣諒将	服部博貴 専攻医 伊藤拳 専攻医 ■山下瑞貴
堀部宏茂	大竹啓太	阿曾光佑
吉田めぐみ (近藤圭太)	立山尚(嘱託)	
近藤圭太 (近藤圭太)		
(名原功)		
會津恵司		
■高井峻 (池田芳紀)		
三村哲史 (玉井宏明)		
古田美保 近藤勝		
森田麻己 (高橋利通) (會津恵司) (池内寛和) (會津恵司) (松田淳一) (山下史匡)	(遠藤利洋)	
高田博樹		
	(小川靖貴)	専攻医 (■鵜飼真千子)
小林貴江 (小栗光俊) (藤川裕介)		
渡部啓子(嘱託) (■野木森健一) (小林真一郎) (池内寛和) (三宅健太郎) (早稲田祐也)		
伊藤正宏 菅原由恵 横井情人	小島渉生 武井嶺 長谷部貴大	木場遼太 津田康佑 齋藤(ほの香(歯科)) 西川千景(歯科)
■稲垣裕輝 塚原啓太 渡邊美晴	大谷大暉 内藤友哉 野村脩太(歯科)	奥村典史 服部かえで 高田伶奈(歯科)
		齋藤滉平 松原圭佑 田中亮輔 村松翼

令和7年度 新入職員辞令交付式



4月1日に新入職員の辞令交付式が行われました。

全員が緊張した面持ちでしたが、代表者に石黒直樹春日井市長から辞令が手渡された後、市長からの「皆さんの力と信頼の積み重ねで医療の街春日井を一緒に守りましょう」という歓迎と激励の言葉、成瀬友彦院長からの「人の命を守る仕事ですから患者さんのために医療に没頭してほしい。しかし、働き方も非常に重要で、自分の心と体の健康を守ることが大切です。慣れない仕事で疲れていたら絶対に無理はせず休んでほしい」という職員を守る言葉に、緊張は解けて安心した表情に変わっていきました。地域の皆様に温かく見守っていただけると幸いです。

令和7年度 1年目研修医のご紹介



4月1日に入職した研修医です。

当院の研修医教育では、多くの症例を経験してのプライマリ・ケアの基本的診療能力(態度・技能・知識)の獲得だけでなく、チームワークや人間力、課題解決力を学んでいきます。そして、特に重要である患者さんに寄り添う「怨」の気持ちを育てていきます。

地域の皆様のご指導・ご鞭撻をよろしくお願いいたします。

院長 副院長 医務局長 副医務局長 統括顧問		成瀬友彦 祖父江聡 渡邊真哉 林重正 渡邊有三		久保田雅仁 坂洋祐		小栗光俊		(175名) 高橋利通	
診療科等		部長(50名)		医長(37名)		医師(56名)			
内科 (9名) (血液内科)		鏡味良豊(顧問) (渡部啓子)(嘱託)				専攻医 安原美々 専攻医 伊藤伸 専攻医 大川悟史 専攻医 下平悠太 専攻医 竹中翔也 専攻医 中村優太 専攻医 松田基秀 専攻医 三島千佳子			
腎臓内科 (5名)		○ (坂洋祐) (三村哲史)				吉澤祐佳 近松大輝 伊藤駿 専攻医 大藪昂 専攻医 奥田結希			
糖尿病・内分泌内科 (5名)		○ 松田淳一 岡田由紀子 渡邊梨紗子		富貴原紗侖里		専攻医 小川るるな			
脳神経内科 (4名)		○ 山下史匡		遠藤利洋 數田知之 馬場健太					
呼吸器内科 (6名)		○ 岩木舞 野木森健一		小林大祐 笠原千夏		専攻医 大島千佳 武原陸			
消化器内科 (13名)		○ 平田慶和 林則之 池内寛和 水野裕介		山本友輝 小林由花 原田貴仁		山本涼 山原絵里花 祖父江雅也 水野智之 専攻医 加藤圭 専攻医 堀江純平			
循環器内科 (7名)		○ (小栗光俊) 藤川裕介 石黒智也		小山雄一郎 吉田聡哉 前田宗一郎		小島慧士 専攻医 仙石尚也			
メンタルヘルス科 (1名)		○ 関谷隆宏							
小児科 (7名)		○ 足達武憲 前田徹		尾池直子 鬼頭周大 望月聡 田野千尋 五藤明德					
外科 (12名)		○ (渡邊真哉) (古田美保) (會津恵司) 小林真一郎 佐藤文哉 林友樹		清水大輔 長谷川琢哉		川島賢人 伊藤博崇 専攻医 上村綾菜 専攻医 近松雅文 専攻医 田中智裕 専攻医 石田直哉 専攻医 永田萌々			
整形外科 (10名)		○ (久保田雅仁) (緒方研吾) 平出隆将 早稲田祐也		齋藤絵梨子 加藤治朗		和久佐季 下田将康 薊優太郎 専攻医 石黒暢一 専攻医 山田薫 専攻医 岩瀬正之			
形成外科 (-名)									
脳神経外科 (4名)		○ (林重正) 青木恒介 大島良介				専攻医 脇坂懂子 山内元			
呼吸器外科 (-名)									
心臓外科 (1名)		○ 石川寛							
血管外科 (1名)		○ 玉井宏明							
皮膚科 (4名)		○ 古橋卓也		佐藤三裕佳		浅井詩乃 三橋功明 専攻医			

診療科等	
泌尿器科 (4名)	○
産婦人科 (7名)	○
眼科 (3名)	
耳鼻咽喉科 (3名)	○
リハビリテーション科 (1名)	○
放射線診断科 (4名)	○
放射線治療科 (2名)	○
麻酔科 (15名)	○
歯科口腔外科 (3名)	○
病理診断科 (2名)	○
救急科 (-名)	○
救命救急センター (1名)	○
救急部 (-名)	○
集中治療部 (-名)	○
中央手術部 (1名)	○
ロボット手術センター (1名)	○
透析センター (1名)	○
血管内治療センター (-名)	○
化学療法センター (2名)	○
緩和ケアセンター (1名)	○
がん相談支援センター (-名)	○
糖尿病センター (-名)	○
脳卒中センター (-名)	○
内視鏡センター (1名)	○
高精度放射線治療センター (-名)	
小児アレルギーセンター (1名)	○
心臓病センター (-名)	○
臨床検査部 (1名)	渡
感染制御部 (-名)	○
2年目研修医 (12名)	
1年目研修医 (11名)	

It's Kasugai policy

私たち春日井市民病院は安心できる医療機関であり続けるために
患者さんや連携医療機関のニーズに沿った質の高い安全な医療サービスを
効率的・効果的に提供することが課せられたコミットメントであると考えています。
高齢化の進展にともない近隣で高度先端医療を受けていただけるように
提供する医療の整備を進めていきます。
今もこれから先もどのような時でもその体制を維持していく
それが私たちの一番大切なミッションです。



発行 春日井市民病院 広報委員会（経営戦略室内）
〒486-8510 春日井市鷹来町1丁目1番地1
TEL：0568-57-0057（代表）

お問合せ 医療連携室 TEL：0568-83-9924 FAX：0568-82-9345
ホームページ <https://www.hospital.kasugai.aichi.jp>

発行日 令和7年5月



(Tri-net かすがい)



(地域医療連携)