

社会医療法人愛生会 2015年 紀要



愛生会シンボルマーク「あいちゃん」

# 社会医療法人 愛生会

## 2015年 紀要

第9巻

総合上飯田第一病院  
上飯田リハビリテーション病院  
上飯田クリニック  
愛生訪問看護ステーション  
あいせいケアステーション  
あいせいデイサービスセンター  
愛生居宅介護支援事業所  
愛生会看護専門学校

〈理念〉

# 「信頼され愛される病院」

- ・私たちは、「安心・安全の医療と介護」で地域に貢献します
- ・私たちは、「地域の救急医療」に貢献します
- ・私たちは、「地域と共に、人と共に」の心を大切にします



## ごあいさつ

「社会医療法人愛生会 2015 年紀要」を発行いたしました。内容や構成を見直し、2014 年までのものより一層充実しましたのでご高覧いただきたいと思います。

団塊の世代が皆 75 歳を超える 2025 年に向けて医療・介護の適正化を図るとして、地域医療構想の策定と地域包括ケアシステムの構築が進められています。地域医療構想では（高度）急性期病床を減らし、回復期病床を増やして病床再編を行い、地域包括ケアシステムでは急性期から回復期、慢性期そして在宅という医療の流れを作って病院完結型医療から地域完結型医療への転換；在宅医療を推進しようとしています。これは「社会保障制度改革のプログラム法」に沿った種々の法律で強制され、診療報酬改定で誘導されており、どこの病院もその対応に苦慮しているものと思われます。

総合上飯田第一病院に入院した患者さんは 80 歳代、90 歳代の高齢の方が多く、当然若い患者さんのように早く退院できないので、第一病院では急性期一辺倒ではなく、2014 年に地域包括病棟を設けました。上飯田リハビリテーション病院、上飯田クリニックおよび介護福祉事業部の機能を充実させ、愛生会内での各事業所間の有機的な連携をより一層強化して、患者さんが療養しやすい体制作りを進めています。

在宅医療に重点が置かれると、訪問看護師などの増員が必要で、今でも足りない看護師は更に需要が増えます。そこで 2015 年、看護専門学校の設定員を 30 名から 40 名に増やすことを決め、2016 年の入学生は 40 名となりました。たかだか年間 10 名の増員ではありますが、3 年後には毎年 10 名増の看護師が生まれることで地域医療に貢献できるならば嬉しく思います。

巻頭に愛生会の理念を示していますが、職員が考えた 3 つのサブ理念にはいずれも「地域」という言葉が入っています。今後病床再編と医療提供体制の変更が行われても病院毎に必要なとされる役割は異なり、地域の病院にはそれぞれの役割があります。

日本の医療提供体制が変わろうとしている今こそ、愛生会は地域の人に「信頼され愛される病院」という基本理念、「地域の人が安心してかかれる病院」という初心を忘れることなく活動してまいります。

2016 年 4 月

理事長 加藤 知行

# 目次

- 1 理事長挨拶
- 4 法人の沿革
- 6 法人概要

## 総合上飯田第一病院

16	診療データ	
21	手術実績	
22	検査実績	
23	各科データ	
25	診療科概要	
	内科	25
	循環器内科	25
	消化器内科・内視鏡センター	26
	腎臓内科・腎センター	26
	神経内科	27
	糖尿病内科	27
	消化器・一般外科	28
	緩和ケアセンター	28
	甲状腺・内分泌センター	29
	乳腺外科 乳腺センター	29
	整形外科・人工関節・関節鏡センター	30
	皮膚科	30
	脳神経外科	31
	小児科・アレルギー科	31
	産婦人科	32
	耳鼻いんこう科	32
	眼科	33
	麻酔科	33
	老年精神科(物忘れ評価外来)	34
	地域包括ケア病棟	34
	健診センター	35
	看護部	35
	リハビリテーション科	36
	栄養科	36
	臨床検査部	37
	放射線科	37
	薬剤部	38
	臨床工学科	38
	総合支援センター	39
40	連携先医療機関一覧表	

## 上飯田リハビリテーション病院

- 48 各科データ
- 49 概要
  - 看護部 ————— 49
  - 通所リハビリテーション ————— 50

## 上飯田クリニック

- 52 概要
  - 看護部 ————— 52

## 介護福祉事業部

- 54 愛生訪問看護ステーション
- 54 あいせいケアステーション
- 55 あいせいデイサービスセンター
- 55 愛生居宅介護支援事業所

## 愛生会看護専門学校

- 58 概要

## 各種活動

- 60 各科研究活動
- 69 地域貢献活動
- 71 法人内研究活動
- 76 委員会活動

## 論文・抄録

- 88 研究発表等

# 法人の沿革

昭和22年		上飯田第一医院開設	
昭和26年	4月	名古屋市北区上飯田通に医療法人愛生会 上飯田第一病院開設(20床)	
昭和30年	9月	名古屋市昭和区天日町に八事好徳病院開設(75床)	
昭和34年	5月	上飯田第一病院看護婦寮(鉄筋4階)完成	
昭和37年	3月	上飯田第一病院本館(鉄筋3階)完成(106床)	
昭和40年	6月	八事好徳病院を閉鎖し名古屋市北区楠町味鋤如意五反田に楠第一病院として新築移転開設(125床)	昭和22年頃(法人設立前の診療所) 昭和26年頃
昭和43年	3月	名古屋市北区上飯田北町に上飯田第一病院新病棟開設(211床)	
	8月	楠第一病院5、6階増築完成(245床)	昭和37年頃
昭和48年	11月	上飯田第一病院(鉄筋7階)新築移転(205床)	
昭和49年	3月	旧上飯田第一病院を改築し人工透析部(20床)を設置	
昭和50年	8月	楠第一病院を医療法人楠会として分離	
昭和53年	3月	上飯田第一病院職員单身寮若草苑新築(鉄筋4階)	昭和48年頃
昭和57年	3月	名古屋市北区上飯田北町に若草苑を改築し上飯田第二病院を開設(50床)	
昭和60年	10月	上飯田第二病院増築完成(71床)	
昭和62年	4月	人工透析部を上飯田第一病院附属上飯田クリニックとして分離し開設(19床)	
	4月	上飯田第一病院増床(225床)	
	4月	名古屋市北区五反田町に愛生会看護専門学校を開校	
	7月	上飯田第二病院増床(100床)	
平成2年	4月	名古屋市北区五反田町に社会福祉法人愛生福祉会特別養護老人ホーム愛生苑開設(定員100名)	
	5月	上飯田第一病院増改築完成	
	6月	名古屋市北区上飯田北町に上飯田クリニック新築移転	
平成3年	6月	上飯田第一病院を総合上飯田第一病院に名称変更	
平成7年	6月	上飯田第二病院を療養型病床群として増改築(90床)	
平成8年	4月	名古屋市北区上飯田通に愛生訪問看護ステーション開設	
	11月	上飯田第二病院を全病床長期療養型病床群へ移行	
平成9年	7月	上飯田第二病院4Fにリハビリ室増設	
平成11年	12月	上飯田第二病院 財団法人日本医療機能評価機構 認定取得	
平成13年	4月	介護保険施行に伴い上飯田第二病院全床医療型療養病床とする	
	4月	上飯田第二病院にて回復期リハビリテーション病棟新設(療養45床、回復期リハビリテーション45床)	
	12月	総合上飯田第一病院新病棟(南館入院棟)完成(225床)	平成13年



昭和22年頃(法人設立前の診療所)



昭和26年頃



昭和37年頃



昭和48年頃



平成13年

平成14年	6月	上飯田第二病院を回復期リハビリテーション病棟へ移行 (全床回復期リハビリテーション90床)	
	12月	総合上飯田第一病院北館(外来棟)改修工事完了	
平成16年	11月	名古屋市北区上飯田通に あいせいデイサービスセンター開設	
平成17年	4月	愛生居宅介護支援事業所を総合上飯田第一病院内から 上飯田通沿いのCKビルに移転再開	
	6月	総合上飯田第一病院から医療法人愛生会総合上飯田第一病院に名称変更 上飯田第二病院から医療法人愛生会上飯田リハビリテーション病院に名称変更 上飯田クリニックから医療法人愛生会上飯田クリニックに名称変更	
	6月	医療法人愛生会上飯田リハビリテーション病院 財団法人日本医療機能評価機構 認定更新	
平成18年	2月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院 財団法人日本医療機能評価機構 認定取得	
	4月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院が臨床研修病院の指定を受ける	
	4月	名古屋市北区東部地域包括支援センター開設(名古屋市委託事業)	
平成20年	9月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院北館(外来棟)に健診センター開設	
平成21年	12月	医療法人愛生会上飯田リハビリテーション病院 財団法人日本医療機能評価機構 認定更新	
平成22年	1月	医療法人愛生会上飯田リハビリテーション病院増築工事完了	
	1月	院内託児所を現在の場所に移転	
平成23年	1月	名古屋市北区東部地域包括支援センターから 名古屋市北区東部いきいき支援センターに名称変更	平成22年
	2月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院 財団法人日本医療機能評価機構 認定更新	
	5月	愛生会シンボルマーク「あいちゃん」商標登録完了	
平成24年	6月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院南館(入院棟)増築工事完了	
	7月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院南館(入院棟)に腎センター開設	
	9月	医療法人愛生会上飯田リハビリテーション病院 増床(98床) 医療法人愛生会上飯田クリニック 病床数変更(11床)	
平成25年	1月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院南館(入院棟)増床(230床) 医療法人愛生会上飯田クリニック 病床数変更(6床)	平成24年
	3月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院北館(外来棟)に内視鏡センター開設 医療法人愛生会総合上飯田第一病院北館(外来棟)に乳腺センター開設	
	6月	名古屋市北区東部いきいき支援センター閉鎖	
	7月	名古屋市北区辻本通にあいせいデイサービスセンター新築移転	
平成26年	4月	社会医療法人に移行	
	10月	社会医療法人愛生会総合上飯田第一病院南館(入院棟)に地域包括ケア病棟開設 (一般192床、地域包括ケア38床)	
	10月	名古屋市北区上飯田通にあいせいケアステーション開設	

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

# 法人概要

(平成27年10月1日現在)

## 開設者

### 社会医療法人 愛生会

- 理事長 加藤 知行
- 郵便番号 462-0808
- 所在地 名古屋市北区上飯田通2丁目37番地
- 電話番号 052-914-7071
- ホームページアドレス <http://www.aiseikai-hc.or.jp>

## 急性期医療（一般病棟、地域包括ケア病棟）

### 社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院

- 院長 片岡 祐司
- 郵便番号 462-0802
- 所在地 名古屋市北区上飯田北町2-70
- 電話番号 052-991-3111
- ホームページアドレス <http://www.kamiida-hp.jp>
- 職員数 763名  
(常勤医師53名、看護師260名、薬剤師18名、  
診療放射線技師14名、臨床検査技師14名、  
臨床工学技士10名、理学療法士18名、  
作業療法士11名、言語聴覚士4名)
- 届出病床数 急性期病棟： 192床  
地域包括ケア病棟： 38床
- DPC 医療機関群の種類 III群
- 救急告示病院の告示の有無 有り
- 二次救急医療施設の認定の有無 有り
- 標榜科目 内科、神経内科、アレルギー科、呼吸器内科、循環器内科、  
消化器内科、糖尿病内科、腎臓内科、小児科、外科、  
脳神経外科、整形外科、リハビリテーション科、消化器外科、  
乳腺外科、ペインクリニック外科、眼科、耳鼻いんこう科、  
皮膚科、泌尿器科、産婦人科、老年精神科
- 特殊診療 健診センター  
甲状腺・内分泌センター  
乳腺センター  
内視鏡センター  
人工関節・関節鏡センター  
腎センター  
緩和ケアセンター  
網膜硝子体外来  
網膜色素変性症外来  
小児育児発達外来  
ワクチン外来  
ペインクリニック外来  
アレルギー外来  
音声外来  
めまい外来  
めまいリハビリ外来  
緩和ケア相談外来  
禁煙外来  
乳房形成外来  
スポーツ外来  
4D エコー外来  
女性外来  
耳鳴・難聴外来  
物忘れ評価外来

## ●保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類

保険医療機関  
 労災保険指定医療機関  
 指定自立支援医療機関（精神通院医療）  
 生活保護法指定医療機関  
 原子爆弾被害者一般疾病医療取扱医療機関  
 公害医療機関  
 母体保護法指定医の配置されている医療機関  
 臨床研修病院  
 特定疾患治療研究事業委託医療機関  
 DPC 対象病院  
 愛知県難病指定医療機関  
 日本医療機能評価機構認定病院（Ver.6）

## ●医師の専門性に関する資格の種類

整形外科専門医	3
麻酔科専門医	4
眼科専門医	2
産婦人科専門医	1
耳鼻咽喉科専門医	1
泌尿器科専門医	1
外科専門医	8
糖尿病専門医	1
救急科専門医	1
循環器専門医	2
消化器病専門医	3
腎臓専門医	1
小児科専門医	1
消化器外科専門医	3
脳神経外科専門医	2
消化器内視鏡専門医	2
神経内科専門医	1
リウマチ専門医	1
乳腺専門医	2
アレルギー専門医	1
一般病院連携精神医学専門医	1
精神科専門医	1

## ●施設基準

## 基本診療料の施設基準

- \* 一般病棟入院基本料（7対1入院基本料）
- \* 総合入院体制加算2
- \* 臨床研修病院入院診療加算（基幹型）
- \* 救急医療管理加算
- \* 超急性期脳卒中加算
- \* 診療録管理体制加算1
- \* 医師事務補助体制加算2（20対1補助体制加算）
- \* 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）
- \* 看護職員夜間配置加算
- \* 療養環境加算
- \* 重症者等療養環境特別加算（個室）
- \* 栄養サポートチーム加算
- \* 医療安全対策加算1
- \* 感染防止対策加算1
- \* 患者サポート体制充実加算
- \* ハイリスク妊娠管理加算
- \* 退院調整加算（一般病棟入院基本料等）
- \* 救急搬送患者地域連携受入加算
- \* 総合評価加算
- \* 病棟薬剤業務実施加算
- \* データ提出加算2（200床以上）
- \* 地域包括ケア病棟入院料1

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

特掲診療料の施設基準

- \* 高度難聴指導管理料
  - \* 糖尿病合併症管理料
  - \* がん性疼痛緩和指導管理料
  - \* 糖尿病透析予防指導管理料
  - \* 小児科外来診療料
  - \* 院内トリアージ実施料
  - \* 夜間休日救急搬送医学管理料
  - \* 外来リハビリテーション診療料
  - \* ニコチン依存症管理料
  - \* 地域連携診療計画管理料 (脳卒中・大腿骨頸部骨折)
  - \* がん治療連携指導料
  - \* 肝炎インターフェロン治療計画料
  - \* 薬剤管理指導料
  - \* 医療機器安全管理料1
  - \* 造血器腫瘍遺伝子検査
  - \* HPV 核酸検出, HPV 核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定)
  - \* 検体検査管理加算 (1)(4)
  - \* 時間内歩行試験
  - \* ヘッドアップティルト試験
  - \* コンタクトレンズ検査料1
  - \* 小児食物アレルギー負荷検査
  - \* センチネルリンパ節生検 (乳がんに係るものに限る)
  - \* CT 撮影及び MRI 撮影
  - \* 大腸 CT 撮影加算
  - \* 抗悪性腫瘍剤処方管理加算
  - \* 外来化学療法加算2
  - \* 無菌製剤処理科
  - \* 脳血管疾患等リハビリテーション料 ( I )
  - \* 運動器リハビリテーション料 ( I )
  - \* 呼吸器リハビリテーション料 ( I )
  - \* がん患者リハビリテーション料
  - \* 処置の休日加算1, 時間外加算1, 深夜加算1
  - \* エタノール局所注入 (甲状腺に対するもの)
  - \* エタノール局所注入 (副甲状腺に対するもの)
  - \* 透析液水質確保加算1
  - \* 組織拡張器による再建手術 (乳房再建手術)
  - \* 脳刺激装置植込術 (頭蓋内電極植込術を含む) 及び  
脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び  
脊髄刺激装置交換術
  - \* 緑内障手術 (緑内障治療用インプラント挿入術)(プレートのあるもの)
  - \* 網膜再建術
  - \* 乳がんセンチネルリンパ節加算2
  - \* ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術
  - \* 大動脈バルーンポンピング法 (IABP 法)
  - \* 医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6に掲げる手術
  - \* 手術の休日加算1, 時間外加算1, 深夜加算1
  - \* 胃瘻造設術 (経皮的内視鏡下胃瘻造設術, 腹腔鏡下胃瘻造設術を含む)
  - \* 輸血管管理料2
  - \* 輸血適正使用加算
  - \* 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
  - \* 胃瘻造設時嚥下機能評価加算
  - \* 麻酔管理料1
  - \* 入院時食事療養費 (1)
  - \* DPC 対象病院
- |           |        |
|-----------|--------|
| 基礎係数      | 1.0276 |
| 暫定調整係数    | 0.0722 |
| 機能評価係数 I  | 0.2436 |
| 機能評価係数 II | 0.0435 |

## ●主な設備

3テスラ MR 装置  
 1. 5テスラ MR 装置  
 128チャンネルマルチスライス CT  
 16チャンネルマルチスライス CT  
 骨密度測定装置  
 血管連続撮影装置  
 X線 TV 装置  
 乳房 X線撮影装置 (デジタルマンモグラフィ)  
 乳癌診断装置 (マンモトーム)  
 乳腺バイオプシー装置  
 遺伝子増幅検出装置  
 画像伝送システム  
 手術室透視装置  
 ポータブル X線撮影装置2台  
 外科用 X線撮影装置 (C アーム) 2台  
 デジタルレントゲン撮影装置  
 生化学自動分析装置  
 血液ガス分析装置  
 超音波診断装置  
 超音波診断装置 (4D)  
 人工呼吸管理装置  
 簡易型睡眠時無呼吸検査装置  
 全病室医療配管設備  
 LDR ルーム  
 腹腔鏡下手術装置  
 超音波破碎吸引装置  
 カプセル内視鏡システム大腸  
 カプセル内視鏡システム小腸  
 免疫自動分析装置  
 経鼻 (細径) 内視鏡  
 超音波内視鏡  
 内視鏡用炭酸ガス送気装置  
 レーザー光凝固装置  
 硝子体手術装置  
 白内障手術装置  
 光干渉断層計  
 走査型レーザー検眼鏡  
 光力学装置  
 多用途透析監視装置  
 肺機能検査機器  
 脳波計  
 筋電図・誘発電位検査装置  
 心電計  
 生体情報モニタ  
 血管機能検査装置  
 ホルター心電図  
 トレッドミル  
 反重力トレッドミル (アルター・ジー)  
 CPM  
 定置型保育器  
 開放式保育器  
 吸引式分娩装置  
 分娩監視装置  
 分娩監視システム  
 関節鏡システム  
 手術用顕微鏡 (眼科・脳外)  
 全身麻酔装置  
 電気メス  
 キューサー  
 輸液ポンプ  
 輸血ポンプ  
 シリンジポンプ  
 低圧持続吸引機

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション  
クリニック

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

## 回復期医療（回復期リハビリテーション病棟）

### 社会医療法人愛生会 上飯田リハビリテーション病院

- 院長 金森 雅彦
- 郵便番号 462-0802
- 所在地 名古屋市北区上飯田北町3-57
- 電話番号 052-916-3681
- ホームページアドレス <http://kami2-hp.jp>
- 電子メールアドレス kami2@kamiiida-hp.jp
- 職員数 193名  
(常勤医師6名、看護師58名、介護士33名、薬剤師2名、診療放射線技師1名、臨床検査技師1名、理学療法士29名、作業療法士24名、言語聴覚士9名)
- 届出病床数 98床
- 標榜科目 リハビリテーション科、内科、神経内科
- 施設基準  
回復期リハビリテーション病棟入院料1  
脳血管疾患等リハビリテーション料（I）  
運動器リハビリテーション料（I）  
感染防止対策加算2  
患者サポート体制充実加算  
入院時食事療養（I）  
地域連携診療計画退院時指導料（I）  
在宅時医学総合管理料  
経口摂取回復促進加算
- 保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類  
保険医療機関  
労災保険指定医療機関  
指定自立支援医療機関（精神通院医療）  
生活保護法指定医療機関  
結核指定医療機関  
原子爆弾被害者一般疾病医療取扱医療機関  
愛知県難病指定医療機関  
日本医療機能評価機構認定病院（3rdG：Ver.1.0）
- 医師の専門性に関する資格の種類  
リハビリテーション科専門医 2  
脳神経外科専門医 1  
整形外科専門医 1
- 介護保険サービス  
通所リハビリテーション  
介護予防通所リハビリテーション
- 介護保険体制、加算他  
入浴介助体制  
送迎体制  
運動器機能向上体制  
栄養マネジメント（改善）体制  
口腔機能向上体制  
事業所評価加算  
サービス提供体制強化加算  
短期集中個別リハビリテーション実施加算  
リハビリテーションマネジメント加算  
中重度ケア体制加算  
生活行為向上リハビリテーション実施加算  
選択的サービス複数実施加算  
介護職員処遇改善加算  
生活保護指定

## 慢性期医療（人工血液透析）

### 社会医療法人愛生会 上飯田クリニック

- 院長 加藤 優
- 郵便番号 462-0802
- 所在地 名古屋市北区上飯田北町1-76
- 電話番号 052-914-3387
- ホームページアドレス <http://www.aiseikai-hc.or.jp/clinic/>
- 職員数 27名
- 届出病床数 6床
- 標榜科目 内科、外科、泌尿器科
- 施設基準 夜間・早朝等加算  
時間外対応管理加算1  
明細書発行体制等加算  
有床診療所入院基本料  
透析液水質確保加算2  
酸素単価
- 保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類
  - 保険医療機関  
高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第7条第1項に規定する医療保険各法及び同法に基づく療養等の給付の対象とならない医療並びに公費負担医療を行わない医療機関
  - 指定自立支援医療機関（更生医療）
  - 生活保護法指定医療機関
  - 愛知県難病指定医療機関
- 医師の専門性に関する資格の種類
  - 腎臓専門医 1

## 介護福祉事業部

### 愛生訪問看護ステーション

- 管理者 山田 真行
- 郵便番号 462-0808
- 所在地 名古屋市北区上飯田通2丁目37番地 CKビル1階
- 電話番号 052-991-3210
- ホームページアドレス <http://aiseikai-hc.or.jp/vn-st/>
- 職員数 14名
- 介護サービスの種類 訪問看護  
介護予防訪問看護  
定期巡回・随時対応サービス連携
- 介護保険事業所番号 2360390013
- 体制、加算他 緊急時訪問看護加算  
特別管理体制  
ターミナルケア体制（看取り介護体制）  
サービス提供体制強化加算  
生活保護指定

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

## ▶ あいせいケアステーション

●管理者	船場 良介
●郵便番号	462-0808
●所在地	名古屋市北区上飯田通2丁目37番地 CKビル1階
●電話番号	052-991-3210
●ホームページアドレス	<a href="http://www.aiseikai-hc.or.jp/vc-st/">http://www.aiseikai-hc.or.jp/vc-st/</a>
●職員数	8名
●介護サービスの種類	訪問介護（身体介護） 訪問介護（生活援助） 介護予防訪問介護 居宅介護
●介護保険事業所番号	2370303469
●障害福祉事業所番号	2317301006
●体制、加算他	特定事業所加算Ⅱ（訪問介護） 特定事業所加算Ⅱ（居宅介護） 介護職員処遇改善加算Ⅰ 生活保護指定

## ▶ あいせいデイサービス

●管理者	中野 正佐仁
●郵便番号	462-0861
●所在地	名古屋市北区辻本通2丁目38番地
●電話番号	052-991-3548
●ホームページアドレス	<a href="http://www.aiseikai-hc.or.jp/dcs/">http://www.aiseikai-hc.or.jp/dcs/</a>
●職員数	12名
●介護サービスの種類	通所介護（通常規模型事業所） 介護予防通所介護
●介護保険事業所番号	2370301364
●体制、加算他	機能訓練指導体制 入浴介助体制 送迎体制 個別機能訓練体制加算Ⅰ・Ⅱ サービス提供体制強化加算Ⅱ 運動機能向上加算（要支援） 事業所評価加算（要支援） 入浴介助加算 中重度ケア体制 介護職員処遇改善加算Ⅰ 生活保護指定

## ▶ 愛生居宅介護支援事業所

●管理者	中嶋 拓
●郵便番号	462-0808
●所在地	名古屋市北区上飯田通2丁目37番地 CKビル1階
●電話番号	052-991-3546
●ホームページアドレス	<a href="http://www.aiseikai-hc.or.jp/caremanager/">http://www.aiseikai-hc.or.jp/caremanager/</a>
●職員数	8名
●介護サービスの種類	居宅介護支援
●介護保険事業所番号	2370300184
●体制、加算他	特定事業所加算Ⅰ（居宅介護支援） 生活保護指定

## 看護学校

### ▶ 愛生会看護専門学校

- |              |   |
|--------------|---|
| ● 学校長        | 小澤 正敏   |
| ● 郵便番号       | 462-0808  |
| ● 所在地        | 名古屋市北区五反田町110番地の1   |
| ● 電話番号       | 052-901-5101  |
| ● ホームページアドレス | <a href="http://www.aiseikai-hc.or.jp/ai-kango/">http://www.aiseikai-hc.or.jp/ai-kango/</a> |
| ● 職員数        | 60名   |

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション  
シヨン病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録



社会医療法人愛生会

# 総合上飯田第一病院



## 診療データ

## 診療実績 2013年1月～2015年12月データ

## ▶ 外来患者数・入院患者数及び平均在院日数

項目	2013年	2014年	2015年
延べ外来患者延数	158,370	154,989	156,516
一日平均外来患者数	539.3	525.3	534.7
平均在院日数	11.57	12.13	14.61
延べ入院患者延数	75,374	75,460	79,701
一日平均入院患者数	206.6	206.7	218.4

## ▶ 紹介患者数・逆紹介患者数

項目	2013年	2014年	2015年
紹介患者数	7,196	7,701	6,175
逆紹介患者数	8,116	7,139	8,281

## ▶ 救急車

項目	2013年	2014年	2015年
時間内救急車搬送患者数	1,028	1,004	862
時間外救急車搬送患者数	2,096	1,851	1,856
総件数	3,124	2,855	2,718

## ▶ 手術件数

診療科	2013年	2014年	2015年
全身麻酔手術件数	1,630	1,647	1,559
総件数	3,196	3,385	3,310

## ▶ 分娩数

診療科	2013年	2014年	2015年
正常分娩	159	145	90
帝王切開	39	37	41
総件数	198	182	131

病歴管理室 2015年1月～2015年12月データ

診療科別・ICD 大分類別・死亡患者数

ICD 大分類		総数	内科	外科	耳鼻科	婦人科	小児科	眼科	整形	神内	泌尿器	皮膚科	脳外	麻酔科	乳腺	甲状腺
総数	計	194	102	55	1	-	-	-	9	7	-	-	19	-	-	1
	男女	94	46	26	1	-	-	-	3	6	-	-	12	-	-	-
I (A00-B99) 感染症および寄生虫症	計	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II (C00-D48) 新生物	計	65	12	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	34	9	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III (D50-D89) 血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	計	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IV (E00-E90) 内分泌・栄養および代謝疾患	計	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V (F00-F99) 精神および行動の障害	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI (G00-G99) 神経系の疾患	計	6	2	-	-	-	-	-	-	3	-	-	1	-	-	-
	男女	4	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	1	-	-	-
VII (H00-H59) 眼および付属器の疾患	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII (H60-H95) 耳および乳様突起の疾患	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IX (I00-I99) 循環器系の疾患	計	33	15	1	-	-	-	-	-	3	-	-	14	-	-	-
	男女	17	6	-	-	-	-	-	-	2	-	-	9	-	-	-
X (J00-J99) 呼吸器系の疾患	計	53	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	24	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XI (K00-K93) 消化器系の疾患	計	6	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XII (L00-L99) 皮膚および皮下組織の疾患	計	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	男女	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
XIII (M00-M99) 筋骨格系および結合組織の疾患	計	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	男女	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
XIV (N00-N99) 腎尿路生殖器系の疾患	計	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XV (O00-O99) 妊娠・分娩および産じょく<褥>	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVI (P00-P96) 周産期に発生した病態	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII (Q00-Q99) 先天奇形・変形および染色体異常	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVIII (R00-R99) 症状・徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XIX (S00-T98) 損傷・中毒およびその他の外因の影響	計	13	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	4	-	-	-
	男女	5	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	2	-	-	-
XX (V01-Y98) 傷病および死亡の外因	計	8	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	2	-	-	-
	男女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI (Z00-Z99) 健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXII (U04-U89) 特殊目的用コード	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

▶ 疾病別・年齢階層別・患者数 (大分類)

コード	国際分類大項目分類	総数	0才～4	5才～9	10才～14	15才～19	20才～29	30才～39	40才～49	50才～59	60才～69	70才～79	80才～84	85才～89	90才～94	95才～99	100才～104	105才～	平均年齢	
	総数	計	5,326	92	19	39	61	203	283	361	490	962	1,303	707	500	235	63	6	-	65.5
		男	2,244	50	14	24	34	73	93	167	259	445	581	257	175	59	13	-	-	63.7
		女	3,082	42	5	15	27	130	190	194	231	517	722	450	325	176	50	6	-	66.9
I	感染症及び寄生虫症	計	87	5	1	2	5	10	10	7	2	13	9	8	3	2	-	-	-	52.0
		男	31	3	1	-	2	6	4	7	2	-	5	-	1	-	-	-	-	38.6
		女	56	2	-	2	3	4	6	3	5	2	8	9	8	2	2	-	-	59.4
II	新生物(悪性新生物)	計	827	-	-	5	8	17	42	118	120	246	184	51	22	11	3	-	-	61.6
		男	267	-	-	3	4	2	3	25	31	84	81	19	9	4	2	-	-	65.7
		女	560	-	-	2	4	15	39	93	89	162	103	32	13	7	1	-	-	59.6
III	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	計	23	-	-	-	-	1	1	-	1	1	7	2	8	1	1	-	-	75.3
		男	6	-	-	-	-	1	-	-	-	-	3	1	1	-	-	-	-	69.3
		女	17	-	-	-	-	-	1	1	1	1	4	1	7	1	1	-	-	77.4
IV	内分泌、栄養及び代謝疾患	計	183	-	-	3	2	20	27	17	10	22	30	18	15	14	3	1	-	60.3
		男	58	-	-	-	1	5	8	7	3	9	10	6	5	4	-	-	-	60.8
		女	125	-	-	3	1	15	19	10	7	13	20	12	10	10	3	1	-	60.0
V	精神及び行動の障害	計	5	-	-	-	-	-	-	-	1	3	1	-	-	-	-	-	-	62.6
		男	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	64.5
		女	3	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	61.3
VI	神経系の疾患	計	70	-	-	1	1	2	4	3	3	10	23	14	4	4	1	-	-	68.6
		男	33	-	-	1	1	-	2	-	3	4	15	6	-	1	-	-	-	66.4
		女	37	-	-	-	-	2	2	3	-	6	8	8	4	3	1	-	-	70.6
VII	眼及び付属器の疾患	計	1,339	-	-	1	7	11	20	56	141	337	478	187	89	12	-	-	-	69.5
		男	672	-	-	1	6	7	17	36	97	169	219	84	35	1	-	-	-	67.2
		女	667	-	-	-	1	4	3	20	44	168	259	103	54	11	-	-	-	71.8
VIII	耳及び乳様突起の疾患	計	108	2	1	1	1	2	10	8	13	23	26	16	5	-	-	-	-	61.9
		男	30	2	1	1	-	-	2	5	5	5	6	2	1	-	-	-	-	53.9
		女	78	-	-	-	1	2	8	3	8	18	20	14	4	-	-	-	-	64.9
IX	循環器系の疾患	計	328	-	-	-	-	-	1	12	29	59	84	61	50	25	6	1	-	75.2
		男	173	-	-	-	-	-	1	5	22	34	49	27	24	9	2	-	-	73.2
		女	155	-	-	-	-	-	7	7	7	25	35	34	26	16	4	1	-	77.5
X	呼吸器系の疾患	計	420	34	9	2	1	10	12	6	13	16	73	55	93	61	30	4	-	71.4
		男	208	20	4	2	-	7	8	6	7	12	45	27	42	22	6	-	-	66.5
		女	212	14	5	-	1	3	4	-	6	4	28	28	51	39	24	4	-	76.1
XI	消化器系の疾患	計	432	1	-	3	5	12	15	40	47	76	113	59	40	17	4	-	-	66.9
		男	233	-	-	2	4	5	8	25	29	45	63	27	18	6	1	-	-	65.5
		女	199	1	-	1	1	7	7	15	18	31	50	32	22	11	3	-	-	68.5
XII	皮膚及び皮下組織の疾患	計	42	-	-	-	1	-	2	3	5	3	9	10	5	4	-	-	-	71.0
		男	17	-	-	-	1	-	1	2	5	2	2	2	1	1	-	-	-	59.9
		女	25	-	-	-	-	-	1	1	-	1	7	8	4	3	-	-	-	78.6
XIII	筋骨格系及び結合組織の疾患	計	201	-	-	4	11	9	16	19	24	26	40	31	13	7	1	-	-	60.9
		男	93	-	-	1	7	9	14	9	19	8	12	7	7	-	-	-	-	52.4
		女	108	-	-	3	4	-	2	10	5	18	28	24	6	7	1	-	-	68.1
XIV	腎尿路生殖器系の疾患	計	151	1	-	-	-	7	6	14	9	30	29	27	16	10	2	-	-	68.3
		男	67	-	-	-	-	4	1	6	4	18	15	12	5	1	1	-	-	67.3
		女	84	1	-	-	-	3	5	8	5	12	14	15	11	9	1	-	-	69.0
XV	妊娠、分娩及び産じょく	計	162	-	-	-	1	65	83	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31.0
		男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		女	162	-	-	-	1	65	83	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31.0
XVI	周産期に発生した病態	計	46	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		男	23	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		女	23	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII	先天奇形、変形及び染色体異常	計	7	1	-	-	-	2	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	48.3
		男	6	1	-	-	-	1	-	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	51.5
		女	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29.0
XVIII	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	計	14	-	-	2	-	-	1	-	2	2	2	3	-	-	-	-	-	61.3
		男	8	-	-	2	-	-	-	-	1	2	2	-	1	-	-	-	-	54.3
		女	6	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	2	-	-	-	-	-	70.7
XIX	損傷、中毒及びその他の外因の影響	計	878	2	8	15	18	35	33	41	65	105	189	164	127	66	10	-	-	68.9
		男	315	1	8	11	8	26	24	33	31	50	52	36	25	9	1	-	-	57.6
		女	563	1	-	4	10	9	9	8	34	55	137	128	102	57	9	-	-	75.2
XXI	健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	計	3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	76.7
		男	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	72.5
		女	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	85.0
XXII	特殊目的用コード	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

▶ 疾病頻度順 (ICD 中分類) ・患者数

順位	コード	病名	件数	平均在院 日数	在院日数 中央値	最高在院 日数	最低在院 日数	入院時 平均年齢	延在院 日数	延入院時 年齢
1	H25	老人性白内障	696	1.8	2	10	1	74.3	1,253	51,698
2	H35	その他の網膜障害	271	5.8	5	16	1	68.0	1,579	18,416
3	C73	甲状腺の悪性新生物	223	6.5	6	37	5	52.7	1,445	11,751
4	S72	大腿骨骨折	206	32.9	28	89	1	80.4	6,769	16,572
5	J69	固形物及び液状物による肺臓炎	202	31.3	22	188	2	85.3	6,328	17,223
6	I63	脳梗塞	140	20.9	14	175	1	74.8	2,929	10,470
7	H33	網膜剥離及び裂孔	135	8.8	9	20	2	58.2	1,194	7,851
8	C50	乳房の悪性新生物	116	9.7	9	63	3	59.6	1,127	6,917
9	S82	下腿の骨折、足首を含む	100	23.7	16	86	2	61.8	2,371	6,176
10	H81	前庭機能障害	93	4.7	4	24	1	65.3	441	6,074
11	J18	肺炎、病原体不詳	87	22.0	14	160	2	78.5	1,913	6,828
	O80	単胎自然分娩	87	7.0	7	10	1	30.5	608	2,650
12	S32	腰椎及び骨盤の骨折	86	31.7	29	114	2	80.8	2,727	6,946
13	H43	硝子体の障害	80	4.9	4	23	1	68.3	389	5,460
14	K80	胆石症	76	12.2	7	78	2	66.3	929	5,040
15	T02	多部位の骨折	75	34.6	34	106	1	82.1	2,595	6,156
16	E05	甲状腺中毒症〔甲状腺機能亢進症〕	74	6.4	6	16	4	37.3	471	2,761
17	C78	呼吸器及び消化器の続発性悪性新生物	73	14.7	8	120	1	74.2	1,070	5,416
	S52	前腕の骨折	73	5.3	4	40	2	58.5	389	4,274
18	H36	他に分類される疾患における網膜の障害	63	6.7	6	20	2	56.9	424	3,584
19	S42	肩及び上腕の骨折	59	15.4	5	84	2	58.3	906	3,440
20	C18	結腸の悪性新生物	55	23.7	18	119	2	71.6	1,306	3,938
	C20	直腸の悪性新生物	55	20.7	13	124	2	70.2	1,137	3,863
21	I50	心不全	53	24.3	16	104	2	80.7	1,290	4,277
22	D48	その他及び部位不明の性状不詳又は不明の新生物	51	4.4	3	11	1	50.3	226	2,567
	H40	緑内障	51	6.6	7	13	1	65.7	335	3,350
	N18	慢性腎不全	51	19.3	11	156	2	70.3	982	3,586
	S06	頭蓋内損傷	51	17.2	9	116	1	71.3	877	3,635
23	S83	膝の関節及び靭帯の脱臼、捻挫及びストレイン	48	13.0	6	55	2	29.8	626	1,430
24	I61	脳内出血	45	28.7	22	89	2	73.9	1,291	3,326
25	K57	腸の憩室性疾患	44	12.8	9	77	3	69.2	561	3,046
26	A09	感染症と推定される下痢及び胃腸炎	43	7.1	4	65	1	50.5	307	2,171
27	K40	そけいく巣径ヘルニア	41	4.1	4	14	2	63.4	167	2,598
28	C16	胃の悪性新生物	37	27.8	18	129	4	72.5	1,027	2,684
	K25	胃潰瘍	37	16.7	13	69	2	75.1	617	2,780
29	E11	インスリン非依存性糖尿病 <NIDDM>	36	11.4	11	53	1	68.2	411	2,456
30	K56	麻痺性イレウス及び腸閉塞、ヘルニアを伴わないもの	33	16.2	9	101	2	71.5	534	2,360
31	K35	急性虫垂炎	32	6.8	5	23	3	42.8	218	1,369
	M51	その他の椎間板障害	32	12.1	10	46	1	43.6	387	1,396
32	N10	急性尿細管間質性腎炎	30	20.9	14	143	2	72.1	627	2,162
33	M17	膝関節症〔膝の関節症〕	29	22.9	22	61	2	74.0	665	2,145
34	E86	体液量減少(症)	28	16.0	7	119	2	84.4	447	2,363
35	D34	甲状腺の良性新生物	27	5.6	5	7	4	52.3	150	1,412
36	I62	その他の非外傷性頭蓋内出血	26	12.2	9	44	3	78.0	316	2,027
37	C25	膵の悪性新生物	25	22.1	11	113	2	72.3	552	1,808
	K83	胆道のその他の疾患	25	18.3	12	65	3	77.9	458	1,948
	N39	尿路系のその他の障害	25	28.6	14	127	2	80.3	714	2,007
	S22	肋骨、胸骨及び胸椎骨折	25	29.2	31	69	8	77.6	730	1,941
38	M48	その他の脊椎障害	24	24.8	21	76	1	75.2	595	1,804
39	G20	パーキンソン <Parkinson> 病	23	35.2	23	101	2	80.3	810	1,847
40	A04	その他の細菌性腸管感染症	21	8.9	5	59	2	42.3	187	889
41	E46	詳細不明のたんぱく < 蛋白 > エネルギー性栄養失調(症)	19	41.6	47	95	4	85.6	790	1,627
	O34	既知の母体骨盤臓器の異常又はその疑いのための母体ケア	19	10.2	10	17	9	32.8	193	624
	T85	その他の体内プロステーシス、挿入物及び移植物の合併症	19	3.2	3	6	1	60.6	61	1,152
42	K55	腸の血行障害	18	9.1	9	17	3	73.2	164	1,318
	L03	蜂巣炎 < 蜂窩織炎 >	18	18.2	14	58	2	71.1	327	1,279
	P58	その他の多量の溶血による新生児黄疸	18	3.7	4	5	2	-	66	-
43	J45	喘息	17	5.0	4	22	2	7.6	85	129
	M24	その他の明示された関節内障害	17	6.5	5	22	4	30.1	111	512
	T81	処置の合併症、他に分類されないもの	17	12.4	6	98	1	72.9	210	1,239
44	C22	肝及び肝内胆管の悪性新生物	16	16.9	10	67	2	67.4	271	1,078
	K81	胆のう < 嚢 > 炎	16	16.0	11	61	4	73.9	256	1,183
	P07	妊娠期間短縮及び低出生体重に関連する障害、他に分類されないもの	16	6.9	8	12	1	-	110	-
45	C24	その他及び部位不明の胆道の悪性新生物	15	29.3	18	125	2	72.5	439	1,087
	G40	てんかん	15	12.8	5	72	2	63.8	192	957
	J20	急性気管支炎	15	9.7	4	68	3	43.3	146	650
46	C79	その他の部位の続発性悪性新生物	14	24.1	14	99	3	69.8	338	977
	M47	脊椎症	14	24.1	19	74	3	70.0	338	980
	O02	受胎のその他の異常生成物	14	2.0	2	2	2	30.8	28	431
		その他の疾患	911	15.5	8	340	1	60.3	14,134	54,949
		合計	5,326	14.0	8	340	1	65.5	74,666	349,060

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

クリニカルインディケーター

指標	分子	分母	2014年	2015年
紹介率	紹介初診患者数	初診患者数 - (休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数 + 休日・夜間の初診救急患者数)	55.2%	55.2%
逆紹介率	逆紹介患者数	初診患者数 - (休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数 + 休日・夜間の初診救急患者数)	59.1%	57.5%
死亡患者率	期間内の死亡患者数	期間内の退院患者数	3.7%	3.6%
特定術式における手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数	特定術式の手術件数	94.9%	91.9%
特定術式における術後24時間(心臓手術は48時間)以内の予防的抗菌薬投与停止率	術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数(冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は48時間以内)	特定術式の手術件数	11.6%	20.8%
退院後6週間以内の救急医療入院率	退院後6週間以内の救急入院患者数	退院患者数	5.6%	3.5%
脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓療法を受けた患者の割合	分母のうち、第2病日までに抗血栓療法を受けた患者数	脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数	52.0%	54.6%
脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合	分母のうち、退院時に抗血小板薬を処方された患者数	脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数	62.5%	68.8%
心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合	分母のうち、退院時に抗凝固薬を処方された患者数	脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された18歳以上の入院患者数	66.7%	40.0%
脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合	分母のうち、入院後早期(3日以内)に脳血管リハビリテーションが行われた患者数	脳梗塞で入院した患者数	81.4%	66.9%

# 手術実績

## 主要手術項目 2015年1月～2015年12月データ

### 消化器一般外科

手術	件数
鼠径ヘルニア手術	41
腹腔鏡下胆嚢摘出術	41
結腸切除術 (全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術)	27
直腸切除・切断術	22
虫垂切除術	19
胆嚢摘出術	13
経皮的胆管ドレナージ術	9
胃全摘術 (悪性腫瘍手術)	8
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	6
急性汎発性腹膜炎手術	5
腹腔鏡下胃切除術 (悪性腫瘍手術)	4
痔核手術	3
小腸切除術 (悪性腫瘍手術)	3
大腿ヘルニア手術	3
直腸脱手術 (経会陰)	3
肝切除術 (部分切除)	3
肛門ポリープ切除術	3
腓頭部腫瘍切除術 (リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術)	3
胃切除術 (悪性腫瘍手術)	2
胃縫合術 (大網充填術又は被覆術を含む)	2
胆管切開結石摘出術 (胆嚢摘出を含む)	2
腸管癒着症手術	2

### 麻酔科

麻酔方法	件数
全身麻酔	1,554
静脈麻酔	12
脊椎硬膜外麻酔	33
硬膜外麻酔	2
ペインクリニック外来	1,184

### 産婦人科

手術	件数
子宮全摘出術	21
付属器摘出術	5
帝王切開術	40
流産手術	16
子宮頸部円錐切除術	6
子宮脱根治術	1
バルトリン腺嚢胞切除術	1
ポリープ切除術	2
分娩	件数
総分娩数	133

### 循環器内科

手術	件数
ペースメーカー植込み術	2
ペースメーカー電池交換術	2

### 甲状腺・内分泌センター

手術	件数
甲状腺悪性腫瘍手術	198
甲状腺良性腫瘍手術	40
パセドウ甲状腺全摘術	92
副甲状腺摘出術	2

### 整形外科・人工関節・関節鏡センター

手術	件数
大腿骨近位部骨折観血的手術	125
人工骨頭置換手術	54
人工膝関節置換手術	23
人工股関節置換手術	21
膝関節鏡手術	98
肩関節鏡手術	31
脊椎手術	16
骨軟部腫瘍手術	67
その他	291

### 脳神経外科

手術	件数
脳動脈瘤頸部クリッピング術 (破裂)	2
脳動脈瘤頸部クリッピング術 (未破裂)	3
開頭頭蓋内血腫除去術 (外傷以外のもの)	3
頸動脈内膜剥離術	7
浅側頭動脈中大脳動脈吻合術	3
硬膜動静脈瘻シャント離断術	1
減圧開頭術	1
頭蓋形成術	1
頭蓋内腫瘍摘出術	5
水頭症手術	4
開頭頭蓋内血腫除去術 (外傷)	4
慢性硬膜下血腫穿頭ドレナージ術	28
その他	2

### 眼科

手術	件数
白内障手術	761
白内障硝子体同時手術 (硝子体単独も含む)	576
バックリング手術	21
緑内障手術	46
眼内薬物投与	615
その他	75

# 検査実績

## 主要検査項目 2015年1月～2015年12月データ

### 消化器内科・内視鏡センター

検査・手術・治療	件数
胃内視鏡検査総数	3,205
経鼻胃内視鏡検査	1,087
超音波内視鏡検査	22
内視鏡的上部消化管止血術	59
内視鏡下胃瘻 (PEG) 造設術	38
内視鏡的胃十二指腸早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術 (ESD)	5
内視鏡的拡張術・ステント留置術	2
内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術 (EVL)	1
大腸内視鏡検査総数	1,408
内視鏡的大腸ポリープ切除術	504
内視鏡的大腸止血術	19
経肛門的イレウス管挿入	6
内視鏡的逆行性膵胆管造影 (ERCP) 総数	64
内視鏡的胆道ドレナージ (ERBD・ENBD)	25
内視鏡的胆道截石術	17
内視鏡的十二指腸乳頭切開術	13
内視鏡的胆道ステント (EMS) 留置術	4
カプセル小腸内視鏡検査	10
カプセル大腸内視鏡検査	10
カプセル内視鏡読影 (他院からの依頼)	132
経皮的胆管ドレナージ (PTCD)	9
肝悪性腫瘍経動脈的塞栓療法 (TAE)	2
ラジオ波焼灼療法 (RFA)	2

### 腎臓内科・腎センター

検査	件数
腎生検	7
血液浄化療法 (219名)	744
新規導入	27
PMX (4名)	5
CHDF (1名)	1
シャント PTA	8

### 循環器内科

検査	件数
ホルター心電図	172
負荷心電図	72
心臓超音波検査	1,598
冠動脈 CT 検査	52

### 放射線科

検査	件数
CT	12,160
MRI	6,333
マンモグラフィー	3,543
マンモトーム	135
健診胃透視	2,344
一般撮影	30,368
血管造影	18
骨密度測定	1,698
その他透視検査	572
画像コピー依頼	3,687
CD-R 取込枚数	1,440
フィルム取込枚数	370

## 各科データ

## 各科診療実績 2015年1月～2015年12月データ

## ▶ 皮膚科

項目	件数
外来述べ患者数	9,328
皮膚病理組織検査数	68
皮膚超音波検査	20

## ▶ 小児科・アレルギー科

項目	件数
外来延患者数	4,420
入院延患者数	505
委託予防接種数	2,176
インフルエンザワクチン延接種数	325
アレルギー科受診延患者数	601
負荷試験延数	94
小児神経発達相談受診延患者数	178
小児心理検査延数	19

## ▶ 健診センター

項目	件数
半日ドック	1,682
脳ドック	664
乳がん検診	612
子宮がん検診	568
協会けんぽ健診	2,175
一般検診	2,609
特定健診	1,324

## ▶ リハビリテーション科

項目	件数
新規 入院患者数	1,952人
新規 外来患者数	341人
施行単位数 脳血管	35,456単位
施行単位数 運動器	60,009単位
施行単位数 呼吸器	14,662単位
施行単位数 廃用症候群	2,579単位
施行単位数 がんリハ	6,247単位
施行単位数 合計	118,953単位
リハ対象者平均在院日数	31.3日
リハ開始時 Barthel Index	31.7点
リハ終了時 Barthel Index	59.7点

## ▶ 栄養科

項目	件数
入院栄養食事指導	1,382
外来栄養食事指導	594
集団栄養食事指導	118
糖尿病透析予防指導管理料	179
栄養サポートチーム加算	829
入院時栄養アセスメント件数	6,062
NST 回診回数	100
NST 回診延べ患者数	892
NST 外来件数	38
給食延べ数	241,017
患者食数 一般食	87,071
患者食数 特別食 (加算)	62,346
患者食数 特別食 (非加算)	24,848
濃厚流動食	9,857
産科食 食数	2,198
糖尿病教室 食数	49
糖尿病パイキング教室 食数	52
職員食 食数	54,596

## ▶ 臨床検査部

項目	件数
検体検査	73,545
病理検査	3,220
細胞診	3,486
生理検査	24,360

## ▶ 薬剤部

薬剤部管理指導 等	件数
薬剤管理指導料 2	1,200
薬剤管理指導料 3	2,609
退院時薬剤情報管理指導料	1,015
麻薬管理指導加算	181
後発医薬品採用比率 (月平均)	71.58%

➤ 褥瘡委員会

項目	件数
褥瘡回診回数 1～12月	48回
褥瘡回診介入延べ人数 1～12月	223人

項目	褥瘡発生率	有病率
1月	2.13%	6.08%
2月	1.49%	5.45%
3月	0.49%	5.39%
4月	1.93%	4.35%
5月	0.98%	5.85%
6月	1.10%	5.49%
7月	1.53%	6.12%
8月	0.49%	4.85%
9月	1.48%	7.39%
10月	0%	3.87%
11月	0.93%	4.17%
12月	0.55%	4.42%

➤ 総合支援センター

医療福祉相談件数・領域	件数
入院相談	6,462
外来相談	1,100
地域相談	40
入院相談（当院受入）	36
背景要因	66
適応	1
家族	40
職業・住居	9
経済的課題	773
退院支援（転院・入所）	2,750
在宅支援・維持	555
退院支援（在宅）	3,199
自宅から入所等支援	75
その他	98
相談延べ件数	7,602

患者相談・区分	件数
療養相談（受診科等）	153
苦情・クレーム・事故対応	213
その他の医療相談	53
その他	10
合計	429

➤ 看護部

項目	件数
学会発表	2件
認定看護師	5名
愛知がんリハビリテーションの免許取得	1名
IBCLC(国際ラクテーションコンサルタント) 助産師	2名
助産師ラダー取得	7名
認知症看護認定コース 実習受け入れ（長野大学）	2名
看護専門学校実習受け入れ	4校
新採用者とのランチオンミーティング	37名
看護学校訪問	40～50校
看護師募集ブース出展	1回
インターンシップの実施	1回

## 内科

副院長 内科統括 城 浩介

### ▶ 特徴

内科は現在常勤医16名で診療にあたっている。

一般内科を始め、消化器内科、循環器内科、神経内科、腎臓内科、糖尿病内科をそろえている。また名古屋大学や愛知医科大学の医局の御協力をいただき、総計30名近くの非常勤医にご指導を賜り、非常に専門性の高い医療を提供できるよう整えている。残念ながら現段階でも呼吸器内科の常勤医が不在ではあるが、名古屋大学からの非常勤医を中心に診療していただいている。外来のみの対応ではあるが、専門性の高い最新の医療は提供できる。

外来診療や入院診療及び夜間救急対応を含めて24時間体制で診療を行っているだけでなく、他科のバックアップなど、院内での基礎的な役割を担っていると自負している。

### ▶ 2016年目標

専門的な今後の目標は、内科各専門科にまかせたい。

地域住民の方々や他科の医師や患者さんのことを考えると、昨年同様できれば呼吸器内科専門医の常勤医確保がしたいところではある。

また、チーム医療に重点を置き、できるだけ早い退院をめざして在院日数を減らし、スムーズな入院確保ができることを検討したい。

外来の待ち時間対策・紹介患者さんへの対応など、これまでも改善を検討してきたことだが、さらに検討を重ねていきたい。

昨年同様、院内外に対して、より専門性が高く、よりやさしい医療が提供していけることを目標にがんばっていききたい。

## 循環器内科

循環器内科医長 岡本 理絵

### ▶ 特徴

循環器内科は常勤2名、非常勤3名で診療活動を行っております。循環器疾患全般に渡る外来診療・入院管理を行うとともに、他科患者の循環器的問題に対応しております。心臓カテーテル検査を要する重度救急疾患については、近隣の高次医療機関と連携して速やかに搬送し精査加療を依頼しています。

ペースメーカー植込み術およびペースメーカー交換術、心嚢穿刺術など、当院の設備で実施可能な侵襲的治療については必要に応じて対応しています。

### ▶ 2016年目標

近隣の高次医療機関との連携を維持しつつ、適切で丁寧な診療を心掛けていきたいと思っております。さらに近隣の開業医の先生方からのご依頼も、当院で可能な範囲内で積極的に対応していきたいと考えています。

## 消化器内科・内視鏡センター

消化器内科部長・内視鏡センター長 小栗 彰彦

### ▶ 特徴

消化管、胆道、膵臓、肝臓などの消化器全般を対象に診療しています。消化管出血時の迅速に緊急内視鏡的止血、早期悪性腫瘍の内視鏡的切除術、急性閉塞性胆道炎症に対する内視鏡的治療等、積極的な内視鏡的治療を行っております。肝臓領域では、C型肝炎ウイルスに対して、飲み薬のみのインターフェロンフリー治療法で根治を目指しています。原発性肝癌には、ラジオ波凝固療法、肝動脈塞栓術、等を組み合わせた治療を行っております。

### ▶ 2016年目標

消化器内科の検査や手技の種類は豊富であり、日々進歩しています。更に新しい診断や治療手技を取り入れ、患者さんに応じた全人的な診療をするように努めていきます。

## 腎臓内科・腎センター

腎センター長 加藤 悠佳理

### ▶ 特徴

当院腎臓内科は主に腎臓病治療、腎不全管理、血液透析、透析合併症などを対象に診療をしております。現在、常勤医3名、非常勤医1名で診療を行なっております。特に慢性腎臓病（CKD）については成人の8人に1人いると考えられ新たな国民病とも言われており、専門医、看護師、栄養士などチームとして外来・入院で総合的な診療を行なっております。

### ▶ 2016年目標

検診で指摘された尿異常から急性、慢性腎障害など早期発見、早期診断、早期治療に努め、専門的に診断し適切な治療を提供していきます。

腎センターでは新規血液透析導入、緊急透析、他科入院中の維持透析を行なっております。今後も近隣の透析クリニックと連携していきたいと考えています。

なお、当院は日本腎臓学会研修施設に認定されています。

## 神経内科

神経内科部長 濱田 健介

### ➤ 特徴

神経内科は脳、脊髄、末梢神経、筋肉の疾患を専門とする科です。つまり脳梗塞や脊髄炎、末梢神経障害、筋炎で体の動きが悪くなったときに受診する科であり、脳の疾患でおこる認知症や意識障害なども専門としています。当院では常勤医の他に、名古屋大学神経内科から数多くの非常勤医師を迎え入れ、他院とも連携をとりながら、頭痛などの身近な疾患から稀な神経難病まで幅広い疾患に対応できる体制を整えております。

### ➤ 2016年目標

リハビリ、画像診断環境の充実、回復期や脳神経外科との連携をよりいっそう推し進め、脳梗塞急性期をはじめとする多くの神経内科疾患の方に、よりよい医療を提供できるよう尽力してまいります。

## 糖尿病内科

糖尿病内科医長 山本 由紀子

### ➤ 特徴

(外来診療) 常勤医2人、非常勤医3人体制で、月曜日から金曜日までは毎日、土曜日については隔週で外来診療を行っています。他科・開業医・人間ドックからの紹介患者についても随時受け付けております。

外来患者指導として、月に一度、糖尿病教室で患者教育指導を行っています。

(入院診療) 糖尿病教育入院を積極的に受け入れております。血糖の是正だけでなく、患者教育・自己管理意欲を高める指導に重点を置いて入院中のプログラムを作成しております。

(他科との連携) 他科との連携をスムーズにとれるよう努力しており、他科入院中の患者の血糖コントロールおよび教育指導に関しても力を入れております。

### ➤ 2016年目標

紹介・逆紹介を増やし、地域の糖尿病患者の糖尿病自己管理意欲をアップさせるようサポートしてゆきたいと考えております。地域の開業医の先生方との連携を強化し、紹介初診の糖尿病患者について、初診当日に入院できるようなシステムを作るため、病診連携の勉強会を開催する予定です。

今年も糖尿病透析予防のため、積極的に腎症初期の患者への介入をしていきたいと考えております。

## 消化器・一般外科

一般外科部長 山口 洋介

### ➤ 特徴

食道がんや胆管がん、膵臓がんといった専門性の高い消化器外科の症例から外傷、痔核、ヘルニアといった一般外科の症例まで行っています。基幹病院に比べADLの自立していない患者さんや高齢者が多く、個々の状態に合わせた治療を心がけています。ICUといった重症患者を診させていただける病床がないため、当施設では困難と思われる患者さんには名古屋大学病院へ紹介させていただいています。

### ➤ 2016年目標

- ・準緊急的な症例が多く、また、ADLの維持できていない高齢者が多いため、平均在院日数もやや多めとなっています。術前のリハビリや栄養指導などを改善し、よりよい治療を目指して行きたいと思います。
- ・鏡視下手術の充実を図っていきます。
- ・近隣の医師会と連携して地域に根付いた治療を展開していきます。

## 緩和ケアセンター

緩和ケアセンター長 岡島 明子

### ➤ 特徴

当院に定着してきた「緩和入院」「緩和ケア相談外来」「緩和ケアチーム（PCT）」の業務を統括し、また対外的にもより認知してもらうため、昨年9月に新設された部門です。主な実働メンバーは、全8専門職から構成されるPCTです。

診断直後から治療方針についての意思決定支援、抗癌治療中の緩和外来併診、積極的治療終了後の緩和的手術など、一般急性期病棟で外科専門医が行う強みを生かして、世のニーズに応えていきます。

### ➤ 2016年目標

がん性疼痛看護認定看護師の誕生とともに、緩和ケアに関するさまざまな加算が取れるようになる見込みです。その時点から、特に看護師を対象に勉強会を開始し、当院の緩和ケアの質的向上をはかる予定です。また、院内各科の医師はもちろん、がん拠点病院、県下の緩和ケア病棟・センター、地域の開業医・在宅医と連携して、緩和ケアを必要とする患者さんやご家族が適切なタイミングでケアを提供され、安心できるよう努めていきます。

## 甲状腺・内分泌センター

甲状腺・内分泌センター長 加藤 万事

### ▶ 特徴

ここ数年甲状腺手術に関して集積が進み、東海地区で随一の手術件数となっています。また今年から Ligasure を導入したことで、さらに手術時間の短縮、出血量の軽減も図って、手術治療そのもののクオリティの向上を図っています。

### ▶ 2016年目標

東海地区随一の甲状腺診療の拠点として、病診・病病連携を深めつつ、症例の集積を図り、学会活動、患者啓発の活動にも取り組んでまいります。

## 乳腺外科 乳腺センター

副院長 乳腺センター長 窪田 智行

### ▶ 特徴

平成25年3月に乳腺センターを開設し、日本乳癌学会認定施設として最新の乳癌医療の提供を行い、地域の乳癌診療の中核病院としてを日々診療を行っています。

また、患者サポートでも、乳腺センターでの患者さまの利便性、快適な環境作りに努め、今まで同様、毎年6月に行われる「乳癌講演会」、地域乳癌専門医と共同で開催している「With you Nagoya」、乳腺センターを利用した「乳腺サロン」の開催など、医師のみではなく、看護部、薬剤部、放射線科、検査科、リハビリ科、MSW など病院内の各部署と一丸となり、チームで患者サポートを行っています。

### ▶ 2016年目標

患者サービスの充実とともに、乳癌手術症例を増加させ、乳腺センターとしての更なる医療の提供を目指します。地域連携を図り、地域の乳腺疾患のオピニオンリーダーとしての役割を果たしていきたいと思えます。

今後も乳腺関連の各種学会で、学術発表を続けていきます。

## 整形外科・人工関節・関節鏡センター

院長 人工関節・関節鏡センター長 片岡 祐司  
整形外科部長 良田 洋昇

### ▶ 特徴

人工関節・関節鏡センターを新設して3年経過しました。その間の手術症例も延500例を超えました。また整形外科としては運動器にかかわる外傷性疾患、変性疾患等の一般整形外科の他に脊椎、リウマチ、骨軟部腫瘍の専門外来も設けており、幅広い領域の整形外科疾患に対応可能です。さらに昨年10月から開設した地域包括ケア病棟の利用および同一法人の上飯田リハビリテーション病院への転院等、術後の患者さんの在宅復帰への支援もおこなっています。

### ▶ 2016年目標

患者様に高度で安全、安心の医療を提供するとともに、地域に求められる病院を目指して、一層努力していきたいと思っております。また研究会等を通じまして、近隣の開業医、公立病院の先生方との連携を深めてたいと考えています。

さらに整形外科スタッフの教育にも力を注ぎ、質の高い医療を提供できるよう頑張っていきます。

## 皮膚科

皮膚科医長 中野 章希

### ▶ 特徴

皮膚科は2014年8月より皮膚科専門医の常勤医1名が赴任し、非常勤医2名と共に月曜から土曜日まで連日の外来診療を行っています。湿疹、かぶれ、水虫、ニキビ、じんま疹、薬疹、アトピー性皮膚炎、タコ・イボ、白斑、脱毛、とびひ、水いぼ、帯状疱疹、ヘルペス、虫さされ、皮膚腫瘍、ほくろ、など皮膚疾患全般の診察、処置を行っています。また他科で入院中、リハビリ病院に入院中、他科で通院中に皮膚に症状のある方は、連日回診も含めて積極的に依頼を受け、診察治療を行っています。

褥瘡は専任看護師、理学療法士と共に2015年からは薬剤師、栄養士も加わり、週1回褥瘡回診で一括してチームで診療しています。尚、重症薬疹、水疱症、悪性腫瘍など専門治療が必要な方には、愛知医科大学病院など大病院と密に連携し対応しています。

### ▶ 2016年目標

月曜から土曜日まで連日の外来診療が可能となり地域の皆様に安心して来院して頂ける環境が整い1年が経過致しました。

これまで以上に地域医療に貢献し、幅広い皮膚疾患の的確な診断治療に努めていきたいと思っております。

## 脳神経外科

脳神経外科部長 住友 正樹

### ➤ 特徴

平成23年10月より名古屋大学脳神経外科の関連施設となり、地域における脳神経外科診療の一翼を担う一方で、若手脳神経外科医の育成にも力を注いでおります。

脳血管障害を中心とし、脳腫瘍、頭部外傷など一般的な脳神経外科診療はもちろんのこと、当院神経内科、名古屋大学脳神経外科の協力のもと24時間体制で患者さまの受け入れ・対応が可能です。

### ➤ 2016年目標

名古屋北部医療圏における脳卒中拠点病院となるべく、24時間体制での患者さまの受け入れ、緊急手術対応を継続していきます。

昨年度より運用開始した脳卒中ホットラインを有効活用し、より迅速な救急対応を目指します。

## 小児科・アレルギー科

小児科部長 後藤 泰浩

### ➤ 特徴

一般診療を平日午前行っています。予防医療・健康発育診療にも重点をおき、乳幼児健診とワクチンを土曜午前と平日午後に、乳幼児発達相談を水曜午後に予約で受けています。臨床心理士による心理発達検査も行います。木曜午前午後のアレルギー外来は食物負荷テストも安全に実施しています。入院診療は近隣の開業医からの紹介入院・軽症短期入院を、また当院出生新生児ケアや帝王切開出生にも立ち会い、地域ニーズに応えています。

### ➤ 2016年目標

地域密着型の小児診療、予防接種、育児・発達相談外来やアレルギー外来をいっそう充実します。乳児B型肝炎ワクチンの定期接種を先取りする形で積極的に予防医療を推進します。稀少疾患にも対応、今後も新しい領域に診療を広げるように努めます。

## 産婦人科

産婦人科部長 徳橋 弥人

### ➤ 特徴

当院産婦人科は、医師不足のため規模を縮小する施設や分娩取り扱いをやめる施設が多い中で、何とか分娩を含め産科婦人科一般を行っております。常勤医1人と非常勤医数人で診療に当たっており、名古屋大学医学部産婦人科とも密な連携を行っております。

### ➤2016年目標

現在行っているマタニティーヨガをはじめとした各教室にて、より充実した妊婦さん褥婦さんのケアを行っていきます。また新たに土曜日にも妊婦健診を行う体制をとり、平日は来院困難な妊婦さんも受け入れて、分娩数の増加をめざします。女性外来を新設し、また婦人科手術も増やしていく予定です。今後とも今まで以上によりいっそうの患者サービスを行い、地域の中核病院として地位を築いていきたいと考えております。

## 耳鼻いんこう科

耳鼻いんこう科部長 久野 佳也夫

### ➤ 特徴

常勤医が2名になり受診者数増加が続いていますので午後にも外来診療をはじめました。安江医師による舌下免疫療法などやめまいリハビリなどの新しい治療法も患者さまの要望に応じてとりいれています。めまいリハビリは受入数にまだ余裕があり、今後も増加を見込んでいます。

常に複数医師による手術が可能となり複雑な症例の件数が徐々に増加しています。

### ➤2016年目標

外来受診者数はまだ増加の余地があり来年度末には月間600件、延1000人程度の患者さまを受け入れたいと考えています。

## 眼科

眼科部長 古川 真理子

### ➤ 特徴

1989年、網膜硝子体手術名医の荻野誠周先生を中心として開設され、以後、網膜硝子体手術を専門領域としています。2002年3月からは2代目部長、古川体制となりました。診療圏は愛知県、岐阜県、三重県に及び、網膜剥離、糖尿病網膜症、黄斑疾患などの網膜硝子体手術を中心とし、白内障手術、緑内障手術、硝子体内薬物投与、その他の手術も含めて年間1,000件以上を行っています。白内障手術は、総合病院であることの利点を生かして、入院を必要とする方を主に行っています。また、手術例の90%以上が眼科からの紹介であり、関連病院でないにもかかわらず紹介頂く先生方との信頼関係の上に成り立つ眼科です。患者さまのみならず、紹介医にも満足して頂き、治療のフィードバックを常に心がけ、最良の治療を目指して実践することを使命と考えています。

### ➤ 2016年目標

普遍的な目標は自分が受診したい眼科を作ることです。多くの医師を備え、より多くの手術件数をこなす眼科はいくらでもあります。基本姿勢および診療の質が低下すれば当科の存在価値はありません。

## 麻酔科

麻酔科部長 岩田 健

### ➤ 特徴

- 1) 常勤医師3名・非常勤医師5名(月～金曜 1日1名)による診療体制を提供しています。
- 2) 麻酔科管理依頼の手術麻酔のほか、術後疼痛管理としての持続硬膜外鎮痛・末梢神経ブロック・経静脈性持続鎮痛などの提供をおこなっています。
- 3) ペインクリニック外来は、週2回(偶数火曜・毎週金曜の各午前)、急性・慢性疼痛に対する痛みの治療をおこなっています。

### ➤ 2016年目標

- 1) 安全かつ安心して手術実施が可能な、術中患者管理を提供します。
- 2) 患者満足度の高い、術前および術後訪問の実施を心がけます。
- 3) 診療科各医師・手術室看護師とともに、円滑かつ効率的な手術室運営に協力します。

## 老年精神科（物忘れ評価外来）

老年精神科部長 鵜飼 克行

### ➤ 特徴

頭部 CT・MRI・MRA・VSRAD・頸部 US・EEG、名古屋大学医学部との密接な連携下での脳血流 SPECT (3DSSP)・MIBG 心筋シンチグラフィ・DAT-SPECT・各種の臨床神経心理検査などを組み合わせて、脳の老化や疾患の「超」早期発見・鑑別診断に挑戦しています。名古屋市第1号の認知症看護認定看護師や2名の臨床心理士も、物忘れ評価外来のスタッフです。薬物療法だけでなく、脳のリハビリテーションや食事療法・運動療法を重要視した治療・指導を心掛けています。

### ➤ 2016年目標

この分野の日進月歩の速度に負けずに、医学研究上の成果を当外来の臨床に活かせるように、より多くの社会貢献ができるように、次の世代を担うスタッフの成長が得られるように、患者さんの利便性向上に、知恵を絞って努力していきたいと思います。医師一人の小さな外来ですが、大学病院にも負けない「日本一」のレベルを目指し、誇り高く、進化・発展させていく所存です。

## 地域包括ケア病棟

総合支援センター課長 権田 吉儀

### ➤ 特徴

2014年10月1日より地域包括ケア病棟を新設（6階病棟38床）して1年3か月が経過しました。

この病棟の役割及び特徴は、①急性期病床（病院）からの入院 ②在宅等での緊急時の入院 ③在宅退院支援です。

2015年12月には病床を40床とし、地域包括ケア病棟運営協議会を毎月開催するなかで、在宅からの入院の受入として、リハビリテーションを目的とした「プログラム入院」を準備致しました。

### ➤ 2016年目標

急性期病床からの入院や在宅退院支援がスムーズ行えるシステム検討し、強化します。

また、地域包括ケアシステムの構築の中で、地域医療・介護に貢献できる病棟としての機能も検討します。

## 健診センター

健診センター長 脇田 彬

### ▶ 特徴

当健診センターは、総合病院に附属する健診機関であるという特徴を活かし、「3テスラ MR 診断装置」など高度医療機器を用いたハイグレードな技術で全項目を自施設で行っています。

健診コースには「半日ドック」、「脳ドック」、「乳癌検診」、「子宮癌検診」、「一般健診」、「協会健保生活習慣病予防健診」、「特定健診」、「特定保健指導」、「簡易脳検診」、「肺癌検診」、「レディースドック A・B」、各種「オプション検査」など受診者様の多種多用のニーズに幅広くお応え出来る様ご用意しています。

### ▶ 2016年目標

昨年度から、常勤医師1名を増員し2診体制で行っています。そして、問診や結果説明などを充実したものとし、受診者様サービスに繋げてまいります。また、胃部検査では内視鏡センターの強力なバックアップのもと、積極的に胃カメラを推奨したり、「3テスラ MR 診断装置」で行う脳ドックなど、他の健診機関ではあまり出来ない高度な医療技術・医療機器を駆使し、疾病の早期発見に努めます。

「専門性のある高度な医療技術をご提供することが最大の顧客サービスである」という信念のもと、“昨年以上のサービスで受診率向上”をめざします。

## 看護部

看護部長 縄田 文子

### ▶ 特徴

看護部は、質の高い看護を提供できるように、院内教育の充実、院外研修の参加にも力を入れ、看護師一人ひとりが「人」として、「専門職業人」として成長できるよう育成・組織作りに努めています。また、病棟看護師177人中0歳～6歳の子供が34人いるため、院内保育や病児保育を利用し、職場復帰できるような体制を取っています。

看護職員の動向 2015年12月末現在：看護師 223名  
 准看護師 11名  
 助産師 19名

### ▶ 2016年目標

- 多職種と連携し、患者支援体制の充実を図ります。
  - ・ベッドコントロールを充実させます。
  - ・患者さまの生活支援を充実し、退院支援を推進します。
- 職員の働く環境を整備し、イキイキ働く看護師を増やします。

## リハビリテーション科

リハビリテーション科部長 佐藤 晋介

### ➤ 特徴

施設基準：脳血管 I，運動器 I，呼吸器 I

がんリハ（がんのリハビリ研修修了者15名）

人 員：理学療法士17名（1名は5回／週 愛生訪問看護ステーションへ派遣）

作業療法士11名（1名は3回／週 あいせいデイサービスへ派遣）

言語聴覚士 4名（1名は2回／週 愛生訪問看護ステーションへ派遣）

リハ助手 2.5名

当科は一般病床（196床）・地域包括ケア病床（40床）に対して上記のスタッフを配置しており、急性期から在宅・施設復帰まで一貫したリハビリテーションを提供しております。また、入院リハビリだけに留まらず、外来リハビリ、訪問リハビリ、デイサービス、体力評価による介護予防など様々な業務にスタッフがかかわり、当地域の地域包括ケアシステム構築の一助となるように取り組んでいます。

### ➤2016年目標

治療効果の向上（退院時 ADL- 入院時 ADL 点数の向上）

急性期からの退院支援の強化

法人内・外での連携の強化



当地域の地域包括ケアシステム構築に寄与する

## 栄養科

栄養科主任 山田 恵子

### ➤ 特徴

栄養科には8名の管理栄養士（うち NST 専従者1名、上飯田クリニック1名）と1名の歯科衛生士が在籍しており、栄養食事指導（外来・入院）、糖尿病教室・糖尿病バイキング教室などの指導や入院患者さまの栄養管理、口腔ケアを行っています。

入院患者さまの栄養管理として給食の喫食状況の把握、定期的な栄養アセスメントを実施し、栄養状態の維持・改善に努めています。

### ➤2016年目標

- ・消化器術前患者の栄養スクリーニングと栄養指導
- ・NST 担当栄養士の育成
- ・栄養士の資質、意欲向上を目的に研修会に積極的に参加し、専門性を磨く  
（NST 専従）褥瘡栄養管理の充実  
（給食）嗜好調査の結果等をふまえ、ニーズに合わせた食提供の実施  
（歯科衛生士）医科歯科連携

## 臨床検査部

臨床検査部技師長 川地 ゆかり

### ➤ 特徴

臨床検査部は、総勢16名で構成されています。日常業務の範囲は生理検査、検体検査、病理検査、輸血検査、採血業務に加え、耳鼻咽喉科の聴力検査、乳腺センターの乳腺エコー、検診センターの生理検査などへも出向しています。

地域医療を推進するため、迅速で正確な検査結果を24時間体制で行い、患者さまの信頼感および安心感を得られる医療サービスの提供に努力します。

### ➤ 2016年目標

昨年全自動輸血検査装置を導入しました。血液型、不規則性抗体、交差試験などの輸血関連検査の精度管理の向上を目指します。

また安定した検査の提供をするため、人材の育成につくし、検査だけではなくチーム医療に貢献していきたいと考えます。

## 放射線科

放射線科技師長 片桐 稔雄

### ➤ 特徴

当放射線科は、技師15名、事務員1名で構成されています。

地域の患者さまに「信頼され愛される病院」を目標に、仕事に携わっています。

また、質の高い画像が提供できるように、日々努力しています。

放射線技師ひとりひとりが、プロ意識を持って、成長できるように育成、組織作りをしています。学会発表や勉強会の参加にも力を入れ、専門的知識と技術をもって、患者さまに安全で安心な検査が行えるように努めています。

最先端の医療を地域住民や、関連医に速やかに提供するために、CT 及び MRI は2台体制で行っております。

### ➤ 2016年目標

- ①関連病院との連携をより深め、地域医療に貢献します。
- ②患者さまにより良い画像提供を行います。
- ③患者さまに安全、安心な検査を提供します。

## 薬剤部

薬局長 中西 啓文

### ➤ 特徴

薬剤の調剤・調製・管理を基に、薬剤及び医薬品情報の収集・提供等のサポート体制を適切に行い、医療行為が円滑に進む環境を整備しています。

処方チェック・使用法チェック・保管薬剤のチェック等、チェック機関として薬剤に関する全てのチェックを担い、薬剤をより適正に使用出来るようサポートしています。

薬剤管理指導・病棟業務・チーム医療を通じ、患者様と直に接して観察することにより、副作用症状などの情報収集に努めています。

### ➤ 2016年目標

来年度は新人を含め担当再構築を行い配属により早い段階で薬剤管理指導や本格的な病棟業務の拡充に取り組んでいきます。

薬学部6年制実習生受け入れ人数を最大6名まで増やしていきます。

薬剤管理指導件数は、ほぼ頭打ちのため、退院時指導に力を入れ、今年度の15%増しを目指します。

後発医薬品採用比率80%超を確保出来るよう切り替え作業を続けていきます。

## 臨床工学科

臨床工学科科長 浦 啓規

### ➤ 特徴

臨床工学科は、科の名前通り臨床と工学という2つの要素を持った科です。

臨床面においては、透析などの血液浄化全般・人工呼吸器装着者の呼吸状態把握・右心カテーテル検査時の圧力確認・ペースメーカープログラマーの操作・内視鏡業務など、機械を操作し患者さんの状態管理や治療を行っています。

工学面においては、麻酔器の使用前点検・臨床で使用する機器の保守点検を行い安全で質の高い治療が行えるよう努めています。

### ➤ 2016年目標

- ・日々進化する機器への対応
- ・教育体制の充実
- ・知識と技術の底上げ

## 総合支援センター

総合支援センター課長 権田 吉儀

### ▶ 特徴

総合支援センターは、医療福祉相談室、地域医療連携室、地域医療連携室予約センター、患者相談室の4部門と医療安全担当で構成されております。

業務の内容は以下とおりとなっています。

- ①患者サポート体制及び地域医療連携体制を更に充実させること。
- ②業務の質を高め、患者・家族の満足度を向上させること。
- ③当院と地域医療機関、介護保険事業との情報共有が効率的に行なわれること。
- ④地域医療・介護・福祉と連携業務を創出すること。

### ▶ 2016年目標

- 地域医療連携室での、訪問看護との連携「看護連携」を強化する。
- 地域医療（歯科）における周術期口腔機能管理についての連携を具体化する。
- 入院支援連携看護業務の開始；入院時から患者サポートシステムを準備する。
- 病棟単位での医療福祉相談（退院支援業務）機能を充実させる。
- チーム医療・地域医療・介護連携について、組織内での新企画、活動の実施する。

## 病診連携医療機関 2015年1月～12月データ

名古屋市医師会の病診連携システムに登録のある医療機関

医院名	紹介件数	所在地
おがわ内科クリニック	445	守山区幸心1丁目228番地
北病院	370	北区上飯田南町2-88
つがねクリニック	181	北区安井4-14-63
大曽根外科	112	北区平安1-8-11
あじま眼科クリニック	104	北区楠味鏡2-1704
竹内クリニック	89	北区辻町3丁目53番地
やまもとクリニック	85	北区如意3丁目108-1
堀田医院	82	北区八代町2-74
すぎやま内科	76	千種区覚王山通80-70-1サングレア池下4階
伊藤内科	64	北区上飯田西町1-31-1
尾上クリニック	64	北区上飯田通1-11野沢ビル2階
丸茂病院	60	名東区本郷2丁目124番地の1
徳川かとうクリニック	52	東区徳川2-14-15パール徳川1階
堀口医院	49	北区東味鏡1-1601
金城クリニック	49	北区金城3-4-5
近松医院	46	北区平安二丁目5番40号
林整形外科	46	東区矢田二丁目9番10号
国際セントラルクリニック	44	中村区那古野1-47-1国際センタービル10階
辻町内科クリニック	43	北区辻町1-32-1
なごやかこどもクリニック	42	北区平安2丁目1-14カトレヤビル1階
若葉通クリニック	41	北区若葉通1-15-2
かわなかクリニック	41	北区川中町11-8
いしぐろクリニック	40	北区如意2-118
せこ内科クリニック	40	守山区瀬古1-720
しんぼ整形外科	39	北区苗田町63
大隈病院	36	北区大曽根二丁目9番34号
くりきクリニック	35	北区中味鏡3丁目402-1
守山内科・守山健康管理センター	35	守山区新守山901番地
やまざきクリニック	33	北区大曽根4-6-16
木の香往診クリニック	33	北区龍ノ口町2-25-101
宮永医院	30	北区柳原2-1-12
さとし耳鼻咽喉科クリニック	30	守山区瀬古東3丁目1245-1
ときわ医院	28	北区尾上町1-2公団尾上団地4棟1階
ささきクリニック	27	北区彩紅橋通2-1スクエア358 1階
長谷川内科	26	守山区幸心3-1102
山田医院	25	北区萩野通り2-10
うわとこクリニック	24	北区大曽根2-7-18
清水内科クリニック	24	北区平安1-8-50
もくれんクリニック	23	東区泉二丁目21番25号高岳院ビル7階
やながわクリニック	22	北区大野町3-16
眼科とうもとクリニック	22	北区如意二丁目95
中切パークサイドクリニック	21	北区中切町2-10
もりやまファミリークリニック	21	守山区瀬古東3丁目140番地
小林内科	20	北区黒川本通3-67
ちくさセントラルクリニック	20	千種区今池4-401玉置ビル2階
おおぞねメディカルクリニック	20	北区平安二丁目2番14号

医院名	紹介件数	所在地
工藤外科クリニック	18	北区池花町274
あだち内科クリニック	17	北区中味鏡3-1001
鈴木医院	17	北區城東町4-84
太田整形外科	17	北区中味鏡三丁目418
磯部内科クリニック	17	中区新栄町1-3 日丸名古屋ビル3階
あさみ耳鼻咽喉科医院	16	北区敷島町52番地
しんじょう皮フ科・胃腸科	15	北区辻本通3-22-1
加藤医院	14	北区安井1-34-15
浦野医院	13	北区平安通1-1-2ステーション平安通1階
ひらい内科クリニック	13	北区山田四丁目1-52
わたせ腎泌尿器科クリニック	13	北区黒川本通4丁目38番地の1カーサヴィアンカ黒川206号
もしもしこどもクリニック	12	北区柳原2-7-9
青木医院	11	北区金城町4-38
塩瀬眼科	11	中区新栄町一丁目3番地日丸名古屋ビル8階
安藤医院	11	北区清水五丁目1-23
大橋眼科	11	千種区天満通1-37-2
てらべ整形外科	11	西区野南町95番地
セタクリニック	11	北区黒川本通四丁目38番地 -1カーサヴィアンカ黒川2階
片山内科	10	北区駒止町2-40
楠メンタルホスピタル	9	北区五反田町110
あんどう乳腺クリニック	9	中区金山2-1-22さくらヒルズカナヤマ1階
山田クリニック	8	北区八代町2-82
きたお耳鼻咽喉科	8	北区上飯田西町1-33-1
尾崎クリニック	8	東区大曾根1-2-25
たいようこどもクリニック	8	北区黒川本通5-22-1
中井内科医院	7	北区志賀町2-65志賀ビル2階
新守山クリニック	7	守山区鳥羽見2-12-6
猪子内科クリニック	7	北区清水5-13-6
名春中央病院	7	北区東味鏡1-2401
わたなべ内科クリニック	6	北区水草町2-49
生協もりやま診療所	6	守山区小幡3-8-10
大幸砂田橋クリニック	6	東区大幸四丁目18-24
長谷川外科	6	東区徳川町524
堀内内科消化器科クリニック	6	東区芳野3丁目6-4-D003ダイアパレス東白壁1階
おおぞね内科クリニック	6	北区大曾根4丁目13-28
鬼頭整形外科スポーツクリニック	6	守山区大牧町405
平田レディースクリニック	5	北区天道町2-34
榊原内科診療所	5	北区三軒町12-1
勝又病院	5	中区新栄1-32-22
森本医院	5	東区矢田5-1-8
神保外科	5	守山区小幡中2-20-1
柴田内科クリニック	5	北区会所町226
八木内科クリニック	5	東区矢田2-7-22
徳川皮フ科内科クリニック	5	東区山口町15-8プライムガーデン徳川1階
種田クリニック	5	守山区白沢町168
さいとう整形外科リウマチ科	5	名東区平和が丘1丁目10番地

※紹介件数5件以上の連携先を掲載

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

## 地域連携医療機関 2015年1月～12月データ

医院名	紹介件数	所在地
ひろせ整形外科	347	北区志賀本通1-4
名古屋大学医学部附属病院	254	昭和区鶴舞町65番地
やまね病院	221	北区楠味鏡4-1524
整形外科つのだクリニック	192	春日井市二子町2丁目10-12
愛知健康増進財団	181	北区清水1-18-4
大須診療所	178	中区大須4-14-59
みずのリハビリクリニック	152	北区上飯田南町3丁目92-2
小牧平田眼科	126	小牧市堀の内四丁目52-1
あじま診療所	101	北区楠味鏡3-1001-1
山崎眼科	69	春日井市中新町1丁目10番地の8
名古屋医療センター	64	中区三の丸4丁目1-1番地
名古屋市健康福祉局	64	中区三の丸3-1-1
黒川クリニック	63	北区黒川本通4丁目38番地カーサビアンカ黒川201号室
加藤医院	61	北区山田一丁目13番77号
おかひらクリニック	55	北区辻本通3-24-1
名城病院	54	中区三の丸一丁目3-1
眼科池田クリニック	50	あま市坂牧坂塩150番地
はせがわ眼科医院	50	名東区藤が丘123
名古屋ハートセンター	49	東区砂田橋1-1-14
名古屋市立西部医療センター	48	北区平手町1-1-1
春日井市民病院	48	春日井市鷹来町1-1-1
平田眼科	47	春日井市瑞穂通6-22-3
服部外科整形外科	46	北区長喜町1-10
庄内の里	43	西区中小田井二丁目98番地
小牧市民病院	43	小牧市常普請一丁目20番地
名古屋市立東部医療センター	43	千種区若水1-2-23
田中悦夫耳鼻咽喉科	42	守山区森宮町58番地
名古屋北クリニック	41	北区丸新町357-1
タナベ眼科	41	北区大曾根1-19-14
しみず眼科クリニック	40	岩倉市大市場町郷東59-1
ふかがや丹羽眼科	40	岐阜県関市前町14
すみれ野眼科医院	39	北区大曾根二丁目8番29号
かたびら眼科	39	岐阜県可児市東帷子3877
ふく田整形外科	38	春日井市朝宮町2-18-1
あまの眼科クリニック	38	春日井市八田町6丁目21-23
佐野外科	34	守山区村合町126
ひらい眼科	33	豊田市高上一丁目4-3
アルファクリニック	32	春日井市朝宮町1-1-1小川ビル3階
酒井眼科	29	北名古屋市久地野北浦66番
かとう耳鼻咽喉科	28	北区彩紅橋通2-1-1
内科眼科ゆたかクリニック	25	春日井市味美町三丁目69
さとし眼科クリニック	22	犬山市羽黒成海南8
金田眼科クリニック	22	岐阜県瑞浪市土岐町下益見区画整理地8街区5番
守山友愛病院	21	守山区瀬古東2丁目411番地
サン・くすのき	21	北区五反田町111番地

医院名	紹介件数	所在地
東海病院	20	千種区千代田橋1-1-1
こまき眼科	20	小牧市中央2-148小牧ステーションビル1階
名古屋市医師会急病センター	20	東区葵一丁目4番38号
はやかわ眼科	20	北名古屋市鹿田神明附41番地
生協わかばの里	20	北区城東町5丁目114番地
南波眼科皮膚科	19	小牧市城山1丁目3番 ピエスタ2階
可児とうのう病院	18	岐阜県可児市土田1221-5
名古屋整形外科人工関節クリニック	18	北名古屋市高田寺一本橋7番地
桐渕アイクリニック	17	岡崎市羽根西1-7-1
アイクリニック田中	17	守山区東山町13-27コメジツビル1階
楠清里苑	16	北区会所町73-1
愛知県がんセンター中央病院	15	千種区鹿子殿1-1
名古屋第二赤十字病院	15	昭和区妙見町2-9
介護老人保健施設シンセーロ会所	15	北区会所町86番地
河村耳鼻咽喉科	14	北区清水4-13-10
名古屋通信病院	14	東区泉二丁目2-5
愛知医科大学病院	14	長久手市岩作雁又1-1
中日病院	13	中区丸の内3丁目12-3
名古屋市立大学病院	13	瑞穂区瑞穂町字川澄1
にしむら眼科	13	岐阜県可児市下恵土4028-2
トータルサポートクリニック	13	名東区引山2-110豊年屋貸店舗 ST-6
眼科三宅病院	12	北区大曾根3-14-20
味岡眼科	12	小牧市大字小松寺字上仲田623-1
名鉄病院	12	西区栄生二丁目26-11
オリエンタルクリニック	12	千種区今池一丁目8番5号
国立長寿医療研究センター	12	大府市森岡町7丁目430番地
安田眼科クリニック	12	岐阜県可児市広見4-25
公立陶生病院	11	瀬戸市西追分町160番地
藤田保健衛生大学病院	11	豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98
浅野眼科クリニック	11	春日井市南下原町13-1
名古屋第一赤十字病院	10	中村区道下町3-35
岐阜県立多治見病院	10	岐阜県多治見市前畑町5丁目161番地
わかばファミリークリニック	10	西春日井郡豊山町豊場高前183-1
名古屋徳洲会総合病院	9	春日井市高蔵寺町北2-52
松村耳鼻咽喉科	9	北区楠味鏡5-1818
朝倉眼科クリニック	9	春日井市朝宮町1丁目2-8
飯田医院	9	北区杉栄町五丁目116-4
かちがわ眼科クリニック	9	春日井市大和通2-23-5
たのしい家あじま	9	北区東味鏡二丁目123-1
砂田橋クリニック	9	東区大幸4丁目14-22
あさひ眼科クリニック	8	尾張旭市三郷町栄3-1プレミール三郷1階
介護老人保健施設ウェルネス守山	8	守山区中新4-31
ライフ健康クリニック	8	中村区道下町2-26
こばやしクリニック	8	春日井市中野町2-14-9
江南厚生病院	8	江南市高屋町大松原137番地
レスパート落合	8	北区落合町288
上野レディスクリニック	7	北区大曾根一丁目29番33号
名古屋公衆医学研究所	7	中村区長箆町4-23
藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院	7	中川区尾頭橋3-6-10

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

医院名	紹介件数	所在地
守山荘病院	7	守山区町北11番50号
稲垣婦人科	7	北区大曾根3-15-58大曾根フロントビル2階
橋本整形外科クリニック	7	北区萩野通1-38-1
丹羽眼科	7	北区黒川本通四丁目42番地
アイシア上飯田	7	北区上飯田南町3-15
守山いつき病院	7	守山区守山2丁目18番22号
おかげ庵瀬古東	7	守山区瀬古東3丁目408
イマイ歯科	6	北区御成通2-15
榊原外科	6	春日井市如意申町1丁目10番地の13
中部ろうさい病院	6	港区港明1丁目10番6号
北区休日急病診療所	6	北区下飯田町3-3-2
紘仁病院	6	守山区四軒家1丁目710番地
聖霊病院	6	昭和区川名山町56番地
春日井整形外科	6	春日井市東野町3-15-1
なごや内科整形婦人科	6	北区楠4-137
愛生苑	6	北区五反田町108-2
すぎやま病院	6	名東区社台3-10
クリニック ロタージェ	6	中区錦3-24-24錦324ビル7F
松下眼科医院	6	岐阜県恵那市長島町中野1-7
大日本印刷健康保険組合 名古屋診療所	6	守山区瀬古3丁目201番地
可知整形外科	6	尾張旭市南原山町赤土275
三菱電機株式会社名古屋製作所 健康増進センター	6	東区矢田南5-1-14
成宮医院	6	春日井市八光町4-84-3
せとかいどう花井クリニック	6	尾張旭市印場元町3-4-5
明陽クリニック	5	北区長喜町2-33-2
総合犬山中央病院	5	犬山市大字五郎丸字ニタ子塚6
名古屋掖済会病院	5	中川区松年町四丁目66
川上内科整形外科	5	西区南川町30
よねだクリニック	5	西区枇杷島1-18-4
一宮市立市民病院	5	一宮市文京2丁目2番22号
江崎眼科医院	5	小牧市中央1丁目301番地
全日本労働福祉協会 東海診療所	5	中村区名駅南1-24-20 名古屋三井ビルディング新館3階
米田病院	5	西区西枇杷島一丁目11-5
鷺見病院	5	岐阜県郡上市白鳥町白鳥2-1
東名古屋病院	5	名東区梅森坂5-101
青葉クリニック	5	中村区十王町4-5ランドビル本陣1-2階
鳩の丘	5	北区鳩岡町1丁目7番20
名古屋セントラル病院	5	中村区太閤三丁目7番7号
ひまわりクリニック	5	東区代官町33-19CIビル
瀬古第二マザー園	5	守山区瀬古2-301
宮崎クリニック	5	守山区鳥神町219
しかつ眼科クリニック	5	北名古屋市鹿田南蒲屋敷685
あんしんせいかつ葵	5	東区葵3丁目14-3
栄かとうクリニック	5	中区新栄町1-3日丸名古屋ビル5階

※紹介件数5件以上の連携先を掲載

## 科別紹介患者数 (2015年1月～2015年12月)

	病診連携	地域連携	計
内科	1,205	1,113	2,318
外科	383	270	653
皮膚科	84	46	130
泌尿器科	9	6	15
整形外科	622	1,264	1,886
耳鼻科	131	196	327
産婦人科	47	116	163
小児科	102	32	134
眼科	327	1,129	1,456
脳神経外科	229	266	495
麻酔科	1	2	3
老年精神科	5	10	15
乳腺センター	228	200	428
甲状腺センター	91	383	474
計	3,464	5,033	8,497

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション  
クリニック

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録



社会医療法人愛生会

# 上飯田リハビリテーション病院



# 各科データ

## 各科診療実績 2015年1月～2015年12月データ

### リハビリテーション病院

項目	件数
新規入院患者数（再入院含めず）	322
1日平均患者数	90.1
平均在院日数	70
在宅復帰率	88.8
入院時重症度割合（30%以上）	38.7
退院時回復割合（30%以上）	65.4
重症度 A 項目（10%以上）	16.4

### リハビリテーション科

項目	件数
1療法士の平均実施単位	17.9
1患者平均リハビリテーション実施単位	6.67
装具作成件数	36
家庭訪問実施件数	103

### 通所リハビリテーション

利用実績	件数
利用件数（1月平均）	
クイック（1～2時間）	30
オーダー（3～4時間）	31
ベーシック（6～8時間）	59
利用延数（1月平均）	
クイック	195
オーダー	191
ベーシック	441
介護度割合（%）	
要介護 1	7
要介護 2	39
要介護 3	23
要介護 4	8
要介護 5	5
要支援 1	5
要支援 2	12

### 地域医療連携室

項目	件数
新規入院相談総数	411
外来相談総数	5
入院相談	7
背景要因	70
適応	122
家族	1
職業・住居	2
経済	26
退院支援（転院・入所）	178
在宅支援・維持	1
その他	24
退院支援（在宅）	570
相談延件数	1,001

### 栄養科

項目	件数
一般食	48,037
特別食（加算）	32,035
特別食（非加算）	10,716
濃厚流動食	3,516
通所	5,244
職員食	9,885
入院食事指導	100
栄養サポートチーム回診患者数	104
栄養アセスメント件数	276
実習生受け入れ	4

### 紹介患者数

紹介元医療機関名	件数
総合上飯田第一病院	91
名古屋医療センター	91
春日井市民病院	28
名古屋市立西部医療センター	18
大隈病院	18
名古屋市立東部医療センター	18
名古屋第二赤十字病院	4
名古屋大学附属病院	7
小牧市民病院	9
その他の医療機関	38
累計	322

## 上飯田リハビリテーション病院

院長 金森 雅彦

### ➤ 特徴

回復期リハビリテーション病院として、入院時より退院後の生活を想定した対応を行っています。1日あたり最大で3時間の個別リハビリテーションの実施、看護師、介護福祉士などによるケアプランを通し、生活自体がリハビリテーションとなるように、医師をはじめ、リハビリテーションスタッフ、看護師、介護士、社会福祉士、管理栄養士、薬剤師、事務員など多職種協同で患者さんが希望する生活支援に向けて取り組んでいます。

### ➤ 2016年目標

患者さん・家族にとって安心して回復期のリハビリテーションに取り組んでいただけるように、急性期病院と生活期施設との連携強化に努めます。

生活期リハビリテーションの充実を図るため、通所リハ・訪問リハ・外来リハ機能の充実に努めます。

退院後の機能低下・能力低下に対して「リ・コンディショニング」を目的とした短期集中リハビリテーション入院プログラムの検討をします。

## 看護部

看護部長 新野 ひろ子

### ➤ 特徴

様々な職種の方と連携をとり協力しあいながら多角的に患者さまをサポートし、よりよい状態で社会・地域・在宅に、復帰できるよう最善の看護・介護の提供に努めております。

施設基準：回復期リハビリテーション病棟入院料 1

(看護師配置 13：1以上)

(看護補助配置 30：1以上)

看護：回復期リハビリテーション看護師認定コース合格者 2名

介護：アセッサー合格者 2名

### ➤ 2016年目標

基本方針

1. 患者のニーズに応じた、安全で安心な療養環境を提供する。
2. 看護・介護水準向上のため、自己啓発、相互啓発に努める。
3. 看護・介護職の専門性を自覚し、多職種との連携・チーム医療を推進する。

目 標

「安全で質の高い看護・介護を行う」

## 通所リハビリテーション

責任者（看護師長） 中島 智子

### ➤ 特徴

クイック・オーダーメイド・ベーシックと3コースから利用者さまのご希望に合わせて選択できる通所リハビリテーションです。

ご利用者さまやご家族が安心して在宅生活が送れるように、リハビリテーションスタッフにより必要なリハビリテーションを行い、心身機能の維持向上を図ります。また、看護師、介護福祉士・介護職員、管理栄養士、歯科衛生士により健康管理やケア、日常生活訓練などを行い在宅生活のサポートをしています。

### ➤ 2016年目標

その人らしい生活が送れるように、他職種や他事業所と連携を図りリハビリテーションを行います。

医師や専門職種により生活の中での相談や指導に努めます。

1月より全コースの送迎を対応することで、より多くの方に利用できる環境づくりに努めます。

社会医療法人愛生会

# 上飯田クリニック



## 社会医療法人愛生会 上飯田クリニック

上飯田クリニック院長 加藤 優

### ▶ 特徴

血液透析を専門とする透析クリニックです。

透析コンソール40台にて午前コース（月水金）（火木土）、午後コース（月水金）、夜間コース（月水金）の4コースで行っております。

隣接する総合上飯田第一病院の腎臓内科外来・腎センターをはじめ、他の医療機関との密接な連携を行い、「より安全でより快適な透析生活」を目指しております。

#### ・透析療法

腎臓の機能が10%以下になると、透析により腎臓の働きを代替える必要があります。透析療法には、血液透析（HD）と腹膜透析（PD）があります。

#### ・血液透析（HD）

血液を人工臓器（ダイアライザー）に循環させて、体にたまった不要な老廃物や水分を除去し、電解質などのバランスを調整します。

### ▶ 2016年目標

- ・スタッフを増員し、より質の高い医療の提供。
- ・通院される患者さまに少しでも長く体力を維持してもらう目的で、ADLを取り入れた体力測定を引き続き実施。
- ・無料送迎サービスをより多くの患者さまにご利用していただけるよう、送迎対象時間や地域の枠を拡大。

## 看護部

看護師長 近藤 弥生

### ▶ 特徴

#### ・看護の理念

愛生会の理念「信頼され愛される病院」に基づいて患者さまの生命を尊重し、看護職としての自信と誇りと責任を持って最善の看護に努める。

総合上飯田第一病院の腎臓内科はじめ各科と連携を行いながら患者さんの安心できる生活を一躍になっています。

### ▶ 2016年目標

- ・看護業務の改善及び効率化を図る。
- ・看護の質の向上に努める。
- ・院内看護実践発表会に演題を提出する。

# 介護福祉事業部



## 愛生訪問看護ステーション

介護福祉事業部 看護管理師長 中川 美樹子

### ▶ 特徴

地域住民の身体悪化防止、生活機能維持・向上の要望に応えるため、看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の連携を強みに、365日、24時間対応体制で、訪問看護・リハビリを提供しています。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護では約2年が経過し、地域に根付いた訪問活動をしております。

訪問地域は北区全域ほか可能な地域は全て受け、「在宅看取り」「他事業所対応困難」等の依頼を断らないことを基本姿勢としています。

### ▶ 2016年目標

- 1) 信頼できる看護とリハビリの提供
  - 職員定着
  - 人材育成
  - 地域関連機関との連携強化
- 2) 組織の拡大
  - 人員増員
  - 収益の向上

### ▶ 愛生訪問看護ステーション

項目	件数
連携医療機関（訪問看護指示機関）数	81
連携居宅介護支援事業所数	53
連携障害支援センター数	2
訪問延べ件数	12,547
内) 医療保険対応件数	2,690
内) 介護保険対応件数	9,857
新規契約者数	75
利用終了者数	55

## あいせいケアステーション

管理者 船場 良介

### ▶ 特徴

平成26年10月1日に開設し1年余りが経過しました。職員数は開設時の3名から8名に増え利用者数の拡充につながっています。平成27年4月1日からは介護保険サービス、障害福祉サービスともに特定事業所加算Ⅱの指定を受け、訪問する職員の間で利用情報を共有するため、サービスの要点や留意事項の連絡体制を整えました。より質の高いサービス提供のため職員個別の研修計画を作成するなど日々職員のスキルアップに努めています。

### ▶ 2016年目標

平成28年6月より名古屋市で始まる“新しい総合事業”に参加することで、予防支援サービス体制の充実を図ります。また、通院介助や行先の限定されない外出介助など、介護保険外サービスを提供するための体制を整え、幅広い利用者ニーズに応じていきます。これらの取り組みを居宅介護支援事業所やいきいき支援センターなどへ発信し周知を図ることで、訪問介護サービスを必要とされる方へより広くサービスを提供し、周辺地域への貢献を目指します。

## あいせいデイサービスセンター

管理者 中野 正佐仁

### ▶ 特徴

利用者さまのアセスメントを重視し、利用者さまが「できるようになりたいこと」や「やりたいこと」を共に考え取り組み、できる喜びを分かち合えるよう、心身の状態に合った根拠ある生活期のリハビリを提供します。40代～90代の方まで幅広く利用されています。男性の利用者さまが多いこともあり、利用者さま同士で、お仕事の話で盛り上がりたたりと活気のあるデイサービスとなっています。

### ▶ 2016年目標

利用者さまの自立支援を目指し、セラピストを中心としたチームで個別機能訓練の取り組みを充実させ、生活機能の維持・向上を図っていきます。利用者さまの地域の暮らしを支えるため、地域の団体やボランティア団体等と連携し、地域連携の拠点となるよう生活相談員の活動を広めていきます。学生の実習施設としても、福祉大学・看護学校の実習を受け入れ、利用者さまにとって安心して楽しく機能向上が図れるデイサービスを目指していきます。

## 愛生居宅介護支援事業所

管理者 中嶋 拓

### ▶ 特徴

愛生居宅介護支援事業所は平成17年4月にCKビル内にて再開し、現在7名の介護支援専門員（内5名が主任介護支援専門員）として、要介護要支援認定を受けた利用者さまを常時200名以上、担当させていただいております。

また平成20年には特定事業所の指定を受け、24時間の連絡・相談体制や地域包括支援センターからの支援困難ケースの積極的な受入れ、また個別研修・年間研修計画に基づく個々のスキルアップに日々努めております。

### ▶ 2016年目標

あらゆるケースに対応すべく事業所内の研修、症例検討等を充実させ、介護保険だけでなく他サービスや地域の社会資源等を活用するため、法人内・地域と連携し、慣れ親しんだ地域で人生を全うできるよう支援することで、地域で信頼される事業所を目指してまいります。

また北区居宅介護支援事業者連絡会幹事やいきいき相談室の受託により、地域社会への参加を積極的に行い、地域包括ケアシステム構築に貢献できるよう努めてまいります。



# 愛生会看護専門学校



## 愛生会看護専門学校

学校長 小澤 正敏

### ▶ 特徴

当校は本年で開設30年目を迎え、卒業生は700名余りとなり、愛生会の病院や全国の医療施設で活躍しています。個々の学生の特性に応じたきめ細かな指導を心掛けています。実習の大部分を愛生会グループの施設で行っているため、臨床との連携がとりやすく、実践力の向上に努めています。

### ▶ 2015年活動実績

#### ・入学試験受験者推移

入試の形態	回生	志願者数	受験者数	合格者数	入学者数
推薦入試	28回生	32名	31名	15名	15名
	29回生	31名	31名	15名	15名
	30回生	33名	33名	20名	20名
一般入試	28回生	72名	65名	22名	15名
	29回生	53名	44名	19名	15名
	30回生	185名	184名	41名	

30回生から定員を40名に増員しました。

#### ・国家試験合格率と就職先

国家試験の合格率は過去6年間100% また、卒業生のほとんどは社会医療法人愛生会に就職し、同級生や先輩とともに卒後教育を受けています。

#### ・学生募集状況

オープンキャンパスを年4回開催し、202名の参加がありました。

学校の概要説明、模擬授業・実習、在校生との茶話会等を行っています。

その他、校外での説明会、学校見学、実習病院見学等を実施し、のべ457名が参加しました。

### ▶ 2016年目標

- 1) 優秀な学生を確保するため、オープンキャンパスや説明会等の広報活動を強化します。
- 2) 教員の指導能力の向上を図るため、教員研修等に積極参加します。
- 3) 看護師国家試験100パーセント合格を維持するため国家試験対策に万全を期します。



# 各種活動



各科研究活動

● 総合上飯田第一病院

消化器内科・内視鏡センター

講演会・講習会・研修会講師、その他外部講師

No.	演題名	講演者名	講演会・講習会名など	年月日
1	新しい内視鏡 - カプセル内視鏡	小栗彰彦	日本消化器病学会東海支部 第98回市民公開講座	2015.12.13

腎臓内科

学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	地方学会	膜性腎症と ANCA 関連腎炎の所見を呈したネフローゼ症候群の1例	一般演題	久納美蓉子	第226回 日本内科学会東海地方会	愛知	2015.6.21	有 P.102

消化器・一般外科

論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名	年月	抄録
1	The value of preoperative screening colonoscopies in patients with biliary tract cancer.	Itatsu K, Yokoyama Y, Ebata T, Igami T, Sugawara G, Uehara K, Mizuno T, Ando M, Goto H, Nagino M	J Gastroenterol, Epub ahead of print	2015.5	有 P.96
2	Muscle sparing thoracotomy for esophageal cancer: a comparison with posterolateral thoracotomy.	Miyata K, Fukaya M, Itatsu K, Abe T, Nagino M.	Surg Today, Epub ahead of print	2015.8	有 P.96
3	Synchronous double primary cancer of the esophagus and ampulla of Vater successfully treated by a two-stage operation: report of a case. Two-stage operation for double primary cancer.	Fukaya M, Nishio H, Kobayashi S, Itatsu K, Funasaka K, Shimoyama Y, Nagino M.	Esophagus, Epub ahead of print	2015.2	有 P.96

学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	大腸癌手術におけるサルコペニアと術後合併症の検討	講演	板津慶太	第77回 日本臨床外科学会総会	博多	2015.11.26 ~ 2015.11.28	有 P.105

講演会・講習会・研修会講師、その他外部講師

No.	演題名	講演者名	講演会・講習会名など	年月日
1	多施設共同研究が示した腹壁合併症（創部 SSI と腹壁癒痕ヘルニア）の現状	板津慶太	第26回消化器外科共同研究会 リスクマネジメント分科会	2015.10.16

乳腺外科・乳腺センター

論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名
1	中間期乳癌は一般検診発見乳癌と生物学的性質は同じか	窪田智行、広利浩一	日本乳癌検診学会誌 24(2) P261-284

## 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	T1N0乳癌の悪性度の検討	ポスター	窪田智行	第23回 日本乳癌学会学術総会	東京	2015.7.2～ 2015.7.4	有 P.102
2	地方学会	Salvage-line の抗 HER2療法	一般演題	窪田智行	第2回 名古屋乳癌勉強会	名古屋	2015.6.20	無
3	全国学会	中間期乳癌の検討	一般演題	窪田智行	第22回 日本臨床外科学会	福岡	2015.11.26～ 2015.11.28	有 P.103
4	全国学会	1cm以下腫瘍の細胞診施行例の検討	一般演題	窪田智行	第35回 日本乳癌甲状腺 超音波医学会	盛岡	2015.9.19～ 2015.9.20	有 P.103
5	全国学会	ワーファリン内服中に行った検診マンモグラフィー後に大胸筋血腫を併発した一症例	ポスター	雄谷純子	第23回 日本乳癌学会学術総会	東京	2015.7.2～ 2015.7.4	有 P.103
6	全国学会	当院における Oncotype Dx の使用状況と有用性に関する検討	ポスター	雄谷純子	第77回 日本臨床外科学会総会	福岡	2015.11.26～ 2015.11.28	有 P.103
7	全国学会	ステレオ下マンモトーム施行例のうち、鑑別困難であった11例の検討	ポスター	山内康平	第24回 日本乳癌画像研究会	東京	2015.2.13	有 P.103
8	全国学会	乳癌超音波検査のうち、構築の乱れで見つかった当院乳癌手術症例の検討	ポスター	山内康平	第23回 日本乳癌学会学術総会	東京	2015.7.2～ 2015.7.4	有 P.104
9	地方学会	結腸腸間膜に転移を来した乳癌全摘術後26年再発の1例	一般演題	山内康平	第12回 日本乳癌学会 中部地 方会	福井	2015.9.5～ 2015.9.6	有 P.104
10	全国学会	当院における超音波ガイド下マンモトーム生検が有用であった症例の検討	一般演題	山内康平	第25回 日本乳癌検診学会総会	つくば	2015.10.30～ 2015.10.31	有 P.104
11	全国学会	当院での超高齢者乳癌手術症例の入院期間についての検討	一般演題	山内康平	第77回 日本臨床外科学会総会	福岡	2015.11.26～ 2015.11.28	有 P.104

## 講演会・講習会・研修会講師、その他外部講師

No.	演題名	講演者名	講演会・講習会名など	年月日	開催地
1	乳癌における最近の話題	窪田智行	北区医師会学術講演会	2015.8.8	名古屋
2	乳癌画像診断、MMG での FAD、構築の乱れを中心に	窪田智行	第10回中越乳癌検討会	2015.10.24	長岡
3	画像からの乳癌治療	窪田智行	第23回日本超音波検査学会中部地方会	2015.11.8	名古屋
4	乳がんの最新情報～予防から治療まで～	窪田智行	第2回在宅保健師会「あいち」研修会	2015.11.2	名古屋
5	乳がん検診の最近の話題とマンモグラフィ読影の実際	窪田智行	第4回九州産婦人科乳癌医学会	2015.11.29	宮崎
6	乳癌検診について	雄谷純子	国際セントラルクリニック研修会	2015.12.4	名古屋

## 整形外科

## 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	順行性上腕骨髄内釘術後の肩関節鏡視下手術の経験	ポスター	川村佑介	JOSKAS 第7回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会	札幌	2015.6.18～ 2015.6.20	有 P.102

## 講演会・講習会・研修会講師、その他外部講師

No.	演題名	講演者名	講演会・講習会名など	年月日
1	当院の骨粗鬆症治療に対する取り組みと新規骨粗鬆症治療薬の臨床成績	川村佑介	第7回上飯田骨粗鬆症セミナー	2015.6.13
2	当院の骨粗鬆症治療に対する取り組み	川村佑介	武田薬品社内勉強会	2015.11.26

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

## 脳神経外科

### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	地方学会	摘出に難渋し、脳腫脹と大量出血を来した左頭頂葉 AVM	一般演題	横山欣也	第1回 Hybrid Neurosurgery 研究会	東京	2015.1.17	無
2	全国学会	多発脳梗塞および脳動脈瘤を生じた斜位 Aspergilloma の一例	一般演題	横山欣也	第40回 日本脳卒中学会総会（広島）	広島	2015.3.26～ 2015.3.29	無
3	地方学会	もやもや病患者における髄液中での神経ペプチドの上昇と病態生理についての考察	一般演題	横山欣也	第16回 日本分子脳神経外科学会（浜松）	静岡	2015.8.28～ 2015.8.29	無
4	全国学会	もやもや病患者における髄液中での神経ペプチドの上昇と病態生理についての考察	一般演題	横山欣也	第74回 日本脳神経外科学会総会（北海道）	北海道	2015.10.14～ 2015.10.16	無

### 講演会・講習会・研修会講師、その他外部講師

No.	演題名	講演者名	講演会・講習会名など	年月日
1	気になる脳卒中の話	住友正樹	第13回市民公開講座	2015.9.5

## 小児科・アレルギー科

### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	名古屋市における費用助成による水痘ワクチン普及と流行消失	一般演題	後藤泰浩	日本ワクチン学会	犬山	2015.11.14～ 2015.11.15	無

### 講演会・講習会・研修会講師、その他外部講師

No.	演題名	講演者名	講演会・講習会名など	年月日
1	名古屋市の水痘の動向について	後藤泰浩	北部小児疾患セミナー	2015.11.12
2	B型肝炎予防接種に関する説明会	後藤泰浩	名古屋市医師会・名古屋市説明会	2015.9.13
3	ワクチンの最新情報2015	後藤泰浩	四区医師会合同医療スタッフ研修会	2015.4.25
4	「病」子どもを守るために ワクチンによる予防と発生後の対策	後藤泰浩	名古屋市小児科医会 子どもの健康を守る会	2015.2.21
5	定期的水痘及び高齢者肺炎球菌予防接種と予防接種事故の防止について	後藤泰浩	名古屋市予防接種事業伝達講習会	2015.2.15

## 耳鼻いんこう科

### 論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名	年月	抄録
1	Prevalence of Sinusitis Detected by Magnetic Resonance Imaging in Subjects with Dementia or Alzheimer's Disease	Minori Yasue	Current Alzheimer Research, 2015, 12, 1006-1011	2015.12	有 P.96

### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	めまいリハビリ外来開始から1年間の報告	ポスター	安江穂	第74回 日本めまい平衡医学会 総会・学術講演会長良川国際会議場	岐阜	2015.11.25～ 2015.11.27	有 P.101

## 眼科

## 論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名	年月	抄録
1	網膜中心静脈閉塞症に対する抗 VEGF 治療 一認可薬による治療戦略	古川真理子	あたらしい眼科 第32巻 P1307-1308	2015.9.30	無
2	Effect Of Internal Limiting Membrane Peeling On Long-Term Visual Outcomes For Diabetic Macular Edema	Kazuyuki Kumagai, Masanori Hangai, Nobuchika Ogino, Eric Larson	Retina Volume35 P1422-1428	2015.7	有 P.88
3	Progressive Thinning of Regional Macular Thickness After Epiretinal Membrane Surgery	Kazuyuki Kumagai, Masanori Hangai, Nobuchika Ogino	Investigative Ophthalmology & Visual Science Volume56 P7236-7242	2015.11	有 P.92

## 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	地方学会	黄斑下出血に対して SF6ガス硝子体注 射を行った3例	情報交換会	長島弘明	第21回 Tokai Retina Club	名古屋	2015.8.26	無

## 老年精神科

## 論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名	年月	抄録
1	Long-term efficacy of donepezil for relapse of visual hallucinations in patients with dementia with Lewy bodies	Katsuyuki UKAI, Hiroshige FUJISHIRO, Shuji IRITANI, and Norio OZAKI	Psychogeriatrics Volume15 P133- 137	2015.6	有 P.97
2	Diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNFC: Kosaka-Shibayama disease) in Japan	Katsuyuki Ukai, Kenji Kosaka	Psychiatry and Clinical Neurosciences doi: 10.1111/ pcn.12334	2015.7	有 P.97

## 著書

No.	題名	著者名・編者名	著書名	年月
1	DLB に対するアリセプトの至適用量とは	鶴飼克行	CLINICIAN 第62巻 P81-86 エーザイ株式会社	2015.4～5

## 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	一過性てんかん性健忘 (TEA) とレビー小体病 (LBD) の臨床症状の類似性について ～2 自験例での考察～	ポスター	鶴飼克行	第111回 日本精神神経学会	大阪	2015.6.4～ 2015.6.6	有 P.108
2	国際学会	Diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC; Kosaka-Shibayama disease): A proposal of clinical diagnostic criteria for DNTC	ポスター	Katsuyuki Ukai	World Psychiatric Association Osaka Japan 2015	Osaka	2015.6.4～ 2015.6.6	有 P.109
3	全国学会	味覚障害を呈したレビー小体型認知症 (DLB) の1例	ポスター	鶴飼克行	第30回 日本老年精神医学会	横浜	2015.6.12～ 2015.6.14	有 P.108
4	国際学会	Long-term efficacy of donepezil for visual hallucinations in patients with dementia with Lewy bodies	ポスター	Katsuyuki Ukai	The 9th Congress of ASAD 2015	Kumamoto	2015.9.14～ 2015.9.16	有 P.108
5	国際学会	Developmental process of an entity of "dementia"	ポスター	Katsuyuki Ukai	The 9th Congress of ASAD 2015	Kumamoto	2015.9.14～ 2015.9.16	有 P.108
6	国際学会	Diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC; Kosaka-Shibayama disease) in Japan	ポスター	Katsuyuki Ukai	The 9th Congress of ASAD 2015	Kumamoto	2015.9.14～ 2015.9.16	有 P.109
7	全国学会	レビー小体病 (DLB・PDD) に伴う疼痛への少量のプレガバリン投与の有効性について	ポスター	鶴飼克行	第34回 日本認知症学会	青森	2015.10.2～ 2015.10.4	有 P.109

## 講演会・講習会・研修会講師、その他外部講師

No.	演題名	講演者名	講演会・講習会名など	年月日
1	レビー小体型認知症 (DLB) ～その診断と治療～	鶴飼克行	小牧レビー小体型認知症研究会	2015.1.28
2	レビー小体型認知症 (DLB) ～その診断と治療～	鶴飼克行	小牧市レビー小体型認知症勉強会	2015.2.4
3	レビー小体型認知症 (DLB) ～その診断と治療～	鶴飼克行	第24回 中村区認知症研究会	2015.2.7
4	レビー小体型認知症 (DLB) ～その診断と治療～	鶴飼克行	佐賀県鹿島藤津医師会・武雄杵島医師会 学術講演会	2015.2.19
5	レビー小体型認知症 (DLB)	鶴飼克行	大日本住友製薬株式会社 名古屋営業所 社内研修会	2015.3.5
6	レビー小体型認知症 (DLB) ～その診断と治療～	鶴飼克行	西名古屋医師会・西春日井歯科医師会・ 西春日井薬剤師会 合同講演会	2015.3.14
7	レビー小体型認知症 (DLB) ～その診断と治療～	鶴飼克行	第361回 緑区医学研究会	2015.3.24
8	レビー小体型認知症 (DLB) ～その診断と治療～	鶴飼克行	第14回 尾北地区認知症研究会	2015.3.28
9	レビー小体型認知症 (DLB) ～その診断と治療～	鶴飼克行	第8回 岡崎医学医療研究会	2015.4.8
10	レビー小体型認知症 (DLB) ～BPSD の薬物治療について～	鶴飼克行	第25回 西区認知症研究会	2015.5.9
11	認知症高齢者と睡眠薬	鶴飼克行	MSD 株式会社 名古屋事務所 社内学術研修会	2015.5.20
12	レビー小体型認知症	鶴飼克行	総合上飯田第一病院 DST 委員会 講演会	2015.5.21
13	レビー小体型認知症 (DLB) ～その診断と治療～	鶴飼克行	小牧医師会 認知症研究会	2015.5.22
14	レビー小体型認知症 (DLB) ～その診断と治療～	鶴飼克行	東名古屋医師会 臨床懇話会	2015.7.11
15	レビー小体型認知症 (DLB) ～その診断と治療～	鶴飼克行	第16回 中区認知症研究会	2015.8.1
16	レビー小体型認知症 (DLB) ～その診断と治療～ 最新的话题を含めて	鶴飼克行	愛知県保険医協会 内科臨床研究会	2015.9.5
17	認知症と Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia(BPSD)	鶴飼克行	武田薬品工業 社内研修	2015.9.9
18	レビー小体病とうつ病および一過性てんかん性健忘 (TEA) の臨床症状の類似性について	鶴飼克行	第1回 西尾張 Cognitive Disorder 研究会	2015.10.15
19	認知症	鶴飼克行	椋山女子園大学 在宅精神看護論 講義	2015.10.31
20	レビー小体型認知症 (DLB) ～その症状と理解～	鶴飼克行	西区地域包括ケア推進会議 認知症専門部会 平成27年度 専門職向け認知症研修	2015.11.20

## リハビリテーション科

### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	終末期がん患者の住環境整備の特徴	ポスター	玉木聡	第49回 日本作業療法学会	神戸	2015.6.19～ 2015.6.21	有 P.98
2	全国学会	視覚性運動失調 -Ataxie optique- が 注視下での到達運動に及ぼす影響	口述	芝田博文	第39回 日本神経心理学会	札幌	2015.9.10～ 2015.9.11	有 P.98
3	全国学会	肩甲上腕リズムにおける肩甲骨周囲筋の 筋活動の検討	ポスター	渡邊桃子	第49回 日本作業療法学会	神戸	2015.6.19～ 2015.6.21	有 P.98
4	地方学会	緩和期におけるリハビリテーションにて 在宅復帰に難渋した一症例	ポスター	高畑香澄	第23回 愛知県作業療法学会	愛知	2015.5.23～ 2015.5.24	有 P.99
5	地方学会	MCA 領域梗塞によって重度の pusher 症状を呈した一症例の 坐位獲得アプローチ	ポスター	荻野沙織	第23回 愛知県作業療法学会	愛知	2015.5.23～ 2015.5.24	有 P.99
6	全国学会	反重力トレッドミルによる歩行訓練が TKA 術後の筋量の回復に及ぼす影響	口述	林琢磨	第7回 JOSKAS	札幌	2015.6.18～ 2015.6.20	有 P.99
7	地方学会	地域包括ケア病棟開設前後における 脊椎圧迫骨折患者の治療成績の比較	口述	白上昇	第31回 東海北陸理学療法学会 大会	石川	2015.10.3～ 2015.10.4	有 P.99
8	全国学会	脳血管障害患者の嚥下障害に影響する 身体的因子の検討	口述	伊藤隆人	第50回 日本理学療法学会 大会	東京	2015.6.5～ 2015.6.7	有 P.100
9	全国学会	ダイナミックストレッチングが 柔軟性に及ぼす即時的効果と 効果持続時間について	口述	山本彩乃	第70回 日本体力医学会 大会	和歌山	2015.9.18～ 2015.9.20	有 P.100
10	全国学会	ハムストリングスの柔軟性に対する ダイナミックストレッチングの急性効果	口述	山本彩乃	第50回 日本理学療法学会 大会	東京	2015.6.5～ 2015.6.7	有 P.101

### 講演会・講習会・研修会講師、その他外部講師

No.	演題名	講演者名	講演会・講習会名など	年月日
1	体表解剖学	柴本圭悟	第19回運動器系体表解剖セミナー B コース	2015.5.30
2	体表解剖学	柴本圭悟	第19回運動器系体表解剖セミナー B コース	2015.7.4
3	体表解剖学	柴本圭悟	第19回運動器系体表解剖セミナー A コース	2015.10.3
4	体表解剖学	柴本圭悟	第19回運動器系体表解剖セミナー B コース	2015.11.28
5	体表解剖学	柴本圭悟	第19回運動器系体表解剖セミナー B コース	2015.12.13

## 放射線科

### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	ステレオガイド下マンモトーム生検に おける石灰化の大きさの影響について の検討	一般演題	加藤紗恵子	第25回 日本乳癌検診学会 学術総会	つくば市	2015.10.30～ 2015.10.31	有 P.106
2	全国学会	RESOLVE における ADC map 上の CSF 拍動アーティファクトについての 検討	一般演題	大橋俊夫	第43回 日本磁気共鳴医学会 大会	東京	2015.9.10～ 2015.9.12	有 P.106
3	全国学会	内リンパ腔体積の簡易推定法の開発	一般演題	加納麻衣	第43回 日本磁気共鳴医学会 大会	東京	2015.9.10～ 2015.9.12	有 P.105

## 薬剤部

### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	抗癌剤投与に伴う口内炎に対するグルタミン投与の有効性についての症例報告	ポスターシンポジウム	長谷川豊則	第30回日本経腸静脈栄養学会学術集会	神戸	2015.2.12～2015.2.13	有 P.107
2	地方学会	当院緩和ケアチームにおける薬剤師の活動	一般演題	金澤克洋	第25回東海緩和医療研究会	名古屋	2015.2.21	有 P.107

## 緩和ケアセンター

### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	外科医と緩和ケアチームによる迅速な外科的緩和治療介入の試み	一般演題	岡島明子	第115回日本外科学会定期学術集会	名古屋	2015.4.16～2015.4.18	有 P.102
2	全国学会	消化器外科医が緩和ケアチームリーダーを務める意義	一般演題	岡島明子	JDDW・第13回日本消化器外科学会大会	東京	2015.10.8～2015.10.11	有 P.101

## 研修医

### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	当院マンモグラフィで高濃度乳腺を呈した乳癌症例の検討	ポスター討議	中根千穂、窪田智行	第23回日本乳癌学会学術総会（東京国際フォーラム）	東京	2015.7.2～2015.7.4	有 P.105

## 感染対策室

### 講演会・講習会・研修会講師、その他外部講師

No.	演題名・テーマ	講演者名	講演会・講習会名など	年月日
1	クリニックにおける感染対策	清水真介	4区合同医療スタッフ研修会	2015.4.25
2	ワクチンの最新情報2015	後藤泰浩	4区合同医療スタッフ研修会	2015.4.25
3	感染管理について	清水真介	愛知総合看護福祉専門学校	2015.5.28
4	感染管理研修会「感染対策の基礎」	清水真介	特定医療法人慶栄会東可児病院	2015.8.26

## 糖尿病看護認定看護師

### 著書

No.	題名	著者名・編者名	著書名	年月
1	糖尿病患者さん指導用アイデアグッズ	河井智子	糖尿病ケア12巻11号 P4-5 メディカ出版	2015.11

### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	糖尿病看護を全国の仲間と共有する～患者さんのためにできること～	展示	河井智子	第20回日本糖尿病教育・看護学会学術集会	高松	2015.9.21～2015.9.22	無

## ● 上飯田リハビリテーション病院

### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	回復期リハビリテーション病院における筋力低下患者に対する栄養アプローチ	一般演題	小川隼人	第18回日本病態栄養学会年次学術集会	京都	2015.1.10	有 P.111
2	地方学会	左片麻痺と高次脳機能障害を呈する症例を経験して～アプローチ法に着目～	一般演題	安積亜津子	平成26年度名古屋ブロック研修会	愛知県	2015.1.18	無
3	地方学会	歩行自立の獲得を目指した腰椎圧迫骨折を伴う右片麻痺の症例	一般演題	阿部翔太	平成26年度名古屋ブロック研修会	愛知県	2015.1.18	無
4	地方学会	右被殻出血を呈した症例～歩行に着目して～	一般演題	佐藤亜耶	平成26年度名古屋ブロック研修会	愛知県	2015.1.18	無
5	地方学会	メカニカルストレスによる骨格筋細胞の糖取り込み亢進作用は AMPK 非依存的な経路を介する	一般演題	佐藤亜耶	愛知県理学療法士学術大会	愛知県	2015.3.1	有 P.111
6	地方学会	ウォークエイドの使用により歩行能力が向上した症例	一般演題	浅井千花乃	愛知県理学療法学会生涯学習部主催症例検討会	愛知県	2015.3.15	無
7	地方学会	脳梗塞によりバランス能力が低下した症例～筋力低下に着目して～	一般演題	小川好貴	愛知県理学療法学会生涯学習部主催症例検討会	愛知県	2015.3.15	無
8	地方学会	大腿骨頸上骨折患者 －既往のポリオにより難渋した症例－	一般演題	鍵谷美早紀	愛知県理学療法学会生涯学習部主催症例検討会	愛知県	2015.3.15	無
9	地方学会	大腿骨近位部骨折を呈した虚弱高齢者の自宅復帰を目指して－住環境に着目して－	一般演題	加藤大樹	愛知県理学療法学会生涯学習部主催症例検討会	愛知県	2015.3.15	無
10	地方学会	左脳梗塞により失語症を呈した症例～体幹機能に着目して～	一般演題	山田悠祐	愛知県理学療法学会生涯学習部主催症例検討会	愛知県	2015.3.15	無
11	地方学会	重度右片麻痺を呈した症例への上衣更衣動作訓練	一般演題	濱田爽子	第23回愛知県作業療法学会	愛知県	2015.5.23～ 2015.5.24	有 P.113
12	地方学会	ADL 上にて、麻痺側上肢の使用頻度に向上を認めた1症例	一般演題	森一起	第23回愛知県作業療法学会	愛知県	2015.5.23～ 2015.5.24	有 P.111
13	全国学会	A study of factors affecting the decreased grip strength in a rat model of work-related musculoskeletal disorder	ポスター	藤原光宏	World Confederation for Physical Therapy Congress 2015	シンガポール	2015.5.1～ 2015.5.4	有 P.112
14	地方学会	回復期リハビリ病棟における高 BCAA・V.D・Ca 含有飲料導入による臨床効果について	一般演題	小川隼人	第4回日本栄養改善学会東海支部会学術総会	愛知県	2015.6.28	無
15	全国学会	脳血管障害後遺症におけるアパシーとうつ－認知機能との関連－	一般演題	川崎めぐみ	第49回日本作業療法学会	神戸	2015.6.19～ 2015.6.21	有 P.110
16	全国学会	急性期から在宅まで連携した作業療法	ポスター	志賀美穂	第49回日本作業療法学会	神戸	2015.6.19～ 2015.6.21	有 P.111
17	地方学会	低栄養状態は回復期リハビリにおいて日常生活の能力低下と改善の遅延を招く	一般演題	長縄幸平	日本静脈経管栄養学会東海支部学術集会	愛知県	2015.7.24～ 2015.7.26	有 P.112
18	全国学会	介護教室の取り組み～理学療法士としての関わりを経験して～	一般演題	尾崎佳子	リハビリテーション・ケア合同研究大会 神戸 2015	神戸	2015.10.1～ 2015.10.3	有 P.113
19	全国学会	回復期リハビリテーション病棟における入院時 FIM 得点による改善期待値と実際の FIM 利得について	一般演題	平田貴大	リハビリテーション・ケア合同研究大会 神戸 2015	神戸	2015.10.1～ 2015.10.3	有 P.113
20	全国学会	回復期リハビリテーション病棟における退院指導	一般演題	竹内悠子	リハビリテーション・ケア合同研究大会 神戸 2015	神戸	2015.10.1～ 2015.10.3	有 P.110

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
21	地方学会	ADLにおいて道具使用障害及び系列動作の誤りが認められた一症例	ポスター	平子恵子	第15回 東海北陸作業療法学会	岐阜	2015.11.28～ 2015.11.29	有 P.114
22	地方学会	意識障害と自発性の低下を呈した片麻痺患者に対する作業療法 ～立位・歩行訓練に着目して～	ポスター	森村直生	第15回 東海北陸作業療法学会	岐阜	2015.11.28～ 2015.11.29	有 P.113
23	全国学会	右利き患者にみられた reversed lateralization の一例	ポスター	寺島勇慈	第39回 日本高次脳機能障害学会 学術総会	東京	2015.12.10～ 2015.12.11	有 P.110

#### 講演会・講習会・研修会講師、その他外部講師

No.	演題名	講演者名	講演会・講習会名など	年月日
1	回復期リハビリテーション病棟における ペムパル・アクティブ飲用における臨床効果について	小川隼人	第4回 ネスレセミナー	2015.5.16
2	慢性疼痛のリハビリテーション	藤原光宏	第38回八事整形医療連携会	2015.11.5

## ● 愛生訪問看護ステーション

#### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	介護教室の取り組み～理学療法士としての 関わりを経験して～	一般演題	尾崎佳子	リハビリ テーション・ケア 合同研究大会 神戸 2015	神戸	2015.10.1～ 2015.10.3	有 P.113

## 地域貢献活動

### ● 総合上飯田第一病院

#### 市民公開講座

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	第11回「よくわかる耳の話 ～音が聞きづらい。耳鳴りがするのは何故?～」	安江穂 (耳鼻いんこう科 医長)	2015.1.24
2	第12回「糖尿病と言われたら ～糖尿病!あなたの疑問に答えます～」	山本由紀子 (糖尿病内科 医長)	2015.5.16
3	第13回「気になる脳卒中の話 ～脳卒中の予防と治療。あなたは大丈夫ですか～」	住友正樹 (脳神経外科 部長)	2015.9.5
4	市民公開特別講座「腸の病気～新しい見つけ方・治し方～」	後藤秀実 (名古屋大学消化器内科学 教授) 中村正直 (名古屋大学消化器内科) 渡辺修 (名古屋大学消化器内科) 小栗彰彦 (内視鏡センター長) 板津慶太 (消化器外科 医長)	2015.12.13

#### 地域医療連携講演会

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	第18回「どうしてそんなことをするの? ～認知症の人の行動と対応～」	松井千恵 (認知症認定看護師)	2015.2.12
2	第19回「2015年介護報酬改定の概要 ～「医療と介護連携」は強化されているか～」	梶村孝夫 (株式会社スズケン マーケティング課)	2015.5.21
3	第20回「正しい口腔ケアで誤嚥性肺炎は予防できる! ～口腔ケアで健康!長生き!～」	小澤浩美 (歯科衛生士)	2015.10.23

#### 上飯田骨粗鬆症セミナー

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	第7回上飯田骨粗鬆症セミナー「骨粗鬆症に関する最新の知見」	三重大学整形外科教授 須藤啓広先生	2015.6.13

#### 乳腺外科

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	第6回上飯田乳がん講演会	窪田智行、三浦重人、加藤万事、雄谷純子、岡島明子、山内康平	2015.7.11
2	上飯田ピンクリボン運動 (日曜日に乳がん検査を)	雄谷純子、窪田智行、山内康平	2015.10.18
3	ご当地カフェ in 名古屋	窪田智行、山内康平	2015.11.15

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション  
クリニック

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門  
学校

各種活動

論文・抄録

## ● 上飯田リハビリテーション病院

### 介護教室

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	着替えについて	作業療法士・介護福祉士	2015.1.10
2	認知症について	看護師・介護福祉士	2015.2.9
3	健康管理について	看護師	2015.2.14
4	排泄について	介護福祉士	2015.3.14
5	乗り移りについて	理学療法士・介護福祉士	2015.4.11
6	介護保険について	社会福祉士	2015.4.25
7	着替えについて	作業療法士・介護福祉士	2015.5.9
8	健康管理について	看護師	2015.6.13
9	認知症について	看護師・介護福祉士	2015.7.11
10	乗り移りについて	理学療法士・介護福祉士	2015.8.8
11	介護保険について	社会福祉士	2015.8.22
12	着替えについて	作業療法士・介護福祉士	2015.9.12
13	健康管理について	看護師	2015.10.10
14	認知症について	看護師・介護福祉士	2015.11.14
15	乗り移りについて	理学療法士・介護福祉士	2015.12.12
16	介護保険について	社会福祉士	2015.12.26

### 上飯田リハビリテーションセミナー

	内容・テーマ等	演者名	年月日
第23回	1. がんリハビリテーション最前線 病期・治療目的・がん種別の実際	慶應義塾大学 医学部 リハビリテーション医学教室 准教授 辻哲也先生	2015.6.12
	2. 脳卒中後上肢麻痺のリハビリテーション ー慢性期の研究結果から回復期へ望むことー	東京慈恵会医科大学付属病院 リハビリテーション科 主任教授 診療部長 安保雅博先生	
第24回	1. 障がい者スポーツにおけるリハビリテーション	岐阜大学医学部大学院医学系研究科 関節再建外科学先端医療講座 准教授 青木隆明先生	2015.11.12
	2. 小児期・成人期の扁平足障害に対する リハビリテーション及び整形外科的対応	名古屋市立大学大学院 リハビリテーション医学講座教授 和田郁雄先生	

## 法人内研究活動（勉強会、研修等）

### ● 総合上飯田第一病院

#### 薬剤部

No.	内容・テーマ等	演者名	主催部署	年月日
1	研修医オリエンテーション「薬剤部の主な取り組みについて」 「処方箋の記載方法について」「注意する処方指示について」 「麻薬免許証申請について」「麻薬処方箋の取り扱いについて」	中西啓文	研修医	2015.4.7
2	NST 講習会「静脈栄養剤の基礎知識・適正調整」	長谷川豊則	NST 委員会	2015.6.17 2015.6.18
3	3階病棟・外科外来合同勉強会 「癌性疼痛に対するレスキュー薬の役割」	金澤亮洋	3階病棟・ 外科外来	2015.6.24
4	新人看護研修会 1. 基礎薬理学 2. 薬剤の管理について 3. 薬剤関係のヒヤリハットについて	小野翔太郎、 柴田紗希、 兼子結衣	看護部	2015.7.8

#### 臨床検査部

No.	内容・テーマ等	演者名	主催部署	年月日
1	新人看護師 集合研修「検体採取と容器について」	間瀬実香	看護部	2015.4.3
2	新人看護師 集合研修「心電図」	杉山悦子	看護部	2015.5.13
3	NST 研修会	浅井弥生	NST 委員会	2015.6.18
4	NST 研修会	浅井弥生	NST 委員会	2015.11.19

#### 臨床工学科

No.	内容・テーマ等	演者名	主催部署	年月日
1	呼吸器の操作と管理 VELA・Trilogy (6F)	ME 水谷友也	ME 科	2015.2.4
2	輸液ポンプ・シリンジポンプ・モニターの取扱方法 (新入看護師)	ME 水谷友也	ME 科	2015.4.2
3	輸液ポンプの使用上の注意点 (3F)	ME 水谷友也	ME 科	2015.4.14
4	呼吸器の操作と管理 VELA (2F)	ME 伊藤麻衣	ME 科	2015.10.9
5	麻酔器の始業点検と注意点 (OPE)	ME 水谷友也	ME 科	2015.10.17
6	除細動器の取扱方法 (2F) 新規購入	ME 水谷友也	ME 科	2015.11.16
7	除細動器の取扱方法 (2F) 新規購入	ME 水谷友也	ME 科	2015.11.28
8	除細動器の取扱方法 (内科外来) 新規購入	ME 水谷友也	ME 科	2015.12.8
9	電気メスの取扱方法 (OPE) 新規購入	日本コヴィディエン	OPE 室	2015.12.8

## 栄養科

No.	内容・テーマ等	演者名	主催部署	年月日
1	経鼻経腸栄養チューブの管理と経腸栄養ポンプについて	日本コヴィディエン(株)	ME科・栄養科	2015.1.27
2	NST勉強会「代替栄養患者の追跡」	6F病棟看護師中川	MSW・6F	2015.1.8
3	NST勉強会「褥瘡予防～ポジショニング～」	リハビリテーション科	3F・PT	2015.2.19
4	NST勉強会「褥瘡予防～ポジショニング～」	リハビリテーション科	3F・PT	2015.3.19
5	NST勉強会「NST・経管栄養について」	栄養科山口、MSW舟橋	栄養科・MSW	2015.4.16
6	NST勉強会「NST・経管栄養について」	栄養科山口、MSW舟橋	栄養科・MSW	2015.5.14
7	NST勉強会「褥瘡回診について・褥瘡とその治療」	科研製薬株式会社	4F・5FNST委員	2015.6.18
8	NST勉強会「褥瘡回診について・褥瘡とその治療」	科研製薬株式会社	4F・5FNST委員	2015.7.16
9	NST勉強会「嚥下障害について、食事介助の方法」	摂食嚥下認定看護師中川由香	3F・6FNST委員	2015.8.20
10	NST勉強会「嚥下障害について、食事介助の方法」	摂食嚥下認定看護師中川由香	3F・6FNST委員	2015.9.24
11	NST勉強会「栄養と褥瘡について」	株式会社明治	2F・7FNST委員	2015.10.15
12	NST勉強会「栄養と褥瘡について」	株式会社明治	2F・7FNST委員	2015.11.19
13	NST勉強会「亜鉛について」	株式会社シノテスト	検査・PT・薬剤部	2015.12.17

## 医療安全対策室

No.	内容・テーマ等	演者名	主催部署	年月日
1	医療安全研修「やってみようKYT4ラウンド法～リスク感性を高める～」	日本光電安全管理部近藤俊雄氏	医療安全委員会	2015.2.20
2	医療安全研修「やってみようKYT5ラウンド法～リスク感性を高める～」	日本光電安全管理部近藤俊雄氏	医療安全委員会	2015.2.27
3	看護補助・クラーク研修「医療安全」	沖田百合恵	看護部	2015.2.21
4	新人職員教育「信頼され愛される病院の職員であるための安全管理講習」	医療安全委員長後藤泰浩	本部総務課	2015.3.24
5	新人看護師集合研修	沖田百合恵	看護部	2015.4.2
6	新人研修医研修「当院の医療安全」	沖田百合恵	庶務課	2015.4.8
7	医療安全研修「医療訴訟に対応したカルテ記載」	後藤・太田・立岡法律事務所中村勝己氏	医療安全委員会	2015.5.12
8	医療安全研修「5S活動から始める医療安全～事故を起こさない職場環境～」	日本光電安全管理部近藤俊雄氏	医療安全委員会	2015.6.4
9	医療安全研修「5S活動から始める医療安全～事故を起こさない職場環境～」	日本光電安全管理部近藤俊雄氏	医療安全委員会	2015.6.22
10	医療安全研修「針刺し防止対策について」	ニプロ株式会社亀山太蔵氏	医療安全委員会	2015.7.24
11	医療安全研修「針刺し防止対策について」	ニプロ株式会社亀山太蔵氏	医療安全委員会	2015.8.7
12	医療安全研修「医療事故調査制度 死亡診断をする医師が確認しておくべき点」	後藤・太田・立岡法律事務所中村勝己氏	医療安全委員会	2015.9.29
13	看護補助・クラーク研修「医療安全(KYT)」	沖田百合恵	看護部	2015.12.11
14	看護補助・クラーク研修「医療安全(KYT)」	沖田百合恵	看護部	2015.12.14
15	介護士研修「医療安全(KYT)」	沖田百合恵	看護部	2015.12.11
16	介護士研修「医療安全(KYT)」	沖田百合恵	看護部	2015.12.14

## 災害対策委員会

No.	内容・テーマ等	演者名	主催部署	年月日
1	新入職員研修 防災教育・消火訓練（新入職員向け）	太田旭浩	災害対策委員会	2015.3.27
2	火災の基礎知識・消火訓練（新入職員向け）	安永美穂	災害対策委員会	2015.5.13
3	防災訓練（新入職員向け）		災害対策委員会	2015.7.4
4	防災教育（ゼネラルフード・栄養科向け）	東電（株）	栄養科	2015.8.19
5	防災訓練（全職員向け、時間を想定しての全館火災訓練）・消火訓練		災害対策委員会	2015.9.12
6	防災教育（手術室向け）		手術室	2015.12.12

## 認定看護師

## 感染対策室

No.	内容・テーマ等	演者名	主催部署	年月日
1	感染対策について（看護師新人職員向け）	清水真介	感染対策室	2015.4.2
2	感染対策について（研修医向け）	清水真介	感染対策室	2015.4.3
3	看護補助・クラーク感染対策研修	清水真介	看護実践委員会	2015.6.12
4	手術部位感染予防	清水真介	3階病棟	2015.7.14
5	感染管理研修「手洗い・手指消毒・真菌感染症について」	後藤泰浩	感染対策室	2015.7.29
6	眼科外来疥癬対策研修	清水真介	眼科外来	2015.7.29
7	5階病棟疥癬対策研修	清水真介	5階病棟	2015.7.30
8	4階病棟手術部位感染予防・疥癬対策	清水真介	4階病棟	2015.8.26
9	感染管理研修会「MERS について」	清水真介	リンクナース会	2015.8.21
10	研修医症例検討会「疥癬について」	清水真介		2015.8.27
11	2階病棟疥癬対策研修	清水真介	2階病棟	2015.8.28
12	感染管理研修会「感染症について」	清水真介	介護福祉事業部	2015.10.14
13	感染管理研修会「機能評価に向けた院内感染対策」	働メディコン	感染対策室	2015.11.27
14	感染管理研修「ノロウイルスについて」	清水真介	リンクナース会	2015.12.21

## 認知症看護認定看護師

No.	内容・テーマ等	演者名	主催部署	年月日
1	D S T 勉強会「急性期病院での認知症ケアは必要なのか」	松井千恵	D S T 委員会	2015.5.21
2	新人研修「場面の再構成」（認知症）	松井千恵	新人教育委員会	2015.9.7
3	介護福祉士研修「高齢者の理解」	松井千恵	看護実践委員会	2015.9.28
4	介護福祉士研修「高齢者の理解」	松井千恵	看護実践委員会	2015.10.9

## 糖尿病看護認定看護師

No.	内容・テーマ等	演者名	主催部署	年月日
1	糖尿病慢性合併症腎症症例クイズ	河井智子	内科外来	2015.1.23
2	楽しく覚えよう！ ～糖尿病に交わる語呂合わせ～	河井智子	栄養科	2015.2.26
3	糖尿病について	河井智子	新人教育委員会	2015.6.10
4	関連図事例演習	河井智子	レベルⅡ-2	2015.7.6
5	フットケア	河井智子	新人教育委員会	2015.7.8
6	関連図事例演習	河井智子	レベルⅡ-2	2015.7.17
7	関連図事例演習	河井智子	レベルⅡ-2	2015.7.25
8	カーボカウント法	河井智子	内科外来	2015.8.4
9	写真で学ぶアセスメント ～糖尿病足病変予防のために～	河井智子	5階病棟	2015.10.9
10	写真で学ぶアセスメント ～糖尿病足病変予防のために～	河井智子	内科外来	2015.11.6

## ● 上飯田リハビリテーション病院

No.	内容・テーマ等	演者名	主催部署	年月日
1	食中毒と予防方法	小川隼人	感染対策委員会	2015.8.3
2	新人職員対象 回復期リハビリテーション病棟について	嶋津誠一郎	回復期研修企画チーム	2015.3.28
3	新人職員対象 ADLについて	桑田佳紀	回復期研修企画チーム	2015.3.28
4	新人職員対象 回復期リハビリテーション病棟でのリハの役割について	石黒祥太郎	回復期研修企画チーム	2015.3.28
5	新人職員対象 入社後半年を経過して	嶋津誠一郎	回復期研修企画チーム	2015.10.27
6	症例発表会 左脳梗塞により右片麻痺を呈した症例に対して歩行中のトックリアランス改善への理学療法介入	安積亜津子	リハビリテーション科	2015.12.2
7	症例発表会 右視床出血により重度感覚障害を呈した症例～体性感覚による運動学習に着目して～	阿部翔太	リハビリテーション科	2015.12.9
8	症例発表会 コミュニケーションが困難なためアプローチ方法を工夫した一症例～歩行能力に着目して～	佐藤亜耶	リハビリテーション科	2015.12.9
9	症例発表会 腰椎破裂骨折により対麻痺を呈した症例～自宅復帰にいたるまで～	真鍋真由子	リハビリテーション科	2015.12.9
10	症例発表会 左放線冠梗塞により意欲低下をきたした症例へのアプローチ	岩佐麻美	リハビリテーション科	2015.12.9
11	症例発表会 右被殻出血により Pussler 現象を呈し、ADL 動作獲得に難渋した一症例	馬淵幹也	リハビリテーション科	2015.12.2
12	症例発表会 右被殻出血により重度片麻痺を呈した症例～歩行獲得を目指して～	山田有希	リハビリテーション科	2015.12.2
13	症例発表会 目標を共有することで、理学療法への取り組みが前向きになった脳梗塞患者	横地夏奈	リハビリテーション科	2015.12.2
14	感染症勉強会	伊東慶一	看護部	2015.6.24
15	回復期リハビリテーション病棟の看護	濱本利恵子	看護部	2015.4.8
16	心肺蘇生	柴田美智子	看護部	2015.7.14
17	バイタルサインと老年期の特徴	濱本利恵子	看護部	2015.6.17
18	固定チームナーシングと記録	濱本利恵子	看護部	2015.7.24
19	認知症について	濱本利恵子	看護部	2015.7.14
20	介護保険のきほん	佐藤顕世 (MSW)	看護部	2015.6.1
21	介護勉強会「ケアプランの立て方」	藤原光宏 (PT)	看護部	2015.7.29
22	口腔ケア	寺田春栄 (DH)	看護部	2015.8.14

## ● 介護福祉事業部合同勉強会

No.	内容・テーマ等	演者名	主催部署	年月日
1	認知症サポーター養成講座	あいのいずみ居宅介護支援事業所 川島英仁	業務改善委員会	2015.1.14
2	接遇・マナー研修	愛生居宅介護支援事業所 安地悦子	業務改善委員会	2015.2.4
3	名古屋市における高齢者虐待への対応について	名古屋市高齢者虐待相談センター 岩下有里	業務改善委員会	2015.6.3
4	交通安全講習会	北警察署 石田交通課長	運輸課	2015.7.1
5	感染症について	総合上飯田第一病院 感染症認定看護師 清水真介	業務改善委員会	2015.10.14
6	ヒヤリハットについて	介護福祉事業部管理師長 中川美樹子	業務改善委員会	2015.12.14

## ● 愛生訪問看護ステーション

No.	内容・テーマ等	演者名	主催部署	年月日
1	TENA と安楽な姿勢保持の方法について	アミエ (株) 横田恵一	訪問看護ステーション	2015.5.20
2	タイヤチェーン装着講習会	サトウ自動車 佐藤孝	運輸課	2015.11.25

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション  
シヨクン病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

## 委員会活動

### ● 総合上飯田第一病院

#### 栄養委員会

月	活動内容
2月	患者食アンケート
4月	日本人の食事摂取基準2015年版に沿った献立修正
4月	産科食（内容見直し、食器変更、ハーブティ導入）
4月	病児保育食の対応開始
6月	ガス炊飯器の購入
8月	増粘剤の種類変更（嚥下食使用）
8月	職員食アンケート
10月	職員夜勤食の弁当箱変更（電子レンジ対応可）
10月	患者食アンケート
12月	献立表掲示板のデザイン変更（デイルーム）

#### NST 委員会

月	活動内容
1月	外科医師の1名増員
2月	日本静脈経腸栄養学会学術集会にて症例発表（薬剤部・長谷川）
2月	周術期栄養管理の強化（栄養スクリーニング・術前口腔ケア）
5月	NST 回診用カルテ記載を全コメディカル電子カルテ記載
6月	NST 専門療法士臨床実地修練（6/15～19：看護、PT、栄養士、リハ病院 ST 各1名）
6月	NST サマリー記載項目の見直し 経管栄養時の姿勢「60度」を廃止、トロミ剤名記載
9月	「イントラリボスの投与について」マニュアル変更 投与速度算出例を掲載
11月	NST 専門療法士臨床実地修練（11/16～20：ST1名、リハ病院 PT1名、外部2名）
毎月	NST 勉強会開催

#### 院内感染対策委員会

月	活動内容
2月	平成26年度第4回感染防止カンファレンス（名古屋大学付属病院）
4月	平成27年度第1回感染防止カンファレンス（名古屋大学付属病院）
4月	入職時感染管理看護師新人研修
7月	感染管理研修会「手指衛生・抗真菌薬について」後藤
7月	平成27年度第1回感染防止加算1-2算定病院間カンファレンス
9月	リンクナース会研修「ME R Sについて」清水
9月	平成27年度第2回感染防止加算1-2算定病院間カンファレンス
11月	感染管理研修会「機能評価に向けた感染対策」
12月	平成27年度第3回感染防止加算1-2算定病院間カンファレンス
12月	主催：一般社団法人日本感染症学会 平成27年度院内感染対策講習会参加（清水）

#### 図書委員会

月	活動内容
2月	蔵書確認。図書室の利用について。図書事務局業務見直し依頼について
6月	予算実績報告。図書事務局業務見直し依頼について
10月	年間購読継続希望承認

## 褥瘡委員会

月	活動内容
1月	5階病棟症例検討 持込み褥瘡あり
3月	各部署 H26年度活動報告 次年度目標
5月	2階病棟症例検討
7月	3階病棟症例検討 陰圧閉鎖療法施行患者
9月	4.6階病棟症例検討 医療機器による褥瘡発生
11月	7階病棟症例発表

## 褥瘡委員会主催勉強会

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	意思決定プロセスについての一考察 「胃瘻造設」患者の追跡	MSW 権田	2015.1.15
2	褥瘡予防～ポジショニング～	リハビリテーション科 剣持	2015.2.19
3	褥瘡予防～ポジショニング～	リハビリテーション科 剣持	2015.3.19
4	NST について / 経管栄養について	管理栄養士 山口 MSW 舟橋	2015.4.16
5	NST について / 経管栄養について	管理栄養士 山口 MSW 舟橋	2015.5.21
6	褥瘡回診について / 褥瘡とその治療	(株) 科研製薬 丸田宏樹	2015.6.18
7	褥瘡回診について / 褥瘡とその治療	(株) 科研製薬 丸田宏樹	2015.7.16
8	嚥下障害について / 食事介助の方法	接触嚥下認定看護師 中川	2015.8.20
9	嚥下障害について / 食事介助の方法	接触嚥下認定看護師 中川	2015.9.24
10	褥瘡と栄養管理	(株) 明治 白井美圭	2015.10.15

## 輸血療法委員会

月	活動内容
毎月	毎月1回の委員会の開催 (年12回)
11月	輸血マニュアル第10版 作成

## 救急委員会

月	活動内容
7月	講義：意識レベル評価
7月	講義：意識レベル評価
9月	講義：BLS 研修
1・3・5・7・9・11月	救急委員会定例会議

## 手術室運営委員会

月	活動内容
5月	眼科並列手術開始に向け、第一回目の並列手術実施
7月	手術室運営委員会開催
10月	手術時「タイムアウト」実施開始
10月	衛生材料契約企業変更
10月	手術室内「ホルマリン」常置廃止
11月	薬剤部による手術室内薬剤 (筋弛緩薬・抗がん剤) 在庫確認開始
11月	手術室運用基準 (ガイドライン) 改定作業実施
12月	手術室運営委員会開催
12月	病理標本画像インポートシステム採用検討開始

## サービス向上委員会

月	活動内容
2月	平成26年度患者満足度調査実施（外来患者2/4～5、入院患者2/9～20）
4月	平成26年度患者満足度調査結果に対する取り組みを各部署で開始（待ち時間対策、待合室の改善、接遇等）
4月	ご意見の対応策公表（院内掲示、ホームページ掲載）：小児食の見直しについて、保険証の確認場所について
8月	ご意見の対応：洗剤を自販機にて販売開始
9月	平成26年度患者満足度調査結果の公表（病院ホームページに掲載）
9月	ご意見の対応策公表（院内掲示・ホームページ掲載）：洗剤の自販機販売について、病衣のポケットについて
10月	ご意見の対応：南館1階のソファを張替え
11月	ご意見の対応策公表（院内掲示・ホームページ掲載）：入院患者の食事時間と診察時間の見直しについて、シャワー室の足ふきマットについて、ソファの張替えについて
12月	ご意見の対応：北館エレベーターの鏡を新しい鏡に交換
12月	ご意見の対応：大型サイズの掛け布団を各病棟に準備（希望者利用）

## DST 委員会

月	活動内容
1月	委員会勉強会（委員会時実施）6階、7階「症例検討」看護師
2月	認知症認定看護師が認知症ラウンド（必要時に必要職種介入）
2月	委員会勉強会（委員会時実施）「義歯について」 歯科衛生士 「異食について」 栄養士
3月	認知症認定看護師が認知症ラウンド（必要時に必要職種介入）
3月	委員会勉強会（委員会時実施）2階、4階「症例検討」看護師
4月	認知症認定看護師が認知症ラウンド（必要時に必要職種介入）
5月	認知症認定看護師が認知症ラウンド（必要時に必要職種介入）
5月	DST 勉強会「レビー小体型認知症」 飼飼医師、「急性期病院での認知症ケアは必要なのか」 認知症看護認定看護師
6月	認知症認定看護師が認知症ラウンド（必要時に必要職種介入）
7月	認知症認定看護師が認知症ラウンド（必要時に必要職種介入）
7月	委員会勉強会（委員会時実施）「HDS-R・MMSE について」 作業療法士
8月	認知症認定看護師が認知症ラウンド（必要時に必要職種介入）
8月	委員会勉強会（委員会時実施）「HDS-R・MMSE 実施方法」 看護師
9月	認知症認定看護師が認知症ラウンド（必要時に必要職種介入）
9月	委員会勉強会（委員会時実施）「せん妄に対する薬物療法について」 薬剤師
9月	抗精神病薬マニュアル案作成し、医療安全対策委員会に提出
10月	認知症認定看護師が認知症ラウンド（必要時に必要職種介入）
10月	委員会勉強会（委員会時実施）2階、5階「症例検討」看護師
11月	認知症認定看護師が認知症ラウンド（必要時に必要職種介入）
11月	委員会勉強会（委員会時実施）「認知症者の倫理的課題に焦点を当てて」 「認知症者への食事支援」 長野県立看護大学 認知症看護認定看護師研修生
12月	認知症認定看護師が認知症ラウンド（必要時に必要職種介入）
12月	委員会勉強会（委員会時実施）3階、4階「症例検討」看護師

## 労働安全衛生委員会

月	活動内容
毎月	職員健康診断
4月	消火訓練・消防設備説明実施（新入職員対象）
4月	職員食堂特別メニュー開始
7月	防災訓練実施（新入職員対象）
8月	HB ワクチン接種開始
8月	メンタルヘルス・ハラスメント・職場いじめに関する相談窓口の告知通達配信
9月	防災訓練実施（職員対象）
9月	北館各階段踊場に転落防止コーン設置
10月	インフルエンザワクチン接種開始
11月	職員寮（レジデンス北町）の全面改装工事着工
12月	当直室の加湿器設置

## 臨床研修管理委員会

月	活動内容
3月	名古屋通信病院 臨床研修管理委員会出席
3月	臨床研修終了証交付
4月	臨床研修管理委員会開催
5月	東海北陸地区臨床研修病院合同説明会参加
7月	症例検討会（腎損傷の患者）
7月	症例検討会（尿路結石）
8月	症例検討会（アナフィラキシー症状の初期診療）
8月	症例検討会（疥癬）
9月	症例検討会（脳梗塞の初期治療）
10月	症例検討会（偶然発見された大動脈解離の1例）
10月	研修医勉強会（インフルエンザ・麻疹について）
11月	研修医勉強会（ノロウイルスについて）
12月	研修医勉強会（2015年11月の感染症2症例）

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

## 臨床検査適正委員会

月	活動内容
1月	機器の点検について
1月	外部委託検査 PGE-MUM、フリーテストステロ、アンドロステンジオン
2月	院内勉強会 ノロウイルス、アデノウイルス
2月	外部委託検査 RAS 遺伝子変異解析
3月	採血時テープ変更、治験イヌリンについて
3月	インフルエンザウイルスについて
4月	尿中L-FABPについて
4月	白血球分類、アニオンギャップについて
5月	5/8システムダウンについて
5月	院内勉強会 動脈解離、クロストリジウム・ディフィシル
6月	ガス分析について
6月	日本臨床検査技師会精度管理について
7月	外部委託検査 デングウイルスI抗原定性、デングウイルスNS1抗原
7月	機器管理について
8月	外来早出採血について
8月	愛知県臨床検査技師会精度管理について
9月	外部委託検査 血清IgG2、
9月	日本医師会精度管理について
10月	外部委託検査 L-FABP
10月	機器管理について
11月	外部委託検査 抗GAD抗体、HANP、可用性IL-2レセプター他
11月	院内勉強会 百日咳、緑内障
12月	ノロウイルス治験について
12月	反省会

## 倫理委員会

月	活動内容
不定期申請に応じて回り持ち審査を行った	申請に応じて回り持ち審査を行い承認した

## 薬事委員会

月	活動内容
2月	
4月	(年間を通じて) 新規採用 41品目
6月	採用中止 104品目
8月	後発医薬品切り替え 41品目 の審査を行った
10月	

## 診療記録委員会

月	活動内容
不定期申請に応じて回り持ち審査を行った	必要な確認を行った

## 治験審査委員会

月	活動内容
2月	4件の治験に関して報告を受け必要な審議を行いました
3月	4件の治験に関して報告を受け必要な審議を行いました
4月	5件の治験に関して報告を受け必要な審議を行いました
5月	4件の治験に関して報告を受け必要な審議を行いました
6月	5件の治験に関して報告を受け必要な審議を行いました
8月	5件の治験に関して報告を受け必要な審議を行いました
10月	5件の治験に関して報告を受け必要な審議を行いました
12月	4件の治験に関して報告を受け必要な審議を行いました

## 医療情報委員会

月	活動内容
不定期	医療情報室よりの提案を審議・承認した

## 緩和ケア委員会

月	活動内容
2月	第25回東海緩和医療研究会「当院緩和ケアチームにおける薬剤師の活動」金澤
4月	第115回日本外科学会定期学術集会 岡島
10月	第23回日本消化器関連学会週間・日本消化器外科学会大会 岡島
1～12月	毎週水曜日 症例カンファレンス ・臨床心理士ラウンド / 毎週木曜日 病棟ラウンド
6月	第7回青空コンサート
12月	第8回青空コンサート（クリスマスコンサート）
	★年間介入（入院）：133例

## 化学療法委員会

月	活動内容
1月	体重測定について規約変更
3月	新レジメ承認（AC療法）
4月	平成27年度委員会目標決定
5月	新レジメ承認（FEC療法,HERの投与回数を条件付きへ変更）
5月	内服抗がん剤処方忘れ対策
6月	新レジメ承認（TC+HER）
7月	新レジメ承認（オレンシア）
7月	CVポート取り扱いについて勉強会
8月	新レジメ承認（ZELOX胃癌）
10月	新レジメ承認（ドキシル）
11月	登録レジメ見直し
12月	抗がん剤取り扱いガイドライン改訂について勉強会

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

## Cp 委員会

月	活動内容
1月	バリアンス症例検討会 (5階・7階)
2月	バリアンス症例検討会 (内科外来・7階)
3月	委員会の振り返りとまとめ
4月	パス委員会の運営について
5月	今年度目標
7月	バリアンス症例検討会 (2階・3階・内科外来)
7月	院内研修
9月	院内研修のアンケート結果報告
10月	バリアンス症例検討会 (2階・3階)
11月	バリアンス症例検討会 (4階・5階)
12月	バリアンス症例検討会 (内科外来)

## リエゾン委員会

月	活動内容
1月	地域医療連携活動報告 名古屋市北区医療福祉連携会総会報告
2月	地域医療連携活動報告 地域包括ケア病棟プログラム入院について
3月	地域医療連携活動報告 委員選出依頼 介護報酬改定学習会案内
4月	地域医療連携活動報告 委員会体制確認 北区医療福祉連携会運営委員会報告
5月	地域医療連携活動報告 特定曜日入院日減算 地域包括ケア病棟プログラム入院
6月	地域医療連携活動報告 北区医療福祉連携会報告 大腿骨頸部骨折拡大会議参加者
7月	地域医療連携活動報告 名古屋市在宅医療・介護連携推進事業について
8月	地域医療連携活動報告 地域包括ケア病棟 (飲み込み評価入院) 報告
9月	地域医療連携活動報告 在宅アセスメントに関する説明会報告
10月	地域医療連携活動報告 委員会規定改定 (委員長確認) 地域包括ケア病棟・経営デモ
11月	地域医療連携活動報告 退院支援研修会 (医療福祉連携会) 退院調整会議について
12月	地域医療連携活動報告 退院時共同指導についての検討 (研修報告) 口腔機能管理

## ● 上飯田リハビリテーション病院

## 褥瘡委員会

月	活動内容
1月	エアマット「FEEL」のレンタルし購入の検討
2月	高機能マットレス使用状況
4月	新メンバー顔合わせ
5月	組織図変更 議事録の作成・管理方法の確認
6月	委員会時間変更について
7月	耐圧分散マットレスの管理状況についての検討
8月	耐圧分散マットレス(グリーンマット)10枚レンタル
9月	褥瘡発生報告書の作成方法の確認
11月	リハケア大会の予演会

## 地域連携パス委員会

月	活動内容
2月	第19回大腿骨頸部骨折地域連携パス合同委員会（名古屋第二赤十字病院）参加
2月	第16回脳卒中地域連携パス合同委員会（名古屋第二赤十字病院）参加
3月	第3回脳卒中・大腿骨頸部骨折地域連携パス運営会議（名古屋医療センター）参加
3月	第15回上飯田頸部骨折連携パス運営会議（総合上飯田第一病院）参加
3月	第21回名古屋北部脳卒中連携会 企画運営として参加
3月	名古屋大腿骨頸部骨折拡大合同会議主催 R4講演会の企画運営
6月	第1回尾張北西部大腿骨頸部骨折連携パス会議参加
7月	第1回脳卒中地域連携パス運営会議（名古屋医療センター）参加
7月	第8回大腿骨頸部骨折連携パス拡大運営会議 企画運営として参加
7月	第16回上飯田頸部骨折連携パス運営会議（総合上飯田第一病院）参加
7月	第22回名古屋北部脳卒中連携会 企画運営として参加
9月	第20回大腿骨頸部骨折地域連携パス合同委員会（名古屋第二赤十字病院）参加
9月	第17回脳卒中地域連携パス合同委員会（名古屋第二赤十字病院）参加
11月	尾張北西部大腿骨頸部骨折地域連携パス会議参加
10月	春日井市民病院・小牧市民病院・江南厚生病院脳卒中地域連携パス会議参加
11月	第2回大腿骨頸部骨折地域連携パス運営会議（名古屋医療センター）参加
11月	第7回脳卒中連携パス拡大合同会議 企画運営として参加
12月	第17回上飯田頸部骨折連携パス運営会議（総合上飯田第一病院）参加
12月	第23回名古屋北部脳卒中連携会 企画運営として参加

## NST 委員会

月	活動内容
5月	経管栄養感染対策マニュアル見直し
1～12月	NST ラウンド
6・11月	NST 専門療法士実地修練への参加

## 医療安全対策委員会

月	活動内容
4月	医療安全マニュアル変更
4月	AED 購入（2・3F 病棟設置）
5月	医療安全セミナー「災害対策の基本」
5月	医療安全セミナー「災害対策探検ツアー」
7月	新人研修「心肺蘇生」
8月	針刺し切傷防止マニュアル変更（HIV 対策追加）
9月	医療安全セミナー「医療安全の基本」
10月	暴言・暴力マニュアル変更
10月	医療安全セミナー「医療事故調査制度の基本」
11月	トラブル報告書変更
毎月	院内安全ラウンド実施

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション  
クリニック

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

### 栄養委員会

月	活動内容
4月	患者食アンケート
8月	食中毒と予防方法について
10月	患者食・職員食アンケート
12月	通所食アンケート
1～12月	行事食（お正月、節分、端午の節句、ひな祭り、七夕、敬老の日、十五夜など）年25回
5～10月	夏の食中毒防止強化月間
11～3月	ノロウイルス食中毒防止強化月間

### 感染対策委員会

月	活動内容
1月	平成26年度第4回名古屋医療センター医療連携 ICT カンファレンス
4月	平成27年度第1回名古屋医療センター医療連携 ICT カンファレンス
5月	感染対策院内研修会（嘔吐物の処理の仕方）
7月	平成27年度第2回名古屋医療センター医療連携 ICT カンファレンス
7月	平成27年度第1回感染防止加算1-2算定病院間カンファレンス
8月	感染対策院内研修会（食中毒と予防方法）
9月	平成27年度第2回感染防止加算1-2算定病院間カンファレンス
10月	平成27年度第3回名古屋医療センター医療連携 ICT カンファレンス
11月	感染対策院内研修会（感染症の話：インフルエンザについて）
12月	平成27年度第2回感染防止加算1-2算定病院間カンファレンス
12月	主催：一般社団法人日本感染症学会 平成27年度院内感染対策講習会参加（森川）

### 接遇委員会

月	活動内容
11月	接遇研修 得する接遇 ～信頼関係づくり～

### IT委員会

月	活動内容
通年	院内ホームページの改訂
4月	院外ホームページの加筆、修正
6月	診療録等の情報共有化同意書の改訂とその周知徹底
7月	院内ネットワーク上のデータを外部持ち出しする場合のチェックの見直しと厳格化
11月	これ以降、院内クライアントパソコンの交換作業に着手

## ● 上飯田クリニック

### 医療安全対策委員会

月	活動内容
1月	ヒヤリハット集計・結果報告
3月	安全勉強会 「業務改善について」
5月	第1回医療安全対策講習会参加
7月	防災訓練 (消火器訓練)
8月	安全勉強会 「リスクマネジメントの観点からみた透析医療」
8月	透析患者カード配布
9月	防災の日患者指導 「災害時の避難について」
9月	愛知県透析セーフティマネージメント研究会参加
12月	第2回医療安全対策講習会参加

### 栄養委員会

月	活動内容
1月	残飯量・献立改善策の報告、当直者の夕食提供について検討
2月	新規患者の食事摂取状況・食事利用者数の報告
3月	残飯量・献立改善策の報告
4月	残飯量・献立改善策の報告、患者食の試食会
5月	「食中毒とその取り組みについて」 日清医療食品(株)、残飯量の報告
7月	残飯量・献立改善策の報告、異物混入報告
9月	残飯量・献立改善策の報告
10月	上半期残飯量と食事利用率の報告、職員食アンケート実施、院外講習会へ参加
11月	残飯量・献立改善策の報告、職員食アンケート結果報告
12月	「ノロウイルスについて」 日清医療食品(株)、残飯量・献立改善策の報告

### 患者サービス向上委員会

月	活動内容
2月	利用者増加に伴い、迎への送迎車両を1台増設し、2台体制へ
2月	中間コース(新設)の送迎開始
4月	要介助者の対応方法を検討
5月	利用者増加に伴い、帰宅時の送迎車両を1台増設し、3台体制へ
6月	院内部署間の連絡方法の見直し
7月	北警察交通課による招聘研修「交通安全講習会」
7月	施設間送迎の調整
8月	利用日時変更者の対応方法の見直し
11月	年末年始の送迎変更等の対応について検討
12月	サービス拡大に伴い、クリニックのメイン運転手を2人→3人体制へ

### 院内感染対策委員会

月	活動内容
4月	HB ワクチン接種マニュアル改正
5月	新入職員、入職時健診採血内容の見直し
6月	ノロウイルス感染対策(家庭用)パンフレット作成
6月	飛沫感染対策にてゴーグルの導入
7月	使い捨てエプロンの導入
8月	透析施設における感染対策(インフルエンザ対策編)
9月	透析室に必要な感染管理の基礎知識と環境表面管理講習
11月	HB ワクチン接種対応手順マニュアル改正



# 論文・抄録

## Effect of Internal Limiting Membrane Peeling on Long-term Visual Outcomes For Diabetic Macular Edema

### Authors:

Kazuyuki Kumagai<sup>1</sup>, MD, Masanori Hangai<sup>2</sup>, MD, Nobuchika Ogino<sup>1</sup>, MD, Eric Larson<sup>3</sup>, PhD

### Affiliations:

<sup>1</sup>Shinjo Ophthalmologic Institute, 889-1 Mego Shimokitakata-machi, Miyazaki, Japan 880-0035 E-mail: kazukuma3313@yahoo.co.jp (For both Kumagai and Ogino)

<sup>2</sup>Department of Ophthalmology, Saitama Medical University, Faculty of Medicine, Iruma, Japan 350-0495 E-mail: hangai@kuhp.kyoto-u.ac.jp

<sup>3</sup>Miyazaki Prefectural Nursing University, 3-5-1 Manabino, Miyazaki, Japan 880-0929 E-mail: matthew@mpu.ac.jp

### Corresponding Author:

Kazuyuki Kumagai  
Shinjo Ophthalmologic Institute  
889-1 Mego Shimokitakata-machi  
Miyazaki, Japan 880-0035  
Phone: +81-985-29-4700  
E-mail: kazukuma3313@yahoo.co.jp

No authors have any proprietary interest.  
No funding was provided for this work.

RETINA, THE JOURNAL OF RETINAL AND VITREOUS DISEASES \_  
2015 \_ VOLUME 35 \_ NUMBER 7:1422-1428

### Abstract

**Purpose:** To evaluate the effect of internal limiting membrane (ILM) peeling on the long-term visual outcomes in eyes with diffuse nontractional diabetic macular edema (DME) .

**Methods:** One hundred and sixteen eyes of 58 patients with the same degree of DME in both eyes underwent pars plana vitrectomy (PPV) with the creation of a posterior vitreous detachment in both eyes. ILM peeling was performed in one randomly selected eye (ILM-off group) . In the fellow eyes, ILM peeling was not performed (ILM-on group) . The postoperative follow-up period ranged from 12 to 161 months (average, 80.4 months) .

**RESULTS:** In the ILM-off group, the mean BCVA increased from 0.55 ±0.31 logMAR units before surgery to 0.35±0.35 logMAR units at 1 year (P<0.0001) and 0.46±0.43 logMAR units at the final visit (P=0.058) . In the ILM-on group, the mean BCVA increased from 0.55±0.41 logMAR units before surgery to 0.43±0.38 logMAR units at 1 year (P=0.010) and 0.44±0.45 logMAR units at the final visit (P=0.043) . The differences in the BCVA between the two groups were not significant at any time point.

**Conclusions:** PPV with or without ILM peeling improves the long-term visual acuity of nontractional DME. ILM peeling does not affect the postoperative BCVA significantly.

**Key word:** diabetic macular edema, vitrectomy, internal limiting membrane

### Introduction

Diabetic macular edema (DME) is the leading cause of vision reduction in patients with diabetes.<sup>1-3</sup> Focal or grid laser photocoagulation is the standard treatment for most patients with clinically significant DME, but it is generally less effective in patients with diffuse DME.<sup>3</sup> Recently, several pharmacological interventions such as steroids and anti-vascular endothelial growth factors have been used to treat eyes with DME,<sup>4,5</sup> but the long-term outcomes of more than several years have not been determined.

Pars plana vitrectomy (PPV) has been shown to resolve the edema in eyes with diffuse DME especially in eyes with vitreomacular traction.<sup>6-21</sup> Many studies have been published on the efficacy of PPV with internal limiting membrane (ILM) peeling on eyes with DME.<sup>22-41</sup> Several comparative studies exist comparing PPV alone with PPV with ILM peeling.<sup>42-53</sup> However, the indications and benefits of ILM peeling remain controversial.

The BCVA after surgery is influenced by several systemic factors, such as HbA1c level, blood pressure and renal function. In particular, HbA1c level can affect the resolution of the edema after PPV with or without ILM peeling.<sup>15,43,51,54</sup> Thus, it is difficult to exclude effects of these systemic factors on visual outcome

in comparative studies without a study design on bilateral DME. However, no previous studies used bilateral DME to compare between PPV with ILM peeling and PPV alone.

Indocyanine green staining greatly improves the visibility of the ILM, however it is toxic to the retinal pigment epithelium. The visual acuity has been shown to continue to improve postoperatively for at least one year.<sup>21,51</sup> A progression of cataract after vitrectomy in eyes that remain phakic may confound the follow-up of the BCVA.<sup>40</sup> Diabetic retinopathy has a long-lasting effect, thus longer follow-up periods are needed to assess the surgical outcomes in eyes with DME.

The purpose of this study was to determine the effect of ILM peeling on the long-term visual acuity in eyes with diffuse nontractional DME. To exclude effects of systemic factors, we performed PPV for bilateral DME, and ILM peeling was performed without staining in one randomly selected eye and without ILM peeling in the fellow eye. Simultaneous cataract surgery with intraocular lens implantation was performed on all phakic eyes. The postoperative follow-up periods ranged from 12 to 161 months with an average of 80.4 months.

### Methods

Sixty patients with diabetic retinopathy (37 men and 23 women; 120 eyes) , ages 39 to 81 years (average 61.3±8.8) were studied between September 1996 and July 2000. All of the procedures used conformed to the tenets of the Declaration of Helsinki, and an informed consent was obtained from all patients.

The eligibility criteria included the same degree and duration of detectable diffuse macular edema in both eyes. In all 120 eyes, contact lens examination of the fundus showed that diffuse DME was present in both eyes that were confirmed by fluorescein angiography. The exclusion criteria were vitreous hemorrhages, severe cataracts, epiretinal membranes, posterior vitreous detachments diagnosed by the presence of a Weiss ring, previous vitreoretinal surgeries, previous intravitreal therapies, or the presence of other ocular diseases that could decrease the visual acuity. Macular grid and/or panretinal photocoagulation was performed at least 3 months before the beginning of this study. All patients had type 2 diabetes mellitus.

All patients had a complete ophthalmic examination, including measurement of the best-corrected visual acuity (BCVA in decimal units) , biomicroscopy with a contact lens, indirect ophthalmoscopy, fundus photography, and fluorescein angiography. Cystoid macular edema was considered to be present when cysts larger than one-third disk diameter were present. Patients were examined preoperatively, and on 1 day, 1 week, and 1, 2, 3, and 6 months postoperatively. Thereafter, examinations were performed every 3 to 6 months.

All surgical procedures were performed by one experienced surgeon (NO) . A standard three-port 20-gauge PPV was performed. After removal of the anterior and central vitreous, a posterior vitreous detachment was created by suction with a back flush needle. ILM peeling was performed with ILM forceps without staining of the ILM. The ILM was peeled in one randomly selected eye (ILM-off group) . In the fellow eyes, the ILM was not peeled and the residual vitreous cortex was removed as much as possible by a back flush needle with passive aspiration (ILM-on group) . No adjunctive agents, such as triamcinolone or indocyanine green, were used during surgery in both eyes. Phacoemulsification with intraocular lens implantation was performed on all phakic eyes.

At the end of surgery, the posterior capsule of the lens was removed to prevent its postoperative opacification. Fourteen eyes of seven patients with no previous pan retinal photocoagulation (PRP) had intraoperative PRP. No intravitreal corticosteroids were used, but dexamethasone (2 mg) was injected subconjunctivally after the surgery. Topical antibiotic and corticosteroid drops were also used postoperatively.

The decimal visual acuities were converted to the logarithm of the minimum angle of resolution (logMAR) units for statistical analyses. An improvement or worsening of visual acuity was defined as a change of logMAR units. Categorical variables were analyzed using Fisher' s exact probability test. Numerical data were analyzed using the Mann-Whitney U test and the Wilcoxon signed rank test. A P >0.05 was accepted as statistically significant. The statistical analyses of the data were carried out with Statview Version 5.0 (SAS Inc., Cary, NC)

## Results

One hundred and twenty eyes of 60 patients were studied (Table 1). During the follow-up period, 9 patients (18 eyes) died. Three patients (6 eyes) died more than 5 years postoperatively. The 2 year follow-up data were available for 104 (86.7%) of the original 120 eyes, and 5 year follow-up data were available for 91 (75.8%) of the 120 eyes. Four eyes of two patients were excluded from the analyses because these patients died before completing the 12 months of follow-up period. Therefore, this study consisted of 116 eyes of 58 patients. The postoperative follow-up periods ranged from 12 to 161 months with a mean of 80.4 months.

The demographics for the patients and eyes of the two groups are presented in Tables 2 and 3. The baseline demographics of the patients and eyes were not significantly different between the two groups.

Summaries of the statistical comparisons of the mean BCVA at each time point are shown in Table 4. In the ILM-off group, the BCVAs at 6 months, 1, 2, 3, 4, and 5 years were significantly better than the preoperative BCVAs. In the ILM-on group, the BCVAs at 6 months, 1, 2, 3, 4 years, and at the final examination were significantly better than the baseline BCVAs.

Summaries of the BCVAs outcomes of the two groups are shown in Table 5. The difference in the BCVA between the two groups was not significant at any time point. For all eyes, the final BCVA improved in 44.8%, was unchanged in 33.6%, and decreased in 21.6%. A final BCVA of  $\geq 0.5$  in decimal unit units was attained by 53.4% of all patients, while a BCVA  $< 0.1$  in decimal unit was attained by 9.5% of all patients. In the ILM-off group, the final BCVA improved in 46.6%, was unchanged in 32.8%, and decreased in 20.7%. In the ILM-on group, the final BCVA improved in 43.1%, was unchanged in 34.5%, and decreased in 22.4%.

The intraoperative complications in the ILM-off group and the ILM-on group included an iatrogenic peripheral retinal break in 3 eyes (5.2%) and 1 eye (1.7%), respectively. The tears were repaired by photocoagulation and intraocular gas in all eyes. No other major intraoperative complication was encountered.

In the ILM-off group, the postoperative complications included: a rhegmatogenous retinal detachment that was treated successfully by vitrectomy in 1 eye (1.7%), hard exudates in the center of the macula in 5 eyes (8.6%), central retinal vein occlusion in 1 eye (1.7%), neovascular glaucoma in 3 eyes (5.2%), and glaucoma in 6 eyes (10.3%).

In the ILM-on group, the postoperative complications included: hard exudates in the center of the macula in 5 eyes (8.6%); epiretinal membrane in 1 eye (1.7%); neovascular glaucoma in 2 eyes (3.4%); and glaucoma in 5 eyes (8.6%).

A postoperative blindness due to neovascular glaucoma was observed in 1 eye in the ILM-off group and 1 eye in the ILM-on group. The onset of blindness was at 40 and 80 months postoperatively.

## Discussion

Our results suggest that PPV with or without ILM peeling leads to a significant improvement in the BCVA in eyes with diffuse nontractional DME. In addition, the improvement was maintained for periods with a mean of 80.4 months. Most importantly, during such long follow-up time, there were no significant differences in the improvement of visual acuity between groups with and without ILM peeling.

It is known that systemic factors can influence the prognosis of DME. The preoperative level of HbA1c was reported to be significantly and negatively correlated with the postoperative BCVA.<sup>15,43,51</sup> Other systemic factors, such as the blood pressure and renal function, can also influence the postoperative BCVA. Thus, it is advantageous to study bilateral DME in the same patient to exclude the effects of systemic factors on the BCVA.

There have been several studies performed on patients with bilateral DME,<sup>13,35,36</sup> however to the best of our knowledge, this is the first report comparing PPV with or without ILM peeling in the same patient. The baseline ocular characteristics, e.g., preoperative BCVA, age, panretinal and macular grid photocoagulation, and subfoveal hard exudates, were the factors that influenced the postoperative BCVA significantly.<sup>51</sup> In this study, there were no significant differences in these ocular factors. Thus, an unbiased comparison between ILM-off group and ILM-on

group could be made.

Diabetic eyes often have the diffuse residual vitreous cortex after a surgical creation of a posterior vitreous detachment.<sup>55</sup> The residual vitreous cortex can cause continued traction on the macula leading to the development of epiretinal membranes. ILM peeling leads to a complete removal of residual vitreous cortex which can provide a proliferative scaffold in the macular area. In the ILM-on group, the residual vitreous cortex was removed as much as possible and an epiretinal membrane formed in only one eye (1.7%). The low incidence of postoperative epiretinal membrane formation was most likely due to the extensive removal of residual vitreous cortex. These findings suggest that ILM peeling that removes all residual vitreous cortex might not be necessary to prevent postoperative epiretinal membrane formation. However, it is important to remove as much of the residual vitreous cortex as possible.

It is widely accepted that ILM peeling accelerates the resolution of the macular edema. Two possible explanations for this are: first, the removal of the ILM may reduce the tangential tractional forces by removing any remaining cortical vitreous or surface myofibroblasts; and second, the ILM is abnormal and its removal alone may be effective in reducing the macular edema. In eyes with diffuse DME, the ILM is thickened and a variety of cells, especially inflammatory cells, adhere to the inner surface of the ILM.<sup>22,56,57,58</sup> Kalvoda et al.<sup>59</sup> reported a significant thickening of the ILM in diabetic patients, and a significant positive correlation was found between the thickness of the ILM and concentration of HbA1c. Thus, ILM peeling may be more effective in reducing macular edema in persistent DME. We have found that ILM peeling accelerated the resolution of edema in cases with more severe diabetic macular edema.<sup>42</sup>

Recently, Flaxel et al.<sup>41</sup> reported that ILM removal was not associated with the improvement of BCVA following vitrectomy although it was associated with better anatomical outcomes. Earlier, we reported that ILM peeling was not significantly correlated with the postoperative BCVA.<sup>42,51</sup> This negative finding appears to be accepted,<sup>44-50,52,53</sup> and it may apply to macular edema due to branch retinal vein occlusion,<sup>61,62</sup> macular vein occlusion,<sup>63</sup> and central retinal vein occlusion.<sup>64</sup> Dillinger et al.<sup>23</sup> reported that discrepancies between anatomical and functional results after ILM removal in chronic diabetic macular edema was likely caused by structural changes of the macula due to the long-standing edema. Our results have confirmed that ILM peeling is not associated with postoperative BCVA, although the reasons are not fully understood.

Haller et al.<sup>40</sup> reported most phakic eyes develop lens changes by 6 months after vitrectomy, which may lead to a decrease in the BCVA between 3 and 6 months. We performed simultaneous phacoemulsification with intraocular lens implantation on all phakic eyes that may account for some of the improvement of the BCVA during this postoperative period. Although patients with severe cataracts were not included in this study, we cannot completely exclude the effects of cataract removal on the postoperative BCVA. However, in our study, a worsening of cataracts after PPV did not influence the comparison of the postoperative BCVAs between the ILM-off and ILM-on groups.

Limitation of this study is that we could not use optical coherence tomography (OCT) to evaluate macular conditions preoperatively, because the study subjects were included when OCT was not widely used (1996 ~ 2000). Therefore, this study does not include the effects of PPV with and without ILM peeling on macular thickness. Furthermore, we excluded tractional DME based on biomicroscopic observation. Diffuse DME has been classified into tractional or nontractional DME originally based on the biomicroscopic thickness and presence of a taut posterior hyaloid. In our earlier studies,<sup>42,51</sup> patients with biomicroscopic evidence of epiretinal membranes, posterior vitreous detachments, or taut posterior hyaloids were excluded.

Optical coherence tomography (OCT) can detect a vitreoretinal traction that is not apparent on biomicroscopy.<sup>65</sup> The OCT features suggesting vitreoretinal traction may occur in the absence of a taut and thickened posterior hyaloid membrane. Shah et al.<sup>33</sup> reported on five patients who had signs of traction in OCT images, but they did not detect a taut and thickened posterior hyaloid membrane. In addition, a subclinical perifoveal vitreous detachment may play a pathogenic role in DME.<sup>66</sup> Abe et al.<sup>60</sup>

reported that fine tangential folds of the ILM detected by 3D OCT imaging might be the best indication for ILM peeling. Although several studies reported no significant correlation between the OCT findings and visual outcomes,<sup>33,40,41</sup> further examinations are necessary.

In conclusion, our results suggest that both PPV with or without ILM peeling improved and stabilized the BCVA of nontractional diffuse DME. The removal of the ILM did not affect the postoperative BCVA. The strength of these results is supported by the large number of patients examined, in the patients being postoperatively pseudophakic in all eyes, in the bilateral comparison in the patients with DME, and the long duration of follow-ups. A large multicenter randomized controlled trial comparing PPV with and without ILM peeling with longer follow-up periods is needed to determine the role of ILM peeling on the BCVA in eyes with diffuse nontractional DME.

## References

- Klein R, Klein BE, Moss SE, Davis MD, DeMets DL. The Wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy. IV: diabetic macular edema. *Ophthalmology* 1984;91:1464-1474.
- Klein R, Moss SE, Klein BE, Davis MD, DeMets DL. The Wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy. XI. The incidence of macular edema. *Ophthalmology* 1989;96: 1501-1510.
- Johnson MW. Etiology and treatment of macular edema. *Am J Ophthalmol* 2009;147:11-21.
- Jonas JB, Sofker A. Intraocular injection of crystalline cortisone as adjunctive treatment of diabetic macular edema. *Am J Ophthalmol* 2001;132:425-427.
- Haritoglou C, Kook D, Neubauer A, et al. Intravitreal bevacizumab (Avastin) therapy for persistent diffuse diabetic macular edema. *Retina* 2006;26:999-1005.
- Lewis H, Abrams GW, Blumenkranz MS, Campo RV. Vitrectomy for diabetic macular traction and edema associated with posterior hyaloidal traction. *Ophthalmology* 1992;99:753-759.
- Harbour JW, Smiddy WE, Flynn HW Jr, Rubsamen PE. Vitrectomy for diabetic macular edema associated with a thickened and taut posterior hyaloid membrane. *Am J Ophthalmol* 1996;121:405-413.
- Tachi N, Ogino N. Vitrectomy for diffuse macular edema in cases of diabetic retinopathy. *Am J Ophthalmol* 1996;122: 258-260.
- Ikedo T, Sato K, Katano T, Hayashi Y. Vitrectomy for cystoid macular oedema with attached posterior hyaloid membrane in patients with diabetes. *Br J Ophthalmol* 1999;83:12-14.
- Pendergast SD, Hassan TS, Williams GA, et al. Vitrectomy for diffuse diabetic macular edema associated with a taut premacular posterior hyaloid. *Am J Ophthalmol* 2000;130:178-186.
- La Heij EC, Hendrikse F, Kessels AG, Derhaag PJ. Vitrectomy results in diabetic macular oedema without evident vitreomacular traction. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2001;239:264-270.
- Yamamoto T, Akabane N, Takeuchi S. Vitrectomy for diabetic macular edema: the role of posterior vitreous detachment and epimacular membrane. *Am J Ophthalmol* 2001;132:369-377.
- Otani T, Kishi S. A controlled study of vitrectomy for diabetic macular edema. *Am J Ophthalmol* 2002;134:214-219.
- Sato Y, Lee Z, Shimada H. Vitrectomy for diabetic cystoid macular edema. *Jpn J Ophthalmol* 2002;46:315-322.
- Kojima T, Terasaki H, Nomura H, et al. Vitrectomy for diabetic macular edema: effect of glycemic control (HbA(1c)), renal function (creatinine) and other local factors. *Ophthalmic Res* 2003;35:192-198.
- Yamamoto T, Hitani K, Tsukahara I, et al. Early postoperative retinal thickness changes and complications after vitrectomy for diabetic macular edema. *Am J Ophthalmol* 2003;135:14-19.
- Massin P, Duguid G, Erginay A, Haouchine B, Gaudric A. Optical coherence tomography for evaluating diabetic macular edema before and after vitrectomy. *Am J Ophthalmol* 2003;135:169-177.
- Parolini B, Panozzo G, Gusson E, et al. Diode laser, vitrectomy and intravitreal triamcinolone. A comparative study for the treatment of diffuse non tractional diabetic macular edema. *Semin Ophthalmol* 2004;19:1-12.
- Shimonagano Y, Makiuchi R, Miyazaki M, Doi N, Uemura A, Sakamoto T. Results of visual acuity and foveal thickness in diabetic macular edema after vitrectomy. *Jpn J Ophthalmol* 2007;51:204-209.
- Shimonagano Y, Doi N, Noda Y, Uemura A, Sakamoto T. Recurrence of diabetic macular edema after intravitreal injection of triamcinolone following vitrectomy. *Jpn J Ophthalmol* 2007;51:278-284.
- Yamamoto T, Takeuchi S, Sato Y, Yamashita H. Long-term follow-up results of pars plana vitrectomy for diabetic macular edema. *Jpn J Ophthalmol* 2007;51:285-291.
- Gandorfer A, Messmer EM, Ulbig MW, Kampik A. Resolution of diabetic macular edema after surgical removal of the posterior hyaloid and the inner limiting membrane. *Retina* 2000;20:126-133.
- Dillinger P, Mester U. Vitrectomy with removal of the internal limiting membrane in chronic diabetic macular oedema. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2004;42:630-637.
- Radetzky S, Walter P, Fauser S, Koizumi K, Kirchhof B, Jousseaume AM. Visual outcome of patients with macular edema after pars plana vitrectomy and indocyanine green-assisted peeling of the internal limiting membrane. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2004;42:273-278.
- Avci R, Kaderli B, Avci B, et al. Pars plana vitrectomy and removal of the internal limiting membrane in the treatment of chronic macular edema. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2004;42:845-852.
- Kuhn F, Kiss G, Mester V, Szijártó Z, Kovács B. Vitrectomy with internal limiting membrane removal for clinically significant macular oedema. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2004;42:402-408.
- Jahn CE, Töpfungner von Schutz K, Richter J, Boller J, Kron M. Improvement of visual acuity in eyes with diabetic macular edema after treatment with pars plana vitrectomy. *Ophthalmologica* 2004;218:378-384.
- Thomas D, Bunce C, Moorman C, Laidlaw DA. A randomised controlled feasibility trial of vitrectomy versus laser for diabetic macular oedema. *Br J Ophthalmol* 2005;89:81-86.
- Rosenblatt BJ, Shah GK, Sharma S, Bakal J. Pars plana vitrectomy with internal limiting membranectomy for refractory diabetic macular edema without a taut posterior hyaloid. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2005;243:20-25.
- Kimura T, Kiryu J, Nishiwaki H, et al. Efficacy of surgical removal of the internal limiting membrane in diabetic cystoid macular edema. *Retina* 2005;25:454-461.
- Recchia FM, Ruby AJ, Carvalho Recchia CA. Pars plana vitrectomy with removal of the internal limiting membrane in the treatment of persistent diabetic macular edema. *Am J Ophthalmol* 2005;139:447-454.
- Stolba U, Binder S, Gruber D, Krebs I, Aggermann T, Neumaier B. Vitrectomy for persistent diffuse diabetic macular edema. *Am J Ophthalmol* 2005;140:295-301.
- Shah SP, Patel M, Thomas D, Aldington S, Laidlaw DA. Factors predicting outcome of vitrectomy for diabetic macular oedema: results of a prospective study. *Br J Ophthalmol* 2006;90:33-36.
- Higuchi A, Ogata N, Jo N, Wada M, Matsumura M. Pars plana vitrectomy with removal of posterior hyaloid face in treatment of refractory diabetic macular edema resistant to triamcinolone acetonide. *Jpn J Ophthalmol* 2006;50:529-531.
- Yanyali A, Nohutcu AF, Horozoglu F, Celik E. Modified grid laser photocoagulation versus pars plana vitrectomy with internal limiting membrane removal in diabetic macular edema. *Am J Ophthalmol* 2005;139:795-801.
- Yanyali A, Horozoglu F, Celik E, Ercalik Y, Nohutcu AF. Pars plana vitrectomy and removal of the internal limiting membrane in diabetic macular edema unresponsive to grid laser photocoagulation. *Eur J Ophthalmol* 2006;16:573-581.
- Yanyali A, Horozoglu F, Celik E, Nohutcu AF. Long-term outcomes of pars plana vitrectomy with internal limiting membrane removal in diabetic macular edema. *Retina* 2007;27: 557-566.

38. Hartley KL, Smiddy WE, Flynn HW Jr, Murray TG. Pars plana vitrectomy with internal limiting membrane peeling for diabetic macular edema. *Retina* 2008;28:410-419.
39. Dehghan MH1, Salehipour M, Naghib J, Babaeian M, Karimi S, Yaseri M. Pars plana vitrectomy with internal limiting membrane peeling for refractory diffuse diabetic macular edema. *J Ophthalmic Vis Res* 2010;5:162-167.
40. Haller JA, Qin H, Apte RS, et al. Vitrectomy outcomes in eyes with diabetic macular edema and vitreomacular traction. *Ophthalmology* 2010;117:1087-1093.
41. Flaxel CJ, Edwards AR, Aiello LP, et al. Factors associated with visual acuity outcomes after vitrectomy for diabetic macular edema: diabetic retinopathy clinical research network. *Retina* 2010;30:1488-1495.
42. Kumagai K, Ogino N, Furukawa M, et al. Internal limiting membrane peeling in vitreous surgery for diabetic macular edema. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi* 2002;106:590-594.
43. Stefaniotou M, Aspiotis M, Kalogeropoulos C, et al. Vitrectomy results for diffuse diabetic macular edema with and without inner limiting membrane removal. *Eur J Ophthalmol* 2004;14:137-143.
44. Yamamoto T, Hitani K, Sato Y, Yamashita H, Takeuchi S. Vitrectomy for diabetic macular edema with and without internal limiting membrane removal. *Ophthalmologica* 2005;219:206-213.
45. Bahadir M, Ertan A, Mertoglu O. Visual acuity comparison of vitrectomy with and without internal limiting membrane removal in the treatment of diabetic macular edema. *Int Ophthalmol* 2005;26:3-8.
46. Kamura Y, Sato Y, Isomae T, Shimada H. Effects of internal limiting membrane peeling in vitrectomy on diabetic cystoid macular edema patients. *Jpn J Ophthalmol* 2005;49:297-300.
47. Kralinger MT, Pedri M, Kralinger F, Troger J, Kieselbach GF. Long-term outcome after vitrectomy for diabetic macular edema. *Ophthalmologica* 2006;220:147-152.
48. Bardak Y, Cekic O, Tig SU. Comparison of ICG-assisted ILM peeling and triamcinolone-assisted posterior vitreous removal in diffuse diabetic macular edema. *Eye* 2006;20:1357-1359.
49. Mochizuki Y, Hata Y, Enaida H, Yoshiyama K, Miyazaki M, Ueno A, Murata T, Sakamoto T, Kubota T, Ishibashi T. Evaluating adjunctive surgical procedures during vitrectomy for diabetic macular edema. *Retina* 2006;26:143-148.
50. Patel JI, Hykin PG, Schadt M, Luong V, Fitzke F, Gregor ZJ. Pars plana vitrectomy with and without peeling of the inner limiting membrane for diabetic macular edema. *Retina* 2006;26:5-13.
51. Kumagai K, Furukawa M, Ogino N, et al. Long-term follow-up of vitrectomy for diffuse nontractional diabetic macular edema. *Retina* 2009;29:464-472.
52. Shiba T, Kamura Y, Yagi F, Sato Y. Comparison of surgical procedures for vitreous surgery in diabetic macular edema. *Jpn J Ophthalmol* 2009;53:120-124.
53. Hoerauf H, Brüggemann A, Muecke M, Lüke J, et al. Pars plana vitrectomy for diabetic macular edema. Internal limiting membrane delamination vs posterior hyaloid removal. A prospective randomized trial. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2011;249:997-1008.
54. Yamada Y, Suzuma K, Ryu M, Tsuiki E, Fujikawa A, Kitaoka T. Systemic factors influence the prognosis of diabetic macular edema after pars plana vitrectomy with internal limiting membrane peeling. *Curr Eye Res* 2013;38:1261-1265.
55. Sonoda K, Sakamoto T, Enaida H, et al. Residual vitreous cortex after surgical posterior vitreous separation visualized by intravitreal triamcinolone acetonide. *Ophthalmology* 2004;111: 226-230.
56. Kohno T, Sorgente N, Goodnight R, Ryan S. Alterations in the distribution of fibronectin and laminin in the diabetic human eye. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1987;28:515-521.
57. Matsunaga N, Ozeki H, Hirabayashi Y, Shimada S, Ogura Y. Histopathologic evaluation of the internal limiting membrane surgically excised from eyes with diabetic maculopathy. *Retina* 2005;25:311-316.
58. Tamura K, Yokoyama T, Ebihara N, Murakami A. Histopathologic analysis of the internal limiting membrane surgically peeled from eyes with diffuse diabetic macular edema. *Jpn J Ophthalmol* 2012;56:280-287.
59. Kalvoda J, Duskova J, Kubena A, Povysul C, Kalvodova B. Morphometry of surgically removed internal limiting membrane during vitrectomy in diabetic macular edema. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2009;247:1307- 1314.
60. Abe S, Yamamoto T, Kashiwagi Y, Kirii E, Goto S, Yamashita H. Three-dimensional imaging of the inner limiting membrane folding on the vitreomacular interface in diabetic macular edema. *Jpn J Ophthalmol* 2013;57:553-562.
61. Kumagai K, Furukawa M, Ogino N, Larson E, Uemura A. Long-term visual outcomes after vitrectomy for macular edema with foveal hemorrhage in branch retinal vein occlusion. *Retina* 2007; 27:584-588.
62. Arai M, Yamamoto S, Mitamura Y, Sato E, Sugawara T, Mizunoya S. Efficacy of vitrectomy and internal limiting membrane removal for macular edema associated with branch retinal vein occlusion. *Ophthalmologica* 2009;223:172-176.
63. Kumagai K, Furukawa M, Ogino N, Larson E. Possible effects of internal limiting membrane peeling in vitrectomy for macular vein occlusion. *Jpn J Ophthalmol* 2010;54:61-65.
64. Furukawa M, Kumagai K, Ogino N, Yoshida Y. Peeling of internal limiting membrane for macular edema secondary to central retinal vein occlusion. *Jpn J Clin Ophthalmol* 2004; 58:2275-2279.
65. Mirza RG, Johnson MW, Jampol LM. Optical coherence tomography use in evaluation of the vitreoretinal interface: a review. *Surv Ophthalmol* 2007;52:397- 421.
66. Gaucher D, Tadayoni R, Erginay A, Haouchine B, Gaudric A, Massin P. Optical coherence tomography assessment of the vitreoretinal relationship in diabetic macular edema. *Am J Ophthalmol* 2005;139:807-813.

## Progressive Thinning of Regional Macular Thickness after Epiretinal Membrane Surgery

### AUTHORS:

Kazuyuki Kumagai MD<sup>1</sup>, Masanori Hangai MD<sup>2</sup>, Nobuchika Ogino MD<sup>1</sup>

### AFFILIATION:

<sup>1</sup>Shinjo Ophthalmologic Institute, 889-1 Mego Shimokitakata-machi, Miyazaki, Japan 880-0035

<sup>2</sup>Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Saitama Medical University, Iruma, Japan

GRANT: None

### CORRESPONDING AUTHOR:

Kazuyuki Kumagai  
Shinjo Ophthalmologic Institute 889-1 Mego Shimokitakata-machi  
Miyazaki, Japan 880-0035  
Phone: +81-985-29-4700 E-mail: kazukuma3313@yahoo.co.jp

Invest Ophthalmol Vis Sci. November 2015;56:7236-7242.

### Abstract (248 words)

**Purpose.** To determine the long term changes in the regional macular thickness after idiopathic epiretinal membrane (ERM) excision and to determine whether there were correlations between the pre- and postoperative central macular thickness and the best-corrected visual acuity (BCVA).

**Methods.** This was a prospective, interventional case series study of 53 eyes of 53 patients that underwent ERM removal with internal limiting membrane (ILM) peeling. Examinations were performed before, 1, 2, 3, 6, 9, 12, 24, 36, 48, and 60 months after the surgery. The average macular thicknesses in nine sectors outlined by the Early Treatment Diabetic Retinopathy Study were measured by spectral-domain optical coherence tomography. The final macular thicknesses of nine sectors of the 35 patients were compared to that of the normal fellow eyes.

**Results.** All patients were followed for 36 months, and 21 patients were followed for 48 months. The thicknesses of all sectors progressively decreased for 48 months. The macula at 48 months was thinner than at 36 months ( $P < 0.0001-0.037$ ) in all sectors. The final central and nasal sectors were significantly thicker than that of the fellow eyes. The final inner and outer temporal sectors were significantly thinner compared with the fellow eyes. There was no significant difference in the other sectors. The pre- and postoperative central macular thickness was significantly correlated with the postoperative BCVA at each examination.

**Conclusions.** A progressive thinning of the macula occurs with regional differences for at least 48 months. The temporal sector becomes thinner than the normal thickness.

**Key words:** epiretinal membrane, internal limiting membrane, retinal thickness, spectral-domain optical coherence tomography

### Introduction

Excision of an idiopathic epiretinal membrane (ERM) with internal limiting membrane (ILM) peeling leads to a reduction in the thickness of the macular area and an improvement in vision.<sup>1-10</sup> This decrease in the thickness has been documented by optical coherence tomography (OCT) as a recovery of retinal thickening.<sup>11-28</sup> Earlier studies<sup>20,21</sup> showed that this decrease continued for 24 months, however it was not determined whether the decrease will continue for longer times.

ILM peeling is commonly used during ERM excision, and it can lead to a complete removal and reduction of recurrences of an ERM. However, ILM peeling has been associated with some complications, and whether ILM peeling should be performed is still controversial.<sup>24</sup>

The ILM is the basement membrane of the Müller cells, and the Müller cells play important roles in the physiology and function of the retina. ILM peeling has been demonstrated histologically and electroretinographically to damage Müller cells.<sup>29-32</sup> OCT has shown that vitrectomy with ILM peeling leads to changes in the morphology and thickness of the macular area.<sup>33-38</sup> We recently reported that there was a progressive decrease in the macular thickness for at least 2 years after successful macular hole surgery with ILM peeling.<sup>39</sup> Some of the outer sectors became thinner than the baseline thickness, indicating that ILM peeling caused degenerative thinning of the retina. Thus, retinal

changes associated with ERM surgery with ILM peeling may also continue for a long time, and may differ for the different sectors. In addition, it is not known whether the central macular thickness and postoperative visual acuity continues to be correlated during a long-term follow-up.

Thus, the purpose of this study was to determine the long-term changes in the thicknesses of the different macular sectors after ERM surgery with ILM peeling. The thicknesses were determined by spectral-domain OCT for at least 36 months after the surgery. In addition, we determined whether there were significant correlations between the central macular thickness and the best-corrected visual acuity (BCVA) at the different postoperative times during the 36 months follow-up.

### Methods

This was a prospective study. We studied 59 eyes of 59 consecutive patients who underwent ERM surgery at the Shinjo Ganka Institute, Miyazaki, Japan and the Nishigaki Ganka, Nagoya, Japan between June 2008 and June 2010. The inclusion criteria were: 1) the presence of an idiopathic ERM; 2) successful surgery after 25-gauge transconjunctival three port pars plana vitrectomy with ILM peeling; and 3) returned for all scheduled examinations after the surgery. Eyes were excluded if they had pseudomacular hole, myopia greater than 6 diopters, a history of ocular surgeries, and poor OCT images (signal strength  $< 7$ ). Eyes were also excluded if they required a reoperation to treat postoperative complications, such as a retinal detachment. In addition, eyes were excluded if the patient had any ocular or systemic disorder that could affect the retinal thickness, e.g., glaucoma, optic nerve diseases, age-related macular degeneration, and diabetes mellitus.

All of the patients had a comprehensive ophthalmological examination including: measurements of the refractive error, measurements of the BCVA with a Landolt chart (Richmond Products, Albuquerque, NM) at 5 m, slit-lamp examinations, measurements of the intraocular pressure with a Goldmann applanation tonometer (Haag-Streit AG, Koeniz, Switzerland), dilated slit-lamp biomicroscopy with and without a contact lens, fundus photography, and Cirrus high definition optical coherence tomographic (HD-OCT; Carl Zeiss Meditec, Dublin, CA) examinations.

This study adhered to the tenets of the Declaration of Helsinki. Approval for the data collection and analyses was obtained from the Institutional Review Board of the Shinjo Ganka Institute and Nishigaki Ganka Hospital. A written informed consent was obtained from all of the patients for the surgery.

Patients were examined preoperatively, and after 1 day, 1 and 2 weeks, and 1, 2, 3, 6, 9, and 12 months postoperatively. Thereafter, the examinations were performed every 3 to 6 months.

All surgeries were performed by one surgeon (NO). All of the phakic patients underwent pars plana vitrectomy with phacoemulsification and placement of a posterior chamber intraocular lens to avoid a decrease in the postoperative BCVA because of nuclear cataract progression. After core vitrectomy, a posterior vitreous detachment was created by aspiration with a backflush needle in eyes that did not have a posterior vitreous detachment. After the removal of the detached vitreous gel and the posterior hyaloid membrane, the ERM was peeled from the entire macular surface using end-gripping forceps. Triamcinolone-assisted ILM peeling was subsequently performed. The area of ERM or ILM peeling was 6 mm in diameter which is equivalent to the entire Early Treatment Diabetic Retinopathy Study sector area.

We used the retinal thickness map analysis protocol of the HD-OCT system. A macular cube scan of 200 × 200 pixels and the five-line raster scan were performed at every visit by experienced OCT examiners. The examiners discarded poor quality images with signal strength less than 7 and any scans with visible eye movements or blink artifacts (discontinuous jumps), poor centration, or incorrect segmentation.

The built-in software automatically calculated the average retinal thickness in each of the nine macular sectors in a 6-mm diameter circle centered on the fovea as defined in the ETDRS. The standard retinal sectors were the central, and the superior, temporal, inferior, and nasal quadrants of the inner and outer rings. The diameter of the central circle was 1 mm, that of the inner ring was 3 mm, and that of the outer ring was 6 mm. A reduction

in the macular thickness was determined by subtracting the postoperative thickness from the preoperative thickness at each time.

The preoperative baseline macular thickness differed in all sectors. Therefore, it was important to compare the relative reduction as the average postoperative regional thicknesses relative to the baseline thickness. The percentage reduction was determined by dividing the difference between the preoperative thickness and postoperative thickness by the preoperative thickness.

The decimal BCVAs were converted to their logarithm of the minimal angle resolution (logMAR) values for all statistical analyses. The significance of differences between paired samples was determined by t tests. The thicknesses of the central circle, the four sectors in the inner ring and in the outer ring were compared by analysis of variance with post hoc comparisons by the Scheffe procedure. Correlations between the BCVA and the central macular thickness were determined by the Pearson correlation tests. Multiple regression analyses were performed to determine the factors significantly correlated with the postoperative BCVA at 12 months. A P value of <0.05 was accepted as statistically significant. The statistical analyses of the data were carried out with the Statview 5.0 software (SAS Institute Inc., Cary, NC).

## Results

### Subjects

We studied 59 eyes of 59 patients but 6 eyes of 6 patients were excluded because the scheduled return visits were not met. In the end, 53 eyes of 53 patients were analyzed with a mean follow-up of  $42.1 \pm 8.4$  months and a range of 36 to 60 months. Twenty-one patients were followed for 48 months after surgery. The patients included 39 women (73.6%) and 14 men (26.4%), and their average age was  $66.2 \pm 7.5$  years with a range from 49 to 81 years. The preoperative decimal BCVA ranged from 0.15 to 1.5 (median, 0.7), and it ranged from 0.3 to 1.5 (median, 1.2) at 24 months after the surgery.

### Changes of Regional Macular Thickness

The changes in the thicknesses of the central and inner four sectors with time are shown in the Figures 1A and those of the outer four sectors in Figure 1B. Statistical comparisons of average regional macular thickness between each time points are shown in Table 1. The postoperative time when the average macular thickness became significantly smaller than that of preoperative time differed among the sectors. In the central and inner 4 sectors, a significant reduction in retinal thicknesses was found in the inner superior, inner temporal, and inner inferior sectors as early as 1 month (P, all <0.0001), and in the central and inner nasal sector at 2 months (P= 0.0011, 0.012, respectively). In the 4 outer sectors, a significant reduction in the retinal thickness was found in the temporal sector at 1 month (P = 0.0003), in the inferior and nasal sectors at 2 months (P = 0.020 and 0.027, respectively), and in the superior sector at 6 months (P = 0.0007).

The postoperative macular thickness at 24 months was significantly thinner than that at 12 months for all of the sectors (P <0.0001 to 0.0074). The postoperative macular thickness at 36 months was significantly thinner than that at 24 months for all of the sectors (P <0.0001 to 0.0045). For the 21 eyes with a 48 month follow-up period, the macular thickness at 48 months was significantly thinner than at 36 months for all of the sectors (P <0.0001 to 0.037).

### Comparisons of Macular Thickness Changes of Different Sectors

The reduction of the macular thickness in the central, the four inner sectors and the four outer sectors are shown in the Figures 2A and 2B, respectively. The reductions in the macular thickness were significantly different for the central and the 4 inner sectors at all times after the surgery (P <0.0001 to 0.0004). The inner temporal sector had a significantly greater reduction in thickness than the inner nasal sector at all times after the surgery (P <0.0001 to 0.004). The reductions in the macular thickness were not significantly different for the 4 outer sectors at all times after the surgery (P = 0.057 to 0.75).

The percentage reductions in the central and inner four sectors, and in the outer four sectors are shown in the Figures 3A and 3B, respectively. The percentage reduction was significantly different for the central and 4 inner sectors at all times after surgery (all, P <0.0001) in the order of temporal >superior = inferior >central >nasal sectors. The inner temporal sector had a significantly

greater reduction than the inner nasal sector at all times (all, P <0.0001). The inner temporal sector had a significantly greater reduction than the central sector at 1, 2, 3, 6, 9, 12, and 24 months postoperatively (P <0.0001 to 0.023).

The percent reduction was significantly different for the outer 4 sectors only at 1 month after surgery (P =0.015). The outer temporal sector had a significantly greater reduction than the outer superior sector (P =0.045).

### Interocular Differences in Regional Macular Thickness

Comparisons of the regional macular thickness at the final visit with that of the normal fellow eyes in 35 patients are shown in Table 2. Final measurements were performed with a mean follow-up of  $41.9 \pm 8.4$  months with a range of 36 to 60 months. The central and nasal sectors were significantly thicker than that of the normal fellow eyes (all, P <0.0001). The final thicknesses of the inner and outer temporal sectors were significantly thinner than that of the normal fellow eyes (P =0.043, 0.032, respectively). There was no significant difference in the other sectors.

### Temporal Changes of Best-corrected Visual Acuity after Surgery

The temporal changes of the BCVA in logMAR units are shown in Figure 4. The average BCVA improved over the 12-month follow-up period. The postoperative BCVA was significantly better at 1 month than before surgery (P <0.0001), also at 3, 6, and 12 months than 1 month after surgery (all, P <0.0001), at 6, 12, and 24 months than at 3 months (P = 0.16, P = 0.0087, and P = 0.0006, respectively) and at 24 months than at 12 months (P = 0.059) after the surgery. None of the eyes had a decrease in the BCVA by more than 2 lines during the follow-up period.

### Correlation between BCVA and Central Macular Thickness

The coefficients of correlation between the BCVA and central macular thickness at each follow-up period are shown in Table 3. The pre- and postoperative central macular thicknesses were significantly correlated with the postoperative BCVA at each of the follow-up times. Multiple regression analysis showed that the central macular thickness at 1 month was significantly correlated with the BCVA at 12 months (central macular thickness at 1 month,  $r = 0.27$  P = 0.014; age,  $r = 0.019$ , P = 0.85; sex,  $r = 0.097$ , P = 0.33; BCVA at baseline,  $r = 0.57$ , P <0.0001) and at 24 months (central macular thickness at 1 month,  $r = 0.24$  P = 0.028; age,  $r = 0.001$ , P = 0.99; sex,  $r = 0.049$ , P = 0.62; BCVA at baseline,  $r = 0.60$ , P <0.0001).

### Temporal Changes of Macular Surface Maps of Representative Cases with and without ILM Peeling

The retinal surface maps reconstructed from the 3-dimensional cube scans showing the differences in the macular appearance with (Figure 5A) and without (Figure 5B) ILM peeling are shown in Figure 5. In eyes with ILM peeling, the thicker macula areas became thinner with increasing postoperative time for 24 months, and the depression in the temporal region became deeper with time for 24 months. This depression was seen only in eyes with ILM peeling, and never seen in eyes without ILM peeling. We previously used the temporal to nasal ratio (T/N ratio) to compare the temporal-nasal differences in eyes with and without ILM peeling.<sup>23</sup> In the current study, the T/N ratio after surgery ranged from 0.78 to 0.84 in the ILM peeled eyes and from 0.89 to 0.93 in the ILM preserved eyes.

### Discussion

The results of this study showed the temporal changes in the regional macular thicknesses after ERM surgery. A decrease in the macular thickness continued for at least 48 months after the surgery with some regional variations. The average postoperative macular thicknesses returned to normal by 36 months except in the central, inner nasal, and inner temporal sectors. The inner temporal sector in the operated eyes became thinner than that in the normal fellow eyes at final visit (36 to 60 months), whereas the central and inner nasal sectors remained thicker. The pre- and postoperative central macular thicknesses were negatively correlated with the postoperative BCVA at each follow-up time.

The results of two previous studies indicated that the central macular thickness continued to decrease for 2 years after ERM surgery.<sup>20,21</sup> However, it was not stated whether there was a significant difference between the thickness at 12 months and 24 months. Our results showed that the postoperative macula was significantly thinner at 24 months than 12 months, and even

at 36 months than at 24 months for all ETDRS sectors. As best we know, our study is the first to show a significant progressive decrease in the macular thickness for at least 36 months after ERM surgery.

The time course of the changes in macular thickness of the nine sectors after ERM surgery has not been reported. The present results showed a progressive macular thinning with regional differences, such as a higher percentage reduction in the inner temporal sector, and lower percentage reductions in the central and inner nasal sectors. These regional differences are consistent with the results we reported after macular hole surgery with ILM peeling.<sup>39</sup>

In 2001, Massin et al<sup>13</sup> reported that the macular profile rarely returned to normal at 3 months after surgery. Subsequently, several authors reported that the central macular area was thicker in the operated eyes than in the normal eyes 9 to 46 months after ERM surgery with ILM peeling.<sup>17,20,22</sup> Treumer et al<sup>22</sup> reported that the central and nasal sectors remained thickened, whereas the temporal sector returned to normal thickness. Our results generally agree with the results of these previous studies, and also showed that the macular thickness in the inner and outer temporal sectors became thinner than that in the normal fellow eyes after a long follow-up period.

The retina in the outer temporal sector became significantly thinner than the preoperative baseline thickness at 24 months after macular hole surgery.<sup>39</sup> Thus, it is likely that the progressive thinning of the temporal sectors to less than the preoperative or normal levels is a common change after vitrectomy with ILM peeling. Macular surface maps indicated that the depression in the temporal macular sectors after ERM surgery and also after macular hole surgery<sup>39</sup> with ILM peeling. It has been reported that ILM peeling caused inner retinal defects deeper than the ganglion cell layer.<sup>37,40</sup> Such alterations to the inner retina may be involved in the marked thinning of the temporal macula after vitrectomy with ILM peeling.

Several studies have reported that the central macular thickness was not significantly correlated with the postoperative visual acuity.<sup>13,19,20,22</sup> In contrast, Kim et al<sup>21</sup> reported that there was a significant correlation between the early postoperative central macular thickness and the final BCVA. In our study, the pre- and postoperative central macular thickness was significantly correlated with the postoperative BCVA at each follow-up examination. We confirmed that the central macular thickness at 1 month was a significant factor for BCVA at 12 and 24 months using multiple regression analyses. The exact reason for the contradictory findings has not been determined.

Our study has some advantages and limitations. The advantages were that the same surgeon performed the same surgical procedures, the ILM was peeled in all cases, the thicknesses were compared to that of the normal fellow eyes, and the long follow-up periods. One limitation of our study was that we could not compare the changes in the thickness with and without ILM peeling. The relationship between ILM peeling and the progressive thinning of the macular area needs to be confirmed by further studies. A second limitation is that we did not determine the retinal sensitivity associated with the progressive retinal thinning. The clinical relevancy of the thinner temporal sectors of the operated eyes compared to normal fellow eyes remains to be determined in future studies. The third limitation is that while triamcinolone can make the ILM more visible during surgery, it does not truly stain ILM as does brilliant blue G or indocyanine green. Thus, it might not have been possible to precisely identify the area where the ILM was not peeled off.

In conclusion, successful epiretinal membrane surgery with ILM peeling led to progressive changes in the retinal thickness in all sectors of the macular area for at least 48 months. The preoperative retinal thickening in all sectors except in the central and inner nasal sectors returned to near the normal level by 24 to 48 months after surgery. However, it did not appear to return to normal thickness in the central and nasal sectors. On the other hand, the temporal sectors became thinner than the normal thickness at 36 months. Further studies are needed to determine the effect of the progressive retinal thinning on retinal physiology and associated with adverse effects on extrafoveal retinal function.

## References

1. Trese MT, Chandler DB, Machemer R. Macular pucker. I. Prognostic criteria. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 1983;221:12-15.
2. Michels RG. Vitrectomy for macular pucker. *Ophthalmology.* 1984;91:1384-1388.
3. Margherio RR, Cox MS Jr, Trese MT, Murphy PL, Johnson J, Minor LA. Removal of epimacular membranes. *Ophthalmology.* 1985;92:1075-1083.
4. Rice TA, De Bustros S, Michels RG, Thompson JT, Debanne SM, Rowland DY. Prognostic factors in vitrectomy for epiretinal membranes of the macula. *Ophthalmology.* 1986;93:602-610.
5. Poliner LS, Olk RJ, Grand MG, Escoffery RF, Okun E, Boniuk I. Surgical management of premacular fibroplasia. *Arch Ophthalmol.* 1988;106:761-764.
6. De Bustros S, Thompson JT, Michels RG, Rice TA, Glaser BM. Vitrectomy for idiopathic epiretinal membranes causing macular pucker. *Br J Ophthalmol.* 1988;72:692-695.
7. Sivalingam A, Eagle RC Jr, Duker JS, Brown GC, Benson WE, Annesley WH Jr, Federman J. Visual prognosis correlated with the presence of internal-limiting membrane in histopathologic specimens obtained from epiretinal membrane surgery. *Ophthalmology.* 1990;97:1549-1452.
8. Pesin SR, Olk RJ, Grand MG, et al. Vitrectomy for premacular fibroplasia: prognostic factors, long-term follow-up, and time course of visual improvement. *Ophthalmology.* 1991;98:1109-1114.
9. Grewing R, Mester U. Results of surgery for epiretinal membranes and their recurrences. *Br J Ophthalmol.* 1996;80:323-326.
10. Park DW, Dugel PU, Garda J, et al. Macular pucker removal with and without internal limiting membrane peeling: pilot study. *Ophthalmology.* 2003;110:62-64.
11. Wilkins JR, Puliafito CA, Hee MR, et al. Characterization of epiretinal membranes using optical coherence tomography. *Ophthalmology.* 1996;103:2142-151.
12. Azzolini C, Patelli F, Codenotti M, Pierro L, Brancato R. Optical coherence tomography in idiopathic epiretinal macular membrane surgery. *Eur J Ophthalmol.* 1999;9:206-211.
13. Massin P, Allouch C, Haouchine B, et al. Optical coherence tomography of idiopathic macular epiretinal membranes before and after surgery. *Am J Ophthalmol.* 2000;130:732-739.
14. Niwa T, Terasaki H, Kondo M, Piao CH, Suzuki T, Miyake Y. Function and morphology of macula before and after removal of idiopathic epiretinal membrane. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2003;44:1652-1656.
15. Hillenkamp J, Saikia P, Gora F, et al. Macular function and morphology after peeling of idiopathic epiretinal membrane with and without the assistance of indocyanine green. *Br J Ophthalmol.* 2005;89:437-443.
16. Kwok AKh, Lai TY, Yuen KS. Epiretinal membrane surgery with or without internal limiting membrane peeling. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2005;33:379-385.
17. Aso H, Iijima H, Imai M, Gotoh T. Temporal changes in retinal thickness after removal of the epiretinal membrane. *Acta Ophthalmol.* 2009;87:419-423.
18. Falkner-Radler CI, Glittenberg C, Hagen S, Benesch T, Binder S. Spectral-domain optical coherence tomography for monitoring epiretinal membrane surgery. *Ophthalmology.* 2010;117:798-805.
19. Lee JW, Kim IT. Outcomes of idiopathic macular epiretinal membrane removal with and without internal limiting membrane peeling: a comparative study. *Jpn J Ophthalmol.* 2010;54:129-134.
20. Sayegh RG, Georgopoulos M, Geitzenauer W, Simader C, Kiss C, Schmidt-Erfurth U. High-resolution optical coherence tomography after surgery for vitreomacular traction: a 2-year follow-up. *Ophthalmology.* 2010;117:2010-2017.
21. Kim J, Rhee KM, Woo SJ, Yu YS, Chung H, Park KH. Long-term temporal changes of macular thickness and visual outcome after vitrectomy for idiopathic epiretinal membrane. *Am J Ophthalmol.* 2010;150:701-709.
22. Treumer F, Wacker N, Junge O, Hedderich J, Roeder J, Hillenkamp J. Foveal structure and thickness of retinal layers

- long-term after surgical peeling of idiopathic epiretinal membrane. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2011;52:744-750.
23. Kumagai K, Ogino N, Furukawa M, et al. Retinal thickness after vitrectomy and internal limiting membrane peeling for macular hole and epiretinal membrane. *Clin Ophthalmol.* 2012;6:679-688.
  24. Chang S. Controversies regarding internal limiting membrane peeling in idiopathic epiretinal membrane and macular hole. *Retina.* 2012;32 Suppl 2:S200-3; discussion S203-4.
  25. Chang S, Gregory-Roberts EM, Park S, Laud K, Smith SD, Hoang QV. Double peeling during vitrectomy for macular pucker: the Charles L. Schepens lecture. *JAMA Ophthalmol.* 2013;131:525-530.
  26. Hibi N, Ueno S, Ito Y, Piao CH, Kondo M, Terasaki H. Relationship between retinal layer thickness and focal macular electroretinogram components after epiretinal membrane surgery. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2013;54:7207-7214.
  27. Lee EK, Yu HG. Ganglion Cell-Inner Plexiform Layer Thickness after Epiretinal Membrane Surgery: A Spectral Domain Optical Coherence Tomography Study. *Ophthalmology.* 2014 Apr 2. pii: S0161-6420(14) 00140-7.
  28. Mathews NR, Tarima S, Kim DG, Kim JE. Foveal contour changes following surgery for idiopathic epiretinal membrane. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2014;55:7754-7760.
  29. Smiddy WE, Maguire AM, Green WR, et al. Idiopathic epiretinal membranes. Ultrastructural characteristics and clinicopathologic correlation. *Ophthalmology.* 1989;96:811-820; discussion 821.
  30. Nakamura T, Murata T, Hisatomi T, et al. Ultrastructure of the vitreoretinal interface following the removal of the internal limiting membrane using indocyanine green. *Curr Eye Res.* 2003;27:395-399.
  31. Wolf S, Schnurbusch U, Wiedemann P, Grosche J, Reichenbach A, Wolburg H. Peeling of the basal membrane in the human retina: ultrastructural effects. *Ophthalmology.* 2004;111:238-243.
  32. Terasaki H, Miyake Y, Nomura R, et al. Focal macular ERGs in eyes after removal of macular ILM during macular hole surgery. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2001;42:229-234.
  33. Ohta K, Sato A, Fukui E. Asymmetrical thickness of parafoveal retina around surgically closed macular hole. *Br J Ophthalmol.* 2010;94:1545-1546.
  34. Alkabes M, Salinas C, Vitale L, Burés-Jelstrup A, Nucci P, Mateo C. En face optical coherence tomography of inner retinal defects after internal limiting membrane peeling for idiopathic macular hole. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2011;52:8349-8355.
  35. Rispoli M, Le Rouic JF, Lesnoni G, Colecchio L, Catalano S, Lumbroso B. Retinal surface en face optical coherence tomography: a new imaging approach in epiretinal membrane surgery. *Retina.* 2012;32:2070-2076.
  36. Clark A, Balducci N, Pichi F, et al. Swelling of the arcuate nerve fiber layer after internal limiting membrane peeling. *Retina.* 2012;32:1608-1613.
  37. Spaide RF. "Dissociated optic nerve fiber layer appearance" after internal limiting membrane removal is inner retinal dimpling. *Retina.* 2012;32:1719-1726.
  38. Baba T, Yamamoto S, Kimoto R, Oshitari T, Sato E. Reduction of thickness of ganglion cell complex after internal limiting membrane peeling during vitrectomy for idiopathic macular hole. *Eye.* 2012;26:1173-1180.
  39. Kumagai K, Hangai M, Larson E, Ogino N. Progressive Changes of Regional Macular Thickness after Macular Hole Surgery with Internal Limiting Membrane Peeling. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2013;54:4491-4497.
  40. Nukada K, Hangai M, Ooto S, Yoshikawa M, Yoshimura N. Tomographic features of macula after successful macular hole surgery. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2013;54:2417-2428.

### Figure legends

**Figure 1.** Temporal changes of the average regional macular thicknesses.

A: Average retinal thickness in the central and sectors of the inner ring.

B: Average retinal thickness in the sectors of the outer ring.

**Figure 2.** Temporal changes of differences of the postoperative average regional macular thickness from the preoperative baseline thickness.

A: Reduction of average thickness in the central and inner ring sectors.

B: Reduction of average thickness in the outer ring sectors.

**Figure 3.** Temporal changes in the percentage reduction of postoperative average regional macular thickness as a function of the preoperative baseline thickness.

A: Average percentage reduction of the central and inner ring sectors.

B: Average percentage reduction of the outer ring sectors.

**Figure 4.** Temporal changes of the BCVA in logMAR units during 36-months follow-up periods.

**Figure 5.** Temporal changes of macular appearance on retinal surface map of representative cases with and without ILM peeling

A: A 60-year-old man underwent ERM surgery with ILM peeling in his left eye.

B: A 65-year-old woman underwent ERM surgery without ILM peeling in his left eye. The T/N ratio is defined as the inner temporal/inner nasal thickness.

### Prevalence of Sinusitis Detected by Magnetic Resonance Imaging in Subjects with Dementia or Alzheimer's Disease

Minori Yasue<sup>1,2</sup>, Saiko Sugiura<sup>1</sup>, Yasue Uchida<sup>1,3,4</sup>, Hironao Otake<sup>5,6</sup>, Masaaki Teranishi<sup>6</sup>, Takashi Sakurai<sup>7</sup>, Kenji Toba<sup>7</sup>, Hiroshi Shimokata<sup>4,8</sup>, Fujiko Ando<sup>4,9</sup>, Rei Otsuka<sup>4</sup> and Tsutomu Nakashima<sup>1,6,\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Otorhinolaryngology, National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, Japan; <sup>2</sup>Department of Otorhinolaryngology, Kamiida Daiichi General Hospital, Nagoya, Japan; <sup>3</sup>Department of Otorhinolaryngology, Aichi Medical University, Nagakute, Japan; <sup>4</sup>Section of NILS-LSA (National Institute for Longevity Sciences-Longitudinal Study of Aging), National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, Japan; <sup>5</sup>Department of Sleep Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Japan; <sup>6</sup>Department of Otorhinolaryngology, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Japan; <sup>7</sup>Center for Comprehensive Care and Research on Memory Disorders, National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, Japan; <sup>8</sup>Graduate School of Nutritional Sciences, Nagoya University of Arts and Sciences, Nisshin, Japan; <sup>9</sup>Department of Health and Medical Sciences, Aichi Shukutoku University, Nagoya, Japan  
Correspondence: Tsutomu Nakashima, MD, Japan

**Abstract:** Background: It has been reported that periodontitis is associated with Alzheimer's disease. However, the association between paranasal sinusitis and Alzheimer's disease has not been studied, although olfactory dysfunction frequently precedes the progress of dementia or Alzheimer's disease. Methods: We studied 783 patients (283 men, 500 women; mean age 77.0 ± 7.9 years) who visited the Center for Comprehensive Care and Research on Memory Disorders, National Center for Geriatrics and Gerontology, and 2139 control subjects who participated in a population-based study conducted by the National Institute for Longevity Sciences - Longitudinal Study of Aging (NILS-LSA) in Japan. Sinusitis was evaluated using magnetic resonance imaging (MRI) according to the Lund-Mackay scoring system. A sinusitis score of ≥ 4 was classified as positive and a score of ≤ 3 was classified as negative. Results: The prevalence of positive sinusitis was 6.3% in patients with a mini-mental state examination (MMSE) score of < 24 (n = 507), and 5.7% in patients with Alzheimer's disease (n = 280). The rate of positive sinusitis was 7.2% in the control group. The prevalence of sinusitis was not significantly different between normal controls and patients with dementia or Alzheimer's disease after adjustments for age and sex. The rate of positive sinusitis was higher in male than in female subjects in both groups. Conclusion: The prevalence of sinusitis in patients with Alzheimer's disease or dementia was not higher than in the general population.

Send Orders for Reprints to reprints@benthamscience.ae  
1006 Current Alzheimer Research, 2015, 12, 1006-1011

### The value of preoperative screening colonoscopies in patients with biliary tract cancer.

Itatsu K, Yokoyama Y, Ebata T, Igami T, Sugawara G, Uehara K, Mizuno T, Ando M, Goto H, Nagino M.

#### BACKGROUND:

The purpose of this study was to evaluate the value of preoperative screening colonoscopies in patients with biliary tract cancer.

#### METHODS:

A total of 544 patients with biliary tract cancer who underwent preoperative screening colonoscopies between January 2005 and December 2012 were retrospectively analyzed.

#### RESULTS:

Synchronous colorectal neoplasia was detected in 199 patients (36.7 %), with adenocarcinomas detected in 21 (3.9 %) patients, carcinoids in two (0.4 %) patients, and adenomas in 176 (32.4 %) patients. Of those with adenomas, 32 patients were diagnosed with advanced adenomas, defined as adenomas with a maximum diameter of >1 cm, villous histology, or high-grade dysplasia because these characteristics implied the risk of malignant transformation. Fifty-five (10.1 %) of the patients with colorectal neoplasia required resection (11 surgical and 44 endoscopic

resections). There were no major adverse events related to the resection. Univariate and multivariate analyses revealed that smoking status [ex-smoker + current smoker vs. non-smoker: odds ratio (OR) 2.32; 95 % confidence interval (CI) 1.30-4.21] and advanced age (≥70 vs. <69 years: OR 2.22; 95 % CI 1.24-3.91) were independent risk factors of having a colorectal neoplasia that required resection.

#### CONCLUSIONS:

In patients with biliary tract cancer, preoperative screening colonoscopy was feasible and provided valuable clinical information. Synchronous colorectal neoplasia was detected in a substantial number of patients. Preoperative screening colonoscopies should be considered especially in high-risk patients such as smokers and elderly patients.

J Gastroenterol. 2015, Epub ahead of print  
Division of Surgical Oncology, Department of Surgery, Nagoya University Graduate School of Medicine

### Muscle sparing thoracotomy for esophageal cancer: a comparison with posterolateral thoracotomy.

Miyata K, Fukaya M, Itatsu K, Abe T, Nagino M.

#### PURPOSE:

The aim of this study was to investigate whether muscle sparing thoracotomy (MST) improved postoperative chest pain and an impairment of the postoperative pulmonary function in comparison with posterolateral thoracotomy (PLT).

#### METHODS:

Twenty-four patients with esophageal cancer who underwent PLT from September 2006 to August 2008 and 30 patients who underwent MST from September 2008 to August 2010 were selected as subjects of this study. Postoperative acute and chronic chest pain and the recovery of the pulmonary function were retrospectively compared between the two groups.

#### RESULTS:

The frequency of the additional use of analgesics was on days 3, 6, and 7 (mean 0.4 vs. 1.2, p = 0.027, 0.4 vs. 1.5, p = 0.007, and 0.2 vs. 1.2, p = 0.009, respectively) in the early postoperative period. The number of patients requiring analgesics at 1 and 3 months after surgery was significantly lower in the MST group than in the PLT group (13.3 vs. 58.3 %, p = 0.002, 10.0 vs. 50.0 %, p = 0.001, respectively). The postoperative vital capacity, expressed as a percentage of the preoperative value, 3 and 12 months after surgery was significantly higher in the MST group than in the PLT group (86.0 vs. 73.8 %, p = 0.028, 93.2 vs. 76.9 %, p = 0.002, respectively).

#### CONCLUSION:

Compared with PLT, MST might, therefore, reduce postoperative chest pain and offer a better recovery of pulmonary function in patients with esophageal cancer.

Surg Today, 2015, Epub ahead of print  
Division of Surgical Oncology, Department of Surgery, Nagoya University Graduate School of Medicine

### Synchronous double primary cancer of the esophagus and ampulla of Vater successfully treated by a two-stage operation: report of a case. Two-stage operation for double primary cancer.

Fukaya M, Nishio H, Kobayashi S, Itatsu K, Funasaka K, Shimoyama Y, Nagino M.

Abstract A 68-year-old man was diagnosed with local recurrent cancer of the ampulla of Vater by follow-up endoscopy 3 years after an endoscopic papillectomy. A screening endoscopy found superficial middle thoracic esophageal cancer. The patient required an esophagectomy and pancreatoduodenectomy. We chose a two-stage operation for the esophageal cancer and the local recurrent cancer of the ampulla of Vater, both to reduce surgical invasiveness and to circumvent the lower curability. The first-stage operation consisted of a right transthoracic subtotal esophagectomy with mediastinal and cervical lymph node



## 終末期がん患者の住環境整備の特徴

The characteristics of home environmental modification in terminal cancer patients.

玉木 聡<sup>1)</sup>、上村 智子<sup>2)</sup>、長谷川 文<sup>1)</sup>、渡邊 桃子<sup>1)</sup>、岡島 明子 (Dr.)<sup>3)</sup>

- 1) 総合上飯田第一病院リハビリテーション科
- 2) 信州大学医学部保健学科
- 3) 総合上飯田第一病院外科

### 【序論・目的】

終末期がん患者が退院し自宅で安全に生活するために、OT が転倒予防を目的に、住環境を評価して整備する退院前訪問指導を実施している報告は少ない。今回我々は当該患者に実施している住環境評価の結果から、終末期がん患者が退院する際の、自宅における転倒の危険性について、ある一定の特徴を得ることができたので報告する。

### 【方法】

住環境評価として高齢者の転倒予防の目的で開発された Westmead Home Safety Assessment ver. Japanese (WeHSA-J) を用いた。WeHSA-J は、自宅での転倒の危険性の有無を72項目で評価するものである。72項目は「寝室」「トイレ」「屋内通路」「シーティング」などの13種類に分類されている。X年10月からX+3年9月までに、当院で作業療法を処方された終末期がん患者で、転倒リスクがあり、退院前訪問指導を行った13名を対象とした。本稿では、終末期がん患者の定義を「がんやその合併症など様々な症状を抱え、身体的活動や精神・社会活動に影響を与え、ADL・QOLに大きな障害をもたらす。また治癒が不可能であり、余命が月単位であると診断された患者」とし、転倒の危険性を「FBSが45点以下の人」と定義した。自宅退院後の転倒の有無については、退院2～3週後にMSWより聞き取り調査を行った。尚、学会報告については、当事者または、当事者本人からの承諾が難しい場合には家族から承諾を得た。

### 【結果】

13名の性別は、男性9名、女性4名、年齢は平均79.8±6.1歳であった。診断は、胃がん3例が最も多く、肺がん、喉頭がん、がん性腹膜炎など各1名であった。移動能力では、独歩3名、独歩監視2名、低い歩き軽介助1名、杖歩行監視2名、四点歩行器自立2名、四点歩行器監視3名であった。HDS-Rは、20点以下の人が7名であった。13名のWeHSA-Jの結果、計114件の危険性が検出された。内容を中項目別にみると、「屋内通路」36件、「浴室」23件、「寝室」と「トイレ」17件、「シーティング」9件、「屋外通路」7件、「台所」3件、「履物」2件であった。13名全員で転倒の危険性を認めた項目は、この上位4項目であった。危険性ありと評価した項目を上位4項目の中項目別にみると、「屋内通路」は「段差と階段」11件、「屋内の段差と階段の手すり」7件、「床と床の敷物、フロアマット」各6件、「照明スイッチとコンセント」2件などであった。「浴室」は「浴室」11件、「場所」5件、「浴槽」4件、「脱衣室」3件であった。「寝室」は「ベッド」14件、「腰掛便器」2件などであった。「トイレ」は「場所、浴室とトイレの手すり」各7件、「便器」2件などであった。このWeHSA-Jの結果を踏まえて、事例ごとに、簡易な整備（例・フロアマットの除去）や福祉用具（例・ポータブルトイレ）の購入を助言した。退院2～3週後の自宅での生活では、MSWより転倒の報告はなく、安全に生活できている。

### 【考察】

本研究の結果、終末期がん患者で、独歩や介助・監視下歩行の人が退院後に、自宅で転倒なく安全に生活するために「屋内通路」「浴室」「寝室」「トイレ」といった必要最低限の生活場所の危険性を評価して、床面の整備、起居・移動の際の転倒予防策としての福祉用具（ポータブルトイレ・手すりの設置など）の活用、視認性を高めるといったフロアマットの除去などの簡易な整備を行う有用性が示唆された。そして患者の状態次第ではあるが、生活空間の広がりに伴い「シーティング」「屋外通路」「台所」「履物」などの危険性についても評価し、対処する有用性が示唆された。また、このような評価項目をもつWeHSA-Jは、終末期がん患者の退院前訪問指導のツールとして有用と思われる。1578

第49回日本作業療法学会（神戸） 2015年6月19日

## 視覚性運動失調 ataxie optique が注視下の到達運動に及ぼす影響について

芝田 博文<sup>1)</sup>、影山 滋久<sup>2)</sup>、深谷 菜穂<sup>1)</sup>

- 1) 総合上飯田第一病院 リハビリテーション科
- 2) 上飯田リハビリテーション病院

### 【はじめに】

ataxie optique (以下 AO) では原則として注視下での到達運動は障害されない。一方注視下の到達運動には固視した対象へ手を伸ばすものと、視

線移動を伴って手を伸ばすものがある。今回我々は脳出血後に AO を呈した症例において、視線移動を伴う到達運動で反応速度が低下することを確認したため報告する。

### 【症例】

70代右手利き女性。病前 ADL は自立。

### 【画像所見】

CTにて左上頭頂小葉、頭頂間溝及び周囲白質に高信号域を認めた。

### 【神経学的所見】

運動麻痺、感覚障害、視野欠損及び眼球運動障害なし。

### 【神経心理学的所見】

MMSE: 18/30点。WAIS-3: VIQ77、PIQ67、FIQ69。失書、失計算、構成能力障害及び軽度超皮質性感覚失語あり。RBMT: SPS10/24、SS2/12。VPTA: 視知覚の基本機能良好。失行なし。

### 【AO】

右視野右手に重度、左視野右手に軽度、左手は障害なし。ADL: 着衣で右袖が通せない、階段昇降で右手の手すり把持困難。着衣は右袖を注視すれば即座に代償可能。階段は前方と手すりを交互に注視しても手すり把持が困難。

### 【方法と結果】

(1) 固視した1点の標的への最大リーチ速度を左右手で比較した。左右手で有意差認めず。(2) 視線移動を伴う2点の標的への最大リーチ速度を左右手で比較した。右手で有意に低下を認め ( $P < .01$ )、「右手ではしっかりと標的位置を確認しないとできない」との内観あり。統計処理: 対応のないT検定。(3) STEF (簡易上肢機能検査): 右手63点、左手85点で右手の速度低下を認めた (70代正常域75点以上)。把握障害や運動障害は無く純粋に2点間のリーチ速度を反映していると思われた。

### 【考察】

視線移動を伴う到達運動では、AOのある右手では周辺視野の有効利用ができず中心視野で代償していたと考えられた。周辺視と中心視とでは反応速度など対象認知の特徴が異なり、中心視では素早いリーチ動作に十分対応できなかった可能性が考えられた。また背側経路 (Rizzolattiら、2003) の障害により無意識的な到達運動が困難であったことが予想され、より意識的なコントロールを必要とした結果反応速度にも影響した可能性が考えられた。

第39回日本神経心理学学会（札幌） 2015年9月11日

## 肩甲上腕リズムにおける肩甲骨周囲筋群の筋活動の検討

The examination of the muscular activity of muscles around shoulder girdle at the Scapulo-humeral Rhythm

○渡邊 桃子 (OT)、玉木 聡 (OT)、上田 周平 (PT)

総合上飯田第一病院 リハビリテーション科

### 【序論・目的】

肩関節疾患を有する対象者の中には、肩甲上腕リズム（以下 SHR）の崩れにより挙上困難に至る者を認め、リズム再獲得のアプローチでの難儀を経験することがある。故に今回我々は、日常生活上で多く使用される肩甲骨面挙上での SHR における筋活動の特徴を捉え、今後の臨床でのアプローチでのその有用性を検討することとした。

### 【方法】

対象者は肩関節疾患のない健常者18名（男女各9名、平均年齢28.9±5.4歳）とした。壁面に背もたれのない椅子を設置し、対象者は壁に対して30°の角度で座位をとり、壁面に触れない位置での肩甲骨面挙上（0～180°）を施行した。速度はデジタルタイマーの数字に合わせて一秒間に30°ずつ挙上、180°に達した後は同速度で下制するものとし、以上の動作を5回連続で実施した。測定筋は三角筋中部、前鋸筋、僧帽筋上部、僧帽筋下部、棘下筋の5つ、電極位置は表面筋電図マニュアル（酒井医療株式会社）を参考とした。また、今回は多チャンネルテレメーターシステム（WEB-1000、日本光電社製）での筋電図計測と同時に動画を撮影して同期させ、BIMUTAS2-video（キッセイコムテック株式会社）にて解析した。測定後、各筋の安静時一秒間の筋出力を基準とした各角度間（0～30°、30～60°、60～90°、90～120°、120～150°、150～180°）の積分値相対値を時間の正規化をした下で算出した。対象者毎の5回の挙上動作の級内相関係数が0.89以上であった為、5回施行した値の加算平均を統計に用いることとした。統計は、①角度の違いによる各筋の積分値相対値の変移と②各角度間における5筋の積分値相対値の比較を Steel-Dwass 法を用いて検定した。いずれも危険率5%未満を有意水準とした。尚、対象者には研究の旨を説明し学会報告に関しての承諾を得ている。

### 【結果】

① 三角筋では角度が大きくなる毎に有意に積分値相対値の増加を認めた。前鋸筋では0～30°、30～60°に対する90°以上の各角度間での積分値相

対値が有意に高かった。棘下筋に関しては各角度間での差は認めなかった。② 0°～30°においては僧帽筋上部の積分値相対値に対して前鋸筋のそれが有意に高かった。30°～60°では前鋸筋の積分値相対値は僧帽筋上部・下部、三角筋は僧帽筋下部に対して有意に高く、60°～90°では前鋸筋・三角筋ともに僧帽筋上部・下部に対しての有意差を認めた。90°以上となると、各々の角度間にて前鋸筋・三角筋の積分値相対値が他の3筋より有意に高かった。何れにおいても前鋸筋は常に積分値相対値が一番高く、次いで三角筋という傾向に至った。

#### 【考察】

SHR 全体を通して前鋸筋の積分値相対値が高値を示したのは、前鋸筋が肩甲骨の不安定性に対する制動と、肩甲骨上方回旋における force couple の作用の双方の役割を担っている為であると考えられる。今回の結果は、0°～90°では肩甲骨安定化に対する働きのみを認め、90°以上ではそれに加えて拳上に伴う肩甲骨上方回旋に対する働きが認められた。また棘下筋に関しては、SHR において常に一定の割合で活動しており、0°～90°では僧帽筋と比較し積分値相対値が高い傾向にあるという結果を認めた。これは、棘下筋が腱板筋であり拳上時に常に求心力として作用している為であると考えられる。さらに、三角筋の徐々に強力となる回転モーメントに対する制動として前鋸筋・棘下筋が働いていることも今回の結果より示唆された。今回は測定筋に限りがあるが、拳上開始時と90°以上での前鋸筋の筋出力や肩甲骨固定性の確認、拳上開始時より一定した棘下筋の筋出力の評価や三角筋とのバランスの考慮等を踏まえた介入が今後の臨床で期待されるのではないかと考える。

第49回日本作業療法学会（神戸） 2015年6月20日

## 緩和期におけるリハビリテーションにて在宅復帰に難渋した一事例

高畑 香澄<sup>1)</sup>、玉木 聡<sup>1)</sup>、芝田 博文<sup>1)</sup>、渡邊 桃子<sup>1)</sup>、森村 直生<sup>2)</sup>、荻野 沙織<sup>1)</sup>

- 1) 総合上飯田第一病院 リハビリテーション科
- 2) 上飯田リハビリテーション病院 リハビリテーション科

#### 【はじめに】

今回、虫垂カルチノイドを発症し全身体力消耗状態に陥り ADL 低下に至ったが、住環境整備を行い ADL を再獲得した事例について報告する。尚、学会報告に際し事例・家族より了承を得た。

#### 【事例】

70歳代女性。現病歴は、X年に虫垂カルチノイドに対し盲部切除術を施行、余命月単位と宣告され、当院に緩和目的で入院となる。

#### 【初期評価】

心身機能は全身体力消耗状態であり、基本動作は中等度介助、歩行は walker 使用し軽介助、BIは30点であった。事例・夫の要望は排泄動作自立であったが、自宅生活への不安が強かった。

#### 【経過】

環境整備にて病棟での排泄動作を獲得した。その後、主治医が自宅退院を勧めたが、事例・夫は否定的であり、FBS28点と基準値の45点以下と転倒リスクが高かった。その為、安全な自宅生活を目的に退院前訪問指導で住環境整備を行った。

#### 【最終評価】

心身機能は初期より全身体力消耗状態が緩和され、基本動作は自立し、車輪付き pick up walker 歩行を獲得、BIは80点であった。事例・夫より自宅退院に前向きな発言があり、介入から12週で自宅退院に至った。

#### 【考察】

緩和期のリハビリでは、増田は「筋力向上等の機能訓練は適切とは言えず、多くは福祉用具等の活用と環境調整を行う」と述べている。本事例でも転倒リスクの軽減を目的とした退院前訪問指導による自宅の住環境整備で、退院後の生活像をイメージする事ができ、自宅生活への不安を軽減させる転機となったと考えられた。

第23回愛知県作業療法学会（愛知） 2015年5月23日

## MCA 領域梗塞によって重度の Pusher 症状を呈した一症例の座位獲得アプローチ

荻野 沙織<sup>1)</sup>、玉木 聡<sup>1)</sup>、芝田 博文<sup>1)</sup>、渡邊 桃子<sup>1)</sup>、高畑 香澄<sup>1)</sup>、森村 直生<sup>2)</sup>

- 1) 総合上飯田第一病院 リハビリテーション科
- 2) 上飯田リハビリテーション病院 リハビリテーション科

#### 【はじめに】

MCA 領域梗塞により右麻痺、Pusher 症状を呈した60代女性に対し、視覚的・体性感覚フィードバックを用いた訓練を実施し座位獲得に至ったので報告する。尚、今回の学会報告に際し本人・家族より了承を得た。

#### 【初期評価】

発症翌日より開始し始め BRS は右上肢Ⅱ右手指Ⅰであり BLS16点、線分抹消24点であった。線分二等分線は4～8mm左へのずれを認めた。基本動作は全介助で BI は1点であった。

#### 【経過】

初日では座位保持は困難であり、重心移動を行い正中位に修正するも Pusher 症状を認めた。そのため視覚的に鏡を使用した体軸確認と、右空間を意識した起居動作訓練、バランス訓練、頸部・体幹の側屈、回旋の促進を通して体性感覚フィードバックを行い右側への荷重を増やしていった。10日目は両側臀部・下肢支持での座位保持が可能となった。

#### 【最終評価】

BRS は上肢Ⅲ～Ⅳ手指Ⅱであり、BLS8点、線分抹消36点であった。線分二等分線は2～8mmのずれを認めたが、起居～移乗は自立～監視で可能となり、BI は44点と改善した。

#### 【考察】

本症例では、視覚的フィードバック・体性感覚フィードバックを同時に実施したため、体軸修正や座位姿勢を学習できたと考えられた。また、本症例の認知機能は保たれており視覚を使用し確認できたが、右無視と Pusher 症状が著明であり、深部感覚が鈍麻であったため体性感覚フィードバックを行ったことでより正中を意識できるようになったと考えた。

第23回愛知県作業療法学会（愛知） 2015年5月24日

## 反重力トレッドミル（AlterG）による歩行訓練が TKA 術後筋肉量の回復に及ぼす影響—DXA による筋肉量の評価を用いて—

Effects of gait training by anti-gravity treadmill (AlterG) is on the recovery of muscle mass after total knee arthroplasty using DXA

林 琢磨<sup>1)</sup>、上田 周平<sup>1)</sup>、成瀬 早苗<sup>1)</sup>、柴本 圭悟<sup>1)</sup>、鍛持 のぞみ<sup>1)</sup>、鈴木 重行<sup>2)</sup>、片岡 祐司<sup>3)</sup>、良田 洋昇<sup>3)</sup>、佐藤 晋介<sup>3)</sup>、土谷 早穂<sup>3)</sup>、川村 佑介<sup>3)</sup>

- 1) 総合上飯田第一病院 リハビリテーション科
- 2) 名古屋大学大学院 医学系研究科
- 3) 総合上飯田第一病院 整形外科 人工関節・関節鏡センター

#### 【目的】

AlterG を用いた TKA 術後の免荷歩行訓練が TKA 後の筋肉量の回復に及ぼす影響を、DXA で筋肉量を評価し、検討した。

#### 【対象と方法】

OA に対し TKA を施行した16例16膝を8例8膝の AlterG 実施群、8例8膝の非実施群に分け、全身骨密度測定装置（GE 社製 PRODIGY）を用いて術前および術後3ヶ月時までの筋肉量（四肢、術肢、非術肢）を計測した。また、膝伸筋力、T字杖歩行自立までの日数、BI 点数を術前後に測定した。

#### 【結果】

実施群は術後3ヶ月時において術肢、非術肢、四肢筋肉量、術肢膝伸筋力が術前より増加した。非実施群はいずれも術前と比べ増加を認めなかった。術後3ヶ月時の四肢筋肉量は、実施群が非実施群と比べ有意に多かった。実施群は非実施群に比べ T 字杖歩行自立までの日数は有意に短く、BI 点数は高い傾向を認めた。

#### 【考察】

DXA による筋肉量の評価により、AlterG による免荷歩行訓練は歩行能力及び活動量を高めることで TKA 術後の筋肉量の回復に有用である可能性が示唆された。

第7回 JOSKAS（札幌） 2015年6月19日

## 地域包括ケア病棟開設前後における脊椎圧迫骨折患者の治療成績の比較

白上 昇<sup>1)</sup>、上田 周平<sup>1)</sup>、桑原 道生<sup>1)</sup>、片岡 祐司<sup>2)</sup>、丸山 聖子<sup>2)</sup>、鈴木 重行<sup>3)</sup>

- 1) 社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 リハビリテーション科
- 2) 社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 整形外科
- 3) 名古屋大学大学院医学系研究科

## 【目的】

2014年度の診療報酬改定で地域包括ケア病棟（以下包括病棟）が新設され、当院では2014年10月に包括病棟を開設した。今回当院に脊椎圧迫骨折で入院した患者の治療成績を包括病棟開設前後で比較したので報告する。

## 【方法】

当院の脊椎圧迫骨折入院患者を包括病棟開設前2年間の465名（男性106名、女性359名、年齢 $78.7 \pm 10.5$ 歳）と開設後7ヶ月間の113名（男性29名、女性84名、年齢 $80.7 \pm 12.3$ 歳）で年齢、在院日数、転帰先、入院時と退院時 Barthel Index（以下BI）を比較した。また前述の対象のうち関連施設の回復期リハビリ病院（以下回復期）を経由し退院した患者と包括病棟を経由し退院した患者で、在院日数、入院時BIと退院時BI、BI gain、自宅退院率、一般病棟の在院日数を合わせた総在院日数（以下総在院日数）を比較した。統計学的手法には、対応のないt検定、Welch検定、Mann-Whitney検定、 $\chi^2$ 乗検定を用い有意水準は5%未満とした。

## 【倫理的配慮・説明と同意】

後方視的に調査し個人情報特定できないものとした。

## 【結果】

<1> 包括病棟開設前の転帰先は自宅80%（在院日数 $25.8 \pm 15.6$ 日）、回復期5.2%（ $28.0 \pm 12.8$ 日）、その他14.8%（ $40.6 \pm 31.9$ 日）、開設後の転帰先は自宅38.1%（ $19.7 \pm 10.5$ 日）、包括病棟45.1%（ $11.0 \pm 7.0$ 日）、回復期0%、その他16.8%（ $27.3 \pm 20.1$ 日）であった。自宅退院+回復期経由、自宅退院+包括病棟経由の割合は85.2%、83.2%で有意差はなかった。自宅退院した患者は開設前後で年齢、在院日数、入院時BI、退院時BIに有意差はなかった。<2> 回復期と包括病棟を比較した結果、在院日数は回復期 $61.6 \pm 30.1$ 日、包括病棟は $26.0 \pm 12.0$ 日と有意に減少した。入院時BIは回復期 $60.6 \pm 29.9$ 点、包括病棟は $54.3 \pm 26.5$ 点、退院時BIは回復期 $79.6 \pm 21.0$ 点、包括病棟は $78.0 \pm 21.5$ 点で有意差はなかった。BI gainは回復期 $0.31 \pm 0.47$ 、包括病棟は $0.88 \pm 0.77$ と有意に増加した。自宅退院率は回復期78.6%、包括病棟は86.3%で有意差はなかった。総在院日数は回復期経由 $85.6 \pm 36.2$ 日、包括病棟経由は $37.0 \pm 13.0$ 日と有意に減少した。

## 【考察】

久芳らは脊椎圧迫骨折受傷後3ヶ月時点で visual analog scale 50%以上の痛みが39.5%の患者に持続した。また岩谷らは腰背部痛が健康関連QOLの低下に影響が強いと報告している。急性期病棟の在院日数短縮化が促進される中、脊椎圧迫骨折は包括病棟を経由する割合が増えたことで退院後のADL・QOLの悪化が未然に防げる可能性が示された。回復期と包括病棟を比較すると自宅退院の割合やBIは変わらないが、包括病棟は在院日数が短く、BI gainが高かった。この要因には病前歩行能力の割合の差なども考えられるが、回復期と包括病棟の上限入院日数や加算体制など制度の違いによる影響も推察される。包括病棟開設により回復期と比較して退院時ADLに差はなく、在院日数が短縮したことは患者・家族の経済的負担の軽減にもつながると考えられる。

第31回東海北陸理学療法学会（石川） 2015年10月4日

## 脳血管障害患者の嚥下障害に影響する身体的因子の検討

伊藤 隆人<sup>1)</sup> 上田 周平<sup>1)</sup> 平田 貴大<sup>2)</sup> 鈴木 重行<sup>3)</sup>

- 1) 総合上飯田第一病院
- 2) 上飯田リハビリテーション病院
- 3) 名古屋大学大学院医学系研究科

key words: 脳血管障害、嚥下障害、身体機能

## 【目的】

嚥下障害患者に対する介入は医師を中心としたチームで行われ、チーム内の理学療法士の役割は間接的アプローチが中心となる。脳血管障害患者では嚥下障害と呼吸や姿勢を含めた頭頸部・体幹機能との関連性が報告されている。しかし、呼吸機能、体幹機能、頭頸部機能を同時に検討した報告はなく、いずれの機能が嚥下障害と密接に関与しているのかは明らかではない。そこで本研究は脳血管障害患者の嚥下障害に影響する各身体的因子の影響度合いを明らかにすることを目的とした。

## 【方法】

対象は2012年5月～2014年9月に関連施設の回復期病院に脳血管障害で入院した患者53例（男性29例、女性24例；平均年齢 $68.5 \pm 15.0$ 歳）とした。除外基準は高次脳機能障害や認知症により測定の理解が困難な者、円背により頭頸部角度の測定が困難な者、顔面神経麻痺により呼吸機能検査が困難な者とした。入院時に嚥下障害の有無を藤島の摂食・嚥下能力グレードを用いてグレードⅢ・Ⅳ以下（臨床的観察と指導を要する）を嚥下障害者と定義し、嚥下障害の有無で2群に分類した。調査項目として、頭頸部機能は頭部屈曲角度、頭部屈曲可動範囲、頸部屈曲角度、頸部屈曲可動範囲、

頸部回旋角度（制限側）、相対的喉頭位置、舌骨上筋機能グレード（GSグレード）とした。呼吸機能は努力性肺活量（FVC）、1秒量（FEV<sub>1.0</sub>）、最大呼気流量（PEF）、吸気筋力（P<sub>I</sub>max）、呼気筋力（PE<sub>max</sub>）とし、体幹機能はTrunk Impairment Scale (TIS) で評価した。嚥下障害の有無を従属変数とし、各項目を独立変数とした多重ロジスティック回帰分析を行い、採択された結果より嚥下障害の有無を判別する閾値についても検討した。なお、多重ロジスティック回帰分析の実施に先立ち多重共線性の問題を回避するため独立変数間の相関の有無を検討した。

## 【説明と同意】

対象者またはその家族には研究の主旨を十分に説明し、研究に参加することへの同意を書面にて得た。また本研究は所属機関の倫理委員会の承認を受けて行った。

## 【結果】

対象者53例のうち嚥下障害有群は22例、嚥下障害無群は31例であった。独立変数間の相関で互いに強い相関を有する値は存在しなかった。多重ロジスティック回帰分析の結果、頭部屈曲可動範囲（オッズ比:0.738、 $P < 0.01$ ）、頸部回旋角度（オッズ比:0.820、 $P < 0.05$ ）、PE<sub>max</sub>（オッズ比:0.892、 $P < 0.05$ ）があげられ判別率の中率は88.7%であった。ROC曲線を用いてカットオフ値を算出した結果、頭部屈曲可動範囲では $18.8^\circ$ を閾値とした場合、感度84%、特異度82%、頸部回旋角度では $46.0^\circ$ を閾値とした場合、感度90%、特異度50%、PE<sub>max</sub>では $64.6 \text{ cmH}_2\text{O}$ を閾値とした場合、感度55%、特異度100%であった。

## 【考察】

嚥下障害と最も影響する身体的因子は頭部屈曲可動範囲であった。頭部屈曲位は従来から言われている嚥下の代償法の一つであり、臨床で用いられ効果については様々な報告がある。頭部屈曲可動範囲の低下はこれらの嚥下代償法の阻害因子となることが考えられる。健康者を対象に頭部屈曲角度と嚥下の主観的評価を検討した報告では、頭部の可動性は嚥下の難易度に影響されると言われており、頭部可動性と嚥下との関連は示されている。今回の検討からも頭部の屈曲可動範囲は重要視する必要性が明らかとなった。次に影響する因子として頸部回旋角度が抽出された。頸部回旋は頸部周囲筋の筋緊張を反映する指標として用いられ、頸部周囲筋の筋緊張異常は喉頭位置や舌骨上筋群の局所的機能に影響すると考えられており、他の先行研究と同様に頸部回旋が嚥下障害に影響を与えることが示された。呼吸機能では呼気筋力が影響する因子として挙げられた。呼気筋力トレーニングは舌骨上筋群の強化や喉頭挙上に対する効果が高いと言われており、呼気筋力を高めることで嚥下障害が改善することが示されている。よって、呼気筋力も嚥下障害を改善する機能として注目する点である。体幹機能に関しては抽出されなかった。体幹機能の低下は非麻痺側上肢・頸部・体幹筋群の過活動を誘発し、その結果非対称的な姿勢が生じて喉頭挙上運動を阻害すると報告されている。しかし、入院中の姿勢調整を行った環境下では、非対称的な姿勢は生じにくいことが考えられ、今回の結果から体幹機能低下は代償可能な要素を含む因子であることが推察された。

## 【理学療法研究としての意義】

脳血管障害患者の身体的因子では頭部屈曲可動範囲、頸部回旋角度、呼気筋力の順に嚥下障害への影響度が強く、これらの因子に対して焦点を置き嚥下障害の改善を目的とした介入を行うことの重要性が示唆された。

第50回日本理学療法学会（東京） 2015年6月6日

## ダイナミック・ストレッチングが柔軟性に及ぼす即時的効果と効果持続時間について

山本 彩乃<sup>1)</sup>、松尾 真吾<sup>2)</sup>、宮崎 学<sup>3)</sup>、深谷 泰山<sup>4)</sup>、土田 和可子<sup>2, 4)</sup>、鈴木 重行<sup>4)</sup>、岩田 全広<sup>2, 4)</sup>

- 1) 総合上飯田第一病院
- 2) 日本福祉大学
- 3) 東京大学医学部附属病院
- 4) 名古屋大学

## 【背景】

ダイナミック・ストレッチング（DST）は、動きの中で目的とする筋を伸張する方法であり、その効果は筋パワーの増加、筋電図振幅の増加などが報告されている。他方、柔軟性に対するDSTの効果については、DSTがROMに及ぼす即時的効果を検討した報告は散見されるが、ROM以外の評価指標を用いて詳細に検討した報告はほとんどなく、DSTの効果持続時間も不明である。

## 【目的】

DSTが柔軟性に及ぼす即時的効果と、その効果持続時間を検討した。

## 【方法】

対象は健康学生12名の右ハムストリングスとした。DSTは膝伸展位で股関節を最大屈曲する2秒/回の自動運動とし、15回/セットで10セット実施した。評価指標はstiffness、最大動的トルク、ROMとした。実験手順は

まず各評価指標を測定した後に DST を実施し、DST 直後、それ以降は15分毎に90分後まで、各評価指標を測定した。

#### 【結果】

最大動的トルク、ROM は DST 直後で有意に増加し、その効果はそれぞれ15、90分後まで持続した。Stiffness は DST 直後で有意に低下し、その効果は90分後まで持続した。

#### 【結論】

DST を実施すると、ROM 増加に伴って最大動的トルクは増加し、stiffness は低下するが、stiffness に対する DST の効果持続時間は、最大動的トルクに対するそれよりも長いことがわかった。

第70回日本体力医学会大会（和歌山） 2015年9月20日

## ハムストリングスの柔軟性に対する ダイナミック・ストレッチングの急性効果

山本 彩乃<sup>1)</sup>、松尾 真吾<sup>2)</sup>、宮崎 学<sup>3)</sup>、深谷 泰山<sup>3)</sup>、土田 和可子<sup>2, 3)</sup>、鈴木 重行<sup>3)</sup>、岩田 全広<sup>2, 3)</sup>

- 1) 総合上飯田第一病院
- 2) 日本福祉大学健康科学部
- 3) 名古屋大学大学院医学系研究科

#### 【はじめに、目的】

ダイナミック・ストレッチング (dynamic stretching: 以下、DST) は、目的とする筋群の拮抗筋群を意識的に収縮させ、関節の屈伸や回旋などを行うことで筋や腱を伸張する方法 (山口太一・他: CREATIVE STRETCHING, 2007.) であり、その効果は、プロサッカー選手、女性アスリート、さらには健常者などを対象として、スプリントタイムの短縮、筋パワーの増加、あるいは筋電図振幅の増加などが報告されている。これらの報告を根拠に、瞬発的なパフォーマンス発揮が必要とされる運動前のウォーミングアップとしては DST の利用が推奨されており、事実、スポーツ現場ではウォーミングアップにおける DST の利用が進んできている (Duehring MD, et al.: J Strength Cond Res, 2009.)。他方、柔軟性に対する DST の効果については、DST が関節可動域 (range of motion: 以下、ROM) に与える急性効果を検討した報告は散見されるものの、stiffness や最大動的トルクといった ROM 以外の柔軟性の評価指標を用いて検討した報告はほとんどなく、さらに、各評価指標を同時に測定し、比較・検討した報告は見当たらない。本研究の目的は、DST が柔軟性の各評価指標に与える急性効果を明らかにすることである。

#### 【方法】

対象は、下肢に整形外科のおよび神経学的疾患を有しない、健常学生12名 (男性6名、女性6名、平均年齢21.8±0.8歳) とし、対象筋は右ハムストリングスとした。すべての被験者は、股関節および膝関節をそれぞれ約110°屈曲した座位姿勢 (以下、測定開始肢位) をとり、等速性運動機器 Primus RS (BTE 社製) を用いて DST 実施前・後における柔軟性の変化を評価した。ハムストリングスに対する DST は、両手で平行棒を把持した立位姿勢から、膝関節伸展位で股関節を最大屈曲させた後に元の立位姿勢に戻すまでの自動運動を、2秒/回の頻度で行った。DST の回数は15回×1セットとし、計10セット (150回) 実施した。柔軟性の評価指標は、stiffness、最大動的トルク、ROM の3種類とした。Stiffness、最大動的トルク、ROM は、測定開始肢位から膝関節最大伸展位 (大腿後面に痛みが出る直前) まで5°/秒の角速度で他動的に伸張させた際のトルク - 角度曲線より求めた。Stiffness は DST 実施前の膝関節最大伸展位からその50%の角度間の回帰直線の傾きと定義し、最大動的トルクおよびROM はそれぞれ膝関節最大伸展位における値とした。実験はまず各評価指標を測定し、DST を行い、再び各評価指標を測定した。統計処理は Wilcoxon の符号付順位検定を用い、DST 実施前・後の比較を行った。有意水準は危険率5%未満とした。

#### 【結果】

ROM は DST 実施前・後で83.2±9.6°が92.7±8.7°となり、有意に高値を示した。Stiffness は DST 実施前・後で0.42±0.11 Nm/degが0.38±0.10 Nm/degとなり、有意に低値を示した。最大動的トルクは DST 実施前・後で30.5±7.4 Nm が34.5±9.0 Nm となり、有意に高値を示した。

#### 【考察】

本研究結果から、DST による ROM の増加に伴って stiffness は低下し、最大動的トルクは増加することが明らかとなった。Stiffness は先行研究より、筋腱複合体の粘弾性を反映すると考えられ、stress relaxation など筋腱複合体の力学的特性の変化と関連することが示唆されている (McHugh MP, et al.: Med Sci Sports Exerc, 1992., Magnusson SP, et al.: Scand J Med Sci Sports, 1995.)。また、最大動的トルクは先行研究より、痛みを誘発するのに必要な伸張量であり、その値は伸張刺激に対する痛み閾値を反映する指標として用いられている (Magnusson SP, et al.: J Physiol, 1996., Mizuno T, et al.: Scand J Med Sci Sports, 2013.)。したがって、

DST 実施後に ROM が増加した要因は、stiffness の低下、すなわち筋腱複合体の力学的特性の変化と、最大動的トルクの増加、すなわち痛み閾値の上昇の両者によってもたらされたものと推察される。

#### 【理学療法研究としての意義】

柔軟性に対する DST 効果に関する基礎的データの蓄積は、より有効な DST の実践と適用の拡大をする上で必須であり、evidence-based な運動処方確立に向けた一助になるものと考えられる。

第50回日本理学療法学会大会 (東京) 2015年6月6日

## めまいリハビリ外来開始から1年間の報告

共同演者 安江 穂

共同演者 新井 基洋 横浜市立みなと赤十字病院 耳鼻咽喉科

#### 【はじめに】

近年、めまい患者に対する集団リハビリテーション (以下めまいリハ) の効果が多数報告されるようになった。しかし、実際に実施されている施設は限られているのが現状である。今回、一定期間継続する計画を立てた「めまいリハ外来」を開始し1年が経過したので若干の考察を交えて報告する。

#### 【対象】

平成26年6月から平成27年5月までにめまいリハ外来に参加した男性6名、女性25名、合計31名 (平均年齢±標準偏差: 70.0±0.1)。

#### 【方法】

めまいリハ外来は週1回で、5回受診を目標とした。第1回目は講習とし、第2～5回目を実習とした。計画通り5回通院できた患者を達成群、4回以下で中断した患者を中断群とした。達成群には最終回にアンケートを行った。達成群と中断群を比較し、達成できる因子を検討した。

#### 【結果】

達成群は20名 (69.0±11.2)、中断群は11名 (72.0±7.8) であった。計画的めまいリハ外来に参加した終了後の満足度は「良かったと思う」が19名 (95%)、「あまり思わない」が1名 (5%) であった。達成群では、中断群と比べて参加した時の参加者人数が有意に多かった。

#### 【考察】

専門的なめまいリハ入院は、一般病院では実現しにくい。今回、全5回参加を計画しためまいリハ外来が一定の満足度を得ることができた。第1回目の講習とリハビリでの仲間意識が大切であると感じた。達成群では参加者人数が多かったが、今後は最適人数を検討していく予定である。

第74回 日本めまい平衡医学会 総会・学術講演会

2015年11月25日 (水) ~ 27日 (金) 長良川国際会議場、岐阜都ホテル

## 消化器外科医が緩和ケアチームリーダーを務める意義

岡島 明子、佐々木 英二、杉浦 友則、板津 慶太、雄谷 純子、山内 康平  
加藤 万事、加藤 知行

総合上飯田第一病院 外科

#### 【目的】

当院の全身麻酔手術件数は年間約700例で緩和ケアのニーズは大きい。緩和ケア病棟も緩和専従スタッフもないため、適切に緩和ケアを提供できるよう活動を工夫してきた。

#### 【方法】

2012年より、消化器外科医長である演者が緩和ケアチーム (PCT) リーダーとなり、以下の取り組みを開始した。①消化器系症例検討会や外科病棟回診中に積極的に症例の拾い上げを行い、緩和的視点からの提案や介入推奨を行った。②演者の一般外科外来枠で緩和治療目的の受診も可能とした。院内外から常時外科外来看護師経由で相談を受け付けるようにした。③他の消化器外科スタッフに、演者が必要に応じ面談や症状コントロールなどの緩和ケア活動を優先する理解を求めた。④演者が手術中に PCT 介入症例の問題が起きた場合、PCT カンファで患者情報を共有している他7職種のコメディカルが積極的に訪室し、対応するよう奨励した。⑤未介入症例でコメディカルが必要を感じた場合は連絡をもらい、医師間での検討を経て速やかに対応した。

#### 【成績】

PCT 介入症例は院外からの依頼も含め年間140例を超えた。個々の症例に応じ、さまざまなスタイルで関与した。例①胆嚢癌結腸癌: 診断時より拾い上げ、副主治医・手術助手として関与。術翌日より PCT 介入、疼痛緩和・心理的サポート。例②胃癌術後再発: 初回手術時より主治医。再発診断時

PCT 介入。消化器内科依頼し胆管ステント挿入、演者にてストマ+ CV ポート造設後在宅移行。例③胃癌腹膜播種：初診時より腹水多量にて初診外科医より演者に紹介あり、主治医として関与、PCT 介入。化学療法+ CART 施行し看取りまで。例④直腸癌術後再発：他院より緩和目的で紹介、PCT 介入。主治医として関与し症状緩和・CV ポート・緩和病棟紹介。

#### 【結論】

消化器外科医が PCT とともに緩和ケアを推進する活動は、早期からの緩和ケアの提供のために有意義なスタイルの一つである。

発表 JDDW・第13回日本消化器外科学会大会 2015年10月10日

## 外科医と緩和ケアチームによる 迅速な外科的緩和治療介入の試み

岡島 明子 加藤 万事 池澤 輝男 窪田 智行 佐々木 英二 杉浦 友則  
板津 慶太 雄谷 純子 山内 康平 加藤 知行

総合上飯田第一病院 外科

当院は230床の急性期総合病院で、緩和ケア病棟はないが、演者が外科兼任で緩和科を標榜し、緩和ケアチーム (PCT) と連携して、一般病棟と外来にて緩和ケアを行っている。緩和治療目的での転院受け入れも行い、常時10名前後の緩和入院患者を持つ。当院 PCT の特色は、医師・看護師の他に薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士・作業療法士・臨床心理士・MSW の全8職種が全症例に関わり、共有情報をもとに各自が専門性を生かした活動を展開している点である。

最近2年半における、延べ入院介入数307件 (総人数234名) について、外科治療の関与を検討した。原疾患に関連する外科治療を介入前に受けていたのは108名、介入後に施行したのは59件 (CV ポート30件、ストマ8件、CART 導入7件、内視鏡的消化管ステント5件、PEG1件、バイパス1件、その他7件)、施行予定したが全身状態の悪化により中止したのは2件であった。患者側が治療を希望してから治療施行までの平均日数は2.8日であった。消化管閉塞に対して経口摂取再開を目標とした治療は14例であり、全例が食事制限解除まで到達した。CV ポートは、補液中止の選択肢も提示しつつ慎重に面談して決定している。

緩和ケアにおいて侵襲を伴う治療介入は、きめ細かな評価と面談を重ね、信頼関係のなかでリードしていく必要があると同時に迅速さが必須となる。外科医が PCT のコアに存在することで、リスクやシビアな見込みまで具体的に説明したうえで意思決定支援を行うことができ、手術施行までも迅速である。前治療に満足されていないケースでは、ともに病歴を振り返り納得してもらうことや、再評価ののち手術施行することもあった。また、外科の一員として外科手術・入院全例をリアルタイムで把握していれば、周術期からの介入適応症例の拾い上げが可能である。

緩和治療へのシフトは癌治療の敗退という見方はまだ存在するが、外科治療と深く関連する緩和治療こそ、癌治療の経験を積んだ外科医が全力をかけて取り組む価値があると感じる。

発表 第115回日本外科学会定期学術集会 2015年4月17日

## 膜性腎症と ANCA 関連腎炎の所見を呈した ネフローゼ症候群の1例

久納 美蓉子<sup>1)</sup>、河合 浩寿<sup>1)</sup>、加藤 悠佳理<sup>1)</sup>  
杉山 浩一<sup>2)</sup>、三浦 直人<sup>2)</sup>、今井 裕一<sup>2)</sup>

1) 総合上飯田第一病院 腎臓内科  
2) 愛知医科大学病院 腎臓・リウマチ膠原病内科

#### 【症例】

61歳、男性

#### 【主訴】

下腿浮腫

#### 【現病歴】

5年前に胃癌で胃全摘術が行われ、以降は外科外来に通院していた。1年前より低蛋白血症が出現。X年2月に腎機能が悪化してきたために腎臓内科紹介。尿蛋白 9.31g/gCr、尿沈渣 RBC 50-99/HPF。TP 4.5g/dl、Alb 2.1g/dl、BUN 24.2mg/dl、Cr 1.92mg/dl、CRP 0.07mg/dl。また、MPO-ANCA 11.1U/ml と上昇を認めた。ネフローゼ症候群の精査・加療目的で入院とした。

#### 【入院後経過】

入院第4病日に腎生検を施行した。観察糸球体数20個、全硬化糸球体は6個。線維細胞性半月体と線維性半月体がみられ、基底膜にはパブリングと

スパイクを認めた。蛍光は IgG(+), IgA(+), IgM(±), C3(±), κ(+), λ(+)。電顕では基底膜の上皮側に EDD を認め、stage 1であった。第16病日よりプレドニゾン30mg/日を開始し、第44病日に退院とした。以降、外来でステロイドを漸減。尿蛋白が持続したため、ミゾリビンを併用したところ尿蛋白は減少して血清 Alb は改善傾向である (Alb 3.9g/dl、Cr 2.23mg/dl)。

#### 【考察】

膜性腎症と ANCA 関連腎炎の所見を呈したネフローゼ症候群の症例を経験した。ステロイドにミゾリビンを併用したところ合併症なく経過良好であった。

第226回 日本内科学会東海地方会 2015年6月21日

## 順行性上腕骨髄内釘術後の 肩関節鏡視下手術の経験

Arthroscopic treatment after operation with humeral antegrade intramedullary nail

川村 佑介 (発表者)<sup>1)</sup>、片岡 祐司<sup>1)</sup>、良田 洋昇<sup>1)</sup>、酒井 忠博<sup>2)</sup>、濱田 恭<sup>2)</sup>、土谷 早穂<sup>2)</sup>

1) 総合上飯田第一病院 整形外科  
2) 名古屋大学整形外科

#### 【はじめに】

順行性上腕骨髄内釘には、ネイル近位端や横止めによる肩峰下インピンジメント、スクリューの関節内への穿孔、腱板損傷等の合併症があり、術後の肩痛、可動域制限の原因となり得るため注意を要する。

#### 【症例】

1、73歳男性。頸部骨折に対する髄内釘施行後にブレード端によると思われる肩峰下インピンジメントを起こしたため術後1年4ヶ月で抜釘及びASDを行った。2、79歳女性。近位部粉碎骨折に対する髄内釘施行後早期にスクリューの穿孔を認めたため、癒合が認められた術後5ヵ月で抜釘及び鏡視下滑膜切除を行った。3、66歳男性。骨幹部骨折に対する髄内釘施行後に疼痛、ROM 制限が残存し、術後3年で ARCR を行った。

#### 【結果】

全例とも関節鏡手術後肩機能の改善を認めた。

#### 【考察】

上腕骨骨折に対し順行性髄内釘を使用する際には、適応をよく検討し、適切な設置位置で十分な固定性を得られるようにし、腱板の確実な修復を行うことが必要である。

第7回 日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 (7th JOSKAS)  
2015年6月18日から20日

## T1N0乳癌の悪性度の検討

窪田 智行、三浦 重人、雄谷 純子、山内 康平

総合上飯田第一病院 乳腺外科

#### 【背景】

術前評価での T1N0乳癌は早期乳癌とされているがその特徴を検討し、さらに検診発見症例 (検診群)、自覚症状で見つかった症例 (自覚群) に分け検診の有用性を検討したので報告する。

#### 【症例】

2010年1月より2013年12月までの当院で手術を行った原発性乳癌361例中 T1N0 で非浸潤癌を除いた浸潤性乳癌146例を対象とした。検診群は80例、自覚群66例であった (但し、自覚症状を持って検診を受けた4例を自覚群、他症状で受診し別部位に見つかった2例を検診群とした)。

#### 【結果】

T1N0乳癌のサブタイプは luminal A type (LA) 97例、luminal B type (LB) 15例、luminal HER2 type (L-HER2) 3例、HER2 type 11例、Triple negative type (TN) 20例で66.4% が予後が良いとされる LA であった。しかし、検診群、自覚群の2群で見ると検診群の LA 72.5% に対して自覚群 59.1% と少なかった。リンパ節転移症例は検診群7例 (8.8%)、自覚群14例 (21.2%) でみられた。遠隔転移が自覚群で1例あり、術後1年5ヶ月で死亡された。その他に原病死例は見られなかった。

#### 【考察・結論】

早期乳癌とされる T1N0乳癌の生存率99.3% と非常に高かったが追跡期間

が短いため今後の経過観察が重要である。また、リンパ節転移症例が21例(14.4%)あり、リンパ節転移検索の重要性が示唆された。乳癌の死亡率を向上させるためには悪性度の高い癌を早く見つける事が重要である。検診群ではLA 72.5%と高かったが、これは他の予後の悪いタイプを見つけていない事にも繋がり、今後の検診では予後の悪い乳癌を如何に早く見つけるが課題になると思われた。

第23回 日本乳癌学会学術総会 抄録 2015.7.2～7.4 東京

## 中間期乳癌の検討

窪田 智行、雄谷 純子、山内 康平、三浦 重人

総合上飯田第一病院 外科

前回検診より次回検診までの間に発見される中間期乳癌は、短時間で急速増大する生物学的悪性度の高い乳癌とされているが、通常発見乳癌と変わりがないとの意見もある。当科における中間期乳癌の特徴を検討した。

### 【方法】

今回の検討では中間期乳癌を前回検診日より2年以内で見つかった乳癌を中間期乳癌と定義した。2010年1月より2014年12月に当科で手術を行った原発性乳癌436例中前回検診日が判明した220例を対象とし、中間期乳癌群(中間期群)46例、検診発見群(検診群)74例、自覚症状群(自覚群)100例を比較検討した。尚、他症状来院時の検査で偶然見つかった症例を検診群、自覚症状があり検診受診した症例を自覚群とした。

### 【結果】

病期Iまでの早期癌は、中間期群42例(91.3%)、検診群63例(85.1%)、自覚群55例(55.0%)であった。非浸潤癌割合は中間期群41.3%、検診群40.5%、自覚群8.0%であり、リンパ節転移陽性率は4例(8.7%)、検診群9例(12.2%)、自覚群36例(36.0%)であった。浸潤癌でのサブタイプとして luminal A/triple negative の割合は中間期群59.3/29.6%、検診群70.5/15.9%、自覚群60.9/17.4%であった。

### 【まとめ】

中間期群・検診群の病期、生物学的特性に差は見られなかった。しかし、自覚群は他の2群に比較して悪性度が高かった。

第77回日本臨床外科学会総会 2015.11.26～11.28 福岡

## 1 cm 以下腫瘍の細胞診施行例の検討

窪田 智行、三浦 重人、雄谷 純子、山内 康平

総合上飯田第一病院 乳腺外科

### 【はじめに】

1cm以下の腫瘍形成性病変の中で良悪を判定する上で、超音波検査上どのような所見が重要か検討した。

### 【症例】

2014年の当院で細胞診を施行した443例中1cm以下の腫瘍形成性病変166例を対象とした(「鑑別困難」1例で患者の精査拒否で結果不明のため対象より除外)。乳癌が11例あり、超音波検査所見として、形状、内部エコー、境界部、D/W比、エラストスコア(ES)で検討した。

### 【結果】

全体の細胞診結果は、「悪性」9例、「悪性疑い」3例、「鑑別困難」3例、「検体不適合」42例、「正常あるいは良性」109例であった。最終診断で乳癌は細胞診で「悪性」9例、「悪性疑い」3例、「鑑別困難」1例であった。乳癌の組織型は非浸潤性乳管癌3例、乳頭腺癌4例、充実腺癌3例、硬癌2例であった(1例は詳細不明)。「悪性」の超音波所見として形状は不整形・多角形/分葉形/円形・橢円形が6/1/6例、内部構造は均一/不均一が2/11例、境界は明瞭平滑/明瞭粗造/不明瞭が2/5/6例であった。これらは「良性」と比較して有意に不均一、不整形・多角形、不明瞭が多かった。haloを認めた症例が「悪性」で5例(38.5%)であった。D/W比は「悪性」で0.5～1.4で0.7以上が11例(84.6%)、「良性」で0.3～1.4で0.7以上が62例(40.5%)であった。エラストは「悪性」でES2が1例、ES3が7例、ES4が5例であった。

### 【考察・結語】

JATBSの乳房超音波ガイドラインでは、1cm以下の充実性腫瘍はhalo、境界線断層を認めない場合、D/W比0.7未満でカテゴリー2となっている。しかし今回の検討で「悪性」でD/W比0.7未満は2例と少なかったが、2例ともhaloを認めなかった。これらの2例は形状が円形・橢円形であったが、境界部が明瞭粗造であり、境界部の観察が重要と思われた。

第35回 日本乳癌学会学術総会 抄録 2015.9.19～20 盛岡

## ワーファリン内服中に行った 検診マンモグラフィー後に 大胸筋血腫を併発した一症例

雄谷 純子、窪田 智行、佐々木 英二、山内 康平

総合上飯田第一病院

症例は68歳、女性。平成19年9月に感染性心内膜炎のため、弁置換術を施行され、以後ワーファリン内服にて抗凝固療法を行われていた。平成26年4月、乳癌検診目的に当院乳腺外科外来受診し、マンモグラフィーおよび乳房超音波検査を行った。ともに異常所見は認めなかった。検査後6日目より、右乳房痛および右乳房の腫脹を自覚した。症状の増強あり、検査後8日目に当科を受診した。右乳房は著明に腫脹し、胸部CT検査にて右大胸筋から腋窩にかけて血腫と思われる境界不明瞭な腫瘍影を認めた。この8日間に外傷等の既往はなく、マンモグラフィーにより大胸筋血腫を併発したと考えた。ワーファリンは1日4錠内服しており、プロトロンビン時間国際標準比(PT-INR)は6.02と顕著に延長していた。疼痛強く、本人の希望で入院し局所の安静とワーファリンの中止による保存的加療を行った。入院2日後には、Hb 7.8と貧血の進行あり、また、胸部CT検査で血腫の増大と右胸水貯留を併発した。輸血を行い、入院2週間後には血腫も縮小傾向となり、胸水もほぼ消失した。また、ワーファリンの中止によりPT-INR 1.10と正常化した。

マンモグラフィー後に大胸筋血腫を併発した症例は、文献上みられなかった。今後、高齢化に伴い、抗凝固剤内服中におけるマンモグラフィー検診の症例は増加すると思われるため、本症例のような血腫の併発も念頭に置く必要があると考えられるため報告した。

第23回日本乳癌学会学術総会 2015.7.2～7.4 東京

## 当院における Oncotype DX の使用状況と 有用性に関する検討

雄谷 純子、窪田 智行、板津 慶太、山内 康平

総合上飯田第一病院

2009年に乳癌の予後予測遺伝子検査である Oncotype DX が、日本人においても有用であると報告され利用されるようになった。当院では、2013年より主に術後補助療法の選択に際して Oncotype DX の利用を開始した。今回、当院で Oncotype DX を行った18例の乳癌患者に関して使用状況と有用性について検討した。

対象は2013年9月から2015年3月までの間に当院で Oncotype DX を行ったホルモン受容体陽性乳癌17例(40～83歳、平均年齢44歳)。Recurrence Score(RS) ≤17の低リスク群が13例で18 ≤ RS ≤30の中間リスク群が3例、31 ≤ RS の高リスク群が1例であった。低リスク群12例全例がホルモン療法のみで補助療法を行った。この12例中7例は腋窩リンパ節転移陽性(n1個～3個)であり、従来の臨床病理学的因子で補助療法を選択する場合には化学療法を受けることが薦められていた症例であった。オンコタイプDXの検査費用は保険適応とならず約45万円の自己負担となる。しかし、当院での標準的補助化学療法の FEC+DOC の各4クルールの総保険点数は74,248点であり、結果的にオンコタイプDXを行って化学療法が不要と判断されれば患者の金銭的な負担は減少する。また、近年問題となっている国家の医療費削減にもつながると考えられ、その点においてもこの検査の有用性は高いと思われる報告する。

第77回 日本臨床外科学会総会 2015.11.26～11.28 福岡

## ステレオ下マンモトーム施行例のうち、 鑑別困難であった11例の検討

山内 康平、窪田 智行、雄谷 純子、三浦 重人

総合上飯田第一病院 外科

### 【背景】

超音波検査で所見のない石灰化病変の症例では、ステレオ下マンモトーム検査(ST-MMT)で確定診断をつけることになる。しかしながら、ST-MMTで

良悪の診断がつかない症例には苦慮する。今回、組織診で鑑別困難であった症例について、画像を中心に検討した。

#### 【対象と方法】

2009年1月より2012年12月までに当院でST-MMTを施行した682例中、鑑別困難の結果であった11症例を対象とした。

#### 【結果】

11例の石灰化形態・分布は、淡く不明瞭1例、微小円形7例、多形性3例。集簇性9例、区域性2例であった。ST-MMT検体の組織型は、atypical intraductal lesionが6例、atypical ductal hyperplasia (ADH)、atypical mucous retention cyst、atypical columnar cell hyperplasiaがそれぞれ1例ずつ認められた。追跡不能の2例を除き、5例が非切除・経過観察で、4例が手術施行され、そのうち2例がDCISで、2例がADH and flat epithelial atypiaであった。非切除5例は現在も1年毎の経過観察中である。

#### 【結語】

ST-MMT結果で鑑別困難11例のうち、2例に悪性所見を認めた。悪性症例であっても早期癌の可能性が高く1年おきの経過観察で十分である。

第24回 日本乳癌画像研究会 2015.2.13 東京

## 乳腺超音波検査のうち、構築の乱れで見つかった当院乳癌手術症例の検討

山内 康平、窪田 智行、雄谷 純子、中根 千穂、三浦 重人

総合上飯田第一病院 外科

#### 【背景】

超音波検査 (US) の技術や医療機器の向上により、マンモグラフィ (MMG) では診断できない乳癌発見症例が増えてきている。US所見の構築の乱れでは、皮膚の癬癩を伴わない場合はカテゴリー4とされているものの、腫瘍非形成性病変であるが故に悪性と診断するのに難渋する。今回、当施設でのUSで構築の乱れが認められた乳癌手術症例について検討を行った。

#### 【対象と方法】

2011年1月より2014年10月末までに当院で乳癌手術を施行した全343例 (27-98歳、中央値56歳) を対象とした。この内、術前USで構築の乱れを示した9例 (2.6%、44-78歳、中央値60歳) について検討した。

#### 【結果】

全乳癌手術343症例中、USの構築の乱れを認めたものは9例であった。尚、同一期間中での当院全USで構築の乱れを認めたものは24例しかなく、良性15例 (62.5%)、悪性9例 (37.5%) であった。9例の内訳について述べる。MMG背景乳癌は、脂肪性1例、散在5例、不均一高濃度3例であった。組織型は、DCIS:2例、乳頭腺管癌 (a1):2例、充実腺管癌 (a2):2例、硬癌 (a3):1例、浸潤性小葉癌:2例であった。いずれもリンパ節転移は認めなかった。病期別では、病期0:2例、病期I:5例 (T1a:1例、T1b:2例、T1c:2例)、病期IIA:3例であった。腫瘍径20mm以下は5症例あり全て浸潤癌 (3-15mm、平均9.4mm) であったが、21mm以上の4症例はいずれもDCISと浸潤性小葉癌であった。

#### 【考察】

手術標本で2cm以上の病変の拡がりを有していたにも関わらず、腫瘍境界をUSで同定することはできなかったものは、いずれもDCISや浸潤性小葉癌であった。T1病変5例各々のMMG背景乳癌・組織径・波及度 (乳管内:g、脂肪に及ぶ:f) は、(1) 散在・a1・g、(2) 不均一高濃度・a1・g、(3) 脂肪性・a2・f、(4) 散在・a2・f、(5) 散在・a3・fであり、背景乳癌が薄い症例や波及度が脂肪に及ぶものが比較的多く見られた。年齢についてT1病変5例では平均67.6歳、残り4例では平均56.3歳であったが有意差は認められなかった。以上から浸潤癌であっても背景乳癌や浸潤形式の影響により構築の乱れを呈し得ると考えられた。

#### 【結語】

US構築の乱れを呈する乳癌症例では悪性の診断に難渋するも、浸潤癌の可能性もある。

第23回 日本乳癌学会学術総会 抄録 2015.7.2~2015.7.4 東京

## 結腸腸間膜に転移を来した乳癌全摘術後26年再発の1例

山内 康平、窪田 智行、三浦 重人、雄谷 純子

総合上飯田第一病院 外科

#### 【症例】

73歳女性。1日前からの突然の右側腹部痛を主訴に来院。発熱なし、血圧134/97mmHg、脈拍91bpm、右側腹部に圧痛・反跳痛あり。血液検査は、CRP 4.24mg/dl、WBC 10800/ $\mu$ L、プロカルシトニン 0.03ng/ml、CEA 3.5ng/ml、CA19-9 19U/mlで、その他、特に異常値は認めなかった。既往歴：高血圧症、圧迫骨折、右乳癌術後26年、胆嚢摘出後。上行結腸憩室炎と周囲膿瘍の診断で、緊急入院・抗生剤 (CZOP 2g/日) を開始した。3日後のCT検査で膿瘍腔拡大を認め、即日の緊急手術：右半結腸切除術を施行した。膿瘍腔剖面の肉眼的所見では多嚢胞性病変を認め、結腸内腔は憩室とポリープが散在していた。経過良好で術後14日目に退院となった。

#### 【結腸病理結果】

転移性腺癌、ER陽性、PgR陽性、HER2陰性、ki-67 15%。

#### 【術後精査】

CA15-3 14.4 U/ml、NCC-ST-439 1.1 U/ml、TRACP-5b 435m U/dl、頭蓋内・左乳腺・子宮・消化管の精査で悪性像は認めなかった。FDG-PETでは、手術の影響以外に悪性像を疑う所見は認めなかった。

#### 【乳癌病理結果】

乳頭腺管癌、リンパ節転移陰性 (0/7) で、免疫染色については記載されていなかった。

#### 【現行治療】

補助療法としてレトロゾール内服開始。また骨粗鬆症を認め、ビスホスホネート剤を併用している。

#### 【考察】

術後5年以上を経過しての晩期再発は乳癌領域においては稀ではなく、10年以上経過して再発する症例報告も散見される。また20年以上の再発率は0.1%とされ、稀ではあるが報告されている。しかし、腸間膜に転移した乳癌再発症例は、再発時期を問わずその報告は極めて少ない。今回我々は、稀な結腸腸間膜に転移した乳癌術後26年目に再発した1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

第12回 日本乳癌学会 中部地方会 2015.9.5~2015.9.6 福井

## 当院における超音波ガイド下マンモトーム生検が有用であった症例の検討

山内 康平、窪田 智行、三浦 重人、雄谷 純子

総合上飯田第一病院 外科

#### 【背景】

悪性病変を疑っても細胞診や組織診では、悪性の診断がつかない場合、その後の対応に苦慮する。今回、当院で超音波ガイド下マンモトーム生検 (US-MMT) が有用であった症例について検討した。

#### 【対象と方法】

2010年1月より2014年12月まで5年間に、US-MMTを施行した226例を対象とした。

#### 【結果】

良性は124症例 (54.9%) あり、5例以外は細胞診か組織診の何れが施行されていた。その結果、鑑別困難45例 (37.8%)、陰性33例 (27.7%)、悪性疑い23例 (19.3%)、検体不適正18例 (15.1%) であった。1良性の結果は、乳腺症 (アポクリン化生、閉塞性腺症、嚢胞、乳管乳頭腫症、繊維腺腫症、硬化性腺症) が85/124例 (68.5%) と多くを占め、その他は、乳管内乳頭腫15例、乳管腺腫4例、乳管拡張症・葉状腫瘍・黄色肉芽腫・乳管周囲炎・乳腺組織認めずが各1例ずつ、悪性所見なし15例であった。

#### 【結語】

臨床・悪性が否定しきれずUS-MMTを施行したが、その過半数は良性病変であった。臨床所見や画像形態から悪性が否定できない場合でも、切除生検よりUS-MMTは侵襲の少ない有用な診断法であると思われた。

第25回 日本乳癌検診学会総会 2015.10.30~2015.10.31 つくば

## 当院での超高齢者乳癌手術症例の入院期間についての検討

山内 康平、窪田 智行、三浦 重人、雄谷 純子

総合上飯田第一病院 外科

#### 【背景】

日本乳癌学会2011年次乳癌統計集計では、年間新規発生乳癌患者48481人

の内、80歳以上は3443人(7.1%)であった。今回、当施設での超高齢の乳癌手術患者の入院期間について検討した。

#### 【対象と方法】

2010年1月から2014年12月までの間に、当施設で乳癌手術を施行した463症例の内、A)40-44歳の44症例をコントロールとし、B)70～79歳65症例と、C)80歳以上35症例を比較し検討した。なお詳細が不明の3例(44・81・82歳)は除いた。

#### 【結果】

治療を要する既往疾患を有する割合:A)11.6%、B)78.5%、C)87.9%であった。温存術率:A)53.5%(23/43例)、B)32.3%(21/65例)、C)39.4%(13/33例)であった。ドレーン除去から退院までの平均期間(中央値)は、温存/全摘術:A)2.0/2.0日(2.0/2.0日)、B)2.1/2.2日(2.0/2.0日)、C)9.3/4.2日(3.0/3.0日)であったが、C)の内、除去から退院まで2週間以上経過した3例(外れ値)を除くすると平均(中央値)は温存/全摘術:3.3/3.0日(2.9/3.0日)であった。3例の入院延長理由は、脊柱管狭窄症状悪化、入院中の転倒骨折、施設受け入れ待ちであった。

#### 【考察】

AとBの年代では平均と中央値との間に差はなかったが、Cの年代ではその差は大きく、外れ値の存在が大きく影響していた。外れ値症例の原因は、整形外科領域の2次疾病の発症や、認知症や基礎疾患による在宅への準備に期間を要した事があげられた。超高齢者は、乳癌手術以外の因子が入院期間の延長に影響を与えていた。

第77回日本臨床外科学会総会 2015.11.26～2015.11.28 福岡

## 当院マンモグラフィで高濃度乳腺を呈した乳癌症例の検討

中根 千穂、窪田 智行、山内 康平、雄谷 純子、三浦 重人

総合上飯田第一病院

#### 【目的】

マンモグラフィ(MMG)読影において、高濃度乳腺の背景では病変を見分けることがしばしば困難である。当院で発見された乳癌症例のうち、高濃度乳腺の症例について特徴を検討し、今後の検診における課題を考察する。尚、当院における高濃度乳腺とは乳腺組織が全体の8割以上を占めるものをいう。

#### 【方法】

2010年1月～2014年10月までの4年10ヶ月間で当院にて乳癌と診断され、手術施行した全441例のうち高濃度乳腺であるものを抽出し、発見契機、MMG所見、超音波(US)所見、サブタイプ、組織型についての特徴を検討した。

#### 【結果】

全441例の内訳は年齢:27～98歳、中央値57歳であり、このうち高濃度乳腺症例は8例(1.8%)で、新規病変7例、再発症例1例であった。受診機転は、しこりの自覚が7例、2次検診(石灰化指摘)が1例であった。MMG所見は腫瘍像3例、石灰化2例、構築の乱れ1例で、残りの2例は異常所見を認めなかった。精査USでは7例でしこりに一致した腫瘍性病変が認められたが、石灰化で発見された1例は乳管拡張のみであった。病期は0期1例、I期5例、IIb期1例、IIIb期1例であった。組織学的には、浸潤癌6例、非浸潤癌2例で、ki-67<14%:7例、≥14%:1例であった。またサブタイプ別ではLuminal A:6例、Luminal B:0例、HER2-enrich:1例、Triple negative(TNBC):1例であった。TNBCは、ki-67≥14%の症例であり、その後再発を認めた。

#### 【考察】

今回の検討で、高濃度乳腺症例ではしこりを自覚して受診するケースが8例中7例と多数を占めた。またしこりを自覚してもMMGで所見がみられないものが2例あったが、いずれも精査USでは腫瘍性病変がみられた。術後補助療法なしの7例(Luminal A:6例、HER2enriched:1例)はいずれも無再発症例で、TNBCの1症例は化学療法を施行したが再発を認めた。このことから高濃度乳腺を有する乳癌症例ではホルモン感受性のある可能性が高く、比較的予後はよいのではないかと推測される。高濃度乳腺ではMMG検診での発見が困難であると一般的に言われており、今回の検討で自己検診や触診の重要性を再認識させられた。今後の乳癌検診実施にあたり、患者自身に自己検診や定期受診の啓発活動を行うと同時に、MMGで高濃度乳腺症例であった場合はUSを併用し判定する必要があると考えられる。

第23回 日本乳癌学会学術総会(東京国際フォーラム) 2015年7月3日

## 大腸癌手術におけるサルコペニアと術後合併症の検討

板津 慶太、佐々木 英二、杉浦 友則、岡島 明子、雄谷 純子、山内 康平、窪田 智行、加藤 万事、池澤 輝夫、加藤 知行

総合上飯田第一病院

#### 【目的】

術前低栄養は術後合併症の危険因子である。栄養評価の一つとして筋肉量があげられ、サルコペニアは術後合併症の危険因子として報告されている。日常臨床で容易に測定できる腸腰筋面積からサルコペニア群を抽出し検討した。

#### 【方法】

対象は2013年1月～2015年5月の予定大腸癌切除123例。測定はCTで第3腰椎横突起レベルの左右腸腰筋面積の和を身長で2回除した腸腰筋面積index(TPAI)を筋肉量として評価。男女別にTPAIを三分位値をだし、低値三分位群をサルコペニア群とした。

#### 【結果】

男女の平均TPAI、低値三分位値は、441mm<sup>2</sup>/cm<sup>2</sup>、317および382、259。サルコペニア群41例、非サルコペニア群82例で比較。全術後合併症65例(52.8%)、Clavien-Dindo grade(CD)3以上27例(22.0%)、全SSI40例(32.5%)、表層深部切開SSI27例(22.8%)、体腔臓器SSI28例(22.8%)、縫合不全24例(19.5%)であった。サルコペニアの有無で比較すると、CD3以上(サルコペニア群31.7% vs 非サルコペニア群17.1%、p=0.065)および全SSI(43.9% vs 26.8%、p=0.057)がサルコペニア群に多い傾向。また統計学的には差はないものの、表層深部切開SSI(29.3% vs 18.3%、p=0.16)、体腔臓器SSI(29.3% vs 19.5%、p=0.22)、縫合不全(24.4% vs 17.1%、p=0.33)においてサルコペニア群のほうが合併症がやや多い印象であった。

#### 【結論】

サルコペニア群は術前合併症が多い傾向にあり、より積極的な栄養治療を行う必要があると考えられた。

第77回 日本臨床外科学会 博多 2015年11月26日

## 内リンパ腔体積の簡易推定法の開発

Development of easy estimation method for endolymphatic volume

加納 麻衣<sup>1)</sup>、大橋 俊夫<sup>1)</sup>、片桐 俊夫<sup>1)</sup>、久野 佳也夫<sup>2)</sup>、長縄 慎二<sup>3)</sup>

- 1) 総合上飯田第一病院 放射線科
- 2) 総合上飯田第一病院 耳鼻咽喉科
- 3) 名古屋大学医学部附属病院 放射線科

#### 【目的】

メニエール病の本態は内リンパ水腫とされているが、その内リンパ水腫の診断としてMRIによる画像診断が普及してきている。前回の検討では、全てのスライスにROIを描画して、内リンパ腔の体積を測定した。その時の経験から、内リンパ腔体積測定の臨床への応用は、測定にかかる時間と労力を考慮すると容易ではないと考えられた。そこで今回の目的は、内リンパ腔体積測定をより簡便に行う為に、1スライスでの内リンパ腔面積から体積を推定することができるのか検討することである。

#### 【方法】

対象は、内リンパ水腫が疑われた10例。通常量 Gd 静注4時間後に撮像した。使用装置はSIEMENS社製MAGNETOM Skyra 3.0T、32ch phased array head coil。撮像シーケンスは、T2 weighted 3D-turbo spin echo (SPACE) : MR cisternography (MRC)、SPACE FLAIR : positive perilymph image (PPI)。

MRC : TR/TE = 4400/544ms、PPI : TR/TE = 9000/544ms、TI 2250ms、MRC、PPI共にスライス厚1mm、FOV196×165mmを用いた。得られた画像を(PPI-0.04×MRC) = HYDROPS2、(HYDROPS2×MRC) = HYDROPS2-Mi2と処理した。MRC上、全てのスライスにおいて蝸牛と前庭にROIを囲み、これを全リンパ腔として体積を求めた。同じROIをHYDROPS-Mi2にペーストし、ROI内の負の信号が内リンパ腔を示すものと見なし、内リンパ腔の体積を求めた。次に面積測定に用いるスライスを蝸牛では蝸牛中心軸のスライス、前庭では外側半規管が120°以上見える最も足側のスライスに設定し、この1スライスにおいて全リンパ腔と内リンパ腔の面積を求めた。そして、全リンパ腔に対する内リンパ腔の体積比と設定したスライスにおける面積比との間における相関を求めた。

#### 【結果】

全リンパ腔に対する内リンパ腔の体積比と設定したスライスにおける面積比との間には、蝸牛、前庭ともに強い相関が見られた。(蝸牛: r = 0.983、前庭: r = 0.967)

**【結論】**

全リンパ腔に対する内リンパ腔の比について、面積比から、体積比を推定することは可能であると考えられる。

第43回 日本磁気共鳴医学会大会にて発表 2015年9月12日

## RESOLVE における ADCmap 上の CSF 拍動アーティファクトについての検討

CSF pulsation artifact on ADC map obtained by RESOLVE

大橋 俊夫<sup>1)</sup>、篠畑 隆一<sup>1)</sup>、片桐 稔雄<sup>1)</sup>、長縄 慎二<sup>2)</sup>

- 1) 総合上飯田第一病院 放射線科
- 2) 名古屋大学医学部附属病院 放射線科

**【目的】**

RESOLVE は k-space を readout 方向に segment 化し、信号収集する撮影法である。これを用いることで single shot-EPI に比べ、信号雑音比の上昇、空間分解能の上昇、歪みの低減が期待できる。実際に、RESOLVE を用いることにより single shot-EPI に比べ高い画質を保った拡散強調像が得ることができるが、それをもとに算出された ADC map では、時として、single shot-EPI では見られなかった readout 方向に発生する CSF からの拍動アーティファクトを経験する。今回、Readout 方向の segment 数に注目し、RESOLVE における脳脊髄液による拍動アーティファクトに影響を与える因子について、検討した。

**【方法】**

対象は健康者ボランティア6名。(中央値 = 31.5歳)  
使用機器は3T MRI (MAGNETOM Skyra 3.0T, SIEMENS)、32ch phased array head coil。  
撮影条件はすべて TR/TE=4000/64ms、b=0,1000 s/mm<sup>2</sup>とし、readout 方向の segment 数を5,7,9と変化させ、各シーケンス連続2回ずつ撮影した。得られた拡散強調画像から ADC map を作成し、segment 数との関係について検討した。

**【結果】**

定量評価  
各 ADC map において、左右の視床と橋の3箇所にΦ15mmの正円の ROI を配置した。そして、各連続2回撮影のうち、ROI 内の ADC 値が高い SD を示す群と低い SD を示す群に分け、それぞれについて、SD と segment 数との関係を検討した。

**【結果】**

定性評価  
ADC map 上の CSF 拍動アーティファクトについて、観察者2名にて4段階評価でスコアリングを行った。評価に用いるスライスには橋、視床、側脳室中心部レベルを採用し、この3スライスを包括してスコアをつけた。得られたスコアと segment 数との関係を検討した。

**【結果】**

定量評価  
高い SD 群の視床において、segment 数を増加させると、ROI 内の ADC 値の SD が有意に上昇することが認められた。(P<0.05)

**【結果】**

定性評価  
segment 数を増加させると、アーティファクトの程度を示すスコアが有意に上昇することが認められた。(P<0.05)

**【結論】**

RESOLVE において、脳脊髄液による拍動アーティファクトは readout 方向の segment 数に影響されると考えられた。

第43回 日本磁気共鳴医学会大会にて発表 2015年9月10日

## ステレオガイド下マンモトーム生検における石灰化の大きさの影響についての検討

加藤 紗恵子<sup>1)</sup>、窪田 智行<sup>2)</sup>、雄谷 純子<sup>2)</sup>、山内 康平<sup>2)</sup>、片桐 稔雄<sup>1)</sup>、武内 愛<sup>1)</sup>、片岡 千尋<sup>1)</sup>

- 1) 社会医療法人 愛生会 総合上飯田第一病院 放射線科
- 2) 社会医療法人 愛生会 総合上飯田第一病院 乳腺外科

**【目的】**

ステレオガイド下マンモトーム生検 (以下 ST-MMT) において目的とする石灰化の大きさや見え方は検査を進める上で重要である。今回石灰化の大きさが検査時間にどのような影響を及ぼすか検討した。

**【対象】**

H26年1月～H26年12月に当院で施行した ST-MMT115例を対象とした。

**【方法】**

石灰化の大きさの計測は標本写真画像上で計測し、石灰化の最大径と最小径において検査時間を比較した。乳腺構造と大胸筋からの距離で群分けし、石灰化の大きさと検査時間の関係性について検討した。

**【結果】**

最大径と最小径とも、検査時間との相関はみられなかった。高濃度乳腺では石灰化の最大径が大きい方が検査時間は短くなったが、不均一高濃度、乳腺散在では相関はみられなかった。以前の検討で大胸筋と石灰化の距離が検査時間に影響すると報告したが、石灰化径の影響はみられなかった。

**【考察】**

石灰化の最大径は、検査時間を規定する上で重要な要素と考えたが、今回の検討からは検査時間とのあまり相関はみられなかった。その中で、乳腺構造が高濃度の場合では、目的となる石灰化が見にくく石灰化が大きい方がポジショニングしやすいため検査時間は短くなった。

第25回 日本乳癌検診学会学術総会 つくば国際会議場 2015年10月30日

## 前立腺癌の拡散強調画像

Readout segmented-EPI vs. Single shot-EPI

大橋 俊夫、篠畑 隆一、片桐 稔雄、新美 和寛、長縄 慎二

**【目的】**

readout segmented-EPI (RS-EPI) は k-space を readout 方向に segment 化し信号収集することにより、single shot-EPI (SS-EPI) に比べて echo space を短くでき、画像の歪み低減、信号雑音比の上昇、空間分解能の上昇を可能とする撮像法である。SS-EPI では指摘することが困難な病変でも RS-EPI では異常所見として捉えることが可能になると期待できる。今回、前立腺拡散強調画像について両者を比較した。

**【方法】**

対象は前立腺 MRI が施行され、その後の前立腺生検にて癌細胞が検出された18例(年齢 56～87歳、中央値 69歳)。  
使用装置は 3.0T MRI (MAGNETOM Skyra, Siemens)、使用コイルは 18ch phased array body coil。  
撮像条件は TR/TE = 6200/78ms (SS-EPI)、TR/TE = 5500/58ms (RS-EPI) とした。

定量評価として、正常組織に対する癌組織の ADC の比を比較した。定性評価として、収集された画像から演算処理にて b 値 = 3000s/mm<sup>2</sup> の画像を作成し、統計的な閾値で二値化したものを T2 強調画像と合成した。その画像をアーチファクト、腫瘍の描出について放射線技師 2名で合議のもとそれぞれ 5段階でスコアをつけ、比較した。

また、本研究は保険診療の範囲内での後ろ向き検討である。

**【結果】**

SS-EPI に比べて RS-EPI では ADC 比の有意な低下がみられた (P<0.05)。アーチファクト、腫瘍の描出は SS-EPI に比べて RS-EPI で有意に良好な評価を得られた (P<0.05)。

**【結論】**

SS-EPI と比較して、RS-EPI を使用することにより前立腺癌の検出能が向上すると考えられる。

**【参考文献】**

- 1) Ueno Y, Takahashi S, et al. Eur Radiol, 2013 ; 23(12) : 3509-3516.
- 2) Yamazoe S, Takahara T, et al. Magn Reson Med, 2012 ; 11(1) : 1-8.

第 70 回 日本放射線技術学会 総会学術大会 2014年4月12日

## 通常量 Gd 静注後による内リンパ腔体積測定 撮影時間18分と8分の2種のプロトコルの比較

大橋俊夫、加納麻衣、篠畑隆一、片桐稔雄、久野佳也夫、長縄慎二

**【目的】**

多くの内耳疾患において、膜迷路の内リンパ水腫を診断することは重要である。これを評価するために、MR 画像において通常量 Gd 静注による内リンパ腔を可視化する手法が提案されている。軽易な手法であるが、長時間に及ぶ撮影と微細な構造を対象にする特性上、時として体動によるアーチファクトを経験する。

今回の目的は、撮影時間短縮のために加算回数（信号雑音比）を減らしても、内リンパ腔の評価に耐えうる画像が得られるのか検討することである。

#### 【方法】

対象は内リンパ水腫が疑われた 20 例。  
通常量 Gd 静注 4 時間後に次の 2 種類の画像を撮影した。  
MR cisternography(MRC):3D-turbo spin echo T2WI(SPACe),TR/TE=4400/544ms.  
positive perilymph image(PPI):SPACE FLAIR,TR/TE=9000/544ms, TI=2250ms.  
このうち PPI の加算回数を変化させて画像を評価した。いずれもスライス厚は 1mm、FOV は 196×165mm である。  
使用装置は 3T MRI (MAGNETOM Skyra 3.0T, Siemens), 32ch phased array head coil.  
得られた画像を (PPI -0.04×MRC) = HYDROPS2, (HYDROPS2×MRC) = HYDROPS2-Mi2 と処理した。  
定量評価として MRC 上すべてのスライスにおいて蝸牛と前庭にそれぞれ ROI を作成し、これを内リンパ腔、外リンパ腔を合わせた全体のリンパ腔として、その体積を求めた。次に同じ ROI を HYDROPS2-Mi2 にペーストし、ROI 内の負の信号値が内リンパ腔を示すものとみなして内リンパ腔の体積を求めた。  
PPI の加算回数を 4 から 1.4 に減らしたとき、すなわち MRC との合計撮影時間を 18 分から 8 分へ短縮させたときのリンパ腔全体に対する内リンパ腔の体積比の変化を評価した。

#### 【結果】

撮影時間が 18 分と 8 分の 2 種のプロトコル間において、全リンパ腔に対する内リンパ腔の体積比は蝸牛、前庭の両者ともに強い相関がみられた。(蝸牛:  $r=0.928$ 、前庭:  $r=0.962$ )

#### 【結論】

内リンパ腔の評価において加算回数を減らすことで撮影時間を短縮できる可能性が示唆された。

第42回 日本磁気共鳴医学会大会 2014年9月18日

## ステレオガイド下マンモトーム生検におけるポジショニングに関わる因子についての検討

片岡千尋、窪田智行、雄谷純子、山内康平、片桐稔雄、加納麻衣、小川絵莉子、武内愛

#### 【目的】

ステレオガイド下マンモトーム生検（以下 ST-MMT）でのポジショニングに要する時間は患者の負担となり短縮するよう努めなければなりません。当院のポジショニング時間について検討しました。

#### 【対象】

H25年3月～H26年4月に当院で施行した ST-MMT181例を対象としました。

#### 【方法】

ST-MMT でのポジショニング時間（1回目の撮影より位置の確定まで）に関わる因子として、石灰化の形態、乳腺構造、大胸筋から石灰化までの距離（画像上で計測）について検討しました。

#### 【結果】

ポジショニング時間は微小円形2.7分（ $n=130$ ）、不明瞭3.4分（ $n=35$ ）、多形性4.0分（ $n=14$ ）となり、それぞれ有意差はみられませんでした。乳腺構造は高濃度1.7分（ $n=10$ ）、散在2.4分（ $n=48$ ）、不均一3.2分（ $n=123$ ）となり、高濃度と不均一で有意差がみられました。大胸筋からの距離は10mm以下で6.4分（ $n=25$ ）と最も長く、10mm離れるにつれ3.4分（ $n=54$ ）、2.3分（ $n=42$ ）、1.7分（ $n=36$ ）、0.9分（ $n=14$ ）と短くなりました。10mm以下とその他、11～20mmと31～40mm、41～50mmの群で有意差がみられました。

#### 【考察】

石灰化の形態と乳腺構造については症例数が少なく結果に偏りがでてしまったので症例数を増やして検討したいと考えます。ポジショニング時間に関わる因子として石灰化の形態や乳腺構造よりも大胸筋からの距離による影響が大きく、この点について工夫が必要であると思われる。

第24回 日本乳癌検診学会学術総会 ベシア文化ホール 2014年11月8日

## 当院緩和ケアチームにおける薬剤師の活動

金澤 克洋

総合上飯田第一病院

#### 【はじめに】

当院緩和ケアチーム（以下、PCT）は2009年に発足した。当院の症例数増加、他施設からの紹介増加により、2014年には介入症例数140件を超えた。その中で、薬剤師が介入したことで患者にとって有意義な医療を提供できた2症例について報告する。

#### 【症例】

症例1：当院にて乳癌と診断。術前化学療法（FEC100 4クール→DTX75 4クール）、手術、術後補助（FEC100 5クール、カペシタビン）を行ったが、半年後に多発骨転移を指摘された。エリブリン+ゾレドロン酸、ペバシツマブ+パクリタキセルを行ったがPD。その後癌性胸膜炎による呼吸苦・息切れにより入院となる。入院時オピオイドの処方と同時にPCTにコンサルトあり介入となった。本患者は当初オピオイド（特にレスキュー）使用に対する拒否感が強く、めまいや嘔気の出現も重なりペースの適正量への増量も困難であった。しかし薬剤指導の徹底やカンジダや化学療法副作用による口内炎への処方提案や説得の継続、他職種との積極的介入もあり薬剤の使用が可能状況となった。なくなれる2週間前のラウンド時には「みなさんが来てくれると心強いです」との発言もあり、スピリチュアルペインの軽減にも寄与する事が出来たと考えられた。

症例2：当院にて胃癌手術後リンパ節転移を指摘され、テガフル・ギメラルチンを開始したが、約1年後吐き気と嘔吐により当院へ緊急入院。頭部CTにより脳転移と診断された。同時期に主治医よりPCTにコンサルトがあり介入となった。

本患者は脳転移によるものと思われる吐き気症状が強く、食事摂取が困難であった。しかし、本人・家族ともに食事に対して強い希望を持たれていたため、担当薬剤師が指導した際に収集した「体動時（特に頭を動かす際）のめまい」に着目し、H1受容体拮抗作用があり、多種要因の嘔気などに有効と言われている多次元受容体拮抗薬（MARTA）使用を提案した。結果、翌日よりめまいや吐き気が治まり患者の希望されていた食事の楽しみを再度感じてもらうことができた。

#### 【まとめ】

緩和ケアにおける患者ケアに対して、各専門職の連携や患者の治療計画への薬理学的視点からの薬剤師の提案は治療の質向上へ大きく貢献できる可能性が示唆された。

第25回 東海緩和医療研究会 2015年2月21日

## 抗癌剤投与に伴う口内炎に対するグルタミン投与の有効性についての症例報告

長谷川 豊則、城 浩介、小栗 彰彦、木網 有佳子、山口 有紗、山田 恵子、堀 正明

総合上飯田第一病院

#### 【はじめに】

グルタミンは粘膜保護作用を有するアミノ酸であり、抗癌剤治療による口内炎に有効な可能性が示唆されている。抗癌剤治療中に発症した口内炎および食事摂取量減少と体重減少に対してグルタミン投与が有効だった1症例を経験したので報告する

#### 【症例】

平成20年のS状結腸切除、平成21年リンパ節転移、化学療法施行後の大腸がん患者に対し、平成23年2/4から、パニツムマブ+CPT-11が開始となった。（開始時の体重は68.2kg、総タンパク7.2g/dL、リンパ球数は23.5×10<sup>2</sup>）開始後2週間で口内炎を発症し食事摂取量は減少、体重も2kg減少した。口内炎と食事摂取量の減少は続き、4/15の時点で体重は60.6kgまで減少した。その後主治医にNSTと薬剤部より提案し4/22からグルタミン含有するエレンタールが処方開始となった。開始後3週間の5/6の時点で口内炎は自覚症状消失と改善。更に、5/17からマーズレンが追加された。2ヶ月後の6/17の段階で口内炎の自覚症状はなく、体重は65.2kgまで回復した。その後化学療法再開となった9/16の時点で体重は72.8kg、総タンパクは7.0g/dL、アルブミンは4.3g/dL、リンパ球数は26.3×10<sup>2</sup>であった。エレンタール、マーズレンは抗癌剤再開と同時に処方となった。翌年の3/16に化学療法を終了するまで併用を行った。3/16の時点で総タンパクは6.4g/dL、アルブミンは3.8g/dL、リンパ球数は20.5×10<sup>2</sup>と開始時に比べると減少しており、栄養指標を改善させるまでには至らなかったが、体重は74kgと化学療法開始時よりも増加し、食事摂取は良好を保っていた。

#### 【まとめ】

化学療法による口内炎治療に対してグルタミン投与の有効性が示唆された。また化学療法開始時から併用することで口内炎の発症予防や程度を軽減させる可能性も示唆された。

第30回 日本静脈経腸栄養学会学術集会 2015年2月12日

## 一過性てんかん性健忘 (TEA) と レビー小体病 (LBD) の臨床症状の類似性について ～2自験例での考察～

鶴飼克行<sup>1), 2)</sup>、藤城弘樹<sup>2)</sup>、渡辺雅子<sup>3)</sup>、小阪憲司<sup>4)</sup>

- 1) 総合上飯田第一病院
- 2) 名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野
- 3) 新宿神経クリニック
- 4) クリニック医療センター南

側頭葉てんかんによる健忘は古くから知られている。そのなかで、一過性健忘を主症状とするタイプのてんかんの存在が注目され、1998年に Zemanらによって、transient epileptic amnesia (TEA; 一過性てんかん性健忘) として纏められ発表された。

一方、1976年に Kosaka は、それまでパーキンソン病 (PD) 患者の脳幹部にのみ出現すると考えられていたレビー小体が扁桃核や大脳皮質全般にも多数分布する認知症を報告し、さらに1980年には Lewy body disease (LBD; レビー小体病) の概念を提唱した。こうして、1995年に開催された国際ワークショップにおいて、上記のような認知症を dementia with Lewy bodies (DLB) と呼称することや、その臨床診断基準が提唱された。さらに、2005年に発表された DLB 臨床診断基準の改訂版では、認知症を伴う PD (PDD) と DLB を含む概念として、LBD を用いることが提唱された。また、2014年に我が国において、コリンエステラーゼ阻害薬のひとつであるドネペジルの DLB に対する保険適応が、世界で初めて承認されるに至った。

このように、TEA と LBD は、これまで全く異なる範疇の疾患として認識されている。しかし、演者らの一人は、2012年の日本老年精神医学会大会において、LBD の臨床症状に類似した TEA 症例を発表した。この症例では、重要なエピソード記憶の障害 (欠落・健忘) に加え、自覚的な職業活動を妨げる認知機能低下、レム睡眠行動障害のような夜間の異常行動、脳血流 SPECT における後頭葉の血流低下、MI/GI 心筋シチグラフィでの取り込み低下、嗅覚障害、失神、易怒、などの症状・所見を呈する一方、幻視やパーキンソニズムは認められなかった。

今回、上記の TEA 症例に他の TEA 自験症例 1 例を加え、その臨床症状と LBD の臨床症状 (DLB 臨床診断基準) を比較して、その類似性について検討し、さらに両者の合併の可能性や、LBD が TEA の原因となる可能性についても考察したい。

第111回日本精神神経学会 大阪 2015年6月5日

## 味覚障害を呈したレビー小体型認知症の1例 ～味覚障害と幻味との鑑別～

鶴飼克行<sup>1), 2)</sup>

- 1) 総合上飯田第一病院
- 2) 名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野

### 【目的】

レビー小体型認知症 (DLB) の特徴的な症状として、幻視、パーキンソン症状、レム睡眠行動障害、嗅覚障害などが挙げられるが、この他にも幻視以外の幻覚や味覚障害も認められることがある。味覚障害は、嗅覚障害と同様に  $\alpha$  シヌクレイン病理と関連するとの見解もあるが、その詳細は不明である。一方、抗パーキンソン薬の副作用としても、低頻度ではあるが味覚障害が知られている。演者は以前、五感覚すべての幻覚を呈したレビー小体型認知症の症例報告を行っているが、その症例の幻味は、幻視と関連して出現しており、味覚障害との鑑別は容易であった<sup>1)</sup>。今回、幻視とは関連が無く、奇妙な味覚異常 (錯味・異味・悪味) を訴えた症例を経験し、その鑑別が苦慮したので、報告する。

### 【方法】

症例を提示し、文献的な考察を行う。

### 【倫理的配慮】

患者と家族から学会発表および論文の承諾を得た。匿名性にも配慮した。

### 【結果】

<症例提示> 75歳の男性で、初診時の主訴は、パニック発作、動物や人の幻視、木が人に見えるなどの錯視であった。症状や画像所見から、probable DLB と診断し、ドネペジルを投与したところ、主訴症状は改善し安定した。その後、約2年間は概ね安定した生活を送っていたが、ついにドネペジル10mg処方継続していても幻視が再発してきた。メマンチンおよび抑肝散による補助的薬物療法を行ったが、その効果は少なく、幻視および認知機能は徐々に悪化した。同時にパーキンソン症状 (歩行困難・

嚥下障害など) も悪化したため、抗パーキンソン薬も増量することとなり、最終的にはレボドパ300mg・ベンセラジド75mg・エンタカポン300mg/日が処方された。まもなく、食欲不振と味覚の異常を認めた。「プリンを食べても、プリンの味がしない。変な味がする」「トマトやチョコレートを食べると、吐気がするほど不味い」と訴えた。幻視も著明であったので幻味の可能性も否定できなかったが、抗パーキンソン薬による味覚異常を疑って減量し、亜鉛を投与したところ、味覚異常は6週間ほどで徐々に改善した。一方、幻視は全く改善しなかった。

### 【考察】

DLB における幻覚は、幻視の頻度が圧倒的に多く、幻聴や幻触 (体感幻覚) がそれに次ぎ、幻味は稀である。また、幻視以外の幻覚は、幻視と関連して出現することが多い。一方、DLB とパーキンソン病の合併は必然的ともいえるが、パーキンソン病には味覚障害を伴うことが知られており、さらに、抗パーキンソン薬の副作用として亜鉛欠乏性の味覚異常も報告されている。これらを鑑別することは可能であろうか?

- 1) Ukai K et al. Efficacy of donepezil for the treatment of visual and multiple sensory hallucinations in dementia with Lewy bodies. *Clinical Neuropharmacology and Therapeutics* 2011; 56-58.

第30回日本老年精神医学会 横浜 2015年6月13日

## Long-term efficacy of donepezil for visual hallucinations in patients with dementia with Lewy bodies.

### Author(s):

Katsuyuki UKAI<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Kamiida Daiichi General Hospital

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine

### Objectives:

The use of cholinesterase inhibitors is recommended for the treatment of dementia with Lewy bodies (DLB) in the guidelines of the DLB consortium. However, no consensus regarding therapeutic approaches for DLB-related visual hallucinations has been reached. To the best of our knowledge, an appropriate dose of donepezil for the treatment of DLB at each stage has not been discussed.

### Methods

Eight patients suffering from DLB, according to certain criteria, with visual hallucinations treated with donepezil are presented. We summarize the effects of donepezil on these visual hallucinations chronologically in all cases, and discuss its efficacy and characteristics.

[Results] Donepezil contributed to the complete disappearance of visual hallucinations in all cases, and its effects were maintained for more than 6 months. However, relapses of visual hallucinations also occurred in all cases. Against these relapses, an increased dose of donepezil was very effective to resolve them again, in almost all cases in this study.

### Conclusions

Donepezil was highly effective against visual hallucinations in DLB patients, although there were some issues regarding pharmacotherapy for DLB.

The 9<sup>th</sup> International Congress of Asian Society Against Dementia, Kumamoto, 14 September 2015

## Developmental process of an entity of "dementia"

### Author(s):

Katsuyuki Ukai<sup>1, 2</sup>,

<sup>1</sup>Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital, Aichi, Japan

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine, Aichi, Japan

### Objectives:

The number of children is decreasing in Japan and its population is aging; therefore, medical care for dementia will undoubtedly

become an essential field for the next quarter of a century or more. Japanese psychiatrists in the 21<sup>st</sup> century may possibly be disqualified if they cannot provide proper medical care for dementia. As some neurologists and geriatricians are now actively engaged in medical care for dementia, psychiatrists are also expected to treat the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) regardless of their willingness or unwillingness. Based on the above-mentioned situation in Japan, the presenter would like to discuss the concept of dementia in this review.

#### Methods:

The presenter conducted an investigation into how dementia was historically defined in Japan and European countries.

#### Results and Conclusions:

The results of this review, particularly the historical developmental process of the "dementia" entity, will be shown in detail at this Congress.

#### Acknowledgements:

This review was based on the results of the research referred to as "State regarding BPSD and development of interventions in general hospitals without psychiatric beds: from the standpoint of psychiatry (researcher: Katsuyuki Ukai)" in [Research Funding for Longevity Sciences from the National Center for Geriatrics & Gerontology (Obu, Aichi, Japan) in 2010, Number: 22-6, "Research regarding the establishment of manual on initial response for BPSD (chief researcher: Hideyuki Hattori, the National Center for Geriatrics and Gerontology)"] .

The 9<sup>th</sup> International Congress of Asian Society Against Dementia, Kumamoto, 15 September 2015

### Diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC: Kosaka-Shibayama disease) in Japan.

#### Author(s):

Katsuyuki Ukai<sup>1,2</sup>, and Kenji Kosaka<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital, Aichi, Japan

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine, Aichi, Japan

<sup>3</sup>Clinic Ian Center Minami, Kanagawa, Japan

#### Objectives:

The term "diffuse neurofibrillary tangles with calcification" (DNTC) was initially proposed by Kosaka. Shibayama et al. also reported similar autopsied cases referred to as "non-Alzheimer non-Pick dementia with Fahr's syndrome" . Therefore, DNTC was also called Kosaka-Shibayama disease. To clarify the clinico-neuropathological features of DNTC, we searched for all autopsied cases of DNTC reported worldwide until 2012.

#### Material and methods:

To the best of our knowledge, 26 autopsied cases of DNTC have so far been reported in Japan, while only 2 have been described in other countries. We reviewed all reported autopsied cases of DNTC in Japan to clarify the clinico-neuropathological features of this condition.

#### Result:

The clinico-neuropathological features of the 26 autopsied DNTC cases reported in Japan will be shown in detail at this Congress. The mean ages at onset and death were 54.3 (42-77) and 66.5 (48-79) years. The mean total duration of the illness was 10.1 (3-30?) years. The male/female ratio was 1:2.7 (7:19). The most common initial clinical symptom was memory disturbance, which was similar to Alzheimer's disease. However, various other symptoms were also frequently described, including stereotypical speech or actions, personality changes, irritability, disinhibition, bizarre or antisocial behavior, oral tendency, and "Denkfaulheit" , similar to Pick's disease. Physical, behavioral, and neurological symptoms were also reported, such as abulia, apathy, amimia, bradykinesia, asponaneity, semantic amnesia, and gait disturbance.

#### Conclusion:

We will propose clinical diagnostic criteria for DNTC based on this review. Our criteria for DNTC were composed of one central,

three core, and six supportive features. The central feature was the presence of dementia. The three core features were (1) bilateral Fahr-type calcification, (2) temporo-frontal syndrome, and (3) localized atrophy of the bilateral temporal or temporo-frontal lobes.

The 9<sup>th</sup> International Congress of Asian Society Against Dementia, Kumamoto, 16 September 2015

### レビー小体病 (DLB・PDD) に伴う疼痛への少量のプレガバリン投与の有効性について

鶴飼克行<sup>1) 2)</sup>

1) 総合上飯田第一病院

2) 名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野

#### 【目的】

レビー小体病 (レビー小体型認知症・認知症を伴うパーキンソン病) の患者には、この疾患に関連していると思われる疼痛を訴える症例も少なくない。パーキンソン病に伴う疼痛の原因として、1) 運動機能障害や運動器・末梢神経の障害に伴うもの、2) 脳神経細胞の変性に起因するもの、3) 心因性のもの、などが推定されている。脳神経系の変性に起因すると思われる痛みの特徴として、①刺すような・痺れるような・焼けるような痛み、②舌・咽喉・背部・骨盤・外陰部など様々な部位に認められる、③神経支配領域に一致しない、などが挙げられている。この疼痛に対する薬物療法としては、これまで有効性が確立されたものは無く、個々の症例で様々に、ドパミン補充療法・抗うつ薬・抗てんかん薬・消炎鎮痛薬などが使用されているようである。この疼痛に対する有効な薬物療法の確立が望まれる。

#### 【方法】

当科を受診したレビー小体病の患者で、神経系の障害性と思われる長年の疼痛を訴える患者3名に対し、患者家族への説明と同意を得て、プレガバリンを使用した。

#### 【結果】

3例すべての症例にて、少量のプレガバリン (25～50mg/日) で、高い疼痛改善効果を確認した。

#### 【考察】

未だ3症例に試みただけであるが、レビー小体病に伴う疼痛に対し、少量のプレガバリンが有効である可能性が示唆された。この有効性の確認・確立のためには、さらなる症例の集積が必要である。

第34回日本認知症学会 青森 2015年10月2日

### Diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC: Kosaka-Shibayama disease) ~ A proposal of clinical diagnostic criteria for DNTC ~

#### Author(s):

Katsuyuki Ukai<sup>1,2</sup> and Kenji Kosaka<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital, Aichi, Japan

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine, Aichi, Japan

<sup>3</sup>Clinic Ian Center Minami, Kanagawa, Japan

#### Objective/Method:

The term "diffuse neurofibrillary tangles with calcification" (DNTC) was initially proposed by Kosaka. Shibayama et al. also reported similar autopsied cases referred to as "non-Alzheimer non-Pick dementia with Fahr's syndrome" . Therefore, DNTC was also called Kosaka-Shibayama disease. We searched all reported autopsied cases of DNTC until 2012 worldwide. We reviewed them all in order to propose new clinical diagnostic criteria for DNTC. Clinical diagnostic criteria for DNTC were initially proposed by Iwai et al. and then by Kosaka. Both criteria were, however, written in Japanese, and only presented the characteristic clinical features of DNTC.

#### Result:

To the best of our knowledge, 26 autopsied cases of DNTC have so far been reported in Japan, while only 2 autopsied cases

have been described in European and American countries. All 28 reported autopsied cases will be shown in detail at this Congress. The mean ages at onset and death were 54.3 (42-77) and 66.5 (48-79) years. The mean total duration of the illness was 10.1 (3-30?) years. The male/female ratio was 1: 3 (7: 21). Various clinical symptoms were noted. No familial cases were noted.

#### Discussion/Conclusion:

Our new criteria for DNTC were composed of one central, three core, and six supportive features. The central feature was the presence of dementia, which is essential for the diagnosis of possible or probable DNTC. The three core features were (1) bilateral Fahr-type calcification, (2) temporo-frontal syndrome, and (3) localized atrophy of the bilateral temporal or temporo-frontal lobes. Either Fahr-type calcification and temporo-frontal syndrome or Fahr-type calcification and temporal or temporo-frontal atrophy were sufficient to diagnose probable DNTC. Fahr-type calcification only is sufficient to diagnose possible DNTC. We will propose new clinical diagnostic criteria for DNTC in detail.

World Psychiatric Association, Regional Congress Osaka Japan 2015, Osaka, 4 June 2015

## 回復期リハビリテーション病棟における退院指導～脳卒中ノートを作成して～

上飯田リハビリテーション病院

○竹内 悠子 (Ns)、濱本 利恵子 (Ns)、伊東 慶一 (Dr)

#### 【はじめに】

急性期病院での在院日数の短縮化に伴い、脳卒中患者は発症初期に退院指導を受けることが多く、理解不十分のまま回復期病棟に転院することがある。そこで脳卒中患者に対して回復期病棟での退院指導が重要であると感じた。看護師の退院指導方法の統一化を図るため、脳卒中ノートを使用した退院指導を行いその効果を検証した。

#### 【方法】

事前に看護師にアンケート調査を行い、それに基づいて脳卒中ノートを作成し、勉強会を開催した。その後脳卒中ノートの運用を開始した。運用前後2ヶ月での看護師の退院指導に関する状況をアンケート調査した。

#### 【結果】

退院指導については全33名が退院指導は必要と回答していたが、実行できていたのは21名であった。実際の退院指導での問題点は、質問された事のみ答えるような簡単な指導しか行われていないことにあった。運用後の調査では、受け持ちや指導時期の関係で、全員が経験するには半年程度の期間が必要であったが、脳卒中ノートによって効果的に退院指導が行われるようになった。

#### 【考察】

回復期の看護師としては、技術指導とともに、患者のこれからを考えることが重要である。脳卒中ノートの活用で患者の生活や内服情報を見直したり、看護師自身の学習を深めたりと、退院指導に対する意識は向上したと考える。現在では看護師全員が使用できるようになり、脳卒中患者の退院指導方法の統一化を図ることができた。

リハビリテーション・ケア合同研究大会神戸2015 2015年10月2日

## 脳血管障害後遺症におけるアパシーとうつ症状：認知機能との関連

Relationship between cognitive function and apathy/depression in patients after stroke.

○川崎 めぐみ<sup>1)</sup>、寶珠 山稔<sup>2) 3)</sup>

- 1) 上飯田リハビリテーション病院
- 2) 名古屋大学大学院医学系研究科リハビリテーション療法学専攻
- 3) 名古屋大学 脳とこころの研究センター

#### 【はじめに】

脳血管障害後にみられるアパシーやうつは、血管性認知症の危険因子であるとともに、生活動作能力や病態認知能力の低下と関連し、さらにはリハビリテーションの導入やその効率を低下させ、機能回復を不良とする因子

としても重要とされている。脳血管障害後のうつを呈する患者は、うつ患者より認知障害が高い頻度で出現すると報告されており (Robinson, 1986)、アパシーとうつ間では交互作用があり、アパシーとうつのある患者はより認知機能が障害されるとされている (Starkstein, 1993)。

#### 【目的】

本研究では脳血管障害回復期病棟入院患者を対象に、アパシー、うつに関連する認知機能と精神症状との関連について明らかにすることを目的として実施した。

#### 【方法】

脳血管障害患者20例 (男性15例、女性5例、平均年齢: 73.8±9.5 (SD) 歳) を対象とした。取り込み基準として、①CT またはMRI にて脳血管障害が確認できること、②重度の認知症や高度の失語症などがなく自記式調査票への回答が可能であること、とした。アパシー及びうつ状態の評価方法はApathy Scale (AS)、Self-rating Depression Scale (SDS) を用いて評価した。AS16点以上、SDS50点以上をそれぞれアパシー、うつと判定した。認知機能はMini-Mental State Examination (MMSE)、CAT 下位項目のDigit span、Visual Cancellation、Symbol Digit Modalities Test (SDMT)、Trail Making test-A & B (TMT- A & B)、QOL はStroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) を用いて入院10日以内に評価を実施した。参加者には研究内容を文書と口頭にて説明し、書面にて同意を得た。本研究は上飯田リハビリテーション病院倫理委員会ならびに名古屋大学大学院倫理委員会の承認を得て行った。

#### 【結果】

対象者20例中アパシーを有する者は12例 (60%) であり、うつを有する者は5例 (25%) であった。アパシー単独が9例 (45%) であり、うつとアパシーとの合併が2例 (10%)、アパシーとうつともに呈していない者は6例 (30%) であった。アパシーを有する者はMMSE: 24.6±4.2 (平均±SD)、SS-QOL: 155.6±26.4、アパシーを有しない者はMMSE: 27.6±2.4、SS-QOL: 188.3±36.4であった。うつを有する者はMMSE: 27±2.5、SS-QOL: 157.4±39.8であり、うつを呈しない者はMMSE: 26.2±3.2、SS-QOL: 177.6±33.1であった。

#### 【考察】

入院患者におけるアパシーの有症率はうつの3～4倍であり、うつには高率にアパシーを合併するが、アパシーは必ずしもうつを合併するとは限らず (Ksji, 2006)、両者は区別するべき病態であると考えられている (Levy, 1998)。今回の結果においても同様にアパシーの有症率が高くみられ、アパシーには必ずしもうつを伴わなかった。アパシー、うつともに認知機能低下と主観的 QOL の低下と関連しており、MMSE などの認知機能低下はうつとは関連がないが、アパシーとは関連があると指摘されており (Jarzebska, 2007)、同様の傾向がみられた。(1414文字)

キーワード: 脳血管障害、うつ状態、認知機能

第49回 日本作業療法学会 2015年6月20日

## 右利き患者にみられた reversed lateralization の一例

寺島 勇慈、天神 豊、影山 滋久、伊東 慶一

上飯田リハビリテーション病院

#### 【はじめに】

左右の大脳半球における高位皮質機能が逆転していることを reversed lateralization という。今回、右利きで左大脳半球の広範囲な梗塞にもかかわらず、失語症や失行などの症状を認めず劣位半球症状を中心とした症例を経験した。reversed lateralization の可能性が考えられた為、その症状について検討し報告する。

#### 【症例】

64歳女性、生来右利き (矯正歴はなく、親族も右利き)。最終学歴は高校卒業。左大脳半球梗塞 (中大脳動脈領域) を発症し保存的治療。

#### 【神経学的所見】

発症時意識清明であり、BRS 上肢Ⅱ手指Ⅰ 下肢Ⅱ右片麻痺を認め、感覚障害は表在・深部ともに重度鈍磨を呈した。

#### 【MRI 所見】

左中大脳動脈領域に広範な梗塞を認めた。

#### 【神経心理学的所見】

右半側空間無視、半側身体失認 (擬人化)、空間性構成障害、易怒性、抑制障害、空間性失書、動作性急、多弁傾向など認められたが、失行や失語は認められなかった。HDS-R 30/30点 MMSE 30/30点 RCPM15/36点コース立方体 IQ51.3 (半側空間無視、構成障害の影響あり)。SLTA では短文の理解、漢字の書字にて正答率8～9割程度と若干の低下認めるも、その他は正答率10割であり非失語レベルであった。

**【考察】**

本症例は左半球中大脳脈領域の広範な梗塞にもかかわらず、失語症や失行といった症状はみられず、半側空間無視を主体とする劣位半球症状が認められた。Taylor、Junqueらによって報告された症例では統語障害や観念運動失行が合併していたが、そのような症状も認められず reversed lateralization の一例であると考えられた。

第39回 日本高次脳機能障害学会学術総会 2015年12月10・11日  
ベルサール渋谷ファースト

## 回復期リハビリテーション病院における筋力低下患者に対する栄養アプローチ

上飯田リハビリテーション病院

小川 隼人、長縄 幸平、柏田 きみ子、伊東 慶一、金森 雅彦

**【はじめに】**

回復期病棟に転院してくるような脳血管障害及び、整形外科疾患の患者の多くが筋力低下している。原因の1つとして生活習慣の乱れが考えられる。そのためサルコペニアのような状態が多く、入院前の生活習慣が変わらなければ同じ状態に陥ってしまう。そこで、H25年4月よりNSTにおいてプロトコルを作成し、たんぱく質・BCAA・ビタミンDを効率よく摂取できるペムパルアクティブ（以下ペムパル）を採用した。ペムパル導入の影響について調査を行ったので報告を行う。

**【方法】**

プロトコルの対象は65歳以上で入院時にMNA-SFを行い7点以下はサルコペニアと判定し、NST介入・アセスメント・補食などの栄養管理を行う。1ヵ月後体重測定を行い入院時より5%以上の体重減少または入院時BMI18.0以下の患者が体重減少した場合、ペムパルの飲用を週4回行う。全患者、毎月FIM・採血評価・体重測定を行う。FIM・Alb・体重などについて比較検討した。ペムパルを飲用した群をペムパル群、プロトコル作成前に特別な栄養管理を実施していた群をnonペムパル群とした。

**【結果】**

ペムパル群16名（男性5名）、年齢78.8±5.8歳、入院時FIM62.6±22.9、1ヵ月後FIM70.6±25.8、nonペムパル群12名（男性4名）、年齢79.8歳±9.0歳、入院時FIM68.3±31.0、1ヵ月後FIM76.1±33.3で両群間ベースラインに有意差はなし。ペムパル群ではnonペムパル群に比べて1ヵ月後～退院後までのFIM効率、退院時Albが優位に改善した。（p<0.05）

**【考察・結論】**

回復期では状態を良くするのはもちろんのこと、患者・家族が入院前の生活習慣の乱れに気づき、筋力低下を起こさないような身体作りを知り、行動変容させることが大切である。今後は回復期から生活期へ移った後、どのような介入を行うことが出来るかどうかを検討する必要があると思われる。

第18回 日本病態栄養学会 年次学術集会 2015年1月10日

## ADL 上にて、麻痺側上肢の使用頻度向上を認めた一症例

森 一起<sup>1)</sup>、清水 一将<sup>1)</sup>、桑田 佳紀<sup>1)</sup>、川崎 めぐみ<sup>1)</sup>

1) 上飯田リハビリテーション病院 リハビリテーション科

キーワード：フィードバック、セルフケア

**【はじめに】**

麻痺側上肢の使用を促す目的でノートを利用した結果、日常生活場面での使用頻度に改善を認めたので報告する。

**【対象】**

90歳男性。右視床出血による左片麻痺。発症から第42日経過後に当院へ入院。発表に際し本人の同意を得た。

**【初期評価】**

MMSEは30点。BRSは上肢、手指ともにV。MAS上肢、手指ともに2。感覚は表在、深部ともに重度鈍麻。左上肢、手指共に収縮時痛あり。STEFは疼痛により精査困難。日本語版 Motor Activity Log(以下MAL)は、上肢の使用頻度 Amount of Use(以下AOU)、質の評価である Quality of Movement(以下QOM)ともに0点であった。FIMの運動項目は48点であり中等度介助レベルであった。

**【経過】**

OT開始30日目より15日間に渡り、麻痺側上肢の使用頻度を高める目的でノートを導入した。ノートにはOTRが挑戦動作を記載。症例には生活で使った実際の場面と、その感想を記載してもらい、翌日に上手く使用できなかった動作について、使いやすい方法を一緒に考えて実行に繋げた。

**【終了時評価】**

MASは上肢、手指ともに1。STEFは18点。MALのAOUは17点。QOMは18点に改善した。MALの項目より、麻痺側上肢を用いての袖通し、両手での本の把持やボタン止め、ファスナーの開閉、麻痺側での手すり支持が自発的に可能となり麻痺側上肢の使用頻度に改善を認めた。収縮時痛は軽減した。FIM(運動項目)は、74点と改善した。

**【考察】**

今回の症例では、麻痺側上肢の使い方をノートに記載することで、患者自身が満足いく使い方に目標共有が図れ、意欲的に取り組みごと。また、ノートが目標とする動作を助ける手段となったと考える。その結果、麻痺側上肢が使用出来ることを実感し、日常生活場面での使用頻度が向上した要因であると考えられる。

第23回 愛知県作業療法学会 2015年5月23日

## メカニカルストレスによる骨格筋細胞の糖取り込み亢進作用は AMPK 非依存的な経路を介する

佐藤 亜耶<sup>1)</sup>、土田 和可子<sup>2)</sup>、<sup>3)</sup>、松尾 真吾<sup>2)</sup>、鈴木 重行<sup>3)</sup>、岩田 全広<sup>2)</sup>、<sup>3)</sup>

- 1) 上飯田リハビリテーション病院 リハビリテーション科
- 2) 日本福祉大学 健康科学部 リハビリテーション学科
- 3) 名古屋大学大学院 医学系研究科

キーワード：メカニカルストレス、糖取り込み、AMP-activated protein kinase

**【目的】**

運動（筋収縮）時に骨格筋線維（筋細胞）に加わる伸展や圧迫などの機械的刺激（メカニカルストレス）の増大は、筋細胞の糖取り込みを亢進させる重要な調節因子のひとつである（Ihleman J, 1999.）。その分子機構としては、AMP-activated protein kinase (AMPK) 依存的な経路を介する可能性が示唆されているが（Blair DR, et al, 2009.）、反対に AMPK 非依存的な経路を介するという報告も散見され（Chambers MA, et al, 2009.）、一定の見解を得ていないのが現状である。そこで、本研究はメカニカルストレスによって誘導される筋細胞の糖取り込み亢進が、AMPK のリン酸化を介して引き起こされるか否かを検討した。

**【方法】**

対象は、マウス骨格筋由来の筋芽細胞株（C2C12）であり、I型コラーゲンで薄層コーティングを施したシリコンチャンバー内で筋細胞に分化させたものを用いた。実験群は、通常培養した対照群、メカニカルストレス（1Hz、110%長、30分間の伸張刺激）を負荷した S 群、AMPK 阻害剤（compound C）を培地に添加した C 群、compound C を培地に添加してメカニカルストレスを負荷した CS 群、の4群を設けた。AMPK のリン酸化量は、メカニカルストレス負荷終了直後に Western blot 法を用いて検出した。糖輸送能は、メカニカルストレス負荷終了直後に 2-deoxy-D-glucose (2-DG) を15分間培地に添加し、細胞の2-DG 取り込み量を算出することで求めた。

**【結果】**

S 群の AMPK のリン酸化量は、対照群、C 群、CS 群と比較して有意差を認めなかった。S 群、CS 群の2-DG 取り込み量は、対照群、C 群と比較して有意に増加した。一方、S 群と CS 群の2-DG 取り込み量の間には有意差を認めなかった。また、対照群と C 群の2-DG 取り込み量の間には有意差を認めなかった。

**【考察】**

これらの結果は、メカニカルストレスによって誘導される筋細胞の糖取り込み亢進が AMPK 非依存的な経路を介して引き起こされる可能性を示している。

愛知県理学療法士学術大会 2015年3月1日

## 急性期から生活期まで連携した作業療法

志賀 美穂 (OT)<sup>1)</sup>、長谷川 文 (OT)<sup>2)</sup>、金井 一哉 (OT)<sup>3)</sup>、玉木 聡 (OT)<sup>2)</sup>

- 1) 上飯田リハビリテーション病院
- 2) 総合上飯田第一病院
- 3) 愛生訪問看護ステーション

Key word : 日常生活動作、COPM、住環境整備

#### 【序論・目的】

患者が発症して在宅復帰するまでに、本人の“したい作業”に焦点を当てた継続的な介入は、臨床で検討することは少なく、事例報告も少ない。今回、脳血管障害を発症した高齢者に対し急性期から生活期まで継続的に連携して関わり、本人の“したい作業”を自宅で安全に遂行できるよう住環境整備も含めて支援した事例を経験したので報告する。学会報告については、本人と家族の同意を得た。

#### 【方法】

90代女性。左脳梗塞。X年Y月Z日発症し入院、Z+2日急性期OT開始。Y+2月1日回復期へ転院。約Y+4ヶ月後に退院前訪問指導を実施。約Y+5ヶ月後に退院となり、翌日より訪問リハビリ開始。入院中はうつ状態などで積極的な介入が困難な期間もあった。急性期、回復期、生活期を通して、カナダ作業遂行測定(COPM)を実施して本人の“したい作業”に焦点を当てて介入した。また、自宅で安全に生活できるように退院前訪問指導を実施した。その際に、高齢者の転倒予防のための住環境評価である Westmead Home Safety Assessment ver. Japanese(WeSHA-J)を利用した。その結果を本人と家族へ助言し住環境整備を実施した。現在、訪問リハビリでフォローしている。

#### 【結果】

以下に、急性期初期評価、急性期最終評価、回復期最終評価の結果を順に示す。FIMは40点、72点、80点であった。FBSは8点、24点、40点であった。COPMは重要度10が『トイレ』『食事』『更衣』、重要度9が『入浴』『移動』であった。『トイレ』の遂行度は1、1、3と向上し、満足度は2、2、2と変化なかった。『食事』の遂行度は6、6、4と変化し、満足度は3、7、2と変化した。『更衣』の遂行度は1、1、2と向上し、満足度は3、1、3と変化した。『入浴』の遂行度は1、1、7と向上し、満足度も1、1、2と向上した。『移動』の遂行度は1、1、8と向上し、満足度も2、1、9と向上した。急性期では遂行度が最も高い『食事』から介入し自助箸を使用して自立したが満足度は低い結果となった。一方で、急性期初期に遂行度と満足度が低かった『入浴』と『移動』については、基本動作能力が向上したため、退院時には遂行度満足度も向上した。おおよそのADLは監視レベルとなったが、FBS45点以下で転倒リスクが高かったため退院前訪問指導を実施。COPMの結果を参考に、WeSHA-Jを実施した。結果、72項目中17項目で転倒ハザードを認めた。そのうちの以下の12項目に住環境整備を実施した。ハザード『床と床の敷物』『フロアマット』『浴室・場所』『トイレ・場所』『トイレ・床面』の5項目に対しては、フロアマットの除去を行った。ハザード『段差と階段(屋外)』『段差と階段の手すり(屋外)』『段差(上り框を含む)と階段』『段差(上り框を含む)と階段の手すり』の4項目に対しては、段差手すりを設置した。ハザード『浴室』『脱衣室・浴室の手すり』の2項目に対して、浴室手すりを設置した。ハザード『トイレ・場所』の1項目に対して、夜間のみポータブルトイレを設置した。退院後、自宅内移動は4点歩行器自立であり、WeSHA-Jを基に助言した内容は実践できている。

#### 【考察】

本事例の“したい作業”は『トイレ』『食事』『更衣』であり、いずれも監視レベルとなったが、自己評価の低さが遂行度と満足度に影響している。『入浴』は遂行度の向上を認め、現在も訪問リハビリで動作練習を継続しているため、今後満足度の向上が期待できる。本人が“したい作業”に対して、急性期の早期から介入し、退院前にそれらの作業を安全に自宅で遂行できるように住環境を評価し整備し、より安全に遂行できるよう自宅でも動作練習をするといった、継続し一貫した評価と支援が重要であると考える。

第49回 日本作業療法学会 2015年6月20日

## 低栄養状態は回復期リハビリにおいて日常生活動作の能力低下と改善の遅延を招く

上飯田リハビリテーション病院

長縄 幸平、藤原 光宏、小川 隼人、伊東 慶一、金森 雅彦

#### 【背景・目的】

リハビリテーション病棟患者の5から8割は低栄養であると報告されている。しかし、回復期病棟入院患者の栄養状態を経時的に調査した研究や、日常生活動作との関連を調査した研究は少ない。本研究の目的は、回復期病棟入院患者の栄養状態と日常生活動作との経時的な関係を明らかにすることである。

#### 【方法】

対象は、平成24年4月から平成26年3月に当院に2ヶ月以上入院した患者211名(男性80名、女性131名、年齢80.0±7.6歳)とした。評価項目は、血清アルブミン(Alb)、Mini Nutritional Assessment-Short Form(MNA-SF)、Functional Independence Measure 運動項目(運動FIM)とし、入院時、入院1ヶ月後、退院時に調査した。また、Alb 3.5 g/dl未満を低栄養状態

と定義した。

#### 【結果】

退院時のAlb、MNA-SF、運動FIMは、入院時と比較し有意に高値であった。低栄養状態の患者の割合は、入院時は52.1%、退院時は27.0%であった。入院時に低栄養状態の患者の中で、退院時に低栄養状態が改善しなかった患者は、退院時に低栄養状態が改善した患者と比較し、運動FIMや運動FIM改善率が有意に低値であった。

#### 【考察】

当院の入院患者は、入院時は約半数において低栄養を認めたが、入院期間中に栄養状態が改善することが示唆された。さらに、低栄養が改善しないものは、日常生活動作能力とその改善率が低い可能性がある。

日本静脈経管栄養学会東海支部学術集会 2015年7月26日

## A study of factors affecting the decreased grip strength in a rat model of work-related musculoskeletal disorder.

#### Author(s):

Mitsuhiro Fujiwara<sup>1, 2</sup>, Kazuhiro Hayashi<sup>3</sup>, Natsumi Yoshito<sup>1</sup>, Yosuke Aizawa<sup>1</sup>, Takayuki Inoue<sup>3</sup>, Masahiro Iwata<sup>1, 4</sup>, Shigeyuki Suzuki<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Program in Physical and Occupational Therapy, Nagoya University Graduate School of Medicine, 1-1-20 Daikominami, Higashi-ku, Nagoya, Aichi, 461-8673, Japan

<sup>2</sup>Kamiida Rehabilitation Hospital, 3-57 Kamiida Kitamachi, Kita-ku, Nagoya, Aichi, 462-0802, Japan

<sup>3</sup>Department of Rehabilitation, Nagoya University Hospital, Nagoya, 65 Tsurumai-cho, Showa-ku, Nagoya, Aichi, 466-8560, Japan

<sup>4</sup>Department of Rehabilitation, Faculty of Health Sciences, Nihon Fukushi University, 26-2 Higashihaemi-cho, Handa, Aichi, 475-0012, Japan

#### Background:

Work-related musculoskeletal disorders (WMSD) are defined as injuries or musculoskeletal disorders due to exposure to risk factors in workplace. The risk factors of WMSD include repetition, force, and awkward or static postures. In a rat model of WMSD, previous studies have investigated the pathophysiology of injuries of the upper forelimb caused by voluntary repetitive reaching and grasping tasks. These studies have reported that the repetitive task causes decreased grip strength. However, the factors affecting the decreased grip strength caused by the repetitive task has yet to be determined.

#### Purpose:

The purpose of this study was to investigate physical load and morphological changes of skeletal muscle affecting the decreased grip strength in a rat model of work-related musculoskeletal disorder.

#### Methods:

Twelve female Sprague-Dawley rats aged 10 weeks were used for this study. Rats were divided randomly into food-restricted control (FR, n=6) or task (T, n=6) group. FR and T groups were restricted from food for 8 weeks. FR and T groups were initially trained for 2 weeks to learn voluntary repetitive reaching and grasping task to obtain a food pellet. After the initial training period, only T group performed the task for 2 h/day, 3 days/week, for 6 consecutive weeks. The number of reaches, obtained food pellets and the task duration were recorded as the indicators of physical load. Grip strength was the primary outcome measure for motor performance. In addition, muscle wet weights, relative muscle weight (muscle wet weight / body weight) and fiber cross-sectional area (CSA) of the flexor digitorum superficialis muscle (FDS) in the reaching limb were obtained. The correlation was analyzed by Spearman's rank correlation test.

#### Results:

In T group, grip strength of the reaching limb declined significantly at weeks 3 and 6 compared to baseline. Grip strength of the reaching limb in T group was significantly lower than that in FR group at weeks 6. Relative muscle weight and mean of skeletal muscle fiber CSA of FDS decreased significantly in T group compared to FR group at weeks 6. The changes in grip strength in T group were negatively correlated with the total number of reaches ( $\rho = -0.505, P < 0.01$ ), the total number of obtained food pellets ( $\rho = -0.614, P < 0.01$ ) and the total number of task duration ( $\rho = -0.645, P < 0.01$ ). The changes in grip strength in T and FR groups were positively correlated with relative muscle

weight at weeks 6 ( $\rho = 0.622, P < 0.05$ ). It was no correlation between the changes in grip strength and mean of skeletal muscle fiber CSA at weeks 6.

#### Conclusion(s):

The continued repetitive task caused the decrease in grip strength and skeletal muscle atrophy in a rat model of WMSD. Consequently, grip strength may decline due to skeletal muscle atrophy.

#### Implications:

This study contributes to reveal the risk factors of dysfunction in the WMSD. Morphological analysis suggests that continued repetitive reaching and grasping task causes skeletal muscle atrophy in rats.

#### Keywords:

work-related musculoskeletal disorder, muscle weakness, repetitive task

WCPT Congress 2015 Singapore 2015, 5, 3

## 介護教室の取り組み ～理学療法士としての関わりを経験して～

尾崎 佳子<sup>1)</sup> 2)、長谷川 多美子<sup>1)</sup>、石黒 祥太郎<sup>1)</sup>

- 1) 上飯田リハビリテーション病院
- 2) 愛生訪問看護ステーション

#### 【はじめに】

当院では、毎月第2土曜日に患者・家族を対象とした「介護教室」を開催している。テーマは「排泄」「更衣」「移乗」「介護保険制度」「健康管理」の5つで、毎回1つのテーマについて、基本となる知識や技術を伝えている。平成24年1月からは、家族支援やチーム連携の強化を目的とし、理学療法士も参入。今回は、その取り組みを報告する。

#### 【取り組み】

理学療法士は「移乗」の項目に介入。既存の資料を分かりやすく改定、実技を中心とした参加型の内容に変更した。開催当日は、理学療法士が身体に負担の少ない介助方法を指導、介護福祉士が実際の生活での出来事を絡めて補足し、家族が退院後の介護を想像しやすいよう工夫した。終了後には、家族の抱えていた介護の不安や悩みを患者の担当スタッフに伝達。後日、担当スタッフから家族へ解決方法を伝えるという、2段階の家族支援とした。

#### 【結果】

アンケート調査により、参加者からは高い満足を得られたが、実際の家庭環境では継続的に実施する事が困難な内容を指導してしまうこともあり、家族個人の因子に十分配慮ができていないという家族指導上の課題を発見した。病棟で働く理学療法士では拾いきれない不安や悩みなどを、場を変えて家族と接する事で共有でき、解決へ繋ぐ役割を介護教室に感じた。また、介護福祉士とともに、各々の視点を活かして家族支援というものを再考する良い機会となったと感じる。

リハビリテーション・ケア合同研究大会 神戸2015 2015年10月1日

## 回復期リハビリテーション病棟における 入院時 FIM 得点による改善期待値と 実際の FIM 利得について

平田 貴大<sup>1)</sup>、石黒 祥太郎<sup>1)</sup>、内山 靖<sup>2)</sup>

- 1) 上飯田リハビリテーション病院
- 2) 名古屋大学大学院医学系研究科理学療法講座

#### 【目的】

近年リハビリテーション病棟の質的整備が進み、各病棟の特色を生かしたリハビリテーションの提供が求められる。そこで当院における過去と現在のアウトカムを比較し、そこから得られる傾向や今後の課題について検討する。

#### 【対象】

平成25年4月1日～平成26年3月31日までに当院に入院された脳血管障害患者のうちFIM データに欠損があった者を除外した208名を対象とした。

#### 【方法】

平成19年の入院時 FIM - FIM 利得 (177名) を散布図から近似曲線を算出し、入院時 FIM から予測できる FIM 利得の期待値とし、対象者の期待値と実際に得られた FIM 利得とを比較した。

#### 【結果】

平成25年における FIM 利得の平均は14.6点であり、標準偏差14.2であった。また実際の FIM 利得が期待値を上回ったのは全体の64%であった。

#### 【考察】

6年間でリハビリテーション室の拡大や各療法士の増加に加え、1患者あたりの平均実施単位も1.6倍に増加していることから、リハビリテーションの量的な増加の影響が示唆された。

#### 【結語】

今回、過去から算出した期待値を上回る結果が得られた。今後の課題はリハビリテーションの質的な影響について検討していく必要があると思われる。

リハビリテーション・ケア合同研究大会 神戸2015 2015年10月2日

## 重度右片麻痺を呈した症例へ上衣更衣動作訓練

上飯田リハビリテーション病院

濱田 爽子、加藤 真弥、桑田 佳紀

キーワード：ADL 訓練、高次脳機能障害、片麻痺

#### 【はじめに】

上衣更衣動作訓練において介入手順を段階づけて介入した結果、開始3週目で重度介助から監視まで改善した症例を担当したため報告する。

#### 【症例紹介】

40代男性、左視床出血により発症43日目に当院転院。入院時 JCS I -1、注意障害、記憶障害を認め、指示理解が低下していた。BRS 右上肢 II 手指 I、重度の感覚障害を認めた。起居は中等度介助、静的座位保持は監視、更衣は上下ともに最大介助であった。発表に際し本人より同意を得た。

#### 【方法】

入院4日目より週5日、かぶりシャツで実施。介入手順を1. 自発動作を待つ 2. 言語指示のみ 3. セラピスト (以下 Th) の動作を模倣する 4. Th が症例の上半身を誘導する

5. Th 介助 の5段階に定め、実動作を反復した。言語指示は簡潔に、無誤学習に努めた。分析に際しては更衣動作を①上衣を広げる ②麻痺手を袖に通す ③麻痺側の袖を肘まで上げる ④非麻痺側の袖に通す ⑤かぶる ⑥上位を整えるの6段階に分け、各動作にかかる介助量で検討した。

#### 【結果】

介入2週目に④⑤が自立、3週目に①②が自立、③⑥も3週目から声かけで可能となり、全動作が3週目で監視となった。

#### 【考察】

今回の結果は、①②④⑤は病前からの習慣にあったため自立し、③⑥は習慣にはなく学習が必要で細かな気づきも必要だったため、声かけに留まったと考えられた。今回のように習慣づけにより介入手順を明確にし、かつ無誤学習でくり返す方法をとることは、ADL 訓練に有効ではないかと考える。

第23回愛知県作業療法学会 2015年5月23日

## 意識障害と自発性の低下を呈した片麻痺患者に 対する作業療法～立位・歩行訓練に着目して～

森村 直生<sup>1)</sup>

- 1) 上飯田リハビリテーション病院

キーワード：脳血管障害、歩行訓練、意識障害

#### 【はじめに】

回復期病院において、作業療法の役割は「病棟内の日常生活動作 (以下、ADL 動作) への介入」と位置付けられていることが多く、作業療法士の歩行への介入に対して嫌悪を抱くセラピストも少なくない。今回、意識障害・自発性低下を呈した片麻痺患者に対し、理学療法だけでなく、作業療法でも積極的に立位・歩行訓練を実施し、早期よりベッド離床を進め ADL 動作の介助量軽減を図ることができた事例について報告する。尚、発表に際し事例家族の同意を得ている。

**【対象】**

70歳代女性、X年Y月にクモ膜下出血を発症しA病院へ搬送、同日にクリッピング術、脳室ドレナージを施行されたが、第33病日に脳梗塞を発症、その同日にV-Pシャント術を施行された。第57病日にB病院に転院し、第78病日にリハビリ目的で当院に転院となった。

**【初期評価】**

意識レベルはJCS 20A、麻痺側BRSはⅡ-Ⅳ-Ⅱ、運動性失語があり、発語はほとんどない。左半側空間無視が顕著で、注意も一定しない。自発性の低下があり、離床や訓練に対する拒否がみられる。起居動作は全介助、座位保持は軽介助～監視、立位保持は片手すり使用し中等度介助であった。FIMは、運動項目のベッド・椅子・車椅子移乗が2点、認知項目の理解が3点、記憶が2点でその他の項目すべて1点である。

**【方法】**

理学療法・作業療法・言語療法をそれぞれ1日3単位実施。作業療法では、15分間の麻痺側上肢への促進訓練、関節可動域訓練、15分間の座位訓練、10分間の起立・立位訓練、15分間の歩行訓練を約1ヶ月行なった。

段階付けとして、入院当日より起立訓練を開始、入院7日目より平行棒内歩行、18日目よりside cane gait、22日目より4点杖歩行、26日目よりT字杖歩行および独歩へと理学療法に準じて歩行訓練を移行していった。

**【結果】**

入院30日目で意識レベルがJCS 2A、麻痺側BRSはⅣ-V-Ⅳとなった。起居動作は中等度介助も、座位・起立・立位保持は監視となった。FIMの改善点として、運動項目の食事・整容が5点、ベッド・椅子・車椅子・トイレ移乗が4点、トイレ動作・歩行が3点となり、認知項目は表出が2点、社会的交流が2点となった。病棟内歩行の獲得には至っていないが、日中はデイルームにて過ごされることが多くなった。

**【考察・まとめ】**

本事例の問題点は、覚醒レベル・自発性の低下であると考えた。そのため、自発運動のみられない上肢の物品操作課題やADL訓練は学習効果が得られないと考え、最も自発運動の多い歩行課題に重点を置いた。

足底からの刺激は、上行性網様体から脳の賦活量を増加させ、覚醒度を高める効果がある(坪井、2011)。本事例において、作業療法でも起立・歩行訓練を実施し足底からの刺激頻度を増やしたことで、早期より覚醒レベルの向上を図ることができ、自発行動の頻度を増やすことに成功したと考える。

また、先行研究より、足底からの刺激は感覚運動や二次体性感覚への賦活も促進させると報告があり(多田ら、2011)、ADL動作に必要な座位・立位バランスの向上に繋がったと考えられる。

これらのように、事例の最も反応の良い課題であった歩行訓練を実施したことで、身体機能の向上に加え、覚醒状態の改善・自発性の向上に繋がり、基本動作およびADL動作の介助量軽減を図ることができたと考ええる。

作業療法では、直接的なADL動作への介入だけでなく、ADL動作の基本となる座位や立位、歩行への介入も作業療法の一つの手段として取り入れてもよいのではないだろうか。

第15回東海北陸作業療法学会 2015年11月28日

## ADLにおいて道具使用障害及び系列動作の誤りが認められた一症例

上飯田リハビリテーション病院

平子 恵子 (OT)、伊東 慶一 (Dr.)、鈴木 久美子 (OT)

キーワード：失行、道具、ADL

**【序論・目的】**

右中大脳動脈領域の広範な梗塞により左片麻痺、超皮質性混合失語、道具使用障害の内把持・操作及び系列動作の障害を呈した症例に対し、道具使用がADLに与える影響について検討したため報告する。

**【方法】**

対象は56歳男性、独身、左利き。既往として、高血圧、高コレステロール症が認められた。ADLにおいて、道具使用の誤りや動作手順の誤りにより介助を要していた本症例に対し、検査場面と日常場面で評価を実施した。MRI所見としては、右中大脳動脈領域(右被殻・弓状束～頭頂葉)の広範な脳梗塞が認められた。また、当院の倫理委員会の承諾は得ている。

**【結果】**

神経学的所見として、運動麻痺はBRS左上肢Ⅱ・手指Ⅱ・下肢Ⅳ、感覚障害は表在覚：軽度鈍麻、深部覚：軽度～中等度鈍麻を認めた。筋力はMMTにて右上下肢4、左同名性半盲が疑われた。神経心理学的所見としては、検査の正答数：呼称0/20、ポインティング12/20。言語でのコミュニケーションは困難であるが、状況理解は良好であった。コース立方体組み合わせテストはI.Q.82(64点)、左半側空間無視、身体失認、注意障害が認められた。象徴的動作の模倣は正答数5/5、マッチング16/18、パントマイム

0/20、道具使用8/20、実使用を見せてからの模倣14/20、系列動作：2客体2/5、3客体1/5、4客体1/5であった。

ADL上の問題としては、整容の歯磨きや髭剃り及び整髪では、道具把持の仕方や操作に誤りが見られるため徒手的な修正を要し、一連の道具使用では保続及び手順の誤りが認められた。トイレ動作では下衣を下ろさないまま便座に座ろうとするなど、動作手順の省略が認められ、また、清拭ではタオルを渡すも指示が通らず最大介助であった。これらのように、ほとんど全てのADLに最小介助以上の介助を要している状態であった。

**【考察】**

失行による行為・動作において、検査場面と日常場面での動作には解離が認められることがしばしば聞かれる。しかし、本症例のADLにおいては、随意動作と自動動作の解離が認められず、検査同様に道具使用障害、特に道具の把持・操作及び系列動作の障害が認められた。

本症例は手を道具に到達させ、その道具を対象へ移動させることができるため、到達動作及び道具を認知していると思われる。パントマイムの結果より、視覚のみでは操作方法を喚起できず、また触刺激が加わる実使用で誤りが多く認められ、実使用を見てからの模倣においても誤りが認められたため、把持・操作能力に問題があることが考えられた。また、系列動作に関しては各工程での把持・操作の誤りだけでなく、対象の認知や動作手順の省略も認められた。本症例は把持・操作及び対象認知に誤りが認められたと考えられる。以上のことより、ほとんど全てのADLに介助を要したと考えられる。

本症例の訓練内容及びADL経過と共に、道具使用障害について文献を含め報告する。

第15回東海北陸作業療法学会 2015年11月28日

## 編 集 後 記

社会医療法人愛生会2015年紀要(第9巻)も無事に編集を終え、いよいよ皆さまにお届けする日を迎えました。

どのような方々にこの紀要を見てもらいたいのか。紀要を手にとった読者が知りたい情報は何か。法人を支えてくれている仲間(職員)の地道な活動をもっとアピールできないだろうか。良質かつ安全な医療を提供することを目標に日々活動している愛生会を、もっと皆さまに知っていただけないだろうか。

これらの視点を念頭に置きながら、紙面についての議論を当委員会で何度も行った結果、今回の紙面リニューアルへとつながりました。今後も更なる議論を深め、より良い紀要作成を目指していきたいと思えます。

最後に、この紀要の編集にご協力いただいた全ての皆さまに感謝いたします。

### 紀要委員会

委員長 窪田 智行  
事務局 堤 真吾

### 編集委員(2015年紀要委員会)

委員長	窪田 智行	総合上飯田第一病院	副院長
副委員長	後藤 泰浩	総合上飯田第一病院	小児科部長
委員	櫻井 徳千	総合上飯田第一病院	内科医員
	鈴木久美子	総合上飯田第一病院	看護副部長
	水野 照夫	総合上飯田第一病院	事務長
	嶋津誠一郎	上飯田リハビリテーション病院	事務長
	浦 啓規	上飯田クリニック	事務長
	川崎 富男	愛生会看護専門学校	事務長
	佐々木 伸明	介護福祉事業部	事務長
	佐藤 健司	総合上飯田第一病院 庶務課	係長
事務局	堀尾 昌広	本部	管理本部長
	堤 真吾	本部 総務部	課長代理
アドバイザー	加藤 知行	社会医療法人愛生会	理事長
	片岡 祐司	総合上飯田第一病院	院長

### 社会医療法人愛生会2015年紀要 (第9巻)

平成28年5月13日 印刷

平成28年5月23日 発行

社会医療法人 愛生会

愛知県名古屋市北区上飯田通2-37

〒462-0808 電話 (052)914-7071(代表)

FAX (052)991-3543

印刷 東洋プリディア株式会社

名古屋市北区八龍町1-25-2

電話 (052)914-9111