

第10卷

Aiseikai Healthcare Corporation

社会医療法人愛生会 2016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

2016年 紀要

第10卷

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

2016 年は、年頭から北朝鮮の核実験やミサイル発射が繰り返され、世界各地でテロが頻発しました。後半には米国の次期大統領にトランプ氏が決まり、英国は EU からの離脱を決定するという予想外のことが起きて、世界はどうようになっていくのか不安の幕開けを感じさせる年でしたが、日本では良くも悪くも安倍政権の盤石ぶりが際立ちました。

第二次安倍政権が、「2020 年に基礎的財政収支を 0 にする」として打ち出した社会保障と税の一体改革では、社会保障に当てられるはずの消費税の引き上げ(8% から 10% へ)が、2015 年 10 月実施の予定から 2019 年 10 月まで延期されることになりました。一方で、経済・財政一体改革で取り組むとされた 80 項目の内、社会保障分野で 44 項目、なかでも医療・介護分野は 38 項目を占め、改革の目標とされました。

そして、「2025 年に向けて医療費の適正化を図る」ために、医療提供体制の見直しと診療報酬改定により、医療費削減を行おうとしています。

医療提供体制の見直しは、地域医療構想の入院病床削減を目指した病床再編と地域包括ケアシステムの構築が柱ですが、愛知県でも 2016 年 9 月に病床再編案が示されました。

骨太の方針 2015 で「平成 28~30 年を集中改革期間」と位置づけ、その第一弾として 2016 年 4 月に行われた診療報酬改定では、実質 1.43% のマイナス改定となりました。

また 2016 年 9 月には、2015 年に公布された第 7 次改正医療法の一部が施行され、医療法人の透明性の確保とガバナンスの強化が求められました。営利を目的としない医療法人が、経営・管理面で営利を目指す一般社団・財団法人と同様の厳しさが求められることになりました。

まさに 2016 年は、医療費抑制のために今まで検討してきたことが実行に移された、医療界にとって変革の年の始まりであったと言えます。

そのような中で、愛生会はどの事業所も、前年に続いて安定した活動を行うことが出来ました。

「社会医療法人愛生会 2016 年紀要」では 1 年間の活動と 2017 年の抱負を記しています。診療面、運用面で改善しなくてはならない点が多くあると自覚しておりますが、ご高覧いただき、ご助言などを頂ければ幸いです。

2017 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

22 手術実績

24 検査実績

25 各科データ

27 診療科概要

内科 ━━━━━━ 27

循環器内科 ━━━━━━ 27

消化器内科・内視鏡センター ━━━━━━ 28

腎臓内科・腎センター ━━━━━━ 28

神経内科 ━━━━━━ 29

糖尿病内科 ━━━━━━ 29

消化器・一般外科 ━━━━━━ 30

緩和ケアセンター ━━━━━━ 30

甲状腺・内分泌センター ━━━━━━ 31

乳腺外科 乳房センター ━━━━━━ 31

整形外科・人工関節・関節鏡センター ━━━━━━ 32

皮膚科 ━━━━━━ 32

脳神経外科 ━━━━━━ 33

泌尿器科 ━━━━━━ 33

小児科・アレルギー科 ━━━━━━ 34

産婦人科 ━━━━━━ 34

耳鼻いんこう科 ━━━━━━ 35

眼科 ━━━━━━ 35

麻酔科 ━━━━━━ 36

老年精神科(物忘れ評価外来) ━━━━━━ 36

地域包括ケア病棟 ━━━━━━ 37

健診センター ━━━━━━ 37

看護部 ━━━━━━ 38

リハビリテーション科 ━━━━━━ 38

栄養科 ━━━━━━ 39

臨床検査部 ━━━━━━ 39

放射線科 ━━━━━━ 40

薬剤部 ━━━━━━ 40

臨床工学科 ━━━━━━ 41

総合支援センター ━━━━━━ 41

42 病診連携医療機関一覧表

44 地域連携医療機関一覧表

47 科別紹介患者数

上飯田リハビリテーション病院

50	各科データ	
51	概要	
	上飯田リハビリテーション病院	51
	看護部	51
	通所リハビリテーション	52
	地域医療連携室	52
	リハビリテーション科	53
	栄養科	53
	薬剤部	54

上飯田クリニック

56	概要	
	社会医療法人 愛生会 上飯田クリニック	56
	看護部	56

介護福祉事業部

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

愛生会看護専門学校

62	概要	
----	----	--

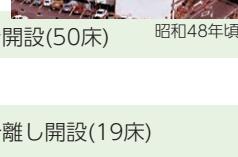
各種活動

64	各科研究活動	
73	地域貢献活動	
75	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)	<small>昭和22年頃(法人設立前の診療所)</small>
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)	<small>昭和37年頃</small>
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)	<small>昭和48年頃</small>
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社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	医療法人愛生会上飯田第二病院 財団法人日本医療機能評価機構 認定取得 (療養病院<Ver.3.1>)	
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)	<small>平成13年</small>
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	
12月	医療法人愛生会上飯田第二病院 財団法人日本医療機能評価機構 認定更新 (療養病院<Ver.4.0>)	

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	上飯田第一病院
	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	
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 (一般病院<Ver.4.0>)	上飯田リハビリテーション病院
	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	上飯田クリニック
	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(療養病院<Ver.6.0>)	
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	平成22年
	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	介護福祉事業部
	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 (一般病院<Ver.6.0>)	
	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	愛生会看護専門学校
	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)	各種活動
	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	論文・抄録
	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	
	12月	社会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(リハビリテーション病院<3rdG:Ver.1.0>)	
平成28年	1月	社会医療法人愛生会総合上飯田第一病院南館(入院棟)増床(236床) (一般196床、地域包括ケア40床) 社会医療法人愛生会上飯田クリニック 病床数変更(0床)	
	2月	社会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 (一般病院2<3rdG:Ver.1.1>)	



平成22年



平成24年

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28年12月1日現在)

開設者

▶ 社会医療法人 愛生会

- 理事長
- 郵便番号
- 所在地
- 電話番号
- ホームページアドレス

加藤 知行
462-0808
名古屋市北区上飯田通2丁目37番地
052-914-7071
<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
- 郵便番号
- 所在地
- 電話番号
- ホームページアドレス
- 職員数

片岡 祐司
462-0802
名古屋市北区上飯田北町2-70
052-991-3111
<http://www.kamiiida-hp.jp>
752名
(常勤医師53名、看護師257名、准看護師14名、
薬剤師16名、診療放射線技師16名、
臨床検査技師14名、臨床工学技士9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： 196床
地域包括ケア病棟： 40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（基幹型）
 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（一般病院2<3rdG:Ver.1.1>）

●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	10
糖尿病専門医	1
救急科専門医	1
循環器専門医	1
消化器専門医	2
腎臓専門医	2
小児科専門医	1
消化器外科専門医	4
脳神経外科専門医	3
消化器内視鏡専門医	3
神経内科専門医	2
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
病理専門医	1
透析専門医	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3
- * 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1(15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12対1配置加算1
- * 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(感染防止対策地域連携加算)
- * 患者サポート体制充実加算
- * ハイリスク妊娠管理加算
- * 総合評価加算
- * 病棟薬剤業務実施加算1
- * データ提出加算2(200床以上)
- * 地域包括ケア病棟入院料1
- * 緩和ケア診療加算
- * 退院支援加算1(地域連携診療計画加算)
- * 認知症ケア加算1

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
- * 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1
- * 無菌製剤処理料
- * 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
- * 大動脈バルーンパンピング法(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	1.0296
暫定調整係数	0.0258
機能評価係数 I	0.2641
機能評価係数 II	0.0677
- * がん患者指導管理料1
- * がん患者指導管理料2
- * 外来緩和ケア管理料
- * 排尿自立指導料

●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

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 183名
(常勤医師6名、看護師56名、介護士35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27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）
在宅時医学総合管理料
経口摂取回復促進加算1
認知症ケア加算2
退院支援加算1（地域連携診療計画加算）
- 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
●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 透析液水質確保加算2

●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 2360390013 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 労働保険指定訪問看護事業者指定
●介護保険事業所番号	
●体制、加算他	

》 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	http://www.aiseikai-hc.or.jp/vc-st/
●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	http://www.aiseikai-hc.or.jp/dcs/
●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） 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	http://www.aiseikai-hc.or.jp/caremanager/
●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 <http://www.aiseikai-hc.or.jp/ai-kango/>
- 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 2014年1月～2016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	2014年	2015年	2016年
延べ外来患者延数	154,989	156,516	158,642
一日平均外来患者数	525.3	534.7	537.8
平均在院日数	12.13	14.61	14.36
延べ入院患者延数	75,460	79,701	82,333
一日平均入院患者数	206.7	218.4	225.0

▶ 紹介患者数・逆紹介患者数

項目	2014年	2015年	2016年
紹介患者数	7,701	6,175	6,139
逆紹介患者数	7,139	8,281	7,883

▶ 救急車

項目	2014年	2015年	2016年
時間内救急車搬送患者数	1,004	862	980
時間外救急車搬送患者数	1,851	1,856	1,888
総件数	2,855	2,718	2,868

▶ 手術件数

診療科	2014年	2015年	2016年
全身麻酔手術件数	1,647	1,559	1,603
総件数	3,385	3,310	3,555

▶ 分娩数

診療科	2014年	2015年	2016年
正常分娩	145	90	86
帝王切開	37	41	44
総件数	182	131	130

病歴管理室

2016年1月～2016年12月データ

》 疾病（ICD 大分類）別・診療科別・性別 死亡患者数

ICD 大分類		総数	内科	外科	耳鼻 咽喉科	産婦人科	小児科	眼科	整形外科	神経内科	泌尿器科	皮膚科	脳神経 外科	麻酔科	老年 精神科	乳腺外科	甲状腺・ 内分泌外科
総数	計	265	134	101	-	-	-	-	12	4	1	-	12	-	-	1	-
	男	126	62	51	-	-	-	-	4	2	-	-	7	-	-	-	-
	女	139	72	50	-	-	-	-	8	2	1	-	5	-	-	1	-
I 感染症及び寄生虫症	計	10	7	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	男	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	6	3	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
II 新生物	計	109	16	91	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-
	男	54	10	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	55	6	47	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-
III 血液および 造血器の疾患ならびに 免疫機構の障害	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IV 内分泌、栄養および 代謝疾患	計	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V 精神および行動の障害	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI 神経系の疾患	計	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	男	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VII 眼および付属器の疾患	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII 耳および 乳様突起の疾患	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IX 循環器系の疾患	計	23	9	2	-	-	-	-	-	2	-	-	10	-	-	-	-
	男	12	4	2	-	-	-	-	-	1	-	-	5	-	-	-	-
	女	11	5	-	-	-	-	-	-	1	-	-	5	-	-	-	-
X 呼吸器系の疾患	計	82	71	2	-	-	-	-	7	-	1	-	1	-	-	-	-
	男	32	27	2	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-
	女	50	44	-	-	-	-	-	5	-	1	-	-	-	-	-	-
XI 消化器系の疾患	計	10	6	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	10	6	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XII 皮膚および 皮下組織の疾患	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XIII 筋骨格系および 結合組織の疾患	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	計	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XV 妊娠、分娩および 産じょくく(褥)	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVI 周産期に発生した病態	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII 先天奇形、変形および 染色体異常	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVIII 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	19	15	1	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	9	8	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	10	7	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
XIX 損傷、中毒および その他の外因の影響	計	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
	男	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XX 傷病および死亡の外因	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI 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 特殊目的用コード	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

▶ 疾病（ICD 大分類）別・診療科別・性別 退院患者数

ICD 大分類		総数	内科	外科	耳鼻 咽喉科	産婦人科	小児科	眼科	整形外科	神経内科	泌尿器科	皮膚科	脳神経 外科	麻酔科	老年 精神科	乳腺外科	甲状腺 内分泌外科
総数	計	5,710	1,129	655	126	237	105	1,416	1,061	121	114	-	199	-	-	225	322
	男	2,409	512	364	43	-	55	712	397	70	92	-	102	-	-	-	62
	女	3,301	617	291	83	237	50	704	664	51	22	-	97	-	-	225	260
I 感染症及び寄生虫症	計	86	60	4	4	2	13	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-
	男	35	24	2	1	-	7	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	51	36	2	3	2	6	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
II 新生物	計	1,028	58	323	6	53	-	-	43	5	48	-	10	-	-	220	262
	男	327	34	165	2	-	-	-	25	5	40	-	7	-	-	-	49
	女	701	24	158	4	53	-	-	18	-	8	-	3	-	-	220	213
III 血液および 造血器の疾患ならびに 免疫機構の障害	計	13	7	4	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-
	男	9	5	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	女	4	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
IV 内分泌、栄養および 代謝疾患	計	210	137	1	-	-	1	8	4	1	-	-	1	-	-	-	57
	男	84	65	-	-	-	1	2	2	1	-	-	1	-	-	-	12
	女	126	72	1	-	-	-	6	2	-	-	-	-	-	-	-	45
V 精神および行動の障害	計	2	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	2	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
VI 神経系の疾患	計	105	42	3	2	-	-	-	8	39	-	-	11	-	-	-	-
	男	48	13	1	1	-	-	-	5	24	-	-	4	-	-	-	-
	女	57	29	2	1	-	-	-	3	15	-	-	7	-	-	-	-
VII 眼および付属器の疾患	計	1,378	1	-	-	-	-	1,377	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	689	-	-	-	-	-	689	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	689	1	-	-	-	-	688	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII 耳および 乳様突起の疾患	計	86	11	-	71	-	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-
	男	24	4	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	62	7	-	51	-	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-
IX 循環器系の疾患	計	284	82	12	-	-	-	-	2	64	-	-	123	-	-	-	1
	男	144	36	6	-	-	-	-	-	36	-	-	65	-	-	-	1
	女	140	46	6	-	-	-	-	2	28	-	-	58	-	-	-	-
X 呼吸器系の疾患	計	481	371	17	39	-	44	-	3	3	-	-	2	-	-	-	2
	男	205	148	13	18	-	21	-	-	3	-	-	2	-	-	-	-
	女	276	223	4	21	-	23	-	3	-	-	-	-	-	-	-	2
XI 消化器系の疾患	計	460	199	254	-	-	-	-	5	-	-	-	1	-	-	-	1
	男	261	108	150	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-
	女	199	91	104	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1
XII 皮膚および 皮下組織の疾患	計	37	9	8	1	-	1	-	17	-	-	-	-	-	-	-	1
	男	21	4	6	-	-	1	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	16	5	2	1	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	1
XIII 筋骨格系および 結合組織の疾患	計	231	9	3	-	-	-	-	215	4	-	-	-	-	-	-	-
	男	103	4	1	-	-	-	-	97	1	-	-	-	-	-	-	-
	女	128	5	2	-	-	-	-	118	3	-	-	-	-	-	-	-
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	計	205	115	8	-	19	-	-	1	-	62	-	-	-	-	-	-
	男	111	57	6	-	-	-	-	-	48	-	-	-	-	-	-	-
	女	94	58	2	-	19	-	-	1	-	14	-	-	-	-	-	-
XV 妊娠、分娩および 産じよく<渴>	計	162	-	-	-	161	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	162	-	-	-	161	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
XVI 周産期に発生した病態	計	42	-	-	-	-	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	23	-	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	19	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII 先天奇形、変形および 染色体異常	計	17	-	1	2	1	1	2	5	-	2	-	3	-	-	-	-
	男	12	-	1	-	-	1	-	5	-	2	-	3	-	-	-	-
	女	5	-	-	2	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVIII 症状、徵候および異常臨床 所見・異常検査所見で他に 分類されないもの	計	7	5	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	4	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XIX 損傷、中毒および その他の外因の影響	計	876	22	16	-	1	2	29	756	2	1	-	46	-	-	-	1
	男	310	8	10	-	-	1	21	250	-	1	-	19	-	-	-	-
	女	566	14	6	-	1	1	8	506	2	-	-	27	-	-	-	1
XX 傷病および死亡の外因	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI 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 特殊目的用コード	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

▶ 疾病 (ICD 大分類) 別・年齢階層別・性別 退院患者数

		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～ 64	65才～ 69	70才～ 74	75才～ 79	80才～ 84	85才～ 89	90才～	平均 年齢
総数	計	5,710	90	22	24	55	183	275	436	531	437	599	661	717	749	552	379	66.4
	男	2,409	49	11	16	24	70	93	176	251	225	291	311	306	293	204	89	65.0
	女	3,301	41	11	8	31	113	182	260	280	212	308	350	411	456	348	290	67.3
I 感染症及び寄生虫症	計	86	9	3	1	3	17	6	4	3	6	7	2	7	4	11	3	48.3
	男	35	4	2	1	2	6	-	1	1	3	4	1	3	2	3	2	48.1
	女	51	5	1	-	1	11	6	3	2	3	3	1	4	2	8	1	48.5
II 新生物	計	1,028	-	1	-	6	16	48	165	165	122	142	106	101	84	51	21	62.5
	男	327	-	1	-	-	5	7	22	41	40	58	37	44	43	19	10	67.5
	女	701	-	-	-	6	11	41	143	124	82	84	69	57	41	32	11	60.2
III 血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	計	13	-	-	-	-	-	-	1	2	2	-	5	2	-	-	1	68.8
	男	9	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	5	1	-	-	-	67.3
	女	4	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	1	72.0
IV 内分泌、栄養および代謝疾患	計	210	-	2	-	4	15	17	25	22	20	14	8	13	33	23	14	62.5
	男	84	-	1	-	-	7	5	11	8	13	6	3	5	13	11	1	61.8
	女	126	-	1	-	4	8	12	14	14	7	8	5	8	20	12	13	62.9
V 精神および行動の障害	計	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	78.5
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	78.5
VI 神経系の疾患	計	105	-	-	-	-	2	5	5	9	2	9	19	13	12	17	12	72.6
	男	48	-	-	-	-	1	3	1	8	1	4	15	4	4	5	2	68.2
	女	57	-	-	-	-	1	2	4	1	1	5	4	9	8	12	10	76.3
VII 眼および付属器の疾患	計	1,378	-	-	3	3	11	15	53	134	132	206	265	251	198	86	21	70.2
	男	689	-	-	3	2	8	11	29	78	84	108	119	113	81	44	9	68.5
	女	689	-	-	-	1	3	4	24	56	48	98	146	138	117	42	12	71.8
VIII 耳および乳様突起の疾患	計	86	1	2	-	-	2	3	10	2	13	13	10	19	8	1	2	64.3
	男	24	-	1	-	-	1	2	4	-	4	3	2	6	1	-	-	59.0
	女	62	1	1	-	-	1	1	6	2	9	10	8	13	7	1	2	66.4
IX 循環器系の疾患	計	284	-	-	-	-	-	4	10	21	20	28	36	40	45	46	34	75.4
	男	144	-	-	-	-	-	-	2	7	14	12	16	23	19	22	6	72.8
	女	140	-	-	-	-	-	-	2	3	7	8	12	13	21	23	28	78.1
X 呼吸器系の疾患	計	481	33	9	6	6	11	9	12	16	5	13	19	45	73	98	126	72.1
	男	205	19	3	3	3	7	5	4	10	3	8	16	26	31	33	34	66.7
	女	276	14	6	3	3	4	4	8	6	2	5	3	19	42	65	92	76.1
XI 消化器系の疾患	計	460	-	-	1	2	8	21	44	49	41	46	63	61	65	40	19	67.6
	男	261	-	-	1	1	6	16	29	31	22	25	40	32	37	18	3	65.2
	女	199	-	-	-	1	2	5	15	18	19	21	23	29	28	22	16	70.9
XII 皮膚および皮下組織の疾患	計	37	-	1	1	-	1	-	4	2	-	4	7	1	8	5	3	69.0
	男	21	-	1	1	-	-	-	3	2	-	3	5	-	5	1	-	63.2
	女	16	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	2	1	3	4	3	76.6
XIII 筋骨格系および結合組織の疾患	計	231	-	-	1	6	7	20	16	30	21	17	26	30	32	15	10	64.2
	男	103	-	-	-	4	7	16	11	17	12	6	3	4	13	6	4	56.4
	女	128	-	-	1	2	-	4	5	13	9	11	23	26	19	9	6	70.5
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	計	205	-	-	-	1	6	6	13	20	12	24	20	33	28	27	15	70.2
	男	111	-	-	-	1	3	2	7	14	9	18	15	18	10	8	6	67.7
	女	94	-	-	-	-	3	4	6	6	3	6	5	15	18	19	9	73.2
XV 妊娠、分娩および産じょくく<／>	計	162	-	-	-	3	59	87	13	-	-	-	-	-	-	-	-	31.1
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	162	-	-	-	3	59	87	13	-	-	-	-	-	-	-	-	31.1
XVI 周産期に発生した病態	計	42	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0
	男	23	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0
	女	19	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0
XVII 先天奇形、変形および染色体異常	計	17	3	1	1	2	-	2	1	2	1	1	1	1	1	-	-	37.3
	男	12	2	-	1	2	-	-	1	2	1	1	1	1	-	-	-	39.9
	女	5	1	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	31.0
XVIII 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	7	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	-	1	1	1	-	71.7
	男	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	63.3
	女	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	-	-	78.0
XIX 損傷、中毒およびその他の外因の影響	計	876	2	3	10	19	28	32	60	53	40	72	73	99	157	130	98	70.0
	男	310	1	2	6	9	19	24	45	23	20	29	26	30	31	33	12	60.2
	女	566	1	1	4	10	9	8	15	30	20	43	47	69	126	97	86	75.4
XX 傷病および死亡の外因	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI 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 特殊目的用コード	計	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

▶ 疾病頻度順 (ICD 3桁分類)・退院患者数

順位	コード	病名	件数	患者数(男性)	患者数(女性)	65歳以上件数	平均年齢	平均在院日数	延年齢	延在院日数
1	H25	老人性白内障	803	357	446	692	73.6	2.0	59,423	1,576
2	H35	その他の網膜障害	267	135	132	191	68.6	5.7	18,316	1,524
	J69	固体物および液状物による肺臓炎	267	99	168	264	86.7	31.3	23,155	8,351
3	C73	甲状腺の悪性新生物	235	44	191	57	52.1	6.2	12,254	1,460
4	S72	大腿骨骨折	213	42	171	201	81.9	38.8	17,438	8,270
5	C50	乳房の悪性新生物	205	-	205	63	58.0	8.0	11,882	1,641
6	S32	腰椎および骨盤の骨折	129	29	100	121	79.6	35.4	10,264	4,567
7	I63	脳梗塞	126	71	55	103	75.0	22.5	9,453	2,834
8	H33	網膜剥離および裂孔	108	76	32	29	55.6	8.4	6,001	908
9	H43	硝子体の障害	93	51	42	57	67.8	4.8	6,308	450
10	S52	前腕の骨折	89	24	65	48	62.8	7.3	5,591	652
11	K80	胆石症	81	38	43	59	69.7	11.8	5,643	955
12	H81	前庭機能障害	78	23	55	50	67.0	4.2	5,223	329
	O80	単胎自然分娩	76	-	76	-	30.9	7.0	2,348	533
13	S82	下腿の骨折、足首を含む	76	37	39	45	62.0	25.0	4,714	1,901
14	J18	肺炎、病原体不詳	74	36	38	60	71.5	19.8	5,291	1,462
15	C78	呼吸器および消化器の続発性悪性新生物	71	27	44	58	73.8	19.4	5,240	1,376
16	C20	直腸の悪性新生物	65	36	29	48	68.1	12.5	4,426	814
17	S42	肩および上腕の骨折	62	38	24	26	55.4	10.6	3,435	655
18	E11	インスリン非依存性糖尿病 <NIIDDM>	56	28	28	23	63.1	18.3	3,536	1,025
19	C18	結腸の悪性新生物	54	25	29	44	74.1	27.0	4,001	1,458
20	E05	甲状腺中毒症【甲状腺機能亢進症】	52	11	41	2	37.2	5.8	1,933	303
21	K40	そけいべ角症ヘルニア	51	46	5	34	67.5	4.4	3,440	222
22	N18	慢性腎不全	50	34	16	35	71.0	14.4	3,550	718
23	I50	心不全	48	23	25	45	81.9	27.5	3,931	1,321
24	A09	感染症と推定される下痢および胃腸炎	47	16	31	19	51.7	5.3	2,429	249
25	C16	胃の悪性新生物	45	24	21	38	73.2	19.2	3,295	865
	I61	脳内出血	45	25	20	34	75.1	22.3	3,380	1,004
26	C25	脛の悪性新生物	44	26	18	29	72.1	22.6	3,172	994
	D48	その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物	44	21	23	9	52.6	5.2	2,316	230
27	S06	頭蓋内損傷	43	16	27	40	79.2	18.5	3,406	794
28	G20	パーキンソン <Parkinson> 病	41	10	31	40	83.6	35.7	3,426	1,463
	H36	他に分類される疾患における網膜の障害	41	31	10	16	60.0	7.5	2,461	306
29	S83	膝の関節および韌帯の脱臼、捻挫およびストレイン	40	22	18	3	34.8	14.0	1,391	558
	T02	多部位の骨折	40	7	33	38	81.9	38.9	3,275	1,554
30	K35	急性虫垂炎	37	17	20	7	47.4	8.5	1,753	315
31	E86	体液量減少(症)	36	21	15	31	76.7	11.1	2,760	398
	H40	線内障	36	19	17	25	68.4	5.9	2,462	211
32	M48	その他の脊椎障害	35	19	16	26	74.3	20.1	2,602	703
33	K83	胆道のその他の疾患	34	25	9	31	77.2	14.8	2,625	504
34	C61	前立腺の悪性新生物	32	32	-	25	71.3	2.9	2,281	93
35	M17	膝関節症【膝の関節症】	31	8	23	23	71.1	27.0	2,205	837
36	K25	胃潰瘍	30	13	17	25	74.5	16.4	2,235	493
	K56	麻痺性イレウスおよび腸閉塞、ヘルニアを伴わないもの	30	13	17	23	74.0	12.7	2,219	381
37	K57	腸の憩室性疾患	29	16	13	15	64.2	8.6	1,861	250
	M51	その他の椎間板障害	29	18	11	3	46.6	11.3	1,350	328
38	L03	蜂巣炎<蜂窩織炎>	27	15	12	20	65.9	14.8	1,778	399
39	K81	胆のうく囊炎	26	15	11	18	69.3	13.8	1,803	358
	N10	急性尿細管間質性腎炎	26	9	17	23	78.7	32.4	2,047	843
40	N39	尿路系のその他の障害	26	11	15	23	78.5	17.3	2,040	450
	S22	肋骨、胸骨および胸椎骨折	25	7	18	22	79.4	25.8	1,986	645
41	C56	卵巣の悪性新生物	23	-	23	5	62.9	6.9	1,447	158
	D34	甲状腺の良性新生物	23	2	21	3	53.4	5.3	1,229	123
42	C79	その他の部位の続発性悪性新生物	22	11	11	20	73.7	22.0	1,622	485
	E87	その他の体液、電解質および酸塩基平衡障害	22	11	11	19	79.7	19.8	1,753	435
43	J20	急性気管支炎	22	11	11	7	38.7	8.7	852	191
	E46	詳細不明のたんぱく<蛋白>エネルギー栄養失調(症)	21	3	18	21	86.0	48.1	1,806	1,010
44	K65	腹膜炎	18	13	5	13	72.0	28.8	1,296	518
	N17	急性腎不全	18	10	8	15	77.1	22.1	1,387	397
45	O33	既知の胎児骨盤不均衡またはその疑いのための母体ケア	18	-	18	-	27.7	9.9	498	179
	S92	足の骨折、足首を除く	18	11	7	8	58.5	29.1	1,053	523
46	C34	気管支および肺の悪性新生物	17	8	9	17	79.6	17.2	1,353	292
	N20	腎結石および尿管結石	17	10	7	8	60.8	2.2	1,033	38
47	T85	その他の体内プロステーシス、挿入物および移植片の合併症	17	11	6	12	69.6	3.1	1,183	52
	D25	子宮平滑筋腫	16	-	16	-	44.6	9.9	714	159
48	P58	その他の多量の溶血による新生兒黄疸	16	8	8	-	0.0	3.2	-	51
	G40	てんかん	15	8	7	8	61.6	8.0	924	120
49	I62	その他の非外傷性頭蓋内出血	15	8	7	13	78.7	10.0	1,181	150
	J45	喘息	15	8	7	2	15.1	11.5	226	173
50	C22	肝および胆内胆管の悪性新生物	14	12	2	14	79.4	13.1	1,112	184
	C24	その他の部位不明の胆道の悪性新生物	14	11	3	11	73.5	30.3	1,029	424
51	C67	膀胱の悪性新生物	14	6	8	13	74.6	5.9	1,045	82
	J15	細菌性肺炎、他に分類されないもの	14	6	8	7	53.6	14.6	751	205
52	O02	受胎のその他の異常生成物	14	-	14	-	33.8	1.9	473	27
	O34	既知の母体骨盤器の異常またはその疑いのための母体ケア	14	-	14	-	34.6	9.9	485	138
53	H34	網膜血管閉塞症	13	7	6	10	72.9	4.8	948	63
	K55	腸の血行障害	13	3	10	9	70.1	10.5	911	136
54	K63	腸のその他の疾患	13	4	9	6	69.8	9.3	907	121
	K91	消化器系の処置後障害、他に分類されないもの	13	8	5	7	67.7	8.8	880	115
55	M16	股関節症【股関節部の関節症】	13	-	13	11	72.3	39.4	940	512
	N40	前立腺肥大(症)	13	13	-	12	73.5	7.8	956	101
56	T81	処置の合併症、他に分類されないもの	13	8	5	9	71.0	9.9	923	129
	J32	慢性副鼻腔炎	12	5	7	4	56.8	3.9	681	47
57	K92	消化器系のその他の疾患	12	5	7	10	74.2	11.8	890	142
	その他他の疾患		830	402	428	406	57.1	14.7	47,374	12,196
	合計		5,710	2,409	3,301	3,661	66.4	14.0	379,216	80,206

》クリニカルインディケーター

指標	分子	分母	2014年	2015年	2016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%	57.9%
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%	56.7%
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%	4.7%
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%	95.8%
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%	17.8%
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%	8.8%
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%	63.7%
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%	67.8%
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%	28.9%
脳卒中患者のうち退院時スタチン処方割合	分母のうち、退院時にスタチンが処方された患者	脳梗塞で入院した患者数	-	-	26.8%
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%	67.0%
尿道留置カテーテル使用率	分母のうち、尿道留置カテーテルが挿入されている入院延べ患者数	入院延べ患者数	-	-	17.8%

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

手術実績

主要手術項目

2016年1月～2016年12月データ

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	1

消化器・一般外科

手術	件数
鼠径ヘルニア手術	63
腹腔鏡下胆囊摘出術	62
結腸切除術 (全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術)	39
直腸切除・切断術	12
虫垂切除術	19
胆囊摘出術	19
胃全摘術（悪性腫瘍手術）	5
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	10
急性汎発性腹膜炎手術	10
腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）	3
痔核手術	3
肝切除術（部分切除）	6
脾頭部腫瘍切除術 (リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術)	5
胃切除術（悪性腫瘍手術）	11
胆管切開結石摘出術（胆囊摘出を含む）	5
腸管癒着症手術	15

甲状腺・内分泌センター

手術	件数
甲状腺癌手術	124
甲状腺良性疾患手術	127
バセドウ病外科手術	65
原発性副甲状腺機能亢進症	5

乳腺外科 乳房センター

手術	件数
乳腺悪性腫瘍手術	144
乳腺良性腫瘍手術	12
吸引式乳房組織生検	231
乳腺手術その他	7

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	118
大腿骨人工骨頭	71
人工股関節	21
人工膝関節	24
膝関節鏡	72
肩関節鏡	25
脊椎	36
腫瘍	61
その他	371

脳神経外科

手術	件数
脳動脈瘤頸部クリッピング術（破裂）	8
脳動脈瘤頸部クリッピング術（未破裂）	6
開頭頭蓋内血腫除去術（外傷以外のもの）	1
頸動脈内膜剥離術	3
浅側頭動脈中大脳動脈吻合術	4
頭蓋形成術	2
頭蓋内腫瘍摘出術	5
水頭症手術	1
開頭頭蓋内血腫除去術（外傷）	1
慢性硬膜下血腫穿頭ドレナージ術	17
その他	2

産婦人科

手術	件数
子宮全摘出術	23
付属器摘出術	9
帝王切開術	43
流産手術	14
子宮頸部円錐切除術	4
子宮脱根治術	5
バルトリン腺囊胞切除術	12
頸管ポリープ切除術	1
その他	5

眼科

手術	件数
白内障手術	911
白内障硝子体同時手術（硝子体単独も含む）	532
バックリング手術	23
縁内障手術	32
眼内薬物投与	608
その他	58

➤ 麻酔科

麻酔方法	件数
全身麻酔	1,597
静脈麻酔	4
脊椎硬膜外麻酔	44
脊椎麻酔	3
ペインクリニック外来患者数	1,643

➤ 泌尿器科

手術	件数
腎（尿管）悪性腫瘍手術	2
経尿道的膀胱腫瘍切除術	12
経尿道的膀胱頸部切開術	1
経尿道的前立腺切除術	10
経尿道的尿管結石摘出術	16
経尿道的膀胱結石摘出術	4
経尿道的尿管狭窄部拡張術	3
経尿道的尿管ステント留置術	11
経尿道的尿管ステント抜去術	7
尿道ステント留置術	2
停留精巣固定術	1
精液瘤摘出術	1
陰嚢水腫根治術	1
包茎手術	6
経皮的腎瘻造設術	1
腎囊胞穿刺術（エタノール固定）	1
水圧拡張術	1
前立腺生検	32
膀胱生検	2

検査実績

主要検査項目

2016年1月～2016年12月データ

▶ 循環器内科

検査	件数
心エコー	1,464
運動負荷心電図	77
ホルター心電図	161
冠動脈 CT	60

▶ 腎臓内科・腎センター

検査	件数
腎生検	7
血液浄化療法	744
新規導入	27
PMX	5
CHDF	1
シャント PTA	2

▶ 消化器内科・内視鏡センター

検査・処置	件数
上部消化管内視鏡（胃カメラ）	3,465
検査総数	
経鼻胃内視鏡検査	1,231
内視鏡的胃十二指腸早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術 (ESD)	13
大腸内視鏡（大腸カメラ）検査総数	1,465
内視鏡的大腸ポリープ切除術	583
カプセル内視鏡検査	9
カプセル内視鏡（他院からの依頼読影）	106
内視鏡的逆行性胆管造影 (ERCP) 総数	81
経皮的胆管ドレナージ (PTCD)	10

▶ 放射線科

検査	件数
一般撮影	40,178
CT	12,126
MRI	6,062
マンモグラフィ	4,339
透視検査	3,357
骨密度測定	1,716

各科データ

各科診療実績 2016年1月～2016年12月データ

皮膚科

項目	件数
皮膚超音波検査	31
皮膚病理組織検査	69
金属パッチテスト	8

小児科・アレルギー科

項目	件数
委託予防接種数	2,219
インフルエンザワクチン延接種数	350
アレルギー科受診延患者数	704
負荷試験延数	51
小児神経発達相談受診延患者数	238
小児心理検査延数	14

健診センター

項目	件数
半日ドック	1,829
脳ドック	377
乳がん検診	749
子宮がん検診	603
協会けんぽ健診	2,364
一般健診	2,868
特定健診	1,005

リハビリテーション科

項目	件数
新規 入院患者数	1,939人
新規 外来患者数	361人
施行単位数 脳血管 I	31,176単位
施行単位数 運動器 I	64,721単位
施行単位数 呼吸器 I	18,615単位
施行単位数 廃用症候群	2,968単位
施行単位数 がんリハ	5,905単位
施行単位数 合計	123,385単位
摂食機能療法	7,800回
リハ対象者平均在院日数	31.9日
リハ開始時 Barthel Index	29.9点
リハ終了時 Barthel Index	57.5点
訪問リハビリ延件数 (6月開始)	536件

栄養科

項目	件数
入院栄養食事指導	1,054
外来栄養食事指導	603
集団栄養食事指導	111
糖尿病透析予防指導管理料	136
栄養サポートチーム加算	857
NST 回診延べ患者数	887
NST 外来件数	21
給食延べ数	241,265
患者食数 一般食	91,950
患者食数 特別食 (加算)	56,640
患者食数 特別食 (非加算)	28,825
濃厚流動食	10,270
産科食 食数	2,173
糖尿病教室 食数	41
糖尿病バイキング教室 食数	48
職員食 食数	51,318

臨床検査部

項目	件数
検体検査	76,906
病理検査	3,325
細胞診	3,780
生理検査	24,925
乳腺エコー	2,899
耳鼻科検査	1,170

薬剤部

薬剤部管理指導 等	件数
薬剤管理指導料 1	1,445
薬剤管理指導料 2	2,708
退院時薬剤情報管理指導料	1,128
麻薬管理指導加算	349
薬剤総合評価調整加算	1
後発医薬品採用比率 (月平均)	82.78%

▶ 総合支援センター

医療福祉相談件数・領域	件数
入院相談	6,744
外来相談	425
地域相談	16
入院相談（当院受入）	34
背景要因	9
適応	4
家族	51
職業・住居	14
経済的課題	852
退院支援（転院・介護施設入所）	1,881
退院支援（居住系施設入居）	760
退院支援（在宅）	614
在宅支援・維持	2,789
自宅から入所等支援	85
その他	92
相談延べ件数	7,185

▶ 緩和ケアセンター

項目	件数
介入実績（がん・非がん）／年	226
・他院からの紹介	52
転帰／6月～12月	
・院内看取り	72
・自宅退院	59
・転院	3
・施設退院	7

患者相談・区分	件数
療養相談（受診科等）	162
苦情・クレーム・事故対応	190
その他の医療相談	36
その他	77
合計	465

▶ 看護部

項目	件数
認定看護師	2名（現在7名）
愛知がんリハビリテーションの免許取得	1名（現在5名）
IBCLC（国際ラクテーションコンサルタント）助産師	1名（現在6名）
助産師ラダー取得	0名（現在7名）
認知症看護認定コース実習受け入れ（長野大学）	3名
看護専門学校実習受け入れ	3校
新採用者とのランチョンミーティング	32名
看護学校訪問	30校
看護師募集ブース出展	2回
インターーンシップの実施	5名
管理者研修：ファースト取得	2名（現在6名）
管理者研修：セカンド取得	1名（現在3名）
BLS免許取得	2名（現在12名）

内科

副院長 内科統括 城 浩介

▶ 特徴

内科は現在常勤医13名で、各専門科の特徴はそちらを御参照ください。

名古屋大学や愛知医科大学の医局からの非常勤医のご指導のもと、非常に専門性の高い医療を提供しています。残念ながら現段階でも呼吸器内科の常勤医は不在ですが、外来にて専門性の高い最新の医療は提供できる状態にあります。

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や読影など、病院診療の基礎を担っていると自負しています。

▶ 2017年目標

2016年は、退職者などにて前年に比べ2名の内科医が減ったにもかかわらず、患者数や検査数、学会活動など全体的には活動性は高くなっていました。2017年にはさらなる健闘を期待しています。

昨年の目標であった、呼吸器内科の常勤医の確保、チーム医療の充実による早期退院・新入院確保につきましては努力中であり、来年に引き継ぎたいと考えます。

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することを目標にがんばっていきたいと思っております。

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2名で診療活動を行っています。循環器疾患全般にわたる外来診療・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います。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。

▶ 2017年目標

近隣の高次医療機関との連携を維持しつつ、適切で細やかな診療を心がけていきたいと思います。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、脾臓、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治療等、内視鏡的治療を行っています。肝臓領域では、C型肝炎ウイルスに対して、飲み薬（DAA：直接作用型抗ウイルス薬）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います。

▶ 2017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、患者さまに応じた全人的な診療をするように努めています。

腎臓内科・腎センター

腎臓内科・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います。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。当院は日本腎臓学会研修施設に認定されています。

▶ 2017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います。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。

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る、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。

▶ 2017年目標

リハビリ、画像診断環境の充実、回復期病院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

糖尿病内科部長 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、月曜日から土曜日まで毎日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おります。

(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。血糖のは正だけでなく、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。

インスリン使用中の患者に対する外来看護指導・糖尿病性神経障害を有する患者に対する外来看護師によるフットケア指導と、外来患者に対するセルフケアの支援を継続しております。病棟でも患者教育指導に積極的に看護部が関わるようになり、チーム医療が充実してきています。昨年同様に腎臓内科と連携して糖尿病透析予防にも力を入れております。糖尿病認定看護師、内科外来河井師長とともに専門性の高い患者教育を行っております。

▶ 2017年目標

今年はインスリンポンプ療法を開始する予定です。持続血糖測定も可能となるため細やかな血糖管理を行うことができます。1型糖尿病患者さまを中心に、血糖管理に難渋している方々の治療につなげていきたいと考えております。

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できたらと考えております。

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

外傷、痔核、ヘルニアといった一般外科の症例から消化器外科にいたっては地域の基幹病院に匹敵する症例を手がけています。基幹病院に比べ ADL の自立していない患者さまや高齢者が多く、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まには名古屋大学病院へ紹介させていただいている。

▶ 2017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生きたいと思います。

同時に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

昨年6月よりがん性疼痛看護認定看護師の佐藤真嗣氏が新たに緩和専従となり、全8専門職から構成される PCT とともに活動しています。

外来では、院内・院外から緩和ケア目的の紹介を受けています。転院依頼の場合はまず家族受診で、経過についての理解・心情から今後の方向性まで十分な時間をかけて話し合ってから受け入れを決定します。抗癌治療中の方では、主治医との併診をしながらスムーズな緩和ケア導入を目指します。

▶ 2017年目標

愛知県下17番目に緩和ケア加算の施設基準を満たし、一般病棟での緩和ケアモデルとして誇りを持って活動を展開していきます。

いかなる依頼や相談にも速やかに対応し、適切なタイミングで緩和ケアを提供できるように活動を広めていきます。在宅医と連携し、緊急時バックアップベッド機能を約束して自宅退院を支援します。また、症例検討、薬剤や手技の説明会によって、病院全体での緩和ケアの質をさらに高めるように努めます。

甲状腺・内分泌センター

名誉院長 甲状腺・内分泌センター長 加藤 万事

▶ 特徴

年間300例以上と、東海地区随一の甲状腺疾患の手術件数を集積し、東海地区の甲状腺外科のセンターとして機能しています。小児例、妊娠中や他疾患合併の複雑な事例も確実にお引き受けして、迅速に治療手術のできる臨床力の高い病院として認知されています。また東京の伊藤病院を始め、関東、関西の甲状腺専門医療機関とも連携して、他地域からの転入、転出をされた患者さまのフォローアップなどもお引き受けして、生涯にわたる甲状腺治療をサポートしています。

▶ 2017年目標

東海地区における甲状腺診療の拠点として、病診・病病連携を深めつつ、学会活動、患者啓発の活動にも取り組んでまいります。また先進医療機器の導入により更なる手術の安全、治療効果の改善も果たしてゆきます。

乳腺外科・乳腺センター

副院長 乳腺外科・乳腺センター長 窪田 智行

▶ 特徴

地域の乳癌診療の中核病院として日々診療を行っており、平成25年3月に開設した乳腺センターを中心に地域の皆様に最新の乳癌治療を提供しています。日本乳癌学会認定施設として、最新の乳癌情報の提供、学会発表を通じての研究活動を続けています。

また、患者サポート面でも、医師、看護部、薬剤部、放射線科、臨床検査科、リハビリ科、栄養科、MSW など病院内の各部署と連携を取り行なっています。毎年6月に行われる「上飯田乳癌講演会」、地域乳癌専門医と共同で開催している「With you Nagoya」、乳癌患者さまの集いである「乳腺サロン」の開催など、乳腺チームとして続けて患者サポートを行っていきます。

▶ 2017年目標

継続した患者サービスとともに、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。地域連携の一層の強化を図り、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います。

研究面でも、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

整形外科としては運動器に関する外傷性疾患の他に人工関節、関節鏡のセンターとして症例を積み重ねてきました。また他に脊椎、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。地域柄ご高齢の患者さまが多いため、術後は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で在宅復帰への支援もおこなっています。

► 2017年目標

患者さまに高度で安全、安心の医療を提供するとともに、近隣の開業医、勤務医の先生方と密接に連携をして、地域に必要とされる病院を目指して一層努力していきたいと思います。

また整形外科スタッフの教育にも力を注ぎ、より質の高い医療を提供できるように頑張っていきます。

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、非常勤医師2名と交代で月曜から土曜日まで連日の外来診療を行っています。また他科で入院中、リハビリ病院に入院中に皮膚に症状のある方は、連日回診も含めて依頼を受け、診察治療を行っています。

褥瘡は専任看護師、理学療法士、薬剤師、栄養士と共にチームを組んで週1回褥瘡回診で一括して診療しています。

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。

新たな取り組みとして2016年6月より、アスタキサンチン配合ジェル、ハイドロキノン美白クリームの取り扱いを始めました。また、水痘ワクチンの適応拡大に伴い、50歳以上の方へ帯状疱疹予防ワクチンも開始しております。

► 2017年目標

今年は新しく、原発性腋窩多汗症に対するボトックス治療、日用品のかぶれでお困りの方へパッチテストパネルを用いたパッチテストを開始します。

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います。

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、機能脳神経外科など一般的な脳神経外科診療を行っています。特に脳血管障害に関する手術では他施設で治療困難とされた症例に対しても積極的に治療を行い良好な成績を収めています。

▶ 2017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、緊急手術対応をして参りましたが、2017年1月より脳卒中当直が廃止となりました。今後は急性期疾患だけではなく“地域に貢献できる脳神経外科”としての道を模索していきます。

泌尿器科

泌尿器科医長 服部 慎一

▶ 特徴

2016年4月より泌尿器科に私が常勤として赴任し、これまでの非常勤の先生と一緒に外来診療を行うとともに、入院治療や検査・手術も行うことになりました。4月はまだ外来患者さまも少ない状況でしたが、近隣医療機関からの紹介や当院健診センターへ他科からの紹介などで徐々に患者さまが増えてきました。膀胱癌や尿管結石など膀胱鏡や尿管鏡など使用して行う手術から開始し、全身麻酔の手術も手掛けるようになってきました。

▶ 2017年目標

近隣の患者さまや医療機関に当院泌尿器科を認知してもらい、更なる患者数の増加を目指したいと思います。これまで腰椎麻酔で行う生検や手術の患者さまが多く短期入院が主体ですが、重篤な感染症患者さまの受け入れや全身麻酔で行う手術の増加等で入院期間の長い疾患を対象にした治療を増やしていきたいと思います。2016年7月から稼働している排尿ケアチームをさらに活用し排尿が自立できる患者さまを増やすことも目標です。

小児科・アレルギー科

小児科部長 後藤 泰浩

▶ 特徴

予防医療・健康発育診療に重点をおき、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。一般診療は平日午前行っています。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。

▶ 2017年目標

地域密着型の小児についての病院診療、予防接種、育児・発達相談外来やアレルギー外来定着が目標です。乳児ロタウイルスワクチン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。酵素補充療法など稀少疾患にも対応、病院小児科ならではの診療を広げるように努めます。成人の帯状疱疹予防ワクチンや肺炎球菌ワクチン・企業向けの渡航ワクチンの要望にも門戸を広げる計画です。

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。

▶ 2017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い、減少傾向にある分娩数の増加をめざします。4Dエコー・女性外来などの特殊外来やブライダルチェックを新設し、また婦人科手術も増やしていく予定です。常勤医1人にてできる事が限られていますが、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

常勤医は一人ですが非常勤医の応援も得て毎日外来診療を行っており、耳鼻科一般疾患に対応しており、特殊な分野として音声治療を行っています。入院診療も可能な限り行っていますが、中耳伝音系再建手術や悪性腫瘍の治療については連携している高度医療機関に依頼しています。

▶ 2017年目標

診察を受けにくる患者さまの人数が増えるよう努めています。

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。

▶ 2017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。

麻醉科

麻醉科部長 岩田 健

▶ 特徴

- 1) 常勤医師4名・非常勤医師4名(火～木曜 1日1～2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(火曜・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。

▶ 2017年目標

- 1) 安全に治療ができる手術室環境構築に協力していきます。
- 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

名古屋大学医学部放射線科との連携下、脳血流SPECT・MIBG心筋シンチ・DAT-SPECT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。認知症疾患のみではなく、認知機能に影響を及ぼす多くの病態・疾患も視野に入れての治療を心掛けています。薬物療法だけでなく運動療法・脳リハなどを重視した診療を実施しています。

▶ 2017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、患者さまの利便性向上に、スタッフと共に日々知恵を絞っています。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」のレベルを自負しています。今後も努力を怠ることなく、更なる高みを目指して誇り高く、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

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在宅療養の方などの入院 ③在宅退院支援です。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、2015年12月には病床を40床としました。

地域包括ケア病棟運営協議会を2016年より隔月に開催するなかで、病棟運営の検討や退院支援の状況を協議してきました。

▶ 2017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体制を強化します。

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

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。胃部検査におきましては、胃カメラへの変更が比較的容易にでき、経口、経鼻の選択ができます。また採血結果が迅速に出ることにより、積極的に特定保健指導にも取り組んでいます。

健診コースは、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。

▶ 2017年目標

問診や結果説明などを充実したものとし、受診者サービスに繋げてまいります。また、上部消化管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。

特定保健指導を積極的に行い、生活習慣病予備軍を生活習慣病に移行させないよう支援して行きます。

看護部

看護部長 繩田 文子

▶ 特徴

地域の人々から「信頼され愛される病院」の実現に向けて、看護師の専門職としての安全で確かな技術、患者さまの立場に立った思いやりのある温かいケアの提供に努めています。そして、看護師一人ひとりを大切にした働きやすい環境づくりを重視し、看護師が目標を持って働き続けられ、「成長できる病院」にしたいです。

看護職員の動向

- 2016年12月末現在：看護師 231人 準看護師 12人
- 2017年3月20日までの離職率：13.9% (2015年：16.5%) ⇒ 2.6% 減少

▶ 2017年目標

1. 多職種と連携し、患者支援体制の充実を図ります。
 - ・患者さんの退院後の生活を意識した看護を提供します。
 - ・いつでも入院を受け入れる姿勢を持ちます。
2. 職場環境を整備し、職員がイキイキと満足して働く職場を目指します。
 - ・職員が仕事と家庭の両立ができるように支援します。
 - ・キャリアアップができる環境を整えます。

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，がんリハ（がんのリハビリ研修修了者21名）

運動器Ⅰ，呼吸器Ⅰ，訪問リハビリテーション

人 員：理学療法士17名（1名は5回／週 訪問リハビリに従事）

作業療法士11名（1名は半日3回／週 デイサービスへ派遣）

言語聴覚士4名，リハ助手2.5名

当科は急性期から在宅・施設復帰まで一貫したリハビリを提供しております。また、今年は6月に訪問リハビリテーションの開設も行いました。今後も入院では、がんや認知症に対するリハビリ等の新しい分野への取り組み、その他分野のレベルアップ、外来・訪問リハビリ、デイサービス、関連施設クリニックでの腎臓リハビリなど様々な業務にスタッフが意欲的に取り組み、当地域の地域包括ケアシステム構築の一助となることを目指していきます。

▶ 2017年目標

- ・法人内リハスタッフの施設間ローテーションシステムを変更し導入する。
- ・訪問リハビリスタッフの増員
- ・整形外科疾患に対するエコーの導入
- ・当地域のコミュニティー活動の企画・参加
- ・中堅スタッフの管理・監督者への育成

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2名の歯科衛生士が在籍しています。栄養食事指導、糖尿病教室などの指導では、個々の生活習慣に合わせ患者さまに寄り添ったアドバイスを心掛けています。また、入院患者さまに対し給食の喫食状況の把握、定期的な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。歯科衛生士は口腔ケアを実施し、口腔衛生状態の維持に努めています。

▶ 2017年目標

- ・栄養指導の質向上（継続した栄養指導を目指して）
- ・栄養管理の質向上（各症例に対するPDCAの実行）
(NST専従) NSTメンバーがPDCAを実行できるよう育成する
(給食) 安全な給食提供、ヒヤリハット件数の減少
(歯科衛生士) 外科歯科連携

臨床検査部

臨床検査部技師長代行 浅井 弥生

▶ 特徴

臨床検査部は、新たに二口医師を検査部長として迎え総勢16名で構成されています。日常業務の範囲は検体検査、輸血検査、病理検査、生理検査、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、健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。

▶ 2017年目標

- 老朽化した検査機器の更新を行い、検査の精度管理の向上を目指します。
- また迅速な検査結果報告、多くの検査情報を提供できるようにしていきます。
- そして安定した検査の提供をするために、人材育成につくしチーム医療に貢献していくたいと考えています。

放射線科

放射線科技師長 片桐 稔雄

▶ 特徴

放射線科は、“信頼され愛される病院”の理念のもと、質の高い画像を提供できるように、日々研鑽しています。そのために、放射線技師一人ひとりが、自分の仕事に対し責任感を持って臨むよう、教育、指導しております。

また、学術的な活動にも力を入れることで常に最新の専門的知識と技術を取り入れ、患者さまに安全で安心な検査を提供できるように勤めています。

▶ 2017年目標

1. 安全・安心な検査を提供するため、人材の育成を図ります。
2. より良質な画像の提供に尽力します。
3. 地域医療施設との連携をより深め、地域医療に貢献します。

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うことにより医療行為が円滑に進む環境を整備しています。

処方のチェック・使用法のチェック・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に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、患者さまと直に接して観察することによって、副作用症状などの情報収集に努めています。

▶ 2017年目標

来年度は新人を含め担当再構築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を図ります。

新たに着手した外来の院内投薬部分での増収を見込めますが、そのために病棟活動に若干支障が出るため、薬剤管理指導件数に関しては、ほぼ現状維持の5%増を目指します。

薬学部6年制実習生を6名受け入れます。

後発医薬品採用比率は、現状のまま80%超を維持出来るよう順次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・右心力テーク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ま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。

▶ 2017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
- ・ME 機器の効率的な運用

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者で構成されております。

業務の内容は以下の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。

▶ 2017年目標

- ・地域医療連携室での、看護師による訪問看護との連携「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、組織内での新企画の準備、活動を行う。

病診連携医療機関 2016年1月～2016年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
北病院	361	北区上飯田南町2-88
おがわ内科クリニック	314	守山区幸心1丁目228番地
つがねクリニック	260	北区安井4-14-63
あじま眼科クリニック	131	北区楠味鏡2-1704
大曾根外科	104	北区平安1-8-11
竹内クリニック	99	北区辻町3丁目53番地
さとし耳鼻咽喉科クリニック	81	守山区瀬古東3丁目1245-1
やまもとクリニック	77	北区如意3丁目108-1
しんぼ整形外科	76	北区苗田町63
丸茂病院	63	名東区本郷2丁目124番地の1
伊藤内科	59	北区上飯田西町1-31-1
すぎやま内科	59	千種区覚王山通80-70-1サンクレア池下4階
ちくさセントラルクリニック	58	千種区今池4-401玉置ビル2階
かわなかクリニック	58	北区川中町11-8
尾上クリニック	52	北区上飯田通1-11野沢ビル2階
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
せこ内科クリニック	47	守山区瀬古1-720
大隈病院	46	北区大曾根二丁目9番34号
近松医院	46	北区平安二丁目5番40号
辻町内科クリニック	46	北区辻町1-32-1
堀田医院	45	北区八代町2-74
なごやかこどもクリニック	44	北区平安2丁目1-14カトレヤビル1階
守山内科・守山健康管理センター	44	守山区新守山901番地
堀口医院	41	北区東味鏡1-1601
木の香往診クリニック	41	北区龍ノ口町2-25-101
林整形外科	40	東区矢田二丁目9番10号
金城クリニック	39	北区金城3-4-5
くりきクリニック	39	北区中味鏡3丁目402-1
若葉通クリニック	36	北区若葉通1-15-2
宮永医院	35	北区柳原2-1-12
清水内科クリニック	33	北区平安1-8-50
おおぞね内科クリニック	33	北区大曾根4丁目13-28
いしぎろクリニック	32	北区如意2-118
太田整形外科	31	北区中味鏡三丁目418
中切パークサイドクリニック	29	北区中切町2-10
ときわ医院	28	北区尾上町1-2公団尾上団地4棟1階
眼科とうもとクリニック	28	北区如意二丁目95
加藤医院	26	北区安井1-34-15
やまとぎクリニック	25	北区大曾根4-6-16
山田医院	25	北区萩野通り2-10
青木医院	24	北区金城町4-38
もりやまファミリークリニック	23	守山区瀬古東3丁目140番地
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
あだち内科クリニック	20	北区中味鏡3-1001
国際セントラルクリニック	20	中村区那古野1-47-1国際センタービル10階
ひらい内科クリニック	20	北区山田四丁目1-52
工藤外科クリニック	19	北区池花町274
ささきクリニック	19	北区彩紅橋通2-1スクエア358 1階
長谷川内科	18	守山区幸心3-1102
おおぞねメディカルクリニック	18	北区平安二丁目2番14号
中井内科医院	16	北区志賀町2-65志賀ビル2階
鈴木医院	16	北区城東町4-84

医院名	紹介件数	所在地
おおすぎハツノ内科クリニック	15	北区大杉3-15-3おおすぎビル1階
浦野医院	14	北区平安通1-1-2ステーション平安通1階
あんどう乳腺クリニック	14	中区金山2-1-22さくらヒルズカナヤマ1階
うわとこクリニック	12	北区大曾根2-7-18
わたなべ内科クリニック	12	北区水草町2-49
あおい在宅診療所	12	西区樋ノ口町1-15ホーワビル4階
片山内科	11	北区駒止町2-40
磯部内科クリニック	11	中区新栄町1-3 曰丸名古屋ビル3階
西垣眼科	11	熱田区六番二丁目2番30号
大橋眼科	11	千種区天満通1-37-2
平田レディースクリニック	10	北区天道町2-34
楠メンタルホスピタル	10	北区五反田町110
津田クリニック	10	北区田幡2-18-10
あさみ耳鼻咽喉科医院	10	北区敷島町52番地
尾崎クリニック	10	東区大曾根1-2-25
もしもしこどもクリニック	10	北区柳原2-7-9
大幸砂田橋クリニック	10	東区大幸四丁目18-24
塩瀬眼科	10	中区新栄町一丁目3番地曰丸名古屋ビル8階
さんクリニック	10	北区清水2-2-8
たいようこどもクリニック	10	北区黒川本通5-22-1
神保外科	9	守山区小幡中2-20-1
猪子内科クリニック	9	北区清水5-13-6
てらべ整形外科	9	西区野南町95番地
橋川クリニック	8	西区花の木3-16-17
名春中央病院	8	北区東味鋺1-2401
竹内耳鼻咽喉科	8	北区六ヶ池町17-1
まき小児科	8	北区如意2-99-1
わたせ腎泌尿器科クリニック	8	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
小林内科	7	北区黒川本通3-67
柴田内科クリニック	7	北区会所町226
天寿病院	7	北区米が瀬町138番地
長谷川外科	7	東区徳川町524
天野記念クリニック	7	西区上名古屋四丁目3番6号
安藤医院	7	北区清水五丁目1-23
はやしクリニック	7	西区栄生1-32-12
さいとう整形外科リウマチ科	7	名東区平和が丘1丁目10番地
セタクリニック	7	北区黒川本通四丁目38番地-1カーサビアンカ黒川2階
榎原内科診療所	6	北区三軒町12-1
きたお耳鼻咽喉科	6	北区上飯田西町1-33-1
加藤クリニック	6	中川区神郷町1-24
徳川皮フ科内科クリニック	6	東区山口町15-8プライムガーデン徳川1階
北メンタルクリニック	6	北区上飯田北町1-20すまいるハートビル4階
近藤医院	6	東区出来町1-10-27
ココカラワイメンズクリニック	6	東区泉1丁目23-36NBN 泉ビル4階
鬼頭整形外科スポーツクリニック	6	守山区大牧町405
日比野クリニック	6	瑞穂区鍵田町1-1-1
板倉医院	5	北区城東町7-156
森本医院	5	東区矢田5-1-8
やながわクリニック	5	北区大野町3-16
康友クリニック	5	西区浮野町21-1
太田なごやかクリニック	5	中村区豊国通二丁目21-1
松井醫院	5	西区上名古屋2-5-7茂里川ビル2階
ココカラハートクリニック	5	東区泉1-23-36NBN 泉ビル4階

※紹介件数5件以上の連携先を掲載

地域連携医療機関

2016年1月～2016年12月データ

医院名	紹介件数	所在地
ひろせ整形外科	335	北区志賀本通1-4
名古屋大学医学部附属病院	236	昭和区鶴舞町65番地
やまね病院	235	北区楠味鏡4-1524
みづのリハビリクリニック	186	北区上飯田南町3丁目92-2
整形外科つのだクリニック	176	春日井市二子町2丁目10-12
愛知健康増進財団	151	北区清水1-18-4
小牧平田眼科	151	小牧市堀の内四丁目52-1
大須診療所	129	中区大須4-14-59
名古屋医療センター	100	中区三の丸4丁目1-1番地
名古屋北クリニック	90	北区丸新町357-1
山崎眼科	88	春日井市中新町1丁目10番地の8
あじま診療所	84	北区楠味鏡3-1001-1
名古屋市立西部医療センター	84	北区平手町1-1-1
名古屋市健康福祉局	76	中区三の丸3-1-1
黒川クリニック	72	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	69	北区山田一丁目13番77号
眼科池田クリニック	61	あま市坂牧坂塙150番地
タナベ眼科	50	北区大曾根1-19-14
名古屋市立東部医療センター	49	千種区若水1-2-23
すみれ野眼科医院	48	北区大曾根二丁目8番29号
おかひらクリニック	48	北区辻本通3-24-1
平田眼科	46	春日井市瑞穂通6-22-3
庄内の里	45	西区中小田井二丁目98番地
名城病院	44	中区三の丸一丁目3-1
春日井市民病院	43	春日井市鷹来町1-1-1
酒井眼科	42	北名古屋市久地野北浦66番
ふく田整形外科	40	春日井市朝宮町2-18-1
ふかがや丹羽眼科	39	岐阜県関市前町14
守山友愛病院	37	守山区瀬古東2丁目411番地
名古屋ハートセンター	37	東区砂田橋1-1-14
かたびら眼科	33	岐阜県可児市東帷子3877
しみず眼科クリニック	31	岩倉市大市場町郷東59-1
金田眼科クリニック	29	岐阜県瑞浪市土岐町下益見区画整理地8街区5番
服部外科整形外科	28	北区長喜町1-10
はせがわ眼科医院	28	名東区藤が丘123
さとし眼科クリニック	28	犬山市羽黒成海南8
佐野外科	26	守山区村合町126
かとう耳鼻咽喉科	26	北区彩紅橋通2-1-1
東海病院	24	千種区千代田橋1-1-1
サン・くすのき	24	北区五反田町111番地
名古屋第二赤十字病院	24	昭和区妙見町2-9
小牧市民病院	23	小牧市常普請一丁目20番地
可児とうのう病院	23	岐阜県可児市土田1221-5
眼科三宅病院	21	北区大曾根3-14-20
アルファクリニック	21	春日井市朝宮町1-1-1小川ビル3階
名古屋市医師会急病センター	21	東区葵一丁目4番38号
上飯田泌尿器科内科クリニック	21	北区八龍町1丁目56番
中日病院	20	中区丸の内3丁目12-3
あまの眼科クリニック	20	春日井市八田町6丁目21-23
田中悦夫耳鼻咽喉科	19	守山区森宮町58番地
ひろし整形外科	19	守山区森宮町288
内科眼科ゆたかクリニック	19	春日井市味美町三丁目69

医院名	紹介件数	所在地
ひらい眼科	18	豊田市高上一丁目4-3
江南厚生病院	18	江南市高屋町大松原137番地
眼科山田クリニック	18	春日井市廻間町大洞681-157
南波眼科皮膚科	17	小牧市城山1丁目3番 ピエスタ2階
愛知県がんセンター中央病院	16	千種区鹿子殿1-1
アイクリニック田中	16	守山区西新10-22
たけだクリニック	16	春日井市小野町5丁目89-6
名鉄病院	15	西区栄生二丁目26-11
かちがわ眼科クリニック	15	春日井市大和通2-23-5
生協わかばの里	15	北区城東町5丁目114番地
河村耳鼻咽喉科	14	北区清水4-13-10
名古屋逓信病院	14	東区泉二丁目2-5
クリニック ロタージュ	14	中区錦3-24-24錦324ビル7階
フォレストベルクリニック	14	守山区上志段味字羽根前600番地
こまき眼科	13	小牧市中央2-148小牧ステーションビル1階
桐渕アイクリニック	13	岡崎市羽根西1-7-1
岐阜県立多治見病院	13	岐阜県多治見市前畠町5丁目161番地
楠清里苑	13	北区会所町73-1
愛知医科大学病院	13	長久手市岩作雁又1-1
上野レディスクリニック	12	北区大曾根一丁目29番33号
ライフ健康クリニック	12	中村区道下町2-26
橋本整形外科クリニック	12	北区萩野通1-38-1
にしむら眼科	11	岐阜県可児市下恵土4028-2
伊藤クリニック	11	千種区内山3丁目31-18T-スクエア2階
名古屋市立大学病院	10	瑞穂区瑞穂町字川澄1
川上内科整形外科	10	西区南川町30
東濃厚生病院	10	岐阜県瑞浪市土岐町76-1
浅野眼科クリニック	10	春日井市南下原町4-9-6
介護老人保健施設リハビリパーク黒川	10	北区志賀本通1-35
名古屋第一赤十字病院	9	中村区道下町3-35
さかきばらクリニック	9	春日井市如意申町1丁目10番地の13
公立陶生病院	9	瀬戸市西追分町160番地
北生協歯科	9	北区上飯田北町1-20
はやかわ眼科	9	北名古屋市鹿田神明附41番地
松下眼科医院	9	岐阜県恵那市長島町中野1-7
トータルサポートクリニック	9	名東区引山2-110豊年屋貸店舗 ST-6
飯田医院	8	北区杉栄町五丁目116-4
米田病院	8	西区西枇杷島一丁目11-5
名古屋セントラル病院	8	中村区太閤三丁目7番7号
こばやしクリニック	8	春日井市中野町2-14-9
介護老人保健施設シンセ一口会所	8	北区会所町86番地
レスペート落合	8	北区落合町288
ふくしまファミリー内科	8	日進市岩崎台1-1239
中部ろうさい病院	7	港区港明1丁目10番6号
名古屋市医師会健診センター	7	東区葵1-18-14
愛知県済生会リハビリテーション病院	7	西区栄生一丁目1-18
味岡眼科	7	小牧市大字小松寺字上仲田623-1
藤田保健衛生大学病院	7	豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98
さくら総合病院	7	丹羽郡大口町新宮1-129
オリエンタルクリニック	7	千種区今池一丁目8番5号
砂田橋クリニック	7	東区大幸4丁目14-22
栄かとうクリニック	7	中区新栄町1-3日丸名古屋ビル5階
クリニックサンセール清里	7	西区比良3丁目104
あさひ眼科クリニック	6	尾張旭市三郷町栄3-1プレミール三郷1階
名古屋記念病院	6	天白区平針四丁目305

総合上飯田第一病院

医院名	紹介件数	所在地
聖霊病院	6	昭和区川名山町56番地
名古屋市北保健所	6	北区清水四丁目17-1
南生協病院	6	緑区南大高二丁目204番地
安間眼科	6	中区大須4-10-50
旭労災病院	6	尾張旭市平子町北61
名古屋公衆医学研究所	6	中村区長篠町4-23
藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院	6	中川区尾頭橋3-6-10
もりやま総合心療病院	6	守山区町北11番50号
岐阜県産業保健センター	6	岐阜県多治見市東町1-9-3
川脇クリニック	6	千種区内山3-25-6 千種ターミナルビル3階
知多厚生病院	6	知多郡美浜町河和西谷81-6
青葉クリニック	6	中村区十王町4-5ランドビル本陣1-2階
ハートフルライフ西城	6	西区秩父通2-36
宮崎クリニック	6	守山区鳥神町219
国立長寿医療研究センター	6	大府市森岡町7丁目430番地
名古屋整形外科人工関節クリニック	6	北名古屋市高田寺一本橋7番地
済衆館病院	5	北名古屋市鹿田西村前111番地
名古屋掖済会病院	5	中川区松年町四丁目66
川瀬クリニック	5	守山区小幡5-1-6
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
稻垣婦人科	5	北区大曽根3-15-58大曽根フロントビル2階
わかばファミリークリニック	5	西春日井郡豊山町豊場高前183-1
遠藤外科・整形外科	5	清須市西枇杷島町古城二丁目4番地の5
西春眼科クリニック	5	北名古屋市西之保立石3
井戸田整形外科 名駅スポーツクリニック	5	西区名駅2-6-5井戸田ビル3階
しかつ眼科クリニック	5	北名古屋市鹿田南蒲屋敷685
井上医院	5	中村区太閤4丁目5番19号
三菱電機株式会社 名古屋製作所健康増進センター	5	東区矢田南5-1-14
京命クリニック	5	千種区京命2-8-21
横井整形外科	5	西区又穂町3-68
せとかいどう花井クリニック	5	尾張旭市印場元町3-4-5
公立西知多総合病院	5	東海市中ノ池三丁目1番地の1

※紹介件数5件以上の連携先を掲載

科別紹介患者数 (2016年1月～2016年12月)

	病診連携	地域連携	計
内科	1,224	1,183	2,407
外科	292	333	625
甲状腺・内分泌外科	73	290	363
乳腺外科	255	211	466
皮膚科	82	67	149
脳神経外科	205	176	381
泌尿器科	62	54	116
麻酔科	3		3
耳鼻科	178	155	333
産婦人科	48	153	201
小児科	104	29	133
眼科	341	1,113	1,454
整形外科	736	1,264	2,000
老年精神科	5	10	15
計	3,608	5,038	8,646

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

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 2016年1月～2016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）	410
1日平均患者数	90
平均在院日数	77.4
在宅復帰率	90.8
入院時重症度割合（30%以上）	38.4
退院時回復割合（30%以上）	73
重症度 A 項目（10%以上）	18.8
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	7.24

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時間利用）	32
オーダー（3～4時間利用）	41
ベーシック（6～8時間利用）	64
利用延数（1月平均）	
クイック	228
オーダー	224
ベーシック	477
介護度割合（%）	
要介護1	8
要介護2	36
要介護3	20
要介護4	9
要介護5	6
要支援1	7
要支援2	14

地域医療連携室

項目	件数
新規入院相談件数	384
新規外来相談件数	7
入院相談	679
背景要因	7
カンファレンス	977
家族	2
職業・住居	19
経済	69
退院支援（転院・入所）	522
在宅支援・維持	9
その他	29
退院支援（在宅）	2,174
相談延件数	4,490

栄養科

項目	件数
一般食	49,070
特別食（加算）	31,251
特別食（非加算）	12,095
濃厚流動食	2,719
通所	5,617
職員食	10,125
入院食事指導	90
栄養サポートチーム回診患者数	82
栄養アセスメント件数	225
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	114
名古屋医療センター	112
春日井市民病院	32
西部医療センター	10
大隈病院	26
東部医療センター	27
名古屋第二赤十字病院	7
名古屋大学医学部付属病院	15
小牧市民病院	7
その他の医療機関	60

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取り組みを行っています。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まや利用者さまが希望する生活支援に向けて取り組んでいます。

▶ 2017年目標

回復期リハビリテーション病院の使命は急性期治療を終えてリハビリ中心の診療が必要な患者さまに対して、できる限り効果的なリハビリを提供し、回復していただくことです。しかし、不幸にして障害を残したまま退院となる患者さまも大勢います。患者さまが退院後も地域において安全で安心した生活ができるように、退院後も愛生会内の連携を密にして、地域の患者さま、利用者さまを支援していく努力をしていきたいと思っております。

看護部

看護部長 新野 ひろ子

▶ 特徴

病気やケガなどの障害により、以前のような生活を送れなくなった患者さま、利用者さまを、全ての職種の方々と協働し、総合的にサポートしていく事ができるよう、チームアプローチを実践しています。

そして、よりよい状態で、地域、社会、家庭に復帰していただけるよう、安全で安心な療養環境の提供に努めています。

施設基準：回復期リハビリテーション入院料1

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6名

▶ 2017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、他職種との連携・チーム医療を推進する

目標

1. 温かみのある看護・介護サービスを提供する。

通所リハビリテーション

担当看護師長 中島 智子

▶ 特徴

クイック・オーダーメイド・ベーシックの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。

全コースで送迎を対応しており、平成28年12月よりベーシックコースは祝日の利用が可能となりました。利用者さまに継続的なリハビリを提供させていただき心身機能の維持向上を図ります。また、通所スタッフ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に努めます。

▶ 2017年目標

専門性を生かしたサービスを提供し、家族やケアマネジヤ・他事業所等との連携を図ります。

利用希望者をより多く受け入れる態勢の整備に努めます。

スタッフは積極的に研修へ参加し、質の向上を図ります。

地域医療連携室

医療ソーシャルワーカー 佐藤 顯世

▶ 特徴

地域医療連携室は、看護師1名、ソーシャルワーカーが3名で主に生活問題の相談を行い、看護師は各医療機関からの入院相談を受けています。平成28年度から退院支援加算が算定可能となり、算定件数は、204件あった。2016年は、延べ相談件数は3811件、在宅退院に伴う相談延べ件数が2174件で、在宅復帰率は92.3%となりました。

学会発表は、第11回愛知県医療ソーシャルワーカー学会にて、「退院支援プロセスと自宅生活継続に関する考察～」を発表し、優良賞を獲得しました。

▶ 2017年目標

退院支援の院内パスを作成し、在院日数の短縮や在宅復帰率の向上を目指します。また、各急性期病院からの紹介件数を増やし、できる限り早期の受入とお断りの件数を減らせるよう、努めていきます。

リハビリテーション科

リハビリテーション科科長代行 石黒 祥太郎

▶ 特徴

施設基準：脳血管疾患等リハビリテーションⅠ

運動器リハビリテーションⅠ

人 員：理学療法士29名（2名は通所リハビリテーションに所属、

1名は3回／週 あいせいデイサービスへ派遣）

作業療法士24名（2名は通所リハビリテーションに所属）

言語聴覚士 8名（1名は2回／週 愛生訪問看護ステーションへ派遣）

当科は回復期病床（98床）に対して上記のスタッフを配置しており、回復期から在宅・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、入院リハビリのみに止まらず、外来リハビリ、通所リハビリ、訪問リハビリ、デイサービス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。

▶ 2017年目標

治療効果の向上（退院時 ADL の向上、実績指数の向上）

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 永谷 結佳

▶ 特徴

栄養科は1名のみの構成ですが、給食部門の運営については委託会社

（日本ゼネラルフード株式会社）と提携して行っております。

回復期における栄養管理では、急性期とは異なった栄養管理（特にリハビリでの消費量を念頭に置いた栄養管理）が必要とされます。低栄養状態の患者さまにおいては、栄養状態の改善無くしてはリハビリ効果の向上に繋がりません。当院では、給食で補いきれない栄養に関しては栄養補助食品を導入し、様々な面から栄養アプローチできるよう努めています。

▶ 2017年目標

- ・低栄養「予防・改善」のための栄養管理（フレイル・サルコペニアなど）
- ・（給食）食事満足度・喫食率の向上、残飯削減
- ・（NST）NST 勉強会開催の普及

薬剤部

薬剤部 係長 小酒井 修

▶ 特徴

調剤、医薬品の安全性情報の収集・提供を行うことで医療行為が円滑に行われるようサポートしています。

患者さまの持参薬の識別、当院における代替え医薬品の情報を行っています。

患者さまの持参薬を再分包することで、患者さまが服用しやすい状態にすることによって、患者さまのコンプライアンス向上に寄与しています。

▶ 2017年目標

当院の特性から患者さまは多剤併用例が多くみられます。医師と協力しながら、いま問題となっている「ポリファーマシー」軽減に努めます。

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

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する必要があります。透析療法には、血液透析（HD）、血液ろ過透析（HDF）、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、体にたまつ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。

・血液ろ過透析（HDF）

HDFには、種類がありますが、当院はオンラインHDFを行っています。

オンラインHDFは、透析液を補液として使用し、通常のHDFよりも過に使用される補液量が多くなります。そのため、より多くの老廃物を取り除くことができます。

▶ 2017年目標

- ・スタッフを増員し、質の高い医療の提供
- ・患者さまに対するサービスの強化
- ・通院されている患者さまに少しでも長く体力を維持してもらうため、ADLの維持・向上を目的とした、透析中リハビリテーション・体力測定の強化
- ・無料送迎の更なる充実
- ・患者さまの施設環境充実
- ・地域連携の充実と強化

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まの健やかな暮らしを支援していく。

▶ 2017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

北区を中心に守山区、東区、西区を訪問地域とし、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時間対応体制で看護と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はすでに3年経過し定着しております。

今年度は、当事業所の「在宅看取り」「他事業所対応困難」等の依頼を断らない基本姿勢が、地域の介護事業所に広まり今年度は営業活動なく依頼されるようになりました。またターミナル期の在宅一時退院から再入院までの短期間の利用依頼が増えた傾向にありました。今後も病状の安定した利用者さまを定期訪問予定として計画を立て、短期訪問期間であるターミナル期の利用者さまを積極的に受け入れる体制で臨んでおります。

▶ 2017年目標

- 1) 看護とリハビリの質の向上
人材育成（定期事業所内勉強会、事業所外研修の積極的参加）
定期カンファレンスの充実、
職員同行訪問にて技術の向上、
- 2) 地域医療機関、地域介護事業所との連携強化
ネットワークの構築

▶ 実績

項目	件数
連携医療機関（訪問看護指示機関）数	88
連携居宅介護支援事業所数	51
連携障害支援センター数	2
訪問延べ件数	11,226
内）医療保険対応件数	2,199
内）介護保険対応件数	9,027
新規契約者数	78
利用終了者数	76

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日の開設から3年目となりました。平成28年6月から始まった“新しい総合事業”に参入し、予防支援サービス体制も充実してきました。平成28年9月からは介護職員による喀痰吸引等研修への参加を開始し、認定特定行為業務従事者が順次誕生しています。より重度の要介護者へのサービスにも対応していくよう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。

▶ 2017年目標

認定特定行為業務従事者を増やしていく、登録喀痰吸引等事業者への申請・登録することで、喀痰吸引や経鼻経管栄養等の介助を要する方への支援体制を整えていきます。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えていきます。これらの取り組みにより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」と共に考え取り組み、屋外歩行訓練や階段昇降訓練等を積極的に行い、機能訓練指導員と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ています。40代～100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、麻雀等のレクリエーションや利用者さま同士でお仕事の話で盛り上がられたりと活気のあるデイサービスとなっています。

▶ 2017年目標

利用者さまの自立支援を目指し、機能訓練指導員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れ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、日本福祉大学・愛生看護専門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特定事業所加算Ⅰを取得する事業所として、主に重度の利用者を受入れ、地域包括支援センターと連携し支援困難事例も積極的に対応しています。また、いきいき相談室の受託による地域の相談窓口として活動し、今年度から介護支援専門員実務研修の実習受入れ先としても登録しました。

当事業所は現在8名の介護支援専門員（内5名が主任介護支援専門員）が24時間の連絡相談体制をとり、常時230名以上の利用者さまを担当しております。

▶ 2017年目標

あらゆるケースに対応すべく事業所内外の研修・事例検討会への参加により、個々のスキルアップを目指し、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名古屋市サービス事業者連絡協議会16区連携委員への参加など、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31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。

▶ 2016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	29回生	31名	31名	15名	15名
	30回生	33名	33名	20名	20名
	31回生	26名	26名	16名	16名
一般入試	29回生	53名	44名	19名	15名
	30回生	185名	184名	41名	20名
	31回生	213名	212名	57名	21名

30回生から定員を40名に増員しました。

近年、看護教育は大学の新設が相次ぎ教育の主流が看護専門学校から大学に移行し、愛知県の看護専門学校の受験者も平成24年をピークに年々減少しています。

ここ4年は県下の看護学校38校の平均入学率が100%を切った状態が続いている。その中で、当校は昨年度より定員を10名増加しました。

受験者数の減少・入学者の学力低下が予想されるため、入試方法の改訂や入試日程の変更により受験者数は確保していますが、国家試験の100%合格や「医療の場で実践力のある看護師」の育成のため、学習指導や実習指導により力をいれてていきます。

▶ 2017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) 学生の自律的な学習に向けての支援と教員の教育力の向上をめざし、教員研修に取り組みます。
- 3) 看護師国家試験に全員合格させるため国家試験対策に万全を期します。

各種活動

各種活動

各科研究活動

● 総合上飯田第一病院

循環器内科

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	全国学会	Effect of Pilsicainide on Ventricular Late Potential in Brugada Syndrome Patients	一般演題	上久保陽介	第80回 日本循環器学会学術集会	仙台	2016.3.18～2016.3.19	有 P.94
2	全国学会	Effect of Epicardial Substrate Ablation on Ventricular Late Potential in Brugada Syndrome Patients	Young Investigator Award Competition	上久保陽介	第63回 日本不整脈心電学会学術集会	札幌	2016.7.14～2016.7.17	有 P.94
3	全国研究会	Epicardial Catheter Ablation for Brugada Syndrome in Nagoya University Hospital	ラウンドテーブル	上久保陽介	第14回 特発性心室細動研究会	東京	2016.2.13	有 P.94
4	全国研究会	心室細動を繰り返したJ波症候群例の電気生理学的特徴	一般演題	上久保陽介	第46回 臨床心臓電気生理研究会	金沢	2016.5.28	有 P.94
5	全国研究会	Brugada 症候群に対する心外膜側カテーテルアブレーションが加算平均心電図における心室遅延電位に及ぼす影響	シンポジウム	上久保陽介	第36回 ホルター・ノンインベイジブ心電学研究会	大宮	2016.6.11	有 P.94
6	全国研究会	心筋梗塞後 unmappable VT に対して心外膜側 VT exit 及び substrate に対するアブレーションが有効であった1例	一般演題	上久保陽介	第28回 日本不整脈心電学会公開カテーテルアブレーション研究会	福岡	2016.10.28	有 P.95
7	地方学会	持続性心房細動例におけるバスクットカテーテルを用いた左房 phase analysis	一般演題	上久保陽介	日本循環器学会第148回東海・第133回北陸合同地方会	金沢	2016.11.5	有 P.95
8	地方研究会	心筋梗塞後心室頻拍に心外膜アブレーションが奏功した1例	一般演題	上久保陽介	第47回 アブレーションカンファレンス	名古屋	2016.4.22	無

消化器内科・内視鏡センター

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	地方学会	健診 UGI を契機に発見された脾 solid-pseudopapillary neoplasm の一例	一般演題	清水貴洋	日本内科学会 第230回東海地方会	名古屋	2016.10.16	有 P.95
2	地方学会	自己免疫性脾炎、後腹膜線維症を伴う IgG4関連硬化性胆管炎の1例	一般演題	和田啓孝	日本消化器病学会 第125回東海支部例会	名古屋	2016.11.19	有 P.95
3	地方学会	小腸カプセル内視鏡検査で発見された小腸癌の一例	一般演題	和田啓孝	日本消化器内視鏡学会 第59回東海支部例会	名古屋	2016.12.3	有 P.96

糖尿病内科

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	原発性副腎不全経過中、RFP 内服開始を契機に副腎クリーゼを発症した1例	一般演題	飯島満理子（研）	第230回 日本内科学会東海地方会	名古屋	2016.10.16	無

消化器・一般外科

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	大腸癌手術における術前栄養状態と術後合併症の検討	ポスター	板津慶太	第116回 日本外科学会総会	大阪	2016.4.14～ 2016.4.16	有 P.96
2	全国学会	脾臍十二指腸切除後の繰り返す胆管炎に対してダブルバルーン内視鏡による胆道造影を行い、X線陰性胆管結石を診断・切石した一例	ポスター	板津慶太	第52回 日本胆道学会	横浜	2016.9.29～ 2016.9.30	有 P.96
3	全国学会	男性に発生した Solid and pseudopapillary neoplasm の1例	ポスター	板津慶太	第78回 日本臨床外科学会	東京	2016.11.24～ 2016.11.26	有 P.96
4	地方学会	cStageIIIC の進行胃癌に対して術前化学療法 (S-1+CDDP) を行い pCR が得られた一例	一般演題	稻田亘佑	第46回 愛知臨床外科学会	名古屋	2016.7.18	有 P.97

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	最近の上飯田第一病院の外科治療方針	板津慶太	北区医師会学術講演会	2016.9.10
2	胃癌術後補助化学療法の実際にについて学ぶ	板津慶太	中外製薬勉強会	2016.2.5

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	地方研究会	当院 PCT が初めて ALS にかかわった経験から	一般演題	岡島明子	第26回 東海緩和医療研究会	名古屋	2016.2.6	無
2	地方研究会	急性期病院で緩和ケアはどこまでできる？～認定看護師誕生のその後	一般演題	岡島明子	第7回 愛知緩和医療研究会	刈谷	2016.12.10	有 P.97

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	緩和ケアはみんなのもの～PCT と一般病棟でどこまでできる？	岡島明子	犬山緩和ケア勉強会	2016.3.31
2	急性期病院で緩和ケアは今、どこまでできる？～その人らしく、ともに生きるために	岡島明子	北区医師会学術講演会	2016.9.10

甲状腺・内分泌センター

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	甲状腺全摘時の副甲状腺自家移植法の実際	一般演題	加藤万事	第39回甲状腺外科学会	甲府	2016.11.22	無
2	地方研究会	甲状腺外科疾患の臨床像	講演	加藤万事	第10回甲状腺懇話会	名古屋	2016.7.7	無

乳腺外科・乳腺センター

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	乳腺超音波検査で充実性腫瘍として認識された乳癌のマンモグラフィ所見の検討	ポスター	窪田智行	第24回 日本乳癌学会学術総会	東京	2016.6.16～ 2016.6.18	有 P.97
2	全国学会	重度腋窩リンパ節転移陽性乳癌症例の検討	一般演題	窪田智行	第78回 日本臨床外科学会	東京	2016.11.24～ 2016.11.26	有 P.97
3	全国学会	乳癌サブタイプ別に見たマンモグラフィ所見の検討～トリプルネガティブ乳癌のマンモグラフィ所見を中心～	一般演題	窪田智行	第26回 日本乳癌検診学会	久留米	2016.11.4～ 2016.11.6	有 P.97
4	地方学会	非浸潤癌もしくは微小浸潤癌	フィルム リーディ ング	窪田智行	第15回 日本乳癌学会中部地方会	名古屋	2016.9.8～ 2016.9.9	無
5	全国学会	当院の80歳以上の超高齢者における乳癌患者への対応	ポスター	山内康平	第24回 日本乳癌学会学術総会	東京	2016.6.2～ 2016.6.4	有 P.98
6	地方学会	当院での80歳以上の高齢者乳癌のホルモン療法の検討	一般演題	山内康平	第13回 日本乳癌学会 中部地方会	名古屋	2016.9.10～ 2016.9.11	無
7	全国学会	当院ステレオマンモトーム生検で見つかった浸潤性乳管癌についての検討	一般演題	山内康平	第26回 日本乳癌検診学会総会	久留米	2016.11.4～ 2016.11.6	無
8	全国学会	成人T細胞性リンパ腫の家族歴を有する腸管型T細胞性悪性リンパ腫の1例	一般演題	山内康平	第78回 日本臨床外科学会	東京	2016.11.24～ 2016.11.26	無
9	全国学会	CT lymphography を用いた術前センチネルリンパ節転移診断に対する新規戦略	ポスター	雄谷純子	第116回 日本外科学会定期学術集会	大阪	2016.4.14～ 2016.4.16	有 P.98
10	全国学会	腋窩郭清省略に向けたOSNA法の有用性の検討	ポスター	雄谷純子	第24回 日本乳癌学会学術総会	東京	2016.6.16～ 2016.6.18	有 P.98
11	全国学会	USガイド下吸引式組織生検症例の検討	ポスター	雄谷純子	第78回 日本臨床外科学会総会	東京	2016.11.24～ 2016.11.26	有 P.98
12	地方学会	当院におけるOncotype DX症例の検討	一般演題	雄谷純子	第13回 日本乳癌学会 中部地方会	名古屋	2016.9.10～ 2016.9.11	有 P.99

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	乳癌患者サポート、一乳腺センター開設ができる事～	窪田智行	第10回南信州乳がんチーム医療研究会	2016.10.1	長野

整形外科・人工関節・関節鏡センター

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	地方学会	AIGHL が整復阻害因子であった陳旧性肩関節脱臼骨折の1例	一般演題	川村佑介	第22回東海関節鏡研究会	名古屋	2016.1.16	有 P.99
2	地方学会	ポータブルナビゲーションを用いたTKA の術後アライメントについて	一般演題	川村佑介	第9回東海人工関節研究会	名古屋	2016.1.30	有 P.99
3	全国学会	ポータブルナビゲーションを用いた人工膝関節置換術の成績について	一般演題	川村佑介	第46回日本人工関節学会	大阪	2016.2.26～2016.2.27	有 P.99
4	全国学会	陳旧性肩関節脱臼骨折に対して鏡視下骨性 Bankart 修復術を施工した2例	一般演題	川村佑介	第8回 日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会	博多	2016.7.28～2016.7.30	無
5	全国学会	手術加療を行った踵骨骨折28例に対する術後成績の検討	一般演題	羽賀貴博	第41回日本足の外科学会	奈良	2016.11.17～2016.11.18	有 P.99

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	当院における運動器疼痛の治療について	良田洋昇	ファイザー製薬社内勉強会	2016.2.17

小児科・アレルギー科

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	今どきの「はしか」	後藤泰浩	北部小児疾患セミナー	2016.12.24
2	感染症 Up To Date	後藤泰浩	第28回北部小児連携の会	2016.11.17
3	小児感染症の予防、予防接種こどもから大人まで	後藤泰浩	愛知医大 大学院看護研究科 講義	2016.10.20
4	これから予防接種	後藤泰浩	尾北医師会講演会	2016.10.15
5	これから予防接種	後藤泰浩	東濃ワクチン講演会	2016.6.15
6	名古屋市での水痘流行消失	後藤泰浩	予防接種に関する研究報告会	2016.2.21
7	小児の感染症最新の話題	後藤泰浩	名古屋臨床歯科研究会	2016.1.17

眼科

和文論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名	年月	抄録
1	黄斑上膜手術後にみられる 黄斑部区域別網膜厚の進行性菲薄化	熊谷和之	日本眼科学会雑誌 第120巻4号 P329	2016.4	無

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	地方研究会	BRVO 黄斑浮腫に対する薬物治療後の経験	情報交換会	長島弘明	第22回 Tokai Retina Club	名古屋	2016.3.9	無
2	地方研究会	黄斑牽引を伴わない糖尿病黄斑浮腫に対する硝子体手術	講演	古川真理子	Bloom Retina Academy	名古屋	2016.4.2	無
3	全国学会	Vivinex iSert を使用した硝子体手術	VIDEO放映	古川真理子	第120回 日本眼科学会総会	仙台	2016.4.7 ~ 2016.4.9	無
4	地方研究会	OCTangiography を用いた Foveal avascular zone 測定	情報交換会	杉江亜紀	第23回 Tokai Retina Club	名古屋	2016.8.31	無
5	地方研究会	正常眼圧緑内障に伴った網膜分離症に硝子体手術を行った1例	講演	古川真理子	第11回 実戦黄斑疾患 Conference	名古屋	2016.9.24	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	糖尿病から眼を守るために	古川真理子	岡崎市民健康教育講座	2016.8.7
2	OCT angiography を用いた Foveal avascular zone 測定	加藤朋成	第14回総合上飯田第一病院眼科講演会	2016.5.21

老年精神科

英文論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名	年月	抄録
1	Diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC: Kosaka-Shibayama disease) in Japan	Katsuyuki Ukai and Kenji Kosaka	Psychiatry and Clinical Neurosciences, Volume70; p131-140	2016.3	有 P.88
2	Effectiveness of low-dose pregabalin in three patients with Lewy body disease and central neuropathic pain	Katsuyuki Ukai, Hiroshige Fujishiro, Norio Ozaki	Psychogeriatrics, doi:10.1111/psych.12192	2016.1	有 P.90
3	Similarity of symptoms between transient epileptic amnesia (TEA) and Lewy body disease (LBD)	Katsuyuki Ukai, Hiroshige Fujishiro, Masako Watanabe, Kenji Kosaka, Norio Ozaki	Psychogeriatrics, doi:10.1111/psych.12199	2016.6	有 P.91

和文論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名	年月	抄録
1	レビー小体型認知症の診断と治療	鵜飼克行	明日の臨床、28巻：P7-14	2016.8	有 P.91

著書

No.	題名	著者名・編者名	著書名	年月
1	症状別対応:「徘徊」「自殺念慮・自殺企図」「昼夜逆転・夜間せん妄」「まとわりつき・つしまとい」	鵜飼克行 (共著)	在宅支援のための認知症 BPSD 対応ハンドブック P84-87, P138-150, ライフサイエンス	2016.5

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	レビー小体型認知症患者の激しい痒みに対し少量のプレガバリンが著効した1例	ポスター	鵜飼克行	第112回 日本精神神経学会	幕張	2016.6.2～2016.6.4	有 P.100
2	全国学会	明らかな「てんかん発作」を認めない transient epileptic amnesia (TEA; 一過性てんかん性健忘) の1例	ポスター	鵜飼克行	第31回 日本老年精神医学会	金沢	2016.6.23～2016.6.25	有 P.100
3	全国学会	認知症患者の QOL 向上ための診療～身体症状の治療の重要性～	ポスター	鵜飼克行	第6回 日本認知症予防学会	仙台	2016.9.23～2016.9.25	有 P.100
4	全国学会	Transient epileptic amnesia (TEA)～広義および狭義の TEA の提案～	ポスター	鵜飼克行	第29回 日本総合病院精神医学会	東京	2016.11.26	有 P.101
5	全国学会	レビー小体型認知症における中枢性異常感覚（痛み・痒み）の治療経験	ポスター	鵜飼克行	第35回 日本認知症学会	東京	2016.12.1～2016.12.3	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	認知症の行動心理症状	鵜飼克行	千種区地域連携の会・専門職研修	2016.2.25
2	レビー小体型認知症	鵜飼克行	レビー小体型認知症サポートネットワーク愛知	2016.5.6
3	認知症1	鵜飼克行	第1回院内認知症専門職勉強会	2016.7.13
4	認知症2	鵜飼克行	第2回院内認知症専門職勉強会	2016.8.10
5	認知症3	鵜飼克行	第3回院内認知症専門職勉強会	2016.9.14
6	認知症4	鵜飼克行	第4回院内認知症専門職勉強会	2016.10.12
7	認知症5	鵜飼克行	第5回院内認知症専門職勉強会	2016.11.9

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	地方学会	地域包括ケア病棟開設前後における大腿骨近位部骨折患者の転帰先の変化とその特徴	一般演題	白上昇	第25回 愛知県理学療法学術大会	刈谷	2016.3.13	有 P.101
2	全国学会	反重力トレッドミル (AlterG) による BWSTT が大腿骨近位部骨折術後早期の歩行能力回復に及ぼす影響について	ポスター	鶴見元	第51回 日本理学療法学術大会	北海道	2016.5.27～2016.5.29	有 P.101
3	地方学会	作業を細分化することで満足した作業遂行が得られた事例～COPM を利用して～	一般演題	松岡友絵	第24回 愛知県作業療法学会	名古屋	2016.5.15	有 P.102
4	全国学会	大腿骨頸部骨折後にシルバーカー歩行となつた DLB 患者～活動維持と認知機能維持に着目して～	ポスター	荻野沙織	第6回 日本認知症予防学会	仙台	2016.9.23～2016.9.25	有 P.102
5	地方学会	脳梗塞発症後の高齢者が住環境整備にて自宅退院が可能となった一例	一般演題	高畠香澄	第16回 東海北陸作業療法学会	金沢	2016.11.26～2016.11.27	有 P.102
6	全国学会	大腿骨頸部骨折患者の転倒状況と認知機能における特徴の検討	ポスター	渡邊桃子	第6回 日本認知症予防学会	仙台	2016.9.23～2016.9.25	有 P.103
7	地方学会	重度片麻痺において機能回復訓練を行い実用手レベルまで回復した例 入院から外来リハビリを通して	一般演題	吉原郁子	第24回 愛知県作業療法学会	名古屋	2016.5.15	有 P.103
8	全国学会	終末期がん患者の退院支援	ポスター	加藤千佳	第50回 日本作業療法学会	北海道	2016.9.9～2016.9.12	有 P.103
9	地方学会	意欲低下及び抑うつを呈する症例に対し脳活性化リハビリを使用し洗顔及び下衣更衣の介助量が軽減した症例	一般演題	高田結以	第24回 愛知県作業療法学会	名古屋	2016.5.15	有 P.103
10	全国学会	大腿骨頸部骨折を呈した高齢者認知症の悪化の予防の取り組み	ポスター	玉木聰	第6回 日本認知症予防学会	仙台	2016.9.23～2016.9.25	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
1	地域包括ケア病棟における取り組みと課題および今後の展望	白上昇	愛知県理学療法士会 名古屋ブロック研修会	2016.10.9
2	ADL評価・転倒転落予防およびリハビリテーションを取り入れた退院支援等（急性期病院でのりハ専門職の役割）	上田周平	愛知県理学療法士会 チーム医療推進事業	2016.1.30
3	腹直筋、錐体筋	柴本圭悟	第20回運動器系体表解剖セミナー B コース	2016.7.30
4	脊柱起立筋	柴本圭悟	第20回運動器系体表解剖セミナー B コース	2016.10.1
5	中殿筋、梨状筋	柴本圭悟	第21回運動器系体表解剖セミナー B コース	2016.10.2
6	前鋸筋、肩甲下筋	柴本圭悟	第20回運動器系体表解剖セミナー A コース	2016.10.30
7	小胸筋、鎖骨下筋	柴本圭悟	第20回運動器系体表解剖セミナー A コース	2016.12.10
8	認知症とその対応－予防から介護対策まで－	渡邊桃子	北区東部いきいき支援センター 家族教室	2016.12.22

栄養科

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	NST と褥瘡対策チームの介入により改善傾向を得た壊死性筋膜炎の1例	ポスター	山口有紗	第31回 日本静脈経腸栄養学会学術集会	福岡	2016.2.25	無

放射線科

英文論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名	年月	抄録
1	CSF Pulsation Artifacts on ADC Maps Obtained with Readout-segmented EPI	Ohashi T, Naganawa S, Kanou M, Ikeda M	Magnetic Resonance in Medical Sciences 2016 Jul 13. [Epub ahead of print]	2016.6	有 P.91

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	Relationship between contrast enhancement of basal ganglia perivascular space and endolymphatic hydrops	一般演題	大橋俊夫	第44回 日本磁気共鳴医学会	埼玉	2016.9.9～ 2016.9.11	有 P.104
2	全国学会	Endolymphatic volume ratio measurement using region growing method	ポスター	小川絵莉子	第44回 日本磁気共鳴医学会	埼玉	2016.9.9～ 2016.9.11	有 P.104
3	全国学会	小葉をイメージする高度集簇石灰化病変の検討	一般演題	加藤紗恵子	第26回 日本乳癌検診学会学術総会	久留米	2016.11.4～ 2016.11.5	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	乳癌の肝転移後、化学療法により長期予後が得られた一症例	ポスター シンポジウム	長谷川豊則	医療薬学フォーラム 2016 第24回 クリニカルファーマ シーシンポジウム	大津	2016.6.25～ 2016.6.26	有 P.105
2	全国学会	当院におけるせん妄患者に対する薬剤師の関与	ポスター シンポジウム	長谷川豊則	第26回 日本医療薬学会年会	京都	2016.9.17～ 2016.9.19	有 P.105

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	地方学会	cStage III c の進行胃癌に対し術前化学療法 (S-1+CDDP) を行い pCR が得られた1例	一般演題	稻田亘佑	第46回 愛知臨床外科学会	名古屋	2016.7.18	有 P.97
2	地方学会	健診 UGI を契機に発見された肺 solid-pseudopapillary neoplasm の一例	口頭	清水貴洋	第230回 日本内科学会東海地方会	名古屋	2016.10.16	有 P.95

認知症看護認定看護師

著書

No.	題名	著者名・編者名	著書名	年月日
1	症状別対応：「まとわりつき・つきまとい」	服部英幸・鶴飼克行・松井千恵 他	在宅支援のための認知症 BPSD 対応ハンドブック P148-150, ライフサイエンス	2016.5.25

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	ちょっとした工夫で変わる！認知症の対応と予防	松井千恵	第21回地域医療介護事業者向け講演会	2016.2.28
2	認知症	松井千恵	介護福祉事業部 合同勉強会	2016.4.13
3	認知症 Q & A ～患者さんの対応～	松井千恵	6階病棟勉強会	2016.4.19
4	認知症・介護者の心理とは？～医療従事者がケア時知っておきたいこと～合計2回	松井千恵	上飯田リハビリ病院 勉強会	2016.5.30
5	老年看護学方法論Ⅰ（認知症看護） 計7回	松井千恵	愛生会看護専門学校	2016.6.7
6	解ったつもりだった？せん妄	松井千恵	4階病棟勉強会	2016.8.30
7	認知症（場面の再構成）	松井千恵	新人看護師研修	2016.9.16
8	環境調整ができる認知症看護 計3回	東谷貴代	DST 委員会 院内研修	2016.9.10
9	認知症高齢者の理解 計2回	松井千恵	看護実践研修	2016.11.11
10	認知症と栄養	松井千恵	第2回 栄養サポート（NST）専門療法士臨床実施修練研修	2016.11.18

● 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	地方学会	リハ栄養介入により結婚式のスピーチを達成した症例	講演	長繩幸平	第21回 人間栄養フォーラム 「サルコペニアと栄養」	名古屋	2016.4.13	有 P.105
2	全国学会	脳血管障害後遺症としてのアパシー及びうつの特性と回復過程の検討	一般演題	川崎めぐみ	第50回 日本作業療法学会	札幌	2016.9.9～ 2016.9.11	有 P.106
3	全国学会	把持障害と肢節運動失行を呈した一症例に対し写真を用いた道具把持・操作練習の効果	一般演題	志賀美穂	第50回 日本作業療法学会	札幌	2016.9.9～ 2016.9.11	有 P.106
4	全国学会	回復期リハビリテーション病院での重度片麻痺に対する機能的電気刺激治療の効果	一般演題	森村直生	第50回 日本作業療法学会	札幌	2016.9.9～ 2016.9.11	有 P.107
5	全国学会	反復到達運動課題の導入により麻痺側上肢の使いやすさに改善が得られた一症例	一般演題	渡邊俊紀	第50回 日本作業療法学会	札幌	2016.9.9～ 2016.9.11	有 P.107
6	全国学会	TKA術後における反重力トレッドミル歩行による即時効果	一般演題	林琢磨	第8回 日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会	博多	2016.7.27～ 2016.7.29	有 P.107
7	全国学会	一回復期リハビリテーション病棟での年次比較による運動・認知項目での入院時FIM得点とFIM利得との関係	一般演題	平田貴大	第14回 日本神経理学療法学会学術集会	仙台	2016.11.26～ 2016.11.29	有 P.108

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14回 「気になる骨そしょう症の話」	良田洋昇（整形外科 部長）	2016.2.27
2	第15回 「あなたの足は大丈夫ですか！－気になる水虫と足のお手入れの話－」	中野章希（皮膚科 医長） 河井智子（糖尿病看護認定看護師）	2016.6.25
3	第16回 「気になるけど話せないトイレの悩み」	服部慎一（泌尿器科 医長）	2016.10.15

地域医療連携講演会

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	第21回 「ちょっとした工夫で変わる！認知症の対応と予防」	松井千恵（認知症認定看護師）	2016.2.19
2	第22回 「歩きたい！転びたくない！～元気に歩くための身体づくり～」	加藤大樹（理学療法士）	2016.7.14
3	第23回 「どうして体は固くなるの？寝たきりの拘縮・褥瘡予防について ～運動とポジショニングの工夫～」	鍵谷美早紀（理学療法士）	2016.11.10

乳腺外科 乳房センター

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	乳がんに関する情報との正しい付き合い方	窪田智行	2016.7.9
2	乳がんについて、みんなで語り合いましょう !!	窪田智行、雄谷純子	2016.7.9

眼科

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	糖尿病から眼を守るために	古川真理子（眼科 部長）	2016.8.7

● 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	年月日
1	健康管理について	2016.2.13
2	認知症について	2016.3.12
3	移乗（乗り移り）動作について	2016.4.9
4	介護保険について	2016.4.23
5	更衣について	2016.5.14
6	健康管理について	2016.6.11
7	認知症について	2016.7.16
8	移乗（乗り移り）動作について	2016.8.13
9	介護保険について	2016.8.28
10	更衣について	2016.9.10
11	健康管理について	2016.10.8
12	移乗（乗り移り）動作について	2016.12.10
13	介護保険について	2016.12.24

上飯田リハビリテーションセミナー

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	第25回 多様化するニーズに応える介護福祉・リハビリテーションサービスの検討	日大大学 保健医療学部 理学療法学 教授 / 学科長 矢野秀典	2016.2.13
2	第26回 骨関節の3次元動態を理解して、リハ治療に活用しよう	大阪大学大学院医学系研究科 運動器バイオマテリアル学 教授 菅本一臣	2016.10.7
3	第26回 認知症のリハビリテーション	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター副院長 健康長寿支援ロボットセンター長、 機能回復診療部・部長 近藤泉	2016.10.7

委員会活動

● 総合上飯田第一病院

栄養委員会

月	活動内容
5月	食札印字変更（メニュー名表示）
6月	冷凍冷蔵庫・冷凍庫・配膳車の購入
6月	盛り付けマニュアルの作成
6月	給食の温度調査、対策開始
8月	STと検討し、増粘剤の種類変更
8月	採用高栄養食品（ゼリー・ジュース）の品目・味変更
8月	患者食アンケート
10月	消化器術後食の変更（アルギニン付加期間の変更）
10月	ブイクレス CP10採用（褥瘡改善目的）
11月	患者食アンケート

NST 委員会

月	活動内容
1月	NST マニュアル改定
2月	日本静脈経腸栄養学会
2月	経腸栄養指示書変更（脳外科の追加水について）
6月	PEG パス改定
6月	NST 専門療法士臨床実地修練（6/20～24：看護1名、外部1名）
6月	輸液製剤の遮光カバーについて一部変更（TPN・ビタミン製剤混注輸液以外は不要）
8月	「イントラリポスの投与について」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（11/14～18：看護3名、リハ病院看護1名、外部2名）
12月	エンシュア H フレーバー追加
毎月	NST 勉強会開催

院内感染対策委員会

月	活動内容
毎月	院内感染対策委員会にて細菌検査・耐性菌・院内感染症報告の分析、改善策の検討
3月	新入職員研修
4月	入職時感染管理看護師新人研修
7月	「手洗い・手指消毒・針刺し」全職員向け講習

図書委員会

月	活動内容
2月	定例委員会
6月	定例委員会
10月	定例委員会

2016年度実績として年間購読 99誌、単冊購入 153冊を購入しました。

輸血療法委員会

月	活動内容
毎月	月 1 回の委員会の開催（年12回）
12月	輸血用血液製剤および血漿分画製剤の説明書

救急委員会

月	活動内容
1・3・5・7・9・11月	救急委員会定例会議
	トリアージ勉強会
	南館救急対応の開始

サービス向上委員会

月	活動内容
1月	ご意見の対応策公表（院内掲示、ホームページ掲載）：北館エレベーター内の鏡の交換について、サイズの大きい冬用掛布団について、駐車料金について
3月	平成27年度患者満足度調査（外来患者3/2～3、入院患者3/7～18）
4月	ご意見の対応策公表（院内掲示、ホームページ掲載）：会計番号システムについて、南館8階食堂「みはらし亭」でのお茶の提供について
5月	ご意見の対応：CT検査更衣室に、靴を脱いで着替えができるよう棚・カーペットを設置
5月	ご意見の対応：シャワー椅子を各病棟に準備（希望者利用）
7月	平成27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）
7月	ご意見の対応策公表（院内掲示、ホームページ掲載）：CT検査更衣室について、シャワーいすについて、時刻表の掲示について
8月	ご意見の対応：南館8階「洗濯機の使い方」の字を大きくし表示改善
10月	ご意見の対応策公表（院内掲示、ホームページ掲載）：受付・会計時の並ぶ場所について、乳腺エコー・マンモグラフィーを両方検査する時の着替えについて
10月	ご意見の対応：南館1F 自動販売機の設置台を車イスでも取りやすいよう撤去
11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）
12月	ご意見の対応：眼科術後でうつむいている人にもわかるよう、エレベーター作業・点検の表示を床に設置

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」
3月	委員会勉強会（委員会時実施）5階東谷NS「入院環境について 1. 環境とは 2. 入院生活による環境の変化 3. 環境の変化への対応方法」
4月	認知症ケア加算1算定準備
5月	認知症ケア加算1算定準備
6月	認知症ケア加算1算定開始。毎週木曜ラウンド・カンファレンス開始
7月	毎週ラウンド・カンファレンス
8月	毎週ラウンド・カンファレンス
9月	9/14DST 院内研修「環境調整ができる認知症看護！！」「せん妄に対する薬物療法」認知症看護認定看護師・薬剤師
10月	10/14・10/27DST 院内研修「環境調整ができる認知症看護！！」「せん妄に対する薬物療法」認知症看護認定看護師・薬剤師
10月	委員会勉強会（委員会時実施）3階・4階「症例検討」/毎週ラウンド・カンファレンス
11月	委員会勉強会（委員会時実施）長野県立認知症看護認定看護師研修生「言葉では語れない認知症者の思い」/毎週ラウンド・カンファレンス
12月	委員会勉強会（委員会時実施）5階・7階「症例検討」/毎週ラウンド・カンファレンス

労働安全衛生委員会

月	活動内容
毎月	職員健康診断
2月	職員食堂改築工事
3月	BLS(一時救命処置) 講習実施
4月	消火訓練・消防説明実施（新入職員対象）
6月	甲種防火管理者講習（管理職対象）
6月	災害対策研修「患者搬送法」
9月	医療安全研修会「移乗方法と車椅子の使い方について」
10月	インフルエンザワクチン接種開始
11月	防災訓練・トリアージ実践訓練（職員対象）

臨床研修管理委員会

月	活動内容
毎月	臨床研修小委員会開催
3月	臨床研修修了証交付
4月	臨床研修管理委員会開催
4月	症例検討会（ER オリエンテーション）
5月	東海北陸地区臨床研修病院合同説明会参加
6月	症例検討会（骨折・骨挫傷の症例における初期治療）
6月	症例検討会（頭痛を主訴に発見された脳梗塞の一例）
7月	症例検討会（救急外来での妊娠中の患者対応）
8月	臨床研修医選抜試験
8月	症例検討会（尿路結石症・尿路感染症の症例）
9月	臨床研修医マッチング登録
12月	臨床研修医マッチング登録

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

倫理委員会

月	活動内容
	申請のある都度開催した

薬事委員会

月	活動内容
2月	
4月	左記6回開催
6月	新規採用薬剤 通算93品目
8月	後発医療品切り替え薬剤 通算33品目
	登録削除薬剤 通算85品目
10月	の審査を行った
12月	

診療記録委員会

月	活動内容
	不定期に開催した

治験審査委員会

月	活動内容
1月	
2月	
4月	
6月	左記の8回開催
8月	4件の治験に対して延べ27回の審査を行った
9月	
10月	
12月	

緩和ケア委員会

月	活動内容
毎月	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 ★年間介入（入院）：223例

化学療法委員会

月	活動内容
2月	新レジメン承認「SOX + トラスツズマブ」
6月	全看護師職員希望者研修「インヒューザーポンプの正しい知識」
	新レジメン承認「ドセタキセル、BEP、GC、M-VAC」
8月	全看護師職員希望者研修「化学療法における血管外漏出」
10月	全看護師職員希望者研修「チーム医療」
	新レジメン承認「アクテムラ、サイラムザ、サイラムザ+パクリタキセル」
12月	全看護師職員希望者研修「抗がん剤と分子標的薬の違い」

医療安全・ガス委員会

月	活動内容
毎月	医療安全委員会にてヒヤリハット報告の分析、改善策の検討
1月	医療安全マニュアル「身体抑制（梗塞）に関する説明・同意書」改定
1月	医療安全情報 No.4 発行
2月	医療安全委員会の構成員の改定
3月	新入職員研修「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」
3月	医療安全研修「MRI」の危険性
3月	医療安全院内ラウンド実施
3月	医療安全推進部会を設立。
3月	医療安全情報 No.5 発行
4月	新人職員合同研修「当院の医療安全」
4月	医療安全研修「MRI」の危険性
4月	医療安全推進部会が、「患者誤認」「医療安全研修会」「医療安全週間」チームごとに活動開始。
5月	医療ガス委員会開催 院内医療ガスアウトレット総点検実施
5月	「医療安全委員会規定」改定
5月	「医療安全管理指針」改定
5月	医療安全情報 No.6 発行
6月	医療事故調査制度評価報告書の提出率について検討
6月	医療安全マニュアル「面会制限申請書」改定
7月	看護師研修「CV ポートの基礎知識とヒューバープラスの使い方について」3回開催
7月	「ヒューバープラス」を導入
7月	医療安全情報 No.7 発行
8月	「医療事故調査制度運用手順 剥検・Ai」改定
8月	医療安全院内ラウンド実施
9月	院内暴力発生時の対応について検討
9月	医療安全情報 No.8 発行
10月	医療事故調査制度評価報告書の提出について医師にアンケートを実施
10月	臨時医療安全委員会開催 「横浜の点滴異物混入事件を受けて当院の防犯体制について検討」
11月	医療安全マニュアル「院内暴力発生時の対応手順」改定
11月	「医療事故調査制度評価報告書」改定
11月	医療安全情報 No.9 発行
11月	医療ガス委員会開催 ボンベの取り替えについて検討

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

臨床検査適正化委員会

月	活動内容
1月	SRL 「検査受託中止のお知らせ」「検査内容変更のお知らせ」
1月	勉強会 「炎症性乳癌」「めまい」について
2月	SRL 新規実施項目「Gly m4」「Hev b6.02」
2月	勉強会 「男性の乳腺疾患」「手根管症候群」について
3月	SRL 新規実施項目「特異的 IgE(MAST36アレルゲン)」
3月	勉強会 「てんかん」「L-FABP」について
4月	勉強会 「腸管出血性大腸菌」「原発性アルドステロン症」について
5月	勉強会 「DCIS」「メニエール病」について
6月	SRL 「NT-proBNP」について
6月	SEKISUI 「L-FABP」について
7月	SRL 「デングウィルス抗原・抗体同時測定定性」について
8月	SRL 「25-ヒドロキシビタミンD」について
9月	SRL 「ラコサミド」について
10月	SRL 「抗原・抗体検査」について
11月	勉強会 「J波症候群」「オンコタイプDX」について
11月	SRL 「検査内容変更」について
12月	SRL 「甲状腺疾患」について
12月	反省会

災害対策委員会

月	活動内容
1月	災害対策ワーキング会 発足
1月	「災害対策のお願い」配布
3月	防災用品点検
3月	愛生会 新入職員研修 太田
4月	医療安全・災害対策合同 新入職員研修会 沖田、太田、安永
5月	新入職員防火訓練
5月	災害対策研修会「北館避難路探検ツアー」 ワーキング避難路グループ
6月	災害対策研修会「患者搬送法」 ワーキング患者搬送グループ 土田
8月	災害対策研修会「トリアージ」 ワーキングトリアージグループ 水野
10月	防災用品点検
11月	災害対策研修会「トリアージ実践研修」 ワーキングトリアージグループ 水野
11月	防災訓練

クリニカルパス委員会

月	活動内容
1月	パリアンス症例検討会
2月	パリアンス症例検討会
3月	委員会振り返りとまとめ
4月	パス委員会の運営について
5月	今年度目標・パス研修会参加
6月	パス勉強会（伝達講習）・昨年度パリアンス集計報告
7月	パスの修正について説明・修正開始
8月	パスの修正について現状報告
9月	パスの修正について現状報告
10月	パス勉強会（伝達講習）・パスの修正について現状報告
11月	パス学会参加
12月	パスの修正・パリアンス集計

リエゾン委員会

月	活動内容
1月	病院機能評価のため会場使用不能で中止
2月	地域医療連携活動報告 地域包括ケア病棟実績 病診連携周術期口腔機能管理
3月	地域医療連携活動報告 院内歯科の無い病院と地区歯科医師会との連携報告
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報告
5月	地域医療連携活動報告 地域包括ケア病棟運営協議会報告
6月	地域医療連携活動報告 北区医療福祉連携会報告 新しい総合事業：介護予防
7月	地域医療連携活動報告 地域包括ケア病棟運営協議会報告
8月	地域医療連携活動報告 病診連携周術期口腔機能管理歯科一覧 退院支援加算1
9月	地域医療連携活動報告 地域包括ケア病棟運営協議会報告 歯科連携協議会報告
10月	地域医療連携活動報告 認知症「あいちゃんカフェ」報告 北区医療福祉連携会報告
11月	地域医療連携活動報告 愛知県地域医療連携事務者協議会報告
12月	地域医療連携活動報告 在宅医療介護連携「はちまるネット」報告

● 上飯田リハビリテーション病院

褥瘡委員会

月	活動内容
毎月	褥瘡状況（有病率・発生率）、高機能マットレス使用状況確認
8月	褥瘡対策・看護計画用紙の運用についての確認
9月	全病棟マットレス交換実施
11月	マットレスに対する勉強会の実施

地域連携パス委員会

月	活動内容
2月	尾張北部脳卒中地域連携パス会議 江南厚生病院 参加
3月	尾張北部大腿骨地域連携パス会議 江南厚生病院 参加
3月	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	名古屋北部脳卒中連携会 総合上飯田第一病院 参加
3月	脳卒中地域連携パス合同委員会 第二日赤 参加
3月	大腿骨頸部骨折パス合同委員会 第二日赤 参加
3月	脳卒中・大腿骨地域連携パス運営会議 名古屋医療センター 参加
5月	八事整形医療連携会医療連携会 参加
6月	尾張地方連携パス会議 一宮市民病院 参加
6月	大腿骨近位部骨折地域医療連携会 聖霊病院 参加
6月	病院連携推進会議 春日井市民病院 参加
7月	名古屋大腿骨頸部骨折拡大会議 中村日赤 参加
7月	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	名古屋北部脳卒中連携会 総合上飯田第一病院 参加
9月	名古屋大腿骨頸部骨折拡大会議（実務者会議） 参加
10月	第8回名古屋脳卒中拡大合同会議 東部医療センター 参加
10月	聖霊病院 大腿骨近位部骨折地域医療連携会 参加
10月	尾張北部脳卒中連携パス会議 小牧市民病院 参加
11月	尾張北部大腿骨連携パス会議 小牧市民病院 参加
11月	八事整形医療連携会 参加
12月	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	名古屋北部脳卒中連携会 総合上飯田第一病院 参加

NST 委員会

月	活動内容
1～12月	NST ラウンド
11月	NST 専門療養士実地修練への参加
10月～	NST 勉強会 定期開催開始

医療安全対策委員会

月	活動内容
1月	トラブル報告書変更
2月	緊急コードマニュアル変更
5月	「2015年度の当院における事故の傾向と対策」勉強会
7月	医療安全セミナー 「心肺蘇生・AED」開催
10月	医療安全セミナー 「災害対策の基本」開催
10月	医療安全セミナー 「災害対策ツール」開催
10月	医療安全セミナー 「院内緊急コード」開催
11月	医療事故調査マニュアル変更
毎月	毎月院内安全ラウンド実施

栄養委員会

月	活動内容
10月	入院患者・通所利用者 食事アンケート実施
10月	厨房内ガス配管工事施行
12月	職員食 食事アンケート実施
12月	職員食 提供場所の変更(リハビリ病院通所1→第一病院みはらし亭へ)
1~12月	行事食(お正月、節分、七夕、土用の丑、クリスマス、大晦日など)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27年度第4回医療連携ICTカンファレンス(名古屋医療センター)
4月	平成28年度第1回医療連携ICTカンファレンス(名古屋医療センター)
5月	感染対策院内研修会(感染対策の基本)
6月	平成28年度第2回医療連携ICTカンファレンス(名古屋医療センター)
6月	平成28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	平成28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28年度第3回医療連携ICTカンファレンス(名古屋医療センター)
10月	感染対策院内研修会(ワクチンについて)
12月	平成28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

サービス向上委員会

月	活動内容
4月	身だしなみについての注意喚起掲示
4月	委員会名をサービス向上委員会に変更
11月	接遇研修「ありがとうを勝ち獲る」1回目
12月	接遇研修「ありがとうを勝ち獲る」2回目
12月	入院満足度調査用紙の見直し開始
1月	接遇研修「ありがとうを勝ち獲る」3回目(予定)
通年	入院満足度調査用紙の回収、集計、回答
通年	ご意見への返答及び対応

IT委員会

月	活動内容
通年	院内ホームページの改訂、院内クライアントパソコン交換作業
3月	診療報酬改定に伴うプログラム更新
4月	院外ホームページの加筆、修正
6月	院内におけるWindows10の取り扱いとその周知徹底
9月	停電時(電気設備点検)の対応
12月	次年度事業計画案(目標・計画)の意見聴取

倫理委員会

月	活動内容
3月	診療マニュアルについて
4月	経頭蓋刺激装置（TMS）の導入について
7月	リハビリテーション科 症例検討会について
9月	入院判定会議について
10月	研究計画審査、病棟企画（家族会、小運動会）審査
12月	研究計画審査、ノンアルコール飲料への対応について

● 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
2月	愛知県透析セーフティマネジメント研究会参加
2月	安全勉強会 「患者安全の構築に向けて」
3月	院内勉強会 「透析室における安全対策」
3月	防災訓練（火災による緊急離脱と避難訓練）
4月	第1回医療安全対策講習会参加
6月	緊急離脱訓練
7月	防災訓練（火災による緊急離脱と避難訓練）
8月	安全勉強会 「ヒューマンエラー対策」
9月	愛知県透析セーフティマネジメント研究会参加
9月	透析患者カード配布・防災の日指導
11月	防災訓練（消火器訓練）
12月	来年の勉強会テーマの検討・防災訓練のまとめ

栄養委員会

月	活動内容
1月	患者食アンケート実施
2月	患者食アンケート結果報告、患者食・職員食配膳車購入
3月	残飯量・献立改善策の報告
4月	多食種による患者食の検食開始、給食利用率報告
5月	衛生管理「手洗い・指先管理の大切さについて」 日清医療食品（株）
6月	残飯量・献立改善策の報告
7月	残飯量・献立改善策の報告
9月	患者食お茶提供量の改定、院外講習会へ参加
10月	職員食アンケート実施、上半期の検食評価と給食利用率報告
11月	職員食アンケート結果報告、残飯量・献立改善策の報告
12月	宅配食「食宅便」試食会 日清医療食品（株）

患者サービス向上委員会

月	活動内容	
1月	要介助者の利用増加に伴い、リフト車の増設を検討	送迎
1月	体力測定者の結果・アドバイス	体力
2月	利用者の体調不良時の対応について再確認	送迎
2月	体力測定者の結果・アドバイス	体力
3月	院内部署間の連絡方法の見直し	送迎
3月	体力測定者の結果・アドバイス	体力
4月	送迎利用者の要望について、検討	送迎
4月	家庭内での運動指導項目の検討・体力測定の継続へのアプローチ	体力
5月	利用者の規約外の行動について、現状把握と対応を確認	送迎
5月	透析中リハビリテーション開始に向けて疾患等による適応・中止基準の検討	体力
6月	要介助者の利用増加に伴い、リフト車3台体制開始	送迎
6月	体力測定を行った方の中から透析中リハビリテーションが出来る患者さまを選考	体力
6月	認知症予防の目的・認知テストまでの流れ	認知症
6月	認知症のテストについて、評価後から告知までの進め方	認知症
7月	北警察交通課による招聘研修「交通安全講習会」	送迎
7月	透析中リハビリテーションの流れ・メニュー決定	体力
7月	認知症テスト対象者・テスト方法の検討	認知症
7月	中間コースの要介助者について、状態に合わせ院内部署間の連絡方法を見直し	送迎
8月	透析中リハビリテーション開始	体力
9月	夜間コースの送迎 導入を検討	送迎
9月	透析中リハビリテーション開始1ヶ月間の経過報告	体力
10月	夜間コースの送迎 試験運行を含めた開始時期・体調不良時等の対応を検討	送迎
10月	透析中リハビリテーションを行った患者さまの体力評価の結果報告	体力
10月	認知症アンケート内容検討・作成（本人・家族用）ポスター掲示	認知症
11月	夜間コースの送迎開始 休日・天候不順時の対応を検討	送迎
11月	第一病院理学療法士から当院スタッフ主体で透析中リハビリテーションを行うことで決定	体力
12月	利用者増加に伴い、朝コース・中間コースのお迎えルートを見直し	送迎
12月	当院スタッフにて透析中リハビリテーションを行う場合の問題点の抽出と改善	体力

院内感染対策委員会

月	活動内容	
2月	「透析施設における感染対策（インフルエンザ、ノロウイルス）」講習	
4月	緊急時止血セット作成、更衣室に導入	
5月	「透析施設における感染対策への取り組み」講演会参加	
6月	院内感染対策委員会規約改正	
8月	「透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン」講習	
11月	「透析医療と感染対策・モニタリング機器がなぜ必要なのか？」講演会参加	
11月	HB型肝炎予防ワクチン接種手順改正	
11月	HB型肝炎予防ワクチン接種手順書（常勤・非常勤）（派遣）作成	
12月	感染事故発生届改正	

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

論文・抄録

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

Katsuyuki Ukai, MD, PhD,^{1,2} and Kenji Kosaka, MD, PhD³

¹Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital, Aichi, Japan

²Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine, Aichi, Japan

³Clinic Ian Center Minami, Kanagawa, Japan

ABSTRACT

"Diffuse neurofibrillary tangles with calcification" (DNTC) is a rare, pre-senile type of dementia. The term "DNTC" was initially proposed by Kosaka in 1994. Although 26 autopsies and 21 clinical patients with DNTC have been described in Japan to date, DNTC has rarely been reported in European and North American literature. We speculate that DNTC has been overlooked in other countries. Herein, we reviewed all known reports of DNTC in Japan and propose clinical diagnostic criteria for DNTC.

INTRODUCTION

The term "diffuse neurofibrillary tangles with calcification" (DNTC) initially proposed by Kosaka in 1994 was based on three autopsy studies.¹ The first was entitled, "An autopsied case of unclassifiable presenile dementia" and it was published in 1973.² This case exhibited the clinical features of Alzheimer's (AD) and Pick's disease with the following neuropathological features: localized temporofrontal lobe atrophy, widespread neuronal cell loss and numerous neurofibrillary tangles (NFTs) in the cerebral cortex, no senile plaques and obvious symmetrical Fahr-type calcification. Similar autopsy findings were reported by Ando et al. at an annual meeting of the Japan Neuropathology Association in 1965.³ At that time, their findings indicated a diagnosis of clinical and neuropathological atypical Pick's disease. Similar findings from three autopsies have been described by Shibayama et al. in a 1986 report entitled, "Unusual cases of presenile dementia with Fahr's syndrome".⁴ Similar findings were subsequently referred to as, "non-Alzheimer's non-Pick's dementia with Fahr's syndrome",⁵ and DNTC was also referred to as Kosaka-Shibayama disease.^{6,7} We searched the literature for all reports regarding DNTC including autopsy studies between 1965 and 2012 using PubMed, Medline, JDREAM III and Igaku Chuo Zasshi. To the best of our knowledge, 26 autopsies of individuals with DNTC have been reported in Japan,^{1,5,8-23} and only two autopsies in Europe and the USA have been reported.^{24,25} Here, we reviewed all autopsies reported in Japan, and propose clinical diagnostic criteria for DNTC.

DNTC in Japan

Twenty-six autopsies and 21 patients with clinical DNTC have been described in Japan to date, compared with two autopsies and two clinical patients with DNTC that have been reported elsewhere.

1. Reports of autopsied DNTC in Japan

There were 26 autopsies reported in Japan. The mean age at DNTC onset was 54.3 (42 - 77) years and that at death was 66.5 (48 - 79) years. The mean total duration of the illness was 10.1 (2 - 30) years. The male/female ratio was 1:2.7 (7:19). Familial occurrence of DNTC was not evident.

The most frequent initial clinical symptom was memory disturbance, which was similar to that in AD. However, various other symptoms included stereotypical speech or actions, personality changes, irritability, disinhibition, bizarre or antisocial behavior, oral tendencies and *denkfaulheit* (mental laziness), similar to those associated with Pick's disease. Physical, behavioral and neurological symptoms included abulia, apathy, amnesia, bradykinesia, aspontaneity, semantic amnesia and gait disturbance. The clinical diagnoses comprised AD (n = 6 cases), Pick's disease (n = 5), pre-senile dementia (n = 5), senile psychosis (n = 2) and DNTC (n = 1); seven individuals remained undiagnosed.

The mean weight of the brain was 995.2 g (720 - 1,265 g). Localized temporal or temporofrontal atrophy was macroscopically evident.

The characteristic pathological findings comprised localized temporal or temporofrontal lobe atrophy similar to that in Pick's disease, extreme neuronal cell loss in atrophied cortices, especially in the temporal lobe and hippocampus, widespread

NFTs in the cerebral cortex that were particularly abundant in the temporal cortex, hippocampus, and amygdala, similar to AD, no or few senile plaques and Fahr-type calcification, which was symmetrically predominant in the caudate nuclei, putamina, pallida and dentate nuclei.

2. Clinical DNTC reported in Japan

There were 21 clinical reports published in Japan. The mean age at onset was 64.6 (47-82) years and the male/female ratio was 1:5.7 (3:17, unknown in one). The most frequent initial clinical symptom was memory disturbance, but other psychotic symptoms included delusions, auditory and visual hallucinations, personality changes such as irritability, aggression, disinhibition, physical violence and antisocial behavior, parkinsonism such as oral dyskinesia and gait disturbance, stereotypy, oral tendency, and wandering. None of these patients had familial disease.

DISCUSSION

The age at onset, the male/female ratio and clinical symptoms were consistent with those described by Kosaka and Shibayama et al.^{1,5}

1. Neuropathological features

Lobe atrophy

Localized temporal or temporofrontal lobe atrophy is the most important feature of DNTC, suggesting that DNTC should be categorized as fronto-temporal lobar degeneration (FTLD). Kosaka showed that the distribution of temporal atrophy differed between DNTC and Pick's disease because the superior temporal gyri and hippocampus were also affected in DNTC.^{2,28} On the other hand, Tsuchiya et al. reported that four patients with DNTC had slight to moderate lesions in the superior temporal gyri.²⁹

Neurofibrillary tangles

Ukai et al. detailed the distribution of NFTs in DNTC and showed that it was similar to that of AD. However, the density of NFTs was higher in the temporal pole in DNTC, which also contained numerous ghost tangles (extracellular NFTs). In addition, NFTs including ghost tangles, were more abundant in the anterior, than in the posterior region of the temporal lobe.³⁰

In the context of tau pathology, Tanabe et al. showed that NFTs in DNTC had the same biochemical and immunohistochemical characteristics as those in AD.¹⁷ The NFTs in DNTC contained 3- and 4-repeat tau proteins, similar to those in AD.

Fahr-type calcification

Although Fahr-type calcification is one of the most characteristic features of DNTC, neither its pathogenesis nor its relationship with idiopathic basal ganglia calcification (IBGC) have been clarified. IBGC is a rare, inherited or sporadic disorder that can clinically present with extrapyramidal features such as dystonia, parkinsonism, tremor, ataxia or chorea.³¹ The familial form of IBGC is autosomal dominant, and locus heterogeneity is genetically linked to chromosomes 14q13 (IBGC1), 2q37 (IBGC2), 8p11.21 (IBGC3) and 5q32 (IBGC4). A loss-of-function mutation in the gene encoding type III sodium-dependent phosphate transporter 2 (SLC20A2) located on chromosome 8 might be the genetic basis of IBGC3 pathophysiology.³² On the other hand, familial DNTC has not yet been identified. Furthermore, DNTC can be distinguished from IBGC by the characteristic symptoms of progressive dementia, localized lobar atrophy and tau pathology.

Haraguchi et al. found using X-ray and atomic absorption spectrometry that chronic exposure to lead (Pb) might be one etiological factor of Fahr-type calcification in DNTC.^{33,34} On the other hand, Ishihara et al. investigated the distribution of Pb and calcium (Ca) and the relationship between them to clarify whether the brain with DNTC specifically contains Pb.^{35,36} They also used micro-beam synchrotron radiation X-ray fluorescence (μ -SRXRF) spectrometry to compare extremely calcified brains having DNTC with those having AD. Their findings suggested that Ca accumulation is always accompanied by that of Pb, but brain concentrations of Pb were not disease-specific.

Others

Glial fibrillary tangles

Glial fibrillary tangles (GFTs), like NFTs, consist of abnormally phosphorylated tau protein that accumulates in oligodendrocytes and astrocytes. They have been morphologically classified as thorn-shaped and tuft-shaped astrocytes and coiled bodies. Their disease specificities have been studied in patients with various cytoskeletal disorders.³⁷ For example, tuft-shaped astrocytes have been detected in progressive supranuclear palsy (PSP) and they

almost never coexist with astrocytic plaques, which are separate astrocytic inclusions specific to corticobasal degeneration (CBD).³⁸ Hashimoto et al. detected all three types of GFTs, particularly in the temporal and limbic lobes, that were severely affected in DNTC.³⁹ Thorn-shaped astrocytes and coiled bodies are not considered specific to DNTC because similar structures have been found in many other neurodegenerative disorders. Further studies are needed to assess the disease specificity of tuft-shaped astrocytes.

α -Synucleinopathy

Alpha-synuclein is a major component of Lewy bodies in Lewy body disease (LBD) including Parkinson's disease (PD), as well as in dementia with Lewy bodies (DLB), and also of neuronal and glial cytoplasmic inclusions in multiple system atrophy (MSA). Most patients with DNTC were positive for α -synuclein structures,⁴⁰⁻⁴² and these were detected in the hippocampus, amygdala, and temporal cortex, which were the most affected by NFTs. However, the distribution of α -synuclein-positive structures in DNTC differs from those of PD and DLB, which appeared to be a characteristic pathological feature of DNTC. On the other hand, Iwasaki et al. found no α -synuclein-positive structures in a patient with early-stage DNTC, and speculated that α -synuclein-positive structures develop at later stages.²⁰

TAR DNA-binding protein of 43 kDa proteinopathy
TAR DNA-binding protein of 43 kDa (TDP-43) is thought to be a major component of ubiquitin-positive inclusions in most sporadic and familial cases of FTLD and amyotrophic lateral sclerosis with dementia (ALS-D). Habuchi et al. reported that most of their patients with DNTC also had TDP-43, and that more TDP-43 was distributed in the most obviously affected regions.⁴²

Plaque-like structures

Terada et al. identified novel histopathological abnormalities that they referred to as plaque-like structures (PLS) in their patients with DNTC.⁴³ They found more oval, slightly eosinophilic, and A β -negative PLS up to 100 μ m in diameter in the deeper cortical layers and subcortical white matter of the most affected areas. These structures were not associated with either collagen fibers or abnormally phosphorylated tau products. Their study showed that PLS were absent in other neurodegenerative diseases and might be specific to DNTC.

2. Diagnostic markers of DNTC

Diagnostic brain imaging of DNTC

Blood flow is obviously reduced in the temporal lobes of patients with DNTC according to ^{123}I -IMP SPECT findings and $[^{18}\text{F}]$ fluorodeoxyglucose (FDG)-PET imaging findings have shown that glucose metabolism is reduced in the temporal and frontal lobes of such patients.⁶ That study also found normal blood flow and metabolism in the basal ganglia, the parietal and occipital lobes and the cerebellum, as well as normal $6[^{18}\text{F}]$ -fluoro-L-dopa (FDOPA)-PET uptake in the basal ganglia. These findings suggested that cellular function in the basal ganglia is maintained despite excessive calcification and that calcification and neuronal degeneration occur independently in DNTC. Isobe et al. also identified hypoperfusion in the fronto-temporal lobes of a patient with DNTC using SPECT.⁴⁴

A β and tau protein in the cerebrospinal fluid of patients with DNTC

The presence of A β and tau protein in the cerebrospinal fluid (CSF) is an established biological diagnostic marker of AD, and decreased A β 42 and increased phosphorylated tau levels are considered specific for a diagnosis of AD. Isobe et al. found normal concentrations of A β 42 in the CSF and higher concentrations of tau protein in a patient with DNTC. However, whether these were levels of total or phosphorylated tau was not described. These findings indicate NFTs, despite normal A β metabolism.⁴⁴

3. Clinical diagnostic criteria for DNTC

Clinical diagnostic criteria for DNTC were initially proposed by Iwai et al. (1996) followed by Kosaka (1997).^{27, 28} Only the clinical characteristic features of DNTC were presented in these reports, which were both published in Japanese. We herein propose new clinical diagnostic criteria based on autopsy findings from patients with DNTC.

Our proposed criteria for DNTC comprise one essential, three core and six supportive features. Dementia is essential for a diagnosis of possible or probable DNTC, although memory impairment might not necessarily be obvious during the early stages. The three core features comprise bilateral Fahr-type calcification, temporofrontal syndrome and localized atrophy of the bilateral temporal or temporofrontal lobes. Either Fahr-type calcification

and temporofrontal syndrome, or Fahr-type calcification and temporal or temporofrontal atrophy, are sufficient to diagnose probable DNTC. Fahr-type calcification alone is sufficient to diagnose possible DNTC.

Because only one published article each has described FDG-PET and CSF findings, we feel that adding them to the Supportive features would be premature at present. We believe that more FDG-PET and CSF evidence should accumulate before it could be included in the Supportive features.

4. Autopsy findings of DNTC without dementia

Only two autopsied patients with early DNTC have been described. Kosaka and Ikeda described a woman with DNTC who exhibited a mild memory disturbance, but no dementia.¹⁴ Her brain weighed 1,265 g, and NFTs were numerous in the hippocampus, entorhinal and trans-entorhinal cortices, and amygdala, but sparsely distributed in the neocortex. Langlois et al. also described a woman without evidence of dementia.²⁵ Her brain weighed 1,300 g and NFTs were numerous in the hippocampus and parahippocampal cortex. We speculate from these findings that tau pathology originates from these areas in DNTC as well as in AD.

5. Patients with DNTC in other countries

A literature search of DNTC in other countries revealed only four reports, of which only two were autopsies.^{7, 24-26} The autopsy described by Tariska was the second such report in the world,²⁴ and that of Langlois was the first description of an autopsy of a patient with early DNTC.²⁵ None of these patients had familial disease.

6. Reasons for predominant reports about DNTC originating in Japan

The reasons for the predominance of DNTC in Japan are unclear. One possibility is that some DNTC might have been reported as Fahr's disease in the USA and Europe. Avrahami et al. described 32 patients with Fahr's disease, of which 15 had been complicated with dementia.⁴⁵ We speculate that some DNTC might have been included among the 15 patients with Fahr's disease accompanied by dementia, although we could not find any autopsies of Fahr's disease with significant NFTs in the literature except the two described above. On the other hand, we found several reports describing Fahr's disease without significant NFTs. We also speculate that both DNTC and other diseases presenting with dementia have been categorized as Fahr's disease with dementia.

7. Issues for discussion

The neurochemical status of the brain in DNTC remains unknown and changes in acetylcholine and monoamine levels should be clarified. Furthermore, the many neuropathological features described in reports about DNTC such as PLS, tuft-shaped astrocytes, the pathogenesis and distribution of α -synuclein and TDP-43, remain controversial, as are those of diagnostic markers such as tau protein in the CSF and in FDG-PET images. We will further revise our clinical diagnostic criteria for DNTC when future studies clarify these issues.

ACKNOWLEDGMENTS

We thank Dr. Hiroto Shibayama, Asahigaoka Hospital and Dr. Kunihiro Iwamoto, Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine, for helpful advice and encouragement.

None of the authors has any conflict of interest. This study was not supported by any individuals or institutions.

REFERENCES

- Kosaka K. Diffuse neurofibrillary tangles with calcification: a new presenile dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1994; 57: 594-596.
- Kosaka K, Shibayama H, Kobayashi H, Hoshino T, Iwase S. An autopsy case with unclassifiable presenile dementia. Psychiatrica Neurologica Japon 1973; 35: 18-35. (in Japanese with English abstract)
- Ando J, Okaniwa T, Tachibana K. An autopsy case with Pick's disease. Shinkei Kenkyu-no-Shinpo 1965; 9: 181-182. (abstract in Japanese)
- Shibayama H, Kobayashi H, Iwase S, et al. Unusual cases of presenile dementia with Fahr's syndrome. Jap J Psychiatr Neurol 1986; 40: 85-100.
- Shibayama H, Kobayashi H, Nakagawa M, et al. Non-Alzheimer non-Pick dementia with Fahr's syndrome. Clin Neuropathol 1992; 11: 237-250.

- 6.Ito Y, Kato T, Suzuki T, et al. Neuroradiologic and clinical abnormalities in diffuse neurofibrillary tangles with calcification (Kosaka-Shibayama disease). *J Neurol Sci* 2003; 209: 105-109.
- 7.Nanda S, Bhatt SP, Pamula J, Woodruff WW, Fowler M, Miller D. Diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC): Kosaka-Shibayama disease in America. *Amer J Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2008; 22: 535-537.
- 8.Miyoshi K, Kamiya S. A case of presenile dementia with neurofibrillary tangles and circumscribed fronto-temporal atrophy. *Rinsho Shinkei* 1975; 15: 827-833. (in Japanese)
- 9.Kuroda S, Shomori A, Tateishi J. An autopsy case of atypical Alzheimer's disease. *Brain & Nerve* 1976; 28: 389-395. (in Japanese)
- 10.Ishino H, Morisada A. An autopsy case of Pick's disease with numerous neurofibrillary tangles. *Rinsho Sinkeigaku* 1979; 19: 197-203. (in Japanese)
- 11.Ishino H, Sudo K, Imaoka N, Kanno H, Mitsunobu K. A case of Pick's disease with sensory aphasia and neurofibrillary tangles. *Seishin Igaku* 1981; 23: 277-283. (in Japanese)
- 12.Goban Y, Yamanouchi H, Tohgi H, Saitoh M, Tomonaga M. An autopsy case of atypical senile dementia with multiple cerebral infarction and diffuse pseudo-calcification. *Shinkei Naika* 1984; 20: 148-156. (in Japanese)
- 13.Nakayama H, Uesugi H, Ando S, Inose M. An autopsy case of atypical dementia showing numerous neurofibrillary tangles and severe calcification. 33rd annual meeting of Japan Neuropathology Association, Niigata, 1992. (abstract in Japanese)
- 14.Kosaka K, Ikeda K. Diffuse neurofibrillary tangles with calcification in a non-demented woman. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 61: 116.
- 15.Takeuchi T, Shibayama H, Ishihara R, et al. An autopsy case of atypical dementia with specific white matter lesions. *Neuropathology* 1997; 17 (Suppl): 277. (abstract in Japanese)
- 16.Ujihira N, Hashizume Y, Takagi T et al. An autopsied case of atypical presenile dementia which shows lobar atrophy, severe neurofibrillary tangles and calcification. *Rinsho Sinkeigaku* 1997; 37: 292-299. (in Japanese with English abstract).
- 17.Tanabe Y, Ishizu H, Ishiguro K, et al. Tau pathology in diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC): biochemical and immunohistochemical investigation. *NeuroReport* 2000; 11: 2473-2477.
- 18.Ohzeki M, Shibayama H, Mizuno Y, et al. An autopsied case of diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC) with amyloid angiopathy. *Neuropathology* 2001; 21 (Suppl): A14. (abstract in English)
- 19.Ikemura M, Saito Y, Arai T, et al. Two autopsied cases of diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC). *Neuropathology* 2007; 27: 190. (abstract in English)
- 20.Iwasaki Y, Ito M, Mori K, et al. An autopsied case of diffuse neurofibrillary tangles with calcification: Early stage pathologic findings. *Neuropathology* 2009; 29: 697-703.
- 21.Matsuyama Z, Akatsu H, Hori A, et al. A case of diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC) with Parkinson disease. *Neuropathology* 2009; 29: 368. (abstract in English)
- 22.Takeda N, Ishizu H, Ikeda K et al. An autopsied case of diffuse neurofibrillary tangles with calcification. *Neuropathology* 2010; 30: 329. (abstract in English)
- 23.Nishida N, Hata Y. An autopsied case of diffuse neurofibrillary tangles with calcification. *Nihon Byouri Gakkai Kaishi* 2011; 100: 397. (abstract in Japanese)
- 24.Tariska I. Circumscribed cerebral atrophy in Alzheimer's disease. A pathological study. In: Wolstenholme GEW, O'Connor M (ed.). *Alzheimer's disease*. London: Churchill, 1970; 51-73.
- 25.Langlois NEI, Grieve JHK, Best PV. Changes of diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC) in a woman without evidence of dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 59: 103.
- 26.Modrego PJ, Mojonero J, Serrano M, Fayed, N. Fahr's syndrome presenting with pure and progressive presenile dementia. *Neurol Sci* 2005; 26: 367-369.
- 27.Iwai K, Shibayama H, Takeuchi T, et al. Clinical diagnostic criteria for non-Alzheimer non-Pick dementia with Fahr's syndrome (NANPDF). *Rounen Seishin Igaku Zasshi* 1995; 7: 189-197. (in Japanese)
- 28.Kosaka K. Diffuse neurofibrillary tangles with calcification. *Clin Neurosci* 2001; 19: 510-511. (in Japanese)
- 29.Tsuchiya K, Nakayama H, Haga C, et al. Distribution of cerebral cortical lesions in diffuse neurofibrillary tangles with calcification: a clinicopathological study of four autopsy cases showing prominent parietal lobe involvement. *Acta Neuropathol* 2005; 110: 57-68.
- 30.Ukai K, Shibayama H, Ishihara R, Ozaki N. Distribution of neurofibrillary tangles in diffuse neurofibrillary tangles with calcification. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63: 646-651.
- 31.Wider C, Dickson DW, Schweitzer KJ, Broderick DF, Wszolek ZK. Familial idiopathic basal ganglia calcification: a challenging clinical-pathological correlation. *J Neurol* 2009; 256: 839-842.
- 32.Wang C, Li Y, Shi L, et al. Mutations in SLC20A2 link familial idiopathic basal ganglia calcification with phosphate homeostasis. *Nature Genetics* 2012; 44: 254-256.
- 33.Haraguchi T, Ishizu H, Kawai K, et al. Diffuse neurofibrillary tangles with calcification (a form of dementia): X-ray spectrometric evidence of lead accumulation in calcified regions. *NeuroReport* 2001; 12: 1257-1260.
- 34.Haraguchi T, Ishizu H, Takehisa Y, et al. Lead content of brain tissue in diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC): the possibility of lead neurotoxicity. *NeuroReport* 2001; 12: 3887-3890.
- 35.Ide-Ektessabi A, Kawakami T, Ishihara R, Mizuno Y, Takeuchi T. Investigation on metal elements in the brain tissue from DNTC patients. *J Electron Spectroscopy Related Phenomenon* 2004; 801-804.
- 36.Ishihara R, Iritani S, Shibayama H, et al. Metal elements in the brain tissue in diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC). *Neuropathology* 2005; 25 (Suppl): 126. (abstract in Japanese)
- 37.Ikeda K. Glial fibrillary tangles and argyrophilic threads: classification and disease specificity. *Neuropathology* 1996; 16: 71-77.
- 38.Komori T, Arai N, Oda M, et al. Astrocytic plaques and tufts of abnormal fibers do not coexist in corticobasal degeneration and progressive supranuclear palsy. *Acta Neuropathol* 1998; 96: 401-408.
- 39.Hashimoto N, Takeuchi T, Ishihara R, et al. Glial fibrillary tangles in diffuse neurofibrillary tangles with calcification. *Acta Neuropathol* 2003; 106: 150-156.
- 40.Yokota O, Terada S, Ishizu H, et al. NACP/α-synuclein immunoreactivity in diffuse neurofibrillary tangles with calcification (DNTC). *Acta Neuropathol* 2002; 104: 333-341.
- 41.Hishikawa N, Hashizume Y, Ujihira N, Okada Y, Yoshida M, Sobue G. α-Synuclein-positive structures in association with diffuse neurofibrillary tangles with calcification. *Neuropathol Appl Neurobiol* 2003; 29: 280-287.
- 42.Habuchi C, Iritani S, Sekiguchi H, et al. Clinicopathological study of diffuse neurofibrillary tangles with calcification: With special reference to TDP-43 proteinopathy and alpha-synucleinopathy. *J Neurol Sci* 2011; 301: 77-85.
- 43.Terada S, Ishizu H, Tanabe Y, et al. Plaque-like structures and arteriosclerotic changes in "diffuse neurofibrillary tangles with calcification" (DNTC). *Acta Neuropathol* 2001; 102: 597-603.
- 44.Isobe K, Urakami K, Shoji M, Nakashima K. Intracranial calcification with IgG λ M-protein-anemia: a case report. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64: 561-568.
- 45.Avrahami E, Cohn DF, Feibel M, et al. MRI demonstration and CT correlation of the brain in patients with idiopathic intracranial calcification. *J Neurol* 1994; 241: 381-384.

Effectiveness of low-dose pregabalin in three patients with Lewy body disease and central neuropathic pain

Katsuyuki Ukai,^{1,2} Hiroshige Fujishiro,² and Norio Ozaki²

¹Kamiiida Daiichi General Hospital

²Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine

Abstract

Many patients with Lewy body disease (LBD) complain of pain, and their pain may be associated with this disease. Recently, pain has become a focus of attention in Parkinson's disease (PD), but there is little information regarding pain in patients who have dementia with Lewy bodies. We used pregabalin to treat three LBD patients with chronic pain that may have been related to degeneration of central neurons. All 3 patients responded well to pregabalin at 25 to 50 mg/day. To our knowledge, there have been no previous reports of pregabalin showing efficacy for central neuropathic pain in PD or LBD.

Similarity of symptoms between transient epileptic amnesia (TEA) and Lewy body disease (LBD)

Katsuyuki Ukai,^{1,2} Hiroshige Fujishiro,² Masako Watanabe,³ Kenji Kosaka,⁴ and Norio Ozaki²

¹Kamiida Daiichi General Hospital

²Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine

³Shinjuku Shinkei Clinic

⁴Clinic Ian Center Minami

Abstract

Epilepsy with the main symptom of amnesia is known as transient epileptic amnesia (TEA). Dementia with Lewy bodies (DLB) is the second most common form of neurodegenerative dementia. The concept that Lewy body disease (LBD) includes Parkinson's disease with dementia and DLB was proposed in the 2005 revision of the Clinical Diagnostic Criteria. We describe a woman with cognitive impairment, olfactory dysfunction, and reduced ¹²³I-metaboliodobenzylguanidine uptake on myocardial scintigraphy. However, the patient and her family/friends were unaware of parkinsonism, visual hallucinations, or epilepsy for a long period. After syncope occurred twice with a short interval, electroencephalography revealed sharp waves from the bilateral frontal to parietal lobes, indicating a diagnosis of TEA. The present case prompted us to compare the symptoms of TEA with the clinical diagnostic criteria for DLB, revealing their similarity. We also discuss whether LBD may cause TEA, rather than these conditions showing an incidental association.

CSF Pulsation Artifacts on ADC Maps Obtained with Readout-segmented EPI

Toshio Ohashi¹, Shinji Naganawa², Mai Kanou¹, Mitsuru Ikeda³

¹ Department of Radiology, Kamiida Daiichi General Hospital

² Department of Radiology, Nagoya University Graduate School of Medicine

³ Department of Radiological and Medical Laboratory Sciences, Nagoya University Graduate School of Medicine

Purpose:

Diffusion-weighted imaging (DWI) using readout-segmented EPI (rs-EPI) can minimize distortion and blurring artifacts; however, we sometimes encounter cerebrospinal fluid (CSF) pulsation artifacts on apparent diffusion coefficient (ADC) maps, especially when the number of readout segments (NRS) is increased. The purpose of this study was to evaluate the effect of the NRS on the CSF pulsation artifacts in the ADC maps of healthy volunteers.

Methods:

In 10 healthy volunteers, we obtained DWI from rs-EPI with a b-value of 0 and 1000 s/mm². The NRS was set to 5, 7, or 9. An ADC map was generated from the trace image and the b = 0 image. Each scan was performed twice. A circular region of interest (ROI) was drawn in the pons and bilateral thalamus. The standard deviation (SD) of the ROI was measured to assess the artifacts. Bilateral SD values were averaged for the ROIs in the thalamus. The SD values from two successive scans of each NRS were averaged for the pons and thalamus, respectively. For the qualitative analysis, the CSF pulsation artifacts on each ADC map were graded by two observers independently as 0, no artifact; 1, mild artifact; 2, moderate artifact; or 3, severe artifact.

Results:

In the quantitative analysis, the SD values tend to increase with the increasing of NRS in both thalamus and pons; however, the difference in the SD values from each NRS did not reach a statistically significant level. In the qualitative analysis, there was a statistically significant difference in the scores between 5 and 9 segments and between 7 and 9 segments with both the observers, respectively ($P < 0.05$).

Conclusion:

The CSF pulsation artifacts on ADC maps obtained with rs-EPI are

affected by the NRS.

Magn Reson Med Sci. 2016 Jul 13. [Epub ahead of print]

レビー小体型認知症

(Dementia with Lewy bodies; DLB) の診断と治療

総合上飯田第一病院 老年精神科

名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野

鶴岡克行

1. レビー小体型認知症の歴史

1817年、James Parkinsonは、“shaking palsy”という名称で、震動・振戦・姿勢反射障害などを特徴とする6症例の報告を行った¹⁾。1888年、シャルコによって、この特徴的な疾患は「パーキンソン病（PD）」と命名された。1913年、レビーが神経細胞内に封入体（後の「レビー小体」）を発見した。1960年頃になって、PDの主原因は、レビー小体が多数出現する中脳黒質の変性であることが示された。これ以後、レビー小体は脳幹に出現し、大脳にはほとんど出現しない、ということが医学界の常識となつた。1976年、小阪憲司によって、レビー小体が大脳にも多数出現する認知症の症例が報告された²⁾。1995年、この認知症疾患は「Dementia with Lewy bodies; DLB（レビー小体型認知症）」と命名され、その臨床診断基準も提唱された³⁾。また、PDの治療が進歩し、多くのPD患者が夭寿を全うするようになると、10年以上の病歴のあるPD患者では、その75%以上で認知症が生じ、その大部分はDLBと同一の病理像を呈することが明らかとなってきた⁴⁾。2005年には、臨床診断基準が改訂され、病理学的には「認知症を伴うパーキンソン病（PDD）」とDLBを同一疾患と見做し、「Lewy body disease; LBD（レビー小体病）」と呼ぶことが提唱された⁵⁾。

現在では、DLBはアルツハイマー病（AD）に次いで多い神経変性認知症疾患であることが明らかとなっており、全認知症疾患の中で約20%を占めると推定されている。我が国の2015年現在の認知症患者数は約500万人（軽度認知障害は除いても）と推定されるので、およそ100万人のDLB患者が存在していると予想され、この数は少なくとも今後の四半世紀は、増加の一途を辿ることは確実である。ここから分かることは、今後のDLBの診療は、専門家のみでは不可能ということであり、基礎的なDLB診療の習得は、どの科の医師にとっても、もはやプライマリー・ケアであると言える。

2.DLB の中心症状について

現在の臨床診断基準では、DLBと診断するためには「進行性の認知機能低下」の存在が必須となっており、これを中心症状と呼んでいる⁵⁾。しかし、認知症に至る以前の段階（前駆期）での早期発見・早期治療が重要と認識されつつあるDLB診療の最前線では、この基準は全く不合理である。DLBの初発症状としては、認知機能低下よりも、自律神経症状・精神症状・喫覚低下・睡眼行動障害・疼痛などの全身的・全人的な症状の方が圧倒的に多い⁶⁾。このために適切な早期診断がなされずに、「問題なし」「気のせい」と放置される、あるいは「自律神經失調症」「うつ病」「老年期精神病」「統合失調症」と誤診され、不適切な治療を受けて症状の悪化を招いている場合が少なくないと想像される。「認知症・DLB」という名称に囚われることなく、「レビー小体病・LBD」としての視点から、症例を診ることが重要である。

なお、DLBの認知機能障害は、ADのような記憶障害は目立たず、遂行・実行機能障害（段取りの必要な作業能力の低下）や視空間認知障害（立体が平面的に見える・平面が立体的に見える・真っ直ぐのものが曲がって見える・全体の一部が消える、など）による症状が多いので、見逃さないよう注意を要する。

3.DLB の中核症状について

臨床診断基準には、3つの中核症状が挙げられている⁵⁾。

(1) 注意や覚醒レヴェルの顕著な変動を伴う振動性の認知機能

周囲からは「普通に会話をしていたのに、突然に変になった・黙り込んだ」、患者からは「急に頭がボートとなる」などと表現される。変動の時間幅は、数分のことともあれば、数週間に及ぶこともある。ただ、定義が明確ではない上に、誰もが納得する客観的評価ツールも無いので、中核症状であるにも関わらず評価が難しいという面があり、臨床診断上の問題となっている。

(2) 具体的で詳細な再現性のある幻視

DLBの「幻視」は実に多彩である。個々人によって、人間・動物・花や木・炎や水・虫・ゴミや埃・乗り物・お化けや妖精など、いろいろな幻視が見られる。その多くは「明瞭で色彩がある」幻視である。じっとしている幻視もあるが、よく動く場合も多い。幻聴は伴う場合もあるが、無い方が圧倒的に多い。患者は「（幻視に）話しかけても喋らない・鳴かない」「ありありと見えて、本物と区別がつかない」などと表現する。稀には、幻触（体感幻覚）・幻味・幻臭も認めることがある⁷⁾。幻視に影響を受け・振り回されて、恐怖を感じたり・妄想的になる場合もあるが、「服に穴が開いていて、下着や裸が見える」「壁から虎が出てくる」「天井から血が滴り落ちてくる」

「月が二つあって、廻っている」「人形が大きな象や怪獣に変身する」「街中の道路のあちこちで爆発が起きていた」など、患者は「こんなことは有り得ない」と判断でき、病識を持って、幻視とは距離を取ることができる（ようになる）ことが一般的である。時には「数年前から見えていたが、家族には隠していた」というようなケースもある。

幻視は、部屋の明かりを変えたり・模様替えをしたり・ストレスを減らしたり・幻視に直接に触ってみるとことなどで消失することが多い。ごく稀に、「(幻視の) ネコに触ったら、毛並みが柔らかくて暖かかった。ネコも気持ち良さそうにしていた」「飛んできた無数の(幻視の) 虫が体や顔に引っ付いて、猛烈に痒みが生じた」「ご飯に(幻視の) イクラが入っていて、食べたらピチッとはぜて、甘くて美味しい」というように、触れても消失しない・幻触や幻味を伴うケースもある⁷⁾。

(3) パーキンソニズム

黒質も侵されることが多いので、PD の運動症状は出現しても当然であるが、認められない場合もある（この場合のレバーリー病理は「大脳型」を示す⁸⁾）。また、PD とは異なり、①振戦・②左右差・③L-Dopaへの反応性が乏しいという特徴がある。

しばしば、ミオクローススが認められる。

4.DLB の示唆的症状について

臨床診断基準には、3つの示唆的症状が挙げられている。

(1) レム睡眠行動障害 (REM sleep behavior disorder; RBD)

通常はレム睡眠期には抗重力筋（骨格筋）の働きは抑制されているが、LBD では抑制が障害され、夢内容の行動化が起きる。これを RBD と呼んでいる。軽度の場合は、寝言で「大声を出す」「怒鳴る」「叫ぶ」程度であるが、場合によっては（寝言で）「会話をしていた」「30分間も演説をしていた」というケースもある。布団の中で寝たり、家中を歩き回ることもある⁷⁾。隣で寝ていた奥さんが首を絞められ、壁を殴って骨折したという症例もあり、この程度になると薬物療法が必要となる。自宅から出て行ってしまい行方不明となり、幸いにも警察に保護されて、事なきを得たようないいケースもある。

RBD は DLB の特徴的な前駆症状の一つなので、早期発見に大いに役立つという点で重要である。ただし、RBD の確定診断には、睡眠ポリグラフ検査 (PSG) で、REM sleep without atonia (RWA) を確認する必要がある（一般的な医療機関での PSG の実施は難しいので、結局は臨床症状から判断することが多い）⁹⁾。

(2) 抗精神病薬に対する過敏性

すべての抗精神病薬は、多かれ少なかれ、薬剤性パーキンソニズムや眩気などを惹起するのは避けられない。このため DLB 患者には、ごく少量の抗精神病薬の投与でも、パーキンソニズムの悪化や転倒に注意しなければならない。

さらに、抗精神病薬以外の薬にも過敏性を示すことが多いので、気を付けるべきである。抗コリン薬は禁忌とすべきであるし、抗コリン作用のある薬も可能な限り避けることが望ましい。ドパミン・アセチルコリンに影響する薬以外にも、セロトニン・ヒスタミン・ノルアドレナリン (NA) などの神経伝達物質に影響する薬や、内部環境（電解質や内分泌系など）に影響する薬にも注意すべきである。「血液脳関門を通してしない薬だから」と油断するのも良くない。DLB では末梢の自律神経系が早期から侵されるからである⁶⁾。抗精神病薬・抗コリン薬以外の薬剤過敏性の機序は詳細不明であるが、DLB では（ドパミン作動性の）黒質・（コリン作動性の）マイネルト基底核以外にも、大脳基底核・脳幹諸核・自律神経系が広く侵されることも関係しているのであろう。

(3) 大脳基底核の dopamine transporter (DAT) imaging での取り込み低下

大脳基底核の DAT は、黒質ドパミン神経細胞数と相関している。黒質ドパミン神経細胞が半分以下になるとパーキンソニズムが生じる（らしい）ので、DAT-SPECT によって、パーキンソニズムが生じていない段階でも早期発見ができるとされている（筆者の少ない臨床経験では、DAT-SPECT と臨床症状での異常出現の時期には大差が無いように思えるのだが・・・）。ただし、我が国では、DAT-SPECT よりも MIBG 心筋シングラフィの重要性の方が広く認識されている（後述）。

5.DLB の支持的症状を含む重要な臨床所見について

臨床診断基準には、10項目の支持的症状が挙げられている。早期発見・早期治療に大切な症状も含めて、いくつかを以下に述べる。

(1) MIBG 心筋シングラフィでの取り込み低下

^{1,2,3}I-meta-iodobenzylguanidine (MIBG) は、NA と同様に、交感神経終末で NA transporter から取り込まれる。MIBG 心筋シングラフィでの取り込み低下は、心臓交感神経節後線維の障害を反映する。臨床症状の乏しい早期から取り込み低下の所見を認めることが多いので、早期診断に役立つことが多い。

(2) 脳血流 SPECT での後頭葉の血流の低下

脳神経細胞の活動低下部位が血流低下部位として描出される。DLB では、一次視覚野を含む後頭葉の血流低下が特徴的である。認知症の鑑別診断に役立つことがある。ただし、後頭葉の血流低下が認められないことは、DLB を否定する根拠にはならない。3D-SSP などの統計解析画像も補助的

な診断ツールとして有用である。

(3) うつ症状

うつ症状を前駆症状とする DLB が存在する。筆者は初発症状から DLB を、①幻視・幻覚型（典型的）、②奇妙な妄想型、③うつ・アパシー型、④前駆期・DLB の可能性）、の3つ、ないし4つに分類して、これらを意識して診療するようにしている。これは、うつ症状を初発症状とする DLB (③うつ・アパシー型) を見逃さないようにするためにである。

DLB が「うつ病」（「老年期精神病」）「統合失調症」などでも同様）と誤診されると、その経過は悲惨である。誤診された後には、どの症例もほぼ同一の経過を辿るようである。うつ症状が改善しないだけで済むことは、まず無い。抗うつ薬・抗不安薬・抗精神病薬の副作用によって体調は悪化し、それが「うつ病の悪化」「難治性のうつ病」「精神病性うつ病」と判断され、向精神薬の追加・增量・抗ドパミン作用・抗コリン作用のある薬の併用など、つまり「多剤併用・大量療法」へと進む。その結果は、さらなる症状の悪化・新たな愁訴の出現をきたし、さらに運が悪ければ、精神科病棟への入院に至る。薬剤性パーキンソニズムで固くなった身体は、入院生活による運動不足・理学療法不足・日光浴不足で拍車がかかり、サルコペニア・骨粗しょう症・四肢や首の関節硬縮・円背・腰曲がりが起きる。歩行・立位も困難となり、容易に転倒・骨折し、ついには会話も不能となることもある。ここまでになると、不適切な言葉かもしれないが、いわゆる「医原性廃人」とも言えるような状態である。ここまで至った患者を回復させるのは、非常に忍耐・努力と大きな精神的・物質的・経済的負担とが要求される。それでも、そこそこ回復できた患者は、まだ幸運な方である。最悪の経過を辿り、いろいろな合併症で死亡しているケースも、おそらくは少なくないはずである。

(4) 嗅覚障害

臨床診断基準には挙げられていないが、嗅覚障害は DLB の前駆症状として、とても重要である。Fujishiro らによれば、DLB と診断される10年ほど前から認められ、便秘とともに最も早い前駆症状の一つである⁶⁾。しかも、便秘とは異なり、かなり特徴的な前駆症状なので、早期診断の観点からも重要である。患者は、「数～10年前から臭いに鈍感になり、今では生ゴミの腐った臭いや料理が焦げた臭い、自分の便の臭いも分からぬ」などと述べる。ただし、頭部外傷による外傷性嗅神経障害でも嗅覚障害は生じうるので、その既往には注意したい。

(5) その他

自律神経障害・失神・転倒も重要な前駆症状である⁶⁾。誰も言わないが、筆者は疼痛も前駆症状の一つと思っている。頻回のこむら返りや様々な薬剤への過敏性も、そうかもしれない。これらについての詳細は省略する。

6.DLB の認知機能障害の治療

非薬物療法と薬物療法がある。

非薬物療法は極めて重要である。脳の老化や認知症の予防には、日々の生活での当たり前の事こそが重要だと科学的に証明されつつある。脳の老化予防や認知症の進行防止・改善には、①規則的な睡眠、②適切な食事、③適切な運動、④知的な活動（人の交流・社会貢献）が大切であり、新しい趣味に挑戦する積極的な気持ちを持って、他の人に過度に依存せずに（できることは自分でやる）主体的な生活を送る心がけが重要である。これらを意識的に・積極的に実施することを、筆者は「生活療法」と称して、10年以上前から患者家族に積極的に、かつ具体的に指導している。その効果は大きいと実感しているが、残念ながら（当然ながら）エビデンス・レベルは最低である¹⁰⁾。DLB では、これらに加え、乾布摩擦・発汗・咽喉や舌や顔の運動・发声訓練・柔軟体操・ヨガやラジオ体操などを奨励している。もっとも、これらの療法は、嫌々やっているのでは効果に乏しい。前向きに・楽しく・「まだまだ」（認知症にならなくても、小さなことでもいいから）人の役に立ちたい」という信念を持って、実施して欲しい。

薬物療法としては、コリンエステラーゼ阻害薬の一つであるドネペジル（商品名アリセプト[®]）が非常に有効である場合が多い。その至適用量については、添付文書の「用法・用量」では、国内第Ⅲ相試験の結果に基づいて、「通常、成人にはドネペジル塩酸塩として1日1回3mgから開始し、1～2週間後に5mgに增量し、経口投与する。5mgで4週間以上経過後、10mgに增量する。なお、症状により5mgまで減量できる」と記されている。しかし、患者には体質や体質・病期・病態などによる個人差があるのが当然であつて、統計的な結果に基づいて画一的に処方することは論理的とは言えない。だからこそ「通常」や「以上」という文言も付されているのである。「用法・用量」を無視するかの如くの好き勝手な裁量処方は認められないが、「ナントカの一つ覚え」的な画一的処方も同様に好ましくない。患者個々人の症状や薬の反応性・副作用などを診ながら、慎重に投与する必要がある。

7.DLB の行動・心理症状 (BPSD) の治療

非薬物療法と薬物療法がある。

非薬物療法は、BPSD の治療・予防にも、極めて重要である。ここでも前述の「生活療法」が基本となる。一方、BPSD にはいろいろな種類があるので、それぞれに工夫が必要であるが、この詳細は省略する¹¹⁾。

脳の機能的・器質的な障害による要素が大きいと判断される BPSD には、薬物療法も有効である。たとえば、幻視は、環境改善や働きかけで改善する場合があることは前述したが、ドネペジルも著効することが多い¹²⁾。ただし、ドネペジルの DLB に対する保険適応の承認は、「認知症症状の進行抑制」に対してであり、添付文書には御丁寧にも「精神症状・行動症状に対する有効性は確認されていない」という但し書きが付記されている。こ

れは国内第Ⅲ相試験での結果を踏まえての記述であると思うが、国内第Ⅲ相試験で、なぜ有意差が付かなかったのか、筆者には未だに不思議でならない。

抗パーキンソン薬や、その他の処方薬の副作用でも、幻視を含むBPSDは誘発されるので、その減量・中止を考慮すべき場合もある。

RBDも、ドネペジルやL-Dopaなどで改善することもあるが、これは「たるもの八卦、当たりぬも八卦」のレヴェルであり、「偶然のオマケ」「棚から牡丹餅」だと思った方がよい。ほぼ効果確実なのは、クロナゼパムの極少量投与であるが、作用時間が長く・抗コリン作用も否定はできず・原則的には保険適応外（認められる場合も）であるのが難点である。

うつ症状は、ドネペジルやL-Dopaで改善することがあるので、保険適応外かもしれないが、他の症状にも考慮しつつ、試みるべきであろう。抗うつ薬は、有効な場合も時にはあるが、「効果は少なく、副作用が多い」になりかねないので、慎重に投与すべきである。

8.DLBの身体症状の治療

(1) パーキンソニズム

L-Dopaが基本薬となるが、PDDよりも反応性に乏しい印象があることは前述した。トリヘキシフェニジルなどの抗コリン薬の使用は問題外である（これも前述した）。抗パーキンソン薬により幻視が誘発されやすいことも前述した。

(2) 自律神経症状

DLBでは、頻尿・便秘・発汗異常・起立性低血圧・食後低血圧・排便時低血圧・入浴時低血圧・失神などの自律神経障害の症状がよく見られる。それぞれの症状に対し、非薬物療法と薬物療法があるが、詳細は省略する。それらの基本はやはり「生活療法」である。

頻尿は夜間不眠の原因にもなるが、薬物療法は副作用もあり得るので、そのバランスを考慮して処方する。便秘も認知機能変動やBPSDと関連しているし、稀に巨大結腸症の様相を呈して焦ることもあり、軽視してはならない。さらに、便秘は腸内細菌叢を乱し、腸管からの栄養・L-Dopaなどの吸収を阻害するなど、放置しておくと碌なことが無い。発汗異常は熱中症にも繋がるので、春から夏は特に注意する。起立性などの低血圧がシビアになると失神するので、ちゃんと注意を払うべきである。

(3) 疼痛

あまり関心が持たれていないが、DLBの患者で疼痛を訴える人は多い。疼痛の発生機序については省略する^{13, 14)}。疼痛の治療はとても大切であり、是非とも実施すべきである。残念だが、その内容は省略する。

9.おわりに¹⁰⁾

最後に、DLB診療からは離れて、認知症介護に関しての私見を述べておきたい。

認知症介護は、周囲からの視点・周囲の都合でなされてきたため、患者の尊厳が軽視されているという反省が起こり、いわゆる「パーソン・セントード」の概念が生まれてきた。パーソン・セントードは、「甘やかすこと」「過剰なサービスを提供すること」と同義ではないことは当然である。だが、現実はどうであろうか？「行き過ぎた介護」や「安全性への過度の要求」が為されている傾向は無いであろうか？

「行き過ぎた介護・サービス」「過剰な環境調整・バリアフリー化」は、患者の機能・体力・ADL・QOLを低下させ、却って患者の尊厳を冒すことになるであろう。また、国家財政を逼迫させ、後世にツケを回すことになることも確かであろう。厳しい言い方になるが、認知症患者への介護という仕事（認知症診療も同様）は、なくてはならない仕事であると同時に、直接的な経済的付加価値を生み出せるような、その成果を未来の我が国の後生・子孫に引き継げるような仕事とも異なるのである。

「日々の生活での当たり前の事こそが重要であるということ」「他の人に過度に依存せず（できることは自分でやる）主体的な生活を心掛けること」「認知症になっても、小さな社会貢献を続ける努力」、これらのことと患者・家族・介護者に対して、また医療・福祉関係者、そして自分自身に対して、指導し・激励していくたいと思う。

謝辞

DLBの発見者であり、筆者のDLB診療の直接の「御師匠さん」である小阪憲司先生に、衷心より感謝申し上げます。

文献

- Parkinson J. An essay on the shaking palsy. Whittingham and Rowland, London, p1, 1817.
- Kosaka K, Oyanagi S, Matsushita N, Hori A, Iwase S. Presenile dementia with Alzheimer-, Pick- and Lewy body changes. Acta Neuropathol 36: 221-233, 1976.
- McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB). Neurology 47: 1113-1124, 1996.
- Aarsland D, Kurz MW. The epidemiology of dementia associated with Parkinson disease. J Neuro Sci 289: 18-22, 2010.
- McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. Neurology 65: 1863-1872, 2005.
- Fujishiro H, Iseki E, Nakamura S, et al. Dementia with Lewy bodies: early diagnostic challenges. Psychogeriatrics 13: 128-138, 2013.
- Ukai K, Aleksic B, Ishihara R, et al. Efficacy of donepezil for the treatment of visual and multiple sensory hallucinations in dementia with Lewy bodies. Clinical Neuropharmacology and Therapeutics 2; 56-58, 2011.
- Kosaka K, Iseki E, Odawara T, Yamamoto T. Cerebral type of Lewy body disease. Neuropathology 17: 32-35, 1996.
- Terzaghi M, Arnaldi D, Rizzetti MC, et al. Analysis of video-polysomnographic sleep findings in dementia with Lewy bodies. Mov Disord 28: 1416-1423, 2013.
- 鶴飼克行. 「認知症」および「認知症の行動・心理症状」概念について. 精神医学 55: 317-326, 2013.
- 服部英幸編. BPSD初期対応ガイドライン. ライフ・サイエンス, 東京, 2012.
- Ukai K, Fujishiro H, Iritani S, Ozaki N. Long-term efficacy of donepezil for relapse of visual hallucinations in patients with dementia with Lewy bodies. Psychogeriatrics 15: 133-137, 2015.
- Ford B. Pain in Parkinson's disease. Clin Neurosci 5: 63-72, 1998.
- Ford B. Pain in Parkinson's disease. Mov Disord 25(Suppl 1): 98-103, 2010.

Effect of Epicardial Substrate Ablation on Ventricular Late Potential in Brugada Syndrome Patients

上久保陽介^{1,2)} 因田恭也¹⁾ 安藤萌名美¹⁾ 神崎泰範¹⁾ 伊藤唯宏¹⁾
水谷吉晶¹⁾ 加藤寛之¹⁾ 藤井亜弥¹⁾ 柳澤哲¹⁾ 平井真理¹⁾ 室原豊明¹⁾

1)名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学

2)総合上飯田第一病院 循環器内科

Introduction:

Ventricular late potentials (LPs) in signal-averaging electrocardiography (SAECG) are often seen in symptomatic Brugada syndrome (BrS) patients and useful in detecting high-risk BrS patients. Efficacy of epicardial substrate ablation to BrS patients in preventing VF/VT recurrence is recently reported. The aim of this study is to elucidate whether epicardial substrate ablation to BrS patient affect LPs in SAECG.

Methods:

5 consecutive BrS patients (age 46±19 years, all male) who underwent epicardial RVOT substrate ablation were included in this study. End point of the ablation procedure was elimination of abnormal delayed electrograms recorded at the RVOT epicardium. SAECG was recorded the day before ablation and 1month after the ablation procedure in all patients.

Results:

LPs were interpreted positive by SAECG before catheter ablation in all 5 patients. BrS ECG pattern disappeared after catheter ablation in 4 patients (80%). All 5 patients were free from VF during follow-up (22±10months) without any anti-arrhythmic medication after catheter ablation. Following three parameters of LPs, RMS40(3.1±3.0 vs. 3.3±2.5 μV, P=0.872), LAS40(66.8±11.9 ms vs. 71.8±13.8 ms, P=0.657), f-QRSd(145±20 ms vs. 138±24 ms, P=0.517), had no significant difference between pre and post catheter ablation procedure.

Conclusion:

Despite good clinical outcome after catheter ablation, LPs did not change after the procedure. Epicardial substrate ablation could not eliminate LPs recorded by SAECG in BrS patients.

第63回日本不整脈心電学会学術集会 札幌 2016年7月16日

Effect of Pilsicainide on Ventricular Late Potential in Brugada Syndrome Patients

上久保陽介^{1,2)} 因田恭也¹⁾ 安藤萌名美¹⁾ 神崎泰範¹⁾ 伊藤唯宏¹⁾
水谷吉晶¹⁾ 加藤寛之¹⁾ 藤井亜弥¹⁾ 柳澤哲¹⁾ 石川真司¹⁾ 平井真理¹⁾
室原豊明¹⁾

1)名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学

2)総合上飯田第一病院 循環器内科

Introduction:

Pilsicainide is a selective sodium channel blocker often used in drug test to diagnose Brugada syndrome. The purpose of this study was to elucidate the effect of pilsicainide on ventricular late potential in Brugada syndrome patients.

Methods:

15 patients with Brugada syndrome were included in this study. All patients underwent signal-averaged electrocardiography (SAECG) to assess parameters of ventricular late potential (RMS40, LAS40, f-QRSd) before and after pilsicainide administration.

Results:

Among 15 patients (age 50.8±14.6 years, all male), 6 patients had documented Ventricular fibrillation (VF group). LAS40 significantly prolonged (53.9±23.6 ms vs. 63.2±30.7 ms, P=0.048) after pilsicainide administration. RMS40 had a tendency to decrease (14.2±11.3 vs. 9.95±6.75 μV, P=0.058) and f-QRSd had a tendency to prolong (155±29 ms vs. 164±28 ms, P=0.091) after pilsicainide administration. There were no differences in ventricular late potential parameters between VF group and non-VF group at baseline. After pilsicainide administration, LAS40 was longer in VF group compared to non-VF group (83.6±35.8 ms vs. 49.6±18.0 ms, P=0.029), RMS40 and f-QRSd had no significant deference between the two groups.

Conclusions:

Pilsicainide could prolong the duration of ventricular late potentials

in Brugada syndrome patients. High-risk Brugada syndrome patients might be more susceptible to this effect.

第80回日本循環器学会学術集会 仙台 2016年3月19日

Epicardial Catheter Ablation for Brugada Syndrome in Nagoya University Hospital

上久保陽介^{1,2)} 因田恭也¹⁾ 安藤萌名美¹⁾ 神崎泰範¹⁾ 伊藤唯宏¹⁾
水谷吉晶¹⁾ 加藤寛之¹⁾ 藤井亜弥¹⁾ 柳澤哲¹⁾ 平井真理¹⁾ 室原豊明¹⁾
森島逸郎³⁾

1)名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学

2)総合上飯田第一病院 循環器内科

3)大垣市民病院

We have performed catheter ablation in 6 Brugada syndrome patients (all men, 20 to 67 years old). All patients had history of aborted sudden cardiac death and ICD implantation. 5 patients had frequent ICD shocks because of VF before the ablation. Epicardial and endocardial electroanatomical mapping of right ventricle (RV) was performed in every patients. None of the patients had abnormal eletrogram in RV endocardium. All patients had abnormal electrograms in RV epicardium and most of them were recorded at anterior aspect of RV outflow tract. Substrate ablation targeting those abnormal electrograms were performed (mean RF time 41.1±11.6 minutes). There were no major complications associated with the ablation procedure. After ablation, Brugada ECG patterns disappeared in 5 patients and VF was not inducible in those patients. All 6 patients were free from VF after ablation (follow up period range of 4 to 38 months).

第14回特発性心室細動研究会 東京 2016年2月13日

心室細動を繰り返したJ波症候群例の電気生理学的特徴

上久保陽介^{1,2)} 因田恭也¹⁾ 安藤萌名美¹⁾ 神崎泰範¹⁾ 伊藤唯宏¹⁾
水谷吉晶¹⁾ 加藤寛之¹⁾ 藤井亜弥¹⁾ 柳澤哲¹⁾ 平井真理¹⁾
室原豊明¹⁾ 長尾知行³⁾

1)名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学

2)総合上飯田第一病院 循環器内科

3)中部ろうさい病院 循環器内科

症例は37歳男性、自宅で就寝中に心室細動（VF）による心肺停止となり蘇生された。心電図では下壁・側壁誘導にJ波（図1）を認め、特発性VFと診断された。ICD植込後もVFに対する複数回のショック作動を認め、電気生理学的検査を施行した。冠静脈洞後側壁枝に6極電極カテーテルを挿入し左室心外膜側の電位を記録した。洞調律時のUnipolar記録では鮮明なJ波を認め、またBipolar記録では体表QRS波より遅延した電位を認めた。心房期外刺激を行うと期外刺激時にUnipolar J波の減高を認め、また連結期420msec以下ではBipolar電位持続時間の短縮を認めた。期外刺激後の心拍は基本周期（600msec）刺激中と比較しUnipolar J波の増高を認めた。洞調律中の単発心室期外刺激により、直後の長いdiastolic intervalを伴った心拍のUnipolar J波は増高し、QT時間も体表面に比較しUnipolar電極により延長した（図2）。本症例においては、心室心外膜側局所のJ wave変化とともに心外膜側の特異な再分極特性がVFの発生に関与した可能性が示唆された。

第46回臨床心臓電気生理研究会 金沢 2016年5月28日

Brugada症候群に対する心外膜側カテーテルアブレーションが加算平均心電図における心室遅延電位に及ぼす影響

上久保陽介^{1,2)} 因田恭也¹⁾ 安藤萌名美¹⁾ 尾竹範朗¹⁾ 竹中真規¹⁾
村瀬陽介¹⁾ 舟曳純哉¹⁾ 神崎泰範¹⁾ 藤井亜弥¹⁾ 柳澤哲¹⁾
平井真理¹⁾ 室原豊明¹⁾

1)名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学

2)総合上飯田第一病院 循環器内科

【背景】

近年 Brugada症候群(BrS)に対する心外膜カテーテルアブレーション(CA)がVF及びVTの再発予防に有用であると報告されている。本研究ではBrSに対する心外膜CAがSAECGで記録される心室遅延電位(LP)に影響を及ぼすかどうかについて検討した。

【方法】

当院でBrSに対する心外膜CAを施行した連続5例(年齢46±19歳、全例男性)を対象とし、SAECGを術前及び術1ヶ月後に記録し解析を行った。

【結果】

術前のSAECGでは全5症例ともにLP陽性であった。4例(80%)で術後にはBrS心電図の消失が得られ、全例で術後フォローアップ期間中(平均22±10ヶ月)にVFを認めなかった。LPの各項目については、RMS40(3.1±3.0 vs. 3.3±2.5 μV, P=0.872)、LAS40(66.8±11.9 ms vs. 71.8±13.8 ms, P=0.657)、f-QRSd(145±20 ms vs. 138±24 ms, P=0.517)と術前後の有意な変化は認められなかった。また術後も全例でLPは陽性であった。

【結語】

BrSに対する心外膜側CAはSAECGにおけるLPに影響を及ぼさなかった。

第36回ホルターノンインバージブル心電学研究会 大宮 2016年6月11日

心筋梗塞後 unmappable VTに対して 心外膜側 VT exit及び substrateに対する アブレーションが有効であった1例

上久保陽介^{1,2)}、因田恭也¹⁾、安藤萌名美¹⁾、尾竹範朗¹⁾、竹中真規¹⁾、
村瀬陽介¹⁾、船曳純哉¹⁾、神崎泰範¹⁾、藤井亜弥¹⁾、柳澤哲¹⁾、平井真理¹⁾、
室原豊明¹⁾

1)名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学

2)総合上飯田第一病院 循環器内科

症例は陳旧性下後壁心筋梗塞の既往がある57歳男性。心室頻拍(VT)からの心肺停止を複数回認め加療目的で当院へ紹介され、VTに対するカテーテルアブレーションを施行した。初回は心内膜側からアブレーションを施行、VTは複数誘発されかつ unmappable であったため、左室後下壁に認めた広範な低電位領域に対して substrate ablation を施行するも VTは残存、後日心外膜アプローチで再アブレーションを施行した。心外膜側左室後下壁に心内膜側と比較し範囲の限局した低電位領域を認めた。初回セッションと同様に VTは多数誘発されいずれも unmappable であったため、心外膜側低電位領域での pace mapping を施行し、誘発された VTのうちのいくつかと近似した pace map が得られた。stimulus-QRS delay は短く、心外膜側低電位領域に複数の VT exit が存在すると推定された。再度 VT誘発を行うと左脚ブロック型・右上方軸の VTが誘発、VT中に低電位領域内に拡張後期から連続する電位が記録された。同部位での VT中の entrainment study は施行できず、血行動態が不安定であり通電を行うと VTは停止した。さらに低電位領域内及び pace mapping が一致した部位へのアブレーションを施行し、以後はいかなる VTも誘発不能となった。心筋梗塞後 unmappable multiple VTに対して pace mapping で VT exit を推定し同 exit を含む低電位領域に対する心外膜アブレーションが有効であった症例を経験したので報告する。

第28回公開カテーテルアブレーション委員会公開研究会 福岡
2016年10月28日

持続性心房細動例における バスケットカテーテルを用いた左房 phase analysis

上久保陽介^{1,2)}、因田恭也¹⁾、安藤萌名美¹⁾、尾竹範朗¹⁾、竹中真規¹⁾、
村瀬陽介¹⁾、船曳純哉¹⁾、神崎泰範¹⁾、藤井亜弥¹⁾、柳澤哲¹⁾、平井真理¹⁾、
室原豊明¹⁾

1)名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学

2)総合上飯田第一病院 循環器内科

【背景】

心房細動(AF)中のphase mapを指標としたアブレーション手法が提唱され、AF中のphase mappingに関して様々な試みが行われており、当院でのAFにおけるphase mappingについて報告する。

【方法】

AF中に左房内に64極バスケットカテーテルを挿入し、unipolar電位を記

録しソフトウェア(CEPAS)を用いて左房 phase mapを作成した。

症例：56歳男性の長期持続性心房細動例。Baselineでは左房後壁中隔寄りに rotor様興奮を認める。両側肺静脈切除後には、rotor様興奮の頻度増加が認められた。左房 linear ablation (roof, bottom, mitral line)後には rotor様興奮は減少、左房前壁からの focal discharge を主に認める様に変化した。

日本循環器学会第148回東海・第133回北陸合同地方会 金沢
2016年11月5日

健診 UGI を契機に発見された脾 solid-pseudopapillary neoplasm の一例

清水貴洋¹⁾、和田啓孝¹⁾、小田切英樹¹⁾、小栗彰彦¹⁾、城浩介¹⁾、
桑原崇通²⁾、後藤秀実²⁾

1) 総合上飯田第一病院消化器内科

2) 名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学

【症例】

42歳、男性。

【主訴】

健診 UGI異常。

【現病歴】

健診の UGI で壁外性圧排像を指摘された。CT・MRI では、脾頭部に 6cm 大の腫瘍を認めた。それは、石灰化を伴っており、囊胞部分と充実性部分が混在している多房性の囊胞性腫瘍であった。超音波内視鏡検査(EUS)において、囊胞成分と充実成分が混在している腫瘍が明瞭に描出された。以上より、脾 solid-pseudopapillary neoplasm(SPN)と診断し、脾合併脾底尾部切除術を施行した。切除標本の肉眼所見は、充実部分と出血による囊胞部分が混在する被膜を有した腫瘍で、病理組織所見は SPN であった。

【考察】

脾 SPN は、脾腫瘍の 1 ~ 2% と報告されている比較的稀な疾患である。男女比は男 1 : 女 7 と女性に多く、今回のように男性は稀である。自覚症状は、腹痛が 39.7%、腫瘍触知が 21.9%、無症状が 23.5% と無症状のこともあり、今回のように健診で偶然発見される事も少なくない。

健診 UGI の壁外性圧排像で発見され、EUS が診断に有効であった SPN の一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

第230回 日本国際学会東海地方会 2016年10月16日

自己免疫性脾炎、後腹膜線維症を伴う IgG4関連硬化性胆管炎の一例

○和田啓孝¹⁾、小田切英樹¹⁾、小栗彰彦¹⁾、城浩介¹⁾、桑原崇通²⁾、後藤秀実²⁾

1) 総合上飯田第一病院 消化器内科

2) 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

症例は74歳の男性。高血圧にて当院通院中に食思不振あり受診。血液検査で T-bil 8.65mg/dL, AST 86 IU/L, ALT 154 IU/L, ALP 2180IU/L, γ-GTP 601IU/L と黄疸・肝機能障害・胆道系酵素異常を認めた。CTにて、胆嚢と肝外胆管のびまん性壁肥厚及び肝内胆管拡張があり、脾頭部の限局性腫大を認めた。また腹部大動脈周囲の軟部影を認め後腹膜線維症を疑つた。ERC では、下部胆管狭窄並びに肝門部左右胆管に比較的長い狭窄を認め、肝門部狭窄の上流は拡張しており、ERBD を留置した。胆汁細胞診では悪性所見はなかった。肝門部と下部胆管狭窄部からの生検でも悪性所見は認めず、形質細胞は目立たなかった。ERP では脾頭部に主脾管の不整狭細像を認めた。IgG4は 86.9mg/dL と正常範囲内であった。超音波内視鏡では、総胆管及び胆嚢において、低エコーで一様な壁肥厚を認めた。また、脾頭部から脾尾部は一様に低エコーで一部高エコー spot を伴つた。脾周囲に高エコーな領域を認め、後腹膜線維症と考えた。以上より、IgG4関連硬化性胆管炎、自己免疫性脾炎、後腹膜線維症と診断し、PSL30mg の内服治療を開始した。治療開始2週間後に ERC を再検したところ、下部胆管狭窄と肝門部左右胆管狭窄の改善を認め、肝門部狭窄の上流の拡張も改善しており PSL が奏効したと判断した。自己免疫性脾炎、後腹膜線維症を伴う IgG4関連硬化性胆管炎の症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

日本消化器病学会 第125回東海支部例会
愛知県産業労働センター ウインクあいち 2016年11月19日

小腸カプセル内視鏡検査で発見された小腸癌の一例

○和田啓孝¹、小田切英樹¹、小栗彰彦¹、城浩介¹、本田亘²、松下正伸³、中村正直³、後藤秀実³

¹ 総合上飯田第一病院 消化器内科

² ブラザー記念病院 消化器内科

³ 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

【背景】

小腸カプセル内視鏡検査が保険適応となって約9年が経過し、カプセルの改良や読影技術の進歩に伴い多くの小腸病変が指摘できるようになってきた。今回、小腸カプセル内視鏡検査で発見された小腸癌の一例を経験したので報告する。

【症例】

69歳、女性。食思不振を主訴に近医を受診され Hb4.8g/dl と貧血を認め、精査目的で当院へ紹介となった。上部消化管内視鏡検査では異常所見は認めなかった。下部消化管内視鏡検査では上行結腸の10mm大的ポリープをEMRし腺腫であった。著明な貧血の原因が不明な為、小腸カプセル内視鏡検査を施行した。胃通過時間は20分、小腸通過時間は7時間41分であった。28分の上部空腸、トラツツ観察近傍に、1枚のみ腫瘍を疑う所見を認めた。小腸癌やMLを疑い、精査加療目的で名古屋大学医学部付属病院に紹介した。ダブルバルーン内視鏡検査にて、上部空腸に入って間もなくの部位に、約30mmの表面に浅い潰瘍を伴う不整形の硬い腫瘍を認め、生検は Adenocarcinoma であった。空腸部分切除術を施行し、病理結果は Moderately differentiated tubular adenocarcinoma, pT2(MP), int, INFa, ly1, v0, pN0, pPM0, pDM0 であった。

【考察】

小腸カプセル内視鏡読影ソフトである RAPID READER のバージョンアップは読影者にとってより使いやすいものに改良されてきている。読影時間短縮の為に類似の画像が消去されており、今回のように腫瘍が1枚しか表示されていない可能性がある。

【結語】

カプセル内視鏡の注意深い読影が有効であった小腸癌の一例を経験した。

第59回日本消化器内視鏡学会東海支部例会 名古屋国際会議場2号館
2016年12月3日

大腸癌手術における術前栄養状態と術後合併症の検討

総合上飯田第一病院、消化器外科医長、板津慶太

#1：総合上飯田第一病院

板津慶太、山口洋介、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、池澤輝男、三浦重人、加藤知行

【目的】

当院は地域医療に根差した2次病院であり、大腸癌手術症例は高齢者の比率が高く、複数の併存症をもつ術前低栄養患者も含まれている。術前栄養状態と周術期合併症の関連を検討した。

【方法】

対象は2012年1月から2015年7月の予定大腸癌切除182例。術前栄養評価として、血清アルブミン値(Alb)、小野寺 Prognostic index(PNI)、Glasgow prognostic score(GPS)、好中球リンパ球比(NLR)、サルコペニア(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割除した腸腰筋面積 index の男女別低値3分の1の群をサルコペニア有りと定義)を検討した。

【結果】

平均年齢71.8歳で65歳以上の高齢者は143例(79%)、75歳以上が78例(43%)であった。男女比は110:72、平均 BMI21.9。疾患は結腸癌106例、直腸癌76例。術前栄養評価の平均値は、Alb4.0、PNI46.4、GPS0.20、NLR3.1。全術後合併症100例54.9%、Clavian-Dindo 3以上34例18.7%、手術切開部位感染症(I-SSI)42例23.1%。縫合不全28例15.4%、手術関連死亡3例1.6%であった。I-SSI の危険因子は、単変量解析では、Alb(<3.0)、PNI(<40.0)、GPS(≥1)、NLR(≥2.0)に加え年齢、喫煙者、病変の内視鏡不通過、ストマ閉鎖併施、手術時間、Surgical apgar score(SAS)であり、多変量解析では Alb(<3.0/≥3.0, HR4.76, 95%CI 1.45-15.64)、NLR(<2.0/≥2.0, HR2.80, 95%CI 1.12-6.96)、ストマ閉鎖併施、手術時間が独立した危険因子であった。縫合不全の危険因子は、単変量解析では Alb(<3.5)、PNI(<40.0)、GPS(≥1)に加え年齢、糖尿病、病変の内視鏡不通過、同種血輸血、術式、手術時間、出血量、SAS であり、多変量解析では PNI(<40.0/≥40.0, HR4.89, 95%CI 1.69-14.16)、糖尿病、術式、手術時間が独立した危険因子であった。

【結論】

術後合併症は高い発生率であった。栄養評価のうち Alb、PNI が独立因子

であり、術前の栄養治療を強化することによって術後合併症を減らせる可能性があると考えられた。

第116回 日本外科学会総会 大阪 2016年4月16日

脾頭十二指腸切除後の繰り返す胆管炎に対してダブルバルーン内視鏡による胆道造影を行い、X線陰性胆管結石を診断・切石した一例

板津慶太¹⁾、城浩介²⁾、山口洋介¹⁾、杉浦友則¹⁾、岡島明子¹⁾、雄谷純子¹⁾、山内康平¹⁾、小栗彰彦²⁾、加藤知行¹⁾

#1：総合上飯田第一病院、外科

#2：総合上飯田第一病院、消化器内科

症例は、79歳男性。既往歴に糖尿病、高血圧、脳梗塞、上行結腸癌手術がある。76歳時、前医にて十二指腸癌、脾管内乳頭粘液性腫瘍に対して垂全胃温存脾頭十二指腸切除、Child変法再建を行った。術後、脾液漏を認め、第96病日に退院となった。術後1年2ヶ月後より急性胆管炎を認め、術後2年7か月後までの1年5か月間に8回の胆管炎(3回の入院加療と5回の外来治療)を受けた。術後2年8か月後に、腰痛の悪化があり近医整形外科に通院していた。術後3年後に、再度、急性化膿性胆管炎にて入院。多発肝膿瘍、化膿性脊椎炎が併存し、血液培養で ESBL陽性大腸菌が検出された敗血症であった。当院に転院し抗生素治療を行った後、軽快退院となった。術後3年5か月に、再度、急性化膿性胆管炎、多発肝膿瘍にて入院。採血では TBCT では肝内胆管保存的治療を行ひる程度炎症を抑えたうえで、ダブルバルーン内視鏡による胆道造影(DBE-ERP)を施したところ、軽度の胆管空腸吻合部狭窄と X線陰性の胆管結石を認めた。胆管空腸吻合部拡張術および切石を施行。その後軽快退院となった。その後、6か月胆管炎の再発は認めていない。術前検査では胆管結石を認めず、胆管炎発症時の CT では明らかな胆管結石は認めていなかった。また1回だけ行われた MRCP でも明らかな結石像は得られなかった。脾頭十二指腸切除後の繰り返す胆管炎の場合、X線陰性胆管結石の可能性があるため、DBE-ERP施行を考慮に入れる必要があると考えられた。

第52回日本胆道学会 横浜 2016年9月29日

男性に発生した Solid and pseudopapillary neoplasm の1例

板津慶太、杉浦友則、岡島明子、雄谷純子、山内康平、窪田智行、山口洋介、加藤万事、池澤輝男、加藤知行

#1：総合上飯田第一病院、外科

患者は42歳男性。健診胃透視で胃小嚢の圧排像を指摘され近医受診。CT にて脾腫瘍を認め、当院紹介となった。造影 CT では、脾体部に直径8cm 大の多房性囊胞性腫瘍を認めた。一部に石灰化を伴う囊胞壁はところどころに乳頭状成分を伴い、造影効果は乏しかった。囊胞内部には液体貯留を認めた。EUS では、内部には無エコー領域を認める多房性の低エコー腫瘍を認め、囊胞壁は血流シグナルの乏しい乳頭状成分を伴っていた。採血の腫瘍マーカーは CEA 2.3ng/ml、CA19-9 11 U/ml。脾体部の solid and pseudopapillary neoplasm(SPN)と診断。脾体尾部切除脾摘(4時間10分、840ml) を施行。腫瘍は、腹腔動脈から左腎動脈・総肝動脈・脾動脈の分歧の腹側に存在し、視野の確保と血管処理に時間を要した。術後は Grade B の脾液漏を認めたが、保存的に軽快し、術後30病日に退院となった。切除標本では、一部に乳頭状成分を伴う多房性囊胞の中に出血を伴う壊死物質を認めた。病理学的には、好酸性胞体を持つ腫瘍細胞が、胞巣状・シート状・一部乳頭状に発育する像を認め、SPN と診断した。剥離面および脾断端は陰性であった。リンパ節転移は認めなかつた。免疫染色では、エヌクロゲンレセプター陰性、ブロガステロンレセプター陽性、Ki-67 MIB-1 index は 3% であった。男性例 SPN は稀であり、悪性再発例が報告されており、縮小手術よりも通常の脾体尾部切除をおこなつた。文献的考察を加えて報告する。

第78回日本臨床外科学会 東京 2016年11月24日

cStage IIIC の進行胃癌に対し術前化学療法 (S-1+CDDP) を行い pCR が得られた1例

稻田亘佑、山内康平、雄谷純子、板津慶太、岡島明子、杉浦友則、窪田智行、山口洋介、加藤万里、池澤輝夫、加藤知行

総合上飯田第一病院

症例は62歳男性。吐血、腹痛を主訴に当院救急外来受診し、緊急上部内視鏡検査にて胃角部小巣の2型進行胃癌と診断された。CTで胃角部小巣側に不正な壁肥厚を認め、胃癌は壁外浸潤し、腫大リンパ節は多発し一塊となっていた。cStage IIICの診断で術前化学療法 (S-1+CDDP) 後に手術する方針となった。術前化学療法では有害事象は特になく、予定2コース終了後、内視鏡的にCT画像でもcPRが得られた。胆石を有していたため、手術は胃全摘、リンパ節郭清、胆摘を予定していたが、術中所見で浸潤が疑われたため、脾摘、脾尾部切除、左副腎一部切除を行った。術後膀胱漏を認めたため、術後52日で退院となった。手術標本の病理学的検査の結果では、原発部にもリンパ節にも腫瘍の残存は認めず、pCRが得られていた。若干の文献的考察を加えて報告する。

第46回 愛知臨床外科学会 名古屋 2016年7月18日

急性期病院で緩和ケアはどこまでできる？～認定看護師誕生のその後～

岡島明子

総合上飯田第一病院 外科・緩和ケアセンター

演者は236床の急性期総合病院に外科医として赴任し、PCTに加入した。拠点病院に限らず、がん治療を行うすべての病院で緩和ケアが必要との考え方から、一般病床と外科外来を利用して、院内外の症例に積極的に対応する体制を2012年から稼働し、症例数は激増した。外科医兼任しながら次第に緩和の仕事のウェイトを増したが、さらに持続可能なスタイルの確立のため、また看護の領域への要望を十分に反映させていくため、認定看護師の育成・専従により緩和ケア診療加算の施設基準を満たすことを目指して各部署の協力を求め、本年6月に達成。その後、彼が全介入症例を把握して当該病棟で随時アドバイスすることでケアの質が高まった。スタッフ側の悩みや戸惑いにもリアルタイムで対応しストレスを緩和。他領域の認定看護師との密な連携や、ROO製剤の導入も可能になった。

印象的だった症例として、家族との関係性に複雑な問題を抱えた高齢女性患者への介入で、佐藤氏は解決をあきらめず、スタッフが間を取り持つ関わりを続けたところ、外泊を実現するなかでお互いに感謝の言葉や笑顔を交わせるようになり、看取りを前に「雪解け」を見ることができた。天涯孤独な方やケアに拒否的な方など、支援困難と思われた症例でも、最終的に希望を支えられたというエピソードを挙げ上げてこれら、支援する側も救済された。複数で体験を共有し、共に感動し、泣き笑いしながら同じ時間と共に生きていくことこそが緩和ケアチームによる支援の本質かと体感している。

第7回愛知緩和医療研究会 刈谷 2016年12月10日

乳腺超音波検査で充実性腫瘍として認識された乳癌のマンモグラフィ所見の検討

総合上飯田第一病院 外科：窪田智行、雄谷純子、山内康平、三浦重人

腫瘍性乳癌において、マンモグラフィ (MMG) 上で全例が腫瘍として認識できるわけではない。腫瘍性乳癌の MMG 上での腫瘍性病変を検討した。

【方法】

当院でデジタル MMG が導入された2010年8月以降より2014年12月に当院で手術を行った原発性乳癌376例中、画像の検討ができる338例を対象とし、そのうち US で充実性腫瘍であった237例を検討した。

【結果】

MMG の所見は、腫瘍112例、局所的非対称性陰影 (FAD) 37例、構築の乱れ33例、石灰化22例、所見なし群33例であった。背景乳腺濃度は、腫瘍群（高濃度5例 / 不均一高濃度48例 / 散在性51例 / 脂肪性8例）、FAD群（1/24/10/2）、構築の乱れ群（1/21/11/0）、石灰化群（3/17/2/0）、所見なし群（8/18/7/0）であった。US での最大腫瘍径は、腫瘍群：5.1～44.0mm(平均17.5mm)、FAD群：3.0～60.7mm(平均17.0mm)、構築の乱れ群：5.0～68.0mm(平均18.2mm)、石灰化群：5.0～40.0mm(平均21.0mm)、所見なし群4.4～19.2mm(平均8.45mm) であった。組織型は、非浸潤性乳管癌 / 細胞充実癌 (乳頭腺管癌、充実腺管癌、髓様癌) /

間質成分癌 (硬癌、浸潤性小葉癌、管状癌) / 囊胞成分癌 (粘液癌、腺葉囊胞癌) に分け検討すると、腫瘍群 (5/92/11/4)、FAD群 (5/24/5/3)、構築の乱れ群 (2/20/11/0)、石灰化群 (4/15/2/1)、所見なし群 (11/14/6/2) であった。

【考察】

US上の充実性腫瘍が全て MMG で指摘できるわけではない事は知られているが、どのような充実性腫瘍が MMG で認識しづくなるかを検討した。その結果、腫瘍径が小さいもの、非浸潤性乳管癌・細胞の充実した癌で描出能が劣る事が分かったが、当然ではあるが背景乳腺の状態（濃度が高いほうが描出しづらい）でも描出能が変わるために、MMG 読影の際はそれらの因子に考慮する必要があると思われた。

【まとめ】

US で腫瘍性病変であっても背景乳腺濃度が高い症例、腫瘍径が小さいもの、非浸潤性乳管癌では MMG 上所見として認識しづらいと思われた。

第25回日本乳癌学会 東京 2016年6月16日～6月18日

重度腋窩リンパ節転移陽性乳癌症例の検討

総合上飯田第一病院 外科 窪田智行、雄谷純子、山内康平、三浦重人

腋窩リンパ節転移は重要な乳癌予後因子であり、転移個数の増加により生存率の低下する。時に転移個数が10個以上 (over 10) 乳癌は非常に予後の悪い事が知られている。当科における over 10 乳癌の特徴を検討した。

【方法】

2006年1月より2013年12月に当科で手術を行った原発性乳癌778例中腋窩リンパ節転移陽性が173例あり、そのうち over 10 乳癌15例を検討した。2009年6月以前の症例は Ki-67 の測定を行っておらず subtype において luminal A と B は合わせて luminal type として検討した。

【結果】

over 10 乳癌の触診径は 16から 80mm (平均42.4mm)、術前 N0:7例、N1:3例、N2:3例、N3:2例、術前病期は I:2例、IIA:4例、IIB:2例、IIIA:3例、IIIB:1例、IIIC:2例、IV:1例であった。組織は乳頭腺管癌4例、充実腺管癌4例、硬癌6例、粘液癌1例で、転移リンパ節数10から35個であった。subtype は luminal:10例、luminal HER2:1例、HER2:2例、triple negative:2例であった。補助療法として FEC followed Docetaxel を基本として行っているが高齢の2例ではアロマターゼ阻害剤、経口 Fu剤のみが行われており短期間に再発している。術前化学療法が行われている症例はなかった。8例は再発し、M1:1例、無再発例は6例であった。再発までの無再発期間は5ヶ月から3年9ヶ月 (平均1年9ヶ月)、再発例中7例は死亡しており再発から死亡までの期間は3ヶ月から2年1ヶ月 (平均値1年2ヶ月) であった。再発後生存例の1例は luminal type で、鎖骨上リンパ節再発後に化学療法、放射線療法で CR となり、7年8ヶ月無再発生存中である。無再発の6例 (42.9%) は術後2年10ヶ月から6年経過している。

【まとめ】

over 10 乳癌症例に術前化学療法施行例が無かった理由に、術前化学療法でリンパ節転移が治癒もしくは減少している事が考えられた。経過観察が短い例も含まれているが無再発例が6例あり積極的な補助療法が有効であると思われた。

第78回国際臨床外科学会 東京 2016年11月24日～11月26日

乳癌サブタイプ別に見たマンモグラフィ所見の検討～トリプルネガティブ乳癌のマンモグラフィ所見を中心に～

総合上飯田第一病院 外科 窪田智行、雄谷純子、山内康平、三浦重人

予後不良乳癌であるトリプルネガティブ乳癌のマンモグラフィ像の特徴を検討した。

【方法】

2011年1月より2015年12月に当科で手術を行った原発性乳癌540例中マンモグラフィ画像の検討できた524例を検討した。検診時自覚症状のあった症例を自覚群、自覚症状で来院したが自覚症状以外の偶然発見例を検診群とした。

【結果】

全体のサブタイプの内訳は、非浸潤性乳管癌 (DCIS) 118例、luminal A (LA) 251例、luminal B (LB) 31例、luminal HER2 (LH) 22例、HER2 (H) 33例、triple negative (TN) 69例であった。このうち検診発見癌は、DCIS:85例 (検診発見率72.0%)、LA:121例 (検診発見率48.2%)、LB:8例 (検診発見率25.8%)、LH:9例 (検診発見率42.9%)、H:12例 (検診発見率36.4%)、TN:26例 (検診発見率37.1%) であった。マンモグラフィの主所見は腫瘍 / FAD / 構築の乱れ / 石灰化 / 所見なしとし、DCIS:11/12/6/70/20例 (9.3/10.1/5.0/59.3/16.9%)、LA:113/38/45/28/27例 (45.0/15.1/17.9/11.1/10.8%)、

LB:15/7/4/1/4例 (48.4/22.6/12.9/3.2/12.9%)、 LH:10/2/5/3/1例 (47.6/9.5/23.8/14.3/4.8%)、 H:8/3/ なし /20/1例 (24.2/9.1/ なし /60.6/3.0%)、 TN:36/12/7/8/7例 (51.4/17.1/10.0/11.4/10.0%) であった。

【まとめ】

予後の悪いとされている TN 乳癌では自覚症状での発見が多く、マンモグラフィ所見としては腫瘍形成が多かった。

第26回日本乳癌検診学会 2016年4月14日～4月16日

当院の80歳以上の超高齢者における乳癌患者への対応

総合上飯田第一病院 外科
山内康平 痕田智行 雄谷純子 三浦重人

【背景】

2011年次統計では年間新規発生乳癌患者48481人の内、80歳以上の超高齢者は3443人(7.1%)であった。市中病院でも、超高齢者というだけで受診や手術を躊躇されることがある。今回、当施設での超高齢者の対応について評価した。

【対象と方法】

2011年1月より2015年9月末までに当院で乳癌の診断された患者683症例(両側病変19例を含む)の内、80歳以上の40例を対象とした。

【結果】

受診機軸は自覚症状35例、癌検診ならびに他疾患定期検診発見5例であった。診断方法は細胞診27例、組織診13症例であった。細胞診後2例は自己中断され、組織診3例は生検依頼のみの紹介で、手術施行は35症例(両側病変1例)であった。手術35例の病期の内訳は、0期1例、I期18例、IIa期7例、IIb期4例、IIIb期4例、IIIc期1例であった。術前評価でのASA分類では class 1:5例、class 2:27例、class 3:3例であった。Class 3の3例は慢性心不全、脳梗塞後、脳腫瘍切除後、ペースメーカー留置などを有していた。術式は温存術13例、全摘術22例であった。リンパ節郭清は、なし2例、センチネル生検20例、レベルⅠまで11例、レベルⅡまで2例であった。サブタイプは、Luminal A 25例、Luminal B Her2 type 1例、Her2 type 1例、Triple negative 6例、不詳2例であった。補助療法は17例にホルモン療法を行われ、18例は経過観察のみであった。化学療法・放射線療法は全例施行されなかった。手術31症例の方は現在も御存命であるが、4例は他界された。

【考察】

超高齢者では、休業のできない基礎疾患有している場合や、検査時に安静保持が保てない症例など、段階を経た診断検査が安全に行えないことがある。例え診断しても、超高齢者というだけで手術を躊躇されることがあるが、当院の経験から耐術可能であれば、周術期管理に大きな問題は認めずに行えると思われる。サブタイプで見れば高齢者乳癌といえども Triple negative乳癌の可能性もあり、外科的治療も十分選択肢として挙げられる。

【結語】

当院における超高齢者乳癌患者への対応について検討した。全例に薬物療法が行えるわけではないため、耐術評価がクリアされれば局所制御に外科的治療を考慮する必要がある。

第13回 日本乳癌学会 中部地方 2016年9月10日

CT lymphography(CTLG) を用いた術前センチネルリンパ節転移診断と、OSNA法の mRNA 発現量の検討

雄谷純子

総合上飯田第一病院 乳腺外科

【はじめに】

センチネルリンパ節(SLN)同定法である CT lymphography(CTLG) は、SLN の造影所見から転移の有無を予測できるとされている。また、OSNA 法による SLN 転移診断では、CK19mRNA を定量化することができ、転移巣における腫瘍量を推定することができる。近年、SLN陽性でも症例によっては腋窩リンパ節郭清を省略する考えがある。術前の CTLG でリンパ節転移巣の量的診断が可能か検討するため、当院での術前の CTLG の所見と、OSNA 法の mRNA 発現量の関係を比較検討した。

【対象】

2010年1月から2014年12月に当院で OSNA 法で評価したセンチネルリンパ節生検(SNB)症例は311例であった。このうち、転移陽性であった38例中、造影剤アレルギーで CTLG を施行しなかった1例を除外した37例を

対象とした。

【結果】

CTLG での SLN の造影所見は、完全染色・部分染色・不染の3群に分けて検討した。それぞれの OSNA コピー数の平均値は、完全染色が460、部分染色が41239、不染が175384であった。完全染色の1例は nonSLN 転移陰性。部分染色14例の中では、nonSLN陽性2例・陰性12例。不染の22例中では、nonSLN陽性10例・陰性12例であった。また、OSNA 法の mRNA 発現量500未満では、nonSLN への転移陽性例が少ないと報告があり、OSNA 法は500未満と500以上で比較検討した。OSNA 法500未満の症例が7例であり、500以上が30例であった。それぞれの CTLG の造影所見は、500未満の7例では完全染色1例・部分染色5例・不染1例で、500以上の30例においては完全染色0例・部分染色9例・不染21例であった。また、OSNA500未満の症例はすべて nonSLN の転移陰性であった。

【考察】

CTLG の SLN 造影効果が高い症例ほど OSNA 法では低値あり、nonSLN の転移陰性症例が多い傾向であった。

【結語】

今回のわれわれの検討では症例数が少ないが、術前 CTLG で SLN が完全染色されれば、nonSLN 転移陰性の可能性が高いことが示唆された。今後、腋窩郭清省略症例の的確な選択に向けて更なる症例の集積が必要と考えられた。

第116回日本外科学会定期学術集会 大阪
2016年4月14日～4月16日

腋窩郭清省略に向けた OSNA 法の有用性の検討

雄谷純子

総合上飯田第一病院 乳腺外科

センチネルリンパ節(SLN) に転移を認めなければ腋窩リンパ節郭清(ALND) は省略可能である。SLN 転移陽性であれば ALND が勧められているが、SLN 転移陽性患者の半数は非 SLN 転移を有していないとされている。日本乳癌学会の乳癌診療ガイドライン2015年版においては、SLN に微小転移を認めた場合は、推奨グレード B として ALND の省略が勧められるとされている。SLN 転移有無の迅速診断法の1つである One Step Nucleic acid Amplification(OSNA 法) での CK19mRNA 量は、癌組織(転移巣)の大きさを反映するとされている。転移巣の大きさが 0.2mm から 2mm までの微小転移および 0.2mm 以下の isolated tumor cells(CTCs) は、OSNA 法の mRNA コピー数は 5,000 以下に相当する。癌研のデータでは、微小転移のうちさらに OSNA 法でのコピー数を 500 未満と 500 ~ 5,000 に分けて、非 SLN のマクロ転移の頻度に差があることが示されている。ALND 省略に向けて、当院での OSNA 法の mRNA コピー数と非 SLN 転移の頻度について検討した。

【対象と方法】

当院で OSNA 法を導入した2010年6月から2015年10月末までの間に、SLN 生検を行った T1-T2NO 原発性乳癌症例346例を対象とした。術前 CT lymphography と色素法を併用して SLN 生検を行った。OSNA 法の mRNA コピー数のカットオフ値 250 未満を SLN 転移陰性として ALND を省略し、250 以上の症例は ALND を行った。非 SLN は、永久標本での最大割面1面で転移評価を行った。

【結果】

非 SLN 転移陽性の頻度は、OSNA 法の mRNA コピー数 250 ~ 500 で 10 例中 0 例 (0%)、500 ~ 5,000 の 25 例中 14 例 (56%)、5,000 以上では 37 例中 22 例 (59.5%) であった。

【結語・まとめ】

OSNA 法での微小転移とされているコピー数 5,000 以下では、56% と高率に非 SLN 転移を認めたが、500 未満では 1 例も非 SLN 転移を認めなかつた。症例を重ねて腋窩再発および予後の検討を行う必要はあるが、OSNA 法で SLN 転移陽性でもコピー数 500 未満の症例においては ALND 省略が可能であると思われる。

第24回日本乳癌学会学術総会 東京
2016年6月16日～6月18日

US ガイド下吸引式組織生検症例の検討

雄谷純子

総合上飯田第一病院 乳腺外科

【はじめに】

乳腺疾患の診断において針生検による組織診断は不可欠な手技である。日本乳癌学会の乳癌診療ガイドラインにおいても、針生検は乳房疾患の良悪性の判定方法として推奨グレード B として推奨されている。今回、当科に

おいてUSガイド下の組織生検を行った症例を検討した。

【対象と方法】

2013年1月から2015年12月に当科で行ったUSガイド下組織生検症例174例中、術前化学療法予定の症例を除いた154例を対象とした。組織生検には、Mammotome・VACORA・Celeroのいずれかを使用した。

【結果】

腫瘍性病変116例、非腫瘍性病変38例であった。腫瘍性病変の腫瘍径は3~60mmであった。病理検査結果は良性73例悪性81例で、腫瘍性病変では、良性50例(43.1%)悪性66例(56.9%)であり、非腫瘍性病変では、良性23例(60.5%)悪性15例(39.5%)であった。悪性疾患の組織型は、非浸潤性乳管癌(DCIS)16例、浸潤性乳管癌52例、浸潤性小葉癌8例であった。良性疾患では、mastopathy45例、線維腺腫15例などの診断が多かった。悪性症例の最終病理結果は、DCIS症例において浸潤部を認めたもの以外は、術前診断と一致していた。検査中および検査後に治療を要する合併症は認めなかった。

【結語】

USガイド下の乳房組織生検は安全で迅速にでき、かつ精度の高い診断が可能な有用な検査手技と考えられた。

第78回日本臨床外科学会総会 東京
2016年11月24日~11月26日

当院におけるOncotype DX施行症例の検討

雄谷純子

総合上飯田第一病院 乳腺外科

2009年に乳がんの予後予測因子であるOncotype DXが、日本人においても有用であると報告され使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の使用を開始した。今回、これまで当院でOncotype DXを行った乳癌患者33例に関して、他の因子との関連および有用性について検討した。

対象は2013年9月から2016年4月までの間に当院でOncotype DXを行ったホルモン受容体陽性浸潤性乳癌33例(他院からのOncotype DXのみでの紹介の2例を含む)。

結果は、Recurrence score(RS)≤17の低リスク群が26例、18≤RS≤30の中間リスク群が5例、31≤RSの高リスク群が2例であった。RSと腫瘍径、リンパ節転移個数、組織学的グレード、およびER発現量との相関は認めなかつた。Ki-67が高値であるほどRSは高値となり、PgR発現量が低いほどRSが高値となる傾向がみられた。低リスク群の26例は、全例ホルモン療法のみでの補助療法を選択した。この26例中15例はpN陽性であり、その他の症例も組織学的Gradeが高異型度など、従来の臨床病理学的因素で補助療法を選択する場合には化学療法の薦められている症例が多くみられた。Oncotype DXの検査費用(自費で45万円)は当院の標準的術後補助化学療法(FEC100+DOC各4クール)に要する費用に比較すると低額であり、結果的に患者の金銭的負担軽減および医療費削減につながったと考えられる。また、中間リスク群と高リスク群の7例中5例はpN陰性の症例であった。今後は、さらに症例数を重ねて予後との検討を行っていく必要があると考える。

第13回日本乳癌学会 中部地方会 名古屋
2016年9月10日~9月11日

AIGHLが整復阻害因子であった陳旧性肩関節脱臼骨折の1例

○川村佑介、良田洋昇、片岡祐司

総合上飯田第一病院 整形外科

酒井忠博、平岩秀樹、濱田恭、小田智之、山下暁士、
宮本健太郎、岸本烈純、土谷早穂、石黒直樹

名古屋大学 整形外科

陳旧性肩関節脱臼は徒手整復不能で手術が必要となることが多く、整復阻害因子として、大結節骨片やLHBの介在、合同腱の緊張等が報告されている。今回、AIGHLが整復阻害因子であった陳旧性肩関節脱臼骨折の1例を経験したので報告する。58歳女性、主訴は左肩痛、10日前に受傷した肩関節前方脱臼及び大結節骨折にて近医より紹介。当院受診当日に全身麻酔下に非観血的整復を施行するも、術後Xpは亜脱臼位であった。MRIにて関節内に骨片を含む軟部組織の介在を認め、受傷後17日目に関節鏡手術を施行。AIGHLを含む前方関節包が肩甲上腕関節窩に嵌入して整復阻害因子となっており、前方へ整復することで関節内が観察可能となった。Bankart

修復術、大結節の観血的骨接合術及び関節固定を行った。術後6週で関節固定、外固定を除去し可動域訓練を開始した。術後2ヶ月時点での可動域は自動屈曲45°、他動屈曲115°、自動外旋-20°、自動内旋L5であり、疼痛は改善していた。

第22回東海関節鏡研究会 名古屋 2016年1月16日

ポータブルナビゲーションを用いたTKAの術後アライメントについて

社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 整形外科
人工関節・関節鏡センター

○川村佑介 片岡祐司 良田洋昇 佐藤晋介 丸山聖子

ポータブルナビゲーションを用いてTKAを施行した28膝を対象とした。

HKA角は $181.3 \pm 2.3^\circ$ であった。

理想軸からの偏位の大きさでは、大腿コンポーネントが $1.8 \pm 1.6^\circ$ 、脛骨コンポーネントが $1.2 \pm 0.9^\circ$ となった。

第9回東海人工関節研究会 名古屋 2016年1月30日

ポータブルナビゲーションを用いた人工膝関節置換術の成績について

社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 整形外科
人工関節・関節鏡センター

○川村佑介 片岡祐司 良田洋昇 佐藤晋介 丸山聖子

【目的】

人工膝関節置換術(以下TKA)において従来は大腿骨・脛骨ともに髄内ロッドを用いて骨切りを行っていたが、ロッドの挿入位置のずれによる設置角度のばらつきや髄腔からの出血などの問題があった。2014年2月よりポータブルナビゲーションが本邦でも使用可能となり、正確なコンポーネント設置や出血量の減少等が期待された。本研究の目的は従来法とポータブルナビゲーションを用いた方法とを比較検討することである。

【方法】

2012年4月から2015年6月までにTKAを施行した患者のうちで術後下肢全長レントゲンの撮影が行われておりアライメントの評価が可能な48例53膝を対象とした。2014年1月以前の髄内ロッドを用いた従来法(以下IM群)と2014年2月以降のポータブルナビゲーション使用例(KA2群)において手術時間、術後12時間までの出血量、インプラント設置後アライメントについて比較を行った。アライメントは、HKA(hip-knee-ankle)角、大腿骨コンポーネント、脛骨コンポーネントの理想軸からの偏位の大きさで評価を行った。

【結果】

IM群は25膝(平均75.2歳)、KA2群は28膝(平均77.4歳)であった。出血量はIM群 845 ± 363 ml、KA2群 644 ± 288 mlで有意差を認めた。HKA角はIM群で $183.7 \pm 3.3^\circ$ 、KA2群 $181.3 \pm 2.3^\circ$ で有意差を認めた。理想軸からの偏位の大きさでは、大腿コンポーネントがIM群 $2.9 \pm 2.0^\circ$ 、KA2群 $1.8 \pm 1.6^\circ$ 、脛骨コンポーネントがIM群 $2.3 \pm 1.4^\circ$ 、KA2群 $1.2 \pm 0.9^\circ$ となり、いずれも有意差を認めた。

【考察】

KA2群で有意に出血が少なかった理由は、KA2群では大腿にピンを1本入れるのみ、脛骨にはスパイクを当てるだけなのに比べ、IM群では大腿・脛骨ともに骨髓腔を穿孔するロッドを用いているためと考えられた。術後のアライメントに関してはKA2群の方が良好な結果となっており、より理想的な機能軸を再現できた。出血量、アライメントとともに、ポータブルナビゲーション使用例の方が良好な結果となつた。

第46回日本人工関節学会 大阪 2016年2月26日・27日

手術加療を行った踵骨骨折28例に対する術後成績の検討

Examination of clinical outcome which were treated by surgical operation for 28 calcaneal fractures.

総合上飯田第一病院 整形外科 ○羽賀貴博

踵骨骨折の手術法としてWesthuse法、plate固定が多く用いられており、

近年では小皮切により外側壁を CCS で整復固定する方法が徳永らによって報告されている。

【目的】

2011年4月から2016年1月まで当科にて手術加療を行った踵骨骨折38例のうち、6ヶ月以上フォロー可能であった28例29肢について、その術後成績を検討する。

【方法】

対象は男性24例、女性4例。平均年齢55.9歳（18～84歳）だった。平均フォローアップ期間は16.9ヶ月（6～41ヶ月）、受傷時Böhler角は平均9.2°だった。骨折型はSanders分類I型が4肢、II型が6肢、III型が16肢、IV型が3肢であり、そのうち嘴状骨折が2肢、開放骨折が1肢だった。それらに対しWesthuse法を13肢、plate固定を7肢、CCS固定を9肢（小皮切法4肢、Westhuseに準じた従来法5肢）に施行した。

【結果】

全例に骨癒合が得られた。術後Böhler角は平均27.7°（0～40°）で整復損失は平均-4.8°（0～-18°）だった。合併症は表層感染1例、皮膚潰瘍2例で3例全てに創傷処理などの手術加療が行われた。深部感染は認めなかつた。平均JSSF scoreは75.9点（64～100点）。Maxfieldの評価基準でexcellentが8肢、goodが11肢、poorが7肢、fairが3肢だった。

【考察】

固定法別の術後Böhler角ではWesthuse群で平均21.2°（0～37°）、plate群で平均29.0°（15～40°）、CCS小皮切法群で平均24.5°（19～34°）、CCS従来法群で平均33.2°（29～37°）と概ね良好だったが、整復損失がそれぞれ-5.5°（0～-18°）、-2.6°（0～-5°）、-1°（0～-2°）、-4°（0～-10°）であり、plate群とCCS小皮切法群が術後固定力で有利であることが推察される。

第41回日本足の外科学会 奈良 2016年11月17日・18日

レビー小体型認知症患者の激しい痒みに対し 少量のプレガバリンが著効した1例

Effectiveness of low-dose pregabalin for dementia with Lewy bodies and central neuropathic itch

鶴飼克行（総合上飯田第一病院）

レビー小体型（パーキンソン病を含めて）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は少なくない。たとえば、パーキンソン病に伴う疼痛の原因として、文献的には、（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。このうち、脳神経系の変性に起因するとと思われる痛み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。

その一方、レビー小体型の患者で、その病態に伴うと思われる激しい痒みを訴えた症例の報告は、これまでの文献検索からは見当たらないようである。よって当然であるが、その治療法に関する報告もなされていない。

今回、レビー小体型認知症の患者（82歳・男性）が、半年間におよぶ頭部全体と耳の激しい痒みに悩まされて、皮膚科を受診するも「異常なし」とされたが、その痒みに対して、当科において極少量のプレガバリン（25mg／日）を使用したところ、約1週間で劇的な状態（痒み）の改善を示した症例を経験した。

レビー小体型認知症における痒みの発生機序、プレガバリンの神経薬理学的作用機序とその痒みに対する有効性の可能性について、パーキンソン病の疼痛に関する文献を中心として、痛みと痒みの関連性についても含めて、考察・検討してみたい。また、この自験症例の詳細についても報告する。なお、プレガバリンの使用に当たって、患者および患者家族に、効果があるかどうかは不明で、使用する根拠は筆者の個人的な経験によること、保険適応外使用であること、重篤な副作用の可能性が否定できないことなどを説明し、その同意を得た。

第112回 日本精神神経学会（幕張）平成28年6月2日

明らかな「てんかん発作」を認めない transient epileptic amnesia (TEA: 一過性てんかん性健忘) の1例 ～「一過性」と呼ぶのは妥当か？「てんかん」 なのか？～

鶴飼克行^{1,2}、渡辺雅子³

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

【目的】

てんかん発作による健忘は古くから知られている。そのなかで、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、1990年代にZemanらやKapurらによって、一過性てんかん性健忘（transient epileptic amnesia; TEA）として纏められ発表された。その多くは、複雑部分発作を伴っている。ところが、多くのTEA症例で、retrogradeに過去の記憶も障害されることが知られ、この特徴的な現象は、accelerated long-term forgetting (ALF) と称されるようになった。さらに近年、TEAの範疇に含まれる形で、明らかな部分発作のみならず、健忘発作すらもが認められない、ALF現象のみを呈する症例も報告されつつあり、TEAの概念が一層複雑化しているように思われる。

【方法】

けいれん性・非けいれん性を問わず、明らかなてんかん発作（および健忘発作）が認めらず、ALF現象のみを呈したTEA自験症例を提示する。さらに、文献的考察も併せて行いたい。

【倫理的配慮】

患者と家族から学会発表の承諾を得た。匿名性にも配慮し、要旨に影響のない範囲で細部を改変した。

【結果】

症例は、61歳・男性。主訴は「物忘れ」であった。既往歴に、高血圧と糖尿病があるが、いずれも近傍の内科医による治療で安定していた。当院受診以前の4年間に、物忘れの主訴で、県内の認知症疾患医療センターを2回受診しているが、いずれも「異常なし」と診断されていた。物忘れの特徴は「数か月前に妻と旅行をしたことや、数年前に受けた手術などの記憶がすっぽり無い」という長期記憶の障害であり、近時記憶には全く問題を認めなかつた。しかし、職場では、物忘れのために、他の同僚らとの間で、トラブルが絶えないようになっていた。以上の臨床症状から、TEAを疑い脳波検査を実施したところ、前頭葉・側頭葉から頸頂葉にいたる両側性のsharp waveの出現を認めた。レペチラセタムを投与したところ、anterogradeな物忘れは消失し、同僚とのトラブルも無くなつた。しかし、失われた過去の記憶は、回復しなかつた。

【考察】

この症例では、遠い過去の記憶が、まだら状に消失しており、失われた記憶は抗てんかん薬の投与でも回復しなかつた。ALF現象を呈するTEAを、「一過性」と呼ぶことは、はたして妥当であろうか？ また、少なくとも4年以上にわたり、患者本人だけでなく、家族・友人・職場の同僚など、周囲の人間も含めて誰からも、てんかん発作は、認識されていなかつた。医療上の理屈を考えれば、「単純部分発作が見逃されていた」とも言えようが、少なくとも日常的・臨床的には明らかに「てんかん発作」が認識されていない、このような症例を「てんかん」と呼ぶことは、はたして妥当であろうか？ 文献的な検討も含めて、これらの問題点について、考察してみたい。

第31回 日本老年精神医学会 金沢 平成28年6月24日

認知症患者のQOL向上のための診療 ～身体症状の治療的重要性～

鶴飼克行^{1,2}、松井千恵³

¹ 総合上飯田第一病院 老年精神科

² 名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野

³ 総合上飯田第一病院 認知症サポートチーム（認知症看護認定看護師）

演者は、10年以上前から、「生活療法」なるオリジナルの用語でもって、認知症患者や家族に対して、その指導・教育を実践してきた。この「生活療法」の内容は簡単で、「日々の生活での行動、すなわち、睡眠・食事・運動・知的活動に関して、意識的に改善し、実行せよ」ということである。この「生活療法」を具体的に指導することで、認知症患者のQOLが向上することを実感してきたのだが、これだけでは不十分であることも確かである。特にレビー小体型認知症の患者は、全身の身体症状を呈するため、これらの身体症状について丁寧に対応することが、患者のQOLの向上に重要である。具体的には、レビー小体型認知症では、幻視や視覚認知障害、様々なタイプの睡眠障害、うつ状態や妄想などの精神症状、パーキンソニズムによる運動症状だけでなく、めまい・失神・血圧の変動・流涎・便秘・排尿障害など様々な自律神経症状を呈する。さらに、中枢性あるいは末梢性の感覚障害なども呈する。感覚障害のタイプ・症状も、嗅覚障害・味覚障害・疼痛・痒みなど多岐にわたる。今回、当院（総合上飯田第一病院）の物忘れ専門外来において実施している「生活療法」を具体的に紹介するとともに、これらの感覚障害を含めた身体症状への治療・指導の実際も紹介したい。

【倫理的配慮】

人権の侵害や個人の特定につながるデータなどは使用しない。

第6回 日本認知症予防学会 仙台 平成28年9月23日

Transient epileptic amnesia(TEA) ～広義および狭義の TEA の提案～

鶴飼克行^{1, 2}、渡辺雅子³

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

【目的】

健忘をほぼ唯一の症状とするタイプのてんかんの存在が注目され、「transient epileptic amnesia(TEA)：一過性てんかん性健忘」として纏められ、その臨床診断基準案も発表されている。TEA症例では、retrogradeに過去の記憶も障害されることが多く、この現象は「accelerated long-term forgetting (ALF)」と称されている。今回、ALFの合併の観点などから、「一過性てんかん性健忘」の定義について、改めて考察したい。

【方法】

明らかな健忘発作が認められず、ALF現象のみを呈した2例の自験症例を提示する。さらに、文献的な考察も併せて行う。

【結果】

症例提示

症例1：6X歳・男性。既往歴に高血圧と糖尿病があるが、近傍の内科医の治療で安定していた。主訴は「物忘れ」で、その特徴は「数か月前に妻と旅行をしたことや、数年前に受けた手術などの記憶がすっぽり無い」という長期記憶の障害であり、近時記憶には問題を認めなかった。TEAを疑い脳波検査を実施したところ、前頭葉・側頭葉から頸頂葉にいたる両側性のsharp waveの出現を認めた。レバチラセタムを投与したところ、物忘れは消失した。しかし、失われた過去の記憶は、回復しなかった。

症例2：6X歳・女性。既往歴に高血圧と脂質異常症があるが、治療で安定していた。主訴は「物忘れ」で、その特徴は「数か月前に友人と旅行をしたことや、数週間前に車を運転中に接触事故を起こした記憶が無い」という長期記憶の障害であり、近時記憶には問題を認めなかった。TEAを疑い脳波検査を実施したところ、両側性のsharp waveの出現を認めた。レバチラセタムを投与したところ、物忘れは消失した。

【考察】

今回の2症例では、ALFによって過去の記憶が斑状に消失していたが、健忘発作は認められなかった。このような症例は、これまでのTEAの臨床診断基準には合致しないが、認知症診療・高齢者診療におけるこれらの症例の重要性を鑑みれば、この症候群を広義のTEAとするか、あるいは別の症候群として纏めるか、どちらかの選択が必要ではなかろうか？

第29回 日本総合病院精神医学会 東京 平成28年11月26日

レビー小体病における中枢性異常感覚 (痛み・痒み) の治療経験

鶴飼克行^{1, 2}

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

レビー小体病（パーキンソン病を含む）に伴う疼痛の原因としては、運動機能障害や運動器・末梢神経の障害に伴うもの、中枢の脳神経細胞の変性に起因するもの、心因性のもの、などが推定されているが、その詳細は未だ不明である。このうち、中枢脳神経系の変性に起因する疼痛に対する薬物療法としては、これまでに有効性が確立されたものは無く、個々の症例で様々な、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。一方、レビー小体病に伴う搔痒に対しては、これまでほとんど注意が払われてこなかった。このため、「中枢脳神経系の変性に起因する搔痒」という概念そのものが、認知症や高齢者医療の分野のみならず、緩和医療や皮膚科領域でも、一般的にはなっていないようである。このため、今のところ、皮膚搔痒症の基礎疾患に神経変性疾患は含まれていないのが現実である。昨年の日本認知症学会において、演者らはレビー小体病に伴う中枢の脳神経系変性に起因する疼痛に対し、少量のプレガバリンが有効であった報告を行った¹⁾。今回、レビー小体病に伴う皮膚搔痒症に対しても、少量のプレガバリンが著効した症例を経験したので、その詳細を報告するとともに、「中枢脳神経系の変性に起因する搔痒」という概念を提案したい。

1) Ukai K, Fujishiro H, Ozaki N. Effectiveness of low-dose pregabalin in three patients with Lewy body disease and central neuropathic pain. Psychogeriatrics 2016; doi:10.1111/psych.12192.

第35回 日本認知症学会 東京 平成28年12月1日

地域包括ケア病棟開設前後における 大腿骨近位部骨折患者の転帰先の変化とその特徴

白上昇¹⁾、上田周平¹⁾、鈴木重行²⁾

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) 名古屋大学大学院医学系研究科

【目的】

地域包括ケア病棟（以下地域包括）開設前後における大腿骨近位部骨折患者の転帰先の変化とその特徴について調査した。

【方法】

当院に大腿骨近位部骨折で入院した患者を地域包括開設前後1年間で年齢・病前歩行能力・術式・在院日数・転帰先の比較をした。また開設後で転帰先と年齢・在院日数・初期 Barthel Index(以下 BI)・退院時 BI・BI改善率・一日あたりのPT施行単位・病前歩行能力を比較した。統計学的手法には多重比較検定とχ²乗検定を行い、有意水準は5%未満とした。

【結果】

開設前後の比較で年齢・病前歩行能力・術式に有意差はなかったが、在院日数は開設後で有意に減少した。転帰先は開設前自宅28%・回復期44%、施設28%が開設後自宅10%・回復期32%、地域包括29%・施設29%と変化した。

開設後の転帰先の比較では、自宅は病前歩行能力屋外自立が多く、年齢が施設・回復期と比べ有意に低く、ハンソンピンが多く、退院時 BI が他群に比べ有意に高かった。施設は病前歩行能力介助・不可が多く屋外自立が少ない、年齢が自宅・地域包括と比べ有意に高く、初期 BI・BI改善率・PT 施行単位が他群に比べて有意に低かった。回復期は病前歩行能力屋外自立が多く介助・不可が少ない、人工骨頭が多くハンソンピンが少なかった。地域包括は病前歩行能力介助・不可が少なく、年齢が施設と比べ有意に低かった。

【考察】

開設前転帰先が自宅・回復期の中で地域包括適応のある患者層が開設後は地域包括に転帰し、自宅の中で長期入院していた患者は地域包括に転帰するようになったため、急性期病棟全体の在院日数は減少したと考えられる。開設後の転帰先では地域包括に目立った傾向が見られなかった。地域包括には年齢・ADL・術式など様々な患者が入院しており、より幅広い知識や対応がPTには求められると考えられる。

【倫理的配慮・説明と同意】

本研究はヘルシンキ宣言に準じて、全て匿名化された既存データを使用し検討を行った。

第25回愛知県理学療法学術大会 刈谷 2016年3月13日

反重力トレッドミル (Alter-G) による BWSTT が大腿骨近位部骨折術後早期の 歩行能力回復に及ぼす影響について

鶴見元¹⁾、上田周平¹⁾、成瀬早苗¹⁾、林琢磨¹⁾、柴本圭悟¹⁾、桑原道生¹⁾、
白上昇¹⁾、柳澤卓也¹⁾、高橋昂平¹⁾、帆瀬子¹⁾、片岡祐司²⁾、良田洋昇²⁾、
佐藤晋介²⁾、土谷早穂³⁾、鈴木重行⁴⁾

- 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人工関節・関節鏡センター
- 3) 名古屋大学医学部整形外科
- 4) 名古屋大学大学院医学系研究科

【はじめに、目的】

大腿骨近位部骨折術後の歩行獲得には、術後早期からの加速的リハが推奨されているが、疼痛などで急性期の歩行訓練に難渋することも少なくない。空気圧で免荷する Alter-G は、ACL再建術後などにおける歩行訓練の有用性が報告されており、我々も TKA 術後における有用性を報告した。しかし、大腿骨近位部骨折術後早期においては、BWSTT の有用性を報告した研究は殆どみられない。そこで本研究は、Alter-G による BWSTT が大腿骨近位部骨折術後早期の歩行能力回復に及ぼす影響について、検討すること目的とした。

【方法】

対象は大腿骨近位部骨折術後で、受傷前能力が屋内伝い歩き自立以上、既往に脳卒中や重度の認知機能低下の無い30例とした。方法は、Alter-G 実施群15例（実施群、女性11例、男性4例、75. 5±10. 5歳）、Alter-G 非実施群15例（非実施群、女性11例、男性4例、68. 5±21. 5歳）に無作為に分け、実施群は通常の理学療法に加え、術後3日目より Alter-G での BWSTT を10分実施した。評価項目は術後7、14日目の患肢荷重量、膝関節伸展筋力、6分間歩行距離及び歩行後の Borg Scale、10m歩行最大歩行速度 (10MWS) 及び歩幅、歩行器を使用した歩行自立までの日数（歩行自立日数）とした。実施群、非実施群の2群間で比較検討し、統計方法はカイ²乗検定、t検定、Mann-Whitney検定、welch検定を行い、有意水準は5%未満とした。

【結果】

歩行自立日数は、実施群 7.2 ± 1.4 日、非実施群 11.3 ± 5.5 日と、実施群は非実施群に比べ、有意に短かった ($p < 0.05$)。6分間歩行距離は、術後7日目が実施群 174.7 ± 80 m、非実施群 111.3 ± 67.1 m、術後14日目が実施群 238.3 ± 88.4 m、非実施群 162 ± 90.9 m と、いずれも実施群は非実施群に比べ、有意に延長した ($p < 0.05$)。歩幅は、術後7日目が実施群 49.6 ± 14.2 cm、非実施群 34.3 ± 13.5 cm、術後14日目が実施群 51.4 ± 16.0 cm、非実施群 39.9 ± 13.0 cm と、いずれも実施群は非実施群に比べ有意に大きかった ($p < 0.05$)。患肢荷重量、膝関節伸展筋力、6分間歩行距離後の Borg Scale、10MWS は、術後7、14日目で、両群間に有意差を認めなかつた。

【結論】

実施群は非実施群に比べ、6分間歩行距離、10MWS の歩幅、歩行自立日数に有意な変化を認めた。楠らは、虚弱高齢者に対する Alter-G による BWSTT は歩幅が大きく、歩行率が低下した歩行パターンに変化すると報告している。疼痛などにより歩幅が減少する大腿骨近位部骨折術後においても、BWSTT により歩幅が拡大し、反復学習された歩行が平地歩行にも反映されたと考えた。また、非実施群が平地歩行で十分な歩行量を確保できない術後早期に、実施群は BWSTT で術後7日目までに 1.1 ± 0.6 km の歩行量と、早期歩行自立による病棟での歩行量とが増加したため、非実施群に比べ、6分間歩行距離が延長したと考えた。本研究より Alter-G は、大腿骨近位部骨折術後早期の歩行訓練として有用な手段となり得る可能性が示唆された。

第51回日本理学療法学術大会 北海道 2016年5月29日

作業を細分化することで 満足した作業遂行が得られた事例 ～COPMを利用して～

松岡友絵¹⁾、玉木聰¹⁾、芝田博文¹⁾、長谷川文¹⁾、渡邊桃子¹⁾、加藤千佳¹⁾、道下俊¹⁾、荻野沙織¹⁾、高畠香澄¹⁾

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

【はじめに】

今回カナダ作業遂行測定(以下 COPM)に基づき重要な作業について介入し、遂行度満足度ともに上昇の変化がみられた事例を報告する。尚、報告にあたって事例から同意を得た。

【事例】

70歳代男性。左大腿骨転子部骨折受傷し骨接合術施行。病前 ADL は自立。

【評価】

COPM より重要な作業に「トイレに行く」「ズボンを履く」「靴を履く」「歩く」が挙げられた。いずれも重要度は10、遂行度／満足度は順に $3/3$ 、 $3/3$ 、 $2.3/2$ 、 $1/5$ であった。その後毎週末に遂行度満足度を再聴取した。

【経過】

トイレ・更衣・靴着脱は指導・反復練習によりリハ開始約4週で概ね満足度10となった。一方、歩行はリハ開始2か月で四点杖歩行自立レベルであり退院後も四点杖での生活が想定された。杖歩行への羞恥心があり同時に満足度は5と変化に乏しかったが、屋外歩行後満足度8と上昇の変化がみられ、数日後自宅退院となった。

【結果】

「トイレに行く」「ズボンを履く」「靴を履く」は自立し遂行度10満足度10、「歩く」は四点杖歩行にて自立し遂行度8満足度9となった。

【考察】

COPM にて作業を細分化し経時に遂行度満足度を捉えることで質の高い作業遂行が得られ、トイレ・更衣・靴着脱は満足度10が得られたと考えられる。また、歩行は屋外歩行を実施することで自己効力感が得られ、最終的に満足度の上昇の変化がみられたと考えられる。COPM では2点以上の変化があれば臨床上意味があるとされており、本事例においても重要な作業の遂行に繋がったと考えられた。

第24回愛知県作業療法学会 愛知 2016年5月15日

大腿骨頸部骨折後にシルバーカー歩行となったDLB患者 ～活動維持と認知機能維持に着目して～

荻野沙織¹⁾、玉木聰¹⁾、渡邊桃子¹⁾、鵜飼克行²⁾

1)総合上飯田第一病院 リハビリテーション科

2)総合上飯田第一病院 老年精神科

【はじめに】

レビー小体型認知症(DLB)患者は精神的要因にて症状が急速に悪化してしま

うことが多い。今回我々は、DLB患者が大腿骨頸部骨折を受傷し、人工骨頭置換術や入院という非日常的な環境に置かれ、不安要因を有していたものの、入院前後での認知機能維持と受傷前の日常生活動作(ADL)を獲得できたため、報告する。

【事例紹介】

70代女性。住宅型有料老人ホームへ入所されており、自室のベッドから転倒し、受傷。受傷前 ADL は施設職員からの聴取にて Barthel Index(以下 BI) で $50/100$ 点。杖を利用し屋外へも外出されていた。既往として、糖尿病・大腸癌等があった。

【経過】

術後 OT 評価として、ADL は BI で 20 点。MMSE は 21 点。起居動作は介助で可能であるが、疼痛や持病の不安を繰り返し言葉にしてしまい、指示入力には時間が掛かっていた。訓練として、OT では起居動作や靴の着脱、トイレ動作等を通して脱臼管理を指導し、PT では歩行訓練を実施した。中でも、本事例は排泄が頻回であり、移動とトイレ動作は重要な課題となつた。物品を使用した動作訓練は理解困難であり、実際に移動し、下衣更衣の操作や臀部の清拭を行い、監視で動作可能となつた。歩行は、ふらつきと脱臼肢位管理が不十分であるとして、シルバーカー歩行にて退院となつた。BI は 50 点。MMSE は 21 点。起居動作は自立となつた。退院まで、DLB の症状である幻視やパーキンソンズム等は認めなかつた。

【考察】

本事例は、早期より動作訓練や歩行訓練を進めていたため、臥床時間は短く、他患者やスタッフと話す時間が多く見られた。さらに反復の訓練・実動作による ADL の維持・向上によって自発的な行動が増え、認知機能の維持にも繋がり、受傷前の ADL の維持が得られた。シルバーカー歩行への不安はなかったため、今後も家族との外出や施設内の行事に参加でき、活動低下による認知機能低下の予防になると予測される。

【倫理的配慮】

対象者とその家族に本研究の趣旨を説明し、同意を得た。

第6回日本認知症予防学会 仙台 2016年9月24日

脳梗塞発症後の高齢者が住環境整備にて 自宅退院が可能となった一例

高畠香澄¹⁾

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

Key words : 訪問指導 住環境整備 生活支援

【はじめに】

近年、独居または二人暮らしの高齢者が多い中、何らかの原因により入院することで ADL が低下し、高齢者が在宅復帰困難となる場合が多い。今回、我々は脳梗塞を発症したにも関わらず ADL 改善が得られ、住環境整備を行い、自宅で入院前と同様の生活を取り戻した事例を経験したので報告する。尚、今回の発表にあたり本人・家族に承諾を得た。

【事例紹介】

80歳代男性で、歩行障害と右手の使いづらさを認め来院し、脳梗塞と診断された。入院前は妻と二人暮らしで、ADL は自立していた。既往歴は高血圧、OT 初期評価では、HDS-R29 / 30点、MMSE26 / 30点と認知機能は保たれていた。運動麻痺は中等度であったが、筋力は比較的保たれており、BI は $40 / 100$ 点、基本動作は、寝返り→端座位は自立、起立→移乗・屋内歩行は軽介助~見守りであった。

【経過】

Z 日より作業療法開始し、入院中は麻痺側上肢の機能回復訓練、バランス訓練、ADL 訓練、さらに自宅環境を見据えた応用動作訓練、屋外歩行訓練を行った。主に静的・動的バランス能力により転倒の危険性の有無を評価する FBS にて $40 / 56$ 点と基準値の 45 点より低く転倒の危険性が認められ、段差昇降や跨ぎ動作にてふらつきは否めない状態であった。転倒なく安全な在宅生活を送ることを目的として、Z+22日に本人・妻・OT2名、福祉業者1名にて住環境整備を目的に退院前訪問指導を実施した。住環境整備では①屋外アプローチにある高い段差を 2段に分ける、②玄関マットの撤去または滑り止めの設置、③トイレに据え置き手すりの設置、マットの撤去または滑り止めの設置、④浴室壁・浴槽の淵に手すりの設置を指導した。退院前訪問指導後、Z+24日に自宅退院となり、退院時では、運動麻痺は軽度、独歩可能で、BI は 100 点であった。

退院約 1 ヶ月後に要支援1の認定があり、Y+2月 Z+28日に住宅改修の工事が施工された。退院前訪問指導の内容に加え、屋外アプローチと屋内廊下にも手すりが設置され、変更された点として、トイレに横手すりを設置し、浴槽付近の壁に縦手すりと横手すりを設置することとなった。電話による追跡調査にて住宅改修後は転倒なく安全に生活できている。

【考察】

入院中より自宅環境を見据えた動作訓練を行い、さらに自宅退院後の転倒予防を中心とした退院前訪問指導を行ったことにより、退院後も転倒なく、妻と二人安全な在宅生活を送ることができていると考えられる。また、指導した箇所の変更や、加えて改修が行われた点については、退院後に再度自宅へ訪問し、住宅改修について再評価を行うことで、より適切な訪問指

導が行えたのではないかと考えられる。今後の身体状況の変化をも見据えた在宅での生活像を予測し住環境整備を行うことで、転倒を防ぎ、ADL の維持や QOL の向上にも繋がるのではないかと考えられる。

第16回東海北陸作業療法学会 金沢 2016年11月27日

大腿骨頸部骨折患者の転倒状況と認知機能における特徴の検討

渡邊桃子¹⁾、玉木聰¹⁾、吉原郁子¹⁾、荻野沙織¹⁾、鵜飼克行²⁾

- 1) 総合上飯田第一病院リハビリテーション科
2) 総合上飯田第一病院老年精神科

【序論・目的】

転倒による大腿骨頸部骨折は手術や長期入院を要し、動作能力や認知機能の低下に至る高齢者を臨床上多く認める。今回我々は、新たな転倒の予防や対策を検討するために、骨折患者の転倒状況や認知機能の特徴を捉えることを目的として調査した。

【対象・方法】

2015年12月～2016年5月に当院に入院した65歳以上の大腿骨頸部または転子部骨折患者で手術適応となった82名のうち、転倒状況の説明や認知機能評価が可能である者を対象とした。転倒状況に加え、受傷前の転倒歴と移動能力も聴取した。認知機能評価は手術前にMMSEを実施、下位項目の正答率を算出して傾向を分析した。認知機能が低いと判断した者は家族からの聴取も行った。

【結果】

24名(80.2±7.9歳、男性6名、女性18名)からの聴取が可能であった。対象者全員が独歩または補助具での屋外歩行が可能、16名が転倒歴を有しており、8名が何かを持っている状況で今回転倒した。MMSE23点以下は13名(19.5±3.0点)、下位項目は計算(20.0%)、図形模写(46.2%)の順に正答率の低下を認めた。24点以上の10名(26.6±1.8点)も計算(60.0%)で低下を認め、他の項目は正答率83.3%以上であった。

【考察】

鷲見ら(2005)は、認知症者と比較して転倒した高齢者の図形模写の正答率が低いことや、側頭葉・頑頂葉が萎縮傾向にあることを報告している。側頭葉や頑頂葉機能を反映する計算と図形模写の得点率を認めた今回の結果は、先行研究同様に転倒者特有の傾向を示していると考える。また双方の低下は、二重課題遂行時の動作能力低下に繋がることが予測され、一部の者は歩行への注意が疎かになる状況と重なり今回転倒したと考えられる。今後は、他の転倒要因との関係を調査するとともに、転倒リスクが高いと予測される者への指導や認知機能低下予防のアプローチを検討していくべきだ。

【倫理的配慮】

対象者と家族には研究の旨と倫理的配慮を説明し、承諾を得ている。

第6回認知症予防学会 学術集会 仙台 2016年9月24日

重度片麻痺において機能回復訓練を行い実用手レベルまで回復した例 入院から外来リハビリを通して

吉原郁子¹⁾、芝田博文¹⁾、玉木聰¹⁾、長谷川文¹⁾、渡邊桃子¹⁾、加藤千佳¹⁾、道下俊¹⁾、荻野沙織¹⁾、高畠香澄¹⁾

- 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

【はじめに】

脳卒中片麻痺の上肢機能回復は、発症時に重度麻痺を呈すると、回復が難しいとされている。脳梗塞発症後の重度片麻痺に対し、回復過程に沿った訓練を急性期から外来リハビリを継続して実施し、実用手レベルまで回復した症例について報告する。尚、学会報告に際し、本人・家族より承諾を得た。

【症例】

79歳男性。診断名は多発性脳梗塞。麻痺は Br-stage左上肢Ⅲ、手指 I～II であり、深部感覚は正常レベル。動作時に左肩関節疼痛を認めた。ADL は BI が85点であり、更衣及び洗体動作にて介助が必要であった。

【経過】

訓練初期では、上肢近位部に対し、肩甲骨支持性向上を図り空間位での操作性向上に繋げた。訓練に支障となり易い肩関節疼痛に対し温熱療法や良肢位の指導をし、疼痛軽減となった。遠位部に対する把握訓練や pinch訓練において、物品や形態を変化させ段階付けを行い、随意性向上を図った。介入当初、左手を使用出来ず、介助を要していた ADL への訓練も行った。外来リハビリ期では、左手を使用した洗体動作自立となり、更衣もファスナー・靴下に左手を使用し、介入から2か月で、Br-stage左上肢Ⅵ、手

指Vと実用手まで改善した。

【考察】

今回、早期に麻痺が改善し実用手レベルまで至ることが出来たのは、疼痛が緩和し肩甲骨支持性を獲得できた事や深部感覚障害がなかった事が理由として考えられる。又、外来リハビリを継続して行い、積極的に左上肢の使用を促した結果、自立意識向上や自信が得られ、ADL において左手の使用に繋がり実用手レベルとなったと考える。

第24回 愛知県作業療法学会 愛知県 2016年5月15日

終末期がん患者の退院支援

加藤千佳¹⁾、玉木聰¹⁾、長谷川文¹⁾、渡邊桃子¹⁾、岡島明子²⁾

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

【序論・目的】

終末期がん患者が自宅で安全に生活するために OT が転倒予防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く、また退院後の自宅生活において住環境を評価する報告も少ない。今回、我々は終末期がん患者の自宅療養生活を支援するため、退院前訪問指導にて住環境整備を行い、退院約2週後にも訪問指導を実施し、継続的な支援を行った事例を報告する。尚、報告を行うことについて症例から同意を得ている。

【事例紹介】

80歳、男性。妻と息子の3人暮らしで、ADL は自立していた。X年8月に胃癌 stageIV と診断され入院となった。9月半ばに退院となつたが、数日後に黒色嘔吐と食欲低下により、家族の希望もあったため再入院となつた。10月下旬より緩和ケアチーム介入し IVH ポートを造設、OT開始した。介入当初、基本動作は自立、歩行は点滴棒を持ちして可能、BI75点でセルフケア自立レベルであった。IVH ポート造設していたが食事は損れる範囲で摂取していたため嘔吐を繰り返していた。嘔吐による倦怠感はあったが疼痛はないとのことだった。本事例からは「家族のことが心配」「兄弟に会いたい」「家族で旅行に行きたい」といった発言が聞かれており、本事例と家族ともに自宅退院の要望があった。入院中には計3回の転倒歴があり、Functional Balance Scale にて43/56点と転倒の危険性が高いことが示された。また認知機能は長谷川式簡易知能評価スケール19/30点と認知機能の低下を認めた。

【方法】

退院前訪問指導時の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」「屋内通行路」「シーティング」などの13種類に分類されている。

【結果】

OT開始10日後に家屋調査を実施し、フロアマットやスリッパの撤去、玄関に椅子の設置、浴室ではシャワーチェアを使用することをアドバイスした。退院まで身体機能と動作能力は維持されており、OT開始20日後に自宅退院となつた。退院約2週間後に再度家屋調査を実施した。玄関の椅子、シャワーチェアは設置されていなかつたが、退院後転倒はなく屋内歩きが可能であった。トイレへは妻が付き添い移動していた。「兄弟に会いに行く予定」「紅葉を見に行くことになり楽しみ」と、家族と過ごす時間を楽しめているようであった。

【考察】

介入当初より自宅退院の要望があったため早期より OT が住環境に着目して関わることができた。転倒リスクが高い状態ではあったが、環境整備をして自宅退院をしたことで退院後も転倒することなく安全に生活を送ることができたと考えられる。また本事例や家族の要望を聞き取り、その要望に合わせて目標を定め介入することで、自宅退院だけでなく「兄弟に会うこと」「旅行に行くこと」という希望を叶えるまでに至ったと考えられる。本事例のように身体能力と動作能力を維持して最期を迎るために住環境整備による転倒予防は重要であり、今回実施した住環境整備是有効であった。さらに退院後に再度家屋調査を実施することで実際の生活の場での様子を見ることができ、さらに生活の質の侧面からも変化を知ることができた。病院から自宅退院後にまで関わる機会を持つことは困難だが、今回の取り組みは最期まで身体機能と動作能力、生活の質を維持して在宅療養を送るため有用であったと考えられる。

第50回日本作業療法学会 北海道 2016年9月10日

意欲低下及び抑うつを呈する症例に対して 脳活性化リハビリを使用し 洗顔及び下衣更衣の介助量が軽減した症例

高田結以¹⁾、玉木聰¹⁾、芝田博文¹⁾、長谷川文¹⁾、渡邊桃子¹⁾、加藤千佳¹⁾、

道下俊¹⁾、荻野沙織¹⁾、高畠香澄¹⁾

1) 総合上飯田第一病院 リハビリテーション科

【序論】

脳活性化リハビリは、早期認知症患者の周辺症状改善に有効であり、①快刺激が笑顔を生み意欲を高める、②褒めることがやる気を生む、③会話が安心を生む、④役割を演じることが生きがいを生む、を原則としている。今回、意欲低下及び抑うつを呈する症例に脳活性化リハビリを用いて介入した結果、洗顔動作及び下衣更衣の介助量が軽減したので報告する。尚、学会報告に際し本人・家族より承諾を得た。

【事例紹介】

92歳女性。診断名は誤嚥性肺炎。元々編み物やお洒落が好きだった。夫他界以降は、物忘れや意欲低下を認めたが、入院前まではADL自立だった。現病歴について、自宅で入浴中に溺水し救急搬送され、また前頭葉～側頭葉に軽度の脳萎縮と側脳室拡大を認めた。

【経過】

OT介入初期は、意欲低下及び抑うつにより依存的でBIは0点、N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(以下、N-ADL)は4／50点だった。しかし、称賛されると笑顔が見られ活気のある日もあり、段々とADL動作に協力的となった。また優しい口調で接することで表情が和らぎ安心している様子だった。最終評価ではBIは50点、N-ADLは26／50点となり、洗顔動作及び下衣更衣は監視～軽介助で可能となった。

【考察】

OT介入初期ではOTRとの関わりは不快刺激だったが、称賛を貰え毎日顔を合わせ会話することで安心感に繋がり、快刺激へ変化したと考えられる。そのため、意欲低下及び抑うつが改善しADL動作に協力的となり、洗顔動作及び下衣更衣の介助量が軽減したのではないかと考える。

第24回 愛知県作業療法学会 愛知県 2016年5月15日

大腿骨頸部骨折を呈した高齢者認知症の悪化の予防の取り組み

玉木聰¹⁾、上村智子²⁾、渡邊桃子¹⁾、吉原郁子¹⁾、荻野沙織¹⁾、鶴飼克行³⁾
松井千恵⁴⁾

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老年精神科
4) 総合上飯田第一病院認知症看護認定看護師

【はじめに】

今回、我々はレビー小体型認知症(DLB)患者が転倒して大腿骨頸部骨折を受傷し、人工骨頭置換術後にPT・OTを実施し、自宅退院できた事例を経験したので報告する。

【事例紹介】

74才男性、妻・長男の3人暮らしで長男は障害者である。入院前は転倒歴もなく、独歩見守りで屋内外を移動し、週2回のデイサービス(主に入浴サービス)を利用していた。妻と散歩中に側溝につまずいて転倒し受傷、本院に転院し人工骨頭置換術を実施した。妻からの聞き取りによれば、受傷前の日常生活動作(ADL)は、Barthel Index(BI) 45/100点であった。転院時のMMSEは20/30点であった。

【経過】

術後よりOT開始し、基本動作は一部介助、歩行は不可、BIは5点であった。OTでは、トイレ動作・起居動作を中心に行い、ADLの介助量軽減を目的に実施し、PTでは基本動作・歩行訓練など離床を目的に実施した。DLB症状として、幻視・すくみ足が術後1週間ほど認められたが、OT訓練に影響するほどではなかった。OTでは、起居動作時にbed upした状態で簡単な起き上がり方を指導し、トイレ動作時では、立位でズボンを上げ下ろしするのではなく、便座に坐った状態でズボンを上げ下ろしする方法を指導した。家族は術後当初のADLの介助量が重度のため施設入所を考えていたが、術後10週のADLが入院前よりも改善が得られたため、自宅退院へとなった。退院時の状態では、基本動作は自立、歩行は独歩見守り、BIは75点、MMSE19点であった。

【考察】

本事例は、入院によるDLB症状の悪化が懸念されたが、術後早期にADL訓練中心にOTが関わり、受傷前よりADLが改善し、このことが自宅退院に繋がったと思われる。

【倫理的配慮】

対象者とその家族に対し本研究の趣旨を説明し、同意を得た。

第6回認知症予防学会 仙台 2016年9月24日

Relationship between contrast enhancement of basal ganglia perivascular space and endolymphatic hydrops

Toshio Ohashi¹⁾, Toshio Katagiri¹⁾, Kayao Kuno²⁾, Shinji Naganawa³⁾

¹ Department of Radiology, Kamiida Daiichi General Hospital

² Department of Otolaryngology, Kamiida Daiichi General Hospital

³ Department of Radiology, Nagoya University Graduate School of Medicine

Purpose:

Heavily T2-weighted 3D-FLAIR (hT2-3D-FLAIR) after IV-Gd has been used for the evaluation of endolymphatic hydrops (EH). In our hospital, we obtain EH image 4 hours after IV of single-dose Gd-based contrast material (IV-SD-GBCM) and measure the endolymphatic volume ratio (%EL_{volume}) semi-quantitatively. From our experience, we speculated that contrast enhancement of the perivascular space (PVS) might be related to degree of EH. Therefore the purpose of this study was to investigate the relationship between %EL_{volume} and signal intensity of PVS (SI-PVS).

Method:

We evaluated 20 patients suspected with EH (median: 64-year-old). MR imaging was performed on 3T MR unit (MAGNETOM Skyra, Siemens) using 32ch array head coil. We obtained two kinds of following images 4 hours after IV-SD-GBCM.

(1) MR cisternography (MRC): hT2-3D-turbo spin echo, TR/TE = 4400/544ms.

(2) Positive perilymph image (PPI): hT2-3D-FLAIR, TR/TE = 9000/544ms, TI12250ms.

We generated HYDROPS2-Mi2 by the processing shown below, and measured %EL_{volume} of cochlea and vestibule on HYDROPS2-Mi2.

(PPI - 0.04 × MRC) = HYDROPS2, (HYDROPS2 × MRC) = HYDROPS2-Mi2, according to the previously reported study.

Then we segmented PVS of basal ganglia on all slices of MRC using region growing method. We pasted the segmented PVS region onto PPI, and measured SI-PVS. We evaluated the relationship between %EL_{volume} and SI-PVS using Pearson's correlation coefficient, then the larger %EL_{volume} out of right and left ears was employed for this evaluation.

Result:

There was a strong negative correlation between cochlear %EL_{volume} and SI-PVS ($r = -0.740$).

Conclusion:

It was found that there is a strong negative correlation between cochlear %EL_{volume} and SI-PVS. There might be a co-factor for the EH and PVS function.

The 44th annual meeting of the Japanese Society for Magnetic Resonance in Medicine 2016, Saitama, 10 Sep. 2016

Endolymphatic volume ratio measurement using region growing method.

Eriko Ogawa¹⁾, Toshio Ohashi¹⁾, Toshio Katagiri¹⁾, Kayao Kuno²⁾, Shinji Naganawa³⁾

¹ Department of Radiology, Kamiida Daiichi General Hospital

² Department of Otolaryngology, Kamiida Daiichi General Hospital

³ Department of Radiology, Nagoya University Hospital

Purpose:

In our hospital, we routinely obtain endolymphatic hydrops (EH) image 4 hours after IV of single-dose Gd-based contrast material (IV-SD-GBCM) and measure the endolymphatic volume ratio (%EL_{volume}) manually.

This measurement is performed by time consuming manual ROIs drawing, that is susceptible to observers' bias.

Therefore we propose the semi-automatic method.

The purpose of this study was to investigate the consistency of both methods.

Method:

We evaluated 10 patients suspected with EH (median: 64.5-year-old).

MRI was performed on 3T MR unit (MAGNETOM Skyra, Siemens)

using 32ch array head coil.

Measurements were performed using Osirix (v.5.0.2 32-bit). We obtained two kinds of following images 4 hours after IV-SD-GBCM.

(1) MR cisternography (MRC): heavily T2-weighted 3D-turbo spin echo, TR/TE=4400/544ms.

(2) Positive perilymph image (PPI): heavily T2-weighted 3D-FLAIR, TR/TE=9000/544ms, TI12250ms.

We generated HYDROPS2-Mi2 by the processing shown below.

(PPI - 0.04xMRC) = HYDROPS2, (HYDROPS2xMRC) = HYDROPS2-Mi2, according to the previously reported study.

In the preparation, we manually set boundaries between cochlea and vestibule, cochlea and internal auditory meatus on MRC. Then we segmented cochlea and vestibule using region growing method and measured the entire lymphatic volume on MRC. We pasted the segmented regions onto HYDROPS2-Mi2, and measured the endolymphatic volume for cochlea and vestibule, respectively.

We evaluated the correlation of %EL_{volume} between manual method and semi-automatical method using Pearson's correlation coefficient.

Result:

There was a strong positive linear correlation between both methods ($r=0.99, 0.93$).

Conclusion:

There is a strong positive correlation between two methods.

The semi-automatic method is feasible and can replace manual methods.

The 44th annual meeting of the Japanese Society for Magnetic Resonance in Medicine 2016, Saitama, 11 Sep. 2016

小葉をイメージする高度集簇石灰化病変

加藤紗恵子¹ 窪田智行² 雄谷純子² 山内康平²
片桐稔雄¹ 片岡千尋¹ 近藤彩香¹

¹ 総合上飯田第一病院 放射線科

² 総合上飯田第一病院 乳腺外科

【目的】

分泌型石灰化は良性である事が多く、特に小葉内の石灰化は良性である事が推測される。マンモグラフィにて小葉をイメージする(以下小葉型)石灰化を検討した。

【対象と方法】

H25年1月～H27年12月に当院で施行したステレオガイド下マンモトーム生検442例を対象とした。マンモグラフィにて集簇を示した369例中、石灰化が密集している部分5mm四方で10個以上あるものを高度集簇石灰化病変と定義し、線維腺腫を推測する粗大石灰化を除いた45例を検討した。さらに、放射線技師1名と乳腺外科医1名の読影により、壊死型石灰化6例、小葉型18例、判別困難21例に分け検討を行った。

【結果】

壊死型石灰化6例の組織は comedo type4例、solid type1例、cribriform type1例ですべて悪性であった。小葉型18例のうち良性は12例、悪性は6例。判別困難21例のうち良性は11例、悪性は10例だった。小葉型のうち悪性であった6例は papillary type5例、flat type1例だった。

【考察】

小葉をイメージする高度集簇石灰化では18例のうち66.7% (12例) が良性であり、また悪性であった6例も papillary type、flat type と比較的ゆっくり進行するタイプと考えられるため2年毎の follow up が可能と思われた。

第26回 日本乳癌検診学会学術総会 久留米 2016年11月4日

乳癌の肝転移後、化学療法により長期予後が得られた一症例

長谷川豊則⁽¹⁾、窪田智行⁽²⁾

総合上飯田第一病院 薬剤部⁽¹⁾、乳腺外科⁽²⁾

乳癌の肝転移は、肝臓のみの転移であることが少なく、予後不良であるといわれている。肝臓のみの転移の場合、化学療法を行った場合のOS中央

値は25ヶ月程度との報告もあるが、当院において肝転移を指摘されてから、化学療法・放射線照射などの治療により72ヶ月の生存を得られ、なおかつ、その大半を入院することなく過ごすことできた症例を体験したため報告する。

【症例】

58歳 女性

平成17年8月6日に右乳房のしこりを指摘され精査。9月7日に右乳癌(T2N1bM0 Stage II B)と診断され、9月15日に手術(BP+Ax(level III))

組織診は充実腺管癌、n(+) (level I + II 3/20, level III 0/1)、ER(-)、PgR(-)、HER2(3+)、3-2-1/HG であった。術後補助療法として CEF(500/90/500mg/m²)×4、DTX(75mg/m²)×3(顔面浮腫にて3回で中止)を行いその後 UFT2g/2×の内服を平成18年4月10日より行ったが平成19年7月12日に人間ドッグのエコーにて肝転移を指摘された。

【経過】

平成20年8月22日よりトラスツズマブ+パクリタキセル(Weekly)が開始され、腫瘍マーカー上昇を認めるまで投与は継続され、トラスツズマブ66回、パクリタキセル49回投与された。腫瘍マーカー上昇後、CVポート造設を行いビノレルピン投与に変更、腫瘍マーカー上昇を認めるまで投与は継続され計20クール実施された。カペシタビン+ラパチニブ(カペシタビン2週間服用。1週間休薬)へ変更となり15クール実施された。腫瘍マーカー上昇を認め、その後トラスツズマブ(Weekly)、トラスツズマブ(Weekly)+ nab-パクリタキセル(3週ごと)5クール、エリプリン7クール(トラスツズマブ4クール併用)、パクリタキセル+ベバシズマブ10クール、パクリタキセル+トラスツズマブ再投与し心拍出量低下をきたしたが、CMF、他院へ紹介しガンマナイフ、カルボラチジン+トラスツズマブ+ドセタキセルと投与を継続した。平成25年5月16日に入院するまで投与は継続された。

【考察】

乳癌の3次化学療法は確固たるエビデンスのあるものはないが、マーカーの上昇により無効と考えられた際は速やかに化学療法を変更した事が、使用できる薬剤を使い始めた事につながり、OS延長につながった可能性が考えられた。またHER2(3+)症例に対して心機能低下をきたしながらも、心機能モニターを行なながらトラスツズマブを継続投与できたことも長期予後ににつながった可能性も考えられた。

医療薬学フォーラム2016 滋賀県立芸術劇場びわ湖ホール
2016年6月25日

当院におけるせん妄患者に対する薬剤師の関与

長谷川豊則⁽¹⁾、松井千恵⁽²⁾

総合上飯田第一病院 薬剤部⁽¹⁾、看護部⁽²⁾

当院では入院患者がせん妄を発症し、その対応に難渋した場合、認知症認定看護師に連絡が入り対応する体制をとっている。対応にあたり薬剤の使用が必要と判断され、入院時の指示薬のみでは対応が困難と考えられる場合、認知症認定看護師より薬剤部に連絡が入り主治医・認知症認定看護師と薬剤の使用について検討している。2015年4月から2016年3月にかけて相談のあった、せん妄と考えられた32症例について報告する。

【結果】

症例の平均年齢は82歳、入院時の病名は骨折18例が最も多く、次いで大腸癌3例、胆囊炎2例、乳癌2例、腸閉塞2例、その他7例であった。入院中に手術を受けていた症例は24例であった。抗精神病薬使用26例(非定型22例、定型4例)であり、使用した抗精神病薬の用量は少量であった。禁忌疾患に対する抗精神病薬の投与はなく腎機能低下患者に対しては腎機能の影響を受けにくい薬剤が使用される傾向にあった。せん妄以外の疾患に対しても薬剤投与に対する提案はなされていた。

【考察】

高齢者がせん妄発症した場合、せん妄の長期化により認知機能の低下を引きおこす可能性も考えられるため早急にせん妄のコントロールは必要と思われる。高齢の患者は服用薬剤も多く、基礎疾患を複数有している可能性もあり、腎機能・肝機能も低下しており、使用できない薬剤があったり、用量や投与間隔の調整が必要なケースが多いと考えられる。薬剤師が介入することにより、高齢のせん妄患者に対して安全な薬物療法を行うことが出来たと考えられた。

第26回医療薬学会年会 国立京都国際会館 2016年9月18日

リハ栄養介入により結婚式のスピーチを達成した症例

長谷川豊則⁽¹⁾、窪田智行⁽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

【症例紹介】

症例は、右視床出血を発症した60歳代男性。重度の左片麻痺を呈し、さらに非麻痺側の筋力低下が認められた。症例は、約3ヶ月後の娘の結婚式で立ってスピーチをしたいという希望を持っていたが、起立や立位保持に中等度の介助を要した。栄養評価は、体重40kg、BMI 14.3kg/m²、MNA-SF 2点、血清 Alb 3.3g/dl であった。

【目的・介入方法】

起立・立位保持の獲得には、筋力の改善が急務であった。そのため、運動に加えてリハ栄養面でも介入した。介入方法は、毎日の運動療法実施後30分以内に高カロリー高たんぱく質含有食品(200kcal、たんぱく質10g、BCAA 2500mg)を摂取した。栄養介入は、入院1週間後から退院までの約3ヶ月間継続した。

【結果】

栄養評価は入院1ヶ月後から、筋力は入院2ヶ月後から改善し、目標とした起立や立位保持の自立に至った。

【結語】

運動と栄養の併用介入により、筋力ならびに動作が改善した。これにより、希望の結婚式のスピーチを達成した。

第21回 人間栄養フォーラム 「サルコペニアと栄養」 名古屋
2016年4月13日

脳血管障害後遺症としてのアパシー及びうつの特性と回復過程の検討

Post-stroke apathy and depression: Relationship between the symptoms and recovery process

○川崎めぐみ¹⁾²⁾、寶珠山稔²⁾³⁾

- 1) 社会医療法人愛生会 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

キーワード：脳血管障害、意欲、うつ状態

【はじめに】

脳血管障害後遺症として意欲や発動性の低下はしばしば認められるものであり、リハビリテーションの実施においても重大な阻害因子となりやすく、疾病や機能回復にも大きく関与するとされている。脳血管障害後遺症としてのアパシーはうつに比べより高い頻度で発症し、アパシーとうつは必ずしも併発するものではないとされている(Caeiro et al., 2013; Kaji et al., 2006)。アパシーは病期により有症率に差はみられないが、脳血管障害後のうつは回復期から生活期にかけて増加することが指摘されており、病期により症状や病因の相違に対しても検討が必要である。

【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、アパシー及びうつの特性と回復過程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42例(男性29例、女性13例、平均年齢±SD: 69.1±12.4)を対象とした。選択基準として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多く自記式調査票への回答が可能であることとした。入院時、退院時10日以内にアパシーは Apathy Scale(AS) を用いて評価し、うつの評価は 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。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42例中入院時にアパシーを有する者は22例(52.3%)であり、うつを有する者は7例(16.7%)であった。退院時にアパシーを有するものは16例(38.1%)であり、うつを有する者は8例(19.0%)であった。入院時と退院時では、アパシー、うついずれも有する者は2例(4.7%)から5例(11.9%)と2.5倍に増え、アパシー、うついずれも有しない者は15例(35.7%)から23例(54.7%)となった。入院時アパシーを有している患者の約6割が退院時までアパシーの症状を有していた。入院時うつを呈していた患者のうち、入院時から退院時までうつを呈していた患者は約4割であった。入院時 AS得点と退院時 AS得点との間には5%水準で有意な関係がみられたが(カイ2乗(1, N=42)=4.95, p=0.026(p<0.05))、入院時 SDS得点と退院時 SDS得点との間では検出できる差は認められなかつた。入院時、退院時いずれもうつに比べ、アパシーの有症率が高く(入院時3.1倍、退院時2倍)みられた。

【考察】

回復期病棟入院患者において入院時評価アパシーもしくはうつの症状を認めた患者は全体の6割であり、退院時評価においてアパシーもしくはうつを呈している患者は入院時評価の約7割に減少していた。入院時よりアパシーの症状を呈している患者は、退院時までアパシーが残存しやすく、より早期からの対応や介入が必要であると考えられる。うつの治療経過にお

いて、他の精神症状が回復後も意欲低下などの症状は最後まで残りやすいとされており、退院時までうつを有する患者はより高率にアパシーを認めた。入院経過においてうつの症状を呈する患者もみられ、うつに対しては回復過程に合わせて病状を評価し対応するとともに、アパシーに対しての対策も必要であると考えられる。

第50回 日本作業療法学会 札幌

2016年9月9日-9月11日

把持障害と肢節運動失行を呈した一症例に対し写真を用いた道具把持・操作練習の効果

Effect of using tools training using actually motion photograph for patient with grasping dysfunction and limbkinetic apraxia:a case report

○平子恵子 (OT)¹⁾、桑田佳紀 (OT)¹⁾

1)社会医療法人愛生会上飯田リハビリテーション病院

キーワード：道具操作、失行、把握動作

【序論・目的】

失行に対してエラーレスの反復練習が行われることが多いが、失語による指示理解の困難さにより動作を誘導しにくく、徒手的な誘導が必要となる場合がある。本研究では左前頭葉から頸頂葉の梗塞により右上肢感覺障害、感覺性失語、把持障害、肢節運動失行により ADL に介助を要した症例に対し、写真を用いた道具把持・操作練習の効果を検討することを目的とした。

【対象】

78歳男性、右利き。既往は、心筋梗塞、脳梗塞(右後頭葉)であった。

【方法】

まず、20の道具で神経心理学的評価を実施し、その結果を元に生活で使用すると思われる道具をランダムに各16選定し、A群:道具を持つている写真を提示して把持・操作練習を行った群、B群:写真を提示せず把持・操作練習を行った群に分け、20日間の介入前後の練習効果を χ^2 検定を用いて比較した($p<0.05$)。なお、当院の倫理委員会の承諾は得ている。

【神経学的所見】

運動麻痺はBRS右上肢・手指・下肢VI、感覺障害は右上肢重度鈍麻、筋力はMMTにて右上下肢4、左上下肢5であった。また、既往の脳梗塞による左下方の視野欠損を認めた。

【神経心理学的所見】

検査の正答数:呼称0/20(正答数/施行数)、ポインティング19/20。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。言語性パントマイム2/20、視覚性パントマイム2/20、道具使用7/20、実使用を見せてからの使用10/20、カテゴリー化10/12、系列動作は2客体1/5、3客体1/5、4客体0/5であった。その他、注意転導性の亢進が認められた。介入前の道具把持・操作はA群7/16、B群10/16で有意差は認められなかつた。

【ADL上の問題】

整容の歯磨きや髭剃りでは、道具把持・操作に誤りが見られるため徒手的な修正を要し、義歯を装着することが困難であった。食事ではスプーンを逆さまに把持し、柄でくう場面が認められた。

【結果】

20日間の介入後では、検査の正答数:呼称2/20、ポインティング20/20、言語性パントマイム9/20、視覚性パントマイム10/20、道具使用18/20、実使用を見せてからの使用20/20、カテゴリー化10/12、系列動作:2客体5/5、3客体3/5、4客体1/5となり、視覚性パントマイム、道具使用、実使用を見せてからの使用において有意な改善を認めた。道具把持・操作はA群14/16、B群14/16と共に改善が認められたが、A群では有意な改善が認められた。ADLは、整容は操作に誤りが残存しているため注意を促すことが必要であり、義歯は介入後においても介助を要した。食事はスプーンと箸の使用が可能となつた。

【考察】

本症例は道具を認知してから操作するまでの流れにおいて、把持障害と肢節運動失行により、道具に合わせた手の形状を作つて道具を把持すること、道具を操作することが障害されていたと予測された。また、右上肢の重度感覺障害や左下の視野欠損、注意障害も道具把持・操作に影響していたと考えられる。

20日間の介入により、A群には有意な改善が認められ、写真を用いたことは把持・操作改善に有効性が示された。しかし、操作時での誤りが認められたことから、肢節運動失行は残存したと考えられる。これらの結果より、把持・操作に対する写真の有効性および道具使用の有意な改善が認められたため、自然回復のみでは説明できず、失行リハビリテーションとして有効と言わわれているエラーレスの反復した把持・操作練習も改善に有効であったと考えられる。

第50回 日本作業療法学会 札幌

2016年9月9日-9月11日

回復期リハビリテーション病棟における重度片麻痺への機能的電気刺激治療の効果

Effect of the functional electrical stimulation for the patient with severe hemiplegia at recovery rehabilitation ward

森村直生 (OT)¹⁾、桑田佳紀 (OT)¹⁾

1) 社会医療法人愛生会 上飯田リハビリテーション病院

Key word : 機能的電気刺激、回復期リハビリテーション病棟、片麻痺

【序論】

近年、上肢の麻痺や痙攣に対する治療として機能的電気刺激(以下、FES)が注目されており、特に慢性期の片麻痺改善に有効であるといわれている。一方で、重度片麻痺に対するFESの有効性は乏しいことが示唆されており、また回復期におけるFESの有効性に関する報告も少ない。そこで、回復期リハビリテーション病棟における重度片麻痺患者1例に対し電気治療を施行し、その治療効果を検討したため報告する。尚、本発表に際し本人の了承を得た。

【事例】

80歳代男性、10月に左橋梗塞を発症、31病日目に当院に転院。入院時評価は、BRS上肢I・手指I、SIAS上肢項目4点、FMA上肢項目4点、右上肢の感覚は脱失していた。

【方法】

機器はオージー技研社製 IVESを使用。徒手促通訓練には持続的電気刺激を目的としたノーマルモード、上肢使用課題は随意筋電量に比例した電気刺激を促通するパワーアシストモードに設定し実施した。目的筋は三角筋前・中部線維、総指伸筋とした。

介入方法として、入院1ヶ月をIVES使用による介入期(BⅠ期)、その後1ヶ月を非介入期(A期)、さらにその後1ヶ月を介入期(BⅡ期)とするBABデザインを採用し、介入期と非介入期におけるデータの推移を目視法で比較しIVES訓練の効果を検討した。

評価項目には、BRS上肢・手指、FMA上肢項目、SIAS上肢項目、亜脱臼の程度(mm)を挙げた。また治療効果の質を検討するため、作業課題項目にお手玉つまみ(以下、お手玉A)、お手玉掴み(以下、お手玉B)、4cm大の立方体つまみ(以下、立方体A)、1cm大の立方体つまみ(以下、立方体B)を挙げ、1分間で所定箇所に移動できた個数を測定した。

【結果】

入院時/BⅠ期後/A期後/BⅡ期後の評価は、BRS上肢I/III/IV、手指I/IV/IV/V、FMA 4/26/33/44、SIAS 4/7/8/13、亜脱臼13/14/12/6、お手玉A 0/6/8/16、お手玉B 0/0/9/32、立方体A 0/0/6/23、立方体B 0/0/2/22であった。BⅠ期/A期/BⅡ期での改善率(%)を比較すると、FMA 33/11/17、SIAS 12/0.9/2であり、A期に比べB期においてより改善が認められた。その他、亜脱臼・作業課題においてもBⅡ期後に改善がみられた。

【考察】

脳血管疾患において、パワーアシストFESにより対側感覺運動野の脳血流増大がみられたとの報告があり(2007年原)、事例における感覺改善もこれに準じたものと思われる。

さらに、パワーアシストFESでは感覺入力増加と麻痺筋の随意的運動促通により、神経路再構築に寄与するとの作用機序が推察されている(2007年原)。これらから、回復期リハビリにおいてもFESによる体性感覺の改善、運動神経路の回復を促進させることができることが示唆される。

BⅠ期は上肢近・遠位部とともに改善が大きく手関節背屈固定や手指の握りも出現しているが、空間保持獲得には至らず物品操作への汎化は困難であった。A期にはつまみが可能となり感覺も中等度鈍麻に改善しているが、これらはA期初期にみられ、その後はプラトーを辿っていたことから、BⅠ期でのIVES効果が持続したものと考えられる。さらにBⅡ期においては上肢近位部の改善は乏しいが、前腕・手指での離隔促通が著しく感覺は軽度鈍麻に改善し、作業課題項目にて顕著な成績向上が認められた。

これらより本事例においては、IVES使用により前期から上肢近・遠位部の麻痺と感覺の改善、後期は遠位部を中心に麻痺の回復が促進されたことが示唆された。

第50回 日本作業療法学会 札幌
2016年9月9日-9月11日

反復到達運動課題の導入により麻痺側上肢の使いやすさに改善が得られた一症例

Improved subjective motility of the paralyzed arm after reaching task with the opposite hand in a stroke patient.

渡邊俊紀 (OT)¹⁾、太田久晶 (OT)²⁾

1) 札幌医科大学附属病院リハビリテーション部
2) 札幌医科大学保健医療学部作業療法学科

Key words : 半側空間無視、プリズム眼鏡、上肢

【はじめに】

左半側空間無視(以下、左USN)を改善させる介入の1つとして、Rossettiら(1998)が考案したプリズム順応(Prism Adaptation:以下、PA)課題がある。今回、左片麻痺と左USNを呈した症例に対して、PA課題の手続きの2つの視標に向けた到達運動を繰り返す課題を行わせたところ、左USN症状と主観的な麻痺側上肢の使いやすさに改善を認めたので、後方視的にその効果を検討したので報告する。

【対象】

右中大脳動脈領域の脳梗塞を呈した60歳代右利き女性。発症後3ヶ月時の身体機能所見は、左片麻痺(Br.st上肢II手指II下肢III)に加え、左上下肢の表在・深部感覚の低下を認めた。認知機能は、MMSE24/30、BIT行動性無視検査日本版(以下、BIT)通常検査91/146であった。ADL所見は、FIM66/127、Catherine Bergego Scale(以下、CBS)の観察評価11/30、自己評価8/30であった。

本症例に対して、発症より3ヶ月から4ヶ月までは、左上肢・手指の関節に対するROM訓練や左上肢機能訓練(アクリルコーンやペグの把持・移動など)、視覚走査訓練を実施していた。この間、左USN症状の改善は得られなかつたため、上記の身体機能に対する訓練に加え、目の前に提示された左右2つの視標に対して交互に到達運動を繰り返す課題(以下、反復到達課題)を導入した。尚、本発表に際し、症例に同意を得た。

【方法】

反復到達課題を実施する際、本症例は80回の到達運動を繰り返すように教示が与えられていた。これを1日1回の頻度で1か月間に計15回行った。本課題の最初と最後の6試行は、プリズム眼鏡を着用し行うPA条件(それぞれ、以下PA1期、PA2期)で実施し、両期の間の3試行は、度の入っていない眼鏡を着用して行うsham条件で実施した。なお、今回用いたプリズム眼鏡は、視野が右へ5.7度偏倚する楔形プリズムレンズが取り付けられたものを使用した。

反復到達課題の効果検証として、本課題の実施前後にopen loop pointing課題(以下、OLP課題)とBIT通常検査に含まれる線分二等分試験(以下、LB試験)を実施した。LB試験の結果は、3本の線分から得られた結果の平均値を採用した。これらに加えて、麻痺側手でアクリルコーンを把持し、移動させる上肢機能訓練も本課題の実施前後に実施した。訓練中の麻痺側上肢の使いやすさについて、10点法にて症例に聴取した。左USN症状に対する評価として、1か月間の介入開始後にBIT通常検査とCBSを行った。

【結果】

OLP課題では、PA1期・2期の全12回中12回、sham期の3回中1回に介入後の反応が左方へ偏位した。LB試験では、PA1期・2期の全12回中4回、sham期の3回中2回左方へ偏位した。10点法では、PA1期・2期の全12回中10回、sham期の3回中2回に点数の増加を認めた。評価尺度上では、左上肢・手指の随意性に変化はなかったが、主観的に使いやすさの向上を認めた。10点法では、介入初日で課題前5点、課題後7点、最終日で課題前7点、課題後8点と向上を認めた。訓練において非麻痺側上肢で麻痺側上肢を支えてアクリルコーンやボールの把持・移動が可能となった。介入期間後、BIT通常検査は111/146、CBS観察評価、自己評価とも9となり、改善を認めた。

【考察】

本症例に対して反復到達運動を繰り返したところ、プリズム眼鏡を用いても、左USN症状の改善が認められた。さらに興味深いことに、左上肢の麻痺の程度に関しては、客観的な変化は認められなかったものの、主観的に麻痺側上肢の使いやすさに改善を認めた。

いずれの条件においても、目の前の視標に対して左右交互に到達運動を繰り返しており、その中で、左側に注意を向ける必要性があったことが、空間や身体の左側に対する注意関心の向上につながったのかもしれない。

第50回 日本作業療法学会 札幌
2016年9月9日-9月11日

TKA術後における

反重力トレッドミル (AlterG) 歩行の即時効果

Acute effect of the Anti-gravity Treadmills(AlterG) gait in the TKA postoperative period

林琢磨

上飯田リハビリテーション病院 リハビリテーション科

【目的】

AlterG免荷歩行がTKA術後早期の平地歩行時に及ぼす即時効果を検討した。

【方法】

症例はTKAを施行した80代女性。クロスオーバー法を用いAlterGを用いた歩行(AlterG歩行)と通常歩行を同日の午前/午後で、それぞれ10分間課した。実施は術後7、8、14、15日目とし、午前/午後でAlterG歩行と通常歩行を入れ替えた。測定項目はそれぞれの歩行前後で10m歩行時の速

度、歩数、NRS(疼痛、重だるさ、歩きにくさ)とした。

【結果】

AlterG歩行は通常歩行に比べ各実施日とも10m歩行速度の改善率が大きく、7日目が最も顕著であった。歩幅の改善率も同様の傾向を示した。AlterG歩行後は術後7、8日目に疼痛、重だるさ、歩きにくさが大きく改善した。一方、通常歩行では歩行後に悪化する傾向が見られた。

【結論】

術後早期の AlterG歩行による疼痛軽減が歩行速度、歩幅の改善とともに歩行時の重だるさ、歩きにくさを改善したと考えられた。

第8回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 博多
2016年7月27日-7月29日

一回復期リハビリテーション病棟での年次比較による運動・認知項目の入院時FIM得点とFIM利得の関係

○平田貴大¹⁾、嶋津誠一郎¹⁾、石黒祥太郎¹⁾、内山靖²⁾

1) 社会医療法人愛生会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) 名古屋大学大学院医学系研究科理学療法学講座

キーワード：脳卒中、FIM利得、年次比較

【はじめに、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理学療法の提供が求められる。そのため当院でもスタッフの増員、病床数の増加に加え臨床での指導体制の強化などの業務改善を行ってきた。そこで今回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。

【方法】

平成25年4月1日～平成26年3月31までの1年間に当院に主疾患が脳血管疾患として入院され、Functional Independence Measure(機能的自立度評価法：以下FIM)データが揃った202名を対象とした。また平成19年4月1日～平成20年3月31日の1年間に当院に主疾患が脳血管疾患として入院され、FIMデータが揃った173名をコントロール群とした。コントロール群の入院時FIM得点とFIM利得(退院時FIM得点から入院時FIM得点を引いたもの)の散布図より近似曲線を算出し、入院時FIM得点から予測できるFIM利得の期待値とし、対象者の実際に得られたFIM利得を比較した。さらに、熊本脳卒中地域連携ネットワークの重症度分類を用いて、入院時FIM得点を低得点層、中得点層、高得点層の3つに分類し、各分類のFIM利得を対象群とコントロール群とで比較した。

【結果】

実際のFIM利得が期待値を上回ったのは対象群では全体の64%であった。FIMの項目別では移動動作項目において他の項目よりFIM利得が高い結果を示した。さらに層別では、FIM利得において入院時FIMが低い層ほど、FIM利得は高くなるという傾向を示した。次に入院時FIM得点の低得点層を抽出しFIMの各項目別でFIM利得を比較すると、移乗、移動、社会的認知の項目において対象群のFIM利得が有意に向上しており、特に歩行動作、階段昇降ではコントロール群を大きく上回る結果となった。また2つの群の調査年では、患者総数に大きな変化はないものの、一人あたりの取得単位数においてコントロール群よりも対象群が1.6倍大きくなっていた。

【結論】

宮井らは治療時間が長いほど、ADL向上や在院日数の短縮といった良好な結果が得られると報告しており、当院でもリハビリスタッフが増員したことと1人あたりの理学療法時間を拡大し、移乗・移動といったADL上の動作に直結するFIMの項目が向上したと思われる。それに加え、後藤はFIMの社会的認知項目内の問題解決は治療期間や治療の量が関与すると報告しており、社会的認知は移動動作を始めとするFIMの運動項目には相互に陽性的な影響を与えたものと推察された。

第14回日本神経理学療法学会学術集会 仙台
2016年11月26日-11月29日

季刊誌のご紹介

季刊誌 道るべ

2016年 新年号 vol.77

The image is a New Year's card from Aiseikai Healthcare Corporation. It features a large red calligraphic '道るべ' (Dōrube) at the top left. The background includes a sunset over Mount Fuji, traditional Japanese balls (mochimochi), and stylized plum blossoms. The right side contains text about the hospital, its medical specialties, and the New Year's message.



各病院内からご自由にお持ちください。
また、HPでもご覧いただけます。

<http://www.aiseikai-hc.or.jp/>



A collage of various medical and hospital-related images, including a doctor's portrait, a hospital building, and patients in a waiting room.

季刊誌 道るべ

2016年春号 vol.78

The image shows the front cover of a brochure for Aiseikai Healthcare Corporation. The title '道なるべ' (Road to) is prominently displayed in large green characters at the top left. Below it is a circular inset showing a field of tulips. To the right, there's a cartoon character and the text '社会医療法人 愛生会' (Aiseikai Healthcare Corporation). The center features a pink flower graphic and the text '2016年春号 vol.78'. On the right side, there's a large section titled '患者さんが得をする治療の選択' (Treatment choices that benefit patients), accompanied by a large image of koi fish swimming. At the bottom left, it says 'AISEIKAI HEALTHCARE CORPORATION'. The right half of the page contains several columns of text and small images related to different healthcare services.

各病院内からご自由にお持ちください。
また、HPでもご覧いただけます。

<http://www.aiseikai-hc.or.jp/>



総合上飯田第一病院 チーム医療のご紹介

栄養サポートチーム(NST)

栄養サポートチーム(NST)とは?

栄養サポートチーム(Nutrition Support Team)は、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、リハビリスタッフなどの専門スタッフと事務スタッフが連携して、各職種の専門性を活かした栄養計画を実施し、根据に基づいたより良い栄養管理を行い、栄養障害の改善を目指すチームです。

栄養状態って 大事なの?

栄養状態は、全ての治療の基盤になります。どんなに良い治療を行っても栄養状態の悪い患者さんは、肺炎や術後の合併症が起こりやすくなります。栄養状態を良くすることで、短い入院期間で回復することができます。

NSTの概要と活動

2002年7月に発足し、現在NST委員会は約30名、臨床栄養学に関する知識と技能を有するNST専門医が6名在籍しています。

[NST構成メンバー]

内科胃腸・肝臓疾患法士数	8名
NST責任者	八木井彰彦(内視鏡センター長)
医 師	内科約6名、外科約2名
看護師	13名(2名)
管理栄養士	2名(2名)
薬剤師	2名(1名)
臨床検査技師	1名

NST実践認定

[認定日] 2005年11月 日本静脈栄養学会(JSPEN)

[認定日] 2007年2月 日本栄養法推進協議会(JCNT)

活動内容

1. 栄養状態の評価・判定
2. 適切な栄養管理が実行されているかを確認する
3. 量適正栄養灌流法を指導・提唱する
4. 栄養管理に伴う合併症を予防、早期発見、治療する
5. 栄養との疑問に答える
6. 早期退院、社会復帰の援助
7. 新しい知識の啓蒙をする

栄養管理について気になることや知りたいことがありますたら、お気軽におスタッフへお声掛けください。

NST外来

2012年1月より退院後も継続支援できるように、経管栄養合併症や栄養障害の方に栄養評価を行っています。

外来日 第一・第三火曜日 14:00~15:00(完全予約制)

総合上飯田第一・第二 内科外来 TEL(052)991-3111

NST外来

身体計測

15 2016年春号 vol.78

季刊誌 道るべ

2016年夏号 vol.79

The image is a collage of various scenes. At the top left, large blue stylized Japanese characters '道るべ' (Dorube) are displayed. To the right, there's a small cartoon character with a stethoscope and a QR code. The central part of the collage features a circular inset showing fireworks exploding over water. Below it is another circular inset showing a slice of watermelon on a plate with two glasses of iced tea. On the right side, there are several orange paper cutouts of deer and fish. Overlaid on the collage are several text elements: '理由 信頼され愛される病院' (Reason: A hospital trusted and loved), '社会医療法人 愛生会' (Social Healthcare Institution Aiseikai), 'http://www.aiseikai-hc.or.jp/' (Website), '医療は愛生会' (Medicine is Aiseikai), '2016年 夏号' (Summer 2016 Issue), 'vol. 79' (Volume 79), 'トップメッセージ' (Top Message), '熊本地震で被災された皆さまへ' (To those affected by the Kumamoto Earthquake), and several blue diamond-shaped boxes containing text: '泌尿器科' (Urology), '診療科のご紹介' (Introduction to medical departments), 'チーム医療のご紹介' (Introduction to team medicine), and '感染対策チーム' (Infection prevention team).

各病院内からご自由にお持ちください。
また、HPでもご覧いただけます。

<http://www.aiseikai-hc.or.jp/>



頼りにしたいプレミアドクターズ
に掲載

総合上飯田第一病院 診療科のご紹介

泌尿器科

尿のことでの心配はないですか？

■はじめに

平成28年4月より泌尿器科に常勤として赴任することになりました。しばらく常勤医不在が続き皆さまには迷惑をおかけしました。今後は泌尿器科領域の疾患の検査や手術も含めて当院で診療できる体制を作りたいと思います。よろしくお願いいたします。

泌尿器科 医長
野口 亮一
腹部 優一

泌尿器科とは

腎臓、尿管、膀胱、尿道からなる尿路と
男性生殖器(前列腺、精巣、陰茎)を対象と
しており、それに関する病気の診断と
治療を行います。(女性生殖器は婦人科
領域になります)

排尿のトラブル

皆さんは尿をしてもいい時に排尿したり、尿をしてはいけない時はこらえたりといったことをばく無意識にしていると思われるでしょうか。実は尿と膀胱、肺臓、尿道などの複雑な連係でこれらのことを行っています。

そのためこれらのどこかに異常が生じた時に排尿がスムーズにできない、居てこらえられない、漏れてしまうなどのトラブルを起こします。

以下に代表的な排尿に関する疾患を挙げます。

①前立腺肥大症

男性では加齢とともに前立腺の肥大が進み、尿の回数が多い、尿をこらえられない蓄積膀胱や尿の切れが悪い、排尿に時間がかかる、排尿障害などを起こします。

②過活動膀胱

膀胱の過敏性が増加して膀胱や尿をこらえられないなどの症状を有するものです。

③腎圧性尿失禁

女性では出産後の腰痛や会陰部による筋力の低下などでくしゃみなどの震盪をかける動作で尿漏れが見られます。

④神經因性膀胱

脳梗塞や脊髄病などの影響で膀胱との神経の連係が悪くなり、膀胱の機能低下を来たす疾患で男女共通に見られ、排尿困難を有します。

これらの症状に気付きましたら、「歳のせい」と諦めずに泌尿器科を受診してみてはいかがでしょうか？

適切な治療で症状が緩和し、尿のことでの悩みを解消することの手助けをします。

第16回 市民公開講座

平成28年4月15日(土)

13:30開場 14:00開講

岐阜市上飯田第一病院 南館2階 講義室

■気になるけどなぜせないトイレの悩み

総合上飯田第一病院

泌尿器科医長 別府 一樹

お問い合わせ
お問い合わせ
お問い合わせ

講演1「便意にまつわる病気の診断と治療」
講演2「日々こなれてない尿路疾患の話」

総合上飯田第一病院 総務委員セミナー
会場:岐阜市上飯田第一病院 南館2階 講義室
TEL:052-221-0111

This image is a collage of several different magazine pages, likely from a Japanese medical or health-related publication. It includes:

- A top banner for "病診連携コ-ナー" (Medical Diagnosis and Treatment Collaboration) featuring a doctor's portrait and the text "地域のかかりつけのお医者さんをご紹介します。" (Introducing your local doctor).
- An advertisement for "竹内クリニック" (Takeuchi Clinic) with a doctor's portrait, contact information (TEL: 052-914-0533, FAX: 052-914-0520), and a map showing its location in Nagoya.
- A section titled "診療の経緯" (History of Treatment) with a doctor's portrait and text about a patient's journey through various treatments.
- A box for "内科・小児科・眼科" (Internal Medicine, Pediatrics, Ophthalmology) with a doctor's portrait.
- A map of the area around Nagoya Station, highlighting the locations of various clinics and hospitals.
- An advertisement for "NEW FACE 総合病院" (New Face General Hospital) with a doctor's portrait and text.
- A large section for "総合上飯田第一病院" (General Upper Iida First Hospital) with multiple doctor portraits and detailed text sections.
- A "認定証" (Certification Document) for the hospital.
- Small text boxes and diagrams throughout the page, such as "お問い合わせください" (Please inquire) and "お問い合わせ窓口" (Inquiry Counter).

感染対策チーム(ECT)

ICTとはインフェクションコントロール

**感染対策チーム（ICT）は
どのようなことをするの？**

ICTとはインフェクションコントロールチーム（Infection Control Team）の略称で、院内で起こる様々な感染症から患者さんやご家族、医療職員など、病院内すべての人を守るために活動を行なう専門部隊です。



院内感染予防策とは？

院内感染予防策の基本として、標準予防策があります。この予防策は、感染症にだけではなく、血吸虫、糞吸虫を除くすべての病原体・分生孢子・排泄物・傷ついた皮膚・粘膜等の感染症の可能性があるものに対して取り組みます。その主な対策は、手洗いや血液および液体などの接触を防ぐことで、他の防護用具（マスク・ピマ・ビニールエプロン・ゴーグル）の使用です。これらの対策は適切に行うことによって、職員を介した患者さんからの患者さんへの感染を防ぎ、やがては院内の感染拡大を抑制する上に貢献します。



ICT活動內容

- ### ①院内感染症のサーベイランスと評価

④教育の実施 医師・看護師・コメディカル・事務部門への感染管理

教育研修や院

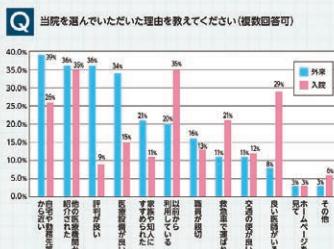
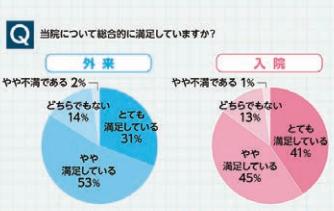


今後も今までの活動を継続しながら、効率的でより質の高い活動になるよう心がけていきたいと考えています。



季刊誌 道るべ

2016年秋号 vol.80



患者満足度 調査結果



社会医療法人 愛生会
理事長 加藤 知行

健康に生きるために

テレビ番組「I P.M.」で、まだ学生だった私たちが、永六輔氏の83歳誕生日を記念して、歌詞を書いた。歌詞は、日本文化の尊厳を守るために、心に残る多くの詞句をまとめたものだ。大橋良基は、歌詞を書くときに、必ず歌詞用紙を用意する。歌詞用紙には、歌詞を書く前に、歌詞を書くときに、必ず歌詞用紙を用意する。

TOP MESSAGE

麻薬で文部省活動や運動を経験した2人とも才能を持ったが、その基に競争意識があり、平均寿命を越えて活躍された。この点は、本筋の通じています。

相撲界での第一回国民体育大会で金賞を獲得した元重慶高等学校時代の筆者(立正大院65歳)はまだまことに4人とも彼らは懇意とし後も闘病しながら積極的に社会活動を継続されました。

道158 2016年秋季 Vol.80 | 1

各病院内からご自由にお持ちください。
また、HPでもご覧いただけます。

<http://www.aiseikai-hc.or.jp/>

医療は愛生会 検索



認知症サポートチーム(DST)

「認知症サポートチーム」とは

認知症専門医、認知症看護認定看護師、外来・病棟看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、作業療法士、營養栄養士、歯科衛生士など多くの職種が協力して、認知機能が低い患者さんが支障なく入院治療を受けられるよう活動しています。退院後の安心した生活が患者さんやご家族の支えになれるように努力しています。

認知症サポートチーム(DST)がなぜ必要なのか?

今後、認知症を有する高齢者人口が増加していきます。急性期の65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者の日常生活病院でも、認知機能が低い患者さんの身の回りの問題が問題となっています。

認知機能が低い患者さんは、病気や入院による環境変化のため、心身に負担がけられます。そのため、精神的混乱が生じ、治療に支障をきたす場合があります。これまででは主治医や各部署の看護師のみで対応をしてきましたが、状態によって上手くいかない時もありました。治療に支障をきたすことがありました。

以上の問題を改善するため、平成22年10月に認知症サポートチームが結成しました。活動の主な目的は、認知機能が低い患者さんの精神的迷惑を軽減するよう看護を行い、適切な治療が受けられるようにサポートしていくことです。

チーム紹介

認知症専門医 (老年精神科部長)

認知症看護認定看護師 松井千惠、東谷賀實代

看護師 (外来看護師) 1名 (病棟看護師) 6名

医療ソーシャルワーカー 1名 薬剤師 1名 作業療法士 1名

管理栄養士 1名 歯科衛生士 1名

活動内容

①院内カウンド・カンファレンス

主治医、病棟看護師並びにDSTメンバーで情報共有し、個々にあったケアを提供できるよう検討しています。

②教育の実施

院内だけでなく院外の医師、看護師、その他の医療従事者に対して研修を実施しています。

③介護される家族に対する相談

認知機能が低い患者さんの家族に対し退院後の療養生活を安心して送られるように相談に応じます。

当院は、平成28年5月より認知症ケア加算1の届出受理施設となっています。

緩和ケアチーム(PCT)

「緩和ケア」とは

病氣にともなう心と体の苦痛を和らげ、その方らしい生活を送れるよう支援するためのケアです。がんの終末期が対象だと誤解されていることが多いですが、本来は、命にかかるような重い疾患と診断されたその日から、患者さんやご家族が抱える様々な悩みに応じて提供されるものです。

当院の緩和ケアチームの特徴

◆抗がん治療(手術、化学療法、放射線療法などを実行しているもの、入院・外来を問わず、その時の症状に応じて、緩和ケアを受けるべきです。痛み、苦しさ、だるさ、食欲不振、口内炎など、早めの対応がおすすめです。

◆在宅療養中の方の再入院の予防にも速やかに対応しています。

◆診断・治療についての不安や迷いがある方へ、つらい検査や治療を受けたくないと思われる方にも、お気持ちをよく聽きながら、その方らしい選択肢を支えていきます。

◆がんの患者さんに限らず、ALS(筋萎縮性側索硬化症)、高齢者のエンドオファイブアフ、ご家族のケアなども対象と考え、ご相談を受けています。

緩和ケアとがん治療のチャート
がん治療に伴う苦痛(吐き気、食欲低下、眠気など)の状況に応じて、緩和ケアがん治療とあわせて行われます。

当院は、平成28年6月より緩和ケアに係る審査のチームが設置され、緩和ケア診療加算の届出受理施設(2016年6月現在で認可県下17施設)となっています。

チーム紹介

医師・看護師のほかに専門医(医師、作業療法士、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、歯科衛生士、臨床心理士)が、それぞれの技術を生かして支援しています。詳細は病院ホームページをご覧ください。

緩和ケアセンター長

岡島明子

外科系専門医

指導医

患者さんにとって精神的・心身の痛みや精神的な苦痛などは、様々な問題が発生するかもしれません。「こんな悩みなどは私にはない」と思っている方もいるかもしれません。しかし、私たちがおもに取り組むことは、どういった問題や苦痛でも、どのようなお悩みでもお気軽に相談ください。

緩和ケアセンター専門看護師

佐藤真貴

がんの疼痛看護認定看護師

病院に来たとき、身体の苦痛だけでなく心の痛みや精神的な苦痛などは、様々な問題が発生するかもしれません。「こんな悩みなどは私にはない」と思っている方もいるかもしれません。しかし、私たちがおもに取り組むことは、どういった問題や苦痛でも、どのようなお悩みでもお気軽に相談ください。

緩和ケア相談外来 外来日 毎週月・火・水曜 「緩和ケアの相談」とお伝えください。
【お問い合わせ】総合上飯田第一病院 TEL(052)991-3111

達1号 2016年 秋号 vol.80 | 3

病診連携コーナー 地域のかかりつけのお医者さんをご紹介します

病診連携

昭和43年名古屋大学卒業後、同院科医局で研修を積み、学術取組後に平田保健衛生大学の准教授として勤務を経て、昭和54年春より本院で地域医療貢献を目指して平田眼科を開院いたしました。引き続き、平成14年に小牧平田眼科を開院いたしました。

診療の特徴

●白内障、緑内障、眼瞼痙攣、角膜黄斑変性等の早期発見と治療・生活指導、効果・効率、学生の視力検査や斜位・斜視・弱視の管理と指導。

●小児や学生から高齢者まで、適切な眼鏡处方やコンタクトレンズ相談。

●パソコン・スマートフォン対応や特に近视用眼鏡やコンタクトレンズなど。

●定期点検で指摘のあった方の精密眼科検査、及び企業からの眼科検査を行っています。

平田眼科

診療時間
8:45~11:45 13:00~15:30 17:00~19:00
※休日:土曜午後、日曜午後、祝日午後、年始年終
67自22番地の3 TEL(0568)84-6638

小牧平田眼科

診療時間
9:00~12:00 13:00~15:30 17:00~19:00
※休日:日曜午後、年始年終
67自22番地の3 TEL(0568)74-6638

総合上飯田第一病院

訪問リハビリテーションを開設

65歳以上の方が一年間で転倒している割合
転倒あり 20% 転倒なし 80%

転倒した約60%の方が、骨傷などのがけをしていました!

お問い合わせ
訪問リハビリテーション
担当者: 理学療法士
時間: 年前1名/年後1名
北区やその他の周辺地域
月曜~金曜
9時~17時
休診日: 月曜
料金: 訪問料除く
対象者: 介護認定を受けている方
対象者: お年寄りの方

訪問リハビリテーションを
開設

第15回市民公開講座

あなたのお足は丈夫ですか!

「気になる水虫と足のお手入れの話」

【お問い合わせ】
平成28年6月25日(土)
104名

講師: 中野 春香

平成28年6月25日(土)
104名

<div data-bbox="778 1973 857

編集後記

社会医療法人愛生会の紀要も、早いもので第10巻を迎えることとなりました。皆様にお届けいたします、2016年紀要の完成です。

顧みれば、「2007年 第1巻紀要」が刊行されてからのこの10年、医療を取り巻く環境の変化はたいへん目まぐるしいものでした。そんな激動の中を駆け抜けてきた愛生会の記録と記憶を、毎年見つめてきた紀要。そんな紀要の、節目でもある第10巻を編集担当できたことは、私たちの何よりの喜びです。

これからも、私たち愛生会の未来を見つめ続ける、そんな紀要であり続けたいと思います。最後に、この紀要の編集にご協力いただいた全ての皆様に感謝いたします。

紀要委員会

委員長 崩田 智行
事務局 堤 真吾

編集委員(2016年紀要委員会)

委員長	崩田 智行	総合上飯田第一病院	副院長
副委員長	良田 洋昇	総合上飯田第一病院	整形外科部長
委員	山本由紀子 鈴木久美子	総合上飯田第一病院 総合上飯田第一病院	糖尿病内科部長 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
	大鹿 和哉	総合上飯田第一病院 庶務課	係長
	平松 豊史	上飯田リハビリテーション病院	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
	大場 功雄	本部 総務部	係長
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 2016年紀要 (第10巻)

平成29年5月12日 印刷

平成29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