



Medical Group AISEIKAI

学会発表(抄録) 及び院外活動等



片眼性網膜疾患例の正常他眼と健常人の黄斑形態

熊谷 和之、古川 真理子
 荻野 誠周 (西垣眼科)
 板谷 正紀 (京都大学)
 堀江 英司 (矢田眼科医院)
 風間 成泰 (新城眼科医院)

抄録

目的：片眼性網膜疾患例の正常他眼と健康眼における黄斑形態を光干渉断層計（OCT）で評価する。

対象と方法：黄斑上膜（ERM）175人、黄斑円孔（MH）160人、網膜静脈分枝閉塞症（RVO）145人の正常他眼および健康186人の片眼を対象とし、Cirrus HD - OCT を用いて5 line および macular map を測定した。硝子体手術既往、緑内障、変性近視、黄斑上膜、黄斑陥凹の変形、後部硝子体膜が中心窩のみに接着した症例は含まない。陥凹比を中央厚 / 内輪4区画平均厚とした。9分画の平均網膜厚および陥凹比を4群間で比較した。統計解析は分散分析、ポストホックテストはフィッシャー検定を用いた。

結果：性の分布、年齢、眼軸長は4群間で差はなかった。平均中央厚はERM群 $254\mu\text{m}$ 、MH群 $243\mu\text{m}$ 、RVO群 $251\mu\text{m}$ 、健康群 $254\mu\text{m}$ ($p < 0.0001$)。MH群は他の3群より有意に薄かった ($p < 0.05$)。内輪4区画平均厚はERM群 $322\mu\text{m}$ 、MH群 $317\mu\text{m}$ 、RVO群 $318\mu\text{m}$ 、健康群 $318\mu\text{m}$ ($p = 0.017$)。ERM群は他の3群よりも有意に厚かった ($p < 0.05$)。陥凹比はERM群0.79、MH群0.77、RVO群0.79、健康群0.80 ($p < 0.0001$)。MH群は他の3群よりも有意に小さかった ($p < 0.05$)。

結論：MHとERMの正常他眼の黄斑形態は健康人とは異なり、疾患の発症に関わる可能性がある。

発表 第116回日本眼科学会総会 東京国際フォーラム 2012.4.6

Retinal thickness after vitrectomy and internal limiting membrane peeling for macular hole and epiretinal membrane.

Kumagai K, Ogino N, Furukawa M, Hangai M,
Kazama S, Nishigaki S, Larson E.

抄録

PURPOSE: To determine the retinal thickness (RT), after vitrectomy with internal limiting membrane (ILM) peeling, for an idiopathic macular hole (MH) or an epiretinal membrane (ERM). **METHODS:** A non-randomized, retrospective chart review was performed for 159 patients who had successful closure of a MH, with (n = 148), or without (n = 11), ILM peeling. Also studied were 117 patients who had successful removal of an ERM, with (n = 104), or without (n = 13), ILM peeling. The RT of the nine ETDRS areas was measured by spectral domain optical coherence tomography (SD-OCT). In the MH-with-ILM peeling and ERM-with-ILM peeling groups, the RT of the operated eyes was compared to the corresponding areas of normal fellow eyes. The inner temporal/inner nasal ratio (TNR) was used to assess the effect of ILM peeling on RT. The effects of DONFL appearance on RT were evaluated in only the MH-with-ILM peeling group. **RESULTS:** In the MH-with-ILM peeling group, the central, inner nasal, and outer nasal areas of the retina of operated eyes were significantly thicker than the corresponding areas of normal fellow eyes. In addition, the inner temporal, outer temporal, and inner superior retina was significantly thinner than in the corresponding areas of normal fellow eyes. Similar findings were observed regardless of the presence of a DONFL appearance. In the ERM-with-ILM peeling group, the retina of operated eyes was significantly thicker in all areas, except the inner and outer temporal areas. In the MH-with-ILM peeling group, the TNR was 0.86 in operated eyes, and 0.96 in fellow eyes ($P < 0.001$). In the ERM-with-ILM peeling group, the TNR was 0.84 in operated eyes, and 0.95 in fellow eyes ($P < 0.001$). TNR in operated eyes of the MH-without-ILM peeling group was 0.98, which was significantly greater than that of the MH-with-ILM peeling group ($P < 0.001$). TNR in the operated eyes of the ERM-without-ILM peeling group was 0.98, which was significantly greater than that of ERM-with-ILM peeling group ($P < 0.001$). **CONCLUSION:** The thinning of the temporal retina and thickening of the nasal retina after ILM peeling does not appear to be disease-specific.

発表 Clin Ophthalmol 2012;6:679-88

Percentage of Fellow Eyes That Develop Full-Thickness Macular Hole in Patients With Unilateral Macular Hole

Kumagai K, Ogino N, Hangai M, Larson E

Purpose: To determine the probability of developing a full-thickness macular hole (MH) in the fellow eyes of patients with a unilateral MH.

Methods. A retrospective longitudinal study of 1082 patients with a unilateral, idiopathic, full-thickness MH who underwent vitrectomy by one of us (N.O.) between October 1990 and December 2010 was conducted. Kaplan-Meier life-table analysis was used to estimate the risk of developing an MH in the fellow eye. The cumulative incidence of bilateral MHs was fit to a hyperbolic function: $G = G_{\max} T / (T_m + T)$, where the visual gain (G) was defined as the preoperative best-corrected visual acuity minus postoperative best-corrected visual acuity in logMAR units; the maximum visual gain (G_{\max}) was defined as the preoperative best-corrected visual acuity minus final best-corrected visual acuity in logMAR units; the average visual gain was plotted as a function of the postoperative time (T) in months; and T_m was defined as the postoperative time required to reach one-half G_{\max} . **Results.** There were 394 men and 688 women in the study. The mean (SD) age at the initial surgery was 64.2 (8.3) years (range, 21-95 years). The mean (SD) follow-up period was 71.8 (49.6) months (range, 6-246 months). Nine hundred sixty patients (88.7%) remained with a unilateral MH (unilateral group) and 122 patients (11.3%) developed an MH in the fellow eye (bilateral group). The sex distribution, age at onset in the first eye, and axial length in the first eye were not significantly different between the unilateral and bilateral groups. If the second eye developed an MH within 1 month of onset in the first eye, the bilateral interval was set to 0. The mean (SD) bilateral interval among all patients was 26.1 (28.0) months (range, 0-122 months). The difference in the mean bilateral interval between men and women was not significant ($P = .38$). The risk of the fellow eye developing an MH estimated by the Kaplan-Meier method was 11.6% at 5 years and 16.7% at 10 years. The cumulative incidence of bilaterality can be described by the following hyperbolic function: $y = 2.629.8x / (130.1 + x)$, with $R^2 = 0.99$. Curve-fit analysis showed that the estimated risk of the fellow eye developing an MH was 12.0% at 5 years and 16.9% at 10 years.

Conclusion; The findings of the curve-fit analysis suggested that the estimated risk was 21.9% at 20 years and 24.5% at 30 years.

発表 Arch Ophthalmol. 2012 Mar;130(3):393-4.

Three treatments for macular edema because of branch retinal vein occlusion: intravitreal bevacizumab or tissue plasminogen activator, and vitrectomy.

Kumagai K, Ogino N, Furukawa M, Larson E.

抄録

PURPOSE: To evaluate the effectiveness of intravitreal bevacizumab (Avastin), intravitreal tissue plasminogen activator, and vitrectomy for the macular edema secondary to branch retinal vein occlusion.

METHODS: Retrospective, interventional case series. We studied 228 eyes of 228 patients. Forty-one eyes received 1.25 mg of intravitreal bevacizumab, 71 eyes received tissue plasminogen activator, and 116 eyes underwent vitrectomy. A reinjection of 1.25 mg of bevacizumab was based on the morphologic and functional findings. The main outcome measures were the best-corrected visual acuity and optical coherence tomography-determined foveal thickness.

RESULTS: The mean postoperative follow-up period was 32.2 months with a range of 12 months to 69 months. The mean number of intravitreal bevacizumab was 2.8 with a range of 1 to 5. The mean best-corrected visual acuity and foveal thickness significantly improved after all 3 treatments, and the differences in the best-corrected visual acuity between the 3 groups were not significant at 12 months. Fourteen eyes (34 %) in the intravitreal bevacizumab group and 21 eyes (30 %) in the tissue plasminogen activator group required additional surgeries.

CONCLUSION: The 3 treatments appear to provide similar visual outcomes at 12 months. However, in some eyes treated with intravitreal bevacizumab or tissue plasminogen activator, additional surgeries were required, and a longer follow-up period was required to determine the final outcome.

発表 Retina. 2012 Mar;32(3):520-9

第108回日本精神神経学会（札幌）精神医学研修コース

テーマ：認知症（BPSD）

＜司会＞（北海道医療大学心理科学部）中野 倫仁
＜演者＞（総合上飯田第一病院 老年精神科）鵜飼 克行
＜企画者＞（北海道医療大学心理科学部）中野 倫仁

本研修コースは、認知症をとりまく精神医学的諸問題のうち、特にBPSDについての基礎的知識および実践的ノウハウを学ぶことを目的としている。

史上初めてともいえる極端な少子高齢化社会を迎えつつある我が国において、認知症に関する問題は、医療・看護だけでなく、家庭・地域社会・介護、さらに経済・国家レベルの重要な問題である。限られた物的・人的資源のなかで、効率よく問題を解決していくとともに、患者各個人に合った適切な診療・介護・社会的対応の実施を、両立させていかなければならない。この中でも特にBPSDの問題は、医療・看護・家庭・地域社会・介護、そして経済にも直結する重要な問題である。医療・看護・家庭・地域社会・介護の視点を考慮に入れつつ、以下のような観点からBPSDの概要を述べ、症例を提示しての実際的な研修とする予定である。1. 認知機能 2. 認知症（中核症状、周辺症状、BPSD） 3. 行動症状と精神症状 4. BPSDの種類、原因、緊急対応 5. 家庭、施設、一般病院におけるBPSD 6. BPSDの非薬物療法の実際と限界 7. 認知症専門治療病棟におけるBPSD 8. BPSDの予防

トルソー症候群を呈した胃癌末期患者の精神的苦痛への対応

総合上飯田第一病院 物忘れ評価外来（老年精神科） 鵜飼 克行

抄録：

総合上飯田第一病院（当院）は、名古屋市北区に位置する病床数220床の総合病院であり、規模としては中小病院に属するが、救急医療を含め地域の中核的な役割を担っている。平成21年に演者が当院に赴任して、（老年）精神科を初めて開設し、精神科コンサルテーション・リエゾンおよび癌緩和ケアも担当することになった。さらに、がん緩和ケアチーム（PCT）を、新たに立ち上げることを提唱し、全病院的合意のもと、PCTを稼働させるに至った。現在は、9職種・27名のメンバーがPCTに所属し、それぞれが日々の緩和ケアに取り組んでいる。

今回、凝固線溶系の異常によって、繰り返し脳梗塞を発症したと考えられる胃癌の腹膜播種再発症例、いわゆる Trousseau 症候群の1例を経験したので、がん末期患者の精神症状や精神的苦痛についての文献的考察、および当院 PCT の緩和ケア活動の実際、特に精神的苦痛への対応について報告する。

症例は50歳代、男性。外来化学療法後の副作用症状の改善目的で当院の外科に入院したが、強く希望された早期退院・自宅療養という目標実現のために、PCT が中心となって、短期間に集中的な全人的緩和ケアを実施した。しかし、その努力と急性期脳梗塞の治療にもかかわらず、最初の脳梗塞発症から約6週間で死亡した。

この患者は脳梗塞のたびに新しく生じる神経症状に加え、死への恐怖や退院への希望の喪失に悩まされ、不眠・せん妄・うつ状態・自傷行為・自殺念慮・パニック発作などの多彩な精神症状を呈した。Trousseau 症候群による多彩な身体症状は、多彩な精神症状をも引き起こす可能性があると思われる。この精神症状に対応するためには、向精神薬の鎮痛（補助）作用をも念頭に置いた疼痛管理と精神的苦痛の両方に対する向精神薬療法が重要であったとともに、スピリチュアルな面での対応も有効であった。

第108回日本精神神経学会（札幌）

嗅覚障害・薬剤過敏性・ 異常なMIBG心筋シンチグラフィを認めた長期記憶障害の1例

総合上飯田第一病院 物忘れ評価外来（老年精神科） 鵜飼 克行

抄録：

【はじめに】 1970年代の後半に、小阪らは進行性の認知症とパーキンソニズムを呈し、神経病理学的には大脳皮質や基底核、中脳などに多くのレビー小体を認める5症例を報告した。さらに1980年には、レビー小体病（LBD）という概念を提唱した。それを受けて1995年に開催された第1回国際ワークショップにおいては、レビー小体型認知症（DLB）という概念が提唱され、翌年その臨床および病理診断基準が示された。この診断基準は、2005年に改訂され、現在に至っている。近年、LBDは上記を含む中枢神経系が侵されるだけでなく、交感神経節・消化管神経叢・心臓や鼻粘膜などの末梢神経も侵されることが明らかとなり、いわゆる「全身病」として捉えられるようになった。このようにLBDは多くの臓器・組織が影響を受けるため、認知機能障害のみならず多彩な神経症状・精神症状および検査所見を呈すると考えられる。

【倫理的配慮】 同意を得、匿名性にも配慮した。

【症例】 66歳の女性。自覚的な物忘れがあり、数か月前に友人と旅行をしたことや、数週間前に交通事故を起こしたことなどの記憶がないという。しかし、MMSEは満点で、ADASJ-cog その他の認知機能検査でも近時記憶障害、失見当、構成失行を認めなかった。パーキンソニズム、幻視、レム睡眠行動障害も認められなかった。ところが、1. 匂いに鈍感になった（料理中の焦げた魚の臭いに気が付かなかったなど）、2. 総合感冒薬を飲んで失神した（それ以来、風邪薬は飲まない）、3. 睡眠薬で譫妄（夜中に外に出て行こうとした）になった（それ以来、睡眠薬は飲まない）、などの嗅覚障害や薬剤過敏性を示唆する症状が判明した。頭部MRIでは脳血管障害や海馬の委縮などの異常を認めなかった。SPECTでは頭頂葉外側面に血流低下を認めたが、頭頂葉内側面や後頭葉は正常であった。MIBG心筋シンチグラフィでは、著明な取り込み低下を認めた。以上の所見から、DLBの診断基準は満たさないものの、早期の段階のDLB(LBD)の可能性が高いと診断した。

【考察】 DLBの早期診断の重要性が広く認められつつある。しかし、その初期症状の多様性が、それを困難にしている。この症例では、近時記憶障害や幻視、視覚認知障害、視空間構成障害、パーキンソニズム、レム睡眠行動障害などのDLBの中核的な特徴は認めなかったが、数週から数か月前のエピソード記憶が抜け落ちるなど比較的長期の記憶障害、嗅覚障害、薬剤過敏性、異常なMIBG心筋シンチグラフィなどDLBを示唆すると思われる所見が認められた。DLBの早期診断のためには、診断基準を厳格に適応するのではなく、様々なDLBの初期症状を念頭に置き対応することが重要と思われた。また、DLBの初期症状の特徴をより明確にするために、早期のDLBと思われる症例を集積し、詳細な臨床所見を得て検討していくことが重要であろう。この症例からは、近時よりも長期の記憶がより障害されたことはDLBの早期診断に役立つか、抗精神病薬以外にどのような薬物に過敏性を示すのか、早期のSPECTでの血流低下はどの部位に見られるのかなど、解決されるべき多くの問題があるように思われた。

第27回日本老年精神医学会（大宮）

五感覚すべての幻覚を呈したレビー小体型認知症へのドネペジルの有効性

鵜飼 克行^{1) 2)}、Branko Aleksic²⁾
 柴山 漠人²⁾、入谷 修二²⁾、尾崎 紀夫²⁾

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細胞情報医学専攻脳神経病態制御学講座精神医学分野

レビー小体型認知症（DLB）は、1980年頃に小阪によって提唱された疾患であり、認知症の中ではアルツハイマー病（AD）に次いで発生頻度の高い疾患であることも認識されつつある。DLBの特徴的な症状として、幻視、錯誤、短時間での意識変動、パーキンソン症状、レム睡眠行動障害などが指摘されている。特に、幻視は極めて特徴的で、生き生きとした、色の鮮やかな、よく動く動物や人間などの幻視が多いとされる。

統合失調症の幻覚には、抗ドーパミン作用を持つ抗精神病薬が、半世紀以上前から使用されており、その有効性が確立している。また、ADやせん妄に伴う幻視にも、保険適応上の問題や生命予後に及ぼす影響が指摘されているものの、抗精神病薬、特に第二世代抗精神病薬の有効性は広く知られており、精神科領域のみならず医療の現場では、基本的かつ必須の薬剤となっている。

これに対し、DLBの患者には抗精神病薬に対する過敏性が指摘されており、幻視に対する第二世代抗精神病薬の有効性の報告がある一方で、錐体外路系の副作用が生じやすい問題がある。その様な状況を踏まえ、2000年頃からは、ドネペジルをはじめとするコリンエステラーゼ阻害薬のDLBの精神病症状に対する有効性が内外で報告されてきた。しかし、コリンエステラーゼ阻害薬にも活動性亢進やパーキンソン症状を悪化させた症例などが報告され、DLBに伴う幻視への薬物療法には一致した見解が得られているとは言えない。

今回、幻視をはじめとする五感覚すべての幻覚が生じ、ドネペジル投与によって速やかに消退したDLB症例を経験したので、その概略を報告する。五感覚すべての幻覚が生じたDLB症例の報告は、我々が調査した限りでは世界初であり、さらにDLBに伴う幻視に対する薬物療法についての文献的な考察も報告する。

第22回日本臨床精神神経薬理学会（宇都宮）

総合病院での「認知症外来」の現状—はたして、経済的に成立し得るか？—

総合上飯田第一病院 物忘れ評価外来（老年精神科） 鵜飼 克行

抄録：

総合病院の精神科は、現行の診療報酬体制においては、収益という面では非常に厳しい現実がある。そのため統計的にも、多くの総合病院で精神科病床の削減・閉鎖や、精神科診療そのものが廃止されるに至っている。

その中でも、総合病院における「認知症の専門外来」は、収益性においては最も厳しい部門の一つであろうことは、容易に想像できる。なぜなら、認知症の診療は、患者本人の治療・生活指導の他に、患者家族への助言・指導・心理的サポートも必要であり、さらには生活破綻症例では、身体の安全・清潔・栄養状態などを含めた生活支援・公的扶助導入が必須である。さらに、患者には一般的には病識が無く、記憶障害のために同じ説明を何度も繰り返す必要があり、検査の案内や診察室へ入室にも人手・時間がかかり、服薬コンプライアンス確保にも配慮や手間がかかるなど、医療者側にのしかかる人的・時間的・経済的な負担は、並大抵ではない。それでいて、これらに対する診療報酬上の対応はほとんど無いと述べると、これは言い過ぎになるであろうか。

総合病院における認知症専門外来に期待される役割は、いろいろな診断機器・専門家による早期発見や鑑別診断、身体合併症対応、などであろう。このためには、各種の血液検査・神経心理検査・画像診断などが実施されるが、これらに伴う診療報酬上の収益は、総合病院における認知症専門外来を存続可能にする条件を満たすであろうか、検証する。

第30回 日本認知症学会 学術集会（つくば）

Cognitive Science online proceedings, 2012

The effects of amnesia on driving performance in elderly drivers

Naoko Kawano

Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine,
Nagoya University, Japan.

Kunihiro Iwamoto

Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine,
Nagoya University, Japan.

Kazutoshi Ebe

Toyota Central R&D Labs., Inc., Japan.

Katsuyuki Ukai

Kamiida daiichi General hospital, Japan.

Yusuke Suzuki

Department of Geriatrics, Graduate School of Medicine,
Nagoya University, Japan.

Hiroyuki Umegaki

Department of Geriatrics, Graduate School of Medicine,
Nagoya University, Japan.

Tetsuya Iidaka

Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine,
Nagoya University, Japan.

Norio Ozaki

Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine,
Nagoya University, Japan.

Palliative and Supportive Care (2012)



Total palliative care for a patient suffering from multiple cerebral infarctions that occurred repeatedly in association with gastric cancer (Trousseau's syndrome).

Katsuyuki Ukai, Akiko Okajima, Aya Yamauchi, Eiji Sasaki, Yohsuke Yamaguchi, Hiroyuki Kimura, Branko Aleksic, and Norio Ozaki

ABSTRACT

Objective: Malignancy-related thromboembolism also referred to as Trousseau's syndrome, can present as acute cerebral infarction, non-bacterial thrombotic endocarditis (NBTE) and migratory thrombophlebitis. Therefore, many physical, neurological, and psychological symptoms associated with Trousseau's syndrome may occur in the clinical course.

Method: To illustrate this, we report a case of a male patient in his 50's with carcinomatous peritonitis caused by gastric cancer with multiple cerebral infarctions developed during disease progression. The patient was admitted to our hospital for the treatment of side effects of chemotherapy, although he strongly hoped to go home as soon as possible. In addition to making social supports plans, we were required to perform intensive total palliative care, because of his physical pain, general fatigue, anorexia, and both abdominal and neck pain, and psychological issues (insomnia, delirium, depression, suicidal thoughts, self-mutilation, panic attacks, agoraphobia, the fear of death, and hopelessness).

Results: To the best of our knowledge, based on the literature search, this is the first reported case of Trousseau's syndrome described on the aspect of total palliative care, especially in terms of psychological care.

Significance of results: We propose that neurological symptoms due to Trousseau's syndrome cause these extensive mental disorders. Furthermore, due to the prognosis of Trousseau's syndrome, we should utilize our expertise to make the patient's wishes fulfilled.

総合病院精神医学 (in press)

総合病院における認知症専門外来の現状と収益性についての検討 — 「総合病院精神科の現状と目指すべき将来 — 総合病院精神科のネクストステップ2009—」の視点から—

鵜飼 克行

和文要約

総合病院の精神科は、現行の診療報酬体制においては、収益という面では非常に厳しい現実がある。このために統計的にも明らかにされている通り、多くの総合病院で精神科病床の削減・閉鎖や、精神科診療そのものが廃止されるに至っている。その中でも、総合病院における「認知症の専門外来」は、収益性においては最も厳しい部門であると思われる。総合病院における認知症専門外来に期待される役割は、いろいろな診断機器・専門家による早期発見や鑑別診断、身体合併症対応であろう。このためには、各種の血液検査・神経心理検査・画像診断などが、一般の精神科外来よりも多く実施されていると思われるが、これらに伴う収益は、総合病院における認知症専門外来を存続可能にする条件を満たしているとは言い難い。これを当院の認知症専門外来の収益性について実際の数値で検討・確認した。さらに、現在の病診連携の有効性についても検討し、その問題点を指摘した。

Psychogeriatrics (2012)



Effectiveness of low-dose milnacipran for a patient suffering from pain disorder with delusional disorder (somatic type) in the orofacial region.

Katsuyuki Ukai, Hiroyuki Kimura, Munetaka Arao, Branko Aleksic, Aya Yamauchi, Ryoko Ishihara, Shuji Iritani, Kenichi Kurita, and Norio Ozaki

Abstract

Glossodynia is chronic pain localized around the tongue with no perceivable organic abnormalities. In the fields of oral and maxillofacial surgery, it is categorized as an oral psychosomatic disease. On the other hand, psychiatric nosology classifies glossodynia as a pain disorder among somatoform disorders (DSM-IV). The patient was a 71-year-old female who developed symptoms of glossodynia, i.e. “sore tongue” , and bizarre symptoms of oral cenestopathy such as “the teeth become limp and floppy” and “a lot of needles stick out into the mouth” from about 10 years earlier. Treatment was attempted using several psychotropic drugs, but no satisfactory response was noted. Since the patient was referred to our outpatient clinic, we tried psychotropic therapy again. Valproic acid, tandospirone, and sertraline were administered additionally in this order, but the patient still showed no response. However, when sertraline was changed to milnacipran, all symptoms disappeared in a short period. We suggest that a small dose of milnacipran can be effective for controlling oral cenestopathy as well as glossodynia.

講演

- レビー小体型認知症家族を支える会・講演（横浜）「レビー小体型認知症と生活療法」
総合上飯田第一病院 物忘れ評価外来 鵜飼克行 平成24年11月10日（土）
- すきもと在宅医療クリニック・がん緩和ケア講演会（名古屋）「総合上飯田第一病院の
PCT 活動 -がん緩和医療の実際-」 総合上飯田第一病院 物忘れ評価外来 鵜飼克行
平成24年10月12日（金）
- 東海地区認知症フォーラム2012 in 愛知（名古屋）「生活と医療をむすぶ！レビー小体
型認知症と生活療法・リハビリテーション」 総合上飯田第一病院 物忘れ評価外来
鵜飼克行 平成24年7月10日（火）
- 名古屋北部認知症研究会・講演（名古屋）「総合上飯田第一病院・物忘れ評価外来
における認知症治療の取組」 総合上飯田第一病院 物忘れ評価外来 鵜飼克行
平成24年7月19日（木）
- 認知症を語る会・講演（名古屋）「アリセプト投与により五感覚すべての幻覚が完全
に消失したレビー小体型認知症」 総合上飯田第一病院 物忘れ評価外来 鵜飼克行
平成23年2月10日（木）



編集： 服部英幸

著者： 精神症状・行動異常を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班

服部 英幸 独立行政法人 国立長寿医療研究センター

池田 学 熊本大学 大学院

長屋 政博 介護老人保健施設 ルミナス大府

鶴飼 克行 総合上飯田第一病院

浅井 俊亘 愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院

熊谷 亮 順天堂東京江東高齢者医療センター メンタルクリニック

寺田 整司 岡山大学大学院

武田 章敬 独立行政法人 国立長寿医療研究センター

福田 耕嗣 独立行政法人 国立長寿医療研究センター

佐々木千佳子 独立行政法人 国立長寿医療研究センター

吉田 美加 生協わかばの里 介護老人保健施設

大腿骨近位部骨折患者に対する 手すり支持椅子立ち上がりテストの有用性について

柴本 圭悟、上田 周平、成瀬 早苗、林 琢磨 (上飯田第一病院)
鈴木 重行 (名古屋大学医学部保健学科)

【目的】 現在、大腿骨近位部骨折患者に対して、術後早期から急性期病院退院時の自立度を判定できる指標は殆どない。歩行自立度の判定として膝伸展筋力を一つの指標とし判断できるという報告があるが、特別の機器を必要とする問題がある。そこで今回、特別な機器を必要としない手すり支持椅子立ち上がりテスト (Handrail Support 30-sec Chair Stand: 以下、HSCS-30) を使用し、HSCS-30が退院時の歩行能力を推定できる有用な指標となるかを検討した。

【対象】 対象は受傷前歩行能力が屋内歩行自立レベル以上、指示理解可能な16例 (男性4例、女性12例、平均年齢 76 ± 9 歳) とした。

【方法】 評価指標および測定方法は以下のとした。1) HSCS-30は、高さ40cmの台に座らせ、非術側の肘関節屈曲 30° で平行棒を握らせた。「用意、始め」の合図で立ち上がり、すぐに開始肢位へ戻る動作を1回として30秒間の回数を測定した。2) 握力、3) 疼痛は、Visual Analogue Scale (以下、VAS) にてHSCS-30測定時の疼痛の値とした。4) 患側荷重率、5) 膝伸展筋力は、 μ -Tas MT-1 (アニマ社製) にて測定し体重で除した値とした。6) Functional Reach Test (以下、FRT)、7) 10 Meter Maximum Walking Speed (以下、10MWS) を測定した。1) ~ 6) を術後5・7・10日目に、7) を急性期病院退院時に測定した。10MWS および HSCS-30と他の指標との関連性を検討した。さらに、退院時の歩行自立群と非自立群の2群に分類して各指標を比較した。統計処理には Pearson の相関係数、Spearman の順位相関係数、対応のないt検定、Mann-Whitney U検定を用い、有意水準は5%以下とした。

【結果】 HSCS-30は、退院時の10MWSとの間で強い相関を認めた ($r=0.65 \sim 0.71$)。また、HSCS-30と10MWSとの相関は、膝伸展筋力と10MWSとの相関と比べても同等か、より高い相関がみられた。HSCS-30と各指標との関連性は、膝伸展筋力との間および患側荷重率との間に強い相関を認めた。歩行自立群と非自立群の比較では、HSCS-30は術後5・7・10日目において自立群が高値であった ($P < 0.01$)。

【考察】 今回、測定したHSCS-30は、歩行自立度の判別に有用とされている膝伸展筋力と相関があり、さらに10MWSと強い相関がみられ、歩行自立群と非自立群の比較においても有意な差を示した。これらのことからHSCS-30は歩行能力を推定できる有用な指標であることが示唆された。また、歩行自立群と非自立群では、膝伸展筋力には有意差を認めなかったがHSCS-30には有意差を認め、HSCS-30は膝伸展筋力での歩行自立度の判定より有用な指標となることが考えられる。

発表 第47回 日本理学療法学会 神戸ポートピアホテル神戸国際展示場 2012.5.26

大腿骨近位部骨折患者に対する手すり支持椅子立ち上がりテストと回復期病院退院時の歩行能力との関連性

柴本 圭悟、上田 周平、成瀬 早苗、林 琢磨（上飯田第一病院）
鈴木 重行（名古屋大学医学部保健学科）

【目的】 我々は第47回日本理学療法学術大会において術後早期に測定した手すり支持椅子立ち上がりテスト（Handrail Support 30-sec Chair Stand：以下、HSCS-30）が大腿骨近位部骨折患者の急性期病院退院時の歩行能力と関連があることを報告した。しかし、HSCS-30は急性期以降の歩行能力を反映する指標であるかは不明である。そこで今回、急性期病院入院時に測定した HSCS-30が回復期病院退院時の歩行能力を反映する指標となるかを検討した。

【対象】 対象は大腿骨近位部骨折患者で、受傷前歩行能力が屋内歩行自立レベル以上、指示の理解が可能な18例（男性4例、女性14例、平均年齢 82 ± 7.3 歳）を対象とした。

【方法】 急性期病院の術後5・7・10日目に HSCS-30を測定した。HSCS-30の測定は、対象者を高さ40cmの台に座らせ、非術側の肘関節屈曲 30° で平行棒を握らせた。「用意、始め」の合図で立ち上がり、すぐに開始肢位へ戻る動作を1回として30秒間の回数を測定した。回復期病院退院時の評価項目は10 Meter Maximum Walking Speed：以下10MWSを測定した。10MWSは、10mの最速歩行時間から求めた。回復期病院退院時の10MWSと急性期病院で測定した HSCS-30との関連性を検討した。さらに、回復期病院退院時の独歩、T字杖歩行自立群と非自立群に分け立ち上がりの回数を比較した。統計処理には Pearson の相関係数、Spearman の順位相関係数を用い、有意水準は5%以下とした。

【結果】 急性期病院の術後7・10日目に測定した HSCS-30は、回復期病院退院時の10MWSとの間に相関を認めた（ $r=0.60 \sim 0.69$ ）。HSCS-30が術後5・7・10日目の各日にて10回以上行えた対象者は、独歩か T字杖歩行が自立できていた。

【考察】 大腿骨近位部骨折術後の患者に対する術後7・10日目の HSCS-30は、回復期退院時の歩行能力との関連があることが分かった。また、術後5・7・10日目で HSCS-30が10回以上の場合では全例が独歩または T字杖で歩行自立していたことから、大腿骨近位部骨折患者の歩行の自立度を予想できる可能性を示した。しかし、HSCS-30が10回以下の場合でも回復期病院の退院時に独歩または T字杖が自立されている対象者もあり、別の評価バッテリーの必要性が考えられた。

発表 第28回 東海北陸理学療法学術大会 四日市市文化会館 2012.11.11

終末期がん患者の住環境整備～自宅で安全に生活するために～

玉木 聡、栗田 文、岡島 明子、上村 智子 (信州大学医学部保健学科)
長倉 のえ (訪問看護ステーションうしぶせ)

抄録

【はじめに】 終末期がん患者の自宅退院にOTが関わるという事例は、まだあまり報告されていない。今回、我々は終末期がん患者で、全身体力消耗状態と軽度認知障害のために移動動作に障害のある高齢者が退院するにあたり、安全な住環境を整備する目的で退院前訪問指導を行い、退院2週間後の状態を確認したので報告する。**【方法】** 症例報告。退院前訪問指導には、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日本語ベータ版(WeHSA-J)を用いた。WeHSA-JはOTが当該高齢者と自宅内を移動しながら72項目の転倒ハザード(危険性)の有無およびハザード内容(選択肢あり)を評価するツールである。**【症例】** 83才の女性、診断名は後腹膜脂肪肉腫。H23年5月に後腹膜脂肪肉腫摘出術を他院にて施行。手術では腹腔内左半分に巨大腫瘍が認められたため、部分切除のみ行われた。余命は月単位。術後、自宅退院したがADLが全介助であり、離床時の転倒回数も多くなったため当院に入院した。家族は自宅での看取りを希望しており、在宅での訪問療養体制を整えることが主な入院理由であった。入院時のBIは45点で、作業療法を実施し近位監視下で四点歩行器使用にて短距離歩行は可能となった。HDS-Rは10/30であり認知機能の低下を認めた。FBSは12/56で高齢者の転倒をスクリーニングする基準値45点以下であり転倒の危険性を認めた。退院時BIは56点と改善した。退院後はbed上生活を主とし、離床時には介助者が付き添って、四点歩行器で移動し、食事は食堂で、排泄はトイレで行い、入浴は介助してシャワー浴を行うことにした。**【結果】** WeHSA-Jでは、3項目(①フロアマット②ベッドライト③浴室)に転倒ハザードを認めた。この評価結果に基づき、以下を助言した。①フロアマットが寝室と和室の入口に設置されているが、滑りやすく危険なので、撤去すること。②ベッドライトについては、手を伸ばした際にbedから転落する危険性があるので、紐を延長すること。③シャワーチェアをレンタルして設置することである。以上について住環境整備は助言通りに行われた。退院2週間後に電話で家族から状況の聞き取りを行った。トイレや食堂に行くときには、遠位監視下で四点歩行器を用いて歩行していた。セルフケアでは、トイレのズボンの上げ下ろしや、入浴時の洗体・洗髪に介助を要していたが、BIは維持され退院後は一度も転倒していないということであった。**【考察】** 終末期がん患者である本症例は、全身体力消耗状態と軽度認知障害のために、退院後に転倒の危険性が高いと考えられた。そのためOTが退院前訪問指導により住環境整備を行った。今回使用したWeHSA-Jは72項目あるうち、3項目に転倒ハザードを認めた。このように項目別に評価が可能であり、その場で本人・家族に助言ができるという利点があると考えられた。このような助言の根拠となる評価ツールはまだ開発されていない。その評価の1つとしてWeHSA-Jの有効性が示唆された。

発表： 第46回 日本作業療法学会～宮崎・シーガイアコンベンションセンター～ 2012.6.15

Westmead Home Safety Assessment 日本語版の利点と問題点

栗田 文、上村 智子、玉木 聡、鈴木 由香、渡邊 桃子

抄録

【はじめに】 Westmead Home Safety Assessment (WeHSA) は、オーストラリアで開発された高齢者の転倒予防のための標準化された住まいの評価である。72項目（13カテゴリー）の自宅内の転倒ハザード（危険性）を作業療法士（OT）が観察によって評価するツールである。著者らは、日本の家屋構造や生活習慣に適合した新たな住まいの評価ツール開発が必要と考え、原著者の承諾を得て WeHSA 日本語ベータ版（WeHSA-J）を作成した。今回、使用上の利点や問題点を調べ、より実用性の高い評価を開発することを目的に、WeHSA-J を実施した OT にアンケートを実施した。**【方法】** 対象は、WeHSA-J の研修会に参加し、少なくとも 1 名の高齢者に実施した OT とした。OT は高齢者の自宅を訪問して WeHSA-J を行った後、著者らが配布したアンケートに回答した。調査項目は、評価者の属性、被検者の属性、WeHSA-J 実施状況（使用回数、所要時間、自宅訪問の目的）、実施して良かった点や得られた情報と経験（利点）、実施しにくかった点や日本で使用する上での改良点（問題点）である。回答は原則的に自由記載とし、複数回答ありとした。**【結果】** 9 名の評価者から 32 件の回答を得た（回収率 100%）。評価者の平均年齢は 27.3 ± 6.8 歳、OT の経験年数は 7 ヶ月～28 年。WeHSA-J 実施の平均所要時間は 45.3 ± 17.4 分。訪問の目的は、家族からの相談 13 件、デイケア担当者からの依頼 6 件、退院後のフォローアップ 4 件、退院前訪問指導 3 件、訪問リハビリ 1 件、未記入 5 件。WeHSA-J の被検者の平均年齢は 78.4 ± 7.5 歳。診断名は、骨折などの外因の影響 8 名、筋骨格系疾患 8 名、循環器系疾患 7 名、神経系疾患 4 名、呼吸器系 2 名、その他 3 名であった。WeHSA-J の利点と問題点の回答をカテゴリーに分類した。利点は計 48 件であり、12 カテゴリーに分類された。回答が多かったものは、生活に関連する作業を網羅的に評価できた 7 件（15%）、観察評価であるため対象者の状態を把握できた 7 件（15%）、情報収集や整理に役立った 5 件（11%）、セラピストの教育ツールとして利用できる 5 件（11%）などであった。問題点は計 41 件であり、12 カテゴリーに分類された。多かったものは、項目の定義が曖昧なため、評価項目に迷った 13 件（33%）、事前情報が不足していると使用しづらかった 7 件（17%）、評価者の判断基準が定まらないため評価に迷った 4 件（11%）などであった。**【考察】** WeHSA-J は作業を網羅的に観察評価するため、高齢者本人や家族などと評価結果を共有することで、根拠あるフィードバックが可能となる。また、情報収集や整理に役立ち、構造的かつ効率的に評価できると考えられる。問題点として、項目の定義、項目数、事前情報、判断基準等が指摘されたが、事前情報を十分に得ること及び経験を積むことにより解消できる問題であると考えられる。今後更に、WeHSA-J の改善点や実用性について検討していきたい。

発表： 第 46 回 日本作業療法学会 シーガイアコンベンションセンター 2012.6.15～17

脳梗塞 BAD 病型における回復期リハビリテーション期間での治療成績

1 名古屋大学 医学部 神経内科、2 上飯田リハビリテーション病院

千田 譲^{1,2}、鈴木 淳一郎^{1,2}、荒木 周^{1,2}、伊東 慶一²
小竹 伴照²、岸本 秀雄²、祖父江 元¹

【目的】 上飯田リハビリテーション（リハビリ）病院に入院した脳梗塞回復期リハビリ患者のうち、BAD に絞るその背景・治療成績について検討した。**【対象・方法】** 2007 年から2010年までに入院した連続脳梗塞患者435例中、初発で発症前 ADL 完全自立であり、MRI 画像で評価し得た回復期リハビリ BAD86例（男性55例・女性31例、年齢 70.2 ± 8.6 歳、レンズ核線条体動脈領域（LSA-BAD）68例、橋部（pons-BAD）18例、在院日数 74.2 ± 8.1 日）において、患者背景、入院時及び退院時の神経学的重症度（NIHSS）、日常生活度（FIM）、上肢・手指・下肢各 Brunnstrom (Br) とその改善度について検討した。**【結果】** 全 BAD 患者の入院時 NIHSS: 7.83 ± 3.68 ・退院時 NIHSS: 5.52 ± 3.32 、入院時 FIM: 92.1 ± 16.8 ・退院時 FIM: 103.4 ± 14.3 であり、FIM-gain: 11.4 ± 6.7 ・FIM-efficiency: 0.16 ± 0.09 であった。pons-BAD 群の方が LSA-BAD 群よりも退院時 FIM は高い傾向にあり、Br 評価では上肢・手指よりも下肢の方が改善度は良好な傾向にあった。入院時上肢・手指・下肢 Br のいずれかが2以下の群では、入院時上肢・手指・下肢 Br 全てが3点以上の群よりも有意に退院時 FIM が低かった ($p < 0.01$)。重回帰分析では入院時の重症度・FIM が退院時 FIM に影響を与えていた ($p < 0.01$) **【結論】** 回復期リハビリ治療成績で BAD に絞った形での検討は極めて少なく、純粹運動麻痺症状の回復期過程の評価からも重要であると考えられる。

2012年 4月 第37回日本脳卒中学会総会（福岡）

屋外歩行における理学療法評価シート作成の試み

熊澤 佳子、嶋津 誠一郎 (上飯田リハビリテーション病院)
内山 靖 (名古屋大学大学院 医学系研究科 理学療法学講座)

【はじめに】 これまでの調査から、屋外歩行練習は患者の意欲を高め、屋内外では歩行速度や歩容、患者の反応が異なる事が明らかとなった。今回、屋外歩行における評価シート（以下、シート）を試作し、実際に使用したうえで有用な項目を抽出したシートを作成したので報告する。

【方法】 当院へ入院した脳血管疾患患者に対し、屋内外での快適歩行速度と歩容変化14項目、屋外での反応10項目、を調査した。

【結果】 屋外での歩容悪化項目は、歩行円滑性（60.0%）、左右対称性（50.0%）、フットクリアランス（44%）が目立った。以上3項目は、 $k=0.7\sim 1.0$ と評価の信頼性も高かった。患者の反応は、車や通行者への反応不良（76%）、周囲への注意不良（68%）、道路横断時の反応不良（50.0%）、不整地等での反応不良（40%）が目立った。以上から、①快適歩行速度、②反応（道路横断時、車・通行者・周囲への反応、不整地等の応用歩行）、③歩容変化（フットクリアランス、歩行円滑性、左右対称性）の評価項目を採用し、シートを完成した。

【まとめ】 屋外歩行は、歩容と注意配分や周辺環境への適応が重要である。今回作成したシートは、屋外歩行時の変化を把握するために有用であり、理学療法プログラム立案の一助にもなると考える。

発表： リハビリテーションケア合同研究大会札幌2012

誤嚥性肺炎後の廃用症候群で、 経管栄養から経口摂取に至らなかった2例

医療法人 愛生会 上飯田リハビリテーション病院

中島 悠都、天神 豊、小林 麻美
今井 千代栄、伊東 慶一、小竹 伴照

【はじめに】 当院は90床の回復期リハビリテーション病院で、脳卒中をはじめ様々な疾患を対象としており、肺炎後の廃用症候群で転院されてくる患者も少なくない。今回、誤嚥性肺炎後の廃用症候群で経口摂取に至らなかった症例を経験したので報告する。

【症例1】 82歳、女性。既往歴に2度の肺炎があり、その際に左肺全摘出術施行。当院へは左大腿骨転子部骨折後、誤嚥性肺炎発症。入院時、BMI13.2、経鼻経管栄養、藤島グレードⅡ - 4。前医では直接訓練を実施していたが、耐久性に乏しく、少量のみの摂取であった。当院でVF実施し、ペーストの咽頭残留があったが、誤嚥はみられなかった。食事開始となったが、意欲及び耐久性低下があり、摂取量が得られず経鼻経管栄養併用となった。

【症例2】 76歳、男性。肺炎発症後に、著しいADL低下があり当院へ。既往歴に多発性脳梗塞・胃癌・胃切除があり、入院時より構音、嚥下障害及び重度認知症がみられた。BMI15.0、経鼻経管栄養、藤島グレードⅡ - 4。VF結果は、咽頭残留、嚥下後誤嚥が見られたが、追加嚥下で残留の軽減がみられた為、昼のみペースト食を開始した。食欲のムラ及び耐久性低下があり、摂取量が得られず腸瘻造設となった。**【考察】** 両症例共、廃用や低栄養が進行しやすい要因となる疾患があり、入院時よりいそうが目立ち耐久性に乏しかった。また、VF結果より経口摂取の可能性があったが、意欲低下・易疲労性の為、十分なりハビリができず、他のリハビリに関しても効果が乏しかった。Deniseらの報告によると低栄養や筋力低下の著しいサルコペニア様の変化は上気道を中心とした嚥下筋にも認められるとあり、今回の症例にもそのような病態が合併していたと考えられた。今後は適切な栄養評価と、病態に合ったリハビリ量の検討が課題と思われた。

発表： 第17・18回共催 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会
ロイトン札幌

当院における経管栄養から経口摂取移行への検討

医療法人 愛生会 上飯田リハビリテーション病院

天神 豊、中島 悠都、小林 麻美
今井 千代栄、伊東 慶一、小竹 伴照

【はじめに】 当院は回復期リハビリテーション病院で、脳卒中後の経管栄養患者を多く受け入れ、積極的に嚥下訓練を実施している。今回、経管栄養から経口摂取移行への要因を検討したので報告する。**【対象・方法】** H21年4月～H24年1月の間に入院された脳卒中後の経管栄養患者24名を対象とした。入院中に3食経口となった患者をA群、退院までに経口に至らなかった患者をB群に分類し、調査項目は年齢、原因疾患、1日平均総単位数、意識障害はJCS、嚥下障害重症度は摂食・嚥下障害臨床的重症度分類（以下DSS）を用いて評価した。全身状態改善を見る為にFIMを用いて入院時と退院時を比較した。嚥下機能はRSST、嚥下期を入院時と退院時で比較した。**【結果】** A群14名、B群10名、平均年齢A群74.8歳、B群76.3歳であった。原因疾患はA群脳梗塞7名、脳出血6名、クモ膜下出血1名、B群脳梗塞1名、脳出血5名、クモ膜下出血1名、その他3名であった。平均単位数はA群7.47、B群6.31であった。意識障害はA群で初回評価時に比べ改善する症例が多かった。DSSはA群で3：2名、4：3名、5：5名、6：4名、B群は2：3：ともに1名、4：5名、5：3名で、23名は直接訓練適応とした。FIM入院時平均はA群27.4点、B群22.6点（有意差なし）、退院時平均はA群47.2点、B群27.9点（ $P < 0.05$ ）であった。嚥下機能はRSSTが入院時A群0.79、B群0.2であり、嚥下期は両群共に先行期～咽頭期障害が認められた。退院時ではRSSTがA群1.29であり、嚥下期はA群で先行期障害が軽快する症例が多かったが、B群では嚥下機能は入院時とあまり変化が見られなかった。**【考察】** 経口摂取移行への要因は、意識や意欲など先行期障害によって左右されると示唆された。また、リハビリ効果が得られた事で全身状態の改善に至ったと考えられた。

発表： 第17・18回共催 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会
ロイトン札幌

回復期リハビリテーション病棟退院後の在宅脳卒中患者における
性格分類による FIM 経過と障害受容の評価について

愛生居宅介護支援事業所 今枝 敬典

I. 研究目的

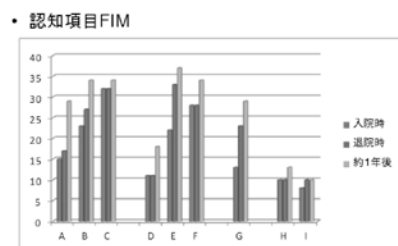
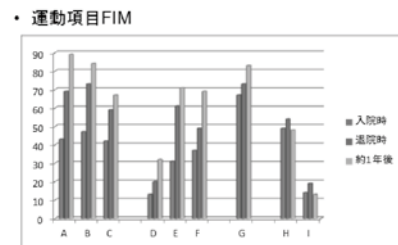
回復期リハビリテーション病院を退院した対象者が、ADL や対象者自らの現状の捉えた方がどのように変わっていくのかの傾向を明らかにする。

II. 研究方法

1. 対象者：対象は上飯田リハビリテーション病院を退院し、筆者が介護支援専門員として担当した対症者9名（A氏～I氏）。対象者の年齢は60歳代から80歳代。原因疾患は脳梗塞、クモ膜下出血、脳出血である。
2. 調査期間とデータ収集方法：2011年7月～2011年11月
 - a) 当院入院時 FIM、退院時 FIM、退院後約1年後の FIM の比較。
 - b) 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにより半構造化面接。

III. 結果

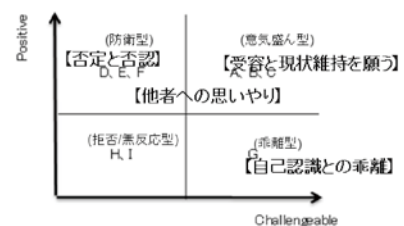
- a) FIM の比較は右図の通り
- b) Positive と Challengeable のマトリックに性格分類し、それぞれ『意気盛ん型』『防衛型』『乖離型』『拒否/反応型』と名付けた。また、逐語録から生成したコードにより、【否定と否認】、【自己認識との乖離】、【他者への思いやり】、【再獲得したADL】の4つのカテゴリーを生成した。



IV. 研究結果

- ・性格タイプによる分類では、『拒否/無反応』タイプのADLの向上が見られなかったが、ADL向上があった他の性格タイプでは優位差は見られなかった。
- ・Positive で Challengeable な人の方が、障がい受容に近づく傾向があった。

カテゴリ相互の関係



V. 考察および結論

ケースマネジメントサイクルの intake、Assessment、Planning、Intervention、Monitoring、Evaluation、Termination のうちの、Evaluation(評価)として、脳卒中患者において、回復期から維持期において共通言語として FIM を使い、こころの回復として脳卒中患者の“語り(narrative)”を加味した。この評価を用いて、患者・利用者のモチベーションの維持・支援に繋げていきたい。また、3年後、5年後の継続的評価も取り組んでいきたい。

発表 日本ケアマネジメント学会第11回研究大会 広島国際会議場 2012.7.15

参考文献

- 1) 木下 康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い 弘文堂 2003年

学会発表（抄録）及び院外活動等

窪田 智行（総合上飯田第一病院 乳腺外科）

- ・愛知マンモグラフィ講習会（平成24年1月14日—1月15日）講師（窪田智行 医師）
US 従事者のためのマンモグラフィ講習会（平成24年1月28日—1月29日）講師（窪田智行 医師）
- ・第21回 乳癌画像研究会（平成24年2月4日—2月5日）発表「乳腺神経鞘腫の1例」（雄谷純子 医師）、座長 シンポジウム「背景乳腺を意識した画像診断—硬化性病変を背景にした乳癌の診断から治療まで—」（窪田智行 医師）
- ・北海道マンモグラフィ講習会（平成24年3月17日—3月18日）講師（窪田智行 医師）
- ・マンモグラフィ指導者研修会（平成24年5月19日—5月20日）講師（窪田智行 医師）
- ・精度中央管理委員会マンモグラフィ講習会（平成24年6月9日—6月10日）講師（窪田智行 医師）
- ・第20回 日本乳癌学会学術総会（平成24年6月28日—6月30日）発表「乳腺ダイナミックCTにおける超早期相撮影の検討」（窪田智行 医師）、「当院における外来化学療法室の現状と問題点」（佐々木英二 医師）、「乳房超音波検査で境界明瞭平滑かつ円形の形状を呈した充実性腫瘤の検討」（雄谷純子 医師）、「乳癌患者会の発足に向けての試み」（高城依子 MSW）
- ・第9回 With You Hokkaidou（平成24年8月18日）講師（窪田智行 医師）
マンモグラフィ更新講習会（平成24年8月25日—8月26日）講師（窪田智行 医師）
- ・第9回 日本乳癌学会中部地方会（平成24年9月8日—9月9日）発表「医師主導の患者会の取り組み—With you Nagoya の立ち上げを通して—」（窪田智行 医師）、座長「画像」（窪田智行 医師）
- ・群馬マンモグラフィ講習会（平成24年9月22日—9月23日）講師（窪田智行 医師）
- ・第8回 With You Kansai（平成24年9月30日）講師（窪田智行 医師）
- ・第11回 With You Tokyo（平成24年10月28日）講師（窪田智行 医師）
- ・朝日生命「乳がんセミナー」（平成24年10月30日）講演（窪田智行 医師）
- ・第2回 With You Nagoya（平成24年11月3日）運営（窪田智行 医師および当院乳腺チーム）
- ・第22回 日本乳癌検診学会学術総会（平成24年11月9日—11月10日）発表「検診発見乳癌の検討」（窪田智行 医師）、「ステレオガイド下マンモトーム生検後の経過観察中に癌と診断された3症例」（雄谷純子 医師）、「ステレオガイド下マンモトーム生検における検査時間の検討」（小川絵莉子 レントゲン技師）
- ・第74回 日本臨床外科総会（平成24年11月29日—12月1日）発表「乳癌患者会を通してのチーム医療」（窪田智行 医師）
- ・第1回 With You Touhoku（平成24年12月2日）講師（窪田智行 医師）