

Aiseikai Healthcare Corporation

社会医療法人 愛生会

2023年 紀要



愛生会シンボルマーク「あいちゃん」

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
愛生居宅介護支援事業所
愛生訪問看護ステーション平安通
愛生複合型サービスセンター平安通
こもれびの家平安通
愛生複合型サービスセンター辻本通
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、「つながり・支え合い」の心を大切にします
- ・私たちは、「職員とその家族の健康」を大切にします



ごあいさつ

今年も社会医療法人愛生会として紀要を発行できたことをご報告します。

長かったコロナ禍を経て、世間は今まで通りとなってきました。当法人も感染対策を行いつつ、以前を取り戻すべく努力しています。

さて、昨年5月の5類相当への転換から徐々に社会が動き出し、今年のゴールデンウィークはほぼ従来通りとなっています。円安の影響もあってか、多くの観光客が外国から来ています。飲食業や観光業で多くの雇用が発生し、社会全体で労働者不足となっています。労働者不足は医療業界においてはさらに深刻でコロナ禍でいなくなった人材は戻っていません。看護師不足で病棟を閉鎖している病院の話も聞こえてきます。加えて、円安により、光熱費、材料費の高騰が生じ、医療をとりまく環境は一層厳しいものになってきています。

“人材確保”と“採算性の維持”、この二つが大きな課題となっていることはどこの医療機関においても同じであると感じています。この厳しい状況下で生き抜くにはいかに職員を確保できるかにかかっています。人材確保は医療機関同士の争いではありません。労働者不足は医療・介護全体に生じています。医療・介護はほかの業種と比べて、人が必要です。医療界全体が一丸となって他の業種から人を引っ張れるような魅力ある職場にすることが必要であると思います。2024年の診療報酬改定により、給与報酬がアップし、人材の漏出を多少防げることは出来るようになるのかもしれませんが、病院の採算性という面ではマイナス面も存在します。医療費自体の適正化を再度検討していく時期なのかもしれません。

このように医療を取り巻く環境が大変厳しい時期に、社会医療法人愛生会は2024年に大きな転換期を迎えなければなりません。2018年頃から計画されていた第一病院の外來棟の建て替えです。耐震性能が悪く、建て替えが必要だと言われてきましたが、オリンピック等の影響を考慮し、2度延期をしました。しかし、いつまでも延ばせるわけでもなく、決断せざるを得ない状況になり、今回の決定となりました。かなりの建築費の高騰が予想されますが、法人全体で成し遂げていく予定です。2025年度末より、着工し、すべてが完成するのが2028年になる予定です。

もちろん当法人が生き残っていくことは必要ですが、医療業界全体が魅力ある業種になるべく、創意、工夫し、地域医療のために邁進していくことが必要だと思います。

令和6年5月

理事長 山口 洋介

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・各科データ | |
| 27 | 診療科概要 | |
| | 消化器内科 消化器センター・内視鏡センター | 27 |
| | 消化器外科 | 27 |
| | 腎臓内科・腎センター | 28 |
| | 循環器内科 | 28 |
| | 脳神経内科 | 29 |
| | 糖尿病内科 | 29 |
| | 総合診療科 | 30 |
| | 緩和ケア外科 | 30 |
| | 甲状腺・内分泌センター | 31 |
| | 乳腺外科・乳腺センター | 31 |
| | 整形外科・人工関節センター スポーツ・関節鏡センター | |
| | 脊椎・脊髄センター | 32 |
| | 皮膚科 | 32 |
| | 泌尿器科 | 33 |
| | 脳神経外科 | 33 |
| | 産婦人科 | 34 |
| | 眼科 | 34 |
| | 麻酔科 | 35 |
| | 物忘れ評価外来(老年精神科) | 35 |
| | 地域包括サポートセンター | 36 |
| | 健診センター | 36 |
| | 看護部 | 37 |
| | リハビリテーション科 | 37 |
| | 栄養科 | 38 |
| | 臨床検査部 | 38 |
| | 放射線科 | 39 |
| | 薬剤部 | 39 |
| | 臨床工学科 | 40 |
| 42 | 専門医資格一覧 | |
| 44 | 病診連携医療機関一覧表 | |
| 46 | 地域連携医療機関一覧表 | |
| 48 | 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 |
| 54 | 専門医資格一覧 | |

上飯田クリニック

| | | |
|----|----------|----|
| 56 | 概要 | |
| | 上飯田クリニック | 56 |
| | 看護部 | 57 |
| 57 | 専門医資格一覧 | |

介護福祉事業部

| | |
|----|------------------|
| 60 | 愛生訪問看護ステーション |
| 60 | あいせいケアステーション |
| 61 | 愛生居宅介護支援事業所 |
| 61 | 愛生訪問看護ステーション平安通 |
| 62 | 愛生複合型サービスセンター平安通 |
| 62 | こもれびの家平安通 |
| 63 | 愛生複合型サービスセンター辻本通 |

愛生会看護専門学校

| | |
|----|----|
| 66 | 概要 |
|----|----|

各種活動

| | |
|----|--------|
| 68 | 各科研究活動 |
| 74 | 地域貢献活動 |
| 77 | 委員会活動 |

論文・抄録

| | |
|----|-------|
| 90 | 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 上飯田第一医院開設(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 上飯田第一医院看護婦寮(鉄筋4階)完成 | |
| 昭和37年 | 3月 上飯田第一医院本館(鉄筋3階)完成(106床) |  <small>昭和22年頃(法人設立前の診療所)</small> |
| 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医院として新築移転開設(125床) |  <small>昭和26年頃</small> |
| 昭和43年 | 3月 名古屋市北区上飯田北町に上飯田第一医院新病棟開設(211床) | |
| | 8月 楠第一医院5、6階増築完成(245床) |  <small>昭和37年頃</small> |
| 昭和48年 | 11月 上飯田第一医院(鉄筋7階)新築移転(205床) | |
| 昭和49年 | 3月 旧上飯田第一医院を改築し人工透析部(20床)を設置 | |
| 昭和50年 | 8月 楠第一医院を医療法人楠会として分離 |  <small>昭和48年頃</small> |
| 昭和53年 | 3月 上飯田第一医院職員单身寮若草苑新築(鉄筋4階) | |
| 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医院附属上飯田クリニックとして分離し開設(19床) | |
| | 4月 上飯田第一医院増床(225床) | |
| | 4月 名古屋市北区五反田町に愛生会看護専門学校を開校 | |
| | 7月 上飯田第二病院増床(100床) | |
| 平成2年 | 4月 名古屋市北区五反田町に社会福祉法人愛生福祉会特別養護老人ホーム愛生苑開設(定員100名) | |
| | 5月 上飯田第一医院増改築完成 | |
| | 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 上飯田第一医院を総合上飯田第一医院に名称変更 | |
| 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 総合上飯田第一医院新病棟(南館入院棟)完成(225床) |  <small>平成13年</small> |
| 平成14年 | 6月 上飯田第二病院を回復期リハビリテーション病棟へ移行(全床回復期リハビリテーション90床) | |
| | 12月 総合上飯田第一医院北館(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医院内から上飯田通沿いのCKビルに移転再開 | |
| | 6月 総合上飯田第一医院から医療法人愛生会総合上飯田第一医院に名称変更 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>) | |
| | 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 | |
| | 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 |  |
| | 1月 | 院内託児所を現在の場所に移転 | |
| 平成23年 | 1月 | 名古屋市北区東部地域包括支援センターから 名古屋市北区東部いきいき支援センターに名称変更 | 平成22年 |
| | 2月 | 医療法人愛生会総合上飯田第一病院 財団法人日本医療機能評価機構 認定更新 (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 |  |
| | 7月 | 医療法人愛生会総合上飯田第一病院南館(入院棟)に腎センター開設 | |
| | 9月 | 医療法人愛生会上飯田リハビリテーション病院 増床(98床) 医療法人愛生会上飯田クリニック 病床数変更(11床) | |
| 平成25年 | 1月 | 医療法人愛生会総合上飯田第一病院南館(入院棟)増床(230床) 医療法人愛生会上飯田クリニック 病床数変更(6床) | 平成24年 |
| | 3月 | 医療法人愛生会総合上飯田第一病院北館(外来棟)に内視鏡センター開設 医療法人愛生会総合上飯田第一病院北館(外来棟)に乳腺センター開設 | |
| | 6月 | 名古屋市北区東部いきいき支援センター閉鎖 | |
| | 7月 | 名古屋市北区辻本通にあいせいデイサービスセンター新築移転 | |
| 平成26年 | 4月 | 社会医療法人に移行 | |
| | 10月 | 社会医療法人愛生会総合上飯田第一病院南館(入院棟)に地域包括ケア病棟開設 (一般192床、地域包括ケア38床) | |
| | 10月 | 名古屋市北区上飯田通にあいせいケアステーション開設 | |
| | 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31年 | 2月 | 社会医療法人愛生会が健康経営優良法人(ホワイト500)の認定を受ける | |
| 令和1年 | 12月 | 社会医療法人愛生会総合上飯田第一病院南館(入院棟)の地域包括ケア病棟増設 (一般148床、地域包括ケア88床) 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.2.0>) | |
| 令和2年 | 4月 | 名古屋市北区東大曾根町にあいせいケアステーションを移転 名古屋市北区東大曾根町に愛生訪問看護ステーション平安通開設 名古屋市北区東大曾根町に愛生複合型サービスセンター平安通開設 名古屋市北区東大曾根町にこもれびの家平安通開設 | |
| 令和4年 | 6月 | あいせいデイサービスセンター閉鎖 | |
| | 10月 | 名古屋市北区辻本通に愛生複合型サービスセンター辻本通開設 | |
| | 10月 | 社会医療法人愛生会総合上飯田第一病院に回復期リハビリテーション病棟開設 236床(一般148床、地域包括ケア48床、回復期リハビリ40床) | |
| 令和5年 | 3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.2.0>) | |

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

(2023年12月1日現在)

開設者

社会医療法人 愛生会

- 理事長 山口 洋介
- 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
- 電話番号 052-914-7071
- ホームページアドレス <https://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 良田 洋昇
- 郵便番号 462-0802
- 所在地 名古屋市北区上飯田北町2丁目70番地
- 電話番号 052-991-3111
- ホームページアドレス <https://www.kamiida-hp.jp>
- 職員数 792名
(常勤医師52名、看護師251名、准看護師6名、
薬剤師13名、診療放射線技師15名、
臨床検査技師20名、臨床工学技士10名、
管理栄養士9名、歯科衛生士2名、理学療法士31名、
作業療法士20名、言語聴覚士4名)
- 届出病床数 急性期病棟：148床
地域包括ケア病棟：48床
回復期リハビリテーション病棟：40床
- DPC 医療機関群の種類 DPC 標準病院群
- 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、脳神経内科、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、放射線科、麻酔科、
形成外科
- 特殊診療 総合診療科
血管外科
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
消化器センター
人工関節・関節鏡センター
脊椎・脊髄センター
腎センター
緩和ケアセンター
ワクチン外来
ペインクリニック外来
緩和ケア相談外来
乳房形成外来
スポーツ外来
物忘れ評価外来
認知症評価外来
腫瘍外来
脊椎外来
骨粗鬆症評価外来
母乳・育児相談外来

●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:Ver2.0>）
 救急病院指定
 指定自立支援医療機関（更生医療）
 指定小児慢性特定疾病医療機関

●医師の専門性に関する資格の種類

| | |
|---------------|---|
| 整形外科専門医 | 4 |
| 皮膚科専門医 | 1 |
| 麻酔科専門医 | 4 |
| 眼科専門医 | 3 |
| 産婦人科専門医 | 1 |
| 泌尿器科専門医 | 1 |
| 形成外科専門医 | 2 |
| 総合内科専門医 | 7 |
| 外科専門医 | 8 |
| 肝臓専門医 | 1 |
| 循環器専門医 | 2 |
| 消化器病専門医 | 3 |
| 腎臓専門医 | 2 |
| 小児科専門医 | 1 |
| 消化器外科専門医 | 3 |
| 透析専門医 | 1 |
| 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 |
| 熱傷専門医 | 1 |
| 一般病院連携精神医学専門医 | 1 |
| 精神科専門医 | 1 |

●施設基準

基本診療料の施設基準

* 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1）
 * 総合入院体制加算3
 * 救急医療管理加算
 * 診療録管理体制加算1
 * 医師事務作業補助体制加算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）
 （夜間100対1急性期看護補助体制加算、夜間看護体制加算）
 * 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）
 * 緩和ケア診療加算
 * 栄養サポートチーム加算
 * 医療安全対策加算1（医療安全対策地域連携加算1）
 * 感染対策向上加算1（指導強化加算）
 * 患者サポート体制充実加算
 * 後発医薬品使用体制加算1
 * 病棟薬剤業務実施加算1
 * データ提出加算2（200床以上）
 * 入退院支援加算1（地域連携診療計画加算、総合機能評価加算）
 * 認知症ケア加算1
 * せん妄ハイリスク患者ケア加算
 * 排尿自立支援加算
 * 地域医療体制確保加算
 * 地域包括ケア病棟入院料2（看護職員配置加算、看護職員夜間配置加算、看護補助者配置加算）
 * 回復期リハビリテーション入院料3
 * 看護職員処遇改善評価料53

総合上飯田第一病院

上飯田
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

特掲診療料の施設基準

- * 糖尿病合併症管理料
- * がん性疼痛緩和指導管理料
- * がん患者指導管理料 イ
- * がん患者指導管理料 ロ
- * がん患者指導管理料 ニ
- * 外来緩和ケア管理料
- * 糖尿病透析予防指導管理料 (高度腎機能障害患者指導加算)
- * 小児運動器疾患指導管理料
- * 婦人科特定疾患治療管理料
- * 二次性骨折予防継続管理料1
- * 二次性骨折予防継続管理料2
- * 二次性骨折予防継続管理料3
- * 院内トリアージ実施料
- * 夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算2
- * 外来腫瘍化学療法診察料1
- * 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
- * 外来排尿自立指導料
- * 薬剤管理指導料
- * 医療機器安全管理料1
- * 持続血糖測定器加算
(間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合)
- * 持続血糖測定器加算
(間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合)
- * BRCA1/2遺伝子検査
- * HPV 核酸検出及び HPV 核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定)
- * 検体検査管理加算 (I) (IV)
- * ヘッドアップティルト試験
- * 皮下連続式グルコース測定
- * 全視野精密網膜電図
- * ロービジョン検査判断料
- * 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
- * CT 撮影及び MRI 撮影
- * 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
- * エタノールの局所注入 (甲状腺)
- * エタノールの局所注入 (副甲状腺)
- * 人工腎臓
- * 導入期加算1
- * 透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算
- * 周術期栄養管理実施加算
- * 組織拡張器による再建手術 (一連につき)(乳房(再建手術)の場合に限る。)(一次再建、二次再建)
- * 緊急整復固定加算及び緊急挿入加算
- * 骨移植術 (軟骨移植術を含む) 自家培養軟骨移植術
- * 椎間板内酵素注入療法
- * 緑内障手術 (流出路再建術 (眼内法))
- * 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))
- * 緑内障手術 (水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術)
- * 緑内障手術 (濾過胞再建術 (needle 法))
- * 網膜再建術
- * 乳がんセンチネルリンパ節加算2及びセンチネルリンパ生検 (単独)
- * ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術 (乳房切除後)(一次一次的再建、一次二次的再建)
- * ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術
- * 胃瘻造設術 (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 II
- * 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(Ⅰ)

| | |
|---------------|--------|
| *DPC 病院医療機関係数 | |
| 基礎係数 | 1.0395 |
| 機能評価係数Ⅰ | 0.3864 |
| 機能評価係数Ⅱ | 0.1028 |

実施している先進医療

- *多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術

●主な設備

| | |
|-------------------------|--------------------|
| 3テスラ MRI 装置 | 超音波破砕吸引装置 |
| 128チャンネルマルチスライス CT | カプセル内視鏡システム大腸 |
| 80チャンネルマルチスライス CT | カプセル内視鏡システム小腸 |
| 骨密度測定装置 | 経鼻(細径)内視鏡 |
| 血管連続撮影装置 | 超音波内視鏡 |
| X線 TV 装置 | NBI 内視鏡 |
| ポータブル X 線撮影装置 | 拡大内視鏡 |
| 外科用 X 線撮影装置(Cアーム) | 内視鏡用炭酸ガス送気装置 |
| デジタルレントゲン撮影装置 | レーザー光凝固装置 |
| 遺伝子増幅検出装置 | 硝子体手術装置 |
| 生化学自動分析装置 | 白内障手術装置 |
| 血液ガス分析装置 | 光干渉断層計 |
| 超音波診断装置 | 走査型レーザー検眼鏡 |
| 超音波診断装置(4D) | 光力学装置 |
| 簡易型睡眠時無呼吸検査装置 | 多用途透析監視装置 |
| 免疫自動分析装置 | 生体情報モニター |
| 肺機能検査機器 | トレッドミル |
| 脳波計 | 反重力トレッドミル(アルター・ジー) |
| 筋電図・誘発電位検査装置 | エルゴメーター |
| 心電計 | 自動間欠牽引装置 |
| 血管機能検査装置 | 電気刺激装置 |
| ホルター心電図 | パワープレート |
| 全自動総合血液学分析装置 | CPM |
| 血液型分析装置 | 関節鏡システム |
| 乳房 X 線撮影装置(デジタルマンモグラフィ) | 体外衝撃波疼痛治療装置 |
| 乳癌診断装置(マンモトーム) | 手術用顕微鏡(眼科・脳外) |
| 乳腺バイオプシー装置 | 全身麻酔装置 |
| 頭皮冷却装置 | 筋弛緩モニター |
| アレキサンドライトレーザー | 電気メス |
| ルビーレーザー | キューサー |
| 画像伝送システム | 輸液ポンプ |
| 手術室透視装置 | 輸血ポンプ |
| 人工呼吸管理装置 | シリンジポンプ |
| 全病室医療配管設備 | 低圧持続吸引機 |
| 腹腔鏡下手術装置 | 自動体外式除細動器(AED) |

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

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 水野 正昇
- 郵便番号 462-0802
- 所在地 名古屋市北区上飯田北町3丁目57番地
- 電話番号 052-916-3681
- ホームページアドレス <https://kami2-hp.jp>
- 電子メールアドレス kami2@kamiiida-hp.jp
- 職員数 196名
(常勤医師6名、看護師50名、准看護師5名、介護士25名、薬剤師2名、診療放射線技師1名、管理栄養士2名、理学療法士35名、作業療法士29名、言語聴覚士11名、社会福祉士4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
基本診療料の施設基準
 - 回復期リハビリテーション病棟入院料1(体制強化加算1)
 - 患者サポート体制充実加算
 - 認知症ケア加算2
 - 入退院支援加算1(地域連携診療計画加算)(入退院支援加算)(入院時支援加算)
 - 入院時食事療養費(Ⅰ)
 - 診療録管理体制加算1
 - データ提出加算2 □(200床未満)
 - 医療安全対策加算2
- 特掲診療料の施設基準
 - 電子的診療情報評価料
 - 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)
 - 在宅時医学総合管理料
 - 二次性骨折予防継続管理料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
 - 労災保険指定医療機関
 - 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.2.0)
 - 日本リハビリテーション医学会研修施設
- 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 | 1 |
| 整形外科専門医 | 2 |
| 神経内科専門医 | 1 |
| 回復期リハビリテーション病棟専従医師 | 6 |
- 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
 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
 サービス提供体制加算
 ベースアップ等支援加算
 科学的介護推進体制加算
 事業所評価加算
 生活保護指定
 口腔栄養スクリーニング加算

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

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 三浦 直人
- 郵便番号 462-0802
- 所在地 名古屋市北区上飯田北町1丁目76番地
- 電話番号 052-914-3387
- ホームページアドレス <https://www.aiseikai-hc.or.jp/clinic/>
- 職員数 常勤20名 非常勤35名
- 標榜科目 内科、外科、泌尿器科
- 施設基準 時間外対応加算1
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）
人工腎臓
導入期加算1
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算
下肢末梢動脈疾患指導管理加算
酸素の購入単価
- 保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類
保険医療機関
労災保険指定医療機関
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

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

介護福祉事業部

➤ 愛生訪問看護ステーション

| | |
|-------------|--|
| ●管理者 | 水谷 千奈美 |
| ●郵便番号 | 462-0802 |
| ●所在地 | 名古屋市北区上飯田北町2丁目70番地 |
| ●電話番号 | 052-991-3210 |
| ●ホームページアドレス | https://www.aiseikai-hc.or.jp/vn-st/ |
| ●職員数 | 13名 |
| ●介護サービスの種類 | 訪問看護 介護予防訪問看護 |
| ●介護保険事業所番号 | 2360390013 |
| ●体制、加算他 | 24時間対応体制加算 緊急時加算 特別管理加算Ⅰ・Ⅱ サービス提供体制強化加算Ⅰ-1 ターミナルケア加算（看取り介護体制） 退院時共同指導加算 生活保護指定 |

➤ あいせいケアステーション

| | |
|-------------|---|
| ●管理者 | 船場 良介 |
| ●郵便番号 | 462-0823 |
| ●所在地 | 名古屋市北区東大曾根町上1丁目828番地 |
| ●電話番号 | 052-991-3152 |
| ●ホームページアドレス | https://www.aiseikai-hc.or.jp/vc-st/ |
| ●職員数 | 10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） 総合事業（予防専門型） 総合事業（生活支援型） 自費サービス 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 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ 介護職員等ベースアップ等支援加算 生活保護指定 登録喀痰吸引等事業所（登録特定行為事業所）（介護保険サービス） 登録喀痰吸引等事業所（登録特定行為事業所）（障害福祉サービス） |

➤ 愛生居宅介護支援事業所

| | |
|-------------|---|
| ●管理者 | 今枝 敬典 |
| ●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 | https://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 |

➤ 愛生訪問看護ステーション平安通

| | |
|-------------|---|
| ●管理者 | 石原 友美 |
| ●郵便番号 | 462-0823 |
| ●所在地 | 名古屋市北区東大曾根町上1丁目828番地 |
| ●電話番号 | 052-908-8550 |
| ●ホームページアドレス | https://www.aiseikai-hc.or.jp/houmon/ |
| ●職員数 | 12名 |
| ●介護サービスの種類 | 訪問看護 介護予防訪問看護 |
| ●介護保険事業者番号 | 2360390427 |

- 体制、加算他
 - 24時間対応体制加算
 - 緊急時加算
 - 特別管理加算Ⅰ・Ⅱ
 - ターミナルケア加算（看取り体制）
 - 退院時共同指導加算
 - 生活保護指定
 - 指定自立支援医療機関：精神通院医療
 - 指定医療機関：指定難病

➤ 愛生複合型サービスセンター平安通

- 管理者 縄田 文子
- 郵便番号 462-0823
- 所在地 名古屋市北区東大曾根町上1丁目828番地
- 電話番号 052-908-5011
- ホームページアドレス <https://www.aiseikai-hc.or.jp/fukugo/>
- 職員数 17名
- 介護サービスの種類 看護小規模多機能型居宅介護
- 介護保険事業者番号 2390300388
- 体制、加算他
 - 認知症加算Ⅰ・Ⅱ
 - 特別管理加算Ⅰ・Ⅱ
 - ターミナルケア加算
 - 訪問体制強化加算
 - 口腔・栄養スクリーニング加算
 - 栄養アセスメント加算
 - 栄養改善加算
 - 科学的介護推進体制加算
 - 介護職員等処遇改善加算・特別処遇改善加算・ベースアップ等支援加算
 - 緊急時訪問看護加算
 - 総合マネジメント体制強化加算
 - 退院時共同指導加算
 - サービス提供体制強化加算

➤ こもれびの家平安通

- 管理者 桑村 信子
- 郵便番号 462-0823
- 所在地 名古屋市北区東大曾根町上1丁目828番地
- 電話番号 052-908-1355
- ホームページアドレス <https://www.aiseikai-hc.or.jp/komorebi/>
- 職員数 16名
- 介護サービスの種類 住宅型有料老人ホーム

➤ 愛生複合型サービスセンター辻本通

- 管理者 瀧瀬 悠
- 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 052-938-7871
- ホームページアドレス https://www.aiseikai-hc.or.jp/fukugo_tsujihon/
- 職員数 13名
- 介護サービスの種類 看護小規模多機能型居宅介護
- 介護保険事業者番号 2390300453
- 体制、加算他
 - 看護体制強化加算Ⅰ
 - 認知症加算Ⅰ・Ⅱ
 - 特別管理加算Ⅰ・Ⅱ
 - ターミナルケア加算
 - サービス提供体制強化加算
 - 栄養アセスメント加算
 - 栄養改善加算
 - 科学的介護推進体制加算
 - 介護職員等処遇改善加算・特別処遇改善加算・ベースアップ等支援加算
 - 緊急時訪問看護加算
 - 総合マネジメント体制強化加算
 - 退院時共同指導加算
 - 口腔・栄養スクリーニング加算

看護学校

➤ 愛生会看護専門学校

- 校長 小澤 正敏
- 郵便番号 462-0011
- 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 <https://www.aiseikai-hc.or.jp/ai-kango/>
- 職員数 15名

総合上飯田第一病院

上飯田
リハビリテーション
シオン病院

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 2023年1月～2023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 | 2021年 | 2022年 | 2023年 |
|-----------|---------|---------|---------|
| 延べ外来患者延数 | 138,588 | 139,335 | 132,713 |
| 一日平均外来患者数 | 468.2 | 475.5 | 475.7 |
| 平均在院日数 | 13.78 | 12.88 | 13.26 |
| 延べ入院患者延数 | 68,327 | 67,436 | 71,134 |
| 一日平均入院患者数 | 192.6 | 184.8 | 194.9 |

▶ 紹介患者数・逆紹介患者数

| 項目 | 2021年 | 2022年 | 2023年 |
|--------|-------|-------|-------|
| 紹介患者数 | 4,811 | 3,677 | 5,326 |
| 逆紹介患者数 | 7,226 | 5,727 | 7,958 |

▶ 救急車

| 項目 | 2021年 | 2022年 | 2023年 |
|-------------|-------|-------|-------|
| 時間内救急車搬送患者数 | 901 | 1,015 | 1,055 |
| 時間外救急車搬送患者数 | 1,572 | 2,090 | 2,377 |
| 総件数 | 2,473 | 3,105 | 3,432 |

▶ 手術件数

| 診療科 | 2021年 | 2022年 | 2023年 |
|----------|-------|-------|-------|
| 全身麻酔手術件数 | 1,497 | 1,640 | 1,597 |
| 総件数 | 3,413 | 3,608 | 3,589 |

▶ 分娩数

| 診療科 | 2021年 | 2022年 | 2023年 |
|------|-------|-------|-------|
| 正常分娩 | 2 | 0 | 0 |
| 帝王切開 | 1 | 0 | 0 |
| 総件数 | 3 | 0 | 0 |

病歴管理室 2023年1月～2023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 | 総計 | 一般内科 | 腎臓内科 | 循環器科 | 消化器内科 | 糖尿病・内分泌科 | 脳神経内科 | 総合診療科 | 消化器一者外科 | 血管外科 | 整形外科 | 呼吸器科 | 乳腺外科 | 形成外科 | 皮膚科 | 脳神経外科 | 泌尿器科 | 麻酔科 | 耳鼻咽喉科 | 産婦人科 | 小児科 | 眼科 | 整形外科 | 老年病科 | |
|----------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|----------------|-------------|-------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 総計 | 男 82 女 81 計 163 | 5 4 9 | 6 2 8 | 2 2 4 | 7 6 13 | 2 3 5 | 3 4 7 | 13 21 34 | 3 3 6 | - - - | 38 29 67 | - - - | - 2 2 | - - - | - - - | 1 2 3 | 1 - 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 1 3 4 | - - - |
| I 感染症および寄生虫症 | 男 5 女 4 計 9 | - 1 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 4 1 5 | 1 - 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - 1 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - 1 1 | - - - |
| I 新生物 (ICD-O48) | 男 36 女 32 計 68 | - - - | - - - | - - - | 1 1 2 | - - - | - - - | - 1 1 | 1 2 3 | - - - | 34 26 60 | - - - | 2 - 2 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| II 循環器疾患 | 男 1 女 2 計 3 | - - - | - - - | - - - | - 1 1 | - - - | - - - | 1 1 2 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| III 内分泌、栄養および代謝疾患 | 男 - 女 6 計 6 | - - - | - - - | - - - | - 1 1 | - 3 3 | - - - | - - - | - - - | - 2 2 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| IV 精神および行動の障害 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| V 神経系の疾患 | 男 1 女 1 計 2 | - 1 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| VI 眼および付属器の疾患 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| VII 耳および乳突突起の疾患 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| VIII 呼吸器系の疾患 | 男 6 女 9 計 15 | - - - | - - - | 2 1 3 | - - - | - - - | 1 2 3 | 1 5 6 | - 1 3 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| IX 呼吸器系の疾患 | 男 25 女 12 計 37 | 3 1 4 | 5 1 6 | 5 1 6 | 2 - 2 | 2 - 2 | 6 1 7 | 6 1 7 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 1 - 1 | 1 - 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - 1 1 |
| X 消化器系の疾患 | 男 4 女 3 計 7 | 1 - 1 | - - - | - - - | 1 3 4 | - - - | - - - | - - - | - - - | 1 - 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - 1 1 |
| XI 皮膚および皮下組織の疾患 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| XII 骨・軟骨および結合組織の疾患 | 男 1 女 1 計 2 | - - - | 1 - 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| XIII 腎臓・生殖器系の疾患 | 男 1 女 3 計 4 | - 1 1 | 1 - 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - 2 2 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| XIV 妊娠、分娩および産後の疾患 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| XV 先天性異常および染色体異常 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| XVI 妊娠、分娩および産後の疾患 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| XVII 先天奇形、変形および染色体異常 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| XVIII 妊娠、分娩および産後の疾患 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| XIX 妊娠、分娩および産後の疾患 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| XXI 妊娠、分娩および産後の疾患 | 男 2 女 2 計 4 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - 1 1 |
| XXII 妊娠、分娩および産後の疾患 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |
| XXIII 特別目的用コード | 男 2 女 6 計 8 | 1 1 2 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 1 4 5 | 1 - 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - |

総合上飯田第一病院

上飯田
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

▶ 疾病 (ICD 大分類) 別・診療科別・性別 退院患者数

| ICD 大分類 | 総計 | 一般 内科 | 腎臓 内科 | 循環器 科 | 消化器 内科 | 糖尿病・ 内分泌 内科 | 脳神経 内科 | 総合 診療科 | 消化器・ 一般 外科 | 血管 外科 | 泌尿器 科 | 呼吸器 科 | 乳腺 外科 | 形成 外科 | 皮膚 科 | 脳神経 外科 | 泌尿器 科 | 麻酔 科 | 耳鼻咽 頭科 | 産婦人 科 | 小児科 | 眼科 | 整形外科 | 老年 精神科 |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------|----------------|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------|-------------------|-------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-------------|---------------|----------------|----------------|---------------------|---------------------|-------------|
| 総計 | 男 2,251 女 3,119 計 5,370 | 57 75 132 | 110 107 217 | 29 38 67 | 248 264 512 | 48 42 90 | 91 84 175 | 108 142 250 | 186 127 313 | - - - | 59 53 112 | 25 127 152 | 2 425 427 | 25 49 74 | - - - | 54 47 101 | 79 25 104 | - - - | - - - | 37 37 74 | 21 25 46 | 630 563 1,193 | 479 889 1,368 | - - - |
| I 感染症および 寄生虫症 | 男 57 女 69 計 126 | 8 4 12 | 3 3 6 | - 1 1 | 23 30 53 | 2 1 3 | - 2 2 | 17 19 36 | 2 3 5 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - 2 2 | - 2 2 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - 2 4 | 2 2 - | - - |
| 1 新生物 (C00-D48) | 男 242 女 715 計 957 | - - - | - - - | - - - | 33 30 63 | - - - | 2 1 3 | 50 49 99 | - - - | - - - | 53 48 101 | 21 98 119 | 2 424 426 | 12 10 22 | - - - | 5 1 6 | 42 6 48 | - - - | - - - | 22 22 44 | - - - | - - - | 21 25 46 | - - |
| 1 腫瘍 悪性新生物 に特化した疾患 | 男 7 女 13 計 20 | 1 2 3 | 1 2 3 | - - - | 3 4 7 | - - - | 1 3 4 | 1 3 4 | - - - | - - - | - - - | - 1 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - 1 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - 1 1 | - - |
| II 内分泌、 栄養および 代謝疾患 | 男 61 女 102 計 163 | 1 2 3 | 6 16 22 | - 3 3 | 4 15 19 | 29 19 48 | 1 2 3 | 7 11 18 | 1 1 2 | - - - | 1 2 3 | 3 26 29 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - 6 9 | 2 2 4 | - - |
| V 精神および 行動の障害 | 男 4 女 6 計 10 | 2 3 5 | - - - | - 1 1 | 1 1 2 | - - - | - 1 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 1 - |
| IV 神経系の 疾患 | 男 51 女 35 計 86 | - 3 3 | 1 - 1 | - - - | 2 2 4 | 3 1 4 | 30 20 50 | 1 - 1 | 1 - 1 | - - - | 1 - 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | 9 6 15 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 4 2 6 | - - |
| III 眼および 付属器の疾患 | 男 630 女 586 計 1,216 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 1 1 2 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 9 25 34 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 620 560 1,180 | - - | |
| III 眼および 付属器の疾患 | 男 14 女 52 計 66 | 3 10 13 | 1 9 10 | 1 3 4 | 4 7 11 | 1 5 6 | 3 15 15 | 1 5 6 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - | |
| III 循環器系の 疾患 | 男 119 女 104 計 223 | - 1 1 | 6 1 7 | 16 17 33 | 11 3 14 | 1 - 1 | 41 32 73 | 19 28 47 | 1 2 3 | - - - | 2 1 3 | - - - | - - - | - - - | - - - | 17 16 33 | - - - | - - - | - - - | 1 1 2 | - - - | - - - | 5 2 7 | - - |
| I 呼吸器系の 疾患 | 男 163 女 139 計 302 | 25 33 58 | 38 19 57 | 9 6 15 | 26 21 47 | 9 4 13 | 7 3 10 | 40 44 84 | 4 1 5 | - - - | - - - | - 2 2 | - - - | - - - | - - - | 2 2 4 | 1 1 2 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 2 6 8 | - - |
| II 消化器系の 疾患 | 男 254 女 204 計 458 | - 1 1 | - 2 2 | - - - | 132 131 263 | 1 1 2 | 1 1 2 | 117 61 178 | - - - | - - - | 1 - 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 1 4 5 | - - |
| II 皮膚および 皮下組織の 疾患 | 男 18 女 16 計 34 | 1 2 3 | 2 1 3 | - - - | - 2 2 | - - - | 1 1 2 | 2 1 2 | 2 - 2 | - - - | - - - | - - - | - - - | 1 - 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 12 9 21 | - - |
| III 骨・軟骨および 結合組織の疾患 | 男 147 女 205 計 352 | 4 5 9 | 6 12 18 | - - - | 1 2 3 | - 2 2 | 1 3 4 | 3 2 5 | 1 1 2 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 2 2 4 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 132 188 320 | - - |
| III 腎尿路 生殖系の 疾患 | 男 80 女 100 計 180 | 2 4 6 | 32 36 68 | 1 2 3 | 2 13 15 | 1 4 5 | 1 3 4 | 2 7 9 | 3 1 4 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | 34 15 49 | - - - | - - - | - 13 13 | - - - | - - - | 1 2 3 | 2 4 6 | - - |
| III 妊娠、分娩 および産後の 疾患 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - |
| III 胎児、新生児 および乳児の 疾患 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - | - - |
| III 先天性 変形および 染色体異常 | 男 2 女 - 計 2 | - - - | 1 - 1 | - - - | 1 - 1 | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - | - - |
| III 顔面・頭部 に特化した 疾患 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - | - - |
| III 腫瘍、中毒 およびその他の 原因の疾患 | 男 336 女 690 計 1,026 | 2 4 6 | 3 1 4 | - 1 1 | - 2 2 | - 2 3 | 1 2 3 | 5 1 6 | 4 7 11 | - - - | 1 1 2 | - 1 1 | 4 12 16 | - - - | 20 18 38 | 2 - 2 | - - - | - - - | - - - | - 1 1 | - - - | - - - | 3 639 930 | 291 - |
| III 傷病および 死亡の要因 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - | - - | |
| III 創傷・凍傷 および熱傷 その他の原因 | 男 - 女 - 計 - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - - | - - | - - | |
| III 特殊目的用 コード | 男 66 女 83 計 149 | 8 16 24 | 10 11 21 | 2 4 6 | 5 5 10 | 1 2 3 | 1 2 3 | 9 16 25 | 2 - 2 | - - - | 1 1 2 | - - - | - - - | - - - | 1 1 2 | 1 1 2 | - - - | - - - | - - - | - - - | 21 25 46 | 4 7 11 | - - | |

疾病 (ICD 大分類) 別・年齢階層別・性別 退院患者数

| | | 総計 | 0～ | 5～ | 10～ | 15～ | 20～ | 25～ | 30～ | 35～ | 40～ | 45～ | 50～ | 55～ | 60～ | 65～ | 70～ | 75～ | 80～ | 85～ | 90歳～ | 平均年齢 |
|--|---|-------|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|
| | | | 4歳 | 9歳 | 14歳 | 19歳 | 24歳 | 29歳 | 34歳 | 39歳 | 44歳 | 49歳 | 54歳 | 59歳 | 64歳 | 69歳 | 74歳 | 79歳 | 84歳 | 89歳 | 94歳～ | |
| 総計 | 男 | 2,251 | 1 | 5 | 13 | 47 | 23 | 34 | 35 | 34 | 42 | 82 | 98 | 155 | 127 | 190 | 338 | 339 | 322 | 238 | 128 | 68.6 |
| | 女 | 3,119 | - | 3 | 8 | 21 | 29 | 39 | 41 | 63 | 69 | 169 | 191 | 139 | 165 | 205 | 301 | 421 | 453 | 423 | 379 | 71.2 |
| | 計 | 5,370 | 1 | 8 | 21 | 68 | 52 | 73 | 76 | 97 | 111 | 251 | 289 | 294 | 292 | 395 | 639 | 759 | 775 | 661 | 507 | 70.1 |
| I 感染症および寄生虫症 | 男 | 57 | - | - | - | 2 | 4 | 5 | 4 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 4 | 12 | 4 | 60.4 |
| | 女 | 69 | - | - | - | 2 | 1 | 5 | 4 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 5 | 5 | 8 | 8 | 17 | 68.3 |
| | 計 | 126 | - | - | - | 4 | 5 | 10 | 8 | 2 | 8 | 4 | 4 | 3 | 2 | 5 | 9 | 9 | 12 | 20 | 21 | 64.6 |
| II 新生物 (C00-D48) | 男 | 242 | - | - | 1 | 3 | - | 2 | 2 | 1 | - | 5 | 10 | 21 | 17 | 26 | 42 | 52 | 28 | 23 | 9 | 70.7 |
| | 女 | 715 | - | 1 | 5 | 3 | 12 | 8 | 13 | 35 | 42 | 123 | 118 | 58 | 54 | 52 | 46 | 47 | 51 | 30 | 17 | 58.0 |
| | 計 | 957 | - | 1 | 6 | 6 | 12 | 10 | 15 | 36 | 42 | 128 | 128 | 79 | 71 | 78 | 88 | 99 | 79 | 53 | 26 | 61.2 |
| III 血液および造血系の疾患ならびに免疫機構の障害 | 男 | 7 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | 2 | - | - | 1 | 1 | 1 | 73.3 |
| | 女 | 13 | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 4 | 2 | 6 | 83.7 |
| | 計 | 20 | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | 1 | - | 2 | - | - | 5 | 3 | 7 | 80.1 |
| IV 内分泌、栄養および代謝疾患 | 男 | 61 | - | - | - | - | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 10 | 5 | 4 | 4 | 2 | 5 | 8 | 7 | 6 | 4 | 64.7 |
| | 女 | 102 | - | - | - | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 2 | 5 | 3 | 3 | 7 | 6 | 5 | 8 | 13 | 14 | 16 | 67.1 |
| | 計 | 163 | - | - | - | 2 | 4 | 5 | 7 | 7 | 3 | 15 | 8 | 7 | 11 | 8 | 10 | 16 | 20 | 20 | 20 | 66.2 |
| V 精神および行動の障害 | 男 | 4 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - | 63.3 |
| | 女 | 6 | - | - | - | - | 3 | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 36.0 |
| | 計 | 10 | - | - | - | - | 3 | 1 | 1 | - | - | - | 2 | - | - | - | 1 | 1 | - | - | 1 | 46.9 |
| VI 神経系の疾患 | 男 | 51 | - | - | - | - | - | 2 | - | - | 2 | - | 2 | 8 | 4 | 5 | 5 | 5 | 12 | 5 | 1 | 69.7 |
| | 女 | 35 | - | - | - | - | - | - | 2 | - | 1 | - | 1 | 3 | 5 | 1 | - | 7 | 4 | 6 | 5 | 73.0 |
| | 計 | 86 | - | - | - | - | - | 2 | 2 | - | 3 | - | 3 | 11 | 9 | 6 | 5 | 12 | 16 | 11 | 6 | 70.9 |
| VII 眼および付属器の疾患 | 男 | 630 | - | - | 1 | 8 | - | 3 | 5 | 8 | 8 | 20 | 20 | 58 | 46 | 65 | 121 | 128 | 97 | 36 | 6 | 69.6 |
| | 女 | 586 | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 3 | 4 | 28 | 23 | 41 | 67 | 111 | 142 | 104 | 45 | 17 | 73.6 |
| | 計 | 1,216 | - | - | 1 | 8 | - | 4 | 5 | 8 | 11 | 24 | 48 | 81 | 87 | 132 | 232 | 270 | 201 | 81 | 23 | 71.4 |
| VIII 耳および乳突突起の疾患 | 男 | 14 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 2 | - | 2 | 2 | 4 | 1 | - | - | 67.3 |
| | 女 | 52 | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 5 | 5 | 8 | 14 | 6 | 1 | 71.5 |
| | 計 | 66 | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 | 3 | 1 | 4 | 5 | 3 | 7 | 7 | 12 | 15 | 6 | 1 | 70.6 |
| IX 循環器系の疾患 | 男 | 119 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 3 | 7 | 3 | 4 | 7 | 17 | 21 | 20 | 22 | 13 | 76.3 |
| | 女 | 104 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 3 | 10 | 11 | 5 | 10 | 25 | 33 | 34 | 47 | 43 | 78.9 |
| | 計 | 223 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 3 | 10 | 11 | 5 | 10 | 25 | 33 | 34 | 47 | 43 | 79.1 |
| X 呼吸器系の疾患 | 男 | 163 | - | - | - | - | 4 | 1 | 2 | - | 4 | 2 | - | 4 | 8 | 18 | 11 | 36 | 37 | 36 | 79.1 | |
| | 女 | 139 | - | - | - | - | 1 | 1 | 3 | - | - | - | 1 | - | 4 | 2 | 6 | 11 | 23 | 27 | 60 | 84.3 |
| | 計 | 302 | - | - | - | - | 5 | 2 | 5 | - | 4 | 2 | 1 | - | 8 | 10 | 24 | 22 | 59 | 64 | 96 | 81.5 |
| XI 消化器系の疾患 | 男 | 254 | - | - | - | 2 | 5 | 5 | 3 | 1 | 8 | 10 | 12 | 21 | 13 | 32 | 38 | 25 | 34 | 26 | 19 | 68.8 |
| | 女 | 204 | - | - | - | 1 | 2 | 6 | 5 | 4 | 3 | 11 | 8 | 9 | 7 | 22 | 27 | 24 | 39 | 29 | 29 | 72.4 |
| | 計 | 458 | - | - | - | 3 | 7 | 11 | 8 | 5 | 11 | 21 | 20 | 30 | 20 | 39 | 60 | 52 | 58 | 65 | 48 | 70.4 |
| XII 皮膚および皮下組織の疾患 | 男 | 18 | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 | - | 1 | - | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | - | 63.6 |
| | 女 | 16 | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 2 | 2 | 4 | 5 | 5 | 75.8 |
| | 計 | 34 | - | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | - | 3 | 1 | 1 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 69.3 |
| XIII 筋骨格系および結合組織の疾患 | 男 | 147 | - | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 6 | 4 | 3 | 11 | 7 | 13 | 11 | 14 | 26 | 14 | 13 | 12 | 4 | 63.1 |
| | 女 | 205 | - | - | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | - | 6 | 7 | 14 | 15 | 21 | 26 | 35 | 34 | 20 | 14 | 70.8 |
| | 計 | 352 | - | 1 | 4 | 6 | 4 | 3 | 8 | 6 | 3 | 17 | 14 | 27 | 26 | 35 | 52 | 49 | 47 | 32 | 18 | 67.6 |
| XIV 腎尿路生殖器系の疾患 | 男 | 80 | - | - | - | - | 2 | 1 | 1 | - | 2 | - | 4 | - | 3 | 5 | 21 | 13 | 17 | 6 | 5 | 72.7 |
| | 女 | 100 | - | - | - | 2 | - | 3 | 1 | 3 | 5 | 3 | 4 | - | 2 | 2 | 7 | 15 | 12 | 20 | 21 | 74.2 |
| | 計 | 180 | - | - | - | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 7 | 3 | 8 | - | 5 | 7 | 28 | 28 | 29 | 26 | 26 | 73.5 |
| XV 妊娠、分娩および産じょく<産> | 男 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 女 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 計 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| XVI 周産期に発生した病態 | 男 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 女 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 計 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| XVII 先天奇形、変形および染色体異常 | 男 | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | - | - | - | - | - | - | 57.5 |
| | 女 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 計 | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | - | - | - | - | - | - | 57.5 |
| 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 | 男 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 女 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 計 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| XIX 損傷、中毒およびその他の外因の影響 | 男 | 336 | - | 4 | 9 | 29 | 6 | 11 | 9 | 14 | 9 | 17 | 19 | 16 | 15 | 16 | 29 | 46 | 34 | 37 | 16 | 59.7 |
| | 女 | 690 | - | 2 | 1 | 6 | 2 | 6 | 3 | 10 | 4 | 13 | 15 | 14 | 25 | 35 | 55 | 88 | 133 | 159 | 119 | 77.8 |
| | 計 | 1,026 | - | 6 | 10 | 35 | 8 | 17 | 12 | 24 | 13 | 30 | 34 | 30 | 40 | 51 | 84 | 134 | 167 | 196 | 135 | 71.9 |
| XX 傷病および死亡の外因 | 男 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 女 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 計 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 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 | 男 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 女 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 計 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| XXII 特殊目的用コード | 男 | 66 | 1 | - | - | - | - | 1 | - | 1 | - | 1 | 3 | 2 | 4 | 3 | 6 | 5 | 15 | 14 | 10 | 76.0 |
| | 女 | 83 | - | - | - | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | - | 1 | 5 | 14 | 13 | 18 | 21 | 78.5 |
| | 計 | 149 | 1 | - | - | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 11 | 19 | 28 | 32 | 31 | 77.4 |

総合上飯田第一病院

上飯田
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

▶ 疾病頻度順 (MDC 6桁分類) ・ 退院患者数

| 順位 | MDC6桁 | 分類名称 | 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 |
|----|--------|--------------------------|-------|---------|---------|---------|------|--------|
| 1 | 020110 | 白内障、水晶体の疾患 | 670 | 329 | 341 | 597 | 75.1 | 2.7 |
| 2 | 090010 | 乳房の悪性腫瘍 | 389 | 1 | 388 | 87 | 55.2 | 3.7 |
| 3 | 160800 | 股関節・大腿近位の骨折 | 283 | 59 | 224 | 265 | 82.6 | 16.5 |
| 4 | 160690 | 胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰動損傷を含む。) | 197 | 43 | 154 | 188 | 82.4 | 15.4 |
| 5 | 180030 | その他の感染症(真菌を除く。) | 157 | 68 | 89 | 130 | 77.1 | 10.9 |
| 6 | 020200 | 黄斑、後極変性 | 142 | 63 | 79 | 106 | 69.7 | 4.8 |
| | 040081 | 細菌性肺炎 | 142 | 81 | 61 | 140 | 86.7 | 15.2 |
| 8 | 020160 | 網膜剥離 | 137 | 95 | 42 | 46 | 58.1 | 6.6 |
| 9 | 100020 | 甲状腺の悪性腫瘍 | 114 | 21 | 93 | 32 | 55.5 | 4.5 |
| 10 | 040080 | 肺炎等 | 102 | 50 | 52 | 96 | 82.0 | 13.5 |
| 11 | 020240 | 硝子体疾患 | 91 | 55 | 36 | 61 | 68.6 | 3.7 |
| 12 | 010060 | 脳梗塞 | 80 | 51 | 29 | 66 | 75.6 | 13.5 |
| 13 | 050130 | 心不全 | 77 | 34 | 43 | 72 | 84.9 | 15.5 |
| 14 | 070343 | 脊柱管狭窄(脊椎症を含む。) | 74 | 33 | 41 | 64 | 76.6 | 13.7 |
| 15 | 110310 | 腎臓又は尿路の感染症 | 73 | 22 | 51 | 67 | 80.1 | 12.7 |
| 16 | 020220 | 緑内障 | 71 | 34 | 37 | 58 | 71.9 | 4.6 |
| 17 | 030400 | 前庭機能障害 | 64 | 14 | 50 | 47 | 70.8 | 4.1 |
| 18 | 160760 | 前腕の骨折 | 60 | 11 | 49 | 43 | 69.3 | 5.7 |
| 19 | 160850 | 足関節・足部の骨折・脱臼 | 59 | 29 | 30 | 18 | 50.7 | 8.0 |
| 20 | 060340 | 胆管(肝内外)結石、胆管炎 | 58 | 28 | 30 | 51 | 77.7 | 10.2 |
| 21 | 060160 | 鼠径ヘルニア | 55 | 54 | 1 | 38 | 69.2 | 3.3 |
| | 160620 | 肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。) | 55 | 40 | 15 | 2 | 33.6 | 7.7 |
| 23 | 060335 | 胆嚢炎等 | 54 | 30 | 24 | 33 | 67.9 | 10.3 |
| 24 | 180010 | 敗血症 | 52 | 24 | 28 | 47 | 80.4 | 13.6 |
| 25 | 070230 | 膝関節症(変形性を含む。) | 49 | 15 | 34 | 40 | 71.7 | 15.5 |
| | 160820 | 膝関節周辺の骨折・脱臼 | 49 | 16 | 33 | 34 | 67.0 | 10.9 |
| 27 | 160720 | 肩関節周辺の骨折・脱臼 | 47 | 15 | 32 | 31 | 67.0 | 8.5 |
| 28 | 060035 | 結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍 | 44 | 21 | 23 | 33 | 75.0 | 9.3 |
| | 070010 | 骨軟部の良性腫瘍(脊椎脊髄を除く。) | 44 | 22 | 22 | 14 | 47.9 | 3.4 |
| 30 | 060040 | 直腸肛門(直腸S状部から肛門)の悪性腫瘍 | 43 | 19 | 24 | 35 | 74.7 | 12.8 |
| | 100380 | 体液量減少症 | 43 | 13 | 30 | 28 | 73.1 | 6.4 |
| 32 | 10007x | 2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。) | 41 | 30 | 11 | 23 | 64.2 | 12.8 |
| 33 | 090020 | 乳房の良性腫瘍 | 39 | 1 | 38 | 1 | 34.8 | 1.7 |
| 34 | 070341 | 脊柱管狭窄(脊椎症を含む。) | 38 | 21 | 17 | 27 | 69.1 | 13.3 |
| | 160100 | 頭蓋・頭蓋内損傷 | 38 | 20 | 18 | 33 | 77.3 | 10.8 |
| | 160610 | 四肢筋腱損傷 | 38 | 28 | 10 | 24 | 63.9 | 8.4 |
| 37 | 020180 | 糖尿病性増殖性網膜症 | 37 | 22 | 15 | 15 | 60.1 | 4.3 |
| | 060020 | 胃の悪性腫瘍 | 37 | 23 | 14 | 26 | 72.7 | 10.9 |
| | 060102 | 穿孔又は腫瘍を伴わない腔室性疾患 | 37 | 20 | 17 | 28 | 72.2 | 8.9 |
| | 110280 | 慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 | 37 | 23 | 14 | 33 | 78.1 | 12.9 |
| | 160700 | 鎖骨・肩甲骨の骨折 | 37 | 22 | 15 | 16 | 53.7 | 5.5 |
| 42 | 060210 | ヘルニアの記載のない腸閉塞 | 36 | 15 | 21 | 34 | 83.1 | 11.7 |
| | 070085 | 滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症(上肢以外) | 36 | 11 | 25 | 14 | 54.0 | 3.8 |
| | 07040x | 股関節骨頭壊死、股関節症(変形性を含む。) | 36 | 4 | 32 | 22 | 69.4 | 17.7 |
| | 160980 | 骨盤損傷 | 36 | 7 | 29 | 33 | 79.6 | 14.4 |
| 46 | 060130 | 食道、胃、十二指腸、他臓の炎症(その他良性疾患) | 35 | 20 | 15 | 27 | 73.9 | 8.9 |
| 47 | 020230 | 眼瞼下垂 | 34 | 9 | 25 | 30 | 75.9 | 2.1 |
| 48 | 060100 | 小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。) | 32 | 19 | 13 | 22 | 70.5 | 2.9 |
| | 070350 | 椎間板変性、ヘルニア | 32 | 20 | 12 | 10 | 55.0 | 7.5 |
| 50 | 060390 | 細菌性腸炎 | 30 | 13 | 17 | 10 | 49.6 | 6.4 |
| | | その他 | 1,109 | 533 | 576 | 740 | 73.6 | 15.2 |
| | | 合計 | 5,370 | 2,251 | 3,119 | 3,737 | 70.1 | 8.7 |

クリニカルインディケータ

| 指標 | 分子 | 分母 | 2021年 | 2022年 | 2023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) | 42.3% | | |
| 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) | 63.5% | | |
| 紹介割合 | 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) | | 39.1% | 47.7% |
| 逆紹介割合 | 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) + 再診患者数 × 1,000 | | 57.8% | 66.1% |
| 死亡患者率 | 期間内の死亡患者数 | 期間内の退院患者数 | 4.0% | 3.0% | 3.1% |
| 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 | 15.4% | 16.8% | |
| 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 | 78.6% | 80.1% | 80.3% |
| 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 | 21.4% | 19.9% | 19.7% |
| 退院後30日以内の救急医療入院率 | 退院後30日以内の救急入院患者数 | 退院患者数 | 3.4% | 2.0% | 1.7% |
| 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 | 74.0% | 66.7% | 81.6% |
| 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合 | 分母のうち、退院時に抗血小板薬を処方された患者数 | 脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数 | 88.6% | 90.0% | 94.1% |
| 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 | 46.2% | 29.8% | 53.7% |
| 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 | 100% | 25.0% | 75.0% |
| 脳梗塞における入院後早期(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 | 84.1% | 83.4% | 91.7% |

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 2023年1月～2023年12月データ

手術件数

| 診療科 | 2021年 | 2022年 | 2023年 |
|----------|-------|-------|-------|
| 全身麻酔手術件数 | 1,497 | 1,640 | 1,597 |
| 総件数 | 3,413 | 3,608 | 3,589 |

消化器外科 () 腹腔鏡手術件数

| 手術 | 件数 |
|----------|--------|
| 胃手術 | 8(4) |
| 大腸手術 | 43(39) |
| 胆嚢摘出術 | 55(55) |
| 虫垂炎手術 | 19(19) |
| 鼠径ヘルニア手術 | 60(52) |
| 肝胆膵腫瘍手術 | 2(0) |
| その他の手術 | 23(14) |

甲状腺・内分泌センター

| 手術 | 件数 |
|-----------|----|
| 甲状腺癌 | 65 |
| バセドウ病 | 28 |
| 良性結節 | 53 |
| 副甲状腺機能亢進症 | 3 |
| その他の腫瘍 | 3 |

乳腺外科

| 手術 | 件数 |
|-----------|-----|
| 乳腺悪性腫瘍手術 | 165 |
| 乳腺良性腫瘍手術 | 38 |
| 吸引式乳房組織生検 | 180 |
| 乳腺手術その他 | 7 |

脳神経外科

| 手術 | 件数 |
|----------------|----|
| 慢性硬膜下血種穿頭血腫除去術 | 11 |
| 水頭症手術 | 3 |
| その他 | 2 |

泌尿器科

| 手術など | 件数 |
|----------------------|----|
| 経尿道的尿管結石採石術 (レーザー使用) | 7 |
| 経尿道的尿管結石採石術 (その他) | 7 |
| 経尿道的腎結石採石術 | 1 |
| 経尿道的膀胱結石採石術 | 6 |
| 経皮的腎尿管結石採石術 (PNL) | 3 |
| ECIRS (PNL+TUL) | 2 |
| 腎瘻造設術 | 4 |
| 経尿道的膀胱腫瘍切除術 | 23 |
| 経尿道的前立腺切除術 | 5 |
| 経尿道的前立腺蒸気手術 | 1 |
| 経尿道的尿管ステント留置術 | 30 |
| 経尿道的電気焼灼術 | 2 |
| 尿道カルUNKル切除術 | 1 |
| 包茎手術 | 1 |
| 陰の水腫根治術 | 1 |
| 経尿道的ポツリヌス毒素注入術 | 1 |
| 腎摘除術 (腹腔鏡下) | 1 |
| 腎尿管摘除術 (腹腔鏡下) | 1 |
| 精巣損傷修復術 | 1 |
| 前立腺生検術 | 25 |

整形外科 人工関節・関節鏡センター 脊椎・脊髄センター

| 手術 | 件数 |
|----------|-----|
| 大腿骨近位部骨折 | 188 |
| 人工骨頭 | 86 |
| 人工股関節 | 40 |
| 人工膝関節 | 30 |
| 人工肩関節 | 16 |
| 膝関節鏡 | 97 |
| 肩関節鏡 | 24 |
| 足関節鏡 | 7 |
| 脊椎 | 128 |
| 腫瘍 | 67 |
| その他 | 324 |

▶ 眼科

| 手術 | 件数 |
|--------------------------|-------|
| 白内障手術 | 1,195 |
| 白内障硝子体同時手術 (硝子体単独も含む) | 432 |
| バックリング手術 | 7 |
| 緑内障手術 | 81 |
| 眼内薬物投与 | 738 |
| その他 | 56 |

▶ 産婦人科

| 手術 | 件数 |
|---------------|----|
| 子宮全摘出術（癌症例含む） | 19 |
| 付属器摘出術 | 5 |
| 子宮筋腫核出術 | 1 |
| 子宮内膜掻爬術 | 1 |
| 子宮頸部円錐切除術 | 6 |
| 子宮脱根治術 | 1 |
| バルトリン腺嚢胞切除術 | 2 |
| その他 | 5 |

▶ 麻酔科

| 項目 | 件数 |
|---------------|-------|
| 麻酔科管理症例数 | 1,615 |
| ペインクリニック外来患者数 | 780 |

総合上飯田第一病院

上飯田
リハビリテーション
シオン病院

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

検査実績 ・ 各科データ

主要検査項目 2023年1月～2023年12月データ

循環器内科

| 検査 | 件数 |
|------------------------------|-------|
| 心エコー | 1,608 |
| 心電図（健診） | 5,779 |
| ホルター心電図 | 103 |
| 運動負荷心電図（外来・入院患者・健診） | 33 |
| 下肢静脈エコー | 20 |
| 冠動脈CT *以上は循環器内科医の読影が必要なもの | 6 |

消化器内科 消化器センター・内視鏡センター

| 内視鏡実績 | 件数 |
|---------------------|-------|
| 上部内視鏡検査 | 3,618 |
| 下部内視鏡検査 | 1,172 |
| 内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP） | 65 |
| 内視鏡的粘膜下層剥離術（胃） | 13 |
| 内視鏡的粘膜下層剥離術（大腸） | 5 |
| 内視鏡的大腸ポリープ切除 | 491 |

腎臓内科・腎センター

| 検査 | 件数 |
|--------|-----|
| 血液浄化療法 | 596 |
| 新規導入 | 12 |

緩和ケアセンター

| 項目 | 件数 |
|-----------------|-------|
| 入院患者ラウンド件数 | 2,440 |
| 入院介入数（がん・非がん） | 138 |
| 他院からの緩和相談件数 | 104 |
| 平均入院日数 | 14.9 |
| 外来がん患者在宅連携指導料 | 33 |
| 退院時共同指導料 | 8 |
| 転滞 | |
| ・院内看取り | 73 |
| ・自宅退院 | 37 |
| （訪問診療を導入しての退院） | 25 |
| （愛生複合型サービスセンター） | 3 |
| ・病院退院 | 10 |
| ・施設退院 | 14 |

皮膚科

| 項目 | 件数 |
|-----------|--------|
| 外来延患者数 | 8,273名 |
| 病理組織検査 | 50件 |
| 金属パッチテスト | 147件 |
| パッチテストパネル | 1件 |
| 帯状疱疹ワクチン | 20件 |
| ネイルエイド | 55件 |
| 皮膚科光線療法 | 380件 |

老年精神科

| 項目 | 件数 |
|-------------|-----|
| 年間外来診療患者実数 | 204 |
| 男性 | 51 |
| 女性 | 153 |
| 年間外来診療患者延べ数 | 785 |
| 年間新規外来診療患者数 | 30 |

リハビリテーション科

| 項目 | 件数 |
|---------------------|-----------|
| 新規 入院患者数 | 2,566人 |
| 新規 外来患者数 | 430人 |
| 施行単位数 脳血管I | 22,661単位 |
| 運動器I | 103,753単位 |
| 呼吸器I | 18,885単位 |
| 廃用症候群 | 19,651単位 |
| がんリハ | 5,450単位 |
| 合計施行単位数 | 170,400単位 |
| 摂食機能療法 | 2,217回 |
| リハ施行患者平均在院日数 | 20.7日 |
| リハ開始時 Barthel Index | 40.9点 |
| リハ終了時 Barthel Index | 61.9点 |
| 回復期病棟実績指数 | 50.8 |
| 訪問リハビリ述べ件数 | 1,780件 |

放射線科

| 検査 | 件数 |
|---------|--------|
| 一般撮影 | 31,730 |
| CT | 14,225 |
| MR I | 5,223 |
| マンモグラフィ | 3,916 |
| マンモトーム | 167 |
| 健診胃透視 | 2,072 |
| 手術室透視 | 587 |
| その他透視 | 692 |
| 血管造影 | 1 |
| 骨密度測定 | 2,700 |

栄養科

| 項目 | 件数 |
|----------------|--------|
| 入院栄養食事指導 | 2,812 |
| 外来栄養食事指導 | 637 |
| 糖尿病透析予防指導管理料 | 319 |
| 栄養サポートチーム加算 | 979 |
| 周術期栄養管理加算 | 1,519 |
| 居宅療養管理指導 | 64 |
| 患者食数 一般食 | 74,334 |
| 患者食数 特別食 (加算) | 76,901 |
| 患者食数 特別食 (非加算) | 22,725 |
| 濃厚流動食 | 3,991 |
| 口腔ケア | 1,769 |

臨床検査部

| 検査 | 件数 |
|-----------------|--------|
| 検体検査 (PCR 検査含む) | 77,990 |
| 病理検査 | 2,785 |
| 細胞診検査 | 3,537 |
| 生理検査 | 20,708 |
| 心エコー検査 | 1,608 |
| 頸動脈エコー検査 | 782 |
| 腹部エコー検査 | 727 |
| 乳腺エコー検査 | 2,820 |
| 甲状腺エコー検査 (技師分) | 194 |
| MEP | 8 |
| ホルター心電図検査 | 103 |

看護部

| 項目 | 件数 |
|------------------------------|--------|
| 特定認定看護師 | 1名 |
| 特定行為看護師 | 1名 |
| 認定 (特定行為研修含む) 看護師 研修受講看護師 | 1名 |
| 認定看護師 | 6名 |
| 認定看護管理者教育課程 ファーストレベル修了者 | 9名 |
| 認定看護管理者教育課程 セカンドレベル修了者 | 3名 |
| 重症度、医療・看護必要度 急性期病棟 | 41.90% |
| 重症度、医療・看護必要度 地域包括ケア病棟 | 20.30% |

薬剤部

| 薬剤部管理指導 等 | 件数 |
|----------------|-------|
| 薬剤管理指導料1 | 1,331 |
| 薬剤管理指導料2 | 2,612 |
| 退院時薬剤情報管理指導料 | 750 |
| 麻薬管理指導加算 | 74 |
| 薬剤総合評価調整加算 | 0 |
| 後発医薬品採用比率（月平均） | 94% |
| 無菌性剤処理料1 | 1,021 |
| 無菌性剤処理料2 | 74 |

健診センター

| 項目 | 件数 |
|---------|-------|
| 半日ドック | 1,958 |
| 脳ドック | 536 |
| 乳がん検診 | 1,224 |
| 子宮がん検診 | 754 |
| 協会けんぽ健診 | 2,452 |
| その他の健診 | 1,423 |
| 特定健診 | 1,119 |
| 特定保健指導 | 237 |

地域包括サポートセンター

| 医療福祉相談件数・領域 | 件数 |
|-----------------|-------|
| 入院相談 | 5,314 |
| 外来相談 | 571 |
| 背景要因 | 7 |
| 適応 | 3 |
| 家族 | 77 |
| 職業・住居 | 11 |
| 退院支援（転院・介護保険施設） | 577 |
| 退院支援（居住系施設） | 961 |
| 退院支援（在宅） | 3,241 |
| 在宅支援・継続相談 | 314 |
| 自宅からの入所支援等 | 9 |
| その他 | 61 |
| 相談延べ件数 | 5,883 |

消化器内科 消化器センター・内視鏡センター

消化器内科部長・消化器センター長 小田切 英樹

➤ 特徴

2022年4月より消化器内科及び消化器外科を統合し、消化器疾患全体を内科外科的見地より横断的に診断、治療を行う消化器センターが発足しました。

これにより外科と内科の連携が強化され、必要な治療を迅速かつシームレスに提供できるようになっております。消化器内科としては消化管、肝臓、胆道、膵臓などの消化器全般を対象に診療しています。通常内視鏡の他、早期胃がん、大腸がんへの内視鏡治療も施行しております。肝、胆、膵に関しても一通りの処置が可能な点が特徴で、最近では胆嚢穿刺やERCPなどの胆管処置も増えています。センター化に伴い必要に応じ、そのまま外科処置まで行えることが特徴です。さらなる専門性が必要な際には名古屋大学病院と協力し患者様の治療にあたっております。

➤ 今後の目標

患者一人一人に向き合い、ニーズに対応した治療を心がけます。
 鋭意、最新治療を導入し治療成績の向上に努めます。
 診察、治療ともに患者様の院内滞在時間の短縮に努めます。
 低侵襲である内視鏡による早期がん治療を推進してまいります。
 新型コロナウイルス感染症に対応し、感染症対策を強化します。

消化器外科

外科部長 小出 史彦

➤ 特徴

胃癌や大腸癌といった消化器癌や、手術が必要な急性腹症などの消化器外科疾患の診療を行っています。外来スペースと病棟を消化器内科と統合して頂き、診断から手術までの流れも非常に円滑です。手術に際しては、術前リスク評価、術前呼吸訓練、周術期リハビリ、低侵襲鏡視下手術を組み合わせ、合併症の抑制に努めています。鏡視下手術は、2023年実績で胃手術の50%、大腸手術の91%、胆嚢摘出術で100%、虫垂炎手術で100%、鼠径ヘルニア手術で87%に実施しており、その割合はこの近隣の他病院を凌駕しています。

一方で、集学的治療やICU管理を要する場合には、名古屋大学医学部付属病院ほか当該病院と連携し、紹介転院を含めて迅速かつ適切に対応させていただきます。

➤ 今後の目標

- ・患者さまひとりひとりのニーズに沿った医療を行っていきます。
- ・上飯田地区に根付いた診療を目指しています。
- ・高齢者を含め患者さまにやさしい外科治療を行っていきます。
- ・低侵襲である鏡視下手術の適応の更なる拡大をしていきます。

腎臓内科・腎センター

腎センター長・腎臓内科医長 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。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。

➤ 今後の目標

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。

外来部門では透析導入予防につながるよう患者様のサポートに今後さらに力を入れていく予定です。病棟部門の腎センターでは新規血液透析導入、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。

循環器内科

検査部部长 黒田 憲治

➤ 特徴

当科の対象疾患は、高血圧・脂質異常症などの生活習慣病から、冠動脈疾患（心筋梗塞・狭心症）、不整脈、心臓弁膜症、心筋症、下肢閉塞性動脈硬化症などまで、広範囲に及びます。また循環器疾患の治療は生涯にわたって治療を継続するべき疾患が多くあります。

当院は名古屋市内にあり、高度な循環器的医療が可能な医療機関が比較的近隣に位置するため、当院でまず可能な範囲で精査・加療を受けていただき、疾患や病態の必要性に応じて高次医療機関へ紹介のうえ、必要な治療を受けられたうえで再び当院もしくは地域のクリニックで継続診療を受けていただくことも可能です。また高次医療機関で急性期治療を受けられた後に、病診連携で当院へ転院して退院を目指していただくということも行っています。

➤ 今後の目標

地域のかかりつけ医の先生や高次医療機関との連携を大切にし、当院にて可能な範囲で循環器領域における医療を提供していきたいと考えています。

脳神経内科

脳神経内科部長 瀨田 健介

➤ 特徴

脳神経内科は脳、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。他院との連携、院内での連携をとりながら、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まいります。

➤ 今後の目標

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

常勤医1名、非常勤医2名体制で、平日午前外来診療を行っております。他院からの紹介は予約センターにて希望の日時に事前に予約可能です。糖尿病看護認定看護師が在籍しており、専門的知識を生かした透析予防指導・フットケア外来にも力を入れております。

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

2023年度からは、コロナ禍で休止していた外来糖尿病教室を再開します。

➤ 今後の目標

地域のかかりつけ医の先生方との連携を強化し、地域の糖尿病患者さまの自己管理意欲をアップできるようなサポートをしていきたいと考えております。

紹介初診の患者さまについて、事前連絡があれば初診当日に入院できるようなシステムがあり、より多くのかかりつけ医の先生方にご利用いただきたいと考えております。

総合診療科

総合診療科医長 桔梗谷 学

➤ 特徴

「当院の総合診療科」は、中規模総合病院の特色を存分に生かし、①診断医、②ホスピタリスト、③家庭医、④老年内科医、⑤救急医（1～2次）のいずれの性格も有した科となっており、単独の専門科では対応できない患者さんのマネージメントをシームレスに行い、各専門科や医療・福祉に関わるスタッフと相談・連携しつつ多種多様な疾患に対応し、診断・治療方針を立て、患者さんの問題を解決するお手伝いをさせていただきます。

➤ 今後の目標

- ・患者さまの立場で考え、必要とする人に必要とされる医療を、安全に提供します。
- ・エビデンスを重視した診療を心がけ、診療の質の向上に努めます。
- ・良質な医療を十分量供給することで、質・量ともに患者の皆さまの期待に応え、地域の病院としての役割を果たすよう努力を続け、「信頼され愛される総合診療科」を目指します。

緩和ケア外科

緩和ケア外科部長 岡島 明子

➤ 特徴

命にかかわる疾患を抱えた患者さまやご家族のあらゆる悩みにチーム医療で向き合います。積極的治療中の方にも、精査・治療を希望しない方にも、症状や日常生活での問題にあわせて速やかに対応します。治療方針について十分に納得して頂けるように、時間をかけて面談を行います。

癌に限らず、慢性疾患や高齢者医療に関して、主科やかかりつけ医と連携し、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のご相談に応じます。

➤ 今後の目標

地域のがん拠点病院、往診クリニック・訪問看護ステーションなどと連携して、ニーズに見合った療養環境を調整します。できるだけご希望に沿った場所で安心して過ごせるような支援体制を約束します。

また、職員対象に ACP・臨床倫理の研修会やふりかえりの会などを継続し、日常臨床の場に出会う様々な倫理的問題について職員誰もが一緒に話し合うことができる環境づくりに努めることで、患者さまにとって最善の医療・ケアを考え提供できる病院を目指します。

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

これまで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きた当内分泌センターですが、コロナの期間中、遠くからの紹介患者の激減があり、そこからの回復にいまだ難渋していることも事実です。一方2022年以来小生の息子も甲状腺外科医として加わることで、二人体制の診療となり、より多くの患者さんの受け入れが可能となっています。また、術者、助手が固定化したことにより手術時間の大幅な短縮と出血量の減少が達成され、バセドウ手術は30-40分、甲状腺癌の全摘頸部廓清手術も1時間前後で可能となり、医療技術の質的向上は明らかです。他の病院では扱えない進行例・重篤例、他疾患合併例、小児例など特殊症例もお引き受けできる臨床力の高い病院として東海地区の甲状腺診療の要としての役割を果たしてまいります。

➤ 今後の目標

常勤2人体制となり、手厚い診療体制を充実して参ります。

全国の内分泌内科、医療機関とも連携を密にすることで患者さんが転居、転勤などをされた際にも途切れることのない重層的な医療サービスの提供を可能にしております。

乳腺外科・乳腺センター

乳腺外科部長・乳腺センター副センター長 雄谷 純子

➤ 特徴

地域の乳腺診療の中核病院として日々診療を行っており、地域の皆様に安心していただける乳腺診療を提供しております。日本乳癌学会認定施設として、最新の乳癌の情報と診療の提供に努め、学会の評議員・指導医として学会活動も精力的に行っております。

また、専門医と認定看護師のみではなく、薬剤師・放射線技師・臨床検査技師・理学療法士・栄養士・ケースワーカーなどの各専門職と緊密に連携し、あらゆる乳腺疾患に対しても専門的に向き合っております。

➤ 今後の目標

良性乳腺疾患の診療から乳癌の治療まで、的確に早期に診断し、専門的な診療を提供することに努めます。地域の乳腺診療の拠点として、病診連携を深め、学会活動や検診の啓発活動などにも精力的に取り組んでまいります。

整形外科 人工関節センター スポーツ・関節鏡センター 脊椎・脊髄センター

院長 整形外科部長 良田 洋昇

➤ 特徴

当科では整形外科で扱う関節疾患、脊椎疾患、変性疾患、スポーツ障害において各分野の専門医が診断、治療に当たっています。名古屋大学医学部整形外科教室の関連病院であり、大学および近隣の医療機関からも多くのご紹介をいただいています。また高齢者の骨折、外傷も積極的に治療をおこなっています。専門外来として人工関節外来、膝関節外来、肩関節外来、脊椎外来、リウマチ外来、骨軟部腫瘍外来、スポーツ外来も設けており、幅広い領域の整形外科疾患に対応可能です。

➤ 今後の目標

患者様に高度で安全、安心の医療を提供するとともに、地域の皆様にも愛され、求められる病院を目指してスタッフ一丸となって頑張っていきます。

皮膚科

皮膚科医長 宮田 聡子

➤ 特徴

皮膚科は、皮膚科専門医の医師と非常勤医師が交代で、月曜から金曜日まで連日の外来診療を行っています。専門病床はありませんが、本院他科で入院中およびリハビリ病院入院中に皮膚症状のある方には、連日回診も含めて依頼を受け診察治療をおこなっています。他科で入院中の褥瘡管理は、専任看護師、理学療法士、薬剤師、栄養士とともにチームを組んで、週1回褥瘡回診を行っております。重症薬疹、水疱瘡、悪性腫瘍など専門治療が必要な場合には、愛知医科大学病院など近隣病院と連携し、対応しております。歯科金属のアレルギー疑いのある場合には、金属パッチテストを行っております。自費診療として、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、壮年性脱毛症の方への発毛剤の取扱いがあり、美容に対する患者さんの需要に対応しております。また、陥入爪のワイヤー治療で、ネイルエイドを使用しております。

➤ 今後の目標

今後も、幅広い皮膚疾患に対する確かな診断治療に尽力し、地域医療に貢献できるよう努めていきます。

泌尿器科

泌尿器科特別顧問 山田 伸

➤ 特徴

常勤として赴任して4年が経ちました。古い機器もある程度刷新でき、診断能力も向上してきました。紹介患者様を含め受診患者数はふえてきています。院内対応も多く、なかなか一人では対応が十分できない状態です。手術などは比較的早く対応ができる環境となっています。過活動膀胱で経口薬投与では改善せず、残尿がない患者様にボツリヌス毒素の膀胱内注射を行う治療や前立腺肥大症に対する前立腺蒸気注入療法など新しい治療法を導入していきます。

➤ 今後の目標

まだいろいろと不足の機器があり、また新しい治療方法や機器が登場しています。なるべく最新の治療方法を導入し、患者様への負担の少ない治療ができるようにしていきたいと思っています。

脳神経外科

脳神経外科医長 柴田 昌志

➤ 特徴

2021年11月より常勤医1人体制となりました。一般的に脳神経外科では頭部外傷や脳、脊髄、末梢神経に関して手術を要する疾患を診療対象としていますが、上記の通り常勤医が1人ということで、可能な手術にも制限がありご迷惑をおかけしております。平日の外来診療は月曜日から金曜日まで毎日午前中に行っていますが、担当医師の専門分野もそれぞれ異なるため幅広い疾患に対応することが可能です。

➤ 今後の目標

頭部打撲や手足の麻痺はもちろん、軽い頭痛やしびれなど、多少なりとも不安があった際に気軽に受診していただけるような診療科を目指しています。

より高度な治療を要する疾患に対しても、大学病院や近隣の高次医療機関との連携を保ちつつ、より良い医療を提供したいと考えています。

産婦人科

産婦人科部長 徳橋 弥人

➤ 特徴

当院産婦人科は、出生数の減少および新型コロナの影響もあり、2021年1月で分娩取り扱いをやめる事となりました。婦人科一般診療を常勤医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。

➤ 今後の目標

子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣腫瘍などの診断治療および思春期の悩み相談・不妊や避妊の相談・月経困難症・月経不順・性病・子宮脱・更年期障害・子宮がん検診などの婦人科一般外来を充実させてまいります。また大学病院や近隣施設から手術患者を紹介いただき、婦人科手術もさらに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。

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件以上を行っております。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おります。また、手術例の90%以上が眼科からの紹介であり、関連病院でないにもかかわらず紹介頂く先生方との信頼関係の上に成り立つ眼科です。患者さまのみならず、紹介医にも満足して頂き、治療のフィードバックを常に心がけ、最良の治療を目指して実践することを使命と考えています。

➤ 今後の目標

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

麻酔科

麻酔科部長 前田 亮子

➤ 特徴

- 1) 常勤医師4名、非常勤医師3名（火・木曜日各1名）による診療体制を提供しています。
- 2) 麻酔科管理依頼の手術麻酔をおこなっています。また、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、経静脈的鎮痛法などを積極的におこなっています。
- 3) ペインクリニック外来にて、週1回（金曜日の午前）に、急性・慢性疼痛に対する治療をおこなっています。

➤ 今後の目標

- 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) 各診療科医師、手術看護師とともに、円滑かつ効率的な手術室運営に協力します。

物忘れ評価外来（老年精神科）

老年精神科部長 鵜飼 克行

➤ 特徴

担当医師が「レビー小体型認知症研究会」のコアメンバー（世話人）・推奨医で、かつ「レビー小体型認知症サポートネットワーク愛知」の顧問医をしているためか、レビー小体型認知症の方の受診が多いのが特徴です。当科のスタッフも優秀で、当科開設からの16年間に当科関連の常勤スタッフから、3名の「認知症看護認定看護師」、2名の「公認心理師（国家資格）」兼「臨床心理士」、2名の「認知症予防専門士」が誕生しています。

➤ 今後の目標

コロナ禍の影響が続いており、厳しい医療環境ですが、また医師一人の小さな外来ですが、大学病院に負けない日本一のレベルを自負しています。2024年度からは、全く新しい機序のアルツハイマー病の薬（疾患修飾薬といいます）による治療も可能となります。今後も努力を怠ることなく、認知症医療・医学の進歩に負けないように、時代の歯車に押しつぶされないように、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。

地域包括サポートセンター (医療福祉相談室・入退院調整室・予約センター・患者相談室)

センター長 窪田 智行 副センター長 座馬 永梨

➤ 特徴

地域包括サポートセンターは4つの部署で構成されています。

医療福祉相談室・入退院調整室は安心して地域で生活できるよう在宅医療や介護サービス等の支援を行い、予約センターは病院の入り口として、患者相談室は医療内容についての心配や不安、疑問についてご相談をお受けしております。

地域の皆さまが安心して継続的医療を受けることができるようサービスの向上を目指し、かかりつけ医や介護関係者との医療・介護連携を進め、住み慣れた地域で暮らせるよう地域連携に取り組んでおります。

➤ 今後の目標

地域に愛される病院を目指し、求められる医療の提供、地域の皆さまに必要とされる病院としての活動を行ってまいります。

1. 急性期医療を提供できる体制
 - ・入院時の患者かかりつけ医との連携の強化
 - ・[2人主治医制] の推進
2. 退院支援の早期介入と多職種連携の充実
 - ・[在宅医療と看護・介護] の連携
3. 患者サービスの質の向上
 - ・市民公開講座等の市民を対象としたサービスの強化

健診センター

健診センター長 小栗 彰彦

➤ 特徴

診療は月～土曜日（土曜日は第1、3のみ）の完全予約制で行っております。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取り組み、生活習慣病予備群を病気に移行させないよう支援しています。

脳検査は3T MR で微細な構造や血管の評価が可能となり、骨密度はGE PRODIGY で腰椎と大腿骨を同時に測定しています。また、ロコモ・骨粗しょう症検診は、InBody 体組成計で正確にサルコペニアやフレイルの評価も可能としています。

➤ 今後の目標

判定、基準値など設定の見直しを行い、日本人間ドック学会に準じたものにして、標準化を目指します。また、各種システムとの連携をすることにより、結果をより早くお届け出来るよう尽力して参ります。多種多様のニーズに幅広くお答えできるよう人間ドック以外にも各種オプション（新規オプションとして睡眠検査、認知症検査、MRC Pを検討中）の充実を図っていきます。

看護部

看護部長 鈴木 久美子

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、信頼され愛される看護師を目指します。常に学ぶ姿勢を持ち、根拠のある安心で安全な看護を提供することで専門職としての責任を果たします。

関わるすべての人を大切に想うことができ、お互いの立場を尊重する行動に努め、生き生きと働き続けられる職場を目指します。

- 看護職員の動向 2023年12月末現在
 - ・看護師数：249名（常勤219名・非常勤30名）
 - ・離職率：18.3%（2023年度）※2024年2月26日時点の見込み（2022年度23.5%、2021年度18.2%、2020年度19.6%）

今後の目標

信頼される温かい看護を提供する

1. 根拠のある安心で安全な看護の実践
 - ・判断して発言できる管理者の育成
 - ・判断してケアを提供できる看護師の育成
2. 生き生きと働ける職場環境作り
 - ・お互いを尊重し成長を認め合う
 - ・相手への気遣いと感謝の気持ちを表す

リハビリテーション科

リハビリテーション科部長 小田 智之

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19名）
運動器 I、呼吸器 I、廃用症候群 I、訪問リハビリテーション
人 員：専任医師 3名
理学療法士 29名（1名は5日/週、1名は5日/週 半日訪問リハに従事）
作業療法士 21名（1名は5日/週 半日訪問リハに従事）
言語聴覚士 4名
リハ助手 2.5名

当科は365日リハビリテーションを展開し、医師の指示から早期に十分な量のリハビリテーション提供に努めています。患者さまとは入院中に留まらず、外来・訪問リハビリテーションにより、退院後も専門職が関わることで支援をしております。回復期リハビリテーション病棟では、十分なリハビリテーション提供と、多職種連携による適切な退院支援を行っております。また、地域への活動を積極的に参画し、当地域の地域包括ケアシステム構築およびリハビリテーション提供の一助となることを目指します。

今後の目標

- ・365日リハビリによる入院後早期から充実したリハビリテーションの提供
- ・多職種連携による密な情報交換、退院支援
- ・人員を適材適所に配置し、教育の充実とキャリア構築できる業務展開
- ・介護保険サービスへのスムーズな移行支援
- ・当地域の介護予防・健康増進への参加および企画
- ・職員および患者満足度の高い職場 ・学術活動（学会発表および論文投稿）の継続

栄養科

栄養科係長 山田 恵子

➤ 特徴

管理栄養士9名と歯科衛生士2名が在籍しています。各疾患の個別栄養指導を実施しています。また、2023年よりコロナ禍で中止となっていた糖尿病教室を再開しました。入院患者さまには、各病棟の担当管理栄養士が中心となり、摂取状況、体重変化、検査データなど様々な情報をもとに栄養管理を実施しています。歯科衛生士は、患者さまの全身状態や社会的背景を視野に入れた口腔ケアを実施し、全身の健康管理を支援しています。

➤ 今後の目標

- ・衛生的かつ安全な給食提供の継続
- ・患者さま個々に合わせた栄養管理の実施（早期介入、質向上）
- ・各資格取得や研修会参加を通し栄養士の専門性を磨く
- ・在宅療養患者さまの栄養管理（居宅療養管理指導の充実）
- ・質の高い口腔ケア

臨床検査部

検査部技師長 浅井 弥生

➤ 特徴

検査部では検体検査（血液・尿等）、輸血検査、病理・細胞診検査（手術や検査で病気の疑いのある部位を採取して診断する検査）、生理検査（心電図検査・各種エコー検査・肺機能検査等）、採血業務に加え耳鼻咽喉科、乳腺センターや健診センターにて検査を行なっています。またインフルエンザやコロナ PCR 検査を行なっています。

正確な検査結果を提供し、患者さまの信頼および安心を得られる医療サービスを目指しています。

➤ 今後の目標

- ・最新の技術・知識向上のために、技師一人一人がキャリアアップできる環境を整えて支援していきます。
- ・精度管理の向上を目指し、迅速かつ正確な検査の提供に努めます。
- ・多くの最新検査情報を提供できるように目指します。
- ・ニーズに合わせ新たな検査の実施に取り組むよう努めます。

放射線科

放射線科技師長代行 大橋 俊夫

特徴

当院の放射線科の日常業務には、レントゲン撮影、CT、MRI、マンモグラフィ、そして透視などがあります。放射線科では、技師一人ひとりが自分の仕事に対し責任感を持つように教育、そして指導しています。また、質の高い検査を提供するために、学術的な活動に力を入れ、専門的な知識と技術を常に更新することを心掛けています。“信頼され愛される病院”を実現するために、患者さまに安全・安心な医療を提供します。

今後の目標

1. 安全で安心な検査を提供します。
2. 質の高い検査のために、恒常的に知識と技術を更新します。
3. 放射線検査部門において、病診連携を円滑にし、地域医療に貢献します。

薬剤部

薬剤部薬局長 中西 啓文

特徴

薬剤師が、医薬品の管理・調剤・情報提供を行っています。医薬品の量的な管理だけでなく、質的な管理も含め、薬剤師がチェックを行うことで、安心安全な薬物治療を提供しています。医師への処方提案や、他職種への医薬品の使用方法・管理方法の情報提供を行い、医薬品が適切に使用され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、患者様の服薬状況や副作用症状などの情報共有に努めています。

今後の目標

病棟薬剤業務や外来薬剤業務など、薬剤部の業務内容拡充を目指します。

業務拡充により、質の低下を起こさぬよう、必要な人員の確保を最優先に行い、教育方法の見直しを行います。

後発医薬品採用比率も高い水準を維持できるように努め、医薬品の供給が不安定である中、在庫不足が起こることがないように、在庫管理に努めます。

研修会や学会へ積極的に参加し、知識の習得と活用を推進していきます。

臨床工学科

臨床工学科科長代行 水谷 友也

➤ 特徴

医療機器は病棟・外来・手術室での日々の検査や治療で数多く使用されています。臨床工学科では医療機器の専門医療職としてそれらの機器が安全に使用できるよう点検の計画や実施、修理を行っています。臨床面では腎センターや上飯田クリニックでの血液透析、内視鏡センター業務、人工呼吸器装着補助などを行っています。

➤ 今後の目標

- ・医療機器に対する知識向上に努めます。
- ・他職種に向け機器の勉強会を開催し知識の共有を図ります。
- ・医療機器の点検件数を増やし、安心安全な医療の提供に努めます。

専門医資格一覧

一般内科

船田 彬 内科特別顧問
【認定医】人間ドック認定医
日本医師会 認定産業医
日本医師会健康スポーツ医

総合診療科

栢根谷 学 総合診療科医長 医局長
【指導医】日本内科学会 内科指導医
日本プライマリ・ケア連合学会 指導医
日本専門医機構 総合診療領域特任指導医
臨床研修指導医
【専門医】日本内科学会 総合内科専門医
日本循環器学会 循環器専門医
日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医
【認定医】日本内科学会 認定内科医
日本プライマリ・ケア連合学会プライマリ・ケア認定医
日本病院総合診療医学会 認定病院総合診療医
【資格】臨床研修協議会 臨床研修プログラム責任者

行俊 浩平

総合診療科医員
【専門医】日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医
【認定医】日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア認定医
【指導医】日本プライマリ・ケア連合学会 指導医

循環器内科

黒田 憲治 検査部長
【指導医】臨床研修指導医
【専門医】日本循環器学会 循環器専門医
【認定医】日本内科学会 認定内科医

消化器内科

小栗 彰彦 副院長 健診センター長
【指導医】日本消化器病学会 消化器病指導医
日本消化器内視鏡学会 消化器内視鏡指導医
日本内科学会 認定内科指導医
日本カプセル内視鏡学会 指導医
臨床研修指導医
【専門医】日本消化器病学会 消化器病専門医
日本消化器内視鏡学会 消化器内視鏡専門医
【認定医】日本内科学会 認定内科医

小田切 英樹 消化器内科第一部長 消化器センター長
【指導医】臨床研修指導医

春日井 俊史

消化器内科第二部長
【専門医】日本消化器病学会 消化器病専門医
【認定医】日本内科学会 認定内科医

石田 哲也

消化器内科医長 内視鏡センター長
【指導医】臨床研修指導医
【専門医】日本内科学会 総合内科専門医
日本消化器学会 消化器病専門医
日本消化器内視鏡学会 消化器内視鏡専門医
日本肝臓学会 肝臓専門医
【資格】日本医師会 認定産業医

腎臓内科

加藤 悠佳理 腎センター長 腎臓内科医長
【専門医】日本腎臓学会 腎臓専門医
日本内科学会 総合内科専門医
【認定医】日本内科学会 認定内科医

市原 諒恵

腎臓内科医長
【指導医】日本腎臓学会 腎臓内科指導医
【専門医】日本腎臓学会 腎臓専門医
日本透析学会 透析専門医
日本リウマチ学会 リウマチ専門医
日本内科学会 総合内科専門医
【認定医】日本内科学会 認定内科医

脳神経内科

濱田 健介 内科統括部長 脳神経内科部長
リハビリテーション専任医師
【指導医】日本神経学会 神経内科指導医
日本内科学会 認定内科指導医
臨床研修指導医
【専門医】日本神経学会 神経内科専門医
日本内科学会 総合内科専門医

林 佳絵

脳神経内科医員
【専門医】日本神経学会 神経内科専門医
【認定医】日本内科学会 認定内科医

糖尿病内科

山本 由紀子 糖尿病内科部長
【指導医】臨床研修指導医
【専門医】日本内科学会 総合内科専門医

外科

山口 洋介 理事長
【指導医】日本プライマリ・ケア連合学会 指導医
臨床研修協議会 臨床研修プログラム責任者 臨床研修指導医
【認定医】日本プライマリ・ケア連合学会 認定医
日本乳がん検診精度管理中央機構 検診マンモグラフィ読影認定医
日本病院総合診療医学会 認定病院総合診療医
【資格】医師臨床研修制度・研修管理委員会・委員長研修（特定研修）修了

小出 史彦

外科部長
【専門医】日本外科学会 外科専門医
日本消化器外科学会 消化器外科専門医
【認定医】日本消化器外科学会 消化器がん外科治療認定医
【資格】手術支援ロボットダ・ヴィンチ サーフティフィケート

杉浦 友則

外科医長
【専門医】日本外科学会 外科専門医
【認定医】日本外科学会 認定医

寺嶋 宏介

医長
【指導医】日本消化器外科学会 消化器外科指導医
【専門医】日本外科学会 外科専門医 日本消化器外科学会 消化器外科専門医
【認定医】日本消化器外科学会 消化器がん外科治療認定医
日本腹部救急学 腹部救急認定医
日本乳がん検診精度管理中央機構 マンモグラフィ読影認定医
【資格】日本ロボット外科学会 Robo-Doc Pilot 国内B級ライセンス
手術支援ロボットダ・ヴィンチ サーフティフィケート

加藤 哲明

医長
【専門医】日本外科学会 外科専門医

甲状腺外科

加藤 万事 名譽院長 甲状腺・内分泌センター長
【専門医】日本外科学会 外科専門医

乳腺外科

塚田 智行 副院長 乳腺センター長 地域包括サポートセンター長
【指導医】日本外科学会 外科指導医
日本乳癌学会 乳腺指導医
臨床研修協議会 臨床研修プログラム責任者 臨床研修指導医
【専門医】日本外科学会 外科専門医
日本乳癌学会 乳腺専門医

鎌谷 純子

乳腺外科部長 乳腺センター 副センター長 日本乳癌学会 評議員
【指導医】日本消化器外科学会 消化器外科指導医
【専門医】日本外科学会 外科専門医
日本乳癌学会 乳腺専門医
日本消化器外科学会 消化器外科専門医
【認定医】日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
【資格】日本病院会 臨床研修指導医

菅沼 翔子

乳腺外科医員
【認定医】日本乳がん検診精度管理中央機構 マンモグラフィ読影認定医
日本乳癌学会 乳腺認定医
【資格】緩和ケア研修会修了

形成外科

永田 亜矢子 形成外科医長
【指導医】日本形成外科学会 領域指導医
日本形成外科学会 小児形成外科分野指導医
臨床研修指導医
日本形成外科学会 レーザー分野指導医
【専門医】日本形成外科学会 専門医
日本熱傷学会 専門医
日本前歯外科学会 専門医
【登録資格】日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会 責任医師

加藤 真帆

形成外科医員
【専門医】日本形成外科学会 形成外科専門医
【資格】日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会 責任医師

緩和ケア外科

岡島 明子 緩和ケア外科部長 緩和ケアセンター長
リハビリテーション専任医師
【指導医】日本消化器外科学会 消化器外科指導医
【専門医】日本外科学会 外科専門医
日本消化器外科学会 消化器外科専門医
【認定医】日本消化器外科学会 消化器がん外科治療認定医
日本緩和医療学会 緩和医療認定医
【資 格】厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」
患者の意向を尊重した意思決定のための研修会修了

整形外科

良田 洋昇 院長 整形外科部長
【指導医】臨床研修協議会 臨床研修プログラム責任者 臨床研修指導医
【専門医】日本整形外科学会 整形外科専門医
日本整形外科学会 スポーツ専門医

丸山 聖子 輸血部長

【専門医】日本整形外科学会 整形外科専門医

小田 智之 リハビリテーション科部長 人工関節・関節鏡センター長

【専門医】日本整形外科学会 整形外科専門医
【資 格】日本整形外科スポーツ医学会 代議員
日本スポーツ協会公認スポーツ指導者
日本体育協会公認スポーツドクター
名古屋グランパス チームドクター
医学博士
東邦高校サッカー部 チームドクター

飛田 哲朗 脊椎外科部長 脊椎・脊髄センター長

【指導医】日本脊椎脊髄病学会 脊椎脊髄外科指導医
【専門医】日本脊椎脊髄病学会・日本脊髄外科学会 脊椎脊髄外科専門医
日本整形外科学会 整形外科専門医
日本整形外科学会 脊椎脊髄病医
【資 格】身体障害者福祉法指定医
愛知県難病指定医
医学博士

皮膚科

宮田 聡子 皮膚科医長
【専門医】日本皮膚科学会 皮膚科専門医

泌尿器科

山田 伸 泌尿器科顧問
【指導医】日本泌尿器科学会 指導医
臨床研修指導医
【専門医】日本泌尿器科学会 専門医
【認定医】日本泌尿器内視鏡学会 腹腔鏡手術認定医
日本臨床腎移植学会 腎移植認定医
日本移植学会 腎移植認定

麻酔科

坪井 博 麻酔科特別顧問
【指導医】日本麻酔科学会 麻酔科指導医
臨床研修指導医
【専門医】日本麻酔科学会 麻酔科専門医
岩田 健 麻酔科シニアディレクター
【指導医】臨床研修協議会 臨床研修プログラム責任者 臨床研修指導医
【専門医】日本麻酔科学会 麻酔科専門医

前田 亮子 麻酔科部長 手術室部長

【専門医】日本麻酔科学会 麻酔科専門医
【資 格】臨床研修指導医

芝 朋加 麻酔科医長

【専門医】日本麻酔科学会 麻酔科専門医
【認定医】日本麻酔科学会 麻酔科認定医
【資 格】臨床研修指導医

小児科

後藤 泰浩 小児科部長
【指導医】臨床研修指導医
【専門医】日本小児科学会 小児科専門医

産婦人科

徳橋 弥人 産婦人科部長
【指導医】日本産科婦人科学会 産婦人科指導医
臨床研修指導医
【専門医】日本産科婦人科学会 産婦人科専門医
母体保護法指定医
【資 格】日本母体救命システム普及協議会（J・C I M E L S）ベーシックコース修了
NPO法人周産期医療支援機構 ALSOプロバイダーコース修了

耳鼻いんご科

久野 佳也夫 耳鼻いんご科部長
【専門医】日本耳鼻咽喉科学会 耳鼻咽喉科専門医

物忘れ評価外来

齋藤 克行 老年精神科部長
【指導医】厚生労働省 精神保健指定医
日本精神神経学会 精神科指導医
日本老年精神医学会 指導医
日本緩和医療学会 認定指導医
日本認知症学会 指導医
臨床研修指導医
日本総合病院精神医学会 一般病院連携精神医学指導医
【専門医】日本総合病院精神医学会 一般病院連携精神医学専門医
日本精神神経学会 精神科専門医
日本老年精神医学会 専門医
日本認知症学会 専門医
【認定医】日本外科学会 登録認定医
日本消化器外科学会 認定医
【資 格】日本医師会 認定産業医
介護支援専門員（実務経験はありません）
【指導者】日本認知症予防学会 認知症予防専門士指導者

眼科

古川 真理子 副院長 眼科部長
【指導医】日本眼科学会 眼科指導医
臨床研修指導医
【専門医】日本眼科学会 眼科専門医
【所属学会・団体】日本眼科学会・日本眼科医会
日本眼科手術学会・日本網膜硝子体学会
日本白内障屈折矯正手術学会

熊谷 和之 眼科副部長

【所属学会・団体】日本眼科学会・日本眼科医会
日本網膜硝子体学会

神谷 茉紗代 眼科医員

【専門医】日本眼科学会 眼科専門医

清澤 椋基 眼科医員

【専門医】日本眼科学会 眼科専門医

病診連携医療機関 2023年1月～2023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 |
|-------------------|------|----------------------------------|
| いちょうクリニック内科・消化器内科 | 308 | 北区織部町1番1 そよら上飯田2F |
| 北病院 | 273 | 北区内飯田南町2-88 |
| あじま眼科クリニック | 173 | 北区楠味鏡2-1704 |
| 木の香往診クリニック | 172 | 北区駒止町2-22 |
| おがわ内科クリニック | 168 | 守山区幸心1丁目228番地 |
| つがねクリニック | 139 | 北区安井4-14-63 |
| 林整形外科 | 112 | 東区矢田二丁目9番10号 |
| 太田整形外科 | 95 | 北区中味鏡三丁目418 |
| あさみクリニック | 85 | 北区内飯田通1丁目22番地 |
| かわなかクリニック | 78 | 北区川中町11-8 |
| 赤羽乳腺クリニック | 76 | 千種区四谷通1-13ノア四ツ谷ビル3階 |
| 竹内クリニック | 74 | 北区辻町3丁目53番地 |
| 大隈病院 | 70 | 北区大曾根二丁目9番34号 |
| 名古屋金山駅ゆき乳腺クリニック | 65 | 熱田区金山町1-2-3 東和ビル5階 |
| 上飯田泌尿器科内科クリニック | 64 | 北区八龍町1丁目56番 |
| しんば整形外科 | 57 | 北区苗田町63 |
| おかひらクリニック | 53 | 北区辻本通3-24-1 |
| 大曾根外科 | 52 | 北区平安1-8-11 |
| やまもとクリニック | 51 | 北区如意4-102 |
| 若葉通クリニック | 50 | 北区若葉通1-15-2 |
| せこ内科クリニック | 49 | 守山区瀬古1-720 |
| 眼科とうもとクリニック | 49 | 北区如意二丁目95 |
| やまざきクリニック | 44 | 北区大曾根4-6-16 |
| おはなばたけクリニック | 42 | 守山区甘軒家22-40 |
| 山田医院 | 41 | 北区萩野通り2-10 |
| 清水内科クリニック | 40 | 北区平安1-8-50 |
| いしぐろクリニック | 39 | 北区如意2-118 |
| 長谷川内科 | 33 | 守山区幸心3-1102 |
| たち消化器内科クリニック | 32 | 千種区高見2丁目13-23 1F |
| マルモプレストクリニック | 28 | 名東区本郷2丁目124番地の1 |
| 近松医院 | 27 | 北区平安二丁目5番40号 |
| 中切パークサイドクリニック | 27 | 北区中切町2-10 |
| おおぞねメディカルクリニック | 27 | 北区平安二丁目2番14号 |
| 堀口医院 | 26 | 北区東味鏡1-1601 |
| ちくさ病院 在宅診療部 | 25 | 千種区今池南4番1号 ちくさ病院5階 ちくさ病院在宅診療部 |
| 徳川かとうクリニック | 24 | 東区徳川2-14-15パール徳川1階 |
| 金城クリニック | 24 | 北区金城3-4-5 |
| 新守山クリニック | 23 | 守山区鳥羽見2-12-6 |
| あだち内科クリニック | 21 | 北区中味鏡3-1001 |
| 橋本整形外科クリニック | 20 | 北区萩野通1-38-1 |
| もりやまファミリークリニック | 18 | 守山区瀬古東3丁目140番地 |
| いざわ内科・消化器内科クリニック | 18 | 北区浪打町2-92-1 |
| 堀田医院 | 18 | 北区八代町2-74 |
| 如意皮ふ科 | 16 | 北区苗田町60 |
| 青木医院 | 16 | 北区金城町4-38 |
| くりきクリニック | 16 | 北区中味鏡3丁目402-1 |
| 工藤外科クリニック | 15 | 北区池花町274 |
| ひらい内科クリニック | 15 | 北区山田四丁目1-52 |
| 浦野医院 | 15 | 北区平安通1-1-2ステーション平安通1階 |
| おおぞね内科クリニック | 13 | 北区大曾根4丁目13-28 |
| 榑原内科診療所 | 13 | 北区三軒町12-1 |
| もくれんクリニック | 13 | 東区泉二丁目21番25号高岳院ビル7階 |
| 小林内科 | 12 | 北区黒川本通3-67 |
| 加藤医院 | 12 | 北区安井1-34-15 |
| 森本医院 | 11 | 東区矢田5-1-8 |
| 中井内科医院 | 11 | 北区志賀町2-65志賀ビル2階 |
| おなか内科東白壁クリニック | 10 | 東区芳野1-1-15 |
| ナゴヤガーデンクリニック | 10 | 西区則竹新町3丁目1-17イオンモール名古屋ノリタケガーデン3階 |
| ココカラウィメンズクリニック | 10 | 東区泉1丁目23-36NBN 泉ビル4階 |
| 守山内科・守山健康管理センター | 9 | 守山区新守山901番地 |

| 医院名 | 紹介件数 | 所在地 |
|----------------------------|------|-------------------------------|
| 種田クリニック | 9 | 守山区白沢町168 |
| 北メンタルクリニック | 9 | 北区上飯田北町1-20すまいるハートビル4階 |
| ささきクリニック | 9 | 北区彩紅橋通2-1スクエア358 1階 |
| 大雄会ルーセントクリニック | 8 | 西区牛島町6-1名古屋ルーセントタワー 3階 |
| 樋口整形外科 | 8 | 守山区喜多山1-6-18 |
| 片山内科 | 8 | 北区駒止町2-40 |
| 天寿病院 | 8 | 北区米が瀬町138番地 |
| 楠メンタルホスピタル | 8 | 北区五反田町110 |
| 神保外科 | 8 | 守山区小幡中2-20-1 |
| 柴田内科クリニック | 7 | 北区会所町226 |
| 名春中央病院 | 7 | 北区東味鏡1-2401 |
| 安藤医院 | 7 | 北区清水五丁目1-23 |
| 長谷川外科 | 7 | 東区徳川町524 |
| 鬼頭整形外科スポーツクリニック | 7 | 守山区大牧町405 |
| 尾崎クリニック | 7 | 東区大曾根1-2-25 |
| リーフクリニック名駅 | 6 | 西区那古野町2-25-11 |
| 井戸田整形外科 名駅スポーツクリニック | 6 | 西区名駅2-6-5 |
| 大幸砂田橋クリニック | 6 | 東区大幸四丁目18-24 |
| 堀内内科消化器科クリニック | 6 | 東区芳野3丁目6-4-D003ダイアパレス東白壁1階 |
| わたなべ内科クリニック | 6 | 北区水草町2-49 |
| ココカラハートクリニック | 5 | 東区泉1-23-36NBN 泉ビル4階 |
| うわとこクリニック | 5 | 北区大曾根2-7-18 |
| 板倉医院 | 4 | 北区城東町7-156 |
| 山王クリニック | 4 | 中川区西日置2-3-5名鉄交通ビル2階 |
| くろかわ内科・健診クリニック | 4 | 北区元志賀町1-4-1 |
| ゆうこ乳腺クリニック名駅 | 4 | 中村区名駅4-6-23 第3堀内ビル13階 |
| さぶり整形外科 | 4 | 西区城西2-19-18 |
| 平田レディースクリニック | 4 | 北区天道町2-34 |
| 康友クリニック | 4 | 西区浮野町21-1 |
| 城北クリニック | 3 | 北区黒川本通5-26-1 |
| なかむら内科 | 3 | 西区上名古屋1-14-23 |
| 後藤皮膚科 | 3 | 守山区西川原町43 |
| セタクリニック | 3 | 北区黒川本通四丁目37番地カーサビアンカ黒川2階 |
| 清水口整形外科クリニック | 3 | 東区白壁2-6-1 |
| しらかべ内科 糖尿病・高血圧・甲状腺クリニック | 3 | 東区白壁二丁目401番 |
| しんじょう皮膚科・胃腸科 | 3 | 北区辻本通3-22-1 |
| 鈴木医院 | 3 | 北区城東町4-84 |
| 佐藤クリニック | 3 | 守山区長栄13-14 |
| にししろクリニック | 3 | 守山区西城2-13-13 |
| 上社眼科 | 3 | 名東区上社二丁目3番1 |
| あおい在宅診療所 | 3 | 西区名西2-33-10東芝名古屋ビル8階 |
| ウエルネス名古屋健診クリニック | 2 | 中区栄2-10-19 名古屋市商工会議所ビル11階 |
| さとし耳鼻咽喉科クリニック | 2 | 守山区瀬古東3丁目1245-1 |
| 新栄リウマチ膠原病・内科クリニック | 2 | 東区葵一丁目14番13号アーク新栄ビルディング1階 |
| 徳川皮膚科内科クリニック | 2 | 東区山口町15-8プライムガーデン徳川1階 |
| はまづクリニック | 2 | 東区砂田橋4-1-52 |
| トラストクリニック | 2 | 中区栄1-30-22ハイメディック名古屋6階 |
| オリーブ在宅クリニック | 2 | 守山区永森町353 |
| 笑顔のおうちクリニック | 2 | 中村区名駅3丁目28番12号大名古屋ビルディング9階 |
| やながわクリニック | 2 | 北区大野町3-16 |
| 生協もりやま診療所 | 2 | 守山区小幡3-8-10 |
| 守山みずのハートクリニック | 2 | 守山区川宮町64 |
| 杉野医院 | 2 | 北区大杉町4-57-1 |
| 出来町クリニック | 2 | 東区新出来2-6-7 |
| 桜井医院 | 2 | 西区市場木町286番地 |
| きとうクリニック | 2 | 守山区甘軒家14-40 |
| 新道内科クリニック | 2 | 西区新道2丁目5番7号 |
| 猪子内科クリニック | 2 | 北区清水5-13-6 |
| わたせ腎泌尿器科クリニック | 2 | 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 |
| かとうホームクリニック | 2 | 西区城西2-4-9 |
| 磯部内科クリニック | 2 | 中区新栄町1-3 日丸名古屋ビル3階 |
| おがたファミリークリニック | 2 | 守山区緑ヶ丘107 |
| 太田なごやかクリニック | 2 | 中村区豊国通二丁目21-1 |

※紹介件数2件以上の連携先を掲載

総合上飯田第一病院

上飯田
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

地域連携医療機関 2023年1月～2023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無い連携医療機関

| 医院名 | 紹介件数 | 所在地 |
|--------------------------|------|--------------------|
| 名古屋市立大学医学部附属 西部医療センター | 237 | 北区平手町1-1-1 |
| 名古屋大学医学部附属病院 | 224 | 昭和区鶴舞町65番地 |
| 整形外科つのだクリニック | 220 | 春日井市二子町2丁目10-12 |
| みずのリハビリクリニック | 220 | 北区上飯田南町3丁目92-2 |
| 名古屋医療センター | 205 | 中区三の丸4丁目1-1番地 |
| 山崎眼科 | 105 | 春日井市中新町1丁目10番地の8 |
| ふく田整形外科 | 103 | 春日井市朝宮町2-18-1 |
| やまねクリニック | 103 | 北区楠味鏡4-1524 |
| 小牧平田眼科 | 102 | 小牧市堀の内四丁目52-1 |
| 服部外科整形外科 | 81 | 北区長喜町1-10 |
| あじま診療所 | 79 | 北区楠味鏡3-1001-1 |
| 名古屋市立大学医学部附属 東部医療センター | 69 | 千種区若水1-2-23 |
| ひろせ整形外科 | 63 | 北区志賀本通1-4 |
| 加藤医院 | 57 | 北区山田一丁目13番77号 |
| タナベ眼科 | 47 | 北区大曾根1-19-14 |
| すみれ野眼科医院 | 43 | 北区大曾根二丁目8番29号 |
| 春日井市民病院 | 42 | 春日井市鷹来町1-1-1 |
| 小牧市民病院 | 42 | 小牧市常普請一丁目20番地 |
| ひろし整形外科 | 41 | 守山区森宮町288 |
| 眼科池田クリニック | 38 | あま市坂牧坂塩150番地 |
| 内科眼科ゆたかクリニック | 32 | 春日井市味美町三丁目69 |
| かちがわ眼科クリニック | 32 | 春日井市大和通2-23-5 |
| さとし眼科クリニック | 28 | 犬山市羽黒成海南8 |
| 佐野外科 | 27 | 守山区村合町126 |
| 名城病院 | 26 | 中区三の丸一丁目3-1 |
| 愛知健康増進財団 | 26 | 北区清水1-18-4 |
| ときわ医院 | 25 | 北区尾上町1-2公団尾上団地4棟1階 |
| 名古屋市立大学病院 | 25 | 瑞穂区瑞穂町字川澄1 |
| かたびら眼科 | 23 | 岐阜県可児市東帷子3877 |
| 榆の木ファミリークリニック | 22 | 北区平安2-24-58 |
| 名古屋北クリニック | 22 | 北区丸新町357-1 |
| 酒井眼科 | 21 | 北名古屋市久地野北浦66番 |
| ふかがや丹羽眼科 | 18 | 岐阜県関市前町14 |
| 平田眼科 | 16 | 春日井市瑞穂通6-22-3 |
| 糖尿病・甲状腺 上西内科 | 14 | 小牧市常普請2-83 |
| 二子山ファミリークリニック | 14 | 春日井市二子町1丁目5-6 |
| 深見眼科 | 12 | 豊田市陣中町1丁目6番地11 |
| サン・くすのき | 12 | 北区五反田町111番地 |
| 上野レディースクリニック | 11 | 北区大曾根一丁目29番33号 |
| AOI 名古屋病院 | 9 | 東区泉二丁目2-5 |
| 桐測アイクリニック | 8 | 岡崎市羽根西1-7-1 |
| 飯田医院 | 7 | 北区杉栄町五丁目116-4 |
| 名古屋甲状腺診療所 | 6 | 中区大須4-14-59 |

| 医院名 | 紹介件数 | 所在地 |
|-----------------------------------|------|--------------------------------|
| こまき眼科 | 6 | 小牧市中央2-148小牧ステーションビル1階 |
| どい眼科クリニック | 6 | 中区新栄町1-3 日丸名古屋ビル8F |
| 春日井眼科クリニック | 6 | 春日井市松新町1丁目3番地 ルネッサンスシティ勝川1番街3階 |
| わかばファミリークリニック | 6 | 西春日井郡豊山町豊場高前183-1 |
| 南波眼科皮膚科 | 5 | 小牧市城山1丁目3番 ピエスタ2階 |
| すぎやま病院 | 4 | 名東区社台3-10 |
| ライフ健康クリニック | 4 | 中村区道下町2-26 |
| 糖尿病・甲状腺とみなが内科 | 4 | 千種区豊年町14-4スギ薬局内山店2F |
| とよ山内科クリニック | 4 | 西春日井郡豊山町大字青山字東川46-2 |
| さかきばらクリニック | 3 | 春日井市如意申町1丁目10番地の13 |
| 高井整形外科眼科医院 | 3 | 岐阜県高山市初田町3丁目50 |
| さんクリニック | 3 | 北区清水2-2-8 |
| 石黒内科クリニック | 3 | 春日井市朝宮町1丁目11-1 |
| なごや訪問クリニック | 2 | 東区芳野3-6-4D -001 |
| こばやしクリニック | 2 | 春日井市中野町2-14-9 |
| あま市民病院 | 2 | あま市甚目寺畦田1 |
| せとかいどう花井クリニック | 2 | 尾張旭市印場元町3-4-5 |
| さくらんぼクリニック | 2 | 北区田幡1丁目1-3 |
| 朝倉眼科クリニック | 2 | 春日井市朝宮町1丁目2-8 |
| 味噌眼科 | 2 | 小牧市小松寺3-158 |
| ふわりもの忘れとこころのクリニック 名古屋 | 1 | 北区如意3-108-1 |
| 名古屋ニューロサージェリークリニック | 1 | 守山区下志段味西の原835 |
| あさひ眼科クリニック | 1 | 尾張旭市南原山町赤土270-1 |
| しみず眼科クリニック | 1 | 岩倉市大市場町郷東59-1 |
| 平竹クリニック | 1 | 北区敷島町48-1 |
| 林整形外科クリニック | 1 | 西区花原町16-4 |
| リウゲ内科名駅クリニック | 1 | 西区名駅2-11-3 |
| 青葉クリニック | 1 | 中村区十王町4-5ランドビル本陣1-2階 |
| 玉井眼科 | 1 | 西区南川町9番地 |
| 稲垣婦人科 | 1 | 北区大曾根3-15-58大曾根フロントビル2階 |
| 昭和在宅クリニック | 1 | 昭和区川名本町1-47-2 レイナビル1F |
| 西野医院 | 1 | 東区百人町82 |
| 近畿健康管理センター KKC ウェルネス名古屋健診クリニック | 1 | 中区栄2-10-19 名古屋商工会議所ビル11階 |
| 大石眼科 | 1 | 千種区豊年町16-7 |
| 灰本クリニック | 1 | 春日井市弥生町1丁目80番 |
| 山際クリニック | 1 | 春日井市小野町二丁目72番地 |

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

科別紹介患者数 2023年1月～2023年12月データ

| 診療科 | 入院 | 外来 | 計 |
|-----------|-------|-------|-------|
| 整形外科 | 465 | 1,997 | 2,462 |
| 眼科 | 324 | 963 | 1,287 |
| 消化器内科 | 167 | 721 | 888 |
| 乳腺外科 | 53 | 387 | 440 |
| 脳神経内科 | 112 | 196 | 308 |
| 総合診療科 | 99 | 120 | 219 |
| 外科 | 81 | 134 | 215 |
| 甲状腺・内分泌外科 | 72 | 121 | 193 |
| 腎臓内科 | 95 | 89 | 184 |
| 皮膚科 | | 175 | 175 |
| 泌尿器科 | 19 | 141 | 160 |
| 緩和ケア外科 | 69 | 74 | 143 |
| 循環器内科 | 15 | 121 | 136 |
| 脳神経外科 | 48 | 82 | 130 |
| 呼吸器内科 | | 127 | 127 |
| 糖尿病内科 | 37 | 81 | 118 |
| 一般内科 | 58 | 23 | 81 |
| 産婦人科 | 1 | 67 | 68 |
| 形成外科 | 4 | 58 | 62 |
| 耳鼻いんこう科 | 2 | 53 | 55 |
| 小児科 | 1 | 7 | 8 |
| 老年精神科 | | 5 | 5 |
| 麻酔科 | | 2 | 2 |
| 計 | 1,722 | 5,744 | 7,466 |

※外来、入院とも病診連携医療機関、地域連携医療機関の合計数

※病診連携とは名古屋市医師会病診連携システムに登録の連携医療機関

※地域連携とは名古屋市医師会病診連携システムに登録の無い連携医療機関

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 2023年1月～2023年12月データ

入院実績

| 項目 | 件数 |
|-----------------|-------|
| 新規入院患者数 | 455名 |
| 1日平均患者数 | 93.1名 |
| 平均在院日数 | 73.9日 |
| 在宅復帰率（70%以上） | 94.9% |
| 入院時重症度（40%以上） | 46.8% |
| 退院時回復割合（30%以上） | 83.2% |
| 1日あたり平均リハビリ実施単位 | 7.2単位 |
| 実績指数（アウトカム指数） | 46.6 |

通所リハビリテーション

| 利用実績 | 件数 |
|------------------|-----|
| 利用件数（1ヶ月平均） | |
| クイック（1時間～2時間利用） | 33 |
| オーダー（3時間～4時間利用） | 54 |
| ベーシック（6時間～7時間利用） | 68 |
| 利用延件数（1ヶ月平均） | |
| クイック | 185 |
| オーダー | 377 |
| ベーシック | 492 |
| 介護度割合（%） | |
| 要介護1 | 10 |
| 要介護2 | 39 |
| 要介護3 | 21 |
| 要介護4 | 14 |
| 要介護5 | 3 |
| 要支援1 | 3 |
| 要支援2 | 10 |
| 目標達成による卒業者（年間） | |
| クイック | 6 |
| オーダー | 3 |
| ベーシック | 0 |

栄養科

| 項目 | 件数 |
|---------------|--------|
| 患者食数 一般食 | 49,323 |
| 患者食数 特別食（加算） | 35,401 |
| 患者食数 特別食（非加算） | 8,032 |
| 患者食数 濃厚流動食 | 7,196 |
| 通所リハビリテーション食数 | 5,804 |
| 入院栄養食事指導 | 419 |
| NST 回診延べ患者数 | 87 |
| 栄養アセスメント件数 | 947 |

地域医療連携室

| 項目 | 件数 |
|-------------|-------|
| 介護連携指導料 | 95 |
| 退院時共同指導料 | 4 |
| 退院支援加算件数 | 458 |
| カンファレンス | 2,010 |
| 相談延件数（相談領域） | 4,376 |
| 入院相談 | 958 |
| 職業・住居 | 16 |
| 経済 | 102 |
| 退院支援（転院・入所） | 1,042 |
| 退院支援（在宅） | 1,748 |
| その他 | 510 |

紹介入院患者数

| 紹介元医療機関名 | 件数 |
|----------------------|-----|
| 名古屋医療センター | 153 |
| 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター | 78 |
| 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター | 60 |
| 大隈病院 | 42 |
| 総合上飯田第一病院 | 29 |
| 春日井市民病院 | 18 |
| 名古屋市立大学病院 | 16 |
| 名城病院 | 13 |
| 名古屋大学医学部附属病院 | 11 |
| 旭ろうさい病院 | 10 |
| 名鉄病院 | 7 |
| 日赤愛知医療センター名古屋第一病院 | 6 |
| 小牧市民病院 | 5 |
| 中京病院 | 4 |
| 名古屋掖済会病院 | 4 |
| 公立陶生病院 | 3 |
| 名古屋徳州会総合病院 | 3 |
| 名古屋ハートセンター | 3 |
| その他、市内の医療機関 | 9 |
| その他、市外の医療機関 | 5 |
| その他、県外の医療機関 | 9 |

上飯田リハビリテーション病院

院長 水野 正昇

➤ 特徴

当院は回復期リハビリテーション（急性期治療の後、日常生活への復帰や社会復帰を目指す）のための病院です。

この目的に沿うように入院時から自宅での生活や就労を想定し、個別リハビリテーションを一日3時間を目標に実施しています。医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、介護士・介護福祉士、社会福祉士、管理栄養士が協力し総合的なリハビリテーションを行っております。最近では特に新型コロナウイルス感染症の予防に留意しています。また、通所リハビリテーションにも力をいれ、入院中のリハビリから退院後の通院リハビリへ円滑に移行できるようにしております。

➤ 今後の目標

- 安心、安全なリハビリテーション環境を提供します。
患者さま、利用者さまが安心してリハビリテーション医療を受けることができるよう今まで以上に安全な医療の提供ができるよう努力いたします。
- 地域医療連携を進める
地域の救急医療が円滑に機能するよう受け入れを速やかにし、効果的なリハビリテーションにより早期の社会、家庭への復帰を目指します。

看護部

看護部長 森川 和美

➤ 特徴

身体の状態だけでなく、障害を負うことで変わっていく今後の人生に、全職員一丸となって総合的にサポートしていくことができるよう、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、最善の看護・介護の提供に努めております。

施設基準：回復期リハビリテーション入院料 1

看護：回復期リハビリテーション看護師 3名
NST 専門療法士 3名

介護：アセッサー 2名

➤ 今後の目標

基本方針

- 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
- 看護・介護水準向上のため、自己啓発・相互啓発に努める
- 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

患者のその人らしく生きる生活を大切にし、信頼され愛される看護・介護の提供に努めます

通所リハビリテーション

師長 中島 智子

➤ 特徴

利用者さまの生活スタイルやご希望に応じたコースを選択していただくことができます。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による個別のリハビリテーションを中心に看護師や介護士等と連携しながら利用者さまと目標を確認してリハビリテーションを提供しています。また、利用開始前に居宅訪問をさせていただき、自宅の環境を把握した上でリハビリを提供させていただけるように努めております。在宅生活をより安心して生活を送るために定期的に利用者さまやご家族さま、ケアマネジャー、他のサービス事業者を含めたリハビリ会議を開催し自立支援に向けたサービスの提供に努めております。

➤ 今後の目標

利用者さまの状態を職員間で声掛けし合い情報共有を深め、ケアプランの作成や実施に努めます。

医療との連携を図り切れ目なく早期からリハビリを提供できるようにします。

生活機能の改善に努め、リハビリからの卒業や他のサービスへの移行に取り組みます。

地域医療連携室

医療ソーシャルワーカー主任補 高島 ゆかり

➤ 特徴

地域医療連携室は連携師長と社会福祉士4名の体制で、連携師長は主に入院受け入れを担当し、社会福祉士4名は入院中の患者さまの生活問題の相談や退院支援を行っています。

社会福祉士は、入院時に患者さま・ご家族と面談し、すべての患者さまの支援にあたっています。院内では他職種とも連携をとりながらチームアプローチを実践し、院外の各担当者との連携もとりながら、患者さまやご家族が安心して入院生活を送り、退院を迎えられるよう支援しています。

➤ 今後の目標

患者さまやご家族に安心していただけるよう、専門性の更なる向上を目指して学習を進めます。情報や知識を部署内で共有し、部署としての力量を上げていきます。

患者さまやご家族だけでなく、院内の多職種、院外の各担当者からも相談しやすい部署であるよう努めてまいります。

リハビリテーション科

リハビリテーション科科長代行 天神 豊

➤ 特徴

施設基準：脳血管等リハビリテーション（Ⅰ）運動器リハビリテーション（Ⅰ）

入院中の患者さまに対し、在宅及び社会復帰を目指しリハビリテーションを行っています。職員には回復期から生活期と様々な経験を積ませ、広い視野で最適なリハビリテーションを提供できるよう育成しています。

コロナ禍で行えなかった退院前訪問指導を再開し、円滑に在宅生活を送れる支援をしています。

➤ 今後の目標

- ・さらなる治療効果（退院時 ADL、実績指数）向上のため、人材育成・業務改善に努めます。
- ・OJT と OFFJT に積極的に取り組み、回復期病棟における専門性の向上・強化を図ります。
- ・患者さまやご家族に安心していただけるよう、引き続き入・退院支援の強化に努めます。
- ・地域医療に貢献するため、介護予防・健康増進への参加や法人内・外の連携強化を推進します。

栄養科

栄養科係長 藤田 寛子

➤ 特徴

各病棟に専任の管理栄養士が在籍し、栄養管理を行っています。入院時、全患者さまを訪問し、栄養評価を行い、低栄養およびリスクのある患者さまを早期に発見し計画を立案します。その後も摂取状況・体重変化等を定期的に評価し、必要な患者さまには最適な栄養補助食を負荷する等、リハビリ効果を高める栄養管理を目指しています。

給食部門は全面委託しています。定期的に行事食を実施するなど、患者さまに喜んで頂きますよう努めております。

➤ 今後の目標

- ・体組成も意識し、患者さま個々に合わせた栄養管理を提供します。
- ・再発を防ぐために栄養指導を実施します。
- ・患者さまの切れ目のない栄養管理を目指し、栄養情報連携に努めます。
- ・栄養士の専門性を磨くために、各資格取得・研修会参加に努めます。
- ・給食満足度の向上に努めます。

薬剤部

薬剤部 竹川 真由美

➤ 特徴

適正な薬物療法を支援する為、医薬品の管理・供給、情報の収集・提供を行っています。
(DI ニュースの発行等)

後発品不足が生じ、医薬品の安定供給が難しくなっています。代替品への処方変更など、安心して薬物療法が受けられるように努めています。

コロナ・インフルエンザの流行など、病院内の感染対策に努めています。

患者様に安全で安心してお薬を服用していただくために、お薬を一包化し、わかりやすく服用しやすい状態にすることによって、患者様のコンプライアンス向上に寄与しています。

➤ 今後の目標

- ・ 医薬品が有効に使用されるよう適正使用に努めます。
- ・ 薬剤の多剤投与「ポリファーマシー」の軽減に努めます。
- ・ 感染制御の推進に努めます。
- ・ 持参薬の内服漏れがないように努めます。
- ・ 医薬品の安定供給・薬物療法の情報提供に努めます。
- ・ サプリメントや市販薬等の患者様の内服情報を収集し、相互作用等安全に服用できるよう努めます。

専門医資格一覧

水野 正昇 院長

【専門医】日本整形外科学会 整形外科専門医
【認定医】日本リハビリテーション医学会 臨床認定医

伊東 慶一 副院長

【指導医】日本リハビリテーション医学会 指導医
【専門医】日本認知症予防学会 認知症予防専門医
日本リハビリテーション医学会 専門医

大島 祐之 整形外科部長

【専門医】日本整形外科学会 整形外科専門医
【認定医】日本整形外科学会 認定運動器リハビリテーション医
日本スポーツ協会 公認スポーツドクター
日本整形外科学会 認定スポーツ医
日本医師会 認定産業医

増田 匡 脳神経内科部長

【専門医】日本神経学会 神経内科専門医
【認定医】日本内科学会 認定内科医

社会医療法人愛生会

上飯田クリニック



上飯田クリニック

院長 三浦 直人

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（火木土；2023年6月新規開始）、夜間コース（月水金）の4コースで行っています。

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」を目指しています。

・透析療法

腎臓の機能が10%以下になると、透析により腎臓の働きを代替える必要があります。透析療法には、血液透析（HD）、血液ろ過透析（HDF）、腹膜透析（PD）があります。当院では、HD、HDFを行っています。

・血液透析（HD）

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

・血液ろ過透析（HDF）

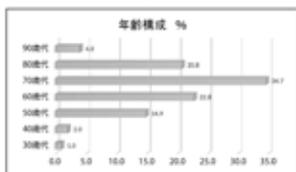
HDFには、種類がありますが、当院はオンラインHDFを行っています。

オンラインHDFは、透析液を補液として使用し、通常のHDFよりろ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。

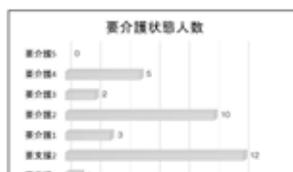
今後の目標

- ・質の高い医療の提供
- ・患者さんに対するサービスの強化（無料送迎・施設環境の充実）
- ・透析中リハビリテーション・体力測定・体組成測定の充実
- ・地域連携の推進と強化（患者さんの生活支援）
- ・感染症対策
- ・在宅療養支援（居宅療養指導；栄養及び訪問リハビリテーション）の拡充強化

【クリニック通院患者の概要】



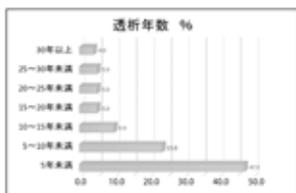
| 年齢 | 構成比 % |
|------|-------|
| 30歳代 | 1.0 |
| 40歳代 | 2.0 |
| 50歳代 | 14.9 |
| 60歳代 | 22.8 |
| 70歳代 | 34.7 |
| 80歳代 | 20.8 |
| 90歳代 | 4.0 |



| 介護度 | 人数 |
|------|----|
| 要支援1 | 1 |
| 要支援2 | 12 |
| 要介護1 | 3 |
| 要介護2 | 10 |
| 要介護3 | 2 |
| 要介護4 | 5 |
| 要介護5 | 0 |

・年齢構成は、最年少30歳から最高齢90歳。
 ・平均年齢は70.3歳。65歳以上は全体の70.0%、70歳以上は60.0%
 ・男女比は 男70：女30（%）

・要介護及び要支援の認定を受けている方は 34名。
 ・高齢者向け住まい（居住系）の方は15名、在宅の方は29名。



| 透析年数 | 構成比 % |
|----------|-------|
| 5年未満 | 47.5 |
| 5～10年未満 | 23.8 |
| 10～15年未満 | 9.9 |
| 15～20年未満 | 5.0 |
| 20～25年未満 | 5.0 |
| 25～30年未満 | 5.0 |
| 30年以上 | 4.0 |

・透析年数10年未満の方が68%を占めている。最長は27年。

看護部

看護部 澤田 里美

➤ 特徴

・看護の理念

愛生会の理念「信頼され愛される病院」に基づいて患者さんに寄り添い、看護師として責任を持って最善の看護に努めていきます。

より安全で安心して透析治療を受けて頂くことができるよう一人ひとりと向き合い、その人にあった支援・指導を心がけています。

元気に通院、生活できるようにサポートしていきます。

➤ 今後の目標

- ・各事業所、各部署とスムーズに連携をとり、安心・安全な看護・医療を行います。
- ・各々が自己啓発に努め、看護力の向上を目指します。
- ・腎臓リハビリテーションを強化、実施し QOL 向上に努めます。
- ・感染対策マニュアルを周知徹底し院内感染対策に努めます。

専門医資格一覧

三浦 直人 院長

- 【認定医】日本内科学会 認定内科医
- 【専門医】日本内科学会 総合内科専門医
- 日本腎臓学会 腎臓専門医
- 【評議員】日本腎臓学会 評議員
- 【指導医】日本腎臓学会 指導医

加藤 優 名誉院長

- 【専門医】日本透析医学会 専門医

介護福祉事業部



愛生訪問看護ステーション

管理者 水谷 千奈美

▶ 特徴

当事業所が活動している名古屋市北区は高齢化率が28.7%で市内16区において第2位と高く、生活保護受給率も常に上位にあるエリアです。独居高齢者や高齢夫婦世帯、生活保護受給世帯でも住み慣れた自宅で最期まで過ごしたいという利用者さまの意思を大切にしたいという思いから、「あなたが生きる場所（自宅）で、あなたらしく生きられるように私たちが支えます。」をキャッチコピーにサービスを提供しています。

▶ 今後の目標

地域包括ケアシステム内において医療と介護に関わる訪問看護が、医療機関と在宅部門の橋渡し役を担い多職種との連携・協働によりスムーズに在宅移行できるよう支援していきます。

また、高齢化地域であるこの北区で訪問看護の啓蒙活動を強化し、一人でも多くの方へ訪問看護を提供できるよう地域貢献活動にも積極的に参加していきます。

あいせいケアステーション

管理者 船場 良介

▶ 特徴

「住み慣れた自宅で安心して生活したい」と願う利用者さまへ家事援助から身体介護まで幅広くサービスを提供し、自立度の高い在宅生活を支援しています。喀痰吸引や経管栄養の処置も可能であるほか、通院介助や共有部分の掃除など、介護保険外のサービスも実施しています。より幅広い介護ニーズに対応出来るよう日々職員のスキルアップに努めています。

▶ 今後の目標

高品質な介護サービスの提供を通じて、地域の高齢者や障がい者の方々の生活の質を向上させられるよう活動していきます。スタッフの継続的な教育でスキルアップを促進し、サービス提供の効率性を高めます。今後も法人内、地域社会との連携強化し、より包括的な支援体制の構築と利用者さまの満足度の向上を目指します。

愛生居宅介護支援事業所

管理者 今枝 敬典

特徴

愛生居宅介護支援事業所は介護支援専門員8名、うち主任介護支援専門員4名の体制で運営しています。要支援者から中重度まで幅広く対応し、24時間の相談連絡体制を敷いています。看護師、社会福祉士、介護福祉士の基礎資格をもつケアマネジャーが在籍し、経験の長いケアマネジャーも多数在籍しています。医療ニーズの高い利用者や複合的な生活課題をもつ利用者にも対応できるよう、スキルアップや研修にも力を入れています。

今後の目標

- 1) 法人内・外の医療機関と連携し、より多くの新規利用者紹介を受けて、入退院に関する加算を算定し、質の高いケアマネジメントを展開することで、地域の要介護利用者の在宅介護を支えます。
- 2) 法人内の介護事業所とより一層の連携強化に努め、法人内サービス紹介を促進し、信頼され愛される事業所として地域福祉に貢献します。

愛生訪問看護ステーション平安通

管理者 石原 友美

特徴

24時間365日対応できる事業所です。また、併設する住宅型有料老人ホーム「こもれびの家平安通」と看護小規模多機能型居宅介護「愛生複合型サービスセンター平安通・辻本通」の訪問対応も行って、各事業所間連携を積極的に行っています。また、当事業所は理学療法士が3名在籍しており、利用者が在宅で安心して生活できるようリハビリを実施しています。

今後も地域住民に対して訪問看護セミナーを定期的で開催することで、事業所の認知度が上がるよう、この取り組みを継続していきます。

今後の目標

- 1) 精神障害や重症心身障害児者等の利用者を受け入れていき、利用者の幅を広げて月平均登録者数95名を目指します。
- 2) 訪問時間を18時まで扩大到、ニーズに合わせた訪問対応を行います。
- 3) 定期的に営業活動を行い、地域に根付いた「断らない訪問看護ステーション」を継続し、月平均12件の新規利用者を目指します。

愛生複合型サービスセンター平安通

管理者 縄田 文子

▶ 特徴

看護・介護の一体的なサービスを24時間、365日提供することができる看護小規模多機能型居宅介護です。利用者の状態に合わせたスケジュール調整を柔軟に行うことで、安心した在宅生活を送ることができることを目指しています。また、医療依存度が高い方でも併設する訪問看護ステーション平安通の看護師と連携することで、受け入れが可能となっております。

今後も医療依存度の高い方、看取りの方等、安心感と利用者中心の看護・介護を提供できるよう取り組んでいきます。

▶ 今後の目標

- 1) 喀痰吸引の必要な利用者を受け入れる体制を整え、受け入れる幅を広げて、看護体制強化加算Ⅰの新たな加算の取得を目指します。
- 2) 訪問看護や訪問介護サービスの利用者を増やすことで、安定した利用者確保に努め、実利用者数27名を維持できるようにします。
- 3) 利用者へ年8回のレクレーションの開催と、年2回の満足度調査を実施して、利用者の想い、希望、苦情等を早急に対応して満足度の向上に努めます。

こもれびの家平安通

管理者 桑村 信子

▶ 特徴

住宅型有料老人ホームで24時間介護職員が常駐しており、夜間の見守りを含め、日常生活に必要な介護サービスを提供しています。また、手すりやスロープの設置等、高齢者が安心して生活できる環境が整えられています。さらに利用者の居室に、電動ベッド・壁掛けテレビ・2ドア冷蔵庫・洋服ダンスが備え付けとなっており、入居や退去がスムーズに行えます。

同施設内に訪問看護ステーション平安通があり、医療依存度の高い方や看取りの方の対応も可能なので、安心して頂けるサービスが提供できます。

▶ 今後の目標

- 1) 利用者やその家族に満足度調査を年2回実施して、利用者や家族の想い、希望、苦情等を早急に対応して、自己退去がなく19室の運用が常に継続できるようにします。
- 2) 喀痰吸引ができる体制を作り、事業所間連携を強化し、医療依存度の高い方や看取り、難病の方を受け入れていきます。
- 3) 職員の安定・定着・離職の防止を図るため、年2回の面談を実施して、職員の現状把握を行い、早めの対応に心がけていきます。

愛生複合型サービスセンター辻本通

管理者 瀧瀬 悠

▶ 特徴

看護・介護の一体的なサービスを24時間、365日提供することができる看護小規模多機能型居宅介護です。利用者の状態に合わせたスケジュール調整を柔軟に行うことで、安心した在宅生活を送ることができることを目指しています。また、喀痰吸引や胃ろう等、医療依存度が高い方を訪問看護ステーション平安通の看護師と連携して、24時間体制で対応します。

今後も医療依存度の高い方、看取りの方等、安心感と利用者中心の看護・介護を提供できるよう取り組んでいきます。

▶ 今後の目標

- 1) 利用者サービスの調整を行い、訪問看護や訪問介護サービスを積極的に実施することで、泊りやデイサービスの枠を確保して、実利用者数17名を目指します。
- 2) 常に医療依存度の高い利用者を受け入れることで、看護体制強化加算Ⅰの取得を維持します。
- 3) 利用者へ年8回のレクレーションの開催と、年2回の満足度調査を実施して、利用者の想い、希望、苦情等を早急に対応して満足度の向上に努めます。

愛生会看護専門学校



愛生会看護専門学校

副校長 校條 英子

特徴

愛生会の理念に基づき、人間の尊厳を守り、人々が地域で健康な生活を営めるよう支援できる看護師を育てることを使命としています。そのために、看護に必要な倫理観、看護実践力を育み、生涯にわたって学び続ける素地を身につけることができるよう教育しています。特に臨地実習での体験はそれぞれの看護観として心に刻まれ、専門職業人としての職業的アイデンティティが芽生える大切な学びとして位置づけています。

今後の目標

- ・第114回看護師国家試験100%合格に向け、3か年計画で学習支援体制を整えます。
- ・ディプロマポリシーに向かっていくか、新カリキュラムを評価し教育改善に取り組みます。
- ・ワークエンゲイジメントを高めるため、属人化を脱却します。
- ・「選ばれる学校」を目指し、愛生会の強みを積極的にアピールします。
- ・愛生会で働く看護師の育成プログラム作成（オンボーディングプロジェクト）に取り組みます。

2023年活動実績

入学状況

| 回生 | 入試の形態 | 志願者数 | 受験者数 | 合格者数 | 入学者数 | |
|---------------------|------------------|-----------|-----------|-----------|----------|-----|
| 37回生 (2023年度入学生) | 推薦入試 | 20名 | 20名 | 15名 | 15名 | 26名 |
| | 既卒者入試 | 11名 | 11名 | 1名 | 0名 | |
| | 一般入試（一次） （二次） | 30名 2名 | 29名 2名 | 20名 2名 | 9名 2名 | |
| 38回生 (2024年度入学生) | 推薦入試 | 16名 | 16名 | 16名 | 16名 | 30名 |
| | 既卒者入試 | 4名 | 4名 | 2名 | 2名 | |
| | 一般入試 | 36名 | 36名 | 24名 | 12名 | |

卒業状況（入学時から卒業に至るまで）

| 回生 | 卒業前の状況 | | | 卒業時の状況 | | |
|---------------------|--------|-----------|------|--------|--------|-----|
| | 入学時学生数 | 前年度卒業延期者数 | 退学者数 | 卒業者数 | 卒業延期者数 | 卒業率 |
| 34回生 (2022年度卒業生) | 33名 | 2名 | 2名 | 32名 | 1名 | 94% |
| 35回生 (2023年度卒業生) | 29名 | 1名 | 2名 | 28名予定 | 0名 | 93% |

就業等状況

| 就業者数 | | | | | | 未就業者数 | | | | その他 |
|------|-----|-----------|---------|-----|-----------|-----------|--------------|--------------|-----|-----|
| 看護師 | | | | | | 看護師 以外 | 進学 | | | |
| 全体 | | | うち県内（再） | | | | 保健師学校 養成所 | 助産師学校 養成所 | その他 | |
| 病院 | 診療所 | 老健 その他 | 病院 | 診療所 | 老健 その他 | | | | | |
| 28 | 1 | 2 | 28 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

看護師国家試験合格率

| | 本校卒業生の看護師国家試験合格率 | 全国の看護師等養成所卒業生（新卒者）の 国家試験合格率状況 |
|-------|------------------|----------------------------------|
| 2023年 | 96.1% | 93.2% |

各種活動

各科研究活動

● 総合上飯田第一病院

乳腺外科

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 | HER2陽性乳癌の画像診断 | ポスター | 窪田智行 | 第31回 日本乳癌学会総会 | 横浜 | 2023.6.29～ 2023.7.1 | 有 P.112 |
| 2 | 全国学会 | 乳腺石灰化診断における吸引式乳房組織生検を活用した地域ネットワークの構築 | ワークショップ | 窪田智行 | 第85回 日本臨床外科学会 | 岡山 | 2023.11.16～ 2023.11.18 | 有 P.112 |
| 3 | 全国学会 | 化学療法を受ける乳癌患者の頭皮冷却療法に関する意思決定と満足度 | 一般演題 | 前田純 (看護部) 窪田智行 雄谷純子 | 第20回 日本乳癌学会 中部地方会 | 山梨 | 2023.9.2～ 2023.9.3 | 有 P.112 |

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 | マンモグラフィ読影の解説 | 窪田智行 | 精度管理中央機構主催 岡山新規マンモグラフィ講習会 | 2023.1.21～ 2023.1.22 | 岡山 |
| 2 | マンモグラフィ読影の解説 | 窪田智行 | 令和4年度北海道がん検診従事者講習会 | 2023.3.4～ 2023.3.5 | 札幌 |
| 3 | マンモグラフィ読影の解説 | 窪田智行 | 第83回マンモグラフィ更新講習会 | 2023.7.8～ 2023.7.9 | 名古屋 |
| 4 | マンモグラフィ読影の解説 | 窪田智行 | 第84回マンモグラフィ更新講習会 | 2023.8.26～ 2023.8.27 | 岡山 |
| 5 | マンモグラフィ読影の解説 | 窪田智行 | 第86回マンモグラフィ更新講習会 | 2023.11.11～ 2023.11.12 | 名古屋 |
| 6 | HER2陽性乳癌 Up to Date 2023 | 窪田智行 | 城北 Breast Cancer Web Seminar | 2023.3.2 | web |
| 7 | 検診画像 MMG 2 | 窪田智行 | 第31回 日本乳癌学会総会 | 2023.6.29 | 横浜 |
| 8 | ページニオ適正使用のための地域医療連携を考える | 窪田智行 | 第4回乳癌治療インタラクティブ講演会 | 2023.8.29 | web |
| 9 | マンモグラフィ読影2 | 窪田智行 | 第33回日本乳癌検診学会学術総会 | 2023.11.24～ 2023.11.25 | 福岡 |
| 10 | 掘り下げよう、低エコー域 (第2弾) | 窪田智行 | 第18回 中部乳腺エラストグラフィユーザー会 | 2023.12.9 | web |
| 11 | 乳がん検診の重要性 | 窪田智行 | 名古屋市北区乳癌講座 | 2023.2.16 | 名古屋 |
| 12 | 乳がん検診の重要性 | 窪田智行 | 名古屋市北区乳癌講座 | 2023.4.27 | 名古屋 |
| 13 | 乳がん検診の重要性 | 窪田智行 | 名古屋市守山区乳癌講座 | 2023.11.30 | 名古屋 |
| 14 | 唯一の脱毛対策！当院の頭皮冷却療法の実際 | 前田純 (看護部) | 東海オンコロジーセミナー | 2023.1.16 | web |
| 15 | 当院における抗がん剤脱毛に対する頭皮冷却療法 | 前田純 (看護部) | がんに携わる医療従事者のための エキスパート WEB セミナー | 2023.11.29 | web |

整形外科

学会・研究会発表

| No. | 学会規模 | 演題名 | 発表形式 | 筆頭発表者 | 学会・研究会名 | 開催地 | 年月日 | 抄録 |
|-----|------|-------------------------------------|------|-------|----------------------------------|-----|-------------------------|------------|
| 1 | 全国学会 | 骨粗鬆症性脊椎骨折に対する早期 balloon kyphoplasty | 一般演題 | 飛田哲朗 | 第13回最小侵襲脊椎治療学会 | 仙台 | 2023.6.22～ 2023.6.24 | 有 P.112 |
| 2 | 地方学会 | PETLIF を用いた 全内視鏡下腰椎椎体間固定術の初期経験 | 一般演題 | 飛田哲朗 | 第141回中部日本 整形外科災害外科学会・ 学術集会 | 神戸 | 2023.10.6～ 2023.10.7 | 有 P.113 |

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 | 発表者・公開者 | 講演会・講習会名・ネット公開 | 年月日 |
|-----|---------------------|---------|------------------------|------------|
| 1 | 高齢者に対する低侵襲脊椎手術の取り組み | 飛田哲朗 | 上飯田脊椎カンファレンス | 2023.4.30 |
| 2 | 内視鏡手術 MIS-PLIF | 飛田哲朗 | Spinal Training Course | 2023.4.8 |
| 3 | PETLIF の導入初期経験 | 飛田哲朗 | NAGOYA KLIF SEMINAR | 2023.12.19 |
| 4 | せぼね | 飛田哲朗 | 総合上飯田第一病院脊椎外科勉強会 | 2023.8.22 |

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 | 性的接触以外の経路で感染し、 Jarisch-Herxheimer 反応を契機に梅毒の診断に至った糖尿病患者の一例 | 一般演題 | 古川 睦子 (山本由紀子) | 第251回 日本内科学会東海地方会 | 名古屋 | 2023.10.15 | 有 P.113 |

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 | Classification of transient epileptic amnesia attacks: Two types of amnesic seizures, the pure amnesia type and partial amnesia type | UKAI Katsuyuk, ITO Masumi, WATANABE Masako | Psychiatry and Clinical Neurosciences Report 2023; 2: e114. | 2023.6 | 有 P.90 |

和文論文

| No. | 論文タイトル | 著者名 | 雑誌名 | 年月 | 抄録 |
|-----|--|-----------------------------------|---|---------|-----------|
| 1 | てんかん性健忘 | 鶴岡克行 | BRAIN & NERVE 2023; 75: 323-327. | 2023.4 | 有 P.93 |
| 2 | 認知症の救急医療（身体疾患の併発） | 鶴岡克行、松井千恵、 加藤貴代、服部しほり、 松岡友絵 | Journal of Clinical Rehabilitation 2023; 32:908-913. | 2023.8 | 有 P.95 |
| 3 | 「レビー小体型認知症」疾患概念確立の歴史、 および小坂憲司の業績について －わが師「小坂憲司」の思い出と私見を含めた 随筆的報告－ | 鶴岡克行 | 日本認知症予防学会誌 2023; 13: 10-21. | 2023.11 | 有 P.97 |

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 | 「てんかん」概念は拡張されるべきか?-1: 「非発作性てんかん関連性障害」の提案 | 一般演題 | 鶴岡克行 | 第56回 日本てんかん学会 | 東京 | 2023.10.19～ 2023.10.21 | 有 P.113 |
| 2 | 全国学会 | 「てんかん」概念は拡張されるべきか?-2: 「中枢神経細胞放電障害」の提案 | 一般演題 | 鶴岡克行 | 第56回 日本てんかん学会 | 東京 | 2023.10.19～ 2023.10.21 | 有 P.113 |
| 3 | 全国学会 | 一過性てんかん性健忘 (TEA 発作): 臨床的分類の試み | 一般演題 | 鶴岡克行 | 第119回 日本神経学会 | 横浜 | 2023.6.22～ 2023.6.24 | 有 P.114 |
| 4 | 全国学会 | Pure autonomic failure で発症した 約16年後に認知機能低下を呈した レビー小体型認知症 | 一般演題 | 佐藤晃敏 (鶴岡克行) | 第119回 日本神経学会 | 横浜 | 2023.6.22～ 2023.6.24 | 有 P.114 |
| 5 | 全国学会 | A patient who had suffered from syncope for over sixteen years due to pure autonomic failure with Lewy bodies and focal impaired awareness seizures | 一般演題 | 鶴岡克行 | 第36回 日本総合病院 精神医学会 | 仙台 | 2023.11.16～ 2023.11.18 | 有 P.114 |
| 6 | 全国学会 | Transient epileptic amnesia-related symptoms may be prodromal symptoms of dementia with Lewy bodies: The third case report in the literature | 一般演題 | 鶴岡克行 | 第42回 日本認知症学会 | 奈良 | 2023.11.24～ 2023.11.26 | 有 P.115 |
| 7 | 全国学会 | Lewy pathology may cause late-onset epilepsy of unknown cause (LOEU) | 一般演題 | 鶴岡克行 | 第42回 日本認知症学会 | 奈良 | 2023.11.24～ 2023.11.26 | 有 P.115 |
| 8 | 全国学会 | An essay on the pathogenesis of transient epileptic amnesia (TEA) | 一般演題 | 鶴岡克行 | 第42回 日本認知症学会 | 奈良 | 2023.11.24～ 2023.11.26 | 有 P.115 |
| 9 | 全国学会 | 当科もの忘れ外来における 認知症看護認定看護師の役割と重要性 | 一般演題 | 鶴岡克行 | 第12回 日本認知症予防学会 | 新潟 | 2023.9.15～ 2023.9.17 | 有 P.115 |

リハビリテーション科

英文論文

| No. | 論文タイトル | 著者名 | 雑誌名 | 年月 | 抄録 |
|-----|---|---|------------------------------|---------|------------|
| 1 | Prolonged preoperative sedentary time is a risk factor for postoperative ileus in patients with colorectal cancer: a propensity score-matched retrospective study | Takuya Yanagisawa, Noriatsu Tatematsu, Micko Horiuchi, Saki Migitaka, Shotaro Yasuda, Keita Itatsu, Tomoyuki Kubota, Hideshi Sugjura | Supportive Care in Cancer | 2023.12 | 有 P.106 |

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 | 高齢者の自宅の安全評価に活用した ICTの使用感～ウェアブルカメラと スマートフォンカメラの比較～ | ポスター | 林咲子 | 第57回 日本作業療法学会 | 沖縄 | 2023.11.10～ 2023.11.12 | 有 P.116 |
| 2 | 地方学会 | CSM 術後に重度 C5麻痺を併発し、 ADL の改善に難渋した事例 | 一般演題 | 金尾洋世 | 第31回 愛知県作業療法学会 | 愛知 | 2023.6.11 | 有 P.117 |
| 3 | 全国学会 | 大腸癌手術患者における6分間歩行 距離の反応性と minimal clinically important difference の検証 | 一般演題 | 柳澤卓也 | 第6回 日本がん・ リンパ浮腫理学療法学会 | 福島 | 2023.10.14～ 2023.10.15 | 有 P.117 |

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 | 発表者・公開者 | 講演会・講習会名・ネット公開 | 年月日 |
|-----|---|---------|---------------------|-------------------------|
| 1 | 動画で学ぶ肩関節のリハビリに必要な体表解剖学と その臨床応用 | 柴本圭悟 | エボックセミナー (オンラインで実施) | 2023.3.31 |
| 2 | 運動器系体表解剖学セレクションセミナー 23 in 愛知 ～大腸部の障害評価・治療に必要な骨・骨格筋を 中心に～ (解剖講義担当) | 柴本圭悟 | 愛知医療学院短期大学 | 2023.7.23 |
| 3 | 足関節に必要な体表解剖学 (解剖講義担当) | 柴本圭悟 | 理学療法同窓会さくら卒業後進会 | 2023.9.23 |
| 4 | 大腸癌患者における周術期リハビリテーション ～ 基本的知識と周術期リハビリテーションに関する 文献的知見の共有 ～ | 柳澤卓也 | 令和4年度第2回名古屋支部研究会 | 2023.3.26 |
| 5 | 健康寿命を延ばそう ～みんなで転倒予防～ | 川瀬修平 | いきいき生活フェスタ2023 | 2023.5.27～ 2023.5.28 |
| 6 | 転倒予防と健康寿命 | 川瀬修平 | 高齢者サロン交流会 | 2023.12.15 |

緩和ケア外科

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 | 発表者・公開者 | 講演会・講習会名・ネット公開 | 年月日 |
|-----|--|---------|--------------------|------------|
| 1 | 自宅か、それとも病院か？～残された時間を過ごす場所について、在宅チームと病院PCTの連携で支援するということ | 岡島明子 | 上飯田在宅緩和ケア Web セミナー | 2023.10.30 |

脳神経内科

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 | 不整脈からみた心房細動のマネジメント (コメンテーター) | 濱田健介 | Brain Heart シンポジウム | 2023.6.17 |

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 | Magnetic resonance imaging of endolymphatic hydrop: a comparison of methods with and without gadolinium-based contrast agent administration | Toshio Ohashi, Shinji Naganawa, Yusuke Nasu, Kayao Kuno, Katsuhiko Kato | Nagoya Journal of Medical Science | 2023.5 | 有 P.103 |

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 | Association between the presence of the parasagittal cyst-like structure and mini-mental state examination score | 一般演題 | 大橋俊夫 | 第51回日本磁気共鳴医学会大会 | 軽井沢 | 2023.9.22 ~ 2023.9.24 | 有 P.116 |

看護部

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 | 認知症看護認定看護師が物忘れ外来で求められる役割とその実践 | ポスター | 松井千恵 | 第36回日本総合病院精神医学会総会 | 仙台 | 2023.11.18 | 有 P.116 |

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 | 発表者・公開者 | 講演会・講習会名・ネット公開 | 年月日 |
|-----|--------------------|---------|---------------------------------|------------|
| 1 | 「認知症の人へのかかわり方を学ぼう」 | 松井千恵 | 後期第4回認知症の家族教室 北区西部いきいき支援センター | 2023. 1.18 |
| 2 | 「認知症の人へのかかわり方を学ぼう」 | 松井千恵 | 前期第4回認知症の家族教室 北区西部いきいき支援センター | 2023. 7.19 |

医療福祉相談室

講演会・講習会・研究会講師、その他外部講師

| No. | 演題名・テーマ | 発表者・公開者 | 講演会・講習会名・ネット公開 | 年月日 |
|-----|--|---------------|-------------------|-------------------------|
| 1 | 医療ソーシャルワーカーとは？ ～急性期・回復期・維持期の経験をもとに～ | 岩下拓生 | 日本福祉大学ソーシャルワーク演習Ⅱ | 2023.11.28 |
| 2 | 病院・行政・企業がともに役割を担った 一事例を考察する | 荒川理恵、 岩下拓生 | ECT 研修会 | 2023.12.4～ 2023.12.5 |
| 3 | 突然唯一の肉親を亡くした認知症高齢者の 支援を振り返る | 荒川理恵 | 名古屋市北区ソーシャルワーク連絡会 | 2023.12.14 |

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 | 健診で発見され縦隔内に達した 巨大甲状腺・内分泌外科腫瘍の一例 | 一般演題 | 佐藤晃敏 (研) | 第59回 愛知県臨床外科学会 | 名古屋 | 2023.2.11 | 無 |
| 2 | 全国学会 | 胃癌、盲腸癌、直腸癌の三重癌の術後、 転倒による頭部外傷で SIADH を きたした症例 | 一般演題 | 佐藤晃敏 (研) | 第59回 日本産科救急医学会総会 | 沖縄 | 2023.3.9～ 2023.3.10 | 無 |
| 3 | 全国学会 | Pure autonomic failure で発症した 約16年後に認知機能低下を呈した レビー小体型認知症 | ポスター | 佐藤晃敏 (研) | 第119回 日本精神神経学会 | 横浜 | 2023.6.22～ 2023.6.24 | 有 P.114 |

● 上飯田リハビリテーション病院

リハビリテーション科

学会・研究会発表

| No. | 学会規模 | 演題名 | 発表形式 | 筆頭発表者 | 学会・研究会名 | 開催地 | 年月日 | 抄録 |
|-----|------|-------------------------------------|--------|-------|---------------------|-----|-----------------------|------------|
| 1 | 全国学会 | 安静度表を用いて病棟・リハビリ間で情報共有を図る | 一般演題 | 高田結以 | リハビリテーション・ケア合同研究大会 | 広島 | 2023.10.26～2023.10.27 | 有 P.117 |
| 2 | 全国学会 | コロナ禍における入浴カンファの必要性 | 一般演題 | 高田結以 | リハビリテーション・ケア合同研究大会 | 広島 | 2023.10.26～2023.10.27 | 有 P.118 |
| 3 | 全国学会 | 入浴動作における情報共有の実態調査～入浴カンファレンスを通して～ | ポスター | 西川起代香 | リハビリテーション・ケア合同研究大会 | 広島 | 2023.10.26～2023.10.27 | 有 P.118 |
| 4 | 地方学会 | 身寄りのない方の入院に対する回復期リハビリテーション病院での実際と課題 | シンポジウム | 伊東慶一 | 日本在宅医療連合学会 東海支部会 | 名古屋 | 2023.8.5 | 無 |

● 愛生会看護専門学校

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 | 発表者・公開者 | 講演会・講習会名・ネット公開 | 年月日 |
|-----|-------------------|---------|---------------------|----------------------|
| 1 | 臨地実習指導演習 | 中島正義 | 令和5年度名古屋市臨地実習指導者講習会 | 2023.9.22～2023.10.4 |
| 2 | 看護学教育方法演習、看護学教育実習 | 校條英子 | 令和5年度愛知県専任教員養成講習会 | 2023.10.16～2024.1.11 |

● 上飯田クリニック

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 | 心臓比60%以上、血圧正常の維持血液透析における体組成所見 | 一般演題 | 三浦直人 | 第13回 日本腎臓リハビリテーション学会学術集会 | さいたま | 2023.3.18～2023.3.19 | 有 P.118 |
| 2 | 全国学会 | 定期的な評価測定と他職種連携による腎臓リハビリテーションの取り組み | 一般演題 | 山本彩乃 | 第13回 日本腎臓リハビリテーション学会学術集会 | さいたま | 2023.3.18～2023.3.19 | 有 P.118 |
| 3 | 全国学会 | 高BCAA含有ゼリー摂取によるパーキンソン病を有する維持透析患者の栄養状態と体組成についての一例 | ポスター | 小川隼人 | 第13回 日本腎臓リハビリテーション学会学術集会 | さいたま | 2023.3.18～2023.3.19 | 有 P.119 |

地域貢献活動

● 総合上飯田第一病院

乳腺外科

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|--|------|------------|
| 1 | 日曜乳がん検診 | 乳腺外科 | 2023.10.15 |
| 2 | With you NAGOYA 2023 ～あなたとプレステケアを考える会～ テーマ「さいかい(再会・再開)」 | 乳腺外科 | 2023.12.3 |

看護部

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|--|-----------|------------|
| 1 | 【北区区民まつり“きた・きた”フェスタ】 骨粗しょう症チェック、簡単認知症チェック | 吉本友和、松井千恵 | 2023.10.15 |

栄養科

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|--|-------|------------|
| 1 | 【管理栄養士による170sクッキング】 ～豆乳のプロコリローポターージュ～ | 小川隼人 | 2023.3.2 |
| 2 | 【管理栄養士による170sクッキング】 ～パブリカのマリネ～ | 小川隼人 | 2023.3.2 |
| 3 | あいちゃんカフェ 「フレイルについて～バランス食でイキイキとした毎日～」 | 藤田奈緒美 | 2023.10.20 |

あいちゃん健康クラブ

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|--|---------------------------------|------------|
| 1 | 体力測定・認知機能 ～そよら上飯田～ | 玉木聡、鶴見元、森田友給、古村萌乃、村上慈葉 | 2023.1.24 |
| 2 | 認知症について ～辻コミュニティセンター～ | 玉木聡、森田友給、古村萌乃、野崎めい、河田英登 | 2023.2.21 |
| 3 | 脱水について ～辻コミュニティセンター～ | 玉木聡、鶴見元、村上慈葉、森田友給、河田英登 堀内健吾 | 2023.5.16 |
| 4 | 転倒予防について ～UR 尾上～ | 玉木聡、河田英登、古村萌乃、野崎めい、村上慈葉 | 2023.6.26 |
| 5 | 痛みについて ～ソーネおおぞね～ | 玉木聡、堀内健吾、鶴見元、古村萌乃、森田友給 | 2023.7.12 |
| 6 | 痛みについて ～UR 尾上～ | 玉木聡、堀内健吾、鶴見元、古村萌乃、森田友給 | 2023.7.24 |
| 7 | 体力増強について ～UR 尾上～ | 玉木聡、村上慈葉、河田英登、野崎めい、鶴見元 | 2023.8.28 |
| 8 | 生活習慣病について ～ソーネおおぞね～ | 玉木聡、古村萌乃、森田友給、村上慈葉、河田英登 喜多彩夏 | 2023.9.13 |
| 9 | 生活習慣病について～辻コミュニティセンター～ | 玉木聡、古村萌乃、森田友給、村上慈葉、河田英登 喜多彩夏 | 2023.9.19 |
| 10 | 認知症予防について ～UR 尾上～ | 玉木聡、野崎めい、鶴見元、古村萌乃、森田友給 | 2023.10.23 |
| 11 | 冷え性について ～ソーネおおぞね～ | 玉木聡、村上慈葉、河田英登、野崎めい、鶴見元 | 2023.11.8 |
| 12 | 冷え性について ～UR 尾上～ | 玉木聡、村上慈葉、河田英登、野崎めい、鶴見元 | 2023.11.10 |
| 13 | 知ってください「人生会議」～あなたはどんな医療を望みますか？～ ～辻コミュニティセンター～ | 岡島明子、玉木聡、野崎めい、古村萌乃、喜多彩夏 | 2023.11.21 |
| 14 | 歩行補助員について ～UR 尾上～ | 玉木聡、水野奈緒、古村萌乃、森田友給、村上慈葉 | 2023.11.27 |

あいちゃんカフェ

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|-------------------------|-------------------------------------|-----------|
| 1 | 転倒について ～宮前コミュニティセンター～ | 玉木聡、森田友給、古村萌乃、野崎めい、松井千恵 中野明子 | 2023.3.17 |
| 2 | 認知機能について ～宮前コミュニティセンター～ | 玉木聡、古村萌乃、松井千恵、中野明子 | 2023.5.19 |
| 3 | 筋力増強について ～宮前コミュニティセンター～ | 玉木聡、森田友給、古村萌乃、松井千恵、中野明子 | 2023.6.16 |
| 4 | うつを予防しよう ～宮前コミュニティセンター～ | 辰野香、玉木聡、森田友給、古村萌乃、喜多彩夏 松井千恵、中野明子 | 2023.8.18 |

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|---|--|------------|
| 5 | バランス食～イキイキとした毎日を～ ～宮前コミュニティセンター～ | 藤田奈緒美、玉木聡、森田友絵、古村萌乃、野崎めい 喜多彩夏、松井千恵、中野明子 | 2023.10.20 |
| 6 | 知ってください『人生会議』～あなたはどんな医療を望みますか？～ ～宮前コミュニティセンター～ | 岡島明子、玉木聡、森田友絵、古村萌乃、松井千恵 中野明子 | 2023.12.15 |

● 介護福祉事業部

愛生複合型サービスセンター辻本通

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|---------|-----|---------|
| 1 | 夏祭り | | 2023.8 |
| 2 | クリスマス会 | | 2023.12 |

こもれびの家平安通

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|---------|-----|---------|
| 1 | 夏祭り | | 2023.8 |
| 2 | クリスマス会 | | 2023.12 |

あいちゃん健康クラブ

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|--------------------|------------|------------|
| 1 | 『人生会議』してみませんか？ | 石原友美 | 2023.4.18 |
| 2 | 認知症 簡単チェックしてみませんか？ | 石原友美 | 2023.6.20 |
| 3 | 高齢者の転倒防止 | 石原友美 | 2023.10.17 |
| 4 | 糖尿病予防 | 石原友美、水谷千奈美 | 2023.12.19 |

愛生複合型サービスセンター平安通

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|-------------------------|--------------|------------|
| 1 | お花見 | 藤田奈緒美・すずらん公園 | 2023.3.27 |
| 2 | おやつレク（おはぎ） | 田口草子 | 2023.5.5 |
| 3 | 夏の演奏会 ～しょうなんカルテット弦楽四重奏～ | しょうなん調剤薬局 | 2023.7.24 |
| 4 | かんたき夏祭り | 石原友美 | 2023.8.28 |
| 5 | 秋の運動会 | 田口草子 | 2023.10.23 |

● 愛生会看護専門学校

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|----------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 1 | 令和5年度愛知県名古屋飛行場消防救難総合（夜間）訓練 | 愛生会看護専門学校学生 37回生 （教員）堀場麻耶、校條英子 | 2023.10.5 |

● 本部

地域住民貢献活動

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|--|--------------------------------------|------------|
| 1 | 地域住民交流の会 | | 2023.6.14 |
| 2 | 【北区区民まつり“きた・きた”フェスタ】 骨粗しょう症チェック、簡単認知症チェック、ロコモチェック | 吉本友和、松井千恵、川瀬修平、新屋紗季、愛生会 看護専門学校1年生 | 2023.10.15 |
| 3 | あいちゃん健康クラブ | | |
| | 体力測定・認知機能 ～そよら上飯田～ | 玉木聡、鶴見元、森田友絵、古村萌乃、村上慈葉 | 2023.1.24 |
| | 認知症について ～辻コミュニティセンター～ | 玉木聡、森田友絵、古村萌乃、野崎めい、河田英登 | 2023.2.21 |
| | 『人生会議』してみませんか？ ～辻コミュニティセンター～ | 石原友美 | 2023.4.18 |

| No. | 内容・テーマ等 | 演者名 | 年月日 |
|-----|---|---|------------|
| | 脱水について ～辻コミュニティセンター～ | 玉木聡、鶴見元、村上慈葉、森田友絵、河田英登、堀内健吾 | 2023.5.16 |
| | 認知症 ～辻コミュニティセンター～ | 石原友美 | 2023.6.20 |
| | 転倒予防について ～UR 尾上～ | 玉木聡、河田英登、古村萌乃、野崎めい、村上慈葉 | 2023.6.26 |
| | 痛みについて ～ソーネおおぞね～ | 玉木聡、堀内健吾、鶴見元、古村萌乃、森田友絵 | 2023.7.12 |
| | 痛みについて ～UR 尾上～ | 玉木聡、堀内健吾、鶴見元、古村萌乃、森田友絵 | 2023.7.24 |
| | 体力増強について ～UR 尾上～ | 玉木聡、村上慈葉、河田英登、野崎めい、鶴見元 | 2023.8.28 |
| | 生活習慣病について ～ソーネおおぞね～ | 玉木聡、古村萌乃、森田友絵、村上慈葉、河田英登、喜多彩夏 | 2023.9.13 |
| | 生活習慣病について ～辻コミュニティセンター～ | 玉木聡、古村萌乃、森田友絵、村上慈葉、河田英登、喜多彩夏 | 2023.9.19 |
| | 高齢者の転倒予防 | 石原友美 | 2023.10.17 |
| | 認知症予防について ～UR 尾上～ | 玉木聡、野崎めい、鶴見元、古村萌乃、森田友絵 | 2023.10.23 |
| | 冷え性について ～ソーネおおぞね～ | 玉木聡、村上慈葉、河田英登、野崎めい、鶴見元 | 2023.11.8 |
| | 冷え性について ～UR 尾上～ | 玉木聡、村上慈葉、河田英登、野崎めい、鶴見元 | 2023.11.10 |
| | 知ってください『人生会議』～あなたはどんな医療を望みますか？～ ～辻コミュニティセンター～ | 岡島明子、玉木聡、野崎めい、古村萌乃、喜多彩夏 | 2023.11.21 |
| | 歩行補助員について ～UR 尾上～ | 玉木聡、水野奈緒、古村萌乃、森田友絵、村上慈葉 | 2023.11.27 |
| | 糖尿病予防 | 石原友美、水谷千奈美 | 2023.12.19 |
| 4 | あいちゃんカフェ | | |
| | 転倒について ～宮前コミュニティセンター～ | 玉木聡、森田友絵、古村萌乃、野崎めい、松井千恵、中野明子 | 2023.3.17 |
| | 認知機能について ～宮前コミュニティセンター～ | 玉木聡、古村萌乃、松井千恵、中野明子 | 2023.5.19 |
| | 筋力増強について ～宮前コミュニティセンター～ | 玉木聡、森田友絵、古村萌乃、松井千恵、中野明子 | 2023.6.16 |
| | うつを予防しよう ～宮前コミュニティセンター～ | 辰野香、玉木聡、森田友絵、古村萌乃、喜多彩夏、松井千恵、中野明子 | 2023.8.18 |
| | バランス食～イキイキとした毎日を～ ～宮前コミュニティセンター～ | 藤田奈緒美、玉木聡、森田友絵、古村萌乃、野崎めい、喜多彩夏、松井千恵、中野明子 | 2023.10.20 |
| | 知ってください『人生会議』～あなたはどんな医療を望みますか？～ ～宮前コミュニティセンター～ | 岡島明子、玉木聡、森田友絵、古村萌乃、松井千恵、中野明子 | 2023.12.15 |

委員会活動

● 総合上飯田第一病院

栄養委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|---|
| 2月 | 嚥下食調理マニュアルの一部変更 |
| 6月 | 透析食の朝パン食対応を再開 |
| 10月 | 入院食アンケートの実施 |
| 12月 | 濃厚流動食の種類変更 (MA ラクフィア1.0→メイバランス1.0、メイバランス1.5→MA ラクフィア1.5) 入院食アンケートの対策とし、肉類の食感改善目的でスベラカーゼミート使用開始 |

NST 委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|--|
| 毎週 | NST ラウンド (2回/週) |
| 2月 | 【経管栄養容器類の洗浄・消毒・交換】マニュアル変更 【口腔衛生マニュアル】作成 |
| 4月 | NST 回診カルテ記載マークについて検討 |
| 6月 | 症例検討 |
| 8月 | 症例検討、NST 回診記事に臨床検査技師参加開始 |
| 10月 | 症例検討、今後のNST 勉強会について検討 |
| 12月 | NST 勉強会、経腸栄養剤変更 |

院内感染対策委員会

| 月 | 活動内容 |
|----|-----------|
| 2月 | 院内感染対策研修会 |
| 7月 | 院内感染対策研修会 |

図書委員会

| 月 | 活動内容 |
|-------|--|
| 1月～2月 | 年間購読書籍整理・管理 |
| 1月 | 蔵書確認アンケート配布 |
| 2月 | 蔵書確認アンケート提出依頼・回収 医中誌・メディカルオンライン継続契約 |
| 6月 | 前年度購入実績・医中誌・メディカルオンライン閲覧件数報告 |
| 9月 | 翌年年間購読書籍継続希望アンケート配布 |
| 10月 | 翌年年間購読書籍・医中誌・メディカルオンライン継続承認 |
| 随時 | 購入希望書籍 (単発) 承認 |
| 随時 | 年間購読書籍・購入希望書籍 (単発) 登録処理 |

輸血委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|---|
| | 各月一回の委員会の開催【年6回】 |
| 各回 | 血液製剤・アルブミン製剤使用量について 各回の議題の周知 |
| 2月 | 前年のFFP 破棄割合が高く、改善の余地あり。 |
| 4月 | 輸血ルートは特に決まったものはなく、普段の点滴用ルートで可能 |
| 6月 | 委員会議事録の保存方法について再度周知 |
| 8月 | 輸血後感染症検査についての輸血マニュアルの変更について |
| 10月 | 輸血破棄事例（不穏のため）の報告 輸血マニュアルの変更について（確定・実施） |
| 12月 | グロブリンの出荷制限 輸血ヴェノグロブリンは出荷制限なし |

サービス向上委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|-------------------------------------|
| 隔月 | 第一水曜：患者アンケートについて委員会で検討・対応（奇数月） |
| 毎週 | 患者アンケート該当部署に報告、ヒアリング |
| 随時 | 委員会での検討事案に対応 |
| 3月 | ご意見対応：予約患者の待ち時間緩和に伴う、受付機器のプログラム変更 |
| 5月 | ご意見対応：見づらい「予約券」の印字方法を変更、対象プリンターを全交換 |
| 9月 | 接遇研修「コミュニケーションスキル」 |
| 11月 | 患者満足度調査（外来患者、入院患者） |

認知症・せん妄サポート（DDST）委員会

| 月 | 活動内容 |
|----|--|
| 毎月 | 毎週木曜日 病棟ラウンド・カンファレンス 必要時 適宜ラウンド・カンファレンス 第2木曜日 定例会議 |
| 4月 | 令和5年度 認知症対応モデル病院養成事業 養成病院として参加 |
| 9月 | 令和5年度 認知症対応モデル病院養成事業 「医療従事者の認知症対応力向上研修」開催 |

労働安全衛生委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|--|
| 偶数月 | 労働安全衛生委員会開催 |
| 2月 | 診療用放射線の安全利用研修会について |
| 4月 | 時間外労働の多い職員へのアプローチについて |
| 6月 | 被ばく線量の報告 看護部の前残業の取り方について |
| 8月 | 健診の視力判定について |
| 12月 | 衛生管理者の変更について 奇数月においては、①職員健診について、②時間外労働について、③労災・傷病等休職者について、④SSについて、⑤その他連絡事項について書面回答での報告を行った。 |

救急委員会

| 月 | 活動内容 |
|--------|---|
| 偶数月 | 救急委員会開催 （①救急断りデータ、②トリアージ評価表に基づき検討・考察、③救急隊よりご意見をいただく） |
| 9月～翌3月 | 救急救命士病院実習 受け入れ |

防災委員会

| 月 | 活動内容 |
|----|----------------|
| 2月 | 全職員向け防災訓練・防災教育 |
| 3月 | 消火器を使用した防災訓練 |
| | 防災用品点検 |
| 4月 | 新入職員向け防災訓練 |
| | 新人看護部向け防災訓練 |
| 9月 | 防災用品点検 |

臨床研修管理委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|--------------------------------|
| 1月 | 2023年度オリエンテーション内容検討 |
| | 2023年度ローテーション作成 |
| | 未経験症例の対応について |
| 2月 | 外科一般外来について |
| | 外科症例レポートの提出状況について |
| 3月 | <臨床研修管理委員会・臨床研修センター会議 共同開催> |
| | 指導医・診療科・プログラムの全体評価結果報告 |
| | 病院機能評価における研修プログラムの評価について |
| | 2021年度採用研修医 卒業認定 |
| 4月 | 2022年度年次報告提出 |
| | 外部実習時医師賠償責任保険加入申し込み |
| 5月 | 臨床研修病院の施設基準、実施調査要綱の確認 |
| | マッチング面接スケジュール決定 |
| 6月 | 当直時の検食について |
| 7月 | 2024年度採用研修医マッチング面接実施 |
| | 外部研修中の当直について |
| 9月 | 院長、委員長、センター長との研修医教育面談実施（形成的評価） |
| | 2024年度採用研修医マッチング結果発表 |
| 10月 | 構成員変更の報告 |
| | 創検・CPC 実施の報告 |
| 11月 | 創検・CPC 実施の報告 |

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 |
|-----|---|
| 1月 | 臨床研究申請様式 オプトアウトについて |
| 2月 | 倫理カンファレンス報告 CPR 中止のタイミング ECT コンサルト事例報告 第6回倫理ミーティング「本人が家族への説明・指導を拒むとき」 |
| 3月 | 「せん妄・不眠フォーミュラリー」採択・医療の実施に同意が得られない場合の対応 |
| 4月 | 「頭部外傷の患者さまへ」説明書 ・「性的マイノリティの患者さんへの対応指針」採択 第7回倫理ミーティング「生命にかかわる医療・ケアを本人が受け入れない場合」 |
| 5月 | 倫理コンサルテーション事例「キーパーソンの変更に伴う医療同意の進め方」・「認知症・身寄りなし・高度拒絶状態の治療方針決定」 |
| 6月 | 倫理コンサルテーション事例「透析見合わせ」「延命治療」「人工栄養と身体抑制」 第8回倫理ミーティング「医師の治療方針と、患者の意向にジレンマを感じる時」 |
| 7月 | 家族が代諾者だが来院できない場合の同意書の取得についてマニュアル改訂 事例検討 DNAR 指示のある患者の容態変化時に医師への報告と対応 |
| 8月 | 第9回倫理ミーティング「患者や家族から強い口調や態度で不満を向けられたとき」 カスハラ・ベイハラ対応について |
| 9月 | 事例検討 拒否強い患者の生命維持治療終了・身体抑制・DNAR の認識 ベイハラ対応について |
| 10月 | 事例検討 未払い患者の治療経過と転帰 職員研修企画 |
| 12月 | 職員倫理研修会実施 ハラスメント 喫煙トラブル 強制退院に関する職員の認識 |

緩和ケア委員会

| 月 | 活動内容 |
|----|-------------------------------------|
| 毎週 | 水曜 緩和ケアチームカンファレンス 木曜 緩和ケアチームラウンド |

薬事委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|---|
| 2月 | 薬剤の新規採用・採用中止・後発品切り替えについて検討した |
| 4月 | 同上 |
| 6月 | 同上 |
| 8月 | 同上 |
| 10月 | 同上 |
| 12月 | 同上 一年間を通じて82件の新規採用、311件の採用中止、33件の後発薬品切り替え、16件の名称変更を行った |

診療録・DPC委員会

| 月 | 活動内容 |
|---|--|
| | 病院情報システムの諸問題と DPC データ精度向上に向けた標準的な診断および治療方法について教育し、院内での周知徹底を目的として医療情報委員会と合わせて不定期に開催している |

治験審査委員会

| 月 | 活動内容 |
|---|-------------|
| | 審議案件なしのため休会 |

医療安全委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|---|
| 毎月 | 医療安全委員会でヒヤリハット報告の分析、改善策の検討 医療安全推進部会活動を実施 |
| 3月 | 院内医療安全研修 第2回 地域連携相互ラウンド（上飯田リハビリテーション病院-当院） |
| 4月 | 医療安全対策マニュアルの一部を救急委員会へ移管 [4. 救急時の対応] [7. アナフィラキシーショック防止] [8. 救急カート整備] 医療安全対策マニュアル改定 [9-13 酸素ポンベの取扱い] |
| 5月 | 医療安全対策マニュアル 改定 [1. 医療安全管理指針] 医療安全情報 No.43 |
| 6月 | 院内医療安全ラウンド実施 |
| 7月 | 医療安全情報 No.44 院内医療安全ラウンド実施 |
| 8月 | 医療安全研修 第1回 院内医療安全ラウンド実施 |
| 9月 | 医療安全情報 No.45 院内医療安全ラウンド実施 |
| 10月 | 地域連携相互ラウンド（名城病院→当院） 院内医療安全ラウンド実施 |
| 11月 | 医療安全情報 No.46 医療安全対策マニュアル改定 [6-1 医療機器の安全管理] [6-8 輸液ポンプ・シリンジポンプ] [6-10 PCA ポンプ作動チェック表] 地域連携相互ラウンド（当院→名城病院） |

医療ガス安全管理委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|---------------|
| 4月 | 医療ガス研修 |
| 11月 | 医療ガス安全管理委員会開催 |

臨床検査適正化委員会

| 月 | 活動内容 |
|----|-----------------------------|
| 毎月 | 臨床検査の精度管理報告や適正な管理運営について検討など |

クリニカルパス委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|---------------------------------------|
| 3月 | パスの電子カルテ化にむけた取り組み（クリニカルパスの見直し） |
| 5月 | パスの見直し（DPC 期間を考慮して） |
| 7月 | パスの電子カルテ化にむけた取り組み（システム会社からの報告と課題について） |
| 10月 | 新規作成中のパスについての検討（整形外科・消化器内科） |

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

手術室運営委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|--|
| 1月 | 手術件数報告、ペインクリニック外来曜日変更のお知らせ（紙面） |
| 3月 | 手術件数報告、次年度の手術室運営に関する意見、要望の取りまとめ、新電カル導入に伴い手術部門システムに関する意見、要望の取りまとめと担当者への伝達 |
| 5月 | 開催せず |
| 7月 | 開催せず |
| 9月 | 開催せず |
| 11月 | 開催せず |

入退院調整委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|--------------------------|
| 1月 | 入退院支援に関する多職種連携について |
| 2月 | ベッドコントロールについて |
| 3月 | 後方支援病院との連携について |
| 4月 | 連携医療機関とのオンラインカンファレンスについて |
| 5月 | ベッドコントロールでの病棟での問題点 |
| 6月 | 入院期間と治療について |
| 7月 | 入退院支援に関する外部との連携について |
| 8月 | 北区在宅医療・介護多職種連携会との連携について |
| 9月 | 退院支援の課題と対応について |
| 10月 | 退院支援の課題と対応について |
| 11月 | 入退院支援に関する多職種連携について |
| 12月 | 退院支援の課題と対応について |

褥瘡委員会

| 月 | 活動内容 |
|----|---|
| 隔月 | 第2木曜日 褥瘡対策委員会を開催 褥瘡推定発生率、褥瘡有病率を発表 発生要因と改善案の検討 ポジショニング、被覆材使用について検討、情報共有 高機能マットレスの使用状況の把握と報告 |
| 毎週 | 毎週火曜日 病棟回診 |

医療情報委員会

| 月 | 活動内容 |
|---|--|
| | 個人情報保護法の理念に基づき、患者様が安心して個人情報を委ねられるよう個人情報保護勉強会を開催し、情報の取り扱いを啓蒙している。 |

化学療法委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|---|
| 1月 | 化学療法委員会開催 |
| 2月 | 化学療法委員会開催 |
| 3月 | 化学療法委員会開催 レジメン承認：胆道癌・デュルバルマブ+GEM+CDDP(GC)、デュルバルマブ(維持療法) 化学療法マニュアル改定：抗がん剤血管外漏出時の対策 |
| 4月 | 化学療法委員会開催 |
| 5月 | 化学療法委員会開催 |
| 6月 | 化学療法委員会開催 |
| 8月 | 化学療法委員会開催 |
| 9月 | 化学療法委員会主催：乳がん基礎知識勉強会開催 |
| 10月 | 化学療法委員会開催 化学療法委員会主催：乳がん治療勉強会開催 |
| 11月 | 化学療法委員会開催 化学療法委員会主催：ゾーラスタボディーボッド勉強会開催 |
| 12月 | 化学療法委員会開催 化学療法委員会主催：化学療法基礎知識勉強会開催 |

剖検委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|--|
| 11月 | CPC(臨床病理検討会)開催(11/16) 対象患者：71歳男性 病理解剖(11/27) 対象患者：82歳男性 CPC・病理解剖共に、愛知医科大学医学部 病理学講座にご協力いただく |

医療従事者の業務負担軽減・改善部会

| 月 | 活動内容 |
|----|--|
| 3月 | 時間外労働・タイムカード打刻漏れ・当直勤務回数の調査 2022年度進捗確認について 医師労働時間短縮計画策定について マグネットホスピタル推進プロジェクト進捗について |
| 8月 | 医師の勤務実態調査結果について 医師の兼業調査について 時間外労働については労働安全衛生委員会でも審議を行っている |

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

● 上飯田リハビリテーション病院

NST 委員会

| 月 | 活動内容 |
|-------|--|
| 1～12月 | NST 委員会開催（偶数月第2木曜日） NST ラウンド（第2・4木曜日） |
| 5月 | 第38回 日本臨床栄養代謝学会学術集会参加 |
| 10月 | 炭酸飲料のとりみのつけ方について周知 NST・アセスメント用紙を改訂 |

医療安全対策委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|--|
| 毎月 | 委員会内で医療安全に関する報告・情報共有 医療安全推進者による安全ラウンド |
| 1月 | 全職種対象：「医療ガス」 全職種対象：「KYT 研修」 |
| 3月 | 全職種対象：「医療安全のためのコミュニケーション」 医療安全 I・II 相互連携会議 第一病院安全評価 |
| 4月 | 目標共有 |
| 7月 | 全体研修：「心肺蘇生」 |
| 8月 | 転倒・転落防止ポスター掲示 |
| 12月 | 2022年度医療安全報告書のまとめ 「当院の事故の傾向」 全体研修：「虐待疑いにも要注意」 |

栄養委員会

| 月 | 活動内容 |
|-------|-----------------------------------|
| 9月 | 立体型炊飯器の新規入れ替え |
| 9・10月 | 入院患者・通所利用者の食事アンケート実施 |
| 12月 | 経管栄養剤の種類変更 |
| 1～12月 | 行事食実施（お正月、節分、七夕、土用の丑、クリスマス、大晦日など） |
| 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 |

院内感染対策委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|--|
| 隔週 | 院内感染ラウンド |
| 毎月 | 委員会開催（抗菌薬使用状況、耐性菌検出状況報告、手指消毒薬使用量報告） 新型コロナウイルス感染症対策として適宜、臨時の緊急委員会を開催 |
| 8月 | 学び直しの標準予防策（スタンダードプリコーション） |
| 10月 | 職業感染対策 |

サービス向上委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|--------------------------------|
| 毎月 | 患者アンケート集計及び報告、「なんでもご意見」の回答 |
| 4月 | 誕生日カード、接遇や身だしなみの掲示について検討 |
| 5月 | 面会回数、メッセージメモ活用方法検討 |
| 6月 | 面会回数、メッセージメモ、コーヒータイムの検討 |
| 8月 | 通所満足度調査の分析、院内美容院の検証、コーヒータイムの検討 |
| 9月 | 患者様参加可能な活動、院内でのラジオ体操検討 |
| 10月 | アンケート回収率検証、面会方法、回数の検討 |
| 11月 | 面会回数、院内美容院、接遇研修の検討 |
| 12月 | アンケート配布方法、面会予約方法、誕生日カードの検討 |

倫理委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|---|
| 2月 | 身寄りなし入院患者についての報告 1件 |
| 4月 | 身寄りなし入院患者についての報告 2件 |
| 7月 | 身寄りなし入院患者についての報告 2件 |
| 8月 | 身寄りなし入院患者についての報告 1件 身寄りなし入院患者の生活・金銭面での当院の対応を検討 1件 |
| 9月 | 身寄りなし入院患者についての報告 1件 |
| 11月 | 院内における撮影（写真、録画等）・録音等について 身寄りなし入院患者についての報告 1件 代償栄養が必要な患者についての報告 1件 |

衛生委員会

| 月 | 活動内容 |
|------|-----------------|
| 毎月 | 院内職場巡視及び報告と対応 |
| | 時間外労働時間増加の報告と対応 |
| | 健診受診漏れのチェック |
| | 休職者（傷病）の報告 |
| 7～8月 | ストレスチェック実施 |

地域連携パス委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|--|
| 1月 | 名古屋脳卒中拡大合同会議 世話人会 名古屋脳卒中拡大合同会議 打ち合わせ |
| 2月 | 令和4年度 第2回尾張北西部大腿骨頸部骨折地域連携パス会議 令和4年度 第3回尾張北部脳卒中地域連携パス会議 合同会議 (ZOOM) |
| 3月 | 第42回 聖霊病院大腿骨近位部骨折地域医療連携会 (ZOOM) 第18回 尾張東部地域連携パス検討会 (ZOOM) |
| 4月 | 名古屋整形外科連携パス拡大合同会議実務者会議 (善常会リハビリテーション病院) |
| 5月 | 八事整形連携会 |
| 6月 | 尾張北西部大腿骨頸部骨折・脳卒中地域連携パス会議 (ZOOM) 第43回 聖霊病院大腿骨近位部骨折地域医療連携会 (ZOOM) リエゾン・パンフレット作成に向けての取り組み |
| 7月 | 名古屋脳卒中地域連携協議会 世話人会 |
| 8月 | 第19回 尾張東部地域連携パス検討会 (ZOOM) 名古屋整形外科連携パス拡大合同会議実務者会議 (善常会リハビリテーション病院) 名古屋脳卒中拡大合同会議 打ち合わせ |
| 9月 | 第16回 名古屋整形外科連携パス拡大合同会議 (中京病院) 第35回 名古屋北部脳卒中連携会 (ZOOM) |
| 10月 | 第44回 聖霊病院大腿骨近位部骨折地域医療連携会 (ZOOM) 第16回 名古屋整形外科連携パス拡大合同会議反省会 (善常会リハビリテーション病院) |
| 11月 | 第15回 名古屋脳卒中拡大合同会議 (ZOOM) ※当院が当番病院 尾張北西部大腿骨頸部骨折・脳卒中地域連携パス会議 (ZOOM) |
| 12月 | 第20回 尾張東部地域連携パス検討会 (ZOOM) |

DST委員会

| 月 | 活動内容 |
|----|----------------------------|
| 通年 | DST ラウンド実施 (毎月1、3火曜日) |
| 毎月 | 委員会開催 |
| 2月 | 看護師対象研修「BPSD への対応・環境整備」の実施 |
| 3月 | 全職員対象研修「認知症の対応と連携」の実施 |

褥瘡委員会

| 月 | 活動内容 |
|-------|---|
| 1～12月 | 褥瘡委員会開催 (偶数月第2木曜日) 褥瘡対策・看護計画作成 (第2・4木曜日) |

診療記録管理委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|---------------------------------|
| 毎月 | サマリー記載率の報告 |
| 4月 | 院内のパソコン単語登録、リハビリ評価のデータ PDF 化の検討 |
| 5月 | リハビリ総合実施計画書、署名欄の運用方法の周知 |
| 6月 | 電子カルテの文書内入院要約の運用方法の周知 |
| 7月 | カンファレンスの日程調整方法の周知 |
| 10月 | 春日井市民病院より脳卒中患者の評価依頼の検討 |

入退院調整委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|--|
| 1月 | 入退院に関する報告・問題点の検討 アフタコロナの入院時検査について |
| 2月 | 入退院に関する報告・問題点の検討 実績指数の低下に対する対策 |
| 3月 | 入退院に関する報告・問題点の検討 入院時 COVID19の検査について |
| 4月 | 入退院に関する報告・問題点の検討 今年度の目標とGWの発熱時対応について |
| 5月 | 入退院に関する報告・問題点の検討 COVID19 5類後の対応について |
| 6月 | 入退院に関する報告・問題点の検討 入院時 PCR 検査について、面会制限について |
| 7月 | 入退院に関する報告・問題点の検討 入院患者数増加に向けての対策 |
| 8月 | 入退院に関する報告・問題点の検討 コロナ感染の現状 |
| 9月 | 入退院に関する報告・問題点の検討 コロナクラスター後のリハビリについて |
| 10月 | 入退院に関する報告・問題点の検討 面会制限による紹介患者の減少対策 |
| 11月 | 入退院に関する報告・問題点の検討 転院時コロナ検査と対応について |
| 12月 | 入退院に関する報告・問題点の検討 ACP についてリーフレット配布による勉強会 |

● 上飯田クリニック

医療安全対策委員会

| 月 | 活動内容 |
|------|--------------------------------------|
| 2月 | 安全感染勉強会（リスクマネジメントについて） 消防点検 |
| 3月 | 防災訓練（消火器訓練） |
| 6月 | 防災訓練（夜間透析時に火災発生した際の全館訓練） |
| 7月 | 安全感染勉強会（透析室の防災対策） 防災の日患者指導 |
| 8・9月 | 透析患者カード配布 防災の日患者指導 患者緊急連絡網の再確認 |

栄養委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|---|
| 毎月 | 残飯量報告・献立改善・ヒヤリハット報告・検査評価 行事食提供 年15回 患者食満足度 up キャンペーン実施（旬の食材を提供：魚・フルーツ・デザート） |
| 4月 | 職員食アンケート実施・報告 |
| 10月 | 委員会実施月変更（来年度より偶数月の間催から5月・11月の年2回開催へ） |
| 11月 | 患者食アンケート実施・報告 |

患者サービス向上委員会（患者送迎サービス）

| 月 | 活動内容 |
|----|--|
| 毎月 | 利用者の状況報告（新規含む） 運行状況の確認 患者から意見について検討・対応。利用者リスト掲示・運転手変更（採用・退職報告） |

患者サービス向上委員会（リハビリテーション・体力）

| 月 | 活動内容 |
|----|--|
| 毎月 | 疾患別リハビリテーション・腎リハビリテーションの実施状況報告 透析時運動指導対象者の報告と確認 |

院内感染対策委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|---|
| 1月 | 輸血マニュアルの作成 |
| 2月 | インフルエンザについての勉強会 |
| 3月 | 新型コロナウイルス感染症対策の変更（5類になるため） |
| 4月 | 変更後の新型コロナウイルス感染症対策を患者・職員にKC通信にて発信 |
| 5月 | 新型コロナウイルス感染症対策でCO2モニターの導入 |
| 7月 | 肝炎ウイルスについての勉強会 |
| 8月 | 電子カルテの感染症入力画面にHBs - Ab,HBc - Abの項目を追加（既感染パターン増加のため） |
| 11月 | 誤針が2件続けて発生したため、新たに誤針対策を検討。 |

広報委員会

| 月 | 活動内容 |
|----|---|
| 毎月 | 広報誌「KC通信」の記事内容確認。 専門委員会：院所利用委員会…患者の意見・報告 専門委員会：ホームページ検討委員会の意見・報告 代表者会議への報告（承認） |
| 3月 | 広報委員会メンバー交代確認・承認 |

● 愛生会看護専門学校

学校評価委員会

| 月 | 活動内容 |
|-----|-----------------------------|
| 3月 | 自己点検自己評価（カリキュラム運営、学生評価について） |
| 8月 | 新カリキュラムに関すること、運営上の課題の検討 |
| 12月 | 新カリキュラムに関すること、運営上の課題の検討 |

論文・抄録

ORIGINAL ARTICLE

Classification of transient epileptic amnesia attacks: Two types of amnesic seizures, the pure amnesia type and partial amnesia type

UKAI Katsuyuki^{1,2}, ITO Masumi³, and WATANABE Masako⁴¹Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital, Nagoya, Japan²Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Japan³Jozen Neuro Clinic, Sapporo, Japan⁴Shinjuku Neuro Clinic, Tokyo, Japan

Correspondence: Dr. UKAI Katsuyuki, MD, PhD,
Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital,
2-70 Kamiida-Kitamachi, Kita-ku, Nagoya, Aichi 462-0802, Japan
Tel: +81-529-913111, Fax: +81-529-816879
Email: ukai777@kamiida-hp.jp

Running title: A classification of TEA attacks

Abstract**Background:**

Transient epileptic amnesia (TEA) is a type of mesial temporal lobe epilepsy characterized by recurrent amnesia attacks. In 1998, Zeman et al. proposed the following diagnostic criteria for TEA: (1) recurrent, witnessed episodes of amnesia (TEA attacks); (2) other cognitive functions remain intact during attacks; and (3) evidence of epilepsy. It was also reported that patients with TEA often demonstrate two other types of memory symptoms: accelerated long-term forgetting (ALF) and autobiographical amnesia (AbA). Both ALF and AbA are persistent memory disorders, but transient epileptic seizures are not.

Methods:

We encountered two cases of TEA associated with two types of amnesia attacks. Therefore, we reviewed TEA cases in the literature to clarify the type of TEA attacks that occurred.

Results:

Based on the extracted TEA cases, including our two cases, we found that there are two main types of TEA attacks, and we discussed their clinical features.

Conclusion:

We propose two main types of TEA attacks; i.e., pure amnesia-type and partial amnesia-type seizures. Furthermore, we also propose that topographical amnesia mainly manifests as a type of amnesia attack, rather than as a chronic memory disturbance such as ALF or AbA.

Keywords:

accelerated long-term forgetting, classification, pure amnesia, topographical amnesia, transient epileptic amnesia

INTRODUCTION

Transient epileptic amnesia (TEA) is a type of mesial temporal lobe epilepsy characterized by recurrent amnesia attacks. In the 1990s, Hodges & Warlow, Kapur, and Zeman et al. described the clinical features of TEA.^{1,2} Zeman et al. proposed the following diagnostic criteria for TEA: (1) recurrent, witnessed episodes of amnesia (TEA attacks); (2) other cognitive functions remain intact during attacks; and (3) evidence of epilepsy. Such evidence can be provided by (a) electroencephalography (EEG), (b) the co-occurrence of other types of seizure, or (c) a clear response to antiepileptic drugs.³ TEA attacks typically last for minutes to hours. Patients with TEA often demonstrate two other types of memory symptoms: accelerated long-term forgetting (ALF) and autobiographical amnesia (AbA).^{4,5} Both ALF and AbA are persistent memory disorders, but transient epileptic seizures are not.

Here, we present two cases of TEA, in which the patients showed two types of amnesia attacks; i.e., pure amnesic seizures and topographical amnesia. Furthermore, we reviewed the TEA cases described in the literature to clarify the features of TEA attacks. In addition, we show that topographical amnesia often manifests as a type of amnesia attack, rather than as a chronic memory disturbance such as ALF or AbA.

METHODS

Informed consent to publish the patients' clinical information was obtained from the patients and their families. Minor modifications to

the data, which did not interfere with the study's findings, were made to preserve the patients' anonymity. The detailed course of Case A has been previously reported.⁶ The study was approved by the ethics committee of Kamiida Daiichi General Hospital (Nagoya, Japan).

RESULTS (CASE PRESENTATION)

Case A (cited from Ukai et al.,⁶ partially modified and simplified)

A male in his early 60s attended our memory clinic with his wife in 200X. He said that his memory had become faulty about 4 years earlier, and he had experienced many problems at his workplace because of his forgetfulness. He also stated that he had forgotten many events, such as traveling with his wife a few months earlier, undergoing surgery about 2 years earlier, and the wedding ceremony of his daughter about 11 years earlier. EEG was performed, and sharp waves were detected, which seemed to originate independently in the left and right temporal areas. The administration of levetiracetam was commenced, resulting in an improvement in the patient's anterograde amnesia; i.e., ALF.

In 200X+4, the ALF reappeared, and a pure amnesia attack was observed for the first time. One day in the morning, he and his wife went to a barbershop, where they met a close friend and enjoyed an interesting conversation. However, in the afternoon he asked his wife what he had done in the morning. His wife was very surprised and asked him some questions, but he did not remember going to the barbershop, having his hair cut, or meeting and talking to their friend. She said that his behavior had been quite normal that morning. The dose of levetiracetam was increased, which resolved his amnesia attack.

More than 2 years after that (in 200X+6), a second amnesia attack occurred. The patient and his wife went to a hot spring with their friends in his car, which he drove. On his way back home in the afternoon, he took his friends home and then returned to his home. After that, he went to a gym alone by car, before returning home about an hour later. Then, he ate dinner with his wife. After dinner, he was sitting on the couch in the living room, looking at a calendar for a while, and he asked his wife what they had done in the afternoon. According to his wife, he remembered going to the hot spring with their friends and then taking them home. However, he did not remember anything during the few hours between returning home and having dinner. During this period, he was able to drive his car well and talk interestingly.

Case B

A male in his late 70s attended our memory clinic with his wife in 200X. He complained that his memory had become faulty about 2 years earlier and that he sometimes lost his way in places that he had known well, for example, near the subway station for his office, to which he had been commuting for decades. During these episodes, he would suddenly lose his way, but was able to do his work well after arriving at his office. He also stated that he sometimes became unable to recall what he had done for a few hours. He always recognized these episodes well afterwards. His wife also sometimes witnessed his episodes of amnesia. For example, (1) while driving his car to a place that they had often visited he said, "We are going straight here, right?". She was surprised and said to him, "No, turn left! What's wrong with you?". (2) One evening, he came back home from his workplace and said to her, "What did I do today? I cannot recall it".

Cranial MRI did not reveal any abnormalities, except for relatively prominent high-intensity lesions of the cerebral white matter on fluid-attenuated inversion recovery imaging. Although his EEG showed no evident paroxysmal activity, the administration of lacosamide was commenced under a strong suspicion of TEA, resulting in the complete disappearance of the patient's amnesia attacks. Based on these clinical findings, we diagnosed him as having pure amnesia seizures and topographical amnesia attacks; i.e., TEA attacks.

DISCUSSION

We reviewed articles regarding TEA, including those by Palmieri AL et al. (1992), Kapur N (1993), Zeman AZL et al. (1998), Mendes MHF (2001), Manes F et al. (2005), Gallassi R (2006), Butler CR et al. (2007), Hornberger M et al. (2010), Mosbah A et al. (2014), Cretin B et al. (2014), Savage S et al. (2016, 2018, 2022), Burkholder DB et al. (2019), and Shiozaki K (2019, 2020).^{1,5, 7-20} However, there were few cases in which TEA attacks were described in detail. We examined 23 of TEA cases, including the two cases we described above (Table 1). Based on these cases, we classified TEA attacks into the following two main types: the "pure amnesia type" and "partial amnesia type". The partial amnesia type can be further classified into several subtypes, including the "topographical amnesia type".

1. Pure amnesia-type TEA attacks

In 1992, Palmieri et al. defined "pure amnesic seizures" (PAS) as seizures during which the only clinical manifestation is the patient being unable to retain in memory events that occur during the seizure, despite their other cognitive functions and the ability to interact normally with their physical and social environment being preserved.⁷ Most of the patients reported by Palmieri were young (Table 1), and their epilepsy may have had organic causes, but typical TEA patients are middle-aged to elderly at the time of onset, and the causes of their attacks are usually not obvious. Thus, the relationship between PAS and TEA attacks remains unclear, but it is considered that these types of seizures are closely related to each other and have essentially the same pathogenesis. The TEA episodes that occurred in our Cases A and B were very similar to PAS. Thus, we referred to this type of TEA attack as the "pure amnesia type".

In many of the cases reported in the literature, TEA attacks occurred upon waking. On the other hand, there were also cases in which TEA attacks occurred during daily activities. When pure amnesia-type attacks occur during activities, patients can behave normally even when they are performing difficult or complex tasks, such as driving, playing golf, or having a conversation. Hence, it is common for none of the people around a patient during an attack to be aware that the patient is experiencing abnormalities. After an attack, patients recognize that they cannot recall what they did for minutes or hours. Some typical examples of pure amnesia-type attacks are described for our two cases.

2. Partial amnesia-type TEA attacks

A feature of this type of seizure is that during these seizures patients usually find that some or most of their memories have been lost, e.g., they cannot remember information about the date/time, their family/home, or familiar places. In addition, during such seizures patients often notice their memory losses and/or are sometimes aware of difficulty remembering new things. In other words, patients are usually able to realize that they are experiencing an abnormality due to memory loss during these seizures. Therefore, repeated questioning of other people is often observed during this type of seizure.⁸

On the other hand, in pure amnesia-type seizures neither the patient nor the other people around them recognize that the patient is experiencing abnormalities during the attacks. Thus, repeated questioning is not observed during pure amnesia-type seizures. Only after the seizure, does the patient realize that they do not know what they have done for minutes to hours.

As elements of the patient's memory are lost (partial memory loss), we referred to this type of TEA attack as the "partial amnesia type". Furthermore, based on the lost elements of memories, it is possible to classify partial amnesia-type seizures into at least 4 subtypes; i.e., 1) the "topographical amnesia type", 2) the "date/time amnesia type", 3) the "family/home amnesia type", and 4) other types.

During topographical amnesia-type attacks, patients temporarily lose track of their locations and forget how to get to destinations that should be familiar to them. After they recall their location and/or their intended direction, they usually remember the episodes of amnesia well. Some specific typical examples of topographical amnesia attacks are described for our Case B.

During date/time amnesia-type attacks, patients temporarily cannot remember the current year, season, month, day, or time. For example, a patient repeatedly asked his wife what day it was. In some cases, the patient could not remember their age. On the other hand, during family/home amnesia-type attacks, patients temporarily cannot recognize their family members or their own home. For example, a patient woke up and found some strangers (her family members) there and herself in an unknown house (her own house).

Each subtype of partial amnesia-type attack may occur together with other subtypes of attack, or one subtype may occur independently. On the other hand, pure and partial amnesia-type seizures cannot occur simultaneously. However, both seizure types can occur independently at different times.

3. Topographical amnesia: a seizure or chronic symptom

In general, topographical amnesia is referred to as one of the chronic sequelae associated with an acute stroke or brain hemorrhage. The topographical amnesia associated with TEA (TopA) is also usually described in the literature as a chronic symptom, as are ALF and AbA. TopA was defined as difficulty recollecting the layout of previously familiar environments and/or a failure to recognize previously familiar landmarks and locations.¹⁰ However, in our case B, TopA was a transient symptom. Several other similar cases have been reported (Table 1). We speculate that both scenarios are possible. In cases in which TopA is described as a chronic symptom, it may be explained as a consequence of ALF and/or AbA.

4. Limitations of this study

- (1) In order to classify TEA attacks, 23 TEA cases were examined in this study, but this may not have been sufficient.
- (2) The frequencies of each type of TEA attack should be elucidated in the future.
- (3) Other subtypes of TEA attacks may exist. We consider that it is important for clinicians to distinguish among TEA attacks, ALF, and AbA, in order to be able to diagnose and treat these conditions earlier and more accurately.

CONCLUSIONS

1. Based on our clinical experience and a literature search, we classified TEA attacks into two main types: "pure amnesia type" and "partial amnesia type".
2. When pure amnesia-type attacks occur, neither the patient nor the people around them recognize that the patient is experiencing abnormalities. Only after the seizure is over, do patients realize that they have lost their memories.
3. When partial amnesia-type attacks occur, patients usually notice that some or most of their memories have been lost, and that it is difficult to remember new things. Hence, repeated questioning of other people with queries such as, "Where am I?", "What day is it?", and "Who are you?", is often observed during this type of seizure. Based on the lost elements of memories, we have classified partial amnesia-type attacks into several subtypes, including TopA.
4. TopA is usually described in the literature as a chronic symptom, as are ALF and AbA. However, we consider that TopA mainly manifests itself as an attack, rather than as a chronic memory disturbance such as ALF or AbA.

ACKNOWLEDGEMENTS

No grants or other sources of funding were received for this study. Dr. Ukai has received speaker's honoraria from Daiichi Sankyo in 2022. Dr. Ito has received speaker's honoraria from Nippon Chemiphar, Eisai, and UCB Japan. Dr. Watanabe has received speaker's honoraria from Otsuka, Eisai, Daiichi Sankyo, and UCB Japan.

We would like to thank Medical English Service (www.med-english.com) for English language edition.

FUNDING STATEMENT

No grants or other sources of funding were received for this study.

CONFLICTS OF INTEREST DISCLOSURE

We have no potential conflicts of interest to disclose.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

Katsuyuki UKAI collected and studied the clinical data, wrote the initial draft, and edited the manuscript. Masumi ITO and Masako WATANABE critically reviewed the manuscript and edited the manuscript. All of the authors have approved the final manuscript as submitted.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

On reasonable request, data supporting the findings of this study are available from the corresponding author after approval from the ethics committee.

ETHICS APPROVAL STATEMENT

The study was approved by the ethics committee of Kamiida Daiichi General Hospital (Nagoya, Japan).

PATIENT CONSENT STATEMENT

Informed consent to publish the patients' clinical information was obtained from the patients and their families.

CLINICAL TRIAL REGISTRATION

N/A

ORCID

Katsuyuki UKAI: ID: <https://orcid.org/0000-0002-7649-2238>

REFERENCES

1. Hodges JR, Warlow CP. Syndromes of transient amnesia: towards classification. A study of 153 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990; 53: 834-843.
2. Kapur N. Transient epileptic amnesia: a clinical update and a reformulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56: 1184-1190.
3. Zeman AZJ, Boniface SJ, Hodges JR. Transient epileptic amnesia: a description of the clinical and neuropsychological features in 10 cases and a review of the literature. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64: 435-443.

4. Manes F, Graham KS, Zeman A, de Luján Calcagno M, Hodges JR. Autobiographical amnesia and accelerated forgetting in transient epileptic amnesia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 1387-1391.
5. Butler CR, Graham KS, Hodges JR, et al. The syndrome of transient epileptic amnesia. *Ann Neurol* 2007; 61: 587-598.
6. Ukai K, Ito M, Watanabe M. A proposal for a clinical entity: transient epileptic amnesia complex syndrome (TEACS). *Psychogeriatrics* 2021; 21: 920-925.
7. Palmieri AL, Gloor P, Jones-Gotman M. Pure amnesic seizures in temporal lobe epilepsy. *Brain* 1992; 115: 749-769.
8. Mendes MHF. Transient epileptic amnesia: an under-diagnosed phenomenon? Three more cases. *Seizure* 2002; 11: 238-242.
9. Gallassi R. Epileptic amnesic syndrome: An update and further considerations. *Epilepsia* 2006; 47: 103-105.
10. Hornberger M, Mohamed A, Miller I, Watson J, Thayer Z, Hodges JR. Focal retrograde amnesia: Extending the clinical syndrome of transient epileptic amnesia. *J Clinical Neurosci* 2010; 17: 1319-1321.
11. Mosbah A, Tramoni E, Guedj E, et al. Clinical, neuropsychological, and metabolic characteristics of transient epileptic amnesia syndrome. *Epilepsia* 2014; 55: 699-706.
12. Del Felice A, Broglio E, Valbusa V, Gambina G, Arcaro C, Manganotti P. Transient epileptic amnesia mistaken for mild cognitive impairment? A high-density EEG study. *Epilepsy Behav* 2014; 36: 41-46.
13. Cretin B, Philippi N, Sellal F, et al. Can the syndrome of transient epileptic amnesia be the first feature of Alzheimer's disease? *Seizures* 2014; 23: 918-920.
14. Savage SA, Butler CR, Hodges JR, Zeman AZ. Transient epileptic amnesia over twenty-term follow-up of a case series with three detailed reports. *Seizure* 2016; 43: 48-55.
15. Savage S, Hoefelizers S, Milton F, Streatfield C, Dewar M, Zeman A. The evolution of accelerated long-term forgetting: Evidence from TIME study. *Cortex* 2019; 110: 16-36.
16. Savage SA, Baker J, Milton F, Butler C, Zeman A. Clinical outcomes in transient epileptic amnesia: A 10-year follow-up cohort of 47 cases. *Epilepsia* 2022; DOI: 10.1111/epi.17214.
17. Burkholder DB, Jones AL, Jones DT, et al. Frequent sleep-related bitemporal focal seizures in transient epileptic amnesia syndrome: Evidence from ictal video-EEG. *Epilepsia Open* 2017; 2: 255-259.
18. Shiozaki K. Elderly-onset epilepsy in memory clinic: discrimination and association with dementia. *Ninchi Shinkei Kagaku* 2019; 21: 189-193. (in Japanese with English abstract)
19. Shiozaki K. Epileptic amnesia. *Rounen Seishin Igaku Zasshi* 2020; 31: 165-171. (in Japanese)
20. Baker J, Savage S, Milton F, et al. The syndrome of transient epileptic amnesia: a combined series of 115 cases and literature review. *Brain Communications* 2021; 3: fcab8.

TABLE

Table 1. Examples of TEA attacks described in representative reports including our 2 cases

| 1st Author | Case | Age/sex | Examples of TEA attacks described in the paper | Type of amnesia |
|-----------------|------|---------|--|--------------------------------|
| Palmieri (7) | 1 | 30 F | She had no recollection whatsoever of her conversation. | Pure |
| | 2 | 36 F | She suddenly realized that she had a blank in her memory. | Pure |
| | 3 | 44 M | He realized that he had no memory of what he had done. | Pure |
| | 4 | 52 F | She had no recollection of what she had done. | Pure |
| | 5 | 32 M | He had no recollection of how he had reached the place where he had parked his car. | Pure |
| Kapur (2) | 1 | 63 F | She forgot the name of a family member. | Partial (family/home) |
| | 2 | 67 F | She could not recollect having visited her daughter. "I don't know where I am." She experienced sudden-onset disorientation regarding where she was and why she was there. | Pure Partial (TopA) |
| | 3 | 61 F | She could not recognize her room, husband, or children. She forgot what she had just done. | Pure Partial (family/home) |
| Zeman (3) | 1 | 63 M | He has no recall of events during the attacks. "I am not sure where I am." | Pure Partial (TopA) |
| | 2 | 73 M | "What are we doing here?" | (TopA??) |
| | 3 | 60 M | He developed amnesia regarding recent events, familiar faces, and places. | Partial (family/home and TopA) |
| Mendes (8) | 1 | 45 M | He asked his colleague what had happened before. | Pure |
| | 2 | 71 F | She forgot the fact that she had just been to a supermarket. | Pure |
| | 3 | 74 M | "Where are we now? Why did we come here?" He did not know what they were going to do. | Pure (and TopA also??) |
| Manes (4) | 1 | 59 F | She experienced disorientation episodes during which she felt muddled about her surroundings. | (TopA??) |
| Butler (5) | 1 | 58 M | He experienced significant new difficulties navigating around his local area. | (TopA??) |
| | 2 | 69 F | She experienced loss of memory about events of the past few days. | (Pure??) |
| | 3 | 55 M | "I've lost it. Where am I? What day is it?" | Partial (date/time and TopA) |
| Burkholder (17) | 1 | 50 F | She experienced episodes involving an inability to recognize family members. | Partial (family/home) |
| Shiozaki (18) | 1 | 70s M | (described in Japanese) | Partial (TopA) (Pure also??) |
| Shiozaki (19) | 1 | 60s M | (described in Japanese) | Partial (TopA) |
| Ukai | A | 60s M | He asked his wife what he had done in the morning. | Pure |
| | B | 70s M | He sometimes lost his way to places he had known well. "What did I do today?" | Pure Partial (TopA) |

Partial, partial amnesia type; Pure, pure amnesia type; TEA, transient epileptic amnesia; TopA, topographical amnesia type.

BRAIN & NERVE

第75巻4号：特集「All about Epilepsy」

第8章：てんかん性健忘
epileptic amnesia

鶴岡克行

Katsuyuki Ukai

総合上飯田第一病院 老年精神科

(462-0802 名古屋市北区上飯田北町2-70)

Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital
(2-70 Kamiida-kitamachi, Kita-ku, Nagoya 462-0802, Japan)

名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野

(466-8560 名古屋市昭和区鶴舞65)

Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of
Medicine

(65 Tsurumai, Showa-ku, Nagoya 466-8560, Japan)

Correspondence:

鶴岡克行

総合上飯田第一病院 老年精神科

462-0802 名古屋市北区上飯田北町2-70

Tel.: 052-991-3111, Fax: 052-981-6879

Email: ukai777@kamiida-hp.jp

Dr. Katsuyuki Ukai, MD, PhD

Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital,
2-70 Kamiida-kitamachi, Kita-ku, Nagoya 462-0802, Japan

日本語要旨:

「てんかん性健忘」の範疇で、認知症高齢者の増加に伴い重要な病態と認識されつつある「一過性てんかん性健忘 (TEA)」、それに高率で合併する「accelerated long-term forgetting (加速的長期健忘)」・「autobiographical amnesia (自伝的健忘)」, さらにTEA症候群の概念を拡張した「一過性てんかん性健忘複合症候群 (TEA complex syndrome; TEACS)」の定義やその意義, もう一つの重要な病態である「アルツハイマー病類似てんかん性認知障害 (epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer disease; ECI-A)」について、自験例を挙げて解説した。

キーワード:

一過性てんかん性健忘, 加速的長期健忘, 自伝的健忘, 一過性てんかん性健忘複合症候群, アルツハイマー病類似てんかん性認知障害

英語要旨:

With the increase in the number of elderly people with dementia, the importance of the following two types of epileptic amnesia is becoming increasingly recognized. One is transient epileptic amnesia (TEA), which is known to have a high frequency of complications such as accelerated long-term forgetting and autobiographical amnesia. Furthermore, the definition and significance of the TEA complex syndrome (TEACS), an extension of the TEA concept, is described. The other is epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer disease (ECI-A), and the definition and characteristics of which are presented along with cases experienced by the author, as well as TEACS.

Key words:

transient epileptic amnesia, accelerated long-term forgetting, autobiographical amnesia, TEA complex syndrome, epileptic cognitive impairment

はじめに

「健忘 (amnesia)」とは、臨床心理学的には(幾つかの辞書を参考にして筆者が纏めると)「記憶障害の一つで、一定期間のエピソード記憶や一定の事柄に関する意味記憶が失われる・忘れること」である。一般的には「著しいもの忘れ」の意味でも使用されている。

エピソード記憶は、「逆行性健忘 (ある時点以前の記憶が失われる)」と「前向き健忘 (ある時点以後の記憶ができない・一時的に覚えてもすぐ忘れる)」に分類される(前向き健忘は、「記憶障害」や「近時記憶障害」に該当)。

体で覚えた記憶(ノウハウ・技能)である「手続き記憶」は、末期に至った「認知症」では失われることもあるが(「失行」に該当)、「健忘症」では失われない。

1. てんかん性健忘とは?

「てんかん性健忘」とは、上記の「健忘」が、てんかん性機序によって起こるものである。「てんかん性健忘」で最も頻度が高いのは、発作中と後の「意識障害・もろろろ状態」における記憶障害である(「健忘」と言うより、意識障害のために記憶できない)。いわゆる「大発作 (grand mal)」や「焦点意識減損発作 (focal impaired awareness seizure; FIAS)」では、発作中は当然として、発作後も意識障害が遷延することがある。よって、この間の

記憶は無いことが多い(軽度の意識障害では記憶が残っている場合もあるらしい)。精神科医であれば、電気けいれん療法を実施後の患者にみられる健忘は経緯していただろう。

発作の主症状が健忘である「てんかん」も存在する。これを「一過性てんかん性健忘 (transient epileptic amnesia; TEA)」といい、近年の認知症患者の増加に伴い鑑別診断の必要性が認識されて注目を集めるようになった^{1,2)}。TEAについては章を別にして詳しく記載する。

単なる「健忘」だけではなく、日常生活活動 (activity of daily living; ADL) の障害を含む認知機能全般が低下するアルツハイマー病 (Alzheimer disease; AD) に類似した「てんかん性疾患」がある。これを筆者らは「AD 類似てんかん性認知障害 (epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer disease; ECI-A)」と命名して報告した³⁾。ECI-Aも臨床、特に認知症診療において重要な疾患 (病態) であるので、ECI-Aについても章を別にして後述する。

2. 一過性てんかん性健忘 (transient epileptic amnesia; TEA) とは?

TEA を疾患単位 (診断単位) として定義すれば、「一過性の健忘発作を主症状とする内側側頭葉てんかんの特殊型」とするのが最も妥当であろう。TEA の臨床診断基準が提唱されており、(1) 繰り返し自覚された健忘発作エピソード (TEA 発作)、(2) 発作時の認知機能に記憶以外の異常がない、(3) てんかんの根拠、の3条件を満たすものとされた⁴⁾。てんかんの根拠とは、①脳波所見、②他のタイプでてんかん発作の存在、③抗てんかん薬 (antiepileptic drugs; AED) の明瞭な有効性、が一つ以上あることである。「他のタイプでてんかん発作」の多くは焦点発作である。TEA 発作の多くは数時間以内の持続で、典型的には寝起き・午前中に起きることが多く、発作後の間欠期に自分の記憶が失われていることに気付く。客観的には発作時の患者の行動は正常で意識障害もない。

TEA には特徴的な二つの慢性的・持続的な健忘が発作間欠期に高率に合併する。一つは「accelerated long-term forgetting (ALF: 加速的長期健忘)」であり、もう一つは「autobiographical amnesia (AbA: 自伝的健忘)」である⁴⁾。このため、TEA 発作と二つの慢性的記憶障害 (ALF と AbA) を TEA 概念に含めて症候群として扱うこともある。

欧米では TEA の研究や報告は多くみられるのに対し、我が国では少数の研究報告を除き専門家の間でも良く知られているとは言えない。自験症例を提示しつつ TEA 症候群の特徴や問題点を論じ、さらに TEA 症候群の概念を拡張した「広義の TEA (症候群)」, すなわち「一過性てんかん性健忘複合症候群 (TEA complex syndrome; TEACS)」を紹介し、その定義や概念化の必要性、臨床診断基準について解説する⁵⁾。

3. [TEA] 自験症例の提示

症例: 60歳代前半, 男性 (文献5から簡略化して引用)

【初診時主訴】 もの忘れ, 怒りっぽくなった

【生活歴】 会社員であったが50歳代後半に某資格を取って転職して現役で活躍中。子供は結婚して独立。妻との二人暮らし。

【現病歴】 200X-4年, 妻が患者の物忘れや易怒性を異常と感じるようになった。職場でも本人の身に覚えのない仕事や約束で同僚とのトラブルが頻発するようになった。妻と共にA認知症疾患医療センターを受診したが「異常なし」という診断であった。200X-3年, B認知症疾患医療センターを受診したが、同様に「異常なし」の診断であった。200X年, やはり妻が物忘れを心配して当科初診となった。

【現症】 患者本人も物忘れを異常と自覚していた。例えば、数か月前に妻と京都旅行をしたこと、数週間前に妻と某有名歌手のコンサートに行ったことなどを全く記憶していなかった。また、物忘れ (健忘) が出現した4年前よりも昔の記憶も欠落していることが判明した。例えば、6年前の妻とのヨーロッパ旅行、8年前のアメリカ旅行、11年前の娘の結婚式のことも全く記憶がないとのことであった。

【検査所見】 理学的・神経学的な異常は認められなかった。血液学的検査と頭部MRI検査でも特に異常を認めなかった。MMSEは29点(見当識-1)で、立方体模写や時計描画テストは正常であった。脳波検査では左右独立した側頭葉を起源とする突発性鋭波を認めた。

【診断と治療経過】 明らかな健忘発作エピソードは確認できないが、明瞭なALFやAbAが認められることや脳波所見から、TEA関連の病態である可能性が高いと診断した。AEDを投与したところ新たなALFは概ね改善し、易怒性も改善した。職場でのトラブルも無くなった。MMSEは30点・脳波も正常化した。しかし、一度失われた記憶は改善しなかった。

AED療法を開始した後は、日常生活も安定し職場でも順調であった。しかし、約3年後、同じ治療が継続されていたにもかかわらず、再びALFによる健忘が認められるようになった。200X+4年, 最初の健忘発作 (TEA 発作) が認められた。某日の朝、患者は妻と床屋に行った。床屋では偶然に二人の共通の友人と会い、床屋の主人も含めて3人で会話を楽しんだ。帰宅後、患者は妻に「今日の午前中、俺って何をしていたんだっけ?」と聞いた。驚いた妻が「覚えてないの?」と聞き返したが、患者は午前中の記憶が全く無いとのことであった。散髪したこと、友人と会ったこと、皆で会話を楽しんだことなど、すべてを記憶していなかった。妻によれば、患者本人の午前中の言動には何の異常も感じられず、友人や床屋の主人からも全く違和感を指摘されなかったという。AEDを増量したところ、その後は健忘発作の再発は無く、ALFも再び目立たなくなった。

この状態は、その後2年以上継続し仕事も順調であったが、ある日の午後、2回目のTEA発作が認められた。患者と妻は、彼らの友人夫妻と一緒に4人で、患者が運転する車で温泉に行った。その帰り道、患者は友人夫妻を自宅まで送り届けた後、自宅に着いた。妻は夕食の支度を始めたが、患者は車でジムに行き、ひと汗かいて約1時間後に再び帰宅した。二人は夕食を

食べ、患者はリビングのソファでくつろいでいた。患者はしばらくカレンダーを眺めていたが、妻に「今日の午後、俺らは何をしたんだっけ？」と尋ねた。妻によれば、患者は友人夫妻と温泉に行き、その二人を自宅に送り届けたあたりまでの記憶はあったが、その後の数時間、帰宅後にまた一人で車を運転してジムに行き、夕食を取ったあたりまでの記憶が失われていた。この間、患者は普通に楽しく会話をし、車の運転にも全く支障は見られなかったという。

4. 「一過性てんかん性健忘複合症候群 (TEA complex syndrome; TEACS)」概念について

上記の自験症例では、初診から4年以上(症状出現から8年以上)、健忘発作エピソードが確認されなかった。この間はTEAの臨床診断基準を満たしていないし、そもそもTEAという言葉との整合性が取れない。しかし、物忘れを主訴とする患者の診療においては、治療可能性の上からも「てんかん関連病態」を見逃さないことが重要であり、本病態のような存在を認識する必要は高い。

このような現状に対して、筆者らは以下の提案を行った。すなわち、健忘発作が確認できない症例であっても、明白なALFやAbAが認められ、脳波所見やAEDの有効性などから、その病態がてんかん性機序によるものが明らかな場合には、「広義のTEA」(「TEA complex syndrome; TEACS」)と診断して、治療を開始する^{5,6)}。「TEACS」の概念化は、提示症例のように典型的ではない段階の症例の診断および治療可能性を広げるために有用であろう。

上記提示症例以外にも、ALF/AbAがTEA発作の前駆症状として生じる可能性を示唆した報告が存在する⁷⁾。筆者らの知る限り、自験症例はALF/AbAがTEA発作に前駆した2例目の症例報告である。ALF/AbAがTEA発作に前駆する症例が、どの程度の割合で存在するのか、本病態 (TEACS) を認識した上で、更なる症例を集積することが期待される。ちなみに、2010年1月から2016年12月までの7年間に、当科を初診した444名の患者のうち、提示した上記の患者を含めて2名 (0.45%) を「TEACS」と診断している。

また、筆者らはTEACSの臨床診断基準を英文で作成して発表している。臨床応用していただければ幸いです (表1、文献5から邦文化して引用)。

5. ALFとAbAの発症機序仮説

ALF/AbAの発症機序は不詳である。病態仮説として、ALFは(発作間欠期の継続的な異常放電の積み重ねにより)記憶の固定化が阻害されるための前向き健忘、AbAは発作以前の固定化されていた記憶が毀損・破壊されるための逆行性健忘、と想定すると理解しやすい。

その一方、ALF/AbAを「微妙なてんかん発作が生じた結果の健忘」と解釈するてんかん専門医も多く、確かにその場合もあり得るであろう。FIASでは発作中の記憶障害と発作後もうろう状態による前向き健忘が生じることは前述した(発作の少し前の記憶の逆行性健忘も生じ得る)。では、自験症例の場合も「誰にも認識されていない発作が実際には生じていた」と考えべきだろうか? 発症の遙か以前と考えられる思い出・記憶でも健忘 (AbA) が生じているが、これも「その時点で既に発症していた」と解釈すべきだろうか? このような苦し紛れの解釈よりも、ALF/AbAは発作間欠期の継続的な神経細胞の異常放電 (continual interictal epileptiform discharges) の積み重ねによって生じ得ると考えた方が合理的ではないだろうか。

ALF/AbAの発症機序に関する筆者らの仮説が正しいければ、発作間欠期の異常放電は、たとえ一度もてんかん発作が生じていなくても慢性的・持続的な臨床症状を引き起こし得る、ということになる⁸⁾。ALFに対してAEDが有効な例が多いので、てんかん発作が全く認められない場合でもAEDの使用が奨励される。今後の症例集積により正確な病態の解明が期待される。

6. 「AD類似てんかん性認知障害 (epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer disease; ECI-A)」とは?

2009年にItoらは、てんかん発作は認められないが、神経細胞の異常放電が近時記憶障害やADLの低下を主とする慢性的でADに類似した認知機能障害を起こすと推測される複数の症例を報告した⁹⁾。Itoらによれば、脳波検査では側頭葉に継続的な異常放電が認められるが、臨床上の発作は捉えられず、AEDで認知機能障害が著明に改善したことから、てんかん発作に至らないsubclinicalな発作間欠期の神経細胞の異常放電に基づく認知障害である可能性が高いと推測している⁹⁾。2021年にItoを含む筆者らのグループは、この病態を改めて概念化して「AD類似てんかん性認知障害; ECI-A」と命名して報告した¹⁰⁾。しかし、この病態 (ECI-A) の存在は医療界に広く認められたとは言えない。自験症例を提示しつつECI-Aの臨床的特徴を解説する。

この病態が広く認識されることを願って、ECI-Aの臨床診断基準を作成したので掲載しておく (表2)。

7. 「ECI-A」自験症例の提示

症例: 70歳前半、男性 (文献3から簡略化して引用。その後の臨床経過を追加)

【初診時主訴】 もの忘れ、怒りっぽくなった

【生活歴】 大学卒業後、某企業に就職。子供は結婚して独立。妻との二人暮らし。

【現病歴】【現症】 200X-4年、もの忘れを認めるようになった。200X-1年、当科初診の半年前にA病院-もの忘れ外来を受診した。MMSEは30点・HDSRは26点で、ADと診断されてドネペジルが開始された。200X年、当科を初診した。

【検査所見】 理学的・神経学的な異常は認められなかった。血液学的検査

と頭部MRI検査でも特に異常を認めなかった。ドネペジル5mg/日を服用中の条件下で、MMSEは29点、MoCA (Montreal Cognitive Assessment) は24点 (題想起-1、遅延再生-4、見当識-1) であった。脳波検査では異常を認めなかった。

【診断と治療経過】 AD (軽度認知障害) の診断で矛盾しないと判断し、A病院の処方継続した。

200X+1年、MoCAのスコアは21点に悪化した。

200X+4年、MMSEは23点 (見当識-1、注意-2、遅延再生-3、文章-1)、HDSRは21点と悪化した。同年12月、初めての夜間の異常行動が認められた。某日の真夜中、患者の叫び声を聞いた妻は、自分の寝室のベッドから飛び起きて患者の寝室に向かった。患者はボーッとした表情でベッドから立っており、話しかけても反応がなかった。床にはテレビや湯呑・ポットが散乱していた。患者をベッドに促すと、そのまま布団に入った。その翌朝、患者は普段通りで、深夜のエピソードは全く記憶していなかった。

REM睡眠時行動障害 (rapid eye movement sleep behavior disorder; RBD) や睡眠時の自動症 (automatism associated with FIAS) が疑われた。2回目の脳波検査では左側頭部に突発性棘波を認めた。診断的治療としてAEDを投与した。

翌200X+5年、夜間異常行動はなく、妻と想われていた歯ぎしりも消失した。MMSEは30点に回復していた。この経過から、本症例はECI-Aの可能性が高いと診断した (もの忘れの発症から8年後に睡眠時FIASを発症して確定)。ドネペジルの投与を漸減中止した。

200X+6年、歯ぎしりや夜間の異常行動は認められず、MoCAは27点であった。

200X+7年、歯ぎしりや夜間の異常行動は全く認められていない。MMSEは30点であった。

8. 「Epileptic amnesic syndrome; EAS」と「TEACS」[ECI-A]の關係

1992年にGallassiraらは「Epileptic amnesic syndrome; EAS」(直訳すると「てんかん性健忘症候群」) という概念を発表した。これは、それまでに報告されたてんかん性の健忘発作や発作間欠期の健忘を呈したてんかんの症例を纏めたものである。EASの構成要件として4~5個 (4乃至5) を挙げている。すなわち、①急性かつ一過性の記憶機能障害、②発作間欠期の記憶障害、③てんかん発作、④AEDへの反応、および⑤脳波検査での異常、である¹⁰⁾。構成要件が「4ないし5個」というのは、「⑤の脳波異常」は認められない場合がしばしばあるためである。

EASの概念は、その成立過程から分かるように、いろいろな「てんかん性健忘」が含まれている。たとえば、典型的な高齢者のFIASも (しばしばALFやAbAを伴うため) 多くはこれらの構成要件を満たすことになる。当然に典型的な (本来の・狭義の) TEAは (多くがALFやAbAを伴うため) EASに含まれる。ECI-AやTEACSも、てんかん発作を認めた後にはEASに含まれることになる。しかし、てんかん発作 (TEA発作) を認める以前のTEACSは、少なくとも①の要件を欠くので、EASには含まれないことになる。また、てんかん発作を認めないECI-A症例も①と③の要件を欠くので、EASには含まれないだろう (認めた場合の発作型は、ほとんどがFIASである)。

EASの概念は、てんかん発作を呈していない (呈する以前の) TEACSやECI-Aを含まず、てんかん関連性を有するすべての健忘病態を表現するには不完全な概念であり、それ故に臨床の場では不都合が生じる。すなわち、見落とし・診断の危険性が高くなるのである。臨床医はTEACSとECI-Aの概念・知識をしっかりと把握して、これらの「てんかん関連病態」を見落とさないようにすべきである¹⁰⁾。

文献

- 1) Kapur N: Transient epileptic amnesia: a clinical update and a reformulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 56: 1184-1190, 1993.
- 2) Zeman AZJ, Boniface SJ, Hodges JR: Transient epileptic amnesia: a description of the clinical and neuropsychological features in 10 cases and a review of the literature. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 64: 435-443, 1998.
- 3) Ukai K, Ito M, Watanabe M: Epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer disease: A new type of treatable neurocognitive disorder. *Psychogeriatrics* 21: 686-688, 2021.
- 4) Manes F, Graham KS, Zeman A, de Lujan Calcagno M, Hodges JR: Autobiographical amnesia and accelerated forgetting in transient epileptic amnesia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 76: 1387-1391, 2005.
- 5) Ukai K, Ito M, Watanabe M: A proposal for a clinical entity: transient epileptic amnesia complex syndrome (TEACS). *Psychogeriatrics* 21: 920-925, 2021.
- 6) Ukai K, Watanabe M: Transient epileptic amnesia without epileptic seizures: Proposal of a new entity. *Psychogeriatrics* 17: 491-492, 2017.
- 7) Hornberger M, Mohamed A, Miller L, Watson J, Thayer Z, Hodges JR: Focal retrograde amnesia: Extending the clinical syndrome of transient epileptic amnesia. *J Clin Neurosci* 17: 1319-1321, 2010.
- 8) Ukai K, Ito M, Watanabe M: Can continual interictal epileptiform discharges cause persistent memory impairment? *Psychogeriatrics* 19: 612-613, 2019.
- 9) Ito M, Echizenya N, Nemoto D, Kase M: A case series of epilepsy-derived memory impairment resembling Alzheimer

- disease, Alzheimer Dis Assoc Disord 23: 406-409, 2009.
10) Gallassi R: Epileptic amnesic syndrome; An update and further considerations. Epilepsia 47: 103-105, 2006.

表

表1. 一過性てんかん性健忘複合症候群 (transient epileptic amnesia complex syndrome; TEACS) の臨床診断基準 (文献5から邦文化して引用)

- 1) 中年以後の発症で、てんかんと診断された既往が無い
- 2) 明らかなALF/AbAが認められる (ALF/AbAの存在は、患者と患者の日常の行動をよく知っている人に質問することで確認する)
- 3) ALF/AbAが健忘発作や他のてんかん発作よりも先行している (てんかん発作が無いのにALF/AbAが認められる)
- 4) ALF/AbAを除き、患者の認知機能が正常であることを臨床検査で証明できる
- 5) てんかんと診断するための証拠がある。その証拠として、a) 脳波検査での突発性異常波の存在。b) 抗てんかん薬に良好に反応する、のうち両方または片方があること

ALF: 加速的長期健忘 (accelerated long-term forgetting)
AbA: 自伝的健忘 (autobiographical amnesia)

表2. アルツハイマー病に類似したてんかん性認知障害 (epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer disease; ECI-A) の臨床診断基準 (英文で作成したものを邦文化)

- 1) 中年以後の発症
- 2) ADに類似した臨床症状を呈する (近時記憶障害、アパシー・多幸・易怒などのBPSD, ADL障害など)
- 3) てんかんと診断された既往が無い (または、ADに類似した臨床症状が、長期に亘りてんかん発作よりも先行した)
- 4) ADに類似した臨床症状は抗てんかん薬に良好に反応する
- 5) 脳波検査で突発性異常波が認められる (通常の脳波検査では検出できない場合もある)

AD: アルツハイマー病 (Alzheimer disease)

BPSD: 認知症の行動心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia)

ADL: 日常生活行動・活動 (activity of daily living)

Journal of Clinical Rehabilitation 32巻9号 特集「認知症の基礎知識とリハビリテーション」

2. 認知症の救急医療 (身体疾患の併発)

○磯崎克行^{1,2,3}、松井千恵^{1,2,4}、加藤貴代^{1,2,4}、服部しほり^{1,2,4}、
松岡友絵^{1,5}

UKAI Katsuyuki, MATSUI Chie, KATO Takayo, HATTORI Shiori,
MATSUOKA Tomoe

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 認知症せん妄サポートチーム
4. 総合上飯田第一病院 看護部 (認知症看護認定看護師)
5. 総合上飯田第一病院 リハビリテーション科 (作業療法士・認知症予防専門士)

キーワード:

認知症、身体合併症、せん妄、認知症の行動心理症状、認知症サポートチーム、

磯崎克行

総合上飯田第一病院 老年精神科
462-0802 名古屋市長区上飯田北町2-7-0
Tel.: 052-991-3111, Fax: 052-981-6879
Email: ukai777@kamiida-hp.jp

はじめに

認知症高齢者は、生活習慣病やその他の慢性的疾患を高率に有すると同時に、急性肺炎 (誤嚥性肺炎や武漢コロナ肺炎など)・大腿骨骨折・失神・窒息・各種がんの合併症 (吐血・下血・急性腹症・呼吸不全など)・慢性疾患の急性増悪・原疾患合併症など、救急医療・入院診療を要する病態を呈する頻度も高い。本稿では、認知症患者に急性身体疾患が併発した際に生じる臨床上的問題、その治療・看護・リハビリテーション (以後、リハビリと略す) の実践について概説する。

1. 認知症が救急医療・入院診療に及ぼす影響

認知症 (dementia) を惹起する疾患は多岐に亘る。代表的なのは各種の神経変性性疾患によるもので、例えば、アルツハイマー病 (AD: Alzheimer's disease) やレビー小体病 (LBD: Lewy body disease) など

である。他にも、脳血管障害による血管性認知症、感染性疾患による認知症、免疫炎症性疾患による認知症、遺伝性疾患による認知症、内部環境異常による認知症など、比較的稀なものまで含めると優に100種類以上になるであろう。この中には、認知症を引き起こす疾患・原因自体が救急医療を要するものもあるが (例えば、急速進行性認知症を呈する病態)、臨床で問題となる頻度が高いのは、認知症高齢者に偶発的に合併した急性身体合併症の診療が、せん妄 (delirium) や認知症に伴う行動心理症状 (BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia) のために、実施困難になる場合である^{1,2)}。この対策として、臨床現場では (国家戦略・行政政策も含めて) 様々なレベルでの取り組みがなされているが、一般病院において、その最前線で最も重要な仕事・対応は、看護とリハビリが担っている^{3,4)}。

2. 認知症の救急身体医療におけるBPSD・せん妄の予防と対応

実臨床において、BPSDとせん妄を鑑別するのは必ずしも容易ではないが、概念的には異なる病態である。せん妄とは、合併する身体疾患の影響が脳に及んで、脳の機能不全が生じて、そのために軽度から中等度の意識障害が惹起され、幻視や異常行動を呈する病態である。適切な処置が実施できれば、脳器質性の障害に至ることは稀なので、原則的に可逆性である。BPSDとは、認知症患者の意識的・意図的な行動が、記憶力・判断力・論理能力などの認知機能の低下・障害のため、社会規範 (医療現場では病院規則や入院マナー) から逸脱するための行動異常である。

BPSD・せん妄への具体的な予防法や対応・治療の詳細は成書を参照してほしいが^{5,6)}、一言で表現すれば、せん妄には「身体合併症の早期発見・早期治療」、BPSDには「規範の逸脱に至った患者の内的心理・外的環境を理解して、可能な限り問題を解決すること、あるいは解決不可能なことであっても、患者に共感し・安心するような看護・リハビリに努めること」が最も重要である (表1)。向精神薬療法や身体抑制は「最終手段」である。

実際のBPSDとせん妄の病態について、具体的にイメージできるように、以下に症例を提示する。ただし、匿名性に配慮して、細部は改変した⁴⁾。

【症例】 60+α歳 男性
【生活歴】 妻と二人暮らし、元アメフト全日本代表、空手道四段
【既往歴】 アルツハイマー病、高血圧、脂質異常症
【現病歴と経過】

数年前より、内科かかりつけ医からのドネペジル投薬を受けていた、徐々に怒りっぽくなってきたため、かかりつけ医から老年精神科を受診を勧められ、当科を初診した。

ある日、患者の妻が入院することになった。その間、ショートステイを利用しようとしたところ、施設内で徘徊し大暴れして、施設職員らへの暴行に至り、子供たちでも手がつけられない状態となったため、当科を緊急受診した。診察室でも、不穏・暴言・暴力が著しく、「殺してやる」と叫びながら椅子を振り上げて投げかかってくるほどであった。やむを得ず、取り押さえて家族の同意のもと「抑制」を実施し、その後、極めて強力な「抗精神病薬療法」も実施した。幸いにも、妻の入院も短期で済み、精神状態は安定化した。その後は、認知機能の悪化も自立たず、穏やかに健康的に生活していた。

ところが、ある日の朝、かかりつけ医から、当科に診察の要請があった。かかりつけ医によれば、「前日、てんかん発作を起こし、救急車でA総合病院に搬送された。その救急外来で、ジアゼパム静注とフェノバルビタール筋注の処置を受けた。てんかん発作は止まったが、その後、意識のもうろう状態が改善せず不穏・易怒状態となった。A総合病院の救急担当医からは、それ以上の対応を拒否され帰宅を指示された。かかりつけ医宛ての診療情報提供書も渡されて、「当院では、これ以上対応できない」と言われて、追い返されてしまった」とのことであった。約2時間後に抑制された状態で救急車で家族とともに当科を受診した。かかりつけ医からの紹介状によれば、A総合病院での頭部CTでは異常が無かった。しかし、血液検査では白血球・好中球の上昇・CRPの上昇を認めており、何らかの身体疾患の存在が示唆された。患者は抑制された状態で興奮状態であった。支持的な精神療法を開始し、やや落ち着いたところで抑制を解除した。しかし、興奮した状態で、「空中に誰かがいる」と言いながら独語 (会話) をしており、幻視・幻聴がある (せん妄) と判断した。MSW (medical social worker) と共に受け入れ可能な精神科病院を探したが、「隔離室が満床」「身体疾患の治療が困難」などで、受け入れ先が見つからなかった。数時間後、B精神科病院から「休日明けであれば診察可能」との連絡があった。家族に「2日間を協力して介護するよう」に指示し、強力な「抗精神病薬療法」も行なうことにした。

翌々日、予定通りB病院を受診し、医療保護入院となった。身体治療も実施され (呼吸器系か、尿路系の感染症であったと推測された)。3週間後、B病院を退院して当科を受診した。精神状態および身体状態も安定しており、自宅での療養を継続した。

その後、安定した状態が続いていたが、妻の死去に伴い、グループホームに入所した。しかし、危惧された精神状態の悪化も認められず、穏やかに健康的な生活を送っている。

認知症患者のBPSDは、主観的には必ず目的な行為である。どんなに不合理に見えても、客観的には目的の無さそうな行為であっても、その行為の目的・思い・気持ちを、知る・理解するように努めることは、極めて重要である。具体的には、①なぜ、そのような行為をとるのか傾聴する、②問題解決に協力したいことを理解させるようにする、③自分は味方であると安心感を与えるなどが、対応の基本原則となる⁶⁾。

例えば、ショートステイを利用しようとしたところ、施設内で「徘徊」し、

職員への「暴行」に至ったとすれば、それはいつも側にいる妻がいけない「不安」や、妻の身を案じた「心配」のためであるかもしれない。また、診察室で「殺してやる!」と叫びながら殴りかかってきたとすれば、それは万事休した子供たちが「お母さんは病院にいる」と嘘(も方便)を付けて患者を連れてきたためであって、「妻を不当に監禁している」(と誤解された)医師に対する(当然の)「怒り」からであろうと推察できる。このように患者の内心・目的を推し量って、BPSDに対応することから、より有効な解決法が見出されるであろう。

患者の内心が把握できれば、医療者側にも気持ちの余裕が生じ、患者への対応も変わってくるのではないだろうか。たとえ、薬物療法を行わずを得ないような場合でも、患者の内心の把握ができれば、使用する薬物の選択が変わることも当然に考えられる。BPSDに対して、患者の心の中を考慮することなく症状のみからルーチンに投薬するような、操作的診断(operational diagnosis)ならぬ「操作的治療」は可能な限り慎むべきである。

3. 認知症の救急身体医療の具体例(看護・リハビリの役割)

認知症高齢者が急性身体合併症治療のために入院すると、せん妄の発症や認知障害・BPSDの悪化を高率で引き起こす。看護サイドは対応に人手を割かれ、行動異常の対策に苦慮するし、患者自身も適切・必要な医療を受けられないことも少なくない。これに対する政策として、厚生労働省は2016年に、「認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知障害の悪化を予防し、身体疾患の治療が円滑に実施できるようにする」目的で、「認知症ケア加算」を新設した。この診療加算が可能になったことで、多職種での認知症ケア(認知症サポートチーム(DST;dementia support team))の創設を多くの一般病院が実施するようになった。

さらに2020年度の診療報酬改定で、急性期入院患者に対するせん妄予防を目的とした「せん妄ハイリスク患者ケア加算」が新設された。この加算は、「せん妄のリスク因子を確認して、ハイリスクに該当した患者を、非薬物療法を中心とした対策を行う」ことを評価するものである。リスク因子には、高齢・脳器質性障害や認知症の既往・アルコール多飲・せん妄の既往・せん妄リスクの高い薬(ベンゾジアゼピン系など)の使用・全身麻酔手術を要する病態などがある。せん妄リスクを把握して入院早期からの予防対策を行うことは、早期退院のためにも有効である。

せん妄患者への実際の看護・リハビリについて、事例を用いて報告する。匿名性に配慮して細部は改変した。

【症例】80+α歳 女性

【生活歴】高齢の夫と二人暮らし。一人息子とは長期間の絶縁状態。

【現病歴と経過】

武漢コロナ肺炎(COVID-19)を発症して当院に入院となった。入院直後に得られた情報では、「認知機能低下は認められず、日常生活は自立」であった。入院後の経過では、せん妄は認めなかったが、手段的日常生活動作(IADL; instrumental activity of daily living)は介助が必要であり、何度も同じ質問をするなど、認知機能の低下が疑われた。まもなくCOVID-19の感染症状は改善して退院した。

しかし、退院後の自宅での生活でも身体不調の状態が続いた。退院した27日後、また呼吸状態が悪化して当院に救急搬送された。何らかの肺炎の再燃が認められ、「急性呼吸切迫症候群(ARDS: acute respiratory distress syndrome)及び慢性心不全の急性増悪の疑い」の診断で再入院となった。

早期から退院支援が必要と予測されたため、改めて詳しく話を聞くと、数年前から腰痛のため外出しなくなっており、心肺機能や下肢筋力の低下が疑われた。高齢に加え、前回の入院で認知障害が認められていたこと、今回の呼吸不全・心不全が重篤であることなどから、せん妄の発症リスクが高いと判断して、入院時にせん妄予防の看護計画が立案・実践された。直ぐに記憶障害や失見当による混乱が認められたため、ケア時には本人が理解できるように丁寧な説明に努め、リアリティオリエンテーションを開始した。

まもなく、呼吸不全の更なる増悪のため、気管内挿管が行われた。同時にせん妄も発症し、意思疎通が困難となり、点滴ルートだけでなく気管チューブの自己抜去の可能性が高いと思われた。主治医・認知症せん妄サポートチーム(DDST:dementia-delirium support team)所属の認定看護師を含む多職種カンファレンスが実施された。その結果、生命維持のための治療を優先する状況と判断され、家族への説明と同意を得て、薬物療法(ミダゾラム)による鎮静に加えて、身体抑制(両側上肢抑制・ミト使用)が実施された。それ以後の治療は順調に進み、まもなく気管チューブは抜管でき、薬剤的鎮静と抑制は解除された。

しかし、その後もせん妄による幻覚・被害妄想・意欲低下・睡眠障害(昼夜逆転)を認めた。特に夜間に症状が増悪し、それぞれした言動・易怒・暴言が認められた。気管内挿管中も実施していたリアリティオリエンテーションを適時行えるよう、病室を個室から頻りに訪室できるナースステーションから近い大部屋に変更し、訪室時に声掛けや傾聴を行った。また、自らは活動調整ができず、ベッドで過ごすことが多かったため、昼夜の変化や身体的活動を増やすように、看護師や他のスタッフが見守れる場所で過ごすように離床させ、日の光を浴びるための環境調整、本人の訴えや状況に応じて休息の時間も設けるなど、メリハリのある療養生活をサポートした。

また、リハビリ科の専門スタッフによるケアも実施された(表2、図1)。主治医からは、症状に応じて抑肝散・エスゾピクロン・ミアンセリン・メ

マンチンが順次に処方された。その後、症状は徐々に落ち着いた。

患者と夫から、「今後は自宅への退院は難しい」との判断が示され、施設入所が希望された。施設の入所の手続きを行い、入院後34日目に退院・入所となった。

この症例では、大きな身体侵襲と治療のため、せん妄の発症や日常生活動作(ADL)低下に至った。当初は、意欲低下・易怒的言動・リハビリ拒否が多かったことで、ADL障害や認知機能の悪化を危惧したが、本人の意思を傾聴しつつ活動を促したことで、トイレ動作・衣服着脱などのADLは、医療スタッフの見守りだけで自立可能にまで回復した。また、認知障害も入院前のレベルまで回復できた。この要因としては、早期にせん妄のリスク評価をして対策したこと、向精神薬療法や身体抑制も実施しが必要最小限とするよう努め、身体負担の軽減を図ったこと、主治医・看護師だけでなく臨床衛生士などの多職種スタッフが合同のカンファレンスを行い、日々のケアに努めたことなどが、せん妄の回復や認知機能維持に繋がったと考えられる。

おわりに

認知症の身体救急医療に関する諸問題は、この10年間の政策や医療者の努力によって、大きく改善した。しかし、未だ解決が先送りされた・残された問題がある。それは、一般総合病院での通常の身体抑制・向精神薬療法では管理できないBPSD・せん妄を呈し(医療保護入院が考慮されるレベル)、かつ一般的な精神科病院では対応できない専門的治療を要する急性身体疾患を合併したケースへの対応である。著しい行動異常を呈する認知症者の身体合併症治療を担保するためには、認知症患者に特化した精神科病棟を有する総合病院の整備のための財政的援助や更なる施策が望まれる。

文献

- 1) 鶴岡克行: 長高齢期の認知症の救急医療と身体合併症医療。老年精神医学雑誌30: 272-278, 2019.
- 2) 鶴岡克行・小田原俊成: 総合病院における身体合併症を有する認知症患者のケア。老年精神医学雑誌31: 1976-1981, 2020.
- 3) 松井千恵: 認知症サポートチームが増えた。Nursing BUSINESS 11: 66-72, 2017.
- 4) 精神症状・行動異常(BPSD)を示す認知症患者の初期対応の指針作成班。服部英幸編: BPSD初期対応ガイドライン改訂版。ライフサイエンス, 2018.
- 5) 日本総合病院精神医学会認知症委員会編: 認知症診療連携マニュアル(日本総合病院精神医学会・治療指針8)。星和書店, 2018.
- 6) 鶴岡克行: 急性期一般病院におけるせん妄の頻度と管理。BPSD初期対応ガイドライン改訂版。ライフサイエンス, 2018, pp21-26.

表1. せん妄・BPSDの予防に必要な情報と対応(松井千恵・作成)

- (1) 必要な情報
 1. 患者の生い立ち・生活歴・パーソナリティなどの情報
 2. 患者の入院前の生活環境(家族関係・社会交流・趣味・身体状況・経済状況・生活パターンなどの情報)
 3. 既往歴・現在の病歴
 4. 脳器質性障害・疾患の有無・程度
 5. 服用中の薬剤情報
 6. 入院時の一般的内部環境の異常(血球異常・電解質異常など)の把握
 7. 診断されていない隠れた疾患の検索・確認
 8. 不快になる原因・全身状態の把握(皮膚の状態・褥瘡の有無・痛み・痒みなど)
 9. せん妄の既往がある場合、引き金となった疾患・薬。その治療法などの情報
 10. 入院後の心理状況(心の内)の把握
- (2) 予防・対応法
 1. 入院環境に配慮する(音・温度・照度・匂いなど)
 2. 解決可能な要因・誘因を把握して、それらを解決する
 3. 不快・苦痛になる治療(カテーテル・ルート・医療機器の装着など)は、短期間・最小限にするように努力する
 4. 投与する薬物は、必要最小限にする
 5. せん妄を引き起こしにくい薬物を選択する
 6. 睡眠障害への対応(環境調整・付き添い・最適かつ必要最小限の薬物療法など)
 7. 患者の心理(心の内)を把握するように努力・傾聴する(不安・怒り・恐怖などに寄り添うように努力する)
 8. 気分転換を図る(離床・散歩・日光浴・休憩など)
 9. 早期からの理学療法・作業療法などのリハビリテーション
 10. 専門的な口腔衛生管理

表2. 入院中のリハビリテーション経過 (松岡友純・作成)



図1. 日本認知症CAM-ICU フロッシート
高橋隆二, 村田清隆, 山崎博樹, 日本認知症CAM-ICU フロッシートの開発と信頼性の検証. 山崎医学 2016; 63(2): 99-101

「レビー小体型認知症」疾患概念確立の歴史、 および小阪憲司の業績について —わが師「小阪憲司」の思い出と私見を含めた随 筆的報告—

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
藤岡克行

A history of the establishment of the disease concept "Lewy body disease" and the achievements of KOSAKA Kenji: An essay including memories of my master "KOSAKA Kenji" and my personal views

Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital
Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine
Katsuyuki Ukai, MD, PhD

Correspondence :
藤岡克行
総合上飯田第一病院 老年精神科
462-0802 名古屋市北区上飯田北町2-7-0
Tel.: 052-991-3111, Fax: 052-981-6879
Email: ukai777@kamiida-hp.jp

Dr. Katsuyuki Ukai, MD, PhD
Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital,
2-70 Kamiida-kitamachi, Kita-ku, Nagoya 462-0802, Japan
Tel: +81-529-913111, Fax: +81-529-816879
Email: ukai777@kamiida-hp.jp

【要約】
「レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy bodies: DLB)」、あるいは「レビー小体型病 (Lewy body disease: LBD)」と呼ばれている神経変性疾患は、我が国の精神神経科医・小阪憲司 (横浜市立大学名誉教授) による1976年以降の一連の論文によって提言・確立されたと言っている。その一方で、現在に至るまでに、小阪以外の多くの医師・研究者らの奮闘の連続が存在しており、それらの果実が現在の「DLB/LBD概念」とも言える。この奮闘の歴史は古く、例えば、レビー小体が黒質に蓄積して、震動・筋強剛・

振戦などの運動症状を惹起する「パーキンソン病」の初の症例報告は1817年である。また、後に「レビー小体」と呼ばれるようになった神経細胞内封入体が、医学史上初めてパーキンソン病患者の脳幹で発見され、それが発表されたのは1912年である。この封入体が「レビー小体」と命名されたのは1919年である。これらの奮闘から始まり、「DLB/LBD概念」の確立に至る「歴史の流れ」を、小阪憲司の論文や著作、関連する他の医師・研究者らの論文を基にして検討する。

【Keywords】
レビー小体型認知症、びまん性レビー小体型病、パーキンソン病、レビー小体型認知症研究会、小阪憲司。

はじめに
「レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy bodies: DLB)」、あるいは「レビー小体型病 (Lewy body disease: LBD)」と呼ばれている神経変性疾患は、我が国の精神神経科医・小阪憲司 (Kosaka Kenji, 横浜市立大学名誉教授) による1976年以降の一連の論文によって提言・確立されたと言っている。その一方で、現在に至るまでに、小阪以外の多くの医師・研究者らの奮闘の連続が存在しており、それらの果実が現在の「DLB/LBD概念」とも言える。

この奮闘の歴史は古く、例えば、レビー小体 (Lewy body: alpha-synucleinを主とする凝集体) が黒質に蓄積して震動・筋強剛・振戦などの運動症状を惹起する「パーキンソン病 (Parkinson disease: PD)」の初の症例報告は1817年である。また、後に「レビー小体」と呼ばれるようになった神経細胞内封入体が医学史上初めてPD患者の脳幹で発見され、それが発表されたのは1912年である。この封入体が「レビー小体」と命名されたのは1919年である。

これらの奮闘から始まり、「DLB/LBD概念」の確立に至る「歴史の流れ」を、小阪憲司の論文や著作、関連する他の医師・研究者らの論文を基にして検討する。

なお、この「資料論文」は、小阪憲司・池田学 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座教授) の共著に多くを負っていることを明記しておきたい。

本論では、「注釈」として、注・補の二つを多用する。「注:」とは「本文」に関する客観的な追加情報、「補:」は「本文」「注」の理解に有用な情報 (筆者の個人的経験・記憶・私見を含む)、である。

注1: 本論を執筆するにあたり、筆者と小阪憲司先生の関係について、簡単に触れておきたい。

小阪先生は1966年から1975年まで、筆者の大学医局である名古屋大学医学部精神科に所属していた。筆者が精神科医になったのは1995年の春で、老年精神医学 (認知症診療) を自分の専門と決めて研修を始めたのは1999年の春からである。

小阪先生は2000年頃、名古屋大学医学部精神科・神経病理学研究室 (第4研究室) で、同室研究員を対象に時々講義を行っていた (研究室の指導者であった柴山深人先生が主宰した勉強会)。また、筆者は2008年頃から、小阪先生に個人的にも教えを請うようになった (名古屋と横浜の間を往復した)。12年以上に及ぶメールでのやり取りも膨大な量であり、そのほとんどは紙媒体にして記録・保存してある。

1. パーキンソン病の発見、その臨床神経病理学的特徴の確立

PDの発見者であるJames Parkinsonは、Englandの外科医・家庭医であった。彼は自分の患者3名と他3名 (合計6名) を基に、PDの臨床所見を詳しく記載して、1817年 (今から206年前) に論文「An essay on the shaking palsy」を発表した¹⁾。

その約半世紀後 (1868~80年頃か、我が国では「明治維新」の真っ最中)、France/ ParisのSalpêtrière (サルペトリエール) 病院で講義を行っていた精神神経病学者のJean-Martin Charcotは、この疾患を再発見して「Maladie de Parkinson」と命名し、PDの症状は振戦や麻痺だけではなく認知機能障害も起こることを指摘したという。

Parkinsonの最初の発表から約1世紀後の1912年、Fritz Heinrich Lewy (英語ではFrederick Henry Lewey) が、「Paralysis agitans」のタイトルで、詳細な「Pathologische Anatomie」の研究成果を論文化した²⁾。LewyはPD患者のMeynert基底核と迷走神経背髄核にEosin陽性の神経細胞内封入体を多数発見した。

その7年後の1919年、ロシア帝国生まれ (現ウズベキスタン) の神経病理学者Constantin Trétiakoff (英名: Konstantin Nikolaevitch Tretiakoff) が、PDではこの封入体が脳幹黒質にも多数出現することを報告し、これを「レビー小体 (corps de Lewy)」と命名した³⁾。

注1: ロシア帝国は1917年のボルシェビキ革命で終焉しており、Parisに留学中だったTrétiakoffは、上記の論文で博士号を取得した。

注2: Alois Alzheimerが「アルツハイマー病」の最初の症例を発表したのは1906年⁴⁾。Alzheimerの師であるEmil Kaepelinが「Alzheimersche Krankheit」と命名したのは1910年であり、この頃のLewyとAlzheimerはKaepelin門下のcolleagues (同僚) であった。「ピック小体 (Pick 嚙嚙球)」を発見したのもAlzheimerで1911年のことである。ゆに満州医科大学の教授となったOnari Kiyoshi (大成 潔) が「Pickische Krankheit」概念を提出したのは1923年である⁵⁾。

この約35年後の1953年、Greenfield & Bosanquetが、PD患者には黒質でのレビー小体の発現が必発であり、パーキンソニズムとの関連を指摘

した¹²⁾。

また、1960年に、Bethlem & Jagerが、PD (idiopathic paralysis agitans) と記載した患者には、脳幹神経と自律神経系にレビー小体が多く分布することを明らかにした¹³⁾。

注1：1915年頃から1920年代にかけて、原因不明の脳炎が世界中で流行した。最初の論文は、1917年のConstantin von Economiによる「Die Encephalitis lethargica」であり、このため「エコノモ脳炎(壊壊性脳炎：不眠や昼夜逆転などの睡眠調節障害が生じた)」とも呼ばれた¹⁴⁾。

その後遺症として、パーキンソン病が生じた(脳炎後パーキンソン病)。「idiopathic paralysis agitans (=PD)」の「idiopathic」とは、「脳炎後パーキンソン病ではない」の意味である。

エコノモ脳炎(および後遺症)の原因は、現在でも不明であるが、おそらく何らかのウイルス性感染症(からの自己免疫性疾患)だったと推測される。エコノモ脳炎の病変は、中脳だけでなく大脳基底核・視床下部にまで広く及んだため、パーキンソン病や睡眠調節障害を惹起したと思われる。また、その病理はalpha-synucleinopathyではなくtauopathy(neurofibrillary tangles)であった。

注2：小阪先生は実際の臨床で、エコノモ脳炎後パーキンソン病の患者を診たことがあるという。1980年頃までは、我が国にも存命の患者がいたようである。

これとほぼ同じ頃、神経薬理学の分野では、dopamineは「単なるadrenalineの前駆物質」ではなく、神経伝達物質の一つであること、大脳基底核(尾状核・被殻)でのdopamine濃度が高いこと、PD患者では尾状核・被殻でのdopamine濃度が著しく低下していること、などの発見が相次いだ。

これらの発見により、PD患者の脳幹のレビー小体の詳しい分布、脳幹黒質と大脳基底核との関連などが明らかとなり、レボドパ(LDOPA)の臨床応用も始まった。その有効性は驚愕に達するものであった。Parkinsonによる最初のPD症例の報告から、1世紀半後のことである。

注1：1900年に、高峰謙吉・上中啓三の二人が、adrenalineの発見・抽出・結晶化に成功した。これは、人類史上初のホルモンの抽出・結晶化であった。

2. パーキンソン病と認知症の関連についての論争

LDOPAの臨床応用が始まったのとほぼ同じ頃の1961年、Commonwealth of Massachusetts/ Bostonに留学していたOkazaki Haruo(岡崎春雄)が、大脳皮質に多くのレビー小体(類似構造物)がある認知症の2症例を報告した¹⁵⁾。Okazakiは論文で、「レビー小体(類似構造物)を「intracytoplasmic ganglionic inclusions (Lewy type)」と記している。

補1：おそらく、岡崎先生自身は「これはレビー小体だろう」と、個人的には思っていたに違いないが、残念ながら、それを証明できていない。そのためあって、この論文は左程の注目を集めることが無かったのではないかと推測される。

注1：1975年にIkeda Kenji(池田研二)らも大脳皮質に多くのレビー小体を認めたPD症例を経験している(ただし、論文として正式に発表されたのは、Kosakaの「第一症例論文」の後の1978年である)¹⁶⁾。

1976年、Kosaka Kenji(小坂憲司)らは、大脳皮質に多くのレビー小体を認める認知症の症例を英文で報告した¹⁷⁾。

さらに2年後の1978年、Kosakaは同様の3症例を報告し、その中で、(1)脳幹型と大脳皮質型のレビー小体の比較、(2)レビー小体と神経細胞死との関連、(3)レビー小体が橋核や前帯にも好発すること、などを主張した(数々の証拠を挙げて「レビー小体」と断定して、国際的に認められた)¹⁸⁾。レビー小体と認知症との関連を医学史上初めて提唱した論文であった(Kosakaの博士論文)。

1年後の1979年、Hakim & Mathiesonが、PDに認知症が高率に起こることを34例の剖検例を基に主張した(認知機能の低下があり得ることは、既に1世紀前にCharcotが指摘している)¹⁹⁾。しかし、認知症の原因は、PDに合併する「アルツハイマー病 (Alzheimer disease: AD)」のためと考えられた。また、翌1980年には、Bollerらも同様の論文を発表した²⁰⁾。このため、米国では、「PD患者の認知症はADが合併するため」という考え方が定着した。この頃の我が国では、PDに認知症が高率に起こるという見解に反対する神経内科医が多かったようである。例えば、PD診療・研究の大家であった橋本博太郎先生もその一人であったらしい。

注1：PDから認知障害が発症した場合、発症から1年未満に認知障害が発症した場合は「DLB」、1年以上経ってから認知障害が発症した場合は「パーキンソン病認知症 (Parkinson disease dementia: PDD)」とするようになっていく(いわゆる「one year rule」)。しかし、病理学的には、DLBとPDDは同じ(極めて類似)疾患である。

小坂先生は、この「one year rule」には全く反対で、取りやめを主張し続けているが、未だに「DLB改訂臨床診断基準2017(後述)²⁶⁾」に残っている。

補1：誤解があるといけないので補則するが、小坂先生は「PDDという用語を使うな」と主張しているわけではない。臨床で便宜上PDDという用語を使用するのはいいが、「医学的にDLBとは独立したPDDという疾患が存在する」という誤解の元にならねない。その見解は間違っていると、危惧・主張しているのである。

3. 「レビー小体病」「びまん性レビー小体病」概念の提出

1975年に名古屋大学医学部精神科から東京都精神医学総合研究所に転籍した小阪は、1977年に西ドイツ(現Deutschland) / MünchenのMax-Planck (マックス・プランク) 精神医学研究所に留学した。その研究所の教授であったMehraeinとの共著で、1979年にKosakaは大脳皮質にレビー小体が多発する認知症のドイツ人2症例を英文(抄録は英・独両文)で報告し、ADの病理を合併してはいるが、「新しい認知症性疾患」である可能性を示唆した²¹⁾。この症例報告論文は、欧州で初めてとなるDLB報告であった。

補1：小阪先生が名古屋大学から東京都精神医学総合研究所に移籍した理由については、「当時の名古屋大学は、まだまだ学生運動が盛んで、「研究は悪」という風潮だった。研究できる状況じゃなかった」と聞いている。この雰囲気は、筆者が名古屋大学医学部精神科に入局した1995年でも色濃く残っていた。

補2：小阪先生の留学先は独国であったので、筆者との共著論文での校正の際に、「英語はそんなに得意じゃないんだよ、ドイツ語の方がましだ」と謙遜していた。

独国から帰国した小阪は、1980年に自験剖検例に基づいて「レビー小体病(LBD)」の概念を提唱した(邦文)²²⁾。Hakim & MathiesonやBollerらが、米国で「PD患者の認知症は、ADが合併するため」と主張していたのと並行して、Kosakaは「新しい認知症性疾患の発見」を確信していたわけである。この論文の中で、小阪はLBDを3つの型に分類した。すなわち、(1)びまん型、(2)移行型、(3)脳幹型、である。

注1：「脳幹型」LBDがPDに該当する。後述のDLBDには「びまん型」が該当する。

1996年に、KosakaはLBDの4つ目の型として「大脳型」を追加している(後述)²³⁾。

1984年、Kosakaは自験剖検12例を基に、新しい認知症性疾患として「びまん性レビー小体病(DLBD)」の名称を提唱した²⁴⁾。この頃は、Yoshimura Masahiro(吉村正博)やIkeda Kenji(小坂と親交の深いcolleagues)日本人医師からのDLBD症例の報告が相次いでいたが、欧米の医師からは1例が報告されたのみであった。しかし、Kosakaの上記「DLBD論文」が発表されて、1985年以降には欧米でも同様の報告が多く発表されるようになった。

1988年、Kosakaは脳幹型LBDに認知症を伴う症例と伴わない症例があることを報告した²⁵⁾。脳幹型LBDは、病理学的にはPDに相当するが、大脳皮質にレビー小体がない段階でも認知症を発症し得るわけである。この場合の認知症の発症機序は二通りがあり、一つは(大脳の)AD病理が影響している場合(25%)、もう一つは(大脳に)AD病理もないが、主にMeynert基底核の障害による(皮質下性の)認知症である(いわゆる「純粋型の脳幹型LBD」で、75%が該当した)。

1990年、Kosakaは日本で報告された37例をまとめて、英語論文「DLBD in Japan」を発表した²⁶⁾。この論文では、DLBDは二つの型に分類された。すなわち、「通常型(28例)」と「純粋型(9例)」である。「通常型」のDLBDは、いろいろな程度のAD病理を合併したタイプであり、「純粋型」のDLBDとは、AD病理がほとんど認められないタイプである。一般的に(我が国では)「純粋型」は「通常型」に比べると若年発症でパーキンソン病が目立つ(初発症状)傾向がある。

補1：筆者は、小阪先生から直接に、「純粋型のDLBは少なく、多くは通常型だ。DLBとADは「兄弟」疾患だと思って」と、教えられた。筆者が「ADにDLB病理が被ってくるのか、DLBにAD病理が被ってくるのか、どっちですか?」と聞いたときに、「どっちもあると思う」との答えだった。

1993年、Deutschland/ Kölnで開催されたドイツ精神医学会150周年記念シンポジウムに招待されたKosakaは、「純粋型のDLBD」の日本人例と欧米人例の比較を検討し講演した。面白いことに、欧米人の純粋型の発症年齢は、日本人とは異なり若年発症ではなく(日本人の純粋型は平均39歳発症)、通常型(平均69歳発症)と変わりがなかった。この原因は不明のままであるが、近年では我が国でも純粋型の高齢化がみられるようである。

注1：この研究は、原稿化されたにもかかわらず、残念ながら発刊(論文化)されなかった。ドイツ語での講演抄録が残っている。小阪先生自身による「レビー小体病」のドイツ語訳は、「Lewy-Körperchen Krankheit」である。

4. DLBDに関する国際ワークショップの開催

1995年、DLBDに関する第1回目の国際ワークショップがEngland/Newcastle upon Tyneで開催された。この会議で、議論の末、「レビー小体型認知症(DLB)」という名称が決定された。

1996年に、その成果が、「Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of DLB (Consortium on DLBガイドライン：CDLBガイドライン、DLB臨床病理診断基準)」として発表された²⁷⁾。この論文でDLBは、KosakaのLBD分類に基づいて、(1)新皮質型、(2)移行型(辺縁型)、(3)脳幹型、の3型に分類された。

補1：筆者の意見だが、「新皮質型」は良い名称とは思えない。「びまん型」がいいと思う(後述)。

小阪先生は「DLB」という名称にも不満を持っていたが、「決まっちゃったものはしょうがない」と苦笑していた。筆者も同感であって、これも決し

て良い名称とは言えないと思う。

小阪先生がどういふ名称を望ましく思っているかについては、今も聞きそびれたままで、筆者が想像するに、「LBDスペクトラム」という広い概念で把握すべき、という考え方ではないかと思う（DSM-5²⁹）風に言えば、「Lewy pathology spectrum disorders」であろうか。

1997年の第2回DLB国際ワークショップはNetherlands/ Amsterdamで開催され、Kosakaは「びまん型」「移行型」「脳幹型」に続く「第4の型」である「大脳型LBD」を提唱し、DLB分類に採用された。「大脳型」とは、大脳皮質のみにレビー小体が多く分布して、脳幹にはほとんどない型である²⁹。「大脳型」LBDの発見により、LBDにおけるレビー小体の進展様式の仮説に重大な影響があった。これは章を別にして後述する。他にも、DLBは「うつ病と誤診されやすい」「REM睡眠行動障害(RBD)が高率で認められる」などの重要な臨床所見が確認された。

補1:DLB分類に「大脳型」が加わったことにより、「新皮質型(neocortical type)」と「大脳型(cerebral type)」が並立することになった。これは初心者にとっては分かり難く、混乱の元であると思う。前述した通り、「新皮質型」を「びまん型(diffuse type)」にした方が良いと思う（「びまん型」の方が、レビー小体の分布上も正確な表現である）。

同年(1997年)、Iseki Eizo(井関栄三) & Kosakaは、DLBに特徴的な神経病理学的所見として、「trans-entorhinal cortexに局限する海綿状変化」について報告した³⁰。

また同年、Polymeropoulosらがalpha-synuclein遺伝子異常を発見し、さらに同年Spillantiniらがレビー小体の主成分がalpha-synucleinであることを発表^{31, 32}。Alpha-synucleinに対する抗体で免疫染色を行うことにより、20年前(1978年)のKosakaの見解である「脳幹のレビー小体と大脳皮質のレビー小体は同じもの」という主張が完全に正しかったと証明された。免疫染色によって、LewyやKosakaがHematoxylin-Eosin染色で記載していた「intraneuronal Lewy body」や「ghost Lewy body」、さらに微小構造である「Lewy neurite」までもが、誰でも明確に認識できるようにになった。これらを一括して「レビー病理(Lewy pathology)」と呼んでいる。

1999年にIseki・Kosakaらは、alpha-synucleinとtauの免疫二重染色を使い、一つの神経細胞内にレビー小体と神経原線維変化が併存することを報告した³³。

2010年にKosaka & Manabe Yuta(眞鍋雄太)は、Kosakaが1976年に報告したDLB第一症例を、alpha-synuclein免疫染色を使って、改めて組織病理の詳細を報告している³⁴。1976年のHematoxylin-Eosin染色主体の論文と四半世紀経った後の免疫染色のこの論文とを併読してみると興味深い^{32, 35}。

2003年に第3回国際ワークショップがNewcastle upon Tyneで開催され、その成果が「DLB臨床診断基準・改訂版」として2005年に発表された³⁶。この頃の米国では、まだ「DLBはADの亜型(Lewy body variant)である」という考え方が支配的であったという。

しかし、小阪が提唱した「LBD」という用語は、alpha-synucleinopathyと共に(同義に)、「改訂版」に公式に「汎用用語」として、だめ」記載された。

注1:「LBD」と「alpha-synucleinopathy」は同義ではない。LBDではないalpha-synucleinopathyの代表的疾患として「多系統萎縮症(MSA)がある。

補1:残念なことに、我が国の研究者が主張していた「MIBG心筋シンチグラフィ」の重要性は軽視された(「示唆的特徴」ではなく、「支持的特徴」に分類された)。

筆者は、小阪先生が「欧米人は日本人の研究業績を認めがらう」と言うのを、何回か聞いた記憶がある。1970年代に欧州に留学した実体験からかどうかは知らないが、筆者も「第1回(1901年)ノーベル医学賞をベリリングだけが受賞して、北里柴三郎が受賞できなかったのも同じ理由です」と尋ねたことを思い出す。

注2:LBD診断でのMIBG心筋シンチグラフィの有用性について、世界で最初と言及したのは、山田正仁(Yamada Masahito)先生らの研究と思われる。

2006年には、Kosakaの根拠地であるYokohama(横浜)で、第4回国際ワークショップが開催された。この時でも、「DLBDをLBDスペクトラムとして把握すること」は受け入れられなかった。「PDをLBDに含めるのは駄目」「DLBはADの亜型」との欧米の主張を崩しきれなかったという。

小阪は、この第4回国際ワークショップ2006 Yokohamaの主宰を契機に、「レビー小体型認知症研究会(The Japan DLB Research Association, DLB研究会)」を創設した(詳細後述)。

同年(2006年)、Kosakaらは小規模な臨床研究を実施して、donepezilのDLBに対する有効性を報告した⁴⁰。また、同じ年(2006年)にIkeda Manabu(池田学)もdonepezilの認知障害とBPSD(認知症の行動心理症状)に対する有効性について報告した¹⁷。Ikedaは認知障害とBPSDが改善することによって介護負担も軽減されることを強調した。

さらに翌2007年から、Kosakaを中心としてdonepezilの国内臨床試験が開始された。その後は紆余曲折を経ながらも、Mori Etsuro(森悦朗)・Ikeda・Kosakaが主導した国内臨床試験において、DLBに対するdonepezilの有効性が証明されて、2014年にdonepezilは世界初の「DLB治療薬」として承認されるに至った^{18, 39}。

注1:コリンエステラーゼ阻害薬がAD(のちに別核で、ADではなくDLBだったことが分かった)に有効なことが広く知られたのは、1987年のSummersらの報告による³⁹。

注2:世界初の「認知症治療薬」であるdonepezilは、我が国の製薬会社である「エーザイ株式会社」の杉本八郎らが開発した。Donepezilは、我が国では1999年に「AD治療薬」として承認・発売された。米国では1996年に承認されており、杉本博士は1998年に「英国ガリアン賞」を受賞した。エーザイ株式会社と杉本博士が率いた研究員らは、2002年に「恩賜発明賞」を受賞した。「ガリアン賞」の「ガリアン」とは、古代ローマ帝国時代のGreeceの偉大な医学者であるガレノス(Galenus, AD129-200)に因んでおり、画期的な医薬品の開発者に贈られる賞である。

補1:Meynert基底核(acetylcholine系の起始核・大脳皮質への投射源)が、ADよりもDLBでよりシビアに障害されることは、神経病理学的には当初から明白だったらしい。小阪先生は、「donepezilはADよりもDLBで善効するはずだ」と予言していたが、「当時は誰にも相手にしてもらえなかった」と苦笑していた。

注3:2006年に、コリン作動系神経核としてMeynert基底核とともに代表的な隔核(海馬領域への投射)でも、ADよりDLBでの神経細胞脱落がより激しいことをFujishiro Hiroshige(藤枝弘樹)らが報告した⁴¹。

補2:Donepezilの有効性は用量依存性である。基本的には10mg/日の使用が推奨されている。筆者の意見だが、5mg/日でADLの改善が得られて、不満の無い生活が得られる場合に、改めて10mgに増量する必要はないと思う。5mg/日で認知機能や幻視などのBPSDが悪化・再燃した場合、その時点で10mg/日に増やせば、さらに効果が出ることを、筆者らは2015年に臨床報告した⁴²。

Donepezilの最高用量は、我が国では10mg/日である(10mg/日以上は使用不可)。一方、米国では、(ADに対して)23mg/日まで使用可能である。筆者は日々のDLB臨床で、「もしも23mg/日まで使用できたら・・・」という気持ちになる。

Donepezilは「パーキンソニズムを悪化させる」「易怒を生じやすい」と言われることがあるが、DLBの臨床で問題となることはほとんどない。「Pisa症候群を惹起した」などの症例報告は散見するが、実際にはさほど気にしないでいいと思う。もしも何らかのパーキンソニズムが生じたら、その時点で減量か、LDOPAの増量をすればいいと思う(Sulpirideなどの副作用であるoral dyskinesiaのように、長期に亘る薬毒性後遺症にはならない)。また筆者は「易怒を生じやすい」とも思わない。DLB以外の時には易怒が生じる場合は確かにあるので、もしも易怒が生じたら「DLB・AD以外の疾患を診断しているのでは?」と疑うべきと思う。

2015年にFloridaで国際DLBカンファレンスが開催され、その成果が2017年に新たな「改訂臨床診断基準2017」として発表された(図1)³⁶。この国際会議は、現在のところ、Kosakaが参加した最後の国際会議である。

2019年にState of Nevada/Las Vegasで開催された国際DLBカンファレンスには、小阪先生は健康上の理由で参加を見送った。2022年6月にNewcastleで開催された国際DLBカンファレンスにも、小阪先生は参加しなかった。

注1:2009年のDeutschland/Kasselでの国際会議で、Orimo Satoshi(織茂智之)が別核症例を基にしてMIBG心筋シンチグラフィの有用性を論理的に主張し、欧米人にもその認識が広がったという。このため、「改訂臨床診断基準2017」では³⁶、MIBG心筋シンチグラフィは「指標的バイオマーカー」に「格上げ」された(織茂先生は、上記に関する功績で2007年度の日本神経学会・「楳林賞」を受賞した)。

補1:図1は「改訂臨床診断基準2017」論文の表紙³⁶。この表紙には、First AuthorのMcKeith IGの他、我が国の共著者全員(5名)の自筆署名が記されている。すなわち、Orimo Satoshi, Yamada Masahito, Mori Etsuro, Fujishiro Hiroshige, そしてLast AuthorであるKosaka Kenjiである(筆者私有物)。

小阪先生は、署名/サイン(signature/autograph)を頼まれても、書くことはあまり好まなかった。理由を聞くと、「字が下手だから」とのことであった。筆者は日本語・英語の両方のサインを何回も貰って、どれも大切に保管してある。

現在(2022年)、少なくとも我が国では、小阪憲司が提唱した「DLBDをLBDスペクトラムとして把握する」「LBDには、PDとPDDも含まれる」という考え方は、ほぼ常識となった。また、欧米でも、「DLBはADの亜型である」という考えの人は、ほとんど姿を消したようである。

1980年のLBD概念、1984年のDLB概念の発表から、四半世紀以上の時間が必要だったわけだが、その長い間の研究の継続の結果が、この偉業に結実したと言える。

これらの功績により、小阪は2013年度の「朝日賞」を受賞した。

5. 大脳型レビー小体病。およびレビー小体の進展経路仮説

「大脳型」のLBDの臨床病理学的症例報告は、1996年にKosakaらによって論文発表された²⁹。その症例のレビー小体は、脳幹諸核にはほとんど存在しないにもかかわらず、大脳皮質と扁桃核には多数認められた。この「大脳型」LBDの発見により、LBDにおけるレビー小体の進展様式の仮説に大きな影響を及ぼすこととなった。

2008年にBraak & Trediciは、「PD」におけるLewy病理は、脳幹に始まり徐々に上行して大脳皮質に至るという仮説(いわゆる「上向説」[Braak説])を発表した^{4, 5, 15}。しかし、「大脳型」LBDの存在は、「Lewy病理は、大脳皮質に始まり徐々に下降して脳幹に至ることもある」(いわゆる「下向

説] [Kosaka説]ことを示唆している。1988年にWakabayashi (若林孝一)らは、PD患者の腸管(食道を含む)のAuerbach神経叢やMeissner神経叢に多数のレビー小体が存在することを発表している⁶⁰⁾。Braak仮説となった事実により、現在では、①「Lewy病理は、腸管の神経叢に始まり、迷走神経系(副交感神経系、あるいは自律神経系)を上行して延髄の迷走神経背側核に至り、さらに縫線核から橋の青斑核や中脳の黒質へ上行する」という仮説が認知されつつある。

2008年にSengokuらは、②「Lewy病理は嗅球に始まり、扁桃核・大脳辺縁系に至り、さらに大脳皮質に広がる」という仮説を提唱し、これも認知されつつある⁶¹⁾。両仮説(①②)とも、何らかの外的刺激(口腔・腸管内や鼻腔内)が、Lewy病理の発現の重要な因子となっていることを示唆しているように思われる。では、「大脳型」のLBD(DLB)は、どのような過程で形成されたのだろうか? 「Lewy病理の発現に外的刺激が必要」という前提に立つならば、筆者が想像するに、Lewy病理は嗅球に始まり、扁桃核・Meynert基底核に至り、さらに大脳辺縁系・大脳皮質に広がるとともに、そこから「下向き」、徐々に黒質に至る、という経路になると思われる。

その一方で、「何らかの外的刺激がLewy病理の発現の重要な因子となっている」とは思い難い症例も存在する。「Pure autonomic failure (PAF: 純粋自律神経不全症)」で初発するDLB症例のLewy病理の進展過程はどうなっているのだろうか? PAFの原因は交感神経節後線維の障害との関連が大きいとされている。Orimoらは、心外膜の心臓交感神経節後線維のLewy病理は、心臓交感神経節(星状神経節)や迷走神経背側核よりも早期に障害されることを指摘している⁶²⁾。最初に(心臓交感神経節や迷走神経背側核よりも早く)心外膜内の心臓交感神経節後線維にLewy病理が生じ得るのであれば、ここでのLewy病理の発生とその進展は、Lewy病理進展の「第3の経路」ということになろう(外界とは直接には接していない、血液・組織液を媒介している)⁶³⁾。この経路が最初に侵されるLBDの亜型が、PAF with Lewy bodiesの臨床像を呈するのかもしれない。

上記を踏めると、Lewy病理は現在のところ、少なくとも三つの経路から発生・進展する可能性が考えられることになる。すなわち、①腸管末梢神経・迷走神経系・迷走神経背側核・脳幹諸核。②扁桃核・嗅球・扁桃核・辺縁系・大脳および脳幹。③心臓交感神経節後線維・星状神経節・脳幹諸核、であろう。ただし、これらはあくまで仮説(想像)の段階である。

6. 我が国での「レビー小体型認知症研究会」と「レビー小体型認知症家族を支える会」の創設

2006年にKosakaが主宰した「第4回DLB国際ワークショップ in Yokohama」の後、小阪は「レビー小体型認知症研究会(DLB研究会)」を創設して、2007年から毎年11月に横浜で学術総会を開催するようになった(レビー小体型認知症研究会: 日本で発見された認知症とは-TOP-(d-lewy.com))。DLBに興味を持つ日本全国の少数精鋭の臨床医・研究者(精神科医・脳神経内科学・神経病理研究者等)が集まり、活発な議論を重ねる研究会となっている。

さらに、小阪は2008年に「レビー小体型認知症家族を支える会」を発足させた。これは、DLB研究会の中核医師だけでなく、DLBに携わる看護・介護・福祉・行政の関係者、さらにDLB患者とその家族が自由に入室できる「支える会」であり、午前中に「レビー小体型認知症家族を支える会・全国交流会」、午後からは「DLB研究会・学術総会」が開かれる、というスタイルである。

その後、「レビー小体型認知症家族を支える会」は、2014年に「レビー小体型認知症サポートネットワーク(DLBSN)」へ発展的組織改編を実施した(レビー小体型認知症 サポートネットワーク-HOME-(dlbsn.org))。

現在(2023年1月)では、全国19か所に拠点があり、それらを「エリア」と呼んでいる。各エリアには、代表1名、顧問1名が必須で、それに協力する協力医やスタッフがおり、それぞれのエリアが独立して活動している(「本部」は存在しないが、小阪が顧問医を務めている)

注1: 「レビー小体型認知症研究会」の役員として、小阪先生が2018年まで12年間、「代表世話人」を務めた。その後、小阪先生の希望・指名で、代表世話人は池田先生に引き継がれている(事務局長: 内門丈丈先生、世話人: 40名(名譽代表・代表・事務局長を含む)、2023年1月現在)。

2019年秋にChinaのWuhan(武漢)にて発生した新型コロナウイルス感染症(COVID-19)によるパンデミックのため、2020年からの学術総会はWebでの開催となっている。

「レビー小体型認知症サポートネットワーク(DLBSN)」の会費は、エリアによって異なると思われるが(筆者が顧問医を務める愛知エリアの会費は無料)、年1回開催される「全国交流会」への参加には毎年5000円程度(原則)が必要。しかし、COVID-19・パンデミックのため、現在は従来通りの開催が不可能となっている。また、各エリアでの活動も大きな影響を受けている。

7. 日本発の研究を中心とした、ここ数十年間のDLB診療の進歩

この最終章は、小阪の業績とは直接には関係ない事柄も含めて、いわば「小阪の弟子」とも言える人々を中心に、DLB診療に関する近年の報告について記す。

ただし、筆者は純粋な臨床医なので、基礎的な研究(神経病理学・解剖生理学・画像診断学・神経薬理学・遺伝子解析学・衛生統計学など)については専門外(素人)であり、ここに言及できない。また、英文の文献は、基本的に必要時以外には読まない。ここに記述できない、この章は筆者の興味と知識を基にした偏った記述にならざるを得ないので、予めお詫びしておきたい。

(1) Zonisamideの抗PD作用の発見

2001年、Murata Miho(村田美穂)は、我が国で開発された「抗てんかん薬」のzonisamideが、PDにも善効した症例を報告した⁴¹⁾。その後、Murataらは国内臨床試験を実施して、その有効性を証明し、2009年にzonisamideは新しい「PD治療薬」としても承認された⁴²⁾。この功績で、村田は2009年度の日本神経学会・「楳原賞」を受賞した。

さらにMurata・Odawara Toshinari(小田原俊成)らは、zonisamideの「DLBに伴うパーキンソンニズム」への改善効果に関する国内臨床試験も実施して、その有効性を証明した⁴³⁾。その結果、2018年に「DLB治療薬(パーキンソンニズム)」としても承認された。またMurata・Odawaraらは、更なる治験の成果をまとめて、2020年に報告した⁴⁴⁾。さらに2022年に、OdawaraらはzonisamideのDLBへの長期に亘る有効性と安全性について報告した⁴⁵⁾。

注1: 村田先生は楳原博太郎先生の指導を受けたことのある「弟子」とのこと(楳原先生は「droxidopa」の生みの親)でもある。一方、小田原先生は小阪先生の弟子の一人である。

注2: 抗てんかん薬としてzonisamideを開発したのは、我が国の製薬企業である大日本製薬株式会社(現・住友ファーマ株式会社)である。Droxidopaを開発したのも我が国の製薬会社: 住友製薬株式会社(現・住友ファーマ株式会社)である。「DLB治療薬(パーキンソンニズム)」としてのzonisamideの有効性を村田先生・小田原先生と共に研究して、国から承認を得たのは「大日本住友製薬株式会社(現・住友ファーマ株式会社)」である。

(2) DLBの早期発見への挑戦(REM睡眠行動障害・自律神経障害・嗅覚障害・パレイドリア・MBIG心筋シンチグラフィ・ポリソムノグラフィ、および「てんかん」との関係)

DLBにはdonepezilという有効な薬があり、認知機能やBPSDの改善だけでなく介護負担も軽減できる¹³⁾。DLBは記憶障害よりも、ADL(日常生活動作・活動)に影響する視覚認知障害やBPSDが先行することが多いので、介護者にとっても早期発見が望ましい。「早期発見」による「早期からの「非薬物療法の実践」」が、認知機能やBPSDの改善に重要であることは言うまでもない。「DLBの非薬物療法」の一つの実践モデル・具体的実践例については、筆者の別稿をご参照願いたい⁶⁴⁾。また、Hashimoto(橋本壽)らの婚姻妄想への非薬物療法的介入の報告も興味深い⁶⁵⁾。

DLBの早期発見のために、多くの研究が実施・報告されている。日本人を対象としたDLB早期発見に関する論文として、Fujishiro・Isekiらによる論文が有名である⁹⁾。その後もFujishiroらはDLB早期発見に関する論文を幾つも発表してDLB診療の進歩に貢献している^{10) 11)}。また、UchiyamaらはDLBに伴う錯視の一つであるパレイドリア現象に着目した早期発見の手段(パレイドリアテスト)を開発した⁵⁸⁾。

ほとんど注目されていないが、筆者は「痛み」や「一過性てんかん性健忘(TEA)」が、LBDの超早期(「前臨床期(prodrromal stage)」、あるいは「プレ臨床期(pre-clinical stage)」)に生じ得る症状・合併疾患だと思っている。興味のある方は、筆者の別稿をご参照願いたい^{66) 67)}。TEAとは、内側頭葉てんかん(扁桃核・海馬周辺を起源とする焦点てんかん)の特殊型である。内側頭葉はLBDでは最も早期に侵される部位の一つである(「黒点てんかん」とは、以前の「部分てんかん」と同意)。

(3) DLBのパーキンソンニズム治療に関しての進歩

最近のManabe & Odawaraの調査論文で、DLBに伴うパーキンソンニズムの治療で、多くの精神科医が未だに「抗コリン薬」(trihexyphenidyl, biperidenなど)を使用していることが明らかとなった^{35) 46)}。彼かには信じ難いが、残念な事実と言うしかない。早期のPDに対しては有効かもしれないが、それ以外のLBDに対しては「抗コリン薬」(だけでなく、抗コリン作用のある薬はすべて)は禁忌とすべきである。その理由は詳細に前述したとおりである。

「DLBに伴うパーキンソンニズム」への第一選択薬は、LDOPAであり、さらにzonisamide 25~50mg/日(50mgの適応・承認は「wearing-off現象」に対して)である。

補1: 筆者は幻視の悪化に注意しながら、ドパミンアゴニスト(rotigotineなど)・COMT阻害薬(opicaponeなど)・droxidopa・istradefyllineも併用することがある。脳神経内科医がよく使用するMAO-B阻害薬は、BPSD治療に(場合によっては、PD治療や疼痛治療にも)必要な「抗うつ薬」の使用に大きな制限がかかるため(併用禁忌薬が多いだけでなく、Washout期間が異様に長い)、筆者は原則的に使用しないようにしている。

(4) DLBと老年期発症精神病的関係について

以前は、PD患者に「PD治療薬」(LDOPA・ドパミンアゴニスト・amantadineなど)を投与すると、しばしば幻覚妄想状態を呈したことから、「PD治療薬の副作用に幻覚妄想がある」と理解されてきた。しかし、現在では「PD治療薬の副作用と言うより、DLB/LBDの症状である幻覚妄想が、PD治療薬によって顕在化しただけ」という理解が、脳神経内科医の中でも主流となっている(と思う)。「双極性障害」の患者に「抗うつ薬」を投与した時の「躁転」と同じ論理と考えれば、分りやすいであろう。

また、「「寛治性うつ病」「精神病的うつ病」と診断されていた患者が、実はDLBであった」、「統合失調症」と診断されていた患者がDLBであった」などの事例報告が多く見られるようになり、「昔から「寛治性パラフレニア・寛治性統合失調症・非定型精神病」とされてきた症例の多くは、実はDLBだったのではないかと」という疑いが、多くの精神科医が抱くようになって

てきた²¹⁾。2021年のUtsumi Kumiko(内海久美子)らの論文は、その見解を示唆する有力なエビデンスの一つになっている^{67, 68)}。また、2020年のMcKeithらの「前駆期DLB」の包括的な論文ではpsychiatric-onset DLBとして認められている³⁷⁾。

補1: Utsumi論文⁶⁸⁾(2021年)の結果/内容を、2019年以前(武漢コロナ・パンデミックの前)に知った筆者は、某学会場で内海先生と直接に個人的な討議をして、「いわゆる[Mitsuda Hisatoshi(満田久敏)の非定型精神病³⁸⁾]の症例の多くはDLBだったのだろう」との見解で一致した(「個人的な討議」から4年ほど経っているので、内海先生の現在の見解は分からない)。

補2: 個人的な意見だが、35歳以上で(いわゆる「内因性」の)「統合失調症」を発症することは、まず無いのではないかと思う(つまり、脳の可塑性が大きい若い時にしか統合失調症にはなれないのではないかと思う)。35歳以上の高齢で、統合失調症に類似した症状を初発した患者を診察する場合、「(精神科診療の原則)ではあるが」いつも以上の慎重さでもって、器質性・症状性の疾患を疑うべきであろう。

(5) DLBにおける幻視以外の幻覚についての研究

DLBの幻覚のほとんどは、言うまでもなく幻視である。幻視と他の精神症状との関連等を分析したNagahama(長瀬康弘)らの論文は興味深い³⁹⁾。

その次に幻聴が多いが、統合失調症の幻聴の様に、その患者を苦しめ・悩ませるような内容であることは、ほとんどない(と思う)。例えば、子供の泣き声・笑い声・童謡の歌声、虫の音、笛の音、エンジンの音、などの「日常的な音」の幻聴であることが多い。DLBの幻聴の特徴については、Tsunoda(津野田尚子)らによる論文に詳しい³⁷⁾。

幻聴の次に多いのは幻触である。DLBの幻触についての詳細な報告は、2019年の筆者の報告が世界初である⁶²⁾(と思う。DLBの幻触の特徴について興味のある方は、この別稿を御参照ください)。

幻味と幻臭の報告はほとんどない。

注1: 筆者は2011年に、五感すべてに幻覚が出現したDLB症例を報告しているが、このような症例は他に無い³⁹⁾(小阪先生も、「そんな症例は疑難したことも聞いたことも無い」とのことである。ご興味のある方は参照されたい)。

8. おわりに

[Kosaka Kenji(小阪憲司)のDLB疾患概念確立への道]に関する主な業績について、以下に箇条書きに並べて、本稿を終わりたい。

- (1) 1976年、自験DLB患者1名の臨床症状および剖検所見を含む臨床神経病理学的症例報告を英文で発表した。
- (2) 1978年、同様の自験DLB患者3名の臨床神経病理学的症例報告を英文で発表。この論文で、「Eosin陽性神経細胞内封入体が「レビー小体」であることの証明」「レビー小体と神経細胞死の関連」「レビー小体と認知症の関連」などの重要な発見が紹介された。
- (3) 1979年、留学先のドイツで、欧州初のDLB症例(ドイツ人2名)の剖検報告をし、DLBが新しい「認知症」であることを示唆した。
- (4) 1980年、自験20剖検例に基づき、「レビー小体病(LBD)」概念を提出。この論文で、LBDを三つの亜型に分類し、そのうちの一つが「パーキンソン病(PD)」に該当することを示した。
- (5) 1984年、自験12剖検例に基づき、「びまん性レビー小体病(DLBD)」概念を英文論文にて提出。欧米の常識であった「PD」に生じる認知症はアルツハイマー(AD)病理が併発するため」という見解に反対して、DLBが新しい認知症性新患であることを主張した。
- (6) 1988年、脳幹型LBDで、かつAD病理が無くても、認知症が発症し得ることを英文論文で発表した。
- (7) 1990年、我が国で報告された37例のDLBD剖検例をまとめて、英論文「DLBD in Japan」を発表。この論文で、DLBDには「通常型」と「純粋型」があることを明らかにした。
- (8) 1993年、ドイツ精神医学会150周年記念シンポジウムで、「純粋型のDLBD」の日本人例と欧米人例の比較を検討し講演した。
- (9) 1995年、第1回DLB国際ワークショップが開催。初めての「DLB臨床診断基準」が作成された(Kosaka共著者)。
- (10) 1997年、第2回DLB国際ワークショップにて、LBDの3型に加え、第4の型である「大脳型」があることを発表(英論文として、前年の1996年に発刊)。この「大脳型」は、新しいDLB分類にも採用された。
- (11) 2003年、第3回DLB国際ワークショップが開催。「DLB臨床診断基準・改訂版」が作成された(Kosaka共著者)。
- (12) 2006年、DLBに対するdonepezilの有効性を証明・報告した。
- (13) 同2006年、小阪主宰の第4回DLB国際ワークショップをYokohama(横浜)で開催した。
- (14) 2007年、「レビー小体型認知症研究会」を創設し、最初の学術集会を開催した(以後、毎年開催中)。
- (15) 同2007年、DLBに対するdonepezilの国内臨床治験を開始した。
- (16) 2008年、「レビー小体型認知症家族を支える会(現・レビー小体型認知症サポートネットワーク)」を設立した(以後、毎年「全国交流会」を開催中)。
- (17) 2014年正月、「レビー小体型認知症の発見」の功績で、「2013年度・朝日賞」を受賞した。
- (18) 同2014年、DLBに対するdonepezilの有効性を証明して、世界初の「DLB治療薬」として承認を受けた。
- (19) 2015年、国際DLBカンファレンス(Florida)開催。新たな「DLB臨床

診断基準・2017版(現在の最新版)が作成された(Kosaka共著者)。(20) 2018年、Murata・Odawaraらと共に、zonisamideの「DLBに伴うパーキンソンズム」への有効性を証明して、「DLB治療薬(パーキンソンズム)」として承認を得た。

謝辞

この寄稿論文を、令和5年3月16日午前9時40分に永蔵された、我が師、小阪憲司先生に捧げます。

本資料論文の執筆に際し、情報の提供を頂いた「エーザイ株式会社」「住友ファーマ株式会社」に感謝します。

DISCLOSURE

開示すべき利益相反は無い。

文献

1. Alzheimer A. (1907) Ueber eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. *Allg Z Psychiat* 64: 146-148.
2. Bethlem J., den Hartog Jager W.A. (1960) The incidence and characteristics of Lewy bodies in idiopathic paralysis agitans (Parkinson's disease). *J Neurol Psychiat* 23: 74-80.
3. Boller F., Mizutani T., Rossmann U., et al. (1980) Parkinson disease, dementia and Alzheimer disease. *Ann Neurol* 7: 329-335.
4. Braak H., Del Tredici K., Rub U., et al. (2003) Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. *Neurobiol Aging* 24: 197-211.
5. Braak H., Del Tredici K. (2008) Nervous system pathology in sporadic Parkinson disease. *Neurology* 70: 1916-1925.
6. den Hartog Jager W.A., Bethlem J. (1960) The distribution of Lewy bodies in the central and autonomic nervous system in idiopathic paralysis agitans. *J Neurol Psychiat* 23: 283-290.
7. Economo C.V. (1917) Die Encephalitis lethargica. *Wiener klinische Wochenschrift* (Leipzig and Vienna: Franz Deuticke) 30: 581-585.
8. Fujishiro H., Umegaki H., Isojima D., et al. (2006) Depletion of cholinergic neurons in the nucleus of the medial septum and the vertical limb of the diagonal band in dementia with Lewy bodies. *Acta Neuropathol* 111: 109-114.
9. Fujishiro H., Iseki E., Nakamura S., et al. (2013) Dementia with Lewy bodies: early diagnostic challenges. *Psychogeriatrics* 13: 128-138.
10. Fujishiro H., Nakamura S., Sato K., Iseki E. (2015) Prodromal dementia with Lewy bodies. *Geriatr Gerontol Int* 15: 817-826.
11. Fujishiro H., Okuda M., Iwamoto K., et al. (2019) Clinical profiles of late-onset psychiatric patients exhibiting incidental REM sleep without atonia. *J Neural Transmission* 126: 1095-1104.
12. Greenfield J.G., Bosanquet F.D. (1953) The brain stem lesions in Parkinsonism. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 10: 213-216.
13. Hakim A.M., Mathieson G. (1979) Dementia in Parkinson disease. A clinicopathological study. *Neurology* 29: 1209-1214.
14. Hashimoto M., Sakamoto S., Ikeda M. (2015) Clinical features of delusional jealousy in elderly patients with dementia. *J Clin Psychiatry* 76: 691-695.
15. Hawkes C.H., Del Tredici K., Braak H. (2007) Parkinson's disease: a dual-hit hypothesis. *Neuropathol Appl Neurobiol* 33: 599-614.
16. Ikeda K., Ikeda S., Yoshimura T., et al. (1978) Idiopathic Parkinsonism with Lewy-type inclusions in cerebral cortex. A case report. *Acta Neuropathol* 41: 165-168.
17. Ikeda M. (2006) Donepezil for BPSD in dementia with Lewy bodies. *Psychogeriatrics* 6: 35-37.
18. Ikeda M., Mori E., Kosaka K., et al. (2013) Long-term safety and efficacy of donepezil in patients with dementia with Lewy bodies: Results from a 52-week, open-label, multicenter extension study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 36: 229-241.
19. Iseki E., Li F., Kosaka K. (1997) Close relationship between spongiform change and ubiquitin-positive granular structures in diffuse Lewy body disease. *J Neurol Sci* 146: 53-57.
20. Iseki E., Marui M., Kosaka K., Ueda K. (1999) Frequent coexistence of Lewy bodies and neurofibrillary tangles in the same neurons of patients with diffuse Lewy body disease. *Neurosci Lett* 265: 9-12.
21. Kanemoto H., Satake Y., Suehiro T., et al. (2022) Characteristics of very late-onset schizophrenia-like psychosis as prodromal dementia with Lewy bodies: a cross-sectional study. *Alzheimers Res Ther* 14: 137.
22. Kosaka K., Oyanagi S., Matsushita M., et al. (1976) Presenile dementia with Alzheimer, Pick-, and Lewy body changes. *Acta Neuropathol* 36: 221-233.
23. Kosaka K. (1978) Lewy bodies in cerebral cortex; report of three cases. *Acta Neuropathol* 42: 127-134.

24. Kosaka K., Mehraein P. (1979) Dementia-Parkinsonism syndrome with numerous Lewy bodies and senile plaques in the cerebral cortex. *Arch Psychiat Nervenkr* 226: 241-250.
25. 小坂憲司, 松下正明, 小柳新策ほか (1980) Lewy小体病の臨床病理学的研究. *精神神経誌* 82: 292-311.
26. Kosaka K., Yoshimura M., Ikeda K., Budka H. (1984) Diffuse type of Lewy body disease: progressive dementia with abundant cortical Lewy bodies and senile changes of varying degree-- a new disease? *Clin Neuropathol* 3: 185-192.
27. Kosaka K., Tsuchiya K., Yoshimura M. (1988) Lewy body disease with and without dementia: a clinicopathological study of 35 cases. *Clin Neuropathol* 7: 299-305.
28. Kosaka K. (1990) Diffuse Lewy body disease in Japan. *J Neurol* 237: 197-204.
29. Kosaka K., Iseki E., Odawara T., Yamamoto T. (1996) Cerebral type of Lewy body disease. *Neuropathology* 17: 32-35.
30. Kosaka K., Manabe Y. (2010) The first autopsied case of diffuse Lewy body disease (DLBD): re-examination by recent immunostaining methods. *Neuropathology* 30: 458-462.
31. 小坂憲司, 池田学. (2010) レビー小体型認知症の臨床. 医学書院, 東京.
32. Lewy F.H. (1912) Paralysis agitans. *Pathologische Anatomie. Handbuch der Neurologie*, p920-958.
33. Manabe Y., Odawara T., Konishi O. (2019) Fact-finding survey on diagnostic procedures and interventions for parkinsonism accompanying dementia with Lewy bodies. *Psychogeriatrics* 19: 345-354.
34. McKeith I.G., Galasko D., Kosaka K., et al. (1996) Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB). *Neurology* 47: 1113-1124.
35. McKeith I.G., Dickson D.W., Lowe J., et al. (2005) Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. *Neurology* 65: 1863-1872.
36. McKeith I.G., Boeve B.F., Dickson D.W., et al. (2017) Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Fourth consensus report of the DLB consortium. *Neurology* 89: 1-13.
37. McKeith I.G., Ferman T.J., Thomas A.J., et al. (2020) Research criteria for the diagnosis of prodromal dementia with Lewy bodies. *Neurology* 94: 743-755.
38. Mitsuda H. (1965) The concept of "atypical psychoses" from the aspect of clinical genetics. *Acta Psychiatr Scand* 41: 372-377.
39. Mori E., Ikeda M., Kosaka K. (2012) Donepezil for dementia with Lewy bodies: A randomized, placebo-controlled trial. *Ann Neurol* 72: 41-52.
40. Mori S., Mori E., Iseki E., Kosaka K. (2006) Efficacy and safety of in patients with dementia with Lewy bodies: Preliminary findings from an open-label study. *Psychiat Clin Neurosci* 60: 190-195.
41. Murata M., Horiuchi E., Kanazawa I. (2001) Zonisamide has beneficial effects on Parkinson's disease patients. *Neurosci Res* 41: 397-399.
42. Murata M., Hasegawa K., Kanazawa I., et al. (2007) Zonisamide improves motor function in Parkinson disease. A randomized, double-blind study. *Neurology* 68: 45-50.
43. Murata M., Odawara T., Hasegawa K., Kosaka K., et al. (2018) Adjunct zonisamide to levodopa for DLB parkinsonism: A randomized double-blind phase 2 study. *Neurology* 90: e664-e672.
44. Murata M., Odawara T., Hasegawa K., Kosaka K., et al. (2020) Effect of zonisamide on parkinsonism in patients with dementia with Lewy bodies: A phase 3 randomized clinical trial. *Parkinsonism Relat Disord* 76: 91-97.
45. Nagahama Y., Okina T., Suzuki N., Matsuda M. (2010) Neural correlates of psychotic symptoms in dementia with Lewy bodies. *Brain* 133: 557-567.
46. Odawara T., Manabe Y., Konishi O. (2019) A survey of doctors on diagnosis and treatment of dementia with Lewy bodies: examination and treatment of behavioral and psychological symptoms. *Psychogeriatrics* 19: 310-319.
47. Odawara T., Hasegawa K., Kajiwara R., et al. (2022) Long-term efficacy and safety of zonisamide for treatment of parkinsonism in patients with dementia with Lewy bodies: An open-label examination of a phase three randomized controlled trial. *Am J Geriatric Psychiatry* 30: 314-328.
48. Okazaki H., Lipkin L.E., Aronson S.M. (1961) Diffuse intracytoplasmic ganglionic inclusions (Lewy type) associated with progressive dementia and quadriplegia in flexion. *J Neuropathol Exper Neurol* 20: 237-244.
49. Onari K., Spatz H. (1926) Anatomische Beitrage zur Lehre von der Pickschen umschriebenen Grosshirnrinden-Atrophie ("Pick'schen Krankheit"). *Z Ges Neurol Psychiat* 101: 470-511.
50. Orimo S., Uchiha T., Nakamura A., et al. (2008) Axonal alpha-synuclein aggregates herald centripetal degeneration of cardiac sympathetic nerve in Parkinson's disease. *Brain* 131: 642-650.
51. Parkinson J. (1817) *An essay on the shaking palsy*. Sherwood, Neely, and Jones. London.
52. Polymeropoulos M.H., Lavedan C., Leroy E., et al. (1997) Mutation in the alpha-synuclein gene identified in families with Parkinson's disease. *Science* 276: 2045-2947.
53. Sengoku R., Saito Y., Ikemura M., et al. (2008) Incidence and extent of Lewy body-related alpha-synucleinopathy in aging human olfactory bulb. *J Neuropathol Exp Neurol* 67: 1072-1083.
54. Spillantini M.G., Schmidt M.L., Lee V.M.Y., et al. (1997) Alpha-synuclein in Lewy bodies. *Nature* 388: 839-840.
55. Summers K.W., Majovski L.V., Marsh G.M., et al. (1986) Oral tetrahydro-aminoacridine in long-term treatment of senile dementia, Alzheimer type. *N Eng J Med* 315: 1241-1245.
56. Trétiakoff C. (1919) Contribution a l'etude l'anatomie pathologique du Locus Niger de soemmering: avec quelques déductions relatives à la pathogénie des troubles du tonus musculaire et de la maladie de Parkinson. *Jouvé*.
57. Tsunoda N., Hashimoto M., Ishikawa T., et al. (2018) Clinical features of auditory hallucinations in patients with dementia with Lewy bodies: A soundtrack of visual hallucinations. *J Clin Psychiatry* 79: 17m11623.
58. Uchiyama M., Nishio Y., Yokoi K., et al. (2012) Pareidolias: complex visual illusions in dementia with Lewy bodies. *Brain* 135: 2458-2469.
59. Ukai K., Aleksic B., Ishihara R., et al. (2011) Efficacy of donepezil for the treatment of visual and multiple sensory hallucinations in dementia with Lewy bodies. *Clinical Neuropsychopharmacology and Therapeutics* 2: 56-58.
60. Ukai K., Fujishiro H., Iritani S., Ozaki N. (2015) Long-term efficacy of donepezil for relapse of visual hallucinations in patients with dementia with Lewy bodies. *Psychogeriatrics* 15: 133-137.
61. 鶴岡克行. (2019) Pure autonomic failureで発症した約4年後にレビー小体型認知症と診断された1例: レビー病理の進展過程と前駆症状について. *Dementia Japan* 33: 243-248.
62. Ukai K. (2019) Tactile hallucinations in dementia with Lewy bodies. *Psychogeriatrics* 19: 435-439.
63. Ukai K., Fujishiro H., Ozaki N. (2017) Effectiveness of low dose pregabalin in three patients with Lewy body disease and central neuropathic pain. *Psychogeriatrics* 17: 115-119.
64. Ukai K., Fujishiro H., Kosaka K., et al. (2017) Similarity of symptoms between transient epileptic amnesia and Lewy body disease. *Psychogeriatrics* 17: 120-125.
65. Ukai K., Ito M., Watanabe M. (2019) Transient epileptic amnesia accompanied by prodromal symptoms of dementia with Lewy bodies: the second case report in the literature. *Psychogeriatrics* 19: 622-623.
66. 鶴岡克行, 松井千恵, 加藤貴代ほか (2021) 生活改善療法とは何か? -多職種協働の重要性と臨床実践例の提示-. *日本認知症予防学会誌* 11: 35-48.
67. 内海久美子, 畠山茂樹, 洞野綾子ほか (2017) DLBの初発症状と関連症状の発現率・性差, および前駆段階との関連: 脳血流SPECT・MIBG心筋シンチ・DaTスキャンシンチ検査と症状の関連性を通して. *老年精神医学雑誌* 28: 173-186.
68. Utsumi K., Fukatsu R., Hara Y., et al. (2021) Psychotic features among patients in the prodromal stage of dementia with Lewy bodies during longitudinal observation. *J Alzheimer's Disease* 83: 1917-1927.
69. Wakabayashi K., Takahashi H., Takeda S., et al. (1988) Parkinson's disease: the presence of Lewy bodies in Auerbach's and Meissner's Plexuses. *Acta Neuropathol* 76: 217-221.

図1. 「改訂臨床診断基準2017」論文の表紙

この表紙には, First Author のMcKeith IGの他, 我が国の共著者全員 (5名)の自筆署名が記されている。Orimo Satoshi, Yamada Masahito, Mori Etsuro, Fujishiro Hiroshige, そしてLast AuthorであるKosaka Kenjiである (筆者私有物)。



ABSTRACT

In the evaluation of endolymphatic hydrops (EH) using magnetic resonance (MR) imaging, hybrid of reversed image of positive endolymph signal and native image of perilymph signal multiplied with heavily T2-weighted MR cisternography (HYDROPS-Mi2) imaging with the intravenous administration of a gadolinium-based contrast agent (IV-GBCA) has been utilized. Recently, MR cisternography (MRC) without GBCA has been proposed as a potential alternative method. However, the feasibility of EH evaluation by MRC without GBCA has not been established. The present study aimed to compare HYDROPS-Mi2 imaging with IV-GBCA to MRC without IV-GBCA for the evaluation of EH. In 40 ears of 20 patients with clinically suspected EH, MRC at pre-IV-GBCA and HYDROPS-Mi2 images from 4 h post-IV-GBCA were analyzed. The saccular height on the MRC (SH-MRC) was measured. The percentage of the volume of the endolymphatic space within the whole lymphatic space of the vestibule on the HYDROPS-Mi2 image (%EL_{volume}-HYD) was measured. The correlation between the SH-MRC and %EL_{volume}-HYD was calculated. The receiver operating characteristic (ROC) of the SH-MRC and %EL_{volume}-HYD for the clinical diagnosis of EH was evaluated. The Spearman's rank correlation coefficient between the SH-MRC and %EL_{volume}-HYD was 0.102. The areas under the ROC curve were 0.570 for the SH-MRC, and 0.926 for the %EL_{volume}-HYD. In conclusion, there was no significant correlation between the MRC without IV-GBCA and the HYDROPS-Mi2 with IV-GBCA in the evaluation of EH.

Key words:

magnetic resonance imaging, gadolinium, endolymphatic hydrops, Meniere's disease

Abbreviations:

- bSSFP: balanced steady-state free-precession
- EH: endolymphatic hydrops
- FLAIR: fluid-attenuated inversion recovery
- GBCA: gadolinium-based contrast agent
- hT2w: heavily T2-weighted
- HYDROPS: HYbrid of Reversed image Of Positive endolymph signal and native image of positive perilymph Signal
- HYDROPS-Mi2: HYbrid of Reversed image Of Positive endolymph signal and native image of positive perilymph Signal-Multiplied with heavily T2-weighted magnetic resonance cisternography
- IV: intravenous administration
- MR: magnetic resonance
- MRC: magnetic resonance cisternography
- %EL_{volume}-HYD: percentage of the volume of the endolymphatic space within the whole lymphatic space of vestibule measured on HYbrid of Reversed image Of Positive endolymph signal and native image of positive perilymph Signal-Multiplied with heavily T2-weighted magnetic resonance
- ROC: receiver operating characteristic
- ROI: region of interest
- SH-MRC: saccular height on magnetic resonance cisternography
- 3D: three-dimensional

TITLE

Magnetic resonance imaging of endolymphatic hydrops: a comparison of methods with and without gadolinium-based contrast agent administration

INTRODUCTION

Meniere's disease is a neurological disorder of the inner ear with symptoms that include attacks of vertigo, hearing loss, tinnitus, and aural fullness.¹ Endolymphatic hydrops (EH) in the inner ear has been considered as a pathological finding of Meniere's disease.¹ The presence of EH has been clinically evaluated using magnetic resonance (MR) imaging after the intravenous administration of a gadolinium-based contrast agent (IV-GBCA).^{1, 2, 3} Intravenously administered GBCAs cross the blood-perilymph barrier, but do not cross the blood-endolymph and perilymph-endolymph barriers.⁴ The amount of intravenously administered GBCA that penetrates into the perilymph is too small to detect using conventional T1-weighted imaging.^{2, 5} A heavily T2-weighted three-dimensional fluid-attenuated inversion recovery (hT2w-3D-FLAIR) sequence can detect subtle T1 shortening such as in fluid with very small concentrations of GBCA, and hence has been applied for the evaluation of EH with MR imaging.^{3, 5} A HYDROPS (HYbrid of Reversed image Of Positive endolymph signal and native image of positive perilymph Signal) and a HYDROPS-Mi2 (HYDROPS-Multiplied with heavily T2-weighted MR cisternography) sequence enables separate visualization of the endolymph, perilymph, and

Magnetic resonance imaging of endolymphatic hydrops: a comparison of methods with and without gadolinium-based contrast agent administration

Running Title

EH evaluation with and without IV-GBCA

Authors and Affiliations

Toshio Ohashi^{1, 2}, Shinji Naganawa³, Yusuke Nasu², Kayao Kuno⁴, and Katsuhiko Kato⁵

- ¹ Department of Integrated Health Sciences, Nagoya University Graduate School of Medicine
- ² Department of Radiology, Kamiida Daiichi General Hospital
- ³ Department of Radiology, Nagoya University Graduate School of Medicine
- ⁴ Department of Otorhinolaryngology, Kamiida Daiichi General Hospital
- ⁵ Functional Medical Imaging, Biomedical Imaging Sciences, Division of Advanced Information Health Sciences, Department of Integrated Health Sciences, Nagoya University Graduate School of Medicine

Corresponding Author

Toshio Ohashi, BS
 Department of Radiology, Kamiida Daiichi General Hospital, 2-70 Kamiida-kitamachi, Kita-ku, Nagoya, Aichi 462-0802, Japan
 Phone: +81-52-991-3111, Fax: +81-52-981-6879, E-mail: oohashi.toshio.x7@mail.nagoya-u.ac.jp

co-Corresponding Author

Katsuhiko Kato, MD, PhD
 Functional Medical Imaging, Biomedical Imaging Sciences, Division of Advanced Information Health Sciences, Department of Integrated Health Sciences, Nagoya University Graduate School of Medicine, 1-20, Daikominami 1-chome, Higashi-ku, Nagoya, Aichi 461-8673, Japan
 Phone: +81-52-719-1590, Fax +81-52-719-1589, E-mail: katokt@med.nagoya-u.ac.jp

First Author

Ohashi

surrounding bony structures.⁴⁻⁷ This separate visualization of the endo- and perilymph reduces the difficulty of the EH evaluation.^{2,4,7} A Nakashima grade has been proposed as the criterion for the diagnosis of EH on MR imaging.⁸ A quantitative evaluation of the endolymphatic space by volumetric measurement has also been reported.⁹ MR imaging with GBCA administration has thus been applied clinically for the qualitative and quantitative evaluation of EH.^{1,2,8,9}

Recently, several studies for the evaluation of EH using MR imaging without GBCA administration have been reported.¹⁰⁻¹² They have proposed that MR cisternography (MRC) permits the direct evaluation of the vestibular endolymphatic space through anatomical identification.^{10,11,12} One of the studies suggested that the utricular endolymph has a lower signal intensity than the vestibular perilymph on MRC without IV-GBCA.¹⁰ The other studies assessed vestibular EH by measuring the height and width of the saccule on MRC without IV-GBCA.^{11,12} The saccule was defined as the region bounded by the utricular macula and the lateral membranous walls of the saccule for the measurement of the saccular size.^{11,12}

The evaluation of EH using MRC without GBCA administration has clinical implications. In our hospital, we routinely perform the evaluation of EH at 4 h post-IV-GBCA administration, and prior to the IV-GBCA, we obtain an MRC as the anatomical reference image. When our reviewing the MRC, we were able to distinguish the utricular macula, however the lateral membranous wall of the saccule or the vestibular endolymph was unclear. At least, there did not seem to be any displacement of the utricular macula in our MRC with or without EH. Therefore, we hypothesized that an MRC without GBCA might not be suitable to evaluate the endolymphatic space. To our knowledge, there are no reports directly comparing EH evaluation methods with and without IV-GBCA. The purpose of present study was to compare the evaluation of EH using HYDROPS-MI2 (with IV-GBCA) and MRC (without IV-GBCA).

MATERIALS AND METHODS

Patients and Materials

Forty ears from consecutive 20 patients with clinically suspected EH who underwent MR imaging from November, 2017 through November, 2018 were enrolled in the present study (men: 9, women: 11, ages: 21 to 70-year-old, median: 53.5-year-old). The patient with severe motion artifact was an exclusion criterion. The estimated glomerular filtration rate of all patients at pre-administration of GBCA exceeded 60 ml/min/1.73m². The medical ethics committee of our institution approved this retrospective cross-sectional study with a waiver of written informed consent from the patients (2021-0461). The present study was conducted in compliance with the Declaration of Helsinki in 1964 and its later amendments. All MR imaging was performed using a 3-tesla MR scanner (MAGNETOM Skyra; Siemens Healthcare, Erlangen, Germany) with a 32-channel phased-array head coil. The contrast agent administered to patients in the present study was a macrocyclic GBCA (Gd-HP-DO3A; ProHance; Eisai, Tokyo, Japan). A single dose of GBCA defined as 0.1 mmol/kg body-weight was administered. A DICOM viewer (OsiriX version 5.8 32 bit; Pixmeo SARL, <http://www.osirix-viewer.com/>) was used for image processing and analysis. Statistical analyses were performed with free statistical software (R software version 3.6.1; The R Foundation, <https://www.r-project.org/>).

MR Imaging

MRC and hT2w-3D-FLAIR images were obtained. All imaging sequences were based on hT2w-3D-fast spin echo imaging with a variable refocusing flip angle. The cross section of the slab for all imaging was the axial plane parallel to the anterior commissure - posterior commissure line and through the bilateral internal auditory canal in the axial plane. The slab center of all imaging was set at the level of the internal auditory canal. At pre-IV-GBCA, MRC of the whole lymphatic space was obtained for anatomical reference. A repetition time of 2500 ms, echo time of 400 ms, voxel size of 0.50 × 0.50 × 0.5 mm, and slab thickness of 80 mm were applied. At 4 h post-IV-GBCA, MRC, hT2w-3D-FLAIR with an inversion time of 2250 ms as the positive perilymph image, and hT2w-3D-FLAIR with an inversion time of 2050 ms as the positive endolymph image were obtained to generate the HYDROPS-MI2 image. The parameters were set according to a previously reported study.⁹ A repetition time of 4400 ms for the MRC, a repetition time of 9000 ms for the positive perilymph image and positive endolymph image, an echo time of 544 ms, voxel size of 0.51 × 0.51 × 1.0 mm, and a slab thickness of 104 mm were applied. The detailed parameters of all imaging are summarized in Table 1. The HYDROPS-MI2 images were generated according to

the previous study as follows.⁷

$$\text{HYDROPS} = \text{positive perilymph image} - \text{positive endolymph image}$$

$$\text{HYDROPS-MI2} = \text{HYDROPS} \times \text{MRC}$$

On the HYDROPS-MI2 images, no misregistration artifacts greater than 1 mm were confirmed in any patients.

Image Analysis

A clinical diagnosis of EH had been made by an experienced neuroradiologist (S.N.) subjectively, according to the Nakashima grade.⁸

Two radiological technologists with 18 years (T.O.) and 8 years (Y.N.) of experience in MR imaging performed all image analyses. The distance between the utricular macula and the vestibular edge of the osseous spiral lamina was measured as the saccular height on the MRC (SH-MRC) obtained at pre-IV-GBCA. The measurement protocol was described below.

1. The MRC was reformatted to the coronal plane perpendicular to the anterior commissure-posterior commissure line.
2. The reformatted coronal image through the inferior vestibular nerve was used for the measurement.
3. The distance between the middle of the utricular macula and the vertically inferior osseous spiral lamina was measured.

The SH-MRC i.e., the shift of the utricular macula, was regarded as an indicator of the degree of vestibular EH using MRC without IV-GBCA in the present study. An example of the measurement of the SH-MRC is indicated in Fig. 1.

The percentage of the volume of the endolymphatic space within the whole lymphatic space of the vestibule was measured on the HYDROPS-MI2 images (%EL_{volumetric}-HYD), according to previously a reported study.⁹

1. The regions of interest (ROIs) were manually drawn along the boundary of the vestibule excluding the ampulla of the semicircular canal on all slices of the MRC obtained at 4 h post-IV-GBCA.
2. The ROIs of the MRC were copied and pasted onto the HYDROPS-MI2 image.
3. The number of voxels in all ROIs represented the whole-lymph volume and were counted on the HYDROPS-MI2 image.
4. The number of voxels with a negative signal intensity in all ROIs represented the endolymph volume and were counted on the HYDROPS-MI2 image.
5. The %EL_{volumetric}-HYD was calculated as follows.

$$\%EL_{\text{volumetric}}\text{-HYD} = (\text{endolymph volume}/\text{whole lymph volume}) \times 100$$

The %EL_{volumetric}-HYD was regarded as an indicator of the degree of vestibular EH with IV-GBCA in the present study.

Statistical Analysis

The inter-observer reliability was evaluated using an intraclass correlation coefficient (2, 1). The averaged value from the two observers was used for the statistical analyses. The correlation between the SH-MRC and %EL_{volumetric}-HYD was evaluated by a Spearman's rank correlation coefficient. The receiver operating characteristic (ROC) curve of the SH-MRC and %EL_{volumetric}-HYD were plotted to assess the consistency of the SH-MRC and %EL_{volumetric}-HYD compared to our clinical diagnosis of EH by the Nakashima grade using the area under the ROC curve. The ears were classified into EH-negative and EH-positive groups using a cut-off value determined by the maximum value of the Youden index of the ROC curve of the %EL_{volumetric}-HYD. A Mann-Whitney U test was used to compare the SH-MRC between the EH-negative and EH-positive groups. We defined 5% as a threshold for statistical significance.

RESULTS

There were no patients with severe motion artifact that would be an exclusion criterion. The intraclass correlation coefficients (2, 1) between the measurements of the two observers were 0.900 for the SH-MRC and 0.979 for the %EL_{volumetric}-HYD. There was no significant correlation between the SH-MRC and %EL_{volumetric}-HYD (Fig. 2). The Spearman's rank correlation coefficient between the SH-MRC and %EL_{volumetric}-HYD was 0.102 (P = 0.532). In the ROC analysis for the SH-MRC, the area under the ROC curve was 0.570 (95% confidence level: 0.378-0.762) (Fig. 3a). In the ROC analysis for the %EL_{volumetric}-HYD, the area under the ROC curve was 0.926 (95% confidence level: 0.850-1.000) (Fig. 3b). The maximum value of the Youden index analyzed by the ROC curve of the %EL_{volumetric}-HYD was 23.5 (sensitivity: 92.9%, specificity: 80.8%). The number of ears divided by the cut-off value was 14 ears in the EH-negative group and 14 ears in the EH-positive group. The median of the SH-MRC was 3.48, with a range of 2.62 to 4.22 in the EH-negative group. The median of the SH-MRC was 3.59, with a range of 3.13 to 4.11 in the EH-positive group. There was no significant difference in the SH-MRC between the EH-negative and EH-positive groups (P

= 0.478) (Fig. 4). Representative images obtained in the present study are indicated in Fig. 5.

DISCUSSION

In the present study, highly reproducible results between the two observers were found in both the SH-MRC without IV-GBCA and the %EL_{volume}-HYD with IV-GBCA. There was no significant correlation between the SH-MRC without IV-GBCA and the %EL_{volume}-HYD with IV-GBCA. The %EL_{volume}-HYD with IV-GBCA showed higher agreement to our clinical diagnosis of EH using the Nakashima grade compared to the SH-MRC without IV-GBCA. There was no difference in the SH-MRC without IV-GBCA between the EH-negative and EH-positive groups.

A method to evaluate EH by the lateral membranous wall of the saccule on MRC without IV-GBCA has been reported.^{11, 12} The MRC in these studies was acquired using a balanced steady-state free-precession (bSSFP) sequence.^{11, 12} The bSSFP sequence has a risk of a banding artifact with low signal due to the B0 field inhomogeneity.¹³ Previously reported studies have suggested that a fast spin echo sequence without banding artifact is more appropriate than the bSSFP sequence for MRC of the inner ear imaging.^{14, 15} Recently, a machine learning-based trial to automatically diagnose Meniere's disease by training the differences of imaging findings between patients with Meniere's disease and controls on MRC without IV-GBCA was reported.¹⁶ Because the fast spin echo-based MRC and bSSFP-based MRC were mixed in their study,¹⁶ a concern about the bias for their results due to low-signal banding artifacts of bSSFP-based MRC has been mentioned.¹⁷ A previous study compared a bSSFP-based MRC without IV-GBCA to a 3D-FLAIR with IV-GBCA for the evaluation of EH.¹⁸ In that study, the degree of EH assessed by the MRC was less specific for Meniere's disease symptoms than that obtained with the 3D-FLAIR images.¹⁸ Additionally, a poor inter-rater agreement was reported for the measurement of the saccular size using MRC without IV-GBCA in that study.¹⁸ Since the membrane separating the endolymph and perilymph is much thinner than the resolution of routine clinical MR imaging ($0.5 \times 0.5 \times 0.5$ mm in this study),¹⁹ the lateral membranous wall of the saccule would be obscured by partial volume effects. The structures, which were thought to be the lateral membranous walls of saccule in these studies,^{11, 12, 18} might be banding artifacts associated with the bSSFP sequence. Because we were actually unable to clearly distinguish the lateral membranous wall of the saccule using the MRC based on a fast spin echo sequence, we measured the distance between the utricular macula and the osseous spiral lamina in the present study. There was no displacement of the utricular macula due to the presence of EH. Therefore, we concluded that MRC without IV-GBCA is not suitable for the evaluation of EH.

A previously reported study suggested that vestibular EH had a lower signal intensity than the perilymph on MRC without IV-GBCA.¹⁰ However, it has also been reported that a difference in the fluid-composition between the endo- and perilymph was insufficient to produce enough contrast to visualize individually the endo- and perilymph on MRC without IV-GBCA.^{2, 20} In some exceptions, the endolymphatic spaces have been visualized on MR imaging without IV-GBCA.²¹⁻²³ The endolymph had a higher signal intensity than the perilymph on 3D-FLAIR images without IV-GBCA for a condition in which the endolymph contained blood components.²¹ With enlarged endolymphatic sac and duct syndrome, the endolymph of the inner ear receives an influx of fluid containing highly proteinaceous or hemorrhagic components from the endolymphatic sac, and can have a high signal intensity on 3D-FLAIR images.²² In contrast, it has been reported that the perilymphatic space had a higher signal intensity than the endolymphatic space in non-contrast 3D-FLAIR images in cases of vestibular schwannoma.²³ Outside of these exceptions, it is necessary to produce contrast between the endo- and perilymphatic spaces by IV-GBCA, for visualization of EH.

The present study has a few limitations. A small number of patients were evaluated. The drawing of the ROI was performed manually, although measurements from two observers indicated high agreement. The cochlear endolymph was not evaluated. Since the cochlear duct is a small structure compared to the saccule,¹ it was considered that cochlear endolymph could not be visualized with MRC.

CONCLUSION

There was no significant correlation between the MRC without GBCA administration and the HYDOROPS-Mi2 with GBCA administration in the evaluation of EH. It was concluded that MRC without GBCA administration cannot apply for accurate evaluation of the degree of EH.

DISCLOSURE STATEMENT

None of the authors have any conflicts of interest regarding the present study.

REFERENCES

- Nakashima T, Pyykkö I, Arroll MA, et al. Meniere's disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16028. doi: 10.1038/nrdp.2016.28.
- Naganawa S, Nakashima T. Visualization of endolymphatic hydrops with MR imaging in patients with Meniere's disease and related pathologies: current status of its methods and clinical significance. *Jpn J Radiol*. 2014;32(4):191-204. doi: 10.1007/s11604-014-0290-4.
- Naganawa S. The Technical and Clinical Features of 3D-FLAIR in Neuroimaging. *Magn Reson Med Sci*. 2015;14(2):93-106. doi: 10.2463/mrms.2014-0132.
- Nakashima T, Naganawa S, Teranishi M, et al. Endolymphatic hydrops revealed by intravenous gadolinium injection in patients with Meniere's disease. *Acta Otolaryngol*. 2010;130(3):338-43. doi: 10.1080/00016480903143986.
- Naganawa S, Kawai H, Sone M, Nakashima T. Increased sensitivity to low concentration gadolinium contrast by optimized heavily T2-weighted 3D-FLAIR to visualize endolymphatic space. *Magn Reson Med Sci*. 2010;9(2):73-80. doi: 10.2463/mrms.9.73.
- Naganawa S, Yamazaki M, Kawai H, Bokura K, Sone M, Nakashima T. Imaging of Meniere's disease after intravenous administration of single-dose gadodiamide: utility of subtraction images with different inversion time. *Magn Reson Med Sci*. 2012;11(3):213-9. doi: 10.2463/mrms.11.213.
- Naganawa S, Suzuki K, Nakamichi R, et al. Semi-quantification of endolymphatic size on MR imaging after intravenous injection of single-dose gadodiamide: comparison between two types of processing strategies. *Magn Reson Med Sci*. 2013;12(4):261-9. doi: 10.2463/mrms.2013-0019.
- Nakashima T, Naganawa S, Pyykkö I, et al. Grading of endolymphatic hydrops using magnetic resonance imaging. *Acta Otolaryngol Suppl*. 2009;(560):5-8. doi: 10.1080/00016480902729827.
- Naganawa S, Ohashi T, Kanou M, Kuno K, Sone M, Ikeda M. Volume quantification of endolymph after intravenous administration of a single dose of gadolinium contrast agent: comparison of 18- versus 8-minute imaging protocols. *Magn Reson Med Sci*. 2015;14(4):257-62. doi: 10.2463/mrms.2014-0118.
- Keller JH, Hirsch BE, Marovich RS, Branstetter BF 4th. Detection of endolymphatic hydrops using traditional MR imaging sequences. *Am J Otolaryngol*. 2017;38(4):442-446. doi: 10.1016/j.amjoto.2017.01.038.
- Simon F, Guichard JP, Kania R, Franc J, Herman P, Hautefort C. Saccular measurements in routine MRI can predict hydrops in Meniere's disease. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2017;274(12):4113-4120. doi: 10.1007/s00405-017-4756-8.
- Venkatasamy A, Veillon F, Fleury A, et al. Imaging of the saccule for the diagnosis of endolymphatic hydrops in Meniere disease, using a three-dimensional T2-weighted steady state free precession sequence: accurate, fast, and without contrast material intravenous injection. *Eur Radiol Exp*. 2017;1(1):14. doi: 10.1186/s41747-017-0020-7.
- Scheffler K, Lehnhardt S. Principles and applications of balanced SSFP techniques. *Eur Radiol*. 2003;13(11):2409-18. doi: 10.1007/s00330-003-1957-x.
- Naganawa S, Koshikawa T, Fukatsu H, Ishigaki T, Fukuta T. MR cisternography of the cerebellopontine angle: comparison of three-dimensional fast asymmetrical spin-echo and three-dimensional constructive interference in the steady-state sequences. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2001;22(6):1179-1185.
- Kojima S, Suzuki K, Hirata M, Shinohara H, Ueno E. Depicting the semicircular canals with inner-ear MRI: a comparison of the SPACE and TrueFISP sequences. *J Magn Reson Imaging*. 2013;37(3):652-9. doi: 10.1002/jmri.23863.
- van der Lubbe MFJA, Vaidyanathan A, de Wit M, et al. A non-invasive, automated diagnosis of Meniere's disease using radiomics and machine learning on conventional magnetic resonance imaging: A multicentric, case-controlled feasibility study. *Radiol Med*. 2022;127(1):72-82. doi: 10.1007/s11547-021-01425-w.
- Naganawa S, Ito R, Taoka T, Yoshida T, Sone M. Letter to editor on the article "A non-invasive, automated diagnosis of Meniere's disease using radiomics and machine learning on conventional magnetic resonance imaging: a multicentric, case-controlled feasibility study" by van der Lubbe MFJA et al. *Radiol*

- Med.* 2022;127(4):458-459. doi: 10.1007/s11547-022-01486-5.
18. Eliezer M, Poillon G, Horion J, et al. MRI diagnosis of saccular hydrops: comparison of heavily-T2 FIESTA-C and 3D-FLAIR sequences with delayed acquisition. *J Neuroradiol.* 2021;48(6):446-452. doi: 10.1016/j.neurad.2019.04.005.
 19. Ito T, Naganawa S, Fukatsu H, et al. High-resolution MR images of inner ear internal anatomy using a local gradient coil at 1.5 Tesla: correlation with histological specimen. *Radiat Med.* 1999;17(5):343-7.
 20. Pyykkö I, Zou J, Poe D, et al. Magnetic resonance imaging of the inner ear in Meniere's disease. *Otolaryngol Clin North Am.* 2010;43(5):1059-80. doi: 10.1016/j.otc.2010.06.001.
 21. Naganawa S, Ishihara S, Iwano S, Sone M, Nakashima T. Detection of presumed hemorrhage in the ampullar endolymph of the semicircular canal: a case report. *Magn Reson Med Sci.* 2009;8(4):187-91. doi: 10.2463/mrms.8.187.
 22. Naganawa S, Sone M, Otake H, Nakashima T. Endolymphatic hydrops of the labyrinth visualized on noncontrast MR imaging: a case report. *Magn Reson Med Sci.* 2009;8(1):43-6. doi: 10.2463/mrms.8.43.
 23. Naganawa S, Kawai H, Sone M, Nakashima T, Ikeda M. Endolymphatic hydrops in patients with vestibular schwannoma: visualization by non-contrast-enhanced 3D FLAIR. *Neuroradiology.* 2011;53(12):1009-15. doi: 10.1007/s00234-010-0834-y.

Figure legends

Fig. 1

Fig. 1 An example of the measurement of the saccular height. Magnetic resonance cisternography was reformatted to the coronal plane perpendicular to the anterior commissure-posterior commissure line (dotted line) (a). The reformatted coronal images through the inferior vestibular nerve were used for the measurement (b). The distance between the middle of the utricular macula (short arrow) and the vertically inferior osseous spiral lamina (long arrow) was measured as the saccular height (line).

Fig. 2

Fig. 2 Relationship between SH-MRC and %EL_{volume}-HYD. Scatterplots of the degree of endolymphatic hydrops showing the relationship between the SH-MRC without an IV-GBCA and the %EL_{volume}-HYD with IV-GBCA. There was no significant correlation between the SH-MRC and %EL_{volume}-HYD. The Spearman's rank correlation coefficient between the SH-MRC and %EL_{volume}-HYD was 0.102 (P = 0.532).
IV-GBCA: intravenous administration of gadolinium-based contrast agent
%EL_{volume}-HYD: percentage of the volume of the endolymphatic space within the whole lymphatic space of vestibule measured on HYbrid of Reversed image Of Positive endolymph signal and native image of positive perilymph Signal-Multiplied with heavily T2-weighted magnetic resonance
SH-MRC: saccular height on magnetic resonance cisternography

Fig. 3

Fig. 3 Diagnostic performance of SH-MRC and %EL_{volume}-HYD. ROC curve for the clinical diagnosis of EH from the SH-MRC without an IV-GBCA (a), and the %EL_{volume}-HYD with IV-GBCA (b). In the ROC analysis for the SH-MRC, the area under the ROC curve was 0.570 (95% confidence level: 0.378-0.762), for the %EL_{volume}-HYD, the area under the ROC curve was 0.926 (95% confidence level: 0.850-1.000). The maximum value of the Youden index analyzed by the ROC curve of %EL_{volume}-HYD was 23.5 (sensitivity: 92.9%, specificity: 80.8%).
EH: endolymphatic hydrops
IV-GBCA: intravenous administration of gadolinium-based contrast agent
%EL_{volume}-HYD: percentage of the volume of the endolymphatic space within the whole lymphatic space of vestibule measured on HYbrid of Reversed image Of Positive endolymph signal and native image of positive perilymph Signal-Multiplied with heavily T2-weighted magnetic resonance
ROC: receiver operating characteristic
SH-MRC: saccular height on magnetic resonance cisternography

Fig. 4

Fig. 4 Comparison between the SH-MRC of the EH-negative and EH-positive groups. A box-and-whisker plot showing the SH-MRC without an intravenous administration of gadolinium-based contrast agent in

the EH-negative group and EH-positive groups. The lower side of the rectangle shows the first quartile (25th percentile value) and the upper side is the 75th percentile value. The thick horizontal line in the rectangle shows the median. The horizontal line under the whisker indicates the 10th percentile value, and the horizontal line above the whisker shows the 90th percentile value. There was no significant difference in the SH-MRC between EH-negative and EH-positive groups (P = 0.478).

EH: endolymphatic hydrops

SH-MRC: saccular height on magnetic resonance cisternography

Fig. 5

Fig. 5 Representative images with and without EH. Representative images from a 37-year-old man with no EH; MRC obtained at pre-IV-GBCA (a); a HYDROPS-Mi2 image obtained at 4 h post-IV-GBCA (b), and a 55-year-old woman with significant EH; MRC obtained at pre-IV-GBCA (c); a HYDROPS-Mi2 image obtained at 4 h post-IV-GBCA (d). Black areas in HYDROPS-Mi2 images (short arrows, b, d) indicate endolymphatic space. There was no displacement of the utricular macula (long arrows) due to the presence of EH.

EH: endolymphatic hydrops

HYDROPS-Mi2: HYbrid of Reversed image Of Positive endolymph signal and native image of positive perilymph Signal-Multiplied with heavily T2-weighted magnetic resonance

IV-GBCA: intravenous administration of gadolinium-based contrast agent

MRC: magnetic resonance cisternography

Prolonged preoperative sedentary time is a risk factor for postoperative ileus in patients with colorectal cancer: a propensity score-matched retrospective study

Takuya Yanagisawa^a, Noriatsu Tatematsu^b, Mioko Horiuchi^a, Saki Migita^a, Shotaro Yasuda^a, Keita Itatsu^c, Tomoyuki Kubota^d, and Hideshi Sugijura^b

a) Department of Rehabilitation, Kamiida Daiichi General Hospital, 2-70 Kamiida-kitamachi, Kita-ku, Nagoya, Aichi 462-0802, Japan

b) Department of Integrated Health Sciences, Nagoya University Graduate School of Medicine, 1-1-20 Daiko-minami, Higashi-ku, Nagoya, Aichi 461-8673, Japan

c) Department of Surgery, Kamiida Daiichi General Hospital, 2-70 Kamiida-kitamachi, Kita-ku, Nagoya, Aichi 462-0802, Japan

d) Department of Breast Surgery, Kamiida Daiichi General Hospital, 2-70 Kamiida-kitamachi, Kita-ku, Nagoya, Aichi 462-0802, Japan

Corresponding author:

Noriatsu Tatematsu, PhD
Department of Integrated Health Sciences, Nagoya University Graduate School of Medicine, 1-1-20 Daiko-minami, Higashi-ku, Nagoya, Aichi 461-8673, Japan
Tel: +81-52-719-1365, Fax: +81-52-719-1365,
E-mail: tatematsu@mei.nagoya-u.ac.jp

ORCID:

Takuya Yanagisawa, 0000-0002-4186-3908

Acknowledgments

We thank all patients who participated in this study. We would also like to thank the collaborating surgeons and other medical staff for their important contributions to our study. This study was supported in part by JSPS KAKENHI (Grant Number 18H03127 to H. Sugijura) from the Japan Society for the Promotion of Science. We would like to thank Editage (www.editage.com) for the English language editing.

Abstract

Purpose: This study aimed to investigate the association between prolonged preoperative sedentary time (ST) and postoperative ileus (POI) after adjusting for confounders in patients with colorectal cancer (CRC).

Methods: This single-center retrospective study enrolled 155

consecutive patients who underwent surgery for primary CRC. A diagnosis of POI was made by the surgeons if the Clavien-Dindo classification (CD) grade is ≥ 2 within 30 days after surgery. Preoperative ST was assessed using the International Physical Activity Questionnaire usual week short version (Japanese version). Patients were classified into two groups (ST < 6 h/day and ST ≥ 6 h/day) based on results from the questionnaire, and data were analyzed using a propensity score-matching strategy to adjust for confounders. In addition, receiver operating characteristic (ROC) curve analysis was performed to identify the optimal cutoff value of preoperative ST for predicting POI.

Results: Of the 155 patients, 134 were included in the analysis. POI occurred in 16 (11.9 %) patients of overall patients and 11 (12.5 %) of the 88 matched patients. The logistic regression analysis after propensity score-matching showed that prolonged preoperative ST (ST ≥ 6 h/day) was associated with POI (odds ratio 5.40 [95% confidence interval: 1.09–26.60], $p = 0.038$). The ROC curve analysis indicated that the optimal cutoff value of preoperative ST for predicting POI was 6 h/day.

Conclusion: Prolonged preoperative ST is a risk factor for POI in patients with CRC. Therefore, reducing preoperative ST may play an important role in preventing POI.

Keywords:

colorectal cancer, postoperative ileus, physical activity, sedentary time, propensity score-matching

Introduction

Colorectal cancer (CRC) has the third highest incidence and second highest mortality rates among cancers worldwide [1]. Surgery is the first choice for curative treatment of CRC, and recent advances in treatment technologies have led to improved survival rates [2]. However, despite these advances, postoperative complications continue to occur in some patients, with postoperative ileus (POI) being one of the most common complications of CRC surgery [3]. POI is defined as a temporary inhibition of gastrointestinal motility after surgical intervention due to non-mechanical causes that prevents sufficient oral intake [4]. According to studies that enrolled CRC patients, the incidence of POI ranges between 4.3 and 13.5 % [5–7]. Moreover, postoperative complications, including POI, delay the initiation of adjuvant chemotherapy and are associated with decreased survival [8]. Therefore, it is important to investigate the modifiable factors that prevent POI.

In patients with CRC, the risk factors for POI are reported to be male sex, higher body mass index (BMI), poor performance status (PS), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), history of abdominal surgery, open surgery, and intraoperative imbalance [5–7, 9]. Age, cardiac comorbidities, stoma creation, conversion to laparotomy, and rectal resection have been reported as risk factors for POI in patients undergoing colorectal and gastrointestinal surgery [10, 11]. Reports often indicate that risk factors for POI, including intraoperative factors, are difficult to modify, and therefore it is important to explore modifiable factors. Consequentially, preoperative BMI, visceral obesity, low serum albumin (Alb), low hand grip strength (HGS), and depression are modifiable risk factors for POI [4, 5, 12–14]. This indicates the possibility of preventing POI by preoperative intervention.

Recently, prehabilitation for patients with CRC has reportedly reduced the incidence of POI, suggesting that preoperative physical activity (PA) and reduced rest time might have an effect on the incidence of POI [15]. In addition, our study indicated that preoperative sedentary time (ST), a PA indicator, is associated with postoperative complications in patients with gastrointestinal cancer, including CRC [16]. Additionally, previous studies have reported that ST is associated with obesity, low muscle strength, and depression [17–19], which are risk factors for POI. These studies suggest that preoperative PA, especially ST, influences the incidence of POI in patients with CRC. However, no study has investigated the association between preoperative ST and POI in patients with CRC. Therefore, the present study aimed to clarify the association between preoperative ST and POI after adjusting for confounders in patients with CRC.

Materials and Methods

Study design, patients, and ethics

This single-center retrospective study enrolled 155 consecutive patients who had undergone open or laparoscopic surgery for primary CRC between October 2016 and January 2022 at Kamiida Daiichi General Hospital. The exclusion criteria were patients who (1) needed assistance in walking preoperatively, (2) had cognitive dysfunction preoperatively, (3) had simultaneous cancer,

(4) underwent palliative surgery, (5) had a benign tumor or no primary cancer revealed by pathological examination, and (6) had missing data. All patients underwent postoperative rehabilitation (twice a day on weekdays and once on Saturdays; 40–60 min/day) from the first day after surgery to discharge, including ambulation, breathing, aerobic, and muscle strengthening exercises in stages.

This study was approved by the Ethics Committee of Kamiida Daiichi General Hospital (Approval No. 2801). Before participating in our study, all patients were informed about the study and provided written informed consent in accordance with the Declaration of Helsinki.

Definition of POI

POI was diagnosed by the surgeons if the Clavien-Dindo classification (CD) [20, 21] grade is ≥ 2 within 30 days after surgery.

Assessment of preoperative ST and PA

Preoperative ST was assessed using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) usual week short version (Japanese version) within a week before surgery. This questionnaire is used to evaluate vigorous-intensity PA, moderate-intensity PA, walking activity during the usual seven days, and ST during a typical weekday [22]. PA levels were classified into three groups (high, moderate, and low) based on a published protocol [23].

Confounders and clinical characteristics

Age, sex, BMI, comorbidities (heart disease [HD] and COPD), Eastern Cooperative Oncology Group PS, Alb, HGS, and depression were measured or obtained from electronic medical records since these are possible confounders in the relationship between prolonged preoperative ST and POI. Preoperative HGS was measured once on each hand using a dynamometer (Grip-D, TKK 5401; Takei Scientific Instruments Co., Niigata, Japan), and the averages of both values were calculated. Preoperative depression was evaluated by the Japanese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). The HAD consists of seven items each for the anxiety and depression subscales. A four-point response scale was used, with each subscale ranging from 0 to 21 and higher scores indicating more intense symptoms [24]. Only the depression scores (HAD-Depression) were used in this study. The HGS and HAD-depression were measured within one week before surgery.

Moreover, the cancer site, pathological TNM stage, surgical approach (open or laparoscopic), presence or absence of stoma creation, operative time, blood loss, in-out balance, and postoperative length of stay were collected from the electronic medical records as clinical factors.

Statistical analysis

We classified the patients into two groups (ST < 6 h/day and ST ≥ 6 h/day) based on the cutoff value of preoperative ST, as reported in a previous study [17]. We used a propensity score-matching strategy to minimize the effects of confounders on the association between preoperative ST and POI and calculated propensity scores for ST as derived by the logistic regression model. The propensity scores were derived using age, sex, BMI, comorbidities (HD and COPD), PS, Alb level, HGS, and HAD depression. Patients were matched by a caliper width of 0.2 standard deviations of the logit of the propensity score.

After propensity score-matching, the Mann-Whitney U test for continuous variables and the chi-square test for categorized variables were used to compare background variables between patients with ST < 6 h/day and those with ST ≥ 6 h/day. Logistic regression analysis was performed to investigate the association between prolonged preoperative ST (ST ≥ 6 h/day) and POI, and we calculated odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI). Moreover, receiver operating characteristic (ROC) curve analysis was performed to identify the optimal cutoff value of preoperative ST to predict POI and its sensitivity and specificity in all patients. Continuous and categorical variables were expressed as medians [interquartile range] and number of patients (%), respectively. All statistical analyses were performed using EZR version 1.61 (Saitama Medical Center, Jichi Medical University, Japan) [25], and $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results

Of the consecutive 155 CRC patients, 21 were excluded because of the need for assistance in walking ($n = 5$), cognitive dysfunction ($n = 5$), simultaneous cancer ($n = 4$), palliative surgery ($n = 1$), benign tumor or metastatic cancer ($n = 4$), and missing IPAQ data ($n = 2$). Finally, 134 patients were included in the analysis. Furthermore, after propensity score-matching, there were

44 patients in the ST <6 h group and 44 in the ST ≥6 h group, for a total of 88 patients (Figure 1).

Table 1 shows the characteristics of all patients, including those with ST <6 h/day and those with ST ≥6 h/day. There were 90 (67.2 %) male patients. Additionally, 88 (65.7 %) patients had colon cancer, 41 (30.6 %) with rectal cancer, and five (3.7 %) with multiple CRC. There are 112 (83.6 %) patients with PS 0, while 47 (35.1 %) underwent open surgery. Lastly, POI occurred in 16 patients (11.9 %).

Table 2 shows a comparison of background variables between patients with ST <6 h/day and those with ST ≥6 h/day after propensity score-matching. No difference was found in all background variables, and the number of patients with POI was significantly higher in patients with ST ≥6 h/day than in those with ST <6 h/day.

Table 3 shows the results of logistic regression analysis after propensity score-matching to investigate the relationship between prolonged preoperative ST and POI. Prolonged preoperative ST was associated with POI (OR; 5.40; 95% CI: 1.09–26.60; $p = 0.038$).

The ROC curve analysis indicates that the area under the curve (AUC) was 0.641 (95% CI: 0.502–0.780), and the optimal cutoff value of preoperative ST to predict POI was 6 h/day (sensitivity 68.8 %, specificity 64.4 %) (Figure 2).

Discussion

The present study indicates that prolonged preoperative ST was associated with the incidence of POI after adjusting for confounders in patients with CRC. To our knowledge, this is the first study to investigate the association between prolonged preoperative ST and POI in patients with CRC. This association was found even after adjusting for risk factors reported in previous studies [5, 6, 12–14]. Exercise promotes colonic motility in healthy individuals [26]. Moreover, walking the night before surgery reduces postoperative time to first flatus and defecation, and decreases the incidence of POI in patients with gynecologic cancer [27]. Furthermore, as people age, those who tend to be sedentary defecate less frequently than do those who are more active [28]. In the present study, ST, rather than the amount of preoperative PA, was associated with the incidence of POI. This suggests that a longer ST, rather than less preoperative exercise, may decrease bowel movement and increase the incidence of POI. It has been shown that moderate to vigorous-intensity PA (MVPA) and light-intensity PA (LPA) decrease annually starting in the 70s [29], which is the median age of the participants in this study. In addition, a meta-analysis of risk factors for CRC reported low PA as a risk factor for CRC [30], suggesting that patients with CRC may be less physically active than the general elderly population are. Therefore, the study suggests that reducing ST is better and easier than increasing the amount of PA is in patients with CRC over 70 years of age, and an approach to reduce ST is important in clinical setting for patients with CRC.

The present study indicated that the cutoff value of preoperative ST to predict POI was 6 h/day, and its sensitivity and specificity were 68.8% and 64.4%, respectively. Previous studies measuring ST by IPAQ have demonstrated that individuals with 6–10 h/day of ST have a higher risk of developing metabolic syndrome than that of individuals with less than 6 h/day of ST in adults [31]. Additionally, those with ST ≥6 h/day on non-working days have lower vascular function than that of individuals with ST <6 h/day [32]. Therefore, ST greater than 6 h/day may increase the risk of developing the disease and result in functional decline. Although the cutoff value of preoperative ST obtained in this study is low in both sensitivity and specificity, we believe that it is clinically relevant. In addition, previous studies using the IPAQ to evaluate ST have reported that the cutoff values of ST to predict frailty and sarcopenia were 7 and 8 h/day, respectively [33, 34], and preoperative frailty and sarcopenia have been indicated as risk factors for postoperative complications in patients with CRC [35, 36]. Therefore, the risk of POI due to prolonged ST may occur even before sarcopenia or frailty because the cutoff value for ST to predict POI in this study was 6 h/day, which is shorter than that in previous studies. However, the mean ST assessed using an accelerometer was 524 min/day (approximately 8–9 h/day) in older Japanese adults [37], and the median ST assessed using the questionnaire was 5 h/day in all patients in this study (data not shown). It is possible that ST in the present study, as evaluated by the questionnaire, was underestimated. Therefore, the actual cutoff value of ST may be slightly higher, but assessment by the questionnaire is simple and potentially useful.

The present study had several limitations. First, it was not possible to strictly define POI because of the retrospective

nature of the study. Thus, the incidence of POI might have been overestimated, and future prospective studies are needed. Second, this study had a small sample size and used propensity score-matching rather than logistic regression to adjust for confounders. As propensity score-matching cannot adjust for the effects of unmeasured confounders, causal relationships cannot be concluded in the results of this study. Third, evaluations of preoperative ST were conducted using a questionnaire that lacked objectivity compared to an evaluation with an accelerometer. Future studies that use accelerometers should provide more detailed data. Fourth, the IPAQ could not be used to evaluate LPA. Since LPA decreases as ST increases but MVPA changes little when ST is divided into quartiles [38], LPA may be a confounder in the association between ST and POI found in the present study. Finally, although POI in this study was defined as CD grade ≥2, actual occurred POIs were only CD grade 2. Therefore, the relationship between prolonged preoperative ST and POI should be interpreted with caution, as it may not be observed in more severe POIs (CD grade ≥3).

Conclusion

In CRC patients, prolonged preoperative ST is a risk factor for POI. Therefore, reducing preoperative ST may play an important role in preventing POI.

References

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F (2021) Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 71(3):209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A (2022) Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin* 72(1):7–33. <https://doi.org/10.3322/caac.21708>
- Pallan A, Dedelaite M, Mirajkar N, Newman PA, Plowright J, Ashraf S (2021) Postoperative complications of colorectal cancer. *Clin Radiol* 76(12):896–907. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2021.06.002>
- Gero D, Gié O, Hübner M, Demartines N, Hahnloser D (2017) Postoperative ileus: In search of an international consensus on definition, diagnosis, and treatment. *Langenbecks Arch Surg* 402(1):149–158. <https://doi.org/10.1007/s00423-016-1485-1>
- Morimoto Y, Takahashi H, Fujii M, Miyoshi N, Uemura M, Matsuda C, Yamamoto H, Mizushima T, Mori M, Doki Y (2019) Visceral obesity is a preoperative risk factor for postoperative ileus after surgery for colorectal cancer: Single-institution retrospective analysis. *Ann Gastroenterol Surg* 3(6):657–666. <https://doi.org/10.1002/ags3.12291>
- Rybakov EG, Shelygin YA, Khomyakov EA, Zarodniuk IV (2017). Online ahead of print Risk factors for postoperative ileus after colorectal cancer surgery. *Colorectal Dis*. <https://doi.org/10.1111/codi.13888>
- Namba Y, Hirata Y, Mukai S, Okimoto S, Fujisaki S, Takahashi M, Fukuda T, Ohdan H (2021) Clinical indicators for the incidence of postoperative ileus after elective surgery for colorectal cancer. *BMC Surg* 21(1):80. <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01093-7>
- Tevis SE, Kohlnhofer BM, Stringfield S, Foley EF, Harms BA, Heise CP, Kennedy GD (2013) Postoperative complications in patients with rectal cancer are associated with delays in chemotherapy that lead to worse disease-free and overall survival. *Dis Colon Rectum* 56(12):1339–1348. <https://doi.org/10.1097/DCR.0b013e3182a857eb>
- Millan M, Biondo S, Fraccalvieri D, Frago R, Golda T, Kreisler E (2012) Risk factors for prolonged postoperative ileus after colorectal cancer surgery. *World J Surg* 36(1):179–185. <https://doi.org/10.1007/s00268-011-1339-5>
- Quiroga-Centeno AC, Jerez-Torra KA, Martín-Mojica PA, Castañeda-Alfonso SA, Castillo-Sánchez ME, Calvo-Corredor OF, Gómez-Ochoa SA (2020) Risk factors for prolonged postoperative ileus in colorectal surgery: A systematic review and meta-analysis. *World J Surg* 44(5):1612–1626. <https://doi.org/10.1007/s00268-019-05366-4>
- Wolthuis AM, Bislenghi G, Lambrecht M, Fieuw S, de Buck van Overstraeten A, Boeckxstaens G, D'Hoore A (2017) Preoperative risk factors for prolonged postoperative ileus after colorectal resection. *Int J Colorectal Dis* 32(6):883–890. <https://doi.org/10.1007/s00384-017-2824-6>
- Liang WQ, Zhang KC, Li H, Cui JX, Xi HQ, Li JY, Cai AZ, Liu YH, Zhang W, Zhang L, Wei B, Chen L (2020) Preoperative albumin levels predict prolonged postoperative ileus in gastrointestinal surgery. *World J Gastroenterol* 26(11):1185–1196. <https://doi.org/10.3747/j.1007-9327.2020.26.11.1185-1196>

- org/10.3748/wjg.v26.i11.1185
13. Jiang X, Xu X, Ding L, Zhu H, Lu J, Zhao K, Zhu S, Xu Q (2022) Predictive value of preoperative handgrip strength on postoperative outcomes in patients with gastrointestinal tumors: A systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 30(8):6451-6462. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06983-x>
 14. Oduyale OK, Eltahir AA, Stem M, Prince E, Zhang GQ, Safar B, Efron JE, Atallah C (2021) What does a diagnosis of depression mean for patients undergoing colorectal surgery? *J Surg Res* 260:454-461. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.11.006>
 15. Ushida K, Yamamoto Y, Hori S, Shimizu M, Kato Y, Toyama Y, Okugawa Y, Shimizu A, Momosaki R (2023) The effect of preoperative rehabilitation on the prevention of postoperative ileus in colorectal cancer patients. *Support Care Cancer* 31(2):123. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07585-x>
 16. Yanagisawa T, Sugiura H, Tatematsu N, Horiuchi M, Migitaka S, Itatsu K (2020) Preoperative sedentary time predicts postoperative complications in gastrointestinal cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 21(11):3405-3411. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.11.3405>
 17. Silveira EA, Mendonça CR, Delpino FM, Elias Souza GV, Pereira de Souza Rosa L, de Oliveira C, Noll M (2022) Sedentary behavior, physical inactivity, abdominal obesity and obesity in adults and older adults: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr ESPEN* 50:63-73. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2022.06.001>
 18. Silva FM, Duarte-Mendes P, Rusehnack MC, Furmann M, Nobre PR, Fachada MA, Soares CM, Teixeira A, Ferreira JP (2020) Objectively measured sedentary behavior and physical fitness in adults: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 17(22):8660. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228660>
 19. Vancampfort D, Hallgren M, Schuch F, Stubbs B, Smith L, Rosenbaum S, Firth J, Van Damme T, Koyanagi A (2020) Sedentary behavior and depression among community-dwelling adults aged ≥50 years: Results from the Irish longitudinal study on Ageing. *J Affect Disord* 262:389-396. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.066>
 20. Dindo D, Demartines N, Clavien PA (2004) Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 240(2):205-213. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae>
 21. Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, Vauthey JN, Dindo D, Schulick RD, de Santibañes E, Pekolj J, Slankamenac K, Bassi C, Graf R, Vonlanthen R, Padbury R, Cameron JL, Makuuchi M (2009) The Clavien-Dindo classification of surgical complications: Five-year experience. *Ann Surg* 250(2):187-196. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181b13ca2>
 22. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P (2003) International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 35(8):1381-1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
 23. IPAQ Research Committee (2005) Guidelines for data processing analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-short and long forms. *XVsdGRvbWpbnx0aGVpcGFxGd4OjE0NDgxMDk3N0DU1YWWRlZTM*. <https://docs.google.com/r?sa=v&pid=sites&srcid=ZGVmY>. Accessed 1 Apr 2023
 24. Zigmond AS, Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 67(6):361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
 25. Kanda Y (2013) Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZ' for medical statistics. *Bone Marrow Transplant* 48(3):452-458. <https://doi.org/10.1038/bmt.2012.244>
 26. Rao SS, Beaty J, Chamberlain M, Lambert PG, Gisolfi C (1999) Effects of acute graded exercise on human colonic motility. *Am J Physiol* 276(5):G1221-G1226. <https://doi.org/10.1152/ajpgi.1999.276.5.G1221>
 27. Özdemir IA, Comba C, Demirayak G, Gülseren V, Erdogan SV, Aslanova F, Afsar S, Gungorduk K (2019) Impact of pre-operative walking on post-operative bowel function in patients with gynecologic cancer. *Int J Gynecol Cancer* 29(8):1311-1316. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2019-000633>
 28. Panigrahi MK, Kar SK, Singh SP, Ghoshal UC (2013) Defecation frequency and stool form in a coastal eastern Indian population. *J Neurogastroenterol Motil* 19(3):374-380. <https://doi.org/10.5056/jnm.2013.19.3.374>
 29. Watanabe D, Murakami H, Gando Y, Kawakami R, Tanisawa K, Ohno H, Konishi K, Sasaki A, Morishita A, Miyatake N, Miyachi M (2023) Factors associated with changes in the objectively measured physical activity among Japanese adults: A longitudinal and dynamic panel data analysis. *PLOS ONE* 18(2):e0280927. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280927>
 30. Johnson CM, Wei C, Ensor JE, Smolenski DJ, Amos CI, Levin B, Berry DA (2013) Meta-analysis of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes Control* 24(6):1207-1222. <https://doi.org/10.1007/s10552-013-0201-5>
 31. Petersen CB, Nielsen AJ, Bauman A, Tolstrup JS (2014) Joint association of physical activity in leisure and total sitting time with metabolic syndrome amongst 15,235 Danish adults: A cross-sectional study. *Prev Med* 69:5-7. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.08.022>
 32. Yamaji T, Harada T, Hashimoto Y, Nakano Y, Kajikawa M, Yoshimura K, Chayama K, Goto C, Han Y, Mizobuchi A, Yusoff FM, Kishimoto S, Maruhashi T, Nakashima A, Higashi Y (2022) Self-reported total sitting time on a non-working day is associated with blunted flow-mediated vasodilation and blunted nitroglycerine-induced vasodilation. *Sci Rep* 12(1):6366. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10242-8>
 33. da Silva Coqueiro R, de Queiroz BM, Oliveira DS, das Mercedes MC, Oliveira Carneiro JA, Pereira R, Fernandes MH (2017) Cross-sectional relationships between sedentary behavior and frailty in older adults. *J Sports Med Phys Fitness* 57(6):825-830. <https://doi.org/10.23736/S0022-4707.16.06289-7>
 34. Ohashi K, Ishikawa T, Hoshi A, Suzuki M, Mitobe Y, Yamada E, Abeywickrama HM, Seki N, Koyama C, Aoki H, Koyama Y (2018) Relationship between sarcopenia and both physical activity and lifestyle in patients with chronic liver disease. *J Clin Med Res* 10(12):920-927. <https://doi.org/10.14740/jocmr3640>
 35. Okabe H, Ohsaki T, Ogawa K, Ozaki N, Hayashi H, Akahoshi S, Ikuta Y, Ogata K, Baba H, Takamori H (2019) Frailty predicts severe postoperative complications after elective colorectal surgery. *Am J Surg* 217(4):677-681. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.07.009>
 36. Nakanishi R, Oki E, Sasaki S, Hirose K, Jogo T, Edahiro K, Korehisa S, Taniguchi D, Kudo K, Kurashige J, Sugiyama M, Nakashima Y, Ohgaki K, Saeki H, Maehara Y (2018) Sarcopenia is an independent predictor of complications after colorectal cancer surgery. *Surg Today* 48(2):151-157. <https://doi.org/10.1007/s00595-017-1564-0>
 37. Yasunaga A, Shibata A, Ishii K, Koohsari MJ, Oka K (2018) Cross-sectional associations of sedentary behaviour and physical activity on depression in Japanese older adults: An isotemporal substitution approach. *BMJ Open* 8(9):e022282. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022282>

Statements and Declarations

Funding: This work was supported in part by JSPS KAKENHI (Grant Number 18H03127 to H. Sugiura) from the Japan Society for the Promotion of Science.

Competing Interests: The authors have no relevant financial or non-financial interests to disclose.

Author Contributions: All authors contributed to the study's conception and design. Takuya Yanagisawa, Mioko Horiuchi, Saki Migitaka, and Shotaro Yasuda acquired the data. Takuya Yanagisawa, Noriatsu Tatematsu, Keita Itatsu, Tomoyuki Kubota, and Hideshi Sugiura analyzed and interpreted the data. The first draft of the manuscript was written by Takuya Yanagisawa, and all the authors commented on the previous versions of the manuscript. All authors have read and approved the final manuscript.

Ethics approval: This study was approved by the ethics committee of Kamiida Daiichi General Hospital (Approval No. 2801).

Consent to participate: All patients were provided with a thorough explanation of the study and provided written consent according to the Declaration of Helsinki.

Declaration of interest statement: The authors report no conflicts of interest associated with this manuscript.

Table 1. Characteristics of the study participants

| | Overall (n = 134) | Overall (n = 134) | ST ≥6 h/day (n = 53) |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|
| Age, years | 71 [63, 77] | 70 [64, 77] | 72 [63, 78] |
| Male, n (%) | 90 (67.2) | 53 (65.4) | 37 (69.8) |
| BMI, kg/m ² | 22.3 [19.8, 24.7] | 23.0 [20.6, 24.7] | 21.3 [19.3, 24.6] |
| < 18.5 | 11 (8.2) | 4 (4.9) | 7 (13.2) |
| 18.5 ≤, <25.0 | 91 (67.9) | 57 (70.4) | 34 (64.2) |
| 25.0 ≤ | 32 (23.9) | 20 (24.7) | 12 (22.6) |
| Cancer site, n (%) | | | |
| Colon | 88 (65.7) | 51 (63.0) | 37 (69.8) |
| Rectal | 41 (30.6) | 27 (33.3) | 14 (26.4) |
| Multiple | 5 (3.7) | 3 (3.7) | 2 (3.8) |
| Stage, n (%) | | | |
| 0 | 8 (6.0) | 4 (4.9) | 4 (7.5) |
| 1 | 20 (14.9) | 15 (18.5) | 5 (9.4) |
| 2 | 49 (36.6) | 33 (40.7) | 16 (30.2) |
| 3 | 46 (34.3) | 22 (27.2) | 24 (45.3) |
| 4 | 11 (8.2) | 7 (8.6) | 4 (7.5) |
| PS, n (%) | | | |
| 0 | 112 (83.6) | 68 (84.0) | 44 (83.0) |
| 1 | 22 (16.4) | 13 (16.0) | 9 (17.0) |
| Comorbidity, n (%) | | | |
| HD | 14 (10.4) | 8 (9.9) | 6 (11.3) |
| COPD | 4 (3.0) | 3 (3.7) | 1 (1.9) |
| History of abdominal surgery, n (%) | 30 (22.4) | 13 (16.0) | 17 (32.1) |
| Alb, g/mL | 4.0 [3.7, 4.3] | 4.0 [3.7, 4.2] | 4.1 [3.8, 4.3] |
| PA level, n (%) | | | |
| High | 17 (12.7) | 14 (17.3) | 3 (5.7) |
| Moderate | 64 (47.8) | 41 (50.6) | 23 (43.4) |
| Low | 53 (39.6) | 26 (32.1) | 27 (50.9) |
| HGS, kg | 27.0 [20.1, 32.9] | 26.9 [20.1, 32.6] | 27.3 [20.1, 33.7] |
| HAD-depression, point | 6 [4, 9] | 6 [4, 9] | 6 [4, 9] |
| Surgical type, n (%) | | | |
| Open | 47 (35.1) | 24 (29.6) | 23 (43.4) |
| Laparoscopy | 87 (64.9) | 57 (70.4) | 30 (56.6) |
| Stoma creation, n (%) | 11 (8.2) | 5 (6.2) | 6 (11.3) |
| Operative time, min | 271 [201, 330] | 275 [200, 339] | 264 [205, 311] |
| Blood loss, mL | 37 [11, 151] | 38 [12, 130] | 34 [10, 268] |
| In-out balance, mL | 1520 [1146, 1876] | 1540 [1143, 1906] | 1498 [1170, 1799] |
| POI, n (%) | 16 (11.9) | 5 (6.2) | 11 (20.8) |
| Postoperative LOS, days | 12 [10, 18] | 12 [10, 16] | 13 [10, 20] |

Continuous variables are shown as median [interquartile range] and categorical variables as numbers (%).

ST, sedentary time; BMI, body mass index; PS, performance status; HD, heart disease; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; Alb, albumin; PA, physical activity; HGS, handgrip strength; HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale; POI, postoperative ileus; LOS, length of hospital stay

Table 2. Comparison of characteristics between patients with ST <6 h/day and those with ST ≥6 h/day after propensity score-matching

| | ST <6 h/day (n = 44) | ST ≥6 h/day (n = 44) | P value |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|---------|
| Age, years | 70 [63, 78] | 73 [64, 78] | 0.625 |
| Male, n (%) | 31 (70.5) | 28 (63.6) | 0.651 |
| BMI, kg/m ² | 21.7 [20.3, 23.8] | 21.4 [19.6, 25.0] | 0.757 |
| < 18.5 | 2 (4.5) | 4 (9.1) | |

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|--------|
| 18.5 ≤, <25.0 | 35 (79.5) | 28 (63.6) | |
| 25.0 ≤ | 7 (15.9) | 12 (27.3) | |
| Cancer site, n (%) | | | 0.500 |
| Colon | 25 (56.8) | 30 (68.2) | |
| Rectal | 17 (38.6) | 12 (27.3) | |
| Multiple | 2 (4.5) | 2 (4.5) | |
| Stage, n (%) | | | 0.058 |
| 0 | 2 (4.5) | 3 (6.8) | |
| 1 | 10 (22.7) | 5 (11.4) | |
| 2 | 19 (43.2) | 11 (25.0) | |
| 3 | 9 (20.5) | 21 (47.7) | |
| 4 | 4 (9.1) | 4 (9.1) | |
| PS, n (%) | | | >0.999 |
| 0 | 37 (84.1) | 37 (84.1) | |
| 1 | 7 (15.9) | 7 (15.9) | |
| Comorbidity, n (%) | | | >0.999 |
| HD | 5 (11.4) | 4 (9.1) | >0.999 |
| COPD | 2 (4.5) | 1 (2.3) | >0.999 |
| History of abdominal surgery, n (%) | 7 (15.9) | 15 (34.1) | 0.084 |
| Alb, g/mL | 4.0 [3.8, 4.3] | 4.0 [3.7, 4.3] | 0.808 |
| PA level, n (%) | | | 0.102 |
| High | 7 (15.9) | 3 (6.8) | |
| Moderate | 23 (52.3) | 18 (40.9) | |
| Low | 14 (31.8) | 23 (52.3) | |
| HGS, kg | 28.2 [21.9, 33.0] | 25.2 [19.7, 33.4] | 0.488 |
| HAD-depression, point | 7 [4, 10] | 6 [3, 9] | 0.402 |
| Surgical type, n (%) | | | 0.077 |
| Open | 12 (27.3) | 21 (47.7) | |
| Laparoscopy | 32 (72.7) | 23 (52.3) | |
| Stoma creation, n (%) | 3 (6.8) | 5 (11.4) | 0.713 |
| Operative time, min | 263 [195, 299] | 260 [204, 315] | 0.796 |
| Blood loss, mL | 26 [11, 101] | 37 [12, 280] | 0.352 |
| In-out balance, mL | 1485 [1131, 1762] | 1504 [1195, 1848] | 0.783 |
| POI, n (%) | 2 (4.5) | 9 (20.5) | 0.049 |

Continuous variables are shown as median [interquartile range] and categorical variables as numbers (%).

ST, sedentary time; BMI, body mass index; PS, performance status; HD, heart disease; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; Alb, albumin; PA, physical activity; HGS, handgrip strength; HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale; POI, postoperative ileus

Table 3. Logistic regression analysis to investigate the relationship between prolonged preoperative ST and POI in matched patients

| Dependent variable | OR (95% CI) | P value |
|-------------------------|--------------------|---------|
| ST ≥6 h/day, 0=no 1=yes | 5.40 (1.09, 26.60) | 0.038 |

OR, odds ratio; CI, confidence interval; ST, sedentary time

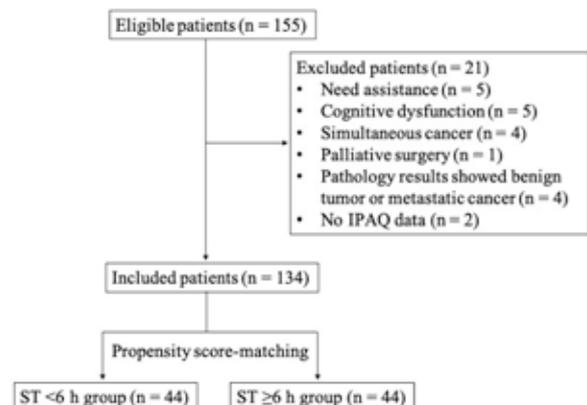


Figure 1. Flow diagram of patients

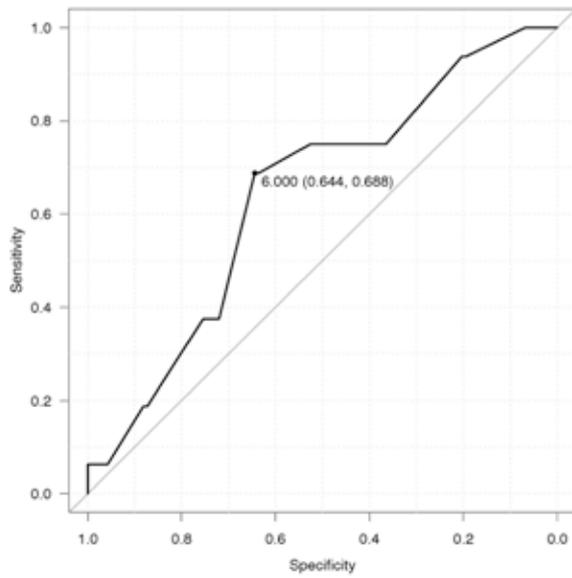


Figure 2. ROC curve to predict POI using preoperative ST. Area under the curve was 0.641 (95% CI: 0.502-0.780).

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

HER2陽性乳癌の画像診断

総合上飯田第一病院 乳腺外科
窪田智行、雄谷純子、菅沼翔子

HER2陽性乳癌は悪性度の高い乳癌であるが、抗HER2治療薬の出現により予後が改善が期待される。検診によりHER2陽性乳癌をいち早く診断し治療を行えば、予後が改善される事が予想されるため、HER2陽性乳癌の発見契機での特徴について検討した。

<方法>

2010年1月より2021年12月に当科で手術を行った原発性乳癌1554例中、HER2陽性乳癌143例(HER2 type(H) 78例、ルミナルHER2(LH) type 65例)を対象に、発見契機で検診群(他検査で偶然指摘された症例も検診群とした)、自覚群に分けて検討した。

<結果>

HER2陽性乳癌は49例が検診群(H27例、LH22例)、94例(H51例、LH43例)が自覚群であり、DCIS、ルミナルA(LA)より有意に自覚群が多かった。検診群の主要検査は、MMGが33例(67.3%)、USが5例、その他が10例。詳細不明が1例でした(偶発例を除く)。自覚群ではしこり自覚が77例、血性乳汁分泌が3例、その他(乳房痛・違和感、乳頭皮膚の陥凹、腋窩痛、腋窩腫瘍)が14例であった。MMG所見では、LH群の23.8%、H群の50.6%が石灰化が主所見となっており、LA:12.9%、ルミナルB(LB):12.5%、トリプルネガティブ(TN):9.2%と比較して多かった。US所見では腫瘍(LH:66.1%、H:67.6%)、低エコー(LH:27.4%、H:28.2%)、所見なし(LH:3.2%、H:4.2%)があり、他のサブタイプと傾向の違いはなかった。病期は0期がLH:10.8%、H:12.9%あり、他のサブタイプ(LA:4.0%、LB:2.7%、TN:4.1%)より有意に多かった。一方II期以上の進行癌は、LH:32.3%でLA:25.8%と同様の傾向であるが、H:51.9%とLB:47.3%、TN:48.3%と同様に悪性化の高い傾向が示された。また、組織型では、微小浸潤癌がLH:4.6%、H:7.7%と多く(LA:2.6%、LB:1.4%、TN:2.0%)、MMGの石灰化で見つけても早期に浸潤傾向を示すことが示唆された。

<まとめ>

HER2陽性乳癌では、MMG所見として石灰化が伴うことが多く、そのため検診で早期癌の状態で見つかることも多いが、急速進行のためか進行例も多くみられた。

2023.6.29 ~ 7.1 (横浜)

乳腺石灰化診断における吸引式乳房組織生検を活用した地域ネットワークの構築

総合上飯田第一病院 乳腺外科
窪田智行、雄谷純子、菅沼翔子、太田尚正

マンモグラフィ(MMG)検診の普及により石灰化症例が多く見つかるが、確定診断には組織生検が必須であり、全ての精査施設に石灰化診断のための吸引式乳房組織生検(VAB)があるわけではない。また、VABを導入しても1施設あたりの適応症例がそれほど多いわけでもなく採算性に見合う検査ではない。当院で行なっているVABを通じて周辺施設とのネットワーク作りを、過去17年間の結果を交えて報告する。

2006年より2022年までの17年間に於いて当院では石灰化を対象にVAB 2481例施行し、その中で他院よりの紹介は1922例(77.5%)であった。

当院のVAB紹介システムは、紹介元からの連絡先を当院の予約センター窓口とし検査日を予約。紹介患者は検査当日一般採血データとMMGデータを持参し同日にVAB施行することで複数受診の手間を省いている。診断は乳腺病理診断専門施設で行い結果を紹介先へ郵送。紹介元で患者に結果の説明をすることにより、紹介元の医師と患者の関係性を保ったまま治療に向かえるようにしている。

従来の、紹介元より高次医療機関に患者を移籍するのではなく、セカンドオピニオンと同様に検査のみを行い紹介元に帰る事で、気軽にVABを行ってもらえるように工夫している。

尚、当院では以上の考え方を基に化学療法における頭部冷却療法も受け入れている。こちらも紹介元が治療方針を決めた上で、化学療法期間のみ当院で頭部冷却療法を併用した化学療法を行い、終了後は紹介元での通院を継続しています。

化学療法を受ける乳癌患者の頭部冷却療法に関する意思決定と満足度

前田純¹⁾、窪田智行²⁾、雄谷純子²⁾

1) 総合上飯田第一病院 看護部
2) 総合上飯田第一病院 乳腺外科

[はじめに]

当院では化学療法を受ける乳癌患者の脱毛対策に頭部冷却療法を導入している。今回、頭部冷却療法を希望した乳癌患者の意思決定や満足度の実態を調査し今後の課題を検討した。

[方法と結果]

2021年4月～2023年5月に頭部冷却療法を終えた乳癌患者26名を対象にアンケート調査を実施し、23名の回答(回収率88.4%)を得た。ウィッグ使用は、有りが16名(69.5%)、無しが7名(30.4%)であった。治療後ウィッグ使用期間は、治療中のみ使用は2名(12.5%)、3ヶ月未満は4名(25.0%)、3-6ヶ月未満は4名(25.0%)、6-12ヶ月未満は6名(37.0%)であった。頭部冷却療法選択の一番の理由は「頭皮への影響を最小限にし、頭髪の回復を得たい」(43.4%)であり、次いで「髪が抜けることの恐怖」(26.0%)であった。患者自身が評価する脱毛の程度は平均値は63.0%、頭部冷却療法選択の満足度は76.9%であった。平均値より脱毛が少ないA群(11名)と多いB群(12名)と比較し、ウィッグ使用率はそれぞれ54.5%、83.8%であった。治療後ウィッグ使用期間は、A群では3ヶ月未満、B群では6-12ヶ月未満が多かった。A群とB群の頭部冷却療法選択の満足度は、それぞれ82.7%、71.6%であった。A群にはないB群の意見は「思っていたより脱毛した」「比較できないからわからない」であった。

[考察]

ウィッグ使用率は約7割であり、全例治療後1年未満にウィッグの使用を終えており頭部冷却療法の効果は得られていた。約4割の患者が頭部冷却療法の効果が一番の決め手に選択しており、脱毛が多い患者はウィッグ使用率が高く、使用期間も長く、頭部冷却選択の満足度が低くなることがわかった。頭部冷却療法は100%の脱毛は避けられても、脱毛はあり、程度には個人差がある。頭部冷却療法の効果の正しい理解を促す治療選択支援が重要と思われる。

第20回 乳癌学会中部地方会 山梨 2023年9月2日～3日

骨粗鬆症性脊椎骨折に対する早期balloon kyphoplasty手術

key words

osteoporotic vertebral fracture, BKP, balloon kyphoplasty, acute, early, urgent surgery

飛田 哲朗

総合上飯田第一病院 整形外科

Kamiida Daiichi General Hospital, Department of Orthopaedic Surgery

[背景]

高齢社会を迎えたわが国の医療において骨粗鬆症性椎体骨折の治療は脊椎外科および一般整形外科における最大の課題の一つである。疼痛コントロール、リハビリテーション、外固定等の保存治療が治療の基本である。2011年に保存治療が有効ではない症例に対するballoon kyphoplasty(BKP)の適応が認められ、以後BKP実施症例が増加している。本骨折は強い疼痛をとまなう症例があり、高齢者のADL・QOLを大きく低下させる。入院期間は長期化し、介護の人的コストを多く消費し、社会資源に於ける負担は大きい。近年、受傷早期の椎体骨折に対するBKP手術の報告が散見され、早期のADL回復が期待される。しかしながらその治療成績・合併症には不明点が多い。

[対象と方法]

2021年12月から2022年12月にかけて当院にて骨粗鬆症性脊椎骨折に対してBKP手術を行った82例を対象とした。脊椎腫瘍、再手術例を除外した。術前及び、術後3ヶ月時点での患者背景、合併症、隣接椎体骨折、骨粗鬆症治療を評価した。受傷後1ヶ月以内の早期手術を行った症例を早期群、他を待機群として比較検討した。統計学的検討として、有意水準を5%未満とし、χ²乗検定、T検定、年齢・性別・BMIで調整した多変量解析を行った。

PETLIFを用いた全内視鏡下腰椎椎体間固定術の初期経験

key words
PETLIF, full endoscopic spinal surgery

飛田 哲朗
総合上飯田第一病院 整形外科
Kamiida Daiichi General Hospital, Department of Orthopaedic Surgery

【背景】

脊椎内視鏡技術の進歩とともに、低侵襲椎体間固定術が注目されている。当院では2022年より全内視鏡を用いた腰椎椎体間固定術を導入したので、初期症例を報告する。

【対象と方法】

2022年12月から2023年5月にかけて当院にて腰椎変性疾患に対して全内視鏡下腰椎椎体間固定術を実施した4例5椎間を対象とした。全例でPETLIF (percutaneous endoscopic transforaminal lumbar interbody fusion) システム、経皮的椎弓根スクリュー、3Dポータスケージを用いた (Pisces, Vusion Ti 3D, 日本MDM, 東京)。女性3例、男性1例、平均年齢72±8才。疾患は変性すべり症(1椎間)、3例、変性側弯症(2椎間)、1例。全例で固定椎間は開接除圧のみとした。術前術中併症の検討及び、術前後のX-R及びCTを用いた画像評価を行った。

【結果】

隣接椎間の除圧操作を実施した1例を除いて、1椎間あたりの手術時間156±25分、術中出血量135±45ml、推定出血量(術翌日)223±152mlだった。術前前弯角は術前8±9度、術後12±11度。腰椎前弯角は術前35±13度、術後41±13度。変性すべり症の3例においては、%Slipは術前20±11%、術後5.0±4.6%。4例中2例において、一時的な復入側の神経症状を認めた。感染、再手術はなかった。3ヶ月経過観察を行った2例中2例に骨癒合を認めた。全例で症状の改善を認めた。

【結論】

腰椎椎体間固定術の導入初期の短期間の成績は、安全かつ良好な経過であった。

性的接触以外の経路で感染し、Jarisch-Herxheimer反応を契機に梅毒の診断に至った糖尿病患者の一例

古川睦子¹⁾、山本由紀子¹⁾、行復浩平²⁾、桔梗谷学²⁾

1) 社会医療法人愛生会総合上飯田第一病院 糖尿病内科
2) 社会医療法人愛生会総合上飯田第一病院 総合診療科

【症例】

63歳男性

【主訴】

口渴、多飲、多尿、全身倦怠感

【既往症】

40歳・高血圧症、50歳・2型糖尿病

【職業】

建設業

【嗜好】

アルコール・タバコ(-)

【現病歴】

近区より血糖コントロールの急激な悪化にて紹介。紹介6週前に陰茎部に炎症あり近区泌尿器科受診し外用薬で治癒。配偶者含め性的接触は直近5年以上なし。

【初診時現症】

血圧116/71mmHg、身長162cm、体重65.3kg、体温36.8度、PB5559mg/dL、HbA1c(NGSP)14.9%、肝・腎機能異常なし、CRP9.08mg/dLと高値あるも胸腹部CT、股所見異常なし。入院困難で外来インスリン導入、10日後再診時CRP5.45mg/dLと高値持続。プロカラルシトニン1.32ng/mL陽性。尿蛋白増加、低Alb血症、下腿浮腫出現、左眼底網膜出血、飛蚊症出現。胸腹部CT再検にて腹腔内脂肪腫リンパ節の腫大出現。腸間膜脂肪炎を疑いAMPC750mg/日経口投与開始した直後に悪寒、戦慄、頭痛、全身倦怠感増強あり、Jarisch-Herxheimer反応を疑い検査施行したところTHPA定量630倍、RPR定量28.0倍と高値あり梅毒の診断に至った。その後詳細な病歴聴取にて、工事現場の簡易共用トイレ便器への陰部の接触で感染したものと考えられた。

【考察】

梅毒感染を機に血糖コントロール悪化した症例を経験した。梅毒の症状は糖尿病慢性合併症に類似する症状が多彩である。近年梅毒感染者が急増し非性的接触による感染も起こり得る状況であり、鑑別診断の上で念頭に置く必要がある。

第251回 日本内科学会東海地方会 愛知 2023.10.15

「てんかん」概念は拡張されるべきか? -1: 「非発作性てんかん関連性障害」の提案 (Should the 'epilepsy' concept be expanded? : A proposal for 'non-paroxysmal epilepsy-related disorder'.)

鶴岡克行
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

【目的】

てんかんは、「種々の病因による脳神経細胞の過剰な発射に由来する反復性の発作を主徴とする慢性脳疾患(WHO, 1975)」。あるいは「脳神経細胞の過剰な活動に起因する発作を生じさせる持続的な病態・脳障害(ILAE, 2005)」と定義されている。さらにILAE(2015)は、「てんかんの実用的定義」として、①間隔を空けて2回以上の(てんかん)発作が生じる、②1回の発作が生じ、その再発リスクが高いと判断される、③「てんかん症候群」と診断できる、この3つの場合に「てんかん」と診断する、としている。つまり、疾患単位として確立された「てんかん症候群」に該当しない限り、てんかんの診断には発作の確認が必須となっている。

しかし近年、発作は確認されないが、脳神経細胞の過剰な放電により臨床症状が生じて、日常生活に支障が生じる、いわゆる「てんかん関連性の病態」が、少なくとも2種類は存在することが指摘されている。この2種類の病態を筆者らは、それぞれ「一過性てんかん性健忘複合症候群(TEACS)」、「アルツハイマー病類似てんかん性認知障害(ECT-A)」と呼んでいる。

【方法】

筆者の物忘れ外来で経験したTEACSおよびECT-Aの症例を提示する。患者・家族の同意、当院倫理委員会の承認を得た。匿名性に配慮した。

【結果】

文字数制限のため症例は学会場にて提示する(両病態は英語文で発刊済み)。

【考察】

継続的な「脳神経細胞の過剰な放電」が、たとえ発作に至らなくても、臨床症状を引き起こすことが確実であるならば、いわば「非発作性(あるいは、発作間歇的)のてんかん関連性病態」とも言うべき疾患を、新たに概念化するべきではなからうか? (たとえば、「非発作性てんかん関連性障害」) この新しい概念は、従来の「てんかん」とは異なり、発作に至らない(非発作性)の神経細胞の異常放電に起因する病態・疾患を意味する。

「てんかん概念は拡張されるべきか? -1」に続き、「てんかん概念は拡張されるべきか? -2」の演題でも症例提示・考察したい。

第56回 日本てんかん学会 東京 2023年10月20日

「てんかん」概念は拡張されるべきか? -2: 「中枢神経細胞放電障害」の提案 (Should the 'epilepsy' concept be expanded? : A proposal for 'central neuronal discharge disorder'.)

鶴岡克行
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

【目的】

てんかんは、「種々の病因による脳神経細胞の過剰な発射に由来する反復性の発作を主徴とする慢性脳疾患(WHO, 1975)」。あるいは「脳神経細胞の過剰な活動に起因する発作を生じさせる持続的な病態・脳障害(ILAE, 2005)」と定義されている。さらにILAE(2015)は、「てんかんの実用的定義」として、①間隔を空けて2回以上の(てんかん)発作が生じる、②1回の発作が生じ、その再発リスクが高いと判断される、③「てんかん症候群」と診断できる、この3つの場合に「てんかん」と診断する、としている。つまり、疾患単位として確立された「てんかん症候群」に該当しない限り、てんかんの診断には発作の確認が必須となっている。

しかし近年、発作は確認されないが、脳神経細胞の過剰な放電により臨床症状が生じて、日常生活に支障が生じる、いわゆる「てんかん関連性の病態」が、少なくとも2種類は存在することが指摘されている。この2種類の病態を筆者らは、それぞれ「一過性てんかん性健忘複合症候群(TEACS)」、「アルツハイマー病類似てんかん性認知障害(ECT-A)」と呼んでいる。

【方法】

筆者の物忘れ外来で経験したTEACSおよびECT-Aの症例を提示する。患者・家族の同意、当院倫理委員会の承認を得た。匿名性に配慮した。

【結果】

文字数制限のため症例は学会場にて提示する(両病態は英語文で発刊済み)。

【考察】

歴史的な「脳神経細胞の過剰な放電」が、たとえ発作に至らなくても、臨床症状を引き起こすことが確実であるならば、いわば「非発作性（あるいは、発作間歇時）のてんかん関連性病態」とも言うべき疾患を含めての「てんかん」概念の拡張が必要ではなからうか？（たとえば、「中枢神経細胞放電障害」）

この新しい概念は、従来の「てんかん」と、非発作性かつ神経細胞異常放電に起因する病態・疾患を含む概念である。

また、いわゆる「大脳局在論」に基づく臨床症状の整理も試みたい。

第56回 日本てんかん学会 東京 2023年10月21日（土）

一過性てんかん性健忘（TEA発作）：臨床的分類の試み (A clinical classification of amnesia attacks in patients with transient epileptic amnesia)

龍崎克行¹⁾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精神医学分野

【目的】

一過性てんかん性健忘 (Transient epileptic amnesia; TEA) は、一過性の健忘発作を主症状とする内側頭葉てんかんの特殊型である。TEAには特徴的な二つの慢性的な記憶障害が発作間欠期に高率に合併する。その一つは Accelerated long-term forgetting (ALF: 加速的長期健忘) であり、もう一つは Autobiographical amnesia (AbA: 自伝的健忘) である。本稿では自験症例を提示しつつ、これまでに報告されたTEA症例の臨床的特徴、特にTEA発作について論じる。

【方法】

演者の「物忘れ専門外来」で経験したTEAの2症例でのTEA発作の内容・特徴を検討する。さらに、TEA発作の具体的な記載のある文献を調査して、それらの特徴を調べる。なお、両患者・家族から、学会報告と論文の同意を得ている。また、当院（総合上飯田第一病院）の倫理委員会から、症例報告および調査検討の承認を得ている。

【結果】

臨床的特徴に基づき、TEA発作を4種類の亜型に分類できた。すなわち、(1) pure amnesia type, (2) topographical amnesia type, (3) date/time amnesia type, (4) family/home amnesia type, である。

【考察】

(1)の発作では、患者は突然その数分から数時間前にかけての記憶が無いことに気が付く、その間の患者の行動は正常で、運転やピアノ演奏などの複雑な作業もできる。周囲の人間は誰も患者の発作に気が付かない。(2)は、突然に慣れ親しんだはずの場所の風景や目的地までの道順が分からなくなる発作である（場所の失見当）。一般的には、topographical amnesia は急性脳梗塞や脳出血後の後遺症での慢性的な症状のことをいうが、TEAの場合は一過性である。(3)は、突然に季節や日時が分からなくなる発作である（時間の失見当）。(4)は、突然に家族や自宅が分からなくなる（見知らぬ人や家になる）発作である（人物の失見当）。(1)の発作中には患者も（周囲の人も）自分の異常には気が付かないが、(2) (3) (4)の発作中には患者は自分の異常に気が付くため、患者は混乱して周囲の人に質問を繰り返すことが多い。

第119回 日本精神神経学会 横浜 令和5年6月23日

Pure autonomic failureで発症した約16年後に 認知機能低下を呈したレビー小体型認知症 (A case of dementia with Lewy bodies diagnosed about sixteen years after the onset of pure autonomic failure)

佐藤寛敏¹⁾、龍崎克行²⁾³⁾

- 1) 総合上飯田第一病院 臨床研修医
- 2) 総合上飯田第一病院 老年精神科
- 3) 名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野

【目的】

レビー小体型認知症 (DLB) の前駆症状に着目した早期診断・治療の重要性が認識されている。レム睡眠行動障害 (RBD) や視覚障害以外の前駆症状の確立が望まれる。

【方法】

失神にて発症したDLBの1例を経験したので、その臨床経過と診療上の

懸念点を明らかにし、文献的な考察を行うとともに、前駆症状としての有用性についても検討する。患者および当院倫理委員会から学会報告の同意・承認を得た。

【結果】

症例提示：70歳の男性。X-20年、かかりつけ医で心房細動 (Af) が見つけられ治療が開始された。X-16年某日、入浴後に突然意識を失って転倒した。その後も時々同様のことが起きたが、いつも直ぐに意識は回復するため、かかりつけ医からの指示は特になかった。X-10年、失神の頻度が増えたため、A病院・循環器内科を受診した。冠動脈の石灰化が指摘されたが経過観察となった。X-6年、A病院・脳神経内科を受診して「糖尿病 (DM) 性自律神経障害による起立性低血圧」と診断された。更に失神発作の頻度が増えたため、X-3年、再びA病院の脳神経内科と循環器内科を受診したが同様の診断であり、ループ式心電計の植え込み術が実施された。その後、2回のカテーテルアブレーションが施行された。それでもなお失神が継続したため、X-2年、A病院・脳神経内科を再々受診したところ、DAT-SPECTとMIBG心筋シンチが実施され、いずれも集積低下を認めた。Pure autonomic failure (PAF) の診断で、薬物療法が実施された。X年、RBDや幻視のため当科に紹介された。

【考察】

16年近く失神に悩まされたPAF with Lewy bodiesの症例である。AfとDMの既往があり、初めは「DM性自律神経障害による失神」とされ、途中からは「心房細動・徐脈性不整脈による失神」の可能性も疑われ、ループ式心電計の植え込み術やカテーテルアブレーションが実施されたと推測される。この症例から得られる教訓やレビー病理の進展過程などを含めて考察する。

第119回 日本精神神経学会 横浜 令和5年6月24日

A patient who had suffered from syncope for over sixteen years due to pure autonomic failure with Lewy bodies and focal impaired awareness seizures

龍崎克行¹⁾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精神医学分野

【背景】

In 1980, Kenji Kosaka proposed the concept of "Lewy body disease", based on research into twenty autopsied cases. This concept subsequently became well known worldwide, and it is now recognized to include at least four clinical subtypes; dementia with Lewy bodies (DLB), Parkinson's disease, Parkinson's disease dementia, and pure autonomic failure (PAF) with Lewy bodies.

【方法】

A case of DLB with syncope, which was followed up under various diagnoses, including orthostatic hypotension, diabetes mellitus-induced autonomic neuropathy, bradycardia associated with atrial fibrillation, and finally PAF with Lewy bodies, for more than sixteen years is presented. The study was approved by the Ethics Committee of Kamiida Daiichi General Hospital.

【結果】

内容の詳細は、文字数制限のため、会場で発表したい。

【考察】

I consider that it was possible that Lewy pathology affected the distal axons of the postganglionic cardiac sympathetic nerve, resulting in the onset of syncope, and that it was almost certain that Lewy pathology had contributed to his syncope because the syncope occurred situation-dependently. On the other hand, several other clinical findings indicated that focal impaired awareness seizures also contributed to his syncope, as well as PAF with Lewy bodies. Furthermore, a potential "third course" of Lewy pathological progression are discussed based on the clinical findings obtained at my department in this case, as two courses have been postulated for the pathological progression of DLB. This "third course" of Lewy pathological progression may induce PAF with DLB (PAF-onset DLB).

第36回 日本総合病院精神医学会 仙台 令和5年11月17日

Transient epileptic amnesia-related symptoms may be prodromal symptoms of dementia with Lewy bodies: The third case report in the literature

鶴岡克行

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

抄録

【背景】

Transient epileptic amnesia (TEA) is a special type of mesial temporal lobe epilepsy, and patients with the condition often exhibit two other types of memory symptoms: accelerated long-term forgetting (ALF) and autobiographical amnesia (AbA). We have already presented two clinical cases in which the patients showed symptoms of ALF and/or AbA without suffering any type of epileptic seizure, including amnesia attacks. Based on these cases, we proposed a new clinical entity, which we named "transient epileptic amnesia complex syndrome (TEACS)". Furthermore, we also reported that both cases of TEACS were probably complicated with very early stage (the preclinical or prodromal stage) DLB.

【方法】

I present a third case in which a patient with TEA was complicated with early stage DLB. Also, a PubMed search using the search term "Lewy body" and ("epilepsy" or "epileptic") conducted.

【倫理的配慮】

The study was approved by the ethics committee of Kamiida Daiichi General Hospital (Nagoya, Japan).

【結果】【考察】

Only four cases in which DLB and epilepsy probably co-occurred and detailed clinical findings were described have been reported (including our two TEACS cases). The present case is the third case reported in the literature in which a patient with TEA/TEACS-related symptoms was complicated with early stage DLB. All of these cases were reported by us. In these three cases, the symptoms of TEA/TEACS preceded the apparent onset of DLB. Based on the three cases, including the two cases of TEACS mentioned above, I propose that TEA/TEACS-related symptoms may be prodromal symptoms of DLB.

第42回 日本認知症学会 奈良 2023年11月25日

Lewy pathology may cause late-onset epilepsy of unknown cause (LOEU)

鶴岡克行

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

抄録

【目的】

Transient epileptic amnesia (TEA) is a special type of mesial temporal lobe epilepsy, and patients with the condition almost always exhibit two other types of memory symptoms: accelerated long-term forgetting (ALF) and autobiographical amnesia (AbA). Dementia with Lewy bodies (DLB) is the second-most common form of neurodegenerative dementia, and its prodromal symptoms are clinically important.

【方法】

We present three clinical cases, in which the patients displayed TEA-related symptoms, such as amnesic seizures, ALF, and AbA, in addition to prodromal symptoms of DLB, in order to clarify the commonalities they shared.

【倫理的配慮】

The study was approved by the ethics committee of Kamiida Daiichi General Hospital (Nagoya, Japan).

【結果】【考察】

To the best of our knowledge, there are only three case reports about the co-occurrence of TEA-related symptoms and prodromal symptoms of DLB in the literature, and all of them were described by us. Based on these three cases, we propose the hypothesis that TEA-related symptoms are related to Lewy pathology, which affects the neurons in the amygdala in the very early stages of DLB.

We suggest that Lewy pathology may cause late-onset epilepsy of unknown cause and that TEA-related symptoms may be prodromal symptoms of DLB.

第42回 日本認知症学会 奈良 2023年11月25日

An essay on the pathogenesis of transient epileptic amnesia (TEA)

鶴岡克行

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

抄録

【目的】

TEA is a type of mesial temporal lobe epilepsy whose main symptom is amnesia attacks. The mechanisms of the attacks remain unclear.

【方法】

I present two hypotheses regarding the pathogenesis of TEA attacks based on my clinical experience and previously published studies.

【倫理的配慮】

The study was approved by the ethics committee.

【結果】【考察】

TEA attacks often occurred upon waking and lasted for minutes to hours. So, it is not always appropriate to assume an epileptic seizure is occurring throughout a TEA attack because it would mean that during the seizure the patient was in status epilepticus. We know TEA attacks sometimes occur during everyday activities. I hypothesize TEA attacks that arise during everyday activities, such as driving and playing the piano or golf, may be caused by "Todd's palsy of the mesial temporal lobes" that persists after a focal awareness seizure (FAS). I consider such TEA attacks are caused by FAS, and not focal impaired awareness seizures (FIAS), because if they were caused by FIAS it would be impossible for the patient to perform complex tasks as described above during the seizure. Another of my hypotheses will be presented at the Meeting.

第42回 日本認知症学会 奈良 2023年11月25日

当科もの忘れ外来における認知症看護認定看護師の役割と重要性

鶴岡克行¹⁾²⁾³⁾、松井千恵¹⁾³⁾⁴⁾、加藤貴代¹⁾³⁾⁴⁾、服部しほり¹⁾³⁾⁴⁾、松岡友絵²⁾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 認知症せん妄サポートチーム
- 4) 総合上飯田第一病院 看護部 (認知症看護認定看護師)
- 5) 総合上飯田第一病院 リハビリテーション科 (作業療法士・認知症予防専門士)

【背景】

当科もの忘れ外来は、週3日・9AMからの7時間枠の完全予約制で、医師1名・認知症看護認定看護師(認定Ns)は交代で1～2名・公認心理師1名の合計3～4名によって運営されている。医療機関での一般的な外来は、医師による診察・治療などが重要かつ大部分を占めており、外来看護師の仕事は、必要不可欠ではあるが、内容的には一人で複数の医師の診察準備・事務的作業・診療補助など、補助的であることが多い。しかし、当科外来の認定Nsの仕事は、医師一人に常時1～2名が専属で担当して、医師と同等か、あるいはケースによっては医師以上の重要性と専門性を有するものとなっている。

【方法】

当科の外来診療の実態を忠実に再現した再診症例を提示し、認定Nsが日々どのような役割を担っているかの具体例を示す。

【結果】【考察】

症例の具体的な詳細は、文字数制限のため会場で発表する。一般的には以下の如くである。患者・家族は、受付を済ませて外来に到着すると、認定Nsから血圧・脈拍・体温チェックの後に予約検査の説明を受け、血液・尿検査、生理検査、画像検査などが実施される。外来待合室に戻った後には、患者が臨床心理士から認知機能検査や精神療法を受けている間に、家族は認定Nsから予診(前回受診後の状態変化や生活上の問題・他科の服薬変更の有無・服薬状況・介護サービス状況など)を受ける。認定Nsは、それらを電子カルテに記載する。のと同時並行で、医師が現在診察中の別患者の

表情や言動などを電子カルテに記載する（医師は患者の精神療法を実施しつつ要点のみを記載しながらも、主には実施済みの検査データの確認・電子カルテ画面と読めっこをしながら）。と同時に、認定Nsは他部署（他科・検査科・放射線科・薬局・医療相談室・予約センター・医事課など）からの問い合わせに対応し、・・・認定Nsの役割の重要性等、会場にて報告する。

【倫理的配慮】

当院倫理委員会の承認を得た。

第12回 日本認知症予防学会 新潟 令和5年9月16日

認知症看護認定看護師が物忘れ外来で求められる役割とその実践

松井千恵¹⁾²⁾³⁾、加藤貴代¹⁾²⁾³⁾、服部しほり¹⁾²⁾³⁾、鶴岡克行¹⁾³⁾

- 1 総合上飯田第一病院 老年精神科
- 2 総合上飯田第一病院 看護部（認知症看護認定看護師）
- 3 総合上飯田第一病院 認知症せん妄サポートチーム

【背景】

当科・もの忘れ外来は、週3日・午前9時から午後4時までの完全予約制で、医師1名と認知症看護認定看護師（認定看護師）3名が交代制で1名、臨床心理士兼公認心理師1名の合計3名によって運営されている。

【方法】

当科外来での多くの事例を元に、なるべく忠実に再現したフィクション症例を提示し、認定看護師がどのような役割を担っているかを報告し、その意義を考察する。

【結果・考察】

フィクション症例の具体的な詳細は、文字数制限のため会場で発表したい。医師の診察前に患者は一般な身体的チェック（血圧・脈拍・体温）や指定の予約検査（血液・尿検査、生理検査、画像検査など）を受ける。その後、患者が臨床心理士から認知機能検査や精神療法を受けている間に、家族は認定看護師から予診（前回受診後の状態変化や生活上の問題・他科の服薬変更の有無・服薬状況・介護サービス状況など）を受ける。この間数名の患者を同時に同様な流れを行っている。認定看護師は、診察前の予診や診察時に本人や家族が抱える悩みなどを確認し、解決に向けその場でアドバイスする。また必要に応じて他部署（他科・検査科・放射線科・薬剤部など）のスタッフや医療相談室の医療ソーシャルワーカー・看護師などと協力し、かかりつけ医など地域の医療や福祉関係者とも連携し対応する。

超高齢社会となり、患者・家族の家族背景や援助ニーズは複雑となり多様化している。昨今インターネットの普及もあり、多くの情報が得られるものの、介護サービスも多様化したことで「どこに相談してよいのか分からない」「いろいろな不安で困っている」など、患者や家族が抱える問題は複雑で、個別性が求められる。限られた診察時間の中で患者や家族が抱えている漠然としている問題を速やかに見極め、適切なサービスや援助者につなげられることが重要であるため、多角的な医療や福祉の情報把握している認定看護師の介入が求められている。

発表

第36回 日本総合病院精神医学学会総会
仙台 2023(令和5)年11月18日

引用・参考文献

- 1) 奥野茂代：認知症の人に関わる保健・医療・福祉制度から地域包括ケアに至る流れ、中島紀恵子（編）：認知症の人々の看護、医歯薬出版、東京、39-64、2018。
- 2) 中島紀恵子：認知症ケアにおける連携システムづくり、中島紀恵子（編）：認知症の人々の看護、医歯薬出版、東京、188-199、2018。
- 3) 日本看護協会：令和3年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業「地域包括ケア推進のための外来における看護職の役割把握調査事業」報告書、2022年3月

Association between the Presence of the Parasagittal Cyst-like Structure and Mini-mental State Examination Score

Toshio Ohashi¹⁾, Ryo Yamamoto¹⁾, Shinji Naganawa²⁾, Katsuyuki Ukai³⁾

- 1) Department of Radiology, Kamiida Daiichi General Hospital
- 2) Department of Radiology, Nagoya University Graduate School of Medicine
- 3) Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital

Abstract

Summary

The relationship between the presence of parasagittal cyst-like structure (CLS) and score of mini-mental state examination (MMSE) was investigated. The group with the CLS showed significant lower MMSE scores than the group without the CLS.

Background

A cyst-like structure (CLS) in the subarachnoid space near the superior sagittal sinus has been reported in magnetic resonance imaging (MRI) studies. It has been hypothesized that the CLS might result from stenosis or impairment of waste clearance pathway in the brain. However, there are no reports examining the relationship between the presence of CLS and cognitive function. In the present study, we investigated the association between presence of CLS and mini-mental state examination (MMSE) scores.

Method

We retrospectively analyzed the patients who underwent head plain-MRI, including whole-brain MR cisternography, for dementia screening. We excluded the patients with significant motion, hemorrhagic lesions (including microbleeds), and narrow subarachnoid space in high convexity. In patients' age and MMSE scores, differences between the group with and without CLS were examined. Correlations between patients' age and MMSE scores were examined separately for the group with and without CLS. Multivariate logistic regression analysis was performed; the outcome was defined based on whether the MMSE score was higher or lower or equal to its median; the explanatory variables were presence or absence of cysts, patients' age, and patients' gender. We defined 5% as a threshold for statistical significance in the present study.

Result

Out of 207 cases, 95 were excluded and 112 cases were included for the analysis. The patients' age ranged from 66 to 94 years, with a median age of 83 years. There were 28 males and 84 females. MMSE scores ranged from 6 to 30, with a median of 24. CLS were detected in 57 out of 112 patients. There was no significant difference in patients' age between the groups with and without CLS ($P = 0.06$). The group with CLS showed significantly lower MMSE scores compared to the group without CLS ($P < 0.001$). In the group with CLS, there was no significant correlation between patients' age and MMSE score (Spearman's rank correlation coefficient (Rs) = -0.178 , $P = 0.185$), whereas a significant negative correlation was observed in the group without CLS (Rs = -0.347 , $P = 0.001$). The presence of CLS was determined as an independent predictor for the lower MMSE score (odds ratio = 13.9 , 95% confidence interval = $5.34 - 36.1$, $P < 0.001$).

Conclusion

The presence or absence of the CLS showed significant association with MMSE.

The 51st Annual Meeting of the Japanese Society for Magnetic Resonance in Medicine: Karuizawa, Japan; Sep. 24, 2023

高齢者の自宅の安全評価に活用したICTの使用感—ウェアラブルカメラとスマートフォンカメラの比較— The feeling with ICT in home safety assessment for elderly people – Comparison between wearable and smartphone cameras –

林咲子¹⁾、長谷川文²⁾、玉木聡¹⁾、木全千佳¹⁾、松岡友給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
- 2) 名古屋女子大学 医療科学部 作業療法科

Key words :

転倒、環境整備、ICT

【はじめに】

近年、健康・医療・介護分野におけるICT（情報通信技術）活用が推進されている。高齢者の転倒予防のためには運動や教育に加え、自宅の評価と整備が有効であることが報告されている。また、運動はオンライン運動プログラムの効果が報告されている。今回、自宅の評価と整備という環境的側面においてもICT活用の可能性を探索するために、遠隔から高齢者の自宅を2種類のカメラを使用して評価した。本報告の目的は、専門職が高齢者の自宅の安全評価をする際に、ウェアラブルカメラを使用した場合と、スマートフォンのカメラを使用した場合における使用感について検討することである。

【方法】

病院勤務の作業療法士(OT)5名が、高齢者の自宅を評価した。高齢者は自宅内を動き、家族がその様子を2種類のカメラを使用して各々動画撮影した。2種類のカメラは、頭部装着タイプのウェアラブルカメラと、スマートフォンのカメラであった。各々の動画の共有方法は、家族のスマートフォンでWeb会議システムZoomを活用し、両カメラで撮影した動画を、遠隔から評価しているOTと共有した。通信環境は、高齢者宅はモバイルデータ通信、OT宅はWi-Fiであった。評価後、OTは2種類のカメラの使用感についてアンケートに回答した。アンケート内容は、ウェアラブルカメラとスマートフォンカメラの7つの機能を比較したものであった。7つの機能は、①画質、②手振れ、③水平維持、④広角、⑤人と物の距離、⑥音質、⑦接続のための手続きであった。回答方法は、情報収集のために役立つと感じる機能であれば該当カメラにチェックし、特にその機能が優れていなくても情報収集できたなら「特に差なし」にチェックする方法とした。また、家族も動画撮影した感想について5件法アンケート(1:まったくそう思わない~5:とてもそう思う)に回答した。なお、倫理的事項を遵守し、OT5名と家族に対して本報告の趣旨を説明し同意を得た。また、COIはない。

【結果】

7つの機能において、OT5名中3名以上が選択したカメラあるいは「特に差なし」は以下の通りである。①画質は「特に差なし」、②手振れは該当なし、③水平維持は「特に差なし」、④広角は「ウェアラブルカメラ」、⑤人と物の距離は「特に差なし」、⑥音質は「特に差なし」、⑦接続のための手続きは「スマートフォンカメラ」であった。また、家族が回答したアンケート結果は、例えば、撮影の負担感には「4:ややそう思う」、遠隔からの評価への抵抗感には「4:ややそう思う」、今後も撮影しようと思うには「3:どちらともいえない」であった。接続のための手続きの手間やICT使用の不慣れ感についても感想を述べ、手軽に実施可能になることへの期待感も述べた。また、2種類のカメラを使用した感想として、スマートフォンカメラの方が、使いやすく、接続しやすく、今後使用する可能性の高いと回答した。

【考察】

本結果から、2種類のカメラ機能による情報収集への影響は少ないことが考えられる。また、評価者側の不慣れ感や手続きの不手際によって、家族に負担感を与えた可能性がある。今後、遠隔から評価する際の手続き方法について整理し、事前に練習する等の準備方法についても検討していく必要がある。

第57回日本作業療法学会 沖縄 2023.11.11

CSM術後に重度C5麻痺を併発し、ADLの改善に難渋した事例

金尾洋世¹⁾、玉木聡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

Key words :

頸椎症、C5麻痺、ADL訓練

【序論・目的】

CSM(頸椎症性脊髄症)は上肢筋力の低下や痺害を認めることが多く、様々なADL障害を引き起こすとされる。また、C5麻痺を併発すると更なるADL障害を引き起こしてしまうことが多い。今回、我々はCSM術後に重度C5麻痺を呈した事例に対し、機能訓練よりもADL訓練に重点を置きADLの改善を得られた事例を経験したので報告する。

【方法】

事例は80代女性。診断名はCSM。他院でCSMに対する手術を行い、術後2日目でC5麻痺を生じ、術後18日目で当院転院となった。術前のADLは自立していた。OTでは、ADL評価としてFIMを行った。

【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、報告の同意を得た。

【結果】

転院時のFIMは78/126点であり、トイレ動作は左側の下衣引き上げが困難のためFIM1点、下衣更衣は2点、上衣更衣は左袖の管理と背部操作に介助を要し2点であった。事例は早期のトイレ動作・更衣動作自立の希望があり、上肢機能訓練と並行しADL訓練を行い、左上肢の背部リーチ動作と肘屈曲動作の意識づけを行った。また、病棟スタッフにも介助方法を共有し、リハビリ以外の場面でもADL訓練を実施した。退院時の評価では、FIMが合計104点と改善を認めた。特に、トイレ動作・下衣更衣では、左手を使用した下衣操作が可能となり6点、上衣は前開き・被りとも背部操作が可能となり6点となった。

【考察】

山崎らは、動作学習過程では反復訓練が必須であり、訓練に対する動機づけが重要になっているとしている。本事例に対し、機能訓練よりも更衣やトイレ動作の自立の希望が強かったためADL訓練を中心に進めたことで、更衣・トイレ動作の自立に至ったと考えられる。これらにより、具体的な目標を設定し、反復訓練を行ったことでADLの改善が獲得できたと考えられた。

第31回愛知県作業療法学会 愛知 2023.6.11

大腸癌手術患者における6分間歩行距離の反応性とminimal clinically important differenceの検証

柳澤卓也¹⁾、立松典典²⁾、右高沙紀¹⁾、安田尚太郎¹⁾、杉浦英志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総合保健学専攻

【目的】

根治手術を実施した大腸癌患者において、手術前後の6分間歩行距離(6-minute walk distance: 6MWD)の反応性とminimal clinically important difference (MCID)をanchor-based approachを用いて検証すること。

【方法】

研究デザインは後方視的観察研究とした。対象は2016年10月から2022年1月までに根治手術を実施した大腸癌患者とした。除外基準は、1) 術前にて自立歩行困難であった者、2) 術前にて認知機能低下を認めた者、3) 重複がんの者、4) 緩和的手術・試験開腹術が施行された者、5) 病理検査結果にて原発癌が否定された者、6) 欠損値があった者とした。6MWDは術前と術後1週に計測し、6MWDの変化におけるEffect size (ES)とStandardized response mean (SRM)を算出し、6MWDの反応性を確認する。postoperative physical recovery (PPR)を術後1週、EuroQol-5D-5L (EQ-5D-5L)を術前と術後1週に評価し、PPRまたはEQ-5D-5Lの変化量(ΔEQ-5D-5L)と6MWDの変化量(Δ6MWD)との間の相関関係をSpearmanの順位相関係数を用いて調査した。さらに、Δ6MWDのMCIDを推定するために先行研究で報告された各アンカーのカットオフ値を参照してreceiver operating characteristic (ROC) curve分析を行った。統計解析にはEZR ver. 1.61を用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。

【結果】

対象者97例中、除外基準に該当した25例を除外した72例を解析対象とした。6MWDの変化におけるESとSRMはそれぞれ0.69と0.91であった。PPRまたはΔEQ-5D-5LとΔ6MWDの相関係数はそれぞれ $r = 0.472$ 、 $r = 0.590$ であった。ROC curve分析において、Δ6MWDのMCIDはアンカーがPPRの場合-60 m、アンカーがΔEQ-5D-5Lの場合-75 mであり、Area Under the Curve (AUC)はそれぞれ0.753、0.870であった。

【考察】

Cohenの基準によると本研究での6MWDの反応性はmoderateからlargeと良好であった。また、先行研究によるとアンカーの変化量とMCIDを推定する変数の相関係数は $r > 0.30$ であることが推奨されており、PPRまたはΔEQ-5D-5LとΔ6MWDとの相関係数はそれ以上に大きかった。さらに、ROC curve分析にて推定されたMCIDのAUCも大きかったことから、本研究で推定されたΔ6MWDのMCIDは信頼性が高いと考えられる。

【結論】

大腸癌手術患者において、術前から術後1週におけるΔ6MWDのMCIDは-75 mから-60 mであり、大腸癌患者に対する周術期リハビリテーションにおいて、有用な効果判定基準の1つとして利用できると考えられる。

【倫理的配慮、説明と同意】

本研究は社会医療法人愛生会総合上飯田第一病院倫理委員会の承認を受けて実施し、対象者には紙面を用いて説明し同意を得た。

第6回日本がん・リンパ浮腫理学療法学会 福岡 2023.10.14

安静度表を用いて病棟・リハビリ間で情報共有を図る

高田 結以¹⁾、清水 里佳子²⁾、伊藤 智紗¹⁾、石丸 友佳子²⁾、吉金 歩²⁾、長縄 幸平²⁾、桑田 佳紀²⁾

1) 上飯田リハビリテーション病院 リハビリテーション科
2) 上飯田リハビリテーション病院 看護部

【はじめに】

当院では、安静度・ADLを病棟とリハビリで情報共有するが、患者の担当者以外へ情報が伝わらず、週介助になることがあった。情報共有を促進しADL向上を図るために、安静度・ADLを確認できる安静度表を導入した。

【方法】

PT・OT・STが安静度表に安静度・できるADLを記入し、各患者の居室に貼り、訪室するスタッフが確認できるようにした。患者には安静度表の導入について口頭で同意を得た。導入から3ヶ月後にNs・CW・PT・OT・STに対して、利用状況や情報共有の課題点について無記名でアンケートを実施した。

【結果】

回収率は全体で68.8%だった。安静度表の活用は、Ns82.4%、CW100%、PT66.6%、OT87.5%、ST100%とCW・STは全員活用していると回答した。他職種とコミュニケーションを図るきっかけになったかについては、Ns82.3%、CW100%、PT66.6%、OT62.5%、ST0.0%とSTは全くないと回答した。Ns・CWは他チームの患者や関わりのない患者

などに活用している、患者に合わせたケアを提供できるという意見が挙がった。PT・OTはADL評価の意識付けができる、STはトイレ移乗など不安要素の時に利用できるため便利という意見があった。

【考察】

安静度表を活用して情報共有の促進、過介助を防ぐことでADL向上に繋がられた。今後は他職種とコミュニケーションを図れるように記載方法を見直す必要がある。引き続き、病棟・リハビリでの情報共有を積極的に図り、ADL向上に繋げていきたい。

リハビリテーション・ケア合同研究大会 広島 2023.10.26-10.27

コロナ禍における入浴カンファの必要性

高田 結以¹⁾、吾多 彩夏¹⁾、石黒 博弥¹⁾、伊藤 大哉¹⁾

1) 上飯田リハビリテーション病院 リハビリテーション科

【はじめに】

当院では、しているADLとできるADLの乖離を減らすために、Ns・CW(以下、病棟)、OT・PT(以下、リハ)で週1回入浴カンファを行い、入浴動作の注意事項や介助方法などについて情報共有を図っているが、実際に入浴場面にリハが介入することはコロナ感染対策にて困難だった。

【方法】

今回、(1)入浴カンファを行うことで入浴動作の介助量軽減に繋がったか、(2)入浴カンファにリハの参加は必要かについて、病棟・リハへ無記名でアンケートを実施した。

【結果】

回収率は全体で84%(Ns72%、CW100%、PT93%、OT92%)だった。(1)入浴動作の介助量軽減に繋がったかについては、Ns72%、CW80%、PT46%、OT67%と特にCWが改善したと回答した。(2)リハの参加については、Ns100%、CW100%、PT92%、OT75%と病棟は10割が必要と回答した。病棟は、リハの進捗状況が分かる、他チームの患者を入浴介助する際に現状や注意事項が参考になるなど肯定的な意見が多かった。リハは、実際に入浴場面に介入しなければ介助量の軽減に繋がらないなど一部問題提起が挙がった。

【考察】

リハは実際に入浴場面に介入していないため、している入浴動作が改善したか不明に感じているが、病棟は入浴カンファにリハが参加することで入浴動作の介助量軽減に繋がっていると肯定的に捉えている。今後は、実際に入浴場面にリハが介入し、病棟と共同して入浴動作の向上に繋がれるように進めていきたい。

リハビリテーション・ケア合同研究大会 広島 2023.10.26-10.27

入浴動作における情報共有の実態調査 ～入浴カンファレンスを通して～

西川 起代香¹⁾、池山 大樹¹⁾、川上 真暉¹⁾、浅野 初手¹⁾
原田 秀二¹⁾、桑田 佳紀¹⁾

1) 上飯田リハビリテーション病院 リハビリテーション科

【はじめに】

当院の回復期2階病棟では、令和4年度より患者の入浴の自立度向上を目的に、週1回、看護師、介護士、PT/OTが患者の入浴動作について情報共有を行う入浴カンファレンス(以下、入浴CF)を導入した。情報共有の実態調査を行うためアンケートを行い、入浴CFの必要性や問題点が明らかとなったため報告する。

【方法】

入浴CFでは、担当PT/OTが入浴動作の注意事項を記載する入浴CFシート(以下、シート)を活用している。導入した2ヶ月後、PT16名、OT12名に対してアンケート調査を行った。項目は、シートの必要性、評価・治療、情報共有の頻度や方法、伝達遅れの頻度や要因など全7項目で、導入前後での変化を回答してもらった。

【結果】

9割の人がシートは必要であると回答し、病棟への伝達方法は、口頭もしくはシートの活用75%であった。入浴動作を意識した介入の増加は過半数を占めたが、病棟との情報共有の伝達遅れについて、8割の人が「ある」と回答した。その要因は、時間的要因(57%)・コミュニケーション要因(29%)・入浴環境要因(14%)に分類された。アンケートの回収率は71%であった。

【考察】

今回、シートの活用を継続していく必要性が示唆されたが、約8割が伝達遅れを感じていた。今後は、入浴CF係が窓口となり、病棟への情報発信や各リハビリ担当へのフィードバックを行い、シートの確認を徹底する必要がある。

リハビリテーション・ケア合同研究大会 広島 2023.10.26-10.27

心胸郭比60%以上、血圧正常の維持血液透析における体組成所見

三浦 直人¹⁾、須崎 昂²⁾、水谷 友也³⁾、山本 彩乃³⁾、三宅 祥子⁴⁾、小林 倫江⁴⁾、武吉 紗有梨⁴⁾、澤田 里美⁴⁾、加藤 優¹⁾

- 1) 社会医療法人愛生会 上飯田クリニック 腎臓内科
- 2) 社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 臨床工学科
- 3) 社会医療法人愛生会 上飯田クリニック リハビリテーション科
- 4) 社会医療法人愛生会 上飯田クリニック 看護部

【背景】

HD患者の中に、虚血性心疾患により心胸郭比60%以上で高血圧を示さない症例が存在する。

【対象・方法】

当院通院中の3例、体組成計を用い、体水分量(TBW)、細胞外水分量(ECW)、細胞外水分量と体水分量の比(ECW/TBW)をHD後測定した。

【結果】

症例1,80歳女性、身長138.1cm、体重42kg、腎硬化症にて2017年5月HD導入。中等度AS、狭心症にて2019年3月PCI、HD前血圧109/45mmHg、心胸郭比63.6%、TBW 12.3L、ECW 7.6L、ECW/TBW 61%。症例2,72歳男性、身長162.4cm、体重57.8kg、DM性腎硬化症にて2017年5月HD導入。50歳時脳梗塞。2021年9月PCI後アテローム血栓性脳梗塞。HD前血圧107/65mmHg、心胸郭比62.2%、TBW 28.4L、ECW 13.8L、ECW/TBW 48%。症例3,68歳男性、身長164.7cm、体重63.5kg、原疾患不明、2012年7月HD導入。入院時狭心症にてステント留置、HIT症候群、前大脳脳腫、HD前血圧117/86mmHg、心胸郭比60.6%、TBW 32.1L、ECW 14.3L、ECW/TBW 44.2%。

【考察】

TBWでは水分過剰はなかった、筋肉量が低下しているせいでECW/TBWは高値を示した。経時的に体液測定と血圧、症状を参考に基礎体重調整してゆく必要があると思われる。

発表 第13回 日本腎臓リハビリテーション学会学術集会
さいたま市 大宮ソニックシティ(開催地) 2023.3.18

定期的な評価測定と他職種連携による 腎臓リハビリテーションの取り組み

山本 彩乃^{1,2)}、澤田 里美³⁾、武吉 紗有梨³⁾、小林 倫江³⁾、三宅 祥子³⁾、小川 隼人³⁾、須崎 昂⁴⁾、桑原 道生⁵⁾、三浦 直人⁶⁾

- 1) 上飯田クリニック リハビリテーション科
- 2) 上飯田クリニック 看護部
- 3) 総合上飯田第一病院 栄養科
- 4) 総合上飯田第一病院 臨床工学科
- 5) 総合上飯田第一病院 リハビリテーション科
- 6) 上飯田クリニック 腎臓内科

【はじめに】

近年、透析患者に対する腎臓リハビリテーション(以下リハビリ)が推奨されている。当院でも2016年より腎臓リハビリチームを発定、2019年からは理学療法士1名が常勤し、外来透析患者のADL向上に努めてきた。より多くの外来透析患者を対象としたいが、施設設備やヒューマンリソースの面で人数には制限が生じている。同年代の健常者と比べ筋力やADLの低下を招きやすいと言われている透析患者だが、その中でも対象者の抽出をどうするか、当院での方法を模索し検討したため報告する。

【方法】

体組成測定(seca mBCA 515使用)から水分量や骨格筋量などを、体力評価から身体機能や活動量などを測定し、評価指標とした。体組成評価は毎月、体力評価は3ヶ月に一度実施し、特別な事情を除いて全外来透析患者を対象とした。またカンファレンスにおいて他職種から透析時の臨床所見や社会的背景、患者本人の訴えなどの情報交換を行い、対応を検討した。結果をもとに理学療法士によるリハビリ介入や、看護師、MEによるサービシリハビリの提供、もしくは透析中の自主リハビリや在宅サービスの提案などを行った。

【結果】

客観的評価指標に併せて他職種で連携し情報共有をすることで、患者毎に適したリハビリ提供や、ADL低下の早期に介入を図ることができた。評価は定期かつ全患者を対象とすることで抜け漏れがないように対応することが可能であった。

発表 第13回 日本腎臓リハビリテーション学会学術集会
さいたま市 大宮ソニックシティ(開催地) 2023.3.19

高BCAA含有ゼリー摂取による パーキンソン病を有する維持透析患者の 栄養状態と体組成についての一例

小川 隼人¹⁾、水谷 友也²⁾、須崎 昂³⁾、山本 彩乃³⁾、澤田 里美⁴⁾、
武吉 紗有梨⁴⁾、小林 倫江⁴⁾、三宅 祥子⁴⁾、加藤 優⁵⁾、三浦 直人⁵⁾

- 1) 社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 栄養科
- 2) 社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 臨床工学科
- 3) 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
- 4) 社会医療法人愛生会 上飯田クリニック 看護部
- 5) 社会医療法人愛生会 上飯田クリニック 腎臓内科

【目的】

透析患者の高齢化に伴いフレイル・サルコペニアのような患者少なくない。併せてパーキンソン病を有し体組成計にて骨格筋量減少傾向にあった患者に対して、骨格筋量維持もしくは増加を目的として高BCAA含有ゼリー（以下ゼリーとする）を摂取した一例について報告する。

【対象】

72歳、女性。透析導入年数4年9カ月。突進歩行、小刻み歩行など転倒する機会が多くパーキンソン病を疑うような症状がみられた。透析中リハビリを実施するも体組成計にて骨格筋量減少傾向であったため、リハビリ後のゼリー摂取を開始した。

【経過】

ゼリー摂取後は徐々に骨格筋量増加し、ゼリー摂取より9カ月目に基準値内にまで改善した。入院により骨格筋量が大幅に減少したが、退院後にゼリーを再開したところ骨格筋量増加傾向であった。

【考察】

パーキンソン病を有する維持透析患者においても栄養・リハビリをうまく組み合わせることで骨格筋量を減少させない可能性が示唆された。そのため患者のADLを低下させず在宅での生活を継続し長期的に通院透析できるような身体づくりを行う必要があると考えられた。

発表 第13回 日本腎臓リハビリテーション学会学術集会
さいたま市 大宮ソニックシティ (開催地) 2023.3.19

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

季刊誌のご紹介

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。

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

医療は愛生会 検索



暮らしのサービス

訪問介護
高齢に介護が難しい介護が必要な方のために、介護サービスを提供いたします。

訪問入浴
高齢に介護が難しい介護が必要な方のために、お風呂掃除や入浴サービスを提供いたします。

訪問看護
高齢に介護が難しい介護が必要な方のために、看護サービスを提供いたします。

通所介護
高齢に介護が難しい介護が必要な方のために、通所介護サービスを提供いたします。

暮らしのサービス

24時間対応 呼吸吸引
高齢に介護が難しい介護が必要な方のために、24時間対応の呼吸吸引サービスを提供いたします。

新設！ 愛生複合型サービスセンター「暮らし」

2022年10月

（愛生複合型サービスセンター「暮らし」）
（愛生複合型サービスセンター「暮らし」）
（愛生複合型サービスセンター「暮らし」）

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1

TEL: 052-938-7871

頑張らない逸品レシビ

ぶりの照り焼き風

1人前 100g

材料：ぶり、醤油、酒、みりん、砂糖、塩、油

作り方：1. ぶりを洗って水気を拭き取る。2. ぶりに醤油、酒、みりん、砂糖、塩を混ぜた汁をかける。3. 油を熱し、ぶりを焼く。

検査の水フタミリーククリニック

検査の水フタミリーククリニック

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1

TEL: 052-938-7871

ストレッチ講座

ストレッチ講座

1. 肩甲骨のストレッチ
2. 背骨のストレッチ
3. 足首のストレッチ

INFORMATION

社会福祉法人愛生会
「くるみん」マークを取得しました!!

NEW FACE!!

大田 真正



道しるべ

VOL. 106
1948 1952

地域包括サポートセンター



愛生会

信続され愛される病院

- 一人一人「心」を大切にする医療提供体制を構築し実践します。
- 一人一人「命」の重さを認識し実践します。
- 一人一人「笑顔」を大切に、人々の心をつかいます。
- 一人一人「希望」を大切に実践する医療提供体制を構築します。

約会上野池第一病院

■ 総合診療科
■ 内科
■ 外科
■ 小児科
■ 産科
■ 皮膚科
■ 泌尿器科
■ 消化器科
■ 呼吸器科
■ 循環器科
■ 腫瘍科
■ 緩和ケア科
■ 救急科
■ 放射線科
■ 検査科
■ 薬剤科
■ 理学療法科
■ 作業療法科
■ 言語聴覚科
■ 歯科
■ 歯科口腔外科
■ 歯科小児科
■ 歯科矯正科
■ 歯科口腔外科
■ 歯科小児科
■ 歯科矯正科

上野池リハビリテーション病院

■ 脳神経リハビリテーション科
■ 脊髄神経リハビリテーション科
■ 小児発達障害リハビリテーション科
■ 小児脳神経リハビリテーション科
■ 小児発達障害リハビリテーション科
■ 小児脳神経リハビリテーション科

上野池アソシア

■ 老人看護科
■ 老人看護科
■ 老人看護科
■ 老人看護科
■ 老人看護科
■ 老人看護科

愛生会看護学校

■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科

愛生会看護専門学校

■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科

愛生会看護専門学校

■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科

愛生会看護専門学校

■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科

愛生会看護専門学校

■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科

愛生会看護専門学校

■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科

愛生会看護専門学校

■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科

愛生会看護専門学校

■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科
■ 看護学科

連携サポート

連携サポートとは、地域の医療機関や福祉施設と連携し、患者様のケアを充実させることです。地域包括サポートセンターでは、地域の医療機関や福祉施設と連携し、患者様のケアを充実させることを目指しています。

連携サポートの具体的な取り組みとして、地域の医療機関や福祉施設と連携し、患者様のケアを充実させることを目指しています。

連携サポートの具体的な取り組みとして、地域の医療機関や福祉施設と連携し、患者様のケアを充実させることを目指しています。

地域包括サポートセンター

地域包括サポートセンター

地域包括サポートセンターとは、地域の医療機関や福祉施設と連携し、患者様のケアを充実させることを目指しています。

地域包括サポートセンターの具体的な取り組みとして、地域の医療機関や福祉施設と連携し、患者様のケアを充実させることを目指しています。

地域包括サポートセンター

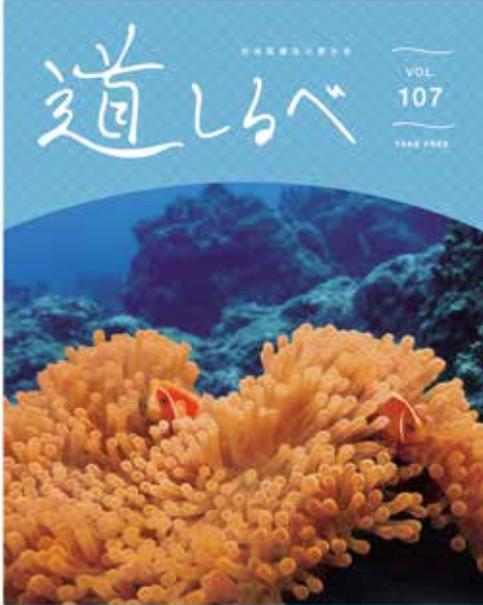
地域包括サポートセンターとは、地域の医療機関や福祉施設と連携し、患者様のケアを充実させることを目指しています。

地域包括サポートセンターの具体的な取り組みとして、地域の医療機関や福祉施設と連携し、患者様のケアを充実させることを目指しています。

地域包括サポートセンター

地域包括サポートセンターとは、地域の医療機関や福祉施設と連携し、患者様のケアを充実させることを目指しています。

地域包括サポートセンターの具体的な取り組みとして、地域の医療機関や福祉施設と連携し、患者様のケアを充実させることを目指しています。



道しるべ

VOL. 107
1988 FREE

愛生会看護専門学校



愛生会

信頼され愛される病院

- 法人格「法人」であり、経営の透明性が高く信頼される。
- 法人格「法人」であり、経営の透明性が高く信頼される。
- 法人格「法人」であり、経営の透明性が高く信頼される。



総合病院第一病院

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
TEL: 03-5561-1111



上野池野ハートクリニック

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
TEL: 03-5561-1111



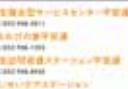
上野池野クリニック

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
TEL: 03-5561-1111



愛生会看護専門学校

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
TEL: 03-5561-1111



愛生会看護専門学校

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
TEL: 03-5561-1111



愛生会看護専門学校

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
TEL: 03-5561-1111

愛生会看護専門学校

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
TEL: 03-5561-1111

愛生会看護専門学校

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
TEL: 03-5561-1111

愛生会看護専門学校

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
TEL: 03-5561-1111

人間ドック / 各種健康診断

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1
TEL: 03-5561-1111

OPEN CAMPUS
INFORMATION

参加も希望される方は、必ず事前予約をお願いします。

6/10 (土)

8/5 (土)

8/25 (金)

11/18 (土)

12/2 (土)

7/22 (土)

9/16 (土)

12/16 (土)

【参加対象者】本校ホームページに掲載されている募集要項の募集対象者に該当していただく方



開催日の2週間前までに、本校ホームページよりお申し込みください。

各詳細
予約は
こちら

※オープンキャンパス以外にも個別相談や学校見学が可能です！

個別相談

学校見学

TEL: 052-901-5101 MAIL: ai-kango@ngy.1st.ne.jp

仲間と共に、心ひとつに！

看護士は、人の命を守る仕事です。そのためには、専門的な知識と技術を身につける必要があります。本校では、最新の設備と優れた講師陣による実践的な教育を行っています。また、学生同士のサポート体制も充実しており、安心して学べる環境を整えています。卒業後は、全国各地で活躍の場を求め、社会に貢献できる人材を育てています。

看護士は、人の命を守る仕事です。そのためには、専門的な知識と技術を身につける必要があります。本校では、最新の設備と優れた講師陣による実践的な教育を行っています。また、学生同士のサポート体制も充実しており、安心して学べる環境を整えています。卒業後は、全国各地で活躍の場を求め、社会に貢献できる人材を育てています。

これからも、地域に貢献できる看護士育成、輩出という役割を果たせるよう、職員一同努力してまいります。ご協力ご支援くださいますようお願い申し上げます。

愛生会

NURSING SCHOOL

看護専門学校

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。

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

医療は愛生会 検索



各病院内からご自由にお持ちください INFORMATION

新刊！最新情報一冊

NEW FACE!!

高橋 美穂 2022年6月19日
1. 2022年6月19日
2. 高橋美穂 医師
3. 高橋美穂

NEW FACE!!

林 佳枝 2022年6月19日
1. 2022年6月19日
2. 高橋美穂 医師
3. 高橋美穂

NEW FACE!!

塩原 佳子 2022年6月19日
1. 2022年6月19日
2. 高橋美穂 医師
3. 高橋美穂

愛生会のヒストリー

片岡祐司



愛生会は、1947年に設立された医療法人です。当時は、戦後復興期であり、医療の不足が深刻な状況でした。愛生会は、この状況を打開するために、医療の普及と向上を目指して活動してきました。現在は、全国に展開し、多くの医療機関を運営しています。

暮らしの豆知識

障害年金って何？ 第2回(後編)

第1回に引き続き、障害年金の申請方法や受給条件について詳しく解説します。

- 障害年金の受給条件について詳しく解説します。
- 障害年金の申請方法について詳しく解説します。
- 障害年金の受給額について詳しく解説します。

頑張らない逸品レシピ

オクラとトマトのさっぱり和え



オクラは、栄養豊富で、血糖値の上昇を抑える効果があります。トマトは、水分が多く、さっぱりとした味わいが特徴です。このレシピは、夏にぴったりの一品です。

ストレッチ講座

膝からストレッチ



膝のストレッチは、膝関節の柔軟性を高め、怪我の予防に効果的です。以下の4つのストレッチを試してみてください。

ナースのお仕事

注射処置室



ナースのお仕事は、患者様の健康と安全を守ることにあります。注射処置室では、正確な技術と丁寧なケアを提供しています。

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。

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

医療は愛生会 検索



当センターで行う 3つの専門治療

おそれの無い治療、痛みも、不安もない治療です。患者さんの負担が少なく、治療も安心です。

- 1 痛くないブロック注射**

ブロック注射は神経痛や腰痛、手足の麻痺などを治療する有効な方法です。神経痛や手足の麻痺、腰痛などを治療することによって、日常生活が楽になります。当センターでは、最新のブロック注射機を使用し、痛みを軽減しながら治療を行います。また、最新のブロック注射機を使用することで、治療の精度が上がり、治療時間も短縮されます。
- 2 椎間板内療法注入療法**

椎間板内療法注入療法は、椎間板の水分を回復させることで、椎間板の高さを回復させる治療法です。椎間板の高さが回復すると、椎間板の弾力性が回復し、腰痛や手足の麻痺などの症状が軽減されます。当センターでは、最新の注入療法機を使用し、痛みを軽減しながら治療を行います。また、最新の注入療法機を使用することで、治療の精度が上がり、治療時間も短縮されます。
- 3 内視鏡手術**

内視鏡手術は、小さな切口で手術を行うことで、手術後の痛みや腫れを軽減させる治療法です。当センターでは、最新の内視鏡手術機を使用し、痛みを軽減しながら治療を行います。また、最新の内視鏡手術機を使用することで、治療の精度が上がり、治療時間も短縮されます。

整形外科 脊椎・脊髄センター

腰椎椎間板ヘルニア

腰椎椎間板ヘルニアは、腰椎の椎間板が変形し、神経根を圧迫することで起こる病気です。腰痛や手足の麻痺、歩行困難などの症状が現れます。当センターでは、最新の治療法を用いて、痛みを軽減しながら治療を行います。また、最新の治療法を用いることで、治療の精度が上がり、治療時間も短縮されます。

腰から見た様子

当センターでは、最新の治療法を用いて、痛みを軽減しながら治療を行います。また、最新の治療法を用いることで、治療の精度が上がり、治療時間も短縮されます。

逸品レシピ

秋ナスと豚バラの煮びたし

秋ナスと豚バラの煮びたしは、秋の味覚を堪能できる一品です。ナスの苦味と豚バラの旨味が絶妙にマッチしています。当センターでは、最新の調理法を用いて、美味しく調理を行います。

材料
ナス 2個、豚バラ肉 200g、醤油 大さじ2、酒 大さじ1、みりん 大さじ1、砂糖 大さじ1、塩 少々

作り方
1. ナスと豚バラ肉を一口大に切る。
2. 鍋に醤油、酒、みりん、砂糖、塩を加え、煮立たせる。
3. ナスと豚バラ肉を加え、煮立たせる。
4. 煮立ったら、火を弱め、煮詰める。

徳川からクリニック

徳川からクリニックは、最新の医療設備を備えたクリニックです。当センターでは、最新の治療法を用いて、痛みを軽減しながら治療を行います。また、最新の治療法を用いることで、治療の精度が上がり、治療時間も短縮されます。

院長 徳川 隆夫

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1
TEL: 03-1234-5678
FAX: 03-1234-5679
http://www.tokugawa-clinic.jp

暮らしの豆知識

障害年金って何？ 第2種(全3回)

障害年金は、障害のある方が生活に困窮しないよう、国から支給される年金です。第2種障害年金は、障害が一定程度ある場合に支給されます。

障害年金の種類
第1種障害年金、第2種障害年金、第3種障害年金、障害基礎年金、障害厚生年金

第2種障害年金の条件
1. 障害が一定程度あること
2. 障害が1年以上継続していること
3. 障害が1年以上継続していること

ナースのお仕事

ナースのお仕事は、患者さんの健康を守るための大切な仕事です。当センターでは、最新の医療設備を備えたクリニックです。当センターでは、最新の治療法を用いて、痛みを軽減しながら治療を行います。また、最新の治療法を用いることで、治療の精度が上がり、治療時間も短縮されます。

整形外科

編集後記

2024年2月初めに2023年度の紀要編集委員会が招集されました。この1回のみ委員会の開催にも関わらず無事に今年も紀要を発刊することができました。コロナ禍で対面の委員会開催が制限されてた3年間で委員会の皆様がスキルアップし編集作業の効率化が進んだようです。怪我の(疫病の?)功名と言ったところでしょうか。

15-16巻紀要で時事ネタとしてロシア-ウクライナ戦争について触れてきました。2022年2月のロシア軍の侵攻開始から2年経過した今でも戦闘は続いています。欧米諸国は武器供与と軍事指導は行いますが兵力は投入しないため、長期化するにつれ、ウクライナ側に国力の消耗が目立って来ました。日本は外交的に欧米側に立ってウクライナに全賭けでしたが、仮にロシアの勝利で終結した場合、対ロシア外交はどのようになるのでしょうか。

最後になりましたが、原稿を執筆いただきました各部門の方々、原稿を回収・校正して下さった編集委員の方々、ご尽力ありがとうございました。関係各位のご健勝と愛生会の発展を祈念致します。

2024年5月

編集委員長 小栗 彰彦

編集委員(2023年紀要委員会)

| | | | |
|--------|--------|----------------|-----------------|
| 委員長 | 小栗 彰彦 | 総合上飯田第一病院 | 副院長 |
| 委員 | 八木 寿恵一 | 総合上飯田第一病院 | 事務長 |
| | 堤 真 吾 | 上飯田リハビリテーション病院 | 事務長 |
| | 権田 吉儀 | 上飯田クリニック | 事務長 |
| | 丹羽 康子 | 介護福祉事業部 | 事務長 |
| | 池田 道代 | 愛生会看護専門学校 | 事務長 |
| | 清水 真介 | 総合上飯田第一病院 | 管理師長 |
| | 林 琢 磨 | 総合上飯田第一病院 | 愛生会医療介護紹介センター課長 |
| | 岩根 篤志 | 総合上飯田第一病院 | 庶務課係長 |
| | 市川 香織 | 上飯田リハビリテーション病院 | 庶務係主任 |
| 事務局 | 大鹿 和哉 | 本部 総務部 | 運輸課長 |
| | 浦 啓 規 | 本部 経営企画部 | 企画広報課長 |
| | 白 上 昇 | 本部 経営企画部 | 企画広報課主任 |
| アドバイザー | 山口 洋介 | 社会医療法人 愛生会 | 理事長 |
| | 良田 洋昇 | 総合上飯田第一病院 | 院長 |

社会医療法人愛生会2023年紀要 (第17巻)

2024年5月16日 印刷

2024年5月24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)

F A X (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