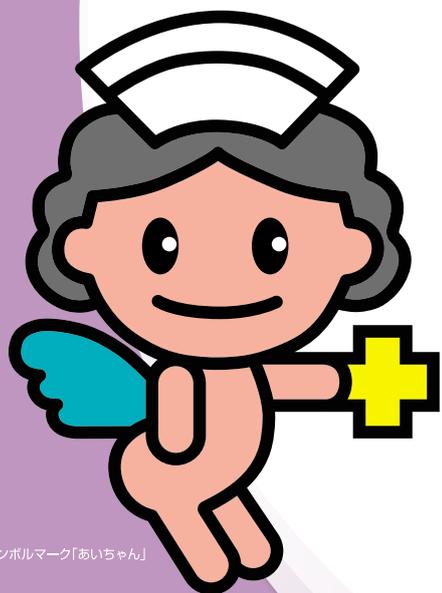


第18巻

Aiseikai Healthcare Corporation

社会医療法人  
愛生会

2024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。

2024年は予想していた以上に大変厳しい年でした。人材不足と光熱費をはじめとした固定費の高騰、それらを克服するだけの施策も全くない状態でした。そして、その状況は現在も変わることなく続いています。数ある問題の中でも最も危惧しているのは医療従事者の職場離れです。特に、看護師、介護士といった方たちが医療・介護の仕事から離れています。多くの病院が看護師不足のため、病棟を閉鎖しています。看護師の資格を持っている人は十分いるそうですが、資格を持っていても就労していない“潜在看護師”と言われている人が約3分の1います。看護師が看護師として働くことを躊躇する状況なのでしょう。

人口減少に伴い、人材不足は多くの企業でも問題になっています。新卒者の給与は高騰し、40万円を上回るころまで出てきています。将来の人材不足のためにも優秀な新卒者を獲得するため競争が起こっています。しかし、医療業界では国が定める診療報酬が主たる原資であるため、その競争には参加することができません。医療は若者から魅力のない職種となってきているようです。

また、看護師という職種はコロナ以降、危険で責任が重い仕事と認識され、敬遠されるようになってきています。大学の看護学部では、卒業しても看護師として就労することを断念する方もいます。また、多くの看護学校で定員割れの状態が続いているようです。これから先、日本の医療を安心できるものにするためにも、看護師という職業をもっと魅力あるものにする必要があります。

小学生のなりたい職業ランキングには医師や看護師といった医療従事者がトップ10にランキングされています。“人の役にたいたい”ということで比較的人気のある職業ですが、就労してから大変な思いをして離れていく人が多くいるのでしょう。命を預かる職業であり、責任ある職種ですから大変なことはわかりますが、夢と期待を持った若者が初心を忘れることなく、働き続けられるような状況にすることが必要です。社会全体でハラスメントをなくし、ストレスのない安全な職場づくりを支えていかなければならないと思います。

当法人の職員は、この厳しい状況においてもこの地域の医療・介護を守るため、邁進しています。毎年刊行される紀要にはそのような職員の気持ちが詰まっています。職員の気持ちを支えるためにも、是非ご一読ください。

令和7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	
	消化器センター 消化器内科	27
	消化器外科	28
	腎臓内科・腎センター	28
	呼吸器内科	29
	脳神経内科	29
	糖尿病内科	30
	総合診療科	30
	緩和ケア外科	31
	甲状腺・内分泌センター	31
	乳腺外科・乳腺センター	32
	整形外科・人工関節・関節鏡センター	
	脊椎・脊髄センター	32
	皮膚科	33
	泌尿器科	33
	脳神経外科	34
	産婦人科	34
	眼科	35
	麻酔科	35
	物忘れ評価外来(老年精神科)	36
	地域包括サポートセンター	36
	健診センター	37
	看護部	37
	リハビリテーション科	38
	栄養科	38
	臨床検査部	39
	放射線科	39
	薬剤部	40
	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
	薬剤科	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 上飯田第一病院開設(20床)	
昭和30年	9月	名古屋市昭和区天日町に八事好徳病院開設(75床)	
昭和34年	5月	上飯田第一病院看護婦寮(鉄筋4階)完成	
昭和37年	3月	上飯田第一病院本館(鉄筋3階)完成(106床)	昭和22年頃(法人設立前の診療所) 昭和26年頃
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鏡如意五反田に楠第一病院として新築移転開設(125床)	
昭和43年	3月	名古屋市北区上飯田北町に上飯田第一病院新病棟開設(211床)	
	8月	楠第一病院5、6階増築完成(245床)	昭和37年頃
昭和48年	11月	上飯田第一病院(鉄筋7階)新築移転(205床)	
昭和49年	3月	旧上飯田第一病院を改築し人工透析部(20床)を設置	
昭和50年	8月	楠第一病院を医療法人楠会として分離	
昭和53年	3月	上飯田第一病院職員单身寮若草苑新築(鉄筋4階)	
昭和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48年頃
昭和60年	10月	上飯田第二病院増築完成(71床)	
昭和62年	4月	人工透析部を上飯田第一病院附属上飯田クリニックとして分離し開設(19床)	
	4月	上飯田第一病院増床(225床)	
	4月	名古屋市北区五反田町に愛生会看護専門学校を開校	
	7月	上飯田第二病院増床(100床)	
平成2年	4月	名古屋市北区五反田町に社会福祉法人愛生福祉会特別養護老人ホーム愛生苑開設(定員100名)	
	5月	上飯田第一病院増改築完成	
	6月	名古屋市北区上飯田北町に上飯田クリニック新築移転	
平成3年	6月	上飯田第一病院を総合上飯田第一病院に名称変更	
平成7年	6月	上飯田第二病院を療養型病床群として増改築(90床)	
平成8年	4月	名古屋市北区上飯田通に愛生訪問看護ステーション開設	
	11月	上飯田第二病院を全病床長期療養型病床群へ移行	
平成9年	7月	上飯田第二病院4Fにリハビリ室増設	
平成11年	12月	医療法人愛生会上飯田第二病院 財団法人日本医療機能評価機構 認定取得(療養病院<Ver.3.1>)	
平成13年	4月	介護保険施行に伴い上飯田第二病院全床医療型療養病床とする	
	4月	上飯田第二病院にて回復期リハビリテーション病棟新設(療養45床、回復期リハビリテーション45床)	
	12月	総合上飯田第一病院新病棟(南館入院棟)完成(225床)	平成13年
平成14年	6月	上飯田第二病院を回復期リハビリテーション病棟へ移行(全床回復期リハビリテーション90床)	
	12月	総合上飯田第一病院北館(外来棟)改修工事完了	
平成16年	11月	名古屋市北区上飯田通に あいせいデイサービスセンター開設	
	12月	医療法人愛生会上飯田第二病院 財団法人日本医療機能評価機構 認定更新(療養病院<Ver.4.0>)	
平成17年	4月	愛生居宅介護支援事業所を総合上飯田第一病院内から上飯田通沿いのCKビルに移転再開	
	6月	総合上飯田第一病院から医療法人愛生会総合上飯田第一病院に名称変更 上飯田第二病院から医療法人愛生会上飯田リハビリテーション病院に名称変更 上飯田クリニックから医療法人愛生会上飯田クリニックに名称変更	

平成18年	2月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院 財団法人日本医療機能評価機構 認定取得 (一般病院<Ver.4.0>)		総合上飯田第一病院	
	4月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院が臨床研修病院の指定を受ける			
	4月	名古屋市北区東部地域包括支援センター開設(名古屋市委託事業)			
平成20年	9月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院北館(外来棟)に健診センター開設		上飯田リハビリテーション病院	
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>)		上飯田クリニック	
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22年	
平成23年	1月	名古屋市北区東部地域包括支援センターから 名古屋市北区東部いきいき支援センターに名称変更		介護福祉事業部	
	2月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院 財団法人日本医療機能評価機構 認定更新 (一般病院<Ver.6.0>)			
	5月	愛生会シンボルマーク「あいちゃん」商標登録完了			
平成24年	6月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院南館(入院棟)増築工事完了		愛生会看護専門学校	
	7月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院南館(入院棟)に腎センター開設			
	9月	医療法人愛生会上飯田リハビリテーション病院 増床(98床) 医療法人愛生会上飯田クリニック 病床数変更(11床)			平成24年
平成25年	1月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院南館(入院棟)増床(230床) 医療法人愛生会上飯田クリニック 病床数変更(6床)		各種活動	
	3月	医療法人愛生会総合上飯田第一病院北館(外来棟)に内視鏡センター開設 医療法人愛生会総合上飯田第一病院北館(外来棟)に乳腺センター開設			
	6月	名古屋市北区東部いきいき支援センター閉鎖			
	7月	名古屋市北区辻本通にあいせいデイサービスセンター新築移転			
平成26年	4月	社会医療法人に移行			
	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)		論文・抄録	
	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)		各種活動	
	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		論文・抄録	
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	名古屋市北区東大曽根町にあいせいケアステーションを移転 名古屋市北区東大曽根町に愛生訪問看護ステーション平安通開設 名古屋市北区東大曽根町に愛生複合型サービスセンター平安通開設 名古屋市北区東大曽根町にこもればの家平安通開設		論文・抄録	
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>)			
令和6年	10月	社会医療法人総合上飯田第一病院 紹介受診重点医療機関に指定			

# 法人概要

(2024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 625名  
(常勤医師51名、看護師244名、准看護師4名、  
薬剤師14名、診療放射線技師14名、  
臨床検査技師18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29名、  
作業療法士24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
- 紹介受診重点医療機関

●医師の専門性に関する資格の種類

- 整形外科専門医 5
- 皮膚科専門医 1
- 麻酔科専門医 4
- 眼科専門医 2
- 産婦人科専門医 1
- 泌尿器科専門医 1
- 総合内科専門医 6
- 外科専門医 8
- 肝臓専門医 1
- 循環器専門医 1
- 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
- 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

- \* 医療 DX 推進体制整備加算
- \* 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、入院時支援加算、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病棟入院料3

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 二
- \* 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
- \* 慢性腎臓病透析予防指導管理料
- \* 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療料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
- \* 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
- \* ストーマ合併症加算
- \* 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1及びセンチネルリンパ節生検（併用）
- \* 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節生検（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）
- \* 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
- \* 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。）
- \* 周術期栄養管理実施加算
- \* 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 )
  - \* 看護職員処遇改善評価料
  - \* 外来・在宅ベースアップ評価料 ( I )
  - \* 入院ベースアップ評価料
- 入院時食事療養費
- \* 入院時食事療養 ( I )

DPC 病院医療機関係数

- \* 基礎係数 1.0451
- \* 機能評価係数 I 0.4117
- \* 機能評価係数 II 0.1047
- \* 救急補正係数 0.0278

●主な設備

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>3テスラ MRI 装置</li> <li>128チャンネルマルチスライス CT</li> <li>80チャンネルマルチスライス CT</li> <li>骨密度測定装置</li> <li>血管連続撮影装置</li> <li>X線 TV 装置</li> <li>ポータブル X線撮影装置</li> <li>外科用 X線撮影装置 (Cアーム)</li> <li>デジタルレントゲン撮影装置</li> <li>遺伝子増幅検出装置</li> <li>生化学自動分析装置</li> <li>血液ガス分析装置</li> <li>超音波診断装置</li> <li>超音波診断装置 (4D)</li> <li>簡易型睡眠時無呼吸検査装置</li> <li>免疫自動分析装置</li> <li>肺機能検査機器</li> <li>脳波計</li> <li>筋電図・誘発電位検査装置</li> <li>心電計</li> <li>血管機能検査装置</li> <li>ホルター心電図</li> <li>全自動総合血液学分析装置</li> <li>血液型分析装置</li> <li>乳房 X線撮影装置 (デジタルマンモグラフィ)</li> <li>乳癌診断装置 (マンモトーム)</li> <li>乳腺バイオプシー装置</li> <li>頭皮冷却装置</li> <li>画像伝送システム</li> <li>手術室透視装置</li> <li>人工呼吸管理装置</li> <li>全病室医療配管設備</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>腹腔鏡下手術装置</li> <li>超音波破碎吸引装置</li> <li>カプセル内視鏡システム大腸</li> <li>カプセル内視鏡システム小腸</li> <li>経鼻 (細径) 内視鏡</li> <li>超音波内視鏡</li> <li>NBI 内視鏡</li> <li>拡大内視鏡</li> <li>内視鏡用炭酸ガス送気装置</li> <li>レーザー光凝固装置</li> <li>硝子体手術装置</li> <li>白内障手術装置</li> <li>光干渉断層計</li> <li>走査型レーザー検眼鏡</li> <li>光力学装置</li> <li>多用途透析監視装置</li> <li>生体情報モニタ</li> <li>トレッドミル</li> <li>エルゴメーター</li> <li>自動間欠牽引装置</li> <li>電気刺激装置</li> <li>CPM</li> <li>関節鏡システム</li> <li>体外衝撃波疼痛治療装置</li> <li>手術用顕微鏡 (眼科・脳外)</li> <li>全身麻酔装置</li> <li>筋弛緩モニター</li> <li>電気メス</li> <li>キューサー</li> <li>自動体外式除細動器 (AED)</li> <li>除細動器</li> </ul> |
|--|---|

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 河合 達巳
- 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 184名  
(常勤医師8名、看護師51名、准看護師5名、介護士26名、薬剤師2名、診療放射線技師1名、管理栄養士2名、歯科衛生士1名、理学療法士33名、作業療法士26名、言語聴覚士13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  
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)  
診療録管理体制加算2  
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  
外来・在宅ベースアップ評価料（I）  
入院ベースアップ評価料  
療養・就労両立支援指導料の注3に規程する相談支援加算

#### ●保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類

保険医療機関  
労災保険指定医療機関  
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  
認知症予防専門医 1  
脳神経外科専門医 1

#### ●介護保険サービス

通所リハビリテーション  
介護予防通所リハビリテーション

●介護保険体制、加算他

- 入浴介助体制
- 送迎体制
- 運動器機能向上体制
- 栄養マネジメント（改善）体制
- 口腔機能向上体制
- 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
- 科学的介護推進体制加算
- 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21名 非常勤34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）
  - 廃用症候群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 退院時共同指導加算  
緊急時訪問看護加算Ⅱ  
特別管理加算Ⅰ・Ⅱ  
ターミナルケア加算（看取り体制）  
24時間対応体制加算Ⅰ  
サービス提供体制強化加算Ⅰ  
訪問看護ベースアップ評価料Ⅰ  
生活保護指定  
指定医療機関：指定難病

### ▶ 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 13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）  
介護職員等処遇改善加算Ⅰ  
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 7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
  - 退院時共同指導加算
  - 緊急時訪問看護加算Ⅱ
  - 特別管理加算Ⅰ・Ⅱ
  - ターミナルケア加算（看取り体制）
  - 24時間対応体制加算Ⅰ
  - 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 綿田 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 20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Ⅲ・Ⅳ
  - 栄養改善加算
  - 退院時共同指導加算
  - 特別管理加算Ⅰ・Ⅱ
  - 訪問体制強化加算
  - 科学的介護推進体制加算
  - 介護職員等処遇改善加算Ⅱ
  - 栄養アセスメント加算
  - 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ
  - 緊急時対応加算
  - ターミナルケア加算
  - 総合マネジメント体制強化加算Ⅰ
  - サービス提供体制強化加算Ⅲ

## ▶ 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 12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/](https://www.aiseikai-hc.or.jp/fukugo_tsujihon/)
- 職員数 16名
- 介護サービスの種類 看護小規模多機能型居宅介護
- 介護保険事業所番号 2390300453
- 体制、加算他
  - 認知症加算Ⅲ・Ⅳ
  - 栄養改善加算
  - 退院時共同指導加算
  - 特別管理加算Ⅰ・Ⅱ
  - 看護体制強化加算Ⅰ
  - 科学的介護推進体制加算
  - 介護職員等処遇改善加算Ⅱ
  - 栄養アセスメント加算
  - 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ
  - 緊急時対応加算
  - ターミナルケア加算
  - 総合マネジメント体制強化加算Ⅰ
  - サービス提供体制強化加算Ⅲ

## 看護学校

### ▶ 愛生会看護専門学校

- 校長 校條 英子
- 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 12名

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録



社会医療法人愛生会

---

# 総合上飯田第一病院

---



## 診療データ

## 診療実績 2024年1月～2024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	2022年	2023年	2024年
延べ外来患者延数	139,335	132,713	123,463
一日平均外来患者数	475.5	475.7	473.0
平均在院日数	12.88	13.26	12.08
延べ入院患者延数	67,436	71,134	71,670
一日平均入院患者数	184.8	194.9	195.8

## ▶ 紹介患者数・逆紹介患者数

項目	2022年	2023年	2024年
紹介患者数	3,677	5,326	5,513
逆紹介患者数	5,727	7,958	8,999

## ▶ 救急車

項目	2022年	2023年	2024年
時間内救急車搬送患者数	1,015	1,055	1,100
時間外救急車搬送患者数	2,090	2,377	2,617
総件数	3,105	3,432	3,717

## ▶ 手術件数

診療科	2022年	2023年	2024年
全身麻酔手術件数	1,640	1,597	1,714
総件数	3,608	3,589	3,528

## ▶ 分娩数

診療科	2022年	2023年	2024年
正常分娩	0	0	0
帝王切開	0	0	0
総件数	0	0	0





疾病 (ICD 大分類) 別・年齢階層別・性別 退院患者数

ICD 大分類		総計	0~4歳	5~9歳	10~14歳	15~19歳	20~24歳	25~29歳	30~34歳	35~39歳	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85~89歳	90歳~	平均年齢
総計	男	2,178	-	4	12	34	21	30	40	42	75	87	107	180	132	150	282	339	310	212	121	67.95
	女	3,288	-	2	8	25	30	33	33	62	74	166	230	239	187	168	349	398	445	441	398	70.93
	計	5,466	-	6	20	59	51	63	73	104	149	253	337	419	319	318	631	737	755	653	519	69.74
I 感染症および寄生虫症	男	41	-	-	-	1	1	3	3	2	1	3	1	5	2	1	1	5	4	3	5	61.98
	女	50	-	-	-	-	-	-	4	1	-	-	3	1	1	1	5	3	2	9	12	68.00
	計	91	-	-	-	1	1	3	7	3	1	3	4	6	3	2	6	8	6	12	17	65.29
II 新生物 (悪性新生物) (C00-D48)	男	217	-	1	1	2	-	1	3	3	4	5	12	24	9	17	29	50	27	18	11	70.00
	女	872	-	-	1	10	13	11	13	29	48	118	154	69	79	65	86	73	50	36	17	59.14
	計	1,089	-	1	2	12	13	12	16	32	52	123	166	93	88	82	115	123	77	54	28	61.30
III 血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	男	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	71.67
	女	13	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	1	2	4	3	87.08
	計	16	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	1	2	3	4	3	78.50
IV 内分泌、栄養および代謝疾患	男	62	-	-	-	1	-	2	1	3	1	6	4	9	4	7	8	3	5	6	2	63.39
	女	93	-	-	-	1	-	3	3	8	2	2	4	11	2	4	7	8	15	14	9	68.56
	計	155	-	-	-	2	-	5	4	11	3	8	8	20	6	11	15	11	20	20	11	66.49
V 精神および行動の障害	男	12	-	-	-	-	1	1	3	-	1	2	1	-	1	-	-	-	1	-	1	47.08
	女	9	-	-	-	1	2	-	1	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	1	-	48.44
	計	21	-	-	-	1	3	1	4	-	1	2	1	1	2	1	1	-	1	1	1	47.67
VI 神経系の疾患	男	47	-	-	-	-	-	2	-	2	5	2	4	5	9	3	3	3	8	1	1	65.26
	女	29	-	-	-	-	1	1	1	-	-	1	1	-	-	7	4	6	1	6	1	73.34
	計	76	-	-	-	-	1	1	3	-	2	6	3	4	5	9	10	7	9	9	7	68.34
VII 眼および付属器の疾患	男	519	-	-	-	-	1	4	3	6	15	19	30	50	36	40	104	104	78	22	7	69.03
	女	560	-	-	1	-	1	1	-	1	2	7	15	60	36	39	104	129	101	41	22	73.38
	計	1,079	-	-	1	-	2	5	3	7	17	26	45	110	72	79	208	233	179	63	29	71.29
VIII 耳および乳様突起の疾患	男	23	-	-	-	-	-	-	1	2	1	-	-	5	1	1	6	5	-	1	1	67.96
	女	45	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	8	2	1	5	6	7	11	1	1	74.18
	計	68	-	-	-	-	-	-	1	4	1	2	8	7	2	6	12	12	11	2	2	72.07
IX 循環器系の疾患	男	82	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	8	2	7	13	11	14	15	9	1	76.83
	女	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4	2	2	2	9	13	21	28	1	83.52
	計	166	-	-	-	-	-	-	-	1	1	4	12	4	9	15	20	27	36	37	1	80.22
X 呼吸器系の疾患	男	165	-	-	1	3	2	2	2	2	1	-	4	6	2	1	21	21	40	34	23	76.45
	女	164	-	-	-	1	1	4	2	2	1	2	4	4	7	9	13	22	43	49	1	80.72
	計	329	-	-	1	3	3	3	6	4	3	1	6	10	6	8	30	34	62	77	22	78.58
XI 消化器系の疾患	男	269	-	-	-	4	2	7	5	15	11	18	19	13	20	31	50	43	21	10	1	67.89
	女	231	-	-	1	3	2	3	2	5	3	6	8	21	20	12	20	26	30	47	22	71.72
	計	500	-	-	1	3	6	5	9	10	18	17	26	40	33	32	51	76	73	68	32	69.66
XII 皮膚および皮下組織の疾患	男	28	-	-	-	2	1	1	-	1	1	4	3	-	3	3	5	-	2	2	2	61.71
	女	21	-	-	-	-	1	1	-	1	2	-	1	2	-	-	4	4	5	5	1	73.48
	計	49	-	-	-	2	1	2	1	-	1	2	6	3	1	5	3	5	4	6	7	66.76
XIII 筋骨格系および結合組織の疾患	男	179	-	-	3	7	2	3	6	7	10	13	12	21	18	14	14	24	11	11	3	59.64
	女	205	-	-	-	3	2	1	1	3	3	7	13	17	11	9	31	28	39	23	14	71.29
	計	384	-	-	3	10	4	4	7	10	13	20	25	38	29	23	45	52	50	34	17	65.86
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	男	95	-	-	-	-	2	1	1	-	2	2	8	5	3	13	14	18	11	13	1	74.42
	女	106	-	-	-	-	3	-	1	2	3	2	7	4	3	6	11	17	21	26	1	77.97
	計	201	-	-	-	-	2	4	1	1	4	5	4	15	9	6	19	25	35	32	39	76.29
XV 妊娠、分娩および産じょく<褥>	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30.00
	計	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30.00
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	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	69.33
	女	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44.00
	計	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	63.00
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	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	1	-	1	78.40
	女	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	1	2	4	82.50
	計	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	1	2	2	5	5	81.13
XIX 損傷、中毒およびその他の外因の影響	男	387	-	3	7	18	6	10	9	13	19	17	16	20	25	25	36	35	48	54	26	63.80
	女	749	-	2	5	7	2	6	5	8	8	19	21	34	23	21	62	84	126	151	165	77.28
	計	1,136	-	5	12	25	8	16	14	21	27	36	37	54	48	46	98	119	174	205	191	72.69
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	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	82.67
	計	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	82.67
XXII 特殊目的用コード	男	41	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	3	2	2	4	5	10	7	6	77.10
	女	42	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	2	2	9	11	15	15	84.38
	計	83	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-	4	2	2	6	7	19	18	21	21	80.78

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 (ICD 6桁分類) ・退院患者数

順位	ICD6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	605	265	340	520	74.43	2.57
2	090010	乳房の悪性腫瘍	506	4	502	125	55.64	3.38
3	160800	股関節・大腿近位の骨折	303	79	224	281	82.57	34.77
4	160690	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	208	62	146	202	82.95	28.28
5	040081	誤嚥性肺炎	149	73	76	146	86.12	26.81
6	100020	甲状腺の悪性腫瘍	142	32	110	56	57.55	4.29
7	020160	網膜剥離	136	87	49	55	60.68	6.76
8	020200	黄斑、後極変性	131	59	72	100	70.58	4.55
9	040080	肺炎等	117	60	57	101	77.22	18.84
10	180030	その他の感染症(真菌を除く。)	99	47	52	88	80.01	15.64
11	110310	腎臓又は尿路の感染症	93	29	64	85	81.45	17.58
12	020240	硝子体疾患	82	50	32	66	73.10	3.74
13	020220	緑内障	78	37	41	57	69.64	3.88
14	060035	結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍	74	21	53	64	75.74	13.18
15	060335	胆嚢炎等	72	33	39	39	64.88	10.56
16	070343	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。) 腰部骨盤、不安定椎	70	38	32	54	71.60	19.27
17	030400	前庭機能障害	66	23	43	49	71.88	4.03
18	160620	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。)	64	30	34	8	38.19	8.16
19	060160	鼠径ヘルニア	57	51	6	39	70.09	3.32
20	160980	骨盤損傷	55	9	46	47	80.84	30.98
	160610	四肢筋腱損傷	55	39	16	32	62.89	8.69
22	160720	肩関節周辺の骨折・脱臼	54	21	33	33	67.91	15.48
23	160760	前腕の骨折	54	10	44	29	64.39	3.15
24	160820	膝関節周辺の骨折・脱臼	52	13	39	37	69.98	37.04
25	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	51	23	28	41	77.20	13.96
26	010060	脳梗塞	51	30	21	45	77.20	28.75
27	050130	心不全	49	17	32	48	86.45	24.80
28	070085	滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症(上肢以外)	48	18	30	15	53.65	3.98
29	160850	足関節・足部の骨折・脱臼	46	26	20	10	46.43	13.35
30	060102	穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患	43	23	20	33	73.84	6.88
	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	43	19	24	38	76.91	10.49
32	080010	膿皮症	42	23	19	29	71.83	16.05
	070230	膝関節症(変形性を含む。)	42	15	27	32	71.79	23.10
34	160835	下腿足関節周辺の骨折	39	19	20	11	53.10	23.10
	07040x	股関節骨頭壊死、股関節症(変形性を含む。)	39	4	35	32	73.64	30.74
36	10007x	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	37	16	21	28	69.62	15.43
	060300	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	37	28	9	34	76.24	8.62
	100140	甲状腺機能亢進症	37	16	21	4	44.73	4.51
	100380	体液量減少症	37	11	26	30	77.97	10.35
40	070341	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。) 頸部	34	23	11	20	67.29	18.68
	090020	乳房の良性腫瘍	34	1	33	1	33.56	1.76
42	060150	虫垂炎	33	21	12	8	46.97	5.15
43	110280	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	32	17	15	29	79.13	16.03
44	060390	細菌性腸炎	31	16	15	13	58.74	7.74
	070350	椎間板変性、ヘルニア	31	20	11	3	43.74	6.87
46	060100	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	30	19	11	17	64.80	2.73
	180010	敗血症	30	11	19	29	83.27	25.60
	040040	肺の悪性腫瘍	30	17	13	24	75.53	14.10
49	071030	その他の筋骨格系・結合組織の疾患	29	12	17	20	70.59	16.28
50	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	27	11	16	16	67.67	8.67
		その他	1,162	550	612	791	69.40	17.50
		合計	5,466	2,178	3,288	3,714	69.70	13.70

## クリニカルインディケータ

指標	分子	分母	2022年	2023年	2024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)			
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)			
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%	62.9%
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%	72.9%
死亡患者率	期間内の死亡患者数	期間内の退院患者数	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%	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	80.1%	80.3%	83.8%
特定術式における術後24時間(心臓手術は48時間)以内の予防的抗菌薬投与停止率	術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数(冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は48時間以内)	特定術式の手術件数	19.9%	19.7%	16.2%
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	2.0%	1.6%	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	66.7%	71.3%	21.5%
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	90.0%	83.7%	85.7%
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	29.8%	34.3%	63.7%
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	25.0%	62.5%	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	83.4%	85.7%	78.6%

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション  
クリニック

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

# 手術実績

## 主要手術項目 2024年1月～2024年12月データ

### 手術件数

診療科	2022年	2023年	2024年
全身麻酔手術件数	1,640	1,597	1,714
総件数	3,608	3,589	3,528

### 消化器外科

( ) 腹腔鏡手術件数

手術	件数
胃手術	11 (5)
大腸手術	53 (45)
胆嚢摘出術	70 (70)
虫垂炎手術	28 (28)
鼠径ヘルニア手術	60 (59)
肝胆膵腫瘍手術	7 (0)
その他の手術	32 (18)

### 甲状腺・内分泌センター

手術	件数
甲状腺悪性腫瘍	137
バセドウ病	37
副甲状腺機能亢進症	6
その他	3

### 乳腺外科

手術	件数
乳腺悪性腫瘍手術	205
乳腺良性腫瘍手術	34
吸引式乳房組織生検	182
乳腺手術その他	4
ラジオ波焼灼術	17

### 脳神経外科

手術	件数
慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	12
シャント手術 (V-P シャント)	1
シャント手術 (L-P シャント)	1
その他	1

### 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)	11
経尿道的尿管結石採石術 (その他)	3
経尿道的腎結石採石術	1
経尿道的膀胱結石採石術	3
経皮的尿管結石採石術 (PNL)	3
ECIRS (PNL + TUL)	0
腎瘻造設術	8
経尿道的膀胱腫瘍切除術	21
経尿道的前立腺切除術	5
経尿道的前立腺蒸気手術	0
経尿道的尿管ステント留置術	35
経尿道的電気焼灼術	1
尿道カルUNKル切除術	0
包茎手術	1
陰のう水腫根治術	0
経尿道的ポツリヌス毒素注入術	1
腎摘除術 (腹腔鏡下)	2
尿管摘除術 (腹腔鏡下)	3
精巣損傷修復術	0
前立腺生検術	10

### 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	192
人工骨頭	74
人工股関節	43
人工膝関節	27
人工肩関節	18
膝関節鏡	125
肩関節鏡	44
足関節鏡	9
脊椎	130
腫瘍	56
その他	317

## ▶ 眼科

手術	件数
白内障手術	1,150
白内障硝子体同時手術 (硝子体単独も含む)	386
バックリング手術	4
緑内障手術	108
眼内薬物投与	687
その他	44

## ▶ 産婦人科

手術	件数
子宮全摘出術（癌症例含む）	20
付属器摘出術	1
子宮筋腫核出術	1
子宮内膜搔爬術	1
子宮頸部円錐切除術	3
子宮脱根治術	3
バルトリン腺嚢胞切除術	1
その他	3

## ▶ 麻酔科

項目	件数
麻酔科管理症例数	1,715
ペインクリニック外来患者数	788

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

# 検査実績・各科データ

## 主要検査項目 2024年1月～2024年12月データ

### 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	3,405
下部内視鏡検査	1,107
内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP)	49
内視鏡的粘膜下層剥離術 (胃)	8
内視鏡的粘膜下層剥離術 (大腸)	2
内視鏡的大腸ポリープ切除	453
上部超音波内視鏡	17

### 腎臓内科・腎センター

検査	件数
血液浄化療法	529
新規導入	15

### 緩和ケアセンター

項目	件数
入院患者ラウンド件数	2,784
入院介入数 (がん・非がん)	202
他院からの緩和相談件数	111
平均入院日数	18.6
外来がん患者在宅連携指導料	24
退院時共同指導料	19
転帰	
・院内看取り	104
・自宅退院	64
(訪問診療を導入しての退院)	35
(愛生複合型サービスセンター)	0
・病院退院	18
・施設退院	27

### 皮膚科

項目	件数
外来患者延べ数	7,568件
病理組織検査	42件
金属パッチテスト	27件
パッチテストパネル	1件
帯状疱疹ワクチン	12件
ネイルエイド	59件
光線療法	302件

### 老年精神科

項目	件数
年間外来診療患者実数	194
男性	46
女性	148
年間外来診療患者延べ数	723
年間新規外来診療患者数	27

### リハビリテーション科

項目	件数
新規 入院患者数	2,700人
新規 外来患者数	396人
施行単位数 脳血管 I	23,147単位
運動器 I	111,376単位
呼吸器 I	20,179単位
廃用症候群	20,970単位
がんリハ	60,66単位
合計施行単位数	181,738単位
リハ開始 Barthel Index	41.3点
リハ終了時 Barthel Index	63.5点
回復期病棟実績指数	50.0
訪問リハビリ述べ件数	1,922件

### 放射線科

検査	件数
一般撮影	32,768
CT	12,851
MRI	5,086
マンモグラフィ	4,012
マンモトーム	166
健診胃透視	1,982
手術室透視	629
その他透視	773
骨密度測定	2,710

## ➤ 栄養科

項目	件数
入院栄養食事指導	2,405
外来栄養食事指導	679
集団栄養食事指導（入院・外来）	53
糖尿病透析予防指導管理料	318
慢性腎臓病透析予防指導管理料	51
栄養サポートチーム加算	829
周術期栄養管理加算	1,670
居宅療養管理指導	62
患者食数 一般食	75,138
患者食数 特別食（加算）	80,063
患者食数 特別食（非加算）	21,861
濃厚流動食	1,826
口腔ケア	1,853

## ➤ 検査科

検査	件数
検体検査	73,976
病理検査	2,809
細胞診検査	3,330
生理検査	18,514
心エコー検査	1,869
頸動脈エコー検査	763
腹部エコー検査	3,250
乳腺エコー検査	2,940
甲状腺エコー検査（技師分）	319
ホルター心電図検査	135
MEP	7

## ➤ 看護部

項目	件数
特定行為看護師	2名
特定行為研修受講看護師	2名
認定看護師	7名
認定看護管理者教育課程 ファーストレベル修了者	8名
認定看護管理者教育課程 セカンドレベル修了者	3名
認定看護管理者教育課程 サードレベル修了者	1名
職場体験（高校生）受け入れ	2件
職場体験（中学生）受け入れ	3件

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション  
クリニック

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

### ➤ 薬剤部

薬剤部管理指導 等	件数
薬剤管理指導料1	2,155
薬剤管理指導料2	2,224
退院時薬剤情報管理指導料	656
麻薬管理指導加算	92
薬剤総合評価調整加算	0
後発品採用比率 (月平均)	94.42%
無菌製剤処理料1	1,005
無菌製剤処理料2	81

### ➤ 地域包括サポートセンター

医療福祉相談件数・領域	件数
入退院支援加算1	2,252
介護支援等連携指導	687
退院時共同指導	63
入院時支援加算	86

### ➤ 健診センター

項目	件数
半日ドック	2,030
脳ドック	570
乳がん検診	1,580
子宮がん検診	783
協会けんぽ健診	2,328
その他の健診	1,369
特定健診	1,321
特定保健指導	271

## 消化器センター

消化器センター長 寺境 宏介

2022年4月より消化器内科およ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

消化器内科第一部長 小田切 英樹

### ▶ 特徴

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。通常内視鏡のほか、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さまの治療にあたっております。

### ▶ 今後の目標

患者さま一人ひとりに向き合い、ニーズに対応した治療を心がけます。  
紹介受診重点医療機関化に伴い、開業医の先生方との連携を深め  
地域医療の充実に努めます。  
最新治療を導入し治療成績の向上に努めます。  
診察、治療ともに患者さま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、胆石症や脱腸、痔疾、急性腹症などの消化器外科疾患の診療を行っています。外来と病棟を消化器内科と共用し消化器病センターとして運用し、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。鏡視下手術率は、2024年実績で胃手術の55%、大腸手術の85%、胆嚢摘出術で100%、虫垂炎手術で100%、鼠径ヘルニア手術で98%と、高い水準です。一方で、集学的治療やICU管理を要する場合には、名古屋大学医学部附属病院などと連携し、紹介転院を含めて迅速かつ適切に対応します。

### ▶ 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。
- ・低侵襲な鏡視下手術を広く適応するなど、高齢者を含めた患者さまにもやさしい外科治療を行っていきます。

## 腎臓内科・腎センター

腎臓内科医長・腎センター長 加藤 悠佳理

### ▶ 特徴

当院腎臓内科は主に腎臓病治療、腎不全管理、血液透析、透析合併症などを対象に診療をしております。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っております。

### ▶ 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に患者さま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、維持透析を行っております。今後も近隣の透析クリニックと連携していきたいと考えています。

## 呼吸器内科

呼吸器内科医長 鄭 慶鎬

### ▶ 特徴

当科は常勤医1人体制となっておりますが、水曜日を除く平日週4日間の午前外来を実施しております。主に癌、感染症、気管支喘息などのアレルギー、喫煙関連疾患の慢性閉塞性肺疾患などを担当しております。また健診でのフォローも引き受けており、画像検査結果によっては気管支鏡検査も積極的に行っております。症状の有無に関わらず、気になることがあればお気軽にご相談ください。

### ▶ 今後の目標

2025年より禁煙外来を再開させております。周囲のクリニックの先生方ともしっかりと連携を取り、入院・外来とも患者件数を増やしていけたらと考えます。睡眠時無呼吸症候群についても気軽にご相談頂けると幸いです。

## 脳神経内科

脳神経内科部長 濱田 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ています。

### ▶ 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

総合診療科医員 行俊 浩平

### ▶ 特徴

内科全般を守備範囲として、診断医、病院総合医、家庭医、老年内科医、救急医といったいずれの性格も有した科となっており、複合的な問題を有する内科的重症疾患を背景とした患者さまを中心に、地域密着型で全人的、総合的にアプローチして診療を行っています。当院では外来は院内、院外の紹介患者の診療を行い、入院で更なる精査や重症患者の管理を行っています。

### ▶ 今後の目標

地域の先生方との連携を密にし、精査が必要な方や救急医療が必要な方、入院加療が必要な方を紹介患者として引き続き積極的に受け入れていきたいです。2024年9月よりこれまでの2人体制から1人体制となり、科としてのマンパワーは落ちましたが、各専門医、コメディカルスタッフと協働してこれまでと変わらずに、名古屋北部の地域医療を支える一助となるよう医療を提供します。

## 緩和ケア外科

緩和ケア外科部長・緩和ケアセンター長 岡島 明子

### ▶ 特徴

緩和ケア病棟は持ちませんが、急性期病棟を使って緩和ケアを行っているからこそ、緊急入院もできる体制が強みです。8専門職の緩和ケアチームとともに、この地域で頼れる緩和医療・ケアを目指し取り組んでいます。アドバンス・ケア・プランニングの初回面談を行ったうえで、在宅療養中の患者さまにとって困ったときのバックアップベッドとしても利用していただいております。

### ▶ 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に支援していきます。

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、日常臨床の場では出会うさまざま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まいります。

## 乳腺外科・乳腺センター

副院長・乳腺センター長 窪田 智行

### ▶ 特徴

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、地域の皆さま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、最新の乳癌の情報の習得と診療の提供に努め、学会の評議員・乳腺指導医として学術活動も精力的に行っております。

また、患者さまを中心としたチーム医療にも力を入れ、乳腺専門医と乳腺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、学術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・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

患者さまに高度で安全、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、月曜から金曜日まで連日午前外来診療を行っています。専門病床は、ありませんが、本院他科で入院中やリハビリ病院に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。

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います。重症薬疹、水疱症、悪性腫瘍など専門治療が必要な場合には、愛知医科大学付属病院や近隣の病院と密に連携し、対応しております。

歯科金属のアレルギーの疑いのある場合には、金属パッチテストを行っています。生活用品の接触皮膚炎には、パッチテストパネルを行っています。尋常性乾癬、掌蹠膿疱症、白斑、アトピー性皮膚炎、円形脱毛症の紫外線治療(UVB-LED光線療法)を行っています。

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脱毛剤の取扱いがあり美容に対する患者さまの需要に対応しております。また、陥入爪のワイヤー治療として、ネイルエイドを取り扱っております。

### ▶ 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5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。紹介患者さま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改善せず、残尿がない患者さま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、患者さま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おります。

## 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

副院長 眼科部長 古川 真理子

### ▶ 特徴

1989年、網膜硝子体手術名医の荻野誠周先生を中心として開設され、以後、網膜硝子体手術を専門領域としています。2002年3月からは2代目部長、古川体制となりました。診療圏は愛知県、岐阜県、三重県に及び、網膜剥離、糖尿病網膜症、黄斑疾患などの網膜硝子体手術を中心とし、白内障手術、緑内障手術、硝子体内薬物投与、その他の手術も含めて年間1,000件以上を行っています。白内障手術は、総合病院であることの利点を生かして、入院を必要とする方を主に行っています。また、手術例の90%以上が眼科からの紹介であり、関連病院でないにもかかわらず紹介いただ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回金曜日の午前中に、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（私）が「レビー小体型認知症研究会」のコアメンバー（世話人）で「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。スタッフも優秀で、当科の認知症看護認定看護師である松井千恵は、2年連続で精神医学系の全国学会でポスター発表し、当院初のナースによる（医師主体の）医学系学会機関誌（「総合病院精神医学」誌）に論文が受理されました。

### ➤ 今後の目標

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、提供できる医療の質は大学病院にも負けない日本一のレベルを自負しています。今後も努力を怠ることなく、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。今年は当科関連のスタッフが、松井に続いて、学会発表や論文発表ができるようになる成長の年になることでしょうか。

## 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医療福祉相談室・入退院調整室・予約センター・患者相談室の4部門で構成され、入院から退院、外来・在宅医療までの一貫した支援を提供します。

医療福祉相談室・入退院調整室は退院調整を担当し、患者の退院後の生活に向けた医療・介護支援を行います。予約センターは診療予約を円滑に調整し、患者相談室は医療に関する不安や疑問に対応します。かかりつけ医や介護事業者との密な連携で、切れ目のない医療支援を推進しています。

### ➤ 今後の目標

#### 医療福祉相談室

入院前から退院後を見据え、社会資源を活用した療養支援を強化。患者が自宅や地域で安心して療養できる体制を整えます。

#### 入退院調整室

退院後の生活を考慮し、医療・介護の多職種連携を一層強化。施設や訪問看護との調整を進めます。

#### 予約センター

診療予約の効率化と開業医との連携強化により、患者にとってより迅速で適切な医療が受けられる体制を整備します。

#### 患者相談室

患者や家族の疑問や不安に丁寧に対応し、医療情報を分かりやすく提供することで、安心して治療を受けられる環境を提供します。

## 健診センター

副院長 健診センター長 小栗 彰彦

### ▶ 特徴

診療は月～土曜日（2025年度土曜日は4月～11月の第1、3のみ）の完全予約制で行っております。当センターでは診療科の医師の協力のもと検査、読影が行われ、ハイレベルの結果提供を可能にしています。また、再検査、要治療についても当院の診療科への予約案内ができることも特徴です。また、採血結果が迅速に出ることにより、積極的に特定保健指導に取り組み、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。

### ▶ 今後の目標

日本人間ドック学会の判定、基準値に準じた見直しを行い、標準化を目指しています。また、各種システムと健診システムの連携により、結果を正確に早くお届けできるよう尽力して参ります。多種多様のニーズに幅広くお応えできるよう通常の間ドックコース以外にも各種オプション（新規オプションとしてMRC Pを4月より開始）を充実させ、顧客満足度の充実に努めていきます。

## 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、イキイキと働き続けられる職場を目指します。

- 看護職員の動向 2024年1月末現在
  - ・看護師数：222名（常勤194名・非常勤28名）
  - ・離職率：15.5%（2024年度）※2025年2月24日時点の見込み（2023年度17.9%、2022年度23.5%、2021年度18.2%）

### ▶ 今後の目標

チーム医療と多職種連携の強化

1. チームの一員としての役割を理解し責任を果たします
  - ・患者さまのための根拠のある看護を提供します
  - ・意見が言えて意見が聞けるチームを作ります
2. 患者さまや家族、職員との信頼関係を築きます
  - ・患者さま家族の声をしっかり聴きます
  - ・相手への気遣いと感謝の気持ちを表します

## リハビリテーション科

リハビリテーション科部長 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17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 28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 24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。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患者さまを支援しております。回復期リハビリテーション病棟では、集中的なリハビリテーション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

栄養科科長代行 山田 恵子

### ➤ 特徴

管理栄養士9名と歯科衛生士1名が在籍しています。各疾患の個別栄養指導や集団栄養指導を実施しています。入院患者さまには摂取状況、体重変化、検査値などさまざまな情報をもとに栄養管理を実施しています。2024年6月より栄養スクリーニング法を MUST へ変更し、回復期リハビリテーション病棟では GLIM 基準による低栄養診断を開始しました。歯科衛生士は誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア実施の他、歯科医院との連携により義歯調整などの歯科的トラブルに対応しています。

### ➤ 今後の目標

- ・衛生的かつ安全な給食提供の継続
- ・栄養管理、栄養指導の質向上（各資格取得や研修会参加を通し管理栄養士の専門性を磨く）
- ・円滑な退院支援を視野に入れた栄養管理の実施
- ・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

医師の指示のもと診断や治療方針の決定、治療効果の確認のために必要な検体検査（血液・尿・インフルエンザやコロナ等）、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・各種エコー・肺機能検査等）、採血業務に加え耳鼻科、乳腺センターや健診センターでの検査も行なっています。

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、技師一人ひとり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、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 科長代行 大橋 俊夫

### ▶ 特徴

放射線科の業務には、X線撮影、CT、MRI、マンモグラフィ、そして透視などがあり、患者さまの健康と診断の質を支える重要な役割を担っています。そのため、技師一人ひとりが自らの役割を認識し、責任感を持つよう、教育と指導に取り組んでいます。また、学会発表や研究活動などの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がけています。これらを通じて、患者さまに安全・安心な医療を提供します。

### ▶ 今後の目標

1. 適切な感染対策や最新の技術の導入を通じて、安全で安心な検査を提供します。
2. 学術研究や教育研修を通じて、常に知識と技術を更新し、質の高い検査を実現します。
3. 迅速な情報共有や連携体制の整備を通じて、放射線検査部門における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

薬剤部では、病院で使用する医薬品の管理・調剤・情報提供を行っています。薬剤師は、医薬品の数量管理だけでなく、品質管理にも関わり、安心・安全な薬物治療を提供しています。また、医師への処方提案や、他職種への情報提供を通じて、医薬品が適切に使用されるようサポートします。さらに、服薬指導・病棟業務・チーム活動を通じて、患者さまの服薬状況や副作用の有無を確認し、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の充実を図り、業務拡充に伴う質の低下を防ぐため、人員確保と教育方法の改善に取り組みます。後発医薬品の採用比率を維持し、供給不安定な状況下でも在庫不足が生じないよう管理を徹底します。さらに、研修会や学会への積極的な参加を推進し、最新の知識を業務に活かすことで、薬剤部全体の質の向上を目指します。

## 臨床工学科

臨床工学科科長代行 水谷 友也

### ▶ 特徴

当科には10名の臨床工学技士が在籍しています。臨床工学技士は名前のとおり臨床と工学という二つの要素を持った職種です。

臨床面では腎センターや上飯田クリニックでの血液浄化業務、内視鏡センターでの内視鏡業務や病棟での人工呼吸の装着補助や日々の動作点検を行います。工学面においては病棟・外来で使用される機器の保守点検を行い安全で質の高い治療が行えるよう努めています。

### ▶ 今後の目標

- ・医療機器のトラブル対応を行うことが多いため、さまざまな現場に対応できるよう人材育成を行っていきます。
- ・日々進化する医療機器へ対応するために知識を深め、安全で安心な治療が行えるようにチーム医療の一員として臨床業務のサポートに努めます。

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

## 専門医資格一覧

### 一般内科

森 敏光 臨床検査部長  
【専門医】日本循環器学会 循環器専門医

### 総合診療科

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  
日本専門医機構 総合診療専門医  
【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

### 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  
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  
【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  
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

石田 哲也 医局長 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

### 呼吸器内科

鄭 慶鎬 呼吸器内科医長  
【専門医】日本呼吸器学会 呼吸器専門医  
日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医  
【認定医】日本内科学会 認定内科医  
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

### 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 詩恵 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  
【資格】NST 医師・歯科医師教育セミナー修了

### 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

### 吉田 有佑 脳神経内科 医長

【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

### 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

### 寺境 宏介 外科医長 消化器センター長

【指導医】日本消化器外科学会 消化器外科指導医  
日本外科学会 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  
日本腹部救急医学会 腹部救急認定医  
【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 サーティフィケート

### 加藤 哲明 外科医長

【専門医】日本外科学会 外科専門医

### 甲状腺外科

加藤 万事 名誉院長 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

窪田 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

### 雄谷 純子 乳腺外科部長 乳腺センター 副センター長

【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 日本乳癌学会 評議員

### 菅沼 翔子 乳腺外科医員

【専門医】日本外科学会 外科専門医  
【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

### 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  
【専門医】日本緩和医療学会 緩和医療専門医  
【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  
【認定医】日本リハビリテーション医学会 認定臨床医  
【資格】日本医師会 認定産業医

**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】** 日本整形外科学会スポーツ医学部 代議員  
 医学博士  
 東邦高校サッカー部 チームドクター  
 日本スポーツ協会公認スポーツ指導医（スポーツドクター）  
 日本膝関節学会 評議員  
 名城大学 薬学部 非常勤講師  
 SASUKE 名古屋ヤング チームドクター  
 リパース型人工肩関節置換術の施行資格

**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

**福井 順** 整形外科 医長  
**【専門医】** 日本整形外科学会 整形外科専門医  
**【資格】** 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**

**前田 亮子** 麻酔科部長 手術室部長  
**【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】** 日本専門医機構 麻酔科専門医

**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** 麻酔科嘱託常勤医師  
**【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

**芝 朋加** 麻酔科医長  
**【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  
**【認定医】** 日本麻酔科学会 麻酔科認定医

**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-CIMELS）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

**物忘れ評価外来**

**鶴飼 克行** 老年精神科部長  
**【指導医】** 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  
 日本老年精神医学会 専門医  
 日本認知症学会 専門医  
 日本専門医機構 精神科専門医  
**【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）  
 厚生労働省 精神保健指定医  
**【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

**大岩 雅和** 眼科医員  
**【専門医】** 日本眼科学会 眼科専門医

**健診センター**

**前原 めぐみ**  
**【認定医】** 日本内科学会 内科認定医

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション  
クリニック

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門  
学校

各種活動

論文・抄録

病診連携医療機関 2024年1月～2024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	575	北区織部町1番1 そよら上飯田2F
北病院	257	北区上飯田南町2-88
あじま眼科クリニック	157	北区楠味鏡2-1704
おがわ内科クリニック	154	守山区幸心1丁目228番地
つがねクリニック	130	北区安井4-14-63
木の香往診クリニック	121	北区駒止町2-22
林整形外科	113	東区矢田二丁目9番10号
大曽根外科	104	北区平安1-8-11
赤羽乳腺クリニック	103	千種区四谷通1-13ノア四ツ谷ビル3階
竹内クリニック	86	北区辻町3丁目53番地
あさみクリニック	85	北区上飯田通1丁目22番地
上飯田泌尿器科内科クリニック	80	北区八龍町1丁目56番
大隈病院	80	北区大曽根二丁目9番34号
かわなかクリニック	69	北区川中町11-8
名古屋金山駅ゆき乳腺クリニック	67	熱田区金山町1-2-3 東和ビル5階
太田整形外科	65	北区中味鏡三丁目418
しんば整形外科	63	北区苗田町63
やまもとクリニック	53	北区如意4-102
おはなばたけクリニック	51	守山区甘軒家22-40
せご内科クリニック	51	守山区瀬古1-720
おかひらクリニック	46	北区辻本通3-24-1
若葉通クリニック	46	北区若葉通1-15-2
眼科とうもとクリニック	43	北区如意二丁目95
やまざきクリニック	37	北区大曽根4-6-16
堀口医院	35	北区東味鏡1-1601
清水内科クリニック	29	北区平安1-8-50
たち消化器内科クリニック	29	千種区高見2丁目13-23 1F
山田医院	29	北区萩野通り2-10
ちくさ病院 在宅診療部	28	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
あだち内科クリニック	28	北区中味鏡3-1001
いしぐろクリニック	25	北区如意2-118
マルモプレストクリニック	24	名東区本郷2丁目124番地の1
ひらい内科クリニック	24	北区山田四丁目1-52
長谷川内科	24	守山区幸心3-1102
中切パークサイドクリニック	24	北区中切町2-10
徳川かとうクリニック	24	東区徳川12-14-15パール徳川1階
おおぞね内科クリニック	22	北区大曽根4丁目13-28
近松医院	21	北区平安二丁目5番40号
もりやまファミリークリニック	19	守山区瀬古東3丁目140番地
橋本整形外科クリニック	19	北区萩野通1-38-1
小林内科	18	北区黒川本通3-67
金城クリニック	18	北区金城3-4-5
くりきクリニック	17	北区中味鏡3丁目402-1
おおぞねメディカルクリニック	16	北区平安二丁目2番14号
もくれんクリニック	16	東区泉二丁目21番25号高岳ビル7階
ささきクリニック	15	北区彩虹橋通2-1スクエア358 1階
うわとこクリニック	14	北区大曽根2-7-18
榊原内科診療所	14	北区三軒町12-1
新守山クリニック	14	守山区鳥羽見2-12-6
青木医院	14	北区金城町4-38
ココカラウィメンズクリニック	13	東区泉1丁目23-36NBN 泉ビル4階
柴田内科クリニック	12	北区会所町226
ゆうこ乳腺クリニック名駅	12	中村区名駅4-6-23 第3堀内ビル13階
堀内内科消化器科クリニック	11	東区芳野3丁目6-4-D003 ダイアパレス東白壁1階
工藤外科クリニック	11	北区池花町274
樋口整形外科 人工関節クリニック	11	守山区喜多山1-6-18
尾崎クリニック	10	東区大曽根1-2-25
北メンタルクリニック	10	北区上飯田北町1-20すまいるハートビル4階
いざわ内科・消化器内科クリニック	9	北区浪打町2-92-1
森本医院	9	東区矢田5-1-8
浦野医院	9	北区平安通1-1-2ステーション平安通1階
安藤医院	9	北区清水五丁目1-23
楠メンタルホスピタル	9	北区五反田町110
加藤医院	9	北区安井1-34-15
神保外科	8	守山区小幡中2-20-1
くろかわ内科・健診クリニック	8	北区元志賀町1-4-1
大幸砂田橋クリニック	8	東区大幸四丁目18-24

医院名	紹介件数	所在地
わたなべ内科クリニック	8	北区水草町2-49
ナゴヤガーデンクリニック	8	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
オリーブ在宅クリニック	7	守山区永森町292
天寿病院介護医療院	6	北区米が瀬町138番地
しんじょう皮フ科・胃腸科	6	北区辻本通3-22-1
中井内科医院	6	北区志賀町2-65志賀ビル2階
堀田医院	5	北区八代町2-74
おなか内科東白壁クリニック	5	東区芳野1-1-15
板倉医院	5	北区城東町7-156
片山内科	5	北区駒止町2-40
鬼頭整形外科スポーツクリニック	5	守山区大牧町405
つるたクリニック眼科・泌尿器科	5	北区中丸町2-22ドラッグコスモス中丸店2F
名春中央病院	5	北区東味鏡1-2401
長谷川外科	4	東区徳川町524
康友クリニック	4	西区浮野町21-1
出来町クリニック	4	東区新出来2-6-7
平田レディースクリニック	4	北区天道町2-34
たけなかクリニック	4	北区大曾根3丁目7-3
宮永医院	4	北区柳原2-1-14
きまたクリニック	4	北区田幡1丁目12-12
新栄リウマチ膠原病・内科クリニック	4	東区葵一丁目14番13号アーク新栄ビルディング1階
さいとう整形外科リウマチ科	4	名東区平和が丘1丁目10番地
佐藤クリニック	4	守山区長栄13-14
東邦ガス診療所	3	熱田区桜田町19-18
はやしクリニック	3	西区栄生1-32-12
セタククリニック	3	北区黒川本通4丁目37番地カーサビアンカ黒川2階
吉田クリニック名西	3	西区貝田町2-59エクセル貝田1階
黒川泌尿器科・内科(腎)	3	北区黒川本通4丁目37番地の1カーサビアンカ黒川206号
鈴木医院	3	北区城東町4-84
なかむら内科	3	西区上名古屋1-14-23
よしだクリニック	3	守山区永森町333番地
さぶり整形外科	3	西城区西2-19-18
笑顔のおうちクリニック	3	中村区名駅3丁目28番12号大名古屋ビルヂング9階
古沢クリニック	3	守山区小幡中1-22-20
リーフクリニック名駅	3	西区那古野町2-25-11
水野ハートクリニック	3	西区香呑町2丁目70番地
横井耳鼻咽喉科	3	北区荻野通1丁目27-2
オリエンタル労働衛生協会メディカルクリニック	3	千種区今池1-8-4
大雄会ルーセントクリニック	3	西区牛島町6-1名古屋ルーセントタワー 3階
じょうど医院	2	西区笠取町1-50
勝又病院	2	中区新栄1-32-22
猪子内科クリニック	2	北区清水5-13-6
伊藤内科医院	2	北区柳原4-7-8
竹内耳鼻咽喉科	2	北区六ヶ池町17-1
杉野医院	2	北区大杉町4-57-1
生協もりやま診療所	2	守山区小幡3-8-10
澤野医院	2	北区大野町2-23-3
城見整形外科クリニック	2	北区金城2-12-5
城北クリニック	2	北区黒川本通5-26-1
きたお耳鼻咽喉科	2	北区上飯田西町1-33-1
藤原医院	2	北区清水3-12-23
水谷クリニック	2	北区中丸町2-2
山田クリニック	2	北区八代町2-82
八木内科クリニック	2	東区矢田2-7-22
おおすぎハツノ内科クリニック	2	北区大杉3-15-3おおすぎビル1階
ココカラハートクリニック	2	東区泉1-23-36NBN 泉ビル4階
桜井医院	2	西区市場木町286番地
井戸田整形外科 名駅スポーツクリニック	2	西区名駅2-6-5
種田クリニック	2	守山区白沢町168
しらかべ内科 糖尿病・高血圧・甲状腺クリニック	2	東区白壁二丁目401番
天野記念クリニック	2	西区上名古屋四丁目3番6号
鈴木眼科	2	千種区内山3-10-17 今池セントラルビル1階
CCクリニック	2	東区泉3-21-15 リヤンドイズミ1F
新道内科クリニック	2	西区新道2丁目5番7号
なごや在宅クリニック	2	南区赤坪町6番地
おがたファミリークリニック	2	守山区緑ヶ丘107
後藤皮膚科	2	守山区西川原町43
協立総合病院	2	熱田区五番町4番33号
清水口整形外科クリニック	2	東区白壁2-6-1
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
トラストクリニック	2	中区米1-30-22ハイメディック名古屋6階

※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 2024年1月～2024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
名古屋医療センター	236	中区三の丸4丁目1-1番地
整形外科つのだクリニック	232	春日井市二子町2丁目10-12
名古屋大学医学部附属病院	231	昭和区鶴舞町65番地
名古屋市立大学医学部附属西部医療センター	201	北区平手町1-1-1
みずのリハビリクリニック	185	北区上飯田南町3丁目92-2
小牧平田眼科	125	小牧市堀の内四丁目52-1
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター	106	千種区若水1-2-23
あじま診療所	104	北区楠味鏡3-1001-1
やまねクリニック	102	北区楠味鏡4-1524
山崎眼科	97	春日井市中新町1丁目10番地の8
ふく田整形外科	93	春日井市朝宮町2-18-1
服部外科整形外科	92	北区長喜町1-10
加藤医院	78	北区山田一丁目13番77号
タナベ眼科	72	北区大曾根1-19-14
名古屋北クリニック	64	北区丸新町357-1
すみれ野眼科医院	64	北区大曾根二丁目8番29号
ひろせ整形外科	60	北区志賀本通1-4
名城病院	40	中区三の丸一丁目3-1
春日井市民病院	39	春日井市鷹来町1-1-1
小牧市民病院	38	小牧市常普請一丁目20番地
ひろし整形外科	38	守山区森宮町288
愛知健康増進財団	34	北区清水1-18-4
内科眼科ゆたかクリニック	34	春日井市味美町三丁目69
佐野外科	30	守山区村合町126
眼科池田クリニック	27	あま市坂牧坂塩150番地
ときわ医院	26	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	26	瑞穂区瑞穂町字川澄1
楡の木ファミリークリニック	22	北区平安2-24-58
かちがわ眼科クリニック	20	春日井市大和通2-23-5
AOI 名古屋病院	19	東区泉二丁目2-5
酒井眼科	18	北名古屋市久地野北浦66番
さとし眼科クリニック	18	犬山市羽黒成海南8
こばやしクリニック	16	春日井市中野町2-14-9
吉田クリニック	16	千種区谷口町4番5号プレステージ千種七番館1階
サン・くすのき	15	北区五反田町111番地
平田眼科	14	春日井市瑞穂通6-22-3
深見眼科	14	豊田市陣中町1丁目6番地11
ふかがや丹羽眼科	13	岐阜県関市前町14
わかばファミリークリニック	12	西春日井郡豊山町豊場高前183-1
上野レディスクリニック	12	北区大曾根一丁目29番33号
糖尿病・甲状腺 上西内科	11	小牧市常普請2-83
神谷眼科医院	11	知立市本町本47-2
糖尿病・甲状腺とみなが内科	10	千種区豊年町14-4スギ薬局内山店2F
こまき眼科	10	小牧市中央2-148小牧ステーションビル1階

医院名	紹介件数	所在地
二子山ファミリークリニック	9	春日井市二子町1丁目5-6
せとかいどう花井クリニック	6	尾張旭市印場元町3-4-5
名古屋甲状腺診療所	6	中区大須4-14-59
しみず眼科クリニック	6	岩倉市大市場町郷東59-1
飯田医院	6	北区杉栄町五丁目116-4
とよ山内科クリニック	5	西春日井郡豊山町大字青山字東川46-2
昭和在宅クリニック	5	昭和区川名本町1-47-2 レイナビル1F
高井整形外科眼科医院	5	岐阜県高山市初田町3丁目50
ライフ健康クリニック	4	中村区道下町2-26
山際クリニック	4	春日井市小野町二丁目72番地
ふわりもの忘れとこころのクリニック名古屋	4	北区如意3-108-1
かたびら眼科	4	岐阜県可児市東帷子3877
さかきばらクリニック	4	春日井市如意申町1丁目10番地の13
味岡眼科	4	小牧市小松寺3-158
庄内の里	3	西区中小田井二丁目98番地
さんクリニック	3	北区清水2-2-8
南波眼科皮膚科	3	小牧市城山1丁目3番 ピエスタ2階
どい眼科クリニック	3	中区新栄町1-3 日丸名古屋ビル8F
あさひ眼科クリニック	2	尾張旭市南原山町赤土270-1
すぎやま病院	2	名東区社台3-10
さくらんぼクリニック	2	北区田幡1丁目1-3
春日井眼科クリニック	2	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
林整形外科クリニック	2	西区花原町16-4
くまい医院	2	春日井市妙慶町148-1
石黒内科クリニック	2	春日井市朝宮町1丁目11-1
朝倉眼科クリニック	2	春日井市朝宮町1丁目2-8
桐渕アイクリニック	2	岡崎市羽根西1-7-1
勝川よろずクリニック	2	春日井市松河戸町二丁目6番地2
西野医院	1	東区百人町82
大山クリニック	1	北区金城2-4-14
玉井眼科	1	西区南川町9番地
あま市民病院	1	あま市甚目寺畦田1
河村耳鼻咽喉科	1	北区清水4-13-10
あいちせぼね病院	1	犬山市大字五郎丸字上池31番地1
光が丘内科クリニック	1	千種区光が丘1-16-20
なごや訪問クリニック	1	東区芳野3-6-4D -001
名古屋ニューロサージェリークリニック	1	守山区東禅寺1607

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

## 科別紹介患者数 2024年1月～2024年12月データ

診療科	入院	外来	計
整形外科	556	1908	2464
眼科	455	1081	1536
消化器内科	159	860	1019
乳腺外科	55	445	500
脳神経内科	90	206	296
呼吸器内科	60	201	261
外科	85	161	246
甲状腺・内分泌外科	73	132	205
皮膚科	0	200	200
腎臓内科	83	101	184
循環器内科	28	142	170
緩和ケア外科	91	76	167
泌尿器科	24	134	158
総合診療科	62	87	149
糖尿病内科	48	96	144
脳神経外科	45	98	143
一般内科	56	35	91
産婦人科	3	76	79
耳鼻科	0	28	28
形成外科	0	7	7
老年精神科	0	5	5
麻酔科	0	4	4
小児科	0	3	3
計	1,973	6,086	8,059

※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 2024年1月～2024年12月データ

### ▶ 入院実績

項目	件数
新規入院患者数	468名
1日平均患者数	91.9名
平均在院日数	71.2日
在宅復帰率（70%以上）	91.7%
入院時重症度（40%以上）	46.9%
退院時回復割合（30%以上）	84.3%
1日あたり平均リハビリ実施単位	7.4単位
実績指数（アウトカム指数）	50.7

### ▶ 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）	61
ベーシック（6時間～7時間利用）	71
利用延件数（1ヶ月平均）	
クイック	187
オーダー	396
ベーシック	511
介護度割合（%）	
要介護1	7
要介護2	44
要介護3	19
要介護4	15
要介護5	3
要支援1	6
要支援2	10
目標達成による卒業者（年間）	
クイック	3
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	48,192
患者食数 特別食（加算）	37,100
患者食数 特別食（非加算）	6,301
患者食数 濃厚流動食	7,285
通所リハビリテーション食数	6,138
入院栄養食事指導	370
NST 回診延べ患者数	112
栄養アセスメント件数	935

### ▶ 地域医療連携室

項目	件数
介護連携指導料	119
退院時共同指導料	8
退院支援加算件数	468
カンファレンス	1,951
相談延件数 （相談件数）	4,732
入院	1,049
職業・住居	11
経済	59
退院支援（入所・転院）	1,067
退院支援（在宅）	1,735
その他	811

### ▶ 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	117
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター	84
名古屋市立大学医学部附属西部医療センター	52
大隈病院	50
名古屋市立大学病院	32
総合上飯田第1病院	31
名城病院	17
春日井市民病院	14
旭ろうさい病院	8
小牧市民病院	8
日本赤十字社愛知医療センター	7
名古屋第2病院	7
名古屋徳州会総合病院	7
名古屋大学医学部附属病院	5
名鉄病院	5
中京病院	3
その他、市内の医療機関	8
その他、市外の医療機関	8
その他、県外の医療機関	10

## 上飯田リハビリテーション病院

院長 河合 達巳

### ▶ 特徴

当院は回復期リハビリテーション（急性期治療の後に日常生活への復帰や社会復帰を目指すための入院リハビリ）を専門とする病院で、2病棟98床にて運営しています。原則的に外来リハビリテーションは実施しておりませんが、介護保険を利用した通所リハビリテーションには1日約40名の方にご利用頂いております。70名のリハビリスタッフ（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）を中心に、医師、看護師、介護福祉士、介護士、管理栄養士、薬剤師、社会福祉士、放射線技師、事務スタッフが協力して365日休みなく総合的なリハビリテーションを行っております。

### ▶ 今後の目標

- ・ 温もりある医療の提供を目指します。  
一日も早く家庭や職場に復帰できるよう1日3時間の個別リハビリテーションはもとより、入院生活のあらゆる場面で患者さまの機能回復を温かく支援してまいります。
- ・ 地域医療連携の推進  
地域の救急医療が円滑に機能するよう医療連携を緊密に行い、遅滞なく効率的なリハビリテーションを展開してまいります。

## 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

- ・ 患者を尊重した安全で質の高い看護・介護の提供に努めます
- ・ 患者に寄り添い、仲間に寄り添い、感謝の心を忘れずに笑顔で看護・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り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る。

医療機関のカンファレンスに参加し、情報共有し退院後早期から連続的に質の高いリハビリを提供する。

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、2階・3階病棟それぞれに2名ずつ配置され、すべての患者さまに担当者が付き、入院初日から退院支援を開始しています。院内では他職種と連携をとりながらチームアプローチを実践し、院外の関係機関・担当者とも連携をとりながら、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、院内の他職種、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长代行 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。

地域貢献活動を再開し、地域における介護予防の取組を行っています。

### ▶ 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、回復期及び生活期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。2024年度は体組成計を購入し GLIM 基準による低栄養診断を開始しました。摂取状況・血液データ・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付加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。

### ▶ 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。

## 薬剤科

薬剤科主任補 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。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。代替え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、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管理・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。
- ・ 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

河合 達巳 院長

【専門医】日本脳神経外科学会 脳神経外科専門医

水野 正昇

【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

当院は血液透析を専門とする透析クリニックであり、患者さまに「より安全でより快適な透析生活」を提供することを目指しています。透析コンソール42台を備え、以下の4つの透析コースを実施しています。

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)

また、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、他の医療機関と密接に連携し、包括的な腎疾患医療の提供に努めています。

#### ・透析療法

腎臓の機能が10%以下になると、腎臓の働きを代替するために透析療法が必要となります。透析には、血液透析 (HD)、血液ろ過透析 (HDF)、腹膜透析 (PD) がありますが、当院では HD および HDF を提供しています。

#### ・血液透析 (HD)

血液を人工臓器 (ダイアライザー) に循環させ、体内の不要な老廃物や水分を除去し、電解質のバランスを調整します。

#### ・血液ろ過透析 (HDF)

HDF にはいくつかの種類がありますが、当院ではオンライン HDF を採用しています。オンライン HDF は、透析液を補液として使用し、通常の HDF よりも多くの補液を用いることで、より多くの老廃物を効率的に除去できるという特長があります。

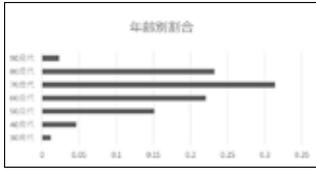
### ▶ 今後の目標

・当院では、さらなる医療の質向上と患者さまの生活の質の向上を目指し、以下の取り組みを推進していきます。

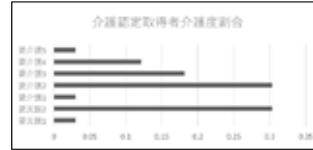
- ・質の高い医療の提供
- ・患者サービスの強化 (無料送迎・施設環境の充実)
- ・透析中リハビリテーションの充実 (体力測定・体組成測定の導入)
- ・地域連携の推進・強化 (患者さまの生活支援)
- ・感染症対策の徹底
- ・在宅療養支援の拡充・強化

今後も、患者さまが安心して透析を受けられる環境づくりを進め、地域医療への貢献を果たしてまいります。

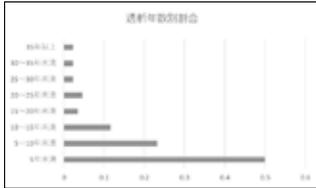
【クリニック通院患者の概要】



・年齢構成は、最年少39歳から最高齢91歳。  
 ・平均年齢は69.9歳。60歳以上は全体の約7割、70歳以上は約5割を占めている。  
 ・男女比は 約男7割：女3割



・要支援の認定を受けている方は全体の約3割  
 ・要介護の認定を受けている方の中では 要介護2がほぼ5割を占めている



・透析年数10年未満の方が約7割を占めている。最長は38年。

## 看護部

上飯田クリニック看護部 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」に基づいて患者さまに寄り添い、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いただ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情報の共有を徹底し、安心・安全な看護・医療を行います。
- ・おのおのが自己啓発に努め、看護力の向上を目指します。
- ・ASOの対策を強化し、早期発見・早期治療に努めます。

## 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28.9%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。私達は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私たち訪問看護が、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、私達の看護を一人でも多くの方へ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

利用者さまが住み慣れた自宅で安心して生活できるよう、家事援助から身体介護まで幅広くサービスを提供しています。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することで、利用者さまの自立した在宅生活を支援していけ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ることを目指します。スタッフの継続的な教育を推進し、スキル向上とサービスの効率化を図ります。また、法人内および地域社会との連携を強化し、より包括的な支援体制を構築します。利用者さまが安心して在宅生活を続けられるよう、質の高いサービス提供と満足度の向上に努めてまいります。

## 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7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が多数在籍しています。多機関と連携し、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安心安全の相談体制に努めています。

### ▶ 今後の目標

早期介入、早期支援をモットーに在宅医療介護の多職種連携の要として質の高いケアマネジメントを提供し、信頼され愛される事業所として地域福祉に貢献したいと考えます。

## 愛生訪問看護ステーション平安通

管理者 石原 友美

### ▶ 特徴

地域に根付き、利用者さんやその家族に信頼され、安心して利用し続けていただける訪問看護ステーションを目指しています。併設する「愛生複合型サービスセンター平安通」や「住宅型有料老人ホームこもれびの家」の利用者の訪問をしながら、ターミナルケア、認知症、精神疾患や糖尿病看護の支援を看護師が行っています。また、経験豊富な理学療法士がリハビリ支援も行っており、日常生活の自立サポートを実施しています。

### ▶ 今後の目標

- 1) 訪問ニーズに併せながら受け入れを断らず月平均登録者数100名を目指します。
- 2) 1時間訪問を中心に利用者やそのご家族と向き合った看護を提供します。
- 3) 外部向けの研修会を定期開催し、地域に開けたステーションを目指します。

## 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

看護小規模多機能型居宅介護である当事業所は、ご自宅からの「通い」を中心として、利用者さんの希望に応じて「訪問」や「泊まり」を組み合わせた介護サービスに、「訪問看護」が加わった看護と介護を一体的に提供する介護保険サービスになります。今年度は、宿泊時でも夜間喀痰吸引が必要な利用者の受け入れ体制が整いました。柔軟なサービス調整をしながら在宅での生活を支援します。

### ▶ 今後の目標

- 1) 胃ろうや喀痰吸引等の医療依存度の高い利用者を積極的に受入れ看護体制強化加算 I の取得を目指します。
- 2) 外部向けの講習会を定期開催し、地域に開けた事業所を目指します。
- 3) 利用者の家族会を開催し家族交流を図ります。

## 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とは24時間職員が常駐しており、食事の提供や見守りといった日常生活に必要なサービスを受けることができる施設です。手すりやスロープの設置など高齢者が安心して生活できる環境が整えられており、居室にはテレビ、冷蔵庫、ベッド、タンスが備え付けられており、スムーズな入居が可能となっております。また、必要に応じてヘルパーや訪問看護などの介護保険サービスを受けられます。さらに喀痰吸引や胃ろう造設等の医療依存度の高い方を受け入れられるよう介護士の育成にも尽力し、入居者の受け入れ幅拡大に努めていきます。

### ▶ 今後の目標

- 1) 喀痰吸引や胃ろう造設等の医療依存度の高い利用者が入居できる体制を整えます。
- 2) レクリエーションや季節のイベントを充実し、入居者が楽しく快適に過ごされるよう環境作りに努めます。
- 3) 入居者が施設でどのように過ごされているかわかるよう「こもれび通信」の発行を継続し、家族サービスに努めます。

## 愛生複合型サービスセンター辻本通

管理者 瀧瀬 悠

### ▶ 特徴

看護小規模多機能型居宅介護である当事業所は、ご自宅からの「通い」を中心として、利用者さんの希望に応じて「訪問」や「泊まり」を組み合わせた介護サービスに、「訪問看護」が加わった看護と介護を一体的に提供する介護保険サービスになります。喀痰吸引・胃ろうケア、24時間点滴など医療依存度の高い方の利用が半数以上占めています。愛生複合型サービスセンター平安通と連携しながら宿泊サービスの調整も可能です。

### ▶ 今後の目標

- 1) 医療依存度の高い方の受け入れ、看護体制強化加算 I の取得を継続します。
- 2) 外部向けの講習会を定期開催し、地域に開けた事業所を目指します。
- 3) 利用者の家族会を開催し家族交流を図ります。



---

# 愛生会看護専門学校

---



# 愛生会看護専門学校

校長 校條 英子

## 特徴

愛生会の理念に基づき、看護に必要な倫理観、知識、技術を育み、地域の人々の健康な生活に貢献するため、生涯にわたって自己研鑽できる看護師を育成することを目的とし、多様性の観点を取り入れ、個々の学生に応じた教育支援をしております。また基礎教育と現任教育を繋ぎ、法人独自の教育体制の構築に向け、各事業所と連携を取り、「共に寄り添い笑顔で看護できる看護師」になるまで支援する取り組みを継続します。

## 今後の目標

- 1) 多様化する学生に応じた学習支援を推進します。
- 2) 心理的安全性を確保し、安心して学べる教育環境を提供します。
- 3) 学生、職員ともにコモンセンスを磨きます。
- 4) 属人化を脱却し、ワークエンゲイジメントを高めるために、業務改善に取り組みます。
- 5) 支え合い、学び合い、高めあう職場環境を整備します。
- 6) 入学定員数30人を確保し、学生を一人前の看護師に育てるための8か年教育体制を構築します。

## 2024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
38回生 (2024年度入学生)	推薦入試	16名	16名	16名	16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
39回生 (2025年度入学生)	推薦入試	11名	11名	10名	10名
	既卒者入試	4名	4名	2名	2名
	一般入試(一次)	24名	24名	22名	8名
	(二次)	4名	3名	2名	1名
	(三次)	3名	2名	2名	2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
35回生 (2023年度卒業生)	29名	1名	2名	27名	1名	93%
36回生 (2024年度卒業生)	41名	1名	1名	37名	0名	88%

### ・就業等状況

就業者数						未就業者数				その他
看護師						進学				
全体			うち県内(再)			看護師以外	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					0名
33名	0名	0名	33名	0名	0名	0名	0名	0名	0名	4名

### ・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
2024年度	89.1%	95.9%

---

# 各種活動

---

各科研究活動

● 総合上飯田第一病院

乳腺外科

和文論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名	年月	抄録
1	針生検で疑った Low-grade adenosquamous carcinoma の検討	菅沼翔子	乳癌の臨床 39巻5号	2024.10.1	無

学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	微小浸潤癌の検討	ポスター	窪田智行	第32回 日本乳癌学会	仙台	2024.7.11 ~ 2024.7.13	有 P.112
2	地方学会	当院における Oncotype Dx 導入の実際	一般演題	窪田智行	第21回日本乳癌学会 中部地方会	富山	2024.9.7 ~ 2024.9.8	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講習、所見別講習	窪田智行	第56回 マンモグラフィ読影講習会	2024.1.3 ~ 2024.1.14	岡山
2	マンモグラフィ読影解説	窪田智行	第90回 マンモグラフィ更新講習会	2024.6.8 ~ 2024.6.9	大阪
3	マンモグラフィ読影解説	窪田智行	第92回 マンモグラフィ更新講習会	2024.7.7 ~ 2024.7.28	名古屋
4	マンモグラフィ読影解説	窪田智行	第22回 マンモグラフィ読影指導者研修会	2024.5.8 ~ 2024.5.19	名古屋
5	高エコー所見を考えてみよう	窪田智行	第19回 中部乳腺エラストグラフィユーザー会	2024.12.14	名古屋
6	乳がん検診の重要性	窪田智行	守山区市民講座	2024.10.31	名古屋

整形外科

学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	国際学会	Early balloon kyphoplasty for acute osteoporotic vertebral fracture	一般演題	飛田哲朗	SMISS AP annual meeting (Society for Minimally Invasive Spine Surgery)	香港		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・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	せばねの病気とからだに優しい手術について	飛田 哲朗	総合上飯田第一病院市民公開講座	2024.5.11
2	骨粗鬆症と低侵襲脊椎手術 -高齢者のための最新治療戦略-	飛田 哲朗	北区医師会学術講演会	2024.7.24
3	脊椎疾患治療最前線 低侵襲手術と神経障害性疼痛管理の新時代	飛田 哲朗	Nagoya North Spine Seminar	2024.11.28
4	せばねについて	飛田 哲朗	総合上飯田第一病院脊椎外科勉強会	2024.8.22

## 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	ORIGINAL ARTICLE : Transient epileptic amnesia complex syndrome and epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer's disease: Should the concept of epilepsy be extended?	UKAI Katsuyuki, ITO Masumi, and WATANABE Masako	Epilepsy and Seizure 2024;16(1): 44-53.	2024.3	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	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	鶴飼克行, 松井千恵, 加藤貴代, 服部しほり, 松岡友絵	日本認知症予防学会雑誌.		有 P.93

### 著書

No.	題名	著者名・編者名	著書名	年月
1	認知症の診断：軽度認知障害	鶴飼克行 (日本認知症予防学会編)	認知症予防専門テキスト 上巻 p38-43.	2024.6
2	認知症との鑑別	鶴飼克行 (日本認知症予防学会編)	認知症予防専門テキスト 上巻 p118-126.	2024.6
3	てんかんの鑑別診断：認知症	鶴飼克行 (日本総合病院精神医学会編)	てんかん診療ガイドブック p22-29.	2024.11
4	副甲状腺機能亢進症	鶴飼克行 (「精神科治療学」編集委員会編)	症状性・器質性精神障害診療ガイド p22-23	2024.10
5	小阪憲司先生のレビー小体型認知症・レビー小体病に関する業績	鶴飼克行 (レビー小体型認知症研究会編)	小阪憲司先生追悼記念誌	2024.11
6	小阪憲司先生の「石灰沈着を伴うびまん性神経原線維変化病(小阪・柴山病)」の業績	鶴飼克行 (レビー小体型認知症研究会編)	小阪憲司先生追悼記念誌	2024.11

### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	Possible relationship between early-stage Lewy pathology and late-onset epilepsy of unknown cause, particularly transient epileptic amnesia (TEA) and TEA complex syndrome (TEACS)	一般演題	UKAI Katsuyuki	第57回 日本てんかん学会	福岡	2024.9.12 ~ 2024.9.14	有 P.112
2	全国学会	Expanding the concept of epilepsy: "non-paroxysmal epilepsy-related disorders"	一般演題	UKAI Katsuyuki	第37回 日本総合病院精神医学会	熊本	2024.11.29 ~ 2024.11.30	有 P.113
3	全国学会	総合病院における認知症診療の意義：抗アミロイドβ抗体薬治療を含めて	一般演題	鶴飼克行	第43回 日本認知症学会	福島	2024.11.21 ~ 2024.11.23	有 P.113
4	全国学会	慢性的な低カルシウム血症による認知機能障害が疑われた1例：症例報告および文献的考察	一般演題	鶴飼克行	第39回 日本老年精神医学会	札幌	2024.7.12 ~ 2024.7.14	有 P.114
5	全国学会	物忘れ外来で鑑別すべきてんかん性病態	シンポジウム	鶴飼克行	第39回 日本老年精神医学会	札幌	2024.7.12 ~ 2024.7.14	有 P.114
6	全国学会	TEAとTEACSのてんかん学における位置づけ	シンポジウム	鶴飼克行	第57回 日本てんかん学会	福岡	2024.9.12 ~ 2024.9.14	有 P.114

### 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	総合病院における認知症診療の現状と新たな展望	鶴飼克行	福井県立病院・認知症講演会	2024.5.9
2	認知症と高齢者てんかんについて	鶴飼克行	興和株式会社・社内研修会	2024.2.2
3	認知症疾病総論：認知症の原因となる疾患	鶴飼克行	日本臨床衛生検査技師会・指定講習会	2024.9.1

## 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	Effects of gait intervention using the draw-in maneuver on knee joint function and the thoracic kyphosis angle in knee osteoarthritis	Y Murakami, S Ota, R Fujita, H Ohko, S Kawasaki	Gait & Posture	2024.7	有 P.94

## 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	人工骨頭全置換術後脱臼に対して早期にADL訓練を行った事例	一般演題	福田一葉	第32回愛知県作業療法学会	愛知	2024.5.19	有 P.115
2	地方学会	COVID-19罹 患後 ARDS となり、人工呼吸管理となった事例に対するアプローチ	一般演題	小幡勇斗	第23回東海北陸作業療法学会	石川	2024.9.14～ 2024.9.15	有 P.115
3	地方学会	Balloon Kyphoplasty を施行した脊椎圧迫骨折患者における術前 BMI 及び筋量減少との早期隣接椎体骨折との関係性の検討	一般演題	牧野竜也	第32回愛知県理学療法学会大会	愛知	2024.5.19	有 P.115

## 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	膝関節痛予防	川瀬修平	名古屋市リハビリテーション専門職派遣事業	2024.1.9
2	認知症高齢者に対する介助技術について	川瀬修平	認知症家族サロン	2024.1.18
3	料理で認知症予防	森田友絵、野崎めい	名古屋市リハビリテーション専門職派遣事業	2024.6.19
4	新しいことに挑戦して若さを保とう	野崎めい	名古屋市リハビリテーション専門職派遣事業	2024.9.29
5	膝関節疾患の解剖学・運動学の評価と臨床応用	柴本圭悟	エポックセミナー	2024.8.2
6	膝関節疾患の解剖学・運動学の評価と臨床応用	柴本圭悟	エポックセミナー	2024.8.9
7	転倒予防	川瀬修平	名古屋市リハビリテーション専門職派遣事業	2024.8.20
8	高齢者に多い「うつ」予防	森田友絵、古村萌乃	名古屋市リハビリテーション専門職派遣事業	2024.11.6
9	膝の治療戦略～完全伸展機能の獲得～：解剖講義担当	柴本圭悟	あいち福祉専門学校卒後勉強会	2024.11.17
10	第25回運動器系体表解剖セミナー：解剖講義担当	柴本圭悟	体表解剖学研究会	2024.11.30
11	腰痛治療に必要な評価技術とアプローチ	柴本圭悟	エポックセミナー	2024.12.16
12	転倒予防について	田淵翔太	名古屋市リハビリテーション専門職派遣事業	2024.11.5
13	卒後教育を考える - 社会医療法人愛生会総合上飯田第一病院の取り組み -	桑原道生	中部リハビリテーション専門学校「同友会」創立40周年記念事業講演会	2024.7.6

## 緩和ケア外科

## 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	倫理コンサルテーションチーム (ECT) と緩和ケアチーム (PCT) の協同	ポスター	岡島明子	第29回 日本緩和医療学会	神戸	2024.6.14～ 2024.6.15	有 P.115

## 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	「できるだけ家で過ごしたい」を支えるために急性期病院にできること～往診クリニックと病院のよりよい連携を考える～	岡島明子	上飯田在宅緩和ケア Web セミナー	2024.11.21

## 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	Association between the Presence of the Parasagittal Cyst-like Structures and Cognitive Function	Toshio Ohashi, Rintaro Ito, Ryo Yamamoto, Katsuyuki Ukai, and Shinji Naganawa	Magnetic Resonance in Medical Sciences	2024.11	有 P.98

## 看護部

## 和文論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名	年月	抄録
1	認知症看護認定看護師が当科での忘れ外来で求められる役割とその実践	松井千恵 加藤貴代 服部しほり 木全みこ 山本梨加 鶴飼克行	総合病院精神医学雑誌		有 P.102

## 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	全国研究会	認知症せん妄サポートチームと緩和ケアチームの臨床実践	ポスター	松井千恵	日本総合病院精神医学会	熊本	2024.11.17 ～ 2024.11.18	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	「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	2024.1.18
2	「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	2024.1.25
3	「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	2024.7.31
4	「演習 相談」コンサルテーション	松井千恵	日本看護協会 認定看護師教育課程	2024.8.23

## 眼科

## 英文論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名	年月	抄録
1	Macular Hole Surgery as a Historical Perspective.	Kumagai K, Horie E, Fukami M, Furukawa M.	Clinical Ophthalmology	2024.7	有 P.102

## 和文論文

No.	論文タイトル	著者名	雑誌名	年月	抄録
1	当院での COVID-19陽性裂孔原性網膜剥離に対する手術経験 -COVID-19陽性患者手術時の留意点について-	水谷凜一郎、杉本昌彦、 原田淳直、佐々木拓、 中条慎一郎、天満有美帆、 松井良諭、松原史、 近藤峰夫	あたらしい眼科 41(5) P580-585	2024.5	有 P.107

## 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	国際学会	Association retinal ischemia with intraretinal layer edema in branch retinal vein occlusion.	学術展示	Yukie Kamiya	EURETINA2024	スペイン・バルセロナ	2024.9.19 ～ 2024.9.22	有 P.116
2	全国学会	糖尿病患者における意図的黃斑円孔からの中心窩硬性白斑除去後の長期成績	学術展示	神谷由紀恵	第78回日本臨床眼科学会	京都	2024.11.14 ～ 2024.11.17	有 P.116

**栄養科**

## 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	骨粗しょう症の食事	永田まり子	上飯田在宅骨粗鬆症 WEB セミナー	2024.3.22

**検査部**

## 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	高工コー所見を考えてみよう！	徳永真衣	第19回中部乳腺エラストグラフィユーザー会	2024.12.14

## ● 上飯田リハビリテーション病院

### 学会・研究会発表

No.	学会規模	演題名	発表形式	筆頭発表者	学会・研究会名	開催地	年月日	抄録
1	全国学会	入浴カンファ発足前後での入浴動作への影響について	ポスター	石黒博弥	第43回回復期リハビリ研究大会	熊本	2024.3.7～2024.3.9	有 P.116
2	地方学会	回復期リハビリテーション病棟における転倒転落とADLの関係について	ポスター	平田貴大	第32回愛知県理学療法学会学術大会	名古屋	2024.5.19	有 P.117
3	地方学会	重度右片麻痺を呈し右上下肢管理に難渋した症例	一般演題	原佑奈	第32回愛知県作業療法学会	名古屋	2024.5.19	有 P.117
4	全国学会	地域在住高齢者の1年における体重の変化の特徴	一般演題	真鍋真由子	第10回日本栄養・嚥下理学療法学会学術大会	福岡	2024.7.6～2024.7.7	有 P.117
5	地方学会	回復期リハビリテーション病院における自動車運転支援に対する意識調査—PT・OT・STの比較検討—	一般演題	西川起代香	第23回東海北陸作業療法学会	金沢	2024.9.14～2024.9.15	有 P.117
6	全国学会	自動車運転支援に対する知識や困難さについての意識調査—理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の比較検討—	一般演題	渡邊俊紀	第48回日本高次脳機能学会学術総会	東京	2024.11.8～2024.11.9	有 P.118
7	院内研究発表	第13回リハケア大会	院内HP資料閲覧					
	院内研究発表	ADL向上チームの取り組み～安静度表導入～	院内HP資料閲覧	高田結以				
	院内研究発表	上飯田リハビリテーション病院におけるトロミの調整	院内HP資料閲覧	菅谷アカリ				
	院内研究発表	回復期リハビリテーション認定看護師看護介護10カ条	院内HP資料閲覧	松尾達也、三輪義政				
	院内研究発表	高次脳機能障害の方への自動車運転支援への流れ	院内HP資料閲覧	新井真希、川村早紀、渡邊俊紀、西川起代香、原佑奈				
	院内研究発表	自宅退院後のADLの維持	院内HP資料閲覧	前原宏樹				
	院内研究発表	入浴カンファレンス発足前後でのFIMの変化	院内HP資料閲覧	石黒博弥、長縄幸平、伊藤大晟				
	院内研究発表	脳血管疾患患者の転倒・転落の予防～安全に生活できる支援について～	院内HP資料閲覧	服部美紀				
	院内研究発表	倫理カンファレンスについて	院内HP資料閲覧	高島ゆかり、大藏美貴、野口友美、今枝志帆				

## ● 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	体重、血糖コントロール不良の糖尿病性腎症、血液透析患者に対し腎臓リハ、GLP-1受容体作動薬を投与している1例	一般演題	長橋吉	第14回日本腎臓リハビリテーション学会学術集会	新潟	2024.3.16～2024.3.17	有 P.118

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

## 地域貢献活動

### ● 総合上飯田第一病院

#### あいちゃんカフェ、あいちゃん健康クラブ

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	あいちゃんカフェ 「福祉用具について」 ～宮前コミュニティセンター～	玉木聡、森田友絵、野崎めい、古村萌乃、福田一葉	2024.2.16
2	あいちゃんカフェ 「生活習慣病」 ～宮前コミュニティセンター～	玉木聡、森田友絵、野崎めい、古村萌乃、福田一葉	2024.4.19
3	あいちゃんカフェ 「料理と認知症予防」 ～愛生会本部1F 会議室～	森田友絵、野崎めい、福田一葉	2024.6.21
4	あいちゃんカフェ 「ロコモを知ろう」 ～愛生会本部1F 会議室～	玉木聡、森田友絵、野崎めい、福田一葉	2024.8.16
5	あいちゃんカフェ 「骨折」 ～愛生会本部1F 会議室～	玉木聡、森田友絵、野崎めい、福田一葉	2024.10.18
6	あいちゃんカフェ 「歩行補助具」 ～愛生会本部1F 会議室～	玉木聡、森田友絵、野崎めい、福田一葉	2024.12.20
7	あいちゃん健康クラブ 「脱水」 ～UR 尾上～	玉木聡、水野奈緒、野崎めい	2024.1.22
8	あいちゃん健康クラブ 「ロコモ」 ～UR 尾上～	玉木聡、田淵翔太、奥岡蓮、古村萌乃	2024.2.26
9	あいちゃん健康クラブ 「肩の痛み」 ～UR 尾上～	玉木聡、水野奈緒、古村萌乃	2024.3.25
10	あいちゃん健康クラブ 「生活の知恵」 ～UR 尾上～	森田友絵、鶴見元	2024.4.22
11	あいちゃん健康クラブ 「骨折」 ～UR 尾上～	玉木聡、水野奈緒、古村萌乃、森田友絵	2024.5.27
12	あいちゃん健康クラブ 「生活習慣病」 ～UR 尾上～	玉木聡、村上慈葉、鶴見元、古村萌乃、水野奈緒	2024.6.24
13	あいちゃん健康クラブ 「腰痛」 ～UR 尾上～	鶴見元、水野奈緒	2024.7.22
14	あいちゃん健康クラブ 「脳卒中」 ～UR 尾上～	玉木聡、堀内健吾、古村萌乃	2024.8.26
15	あいちゃん健康クラブ 「うつ予防」 ～UR 尾上～	玉木聡、野崎めい、森田友絵、古村萌乃	2024.9.30
16	あいちゃん健康クラブ 「介護保険制度」 ～UR 尾上～	玉木聡、河田英登、村上慈葉、古村萌乃	2024.10.28
17	あいちゃん健康クラブ 「冷え性」 ～UR 尾上～	玉木聡、鶴見元、古村萌乃	2024.11.25
18	あいちゃん健康クラブ 「転倒予防」 ～UR 尾上～	堀内健吾、村上慈葉	2024.12.23
19	あいちゃん健康クラブ 「歩行補助具」 ～辻コミュニティセンター～	玉木聡、古村萌乃、野崎めい	2024.1.16
20	あいちゃん健康クラブ 「肺炎」 ～辻コミュニティセンター～	古村萌乃、小幡勇斗	2024.3.19
21	あいちゃん健康クラブ 「体力増強」 ～辻コミュニティセンター～	玉木聡、野崎めい、河田英登	2024.5.21
22	あいちゃん健康クラブ 「ロコモ」 ～辻コミュニティセンター～	田淵翔太、奥岡蓮、森田友絵	2024.7.16
23	あいちゃん健康クラブ 「骨折」 ～辻コミュニティセンター～	玉木聡、水野奈緒、河田英登、古村萌乃	2024.9.17
24	あいちゃん健康クラブ 「肩の痛み」 ～辻コミュニティセンター～	野崎めい、森田友絵、古村萌乃、福田一葉	2024.11.19
25	あいちゃん健康クラブ 「腰痛」 ～UR 志賀・鳩岡～	玉木聡、鶴見元、森田友絵	2024.2.9
26	あいちゃん健康クラブ 「体力増強」 ～UR 志賀・鳩岡～	玉木聡、古村萌乃、野崎めい、水野奈緒、奥岡蓮、田淵翔太	2024.9.27
27	あいちゃん健康クラブ 「転倒予防」 ～UR 志賀・鳩岡～	玉木聡、田淵翔太、奥岡蓮、古村萌乃、野崎めい、村上慈葉	2024.11.22
28	あいちゃん健康クラブ 「ロコモチェック・認知機能検査など」 ～イオン上飯田～	玉木聡、森田友絵、河田英登、鶴見元、水野奈緒	2024.5.29
29	あいちゃん健康クラブ 「ロコモチェック・認知機能検査など」 ～イオン上飯田～	玉木聡、古村萌乃、田淵翔太、村上慈葉	2024.10.23
30	あいちゃん健康クラブ 「ロコモチェック・認知機能検査など」 ～イオン上飯田～	玉木聡、福田一葉、鶴見元、水野奈緒	2024.12.11
31	キタキタフェスタ 「ロコモチェック・身体機能評価」	川瀬修平	2024.10.20

### ● 上飯田リハビリテーション病院

#### リハビリテーション科

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	みんなで延ばそう健康寿命	平田貴大	2024.8.18
2	認知症とその予防	清水一将	2024.11.17

## ● 介護福祉事業部

### 愛生訪問看護ステーション

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	便秘解消法	水谷千奈美、越前柚子稀、栗田和泉	2024.8.20

### 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	介護士による認知症ケア	新美育世	2024.12.17

### 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	介護士による認知症ケア	田口華子	2024.12.17

### 愛生訪問看護ステーション平安通

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	糖尿病予防について	石原友美	2024.6.18

## ● 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6年度愛知県名古屋飛行場消火救難総合訓練	看護学生38回生、堀場麻耶、佐藤葉子	2024.10.24

## ● 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		2024.6.12
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、ロコモチェック	吉本友和、川瀬修平、新屋紗季、木村圭佑 愛生会看護専門学校1年生	2024.10.20
3	あいちゃん健康クラブ		
	歩行補助具 ～辻コミュニティセンター～	玉木聡、野崎めい、古村萌乃	2024.1.16
	冬場の脱水症 ～UR 尾上～	玉木聡、野崎めい、水野奈緒	2024.1.22
	腰痛 ～UR 志賀～	玉木聡、鶴見元、森田友絵	2024.2.9
	ロコモ ～UR 尾上～	玉木聡、古村萌乃、奥岡蓮、田淵翔太	2024.2.26
	肺炎 ～辻コミュニティセンター～	小幡勇斗、古村萌乃	2024.3.19
	肩の痛み ～UR 尾上～	玉木聡、古村萌乃、水野奈緒	2024.3.25
	生活の知恵 ～UR 尾上～	鶴見元、森田友絵	2024.4.22
	体力増強について ～辻コミュニティセンター～	玉木聡、野崎めい、河田英登	2024.5.21
	骨折 ～UR 尾上～	玉木聡、森田友絵、古村萌乃、水野奈緒	2024.5.27
	体力測定 ～そよら上飯田～	玉木聡、森田友絵、鶴見元、河田英登、水野奈緒	2024.5.29
	生活習慣病 ～UR 尾上～	玉木聡、鶴見元、古村萌乃、村上慈葉、水野奈緒	2024.6.24
	ロコモ ～辻コミュニティセンター～	森田友絵、田淵翔太、奥岡蓮	2024.7.16
	腰痛 ～UR 尾上～	鶴見元、水野奈緒、高田しおり	2024.7.22
	脳卒中 ～UR 尾上～	堀内健吾、玉木聡、古村萌乃	2024.8.26
	骨折 ～辻コミュニティセンター～	村上慈葉、古村萌乃、玉木聡、水野奈緒、 河田英登	2024.9.17
	体力増強 ～UR 鳩岡～	玉木聡、奥岡蓮、田淵翔太、野崎めい、 古村萌乃、水野奈緒	2024.9.27
	うつ病予防 ～UR 尾上～	玉木聡、古村萌乃、野崎めい、森田友絵	2024.9.30

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
	リハビリスタッフによる健康チェック ～そよら上飯田～	玉木聡、古村萌乃、村上慈葉、田淵翔太	2024.10.23
	介護保険制度 ～UR 尾上～	河田英登、村上慈葉、古村萌乃、玉木聡	2024.10.28
	肩の痛み ～社コミュニティセンター～	古村萌乃、野崎めい、森田友絵、福田一葉	2024.11.19
	転倒予防 ～UR 鳩岡～	玉木聡、奥岡蓮、田淵翔太、野崎めい、古村萌乃、村上慈葉	2024.11.22
	冷え性 ～UR 尾上～	玉木聡、鶴見元、古村萌乃	2024.11.25
	リハビリスタッフによる健康チェック ～そよら上飯田～	玉木聡、福田一葉、水野奈緒、鶴見元	2024.12.11
	転倒予防 ～UR 尾上～	堀内健吾、村上慈葉	2024.12.23
4	あいちゃんカフェ		
	福祉用具 ～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、川嶋美智子、横山志帆	2024.2.16
	生活習慣病 ～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	2024.4.19
	料理と認知症予防 ～愛生会本部～	森田友絵、古村萌乃、福田一葉、松井千恵、中野明子	2024.6.21
	ロコモ ～愛生会本部～	森田友絵、古村萌乃、福田一葉、玉木聡、野崎めい、松井千恵、中野明子	2024.8.16
	高齢者に多い骨折 ～愛生会本部～	玉木聡、森田友絵、古村萌乃、野崎めい、福田一葉、松井千恵、中野明子	2024.10.18
	歩行補助具について ～愛生会本部～	森田友絵、福田一葉、玉木聡、野崎めい、松井千恵、中野明子	2024.12.20

## ● 地域包括サポートセンター

### 市民公開講座

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	講演Ⅰ：せぼねの病気とからだにやさしい手術について 講演Ⅱ：「活動的な毎日のために」 ～せなかの健康を守る秘訣と寝たきり対策の基本～	総合上飯田第一病院整形外科 脊椎外科部長・ 脊椎・脊髄センター長 飛田哲郎先生  名古屋大学大学院医学系研究科 整形外科助教授 伊藤定之先生	2024.5.1

### 医療福祉相談室

No.	内容・テーマ等	演者名	年月日
1	北区居宅介護支援連絡会・北区サービス事業者連絡会 [2024年診療報酬改定]	権田吉儀	2024.5.14

## 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	下膳車の買い替え実施（1台）
3月	ゼリー食の献立変更 （摂食嚥下リハビリテーション学会の学会分類コードに合わせた製品選択）
5月	電子カルテ属性アレルギー情報と給食システムの情報連携開始
6月	濃厚流動食在庫種類変更（NST 委員会と合同）
8月	入院食アンケートの実施 ガスフライヤーの買い替え
9月	茶碗種類変更（強化磁器→ポリプロピレン）
12月	給食委託業者変更

#### NST 委員会

月	活動内容
2月	症例検討
4月	勉強会「退院後、施設や他の医療機関ではどのように食事を摂っているの？」開催
6月	症例検討、経腸栄養剤在庫種類について検討 経腸栄養で退院する場合の退院時支援について検討
8月	勉強会「超高齢社会をいつまでも元気に過ごそう」開催 今後の NST 回診日時について検討
10月	症例検討
12月	勉強会「義歯との付き合い方」開催、使用中濃厚流動の種類変更を検討

#### 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 医中誌・メディカルオンライン継続契約
2月	蔵書確認アンケート提出依頼・回収・登録処理
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

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

## 輸血委員会

月	活動内容
	隔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	血液製剤利用量 確認、他院転送時の血液製剤持ち込みについて
4月	輸血マニュアル入れ替えの確認
6月	半年間の血液製剤・アルブミン製剤使用量の破棄本数について
8月	自己血の採血チェックシート改訂
10月	9月のアルブミン製剤使用量が多い。(輸血適正使用加算の施設基準 Alb/RBC<2.0)
12月	RBC、アルブミン製剤使用量比が高かった。2023年 1.37 2024年 1.99

## サービス向上委員会

月	活動内容
隔月	委員会開催(奇数月第1水曜日) 患者アンケート等を審議 審議内容の情報公開(病院内掲示やホームページ等)
毎月	患者アンケート集計および報告
毎週	ご意見箱に寄せられた患者アンケート用紙を回収し、該当する部署へ報告
随時	ご意見に関わる対応(個別回答など)
5月	ご意見対応:「外来に設置されている時計の時刻合わせ」
	ご意見対応:「病棟における Wi-Fi パスワード案内冊子」
7月	患者アンケート用紙のご意見、個人回答欄の見直し 2023年度外来・入院患者満足度調査結果のホームページ掲載
9月	ご意見対応:「全病棟の浴室時計設置」
10月	接遇研修「患者、家族への関わり方～基本的なマナー～」
11月	ご意見対応「休日退院の会計案内見直し」
12月	2024年度外来・入院患者満足度調査

## 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
毎月	第二木曜 定例会議
半月	せん妄についての勉強会
11月	令和6年度 認知症対応モデル病院フォローアップ研修

## 労働安全衛生委員会

月	活動内容
2月	診療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
8月	健診の視力判定について

## 救急委員会

月	活動内容
偶数月	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救急隊との意見交換
2月	救急患者症例検討会
9月～12月	救命救急士病院実習 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	防災用品点検
4月	新入職員向け防災訓練 新入看護師向け防災訓練
9月	防災用品点検

## 臨床研修管理委員会

月	活動内容
1月	2024年度オリエンテーション内容検討
	2024年度ローテーション作成
	救急患者症例検討会について
2月	2024年度オリエンテーション内容確定
3月	研修医の当直回数と内訳について検討
4月	<臨床研修管理委員会・臨床研修センター会議 共同開催>
5月	マッチング面接スケジュール決定
6月	研修スケジュールを一部変更
7月	マッチング試験応募状況について報告
	ベースアップの支給について
	9月以降の研修プログラム責任者・指導医の変更について
8月	2025年度研修医採用マッチング試験・面接実施
10月	2025年度救急研修日程についての調整
	2025年度研修医採用マッチング結果発表
12月	リハビリ科の研修について
	委員の変更について

## 倫理委員会

月	活動内容
2月	県医師会医療安全支援センター講演会受講報告
	第11回倫理ミーティング「転倒リスクが高いのに自覚がない患者の見守り・退院支援・転倒防止策」 事例報告：身寄りなし・意思疎通困難な患者の終末期治療方針
5月	新規共通同意書承認（嚥下内視鏡・バルーン拡張術・気管支鏡検査）
	倫理コンサルテーション報告（エホバ輸血拒否） 事例報告：自傷行為・退院支援困難
6月	新規共通同意書承認（乳がん RFA）
	倫理コンサルテーション報告（身寄りなし / 再手術後意思疎通困難になった患者の医療同意・CVP 造設方針の妥当性・入院継続拒否） 治療抵抗性の苦痛に対する鎮静のフロー
8月	医師の対応について トラブル報告書の運用について
	第12回倫理ミーティング「厳しい病状や見込みについて、家族から本人に伝えないでほしいと言われたら」
9月	倫理コンサルテーション書面報告（終末期医療の方針決定支援3件・家族間での対立・退院支援困難事例2件）
10月	第13回倫理ミーティング「本人の意思決定が困難な場合の人工的水分・栄養補給法の決定」
12月	職員倫理研修会（医療安全講師、MSW 岩下さん・西村さん、ECT 岡島）
	アンケートから（医師の態度・電話対応について・手術に関する医療同意の問題・パニック値ルール）
	トラブル報告書からカルテ着色の規定について 倫理コンサルテーション報告（再々手術見合わせ方針）

## 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63件の新規採用、91件の採用中止、27件の後発薬品切り替え、14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

## 医療安全委員会

月	活動内容
毎月	医療安全委員会ヒヤリハット報告の分析、改善策の検討
毎月	医療安全推進部会活動を実施
1月	医療安全研修「患者誤認について」
3月	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	新人看護師集合研修実施
4月	聴覚障害者対応について患者相談室と検討
4月	医療安全対策マニュアル改定
5月	院内医療安全情報 No.50発行
5月	院内安全ラウンド実施
5月	影響レベル3B 症例検討会実施
6月	院内安全ラウンド実施
6月	影響レベル3B 症例検討会実施
7月	院内医療安全情報 No.51発行
7月	医療安全研修「MRIの危険性について」放射線部
7月	院内安全ラウンド実施
7月	影響レベル3B 症例検討会実施
8月	院内医療安全情報 No.52発行
8月	院内安全ラウンド実施
9月	院内医療安全情報 No.53発行
9月	院内安全ラウンド実施
10月	地域連携相互ラウンド I - I 連携（名城病院⇒当院）
10月	院内医療安全情報 No.54発行
10月	地域連携相互ラウンド I - I 連携（当院⇒名城病院）
10月	影響レベル3B 症例検討会実施
11月	院内医療安全情報 No.55発行
11月	院内安全ラウンド実施
11月	影響レベル3B 症例検討会実施

月	活動内容
12月	院内医療安全情報 No.56発行

### 医療ガス安全管理委員会

月	活動内容
4月	医療ガス研修会実施

### 臨床検査適正化委員会

月	活動内容
2月	臨床検査の精度管理や適切な管理運営について検討
3月	臨床検査の精度管理や適切な管理運営について検討
4月	臨床検査の精度管理や適切な管理運営について検討
5月	臨床検査の精度管理や適切な管理運営について検討
6月	臨床検査の精度管理や適切な管理運営について検討
7月	臨床検査の精度管理や適切な管理運営について検討 ※書面にて開催
8月	臨床検査の精度管理や適切な管理運営について検討 ※書面にて開催
9月	臨床検査の精度管理や適切な管理運営について検討
10月	臨床検査の精度管理や適切な管理運営について検討
11月	臨床検査の精度管理や適切な管理運営について検討
12月	臨床検査の精度管理や適切な管理運営について検討

### クリニカルパス委員会

月	活動内容
1月	クリニカルパスの管理について検討
3月	新規パス登録についての検討
4月	診療科ごとのパスの作成と利用状況の確認
7月	クリニカルパスの入院期間の見直し・修正・パス集計方法について検討
8月	電子カルテ導入への取り組み（CP作成・登録画面・オーダリングシステムについて）
10月	新規パス登録についての検討
12月	電子カルテ導入への取り組み（整形外パス作成）

### 手術室運営委員会

月	活動内容
1月	開催せず
3月	開催せず
5月	麻酔科手術優先枠内容変更（脊椎・関節鏡枠を整形外科枠として統一形成外科枠をフリー枠に変更）
7月	開催せず
9月	開催せず
11月	年末年始の運用（1月3日を整形外科予定手術日とし、麻酔科医1名・看護師4名出勤）
	術中の電話対応についての取り決め（看護業務を優先することを医師に周知）
	3階病棟の手術患者付き添い業務の変更（一時的に手術室が代行していたが終了とする）
	形成外科の乳房再建術を今後金曜日に行うことのお知らせ

### 入退院調整委員会

月	活動内容
毎月	入院患者（病棟ごと）の入院期間や退院支援状況についての検討
	転院患者の実績報告（相談件数・入院件数・断り件数）

## 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
	院内 HP から起動して、登録された設問を解く型式の『LOCAL TEST -wiz-』を作成し、職員に対して医療情報セキュリティテストを実施しました。次回のテスト実施に向けて問題と解説の準備を行っています。

## 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 レジメン承認：dose denseEC 療法（乳癌：術前・術後補助療法）
3月	化学療法委員会開催 レジメン承認：フェスゴ皮下注、フェスゴ+エリブリン、フェスゴ+weeklyPTX、フェスゴ+DC、フェスゴ+DTX
4月	化学療法委員会開催 化学療法マニュアル一部改訂
5月	化学療法委員会開催 レジメン承認：XELIRI とベパシズマブ+XELRI（治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌）、DS 療法（胃癌 Stage III 術後補助療法）、トリプレット療法（進行前立腺癌）、GC 療法（尿路上皮癌）、ペムプロリズマブ+レンパチニブ（転移・再発腎細胞癌）
6月	化学療法委員会開催 レジメン承認：GC 療法（切除可能臓臓癌）
8月	化学療法委員会開催 レジメン承認：ラムシルマブ+アブラキサン（胃癌）
10月	化学療法委員会開催 レジメン承認：GCP（胆道癌）、キートルーダ+GEM（胆道癌、GCP 使用后）、GEM+カルボプラチン（尿路上皮癌）
11月	化学療法委員会開催
12月	化学療法委員会開催 レジメン承認：トロデルビ（乳癌）

## 剖検委員会

月	活動内容
不定期	取り扱い事案が起きた場合緊急開催

## 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 2023年度進捗確認について 医療労働時間短縮計画策定について
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

## ● 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）
4月	体組成計のデモンストレーション実施
5月	「体組成計使用方法、測定結果について」勉強会実施

月	活動内容
11月	入院患者への体組成測定を開始

### 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
3月	医療安全 I - II 相互連携会議 総合上飯田第一病院安全評価
4月	目標共有
8月	転倒・転落防止ポスター提示
10月	全職種研修：「医療ガス」
11月	全職種研修：「心肺蘇生」
12月	リストバンド導入 転倒・転落防止ポスター提示

### 栄養委員会

月	活動内容
5月	電子カルテ属性アレルギー情報と給食システムの情報連携開始
7月	ガスフライヤーの買い替え
8月	入院患者食・通所利用者食のアンケート実施
12月	給食委託業者変更
1～12月	行事食実施（正月、節分、七夕、土用の丑、クリスマス、大晦日など）

### 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	手指衛生と个人防护具着用の必要性
11月	ガウンテクニック研修（実践）

### 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	身だしなみチェックリスト、接遇や身だしなみ掲示について検討
5月	患者満足度調査内容検討、準備
6月	患者の娯楽について検討 患者満足度調査準備
7月	患者満足度調査方法確認、身だしなみチェックについて回答報告
9月	患者満足度調査の集計結果について、患者アンケート配布方法の検討
10月	面会、患者アンケートについて検討、次月の身だしなみチェックの確認
11月	患者アンケート回収ボックス設置場所検討、身だしなみチェックの回答報告
12月	患者満足度調査の内容や日程確認、入院時アンケートについて提案

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション  
クリニック

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録

## 倫理委員会

月	活動内容
毎月	倫理カンファレンス開催報告
毎月	患者サポート相談件数報告
8月	倫理委員会規定改訂
8月	人生の最終段階における医療・ケアの基本方針策定
10月	「ACP」院内研修会開催
12月	「医の倫理」「患者の権利」院内研修会開催

## 衛生委員会

月	活動内容
毎月	時間外労働時間増加の報告と対応
毎月	健診受診漏れのチェック
毎月	休職者（傷病）の報告
隔月	院内職場巡視報告と対応
7～8月	ストレスチェック実施
8月	禁煙の研修会実施

## 地域連携パス委員会

月	活動内容
2月	名古屋脳卒中拡大合同会議 世話人会
	聖霊病院 大腿骨近位部骨折地域連携パス会議
	名古屋整形外科地域連携パス拡大合同会議 実務者会議
	名古屋医療センター地域連携パス会議
3月	尾張北西部大腿骨地域連携パス会議
	尾張北部脳卒中地域連携パス会議
	尾張東部地域連携パス検討会 大腿骨 / 脳卒中
	名古屋医療センター地域連携パス連携 大腿骨 / 脳卒中（名古屋医療センターから担当者と対面）
5月	名古屋北部脳卒中連携会（東部医療センター 担当者と対面）
	名古屋医療センター地域連携パス連携 大腿骨 / 脳卒中（名古屋医療センターから担当者と対面）
6月	尾張北西部大腿骨地域連携パス会議
	尾張北部脳卒中地域連携パス会議
	尾張北部脳卒中地域連携パス連携（小牧市民病院 担当者と対面）
	尾張北部脳卒中地域連携パス連携（春日井市民病院 担当者と対面）
	聖霊病院 大腿骨近位部骨折地域連携パス会議
8月	名古屋整形外科連携パス拡大合同会議 実務者会議
	名古屋医療センター地域連携パス連携 THA/TKA（名古屋医療センター 担当者と対面）
9月	上飯田大腿骨頸部骨折パス会議
	名古屋整形外科地域連携パス拡大合同会議 実務者会議
	尾張東部地域連携パス検討会 大腿骨 / 脳卒中
	名古屋脳卒中拡大合同会議 世話人会
10月	尾張北西部大腿骨地域連携パス会議 大腿骨 / 脳卒中
	聖霊病院 大腿骨近位部骨折地域連携パス会議
12月	名古屋脳卒中拡大合同会議
	上飯田大腿骨頸部骨折パス会議
	尾張東部地域連携パス検討会 大腿骨 / 脳卒中
	院内での地域連携パス研修会

## 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「認知症患者の対応と連携」の実施

## 褥瘡委員会

月	活動内容
毎月	褥瘡有病・発生率、マットレス使用状況、褥瘡対策状況の報告 車いすクッション、体こう枕貸出確認と管理

## 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・カルテの質的点検・量的点検報告
4月	入院診療計画書、入院要約についての検討
5月	入院要約のひな形について報告
6月	歯科への訪問診療依頼文章について報告
7月	電子カルテ内の一時保存文書依頼
10月	退院療養計画書、書式統一について報告
11月	入院診療計画書について依頼
12月	電子カルテ内の文書編集について報告

## 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 入院患者数を意識しやすくなる方法
2月	入退院に関する報告・問題点の検討 コロナ感染の現状、面会再開について
3月	入退院に関する報告・問題点の検討 面会方法・回数について
4月	入退院に関する報告・問題点の検討 今年度の目標、診療報酬改定
5月	入退院に関する報告・問題点の検討 面会緩和について
6月	入退院に関する報告・問題点の検討 運動器の早期転院の受入れに向けて
7月	入退院に関する報告・問題点の検討 面会方法変更後の現状
8月	入退院に関する報告・問題点の検討 入退院数のバランスについて
10月	入退院に関する報告・問題点の検討 転院時コロナ検査について
11月	入退院に関する報告・問題点の検討 紹介患者アップに向けて
12月	入退院に関する報告・問題点の検討 今後の面会緩和について

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

## ● 上飯田クリニック

### 医療安全対策委員会

月	活動内容
2月	防災訓練（消火器訓練）、安全感染勉強会
3月	ヒヤリハット集計、備品破損報告書集計、愛知県透析医会災害情報訓練
5月	担送訓練
6月	防災訓練（避難訓練）、離脱訓練
7月	防災訓練アンケート集計
8月	夜間コース患者避難経路体験、171体験
9月	防災の日患者指導、災害情報訓練
10月	安全感染勉強会
12月	透析患者カード配布

### 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
11月	職員食アンケート実施・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
2月	インフルエンザ・ガウンテクニック・手指消毒勉強会
4月	新型コロナウイルス対策での来院時検温の終了
5月	新型コロナウイルス5類移行に伴いゴーグルの運用変更 医療廃棄物分別のため段ボールの感染性廃棄BOXの導入
7月	新型コロナウイルス罹患患者の透析対応を隔離透析から準隔離透析へ変更 感染症患者の汚染シーツ取り扱いのマニュアル作成
9月	15G 針を安全装置付き穿刺針に変更
10月	ASO についての勉強会実施
11月	16.17G 穿刺針を安全装置付きに変更

### 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：院所利用委員会…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
1月	2024年度授業デザインの検討
3月	2023年度教育課程運営に関する自己点検・自己評価
	2024年度活動計画、運営上の課題検討
8月	2024年度教育課程運営に関する中間報告、課題検討
	学生指導に関する諸問題の検討
12月	2024年度教育課程運営に関する中間報告、課題検討

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション病院

上飯田クリニック

介護福祉事業部

愛生会看護専門学校

各種活動

論文・抄録



---

# 論文・抄録

---

## ORIGINAL ARTICLE

## Transient epileptic amnesia complex syndrome and epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer's disease: Should the concept of epilepsy be extended?

UKAI Katsuyuki<sup>1,2</sup>, ITO Masumi<sup>3</sup>, and WATANABE Masako<sup>4</sup><sup>1</sup>Department of Psychogeriatrics, Kami-iida Daiichi General Hospital, Nagoya, Japan<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Japan<sup>3</sup>Jozen Clinic, Sapporo, Japan<sup>4</sup>Shinjuku Neuro Clinic, Tokyo, Japan

## Correspondence:

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

Running title: TEACS and ECI-A

Word count: 2516

Number of tables and figures: 4 tables and 0 figure

Number of references: 20

## ABSTRACT

## Background:

Transient epileptic amnesia (TEA) is a special type of mesial temporal lobe epilepsy, whose main symptom is recurrent amnesia attacks. Patients with TEA often demonstrate two other types of memory symptoms: accelerated long-term forgetting (ALF) and autobiographical amnesia (AbA). In our previous reports, we presented two clinical cases in which the patients showed symptoms of ALF and/or AbA without suffering any type of epileptic seizure, including TEA attacks. Based on these cases and a literature search, we proposed a new clinical entity, which we named 'transient epileptic amnesia complex syndrome (TEACS)'. We also proposed a new type of neurocognitive disorder, which we named 'epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer's disease (ECI-A)'.

## Methods and Results:

The clinical profiles and characteristics of three cases of TEACS and one case of ECI-A are presented. Based on the clinical courses of these cases, pathological hypotheses regarding TEACS and ECI-A are discussed, and the importance of clearly recognizing a new concept in epileptology is emphasized.

## Discussion:

We consider that at least two non-paroxysmal and chronic epilepsy-related disorders (TEACS and ECI-A) exist. The two disorders are considered to be caused by continual excessive neuronal discharges that are not sufficient to give rise to clinical seizures. The establishment of these new entities would open up therapeutic possibilities for such non-paroxysmal and chronic epilepsy-related disorders.

## Keywords:

accelerated long-term forgetting, epilepsy, epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer's disease, transient epileptic amnesia, transient epileptic amnesia complex syndrome

## INTRODUCTION

Transient epileptic amnesia (TEA) is a special type of mesial temporal lobe epilepsy, whose main symptom is recurrent amnesia attacks. In the 1990s, Hodges & Warlow, Kapur, and Zeman et al. described the clinical features of TEA.<sup>1-3</sup> 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 antiseizure medication (ASM), or a combination of these three factors.<sup>3</sup> 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).<sup>4,5</sup> Both ALF and AbA are persistent memory disorders, but TEA attacks are not.

In our previous reports, we presented two clinical cases in which the patients showed symptoms of ALF and/or AbA without suffering any type of epileptic seizure, including TEA attacks.<sup>6,8</sup> Based on these cases and a literature search, we proposed a new clinical entity,

which we named 'transient epileptic amnesia complex syndrome (TEACS)', and diagnostic criteria for the condition (Table 1).<sup>7,9</sup> In these reports, we suggested that continual epileptiform discharges by the neurons in the temporal lobes that are not sufficient to give rise to clinical seizures may cause ALF and AbA.<sup>5-10</sup>

In addition, in 2021 we also proposed a new type of neurocognitive disorder, which we named 'epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer's disease (ECI-A)'.<sup>11</sup> This condition was first described in the literature in 2009 by Ito M. et al. using the term 'epilepsy-derived memory impairment resembling Alzheimer's disease'.<sup>12</sup> The patients described in the latter report exhibited recent memory impairment; behavioral and psychological symptoms (BPSD); and a reduced ability to perform activities of daily living (ADL), all of which resolved after the administration of ASM. Ito et al. speculated that abnormally excessive neuronal discharges that were not sufficient to give rise to clinical seizures may have caused temporal lobe dysfunction and propagated to the remote areas of the brain, leading to chronic executive dysfunction.<sup>12</sup> About ten years later, we experienced a few similar cases, in which the patients displayed not only memory impairment, but also other symptoms, such as BPSD and a decreased ability to perform ADL.<sup>9</sup> We considered that the term 'cognitive impairment' was more appropriate than 'memory impairment' for such cases. Therefore, we proposed that this condition should be called ECI-A. Here, we propose diagnostic criteria for ECI-A for the first time (Table 2) and would like to emphasize that this condition can also occur in the absence of epileptic seizures, as is the case for TEACS.

## METHODS

Clinical summaries of two TEACS cases we experienced (Cases A and B) are presented.<sup>6,9</sup> In addition, the clinical profiles of our patients (Cases A and B) and a patient with TEACS whose case was described by Hornberger et al.<sup>13</sup> are presented. Furthermore, those of a representative case of ECI-A (Case C) are also presented.<sup>11</sup> Finally, we discuss the concept of 'epilepsy' based on these cases of these two new conditions.

Informed consent to publish the patients' clinical information was obtained from the patients and their families. The study protocol was approved by the ethics committee of Kami-iida Daiichi General Hospital (Nagoya, Japan).

## RESULTS (CASE PRESENTATION)

Summaries of two cases of TEACS (Cases A and B) and a case of ECI-A (Case C) are presented below. The clinical profiles and characteristics of three cases of TEACS are shown in Table 3. The clinical profile and characteristics of a case of ECI-A (Case C) are also shown in Table 4. More detailed data for these cases was provided in our previous papers.<sup>6-11</sup>

Case A (cited from UKAI et al.,<sup>6,9</sup> partially modified and simplified)

A female in her late 60s attended our memory clinic in 200X. She stated that her memory had become faulty about three years earlier, and she had forgotten many actual events, such as having lunch with friends a few weeks ago and traveling with a friend a few months ago. In 200X+1, she had experienced two episodes of loss of consciousness within a short period. EEG showed independent sharp waves originating in the bilateral temporal regions. The administration of ASM resulted in the amelioration of her anterograde amnesia, which was confirmed by questioning the patient and her family about life events that had occurred since the start of the ASM treatment. She was diagnosed with TEA with ALF and focal impaired awareness seizures (FIAS).

Case B (cited from UKAI et al.,<sup>7,9</sup> 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 four years earlier. He stated that he had forgotten many events, such as traveling with his wife a few months earlier, undergoing surgery about two years earlier, and the wedding ceremony of his daughter about eleven years earlier. Although he had not exhibited any symptoms of epileptic seizures, EEG showed independent sharp waves in the left and right temporal areas. The administration of ASM resulted in an improvement in the patient's anterograde amnesia, which was confirmed by questioning him and his family about life events that occurred since the start of the ASM treatment. He was diagnosed with TEA, involving both ALF and AbA. In 200X+4, the ALF reappeared, and a pure amnesia attack was observed. 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 did not remember going to the barbershop, or meeting and talking to their friend, while his behavior during these events had been quite normal.

**Case C** (cited from UKAI et al.<sup>11</sup>, partially modified and simplified)

A male in his early 70s visited our memory clinic with his wife in 200X. His Mini-Mental State Examination (MMSE) and Montreal Cognitive Assessment (MoCA) scores were 29 and 24, respectively. He was diagnosed with mild neurocognitive disorder due to Alzheimer's disease. In 200X+1, his MoCA score was 21. In 200X+4, his MMSE score deteriorated to 23. In December of the same year, his wife was woken at midnight by him screaming something. She talked to him while he stood with a vague expression on his face, but he did not answer and returned to bed. The next morning, he remembered nothing of the episode. EEG was performed, and continual spikes were detected. An FIAS was suspected, and ASM was administered. At the next examination, his MMSE score had improved to 30. He was finally diagnosed with ECI-A accompanied by FIAS.

**DISCUSSION****1. From epileptic amnesic syndrome to the TEACS concept**

The term TEACS was proposed in our previous paper;<sup>9</sup> prior to that we had called the condition 'broad TEA'.<sup>7</sup> We would like to discuss this concept by it comparing with Gallassi's concept of epileptic amnesic syndrome (EAS).<sup>14,15</sup>

Amnesic seizures associated with interictal memory impairment have been reported since the 1990s in some patients with epilepsy, particularly those with temporal lobe epilepsy. Gallassi et al. reported cases involving epileptic amnesic attacks and memory disturbances and named this condition EAS.<sup>14,15</sup> In the EAS concept, amnesic attacks are considered to correspond to TEA attacks, and interictal memory impairment is thought to correspond to ALF or AbA, although at this time ALF and AbA had not been clearly characterized and were not recognized as symptoms that are specific to TEA. Gallassi also mentioned cases that did not involve TEA attacks. These cases only involved a chronic memory complaint associated with clear-cut seizures, starting at the same time or shortly before seizures, and Gallassi used the term 'atypical or possible' EAS to describe them.<sup>15</sup> However, in the latter cases memory impairment was limited to relatively short periods of time around seizures, and observations of memory impairment over several years were lacking.

In contrast, TEACS is a group of pathological conditions, in which ALF/AbA does not necessarily occur at the same time or in close proximity to TEA attacks, but may precede TEA attacks or may persist in the absence of TEA attacks. We therefore understand these series of symptoms as a spectrum sharing a common underlying pathology. In other words, TEACS is a concept that further develops EAS into a persistent condition resulting from epileptic activity.

**2. Does TEACS qualify as a form of epilepsy?**

In 2005, the International League Against Epilepsy (ILAE) conceptually defined epilepsy as a disorder of the brain characterized by an enduring predisposition to generate epileptic seizures. Furthermore, in 2014 the ILAE proposed the following criteria as a practical clinical definition of epilepsy: (1) At least two unprovoked seizures occurring at least 24 hours apart; (2) one seizure with a high risk of recurrence; or (3) the diagnosis of an epilepsy syndrome.<sup>16</sup> Based on this current definition of epilepsy, this means that at least one epileptic seizure is required for a diagnosis of epilepsy, unless the patient has a condition that is recognized as an established epilepsy syndrome.

We presume that the symptoms of TEACS ( $\neq$  ALF/AbA) are caused by an epilepsy-related mechanism; i.e., continual excessive discharges by the neurons in the mesial temporal lobes that are not sufficient to give rise to clinical seizures, because ASM is effective in most cases of TEA/TEACS. Thus, the fact that no epileptic seizures, including TEA attacks, are observed in cases of TEACS (or ALF/AbA occurs long before the first epileptic seizure) is reasonable. Regarding the absence of seizures, the coexistence of unnoticed subtle seizures or seizures that only occur during sleep cannot be ruled out. Furthermore, if ALF persists for several years prior to TEA attacks it may be misdiagnosed as dementia, and newly occurring amnesic seizures may simply be considered to be dementia-related symptoms. In any case, it is necessary to suspect TEACS even if no obvious seizure symptoms are present.

Can TEACS be included in the same category of epilepsy syndrome as, for example, Landau-Kleffner syndrome? As the cause of TEACS has not yet been clearly determined (unlike for Landau-Kleffner syndrome), we consider that it is not reasonable to consider TEACS as an established epilepsy syndrome. If TEACS cannot be included in the category of epilepsy syndrome, it would not meet the criteria outlined in the practical definition of epilepsy, and hence, cannot be recognized as a form of epilepsy.<sup>14</sup>

**3. Does ECI-A qualify as a form of epilepsy?**

Subtle and sequential FIAS and non-convulsive status epilepticus (NCSE) are sometimes misdiagnosed as dementia. This is because

impaired consciousness due to FIAS/NCSE and the associated postictal twilight state may persist for a few days or weeks. However, the cognitive impairment and behavioral and psychological symptoms caused by ECI-A may persist for several years or more without ASM treatment (Tables 2 and 4). Therefore, there is a high risk of ECI-A being misdiagnosed as dementia.

We presume that ECI-A is also caused by an epilepsy-related mechanism (continual excessive discharges by the neurons in the mesial temporal lobes), even though epileptic seizures do not occur in patients with the condition, as is the case in TEACS. Again, although unrecognized subtle seizures may be overlooked, and seizures may occur long after cognitive disturbances persist, seizures alone cannot explain persistent and deteriorating cognitive changes.

Can ECI-A be considered to be an established epilepsy syndrome? We consider that it is not possible to consider it as an established epilepsy syndrome for the same reason as for TEACS. Hence, we consider that ECI-A also does not qualify as a form of epilepsy.

**4. How should epilepsy-related disorders that do not involve evidence of epileptic seizures be considered?**

Here, conditions such as TEACS (ALF/AbA) and ECI-A, which are caused by continual excessive neuronal discharges that do not result in clinical epileptic seizures, shall be referred to as 'epilepsy-related disorders'.

As mentioned above, TEACS and ECI-A share the following commonalities: (1) Epileptic seizures are not always necessary for the development of symptoms; (2) ASM is almost always effective at ameliorating at least ALF and ECI-A; and (3) EEG often shows spikes and/or sharp waves in the temporal regions.

Despite the existence of TEACS and ECI-A, diseases that are attributed to epilepsy-related mechanisms, but do not involve epileptic seizures, have not been defined in epileptological terms. Is this appropriate? If not, how should these conditions be defined using epileptological terminology?

We consider that such conditions, which can occur clinically, even in the absence of epileptic seizures; produce clinical symptoms, such as persistent memory disorders and the decline of cognitive functions; and in which it is suggested that persistent abnormal discharges from the central neurons often induce paroxysmal EEG abnormalities (e.g., spikes and/or sharp waves), should be precisely defined using epileptological terminology, for example, using the term 'non-paroxysmal epilepsy-related disorders'.

**5. Interference with the progression of epileptic pathology**

There are various reasons why neurons in the brain may acquire epileptogenic properties. In late-onset epilepsy in older people without obvious structural abnormalities, several conditions, such as inflammation, auto-antibodies, sclerosis, microvascular disorders, and neurodegenerative diseases, have been postulated as etiologies.<sup>17-20</sup> We suspected that in these patients, the abnormal discharges were caused by the following process:

- (1) A small number of neurons initiate abnormal discharges due to certain causes/mechanisms.
- (2) The neurons producing abnormal discharges gradually become more numerous and synchronized.
- (3) The abnormal discharges finally lead to epileptic seizures (subclinical seizures).
- (4) The seizures become so apparent that the individual and people around them can recognize them (the condition clinically manifests as epilepsy).

In principle, epilepsy can be diagnosed logically at stage (3) or (4), but clinically at stage (4) only. On the other hand, epilepsy-related disorders, such as TEACS and ECI-A, can be diagnosed clinically at stage (2) or (3), since the clinical symptoms of TEACS/ECI-A can appear without epileptic seizures. In other words, TEACS or ECI-A may be a precursor to temporal lobe epilepsy. Thus, epileptological terminology should include two categories: 'epilepsy' and '(non-paroxysmal) epilepsy-related disorder'.

By establishing this new concept, continual excessive neuronal discharges could be recognized as a condition that may present with chronic symptoms, even if they never lead to a single seizure. Furthermore, recognition of this concept would open up therapeutic possibilities for epilepsy-related diseases with non-paroxysmal manifestations, such as TEACS and ECI-A. On the other hand, it should be noted that the spread of this new concept outside of doctors specializing in epileptology may lead to harmful effects, such as excessive use of ASM, which has side-effects, and excessive daily restrictions due to overdiagnosis.

**CONCLUSIONS**

1. There are at least two non-paroxysmal and chronic epilepsy-related disorders (TEACS and ECI-A); i.e., diseases that are probably caused

by continual excessive neuronal discharges that are not sufficient to give rise to clinical seizures.

- TEACS and ECI-A share the following commonalities: (1) Epileptic seizures are not always necessary for the development of symptoms; (2) ASM is effective at ameliorating symptoms, such as ALF and ECI-A; and (3) EEG often shows spikes and/or sharp waves in the temporal regions.
- The establishment of this new concept would open up therapeutic possibilities for non-paroxysmal and chronic epilepsy-related conditions.

**ACKNOWLEDGMENTS**

No grants or other sources of funding were received for this study. Dr. Ukai received speaker’s honoraria from Kowa and Sumitomo Pharma in 2023. Dr. Watanabe has received speaker’s honoraria from Eisai, UCB Japan, and Daiichi Sankyo. We would like to thank Medical English Service (www.med-english.com) for their help with the English language editing.

**DISCLOSURES**

The authors have no potential conflicts of interest to disclose.

**ORCID**

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

**REFERENCES**

- Hodges JR, Warlow CP. Syndromes of transient amnesia: towards classification. A study of 153 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990; 53: 834-843.
- Kapur N. Transient epileptic amnesia: a clinical update and a reformulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56: 1184-1190.
- 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.
- 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.
- Butler CR, Graham KS, Hodges JR, Kapur N, Wardlaw JM, Zeman AZJ. The syndrome of transient epileptic amnesia. *Ann Neurol* 2007; 61: 587-598.
- Ukai K, Fujishiro H, Watanabe M, Kosaka K, Ozaki N. Similarity of symptoms between transient epileptic amnesia and Lewy body disease. *Psychogeriatrics* 2017; 17: 120-125.
- Ukai K, Watanabe M. Transient epileptic amnesia without epileptic seizures: Proposal of a new entity. *Psychogeriatrics* 2017; 17: 491-492.
- Ukai K, Ito M, Watanabe M. Transient epileptic amnesia accompanied by prodromal symptoms of dementia with Lewy bodies: the second case report in the literature. *Psychogeriatrics* 2019; 19: 622-623.
- Ukai K, Ito M, Watanabe M. A proposal for a clinical entity: transient epileptic amnesia complex syndrome (TEACS). *Psychogeriatrics* 2021; 21: 920-925.
- Ukai K, Ito M, Watanabe M. Can continual interictal epileptiform discharges cause persistent memory disturbances? *Psychogeriatrics* 2019; 19: 612-613.
- Ukai K, Ito M, Watanabe M. Epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer’s disease: A new type of treatable neurocognitive disorder. *Psychogeriatrics* 2021; 21: 686-688.
- Ito M, Echizenya N, Nemoto D, Kase M. A case series of epilepsy-derived memory impairment resembling Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2009; 23: 406-409.
- 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* 2010; 17: 1319-1321.
- Gallassi R, Morreale A, Di Sarro R, Lugaresi E. Epileptic amnesic syndrome. *Epilepsia* 1992; 33(suppl. 6): s21-25.
- Gallassi R. Epileptic amnesic syndrome: An update and further consideration. *Epilepsia* 2006; 47(suppl. 2): 103-105.
- Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross H, Elger CE, Enger Jr J, Forsgren L, French JA, Glynn M, Hesdorffer DC, Lee BI, Mather GW, Moshe SL, Perucca E, Scheffer IE, Tomson T, Watanabe M, Wiebe S. A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014; 55: 475-482.
- Blauwblomme T, Jiruska Premysl, Huberfeld G. Mechanisms of ictogenesis. *Int Rev Neurobiol* 2014; 114: 155-185.
- Sone D, Ikemura M, Saito Y, Taniguchi G, Kunii N. Marked accumulation of oligodendroglia-like cells in temporal lobe epilepsy with amygdala enlargement and hippocampal sclerosis. *Neuropathology* 2018; 38: 154-158.

- Sakis RA, Willment KC, Pennell PB, Marshall G. Late-onset unexplained epilepsy: what are we missing? *Epilepsy Behav* 2019; 99: 106478.
- Tan THL, Perucca P, O’ Brien TJ, Kwan P, Monif M. Inflammation, ictogenesis, and epileptogenesis: An exploration through human disease. *Epilepsia* 2021; 62: 303-324.

**TABLES**

**Table 1. (cited from UKAI et al.<sup>9</sup>; partially modified)**  
**Clinical diagnostic criteria for transient epileptic amnesia complex syndrome (TEACS)**

- The patient is middle-aged to elderly at onset and has no history of epilepsy.
- ALF and/or AbA has been definitively diagnosed. ALF/AbA can be proven by questioning the patient and other people who know the patient’s behavior well.
- The ALF and/or AbA precede any TEA attacks and/or other epileptic seizures.
- Except for ALF/AbA, the patient’s cognitive functions are confirmed to be intact via clinical examinations.
- There is evidence for an epilepsy-related mechanism. Such evidence can include (a) wake or sleep electroencephalography or (b) a clear response to antiseizure medication.

AbA, autobiographical amnesia; ALF, accelerated long-term forgetting; TEA, transient epileptic amnesia. In general, ALF and AbA are defined as follows: ALF is the unexpected and rapid disappearance of memories of events that occurred in recent weeks or months; AbA is the discovery of large gaps in more remote autobiographical memories.<sup>4,5</sup>

**Table 2.**  
**Clinical diagnostic criteria for epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer’s disease**

- The patient is middle-aged to elderly at onset.
- The patient shows symptoms similar to Alzheimer’s disease (AD), for example, recent memory impairment; behavioral and psychological symptoms, such as apathy, euphoria, and aggression; and a reduced ability to perform activities of daily living.
- The patient has no history of epilepsy or their AD-like symptoms appeared long before any epileptic seizures.
- All AD-like symptoms resolved after the administration of antiseizure medication.
- Electroencephalography often shows temporal spikes and/or sharp waves.

**Table 3. (cited from UKAI et al.<sup>9</sup>; partially modified)**  
**Clinical profiles and characteristics of patients reported to have TEACS in the literature**

	Case A6	Case B7-9	the report by Hornberger et al. <sup>13</sup>
Age	Late 60s	Early 60s	44 years old
Sex	Female	Male	Female
Chief complaints	Amnesia, irritability	Amnesia, irritability	Amnesia
Medical history	Hypertension, hyperlipidemia	Hypertension, hyperlipidemia	Hypertension, thyroidectomy
MMSE score	29 (attention: 4/5) at first visit	29 (orientation: 9/10) at first visit	30 (4 years after first visit)
Cranial MRI findings	Normal	Normal	Normal
EEG findings	Sharp waves in the bilateral temporal regions	Sharp waves in the bilateral temporal regions	Sharp waves in the bilateral temporal regions
Onset of amnesia attacks	Never observed	About 8 years after ALF	About 4 years after ALF
ALF	Observed	Observed	Observed

AbA	Unknown (no data)	Observed	Observed
Effectiveness of ASM at preventing amnesia attacks	Not available	Clear response	Clear response
Effectiveness of ASM at preventing ALF	Clear response	Clear response	Found to be ineffective

AbA, autobiographical amnesia; ALF, accelerated long-term forgetting; ASM, antiseizure medication; EEG, electroencephalography; MMSE, Mini-Mental State Examination; MRI, magnetic resonance imaging; TEACS, transient epileptic amnesia complex syndrome.

**Table 4.**  
Clinical profile and characteristics of a representative patient with ECI-A (Case C)

Age	Early 70s
Sex	Male (Japanese)
Chief complaints	Recent memory dysfunction, irritability
Medical history	None
MMSE score at the first visit (in 200X)	29
MoCA score at the first visit (in 200X)	24 (language: -1, delayed recall: -4, orientation: -1)
Cranial MRI findings	Normal
Initial EEG findings	Normal
MoCA score in 200X+1	21
MMSE score in 200X+4	23 (language: -1, delayed recall: -3, orientation: -1, attention: -2)
Findings of the second EEG	Spikes originated in the left temporal region
Onset of epileptic seizures	About 4 years after the first visit, about 8 years after the onset of memory dysfunction
Types of epileptic seizure	Focal impaired awareness seizure during sleep and postictal twilight state (suspected)
ALF	Suspected (the patient had forgotten the Great East Japan Earthquake and Tsunami, which had occurred several years earlier)
AbA	Suspected (the patient had forgotten the Great Hanshin-Awaji Earthquake, which had occurred over 20 years earlier)
Effectiveness of ASM at preventing epileptic seizures	Clear response
MMSE score after ASM (in 200X+4)	30
MoCA score after ASM (in 200X+5)	27

AbA, autobiographical amnesia; ALF, accelerated long-term forgetting; ASM, antiseizure medication; ECI-A, epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer's disease, EEG, electroencephalography; MMSE, Mini-Mental State Examination; MoCA, Montreal Cognitive Assessment, MRI, magnetic resonance imaging.

**実践報告**

**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**

**The role and importance of Certified Nurses in Dementia Nursing in our psychogeriatric memory clinic**

鶴岡克行1,2,5, 松井千恵1,2,3, 加藤貴代1,2,3, 服部しほり1,2,3, 松岡友絵2,4  
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) 総合上飯田第一病院 認知症せん妄サポートチーム
- 3) 総合上飯田第一病院 看護部 (認知症看護認定看護師)
- 4) 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) (462-0802 名古屋市北区上飯田北町2-70)
- 5) 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)

**論文要旨:**

**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**

他の医療機関では類を見ないと思われる当科もの忘れ外来の診察の様子を症例提示して、認知症看護認定看護師 (DCNs) の役割と重要性について報告する。その要点は以下である。

1. 当科外来におけるDCNsの役割は多種多様であり、医師の診察にも匹敵するほどの重要性を有している。
2. 当科DCNsは、診察中に患者・家族へ質問や指導をすることが、許可・求められている。
3. 当科DCNsは、認知症看護だけでなく、脳解剖学・脳放射線診断学・向精神薬を中心とした臨床薬理学などの医学的基礎知識や認知症診療の基礎をも習得する必要がある。
4. 当科DCNsは、公認心理師の役割である神経心理検査や、医療ソーシャルワーカー・ケアマネージャーの役割である認知症関連の社会保険制度などの基礎的知識の習得も要求されている。
5. DCNsの上記のような多種多様な知識・技能の習得努力により、限られた診察時間内で、それなりの全人的な認知症診療の実施可能性が担保されている。

**キーワード:**

認知症看護, 認知症看護認定看護師, もの忘れ外来, 生活改善療法, 全人的治療

**英語抄録:**

**The role and importance of Certified Nurses in Dementia Nursing in our psychogeriatric memory clinic**

The role and importance of Certified Nurses in Dementia Nursing (DCNs) in our memory outpatient clinic is reported, with a fictionalized case study of our unique healthcare system, which is thought to be rarely found in other clinics. The main points can be summarized as follows.

1. The role of DCNs in our outpatient department is diverse and as important as that of the doctor.
2. The DCNs are expected to ask questions and provide guidance to patients/families during consultations.
3. In order to fulfil the above roles, the DCNs have to acquire not only dementia nursing skills but also basic medical knowledges such as brain anatomy, brain radiology, and clinical psychopharmacology.
4. In addition, the DCNs are required to acquire basic knowledge of neuropsychological testing, which is the role of certified psychologists, and social insurance schemes related to dementia, which is the role of medical social workers or care managers.
5. The ability to provide a reasonable level of total dementia care within a limited time available for consultations is a result of the efforts made by DCNs to develop the skills and knowledge described above.

**英語キーワード:**

dementia nursing, certified nurse in dementia nursing, memory clinic, life-improving therapy, total care for dementia.

総合上飯田第一病院

上飯田  
リハビリテーション科

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

## Effects of gait intervention using the draw-in maneuver on knee joint function and the thoracic kyphosis angle in knee osteoarthritis

### Authors:

Y. Murakami a, S. Ota b, c, R. Fujita b, H. Ohko b, S. Kawasaki d

a Department of Rehabilitation, Kamiida Daiichi General Hospital, Nagoya, Aichi, Japan

b Department of Rehabilitation and Care, Seijoh University, Tokai, Aichi, Japan

c Graduate School of Health Care Studies, Seijoh University, Tokai, Aichi, Japan

d Fukinodai Orthopaedics Clinic, Tokai, Aichi, Japan

### Corresponding Author:

Department of Rehabilitation, Kamiida Daiichi General Hospital, 2-70 Kamiida-kitamachi, Kita-ku, Nagoya, Aichi 462-0802, Japan.  
E-mail addresses: yasuha.971009@gmail.com (Y. Murakami), ota-s@seijoh-u.ac.jp (S. Ota), fujita-r@seijoh-u.ac.jp (R. Fujita), ohko-h@seijoh-u.ac.jp (H. Ohko), fuki-ortho@shore.ocn.ne.jp (S. Kawasaki).

### ABSTRACT

**Background:** To evaluate whether the knee adduction moment (KAM) could be reduced by a short instruction in the Draw-in (DI) maneuver in healthy adults, and whether knee joint function would improve with a longer DI gait intervention in patients with knee osteoarthritis (OA). **Method:** In Study 1, healthy adults received 10 minutes supervised instruction in DI gait in and then practiced the gait independently for 10 minutes. Three-dimensional motion analysis measurement was performed in each phase. In Study 2, patients with OA performed a 20-minute DI gait intervention daily for 6 weeks. At baseline and after 6 weeks, knee pain, the Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score, the MOS 8 item Short-Form Health Survey, thoracic kyphosis angle, knee joint range of motion, knee extension muscle strength, hip abduction muscle strength, and activity level were evaluated. **Results:** In Study 1, the DI gait to decrease KAM could be learning following only 10 minutes of instruction and 10 minutes of self-practice in healthy adults. In Study 2, knee pain was reduced by 19% and the thoracic kyphosis angle was reduced by 2.6° after 6 weeks. No significant changes in other parameters were detected, and the implementation rate was 86±14%.

**Significance:** In healthy adults, DI gait instruction for 10 minutes of instruction and 10 minutes of self-practice reduced the KAM. In patients with knee OA, 20 minutes of DI gait per day for 6 weeks may reduce knee pain and thoracic kyphosis.

### Keywords:

Knee osteoarthritis  
Draw-in maneuver  
Gait modification  
Thoracic kyphosis  
Knee adduction moment

### 1. Introduction

Continuous exercise is recommended as a treatment for knee osteoarthritis (knee OA), with emphasis on home-based exercise [1]. Higher rates of home exercise are reported to be more effective for reducing pain [2], but the completion rate of the intervention is only 75% ~ 90% and the implementation rate is only 60% ~ 95% [3-6]. In addition, the emergence of COVID-19 led to a general decrease in physical activity [7], and performing aerobic exercise at home, such as walking and stair climbing, is recommended to improve health [8, 9]. Home exercise implementation rates in general during the COVID-19 pandemic were low, however, ranging from 30% to 40% [10-13]. These findings emphasize the importance of providing home exercises that can easily be continued independently as prevention and treatment of knee OA.

The knee adduction moment (KAM) is an index of mechanical stress during walking that affects the onset and progression of knee OA [14]. A 1% increase in the KAM increases the risk of progression of knee OA by 6.46-fold [15]. Gait modification to decrease KAM has received attention as a treatment method, including the toe-out gait [16, 17] and lateral trunk lean gait [18]. Most of the methods, however, require forced modification of the lower limb position and trunk [19, 20], and it is particularly difficult for older patients with OA to change their gait pattern [21]. Therefore, gait modifications that do not involve forced postural changes are important for older individuals with knee OA.

The Draw-in maneuver (DI) gait was recently reported as a method to reduce the KAM without changing trunk or lower limb movements [22]. The DI maneuver is an intentional abdominal retraction that activates the transversus abdominis and internal oblique muscles [23]. The DI maneuver is performed as an exercise to stabilize the lumbar spine and relieve back pain by activating these muscles. [24, 25]. The amount of abdominal retraction (circumference) necessary for activating these muscles, however, has not been evaluated. The DI gait is an application of the DI maneuver during walking with an abdominal circumference reduction of approximately 2 cm to facilitate continuous DI [22]. The DI gait results in a 5% reduction in KAM compared with a normal gait [26]. The DI posture also decreases the thoracic kyphosis angle by an average of 4.2° [22]. Immediate effects of the DI gait are reported in healthy adults [26]. In patients with knee OA, the DI gait is expected to decrease the KAM and thus reduce knee pain, but neither the immediate nor long-term effects of the DI gait have been assessed in patients with knee OA. Older individuals have an increased thoracic kyphosis angle [27]. Kyphotic deformity of the spine negatively affects walking ability [28] and respiratory function [29]. The DI maneuver reportedly affects the thoracic kyphosis angle in healthy adults, but its effect in older individuals is unknown.

The present study examined the effect of a DI gait intervention on knee joint function and thoracic kyphosis. In Study 1, we first determined whether 10 minutes of DI gait instruction was adequate to reduce the KAM. Study 2 examined the effects of a 6-week DI gait intervention with use of a DI belt on knee pain as the primary outcome, and on knee joint function and thoracic kyphosis, quality of life, and activity level as secondary outcomes.

Previous studies reported increased muscle activity in the internal oblique abdominal muscles, external oblique abdominal muscles, and midsection muscles as well as decreased lever arm and KAM during the first half of the stance phase [30]. In the present study, we performed Study 1 to evaluate the hypothesis that the DI gait decreases KAM, as examined in the previous intervention study. Study 2 evaluated the hypothesis that a decreased KAM during walking reduces knee pain, thereby improving the number of steps taken and quality of life. Further, because previous studies suggested that performing the DI gait decreases the thoracic kyphosis angle by reducing the abdominal circumference, which increases the intra-abdominal pressure and thereby raises the thorax [22], we hypothesized that performing the DI gait would not only lead to immediate improvement in the thoracic kyphosis angle but also improve the normal posture after 6 weeks of intervention.

### 2. Methods

#### 2.1. Study 1

##### 2.1.1. Participants

Study 1 participants were 5 male and 5 female students at Seijoh University (age: 20.6±0.9 years, hip-knee-ankle angle [HKA]: 177.7±2.1°). Exclusion criteria were previous fracture of the femur or lower leg, lower limb disease such as meniscus or ligament injury at the knee joint, and lower limb surgery. In addition, because the average HKA alignment of healthy adults is 176° ~ 178°, those with an HKA of less than 176° were excluded.

##### 2.1.2. Study design

The instructional time and protocol for learning the DI gait were set based on previous studies evaluating the acquisition time of a gait modification to reduce KAM [21]. As baseline measurements, 3-dimensional (3D) motion analysis was performed while participants walked with a normal gait. Next, participants received a 10-minute instruction in performing the DI gait using a DI belt. 3D motion analysis measurements while they performed the DI gait. Finally, the subjects practiced DI gait alone for 10 minutes under unsupervised conditions, the 3D motion analysis measurement were performed again. In the baseline movement analysis, immediately after 10 minutes of instruction and again after 10 minutes of self-practice, 3 measurements were obtained and the average was used for the final analysis. Immediately after the 10 minutes of instruction, participants used a DI belt while the 3D motion analysis was performed, and in the analysis after the 10 minutes of self-practice, the measurements were performed without the DI belt. The DI belt is a custom-made tool worn at the level of the umbilicus that provides feedback on DI gait performance. When the abdominal circumference is increased or decreased by 2 cm, the change in the abdominal circumference causes the buckles to make a sound, thereby providing auditory feedback that the DI is being performed correctly (Fig. 1). The instruction method for the DI was modified from a previous study [26]. In addition, to facilitate understanding of the method, participants were instructed to place their backs against the wall, correct their posture as they would when measuring their height, and gently pull in

their stomachs.

### 2.1.3. 3D motion analysis

In the 3D motion analysis, the peak KAM was calculated. For the measurements, a 3D motion analysis system (Opti Track Motive body; Accuity Corp., Tokyo, Japan), a ground reaction force plate (FP-TF-4060; Tech Giken Corp, Kyoto, Japan), and 12 infrared cameras Flex3 (Accuity Corp, Tokyo, Japan) were used. The sampling rate of the ground reaction force meter was set to 1000 Hz and that of the infrared camera was set to 100 Hz. Infrared reflective markers were attached to 5 locations on the target limb: femoral greater trochanter, femoral medial epicondyle, femoral lateral epicondyle, tibia (midpoint between knee joint and ankle joint), and lateral malleolus. The center of the knee joint was set as the midpoint of the markers of the medial femoral epicondyle and lateral femoral epicondyle, and the knee joint angle and moment were calculated using the motion analysis software SKYCOM for Body (Acuity Corp). Before the gait measurement, the static standing posture was measured using a ground reaction force meter for 30 s with the feet shoulder-width apart, and the value at that time was used as the standard for each participant.

## 2.2. Study 2

### 2.2.1. Participants

The sample size was calculated using the statistical software G\*Power with the mean (2.56, 2.14), standard deviation (0.61, 0.50), effect size (0.75), alpha error (0.05), and power (0.8) based on previous studies [21]. The sample size was 17, and the target population was set at 25 to account for a 30% dropout.

Participants were older individuals (age:  $71.6 \pm 7.4$  years) diagnosed with medial compartment OA of the knee joint (Kellgren-Lawrence grade II/III 9/13) at the Fukinodai Orthopedic Clinic. The inclusion criteria were diagnosis of medial compartment OA of the knee joint by X-ray examination and ability to walk without any assistance such as a cane. Exclusion criteria were lower extremity diseases other than knee OA, newly starting treatment within 3 months, and cognitive decline and/or inability to understand the instructions.

### 2.2.2. Intervention Protocol

The intervention period of the DI gait was 6 weeks, and the DI gait was performed for 20 minutes a day (or twice a day for 10 minutes) during daily activities. The DI gait was taught at baseline in the same way as in Study 1, and the DI gait was checked and re-taught 1 and 2 weeks after starting the intervention (Fig. 2). Participants were asked to keep a daily written record of how many minutes they performed the DI gait.

### 2.2.3. Outcome measures

At baseline and after 6 weeks, we evaluated the knee pain as the primary outcome, and as secondary outcomes, Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), the MOS 8 item Short-Form Health Survey (SF-8), thoracic kyphosis angle, knee joint range of motion, knee extension muscle strength, hip abduction muscle strength, and activity level. The visual analogue scale (VAS) was used to assess knee pain, and subjects were asked to note their pain while walking during the previous week. The thoracic kyphosis angle was measured by moving the Spinal Mouse device along the spinous process from the 7th cervical vertebra to the 3rd sacral vertebra with subjects in an upright position, and the average value was calculated 3 times. The thoracic kyphosis angle obtained using this measurement method is the sum of the angles between the upper and lower vertebrae from the 1st to the 12th thoracic vertebra ( $^{\circ}$ ). The Spinal Mouse device is reported to have good reliability for measuring spinal alignment [31]. Passive range of motion of the knee joint was measured using a standard goniometer. Muscle strength was measured twice using a handheld dynamometer (MicroFET2 Muscle Tester; Hogan Health Industries, UT), and the maximum value was taken as the representative value. Knee extensor muscle strength was measured on the basis of isometric contraction in the sitting position with both the hip and knee flexed  $90^{\circ}$  [32, 33]. The chair leg and the ankle joint on the examination side were fixed with a non-stretchable strap, and isometric contraction was used to measure the knee-joint extensor muscle strength. Hip abductor strength was measured by isometric contraction with the patient in the supine position with the examination side up, hip joint abduction  $20^{\circ}$ , hip joint extension  $5^{\circ}$ , and knee flexed. The lower leg was placed in a knee-flexed position and isometric contraction was measured [34]. DI gait instruction was conducted for 10 minutes again at 1 and 2 weeks after the start of the DI gait intervention. In addition, the average number of steps taken for 2 weeks before and after the 6-week intervention was measured using an activity meter (Active style PRO, Omron Healthcare Corp., Kyoto, Japan). During the intervention period, the subjects recorded the time and status of the DI gait on a daily record sheet.

An activity meter was instructed to be worn on the waist of the pants upon waking and removed at bedtime.

### 2.3. Data analysis

In Study 1, a one-way ANOVA and Bonferroni's post-hoc test were conducted to compare the KAM at 3 time points: baseline, immediately after 10 minutes of instruction, and after 10 minutes of self-practice.

In Study 2, to compare knee pain, KOOS, SF-8, knee joint range of motion, knee extension strength, hip abductor strength, and activity before and after the 6-week intervention, normality was confirmed by the Shapiro-Wilk test, followed by a corresponding t-test for normality and a Wilcoxon signed rank sum test for non-normality. To confirm that the DI gait was performed correctly, the same tests as in Study 1 were performed to compare the thoracic kyphosis angles at 4 time points: normal posture before the intervention, DI posture after DI practice, and normal posture and DI posture at 6 weeks after intervention.

The significance level for all analyses was set at  $>0.05$ . Statistical analysis was performed using SPSS25 (IBM Japan).

### 2.4. Ethical considerations

The Ethics Committee of Seijoh University approved the study (Approval number: 2020C0002), and all participants provided written informed consent to take part in the study.

## 3. Results

In Study 1, peak KAM after 10 minutes of DI gait instruction was not significantly decreased compared to that after a normal gait ( $p=0.11$ ), but was significantly decreased after 10 minutes of self-practice ( $p=0.04$ ) (Table 1).

For study 2, we had planned to include 25 patients with knee OA, but only 23 patients were enrolled in the study due to COVID-19; 1 patient dropped out (could not be contacted) and 22 patients were included in the analysis (age:  $71.6 \pm 7.4$  years, Kellgren-Lawrence grade II/III: 9/13). The effects of the DI gait intervention for 6 weeks are shown in Table 2. In a pre- and post-intervention comparison at 6 weeks, knee pain was significantly decreased (VAS;  $p=0.03$ ). No significant difference was detected in the KOOS ( $p=0.07$ ), SF-8 Physical Component Summary ( $p=0.47$ ), or SF-8 Mental Component Summary ( $p=0.43$ ) scores. The number of steps did not differ significantly before and after the 6-week intervention ( $p=0.15$ ). No significant differences were detected in any of the other parameters. The thoracic kyphosis angle did not differ significantly between the normal and DI postures at baseline ( $p=0.08$ ). After 6 weeks of intervention, the thoracic kyphosis angle in the DI posture was significantly decreased compared with that in the normal posture ( $p=0.01$ ). Comparison of the normal posture before and after the 6-week intervention showed a significant improvement in the posture, with a significant decrease in the thoracic kyphosis angle ( $p=0.03$ ) (Fig. 3). Upon re-instruction of the DI gait, the thoracic kyphosis angle improved from  $31.6^{\circ}$  in the normal posture to  $29.4^{\circ}$  in the DI posture in the first week and from  $30.8^{\circ}$  in the normal posture to  $28.2^{\circ}$  in the DI posture in the second week. The mean daily DI gait time was  $25.4 \pm 8.2$  minutes. During the period of this study, COVID-19 emergency declaration and priority measures to prevent the spread of the disease were in effect.

## 4. Discussion

The results of Study 1 confirmed that 10 minutes of DI gait instruction and self-practice is sufficient for healthy adults to master the DI gait and reduce KAM. When DI is properly performed, muscle activity of the internal oblique abdominal muscles, external oblique abdominal muscles, and midsection muscles is increased, and the lever arm and KAM is decreased in the first half of the stance phase [26]. Although no muscle activity measurements were obtained in this study, it is assumed that DI increased the muscle activity of the gluteus medius and moved the trunk smoothly to the stance side, resulting in a shorter lever arm during walking, and consequently a decrease in the KAM1 and peak KAM.

The results of Study 2 demonstrated that the 6-week DI gait intervention significantly decreased the knee pain VAS score by an average of 8.3 mm (19%). Although KAM was not measured in this study, the decrease in the knee pain VAS score was thought to be due to a decrease in the KAM during the DI gait, as indicated by the results of Study 1. The mean improvement in KOOS was 5%, but this difference was not significant ( $P=0.07$ ). Several studies have reported a reduction in the KAM by the DI gait over the same 6-week period as the present study. Richards et al. found that weekly toe-in gait training resulted in a 6.9% decrease in KAM1 and a significant reduction in WOMAC functional scores after the intervention. Although knee pain was decreased at rest and while walking, the difference was

not significant [35]. Shull et al. reported that weekly toe-in gait training improved KAM1 by 20%, WOMAC pain score by 29%, WOMAC function score by 32%, and VAS by 20 mm after a 6-week intervention [36]. As described above, a 6-week gait intervention is reported to have an improving effect. Minimum detectable differences in the knee OA VAS score reportedly range from 9.7 mm [37] to 19.9 mm [38]. Therefore, the significant VAS reduction of 8.3 mm (19%) following the DI intervention in this study did not exceed the minimum detectable difference, suggesting that the effect of DI gait on knee pain may be insufficient for our intervention methods, including walking method, daily intervention time, and intervention duration. Nevertheless, our implemented DI gait modification does not force a change in the alignment of the lower limb while walking and the feedback tool for gait modification can be used routinely. The change in the KOOS following implementation of the DI gait intervention did not reach statistical significance ( $P=0.07$ ). Further research with a longer follow-up time is needed as long-term intervention with the DI gait is likely sustainable, and improvements over time may be expected.

There was no significant change in the SF-8 or activity (number of steps). The baseline number of steps was  $3927 \pm 1639$ , and after the 6-week intervention it was  $3587 \pm 1560$ , which tended toward a decrease. In the present study, the number of steps was reduced during limited mobility during COVID-19, which may be why SF-8 did not improve. The mean number of steps per day in patients with knee OA was reported to be 7753 steps [39], and the number of steps taken by the subjects in this study was lower. Physical activity correlates with the quality of life [40], and the higher the physical activity, the higher the quality of life [41]. During the intervention period of this study, a state of emergency was declared due to COVID-19, and the number of steps decreased by 38.9% under the state of emergency [42].

The thoracic kyphosis angle decreased by an average of  $2.60^\circ$  in a comparison with normal posture before and after the 6-week intervention. A previous study of 2 cm abdominal circumference reduction in healthy adults reported an immediate improvement of  $4.2$  thoracic kyphosis angle [22], and the results of the present study were found to improve the thoracic kyphosis angle in patients with knee OA. In a previous study, the decrease in the thoracic kyphosis angle during the DI gait was considered to be due to the decrease in the abdominal circumference, which increases the intra-abdominal pressure, thereby raising the thorax [22]. In the present study, we hypothesized that the thoracic kyphosis angle was reduced by DI by the same mechanism. Other previous studies investigating thoracic kyphosis angle reduction with exercise therapy focused on supervised exercise therapy. Katzman et al. reported an improvement in the thoracic kyphosis angle of  $3.3^\circ$  with 1 h of spinal extension and postural training 3 times a week for 6 months [43], and Kuo et al. reported an improvement of  $2.3^\circ$  with 75 minutes of Pilates twice a week for 10 weeks [44]. The results of the present study showed similar improvement to that reported in the previous studies. Because the DI gait can be performed without supervision, the intervention may be used more widely in the future.

At baseline, there was no difference between the normal posture and the DI posture, but after 6 weeks of the DI gait intervention, the thoracic kyphosis angle decreased significantly compared with that in the normal posture. In previous studies, when the thoracic kyphosis angle was reduced by DI, it was considered that DI was appropriately performed [22]. Lee et al. [45] reported that the percentage of contraction of the transversus abdominis muscle was low during the first day of DI training, but improved after 2 weeks of DI training (20 minutes daily). The DI gait performed in this study can be learned by healthy subjects after 10 minutes of instruction and 10 minutes of self-practice, but because patients with knee OA may have difficulty mastering the DI gait after such a short period, they should first practice the intervention for approximately 2 weeks or receive more instruction.

During the COVID-19 epidemic, the rate of home exercise was reported to be 30% ~ 40% [10-13]. In the present study, the implementation rate of the intervention was high ( $86 \pm 14\%$ ) and sustainable despite the ongoing COVID-19 pandemic. The completion rate of home exercise intervention for knee OA is 75% ~ 90%, and the implementation rate is 60% ~ 95% [3-6]. Normally, home exercise for knee OA requires additional exercise time, usually 3 ~ 5 times a week with multiple exercises such as muscle strengthening and stretching [5, 6]. The DI gait intervention used in this study could be performed during daily activities by wearing a DI belt, which is thought to have resulted in a high rate of implementation.

In this study, it is unclear whether the KAM actually decreased because KAM measurements could not be performed before and after the 6-week intervention in patients with knee OA. In addition, because it was not possible to ascertain how many times participants

heard auditory feedback while wearing the DI belt, the actual amount of time during which the correct DI gait was performed is unclear. Another limitation of this study is that we could not establish a control group because of difficulties recruiting subjects during the pandemic, and therefore, we could not make comparisons.

This intervention method requires approximately 2 weeks for older persons to master, but it can be performed as part of the daily life activities and does not require participants to travel to a new location or set aside a separate time for focused exercise. In addition, because self-feedback of local muscle contraction of the trunk is possible using a belt, once the patient learns the method, older persons can continue to perform this intervention (DI gait) on their own. Therefore, long-term intervention is easy to perform, and the DI gait is considered appropriate as a long-term intervention for patients with knee OA and older persons.

## 5. Conclusion

The DI gait to decrease KAM could be learned following only 10 minutes of instruction and 10 minutes of self-practice in healthy adults. In patients with knee OA, performing the DI gait intervention (20 minutes daily for 6 weeks) improved knee pain and the thoracic kyphosis angle. No significant changes were observed in KOOS and SF-8, but a marked advantage of the DI gait is that it can be implemented in daily life. Some practice, however, is required for older persons.

## Author contributions

Study concept and design: Murakami, Ota, Fujita  
Acquisition of material and data: Murakami, Fujita, Ohko, Kawasaki  
Data analysis: Murakami  
Preparation of the manuscript: Murakami, Ota  
Critical reviewing and approval of the manuscript: All authors.

## Conflict of interests

Ota S is co-CEO of M-Support, LLC, and he has a royalty contract with Matsumoto Prosthetic & Orthotics Manufacturing CO. LTD.. However, the company had no control over the design, analysis, interpretation, writing, or publication of this study.

## Funding source

This work was supported by JSPS KAKENHI Grant Number 19H03970.

## Acknowledgements

The authors would like to thank the staff at Fukinodai Orthopaedics Clinic for their assistance in data collection and all the study participants for their contribution to the study.

## References

- [1] S. Anwer, A. Alghadir, J.-M. Brismée, Effect of home exercise program in patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis, *Journal of Geriatric Physical Therapy* 39(1) (2016). <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000045>.
- [2] K.S. Thomas, K.R. Muir, M. Doherty, A.C. Jones, S.C. O'Reilly, E.J. Basse, Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial, *BMJ (Clinical research ed.)* 325(7367) (2002) 752-752. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7367.752>.
- [3] K.L. Bennell, M. Kyriakides, B. Metcalf, T. Egerton, T.V. Wrigley, P.W. Hodges, et al., Neuromuscular versus quadriceps strengthening exercise in patients with medial knee osteoarthritis and varus malalignment: a randomized controlled trial, *Arthritis Rheumatol* 66(4) (2014) 950-9. <https://doi.org/10.1002/art.38317>.
- [4] R.A. Bruce-Brand, R.J. Walls, J.C. Ong, B.S. Emerson, J.M. O'Byrne, N.M. Moyna, Effects of home-based resistance training and neuromuscular electrical stimulation in knee osteoarthritis: a randomized controlled trial, *BMC Musculoskelet Disord* 13 (2012) 118. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-118>.
- [5] C. Silva, A. Amaro, A. Pinho, R.S. Gonçalves, M. Rodrigues, F. Ribeiro, Feasibility of a home-based therapeutic exercise program in Individuals with knee osteoarthritis, *Arch Rheumatol* 33(3) (2018) 295-301. <https://doi.org/10.5606/ArchRheumatol.2018.6633>.
- [6] E.A. Sled, L. Khoja, K.J. Deluzio, S.J. Olney, E.G. Culham, Effect of a home program of hip abductor exercises on knee joint loading, strength, function, and pain in people with knee osteoarthritis: a clinical trial, *Phys Ther* 90(6) (2010) 895-904. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090294>.
- [7] M. Yamada, Y. Kimura, D. Ishiyama, Y. Otobe, M. Suzuki, S.

- Koyama, et al., Effect of the COVID-19 Epidemic on Physical Activity in Community-Dwelling Older Adults in Japan: A Cross-Sectional Online Survey, *The journal of nutrition, health & aging* 24(9) (2020) 948-950. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1424-2>.
- [8] C. Cunningham, R. O' Sullivan, Why physical activity matters for older adults in a time of pandemic, *European review of aging and physical activity : official journal of the European Group for Research into Elderly and Physical Activity* 17 (2020) 16-16. <https://doi.org/10.1186/s11556-020-00249-3>.
- [9] P. Chen, L. Mao, G.P. Nassiss, P. Harmer, B.E. Ainsworth, F. Li, Coronavirus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions, *Journal of sport and health science* 9(2) (2020) 103-104. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.02.001>.
- [10] J.A. Vitale, M. Bonato, S. Borghi, C. Messina, D. Albano, S. Corbetta, et al., Home-based resistance training for older subjects during the COVID-19 outbreak in Italy: preliminary results of a six-months RCT, *Int J Environ Res Public Health* 17(24) (2020). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249533>.
- [11] E. Puterman, B. Hives, N. Mazara, N. Grishin, J. Webster, S. Hutton, et al., COVID-19 Pandemic and exercise (COPE) trial: a multigroup pragmatic randomised controlled trial examining effects of app-based at-home exercise programs on depressive symptoms, *Br J Sports Med* (2021). <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-104379>.
- [12] M.R. Beauchamp, R.M. Hulstee, G.R. Ruissen, Y. Liu, R.E. Rhodes, C.M. Wierst, et al., Online-delivered group and personal exercise programs to support low active older adults' mental health during the COVID-19 pandemic: randomized controlled trial, *J Med Internet Res* 23(7) (2021) e30709. <https://doi.org/10.2196/30709>.
- [13] G.N. de Oliveira Júnior, K.F. Goessler, J.V.P. Santos, A.P. de Lima, R. Genário, C.A.A. Merege-Filho, et al., Home-based exercise training during COVID-19 pandemic in post-bariatric patients: a randomized controlled trial, *Obes Surg* 31(11) (2021) 5071-5078. <https://doi.org/10.1007/s11695-021-05621-5>.
- [14] T.B. Birmingham, M.A. Hunt, I.C. Jones, T.R. Jenkin, J.R. Giffin, Test-retest reliability of the peak knee adduction moment during walking in patients with medial compartment knee osteoarthritis, *Arthritis Rheum* 57(6) (2007) 1012-7. <https://doi.org/10.1002/art.22899>.
- [15] T. Miyazaki, M. Wada, H. Kawahara, M. Sato, H. Baba, S. Shimada, Dynamic load at baseline can predict radiographic disease progression in medial compartment knee osteoarthritis, *Ann Rheum Dis* 61(7) (2002) 617-22. <https://doi.org/10.1136/ard.61.7.617>.
- [16] M.A. Hunt, J. Takacs, Effects of a 10-week toe-out gait modification intervention in people with medial knee osteoarthritis: a pilot, feasibility study, *Osteoarthritis Cartilage* 22(7) (2014) 904-11. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2014.04.007>.
- [17] M.A. Hunt, J.M. Charlton, N.M. Krowchuk, C.T.F. Tse, G.L. Hatfield, Clinical and biomechanical changes following a 4-month toe-out gait modification program for people with medial knee osteoarthritis: a randomized controlled trial, *Osteoarthritis Cartilage* 26(7) (2018) 903-911. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2018.04.010>.
- [18] M.A. Hunt, M. Simic, R.S. Hinman, K.L. Bennell, T.V. Wrigley, Feasibility of a gait retraining strategy for reducing knee joint loading: increased trunk lean guided by real-time biofeedback, *J Biomech* 44(5) (2011) 943-7. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2010.11.027>.
- [19] M. Simic, M.A. Hunt, K.L. Bennell, R.S. Hinman, T.V. Wrigley, Trunk lean gait modification and knee joint load in people with medial knee osteoarthritis: the effect of varying trunk lean angles, *Arthritis Care Res (Hoboken)* 64(10) (2012) 1545-53. <https://doi.org/10.1002/acr.21724>.
- [20] A. Mündermann, J.L. Asay, L. Mündermann, T.P. Andriacchi, Implications of increased medio-lateral trunk sway for ambulatory mechanics, *J Biomech* 41(1) (2008) 165-70. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2007.07.001>.
- [21] J. He, K. Lippmann, N. Shakoor, C. Ferrigno, M.A. Wimmer, Unsupervised gait retraining using a wireless pressure-detecting shoe insole, *Gait Posture* 70 (2019) 408-413. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2019.03.021>.
- [22] S. Ota, R. Kano, S. Fukuta, R. Miyai, N. Masaoka, A. Yoshida, Does decrease of the thoracic kyphosis influence decrease knee adduction moment during gait? A preliminary study of a healthy population, *J Phys Ther Sci* 27(10) (2015) 3077-9. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.3077>.
- [23] J. Hides, S. Wilson, W. Stanton, S. McMahan, H. Keto, K. McMahan, et al., An MRI investigation into the function of the transversus abdominis muscle during "drawing-in" of the abdominal wall, *Spine (Phila Pa 1976)* 31(6) (2006) E175-8. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000202740.86338.df>.
- [24] M. Hosseinifar, M. Akbari, H. Behtash, M. Amiri, J. Sarrafzadeh, The effects of stabilization and mckenzie exercises on transverse abdominis and multifidus muscle thickness, pain, and disability: a randomized controlled trial in nonspecific chronic low back pain, *J Phys Ther Sci* 25(12) (2013) 1541-5. <https://doi.org/10.1589/jpts.25.1541>.
- [25] R. Puntumetakul, P. Saiklang, W. Tapanya, T. Chatprem, J. Kanpittaya, P. Arayawichanon, et al., The Effects of Core Stabilization Exercise with the Abdominal Drawing-in Maneuver Technique versus General Strengthening Exercise on Lumbar Segmental Motion in Patients with Clinical Lumbar Instability: A Randomized Controlled Trial with 12-Month Follow-Up, *International journal of environmental research and public health* 18(15) (2021) 7811. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157811>.
- [26] R. Fujita, S. Ota, Y. Ogawa, H. Ota, Effects of walking with a "draw-in maneuver" on the knee adduction moment and hip muscle activity, *J Phys Ther Sci* 33(4) (2021) 329-333. <https://doi.org/10.1589/jpts.33.329>.
- [27] R.N. Granito, M.C. Aveiro, A.C. Rennó, J. Oishi, P. Driusso, Degree of thoracic kyphosis and peak torque of trunk flexors and extensors among healthy women, *Rev Bras Ortop* 49(3) (2014) 286-91. <https://doi.org/10.1016/j.rboe.2014.04.002>.
- [28] W.B. Katzman, E. Vittinghoff, K. Ensrud, D.M. Black, D.M. Kado, Increasing kyphosis predicts worsening mobility in older community-dwelling women: a prospective cohort study, *Journal of the American Geriatrics Society* 59(1) (2011) 96-100. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03214.x>.
- [29] M. Di Bari, M. Chiarlone, D. Matteuzzi, S. Zaccchi, C. Pozzi, V. Bellia, et al., Thoracic kyphosis and ventilatory dysfunction in unselected older persons: an epidemiological study in Dicomano, Italy, *J Am Geriatr Soc* 52(6) (2004) 909-15. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52257.x>.
- [30] R. Fujita, S. Ota, Y. Ogawa, H. Ota, Effects of walking with a "draw-in maneuver" on the knee adduction moment and hip muscle activity, *Journal of Physical Therapy Science* 33(4) (2021) 329-333. <https://doi.org/10.1589/jpts.33.329>.
- [31] A.F. Mannion, K. Knecht, G. Balaban, J. Dvorak, D. Grob, A new skin-surface device for measuring the curvature and global and segmental ranges of motion of the spine: reliability of measurements and comparison with data reviewed from the literature, *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* 13(2) (2004) 122-136. <https://doi.org/10.1007/s00586-003-0618-8>.
- [32] J.N. Chopp-Hurley, E.G. Wiebenga, A.A. Gatti, M.R. Maly, Investigating the Test-Retest Reliability and Validity of Hand-Held Dynamometry for Measuring Knee Strength in Older Women with Knee Osteoarthritis, *Physiother Can* 71(3) (2019) 231-238. <https://doi.org/10.3138/ptc-2018-0051>.
- [33] J. Martins, J.R. da Silva, M.R.B. da Silva, D. Bevilacqua-Grossi, Reliability and Validity of the Belt-Stabilized Handheld Dynamometer in Hip- and Knee-Strength Tests, *J Athl Train* 52(9) (2017) 809-819. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-52.6.04>.
- [34] F.P. Kendall, E.K. McCreary, H.O. Kendall, *Muscles, testing and function*, Williams & Wilkins Baltimore, Baltimore, 1983.
- [35] R. Richards, J.C. van den Noort, M. van der Esch, M.J. Booi, J. Harlaar, Gait retraining using real-time feedback in patients with medial knee osteoarthritis: Feasibility and effects of a six-week gait training program, *Knee* 25(5) (2018) 814-824. <https://doi.org/10.1016/j.knee.2018.05.014>.
- [36] P.B. Shull, A. Silder, R. Shultz, J.L. Drago, T.F. Besier, S.L. Delp, et al., Six-week gait retraining program reduces knee adduction moment, reduces pain, and improves function for individuals with medial compartment knee osteoarthritis, *J Orthop Res* 31(7) (2013) 1020-5. <https://doi.org/10.1002/jor.22340>.
- [37] E.W. Ehrich, G.M. Davies, D.J. Watson, J.A. Bolognese, B.C. Seidenberg, N. Bellamy, Minimal perceptible clinical improvement with the Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index questionnaire and global assessments in patients with osteoarthritis, *J Rheumatol* 27(11) (2000) 2635-41.
- [38] F. Tubach, P. Ravaut, G. Baron, B. Falissard, I. Logeart, N. Bellamy, et al., Evaluation of clinically relevant changes in patient reported outcomes in knee and hip osteoarthritis: the minimal clinically important improvement, *Ann Rheum Dis* 64(1) (2005) 29-33. <https://doi.org/10.1136/ard.2004.022905>.
- [39] J.A. Wallis, K.E. Webster, P. Levinger, N.F. Taylor, What proportion of people with hip and knee osteoarthritis meet physical activity guidelines? A systematic review and meta-analysis, *Osteoarthritis Cartilage* 21(11) (2013) 1648-59. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2013.08.003>.

[40] L. Prasad, J. Fredrick, R. Aruna, The relationship between physical performance and quality of life and the level of physical activity among the elderly, *Journal of education and health promotion* 10 (2021) 68-68.

[https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_421\\_20](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_421_20).

[41] D. Puciato, Z. Borysiuk, M. Rozpara, Quality of life and physical activity in an older working-age population, *Clin Interv Aging* 12 (2017) 1627-1634.

<https://doi.org/10.2147/cia.s144045>.

[42] S. Miyahara, Y. Tanikawa, H. Hirai, S. Togashi, Impact of the state of emergency enacted due to the COVID-19 pandemic on the physical activity of the elderly in Japan, *Journal of physical therapy science* 33(4) (2021) 345-350.

<https://doi.org/10.1589/jpts.33.345>.

[43] W.B. Katzman, E. Vittinghoff, F. Lin, A. Schafer, R.K. Long, S. Wong, et al., Targeted spine strengthening exercise and posture training program to reduce hyperkyphosis in older adults: results from the study of hyperkyphosis, exercise, and function (SHEAF) randomized controlled trial, *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA* 28(10) (2017) 2831-2841.

<https://doi.org/10.1007/s00198-017-4109-x>.

[44] Y.-L. Kuo, E.A. Tully, M.P. Galea, Sagittal spinal posture after pilates-based exercise in healthy older adults, *Spine* 34(10) (2009).

<https://doi.org/10.1097/brs.0b013e31819c11f8>.

[45] N.G. Lee, J.S. You, T.H. Kim, B.S. Choi, Unipedal postural stability in nonathletes with core instability after intensive abdominal drawing-in maneuver, *J Athl Train* 50(2) (2015) 147-55.

<https://doi.org/10.4085/1062-6050-49.3.91>.

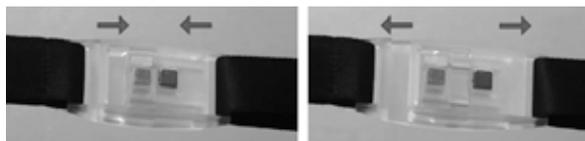


Fig. 1

Custom-made draw-in maneuver feedback belt

When the wearer has contracted the abdominal muscles sufficiently to decrease the abdominal circumference by 2 cm, the magnets collide (left panel) and when the abdominal contraction relaxes, the magnets separate quickly, snapping against the outside of the buckle (right panel). In both cases, a sound is emitted, which provides auditory feedback to the wearer indicating whether or not the DI method is being performed correctly.

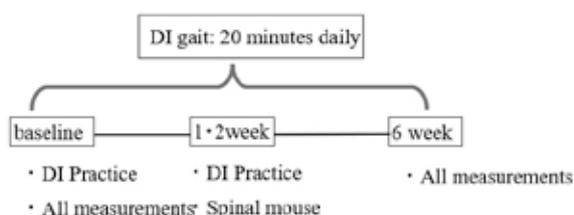


Fig. 2

DI gait intervention protocol

The DI gait intervention period was 6 weeks, with 20 minutes (or two 10-minute sessions) of DI walking per day, which was performed when walking during daily activity. All measurements were obtained at baseline and after 6 weeks.

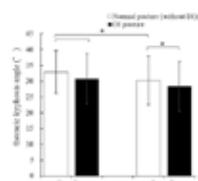


Fig. 3

Effect of DI gait intervention on the thoracic kyphosis angle

The thoracic kyphosis angle was significantly reduced in the DI posture after 6 weeks of intervention compared with the normal posture. \* indicates a significant difference.

Table I

Immediate effects of DI gait

	Baseline (Normal gait)	After instruction (DI gait with DI belt)	After self-practice (DI gait without DI belt)	P-value Baseline -After instruction	Baseline -After self-practice	After instruction-After self-practice
PKAM (Nm/kg)	0.54±0.11	0.51±0.13	0.50±0.13	0.11	0.04	0.68

DI: Draw-in maneuver

PKAM: maximum knee adduction moment

Table II

Effects of a 6-week DI gait intervention

	Baseline	6 weeks	P-value	ES
VAS (mm)	41.5±2.14	33.1±24.6	0.03	0.47
KOOS (%)	59±16	63±13	0.07	0.95
SF-8 PCS	43.3±4.3	41.8±4.6	0.47	0.16
SF-8 MCS	49.2±7.5	51.2±7.1	0.43	0.17
Knee flexion range of motion (°)	132.0±16.2	132.3±16.7	0.91	0.02
Knee extension range of motion (°)	-3.4±4.9	-2.7±4.2	0.08	0.37
Knee extension strength (N/kg)	3.2±1.1	3.3±1.1	0.35	0.09
Hip abduction strength (N/kg)	1.9±0.7	2.0±0.7	0.27	0.14
Step (step/day)	3927.7±1639.8	3587.7±1560.6	0.15	0.21

VAS: Visual analogue scale; KOOS: Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score

SF-8: The MOS 8 item Short-Form Health Survey; PCS: Physical Component Summary

MCS: Mental Component Summary; ES: effect size

## Title page

# Association between the Presence of the Parasagittal Cyst-like Structures and Cognitive Function

Toshio Ohashi<sup>1\*</sup>, Rintaro Ito<sup>2, 3\*</sup>, Ryo Yamamoto<sup>1</sup>, Katsuyuki Ukai<sup>4</sup>, and Shinji Naganawa<sup>2</sup>

- 1) Department of Radiology, Kamiida Daiichi General Hospital
- 2) Department of Radiology, Nagoya University Graduate School of Medicine
- 3) Department of Innovative Biomedical Visualization (iBMV), Nagoya University
- 4) Department of Psychogeriatrics, Kamiida Daiichi General Hospital

\* Co-first author: TO and RI are equal contributors to the current study and designated as co-first authors.

# Corresponding Author: Toshio Ohashi, PhD

2-70 Kamiida-kitamachi, Kita-ku, Nagoya 462-0802, Japan

Email: t.ohashi@re.commufa.jp

Tel: +81-52-991-3111

Fax: +81-52-981-6879

**Running head:** Cognitive function and Parasagittal Cysts

**Key words:** magnetic resonance imaging, glymphatic system, meningeal lymphatic vessel, cerebrospinal fluid, cognitive function

## Abstract

**Purpose:** A cyst-like structure near superior sagittal sinus (Arachnoid Cuff Exit Site cysts: ACES cysts) has been reported in magnetic resonance (MR) imaging. The purpose of this study was to investigate association between presence of ACES cysts and cognitive function, as assessed using mini-mental state examination (MMSE) scores.

**Methods:** We retrospectively analyzed patients who underwent head MR imaging for dementia screening. Differences in patient ages and MMSE scores between patients with and without ACES cysts were examined using the Mann-Whitney U test. Correlations between patient ages and MMSE scores were examined for patients with and without ACES cysts using Spearman's rank correlation coefficient. Multivariate logistic regression analysis was performed to examine the influence of presence or absence of ACES cysts on MMSE score.

**Results:** 112 patients (male: 28, female: 84) were included for the analysis. The patient ages ranged from 66 to 94 years (median: 83

years). MMSE scores ranged from 6 to 30 (median: 24). ACES cysts were detected in 57 patients (50.9%). There was no significant difference in patient ages between the patients with and without ACES cysts ( $P = 0.058$ ). The patients with ACES cysts showed significantly lower MMSE scores compared to the patients without ACES cysts ( $P < 0.001$ ). In the patients with ACES cysts, there was no significant correlation between patient ages and MMSE scores ( $\rho = -0.178$ ,  $P = 0.185$ ), whereas a significant negative correlation was observed in the patients without ACES cysts ( $\rho = -0.347$ ,  $P = 0.001$ ). The presence of ACES cysts was determined as an independent predictor for the lower MMSE score (odds ratio = 15.2, 95% confidence interval = 5.59–41.4,  $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** The presence of the ACES cysts showed significant association with lower MMSE score. ACES cysts might be involved in the pathological processes affecting cognitive function.

## Introduction

The clearance pathway of the waste in the brain including amyloid  $\beta$  through exchange of cerebrospinal fluid (CSF) and interstitial fluid has been proposed.<sup>1,3</sup> In animals, meningeal lymphatic vessels have been reported to exist along the superior sagittal sinus (SSS).<sup>4</sup> In a human study using magnetic resonance (MR) imaging, two-dimensional fluid attenuated inversion recovery (2D-FLAIR) images after intravenous administration of gadolinium-based contrast agent (GBCA) showed the tubular structures along the SSS, which are suggested to be the meningeal lymphatics.<sup>5</sup> Intracranial T2 component analysis has reported that water component with relatively short T2 compared to the CSF in the subarachnoid space was distributed around the brain surface and in the dura matter along the SSS.<sup>6</sup> It has been reported that intrathecally administered GBCA time-dependently migrates to the high convexity region through the foramen magnum, and distributes in the dura matter along the SSS.<sup>7</sup> Based on these studies, the meningeal lymphatics are considered one of the candidates for the downstream portion of the waste clearance pathway in the brain.<sup>4,9</sup>

Recently, the presence of cyst-like structure in the subarachnoid space near the SSS was reported using MR imaging.<sup>10–12</sup> In the previously reported study using MR cisternography (MRC), the imaging finding that beak-like or tube-like structures extending from the cyst-like structures connect to the pericortical venous space was shown.<sup>13</sup> It has been suggested that the cyst-like structures identified in the high convexity region may reflect obstruction or stasis of the downstream of brain waste clearance pathway.<sup>8, 13, 14</sup> Impaired excretion of brain waste is thought to cause accumulation of abnormal proteins such as amyloid  $\beta$ .<sup>2, 3</sup>

Neurodegenerative diseases, such as Alzheimer's disease, are often associated with cognitive impairment. However, there are currently no reports that have investigated the association between the presence of cyst-like structures and cognitive function. The cyst-like structures are located near arachnoid cuff exit (ACE).<sup>15</sup> To address this knowledge gap, we have termed these structures "ACES cysts (Arachnoid Cuff Exit Site cysts)." Our hypothesis is that the presence of ACES cysts may be linked to cognitive function. Therefore, the purpose of the current retrospective study was to investigate the association between the presence of ACES cysts and cognitive function, as assessed using mini-mental state examination (MMSE) scores in patients with suspected dementia.

## Materials and Methods

### Patients and MR imaging

The ethics committee of our hospital approved the current retrospective study with a waiver of consent from the patients (approval number: 202307). The inclusion criteria of the current study were as follows: patients who underwent non-contrast-enhanced head MRI, including whole-brain MRC, for dementia screening between February 1, 2021, and March 1, 2023. Additionally, these patients had undergone MMSE evaluation through one-on-one interviews conducted by clinical psychologists.

The exclusion criteria of the current study were as follows: patients with significant body motion during MR scanning were excluded because the presence of ACES cysts could not be accurately determined. Patients with hemorrhagic lesions, including scars from microbleeds, were excluded to avoid confounding due to vascular dementia and ensure a homogeneous patient background. Patients with infarction involving the cerebral cortex were also excluded to prevent the risk of including vascular dementia. Patients with a narrow subarachnoid space in the high convexity, where the brain parenchyma was in contact with the SSS, were excluded due to the limited subarachnoid space for ACES cysts. This criterion was also intended to rule out normal pressure hydrocephalus. A flowchart for the patient selection

process was shown in Fig. 1.

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. Non-contrast-enhanced MRC including the whole brain were obtained. The MRC was based on a heavily T2-weighted 3D-fast spin echo sequence with repetition time of 4400 ms, echo time of 547 ms, and voxel size of  $0.51 \times 0.51 \times 1.0$  mm. The thickness of imaging slab was 256 mm. The center of the imaging slab was set at the level of the mamillary body. The imaging slab oblique was set to axial plane parallel to the anterior commissure-posterior commissure line. The detailed parameters of MRC are summarized in Table 1.

### Image analyses

Two radiological technologists with 20 years (TO) and 8 years (RY) of experience in MR imaging performed all image analyses. The MRC were displayed on a DICOM viewer (RapideyeCore version V1.4; Cannon Medical Systems, Tochigi, Japan). The display conditions for MRC were set to a window width of 1000 and a window level of 400. The presence of ACES cysts was determined within 10 mm of the superior part of the subarachnoid space and within 10 mm from the midline of the brain on MRC. The criteria for determining the presence of ACES cysts were defined as follows.

1. A structure with a water signal, completely surrounded by a capsule.
2. Adjacent to the SSS.
3. Having a long diameter greater than 3 mm.
4. Having a smooth round or oval shape.
5. Not protruding into the skull bone.

In case of any disagreement between the two observers, consensus was obtained after their discussion. An example of determining the presence of ACES cysts is shown in Fig. 2.

### Statistical analyses

The interobserver agreement between two observers in determining the presence or absence of ACES cysts was evaluated using the kappa coefficient. The differences in patient ages and MMSE scores between the patients with and without ACES cysts were evaluated with the Mann-Whitney  $U$  test. The correlation between patient ages and MMSE scores was evaluated by Spearman's rank correlation coefficient ( $\rho$ ) in patients with and without ACES cysts. Multivariate logistic regression analysis was performed to investigate factors affecting MMSE score. In this multivariate analysis, the outcome was defined based on whether the MMSE score was higher than its median or lower than or equal to its median. The explanatory variables were the presence or absence of ACES cysts, patient age, patient sex, hypertension, and white matter hyperintensity (WMH). The number of explanatory variables was determined based on previous report.<sup>16</sup> The MMSE scores used in these statistical analyses were the median of the last three MMSE scores obtained clinically. Hypertension was defined as systolic blood pressure measured before the MR imaging being 140 mmHg or higher, or diastolic blood pressure being 90 mmHg or higher, according to the guidelines of the Japanese Society of Hypertension (JSH 2019).<sup>17</sup> WMH was defined as grade 2 and 3 of periventricular hyperintensity, or grade 2 and 3 of deep white matter hyperintensity, according to the Fazekas scale.<sup>18</sup> All statistical analyses were performed with free statistical software (R software version 3.6.1; The R Foundation, <https://www.r-project.org/>). We defined 5% as a threshold for statistical significance.

## Results

Out of the 207 patients included in the current study, 95 patients were excluded, leaving 112 patients for the analyses. Out of the included 112 patients, 60 patients were clinically diagnosed with dementia, and 52 patients were diagnosed with mild cognitive impairment. The detailed patient population are shown in Table 2.

The interobserver Kappa coefficient for determining the presence or absence of ACES cysts between two observers was 0.780 (95% confidence interval: 0.657–0.904), indicating substantial agreement. There was no significant difference in patient's age between the patients with and without ACES cysts. The MMSE scores were significantly lower in the patients with ACES cysts than in those without ACES cysts (Fig. 3).

In the patients without ACES cysts, there was a significant negative correlation between patient's age and MMSE score. In the patients with ACES cysts, there was no significant correlation between patient's age and MMSE score (Fig. 4).

The number of patients with higher MMSE score than its median was 51 (median MMSE score: 28). The number of patients with lower MMSE scores than its median or equal to its median was 61 (median MMSE score: 20). Multivariate logistic regression analysis showed that the presence of ACES cysts was an independent factor associated with MMSE score. Age, sex, hypertension, and WMH did not significantly affect MMSE score. The summary of the multivariate logistic regression analysis is shown in Table 3.

### Discussion

In the current study, we examined the association between the presence of ACES cysts and cognitive function. Our findings revealed that MMSE scores were significantly lower in patients with ACES cysts compared to those without ACES cysts. Additionally, MMSE scores showed a negative correlation with age in patients without ACES cysts, whereas, no significant correlation was found in patients with ACES cysts. To our knowledge, this is the first study demonstrating an association between ACES cysts, which are cyst-like structures adjacent to the SSS, and MMSE scores. While it is generally considered that MMSE score declines with aging, the lower MMSE scores in the patients with ACES cysts might be affected by not only typical aging processes but also the presence of ACES cysts. However, it is premature to conclude that the presence of ACES cysts is a risk factor for cognitive impairment based on the results of the current study. Previous study has reported the presence of ACES cysts in relatively young patients, such as a 32-year-old, and has found no correlation between the number of ACES cysts and patients' age.<sup>10</sup> Similarly, in our current study, there was no significant difference in patients' age between patients with and without ACES cysts. ACES cysts may be an anatomical structure that exists from an early age.

On the other hand, although the P-value was not statistically significant, there may be a trend toward a difference in patient ages between those with and without ACES cysts. The previously reported study found a non-significant but slight correlation between the diameter of ACES cysts and patient's age, suggesting that ACES cysts may increase in size with aging.<sup>10</sup> In addition, washout of intravenously administered GBCA (IV-GBCA) from ACES cysts at 24 hours after intravenous administration of GBCA was delayed in patients with leakage of IV-GBCA around the cortical veins compared to in those without the leakage.<sup>11</sup> As the leakage of IV-GBCA, age-dependency has been confirmed.<sup>19-21</sup> Based on these findings, the growth of the ACES cysts may be age-related changes, because the cysts with delayed washout of GBCA might have higher osmolarity than those with good washout.

The identification of structure involved in the maintenance of fluid homeostasis in the brain has been reported. Recently, subarachnoid lymphatic-like membrane (SLYM) was proposed as a potential fourth meningeal layer, which divides the subarachnoid space into two compartments: the outer subarachnoid space and the inner subarachnoid space.<sup>22</sup> SLYM is reported to be impervious to solutes with a greater molecular weight than 3000 daltons, such as waste proteins.<sup>22</sup> Assuming that ACES cysts retain interstitial fluid, it would be interesting to investigate the structural similarities between the walls of ACES cysts and SLYM for further research of the downstream portion of the clearance pathway of the waste in the brain. The ACE serves as a traffic channel for molecular and immunity through the arachnoid barrier at the site where bridging veins pass through.<sup>15</sup> It is important to investigate the detailed anatomical relationship between ACES cysts and ACE in future research.

The current study has several limitations. First, it is a retrospective study conducted at a single institution. Furthermore, the patient sex in the current study was biased toward females. This sex imbalance may be due to the background of the large number of female patients attending our geriatric psychiatry department. To reduce this bias, it would be effective to conduct the research across multiple institutions. Second, the patient cohort was biased towards patients with suspected dementia, resulting in lack of control subjects. This deviation of patients may potentially limit the generalizability of the presence of ACES cysts. Age-matched control cohort should be investigated. Third, the MMSE serves as an indicator of general cognitive function but does not provide detailed insights into specific cognitive domains. Further studies incorporating detailed cognitive assessments, such as Alzheimer's disease assessment scale, frontal assessment battery, and repeatable battery for the assessment of neuropsychological status, are warranted to address the limitations of MMSE. Additionally, there is a lack of information of biomarkers, such as amyloid positron emission tomography, amyloid  $\beta$  in CSF, and Apolipoprotein E genotype. Potential confounders, such as diabetes, chronic kidney disease, and years of education, were

not included in the analysis. Due to the small number of patients, the factors included in the analysis were limited.<sup>16</sup> Further studies with larger cohorts should incorporate these factors to improve the robustness of the findings and control for confounding effects. Fourth, the volumetric analysis was not performed. The determination of ACES cysts was based on subjective methods. The application of automated techniques such as the 3D region growing method is warranted to facilitate quantitative evaluation including volumetric analysis. Finally, it might be interesting to investigate changes in ACES cysts before and after the treatment of sleep disorders, during the follow-up after mild head injury or concussion, and before and after Lecanemab treatment in patients with Alzheimer's disease.

### Conclusion

There was a significant association between the presence of ACES cysts and lower MMSE score. ACES cysts might be involved in the pathological processes affecting cognitive function. Further studies are warranted to reveal the underlying mechanisms linking ACES cysts with cognitive function.

### Conflicts of Interest

Rintaro Ito is a professor in the Department of Innovative Biomedical Visualization (iBMV), which is financially supported by Canon Medical Systems Corporation. All the other authors declare that they have no conflicts of interest.

### References

1. Iliff JJ, Wang M, Liao Y, et al. A paravascular pathway facilitates CSF flow through the brain parenchyma and the clearance of interstitial solutes, including amyloid  $\beta$ . *Sci Transl Med*. 2012; 4:147ra111.
2. Nedergaard M, Goldman SA. Glymphatic failure as a final common pathway to dementia. *Science*. 2020; 370:50-56.
3. Ray L, Iliff JJ, Heys JJ. Analysis of convective and diffusive transport in the brain interstitium. *Fluids Barriers CNS*. 2019; 16:6.
4. Louveau A, Smirnov I, Keyes TJ, et al. Structural and functional features of central nervous system lymphatic vessels. *Nature*. 2015; 523:337-341.
5. Absinta M, Ha SK, Nair G, et al. Human and nonhuman primate meninges harbor lymphatic vessels that can be visualized noninvasively by MRI. *Elife*. 2017; 6:e29738.
6. Oshio K, Yui M, Shimizu S, Yamada S. The Spatial Distribution of Water Components with Similar T2 May Provide Insight into Pathways for Large Molecule Transportation in the Brain. *Magn Reson Med Sci*. 2021; 20:34-39.
7. Ringstad G, Eide PK. Cerebrospinal fluid tracer efflux to parasagittal dura in humans. *Nat Commun*. 2020; 11:354.
8. Naganawa S, Taoka T. The Glymphatic System: A Review of the Challenges in Visualizing its Structure and Function with MR Imaging. *Magn Reson Med Sci*. 2022; 21:182-194.
9. Oshio K. What Is the "Glymphatic System"? *Magn Reson Med Sci*. 2023; 22:137-141.
10. Naganawa S, Ito R, Nakamichi R, et al. Relationship between Parasagittal Perivenous Cysts and Leakage of Gadolinium-based Contrast Agents into the Subarachnoid Space around the Cortical Veins after Intravenous Administration. *Magn Reson Med Sci*. 2021; 20:245-252.
11. Naganawa S, Ito R, Nakamichi R, et al. Relationship between Time-dependent Signal Changes in Parasagittal Perivenous Cysts and Leakage of Gadolinium-based Contrast Agents into the Subarachnoid Space. *Magn Reson Med Sci*. 2021; 20:378-384.
12. Nakamichi R, Taoka T, Kawai H, Yoshida T, Sone M, Naganawa S. Magnetic resonance cisternography imaging findings related to the leakage of Gadolinium into the subarachnoid space. *Jpn J Radiol*. 2021; 39:927-937.
13. Naganawa S, Ito R, Taoka T, Yoshida T, Sone M. Parasagittal Cystic Lesions May Arise from the Pial Sheath around the Cortical Venous Wall. *Magn Reson Med Sci*. 2023; 22:143-146.
14. Naganawa S, Ito R, Taoka T, Yoshida T, Sone M. The Space between the Pial Sheath and the Cortical Venous Wall May Connect to the Meningeal Lymphatics. *Magn Reson Med Sci*. 2020; 19:1-4.
15. Smyth LCD, Xu D, Okar SV, et al. Identification of direct connections between the dura and the brain. *Nature*. 2024; 627:165-173.
16. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol*. 1996; 49:1373-9.

17. Umemura S, Arima H, Arima S, et al. The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension (JSH 2019). *Hypertens Res.* 2019; 42:1235-1481.
18. Fazekas F, Chawluk JB, Alavi A, Hurtig HI, Zimmerman RA. MR signal abnormalities at 1.5 T in Alzheimer's dementia and normal aging. *AJR Am J Roentgenol.* 1987; 149:351-6.
19. Naganawa S, Nakane T, Kawai H, Taoka T. Age Dependence of Gadolinium Leakage from the Cortical Veins into the Cerebrospinal Fluid Assessed with Whole Brain 3D-real Inversion Recovery MR Imaging. *Magn Reson Med Sci.* 2019; 18:163-169.
20. Ohashi T, Naganawa S, Iwata S, Kuno K. Age-related changes in the distribution of intravenously administered gadolinium-based contrast agents leaked into the cerebrospinal fluid in patients with suspected endolymphatic hydrops. *Jpn J Radiol.* 2021; 39:433-441.
21. Naganawa S, Ito R, Kawai H, Taoka T, Yoshida T, Sone M. Confirmation of Age-dependence in the Leakage of Contrast Medium around the Cortical Veins into Cerebrospinal Fluid after Intravenous Administration of Gadolinium-based Contrast Agent. *Magn Reson Med Sci.* 2020; 19:375-381.
22. Møllgård K, Beinlich FRM, Kusk P, et al. A mesothelium divides the subarachnoid space into functional compartments. *Science.* 2023; 379:84-88.

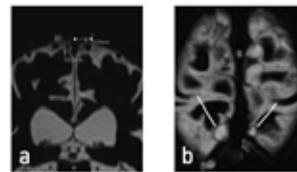
**Legend**

**Fig. 1** A flowchart for the patient selection process.

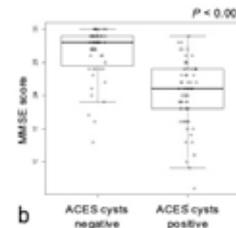
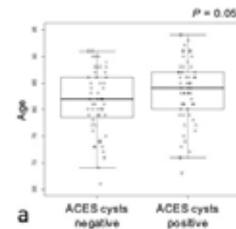
**Fig. 2** Representative images of determination of presence of ACES cysts. Within 10 mm of the superior part of the subarachnoid space and within 10 mm from the midline of the brain on MRC (a), a structure with a water signal, completely surrounded by a capsule adjacent to the SSS was defined as the ACES cysts (b) (arrows). ACES cysts, arachnoid cuff exit site cysts; MRC, magnetic resonance cisternography.

**Fig. 3** Difference in patients' age and MMSE score between the patients with and without ACES cysts. There was no significant difference in patient's age between the patients with and without ACES cysts (a). The MMSE scores were significantly lower in the patients with ACES cysts than in those without ACES cysts (b). MMSE, mini-mental state examination; ACES cysts, arachnoid cuff exit site cysts.

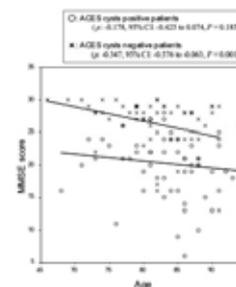
**Fig. 4** Correlations between age and MMSE score. In the patients without ACES cysts, there was a significant negative correlation between patient's age and MMSE score. In the patients with ACES cysts, there was no significant correlation between patient's age and MMSE score. MMSE, mini-mental state examination; ACES cysts, arachnoid cuff exit site cysts.



**Fig. 2**



**Fig. 3**



**Fig. 4**



**Fig. 1**

**Table 1. Detailed scan parameter**

Parameter	Value
TR/TE (ms)	4400/547
Slice thickness (mm) /Slices	1.0/256
Refocus flip angle (degree)	120
Band width (Hz/Px)	434
Echo train length	360
Field of view (mm)	165×196
Matrix	324×384
Pixel size (mm)	0.51×0.51
Parallel imaging/Accel. factor	GRAPPA/2
Fat suppression	Frequency-selective preparation pulse
Number of excitation	1
Acquisition time (min)	3.1

TR, repetition time; TE, echo time

Table 2. Patient characteristics

(n = 112)	
Age (year-old) <sup>i</sup>	82.4 (83) (66-94)
Female <sup>ii</sup>	84 (75%)
MMSE score <sup>i</sup>	23.3 (24) (6-30)
Hypertension <sup>ii</sup>	55 (49.1%)
WMH <sup>ii</sup>	58 (51.8%)
ACES cysts <sup>ii</sup>	57 (50.9%)

<sup>i</sup> mean (median) (range), <sup>ii</sup> number (%)

MMSE, mini-mental state examination; WMH, white matter hyperintensity; ACES cysts, Arachnoid Cuff Exit Site cysts

Table 3. Odds ratios and 95% confidence intervals of lower MMSE score from multivariate logistic regression analysis

Variable	Odds ratio	95% confidence interval	P value
Age	1.07	0.983-1.16	0.117
Female	1.80	0.559-5.79	0.324
Hypertension	0.540	0.208-1.40	0.206
WMH	0.517	0.190-1.40	0.195
Presence of ACES cysts	15.2	5.59-41.4	< 0.001

MMSE, mini-mental state examination; WMH, white matter hyperintensity; ACES cysts, arachnoid cuff exit site cysts

## 経験 (臨床実践報告)

### 認知症看護認定看護師が当科もの忘れ外来で求められる役割とその実践

## The role and practice of Certified Nurses in Dementia Nursing in our memory outpatient clinic

松井千恵<sup>1,2,3</sup>, 加藤貴代<sup>1,2,3</sup>, 服部しほり<sup>1,2,3</sup>, 木全みこ<sup>2,4</sup>, 山本梨加<sup>2,5</sup>, 鵜飼克行<sup>2,3,6</sup>

MATSUI Chie, KATO Takayo, HATTORI Shiori, KIMATA Miko, YAMAMOTO Rika, UKAI Katsuyuki

- 1) 総合上飯田第一病院 看護部 (認知症看護認定看護師)
- 2) 総合上飯田第一病院 老年精神科
- 3) 総合上飯田第一病院 認知症せん妄サポートチーム (462-0802 名古屋市北区上飯田北町2-70)

- 1) Department of Nursing (Certified Nurses in Dementia Nursing),
- 2) Department of Psychogeriatrics,
- 3) Dementia-Delirium Support Team, Kamiida Daiichi General Hospital (2-70 Kamiida-kitamachi, Kita-ku, Nagoya 462-0802, Japan)
- 4) 名古屋大学医学部附属病院 精神科
- 5) 名古屋大学医学部附属病院 地域在宅医療・老年科
- 6) 名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野 (466-8560 名古屋市中昭和区鶴舞65)
- 4) Department of Psychiatry,
- 5) Department of Community health and Geriatrics, Nagoya University Hospital
- 6) Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine (65 Tsurumai, Showa-ku, Nagoya 466-8560, Japan)

#### 論文要旨:

#### 認知症看護認定看護師が当科もの忘れ外来で求められる役割とその実践

もの忘れ外来における認知症看護認定看護師の役割として、認知症看護の知識や技能だけでなく、多種多様な知識・技能が要求される。認知症診療においては、患者・家族のニーズは個々によって異なるため、患者が療養生活で抱える問題は複雑である。もの忘れ外来には多くの患者が来院するため、限られた時間で、診療上や療養上のいろいろな問題に対して、速やかに対応を決定する必要がある。そのためには、認知症看護認定看護師は、院内だけでなく地域とも連携しながら患者・家族と関わり、状況を常に把握しておくべきである。また、診察時間外であっても、必要な対応をとれるように、病院の体制も含めて、準備しておくことが望まれる。

#### キーワード:

認知症看護, 認知症看護認定看護師, もの忘れ外来, 地域連携, 多職種連携

#### 英語抄録:

#### The role and practice of Certified Nurses in Dementia Nursing in our memory outpatient clinic

The role of Certified Nurses in Dementia Nursing within memory outpatient clinics requires expertise in dementia care and a diverse skill set. The needs of patients and their families vary, with complex issues arising in their care and daily life. As many patients visit memory clinics, prompt decision-making regarding medical and therapeutic matters within limited timeframes is essential. Certified Nurses in Dementia Nursing are important for collaborating with patients and their families, including support beyond hospital settings in the community and ensuring patients stay informed about their situation. Moreover, these certified nurses should be prepared to take necessary actions, even outside regular consultation hours, including establishing an in-hospital support system.

#### 英語キーワード:

dementia nursing, certified nurse in dementia nursing, memory clinic, community cooperation, multidisciplinary cooperation.

## Macular hole surgery as a historical perspective

Kazuyuki Kumagai<sup>1</sup>, Eiji Horie<sup>2</sup>, Marie Fukami<sup>1</sup>, Mariko Furukawa<sup>1</sup>

- 1) Kamiida Daiichi General Hospital, Aichi, Japan
- 2) Yata Eye Clinic, Shizuoka, Japan

\*These authors contributed equally to this work

Correspondence: Kazuyuki Kumagai, Kamiida Daiichi General Hospital, 2-70 Kamiida Kita-machi Nagoya Aichi Japan 462-0802 Phone:052-991-3111 ;Fax: 052-991-3220 E-mail: ganka@kamiida-hp.jp

#### Abstract

**Purpose:** To evaluate the outcomes of macular hole (MH) surgery as a historical perspective after its inception in 1991.

**Patients and methods:** Retrospective review of 1032 eyes of 949 patients with an idiopathic MH who were followed for at least one year after the initial surgery. All surgeries were performed from 1990 to 2016 by one surgeon (NO) and included phacovitrectomy for patients of  $\geq 40$ -years-of-age, a removal of the posterior hyaloid and epiretinal membrane, and SF6 gas tamponade with a 1-week face-down. After 1998, internal limiting membrane (ILM) peeling became the conventional procedure. All surgeries were classified into four periods based on the year of the initial surgery. The first period was 1990 ~ 1995 (n = 222), the second period was 1996 ~ 1999 (n=327), the third period was 2000 ~ 2004 (n = 234), and the last period was 2005 ~ 2016 (n=249).

**Results:** The mean follow-up period was 81.3, 79.8, 88.4, and 77.3 months; hole size was 0.33, 0.28, 0.25, and 0.24 disk diameter; hole duration was 15.1, 10.6, 8.2, and 6.1 months; the decimal visual acuity (VA) was 0.13, 0.15, 0.17, and 0.19. The initial closure rate was 61.3, 78.0, 96.6, and 96.4%. The final decimal visual acuity was 0.33, 0.50, 0.66, and 0.79. The rate of a final decimal VA of 0.5 or better was 48.2, 66.4, 82.1, and 88.8%. The rate of a final decimal visual acuity of 1.0 or more was 17.6, 29.3, 43.6, and 58.2%. Multiple regression analyses showed that hole duration and ILM peeling were significantly associated with both the anatomic and functional outcomes.

**Conclusion:** The favorable outcome of MH surgery was primarily achieved by earlier surgery and conventional ILM peeling. Favorable results might be obtained using only conventional ILM peeling.

**Keywords:** macular hole, evolution, internal limiting membrane, early surgery, vitrectomy

#### Introduction

Macular holes (MH) surgery has evolved<sup>1</sup> after Kelly and Wendel's preliminary report in 1991<sup>2</sup> and 1993.<sup>3</sup> Currently, MH surgery is one of the most successful operations performed on the retina

with most studies reporting a single-operation success rate exceeding 90%.<sup>4</sup> Initially, MH surgery was advised for patients whose vision was  $\leq 20/50$ , and the surgery was a 5-step operation: pars plana vitrectomy, removal of adherent cortical vitreous, stripping of epiretinal membranes (when present), a total gas-fluid exchange (typically with SF<sub>6</sub> gas), and 1 week of strict face-down positioning.<sup>2,3</sup>

Peeling the internal limiting membrane (ILM) around the MH, i.e., a conventional ILM peeling, was instituted in 1997<sup>5</sup> and is now widely performed as a routine surgical procedure. Its use has led to favorable functional and anatomical results.

Recently, several new adjuvant manipulation techniques have been reported, including inverted ILM flap<sup>6</sup>, macular detachment<sup>7</sup>, radial retinal incision<sup>8</sup>, autologous ILM transplantation<sup>9</sup>, lens capsule flap<sup>10</sup>, autologous retinal transplantation<sup>11</sup>, human amniotic membrane transplantation<sup>12</sup>, and retinal massage<sup>13</sup>. However, long-term effects of these techniques remain to be undetermined.

The purpose of this study was to evaluate the outcomes of MH surgery with and without conventional ILM peeling from our consecutive case series<sup>14-20</sup> performed by the same surgeon (NO) over a 20-year period after its inception in 1991 as a historical perspective on the eras of MH surgery.

### Material and methods

This was a retrospective consecutive case series, and the procedures used were approved by the Institutional Review Board of each participating clinic. The procedures used conformed to the tenets of the Declaration of Helsinki. All patients had signed an informed consent for the surgery, data collection, and the use of the data for research studies.

One thousand and sixty-six eyes of 949 patients with an idiopathic MH underwent vitreous surgery from 1990 to 2016 by the same surgeon (NO). Thirty-four eyes of 25 patients were excluded because the follow-up period was <1 year. Thus, this study included 1032 eyes of 924 patients. Eyes with previous retinal detachment, vitreous surgery, cystoid macular edema from any cause, and traumatically induced holes, and proliferative diabetic retinopathy were excluded. All participants underwent comprehensive ophthalmologic examinations including measurements of the refractive error, best-corrected visual acuity (BCVA) measured with a standard Japanese chart in decimal units, axial length measurements, slit-lamp examinations, measurement of the intraocular pressure with a Goldmann applanation tonometer, and dilated indirect slit-lamp biomicroscopy with or without contact lenses. After 1998, optical coherence tomography (OCT) was used to confirm the presence of a full-thickness MH.

Of the 1032 eyes, 672 eyes (65.1%) were of women, the mean age was 65.7 years (range, 23 to 87 years), the mean decimal visual acuity was 0.16 (range, 0.01 to 1.0), the mean axial length was 23.37 mm (range, 20.33 to 30.72 mm), the size of the MH was 0.28 disk diameter (DD) (range, 0.1 to 0.7 DD), the mean hole duration was 9.9 months (range, 1 to 200), and the mean follow-up period after the surgery was 81.5 months (range, 12 to 330).

The procedures included phacovitrectomy for patients whose age was  $\geq 40$  years, removal of the posterior hyaloid membrane and epiretinal membrane when present, and SF<sub>6</sub> gas tamponade with 1 week face-down positioning. After 1998, ILM peeling was generally performed in a range of 2- to 3-DDs around the MH. We performed debridement of the retinal pigment epithelium for large or persistent MHs.<sup>21</sup> ILM peeling was initially unstained<sup>18</sup>, but later Indocyanine green (ICG) staining<sup>19</sup> or triamcinolone acetonide (TA)<sup>20</sup> were used to make the ILM more visible.

All surgeries were classified into four periods based on the year of initial surgery; the first period was 1990 ~ 1995 (n=222), the second period was 1996 ~ 1999 (n=327), the third period was 2000 ~ 2004 (n=234); and the last period was 2005 ~ 2016 (n=249).

The decimal BCVAs were converted to the logarithm of the minimal angle of resolution (logMAR) units for the statistical analyses. Geometric averages were used for the mean of the decimal BCVA. An increase or decrease in the visual acuity was defined as a change greater than 0.2 logMAR units.

### Statistical analyses

Numerical data between two periods were analyzed by paired t

tests. Comparisons between numerical data between each period were analyzed using an analysis of variance with a post hoc test by the Scheffe procedure. Categorical variables were analyzed using the Chi-square test. Multiple regression analyses were performed to examine the effects of hole duration and ILM peeling on the rate of the initial closure and final visual acuity. Statistical analyses of the data were performed using Stat View software version 5.0 (SAS Institute, Inc, Cary, North Carolina, USA). A P <0.05 was accepted as statistically significant.

### Results

The preoperative characteristics of the studied eyes are shown in Table 1. With time, hole duration became shorter, the holes were smaller, and the BCVAs were better. The frequency of phakic eyes, posterior vitreous detachments (PVDs), and epiretinal membrane (ERM) decreased over the 20 years period. Significant differences were observed between the periods.

The distribution of preoperative visual acuity is shown in Table 2. The frequency of a preoperative decimal BCVA <0.1 was 24.8% in the first period and 17.7% in the last period. The frequency of preoperative BCVA better than 0.3 was 21.2% in the first period and 41.8% in the last period. The frequency of eyes with good visual acuity increased with time. Significant differences were observed between the periods.

The surgical procedures performed are shown in Table 3. After 1998, ILM peeling became routine. The surgical outcomes are shown in Table 4. The initial closure rate improved from 61.3% to 96.4%, and the reopening rate decreased. The incidence of postoperative retinal detachments remained unchanged at around 3%. Significant differences were observed between the periods.

Table 1 Preoperative characteristics of the study eyes

	First	Second	Third	Last
	1990-1995	1996-1999	2000-2004	2005-2016
	(n=222)	(n=327)	(n=234)	(n=249)
Age (y)	65.3 ± 8.2	65.7 ± 8.6	65.4 ± 7.3	66.3 ± 7.3
Female	151 (68.0)	221 (67.4)	156 (66.7)	144 (57.6)
Visual acuity				
Decimal <sup>a</sup>	0.13	0.15	0.17	0.19
LogMAR	0.90 ± 0.35 <sup>b</sup>	0.82 ± 0.33 <sup>c</sup>	0.77 ± 0.36	0.73 ± 0.37
Hole size (DD)	0.33 ± 0.12 <sup>d</sup>	0.28 ± 0.12 <sup>d</sup>	0.25 ± 0.12	0.24 ± 0.13
By hole size				
0.2DD $\geq$	56 (25.2) <sup>d</sup>	131 (40.1) <sup>d</sup>	121 (51.7)	142 (57.0)
0.3-0.4DD	129 (58.1) <sup>b</sup>	175 (53.5)	103 (44.0)	87 (34.9)
0.5DD $\leq$	37 (16.7) <sup>d</sup>	21 (6.4)	10 (4.3)	20 (8.0)
Hole duration (m)	15.1 ± 22.7 <sup>b</sup>	10.6 ± 23.9	8.2 ± 21.5	6.1 ± 15.7
Phakia	211 (95.0) <sup>b</sup>	310 (94.8) <sup>b</sup>	210 (89.7)	190 (76.3)
PVD	84 (37.8) <sup>d</sup>	84 (25.7)	62 (26.5)	66 (26.5)
ERM	110 (49.6) <sup>d</sup>	111 (33.9)	82 (35.0)	83 (33.3)
Follow-up (m)	81.3 ± 63.1	79.8 ± 59.8	88.4 ± 61.4	77.3 ± 47.6

DD=disk diameter. <sup>a</sup>geometric average

PVD=posterior vitreous detachment

ERM=epiretinal membrane

Data are expressed as numbers(%) or means±standard deviations.  
<sup>a</sup>P<0.01 compared with third period and last period  
<sup>c</sup>P<0.01 compared with last period  
<sup>d</sup>P<0.01 compared with the other periods

	First 1990-1995 (n=222)	Second 1996-1999 (n=327)	Third 2000-2004 (n=234)	Last 2005-2016 (n=249)
Vitrectomy system				
20gauge	222 (100)	327 (100)	234 (100)	190 (76.3) <sup>a</sup>
25gauge	0	0	0	58 (23.3) <sup>a</sup>
27gauge	0	0	0	1 (0.4)
Additional procedures				
ILM peeling	0 <sup>a</sup>	69 (21.1) <sup>a</sup>	232 (99.1)	248 (99.6)
No staining	0	69 (100)	41 (17.7)	0
ICG	0	0	113 (48.7)	7 (2.8)
TA	0	0	78 (33.6)	240 (96.8)
BBG	0	0	0	1 (0.4)
RPE debridment	37 (16.7) <sup>a</sup>	30 (9.2) <sup>a</sup>	0	0
RPE debridment with ILM peeling	0	11 <sup>**</sup> (3.4) <sup>a</sup>	1 <sup>**</sup> (0.4)	0

ILM=internal limiting membrane  
 ICG=indocyanine green  
 TA=triamcinolone  
 BBG=briant blue green  
 RPE=retinal pigment epithelium  
 Data are expressed as numbers (%).  
<sup>a</sup>P<0.01 compared with the other periods

The visual outcomes are shown in Table 5. There was a significant difference between the preoperative and one-year postoperative BCVA in all periods (all, P <0.0001). There was also a significant difference between the preoperative BCVA and the final BCVA in all periods (all, P <0.0001). The final BCVA was significantly better than the one-year BCVA for the last period (P = 0.015). There was no significant difference for the other periods between 1-year BCVA and the final BCVA. The frequency of improvements of the final BCVA increased from 72.5% to 88.4% and worsening decreased from 3.6% to 1.6%.

The distribution of the final BCVA is shown in Table 5. The frequency of eyes with a postoperative BCVA ≥0.5 increased from 48.2% to 88.8%. The frequency of a decimal BCVA of ≥1.0 increased from 17.6% to 58.2%. When the preoperative MH size was ≤0.2 DD, the rate of BCVA of ≥0.5 increased from 78.6% to 97.2%. The rate of a BCVA of ≥1.0 increased from 37.5% to 73.2%. Significant differences were observed between the periods.

	First 1990-1995 (n=222)	Second 1996-1999 (n=327)	Third 2000-2004 (n=234)	Last 2005-2016 (n=249)
VA in decimal				
1.0≤	0	0	0	1 (0.4)

0.7-0.9	0 <sup>a</sup>	4 (1.2) <sup>b</sup>	8 (3.4)	13 (5.2)
0.5-0.6	9 (4.1)	21 (6.4)	22 (9.4)	22 (8.8)
0.3-0.4	38 (17.1) <sup>b</sup>	65 (19.9) <sup>b</sup>	56 (23.9)	68 (27.3)
0.1-0.2	120 (54.1)	170 (52.0)	106 (45.3)	101 (40.6)
<0.1	55 (24.8) <sup>b</sup>	67 (20.5) <sup>b</sup>	42 (17.9)	44 (17.7)

Data are expressed as numbers (%).  
 VA=visual acuity  
<sup>a</sup>P<0.01 compared with third period and last period  
<sup>b</sup>P<0.01 compared with last period

	First 1990-1995 (n=222)	Second 1996-1999 (n=327)	Third 2000-2004 (n=234)	Last 2005-2016 (n=249)
Initial closure	136 (61.3) <sup>a</sup>	255 (78.0) <sup>a</sup>	226 (96.6)	240 (96.4)
By hole size				
0.2DD≥	53/56 (94.6) <sup>b</sup>	122/131 (93.1) <sup>b</sup>	121/121(100.0)	139/142 (97.9)
0.3-0.4DD	79/129 (61.2) <sup>c</sup>	121/175 (69.1) <sup>b</sup>	97/103 (94.2)	84/87 (96.6)
0.5DD≤	4/37 (10.8) <sup>a</sup>	12/21 (57.1) <sup>a</sup>	8/10 (80.0)	17/20 (85.0)
Complications				
Retinal break	28 (12.6) <sup>b</sup>	48 (14.6)	59 (25.2) <sup>a</sup>	23 (9.2)
Reopen	5(3.7) <sup>d</sup>	20 (7.8) <sup>c</sup>	2 (0.9)	0
RD	6 (2.7)	12 (3.7)	10 (4.3)	8 (3.3)

DD=disc diameter  
 RD=retinal detachment  
 Data are expressed as numbers (%).  
<sup>a</sup>P<0.01 compared with the other periods  
<sup>b</sup>P<0.01 compared with the Third period  
<sup>c</sup>P<0.01 compared with the Third and last period  
<sup>d</sup>P<0.01 compared with the last period

The results of multiple regression analyses on the effects of hole duration and ILM peeling on the initial closure rate and final visual acuity are shown in Tables 6 and 7. The results showed that hole duration and the ILM peeling were significantly associated with both the anatomic and visual outcomes. The same analysis was performed for the last period. The results showed that hole duration was significantly associated with both the anatomic and visual outcomes (Tables 8 and 9).

	First 1990-1995 (n=222)	Second 1996-1999 (n=327)	Third 2000-2004 (n=234)	Last 2005-2016 (n=249)
Preoperative				
Decimal <sup>a</sup>	0.17	0.2	0.23	0.26
LogMAR	0.90 ± 0.35 <sup>b</sup>	0.82 ± 0.33 <sup>c</sup>	0.77 ± 0.36	0.73 ± 0.37
Postoperative 1 year				
Decimal <sup>a</sup>	0.29	0.49	0.65	0.74

LogMAR	0.54 ± 0.47 <sup>b</sup>	0.31 ± 0.36 <sup>b</sup>	0.19 ± 0.33	0.13 ± 0.28
improved	161 (72.5) <sup>b</sup>	257 (78.6) <sup>b</sup>	202 (86.3)	215 (86.3)
unchanged	53 (23.9) <sup>b</sup>	67 (20.5) <sup>b</sup>	30 (12.8)	33 (13.3)
worsened	8 (3.6) <sup>d</sup>	3 (0.9)	2 (0.9)	1 (0.4)
Final				
Decimal <sup>a</sup>	0.33	0.50	0.66	0.79
LogMAR	0.49 ± 0.45 <sup>c</sup>	0.30 ± 0.41 <sup>c</sup>	0.18 ± 0.34	0.11 ± 0.29
improved	161 (72.5) <sup>b</sup>	261 (79.8) <sup>e</sup>	201 (85.9)	220 (88.4)
unchanged	53 (23.9) <sup>c</sup>	55 (16.8) <sup>e</sup>	30 (12.8)	25 (10)
worsened	8 (3.6)	11 (3.4)	3 (1.3)	4 (1.6)
Distribution of Final VA in decimal				
0.5 ≤	107 (48.2) <sup>c</sup>	217 (66.4) <sup>c</sup>	192 (82.1) <sup>e</sup>	221 (88.8)
1.0 ≤	39 (17.6) <sup>c</sup>	96 (29.3) <sup>c</sup>	102 (43.6) <sup>c</sup>	145 (58.2) <sup>c</sup>
Distribution of Final VA in decimal by hole size				
0.2DD ≥				
0.5 ≤	44 (78.6) <sup>b</sup>	106 (80.9) <sup>b</sup>	113 (93.4)	138 (97.2)
1.0 ≤	21 (37.5) <sup>b</sup>	56 (42.7) <sup>b</sup>	68 (56.2) <sup>c</sup>	104 (73.2)
0.3-0.4DD				
0.5 ≤	59 (45.7) <sup>c</sup>	104 (59.4) <sup>c</sup>	76 (73.8)	74 (85.1)
1.0 ≤	18 (14.0) <sup>d</sup>	39 (22.3) <sup>e</sup>	33 (32.0)	40 (46.0)
0.5DD ≤				
0.5 ≤	4 (10.8) <sup>d</sup>	7 (33.3)	3 (30.0)	9 (45.0)
1.0 ≤	0	1 (4.8)	1 (10.0)	1 (5.0)

Data are expressed as numbers (%) or means ± standard deviations.

<sup>a</sup>geometric average. VA=visual acuity

<sup>b</sup>P<0.01 compared with the third and last period

<sup>c</sup>P<0.01 compared with the other periods

<sup>d</sup>P<0.01 compared with the second and last period

<sup>e</sup>P<0.01 compared with the last period

Table 6 Multiple regression analysis for initial closure (All periods)

Independent Variable	$\beta$ value	P value
Age	-0.12	<0.0001
Gender	-0.047	0.095
Hole duration	-0.24	<0.0001
PVD	0.023	0.42
Hole size	-0.24	<0.0001
Lens status	-0.045	0.096
Preoperative VA	0.021	0.47
Axial length	-1.02	0.0006
ILM peeling	0.26	<0.0001

Adjusted R<sup>2</sup>=0.33 for initial closure in multiple regression (P<0.0001)

PVD=posterior vitreous detachment

VA=visual acuity

ILM=internal limiting membrane

Table 7 Multiple regression analysis for final visual acuity (All periods)

Independent Variable	$\beta$ value	P value
Age	0.18	<0.0001
Gender	0.078	0.0015
Hole duration	0.22	<0.0001
PVD	-0.065	0.0092
Hole size	0.15	<0.0001
Lens status	-0.019	0.42
Preoperative VA	0.33	<0.0001
Axial length	0.076	0.0036
ILM peeling	-0.22	<0.0001

Adjusted R<sup>2</sup>=0.48 for final VA in multiple regression (P<0.0001)

PVD=posterior vitreous detachment

VA=visual acuity

ILM=internal limiting membrane

Table 8 Multiple regression analysis for initial closure (Last period)

Independent Variable	$\beta$ value	P value
Age	-0.048	0.46
Gender	0.11	0.08
Hole duration	-0.51	<0.0001
PVD	-0.056	0.36
Hole size	0.062	0.40
Lens status	0.028	0.62
Preoperative VA	0.13	0.053
Axial length	-0.076	0.24

Adjusted R<sup>2</sup>=0.29 for initial closure in multiple regression (P<0.0001)

PVD=posterior vitreous detachment

VA=visual acuity

Table 9 Multiple regression analysis for final visual acuity (Last period)

Independent Variable	$\beta$ value	P value
Age	0.19	0.0013
Gender	0.009	0.87
Hole duration	0.17	0.0037
PVD	-0.06	0.29
Hole size	0.25	0.0003
Lens status	-0.59	0.27
Preoperative VA	0.25	<0.0001
Axial length	0.12	0.05

Adjusted R<sup>2</sup>=0.40 for final VA in multiple regression (P<0.0001)

PVD=posterior vitreous detachment

VA=visual acuity

## Discussion

We evaluated the evolution of MH surgery over a 20-year period after its inception in 1991. We examined 1032 eyes operated consecutively by the same surgeon. The surgical procedures were based on Kelly's 5 steps procedure combined with cataract surgery.<sup>14,15</sup> Since 1998, ILM peeling has been also performed. All of the results of the surgeries were placed into four periods based on the year of the initial surgery. We studied the baseline characteristics, and the anatomical and functional outcomes during these four periods. The results suggested that the main reasons for the improvement of the MH surgery were earlier surgery and the addition of conventional ILM peeling to the Kelly's 5 steps surgical regimen.

In 1993, Wendel et al<sup>3</sup> published a second series of 170 eyes including the 52 preliminary eyes. In their study, 73% of the MHs were closed, the vision in 56% improved by  $\geq 2$  visual acuity chart lines, and 29% attained 20/40 or better vision. In our patients, the initial closure rate was 61.3% in the first period and 96.0% in the last period. The rate of the final BCVA being 0.5 (20/40) or better was 48.2% in the first period and 88.8% in the last period. The rate of the final BCVA being 1.0 (20/20) or better was 17.6% in the first period and 58.2% in the last period. These results indicated a significant anatomical and functional improvement of the MH surgery.

Tornambe state in 2009 that the primary reason for the better results was because the surgery was performed earlier and on smaller holes with better preoperative vision.<sup>1</sup> Since the genesis of MH surgery, the surgeries performed earlier had better outcomes.<sup>2,3,14,22,23</sup> In 2022, the Macular Hole Duration Study Group<sup>24</sup> defined the effect of the hole duration on the outcomes in patients undergoing MH surgery from an individual participant data study of randomized controlled trials. They concluded that the hole duration was independently associated with both the anatomic and visual outcomes. This is consistent with our results and our earlier studies.<sup>14-20</sup>

The preoperative characteristics of the eyes by the periods showed a shortening of the hole duration, and a reduction of the hole size. These preoperative findings were associated with a greater improvement of the postoperative BCVA. These findings suggested an increase in the number of early surgeries would be better.

Tornambe<sup>1</sup> believe that the outcomes are better today for 3 reasons: better diagnostic instruments such as OCT which allowed clinicians a better detection of a MH leading to a correct diagnosis, a better understanding of the cause of the MH, and a more accurate depictions of the anatomic surgical results. In addition, better surgical instruments have been developed which allowed a release of vitreoretinal traction safely and predictably (posterior hyaloid dissection and ILM peeling), and they also reduced the incidence of complications. These advances gave clinicians greater confidence to operate earlier on smaller holes which resulted in better vision. Our results indicated that performing surgeries earlier was one of the reasons for the improved outcomes of MH surgery.

The "typically friable and hard to remove" membrane that Kelly and Wendel<sup>2,3</sup> described perhaps included the ILM and prompted others to consider removing the unstained ILM.<sup>5,18,25</sup> After that, improved views of the ILM made ILM peeling a safer and easier procedure.<sup>19,20</sup> ILM peeling is not essential for all cases<sup>26-28</sup>, but ILM peeling has been generally performed since 1998 in this study. Both the conventional and flap methods have been recently used, but only eyes that had undergone the conventional method were examined in this study.

It is well accepted that ILM peeling is an effective additional procedure during MH surgery. The initial closure rate was  $\geq 96\%$  after the third period when ILM peeling was performed. This success rate is significantly higher than the first and second periods. In addition, multiple regression analyses showed that ILM peeling was a significant factor for the initial closure rate and visual outcomes. These findings suggested that ILM peeling is another reason for the improvement of MH surgery.

In the last period, the closure rate after the first surgery was 96.0% in all cases, 97.9% in eyes with a MH size of  $\leq 0.2$  DD, and 85.0% in eyes with a MH size of  $\geq 0.5$  DD. The frequency of the final decimal BCVA of 0.5 or better was 88.8% in all cases, and 97.2% in cases with a MH size of  $\leq 0.2$  DD. The frequency of the final VA of 1.0 or better was 58.2% in all cases, and 73.2% in cases with a MH size of  $\leq 0.2$  DD. In the last period the mean follow-up period after the initial surgery was 77.3 months (range, 12 to 185 months). These results may reflect the long-term outcomes of conventional ILM peeling and would be useful for evaluating the effectiveness of modified ILM peeling such as the flap method.

The type of tamponade agents and the necessity of face-down positioning are still controversial.<sup>29-34</sup> In 1997, Tornambe et al<sup>29</sup> reported that the face-down positioning was not needed as long as the gas bubble was large enough to isolate the hole from liquid vitreous with the patient upright. They also performed lensectomy on all eyes prior to or at the time of the vitrectomy and used 15% C3F8 gas tamponade. Over the last decade, the time of face-down

positioning has been gradually reduced, and recently more than a dozen reports have stated that the face-down positioning is not necessary and phacovitrectomy is safe.<sup>30</sup> Our surgical procedures generally consisted of phacovitrectomy and SF6 tamponade with 1 week face-down positioning.

Our good surgical outcomes may be due to several reasons. Although vitrectomy with ILM peeling performed by non-experienced surgeons is a safe procedure that leads to good anatomical and functional results, very experienced surgeons may achieve even better functional outcomes.<sup>35</sup> In our study, all surgeries were performed by the same experienced surgeon. There was a visual benefit in the facedown positioning compared to facing forward positioning.<sup>32</sup> In our patients, the facedown positioning was maintained for 1 week.

Phacovitrectomy nullifies the effects of cataract progression. As a result, the postoperative BCVA reflects the postoperative foveal function. Although the reason is unclear, eyes receiving SF6 gas tended to have better visual outcomes than those receiving longer-acting gases.<sup>36</sup> Revision surgery for full-thickness macular holes that have failed to close after the primary surgery is associated with high closure rates and significant visual gains.<sup>37</sup> We tried to close the refractory MH as much as possible.

The new classification put forth by the CLOSE study group<sup>38</sup> indicated that large (400–550  $\mu\text{m}$ ) and X-Large (550–800  $\mu\text{m}$ ) holes can be treated highly successfully with the ILM peel and ILM flap insertion techniques, respectively. The X-Large holes corresponded to MH of 0.3–0.4 DD in our patients. In the last period of our study, the initial closure rate was 96.6%, the frequency of the final BCVA of 0.5 or better was 85.1%, and the frequency of a final BCVA of 1.0 or better was 46.0%. Our data suggest that favorable results can be obtained without using new adjuvant manipulation techniques<sup>6-13</sup>.

This study has several limitations. The same examiner (NO) evaluated the status of the hole before and after the surgery, and OCT scanning was not widely available. A single surgeon performed the surgery with phacovitrectomy that coincided with the Kelly and Wendel's 5-step technique, however, the study was not able to evaluate the improvements of the surgical instruments. The time periods were set in consideration of the balance of the number of cases per surgery year. However, it risks being viewed as a manipulation to fit the intended narrative. We do not address our experience or the implied value of the several new adjuvant manipulation techniques<sup>6-13</sup> that are generally applied to the lower prognosis cases.

## Conclusion

In conclusion, our findings showed that the surgery was performed earlier and on smaller holes with better preoperative vision from a historical perspective. Hole duration is an important factor even in the era of conventional ILM peeling. We believe that only conventional ILM peeling will achieve favorable results. Further studies are needed to determine the long-term benefit of new adjuvant manipulation techniques.<sup>6-13</sup>

## Disclosure

The authors report no conflicts of interest in this work.

## References

1. Tornambe PE. The evolution of macular hole surgery twenty years after its original description. *Am J Ophthalmol.* 2009;147:954-956.
2. Kelly NE, Wendel RT. Vitreous surgery for idiopathic macular holes: results of a pilot study. *Arch Ophthalmol.* 1991;109:654-659.
3. Wendel RT, Patel AC, Kelly NE, Salzano T C, Wells J W, Novack G D. Vitreous surgery for macular holes. *Ophthalmology.* 1993;100:1671-1676; comment 1607-1608.
4. Tornambe PE. How Much Surgery Is Enough? What Is Necessary to Repair a Macular Hole? *Retina Cases Brief Re.* 2020;14:101-103.
5. Eckardt C, Eckardt U, Groos S, Luciano L, Reale E. Removal of the internal limiting membrane in macular holes. Clinical and morphological findings [in German]. *Ophthalmologe.* 1997;94:545-551.
6. Michalewska Z, Michalewski J, Adelman RA, Nawrocki J. Inverted internal limiting membrane flap technique for large macular holes. *Ophthalmology.* 2010;117:2018-2025.
7. Oliver A, Wojcik EJ. Macular detachment for treatment of

- persistent macular hole. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging*. 2011;42:516-518.
8. Reis R, Ferreira N, Meireles A. Management of Stage IV Macular Holes: When Standard Surgery Fails. *Case Rep Ophthalmol*. 2012;3:240-250.
  9. Morizane Y, Shiraga F, Kimura S, et al. Autologous transplantation of the internal limiting membrane for refractory macular holes. *Am J Ophthalmol*. 2014;157:861-869.
  10. Chen SN, Yang CM. LENS CAPSULAR FLAP TRANSPLANTATION IN THE MANAGEMENT OF REFRACTORY MACULAR HOLE FROM MULTIPLE ETIOLOGIES. *Retina*. 2016;36:163-170.
  11. Grewal DS, Mahmoud TH. Autologous Neurosensory Retina I Free Flap for Closure of Refractory Myopic Macular Holes. *JAMA Ophthalmol*. 2016;134:229-230.
  12. Rizzo S, Caporossi T, Tartaro R, et al. A Human Amniotic Membrane Plug to Promote Retinal Breaks Repair and Recurrent Macular Hole Closure. *Retina*. 2019;39 Suppl 1:S95-S103.
  13. Chakraborty D, Sengupta S, Mukherjee A, Majumdar S. Anatomical and functional outcomes one year after vitrectomy and retinal massage for large macular holes. *Indian J Ophthalmol*. 2021;69:895-899.
  14. Ogino N. [Results of macular hole surgery]. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi*. 1995;99:938-944.
  15. Ogino N, Kumagai K. Advantage of combined procedure in vitreous surgery. *Semin Ophthalmol*. 2001;16:137-138.
  16. Kumagai K, Ogino N. Results of macular hole surgery combined with PEA and IOL. *Semin Ophthalmol*. 2001;16:144-150.
  17. Kumagai K, Ogino N, Demizu S, et al. Variables That Influence Visual Acuity After Macular Hole Surgery. *Jpn J Ophthalmol*. 2000;104:471-475.
  18. Kumagai K, Furukawa M, Ogino N, Uemura A, Demizu S, Larson E. Vitreous surgery with and without internal limiting membrane peeling for macular hole repair. *Retina*. 2004;24:721-727.
  19. Kumagai K, Furukawa M, Ogino N, Uemura A, Larson E. Long-term outcomes of internal limiting membrane peeling with and without indocyanine green in macular hole surgery. *Retina*. 2006;26:613-617.
  20. Kumagai K, Furukawa M, Ogino N, Larson E, Uemura A. Long-term outcomes of macular hole surgery with triamcinolone acetonide-assisted internal limiting membrane peeling. *Retina*. 2007;27:1249-1254.
  21. Nao-i N, Sawada A. Effect of debridement of the retinal pigment epithelium in full-thickness macular hole surgery. *Acta Ophthalmol Scand*. 1998;76:234-237.
  22. Ruby AJ, Williams DF, Grand MG, et al. Pars plana vitrectomy for treatment of stage 2 macular holes. *Arch Ophthalmol*. 1994;112:359-364.
  23. Ryan EH Jr, Gilbert HD. Results of surgical treatment of recent-onset full-thickness idiopathic macular holes. *Arch Ophthalmol*. 1994;112:1545-1553.
  24. Murphy DC, Al-Zubaidy M, Lois N, Scott N, Steel DH; Macular Hole Duration Study Group. The Effect of Macular Hole Duration on Surgical Outcomes: An Individual Participant Data Study of Randomized Controlled Trials. *Ophthalmology*. 2022;2:S0161-6420(22)00673-X.
  25. Brooks HL Jr. Macular hole surgery with and without internal limiting membrane peeling. *Ophthalmology*. 2000;107:1939-1948.
  26. Margherio RR, Margherio AR, Williams GA, Chow DR, Banach MJ. Effect of perifoveal tissue dissection in the management of acute idiopathic full-thickness macular holes. *Arch Ophthalmol*. 2000;118:495-498.
  27. Smiddy WE, Feuer W, Cordahi G. Internal limiting membrane peeling in macular hole surgery. *Ophthalmology*. 2001;108:1471-1476.
  28. Tadayoni R, Gaudric A, Haouchine B, Massin P. Relationship between macular hole size and the potential benefit of internal limiting membrane peeling. *Br J Ophthalmol*. 2006;90:1239-1241.
  29. Tornambe PE, Poliner LS, Grote K. Macular hole surgery without face-down positioning. A pilot study. *Retina*. 1997;17:179-185.
  30. Simcock PR, Scalia S. Phacovitrectomy without prone posture for full-thickness macular holes. *Br J Ophthalmol*. 2001;85:1316-1319.
  31. Guillaubey A, Malvitte L, Lafontaine PO, et al. Comparison of face-down and seated position after idiopathic macular hole surgery: a randomized clinical trial. *Am J Ophthalmol*. 2008;146:128-134.
  32. Pasu S, Bell L, Zenasni Z, et al. Facedown Positioning Following Surgery for Large Full-Thickness Macular Hole: A Multicenter Randomized Clinical Trial; Positioning In Macular Hole Surgery (PIMS) Study Group. *JAMA Ophthalmol*. 2020;138:725-730.
  33. Dervenis N, Dervenis P, Sandinha T, Murphy DC, Steel DH. Intraocular Tamponade Choice with Vitrectomy and Internal Limiting Membrane Peeling for Idiopathic Macular Hole: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ophthalmol Retina*. 2022;6:457-468.
  34. Chaudhary V, Sarohia GS, Phillips MR, et al. Role of Positioning after Full-Thickness Macular Hole Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ophthalmol Retina*. 2023;7:33-43.
  35. Jenisch TM, Zeman F, Koller M, Märker DA, Helbig H, Herrmann WA. Macular hole surgery: an analysis of risk factors for the anatomical and functional outcomes with a special emphasis on the experience of the surgeon. *Clin Ophthalmol*. 2017;11:1127-1134.
  36. Essex RW, Hunyor AP, Moreno-Betancur M, et al; Australian and New Zealand Society of Retinal Specialists Macular Hole Study Group. The Visual Outcomes of Macular Hole Surgery: A Registry-Based Study by the Australian and New Zealand Society of Retinal Specialists. *Ophthalmol Retina*. 2018;2:1143-1151.
  37. Maguire MJ, Steel DH, Yorston D, et al. Outcome of revision procedures for failed primary macular hole surgery. *Retina*. 2021;41:1389-1395.
  38. Rezende FA, Ferreira BG, Rampakakis E, et al. Surgical classification for large macular hole: based on different surgical techniques results: the CLOSE study group. *Int J Retina Vitreous*. 2023;9:4. doi: 10.1186/s40942-022-00439-4.

## 当院でのCOVID-19陽性 裂孔原性網膜剥離に対する手術経験 -COVID-19陽性患者手術時の留意点について-

水谷凜一郎<sup>1)</sup>、杉本昌彦<sup>1,2)</sup>、原田純直<sup>1)</sup>、佐々木 拓<sup>1)</sup>、中条 慎一郎<sup>1)</sup>、天満有美帆<sup>1)</sup>、松井良諭<sup>1)</sup>、松原 央<sup>1)</sup>、近藤峰生<sup>1)</sup>

- 1) 三重大学 大学院 医学系研究科 臨床医学系講座 眼科学教室
- 2) 山形大学医学部眼科学教室

## A case of operation for rhegmatogenous retinal detachment under COVID-19 infection -Tips of surgical management for COVID-19 positive case-

Rinichiro Mizutani M.D.<sup>1)</sup>, Masahiko Sugimoto M.D., PhD.<sup>1,2)</sup>, Sumine Harada M.D.<sup>1)</sup>, Taku Sasaki M.D.<sup>1)</sup>, Shinichiro Chujo M.D.<sup>1)</sup>, Yumio Tenma M.D.<sup>1)</sup>, Yoshitsugu Matsui M.D., PhD.<sup>1)</sup>, Hisashi Matsubara M.D., PhD.<sup>1)</sup>, Mineo Kondo M.D., PhD.<sup>1)</sup>

- 1) Department of Ophthalmology, Mie University Graduate School of Medicine
  - 2) Department of Ophthalmology and Visual Science, Faculty of Medicine, Yamagata University.
- 1) 2-174, Edobashi, Tsu, 514-8507, Japan.  
Tel: +81-59-231-5027, Fax: +81-59-231-3036,
  - 2) 2-2-2, Iida-nishi, Yamagata, 990-9585, Japan.  
Tel: +81-23-628-5374, FAX: +81-23-628-5376

### <要約>

#### 目的：

COVID-19陽性の網膜剥離(rhegmatogenous retinal detachment, RRD)症例の経験から新興感染症陽性患者に対する周術期管理について検討する。

#### 症例：

53歳男性。右) RRDに対する手術を計画したが入院前のCOVID-19抗原検査で陽性が判明した。各部署と連携し、導線を確保しての入院・手術を計画した。感染対策に配慮し、手術は陰圧室にて助手は設けず、完全防護衣で清潔となった執刀医1名と外回り看護師1名の2人体制で実施された。単独術者による手術であるための軽微なトラブルや、ゴーグルの曇りが問題となったが、安全な手術が遂行され、術後経過も良好であった。

#### 結論：

COVID-19陽性患者のRRDに対する手術には様々な課題が残るが、スタッフとの徹底した連携の元、感染管理に注意して行うことで安全に手術が実

施可能である。

<Abstract>

**Aim:** We report a case of COVID-19-positive rhegmatogenous retinal detachment (RRD) and discuss about the operative management for this case.

**Case:** 53-year-old male. Surgery was planned for RRD on his right eye. But a COVID-19 antigen test prior to admission revealed a positive. We collaborated with other departments and planned admission and surgery under the communication. From the point of infection control, surgery was planned in a negative pressure room. No assistant was provided, and the surgery was performed by a two-person consisting of a primary surgeon with a full personal protective equipment and an outside nurse. Though there occurred minor problems due to the single surgeon and fogging of the goggles, the surgery was performed safely, and the postoperative course was good.

**Conclusion:** Although various issues remain in surgery for RRD in COVID-19-positive patients, surgery can be performed safely under the collaboration with the medical staff.

<キーワード>

COVID-19、網膜剥離、単独術者

<Key Words>

COVID-19, rhegmatogenous retinal detachment, solo surgeon.

<本文>

緒言

コロナウイルス感染症2019 (COVID-19) は迅速かつ広範囲に拡大したため、世界保健機関はCOVID-19をパンデミックとして宣言した<sup>1)</sup>。世界情勢は激変し、医療も大きな打撃を受けた。COVID-19感染症の流行下において医療従事者の集団感染を予防し医療体制を維持することは重要な課題であった。受診抑制や病床ひっ迫などによる受診遅延が問題となり、多くの疾患の治療成績に影響した。感染力の強さから海外の複数の国ではロックダウンも行われていた。眼科診療ではパンデミック時であっても密接な接触が危惧される近接距離での検査・診療が要求されるため、感染症曝露のリスクが高いとされ、この影響を大きく受けた。特に網膜硝子体疾患の予後に多大な影響が出たことが多数報告されている<sup>2-5)</sup>。

徐々に海外では制限が緩和されたが、本邦でも2023年5月にCOVID-19感染症は5類となり、ようやく入院・手術加療の制限が緩和された。眼科診療もコロナ前の状態に戻つつあるがCOVID-19は消失してはならず、COVID-19感染患者への周術期対応は依然重要である。今回、COVID-19陽性の網膜剥離 (rhegmatogenous retinal detachment, RRD) 症例を経験した。その中で、今後のCOVID-19など新興感染症陽性の手術患者に対する周術期管理について様々な課題が浮き彫りとなったので報告する。

症例

症例：53歳男性  
主訴：右) 視力低下  
現病歴：202x年8月初旬より右視力障害を自覚した。8月22日、近医受診し、右) RRDを指摘された。同日、手術目的に当科紹介初診となった。既往歴：特になし。当院初診時に発熱や咳嗽・咽頭痛はなかったが、1週間ほど前に同僚がCOVID-19陽性を指摘されていた。  
所見：右) 視力0.7 (矯正)  
前眼部・中間透光体) 明らかな異常なし  
後眼部) 下方裂孔による、増殖性変化を伴う網膜剥離を認めた(図1)

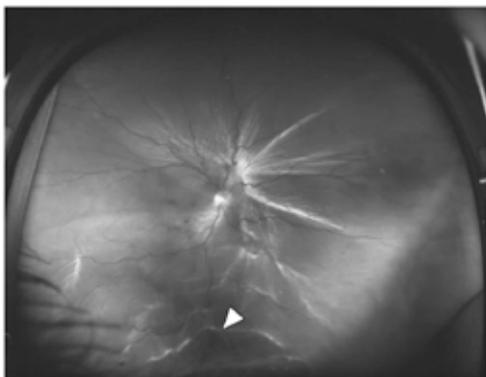


図1

即日入院の上、局所麻酔による手術を予定したが入院前のCOVID-19抗原検査で陽性が判明した。当時はコロナ感染の第7波到来時期であり、当院手術部・感染制御部と協議し、即日入院は中止となった。入院時・手術時の導線を確保できる翌日午後の予定入院ならびに準夜帯での予定手術を計画した。

手術所見：

感染制御の観点から、手術は他科定期手術が終了した準夜帯に予定を組み、陰圧室で実施された。手術室汚染防止の観点から、使い捨てカバーを装着するなどの感染対策を行い、必要な最低限の機器のみを室内に搬入した(図2a)。眼内レンズなどの随時必要となる物品は室外のグリーンゾーンから別のスタッフが安全に配慮しながら室内のレッドゾーンへ適宜手渡しをした。医療スタッフの感染を危惧し、陰圧室への入室者は最低限として、手術助手は設けず、清潔となった執刀医1名と外回り看護師1名の2人体制で手術を実施した(図2b)。術者・看護師は通常の術衣に加えてN-95マスクと眼鏡ないしはフェイスシールドを着用した。術者は眼鏡を装着したが、術中の曇りが問題となった。

白内障手術を行い、眼内レンズを挿入した。その後、4-portでの25ゲージ硝子体手術を開始した。眼内を観察したところ、下方網膜格子状変性に生じた原因裂孔からの広範な網膜剥離と増殖性変化を認めた。硝子体切除し、後部硝子体膜剥離を作成後、圧迫しながら裂孔周囲の硝子体処理と増殖膜処理を実施した。剥離範囲が広汎であることからアーケード上方に意図的裂孔を作成し、液空気置換を行って網膜下液の排液を行った。液空気置換時、術者一人であったため機器パネル操作による設定変更を行った際に術野を離れざるを得ない場面があった。再度術野を確認したところ、空気泡による視認性の低下を認めた(図3a, b)。また、角膜浮腫も出現し、角膜上皮剥離を行って視認性を確保した(図3c)。視認性が改善したため、ガス置換を完了し(図3d)、原因裂孔と意図的裂孔などへの眼内網膜光凝固を実施し、シリコンオイルに置換して手術を終了した。

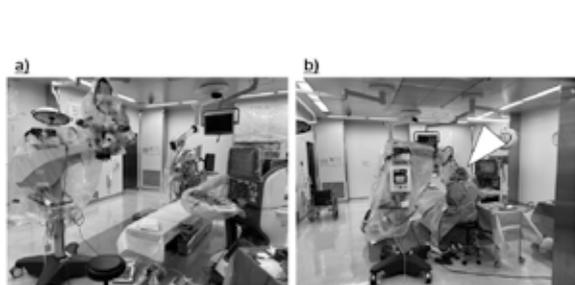


図2

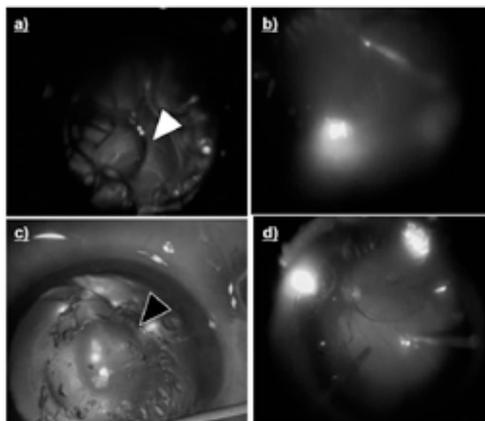


図3

術後経過：

手術終了術、術者自身が個人用防護具着用のままで眼科病棟の隔離個室まで搬送した。手術翌日、往診にて診察したところ経過良好であったため、当日に当院退院となった。無症候患者であるため、ホテル待機療養となった。療養中、電話で患者に連絡し、経過確認を行ったが、大きな自覚変化はなかった。術後5日(待機期間7日目)で療養施設からの退所となり、以後当科外来通院となっている。術2週間後の受診時には網膜復位が得られ、右視力は0.3(矯正)であった(図4)。術後4か月でシリコンオイル抜を実施し、手術後5か月で右視力は0.7(矯正)である。

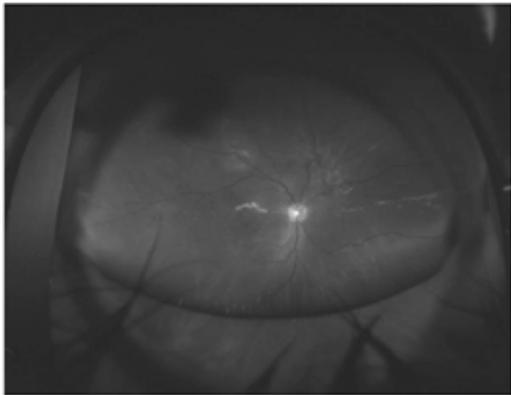


図4

### 考按

コロナ禍当初、ビジョンアカデミーでは、COVID-19パンデミック時の硝子体内抗VEGF注射に関する具体的なガイダンスを提示した<sup>6)</sup>。この中でコロナ禍においても網膜疾患を管理するための戦略として①患者と医療スタッフの双方がCOVID-19の暴露リスクを最小限にすること、②不可逆的な視力喪失のリスクが高い患者に対する治療を優先すること、③抗血管内皮増殖因子阻害薬治療レジメンを簡略化することに重点を置くべきであると結論づけている。また、各国の眼科学会が、パンデミック時の患者管理に関する眼科医向けの一般的ガイダンスを発表したが、特に米国眼科学会では様々な具体的な対策を推奨していた。外用ポビドンヨードはコロナウイルスに有効であり手術前処置に重要であること、手術用マスクとフェイスシールドなどの保護具の着用、そして必要時のN-95マスク使用が推奨されていた

[<https://www.aaio.org/headline/alert-important-coronavirus-context>. (Accessed: Oct 21, 2023)].

硝子体手術では理論的にはエアロゾルが発生し、術者に感染が波及する可能性がある。しかし最近の小切開手術ではバルブ付きトロッカーカニューレを使用するため、発生するエアロゾルは限内に限定される。このため、感染リスクは低いと思われる、標準的な手術用防護衣で感染対策は十分であると考えられる。また近年広まりつつある三次元ヘッドアップディスプレイシステムなどの新しいデジタル技術を使用することで、医師と患者との間の距離をとることも可能となり、予防の可能性が増す<sup>7)</sup>。このようにCOVID-19パンデミック当初には厳重な管理が行われてきたが、その知見が集積したことや5類への移行などから2023年現在、手術のハードルは下がってきている。今回、施設内の感染拡大を防止する目的から本手術は術者一人で実施した。現在の硝子体手術はシステムティックであり、単純なものであれば一人で也十分実施可能である。しかし、本症例の執刀中の問題点として、保護眼鏡の曇りがあったこと、液空気置換やレーザー実施などのモード変更に時間を要したこと、そしてそのために術中角膜障害などが生じ、術中手順が煩雑化したことなどが挙げられる。院内感染の観点からでの選択ではあったが、手術安全性という点からは術者の技量・術眼の状態など、症例ごとに熟考が必要である。

パンデミック当初は受診と手術時期の遅延が重要な課題であった。COVID-19流行当初に英国ではロックダウンが行われた。すべての病院に対し、当局から医療抑制の指示があり、眼科では眼外傷やRRDなどの重篤な疾患に対する手術のみが行われ手術を必要とするRRD症例が減少したものの増殖硝子体網膜症や黄斑剥離を伴うRRDは増加したとされている<sup>8)</sup>。COVID-19に感染することを恐れての受診抑制などがこの理由として考えられた。加えて、家庭医のいるプライマリー施設もほぼ閉鎖されたため、眼科専門医へのコンサルトが遅れたことも一因とされている。黄斑部を脅かすRRDは緊急性の高い眼疾患であり、重大な視力低下をもたらす。視力予後は黄斑の状態に左右され、黄斑部網膜剥離の発見や手術が遅れることで術後視力などの治療成績は悪化する<sup>9-12)</sup>。RRDの手術時期が7日遅れると視力予後が悪くなることが報告されているが、最近の研究では、3日でも視力予後は不良となることも示唆されている<sup>13)</sup>。このように受診や手術時期の遅延はRRDの治療成績に明らかに影響し、非復位への懸念があるため早期手術が望ましい。米国でも、当初は学会からCOVID-19陽性患者の予定手術は6週間延期すべきと推奨されていたが、パンデミック期間中にRRDを発症した患者では、治療が遅れ、術後視力の悪化や増殖性網膜症が悪化する可能性が高かった<sup>14)</sup>。また加齢黄斑変性の治療が大幅に遅れ、短期転帰が悪化したことも報告されている<sup>2)</sup>。日本眼科学会が示す「新型コロナウイルス感染症流行時の眼科手術に対する考え方」ではRRDは要緊急対応疾患に分類される[<https://www.nichigan.or.jp/Portals/0/resources/news/069.pdf> (Accessed: Oct 21, 2023)]。ロックダウンやパンデミック時に黄斑剥離を伴うRRDが増加した事実から考えても、やはり早期手術が望ましい。本症例加療当時の待機期間は有症状で10日間、無症状で7日間であった。無症状COVID-19陽性であったため、本来は7日間待機したのちに手術入院となるが、要緊急対応疾患に分類されるため院内各部署と協議した上で、翌日入院となった。本症例では初診時、黄斑剥離はなく、数日の待機は不可能ではなかったかもしれない。今回、我々は比較的早期に手術を実施することができたが、それでも入院時

間や手術開始時間の変更、搬送などスタッフに与えた影響は無視できないものであった。この点から、今後新たに生じる可能性のある新興感染症流行下においても手術時期の決定は病勢や医療情勢・スタッフへの負担増加などを踏まえての判断が必要となる。

今回、スタッフへの感染拡大を恐れ、単独術者で執刀したが、これに伴い手技が煩雑となった。現在は5類となり待機期間や隔離が形骸化されたが、入院取り扱いをどうするか、施設ごとに指針があり完全に統一はされていない。すべての入院患者に対する抗原検査を行う施設はほぼなくなり、発熱の確認程度で入院してくる従来の形になった現在では、発熱や風邪症状ではじめて抗原検査を行うことがほとんどである。

このため、院内発生症例に対してどのように取り扱うかが現実的な課題である。今後、COVID-19に類似した新興感染症が流行する危険性も懸念されており、また入院中にCOVID-19陽性が判明したRRDや外傷など準緊急・緊急手術が必要な症例もあるかもしれない。今回のコロナ禍で我々が得た知見を基に、秩序だった入院・手術を計画できるよう、配慮することが重要である。国内でのCOVID-19患者に対するRRD手術の報告は他にもあり<sup>15)</sup>、今回の経験も含めた治療留意点を示す。

RRDの手術時期延期は術後視力不良に直結し、早期対応と手術が必要である。進行を想定し、適切なタイミングの治療介入が重要であり、スタッフとの徹底した連携の元、単独術者で硝子体手術を実施することが可能であった。5類となった現在、COVID-19陽性患者の入院・手術を計画する場面が依然あるが、実際にCOVID-19陽性患者に対する手術を行う中で様々な課題を考えていく必要がある。

### 参考文献

- 1) Cucinotta D and Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomed.* 91:157-160, 2020.
- 2) Borrelli E, Grosso D, Vella G, et al. Short-term outcomes of patients with neovascular exudative AMD: the effect of COVID-19 pandemic. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 258:2621-2628, 2020.
- 3) dell'Omo R, Filippelli M, Semeraro F, et al. Effects of the first month of lockdown for COVID-19 in Italy: a preliminary analysis on the eyecare system from six centers. *Eur J Ophthalmol.* 31:2252-2258, 2021.
- 4) Yang KB, Feng H and Zhang H. Effects of the COVID-19 pandemic on anti-vascular endothelial growth factor treatment in China. *Front Med (Lausanne).* 7: 576275, 2020.
- 5) Abdullatif AM, Makled HS, Hamza MM, et al. Change in ophthalmology practice during COVID-19 pandemic: Egyptian perspective. *Ophthalmologica.* 244:76-82, 2021.
- 6) Korobelnik, JF., Loewenstein, A., Eldem, B. et al. Guidance for anti-VEGF intravitreal injections during the COVID-19 pandemic. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 258, 1149-1156, 2020.
- 7) Iovino C, Caporossi T and Peiretti E. Vitreoretinal surgery tip and tricks in the era of COVID-19. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 258: 2869-2870, 2020.
- 8) Jasani KM, Ivanova T, Sabatino F, et al. Changing clinical patterns of Rhegmatogenous Retinal Detachments during the COVID-19 pandemic lockdown in the North West of the UK. *Eur J Ophthalmol.* 31:2876-2880, 2021.
- 9) Tani P, Robertson DM and Langworthy A. Prognosis for central vision and anatomic reattachment in rhegmatogenous retinal detachment with macula detached. *Am J Ophthalmol.* 92: 611-620, 1981.
- 10) Rehman Siddiqui MA, Abdelkader E, Hammam T, et al. Socioeconomic status and delayed presentation in rhegmatogenous retinal detachment. *Acta Ophthalmol.* 88: 352-353, 2010.
- 11) Mitry D, Awan MA, Borooah S, et al. Long-term visual acuity and the duration of macular detachment: findings from a prospective population-based study. *Br J Ophthalmol.* 97:149-152, 2013.
- 12) Ryan EH, Ryan CM, Forbes NJ, et al. Primary Retinal Detachment Outcomes Study report number 2: phakic retinal detachment outcomes. *Ophthalmology.* 127:1077-1085, 2020.
- 13) Ross WH. Visual recovery after macula-off retinal detachment. *Eye (Lond).* 16:440-446, 2002.
- 14) Patel LG, Peck T, Starr MR, et al. Clinical Presentation of Rhegmatogenous Retinal Detachment during the COVID-19 Pandemic: A Historical Cohort Study. *Ophthalmology.* 128:686-692, 2021.
- 15) 熊崎 西, 星山 健, 富原 竜次, 北原 潤也, 家里 康弘, 平野 隆雄, 村田 敏規. COVID-19 陽性の裂孔原性網膜剥離3例に対する手術経験. *臨床眼科.* 77: 1134-1141, 2023.

<表>

**表. 新興感染を伴う網膜剥離患者の治療に関する留意点**

- ・症例によっては隔離期間での手術待機も考慮する
- ・黄斑部剥離に至ったものには早期の手術が望ましい
- ・院内各部署と連携し、搬送時や病棟での感染拡大防止に努める
- ・手術は陰圧室で実施し、術者やスタッフへの感染に留意する
- ・手術は完全防護衣着用に準じた防護で行う
- ・フェイスシールドなどで飛沫に留意するが、曇りに留意が必要である
- ・器具の受け渡しにはグリーンゾーンとレッドゾーンの区別に留意する
- ・単独術者により実施も可能だが、難易度・技量により計画する

<利益相反>

**水谷凜一郎、原田純直、天満有美帆、佐々木拓:**

なし

**杉本昌彦:**

経済的支援)

ノバルティスファーマ、中外製薬株式会社、アルコンファーマ、バイエル薬品  
報酬)

ノバルティスファーマ、アルコンファーマ、参天、興和創薬、千寿製薬、  
バイエル薬品、わかもと製薬

**中条慎一郎:**

報酬)

参天製薬、ノバルティスファーマ、参天製薬、中外製薬、バイエル薬品

**松井良諭:**

経済的支援)

バイエル薬品、中外製薬

報酬)

AMO、参天製薬、ノバルティスファーマ、日本アルコン、バイエル薬品

**松原 央:**

経済的支援)

中外製薬

報酬)

参天製薬、千寿製薬、ノバルティスファーマ、バイエル薬品

**近藤峰生:**

経済的支援)

ノバルティスファーマ、日本アルコン、参天、大塚製薬、千寿製薬、  
HOYA、ファイザー、AMO、興和、バイエル薬品

コンサルタント)

千寿製薬、小野薬品、第一三共

報酬)

ノバルティスファーマ、アルコン、参天、サノフィ、興和、大塚製薬、千  
寿製薬、バイエル薬品、アッビー、AMO、ファイザー、第一三共

<図の説明>

**図1.初診時所見**

初診時の眼底写真を示す。下方裂孔（白矢頭）と増殖性変化を伴う網膜剥離を認める。

**図2.周術期の室内**

周術期の室内を示す。陰圧室で使い捨てカバーを装着し、必要最低限の器械のみ搬入されている(a)。完全防護具で清潔となった執刀医1名が執刀している(b, 白矢頭)。

**図3.術中所見**

術中所見を示す。液ガス置換中、空気泡による視認性低下を認めた(a)。手術継続したが、角膜浮腫も出現したため視認性が著しく低下した(b)。角膜上皮剥離を行い、視認性を確保し(c)、ガス置換を完了した(d)。

**図4.加療後所見**

術後2週間の眼底写真を示す。シリコンオイル下に網膜復位が得られている。

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

## 微小浸潤癌の検討

総合上飯田第一病院 乳腺外科  
窪田智行、雄谷純子

乳癌取扱規約では浸潤径が1 mm以下の浸潤癌を微小浸潤癌(pT1m)として扱っているが、乳癌診療ガイドラインでは特に治療法に言及しているわけでもなく、NCCNガイドラインにおいても浸潤径5mm以下として治療法を述べているが、1mm以下に言及した記載はない。今回当院における微小浸潤癌の特徴について検討した。

### <方法>

2010年1月より2021年12月に当科での原発性乳癌1553例中、手術標本での浸潤径により分類し微小浸潤癌53例と他のグループと比較した。尚、術前治療症例は治療前のUS径で分類した。

### <結果>

微小浸潤癌(pT1m)の発見契機は、検診37例、自覚16例で、検診では、MMG:28例、US:5例、触診、自覚症状:4例、自覚群ではしこり:7例、乳房痛:3例、乳頭皮膚の陥凹:1例、血性乳汁分泌:4例であった。MMG主所見は検診群で腫瘍5例(9.4%)、石灰化35例(66.0%)、FAD 3例、構築の乱れ5例、異常なし5例であった。US所見は、腫瘍11例(22.9%)、低エコー域29例(60.4%)、構築の乱れ1例、所見なし7例(27.5%)であった。手術はBp14例、Bq1例、Bt38例、リンパ節転移は6例に見られ1個3例、2個3例であった。サブタイプはluminal A 27例、luminal B 1例、luminal HER2 5例、HER2 13例(24.5%)、Triple negative 7例であった。術前治療例はなく、術後補助療法はホルモン療法17例、化学療法10例(うち分子標的治療8例)を施行。無治療26例見られた。術後4例に再発(局所2例、腋窩リンパ節2例)がみられたが、全例生存中である。

### <まとめ>

微小浸潤癌は、HER2陽性乳癌の比率が24.5%と高く(t1a 3.7%、t1b 2.1%、t1c6.4%、t2 19.0%、t3 12.5%)、HER2陽性乳癌の早期浸潤の影響が推測された。微小浸潤癌でも4例に再発例を認め2例は局所再発であったが、2例の腋窩リンパ節再発例はともに補助療法としてホルモン療法中の再発であり、微小浸潤癌でも十分な術後観察が必要であると思われた。

2024.7.11 ~ 7.13 仙台

## 当院におけるOncotype Dx導入の実際

総合上飯田第一病院 乳腺外科  
窪田智行、雄谷純子、菅翔羽子

Oncotype Dxが2023年9月より保険適応となり、乳癌診療ガイドラインにもホルモン受容体陽性HER2陰性乳癌においての術後化学療法の指針の一つとなっているが、実際の臨床の場でのように使われ、また結果により治療にどのように影響を与えているのかを自施設のデータをもとに検討した。

### <方法>

当院でOncotype Dxの使用を始めた2013年9月より2024年1月までの89症例を対象とした。

### <結果>

年齢は25-83歳(平均55.6歳)で、50歳以下は37例であった。病期は0:3例、I:60例、II:26例で、Oncotype DxのRecurrence Score(RS)は0から63(平均17.8)、RSで0-17をRS低値、18-30をRS中等度、31以上をRS高値とすると、RS低値が53例、RS中等度が21例、RS高値が15例あり、それぞれのKi67平均値が6.9、9.4、16.8であった。リンパ節転移症例がそれぞれ37例、7例、6例とリンパ節転移陽性症例でも必ずしもRS高値とならない結果であった。治療としては、RS低値群は全てホルモン療法、RS中等度群で18例にホルモン療法、3例で化学療法の追加を行っており、またRS高値群では13例に化学療法の追加を行い、2例はホルモン療法のみとなったが、この2例は高齢者(70歳、74歳)であった。再発は3例あり、RS低値1例、RS中等度1例、RS高値1例で、RS低値、RS中等度の症例はリンパ節転移あり50歳以下でRxPONDER試験で化学療法の上乗せ効果が示されている症例であった。

### <まとめ>

Oncotype Dxの結果は、RS高値群でKi67が高い傾向はあったが、RS低値群でもリンパ節転移症例を多く見た。RS低値、RS中等度でも再発する症例があり、閉経前、リンパ節転移陽性症例では、化学療法の追加を考慮する必要があると思われた。

2024.9.7 ~ 9.8、富山

## Early balloon kyphoplasty for acute osteoporotic vertebral fracture

Tetsuro Hida  
Kamiida Daiichi General Hospital, Department of Orthopaedic Surgery

### [Background]

In the face of our aging society, treating osteoporotic vertebral fractures poses a significant challenge in spinal surgery and general orthopedics. Standard approaches involve conservative treatment like medication, rehabilitation, or corset. In 2011, balloon kyphoplasty (BKP) gained approval for cases resistant to conservative treatments, leading to a rise in BKP procedures. These fractures are often linked with severe pain, significantly impacting the activities of daily living (ADL) and quality of life (QOL) in the elderly. Prolonged hospital stays contribute to increased caregiver costs, imposing a significant burden on social resources. Recent reports highlight early BKP surgery for acute vertebral fractures, anticipating early ADL recovery. However, uncertainties persist regarding treatment outcomes and complications.

### [Subjects and Methods]

We analyzed cases undergoing BKP surgery for osteoporotic vertebral fractures at our hospital from December 2021 to December 2022, excluding cases involving spinal tumors, multiple vertebral surgeries, and reoperation. Patient characteristics, complications, adjacent vertebral fractures, and osteoporosis treatments were assessed preoperatively and at the 3-month postoperative mark. The cases were categorized into the early group (undergoing surgery within 4 weeks of injury) and the delayed group. Statistical analyses included chi-square tests, t-tests, and logistic regression analysis to identify risk factors for adjacent vertebral fractures.

### [Results]

Of the 82 cases undergoing BKP during the study period, 65 cases (50 in the early group, 15 in the delayed group) were analyzed after excluding one tumor case, six cases of multiple vertebral surgeries, and ten cases lost for follow-ups. The early group had a significantly shorter surgical time ( $22.7 \pm 5.6$  vs.  $29.3 \pm 11.1$ ,  $P = 0.003$ ), while cement volume showed no significant difference ( $7.3 \pm 2.5$  vs.  $7.5 \pm 2.5$ ,  $P = 0.67$ ). The incidence of adjacent fractures was lower in the early intervention group than the delayed group (20% vs. 40%,  $P = 0.12$ ), with no significant differences in occurrence period and additional surgeries between the groups ( $P = 0.53$  and  $P = 0.24$ ). Adjacent vertebral fractures occurred in 16 cases (25%), and the group with adjacent fractures had longer surgical waiting days compared to the group without ( $25.5 \pm 51.5$  vs.  $59.3 \pm 107$ ,  $P = 0.09$ ). Logistic regression analysis did not identify significant factors related to adjacent fractures.

### [Discussion]

It is emphasized that BKP within 4 weeks of injury may reduce the incidence of adjacent fractures, but the risk remains high. Early intervention in osteoporosis treatment for fracture prevention is considered desirable.

## Possible relationship between early-stage Lewy pathology and late-onset epilepsy of unknown cause, particularly transient epileptic amnesia (TEA) and TEA complex syndrome (TEACS)

UKAI Katsuyuki<sup>1)</sup>, ITO Masumi<sup>2)</sup>, and WATANABE Masako<sup>3)</sup>

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

<sup>2)</sup>Jozen Neuro Clinic, Sapporo, Japan

<sup>3)</sup>Shinjuku Neuro Clinic, Tokyo, Japan

### [Background]

Transient epileptic amnesia (TEA) is a type of temporal lobe epilepsy whose main symptom is recurrent amnesia attacks. Patients with TEA often demonstrate two other types of memory symptoms: accelerated long-term forgetting (ALF) and autobiographical amnesia (AbA). We presented two clinical cases in which the patients showed symptoms of ALF and/or AbA without suffering any type of epileptic seizure, including

TEA attacks. Based on these cases and a literature search, we proposed a new clinical entity, which we named 'transient epileptic amnesia complex syndrome (TEACS)', as an epilepsy-related disorder. Recently, several studies of the relationship between late-onset epilepsy of unknown cause (LOEU) and early-stage Alzheimer's disease have been published. However, there have only been a few reports about the relationship between LOEU and early-stage Lewy body disease (LBD).

#### [Methods]

The clinical courses of three of our cases, in which the patients showed the symptoms and clinical findings of TEA/TEACS and early-stage LBD, are presented.

#### [Results]

Due to word limits, the cases will be presented at the conference venue.

#### [Discussion]

From these three cases, we proposed a hypothesis that early-stage Lewy pathology can cause LOEU and induce TEA-related symptoms, and that TEA-related symptoms may be prodromal symptoms of LBD. In other words, some TEA/TEACS cases are caused by early-stage Lewy pathology.

第57回 日本てんかん学会 福岡 2024年9月12日(木) ~ 14日(土)

## Expanding the concept of epilepsy: "non-paroxysmal epilepsy-related disorders"

Katsuyuki UKAI

Department of Psychogeriatrics, Kami-iida Daiichi General Hospital

#### Background:

Patients with transient epileptic amnesia (TEA) often demonstrate two other types of memory symptoms: accelerated long-term forgetting (ALF) and autobiographical amnesia (AbA). In our previous reports, we presented two clinical cases in which the patients showed symptoms of ALF and/or AbA without suffering any type of epileptic seizure, including TEA attacks. Based on these cases and a literature search, we proposed a new clinical entity, which we named 'transient epileptic amnesia complex syndrome (TEACS)'. We also proposed a new type of neurocognitive disorder, which we named 'epileptic cognitive impairment resembling Alzheimer's disease (ECI-A)'.

#### Methods and Results:

The clinical profiles and characteristics of two cases of TEACS and one case of ECI-A are presented. Based on the clinical courses of these cases, pathological hypotheses regarding TEACS and ECI-A are discussed, and the importance of clearly recognizing a new concept in epileptology is emphasized. 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 study was approved by the ethics committee of Kamiida Daiichi General Hospital (Nagoya, Japan).

#### Discussion:

We consider that at least two non-paroxysmal and chronic epilepsy-related disorders (TEACS and ECI-A) exist. The two disorders are considered to be caused by continual excessive neuronal discharges that are not sufficient to give rise to clinical seizures. The establishment of these new entities would open up therapeutic possibilities for such non-paroxysmal and chronic epilepsy-related disorders.

第37回 日本総合病院精神医学会 熊本 2024年11月29・30日

## 複数の多職種チームの連携：認知症せん妄サポートチームと緩和ケアチームの臨床実践

松井千恵<sup>1)3)5)</sup>、長谷川豊則<sup>4)5)6)</sup>、安藤舞香<sup>4)5)</sup>、加藤貴代<sup>1)3)</sup>、  
佐藤真嗣<sup>2)3)6)</sup>、岡島明子<sup>2)6)</sup>、鶴飼克行<sup>1)5)6)</sup>

- 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 緩和ケア外科・緩和ケアセンター
- 3) 総合上飯田第一病院 看護部(認定看護師)
- 4) 総合上飯田第一病院 薬剤部

5) 総合上飯田第一病院 認知症せん妄サポートチーム

6) 総合上飯田第一病院 緩和ケアチーム

#### [背景]

当院の老年精神科と緩和ケアチーム(PCT)は2008年に創設。2010年に老年精神科スタッフが中心となって、認知症せん妄サポートチーム(DDST)を創設し、2012年にはPCTスタッフによる緩和ケア外科と緩和ケアセンターが誕生した。当院には7つの組織横断的な多職種連携チームがあるが、近年DDSTとPCTが連携して入院患者(担癌かつ認知症)の診療にあたる機会が増えてきた。DDSTとPCTの連携に、どのような意義があるのか、検討する。

#### [方法]

自験症例を提示する。患者には身寄りがなく、現時点ですでに死亡している。本発表に関して当院の倫理委員会の承諾を得た。

#### [結果(症例提示)]

70代男性。独居。糖尿病・パニック障害・頭部血管肉腫・慢性腎不全(血液透析)の既往あり。血管肉腫は他院で診断され、病状進行から積極的な治療を希望せず、当院緩和ケア科を紹介され受診。希望に沿って可能な限り在宅生活(訪問診療)の方針となった。X年、全身倦怠感と食欲不振のため、当院腎臓内科に入院し、PCTも活動を開始した。数日後、せん妄を疑う症状が出現したため、DDSTにも介入依頼があった。DDSTは非薬物療法を主に対応したが、せん妄症状は継続し、改善が見られなかった。そこで、腎臓内科主治医・PCT・DDSTが協同して会議を実施した。肉腫の病態が最終段階にあり、せん妄が遷延する原因も身体的要因が大きく、身体的心理的緩和ケア・せん妄対策などTotalな視点での対応が必要と判断され、PCTが統括的に対応することになった。DDSTはPCTと協働し、せん妄への薬物療法も実施された。この約4週間後、患者は死亡したが、比較的穏やかな経過であった。

#### [考察]

患者の生活状況・価値観は多様化し、抱える問題も複雑化して、対応にも苦慮するケースが増えている。これらに対応できるように、多職種協働するチームの連携が必要となっている。本症例では、PCTとDDSTが連携したことで、最善の医療を提供できたと考えられる。

第37回 日本総合病院精神医学会 令和6年11月 熊本

## 総合病院における認知症診療の意義： 抗アミロイドβ抗体薬治療を含めて

鶴飼克行<sup>1)</sup>、松井千恵<sup>1)2)</sup>、加藤貴代<sup>1)2)</sup>

総合上飯田第一病院

- 1) 老年精神科、
- 2) 看護部(認知症看護認定看護師)

#### [背景]

昨今の総合病院は、救急医療・急性期医療・専門的医療を担うことが主要な任務とされる。このため、基本的な入院期間は2週間程度で、リハビリ目的での入院継続は認められない。新規の外來受診にも高いハードルが設定されており、かかりつけ医からの紹介状が無ければ、実質的に新規受診は困難である。さらに、診断が確定し病状が安定したら、総合病院での外來診療の継続は認められず、かかりつけ医やクリニックに逆紹介されることが通常である。このような状況下、総合病院において期待されるべき認知症診療はどのようなものか、考察してみた。

#### [方法]

当院における認知症診療の実際を紹介して、認知症診療の意義を考察・抽出する。

#### [倫理的配慮]

本発表に際して、症例提示の患者家族および当院の倫理委員会の承諾を得た。

#### [結果・考察]

総合病院における認知症診療の意義は以下の如くである。1. 各科医師と連携して症状性・器質性の認知障害(治療可能な認知症)が比較的容易に発見・診断・治療できる。2. 各科医師や薬剤師と連携して複数の医療機関から処方されている薬を把握・整理でき、副作用や医原性認知障害のリスクを軽減できる。3. 各種の療法士や歯科衛生士と連携して様々な生活機能評価が容易に実施できる。4. 管理栄養士・歯科衛生士・言語聴覚士と連携して口腔ケア指導・嚥下機能訓練・食事指導が容易に実施できる。5. その他(抗体薬治療など)。

第43回 日本認知症学会 福島 2023年11月21 ~ 23日

## 慢性的な低カルシウム血症による認知機能障害が疑われた1例： 症例報告および文献的考察

鶴岡克行  
総合上飯田第一病院 老年精神科

### 【目的】

高カルシウム血症や低カルシウム血症（低Ca血症）が、精神神経症状を惹起することはよく知られている。重度の低Ca血症での精神神経症状としては、筋痙攣、四肢の知覚障害、意識障害などが挙げられる。慢性的な軽度の低Ca血症による認知機能への影響は、あり得るだろうか？

### 【方法】

慢性的低Ca血症による認知機能障害が疑われた自験症例を提示する。文献的な考察も行う。

### 【倫理的配慮】

患者および家族から学会発表と論文の同意を得た。

### 【結果】

症例は80歳代女性。当科初診の約7か月前に甲状腺腫瘍のため甲状腺全摘手術・副甲状腺自家移植術を受けた。その4～5か月後から、意欲低下・ゆううつ気分などの精神症状、下肢の痙攣・筋肉痛などの神経症状が出現した。もの忘れや失算も認められ、当科を初診した。MMSEは25点。生化学的検査では、血清のintact PTHとVit Dの値は正常であったが、低Ca血症を認めた。他院の整形外科から骨粗鬆症に対してビスフォスフォネート製剤（BP剤）が処方されていたため、甲状腺全摘手術に伴う副甲状腺の相対的な機能低下と薬剤性の低Ca血症を疑った。BP剤の中止とCa・Vit D製剤の補充にて、精神神経症状・認知機能は著明に改善した。

### 【考察】

慢性的な低Ca血症による認知機能への影響についての文献はほとんど無いが、重篤な低Ca血症が意識障害を呈し得ることを鑑みれば、軽度の低Ca血症でも認知障害を惹起し得ることは容易に想像できよう。低Ca血症の原因には複数あるが、実際の症例を通して、低Ca血症の原因の鑑別、低Ca血症による直接的な認知障害の特徴、他の興味深い精神症状、臨床において注意すべきことなど、幾つか教訓を得たので報告する。

本研究は公益社団法人日本老年精神医学会の利益相反委員会の承認を受けた。

第39回 日本老年精神医学会 札幌

## シンポジウム11「てんかんと認知症の双方向的関連性：新たな病態理解を求めて；高齢初発てんかんと認知症性疾患の鑑別」物忘れ外来で鑑別すべきてんかん性病態

鶴岡 克行  
総合上飯田第一病院 老年精神科

一過性てんかん性健忘（TEA）は、健忘発作エピソード（TEA発作）を主症状とする側頭葉てんかんの特殊型である。TEAは、加速的長期健忘（ALF）や自伝的健忘（AbA）と呼ばれる慢性的な記憶障害を合併することが多い。一方、明瞭なALF/AbAは認められるが、主症状であるはずのTEA発作が認められない症例も存在する。演者らは、このような症例を、TEAと深い関連があるという推測を基に、「一過性てんかん性健忘複合症候群（TEACS）」と呼ぶことを提唱した。また、抗てんかん発作薬が著効する認知障害の症例が存在し、これを「アルツハイマー病類似てんかん性認知障害（ECI-A）」と呼ぶことも提唱した。

TEACSおよびECI-Aは、臨床上的てんかん発作（TEA発作・焦点意識減損発作・その他の発作）が全く認められなくても、慢性的かつ非発作性の臨床症状を呈することが特徴である。これらの症状は、臨床的には認識されていない何らかの発作（例えば、睡眠中の発作）が原因で生じていると考えることは難しい（というより、ほぼ不可能であろう）。これらの症状の病態仮説として、演者らは「発作にまで至らない神経細胞の継続的な異常放電（の積み重ね）が、ALF/AbAやECI-Aで認められる臨床症状を惹起せしめる」と推測している。すなわち、TEACSとECI-Aは、定義上の厳密な意味での「てんかん」には該当しないが、「神経細胞の継続的な異常放電」が原因と考えられることから、「てんかん関連性疾患」とであると言えよう（にも係わらず、「物忘れ外来」を受診することになる）。

TEAやTEACSは、近時記憶障害が認められないため「正常」と診断され、見逃される危険がある。また、レビー小体型認知症（DLB）の症状に類似することもあり、誤診される、あるいは鑑別困難な場合がある。ECI-Aは、その名が示すとおり、アルツハイマー病（AD）と非常に似た臨床症状を呈するため、ADと誤診されやすい。

「認知障害（TEACSやECI-A）」と「てんかん性病態」の関連性は、上記のように、①てんかん性病態が、少なくとも2種類の認知障害を引き起こす、②引き起こされた認知障害の臨床症状が、他の認知症性疾患（ADやDLB）と類似する、というだけでなく、さらなる関連性も疑われる。「認知症は

てんかんの原因となる」ことは、古くから当たり前のことにされているが、それはシビアな脳器質性の変化をきたした進行期での話であろう。近年、「極めて早期のAD病理が、原因不明の高齢初発てんかんの原因の一つではないか」という仮説が提出されている。2019年に演者らは、TEA/TEACS自験2症例が、ともに極めて早期のレビー小体病（LBD）を合併していると思われたことを根拠に、「早期のAD病理だけでなく、早期のLewy病理も、TEA発作やALF/AbAを惹起し得る可能性」を指摘した。

本講演では、早期のLBD/DLBを合併するTEA/TEACSの自験4症例とECI-Aの自験1症例を提示する予定である。これからの老年精神科医には、「物忘れ外来で鑑別すべきてんかん性疾患」として、（微妙な継続する焦点意識減損発作や非けいれん性てんかん重積に加えて）TEA・TEACS・ECI-Aの3つの病態を認識し、「見逃し」「誤診」のピットフォールに陥らないこと、「認知障害」と「てんかん性疾患」との合併・双方向的関連性（相互浸透性）を視野に入れた診療を心がけること、これらが重要であることを強調したい。

第39回 日本老年精神医学会 2024 札幌

## シンポジウム21「一過性てんかん性健忘（TEA）をめぐる」4.TEAとTEACSのてんかん学における位置づけ

鶴岡克行  
総合上飯田第一病院 老年精神科

一過性全健忘（TGA）と呼ばれる健忘発作の存在は、1950年代から知られていた。TGAの原因は、現在も未だははっきりしていないが、1990年代になって、その中からてんかん性機序が原因と考えられる一群が抽出され、一過性てんかん性健忘（TEA）と呼ばれるようになった。TEAには、極めて特異的な2種類の慢性的な記憶障害が高率に合併することも明らかとなった。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。ALFとは、忘れ難い体験を、その数週から数か月後には忘れてしまう現象である。例えば、患者の近時記憶は障害されていないにもかかわらず、数週間前に友人と旅行をしたことを記憶していない。AbAとは、発病以前の忘れ難いはずの出来事を思い出せない現象である。つまり、疾患としてのTEAは、少なくとも3種類の記憶障害（TEA発作・ALF・AbA）を呈する訳である。このうちTEA発作は、てんかん発作が原因と思われる発作性の病態であるが、ALFとAbAは非発作性の慢性的な病態であり、それらの原因は不明である。

演者らは2010年代後半に、TEA発作や他の発作が全く認められないにもかかわらず、ALF/AbAを認める2症例を報告し、これらの特異な症候群症例を含める概念として「TEA複合症候群（TEA complex syndrome: TEACS）」を提唱した。TEACSには、以下のような特徴が認められる。

- 1) 臨床症状の出現に、てんかん発作は必須ではない、
- 2) 抗てんかん発作薬が著効する、
- 3) しばしば脳波で側頭葉に突発性異常波が観察される。

これらの特性から演者らは、ALF・AbAの慢性的・継続的臨床症状の発現には、何らかのてんかん性機序が関与しているが、同時に「たとえ発作にまで至らない程度の、継続的な神経細胞の異常放電であっても、慢性的で持続的な臨床症状を引き起こし得る」という仮説を提唱した。なぜなら、遠隔記憶障害であるALF（前向き健忘）とAbA（逆向き健忘）を、てんかん発作のみを原因として説明することは、不可能と考えられるからである。

この仮説が正しければ、現在のてんかん学、あるいはてんかん診療における、「てんかんの診断には、少なくとも1回のてんかん発作が必要」という常識を、再検討する必要が生じるのではないだろうか。この仮説を基に演者らは、この新たに認識された病態から生じる疾患群を、仮称ではあるが、「非発作性てんかん関連性障害（non-paroxysmal epilepsy-related disorder: NPED）」と呼ぶことを提唱している。つまり、てんかん関連病態には、いわゆるEpilepsyとNPEDの2種類（2段階）が存在することを意味する。「一度も発作には至らない程度の継続的で過剰な神経細胞の異常放電が、慢性的な臨床症状を呈する疾患を惹起する」のであれば、この新しいカテゴリ概念は、てんかん治療学に大きな影響を及ぼすことが予想される。

第57回 日本てんかん学会 福岡 2024年9月14日（土）

## 演題名：人工骨頭全置換術後脱臼に対して早期にADL訓練を行った事例

福田一葉<sup>94220</sup>(演者)<sup>1)</sup>、玉木聡<sup>14421</sup>(共同演者)<sup>1)</sup>、  
木全千佳<sup>51642</sup>(共同演者)<sup>1)</sup>、松岡友絵<sup>62308</sup>(共同演者)<sup>1)</sup>

1) 総合上飯田第一病院 リハビリテーション科

### 【序論・目的】

大腿骨近位部骨折は日本で年間約20万例発生しており、人工物置換術式での脱臼発生率は1～5.6%と報告されている。今回、我々は、脱臼後のリハビリで早期よりADL動作を中心に介入した事例について報告する。

### 【方法】

事例は50代女性、診断名は左大腿骨頸部骨折、既往歴は特になし。現病歴では、駐車場で滑って転倒し、翌日に人工骨頭全置換術を施行した。術後よりOTを開始し約2週間でADLは自立となったものの、退院目前で脱臼してしまった。脱臼後にカナダ作業遂行測定(COPM)を使用し床上動作を中心に介入し、床上動作を含めたADL動作が獲得となり退院となった。尚、倫理的配慮として、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】

脱臼前のADLはFIM118/126点、歩行は独歩が可能であった。脱臼後にCOPMを実施し、①『トイレに1人で行けるようになる』では遂行度5→8満足度7→9、②『風呂に1人で入れるようになる』では遂行度3→5満足度5→5、③『布団で寝れるようになる』では遂行度1→1満足度1→8という結果となった。

### 【考察】

本事例は脱臼前にADLが自立となり退院も近づいていたが、退院前に脱臼を呈してしまった。OTでは、脱臼後にCOPMを行い、早期より本人の希望する動作を中心に行ったことで、床上動作を含めたADL動作を獲得することが可能となり、脱臼後約1週間で退院できたと考えられる。このように、年齢や認知機能を考慮する必要があるが、大腿骨近位部骨折の術後や脱臼後よりCOPMを行い、優先度の高い項目に介入することで、早期に在宅復帰できることが示唆された。 692/700

### key words：

COPM, 床上動作, 大腿骨近位部骨折

第32回愛知県作業療法学会、愛知県、2024年5月19日

## COVID-19罹患後ARDSとなり、人工呼吸管理となった事例に対するアプローチ

小幡勇斗<sup>1)</sup>、玉木聡<sup>1)</sup>

1) 総合上飯田第一病院 リハビリテーション科

### 【序論・目的】

急性呼吸促進症候群(ARDS)とは何らかの侵襲により急激に発症する血管透過性亢進型の肺水腫であり、高度の低酸素血症をきたす病態である。ARDS治療管理ガイドラインでは16時間以上の腹臥位療法が有効とされている。今回、我々はCOVID-19罹患後ARDSを呈した事例に対して腹臥位療法を行い、早期に人工呼吸器離脱が可能となり、せん妄を認めたもののADLの改善が得られた事例を経験したため報告する。

### 【方法】

80歳代、女性、既往歴なし。腰痛のため体動困難となり救急搬送された。入院時のPCR検査でCOVID-19陽性を確認。2週間程度で経過良好となり退院となったが、約1か月後に下肢の浮腫と呼吸苦が出現し再度入院となった。ARDSと診断され、翌日より作業療法(OT)開始となった。病前は夫と2人で生活しADLは自立。家事は夫と協力しながら行っていた。今回、筋力はICU-AWの診断基準で評価されるMRC、ADLはBI、認知機能はHDS-R、せん妄についてはICUで使用されること多いCAM-ICUを採用した。尚、倫理的配慮として、対象者の家族に対して本研究の趣旨を説明し、報告の同意を得た。

### 【結果】

発症2日後に気管挿管となり人工呼吸管理となった。開始時会話に困難。基本動作は全介助であった。午前9時に医師や看護師同席の下でOTが腹臥位へ体位変換を行い、夜勤帯までに腹臥位を終了した。気管挿管7日後に人工呼吸器離脱され、MRCは56点、基本動作は見守りであった。見当識は保たれていたが、抜管翌日夜間より辻褄の合わない発言多くなり、CAM-ICUにてせん妄有と判断した。HDS-Rは13点、BIは15点であった。OTはADL訓練を中心に、看護師へできるADLは病棟でも行うよう共有した。発症5週後、MRCは58点と筋力改善を認め、基本動作は修正自立であった。CAM-ICUにてせん妄無しと判断、HDS-Rは13点であった。食事や整容は自立。ポータブルトイレにて排泄自立と改善を認めBIは75点であった。歩行の不安定さや階段昇降に見守りが必要となり事例と家族から「自宅退院は困難」との判断が示され施設退院となった。

### 【考察】

今回、短時間でも腹臥位療法を行ったことで人工呼吸器の早期離脱ができたと考えられる。気管挿管に伴うせん妄は早期よりOTが介入し、ADL訓練を

中心に行ったことでせん妄やADLが改善されたと考える。現在、COVID-19は第5類感染症へと移行しているが高齢者等は重症化しやすく気管挿管が必要となる場合も多い。気管挿管に至っても早期にOTが介入しADLの視点を持ちアプローチすることでADLの改善が示唆された。

第23回東海北陸作業療法学会 石川県 2024/9/14-9/15

## Balloon Kyphoplastyを施行した脊椎圧迫骨折患者における術前BMI及び筋量減少との早期隣接椎体骨折との関係性の検討

牧野竜也<sup>1)</sup>、柳澤卓也<sup>1)</sup>、浅野詩歩<sup>2)</sup>、伊藤隆人<sup>1)</sup>、鶴見元<sup>1)</sup>、菊山優己<sup>1)</sup>、  
右高沙妃<sup>1)</sup>、宮尾彩乃<sup>1)</sup>、安田尚太郎<sup>1)</sup>、田中亜悠<sup>1)</sup>、村上慈葉<sup>1)</sup>、立松典篤<sup>2)</sup>

1) 社会医療法人愛生会総合上飯田第一病院 リハビリテーション科  
2) 名古屋大学大学院医学系研究科 総合保健学専攻

### 【目的】

脊椎圧迫骨折患者において、術前のBody Mass Index(BMI)及び筋量減少とBalloon Kyphoplasty(BKP)後の早期隣接椎体骨折との関係を明らかにすること。

### 【方法】

2022年1月から2023年3月までにBKPを施行された脊椎圧迫骨折患者74例を対象とした。除外基準は、欠損値、腸腰筋面積計測困難とした。アウトカムはBKP後3ヶ月以内の隣接椎体骨折(早期隣接椎体骨折)とし、術前BMIは18.5未満、18.5以上25.0未満、25.0以上に分類した。術前筋量は第3腰椎レベルCT画像から腸腰筋面積を算出し、身長との二乗で除した腸腰筋指数を用いた。先行研究を基に、腸腰筋指数が6.36cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>未満(男性)、3.92cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>未満(女性)を筋量減少とした。統計解析では、Log-rank検定にて術前BMIカテゴリー及び術前筋量減少の有無における早期隣接椎体骨折の累積発生率を比較した。さらに、従属変数を早期隣接椎体骨折の有無、独立変数を術前BMIカテゴリーまたは術前筋量減少の有無としたCox比例ハザード回帰分析を実施し、患者特性を1変数ずつ調整したモデルを作成した。有意水準はP<0.05とした。

### 【結果】

71例が解析対象となり、早期隣接椎体骨折患者は17例(23.9%)であった。Log-rank検定では、術前BMIカテゴリー間における早期隣接椎体骨折の累積発生率に有意差を認め(P=0.034)が、術前筋量減少の有無では有意差を認めなかった(P=0.214)。Cox比例ハザード回帰分析では、患者特性変数で調整後も術前BMI18.5未満が有意な変数として抽出されたが、術前筋量減少の有無は抽出されなかった。

### 【考察】

BMI18.5未満はサルコペニアの有病率が高く、サルコペニアは術後合併症のリスク因子として報告されている。本研究ではBMI18.5未満は早期隣接椎体骨折の発症率と関連したが筋量減少の有無は関連しなかったことから、筋量よりも他の体組成もしくは筋力や身体機能といった要因が早期隣接椎体骨折に関連する可能性が考えられる。

### 【結論】

脊椎圧迫骨折患者において、術前BMI18.5未満はBKP後の早期隣接椎体骨折のリスク因子である可能性が示唆された。

### 【倫理的配慮】

本研究は総合上飯田第一病院の倫理委員会の承認を得た(承認番号:202303)。

第32回愛知県理学療法学会学術大会 愛知県 5月19日

## 倫理コンサルテーションチーム(ECT)と緩和ケアチーム(PCT)の協同～「本人にとって最善」の医療の実現を目指すために

岡島明子<sup>1)2)3)</sup>、佐藤真嗣<sup>2)3)</sup>、福田有梨<sup>2)3)</sup>、清水智子<sup>2)3)</sup>

1) 総合上飯田第一病院 緩和ケア外科  
2) 総合上飯田第一病院 緩和ケアチーム  
3) 総合上飯田第一病院 倫理コンサルテーションチーム

### 【はじめに】

当院は急性期総合病院で緩和ケア病棟は持たないが、2011年に演者が緩和ケアチーム(PCT)代表となり、2020年から「緩和ケア外科」を標榜して、入院・外来ともに対応している。人生の最終段階の医療において倫理的なテーマに関わることも多く、同年倫理委員長に任命され、2022年には倫理コンサルテーションチーム(ECT)を立ち上げて活動を開始した。ECTは倫理委員会の下部組織という位置づけで、演者がリーダー、PCT専任認定看護師がサブリーダーとなり、他に医師3名と管理栄養士・MSW・公認心理師・OTなどで構成した。職員から相談を受け、必要に

じて関係する職種でのカンファレンスを開催して問題解決にあたる。  
今回、ECTとPCTが連携し、「本人にとって最善の方針」への決定プロセスを支援した取り組みを紹介する。

#### 【事例】

- ① 看取り期に家族のDNAR合意が得られない：  
PCT介入により家族に十分な情報提供およびメンタルケアを行うことで受容が得られ合意に達した。
- ② 癌疑いに対する精査拒否：  
意向確認し在宅医療に移行。後日緩和ケア外科に入院し看取り。
- ③ 認知症・家族からの透析拒否：  
主治医とともに家族面談し、本人の意向であったことを確認、合意形成。
- ④ 認知症・身寄りなし・癌疑いに対する治療方針決定困難：  
PCT介入し意思決定支援を行い、精査の結果手術施行。
- ⑤ 保存的治療抵抗性のイレウスに対する手術拒否：  
意思再確認し緩和ケア外科転科して看取り。
- ⑥ 胃瘻造設方針への疑義：  
意向再確認し造設見合わせ、緩和ケア外科転科し退院支援。

#### 【考察】

当初は緩和ケアの対象と判断できない事例も「倫理コンサルテーション」として打診されて介入した結果、適切なACPを経て最善と思われる方針を導くことができた。倫理委員会とは別に機動性に優れる2つのチームが連携することで、門戸も広がり、効果的な活動になっていると思われた。

第29回日本緩和医療学会学術大会 神戸 2024.6.14～6.15

## 糖尿病患者における意図的黄斑円孔からの中心窩下硬性白斑除去後の長期成績

神谷由紀恵<sup>1)</sup>、熊谷和之<sup>1)</sup>、神谷茉紗代<sup>1)</sup>、深見麻里絵<sup>1)2)</sup>、水谷凜一郎<sup>1)</sup>、大岩雅和<sup>1)</sup>、古川真理子<sup>1)</sup>

- 1) 上飯田第一病院眼科
- 2) 深見眼科

#### 【目的】

糖尿病患者における意図的黄斑円孔からの中心窩下硬性白斑除去後の長期成績を報告する。

#### 【対象と方法】

中心窩下硬性白斑除去を行った7人9眼を避克的に検討した。本研究は前報告(Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2020;258:1893-1899)の6人7眼を含む。硝子体手術は25Gシステムで行った。有水晶体眼は白内障同時手術を行い、後部硝子体剥離作成、内境界膜剥離後、38ゲージの針を用いて網膜下に眼灌流液を注入し、内境界膜剥離作成時の意図的黄斑円孔から硬性白斑を水流で除去し、空気あるいは六フッ化硫黄ガスによるタンポナーデを行った。主な検討項目は視力、中心窩下白斑の状態、併発症である。小数視力はlogMARに変換し、0.2以上の変化を改善とした。

#### 【結果】

患者はすべて女性で、平均年齢は70.4±6.2 (59-76) 歳だった。全例に汎網膜光凝固の既往があり、1眼は抗血管内皮増殖因子薬の注射歴、2眼に硝子体手術歴があった。水晶体の状態は有水晶体4眼、偽水晶体5眼だった。術後平均観察期間は51±17 (11-68) か月だった。黄斑部の硬性白斑は全例で術後早期に減少した。相乗平均視力は術前0.11、術後最高0.47、最終0.34で、術後最高視力および術後最終視力は術前と比べ有意に改善した(いずれも $p < 0.001$ )。最終視力は改善8眼(89%)、不変1眼(11%)、悪化0眼(0%)だった。経過観察中に重篤な合併症や黄斑浮腫の再発はなかった。

#### 【結論】

意図的黄斑円孔からの中心窩下硬性白斑除去後の長期成績は良好と考えられる。

第78回日本臨床眼科学会 京都 2024年11月14日～17日

## Association of retinal ischemia with intraretinal layer edema in branch retinal vein occlusion

#### Purpose:

Branch retinal vein occlusion (BRVO) is a retinal vascular disorder, and macular edema (ME) associated with BRVO is a complication that contributes to vision loss. Injection of anti-vascular endothelial growth factor (anti-VEGF) drugs into the vitreous is widely used to treat macular edema associated with BRVO. The purpose of this study was to investigate the association between retinal inner layer edema and retinal ischemia and its effect on visual acuity in

patients with BRVO with ME.

#### Setting/Venue:

This study included patients with BRVO and ME who visited our clinic between January 2015 and January 2019.

#### Methods:

Patients had optical coherence tomography angiography (OCTA) taken over time for at least six months since the initial visit and fluorescence fundus angiography (FA) taken after six months from the onset. The presence of intraretinal edema was determined by serial observation of horizontal B scan images in an OCTA 6 x 6 mm image one month after administration of anti-VEGF. Evaluation of ischemia of the entire retina was determined by FA images after six months from the onset, and quantification of macular ischemia was evaluated by the rate of decrease in retinal vessel density in OCTA 3x3mm images six months from the onset.

#### Results:

This study included 22 patients (22 eyes) with a mean age of 63.3 ± 11.9 years. Intraretinal edema was observed in 17 eyes (77%). Retinal ischemia was present in 13 of 17 eyes (76%) with inner layer edema and in 1 of 5 eyes (20%) without inner layer edema, a significant difference ( $P = 0.039$ ). The rate of decrease in retinal vascular density was 20.3 ± 9.3% in the group with inner segment edema and 8.20 ± 3.7% in the group without inner segment edema, a significant difference ( $P = 0.015$ ). The group without internal edema had significantly better visual acuity than baseline at 6 months, 12 months, and at the last observation after treatment ( $P < 0.001$ ), whereas the group without internal edema had no improvement in visual acuity during the entire period ( $P > 0.05$ ). The change in visual acuity in the group with internal edema improved by more than 0.3 logMAR units during the entire period, but less than 0.3 logMAR units in the group without internal edema during the entire period. At the last observation, there was a trend toward fewer injections in the group with internal edema, although the follow-up period was longer.

#### Conclusions:

In BRVO with retinal inner layer ME, residual intraretinal edema one month after initial anti-VEGF treatment may be indicative of retinal ischemia and a good visual prognosis.

24th EURETINA Congress ,Barcelona/Spain 19 – 22 September 2024

## 入浴カンファ発足前後での入浴動作への影響について

石黒博弥<sup>1)</sup>

- 1) 社会医療法人愛生会上飯田リハビリテーション病院  
リハビリテーション科

#### 【はじめに】

当院では2017年より安全に患者様に入浴してもらうことを目的に、更衣・入浴動作の能力について評価をし、入浴カンファレンス(以下カンファ)を開催している。カンファには看護師、介護士、作業療法士、理学療法士が参加し、2022年からはより安全な入浴介助のため、カンファシートに更衣と清拭の評価を追加した。先行研究にて、カンファに関してアンケートを実施し、入浴動作がカンファを通じて向上したり、安全な入浴介助が行えたりしているという意見がみられた。そのため実際にどの動作が向上しているのかカンファ開催前の2016年と2022年の入浴動作に関する評価を比較した。

#### 【方法】

対象は当院に入院した2016年：436名、2022年：435名。評価方法は各年の入退院時の入浴動作に関するFIM(更衣、清拭、浴槽への移乗)を評価した。加えて、各年度のしているADLとできるADLの差の比較を行った。統計はWelchのt検定を行い、P値は0.05とした。

#### 【結果】

各年の入退院時の入浴動作に関するすべてのFIMにおいて有意差がみられた。しているADLとできるADLの差の比較では2016年の更衣、清拭、浴槽への移乗、2022年の更衣で有意差がみられた。2022年の清拭、浴槽への移乗は有意差がみられなかった。

#### 【考察】

カンファが開催していることで、職員間で入浴動作に関して共通認識が生まれ、浴槽の種類やリスク管理が共有されたことで安全な入浴介助が行われている。2022年より入浴カンファの用紙に「清拭」の項目が追加され、しているADLとできるADLの点数の差が減少したと考えた。今後は病棟ごとに行っていたカンファに加え、合同の会議を行い、それぞれの取り組みについて情報共有することで、全体の質の向上を目指していきたい。

## 発表

第43回回復期リハビリテーション研究大会in熊本 2024.03.08-09

## 回復期リハビリテーション病院における転倒転落ADLの関係について

平田 貴大

1) 社会医療法人愛生会上飯田リハビリテーション病院  
リハビリテーション科

## 【目的】

高齢化社会が進行することに伴い、高齢者の転倒転落に関連する有害事象が社会的な関心事項のひとつとなっている。転倒により、骨折や外傷による一時的なリハ中断に至るケースも見られ、さらに転倒恐怖など心理的变化を来すことも知られている。そこで今回回復期病棟における転倒転落とFIMについて報告する。

## 【方法】

2021年4月1日～2022年3月31日の間に入院した患者のデータベースに入力のエラー等の欠損のない352名を抽出し対象とした。転倒転落報告書から転倒回数を集計し、入院中に転倒の回数により「未経験群」、1回のみ転倒の「1回群」、複数回転倒の「複数群」の3群に分類し、基本属性やFIMデータ等を後方視的に調査した。

## 【結果】

全体の集計より在院日数は転倒回数が増加するにつれ延長することが判明した。入院時FIMが低い程、転倒を繰り返す可能性が高く、転倒回数が増加すると退院時FIMも高くなりにくい傾向となった。更衣(上衣)、トイレ動作、排尿管理、排便管理、ベッド移乗、トイレ移乗、車椅子、階段、問題解決の各項目のFIM利得において未経験群と複数群で差を認めた。

## 【考察】

FIM利得では更衣(上衣)、トイレ動作、ベッド移乗、トイレ移乗では、転倒回数が増加するほど、FIM利得が向上した。複数群は、入院時FIMが低値のためにのびしろがあり、介助量が少ない人は入院時FIMが高いため天井効果により利得に優位な差が出たのではないかと考えられる。認知項目の問題解決では、未経験群は複数群と比較し有意に利得が高くなった。これは問題解決における採点の1つであるナースコールの操作・管理が影響していると考察した。

## 【結論】

今回はデータを後方視的に比較・検討することで当院の転倒の傾向やFIMとの関連性について報告した。今後は転倒発生時のADL能力の検討や発生のタイミング等の特性や要因を追加して検討していくことでより詳細なデータが蓄積できると思われる

## 発表

第32回愛知県理学療法学会 ウイング愛知 2024.5.19

重度右片麻痺を呈し  
右上下肢管理に難渋した症例原佑奈、桑田佳紀、藤川恵子、濱田爽子  
社会医療法人 上飯田リハビリテーション病院 リハビリテーション科

## 【はじめに】

今回、左脳梗塞により重度右片麻痺、注意機能と記憶機能低下(以下学習力低下)を呈し右上下肢管理に難渋した症例を経験したため報告する。

## 【症例紹介】

80歳代右利き女性。X/Y/Zに上記診断を受け、Y/Z+25に当院転院。転院時、重度右片麻痺、全身の筋力と耐久性低下が著明。学習力低下あり。

## 【倫理的配慮】

個人情報保護に留意し個人を特定できない形とした。学会発表に際して本人に同意を得た。

## 【介入経過】

初期評価でBRS右上肢Ⅰ手指Ⅰ下肢Ⅲ、感覚は軽度鈍麻、全身筋力と耐久性低下が著明であった。学習力低下を認め右上下肢管理が困難であったため、基本動作軽介助、ADL軽介助～中等度介助であった。

問題点として重度右片麻痺、全身筋力と耐久性、学習力、右半身の認識低下、右上下肢管理困難を挙げる。ADL見守りを目指し、上肢機能練習、ミラーセラピー、基本動作練習、ADL練習を実施、スリングを貸出し、ポジショニングと自主トトレ指導を行った。また、右上下肢管理獲得のため動作練習では本人と繰り返し手順確認と反復練習をし、PTと手順の統一を行った。

最終評価時BRS 右上肢Ⅰ手指Ⅱ下肢Ⅳ、学習力低下は残存し右上下肢管理の定着には至らなかったため、基本動作見守り、ADL見守り～軽介助であった。

## 【考察】

右上下肢管理が定着しなかったのは学習力低下の要因が強いと考える。反面、見守りで行えるようになったのは、繰り返し手順確認、手順の統一により学習が補われたこととミラーセラピーによる右半身の認識の向上、運動機能の改善を図る事ができたと考えられる。

今後、この経験を活かしそれぞれにあった右上下肢管理の定着方法を考えていきたい。

## 発表

第32回愛知県作業療法学会 ウイングあいち  
愛知県産業労働センター 2024.5.19

## 参考文献

- 1) 中田ら：重症片麻痺患者に対する逆方向連鎖化を用いた起き上がり、寝返り練習の効果：2014
- 2) 野嶋ら：視覚入力刺激を用いた運動学習の脳内機構：2014
- 3) 中島ら：振動刺激およびミラーセラピーの併用療法により身体パラフレニアの改善を認めた一例：2019

地域在住高齢者の1年間における  
体重変化の特徴真鍋真由子<sup>1)</sup>、立松典篤<sup>2)</sup>、倉井 里萌<sup>2)</sup>、杉浦 英志<sup>2)</sup>

- 1) 社会医療法人愛生会上飯田リハビリテーション病院  
リハビリテーション科
- 2) 名古屋大学大学院 医学系研究科総合保健学専攻

## 【はじめに、目的】

高齢者の健康問題として、フレイル、ロコモティブシンドローム、サルコペニアが注目されており、共通する要因として体重減少がある。特に、日本においては高齢者の低体重・低栄養が問題となっており、取り組むべき喫緊の課題とされている。しかしながら、高齢者の体重変化に着目した報告は乏しい。そこで、本研究では地域在住高齢者の1年間における体重変化の特徴を探索することを目的とした。

## 【方法】

令和4・5年度のA町健診事業に参加した65歳以上の地域在住高齢者206名(平均年齢75.3±5.9歳)を対象とした。主要評価項目を1年間の体重変化とし、3%の変化を基準に減少群・維持群・増加群の割合を調査した。また、ベースライン時のBody Mass Index (BMI)、Skeletal Muscle Mass Index (SMI)、握力、歩行速度、5回立ち上がりテスト、Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA SF)について群間比較を行い、特徴を探索した。

## 【結果】

1年間の体重変化の結果、減少群・維持群・増加群は17.5%・74.3%・8.3%であった。また、維持群と比較して減少群、増加群ともに5回立ち上がりテストが有意に低値を示した。

## 【考察】

地域在住高齢者の1年間における体重変化は74%が維持され、18%が減少していた。本研究の対象者は比較的健康意識の高い集団であると考えられるが、それでも1年間で約2割が3%以上の体重減少を呈していることが明らかとなった。また、減少群と増加群においては下肢筋力の低下が進行し始めており、身体活動量や活動範囲などの生活習慣に影響を及ぼしたことで体重変化が起きた可能性が考えられた。

## 【結論】

地域在住高齢者において、1年間で約2割が体重減少することが明らかとなり、体重減少群と体重増加群では下肢筋力が低下している可能性が示唆された。

## 【倫理的配慮】

本研究は名古屋大学医学部倫理審査委員会保健学臨床・疫学研究審査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10回日本栄養・嚥下理学療法学会学術大会 福岡 2024.07.06-07.07

回復期リハビリテーション病院における自動車  
運転支援に対する意識調査  
—PT・OT・STの比較検討—西川起代香<sup>1)</sup>

- 1) 上飯田リハビリテーション病院 リハビリテーション科

## 【はじめに】

脳卒中患者の自動車運転再開支援にあたっては、運転免許の適正試験合

格基準、高次脳機能評価の項目およびその判定基準、ドライブシミュレーター（以下DS）の評価結果、代償手段の提案などさまざまな知識が必要である。加えて、運転再開希望者を望まれた際、心身機能に対して多職種による連携した支援が重要である。PT、OT、ST間での運転支援に関する知識を調査し、職種間に違いがあるのかを検討したので報告する。

#### 【方法】

対象は当院に在籍するPT32名、OT27名、ST11名とし、無記名式アンケートを実施した。本発表に際し、書面にて同意を得た。リッカート法を用いて、次の12項目を「1.知らない～5.かなり知っている」の5点法で回答してもらった。内容は、1.評価の実施、2.身体機能の制限、3.多職種の連携の流れ、4.患者への説明、5.家族への説明、6.実車評価、7.DS評価、8.普通免許の適性試験合格基準、9.運転再開の流れ、10.就労・職場復帰に運転が必要な場合の対応、11.代替手段の提案・対応、12.運転に関するリハビリテーションとした。統計学的手法は、Kruskal-Wallis検定を実施し、多重比較として、Bonferroni法を実施した。有意水準は、 $p < 0.05$ とした。統計ソフトはEZR ver.1.61を用いた。

#### 【結果】

全12項目の平均値はPT1.72、OT2.51、ST2.11で有意差がみられた（ $p < 0.001$ ）。項目別の平均値を職種間で比較すると、PTとOTでは、1、2、3、4、5、6、8、9、10、12の項目でOTが有意に高かった。PTとSTでは、1、6、10の項目でSTが有意に高かった。STとOTでは、2の項目のみOTが有意に高かった。

#### 【考察】

今回、項目によって職種間で知識に有意差があることがわかった。永島(2019)は、法改正が進み医師の診断書等にOTの評価が求められることが増えていると報告している。藤田(2020)は、OTはさまざまな検査を用いて対象者の評価を行えることや、運転に関する作業分析を行ったうえでの助言が出来ることなどが、一定の成果を上げている理由だと報告している。PT・OT・ST協会の自動車運転支援に関する取り組みは増加傾向にある中で、当院では自動車運転支援への関わりはOTが主となることが多く、職種間の専門性や業務の差によって知識に差が生じたと考えられた。今後の取り組みとして、自動車運転に関する知識を統一していく目的で多職種での勉強会が必要と考えられる。

#### 発表

第23回東海北陸作業療法学会（石川県文教会館）  
2024.9.14～2024.9.15

#### 引用文献

- 1) 永島匡：訪問看護ステーションにおける作業療法士が提供する自動車運転支援の取り組み 日本臨床作業療法研究No.6 33-37 2019年
- 2) 藤田佳男：自動車運転支援と多職種連携 リハビリテーション連携科学 21(1) 2-10 2020年

#### 参考文献

- 1) 加藤徳明：高次脳機能障害と自動車運転 高次脳機能研究 第41巻第2号 178-185 2021年
- 2) 蜂須賀研二：脳卒中、脳外傷等により高次脳機能障害が疑われる場合の自動車運転に関する神経心理学的検査法の適応と判断 高次脳障害研究 第40巻 291-296 2020年
- 3) 生井宏満：脳血管障害患者に関する自動車運転再開プログラムの運用と問題点について 日本交通科学学会誌 第16巻第2号 38-45 2016年

## 「自動車運転支援に対する知識や困難さについての意識調査 一理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の比較検討―」

渡邊俊紀(OT)<sup>1)</sup> 西川起代香(OT)<sup>1)</sup> 原佑奈(OT)<sup>1)</sup> 太田久晶(OT)<sup>2)</sup>

- 1) 社会医療法人愛生会 上飯田リハビリテーション病院
- 2) 札幌医科大学保健医療学部作業療法学科

#### 【はじめに】

脳卒中患者の自動車運転支援には、運転免許の適性試験合格基準、高次脳機能検査、ドライブシミュレーター（以下DS）など、様々な知識が必要であり、対象者の身体・認知機能に応じた多職種連携が求められる。当院の療法士を対象に運転支援に関する意識調査を行い、職種間の違いについて検討したので報告する。

#### 【方法】

対象は当院に在籍する理学療法士(PT)32名、作業療法士(OT)27名、言語聴覚士(ST)11名とし、無記名式アンケートを実施した。本発表に際し、書面にて同意を得た。次の12項目について、知識の程度：「1.知らない～5.かなり知っている」、困難さの程度：「1.困らない～5.かなり困っている」を5件法で回答してもらった。1.評価の実施、2.身体機能の制限、3.多職種の連携の流れ、4.患者への説明、5.家族への説明、6.実車評価、7.DS評価、8.普通免許の適性試験合格基準、9.運転再開の流れ、10.就労・職場復帰に運転が必要な場合の対応、11.代替手段の提案・対応、12.運転に関する

リハビリテーション。各項目の結果は職種ごとに集計し、Kruskal-Wallis検定にて比較した。また、多重比較にはBonferroni法を用いた。有意水準は $p < 0.05$ とした。

#### 【結果】

全12項目の平均値について、知識の程度はPT:1.74、OT:2.51、ST:2.11であり、PTとOT間で差を認めた（ $p = 0.000$ ）。困難さの程度は、PT:2.29、OT:2.75、ST:1.95であり、職種間で有意差はなかったが、PT、STよりOTが高い傾向であった（PT-OT  $p = 0.051$ ；OT-ST  $p = 0.057$ ）。

#### 【考察】

今回、職種間で自動車運転支援に関する知識の程度が異なることが明らかとなった。藤田(2020)は、OTはさまざまな検査を用いて対象者の評価を行えることや、運転に関する作業分析を行ったうえでの助言が出来ることを報告している。当院においても、運転再開の支援としてOTが担う役割が大きい状況があり、得られた結果は、職種間の専門性の違いを反映したものであると解釈した。

#### 発表

第48回高次脳機能障害学会学術集会  
東京たま未来メッセ(東京) 2024.11.8～2024.11.9

## 体重、血糖コントロール不良の糖尿病性腎症、血液透析患者に対し腎臓リハ、GLP-1受容体作動薬を投与している1例

長橋吉<sup>1)</sup>、水谷友也<sup>1)</sup>、武吉沙有梨<sup>2)</sup>、三宅祥子<sup>2)</sup>、澤田里美<sup>2)</sup>、堀内建吾<sup>3)</sup>、三浦直人<sup>4)</sup>、加藤優<sup>4)</sup>、田實麻智子<sup>5)</sup>

- 1) 社会医療法人 愛生会 総合上飯田第一病院 臨床工学科
- 2) 社会医療法人 愛生会 上飯田クリニック 看護部
- 3) 社会医療法人 愛生会 総合上飯田第一病院 理学療法士
- 4) 社会医療法人 愛生会 上飯田クリニック 腎臓内科
- 5) 独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター 糖尿病・内分泌内科

#### 【緒言】

糖尿病性腎症は我が国において透析導入原疾患の第一位(39.5%)であるが、透析患者についても良好な血糖コントロールの維持が求められる。しかし血糖降下薬は限られ又適正体重の維持が困難な例もある。近年(2022.05)発売されたセマグルチド(GLP-1受容体作動薬)は、血糖値を下げるインスリンの分泌を増加、血糖値を上昇させるグルカゴンの抑制、胃での消化を遅らせ食欲を減退させることで食事量を減らす作用をもつ。また、インスリンを分泌する膵臓のβ細胞の成長を促進すると考えられている。これらの作用によって体脂肪を減少させる。今回、血糖、体重コントロール不良でセマグルチドに加え腎臓リハを施行した症例を経験した。その経過を報告する。

#### 【治療と観察】

2023年10月よりセマグルチドを0.25mgで投与を開始し、同時期に透析中リハビリテーションの介入を行う。リハビリテーションの内容としては、レジスタンス運動として両下肢へ2.5kgの重錘を装着して行い、有酸素運動としてエルゴメーターを50W15分間から始めた。投与開始から4週間後にはセマグルチドを0.5mgへ増量し、グリコアルブミン値及び体重増加率の推移を観察した。また体組成計にて骨格筋量、体脂肪率のデータ推移を観察するとともに理学療法士による体力測定も行った。

#### 【考察・結論】

本症例におけるセマグルチドの投与により、血糖コントロールが安定し、体重増加率は低下した。また、腎臓リハを併用することにより、骨格筋量が増加し、体脂肪率は低下した。このことから、血糖コントロールをしながら、腎臓リハビリテーションを同時に行うことは有用だったと考えられる。また、体力測定評価の下肢筋力は変化がないことから、セマグルチドの投与以外に要因あると考えられる。

#### 発表

第14回 日本腎臓リハビリテーション学会学術集会  
朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター(開催地)2024.3.16 17

#### 【参考文献】

- 1) わが国の慢性透析療法の現状 透析会誌56(12):473～536
- 2) Steven P.et al Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. The New England Journal of Medicine375(19):1834～1844(November2016).
- 3) Doggrell, Sheila. Semaglutide in Type2 diabetes-is it the best glucagon-like peptide 1 receptor agonist (GLP-1R agonist)? Expert Opinion on Drug Metabolism and Toxicology,14(3), pp.371～377.
- 4) Goldenberg RM. Semaglutide: Review and Place in Therapy for Adults WithType2 Diabetes. Canadian Journal of Diabetes43(2):136～145. (March 2019)
- 5) Dhillon S. Semaglutide: First Global Approval. Drugs78(2):275～284. (February 2018).
- 6) 「透析運動療法～健康寿命を実現するために～」 P67～71 医薬ジャーナル社

## 学生の看護技術習得に向けての 主体的な取り組み —技術マイスターの実践報告—

愛生会看護専門学校

岩城好美、堀場麻耶、河合鮎美、山本春菜、長江久美代、犬飼玉味、  
中島正義

### 【目的】

マイスターの取り組みについて、学生に対する効果と今後の課題について検討する。

### 【用語の定義】

技術マイスターとは、技術項目の卒業時の到達度の到達レベルIのうち6項目から、マイスター認定試験(母体でもある実習病院の新人看護師技術評価表を一部改変)に合格した者に与えられるA校独自の称号である。

### 【方法】

対象：2022年度のA校在学学生100名、マイスターを取得したA校卒業生4名。方法：在学生には無記名の自記式質問紙で、マイスター認定試験の受験有無と理由を回答選択肢、マイスター取得者が感じたことについて自由記載を求めた。回答選択肢は単純集計、自由回答についてはユーザーローカルテキストマイニングツール(<https://textmining.userlocal.jp/>)を使用し、出現頻度とスコアが高い用語を明らかにした。上記の卒業生4名には、半構造化インタビューにて、臨地実習や卒業後に役立ったか質問した。

### 【倫理的配慮】

対象者と所属する病院及び所属施設に、調査の主旨、個人情報保護について説明・同意を得た。

### 【結果】

2022年度の在校生100名中30名(31.5%)がマイスターを受験し、うち25名(83.3%)が1項目以上のマイスターを取得した。また可否に関わらず受験者の28名(93.3%)が、技術の向上、実習で役立つ、反復練習で自信がついたと答えた。テキストマイニングの基本情報は、総文章数21、平均文章長(文字数)19.8、延べ単語数438、単語種別数は91、名詞60、動詞29、形容詞2であった。「練習」の出現頻度が11と高く、「できる」「実習」の用語が次いで多かった。スコアが高いのは「実習」「取り組める」であった。受験しない学生その理由は、「日程調整の困難」が多かった。卒業生は全員「マイスター取得が実習で役立った」と述べているが、病棟スタッフの認知度が低く、マイスター取得の利点を感じられていなかった。

### 【考察】

学生は臨地実習に向け、「自分の知識」「自分の技術」について不安を感じ、事前に授業時間外での練習、自己学習に主体的に取り組む<sup>2)</sup>。この精神運動領域の能力である看護技術の習得には、「実践適用への懸念払拭に向けた技術の反復練習」が不可欠であり<sup>3)</sup>、マイスター取得に取り組むことも、授業時間内の演習だけでは達成できない目標に向けた学生自身の行動、主体的な取り組みと言える。このことから「実習」に向け、自らマイスターに「取り組める」、繰り返し「練習」をしたことで、これらの用語が回答に多く、スコアが高くなったと考える。そして、マイスターに取り組む過程で、学生同士の学び合い、他者からの努力に対する承認や評価を受け、技術が上達するのを感じ「できる」という自信がついたと考える。

また、マイスターを取得していた卒業生は、マイスターを取得し自信がついたことで、臨地実習において早い段階で看護技術の実践へと移行でき、自立した技術もあったことから「役立った」と回答している。練習を重ねて技術が向上し、できることが増えたことで、自信につながったと考える。就職後もマイスターを取得した技術は自信をもってできるようだが、就職先の病院スタッフにおけるマイスターに対する認知度が低く、他者からの評価や承認を得られにくく、在学中感じていたマイスターを取得した意義を見出せていないと考える。

マイスターを受験しなかった学生の「日程調整の困難」については、授業時間外に練習を繰り返す必要があるため、プライベートの時間を大切にしている学生にとっては、マイスター取得に利点があると理解できていても、関心が低くなり、主体的な取り組みにつながらなかったと考える。

### 【結論】

- 1.反復練習により技術力が向上し自信が持てる。
- 2.臨地実習では早い段階から看護技術の実践ができる。
- 3.卒業生は就職先への周知不足により、卒業教育とのつながりを実感しにくい。
- 4.学生は練習時間の確保が困難である。

### 発表

第36回一般社団法人日本看護学校協議会学会 愛知 2024.8.2

### 【引用参考文献】

- 1) 野村春香他：基礎看護技術習得に向けた自己学習への取り組みの実態，高知大学看護学雑誌，(1)，45-49，2009。
- 2) 佐藤美紀他：基礎看護学実習前の技術学習方法の検討，愛知県立大学看護学部紀要，18，83-90，2012。
- 3) 宮芝智子・舟島なをみ：看護技術演習における学生の行動－演習目標の達成に向けて重要な行動の明確化－，日本看護学教育学会誌，21(3)，2012。

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

---

社会医療法人愛生会

# 道しるべ

特集  
大腸CTのすすめ

VOL. 109  
TAKE FREE



**信頼され愛される病院**

- 一、私たちは「安心・安全の医療と介護」で地域に貢献します。
- 一、私たちは「地域の救急医療」に貢献します。
- 一、私たちは「地域と共に、人と共に」の心を大切にします。
- 一、私たちは「心豊か」との夢を叶えるために努めます。

**総合上飯田第一病院**

●一般診療科(内科、外科、小児科)  
●救急科(救急診療科、ICU、ICU、ICU)  
●産科(産科、産科、産科)  
●放射線科(放射線科、放射線科)  
●検査科(検査科、検査科)  
●看護科(看護科、看護科)  
●介護科(介護科、介護科)  
●理学療法科(理学療法科、理学療法科)  
●作業療法科(作業療法科、作業療法科)  
●言語聴覚科(言語聴覚科、言語聴覚科)  
●歯科(歯科、歯科)  
●皮膚科(皮膚科、皮膚科)  
●泌尿器科(泌尿器科、泌尿器科)  
●呼吸器科(呼吸器科、呼吸器科)  
●循環器科(循環器科、循環器科)  
●消化器科(消化器科、消化器科)  
●神経科(神経科、神経科)  
●精神科(精神科、精神科)  
●眼科(眼科、眼科)  
●耳鼻科(耳鼻科、耳鼻科)  
●形成外科(形成外科、形成外科)  
●整形外科(整形外科、整形外科)  
●泌尿器科(泌尿器科、泌尿器科)  
●皮膚科(皮膚科、皮膚科)  
●泌尿器科(泌尿器科、泌尿器科)  
●呼吸器科(呼吸器科、呼吸器科)  
●循環器科(循環器科、循環器科)  
●消化器科(消化器科、消化器科)  
●神経科(神経科、神経科)  
●精神科(精神科、精神科)  
●眼科(眼科、眼科)  
●耳鼻科(耳鼻科、耳鼻科)  
●形成外科(形成外科、形成外科)  
●整形外科(整形外科、整形外科)

**上飯田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  
●運動器リハビリテーション科  
●小児発達リハビリテーション科  
●高齢者リハビリテーション科  
●在宅リハビリテーション科  
●看護科  
●理学療法科  
●作業療法科  
●言語聴覚科

**上飯田クリニック**

●人工透析科  
●救急科(救急診療科、ICU、ICU、ICU)  
●産科(産科、産科、産科)  
●放射線科(放射線科、放射線科)  
●検査科(検査科、検査科)  
●看護科(看護科、看護科)  
●介護科(介護科、介護科)  
●理学療法科(理学療法科、理学療法科)  
●作業療法科(作業療法科、作業療法科)  
●言語聴覚科(言語聴覚科、言語聴覚科)  
●歯科(歯科、歯科)  
●皮膚科(皮膚科、皮膚科)  
●泌尿器科(泌尿器科、泌尿器科)  
●呼吸器科(呼吸器科、呼吸器科)  
●循環器科(循環器科、循環器科)  
●消化器科(消化器科、消化器科)  
●神経科(神経科、神経科)  
●精神科(精神科、精神科)  
●眼科(眼科、眼科)  
●耳鼻科(耳鼻科、耳鼻科)  
●形成外科(形成外科、形成外科)  
●整形外科(整形外科、整形外科)

**愛生複合ケアサービスセンター平安通**

●こもりの家平安通  
●愛生訪問看護ステーション平安通  
●あいせいかすたーション

**ケア複合施設平安通**

●愛生複合ケアサービスセンター-辻本通  
●愛生訪問看護ステーション  
●愛生居宅介護支援事業所

**人間ドック / 各種健康診断**

2024年新年号、健康診断の予約受付がスタートしました。  
詳細はホームページをご覧ください  
[www.aihainc.or.jp/healthcheck](http://www.aihainc.or.jp/healthcheck)

予約受付中

●平日 9:00~14:00 (052) 908-2278  
●土/日 9:00~12:00 (052) 908-2279

**愛生会本部** 社会医療法人愛生会本部  
**愛生会本部** 社会医療法人愛生会本部

## 2024 謹賀新年

新年のご挨拶

～2024年～ 新年のご挨拶



社会医療法人愛生会 院長  
**良田 洋昇**

謹賀新年 謹んで新年のご挨拶を申し上げます



上飯田クリニック 院長  
**水野 正昇**

令和6年 新しい年



上飯田クリニック 院長  
**三浦 直人**



社会医療法人愛生会 理事  
**山口 洋介**

人と人とのつながりを大切に

新年あけましておめでとうございます。今年も、愛生会が「安心・安全の医療と介護」で地域に貢献し、地域と共に、人と共にの心を大切に、心豊かとするために努めます。

3 MICHIHIBURE 社会医療法人愛生会 (株) 109 2

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



## 大腸CＴのすすめ

石田 節子

9月に開催された「大腸がん検診」の報告から、大腸がんの増加が懸念されています。大腸がんは、早期発見・早期治療により、治癒率が高いため、検診が非常に重要です。大腸CＴは、内視鏡検査と比べて、短時間で検査でき、痛みが少ないというメリットがあります。

**大腸CＴについて**  
大腸CＴ検査は、内視鏡検査と比べて、短時間で検査でき、痛みが少ないというメリットがあります。また、大腸がんの早期発見・早期治療に有効です。

**内視鏡検査と比べて!!**

- ① 前処置の負担が少ない
- ② 短い検査時間(15分ほど)
- ③ 苦痛が少ない

**メリット**  
① 前処置の負担が少ない  
② 短い検査時間(15分ほど)  
③ 苦痛が少ない

**デメリット**  
大腸CＴではコープの検診や検診センターで行えないため、大腸がんが疑われた場合には検診センターで内視鏡検査が必要となります。

**検査をうけるには**

- 便通がよい方、検査当日は朝食を控えてください。
- 無症状で健診として行われる場合は、検診センター(北館5階)にお申し込みください。

## 院長就任のご挨拶

YOSHIDA HIROKI  
良田 洋昇

総合上新田第一病院院長

TOP MESSAGE

令和5年10月1日より社会医療法人愛生会 総合上新田第一病院の院長に就任いたしました。謹んでご挨拶申し上げます。院長としての仕事は、多くの方々に心から感謝申し上げます。また、院長としての仕事は、多くの方々に心から感謝申し上げます。

総合上新田第一病院  
〒148-0088 東京都葛飾区新田1-1-1

総合上新田第一病院  
〒148-0088 東京都葛飾区新田1-1-1

総合上新田第一病院  
〒148-0088 東京都葛飾区新田1-1-1

## 頑張らない 逸品レシピ

ロール白菜の酒蒸し

【材料】2人前  
- 白菜.....1枚(80g)  
- 豚肉.....4枚(65g)  
- すりこぎ.....少々

【レシピ】  
① 白菜を厚切りに切り、すりこぎをすりこぎで両面にすりこぎをすりこぎます。  
② 切った白菜を電子レンジ(600W)で5分間加熱して柔らかくする。  
③ 豚肉を電子レンジ(600W)で5分間加熱して柔らかくする。  
④ 白菜を電子レンジ(600W)で5分間加熱して柔らかくする。  
⑤ すりこぎをすりこぎで両面にすりこぎをすりこぎます。

【材料】  
- 酒.....大さじ1杯  
- コンソメ.....小さじ2杯  
- しょうゆ.....少々  
- 醤油.....適量  
- だし汁.....大さじ1杯  
- 塩コショウ.....少々

【作り方】  
1. 白菜を電子レンジ(600W)で5分間加熱して柔らかくする。  
2. 切った白菜を電子レンジ(600W)で5分間加熱して柔らかくする。  
3. 豚肉を電子レンジ(600W)で5分間加熱して柔らかくする。  
4. 白菜を電子レンジ(600W)で5分間加熱して柔らかくする。  
5. すりこぎをすりこぎで両面にすりこぎをすりこぎます。

## 上野レディスクリニック

上野 大樹

【診療時間】  
10:00-12:00  
17:00-19:00

【受付時間】  
10:00-12:00  
17:00-19:00

【住所】  
〒110-0001 東京都台東区上野2-1-1

【TEL】  
03-5821-1186

【FAX】  
03-5821-1186

【URL】  
<https://www.aiseikai-hc.or.jp/>

## ナースのお仕事

看護部

眼科外来

眼科外来は、患者様の視力向上を目的として、医師と看護師が協力して診療を行います。患者様の視力向上を目的として、医師と看護師が協力して診療を行います。

眼科外来は、患者様の視力向上を目的として、医師と看護師が協力して診療を行います。患者様の視力向上を目的として、医師と看護師が協力して診療を行います。





社会医療法人愛生会

## 道しるべ

特集  
愛生会看護専門学校

2024年夏号 Vol.111 発行：社会医療法人愛生会 発行所：愛生会看護専門学校 印刷：株式会社印刷工房 印刷日：2024年7月15日

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1 愛生会看護専門学校 TEL:052-908-2278



**信頼され愛される病院**

- 一、私たちは「安心・安全の医療と介護」で地域に貢献します。
- 一、私たちは「地域の医療連携」に貢献します。
- 一、私たちは「つながり・愛入会い」の心を大切にします。
- 一、私たちは「健康・心身の豊かな医療」を大切にします。

**愛生会**

総合上飯田第一病院  
TEL:052-908-5011

上飯田リハビリテーション病院  
TEL:052-908-1355

上飯田クリニック  
TEL:052-916-3387

愛生看護学院サービスセンター平安通  
TEL:052-908-4252

こもろびの家平安通  
TEL:052-908-1355

愛生訪問看護ステーション平安通  
TEL:052-908-4252

あいせいかステーション  
TEL:052-991-3152

愛生看護学院サービスセンター本通  
TEL:052-908-2278

愛生訪問看護ステーション  
TEL:052-991-3218

愛生居宅介護支援事業所  
TEL:052-991-5181



このマークの道は一方通行です

公共交通機関ご利用の場合

- 地下鉄有楽町線「平安通」駅より徒歩一〜二分上飯田駅「上飯田」下車
- 有楽町線「上飯田」下車
- 京浜東北線「上飯田」下車
- 京浜東北線「上飯田」下車

**予約受付中**

**人間ドック！  
各種健康診断**

詳しくはこちらページをご覧ください  
[www.aiseikai-hc.or.jp/ai/ai/ai/ai/ai/](http://www.aiseikai-hc.or.jp/ai/ai/ai/ai/ai/)

受付時間 (052)908-2278  
月～金 9:00-16:00 (052)908-2279

愛生会本部  
TEL:052-908-2278

愛生看護専門学校  
TEL:052-908-2278

私たちは「つながり・愛入会い」の心を大切にします。

AISEIKAI NURSING SCHOOL

## OPEN CAMPUS

すべて要事前予約

第1回 **6/8** (土) 10:00-12:30

第3回 **8/23** (金) 10:00-12:30

第2回 **7/27** (土) 9:30-11:00

第4回 **12/14** (土) 9:30-12:30

小論文対策セミナー

第1回	7/27 (土)	10:35-11:35
第2回	9/14 (土)	10:00-11:30
第3回	12/14 (土)	10:30-12:00

7/27と12/14は オープンキャンパス終了後、開催

お申込み

参加を希望される方は、必ず事前予約をお願いします。  
開催日の2日前までに、本校ホームページの「お申し込みはこちら」からお申し込みください。



各詳細・予約はこちら

**学校見学**

予約時に日時をご相談ください。

**オープンスクール**

**12/14 (土)** 予約不要

時間未定 (詳しくはホームページで発表します)

在校生による授業を見学(体験)いただけます



個別相談 (ZOOM/オンライン)

平日 16:30 -  
22:00 [2回目] 17:00 - [1回目各々]

※各イベントの詳細は、各校ホームページにて確認ください  
【お問い合わせ】 TEL: 052-901-5101 Email: ai-kango@ngy.1st.ne.jp



**「心理的受身の高み」**

近年、看護職の需要が高まっています。看護職の役割は、単に病者のケアを行うだけでなく、患者の心身の健康を維持し、生活の質を向上させることです。このためには、患者の心理状態を理解し、適切なケアを提供することが求められています。愛生会看護専門学校では、このような心理的受身の高みを重視し、学生に必要となる知識とスキルを身につけてもらっています。

## 愛生会看護専門学校

学生への「心」を育み、健康と幸福を促進する。相互理解を重視した学びが、看護職の質を向上させ、社会に貢献しています。

「心」を育むには、自分自身の健康を維持し、周囲の人々を支援することが必要です。愛生会看護専門学校では、学生が自分自身の健康を維持し、周囲の人々を支援するために必要な知識とスキルを身につけてもらっています。

「心」を育むには、自分自身の健康を維持し、周囲の人々を支援することが必要です。愛生会看護専門学校では、学生が自分自身の健康を維持し、周囲の人々を支援するために必要な知識とスキルを身につけてもらっています。

**「支えあい、学びあい」**

学校は、健康な若年層を育てる場です。また、入学した学生は、高校生の学びを深め、専門性や経験を身につけてもらっています。

「支えあい、学びあい」は、学生が自分自身の健康を維持し、周囲の人々を支援するために必要な知識とスキルを身につけてもらっています。

**「高みあがり、学びあがり」**

最後に、私たちが目指しているのは、学生が自分自身の健康を維持し、周囲の人々を支援するために必要な知識とスキルを身につけてもらっています。

学べば学ぶほど、自分がどれだけ無知であるか思い知らされる。  
自分の無知に気づけば気づくほど、より一層学びたくなる。









# 編集後記

2025年1月下旬に2024年度の紀要編集委員会が招集されました。委員会はこの1度開催されたのみでしたが、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いた間に培われた編集スキルが洗練されたようです。

15-17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たので続けます。2022年2月のロシア軍の侵攻で始まった戦闘は3年経過しても継続しており交戦当事国は損耗の極致にあります。アメリカ新大統領が介入を試みるも、現状が当事国双方の臨んだ戦況では無いため停戦に応じられません。これまでに費やされた膨大なサンクコストと現在の国力、欧州の政治経済情勢を総合していつどのような条件で停戦し、国を復興するビジョンを描けるのか、小国と大国との間に起こったこの消耗戦の終盤を、将来の我が国に置き換えた視点で興味深く見ております。

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。

2025年5月

編集委員長 小栗 彰彦

## 編集委員(2024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	阿部 倫士	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
	浦 啓規	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
	森 直樹	総合上飯田第一病院	庶務課課長代理
	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	遠藤 琢磨	本部 経営企画部	企画広報課課長
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 2024年紀要 (第18巻)

2025年5月 7日 印刷

2025年5月19日 発行

社会医療法人 愛生会

愛知県名古屋市北区上飯田通2-37

〒462-0808 電話 (052)914-7071(代表)

FAX (052)991-3543

印刷 東洋プリディア株式会社

名古屋市北区八龍町1-25-2

電話 (052)914-9111

